

これらの小児は小児科的には、大部分は起立性調節障害の診断基準をみたしており、精神医学的には、小学生では分離不安障害、中学生以上では転換性障害、適応障害、概日リズム障害などの診断名になることが多い。ただこのような精神医学的診断については一般の小児科医には難しいかもしれない。

東京医大病院では、小児科初診時にはまず症状に対応する検査を予定する。その中には末梢血液、生化学、CRP、尿、頭部 CT スキャンなどを含み、そのほかは家族の解釈モデルに対応して、胃癌を心配していれば内視鏡検査を、心臓病が不安であれば、心電図や心臓の超音波検査を追加する。またどの程度登校できているのか、週のうち何日か休むのか、連続して2週間以上休んでいるのかなどを確認する。

検査の項目に頭部 CT 検査を加えたのは、日本小児心身医学会研修委員会の調査で初期に不登校が疑われた症例の中に、その因果関係は不明ながらまれに脳腫瘍が見出されることがあったからである。また少数ながら高機能自閉症やアスペルガー障害、注意欠陥／多動性障害 (ADHD) などの基礎にある障害が見落とされていた場合もあった。我々の経験でも、不登校が疑われて受診したものの中に、一般の身体疾患、たとえば多発性硬化症や糖尿病で体調不良となって学校に行けなくなっていた場合も経験した。一連の検査で異常がないにもかかわらず登校が不能であれば、不登校を疑うことになる。

不登校と考えられた小児の多くは起立性調節障害 (OD) の診断基準を満たすため、初期には酒石酸エルゴタミンなどの服薬を開始することが多い。服薬で症状がやや軽減することが多いが消失することはあまりない。ただ症状が軽減して、登校や日常生活に支障がなくなれば、しばらく小児科外来で経過をみていくことになる。

不登校の小児で ADHD の診断基準を満たす場合、特に女兒の場合は、多動や衝動性を伴わない不注意型の ADHD が多い。このような症例では、まず ADHD としての日常生活での注意事項を指導する。

服薬や指導で症状が軽減せず、特に中学生、高校生で登校困難が長期化したり、登校刺激で家庭内暴力が出現したりすると家族は不安が強くなり疲弊してくる。この時期には診療時間も長くなりがちで、精神安定薬の服用が必要になることもある。この状態では、発熱など急性疾患の多い一般の小児科外来で診療を続けることは困難になる。こういった時期に精神医学的対応が必要であることを説明すると、精神科を受診することに対する家族の抵抗は少ない。

つまり小児科医の通常の知識で対応の説明が可能で、家族が疲弊していなければ小児科外来で経過を診ていくことが可能である。小学生で不定愁訴を訴えて受診し、登校を渋るあるいは何日か休んでいるという場合、特別な精神医学的対応をしなくても、自然に改善する例を経験することがある。

小児科医でも、精神医学との境界領域に興味を持ち、不登校の小児を積極的に診ようとする医師もいる。ただ私どもの病院では、この分野の人的資源も少なく、長期に改善しない中学生、高校生の不登校児の診療を続けることは、時間的にも難しいように思う。また夜間の救急時間帯に家庭内暴力などの対応が必要になっても小児科の当直医が対応できないという問題もおこる。

現在我々の外来では、初期の検査を終えた時点で児童精神医学の担当医に紹介するようにしている。これは東京医大病院の児童精神医学の担当医は、以前小児科でも1年間の研修を行い、一般の小児疾患を診療できる水準に達しており、初期の身体症状の出現している時期から継続した診療が可能であるからである。また精神科外来通院中に新しい身体症状が出現した場合は、再度小児科に紹介され併診していくこともある。

今後の連携のためには、小児科医は身体疾患の鑑別を十分に行える知識の習得が必要であり、また精神医学的診断についてもある程度の知識を持つ必要がある。また児童精神科医に

も、多彩な自律神経症状をある程度評価鑑別できる知識が必要であると考えている。また年齢からみると、中学生、高校生の場合は、一般的には受診初期の鑑別診断が終了した時点で、早期に児童精神科医に紹介するのがよいと思われる。

2. 神経性食欲不振症

体重減少があり神経性食欲不振症の疑いで思春期の女兒が受診した場合、頻度からすると神経性食欲不振症が大部分を占める。しかし少数例ながら糖尿病のために食事がとれなく体重減少をきたしていた症例もあった。

東京医大では、疑いのある患児が入院した場合、臨床像が神経性食欲不振症の診断基準を満たしていれば、初期の一般的検査で異常がないと確認された時点で、入院中に精神科に併診に併診を依頼する。

その後、入院中は小児科医と精神科医の担当者が決まるが、中心静脈栄養や点滴など身体管理は小児科で、精神医学的評価や治療は精神科医が行うことになる。体重がある程度増加し退院した後は、精神科外来でその後の経過をみていくことになる。そして経過中に再度体重減少をきたした場合は、小学生であれば入院は小児科病棟で外来は精神科外来で、中学生以上では入院、外来とも精神科で治療を継続する。

今後の連携については、小学生では身体管理は精神科病棟では難しいので小児科医が行う必要があり、小児科医はそのための知識を習得しておく必要がある。また中学生、高校生の神経性食欲不振症の場合、初期の鑑別診断が終了した後は、精神科病棟で管理することが可能になるし、その後の経過の中で種々の精神症状が発現することを考えると、小児科病棟より精神科病棟での管理がよいと考えられる。

3. トウレット障害

チックを主訴に我々の小児科を受診する小児は、ほとんどが小学生である。チック以外の併存症としては、40%でADHDの診断基準を満たすが、ADHDのために服薬が必要になることはきわめて少ない。また多少の強迫傾向はあっても、日常生活には差し支えないことが多い。精神科を受診するトウレット障害は、チックだけでなく、強迫性障害や不登校などのより重篤な精神医学的問題を訴えて受診する人が多い。

私どもの小児科を受診するトウレット障害小児は、7-9歳が多く、この時期がチック症状の強さが最も強くなる時期で、その後自然に軽快してくる場合が多い。

チックが強く出現している時期に、上肢のチックで食事をこぼしてしまう、舌を歯でかみ切ってしまう潰瘍を形成する、下肢のチックで倒れてしまうなど日常生活に支障がある場合は、薬剤、通常はハロペリドールを少量服用させることがあるが、服用期間が長期に及ぶことは少ない。小児科外来では不安の強い母親への支援が中心になる。

経験した75例のトウレット障害の小児の中で、年齢が長じてチックのために精神科に紹介した症例はいないが、ADHDを合併していた小児で反抗挑戦性障害の病像を呈してきた症例、不登校の合併例、高機能自閉症に伴う激しい行動上の問題のため、それぞれ1例を精神科に紹介している。

今後の連携については、小学生で強迫性障害、反抗挑戦性障害、行為障害、広汎性発達障害などの神医学的問題がなければ小児科で診療を行い、それらが併存するなら児童精神科に紹介することがよいと思われる。

4. 注意欠陥/多動性障害

ADHDの小児は、私どもの外来では、平成7年から受診するようになり、現在1年に20-30名が受診している。そのうち30-40%は多動を主訴に受診し、他の症例は多彩な行動上の問

題を主訴に受診していた。

小児科に受診する ADHD 小児は、30-40%は服薬を必要とせず、日常生活の指導で安定する。他の 60-70%はメチルフェニデートなどの薬剤を短期間服用することになる。メチルフェニデートは、小児科医が通常使用する薬剤と比較すると、きわめて副作用の出現頻度が高い。

今後の連携については、一般の小児科外来に ADHD 児が受診した場合は、小児科では日常生活の指導を行くことを主体に対応するのがよいと考える。それで改善がみられず服薬が必要であれば、薬物乱用を避けるためにも、臨床経験のある小児科医か精神科医に紹介するのが望ましいと考える。もしメチルフェニデートを処方する必要があるなら、副作用を含むその特性を理解しておく必要がある。また我々は経験がないが反抗挑戦性障害や行為障害がある場合も、基本的には児童精神科医に紹介するのが望ましいと考えている。

表. 精神科へ紹介する基準 (試案)

1. 不登校

- 年齢が中学生以上
- 家族の疲労が激しい
- 家庭内暴力を伴う

2. 神経性食欲不振症

- 入院初期から児童精神科医と併診

3. トウレット障害

- 強迫症状が強い
- 反抗挑戦性障害の併存
- 行為障害の併存

4. 注意欠陥/多動性障害

- 他害行動が著明
- 反抗挑戦性障害の併存
- 行為障害の併存

III 「不登校」への精神保健学的アプローチ

研究協力者 熊倉伸宏 (東邦大学医学部公衆衛生学)

1. 問題の所在

1941年に、Johnson らは school phobia (学校恐怖症) についての論文を発表した。それは不登校を恐怖症の心的メカニズムによって生ずる心理的症状として捉えたものであった。その後、しばらくは、一般精神科医と臨床心理士が精神療法的な接触をすることによって不登校という症状が軽減すると期待されたのであった。日本で、不登校に関する医学論文が多数、発表されるようになったのは、欧米に遅れて1960年代になってからである。当時、それは「登校拒否」と呼ばれた。それは戦後日本が体験した新しい社会問題として、マスコミでもセンセーショナルなトピックとなった。当時の支配的な見解は、やはり Johnson の学校恐怖症の理論であり、治療的アプローチが主体であった。

現在、「不登校」という名は、明確な身体的疾患や経済的問題がないにも関わらず単に情緒的問題により登校しないことが問題化している児童・生徒の事例に当てられた一般的な名称となっている。それは1960年代に社会問題として生じてきた社会現象であり、それに対

して教育、医療、保健、その他の多くの専門家がそれぞれの立場から多軸的に関わってきた歴史がある。具体的に、不登校問題に関わる専門家を列挙すれば、学校教師や養護教諭や学校カウンセラー、家庭医、保健師、児童相談所、小児科医、児童精神科医、精神科医、心理カウンセラー等であるが、その実践は極めて地道なものであり、必ずしも、めざましい成果を期待させるものは未だになかった。これらの経験から、彼らの問題が、単に、恐怖症や拒否の心的メカニズムの治療で改善できるとは断定しがたい点から、学校恐怖症や登校拒否の言葉が自ずと使われなくなった。専門的対応に限界があることから、たとえば、戸塚ヨットスクールのような民間機関が登場し、さらに深刻な社会問題となった。このように不登校に誰が如何に対処できるかという出発点から未だに議論が分かれるのである。

不登校が多軸的アプローチを要求する複雑な社会現象であることから、精神科医が取り得た役割は極めて限定的なものであった。しかし、現実には市中の精神科クリニックや教育相談所には多数の不登校事例があり、治療者が決め手を持たないままに悪戦苦闘している現実がある。その中で、現実にも求められていることは何かについて以下に文献的に検討する。

2. 不登校者の疫学

不登校の問題を明確にするためには、本来の問題発生現場である学校保健の歴史を追う必要がある。不登校の歴史をたどれば、明治6年に学制が布かれ、明治41年にはすでに90%が修学・出席するようになった時に遡ることになる。それ以来、日本での就学率は99%を、出席率も96.6%を超えるようになった。

当初、義務教育の導入は、当然のことながら、「長期欠席」者への対応を重要な社会的課題とした。なお長期欠席者数とは、年間50日以上欠席とされていたが、近年、年間30日以上欠席と定義が変化している。戦後、長期欠席者率は指数関数的に低下した。つまり昭和27年の全国データでは、全長期欠席者率は小学校児童では1000人対14.1、中学校生徒では35.0であった。これが昭和51年には児童2.3、生徒4.9に激減した。当時、長期欠席者は、身体疾患によるもの、経済的理由によるもの、「学校ぎらい」によるものに区分されていた。前二者が激減したことが、この指数関数的低下を産み出したとされる。なお「学校ぎらい」とは、今でいう不登校のことである。前述の1960年代にはいると、身体疾患、経済的理由による長期欠席者の絶対数が激減した背景によって、「学校ぎらい」の占める比重が無視できないものとなった。つまり、義務教育の導入と進学率の増加が、不登校が社会問題化する背景にある。このように見る限りでは、不登校の問題をめぐって義務教育の在り方が今も議論されるのは歴史的必然であり、一人、医療の問題として取り組める課題ではないことを雄弁に示すデータだといえよう。

3. 不登校の現状

現在も、長期欠席者は4つに下位分類されている。その内訳は、1) 経済的理由、2) 病気、3) 不登校(平成10年までは学校嫌いと呼ばれていた)、4) その他の理由、である。1950年以降、不登校が漸増傾向を示し、昭和58年には1000対4と倍増している。その増加は中学生徒が主である。

平成11年度では、学年別不登校児童生徒数は、小学1年では1,330名であり、6年まで漸増し8,213名に至る。小学生全体で25,904名である。中学に入り、その数は激増する。すなわち、中学1年では22,416名であり、2年では36,020名、3年生では44,091である。このことから、不登校といわれる問題の一部は、幼児期に発生しているものの、現在、問題化している不登校の多発年齢は中学期であることが分かる。要するに、不登校という現象が学校で問題化するのは思春期であり、それは精神分裂病などの精神疾患の多発時期とも一致する。一方、児童精神医学において注目される注意欠陥多動

性障害（ADHD）、自閉症児等は、それが問題化する時期からも、不登校を示す一群とはかなり異なっていることが推定される。

不登校が問題化した歴史的背景には、就学率の上昇がある。経済的理由、および身体疾患による長期欠席は激減するが、そのために不登校は目立つようになった。しかし、近年、中学における不登校の増加の背景にあるものは、単に精神疾患としては捉えきれない。不登校には、小児自閉症やADHDなど児童精神医学が特に関心を向けていた対象、および精神分裂病、および Johnson が提唱したような恐怖症の一類型としての古典的な登校拒否などが含まれる。しかし、これら明白な疾患を示さず、不登校だけが単症状的に存在し問題化する事例が多数であり、「閉じこもり」と呼ばれる事例との異同も議論されている。さらには大学生の「アパシー症候群」や、大人の「入社拒否」や「閉じこもり」との異同も又、議論されている。これらには医療につながる以前の問題事例が多いことから、いわゆる「サブクリニカル」な問題群という特性を共有している。つまり薬物等の精神科治療が著効を示すものは限られている。

もともと不登校は学校への登校という社会的行為の有無を基準として社会問題化してきたのであるから、それは本来、医学的概念ではない。そして歴史的に身体疾患や経済的理由によるものが除外されたものを不登校と呼んでいるのであるから、それは原因と対処が不明な社会問題として捉えるべき現象であることは否めない。怠学や非行とは異なるが、学校保健では、それらと並列して捉えるべき問題である。

4. 今後の対応

以下には、一つの私案として、上記の資料に基づいた対応策を考えることにする。

不登校生徒の措置についての調査では、過半数の学校では学内の改善工夫で問題が解決していると報告されている。家族への働きかけが有効であったというのがこれに続き、他機関との連携を行っているのは約1割である。その内、教育相談所などが殆どであり、医療機関が有効であったのは全体の2%に過ぎない。このことは問題が学内に限られるというよりも、不登校が学外専門家とつながりにくい現状を反映するものと解することもできよう。また不登校と直接、接する専門家の多くは精神科医や児童精神科医や小児科医に限られないことをも意味する。

不登校の困難例と実際に関わる専門家は教育相談所や児童相談所の心理カウンセラーや、学校での学校カウンセラーである。一般精神科外来にも不登校事例は少なくない。ただし、学校カウンセラーの業務は基本的には学校保健活動に属しているにもかかわらず、彼らは研修過程ではリエゾンやケア・マネージメントの技法など保健学的な専門知識が不十分である。一方、養護教員は保健活動には詳しいが、心理カウンセリングの具体的教育を十分、受けてはいない。他機関との連携にまで手が回る精神科医は、一般クリニックでは稀である。他機関との協力関係を積極的に活用するスキルを身に付けた教師は少ない。このような現状を変えることなしには、教師と、教育相談所や児童相談所の医師や、学校カウンセラーや養護教諭が連携し、チームとして事例に応じた対応をすることは、きわめて困難である。

本来、不登校は各専門性に関わる多軸的概念であり、各職種の連携を前提として初めて具体的対応が見えてくる問題であるから、不登校児を支えるネットワークを如何に作るか、及び、それをコーディネートする役割（いわゆる「ケアマネージャ」である）を誰に求めるか、そのための保健教育を各職種に如何に組み込むかが重要な課題であるといえよう。不登校が教育や医療や心理の特定職種が解決すべき対象として施策を立案する限り、具体的対応策は期待しがたいといえよう。

参考文献

- 栗栖瑛子, 佐藤倚男: 児童生徒の就学率・長欠率(学校ぎり等)の長期推移について, 学校保健研究, 23:232-238, 1980
- 栗栖瑛子, 藤井賢一郎: いわゆる「学校ぎり」による長期欠席の経年推移と社会的諸要因との関連について, 社会精神医学, 10:319-328, 1987
- Johnson, A.M., Falsteine, E.I., Svreck, S.A. & Svendsen, M.: School Phobia, Am. J. Orthopsychiatry, 11:702-708, 1941
- 中根晃: 発達障害の臨床. 金剛出版, 東京, 1999
- 文部科学省教育課程審議会: 生徒指導上の諸問題の現状について, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/003/toushin/001219.htm, 2001.01.16
- 文部科学省: 心と行動のネットワーク, 心のサインを見逃すな、「情報連携」から「行動連携」へ, http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/04/010410a.htm, 2002.03.08

IV 思春期精神医学からの思春期の保健対策ならびに連携構築に関する提言 研究協力者 中村道子(東邦大学精神神経科)

1. 各機関の機能

1) 学校等教育機関

学校外からの専門家としては学校医、スクールカウンセラー、心の教室相談員が各小中学校に配置されている。

スクールカウンセラーは平成9年度より、配置されており、児童、生徒の心理臨床に関する専門的な識見と臨床経験を有する者である。心の教室相談員は平成10年度から配置されている。学校によって差があるが、スクールカウンセラー及び心の教室相談員の相談内容は多種多様である。内容別に見ると、不登校、いじめの問題、友人問題、学校生活についてはどの学校でも比較的多い相談内容である。

学校内では校医、養護教諭、スクールカウンセラー、教師とのネットワークが存在し、学校の外部からは、校長を通してのアクセスが必要である。

また学校内で問題を乗り越えることが不可能な時は、教育相談所、児童相談所、保健・福祉センター、子ども家庭支援センター、病院など学校外の地域関係機関とネットワークを作る必要がある。

また特に学校医は内科医、もしくは小児科医が多いが、学校医もカウンセリングマインドを持ち、児童、生徒に接し、必要に応じて、病院精神科などと連携をとり、問題の解決にあたる必要がある。

2) 児童相談所

児童相談所は、18歳以下の子どもの福祉に関する相談と一時保護を行っており、医学、心理、教育、社会学的総合評価に基づいた援助サービスを行っている。

また児童相談所は、児童本人、家族、学校、病院、警察、施設などからの相談と地域住民や関係機関からの通告を受けて援助活動に入る。

児童相談所の主な相談内容や機能としては、養護相談(親の養育困難、虐待など)、障害相談、知的障害の療育手帳や手当の診断書、施設入所や療育指導等)、非行相談(暴力、家出、金銭持ち出し、触法行為の警察からの通告など)となっている。

保護が必要な児童を親の同意が無くても、無料で1、2ヶ月間一時保護したり、施設や里親家庭に一時保護委託をする機能は他の相談機関にない機能であり、一時保護は児童虐待等のケースで、緊急時に子供を救出する重要な手段となっている。

児童虐待ケースは、以前より児童相談所の養護相談の中に多く存在したが、社会的状況と児童虐待防止法の施行に伴い、児童相談所の扱うケースとして重きを成している。また、一人親家庭、崩壊家庭、外国人親の家庭の子供の心のケアも重要になっている。

児童相談所は、地域関係機関や関係者（保健福祉センター、学校、保育園、幼稚園、児童館、病院・開業医、児童委員、人権委員など）との協議会を通してネットワーク作りに取り組んでいる。

3) 教育相談所

主に不登校、学校での問題などの相談を担当。学校とのネットワークが確立されている。

4) 保健所、保健福祉センター

妊産婦、乳幼児の保健指導、母親の子育て指導、また親に精神疾患が認められる時はその経過観察や入院、通院治療への援助をし、地域の医療機関とのネットワークは確立されている。

5) 子ども家庭支援センター

地域における中核機能（関係機関と連携して問題解決にあたる役割）よりも、比較的取り組みの容易な「子育てひろば」的な事業を中心に展開しており、関係機関とのネットワーク確立に至っていない。

今後は子ども家庭支援センターでは、家族全体を視野に入れた支援の実践を提言、児童相談所や福祉センターなど関係機関との連絡・調整役を果たすことが重要である。その為には心理や医療、法律の専門的な助言ができる態勢を整備し、区市町村と都（児童相談所）との人事交流、研修態勢の整備など実施するべきである。

児童相談所では近年の児童虐待のケースの増加にともない、その対応などが、増加している。その為、児童の養育についての母親のカウンセリング業務や思春期の引きこもりや問題行動などのカウンセリング業務や対応を行う受け皿として子ども家庭支援センターが考えられている。

子ども家庭支援センターの業務の充実、及び児童相談所の社会における役割分担の検討が必要である。

6) 医療機関

児童精神科医の圧倒的人数の不足によって医療現場においても、子供の精神科医療が手薄になっている。その面からも小児科医の協力が必須である。また小児科医を受診できる子供はむしろ少なく、親に育てられない子供、崩壊家庭、家庭内暴力家庭、精神疾患を患っている親の子供などは医療機関に受診する機会が少なく、思春期以降種々の問題を起こすことなど、早期に精神科医、小児科医、児童精神科医が対応できる場を作っていく必要があると考える。

2. 地域連携の現状と在り方

1) ネットワークと守秘義務、個人情報保護について

・医師は「患者の権利に関するリスボン宣言」、「刑法 134 条の守秘義務」、「刑事訴訟法 105 条、149 条の守秘義務と証言拒否権」、「医師法 19 条の診断書、証明書などの求めに対して正当な理由がなければ拒めない」などの法律に基づき、関係者との連携をはかっている。

子供や家族のプライバシーを守ること自体に治療的に深い意味が存在する。そのような信頼関係に基づくこと無しには問題の真の意味での解決は得られない。

2) ネットワーク構築の際の情報開示の問題

個人情報保護の問題とカルテ開示の問題など自分の情報を見る権利などネットワーク構築の上での個人情報の取り扱いが複雑になっている。

医療機関や児童相談所における子供の情報について、学校など教育関係者から診断や所見についての問い合わせやネットワーク構築の際に、どこまでの情報開示を行うか、親の了解を得ることや親や子供本人も参加するケース会議実施など今後検討を要する課題が多い。

3) 各関係機関とのネットワーク

「I. 各機関の機能」に記載した機関相互の連携をどのように構築していくか今後詳細に検討していく必要性が認められる。

V 学校精神保健における連携構築について

分担研究者 川名明德（東邦大学精神神経科）

1. とくに児童青年精神医学を専門としていない精神科医がどのように思春期の保健対策ならびに地域連携に関わるのがよいか
2. てんかん専門医から見た思春期(中学・高校生)の心の保健対策の問題点

1. とくに児童青年精神医学を専門としていない精神科医がどのように思春期の保健対策ならびに地域連携に関わるのがよいか

(中学校で問題の有るケースへの対応の現状を参考に)

ケースの把握については進学時の、小学校からの指導要録や聞き取り、申し送り事項などが参考にされている。

入学後、問題がありそうであると思われるケースの情報は、職員会議や学年会などを含む各部会でも話し合われていることが多いが、それらに対する対応や解決は状況により解決の場が違っている。

具体的には、授業が進まない、手がかかりすぎる、トラブルが多いなどの場合は主に担任、教科担任が対応せざるを得ない状況に有る。問題が大きくなり、喧嘩や、怪我、不登校になってきた時点でようやく保健室やスクールカウンセラーに相談が入り、そこでも解決が困難な場合に保護者の協力を仰ぐことになる。一般的にはこのような手順で対応されるが、多くのケースでは基本的には担任や授業の担当教師が何とかしなくてはならないと思込んでいる事が多いようである。しかも、授業を進めつつの対応であるがゆえに、その場しのぎの対応になりやすい。場合によっては放課後に対応することもあるが、これらの対応は、担任であれ保健室の養護教諭やスクールカウンセラーであれ、じっくりと対話をするという程度のものである。これで解決がつかないケースになると、保護者を通して教育相談所や児童相談

所へつなげていくことになるのであるが、この場合でも保護者が理解を示さねば相談までに時間がかかることになる。特に児童相談所は保護者の同意がないと動きがとりづらいようである。また教育相談所で相談につながったにしても、カウンセラーが気に入らないと中断してしまうケースも見られている。

不登校に関しては、担任対応(保護者の希望)、養護教諭対応、スクールカウンセラー対応と様々であり、その対応も面談、電話、手紙、家庭訪問などが挙げられる。ただスクールカウンセラーは週1~1.5日程度の来校のため、児童とのスケジュールの調整が難しく、不在の日は空き時間の先生が交代で対応することになる。なかには教育相談所や精神科医とつながっているケースも見られる。

以上のように、中学校における例ではあるが、問題のケースがあっても実際には、教師や養護教諭、スクールカウンセラーの対応は、じっくり対話をするという程度のものであり、現時点ではこれらの対応手段の中に小児科医や、精神科医が考慮されていないように思われる。

上記のような状況下で、とくに児童青年精神医学を専門としていない精神科医がどのように思春期の保健対策ならびに地域連携に関わるのがよいかを考えた場合、下記のようなことが考慮されることが望ましく思われる。

- ① 学校や、養護教諭などからの相談窓口的な機能としての一般精神科医の参加が考えられる。
学校から上がってくる相談内容を分析することにより、それが精神疾患として捉えるべきか否かの判断を行う。
- ② それが精神疾患あるいはその疑いが認められると判断されれば、児童思春期専門医の受診を勧めたり、紹介を行う。
- ③ しかし精神科医自体が少数であり、ましてやそのなかでの児童思春期の専門医はさらに少数であるがゆえに、その専門医とのパイプ役としての役割が主体となるであろう。
- ④ このようなケースを抱える家族にとっては、家族自身が抱える精神的ストレスも大きなものである。このような場合においては、家族が望むならその家族への対応(カウンセリングを含む)も必要であるが、その場合は一般精神科医の対応で十分である場合が多いと考えられる。ただこの場合においてもその児童を診察している主治医との連携は必要である。
- ⑤ これらのことに非協力的な家族の場合は、家族への啓蒙活動が必要となるため、学校との協力体制が必要である。
- ⑥ ケースを抱え込もうとする担任や養護教諭も見られることから、彼らが抱え込む理由を調査検討することで、早目にケースをしかるべきルートに乗せることが可能になると考える。従って彼らへの啓蒙活動も必要であろう。
- ⑦ 現在、児童相談所に関与している医師では精神科医が多く見受けられるが、発達障害などの相談や問題を考える場合には精神科医のみならず、小児発達神経心理学などを専門とした小児神経科医の関与が望ましく、従って児童相談所への小児神経科医の配属が必要であると考えられる。

しかしこれらの実施を考えるとすれば、まずその地域に在住する精神科医や小児科医の把握とそこへ学校からの情報提供や、治療、カウンセリングに対するアプローチがなされることが望ましく考える。これを実施するには区の教育委員会と地元医師会との連携から始まる必要があると考える。教育委員会は、各学校の教職員の啓蒙に、医師会は内科・小児科のみ

ならず精神科医の学校保健への参加の要請を検討する必要がある。

2. てんかん専門医から見た思春期(中学・高校生)の心の保健対策の問題点

若年発症のてんかんの場合、多くは小児科へ受診するためそのまま成人に達するまで小児科でケアされていることが多い。しかしなかには精神症状を伴うケースもあり、これらについては精神科医の関与が必要となる。

またこれらの患児を持つ親の心理的ストレスも計り知れないものが有り、親に対するカウンセリングが必要な場合もある。このようなケースでは精神科医の関与が望まれるものである。

このようなケースの1例を挙げる。

てんかんでかつ易刺激性、易怒性、易興奮性、衝動性を有し、家庭内でもしばしば暴力行為が見られた児童で、家族も疲弊してしまい母親が不眠、不安、動悸・呼吸困難感などの自律神経症状を発症したケースでは、児童のてんかんについては小児科医が、精神症状に対しては精神科医が、さらに母親に対しても精神科医がそれぞれのカウンセリングや治療にかかわりを持つことで、時間はかかったものの次第に症状改善に至ったものがある。

てんかんを有する児童の治療をしていると、成人の場合でも当てはまるのではあるが、てんかんに対し「どうして自分がこんな病気に・・・」という理不尽さへの気持を有していることが多く、てんかんや将来についての不安、憤り、やり場のない怒り等が見受けられそれが家族に対する攻撃性となったり、日常生活への投げやりの態度へつながっているものと推測される。さらには長期間にわたりてんかん発作の抑制が困難なケースでは、いわゆる「てんかん性精神病」と呼ばれるところの精神病状態(幻覚・妄想状態や、性格変化など)を呈することがある。これらの精神症状に対してカウンセリングはもちろんのことではあるが、精神病状態などの場合には抗精神病薬などの投与が必要になる。その場合には精神科医の関与を求められることが多くなる。

このように精神科におけるてんかん専門医の場合でも思春期の患児のみならず、家族も含めた心の保健対策に貢献可能であると考えられる。

E. 考察ならびに提言

児童生徒の心の問題には、いじめ、不登校、神経性食思不振症、学業困難、校内暴力、家庭内暴力、児童虐待などがある。その原因は必ずしも環境要因によるものではなく、複合要因(性格・気質等)、発達障害(の二次障害)がある。

学習障害で二次的な適応障害が起きるのは、自己評価が低下したり、意図が分からないために、自分または他者を攻撃することによる。また、二次障害は心身症という形をとることもある。他に、注意欠陥/多動性障害、自閉症などの発達障害でも二次障害がみられる。また、発達障害により学業困難、対人関係の障害、注意集中障害、けいれん、意識障害などの問題行動を呈するので、発達障害に対する知識は重要である。

このように、行動面は”心の問題”であるが、原因として環境要因、性格等、発達障害などに分けられる。小児科においては専門分科(subspecialty)が進んでいる。心の問題に関係しているのは、小児精神医学、心身医学、小児神経学などである。精神科では小児精神医

学が関わっている。

今回の調査では、この中では、小児神経学会の小児科医が最も多く、次いで、児童青年精神医学会の精神科医、小児心身医学会の小児科医が比較的多数を占めていた。具体的には、児童青年精神医学会の精神科医(a)は 930 人、小児科医(b)は 118 人、小児心身医学会の精神科医(c)は 25 人、小児科医(d)は 559 人、小児神経学会の精神科医(e)は 39 人、小児科医(f)は 2661 人であった。これらの学会会員で重複している可能性はあるが、その割合はあまり多くはないと推測される。また、学会員であることと実際の臨床の力とは必ずしも一致しないが、児童生徒の精神保健のうち、心身症（とくに不登校、神経性食思不振症、PTSD 等）を扱うのに最も適している医師は精神科医 (a, c, e の 994 人) と小児心身医学会の小児科医(d)559 人の 1553 人であり、次に適しているのは小児神経学会の小児科医 2661 人と考えられる。

児童青年精神医学会について、小児科医 118 名、精神科医 930 名で、小児科医は精神科医の約 8 分の 1 の数であった。小児科医の学齢期人口千対の全国平均は 0.009 で、小中学生約 10 万人に 1 名であり、精神科医の学齢期人口千対の全国平均は 0.073 で、学齢期人口 1 万人あたり 1 人に満たないことになる。

小児心身医学会の小児科医の学齢期人口千対は全国平均が 0.044 で、学齢期人口 2 万人に 1 名弱であった。精神科医は全国でわずか 25 名であった。精神科医がまったくいない県は 35 県にのぼった。小児科医と精神科医を合わせると 584 名で、学齢期人口千対は 0.046 と 2 万人に 1 名弱であった。

小児神経学会の小児科医は 2661 名で、これらの専門家の中では最も多く、精神科医は 39 名と少数で、約 70 倍の違いがみられた。小児神経学会の小児科医の学齢期人口千対は全国平均で 0.208 で、児童生徒 5 千人に約 1 名で、比較的多いといえた。専門科目別の把握ができないために今回の集計に含まれていないが、小児精神神経学会の小児科医（約 350 名）、精神科医（約 150 名）も対応している。小児神経学会の小児科医は多くの医療機関で障害児を中心として医療—保健—教育の領域でリエゾン的な活動をしており、心の問題に関しても同様の働きが期待される。

このように、これらの専門分野 (subspecialty) の医師は絶対数や学齢期人口千対の医師数が少ないが、専門領域により医師数の特徴があるので、各行政地区においては、二次医療圏のみならず三次医療圏も含めて、これらの専門分野の医師が有効に機能するような体制作りが必要である。ここに挙げた専門分野 subspecialty 以外の専門領域の小児科医 (小児免疫学専門など)、精神科医 (てんかん学専門など) も、当然、“一般小児科医”、“一般精神科医”として、心の問題の小児に関わることが望まれる。

日本小児科医会では講習会を開いて、小児科医が「心の相談医」という形で精神保健に関わるようにしている。また、厚生労働省の「健やか親子 21」では、親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合を 2010 年までに 100%にするという目標設定をしている。

環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては臨床心理士、小児精神専門医 (小児科医、精神科医)、小児心身医学専門医 (小児科医) が、発達障害による場合は小児神経専門医 (小児科医) が対応するのが最も適している。幼児期の言語遅滞、てんかん、就学時健診や特殊学級 (心身障害児学級) への転・入学相談など発達障害に関しては小児科医が乳幼児期から相談を受け、診察している。また、気管支喘息、周期性嘔吐症、チックなどについては小児科医であれば subspecialty を問わず関わっている。

東京都大田区においては、小児神経学の医師が保健所の発達クリニック (2~3 次経過観察)、こども発達センター嘱託医 (毎月 2 名を診察、助言)、教育センターの精神医療部門専門相談員として毎月 2 回、診察、助言、医学判定書記載等の精神保健に関わっている。その専門は小児神経学のうち発達障害であり、てんかん、精神遅滞、自閉症 (アスペルガー症候群)、ADHD、脳性麻痺、言語発達遅滞などを扱っているが、不登校、神経性食思不振症、PTSD 等は得意な

分野ではない。そのような事例では精神科の医師に紹介することがある。しかし、不登校の中でも、発達障害を背景としている症例のみならず、何らかの身体的な問題を併有している場合があり、その際は臨床心理士や時に精神科医以上に小児科医が適していることもある。東京都においては児童相談所は数が少なく、歴史的に小児科医が児童相談所に参加していなかった。したがって、少なくとも発達障害に関しては、児童相談所と大学や医療機関の小児科や教育センター等との関わりがほとんどみられなかった（乳幼児の虐待については連携はよくとられている）。大都市圏以外では児童相談所は重要な位置を占めていると考えられる。

小児科医や精神科医の中でも、これらの分野を専門とする医師は多くはないので、地域においては各専門家がそれぞれの専門性を発揮して協力する必要がある。校医1人ではすべての事態に対応することはできないので、校医や養護教諭を中心として小児科医、精神科医、スクールカウンセラーが学校、教育相談室等の場で連携するシステム作りが望まれる。

以上のことから、小児の心の問題に対処するには次のような体制作りを提言する。

1. 各行政地域において、医療機関、医師会、学校、教育センター、児童相談所、保健所を含めた、二次医療圏ならびに三次医療圏に互る連携を構築する必要がある。
2. 少なくとも東京都においては児童相談所に小児科医が関わっていないという事態があるが、参加が望まれる。
3. 環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては小児精神専門医（小児科医、精神科医）、小児心身医学専門医（小児科医）が、発達障害による場合は小児神経専門医（小児科医）が対応するのが適している。これらの専門家が参加した体制作りが必要である。
4. これらの専門家の数は学齢期人口比で見ると十分ではない。心の問題の小児は初めから専門家を訪れる訳ではないことと、これ以外の専門領域の小児科医、精神科医も、それぞれ、小児科、精神科全般の診療を行っていることから、心の問題の小児に関わることが望まれる。
5. 学校において、校医、養護教諭、スクールカウンセラーが配置されているが、一人の校医ですべての問題に対応するのは困難である。地域の医療機関、医師会からの参加が必要である。

表4-1 都道府県の医師数と学齢期人口比

都道府県名	医師数(児童青年精神医学会)						医師数(日本小児心身医学会)						医師数(日本小児神経学会)						学齢期人口(6~14歳/千人単位)	小・中・高校数
	小児科医師	精神科医師	合計	小児科医師(学齢期人口千分)	精神科医師(学齢期人口千分)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千分)	小児科医師	精神科医師	合計	小児科医師(学齢期人口千分)	精神科医師(学齢期人口千分)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千分)	小児科医師	精神科医師	合計	小児科医師(学齢期人口千分)	精神科医師(学齢期人口千分)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千分)		
北海道計	8	34	42	0.014	0.058	0.072	18	0	18	0.031	0.000	0.031	113	0	113	0.194	0.000	0.194	583.96	
青森県計	2	10	12	0.012	0.060	0.073	5	0	5	0.030	0.000	0.030	18	2	20	0.109	0.012	0.121	185.37	
岩手県計	1	17	18	0.006	0.110	0.116	6	0	6	0.039	0.000	0.039	17	0	17	0.110	0.000	0.110	154.99	
宮城県計	1	18	19	0.004	0.070	0.074	7	1	8	0.027	0.004	0.031	48	1	49	0.186	0.004	0.190	257.41	
秋田県計	0	4	4	0.000	0.032	0.032	4	0	4	0.032	0.000	0.032	31	0	31	0.249	0.000	0.249	124.48	
山形県計	2	15	17	0.015	0.111	0.126	6	0	6	0.044	0.000	0.044	26	0	26	0.192	0.000	0.192	185.31	
福島県計	0	18	18	0.000	0.073	0.073	5	0	5	0.020	0.000	0.020	21	0	21	0.085	0.000	0.085	247.19	
茨城県計	3	12	15	0.009	0.037	0.046	14	0	14	0.043	0.000	0.043	44	1	45	0.134	0.003	0.137	328.30	
栃木県計	7	0	7	0.032	0.000	0.032	8	2	10	0.036	0.009	0.045	48	0	48	0.217	0.000	0.217	221.07	
群馬県計	0	6	6	0.000	0.028	0.028	14	0	14	0.066	0.000	0.066	23	1	24	0.109	0.005	0.114	210.67	
埼玉県計	5	14	19	0.007	0.020	0.028	15	4	19	0.022	0.006	0.028	92	4	96	0.134	0.006	0.140	684.07	
千葉県計	5	29	34	0.009	0.049	0.058	21	4	25	0.036	0.007	0.043	90	2	92	0.153	0.003	0.157	587.85	
東京都計	27	99	125	0.029	0.106	0.133	72	4	76	0.077	0.004	0.081	448	6	454	0.478	0.006	0.484	938.10	2288
神奈川県計	7	71	78	0.009	0.093	0.102	24	3	27	0.031	0.004	0.035	104	1	105	0.136	0.001	0.138	763.32	
新潟県計	0	12	12	0.000	0.046	0.046	10	0	10	0.038	0.000	0.038	48	0	48	0.182	0.000	0.182	283.34	
富山県計	0	6	6	0.000	0.055	0.055	4	0	4	0.036	0.000	0.036	18	0	18	0.164	0.000	0.164	109.75	
石川県計	0	17	17	0.000	0.140	0.140	4	1	5	0.033	0.008	0.041	24	0	24	0.198	0.000	0.198	121.25	
福井県計	2	2	4	0.022	0.022	0.045	1	0	1	0.011	0.000	0.011	25	0	25	0.279	0.000	0.279	89.72	
山梨県計	0	1	1	0.000	0.011	0.011	3	0	3	0.033	0.000	0.033	20	0	20	0.218	0.000	0.218	91.74	
長野県計	4	10	14	0.018	0.044	0.062	15	0	15	0.067	0.000	0.067	40	0	40	0.178	0.000	0.178	224.76	
岐阜県計	0	34	34	0.000	0.152	0.152	5	0	5	0.022	0.000	0.022	39	1	40	0.175	0.004	0.179	223.39	
静岡県計	5	34	39	0.013	0.085	0.098	15	0	15	0.038	0.000	0.038	88	1	89	0.221	0.003	0.224	398.18	
愛知県計	3	53	56	0.004	0.076	0.080	23	2	25	0.033	0.003	0.036	122	0	122	0.175	0.000	0.175	696.82	
三重県計	0	13	13	0.000	0.067	0.067	2	0	2	0.010	0.000	0.010	16	0	16	0.082	0.000	0.082	194.61	

表4-2 都道府県の医師数と学齢期人口比

都道府県名	医師数(児童青少年精神医学会)										医師数(日本小児心身医学会)										医師数(日本小児神経学会)										学齢期人口(6-14歳/千人単位)
	小児科医	精神科医	合計	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)							
																									小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計(学齢期人口千対)	
滋賀県計	1	5	6	0.007	0.034	0.041	2	1	3	0.014	0.007	0.020	59	0	59	0.399	0.000	0.399	147.81												
京都府計	1	27	28	0.004	0.108	0.112	14	0	14	0.056	0.000	0.056	88	1	89	0.353	0.004	0.357	249.38												
大阪府計	11	111	122	0.013	0.135	0.149	60	0	60	0.073	0.000	0.073	201	2	203	0.245	0.002	0.248	819.40												
兵庫県計	3	59	62	0.005	0.105	0.110	22	1	23	0.039	0.002	0.041	121	7	128	0.215	0.012	0.227	563.90												
奈良県計	3	20	23	0.020	0.133	0.153	2	0	2	0.013	0.000	0.013	13	0	13	0.087	0.000	0.087	150.07												
和歌山県計	0	3	3	0.000	0.026	0.026	9	0	9	0.079	0.000	0.079	23	1	24	0.202	0.009	0.210	114.07												
鳥取県計	1	3	4	0.014	0.043	0.058	8	0	8	0.116	0.000	0.116	27	0	27	0.391	0.000	0.391	69.04												
島根県計	1	7	8	0.012	0.084	0.097	9	0	9	0.109	0.000	0.109	22	0	22	0.266	0.000	0.266	82.85												
岡山県計	1	28	29	0.005	0.138	0.143	13	0	13	0.064	0.000	0.064	58	1	59	0.285	0.005	0.290	203.51												
広島県計	1	16	17	0.003	0.054	0.057	17	1	18	0.057	0.003	0.061	44	2	46	0.148	0.007	0.155	297.42												
山口県計	0	5	5	0.000	0.032	0.032	8	0	8	0.051	0.000	0.051	29	0	29	0.184	0.000	0.184	157.70												
徳島県計	0	9	9	0.000	0.103	0.103	5	0	5	0.057	0.000	0.057	23	0	23	0.264	0.000	0.264	87.02												
香川県計	0	16	16	0.000	0.152	0.152	4	0	4	0.038	0.000	0.038	36	0	36	0.343	0.000	0.343	105.09												
愛媛県計	0	12	12	0.000	0.075	0.075	4	0	4	0.025	0.000	0.025	37	1	38	0.231	0.006	0.237	160.17												
高知県計	3	11	14	0.036	0.133	0.170	8	0	8	0.097	0.000	0.097	23	0	23	0.279	0.000	0.279	82.53												
福岡県計	2	33	35	0.004	0.062	0.066	29	1	30	0.055	0.002	0.057	106	1	107	0.201	0.002	0.202	528.50												
佐賀県計	0	3	3	0.000	0.029	0.029	2	0	2	0.019	0.000	0.019	13	0	13	0.124	0.000	0.124	104.44												
長崎県計	0	10	10	0.000	0.055	0.055	5	0	5	0.028	0.000	0.028	29	0	29	0.160	0.000	0.160	181.31												
熊本県計	3	8	11	0.014	0.038	0.052	8	0	8	0.038	0.000	0.038	43	2	45	0.205	0.010	0.215	209.75												
大分県計	0	6	6	0.000	0.046	0.046	8	0	8	0.061	0.000	0.061	46	0	46	0.351	0.000	0.351	131.06												
宮崎県計	1	4	5	0.007	0.029	0.036	5	0	5	0.036	0.000	0.036	18	0	18	0.130	0.000	0.130	138.19												
鹿児島県計	0	3	3	0.000	0.014	0.014	7	0	7	0.033	0.000	0.033	20	1	21	0.095	0.005	0.100	210.56												
沖縄県計	0	6	6	0.000	0.034	0.034	9	0	9	0.051	0.000	0.051	19	0	19	0.107	0.000	0.107	177.80												
全国計	114	934	1047	0.009	0.073	0.082	559	25	584	0.044	0.002	0.046	2661	39	2700	0.208	0.003	0.211	12787.22												

表5-2 都道府県の市部別・郡部別の医師数と学齢期人口比

都道府県	地区名	医師数(児童青年精神医学会)				医師数(日本小児心身医学会)				医師数(日本小児神経学会)				学齢期人口(6~14歳/千人単位)	
		小児科医 人口千対)	精神科医 人口千対)	合計	小児科医 人口千対)	小児科医 人口千対)	精神科医 人口千対)	合計	小児科医 人口千対)	精神科医 人口千対)	合計	小児科医 人口千対)	精神科医 人口千対)		合計
青森県	弘前市	1	4	5	0.054	0.214	0.268	1	0	1	0.054	0.000	0.000	0.000	0.054
	市部計	2	9	11	0.019	0.084	0.103	3	0	3	0.028	0.000	0.000	0.028	0.028
	郡部計	0	1	1	0.000	0.017	0.017	2	0	2	0.034	0.000	0.000	0.034	0.034
岩手県	青森県計	2	10	12	0.012	0.080	0.073	5	0	5	0.030	0.000	0.000	0.030	0.030
	盛岡市	0	10	10	0.000	0.318	0.318	5	0	5	0.159	0.000	0.000	0.159	0.159
	市部計	1	17	18	0.011	0.182	0.193	5	0	5	0.054	0.000	0.000	0.054	0.054
	郡部計	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.016	0.000	0.000	0.016	0.016
	岩手県計	1	17	18	0.006	0.110	0.116	6	0	6	0.039	0.000	0.000	0.039	0.039
宮城県	仙台市	1	16	17	0.010	0.160	0.170	5	1	6	0.050	0.010	0.060	0.060	0.060
	石巻市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	塩竈市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.149	0.000	0.000	0.149	0.149
	古川市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.120	0.000	0.000	0.120	0.120
	気仙沼市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	白石市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	白根市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	角田市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	多賀城市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	岩沼市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	市部計	1	16	17	0.006	0.098	0.104	7	1	8	0.043	0.006	0.049	0.049	0.049
	刈田郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	柴田郡	0	1	1	0.000	0.099	0.099	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	伊具郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	亶理郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	宮城郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	黒川郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
加美郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
志田郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
亶理郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
栗原郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
尊米郡	0	1	1	0.000	0.091	0.091	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
株生郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
杜陵郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
本吉郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
郡部計	0	2	2	0.000	0.021	0.021	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
宮城県計	宮城県計	1	18	19	0.004	0.070	0.074	7	1	8	0.027	0.004	0.031	0.031	0.031
	秋田市	0	3	3	0.000	0.093	0.093	3	0	3	0.093	0.000	0.000	0.093	0.093
	市部計	0	4	4	0.000	0.059	0.059	4	0	4	0.059	0.000	0.000	0.059	0.059
秋田県	郡部計	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	秋田県計	0	4	4	0.000	0.032	0.032	4	0	4	0.032	0.000	0.000	0.032	0.032
秋田県	秋田県計	0	4	4	0.000	0.032	0.032	4	0	4	0.032	0.000	0.000	0.032	0.032
	秋田県計	0	4	4	0.000	0.032	0.032	4	0	4	0.032	0.000	0.000	0.032	0.032
	秋田県計	0	4	4	0.000	0.032	0.032	4	0	4	0.032	0.000	0.000	0.032	0.032

表5-3 都道府県の市部別・郡部別の医師数と学齢期人口比

都道府県	地区名	医師数(児童青年精神医学会)					医師数(日本小児心身医学会)					医師数(日本小児神経学会)					学齢期人口(6~14歳/千人単位)			
		小児科 医師	精神 科	合計	小児科 医師 (学齢期人口 千分)	精神科 医師 (学齢期人口 千分)	小児科 医師	精神 科	合計	小児科 医師 (学齢期人口 千分)	精神科 医師 (学齢期人口 千分)	小児科 医師 (学齢期人口 千分)	精神 科	合計	小児科 医師 (学齢期人口 千分)	精神科 医師 (学齢期人口 千分)		小児科 医師 (学齢期人口 千分)	精神科 医師 (学齢期人口 千分)	合計
山形県	山形市	2	5	7	0.192	0.077	0.269	4	0	4	0.154	0.000	0.154	18	0	18	0.692	0.000	0.692	26.00
	市部計	2	15	17	0.157	0.021	0.178	5	0	5	0.052	0.000	0.052	26	0	26	0.272	0.000	0.272	95.58
	郡部計	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.025	0.000	0.025	0	0	0	0.000	0.000	0.000	39.73
福島県	山形県計	2	15	17	0.111	0.015	0.126	6	0	6	0.044	0.000	0.044	26	0	26	0.192	0.000	0.192	135.31
	福島市	0	6	6	0.192	0.000	0.192	1	0	1	0.032	0.000	0.032	8	0	8	0.256	0.000	0.256	31.23
	市部計	0	14	14	0.090	0.000	0.090	4	0	4	0.026	0.000	0.026	19	0	19	0.123	0.000	0.123	154.70
茨城県	郡部計	0	4	4	0.043	0.000	0.043	1	0	1	0.011	0.000	0.011	2	0	2	0.022	0.000	0.022	92.49
	福島県計	0	18	18	0.073	0.000	0.073	5	0	5	0.020	0.000	0.020	21	0	21	0.085	0.000	0.085	247.19
	つくば市	1	4	5	0.239	0.060	0.298	6	0	6	0.358	0.000	0.358	12	1	13	0.716	0.060	0.776	16.75
栃木県	市部計	3	9	12	0.050	0.017	0.067	11	0	11	0.061	0.000	0.061	37	1	38	0.206	0.006	0.211	179.87
	郡部計	0	3	3	0.020	0.000	0.020	3	0	3	0.020	0.000	0.020	7	0	7	0.047	0.000	0.047	148.44
	茨城県計	3	12	15	0.037	0.009	0.046	14	0	14	0.043	0.000	0.043	44	1	45	0.134	0.003	0.137	328.30
群馬県	市部計	3	0	3	0.021	0.000	0.021	6	0	6	0.043	0.000	0.043	15	0	15	0.106	0.000	0.106	141.14
	河内郡	2	0	2	0.175	0.000	0.175	2	2	4	0.175	0.175	0.350	20	0	20	1.751	0.000	1.751	11.43
	下都賀郡	2	0	2	0.093	0.000	0.093	0	0	0	0.000	0.000	0.000	12	0	12	0.560	0.000	0.560	21.43
群馬県	郡部計	4	0	4	0.050	0.000	0.050	2	2	4	0.025	0.025	0.050	33	0	33	0.413	0.000	0.413	79.93
	栃木県計	7	0	7	0.032	0.000	0.032	8	2	10	0.036	0.009	0.045	48	0	48	0.217	0.000	0.217	221.07
	前橋市	0	5	5	0.170	0.000	0.170	5	0	5	0.170	0.000	0.170	9	0	9	0.307	0.000	0.307	29.34
埼玉県	市部計	0	5	5	0.040	0.000	0.040	9	0	9	0.071	0.000	0.071	17	1	18	0.135	0.008	0.143	125.88
	郡部計	0	1	1	0.012	0.000	0.012	5	0	5	0.059	0.000	0.059	6	0	6	0.071	0.000	0.071	84.79
	群馬県計	0	6	6	0.028	0.000	0.028	14	0	14	0.066	0.000	0.066	23	1	24	0.109	0.005	0.114	210.67
埼玉県	川越市	2	4	6	0.128	0.064	0.192	2	0	2	0.064	0.000	0.064	5	0	5	0.160	0.000	0.160	31.34
	所沢市	0	2	2	0.064	0.000	0.064	4	2	6	0.128	0.064	0.192	7	2	9	0.224	0.064	0.288	31.26
	市部計	5	11	16	0.019	0.009	0.028	13	4	17	0.023	0.007	0.030	72	3	75	0.126	0.005	0.131	571.33
埼玉県	入間郡	0	3	3	0.236	0.000	0.236	1	0	1	0.079	0.000	0.079	9	1	10	0.707	0.079	0.785	12.74
	郡部計	0	3	3	0.027	0.000	0.027	2	0	2	0.018	0.000	0.018	20	1	21	0.177	0.009	0.186	112.74
	埼玉県計	5	14	19	0.020	0.007	0.028	15	4	19	0.022	0.006	0.028	92	4	96	0.134	0.006	0.140	684.07

表5-4 都道府県の市部別・都部別の医師数と学齢期人口比

都道府県	地区名	医師数(児童青年精神医学会)					医師数(日本小児心身医学会)					医師数(日本小児神経学会)					学齢期人口(6~14歳/千人単位)	
		小児科医 (学齢期人口千対)	精神科医 (学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計 (学齢期人口千対)	小児科医 (学齢期人口千対)	精神科医 (学齢期人口千対)	小児科医 (学齢期人口千対)	精神科医 (学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計 (学齢期人口千対)	小児科医 (学齢期人口千対)	精神科医 (学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計 (学齢期人口千対)	小児科医 (学齢期人口千対)	精神科医 (学齢期人口千対)	小児科医・精神科医合計 (学齢期人口千対)			
千葉県	千葉市	1	10	11	0.012	0.123	0.135	0.037	0.049	0.086	28	0	28	0.343	0.000	0.343	81.53	
	鎌倉市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	8.18	
	市川市	2	8	10	0.052	0.208	0.258	0.026	0.129	0.155	10	1	11	0.258	0.026	0.283	38.83	
	船橋市	0	4	4	0.000	0.083	0.083	0	0.021	0.021	6	0	6	0.125	0.000	0.125	48.08	
	船山市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	5.14	
	木更津市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	3	0	3	0.228	0.000	0.228	13.17	
	松戸市	1	1	2	0.023	0.023	0.047	0	0.023	0.023	9	0	9	0.210	0.000	0.210	42.85	
	野田市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	1	0	1	0.081	0.000	0.081	12.30	
	佐原市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	5.30	
	茂原市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	9.97	
	成田市	0	2	2	0.000	0.202	0.202	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	9.88	
	佐倉市	0	1	1	0.000	0.054	0.054	0	0	0.000	4	0	4	0.215	0.000	0.215	18.59	
	栗金市	0	1	1	0.000	0.149	0.149	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	6.73	
	八日市場市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	1	0	1	0.295	0.000	0.295	3.39	
	旭市	0	1	1	0.000	0.236	0.236	2	0.473	0.473	5	1	6	1.182	0.236	1.418	4.23	
	習志野市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0.068	0.068	1	0	1	0.068	0.000	0.068	14.66	
	柏市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0.031	0.031	4	0	4	0.122	0.000	0.122	32.68	
	勝浦市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	2.22	
	市原市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	1	0	1	0.032	0.000	0.032	30.88	
	流山市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0.068	0.068	0	0	0	0.000	0.000	0.000	14.77	
	八千代市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	1	0.088	0.088	0	0	0	0.000	0.000	0.000	14.76	
	我孫子市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	2	0	2	0.170	0.000	0.170	11.79	
	鶴川市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	2.88	
	鎌ヶ谷市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	9.90	
	君津市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	9.91	
	富津市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	5.54	
	浦安市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	5	0	5	0.395	0.000	0.395	12.67	
	四街道市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	2	0.259	0.259	4	0	4	0.517	0.000	0.517	7.73	
	袖ヶ浦市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	6.63	
	八街市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	8.69	
	市部計	4	28	32	0.008	0.057	0.065	19	0.038	0.068	85	2	87	0.172	0.004	0.176	493.87	
	東京都	東葛飾郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	9.72
		印旛郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	5	0	5	0.167	0.000	0.167	29.86
		香取郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	12.27
		海上郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	2.50
		西荏原郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	2.34
		山武郡	1	0	1	0.058	0.000	0.058	2	0.117	0.117	0	0	0	0.000	0.000	0.000	17.10
		尾花郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	7.14
		夷隅郡	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	6.36
		安房郡	0	1	1	0.000	0.149	0.149	0	0	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	6.71
		都部計	1	1	2	0.011	0.011	0.021	2	0.021	0.021	0.000	5	0	5	0.053	0.000	0.053
	千葉県計	5	29	34	0.009	0.049	0.058	21	0.036	0.067	90	2	92	0.153	0.003	0.157	587.85	

表5-5 都道府県の市部別・郡部別の医師数と学齢期人口比

都道府県	地区名	医師数(児童青年精神医学会)						医師数(日本小児心身医学会)						医師数(日本小児神経学会)						学齢期人口(6~14歳/千人単位)	小・中学校数								
		小児科 医師数	精神科 医師数	合計	小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計	小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計	小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計	小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計	小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計			小児科 医師数(学 校)	精神科 医師数(学 校)	合計					
東京都	千代田区	0	2	2	0.000	0.813	0.813	0.000	0.067	0.000	0.000	0.000	1.625	0.000	0.133	0.000	7	1	8	2.844	0.406	0.000	0.000	3.251	0.233	0.033	2.46	30	
	中央区	1	0	1	0.222	0.000	0.222	0.048	0.000	0.000	0.000	0.000	0.222	0.048	0.000	0.000	3	0	3	0.665	0.000	0.000	0.000	0.665	0.143	0.000	4.51	21	
	港区	1	8	9	0.100	0.796	0.896	0.022	0.178	0.100	0.100	0.199	0.222	0.022	0.222	0.000	19	0	19	1.891	0.000	0.000	0.000	1.891	0.422	0.000	10.05	45	
	新宿区	3	11	14	0.171	0.626	0.797	0.057	0.208	0.171	0.171	0.797	0.245	0.019	0.95	2	97	5.408	0.114	5.521	1.792	0.038	0.000	0.000	1.792	0.769	0.000	17.57	53
	文京区	2	5	7	0.160	0.399	0.559	0.038	0.096	0.160	0.160	0.559	0.115	0.019	0.40	0	40	3.194	0.000	3.194	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	12.52	52	
	台東区	0	1	1	0.000	0.100	0.100	0.000	0.029	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	9.96	35	
	墨田区	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	16.70	44	
	江東区	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	31.95	62	
	品川区	5	0	5	0.205	0.000	0.205	0.076	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	8	0	8	0.328	0.000	0.000	0.000	0.328	0.121	0.000	24.38	66	
	目黒区	0	1	1	0.000	0.063	0.063	0.000	0.024	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	13	0	13	0.815	0.000	0.000	0.000	0.815	0.310	0.000	15.98	42	
	大田区	3	3	6	0.062	0.062	0.125	0.032	0.032	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	12	0	12	0.249	0.000	0.000	0.000	0.249	0.128	0.000	48.16	94	
	世田谷区	2	24	26	0.037	0.441	0.478	0.016	0.198	0.037	0.037	0.184	0.078	0.000	0.000	0.000	21	1	22	0.386	0.018	0.000	0.000	0.386	0.164	0.008	54.39	128	
	渋谷区	1	5	6	0.088	0.438	0.526	0.028	0.139	0.088	0.088	0.175	0.056	0.000	0.000	0.000	4	0	4	0.350	0.000	0.000	0.000	0.350	0.111	0.000	11.42	36	
	中野区	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	5	0	5	0.255	0.000	0.000	0.000	0.255	0.100	0.000	19.62	50	
	杉並区	1	2	3	0.029	0.058	0.087	0.013	0.029	0.029	0.029	0.116	0.050	0.000	0.000	0.000	4	0	4	0.116	0.000	0.000	0.000	0.116	0.050	0.000	34.44	80	
	豊島区	0	3	3	0.000	0.201	0.201	0.000	0.059	0.000	0.000	0.067	0.020	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.067	0.000	0.000	0.000	0.067	0.020	0.000	14.94	51	
	北区	1	0	1	0.041	0.000	0.041	0.013	0.000	0.000	0.000	0.082	0.027	0.000	0.000	0.000	13	0	13	0.535	0.000	0.000	0.000	0.535	0.173	0.000	24.31	75	
	荒川区	0	1	1	0.000	0.076	0.076	0.000	0.027	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	6	0	6	0.453	0.000	0.000	0.000	0.453	0.162	0.000	13.24	37	
	板橋区	0	6	6	0.000	0.152	0.152	0.000	0.068	0.000	0.000	0.152	0.068	0.000	0.000	0.000	42	1	43	1.062	0.025	0.000	0.000	1.062	0.477	0.011	39.55	88	
	練馬区	0	3	3	0.000	0.056	0.056	0.000	0.027	0.000	0.000	0.019	0.009	0.000	0.000	0.000	6	0	6	0.112	0.000	0.000	0.000	0.112	0.055	0.000	53.39	110	
	足立区	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.019	0.009	0.000	0.000	0.000	4	0	4	0.076	0.000	0.000	0.000	0.076	0.034	0.000	52.32	117	
葛飾区	1	0	1	0.029	0.000	0.029	0.013	0.000	0.000	0.000	0.058	0.013	0.013	0.013	0.013	4	0	4	0.115	0.000	0.000	0.000	0.115	0.051	0.000	34.68	79		
江戸川区	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.039	0.019	0.000	0.000	9	0	9	0.176	0.000	0.000	0.000	0.176	0.084	0.000	51.00	107			
区部計		21	75	96	0.035	0.126	0.161	0.014	0.050	0.035	0.110	0.041	0.007	0.000	0.000	324	5	329	0.542	0.008	0.000	0.000	0.551	0.216	0.003	597.50	1502		
埼玉県	八王子市	0	2	2	0.000	0.043	0.043	0.000	0.017	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	13	0	13	0.278	0.000	0.000	0.000	0.278	0.112	0.000	46.72	116		
	立川市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4	0	4	0.290	0.000	0.000	0.000	0.290	0.133	0.000	13.78	30		
	武蔵野市	0	1	1	0.000	0.101	0.101	0.000	0.038	0.000	0.000	0.101	0.038	0.000	0.000	3	0	3	0.302	0.000	0.000	0.000	0.302	0.155	0.000	9.95	28		
	三鷹市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.081	0.042	0.000	0.000	6	0	6	0.484	0.000	0.000	0.000	0.484	0.250	0.000	12.41	24		
	青梅市	0	1	1	0.000	0.071	0.071	0.000	0.040	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.071	0.000	0.000	0.000	0.071	0.040	0.000	14.09	25		
	府中市	0	3	3	0.000	0.165	0.165	0.000	0.083	0.000	0.000	0.055	0.028	0.000	0.000	19	0	19	0.444	0.000	0.000	0.000	0.444	0.252	0.000	18.20	36		
	昭島市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	10.93	23		
	調布市	0	2	2	0.000	0.134	0.134	0.000	0.063	0.000	0.000	0.067	0.031	0.000	0.000	5	0	5	0.148	0.000	0.000	0.000	0.148	0.071	0.000	14.98	32		
	町田市	0	2	2	0.000	0.233	0.233	0.000	0.105	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	2	0	2	0.233	0.000	0.000	0.000	0.233	0.105	0.000	33.78	70		
	小平市	1	0	1	0.068	0.000	0.068	0.031	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	34	0	34	2.308	0.000	0.000	0.000	2.308	1.063	0.000	14.73	32		
	日野市	1	1	2	0.073	0.073	0.146	0.036	0.036	0.000	0.000	0.146	0.071	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	13.72	28		
	東村山市	0	3	3	0.000	0.250	0.250	0.000	0.120	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	3	0	3	0.250	0.000	0.000	0.000	0.250	0.120	0.000	12.00	25		
	国分寺市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	8.45	15		
	国立市	0	1	1	0.000	0.178	0.178	0.000	0.063	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.178	0.000	0.000	0.000	0.178	0.063	0.000	5.63	16		
	川崎市	1	0	1	0.149	0.000	0.149	0.071	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1	0	1	0.149	0.000	0.000	0.000	0.149	0.071	0.000	6.71	14		
	横浜市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	8.29	17		
	福生市	0	0	0	0.000	0.186	0.186	0.000	0.083	0.000	0.000	0.186	0.083	0.000	0.000	2	0	2	0.373	0.000	0.000	0.000	0.373	0.167	0.000	5.37	12		
	相模原市	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	8	0	8	0.663	0.000	0.000	0.000	0.663	0.333	0.000	7.53	15		
	東大和市	0	1</																										

表5-6 都道府県の市部別・都部別の医師数と学齢期人口比

都道府県	地区名	医師数(児童青年精神医学会)						医師数(日本小児心身医学会)						医師数(日本小児神経学会)						学齢期人口(6~14歳/千人単位)	小・中学校数					
		小児科医	精神科医	合計	小児科医(学齢期人口千対)	精神科医(学齢期人口千対)	精神科医数(学校数対)	小児科医数(学校数対)	小児科医・精神科医数合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学校数対)	精神科医数(学校数対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医数合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医数合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学校数対)	精神科医数(学校数対)			小児科医・精神科医数合計(学齢期人口千対)	小児科医数(学齢期人口千対)	精神科医数(学齢期人口千対)	小児科医・精神科医数合計(学齢期人口千対)	
																										小児科医数(学齢期人口千対)
	都部	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	6.44	20
	島しょ部	0	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	3.37	42
	東京都計	27	99	125	0.029	0.106	0.133	0.012	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	0.043	938.10	2288