

A. 小児保健の現状と課題, 提言

思春期保健からみて

Rabbit Developmental Research

平 岩 幹 男

I. 思春期とは

思春期に対応する言葉として英語では puberty と adolescence の双方が挙げられる。puberty は pubic hair (陰毛) を語源としており adolescence はギリシャ神話の Adonis を語源としており, puberty の場合には年齢は10歳から15歳ころを中心としていることが多く, adolescence の場合には青年期を含めて20歳ころまでの広がりを持っていることが多い。日本産科婦人科学会の定義では, 女子では「性機能の発現開始, すなわち, 乳房発育ならびに陰毛発生などの第2次性徴の出現にはじまり, 初経を経て, 第2次性徴が完成し, 月経周期がほぼ順調になるまでの期間」とされており, その期間は, 個人差はあるものの, おおむね8~9歳ころから17~18歳ころまで, 男子ではこれに準ずると「性機能の発現開始, すなわち陰茎増大や陰毛発生などの第2次性徴の出現にはじまり, 精通を経て第2次性徴が完成するまでの期間」となり, 年齢としては女子よりやや遅れて10~11歳ころから17~18歳ころまでとなる。WHO (世界保健機関) の定義によれば, 第2次性徴の出現 (乳房発育・声変わりなど) から性成熟 (性機能が成熟する18~20歳ころ) までの段階, 子どもから大人に向かって発達する心理的なプロセス, 自己認識パターンの段階確立, 社会経済上の相対的な依存状態から完全自立までの過渡期として思春期を定義している。

II. 思春期の子どもたちには誰が対応するか

これまでは思春期の体の問題については, 性の問題が中心と考えられていたために, 女子では産婦人科, 男子では泌尿器科が中心となって対応してきた。しかし最近になって不登校やひきこもり, 発達障害など体の問題だけではなく, こころや行動の問題が大きくクローズアップされるようになってきたが, その場合に誰が対応するのかということが問題となっている。保健の面では, 就学までは母子保健 (親子保健) として厚生労働省の管轄であるが, 就学以後は学校保健として文部科学省の管轄となる。従って多くの保健所や保健センターでは思春期の子どもたちへの対応は十分とはいえない状況であった。この状況を受けてすこやか親子21では思春期を柱の一つとし, 到達目標も掲げているが実際の現場での対応には混乱も見られている。医療においても小児科が診るのか, 精神科が診るのかも場合によってさまざまあり, 日本小児科学会では「大人になるまで見守ります」と宣言したが, 多くの小児科では中学生までが対象であり, 高校生を含む思春期の子どもたちへの一義的対応は決まっていない。保健や医療での対応をより明確化し, そのために必要な社会資源が明示される状況を作り上げることが急務と考えられる。

III. 思春期の問題

思春期に対応すべき問題は数多い。不登校, ひきこもりに始まり, 性的行動の問題, 飲酒, 喫煙, 薬物乱用, 非行, そしてうつ病などの精神疾患, これらにさまざまな面からかかわってくる発達障害などである。これらの問題についてはそうした問題が起

きてから対応するのではなく、教育的対応も重要である。飲酒、喫煙、薬物乱用においては保健部門が協力しての教育が行われている地域が増加しているが、まだまだ子どもたちの飲酒や喫煙は少なくない。性的行動の問題も、性交渉の経験率が高校卒業時には女子で40～50%、男子でも30～40%と推定されており、若年妊娠や性感染症も珍しい問題ではない。しかし性教育という面からは、何をどこまで教えるかについての社会的合意は得られていないので、避妊や性感染症についての十分な情報を持たないままでの性交渉が多い。筆者も子どもたちの性教育にかかわってきたが、きちんと教えれば子どもたちは理解するし、おそらく行動面の変容も見られる。「教えればしてみたくなるから教えない」という意見によって性教育には抵抗もあるが、大人たちの役割が「子どもたちが産みたくなったら安心して安全に産めるようになること（2009年、日本小児科学会の提言より）」が重要である以上、性教育の必要性は当協会としても力説していく必要がある。

うつ病、パニック障害、強迫性障害などは国際的にも思春期で増加していることが報告されているが、わが国ではおそらく同じ傾向であるにもかかわらず、調査も少なく、実態も把握されていない。したがって適切な治療を受けることなく重症化する場合も見られる。特にうつ病においては、思春期のうつ病についての一般的な知識が普及していないこともあって、初期の無気力、倦怠感などに対して「たるんでいる」、「気合が足りない」などの対応がしばしば見られている。適切なカウンセリングと休養、場合によっては投薬を行うことにより多くの場合には改善するが、後述の発達障害が関与している場合には、発達障害自体への対応が必要になる。

IV. 発達障害の問題

思春期の子どもたちの中にも高機能自閉症（知的障害を伴わない自閉症、Asperger 症候群とも呼ばれる）、ADHD（Attention deficit/hyperactivity disorder：注意欠陥（欠如）・多動性障害）、学習障

害などの発達障害を抱える子どもたちが少なからず存在する。その頻度は1～5%程度と考えられている。不登校やうつ病、パニック障害、強迫性障害などや性の問題などの背後に発達障害が存在することはまれではなく、こうした相談に応じているうちに背後の発達障害に気づくこともある。

ADHD では思春期には適切な対応がなされなければ、反抗挑戦性障害や行為（素行）障害への移行が見られやすい。移行する子どもたちの多くは self-esteem が低いという特徴があり、受容的に対応すること、社会生活訓練を行うことにより、self-esteem の上昇を図ることが移行の防止にもつながるが、こうした対応よりも薬物投与が優先されがちという問題がある。高機能自閉症では知的レベルに問題はないので、思春期に生活上の問題を抱えてようやく診断されることが少なくないが、やはり self-esteem を高めるための社会生活訓練が重要である。しかし社会生活訓練については社会資源が少ないという問題がある。学習障害も特定の教科の学習の遅れや全体的な学力の低下が見られていても、適切な対応はもとより診断すらされていない場合もある。

V. おわりに

思春期の子どもたちは、大人と子どもを足して割ったものではない。思春期の子どもたちへの対応をするうえで大切なことは、抱えている問題に対応することだけではなく、子どもの生活の質（Quality of Life：QOL）を守るために何をするかを考えることである。QOL を守るためには保健や医療だけではなく、社会や政策的な対応も必要になる。

文 献

- 1) 平岩幹男. いまどきの思春期問題. 大修館, 2008.
- 2) 平岩幹男(編著). 思春期の性をめぐって. 診断と治療社, 2011.
- 3) 日本小児科学会編. 思春期医学臨床テキスト. 診断と治療社, 2008.