

思春期健診の可能性を考える

阪下和美 (国立成育医療研究センター総合診療科)

I. はじめに

本講演では、思春期健診という新しい形式の健診の概念をご紹介しますとともに、実現の可能性についてお話する。「健康」という言葉を「病気がないこと」ではなく、「その人にとっての健やかさ」、すなわち、基礎疾患や慢性疾患がある場合でもその人が「到達できる最大限の健やかさ」と定義させていただく。

II. 思春期の子どもと健康とその課題について

思春期は第2次性徴が始まった時点から成熟した成人の身体になるまでと定義され、出生後～成人に至るまでの半分を占める。前期思春期 (11~14歳)、中期思春期 (15~17歳)、後期思春期 (18~21歳) と大別されることもある。WHOは思春期を“Health for the World's Adolescents, A second Chance in the second decade (人生の2つめの10年間の2つめのチャンス)”と表現しており、思春期の健康の重要性を強調している。

果たして、日本の思春期の子どもは健康であろうか。令和元年の厚生労働省の報告によれば、年齢階級別一人当たり医療費 (平成29年度) は、10~14歳では6.9万円、15~19歳では5.5万円であり、ほかの年齢階級と比較しても思春期年齢が最低となっている。一方で、15~34歳の若年無業者 (NEET) は2.3%、15~39歳の狭義のひきこもりは17.6万人、10代の出産は9,898件 (平成29年)、15~34歳の自殺死亡率18.1と、芳しくない数字が報告されている。さらに、本邦の小児人口の年齢階級別障害調整生存年 (DALY) を解析した報告からは、思春期以降に精神・行動の問題が主たる健康課題となることが判明した¹⁾。思春期後にも、思春期の心身の健康は大きく影響する。思春期の生活習

慣や家族・親子関係は成人期にも続く。思春期の心身の健康は成人期の心身の健康に必須であり、ひいては次世代の健康に必須である。

医療機関を受診する思春期の子どもの主訴は、感冒や外傷等急性の病態を除くと、頭痛、腹痛、朝起き不良、倦怠感、やる気が出ない、登校困難など慢性的な症状が主である。こうした慢性的な症状を訴える思春期の子どもは診療はしばしば容易ではない。診療が難しくなる理由は3つある。1つ目は病歴評価の難しさである。病歴が長い、複雑、あいまいであることや、保護者ばかりが話し子どもは黙っていることもあり、「だれ」が困っているかを見極めが必要なことも少なくない。2つ目は効果的な医療面接の難しさである。忙しい臨床業務の中で何をどこまで尋ねるべきか迷うこともあるし、効率よく医療面接をせねば身体の問題なのか心の問題なのかがわかりづらいこともある。3つ目は受診の遅さである。国民皆保険のもと素晴らしい医療アクセスを誇る本邦ではあるが、患者側の受診動機がないと医療機関に訪れることはない。思春期の子どもの場合、「親」と「子」の両方の受診動機が必要である。何らかの症状が明らかになり、日常生活 (特に学校) に支障をきたして初めて親が気づき、時には本人を説得して、ようやく医療機関へ訪れる。すなわち、ある程度症状が重くなってから受診する状況が常に存在する。

このような診療の難しさを考えると、症状が生じる前または重くなる前に何らかの予防的介入が必要であろう。しかし、現在の体制には課題が3つあると考える。1つ目の課題は、学校での予防的介入が不十分であることが挙げられる。学校健診は履修に支障をきたす器質的疾患のスクリーニングを目的としており、通

常は集団健診であるため、個別の心理社会面の評価は行われず、学校での授業や配布物を通じて、思春期の健康に関する予防的な情報は提供されているが、それらの受け止め方はそれぞれの子どもによって異なる。スクールカウンセラーは増えつつあるものの学校や地域によって利用しやすさは異なり、学校で悩みを相談すること自体に抵抗を感じる子どももいる。また、養護教諭やスクールカウンセラーが問題を見出しても、医療機関との連携が難しいのが現状だ。2つ目の課題として、医療制度が挙げられる。医療者が診療報酬を得るためにはより多くの患者を診察する必要があり、診察時間を要する患者への対応は経営上容易ではない。また、親子の受診動機がそろって初めて診察の機会が得られるため、心身の健康を損なうリスクを持つ「予備軍」を見つけることは非常に困難であり、効果的な一次予防が不可能である。3つ目の課題は、思春期の子どものヘルスリテラシー(生活習慣・生活状況を変え健康を向上させる行動をとるための知識・スキル・自信)が一般的に低いことである。保護者が子どもの健康を過剰に管理してしまうことや、思春期の時期に医療者と直接かかわる機会が乏しいことが原因として考えられる。生活に支障が出るほどの症状があっても、症状を自分で説明できない思春期患者や、保護者だけ受診する症例は少なくない。

Ⅲ. 思春期の子ども健康上のリスク

思春期はだれもが不安定になるものだが、それは脳の発達からも説明ができる。思春期に入るとまず、情緒や睡眠を司り快楽やご褒美を求める辺縁系が発達する。遂行機能を司る前頭前皮質は遅れて発達する。前頭前皮質が十分に発達すると、物事を決定する、オーガナイズする、衝動をコントロールする、将来への見通しをつける、計画を立てるといったことがより良くなるようになる。辺縁系と前頭前皮質の発達段階の差が存在する思春期は脆弱性のある期間といえる。このような脳の変化を伴いながら、思春期には抽象的思考、内省する能力、価値観、問題解決スキル、コーピング、アイデンティティなどさまざまな思考を会得していく。この過程には本人の気質・性格に加え環境も大きく影響する。

思春期の心身の健康を損なうリスクは多岐にわたる。たとえば、不健康な食生活、生活リズムの乱れ、睡眠の問題、過剰なメディア使用、友人とのトラブル、

表1 「表面化しない」リスク例

- ・13歳女子：お母さんが「たくさん食べることが一番。」と言うからいつもたくさん食べているし食べるのが大好き。でも中学に入ったら、太っていることをからかわれた。
- ・13歳男子：親はすごく勉強に厳しくて中学受験のため必死で勉強をした。中学合格後、成績が悪くなって、授業も速くついていけず、疲れた。自分は何がしたいかわからない。
- ・15歳男子：親友と一緒にサッカー部に入部したが、練習は厳しく、怖い先輩もいて辛い。本当は退部したいが親友に悪いので我慢している。
- ・17歳女子：付き合ってから半年のボーイフレンドがいるが、エッチなことをどうすればよいかわからない。友だちには「そろそろしないの?」と言われるので、しなければいけないのかと思う。
- ・14歳男子：SNSでの友だちとのやり取りに忙しい。親はうるさいから布団の中で隠れて深夜までSNSをしている。既読スルーされると腹が立つ。
- ・16歳男子：てんかんで薬を飲んでいるけど、友だちに病気がばれるのがいやだ。薬は面倒くさいし、飲みたくない。毎日ユウツだ。

学業や部活の負荷、親子間の葛藤、ハイリスク行動(安全でない性行動、喫煙・飲酒・薬物使用、暴力、犯罪等)などが挙げられる。リスクを回避しながら、自立性と自己肯定感を高められることが理想である。こうしたリスクは「表面化しない」ことも多く、さらには、本人や保護者もリスクと気づいていないことがある(表1)。すべての子どもに心身の健康を損なうリスクがあり、特に思春期にはそのリスクが増える。積極的な一次予防が必要である。

Ⅳ. 思春期健診の提案

心身の健康を損なうリスクを早期に発見し、心身の病気を積極的に予防するために、思春期健診という新しい健診をご提案したい。国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 成育疾患克服等総合研究事業(BIRTHDAY)「思春期健診およびモバイルテクノロジー(思春期アプリ)による思春期のヘルスプロモーション臨床介入研究」(研究主任：久留米大学小児科学講座 永光信一郎准教授、2018~2020年)の中で作成した思春期健診の形式をご紹介します。

欧米のプライマリケアにおいて、思春期健診はすでに確立した概念である。米国ではかかりつけプライマリケア医が1年に1回、個別健診を行い、身体診察、心理社会面を含む医療面接、予防接種、年齢に応じて必要な器質的疾患のスクリーニングを行っている。英国でも家庭医(General Practitioner)が同様の健診を年1回行っている。本研究では、これらを参考に、

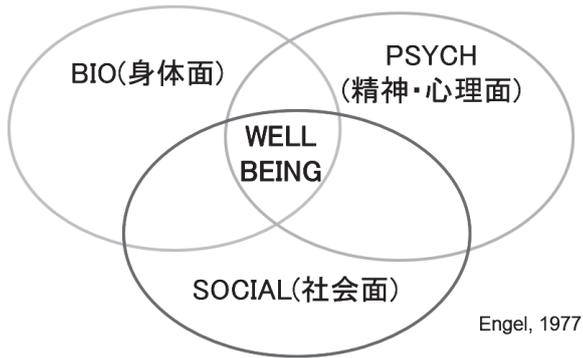


図1 Biopsychosocial model

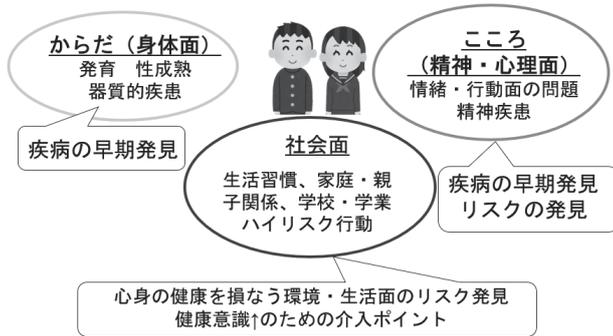


図2 Biopsychosocial modelに基づく思春期健診のアプローチ

本邦での社会実装化を目指して、短時間で包括的の評価ができる健診の形式を作成した。

健診の具体的手順を説明する前に、Biopsychosocial model をご紹介する。Biopsychosocial model は、1977年に精神科医療の領域においてGeorge Engelが1977年に初めて提唱した概念である²⁾。Engelは当時の医療の在り方が「biomedical model」であると述べ批判した。「biomedical model」とは、「患者に生じているすべての事象は『病気』だけによって説明できる」、「『病気』を社会的行動から切り離して捉え、社会的逸脱は器質的障害により説明できる」という考え方である。この考え方に対して、行動面・精神面が健康に及ぼす影響を考慮すべきであるとして、彼が提唱したのがバイオサイコソーシャルモデルであった。以降、このモデルの解釈は発展し、病気も健康も生物的・心理的・社会的因子の相互関係の結果であるという全人的医療の姿勢として捉えられるようになり、さまざまな病態へのアプローチに広く採用されるようになった(図1)。健診として包括的な一次予防を行う際、このモデルを意識しながら心理社会面を評価するとよい(図2)。

V. 思春期健診の手順

今回提案する思春期健診は、約30分で行う個別健診である。実施場所は医療機関で、保護者同伴での受診を前提とした形式である。流れを記載する。

(1) 診察前：子ども本人に出生歴・既往歴・家族歴を記入してもらい、自分の過去の健康状態に関心をもたせる。自覚する症状について、review-of-system形式の質問紙に回答してもらう。身長・体重・心拍数・血圧を測定し、肥満度曲線にプロットする。

(2) 親子で面接：医療面接はまず保護者同伴で行い、保護者が心配している点などを聴取する(5分程度)。

(3) 子どもとの医療面接：保護者を退席させ、医師と1対1で本人の心配な点や心理社会面について聴取する((3)と(4)は順不同)(15分程度)。

(4) 身体診察：全身(頭頸部～足部)の身体診察を行う。筋骨系の診察も行う。保護者・子どもの許可を得られたら乳房・生殖器を視診し性成熟度を評価する(5分程度)。

(5) カウンセリング：診察・医療面接で認めたりリスクに関して話し合う(10分程度)。

(6) 判定：身体診察と医療面接の結果から、①介入不要、②指導・助言に従い経過観察、③医療機関への受診が必要のどれかを判定する。

子どもとの医療面接の冒頭には、必ず、「ここで話すことは、あなたの身に危険が及ぶ内容でない限り、親には話さない」と伝え、プライバシーを尊重することを強調する。危険が及ぶ内容とは希死念慮や自殺企図、自傷、他傷等である。心理社会面を迅速に聴取するツールとしてHEEADSSSを紹介する(表2)³⁾。Home(家庭・家族)、Education(学校・学業)、Eating(食事)、Activities(活動・運動)、Drugs(喫煙・飲酒・薬物)、Sexuality(恋愛・性的活動・性自認)、Suicidality(抑うつ・希死念慮)、Safety(安全面)の頭文字をとった語呂である。子どもが質問に答えることが難しそうであれば、ペインスケールを用いて「楽しさ」、「居心地の良さ」、「辛さの程度」などを尋ねるのもよい(図3)。

カウンセリングでは、一方的な指導ではなく、正確な知識を伝え、本人が変容できそうな行動・習慣を話し合うことを目的とする。本研究では、肌トラブル、睡眠の問題、月経の問題等、思春期に多いリスクについて、それぞれ解説と助言を記載したハンドアウトを

表2 HEEADSSSの質問例

Home	おうちでくつろげる？居心地はよい？お父さん・お母さんとよく話す？ケンカする？
Education	学校について教えて。成績は？楽しい？先生好き？
Eating	1日3回食事をしている？ジュースやお菓子はどれくらい食べる？
Activities	友だちと何して遊ぶ？部活してる？お稽古・塾はある？週に何回、何時まで？運動はしている？
Drugs	タバコやお酒、薬物を試したことある？興味ある？家族・友だちにお酒や薬を使う人は？
Sexuality	付き合っている人はいる？どこまでいってる？嫌なのに体をさわられたことは？
Suicidality	ものすごく気持ちが落ち込むことはある？死にたくなることある？消えたくなることある？
Safety	乗車時シートベルトしている？スポーツ時安全装具はつけている？周りに暴力はある？いじめはある？

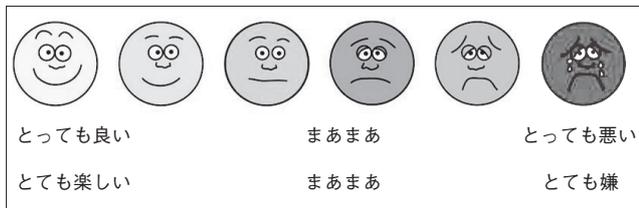


図3 ペインスケールを用いた回答の誘導

表3 カウンセリングの例

* 過体重, やせ：生活指導, 健康な体重の指導
* 欠食：生活指導
* にきび：スキンケア指導, 皮膚科受診の推奨
* スマホ過剰：家庭のルール作り, Wi-Fi 設定時間の相談
* 睡眠不足：適切な睡眠時間の指導, 睡眠衛生
* 恋人がいる：安全な性・避妊・緊急避妊の説明
* 頭痛がある：頭痛体操, 睡眠衛生

作成し、カウンセリングに用いた。本人が保護者と共有していいと許可した健康課題に関しては、親子ともにカウンセリングをし、家族全体の行動変容を促すのがよいだろう。カウンセリングの例を表記する(表3)。

VI. 思春期健診のメリット

思春期健診のメリットは、本邦ではまだ立証されていない。しかし、2019年の本研究結果からは、医療者が何らかの形で介入することで希死念慮を予防できる可能性が示唆された。筆者が考える健診のメリットを述べる。

- ・約30分で身体面と心理社会面の評価が可能であり、適宜保険診療へつなぐことができる。複数回の診察

で健康課題を継続的に評価・指導することができ達成を共有できる。

- ・健診の場で親・子・医師で話すことで、その後の親子の会話のきっかけを作り、「親と子の行動変容」を促すことができる。
- ・医療者と直接話すことで、思春期の子どもへのヘルシセラシー向上を促すことができる。

このように、冒頭で述べた本邦の課題のうち2つを解決できる可能性がある。さらに、思春期健診という体制があれば、養護教諭やスクールカウンセラーとの連携を強化できるかもしれない。

VII. 思春期健診の実現に向けて

思春期健診の実現への課題は山積している。診療報酬がないことは最大の障壁であろう。しかし、本邦の未来を憂うとき、思春期の子どもへの積極的かつ包括的な一次予防は必須であると確信している。思春期の健康を重視する政策が実現すれば、ひいては成人期の、そして次世代の医療費削減につながる可能性がある。小児科医が「思春期の予防医療」という新たな役割を担うことの重要性を行政にもぜひ理解していただきたい。これからも思春期健診の実現を目指して尽力をする所存である。

謝 辞

本講演の機会をくださいました久留米大学小児科学講座 山下裕史朗教授、永光信一郎准教授、座長の労を執ってください神戶市総合療育センター高田 哲先生に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 五十嵐 隆 (研究代表者). 子どもの身体的・精神的・社会的な健康課題に関する調査研究 研究報告書. 平成29年度子ども・子育て支援調査研究事業. 厚生労働省. 2018.
- 2) Engel GL. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. Science 1977;196(4286): 129-136.
- 3) Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures : Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL : American Academy of Pediatrics, 2017.