

平成22年度総会学会・特別講演

## 思春期の健康問題にどう取り組むか

慶應義塾大学医学部小児科学

関 口 進一郎

慶応大学の関口でございます。本日はこんなに立派な会にお招きくださり、ありがとうございます。座長の労をお執りくださる玉那覇先生、どうもありがとうございます。

プロフィールにもありますが、私は大学では金曜日以外は毎日外来診療をしています。金曜日だけは足立区で診療していますが、そこは小学校の各クラスに二、三人は、鉛筆とノートを持ってこれられない子どもがいる、そういう地域です。大学病院ではかなり特殊な人たちを見ているし、足立区のほうでも変わった集団を見ている関係で、東京で診療しているのと沖縄県で診療するのとおそらく違いがあると思います。ですから、私がここでお話することが日々の活動にどう影響するか、皆様の中でうまく取り入れてくださればと思います。それから今まわしています本は、アメリカの小児科学会が出版している、10代のお子さんを持つ親御さんのための育児ガイドブックで、650ページくらいのボリュームがあり、20ドルくらいで買えます<sup>1)</sup>。日本にはこのような本がないと思い、三年くらいかけて翻訳しました<sup>2)</sup>。お手元に届きましたら、ぜひご覧になってください。沖縄県小児保健協会にも寄贈させていただきました。

先ほどから学会に参加させていただいていますが、小児保健で話題になるのは乳幼児保健がほとんどです。今日私が話すのは思春期なのですが、乳幼児保健はかなり手厚い、まあ、それでも不十分なところはもちろんありますが、こうやって熱く議論してもらえます。ところが思春期の話になると、小児科医もあまり取り組まないし、議論する機会がありません。ですが、10代の子どもたちが健康の問題を何も持っていないかということではなく

て、長く生きていけばそれだけ健康の問題を抱えていくでしょうし、その親御さんが何の不安も持っていないかということそれもまた違うと思います。ということで思春期のさまざまな健康の問題にどう取り組めるか、そのアイデアを皆さんにご紹介したいと思います。

思春期の子どもを診るときはその子どもたちがそれぞれの成長の過程にいますので、その段階の特徴を踏まえて対応しなければなりません。また、乳幼児健診というと赤ちゃんの健診はするのですが、説明はほとんど親御さんに行います。それが思春期の年代になるにつれ、だんだん子どもの言い分を聞いて子どもの考えも尊重してあげる。そして段階的に子どもに何か任せていくことも必要になる。子ども自身にかかる比重が大きくなります。それから思春期のプライマリ・ケアには、僕は小児保健や乳幼児健診のやりかたを思春期の子どもに応用すればいいという考えです。いろんな情報を集めて子どものことを考える、普段子どもがどういう生活をしているのかイメージを膨らませて、その子にあったガイダンスをする。そのガイダンスは、親御さんにもそうですし子ども本人にも、これから年齢が上がると何が起こっていくのか、話していくといいかなと思います。そして乳幼児健診と一緒に、患者家族と医療に携わる我々とのパートナーシップでやっていくことになります。今日はこのような話をしていこうと思います。

まずは私が普段どんな診療をしているのかをご紹介します。

### I 「咳」の裏側にあるもの

このケースは2年前に小児保健セミナーで紹介し

たものですので、そこに参加くださった先生には重複してしまうかもしれません。二か月続く咳嗽の14歳の女の子が来ました。二か月前から咳が続き、一晩に何度も起きてしまう。運動すると咳が出て吐きそうになる。市販の薬を服用しているが良くならないということで、「咳」を訴えて受診しました。今までどんな病気をしましたか、というと妊娠34週で1950gの未熟児で生まれてきた。家族の構成は片親家庭で、お母さんがうつ病で精神科医にかかっているという家庭背景がある。この子の今までの身長体重のデータを発育曲線につけますと、10歳ころから体重が全然増えていない(図1)。身長の伸びも良かったものがこの頃から二つ線をまたぎ、三つ線をまたぎというふうに停滞している。こんな状況に気づきました。その背景要因としていろいろ考えるのですが、体重が増えていないのなら食事はとっているのか訊いてみると、三食とも摂っている。食べるのに時間はかかるが量はきちんと摂っているようだ。食欲はありお腹も空くというので摂食障害らしくはない。夜は眠れているかという、8時間睡眠をとっていて、夜中に目が覚めるとか寝つきが悪いとかはないそうです。排便のことを訊いてみますと、お腹が痛くなることはよくあるが下痢や便秘に苦しんではいないと答えました。女性なので月経のことを訊いたところ、14歳でまだ始まっていないと

ということがわかりました。学校ではどんな様子かという、公立の中学二年生で体育委員だったりバスケットボール部のキャプテンだったり、結構頼られるしっかりしたお子さんのようです。部活動に出た日は家に帰るのが六時から七時半だが、夜遅くまで出歩くような子ではない。ほかの習い事もない、ということがわかりました。ここまでで、もともと受診した理由は二か月続く咳でしたが、ほかの問題点として身長伸び・体重の増えが悪いこと、慢性の腹痛を繰り返すこと、14歳であるのに月経がないこと、そして診察すると乳房の発育もない。つまり二次性徴の変化が14歳にしてまだ起こっていないことがわかりました。そうするとこの子は、片親家庭で母がうつ病であること以外に何か心理的要因はないかとたずねていくと、人から頼りにされやすい。学校の先生からは頼りになるからということで、不登校がちなクラスメイトのお世話役を頼まれている。友達からは、人間関係の相談を受けてひたすら話を聞いてあげる。とにかくこの子は引き受けるばかりで、ほかの人に相談することがなかなかできなかった。それとこれも大きかったと思いますが、学校裏サイトという携帯のサイトに悪口・誹謗中傷、いろいろ書き込まれてかなり傷ついていたことがわかりました。

それで初期対応として、二か月続く咳の原因を調べていくと百日咳であることが分かったので、その診断と治療をしました。その一方で身長と体重の増えが悪い、月経がまだ来ていない、思春期がまだ始まっていないことに関して、血液検査や手のレントゲンを撮って骨の発育状態を見るということをしました。三番目に、心理社会的な問題への対応ということで大きく二つ。いろいろ相談を引き受けやすい子なのですが、友達の相談を引き受けても、子ども同士の話では絶対解決できないような家庭内の相談、自分の手に負えない相談は乗らないほうがいいよと、それは自分の手に負えないからほかの大人に相談して、という返事の仕方もあることを伝えました。一方では、攻撃や中傷を受けてつらい思いをした経験を打ち明けてくれたので、あなたは何も悪いことをしていないけど、こんなに書かれてすごく傷ついたねと、話を聴いていきました。

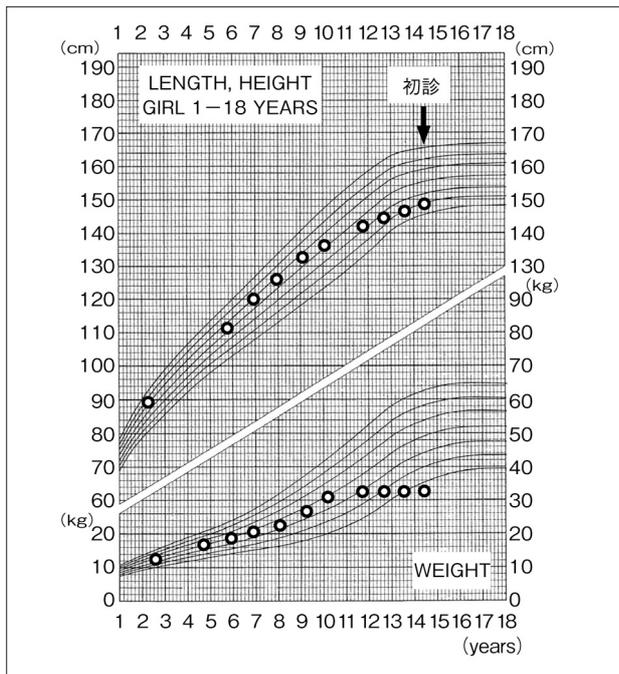


図 1

結果的にこの子には、咳嗽の治療をしました。成長障害や無月経に関してはホルモンの異常は何も見られなかったのですが、その後は僕が定期的に外来で経過を見ています。現在では体重が上向いてきて、身長160cm、体重は50kgくらいになっています(図2)。この変化はBMI(ボディマスインデックス)の発育曲線で見ると、一回大きく下がって上がったというのがよくわかります(図3)。

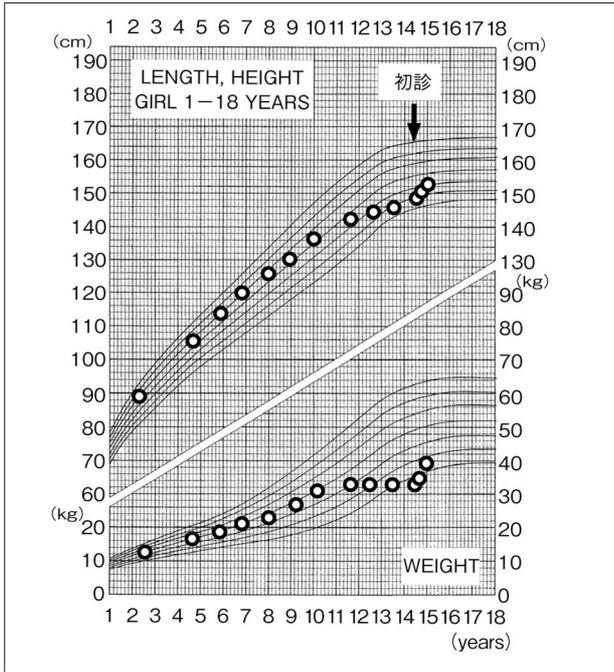


図2

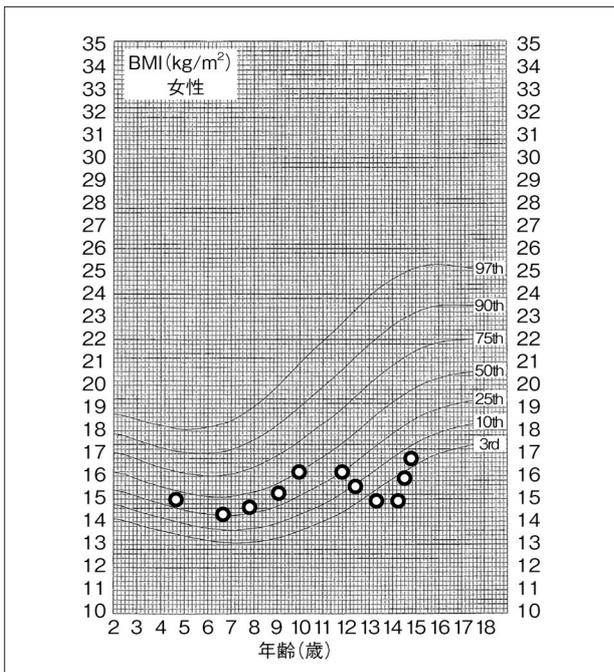


図3

咳で診察に来たような子でも実はいろいろな健康の問題を裏に抱えていることがあります。さっきの子はお腹が痛いのも治りましたし、成長も戻っている。今は元気な高校生になっています。

## II 朝がつらい子どもたち

もう一方で、この年代に多いのが「朝がつらい」朝なかなか起きない子たちです。彼らは、具合が悪いとかだるいとか疲れたとか言う訳ですが、それに対しておとながよく言うのは、気力が足りないとか怠けているとかいう言葉です。「明日は学校に行くよ」と言って眠るのに、朝になると行かない。「明日起こしてね」と言ったのに、起こすと嫌がって怒ったり蹴飛ばしたりする。そして昼ごろ起きてきて「なんで起こしてくれないんだ」とお母さんに文句を言うという状況なのですが、彼らの多くは気力が足りないのではなく、気合を入れようにも入らない。そして怠けているというよりは、自分も学校に行けないことに焦っている。夜になると調子よくなるので、明日は行けそうだから起こして欲しいと思うが、実際朝になってみると起きられない。朝は具合が悪いので、無理に体を揺すられたり布団をはがされたりするのが嫌なわけです。お昼頃になってきてお母さんに「なんで起こしてくれなかったんだ」と言って怒るが、その内心は、なんで起きられなかったんだろう、また学校を休んでしまったという感情があり、その感情があるからこそ指摘されるのは嫌なのでしょう。

睡眠時間は年齢によって発達し、睡眠覚醒のリズムが変わっていくことが知られています。幼稚園くらいの子は、比較的寝るのが早いです。夜8時ごろに寝て朝7時頃に起きる。小学校低学年になると少し寝る時間が遅くなっていく。高学年になるとさらに遅くなる。つまり、あまり早い時間に眠くはならないんです。中学・高校生になるとさらに遅い傾向にあるのですが、では中学・高校生は睡眠時間が短くていいのかというと、小学校低学年から高学年までは少しずつ短くなっていく、11時間位だったのが10時間、9時間というように。ですが、中学・高校生は短くはならずむしろ増えるといわれています。ですから中学・高校生は朝がつらい、眠り足り

ないことが多いといわれています。これは日本の子だけではなく、アメリカの子も一緒のようで、2005年にアメリカの小児科学会が、昼間に眠気の多い若者たちに関する報告を出しています<sup>3)</sup>。その内容をまとめると、彼らは睡眠時間が短い、寝る時間が遅く昼間に眠くなる。要は思春期の子どもたちは眠り足りないのだということです。この年代の子どもたちは9～10時間の睡眠が必要だそうです。これは思春期に入る前よりむしろ長くなっている。この時期になると親御さんは夜遅いことに結構寛容になるわりに、朝は必死になって起こそうとする。これは日本もアメリカも一緒のようです。それから中学校になると始業時刻が早まって、7時台に始まったりするところもあるようです。年齢が上がると早く起きなくてはならない。またアルバイトをするような子は睡眠時間が短くなりやすいといわれています。その背景として、睡眠覚醒の一日のリズム、サーカディアン・リズムの発達による睡眠相のズレ、睡眠の時刻が後ろにずれていくことが関係しているといわれていて、この慢性的な睡眠不足があると昼間に眠くなったり、事故が起きやすかったり、気分が沈みがちになったり、怒りっぽくなったり気分や行動の異常、それから薬物やアルコールを乱用しやすいそうです。これはアメリカでいわれていることですが、科学的な背景があるわけです。思春期の子は眠くなる時間が遅くなり朝はつらい、そして全体的に眠り足りないことがわかっている。文部科学省は何をやっているかという、「早寝早起き朝ごはん」運動をやるわけです。具合が悪い子には、早く寝て早く起きなさいという。親御さんにも同じです。でもこれができるのは元気な子です。そして、こういう指導をするのはだいたい元気な先生です。元気のない経験をされた方は朝のつらさをわかっていますから、こんなふうにはならないとおわかりだと思います。はたしてこの国民運動は思春期の子どもたちに役立っているか僕は疑問ですが、これを推奨している小児科の先生もいますので、あまり言いすぎると後で非難のメールが来ますから、これ以上の言及は避けましょう。

朝がつかなくて学校に行けないような子どもたちの中に、起立性調節障害という自律神経の調節異常が

あることによって、このような症状を起こしやすい子がいます。立ちくらみやめまいを起こしやすいとか、長く立っているとふうっと意識がなくなって倒れてしまう、お風呂に入っていると気分が悪くなる、ちょっと歩いただけで胸がドキドキしたり息切れがしたり、そして朝なかなか起きられなくて午前中は調子が悪い。全部は揃ってなくても、こういう症状のいくつかがあてはまる子がいます。彼らは他にも顔色が悪かったり食欲がなかったり、よく頭が痛くなったり疲れやすかったり、そしてゴロゴロしている。朝調子が悪いわりに夕方から夜は全く元気で、学校を休むとなんか元気になっているように見える。彼らは結果的に家にいる時間が長くなり、学校を休んでいるのであまり外出もできないということで、引きこもりがちになるし、友達関係も遠ざかってしまう。夜になると寝つきが悪くなって、長く眠っても朝すっきり起きられないので、常に彼らは「具合が悪い」「調子が悪い」という。彼らは診察時にも、調子はどうかと尋ねると「微妙」とか「ふつう」と言います。その言葉の解釈に苦しむのは多分皆さんも経験があると思いますが…。これは自律神経の調節障害なので全身の症状が出てきます。血圧の調節も悪くなる、消化吸収の働きも悪くなる、睡眠覚醒のリズムも乱れてくる。どこが原因で、どこが結果かわかりません。睡眠に注目すると「早寝早起き朝ごはん」をやれば良くなる、という仮説も成り立つのですが、良くならない子がやはりいて、そのような子はただ具合が悪いだけでなく、具合が悪いから本来の生活ができなかったり、100%の力を発揮できずに学校生活や日常生活を過ごしている。その結果として、彼らは自信を失ったり気分が落ち込んだり、学校に行かないことでまた責められる。明日学校に行くよ、と言って期待させてしまったのに裏切ってしまったとか、いろいろな思いが彼らの中にあります。ただ思春期の子どもたちはみなさんご存知のように、思いを表現するのがあまり上手ではありません。「微妙」とか「べつに」とか「ふつう」とか言われちゃうことが多いのですが、なんか彼らが苦しんでいる表情はわかります。本当に純粋な起立性調節障害だったら、血圧調節の薬を飲んだり、お腹の調子を整える薬を飲めば良くなるはずで

すが、それだけでは良くなる。学校に行かなくて勉強が遅れてしまう、友達づきあいが悪くなり、自分に自信がなくなって自分を責めてしまう。一方で、焦りのせいでイライラしたり、怒りっぽくなって暴れたり、中には死にたい気持ちにまでなってしまう子もいます。要は純粋なものなら薬で症状が改善されるはずなのに、二次的な心の傷と僕はいいますが、病気で学校に行けないとか、お母さんは自分が明日学校へ行くと思って期待していたのに、裏切ってしまったとか、挫折感、無力感、自信喪失、焦り等、こういう心の変化が起こってしまうと、なかなか本来の生活に戻れなくなってしまいます。このような説明を本人にも親御さんにもします。

先ほどの報告でテレビの話が出ましたが、テレビだけではなく我々は画面を見ながら生活しています。携帯電話も常に持ち歩いている。昔は電車やバスの中で文庫本を読んでいるのが普通でしたが、最近は携帯電話を見ている人がほとんどです。漫画本を読む人さえいません。みなさん携帯を握りしめています。子どもはもっとそうです。テレビ、ゲーム、インターネット、携帯。親から見れば彼らはそればかりをしているように見えますが、実は、大人である我々もそればかりしているのかもしれない。あと彼らの状況として、他にすることがないからそれしかできないのかもしれない。また、よくよく考えてみるとそれほど長時間ではないかもしれない。どういうことかということ、彼らは結構忙しく、学校が終わっても塾に行かなくてはならない、塾が終わって家に帰って夕ご飯を食べたら今度は宿題をしなければならない。家にいる時間はほんの短い時間なのに、この中で彼らが携帯電話を見ていたりすると、親御さんの目にはずっと携帯電話を持っていると見えてしまうのです。彼らは一日の中でこれだけ勉強して、帰ってからもまだ勉強が残っている状態です。僕らが仕事して家に帰って、ご飯を食べたらまた仕事をしなさいと言われていたようなものです。だから彼らの息抜きが、テレビとかインターネットなどの娯楽しかなくなりつつあり、特に都会はそういう現実です。

朝つらい子に対応するときには、原因を探すのはあまり有効ではありません。だいたい関係する要因

はひとつではなく複数あり、それは彼らの成長や発達の問題、生活習慣の問題、家庭や学校、仲間関係などです。うまくいっていないことに目が行きがちですが、逆に彼らにとって支えになっていることに目を向けるとよいです。例えば、友達関係はうまくいっていないが、すごくいい親御さんを持っている場合は親御さんが支えです。それからうまくいっていることがあれば、そこを見つけてあげる。また彼らはあまり言葉で説明してくれないので、こう着状態が続いて時間だけが過ぎてゆく感じがありますが、実はその中で子ども自身がだんだん成長していき、脳の発達がよくなるのでしょうか。今までの状況がどうだったか客観的にみられるようになり、気持ちを話せるようになったりします。また学年が上がることにより、まわりの状況が変化して、担任の先生やクラス、学校が変わるとか、そういうことで解決することもあります。あとは何か陥っている悪循環を探して、それを止めてあげることも大事です。例えば、先ほどの朝つらい子を毎朝毎朝学校に行きなさいと7時に起こす。だけど彼は学校に行けなしたら、毎朝起こすことをやめてみましょうか、起こすと嫌がり毎朝暴れるのであれば、起こすことをやめてみてはどうだろうと提案をしてみます。他に、人間関係でも悪循環を繰り返してなかなかうまくいかないとき、自分ではわからないので第三者にちょっと見てもらおうと、うまくゆくかもしれません。

彼らは朝起きたくないのではなくて、起きたくても起きられない、学校に行きたくても行かれないという状態です。だいたい今までのパターンは大人が朝何時に起きなさい、夜は何時に寝なさいと決めますが、年齢が上がってくると大人の言うことを聞かなくなってきました。僕は「朝何時ごろだったら起きられそうなの」とか「何時に起きようと思ってるの」とか「目覚ましをセットして自分で努力してみたら」とか、あとは自分一人で起きられないかもしれないので、お母さんには何時になったら起こしてと頼むとか、朝起きるためのいろいろな方法を一緒に考えます。

彼らは症状で苦しんでいるので、苦しんでいる子は怠けているのではないと説明します。「子どもは

困難から逃げている」と言う親御さんには、逃げではなくて、手におえない問題があり困っているから止まっているんだと説明し、何に困っているかを見つけてそこを手助けしてあげましょうという話を持っていきます。

家庭は、安心できる場所であってほしいです。親御さんに毎朝毎朝、起きろ起きろ、なんで学校に行かないんだと責められてばかりだったら、彼らはますます傷ついてしまう。だから家庭は、彼らが安心して安全に生活できる場所であってほしい。あと、「家にいるときは元気そうなのに何で学校に行けないのか」という質問には、逆に家だから元気でいられるが、家の外は怖くて不安なのではないか、と説明します。

また、子どもにできない要求をしている場合があります。親から「お前はもっと強くなれないとだめだ」と言われるが、子どもにしてみれば「どうしたら強くなれるの」と思う。「あなたは一生懸命やりすぎだから、もっと適当にやればいい」と言われると、どうやれば力を抜いたことになるのか、適当がどのくらいなのか子どもはわかりません。

子どもにとって大切な存在は、彼らの言い分を十分に聞いてくれる、わかってくれる、考えを尊重してくれる人で、その人からは責められない、非難されない、何を言っても否定されない、そして何ができるか一緒に考えてくれる、そんな存在がどこかに一人いると助かります。これは親御さんでなくてもいいので、看護師さんやカウンセラー、身近な親戚のおじさん、スポーツのコーチなど、誰か一人でもいてくれるとずいぶん違うと思います。むしろ親御さんが心配して関わろうとすればするほど親御さんから離れていくので、親御さんには、親ではなくそういう方を見つけられるといいですね、と話をしています。あとは誰でもそうですが、活躍できる場があると生き生きしてきます。学業だけで活躍しなくてもいいので、スポーツでも芸術でも文学でも何でも大好きなものや活躍できるものを見つけましょうと話します。

### Ⅲ 小児保健の視点を思春期の診療に生かす

今までは僕の考えていることを説明しましたが、

今乳幼児健診でやっていることを思春期の子を診るのにも生かせるでしょう。乳幼児健診では質問紙に親御さんが書いてくれる。その後診察や身体計測したデータを集めて成長や発達の評価をし、病気がないか診てゆく。そして今後の成長過程、例えば人見知りが始まることやけがに気を付けるべき時期などの話をしていきます。これと同じことを思春期の子にしても何ら変わらない。思春期の子に合った内容の情報収集をして、身体の計測をして診察をし、何か健康上の問題があるかどうかを見つけるのも、成長の発達の評価をするのも一緒です。ただ、思春期の子どもは家から離れた世界で過ごすことが多くなり、乳幼児期と少し変わってくるのが、薬物・暴力・性行動などのハイリスク行動です。子どもはちょっと危険なことをやりますから、それが大きな問題にならないかを評価したり、あるいはそういうことが起きやすい年代だということを教えます。あとは例えば10歳の女の子がきたら、胸が膨らんでくるのが思春期の最初のサインで、それから約2年後に月経が始まると話をし、少し先の見通しを立てていただきます。集団の中に入れたいという子どもには、小・中学生くらいだと集団で固まるが、年齢が上がるとだんだん集団を作ることがなくなるので、今は悩んでいるかもしれないが、16、17歳にはみんな一人ひとり離れてゆくということを先にお話します。このようなことをやったらよいと思う。

アメリカでは医師会が1994年に健診のようなもので、思春期の予防診療のためのガイドラインを出していて、医療者が使うような質問項目があり、この時期にはこういう検査をしたほうが良いということが示されている<sup>4)</sup>。この通りにできないとしても、いろいろな情報を集めることが大事です。既往歴や現在継続中の病気やアレルギーなどの情報を整理したり、生活習慣や月経の様子を訊いたりします。予防接種も増えました。MRワクチンは思春期に接種するし女性なら子宮頸がんワクチンも出てきた。そういうことをお話する機会にもなります。あとは身体的な健康状態だけではなく精神状態や、彼らの活動の場に問題はないかも訊く。睡眠の様子、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、朝はすっきり起きられるかを訊くのは重要です。あと今から

の世代はスクリーンメディアとの付き合い方が健康に影響するでしょう。アメリカでは3歳くらいの時に暴力的なシーンを見た子は15、16歳になって暴力的な行動をしやすくなるリスクが高いといわれています。たばこを吸っているシーンに影響されてたばこを吸う中高生がいたり、あとテレビでやっている、「みんなやっているんじゃないか」と誤解を与えてしまうことがあります。去年は覚せい剤や麻薬で捕まる芸能人が多かったので、子どもたちはもしかしたら、みんなやっているから身近にあるものだと誤解したかもしれないです。

アメリカでは重要な病歴情報の頭文字をとってヘッズ (HEADSSS) といい、日本では家庭、教育、部活動、友人、薬物・アルコール、性行動、精神状態、安全となります。この安全というのはアメリカでは暴力や性的被害の可能性も含まれます(表1)。このような項目を問診すると彼らの生活が分かります。また診察の中で二次性徴の発育具合を見るのは特に注目すべき点であり、発達の度合いとしては、

診察室でのコミュニケーションや対応能力、自律性や親子関係等を診ます。

やっていることは乳幼児健診とあまり変わらないが、発育曲線を描きその発育状況を診たり、症状のスクリーニングをする。慢性に繰り返す症状や精神状態、激しいスポーツからくる貧血や発育不良やけがなど、その年齢にどんな健康問題が起きやすいのか、思春期の子と関わりながら勉強していくと幅が広がっていきます。あとはハイリスク行動のスクリーニングですが、直接「あなたはたばこを吸うか」と訊いてもなかなか答えてくれないので、はじめは「周りに吸う人はいるか」という訊き方をすると、後に実は自分も吸っているという話になります。指導やガイダンス、子育て支援も(乳健と)同じです。これから何が起こるのかとか、健康的な生活習慣の作り方とか、スポーツ障害や熱中症の予防とかです。親御さんにはこの年代特有の悩みや戸惑いを聞いてアドバイスします。

その対応には、情報をたくさん収集しただけでは

表1 心理社会的情報、ハイリスク行動に関する情報

家庭	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族構成 (家族の年齢 (生年月日), 健康状態, 同居・別居の別)</li> <li>・ 親の職業, 学歴</li> <li>・ 親・きょうだいとの関係</li> <li>・ 家庭内での患者の立場や役割</li> <li>・ 家庭内の変化の有無 (結婚, 別居, 離婚, 失業, 転居, 転校, 誕生, 病気やけが, 死別, 海外生活など)</li> </ul>
教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校名, 学年, クラス, 担任の名前</li> <li>・ 学業成績</li> <li>・ 得意な教科, 不得意な教科</li> <li>・ 出席・欠席・遅刻・早退の日数</li> <li>・ 学習塾, 習い事の種類, 曜日, 時間</li> <li>・ 将来の進学目標</li> </ul>
課外活動・友人関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所属しているクラブ活動の名称, 活動日, 時間</li> <li>・ スポーツ</li> <li>・ アルバイト</li> <li>・ 趣味・特技</li> <li>・ 交友関係</li> </ul>
薬物	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タバコ, アルコール, 薬物の使用経験</li> <li>・ 仲間の薬物使用状況</li> <li>・ 仲間から薬物を勧められたことがあるか</li> </ul>
性行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性経験の有無, 初交年齢, パートナーの数</li> <li>・ 避妊や性感染症の予防を実践しているかどうか</li> <li>・ 妊娠や性感染症の既往</li> <li>・ 性的虐待の経験の有無</li> </ul>
心理状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己像, 自尊感情</li> <li>・ 不安, 恐怖, 抑うつ状態の有無</li> <li>・ 自殺願望や自殺企図の経験</li> </ul>
安全	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 凶器の携帯</li> <li>・ シートベルトやヘルメット着用状況</li> <li>・ 虐待や暴力による危険の有無</li> </ul>

だめで、そこからアセスメントできる力、彼らとコミュニケーションする力がないといけません。アセスメントとは集めた情報のみでなく、診察、データ、経過から仮説を立てて、医学的な問題なのか心の問題なのか、社会状況に問題があるのか、彼らの行動や発達に問題があるのか、問題点をいくつか思い描き対応を考えていきます。うまくいかなければ、また戻ってやりなおすということの繰り返しで、介入する問題を変えてゆきます。

#### IV コメディカルとの協働作業

アメリカにメディカルホームモデル<sup>5)</sup> というものがあり、患者や家族と近い関係で、かかりつけ医や看護師や心理士が一つのパートナーとなってチームを組み、一緒にこの子の健康問題を考えていきましょうという活動があります(図4)。医療における“家”という感じで、彼の抱える問題を総合的に考えていこうというコンセプトです。学校や専門医や療育センターや地域の方々と連絡を取ったり、患者さんや家族に近い感じで彼らのことをよく考えてくれるキーパーソンが、全ての子どもにいたらいなと言われていて。最初にアメリカの小児科の中で、メディカルホームというコンセプトが発表されて、今や小児科だけでなく、成人の領域でもそのコンセプトがプライマリ・ケアにおける非常に重要な医療の提供方法だと言われてきています。要はメディカルホームとは、質の高い医療を効果的に提供す

るために、プライマリ・ケアや医療にかかわる方がパートナーシップを作って医療を提供するようにしましょう、家族が持っている能力を最大限に引き出して、子どもにとって一番いい状況を作りましょうということです。ここには医療が提供される場所があり、プロセスがあり、人がいる。全体を含んだ概念です。そのコンセプトの中身としては、身近にあって利用しやすいとか、家族中心の医療であり継続的で総合的な調和のとれた等、これはプライマリ・ケアの構成要素そのものです。全体をつかむこと、継続することが大事とされています。

もう一つは、彼らにとって小児期から思春期、成人期への移行期を支援しようと言われていて、transitionという言葉がキーワードになっています<sup>6),7)</sup>。これは小児期から思春期、思春期から成人期への橋渡しであり、教育の現場であれば中学から高校、高校から専門学校や大学、あるいは職に就いたり経済的に自立することであったり、いろいろな場面でtransitionがある。医療の現場で言えば小児科から成人診療科へもひとつのtransitionです。これは健康管理におけるモデル(図5)で、年齢が若い時や初診時には医療者が健康管理の責任を負って、家族に世話をお願いし子どもはそれを受け入れる。次は親御さんが慣れてきて親御さんが管理をし、子どもはそれに参加する。医療者はそれを見ている。もっと段階が上がってくると、例えば薬を子どもが管理し、それを親御さんが見守っていて医者は助言する。大人になる直前の最終段階では子ども

### Medical Home モデル

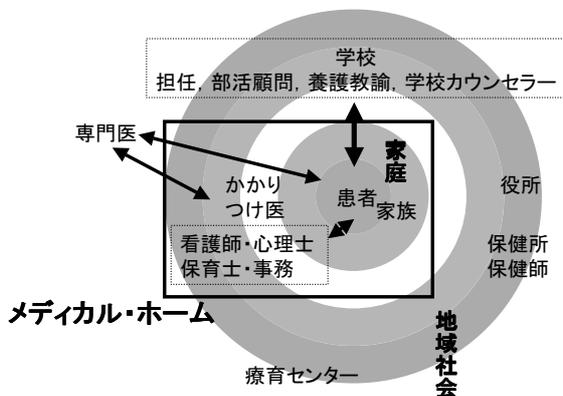


図 4

医療者の役割	親・家族の役割	患者の役割
主要な責任を担う	世話する	世話してもらう
指揮をとり、親・家族・子どもを支援する	管理する	参加する
助言する	指揮をとる	管理する
知識・情報を提供する	助言する	指揮をとる

継続的な健康管理におけるリーダーシップ分担モデル  
 子どもの健康管理における医療者、親・家族、患者の役割は、患者自身の発達や、家族の受けられる支援に程度にしたがって、上から下へと段階的に移り変わる。

図 5

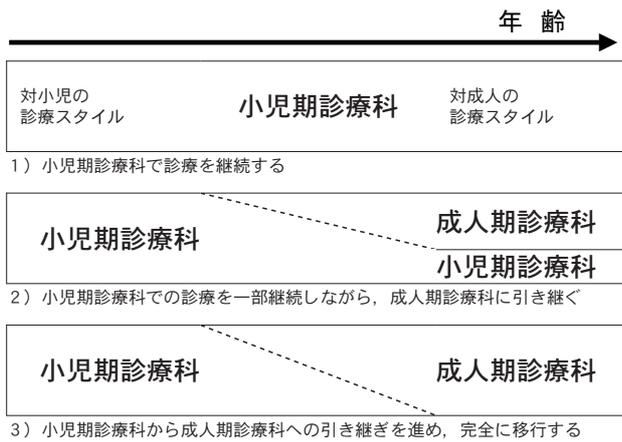


図6 小児期診療から成人期診療の移行モデル

が全体の健康管理のリーダーになり、それを助言する親がいて、さらに知識や情報を提供する医療者がいる。このように段階的に引き渡し、子どもに委ねていくことは大事です。診療では小児期から成人期診療の橋渡しをするときに、大きく分けて3つのやり方があると考えています(図6)。生まれつき心臓が悪いとか生まれつき代謝異常の病気があるとか、小児科が得意な病気の場合はそこでずっと成人後も診ていくことができます。ただし最初は子どもを診るように診療していくが、年齢が上がれば大人を相手に診療するスタイルに変えてゆかなくてはなりません。2つ目は小児科での診療を一部継続し、健康管理等を成人の診療科に引き継ぐもの。3つ目は小児科で診ていた心の問題を精神科に引き継ぐ場合等、準備が必要で、そろそろ大人に近づいてきたので、小児科から精神科に引き継いでいきましょうか、と徐々に進めていきます。

## V まとめ

思春期の子どもたちを診るときにはいろいろな情報を集めて彼らの成長や発達の段階、周りで起こっている問題を想像を膨らませて見つけます。そして子どものことを尊重して、子どもに少し任せてみたり、意見を聞いてみたりすることが大事です。思春

期のプライマリ・ケアは乳幼児のそれと何ら変わらないコンセプトですが、そのバックとなる医療情報が多少違ったり、彼らに起こってくるであろう健康問題の種類が違います。やることはそれほど大きく変わらないので、おそらくみなさんが普段やっていることを、そばにいる小学生に始めて継続していけば彼らは中学・高校生になっていくので、それが思春期の診療につながっていきます。それが思春期の子どもをサポートしていくことになり、親御さんもサポートしてゆくことになると思っています。以上です。ご清聴ありがとうございました。

## 文 献

- 1) Bashe P, Greydanus D ed.: American Academy of Pediatrics Caring for Your Teenager, the complete and authoritative guide. Bantam, 2003.
- 2) 関口進一郎, 白川佳代子監訳: 10代の心と身体ガイドブック. 誠信書房, 東京, 2007.
- 3) Millman RP, et al.: Excessive Sleepiness in Adolescents and Young Adults: Causes, Consequences, and Treatment Strategies. Pediatrics 115: 1174-1186, 2005.
- 4) American Medical Association: Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). <http://www.ama-assn.org//ama1/pub/upload/mm/39/gapsmono.pdf> (2011/3/1アクセス)
- 5) American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee: The Medical Home. Pediatrics 110:184-186, 2002.
- 6) 関口進一郎: 乳幼児期, 小児期からの継続性を活かした思春期・青年期の臨床. 思春期青年期精神医学 19; 93-103, 2009.
- 7) 関口進一郎, 高橋孝雄: 図説: キャリーオーバー外来のしくみ. 日本臨牀 68; 2-5, 2010.