

iii. 思春期に携わる医療・保健・ 教育関係者へのヒヤリング報告

思春期に携わる医療・保健・教育関係者へのヒヤリング

研究要旨

思春期及び成人期、更年期以降の母性保健に関する保健指導について、母子保健、思春期医療、教育関係者などの多分野の有識者 39 名にヒアリングを行った。重要分野については、自殺等の心の問題、望まない妊娠等の性/性感染、肥満・ダイエット等の身体的異常、教育関連、自立の遅れ、メディア関連、貧困等が挙げられた。現状の対策は、性/性感染、自殺等が特に低く、喫煙/飲酒、薬物乱用/依存、肥満はやや高かったが、総じて評価が低かった。

対策としては、学校教育の重要性と卒業後の社会における思春期保健に分断なく継続されるための方策を講じ、そのための体制構築が求められる。また、子どもを中心とした思考は未だ十分とは言えず、全ての方策の基本とされることが望まれる。

A. 研究目的

思春期及び成人期、更年期以降の母性保健に関する保健指導のあり方について、母子保健、思春期医療などの分野の有識者にヒアリング調査を行うことにより、平成 8 年の厚生労働省通達の見直しの資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

①対象者選択

日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会委員より各自 2 名程度を推薦し、予定された 40 名の不足分をヒアリング担当委員が補充し、最終的に 39 名を選出し対象とした。本邦の各分野における指導的立場だけでなく、現場の第一線での活動を基準にして人選された。

職種別人数を表 1 に示した。小児科医が多いが、教育関連、公衆衛生関連等に関わる人も多く含まれている。

②調査方法

基本となる調査項目を送付し、それを基に直接または電話等で、共同研究者の委員が分担して、幅広い意見を聴取した。

③調査期間

2015 年 1 月～3 月

C. 研究成果

①思春期年齢での重要分野

思春期年齢での健康問題の重要項目を各自 3 つ連記いただいた。大別すると以下となった。

- 1) 心の問題、自傷行為、自殺、メンタルヘルス、不登校

2) 性：人格形成・人間関係・コミュニケーション・命の教育との連動、

性感染：性器クラミジア

妊娠：望まざる妊娠

セクシャルヘルス

3) 身体症状：

ダイエット・食生活

睡眠の不安定さ

肥満・糖尿病

生活習慣病

起立性調節障害

過敏性腸症候群

慢性疾患を有する子どもの健康問題

4) 健康教育：

自己肯定感と他者の尊重、自立の遅れ（親の管理過多）、

コミュニケーション能力

5) メディア：

ネット依存、スマホ対策

6) 社会問題：

貧困による健康不良、いじめ、仲間意識の希薄化、ドラッグ、

喫煙、両親の離婚、社会規範の習得

②母子保健・学校保健での対策評価（1-6段階評価）（表2）

喫煙/飲酒が比較的高評価であったが、性感染、妊娠/中絶は評価が低かった。しかし、全体的に低評価であり、思春期保健の困難な状況が示された結果であった。

③母子保健・学校保健での改善案（表3）

様々な分野における改善策を示した。自殺については、親との愛着・自尊心が挙げられた。性/性感染、妊娠/中絶、喫煙/飲酒、薬物乱用/依存では、学校教育の重要性とそのため
の資料・教育材料が示された。薬物乱用/依存では法的対策もあげられた。

スマホ依存/メディア中毒では、専門家・若手医師の活用等機器に詳しい人の活用と、メディアへの規制にも言及されていた。教育は専門家に任せず教員・親も巻き込む必要性と、性的少数者（L:レズビアン、G:ゲイ、B:バイセクシャル、T:トランスジェンダー（心と体の性の不一致））（LGBT）を含むインクルーシブ教育の重要性が示された。いじめ担当者の選任と加害者へのケアも示された。

④思春期年齢での母子保健（表4）

子どもを中心とした考えへの転換が多く聞かれた。母子保健との狭義の思考ではなく、父親も含めた親子保健（仮称）、母子手帳は子ども手帳（仮称）など既存の思考の転換が示された。一方で、母親が育児の中心にいる現実も聞かれた。

⑤思春期年齢での学校保健（表 5）

機能強化と地域との連携に大別された。前者では、いそがしい学校現場の改善のための人員の増加、スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーの強化があげられた。後者では、学校卒業後も窓口の途絶えない体制の構築があげられた。

⑥保健指導要綱の改善点（表 6）

ここでも子どものために最優先との意見が多数聞かれた。他に理念的・総論的内容とならない、目標の明確化と評価可能な方針の提示があげられた。すなわち、連携、指導ではなく、授業に盛り込む等後に評価できる内容とする。

⑦保健指導要綱に加えるキーワード

教育現場等第一線で活動する場合、抽象的概念ではなく、具体的用語が示されることにより、活動しやすくなることがある。また各分野における重要点とも関連する。そこで、キーワードとなる語句を聞き、現場の生の声として列記した。

1) 性/性感染

援助交際、性風俗、セクシャリティー、生命の教育、避妊法、HPV、淋菌、クラミジア、ヘルペスウイルス、望まざる妊娠

2) 教育

自尊感情、自我の確立、親子関係、家族の在り方、家族支援、保育・保育者、いじめ

3) 医療

不登校、発達障害、虐待、精神疾患、睡眠健康教育、食育

4) メディア

メディアの使い方、スマホ依存

D.考察

①心の問題

心の問題は現場のニーズの高い分野としてあげられている。一人に対する診療・相談に時間を要し、かつ医療における受け皿となる児童精神科医が少なく、初診患者は 2・3 か月待ちの状況もある。不登校は、様々な原因があり、身体症状等が原因となる場合もあるが、心の問題が最も多い原因となっている。

最も重要な点は、子ども達に自己肯定感を持たせることである。そのためには、自分が親・周囲から愛されている、必要とされているとのことを伝えられるかにかかる。

②性/性感染

性の問題では、人間関係・命の大切さ等を同時に伝えることが重要となる。性的少数者（LGBT）への配慮は、今まで全くなされていなかったが、全体の 5%は潜在するとの推測の中で、今後残された重要な点である。

性器クラミジアは、最も多い性感染、不顕感染者が多い、コンドームで予防可能な性感染であり、感染の事実は無防備の性交渉の証である等より、代表的疾患としてあげら

れた。これらは、対策が最も遅れた分野と考えられている。性器クラミジアの他、HPV、HIV等の性感染は思春期に感染するも不顕感染のため表面に現れず、思春期を超えてはじめて不妊・エイズ・がん等の発症となることより、対策が最も遅れている。思春期の子ども達の20%が何らかの性感染に罹患との推定がある。

③身体症状

起立性調節障害および過敏性腸症候群は軽症の患者を含めると、それぞれ思春期の子ども達の10%にもなるとの推察もある。

④教育

健康教育は、性感染・妊娠。身体症状のみならず、いじめ、貧困家庭の子ども、不登校等広い分野で求められているにも関わらず、最も社会投資が遅れた分野である。養護教諭は健康教育の中心となるべきと思われるにもかかわらず、直接授業を受け持つ制度となっておらず、校長等の配慮によって一部の授業を受け持っているのが現状であり、かつ本分とされる救護の現場に常に待機する必要より、その役割を果たせていない。ほとんどの学校で1名勤務であるが、2名体制が求められている。

スクールカウンセラーの体制は進行しているが、立場は非常勤が主であり、今後の課題である。スクールソーシャルワーカーは、6人に1人が貧困家庭の子どもであり、また社会との連携の中心にもかかわらず、整備は遅れている。病院でのソーシャルワーカー整備が患者の社会復帰に大きく貢献している事実より、学校での整備を強く期待したい。

いじめ・自殺等については、現行の人員では対応不可能であり、教諭でなくとも、事務職を含めた何らかの職種の増員配置が解決策のひとつとなろう。

⑤スマホ/メディア

ネット依存、スマホ対策として、専門家およびこれらに詳しい若手医師・教育者の活用が求められる。次世代を担う若手に思春期保健に関心をもっていただくきっかけにもなる。

⑥ 社会問題

貧困による健康不良、いじめ、仲間意識の希薄化、ドラッグ、喫煙、両親の離婚等思春期保健は社会との接点が多く、学校保健と連続した対応が求められる。

以上個別に考察したが、もっとも重要な点は、子どもを中心とした思考を基に対策を講じることである。思春期保健は小児保健の延長上にあるにも関わらず、両者が分断されてきた歴史がある。その中で、世界のほとんどの国と異なり日本では小児科と内科の境界が15歳とされてきたが、日本小児科学会は成人期まで小児科医が担当する事を宣言し、様々な方策を講じてきた。また母子手帳を思春期保健に役立たせるためにも、子ども手帳（仮称）のような形で子どもに引き継がれることも考慮されよう。

1989年に国連で採択され、わが国でも1994年に国会にて批准された「子どもの権利条約」は、子ども達が健康に育つための権利を定めている。しかし、社会での認識は十

分とは言い難く、思春期保健に関する社会資源も十分とは言えない。

今回のヒアリング対象に小児科医が多くなった理由に、思春期保健を医療のみならず、社会を含めた多方面から総合的に見ている人を人選した結果もあげられる。しかし、子どもを中心とした思考は、小児科医以外からも多く述べられていた。

E 結論

思春期保健は子どもを中心とした対策が重要となる。そのためには、母性はもちろん重要ではあるが、父親・社会の関与も重要である。しかし、それを支える思春期・学校保健の体制は未だ貧弱であり対策が求められる。地域との連携、卒業後（社会）への継続が必要とされる。

今回は限られた専門家へのヒアリングではあったが、様々な問題点が明らかとなった。しかし、今回の調査で全てが網羅されてはおらず、この調査を土台として、さらなる検討が必要とされよう。

表1. ヒアリング対象者（職種別）

小児科医	14名
（公衆衛生・教育）	
産婦人科医	3名
助産師・看護師・保健師	4名
泌尿器科医	2名
児童精神科医	5名
診療内科医	1名
教育関係	4名
保健体育・養護教諭	
法律（弁護士）	2名
社会学	1名
臨床心理	2名
薬剤師	1名
合計	39名

表2. 母子保健・学校保健での対策評価
（1-6段階評価）

自殺	2.38
性感染症	2.28
妊娠/中絶	2.32
喫煙/飲酒	3.16
薬物乱用/依存	2.96
肥満	2.92
摂食障害	2.36

表3 母子保健・学校保健での改善案

自殺

ピンポイントの対応・親との愛着

自尊心

内科・産婦人科等でのうつ病・不安症診療の啓発

相談しやすい環境・養護教諭と学校医・小児科医とのネットワーク

性・性感染症

資料・教育材料

学校教育（中学生～）

学習指導要領を利用し連携しやすい工夫が必要

婦人科・泌尿器科以外の医師への教育

妊娠/中絶

資料・教育材料

学校教育（中学生～）

喫煙/飲酒

学校教育（小学校高学年～） （高校1年）

薬物乱用/依存

学校教育（中学生～）

法的対策

家庭への介入

スマホ依存/メディア中毒

スマホの専門家の活用

スマホに詳しい若手医師の活用

メディアでの「デブ、ブス」等身体的欠点をあざ笑う価値観の横行に対する規制

メディアとの付き合い方の指導

教育

ピア教育

個別授業の発展

専門家に任せず、教員・親も巻き込む必要

親からの独立が遅い

学校の先生が自分の体験を通じた話をするのがよい

インクルーシブ教育（性的少数者も含む）

ライフプラン教育

いじめ担当者（教諭でなくとも事務員でもよい）

いじめは加害者が以前は被害者のことがあり、加害者へのケアも重要

表 4. 思春期年齢での母子保健について

子どもを中心とした考えへの転換
母親ではなく家族全体・親へのサポート
母性ではなく親子関係
親子保健とすべき
母性というより保護者が適切
母性保健は女性保健に
母子手帳は子ども手帳
母親が育児の中心にいる現実
離婚での親権は母親が基本
男性の思春期も重要

表 5. 思春期年齢での学校保健について

機能強化
教師の雑務からの解放と増員
養護教諭の増員・複数化
スクールカウンセラー等の常駐
スクールソーシャルワーカー
訪問教諭
学校医と養護教諭の連携
校医が学校にデスクをもらう。
人とお金をかける必要

地域との連携
学校卒業後も窓口が途絶えない：
行政保健師
地域における啓発
教育委員会と地域の保健センター・健康教育に取り組む団体等との連携が必要
学校・地域の行政機関・医療機関にそれぞれ相談場所
行政・社会を加えたシステムづくり
有識者のみならず行政・学校・地域各機関等利害関係者の損益・事情の考慮

表 6. 保健指導要綱の改善点

子どものために最優先
保護者への指導
虐待を見逃さないでどうサポートするか
文部科学省・厚生労働省の連携
自治体への通達以前に必要
理念的・総論的内容とならない
現場向けに：例の提示、イラスト・マニュアル等
目標の明確化と評価可能な方針
連携ではなく、具体的な時間数等
「指導する」ではなく「授業に盛り込む」等
いつ、誰に、何を指導し、どのように理解したかの調査と評価
確かに授業が行われ、その学習効果の客観的評価
健康診断結果のフィードバック（学校内・地域内）
マスメディアの利用
