

頻度と健康課題としての重要性

Pediatric psychosomatic medicine（小児心身医学）とは、身体疾患を伴う若者へのメンタルヘルス支援を実施する児童精神医学の専門と定義され、心身症の患者は複雑な身体症状と精神症状を併発し、身体障害や機能的な障害を伴うとされる。¹⁾思春期におけるその正確な頻度は不明である。なぜならば、心身症において、しばしば認める身体症状としての頭痛、腹痛、めまいは、日常的に学校へ通っている子ども達においても20-50%の頻度で認めるため²⁾、心因性が機能性であるかを見分けることが難しいこともある。一方、気分が優れない、やる気が出ないなどの精神症状も子ども達にしばしば認める症状であるため見過ごされがちである。しかしながら、わが国における思春期のGlobal burden of disease(世界疾病負担)は、精神疾患の比率が最も高く³⁾、成人期の精神病の75%は思春期に発症していると言われる。⁴⁾また、思春期の死因の第一位は自殺であるにも関わらず、思春期(15歳～19歳)の国民一人当たりの年間平均医療費は7万円前後と全世代で最も低く、老年期の10分の1以下である。さらに保護者が考える思春期の健康課題として、心の病気(35.3%)は、スマホ・ネット依存(53.3%)、いじめ(52.9%)に次いで第3位であった(数字は保護者3,602人中、その項目を選択した比率)。⁵⁾今後、思春期の健康診査(健診)が制度化された時には、抑うつやいじめなどの心の問題に対するスクリーニングや介入が期待される。

健診での注意点

現行の学校検診では、運動器や感覚器の精査が主で心の問題を含む医療面接への取り組みは実施されていない。米国の思春期健診ではリスクアセスメントツールとしてHEADSSが用いられている。⁶⁾H(Home)では家庭の様子や家族との関係について、E(Education)では学校や学業の様子について、A(Activities)では課外活動や交友関係について、D(Drug use and abuse)では喫煙、飲酒、薬物について、S(Sexual behavior)では性行為や妊娠について、S(Suicidality and depression)では希死念慮や抑うつの有無について尋ねる。面接をする前にプライベートな質問をするが、答えてもらった内容は2人だけの秘密であること、子どもの健康を守るための大切な質問であることを伝えておく。子どもが答えにくい時には「友だちで煙草を吸っている人いる？」などと周囲の様子から聞くことや、心理スケール表を用いて、その項目内容について尋ねてみることも役に立つことが多い。リスクが見当たらない子どもにも必ず希死念慮については尋ねる必要がある。「皆さんに聞いているので、驚かないで欲しいけど、死にたいと思ったことある？」と尋ね、「はい」と返事があった場合には、その具体性や計画性について尋ねていく。心身症や精神疾患では入眠困難や覚醒困難などを認めることがしばしばあるため、睡眠習慣を尋ねることも実施する。

フォローアップ方針

思春期心身症として頻度が高い疾患としては起立性調節障害がある。朝起きられない、立ちくらみ、眠れない、頭痛、腹痛、動悸などを認める場合には起立性調節障害のサブタイプを鑑別するために、新起立試験を実施する。学業やクラスメートとの悩みなどを理由に症状が発現、遷延することがある。初期には睡眠習慣や食事内容などのアドバイスを実施し、かかりつけ医への受診を促す。また不健康なやせや、ダイエットによる体重減少を認めた時は、Children's version of Eating Attitude Test with 26 items(ChEAT26)で摂食障害のスクリーニングを実施する。⁷⁾やせに伴う身体面、精神面のリスクを説明し、体重回復が1か月経っても見込めない時は心の専門医への紹介を行う。

日頃、楽しんでいた趣味を楽しめない、イライラしていたり、集中力が低下したり、家族と楽しい時間を過ごすことができないなどの症状があれば、DSRS-C バールソン児童用抑うつ性尺度などで子どものうつ病を鑑別する必要がある。子どものうつ病は、慢性の頭痛や倦怠感など身体症状が主体となることもあるので注意を要する。2週間の自宅安静を指示して症状が改善しないときは精神科や心療内科の受診を勧める。

本人と家族に対して今後注意すべき点などのアドバイス(Anticipatory Guidance)

思春期の心身症の初発症状としては、朝起きられない、食欲がない、立ちくらみがするなどが多く、次第に学校に遅刻する、学校を休みがちになるなど、社会的な支障をきたすようになる。このような症状が2週以上続く時はかかりつけ医を受診し、起立性調節障害や抑うつ気分の有無の診察を受ける。心身症の発症には、友人関係に関する悩み、学業や将来の進路に関する悩み、親を含む家族関係に関する悩みが原因になっていることが多いと思われるが、これらの悩みについての相談先を子ども達が日頃より持っていることが望まれる。特に、身近な信頼できる大人に援助や支援を求めることは恥ずかしいことではないことを伝えていく事が肝要である。

また、子ども達ばかりではなく、保護者も思春期の子ども達との不定愁訴や、接し方について悩むことが多いにも関わらず、相談先をもっていないことが多い。したがって、成人期に移行するまでの思春期の親子のかかりつけ医を見つけることが必要と思われる。

また、女性に関しては、心身の不調と月経が関連していることもあるため、婦人科のかかりつけ医ももつことが大切である。性に関する相談も恥ずかしいことではなく、婦人科医に検査方法を含めて相談でき、問題を解決できることを親と子ども両者に理解してもらうことが大切である。

【参考文献】

1. Shaw RJ et al. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC, 2010
2. Silber TJ. Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatr Rev.* 2011;32:56-63
3. 五十嵐隆 子どもの身体的・精神的・社会的(biopsychosocial)な健康課題に関する調査研究報告書 平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
4. Anderst J, Moffatt M. Adequate supervision for children and adolescents. *Pediatr Ann.* 2014;43:e260-5
5. 永光信一郎 健やか親子21(第2次)を推進するための思春期の母性保健の向上を目的とした効果的な保健指導のあり方についての調査研究 平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
6. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health.* 1991;12:539-44.
7. Chiba H, Nagamitsu S, Sakurai R, et al. Children's Eating Attitudes Test: Reliability and validation in Japanese adolescents. *Eat Behav.* 2016;23:120-125.