

学際領域の診療

Interdisciplinary Practice

小児・思春期学校保健

School Health in Infantile and Pubertal Girls

「ヒトのライフサイクルの分類と思春期の定義」

小児期, 思春期, 成熟期, 更年期, 老年期の5段階に分かれる。このうち, 思春期はWHOの定義(1970)によれば, 身体的には, 第二性徴の出現から性成熟までの段階をいい, 年齢的には8~9歳頃から17~18歳ごろまでをいう。女性の場合, 初経をはさんで, その開始前と, 初経開始から月経周期確立に至る時期(思春期前期と後期)に大きく2つに分けて考える必要がある¹⁾。

産婦人科医が主に関与する保健は思春期以降といえるため, ここでは, 思春期学校保健として, 第二性徴について述べると共に, 思春期の発達過程をリプロダクティブヘルスの側面からとらえ, 特に性と性行動に関連する問題点に焦点を絞って解説する。

1. 第二性徴

性染色体に由来する内・外性器の男女差を第一性徴といい, 思春期になり性ホルモンの作用の差によって生じる性器以外の男女それぞれの特徴を第二性徴という。女子の場合, 日本では, 乳房発育→陰毛→身長増加→初経発来の順に起こるとされている。

【解説】はじめに8歳ごろから皮下脂肪が増して丸みを帯びた体つきになる。下垂体-卵巣系が活性化され, 卵巣からエストロゲンが分泌されることにより, 10歳前後より乳房が発育する¹⁾。乳房がある程度発育した11歳頃に陰毛が発育し始める¹⁾²⁾が, これは副腎性アンドロゲンが関与しており, 乳房発育とは調節系が異なると考えられている²⁾。これら乳房と陰毛の発育過程はTannerの分類により評価される(表1, 2)²⁾³⁾。続いて腋窩

(表1) 乳房発育の段階(Tannerの分類)

第1期 (B ₁)	乳頭だけが突出 (思春期前)。
第2期 (B ₂)	乳頭だけが突出し乳房が小さい高まりを形成。着色が増す (つぼみの時期)。
第3期 (B ₃)	乳輪と乳房実質がさらに突出。しかし, 乳輪部と他の部分との間に段がない。
第4期 (B ₄)	乳輪部が乳腺実質の上に盤状に突出。
第5期 (B ₅)	丸みをもった半球状の乳房を形成 (成人型)。

(表2) 陰毛発生の段階(Tannerの分類)

第1期 (PH ₁)	発毛なし (思春期前)。
第2期 (PH ₂)	長いやや着色した綿毛のような, まっすぐまたはわずかに縮れた毛が陰唇に沿ってまばらに発生。
第3期 (PH ₃)	より色が濃く, あらくて縮れた毛が膣の上方にまばらに発生。
第4期 (PH ₄)	成人型発毛に近づくが, 発毛の区域が小さい。
第5期 (PH ₅)	成人型の発毛。

(表3) 年齢別 身長の平均値(平成14年度学校保健統計調査)

(cm)

区分		男子				女子			
		平成 14年度 A	平成 13年度	昭和 47年度 B (親の世代)	差 A-B	平成 14年度 A	平成 13年度	昭和 47年度 B (親の世代)	差 A-B
幼稚園	5歳	110.8	110.7	109.5	1.3	110.0	109.9	108.7	1.3
	6歳	116.7	116.7	115.2	1.5	115.8	115.9	114.3	1.5
小学校	7	122.5	122.4	120.5	2.0	121.8	121.7	119.7	2.1
	8	128.2	128.2	125.9	2.3	127.5	127.5	125.2	2.3
	9	133.6	133.5	130.9	2.7	133.5	133.5	130.6	2.9
	10	139.0	138.9	135.8	3.2	140.2	140.3	136.8	3.4
	11	145.2	145.3	141.1	4.1	146.8	147.1	143.2	3.6
中学校	12歳	152.8	152.9	147.8	5.0	152.1	152.2	149.0	3.1
	13	160.2	<u>160.2</u>	154.9	5.3	155.2	155.2	152.6	2.6
	14	165.5	165.5	161.2	4.3	156.7	156.8	154.5	2.2
高等学校	15歳	168.3	168.6	165.5	2.8	157.3	157.2	155.3	2.0
	16	169.9	170.0	167.4	2.5	157.7	157.7	155.6	2.1
	17	170.7	170.9	168.3	2.4	157.9	158.0	155.8	2.1

- (注) 1. 年齢は、各年4月1日現在の満年齢である。以下の各表において同じ。
 2. 下線の部分は、調査実施以来過去最高を示す。以下の各表において同じ。
 3. 調査実施学校数(幼稚園～高校)9,165校、調査対象者数695,600人

毛の発生が起こり、全身の分泌腺すなわち皮脂腺や汗腺などが活発になる。身長は発育速度を増しその伸びのピークから約1年後、また乳房の発育開始から1～2年後に初経が始まる。初経の開始は12～14歳の間で、平均12.3±1.0歳といわれている⁴⁾。しかし、これらの発育開始時期や成熟の完成までの期間には個人差がある。身長、体重の発育状況は学童期では特に大切であり、平成14年度学校保健統計調査⁵⁾から、学童期、思春期の男女の年齢別、身長、体重の平均値を表3、4に示した。

2. 思春期、初経発来の機序

思春期発来の引き金は、7歳ごろに起きるとされ、中枢神経系の抑制的な神経伝達物質であるGnRH抑制因子からの解除で、これによりGnRH pulse generatorが再活性化される²⁾。中枢GnRH分泌に作用するものとしてはグルタミン酸やGABAなども考えられるが、近年、GnRH抑制作用を持つ脳内たんぱく質NRY、この発現・分泌を抑える脂肪細胞からのレプチン産生の増加が思春期発来前に起きることが観察されており、これが引き金になると考えられている⁶⁾。

初経発来の時期は遺伝的要因のほか、栄養状態、地理的要因、光の条件などの関与が指摘されている²⁾。なお、初経発来はGnRHパルスの増加から下垂体-卵巣系が活性化されて起きるが、パルスの分泌調節には、GnRH産生ニューロン終末の神経膠細胞から産生される各種成長因子(TGF- α , neuregulins)、末梢のレプチン、IGF-Iなどの関与が示唆されている²⁾。

(表4) 年齢別 体重の平均値(平成14年度学校保健統計調査)

(kg)

区分	男子				女子				
	平成 14年度 A	平成 13年度	昭和 47年度 B (親の世代)	差 A-B	平成 14年度 A	平成 13年度	昭和 47年度 B (親の世代)	差 A-B	
幼稚園	5歳	19.2	19.2	18.5	0.7	18.9	18.8	18.1	0.8
	6歳	21.7	21.7	20.4	1.3	21.1	21.2	20.1	1.0
小学校	7	24.3	24.3	22.8	1.5	23.8	23.7	22.2	1.6
	8	27.7	27.6	25.3	2.4	26.9	26.9	24.9	2.0
	9	31.2	31.1	28.0	3.2	30.4	30.5	27.9	2.5
	10	34.9	35.0	31.3	3.6	34.8	34.7	31.7	3.1
	11	39.4	39.5	34.7	4.7	39.8	40.1	36.3	3.5
中学校	12歳	45.2	45.4	39.5	5.7	44.9	44.9	41.5	3.4
	13	50.6	<u>50.6</u>	44.9	5.7	48.3	48.3	45.7	2.6
	14	55.5	<u>55.5</u>	50.4	5.1	50.9	<u>50.9</u>	48.8	2.1
高等学校	15歳	<u>60.3</u>	60.1	55.0	5.3	<u>52.4</u>	52.2	50.8	1.6
	16	<u>61.9</u>	61.7	57.5	4.4	53.3	53.2	51.9	1.4
	17	<u>63.2</u>	62.8	59.1	4.1	<u>53.5</u>	53.2	52.3	1.2

3. 思春期のリプロダクティブヘルス

1) 発達段階の成長過程

性機能が発達し、性行動の始まる思春期の健康は、生涯のリプロダクティブヘルスの出発点である。一方、思春期はからだの発達と併せて、精神的な発達が著しく、その特徴と発達過程を念頭に置いて対応しなくてはならない。親の考え方ですべてが決定され、それが正しいことであるとする家族依存の環境から、徐々に家族と離れて友人や学校環境の中での自己発現が主力となり、親や教師の言動に対する批判、社会への反発への過程を経て、自己の理想や哲学の完成へ向けて自分の価値観が決定されていく。しかし、ここもまだ発達成熟過程の一部といえる。これらの発達段階の成長課題を表5⁷⁾⁸⁾にまとめる。

2) 思春期女性の診察に対する留意点

診察には、成人女性に対するよりも時間をかけて行う必要がある、とくにははじめに行う問診は互いの人間関係を信頼あるものにできるか否かの点で、最も大切である。通常、母親が同席しての問診であるが、家族歴や既往歴など母親の方がよく知っていることでも、なるべく本人からの言葉で話してもらうように促し、母親にも確認するように話を進める。日常生活のことは本人からのことばで話しやすい事柄を聞いていく。食生活や睡眠などの生活パターンや身長、体重などの成長過程については、母娘両者に確認しながら聞くようにしていく。なお、月経や妊娠、性交の有無などについての話は、時に嫌悪感や潔癖感から拒絶的になることもあるため、本人の反応を見ながら言葉を選んで話すようにする必要がある。場合によっては、この時は母親に席をはずしてもらうようにする。診察はその主訴にもよるが、初診では、問診時に、診察の必要性とどのような診察かを丁寧に説明して、本人の了解のもと、視診、あるいは内診または直腸診、場合により超音波(経腹、経膈あるいは経直腸)を行うようにし、特に初診時は不十分と感しても了解が得られる範囲の診察にとどめる。

(表5) 発達段階の成長課題(Diaz A: Textbook of Women's Health. 1998; pp105-110, Lippincott-Raven, Philadelphia)より⁷⁾⁸⁾

	初期: 10～13歳	中期: 14～16歳	後期: 17歳以上
課題	親からの感情分離	分離不安 家族よりも友達を好む	独立への統合
ボディイメージ	思春期の変化に対応	本当の自分を探そうと違うイメージを探る	個性としての自分の体に満足する統合
性衝動	性に対する興味	性体験 時にマスターベーション	親密さと愛情の始まり 性的対象としての異性
関係性	同性との仲間意識	異性との仲間関係 大人との衝突	仲間よりも個々の親密な関係が大事 複数の成人モデル
キャリアプラン	あいまいで非現実的	あいまいで非現実的	特定の目的やそれを満たす特定の段階
抽象的概念	全く現実的	全く現実的: 考えに新しい可能性	抽象的思考可能の余地あり
価値観	超自我の脱落	自己中心的 親のモラルを試す	理想主義 正誤の概念が固定

3) 思春期の健康に関する留意点

① 月経異常

月経異常の分類を表6⁹⁾に示す。思春期で問題となりやすいのは、発来時期の異常、周期の異常と、月経随伴症状である。原因として、器質的なもの、機能的なものがあり、それぞれに対応した治療が必要である。

月経周期異常については、初経後1年以内は無排卵周期が約80%を占め、18歳ごろでも約30%は無排卵周期のため、月経周期は不規則である¹⁰⁾。したがって、思春期女性に対しては、原則として積極的治療は行わなわなないで、基礎体温(BBT)の記録をみながら経過観察するのが一般的である。なお、続発無月経の場合は性器の萎縮や精神的な側面から、時々ホルモン療法で月経を誘導することは必要である。また、強い精神的ストレス、ダイエットや激しいスポーツなどで短期間に大幅な体重減少が起こると、しばしば無月経となるが、この場合、重症のやせの場合は月経の誘導は行わず、心療内科と協力した生活指導や食事指導を中心に行う⁹⁾。さらに、原発無月経では、単にホルモンの異常のみでなく、むしろ、性分化の異常、性器の奇形や染色体異常などに原因があることもあり、身長、体格、第二次性徴の状態や男性化徴候なども含めて、慎重にみていく必要がある。

10代では、全体の1/4～1/3の女性が月経困難症を呈していると報告されている¹¹⁾。思春期の月経困難症は、多くは原発性月経困難症であり、初経後2～3年たって、排卵周期がみられるようになってから起きることが多い。しかし、無排卵周期の際に起こる場合もあり、この場合の月経困難症は、子宮發育不全の子宮腔内に経血が溜まり、これが硬く閉鎖している頸管を通過する際の刺激によって起こるとされる。また、特に15歳以下の女性における下腹部激痛には、月経に対する不安や緊張などの心因性因子の関与も否定はできないとされている¹¹⁾。

なお、性交経験のある思春期女性は性感染症から骨盤内炎症を起こし、そのため月経困難症を起こしている可能性もあり、クラミジアなどの検査も必要である。また、稀ではあるが、性器奇形などにより、月経血の流出路、あるいはその一部が閉鎖されている場合に、

(表6) 月経異常の種類

1. 月経発来の異常
1) 早発月経：初経発来が10歳未満
2) 遅発月経：初経発来が15歳以上
2. 月経周期の異常
1) 無月経：
(1) 原発無月経：18歳になっても初経発来のないもの
(2) 続発無月経：3カ月以上月経が停止したもの
2) 頻発月経：月経周期が24日以内
3) 希発月経：月経周期が39日以上
4) 不整周期：25～38日の正常周期に当てはまらない月経
3. 持続日数および量の異常
1) 過短月経：出血日数が2日以内
2) 過長月経：出血日数が8日以上
3) 過多月経：月経血量が異常に多いもの
4) 過少月経：月経血量が異常に少ないもの
4. 月経随伴症状
1) 月経困難症：月経期間中に月経に随伴して起こる病的症状
2) 月経前症候群：月経開始3～10日前ごろより始まる身体的・精神的症状で、月経開始と共に消失する

(表7) 女性の年齢別人口と出生率 (2003年)

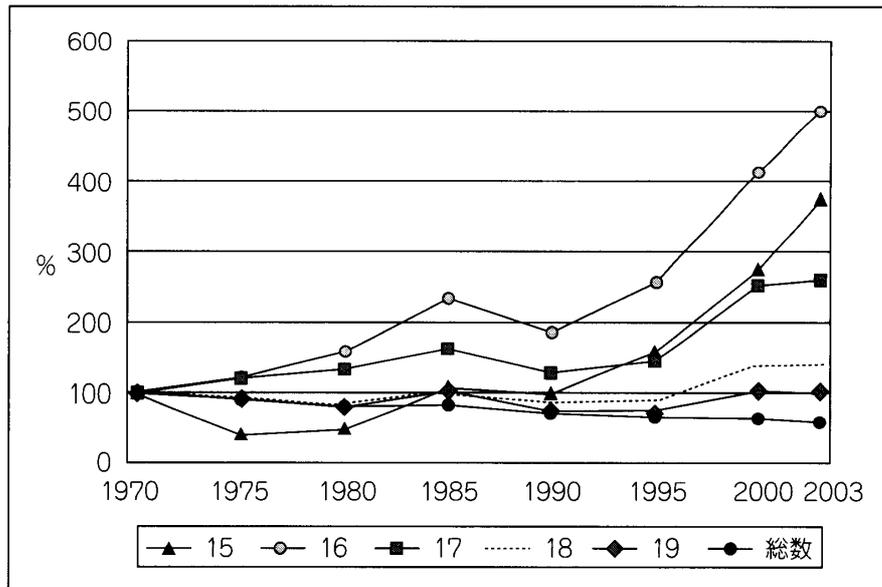
年齢 (1)	女子人口 (2)	出生数 (3)	人口1,000対出生率 (3)/(2) × 1,000 (%)
総数	28,000,182	1,123,610	40.1
15	635,914	288 *	0.5
16	653,190	1,046	1.6
17	663,657	2,629	4.0
18	695,379	5,152	7.4
19	719,559	10,466	14.5
15～19	3,367,699	19,581 *	5.8
20～24	3,720,856	142,070	38.2
25～29	4,366,596	395,980	90.7
30～34	4,691,963	408,590	87.1
35～39	4,111,223	139,491	33.9
40～44	3,838,450	17,478	4.6
45～49	3,903,395	421	0.0 (0.01)

* 14歳以下の49名を含む
 国立社会保障・人口問題研究所「人口問題研究」第60巻3号による。
 (文献¹²⁾¹³⁾より作成)

月経時の疼痛がみられる。

②妊娠・出産

2003年の厚生労働省の一般人口統計(表7)¹²⁾¹³⁾によれば、19歳以下の女性からの出生児は19,581名で、この年の出生数1,123,610名全体の1.7%を占め、15～19歳の女性

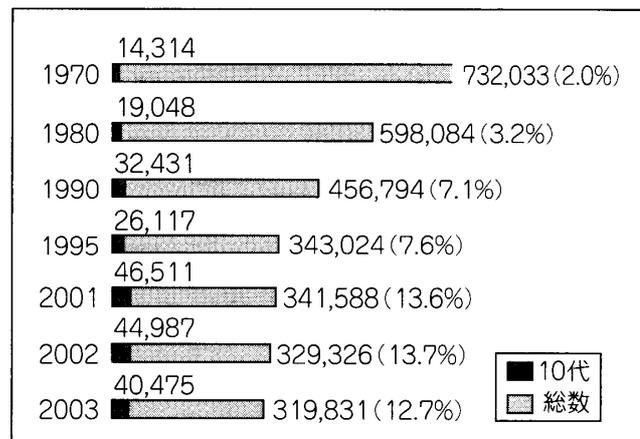


(図1) 1970年の女性人口1,000対出生率を100とした時の15~19歳女性の出生率の年次推移(1970~2003年)
(厚生労働省人口統計¹²⁾¹³⁾より作成)

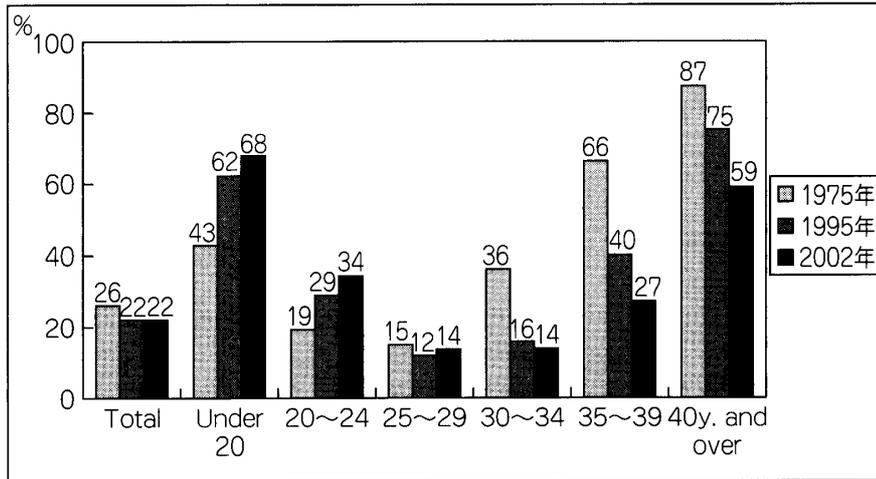
人口1,000対の出生率は5.8%である。15~19歳の間での分析では18歳以上の出産が多いものの、15歳以下で288名、16歳で1,046名と16歳以下でも1,300名を超える出生がみられた。実際に若年妊娠を年齢別、年次別に検討すると、1970年を基準とする検討で全女性での出生率(総数)は低下しているにもかかわらず、10代では明らかに増加し、とくに16歳以下では著明に上昇していた(図1)。なお、若年妊娠の問題点として、20~34歳女性に比較すると、母体死亡が増加することはないものの、2,500g未満の低出生体重児の出生率はわずかに高く、周産期死亡率が高いことが挙げられる(20~34歳4.4~5.0 vs. 10代7.4; 2003年母子統計)¹³⁾。

③人工妊娠中絶

全体で減少しているにもかかわらず、10代での中絶数やその割合は増加しており(図2)¹³⁾、女性人口1,000対の中絶実施率も2000年より総数(全女性)の実施率を10代が上回った。しかし、2002年の12.8%(総数11.4%)に比較して2003年は11.9%(総数11.2%)と減少してきている¹³⁾。なお、北村ら¹⁴⁾¹⁵⁾はこの減少傾向の背景に1999年承認されたOC処方数の増加が関係していると分析している。しかし、図3¹³⁾に示すようにに依

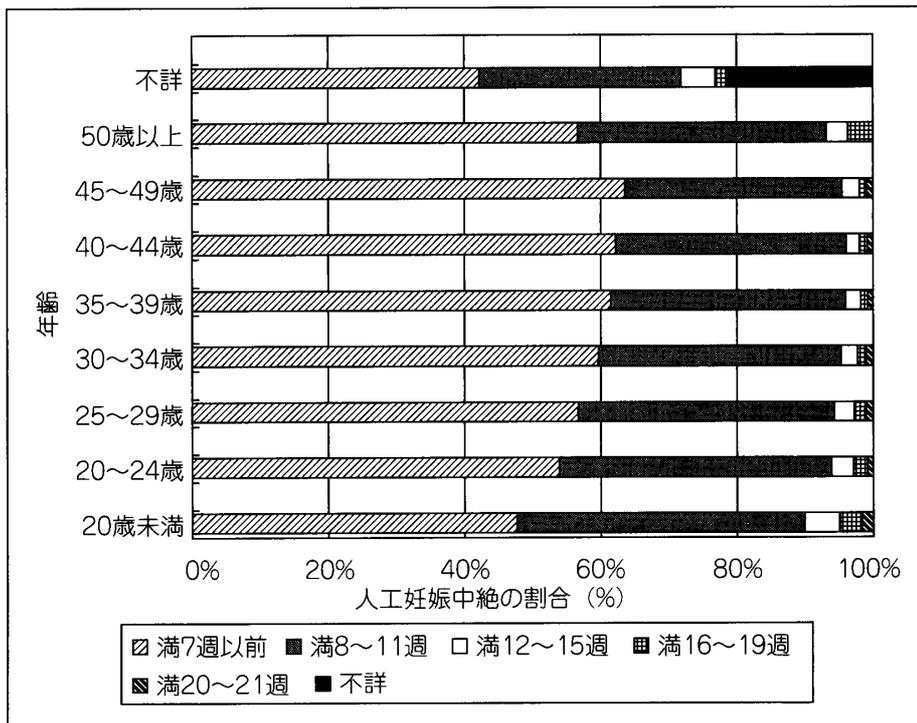


(図2) 人工妊娠中絶の総数と10代の占める割合
(厚生労働省母体保護統計より作成)



(図3) 年齢別人工妊娠中絶率の変遷
(厚生労働省母体保護統計より作成)

$$\text{中絶率 (\%)} = \frac{\text{中絶数}}{\text{出生率} + \text{中絶数}} \times 100$$



(図4) 妊娠週数, 年齢階級別人工妊娠中絶数
(母体保護統計¹⁶⁾より作成)

然として10代の中絶率は高く、また、中絶を行う時期も他の年齢層に比較して、妊娠12週以降の週数が多い。したがって、より妊娠週数が進んでから中絶が行われており¹⁶⁾ (図4)、妊娠、中絶、避妊についての知識が十分でないばかりでなく、妊娠しても親や

2005年7月

(表8) 性感染症の考え方 (sexually transmitted disease: STD)

- ・いわゆる性病とは異なる疾患である
- ・性的接触を介して感染する
- ・生殖年齢にある男女の大きな健康問題の1つ
- ・無症状や軽い症状のことが多く、治療を怠りやすい
- ・不妊、生殖器がん、エイズにかかりやすい、母子感染で次世代へ影響
- ・個人情報の保護、公衆衛生対策上の配慮が必要
- ・予防が可能
- ・早期発見、早期治療により治癒または重症化の防止が可能

性感染症に関する特定感染症予防指針(2000年)より抜粋

教師などに相談できず、医療機関への受診をためらうためか、妊娠の確認が遅れ、中期中絶が増加している可能性が考えられる。

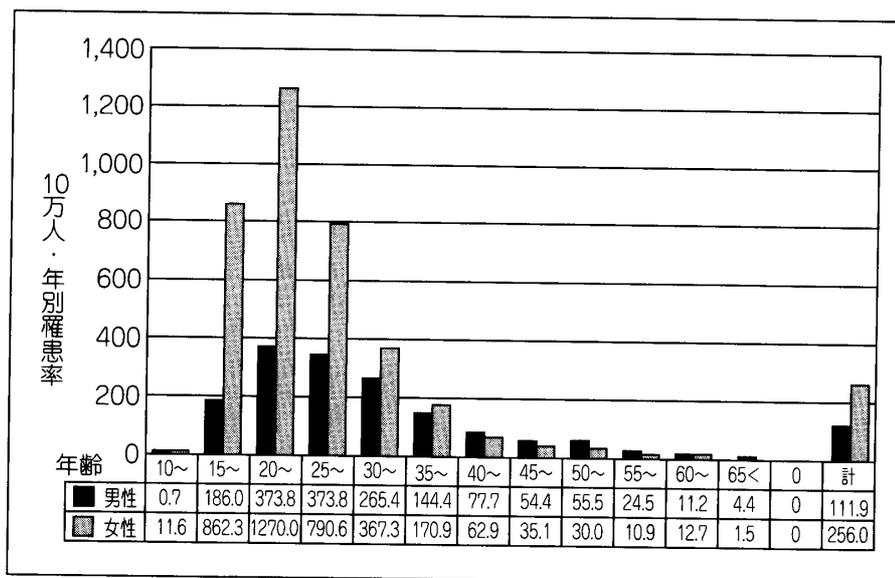
なお、避妊に失敗した時、あるいは避妊を忘れた時の性交に対し、妊娠する確率を下げる「緊急避妊法」¹⁷⁾の存在を情報提供する必要がある。

④避妊

思春期は将来の自分の人生を選択するうえでも勉学が重要といえる。日本では高校生での結婚や妊娠・出産は稀であり、また、高校生で妊娠した場合に学業と両立できるようなシステムや公的支援はほとんどない。さらに、東京都幼小中高校教育研究会の調査¹⁸⁾によれば、最近の中・高校生の性交経験率は上昇しており、2002年の調査では、高校3年生の男子は37.3%、女子は45.6%と極めて高い。この背景として、現在の性の情報は雑誌やvideo、インターネットなどで簡単に手に入り、この時期の男女はともに性意識は活発で、これを性行動に移しやすいと推測できる。初交経験をできる限り遅らせる、あるいは性交を避けることは望まない妊娠を防ぐための(後述する性感染症予防のためにも)有効な手段ではあるが、いずれにせよ、思春期の若者達にすぐには禁欲を強いることはできない状況である。したがって、この妊娠を避けたい時期＝勉学を中心とした時期には、確実な避妊が必要ということになる。

日本における避妊法は男性用コンドームが主体で、一部性交中絶法が行われているが、この方法により避妊に失敗して人工妊娠中絶に至る者が多いことが、産婦人科医会の調査¹⁹⁾からも明らかにされている。一方、高校3年生への避妊の実行状況の調査¹⁸⁾により、男女共に初回避妊は、それぞれ60.0%、57.9%であったものが、次回よりいつも避妊を行っている者は48.2%、21.9%へと低下することが確認され、避妊に対する教育、ならびに特に若年女性には自分で主体的に確実に行う避妊法が必要であることがわかる。

若年女性に望まれる避妊方法は、簡便で避妊効果が高く、再び妊娠でき、女性が主体的に行うことができ、さらに性感染症が予防できればより有効である。先に述べたように、性交をもたないという選択もあるが、もしも、性的に活発であるならば、低用量OCは、その高い避妊効果から、代謝異常や血管障害の少ない若い世代には最適といえる。また、この世代に対し、OCを使用するメリットを挙げると、月経に対する好ましい作用、すなわち、周期調節性であるため、種々の行事やスポーツなどに対し、月経の時期が予想できること、また、経血量が少なく身軽に行動でき、月経時に生理用品をたくさん持ち歩いたり、トイレに頻繁に通ったりなどのわずらわしさが少ないこと、月経痛を初めとする随伴症状の著明な抑制など²⁰⁾により、月経を苦痛と捉えずに生活できることが挙げられる。これらのことは、OCを使用するどの年齢にも当てはまることであるが、特に、月経と上手



(図5) 性器クラミジア感染症の男女別・年齢別疫学調査²⁾
1999年度調査より(日本性感染症会誌 2000)

(表9) 性交時に気になること

	男子			女子		
	中学生 (30名)	高校生 (169名)	大学生 (247名)	中学生 (19名)	高校生 (168名)	大学生 (173名)
エイズや性感染症 妊娠の可能性	20.0%	24.9%	9.3%	15.8%	22.6%	34.1%
	53.3%	58.6%	64.8%	47.4%	54.2%	68.8%

(第5回青少年性行動全国調査²⁵⁾より作成)

につきあうことになっていない若い世代には重要である。さらに、アクネなどの男性化症状も起きやすい年齢のためこれに予防あるいは治療効果を有する低用量OCの服用は好ましい結果をきたす²¹⁾²²⁾。ただし、パートナーがステディな関係でない場合、STD予防の意味からもコンドームの併用は望ましい。なお、OCの普及に対しては、手ごろな価格と手に入れやすいシステムの導入も急がれる。

⑤性感染症

性感染症とは、生殖年齢の男女の大きな健康問題の1つとしてとらえるべきである。起因微生物も多様化し、性的接触を介して感染するが、性交以外の性行為(オーラルセックスなど)による感染も増加してきており、その場合は難治性になりやすい。

近年の性感染症の考え方を2000年に制定された「性感染症に関する特定感染症予防指針」の抜粋(表8)²³⁾に示す。この予防指針に示した性感染症とは、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖形コンジローマ、梅毒、淋菌感染症の5疾患であるが、性感染症はこれら5疾患だけではないことが明記されている。また、エイズに関しては、性感染症の1つではあるものの、別にエイズに関する特定感染症予防指針が制定されている。

熊本らの調査²⁴⁾から、本邦における性感染症の男女別、年齢別分布をみると、10代後半から20代の女性にその頻度が高いことが明らかにされた。さらにクラミジアに限って

(表10) 発育段階に応じた性の指導計画 (松岡 弘 2004)²⁷⁾

指導内容	幼稚園 保育所	小学校			中学校	高校
		低	中	高	1・2・3	
A 身体面	1. からだの清潔	●	●	●	●	●
	2. からだの成長		●	●	●	●
	3. 二次性徴		●	●	●	●
	4. 性器の構造と機能		●	●	●	●
	5. 受精と妊娠				●	●
	6. 家族計画				●	●
	7. STD (性感染症)				●	●
	8. 性の不安と悩み				●	●
B 心理・ 社会面	1. いのちの大切さ	●	●	●	●	●
	2. ことばと遊び	●	●	●	●	●
	3. こころの成長		●	●	●	●
	4. 男女交際				●	●
	5. 規制の大切さ	●	●	●	●	●
	6. 結婚と家庭				●	●
	7. マスコミ情報				●	●
	8. 性被害の防止	●	●	●	●	●

(注) ●印は教えたい, ◎印はぜひ教えたい, ○印は教えてもよい時期を示しているが, その指導内容や方法は地域, 学校, 児童・生徒の実態を考慮すること。

みると, 10代後半の女性は20代後半の女性よりも頻度が高く, 年々その感染症は増加している(図5)ことから, 若年女性のクラミジア感染症の予防は重要である。

しかし, わが国では, 無防備な性交や避妊の失敗により, 「妊娠したかもしれない」という危惧を抱くカップルは多いが, 性感染症のリスクに対する意識はきわめて低い²⁵⁾(表

9). また、性交パートナーが多いほど、性感染症の機会や頻度は上昇するが、国立大学生を対象にした調査により、パートナーが多いものほど、コンドームの使用率が低い傾向が示されている²⁶⁾。以上より、性感染症は特定の者ではなく誰もがかなり高率に感染する可能性があり、差別する疾患ではないこと、また、予防が可能であること、早期診断、発見により殆ど治療が可能であることなどを教育し、よく理解してもらう必要がある。その予防にコンドームを使用することを推奨する必要があるが、コンドーム使用中の避妊の失敗が多いことから、きちんとしたコンドームの使用(着脱)のみならず、OCとの併用なども考慮すべきである。

4) 新しい視点での性教育

思春期の性行動に起因する問題が集積し、増加していることから、今まで行ってきた学校における性教育があまり有効でなかったことが窺える。小児期、学童期には家庭では親とのコミュニケーションをよく持つことが必要である。親は子どもに自分の意見を押しつけるのではなく、子どもが考え、判断するチャンスを与え、子どもが行ったことをほめる姿勢が大切である。これらは、自尊心、自己判断力と決定力、行動力を養うのに有効で、自己肯定感をはぐくむ力となる。また、北村らは平成15年度厚生科学研究の報告書¹⁴⁾¹⁵⁾で、性意識・性行動調査を行い、中学生頃まで親子が十分会話し、しかも性に関する会話はしない方が、性交開始年齢が遅れるとの分析をしている。

一方、学校では小学校より、命の誕生、命の大切さ、自分を大切に思う気持ち、小さい者や弱い者、老人、障害を持った者を大切に、共に生きる姿勢を養う教育が必要である。併せて、小学校高学年の学童期には、からだの構造、性の仕組み、男女の違い、月経などについて、科学的な知識を与える必要がある。15歳には初交経験が急激に増加し、妊娠・出産例もあることから、性教育は「寝る子を起こす」のではなく、規定のカリキュラムとして、男女ともに中学入学時ころより妊娠、性感染症、避妊、中絶などについても導入することが必要で、学校の教員や養護教諭ばかりでなく、産婦人科医や泌尿器科医の学校協力医や心ある保健師、看護師、助産師などの外部からの協力を仰ぐべきである。この時は、学校長をはじめとする学校職員の性教育に対する統一の見解が必要で、何をどこまでどの教材やどの言葉を用いて教育をするのか、職員の理解とコンセンサスが大切であり、父母会からの支援と協力も必要である。さらに、特定の性的にとくに活発な者にはクラス担任や養護教諭と協力して、学童期メンタルケアの専門医も含めた学校協力医が個別指導を行う必要もある。松岡の提唱した「発達段階に応じた性の指導計画」のあり方²⁷⁾を表10に示すが、参考にさせていただきたい。

おわりに

思春期の少女達が、女性としての性を理解し、その生理的発達を受け入れ、さまざまなトラブルを容易に解決し、あるいは乗り越えられるように、産婦人科医が思春期の特徴を理解して、指導できることを期待する。

《参考文献》

1. 思春期のケア. 研修ノート No. 61, 社団法人 日本産婦人科医会, 1998 ; 3—10
2. 細川久美子, 小辻文和. 第2次性徴. 新女性医学大系 18 思春期医学. 矢内原巧編 東京: 中山書店, 2000 ; 38—48
3. Tanner JM. Growth at adolescence. 2nd ed, Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1962 ; 28—39
4. 生殖内分泌委員会報告 わが国思春期少女の体格, 体重変動, 希望体重との相互関連について—アンケートによる. 日産婦誌 1997 ; 49 : 367—377

5. 平成14年度学校保健統計調査. 生涯学習政策局調査企画課 http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/15/06
6. 矢内原巧. 思春期の発来. 武谷雄二編 新女性医学大系 18 思春期学 東京: 中山書店 2000; 15—27
7. Diaz A. Textbook of Women's Health. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998; pp105—110
8. 早乙女智子. 思春期女性のヘルスケア. 武谷雄二編 新女性医学大系 11 リプロダクティブヘルス 東京: 中山書店 2001; 22—29
9. 安達知子. 月経異常. 臨婦産 2000; 54: 398—402
10. 松本清一. 思春期婦人科外来. 文光堂, 1995; 41—44
11. 安達知子. 月経困難症. 武谷雄二編 新女性医学大系 18 思春期学 東京: 中山書店 2000; 269—272
12. 厚生労働省一般人口統計—人口統計資料集(2005年版)<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Data/Popular2005>
13. 財団法人母子衛生研究会. 母子保健の主なる統計 2004; 20, 51, 78, 84—85, 94.
14. 北村邦夫. 若者たちの性が危ない—今, 期待される性教育とは. 産婦人科の世界 2005; 57: 21—29
15. 北村邦夫, 杉村由香理, 佐藤郁夫. 20歳未満の人工妊娠中絶実施件数減少要因に関する研究, 平成15年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書 2004; 367—446
16. 厚生労働省母体保護統計. 平成13年調査 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/tohkei/Data/220/2001/toukeihyou>
17. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. Fertil Steril 1982 Apr; 37: 508—513
18. 東京都幼・小・中・高教育研究会. 「児童・生徒の性」東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会編 学校図書株式会社, 2002; 15—16
19. 「10代の人工妊娠中絶について」のアンケート調査. 資料集 日本産婦人科医会, 2003
20. Ory HW. The noncontraceptive health benefits from oral contraceptive use. Family Planning Perspective 1982; 14: 182
21. Palatsi R, Reinila M, Kivinen S. Pituitary function and DHEA-S in male acne and DHEA-S, prolactin and cortisol before and after oral contraceptive treatment in female acne. Acta Dermato-Venereologica 1986; 66: 225—230
22. Charoenvisal C, Thaipisuttikul Y, Pinjaronen S, et al. Effects on acne of two oral contraceptives containing desogestrel and cyproterone acetate. Int J Fert & Menopausal Studies 1996; 41: 423—429
23. 安達知子. 性感染症の現状とその予防. 特集 性教育はこれでよいか. 教育と医学 2003; 602: 742—751
24. 性感染症/HIV 感染. 性の健康医学財団(熊本悦明ほか)編 東京: メジカルビュー, 2001; 24—26
25. 「若者の性」白書—第5回青少年性行動全国調査報告. 財団法人日本性教育協会編. 東京: 小学館, 2001; 194
26. 「全国国立大学生 Sexual Health Study」調査報告書 大学生のHIV/STD関連知

識・性行動・性意識に関する研究 厚生省 HIV 感染症の疫学研究班行動科学研究グループ(グループ長 木原雅子), 国立大学保健管理施設競技会エイズ特別委員会(委員長 天野恵子)2000; 11

27. 松岡 弘. 生命と性を大切にする性教育. 学校保健研究 2004; 46: 143—148
(安達 知子*)

*Tomoko ADACHI

**Department of Obstetrics and Gynecology, Imperial Gift Foundation, Aiku Maternal and Child Health Center Aiku Hospital, Tokyo*

Key words : School health · Puberty · Secondary sexual characteristic · Juvenile pregnancy · Sexually transmitted disease(STD)