

脂肪は無限ではないが、標準体重の倍ちかかまで増えて、標準体重が50kgの人が100kg(肥満度100%)になることさえあるが、同じ人が体重30kg(肥満度-40%)になることはまずないのである。その理由は、体重が減少する部分はずっと脂肪であり、その脂肪は体重の割合にして男性で15%、女性で25%であるから、体重が減少してもせいぜい25%止まりなのである。その理由は除脂肪部分で、多少なりとも重量が減少するのは筋骨格のみであり、脳、心臓、肝臓などの臓器はその重量を体重に影響するほどに減ずることはないことである。

やせの重症度分類として肥満の重症度分類を裏返して肥満度-20%以下-30%未満を軽症やせ、-30%以下-50%未満を中等やせ、-50%以下を重症やせとしているものを見かけるが、肥満度-30%以下にもなると生命の危険が迫っている状態なのである。このことからやせは肥満に比べて緊急に対応しなくてはならないのである。

<体格指数について>

✦ 体格とは身長と体重によって決まる体の大きさと考えてよい。そこで体格指数といわれているものはすべて身長と体重を用いて決められている。わが国でよく使われている体格指数は、BMI(体重(kg)/身長(m)²)、ローレル指数[体重(kg)/身長(m)³×10]、肥満度I(実測体重-標準体重)/標準体重×100%]である。

以下にこれら3つの体格指数について、おもに学校保健の立場から見た問題点と注意点を述べる。

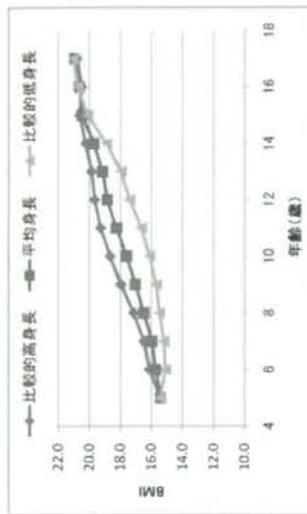
1) BMIとローレル指数の問題点と注意点

(1) BMIとローレル指数は年齢と身長によって基準値が大きく変わる。

簡潔にいえば、BMIは体重を身長²で、ローレル指数は体重を身長³で割ったものである。体重は縦、横、高さがあるため意味をもつ3次元の数字である。これに対して身長は長さのみの1次元の数字である。このためBMIは身長を二乗して、

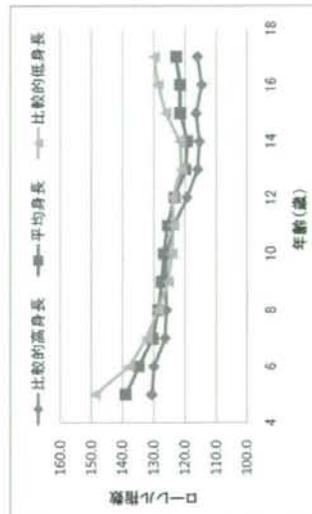
図Ⅲ-3-3

標準体重である比較的高身長者(平均値+1.5標準偏差)、平均身長者(平均値)および比較的低身長者(平均値-1.5標準偏差)の5歳から17歳までの各年齢におけるBMIの比較



図Ⅲ-3-4

標準体重である比較的高身長者(平均値+1.5標準偏差)、平均身長者(平均値)および比較的低身長者(平均値-1.5標準偏差)の5歳から17歳までの各年齢におけるローレル指数の比較



ローレル指数は身長を三乗してその数字に重み付けをしているのである。しかし現実には身長²の二乗と違い、いわば平面では重み付けが軽すぎるし、身長³の三乗という、いわば身長を一边とすると立方体では重み付けが重すぎるのである。このことを分かると、図Ⅲ-3-3と図Ⅲ-3-4に示した。図Ⅲ-3-3と図Ⅲ-3-4の資料は平成20年度学校保健統計調査連報に基づくものである。図Ⅲ-3-3は5歳から17歳まで各年齢でそれぞれ標準体重である男子

について①比較的高身長のもの(平均身長+1.5標準偏差)のもの、②平均身長のもの、③比較的低身長(平均身長-1.5標準偏差)のもの、の年齢別身長別BMIを比較したものである。図Ⅲ-3-4はBMIと同じ条件で年齢別身長別ローレル指数を比較したものである。

BMIでは6歳から15歳の間で身長が高くなるほど大きな値になっている。これは身長が重み付けが軽いため身長が大きくなるほど分母の重みの程度が小さくなるためである。

ローレル指数のほうは9歳から11歳の間を除き身長が高くなるほど小さな値になっている。これは身長が重み付けが軽いため身長が大きくなるほど分母の重みの程度が大きくなるためである。

図Ⅲ-3-5は標準身長をした男子と女子が、かに5歳から17歳まで成人のBMI標準値である22で経過したとした場合の各年齢での肥満度を示したものである。この男子と女子の標準身長は平成20年度学校保健統計速報、各年齢での体重は $22 \times$ 身長(m)²、肥満度は文献1に基づいて求めた(表Ⅲ-3-1参照)。図Ⅲ-3-5を見ても分かるように、もしこの男子と女子が5歳から17歳までBMIが22であったとしたら、5歳のときは高度肥満に近い肥満体型であり、年齢が進むにつれて肥満が改善し、17歳ではほぼ正常体型になったことになる。

(2) BMIを小児に用いるときの注意点

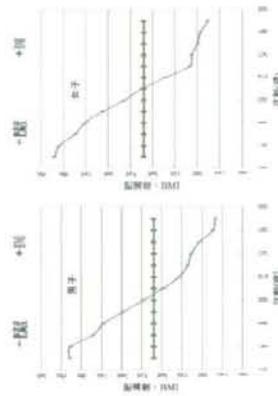
あえてBMIを小児に使うとすればBMIについてパーセントイルあるいはスコアといった相対値を使うはかからないであろう。これにはコンピュータを用いたきわめて面倒な操作が必要であり、これについては次の項で改めて説明する。

(3) BMIが国際的に小児の体格評価として用いられている理由と問題点

国際的には子どもの肥満を判定するために、年齢

図Ⅲ-3-5

標準身長である男子と女子が5歳から17歳までBMI 22で経過したときの肥満度の変化



別のBMIパーセントイルを用いている。たとえば各年齢でBMIパーセントイルが90以上を肥満さみ、95以上を肥満とするのである。このことは世界の各国の子どもの肥満傾向を比較する、あるいはある年齢集団から肥満している子どもを抽出するといった疫学的には効果的な方法である。

しかし、わが国のように母子保健や学校保健において子どもを管理、指導、支援する体制(海外先進国にはこのような制度がほとんどない)においてBMIを指標にすることはいろいろと問題が多いのである。

たとえば、学校保健において個々の児童生徒の肥満ややせを経過観察する場合は、各5、10、25、50、75、95パーセントイルという基準値だけが示されても意味がないのである。要するにこの基準値だけでは個々の児童生徒のBMIパーセントイルを計算することができないのである。これらBMIパーセントイル基準値をグラフにして、その上にAという児童のBMIをプロットしたところ50パーセントイルと25パーセントイルのちょうど中間にプロットされたでしょう。このときAのBMIパーセントイルが50と25の間であるとして、37.5パーセントイルとはできないのである。この理由はパーセン

タイムという数値の意味さえ理解できれ自明のことなので、その説明は省略する。

結論として個々の児童生徒のBMIパーセンタイルが算出できなければ、学校保健でBMIを用いる意味が大きくなるわけである。ただし、コンピュータを用いて少し面倒な処理をすれば、任意の身長と体重を持つ個々のケースについてそのBMIパーセンタイルやZスコアを算出することができ、成長曲線を用いた子ども健康管理プログラム2)は個々のケースのBMIパーセンタイルとZスコアを算出している。

以上、図Ⅲ-3-3、図Ⅲ-3-4、図Ⅲ-3-5に示したように、BMIとローレル指数は年齢と身長により大きく基準値が変動する上に、BMIとローレル指数では身長による影響が全く正反対であるといったことを考えれば、学校保健という場で共通認識をもつ児童生徒の健康管理をしなければならぬときに、児童生徒の体格評価は、BMIでも、ローレル指数でも、肥満でもよいとはいえないために、平成18年度から学校保健における体格指数として肥満度に統一されたのである。

文部科学省の学校保健統計調査報告書は以前から肥満傾向児と瘦身傾向児の定義に肥満度を用い、この肥満度の算出に性別、年齢別平均体重を用いていた。しかし、平成18年度からこれを標準体重に改めた。これについては次の項で述べる。

2) 肥満度の問題点と注意点

(1) 標準体重とは

肥満度についてもっとも大きな問題は、肥満度の算出根拠になる標準体重である。ある特定の個人の標準体重は何kgであるのかはいかなる方法をもつても知りえないはずのものである。しかし、WHOが世界各国の栄養状態を評価するために提唱した方法(文献8)が各個人の標準体重を考える際

の参考になる。それが性別、年齢別、身長別標準体重である。肥満度を算出するための標準体重として、性別、年齢別、身長別標準体重の妥当性については紙面の都合で省略して、ここでは性別、年齢別、身長別平均体重と性別、年齢別、身長別標準体重の違いについて述べておく。

(2) 肥満度の注意点

1つは誕生日前後で年齢が変わると標準体重計算式が異なるので1日違いで肥満度が、多少ではあるが、変ることになる。これは思春期の成長に個人差がきわめて大きいことが理由で避けられないことである。これを選択しようとして年齢を考慮しない性別、身長別標準体重を用いて肥満度を計算する方式も用いられているが、この方式では身長が同じなら年齢は違っても標準体重は常に同じことになり、これは誤りである。実際にこの方式は10歳ごろまではさほどの誤りともいえないが、10歳を超える年齢になると身長が同じであっても標準体重は大きく異なり、年齢が大きくなるほど標準体重(平均体重でも同じ)は重くなるのである。このことは年齢を考慮しない身長別標準体重を用いて肥満度を算出すると、年齢が進むほど、見かけ上の肥満頻度が増すことになるのである。したがって、年齢を考慮しない身長別標準体重は学校保健では用いないのが賢明である。

文献8

Jelliffe, D. B. The assessment of the nutritional status of the community: with special reference to field surveys in developing regions of the world. World Health Organization. Monograph series, No.53, 1966.

Chapter 4

思春期やせ症を「支える」

も含めた気持ちの変化を聞きだす必要がある。これには信頼関係が必要であり、時間も必要である。一方、学校の当事者は、子どもの気持ちの変化に気づきやすいメリットを持っている。学校からの現場での出来事は、医療者の分折にきわめて質の高い情報を提供することができる。保護者の同意を得て、学校での子どもの姿を伝えたり、子どもの了解を得て子どもの気持ちを伝えたりすることは診療に有益である。

思春期やせ症は、回復に早くても数か月以上、多くは何年もの歳月を要する。入院治療である程度回復した後でも、学校生活においては運動や生活上の制限を要することがまれでない。学校がその身体上の制約を「なまけ」ととらわずに適切に対処するためには、医療機関との折に触れての情報共有が必要である。

◆ あらまし

中 中3女子F。いじめから長期欠席。カウンセラーと本人との面接、母と養護教諭の面接を継続していた長期欠席中に、徐々に悪化。やせ願望はうすが、6ヶ月以上の月経停止を契機に婦人科受診、小児精神科受診に至った。

◆ 気づきと支え

1年生の夏、クラスメートからいじめを受けた。2年4月、身長156.5cm 体重44kg。進級後しばらくして別の生徒からのからかいを受け、6月中旬に1週間欠席。登校できるようになったが毎日遅刻が続く。夏休み中に同じ部活の生徒とトラブルがあり、夏休み明けから不登校になった。週1回担任が電話相談をした(カウンセラー訪問は拒否)。

11月に母がカウンセラーの訪問を希望し、12月から担任とカウンセラーが週1回家庭訪問を開始した。長期欠席者対策会議でのカウンセラーからの報告で「やせの悪化」「生活リズムの乱れ」「空腹感がない」「入眠困難」が明らかになった。母は標準体型だが「子どもの頃私も胃腸が悪くて」とFのやせについては心配していなかった。担任も、Fが不登校になる前から痩せ型であったため、やせに違和感をもっていなかった。そこで、受診の必要性を説明し、担任が保護者に受診を促して小児科受診となった。受診時、身長157cm 体重37.8kgになっていた。

12月、母から養護教諭へ、6カ月生理が来ないと相談があり、母に近隣の婦人科外来の状況の他、外来看護師への相談方法、受診の流れなど説明し、婦人科受診させた。婦人科受診時、身長157cm 体重38kg。養護教諭は母に受診結果を確認し、学校と医師の情報交換について承諾を得た。カウンセラーは管理職の了解をとり、婦人科へFの状況を説明し、婦人科の紹介にて小児精神科受診した。その後、2週間に1度外来通院し、3年生から適応指導教室に登校するようになった。3年4月157cm 体重42kg。保健室で

学校生活での気づき

いじめや不登校などは子どもが不安定な心の状態の表れである。支援の中で精神面だけでなく、身体的な変化を探える視点ももちたい。

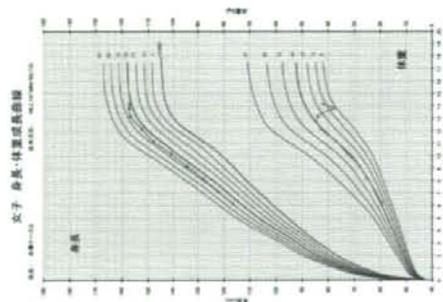
2週間に1度体操服で体重測定し、保護者宛(外来受診時に持参)の連絡カードでやり取りしした。学校活動、体育、修学旅行、体育祭など、保護者を通じて主治医に相談し、学校生活管理表を利用して指示を受けた。

◆ 振り返り

観察者に「胃腸が悪かった」「小食だった」「運動して健康的に瘦せた」などの経験があると、危険性を感じにくくなりやすい。支援にあたるものがやせの危険性について、保護者や本人が正しく認識できるよう注意したい。

また、長期欠席者に対する家族や学校関係者の視点は、学校に対する不満や対人関係に偏ってしまっていることがある。長期欠席中の発育発達測定実施や、訪問者が健康や発育発達を観察できるような体制づくりを行う必要性を感じた。

そして、医療との連携では小児科受診から婦人科、小児精神科と専門機関との連携を学校がいかに図るか、また治療中の子どもや家族をどう支えるかも学校生活へのスムーズな復帰に影響が大きい。すべての関係者を含むチーム支援体制の確立が大切といえる。



「成長曲線」の作成と分析

本章の3類型

子どもと家族を支える チーム支援体制

Point

◆ 入院で行われる治療

✦ 思春期やせ症は、合併症等により死の危険とも隣り合わせの疾患である。治療として入院が選択される場合、その目的はまず栄養改善、体重増加などの身体面でのケアである。水分代謝パラランスの破綻を回復させる輸液、栄養状態改善を目的としたパラランスのよい食事や適度の運動、無月経などホルモンのバランスの障害に対するホルモン治療などが選択される。治療の初期に栄養改善をあまりに急ぐと再栄養症候群（注1）や上腸間膜動脈狭窄群（注2）などの合併症の危険があり、じっくり時間をかける必要がある。子どもが持つ拒食等の混乱した食生活を安定させるには、食事、安静、睡眠の基本的なリズムの回復が必要である。しかし拒食行動に対する子どもの拒絶感や頑強であり、初期には不穏、暴れ、自傷行為も強く出る。医療現場では、まず子どもとの信頼関係の構築、食事や安静の大切さについての粘り強い説明と子どもとの納得を得ることに努められている。

このころの問題へのアプローチには、家族の参加が欠かせない。家族療法は、思春期やせ症治療の第一選択ともいわれている。さらに子どもが自己感や自己認識を作り直すための心理治療も行われることがある。

◆ 入院中の治療や生活を支えるスタッフ

✦ 病院の中では、すべての医療行為は医師の指示のもとに行われるが、子どもの治療や生活を支えるのは医師だけでは足りない。医療スタッフとして看護師だけでなく、臨床心理士、ケースワーカーがコメディカルスタッフとして従事していることもある。さらに保育士が子どもとの遊びや生

注 1

再栄養症候群：高度の栄養失調の状態に不適切に栄養療法を開始した際にみられる合併症。低リン血症に起因した心不全、不整脈、低血圧などから浮腫、虚脱、突然死に至ることもある。

注 2

上腸間膜動脈狭窄群：十二指腸の一部がその周囲の動脈に挟まれて腸閉塞を起こす状態。食後早期に上腹部痛や嘔吐を繰り返し、進行性となりやすい。

活を保障する立場から従事している病院も増えてきた。

思春期やせ症の子どものもととして、入院生活でかわるスナップのかかわりは、新しい人間関係が生まれる場でもある。病院のスナップは、摂食行動という日常生活上の困難を持つ子どもを支えるため、日々の生活の中でのかわりをたいせつにしている。子どもの家族にとっても、看護師などの病棟のスタッフは、子どもとの入院生活を知る相手としても、また家族自身の子どものために対する気持ちや話し手としても重要な役割を果たすことがある。こうした入院生活での情報についても、スタッフ間での話し合いや記録の整理など意識を共有するよう努めている。

◆ いわゆる院内学級での生活

✦ 思春期やせ症など数か月以上の入院を必要とする場合には、いわゆる院内学級に通うこともまれでない。院内学級ではその担任や別の子どもとの出会いがある。多くは数人程度の異年齢の教室は、医療中心の入院生活の中で唯一子どもらしい生活が保障される時間でもある。入院中だからこそころ強めていたなどの気持ちになる子どもも多い（注3）。院内学級の仲間や担任とのこころのふれあいが、こころの成長に良好な影響を持つことも少なくない。担任は家族との折に触れての話し合いの中で、家族の気持ちを聞く役割も担っている。院内学級の担任は、入院中の子どもと家族を支える重要な立場にある。

◆ 入院中の子どもと家族を支える学校の役割

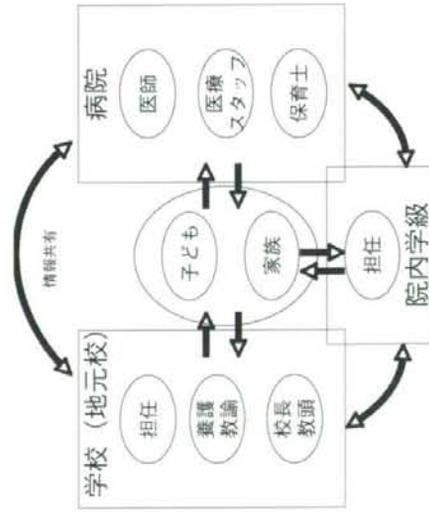
✦ ただ、院内学級に通うためには、元の学校から院内学級を運営する学校や特別支援学校に転着しなければならぬ。元の学校の担任や養護教諭と院内学校の担任との情報共有は、学習面ばかりでなく生活指導の面でもきわめて重要である。個別支援計画を作成して伝えることもできる。病院によっては、医師、看護師等の医療スタッフと院内学級担任、元の学校の担任、養護教諭はかが一同に集まり、入院や退院時の情報共有のためのカンファレンスが行われ

注 3

山崎雅久：院内学級。病院には先生を呼んでいる子どもたちがいる。「子どもにやさしい学校」ミネルヴァ書房、2009年。

ており、有効に活用されている。

また転籍は、一時的とはいえ元の学校には自分の席がなくなることの意味する。しかし現実には、例えば元の学校の担任が病棟に顔を出したり、同級生からのメッセージを届けたりなどの交流が行われている。現実には院内学級が設置されていない病院の場合や転籍が道根となって院内学級を利用しない場合も少なくない。学習の空白を埋めるために、担任がプリントを届けるなどの指導が行われることもある。こうした担任との繋がりの継続は、退院後の学校生活を円滑にするためにも、繋がっているという安心感や子どもに与える意味でもたいへんに価値のあるかかわりである。また、担任などの動きを円滑にするためにも、特別支援教育における校内委員会の活用など校長、教頭のリーダーシップによる学校を挙げての情報共有と理解が求められる。



入院中の子どもと家族を支えるシステム

ケース-7

◆ あらまし

◆ 小6女子G。5年生の2学期頃から体調不良を訴え、保健室に入室する頻度が増えた。保健室では、体調不良を訴えることはほとんどなく、学級の様子や姉妹のことを話していた。しばらく、担任や保護者と情報交換を行いながら、様子をみていた。

そのうち休み時間はほとんど保健室で過ごし、毎時間体重計で体重を計測するようになった。保護者や担任、養護教諭で経過観察をしていたが、体重減少が顕著になり大学病院へ入院した。入院後は病院と院内学級、学校との連携をして、本人や家族の支援を進めた。

◆ 気づきと支え

5年生の3学期には、給食の準備がはじまると気分不良を訴えて入室したり、給食を残したりすることが多くなり、「吐き気がして給食を食べることができない」と、保健室の入室も増えた。休み時間はほとんど保健室で過ごし、毎時間体重計で体重を測定するようになった。そこで、学級担任と連携を取り、養護教諭による教育相談をGと母親に行った。Gは、家庭でも母親が用意した食事は朝食、夕食ともとらず、栄養補助食品を食事代わりに食べていた。便も続くようになり、「体が臭い気がする」と訴えていた。Gとの教育相談では、「太っているとかわいくない」「クラスの女子の間ではフアッシュョンや好きな男子の話で盛り上がりがある。○○君は太っている子が好きじゃないと言った。」など、自分の容姿に関する話題をよく話した。教育相談をしながら経過を視察していたが、新年度に入り始業式当日に欠席、担任が家庭に連絡をとったところ、母親の話からGの急激な体重減少が明らかになった。

そこで、母親に心身共に危険であることを告げ、大学病院への受診を勧めた結果、4月中旬から入院した。大学病院の主治医、担当看護師、校長、教頭、病院内学級担任、養護教諭でチーム編成を行い、Gと家族を支援していくこととした。目標体重を設定して、修学旅行への参加を勧め

学校生活での気づき

- 1 保健室入室、欠席の状況、食生活の内容、体重測定へのこだわり、給食の摂取状況など子どもの変化をとらえ、記録して、チーム会議で共有する。

入院時の子どもと家族を支えるチーム支援体制。

にした。

〔家族（母親）への支援〕 養護教諭は、母親と主に電話による支援を行った。そして、週に一度、院内学級の担任と面談もした。そして、院内学級担任や主治医、担当看護師が養護教諭との面談の必要を感じたときには、養護教諭が病院内学級に行き、チーム会議を実施することもあった。母親との電話や面接のなかでGの育児について自分を責める内容が多く、専門家による母親のカウンセリングの必要性を感じたため、チーム会議で母親の支援の方法を検討した。そして、Gの主治医の紹介で母親もGの入院する大学病院でカウンセリングを受診することになった。

〔本人への支援〕 入院後は病院関係者以外の接触はできなかった。体重の増加も思うようにはいかず、励みにしていた修学旅行への参加はできなかった。しかし、Gの情緒面は少しずつ安定して、病院内学級へ通級できるとを目標に治療を進めた。夏休みには、一時帰宅までできるように回復した。その後も、定期的にチームでのケース会議を行い、G及家族への支援方針を明確にして進めた。

◆ 振り返り

この事例での発見は、Gの保健室入室状況からであった。学級担任と連携を取り、早い時期に母親と教育相談をすることができたことは、その後の対応に大変有効であったと考える。また、チームを編成して子どもを多面的に見ていくことは、子どもの状態の変化を正確に捉えるのに大変有効であった。そして、定期的に家庭と連絡をとり続けたことで、学校と家庭の信頼関係が構築された。また、短期・長期の目標を明確に立て、目標達成のために学校と家庭が連携したことが、子どもや家族にとって精神的な支えともなった。

この事例のように、養護教諭にはコーディネーターとして子どもの状態を見極め、関係機関につなげて行くことができるネットワーク力が必要であると考える。さらに、チーム編成をすることで、ひとりだけで抱え込むことなく、それぞれの専門性をいかした取り組みができるかと考える。

ケース-8

◆ あらまし

中1女子H。会社員の父と小6の弟の3人家族だったが、情緒不安定で登校渋りやリストカットなどの自傷行為が目立ち、祖母宅で養育されることになった。その後、自傷行為や祖母への暴力とともにやせがはじまり、大学病院での入院治療を受けることになった。

◆ 気づきと支え

中1の9月ごろから登校渋り、別室登校が続いたため、養護教諭と学級担任が連携をして支援を始めた。しかし、リストカットなどの自傷行為やバニックスなど情緒の不安定さが目立ってきたため、カウンセリングや専門医への受診を勧めるが、受診には至らなかった。

中2になってからも登校は不定期で、自傷行為や祖母への暴力が続いていた。そして、目立ってやせはじめ、4月の身体測定では身長148.1cm、体重30.5kgだった（中1の4月：143.5cm、45.5kg）。7月に自宅で包丁を持ち出したけんかをして警察へ来た旨の連絡を祖母より養護教諭がうけた。養護教諭がすぐに自宅へ駆けつけ、Hと祖母に専門機関への受診を勧めた。翌日受診し、Hと祖母、父親とも入院を希望したため即日入院となった。

大学病院へ入院はしたが、Hが「帰りたい」と訴え続けたため一旦帰宅した。しかし、さらに不安定な状況が続いたために、大学病院からの連絡で保健所が介入することになった。そこで、学校においても次のようなチームを編成することにした。

校 内	校長・教頭・学級担任・担当学年職員・養護教諭・SC
関係機関	医療機関（主治医・ソーシャルワーカー）・保健所（2名）

9月、父親、祖母共、強い危機感を感じており保健所の担当職員と話し合い、思春期病棟を併置している他都市の医療機関へ入院を決めた。

入院後は、病院関係者以外のHへの接触は禁止された。そこで、養護教諭が主治医やソーシャルワーカーとの情報交換を行ったり、学校長・学級担任が保健所職員と共に病院へ出向き、ケース会議を行ったりした。そして、養護教諭がリーダーシップを取りながら、チームによる家庭の支援も行った。

その後、Hは体重も次第に増え、情緒面も安定してきたことから、退院を見据えた保健室へのチャレンジ登校を6月に実施した。そして、Hは7月末に退院し、9月から学校へ登校することができた。

	中学1年4月	中学2年4月	中学2年2月	中学3年6月
身長 (cm)	143.5	148.1	152.3	152.8
体重 (kg)	45.5	30.5	37.6	40.3

◆ 振り返り

この事例は、2年半もの期間をかけての関わりとなった。思春期という発達段階から、単に摂食障害のみではなく、それに伴う様々な心身の不安定状態がみられた。

このようなケースでは、学校や家庭だけで子どもを支援することには限界があるため、医療機関や保健所などの関係機関等を含めたチーム編成は、必要不可欠である。その場合は、校内の他の職員にもその有効性を発信して、子どもの支援について共通理解を深めていくことも養護教諭の専門性である。養護教諭には、コーディネーター力とネットワーク力が必要であり、それが子どもの学校生活への復帰に有効となる。

また、治療が長期にわたるほど家族の支援も重要になってくる。家族と直接接触する支援者は養護教諭に限定するのではなく、チームのなかでその家族が安心しやすかったり、話しやすかったりする人物を支援の窓口にするとうい、そして、その支援者が一人に対応するのではなく、養護教諭がリーダーシップをとりながら、チームによるケース会議を定期的にを行い、常に共通理解をすることが、家族だけでなく支援者も支える体制をつくるうえで大切である。

学校生活での気づき

中学2学校生活での気づき
参照：登校の様子や保健室に来る様子など。

支援体制

入院時の子どもと家族を支えるチーム支援体制

3

通院時：子どもと家族を支えるチーム支援体制

■ Point

◆ 通院時サポートチーム

✦ 不健康やせの頻度と比べると、思春期やせ症の頻度はその10分の1程度の1%～2%となっている。思春期やせ症が疑われる不健康やせの子どもが、医療機関を受診したとしても、「思春期やせ症」という確定診断を受けるには至らず（入院治療に至らず）、通院や経過観察をするようになる場合も多い。

通院・経過観察時には、子どもは通常通り学校に通うことになるので、学校を中心としたチーム支援体制（以降、サポートチーム）を組むことが求められる。

◆ 状況の共有

✦ 通院・経過観察時には、サポートチームは、子どもの状況を週小評価することも週大評価することもなく、適切に把握しながら、かつ確たる希望を持ちながら、支援を継続していくことになる。そのためには、家族および通院医療機関との情報共有ができていく体制が必要となる。

サポートチームと通院医療機関が、家族の了承を得ず、家族を超えて情報を直接共有することはできない。多くの場合は、家族を介して情報を共有（間接共有）するか、家族の了承を得ている場合には、サポートチーム側と通院医療機関が情報を共有（直接共有）することになる。後者の場合においても、サポートチーム側と通院医療機関がどのような情報を共有しているかを、家族には知らせておく必要がある。

◆ 信頼づくり

✦ 通院・経過観察時には、いわゆる「白黒はっきりしない」状況が続くことになり、家族には確たるものが見通せない不安が生じる。この不安の上に、子どもの通院による物理的な時間や手間のやりくりや調子を崩す家族の不安定感や、子どもの症状の短期的変動に一喜一憂することから生じる家族感情の起伏が重なる状況では、サポートチームと家族とのやりとりには、小さなことで信頼が生じやすくなる。これは、通院医療機関と家族のあいだにおいてもあてはまることである。

そのためには、まずは、信頼を築いていくことが求められる。信頼は、信用とは異なり、計量・数量化できるものではない。小さな約束事を果たすこと、面と向かってやりとりすることから、信頼の醸成は始まる。家族との連絡を定期的にする、訪問や面接など実際に家族と会って話をし、子どもの状況について情報を交わすことが、まずは求められる。

さらに、通院医療機関と家族との関係が悪くなるようなやりとりは避けること、子どもの進路や将来についてチームが悲観的な見方をすることは避けること、受験などのストレスが重なる時期に関しては子どもの状況を悪化させないためにもサポートチームに臨時メンバー（進路指導担当教師等）を組み入れること、などの工夫が必要である。

◆ 子どもへのサポート

✦ 子ども本人も、不安を有している家族の一員であり、通院・経過観察時には、心身に波が生じる。子どもが、毎朝学校に登校してきているかという基本的なところから、職員室で情報を交換するようになりたい。

登校にムラが出てくる、遅刻・早退が多くなるなどの、不登校兆候が見られる場合には、教育相談担当教師等もサポートチームに組み入れながら、学校内外の資源を活用したい。子ども本人の心のサポートには、スクールカウンセラーと連携し、環境を調整するためには、近年各地で取り入れられている学校ソーシャルワーカーを活用するなどの

サポートをおこないたい。

学校において、子どもの様子を観察することからはじめ、必要に応じて、保健室等で、養護教諭などと気軽に話せる雰囲気を作るなど、子どもが安心して学校生活を送ることができている環境を醸成していく。子どもからの小さな訴えを大切に、子どもの居場所を学校の中に確保していきたい。

◆ 子ども自身の認識

✦ 子どもが安定した学校生活や家庭生活を送っているとき、通院治療に前向きに取り組んでいくことのできるサポートが必要となる。

通院・経過観察が漠然とした不安に結びついている小学生時期には、機会をとらえて、対面で話を聞くことをしたい。サポートチームの担任教師にも、その点を十分に配慮してもらい、きめ細やかな対面支援をおこなうようにする。中学生にもなると、受験や進路などの不安が、通院治療の不安とオーバーラップしてわき起こってくる。自分が通院している状況をどのように認識しているのか、家族も学校側も気になり出す。家族の了承を得て、必要であれば、子ども自身と通院・経過観察について話し合い、より前向きな態度で通院・経過観察に取り組めるよう認識を高めていく。

高校生時期では、通院・経過観察について、すでに自分の考えが固まりつつある。家族と情報共有をすすめていくと、子ども自身と家族の考え方にすれ違いが大きくなっていく場合もある。この場合も、家族の了承を得て、通院・経過観察に関する子ども自身の考え方を聞き、家族とそれについて情報交換をする形で、家族にも子どもとのやりとりに関するアドバイスをしながら、子どもに少しずつ前向きな考え方が安定して持続するよう環境を整えていきたい。子どもが、家族と情報交換をしないではほしいと主張する場合には、なぜそのような主張が出るのかを検討・対処すると同時に、サポートチームが家族や医療機関と力を合わせて動くことの大切さを子どもにも伝えたい。

◆ 通院が途絶える場合

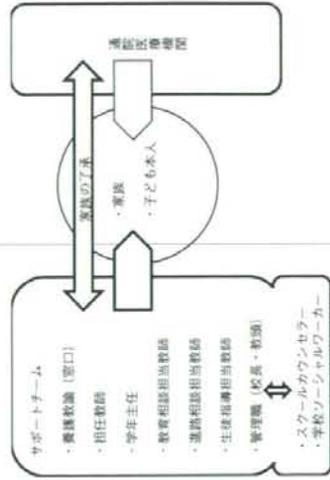
✦ 通院・経過観察は長期にわたること多い。家族との情報共有がなされていないとしても、知らない間に、通院が途絶えてしまっている場合がある。これには、様々な背景や因子が考えられる。通院中断を「行かない」状況と「行けない」状況に分けて見てみる。

「行かない」状況とは、家族や子ども本人が自分自身で通院の必要性を認めなくなった場合である。症状・予後の楽観視、第三者からのアドバイス、より重要だと認識する事柄への関与などがある。この場合の通院中断については、サポートチームと通院医療機関の情報共有をもとに、より的確な通院勧奨の工夫をおこなう。家族に対するキーパーソンを活用することも視野に入れたい。

「行けない」状況は、家族や子ども本人に通院の意志がないわけではないが、それが果たせない場合である。家族構成の急変、経済的状況の悪化、家族と子どもの認識の相違、あるいは、家族や子どものも精神的な不安定さ（場合によってはネグレクト等）も重要な因子となる。この場合の通院中断については、サポートチームは、地域の外部機関（外部資源）を積極的に活用する

ことになる。児童相談所、民生委員（主任児童委員）、保健センター、そしてソーシャルワーカーなどである。

通院中断に際しては、サポートチームは、「子どもにとって最善の利益は何か」ということを医療機関や外部機関と常に共有し、連携する際の軸がぶれないように努めたい。



通院時のサポートチーム例

ケース-9

あらまし

高3女子I。衣替えで夏服になったとき、一人の教師がやせさに気づいた。同時に体調不良を訴えて保健室にIが来室したことから、Iが過食嘔吐を繰り返して悩んでいることが明らかになった。保護者との面接を経て、専門医への受診治療と学校の支援をしていった。

気づきと支え

高校3年生の6月衣替えで制服が半袖になったとき、一人の教師が廊下を歩いているIの胸をみて体型の変化に気づいた。連絡を受けて、養護教諭は健康診断票にて体重変化とBMIを確認すると、1・2学年時はやせに近い「標準」体型が3学年4月時点で「やせ」体型になっていた。そこで、体育科の教師に連絡をして体育の運動時の様子を確認したところ、運動時にもふらつくなど異常がみられることが明らかになった。また、学級担任とはIの授業中の様子や欠席・遅刻・早退などの状況を確認した。学級担任によると、Iの成績は中程度、おとなしくて真面目な反面、頑固で融通がきかないところがあるということだった。

ちようどその頃Iが体調不良を訴え保健室に入室した。そこで、養護教諭は瘦せていることを指摘し、本人の了承の上で体重測定をすることにも、相談活動を進めた。そのなかで、Iには過食嘔吐があり本人も悩んでいることやそのことで両親とのけんかや言い争いがあり家族も悩んでいること、過食嘔吐にI自身罪悪感を感じていること、大学進学への強い気持があることなどが明らかになった。

そこで、養護教諭と担任は、Iの承諾を得て保護者面談を行ったところ、Iの異常な食行動についての言い争い想像以上に激しいこと、家族はどのような対応して良いか困っており、その疲労が家族も蓄積していることが明らかになった。そこで、母親に専門医受診を勧めたところ、学校が紹介した複数の医療機関の中から、保護者は地理的条

件等を踏まえて病院を選択し6月末に受診に至った。

病院で摂食障害と診断され、週に1度の通院による薬物療法と精神療法が始まった。医師は、体育授業や体育的行事（クラスマッチ・体育祭）の参加を一部制限するように指示し、学校はその指示をもとに指導を行うこととした。なお、担任と養護教諭は保護者と本人の承諾を得た上で、Iについての情報交換と学校での指導方法について相談する機会を持った。そして、その内容については担任が教科担当者などへ連絡をして協力を依頼した。

その後、受検体制に入るとIは精神的な不安定さがさらに強くなり、体調不良を訴えて保健室への来室が増えてきた。そこで、担任と養護教諭は再び主治医と面会をして、学校での様子や成績、進路希望について報告し、医師からは治療方針や薬の副作用、保護者の変化について説明を受けた。医師によると入院が必要であるが、Iは大学進学を強く希望していること、推薦入試合格後に時間をかけて治療をすることが望ましいこと等から、当面は通院治療を希望するとの説明を受けた。その際、学校で欠になることがあればすぐに受診を指示したり、主治医へ連絡を入れたりして欲しいとの要請を受けた。

Iは、治療を続けながら受験勉強をし、推薦入試で希望大学への合格を手にした。そして、合格後は自宅療養をし、4月から無事大生となった。

振り返り

本事例は、一人の教師がIの体型変化に気づいたことから支援が始まった。H R担任、関連教科の教師、養護教諭、管理職が短期間であったがそれぞれ役割を果たすことができた。教育相談（教科指導、進路指導など）も含むと健康相談活動が、それぞれに効果的であったのではないかと考える。

そして、学校、家庭、医療機関の連携をスムーズに行うことができたことで、指導方針の基盤は揺るぐことなく、本人はじめ保護者や関係教師がいたずらに不安になることも少なかった。

治療と学校生活

ブライドの着せが服目立る。知人の目や評語を意識した感情を伝えることは難しい。しかし、治療と学校生活を両立させながら体重や体長を回復していくことは困難である。本人の希望や意欲を尊重する。そのためとれる最善の方法を考へる。出席日数は最低限にし、体力を考慮して授業や受験に振り回しすぎるような方法は必要である。

Chapter 5

資料

I 学校生活での気づき チェックリスト

子どもの様子的変化を発見するためのチェックリスト。教職員でちよつとした感覚（気になること）を共有して、おかしいなと思うことが支援の第一歩です。

① 健康面

- 既往歴・治療歴
- 不定愁訴によるしばしばの欠席や遅刻、早退はないか
- 不定愁訴による保健室の来室はないか。給食など特定時間の来室はないか。
- 頬のこげや目のくぼみなど顔の様子的変化はないか
- 顔、掌、足底などの皮膚が黄色化していないか
- 四肢、背部の産毛が増えているか
- 皮膚や髪の色が白くさかざかさと乾燥していないか
- 体育や遊びの中で運動した時の頻脈と休息時の徐脈はみられないか
- 低血圧や低体温はみられないか
- 四肢末端の冷感を訴えることはないか
- 体重の不自然な増減はないか
- 3回かそれ以上の月経周期の欠如や不順はみられないか
- 眠れないなどの睡眠障害はないか
- 眼瞼縮に伴う記録力の低下や集中力の低下はみられないか
- 気分が落ち込んだり、はしゃいだりというような抑うつ症状はみられないか
- 体重へのこだわりや頻回の体重測定はないか
- 満腹感や吐き気、食欲不振を訴えないか
- 「飲み込めない」など食行動にかかわる異常を訴えないか
- 食べ物を隠したり、食事を格々にしたりするなどの食べ物の扱い方をしないか
- ダイエット食品や低カロリーなものしか食べていないか
- 食事をむかむか吐き出したり、食べた後に吐き出したりしていないか
- 給食、お楽しみ会、調理実習、宿泊学習などで食事が取れない場合はないか
- 便秘や便秘へのこだわりはないか
- 下剤・浣腸や利尿剤を体重減少のために用いていないか
- 食べ物を吐くために食事後にトイレを使用していないか
- 吐きだこは手にならないか

嘔吐臭がないか

② 学習面

- 成績や順位の急な上昇や下降などの変化はないか
- いじめを受けたり、いじめたりしていないか
- 活動が充進して、異常に過活動になっていないか
- 完璧に仕上げようとするとあまり、ノートや課題の提出期限が守れない様子はないか
- 受験の場合、志望校が急に高くなることはないか
- 希望者の海外研修やインターンシップなど授業以外の特別なプログラムに参加するなど活動が異常に活発になっていないか
- 水泳やテニスやアテンドなど体型的に積極的に参加していないか

③ 心理・社会面

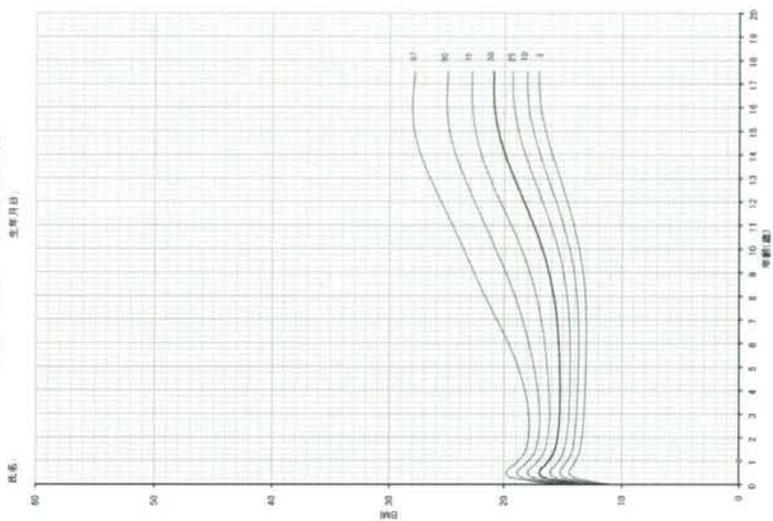
- 友人関係や異性関係（交際、少女的な結婚願望、失恋）の変化はないか
 - 性的なものへの無関心あるいは嫌悪感はないか
 - 対人トラブルを起こしやすくなっているか
 - 完璧主義・強迫的・こだわりが強くないか
 - 自己肯定感がとくに低くないか
 - やせているのに自分のやせを認めない様子はないか
 - やせていても、ある部位が太っている（臀部、大腿部、腹部等）と言う場合がないか
 - 食事の万引きや衝動的な盗癖がないか
- ## ④ 家庭面
- 親子関係で反抗期がなかったり、よい子であったりしないか
 - 親への不満や憤りを表せず、ストレスが蓄積していないか
 - 孤食ではないか
 - 甘くて高カロリーの柔らかいものを食べると言わないか
 - 念入りの食事を他人のために用意しそれを食べることを強要することはないか
 - 食事を隠したり、食事を蓄えたりしていないか
 - カロリー計算に夢中になっていないか
- ## ⑤ その他（あなたの学校でのチェックリストを加えてみましょう。）
- ()

BMI 曲線

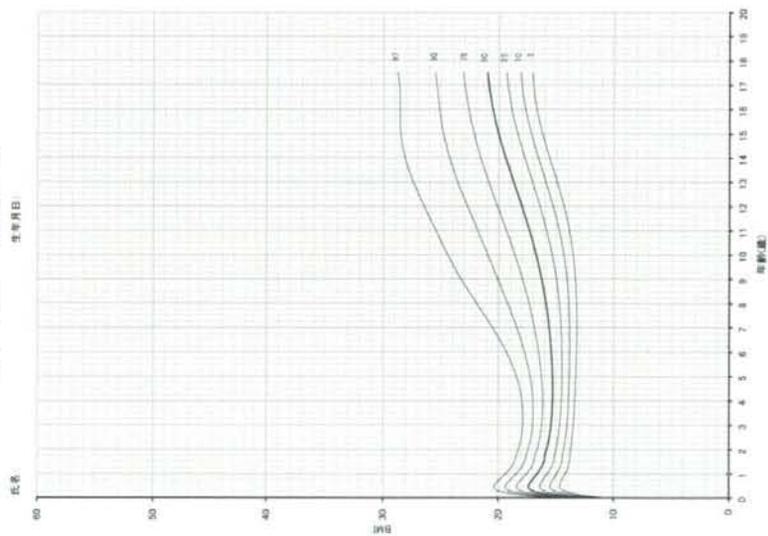
3

■ Point

女子 BMIパーセンタイル曲線



男子 BMIパーセンタイル曲線



フロントアクト 3000 272

4

参考文献

◆ 書籍

■ Point

思春期やせ症の診断と治療ガイド、厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班【編著】、文光堂、2005年4月発行、2,940円

思春期やせ症—小児診療に関わる人ためのガイドライン、厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班【編著】、文光堂、2008年4月、1,575円

障害・摂食障害(精神科臨床ニューアープローチ)上島国利、市橋秀夫、メジカルビュー社、2006年5月、6,300円

摂食障害の治療技法、対象関係論からのアプローチ、松本邦裕、金剛出版、1997年11月、3,675円

摂食障害の精神的アプローチ—病理の理…(精神分析臨床シリーズ)松本邦裕、鈴木智美、金剛出版、2006年7月、2,940円

生活しながら治す摂食障害、西園文、女子栄養大学出版社、2004年10月、1,890円

家族で支える摂食障害—原因探しよりも回復の工夫を、伊藤順一郎、保健同人社、2005年6月、1,200円

精神科看護ケアプラン、キヤサリン・M、フォーティナッ

シュ/バトリシア・A、ハラデー・ウォレット著
北島謙吾、川野雅賢監訳、医学書院、1999年6月、4,725円

児童青年精神医学、マイケル・ラター、エリック・テイラー、編集：長尾圭造、宮本信也監訳、日本小児精神科医学会翻訳、明石書店、2007年3月、52,500円

石隈・田村式援助シートによる、チーム援助入門—学校心理学、実践編、石隈利紀、田村節子【著】、図書文化社、2003年3月、2,625円

◆ ホームページ

健やか親子21公式ホームページ
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>

思春期やせ症の目標値(健やか親子21:1-4)
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuyou1.html>

健やか親子21 第1回中間評価表(思春期課題:1-4)
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuyou1.html>

休養、こころの健康づくり-心身の不調-摂食障害:神経性食欲不振症と神経性過食症*
<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-04-005.html>

日本小児心身医学会、神経性食欲不振症
<http://www.jitsinsin.jp/detail/15-iguchi.html>

慶應義塾大学小児科精神保健
http://web.sc.itc.keio.ac.jp/pedia/mental_health.html

思春期やせ症防止のための 学校保健との連携によるシステム構築に関する研究

分担研究者 村田光範 和洋女子大学客員研究員
研究協力者 橋本令子 和洋女子大学生生活科学系講師

学校保健における思春期やせ症への具体的対応策は、厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班が研究成果をまとめた「思春期やせ症の診断と治療ガイド(文光堂刊)」、および「思春期やせ症—小児診療に関わる人のためのガイドライン(文光堂刊)」の中で述べられている。しかし、学校保健における思春期やせ症予防のための実践活動はほとんどなされていない。その大きな理由として、①平成 19 年度の研究報告書においても述べたとおり、学校保健において児童生徒の身長と体重の成長曲線を描くことがまったくといってよいほど行われていないこと、②思春期やせ症の発症頻度が 0.2%前後と極めて低いので、今の小・中学校の児童生徒の在籍数では、学校関係者としてなかなか実際の事例を経験する機会がないこと、③学校関係者が思春期やせ症を経験したとしても、多くは進行した状態のものであるため、学校だけでは問題が解決しないこと、④肥満と違って児童生徒のやせについてはまだ学校保健としての関心があまり高くないことなどを挙げるができる。

思春期やせ症を効果的に予防するためには、学校において担任教諭、養護教諭、栄養教諭などが、児童生徒について日常的な健康観察、学校給食での食行動などに注意することが重要である。しかし、このような方法により思春期やせ症を捉えた時点では、思春期やせ症がかなり進行している可能性が高いのである。進行した思春期やせ症は専門家の努力によってもなかなかよくなるのが普通である。要するに学校における健康観察を中心にした方法では、思春期やせ症の予防対策が手遅れになる可能性が高いのである。

学校保健において思春期やせ症を効果的に、しかも実効性のある方法で予防するには、すべての児童生徒について身長体重成長曲線と肥満度曲線を描き、それらの異常の有無を判定することである。このことを実現する目的で、平成 19 年度は思春期やせ症の初期が問題になる中学校を中心に千葉県、市原市、鴻巣市、東京都足立区、大東市の 28 校(中学校 23 校、小学校 5 校)の養護教諭に依頼して、できる限りすべての児童生徒の身長と体重の成長曲線を描き、肥満度を計算することを実践していただいた。この作業を円滑に達成するために、学校保健においても使われている計算ソフトである Excel の関数とマクロを用いて、定期健康診断の実施年月日とそのときの個々の児童生徒の身長と体重のデータを入力すれば、コンピュータによって個々の児童生徒の身長と体重の成長曲線を描き、肥満度を計算するソフトを開発した。このソフトを協力校の養護教諭に配って、個々の児童生徒の身長や体重のデータ入力をお願いした。

平成 19 年度に各学校に配布したソフトは、身長体重成長曲線と肥満度曲線を描く機能しか持っていなかったもので、プリントアウトしたこれらの成長曲線について「思春期やせ症の診断と治療ガイド(文光堂刊)」や「思春期やせ症—小児診療に関わる人のためのガイドライン」でいう「体重の成長曲線が 1 チャンネル以上上下回っている」ことを目で見て判断することは多くの場合できないことが判明した。そこで、平成 20 年度の研究ではこれらの成長曲線の異常についてコンピュータを使って判断すること、このソフトのデータベースが学校保健の各種の統計処理にも利用できるように改良したソフトを用いた。

また、このソフトを用いてすべての児童生徒の身長と体重の成長曲線の作成と肥満度を計算することによって、思春期やせ症ばかりではなく、肥満傾向児、後天性甲状腺機能低下症に代表される病的低身長、中枢性早熟症に代表される病的低身長などの早期発見にもつながることを強調しておきたい。

平成 20 年度は、改めて平成 19 年度の協力校に協力をお願いした結果、28 校から小学校 5 校、中学校 16 校の 21 校になった。その結果、思春期やせ症を強く疑わせる小学生(女)1 名、中学生 2 名(女)が発見され、いずれも早期に対応ができた。

今後の問題点は学校保健における思春期やせ症にたいする支援体制の確立である。