

Chapter 3

思春期やせ症に「気づく」

1 学校生活での気づき

Point

★ ちょよっとした感覚（気になること）を共有する

◆ 健康面

✦ まず、既往歴や治療歴は把握しておきたい。次に、身体面では次のような様子がみられないか、保健室の来室や学校生活の中で、担任をはじめ子どもにかかわる教職員で注意したい。

頬のくげ、目のくぼみ、顔、掌、足底などの皮膚が黄色化する。四肢、背部の産毛が増える。皮膚や髪の毛の乾燥。わずかな運動時の頻脈。休息時の徐脈。低血圧。低体温。四肢末端の冷感。身長・体重の状態（標準体重から15%かそれ以上のやせ）。最大体重と最小体重。3回かそれ以上の月経周期の欠如。不定感訴による保健室来室。睡眠障害。遅刻。肌腫と脈萎縮に伴う記録力低下、集中力低下、抑うつ、こだわり症状、など。

また、学校での食行動をみるポイントは次のような点である。

満腹感、腹気、食欲不振、飲み込めないなどを訴える。食べ物を隠す。食事を粉々にする。低カロリーなものしか食べない。食事を嘔吐が吐き出す。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、など。

さらに、通常ではみられない非摂食行動に表れることもある。

著名な便秘。下剤・浣腸や利尿剤を体重減少のために用いる。誘発おう吐。誘発嘔吐のためのトイレの使用。吐き餅紙。嘔吐臭。頻回な嘔吐による前歯の裏などの腐蝕、など。

◆ 学習面

✦ この疾患以前に教育的問題を指摘されることはほと

んどない。成績や順位の変化、保護者面談での情報、過激な運動による摂生など、担任等からの情報収集は重要である。また、調理実習の作品を食べない、体育の授業での運動後に、徐脈がみられる、宿泊学習で食事が取れない、給食を食べないなどの行動やいじめにも現れる。このように、担任や養護教諭だけでなく、教科や学級の枠をこえて、すべての教職員が思春期やせに関する知識をもち、情報を共有する体制が重要といえる。そのほかまわりから見て過度であっても、本人がダイエツトが順調だと思ったり、活動が学習に集中できるため成績は上昇傾向になったり、活動が先進したりする時期がある。

◆ 心理・社会面

✦ 友人関係や異性関係（交際、少女的な結婚願望、失愛）、性的なものへの無関心あるいは嫌悪感にも目を向けない。対人トラブルが起きやすいこともある。完璧主義・強迫的。こだわり、自己肯定感の低さなど子どもの性格や氣質から気付くこともある。また、やせていても自分のやせを認めない、やせを認めたとしても、ある部位が太っている（臀部、大腿部、腹部等）と言う場合がある。空服や治療の必要性、肌腫の結果としての病気や死の可能性を認められないこともみられる。食事の万引きや衝動的な盗癖から発見されることもある。

◆ 家庭面

✦ 親子関係は反抗期がなかったり、よい子であったりする場合が多いために、親への不満や憤りを表せていない場合がある。次のような家庭での食生活に注意したい。

孤食、食事を隠す、食事を粉々にする、低カロリーなものしか食べない、食事を嘔吐が吐き出す、過食の後でおう吐をする、甘くて高カロリーの柔らかいものを食べると言う。念入りの食事を他人のために用意しそれを食べること。強要する。食事を隠す、食事を蓄える、カロリー計算に夢中になる、など。

食行動異常

食行動異常を予測する4つの質問項目が明らかになっています（竹柳和枝、尾木田美香子）。

①現代の社会で成功しなければ、たらないように体型の維持や改善に対して一生懸命になることが大切だと思います。

②自分の体型について考え込んで、人の話や勉強、作業に集中できなくなることがあります。

③ミスが少なければ少ないほど、人は私に良い感情を持つと思います。

④私は、他の人が自分のことをどう思っているか気になります。

気づきの視点

排便行動、顕著な便秘、また便秘や排便に対するこだわりなどに注意したい。

ケース-3

◆ あらまし

◆ 小4女子C。Cは4年生の3学期ごろから異常に排便、とくに便秘を気にするようになった。排便がない日は腹部が真っ赤になるほどこすり、便秘だと言って泣いたり、怒鳴ったりして母親にあたるようになった。そして、「便秘は食べ物が体にたまるため太る。」と言って、食事も食べないようになった。太ることは低学年のころから気にしていた。

◆ 気づきと支え

◆ Cの一年生のころからの体格の変化は次のようであった。

	1年生	2年生	3年生	4年生・4月	4年生・9月	4年生・1月
身長 (cm)	116.5	122.4	127.4	134.1	137.2	138.3
体重 (kg)	18.1	20.3	22.7	25.7	26.3	25
肥満度	-14.9	-14.7	-14.2	-15.6	-19.0	-24.7

身体計測からのリスク

リーニング

身長・体重データの活用、肥満度計算による分析

4年生1月の身体測定後、保健室から保護者へ体重減少についてのおたよりをだした。しかし、Cは母親に見せずに処分していたこと、またそれ以前も各測定後に全校児童にそれぞれ配布する身体測定結果も自分で処分していたことが、その後の母親との面接から明らかになった。Cの母親は、弟の入学説明会で子どもの健康についての養護教諭の話を聞いて、Cのことを相談しようと考え、養護教諭に電話をかけた。それをきっかけに、母親と養護教諭との面接がはじまった。また、ちょうど同じ時期にCによる同学年の女子児童へのいじめがその児童の登校しぶり、保健室登校により発覚していた。

母親との面接で、体重の減少が目立ち、身体の健康への危険があるため専門機関への受診を勧めた。はじめは受診について抵抗感を示した母親とCも、小児科なら承諾をした。そして、総合病院の小児科を受診し、治療はじ

まった。(養護教諭は4月に転勤になったため、その後Cの体重減少がひどくなり、入院治療したことを後日振り返っていた。)

◆ 振り返り

◆ この事例では、母親からの相談と身体測定の結果が発見の契機となった。

思春期やせの早期発見のためには、身体測定における成長のチェックと、とくにその時点の計測値だけでなく、継続的なチェックとデータの活用をすることが必要である。体重が増えているも身長とのバランスをみとやせが進んでいる場合もある。そのため、身長と体重の計測値から肥満度を計算して、多面的に成長データを分析する必要もある。

また、この事例のように保護者が子どもの健康について気軽に相談できるよう、保健室、養護教諭、さらには学校の相談体制を日頃から充実させておくことも大切といえる。そのときには、思春期やせについての情報や子どもの成長の見方などもほげんだよりに掲載するなどして、保護者に発信しておくことが良い。

また、学級内のいじめもCの不安定な精神状態の表れだったと考えられる。いじめなど学級での生活の様子の変化も、学級担任と養護教諭は日ごろから情報交換できるようにしておくことの大切さも感じられた。

医療機関へのスムーズな受診のためには、本人や保護者の受診への心づきによってまずは身体疾患としての受診をすすめたほうがよい場合もある。精神科や心療内科に抵抗感を示したこのケースでも、「小児科なら」と受診につながることもできた。学校は、幅広く対応できるように、日頃から連携できる小児科、病院をリストアップしておく必要もある。

まずどこに受診するのがよいのか(IV章)医療との連携) 監

◆ あらまし

◆ 小5男子D。二学期の中ごろから体調不良、かぜなどの理由での欠席がみられるようになった。また、その欠席は数日続くこともあった。それまで、ほとんど欠席したことがなかったこと、欠席の理由が発熱を伴うなど症状の明確なものではなく、「体調が悪い・気分がすぐれない」など不定愁訴であったことが養護教諭として気になった。そして、徐々に体重の減少がみられるようになった。

◆ 気づきと支え

◆ 身体測定の結果は次のようであった。

	5年生・4月	5年生・9月	5年生・1月	6年生・4月	6年生・9月
身長 (cm)	143	146.9	151.4	154.3	157.4
体重 (kg)	44.8	47.3	46.9	43.9	46.8
肥満度	20.8	18.3	8.1	-3.7	-2.5

学校生活での気づき

出欠席の状況、身体計測の結果、学級での集まりの観察的な分析、学級での子どもたちの行動に関する担任からの情報などから、子どもたちの変化を見逃さないようにする。

医療との連携

学校医との連携。小学校では学区近辺に開業している学校医が多いため、子どもたちの生活に身近な医療機関のひとつである。専門医への受診に抵抗感が強い場合は、医療機関受診につながる入口になりやすい。また、学校生活の状況についての理解・協力を得やす

学生の兄が不登校気味で抜毛が激しいという情報を得た。そこで、中学校のスクールカウンセラーに連絡をとり、情報交換と対応について話し合いをした。兄弟の心身のケアを小・中学校が連携して行うことにした。

また、これまでの経過から母親は兄弟ともに心身の状態をそれぞれの学校へ知られたいくないようだったため、かかりつけ医でもある校医を窓口にすることにした。そして、校医から大学病院への受診をすすめてもらい、兄弟ともに受診するに至った。その後、9月に入り、体重の減少がとま

◆ 振り返り

◆ この事例での発見は、出欠席の状況、学校での子どもたちの様子と身体測定の結果であった。

身体測定は、このケースのように発見のひとつのきっかけとなる。このケースでは、はじめ肥満度の値は軽度肥満に近いほどであったにもかかわらず、徐々に減少し、マイナスになっていった。また、それと同時に出欠席の状況や学校での言動など、子どもたちの様子をよくみて「何かいつもとちがうな」という教師の気づきも大切である。

このケースでは、校医やスクールカウンセラー、中学校などその学校の教師以外の機関・人材との連携も発見の契機とその後支援に大きく機能している。子どもにもかわる人材をうまく活用できることが重要であり、養護教諭はそのコーディネーターとして子どもたちのためには何が、誰が必要かを判断し、つなぐネットワークをもつべきであると考え

未然に防ぐための取り

組み

II 章・2 成長や体格に関する視点を参照

学校生活での気つき

II 章・2 学校生活での気つき
① 健康面の学校での食行動をみるポイントを参照

ケース5

◆ あらまし

中 中3女子E。「健康診断結果通知」に「少し肥満傾向です。注意しましょう。」という健康診断統計ソフトが自動的につけられるコメントが記されていたことがきっかけとなり、やせ願望もあった。6月に結果通知が手元に届き、その後7月上旬から食事をはじめと食べなくなった。しばらくは食べないだけだったが、9月ごろから夜中などに隠れて食べる行動もみられるようになった。過食に伴う嘔吐行動はなかったが、月経不順がみられた。

◆ 気つきと支え

中 9月上旬、Eが昼食時にお弁当ではなくクラッカーのようなものしか食べていないことをクラスメイトから担任が聞き、本人に確認したところ「ダイエットしている。」と答えた。担任はその様子が気になったので、栄養教諭に相談して母親にも連絡をした。

母親もEのダイエットに困っていたため母親の希望で、担任・栄養教諭・母親・Eの4人で面接の日程が調整された。面接では過度のダイエットが健康に及ぼす影響などを説明しても、「クラスの友達はみんなすくも瘦せていても、健康で部活もしている、だから私も瘦せても大丈夫。」と学級の友達の容姿に対する憧れや羨望がある様子だった。母親や栄養教諭が、「誰にでも個性があって、みんなそれぞれチャームポイントだよ。」というような話をしたが、そのようなありきたりな話は心に響いていなかった。その日は、Eに「定期的に保健室に様子を報告に来ること」を約束し、面接を終了した。

2週間後、「先生たちが健康のことを心配していたので、運動でカロリーを消費するため、近くの市民プールに通っている。」と報告に来室した。Eは顔色が前より悪く、生気がなくなっていた。そこで、担任も呼んで一緒にEの状況を把握した。すると、炭水化物を全く摂取せず、プール

でかなりの距離を泳いでカロリーを消費しようとしていたことが明らかになった。心身の健康の危険がみられたため、学校に定期的に來ている臨床心理士によるカウンセリングを始め、まずは一回目の予約を入れた。2回の面接後、カウンセリングの要請で母親・担任も来てもらい、専門機関への受診を勧められた。

病院を1回受診したが、継続受診にはいたらなかった。その後、3月まで月1回程度、担任・栄養教諭・母親と連絡をとりあい、経過観察をしたところ徐々に食行動が正常になっていった。

	中2	中3	高1	高2
身長 (cm)	152.6	153.1	154.0	153.9
体重 (kg)	48.0	52.2	44.8	52.0
BMI	20.6	22.3	18.9	22.0

◆ 振り返り

中 「少し肥満傾向です。注意しましょう」という健康診断結果通知の文章が、ダイエットのきっかけとなった事例である。容姿や友人関係に敏感な時期には、成長に関する表現には注意が必要である。その年代では、最も気になる身体計測の値の通知には、それらを自分の成長の証として受け止められるような表現方法を、発達段階に合わせて工夫したい。そして、容姿や個性について、また成長することや自分を受け入れることなどの指導を、容姿や体型に敏感になる思春期に入る前から継続して行いたい。

また、Eのダイエット行動はEの食行動の変化に気づいたクラスメイトの話から明らかになっている。学級担任や栄養教諭は、教師自身が子どもの食行動など学校生活のなかで思春期やせに気づくことができるようにすることも、生徒とのコミュニケーションを普段から図り、情報収集に役立つなど子どもたちの変化を受信できるアンテナを高くしていきたい。

2 身体計測からのスクリーニング

Point

身体計測値の記録と活用の重要性

＜必要な身体計測値とその記録＞

思春期やせ症を身体計測からスクリーニングするためには必要な身体計測値は身長、体重である。これらの計測値は学校保健安全法に基づく定期健康診断の健康診断票に記録されている。また、学校によっては臨時健康診断として、2学期と3学期のはじめ(9月と1月)に身長と体重を測定しているところもあるため、これも記録として活用すべきである。

文献 1

文科科学省スポーツ青少年局
学校健康教育課監修：児童生徒
の健康診断マニュアル改訂版、
日本学校保健会、東京、平成
18年3月。

きたい。

なぜ、BMIとローレル指数を用いないかについては、「児童生徒の体格判定の問題点と注意点」の項で説明する。

2) 身長・体重成長曲線と肥満度曲線を作成することの重要性

身長と体重の計測値を時間経過で評価するために身長、体重成長曲線と肥満度曲線を描くことによって、身長伸びが方、体重の増え方、体格の変動を評価することが重要である。

身長や体重の計測値は学校保健の立場から低身長、肥満、やせといった状態を評価する指標として活用されている。しかし、多くの場合一時点の計測値、たとえば小学1年生のときの身長と体重を用いた評価しかなされていないのが現状である。

学校での定期健康診断は各年度において4月から6月の間に行うことが定められているので、各児童生徒の身長と体重の計測値はほぼ正確に1年ごとに、すなわち文字通り定期的に測定されているのである。これらの定期的な記録があるからこそ、すべての児童生徒について身長や体重の成長曲線を描くことができるのである。身長と体重、これに加えて肥満度については、成長曲線として評価することがぜひとも必要である。

3) 身体計測値を成長曲線として評価する意義

身体計測値を成長曲線として評価する意義を図3-3-1に示した。図3-3-1には右に12歳の時点で肥満度25%であったもの、左に同じく12歳の時点で肥満度15%であった症例があげられている。この12歳で肥満度25%あるいは15%であったというだけでは、それぞれのケースがどのような経過をたどって肥満度25%、あるいは肥満度15%になったかを検討することができない。

図3-3-1に示したように肥満度25%であっても、①肥満度25%を維持している安定した肥満、②肥満度が35%までになった肥満が減量して肥満度25%になった肥満、③

＜計測値の活用とその評価＞

1) 肥満度の計算

思春期やせ症に限らず、肥満においても同様であるように体格を評価することは重要である。学校保健において体格を評価する方法として、従来、肥満度、BMI(カウプ指数、以下BMIに統一)、ローレル指数が用いられてきた。しかし、BMIとローレル指数は学齢期の小児の体格を評価する指数としては適切でないことから、平成18年度から肥満度によって児童生徒の体格を評価することになった(文献1)。

学齢期小児の肥満度を計算する方法については表3-3-1に示した。これについては文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課監修「児童生徒の健康診断マニュアル改訂版、日本学校保健会、平成18年3月刊」(文献1)を参照していた。

表 3-3-1

標準体重計算法式と肥満、やせの判定基準

年齢	男子	女子
5	19.90	17.90
6	21.90	19.90
7	23.90	21.90
8	25.90	23.90
9	27.90	25.90
10	29.90	27.90
11	31.90	29.90
12	33.90	31.90
13	35.90	33.90
14	37.90	35.90
15	39.90	37.90
16	41.90	39.90
17	43.90	41.90
18	45.90	43.90

肥満度(%)=(実測体重-標準体重)/標準体重×100

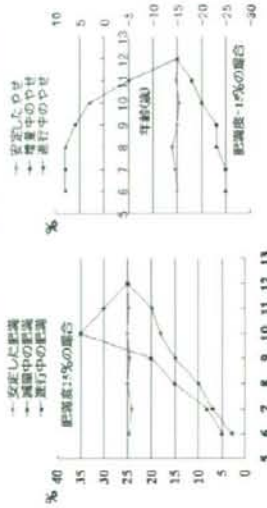
軽度肥満:20%以上30%未満

中等度肥満:30%以上50%未満

高度肥満:50%以上

やせ:-20%以下

高度のやせ:-30%以下



現在も肥満度が進行して肥満度 25%になった肥満がある。また肥満度 -15%であっても①ずっと肥満度 -15%で安定しているやせ(体質的やせ)、②やせた状態が改善し、現在体重が増えている肥満度 -25%から肥満度 -15%になったやせ、③肥満度 7%から現在も体重が減少している肥満度が -15%になった進行中のやせがあることを見極めるために、肥満度曲線を描かなくてはならないのである。

✦ 身長についても同じことがいえるので、単に一時点の身長が高すぎるとか、低すぎるといった評価に止まらず、必ず、身長・体重成長曲線としてそれらの計測値を評価しなくてはならないのである。

4) 身長・体重成長曲線と肥満度曲線作成の実際

✦ 個々の児童生徒の身長・体重成長曲線と肥満度曲線を描くには、第5章の資料に載っている身長・体重成長曲線基準図の上に、縦軸に身長あるいは体重の計測値、横軸に年齢をとって、その交点に印をつけて、それぞれの印を結んで、身長・体重成長曲線を作成する。肥満度曲線も同様である。このとき横軸について小学校であれば1年、生、・・・、6年生といった学年で年齢を刻んではいけないのである。同じ小学校1年生には6歳になったばかりのもの、もうすぐ7歳になるものまでが含まれているので、この2人では身長が5cm近くも違うことになる。そこで、正確に何歳何か月まで計算して身長・体重成長曲線や肥満度曲線を描かなくてはならないのである。

少人数であればともかく、大勢の児童生徒についてはこれ

を手作業で行うのはかなり重い仕事であるし、実際にやってみると不可能に近いのである。

学校保健において身長、体重、肥満度などの成長曲線作成作業をよく行うには、成長曲線作成プログラム(成長曲線を用いた子どもの健康管理)(文獻2)を活用すべきであろう。これについては、「パソコンによるプログラムを用いたスクリーニング」項で説明する。

5) 身長・体重成長曲線と肥満度曲線の異常判定

(1) 身長・体重成長曲線の異常判定

ここでは体重の成長曲線に例をとって異常判定の説明をする。

✦ 表 III-3-2 成長曲線に基づきやすくやせあるいはやせつつある体型の分類

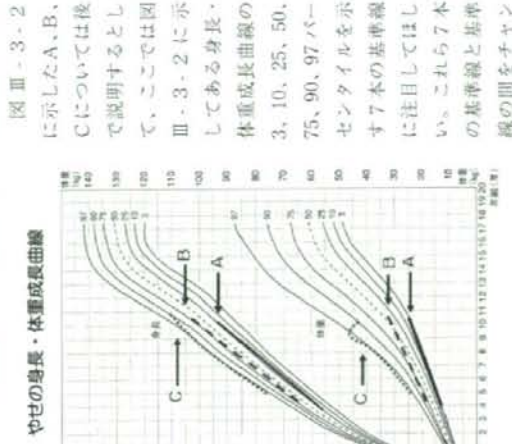


図 III-3-2 に示したA、B、Cについては後で説明するとし、ここでは図 III-3-2 に示してある身長・体重成長曲線の3、10、25、50、75、90、97パーセントイルを示す7本の基準線に注目してほしい。これら7本の基準線と基準線の間をチャン

ネルという。このチャンネルを横切って成長曲線が上向き、あるいは下向き(図 III-3-2 中のBとC)になれば異常と判定する。しかし、実際にこの判定基準で身長・体重成長曲線が異常である場合は、かなり極端な異常を示す身長・体重成長曲線ということなので、間違いない異常を判定するにはよいが、

文獻2

成長曲線の用いた子どもの健康管理プログラム(財)日本学校保健協会刊、徳美印刷、単行本(平成21年3月出版予定)

Cを見れば理解できるように、肥満度が急速に体重を減少しているもの（とくに女子では肥満が契機で思春期や症状になることがある）が含まれていることを理解しておくなくてはならない。

すでに述べたように、体重の成長曲線が1チャネル以上上下向きになるという判定基準はもっぱら視覚に基づく判定なので、これを基準にしてすべての場合に客観的な異常判定を下すことは不可能である。

体重の成長曲線が1チャネル以上上下向きになるということは、具体的にいえば体重が減少してきている（図Ⅲ-3-2中C）か、体重は増加しているものの、それが正常を下回っている（図Ⅲ-3-2中B）ことを意味している。このことは客観的な指標でいえば肥満度が過去の値に比べて次第に小さくなっていくことと同じである。そこで体重の成長曲線が1チャネル以上上下向きになることを客観的な指標に置き換えるために肥満度の最新値が過去の最大値に比べて15%以上小さくなることを、渡辺ら(34)がいう不健康やせ判定条件の①にした。

185 文献5

アメリカの精神医学会編：DSM-IV-TR (Text Revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, 2000) による神経性食欠損症の診断基準

文献6

厚生労働省特定発達神経性食欠損症研究班：神経性食欠損症の診断基準。http://www.nabysour.jp/pdf/072-1.pdf (この研究班では標準体重の20%以上はやせとしていえるが、注釈として初期のケースでは、この条件を満たさないくてもよいとして、DSM-IVの見解をあげている)

の、あるいは②肥満度が-15%以下のものうち、①あるいは②のいずれかを満たしたものである。

以下、不健康やせに対する具体的な対応について述べる。

(1) 計測値に誤りがないかを検討する。

身長や体重の計測が誤ってなされたり、計測値の転記ミスがあったがために、①や②としてスクリーニングされることがあるので、まず、この点の誤りがないことを確認する必要がある。

(2) 身長・体重成長曲線と肥満度曲線の作成

①と②の条件でスクリーニングされたものについては、すべてについて身長・体重成長曲線と肥満度曲線を描いた上で、以下の対策を考えるべきである。

(3) ①と②の条件をともに満たしているものへの対応

a. 図Ⅲ-3-2の中のBを示すもの

これに対しては慢性疾患、あるいは栄養障害、いじめや虐待といったことを考慮して対応する必要がある。

b. 図Ⅲ-3-2の中のCを示すもの

i. 女子について

女子については、できれば1月に1回は身長と体重を測定して、その後の身長・体重成長曲線と肥満度曲線の動きを観察すると同時に、学校給食における食行動、月経不順などについての情報を収集することが重要である。渡辺ら(34)によると脈拍数が60/分未満、あるいは3か月以上続く無月経があれば、思春期やせ症を染症している可能性が高いとされているので、学校医をはじめとする専門医の意見を聞く必要がある。

最も大きな問題は、思春期に入り心と体について本人自身が大きく揺れ動いている対象者について1月に1回といった定期的な身体計測や脈拍の測定、月経に関する情報の収集などを行うことが、多くの場合大変難しいことである。思春期やせ症の場合は、

2) 不健康やせに対する対応の実態

中 ここですべての不健康やせは、①肥満度の最新値が過去の肥満度の最大値と比較して15%以上小さくなっていくもの

保護者、特に母親との葛藤が背景にあることが多いので、保護者への対応も難しいことが多い。

筆者の経験からすると保護者に対しては身長・体重成長曲線の異常を見せて、体重の異常について視覚に訴えることが効果的である。本人に対しては地域学校保健委員会の下部組織として「思春期やせ症対策委員会」といった校医、保健主事、養護教諭、スクールカウンセラーなどの学校保健関係者、PTA関係者、教育委員会関係者、地域保健関係者、地域医療機関関係者、学識経験者などで構成する組織をつくり、このような組織での議論を経て、本人に介入する方策を考えるのがよいと思っている。

ii. 男子について

男子について①と②の条件をともに満たしていてCを示すものは、思春期やせ症を否定することはできないが、当面の対応としては慢性疾患、あるいは栄養障害、いじめや虐待といったことを考慮して対応する必要がある。

iii. その他の考慮すべき問題

思春期遅発症において男女ともに、正常集団より遅れて思春期成長促進現象が見られる時期に一致して、正常体型から肥満度-15%を下回る体型に変化することがある。この場合は身長の成長曲線は大きく上向きになり、体重の成長曲線も上向きパターンを示すが、身長の増加速度に追いつきかねているパターンになっている。このため肥満度が減少傾向を示すが、いずれ思春期の成長促進現象の速度が減速するにつれて正常体型に戻ってくるので、1月に1回の身体計測で経過を見ているだけでよいのである。この場合は身長がぐんぐん伸びて正常集団に追い付いてくるので、本人は喜んで、身体計測に怠るのが普通である。

どちらかという中学生の男子に多いが、男女ともに中学に入って運動部の部活動に参加した場合、

かなり激しいトレーニングが続くことがあり、このため図Ⅲ-3-2に示したCを示すことがある。これは部活動の指導者と話し合うことで解決する問題である。

(4) ①の条件を満たしているもの

この中に含まれる肥満度-15%以下のものは、当然①と②の条件をともに満たしたものと同じ対応になる。

問題は①には肥満体型、あるいは正常体型ではあるが現在体重が減少してきているものについての対応である。現在の肥満度が20%を超えている肥満体型である場合は、肥満が健全に改善しつつある状態なのか、近い将来肥満度が-15%を下回ることにになり、思春期やせ症に進展する可能性がある状態なのかを検討しなくてはならない。

現在は正常体型(20%>肥満度>-15%)であるが、過去の最大値に比較して肥満度が15%も小さくなっていくことについては、男子では基礎疾患の有無、女子では思春期やせ症予防の観点からもっとも注意して経過を見る必要がある状態である。

具体的には1月に1回、少なくとも3ヶ月に1回は注意深く身長・体重成長曲線と肥満度曲線の経過を観察しなくてはならない。問題は本人及び保護者に対して、このことを受け入れてもらうことができるか、どうかである。これを解決するにはすでに述べたように「思春期やせ症対策委員会」といった組織で検討することが必要であろう。

(5) ②の条件を満たしているもの

この条件で抽出されたものは、程度の差はあってもすべてやせ体型である。したがって身長・体重成長曲線を視覚的に検討して図Ⅲ-3-2のAをまず抽出する。このAは体質性やせと考えられるので、定明健康診断での身体計測値を用いて経過観察すればよいであろう。

もう1つのタイプとして過去に-15%以下の肥満度を示していたものが、現在体重が増加してきているものが含まれている。これについては、できれば1月に1回、少なくとも3カ月に1回は身長と体重の測定をして、経過を観察すべきである。

上記の2つのタイプを除いたものは、①と②の条件を満たすものと同様に対応することになる。

◆ パソコンによるプログラムを用いたスクリーニング

＜成長曲線作成プログラムの必要性＞

✦ 身長・体重成長曲線や肥満度曲線に基づいて思春期やせ症のスクリーニングをはじめとする児童生徒の成長や栄養状態の異常を検討することは大変有用な方法である。そして、これらの異常を早期に発見するためには、すべての児童生徒について身長・体重成長曲線や肥満度曲線を描かなくてはならない。しかし、これを手作業で行うことはほとんど不可能であることはすでに述べた。

そこで、身長と体重の計測値を入力することで、身長・体重成長曲線や肥満度曲線を描くと同時に、身長・体重成長曲線の異常を判断するプログラムをMicrosoft Excel 2003、または2007の関数とマクロを用いて開発した。このプログラムの原型は日本学校保健会を介して販売されている(文献7)。今回のプログラムはこれをさらに改良(改良版の名称:成長曲線を用いた子ども健康管理)したものである。この結果、思春期やせ症のみならず、学齢期に見られる成長や栄養状態の異常をプログラムによって抽出することが可能になった。

＜成長曲線を用いた子ども健康管理プログラムの入力項目、出力項目、グラフ作成機能、成長異常検索機能＞

✦ このプログラム2)に必要な入力項目、出力項目などを表Ⅲ-3-2に示した。

現在、多くの学校が健康診断時の身体計測値を

Microsoft Excel のファイルとして管理しているので、身長と体重のデータをこのプログラムにコピー&ペーストして入力することができるとの利点がある。

表Ⅲ-3-2

成長曲線を用いた子どもの健康管理プログラムの作動環境、入力項目、出力項目、グラフ作成機能および成長異常

検索機能	
プログラムの作動環境	OS が Windows XP および Windows Vista で CD(できれば DVD)ドライブが必要
Microsoft Excel 2003、あるいは 2007 が動くこと	
入力する項目	氏名、性別、生年月日、身長と体重の計測年月日と計測値
出力される項目	標準身長、標準体重、身長パーセンタイル、身長 Z スコア、体重パーセンタイル、肥満度、BMI パーセンタイル、BMI Z スコア
グラフ作成機能	グラフ作成機能
身長・体重パーセンタイル成長曲線、身長 Z スコア曲線、肥満度曲線、BMI 曲線	
成長異常検索機能	低身長、高身長、肥満、やせ、身長や体重の異常な増加状態、身長や体重の異常な減少状態

また、このプログラム2)を利用することによって、思春期やせ症に対応するために不健康やせをスクリーニングすることのほかに、肥満、低身長、性早熟症、思春期遅発症などの多岐にわたる成長障害や栄養状態の異常をスクリーニングすることも役立つことである。

＜プログラムによるスクリーニングの結果＞

✦ 表Ⅲ-3-3にこのプログラム2)を用いて生徒の健康管理を行なった「中学校の成長障害罹患条件検索結果を示しておいた。

表Ⅲ-3-3の中で「肥満度検索」の「やせ」の欄(男9例、女17例)と「体重成長曲線検索」の「やせ傾向」の欄(男14例、女19例)が不健康やせに当たる。不健康やせに対する具体的な対応についてはすでに説明した。

文献7

パーセンタイル发育曲線・肥満度曲線が簡単に描ける。(財)日本学校保健会編、学校保健管理ソフト、株式会社、平成18年11月

この中学校では2年生女子の1名が思春期やせ症の疑い
 表 III-3-3 成長曲線を用いた子どもの健康管理
 プログラムにより抽出した成長異常を疑うものの出現数と
 出現頻度(中学校)の出現数と出現頻度(中学校)

成長曲線	1年生				2年生				3年生				合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
出現頻度	6	4	5	1	3	1	3	1	13	2	13	2	13	2
出現頻度	60.0%	40.0%	62.5%	12.5%	37.5%	12.5%	37.5%	12.5%	65.0%	25.0%	65.0%	25.0%	65.0%	25.0%
出現頻度	2	1	1	0	1	2	0	1	4	3	4	3	4	3
出現頻度	20.0%	25.0%	20.0%	0%	37.5%	75.0%	0%	25.0%	61.5%	75.0%	61.5%	75.0%	61.5%	75.0%
出現頻度	5	3	0	0	3	2	0	2	13	7	13	7	13	7
出現頻度	50.0%	75.0%	0%	0%	37.5%	50.0%	0%	50.0%	61.5%	75.0%	61.5%	75.0%	61.5%	75.0%
出現頻度	4	3	4	0	0	0	0	0	11	3	11	3	11	3
出現頻度	40.0%	75.0%	80.0%	0%	0%	0%	0%	0%	57.7%	37.5%	57.7%	37.5%	57.7%	37.5%
出現頻度	1	1	4	0	0	0	0	0	6	1	6	1	6	1
出現頻度	10.0%	25.0%	80.0%	0%	0%	0%	0%	0%	16.7%	12.5%	16.7%	12.5%	16.7%	12.5%
出現頻度	2	3	1	0	1	0	0	0	6	4	6	4	6	4
出現頻度	20.0%	75.0%	20.0%	0%	37.5%	0%	0%	0%	33.3%	66.7%	33.3%	66.7%	33.3%	66.7%

- 身長伸びが止ってから発症した思春期やせ症では、身長の成長曲線が下向きになることはない。
- 思春期遅発症が成長促進期に入ったときに体重の成長速度が身長のとりに通いつくす。肥満度曲線が下向きになることがある。
- 強いとして経過観察中である。
- 表 III-3-3 には、不健康やせ以外にも成長や栄養の異常を疑うべき児童生徒がスクリーニングされている。これらについても身長・体重成長曲線と肥満度曲線を揃えて異常の有無を検討しなければならぬのである。

◆小児の体格判定の問題点と注意点

- ＜身長と体重について＞
- 体格指数を考えるまえに、身長と体重について考えておきたい。
 - 1) 身長は朝高く、夕に低い
 - 身長は臥位で計るもの(体の長さ)と立位で計るもの

(身の高さ)がある。通常、前者は2歳未満、後者は2歳以降の身長とされている。学齢期の身長である立位の身長は起床時にもっとも高く、立位の姿勢が長くなるにつれて身長は低くなるのが原則である。この理由は、立位になることで、背柱が湾曲することと椎間板(脊椎のクッション)が縮むことである。このことに留意して身長を計る必要がある。

2) 体重について

- 身長は長さの単位だけで大小が決まるが、体重は重量という単位だけで大小が決まらないことに注意する必要がある。
- 第1に、同性同年齢であれば、身長が高い人の標準体重は身長が低い人の標準体重よりも重たいのである。

次に、体重を構成している成分(体組成)が脂肪助重量と除体脂肪助重量(筋骨格、脳、肝臓、心臓などの重さ)の2つに分かれていることに注意しなくてはならない。同性同年齢で身長と体重が同じである2人がいた場合、この2人の肥満度、いいかえると体格は同じでも、体組成が違えば、その体重の意味が違うのである。同じ体重であっても体脂肪助重量が多ければ肥満であるし、除体脂肪助重量が多いと筋肉質なのである。最近では体脂肪にも皮下脂肪と内臓脂肪があって、内臓脂肪が多いことが生活習慣病の原因だといわれているので、体重よりも内臓脂肪量の目安になる腹囲のほうが重要視されている。

＜肥満とやせについて＞

- 同性、同年齢、同身長であれば、体重が異常に多いと肥満、異常に少ないとやせと思われるが、このように単純なものではなく、肥満と体重はまったく異質のものである。
- 体重は体脂肪助重量と除体脂肪助重量の合計であり、体脂肪助重量は男性で体重の約15%、女性で約25%、したがって除体脂肪助重量は男性で約85%、女性で約75%である。
- 肥満は体脂肪助重量が異常に多くなった状態である。体脂

脂肪は無限ではないが、標準体重の倍ちかくまで増えて、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原則として体脂肪であり、その体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。その理由は除体脂肪部分で、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す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%未満を中等度やせ、-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[(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。

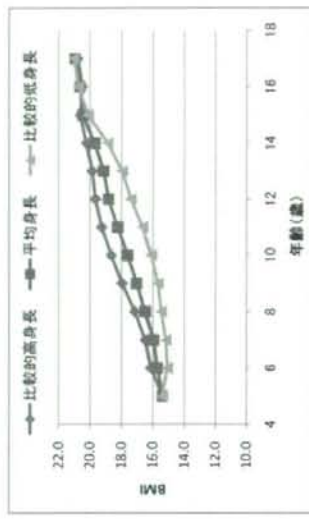
1) BMIとローレル指数の問題点と注意点

(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る。

簡潔にいえば、BMIは体重を身長²の二乗で、ローレル指数は体重を身長³の三乗で割ったものである。体重は縦、横、高さがあるが初めて意味をもつ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、

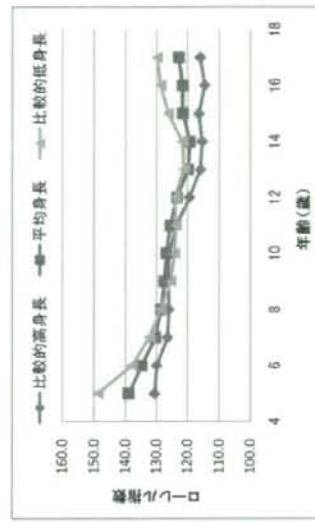
図Ⅲ-3-3

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体重を積み付けをしているのである。しかし現実には身長²の二乗という、いわば平面では積み付けが軽すぎるし、身長³の三乗という、いわば身長を一辺とする立方体では積み付けが重すぎるのである。このことを分かりやすく図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速報に基づいたものである。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に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重いために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 $22 \times \text{身長}(\text{m})^2$ 、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

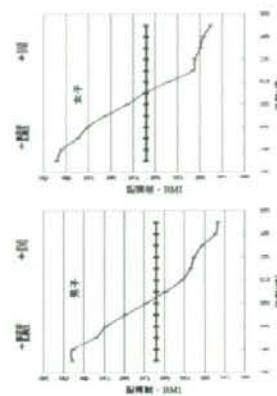
あえてBMIを小児に使うとすればBMIについてはパーセントイルあるいはZスコアといった相対値を使うはかかないであろう。これにはコンピュータを用いたきわめて面倒な操作が必要であり、これについては次の項で改めて説明する。

(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度を比較する、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な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、90、95パーセントイルという基準値だけが表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としても、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ば自明のことなので、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すぎてこまごまな処理を要する。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の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ると、学校保健という場で共通認識をもつて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、肥満度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ってし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(文獻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、変わることが大きいことが理由で避けられないことである。これを選ぼ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。

文獻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

思春期や世症を「支える」

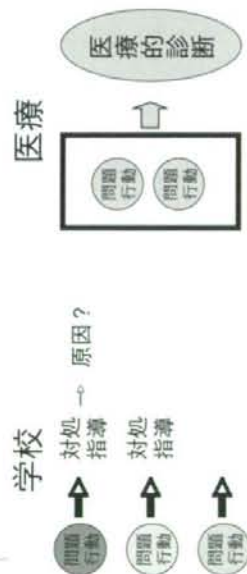
医療との連携

Point

◆ 問題行動に対する学校と医療の見え方の違い

◆ 思春期やせ症は、この問題行動を変えて表現している。リストカットなどの自傷行為も含まれていない。こうした問題行動に対して、学校と医療とでは、現場での見え方が違っている。

まず、学校ははじめや不登校など行動が解き放たれた現場である以上、即時の対処が求められる。日々の学校生活で起きるひとつひとつの問題への対応が必要である。学校生活そのものがストレスである場合は当事者としてのかかわりが必要である。また「性の逸脱などあってはならない」という頑強なそもそも論や、「体に病気がないのにやせるだけで死ぬなんてありえない」との誤解もある。



一方、医療現場では、子どもの行動は過去形で語られる。診察行為という強固な枠の中で、医療者は少なくとも子どももの行動の当事者ではない。したがって、まず、なぜなのか？と要素還元的に分析することから対応は始まる。本人や保護者、教師や学校の特性、相互の関係性、子どもが育った状況などに注目してこの問題行動を解きほぐす。思春期やせ症の身体的特徴は誰の目にも明らかである。しかしこの問題行動は複雑でつかみどころのない場合もある。学

校は医療と連携することで、子どものこのころの困難さを理解することができる。

◆ 学校医との連携

◆ 学校医は、医療的問題について助言、指導をすることができ、ただ現実にはきわめて密な連絡を結んでいる学校もあるもの、そのためには養護教諭や保健主事等の学校保健担当者側からの学校医への働きかけが有効である。例えば、本書で示している成長曲線のデータを学校医に提供し、個別の指導を受けることが、早期発見にも役立つ。

◆ まずはどこに受診するのがよいか

◆ 思春期やせ症の子どもは、このころの両面での治療が必要である。現在の状況では、まよやせが進まない医療に治療を求めない場合が多い。この場合は、まずは身体的な診断や治療のために病院の小児科、内科などを受診することが多い。しかし早期であれば、開業小児科医院等での対応も可能である。この問題への対応には児童精神科医との医療機関同士の連携が必要であるが、子ども医に比べ数の上でもアクセスが困難である。

ただ、小児科医の専門性は多種多様である。この問題に上手に対応できる小児科医も増加しつつある。また現実には、対応が可能なところと困難な場合がある。こうした医療機関の情報は、地域の医師がよく知っている。そうした情報の入手を学校医に相談することも可能である。

◆ すでに受診している場合

◆ 思春期やせ症の診断の下に、医療機関の受診が続いている場合には、身体面やこのころの問題に対するアプローチが始まっている。特にこのころの問題については、しかし、医師や看護師といえども黙って座っているだけのこのころを見通すことはできない。子どもや親の過去

注 1

児童精神科医：子どものこのころの問題を専門とする精神科医。成人の精神疾患を診療する精神科医や心療内科医に比べても、その絶対数は少ない。

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、学校の当事者性は、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、医療者の分析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」ととらせ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。

学校生活での気づき

いじめや不登校などは子ども
の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、身体的な変化を捉え
る視点ももちたい。

医療との連携

まずはどこに受診するよとい
か、医療機関にかかった後も、
医療機関同士の連携、またそ
れらと学校との連携を、子ど
もの学校生活への復帰をめざ
し、長期的な展望にたつて行
いたい。

ケース-0

◆ あらまし

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、徐々に瘦せが悪化。やせ願望はうすいが、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瘦せ型であったため、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。

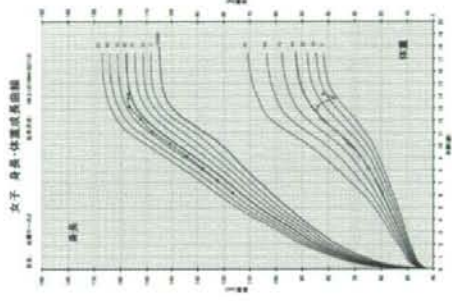
12 月、母から養護教諭へ、6 か月生理が来ないと相談があり、母に近隣の婦人科外来の状況の他、外来看護士への相談方法、受診の流れなど説明し、婦人科受診させた。婦人科受診時、身長 157cm 体重 38kg。養護教諭は母に受診結果を確認し、学校と医師の情報交換について承諾を得た。カウンセラーは管理職の了解をとり、婦人科へ F の状況を説明し、婦人科の紹介にて小児精神科受診した。その後、2 週間に 1 度外来通院し、3 年生から適応指導教室に登校するようになった。3 年 4 月 157cm 体重 42kg。保健室で

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に注意したい。

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関るか、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

児童の3年間

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。水分代謝バランスの絞綻を回復させる輸液、栄養状態改善を目的としたバランスのよい食事や速度の運動、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）や上腸間膜動脈症候群（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拒絶感も強く、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なくではない。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アメンバーとして従事していることもある。さらに保育士が子ども達の遊びや生

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にとって、入院生活でかわるスタップとのかかわりは、新しい人間関係が生まれる場でもある。病棟のスタッフは、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対する気持ちや話し相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ある。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勉強していただきたいと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、こころの成長に良い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、家族の気持ちや聞き役も担っている。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籍しなければならぬ。元の学校の担任や養護教諭と院内学級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、養護教諭ほかが一同に集まり、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 穂久：院内学級。病院には先生を待っている子どもたちがいる。「子どもにもやさしい学校」エッセイ集 2009 年

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、低血圧などから昏睡、痙攣、突然死に至ることもある。

注 2

上腸間膜動脈症候群：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。長休時期に上腹部痛や嘔吐を繰り返し、進行性となりやすい。