

食生活～肥満とやせ～ 学童期の健康と食事 肥満とやせ

学童期

肥満ややせの頻度と健康課題としての重要性

学童期は身長・体重の増加が大きく、必要な食事量も成長とともに多くなる¹⁾ため、肥満ややせが問題になってくることが多い時期である。学童においては、1968年以降2000年頃まで肥満傾向児(肥満度+20%以上)が3倍に増加するなど肥満が問題となっていた。しかし、その割合は2003年頃から減少し、現在11歳男児で約10%、女児で約8%である。小児肥満は成人肥満に移行しやすく、小児期であっても動脈硬化などメタボリックシンドロームが存在することがわかっており、生活習慣が定着してしまう前にできるだけ早く肥満治療を始めることが重要である。

一方、痩身傾向児(肥満度-20%以下)は最近増加傾向にあり、その割合は11歳で男女とも約3%である。²⁾この時期のやせは成長を妨げ、骨粗鬆症など将来的な健康問題にも影響すると考えられる。特に最近、低年齢の摂食障害が増えているといわれているので、体重減少ややせを認める場合は、摂食障害を鑑別に挙げることが必要である。学童期ではやせ願望のない非定型摂食障害も多く³⁾、体重減少の経過も症例による差が大きい。非定型摂食障害は定型摂食障害に比べて、男児の割合が高い、年齢に見合うだけの体重増加を認めないと、思春期以降の摂食障害とは異なる特徴がある。男児や体重減少がない児であっても、適切な成長が得られていない場合は介入が必要である。学童期に健全な食習慣を確立することは、生涯を通して食生活を含めた健全な暮らしを送ることの基礎となる。こういった点から、適切な食事と健康的な体型、活動について、親子に指導やアドバイスをすることが重要である。

健診での注意点

問診では、食習慣や体型についての認識、家族歴や子どもと家族の困っていることを確認する。肥満ややせが疑われる場合は、年齢身長別標準体重から現在の肥満度を計算する。さらに、この時期の肥満ややせの評価のためには、身長、体重、肥満度に加えて、成長曲線の作成が重要となる。⁴⁾経時に身長・体重をプロットすることで、個々の成長を評価できるため、現在の体型のバランスだけでなく、成長の変化に気づく手がかりとなる。学童期は成長曲線にそって体重が増加する時期なので、体重減少が無くても、適切な体重増加が得られず徐々に本来の成長から外れ、十分な身長増加を得られないことは異常である。このようなパターンは成長曲線を記載しなければ気づくことが難しいため、成長曲線の記載が求められる。体温・心拍数・血圧などのバイタルサインと共に全身状態を確認し、肥満ややせの原因となる身体疾患がないか検索しながら診察を行う。

フォローアップ方針

生活習慣上のリスクや成長曲線からの逸脱、診察上の異常など健診で所見があった場合、身体面だけでなく、家族の状況(家族構成、経済状況、家族内の食事状況、生活スタイルなど)や本人の状況(食事、睡眠、習い事、成績、きょうだい関係、友人関係など)など生活面からも情報収集を行い、健診の場で家族も含めて生活指導が開始されることが望ましい。例えば、肥満に対しては、果糖や砂糖を含むジュースや清涼飲料水の摂取を避け、低脂肪食、纖維質を多く含む食品を摂取し、青魚などn-3系多価不飽和脂肪酸を多く含む食品を摂取するように指導する。運動は1日最低20分、中～強程度の運動を週5日以上行う⁵⁾ことが推奨される。やせに対しては、現状の食事量の把握と、健康な生活に必要な食事量の指導を行い、食べても大丈夫という安心感を与える。

医療機関への紹介は、まず地域の一次医療機関にて行う。脂質異常や耐糖能異常、下垂体機能などに関する検査を実施した上で、初期評価と重症度分類を行い、必要な指導や治療、経過観察を行う。重症度に応じて、二次・三次医療機関と連携するシステムが必要である。

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)

小児肥満の割合が、小学校低学年から急激に増加して、小学校高学年から中学生でプラトーに達することから、小学生の時期をクリティカルピリオドの一つと認識して介入することが、将来の成人肥満の割合を低下させることにつながると考えられる。小学校高学年になれば自ら考え行動する力がついてくるため、家族だけではなく、本人自身に向けた積極的介入が可能である。肥満ややせは、本人の生活習慣のみならず、各年齢の発達課題や本人の自尊心形成にも影響するため、細やかに支援していく体制が必要である。

米国のBright Futuresに基づく子ども健診の対象年齢は、出生前から21歳までである。その制度の下に、地域の医師が成長発達のみならず、社会的背景・生活環境を把握し、充分時間をかけて、テーラーメードのカウンセリングを行っている。このように細やかに健診が施行されれば、次の健診までに子どもに起こりうることを具体的に本人や家族に説明し、疾患や事故を予防するための助言が可能となる。わが国では米国で実施されているような子どもに対する長期の健診システムが存在しないため、医療機関や教育・福祉機関による疾患教育や家族支援を実施する機会について積極的に検討をしていかなければならない。そして、その機会が制度化され、保健指導マニュアルに基づき、どの地域でも一定の質が保証された指導が行われることが必要であろう。

【参考文献】

1. 厚生労働省:日本人の食事摂取基準(2015年版)2014https://www.mhlw.go.jp/stf/roudou/0000041733.html
2. 日本小児内分泌学会:成長評価用チャート・体格指數計算ファイル ダウンロードサイト, 2019,
http://jspe.umin.jp/medical/chart_dl.html
3. 小児心身医学会:小児心身医学会ガイドライン集改訂第2版「小児科医のための摂食障害診療ガイドライン」;南江堂, 2015。
4. 文部科学省:平成30年度学校保健統計調査, 2019,
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2018/12/21/1411703_03_1.pdf
5. 有阪治、市川剛. 乳幼児期・学童期・思春期における生活習慣病の予防. 小児内科 49(10).1464-1468,2017

藤井智香子^{1,3)}、鈴木雄一^{2,3)}、永光信一郎⁴⁾

1)岡山大学小児医療センター小児科—子どものこころ診療部

2)福島医科大学小児科

3)日本小児心身医学会研究委員会摂食障害ワーキンググループ

4)久留米大学小児科

*1),2) equally contributed author