

## VI 保健室の取り組み

～肥満児への指導事例～

山口 浩子

### はじめに

本校は、小・中・高等部、全児童生徒数54名からなる養護学校である。児童生徒の実態は、ダウン症10名・自閉症（的傾向）11名・てんかん12名・言語障害13名・情緒障害1名・視覚障害10名・運動機能障害5名・その他11名であるが、年々障害の重度重複化が進む傾向にある。

本校は、本研究テーマ「発達と障害に応じた教育をめざして」一からだづくりを通して一に取り組み、今年度最終年次をむかえることとなった。私は、養護教諭という立場から、特に、本校の児童生徒にとって切実な問題である肥満について、指導事例を述べてみたい。

### 1. 実践事例

#### (1) 成功した事例

事例① K男（小5）自閉症 発達年齢6～7才

S62. 9に、帰宅後のおやつがおにぎり2～3個という状態が続いたためローレル指数が161となり、指導対象となる。指導方法として、担任から母親に、また、保健カードを通して、直接母親を指導した。その結果、K男は自宅から約2kmを徒歩通学にし、週1回スイミングスクールに通った。また、家庭での徹底した食事指導が行われた。運動障害なし。

	在籍数	ローレル指数160～	体脂肪率	
			男20%～	女25%～
63	59	15	6	11
1	57	16	9	14
2	57	11	5	12
3	54	11	7	7

※ローレル指数について

1100以下	やせすぎ
101～114	やせている
115～145	標準
146～159	太っている
160以上	太りすぎ

※体脂肪率について

男20%以上・女25%以上は肥満している。

	S63	H1	H2	H3
ローレル指数	148	133	124	114
体脂肪率	19.6	22.4	17.9	15.5

事例② N子(中1) ダウン症 発達年齢7~8才

障害とも関わり、肥満することがうかがわれ、指導対象となる。指導方法は、事例①と同様である。その結果、家庭での食事指導が行なわれた。また通学は、徒歩→汽車→バスである。そしてスイミングスクールに週2回通う。しかし、食に対する固執が強く、「本人はある程度理解しているようだが、気を許しているといつのまにか食べている。」と母親は嘆いている。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3
ローレル指数	1 7 2	1 7 1	1 5 6	1 7 0
体脂肪率	33.6	29.6	26.4	27.3

事例③ H男(高2) プラダーウィリー症候群 発達年齢6~7才

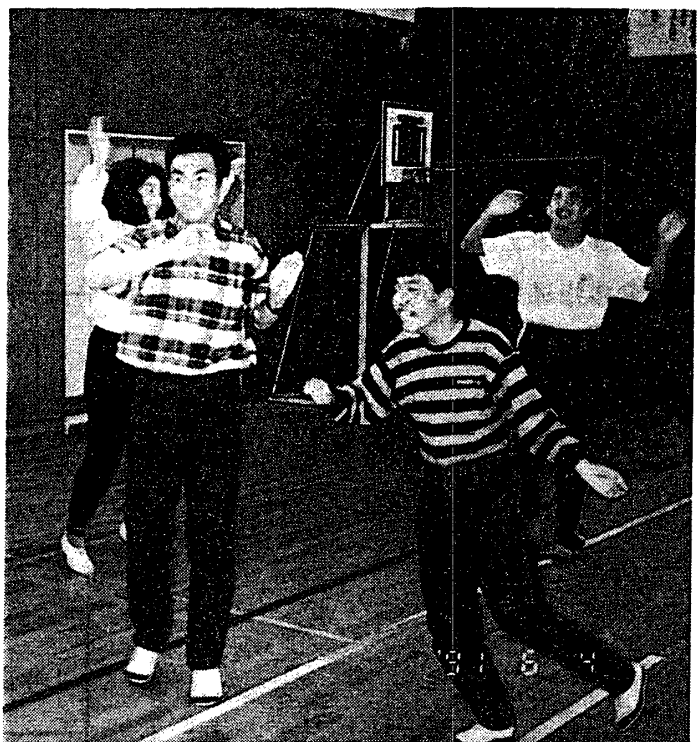
S 63. 10に低身長 of 諸検査のため入院治療する。その時に、本人・母親に食事指導が行なわれる。(それまでは、学校での担任・養護教諭の食事指導は全く効果を見なかった。)その後、家庭での食事指導および低身長に対する治療が行なわれる。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3
ローレル指数	1 8 2	1 3 3	1 3 1	1 3 0
体脂肪率	30.1	14.6	18.1	16.9

食に対する固執が非常に強く、特に母親の協力がなかったら成功しなかった事例である。運動障害はないが、低身長の治療の結果、脊柱側弯が出現し、今後の課題としてのこっている。



入学当初のH男



現在のH男

(2) 不成功に終わった事例

事例④ K男（中2）ダウン症 発達年齢2～3才

S63年に、栄養士による食事指導を行う。その後、家庭での食事指導が行れるが食に対する固執が非常に強く、うまくいかない。そのため体重が増加しすぎ、H1年8月内反足が悪化し、矯正靴を履く。ひとりっ子であり、父母とも溺愛型で、自傷行為・パニックが時としてある。また、過去4年間に肺炎で入院が2回ある等、生活リズムが崩れやすくなかなか修正がきかないことがある。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3 3
ローレル指数	1 6 0	1 6 0	1 5 9	1 6 3
体脂肪率	欠席	20.7	23.9	30.1
1年間の増減	3.3	7.4	3.4	

※1年間の増減とは、体重の増減を示し単位はkgである

事例⑤ H男（高2）自閉症 発達年齢2～3才

食事指導を行うが、自傷・他傷行為、不眠症、こだわりが強く、生活リズムを整えるほうに重点を置いた。そのため、食事制限等の指導に限界があり、結局指導効果が上がらない。

家庭は、協力的である。運動障害なし。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3
ローレル指数	1 6 6	1 7 5	1 9 1	1 9 6
体脂肪率	未実施	29.1	29.6	26.8
1年間の増減	4.2	7.3	3.9	

事例⑥ S子（高3）単純精薄 発達年齢1.6～4才

食事指導を行うが、全く効果なし。主に祖母が養育する、母子家庭である。溺愛型であり、何かさせようとするときにお菓子・ジュース等で行動させる。大食いでよく噛まない。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3
ローレル指数	2 0 7	2 0 8	2 1 6	2 1 7
体脂肪率	53.1	43.7	52.1	44.4
1年間の増減	1.3	5.2	-0.9	

事例⑦ S子(高3) ダウン症 てんかん 発達年齢1.6~4才

食事指導を行い、S63年に一時食事制限にチャレンジしたが、この途中に母子家庭となった。そのため、今までの家庭生活が崩れ、S子に対する養育も放任型となり食事制限も長続きしなかった。

H3年4月より精神薄弱施設入所となり食生活の乱れによる無月経がこの施設入所により再開した。睡眠時無呼吸発作あり。

	S 6 3	H 1	H 2	H 3
ローレル指数	2 2 3	2 3 4	2 5 8	2 5 0
体脂肪率	36.5	44.1	38.6	40.7
1年間の増減	2.0	3.2	2.3	

## 2. まとめと今後の課題

食事制限が理解できない児童生徒については、主に母親の協力が必要となるが、その母親が『障害を持っているから、可哀想だから……』という気持ちがあると、食事指導は効果が見られない。

食事制限がある程度理解できる児童生徒については、わかっているにもかかわらず、目の前にお菓子があれば必ず一番先に手がで家庭に帰れば自分でスーパーに行き、欲しいものを欲しだけ買って食べるというパターンになっている。また、食事内容について本人に聞けば、本当のことは言わないし、量に関しても『少し』といているが、その基準が曖昧である。

また、小学部低学年より肥満している児童生徒を途中から肥満を解消しようとするのは、これまでの食生活を母親も本人も変えていかなければいけないし、そのためには強い意志が必要である。しかしそうだからといって、肥満軽減に食事制限がいいからと母親が強い意志を持って、食事制限をしすぎても、こどもが精神的に不安定になる場合もあり、困難をきわめる。やはり、ある程度食べる楽しさも味わわせ、運動により食べた分だけ昇華させ、情緒の安定をはかっていく必要もある。

そこで今後の方針としては、基本的には現在の方針を続けていくのだが、

1. 小学部低学年より徹底した食事指導
2. 運動量の確保
3. 保護者への啓発活動(懇談日・保健日より・保健カード等を通して)

を重点的に行っていく必要がある。また、現在肥満しているものは、「できれば体重減」・「最低では、現状維持させる」ことをまず目標として、保健指導を行っていきたいと考える。