

健康教育

no.137

妊娠から子育てまでの母子保健

小田 清一…… 2

自ら考え、食生活の改善をめざす

個別指導について～肥満指導を通して～

白石 芳美……10



妊娠から子育てまでの母子保健



厚生省児童家庭局母子保健課長

小田 清一

これから2回にわたり、妊娠から子育てまでの流れに沿って、母子保健をテーマに述べさせていただきます。

1 出生

(1) 男が女より多く生まれる理由

人間を構成する細胞の核の中にはそれぞれ46本の染色体が含まれており、そのうち44本は1番から22番までが対になっていて、男女の差がなく、常染色体と呼ばれています。残る2本の染色体が、男女差を規定し、女性ではXが二本、男性ではXとY各一本ずつから構成されています。個々の人間の特徴を規定する遺伝子はこの染色体上に一列に並んでいます。その数は23本の上に6万4千ともいわれています。

子供は46本の染色体のうち、23本ずつを父と母から受けとります。22本の常染色体と1本の性染色体です。性染色体は、母親では二本のXですから、卵子はXしか含んでいません。父親ではXYですから、精子にはXを含むものと、Yを含むものの2種類が存在します。Xの精子と卵子が授精するとXXとなり女性が生まれますが、Yの精子と卵子が授精

するとXYとなり男性が生まれることとなります。このように遺伝子は基本的に父親と母親から半分ずつ受けとりますので、平均的な子供は両親の中間ぐらゐの遺伝的特徴をもって生まれてきます。

男の精子はXYの性染色体が別れてX精子とY精子になるのですから、それぞれの数は半数ずつになり、Xの卵子と合体してできるXX、XYの授精卵も半数ずつになるはずですが、その結果として当然ながら男児と女児は半数ずつ生まれるはずですが。

ところが、実際には男女の数は同数でなく男児の方が女児よりやや多く生まれます。平成8年に生まれた男児は619,793人であるのに対し、女児は586,758人で、比率で言うと男児51.4%、女児48.6%となっています。この傾向は毎年ほとんど変わりません。理由として考えられるのは、①もともと男の方が多く授精するか、②授精は男女同数であるが、女児はその後流産や死産が多いため男児が多く生まれるかのどちらかです。実際のところ、流産や死産でみても男児の方が多く、さらに遡ると、そもそも授精時の男女比は出産時よりもっと男の割合が多くなっています。これはどのような理由によるのでしょうか。

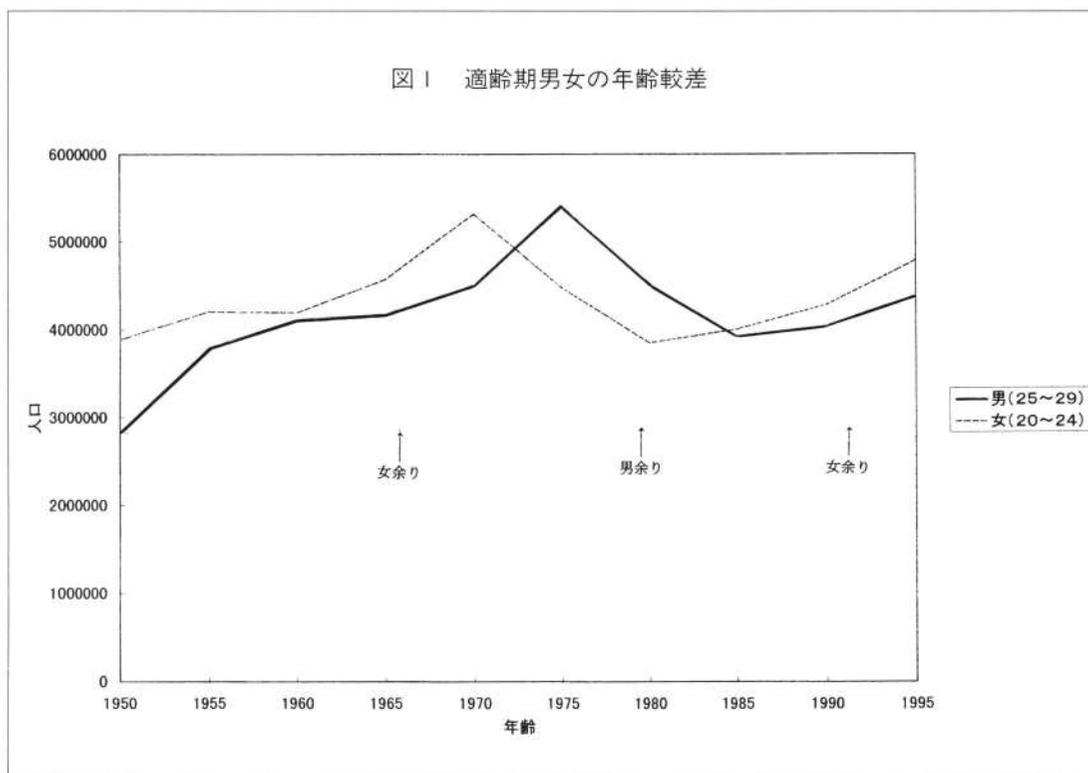
X染色体は染色体全体の平均よりも大きい
のに対して、Y染色体は染色体の中ではもっ
とも小さいため、Y精子はX精子に比べて染
色体の重量が少なくなり、卵子まで到達する
ための授精競争では条件が有利になると考え
られています。これが、男の方が多く授精す
る理由とされています。

(2) 男余り現象と男性の結婚難

これまでに述べてきたように、男児は女児
より多く生まれるのですが、男児は出生して
からの死亡率が高いため、やがて同年齢の男
女の数は均衡していくこととなります。戦後、
1970年頃までは20歳前後で男女の数はほぼ
同数になっていました。ところが、医療や衛生
水準の向上により、乳幼児をはじめとする死
亡率、特に男児の死亡率が著しく改善したた
め、男女の数が均衡する年齢は徐々に上がり
はじめ、現在では50歳を少し過ぎた頃になっ

てやっと均衡します。

この人口構成の変化を結婚という視点から
考えてみますと、1970年頃までは適齢期には
男女の数がほぼバランスしていたため、どち
らがあぶれるということにはなかったのですが、
現在では20代の女性の数に比べて同年代の男
性の数が多くなっているため、適齢期には男
余りの状況になってしまっています。1995年
の20～24歳の男性は約498万人ですが、女性
は約479万人です。この年代の全女性が同年
代の男性と結婚したとしても、男性の約4%は
相手がいないということになります。45～49
歳の男性の未婚率が1995年には1970年より
大幅に増加し、同年齢の女性の未婚率を大
幅に上回っている理由のひとつに、この影響
が考えられます。1970年から1995年の間に
45～49歳の女性の未婚率も確実に上昇して
いますが、この傾向は今後も続くものと考え
られます



資料 総務庁統計局 「国勢調査報告」

ので、これから結婚する男性は、非婚女性の増加と男余りによる影響のダブルパンチを受けることになります。

しかし、実際には男女の結婚年齢には2.5歳程度の差があるため、これらのことに加えてさらに、人口変動の影響を考慮する必要があります。これから1972、3年に生まれた第2次ベビーブームが適齢期に達しますが、この時期から1985年頃までの間に生まれた男性は常に10%近くの2.5歳年下の女性の不足に悩まされることになります。逆に女余りの時代は、1961年から1973年までの出生者で6%程度の適齢期の男性不足でした。男余りの時代においては、男性は年上の女性を選び、女余りの世代では女性は年下の男性を選べば、需要と供給の状況は完全に逆転しますので、時には発想の転換も必要ではないでしょうか。しかしながら、ベビーブーマー世代は、そもそも絶対数が多いため、このような小手先の技は通じず、受験、就職などと同様に、結婚に関しても厳しい競争を強いられることになります。人口の変動に関してもっとも優雅なのは丙午生まれの男女で、男性では1.4倍の、女性

でも1.2倍以上の対象者に恵まれました。人生万事「塞翁が丙午」かもしれません。

2 晩婚化

1995年に結婚した人の平均初婚年齢は男性28.5歳、女性26.3歳で、20年前と比較して、男性で1.5歳、女性で1.6歳上昇しています。その結果、25～29歳の女性の未婚率は1970年の2割弱から、1995年には約5割となり、この傾向はさらに続くものと考えられています。女性の結婚年齢の上昇は子育て期間を狭めるため、少子化につながると考えられています。実際、第1子出生時の母の年齢の平均は1970年の25.6歳から1995年には27.5歳と1.9歳上昇しています。

一方、男性も初婚年齢の上昇と共に、未婚率が上昇し、30～34歳の未婚率も37.3%と大幅に増加しています。この傾向は30代後半から40代になっても続き、45～49歳の未婚率は11.2%と1970年の約6倍となっています。

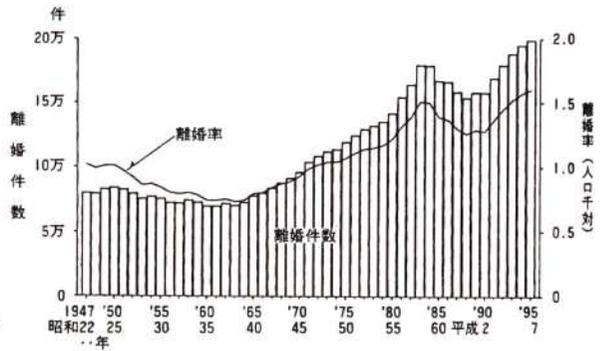
表1 年齢階級でみた男女の未婚率－ 1970年と1995年との比較

		25～29	30～34	35～39	40～44	45～49
男	1970年	46.5	11.6	3.7	2.8	1.9
	1995年	66.9	37.3	22.6	16.4	11.2
女	1970年	18.1	7.2	5.8	5.3	4.0
	1995年	48.0	19.7	10.0	6.7	5.6

3 離婚

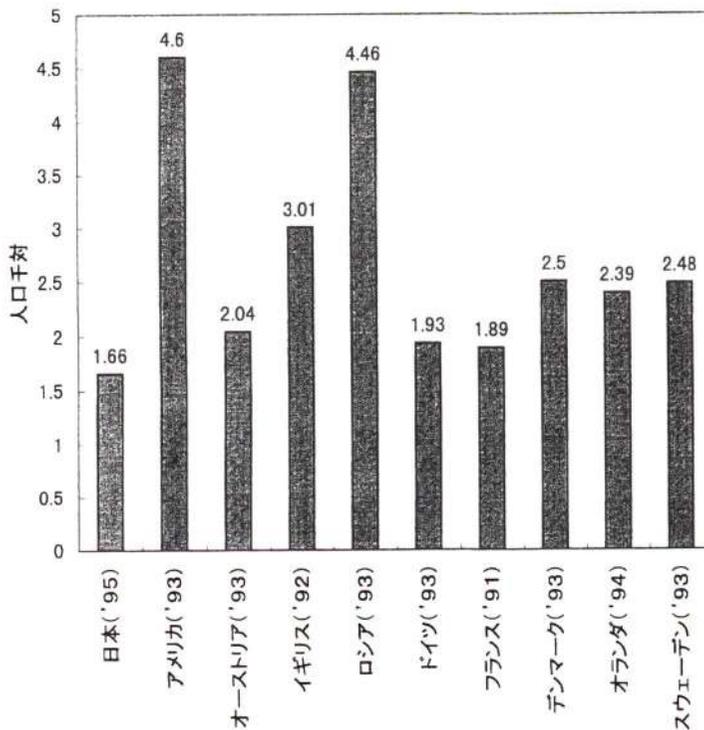
図2 離婚件数・率の年次推移

1996年の年間婚姻件数は795,040件ですが、同年の離婚件数は206,966件と過去最高となり、婚姻者の2割以上が離婚するといった状況になってきています。離婚件数は過去6年間で5万件近く増加しており、人口千対の離婚率も1.66まで上昇しています。今後もこの傾向は続くと考えられますので、今後5年以内にドイツやフランスの離婚率を追い越すものと思われます。最近の離婚の特徴としては、結婚後20年以上経ったいわゆる熟年離婚の割合が増加していることで、全離婚件数に占める割合は1975年の5.8%から1995年には16.4%



資料 厚生省「人口動態統計」

図3 離婚率の国際比較



と約3倍に増えていす。離婚時に20歳未満の子供をかかえている世帯は、約6割で、その子供の親権は妻が行う場合が8割近くで、妻が親権を行うケースは年々増加する傾向にあります。いずれにしても、両親の離婚を経験する子供達が増加するという事は、子供達のこころの発達に大きな影響を与えるだけでなく、いじめ、虐待といったケースの増加にもつながりかねません。離婚の増加と同時に再婚者も増加し、1995年の婚姻の81.6%は初婚者同士の結婚ですが、6.5%は再婚者同士の結婚で、11.9%は初婚と再婚の組み合わせとなっています。

資料 厚生省「人口動態統計」 U. N. Demographic Yearbook, 1994

4 妊娠を取り巻く問題

(1) 妊娠と母子保健サービス

通常、妊娠した者は市町村に妊娠の届出を行うこととされており、これに対して母子健康手帳が交付されます。このように、妊娠の届出は、妊娠から出産、そして乳幼児の保健へとつながる母子保健サービスの出発点として重要な意味を持ちます。また、このような一連の母子保健サービスは、母子保健法という法律に基づいて提供されます。母子健康手帳は、妊娠、出産及び育児に関する一貫した健康記録であるとともに、妊娠及び乳幼児に関する行政情報、保健、育児情報を提供するためのものでもあります。

妊産婦や乳幼児に対する、保健サービスは大きく、保健指導と健康診査にわかれます。保健指導については、妊娠、出産、育児に関する保健指導は一般には市町村で行います。妊産婦に対する保健指導は健康診査に基づいて行われるもののほか、必要に応じて行われます。近年問題になっている育児不安に対しても保健指導や訪問指導が行われています。

健康診査は疾病や異常の早期発見に重要な意味を持ちます。妊娠した女性は医師の指示のもとに定期的に健診を受けるわけですが、そのうち妊娠の前半期と後半期におおの1回ずつ市町村の委託を受けた医療機関で無料で健康診査を受けることができます。

このほか、妊娠中毒症等の妊娠の合併症で入院して治療が必要な低所得層の妊婦に対しては、早期に適正な治療を受けさせるための医療援助が行われています。

(2) 不妊症

排卵は通常28日前後の周期で左右の卵巣から交互に起こります。排卵の時期は次の月経初日の14日プラスマイナス2日程度前に起こります。次回月経がいつ起こるかを正確に把握することは困難ですが、月経周期が規則正

しい場合にはある程度の予測は可能です。妊娠するためにはこの時期に受精するようになければなりません。

避妊をしないで普通に性行為を営んでいるカップルの間では、1年間で8割、2年間で9割が妊娠すると言われていています。そして2年経っても妊娠しないと不妊症ということになります。日本では不妊で悩んでいるカップルは約200万組ともいわれています。子供ができないことは、本来の意味の「病気」ではありませんが、子供をつくるためには医学的な援助が必要になります。

不妊の原因は男性が4割、女性が4割、原因不明が2割といわれています。男性不妊の原因は、精子がなかったり、少なかったり、働きが悪かったりといったところです。これに対し、女性不妊の原因は様々で、排卵障害が3割、卵管の障害が3割、残りのうち1割は原因がはっきりしないものです。性行為感染症も不妊の原因となることがありますので気をつけましょう。淋病や最近増加しているクラミジア感染症も、女性の場合は、子宮内膜や卵管の炎症を引き起こし、不妊や子宮外妊娠の原因となることがあります。これらの感染症の症状は余り自覚されない場合も多いので、本人の知らない間に感染していることも少なくありません。性行為感染症の予防にはコンドームは欠かせません。

不妊の原因を突き止めるには、様々な検査が必要ですので、最低6ヵ月程度はかかると考えて、十分な時間をかけて取り組む必要があります。その際夫婦の協力が必要なことは言うまでもありません。

不妊の治療には、いろいろなレベルのものがありますが、最終的な方法としては、人工授精となります。これまでの人工授精はある程度の精子が必要でしたが、現在では、1つの精子を1つの卵子の中に直接注入することが可能となり、人工授精の成功率は改善しています。

不妊治療は日進月歩で、今日では、かつて治療困難といわれた無精子症の場合でも、精巣から精子の元になる細胞をとってきて授精させることも可能となっています。

(3) 人工妊娠中絶

日本での避妊については、毎日新聞社の「全国家族計画世論調査」によれば、コンドームを利用するケースが8割弱と圧倒的に多く、

ついで性交中絶法、基礎体温法、荻野式がそれぞれ1割弱となっています。日本の避妊の特徴は、妊娠率の比較的高い避妊法が多く採用され、IUDや不妊手術などの効果の高い避妊法の選択が少ないことです。もっとも、不妊手術については母体保護法の規定により特定の要件を満たす場合以外は行えないことになっています。

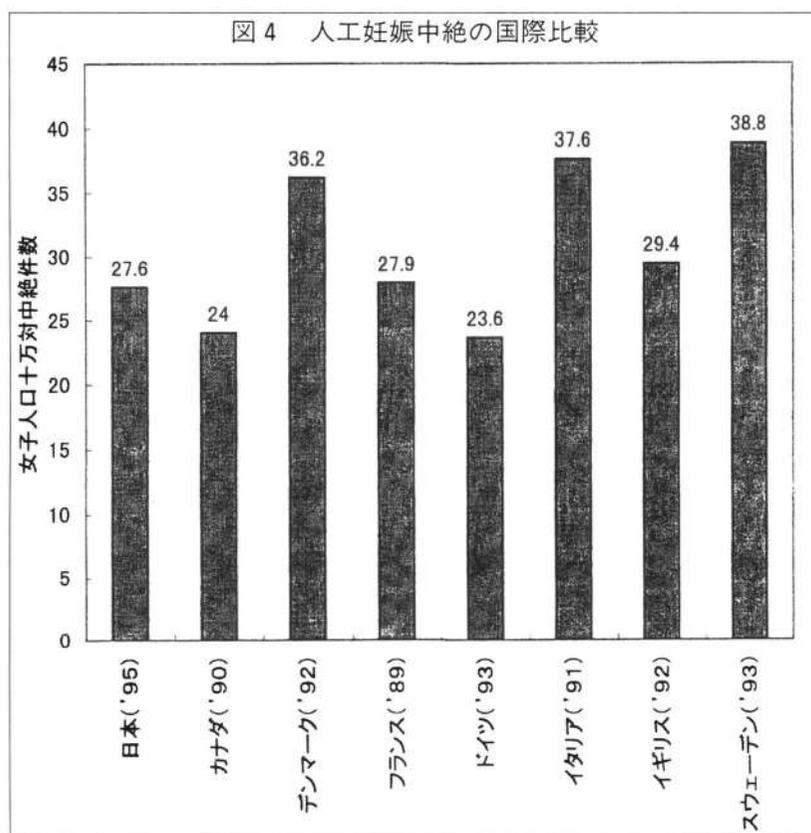
表2 人工妊娠中絶の推移（対象女子人口千対）

年齢階級	総数	～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49
1960年	42.0	3.2	40.2	73.9	74.0	62.7	29.4	3.8
1995年	11.1	6.2	16.6	15.4	17.2	16.9	7.5	0.7

資料 厚生省「優生保護統計報告」

このような状況を反映してか、我が国の人工妊娠中絶件数は依然として多く、母子保健のほとんどの指標が世界のトップレベルにあるにも拘わらず、妊産婦死亡率と共に数少ない要改善項目の一つとなっています。しかし、この人工妊娠中絶についても状況は着実に改善されつつあります。1960年の出生100対の人工妊娠中絶件数は66.2件で、100人生まれる一方で66人が中絶されている状況でしたが、1995年ではこの件数は28.9件にまで改善されています。

人口1万人当たりの人工妊娠中絶件数を世界の国々と比較すると、日本



資料 Demographic Yearbook, 1994 ほか

はフランスや、イタリーとほぼ同レベルで、ノルウェー、スウェーデン、デンマークの4分の3程度、ドイツ、オランダの約2倍とほぼ中位に位置しています。しかし、1995年でも年間34万件以上の人工妊娠中絶が報告されており、依然として大きな社会問題であることには変わりはありません。

中絶件数の減少に大きく貢献しているのは30～44歳の女性の中絶件数の着実な減少です。29歳以下の年齢層の中絶件数も若干減少傾向にありましたが、1996年には増加に転じており、また、全中絶件数に占める若年者のシェアは一貫して増加するなど、問題が残っています。ピル解禁などの新たな状況の変化がない限りは、これらの傾向には大きな変化はないと考えられます。

5 少子化問題

(1) 日本の人口と少子化

日本の人口は1994年にパキスタンに抜かれて、現在世界第8位となっていますが、バングラデシュやナイジェリアが迫ってきており、早晚トップテンから姿を消すものと考えられます。わが国の人口増加率は現在0.0%で、2007年の1億2778万人をピークに人口は減少を始め、2050年までに約2千3百万人が減少し、1億5百万人となり、さらに2100年には6737万人と半減してしまうと予測されています。そして、この人口の将来予測は、見直す度に下方修正され続けています。このことは日本における少子化の進行の度合いがますます深刻になりつつあることを物語っています。

日本における少子化の原因は、直接的には平均初婚年齢の高齢化と、生涯未婚率の急激な上昇による出生児数の減少です。25～29歳の女性の未婚率は1970年の18.1%から20年後の1995年には48.0%まで急激に上昇しており、この傾向はまだ続くものと考えられます。一

方、男性の45～49歳の未婚率は1970年の1.9%が、1995年には11.2%に増加しており、生涯未婚率は急激に増加していると推測されます。さらに、子育ての社会・経済的負担が子育てを消極的にさせている大きな要因と考えられます。前者は、結婚観などの国民の意識に根ざした社会構造的現象であり、一朝一夕に改善することは困難であるため、後者の子育て阻害要因の排除が、当面の少子化対策ということになります。

(2) 合計特殊出生率

国や地域の出生力をみる指数として合計特殊出生率があります。合計特殊出生率を一言でいえば、一人の女性が一生の間に生む子供の数ということになります。将来人口を維持させるためには、合計特殊出生率は2.08必要となります。2よりやや多いのは、出産年齢の母親の死亡確率が加味されているためです。

日本の合計特殊出生率は1995年で1.42となっており、さらに低下する傾向にあります。現在、先進諸国で2を超えているのはアメリカだけであり、日本より低い国はイタリアの1.33（1993年）とドイツの1.34（1994年）です。日本の合計特殊出生率がどこまで低下するか予想することは難しいのですが、都道府県でもっとも低い東京都で1.11となっていることから、このレベルまでいく可能性はあります。

1990年度の厚生省人口動態統計特殊報告によれば、この合計特殊出生率が就業者では0.60であるのに対し、無職者では2.96となっています。この数字を単純に理解すれば、就業女性は無職女性の5分の1しか子供を産まないということになりますが、果たして事実でしょうか。

このバイアスは職業の取り方によって生じているものと考えられます。つまり、職業の把握時点が、「子供が産まれたとき」の母の職業ということになっているためと考えられます。出産を機会に仕事を辞めるケースは多い

表3 合計特殊出生率の国際比較

	1970年	'75	'80	'85	'90	'91	'92	'93	'94	'95
日 本	2.13	1.91	1.75	1.76	1.54	1.53	1.50	1.46	1.50	1.42
アメリカ	2.46	1.80	1.84	1.84	2.08	2.07	2.07	2.05	…	…
スウェーデン	1.94	1.78	1.68	1.74	2.13	2.11	2.09	2.00	1.88	…
イギリス	2.45	1.81	1.89	1.80	1.85	1.83	1.81	1.76	…	…
フランス	2.47	1.96	1.99	1.83	1.78	1.80	1.73	1.65	1.65	…
旧西ドイツ	2.01	1.45	1.46	1.30	1.45	1.42	1.40	1.35	1.34	…
イタリア	2.43	2.21	1.68	1.45	1.36	1.33	1.33	…	…	…

資料 厚生省「人口動態統計」
 U. N. Demographic Yearbook 1951～1994
 Council of Europe, Recent Demographic Developments in Europe and North America, 1995年
 U. S. Department of Health and Human Services, Monthly Vital Statistics Report, による。

のですが、この統計ではこれらの全てが無職者に該当してしまいます。実際、同じ年に行われた、第10回出生動向基本調査（厚生省人口問題研究所）によれば、妻のライフコース別に見た平均出生児数は、「一貫就業コース」で2.13、「再就職コース」で2.24、「専業主婦コース」で2.18とそれほど差がなく、就業による影響はそれほどみられません。

自ら考え、食生活の改善をめざす 個別指導について ～肥満指導を通して～



福岡県遠賀郡岡垣町立 吉木小学校

養護教諭 白石 芳美

はじめに

現在、我が国は経済の豊かさにともない、食生活においても“グルメの時代”といわれるように、洋風で肉類の多い脂っこい料理が家庭の食卓に上がることが多くなっている。また、ファーストフードをはじめとする外食産業の店やインスタント食品・レトルト食品の氾濫、さらには自動販売機から簡単に飲食物が確保できるような便利な時代にもなっている。

しかし、このように食生活が便利で豊かになるにともない、心臓病や血管障害を引き起こす病気が増えてきた。このような病気は大人ばかりでなく子どもたちにもみられる。特に、肥満の子どもは「成人病予備軍」とよばれ、高血圧や肝障害、糖尿病などの発病率も高くその60～80%は成人肥満に移行するといわれている。

こういった肥満の害は、身体面だけでなく太っているという劣等感から生ずる心の歪みで、性格そのものが消極的になったり、場合によっては差別やいじめの対象になったりして、学校嫌いになるケースもある。

このように小児期の肥満が及ぼす悪影響は今、大きな問題となっている。

本校の現状より

本校は、全校児童数412名の中規模校で校区はもともと純農村地域であるが、近年、北九州のベットタウンとして、住宅化が急速に進んでいる。

学校周辺には山や校地を隣接して流れる川など、今も美しい自然に囲まれた環境の中で生活する子どもたちは素朴で明るい。

休み時間や放課後などに、川や野原などの自然の中で元気によく遊ぶことを好み、体を動かすことをいとわない。

しかし、このような生活環境の中にもかかわらず本校の児童は肥満が多いのが現状である。

本校では、肥満の判定法としてローレル指数を用いているが、この数値が160(ふとりすぎ)以上の児童が同町内の市街地を校区とする小学校の約3倍である。

これはやはり食生活のしめる要因が大きいのではないかと思い、肥満指導を行おうと考えた。

保護者の理解と協力

肥満指導を行うにあたっては、担任をはじめとするまわりの教師、および保護者の理解と協力が必要である。そこで職員会議で本校の肥満児童の現状と、個別指導の必要性について共通理解を図ったあと、保護者への理解と協力をお願いした。

保護者殿	吉木小学校 保健室
お知らせ	
吉木小学校では、ローレル指数（肥満度）「A」の児童を対象に、肥満児指導をしています。	
具体的な実施方法として、3年生以上の児童を対象に、1～2カ月に一度、昼休みに個人指導をおこない、保護者の方には、指導につかった資料と子どもさんの様子を通信にして配布いたします。	
子どもさんの肥満はそのまま大人の肥満へと移行し、やがては成人病を引き起こす原因ともなります。でも、だからといって急激な体重の減量は体に大きな負担をかけ、別の病気を起こしてしまう危険性もあります。	
家庭においても肥満対策についてはいろいろと工夫されていることと思いますが、少しでもお手伝いできればと思っています。いかがでしょうか？	
返 信	年 組 _____
1. お願いします。	
2. 家庭で気をつけるので、必要ありません。	
3. その他 (_____)	
何かご意見・希望がありましたらどうぞ！	

肥満対策については、それぞれの家庭の考え方があり、また、指導を行うにはプライベートな部分にかかわってくる場合もあるため強制的なものにならないように、上記のような学校で行うことの主旨を書いた文書を作成し、家庭へ配布した。

指導の方法と内容

肥満が起こる原因には、体質や家族性、食事の内容・量・食べ方、運動不足、それに加

え、小児の場合は親の過保護や管理不適切など様々な要素が複合的にかかり合っている。そのため対策法もそれぞれの児童の状況を把握した上で、個々に応じたアドバイスを考える必要があると考えた。そこで、下記の資料を作成しそれをもとに指導を行った。

- (1) 生活アンケートの実施
食べ物の嗜好、運動や遊びの状況、家族の様子など肥満児童の体質を知るための調査。
- (2) 個人カルテの作成
ローレル指数グラフと取り組みの内容や指導事項を記録したもの。
- (3) 指導資料の作成
肥満の原因から対策法まで連載でマニュアルとして作成した資料。
- (4) 保護者用の通信
個別指導後、その児童や家庭の状況に応じたアドバイスを記入した通信。

指導の実際と成果

事例1) おやつを考えることで、減量できたAさん

肥満児の個別指導を始めたのが4年前、当時3年生であったAさんは、入学当初よりローレル指数が188あり、2年生にかけて一時減少傾向にあったが、3年生の夏に向かって、体重がグンと急増していた。

Aさんの場合は、3年生であったため、保護者に気をつけてもらうということで家庭に資料を配布していたが、途中で保護者からの希望があったため、個別指導を行うことになった。

生活アンケートやAさんの話より、食事の量の多さ、早食いなど、肥満を生み出す要素は多々あったが、まずはおやつの占めるウエイトの大きさに焦点を当て指導を行った。

「おやつを考えよう！」



肥満についての原因、問題点、対策についてといった資料を今まで配布してきましたが、概念的なことは前回まで一通り終わりました。知識的なことはこれで、一応、理解していただけたとは思いますが、理屈は分かったにしても、それが果たして、実生活の中でどのくらい生かされ、生活の改善がどの程度なされたかについては、なかなか難しいことだと思います。

そこで、今回からは、子どもたちが実際に食べている食事を時々チェックしていきながら、何をどのくらい食べたらいいか、といったことを中心に、食生活のあり方を子ども自身が考えていけるような方向に進めていこうと思っています。

まず、手始めとして、「おやつ」について指導をします。

おやつは、子どもたちにとって何よりの楽しみであり、栄養的にみても、補食という意味でおろそかにできないものである。

しかし、食事のことでいろいろな気を遣うお母さんでも、おやつについては家外子どもまかせという部分があるのではないのでしょうか？

また、たとえ家ではお母さんから適量なおやつをもらっている子どもでも、友達の家で出されたおやつ……特に誕生日パーティーなどではこのときとばかり、すすめられるままにおなかいっぱい食べることが多いようです。



そこで・・・

- ① おやつも食べすぎれば肥満になること
- ② からだに良いおやつを選んで適量を食べる

以上のような内容を理解させ、日常のおやつについて自分で管理できるように、指導を進めていこうと思います。

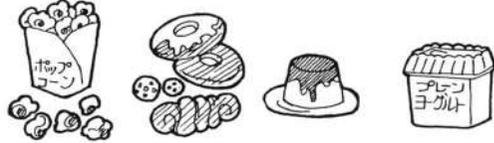
今回は、どのおやつにどのくらいエネルギーがあるかを知らせる前に、自分が日常どんなおやつを好んで食べているかをチェックすることから始めることにします。「記録するから特に気をつけて・・・」というのでなく、できるだけありのまま書いていただきたいと思います。

毎日のことで、かなり根気がいりますが、おうちの方の協力も是非よろしくお願いします。

チェックする期間

9月21日～27日
(一週間)

次回、これをもとに、おやつを取り方について子どもさんと一緒に考えていく予定にしています。



指導を始めた頃は、毎日スナック菓子を一袋食べるといった状況であったが、指導を重ねるうちに、自分で考えておやつをとるようになった。

下の資料は、5年生の時におやつ調べをしたもので、おやつをカロリー別に3つの組に分け、その日にとったおやつのカロリーを計算したものと、自分の反省である。

たべたおやつを
書いておきましょう

たべたおやつとその量	
20日	5.5mmのソフトクリーム5個に、お茶60cc、ヨーグルトきのこ200cc
21日	*お茶 ココアシラレット2本 ヨーグルトきのこ200cc お茶150cc ヨーグルトきのこ300cc
22日	ヨーグルト1.1L+7
23日	お茶100cc ヨーグルトきのこ500cc ヨーグルトきのこ100cc
24日	牛乳 230cc
25日	お肉のハンバーグポッキー2本 カムイ カップゼゼせん5本 とろろチョコ1本
26日	お茶30cc パンケーキソース1本

(28日に保健室へもって来てね)

たべたおやつを
「くみべつ」につけよう

	1くみの おやつ	2くみの おやつ	3くみの おやつ	その他
9/20日	●●●●●	●		450kcal
21日		○○		150kcal
22日		○		16kcal
23日		○●		125kcal
24日		○○○		166kcal
25日	●●	○○		276kcal
26日	●			150kcal

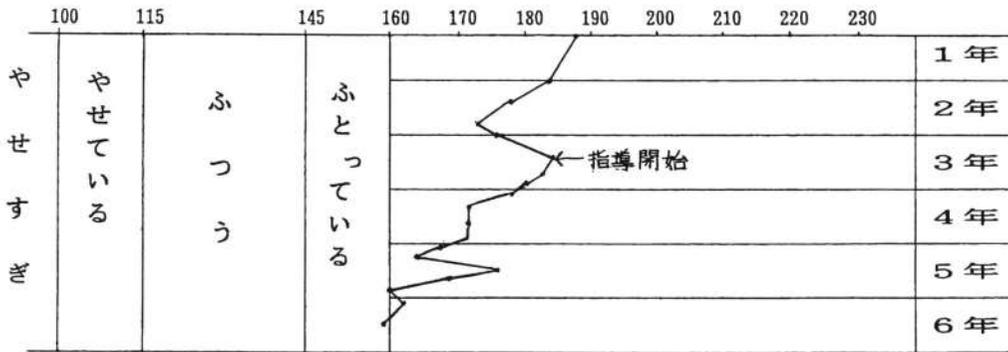
1日のカロリーは 200kcal 以内に抑えよう!

私のはんせい

学年と日曜日	あらためたいこと、これから気をつけたいことなどをかいておきましょう	先生や*おかあさんからのアドバイス
10月19日 水曜日	20日と28日朝の朝ご飯(しいたけ)で55gいじらすのうらおいを食べないように気をつけたい。なるべくおやつは少くめにしたい。	ちゅーく15gのを、おやつに食べるようにしようね
12月1日 木曜日	200kcal朝の朝ご飯(しいたけ)1日しかたからたので、よかった。	いろんな種類のものを少しずつ食べてはいい。3種類の朝ご飯、朝ご飯が休みの日、朝ご飯が休みの日、おやつを食べるべきは？ (色)
月		
日		
曜日		

ローレル指数グラフ

年 組 名前



	1年	2年	2/9月	2/1月	3年/4月	9月	1月	2月	4年/4月	7月	9月	11月
身長	119.0	124.4	127.7	130.0	131.5	133.4	136.7	137.6	138.7	141.0	142.5	144.8
体重	31.6	35.5	37.0	38.1	40.0	43.6	46.5	47.0	47.4	48.0	49.5	51.5
肥満度	188	184	178	173	176	184	182	180	178	171	171	170

	4年/2月	1月	2月	3月	5年/4月	7月	9月	10月	1月	6年/4月	9月	
身長	144.5	145.1	145.1	146.0	145.6	147.7	147.9	149.0	150.4	150.0	151.9	
体重	51.0	51.8	51.0	51.0	51.5	53.0	57.2	56.0	54.5	54.6	55.8	
肥満度	169	170	167	164	167	164	176	169	160	162	159	

指導を受けてみて

私は3年生から指導を受けました。
 始めは、私の大好きだ、たすたがしを
 食べるのをやめました。
 その時は、お母さん、いっしょにたすたがし
 を食べるのをやめました。
 やめて、始めの方は、食べたくて
 しかたがなかつたけど、母といっしょにやっ
 たり、最後まで、楽しい感じでやるこ
 とができました。そのあとも、母といっしょに
 いろいろチャレンジすると、楽しく
 やせることができました。
 それと、運動をした方がいいと思ひました。
 外でサッカーや、バレーなど、たくさん運動を
 しました。私はこの指導を受けて
 よかたと思ひます。やせたのと
 言われた時、いままで、がんばって
 よかた、とうれしく思ひます。



指導を始める前、185あったローレル指
 数も徐々に減少し、6年生の2学期に
 は160を割ったため、その後は指導を中
 止し、経過を観察中である。しかし、
 それでも時々保健室に来ては体重を自
 分で計ってみたり、現在の生活の様子
 を話してくれたりしている。

保護者の方からも、おやつを自分で
 考えながら工夫して食べるようになった
 という声もいただいた。

研究のまとめ

以上の事例であげた児童は、肥満が解消できた中でも、極めて良い効果がみられた例である。

過去4年間に指導した児童の肥満度がどのように推移したかは下表の通りである。

4年間に肥満指導を行った児童	37人
肥満が解消できた	20人
軽減傾向にある	9人
変わらない	8人
増加傾向にある	0人

該当児童の中には、直接本人に個別指導をした児童と、低学年など、資料を配布し保護者を通じて努力してもらった場合もある。

これらの取り組みの成果として得られたことは、

- (1) 取り組み始める時点で、肥満度が軽度の児童ほど比較的早期に解消することができる。
- (2) 変わらなかった児童は、個人によって以下のような事情が考えられる。
 - ・ 指導の開始時期が高学年になると、特に女子の場合は月経も始まり、体内の脂肪細胞数ができあがってしまう。
 - ・ 親の意識が低く、食生活の改善までいたっていない。
 - ・ 指導を開始してまだ日が浅い。

小学校の時期は、遊び盛りであり、運動不足が肥満を生み出す要素としては、小さいようである。運動を中心に指導を進めることはローレル指数180以上の児童にとっては、体への負担が大きいばかりでなく、かえってその

ことが重荷となり、長続きしなくなってしまう。

また、生活アンケートからも、食事療法としてやせるために朝食を抜いたり、健康茶を何本も飲ませるなど、親の食生活に対する誤った認識も問題としてあがっている。

以上のことを含め、肥満対策として、食事指導を中心として行うことの大切さを確信している。

さらに、親からの体質ということもあり、母親をはじめ、家族ぐるみで取り組んだ場合ほど成果も大きいようである。

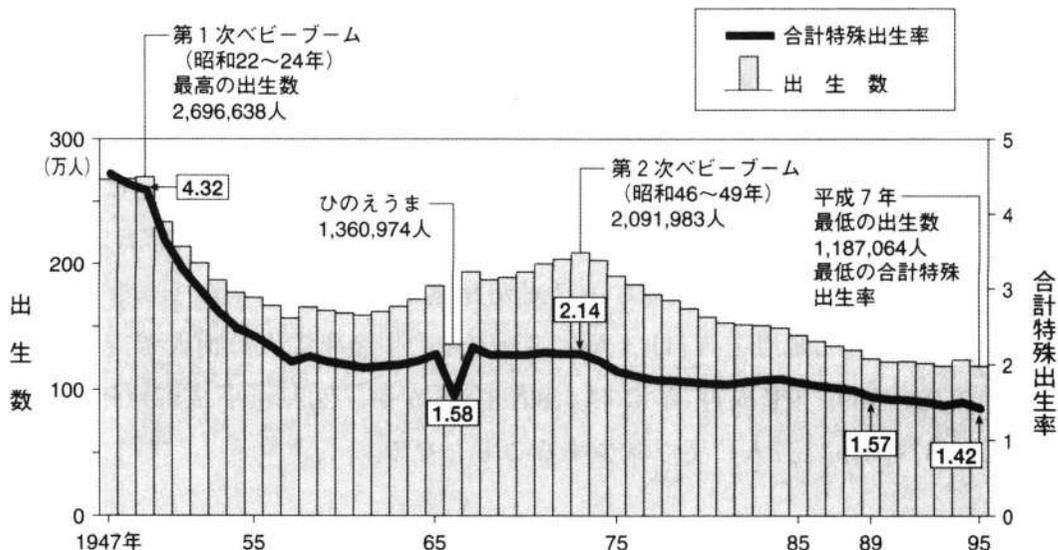
しかし、どんなに個別指導を行っても、親の意識が変わらない限り、現状を変えるのは困難であるという問題もかかえている。

今後は、保護者に対しても直接指導ができるような方法も考えていきたい。

《参考文献》

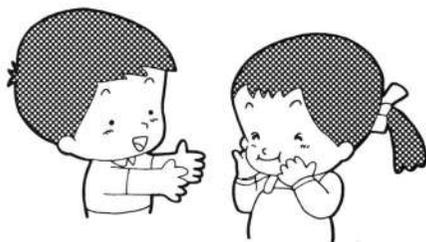
- ・ 気になる子どもの保健指導マニュアル
「肥満」 ばすてる書房
- ・ えらんでたべてピョンピョンとんで
東山書房

出生数および合計特殊出生率の推移



(注) 「合計特殊出生率」とは、1人の女性が一生の間に生む平均子ども数である。
資料：厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

育ちぎかりのひと粒!



肝油+カルシウム

カワイ肝油ドロップM

肝油+ビタミンC

カワイ肝油ドロップC



河合製薬株式会社

東京都中野区中野6-3-5