第30回小児保健セミナー 小児の生活習慣病のすべて

総合討論

司会 大関 武彦
村田 光範

司会

それでは、総合討論に入ります。先生方、ご質問、ご発言いろいろあるかと思いますが、積極的なご討論をお願いしたいと思います。それぞれの先生方へのご質問をお受けする前に、全体を通じて何かございましたらどうぞ。

1. 小児のやせについて

質問 眞鍋 正博 (香川県 / 小児科医師)

今日は先生方から肥満等を中心にお話しいただきましたが、朝山先生のところでご指摘があったやせについてはどのように指導していけばよろしいか、どなたでも結構ですので教えていただければと思います。

回答 朝山 光太郎

大変難しいご質問で、私も結論を言いますと答えはわからないんです。というのは、思春期以降の女性で、いわゆる神経性食思不振症というのがあって、いわば精神的にやせが起こってくるという範疇なのですが、私たちがアンケート調査などで調べているやせ願望とか実際にやせているという状態は、そういうものとは大分違うようです。

たとえば、日本のいろいろなアニメカルチャーとか、あるいは伝統的な日本人の美意識とかいうものが非常に深くかかわっていたり、また就職などを見ても女性の場合、やはりやせているお子さんのほうが有利だとかいうことがございますので、女性がやせたがるのをいけないことだと頭ごなしに言うこともちょっとできない。それが異常であるかという、必ずしも異常なわけでもないし、やせようと思っている人たちに能力的問題があるかということもないわけです。

ですから、子どものそういう指導に関しても、むしろ私は、これから日本人の特有な「やせ」というものを社会としてどのように考えていかなければいけないか、そこから始めないといけないのではないかと、そのような気がしております。お答えになったかどうかわかりませんが。

回答 杉原 茂孝

今日、杉並区の生活習慣病検診のお話がありましたが、東京近辺でも多くの生活習慣病検診が行われておりまして、その中で最近、肥満以外にやせの子が引っかかってくるが増えていると思います。そういう場合には一応やせの子も二次検診の対象にして、精神的な問題がないか、神経性食思不振症のような摂食障害がないかどうかをチェックしています。これは、意外とそこまでいっていない子が多いですね。やせていて肥満度は-25%でも特にそういう問題がないという子がほとんどだと思います。

あと、具体的な例で記憶に残っているのは、たとえば家族性高コレステロール血症があって、太ってはいけなくて家族ぐるみで体重を減らすことでやせすぎてしまうという子がいます。また、新体操とか激しい運動を小中学生からやっていて、やせてしまう。そういう場合には思春期遅発傾向になりますし、そういうこともあるというお話はするようにしています。

司会

私も、おそらく村田先生も言いたいことが幾つかあるかと思いますが、生活習慣病のほうを進めながら、関連がありましたらやせのことも触れていきたいと思っています。

では、それぞれのご発表ごとにディスカッションしていきましょう。まず杉原先生のご発表に関してご質問、ご発言等がございましたか。

2. 小児糖尿病とインスリン抵抗性について

質問 青木 真智子 (福岡県 / 小児科医師)

私は福岡市で小児生活習慣病対策委員をしております。

杉原先生に質問ですが、朝山先生が、明らかな小児糖尿病はそれほど増えていないのではないかと、高齢化人口が増えているから糖尿病が増えているのではないかとのご発言がありましたが、30年前の子どももインスリン抵抗性は高かったのでしょうか。それと現代と比べて、その抵抗性の比率は高かったのか。私は小児肥満外来をしていて、ほかの指標は全部良くなるのですが、高インスリン血症だけはなかなか良くならないので、これから肥満の子を診ていくときに、その高インスリン血症をどの程度改善できたかという指標がないと、本当に未来の小児生活習慣病を改善できたという保証はないのではないかと考えているので、そこを教えていただきたいと思います。

回答 杉原 茂孝

質問は、まず、2000年以降子どもの2型糖尿病はそれほど増えていないのではないかとということが朝山先生からありました。それは、東京都でもそういう学校検尿の結果が出ていますし、全国の小児慢性特定疾患治療研究事業に登録されている2型糖尿病の子どもの頻度も同じような率でずっと2000年以降きていて、増えてはいないというのは確かかと思います。

それから、インスリン抵抗性の問題……

質問 青木 真智子

インスリン抵抗性は、30年前の子どもと今の子どもとで3倍に増えていますが、30年前の子どものインスリン抵抗性は頻度的に高かったのでしょうか。

回答 杉原 茂孝

インスリン抵抗性をどう評価するかというのはいろいろあって、一般的には早朝空腹時に血糖値とインスリンを測ってHOMA指数などを出す一番はつきりすると思いますが、30年前の検診でそこまでは、多分インスリンも測っていないですし、外来では最終的に

測ったりもしますが、空腹時の採血がなかなか難しかったり。ただ、インスリン抵抗性は腹囲というか、内臓脂肪との関連はすごく高いことがわかっていますので、30年前の肥満と今の肥満でどのくらい内臓脂肪の肥満が変わっているかというのはデータもないと思うのですが、おそらくは、同じような感じであるのではないかと思います。

それから、思春期というのは一時的にインスリン抵抗性が高まるんですね。それでまた下がったりもします。女性ホルモンの影響とか男性ホルモンの影響などもありますから、なかなか難しいとは思いますが。

回答 朝山 光太郎

そのインスリン抵抗性に関してですが、インスリンの assay 法が30年前と今では全然違って、今のほうがずっと低く出るようになっていきます。以前、赤血球のインスリンリセプターをインスリン抵抗性の指標として使っていたことがあって、そういう報告を私どももたくさんやっていますが、その時点からやはり肥満児はインスリン抵抗性があるというのがわかっていたんですね。そのときに、インスリンの値が50をはるかに超え、あるいは100を超えているというようなお子さんがたくさんいらしたのも事実ですが、今の assay 法と違いますので比較は不可能ではないかと私は思っています。

質問 青木 真智子

結局、神田先生のご講演のときも思ったのですが、やせていても中性脂肪が高かったり、やせていても高インスリン血症があるという現状があるので、本当に大人までの生活習慣病を予防するためには、その辺の何か明らかな指標がなければこれからの長期予防での改善が難しいのではないかと考えてご質問させていただきました。ありがとうございました。

司会

ありがとうございます。最近ではインスリン抵抗性の視点も非常に検討が進んでおりますので、ご質問のとおり今後の課題になってくるのではないかと考えております。

杉原先生の出生体重のことで…… どうぞ。

3. 出生体重について

質問 二村 真秀 (愛知県 / 小児科医師)

新生児学の分野では、最近、胎内の発育とその後の生活習慣病の発生ということが世界的に話題になっておりまして、私も承知しておりますが、20~30年を振り返ってみますと、以前は、極端に言えば、小さく生まれた子どもさんは、それほど無理して栄養を与えなくてもいいのではないかという考え方もあったかと思えます。

現在は、アグレッシブ・ニュートリションと言って、経静脈栄養を使ってアミノ酸製剤を投与したり、あるいは脂肪製剤を投与したりということがこの10年ほどの間の傾向にあるかと思うのですが、そのような子どもさんが今後どういう発育をしていかれるのか、私は非常に興味を持っております。小児科をご開業の先生方がたくさんおられるようですし、杉原先生のように子どもさんの成長をみておられる先生方はその辺のところ、かつてNICUに収容されていた子どもさんと、最近収容されていた子どもさんとで、生活習慣病とまでいかなくても何かニュアンスが変わってきているかどうか、印象なりありましたら教えていただきたいと思えます。

回答 杉原 茂孝

非常に重要な観点だと思いますが、まだ昔のデータに戻って何か解析とか、まとめようというのがないですね。今これから新生児の分野の先生方がいろいろ立ち上げられて、追いかけていこうという動きが出ていると思うのですが、たとえばその30年前にNICUにいた子が今どうなっているか、どうやって調べようか、カルテがどこまで残っているか、あるいは個人情報の問題があったりいろいろ難しいことがあるかと思えますけれども、私自身としては印象も何もまだです。

質問 二村 真秀

もちろんNICUの新生児科医の間ではやっておりますが、ふだん小児科にかかることが多いと思えますので、そういう現場でご開業の先生方とか市中病院の小児科の先生方がどのような印象を持っておられるか、もしわかればと思ってお聞きした次第です。

司会

大変重要なお指摘で、栄養法の変化というのは当然影響を与える可能性があるかと思いますが、ある程度の期間を要することだと思いますので、そのような視点を研究者のほうで持ちながら、その変動をしっかり把握していくことになろうかと思えます。

質問 尾崎 貴視 (香川県 / 小児科医師)

私なども検診の場に遭遇するわけですが、今後、その低出生体重児とか未熟児の方には生まれてからどのようなキャッチアップをしていくのが一番理想的なのか、何かその辺の指標なり結論なりが出ているのでしょうか。

回答 杉原 茂孝

それもこれからいろいろ報告が出てくると思います。昔のペーパーなどで2歳ぐらいまでは、小さく生まれたらその小さいままいって、そのあと2歳、3歳、小児期の肥満の進行のところはものすごく大きな要素を持っているという報告が出ています。それが1歳半から3歳の時点で、最近アディポシティリバウンドとかいろいろなこともあって、その辺での体重の変化に注目しておられる先生もいますし、やはりそのあとだという方もいますし、まだ議論のあるところですね。

質問 尾崎 貴視

これからということですね。ありがとうございます。

司会

次いで、花木先生のご発表に対して何かございますか。先生からは遺伝の側面を中心にお話いただきましたが。では、またあとでまとめてよろしくお願いたします。

朝山先生は、先ほどもちょっとお話に出まして、成人の生活習慣病の視点と言いますか、小児と成人の差異等々をお話いただきましたが、ご質問など如何でしょうか。

朝山先生の今日の結論は、少しエビデンスが少ないので、もう少し関連をより明確にするようにということもその一つだとお伺いしてよろしかったでしょうか。

回答 朝山 光太郎

やはり誤った指導と言いますか、思い入れの多すぎる指導というのは弊害が出てくるということはあると思いますので、そこを気を付けなければいけないと私は考えています。そういうことでございます。

4. 小児生活習慣病検診について

質問 飛田 正俊 (東京都 / 小児科医師)

これは富樫先生のご発表にも関連しますし、朝山先生のお話で、小児肥満については今後エビデンスがもう少し必要であるというご指摘がありました。多摩市のほうでは20数年来生活習慣病検診をやっております。小学5年生から中学2年生まで全員をやっていますが、最近、その検診のあり方についてはどのように考えていいのか、どれだけ効果があるものかということを感じています。多摩市のほうでも予算が限られているから何か削減できるものはないかと言われておりますし、極端なことを言えば採血はなしで、肥満の面からピックアップして検診するような方法はどうかのいろいろな思うわけですが、その辺如何でしょうか。

司 会

これは朝山先生もそうですが、検診をやっておられるほかの先生からお伺いしたほうがよろしいでしょうか。原先生あたり、何かございますか。

回答 原 光彦

私も静岡県のフィールドで20年ぐらい小児生活習慣病の検診をさせていただいており、常にその費用対効果が厳しく言われていて、その観点からも考えていかなければいけません。しかし、今まで20年やってきたデータの蓄積があるからこそ、今回、小児肥満症であるとか小児期のメタボリックシンドロームの診断基準とか脂質異常症などについての日本人のカットオフ値ができてきたという経緯があるわけです。

それともう一つは、先ほどやせのところでも出しましたが、家族性高コレステロール血症のお子さんは、ほとんどが正常体格か、やせ型の方が多いので、採血しなければ気付かれないケースが大部分を占めます。家族歴の調査をしつこくやればわかることもあります。採血したほうが確実です。

ただ、学校現場で採血しようとなると、必ず出てくるのが空腹時採血の問題ですね。それで、非空腹時採

血におけるメタボの基準も検討されており、さらに費用対効果を考えていくと、本当に採血が必要な人をどのように層別化するかという話になってくるわけです。今腹囲や腹囲身長比、黒色表皮症の有無を持ち出して検討しているのは、今後の小児生活習慣病検診の際に、どうしても全員採血ができない場合には次善の策としてどの指標を用いて層別化するかを今検討中なのです。

質問 飛田 正俊

確かに先生の言われますとおり、脂質異常で引っかかってくる子どもさんで、どうも家族性と思われる肥満のない方がかなりみられます。その辺をどうピックアップしていくのか、あるいはどのように指導していくのかというのがわれわれ現場で非常に悩ましいところなので質問させていただきました。ありがとうございました。

回答 原 光彦

家族性高コレステロール血症が見つかった場合は、健康的な生活習慣の指導もちろん大事ですが、もともと遺伝的な背景が強いようならアグレッシブな治療が必要なケースもございます。ケース・バイ・ケースで医学的にしっかり判断してゆくことになると思います。

司 会

あと検診ですと神田先生、何かございますか。

回答 神田 裕

杉並区も費用対効果ということから、この項目は削れないかとかで区の担当者としてとせめぎ合いがあるわけですが、実際には今日出したように、データはまだ十分に解析されていない状態にあるという一面がございます。それは、私ども医師会のほうも担当が代わっていくので、その担当の熱意であるとか、区のほうも担当者の熱意で変わってくると思うのですが、うちの区の今の状況では区の担当者に熱意があって、何とかもっと良くしようという気がございます。

ただ、前は小学4年生と中学1年生でやっていたのが今は小学4年生だけになっている。これはもう区の費用の問題でそうなったことなので、その面を絶えず注意しながら、どうやって続けられるかと。それが本

当に有益であるだろうと仮定をしてどれだけ進められるか、その結果をどれだけ出せるかというのは、やはりやる人の熱意もあると思うので、うちではその熱意を失わないようにやろうと考えております。

司会

では午後のご発表の原先生、太田先生あたりへのご質問がありましたら、どうぞ。

5. 生活習慣病の治療法について

質問 花水 啓 (宮城県 / 小児科医師)

原先生にお伺いいたします。生活習慣病の治療法で表のほうにいろいろ書いてあって、われわれもそれを認識させられて毎日体重を測るとか食事指導とかしています。先生のお話にあった認知行動療法をやることによって、かなり意識づけができて継続力が上がるとか、体重の減りが良くなるかということがあるのかどうか。また、先生が実際に行われていて、どういう組み合わせが最も継続性があるか、その辺を教えてくださいたいのですが。

回答 原 光彦

この認知行動療法を継続できる人というのはドロップアウトが少ないので、当然治療効果は上がりますね。結局、学校で生活習慣病を指摘されて、書類のために1年に1回だけ来るという人は、そのときに一生懸命指導しても、残念ながら悪くなってしまふ方のほうが多いです。

それと、どの組み合わせが一番いいかというのは、その子よってのケース・バイ・ケースになりますので、外来で継続治療をして効果を上げるコツは、患者や保護者の話をよく聞いて、その子が実現可能なレベルの生活習慣の改善を次の外来までに1つか2つやってくるように指示します。私の外来にも手帳がありまして、できたかできなかったかそれに記入して次回に持ってきてもらっています。先ほど最後のスライドにも出しましたが、結局、本人がその気にならない限り、なかなか治らないんですね。

私の病院の外来患者さんは小中学生が多いので、私たちはあくまでもサポートだから自分でその気にならなければいけないということを常に指導して、アドバイスするのは1個か2個ということをやっております。

6. 腹囲身長比について

質問 梅沢 幸子 (神奈川県 / 小児科医師)

今日はいろいろと教えていただきまして、ありがとうございます。

腹囲身長比で測るとメタボリックシンドロームの子が見つかるということがありますが、その子たちは肥満度20%前後の子もいますし、以下という子もいます。先生のスライドではメタボの診断基準で「肥満があって」と書いてあったと思いますが、こういう子どもたちは、たとえば運動不足のような環境が続くと増えるのでしょうか。

回答 原 光彦

そもそもこの腹囲身長比が最初に検討されたのは小児肥満症の診断基準を検討していたころです。そのころはまだメタボリックシンドロームの概念はなく、マルチプルリスクファクター症候群と言っていましたが、高血圧、高中性脂肪血症、肝機能障害、低HDL血症、尿糖陽性の5つの危険因子のうち、3つ以上の集積を最もよく反影するのが腹囲身長比だったので。

この腹囲身長比0.5というのは、確かに肥満度は+20%以下だけれども腹囲身長比は0.5を少し超えるという人が割合多く存在します。先ほど低出生体重児がその後どうなるかという話が出ていましたが、私の外来の経験では、肥満度は正常でも腹囲身長比は0.5以上で、よくよく聞くと低出生体重児で、CTを撮ると内臓脂肪がたまっていたという方も2, 3おられます。小児メタボの診断基準も腹部型肥満が必須項目なものですから、腹囲の絶対値で80cmとしてしまうと、日本の今の診断基準ではそれを満たさなければ、ほかのリスクファクターが3つあってもメタボではなくなってしまう。そういう意味で内臓脂肪型、腹部脂肪型肥満というもののハードルを下げておかないと相当に取り漏らしが出てしまうことと、子どものときに大丈夫だということで折角介入できるチャンスを逃して、大人になって悪くなっているというのも困る。そういう配慮もあって腹囲身長比が小児メタボの診断基準に入っていると私は理解しています。

質問 花水 啓

では、その子たちの指導に関しては肥満の指導として、たとえば20~30%までは集団的な指導でよろしいのでしょうか。

回答 原 光彦

軽度肥満であれば基本的には集団指導でいいのではないかと思います。軽度肥満でも健康障害が比較的強い人もたまにはいますので、その場合は個別にせざるを得ないかと思います。ただ、健診などでどこかでラインを引かなければいけないとすれば、先生のような考え方でいくというのもあり得ると思います。

司 会

私からちょっと申しますと、腹囲身長比0.5というのは、パーセンタイルで言うと腹囲の値が90パーセンタイルに近くなります。欧米の子どもメタボの診断基準でも腹囲の90パーセンタイルを用いたりしています。ただこれだと非常に使いにくく、表とにらめっこしないとメタボの診断ができないのでは大変実用性に欠けるということなので、その部分で腹囲身長比0.5というのを使用すると、正確度はいくらか落ちますが、ほぼ類似した値の90パーセンタイルに近い値が得られそうであるということで、メタボの場合はこれを採用させていただいて、これより多い場合は、メタボであるかどうかわからないけれども腹囲としては多い、すなわち内臓脂肪の蓄積が多くなっている可能性がかなり高いという指標にしてよろしかろうということでこれを加えたという経緯がございます。ちょっと追加をさせていただきました。

7. BMIの評価について

質問 尾崎 貴視

テキスト30頁の表1のところで学童に対する種々の肥満判定法と判定基準があって、その中でBMIが出てきますが、今母子健康手帳では身長体重曲線、肥満度曲線があるけれども、BMIの評価というのがあまり馴染まれていないんですね。このBMIというのは、諸外国では基本的に体格指数として用いられていますけれども、日本人において0歳から成人に至るまでBMIをチャートにプロットすることで評価していくというのは十分耐えうることなのでしょうか。

回答 原 光彦

世界の子どもたちの体格と日本人の体格を比べる場合は、当然BMIでやらないと同じ土俵で議論ができません。日本成長学会のホームページ内に、加藤先生が作られた日本人小児用のBMIのチャートがダウンロードできますので、それにプロットすれば可能です。

質問 尾崎 貴視

それを実際に、たとえば市の検診等で公に使っていくというのは十分使用に耐えられるのかどうかですが。

回答 原 光彦

使って使えないことはないと思いますが、先ほど発表の中でも申しましたとおりで、BMIの場合は性別、年齢別にそれぞれのパーセンタイル値をカットオフ値として用いることになり、絶対値が全部違いますので、それを検診の現場で評価しようとなると、かなり面倒くさいことになってしまいます。それで最近は、どの体格指標が最もよくメタボの病態を反映するかが昔から議論になっています。小児・若年者を対象とした米国の大規模疫学調査でもBMI以外に腹囲身長比で検討した論文などが最近は結構出ています。たくさんの子どもたちを対象とした場合も、現場の負担が軽く、ある程度スクリーニングの力がある指標を選ぶことはCost-Effective上大切なのではないかと思います。

回答 村田 光範

ちょっと追加させていただいていいでしょうか。BMIというのは非常にいい指標でありまして、おっしゃるように5、6歳ぐらいまでの子どもさんに非常にいいのですが、小さな子どもさんでの大きな問題は、先ほど原先生も言われましたように、基準値が大きく変わってしまうんですね。0歳から3歳ぐらいまでの子どもさん、特に乳児期の子どもさんなどにBMIの絶対値で判断しても全然わからないわけです。ですから、それをパーセンタイル値に直すというのはすごくいいことです。

それから思春期を過ぎた子どもたち、大人も含めまして、これは国際的な研究があって、BMIというのは非常に簡単でいい指標なのです。ところが、特に肥満とかやせとかを中心的に指導しなければいけない年齢層、これは小学校の中学年から中学生ぐらいの間になるかと思いますが、そこでBMIは大変大きな問題

をはらんでいるわけです。なぜかという、思春期は体格といいますか、同じ年齢でもばらばらなんです。同じ10歳でも発育の状態から見て8歳ぐらいの子もいれば、もう12歳ぐらいになっている子もいる。成長の発育段階に非常に多様性があるわけです。ですから、その時期のBMIの問題点と特徴というのは、平均値で見ると年齢が上がるにしたがってどんどん数値が上がってしまう。基準値がどんどん上がって行ってしまふんですね。ですから、同じ年齢でBMIの値が同じであっても、肥満体形の子もいれば正常体形の子もいれば、やややせた子もいるということになってしまいます。

もっとわかりやすい例で言いますと、BMIと睡眠時間を見てもいいわけです。小学校の1年生から中学校の3年生までをBMIを基準にして睡眠時間とBMIの関係を見ます。そうすると、当然BMIが大きくなるにしたがって睡眠時間が短くなるということになるのですが、それは本当に生理的になるかどうかというのはわからないので、BMIはだんだん生理的に大きくなってしまふわけですから、単にBMIの問題ではなく、生活上の問題なのかもしれない。そういう誤りを冒しやすいところがありまして、この辺につきましては『肥満研究』の昨年12月号に詳しく問題点を指摘しておりますが、私としては、肥満とかやせとかいうものの指導が非常に重要な時期である小学生期から中学生期にかけては十分注意をしてBMIを使うべきだと思っています。

それから、BMIの利点として集団で使ったりするには大変良いと思うのですが、ぜひBMIの持っている問題点、それから肥満度の持っている問題点といったところを十分にご理解いただいて、使っていただければ良いと考えております。

質問 尾崎 貴視

BMI、パーセントイルでいったとすると、どうでしょう。

回答 村田 光範

パーセントイルでいっても同じことです。まったく同じことが起こってしまいます。

司会

では、最後に神田先生、富樫先生にご質問がありましたらどうぞ。

8. 小児期の肥満について

質問 桑原 正彦 (広島県 / 小児科医師)

富樫先生のデータで、小学生のときの肥満で60~80%がトラッキングして行って、これをもし太田先生や神田先生が言われますように、介入していったらどのようになるだろうかと思うのですが。

また、その辺で介入してもできないものをトラッキングしてしまうのがどのくらいになってしまうだろうか、何か推定できるものはございませんか。

回答 富樫 健二

一つ解析して強く思ったのは、まず、子どもの時に高度肥満だと85%の割合で35歳の時に肥満していると考え、ジェネティックな部分はかなり大きいらしいということ、そこは生活習慣の部分と切り分けて考えていかないと。恐らくその方も努力されたとは思いますが、生活習慣の改善とか、食べる、動くだけでは難しいのかなという感じがしております。

それに対して、20代ぐらいまでであれば、その食と運動の改善など個人の努力で、特に女性にはかなり改善率が高いのですが、30代を過ぎてくると、それもジェネティックな部分なのかもしれませんが、一般の方の肥満の割合に比べると高くなってしまいます。三重県のほうでも一応治療とか介入はしているのですが、やはり長い年月が経ってしまうとそういう効果はかなり薄れてしまうのかなと思っております。

9. 小児の身体活動について

質問 岡田 知雄 (東京都 / 小児科医師)

富樫先生、いろいろと長期にわたっての詳しいデータをありがとうございます。私、非常に感心したのは、身体活動性の問題が先生のデータは非常によくその結果が出ていると思っております。私も20年ぐらいやっていますが、日本の子どもたちの、特に身体活動性の問題は一番重要ではないかと考えざるを得ない状況だと思います。

考えてみますと、日本は1965年以降経済成長で、非常に子どもたちがみんなでのびのびと遊ぶ場がなくなってくる。それに対して、身体活動性が保障されないどころではなく、心の健康にまで影響するような「日ごろの遊び場のなさ」ということを全く無視してきたのではないかと思うのです。

実際問題、肥満の外来で身体活動を指導するのですが、じゃあ具体的にどこでやるのという話になって、ひどいところでは学校の校庭開放すらしていないところもあります。そのような中で時間も無い。受験勉強などでいろいろと制約されているような状況もありますね。これは、もっと身体活動がきちっとできるように改革しなければいけないと思うのです。行政に訴えて、子どもがのびのびと身体を動かすような環境を作らせるような状況にもっていかないと、いつまでたっても同じことを繰り返すのではないかと。特に杉並区のような状況、神田先生はよくご存知かと思いますが、遊び場がないというのは、話にならないわけです。のびのびと遊べる場所を犠牲にして経済成長だ何だと言っているのですが、都市部では身近に自然がない。あるいはのびのびと身体を動かさないという状況を打開しないといけないといつまでたっても肥満対策とならないと思いますが、如何でしょうか。

回答 富樫 健二

私も、もともと体育系の人間なので、小中学校の教員になる学生さんたちと体育とか運動のことについて話し合っていますが、たとえば、地域で言うと申し訳ないんですが、秋田県とか東北地方に肥満の子どもが多いということが言われています。やはり寒い時期になると、子どもたちが外で遊びたくても雪で遊べないというような形で、栄養の摂取量的には温かいところと変わりはないのですが、身体活動ができないがために東北、北海道地方では少し肥満の程度が高い。

それから、今回、毎日新聞のほうから取材があって、最近、福島の子どもたちに肥満が高い。やはり外でなかなか遊べなくて、そのような傾向が高くなっているのではないかと。ただ、行政のほうは努力して、屋内遊び場をたくさん作るようにして安全に遊べるような環境は作っています。昔、1970年代ですと平均歩数が2万歩近くあったものが現在では1万5,6千歩まで落ちてきています。遊び場とか公園というのは減っておらず結構増えてはいるのですが、犯罪があったりとか、親御さんも外で遊ばせるのが心配で、家でビデオを見たりゲームしているほうが良いというような形で、一緒に外で遊んであげるとかいう意識がない家庭ですと、子どもの身体活動量も減っている。それに対して、親御さんが両親ともに運動に対してポジティブな意識を持っていると、子どもも身体活動量が高いと

いう結果も出ておりますので、やはり大人がもう少し子どもの身体活動のことを真剣に考える必要があると思っております。

10. 母子健康手帳の活用について

質問 福岡 秀興（東京都/産婦人科医師）

すばらしいご講演をありがとうございます。杉原先生が最初に言われました胎生期の影響と生活習慣病というのは非常に重要な問題だと思います。今日お聴きしておりますと、母子健康手帳との関連というのが比較的少なかったように思いますが、そういう意味で神田先生の検診も含めて、母子健康手帳と今の検診とを結びつけるような方向性というのを考えていただくと、今世界で一番問題になっている生活習慣病というのは胎児期、あるいは新生児期の発達状況によって非常に大きなものが決められるということの視点から、健診がさらに効率的になるのではないかとと思うのですが、如何でしょうか。

司会

ありがとうございます。ちょっと時間が無いので、ディスカッションのほうはまたあとで、必要がありましたらフロアのほうでということとさせていただきますと思います。先生方、今もご質問がございましたし、まだご発言し足りないこともあったかも知れないのですが、時間がかなり超過してしまいましたので、これでセミナーは終了とさせていただきますと思います。

今日は「小児の生活習慣病のすべて」ということを岡田先生の企画で出していただきましたが、これはもうご存知のとおりで、現代社会に、わが国のみでなく世界的な医療、健康の重要課題であるわけでありまして、これをどのように解決していくかというのは小児保健の分野のタスクとしても非常に重要なものの一つではないかと思えます。これに関しては、もっともっといろいろな重要性に関してのエビデンスを積み重ねていかなければいけませんし、またわれわれもそれに対しての理解を深めるという姿勢が必要ではないかと思っております。

今日の先生方のご発表、あるいはフロアからの熱心なご討論を拝聴するにつけて、この動きをより活発化できればと考えております。

多数の先生方に長時間ご参加いただきましたことを御礼申し上げます、このセミナーを終わらせていただきます。どうもありがとうございます。（拍手）