

O3-051

小児肥満外来にて公認心理師の担う役割

百々 尚美^{1,2}、上河邊 力^{1,2}、上村さおり³、新田 麻美^{4,5}、
澤田 篤史⁶、片岡 義明⁴、平島 淑子⁷、村上 央子⁹、
林 麻子⁹

¹北海道医療大学 心理科学部
²北海道医療大学病院 医療心理室
³北海道医療大学病院 看護部
⁴北海道医療大学病院 リハビリテーション室
⁵北海道医療大学大学院 リハビリテーション科学研究科
⁶北海道医療大学 リハビリテーション科学部
⁷北海道医療大学病院 リハビリテーション科
⁸北海道医療大学病院 栄養相談室
⁹北海道医療大学病院 小児科

【背景】

肥満症治療では、食事・運動療法への動機づけを高め、治療離脱率を低下させる効果をもたらす認知行動療法の併用の有効性が示唆されている(足達, 2012)。しかし小児科での肥満症治療に認知行動療法を専門とする公認心理師が携わる実績は、本邦では十分とは言えない。当院では2023年4月から小児科における肥満症治療に公認心理師も積極的に関わることとなった。本報告では肥満症治療における公認心理師の役割を報告する。

【症例】

14歳女児(身長155.9cm, 体重79.0kg, 腹囲95cm, 肥満度65.0%, 体脂肪率46.3%, LDLコレステロール103mg/dl, 中性脂肪152mg/dl)、9歳から太りだし、小学校3年生以降毎年学校検診で指摘されていたが受診には至っていなかった。当院小児科にて生活習慣病外来を開設している情報を得て2023年9月受診に至った。

【方法】

肥満症への認知行動療法では、食行動を誘発する先行要因を特定し、誘発される食行動を抑制する一方で、他の行動(対処方略)を増やすことを目的としている。【結果】心理カウンセリングを通して具体的には以下の行動を本児に提案した。食事の時以外は食べ物を口にしないようにするため、食べ物を普段は隠しておく(刺激統制法)。小ぶりの食器に変える(視覚情報の操作)。小さいスプーンを使うことで一口の量を少なくする(摂食様式の変容)。食事時は食事という行為に集中し、食べ物を噛んでいる間は、口中の変化に意識を向ける(マインドフルネス)。本症例では、当初は母親が本児を伴って通院していたが、途中から父親もカウンセリングに参加するようになった。各評価(1回目→3回目)は、体重(kg)79.0→78.0、肥満度65.0%→62.2%と、著しい変化はまだ見られないが、本児が継続して食行動を変えていくことに対し、家族全員で問題意識を共有するようになった。夕食時はテレビを鑑賞しながらの食事だったが、テレビを消すか、つけていても音を小さくするなど協力するようになった。

【考察】

小児の肥満には小児のみならず家族全員の協力が必要不可欠である。食行動を抑制し、運動の機会を増やすには、行動変容モデルを活用することが必要である。行動変容を促すうえでは、安全で習慣変容の動機づけに優れている認知行動療法を応用することが必要ではないだろうか。

O3-052

当院における小児肥満診療の現状と課題

林 麻子¹、上村さおり²、上河邊 力^{3,4}、百々 尚美^{3,4}、
村上 央子⁵、新田 麻美^{6,7}、片岡 義明⁶、平島 淑子⁸、
澤田 篤史⁹

¹北海道医療大学病院 小児科
²北海道医療大学病院 看護部
³北海道医療大学 心理科学部
⁴北海道医療大学病院 医療心理室
⁵北海道医療大学病院 栄養相談室
⁶北海道医療大学病院 リハビリテーション室
⁷北海道医療大学大学院 リハビリテーション科学研究科
⁸北海道医療大学病院 リハビリテーション科
⁹北海道医療大学 リハビリテーション科学部

【背景】

本邦の高度小児肥満の割合は年々増加しており、肥満改善は緊急の課題である。しかし、肥満の段階での定期通院の機会は少なく、糖尿病や高脂血症を発症してはじめて治療をはじめることが多い。小児期の肥満は成人肥満に直結し、肥満小児はそうでない子供に比べ、成人してからの死亡リスクが3倍高いとされ、小児期からの取り組みが重要となる。当院での小児肥満診療の現状をまとめた。

【方法】

対象は2021年4月から2023年12月までに当院の小児肥満外来を受診した15歳未満の肥満度20%以上の小児で、6か月以上継続して通院し、基礎疾患のない患者とした。小児科による診察および生活指導、理学療法士による自衛運動および有酸素運動指導、管理栄養士による目測値重量をもとにした管理栄養士による栄養指導、公認心理士による認知行動療法を行った。

【結果】

対象患者は31人で、6か月未満の通院中断例が11例、基礎疾患を有した症例が2例で最終的に18例について検討した。初診時中央値は10.0±3.2歳(2~15歳)、男児:女児は2:1で観察期間中央値は16.5±6.3か月だった。初診時と、最終観察時を比較すると、肥満度は36.1±12.8→24.9±14.9%、総コレステロール 193.2±40.4→178.4±21.9 mg/dl、腹部エコーでの脂肪肝陽性率 92→65%、HOMA-IR 2.2±0.9→0.8±0.2、高感度CRP55.5±22.3→28.9±12.4、インピーダンス法による筋肉量は11.7±2.8%の変化を認めた。通院中断例と通院継続例を比較すると、通院中断例では心理的問題を有する、家族歴を有する、病院からの距離が遠い割合が有意に高かった。追跡し得た通院中断例には2例の糖尿病発症を認めた。

【考察】

初診時に肥満度の上昇だけではなく92%の症例で小児メタボリックシンドロームの診断基準を満たしていた。通院継続例では肥満度の改善だけではなく、総コレステロール値、耐糖能の改善だけではなく、脂肪肝の改善、筋肉量の増加、高感度CRPの低下、など内臓脂肪の低下や高塩分食の改善などを認めた。ただし、1/3の症例が通院を中断しており、その多くが家族歴や心理的な問題を抱えていることから、肥満小児をとりまく種々の問題に対して多職種で関わり、解決に導く必要があると考えられた。