

博士（看護学）学位論文

健康障害につながる肥満を持つ学童期の子どもと  
家族を対象とした介入プログラムに  
重要な要素と看護職の役割の探究  
－SSM を用いたことによる成果－

北里大学大学院看護学研究科

田久保由美子

2013 年度

# 論文内容要旨

---

## 【背景】

小児期の肥満は、罹病期間の長さや生殖器官への影響など成人期発症の肥満とは異なる健康障害が指摘されている。また、からかいの対象になるなど心理社会面にも影響を与える。小児肥満の治療は、家族全体のライフスタイル修正が推奨されているが、長期的効果のある介入方法は明らかとなっていない。肥満が高度な程改善は難しく、研究者らが実施している介入プログラムにおいても同様の状況であった。思春期の肥満は高頻度に成人肥満へ移行するため、学童期に改善することが肝要である。そのためには、改善を困難にしている背景や改善に影響する要素とそれを支援する看護職の役割について明らかにしていく必要がある。

## 【研究目的】

健康障害につながる肥満を有する学童期の子どもと家族への介入プロセスにSSMを用いることで、子どもと家族と医療者の相互のプロセスから、小児肥満の改善に影響する要素を明らかにし、介入する医療者が考慮すべき重要な要素と小児肥満領域における看護職の役割を明確にする。

## 【研究方法】

### 1. 研究デザイン

ソフトシステムズ方法論（Soft Systems Methodology; 以下、SSM）を用いたケーススタディ。SSMとは構造化された思考法であり、問題状況を把握し、その状況において改善と思われることを引き出し、現実との差異から学習を得ていく方法論である。本研究では、Aクラブの問題状況と活動の方向性を探索し、実際に活動をすることで学習を深め、より本質的な課題を探求するために用いた。

### 2. 研究フィールド

中高度肥満もしくは肥満症を有する学童期の子どもと家族を対象とした介入フィールド「Aクラブ」

### 3. 対象

Aクラブに参加する家族7組、子ども8名・母親7名。

Aクラブを運営する医療者および外部スタッフ計7名

### 4. データ収集期間

2012年8月～2013年8月

### 5. SSMを用いた活動方法

医療者を対象にSSMを用いた活動を2サイクル実施した。問題状況を把握し、活動の核となる基本定義「Aクラブとは、Zのために、Yによって、Xするシステム」を定めた。基本定義をC（customer：顧客）、A（actors：行為者）、T（transformation process：変換プロセス）、W（weltanschauung：世界観）、O（owner：所有者）、E（environmental constraints：環境的制約）の要素で分析し、活動に変換した概念的活動モデルを作成した。約5か月間の活動を実施した後、同様の方法を用いて問題状況を把握し、現状で取り組む

---

べき重要な課題についての基本定義を成文化した。

## 6. データ収集および分析方法

- 1) 子どもの肥満改善に影響する要素：SSM2 サイクル目の医療者の発言内容から「医療者が介入を通して得た気づきと課題」、母親を対象とした2回のフォーカスグループディスカッションの語りから「子どもの肥満に対する母親の認識」、医療者以外のスタッフへのインタビューから「介入を通して得た気づきと課題」を抽出した。発言内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、内容分析を実施した。分析には質的データ解析ソフト NVivo10 日本語版 (QRS International) を援用した。上記3プロセスの結果を統合して、「子どもの肥満改善に影響する重要な要素」を抽出した。
- 2) 小児肥満介入における看護職の役割：看護職がAクラブで実践した内容と他職種へのグループインタビューの内容分析の結果を統合して抽出した。

## 7. 倫理的配慮

子どもと家族を対象とする内容は、北里大学医学部・病院倫理委員会B委員会の承認を受けた。Aクラブのスタッフには口頭と文書を用いて、研究者がSSMを実施し、そのプロセスを研究することを説明し同意を得た。

### 【結果および考察】

介入前の子どもの年齢は5～12歳で、肥満の程度は高度5名、中等度1名、軽度1名、標準1名(きょうだい)であった。2013年8月時点での子どもの肥満度は、1名が高度から中等度に改善した。母親の年齢は38～46歳で、BMIは22～35であった。

Aクラブスタッフの職務経験は3年～30年で、小児科医1名、管理栄養士2名、理学療法士2名、看護師1名、日本ムーブメント教育・療法協会認定上級指導者1名であった。

### 1. SSMを用いた活動の実際および成果

1サイクル目では、子どもの筋力が少ないなど問題点は把握していたが、対処法がわからずにいた。しかし、指導以外の方法に関わりたと思っていた。そして、Aクラブの方向性を「元気になって健康を維持するために、子ども、家族、スタッフが共に1つできることを考えることによって、実際に行動するシステム」と基本定義を定めた。その後、各職種で今の健康問題を考慮した活動を展開した。2サイクル目では、子どもは活発に活動し、偏食も改善したが、肥満の改善には至っておらず、「今は病気ではない」「生活は変えられない」という母親の認識と、学校や社会の影響を問題視した。そして、現状の重要な課題として「肥満と健康の関係を理解してもらうために、情報提供、言葉で伝える以外の方法、働きかけ、スタッフを活用すること、集めて見せてやらせることによって、気づきを促すシステム」と基本定義を定めた。CATWOEの要素で分析し、医療者が望む変化は、同時に家族の負担となることを理解した。SSMを用いたことは、混沌としていたAクラブの状況から、方向性や課題を行動の形で表すことが出来、子どもの肥満を取り巻く状況の理解を深めることが出来た。このようにSSMは漠とした状況の改善に効果的かつ効率的に意思決定を行い、明確な行動へと変換を促すことになり、さらに、行動に移す前に、思い込みや不利益を被る人がいないかを吟味できる利点がある。医療の場合は、患者・家族・医療者・

---

地域等の多様な思いが混在し混沌としており、このような場に SSM を用いることの有用性が示唆された。

## 2. 小児肥満の改善に影響する要素

### 1) 医療者が介入を通して得た気づきと課題

4 領域、13 カテゴリーを抽出した。以下、領域は【 】、カテゴリーは《 》で示す。

医療者は、【子ども】に《変われる力》を多く認めた一方で、過体重による身体的負荷と友人関係から《動けない》状況にあり、ストレスや寂しさから《代理摂食》をしていることを理解した。また、【家族】には、《肥満児の母ゆえの負担》や《行動に至る難しさ》に加え、《肥満・健康への軽視》があることを認識した。そして肥満改善の《コアは家族》であると感じ、長期間に渡り関わったことで、《場が与えた影響》に気づくようになった。【スタッフ】は、介入を継続したことで、《見えてきた課題》を認識し、同時に《介入がもたらした成果》を得ていた。肥満児を【取り巻くもの】には、食べることを強要されるなどの《肥満をつくる社会》と肥満者に対する《ネガティブな肥満像》、《理解されない成人肥満との違い》が存在していた。

### 2) 子どもの肥満に対する母親の認識

8 カテゴリーを抽出した。子どもの肥満は、子どもと母親に負担を強い、《母子で背負う重荷》を生じさせていた。そのような状況を《なんとかしたい》と母親なりの対処をしているが、《どうにもならない事柄》もあり、《なんともできない》状況であった。そのような中で A クラブを紹介され、《ここにきてよかった》と肯定的に評価していた。また、子どもの肥満は、《親にかかる手間》を生じさせ、《生活上の気がかり》を抱いていたが、一方で《肥満の容認》をしており、積極的な肥満改善行動には至っていなかった。

### 3) 医療職以外のスタッフが介入を通して得た気づきと課題

2 領域、7 カテゴリーを抽出した。ムーブメント指導者は【子ども】が《動かないが課題ではない》ことに気づき、子どもの《認められたい》様子や、《自分でつくる壁》を感じ、子どもが自分を肯定し、他者も肯定する《ここでつくる自他肯定感》を課題として抱くようになった。【家族】からは、子どもに対する《余裕のないまなざし》を感じとっていた。さらに、肥満が《問題視されない》ことや、母親の肥満もあり、《母子一緒の重要性》を認識していた。

以上より、高度な肥満を有する子どもの改善に影響する重要な要素として、“動けない”子どもが“動ける”「場」と、母親が子どもと一緒に活動して、スキルを身に付け、子どもを認める「場」が必要であり、さらに、健康問題として子どもの肥満を理解し、子どもの肥満を軽視しない社会としていくことが求められた。特に、母親を含めた家族全体には、知識として知っている以上の理解を深めてもらえるような働きかけが必要であったが、どのような方法が効果的であるかは今後の課題であった。

## 3. 小児肥満介入における看護職の役割

小児肥満の介入において看護職が実際に担った役割、他職種が評価し求める役割で主要なものは、家族アセスメントと家族介入であり、他職種にはない家族を捉える視点が必要

---

---

とされていた。また、看護職の評価は、関わりの成果を伝えたことで得られていた。家族との関わりは会話を通して実践されるため、意図的な会話のスキルだけでなく、他職種に向けて発信する能力も必要とされた。

**【結論】**

1. SSM は介入プログラムの問題状況や課題を明確にし、子どもの肥満を取り巻く状況の理解を深めた。
2. 高度な肥満を有する子どもは、過体重による身体負荷と環境により、「動かない」のではなく「動けない」でいた。さらに、周囲から食べることを強要されており、肥満改善の障害となっていた。
3. 高度な肥満を有する子どもの母親は、肥満により子どもが病気になることを危惧する一方で、肥満を容認しており、積極的な肥満改善行動には至っていなかった。
4. 高度な肥満を有する子どもの肥満改善には、子どもが動くことが出来て、居場所となる「場」が必要であった。
5. 高度な肥満を有する子どもの肥満改善には、家族が子どもと共に活動し、スキルを身につけられる「場」が必要であった。
6. 小児肥満介入における看護職の役割は、家族アセスメントと家族介入であり、意図的な会話をする 것과伝えることのスキルが必要とされた。

# 目 次

<b>第1章 序論</b> .....	<b>1</b>
I. 背景.....	1
II. 本研究に至る経緯.....	5
III. 本研究の目的.....	7
IV. 本研究の課題.....	7
V. 本研究の意義.....	8
<b>第2章 文献検討</b> .....	<b>10</b>
I. 国内の小児肥満介入の現状.....	10
II. 国外の家族を含む小児肥満介入研究の現状.....	14
III. 文献検討のまとめと本研究への示唆.....	16
<b>第3章 研究方法</b> .....	<b>19</b>
I. 研究デザイン.....	19
II. 研究フィールド.....	23
III. 研究対象者.....	23
IV. データ収集期間.....	24
V. SSM を用いた活動方法.....	24
VI. データ収集および分析方法.....	25
A. 介入の評価に関するデータ.....	25
B. 小児肥満の改善に影響する要素に関するデータ.....	26
C. 小児肥満介入における看護職の役割に関するデータ.....	27
VII. 定性データの分析手順.....	28
VIII. 信用性と妥当性.....	29
A. 研究手法におけるスキル.....	29

B. 研究領域におけるスキル.....	30
C. データ分析について.....	30
IX. 倫理的配慮.....	31
<b>第4章 結果.....</b>	<b>33</b>
I. 対象者の属性.....	33
II. A クラブスタッフの属性.....	35
III. 活動内容および参加状況.....	36
IV. 介入プログラムの評価.....	36
A. 子どもの身体状況の変化.....	36
B. 子どもの QOL 評価の変化.....	37
V. SSM を用いた活動の実際および成果.....	37
A. SSM 活動の概要.....	37
B. SSM サイクル①.....	38
C. SSM サイクル②.....	41
D. 参加者の発言からみた SSM を用いたことの効果.....	43
VI. 子どもの肥満改善に影響する要素.....	44
A. 医療者が介入を通して得た気づきと課題.....	44
B. 子どもの肥満に対する母親の認識.....	59
C. 医療職以外のスタッフが介入を通して得た気づきと課題.....	68
D. 小児肥満の改善に影響する重要な要素.....	74
VII. 小児肥満介入における看護職の役割.....	77
A. A クラブで看護職が実際に担った役割.....	77
B. 医療者が介入を通して得た気づきと課題の発言からみた看護職の特徴...	81
C. 他職種からみた看護師の役割.....	82
D. 多職種協働での小児肥満介入における看護職の役割.....	86

第5章 考察.....	87
I. ケースの特徴と評価.....	87
A. 対象者の特徴.....	87
B. 介入プログラムの評価.....	87
II. SSM を用いることの有効性.....	89
III. 医療者が考慮すべき小児肥満の改善に重要な要素.....	90
A. 「動かない」ではなく「動けない」.....	91
B. 子どもの肥満と健康問題の関連の理解.....	92
C. 家族と一緒に活動する「場」の重要性.....	93
D. 肥満をつくる社会.....	95
IV. 小児の肥満領域の看護の専門性と課題.....	97
V. 研究の限界と実践への示唆.....	99
第6章 結論.....	101
謝辞.....	102
文献.....	103
図表.....	117
資料.....	139



## 図 表 目 次

### < 図目次 >

図 1 : A クラブ介入プロトコール.....	117
図 2 : 本研究の事例研究デザイン.....	118
図 3 : SSM の伝統的な 7 ステージ・モデル.....	119
図 4 : 本研究と SSM の関係模式図.....	120
図 5 : 小児肥満の改善に影響する要素のデータ収集プロセス.....	121
図 6 : SSM①で作成した概念的活動モデル.....	122
図 7 : 母親との FGD「体重を減らすことは何故難しいのか」の内容を 基にしたリッチピクチャー.....	123
図 8 : 母親との FGD「何故体重を減らさないといけないのか」の内容を 基にしたリッチピクチャー.....	124
図 9 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の職種別 4 領域発言割合.....	125
図 10 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の 4 領域別発言職種割合.....	126
図 11 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の【家族】カテゴリー 発言数の職種比較.....	127
図 12 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の【取り巻くもの】カテゴリー 発言数の職種比較.....	128

## < 表目次 >

表 1 : 対象者の属性.....	129
表 2 : A クラブスタッフの属性.....	130
表 3 : A クラブの活動内容.....	131
表 4 : 肥満度および体脂肪率の推移.....	132
表 5 : 介入前後での子どもおよび母親が評価した子どもの QOL 得点の変化.....	133
表 6 : 基本定義および CATWO 分析結果の SSM サイクル間の比較.....	134
表 7 : 医療者が介入を通して得た気づきや課題.....	135
表 8 : 母親の子どもの肥満に対する認識.....	136
表 9 : ムーブメント指導者が介入を通して得た気づきや課題.....	137
表 10 : 他職種からみた看護職の役割.....	138

## 資料目次

資料 1 : 小学生版 QOL 尺度 子ども用.....	139
資料 2 : 小学生版 QOL 尺度 親用.....	143
資料 3 : 研究代表者の本研究実施に対する承諾書.....	147
資料 4 : 本研究に関するスタッフへの研究協力依頼書.....	148
資料 5 : 本研究に関するスタッフの研究協力同意書.....	150

# 第 1 章 序論

## I . 背景

国内の小児肥満の頻度<sup>1</sup>は 1970 年から 2000 年にかけて約 2～3 倍に増加し、2005 年まではほぼ横ばいで、その後低下傾向を示している(菊池,2011)。平成 24 年度の文部科学省学校保健統計によれば、肥満傾向児の出現率は、11 歳男子 10%、女子 8.6%、14 歳男子 8.4%、女子 7.4%であり(文部科学省,2013)、未だ多くの肥満児が存在し、「欧米のように重症の肥満が臨床的に増えつつある感がある」とも言われている(岡田,阿部,井口,吉野,2010)。

肥満とは、体脂肪が異常に増加した状態であり、摂取エネルギーと消費エネルギーのアンバランスから生じる。小児肥満の発症に関連する要因としては、飢餓時代の中で自然淘汰により選択・保存されてきた儉約遺伝子等の「遺伝要因」(蒲原,2005)、食習慣が不規則、テレビの視聴やゲームの時間が長い、睡眠時間が短い、早食い、野菜の摂取が少ない、運動強度の高い活動時間が短いなどの「生活習慣要因」(遠藤,平野,戸村,柳,2001; 大木,稲山,坂本,2003; 渡辺,李,川久保,2011; 山本,2005)、加工食品やスナック菓子等の広告、遊び場の減少などの「外部環境要因」が複雑に関連している(村田,2003)。小児期の肥満は、高頻度に成人期にトラッキングし、罹病期間の長さや生殖器官への影響など、成人期発症の肥満とは異なる健康障害が指摘されている(花木,2011)。また肥満児は、

---

1: 国内の小児肥満の判定法としては、肥満度(過体重度)が多く用いられている。これは、性別、年齢別、身長別に算出された標準体重に対する過体重割合で、20～30%未満を軽度肥満、30～50%未満を中等度肥満、50%以上を高度肥満という。欧米諸外国では、BMI (body mass index) のパーセンタイル値が用いられているが、日本では小児の基準値の設定を試みている段階である。

血液検査異常値の合併や小児メタボリックシンドローム基準該当者が多く(大関,2010; 蕨迫ら,2010)、動脈硬化性変化と早期死亡のリスクも報告されている(Franks et al., 2010)。

肥満は目に見える状態のため、からかいやいじめの対象となることもあり、心理社会面にも大きな影響を与えている。多田(2006)は、10～15歳の肥満児にYG性格テストを実施し、高度肥満群に不安定消極型が多いことや、文章完成テストでは、肥満群に屈折・不満な態度を示す表現が多いことを報告している。また、小児肥満の情緒的影響に関する文献レビューでは、過食状況と不安や抑うつとの関係、低い自尊感情と身体評価の関係など、全ての文献で情緒的影響があることが報告されている(Cornette, 2008)。大関(2004)は、「精神・心理的ストレスが肥満を悪化させ、肥満の進行が精神的状況をより苦しいものにしている」と、ストレスと肥満の悪循環を指摘している。

このように小児肥満は子どもの心身に多大な影響を及ぼすが、外来に通院中の母親であっても、子どもの肥満に対する危機感がなく、積極的に対処する姿勢がないことが明らかにされている(弓場,2007)。

日本肥満学会の小児肥満治療の原則は、①成長・発達をさまたげないこと、②肥満度の軽快に重点をおくこと、③家庭の協力を重視すること、④指導内容がわかりやすいことであり、食事療法・運動療法・行動療法を紹介している(日本肥満学会,2004)。McGovern et al.(2008)は、小児の肥満治療についてメタアナリシスを行い、薬剤と複合的ライフスタイル介入、特に家族を含むものでBMIの減少効果を認めたが、長期的効果のある治療は不明であると報告している。August et al.(2008)が作成した米国内分泌学会の小児肥満の治療に関する臨床ガイドラインでは、家族全体と子どもの年齢に応じた方法でのライフスタイル(食事・身体活

動・行動) 修正介入を強く推奨している。しかし、このガイドラインのエビデンスレベルは低く、中等度レベル以上のものは含まれていない。

子どもの肥満と家族の関係についての報告は多く、母親の肥満と子どもの肥満の関連、食行動の類似性が示されている(遠藤ら,2001; 渡辺ら,2011; 結城,菊池,松浦,2005)。吉田(2003)は、子どもの過食に関する母親の育児態度として、子どもの感情に対して食べ物で対応する、子どもの感情や統制に食べ物を使う、子どもを拒否しているなどを挙げている。また、多田ら(2006)は、高度肥満群では軽・中等度肥満群より両親共に子どもの統制が低いことを報告している。一方、Dalton & Kitzmann (2008)は、家族と子どもの健康に関する文献レビューから、ネガティブな家族機能が子どもの肥満に関連すると長い間考えられていたが、この因果関係を支持する研究はないと述べている。Epstein et al. (2007)は、自身の25年間に渡る家族ベースの介入プログラムの効果を検証して、長期的なBMI変化の予測値は親のBMI変化であったことを発表した。小児肥満は日々の生活の結果であり、家族ベースの介入や、親自身の肥満が改善する状況が子どもに良い影響を与えることは当然である。しかし、多くの介入が、介入終了時には効果が得られていても長期的な効果に至っていない。Fisher & Birch(1999)は、子どもの食行動を親が制限すると、制限されている間はその食物は控えられるが、制限されることなく存在すると食べることを統制できなくなることを実証している。このように、小児肥満の治療に家族を含めることの重要性は認識されているが、長期的効果を得るためにどのように家族を含めていくかは明らかではない。

一方、看護師や養護教諭、医師も肥満児の親への対応に困難感を抱いており、能力不足や苦痛、拒否的感情を感じていた。特に、母親も肥満

である場合や否定的・防衛的な態度に苦慮していた(Edvardsson, Edvardsson, & Hörnsten, 2009; 平賀他,2007; Jelalian, Boergers, Alday, & Frank, 2003; Miller, Grunwald, Johnson, & Krebs, 2002; 田口,竹崎,根田,2009)。また肥満児の親も、医療者は支援方法を知らず、放棄や非難されていると感じており、同様のことが報告されている(Edmunds, 2005)。

肥満は摂取エネルギーより消費カロリーが増すことで改善するのは明白である。しかし、このように肥満児を取り巻く背景は複雑であり、家族、医療者、社会を考慮する必要がある。肥満児やその家族の特性を明らかにする研究、介入方法を開発して効果を検証する研究は数多く実施されていながらも、効果的な支援方法は確立していない。「一般に、肥満が高度なほど、年長者ほど、肥満に伴う精神・心理的問題を有するほど難治性である。」と言われている(原,2007)。そのため、より早期からの肥満予防に重点がおかれ、胎児期からの健康教育の必要性が言われている(中川ら,2007)。一方で、健康障害のリスクの高い高度な肥満を有する小児の対策はすすんでいない。朝山(2000)は、学童期に肥満治療が望ましい理由として、食事、生活規律、運動が指導できる発達段階に達していること、身長が伸びるのでカロリー制限の必要がないことが多いこと、大人が生活面全般に介入することが可能であること、肥満による精神的抑圧や劣等感が深刻でないこと等を挙げている。学童期は男女とも肥満頻度が急上昇する時期であり、また、思春期から成人期への肥満のトラッキングは高率であるため(吉永,2012; 吉永ら,2009)、学童期に介入して肥満を改善することが肝要である。そのためには、何故高度な肥満の改善が難しく、どのような要素が影響するのかを明らかにしていく必要がある。そして、看護職としてそれをどのように支援していくの

かを明らかにしたいと考えた。

## Ⅱ．本研究に至る経緯

研究者は、小児 2 型糖尿病や中高度肥満児とその家族の研究や臨床経験から、高度な肥満を有する子どもと家族を対象とした介入プログラムの必要性を感じていた。また、肥満治療を専門とする小児科医も短時間の外来診療では高度な肥満児の改善は難しく、通常の食事・運動指導に限界があることを感じていた。そこで、改善困難な中高度肥満児とその家族を対象とした介入プログラムの開発に着手した。肥満児の介入には運動と食事の要素は必須であり、多職種で多方面からのアプローチが必要と考え、小児領域の経験を持つ理学療法士と管理栄養士に声をかけ、プロジェクトチームを結成した。2009 年 10 月から月 1 回の検討を重ね、長期休暇期間に開催する種々の測定を兼ねた 1 日プログラムと、月に 2 回週末に開催する運動遊びや調理実習などの 90 分プログラムを計画した。同時に、評価に必要な測定項目を選定した。また、運動を中心に活動を支援してくれる団体を探し、ムーブメント教育・療法<sup>2</sup>の専門家の協力を得た。大学生と標準体型児を対象に 1 日プログラムのプレテストを繰り返しながら、プログラム内容や運営方法を修正し、最初のプログラムが完成し、A クラブと名付けた（図 1）。その後、肥満児の診療をしている医師の協力により参加者を募り、3 家族からの申し込みを得て、2012 年 8 月から活動を開始した。参加者は徐々に増え、8 家族、子ども 10 名となった。

---

2：マリアンヌ・フロステイングが提唱した教育理論で、運動遊びを原点とした発達支援法であり、「からだ」「あたま」「こころ」の統合的な発達をめざした活動。



活動開始前は、参加者は 5 名程度で、参加率も半分に満たないと予想していたが、約半年間が経過し、参加率も高く、子どもは楽しく体を動かし、母親も積極的に子どもを連れて来ていた。しかし、肥満度や体脂肪率に改善は見られず、医療者は困難感や疑問を抱くようになった。また、実際に子どもや家族と長く関わることで、肥満が子ども体や生活に多大な影響があることを知るに至った。研究者は、子どもの肥満改善の鍵となる母親に主に関わり、複雑な家族背景、母子関係の気かりなど様々な気付きを得ていたが、子どもの肥満改善を阻んでいるものが何であるか、どのような課題があるのかなど混沌とした状況であった。準備期間は「何を測定するか」「どのような内容を含めるのか」「ゴールはどこにするのか」ということは検討していたが、A クラブとして「何を、どのように目指していくのか」ということについては検討していなかった。そこで、混沌とした現状を俯瞰し、A クラブの目指す方向性を定めていく必要を感じた。そして、医療者の思い描く世界と、子どもと家族が反応を返してくる現実の世界、この相互プロセスを繰り返しながら得た課題の中に、改善困難な高度な小児肥満の改善に影響する要素が含まれるのではないかと考えた。そこで、このプロセスを可視化し、混沌とした構造化されていない問題に対応するアプローチ法であるソフトシステムズ方法論（Soft Systems Methodology, 以下 SSM）を用いたケーススタディに着手した。

また研究者は、看護職のみの環境下で、肥満や糖尿病の対象に数多くの保健指導を実践してきた。肥満治療ではチーム医療が必要不可欠と言われているが、看護職は構成要員に含まれていなかったり、肥満児の看護について解説されていてもチーム医療下でないなど役割は明確ではない(飯塚,2011; 木村,2012; 今野,横井,2006; 二宮,2006)。このような診療

と離れた状況下において、多職種協働のチームにおける看護職の役割や専門性は何であるかと疑問を持ち続けていた。この看護職の役割も子どもと家族、他職種との相互作用のプロセスを通して明らかに出来ると考えた。

### Ⅲ．本研究の目的

本研究の目的は、健康障害につながる肥満<sup>3</sup>を有する学童期の子どもと家族<sup>4</sup>への介入プロセスにSSMを用いることで、子どもと家族と医療者の相互のプロセスから、小児肥満の改善に影響する要素を明らかにし、介入する医療者が考慮すべき重要な要素と小児肥満領域における看護職の役割を明確にすることである。

### Ⅳ．本研究の課題

高度な肥満を有する学童期の子どもと家族の介入の場であるAクラブのスタッフ（医療者）に対し、SSMを用いることで行為的学習を促進する基礎を作り、子どもと家族への介入プロセスを通して以下の内容を明らかにしていく。

1. SSMを用いた活動はどのような成果をもたらすか。
2. 医療者が実施する介入プロセスにおいてどのような気づきや課題があるか。

---

3：肥満度 30%以上の中高度肥満および肥満症に該当するもの。

肥満度＝（測定された体重－標準体重）／標準体重×100

標準体重は 2000 年度の性別、年齢別、身長別の標準値を使用する。

4：肥満を有する子どもと生活環境を共にする同居者。

3. 高度な肥満を有する子どもの母親は、子どもの肥満に対してどのような認識を持っているか。
4. 医療者以外のスタッフが実施する介入プロセスにおいてどのような気づきや課題があるか。
5. 子どもの肥満改善に影響する要素は何であるか。
6. 多職種協働で実施する介入プロセスで看護職が担う役割、求められる役割は何であるか。

## V. 本研究の意義

本研究は、改善困難と言われている高度な小児肥満の改善に影響する要素を明らかにし、新たな介入方法の開発に寄与するものである。これは既存のプログラムにはない視点を付加し、長期的な効果をもたらす可能性がある。小児期の肥満は心身共に大きな影響を与えるため、この時期に改善出来ることは、子どもの健全な成長発達を支援することになる。さらに、小児期に健康的な生活習慣を身に着けることで生涯に亘る健康への影響が期待できる。また、本研究の対象は子どもだけでなく家族全体も含まれる。肥満児の家族は生活習慣病のハイリスク集団であり、家族全体の健康を目指すことは、家族の生活の質を向上させることに繋がる。小児期の肥満に介入し、将来の生活習慣病治療を2年～5年延期できたと仮定すると約20倍の医療費削減が可能になると報告されており(吉永ら,2009)、家族員全員の生活習慣病の予防および発症の遅延は、今も増加の一途をたどっている生活習慣病にかかる医療費の削減に貢献できる可能性がある。

本研究は多職種協働の場で実施するが故に、他職種に説明し得る小児

肥満治療の看護職の専門性を明らかに出来ると考える。さらに、チーム医療を推進する上での専門職間をつなぐ要素を明らかにする一助となり得る。これらは、小児肥満以外の小児慢性疾患等にも応用が可能であり、チーム医療の推進や専門職連携教育にも寄与することができる。

本研究の全ての結果は、小児肥満のみならず、今後も増加が予想されている成人期の生活習慣病にも応用が可能であり、これらの看護実践の質向上に貢献することが期待できるものである。

## 第 2 章 文献検討

本章では、学童期の国内の小児肥満介入の現状と国外の家族を含む小児肥満介入研究の現状の観点から既存論文を検討し、最後に文献検討の結果を踏まえた本研究への示唆についてまとめた。

国内文献は、医学中央雑誌 Web 版 (Ver.5)、JDreamIII、CiNii の文献検索データベースを用い、「小児」「肥満」「治療」「介入」「プログラム」を検索語、発行年度を 2002～2013 年に限定して検索を行った（最終検索日 2013 年 11 月 25 日）。該当した論文から会議録を除外し、学童期の肥満児を対象として、介入の内容が記載されている論文を選択した。対象となった論文は、18 件であった。内 2 件が同一著者による介入内容も同様であったため、17 件を対象とした。

海外文献は、PubMed および CINAHL を用いて、“obesity” “program” “intervention” “treatment” “family” を検索語、発行年度を 2002～2013 年、言語を英語、年齢区分を 6 から 12 歳に限定、“prevention”を除外して検索を行った（検索日 2013 年 2 月 25 日）。該当した 205 件の論文の抄録、本文から、学童期の肥満児とその家族を対象とし、介入の内容および BMI や肥満度の評価が記載されている論文を選択した。対象論文は 36 件であったが、内 2 件が 2 つのプログラムを含んでおり、また、2 件が同一著者による介入内容も同様であったため、36 件のプログラムを分析対象とした。

### I . 国内の小児肥満介入の現状

介入の場は、医療機関の受診形式 4 件、キャンプ等の宿泊形式 4 件、

学校 4 件、地域等の教室 3 件、その他、家庭訪問 1 件、郵送 1 件であった。介入者の職種の記載があったのは 14 件で、栄養士もしくは栄養教諭を含むもの 13 件、医師を含むもの 11 件、看護師もしくは保健師を含むもの 7 件、理学療法士もしくは運動の専門家を含むもの 6 件、養護教諭を含むもの 5 件、担任等の教諭を含むもの 4 件、臨床心理士等の心理職を含むもの 4 件、大学生を含むもの 2 件、作業療法士を含むもの 1 件であった。単一職種での介入は看護師が実施したもの 1 件であった(二宮, 丸山, 宮内, 庄司, 2011)。介入期間は、宿泊形式は 1 泊 2 日～3 泊 4 日、学校を基盤としたものは 8 か月～10 か月、受診形式は、月 1 回～2 か月に 1 回の頻度、教室は 4 か月～6 か月であった。最長介入期間のプログラムは、2 年間の継続的な家庭訪問であった(吉岡, 神田, 2004)。介入対象は、全てに子どもと保護者が含まれており、保護者の役割は子どもの支援が主であった。きょうだいを含めた家族を対象としたものは 1 件のみであった(藤原, 井上, 木崎, 衣笠, 2003)。

Tanaka et al.(2005)は、外来で 5 つの約束事 (20 回以上噛む、ジュースの代わりにお茶を飲む、野菜の摂取を増やす、おかわりをしない、1 日 1 万歩以上歩く)と 2 日間の食事記録を基にした栄養教育を実施した。対象者 89 名中、4 回以上受診し、1 年後の評価が実施できたのは 36 名 (40%)で、32 名の肥満度が減少した。青木, 徳川(2009)は、受診した 12 名に対し 1 日 4 回体重測定、朝山らの生活習慣の基本的約束事項<sup>5</sup>、夕食の副食の足の数に記載させる行動修正療法を実施し、6 か月後の評価では肥満度、体脂肪、血液データの改善を認めた。藤原ら(2003)は、通

---

5: 日常生活で注意すべき 7 項目を設定してチェックリストに記入し、点数化する。項目は、①毎日 1 人分を盛り付けて食べ始める、②1 日 3 食、食卓で食べる。③食品の大体のカロリーを目分量で知っておく、④牛乳 200ml 以外はノーカロリー飲料、⑤パンには何もぬらない、サラダには何もかけない、⑥テレビゲームは一人で自分の家で、⑦体重計測は週に 1 回朝。

院中の肥満児に対し、月に 1 回 2 時間の運動指導と夏季休暇中の集中指導、隔月 1 回の家族も対象としたウォーキング指導を実施した。1 年間に 5 回以上参加したものは、4 回以下の参加者と比較して、有意に肥満度が減少し、運動量が増加していた。山村ら(2008)は、小児生活習慣病外来を栄養学科の教員と協力して実施し、食事指導と次回受診時までの体重測定や運動等の約束を決める行動療法を行い、約半数が肥満度を 10%以上減少した。古川,岡田(2011)は、運動と栄養の教育を行い、減量体験を通して自信につなげることを目的とした子どものみのキャンプを実施していたが、2 か月半後には半数がリバウンドしており、親子参加形式に変更した。更に、キャンプ 3 か月後、6 か月後にフォローアップの企画をすることで、キャンプ 6 か月後も肥満度が改善した。白崎ら(2003)は、肥満児童とその保護者を対象に、子どもの生活習慣の問題点を家族と共に考え、改善に向けて援助する 1 泊 2 日のキャンプを実施した。1 年後の肥満度は変化がなかったが、2～6 年追跡できたものは有意に肥満度が低下していた。しかし、高度肥満児は、2/3 が高度肥満のままであった。川村ら(2003)は、高度肥満児を中心とした 2 泊 3 日のキャンプを実施し、肥満に対する教育、食品分類や食べ方、運動、余剰体重等の体験学習、肥満克服者の体験談などを実施したが、その効果は 6～8 か月であった。鈴木ら(2008)は、通院中の子どもを対象に 3 泊 4 日の合宿形式の入院を実施し、低カロリー食と 1 日 4 時間の運動療法、規則正しい生活指導を実施し、その後の体重増加傾向は鈍化した。飯塚ら(2010)は、医師・養護教諭・栄養士が協働して、肥満度 20%以上の児童から参加者を募り、小学校で 9 か月間の認知行動療法を実施した。朝山らの生活習慣の基本的約束事項を修正した 8 項目の約束の実施状況を記載した表を養護教諭に毎週提出することを課し、保護者には、児童の体重が維持も

しくは減少した場合に褒めることを依頼した。1年後の評価では、生活習慣の変化や健康への意識が高まったが、肥満度や QOL に変化は認められなかった。畑江(2009)は、全校から 7 名前後の指導対象者を決め、養護教諭と栄養教諭が中心となって休み時間を活用した計測と個別指導を実施した。また、担任と連携して家庭への連絡等を行い、7 名中 4 名の肥満度が低下した。吉岡,神田(2004)は、小児生活習慣病予防検診で肥満度 20%以上の児童生徒を対象に栄養士による食事と運動の個別訪問指導プログラムを実施した。2 年間に 5～8 回の家庭訪問を行い、行動目標を設定し、その実施と評価を支援した。参加者 9 名の肥満度は平均 5.1% 低下したが、非参加者と比較して有意差はなかった。津田(2003)は、保健所を連携の軸として、栄養と運動の講義と実習、行動課題を設定する認知行動療法を用いた教室を夏休みに 3 日間、冬休みに 1 日実施した。半年後から 3 年後までの追跡調査を行い、中等度肥満児の肥満度は減少したが、高度肥満児はリバウンドを認めた。片山ら(2011)は、10～11 歳の小児メタボリックシンドローム診断基準に該当する児童と保護者 14 組に、4 週間おきに 4 回の教室を実施した。栄養と運動の講義と実践、カウンセラーによる緊張を和らげるなどの心理的支援を行い、教室による心理的負担の増強は認めなかった。大型の児童センターでは、医師・栄養士・運動の専門家・心理士による週 1 回のスポーツ教室が実施されており、肥満児の運動特性に合わせた 1 時間の運動プログラムと個別の保健指導を実施している(羽崎,2006)。上記 2 件は、肥満度の評価は記述されていなかった。

看護職が中心となって実施したものは 3 件で、二宮ら(2011)は、小学校で希望者を募り月 1 回、2 時間の運動実技と栄養や健康についての学習を 10 か月間実施した。プログラム開始 1 か月後は肥満度が有意に減



少していたが、終了時には有意差はみられなかった。また、自己効力感  
は有意に増加したが、ソーシャルサポートは変化なかった。中村ら(2003)  
は、養護教諭と連携して、小学校 5 年生全員を対象に食習慣に焦点をあ  
てた学級活動や家族と共有する健康ファイルを用いた生活習慣改善プロ  
グラムを 10 か月間実施した。肥満度 20%以上の学童 9 名中、肥満度が  
軽度の 4 名が改善した。Sato et al.(2007)は、通院中の肥満児に 3 日間  
の食事記録を月 1 回記入してもらい、栄養バランス表を用いて評価した  
ものを郵送で返却することを 6 か月間実施した。開始 1 か月後に 5 人が  
中断したが、継続した 21 人の 6 か月後の肥満度は有意に減少した。

看護職の役割について記述があったものはキャンプ形式の 2 件で、そ  
の役割は、身体計測、怪我の対処、医師と保護者の面談の同席、生活情  
報の収集と生活指導、精神的サポート、子どもの考えを親に伝えるであっ  
た(古川,岡田,2011; 川村ら,2003)。

## Ⅱ．国外の家族を含む小児肥満介入研究の現状

研究方法は 35 件が量的研究で、RCT を用いたものが 14 件、量的研究  
と質的研究を用いたものは 1 件で、子どもと親へのインタビューを用い  
てプログラム開発したものであった(Pittson & Wallace, 2011)。介入期  
間は 6 週間から 2 年間で、3 か月以内が 13 件、4 か月~6 か月以内が 12  
件、7 か月~12 か月以内が 10 件、1 年以上が 1 件であった。

介入者の職種は、記載のあった 30 件中、26 件に栄養士が含まれてい  
た。小児科医 16 件、心理職または精神科医 15 件、運動の専門家 14 件、  
看護職 10 件(内スクールナース 4 件)、その他 9 件でソーシャルワーカー  
やボランティア等が含まれていた。単一職種で実施したものは栄養士 1

件と看護職の 1 件のみであった。

介入の対象としては、子どもと保護者を対象としたものは 30 件で、親のみに介入しているのが 3 件、親のみと子どものみに介入して比較したものが 1 件であった。保護者以外のきょうだい等を含むものは 2 件で、地域で開催されたものであった。親のみに実施した内容は育児スキルの教育に焦点を当てたものが 2 件で、介入前後で子どもの BMI<sub>z</sub> スコアは有意に低下しており、1 年後も介入前からは低下していた (Moens & Braet, 2012; West, Sanders, Cleghorn, & Davies, 2010)。もう 1 件は、健康的な生活習慣についての教材の郵送とカウンセリングを組み合わせたもので、介入前後で子どもの BMI は有意に減少を認めた (Resnick et al., 2009)。親子別々に介入したものでは、1 年後の肥満度は両群とも有意に減少していたが、親のみの方が減少率は大きく、7 年後の非肥満割合も高く、父親の血液データも改善していた (Golan, 2006)。子どものみの面接と親子のグループセッションを比較したものは、親子グループのみが BMI-SDS が有意に減少していた (Kalavainen et al., 2009)。

介入の内容は、全てに食事に関する事、運動や座っている時間を減らすなどの身体活動に関するものが含まれていた。食事の教育は、Epstein らが開発した食品を赤色・黄色・緑色に分類し、緑色の摂取を推奨し、黄色・赤色を控える Traffic Light Diet やフードピラミッド、フードラベルの見方が多く用いられていた。食事・身体活動以外には、セルフモニタリングや刺激統制、ゴール設定、賞賛などの行動療法を用いたものが 22 件、育児スキル教育を用いたものが 6 件であった。また、身体活動の時間や体重の維持・減少によりギフトカードを得られる行動経済学を用いたものが 2 件であった。介入方法では、個別セッションのみで実施したものが 7 件で、他はグループセッションを用いていた。個別とグ

グループセッションを比較した研究は 2 件あり、介入前後では両群とも BMI は減少していたが、グループセッションの方が効果は高かった (Garipagaoglu et al., 2009; Pedrosa et al., 2011)。

介入の結果、介入前後で BMI や BMI<sub>z</sub> スコア、BMI-SDS に改善がみられたのは 32 件であった。効果がなかったのは 4 件であり、その内容は、1 件は積極的な介入期間が 2 週間と短期であった (Epstein, Roemmich, Stein, Paluch, & Kilanowski, 2005)。2 件は、低所得者家族を対象にしたもので、食事・活動・行動修正を組み合わせた内容を 2 週間毎に 4 か月間実施し、19 家族中 7 家族が終了したもの (Wilson et al., 2009) と、3 回の面接と 5 回の電話を用いた個別の 8 週間のセッション (Cluss, Ewing, Long, Krieger, & Lovelace, 2010) であった。もう 1 件は、肥満のシングルマザー家族を対象とした 4 か月毎の個別教育であった (Hashemipour, Kelishadi, Tavalaei Zavvareh, & Ghatreh-Samani, 2012)。また、介入前後で効果が得られ、その後維持はできていても、継続して改善しているものはなかった。

ドロップアウトの記載があったのは 26 件で、その割合は、10%未満が 2 件、10~20%未満が 6 件、20~30%未満が 5 件、30~40%未満が 5 件、40~50%未満が 3 件、50%以上が 3 件、ドロップアウトがなかったのは 2 件であった。最も高いドロップアウトは 73.4%で、肥満症や高度肥満児を対象とした小児病院の外来で実施された認知行動療法を用いた個別介入であった (Skelton, DeMattia, & Flores, 2008)。

### Ⅲ．文献検討のまとめと本研究への示唆

国内外の学童期の肥満児を対象とした介入プログラムは、保護者を含

み、健康的な食生活と身体活動量の増加を目指して、行動療法を用いることが主流となっている。しかし、介入期間の長さに関係なく、介入直後には効果が得られていても、その効果は継続していない。また、高度肥満児の改善の難しさは共通している。多くの子どもは肥満が軽減しても解消したわけではない。学童期は身長が伸びるため、介入により生じた健康的な生活習慣が継続していれば肥満の改善が続いている可能性が高いが、そのような成果は得られていない。また、ドロップアウト率が高さを加味すると、「介入の効果あり」とは言えないプログラムもある。ドロップアウト率の高さは、対象が求めている介入内容ではないことが推察される。子どものみを対象とするよりは、家族を含めた介入の方が効果が高く、国外ではグループセッションや育児スキル教育など積極的な家族介入が実施されている。しかし、現在の介入方法では長期的効果を得ることは難しいと考えられる。効果的な介入プログラムに必要な要素としては、ドロップアウト者が少ないことが基本であり、長期的効果を得るために、新たな介入内容を付加していく必要があると考える。

国内の介入プログラムは医師主導型であり、国外は多職種連携型が主流であるが、国内外共に栄養士が担う役割が大きい。一方、看護職が含まれることは少なく、単独での介入も実施している。これは、医師、栄養士、心理士、運動の専門家に比べ、この領域における看護の専門性が明確でないからと考える。

家族看護の研究者である Chesla(2010)は、小児肥満の研究結果は、家族への介入が健康を向上させることを証明するのによい例と述べているが、同時に、多くの研究に看護職が含まれていないことも指摘している。そして、複合的なライフスタイルの変化は多様な介入方法が必要であり、家族のニーズや悩みを表出させ、継続的な注意と支援を行う看護の方略

が基本であると述べている。看護は健康と生活、家族を専門とする職種であり、小児肥満領域における看護の専門性を明らかにしていくことは重要な課題である。

## 第 3 章 研究方法

### I . 研究デザイン

本研究の研究デザインは、ソフトシステムズ方法論（Soft Systems Methodology; SSM）を用いたケーススタディとする。

ケースとは「境界のあるシステム」であり、ケーススタディは、方法論的な選択ではなく、何が研究されるべきかという対象の選択である（Stake, 2000/2006）。Yin(2014)は、ケーススタディとは、経験的な探求であり、特に現象と背景の境界が明確でない場合に、現実世界の背景の中で、現在の現象を深く調査することであり、ケーススタディのデザインとデータ収集の特色は、トライアングレーションがデータの扱いを助けるような、データポイントよりも多くの関心ある変数をもつような特色のある技術的な状況に取り組むことであると述べている。本研究は、高度な肥満を有する子どもと家族を対象とした 1 プログラムの枠組みの中で、子ども・家族・スタッフが相互に関わるプロセスを通じて、それぞれから得られたデータを統合して研究課題を明らかにしていくものである。Yin(2014)はケーススタディのデザインを、単一ケースデザインと複合ケースデザイン、包括型（単一ユニット分析）と埋め込み型（複数ユニット分析）の 2×2 マトリックスで 4 タイプに分類しており、本研究は、単一ケースデザインの埋め込み型に該当する（図 2）。

SSM とは、1970 年代にイギリスのシステム工学の専門家であったランカスター大学の Peter Checkland が、システム・エンジニアリングの失敗経験から開発した問題解決のアプローチである。システム・エンジニアリングは、明確に構造化された問題状況に対して、それを「どのよ

うに行うか」が課題であり、この枠組みを問題の明確な定義などないような混乱した問題状況に適用しては失敗を繰り返し、問題状況を検討するには、「何を(what)」と「いかに(how)」の両方のレベルにおけるアクションの決定を導く幅広いアプローチが必要とされた。SSMは構造化された思考法であり、問題的であると知覚される現実世界の状況に焦点をあて、その状況において改善と思われることを引き起こすことが狙いの探索プロセスである。SSMの構造化された思考は、システムの観念を基礎にしており、抽象的な全体（システム・モデル）を構築し、知覚した現実とこの全体とを対比させることによって、原則として終わることのない学習サイクルを活性化させる方法論である。

伝統的なSSMは7つの連結したステージのモデルによって構成されている。1. 問題的であると考えられる問題状況、2. 表現された問題状況、3. 関連する意図的活動システムの基本定義、4. 基本定義に名付けられたシステムの概念的活動モデル、5. モデルと現実世界との比較、6. システム的に望ましく、文化的に実行可能な変革案、7. 問題状況を改善するための行為(図3)。この7ステージを順次進めていく必要はなく、各ステージを行ったり来たりしながら学習を行う。具体的には、ステージ1, 2で問題の状況を全体として把握する。その際に各自に見えている状況を絵で表現するリッチピクチャーや、かかわる人々が問題状況をどうとらえているかを述語を使って表現する関連システムを用いる。ステージ3では、意図的活動システムの核となる意図を表す基本定義(Root Definition)を成文化する。基本定義は、「Zのために、Yによって、Xするシステム」と変換プロセスで表現する。この基本定義を以下のCATWOEの要素で分析し、基本定義を練り上げていく。CATWOEの構造は、C(customer, 顧客): このシステムの犠牲者もしくは受益者、A

(actors, 行為者): このシステムを行うであろう人々、T(transformation process, 変換プロセス): インプットからアウトプットへの変換、W(weltanschauung, 世界観): 文脈において T を意味あるものにする世界観、O(owner, 所有者): このシステムを止めることができるであろう人々、E(environmental constraints, 環境的制約): このシステムの外部にある所与の要素である。ステージ 4 は、基本定義を活動に変換し、概念的活動モデルを作成する。活動数の目安は  $7 \pm 2$  で、動詞で表現し、それぞれの活動を論理的依存性に照らして矢印で結合する。ステージ 5 では、概念的活動モデルと現実をディベートや比較表を用いて比較する。ステージ 6 では、文化的に実行可能で、システムの的に望ましい改革案を作成し、ステージ 7 で改革案を現実の問題状況で実施していく。しかし、SSM は方法論であり、状況に応じて、適応する人によって形を変えることができ、ユーザーが自らの状況に応じて使いやすいような形にして使用されるとされており、モデル自体も発展している(Checkland & Scholes, 1990 /1994; 内山, 2007)。また、「漠とした状況の改善」に効果的かつ効率的に意思決定ができること、活動の「意味」が基本定義で表現されること、システムが「動詞」で構成されるため、活動システムとして明晰に把握できることなどから実務的有効性も言われている(妹尾, 1988)。

内山(2007)は、SSM を日本的に解釈しながら「思いのモデル」として SSM の再構築を試みている。これは、“思い”は、状況に行為的に関わる時に触発され、最初の思いと行為によって触発された思いとの差異によって学習が起こるとの考えに基づき、個人の思いを本音で議論しながら「思い込み」や「思い違い」「思い過ごし」を浄化して、集団の思いに変換するアコモデーション<sup>6</sup>のプロセスを経て、純粋な思いの表出モデ



ルを作成し、思いのモデルと現実の差異から学習を得ていく行為的学習を要諦とする。国内の看護領域で用いられている SSM は、内山(2000)が看護系雑誌に紹介したことから「思いのモデル」であり、看護業務改善や新入社員の職場環境改善、専門職連携のワークショップ、看護マニュアルの整備を目指す過程に用いられている(細川,石鍋,2006, 2008; 増野,2012; 長井,2008; 大田,2009)。他領域においては、「思いのモデル」以外にも、別の枠組みと組み合わせて新たなプロジェクトマネジメント方法論を開発したり、ステージ 3 を適応させて図書館概念の再検討等に用いられている(石井,2002; 石野,木嶋,2004)。国外の看護領域では、看護教育における個別チューターの役割をリッチピクチャーや CATWOE 分析を用いて明らかにしたり、インタビュー対象者の選定過程に用いたり、根拠に基づく看護実践の効果を検証する参加型アクションリサーチの枠組みなどに用いられている(Abad-Corpa et al., 2010; Por, 2008; Reed, Inglis, Cook, Clarke, & Cook, 2007)。また、看護実践を開発していく専門博士 (professional doctorate) の研究手法としても着目されている(Carr, Lhussier, & Chandler, 2010)。

本研究は、多職種協働による約半年間の介入活動を経験した状況に SSM を用いることで、以下の 3 点が可能となり、有用なデータが得られると考えた。第一に、混沌としている A クラブの問題状況を探索すること。第二に、「思いのモデル」と同様に、A クラブの医療者全員がアコモデーションする方向性を見出し、可視化すること。第三に、これらのプロセスを経て実際に介入をすることで学習が深まり、より本質的な課題が明らかになること。そして、このプロセスに並走しながら得られた A クラブの対象者および関係者から得られたデータを統合していくことで、

---

6: 思いを共有したうえでの個人の異なった世界観の同居。当事者間の百パーセントの同意を意味するコンセンサスとは異なる。

より研究課題を明らかに出来ると考えた。(図 4)

## Ⅱ．研究フィールド

研究フィールドは、学童期の小児肥満介入プログラムを実施している「A クラブ」である。対象は小学校 1～6 年生の中高度肥満もしくは肥満症を有する子どもとその家族である。2012 年 8 月から B 大学内で活動を開始し、月に 2 回の 90 分間のプログラムと、長期休暇中に開催する種々の測定を兼ねた 1 日プログラムから構成されている。構成メンバーは小児科医 1 名、管理栄養士 2 名、理学療法士 2 名、看護師 1 名(研究者)、ボランティアの大学生数名である。また、月 2 回の 90 分プログラムの内 1 回は、ムーブメント教育・療法を専門家に依頼し実施している。介入期間は 1 年間を基本とし、肥満度が 20%台の軽度肥満となれば終了とする。現在参加者は 8 家族、子ども 10 名(きょうだい含む)、母親 8 名である。本プログラムは、平成 23 年度～25 年度科学研究費助成金基盤研究(C)、公益財団法人川野小児医学奨学財団研究助成金、公益信託タニタ健康体重基金活動助成を受けており、食費等の実費以外の参加費用は無料である。北里大学医学部・病院倫理委員会 B 委員会の承認を受けて研究として実施している(B 倫理 10-91: 健康障害につながる肥満を持つ子どもと家族へのチームアプローチによるオーダーメイド介入プログラムの開発)。

## Ⅲ．研究対象者

A クラブに参加する家族 7 組、子ども 8 名、母親 7 名。

A クラブを運営する医療者および外部スタッフ計 7 名。

#### IV. データ収集期間

2012 年 8 月～2013 年 8 月

#### V. SSM を用いた活動方法

以下の手順で、SSM を用いた活動を 2 サイクル実施した。

第 1 サイクル (SSM①) は、事前に現状の報告と今後の方向性について話し合いを持ちたいことをスタッフ (医療者) に伝え、必要があれば資料等を用意して欲しいと依頼した。SSM について説明して同意を得た後、職種ごとに現状の報告と、活動開始から約半年間に渡る活動を振り返り、気づいた点や困難に感じていることなどを自由に語ってもらった。その後「私たちの目指す A クラブとは」についての思いや考えを思いつく限り挙げ、私たちの目指す A クラブとは「Z のために、Y によって、X するシステム」の基本定義の形で表し、CATWOE の要素で分析した。全員が納得する基本定義であることを確認した後で、どのような活動をすれば実現できるかを考えて概念的活動モデルを作成した。その後、概念的活動モデルを踏まえ、職種ごとに A クラブでの活動を実践した (ステージ 1～7)。

第 2 サイクル (SSM②) は、SSM①と同様に今までの活動を振り返り、職種ごとに現状を報告した。第 1 サイクルで作成した基本定義を見直した後、A クラブの現在の課題は「Z のために、Y によって、X するシステム」と現状における中心的な課題についての基本定義を作成し、

CATWOE の要素で分析した（ステージ 1～3）。

SSM ステージ 1～4 の発言内容は許可を得て IC レコーダーに録音し、白板に書いた文字はデジタルカメラで撮影した。

## VI. データ収集および分析方法

### A. 介入の評価に関するデータ

#### 1. 身体的評価

A クラブ活動時に測定している身長、体重、体脂肪を用いた。測定には自動身長計付体組成計（タニタ DC-250）を使用した。測定時は指定の運動着に着替え、着衣分 0.5 kg を引き、活動開始前に毎回実施した。身長と体重から性別・年齢別・身長別肥満度を算出した。介入前と介入 3 か月後および 2013 年 8 月時点（介入後 5～12 か月）での測定値を比較し、Wilcoxon 符号付き順位検定を行った。分析には SPSS19.0 (IBM) を用い、有意水準は 5%とした。

#### 2. 子どもの QOL 評価

「小学生版 QOL 尺度」Kid-KINDL<sup>R</sup> 日本語版を用いた。Kid-KINDL<sup>R</sup> は、WHO の成人用 QOL 質問紙を開発したメンバーであった Bullinger がドイツで開発したもので、小学生の日常生活場面である家庭と学校における心身の健康度と適応状態を考慮に入れた包括的な尺度であり、独語、英語、フランス語、イタリア語、スペイン語、ギリシャ語、日本語に翻訳されている。身体的健康、情緒的 Well-being、自尊感情、家族、友だち、学校生活の 6 領域から構成されており、各領域 4 項目、合計 24 項目について 5 段階評価で回答し、6 領域の合計得点を QOL 総得点とする。QOL 総得点ならびに 6 下位領域得点を全て 0～100 に換算して扱い、

得点の高い者がよりよい QOL を示す。質問紙には子ども用と親用があり、子ども用は子ども自身が自分で記入し、親用は親から見た子どもの状態を記入する。日本語版の Cronbach の  $\alpha$  係数は QOL 得点では 0.84 であった(柴田ら,2003)。また、全国の標準 QOL 総得点は 67.88 (SD=13.38)、中央値は 68.75 であり、学年が上がると得点は減少する傾向にある。なお、6 下位領域は自尊感情得点が著しく低いため標準化されていない(柴田,松寄,根本,印刷中)。本尺度の使用はオリジナル版の開発者および日本語版開発者より許可を得た。介入前と 2013 年 8 月時点での測定値を比較し、Wilcoxon 符号付き順位検定を行った(資料 1, 2)。

## **B. 小児肥満の改善に影響する要素に関するデータ**

この項目に関するデータは以下の 3 つのプロセスから収集し、各プロセスから得た結果を統合した(図 5)。

### **1. SSM②における医療者の発言内容**

SSM①で A クラブの課題を検討し、方向性を定めた上で活動した結果得た行為的学習の成果である SSM②における医療者の発言を用いた。発言内容は IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録を精読した上で、「介入を通して得た気づきや課題」の文脈を抽出して内容分析を行った。

### **2. 母親とのフォーカスグループディスカッション**

母親を対象としたフォーカスグループディスカッション (FGD) を以下の通り 2 回実施した。ディスカッションの内容は許可を得て IC レコーダーに録音し、作成した図はデジタルカメラで撮影した。

第 1 回目はブレインストーミング法を用い、テーマを「体重を減らすことは何故難しいのか」とした。テーマとブレインストーミング法の説

明をした後、テーマについて思いつくものを付箋に書き、参加者が1枚1枚出しながら、自由に発言した。新たな付箋が出なくなったところで、類似しているものを集めて島を作り名前を付与した。その後、島のどの部分であれば取り掛かることが出来るかについて意見交換を行った。

第2回目は、自分の子どもの体重が目標とする肥満度30%未満になるにはどれ位の余剰体重があるかを同量の重りを持って体験した後に、テーマ「何故体重を減らさないといけないのか」について説明し、テーマについて思うことを自由に語ってもらった。

FGDの発言内容および記載物を電子文書に変換し、「子どもの肥満に対する認識」の内容が含まれている文脈を抽出し、内容分析を行った。

### 3. ムーブメント教育・療法指導者へのインタビュー

研究目的を口頭と文書で説明して同意を得た後、Aクラブでの約1年間の活動を通して気づいたことについて自由に語ってもらった。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録を精読した上で、「介入を通して得た気づきや課題」の文脈を抽出して内容分析を行った。

## C. 小児肥満介入における看護職の役割に関するデータ

この項目に関するデータは、以下の2つのプロセスから収集した。

### 1. 看護職の活動に関するデータ

Aクラブで研究者が実施した活動に関して得られたデータの全てを対象とした。研究者の主な活動は、子どもと母親からの情報収集、個別介入、母親とのフォーカスグループディスカッション、子どもと家族を対象とした集団教育であり、以下のデータを得た。子どもと家族から得た情報、個別介入時の言動や反応、他のスタッフからみた活動の様子や

気づいたことなどが記載されている家族ごと記録物。母親との FGD の音声データ、子どもと家族を対象とした勉強会の画像データおよびアンケート結果。研究者が観察したこと、気付いたこと等を記載したフィールドノート。

## 2. 他職種からの意見

グループインタビュー法を用いた。研究の目的について説明した後、「A クラブで研究者はどのような役割と感じているか」「A クラブで看護職に求める役割は何か」について自由に語ってもらった。インタビューの内容は許可を得て IC レコーダーに録音した。また、他職種の発言の中で、看護職の評価や役割についての発言を抽出した。さらに、SSM のステージ 1～4 の他職種との発言内容を比較した。

## VII. 定性データの分析手順

本研究では、様々な定性データを統合し、明らかにすべき内容が明確であることから内容分析を用いた。分析には質的データ解析ソフト NVivo10 日本語版 (QRS International) を援用した。質的データ解析ソフトは、文書データセットの管理、文書データに対する編集およびコーディング、コード間の関係に対応する概念モデルの構築、特定のコードに対応する複数の文書セグメントの抽出の等機能があり、質的データの分析作業を効率的に行うことが出来る(佐藤,2008)。分析は以下の手順で実施し、NVivo10 はデータの保存と管理、研究者が着目したテキストの指定と収集、研究者が付与したコード名、カテゴリー名の管理とコーディング作業に用いた。

- 1) 音声データは逐語録を作成し、紙媒体の記録物やフィールドノートは電子文書に変換し、NVivo10 にインポートした。
- 2) データを精読し、全体の内容を把握した上で、分析テーマである「介入を通して得た気づきや課題」「子どもの肥満に対する認識」「看護職の評価と役割」の内容が含まれているテキストを指定し収集した。
- 3) 「介入を通して得た気づきや課題」に関して抽出したテキストは「対象は何か」の視点から熟読して、対象ごとに分類し、領域とした。
- 4) 抽出したテキストの意味内容を表すコード名を付与し、コード間の比較や類似したコードのコーディングによりカテゴリーを抽出した。コーディング作業は見落としや重複がないように視覚的に確認できる機能を活用しながら実施した。
- 5) 抽出したテキストの一塊を 1 単位として、各コードおよびカテゴリーの単位数を算出した。
- 6) NVivo10 の行列コーディング機能を用いて、各コードの単位数とデータ元、職種間の発言数を組み合わせて特徴を把握した。
- 7) 抽出したコードとカテゴリーを統合し、類似性、相違性から研究課題の要素を導いた。

## **VIII. 信用性と妥当性**

### **A. 研究手法におけるスキル**

SSM は関連書籍を精読し理解を深めた。また、SSM を用いた 6 日間の講習会を受講し修了した。なお、この講習会は内山(2007)の「思いの



モデル」を用いたものではなく、取り組むべき課題が明らかとなっていない状況下の事例を題材に、SSMを用いて本質的な課題を探索する演習であった。また、今までにも多職種協働による子どもと家族を対象とした支援方法の開発研究を主導して実施した実績を有する(佐藤ら,2011; 田久保ら,2011)。

## **B. 研究領域におけるスキル**

研究者は、食事や活動の調整が必要な慢性疾患である小児1型糖尿病の患者会支援活動を約20年間行い、子どもの成長に合わせた家族内の療養生活の支援、サマーキャンプの企画等を実施してきた。また、成人期の肥満、糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病の個別保健指導を年間150件以上、集団教室を年間数件実施している。

家族看護のスキルに関しては、カルガリー式家族看護モデルの開発者による研修会、上級レベルの研修会を修了した。またカルガリー式家族看護モデルの研究会である家族システムケア研究会のチーフアドバイザーの認定を受けた。

## **C. データ分析について**

内容分析については、修士論文作成時にスーパーバイズを受けながら実施し、その後も、同様の手法を用いて研究を行った(宗村ら,2010; 田久保,宗村,奥野,村松,日沼,2008)。NVivo10については講習会を受講し、使用方法の理解を深めた。分析したデータは、臨床で多くの肥満児と家族に関わり、本研究の対象に理解が最も深いAクラブの責任者に内容の確認を依頼し、合意が得られるように追加・修正を行い、信用性・妥当性を高めた。

## IX. 倫理的配慮

1. 子どもと家族を対象とする内容は、北里大学医学部・病院倫理委員会 B 委員会の承認を受けた（平成 22 年 11 月 2 日，平成 25 年 6 月 28 日承認）。
2. A クラブのスタッフには口頭と文書を用いて、研究者が SSM を実施し、そのプロセスを博士論文とすること、同意書を交わす以前のデータを用いることを説明し承諾を得た。さらに A クラブの責任者からは本研究を実施することと、結果は研究者に帰属することの承諾を文書で得た（資料 3，資料 4，資料 5）。
3. 研究の実施にあたり、以下に示す倫理的配慮に則して実施した。

### 1) 研究参加の自由意思の尊重

本研究の参加は自由意思に基づくものであり、参加を強制されることがないこと、いつでも参加を中止できること、参加を断った場合でも、いかなる不利益も受けることがないことを予め説明した上で同意を得た。また、データを収集する際には、毎回目的と方法を伝え、承諾を得た上で実施した。

### 2) プライバシーの保護

子どもと家族に関して得られたデータは、スタッフ間で共有するが、スタッフ以外に知られることはないことを保証した上で同意を得た。データは個人が特定されないように番号匿名化し、紙媒体のものと外付けハードディスクに保存した画像データは鍵のできる場所で管理した。電子データはファイル毎にパスワード管理を行った。

スタッフに関係するデータは、会議中の発言が主となるため、基本的には共有するものであるが、データとして使用してほしくないもの

は削除することを伝えた上で同意を得た。データは子どもと家族のデータと同様に管理を行った。

研究結果の公表の際には個人が特定されないように配慮し、研究終了後はデータを廃棄することを伝えた。

### 3) 利益と不利益

本研究は子どもの肥満改善に寄与するものであり、子ども、家族、スタッフすべての利益となる。子どもと家族に対しては通常の A クラブの活動範囲内であり、不利益となる要因はないが負担とならないように十分配慮した。また、研究者が主催する活動には必ずスタッフに参加してもらい、複数の視点から問題が生じてないか確認を行った。スタッフには、時間的拘束や意見交換による負担を生じさせる可能性があることを伝えた上で同意を得て、実施の際には負担とならないように十分配慮した。

### 4) 研究結果の還元

スタッフに対しては SSM サイクルごとの報告書を作成し配布した。

### 5) 研究の費用と謝礼

A クラブの参加費用は無料であるが、謝礼はないことを説明して同意を得た。スタッフに対しても謝礼はないことを説明して同意を得た。

## 第 4 章 結果

### I . 対象者の属性

対象となったのは 7 家族で、子ども 8 名、母親 7 名であった。介入開始時の子どもの年齢は 5 歳から 12 歳、男子 5 名、女子 3 名で、肥満度区分は、高度肥満 5 名、中等度肥満 1 名、軽度肥満 1 名、標準 1 名（きょうだい）であった。母親の年齢は 38 歳から 46 歳、BMI は 22～35、平均 28 であった（表 1）。

**事例 A：**5 歳男児（a）、父・母・兄 4 人の 7 人家族。太り始めたきっかけは特にはなく、兄と同じ食事量（牛丼大盛）を食べていた。母親も肥満体型で、父親は以前は太っていたがスポーツクラブに通い減量した。保育園の先生が a 君の肥満を気にかけて母親に受診を勧めるが、兄達も小児期は肥満であったが成長に伴い改善したため、気に掛けることもなかった。4 歳時のお遊戯会に両親で参加し、他児との大きさの違いに驚き受診に至った。A クラブは主治医からの紹介であった。a 君は臀部に手が届かず、自分で排便後の処理が出来ずにいた。また、筋力もなく握力計で測定が不可能な状態であった。

**事例 B：**8 歳女兒（b1）、10 歳の兄（b2）と一緒に参加している。父・母・兄との 4 人家族。b1 ちゃんが 3 歳の時に糖尿病を患っていた母親の実母が亡くなり、母親は余裕がなく b1 ちゃんが泣くと食べ物を与えていた。父親と一緒に会社を経営しており、仕事中は b1 ちゃんを父方の祖母に預けていた。祖母も同様に泣くと食べ物を与えていた。3 歳半の健診時には体重 20kg を超えており、肥満を指摘されて受診した。A クラブは主治医からの紹介であった。両親の関係は不仲であり、父親は酒

に酔うと暴れ、母親は骨折したこともあった。b1 ちゃんは受診後より母親から食事制限をされていたが肥満は改善していなかった。両親が別居した頃より更に体重が増加した。兄の b2 君は標準体型であったが、偏食が強かった。また、活動性が低く、体幹が弱く、腹筋は 1 回も出来なかった。

**事例 C：**9 歳女兒 (c)、母・兄との 3 人家族。夫からの暴力があり c ちゃんが 3 歳の時に両親は離婚。その後母親はうつ病と診断された。子どもを連れて実家に戻るが実母との折り合いが悪く、母親のみ一人暮らしを始めた。祖母は兄のみかわいがり、c ちゃんは祖母からのストレスを食べることで解消していた。小 2 の冬に c ちゃんの希望で母親と同居するようになった。母親は自分を選んでくれたことが嬉しくて、朝から子どもの好物のから揚げやハンバーグを作り更に体重が増加した。以前肥満で受診していたが、c ちゃんが主治医を怖がり中断。風邪で別の病院を受診した際に再び肥満について指摘され、A クラブを紹介された。母親はうつ病で服薬中であり、薬の影響で体重が増加しているため、子どもと一緒に減量したいと望んでいた。

**事例 D：**10 歳男児 (d)、母と本人の 2 人家族。d 君が 5 歳の時に離婚。小学校入学後、児童クラブで出されていたおやつ 3 種類を毎日食べ、帰宅後はすぐ夕食を食べることで体重が徐々に増えていった。4 年生の時に市が実施している肥満検診の対象となり受診した。A クラブは主治医からの紹介であった。母親は肥満検診の対象者になるまで d 君の体重を気にしたことはなかった。母親は、平日 4 日間は仕事から一旦帰宅して、夕食を作り、また仕事に行く生活をしていた。d 君の父親と母親の両親が糖尿病であり、母親は d 君が糖尿病になることを心配していた。

**事例 E：**11 歳男児 (e)、父・母・兄の 4 人家族。出生時体重約 3900g、

その後も大きいままで経過した。菓子類は好まなかったが、空腹になると冷凍食品などを自分で調理して摂取していた。母親が A クラブの活動についての講演を聞き、直接 A クラブに申込み参加した。学習障害の疑いがあり、対人関係が苦手であった。

**事例 F：**12 歳男児（f）、父・母・姉・兄との 5 人家族。f 君が幼稚園時の時に母親の両親の介護が必要になり、幼稚園を休ませて介護に同行させていた。老人と一緒にいるため食べる機会が多くなり、また、外遊びも出来ずに体重が増加した。小学校 2 年生の時に兄が無呼吸に気づいて耳鼻科を受診し、その際に肥満を指摘されて小児科を受診した。母親は子どもが太ったのは自分の責任と感じており、徐々に体重は減少していたが、主治医からの紹介で A クラブに参加した。

**事例 G：**12 歳女児（g）、父・母・兄の 4 人家族。g ちゃんが 5 歳の時に心疾患を診断され、活動制限はなかったが発作を心配して動くことが減った。小学校入学前頃より太り始め、習い事に合わせて食事の回数が増えた。また、父親は少年野球の監督、兄は野球選手であり、兄に合わせた食事を食べたがり体重が増加した。受診時に肥満を指摘されて専門医を紹介された。A クラブへは主治医からの紹介であった。母親は小学校 6 年生頃から肥満、父親は肥満と脂肪肝であった。

なお、A クラブの活動には、希望により標準体型のきょうだいで参加しているが、本研究の対象ではないため除外した。

## II．A クラブスタッフの属性

スタッフは、小児科医 1 名、管理栄養士 2 名、理学療法士 2 名、看護師 1 名（研究者）であった。また、活動を委託している日本ムーブメン

ト教育・療法協会認定上級指導者 1 名であった。性別は、男性 1 名、女性 6 名。年齢は、20 代 3 名、40 代 3 名、50 代 1 名、職務経験は 3 年～30 年であった（表 2）。

### Ⅲ．活動内容および参加状況

A クラブの活動内容は、長期休暇中に実施する 1 日プログラムを 4 回、90 分プログラムを 21 回、デイキャンプ（日帰りキャンプ）を 2 回実施した。90 分プログラムとデイキャンプの内容は表 3 に示した。ムーブメント教育・療法は 10 回開催した。主に自由に遊ぶフリースタイルムーブメント、ストレッチを含めたダンスムーブメント、新聞紙やボールなどを用いた設定ムーブメント、参加者全員でパラシュートを動かすパラシュートムーブメント、振り返りの流れで実施された。理学療法士主催の運動遊びを 7 回、魚や野菜を用いた調理実習を 3 回実施した。子どもの参加率は 74.6%であった。

### Ⅳ．介入プログラムの評価

#### A. 子どもの身体状況の変化（表 4）

標準体型児（b2）を除く、介入前、3 か月後、2013 年 8 月時点の肥満度の平均値はそれぞれ  $54.0 \pm 21.3\%$ 、 $52.4 \pm 23.3\%$ 、 $57.8 \pm 26.1\%$ 、体脂肪率の平均値はそれぞれ  $44.8 \pm 7.0\%$ 、 $45.2 \pm 8.3\%$ 、 $47.1 \pm 10.4\%$ であった。介入前と 3 か月後、2013 年 8 月時点の肥満度および体脂肪率には有意差はみられなかった。

2013 年 8 月時点の肥満度区分は、高度肥満 4 名、中等度肥満 2 名、

軽度肥満 1 名、標準 1 名で、高度肥満 1 名 (c) が中等度肥満に改善した。c の肥満程度が改善した主な理由は、兄から中学生で太っていると  
いじめの対象になると言われ、中学生になる前に痩せたいと思い、友人  
と放課後に外遊びをするようになったことであった。

## B. 子どもの QOL 評価の変化 (表 5)

介入前と 2013 年 8 月時点での子どもの QOL 総得点はそれぞれ、範囲  
40.6~82.3、平均 63.1、範囲 53.1~72.9、平均 61.5 であった。介入前  
後で測定のできた 7 名は、QOL 総得点および 6 下位領域得点全てにおい  
て介入前後で有意差は認められなかった。小学生の全国標準得点の -  
1SD である 54.5 以下の低得点の 2 名 (b2, e) は介入後に -1SD 以上と  
なった。また、中学生になった f と g は、介入後の QOL 総得点が約 10  
点低下した (中学生の全国平均値  $61.32 \pm 2.36$ )。

母親が評価した介入前と 2013 年 8 月時点で子どもの QOL 総得点はそ  
れぞれ、範囲 62.5~82.3、平均 71.1、範囲 50~81.3、平均 62.9 であっ  
た。母子得点の差は、介入前は範囲 4.2~33.3、平均 14.9、介入後は 4.2  
~13.5、平均 7.7 であった。介入前後で測定のできた 6 名は、介入前後  
で QOL 総得点と友達の下位領域で有意差を認めた ( $p=0.027$ ,  $p=0.026$ )。

## V. SSM を用いた活動の実際および成果

### A. SSM 活動の概要

SSM を 2 サイクル実施した。SSM サイクル 1 (SSM①) は、2013 年  
2 月 16 日にステージ 1~4 を実施した。所要時間は 2 時間 40 分、参加  
者は、小児科医 1 名、理学療法士 2 名、管理栄養士 2 名、看護師 1 名 (研



究者)であった。SSM サイクル 2 (SSM②) は、2013 年 7 月 28 日にステージ 1～3 を実施した。所要時間は 2 時間 46 分、参加者は、小児科医 1 名、理学療法士 1 名、管理栄養士 2 名、看護師 2 名 (研究者含む) であった。なお、看護師 1 名は約 1 年間の間隔が空いての参加であり、今後の活動に向けてのオブザーバーとしての参加であった。

## B. SSM サイクル①

### 1. ステージ 1～2: 医療者が抱いていた問題状況

医療者は、身体・運動機能の測定や食事摂取調査の結果から、子どもの筋力が少ない、野菜を食べない、母親の飲酒や欠食など、子どもの肥満に関連した問題点を把握していたが、それを解決する方法がわからないでいた。さらに、子どもの肥満度は上昇しており、今の関わりでいいのかと疑問を持ち、役割が果たせていないのではないかと感じていた。また、個々の家族の複雑な家族背景を知ったことで、関わり方により困難感を抱いていた。しかし、意見交換をする中から、「強制しないことを心掛けてやってきた」「はい動きなさいってなっちゃうのは嫌かな」など、指導的な関わりをしないでいたことが明らかになった。そして、私たちの目指す A クラブについての思いを「私たちの目指す A クラブとは・・・(動詞)システム」の形式を用いた関連システムで出し合った。「自発性を重視するシステム」「気づきを促すシステム」「指導しないシステム」「肯定するシステム」「普通でないものを普通にするシステム」「健康になるシステム」「元気になるシステム」「立派な大人になるシステム」「自分の体を大切にするシステム」「母親が体を大切にするシステム」「野菜を食べるシステム」「医学的な正しい知識を持つシステム」「わかっているけど出来ないことに挑戦するシステム」「楽しむシステム」「賢くなる

システム」「あと一步の行動を起こすシステム」が挙げた。これらを眺めて、肥満改善を目指したプログラムでありながら、肥満という言葉が全く出てこないことに気づき、「肥満というのは結果にすぎない」という意見に全員が賛同した。

## 2. ステージ 3～4：A クラブの目指す方向性とそれに至る過程

ステージ 1～2 を踏まえ、基本定義（Z のために、Y によって、X するシステム）を検討した。目的（Z）は、「元気になって健康を維持してもらうため」とすぐに合意に至ったが、X（変化プロセス）では、「気づきを促すシステム」「やる気スイッチを押すシステム」が挙げたが、「こっちが言うだけじゃなくて、自分からも」「促すだけではなく、気づいて行動してもらうこと」と、行動することが重要であると発展した。それに至る手段（Y）は、「指導ではない」「体験の中から」「肥満を解消する食事療法なんていうのが本当に必要なのか」「問題点を含む情報を共有する」「自分に必要なものがある」と意味合いとしては合意しているものの抽象的な言葉が挙がり、その都度「何を共有するのか」「どうしたら自分に必要なものがあるのか」と、具体的な活動としての表現を探索した。そして、行動は家族それぞれで違って当然であり、1 つ行動を変えることから変化につながると考えた。また、議論の中では、繰り返し「家族と一緒に」「双方向性」「近い目線」と、共に創り上げていくことが挙げられ、以下の基本定義が完成した。「**（私たちの目指す A クラブとは）元気で健康を維持するために、子ども、家族、スタッフが共に 1 つでできることを考えることによって、実際に行動するシステム。**」これを CATWOE の要素で次のように分析し、問題がないことを確認した（表 6）。C（顧客）は、子ども、同居者を含む家族、スタッフ。A（行為者）は、子ども、家族、スタッフ。T（変換プロセス）は、問題を認知する前の

子ども・家族から認知した子ども・家族、行動する前の子ども・家族から行動を起こした子ども・家族。W（世界観）は、健康は人生を豊かにする、日々の生活が健康な体をつくる、子どもの可能性を制限させない、家族が健康になれば子どもも健康になる、子どもが健康になれば家族も健康になる、いわゆる肥満治療に限定した専門家の関わりではない、子ども、家族、スタッフは同じ土俵の研究者。O（所有者）は、子ども、家族。E（環境的制約）は、学校、習い事、メディア、行政、社会。

完成した基本定義の「1つ出来ることを考える」「実際に行動する」を起点として、9の活動を含んだ概念的活動モデルを作成した（図6）。1. 今の健康問題を挙げる（スタッフ）、2. 伝え方を考える、3. 母親と意見交換をする、4. 子どもと話す、5. 今の状況（健康でないこと）を理解してもらい、6. 健康とは何かを考える、7. 1つできることを考える、8. 実際に行動する、9. 評価する、となった。「今の状態を理解してもらい」「健康について考える」ことを子どもと家族とスタッフの対話を通して行い、1つ出来ることを考え、行動して評価し、また1へと戻るプロセスとした。

### 3. ステージ5～7：概念的活動モデルと現実の比較から活動の実際

概念的活動モデルを踏まえ、まず「1.今の健康問題を挙げる」を各職種で挙げ、活動の中に取り入れることにした。栄養士は子どもの野菜摂取が少ないことに着目し、言葉で食べるように勧めるだけでは行動に至らないことから、活動時に季節に合わせた野菜を提供し、野菜の試食を開始した。子どもは野菜に関心を持ち、自ら食べ、その様子に母親は驚いていた。理学療法士は、子どもの体幹が弱いことに着目し、楽しみながら体幹を鍛えることにつながる運動を考案し、サーキットトレーニングやハイハイでの鬼ごっこなどを実施した。看護師は、母親に子ども余

剰体重分の重りを持ってもらったり、劇を用いた健康教育を実施し、その中で子どもにお米 5kg を持たせて過体重の負担を体感してもらった。また、母親との FGD を 2 回実施し、意見交換する場を設けた。さらに、医療者が健康についてどのように思っているかを認識するために、「健康とは何か」についてブレインストーミングを実施した。

### C. SSM サイクル②

#### 1. ステージ 1～2：医療者が抱いていた問題状況

研究者は母親と実施した 2 回の FGD の内容をリッチピクチャー（図 7，図 8）にして提示し、子どもは太っているために周囲から食べることを強要されていることや、母親の「今は病気ではない」という思いがあることなどを報告した。また、野菜の試食を続けることで、子どもたちが野菜を好んで食べることが把握できたなど、一方向ではない活動の成果を評価した。環境が変わることで子どもは活発に活動し、偏食も改善することが理解出来た一方で、肥満の改善や体重の維持には至っていなかった。生活は変えられないとする親に問題があり、親の気づきを促していくことの必要性を感じていた。更に、子どもを取り巻く学校や社会に対しても働きかけが必要であると感じていた。子どもの肥満を取り巻く状況の理解は深まったが、同時に考慮すべき問題が複雑かつ広範囲であり、やればやるほど難しいという思いを抱いていた。

#### 2. ステージ 3：A クラブの現状における最も重要な課題

ステージ 1～2 を踏まえ、現状で取り組むべき最も重要な課題についての基本定義を検討した。まず、SSM①で作成した基本定義を見直し、「元気になってって言うけど、本人や家族は元気じゃないって思っているのかどうか」「一つできることを考えたとして、本当に行動に移せるか

どうか」と、研究者が見直して疑問に感じた点を挙げ、基本定義を変更するか、継続するかを検討した。そして、FGDでの「太っていて何が悪い」「今は病気ではない」という母親の発言に着目し、職種ごとの課題はそれぞれあるが、この意識改革を共通して行い、将来だけでなく今も存在している健康の影響を理解してもらうことが必要であり、目的（Z）を「肥満と健康の関係を理解してもらうために」とした。「外来ではさんざん言っているんだけど」「普通の親だったらわかりますよね」と既に言葉では伝えている内容であったが、「痛くも痒くもないし腑に落ちないよね」「普通の親は思わないかもしれない。私たち医療関係者だからわかるけど」と、知識を伝えるだけでは不十分であり、今までの活動のように、集めて、体験させて、見せて、気付いてもらうことが必要なのではないかということに至った。そして、X（変化プロセス）を、各々が抱えていること、やりにくくしていること、これなら出来ることなど、気づきを促すこととし、Aクラブの現在の課題は、「**肥満と健康の関係を理解してもらうために、情報提供、言葉で伝える以外の方法、働きかけ、スタッフを活用すること、集めて見せてやらせることによって、気づきを促すシステム**」と基本定義を改めた。これをCATWOEで以下のように分析した。C（顧客）の受益者は、子ども、家族、スタッフ。被害者は、母親、家族、外食産業、ゲーム会社。A（行為者）は、子ども、家族、スタッフ、学校、医師会。T（変換プロセス）は、病気の予防ができる、スキルが身に付く、知識がつく。間接的な悪影響は、手間が増える、負担が増える。W（世界観）は、肥満は健康に影響する、気づきは理解につながる、気づくには言葉で伝えるだけでは駄目。O（所有者）は、子ども、家族。E（環境的制約）は、親、学校、友人、広告、社会、資金。分析したのを見て、どこにでも家族が出てくることに気づき、やはり

家族が鍵であると全員が納得した。

#### D. 参加者の発言からみた SSM を用いたことの効果

SSM①のステージ1～4の中では、以下の発言がみられた。「今までのミーティングと違う」（ステージ2）、「何々（Y）によって、ここがどう行動していくかだからすごく大切なんですよね」「概念的にはわかるんですよね。問題点として向かうところも、同じ方向にとか。でも非常に概念的だから、そうすると次の行動には移っていかないんですよね」「私たちも受益するんですよね」「世界観すごい」「なんか明確化されていいかなって思いましたね、可視化するのは」（ステージ3）、「評価にもつながりますね。評価をすることでどういう状況かわかりますものね」「腑に落ちてます」（ステージ4）。以上のように、Aクラブの方向性を定めるにあたり、抽象的な言葉を明確にし、行動として何をするのか、その基盤となる思いは何であるかを具体的に導いていた。また、短い文章や図で表現したことで共通の理解を促していた。

SSM②では、「（図8のリッチピクチャーが）全体像って気がしますよね」「（図8のリッチピクチャーをみながら）今の課題ってここら辺なのかな」（ステージ2）、「お母さんとか家族も不利益じゃないですか」「両側面（利益と不利益）を持つんですよね。でも、そういうのを僕らが理解しておくのが大事なことです」「ちょっとここら辺（医師会・学校）が見えてきたっていうのは、広がりですよね」「問題点もそれでわかりますね、確かに」「どこにでも家族がでてきちゃうんですよね」「今回は前回程飛躍はしていないんですよね」「そうやって書くと、見える化にすると大分わかってきますね」（ステージ3のCATWOE分析）。以上のように、リッチピクチャーを用いたことは、現状の問題を明確に

して課題を導いていた。また、基本定義のCATWOE分析をすることで、医療者が必要性を感じて行う介入であっても、負担が増えることなど不利益や間接的な悪影響があることに気づかされていた。さらに、家族が鍵であることの確信と、家族を取り巻く環境についての視点も増えたことの認識を深めた。

## VI. 子どもの肥満改善に影響する要素

以下の3つのプロセスから得た結果を統合して、高度な肥満を有する子どもの肥満改善に影響する重要な要素を抽出した。1.医療者が介入を通して得た気づきと課題、2.母親の子どもの肥満に対する認識、3.医療者以外のスタッフが介入を通して得た気づきと課題。本論文では、1～3それぞれの結果について記述した後で、3つを統合した結果について述べる。

### A. 医療者が介入を通して得た気づきと課題

SSM②において、医療者であるスタッフが高度な肥満を有する子どもと家族への介入を実施する中で得た気づきや課題についての発言は352単位であった。これらの発言は【子ども】【家族】【スタッフ】【取り巻くもの】の4領域について語られていた。4領域合わせて13カテゴリー、40コードを抽出した。なお、SSM①でもほぼ同様のカテゴリーを抽出したが、コードの種類および単位数において発展していることを確認した(表7)。

本論文では、カテゴリーは《 》、コードは〈 〉、対象者の発言は斜字を用いて示す。発言の引用文中の文脈を明らかにするために研究者が

言葉を補った場合には（ ）で示す。また、引用文後の（ ）内は発言者の職種を示し、小児科医は（医師）、管理栄養士は（栄養士）、理学療法士は（physical therapist：PT）で表す。

## 1. 領域：【子ども】

《動けない》《変われる力》《代理摂食》の3カテゴリーを抽出した。スタッフは、子どもは「動かない」ではなく《動けない》ことと、ストレスや寂しさの《代理摂食》をしていることを理解していた。しかし、同時に子どもが持つ《変われる力》を多く認めていた。

### 1) 《動けない》

このカテゴリーは、肥満の子どもが動けないでいる背景を示しており、〈筋力がない〉〈動けない体〉〈動けない環境〉の3つのコードが含まれた。

子どもは〈筋力がない〉ために生活に支障をきたしていた。

「肥満だけではなくて、おそらく筋力も育っていないっていう部分もあると思います、靴が入らないのは。」（PT1）

「筋力も少なく、ランドセル背負って学校行くのが大変。」（看護師）

また、過体重により動作や身体への負担があり、〈動けない体〉となっていた。

「やっぱり今子どもたちの何が出来ないっていうのが、私たちから見ても分かるっていうか、苦手なのになるとやらない。」（看護師）

そして、子どもが動けないのは、身体的な状況によるのみではなく、〈動けない環境〉が影響していることを知るようになった。

「鬼ごっこやっても走れないから見ててって言われちゃうんですよ。」（医師）



「そう、動けない、そう、こっち環境、ほんと。動けない環境を作られてしまう。だからいじめられちゃうとか、仲間はずれにされちゃうとか。」(PT1)

このように、肥満児は「動かない」と一般的に言われているが、実際に関わることで、身体面と環境面から「動けない」でいることを医療者は理解するようになった。

## 2) 《変われる力》

子どもの言動から気づいた、肥満改善につながる子どもの可能性を示しており、〈食べないのではなく食べる〉〈ここでは動く〉〈大切なことは理解している〉のコードが含まれた。

医療者は、調理実習や野菜の試食を通して、子どもが野菜や魚を食べる様子を目にし、〈食べないのではなく食べる〉ことに驚いていた。

「子どもの調理実習も子どもの嫌いなものがテーマなんです。なのに全員参加してくる。」(栄養士1)

「子どもたちがあんなに野菜をちゃんと好んで食べるというのが、僕たちもびっくり。」(医師)

また、子どもが活発に走り回り、ボール遊びに興じている様子を観察し、〈ここでは動く〉ことを認めていた。

「動かないはずの子どもたちがここではものすごい勢いで動きますからね。」(医師)

さらに、勉強会での反応や身体加速度計の歩数が増加している状況から〈大切なことは理解している〉と感じていた。

「ああいう鳥（平飼い鶏と鶏舎の鶏の写真）みせてもちゃんとこっちってわかる。子どもはこれはいけないってわかっている。」(看護師)

「活動量はaくん、すごく頑張っているのです。お花が全部咲いていま

す。なので、それはおそらく、意識してしてる改善点なのかもしれないよね。」(PT1)

このように、A クラブでの子どもの様子は、医療者に驚きを与え、子どもには肥満を改善する力があることを見出していた。

### 3) 《代理摂食》

子どもの食に関係する背景を示しており、〈代理摂食〉のコードであった。子どもの肥満は改善しておらず、以前から続く〈代理摂食〉を起こす状況があるのではないかと感じていた。

「報酬じゃないけど、子どもはやっぱり小さいころから、本当に意識する前からそういうことで、食べることで寂しさを紛らわせたり。」(看護師)

「実は安心して遊べる環境と、安心して皆と仲良く出来る環境があれば、意外におやつとか食べないんじゃないかな。」(医師)

このように、子どもが肥満に至った背景と、A クラブで遊ぶ子どもの様子から、食生活が環境に影響されていることを感じていた。

## 2. 領域：【家族】

《肥満・健康への軽視》《コアは家族》《行動に至る難しさ》《場が与えた影響》《肥満児の母ゆえの負担》の 5 カテゴリーを抽出した。医療者は母親と話し合いなどから、《肥満・健康への軽視》や《肥満児の母ゆえの負担》、《行動に至る難しさ》の認識を深め、《コアは家族》であるという思いを強めていった。また、長期間に渡り母親と関わったことで、母親の変化に気づき《場が与えた影響》を認識するようになっていた。

### 1) 《肥満・健康への軽視》

子どもの肥満や健康が重要視されていない状況にあることを示して

おり、〈問題視されない〉〈望ましくない食生活〉〈体に対する価値の低さ〉の3つのコードを抽出した。〈問題視されない〉は45単位と、全コードの中で最も数が多かった。

母親は、高カロリーの食事や食べ物を与えて子どもを静かにさせるなど〈望ましくない食生活〉の提供をしていた。

「(フレンチトーストの作り方は) お砂糖ドバドバって、そこに粉砂糖かけて、メープルシロップかけて、それをマミーで食べるんですよね。」

(栄養士1)

「太っちゃったプロセスって、どうしても子どもが騒ぐから食べ物を与えて、黙らせるとかって。」(看護師)

しかし、子どもの肥満は自覚症状もなく元気に見えることから、病気のリスクについて外来等で説明はしていても〈問題視されない〉ことを実感していた。

「やっぱりって思うよね。もう、この太ってて何が悪い、まさにそう思っているだろうなって思ったし、それから体が大きいことに対するまだ肯定的なイメージですよ。健康優良児なんですよ、大きい方がね。」

(医師)

「別に元気じゃんって。なんか、そういう先のこと(病気になること)読めないかもしれません。」(PT1)

また、医療者の一番の心配事である健康面の優先度が低く、〈体に対する価値の低さ〉も感じていた。

「病気になるの、本当はこっちを一番にしなきゃいけないんだよねって、でも、今は病気じゃない、心配だけど病気じゃない、病気って言われれば、治療法もあるし、治療法をすると。だけど病気じゃないから、そこまでしなきゃいけないのって言う思いもある。」(看護師)

このように、医療者が危惧している子どもの健康面についての母親の認識との相違は、疑いから確信へと変わっていった。

## 2) コアは家族

肥満改善の中核は家族、特に母親であることを示しており、〈鍵は母親・家族〉〈母子一緒の重要性〉の2つのコードを抽出した。

医療者は、肥満治療のターゲットは子どもの土台である親であり、介入プログラムの〈鍵は母親・家族〉であるとしていた。

「やっぱり親子間というのが。やっぱり家にいる時間がものすごく長いので、その生活環境の中で、どうしても親の支配する部分っていうのは大きいので、まあ、子どもが自我が芽生えて自分で行動するわけじゃないので、やっぱり親の影響力が。」(医師)

「(CATWOE 分析をしながら) でも、どこにでも家族がでてきちゃうんですよね。」(医師)

そのような中で、子どもと母親が A クラブで一緒に活動することでの変化に気づき、〈母子一緒の重要性〉の認識を深めていった。

「子どもの様子を、普段の家とは違う様子を見るっていうようなところっていうのがひとつあるのかなって。」(看護師)

「どれだけそのやっぱり、子どもと一緒に、子どもに目を向けられるかとか、一緒に行動が出来るかっていうことを、後押ししていくのが、まあ一つの肥満の子どもの改善につながっていくのかなってなんて思ったりするんですよね。」(看護師)

活動開始前より家族の重要性は認識していたが、以上のように、子どもの肥満を改善する鍵は家族であり、共に活動することの意義を深めていた。

## 3) 《行動に至る難しさ》

母親が子どもの肥満に対処することの難しさやその背景を示しており、〈負担が増える〉〈生活を変える難しさ〉〈知っているだけでは出来ない〉〈触れられたくない〉〈スキル不足〉の5つのコードが含まれた。

医療者は、生活を変える意志の部分には〈触れられたくない〉という母親の思いを聞いていた。

「ちゃんとした生活すれば誰でも痩せるのよね、っていうのも分かっている。だから、これ非常によく親御さんたちわかっていて、まあ、どうしていいか分からないっていうか、意志のところを突かれちゃうと、意志の問題ってわかっているんだけど、そこはやっぱりちょっとブラックボックスにしておきたいなっていうところがあるんですね。」(看護師)

そして、肥満のリスクについて説明を受け、Aクラブにも参加していても、〈知っているだけでは出来ない〉ことを理解しつつも困惑していた。

「外来ではさんざん僕言っているんですけど。」(医師)

「もちろんこういうところに来てて、お母さんがそれ(病気になること)も分かっている、そうなった時にはそういう思い(自責感)っていうのは、まあ強いし、自分の責任だと思うから、こういうところにつれてきていると思うんだけど。」(看護師)

しかし、母親と一緒に活動することで、料理の〈スキル不足〉や、先に野菜を食べる事など色々試しても続かず〈生活を変える難しさ〉があることを知るようになった。

「実際にやって、とにかく多分調理が苦手、実際、お母さんの話聞いていると絶対美味しくないよね、そのフレンチトーストって思うじゃないですか。」(看護師)

「色々試したけど長続きはしないっていうのは、結局その元のライフスタイルに戻っていくとか、生活は変えられないって。」(看護師)

また、医療者が望む方向性は母親の〈負担が増える〉ことに気づいた。

「料理、食事、今まで買ってきたものを作らなきゃいけないとか。」(栄養士 1)

「(A クラブに) 連れてきたりとかする負担もそう。」(PT1)

このように、医療者は母親が子どもの肥満に対処するのが難しい背景に理解を示す一方で、知っていながらも行動につながらないことを課題に感じていた。

#### 4) 《場が与えた影響》

介入を継続したことで医療者が捉えた親の変化であり、〈親の意識変容〉〈行動を起こす〉〈親同士の交流〉の3つのコードが含まれた。

医療者は母親の発言から、子どもの肥満の重大さや親側にある問題に気づくようになったと〈親の意識変容〉を捉えていた。

「子どもが食べないっていうのは、親の腕の問題なんじゃないかと。ここに来て、子どもたちが食べるというのが、やっぱり何でっていう思いと、プラスショックなんですって。」(看護師)

「この日の話の前に余剰体重を体験をしてもらっているので、やっぱり重いから、足が変形していくんじゃないかなっていうのもちらっと出ている。」(看護師)

さらに、実際に母親が子どものために〈行動を起こす〉ようになったことを把握し、評価していた。

「同じ様に家で作ってみて、それでも食べないっていったところで、やっぱり自分たちの腕に問題があるのではないかって、お母さんたち思ってきていて、それで親の調理実習もして欲しいって。」(看護師)

「週2回、習い事に、テニスと水泳に連れて行くようになったって。まあ、そういう変化なんて全然、こっちも思っただけで、

やっぱりちょっと変わってきたなって。」（看護師）

また A クラブが、同じ思いを持つ〈親同士の交流〉の場となっていることを理解していた。

「とりあえずここに、A クラブに行けと言われたのが救いだったとか、あとは、親自身もやっぱりこういう同じ思いを持っているので、こうやってベラベラしゃべっている、それでもストレス発散になるとか。」（看護師）

このように、医療者は母親の言動に着目し、A クラブが母親に与えた影響を認識していた。

#### 5) 《肥満児の母ゆえの負担》

肥満児の母であるために体験していた内容を含んでおり、〈肥満児の母ゆえの負担〉のコードを抽出した。

医療者は、子どもが周囲からいじめられることや、着られる服がないなど〈肥満児の母ゆえの負担〉があることを認めていた。

「だからそういうこと（太っていること）でいじめられるっていうことに対する怒りがある。何の迷惑もかけてないのに、なんでそんなことで。昔だったら、ジャイアンみたいに強いって。」（看護師）

「なんか全然知らなかったんですけど、お母さんたちも学年が変わって、先生が変わった時に、お代わりはさせないで下さいとか、うちの子は普通量でももういっぱいですからとかをやっぱり言う。言っているんですって。」（看護師）

このように、医療者は母親の語りから、肥満児の母親であるが故に経験している負担の大きさを認識するようになった。

### 3. 領域：【スタッフ】

《見えてきた課題》《介入がもたらした成果》の 2 カテゴリーを抽出した。医療者は意図的な介入を継続したことで《見えてきた課題》と《介入がもたらした成果》の両方を得ていた。

### 1) 《見えてきた課題》

試行錯誤の介入の中で得た課題を示しており、〈評価が不十分〉〈焦点は“今”〉〈やればやるほど難しい〉〈実態がわからない〉〈方法がわからない〉〈指導とのジレンマ〉〈言葉だけでは伝わらない〉〈情報の共有〉の 8 つのコードが含まれた。

医療者は子どもや母親の変化を捉えていても、数値として表せないものや評価方法の問題もあり、〈評価が不十分〉と感じていた。

「意識の問題って、その言い方が、多分言い方の物差しがズレてると、全部ズレてきてしまうので」（栄養士 1）

「これをどういう風にデータ化して、どういう風な方向で研究という風につなげていくかというのが、これからの課題だと思うので。大体の悶々として思っていたものが、目に見える形にはなったので、今度はそこですよね。」（医師）

また、SSM①で「指導をしない」と方向性を定めたが、指導と教育の線引きや慣れ親しんだ関わり方があり〈指導とのジレンマ〉も感じていた。

「研究レベルにどうやって落とし込んでいくか、多分色んなやり方あると思うんですけど、どうしてもついつい指導になってしまっていていうところですね。」（栄養士 1）

「指導はしないって言って、指導と教育どこまで違うんだろうって思いながらも。」（看護師）

さらに、新たな課題が見えてもそれに対応する〈方法がわからない〉



状態であり、母親との会話に挙がらず〈実態がわからない〉ままのものもあった。

「(家庭環境の土台作り) どうやったらいいか、本当に分からない、更に分からない。」(看護師)

「決して、食べ過ぎるものについてのテーマが出てこないんです。」  
(医師)

一方で、母親が子どもの肥満を軽視しないように、〈焦点は“今”〉の重要性を高めるようになった。

「今後は効かない。だって、自分には起きないって置き換えられるんですもん。」(看護師)

「だから僕らも採血するんですよね、わざと。ちょっとでも肝臓が悪かったり、ちょっとでも脂肪肝があれば、ほらって。」(医師)

そして、今までの関わりを振り返り、〈言葉だけでは伝わらない〉ことと、積極的に〈情報の共有〉をしていく必要性を感じていた。

「多分普段の診療で、言葉で言うだけで伝わっているものって、どれだけ少ないかってことですよ。」(看護師)

「本当はもっと聞いてほしいんですよ、お惣菜買う時どうしたらいいですかとか、どんどん聞いてほしいんですよ。」(栄養士 1)

また、介入は継続出来ているものの、複雑な家族背景などがあり、効果的な介入方法には至らず〈やればやるほど難しい〉と感じていた。

「やればやるほど、余りにも問題点が複雑すぎて、これはなかなか、介入プログラムも本気で作ろうとしたら大変だよなっていうのが良く分かってきちゃったよね。」(医師)

「だからみんなやらないんだよね。」(看護師)

このように、医療者は多くの課題を得ており、困難感を抱きつつも、

同時に介入の方向性も見いだしていた。

## 2) 《介入がもたらした成果》

介入を継続したことにより得ていた成果を示しており、〈予想以上の結果〉〈多職種協働の強み〉〈霧が晴れる〉の3つのコードを抽出した。

介入を開始する前は、参加者も少なく、本当に実行できるかも不安だったが〈予想以上の結果〉を得ていた。

「最初はもう、こんな計画を立てても無理なんじゃないかって。」(医師)

「だから出席率いいんですね。すごい、最初心配してた。」(PT1)

そして、それが実行できたのは〈多職種協働の強み〉によるものと感じていた。

「やっぱりいろんな力が加わると、継続できるんですね。すごいな。」(PT1)

また、介入を継続したことで、知り得たことが多く、〈霧が晴れる〉思いを抱いていた。

「ほんとうに悶々としてた、親御さんたちの思うこの、それがやっぱり出てきた。」(医師)

「私たちも本当に知らなかったことをいっぱい教えてもらった感じがですね。」(看護師)

このように、医療者は介入を継続出来たことに喜びを感じ、医療者自身が得たものが大きいことを実感していた。

## 4. 領域：【取り巻くもの】

《肥満をつくる社会》《ネガティブな肥満像》《理解されない成人肥満との違い》の3カテゴリーを抽出した。医療者は、小児の肥満の背景に

ある《肥満をつくる社会》と《ネガティブな肥満像》について認識しており、《理解されない成人肥満との違い》を問題視していた。

### 1) 《肥満をつくる社会》

子どもと家族を取り巻く肥満を加速させている社会背景を示しており、〈食べる食べるの圧力〉〈不適切な学校環境〉〈太っていることの肯定〉〈ビジネスのターゲット〉〈社会の変化〉の5つのコードが含まれた。

医療者は、子どもが太っている故に学校の先生や友人、祖父母から〈食べる食べるの圧力〉を受けていることを母親の話から知るようになった。

「過体重のお子さんに対して、まあ、一般的な目としては、普通量では足りないよねっていうのが、誰でも納得するような感じなんですけど、そうすると、例えば学校で給食が余っていたら、『お前食べる』って、学校の先生も言うし、子どもも言う。」（看護師）

「おじいちゃんおばあちゃん、食糧がない時代に育った人たちって余計にそうだと思う。食べる食べるっていうかもしれないです。」（PT1）

さらに学校で提供されている給食や体育が肥満児に適しておらず〈不適切な学校環境〉と感じていた。

「給食もそうかもしれないんですけど、すごいエネルギー高いんですよ。」（栄養士1）

「別にわざわざこんなところで本当は体を動かして筋力アップなんて図らなくても、学校の授業の中で組まれている、その体育の授業の中できちんと出来ていれば、本当は子どもたちがちゃんと筋力アップを図れて、その子の体型にちゃんと合ったような運動能力は高められていくはずなのに、いったい学校は何をやっているのか。」（医師）

また、最近のテレビや雑誌の傾向が〈太っていることの肯定〉をしていると感じ、その背景は〈ビジネスのターゲット〉になっていると考え

ていた。

「ぽちゃぽちゃ系ね。確かに芸能人も出始めましたからね。まるで太っていることを苦にするなってことのイメージキャラクターみたいな感じですよ。」(PT1)

「大人の服はサイズがいっぱいできてきた。それに対してお母さんのだれかが言っていたのは、これって太っていることを、あの、肯定されている気がする。」(看護師)

「それって多分社会の、ここ(ぽちゃぽちゃ系)がターゲットにならなかったから、ここをターゲットにして。」(看護師)

そして、飽食時代となった〈社会の変化〉に対応していく必要性を感じていた。

「難しいですね。だからそこに抗えるのって、要は社会が大きく変わっちゃったから今こんなに生活習慣病がメインになってくるわけだから、ここは私たちが子どもの時から教育を。」(看護師)

このように、医療者は子どもの身近な環境から広く社会に渡り、子どもの肥満に影響を与えているものを理解し、対処したいと望んでいた。

## 2)《ネガティブな肥満像》

肥満児や肥満の社会的なイメージによる医療者自身や母親への影響を示しており、〈作られたイメージ〉〈触れられない肥満〉の2つのコードが含まれた。

医療者が介入前に抱いていた子どもの像と実際に目にした像には違いがあり、肥満児に〈作られたイメージ〉があると感じていた。

「テレビの前に転がって、ポテトチップス食べて、サイダー飲んでるっていうのは、作られた虚像かなって思うんです。」(栄養士1)

「なんかねえ、そこら辺(筋力がない)って私も多分説明してもらわ

ないと分からないし、他の人も多分分からないし、太っている人のイメージ像っていうのが社会的にあるから、良く食べる、強いだとか。」（看護師）

また、肥満はタブーであり、〈触れられない肥満〉であるために、母親が同様の体型の子どもに A クラブを紹介したくても出来ずにいることに理解を示した。

「お母さんたちが言ってたのは、やっぱり自分たち、まあ、他にも同じような子どもはいると。うん。だけど、お母さんもこういうの（A クラブ）がありますよって、紹介してあげたいけど、言えないって。」（看護師）

「でも言って、なんか気を悪くしたらどうしようとか、関係性を悪くしたらどうしようってことですな。」（PT1）

このように、医療者自身にも作りあげていた肥満児像があったことに気づき、それ故に肥満に触れることの難しさを理解していた。

### 3) 《理解されない成人肥満との違い》

小児肥満の医学面の問題を示しており、〈理解されない成人肥満との違い〉のコードであった。

小児は発達途上にあり、研究対象とすることの難しさなど〈理解されない成人肥満との違い〉を感じていた。

「自分で考えて行動するような年齢になっていないところに於いて、それが成人のものと同じように考えて一括りにしてはやっぱり駄目だと思う。」（医師）

「子どもはやっぱり介入がしにくいんですよね。親の同意がないとだめじゃないですか。」（医師）

このように、小児の特性を踏まえた治療や研究が進んでいないことを

問題視していた。

## B. 子どもの肥満に対する母親の認識

第 1 回目の FGD「体重を減らすことは何故難しいのか」の参加者は、母親 7 名、小児科医 1 名、管理栄養士 2 名、理学療法士 1 名、所要時間は 70 分であった。第 2 回目の FGD「何故体重を減らさないといけないのか」の参加者は、母親 3 名、管理栄養士 2 名、所要時間は 109 分であった。研究者は 2 回ともファシリテーターを務めた。

母親の子どもの肥満に対する認識は、《母子で背負う重荷》《どうしてもならない事柄》《なんともできない》《なんとかしたい》《生活上の気がかり》《親にかかる手間》《肥満の容認》《ここに来てよかった》の 8 カテゴリー、32 コード、215 単位であった（表 8）。

子どもの肥満は、子どもと母親に負担を強い、《母子で背負う重荷》を生じさせていた。そのような状況を《なんとかしたい》と母親なりの対処をしていが、《どうしてもならない事柄》もあり、《なんともできない》状況であった。そのような中で A クラブを紹介され、《ここに来てよかった》と肯定的に評価していた。また、子どもの肥満は、《親にかかる手間》を生じさせ、《生活上の気がかり》を抱いていたが、一方で《肥満の容認》をしており、積極的な肥満改善行動には至っていなかった。

### 1. 《母子で背負う重荷》

子どもが肥満である故に周囲から与えられている負担と、それに対する親の思いを示しており、〈食べる食べるの圧力〉〈せつない〉〈食べ物との格闘〉〈周囲の目〉〈言えない子ども〉〈ストレスの相乗作用〉の 6 つのコードが含まれた。

母親は、太っているイコール大食とのイメージから、子どもが同級生

や学校の先生、祖父母から〈食べる食べるの圧力〉を受けていることを認識していた。

「牛乳を好きじゃないのに、3つ飲んだって言って、『なんで』って言ったら、班の子に『飲め飲め飲め』って言われて。」

「普通の量じゃ足りないって勝手に思っているから、食べる食べるってというのがやっぱり多いよね。」

「おじいちゃんおばあちゃん、食べる食べる食べる。」

さらに、現在の子どもの痩身志向により、残酷な〈周囲の目〉があることに憤りを感じていた。

「あんな小っちゃい子がそういうこと言わないでしょって言う言葉を言われてきているから。」

「(体重を減らさないといけないのは) いじられないためなのかな？ そうなんだよね、いじられないためっておかしいけどね。なんで周りのこと、そんなこと気にしなきゃいけないのって思うけど。」

母親はその状況を子ども自身が跳ね返すことを望んでいたが、〈言えない子ども〉であった。

「やたら気が優しいというか、やつらはね。やっぱり言ってはいけないと知っているところがあって、そういういうことを、『やられたらやり返しなよ』って言ったときに、出来ない、やっちゃいけないって。」

一方家庭内にも、子どもの食事制限により親子間で〈食べ物との格闘〉が生じていた。

「なんとかして隠れて食べよう、食べようっていうのが。」

「毎日食べ物と格闘することが、多分相当ストレスにはなっていると。常にお兄ちゃんはこれだけど、b1はダメだよっていうのが、ずーっと昔からやっているから。」

このような子どもに負担を強いる状況は、子どもにストレスを生じさせ、そのストレスが親に影響し、また子どもにも影響するという〈ストレスの相乗作用〉を生じさせていた。

「子どもが抱えてくるのも親のストレスだし、親のストレスが子どもにいつている。」

そして同時に、〈せつない〉思いを母親は抱いていた。

「その明るさもわざとじゃないかなって。うん、だから無理しているんだよね、きっと。う〜ん。」

「自分が他の子と違って、ここ（エプロンの紐）が回らない、結べないって言われたときの、その、ね、かわいそうだよ。ああ、言われたんだらうなって。」

このように、肥満により子どもが体験している辛い状況を母親は理解しており、それに母子共に対処できないことに更なる辛さを感じていた。

## 2. 《どうにもならない事柄》

母親が対処出来ないと感じている子どもの肥満の背景を示しており、〈スキル不足〉〈忙しい〉〈厄介な長期休み〉〈家族の存在〉の4つのコードが含まれた。

母親は、料理が苦手だったり、子ども要求に対処できないなどの〈スキル不足〉があった。

「低カロリーでとか、なんとかでっていうと、まずいんだこれが。」

「私が泣くとうるさいから食べ物与えてた。」

「そういうの（運動部の兄との食事量違いに怒る姿）を見て、じゃあお母さんのをちょっとあげようかってなっちゃうんで。」

また、子どもの活動や食事に配慮することの必要性は感じていても、仕事があり〈忙しい〉ので出来ないと感じていた。



「習い事って制限があるからね、働いている親はね。」

「もう急いで作って食べさせないと時間が時間だしって。」

さらに、家族内には父親の帰宅が遅かったり、晩酌の習慣、きょうだいの生活リズムなど、変えられない〈家族の存在〉もあった。

「ほんと小学生とかだといいんだけど、うちみたいに（きょうだいの年齢が）離れちゃうと、結局やつらは自分たちのお金もあるし、時間もあるし、自分たちで好き勝手にできる。それを見ている下の子たちはどうよってなると、いくら頑張ってもその社会は無理で。」

夏休みなどの長期休暇は、子どもの生活リズムが崩れて体重増加となるため〈厄介な長期休み〉と感じていた。

「これねえ、もうねえ、でもねえ、うちとしては切実な思いなのね。学校休まないでくれって頼むからって。」

このように母親は、子どもの肥満が改善しない背景には、自分の力ではどうにもならない事柄が多くあると感じていた。

### 3. 《なんともできない》

子どもの肥満を改善したいという思いとは裏腹に、それが出来ずにいる状況であり、〈生活は変えられない〉〈出来ないジレンマ〉〈やったけど続かない〉〈どうしていいかわからない〉の4つのコードが含まれた。

母親は子どもの肥満改善のために、生活を変える必要性は理解していたが、〈生活は変えられない〉と感じていた。

「生活を変えるわけにはいかないし、生活を変えなければ多分同じだし。」

「早く寝なさいって、保育園や学校で言われたって、うちのリズムっていうのがあって、寝かしたいのよ、寝かしたいけど、しょうがないじゃん。」

そして、変えられない状況に対して、〈どうしていいかわからない〉  
という思いと〈出来ないジレンマ〉を抱いていた。

「変えられないから、こうなってるから。先々も変えれないだろうから  
どうしたらいいのって。どうしたいって聞かれる前に、どうしたらいい  
んですかになっちゃう。」

「それも自分が一番よくわかっていて、ダイエットなんて出来ねえ  
じゃんっていうのが一番わかっているから、制限なんてされたって絶対  
無理だし、反動出るしとか。」

また、色々と試してはみたが〈やったけど続かない〉という体験を繰り返していた。

「どれもすごいいっぱいやった。味噌汁の具を先に食べさせてからご飯  
というのもやったし、野菜を食べさせてからご飯とかっていうのも  
やったし、ありとあらゆることを教えてもらったこととかもやるけど、  
やっぱり長ーくは続けられなかったというのは、元の生活のスタイルが  
あるから、やっぱり、忙しければ、やっぱり、ああ、もう早く食べちゃ  
いなって、やっぱりなっちゃうし。」

このように母親は、子どもの肥満改善の意思はあるものの、自分には  
出来ないと思っていた。

#### 4. 《なんとかしたい》

子どもの肥満に関わる不利益を解消したいと望む気持ちを示しており、  
〈子どもを強くする〉〈病気になってほしくない〉〈痩せさせたい〉の 3  
つのコードを抽出した。

母親は、子どもが周囲から受ける「デブ」「ブタ」などと言われる事  
に対し〈子どもを強くする〉ことで子どもを守ろうとしていた。

「『太っていて何が悪いのって逆に言ってい』って言うしか、こっ

ちも強く言ってあげて、お前は頑張んなきゃいけないんだよって」

「うちはね、これだけ食べれるくらいあれなんだぞって言うくらいじゃないと、今本当にね、口がね、傷つくなんてもんじゃないよね。昔よりひどい。」

一方で、病気のリスクや肥満の不利益について理解しており、〈病気になってほしくない〉〈痩せさせたい〉と望んでいた。

「うん、やっぱそれは病気ですよ。えー、糖尿病だけにはなって欲しくない。」

「きっと足が変形する気がする。」

「痩せさせなきゃいけないっていう目標はあるんだけど。」

このように母親は、肥満がもたらす子どもへの悪影響を減らしたいと望んでいたが、肥満を改善する以外の方法で対処していた。

## 5. 《生活上の気がかり》

母親が日常生活の中で気になっていることや気づいたことが含まれており、〈力がある〉〈動くのに痩せない〉〈家庭内の食環境〉〈動かない〉〈動けない〉の5つのコードが含まれた。

母親は、子どもの体が大きく〈力がある〉ために、友達に怪我をさせないかと心配していた。

「冗談、冗談っていうか、ふざけ半分でやっても、そう、叩く力が結構強いからそれが、お友達にダメージを与えてないかなって、そういう心配はあるかな。」

また、子どもがゲームやパソコンなどをしていて〈動かない〉ことや、体重の増加により〈動けない〉ことを気にかけていた。

「家でゲーム。友達と何やっているのかなって思ったら、公園で遊べばいいのにゲーム。外行って何しているのかなっていったらゲームして

いる。」

「お腹のお肉が邪魔で腹筋出来なくなっちゃって知った時にすごくショックだったね。」

一方で、Aクラブで子どもが動き回る様子を見て〈動くのに痩せない〉ことを疑問に感じていた。

「何故って、何故に痩せないかっていう、そこが大問題なのよね。こんだけ走れるのにね。だから何で痩せないのかもわかんないし。」

また、〈家庭内の食環境〉にも問題があると気づいていた。

「食事だって何だってやっぱり環境ね。」

「色んなものが無駄にあるもんね、やっぱりね。」

このように、母親は子どもの生活から、肥満に関係する気がかりとなることに気づいていたが、一方で何故痩せないのかわからずにいた。

## 5. 《親にかかる手間》

子どもの肥満から生じてくる様々な親の手間を示しており、〈着るものがない〉〈お金がかかる〉〈手間がかかる〉〈傷みが早い〉〈きょうだいへの配慮〉の5つのコードが含まれた。

子どもの体型は服や靴選びにも影響し、〈着るものがない〉状況であった。

「160で全然着させられなくて、卒園式のかわいいAKBみたいな服が、園児用のが入らなくて、で、高校生とか中学生が着るサイズの、あのAKBみたいなやつを着せましたよ。」

そのため、〈お金がかかる〉大人用のサイズやスポーツメーカーの服などを購入していた。

「太っている人はだからお金かけて、そう、違うものを買ってなると、たかが子どもの服なんか300いくらで買えるものが、大人用だと300い

くらじゃ買えないから。」

さらに、既製品の手直しを要するなど〈手間がかかる〉、重量があることから、ベッドや自転車の〈傷みが早い〉状況があった。

「エプロンだって、市販のじゃ胴が回らないからって、ミシンで作って」

「2段ベッドは板がキシキシキシキシゅっている。」

また、肥満児のきょうだいに対しては、隠れてお菓子をあげるなど〈きょうだいへの配慮〉が必要であった。

「お兄ちゃんのお菓子はね、同じ袋から出しているのに、『お兄ちゃんはこんなに多くて、どうして自分は』って。gに合わせてお兄ちゃんにやって、お兄ちゃんには後でこそっとまたあげたりとか。」

このように、子どもの肥満は母親に手間と金銭的な負担の両方を生じさせていた。

## 6. 《肥満の容認》

子どもの肥満やその状況を許容したい思いが示されており、〈まだ病気ではない〉〈昔ならガキ大将〉〈太っていて何が悪い〉〈なんとかなる〉の4つのコードが含まれた。

母親は、子どもの肥満は〈まだ病気ではない〉予備軍の状態であるため、積極的な肥満改善の必要性までは感じていなかった。

「単に太っているだけなのに、そんな思い（入所）する必要があるのかなー。ゆくゆくは病気になることが心配だから今があるんだけど、いるんだけど、でも、今は全然病気じゃないしとかって思うと、先にはいけない。」

「病気にならない、今後ならないためって言っても、今病気じゃないからっていう、考えにもならないよね、やっぱりね。」

その背景には、〈昔ならガキ大将〉と力強いイメージや、〈太っていて何が悪い〉〈なんとかなる〉との思いがあった。

「そうでかい、イコールでかいだから、大きいと強いというイメージがうちの時はあったけど。」

「そうだよな。増えててね何か文句あるのって、減らさなきゃいけない理由は何。」

「何か迷惑かけたみたいな。」

「上の子たちの時、太ってて太変だったけど、普通になっちゃったから、こと足りちゃったから、どうにかなんべとは思っている。」

このように、母親は子どもの病気の危険性を知りつつも、同時にそれを打ち消すような認識も持っていた。

## 7. 《ここに来てよかった》

Aクラブに対する母親の評価が示されており、〈ここに来てよかった〉のコードであった。

母親は、Aクラブでは子どもが体型を気にすることがなく、母親も同じ悩みを共有できることから〈ここに来てよかった〉と感じていた。

「なんかね。だから、多分ここ来ると、皆が皆だから別に気にもならない。そりゃそうなんだけど、当たり前なんだけど。」

「ここで皆で、ああじゃない、こうじゃないって、ぐじゃぐじゃぐじゃぐじゃしゃべっているのも、ストレス解消にはなるよね。」

このように、母親は同じ肥満児が集まるAクラブを肯定的に評価していた。

## C. 医療職以外のスタッフが介入を通して得た気づきと課題

ムーブメント教育・療法の指導者（以下、ムーブメント指導者）に対

するインタビューを 2013 年 8 月 22 日に実施した。インタビュー時間は 69 分であった。

ムーブメント指導者が介入を通して得た気づきと課題についての発言は 62 単位であった。これらの発言は【子ども】と【家族】の 2 領域について語られており、2 領域合わせて 7 カテゴリー、18 コード、62 単位であった（表 9）。

## 1. 領域：【子ども】

《ここで作る自他肯定感》《認められたい》《自分で作る壁》《動かないが課題ではない》の 4 カテゴリーを抽出した。ムーブメント指導者は、約 1 年間に渡る介入を通して、肥満児は《動かないが課題ではない》ことに気づき、子どもの《認められたい》様子や、《自分で作る壁》を感じ、子ども自身が自分を肯定することと、他者が認めることの《ここで作る自他肯定感》を課題として抱くようになっていた。

### 1) 《認められたい》

子ども同士の関わりの中で見られた気がかりな言動を示しており、〈他児より優位に立ちたい〉〈自分だけを見てほしい〉の 2 つのコードが含まれた。

人数も少なく、同じような体型でありながら〈他児より優位に立ちたい〉と競い合う様子が気になっていた。

「最近思うのは、なのに、あの中でやっぱり比べ合いっこして自分が優位に立ちたいっていうのは、ひしひしと感じてるなっていうのは思うんですね。」

「サイズ感的にも精神レベル的にも、あまり変わらないぐらいの子たちがいるけど、やっぱりその中で、私は『誰より』みたいな思いがあっ

たりとか、僕の思いを優先させたいとか。」

そして、子ども同士で遊べず、〈自分だけを見てほしい〉と1対1の関係を求めることに驚きを抱いていた。

「こないだ本当にちょっと気持ち悪いって言ったら失礼なんですけど、最初の遊びの何もないフリーな時間に、最近いつもキャッチボールとかドッジボールとか鬼ごっこやろうって言うじゃないですか。気づいたら、みんなドッジボールをやろうって言ってるのに、ドッジボールが全部1対1でしかできないんですよ。」

このように、ムーブメント指導者は子どもの注目を引こうとする様子を驚きをもって察知していた。

## 2) 《自分でつくる壁》

ムーブメント指導者が気づいた前向きでない子どもの態度示しており、〈やろうとしない〉〈自分をみない〉の2つのコードが含まれた。

ムーブメント指導者は、障がいを持つ子どもと比較して、子どもが積極的な態度をせず、〈やろうとしない〉様子が気になっていた。

「でも、そういう何ですか。『あ、ちょっとチャレンジ』みたいな、何でしょうね、やる気スイッチじゃないですけど、やっぱりそこがどこにあるのかなあみたいな。」

「ここをしっかりと伸ばさなくてもいいけど、例えば、このふりだけでもちょっと伸びるじゃないですか。こう伸ばそうとただで伸ばるのにそれすらしないから。」

さらに、出来ていることを子どもに伝えても受け入れず、〈自分をみない〉ことを気にかけていた。

「何か、何となく子どもって、遊んでたら、『あ、これできる』みたいなのか、ほかの子がやってて自分もやって『あ、これできない』み



たいなちょっとした気づき気づききみたいなのがあるじゃないですか。  
その『これできる』みたいなのが積み重なったりすると、結構アクティブに動けるようになってたりするんですけど、何か『これできる』も見ないようにしてるっていうか、分かりますか？自分の何だろうなあ。」

このように、ムーブメント指導者は子どもから積極性を感じられないことが気にかかり、その理由を探っていた。

### 3) 《ここで作る自他肯定感》

子どもの肯定感につながる課題や活動の実際を示しており、〈ここにいる自分の肯定〉〈ここで得る達成感〉〈見ている人がいることへのリアクション〉〈学校の埋め合わせ〉の4つのコードが含まれた。

ムーブメント指導者は、子どもたちがAクラブでやりたがることは、学校では出来ずにおり、〈学校の埋め合わせ〉をしていると感じていた。

「やっぱり学校でやってることが、自分が入ると学校では自分がおみそじゃないですけど、できないことをAクラブでやりたいんだなっていうのがすごく感じるんですけど。」

そして、単にここで運動をするだけでなく、ここでの自分の存在価値を認め、〈ここにいる自分の肯定〉が出来ることが重要と感じていた。

「やっぱり今のままじゃ駄目なんですよ。駄目だけど、今の自分が『これでいいんだ』、『これでいいんだ』とちょっと違うけど、やっぱり『私ここにいていいんだ』っていうふうに思わないと、客観的に自分のただ非難されるだけのデブを受け入れられないじゃないですか。受け入れられなきゃ自分の理想も描けないじゃないですか。」

さらに、自分の頑張りを認めるなど、〈ここで得る達成感〉の必要性も感じていた。

「運動量がそこまでできるようになっても、やっぱりそのうちで、『あ

あ、今日はこれを、俺これ頑張った』みたいな達成感とか、『今日はこれ一番楽しかったな』みたいなのとかがないと、やっぱりちょっと。だんだんそればっか続くと、つらいものにもなるなっていうのも思ってた。」

実際に、子どもを肯定し、承認する言葉をかけることで変化があり、〈見ている人がいることへのリアクション〉を感じていた。

「その日のうちに、その瞬間は恥ずかしかったりとか、いや、逆に褒めたらできない子もいるので、瞬間的に何かが返ってくるってことはないですけど、終わったあとに話に来てくれたりとか、そういうところで、やっぱり『あ、自分を見てる人がいるんだ』っていう気づきがあったの何ですかね、リアクションみたいなのはすごく感じますね。」

このように、ムーブメント指導者は、ムーブメントを通して子どもの変化に気づき、子どもの自己肯定感の課題を強く感じるようになっていた。

#### 4) 《動かないが課題ではない》

肥満児の課題が「動かない」ことではない気づきを得たことを示しており、〈動けない体〉〈こんなに動いていい〉〈運動のみが課題ではない〉の3つのコードが含まれた。

活動当初は運動が苦手なことが課題と思っていたが、活動を継続していく中で〈運動のみが課題でない〉と気づくようになった。

「肥満の子はクラスに何人かはいるんですけど、でも何か、やっぱり単純に健常児で肥満の子みたいな子に出会うのは、結構初めてに近い感じだったので、なので、ちょっとあなどってたじゃないですけど、ただ単に運動が苦手とかで動きが継続できないとか、飽きっぽいとかっていうことが一番のネックなのかなと思ってたら、何かもっといろんな課題があるんだなっていうのを、すごく感じ、今感じてるんですけど。」

しかし、子どもの動作を観察して、〈動けない体〉であることも理解していた。

「肥満だからできないことと、肥満、肥満何て言ったっけかな、肥満だから物理的にできないことと、肥満になったからできなくなったことみたいなところがあるのかなっていうの感じてて、物理的なことはやっぱり体が利かないとか、運動面が弱いなっていうのを感じる。」

そのため、運動量にも制限があると思っていたが、医療者の活動を見学し〈こんなに動いていい〉と驚いていた。

「私も疲れたなあ、って思いながら、よく動くなあと思いながら。でも、こんな動いてもいいんだっていうのも結構意外なところだったんですけど。」

このように、肥満児は動けない部分もあるがそれが一番の問題ではないということに驚きをもって気づいていた。

## 2. 領域：【家族】

《余裕のないまなざし》《母子一緒の重要性》《問題視されない》の3カテゴリーを抽出した。ムーブメント指導者は、母親の子どもに対する《余裕のないまなざし》を感じとっていた。さらに、肥満が《問題視されない》ことや、母親の肥満もあり、《母子一緒の重要性》を認識していた。

### 1) 《余裕のないまなざし》

別の団体の母親との比較などから、気にかかる母親の態度を示しており、〈我が子を受け入れられない〉〈他の子どもに目がいかない〉〈目が笑っていない〉の3つのコードが含まれた。

ムーブメントの場では誰が誰の親かわからないようなことが生じる

が、ここでは母親が〈他の子どもに目がいかない〉と感じており、我が子を見る時も〈目が笑っていない〉ことを気にかけていた。

「ママにも差はありますが、我が子しか見えてないなっていうのもあるし。だから、ほかの子の、ここを共有できたりとかいうようなことは全くないじゃないですか、今。」

「やっぱし目ですかね。あんまり笑ってないなっていうのは思いますね。」

さらに、子どもに母親の愛情不足を感じ〈我が子を受け入れられない〉のではないかと感じていた。

「やっぱし、母も現状としてその子の存在、その子のいいところも受け入れるし、でも、その子が今太ってるんだっていうことも受け入れるべきだと思うんですね。」

「だから、そこ（この子でよかった）もやっぱし越えられてないんじゃないかなって思うんですね。」

このように、ムーブメント指導者は母親が自分の子どもに向ける視線だけでなく、子ども全体に向ける視線からも問題を感じていた。

## 2) 《母子一緒の重要性》

A クラブの活動に母親が参加することの意義や必要性を示しており、〈母子で楽しむ〉〈母の居場所〉〈母も肥満〉の3つのコードが含まれた。

ムーブメント教育・療法はその場にいる全員参加が基本であるが、母親は促してもなかなか参加出来ずにいた。しかし、母親が一緒に参加した時の様子を観察し、〈母子で楽しむ〉ことの必要性を感じていた。

「やっぱり、サーキットとかやって、ママたちに手伝ってもらっただけでもだいぶ違いましたよね、あの1回は。あの遊具を持って立ってるだけでも。」

「一緒にこの空間を過ごして、何か自分も『今日これ楽しかった』みたいなことがあるといいと思うんですよ、親も含めて。」

また、子どもと同様に〈母も肥満〉であり、Aクラブが〈母の居場所〉としての役割を果たしていると認識していた。

「(ママも) 肥満じゃないですか、やっぱし。家庭環境でそうだと思うので。」

「だからママたちも話す場がないんでしょうよね。だし、受け入れてくれる人もいないし。」

このように、ムーブメント指導者は母親の体型のことを含め、母親が子どもと一緒に楽しんで参加することの必要性を感じていた。

### 3) 《問題視されない》

母親から感じられる子どもの肥満についての印象が示されており、〈問題視されない〉のコードであった。

肥満の子どもは多少動かない程度で母親からみても〈問題視されない〉だろうと感じていた。

「結局肥満の子は、あんまし動かないぐらいじゃないですか。母からしてほかの子よりは動かないで、ちょっとコロコロしてるぐらいじゃないですか。印象として。」

このようにムーブメント指導者も、子どもの肥満は問題視されない印象を抱いていた。

## D. 小児肥満の改善に影響する重要な要素

医療者が介入を通して得た気づきと課題 (health professions : H)、母親の子どもの肥満に対する認識 (parent : P)、ムーブメント指導者が介入を通して得た気づきと課題 (movement therapist : M) から抽出し

たカテゴリーまたはコードで上記 3 つに共通していたものは、子どもに対するものでは、《動けない，H》〈動けない，P〉〈動けない体，M〉であり、子どもは「動かない」のではなく「動けない」ことであった。この「動けない」には、〈筋力がない，H〉〈動けない環境，H〉〈学校の埋め合わせ，M〉と身体的な要因と環境的な要因が影響しており、実際に子どもたちに動ける環境を提供することで、〈ここでは動く，H〉〈こんなに動いていい，M〉〈動くのに痩せない，P〉と子どもが動くことに全員が驚いていた。

また、母親に対するもので共通していたことは、《肥満・健康への軽視，H》《肥満の容認，P》《問題視されない，M》であり、子どもが肥満であること、特に肥満と健康の関係が重要視されないことであった。母親は、子どもの通院を継続させ、〈病気になってほしくない，P〉〈痩せさせたい，P〉と A クラブにも参加している。それでありながらも、〈昔ならガキ大将，P〉〈太っていて何が悪い，P〉と、肥満の状態を肯定する発言をしており、母親自身の〈体に対する価値の低さ，H〉も存在していた。一般人であるムーブメント指導者も〈問題視されない，M〉と感じており、医療者が望むのは、健康障害として肥満に対応することであるが、ここに差異が生じていた。また、《肥満児の母ゆえの負担，H》《親子で背負う重荷，P》《親にかかる手間，P》と、肥満児の母に特有な負担体験していた。しかし、肥満の改善に対しては、《なんともできない，P》《どうにもならない事柄，P》〈生活を変える難しさ，H〉と、生活を変えることの必要性は理解していても、〈知っているだけでは出来ない，H〉状況であった。そのため、子どもが〈周囲の目，P〉から与えられる辛い状況に対して、母親は根本原因である肥満を改善することではなく、〈言えない子ども，P〉と知りつつも、〈子どもを強くする，P〉こ

とで対処していたのであった。

医療者とムーブメント指導者に共通していたのは、〈母子一緒の重要性，H〉《母子一緒の重要性，M》であった。これは単に子どもを支援する保護者としての役割ではなく、〈母の居場所，M〉〈スキル不足，H〉〈スキル不足，P〉というように、母親を対象として、子どもと共に活動するのを促すことの重要性を示している。調理実習の場面から母親の料理のスキル不足は明らかであり、実際、子どもが食べないと言っていた野菜は、活動日に毎日に提供することで〈食べないのではなく食べる，H〉ことを確認できた。母親は〈忙しい，P〉と物理的な余裕もなく、子どもと一緒に活動参加を促しても、会場の隅に座って母親同士で話をしていたり、眠っていることもあり、〈余裕のないまなざし，M〉を子どもに向けていた。子どもからは《認められたい，M》《代理摂食，H》と普段から注目されていないことが伺える。実際、子どもは母親の名前を呼んで活動に誘い、「見て見て」と何度も母親のところに駆け寄っていた。ムーブメント指導者が、子どもに《自分でつくる壁，M》を感じ、《ここでつくる自他肯定感，M》を課題としているように、母子一緒の活動を通して、母親が子どもを肯定していくことが求められる。Aクラブの活動は、母親を活動に誘い入れ、双方向性となるように心掛けている。このような活動を通し、《ここに来てよかった P》《場が与えた影響，H》〈予想以上の結果，H〉と成果を得ることが出来ている。子どもからは《変わる力，H》が見いだせていることから《コアは家族，H》であった。

家庭外の要因としては、〈食べる食べるの圧力，P〉《肥満をつくる社会，H》が母親と医療者から共通して抽出されている。〈食べる食べるの圧力，P・H〉は、母親との FGD の中で話題に挙がった内容であるが、医療者も重要に感じていた。この背景には、母親が持つ《肥満の容認，

P》が、学校や拡大家族といった身近な環境から、広く社会一般まで存在していることを示している。医療者は《理解されない成人肥満との違い、H》を感じており、健康問題として子どもの肥満の状態を容認しない社会が必要となる。

以上より、高度な肥満を有する子どもの改善に影響する重要な要素として、“動けない”子どもが“動ける”「場」、母親が子どもと一緒に活動して、スキルを身に付け、子どもを認める「場」が存在し、継続して参加したいと思える「場」であることが必要である。さらに、健康問題として子どもの肥満を理解し、子どもの肥満の状態を容認しないような社会としていくことが求められる。特に、母親を含めた家族全体には、知識として知っている以上の理解を深めてもらえるような働きかけが必要である。

## **Ⅶ．小児肥満介入における看護職の役割**

### **A．Aクラブで看護職が実際に担った役割**

Aクラブで看護職が実際に担った主要な役割は、1．子どもと母親からの情報収集とアセスメント、2．子どもや母親を対象とした活動の企画と実施、3．子どもと母親に対する個別介入、4．他職種が企画する活動の手伝い、5．活動日の調整や連絡、データ入力等のであった。ここでは1から3の実際について記述する。

#### **1．子どもと母親からの情報収集と家族アセスメント**

主に初回参加時に実施し、必要時追加収集を行った。主な情報収集項目は、子どもからは、平日と休日の過ごし方、好きなことと苦手なこと、



好きな食べ物と嫌いな食べ物，A クラブでやりたいこと。母親からは、家族構成・家族歴，太り始めたきっかけ，子どもや家族が問題と感じていること・心配なこと，今までに取り組んで効果のあったこと・効果のなかったことである。得られた情報を整理し、カルガリー式家族アセスメント・介入モデル（以下、CFAM/CFIM）のジェノグラム（家系図）とエコマップ（家族関係図）で表した。また、QOL の質問紙調査や健康観の調査等を実施した。

## 2. 子どもと母親を対象とした活動の企画と実施

看護職が母親を対象に企画した活動は、2 回の FGD と子どもの余剰体重体験であった。FGD は、母親の認識を知るのが主要な目的であったが、母親同士の交流や、意見交換することでの気づきを促す目的もあった。実際に、母親自身が空腹でないにもかかわらず食べていた状況に気づいたり、話をするだけでもストレス解消になるとの発言がみられていた。余剰体重体験は、子どもにどれ位の余分な体重があるかを体験することで、子どもにかかる負荷を理解してもらうことが目的であった。母親は体験したことで、子どもが走ることが苦手なことや、学童保育から帰る時にランドセルを持とうとせず、歩こうともしない様子と結びつけていた。

子どもと家族を対象にした活動は、夏休みの体重増加を予防する目的で、「元気に夏休みを過ごそう」というテーマの学習会を実施した。スライドと劇を用いて、過体重が体に与える負担と、体重よりも脂肪が多いことが問題であり、赤身肉と霜降り肉の違い、脂肪肝と正常な肝臓の違いなど写真を用いて説明した。また、子どもには米 5kg を持ってもらった。さらに、熱中症予防にジュース等を用いる危険性と規則正しく過ごして欲しいことを伝えた。印象に残ったことについて質問したアンケー

トでは、子どもからは「同じ体重でも運動する人と運動をしない人では、運動をしない人の方が脂がたくさんついている事。」「お米を持ったこと、重かった。」母親からは、夏休み中は子どもにおやつの自己管理をしてほしいことなどが挙がっていた。また、毎年夏休みに体重が増えることを母親が危惧していたため、日帰りのキャンプをすることを提案し、8月に2回実施した。

### 3. 子どもと母親に対する個別介入

活動日の身体計測結果から、体重の維持や体脂肪率の減少などがみられた場合はその理由を聞き、賞賛の言葉をかけたり、母親の疲労の様子などを観察し、気になる様子があれば声を掛けるように努めた。また、母親同士の会話の中に参加したり、子どもとの活動を促した。母親からは子どもの学校生活に関する相談や、家庭内の不和、就職活動のことなど多岐に渡る話があった。また、仕事が忙しい母親がほとんどであり、母親の健康は子どもにとっても重要であるため、休息やストレスの対処を勧めた。

母子の様子や母親との会話から関わりが必要と感じたことについては、CFAM/CFIMを用いた介入を試みた。

#### 家族事例 B「子どもの食事制限中止の提案」

状況：Bさんは以前より b1 ちゃんに食事制限を強いており、最初は米飯を茶碗に一杯までとしていた。子どもは米を押しつぶしてよそっており、それに気づいた Bさんは 200g までと変更をした。米飯 200g は年齢的にも多い量であり 120g から 150g が適量であるが、制限をかけることでより食べようとすることは文献上も経験からも理解していた。また、子どもの肥満度も上昇を続けていたため、今の方法が効果的ではなく見直してもらう機会を伺っていた。

介入の実際：第 1 回目の FGD の中で、B さんから子どもが親に隠れてでも食べようとする様子が語られた。その後、「全く（制限を）やめてみたらどうなると思いますか」と CFIM の円環的質問の行動領域の仮説的・未来志向的質問をおこなった。B さんは思いがけない言葉に非常に驚き、「いや、怖くて出来ない。野放し、もう怖い。」即座に否定した。食事制限をされていた時代の 1 型糖尿病の子どもたちが、制限が解除された時にパンを 10 個食べるなど異常な食べ方をしたことの情報を提供し、小児科医や別の母親からの勧めもあり、怖いが試してみる事となった。b1 ちゃんには B さんから伝えたが、その言葉を信じられず、小児科医に「本当におかわりしていいの、他の子と同じでいいの」と確認してきた。B さんには今までの反動が出る可能性を伝え、気持ちを大きく持って見守って欲しいと話した。2 週間後の活動日に確認をすると、自由に食べさせているが、思っていた程食べたがらず、体重も増えていなかった。制限を止めたことで母親も精神的に楽になっていた。その後、日帰りキャンプの昼食時に、他児がまだ取り終わる前から食べきれない程の量をお皿に盛る様子が気になり B さんに尋ねたところ、制限をしていたために、最初に自分の皿に盛り、口に詰め込んでしまえば取り上げられないからと、そのような行動をするようになってしまった、やはり制限は良くないと思うと話していた。

#### **家族事例 D「母親の健康を心配している子どもの思いを伝える」**

状況：D さんは昼夜仕事があり余裕のない状況であった。そのため d 君は一人で過ごしている時間が長く、学校教諭からも一緒にいる時間を大切にしてくださいと言われ、家の手伝い等はさせていなかった。D さんは息子は自分の健康のことなど気にしてないと以前語っていた。しかし、子どもたちに「誰の体のことが一番心配か」「お母さんが元気であるため

に一番してほしいこと」を尋ねたところ、d 君は「お父さんがいないから、お母さんがたおれたらどうしようと思って、お母さんがいなくなることが心配」「ゆっくり休む」と回答した。

介入：母親 4 人で話をしているところに参加し、先日子どもと母親に実施した健康観のアンケートで、お母さんが元気であるためにどうして欲しいと思っているか質問した。これは CFIM の円環的質問の認知領域の違いを際立たせる質問を意図した。A さんと F さんは「やせる」と答え、D さんと E さんは「さあ…」と思い浮かばなかった。「子どもたちはお母さんがお仕事で大変なのをよく見ていて、ほとんどの子どもたちが『早く帰ってくる』『ゆっくり休む』でした。」と伝えた。その後、D さんに、「d 君が健康のことを一番心配しているのはお母さんでした。お母さんがいなくなっちゃうと一人になっちゃうからって書いてあって、涙が出そうでした。」と話した。D さんは、とても驚いた顔をして、「私も涙が出そう」と言っていて、体を反りかえらせ、涙をこらえていた。そして、「私が健康でいないとですね。」と発言した。d 君は夏休み中一人でパソコンを見て過ごすことが多く、1 日の歩数が 700 歩台のこともあった。そのため、受診時に体重増加と血液検査値の悪化を医師から指摘された。それを機に夕食を宅配の弁当に変えるようになった。子どもは不満を言っているが、自分はとても楽になった、一緒に弁当を食べていて自分は 3kg 痩せたと述べていた。

## **B. 医療者が介入を通して得た気づきと課題の発言からみた看護職の特徴**

(図 9~12)

SSM サイクル①および②のステージ 1~4 において、看護職が最も発言した領域は【家族】で 94 単位であった。看護職自身の発言の中では

51.9%が【家族】であり、【家族】の中では39.2%が看護職の発言であった。その中でも特に発言割合が高かったものは、《肥満児の母ゆえの負担》66.7%、《場が与えた影響》65.2%であり、母親の話を聞き、母親の変化を捉え、それを伝えることをしていた。また、4領域の中で、看護職の発言割合が最も多かったのは【取り巻くもの】で30単位、46.9%であった。中でも《肥満をつくる社会》は60%が看護職の発言であり、家族を含めた肥満児をとりまく環境に広く視点をもっていた。

### C. 他職種からみた看護師の役割（表10）

看護職である研究者の評価と期待する役割についてのグループインタビュー参加者は、小児科医1名、管理栄養士2名、理学療法士1名であった。

#### 1. 看護職の活動に対する評価

他職種が評価した看護職の役割は、《親の思いを引き出す》《家族アセスメント》《家族支援》の3カテゴリーであった。《家族アセスメント》は〈親の評価〉〈家族を捉える視点〉の2コード、《家族支援》は〈問題へのアプローチ〉〈親に寄り添う〉の2コードを抽出した。

他職種は、看護職が伝えた《親の思いを引き出す》ことで得た内容に同感し、引き出せたことを評価していた。

「ほんとうに悶々としてた、親御さんたちの思うこの、それがやっぱり出てきたので。」（医師）

「一番見たくないし、見にくいところだし、なかなか向こうも見せてこない部分なんですけど。」（医師）

そして、親の思いを解釈と共に伝えたことで〈親の評価〉を実施して

おり、〈家族を捉える視点〉を持っていると評価し、《家族アセスメント》の役割を認めていた。

「でも、こういう風に表せるのがやっぱりひとつの評価であって、なんかこう、ここのところはこう思っているとか、ああ、やっぱりそういったところを引き出していくっていうのは、やはり評価の一つなのかとは思うんですよね。評価バッテリーで測るものだけが評価ではないと思うので。」(PT1)

「そこは看護師さんがやっぱり家族というものを捉えていく視点を持ってやっぱりやっていくってことなんじゃないかと思うけどね。だから、ちゃんとこのAクラブの中では出来ていると思うんだけど。」(医師)

さらに、評価により抽出した〈問題へのアプローチ〉を行っており、その関わり方は〈親に寄り添う〉ものであると《家族支援》の実践を評価していた。

「親の評価をきちんとして、そこに対して的確に、問題点を見出して、的確なアプローチをしているから変わっているような気がしますよね。親が変われば、子どもはやっぱり必然的に変わってくる。」(PT1)

「そんなにお母さんたちの気持ちには寄り添えないよね。」(栄養士 1)

「家族に一番近い存在。」(栄養士 2)

このように、Aクラブでの看護職の役割は母親を対象とした関わりであると他職種は感じていた。そしてそれは、看護職が自分の関わりの成果を伝えたことによって評価されていた。

## 2. 他職種が求める看護職の役割

他職種が望む看護職の役割は、《家族支援》《他職種が聞けない話の担い手》《コーディネーター》の3カテゴリーであった。《家族支援》は〈家族内の関係性の構築〉〈家族の話を聞く〉〈対象は「家族」〉の3コード、

《他職種が聞けない話の担い手》は〈対象の本音〉〈専門外の話〉〈聞いたことを伝える〉の3コードを抽出した。

他職種は、看護職の〈対象は「家族」〉であり、〈家族の話を聞く〉ことが重要な役割であると思っていた。そして、Aクラブ内に限ったことではなく、日常の診療においても同様の思いであった。

「今ちょっと役割が少し明確になったような気がします。家族に関しては、看護師さん。」(PT1)

「こういうこと(母親との会話の内容)って、僕らのやるような10分間ぐらいの診療の中では、やっぱり出し切れないことなので、こういう子どもを中心として、その背景にある、様々な因子を、こう、特に家族、それから病児ではない健康なきょうだいとの関わりっていうところを出してきてくれるのは、やっぱり看護師さんでないとちょっと難しいかなって。」(医師)

「例えばベッドサイドに行って、家族に声をかけて、まあ、家族のそのちょっと今どうですかみたいな話を聞く看護師さんは本当に少ないだろうと思う。」(医師)

そして、子どもがよりよく生きるための〈家族内の関係性の構築〉を支援してほしいと望んでおり、《家族支援》における看護師の役割を認めていた。

「(家族)調整。やっぱりこう、あの、生きやすいように。だから土台作りのところの、大本のところを支えてほしいって思ってますよ、やっぱり。」(PT1)

他職種は、自分の専門分野については〈対象の本音〉を聞くことが難しいと感じていた。そしてその本音について聞くだけではなく、〈聞いたことを伝える〉役割を期待していた。

「私たちも寄り添いながらはやっていきますけど、やっぱりメインは運動とかになってくるし、かつね、子どもの方が。それで指導はしてますけど、その指導はしてますよ、けど、その上でどう思っているかとか、今、こういうことが出ているように、本音の部分とかは聞けないのが事実ですよ。ほんとに。目の前では、『はい、わかりました、大丈夫です』なんて言っているけどね。全然大丈夫じゃなかったりするじゃないですか。それを、やっぱりすくい取ってくれる人はやはり看護師さんなのかなって思いますね。」(PT1)

「栄養士に『はい、わかりました』とか、野菜、今日の調理実習どうでしたかって聞くと、『おいしい、よかった』って絶対言うじゃないですかね、絶対聞けば。でも、違う人には『でもこれ、こんなの家で作ろうと思わない』とかぼそっと言ったりとか、そういう情報をとっていただくと。それを申し送ってもらおうと。」(栄養士 1)

また、自分の〈専門外の話〉については、親は看護職に話をし、それに対応するのも看護職の役割であるとしていた。

「僕らは、専門性も強いから、こう、親御さんにとってみれば、先生は先生だから病気のこと、それから健康状態のこと、PTさんには運動のこと、栄養士さんには栄養のことって、そういう風に親御さんの中では完全に聞く質問の内容とかも区切られちゃうと思うんだよね。だけど、それ以外の、もっとその一般的な悩みだとか、一般的に困っていることだとかは、全部看護師さんが聞いてくれるものって、多分親御さんは単純にそう思っているんじゃないかと思う。」(医師)

「そんなの(夫婦関係など)言わないですよ。それで、そういう話が出てきちゃった時には私ねえ、看護師さんに振っちゃうもん。」(PT1)

このように《他職種が聞けない話の担い手》として看護職を選んでお



り、さらに《コーディネーター》の役割を期待していた。

「本当に面倒な役割を押し付けて申し訳ないんですけど、コーディネーターというか」（栄養士 1）

以上のように、他職種は家族の支援と自分の専門領域以外のこと、自分の領域をフォローすることを看護職に期待していた。全て話を聞き、伝えるという行為であった。

#### **D. 多職種協働での小児肥満介入における看護職の役割**

小児肥満の介入における看護職の主要な役割は、実際に看護職が担った役割も、他職種が評価し求める役割も、家族アセスメントと家族介入であった。他職種も直接母親に関わっているが、家族から本音を聞くことはできないと感じており、看護職を介してそれを得たいとしていた。そのため、家族を捉える視点と家族と会話するスキル、伝えるスキルが要求されていた。また、自分の専門性に含まれない話や調整役割を担うことを看護職の役割として期待しており、他職種の専門性や役割を理解した上で活動することが必要とされていた。

## 第 5 章 考察

本章では、本研究のケースとなった A クラブについての評価を行い、本研究結果を導くに至った SSM の有用性について論じる。その後、本研究の主結果である小児肥満の改善に影響する要素から、医療者が考慮すべき小児肥満の改善に重要な要素について考察し、それを支援する看護職の役割について検討する。

### I. ケースの特徴と評価

#### A. 対象者の特徴

本研究の対象は、母子家庭や別居中、過去の家庭内暴力、精神疾患の家族員、学習障害疑いと家族内に複雑な事情が存在していた。さらに、子どもが肥満となったきっかけは、乳児期から過体重であった 2 名以外は、拡大家族の介護や死去、親との分離体験、発病など家族内にストレスを上昇させる事柄が生じていた。吉田(2003)は、幼児期や学童期から急に太り始めた場合、何らかの心理的要因が認められることが多く、そのきっかけとして、母親の就労開始、両親の不仲・離婚、家族関係の変化などの生活ストレスの上昇を挙げており、本研究の対象も同様であった。また、母親は 1 名が病気療養中、他は全員が就労しており、自営業や昼夜働くなど余裕のない様子が伺えた。

#### B. 介入プログラムの評価

介入前後における子どもの肥満度および体脂肪率は、有意差は認めなかったが、肥満児 7 名中 4 名に上昇を認め、効果は得られなかった。こ

これは、学年が上がったことによる友人関係や遊び内容の変化、夏休み・冬休みなどの季節性の影響、両親の別居などの家族要因が考えられる。しかし、本研究の対象者は、1名以外は医療機関を受診しており、医療機関からの紹介である。その上、多くが年単位で受診を継続しながらも肥満の改善が見られていない対象である。肥満該当者と医療機関との関係を鑑みると、軽度な肥満で医療機関の受診が不要な者、受診が必要であるが未受診の者、受診中断をした者の医療者が関わるのが困難な対象と、短期間の受診で改善した者、長期間の受診で改善した者、長期間受診しながらも改善しない者が想定される。つまり、本研究の対象は、医療者が関わるのが可能な範囲の中で最も改善が困難な対象である。そのため、試行錯誤で実施した1年間の介入プログラムでは成果が表れないのは当然と考える。プログラムの内容に問題があるのか、介入期間が不足しているのかを検討していく必要がある。

QOLの評価は介入前後で有意差を認めなかったが、介入前にQOL総得点が標準値の25パーセンタイル値(59.4)以下の3名(b1, b2, e)は、介入後の得点が上昇していた。学年が上がるとQOL得点は低下することから、QOLが高まったことが推測される。また、母親が評価した子どものQO総得点は、介入前後で有意に低下し、母子間の得点差が減少している。これは、Aクラブの介入プログラムが家族も対象としているため、母親が子どもと共に過ごす時間が増加したのと、スタッフや参加者同士の交流から、子どもの理解が深まったためと推察される。同様の尺度を用いた根本ら(2005)の研究によれば、QOL得点の低い児童は親子の得点差が大きいことが報告されている。B家族は母子間の差が最も改善し、最低得点であったきょうだいのb2の得点が上昇している。このことから、きょうだいを含む家族を対象とすることは意義がある。

介入前に全国平均値以上だった 3 名（c, d, f）は、肥満度の低下を認めている。思春期に入り身長増加が影響していることも考えられるが、QOL が高いことは子どもの生活が整っており、積極的な対処行動をとりやすいことが考えられる。そのため、肥満児の介入プログラムとしては、単に肥満の程度を改善するだけでなく、QOL を上昇させる内容であることが肝要である。

## Ⅱ．SSM を用いることの有効性

本研究では、A クラブの問題点や方向性などが見えずに混沌としていた状況に、職種の枠を超えて A クラブの方向性を定める方法論として SSM を用いた。その結果、方向性を定めることが出来、繰り返すことで課題を明確にすることが出来た。妹尾(1988)は SSM の有効性として、「漠とした状況の改善」に効果的かつ効率的に意思決定ができることを挙げており、本研究においても問題状況の表出から短時間で意思決定に至っている。また、SSM①と SSM②の「医療者が介入を通して得た気づきや課題」の結果より、量・内容共に豊富になっており SSM①のプロセスを経たことによる学習の成果と推察する。SSM①で定めた基本定義は「思い」のレベルでの方向性であり、SSM②の基本定義はその「思い」と実践の相互プロセスから到達した直近の課題である。SSM②の基本定義は、SSM①で作成した概念的活動モデルの「5. 今の状況（健康でないことを）理解してもらう」と同様の内容ではあるが、この点が重要であったことと、言葉で伝えるだけでは伝わらないという視点が付加されている。さらに、試行錯誤しながらの実践と思っていたが、今までの「集めて、見せて、やらせる」活動に価値があったことを可視化している。このよ

うに、SSM は問題に対応する有効なアプローチ法であり、そのプロセスを可視化し、共有することが出来るため、A クラブのような多職種集団の活動に用いることは有益である。

伝統的な SSM は 7 ステージで構成されているが、SSM を用いた目的から最も重要視したのは SSM の核であるステージ 3 であった。A クラブのスタッフは専門職集団であり、方向性が定まればそれぞれ自律した活動が可能である。実際、ステージ 3, 4 のプロセスを踏まえ、職種ごとに活動を展開していた。会議中の発言からもステージ 3 のプロセスが議論を深めていたことが理解できた。数多く存在する問題の中から取り組むべき問題を選び、それを解決するための行動である課題に変換することで問題解決は進んでいく。基本定義の「Z のために、Y によって、X するシステム」は、介入のような意図的な行為をするのに必須の要素であり、「概念的にはわかるんですよね」のような抽象的な状態から明確な行動へと変換を促していた。そして、CATWOE の要素で分析することによって、自分たちの行為が利益と不利益の両面性を持つこと、どのような世界観に基づいて行うかということを認知させていた。細川, 石鍋 (2006, 2008) は、SSM を用いた看護師の業務改善のワークショップを実施し、自分たちが抱えている問題を明確にできたことと、看護師の「思い」が触発されて家族ケアへの行動が引き起こされたことを報告している。本研究でも同様に、問題が明確になり、スタッフの思いが触発されて行動を引き起こしている。SSM で肝要なのは、この「思い」に思い込みがないか、不利益を被る人がいないかを行動に移す前に吟味できることである。SSM②を通して認識したように、医療者は患者の利益と考えて医療行為を行うが、医療の場は、患者・家族・医療者・地域・関連企業等の多様な思いが混在し、混沌としている。そして、立場が変われば

利益は不利益とも成り得るのである。このような場に SSM を用いることの有用性は高いと考える。

### Ⅲ．医療者が考慮すべき小児肥満の改善に重要な要素

#### A. 「動かない」ではなく「動けない」

高度な肥満を有する子どもに介入する中で医療者が気づかされたのは、「動かない」のではなく「動けない」ということであった。標準体重の30%を超える余剰体重分に見合った筋力はなく、標準体型の子どもと同じように動くことが出来ずにいた。そのため、一緒に遊ぶことも拒絶されていた。また、余剰体重は体の負担となり、疲れやすさを生じさせ、座る、横になるという行動を促進する。このような子どもを外から観察すれば「動かない」ことになり、問題視されるのは当然である。肥満児の保護者は、子どもに直して欲しいと思う生活習慣に「少しの移動でも歩かない」「家の中遊びが多い」を挙げていた(遠藤ら,2001)。しかし、子どもが望んでこのような生活習慣となっているかは不明である。小児肥満の治療は国内外でも、座っている時間を減らし、運動することが推奨されている(Barlow & Expert, 2007; 日本肥満学会,2004)。しかし、「動けない」子どもに運動療法を勧めても実施は困難である。藤原(2007)は、「肥満児は運動が嫌いではなく、むしろ好きな者が多い。ただ、非肥満児のスピードや持久力においつけず、運動パフォーマンスもあまりよくなく、結果として肥満児が劣等意識をもって運動に消極的になる。」と述べている。実際 A クラブでは子どもは活発に動き、参加中断はみられていない。それは、同様の体型であるための安心感や年齢は違っても運動能力の差が少ないからと考えられる。このように、高度な肥満の子

どもが楽しく安心して動ける場を提供することが重要であるとする。

## B. 子どもの肥満と健康問題の関連の理解

本研究の対象は、多くが医療機関からの紹介であり、医師から血液検査の結果や生活習慣病のリスクなどの説明を受けていた。そのため、〈病気になってほしくない〉と母親は思っていた。しかし一方では、〈まだ病気ではない〉と、疾病予備軍の状態のため積極的に子どもの肥満を改善する必要性は感じていなかった。母親が毎日見ているのは、よく食べ、元気に登校している子どもの姿である。受診に至った経緯においても、親が子どもの肥満を問題視して受診した人は皆無であり、健診や受診時の医師からの指摘、周囲からの勧めである。専門職の視点から見れば、既に歩行や姿勢に影響があり、血液検査値の異常を指摘されている児もいるが、自覚症状はなく、健康に問題があると意識することは難しい。また、〈昔ならガキ大将〉〈太っていて何が悪い〉と、肥満を容認する発言も見られている。このように親が子どもの肥満と健康問題を関連付けられていないことは、Jackson et al.(2005)、Towns & D'Auria (2009)、弓場(2007)と同様の結果であった。

病気の概念に **disease**、**illness**、**sickness** の言葉を用いる考え方がある。**disease** は医学的に定義された病理、**illness** は不健康の主観的な体験、**sickness** は疾患にかかっている、または病気であると認められた人々の社会的役割である(Blaxter, 2010/2011)。肥満や生活習慣病は **disease** であっても、自覚症状がなく、**illness** を体験しない。そのため、**sickness** の役割をとることは難しいと考えられる。研究者が子どもと母親に重りや米を持ってもらったのは **illness** を体感してもらうことが目的であった。米田(2003)は、自覚症状に乏しい 2 型糖尿病患者を対象に

身体感覚に働きかけるケアモデルを開発し、患者が身体と向き合い、身体の手入れができるように支援している。Aクラブでは、肥満と健康の関係を理解してもらうことを目標とし、言葉で伝える以外の方法を用いて実施することを課題に定めたが、具体的にどのような方法が効果的であるかは明らかではない。小児肥満の場合、肥満と健康問題の関係を最も理解して欲しい対象は別個体である保護者である。保護者に子どもの身体を理解を促す介入方法を開発していくことは今後の課題である。

### C. 家族で一緒に活動する「場」の重要性

子どもたちは、欲求を食べ物で満たさせられていたり、寂しさを食べることで対処するなど《代理摂食》をしていた。島井,山宮(2012)は、「食行動の大きな特徴は、それがニーズを満たすことを引き起こすことにある。それは快い経験であり、ネガティブな感情や状態に拮抗する。」と述べている。このように、食べることは一時的な満足感を得ることになる。Meriaux et al.(2010)は、10～12歳の過体重の子どもにインタビューを実施し、子どもは痩せたいと望み、避けるべき食事や、定期的な運動の必要性を認識していたが、「居場所の欠如」を感じており、家族からも居場所のニーズに応えてもらえず、孤独を避けるために食べることや室内で座っている活動をしていたことを明らかにした。本研究においても、医療者が《変われる力》を子どもに見出していた一方で、《認められたい》〈動けない環境〉〈学校の埋め合わせ〉と、子どもが日常を過ごす環境は、子どもが注目される居場所ではないことが思慮された。

前述したように、母親は子どもの肥満が高度であっても気に掛けることなく、周囲からの促しで受診に至っていた。肥満に対する軽視もあるが、仕事や病気で余裕がなく、子どもに目が向けられていないことが研



究結果からも推察される。高度肥満児の改善の難しさは多くの研究結果から明らかであり、肥満児を専門に診療しているクリニックにおいても、75%が高度肥満のままであり、軽度肥満に低下するものは皆無であったことが報告されている(太田,2003)。軽度肥満が改善しやすいのは、肥満の程度が軽度という理由だけでなく、子どもの肥満が軽度な状態で親が気づき、問題と捉えて対応するためと考える。母親は〈厄介な長期休み〉と、夏休みに体重が増加することを述べていた。小学生の大方は秋から春にかけて体重が増加するが、肥満児とやがて肥満となる児童は、夏に体重が増加することが明らかにされている(小林,竹本,田原,田川,東郷,1995)。これは、家庭内のみでは肥満の管理が難しいことの表れと推測できる。また、母親は〈やったけど続かない〉〈どうしていいかわからない〉〈スキル不足〉と、自分の力だけでは《なんともできない》ことを述べている。更に、飲酒・欠食など母親自身にも〈体に対する価値の低さ〉があった。塩田ら(2012)の肥満児の両親に対するインタビューにおいても、自分の栄養面については「興味がない」「考えていない」との回答が半数を占めており、川田ら(2003)は、肥満児の保護者間であっても、肥満度高値群では栄養バランスを積極的に考えている者が少ないことを報告している。このような親のみに子どもの肥満改善を委ねても困難であることは必然である。そのため、野菜の試食体験を行ったように、本来であれば親が担う役割を一部担いながら「見て・体験する」という取り組みが重要である。

以上のように、子どもには動ける場のみならず、居場所となる場が必要であり、母親は子どもと共に活動しながら子どもに目を向け、親自身がスキルと健康に対する価値を高められるような「場」が必要である。また、現在のAクラブでは母親以外はきょうだい1名しか参加していな

いが、父親や他の家族の参加も促している。母親は《どうにもならない事柄》の中に〈家族の存在〉を認めており家族全体で参加することが望ましいと考える。

#### D. 肥満をつくる社会

肥満児は友人、学校教諭、祖父母などから〈食べる食べるの圧力〉を受けていた。親しい人に食べ物を贈ったり、料理でもてなす習慣の前提には、食べ物には愛情が伴っているためと言われている(吉田,2008)。しかし、丸山(2011)の研究からも、祖父母の促しにより、維持していた体重が著しく増加したことが報告されている。日本が飽食時代となったのは1970年以降であり(五島,2001)、祖父母が育ってきた環境との違いも影響していることが考えられる。また、肥満児は大食であるというイメージから、給食時に食べることを勧められていた。これは日本の給食制度が関係していると考えられる。海外は自己選択式(カフェテリア形式)の給食が多く、そのため肥満児対策としては、メニューや自動販売機の商品の改善等が実施されている(Chotibang, Fongkaew, Mo-suwan, Meininger, & Klunklin, 2009; Suarez-Balcazar et al., 2007)。一方国内では、1日の必要量の1/3を給食で提供することが学校給食実施基準で定められている。学級担任を対象にした調査によれば、学校給食を残さず食べるように指導している割合は、小学校で95%以上であり、児童の生活習慣で心配していることは過食よりも少食の方が多かった(独立行政法人日本スポーツ振興センター,2012)。また、給食の食べ残しに関連する要因として、喫食時間、嗜好、BMIが挙げられている(安部,赤松,2011)。早食いでBMIの高い肥満児は、給食の食べ残しをしにくい。食べ物を残さないことを美德とする文化的背景もあり、給食に余りがあれ

ば肥満児が過食を強いられてしまうことが考えられる。本来、子どもの健康を配慮するのであれば、適切な量を食べるように促すことが周囲の大人の役割である。

全国の自治体等で児童生徒を対象とした生活習慣病予防対策の検診事業が実施されている(天野ら,2007; 小林ら,2006; 眞鍋ら,2009; 白澤ら,2010)。しかし、医療機関の二次検診の対象者の受診率は 24.2%(徳田, 2009)、26.9%(舘野,澤井,東山,2003)であり、対象者の約 3/4 が未受診であった。未受診者の保護者は、本研究対象者以上に肥満を軽視していることが推測される。このような状況の背景には、保護者の認識のみならず、学校の教員、医療関係者を含む社会全体の認識の低さが考えられる。子どもの権利条約では、「必要な医療及び保健をすべての児童に提供することを確保すること」が定められており、児童虐待の 1 つであるネグレクトの定義には、「重大な病気になっても病院に連れて行かない」ことが明記されている(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課,2013)。高度な肥満は今も、将来も続く健康障害であり、社会全体で子どもの肥満の状態を軽視しない取り組みが必要である。

田上(2012)は、1996 年の「成人病」から「生活習慣病」の名称変更が、悪しき生活習慣を改善するのは「個人の自己責任」の方向に向かってしまったことを危惧し、生活習慣の背景にある社会・生活環境に着目した「生活環境病」へのパラダイム・シフトを提案している。本研究でも明らかのように、子どもが肥満になった過程は、親を含めた周囲の環境の結果である。そのような子どもに対し、更なる負担を与える食事制限や運動を強いることは、Fisher & Birch(1999)や Galloway et al.(2006)の研究結果からも逆効果となることが考えられる。子どもの肥満こそ「生活環境病」であり、社会で取り組むべき課題である。

#### IV. 小児の肥満領域の看護の専門性と課題

本研究で明らかとなった、看護職が担った役割、他職種が求める役割で、最も主要なものは家族アセスメントと介入であった。《コアは家族》であることは、介入プログラム開始前から一貫して医療者の中では変わっていなかった。しかし、〈鍵は母親・家族〉であることは理解していても、対応する具体的な方法はなく、ここに看護職に介入することが求められていた。

二宮(2006)は、外来における生活習慣病の子どもと家族への支援を行う際のアセスメントの視点として「生活習慣に影響を与えているそれぞれの生活習慣に対する気持ちや負担感、成長・発達、健康についての考え方、家庭環境の事柄を把握して、アセスメントする必要がある。」また、看護師の姿勢について「家族ごとの多様な価値観に柔軟であることが求められる。」と述べている。本研究でも、看護職の関わりから、肥満児家族の複雑な家族背景、医療者の思いとは合致しない母親の思いや価値観などが明らかとなっている。これらは、介入する側に〈やればやるほど難しい〉という思いを抱かせた一方で、今まで明確に得られなかった内容でもあり、〈霧が晴れる〉思いを与えていた。このような結果が得られた背景には、Aクラブの方向性が、食事療法・運動療法といった従来の治療法ではなく、子どもと家族と双方向の活動の中から、出来ることを探していこうとする柔軟な考えが基礎にあり、看護職が家族と医療者を仲介しながらそれを実践していたからと考える。中村(2007)は、小児の2型糖尿病の管理では家族の果たす役割は大きいが、同じ疾患をもつ家族が自己管理のモデルとして機能することは困難な事例が多いことを述べている。肥満児の親も子どもと同様に肥満である場合が多く、本研

究の結果からも〈触れられたくない〉〈どうしていいかわからない〉子どものモデルとなることは難しいといえる。それ故に、家族自身も介入の対象として、家族全体の健康を目指していくことは価値がある。

Rabbitt & Coyne (2012)は、小児肥満の看護師の役割は、子どもの食事や運動習慣を変えるために、常に家族全体にアプローチをする必要性を述べている。また、小児肥満の家族を基礎とする介入においても、家族システムアプローチが見落とされていることが指摘されている(Berry et al., 2004)。子どもの肥満は家族の関係性の中で作られたものである。他職種からも〈家族を捉える視点〉や〈家族内の関係性の構築〉が求められていたように、家族の関係性をアセスメントし、介入するスキルが必要とされる。家族システム看護の研修会に参加した看護師の調査によれば、アセスメントやケアプランに家族を含めることの問題や不都合の理由として、「自分のスキル不足」を挙げており、家族看護の学習経験が「患者・家族中心のケア」をより志向することが明らかにされている(田久保, 小林, 2011)。Chesla(2010)が、小児肥満介入が家族看護の有効性を示せると述べているように、小児肥満領域は看護職が家族看護を専門として実践するのに相応しい領域である。しかし、多くの介入研究において看護職は含まれていない。それは、家族看護の教育がまだ不十分であるのと、他職種に看護師の家族介入における役割が理解されていないからと考える。家族との関わりは全て「会話」を通して実践されるものであり、外からは見えにくい。そのため、他職種に向けて発信しなければ評価されることもない。本研究においても、看護職が実践したことを伝えたことによって看護職の役割が評価されていた。川島(2011)は、チーム医療のなかで看護師が主体的な役割を発揮するためには、看護実践によって起きた患者の変化を客観的に伝えなければならないと述べている。

このように、多職種協働の場合には、他職種よりもプレゼンテーション力が必要とされ则认为る。

黒田(2001)は、糖尿病患者へのチーム医療における看護師の役割として、どの医療者もかかわれていない「すきま」となった患者への援助の課題を引き受けることと述べている。この「すきま」が具体的に何を示すのか明示はされていないが、本研究では、各職種の専門に含まれない話を聞くことと、各職種が自分の専門分野に関係した対象の本音を聞き出す役割が求められていた。このことは、看護師が意図的な会話を行うことが出来る職種として評価されており、表面的な会話からは、小児肥満の改善につながる双方向性の介入は難しいと感じているからと思われる。このような期待に応えるためには、会話のスキルを磨き、他職種と対象の中間地点に立って、両者を橋渡ししていけるようになることが大切である。

## V. 研究の限界と実践への示唆

本研究の限界は以下の通りである。第一に、一ケースに限定されており、対象者数も少なく、またその背景も多様であること。第二に、当事者である子どもからのデータが少ないこと。第三に、医療者の発言に偏りがあること。第四に、看護師の役割は、研究者個人に対する評価であり、インタビューと分析も研究者が実施していることから偏りが生じている可能性があること。今後は、介入を継続しながら、本研究の対象者および新規の対象者に、本研究で明らかとなった要素を加味した介入プログラムを作成し、実践を積み重ねながら、子どもと家族の反応に応じてプログラム内容の精錬を図る必要がある。また、研究者以外の看護師

の実践を評価していく必要がある。

以上の課題はあるが、本研究は実際に介入を積み重ねた上で得られた結果であり、本研究の意義はあると考える。

## 第6章 結論

本研究は、健康障害につながる肥満をもつ学童期の子どもと家族への介入プロセスに、SSMを用いることで、小児肥満の改善に影響する要素を明らかにし、介入する医療者が考慮すべき重要な要素と小児肥満領域における看護職の役割を明らかにすることを目的に実施し、以下の結論を得た。

1. SSM は介入プログラムの問題状況や課題を明確にし、子どもの肥満を取り巻く状況の理解を深めた。
2. 高度な肥満を有する子どもは、過体重による身体負荷と環境により、「動かない」のではなく「動けない」でいた。さらに、周囲から食べることを強要されており、肥満改善の障害となっていた。
3. 高度な肥満を有する子どもの母親は、肥満により子どもが病気になることを危惧する一方で、肥満を容認しており、積極的な肥満改善行動には至っていなかった。
4. 高度な肥満を有する子どもの肥満改善には、子どもが動くことが出来て、居場所となる「場」が必要であった。
5. 高度な肥満を有する子どもの肥満改善には、家族が子どもと共に活動し、スキルを身につけられる「場」が必要であった。
6. 小児肥満介入における看護職の役割は、家族アセスメントと家族介入であり、意図的な会話をする 것과伝えることのスキルが必要とされた。



## 謝 辞

本研究にご協力いただきましたお子様、お母様に心より感謝申し上げます。一年間に渡って、共に悩み、考えさせていただいたことで、多くのことを学ばせていただきました。また、お子様が楽しく過ごしている姿を見ることで研究に向かう力を得ることが出来ました。

A クラブで本研究を実施することをご快諾下さったスタッフの皆様には心から感謝しております。活動後の疲れている中、長時間に渡る話し合いにも真剣に意見を出して下さいました。皆様の熱意ある真剣な活動があったからこそ得られた成果と思っております。本研究の結果が、より良い介入プログラム作成に役立つことを願っております。

本研究を丁寧にご指導いただきました黒田裕子教授に深く感謝申し上げます。研究および論文の最も重要な要素である論旨一貫性についていつもの確なご指摘を下さり、データ分析に忙殺されている中で、鳥の目の視点を付与して下さいました。鳥居央子教授には A クラブが立ち上がる前から指導していただき、審査では小児肥満の現状を踏まえ、不足している点や私自身が気付いていなかった価値など多くの示唆をいただきました。さらに、本論文を審査して下さいました島袋香子教授、嶺岸秀子教授、矢那瀬信雄教授からは、数多くの温かなご助言をいただきました。本当に丁寧に審査して下さい、論文修正の方向性を示して下さいことに深く感謝申し上げます。

最後になりましたが、多くの助言と支援を下さった研究室の大学院生の皆様、支えて下さった家族と友人にお礼申し上げます。

一度は諦めかけたテーマでしたが、多くの方のご指導と支えにより成し遂げることができました。重ねて心から感謝申し上げます。

## 文献

- Abad-Corpa, E., Meseguer-Liza, C., Martínez-Corbalán, J. T., Zárate-Riscal, L., Caravaca-Hernández, A., Carrillo-Alcaraz, A., . . . Cabrero-García, J. (2010). Effectiveness of the implementation of an evidence-based nursing model using participatory action research in oncohematology: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1845-1851.
- 安部景奈, 赤松利恵. (2011). 小学校における給食の食べ残しに関連する要因の検討. *栄養学雑誌*, 69(2), 75-81.
- 天野隆三, 奥脇興一郎, 堀内裕, 刑部光太郎, 刑部利雄, 刑部源太郎, . . . 堀内路雄. (2007). 平成 18 年度富士吉田市他 2 町 3 ヶ村の児童生徒の小児生活習慣病予防検診についておよび平成 2 年より平成 18 年までの変化について. *山梨医学*, 35, 146-154.
- 青木真智子, 徳川健. (2009). 小児肥満症診断基準を用いて診断し、行動修正療法を併用した肥満指導. *小児保健研究*, 68(6), 675-680.
- 朝山光太郎. (2000). 小児肥満と外来治療管理. *小児科*, 41(9), 1630-1637.
- August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Lustig, R. H., . . . Montori, V. M. (2008). Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(12), 4576-4599.
- Barlow, S. E., & Expert, C. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 Suppl 4, S164-192.
- Berry, D., Sheehan, R., Heschel, R., Knafl, K., Melkus, G., & Grey, M. (2004). Family-based interventions for childhood obesity: a review. *Journal of Family Nursing*, 10(4), 429-449.

- Blaxter, M. (2010/2011). 渡辺義嗣(訳), 健康とは何か ―新しい健康観を求めて― 第2版 (pp.15-18). 共立出版.
- Carr, S. M., Lhussier, M., & Chandler, C. (2010). The supervision of professional doctorates: experiences of the processes and ways forward. *Nurse Education Today*, 30(4), 279-284.
- Checkland, P., & Scholes, J. (1990/1994). 妹尾堅一郎(監訳), ソフト・システムズ方法論. 有斐閣.
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377.
- Chotibang, J., Fongkaew, W., Mo-suwan, L., Meininger, J. C., & Klunklin, P. (2009). Development of a family and school collaborative (FASC) Program to promote healthy eating and physical activity among school-age children. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(2), 133-146.
- Cluss, P. A., Ewing, L. J., Long, K. A., Krieger, W. G., & Lovelace, J. (2010). Adapting pediatric obesity treatment delivery for low-income families: a public-private partnership. *Clinical Pediatrics*, 49(2), 123-129.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 136-141.
- Dalton, W. T., 3rd, & Kitzmann, K. M. (2008). Broadening parental involvement in family-based interventions for pediatric overweight: implications from family systems and child health. *Family & Community Health*, 31(4), 259-268.
- 独立行政法人日本スポーツ振興センター. (2012). 平成22年度児童生徒の食事状況等調査報告書. 東京: 独立行政法人日本スポーツ振興センター 学校安全部.
- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22(3), 287-292.

- Edvardsson, K., Edvardsson, D., & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2542-2551.
- 遠藤数江, 平野千秋, 戸村成男, 柳久子. (2001). 小児肥満の生活習慣及び両親の体格との関連についての検討. *小児保健研究*, 60(2), 351-357.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N., & Beecher, M. D. (2007). Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment. *Health Psychology*, 26(4), 381-391.
- Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Stein, R. I., Paluch, R. A., & Kilanowski, C. K. (2005). The challenge of identifying behavioral alternatives to food: clinic and field studies. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 201-209.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69(6), 1264-1272.
- Franks, P. W., Hanson, R. L., Knowler, W. C., Sievers, M. L., Bennett, P. H., & Looker, H. C. (2010). Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *New England Journal of Medicine*, 362(6), 485-493.
- 藤原寛, 井上文夫, 木崎善郎, 衣笠昭彦. (2003). 肥満児とその家族を対象とした運動指導 (第二報) 五年間の取組みと今後の展望. *肥満研究*, 9(3), 290-295.
- 藤原寛. (2007). 【子どもの肥満をめぐる問題と栄養・生活指導】 小児肥満の治療としての運動とライフスタイルの改善. *臨床栄養*, 110(7), 833-836.
- 古川弘子, 岡田泰助. (2011). 【どうしたらやせられる? 名人の示す事例集】 実践肥満攻略法 夏休み!親子でスリムキャンプ. *糖尿病診療マスター*, 9(1), 81-84.

- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, 46(3), 318-323.
- Garipagaoglu, M., Sahip, Y., Darendeliler, F., Akdikmen, O., Kopuz, S., & Sut, N. (2009). Family-based group treatment versus individual treatment in the management of childhood obesity: randomized, prospective clinical trial. *European Journal of Pediatrics*, 168(9), 1091-1099.
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity--from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76.
- 五島雄一郎. (2001). 【21 世紀を迎えた臨床栄養】 臨床栄養の流れ 20 世紀の臨床栄養を顧みる. *医学のあゆみ*, 198(13), 845-852.
- 花木啓一. (2011). 小児期の肥満対策. *肥満研究*, 17(3), 179-185.
- 原光彦. (2007). 【子どもの肥満をめぐる問題と栄養・生活指導】 成長を考慮した小児肥満の治療方針. *臨床栄養*, 110(7), 823-826.
- Hashemipour, M., Kelishadi, R., Tavalaei Zavvareh, S. A., & Ghatreh-Samani, S. (2012). Effect of education on anthropometric indices in obese parents and children after one year of follow-up. *ARYA Atheroscler*, 8(1), 21-26.
- 畑江桂子. (2009). 子どものメタボを撃退せよ!ストップ・ザ肥満!全校で取り組む「すくすく教室」. *学校給食*, 60(657), 30-33.
- 羽崎泰男. (2006). 運動と小児肥満 こどもの城健康スポーツ教室の試み. *肥満研究*, 12(3), 255-259.
- 平賀ゆかり, 天野洋子, 工藤朋子, 千葉香織, 岩渕光子, 上林美保子, . . . 松島尚子. (2007). 児童生徒の生活習慣に関する指導上の困難点と関係機関との連携のあり方 小中学校養護教諭への質問紙調査から. *岩手公衆衛生学会誌*, 19(1), 22-23.

- 細川満子, 石鍋圭子. (2006). 看護業務改善における SSM ベースのアクション・リサーチの有効性の検討. 青森県立保健大学雑誌, 7(1), 67-78.
- 細川満子, 石鍋圭子. (2008). 回復期病院看護職の在宅支援の推進に向けた家族ケアに対する認識・行動の変化 アクション・リサーチによる介入を通して. 家族看護学研究, 14(1), 2-9.
- 石野泰輝, 木嶋恭一. (2004). 企業風土活性化コンサルティングのプロジェクトマネジメント方法論. プロジェクトマネジメント学会誌, 6(4), 39-44.
- 石井啓豊. (2002). 人間活動システムの視点による図書館概念の再検討. 日本図書館情報学会誌, 47(3), 113-129.
- 飯塚忠史, 米田勝紀, 吉田匡司, 内海みよ子. (2010). 医療と教育が連携した認知行動療法による肥満治療と地域小学校における肥満の現状. 肥満研究, 16(1), 43-50.
- 飯塚忠史. (2011). 【チーム医療とコメディカルの役割】 小児肥満のチーム医療とは? 小児肥満のチーム医療について教えてください. Q&A でわかる肥満と糖尿病, 10(5), 677-678.
- Jackson, D., Mannix, J., Faga, P., & McDonald, G. (2005). Overweight and obese children: mothers' strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 6-13.
- Jelalian, E., Boergers, J., Alday, C. S., & Frank, R. (2003). Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clinical Pediatrics*, 42(3), 235-246.
- Kalavainen, M., Karjalainen, S., Martikainen, J., Korppi, M., Linnosmaa, I., & Nuutinen, O. (2009). Cost-effectiveness of routine and group programs for treatment of obese children. *Pediatrics International*, 51(5), 606-611.
- 蒲原聖可. (2005). 【肥満のコントロール】 なぜ肥満になるのか 遺伝か環境か. からだの科学(241), 35-39.

- 川田裕樹, 増田英成, 宮崎達崇, 富樫健二, 神谷齋. (2003). 肥満小児における肥満の程度と家庭環境・生活習慣との関連. 三重大学教育学部研究紀要. 自然科学, 54, 29-37.
- 川村功, 児玉多曜, 斉藤弘司, 大熊保成. (2003). 【小児の肥満の最前線】 対応の実際 対応の具体的方策 集団としてのアプローチ 肥満児童サマーキャンプ. 小児科臨床, 56(12), 2539-2545.
- 川島みどり. (2011). チーム医療と看護 専門性と主体性への問い. 東京: 看護の科学社.
- 片山知美, 山内恵子. (2011). 小児メタボリックシンドローム介入教室による心理的変化の検討. ヒューマンケア研究学会誌, 2(1), 23-29.
- 菊池透. (2011). 【子どもの肥満にかかわる最新の話題】 子どもの肥満は増えているのか、減っているのか? チャイルド ヘルス, 14(12), 1759-1763.
- 木村穰. (2012). 肥満症治療チームに必要な行動変容理論と各構成要員の役割. 肥満研究, 18(2), 78-84.
- 小林正子, 竹本泰一郎, 田原靖昭, 田川宣昌, 東郷正美. (1995). 小学生の肥満は夏休みに始まる. 民族衛生, 61(6), 309-316.
- 小林靖幸, 石原博道, 大野京子, 藤田宏夫, 滝沢直樹, 土橋正彦, . . . 市川市医師会小児生活習慣病検診委員会/市川市教育委員会. (2006). 平成 17 年度市川市小児生活習慣病予防検診(すこやか検診)まとめ. 千葉県医師会雑誌, 58(6), 18-26.
- 今野美紀, 横井友紀. (2006). 【小児の生活習慣病 最新の治療とケアの実際】 看護ケアのポイント 入院における子どもと家族への支援. 小児看護, 29(6), 735-738.
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. (2013). 子ども虐待対応の手引き (平成 25 年 8 月改正版). 2-3. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/dv/dl/120502\\_11.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf)
- 黒田久美子. (2001). 【糖尿病看護のパラダイムシフト 指導から援助へ】 糖尿病患者へのチーム医療における看護婦の役割. Quality Nursing, 7(6), 498-503.

- 眞鍋正博, 高畠美人, 神内仁, 竹広晃, 渋谷幸彦, 植田秀信, . . . 高松市医師会小児生活習慣病予防委員会. (2009). 【小児の生活習慣病】生活習慣病への各地域での取り組み 香川県 腹囲を測定しメタボリックシンドロームの視点からの検診. 日本小児科医会会報(37), 53-60.
- 丸山浩枝. (2011). 肥満の子どもの健康生活に対する認識と行動 家族が捉えた子どもの行動を含めて. 神戸市看護大学紀要, 15, 47-55.
- 増野章子. (2012). 専門職連携のためのソフトシステム方法論を応用した学びの場の可能性. 最新精神医学, 17(1), 59-65.
- McGovern, L., Johnson, J. N., Paulo, R., Hettinger, A., Singhal, V., Kamath, C., . . . Montori, V. M. (2008). Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(12), 4600-4605.
- Mériaux, B. G., Berg, M., & Hellström, A. (2010). Everyday experiences of life, body and well-being in children with overweight. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 14-23.
- Miller, L. A., Grunwald, G. K., Johnson, S. L., & Krebs, N. F. (2002). Disease severity at time of referral for pediatric failure to thrive and obesity: Time for a paradigm shift? *Journal of Pediatrics*, 141(1), 121-124.
- Moens, E., & Braet, C. (2012). Training parents of overweight children in parenting skills: a 12-month evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 1-18.
- 文部科学省. (2013). 平成 24 年度学校保健統計調査速報. 小児保健研究, 72(1), 110 - 146.
- 宗村弥生, 田久保由美子, 奥野順子, 村松久江, 森珠代, 日沼千尋. (2010). 先天性心疾患の子どもをもつ母親の医師からの説明に対する思いと対処. 小児保健研究, 69(1), 31-37.



- 村田光範. (2003). 【小児の肥満の最前線】 肥満をつくりだす生活環境. 小児科臨床, 56(12), 2269-2276.
- 長井麻希江. (2008). メンタルヘルス向上にむけた看護実践 新入社員の主体的活動の評価および看護実践の分析. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 1-11.
- 中川祐一, 藤澤泰子, 劉雁軍, 佐野伸一朗, 李仁善, 齋秀二, . . . 大関武彦. (2007). 胎児教育と小児肥満. 肥満研究, 13(1), 3-9.
- 中村慶子. (2007). 【糖尿病管理におけるコメディカルの役割】 小児糖尿病患者の管理におけるコメディカルの役割. Diabetes Frontier, 18(2), 161-164.
- 中村伸枝, 武田淳子, 伊庭久江, 林有香, 遠藤巴子, 日高倫子, 兼松百合子. (2003). 養護教諭との連携による学童と親を対象とした日常生活習慣改善プログラムの実践. 千葉大学看護学部紀要(25), 67-73.
- 根本芳子, 松寄くみ子, 柴田玲子, 古荘純一, 曾根美恵, 佐藤弘之, 渡邊修一郎. (2005). 「小学生版 QOL 尺度」を用いた子どもと母親の認識の差異に関する検討. 小児の精神と神経, 45(2), 159-165.
- 日本肥満学会(編). (2004). 小児の肥満症マニュアル. 医歯薬出版株式会社.
- 二宮啓子, 丸山浩枝, 宮内環, 庄司靖枝. (2011). 学童における1年間の生活習慣改善プログラムの効果. 神戸市看護大学紀要, 15, 25-34.
- 二宮啓子. (2006). 【小児の生活習慣病 最新の治療とケアの実際】 看護ケアのポイント 外来における子どもと家族への支援. 小児看護, 29(6), 730-734.
- 岡田知雄, 阿部百合子, 井口洋美, 吉野弥生. (2010). 肥満症(第2版) 基礎・臨床研究の進歩 肥満症の予防・治療学の進歩 特殊な病態における肥満症の診断と治療 小児肥満症 我が国における小児肥満の疫学 欧米との比較を含めて. 日本臨床, 68(増刊2 肥満症), 674-678.
- 大木薫, 稲山貴代, 坂本元子. (2003). 幼児の肥満要因と母親の食意識・食行動の関連について. 栄養学雑誌, 61(5), 289-298.

- 大田博. (2009). SSM ベースのアクションリサーチによる看護マニュアル整備の実践過程. 日本看護学会論文集: 看護管理(39), 90-92.
- 太田百合子. (2003). 【小児の肥満の最前線】 対応の実際 対応の具体的方策 個別のアプローチ. 小児科臨床, 56(12), 2531-2538.
- 大関武彦. (2004). 子どもの肥満はなぜ生ずるか ④摂食と精神・心理的要因. 日本肥満学会 (編), 小児の肥満症マニュアル (pp.49-52). 医歯薬出版株式会社.
- 大関武彦. (2010). 肥満症(第 2 版) 基礎・臨床研究の進歩 肥満症の予防・治療学の進歩 特殊な病態における肥満症の診断と治療 小児肥満症 我が国における小児肥満症 および小児メタボリックシンドローム診断基準. 日本臨床, 68(増刊号 2 肥満症), 679-683.
- Pedrosa, C., Oliveira, B. M., Albuquerque, I., Simoes-Pereira, C., Vaz-de-Almeida, M. D., & Correia, F. (2011). Markers of metabolic syndrome in obese children before and after 1-year lifestyle intervention program. *European Journal of Nutrition*, 50(6), 391-400.
- Pittson, H., & Wallace, L. (2011). Using intervention mapping to develop a family-based childhood weight management programme. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16 Suppl 1, 2-7.
- Por, J. (2008). The use of soft system methodology (SSM) in a serviced-focussed study on the personal tutor's role. *Nurse Education in Practice*, 8(5), 335-342.
- Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731-735.
- Reed, J., Inglis, P., Cook, G., Clarke, C., & Cook, M. (2007). Specialist nurses for older people: implications from UK development sites. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 368-376.

- Resnick, E. A., Bishop, M., O'Connell, A., Hugo, B., Isern, G., Timm, A., . . . Geller, A. C. (2009). The CHEER study to reduce BMI in Elementary School students: a school-based, parent-directed study in Framingham, Massachusetts. *Journal of School Nursing*, 25(5), 361-372.
- Satoh, A., Menzawa, K., Lee, S., Hatakeyama, A., & Sasaki, H. (2007). Dietary guidance for obese children and their families using a model nutritional balance chart. *Japan Journal of Nursing Science*, 4(2), 95-102.
- 佐藤郁哉. (2008). QDA ソフトを活用する実践質的データ分析入門. 東京: 新曜者.
- 佐藤玲美, 田久保由美子, 宗村弥生, 臼井雅美, 楡木志帆, 清水若菜, . . . 坂本倫美. (2011). 生体腎移植を受ける子どもと親へのプレパレーションの取り組み(第 2 報) 7 事例の検討. *日本小児看護学会誌*, 20(1), 100-106.
- 妹尾堅一郎. (1988). ソフト・システム方法論(SSM)の実務有効性(<特集>ソフト・システムズ・アプローチ). *オペレーションズ・リサーチ：経営の科学*, 33(7), 327-331.
- 柴田玲子, 松寄くみ子, 根本芳子. (印刷中). 子どもの健康関連 QOL の測定 —KINDLR QOL 尺度の実用化に向けて—. *聖心女子大学論叢*, 122, 1-26.
- 柴田玲子, 根本芳子, 松寄くみ子, 田中大介, 川口毅, 神田晃, . . . 飯倉洋治. (2003). 日本における Kid-KINDL Questionnaire(小学生版 QOL 尺度)の検討. *日本小児科学会雑誌*, 107(11), 1514-1520.
- 島井哲志, 山宮裕子. (2012). 【学校園における食育推進-子どもたちの真に豊かな食生活をめざして-】 心理学から食育を考える. *学校保健研究*, 53(6), 493-496.
- 塩田桃子, 近喰ふじ子, 杉原茂孝, 本城智恵美. (2012). 肥満児を養育している両親の「夫婦親密度尺度」からの検討. *小児保健研究*, 71(4), 552-560.
- 白崎和也, 鈴木隆, 佐藤広造, 金由美子, 酒見喜久雄, 菊池四郎, . . . 佐々木亮次. (2003). 夏季保健学級に参加した肥満児童の追跡調査. *秋田県医師会雑誌*, 53(3), 222-230.

- 白澤貴子, 落合裕隆, 島田直樹, 大津忠弘, 星野祐美, 小風暁. (2010). 【小児期における健康問題-疫学によるアプローチ-】 検診結果からみた小児生活習慣病. 昭和医学会雑誌, 70(6), 458-462.
- Skelton, J. A., DeMattia, L. G., & Flores, G. (2008). A pediatric weight management program for high-risk populations: a preliminary analysis. *Obesity*, 16(7), 1698-1701.
- Stake, R. K. (2000/2006). 事例研究. N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (編), 平山満義(監訳), 質的研究ハンドブック 2 巻 質的研究の設計と戦略. 北大路書房.
- Suarez-Balcazar, Y., Redmond, L., Kouba, J., Hellwig, M., Davis, R., Martinez, L. I., & Jones, L. (2007). Introducing systems change in the schools: the case of school luncheons and vending machines. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 335-345.
- 鈴木直光, 太田哲也, 広瀬真知子, 関口聡恵, 仁平弘美, 小松崎由美, 梅沢邦男. (2008). なめがた地域総合病院における肥満児リハビリテーション入院の試み. 茨城県農村医学会雑誌, 21, 36-41.
- 多田光, 梅津亮二, 木下敏子, 杉原茂孝. (2006). 肥満児の心理学的特徴と家族背景. 日本小児科学会雑誌, 110(10), 1392-1400.
- 田上豊資. (2012). 【「生活習慣病」から「生活環境病」へ】 「生活習慣病」から「生活環境病」へのパラダイム・シフト. 保健師ジャーナル, 68(8), 677-685.
- 田口美喜子, 竹崎登喜江, 根田工子. (2009). 児童生徒の肥満に関する保健指導の実際と指導上の困難点 養護教諭へのインタビュー調査から. 東北学校保健学会会誌(57), 31-32.
- 田久保由美子, 宗村弥生, 奥野順子, 村松久江, 日沼千尋. (2008). 先天性心疾患の子どもをもつ保護者への説明に対する医師の意識. 小児保健研究, 67(4), 625-631.

- 田久保由美子, 宗村弥生, 臼井雅美, 佐藤玲美, 楡木志帆, 清水若菜, . . . 坂本倫美. (2011). 生体腎移植を受ける子どもと親へのプレパレーションの取り組み(第1報) 活動の経緯と看護者の意識の変化. 日本小児看護学会誌, 20(1), 93-99.
- 田久保由美子, 小林奈美. (2011). 看護職の家族システム看護実践に対する認識 研修会参加者の自由回答の分析. 家族システムケア, 1(1), 9-13.
- Tanaka, S., Yoshinaga, M., Sameshima, K., Nishi, J., Kono, Y., Nomura, Y., . . . Arima, K. (2005). Predictive Factors in the Success of Intervention to Treat Obesity in Elementary School Children. *Circulation Journal*, 69(2), 232-236.
- 館野昭彦, 澤井清, 東山ふき子. (2003). 【内分泌・代謝】 佐倉市における小児の生活習慣病予防対策 肥満を対象とした5年間の経過観察. 小児科臨床, 56(1), 15-20.
- 徳田正邦. (2009). 【小児の生活習慣病】 生活習慣病への各地域での取り組み 尼崎市 小児期の肥満の長期的検診の実情と効果および問題点. 日本小児科医会会報(37), 47-50.
- Towns, N., & D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 115-130.
- 津田芳見. (2003). 【思春期から予防する生活習慣病】 小児期(前思春期)からの生活習慣病予防 生活習慣改善への認知行動療法的アプローチ. 思春期学, 21(4), 360-365.
- 内山研一. (2000). 現場の学としてのアクションリサーチ ソフトシステムズ方法論の理論と実際 アクションリサーチとは何か(1). 看護管理, 10(4), 324-328.
- 内山研一. (2007). 現場の学としてのアクションリサーチ ソフトシステム方法論の日本的再構築. 白桃書房.
- 蔵迫栄美子, 岡田知雄, 野口美奈, 江口美紀, 津田正彦, 黒川叔彦, . . . 井上修二. (2010). 肥満児童の生活習慣に関する研究. 日本体質医学会雑誌, 72(2), 103-111.
- 渡辺悦子, 李廷秀, 川久保清. (2011). 幼児の過体重に関連する生活習慣とその重積の影響. 日本循環器病予防学会誌, 46(2), 165-173.

- West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J., & Davies, P. S. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research & Therapy*, 48(12), 1170-1179.
- Wilson, A. J., Prapavessis, H., Jung, M. E., Cramp, A. G., Vascotto, J., Lenhardt, L., . . . Clarson, C. L. (2009). Lifestyle modification and metformin as long-term treatment options for obese adolescents: study protocol. *BMC Public Health*, 9, 434.
- 山本由喜子. (2005). 小学生の体位と生活活動及び食事内容の関連性. *栄養学雑誌*, 63(4), 235-240.
- 山村涼子, 山下浩子, 牛島高介, 伊藤雄平. (2008). 小児生活習慣病外来における肥満改善は可能か. *久留米信愛女学院短期大学研究紀要*, 31, 33-37.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* 5th ed. California: SAGE Publication, Inc.
- 米田昭子. (2003). 2 型糖尿病患者の身体感覚に働きかけるケアモデルの開発. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 7(2), 96-106.
- 吉田弘道. (2003). 【小児の肥満の最前線】 肥満児の行動特性 肥満児の心理特性. *小児科臨床*, 56(12), 2437-2442.
- 吉田弘道. (2008). 【おいしく食べて元気にくらす】 「食」からみた子ども心理発達. *外来小児科*, 11(2), 172-181.
- 吉岡有紀子, 神田晃. (2004). 【子どもの生活を見直そう】 食事 食を通じた楽しい子どもの健康づくり 家庭・学校・地域が連携した埼玉県伊奈町「いないちばん健康プラン」の事例. *地域保健*, 35(10), 2-10.
- 吉永正夫. (2012). 小児の肥満・メタボリックシンドロームの現状と対策. *日本小児循環器学会雑誌*, 28(2), 103-109.

- 吉永正夫, 鮫島幸二, 金蔵章子, 崎向幸江, 木之下道子, 橋本有吏, . . . 高橋秀人. (2009). 小児期肥満治療の介入成績と治療の費用対効果に関する研究. 肥満研究, 15(3), 286-290.
- 結城瑛子, 菊池信行, 松浦信夫. (2005). 母子の食行動と肥満との関連についての検討. 小児保健研究, 64(2), 279-286.
- 弓場紀子. (2007). 肥満外来に通院する子どもの肥満に対する母親の認識の特徴. 小児看護, 30(1), 121-125.



図 1 : A クラブ介入プロトコール

図 2 : 本研究の事例研究デザイン

図 3 : SSM の伝統的な 7 ステージ・モデル

図 4 : 本研究と SSM の関係模式図

図 5 : 小児肥満の改善に影響する要素のデータ収集プロセス

図 6 : SSM①で作成した概念的活動モデル

図 7 : 母親との FGD「体重を減らすことは何故難しいのか」の内容を  
基にしたリッチピクチャー

図 8 : 母親との FGD「何故体重を減らさないといけないのか」の内容を  
基にしたリッチピクチャー

図 9 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の職種別 4 領域発言割合

図 10 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の 4 領域別発言職種割合

図 11 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の【家族】カテゴリー  
発言数の職種比較

図 12 : 医療者が介入を通して得た気づきと課題の【取り巻くもの】  
カテゴリー発言数の職種比較



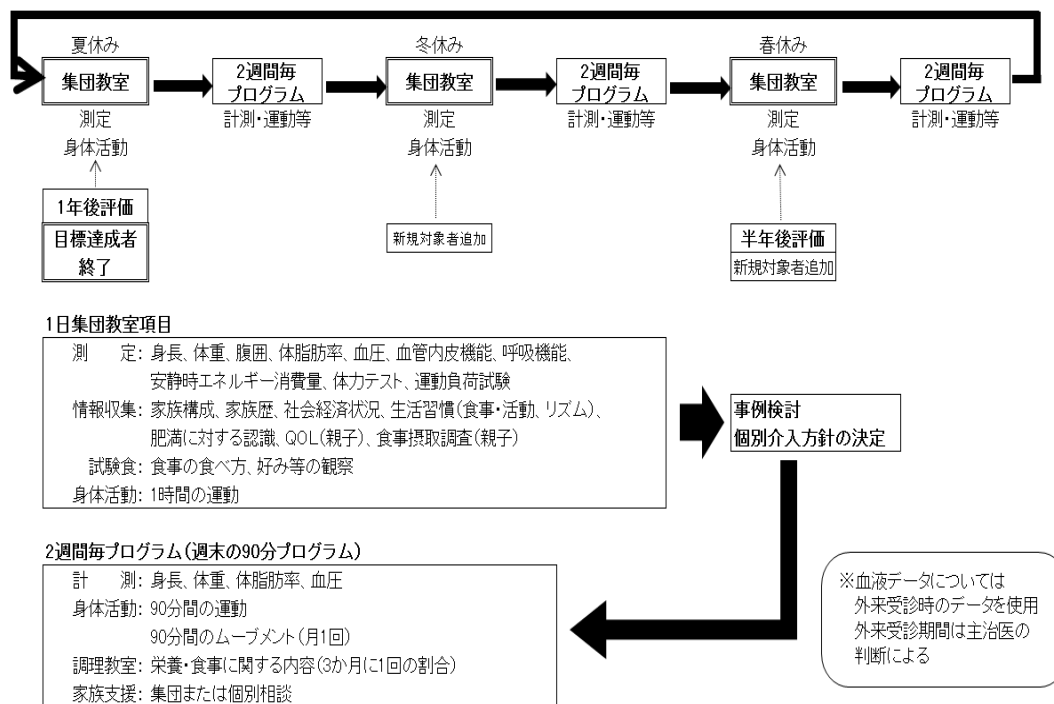


図1 Aクラブ介入プロトコール

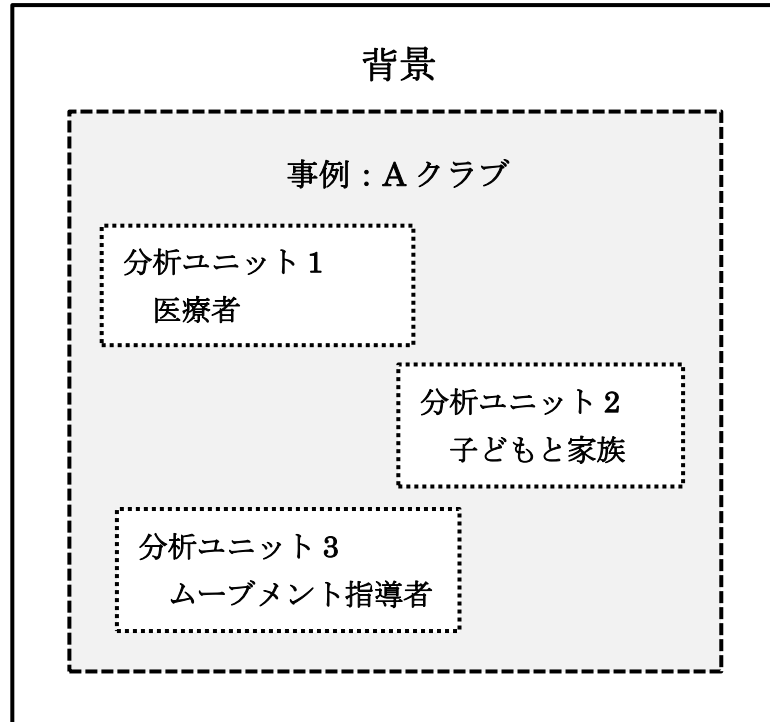
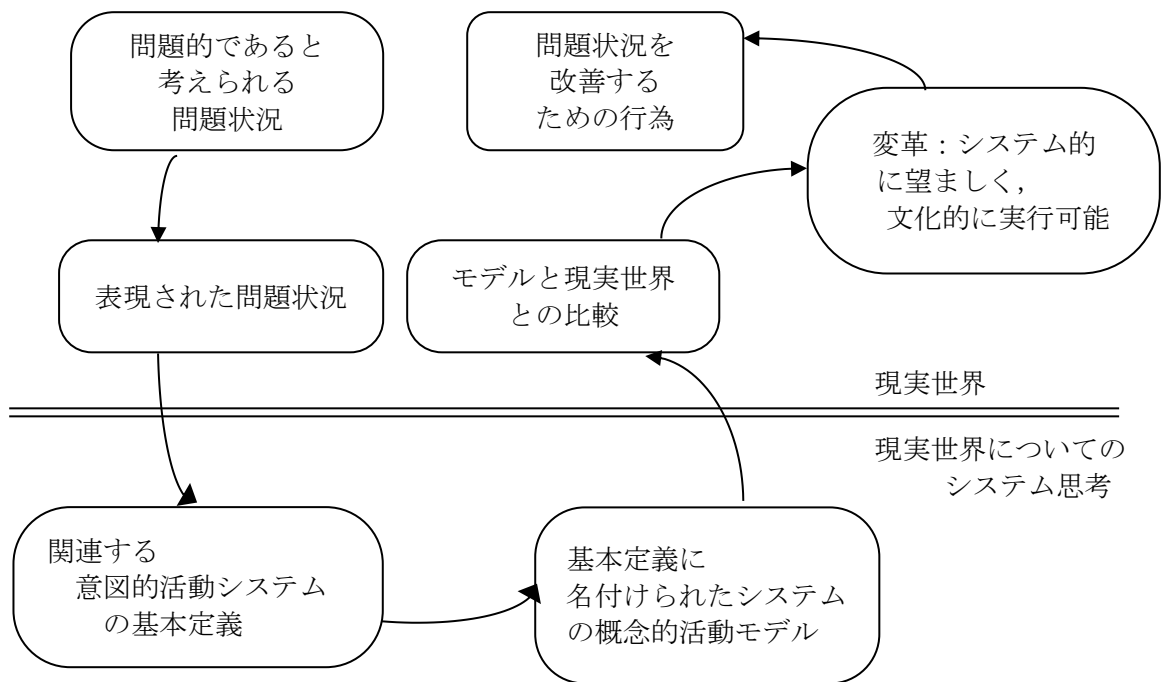


図 2 本研究の事例研究デザインタイプ



出典 Checkland, P., & Scholes, J. (1990/1994). 妹尾堅一郎(監訳), ソフト・システムズ方法論 (pp.37). 有斐閣

図 3 SSM の伝統的な 7 ステージ・モデル

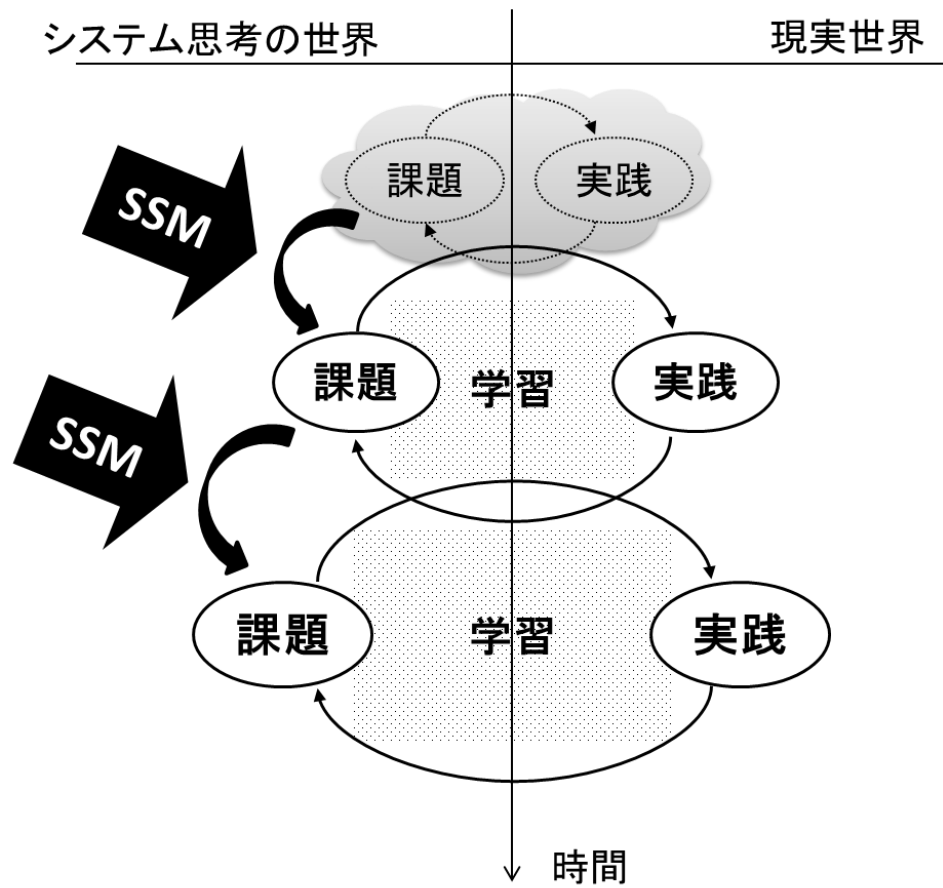


図4 本研究とSSMの関係模式図

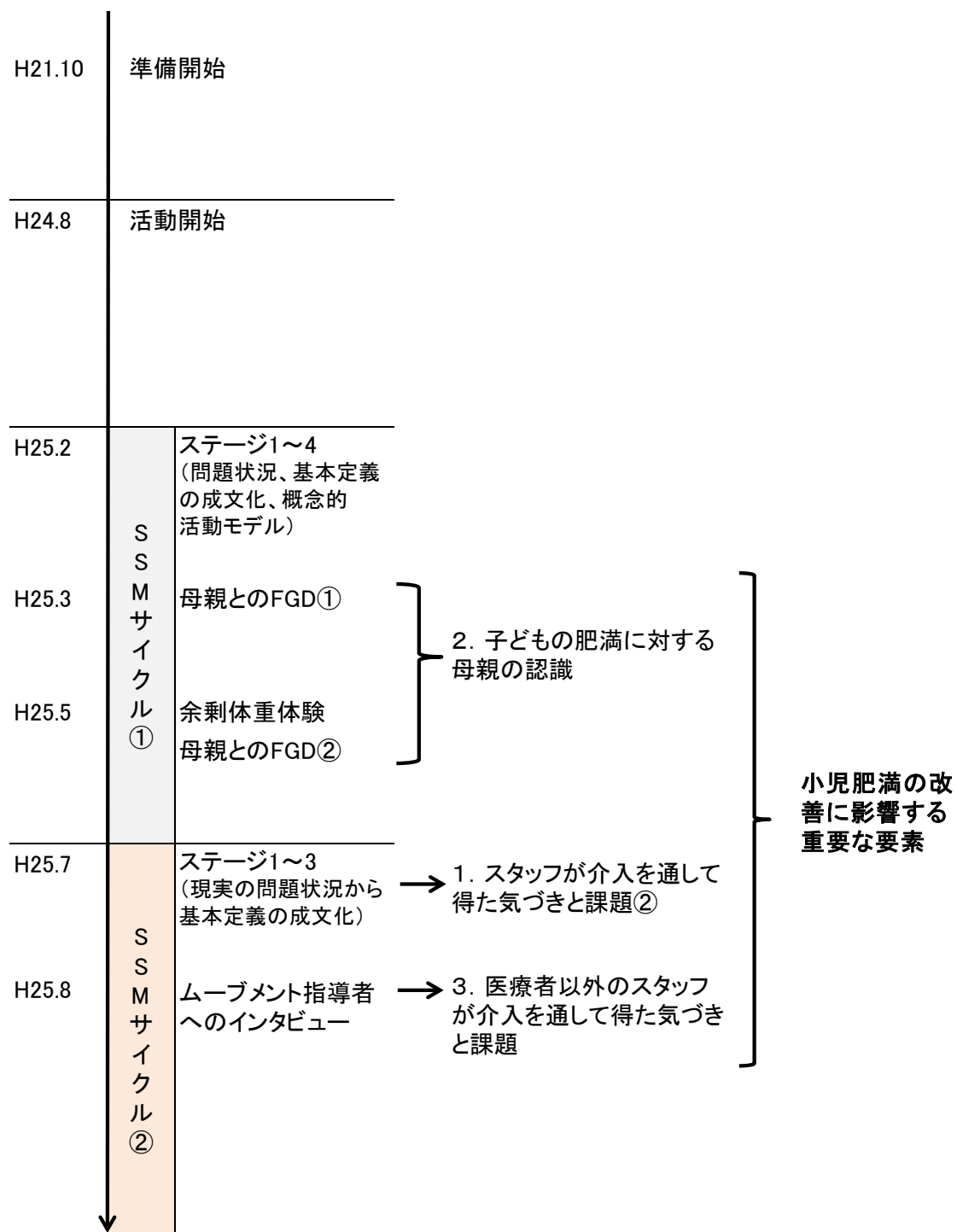


図5 小児肥満の改善に影響する要素のデータ収集プロセス

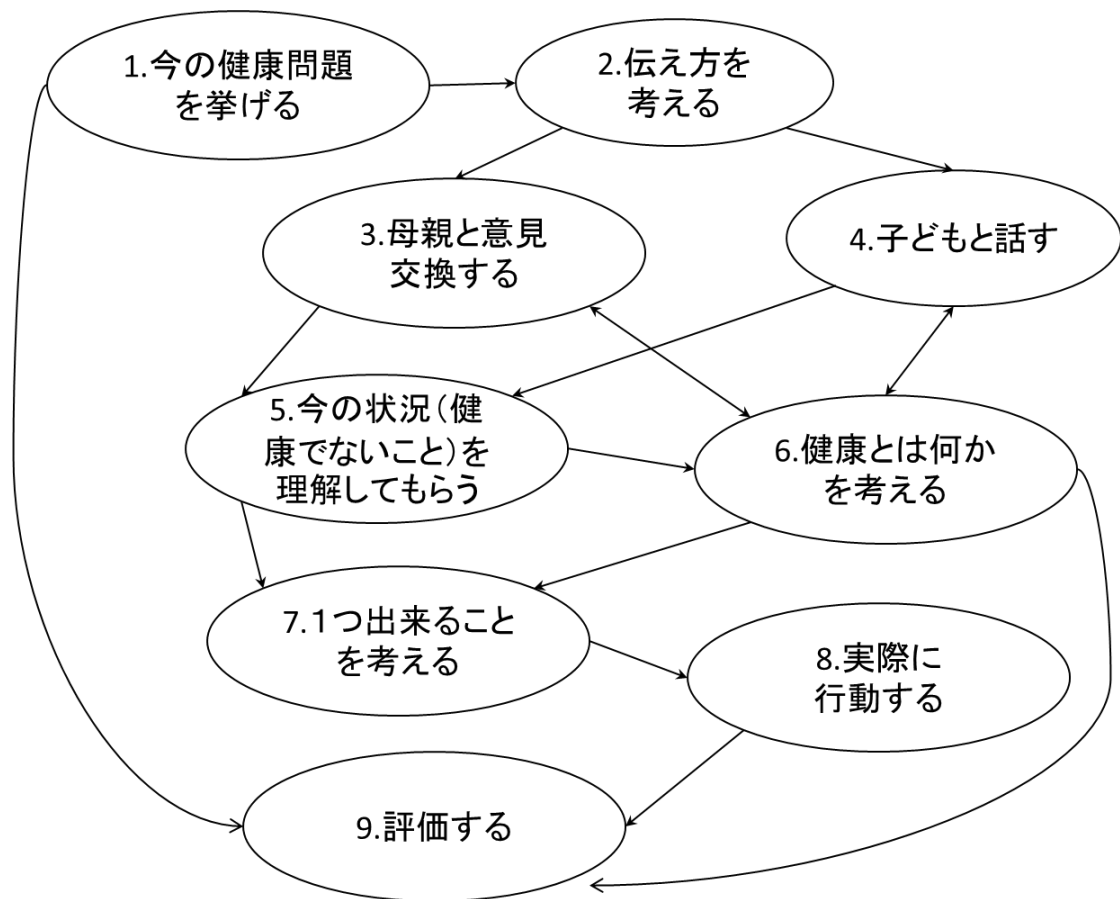


図 6 SSM①で作成した概念的活動モデル







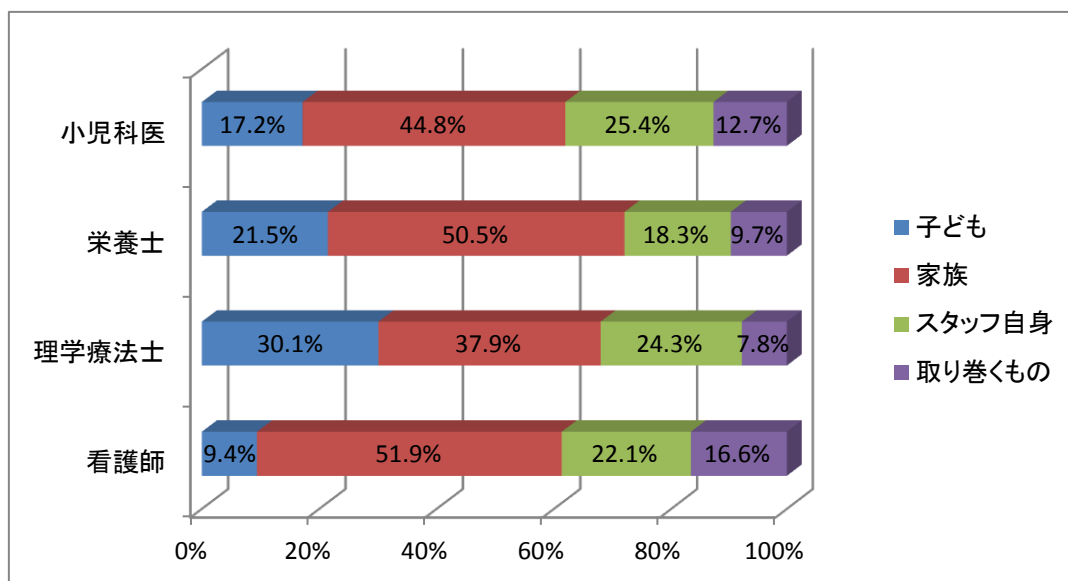


図 9 医療者が介入を通して得た気づきと課題の職種別 4 領域発言割合

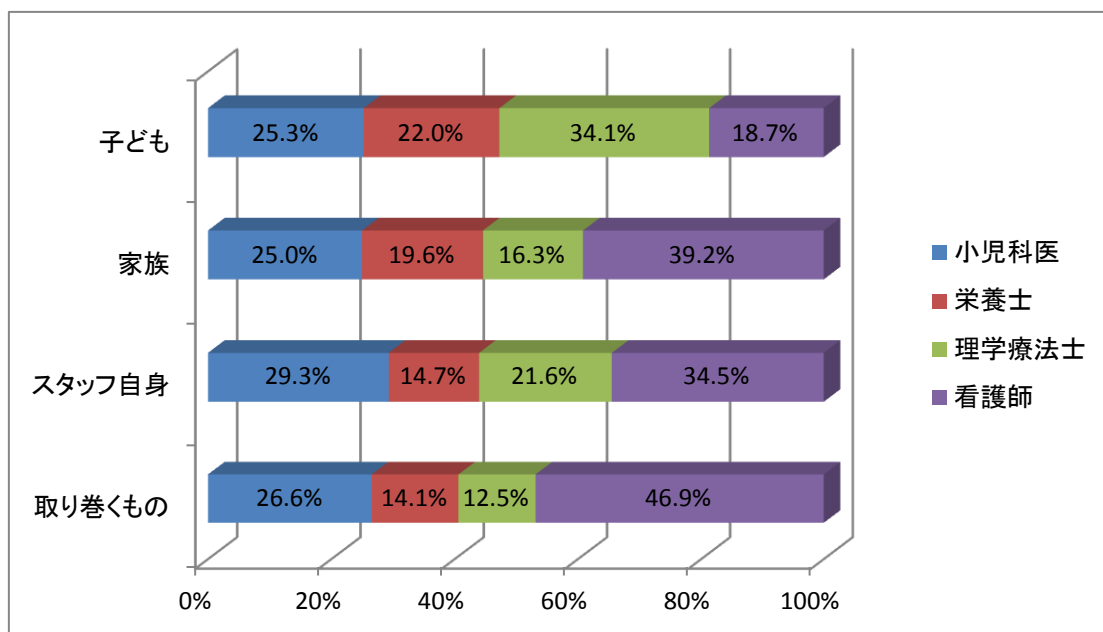


図 10 医療者が介入を通して得た気づきと課題の 4 領域別発言職種割合

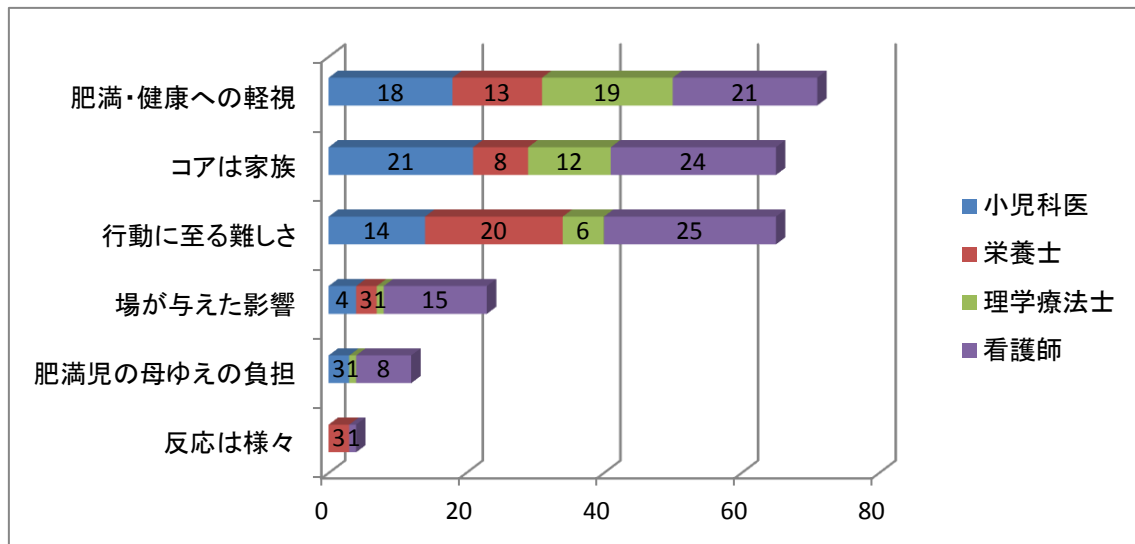


図 11 医療者が介入を通して得た気づきと課題の  
【家族】 カテゴリー発言数の職種比較

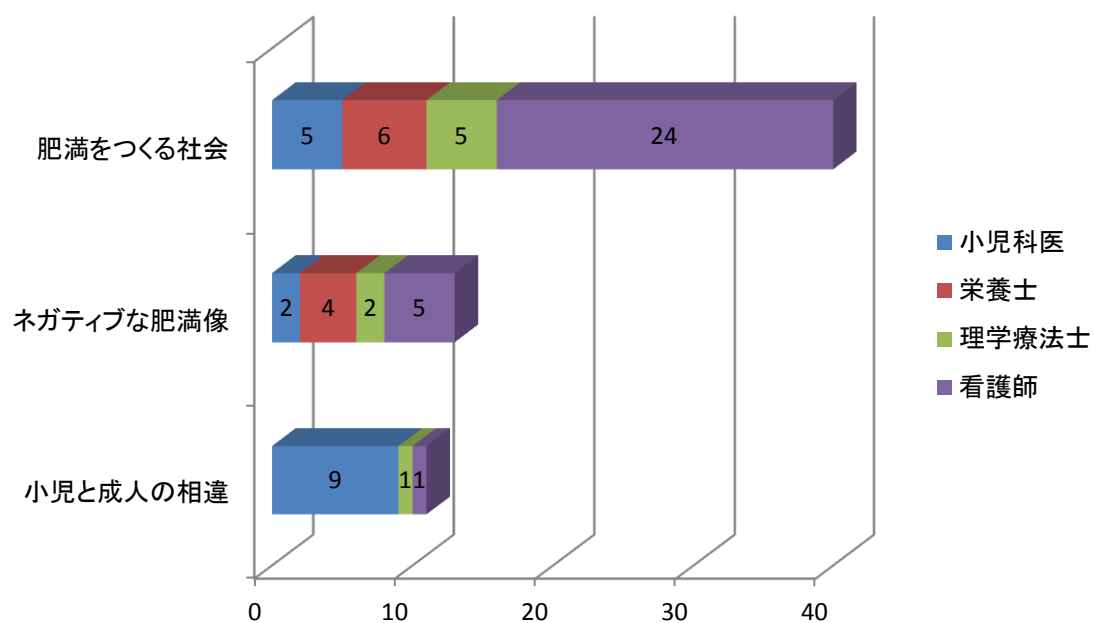


図 12 医療者が介入を通して得た気づきと課題の  
【取り巻くもの】 カテゴリー発言数の職種比較

# 表

表 1：対象者の属性

表 2：A クラブスタッフの属性

表 3： A クラブの活動内容

表 4：肥満度および体脂肪率の推移

表 5：介入前後での子どもおよび母親が評価した子どもの QOL 得点の変化

表 6：基本定義および CATWO 分析結果の SSM サイクル間の比較

表 7：医療者が介入を通して得た気づきや課題

表 8：母親の子どもの肥満に対する認識

表 9：ムーブメント指導者が介入を通して得た気づきや課題

表 10：他職種からみた看護職の役割

表1 対象者の属性

家族事例 ID	子どもの属性				母親の属性			家族構成
	ID	年齢	性別	初回時肥満度(%)	年齢	BMI	就労	
A	a	5	男	高度 (60.8)	40代	30≦	有	父・母・兄・兄・ 兄・兄・本人
B	b1	8	女	高度 (60.3)	30代	≦25	有	父・母・兄・本人
	b2	10	男	標準 (14.7)				
C	c	9	女	高度 (51.4)	30代	30≦	無	母・兄・本人
D	d	10	男	高度 (52.1)	40代	25～30	有	母・本人
E	e	11	男	中等度 (33.5)	40代	≦25	有	父・母・兄・本人
F	f	12	男	軽度 (27.5)	40代	25～30	有	父・母・姉・兄・ 本人
G	g	12	女	高度 (92.9)	40代	25～30	有	父・母・兄・本人

注. すべての年齢は、初回参加時の年齢である。

表2 Aクラブスタッフの属性

職 種	性 別	年 齢	職務経験
小児科医	男	40代	18年
管理栄養士1	女	50代	30年
管理栄養士2	女	20代	7年
理学療法士1	女	40代	27年
理学療法士2	女	20代	3年
看護師	女	40代	22年
ムーブメント教育・療法指導者	女	20代	6年

表3 Aクラブの活動内容

時 期		活動内容
2012年	10月	第1回 ムーブメント
		運動(ウォークラリー) <i>母親との意見交換</i>
	11月	第1回 ムーブメント
		第2回 調理実習(芋煮会)
	12月	第1回 ムーブメント
		第2回 クリスマス会[運動(しっぽとり他)と味付けなしボトフ、パフェの昼食]
2013年	1月	第1回 運動(かるたとり他), 薬膳料理試食
		第2回 ムーブメント
	2月	第1回 ムーブメント
		第2回 運動(大根抜き, ボール当て) 学習会(食事の写真記録について)
	3月	第1回 調理実習(イワシのかば焼き, サバの味噌煮他)
		第2回 運動(大根抜き, ボール遊び他) <i>母親とのグループディスカッション</i>
	4月	第1回 ムーブメント, 惣菜試食
		第2回 運動(長縄とび)
	5月	運動(ハイハイ鬼ごっこ他) 第1回 <i>母親とのグループディスカッション, 余剰体重体験</i> 野菜試食(キャベツ, ブロッコリー, オレンジ, チェリー)
		第2回 ムーブメント 野菜試食(ミニトマト, アスパラガス, ブロッコリー)
	6月	第1回 ムーブメント, モデル献立展示 野菜試食(ナス, ピーマン)
		第2回 調理実習(アジの南蛮漬け他)
	7月	第1回 ムーブメント, 野菜暴露(ナス, キュウリ)
		運動(ラジオ体操, フットサル) 第2回 <i>学習会(夏休みの過ごし方)</i> 野菜試食(ゴーヤ, ブロッコリー)
	8月	第1回 デイキャンプ(サーキットトレーニング, ドッジボール, ピザの具案作成他)
		第2回 デイキャンプ(ピザづくり, チーム対抗ゲーム他)
		第3回 ムーブメント 野菜試食(ズッキーニ, カボチャ, ナス, おくら)

注. 斜体字は研究者主体の活動内容を示す。



表4 肥満度および体脂肪率の推移

ID	肥満度 (%)				体脂肪率 (%)			
	介入前	1か月後	3か月後	2013.8	介入前	1か月後	3か月後	2013.8
<b>a</b>	60.79	63.03	65.68	69.6	48.4	48.4	55.4	54.9
<b>b1</b>	60.33	58.57	57.78	76.7	41.7	46.0	43.8	52.3
<b>b2</b>	14.65	9.45	5.24	11.7	25.8	23.5	22.1	27.1
<b>c</b>	51.36	52.53	48.24	49.7	44.9	44.2	40.7	41.6
<b>d</b>	52.05	50.11	46.19	50.3	52.0	54.1	52.1	57.2
<b>e</b>	33.47	29.87	27.80	35.4	42.2	41	37.7	40.2
<b>f</b>	27.48	25.78	26.77	23.2	32.3	32.3	34.1	29.0
<b>g</b>	92.86	89.73	94.10	100	52.3	55.2	52.7	54.3
平均 (b2除く)	54.0	52.8	52.4	57.8	44.8	45.9	45.2	47.1
<b>SD</b>	21.3	21.5	23.3	26.1	7.0	7.9	8.3	10.4

表5 介入前後での子どもおよび母親が評価した子どものQOL得点の変化

ID	子ども										母親						母子 総得点差
	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	介入前	2013.8	
(就学前のため未測定)																	
a	介入前	2013.8	58.3	62.5	87.5	37.5	68.8	93.8	0.0	50.0	43.8	50.0	50.0	68.8	37.5	50.0	8.3
	介入前	2013.8	57.3	56.3	43.8	75.0	62.5	68.8	37.5	75.0	75.0	87.5	93.8	56.3	62.5	75.0	17.7
b1	介入前	2013.8	59.4	56.3	62.5	56.3	56.3	68.8	56.3	64.6	75.0	81.3	50.0	75.0	50.0	56.3	5.2
	介入前	2013.8	40.6	50.0	62.5	25.0	56.3	18.8	31.3	74.0	87.5	87.5	68.8	56.3	62.5	81.3	33.3
b2	介入前	2013.8	55.2	50.0	68.8	37.5	62.5	50.0	62.5	61.5	68.8	75.0	50.0	62.5	50.0	62.5	6.3
	介入前	2013.8	71.9	68.8	100.0	37.5	93.8	75.0	56.3	82.3	87.5	81.3	75.0	75.0	93.8	81.3	10.4
c	介入前	2013.8	68.8	68.8	68.8	56.3	81.3	75.0	62.5	81.3	87.5	81.3	62.5	93.8	75.0	87.5	12.5
	介入前	2013.8	75.0	81.3	81.3	62.5	62.5	93.8	68.8	70.8	62.5	68.8	75.0	50.0	81.3	87.5	4.2
d	介入前	2013.8	72.9	87.5	75.0	62.5	56.3	81.3	75.0	68.8	81.3	62.5	75.0	56.3	68.8	68.8	4.2
	介入前	2013.8	52.1	81.3	62.5	6.3	62.5	50.0	50.0	62.5	81.3	75.0	50.0	50.0	56.3	62.5	10.4
e	介入前	2013.8	56.3	68.8	68.8	12.5	50.0	56.3	81.3	60.4	81.3	68.8	43.8	50.0	50.0	68.8	4.2
	介入前	2013.8	82.3	100.0	87.5	81.3	100.0	81.3	43.8	62.5	81.3	62.5	37.5	62.5	62.5	68.8	19.8
f	介入前	2013.8	67.7	75.0	75.0	50.0	93.8	68.8	43.8	54.2	68.8	68.8	37.5	50.0	56.3	43.8	13.5
	介入前	2013.8	62.5	75.0	81.3	25.0	68.8	56.3	68.8	70.8	81.3	62.5	75.0	62.5	68.8	75.0	8.3
g	介入前	2013.8	53.1	56.3	56.3	43.8	62.5	62.5	37.5								
	(就学前のため未測定)																
介入前	平均(SD)	63.1(14.2)	73.2(16.8)	74.1(18.9)	44.6(28.5)	72.3(17.3)	63.4(24.6)	50.9(14.6)	71.2(7.7)	79.2(9.4)	77.1(10.2)	66.7(20)	58.3(9.4)	69.8(14.5)	76.0(9.2)	16.0(10.2)	(n=6)
2013.8	平均(SD)	61.9(7.8)	66.1(12.9)	67.9(6.7)	45.5(16.8)	66.1(15.7)	66.1(10.7)	59.8(15.7)	65.1(9.3)	77.1(7.6)	72.9(7.6)	53.1(13.6)	64.6(17.1)	58.3(10.9)	64.6(14.6)	7.6(4.3)	

注1. 小学生の全国平均 67.88 77.23 79.27 53.65 68.92 69.80 58.43

注2. Wilcoxonの符号付き順位検定 \*  $p<0.05$

表6 基本定義およびCATWO分析結果のSSMサイクル間の比較

		SSMサイクル1 (SSM①)	SSMサイクル2 (SSM②)
基本 定義	Z (～のために)	元気になって健康を維持するために	肥満と健康の関係を理解してもらうために
	Y (～によって)	子ども、家族、スタッフが共に1つできることを考える ことによって	情報提供、言葉で伝える以外の方法、働きかけ、ス タッフを活用すること、集めて見せてやらせることに よって
	X (～するシステム)	実際に行動するシステム	気づき(各々が抱えていること、やりにくくしているこ と、これなら出来ること)を促すシステム
C A T W O E 分 析 結 果	C(顧客) 受益者／ 被害者	子ども、家族(同居人)、スタッフ	子ども、家族、スタッフ／ 母親、家族(負担増加)、外食産業、 ゲーム会社
	A (行為者)	子ども、家族、スタッフ	子ども、家族、スタッフ、学校、医師会
	T (変換プロセス)	認知する前の子ども、家族 →認知した子ども、家族 行動する前の子ども、家族 →行動を起こした子ども、家族	病気の予防ができる。スキルが身につく、知識がつく ／手間が増える、負担がふえる
	W (世界観)	健康は人生を豊かにする。 日々の生活が健康な体をつくる。 子どもの可能性を制限させない。 家族が健康になれば子どもも健康になる。 子どもが健康になれば家族も健康になる。 いわゆる肥満治療に限定した専門家の関わりでは ない。 子ども、家族、スタッフは同じ土俵の研究者	肥満は健康に影響する。 気づきは理解につながる。 気づくには言葉で伝えるだけではダメ
	O (所有者)	子ども、家族	家族、本人
	E (環境的制約)	学校、習い事、メディア、行政、社会	親、家族、学校、友人、広告、社会、資金

表7 医療者が介入を通して得た気づきや課題

領域	カテゴリー	コード	単位数	
			SSM①	SSM②
子ども	動けない	筋力がない	13	8
		動けない環境	0	8
		動けない体	2	3
	変われる力	食べないのではなく食べる	4	23
		大切なことは理解している	2	6
		ここでは動く	3	4
	代理摂食	代理摂食	—	6
	変わらない状況	変わらない状況	5	—
家族	注目されたい	注目されたい	4	—
		問題視されない	7	45
		望ましくない食生活	3	6
	肥満・健康への軽視	体に対する価値の低さ	7	2
		鍵は母親・家族	11	30
		母子一緒にの重要性	11	13
	コアは家族	負担が増える	—	12
		生活を変える難しさ	2	6
		知っているだけでは出来ない	18	5
		触れられたくない	7	4
		スキル不足	7	4
	行動に至る難しさ	親の意識変容	—	9
		行動を起こす	4	6
		親同士の交流	—	4
	場が与えた影響	肥満児の母ゆえの負担	—	12
		反応は様々	4	—
スタッフ	見えてきた課題	評価が不十分	4	16
		焦点は“今”	—	14
		やればやるほど難しい	1	11
		実態がわからない	5	11
		言葉だけでは伝わらない	—	7
		指導とのジレンマ	4	6
		方法がわからない	8	6
		情報の共有	2	4
	介入がもたらした成果	予想以上の結果	—	6
		多職種協働の強み	4	4
		霧が晴れる	1	3
取り巻くもの	肥満をつくる社会	食べる食べるの圧力	—	10
		不適切な学校環境	—	8
		太っていることの肯定	—	6
		ビジネスのターゲット	5	3
		社会の変化	2	1
	ネガティブな肥満像	作られたイメージ	3	5
		触れられない肥満	—	5
	理解されない成人肥満との違い	理解されない成人肥満との違い	1	10
	肥満は結果	肥満は結果	5	—

表8 母親の子どもの肥満に対する認識

カテゴリー	コード	単位数
母子で背負う重荷	食べる食べるの圧力	13
	せつない	11
	食べ物との格闘	7
	周囲の目	6
	言えない子ども	5
	ストレスの相乗作用	4
どうにもならない事柄	スキル不足	14
	忙しい	11
	厄介な長期休み	8
	家族の存在	5
なんともできない	生活は変えられない	5
	出来ないジレンマ	5
	やったけど続かない	4
	どうしていいかわからない	3
なんとかしたい	子どもを強くする	12
	病気になってほしくない	6
	痩せさせたい	2
生活上の気がかり	力がある	10
	動くのに痩せない	10
	家庭内の食環境	7
	動かない	6
	動けない	3
親にかかる手間	着るものがない	9
	お金がかかる	7
	手間がかかる	5
	傷みが早い	5
	きょうだいへの配慮	3
肥満の容認	まだ病気ではない	10
	昔ならガキ大将	9
	太っていて何が悪い	3
	なんとかなる	1
ここに来てよかった	ここに来てよかった	6

表9 ムーブメント指導者が介入を通して得た気づきや課題

領域	カテゴリー	コード	単位数
子ども	自分でつくる壁	やろうとしない	5
		自分をみない	2
	認められたい	他児より優位に立ちたい	5
		自分だけを見てほしい	4
	ここでつくる自他肯定感	ここにいる自分の肯定	5
		ここで得る達成感	4
		見ている人がいることへのリアクション	3
		学校の埋め合わせ	2
		動けない体	4
	動かないが課題ではない	こんなに動いていい	2
		運動のみが課題でない	1
家族	母子一緒にの重要性	母子で楽しむ	6
		母も肥満	2
		母の居場所	3
	余裕のないまなざし	我が子を受け入れられない	5
		他の子どもに目がいかない	4
		目が笑っていない	3
	問題視されない	問題視されない	2

表10 他職種からみた看護職の役割

	カテゴリー	コード	単位数
看護職の評価	親の思いを引き出す	親の思いを引き出す	4
	家族アセスメント	親の評価	6
		家族を捉える視点	5
	家族支援	問題へのアプローチ	6
		親に寄り添う	3
看護職に求める役割	家族支援	家族内の関係性の構築	5
		家族の話を聞く	2
		対象は「家族」	2
	他職種が聞けない話の担い手	対象の本音	9
		専門外の話	5
		聞いたことを伝える	1
	コーディネーター	コーディネーター	1

# 資料

資料 1：小学生版 QOL 尺度 子ども用

資料 2：小学生版 QOL 尺度 親用

資料 3：研究代表者の本研究実施に対する承諾書

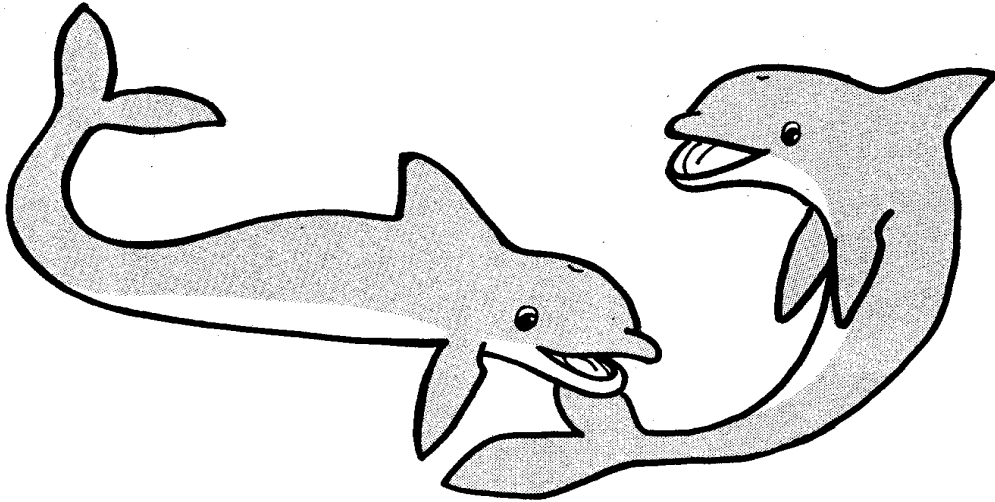
資料 4：本研究に関するスタッフへの研究協力依頼書

資料 5：本研究に関するスタッフの研究協力同意書



# こどもアンケート

## 小学生版 QOL 尺度






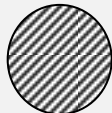
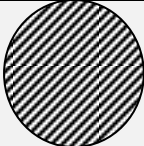
きにゆう 記入した日： せいれき 西暦 \_\_\_\_\_ ねん 年 \_\_\_\_\_ がつ 月 \_\_\_\_\_ にち 日

小学 \_\_\_\_\_ 年生 おとこ / おんな なんさい ですか？ \_\_\_\_\_ さい

1. きょうだい は じぶんをいれないで なんにんいますか？  
( いない / ひとり / ふたり / 3にん / 4にん / 5にんいじょう )
2. きょうだい のなかで なんばんめですか？  
( ひとりっこ / 1ばんうえ / 2ばんめ / 3ばんめ / 4ばんめ )
3. いま、びょういんで なおしている びょうき がありますか？ ( ない / ある )  
あるひとは ( ぜんそく / アトピーせいひふえん / じんぞうびょう / しんぞうびょう / そのほか \_\_\_\_\_ )

あなたの けんこうや せいかつについて おききします。あなたが 1ばん あてはまると おもうところに はみださないように○をかくてください。

ぜんぜんない / ほとんどない / ときどき / たいてい / いつも のことばのいみは、  
したのまるの おおきさを みて かんがえてください。  
れんしゅうしてみましよう。

たとえば、 					
この1しゅうかん……	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
わたしは アイスクリームを たべたいと おもった。				○	

この1しゅうかんぐらいのことを おもいだして じぶんに 1ばん あてはまるとおもう  
ところに ○ をかいてください。

これには ただしいこたえや まちがったこたえは ありませんので、おともだちや  
おうちのひとに そうだんしないで こたえてください。

1. あなたの けんこう について きかせてください...

この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは びょうきだと おもった.					
2. わたしは あたまが いたかった, または おなかが いたかった.					
3. わたしは つかれて ぐったりした.					
4. わたしは げんき いっぱいだった.					

2. あなたは どんな きもちで すごしましたか...

この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは たのしかったし, たくさん わらった.					
2. わたしは つまらないなあと おもった.					
3. わたしは ひとりぼっち のような きが した.					
4. わたしは なにもないのに こわい かんじがした.					

3. あなたは じぶんのことを どのように かんじていましたか...

この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは じぶんに じしんが あった (じぶんは よくやった).					
2. わたしは いろいろなことが できるような きがした.					
3. わたしは じぶんに まんぞくしていた (じぶんのことがすきだ).					
4. わたしは いいことを たくさん おもいつ いた.					

4. あなたと あなたの かぞくについて きかせてください...

この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは おや(おとうさん または おかあさん)と なかよくしていた.					
2. わたしは いえで きもちよく すごした.					
3. わたしたちは いえで けんかを した.					
4. わたしは おや(おとうさん または おかあさん)に やりたいことを させて もらえなかった.					

5. あなたと ともだちとの ようすを きかせてください...

この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは ともだちと いっしょに あそんだ					
2. ほかの ともだちは わたしのことを すき だった (ともだちに きらわれていなかった).					
3. わたしは わたしのともだちと なかよく していた.					
4. わたしは ほかのこどもたちにくらべて かわっているような きがした.					

6. がっこうでの ようすを きかせてください...

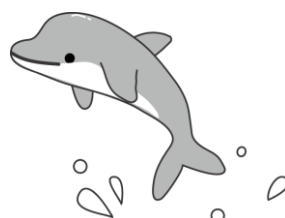
この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは がっこうの べんきょうは かんたんだった (よくわかった).					
2. わたしは がっこうの じゅぎょうが たのしかった.					
3. わたしは これからさきのことを しんぱい した.					
4. わたしは がっこう のテストで わるい てんすうをとらないか しんぱいだった.					

あなたは なにかびょうきを なおすために にゆういん していたり、 ながいあいだ  
びょういんに かよっていますか？ （ はい / いいえ ）

「はい」 のひとは、 7. にすすんで ください。

「いいえ」 のひとは、 ここでおわりです。  
ぬけているところがないか ○がきちんとかいてあるか もういちど みなおしてください。  
どうしてもこたえたくないときは ばんごうのところに ×をかいてください。

ごきょうりょく ありがとうございます！



⇒ 「はい」 の人は、 つぎの6つのしつもん に こたえてください。

7. あなたは びょうきのことを どのようにかんじていましたか...

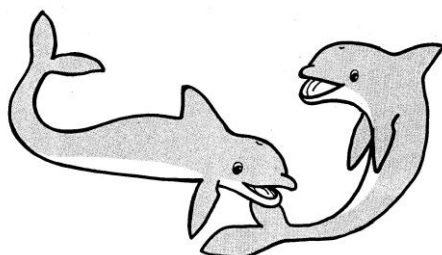
この1しゅうかん.....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. わたしは じぶんの びょうきが ひどく なってしまうのではないかと しんぱいした.					
2. わたしは びょうきのせいで かなしかっ た.					
3. わたしは びょうきが よくなるように がんばった.					
4. おや(おとうさん または おかあさん)は びょうきの せいで わたしを あかちゃんのように あつかった.					
5. わたしは じぶんの びょうきのことを ほかのひとに しられたくなかった.					
6. わたしは びょうきのせいで がっこうの ぎょうじなどに でられなかった.					

ごきょうりょく ありがとうございます！

ID: \_\_\_\_\_

# こどもアンケート

## 小・中学生版 QOL 尺度親用



記入日： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者： 父親 / 母親 / その他 ( )


お子様は ( 小学 / 中学 ) \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_ 歳 男 / 女

お子様は \_\_\_\_\_ 人兄弟姉妹の第 \_\_\_\_\_ 子

お子様は、現在、治療中の病気がありますか？ ( ない / ある )  
 ある場合 ( ぜんそく / アトピー性皮膚炎 / 腎臓疾患 / 心臓疾患 /  
 その他 \_\_\_\_\_ )

これは、お子様の健康全体に関わる生活満足度のアンケートです。ここでは、お子様自身の満足度に対する保護者からみた様子を参考にしますので、お子様に直接質問したりせずに、ご自身お一人でお答えください。

お子様の状態にもっともよくあてはまると 思われるところに ○ を 書き入れてください。  
 たとえば、

この 1 週間 . . . . . 	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
私の子どもは 熟睡していたようだ.				○	

### 1. 身体の状態について

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 自分が 病気だと 思っているようだった.					
2 私の子どもは 頭痛がした, あるいは腹痛があった.					
3 私の子どもは 疲れて ぐったりしていた.					
4 私の子どもは 元気 いっぱいと感じているようだった.					

### 2. 心の状態について

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 楽しそうで よく笑っていた.					
2 私の子どもは つまらなさそうだった.					
3 私の子どもは 一人ぼっちだと 感じているようだった.					
4 私の子どもは なにもないのに こわがったり, 不安そうにしていた.					

### 3. 自分自身について

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 自信が あるようだった.					
2 私の子どもは いろいろなことが できると 感じているようだった.					
3 私の子どもは 自分に 満足しているようだった.					
4 私の子どもは いい考えを いろいろ 思いついていた.					

#### 4. 家族との様子について

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 親と うまくいっていた.					
2 私の子どもは 家で 気持ちよく 過ごしていた.					
3 私たち親子は 家で けんかを した.					
4 私の子どもは 親が 取り仕切っていると 感じているようだった.					

#### 5. 友だちとの様子について

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 友だちと いろいろなことを していた.					
2 私の子どもは 他の子どもたちに 好かれていたようだった.					
3 私の子どもは 友だちと うまく やっているようだった.					
4 私の子どもは 他の子どもに比べて 自分は変わっていると 感じているようだった.					

#### 6. 学校生活について

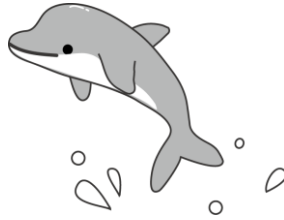
この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 学校での勉強を 簡単に やっていた.					
2 私の子どもは 学校の授業を 楽しんでいるようだった.					
3 私の子どもは 将来のことを 心配しているようだった.					
4 私の子どもは (学校で)悪い成績を とらないか こわがっているようだった.					

お子様が入院されている，または通院されているかたは， 7. にお進みください。

それ以外のかたは， 終わりです

記入漏れや記入ミスがないようにしてください。ただし，どうしても答えたくないときは，番号のところに×印をつけてください。

ご協力ありがとうございました！



## 7. 病気のことについて

この1週間 .....	ぜんぜん ない	ほとんど ない	ときどき	たいてい	いつも
1. 私の子どもは 自分の病気の悪化に不安を感じているようだった.					
2 私の子どもは 病気のせいで 悲しそうだった.					
3 私の子どもは 自分の病気が よくなるように がんばっていた.					
4 私は 子どもを 病気だからといって 赤ちゃんあつかいしていた.					
5. 私の子どもは 自分の病気のことを 誰にも 知られたくないようだった.					
6 私の子どもは 病気のせいで 学校の行事などに 出られなかった.					

ご協力ありがとうございました！



## 承 諾 書

北里大学大学院看護学研究科

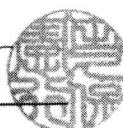
研究科長 黒田 裕子 殿

私、田久保憲行は、研究課題「健康障害につながる肥満を持つ子どもと家族へのチームアプローチによるオーダーメイド介入プログラムの開発」の研究代表者および「          A          クラブ」の代表者として、共同研究者である田久保由美子が下記の研究を実施することについて承認します。

1. 研究課題「学童期の健康障害につながる肥満を持つ子どもと家族を対象とした介入に重要な要素と看護師の役割ーSSMを用いた多職種協働のアクションリサーチよりー」を、          A          クラブのスタッフおよび参加者に対して実施すること。
2. 我々の研究と、田久保由美子が実施する介入プログラム開発のプロセスに関わる研究とは異なるものであり、研究成果を活用することはあり得るが、研究結果については田久保由美子に帰属する。
3. 我々の研究で得られたデータは、研究者間で共有はするが、各職種が各々の専門的視点で実践・分析したものについてはその職種に帰属する。ゆえに看護師の視点で実践・分析したものは田久保由美子に帰属する。

以上の内容について承諾いたします。

平成 25 年 5 月 31 日

研究代表者 田 久 保 憲 行 

## 研究協力をお願い

### A クラブスタッフ各位

北里大学大学院看護学研究科  
家族看護学Ⅰ 博士後期課程  
田久保 由美子  
指導教授 黒田 裕子

平素より A クラブの活動では、多大なご助言、ご協力をいただきありがとうございます。皆様と共に創り上げている活動ですが、本活動が改善困難を言われている高度な小児肥満の改善に寄与できるために、活動のプロセスを看護学の視点を用いて分析させていただき、博士論文の研究とさせていただきたくお願い申し上げます。また、活動を展開するにあたり、ソフトシステムズ方法論（SSM）を用いたアクションリサーチにご協力をお願い申し上げます。尚、本研究の方法および詳細につきましては、下記をご参照のうえご検討下さいますようお願い申し上げます。

#### 1. 研究の主旨

研究課題「学童期の健康障害につながる肥満を持つ子どもと家族を対象とした介入に重要な要素と看護師の役割 ―SSM を用いた多職種協働のアクションリサーチより―」

本研究の目的は、学童期の健康障害につながる肥満を有する子どもと家族への介入プログラム開発に SSM を用いることで、子どもと家族と医療者の相互的プロセスから、小児肥満の改善に影響する要素と家族全体への影響を明らかにし、介入する我々医療者が考慮すべき重要な要素と小児肥満領域における看護師の役割を明確にすることです。

#### 2. 調査期間

2012 年 8 月～2013 年 10 月

#### 3. 研究内容

A クラブの活動を進めていくにあたり、別紙 1 に示したソフトシステムズ方法論を用いて、皆様と意見交換を行いながら現状を分析し、活動内容を考え、実践していきます。このプロセスが研究対象となります。そのため、皆様の会議での発言や活動中の言動、記録物などがデータとなります。また、私自身が A クラブの中で、皆様のご協力のもと、子どもと家族に実施する内容とその反応も研究対象となります。これらのプロセスを通して、「多職種協働で実施する介入プログラム開発のプロセスにおいてどのような課題があるか」「子どもの肥満改善の障害となっているのは何であるか」「子どもの肥満改善を促進する要素は何であるか」「多職種協働で実施する介入プログラム開発のプロセスは、家族全体の健康にどのような影響が生じるか」「多職種協働で実施する介入プログラム開発のプロセスで看護師が担う役割は何であるか」の 5 つの課題にとりくんでいきます。また、研究結果の信頼性を高めるために皆様からのご意見を伺いながら分析を進めてゆきます。

#### 4. 研究協力および撤回の自由

研究協力の同意はご自由です。お断りいただいても A クラブ全体の研究参加に対して不利益を生じることはありません。ご協力いただいた場合でも、協力したくない内容には応じる必要がありません。また、いつでも研究協力を撤回することは可能です。しかし、A クラブの活動プロセスがデータとなるため、ご協力が得られない方の場合は、貴方に関係するデータは一切用いず、他の研究者にその情報が伝わることをないように配慮することを保証します。また、可能であれば、本依頼以前のデータの使用についても同意をお願いいたします。

#### 5. 研究に参加することにより予想される利益、不利益、危険性

研究者がソフトシステムズ方法論を用いることで、皆様に時間的拘束や意見交換による負担を生じさせる可能性があります。しかし、プログラム開発のプロセスやその反応が明らかとなることは私たちスタッフ間の役割を明確にし、A クラブ全体の質向上に寄与することが出来ると思います。実施にあたっては、皆様の負担とならない状況で実施することを最優先し、不要なストレスは与えないように配慮いたします。

#### 6. プライバシーおよび個人情報の保護

会議や活動中の言動および記録物が主であり、基本的には全てスタッフ間で共有する性質のデータであると考えます。しかし、データとして使用してほしくないものや、研究協力を得られない方に属するものは研究用のデータとしては用いません。得られたデータは鍵のできる場所で管理します。データ管理に用いるパソコンは、インターネットには接続せず、パスワードを用いて管理を行います。また、画像データは外付けのハードディスクに保存し、パソコンから取り外して鍵付きの場所で保管します。研究終了後、コンピューター上のデータ、画像データは完全に消去し、個人情報を含むその他の資料はシュレッダーによる粉碎後、廃棄します。

#### 7. 研究結果の発表

研究結果の一部は随時、皆様に報告いたします。研究成果は、個人が特定されないように配慮した上で、学会雑誌等に公表します。

#### 8. 謝礼について

研究協力いただくにあたり、謝礼はございません。

#### 9. 問い合わせ先

本研究についてご質問やご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

〒252-0329 相模原市南区北里 2-1-1

北里大学大学院看護学研究科 家族看護学 I 研究室内

田久保由美子

電話 042(778)9584 (内線 9584)

E-mail : n09401d@st.kitasato-u.ac.jp

## 研究参加同意書

私は「学童期の健康障害につながる肥満を持つ子どもと家族を対象とした介入に重要な要素と看護師の役割－SSMを用いた多職種協働のアクションリサーチよりー」について、別紙「研究協力をお願い」の文書に基づいた説明を受けました。

下記の項目の中で理解できたものに☑チェックして下さい。

- ☐ 1. 研究の主旨
- ☐ 2. 調査期間
- ☐ 3. 研究内容
- ☐ 4. 研究協力および撤回の自由  
同意書以前のデータの使用を 許可する ・ 許可しません
- ☐ 5. 研究に参加することにより予想される利益、不利益、危険性
- ☐ 6. プライバシーおよび個人情報の保護
- ☐ 7. 研究結果の発表
- ☐ 8. 謝礼について
- ☐ 9. 問い合わせ先

上記のすべての事項を理解した上で、本研究への協力を同意いたします。

同意年月日：平成 年 月 日

所 属：\_\_\_\_\_

氏 名（署名）：\_\_\_\_\_

私は、別紙「研究協力をお願い」の内容に忠実に研究を行うことを誓います。

説明年月日：平成 年 月 日

所 属：\_\_\_\_\_

氏 名（署名）：\_\_\_\_\_

以上の様式を2部作成し、研究協力者、研究者が各々1部ずつ保管する。