

表A 本ガイドラインの特徴－成人用の「肥満症診療ガイドライン2016」との主な相違点(p1, 第1章)

<p>基本概念</p>	<p>本ガイドラインの端緒である2001年の「小児適正体格検討委員会」の組織と2002年の「小児肥満症の判定基準」の発表当時、学校生活・学習上の支障や精神的抑圧などで低下する肥満小児のQOL改善には、適切な体重管理が最重要課題であった。その後、高学年や思春期の高度肥満やメタボリックシンドローム(MetS)の増加とともに、成人の「肥満症」に対応する医学的介入の基準として「小児肥満症」の定義が必要となった。</p>
<p>肥満の判定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 6歳以上18歳未満の小児で肥満度$\geq 20\%$ ※肥満度算出のための年齢・性・身長別標準体重(巻頭表E)は、文部科学省の学校保健統計調査報告書(2000年)のデータに基づく。日本小児内分泌学会・日本成長学会合同標準値委員会の検討で、身長の伸びに関する「成熟」の secular trend(1900年から1980年代後半は日本人成人身長は男女ともに増加)は2000年にほぼ終了したとされた。 ● 体脂肪率の有意な増加(男児:年齢を問わず25%以上, 女児:11歳未満30%以上, 11歳以上35%以上) ● BMIの絶対値は使用しない ※BMIの絶対値は年齢(身長)とともに増加するため、肥満症の長期治療経過中に肥満度が有意に改善しても、BMIの絶対値では不変または増加を認める例がある。
<p>肥満症の診断基準 (表B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 成人の肥満は糖尿病, 冠動脈疾患, 高血圧, 痛風など, 予後を悪化させる疾患群の危険因子とされ, 治療の根拠となる。一方, 小児期には代謝異常は生じても多くは無症状で, 15歳以下の肥満小児では2型糖尿病の発症率も成人に比べて有意に低く, 高血圧による症状も稀である。むしろ学習を含む日常生活の障害やいじめ, 不登校などのQOL低下が問題となる。このような小児の特徴から診断基準にA項目, B項目, 参考項目という枠組みを設定した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ A項目:小児のQOL改善を目的に, 成人の肥満症診断基準に準拠しつつ, 小児でも特に肥満症治療が必要となる医学的問題(2002年版の4項目に「早期動脈硬化症」を加えた5項目) ・ B項目:肥満と関連の深い代謝異常など(血液検査値の異常と小児肥満で臨床的に重要な黒色表皮症を含む) ・ 参考項目:その他の身体的因子と生活面の問題(参考項目を複数認める場合はQOL低下が成人よりも大きい)
<p>小児MetS</p>	<p>高学年や思春期にはMetSが増加すると考えられる一方, 小児肥満症の定義に該当するとは限らない。しかし, 医学的に介入しない場合, 年齢とともに代謝異常は顕著となり, 肥満症になる例が多い。このように危険因子の重積する群が小児にも存在することが, 肥満症の定義の必要性を示している。</p>