

- 心療内科医 ● 精神科医 ● 内科医 ● 小児科医
- 婦人科医 ● 歯科医 ● 学校医 ● 産業医
- 臨床心理士 ● 看護師 ● 管理栄養士 ● 薬剤師
- 歯科衛生士 ● 作業療法士 ● 教員 ● 養護教諭
- スポーツ指導者 ● 精神保健福祉士 ● 弁護士 etc

チームで取り組む 摂食障害 治療・支援 ガイドブック



一般社団法人
日本摂食障害協会
Japan Association for Eating Disorders

摂食障害の治療と支援に携わる皆様へ

神戸女学院大学 名誉教授 大阪メンタルヘルス総合センター センター長
一般社団法人日本摂食障害協会 理事長

生野 照子

神経性やせ症（2014年に神経性食欲不振症、神経性食思不振症、思春期やせ症は病名統一されました。マスコミでは拒食症と言います）や神経性過食症などの摂食障害は、経済発展国を中心として多発し、社会的な問題となっています。いずれの国においても女性だけでなく男性にも発症し、発症年齢は青年期をピークとして子どもから中年期に及んでいます。いわば、誰でもがなりうる病態“common disease”です。発症すれば精神面・心理面・行動面にさまざまな症状が現れ、悪循環しながら生活全般に影響を及ぼします。そのため、学業や職業、対人関係や社会適応に支障が出たりして、多くの困難が伴いやすくなります。また、本症の致死率は精神疾患のなかで最も高いとされ、命を亡くす場合も少なくありません。身体・精神ともに慎重な治療を要する病態なのです。

摂食障害という病気は「やせ願望が強い」という症状がありますが、単なるダイエット病ではなく、心理

的要因を背景としているものなので、専門的で総合的な治療が求められますが、現在の日本では摂食障害の治療施設やアクセスのための情報が限られ、必要な方が十分な治療を受けるのが難しい状況にあります。

こうした現状を改善するために、私共一般社団法人日本摂食障害協会では、医療機関や教育機関、企業、団体などへの講師派遣や、心理士、管理栄養士、スポーツ指導者など専門家、女性の健康に関わる企業、マスメディア関係者を対象にした勉強会を積極的に行い、治療・支援環境の改善に取り組んでまいりました。本書『チームで取り組む摂食障害治療・支援ガイドブック』も摂食障害の治療と支援に携わる皆様の手引きとしてお役に立ていただければ幸いです。

今後も発症者や援助者・専門家にとっての重要な情報源として多様な支援活動に取り組み、当事者やその関係者に寄与するために力を尽くしてまいります。皆様がたのご支援ご協力をお願い申し上げます。

医療者教育が十分に行き届いていないため、どのような職種がどのように関われば良いのか知りたい方も少なくないと思われます。そこで、本書は、摂食障害の治療と支援に関する基本的な情報を提供し、多職種連携のあり方を考える指針としてあらゆる現場で活用していただけるような内容を心がけました。本書では網羅できなかった職種（理学療法士など）や家族会、自助グループも回復を支える上で重要なメンバーですので、各医療機関や地域において、効果的な連携が望まれます。

なお、日本の摂食障害治療は「エビデンスブア」だと思われがちですが、摂食障害の治療に最も高度なエビデンスとされるRCT（ランダム化比較試験）を設定しにくのは海外でも同様です。日本でも各地で良い治療が行われており、専門家には、これらを他の施設でも応用可能な形に整えたり、効果検証を行う努力が求められていると言えるでしょう。質の良い治療効果を蓄積し、日本の事情に見合った治療法を作っていくためには、治療者や支援者同士の学び合いも必要です。当協会では、講師派遣や専門家向けの勉強会も随時行っておりますので、積極的にご活用ください。

本書の使い方

本書は、摂食障害にり患した本人と直接関わる職種を中心に上げ、摂食障害治療と支援における各職種の役割と働きについて述べたものです。

最初に、摂食障害の代表的な病型である神経性やせ症と神経性過食症について、病態および診断と治療のあらましを解説しました。

次に、医師（心療内科医、精神科医、内科医、小児科医、婦人科医、歯科医、学校医、産業医など）や臨床心理士、看護師、管理栄養士、歯科衛生士などの職種別に有益な情報を掲載しています。また、学校と医療との連携やアスリートの支援、家族支援、生活・社会復帰・就労援助、犯罪行為があった場合のサポートについても解説を加えました。

巻末には、標準体重やBMIの計算方法、やせの程度による身体状況と活動制限の目安をはじめ、治療と支援の現場で役立つ資料を収録しています。

現在、わが国では高い専門性を備えた多種多様なスタッフが目的と情報を共有し、互いに連携・補完し合いながら適切な医療を提供する「チーム医療」が、さまざまな医療現場で実践されています。摂食障害においてもチーム医療が有効ですが、他の疾患に比べて

摂食障害の治療と支援は、さまざまな分野の専門家と本人と家族が手を携えてチームで取り組むことが大切です

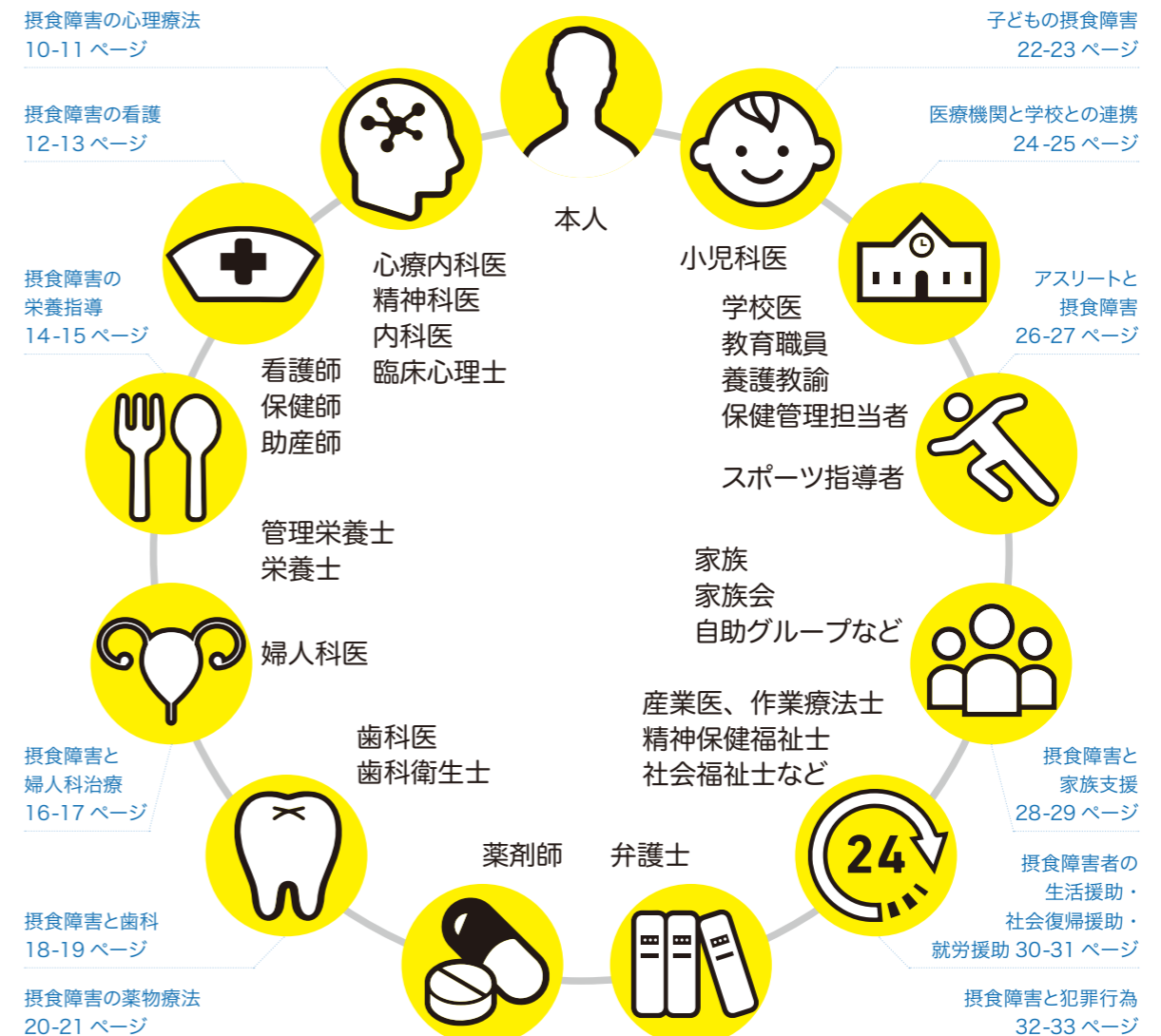
摂食障害の治療と支援には多くの職種が関わります。多様な視点と知識を持ったさまざまな専門家と関わることによって、本人が症状について新しい見方ができるようになったり、人（職種）が変わっても同じような点を指摘される経験から、本人が自分の問題に気づけるようになることを目指しています。

スタッフ間の連携を保つためには、定期的なミーティングが欠かせません。摂食障害にはスプリッティング（分裂）という心理的特徴が見られることがあります。主治医と看護師に違うことを言っているとか、

同じ職種でも、特定の人には打ち明け話をしても他の人には黙っているなどの現象です。このように情報がバラバラでは治療や支援に関する判断ができないため、定期的にミーティングを行い、情報を共有しておくことが大切です。

専門家はもちろん、本人と家族も治療に取り組むチームメンバーの一員です。摂食障害の治療は本人との信頼関係が礎になると言われますが、スタッフ同士が互いの専門性を理解・尊重し、信頼し合うこともまた、治療の礎になると心にとめておきましょう。

《摂食障害の治療と支援に取り組むチームメンバー》



神経性やせ症の治療

病態および診断と治療のあらまし

政策研究大学院大学 教授 内科医
一般社団法人日本摂食障害協会 関東支部長

鈴木 眞理

神経性やせ症の診断基準

神経性やせ症は異常にやせているのに、自分を病気だと認めず、体重が少しでも増えることを怖がる病気です。日本の診断基準は①標準体重の $\geq 20\%$ 以上のやせ、②拒食や過食などの食行動の異常、③体重や体型への歪んだ認識、④無月経、⑤30歳以下の発症です。米国精神病学会では①やせ、②肥満恐怖、③body imageの障害です。2つの病型があり、小食タイプを制限型、むちゃ食いして排出行為（自己誘発性嘔吐や下剤・利尿剤乱用）をするタイプをむちゃ食い／排出型と呼びます。神経性過食症もむちゃ食いをしますがやせてはいません。

神経性やせ症のからだの症状

脳や体の機能が低下します。からだは省エネモードで、血圧は低く、脈拍は少なく、低体温、寒がりになり、循環が悪いので手足は紫に変色してしもやけになります。体の産毛が増え、野菜や果物のカロチンが皮膚に蓄積して黄色くなり、心臓の弁の開閉にも支障をきたして、雑音が聞かれることもあります。胃腸の筋肉が落ちて動きが悪くなり、少量食べただけで胃がもたれ、便秘に悩みます。腎臓が圧迫されて血尿やタンパク尿が出たり、膀胱の容量が減って頻尿や失禁がみられます。味がわからなくなる、または味に敏感になることもあります。全力疾走や階段の登りもできなくなります。栄養状態が悪い時も食事が急に増加したときも浮腫むことがあります。嘔吐で唾液腺が腫れて、えらが張ったようになります。指でのどを刺激して嘔吐するので、前歯が当たる手の甲に吐きだこができます。胃酸は強酸です。嘔吐を繰り返すと、逆流性食道炎や食道からの出血、歯や歯肉の障害を合併します。

神経性やせ症の臨床検査

血液検査では白血球減少、貧血、肝機能障害なども認めます。血中コレステロールは軽症では上昇し、重症では低下します。重症になると低たんぱく血症も伴います。

一般的に標準体重の85%を切ると女性では女性ホルモンが低下して無月経、男性では男性ホルモンの分泌が低下して髭剃りの回数が減り、インポテンツになります。

注意が必要なからだの合併症・後遺症

日本人の神経性やせ症の死亡率は約6年の経過観察では6～11%です。精神疾患の中で最も高い値です。死因は飢餓による衰弱、低血糖性昏睡、電解質異常、不整脈、心不全、感染症などの内科的合併症や自殺です。

脳は一般にブドウ糖しかエネルギー源として使うことができず、成人脳は1日に120gのブドウ糖、砂糖なら125gを必要とします。血糖が70mg/dl未満になると頻脈や発汗などの低血糖症状が出て、進行すると意識がなくなり（低血糖性昏睡）、治療が遅れると心臓も呼吸も止まります。神経性やせ症の患者さんは低血糖に慣れており、頻脈や発汗は見られず、記憶力の低下や呂律が回らない話し方で気づかれます。標準体重の50%以下では低血糖性昏睡の危険があり、長時間の絶食後に多く、特に早朝が危険です。寝る前にブドウ糖を含むソフトドリンクや炭水化物に富む食品を食べるようにします。簡易血糖測定器を購入し、血糖を測定して予防できます。意識がない場合は最も近い医療機関に運び、20%ブドウ糖液20～40mlをゆっくり静脈注射してもらいます。意識が戻ってもすぐに低血糖が再発するので、飲食が可能なるまで5～7.5%のブドウ糖を含む点滴を続けてもらいます。

長期間の飢餓状態では、胃から食欲を刺激するグレリンがたくさん分泌され、脂肪組織から出る食欲抑制ホルモンのレプチンが減ることで食欲を倍増します。神経性やせ症の患者さんの半数以上で、途中から衝動的な食欲が湧いて抑えられなくなります。しかし、体重増加を怖がり、自分で嘔吐したり、下剤を乱用したりします。すると、その飢餓がまた過食したい衝動を起こして、悪循環が続きます。唾液1L、胃液2L、胆汁1L、膵臓液2L、小腸液1Lもあり、Na、K、Clなどの電解質を含んでいます。嘔吐や下痢は食べたものだけ出していると誤解されていますが、リサイクルされるべき水分や電解質も失っています。水分とNa、Clを失うと血圧が下がって意識を失ってしまうので、体は自己防衛のために尿からそれらを出さないようにします。Naと交換でHや大切なKも尿に捨てるので低K血症になります。低K血症では、疲労感が強く、筋力低下や痙攣、不整脈や腎機能障害も起こし、多尿になってのどが渇きます。腸の蠕動運動にもKが必須なので、

便秘が悪化し、イレウス（腸閉塞）状態になります。予防と治療は水分と食塩の補充です。1リットル以上の水分と食塩で脱水を改善します。Kが豊富な食品やK剤の処方追加治療です。

規定以上の量の下剤を長期間使用することにより、下剤乱用症候群と呼ばれる状態になります。下痢で水分を失うと、その後の便は硬くなり、さらに頑固な便秘になって、その便秘を解消するためさらに下剤量が増加するという悪循環に陥ります。一般に、薬剤は規定量を超えると、むしろ効果が低下します。常に便意を催し、早朝の吐き気が特徴です。大腸は緊張がなくなり、正常のひだを失って、表面がただれて、出血したりします。センナ系の薬剤の乱用では腸粘膜に茶褐色の色素沈着が起こります。低K血症だけでなく、Na、Cl、Mg、Caなども低くなる場合があります。下剤は下痢しない量を使用することがポイントです。

低栄養では通常はかからないような結核や非結核性抗酸菌感染症などに罹患したり、肺炎などの感染症が悪化しやすくなります。やせるためや、現実を忘れられるので過活動になりますが、筋力が低下しており、転倒や事故にも注意が必要です。

成長期に発病すると背の伸びが悪くなります。栄養状態が回復すると再び伸び始めますが、低栄養期間が長いと最終身長が予想身長より低くなります。骨に必要なたんぱく質、炭水化物などのエネルギー、カルシウム、ビタミンDやK、あらゆる栄養素が不足し、女性ホルモンが低下しているので骨密度（骨のカルシウム量）が低下します。骨密度の低下は迅速ですが、その回復は遅く、低体重のまま骨密度を正常化させる薬物療法はありません。体重と月経を回復させることが唯一の治療法です。

神経性やせ症の心理

1) やせ願望・肥満恐怖

命を脅かすようなやせ願望と一口食べると永遠に太り続けるような恐怖は神経性やせ症の中心の症状です。1日に何回も体重測定して、100gでも増えているとパニックになります。神経性やせ症では、不安があると条件反射のように「やせたい」気持ちになり、体重や食事のコントロールや過剰な運動に没頭します。それまでの「一人で我慢して頑張る」という行動パターンが通用しなくなり、「やせていれば安心」と信仰のようにやせにしがみつきます。辛さに対する感受性が鈍るので「やせていなかったら辛くて自殺したかもしれない」と語る患者さんもいます。年相応の義務を果たさなくても良い、やせているとできない自分を許せる、と責任や負担から逃れられるような気分になります。他人にできないほどの

やせは唯一の自信と言うこともあります。手のかからない良い子と評されてきたので、やせていると周りの人が心配してくれるのが心地よい、太ると見捨てられてしまうと言うこともあります。反対に、体重が増えることはたった一人で辛かった現実に対峙する恐怖が伴います。患者さんにとって体重増加は、頭では必要だとわかっていても非常に怖いことです。神経性やせ症のやせは決してファッション性の追求ではありません。

2) やせ、空腹、病期を認めない——病識がない

患者さんは「病気ではない」と治療を拒んだり、極度にやせているのに、「顔や足が太い」と言ったりします。これは、自分だけが実際より大きく見えるという視覚的な認知障害があるためで、わざとやっているわけではありません。患者さんは、自分が病気である意識（病識）が乏しい上に、体重を増やす恐怖のために受診を拒みます。

3) 異常な行動、人柄も変わる

①体重を増やさない行動、②飢餓の反動の食への執着、③飢餓に伴う精神症状、が特徴です。①は、小食、低カロリー食品（野菜、海藻、キノコ）、穀類、特に白米、油もの、肉を避ける、カロリー計算に没頭、砂糖や油を使わないか母親の調理の監視、外食のメニューが決まらない（美味しく低カロリーのものを探す）、過剰な運動（歩く、マラソン、縄跳び、筋トレ、水泳など）、エレベーター・エスカレーターを使わない、長風呂です。②は、思考も行動もすべて食べ物、料理雑誌やグルメ番組を好む、デパ地下や有名店めぐり、銘品のお取り寄せ、レシピの収集、自宅の冷蔵庫の食品を管理、大量の食品の貯蔵などです。食品を細かく切り刻んだり、一口ごとにレンジで熱くしたり、大量の香辛料や美味しくない味付けにして食品に長く触れようとします。これらは健康人の半飢餓臨床試験でも確認されています。調理好きになって、食に関連のある進路（栄養士、調理師）を選びがちです。他人より少食だと安心なので、力関係の弱い家族に大量の摂食を強要したり、反対に、家族にも粗食を強要したりします。盗み食い（食べ物の窃盗）、隠れ食い、残飯あさり、過食（自分で抑制できないむちゃ食いの発作）が起こるようになります。ただし、体重増加を防ぐために、指や器具でのどを刺激して嘔吐したり、下剤で下痢をしたりします。③は元来の強迫性と不安症の悪化、睡眠薬が効かない不眠、抑うつ、ときに、幻聴などの精神病のような症状も出ます。集中力や洞察力や判断力は低下し、自己評価は下がり、悲観的な考えに支配されて、人柄が変わります。他人と会食ができないので、友人との付き合いも避けて孤立します。これらは「イ

ンフルエンザの高熱」と同じで、自分の意志で止めることができません。患者さんが自分を責める必要はありません。しかし、やせている限り続きます。

入院して体重を増やされることを恐れて、大量の飲水や錘などで体重を偽装することもあります。自分のお金にはけちになるくせに、親が見捨てないか確認するかのように高価な商品をねだることもあります。やせだけで嫌な現実から逃避できないと、自傷（リストカット）、暴力、性的逸脱、アルコール症、薬物乱用等が加わることもあります。

神経性やせ症のプライマリ・ケア

1) 神経性やせ症以外の病気を否定する

神経性やせ症の診断は病歴と診察で行われます。ただし、やせをきたす他の病気を否定するために臨床検査が必要です。脳腫瘍、潰瘍性大腸炎やクローン病などの炎症性腸疾患、結核などの感染症、糖尿病、慢性膵炎、甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍、妊娠などを除外します。さらに、栄養状態を評価して、緊急の内科的な入院が必要かどうか、どのくらいの労作なら安全に行えるかの判断をします。

2) 栄養状態を評価する

栄養状態の評価には体重が最も重要です。九州大学心療内科の検討では、標準体重の55%未満の患者さんの40%に意識障害や運動障害が見られます。やせの程度は重篤な合併症の予測因子です。ただし、体重が減る場合はスピードが速い方が、同じ体重なら増加している時期よりも減少しているほうが悪いといえます。血圧、脈拍、体温は低いほうが栄養状態は悪く、栄養状態が改善しているときは、体重が増加するより前に脈拍や体温が上がります。臨床検査では、脱水があるので、血液のタンパクは見かけは正常のことも多く、貧血も目立ちません。検査ではどこも悪くないと言われることもあります。しかし、点滴をすると、脱水が改善して低タンパク血症や貧血が明らかになります。栄養摂取量を表す栄養マーカーである甲状腺ホルモンやインスリン様成長因子-1は低下します。

3) 緊急入院の適応

身体的な理由で緊急入院が必要なのは、①全身衰弱、②重症の合併症があるとき、③標準体重の55%未満のやせ、などです。緊急入院が必要な状態にもかかわらず入院を拒否する場合は、家族が同意して精神科への医療保護入院が適切です。強硬に入院拒否した患者さんでも、栄養状態が回復すると感謝することが多いと言えます。

精神的な理由で入院が必要なのは、強い落ち込みや不安、繰り返す自傷行為（リストカット、頭を壁に打ち付ける、飛び降りようとするなど）、自殺願望、著しい情緒不安定、繰り返す万引きや性的逸脱などです。

4) やせの程度と活動制限の目安

やせていても過剰に動くのは症状です。就学、就労や競技スポーツへの参加を強く希望し、制止を守らないことが多いので、安全を守るためにやせの程度に応じた活動制限を指示します。本人の活動を禁止するばかりでなく本人の活動の希望に対応して体重増加の目標にします。学校や職場への診断書には現在の身体状況と免除や配慮して欲しい労作を記載してもらい、療養の支援をお願いします。やせの程度による身体状況と活動制限の目安を本書35ページに示します。標準体重の75%以下では骨粗鬆症が悪化し、子どもでは身長が伸びなくなります。65%以下では筋力低下が進行し、免疫機能が低下し始めます。55%以下では意識が薄れたり、動けなくなったりします。

からだ、こころ、生活 — 3つの回復をめざす

神経性やせ症は、体重さえ回復すれば治ると誤解されています。からだ、こころ、生活の3つの回復が必要です。神経性過食症と異なり、現在、特効的な薬物や精神療法はありません。やせていると落ち着いて本を読めず、面談の内容を忘れたりします。また飢餓によって物事を悲観的に捉えやすく、時間やさまりに縛られる強迫性が悪化して思考力や洞察力も低下し、心理的な治療が成功しません。そこで体重を増やす動機付けのために心理教育を行い、病期に適した栄養指導で栄養状態を改善します。標準体重の75%程度のからだの回復は治療の基盤です。そして精神的な治療で低い自己評価、病的な完全主義、不得手な対人関係や感情のコントロール力を改善し、ストレスを適切に処理できるコーピングスキル（問題対処能力）を向上させます。入院では体重増加のために食事療法だけでなく経管栄養や経静脈性高カロリー栄養法が用いられます。3～6か月の入院が可能な場合は行動制限を用いた認知行動療法を行うこともあります。最終目標は心身の無理をしないで生活できるようになることです。小さい頃から身についた考え方や行動パターンを修正するには時間が必要です。神経性やせ症の治療は最低数年を要します。

どのような治療がおこなわれるか

1) 治療動機付けのための心理教育

体重を増やしたくない患者さんと体重を増やしたい治療者との治療関係を築くことは難問です。無理やり食事を食べさせることができません。栄養療法の成否は本人の体重増加の動機付けに尽きます。まず、病気の正しい医学情報を提供します。患者さんは肥満恐怖を消してくれる治療を求めて医療機関を渡り歩くことがあります。肥満恐怖ややせ願望は、逃げてきた、あるいは、見たくない現実と直面する恐怖なので簡単には消えません。回復した方でさえ、「毎日やせたい気持ちと葛藤している、嫌なこと

があるとすぐにやせなくなる」と言うことがあります。

回復した方へのアンケートでは、体重を増やそうと思った理由は「健康な自分に戻りたいという気持ちが食を抑制する気持ちより強くなったから」「やせていると自分の希望や進路に支障があるとわかったから」「家族に自分の悩みや苦しさを理解してもらえたから」でした。反対に、回復するといじめられる学校に行かなければならない、折り合いの悪い姑と同居しなければならない、など健康になると不利になる場合は、無意識ですが、やせたままでいたくなります。また、家族が病気を理解せず本人を叱責してばかりいると、治療動機を持ちにくいと言えます。患者さんは回復するまでこの悪循環に気付かないことが多いのも厄介です。自分の本音に気付く、意見として周囲に伝える、支援者を探して依頼する、などのスキルが不十分なことも発病の要因です。日本摂食障害学会による患者の治療動機付けのための心理教育ツール (<http://www.jsed.org/>) があります。

入院したくない、通学を続けたい、修学旅行に行きたい、止まった身長を伸ばしたいなど、体重増加せざるを得ないという動機を探します。患者さんの多くは体重増加の恐怖と現実的な利益を天秤にかけながら、最初は1～2kgかもしれませんが、徐々に体重増加を受け入れていきます。患者さんには「それ以上は増やせない」という体重限界があります。外来では、一気に健康体重までではなく、段階的な体重の目標値を設定したほうが現実的です。検査結果の改善や、早く歩ける、体が温かい、などの臨床所見をフィードバックしていきます。

2) 症状や病期の応じた栄養指導

＊本書14-15ページ参照

制限型は食べることが苦手な疾患であり、食行動異常や食品へのこだわりは症状なのですぐには解決できないと心得ます。栄養バランスの良い3食を食べることは容易ではないので、最初は本人が食べやすい食品や食べ方で必要エネルギーを確保することから始めます。むちゃ食いは低栄養の反動なので栄養状態が改善しない限り止められません。

3) 安心できる療養環境の整備 — 家族ができること

＊本書28-29ページ参照

家庭が安心して療養できる場になること、家庭内不和などの当面の大きなストレスがないことが早期回復の条件です。食べられないことに理解と共感が得られる安心できるという Safety needs が満たされて初めて治したいという Growth needs が芽生えます。1980年代後半から、家族は原因ではなく回復をサポートする資源だとみなされています。しかし、

患者さんは体重や食事をコントロールすることが生活の中心になって、家族が病気に巻き込まれて、疲弊し、患者さんとの諍いが絶えないのが実情です。家族を対象にした、患者さんを適切に支援するスキルを身につける心理教育は有効です。

生徒・学生は日中のほとんどを過ごす学校の協力が必要です（本書24-25ページ参照）。養護教諭や担任教師と連携して体重低下時には体重による通学や課外授業やクラブ活動の停止の基準を指示し、本人のストレスや悩みが学校に関連する場合は解決と勉学のプロとしての指導、体力低下時の早退や遅刻、保健室登校や保健室での補食を依頼します。

4) 薬物療法 ＊本書20-21ページ参照

やせ願望の改善や体重の増加に特効的な薬物はありません。薬物は便秘などの消化器症状や不安などの精神症状の軽減に補助的に使用されます。胃腸もやせて消化吸収機能は低下し、便秘のために物理的に食事量を増やせないことがあります。1剤で複数の効果や、全身の機能を徐々に整える作用も期待できるので、漢方製剤も用いられます。

5) 入院治療

家庭や社会を回復の場と考え、基本的に外来診療が行われています。計画的な入院の目的は、効率の良い体重増加、下剤の減量や嘔吐の減少、食事や生活習慣の改善です。胃のもたれなどの消化器症状は心理的なものではなく、やせによる消化機能の低下があり、食事だけで体重を増やせないことがあります。入院では経管栄養や末梢点滴、経静脈性カロリー栄養法を導入できます。教育入院では、1600kcalの食事を摂取しても体重は急に増えないことや、嘔吐しないと倦怠感が解消することなどを短期間でも経験できます。慢性遷延化すると低体重のため複数回の入院を繰り返さざるをえない場合があります。訪問看護サービスや地域の医療機関と連携して、在宅で経管や中心静脈栄養法が可能で

6) 心理的な治療 ＊本書10-11ページ参照

支持的精神療法、認知行動療法、対人関係療法などが行われます。最近、摂食障害向けに改訂された認知行動療法（enhanced cognitive behavioral therapy: CBT-E）の有効性が確認されつつあります。

●参考文献

- 1) 堀田眞理：内科医にできる摂食障害の診断と治療（日野原重明監修）．三輪書店,2001
- 2) 堀田眞理：Primary care note 摂食障害．日本医事新報社,2008
- 3) 鈴木眞理、西園マール、小原千郷：摂食障害：見る読むクリニック．星和書店,2014

神経性過食症の治療

病態および診断と治療のあらまし

白梅学園大学 教授 精神科医
一般社団法人日本摂食障害協会 理事

西園 マーハ 文

神経性過食症の診断基準

神経性過食症は過食や嘔吐という症状に振り回されて自己評価は体重や体型に影響され、強い無力感から抜けられなくなっている病気です。本邦独自の診断基準は作成されていません。米国精神医学会の診断基準では①ある時間帯に通常より明らかな明らかなに多い食物を食べ、その間は食べることを自分で制御できない感覚があること(過食・むちゃ食い) ②体重増加を防ぐための不適切な代償行為(自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤またはその他の薬剤の誤った使用、絶食、過激な運動)を繰り返す ③むちゃ食いおよび不適切な代償行動はともに平均して少なくとも3ヶ月間にわたって週1回起きる ④自己評価は体型および体重の影響を過剰に受けている、です。体重は正常以上でやせがないことが診断基準です。やせている神経性拒食症のむちゃ食い／排出型とは移行があります。

からだの症状と臨床検査

神経性やせ症と異なり、低栄養による合併症や骨粗鬆症はありません。神経性過食症の症状や検査の異常は、高カロリー食品の大量摂取と、代償行動によるものがあります。高カロリー摂取の影響には個人差がありますが、脂肪肝や急性膵炎が見られることがあります。若い患者さんでは、意外に臨床検査で異常になりませんが、中性脂肪やコレステロールが高くなることはあります。

主なからだの症状は代償行動によることが多く、米国精神医学会による診断基準では、代償行動の程度で過食症の重症度を決めているほどです。過食と嘔吐の繰り返しは「エンドレス」になりやすく、過食代金も膨大になります。過食と代償行動が一つの「儀式」や習慣のようになりやすく、特別嫌なことがなくても、一日に一度は過食嘔吐しないと眠れない、というような状況になります。

深刻なのは嘔吐や下痢による脱水と低K血症です。大量の唾液・胃液や腸液が失われることで起こります(本書2ページ参照)。カリウム(K)は神経の伝達や筋肉の動きになくてはならないもので、低下すると心臓の動きにも影響し、不整脈が見られることもあります。低K血症では、手足のしびれなどの自覚症状がある場合もありますが、カ

リウムの値が少しずつ低下した場合は、かなりの低K血症でも自覚症状がない場合があります。利尿剤を常用している場合は、さらに減る場合があります。健康人でも大量の食事や水分・塩分の摂取後は、腎臓の水の排泄が追いつかず、むくむことがあります。利尿剤は腎臓を流れる血液からの水分、NaやKも尿に多く出す作用を持っています。ただし、脱水で血管内の水分が減ると効果が弱くなります。利尿剤を使い続けると、脱水と低K血症が進行して腎臓にダメージを与え、腎不全になり透析を必要とする場合もあります。また、食事や水分を急に増やすと、腎臓は急に薄い尿を出すことができず、顔や皮膚がむくんでしまいます。違法の甲状腺ホルモンが入っているよ「やせ薬」を使用する人もいますが、誤った薬物使用が身体に大きな負担を与えるのは言うまでもありません。

嘔吐が激しい場合は、口腔内のトラブルも見られます。嘔吐による唾液腺の腫れや吐きだこ、逆流性食道炎や食道からの出血があります。胃液は強い酸性なので、歯のエナメル質が溶けてしまい、抜歯など大きな処置が必要になる場合もあります(本書19ページ参照)。嘔吐以外の代償行動でもさまざまなダメージが見られます。

インスリン分泌が低下するI型糖尿病患者さんの10%に摂食障害が合併しますが、その60%は神経性過食症です。思春期に思いがけず発症し、一生インスリン注射を打たなければならず、体重や食事に制限があるというストレスで摂食障害を併発しやすくなります。

神経性過食症の行動と心理

1) 過食・むちゃ食い

神経性過食症の過食は、日頃は食べないようにしている高カロリー食品を、味わうことなく、短時間に詰め込むように食べる、苦しいと思いながら食べるという食べ方です。過食は途中で止めるのは難しく、胃の限界まで食べて嘔吐することを数回繰り返した挙句、疲れ果てて寝てしまう受身的な終わり方が多く、自分で決めた終わり方ができないのも無力感を強くします。こんなにつらいのになぜ過食をしてしまうのでしょうか。過食中は何も考えないという解放感があり、虚無感の埋め合わせや傷心の癒しになり、挫折や喪失体験を克服する方法になっているのです。

2) 代償行為

一方で、やせていなければ自分の価値はないという痩身や体型への歪んだこだわりがあり、代償行為で体重の増加を抑えます。代償行動とは食べて増えた分をマイナスにするための行動です。体重が増えると自己評価が下がるのは、神経性やせ症にも神経性過食症にも共通の心理です。神経性過食症の場合は、過食後の体重増加で自己嫌悪に陥りやすく、この気分を解消するために代償行動をしてしまいます。一番多いのは嫌な気分を感じるとすぐに過食、過食でまた嫌な気分になるとすぐに嘔吐というパターンです。嫌な気持ちを抱えられない、自然に収まるのを待てないのも特徴です。悪循環が慢性化すると、嫌な気分と症状の関係を自分でとらえてコントロールするような心理的治療も効きにくくなるので、早いうちに治療することが望ましいと言えます。

3) 過食と代償行動と嫌な気分の悪循環

代償行為によって引き起こされた飢餓が過食を誘発する悪循環を繰り返し、習慣化しています。過食後は後悔や自責の念と強い抑うつに苛まれます。体重が減ると活動的に、体重が増えると引きこもりがちになります。過食前の気分を自己嫌悪、落ち込み、イライラと表現できる人もいますが、多くの患者さんは嫌な気分を言葉で表現するのは苦手で、どのような気分か考えないまま過食になっているようです。嫌な気分の引き金は失敗や人間関係のトラブルが多いのですが、他人から見れば大きな問題や自分を責めるほどのことではなくても、一方的に自分を責めて落ち込んでしまうこともあります。神経性過食症や神経性拒食症の人には「少しでも失敗したら自分はダメな人」など「白黒思考」「全か無か思考」と言われるような考えが強く、ごく小さなきっかけで「やっぱり自分はダメなんだ」という気持ちが生じやすいのです。このような考え方は「自動思考」とも呼ばれます。少しの失敗にも自動的に発動してしまう心の中の装置のようなものです。この装置が働いていると周囲が気持ちを楽にするようなアドバイスをしても本人の心に届きません。本人の「もう過食はしません」という一見前向きな言葉も「過食のような悪いことをする自分は許さない」と、この装置に言われているだけのこともあります。治療の中でこの装置がどのように働いているか見ていく必要があるでしょう。

4) 気を付けるべき他の精神症状

神経性過食症はアルコールや薬物依存を合併することがあります。一方、神経性過食症ではなく、「パーソナリティ障害」「うつ病」などの診断の方が適切というような場合があります。「境界パーソナリティ障

害」といわれるような、対人関係が不安定で衝動性も高いタイプの場合、過食だけを止めようとすると、飲酒が増えたりすることもあるので注意が必要です。

治療の目標—症状コントロール

治療は根本原因を突き止めて解決することだと考えられる患者さんや家族がいます。しかし、「原因を取り除けば元通り」とはいかない場合が少なくありません。自分では過去の虐待やいじめなどが原因と考えて、その解決を望む心情は当然のことですが、これらの体験を振り返ったり乗り越えたりするには時間がかかり、心の負担も大きいのです。過食嘔吐で日々大変な時期に、過去のつらい体験を思い出すと、怒りやうつが募り、ますます症状が増える場合もあります。

治療の最初の時期には「今できること」を中心とした対症療法的なアプローチも必要です。過食と代償行為による生活の乱れがそれらの症状を継続させているので、この悪循環を絶つことは有益です。

多くの患者さんは、症状を抑えるために日中は過食の引き金になる食事を摂らないなど、自分なりの「対処法」を工夫していますが、身体は飢餓状態で、ちょっとした心理的な引き金ですぐに過食が出やすいのです。結局、過食が出てしまい、無力感や後悔で一杯になることを繰り返しています。過食症への対応で重要なのは「過食をなくす」ことを治療目標として設定するのではなく、「コントロール感を回復する」ことをまず目指します。そのためには自分の症状の成り立ちを知ることが重要です。対人関係などでの嫌な気分を晴らそうとして過食をする→高揚感が得られ、一瞬気が晴れる→でもすぐに、「またやってしまった」という自己嫌悪や体重が増える恐怖にとられる→嘔吐してしまう→急に血糖値が下がり、空腹感が起きる、また、「やめようと思っていたのにまた吐いてしまった」と後悔する→自己嫌悪を和らげるために過食、あるいは、苦しい過食で自分を罰するといった過食嘔吐のサイクルが多くみられます。

生活リズムの正常化、食事の規則化

治療の第一段階として生活リズムを取り戻します。夜は過食しやすい時間帯なので、夜型生活パターンを修正します。夜中に過食をして昼頃起きるような生活では、食事の計画も難しくなり、睡眠不足は過食につながる嫌な気分を増強します。まず、朝起きる時間を決めます。寝つきが悪くて就眠が遅くなり、どうしても朝起きられない場合は、睡眠導入剤を一時的に用いるのも一つの方法です。

食事はできるだけ規則的にとるのが鉄則です。空

身体症状や精神症状が強い場合は、入院治療となる場合もあります。入院したことで過食嘔吐を全部消すという考えでは、退院後うまくいかなかったときの対応が難しくなるので、入院で適切な生活リズムを経験し、入院前の生活のどこに無理があったか振り返ることが必要です。退院後は良い状態が続けられるよう、外来治療を継続することが大切です。

家族ができること

過食するための食品を買い置きしている家族がいますが、症状を手助けすることは本当のサポートのはなりません。過食を止めてあげようと思って声をかけても「自分で止めるはずだったのに、お母さんが話しかけてきたせいでもっと過食したくなった」と言うなど、何が事実で何が後からの理由付けなのか、本人にも周囲にもわからなくなることも少なくありません。こういう場合、次の日は、心して声かけせずにいると、「止めて欲しかった」という話になってしまうことも多いのです。本人の自己コントロールの試行錯誤を見守るのが良いでしょう。症状の背後にある生活歴や性格など心理面の問題については、ご家族にも、本人に言いたいことや謝りたいことなどいろいろあると思います。でも、「小さい頃かまってあげられなかったから、今、本人の言うままに過食の買物に行つてあげる」というように、心理面と症状への対応を混同すると治療は難しくなります。

過食や代償行為のコントロールを取り戻せるのは患者さんで、周囲にできることは多くはありません。症状コントロールは本人に任せ、困っていることを本人が相談してきたら、しっかり耳を傾けましょう。家族内に問題があれば、その解決にも取り組みます。

最近はず育中の方の神経性過食症も珍しくありません。自分の食だけでなく、お子さんの食にも神経質になったり、自分の嫌な気分が過食や嘔吐だけでなく、お子さんへのいら立ちとして表現されてしまっている場合は、解決法をできるだけ早く考える必要があります。地域の保健所・保健センターの子育て相談などで相談してみましょう。このような場合は治療者間のコミュニケーションも重要になります。

●参考文献

- 1) 鈴木真理、西園マール文、小原千郷：摂食障害：見る読むクリニック。星和書店、2014
- 2) 西園マール文：摂食障害のセルフヘルプ援助～患者の力を生かすアプローチ～。医学書院、2010
- 3) 西園マール文：摂食障害治療最前線：NICEガイドラインを実践に活かす。中山書店、2013
- 4) 西園マール文：過食症の症状コントロールワークブック。星和書店、2017
- 5) 西園マール文、群馬会群馬病院摂食障害治療チーム：過食症の短期入院プログラム—精神科のスキルを生かして摂食障害治療に取り組もう。星和書店、2017

友ならばどう言ってくれるだろう」と、他の解釈はないかを探っていき、その結果、自己嫌悪やうつが軽快することを治療者と一緒に確認します。このように、認知行動療法は、治療者が一方的にアドバイスをするのではなく、患者さんが症状を観察してアイデアを出すなど、治療にしっかり参加します。

その他の心理的治療

現代のストレス原因の多くは対人関係に起因します。身近で重要な他者との関係が安定しているとストレス対処能力も上がります。対人関係療法は親や配偶者との対人関係を効果的な自己表現やコミュニケーション力を向上させる治療で、コミュニケーションスキルの向上によって日常生活一般でのストレスを軽減させることが狙いです。自分を責めない、他人と比べない、原因探しをしないというのが原則です。そのほか、精神力動的療法（生育歴を重視する精神分析を少し簡便にしたもの）、家族療法などさまざまな技法があります。

過食の前の嫌な気分へのセルフヘルプ

過食の前の気分や程度に気付けるようになると、他の方法で嫌な気分を解消する方法を考える余裕も出てきます。自己嫌悪とか、イライラとか、過食になりそうな気分を解消する方法をいくつか用意しておきましょう。何が「効く」かは、人によって違います。最悪なときの30～40%程度の自己嫌悪なら、寝てしまえば忘れられるという人もいるでしょう。友達と電話でしゃべるのが気持ちの切り替えになるという人もいますし、入浴や爪の手入れなど過食できない行為が効果的という人もいます。嫌な気分の強さによっても、「良く効く」方法は違います。気分転換の方法はいくつか持っている方が良いので、いろいろ試してみましょう。心身がゆったりリラックスすること、あるいは、DVDなどを見て泣いたり笑ったりするなど、感情が動いて気分が変わるのも良いようです。「自分に効く」と思う映画のDVDは手元に置いておくのも良いでしょう。

友達に電話して気分転換をしようとしたら友達が電話に出なかった、といったことがあると、イライラが増してしまいます。プラン1、それがダメならプラン2、というふうに、一つがうまくいかなかった時に「やっぱり過食しかない」と自暴自棄にならないように用意しておきましょう。

入院治療

どうしても、昼夜逆転が直らないとか、合併する

過食費と症状に何時間費やしているかを把握できます、それより若干少ない金額や所要時間を目標にして、その範囲で収まったら「今日はコントロールできた」と評価して良いのです。過食の量が漠然としていると、過食嘔吐をしたかしないかだけの判断基準になり、「今日もしてしまった」という自己評価になって、毎日落ち込んでしまいます。

過食の後、すぐ吐く行動が少し改善すると、症状の悪循環が少し抑えられます。普通の食事の後、また過食の後、30分は安静にし、トイレに行かないというようなルールは役に立つので、治療施設では行われています。吐かずに待っている間のおなかの苦しさを経験してみると、過食する量が減るという効果が得られることもあります。

薬物療法 *本書20-21ページ参照

神経性過食症の治療には薬物療法が行われることもあります。しかし、海外の研究では、抗うつ剤の効果は徐々に薄れていくことも知られています。食生活のリズムを規則的にするなど、生活面への取り組みなしに薬物だけで症状を消すのは困難です。海外の治療ガイドラインでは認知行動療法などの心理的治療が第一選択ですが、日本では、一般の医療機関では診察時間が短く、本格的認知行動療法の治療者も少ないため、薬物療法が中心になる場合が多いと思います。薬だけで治るのを期待するのではなく、薬物で過食嘔吐の頻度が減るのを良い機会として、学校や仕事にきちんと行く、食生活のリズムを立て直すなど、生活面での改善にも取り組むとことをお勧めします。薬物は嘔吐したあとで飲みます。

心理的アプローチ:認知行動療法

日本では治療者が少ないのですが、過食や嘔吐の背後にある怒り、自己嫌悪、寂しさなどの感情を自分で見直して、対処法を考えていく認知行動療法は効果があると言われています。認知は個人の予測、判断、信念、価値観などで決まる、認知次第で気分や行動は変わる、認知を修正することで行動に変化をもたらし気分を改善できる、という理論に基づいています。治療者と患者さんの共同作業で、1時間の心理面接を10回など、特別な枠組みと期間で行われます。過食と嘔吐と嫌な気分の悪循環の成り立ちを一緒に図にし、悪循環を断ち切るための方法を考えるといった作業です。また、本人の「思い込み」を和らげるために、症状が出た状況、その時の嫌な気分、その背後にある思い込みなどを本人が思い出して記入します。過食の背景にある嫌な気分を、これまで最高に嫌だった時を100として数値で表してみるの認認知行動療法でよく用いられる方法です。「いつも自己嫌悪」と思っている人も、治療者と一緒に考えると、「最悪の時に比べれば70くらい」などと冷静にとらえられることが多いのです。また、「思い込み」について、「他の考え方はできないか」「親

腹時間が長いと血糖値が下がり、過食衝動が出やすくなるからです。過食をして大量の炭水化物が摂取すると、特に砂糖の多い嗜好品はインスリンが多く分泌され、空腹感が出てコントロール不能になってしまいます。朝食、午前間の食、昼食、午後間の食、夕食、夜食の時間を決め、3食だけでなく間食も設定します。間食は甘いものである必要はありません。何を食べるかよりもいつ食べるかを重視し、絶食を長くしないことを最優先にします。迷いやすい間食は同じものにしてしまっても良いのです。リズムを戻す時期は3度の食事と同じものでも良いくらいです。このように時間を決め、もし過食嘔吐が出た時は、できるだけ早く元のスケジュールに戻るようにします。患者さんは達成不可能な目標体重を決めることがあります。脳科学的に達成できるのは最低でも標準体重の85%です。

症状モニタリング

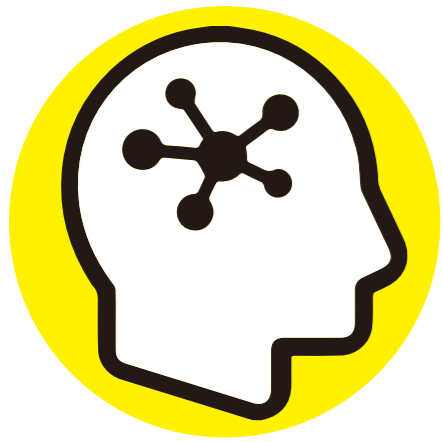
さらに効果を上げるには、睡眠、食事、症状などについて、自分で症状を記録する「症状モニタリング」が有効です。毎日の起床時間、食事時間、症状、学校や職場での出来事などについて記録します。過食については、過食用の食品を購入した時のレシートを貼っておくだけでも参考になります。毎日同じような過食嘔吐の記録をつけると落ち込むこともあります。しかし、神経性過食症の一番の問題は無力感、つまりコントロール不能感です。自分にどの程度の症状があり、どのような要因で悪化もしくは改善するのかを知ることは非常に重要です。小さな改善を見つけることでコントロール感を感じることができ、症状が悪いときも最悪な時と比べることで気持ちが楽になり、症状の継続時間を把握しておくことで予定を立てることもできます。

過食に先行した出来事や感情を記載すると、人間関係の緊張や仕事のストレスに対する抑うつ、不安、孤独な気持ちが過食発作が引き金担っていることが明らかになり、心理カウンセリングを受ける動機になります。また、リラックスできる習い事を入れることで過食する時間を減らしたり、1日に過食する食費の上限を決めて漸減したりできます。失敗してもその失敗から予防策を導き出せます。

このような症状モニタリングを行いながら、治療に関する資料を読みながら対処法を学ぶというアプローチは、「ガイドドセルフヘルプ」（指導付きセルフヘルプ）と呼ばれます。本人の自助努力（セルフヘルプ）を専門家がお手伝いするというイメージです。海外の報告では、これだけでも症状を減らす効果があるとされています。

生活上の工夫

家族の協力を得て、買い置きの食品を少なくします。過食用の買い物は、他の買い物とは別の財布でわざわざ行くようにします。症状モニタリングをすると、1日あたりの



摂食障害の心理療法

社会医療法人弘道会
なにわ生野病院心療内科 臨床心理士 武久 千夏

摂食障害の心理療法の意義

摂食障害は多様な要因が複雑に絡み合うことで生じる疾患です。そのため、どのような要因が大きな影響を及ぼしているのかは、病状や病期によって大きく異なります。治療ではこうした発症の背景要因、維持要因、病態像などの多様性を念頭に置いて、気分や病状の変動に柔軟に対応することが求められます。心理療法は、人の心の多様性に寄り添う支援方法であり、英国のNICEガイドラインでは、心理療法は摂食障害治療に不可欠な治療プログラムとして第一義的に位置づけられています。

心理療法の適応

摂食障害に対して用いられる代表的な心理療法は次の通りです。

- ・認知行動療法
- ・対人関係療法
- ・家族療法
- ・支持的な精神療法
- ・力動的な精神療法
- ・集団療法
- ・弁証的認知行動療法
- ・森田療法
- ・芸術療法

こうした心理療法を導入するにあたっては、本人の動機付けに留意することが重要です。いくら心理療法が摂食障害治療において重要な役割を担うとは言え、本人の意に反して導入される心理療法は効果が期待できないばかりか、逆効果になることすらあります。

また、低栄養状態では思考力や集中力が落ちるため、心理療法を実施するのは困難です。特に、本人の洞察を深めるようなアプローチは不向きであるといわれています。たとえば認知行動療法の適応について摂食障害治療ガイドラインでは「基本的にBMIが15以上の患者」とされており、治療に対する動機づけの低さや低体重以外にも、身体合併症、重症のうつ病、薬物乱用、自傷行為や自殺企図の危険性を伴う者には、それらの問題が改善してから改めて適合性を検討することとされています¹⁾。ただし、やせによる影響が著しく自己洞察が困難な場合にも、身体的な治療を優先しながら、本人の不安感や孤独感に寄り添う姿勢を示し支持的なかわりを続けることで、治療に

対する安心感が生まれ、治療意欲が高まる可能性があります。つまり心理的援助は、病期や病態に応じたアプローチをすることで、どの時期にも治療的意義があるといえるのです。無論、身体的治療を行う治療者などと密に連携を取りながら方針を統一しておくことや、症状による摂食行動や体重に関する強いこだわりを巻き込まれないよう、病気の症状と本人の性格特性との区別をしっかりと理解できるようにトレーニングされていることが求められます。

心理療法の有効性

摂食障害治療における心理療法の有効性については、これまでさまざまな調査研究がなされてきましたが、身体的な要因の影響の大きさや、治療中断率の高さなどの疾患の特徴によって十分な立証データを得ることが難しく、有効性に関してエビデンスが示されるものはまだ少ないのが現状です。神経性過食症に対する心理療法を中心に、以下の心理療法については効果が立証されています²⁾。

1. 神経性やせ症（思春期症例）に対する家族療法
2. 神経性過食症に対する認知行動療法
3. 神経性過食症に対する対人関係療法
4. 神経性過食症に対するガイドドセルフヘルプ（心理教育、症状モニタリング、生活の規則化）

しかし、たとえば神経性過食症の診断は同じでも、ベースにある疾患や心理社会的背景などによって、必要な対応が全く異なることも少なくありません。治療プログラムの選択に際しては、多角的なアセスメントを行った上で、個々の状況に適したアプローチを柔軟に組み合わせる工夫が必要です。また、本人の発言から治療者が普段用いている技法に合致しそうな部分だけを取り上げて無理に技法にあてはめていくことのないよう、部分と全体をバランスよく観察しながら、統合的に援助することが重要です。

特に大切となる心理的サポート

相手も自分も大切に自己表現スキルを身につけるコミュニケーションスキルトレーニング、完璧主義を緩和するアプローチ、自己肯定感を育てるアプローチは、本人か

らの要望も多い支援ポイントです。本人のニーズに沿った支援を提供し、これまでの生きづらさが楽になっていく実感をもてるようになると、治療意欲にも一層の高まりがみられます。

チーム医療の中での心理スタッフの役割

チームで治療に取り組む場合には、心理面接の中でみえてきた本人の心理的特徴、病気の心理社会的背景、動機づけを維持するための工夫等をチームで共有し、治療チーム全体で統一した方針に向かえるよう治療プログラムを工夫します。その中で心理スタッフはチームの橋渡し役になることが重要です。それと同時に、他のスタッフから得られた情報をもとに本人や家族の心理状態や関係性などに関する理解を深め、治療チームと本人および家族の橋渡し役となって治療からの脱落を防ぐ工夫を行います。

心理療法の限界

現在の医療保険の枠組みでは、心理療法の診療報酬算定にさまざまな制限があります。たとえば認知行動療法については医師（あるいは医師と看護師）が実施する場合のみ算定が可能です。臨床心理士が行う個人心理療法は診療報酬の算定ができず、自費での実施が一般的です。しかし、医療保険による自己負担額に比べると高額で、心理療法の継続には経済的負担という大きな壁があります。

このような状況下、2017年に公認心理師法が施行され、2019年4月から国家資格としての心理職が各領域で活動を開始することになりました。したがって今後の診療報酬改定では、公認心理師が医師の指示を受け医療現場で実施する心理療法についても、診療報酬の算定対象となることが期待されます。公認心理師による心理療法が保険診療の枠組みで実施可能となれば、心理療法を受けるに伴う経済的負担の大幅な軽減が期待でき、これまで自費での来談継続が難しかったような場合にも、心理的援助の継続が可能となるケースが増えるでしょう。

心理的援助とつながり続けてもらうために

摂食障害では、病前性格として知られる他者優先思考や完璧主義思考、白黒思考、気持ちを表現することの苦手さなどの特徴から、治療者による報告をしようとして無理をした結果、疲弊してしまう場合や、治療者との関係性に不安や不満を感じているのに衝突を恐れて伝えられず治療を拒否してしまう場

合など、本人の「つながることの難しさ」が治療場面にも表れることが少なくありません。そのため心理療法の開始に際して、担当する臨床心理士等が次のようにあらかじめ伝えて、安心して話せる関係性づくりを丁寧に積み重ねることが望ましいでしょう。

例：「安心して話せない、なんだか相性が合わない、提案された内容を実行することが難しいなど感じた場合は、自分が感じたその感覚を放っておかずぜひ教えてください。それによって私（臨床心理士等）が怒ったり傷ついたりすることはありません。私に直接伝えるににくい場合には、メモや電話で伝えたり、他のスタッフに伝えてください。別の担当者への交代を希望する時にも遠慮なくおっしゃってください」

また、心理療法を受けるにあたっては、本人やその家族が「数回受けたらよくなる」「すぐ結果が出る」といった高すぎる期待を抱いている場合も少なくありません。そのため、面接の初回に、変化が起こるまでの見通しをどのようにイメージすればよいかを伝えるのが望ましいでしょう。さらに「回数を重ねただけ（右肩上がりに）気持ち楽になっていく」とイメージしていることも多いため、「心理療法の過程では、問題に向き合うことがしんどいと感じる時期や、一時的に症状や周囲との関係性が悪化したように見える時期を迎えることがある。その場合もリハビリテーションと同じで、ある程度の痛みを感じつつも継続した先に楽になる時期が来る、という側面がある」という点について理解を共有しておくことが大切です。「0か100か」に陥りやすい思考パターンでは、高すぎる目標によって挫折を繰り返す場合が多くあります。そのため心理的援助を行う際には、本人の生活の様子を丁寧に聴き取りつつ、現在の病態に応じた達成可能な目標設定を共同で行い、成功体験を重ねながらスモールステップで回復に向かえるよう、細やかにサポートすることが肝心です。

心理臨床における統合的アプローチの重要性を唱えてきた村瀬は、生活が治癒と成長をもたらす要因として、援助者が人を人として遇する姿勢を基底に持つことの重要性を挙げ、その上で「何気ない小さいことを見落とさず事象を的確に観察すること、観察事実の背景や細部に潜む意味について考えること、そして現実的に意味のありそうな着手できるところと、どのように着手するのか具体的方法を創出することが求められる」と述べています³⁾。このような生活を支えるという視点を大切にしながら心理的援助を行うことが、摂食障害治療では特に重要です。

●引用文献

- 1) 日本摂食障害学会：摂食障害治療ガイドライン。医学書院、2012
- 2) 摂食障害情報ポータルサイト <http://www.edportal.jp/pro>
- 3) 村瀬嘉代子：心理臨床という営み。金剛出版、2006



摂食障害の看護

看護師・保健師・助産師の役割

白梅学園大学 教授 精神科医
一般社団法人日本摂食障害協会 理事

西園 マーハ 文

看護職のさまざまな役割

当事者の方々の日常生活に即して病状を評価し、支援する看護職は、摂食障害の治療におけるさまざまな局面で重要な役割を果たします。海外では、摂食障害専門外来やデイケアで看護師が活躍していますが、日本の現状では、入院治療の場での看護が最も大きい役割だと思えます。この他、産業保健師が勤務する職場で働いている患者さんについては、保健師の援助が治療と就労の両立を助けます。また、近年は神経性やせ症の回復期や神経性過食症の患者さんで、出産される方も増えており、産科での看護師・助産師の役割も大きくなっています。出産後には、ご本人の症状への対応や子育てについて、地域の保健師や助産師が援助できることが多いと思えます。

職場における看護師・保健師の役割

看護師・保健師が勤務する職場では当事者から相談を受けることがあるかもしれません。また、本人からの相談は無くても、健診の結果から低栄養状態にあることがわかり、本人に話をしなくてはいけないという状況があるかもしれません。摂食障害については隠したいと思っている方も多いので、健診から発見されるケースでは信頼関係を築くのに時間がかかることもしばしばです。治療を受けていない方には、受診先についての情報提供や受診の相談をすることから始めると良いと思えます。治療中のケースについては、主治医の治療方針を確認した上で、職場でできる配慮について話しましょう。症状について実際より軽く話す方も多いと思えます。産業医と協力して何度か面接を重ねながら状況を把握します。主治医との情報共有の方法については、本人と相談して、良い方法を考えます。職場では、同僚や直接の上司に摂食障害について話すかどうか大きな問題となります。話す必要があるか、誰にどう話すかについても相談に乗りましょう。仕事と治療の両立については本書 30-31 ページも参照してください。

入院治療における看護師の役割

低体重状態で内科、小児科、心療内科、精神科などに入院し、体重の回復を治療目標とする入院においては、

看護師の役割は非常に重要です。入院の状況にもいくつかあります。外来治療をしばらく行った後の計画的な入院の場合は、入院前の身体状況についてはデータがあると思えます。入院前の生活状況について詳しく分かっていない場合は、看護の専門性を生かし、家ではセルフケアができていたのか、QOL（生活の質）はどうだったかなどについて確認します。体重回復を目的とする入院では、どうしても体重や検査データのみ注目しがちですが、家での生活状況がわかると、退院後の治療計画に活用できます。

入院前の情報が少ないまま救急外来から入院してきたような場合は、その入院でどこまで体重を増やすか等、治療目標をチームの中でよく話し合っ共有することが重要です。心療内科や精神科では、安静を保ちつつ食事を増やす「行動療法」が行われることが多いと思えます。家庭環境から切り離され、食事を増やしながら安静にするのは、当事者にとっては大きな苦痛です。このため、食物をこっそり捨てたり、禁止されているのに運動をするような場合もあり、多くの場合、これらを最初に発見するのは看護師です。こういう場合は治療チームに報告することになりますが、当事者が「誰にも言わないで」と言うようなこともあります。チーム医療の意味や治療目標をしっかりと理解し、チームの中で孤立しないようにすることが重要です。

医師も看護師も体重の数値だけを見てみると、体重と共に増える肥満恐怖や社会復帰の不安について本人は話しにくくなってしまいます。こうなると、上記のように、食物を捨てたり体重を操作するような裏の行動が出てきます。入院治療では、本人をトータルに観察しながら援助できるので、体重以外にも目を向けることも大切です。例えば、栄養の回復に伴って、手足の冷たさが和らいだり、ふらつきがなくなるなど身体感覚の面で良い変化はないでしょうか。本人自身が体重の数値以外に注意が向いていないことが多いので、ベッドサイドで患者さんに接する機会が多い看護職が、これらの変化にも注意を促すと、治療の動機付けになると思えます。

また、入院中は、家族の方が不安になって、約束外の時間帯に面会に来たり、本人に頼まれて下剤を差し入れるなどの行動が見られることもあります。これらにもよく注意を払い、チーム内で情報を共有することが重要です。

家族と切り離されることで本人の不安も高まり、「家に帰りたい」「今すぐ連れて帰ってほしい」と家族に言い、家族が動揺してしまうこともあります。看護職はこれらの言動を早めにキャッチしてチーム内で共有し、入院治療の中断を防ぐようにします。このように、入院治療は、栄養改善だけではなく、家族関係を理解して改善する機会にもなります。単に「治療に理解のない家族だ」という目で見るとはならず、このような問題点が本人の経過にどう影響を及ぼしているかを考えると治療に役立ちます。定期的に主治医と一緒にカンファレンスで振り返りをしましょう。入院から外来へと治療の場が変わる時は、治療中断が起きやすい時期です。病棟看護師の評価が外来主治医や看護師に伝達されるような工夫が望まれます。

産婦人科・助産院における看護師・助産師の役割

摂食障害の方の妊娠には、予定外の妊娠、妊娠中の栄養不足等の問題があります。極端な低体重では妊娠しませんが、回復途上では、月経が不規則でも妊娠することがあります。本人にとっては予定外で、気持ちの準備ができていない場合もしばしばあります。産婦人科医の対応に加え、生活上のアドバイスの面では、看護師・助産師の役割が大きいと思えます。このような妊娠の場合は、体重も低めのことが多いので、食事指導も必要になります。

望んだ妊娠であっても、神経性やせ症の回復期の妊娠中、どれくらい食べて良いかわからず混乱するという方も少なくありません。栄養士とも協力し、妊娠中の栄養について正しい知識を提供することが大切です。また、体重は回復傾向でも、空腹感や満腹感が未だ十分回復していない方もいます。このような場合、妊娠中は子どものために食べられても、産後、また食べられなくなったり、お子さんの空腹感の読み取りが悪いこともあります。(次項参照) 神経性やせ症の病歴があるケースには、これらをよく確認して、産後への準備をしましょう。

神経性過食症の場合、妊娠中は過食嘔吐が若干軽快する場合も多いのですが、症状を止めたい意志はあっても急にゼロにするのは難しいと思えます。このような場合、産科診察時の体重は、健康な方に比べると若干変動するものになります。妊娠中の体重制限をあまり厳しくすると、過食嘔吐が増える場合も多いので、体重は緩やかにコントロールするようにします。具体的にどのような食生活をしているかをよく聴き取ると改善のヒントが得られます。身体的に大きな問題がなければ、軽い運動を取り入れるのも良いでしょう。

出産前には、うつ病やパニック障害など、摂食障害以外の精神医学的な病歴も確認しておくことも重要です。もし、これらの症状が残っていたり、育児援助がない環境でのストレスの多い子育てが予測される場合は、産前から、地域の保健師や子育て援助サービスに紹介しておくのも良いでしょう。

保健所・保健センターにおける保健師・助産師の役割

神経性やせ症の回復期でお子さんの空腹感の読み取りも悪い場合、タイミングよく授乳したり離乳食が与えられず、お子さんの成長が遅れることがあります。逆に、空腹感の読み取りが悪いために、お子さんが泣くたびに空腹なのではと思い、ミルクを与えずぎて、お子さんがかなりの過体重になるような場合もあります。こういうケースには、授乳の仕方、離乳食の与え方などについて、地域の保健師、助産師、栄養士などが協力して援助することが重要です。

神経性やせ症の回復途上や神経性過食症の方が子育てをする場合、お子さんに対して支配的になりすぎるといった問題が見られることもあります。本人は、自分の食事量や体重などを、細かくコントロールする傾向を持っており、お子さんに対して、細かく管理しなくては不安になってしまうのです。お子さんがのびのびと育つのを明らかに阻害している場合は、心理的援助を行うことが望まれます。相談しやすい臨床心理士との連携体制を作ることが望まれます。

神経性過食症の場合、妊娠中は過食嘔吐が減少していたのに、産後増えてしまうというケースも珍しくありません。出産するまではパートナーにも過食嘔吐を隠していたのに、産後隠しきれなくなったという場合もあります。産後のうつを伴い、全般的に体調も悪く、子育てに自信を失っている場合も見られます。新生児訪問等でこのようなケースを発見したら、保健師が継続的に経過を見るようにします。子育てをしながら症状に対応するのは簡単ではありませんが、育児援助サービスを活用しながら、睡眠時間の確保、食事の規則化ができるよう援助します。精神面の回復のために、休養や気分転換の時間もとれるよう配慮します。産後、うつ状態が長引いたり過食嘔吐の頻度が高い場合は精神科や心療内科に相談する方が良いでしょう。

●参考文献

- 1) 西園マーハ文：摂食障害一心と身体のケア アドバイスブック(シリーズとともに歩むケア2) . 精神看護出版, 2005
- 2) 西園マーハ文：摂食障害のセルフヘルプ援助～患者の力を生かすアプローチ～ . 医学書院, 2010
- 3) 西園マーハ文：産後メンタルヘルス援助の考え方と実践～地域で支える子育てのスタート～ . 岩崎学術出版社, 2011

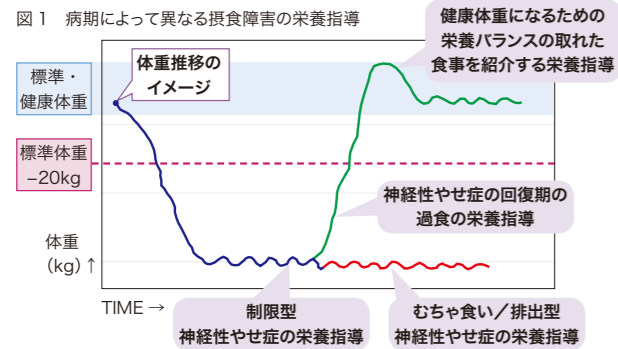


摂食障害の 栄養指導

東京女子医科大学病院 栄養士長 柴崎 千絵里
管理栄養士

摂食障害に「バランスのとれた食事： ゴールドスタンダード」は通用しない？

生活習慣病では三大栄養素をバランスよくとる栄養指導がゴールドスタンダードです。しかし摂食障害の患者さんの場合、指導を契機に行動変容を起こすどころか「この程度なら私のほうが詳しく知っている」「これができないから困っているのに」と反発や治療拒否を招いたり、「指導された食事ができない私は落ちこぼれなんだ」と治療意欲を後退させかねません。栄養指導は病期と特有の認知や行動様式に配慮した柔軟な指導が必要です(図1)。



栄養指導の時期と内容

飢餓が重大な心理的变化をもたらすことは意外にも周知されていません。健康人に対する摂取エネルギー制限試験¹⁾では深刻な脳機能の低下や精神症状が明らかになっています。拒食期は生命危機の阻止や心の平安を保つための食事指導などを行います。BMI < 15kg/m²の重症例では体重増加を目指す有効な面接にならないことがほとんどです。過食によって飢餓から脱出し始めると、認知障害が改善し始め、会話の理解力も増すため、栄養指導を行なうタイミングとして適しています。

制限型神経性やせ症の特徴

目標体重に対するこだわりは非常に細かく、「29.9kgならどうか許せるけれど30.0kgは絶対イヤ」「34.9kgと35kgは大違い」「30kgや40kg台の大台にのる変

化は怖い」と言います。体重を増やさなければと思っても行動には移せません。低体重の維持が自己評価に繋がり、活発に行動するので大量のエネルギーを消費します²⁾。

食品の嗜好

食嗜好の特徴は本来の嗜好というよりは疾患特有のもので、症状とも言えます。最も目立つ特徴は「野菜が大好き」「主に米などの炭水化物を避ける」「脂っこいものは大嫌い」「栄養素の吸収を阻止する食物繊維に富む食品(きのこ、海藻、こんにゃくなど)への傾倒」です。油料理や肉を食べる場合は、揚げ物の衣を除く、肉はお湯で洗う、ティッシュで油分を吸い取るなど、自ら低エネルギーにアレンジします。患者さんが「野菜が大好き!」と豪語する背景には、「太らないから安心!」という心の声があります。

エネルギー量の設定

標準体重の約70%のやせの場合、基礎代謝量は健康人より減少しますが、過活動があると1日のエネルギー消費量は健康人と差がありません³⁾。制限型で1kg増加の場合、初めは脂肪の増加とみなし、脱水を考慮すると、健康人の7000kcalより多く見積もった約8000kcal+1日の活動に応じたエネルギー量が必要です。軽労作の健康人の場合体重1kgの維持に約30kcal必要ですが、制限型では59kcal/kgとの報告もあります¹¹⁾。消化・吸収が悪くなっているのです。例えば35kgの高校生が1カ月に1kgの体重増加を期待するには、1日35~40kcal×35kg+(8000kcal/30日)=1491~1666kcalのエネルギー量が必要です⁴⁾。

食物繊維の過剰摂取で栄養の吸収阻害が懸念される場合、1食100gまでに野菜類を制限し、米飯の代替にさつまいもやかぼちゃなど摂取可能な食品を話し合い、エネルギー確保をめざします⁵⁾。野菜など食物繊維を除いても必要なエネルギーが摂取できているか、食事記録をつけて確認するのも有効です。栄養バランスよりもエネルギー摂取を優先し、精製された消化吸収の早い炭水化物を勧め、油脂も積極的に増やします。高食物繊維・低エネルギー食品で満足感を得るのではない食事におやつも

推奨します。「1kcalでも多く食べると太る」と思い込む患者さんに、科学に基づいたエネルギー量を教育することは、その後の栄養指導に有益です。

過食・嘔吐を習慣化させない

食事制限による拒食が続けば、飢餓の反動で過食衝動が出るのは当然です。過食期は自力で栄養状態を回復できる大切な時期ですが、体重増加は逃げてきた現実に戻されることを意味するので、やせを維持するために嘔吐を始めます。過食は生体の回復反応、嘔吐は不安の解消で、抑制しにくい症状です。

過食・嘔吐が習慣化・慢性遷延化すると生活リズムを崩し、日常生活に支障をきたします。この場合、過食・嘔吐だけを減らすのは難しく、生活日誌を記録させ、外出や趣味などの健康な日常生活を広げて過食・嘔吐に関わる時間と場所を減らし、過食費を可視化して漸減します。習い事を入れて過食嘔吐できない曜日を決めたり、食べ吐きする回数を決め、平日は食べ吐き時間を1時間以内に抑え、休日にするなど、嘔吐を認めた上で話を進めます⁶⁾。

過食・嘔吐を必要悪と捉えて否定せず、現段階では有効なストレス解消だと認めて本人の自責や自己嫌悪感を軽くすると、自ら過食・嘔吐の減少に取り組むことが多くあります。家族教育により家族が過食・嘔吐を黙認することで解決する場合もあります。

過食は必ず止まる

過食期は動きが緩慢でひきこもりみられますが、飢餓からの脱出期は、エネルギー消費を少なく、摂取を多くして体力を回復しているのだと説明します。嘔吐で体重増加が遅れると過食衝動は長引きます。

飢餓の反動の過食は標準体重の+10%程度で収まるのが一般的です。一部は神経性過食症に移行しますが、過食は必ず止まることを説明し、本人の体重増加に対する不安を解消するような介入も必要です。

患者のニーズへの対応

①「食べるとお腹がぼっこり出るのが嫌」という訴え

助言：やせにより胃腸は下垂し、腹筋の脆弱化で臍下部に胃腸が落ち込みます。食後は食べ物が一時的に下垂した胃にとどまり、その重さで特に下腹部がせり出します。太ったわけではなく、ぼっこりしたお腹を見たくなければ、仰向けに寝よう勧めます。

②チューイングが続けたいが、家族に反対される

チューイングとは、食べたいが体重増加を恐れて、咀嚼、吸い付くが飲み込まずに吐き出す行為です。

助言：長期化すると虫歯になる、胃酸が過剰に

分泌されて胃炎を起こすなど心配な面もありますが、チューイングにより少量であってもエネルギーを補給できるので、はじめから否定はしません。

③太りたいが太れない。食べようと思うが食べられない

慢性の低栄養によって、胃から十二指腸への排出が遅れる、膵臓の消化酵素の分泌不全、便秘など胃腸機能の障害がおこります⁷⁾。

助言：治療意欲があっても胃のもたれ、腹部膨満感、嘔気、下痢や便秘で食事量を増やせない場合は半消化された経口流動食、経腸、静脈栄養の併用も検討します。肥満恐怖で食事量を増やせない場合、具体的なエネルギー量の指示も効果的です。例えば1食・1日の目標摂取量を示し、全部食べられれば月に0.5kg体重が増える計算だと説明します。

④嘔吐後のケア

嘔吐後は食べ物だけでなく、本来腸で再吸収されるべき重要な消化液(水分と電解質)を失っているため、水分とミネラル補給を行います。

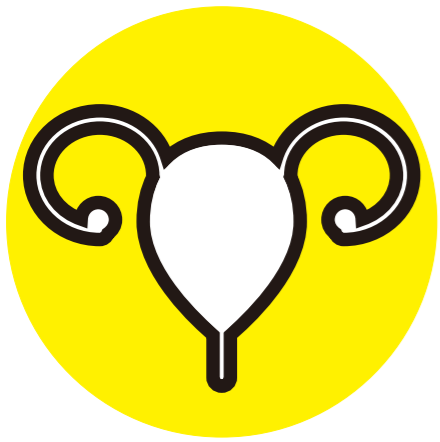
助言：コーヒー、紅茶、緑茶、カフェイン無含有なら野菜ジュースを勧めます。野菜ジュースのエネルギーさえも嫌がる場合は粉末の青汁を勧めます。日常的なカリウム補給のために、上記した飲料などを水代わりに飲むことを勧めます。

栄養指導で安心の提供

治療や栄養指導を受けることを決心した人でも、常に「このまま食べ続けたら太り続けてしまうのではないか」という体重増加への恐怖、不安、嫌悪感を捨てきれずにいます。体重増加の恐怖にさらされながらも食べる行為を拒否せず、何かしらの食行動を起こそうとしている患者さんの努力を称賛したいと思います。栄養指導は、食べることが一番不安な本人に安心感を与えることです。この安心感なくして治療は開始されません⁸⁾。患者さんの思いに寄り添いながら食生活に介入してください。

●参考文献

- 鈴木(堀田)眞理:摂食障害一食べられない、あるいは、食べ過ぎてしまう病気。日本調理科学雑誌,45:50-55,2012
- 西園 文:生活しながら治す摂食障害。女子栄養大学出版部,p104-114,2004
- Casper RC,Schoeller DA,Kushner R et al.: Total daily energy expenditure and activity level in anorexia nervosa.
- 鈴木(堀田)眞理,小原千郷,堀川玲子,他:東京都の高校の養護教諭へのアンケートによる神経性食欠不振症の疫学調査。日本心療内科学会雑誌,17(2013)81-87 Am J Clin Nutr 53:1143-50,1991
- 刈部正巳:栄養治療 新しい診断と治療のABC47 摂食障害,切池信夫編集。最新医学社,p154-161,2007
- Garner D: Effects of starvation on behavior. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia.Eds:Garner DM, Garfinkel PE. New York: The Guilford Press; p523-532,1985
- 堀田眞理:内科医にできる摂食障害の診断と治療
- 柴崎千絵里:神経性食欠不振患者に対する栄養指導。臨床栄養,119巻 p46-52,2011



摂食障害と 婦人科治療

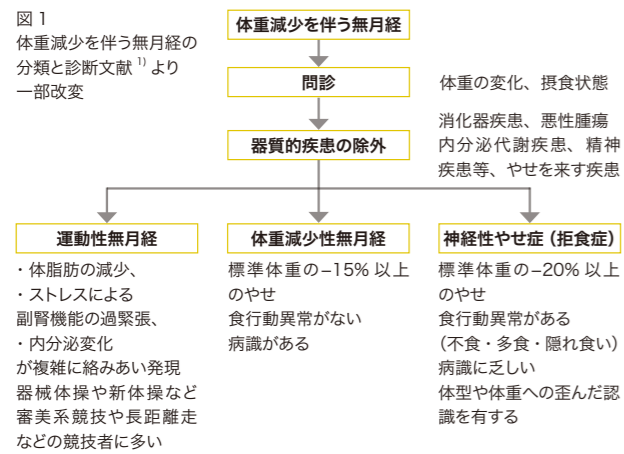
稚枝子おおつきクリニック
東京女子医大産婦人科 非常勤講師 **武者 稚枝子**

はじめに

摂食障害患者が産婦人科を受診する際、圧倒的に多い主訴は「月経不順」「無月経」です。栄養と体脂肪・体重、月経は密接に関連しているため、神経性拒食症でも神経性過食症でも、視床下部に異常を起こし卵巣機能不全となり得ます。なかでも神経性拒食症は、人間形成の上で精神的・肉体的に重要な思春期に発症することが多く、遷延化し重症化すると死に至る疾患です。早期の診断と適切な治療が重要です。

体重減少を伴う無月経の分類と病因

体重減少を伴う無月経は、産婦人科領域では神経性やせ症と体重減少性無月経を区別します。他に過度な運動や体重制限により起こる運動性無月経があります(図1)。



不食、多食、隠れ食いや病識の有無、運動の負荷の程度や頻度などで区別しますが、鑑別は困難です。

体重は月経初来の重要因子で、性機能の維持にも重要です。脂肪は卵巣外のエストロゲン変換組織として体重の22%以上を占める必要があり、原因によらず、体重減少が5kg以上または10%以上になると無月経になります²⁾。体重減少の程度が大きいくほど卵巣機能は低下し、第1度無月経から第2度無月経、神経性やせ症の80-90%は第2度無月経です³⁾。体重減少による無月経の病因には間脳一下垂体一卵巣系など性腺ホルモンの分泌不全の

ほか、甲状腺ホルモンや副腎皮質ホルモンの機能失調の関与が考えられます。卵巣機能の指標であるエストラジオール(E2)は骨密度と相関するため、長期間無月経が続く場合、エストロゲンの低下に伴う骨密度の低下が問題です。運動性無月経は疲労骨折や競技に支障を来す原因になります。女性アスリートの健康管理上の問題点には、「low energy availability」「無月経」「骨粗鬆症」があり、女性アスリートの三主徴として注意が必要です(本書26-27ページ参照)。

検査

無月経の場合、一度も月経がきていない「原発性の無月経」か、順調にあった月経が3カ月以上停止した「続発性の無月経」かを確認します。

問診で、初経年齢や月経不順の期間、体重の増減の有無と程度、ストレスの有無などを聴きます。既往歴や服用薬からは薬剤性の高プロラクチン血症の可能性の有無を判断します。精神科での治療を受けている場合や胃薬でスルピリドが処方されている場合は、プロラクチンが高値となることが多く乳汁漏出を認めることもあります。身体所見では、体重、身長、BMI、恥毛や腋毛、乳房の状態からターナーによる発達段階で第二次性徴の程度を確認します。摂食障害の場合、乳房は小さいが乳頭の突出や恥毛の存続があり、全身に産毛を認めることが多くあります。そのほか検査を図2で示します。

図2 検査	内容
内診・エコー検査	腔・子宮・卵巣の形態異常の有無を確認。内診が困難な場合、初診時は無理強いしない。腔や処女膜など性器閉鎖症の場合もあるため、確認する機会は持つ。
採血	栄養摂取の程度を含め全身状態を確認するため、血算(CBC)検査、生化学検査を行う。
内分泌検査	LH、FSH、E2により卵巣機能を確認するほか、TSH、fT3、fT4など甲状腺ホルモンをまたPRLやテストステロン、副腎機能等のホルモン異常の有無を確認。低栄養の場合、低血糖など糖代謝との関連からT3の低下、TSHの上昇、GHの上昇のほか貧血や肝機能酵素の上昇などを認める。

治療とコツ

無月経に体重減少の関与が疑われる場合、ホルモン剤投与で性急に月経を起こすことは避けなければなりません。

ん。貧血をはじめ、全身状態を悪化させてしまいます。

第一の治療は、栄養を摂り体重を増やすことです。無月経は生命維持にとっての防御策で、現在の身体状態は月経を止めざるを得ないほど深刻だと伝えます。そして体重減少の原因をカウンセリングマインドをもって丁寧に尋ねます。太ることへの恐怖感や嫌悪感にも共感しつつ、痩せによる冷えや長時間の座位が困難など痩せによる弊害も認識させます。本人と医療者との信頼関係を構築した上で「なぜ体重が減少すると無月経が起こるのか」「無月経による弊害一骨や脳への影響や無月経の期間が長くなるほど治療が困難になること一」等について説明します。アスリートや月経に対して不快感がある場合など、無月経を肯定的に捉えている場合も少なくありません。

通常、月経は標準体重の85~90%で回復します。また過食や嘔吐など食行動異常が消失して約6カ月過ぎると自然に発来し、発来しない場合でも標準体重の70%以上であればホルモン剤による月経誘発を行います⁴⁾。筆者の治療にはBMIを用います。WHOや厚生労働省の基準では低体重はBMI18.5未満です(本書34ページ参照)。外来では、まず患者さんのBMIと身長からBMI22の標準体重を示しますが、患者さんの多くは標準体重は太り過ぎで到底受け入れられないと訴えます。次にBMI17を「モデル体型」、BMI19を「アイドル体型」として示し、目標体重としてモデル体型であるBMI17を設定します。この体重は多くの患者さんが許容できる数値です。この目標体重を達成することのみで月経が回復する場合があること、無月経のままであってもBMI17以上ではホルモン剤の治療も有効で、その後自然発来に至ることなどを伝えます。

体重を増やすきっかけに補剤漢方を用いることも有効です。補剤とは、体力を補い免疫力を高める漢方方剤で、精神にかかわる「気」や貧血など「血」の低下に対して自らの治癒力を底上げする目的で処方します。摂食障害の場合、食前の服用にはこだわらず、ともかく1日3回服用するよう話します。これにより薬の服用に対するハードルを下げ、3回の食事を少なからず意識させることにつながります。ホルモン剤として現在ではLEP(Low dose Estrogen Progestin)製剤が一般的に用いられます。

予後

無月経が1年を超えると、軽症の第1度無月経でも治療は難しく、月経は回復が困難です。長期間治療しない場合、重症の第2度無月経となり得ます。

妊孕性は、身体機能が回復していれば妊娠中の合併症や児の予後を含めて差がないとされ⁴⁾。実際摂食

障害の既往歴のある女性の多くが出産に至っています⁵⁾。一方で摂食障害の女性の出産率が一般女性の1/3との報告や摂食障害は産褥期の再発傾向が高く、授乳中の児の低栄養を惹起する場合がありますという報告があります。神経性過食症の場合、妊娠中は子宮の増大により胃が圧迫され過食は一旦軽快しますが、産後に約半数が再発するといった報告もあります。過食・嘔吐や拒食を繰り返す場合、自身のことで精一杯となり育児放棄となるケースもあります⁵⁾。

家族へのケア

若年者が産婦人科を受診する場合、母親とともに来院することがほとんどです。学生の場合、毎回の外来通院は難しく、母親のみの来院もあります。このため、本人のみならず母親と治療者との信頼関係の構築は重要です。娘の治療に全精力を傾け、治療の無事終了後、母親が空の巣症候群や抑うつ状態に陥ることがあります。また娘の治療中に、母親が更年期障害を発症し、抑うつ状態で治療を要することもあります。一方で支配的・強権的な母親の場合、自らを省みず、「娘は自分に迷惑をかける存在」と話すこともあります。このような場合、患者さんは母親の顔色をみて母親の思う通りに行動出来てしまう「いわゆるいい子」であることがほとんどです。当然、治療者が母親を注意すれば娘の治療をも中断しかねず注意が必要です。母親の話に耳を傾けつつ、娘への具体的な対応を指導します。娘の治療をきっかけに摂食障害が認識され、さらには隠れていた機能不全家族の問題が改善することが出来るならば、本当の意味で治療が成功したといえるのかもしれない。

おわりに

無月経をはじめとした月経不順は、自他ともに認めることが出来る症状です。このため、産婦人科受診が治療の第一歩になるケースは少なくありません。摂食障害やその予備軍を見逃さないよう注意します。また産婦人科医による初めの対応が、その後、摂食障害を克服できるか否かの鍵を握っているともいえます。摂食障害において「女性の一生を過ごすパートナー」として産婦人科の役割は重要です。

●参考文献

- 1) 日本女性医学会 編: 女性医学ガイドブック思春期・性成熟期編 2016年度版。金原出版、東京、2016 pp56-60
- 2) 甲村弘子: 思春期の摂食障害とその対応。産婦人科治療 2009;99:611-616
- 3) 戸田稔子, 長廻久美子, 河野美江: 当科における思春期女性受信者の臨床的検討。思春期学 1998;16:319-323
- 4) 榎原秀也: 産婦人科の必修知識(教育委員会企画) 専門医を目指す若手医師のための教育プログラム。4 思春期女子の体重減少と無月経への対応。日産婦誌 2011;63:N294-298
- 5) 中庄英雄監修: 女性心身医学。ばーそん書房、東京、2015 p248



摂食障害と歯科

日本歯科大学附属病院 心療歯科診療センター 准教授
日本歯科心身医学会 評議員

大津 光寛

摂食障害と口の中の症状

摂食障害が身体や心に及ぼす悪影響についてはたくさんの報告がなされています。しかし、口腔内（口の中）への影響は、日本では教科書や専門書に「唾液腺の腫れ」「嘔吐によって虫歯や歯が溶ける」と記載されている程度で、詳しい内容は報告されていません。歯科分野からの摂食障害についての報告や論文もあまり見受けられません。

実際には、重大な悪影響があることは患者さんや家族はもちろんです。歯科医師や医師など多くの人々が実感しています。放っておくと、痛みが出たり見た目が悪くなったりするばかりでなく、摂食障害が良くなり、いざ食べようと思っても、歯が悪くて食べられないという事態にもなりかねません。なぜならば、口は摂食の最初の器官だからです。

最もよく見られる影響は、歯が酸によって溶けてしまう酸蝕と虫歯（う蝕）の多発と重症化です（図1）。どちらも一般的な歯の病気ですが、摂食障害の患者さんはその進行が早く、症状が酷くなりがちです。結果的に早い段階で歯を失い、20代で入れ歯を入れる人も少なくないのです。酸蝕と虫歯の重症化の大きな原因は、摂食障害の症状（習慣）です。代表的な原因は食べ吐きと不規則な食習慣で、共通するキーワードは「酸」。体の中で一番硬く、鉄より硬い歯も、酸だけでは敵わないのです。



図1. 食べ吐きや食習慣が、虫歯や酸蝕を引き起こす

摂食障害が虫歯を作る

摂食障害の患者さんは本当に虫歯になりやすいのか。もしそうならば、どのような人が虫歯になりやすいのかを知るために、私達は87人の患者さんの口の中を診て話を伺

いました。その結果、60%以上の方が、厚生労働省の発表する、その人が今までどれくらい虫歯になったかという年代別の指標（う蝕経験指数）よりも多くむし歯を経験していました。また、う蝕経験の中でも、治療を既に受けた歯の数が多いことも分かりました。つまり、虫歯の治療を受けていても、次々と新たなむし歯ができていくことがわかったのです。

しかし、う蝕経験指数が少なかった患者さんもいます。虫歯になりやすい人となりにくい人を比較してみると、歯磨きの回数、歯垢のつき具合、摂食障害になってからの年数には違いが見つかりませんでした。ところが、習慣的に嘔吐している人や歯の酸蝕が重度の人が虫歯になりやすかったのです。嘔吐と酸蝕は密接な関係があります。繰り返す嘔吐の結果、歯が溶けてしまっていると考えると良いでしょう。酸蝕が進行すると、歯の表面を覆うエナメル質という硬い層が溶け、象牙質という下の柔らかい層が露出してしまいます。この象牙質はエナメル質に比べると格段に虫歯になりやすく、進行も早いのです。

他にも習慣的な過食をする人とアメやガムといった砂糖を含むものを頻りに食べている人は虫歯になりやすいという結果になりました。虫歯は歯・糖（細菌の餌）・細菌（糖を取り入れて酸を出す）・時間（細菌が酸を作って歯が溶けるまでの時間）という4つの要素で作られ、このうち一つでも欠けると虫歯を作ることはできません。食べ物が口に入っていると、細菌は酸を作り、口の中を酸性にします。口の中に食べ物（糖）がなくなると、唾液などが口の中を中性に戻してくれます。口の中が酸性になった状態が長ければ長いほど虫歯になりやすい、つまり、糖の量が少な

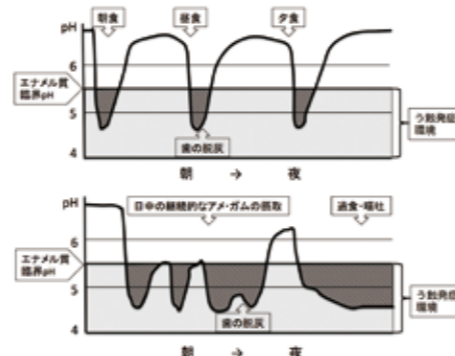


図2. 一般的な口腔内pHの推移と摂食障害症例における推移（模式図）

くても、1日1食しか摂らないとしても、それ以外の時間にガムやアメを口の中に入れていたら、3食規則正しく食べている場合よりも虫歯になりやすいのです（図2）。長時間におよぶ過食も同様です。このように、過食・嘔吐や食習慣の異常という摂食障害の主たる症状が、虫歯に大きく関わっているようです。ですから虫歯予防の最も効果的な方法は摂食障害を治すことです。でもすぐには難しい。では治るまでの間に出来ることはなんでしょう。例えば日常的に摂取しているアメやガムをキシリトールなどの虫歯の元になる糖を含まないもの、いわゆるデンタルガムやタブレットに変更することです。そうすれば細菌が酸を作り出すのを防ぐだけでなく、唾液をたくさん出して酸を中和できます。生きる上で糖は絶対に必要ですから、ご飯も食べず、普段はデンタルガムだけという生活は命に関わりかねません。栄養士さんや担当医と相談して、どの程度替えていけるかを決める必要があります。もし、替えられなければ、うがいをこまめにするだけでも効果はあると思います。立て続けに口の中に糖を入れる前に水やお茶などで十分ぶくぶくうがいを口の中を中和する。それだけでもリスクは減少するでしょう。毎日の確実な歯磨きや、歯科医院での専門的な清掃やフッ化物の応用などの一般的な虫歯予防もとても有効です。

歯が溶けていく酸蝕症

摂食障害の患者さんの口の中の症状として、最も特徴的で大きな問題となるのが酸蝕です。酸蝕とは、酸に触れることによって歯が溶けていくことです。これは多くの患者さんに見られ、酢や柑橘類などによる一般的な酸蝕と比べて進行が早く、日常生活に支障をきたすほどの痛みがあり、見た目にも重大な影響を及ぼすことがあります。71例の摂食障害患者さんの協力を得て調査をしたところ、習慣的な嘔吐のない人には明らかな酸蝕は見られませんでした。習慣的に嘔吐する患者さんの86%で明らかな酸蝕が認められました。歯の表面の溶け出す酸性度はpH5.5～5.7程度であるのに対し、胃液のpHは食後でも4程度ですから、度重なる食べ吐きは歯を溶かしてしまいます。これらのことより、嘔吐が最も重要な酸蝕の因子だとわかります。嘔吐が止まれば歯が溶けるのも止まるわけです。とはいえ、多くの患者さんはそれが出来なくて困っています。そこで目をつけたのは嘔吐の習慣があるのに酸蝕が認められなかった14%の患者さんたちです。この違いが分かれば、食べ吐きが良くなるまでの間、少しでも歯を守ることが出来るかもしれません。そこで、習慣的に嘔吐する患者さんの中で酸蝕が無い、もしくは

進行がエナメル質内に留まっている軽症群と柔らかい下層の象牙質に及んでいる重症群を比較をしました。軽症の人が少ない点を考慮しなければなりません。虫歯と同様に病歴や年齢との関連は明らかではありませんでした。しかし、軽症群には嘔吐を促すために1L以上の水を飲みながら嘔吐している方が多く、飲水により嘔吐物の酸性度が中和されている可能性が窺われます。また、嘔吐直後にうがいだけする人に比べ、歯ブラシで歯磨きをしている人は酸蝕が進んでいました。嘔吐直後の歯磨きは、溶けて粗造になった歯の表面を積極的に削ぎ落としてしまい、唾液に含まれるミネラルが歯の表面を一層修復してくれる再石灰化の効果を損なうためだと考えられます。これらのことから、仮に炭酸飲料や砂糖の入った飲み物を飲みながら嘔吐しているのであれば、それを水やお茶などに変更することによって素早く口腔内を中和し、再石灰化が期待できるようになります。そして、嘔吐後も水などで十分うがいをし、一般的に再石灰化が終了するとされる30分後くらいに改めて歯磨きをするのが効果的です。歯磨きは、象牙質が露出しているようであれば柔らかい毛先の歯ブラシを選び、歯磨き粉も研磨剤の入っていない、できればフッ素の入っているものを使ったほうが良いでしょう。

みんなで歯を守る

このように、摂食障害の患者さんは歯科的なリスクを抱えています。多くの場合、摂食障害が良くなるまでには多くの時間が必要とされるため、その間に歯を守っていくのは大変です。そのために、患者さんだけでなく、歯科医師も歯科衛生士も内科の先生達も栄養士さんも患者さんの情報を共有して、みんなで出来ることを探していかなければなりません。患者さんには、食べ吐きがあるようであれば、歯科に行って自分の症状を話すことをおすすめします。残念ながら歯科の中では摂食障害という病気が正しく認知されていないことが多くありますが、必ず分かって一緒に努力してくれる歯科医師はいますのであきらめずに探してください。私たちも理解してくれる歯科医院を1軒でも多くするために努力していきます。

●参考文献

- 1) Mitsuhiro Otsu, Akira Hamura, Yuiko Ishikawa, Hiroyuki Karibe, Tomoyasu Ichijyo, Yoko Yoshinaga : Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. BioPsychoSocial Medicine 2014, 8:25 <http://www.bpsmedicine.com/content/8/1/25>
- 2) 大津光寛, 藤田結子, 荻部洋行, 軍司さおり, 若槻聡子, 羽村章, 一條智康: 摂食障害患者のう蝕経験とその発症要因. 心身医, 56:1127-1133, 2016
- 3) 大津光寛: Eating Disorder (摂食障害: 拒食症, 過食症). 日本歯科医師会雑誌, 67-7:6-15, 2014



摂食障害の薬物療法

広島大学保健管理センター 教授
精神科医 岡本 百合

これまでの研究報告では

摂食障害は様々な身体症状や精神症状を伴い、回復に時間がかかることの多い疾患です。そのため効果的な薬物療法の確立に向けて研究が行われてきました。

神経性やせ症の薬物療法

神経性やせ症に対する薬物療法は、体重の回復、回復後の体重の維持、ボディイメージの障害の改善、認知障害の改善、強迫性・強迫症状の改善、不安や恐怖、抑うつ等の精神症状の改善を目的として様々な研究がなされました。例えば、三環系抗うつ薬であるアミトリプチリンやクロミプラミンは抑うつ改善と食欲増加に効果があったという報告がある一方で、有意差はなかったという報告もあり、一定していません。次に副作用の少ない新しいタイプの抗うつ薬が研究されました。神経性やせ症では、脳内のセロトニン機能異常が推測されており、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の有効性について検討されてきました。フルオキサセチンが急性期治療で症状や体重の改善、体重増加後の再発防止がみられたという報告がある一方で、有意差が認められないという報告もあり、これも一定していません。その他、シタロプラムやセルトラリンなどの報告がありますが、現時点では抑うつや強迫症状等に対してある程度有効であり、副作用も少ないために使用しやすいとされています。また、身体像や体重に対する妄想的思考や認知の障害などに対して、抗精神病薬による治療が試みられてきました。これまでにリスペリドンやオランザピン、クエチアピンがボディイメージ、妄想的思考、抑うつや不安等の精神症状に有効であったという報告があります。その他にリチウムやシプロヘプタジン、亜鉛など試されていますが、これらもまだ一定した見解が得られていません。

神経性過食症の薬物療法

神経性過食症に対する薬物療法は、過食嘔吐の減少、抑うつ等の精神症状の改善を目的として検討されてきました。神経性過食症は、抑うつとの関連性が高いといわれており、これまでも抗うつ薬による治療が行われてきまし

た。一時的に過食嘔吐の症状が改善しても再燃、増悪することが多いため、長期的に継続する必要があります。それに耐えられる薬物が望ましいといわれています。これまでの報告では、三環系抗うつ薬のイミプラミン、アミトリプチリン、デシプラミンなどが有効であった、過食の頻度の減少と抑うつ改善を認めたと報告があります。ただし、瀕脈や血圧の上昇などの副作用の発現頻度が高く、長期的に使用しづらいといわれています。三環系抗うつ薬のような副作用の発現頻度が少なく、体重増加も認められないことや、セロトニンの食欲抑制作用から、SSRIがBNに有効ではないかという推測のもとに、いくつかの臨床研究が行われてきました。特にフルオキサセチンの報告は多く、過食頻度の減少、抑うつ改善、再燃防止に有効であったと報告されています。また、フルボキサミンやセルトラリン、シタロプラムで報告されています。これまでの結果をみると、SSRIは過食頻度や抑うつ等に対して有効である可能性が高く、認知行動療法等との併用を行うことがより効果的であると思われる。また選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるレボキサセチンやセロトニン・ノルアドレナリン再吸収阻害薬（SNRI）であるミルナシبران、ネファゾドン、ベンラファキシン、抗てんかん薬であるトピラメートが食行動の改善に有効ではないかといわれています。トピラメートは衝動性に対する効果も論じられていますが、副作用として疲労感、感冒様症状、知覚異常がみられ、投与には注意を要するといわれています。その他、リチウム、オピオイド拮抗薬のナルトレキソン、5-HT3アンタゴニストであるオンダンセトロンが報告されています。

これまでの報告からみえることは

これまでの報告をまとめると、神経性やせ症では、急性期（体重の回復をめざす時期）と維持期に分けて検討しています。急性期には、抗精神病薬投与が試みられていることが多く、一定の効果がみられているようです。維持、再発防止にSSRIが試みられましたが、まだ明確な効果は出ていません。神経性過食症に対しては、抗うつ薬、特にSSRIが過食・嘔吐の軽減、抑うつ等の精神症状の改善に効果的と考えられています。最近ではSNRI、NRI

や抗てんかん薬の有効性も報告されています。

摂食障害は、認知行動療法、対人関係療法、集団療法等の精神療法が必要であるというまでもありませんが、薬物療法をうまく組み合わせることによって、その効果を増幅させることは有効であると思われる。しかしながら、効果的な薬物療法のスタンダードが十分に確立されていないのが現状です。病態の多様性や、サブタイプによる効果の相違等も関係しているのかもしれませんが。

患者さんの声を聞くと

患者さんたちが、薬の治療についてどのように考えているのか聞き取り調査をしたことがあります。それによると1)薬を飲むと自分が嫌である、2)副作用がこわい、3)薬で治りたい（過剰な期待）、4)薬で治るわけがない、5)あまり効果がない、といった意見がありました。1)薬を飲むと自分が嫌である、というのはコントロールされることへの抵抗感も強いようです。あるいは薬で体重だけ増やしてもらっては困る、といった思いも強いようでした。2)副作用がこわい、については、特に神経性やせ症は栄養状態が悪いと、薬の体内分布が変化します。身体合併症を伴っていることも多いので副作用が出やすいというデメリットがあります。ただ、このような薬は副作用が強く危険である、と過剰に考えておられる方も多いのではないかと思います。医師と相談しながら服用すれば決してこわいものではありません。3)薬で治りたい、と過剰な期待を持つのは、それだけ症状に苦しんでいるゆえのことだと思います。過剰な期待を抱くと、そこまでの効果がないと「もうダメだ」と絶望したり、治療を中断したりすることがあります。0か100かで考えず、治療を続けていきましょう。4)薬で治るわけがない、については確かに摂食障害を根本的に治す薬はないので、残念ながら部分的にはその通りです。しかし、不安やうつ状態などの症状を改善するのに役立ちます。5)あまり効果がない、に関しては個人差もあれば、薬の種類や量の関係もあるかもしれません。効果が乏しいからといって決められた量よりたくさん飲まないようにしましょう。また、嘔吐のある人は、服薬した後に嘔吐すると効果はありません。服薬方法を検討する必要があります。

薬物療法への考え方

前述したように、残念ながらこれまでの研究では明確に有効性が確認された薬物療法はほとんどありませんが、補助的な治療としては重要な役割があります。どんな精神症状を改善するのか、ターゲットを決めると薬物療法の効果が出やすいと思われる。

摂食障害では、図1のように、食行動の問題から身体的変化、さらに認知の変化、抑うつ・不安・強迫等の様々な精神症状や行動上の問題を引き起こし、それがさらに症状を増悪させる、といった悪循環を形成しやすいと考えられます。心理療法とともに、うまく薬物療法を組み合わせることで悪循環を緩和させることが重要です。摂食障害の人は二者択一的となることがあり、心か薬か（心理療法か薬物療法か）と極端に考えがちです。薬物療法を受けると「心を扱ってもらっていない」と解釈してしまうこともあり、さらに薬物療法に対する抵抗感を強める場合もあります。両者をうまく組み合わせることで、回復に向かうと考えるとよいのではないのでしょうか。

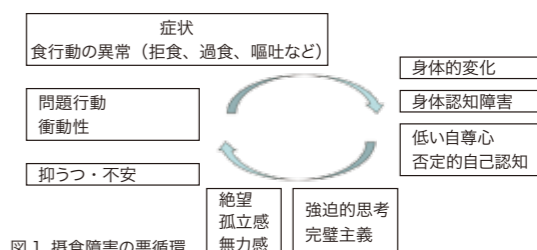


図1. 摂食障害の悪循環

気に留めておきたいこと

抗不安薬は、抗うつ薬や抗精神病薬に比べて安全だと思われる傾向があります。しかしながら、抗不安薬は量が多くなると依存性が形成されやすいという問題があります。また、場合によっては夜眠れずに過食してしまうので、その対処として多く服用した時にかえって抑制がとれてしまい、過食が増大したということもあります。もちろん、不安に対して速い効果を期待できるなど、良い点もあります。医師とよく相談しながら用いてください。また、医療者は大量服薬の恐れがあると、安全性を考えて薬の量を少なめに、内容も弱めの薬を用いるため、薬効としては不十分なこともあります。大量服薬による危険を回避することを優先するからです。せっかくの薬物療法が不十分な状態になってしまうのは残念なことです。こういった場合も医師とよく相談することが大切です。先に述べましたが、低栄養など身体的問題が大きいと、副作用のリスクが高いため薬物療法も不十分にならざるを得ません。低体重であるほど、精神症状も悪化しやすいにもかかわらず、薬物療法が不十分であるとますます精神症状が改善しづらくなります。身体状況を改善させることはとても重要なことです。薬物療法を、生活の質の改善に役立たせるためには、医師が症状を的確に把握し、身体状況なども踏まえて副作用のリスクとベネフィットを考慮して用いることが大切です。そしてそのためには、信頼できる治療関係が最も重要になります。



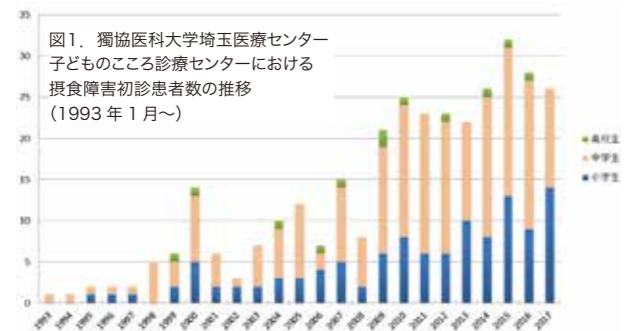
子どもの 摂食障害

獨協医科大学埼玉医療センター
子どものこころ診療センター 教授 小児科医

作田 亮一

低年齢化と特別な食行動異常の問題

1993年から2017年までに獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センターを初診した15歳以下の摂食障害患者数は年々増加し、驚くべきことに小学生の割合が1/3から1/2に達しています(図1)。



小学生でも思春期以降の人と同様、やせ願望にもとづく極端な痩せに陥り、身体、精神両面の重大な障害を認めるのです。そのような児を診察すると、摂食障害の低年齢化という現実が実感として理解されます¹⁻³⁾。また、やせ願望は明らかではなく「食事が喉に詰まった感じがする」「嘔吐するのではないか」など不安や恐怖のために食事が摂れずやせてしまう子も増えています。特に小学校の給食がきっかけとなることが多く、担任から完食を指示されたり、クラスで完食を競い合う中で、もともと小食で食べるのが遅く精一杯だった子に不安が増して食べられなくなることが多いのです。こだわりが強く決まったものしか食べられない子どももいます。やせ願望の明らかではない患者さんの存在が知られ、LaskらによるGreat Ormond Street criteria(GOSC)が作成されました⁴⁾。この中では、やせ願望の明らかでないタイプとして、食物回避性障害、選択性摂食、制限摂食、食物拒否、機能的嚥下障害と他の恐怖状態、広汎性拒絶症候群、うつ状態による食欲低下などの基準を示しました。その後DSM-5診断基準⁵⁾ではやせ願望のない摂食障害を新たに回避・制限性食物摂取症と分類し、小児特有の食行動障害の存在も考慮した診療体制を構築することが求められました。

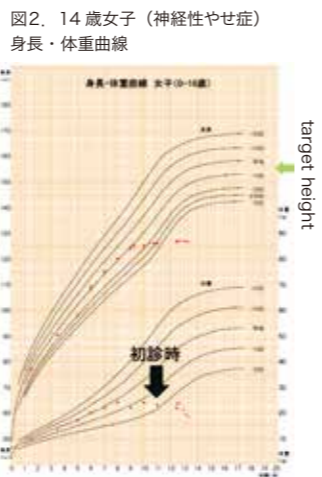
自閉症スペクトラム障害にみられるこだわりにも共通し発達障害の併存との関係が議論されるようになりました。

自閉症児が神経性やせ症と同様の体重へのこだわりを示すことは1980年代より症例報告として散見されており、近年、神経性やせ症における自閉症スペクトラム障害の併存は約10%⁶⁾との報告があります。自閉症スペクトラム障害は固執しやすい発達特性を有し、強迫性障害に進展することがあります。体重増加を強化子とした認知行動療法はうまく導入できないことがあり、本人の発達特性を理解したうえで、食行動以外に学校や家庭でできないこと、例えば対人関係の困難さ、社会性のスキル不足に焦点を当て、生活の中で達成感を増やし自尊心を育てつつ食事への強迫的な行動を減じていく対応も必要となります。

早期発見と早期治療の重要性

小中学生時代は成長途上であることから、心身ともに成人前の重大な問題を残してしまうことが懸念されます。身長が本来の期待値まで伸びず、低身長となる場合があります。ここに、典型的な神経性やせ症の女子の成長曲線を示します(図2)。

11歳の初診時に既に身長の伸びは止まっていた。期待される成人身長(予測最終身長target height: [(父の身長+母の身長)±13]÷2, 女性は-13, 男性は+13)は153cmですが、13歳6か月時で127cmと極端な低身長が認められます。体重曲線を見ると8歳以降に既に体重の増加が停止しており、この時点で発症したことが推測されます。しかし、家族はこの事実にもまったく気がついていませんでした。骨の成熟が不完全で早期に骨粗しょう症や病的骨折を生じるリスクも高いと考えられます。初経が高校生以降になっても発来しない(無月経・不妊症リスク)、学校生活に適応できない(不登校)、家族とうまく生活ができない(家族関係、対人関係)など心配な



状態があげられます^{7,8)}。身体的リスクの他に、神経性やせ症で発症した子どもが経過中に神経性過食症へ移行するリスクも注目されるようになってきました。神経性過食症では抑うつ状態、不安障害、強迫性障害、自殺企図などの併存障害が認められることがあり、成人後も継続治療を必要とする場合があります。以上のような特徴を考えると、子どもの摂食障害を早期に発見し治療を開始することが望まれます。

初期治療の原則

基本的には思春期以降の患者さんと同様に食物を制限摂取し、著しい痩せの時期は内科的な身体管理が最優先されます。治療に入る前に、以下のような疾患を除外することが重要です。小児では食欲不振によるやせの原因となる疾患がいくつも存在するからです。特に重要なのは、脳腫瘍(視床下部腫瘍など)、悪性腫瘍(白血病など)、消化器系疾患(消化性潰瘍、胃炎、消化管通過障害、上腸間膜動脈症候群など)、膠原病、糖尿病、甲状腺機能亢進症などです。治療初期では身体的治療を行いながら体重増加に対する不安軽減の対応を行い、栄養状態の改善に合わせて心理的介入を開始します。身体的治療の中心は体重の回復と身体的栄養状態の改善を目指す再栄養療法で、食事指導と食事療法を行います。経口摂取は1日3食を基本として指導します。また、再栄養症候群(refeeding syndrome)⁹⁾を予防するために治療開始時のカロリー指示は20~30kcal/kg/日とし、リンなどの補充を行います。再栄養症候群とは著しいやせ状態の人に急激に栄養を与えたときに生じる死に至る重篤な症状で、特に標準体重の60%以下では注意が必要です。やせが進行し、入院が決まった患者さんが慌てて菓子パンなどを過食しただけでも生じます。血糖の急上昇による低リン血症の症状として重篤なうっ血性心不全、不整脈、急性呼吸不全、乳酸アシドーシス、白血球機能の低下、昏睡、けいれん、横紋筋融解を呈し、時には死に至るのです。また、過活動によって少しでも体重を落とそうとすることがあるので行動や運動についての指導・制限も必要となります。基本的な治療プログラムとして認知行動療法が用いられます。患者さんは体重増加によって行動制限が徐々に解かれ、身体的な回復を実感し、ボディイメージの歪みが是正され、体重増加を受け入れられるようになることを目標にします。適度の食事を美味しくと感じ食べられるようになり、食行動だけではなく家族や友達との関係が良好に取れ(中には不登校状態の子どもも少なくない)学校生活が負担なく送れるように患者さんの目線に立って支援していきます¹⁰⁾。

子どもの摂食障害治療における 教育と医療の連携の重要性

我々の調査では家族の半数が我が子の摂食障害の疑いに気づかないという事実をよく検討する必要があります³⁾。それほど、ダイエットが日常生活に蔓延し、痩せていること食べないことが奇妙なことではなくなっているのでしょうか。養護教諭を早期発見のキーパーソンと位置づけ、養護教諭を介して医療機関が学校と連携を図ることが小児摂食障害の早期対応として効果的と考えられます。そのためには、教育機関を対象とした摂食障害の研修会も必要でしょう。学校は、早期発見の場だけではなく、治療中の生徒が登校しやすいような環境作りをしなくてはなりません。担任の先生や部活の顧問の先生、養護教諭などは体育、部活動(特に運動部)や課外活動の制限の有無、給食を教室で食べるか、残すことを許可するか、など詳細な方針を本人、家族、主治医を交えて打ち合わせ、子どもの病状を理解した上で回復を見守ることが大切です。単に心拍、体温や血圧を計測するだけではなく、保健室が患者にとって唯一の安全地帯になることもしばしばあります。摂食障害では、食行動の異常が改善しても、その後学校不適応など心理社会的困難さを認め生活機能に多くの問題を抱えることがあります。長期的な支援が必要なのです。摂食障害医療は医師にとって緊急性を伴う内科的全身管理と知識を学ぶと同時に心の診療も行う全人的医療のモデルと考えられます。医師自身の生き方・人生観を育てる修練の場と言っても過言ではありません。摂食障害医療に奮闘する若い医師を育てることも大切です。

- 参考文献
- 1) 作田亮一: 小児の摂食障害, 臨床栄養 127, 895-900, 2015
- 2) 平成25年度厚労科研「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(山縣然太郎班), 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度。「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート 2013, 80-81.
- 3) 作田亮一: 【子どもの摂食障害】子どもの摂食障害の治療. 教育と医学 64 (3): 195-205, 2016
- 4) Bryant-Waugh R, Lask B: Overview of eating disorders in childhood and adolescence. Eating Disorders in Childhood and Adolescence 4th: Routledge, p33-49, 2013
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed (DSM-5) 2013. Feeding and Eating Disorders, American Psychiatric Pub. 329-354
- 6) 日本小児心身医学会摂食障害WG, 他施設共同研究「摂食障害グループ」神経性無食欲症に関する調査報告-診療状況および二次調査. 子どもの心とからだ 2008; 17: 69-72
- 7) 作田亮一: 摂食障害. 子どもの発達と心の問題 Q & A-健診から思春期までの評価と指導の実例-. 小児科学レクチャー 2(6), 岡明編 2012, 1349-1358, 総合医学社
- 8) 作田亮一: 小児科と摂食障害. 小児科診療 UP-to-DATE (ラジオNIKKEI放送内容集) 2014, vol 8, 19-23, マルホ
- 9) 日本心身医学会(編): 小児科医のための摂食障害診療ガイドライン. 小児心身医学会ガイドライン集-日常診療に生かす5つのガイドライン(改訂版): 2015, 南江堂
- 10) プライアン・ラスク, ルーシー・ワトソン: わかって私のハンディキャップ ③摂食しようがい. 食べるのがこわい, 作田亮一(監修). 大月書店, 2015



医療機関と学校との連携

たかみやこころのクリニック 院長
西神戸医療センター 精神科医
高宮 静男

はじめに

子どもの摂食障害の治療は、学校との連携の有無で、大きな差がでやすいようです。われわれの経験では、養護教諭の積極的なチームへの参加は児の再入院や不登校予防、良好な転帰に関して効果がありました。兵庫県の養護教諭に対する調査では、学校と医療機関の連携が小学校（85.2%）、中学校（92%）、高等学校（92.2%）の養護教諭において必要と考えているが、実際の連携は20%～50%という結果が出ています。このように、実際の連携は普及しているとはいえ養護教諭と医療機関の連携の困難さが示唆されます。その理由は、上記の調査によると、医師の多忙さ、守秘義務の壁、面談拒否などの医療機関側の問題と学校行事などの教師側の忙しさ、両者間の面談に対する考え方の差があるとされています。また、他の調査では、摂食障害治療の際、小児科医の連携が必要と考えている割合は高く、また、連携が行われた場合、連携の有効性を小、中、高等学校の養護教諭とも高い割合（88%～100%）で感じていることもあり、連携実施の問題点を相互の協力、工夫を通して改善し、医療機関と学校が連携していくことは児への支援には欠かせません。そこで、我々の経験を通して医療機関と学校との連携のあり方を示したいと思います。

やせに気づいたときの学校での対応のあり方

最近、学校で「あの子、やせてきたな」「体重の増減が激しいな」と感じた経験がある方、気になるけれど声かけが難しいと感じる方は少なくないでしょう。身体疾患が隠れていることもあり、病院での精査が必要な場合もありますが、本人は困っておらず受診する気配もないことも多いようです。そのような時どうすれば良いか考えてみます。

1) 受診までの学校での経過

部活で活躍したいと体重を減らしたところ、記録がよくなりました。そこでダイエットを続け、1年間で10kgの体重減少がみられました。やせに気づいた周りの人は心配

しましたが、本人は気にとめません。運動部顧問は養護教諭に相談し、担任、学年主任とともに定期的に話し合い、対策を練りました。同時にスクールカウンセラーに相談しました。中学3年の最後の試合を前に、思うように練習ができず、不安が強くなり、顧問に勧められ、初めて保健室に来室しました。養護教諭は、ていねいに話を聴き、食事の取り方も含めいつでも相談にのること、保健室での定期的な健康チェックの約束をしました。母親とも連絡を取り専門医療機関受診を勧め、受診へと繋がりました。

【学校での対応】

症例のように極度のやせの生徒に気づいた場合、担任や運動部顧問は養護教諭と相談するのがよいでしょう。養護教諭は、現在までの体重の推移を調べます。急激な体重の減少や長期にわたる体重減少が続いていれば、担任、学年主任、部活顧問、管理職、スクールカウンセラー、管理栄養士と相談し今後の方針を決め、学校医とも相談します。医療機関への受診が必要と判断した場合は、早期に保護者と連絡を取ります。急激な体重減少、摂食量の著しい低下があれば、早期に医療機関紹介が必要です。

2) 医療機関受診後の連携

初診時に本人と保護者に学校との連携（特に養護教諭との連携）を取ることをの了解を得ます。最近、養護教諭からの紹介も多く、保護者の了解を得る前から養護教諭から支援を受けていることも増えています。外来治療から、子どもの所属する学校の養護教諭へ心身の状態に注目してもらい、保健室でのバイタルチェック（血圧、脈拍、体温を中心に）をして、フォローを依頼します。本人の受診時に、毎回、学校での様子とともに、情報提供書を用意してもらいます。医療機関も心身の状態を知らせ、学校と医療機関が情報を共有して支援に当たります。入院中、養護教諭はスタッフカンファレンスに参加し、病室訪問時の児の様子や学校行事などの情報を提供し、学校との連携の架け橋となります。退院後は、継続的に学校での様子、養護教諭が保健室で児を支援できる（特に、血圧、脈拍、体温の継続的測定と学校の様子を外来時に持たせること）ように緊密に連絡（書簡や電話、メール）を取り合います。

3) 学校からみた医療機関のやりとりの実際 （学校側からのコメント）

毎回、病院との情報提供書のやりとりがありました。受診後の返書で、35kgを超えたからといってすぐにフルで部活に参加するのは無理だと記載されていました。本人は同じ事を聞いているのですが、自分は35kgになったら運動は何でもしてよいと思いついて、この返書によって部活や体育の運動制限の内容を確認できました。毎回、筋肉の崩壊が認められるなど身体の状況について、学校での配慮事項について記載もありました。学校側からは、学校での様子や血圧測定の結果、部活の試合やテスト等の行事について記載しました。方針の確認について、本人の受診日に「こんな風書いたよ」と血圧の値や書いた内容を見せながら「この頃寝不足と言っていたね」といった話をしながら手渡していました。運動部員であったので過激な運動をチェックするため筋肉崩壊に関する情報を継続的に得ました。運動制限中は低めでしたが、市総体や体育祭の練習をしていた頃は非常に高い値でした。毎回のこのやりとりは本人の様子を知る上でとても有効でした。体重の増加の時期が本人にとって一番しんどい時期であるという情報も得て、辛さを受け止めていきました。

小中学校での神経性やせ症「気づき」のポイントは？

ある調査によると、摂食障害の気づきのきっかけは、急激なやせ（28.2%）や健康相談（22.5%）が1位、2位ときますが、本人の訴えは15.5%に過ぎません。急激な体重減少に気づいた場合は、標準体重比の計算、小学校以来の成長曲線の作成、担任や部活顧問からの情報収集が必要です。

【気づきのポイント】

- ・健康診断時の測定で体重増加がみられない。それまでの成長曲線から明らかに外れている
- ・昼食時の量が減り、食べるスピードが落ちている、食事時の表情がさえない
- ・いつも以上に活動している、静止時も足踏みをする、過剰なトレーニング、無理な勉強計画を立てる
- ・授業中休み時間に以前より活気がなくなっている、体育の時間に体力が落ちた様子や孤立した様子、保健室を頻りに利用

【成長曲線】

成長曲線を用いると、一目瞭然と体重の減少時期がわかります。神経性やせ症の場合は、自分が痩せていることに無関心であったり、痩せていると思っ

ていないことが多く、体型に対する感じ方に問題があります。本人、保護者へ成長曲線にて身長・体重の変化を示すことで現在の状態を示せます。神経性やせ症では、体重の伸び率の低下と同時に、身長の伸び率も比較的早期から低下します。身長を伸ばしたい子が多い神経性やせ症には身体の病気として認識しやすくなります。

本人や家族への受診の勧め方

本人や家族が問題に気づいていないことも多く、受診を勧めるのが難しい場合もあります。下記のパンフレットや対応指針には受診の勧め方が詳しく記載されています。例えば、保護者へは低体重、徐脈、無月経があり、何か病気が隠れている可能性があるため、きちんと検査してもらいましょうと伝えます。初期には、本人が元気にしており、保護者も担任も気づいていない場合が多く、すぐに受診の必要性を理解されない場合もあるので、成長曲線やパンフレットを利用して根気よく説明していく必要があります。本人へは、体重が低下すると身長も伸びなくなるので調べてもらおう、月経不順があるのでホルモンの検査をしてもらおう、心臓がゆっくりしか動いていないので心臓を調べてもらおう、水不足は身体に良くないので脱水かどうか調べてもらおうと伝えることもできます。家族によっては、病院には行きたくないと言えたり、粘り強く本人が困っていることを確認し、受診したくない気持ちを汲みながら、受診は困っていることを解決する糸口になることを伝えます。養護教諭が定期的に保健室でバイタルチェックをしながら受診の必要性を伝えることは重要です。受信に拒否的である場合は、学校医（小児科）に連絡し、診察してもらい専門医を紹介してもらおうのも一つの手です。

連携に関する指針

最後に、これまで公表されている指針について触れたいと思います。いずれも、これまで対応に苦慮した養護教諭への指針となっています。ぜひ、ダウンロードされ、利用されることをおすすめします。

- 医療機関と学校との連携に関する指針
- 1) 日本小児心身医学会 摂食障害ワーキンググループ編：小児摂食障害サポートハンドブック.2017
<http://www.jisinsin.jp/documents/sesshokushougai.pdf>
- 2) 渡邊久美、高宮静男、岡田あゆみ監修：摂食障害の子どものこころと家族ケア～保健室でできる早期介入、岡山県立大学コミュニティ家族ケア研究会事務局、2012 ※改訂増補版完成済み。ダウンロードなど詳しくはホームページをご覧ください。
- 3) 厚生労働科学研究費補助金「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班 研究代表者 安藤哲也、摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会：エキスパートコンセンサスによる摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針（小学校版/中学校版/高等学校版/大学版）.2017
http://www.edportal.jp/pro/material_01.html#responseGuideline



アスリートと 摂食障害

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 心身医学研究部
文教大学大学院人間科学研究科 非常勤講師 臨床心理士

小原 千郷

陸上長距離走、体操・新体操、バレエ、フィギュアスケートなど体重や体型が競技成績につながる種目の女子アスリートは、体脂肪率が低く、無月経率が高いことが知られています。女性ホルモンが低いと骨密度も低下して疲労骨折のリスクを増加させ、選手生命に影響を与えます。公益財団法人日本陸上競技連盟は「ヘルシーアスリートをめざして2014」で、女子アスリートの健康問題の三徴として low energy availability（摂取カロリーより運動カロリーが大きい）、無月経、骨粗鬆症を挙げて注意を喚起しています。体重制限を求められる種目のアスリートは摂食障害の危険群です¹⁾。本稿では架空の典型的な症例を出し、アスリートの摂食障害の支援について概説します。

事例提示

1. 新体操部のA子さん(神経性やせ症)

A さんは、幼いころから真面目で大人の言うことをよく聞く「いい子」でした。高校に入学し新体操部に所属しましたが、ミスをしてダメなやつと思われるのが怖く、人間関係に悩みました。部活顧問が「体重をコントロールできない奴はたるんでる」と言ったのをきっかけにダイエットを開始。やせたことやパフォーマンスの向上を褒められてダイエットと練習にのめりこみ、入学時には 158cm 50kg だった体重が、2 年生の秋には 35kg になりました。顧問は休養を勧めましたが、「部活は心の支え」と言い張り、練習にも勉強にも手を抜きませんでした。両親につれられ病院を受診し、神経性やせ症と診断されました。

2. 陸上選手のB子さん(神経性過食症)

B さんは小学校から本格的に陸上競技をはじめ、中学生の時に年齢別の県新記録を塗り替えました。本人は親やコーチからの期待に応えて長時間の練習に励みましたが月経が来たころから女性らしい体型へと変化し、記録が伸び悩みました。太ったらタイムが落ちると思ってさらに練習量を増やし「食べても太らない方法」として自ら嘔吐をするようになりました。スポーツ推薦で大学進学をしましたが、自分から陸上を取ったら何も残らないと感じ、将来の不安とストレスで過食・嘔吐の頻度が増えていきました。

発症リスクと心理的背景

摂食障害は、病前のリスク要因と、発症のきっかけとなる出来事との相互作用により発生します。事例 1 では、部活顧問の発言が発症の引き金に見えますが、真面目でいい子（完璧主義で自己主張が苦手）という性格要因と、勉強と部活のプレッシャー、対人関係の問題が重なっています。そして、やせ始めると一過性に得られる報酬体験、つまりパフォーマンスの改善や周囲からの称賛、自己コントロールの感覚などが、ダイエットや摂食障害を根付かせます。事例 2 も、過食で不安を紛らわせることが一過性の報酬となり、食べても太らない方法として嘔吐が定着していきます。二つの事例に共通して、症状が進むとセルフコントロールが失われ、自力での回復が難しくなります。

発症前のリスク要因としては、生物・遺伝的要因、対人・家族関係、完璧主義や強迫傾向、ストレス対処の拙さ、自己肯定感の低さなど多くのことが指摘されています。スポーツ特有の原因として、若い時からスポーツに特化したトレーニング、コーチの喪失、怪我/病気、スポーツ環境、勝利への意思などが指摘されていますが、回避が難しい要因でもあります²⁾。アスリートの場合に「行動面」で特に気を付けるべきサインは下記となります。

アスリートの摂食障害に気づききっかけとなるサイン³⁾

- ①必要以上に食にこだわるようになる
- ②周囲から見ると過剰なトレーニングスケジュールを立てて実行している
- ③体重変動が大きすぎる
- ④食事やトレーニングに置いて、他の人との接触を避けるようになる
- ⑤生活全般において、孤立傾向が目立つ
- ⑥睡眠リズムなど、生活リズムの乱れが目立ってきた

回復のための支援

摂食障害を発症した場合は、通院し専門的な治療とサポートを受けることが望まれます。加えて、家族やコーチなど周囲の人々から適切なサポートを得られるか否かは、回復の鍵となります。ここでは、アスリートの周囲の人向けに、4 つの支援要素を取りあげます。

1. 環境調整

摂食障害は、ストレスが本人の対処能力を上回った時に発症します。スムーズな回復のためには、環境を調整しストレスを取り除くことが必要ですが、スポーツ（部活）を継続するか否かは難しい判断です。なぜなら、そのスポーツを「本当に」やりたいか本人もわからないことが多いからです。事例 1 では部活をやめることへの罪悪感が、事例 2 では推薦入試ゆえの退部の悪影響や周囲の期待への罪悪感が、スポーツの負担感を覆い隠している可能性があります。表面的なアスリートの希望だけでなく、症状（やせ・過食嘔吐）の経過を見ることが本音の見極めに役立ちます。本音でそのスポーツが好きなら、競技への復帰が治療へのモチベーションになります。しかし、復帰で症状が悪化するなら、本音は辞めたい可能性があります。アスリートの本音を引き出し、尊重する姿勢が必要です。また、スポーツ以外のストレスにも注意を払い、負担を取り除くことも重要です。

2. 必要な栄養と体重に関する情報提供

本人がスポーツの継続を望んだ場合、特にアスリートとしての高度なパフォーマンスを期待する場合は、競技に必要な栄養と、体重の回復・維持が不可欠です。低体重とカロリー不足は、無月経と骨粗しょう症を招き、パフォーマンスを悪化させます。周囲の方がこうしたことを理解し、立場に応じてアスリートに情報を提供することが役立ちます。日本摂食障害協会のホームページにアスリート・コーチ向けのガイドがありますのでご参照下さい^{4) 5)}。

3. コーピングスキルの向上

コーピングスキルとは、ストレスに対処する技術（スキル）であり、ストレスがあるときに多様なスキルを使えることがメンタルヘルスの維持のために重要です。しかし、摂食障害を発症する方は、事例 1 のように真面目な人が多く、「我慢する」「ひたすら努力する」などの対処に偏りがちです。また、若い時からスポーツに特化したトレーニングは、事例 2 のようにスポーツ以外の社会生活の乏しさを招き、コーピングスキルを得る機会を制限する場合があります。しかし、スポーツはコーピングスキルを獲得する場でもあるはず。例えば、物事の優先順位づけ、気晴らしや休息、他人やチームメイトを頼ることなど、多様なストレス対処を具体的に指導することは回復に役に立ちます。さらにスポーツ以外の様々な生活体験へのチャレンジもコーピングスキルを高めます。

4. 自己肯定感を高めるサポート

自己肯定感とは「ありのままの自分でよい」と感じ

られる気持ちです。自己肯定感は自信の土台で、特定の状況に必要な行動をうまく遂行できるという認識（自己効力感）が加わり、安定した自信となります。例えば、試合で高パフォーマンスを出せる感覚は「自己効力感」で、勝てなくても自分の価値は揺らぐず自分を好きでいられる感覚が「自己肯定感」です。自己肯定感が小さい場合にはスポーツやダイエットで自信をつけようとする一方、土台が不安定なので何を達成しても自信が持てず、些細な失敗で精神的に不安定になりがちです。事例 1 のミスに対する不安や、事例 2 の「自分から陸上を取ったら何も残らない」という感覚は、自己肯定感の低さを示す典型的なサインです。自己肯定感は、身近な人から愛されている、無条件にサポートされていると感じることで育ちます。家族やコーチが、競技の成績だけに心を示し、失敗を強く非難することは自己肯定感を損ないがちな態度です。従って、競技の成績だけでなく、一人の人間として大切にされていると感じられることは、発症の予防となり、回復の助けとなります。

おわりに

最後に、事例 1 の回復のストーリーを提示します。ストーリー 1：両親は摂食障害に理解を示し、温かく支えました。復帰の目安となる体重が設定され、徐々に体重を増やしました。顧問は役職等を免除し、少ない体力で部活を優先するため、勉強は推薦入試としました。友人のサポートもあり最後の大会は出場でき、自信と回復につながりました。

ストーリー 2：本人は復帰を熱望しましたが、体重は減り続けました。ある時階段でふらついて転倒して骨折し、部活をやめざるを得なくなりました。その際顧問は、自分も部活をやめた体験があることや、それが長い目でよい経験になったと話してくれました。そこから一気に体重が増えて回復が進み、後に本人は「部活をやめたかったけれど言えなかった、やめられてほっとした」と告白しました。

摂食障害のアスリートを支援する場合、その人の長い人生におけるスポーツの位置づけを考えながら、背後にある問題に目を向けたサポートが必要です。

●参考文献

- 1) 公益財団法人日本陸上競技連盟：ヘルシーアスリートをめざして 2014, http://www.jaaf.or.jp/pdf/about/resist/medical/healthy_athlete.pdf
- 2) UK Sport : Eating Disorders in Sport, <http://www.uk-sport.gov.uk/resources/eating-disorders-in-sport> (西園マール八文監訳：スポーツにおける摂食障害, <https://www.jafed.jp/pdf/uk-sports.pdf>)
- 3) 西園マール八文：摂食障害概論とアスリート問題. JATI EXPRESS 2016 年 12 月号, p17. 特定非営利活動法人日本トレーニング指導者協会
- 4) 摂食障害—コーチのための手引き <https://www.jafed.jp/pdf/beat-guide-athletes.pdf>
- 5) 摂食障害—アスリートのための手引き <https://www.jafed.jp/pdf/beat-guide-athletes.pdf>



摂食障害の 家族支援

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 心身医学研究部
文教大学大学院人間科学研究科 非常勤講師 臨床心理士

小原 千郷

はじめに

摂食障害患者の家族と、その支援に関わる方に、まず心にとめていただきたいのは、家族は回復のための強力なサポーターであるということです。発症後に家族からの適切なサポートが得られるかどうかは、患者さんの予後に大きく関係します。

例えば、イギリスやアメリカの治療ガイドラインでは、思春期までの神経性やせ症患者に対しては、家族療法や親への教育的アプローチが、本人のみへの治療よりも効果的であるとして推奨されています。このように説明すると「家族が問題だからそれを治療する必要があるのか」「親の育て方が原因なのか」と誤解を受けることがあります。決してそうではありません。家族へのアプローチが重要な理由は大きく三つあります。一つは、本人の治療意欲が乏しい場合、家族が治療のキーパーソンになることです。患者さんは自分が病気であるという認識を持っていないことが多く、治療や通院にも家族の協力が欠かせません。二つ目は家族が本人の回復を適切にサポートするためには、知識やスキルが必要なことです。「食」にかかわる病態は家庭生活への悪影響が大きく、常識的な対応が通用しません。例えば、やせ細った子どもになんとか食事を摂らせようとするのは常識的な親心ですが、摂食障害の患者さんにそれをすると喧嘩になって家族関係が悪化したり、本人が傷ついて症状が悪化したりします。家族が摂食障害特有のサポート法を学ぶことが重要です。三つ目は家族自身のケアの負担が大きいことです。摂食障害の家族のケア負担は統合失調症の家族より大きいという研究や、患者さんをケアする家族の多くがイライラや不眠などのメンタルヘルスの不調を抱えがちであるという報告があります²⁾。医療や社会が家族自身を支える必要があります。ここでは、家族の方向けに患者さんへのサポートのコツをお伝えし、最後に専門家の方向けに家族への支援を概説します。

サポートのコツ

サポートの基本は、家庭が安心できる療養の場になることです。特に若年患者に対しては両親が協力して対応することが理想的です。家庭内に大きな問題がある場合は、

できるだけそれを解決するよう努めましょう。原因を探すよりも、今できる回復のサポートをすることが大切です³⁾。

1. 本人と病気を分けて考え、治りたい気持ちの味方になる

家族自身が楽になり、患者さんを適切にケアするためには、本人の人格と摂食障害の症状を分けて考えることが重要です。摂食障害の方は日常のことには正常な判断力がありますが、いざ食事の場面になると食べないと言ったり、異常な行動を示したりするため、家族は混乱します。この場合、日常会話をしているときや自分の将来などを考えている健康な部分を本来の人格、食べないというのは摂食障害の症状だと分けて考えます。そして、本人の人格を尊重し、治りたい気持ちの味方になります。例えば体重を増やしたいと言いながら食事を拒否する患者さんには「あなたは回復したいけど、病気のせいで食べるのが怖いね。手伝えることがあったら教えてね」と伝えます。症状は症状として理解し、症状が人生に与える悪影響を最小限にするように本人と一緒に取り組めるのが理想です。

2. 症状の背景にある患者の心理を理解する

摂食障害の患者さんの根強い肥満恐怖は、家族が理解しがたいポイントの一つです。理屈ではない恐怖なので、高所恐怖症の人が高いところが怖いように、体重が増えるのが怖いのだと考えてみるとよいでしょう。その無意識的な背景として、周囲の心配を得られることやストレスに対する感受性の鈍麻といったメリット（疾病利得）があります。過食や嘔吐も、ストレスからの一時的な逃げ場となります。回復した患者さんは、「やせると周りの人が心配してくれて親切になった。太るとまた一人で頑張らなくてはならないと感じた」「食べて吐いている時だけは頭が真っ白で何も考えずに済んだ」などと言うことがあります。

3. 食事や体型のことでの言い争いを避ける

偏った食事や、やせについて心配する家族の常識的なアドバイスは、本人の反発を招き、不毛な論争に発展しがちです。また、食事や体型に関する論争は、本人にとっては家族の心配や注目を感じられ、かつ自分の将来や人間関係の悩みなどの痛いところに触れないものなので、無

意識的に行いがちです。しかしこのような論争は、時間と労力の浪費となり、他の健康的な会話やコミュニケーションの妨げとなります。食や体型に関する不毛な論争になったら話題を変え、有限な家族のパワーを本人と一緒に楽しめることや、本人が日常で困っていることの解決に向けてることが大切です。

4. 共感的な話の聞き方

患者さんの話を聞くときに、家族は適切なアドバイスをすることに集中しがちですが、本人は気持ちの理解と共感を求めていることが多いものです。落ち着いて本音で話をするためには、アドバイスよりも相手の気持ちの理解に集中し、うなずいたり相手の言ったことを「〇〇なのね」とオウム返しにしたりしながら話を聞くとよいでしょう。また、摂食障害の方は自分の葛藤や辛い気持ちに気がついておらず、それが症状として表に出ている側面があります（心身症）。身近な家族が「辛いね」「イライラするのね」と本人の感情をフィードバックすることは、感情の気づきにつながり、回復に役立ちます。

5. 自己肯定感を高める

摂食障害の病因の一つは、自己肯定感の欠如であるといわれています。自己肯定感とは、「ありのままの自分でよい」と認められる気持ちで、身近な人から無条件に愛されている感じることで育ちます。言い換えると、行動や成績などの成果とは関係なく、自分自身の存在が愛されている、認められていると患者さん自身が感じる事が重要です。病気であることや欠点を含めて本人が大切であることを伝えることや、良いところを見つけて指摘することは回復の助けになります。逆に、患者さんを過剰に非難することや、家族の思い通りに行動しないと認めないような態度は、回復の妨げになるので注意が必要です。

6. ストレス対処スキルを高める

摂食障害は、ストレスがそれに対処するスキルを上回った時に発症します。従って、回復には当面のストレスを取り除き、様々な方法でストレスに対処できるように支援することが役立ちます。家族が本人の代わりに決断をしたり、失敗をしないように先回りをしすぎると、ストレス対処を学ぶ機会を逃してしまいます。また、もともと真面目で「ひたすら頑張る」「自分が我慢する」等の偏ったストレス対処に偏りがちな患者さんには、様々な生活体験の中で「人に頼る」「断る」「先延ばしにする」など多様なストレス対処法を教えていく必要があります。進路などの選択に関しては情報や選択肢を一緒に探し、最終的に本人の意思で決められるように支援すると良いでしょう。

家族への支援

家族が患者さんを適切にケアできるようにするためには、両親をはじめとする家族への心理的・社会的サポートが不可欠です。医療現場では摂食障害の治療計画にできる限り家族を組み込み、家族に基本的な情報とサポートを提供することが望まれます。また、現時点では提供できる施設は限られていますが、家族が必要とした際には、専門的な家族療法を提供できることが理想です¹⁾。

家族支援は、家族自身が力をつけ、自分自身の力で問題や課題を解決できるように援助する「家族のエンパワーメント」が重要なポイントです。そのためには、家族からの相談を受けたり質問に答えたりする際、伝える内容だけでなく、伝え方にも留意します。例えば、支援者は共感的に話を聞き、今までの努力や試行錯誤をねぎらい、良い点やうまくいっている点を指摘することができます。その上で解決のための複数の選択肢を列挙し、家族が自分の家族に合ったものを選択し、実行できるように支援します。また、家族のケアの負担は重く、家族自身がメンタルヘルスを害しがちなことにも留意が必要です。患者さんをケアする家族に別の悩みや不調がある場合は、本人とは別に家族自身がケアを受けることが推奨されます。また、家族自身のセルフケアや他者からのサポートの状況にも配慮する必要があります。

同じ問題を抱える家族同士が集まり、サポートしあう家族会も、強力な心理・社会的サポートの一つです。2013年の調査では、全国に50余りの家族会が存在しており、その数は徐々にではありますが増えています。家族会には専門家が主催するものや家族自身が主催するものがあり、それぞれが個性的な活動を行っています⁴⁾。

最後に家族のケアの前提として、患者さんの治療環境が充実し、患者さんのケアにおいて家族に過重な負担がかからないことが重要です。日本摂食障害協会は、専門家向けのセミナーや講演会等の啓発活動を通じ、治療環境の改善を目指しています。また、家族に向けた情報提供やメール相談が、家族が患者さんの味方となり、本人の回復をサポートするための一助となることを願います。

●参考文献

- 1) 小原千郷：神経症性障害の治療ガイドライン 摂食障害の家族療法と家族支援。精神科治療学, 26 (増刊号), 257-260, 2011
- 2) Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J. Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. Eur Eat Disord Rev. 2009;17(5):338-49
- 3) 伊藤 順一郎 (編)：家族で支える摂食障害—原因探しよりも回復の工夫を。保健同人社, 2005
- 4) 家族会のリスト <http://www3.grips.ac.jp/~eatfamily/familylist.html>



摂食障害者の 生活援助・社会復帰 援助・就労援助

白梅学園大学 教授 精神科医 西園 マーハ 文
一般社団法人日本摂食障害協会 理事

生活援助の視点の重要性

摂食障害のほとんどが「思春期やせ症」だった時代は、体重を増やして、皆と同じように学校生活を送れるようになることが社会復帰でした。ところが最近では、神経性やせ症の患者さんの年齢が広がっており、生活の自立が切実な問題となるケースが増えています。神経性過食症も成人患者さんが多いので、どうやって生活していくかというのは大きな課題です。神経性過食症は、過食の経費がかかるという問題もあります。海外では、地域における治療において、作業療法士が買物練習を手伝ったり、ソーシャルワーカーや看護師が生活の自立の援助をしています。思春期に神経性やせ症を経験すると、そうでない人に比べて、体重は回復しても就労率が低いという報告もあります¹⁾。摂食障害に対する生活援助や就労援助という領域は、日本では未だ十分発達しているとは言えませんが、生活面の視野に入れて治療していくことが望まれます。

症状の改善と生活援助の バランスやタイミング

重度な低栄養状態では、たとえ本人が望んでも、就労は現実的ではありません。本人が病状を否認して仕事探しをすることもあるので、就労可能かどうかは、診察結果や検査データを見ながら慎重に判断する必要があります。神経性やせ症の場合、比較的良好な状態で仕事を始めても、周囲に合わせて残業をしたり、忙しさの中で昼食を抜いたりしているうちに、低体重が進むことがあります。低体重が進むと、じっとしてられない過活動の状態になってさらに体重が減るといった悪循環になりがちです。神経性過食症の場合も、暇な時間に症状が出るのを怖れ、仕事や用事を入れ過ぎて過密スケジュールになっていることがあります。意図的な場合もあり、そうでない場合もありますが、仕事で忙しくしているうちに受診を中断してしまうこともしばしばです。仕事を始める場合は、受診を継続する必要性を伝え、経過を慎重に見ることが必要です。

一方で、家族等が、「完全に治ってから働くべき」と考えて、本人の仕事探しにストップをかけた状態が続いてい

ることがあります。このような場合は、「自分は何もできない人」というような考えが強くなり、また、家族以外の人との接点が途絶えがちとなって、社会的に孤立してしまうこととなります。極度の低栄養状態での就労は勧められませんが、ある程度身体の状態が回復したら、週1回からでも社会に接点を持つ方が多い場合が多いです。最初は習い事等から構いません。習い事であっても、出かけていく場所があると、他の人に比べて体力がないことや、食にこだわりが強すぎることを自覚するきっかけになります。家に引きこもっていて、同じことを家族から言われるより、他の人との接点の中で自分で気付いた方が回復の動機付けになります。神経性過食症の場合も、社会に出ていく用事がないと、夜中に過食をしてしまい、昼夜逆転というパターンになりがちです。社会参加の時間割を持っている方が、生活のリズムが整い、症状もコントロールしやすくなります。

仕事の頻度は慎重に選ぶ必要があります。神経性やせ症の方は体力面から、神経性過食症の方は、人と過ごした後の緊張感を和らげるため、最初は、働いた日の次の日は休むようなペースが良い場合が多いようです。また、仕事選びをする上で、昼食を人と一緒に摂れるか、短い時間で摂れるかは大きなポイントです。昼食に自信がなければ、最初は、半日からの仕事が良いでしょう。「これならば悩まずに食べられる」という食物を決めておく等の工夫により、昼食時も職場にいられるようになれば、社会復帰をさらに進めることができます。

どのような職種が良いかは個人によりますが、一般的に言って、回復初期は、あまり体力を消耗したり、厳しいノルマが要求されるものは避ける方が良いでしょう。また、摂食障害の患者さんは完全癖が強すぎる場合が多いので、小さなミスも許されないような職種も避ける方が良いでしょう。

居住地によっては、仕事の選択肢があまり多くない場合もありますが、本人が「こういう仕事は無理」と自分から選択肢を狭くしてしまっている場合もあります。しかし、食物関係は絶対無理と思っても、思い切ってお土産物の販売をやってみたら、包装されている食物は大丈夫

で少し自信がついたというような場合もあります。このように、仕事を通じて症状にも良い影響があることもあるのです。病状には変化がありますので、最初は短期の仕事をして、様子を見ながら長いものを探すのが良いと思います。

精神保健福祉士の役割

摂食障害が長期化している場合は、さまざまな生活困難が生じて精神保健福祉士の援助が必要となる場合があります。親世代が病気になったり、亡くなったたりした場合、患者さんによっては生活保護を受ける必要が出てきます。また、精神障害者保健福祉手帳を申請した方が多い場合もあります。摂食障害は、精神障害者保健福祉手帳を申請する典型的な精神疾患ではなく、「その他の精神疾患」に該当するものです。発症後間もないケースは、手帳の要件には該当しないと思いますが、長期化により生活が困難になっている場合は、手帳による各種サービスにより、社会参加のハードルが低くなる場合もあります。障害者としての雇用の可能性もあります。一方、患者さんによっては、手帳をもらおうと、「自分は精神障害者」というイメージが強くなってますます自信を失うため、生活に支障を感じていても手帳は望まない場合もあります。職業上の欠格事由としての精神障害は解消される方向にありますが、本気で仕事探しをする時に不利になることを心配して、手帳は取りたくないという方もいらっしゃいます。精神科の通院治療については、「自立支援」の制度も利用できる場合が多いので、本人にとって一番良い方法を考えましょう。

思春期に発症した時点では、経済的に余裕のある家庭であっても、長期化するうちに状況が変わってくることはしばしばあります。両親が病気を理解するのを待つというようなアプローチは、両親の高齢化と共に難しくなり、本人の自立へと治療目標を転換する必要が出てきます。主治医と連携しながら、治療の中での生活の自立の必要性について本人の理解も促しましょう。

職場の人事担当・産業医・ 産業保健師の役割

看護師・助産師・保健師の項(本書12-13ページ)でも産業保健師の役割を示しましたが、産業保健師が勤務している職場では、治療と就労のバランスのために、産業保健師が果たす役割は大きいと思います。摂食障害は、ある期間休んで完璧に治してから復帰というような治療モデルでは対応できません。日頃から、休職を要するほど具合が悪くならな

ような働き方を持つ必要があり、また、入院などで休職になった後も、すぐ過激な仕事スケジュールに戻らないようにする必要があります。摂食障害の闘病と就労を両立するには、生活リズムを大きく崩さないのがポイントです。健康な人にはストレスには思えない会食なども、摂食障害の人には大きなストレスになることがあります。仕事の遂行のために本質的に重要なことでなければ、ある期間は免除すると、出勤が楽になるようなこともあります。本人とよくコミュニケーションを取り、現実的に可能な範囲で、どのような配慮ができるかを検討しましょう。

デイケアの可能性

海外では、デイケアが摂食障害治療の選択肢として位置付けられています。海外では入院費が高額なため、入院に替わる治療としてデイケアを実施しているという意味もありますが、週何回か、デイケアで昼食を摂ったり、グループミーティングに参加したり作業療法やアートセラピー等を行うのは、一人で過ごすよりも社会復帰を助けることから積極的に活用されています。デイケアと宿泊サービス(ホステル)を組み合わせる方法なども試みられています。

日本でもデイケアや共同作業所の試みはありますが、未だ一般的な治療の選択肢にはなっていません。外来での指導だけでは体重減少を止められないようなケースでも、デイケアに参加する日があると、食事摂取が確保されるだけでなく、一人では過活動になりがちの人にはエネルギーの温存になります。こうすれば入院が避けられることも多いのです。また、入院治療の後、家でどのように過ごしたらよいか、何を食べればよいかかわからないというケースにも、社会復帰の前の準備の場を提供します。日本でも実施できる場が増えてほしいところです。海外では、デイケアでお互いに良い影響を与えるには、8人から12人が良いとされています²⁾。

海外のデイケアでは、作業療法士にも大きな役割があります。作業療法士は、手仕事など狭義の作業療法を行うだけでなく、買物の援助、調理の練習等生活全般の援助も行うことが多いようです。日本でも地域に根ざした多職種援助が充実することが望まれます。

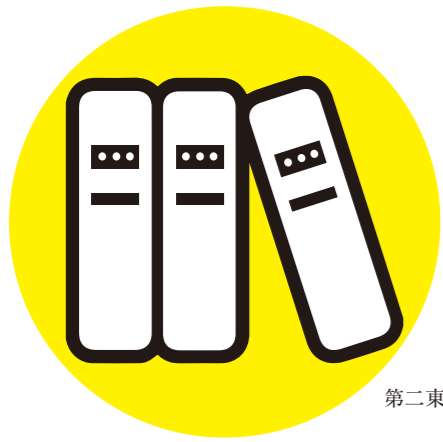
●引用文献

1) Hjern A Lindberg L, Lindblad F (2006) Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9-to 14-year follow-up. Br J Psychiat, 189,428-432.

2) Robinson, P.H.: Community treatment of eating disorders. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester,2006

●参考文献

西園マーハ文: 摂食障害の支援. 児童青年期精神医学とその近接領域 58:532-536,2017



摂食障害と 犯罪行為

津波朝日法律事務所 弁護士
第二東京弁護士会 高齢者障がい者総合支援センター運営委員会 副委員長

津波 朝日

私は刑事弁護の中でも精神疾患、とりわけ窃盗行動に関連する精神疾患が診断されている方の弁護活動を行うことが比較的多い弁護士です。窃盗症または摂食障害が診断されている患者さんについては、8年ほどの間に、相談で終了した件も含めると100件ほどの刑事弁護を行ってきました。

責任能力

摂食障害は、犯罪の成立要件とされる3つの要素のうち責任（責任能力）に関連することがあります。

一般に、ある行為について犯罪であるとして行為者が刑事責任を問われるためには、その行為について当時行為者が責任能力を有していた必要があります。責任能力は事理弁識能力（是非弁別能力ともいいます。物事を認識して善悪を判断する能力）と行動制御能力（判断に従って自分の行動を制御する能力）の2つで構成されています。行為時にその行為について責任能力が無かった場合は、心神喪失として刑が免除され（刑法39条1項）、責任能力が著しく減退（減少）していた場合は心神耗弱として刑が法律上当然に減軽されます（刑法39条2項）。また、責任能力が著しく減退していたとまではいえなくても一定程度減少していた場合は、「情状」（刑の量定の上で参考にされる事情）として、本人に有利に判断されることとなります。

ただし、こうした事柄は、実際の裁判では、どこまでの証拠があるかによって大きく左右されます。責任能力に問題があると思われるような事例であっても、そのことが証拠として裁判に現れていなければ考慮してもらえません。

なお、「疑わしきは被告人の利益に」という原則があり、犯罪が成立していること、つまり責任能力にも問題がないこと（心神喪失でも心神耗弱でもないこと）は検察官が立証しなければならないことになっていますが、責任能力に問題があることを被告人・弁護人のほうから証拠を提出したりして主張しなければ、ほとんどの場合は何も問題がないものとして裁判が行われることとなります。

摂食障害と責任能力

大阪高等裁判所昭和59年3月27日判決は、摂食障害（神経性食思不振症）患者による窃盗（万引き）事件に

ついて、行動制御能力を喪失していたとし、心神喪失を認定しました。警察官や検察官の中にも、外見上明らかに痩せている万引き犯を多数検挙したという経験などから、摂食障害と窃盗行為が関連しているという理解がある方もいます。しかし、少なくとも摂食障害だけが診断されている患者さんについて、それだけが理由で心神耗弱や心神喪失が認定されることはあまり期待できません。

起訴されて裁判となった場合には、窃盗行動（万引きが圧倒的に多いです）の際の行動経緯や周囲を何うような言動があったということを理由に、責任能力には問題が無かった（少なくとも心神耗弱などには陥っていなかった）という認定をされることがほとんどです。したがって、まずは起訴を防ぐことが重要です。

捜査段階で

摂食障害はどのように考慮されるか

犯行が捜査機関に発覚すると、捜査機関は、被疑者（犯罪を行ったと疑われている人）を逮捕することがあります。「万引きぐらいで逮捕されることはない」と思っている方も意外と多いのですが、何度も万引きを繰り返しているような人に関しては、ごく少ない被害金額の窃盗であっても逮捕されることは十分あり得ます。なお、摂食障害患者が薬物犯罪に及ぶこともあり、薬物犯罪の場合は窃盗と比較にならないほど逮捕される可能性が高いです。

逮捕されるとほとんどの場合、引き続き勾留（逮捕よりも長期間の身体拘束）が行われるため、逮捕後72時間、勾留されてから最大20日間、合計で最大23日間の身体拘束を受けることとなります。多くの場合、検察官は身体拘束中に起訴するかしないかを判断します（保留したまま釈放ということはあまりありません）。

摂食障害患者が身体拘束を受けると、普段のような食行動ができず、基本的に決まった時間に決まったものを食べるしかないことから、非常につらいようです。中には、元々低体重状態だった摂食障害患者が、出される食事をなかなか摂取できず極端に衰弱してしまい、身体拘束が継続したまま警察病院に搬送されてしまう例もあります。

しかし、そのような状態になったとしても、摂食障害と犯行の関係についてきちんと捜査機関（起訴後であれば裁判

所）に理解してもらえなければ、問題にされている事件との関係で有利に配慮してもらえないことはありません。検察官の判断により、簡易鑑定（捜査機関が医師に依頼して、責任能力の有無などを検討するために実施する簡易な精神鑑定）が行われる場合もありますが、検察官次第であり、簡易鑑定が行われない場合も多いです。被疑者・弁護人から医師の見解を診断書や意見書として提出したり、検察官が簡易鑑定をしたりした結果、犯行への摂食障害の影響が大きかったとあると、起訴して裁判を受けさせるよりも社会の中で治療を継続させる方がよいと検察官が判断した場合、摂食障害という事情が、検察官の判断を起訴しない方向に後押しする方向に働きます。

摂食障害の程度が重い場合、検察官は、そのまま不起訴にするともた同じような犯行に及ぶのではないかと懸念します。したがって、不起訴となった場合の環境（例えばすぐに入院するなど）からして、逮捕前よりも大幅な回復が見込まれると、同じような犯行ができない環境で生活するといったことを伝えられるかどうか大きなポイントになります。

逮捕勾留されずに捜査が行われる場合、検察官の起訴不起訴の判断がされるまでに数か月程度の比較的長期間にわたることがありますが、起訴されれば懲役刑など重い刑があり得ることに変わりはありません。

起訴された場合

摂食障害はどのように考慮されるか

摂食障害によって行動制御能力が減少していたとしても、そのことを証明する証拠を準備して取調べを請求しなければ、裁判で認定されることはまず望めません。刑事裁判では、証拠能力が認められる証拠は法律で決まっており、裁判官もそのようなルールに縛られているからです。

証拠になり得るものとしては、まず書証（書面の証拠）として、医師の診断書や意見書、診療録、医学文献などが考えられます。次に、人証（証言をする人）として、本人に関する検討結果や診断結果などを証言してくれる医療や心理・福祉の専門家、本人のこれまでの状態などを証言できる家族や身近な人が考えられます。ただし、何らかの専門的な資格を持っている人の証言でなければ、事実関係に関する話としては聞いてもらっても、意見としてはあまり検討してもらえません。こうした証拠を準備するために、起訴後、身体拘束を受けていれば保釈（保釈保証金を納付して勾留中の被告人を釈放すること）という制度を利用することが重要です。保釈は原則として被告人の権利とされていますが、摂食障害など精神障害が事件と関連している場合、保釈中の生活環境や監督者などを事前に調整し、「保釈しても再犯の危険はない」という

ことを裁判官に理解してもらえないと、なかなか認められません。保釈が認められれば、社会内で、医療機関を受診したりして、医療・心理・福祉の専門家に本人が面談し、問診などを経てじっくり検討していただくことができます。このようにして証拠を準備したとしても、書証については、反対尋問によって内容の正確性を吟味検討することができないため、証拠とすることに検察官が同意しなければ一部の例外を除いてそもそも証拠にしてもらうことができません。書証が不同意となった場合、専門家のご協力が得られれば法廷で証人として証言していただくこともあります（裁判官が認めた場合）。それが実現しない場合には被告人質問や家族などへの証人尋問により、どのような診断を受けているかと、どのような治療を受けてきたか、今後どのような治療を予定しているかなどを裁判官に事情としてお伝えすることになります。

なお、精神鑑定請求を行い「裁判所から医師に依頼し被告人の精神疾患の有無や犯行への影響について検討を行ってほしい」とお願いすることもできます。その際には、入手している資料（書証）を鑑定が必要な理由の参考資料として精神鑑定請求書に添付することもできますので、裁判官には事情として目にさせていただけますが、証拠として正面から判断根拠に取り上げてもらうことはできません。また、よほど重篤な状態であったとか、心神喪失や心神耗弱の可能性がとても大きいと思われると、大きな事情がない限り鑑定の実施自体は見送られてしまう（鑑定請求が却下される）ことがほとんどです。

摂食障害患者・家族が

刑事事件との関係で留意すべきこと

摂食障害患者の犯罪については（特に万引きの場合）、摂食障害自体については心を痛めていても、前歴（検挙歴）が多数となり逮捕勾留を受けてようやく、重大な事態だと気づく方が多いように思います。正式起訴されて言い渡された執行猶予期間中にまた再犯に及んでしまうと、執行猶予を付されていた懲役刑と新たな事件の刑の両方で長期間の懲役を受けることとなります。重い刑を受けることにならないよう、刑事事件との関係でも早期に十分な治療を開始・継続していただくことが重要です。

また、仮に犯罪を行ってしまった場合、摂食障害を含むいわゆる依存症一般については弁護士、検察官及び裁判官の三者いずれも理解の乏しい方が多いため、犯行との関係を理解してもらえないことも少なくありません。したがって、犯罪行為を行ってしまった場合、摂食障害に理解のある弁護人を選任し、摂食障害との関係を捜査機関・裁判所にきちんと説明しながら、その後の環境を整えて説得する必要があります。



資料①

■標準体重の計算方法 (平田法による、BMIより低い)

	身長	計算式
標準体重(kg)	160cm以上	(身長(cm)-100)×0.9
	150~160cm	(身長(cm)-150)×0.4+50
	150未満	(身長(cm)-100)

*正常範囲90%~110%:48.2~59.0kg

■標準体重比の計算方法 (標準体重の何%か?)

$$\text{標準体重比(\%)} = \text{体重(kg)} \div \text{標準体重(kg)} \times 100$$

※80%以下だと拒食症が疑われる

■BMIの計算方法 (BMI:Body mass index)

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$$

※正常範囲18.5~25

■やせの重症度

▼体重の指標

標準体重比(\%)	やせの重症度
75%以上	軽症
65%以上75%未満	中等症
65%未満	重症

▼米国精神医学会の診断基準における重症度

BMI	やせの重症度
BMI 17以上	軽度
BMI 16以上 BMI 17未満	中等度
BMI 15以上 BMI 16未満	重度
BMI 15未満	最重度

■緊急入院が必要なからの基準

1.全身衰弱

自力で椅子から立ち上がることや、手すりを持って階段の昇り降りがゆっくりでつらそうとき

2.重症の合併症があるとき

低血糖昏睡、肺炎などの感染症、腎不全、不整脈、心不全、低カルシウム血症や低ナトリウム血症などの電解質異常

3.標準体重の55%未満のやせ

意識障害や運動障害は重症の症状です。これらの症状は、標準体重の55%未満では発症率が40%に増加します

4.1カ月に5kg以上の体重減少があり、絶食に近い状態が続いている

例:

Aさんの場合

女性17歳 高校2年生
身長159cm
体重34.5kg



標準体重

$$(159(\text{cm})-150) \times 0.4 + 50 = 53.6\text{kg}$$

標準体重比

$$34.5 \div 53.6 \times 100 = 64\%$$

BMI

$$34.5 \div (1.59 \times 1.59) = 13.6$$

やせの重症度: **重症**

■やせの程度による身体状況と活動制限の目安 *厚生労働省の図をもとに改変



Aさん(女性/身長159cm・体重34.5kg)の標準体重
(159(cm)-150)×0.4+50=53.6kgで例示

標準体重比	体重	身体状況	活動制限
55%未満	29.5kg	低血糖昏睡など重症の内科的合併症が多い	入院による栄養療法の絶対適応
55~65%	29.5~34.8kg ★現在のAさん	摂食だけで体重増加に困難がある。機敏な動作ができず、最低限の日常生活にも支障がある	入院による栄養療法が適切
65~70%	34.8~37.5kg	重篤な合併症の併発率は低下するが、身体能力の低下があり、軽労作の日常生活にも支障がある	自宅療養が望ましい 就学・就労を希望する場合は、通学時の付き添いや送迎、出席時間の短縮、隔日通学、保健室での補食、体育の禁止、短縮勤務などの対応が必要
70~75%	37.5~40.2kg	軽労作の日常生活は可能	制限付き就学・就労の許可 水泳、長距離走、遠足、登山、体育系クラブ活動等の運動や重労作の労働は禁止 75%以下では成長障害
75%以上	40.2kg~	通常の日常生活は可能	就学・就労の許可 競技スポーツの許可
80%以上	42.9kg	80%が本症の診断基準	
85%以上	45.6kg	月経再来の可能性あり	

※15歳未満の場合、厚生労働科学研究思春期やせ症に関する研究班からガイドラインが示されています。成長期の低栄養は低身長などの後遺症を残しやすいこと、小児例では急激に悪化しやすいことから厳しい基準を設けており、肥満度20%未満では在宅か入院、-20~-15%では在宅か通学(運動は禁止)、-15%以上で通学(軽い運動許可)が許可されます。

全国の相談窓口

- 全国の精神保健福祉センター一覧
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/mhcenter.html>
- 摂食障害全国基幹センター(情報提供のみ)
▶ 専門職の方 <http://www.edportal.jp/pro> ▶ 一般の方 <http://www.edportal.jp>
- 摂食障害治療支援センター
電話などで相談業務を行なっています。利用方法など、詳しくは各センターのホームページをご覧ください。
▶ 宮城県摂食障害治療支援センター(東北大学病院 心療内科内)
<http://plaza.umin.ac.jp/~edsupportmiyagi>
▶ 千葉県摂食障害治療支援センター(国立国際医療研究センター国府台病院 外来管理棟)
<http://www.ncgmkohndai.go.jp/sessyoku>
▶ 静岡県摂食障害治療支援センター(浜松医科大学附属病院 精神科神経科内)
<http://www.shizuoka-ed.jp>
▶ 福岡県摂食障害治療支援センター(九州大学病院 外来棟4階西)
<http://edsupport-fukuoka.jp>



資料②

■摂食障害に対する一般女性の認識調査

当協会が一般女性を対象に実施したアンケート調査によると、「摂食障害」は「拒食症（神経性やせ症）」「過食症（神経性過食症）」より病名の認知度が低く、ダイエットが一番の原因であると多くの人が考えていました。「本人の意思の問題」「完全な回復は可能ではない」「母親の育て方が原因」といった偏見も多く、特に「ダイエットが原因」「母親が原因」については、特定のメディアからの情報を得る機会が多いと偏見度が高まる傾向が見受けられました。しかし、調査実施後、調査対象者に教育を実施すると疾患に対する理解が飛躍的に深まることや、実際に摂食障害の人に会ったり、保健の授業や専門家の講演などで情報を得る機会があると、一般的に偏見を減らす傾向が示唆されています。強い自責の念と周囲の誤解に苦しんでいるご本人やご家族を支援するためにも、メディア対策を含め、より一層の啓発活動が必要です。

調査概要

調査人数	4017名
対象	ミュゼプラチナム 会員女性
年齢	平均 27.0歳
調査期間	2016年8月23日～8月31日
調査方法	WEB（会員向けアプリ）
調査機関	一般社団法人日本摂食障害協会
データ解析	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 心身医学研究部 文教大学大学院 人間科学研究科 非常勤講師/臨床心理士 小原千郷

*調査の詳細は当協会ホームページをご覧ください
<https://www.jafed.jp/pdf/reports/recognition-survey.pdf>

NO! 摂食障害は ダイエットが原因?

「摂食障害は、ダイエットが一番の原因だと思う」という問いに「そう思う」「少しそう思う」と答えた人は7割に上りましたが、違います。

実際は摂食障害の「一番の原因」がダイエットであるとはいえません。摂食障害の原因はストレスや、その人の性格、育ってきた環境など多面的なものであり、ダイエットはただのきっかけに過ぎないことが多いのです。さらに、忙しさや風邪などの病気による体重減少などから神経性やせ症が始まったり、ストレスから来る大食いが神経性過食症につながったりと、ダイエットに関係なく起こることも多いのです。

NO! 摂食障害は 母親の育て方が原因?

21%の人が「そう思う」「少しそう思う」と回答しましたが、違います。

少し前まで、日本では摂食障害だけでなくあらゆる精神的問題が「母親の育て方が原因」と考えられてきましたが、さまざまな調査や研究の結果、事実はそのようなことがわかってきました。摂食障害の原因は多面的なものです。育ってきた環境も摂食障害の原因の一つになりますが、それを母親の育て方だけに押し付ける偏見が、多くの家族を苦しめています。

YES! 摂食障害から 完全に回復できる?

「摂食障害から完全に回復することは可能だと思う」という問いに、22%の人が「あまりそう思わない」「そう思わない」と回答しましたが、摂食障害からの回復は可能です。確かに自分の力だけでは回復が難しく、長引くことも多い疾患では有りますが、多くの人が完全に回復し、社会の中で活躍しています。早期発見、早期治療が大切です。

YES! 摂食障害は ストレスが関係する?

「摂食障害は、ストレスが関係する疾患だと思う」という問いに、98%の人が「そう思う」「少しそう思う」と回答しました。

摂食障害はストレスが深く関わる疾患です。ラットによる動物実験でも、メスのほうがオスよりストレスによって食行動影響を受けやすいことがわかっており、特に女性はストレスによって食行動が乱れがちであり、拒食や過食がストレスから逃れるための手段になりがちです。

NO! 拒食を続けるのは 自分の意思の問題?

「拒食症（神経性やせ症）の人は、自分の意思で拒食をしていると思う」という問いに対して36%の人が拒食は自分の意思だと考えていましたが、違います。神経性やせ症になると、食べたくても怖くて食べられない状態になってしまいます。はじめは自分の意思でダイエットをしていますが、いつの間にか自分の意思でコントロールが出来なくなってしまうのが怖いところです。

NO! 拒食症は、やせているだけで 特に問題はない?

「そう思う」「少しそう思う」をあわせても2%だけでした。拒食症（神経性やせ症）は重度のやせが特徴ですが、栄養失調から心身にさまざまな不調が生じます。死亡率は6～11%*にのぼり、死亡率の高い疾患です。*入院患者の6～8年の追跡調査

NO! 過食は強い意志があれば 自分でやめられる?

「過食症（神経性過食症）の過食は、強い意志があればやめられると思う」という問いに対して27%の人が「そう思う」「少しそう思う」と答えていましたが、違います。

多くの患者さんは過食をやめたいと思っっていますが、神経性過食症の過食は、自分の意思ではコントロールできないのが特徴です。意思の力だけではコントロールできず、治療を受けること、過食をやめるための正しい知識を得ることが大切です。

NO! 摂食障害は 女性だけの病気?

13%の人が、女性だけの病気であると考えていましたが、違います。確かに女性に圧倒的に多い疾患ですが、男性にも起こります。

食事や体重は意思の力でコントロールできる?

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 心身医学研究部
文教大学大学院人間科学研究科 非常勤講師 臨床心理士

小原 千郷

今回の調査で、拒食や過食を「自分の意思の問題」と考えている方が3割近くに上りました。しかし、拒食症（神経性やせ症）や過食症（神経性過食症）などの摂食障害は、自分の意思で食事をコントロールできなくなることが特徴で、食事や体重に他の大事な生活を振り回されてしまうことが問題です。そもそも体重や食事を、完全に意思の力でコントロールできると考えること自体が間違いで、多くの問題をはらんでいます。

生まれつき背の高い人と低い人がいて、それを努力や意思の力でコントロールできないのと同様に、体重も人によって生まれつきの適切範囲が異なります。例えば、女性では適切体重を切ると月経が停止し、再来には一般に標準体重の85～90%の体重が必要とされていますが、稀に標準体重の80%やそれ以下でも規則正しく月経が起こる人がいます。逆に、標準体重まで体重を落としただけで月経不順になり、今の社会では少し太り気味とされる体型が健康で適切な人も存在します。芸能人やモデルのなかには、かなりやせていなが

ら元気に活動している方もいますが、そのようなことが可能な人はごく少数です。また、ファッション業界では、モデルの拒食症での死亡や、やせ過ぎモデルが女性の不健康で誤ったボディイメージを助長することが問題視されています。海外では、2012年ごろから、やせ過ぎたモデルの起用を禁止する法律や声明が次々と出されていますが、日本での取り組みはまだ始まったばかりです。そして、厚生労働省による「国民健康・栄養調査」によると、日本人女性のBMIは1950年代から減り続け、現在では日本人女性の約8人に1人がやせすぎています。これは先進国では最悪レベルです。

多くの人が自分にとって適切な体重よりも痩せた体重を目指していますが、体重や食事を意思の力でコントロールしようとしすぎると、過食によるリバウンドやさまざまな心身の不調が生じ、極端な場合には摂食障害にもつながります。やせた体型の人がいれば、ふくよかな体型の人もいるのが自然な状態です。自分にとっての健康で適正な体重を受け入れることが大切です。

一般社団法人日本摂食障害協会は、摂食障害の治療環境の改善を使命として掲げ、食と健康に関する正しい知識を啓発し、摂食障害になりにくい社会の実現を目指して、2016年に創立された団体です。

活動実績

●啓発イベント

*グローバルキャンペーン「世界摂食障害アクションデー」
(www.worldeatingdisordersday.org)に参加し、
世界各国の団体と連携

●医療機関や教育機関、企業、団体などへの講師派遣

●全国各地における勉強会 ～対象別～

- ・ 専門家（医師、管理栄養士、心理士、歯科衛生士、養護教諭など）
- ・ アスリート、スポーツ指導者 ・ 一般、当事者、家族

●疾患に対する認識調査

*勉強会の開催予定はホームページをご覧ください。 www.jafed.jp/event



一般社団法人 **日本摂食障害協会** Japan Association for Eating Disorders

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町 3-33 2F
TEL **03-5226-1084** FAX **03-5226-1089** Eメール info@jafed.jp
www.jafed.jp



JAED サポーター募集

当協会では、協会の理念や設立趣旨にご賛同いただける個人や団体のみなさまを対象として、JAED サポーターを募集しております。

■個人サポーター

イベントや勉強会でのボランティア活動、メディアへのインタビュー対応、ご本人やご家族の体験談の発表などを行っていただきます。

■団体サポーター

協会や他団体と共に活動を企画、意見交換等を行っていただきます。

※ホームページからお申し込みができます。 www.jafed.jp/supporter

||||| 私たちの活動はみなさまのご支援で成り立っています |||||

当協会の活動は個人のご寄付や企業のご協賛によって運営されています。寄付金および協賛金は、摂食障害の当事者と家族支援、疾病啓発などを目的とした活動に利用させていただきます。詳しくはホームページをご覧ください。

www.jafed.jp/donation



日本摂食障害協会



[jafed.jp](https://www.facebook.com/jafed.jp)



[@info43412297](https://twitter.com/info43412297)

Supported by



このパンフレットは
日本財団の助成を受けて
作成しています

JAED-2018.03 版