

第3章

小児期摂食障害診療の実際 ～横浜市の診療連携体制を踏まえて～

神奈川県立こども医療センター精神科 南 達 哉

1. はじめに

小児期の摂食障害は成人のそれとは異なり、るいそうを呈する患者がほとんどである。小児は成人に比べ体脂肪率が低く、体重あたりの必要水分量が多いため、急激な体重低下や脱水を起こしやすい。このため緊急の受診や入院を要することがしばしばある。深刻な状態では小児科医による身体面の評価と管理が必要である。一方、治療への抵抗や強迫などの精神症状、盗食など行動障害、家族関係のもつれを伴う場合もある。この場合は児童精神科医の対応を要する。とりわけ入院を要する例ではこれらの問題が浮き彫りになる。

小児に身体的な変調が生じたとき、受診するのはまず小児科であり、医療機関の数も多い。状態によっては診療所では対応困難で、入院が可能な総合病院小児科の受診が必要かもしれない。それでも対応困難なら入院病床を持つ児童精神科が必要になるが、小児科に比べ圧倒的に数が少ないし、病棟は満床であることがよくある。このように本疾患を持つ患者層に幅広く対応するには単一の医療機関、診療科では不十分で、小児科医療と児童精神科医療の協働と連携が欠かせない。本稿では小児期摂食障害の診療の実際を初期対応と診療連携を中心に解説する。

2. 小児期の摂食障害の特徴

摂食障害というと、神経性無食欲症（いわゆる拒食症）と神経性大食症（いわゆる過食症）が代

表的だが、小児ではこれらに当てはまらない非定型例の割合が多いことが特徴と言われる。Laskらがこの点を踏まえて作成した「摂食障害と摂食困難のタイプ分類の暫定基準」³⁾を（表1）に示し、主なものについて説明する。

小児期の摂食障害では神経性大食症はまれで、るいそうを呈する患者がほとんどである。このうち最もよくみられるのは神経性無食欲症（anorexia nervosa）である。著明な体重低下または体重の停滞、肥満恐怖、体型や体重に対する認知のゆがみがみられ、治療に抵抗することが多い。特徴的なので診断に迷うことは少ない。

診療場面では機能的嚥下障害と他の恐怖状態や、食物回避性情緒障害の子どもに出会うことがある。前者は、もともと不安の強い気質を持つ子どもになんらかの精神的負荷がかかり、「吐くのではないか」という不安感や咽頭違和感が生じて食物、とりわけ固形物の嚥下が困難となる。友達が嘔吐したのを見たことや、体調不良により自身が嘔吐したことがよく契機になる。一過性に終わる軽症例もあるが、重症では飲水も難しくなり入院を要することもある。体重や体型への異常な認知や没頭、肥満恐怖はみられないため、一般的には治療意欲が高いが、初期には不安に圧倒され治療に協力できない場合もある。重症例では抗うつ薬の一種である SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) 内服による不安の緩和が有効である。

表1 摂食障害と摂食困難のタイプ分類の暫定基準 Lask らによる

1. 神経性無食欲症 anorexia nervosa
2. 神経性大食症 bulimia nervosa
3. 食物回避性情緒障害 food avoidance emotional disorder
4. 選択的摂食 selective eating
5. 制限摂食 restrictive eating
6. 食物拒否 food refusal
7. 食事回避に結び付く特異的恐怖または恐怖症（機能的嚥下障害と他の恐怖状態を含む）
specific fear or phobia leading to avoidance of eating (includes functional dysphagia)
8. 広汎性拒絶症候群 pervasive refusal syndrome
9. うつ病による二次的な食欲低下 appetite loss secondary to depression

表2 飢餓症候群による全身症状

精神症状	不眠、いらいら、不安、気分の落ち込み、強迫症状、過活動
	記憶力・集中力低下、意識障害、思考の硬直化
循環器	脱水、低血圧、徐脈、不整脈
腹部	便秘、腹部膨満感、上腸管膜動脈症候群
生殖器	無月経、第二性徴の遅れ
代謝	低体温、四肢冷感、寒がり、易疲労感
骨	低身長、骨粗鬆症
皮膚	乾燥、産毛の増加

食物回避性情緒障害では気分障害がみられ、軽度の抑うつと不安が続いていることが多い。慢性的な食物回避や体重減少がみられるが、肥満恐怖や体重や体型への異常な認知や没頭はみられない。予後は楽観できず、低体重によって登校や進学に悪影響があることがしばしばあるといわれる。

これら二つの疾患でも経過中に肥満恐怖を呈し神経性無食欲症に移行する例があるので、いったん診断をつけても注意して観察を続ける必要がある。

3. 初期対応

摂食障害の診療には身体面と精神面、双方の治療が必要だが、初期にはまず身体評価と治療が求められる。るいそうが進むと原因を問わず、飢餓症候群による様々な全身症状が生じる(表2)。身体診察と心電図、胸腹部レントゲン、血液検査といった検査を行い、これ等の有無を確認する。血液検査では貧血(重症では汎血球減少)、総蛋白・アルブミンの低下、軽度の肝機能障害、脱水による尿素窒素・クレアチニンの上昇やヘマトクリット値の上昇がみられるが、初期には異常がみられないことがよくある。また脱水によって低栄養や貧血がマスクされることもある。これを見て「血液検査では異常がない」と伝えたと本人、家族が状況を軽視することにつながるので注意が必要である。

体格の評価は生魚らの作成した「5歳以上17歳までの性別・年齢別・身長別標準体重計算式」²⁾や、BMI-SDSを用いる。後者はBMI(Body Mass

Index)の平均や分布が性別や年齢により異なることから、日本人小児性別年齢別BMI基準値との差をSDスコア(SDS)という数字で表したものである。ともに小児内分泌学会のHPに掲載されているため、参照されたい。ときどき子どもに配慮して身長、体重を測らないまま紹介されてくるケースがあるが、それでは全身状態が評価できない。必ず測定し、紹介先に伝えてほしい。

初診の際は病名を伝えた後、四肢の冷感や低体温、徐脈といったわかりやすい所見を取り上げ、子どもに身体が危機にさらされていることを説明する。神経性無食欲症では事態を軽視するため「命の危険」にも触れ、緊急事態であることを強調するが、不安の強い機能性嚥下障害の子どもには過剰に不安を強めて逆効果にならないように支持的に接する。極端なるいそうにもかかわらず、運動や登校を続けている場合ではやめるよう伝える。食事については、当面は栄養のバランスよりもカロリー摂取を優先し、「何でもいから食べるように」「水分もとるよう」伝える。食事の摂取状況については、家族に「何をどれだけ食べたか」具体的に聞くことが重要である。患者は摂取量を過大に伝えることがあるし、もともとの小食の場合は家族の感覚も通常と異なっている場合がある。家庭では食事を巡る主導権の争奪戦が起きるので、家族が食事場面を観察できているか確認することも欠かせない。

入院の適応は一定しないが、極度の低体重の場合(小児心身医学会の摂食障害診療ガイドライン⁵⁾によると標準体重の65%以下は入院適応とされる)、そこまで低体重ではないものの急激な

表3 小児の摂食障害入院治療の困難さ それぞれの事情

小児科の事情 ・心理面の治療ができない ・子どもの治療抵抗に対応が困難 ・強迫症状、情緒不安定などの精神症状に対応が困難 ・食事の破棄、盗食などの問題行動への対応が困難 ・症例数が少なく、治療に慣れていない
精神科の事情 ・児童精神科医が在籍する医療機関が少ない ・病床が満床のことが多く、緊急入院が困難なことがある ・身体的管理の弱さ 精神科単科病院には常勤の小児科医はいない

体重低下が生じている場合、脱水、重度の肝機能障害、電解質異常を伴う場合、意識障害や歩行障害（脱水があることが多い）が生じているときに挙げられる。神経性無食欲症の場合、情緒不安定が著しく家庭の対応が困難になっている場合や、栄養摂取がわずかであるにも関わらず過活動を行っている場合があり、やはり入院が必要である。外来で長期間、回復が得られない場合も入院適応である。

4. 横浜市の診療連携体制

小児の摂食障害では緊急入院を要する場合があり、主治医は入院先の確保に追われるが、受け入れ可能な病棟は子どもの状態によって分かれる。入院を引き受ける小児科、精神科、それぞれの事情を（表3）にまとめた。精神科病床は総合病院、精神科単科病院にあるが、後者においては常勤の小児科医はいないし、内科医がいても非常勤であることが普通である。

我々は公立小児専門病院の役割として、小児の摂食障害の入院治療を積極的に行ってきたが、ときに緊急入院の要請に応えられないことがあり、長年の課題であった。このため横浜市立大学市民総合医療センター児童精神科、国立横浜医療センター精神科らと小児摂食障害入院連携システムを構築し、2014年10月より運用開始した（図1）。これは神奈川県内の総合病院小児科において緊急

入院が必要な例が生じた場合、システム事務局に連絡し2週間程度の初期治療を小児科病棟で行う、この間に事務局が精神科3施設のベッド調整を依頼し、いずれかの精神科病床が入院を受け入れるというものであった。現在は精神科施設に東横恵愛病院、横浜カメリアホスピタル、横浜市立大学附属病院を加え、合計6施設となり、うち5施設は横浜市内にある。精神科連携施設は受け入れ年齢、病院の形態（総合病院か精神科病院か）、小児科／内科常勤医の在籍、病棟の形態（成人と混合か児童精神科専門病棟か）、入院可能な期間、児童精神科医の在籍、症例数、個室の有無、受け入れ可能な身体状況など様々であり、それぞれの強みと弱みを持っている。事務局を担当する当科の精神保健福祉士がこれらの点を考慮の上、病床確保に当たっている。

幸い2017年1月現在、対応できなかった症例はないが、システム事務局は薄氷を踏む思いをしてベッドを確保している。従来から身体的な危険が高い患者は診療所から総合病院小児科に紹介されてきた。システムを持続可能とするためには、総合病院小児科での（待機を含む）短期入院や軽症例の治療が広がっていくことが必要だと考えている。

5. 精神科入院初期

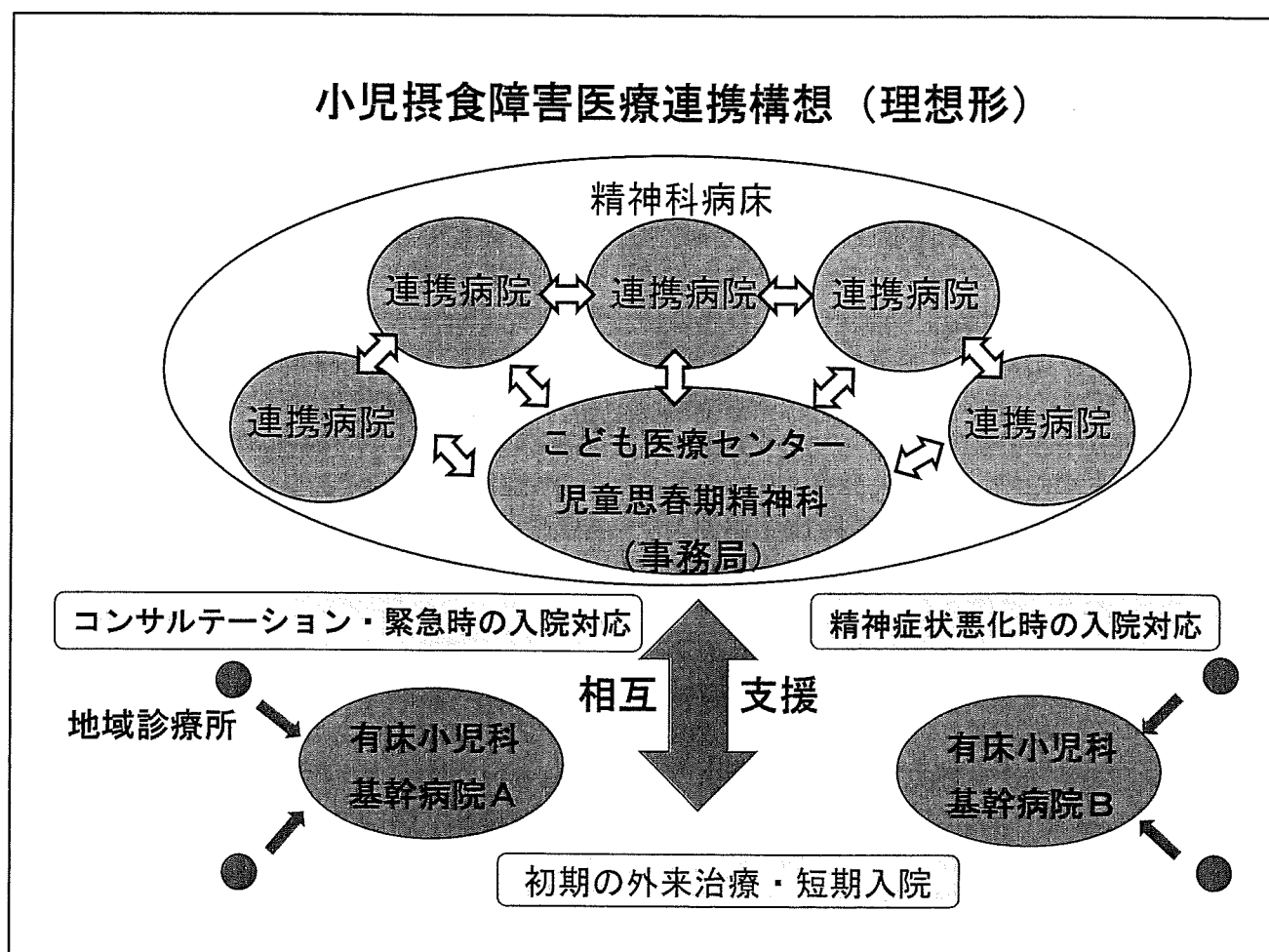
体重が落ちていく時は自転車で坂道を駆け下り

ていくようなものである。このとき子どもが周囲の声を聞き入れ、どこで止まってくれるかが問題になる。家族や教員（特に養護教諭）の声で止まる子もいれば、小児科を受診して止まる子もいる。小児科に入院して危機感を持つ子もあるし、更に精神科受診を要する子もいる。どこで止まるかは病勢（神経性無食欲症では肥満恐怖の強さ、機能的嚥下障害では不安感の強さ）と、他者の声にどれだけ耳をかたむけるかにかかっている。後者は飢餓症候群からくる認知障害（思考が硬直的になるといわれる）や性格傾向に左右される。本人を支える家族の姿勢も重要で、家族が本人の意向を尊重しすぎると治療が遅れ、生命が危険にさらされる。

体重の減少が止まったら、今度は下りてきた坂道を自転車で登っていかなければならない。摂食障害は自然に治る病気ではなく、努力して治す病気である。そのために治療者は子どもが回復の意欲を持てるよう配慮する。軽症例では身体の状態

を伝えて危機感に訴えることで十分だが、中等例では学校の欠席や入院による日常生活の中断の必要を告げることで子どもが危機感を持つことがよくある。それでも回復に向かわない場合は入院治療が必要になる。

入院後はまず身体管理と栄養摂取が第一である。そして体重増加に応じて行動範囲を広げる行動療法的手法を用いている。担当医は身体管理のほか、行動範囲を決める管理的役割を担い、看護師は身体的なケアのほか、入院や栄養摂取に伴う不安を傾聴し、受容的にかかわる。「カウンセリングはしないのか」と家族から質問を受けることがあるが、るいそうが高度な時は、記憶力・集中力の低下のほか思考の硬直性などの認知障害を生じ、洞察的な心理療法は無効と言われている。このため上記の看護師のかかわりが心理的対応となる。子どもは入院を望まないことが多いので、入院し栄養摂取しているだけでも努力しているといえる。意識してこれらを讃えるようにしたい。



再栄養の初期は refeeding syndrome に注意する。refeeding syndrome は低栄養によるリン欠乏状態にあるときに再栄養による血中リンの細胞内取り込みが行われ、低リン血症を来して心不全、不整脈、意識障害、横紋筋融解、腎不全、高血糖などの多彩な症状を起こすものである。このため徐々に栄養摂取を行うほか、血中 P 値を測定しておく。低値では経口リン製剤で補充する。

また栄養摂取後に嘔吐や強い胃部不快が生じる場合は上腸管膜動脈症候群が疑われる。これは腹腔内の脂肪の減少によって上腸間膜動脈が十二指腸水平部を圧迫し、通過障害が生じるものだが、十二指腸チューブを用いるほどの重症例は少ない。

栄養摂取は食事ができれば一番良いが、極度の低体重かつ栄養摂取量が少なくこのまま危険な場合、体重の停滞が予想される場合には経管栄養を行う。これが行えると入院治療で対応可能な症例が大きく広がることになる。但し非自発的な栄養摂取であるため、家族の理解を得ることは言うまでもなく、子どもがやむ得ないこととして受け入れる過程をとるよう努めたい。

体重が一定程度増えていき、医療者との信頼関係もできてきたら、子どもにも疾患の知識を伝え（心理教育）、回復の意欲を高めるよう努める。

6. 家族への対応

小児の摂食障害では本人の治療意欲はあいまいで、特に神経性無食欲症では多かれ少なかれ治療に抵抗がある。特に入院治療では本人の意向に逆らうことをしなければならないことがある。このため家族に疾患の知識を伝え、子どもの治療のための同盟を結びたい。そもそも家庭では三度の食事の際に食べる食べないの争いが生じるため、家族、特に母親の負担は大きい。「摂食障害は母親が生み出す」との俗説があり母親が傷ついていることがあるが立証されておらず、むしろ子どもの回復には家族の支えが欠かせない。こうした考えから当科では家族の心情に配慮しつつ、摂食障害の知識と対応を学べるよう、家族心理教育を行っている。集団で行えば、家族同士の情報交換と支えあいを行う場となる。心理教育とは、対象者の心理に配慮しつつ疾患や障害に関する知識や対処法を伝え、主体的に問題解決のために行動できる

よう援助する方法である。

7. 治療後半の課題

体重が一定程度回復すると、言語での洞察的なやりとりが可能になってくる。そのなかで発症の契機やもともと子どもが抱えていた問題について話し合っていく。不安や抑うつなどの精神症状や思考の硬直性などの認知障害の改善は体重の回復に遅れることが多い。これらは学校復帰のうえで障害となるが、多くは家族や医療スタッフの現実的な助言が十分に子どもの支えとなる。しかし本人の苦悩が強く、かつ希望が強い場合は臨床心理士による心理面接を行うのもよい。

入院や経管栄養など非自発的な治療を行った場合もいずれは回復し、食事摂取を子どもに任せていくようになる。この時、子ども自身がどれだけ回復への意欲を持っているかが問題になる。治療意欲をかき立てるために無月経、骨密度低下、低身長といった晩期合併症について説明しておくとうい。

月経は病前体重または標準体重の 90% に回復すれば、半年以内に月経が再来すると言われている⁴⁾。

女性の骨密度は 15 歳ごろに最大となり、以後は骨密度が増加しない。このため遅発月経および続発性無月経を起こした場合、骨密度が健常者に比べて低くなり、中年以降に骨粗鬆症を起こす恐れが高くなる。

初経以前に摂食障害が発症し長期間のろいそうが続いた場合、低身長を起こすことがある。低身長を防ぐには BMI が 16 を下回る期間を 1 年以内に留めることが推奨される¹⁾。なお成長曲線を見ると一目瞭然だが 14 歳以降では身長の伸びはわずかとなる。小中学生に無月経や骨粗鬆症の話をしても実感がわかないことが多いが、身長を伸ばしたいという希望が聞かれることが多く、強力な治療動機となる。

8. 最後に一予後

一般に小児の摂食障害は成人のそれに比べて、予後が良いと言われている。当科における過去の調査では 14 歳で発症し、初診より 5 年以上経過した 54 例のうち、72% の転帰が良好（寛解 43%、改善 29%）であった⁶⁾。それだけに生命的

な危機に直面する急性期に治療に結びつけることが重要である。そのためには小児科医と精神科医の協働が求められることを強調してこの稿を終えたい。

文献

- 1) 堀田眞理、大和田里奈、高野加寿恵：神経性食欲不振症の身体合併症と後遺症、日本心療内科学会誌、8；163-168、2004
- 2) 生魚薫、橋本令子、村田光範：学校保健における新しい体格判定基準の検討—新基準と旧基準の比較、および新基準による肥満傾向児ならびに痩身傾向児の出現頻度にみられる1980年度から2006年度にかけての年次推移について—、小児保健研究、69；6-13、2010
- 3) Lask B., Bryant-Waugh R. : Eating Disorders in Childhood and Adolescence, 4th edition. London: Routledge; 2013
- 4) Ogueh O., Sooranna S., Nicolaides KH., Johnson MR. :
The relationship between leptin concentration and bone metabolism in the human fetus. J Clin Endocrinol Metab. May; 85(5):1997-9.2000.
- 5) 小児心身医学会：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（改訂第2版）、南江堂、東京、2015
- 6) 高橋 雄一、清家 洋二、庄 紀子ほか：子どもの摂食障害 小児の摂食障害の長期転帰と精神科治療の検討、児童青年精神医学とその近接領域、54；186-195、2013