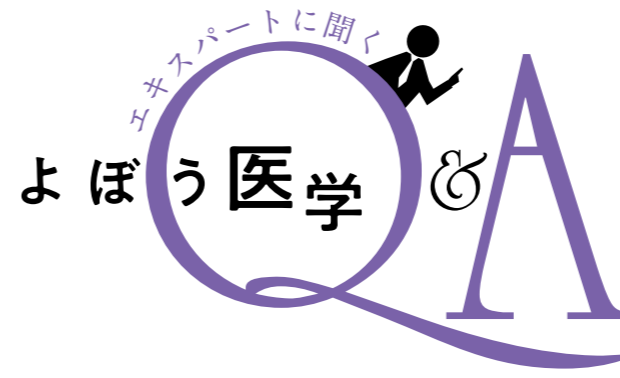




政策研究大学院大学  
保健管理センター

教授  
すずき まり  
鈴木 真理

長崎大学医学部卒業、1985年から2年間、米国ソーク研究所神経内分泌部門留学。1999年 東京女子医科大学内分泌疾患総合医療センター内科准講師、2002年から現職。日本摂食障害学会理事、神経性やせ症家族会「EATファミリーサポートの会」主宰



# 若い女性を中心に増えている 神経性やせ症(拒食症)とは

軽症も含めると、若い女性の約1割にみられるとされる摂食障害。本人や家族、周囲も病識を持ちにくい、適切な治療を受けないまま重症化してしまうことも少なくありません。摂食障害には、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害の3つのタイプがあり、このうち、重い合併症の危険があり死亡率も高い「神経性やせ症」について、鈴木真理氏にお聞きしました。

**Q1** 神経性やせ症とは、どんな病気ですか？  
どんな人がなりやすいですか？

**A** 精神的な原因で食べ方に異常をきたす病気で、標準体重の80%以下にやせます。少食でやせているタイプと、飢餓の反動で「むちゃ食い」をするけれど、やせていたので嘔吐や下剤乱用をしているタイプがあります。女性なら無月経になり、進行すれば低血糖昏睡などの重症合併症を伴う、精神科疾患の中で最も死亡率の高い病気です。若い女性に多く、最近では小学生や中高年にも広がり、男性も増加しています。  
要因としては、発症しやすい遺伝素

**1** 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 中学校版

執筆・編集 / 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

因や、ストレスをためやすい完璧主義・強迫性・不安症などの性格傾向が指摘されています。「手のかからない良い子」と評される人が多いのですが、本音を言い出せなかっただけなのです。また、ストレスに適切に対処する(コーピングスキル)には、他人の力を借りたり、逃げたりと、いろいろな方法を使い分けることが重要ですが、摂食障害になる人は「がんばる」「がまんする」だけに頼る傾向があります。さらに「白黒思考」や「べき思考」と呼ばれる偏った認知もみられます。最終的な治療目標は、コーピングスキルを向上させることです。

**Q2** 過激なダイエットと神経性やせ症の違いはどんな点ですか？

**A** 体重による階級制があるスポーツでは、過激で病的なダイエットをすることがあります。しかし、これは、本人が異常だと認識して、目的や期間を決めて行っています。神経性やせ症のダイエットは目的や期間は明確でなく、わけもなくやせたくなくなったと言います。そしてやせ過ぎて、「病気でいい」「まだ太っている」「足が太い」と言い張り、病気の自覚がなかなか持てません。神経性やせ症のダイエットは病気の症状です。

**2** チームで取り組む  
摂食障害治療・支援ガイドブック

摂食障害の「チームでの治療・支援」を知る一冊。  
発行 / 一般社団法人日本摂食障害協会

**Q3** 注意すべき状態(症状)を教えてください。

**A** 2017年3月に「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「が出されました。小学校、中学校(資料1)、高等学校、大学版があります。中学校版では、早期発見のサインとして、35℃台の低体温、寒がり、しもやけなど四肢の循環

障害、カロチン症、元気がない、顔色の悪化などの身体症状や、給食を残す、食事時間が長い、登校しぶり、保健室利用が増えるといった行動の変化があげられています。

**Q4** 受診をすすめるべきなのはどんな時ですか？

**A** 学校の対応は次のとおりです。  
段階1..密に経過を見る

段階2..学校で見守り体制を作る  
段階3..保護者に連絡  
段階4..学校医面談・保護者に受診をすすめる  
段階5..受診を強くすすめる  
段階6..緊急対応

小学校版の段階4は、肥満度マイナス20%未満で徐脈がみられる場合です。中学生版の段階4は、①肥満度マイナス25%未満②BMI15未満③それまでの成長曲線から明らかに外れているいずれかがみられる場合で、肥満度マイナス20%未満で徐脈の場合も注意が必要とされています。

**Q5** 治療はどのように行われるのでしょうか。

**A** 治療の最終目標は、ストレスを増やすような考え方や思い込みを修正し、コーピングスキルを磨いて困難やストレスを抱えた時にやせに逃さないようになることです。特効薬はありません。医師、看護師や管理栄養士や臨床心理士などによるチーム医療が行われ(資料2)、学校や家族の温かな理解と協力が重要です。やせ症が進行すると、低栄養によって人柄が変わり、思考力や判断力も低下してしまうため、ある程度体重を増加させることが優先されます。しかし患者にとって体重増加は嫌な現実に対

峙する恐怖を伴うので、なかなか体重を増やせない状況にあります。神経性やせ症の治療への導入は、体重増加の動機付けに尽きます。外来では、入院回避や通学許可など、ライフイベントごとに現実的な目標体重を漸増する方法が取られます。患者は体重増加の恐怖と現実的な利益を天秤にかけながら、徐々に体重増加を受け入れ、環境の変化や本人のストレス対処能力の向上に伴い、さらなる体重増加を受け入れるようになります。また、最初からバランスのよい3食を摂取することは困難なので、楽な食べ方や好物を取り入れて可能な限り必要エネルギーに近づけ、その上で自覚症状や検査所見の改善をフィードバックして、よい食行動を強化していきます。

## 本会「思春期やせ症相談室」の取り組み

本会では、2015年4月から鈴木真理医師を迎え、小児健康相談室に「思春期やせ症相談室」を開設しています。下図のように、初診時には、コンサルテーションと診察、検査、必要に応じて栄養相談を行います。本相談室の特徴は、初診の方でも栄養相談が受けられる体制をとっている点です。日本では初診時から栄養相談を行う施設はまだ少ないようです。また、医師と管理栄養士の治療をスムーズに行っていくために、長年養護教諭を務めた経験豊富なスタッフがコーディネーター役となって、チームで治療に取り組んでいます。

