

いやな気持ちに襲われた」と言うので一緒に考えるうちに、「胸がうずうずしていやな感じ」と表現した。同じような気持ちになったときは？と問うと「そういえば病気になったとき、母親がきて、私の机のレシートを勝手に見た」と思い出した。そこから、母親に勝手に踏み込まれる不安に気づいた。兄は相手にいろいろな気持ちをもつことは誰にでもあり相手に巻き込まれない適度な心の距離をとれば大丈夫であるし、母親にその気持ちを素直に話してもよいことを理解していた。

家族のいない兄の生活実態はわかりにくく、体重は少しずつ減り、主治医は体重の下限を決め、それ以下は入院とした。その結果2週間再入院し、食生活や生活態度を再検討し、体重を回復した。退院後の面接で振り返ると淋しさを紛らわせるために報告以上にハードなアルバイトをしていたことを打ち明けた。そして体力に合ったアルバイトに変えた後、新しい恋人に急に依存するようになったのでその意味を話し合い、避妊についても指導した。⑧ このころは体調がよくなった今の実感から振り返ると、少し前の自分もまだかなり無理をしていたことがわかったと報告した。また両親の不和、父母の生き立ち、姉のいじめを語り、その家庭環境で本音を押し込め、よい子に振舞ってきた自分への洞察を深めた。

安定した高校生活を続けて、大学に入学した後は、新しい下宿や友人関係に疲れ、不意に激しい動悸がしたり息苦しくなる症状が出現した。その原因をともに探るうちに、⑨ 今までわけのわからない不安に襲われると、腕をほんのちょっと傷つけ血を出したり、足の甲にタバコの火を押し付けていたことを告白した。この自傷行為により「私はこんなにも苦しいのだ」とようやく実感できたという。意識と苦しみの実感が乖離し、痛みを引き起こすことでしか自己確認できない自分の重篤な自我障害を改めて認識した。

面接5年目にようやく父親との関係を考え始めた。早く立ち直りたいとの焦りから、心の整理がつかないうちに、5年ぶりに父親と再会した。その時出現した嘔気と体調不良が、代理症状であることを治療者と話し合い、父親には、直接会うより手紙で自分の気持ちを伝えてゆく方が今はよいことを確認した。親相談の担当者が両親面接で、兄の葛藤を伝え、父親が侵襲的にならぬように話し合っている。

5 チームによる入院治療

(渡辺久子)

- 近年、思春期やせ症は全国的に発生し、われわれの厚生労働科学研究班（子ども家庭総合研究事業）の調査では高校3年における点有病率は2.3%であった。10代の発症は成長期の栄養障害により脳、心臓、内分泌器官、骨をはじめとする全身の機能障害や発達障害を引き起こす点が問題で、死亡率は1年ごとに0.56%と高い。思春期の情緒、抽象思考を含めた精神機能の発達も障害される。
- 思春期やせ症の治療は、現在世界中で多職種による包括的チームアプローチが趨勢である。身体破壊の進んだ重症例の命を救い、再栄養症候群や回復期の自殺、家庭内暴力などを防ぎながら、健やかな心身の発達成長の軌道に戻していくためには、小児精神科医と小児科医の連携プレーが有効であると考えられる。慶應大学小児科では、1993年以来、小児精神科医の指導下で小児科病棟が一丸となり、小児科多職種チームによる入院治療プログラムの開発を重ねてきた。その結果＜慶應方式＞と呼ばれる包括的治療プログラムを構築して改善を重ね、今日アノレキシア集中治療（anorexia nervosa intensive care unit; ANICU）と名づけるプログラムに発展させている^{25, 26, 28, 29, 30, 31}。

アノレキシア治療プログラム（ANICU；慶應方式）

- 第1段階 治療初期……小児循環器医の下で救命のための集中治療と濃密な身体ケア
- 第2段階 回復期……小児内分泌医の下で摂食練習と体重増加、思春期発達の教育主治医による感情表出の練習、小児精神科医による心理治療と家族治療
- 第3段階 社会復帰期…スポーツクリニック医による体力の回復と小児精神科医による集中的な心理治療と家族治療

- 治療の全経過を通じ医療スタッフが一枚岩（図3）となり、その児をしっかりと見守り励まし可愛がる。日常の濃厚な身体ケアを媒介に、治療的信頼関係を築き、不安を受け止め本音を出させ、その児本来の自分らしい伸びやかな心を育てなおす。
- これは父母が乳幼児を真心をこめて育てる、乳幼児発達モデルに基づく治療である。日常的な治療に、乳幼児精神保健の知見に基づく、治療的な非言語的交流を豊かに盛り込んでいる。

図3 医療チームの構成（慶應義塾大学病院小児科病棟）



- 物いわぬ児，不自然な笑顔で過剰適応する児の，心の奥に，どのような不安や孤独や望みや絶望が渦巻いているかを，共感的に理解しながら，治療関係における愛着形成を深めていく．また問主観性，相互作用における音楽的コミュニケーション性（Trevarthen）情動調律（Stern），情緒応答性（Mahler）などの視点で，日々子どもとスタッフの相互作用を観察し把握している．一言でまとめれば，親密な信頼関係に基づく関係療法，そして心理生物学的・教育的治療アプローチといえる．
- 10代の思春期やせ症の第一治療目標は健やかな身体機能の回復である．それを土台にして初めて心と対人機能の発達が可能となる．この治療原則は世界的な動向である²⁷⁾．
- 実際に病識の乏しい患児の協力を得て，初期の救命をクリアし，さらに長期的な身体機能と心の治療の軌道にのせるのは困難である．慶應方式ANICUでは，身体面と心理面へのアプローチを同時に並行して両面からアプローチする．
- 複雑な葛藤やいきさつから拒食に陥った児たちに対し，言葉や表面的な優しさよりは，児を救うために毅然として全力を投球して粘り強く病氣と闘い続ける医師の毅然とした姿勢が心理的アプローチにもつながることを経験している．

- 1993年から11年間に＜慶應方式＞により集中治療を実施した70例の患者は、全員多臓器不全を伴う重症例であり、その2/3は救命を要する緊急入院ケースであった。全例に体重、女性ホルモン値の回復（もしくは月経の再開）が認められ、半数以上は退院後から心理治療と家族治療が本格的に進められた。このANICUにおける3段階の系統的な治療では、各段階で危険が伴いチーム一丸となった治療構造の維持が不可欠であった。④ 1.病期別の治療展望 p.102

慶應方式ANICU

急性期の治療のポイント

安静、生体リズムの改善、規則正しい摂食練習から治療は始まる。体重と体力の回復につれて、ゆっくり普通の生活に戻していく。専門治療機関が少ない現状では小児科チームによる身体治療が有効である²⁶⁾。

■ 初期説明の徹底

- 最初病気を認めなかった親が、わが子がかかりがりにやせ、月経がなく、手足も冷たくなると、初めて異変に気づき、今度は必死に治療を求める。でもそのときには難治性となり、親が早く治してほしいと要求しても、そんな魔法はない。
- まずやせの進行を食い止めるために、安静臥床を保つ。生体リズムと体重の回復にじっくり時間をかける必要があることを、最初にはっきりと親子に説明する。病気が進んだ見にとり、改善はこわい変化である。回復に抵抗し治療が停滞するとき、両親と医者が一枚岩になり、病気と戦えるかが決め手である。

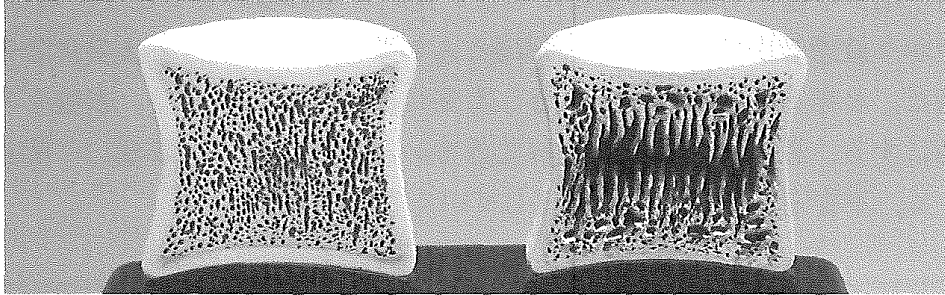
■ 身体感覚と自己理解への働きかけ

- 病気その他納得できる理由なく、食事量が減り、体重増加率が低下し回復しないのは、立派な初期症状である。「クラスのどの児も小さいお弁当箱」と小理屈をつけてやせる児に見せたいのが図4である。中学生が食事を減らしたら、丈夫な骨はつukれない。
- 児との話し合いには工夫をする。例えば以下のように、身体感覚で栄養障害を実感させる。

例 「脈がゆっくりで、体温が低く、生理がなければ、体重が減って内分泌代謝機能が低下しているサインです。」「髪の毛がかさかさになってきたことや、爪が白っぽいことも栄養障害のあらわれです。」手をにぎり、冷たければ「手を握られてどう？」とたずねると、児は「先生の手が温かい」と答える。そこで「あなたよりもふけている先生の方が、体が燃えている。あなたも燃えることのできる手になりましょうね」と伝える。脈は児自身にも測らせよう。「ふつうの脈はいくつ

図4 健康な骨とやせた骨（骨粗鬆症）

資料提供：中外製薬



かな」とたずねると「60とか70」と答える。「あなたの脈は50. 心臓が弱っているのでしょうか。「でもあなたは前よりどきどきしなくなったから、自分が安定していると勘違いしているかもしれないわね」とコメントする。皮膚の下の筋肉をそつとつまみ、「腕がこれだけやせていたら、心臓の筋肉も同じようにやせているのでしょうかね」と説明する。「いろいろいわれても、どきどきしないのは大変。体はガソリンを入れないで高速道路を走っている車と同じで、最初は良くてだんだんエンジンの調子が悪くなる。エンジンがよくなるまでは、工場の整備のつもりで、高速道路はやめよう。この体の状態は、エネルギーが入らずにじっと冬眠しているクマさんやリスさんと同じ。」

■ 安静臥床と摂食練習

- 生体リズムの回復をめざし、嚴重な身体管理を行うが、その基本が身体を休めることである。三度の食事摂取、睡眠覚醒のパターンをつくる。周期的な月経が始まる、あるいは回復し、規則的な月経になるまで（半年に6回）、過激な運動や勉強はやめる。それと同時に、母親に本音を出して甘えなおし、気をつかわずに家族や人と触れ合えるよう励まし応援する。
- 摂食練習は規則的にカロリー摂取を促し、少量から漸増し、柔らかいものから硬い食物に移行していく。低体温、徐脈、低血圧などバイタルサインを、こまめにモニターする。患児を温かくしっかりとケアし、信頼関係をつくる。睡眠覚醒、規則的な摂食といったリズムの回復が大切である。最初は食べることの不安緊張、拒絶から、食べた後、横に寝かせても、うとうと居眠りすることはない。よくなってくると、体本来の要求に従い、食後安静とともに、すやすや眠ることができ。チューブ栄養や投薬は最後の手段である。根気よく働きかけていけば、たいていの児は自分で口から摂取するようになる。低年齢の児は、心身の発育の大事なスパート期ゆえ、一刻も早く異常なやせ状態から脱出し、健康な身長、骨、脳、内分泌機能や情緒の発達に戻すことを目指す。
- どの児も、食べることをこわがり、小さな体の変化に不安がるが、横になり休むことにより、冷たかった手足が温まり、よく眠れるようになる。自宅療養では母

親が医師の指導を受けながら、しっかり温かくケアする。母親に寄り添ってもらい、幼児期から抱いてきた言葉にならない見捨てられる不安などを語れるといい。気をつかう敏感な児であった場合がほとんどなので、ありのままの自分をだしても平気だ、と思えるような、でんとした父母関係をこころがけ、家庭をのんびりした場にする。患児は我慢して育ってきている場合が多く、母親に一度甘えなおすことで、不安定な気持ちから脱皮していくことができる。

回復期の治療のポイント

- 摂食練習を一步ずつ進め、あせらず食事の種類と量を増やし、やがて普通食が食べられるようにする。
- 回復につれ個人差はあるものの、どの児も喜怒哀楽の感情がよみがえる。中には抑うつ、不安、怒りや絶望が湧いて、きれやすくなり、衝動行動、捨食、万引き、盗み、過食嘔吐、衝動行動に苦しむ。治療者と家族が一枚岩で不安や苛立ちをしっかりと受けとめるとおさまり、心が成長する。

再適応期の治療のポイント

- 健康な本来の体重に戻ると、身長が伸びたり、見た目には元気になる。でも内分泌代謝機能、骨密度低下、脳萎縮がしっかり改善するには時間がかかる。
- まだ体力がないときに学校に急に返ると、疲れて自信も失い、再発や慢性化する。学校の理解と協力を十分に得て、慎重にスモールステップで無理なく学校生活に復帰させていく。その際表5の＜重症度診断と生活管理基準＞に従い、生活の内容を決めていくのがよい。

フォローアップ

- 患者と家族とともに粘り強く治療を続ける。治療目標は身体的には、食べることへのこだわりが消え、健康な体重と食生活が回復し、排卵性規則性の月経が確立することである。
- 心理的には人目を気にしない、自然体の自分で生きていけるようになることである。対人葛藤、受験、就職などのライフイベントに再発しやすく、最低3年から5年くらいフォローしていく。

精神科との連携

専門治療機関が少ないため、初期、中期のケースは小児科で安静と食事摂取を中心に治療する。患児が小児科医の指示に従えるかぎり初期治療は可能である。治療への抵抗が強く、コントロールの効かない不穏状態であれば、精神科医に併診・紹介する。小児科医が身体面のケア、精神科医と心理療法家が心理治療と家族指導を分担する方法もある。

表5 | 重症度診断と生活管理基準

重症度	軽症	中等症	重症
脈拍数(回/分)	昼55~60 夜50~55	昼45~55 夜40~50	昼45未満 夜40未満
体温・血圧	正常~軽度低下	軽度低下	低下
体重	肥満度 ~-15%	肥満度 -15%~-20%	肥満度 -20%未満
月経(過去3カ月間)	3回だが不規則	1~2回	なし
内臓障害(脳萎縮など)	軽度	中等度	重度
生活管理	慎重に通学可 原則として体育不可	自宅安静 原則として通学不可	要入院治療
生活管理指導表*	C~B区分	B~A区分	A区分

*生活管理指導表における各指導区分の基本的考え方(新学校生活管理指導のしおりによる)


「A区分」:在宅医療または入院が必要 「B区分」:登校はできるが運動は不可

「C区分」:「同年齢の平均的児童生徒にとっての軽い運動」には参加可

註)この表は「Morgan-Russellの予後判定基準」を元に、重症度の判断と生活管理に重点をおいて改変したものです。表中の数値は目安であり、絶対的なものではありません。例えば思春期やせ症であっても、昼の脈拍数が60分以上であることがめずらしくありません。

症例5

徐々に緊張がほぐれ回復した11歳8ヵ月女子

11歳8ヵ月女子，初診時身長140.2cm，体重18kg，肥満度-40%，原発性無月経．身体的には性成熟度はTanner stage I（ 1章 p.25），体重6~7歳相当，多忙な保育士の母に気に入られようと，さみしさを押し殺して，いい兄に振舞っていた．また小さい頃からアイススケートの教室に通い，スパルタ的な訓練を受けながらがんばっていた．

入院後急性期は安静臥床・規則的栄養摂取によりバイタルサインも体重も順調に改善し，回復期に入り，身長の高さがホルモン分泌機能不全と関係があり，栄養不足からきたことなどを小児内分泌医の指導のもとで理解していった．その後，いい兄の殻を次第に破り，むき出しの不満や意見をまず治療チームに，やがては父母にぶつけ，すねながら，甘えていくようになった．その時点から心理治療，家族治療を定期的にすすめていった．

症例6

治療初期暴れて抵抗した14歳女子

14歳1ヵ月女子。初診時身長160cm，体重35.0kg，肥満度-39%，1年3ヵ月の続発性無月経。

一人娘で，幼少時より手のかからぬ完全癖の優等生であった。ふらつきを主訴に救急外来を受診し，著明な衰弱と徐脈のために即日入院となった。しかし入院を告げられ「うるせーな！死んだほうがまだ！」とわめきちらして暴れた。入院後担当医が，飢餓状態による命の危険を伝えたが，病識はなく，「私は病気じゃないのに一生うらんでやる」と目をむいて両親を責め，医師を足で蹴り飛ばした。そこで手足の冷感や徐脈を実際に示し，X線写真の滴状心をみせ，根気よく説明を続けた。2時間後ようやく点滴と心電図モニター装着をうけいれベッドに横たわった。母付き添いの個室で，絶対安静として，24時間監視体制のもとで，経腸栄養剤（ラコール）摂取を開始した。初期栄養計画は表の通りである。急性不穏状態に陥った場合の精神科併診依頼もあらかじめ出したが，その後は言葉で荒れるのみで徐々に指示に従った。

この急性期の危機は約3ヵ月にわたった。児にとり栄養摂取は不安の種であり，毎食時に，栄養摂取量に加え，食事介助の手順や速度に強迫的な不満を訴え続けた。やがて，栄養摂取後の安静臥床の意味と心地よさがわかるようになると，次第に落ち着いて自発的に，栄養を摂取するようになった。丸1年かかって回復期と社会復帰期をのりこえ，心身ともに健やかな自分になり退院していった。

初期栄養計画

【重症】14歳女子 身長160cm，体重35.0kg（発症前50kg），肥満度-39%

- 絶対安静臥床+点滴（Solita T3 500mL/日）
- 経腸栄養剤20kcal/kgから開始し，慎重に漸増，栄養摂取後，右腹側臥位2時間

初日	Racol 150mL×4回	嘔吐，下痢，腹痛の有無を慎重に確認
2～4日目	Racol 200 mL×4回	（経口摂取計800kcal/日）
5～8日目	Racol 250 mL×4回	（経口摂取計1,000kcal/日）
9～13日目	Racol 300 mL×4回	（経口摂取計1,200kcal/日）
14～18日目	Racol 350 mL×4回	（経口摂取計1,400kcal/日）
19～23日目	Racol 400 mL×4回	（経口摂取計1,600kcal/日）
24～28日目	Racol 400 mL×3回+毎食離乳食150kcal	（経口摂取計1,650kcal/日）
29～33日目	Racol 400 mL×3回+毎食離乳食200kcal	（経口摂取計1,800kcal/日）
34日目	Racol 400 mL×3回+毎食離乳食300kcal	（経口摂取計2,100kcal/日）
35～39日目	Racol 400 mL×3回+毎食おかず軟菜300kcal	（経口摂取計2,100kcal/日）

- 18) Honing P : Family work. In : Lask B, Bryant-Waugh R editors. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. 2nd ed. Psychology Press, 187-204, 2000.
- 19) Powers PS, Fernandez RC : Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. S Karger Pub , 1984.
- 20) Barker P : Basic Family Therapy. Univ Park Pr, 1985.
- 21) 渡辺久子：摂食障害の治療。小此木啓吾編：青年の精神病理2. 139-169, 弘文堂, 1980.
- 22) 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達. 金剛出版, 2000.
- 23) Wilson GT, Shafran R : Eating Disorders Guidelines from NICE. Lancet 365 : 79-81, 2005.
- 24) Bruch H : Eating Disorders. London Routledge & Kegan Paul, 1974.
- 25) 福岡秀興：危険がいっぱい，思春期のダイエット，芳賀書店, 2001.
- 26) 福島裕之，徳村光昭，小口恵子，他：摂食障害とチーム治療，小児看護20（1）:81-86, 1997.
- 27) Honing P, Sharman W : Inpatient management In : Lask B, Bryant-Waught R editors. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence 2nd ed. Psychology Press, 262-288, 2000.
- 28) 渡辺久子：拒食症と小児科医の役割，小児科診療58（6）:1029-1034, 1995.
- 29) 渡辺久子：思春期の摂食障害，学校保健の広場19 : 70-71, 2000.
- 30) 渡辺久子：神経性食欲不振症，小児看護24（13）: 1839-1844, 2001.
- 31) 渡辺久子編：心身症クリニック，症例から学ぶ子どものころ，南山堂，2003.

第1章

思春期やせ症とは

第2章

学校における予防と
早期発見・介入

第3章

小児科医による予防と
早期発見・初期治療

第4章

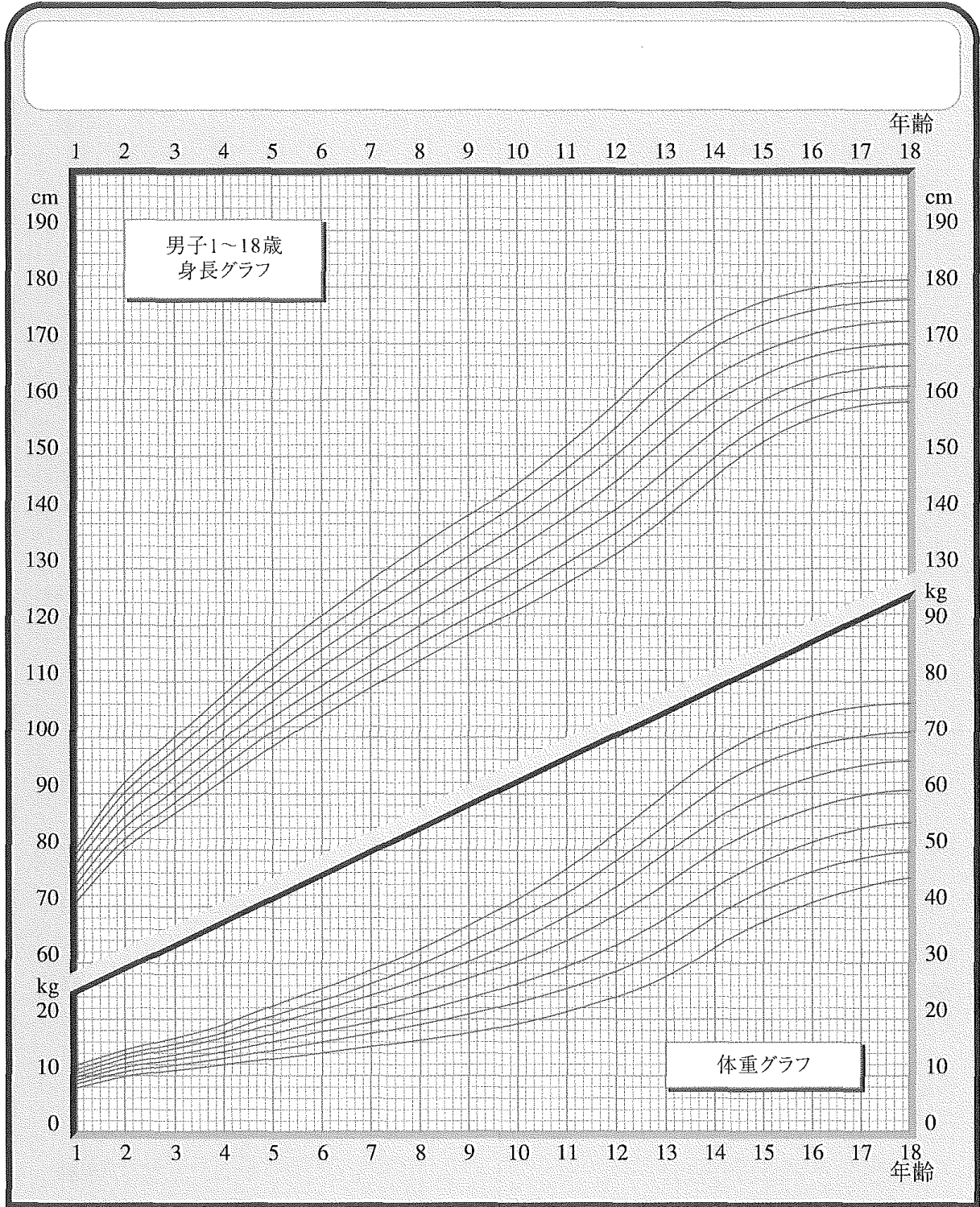
ライフサイクルを視野に
入れた思春期やせ症

第5章

専門医による
最先端治療

★このページは自由にコピーをしてお使い下さい

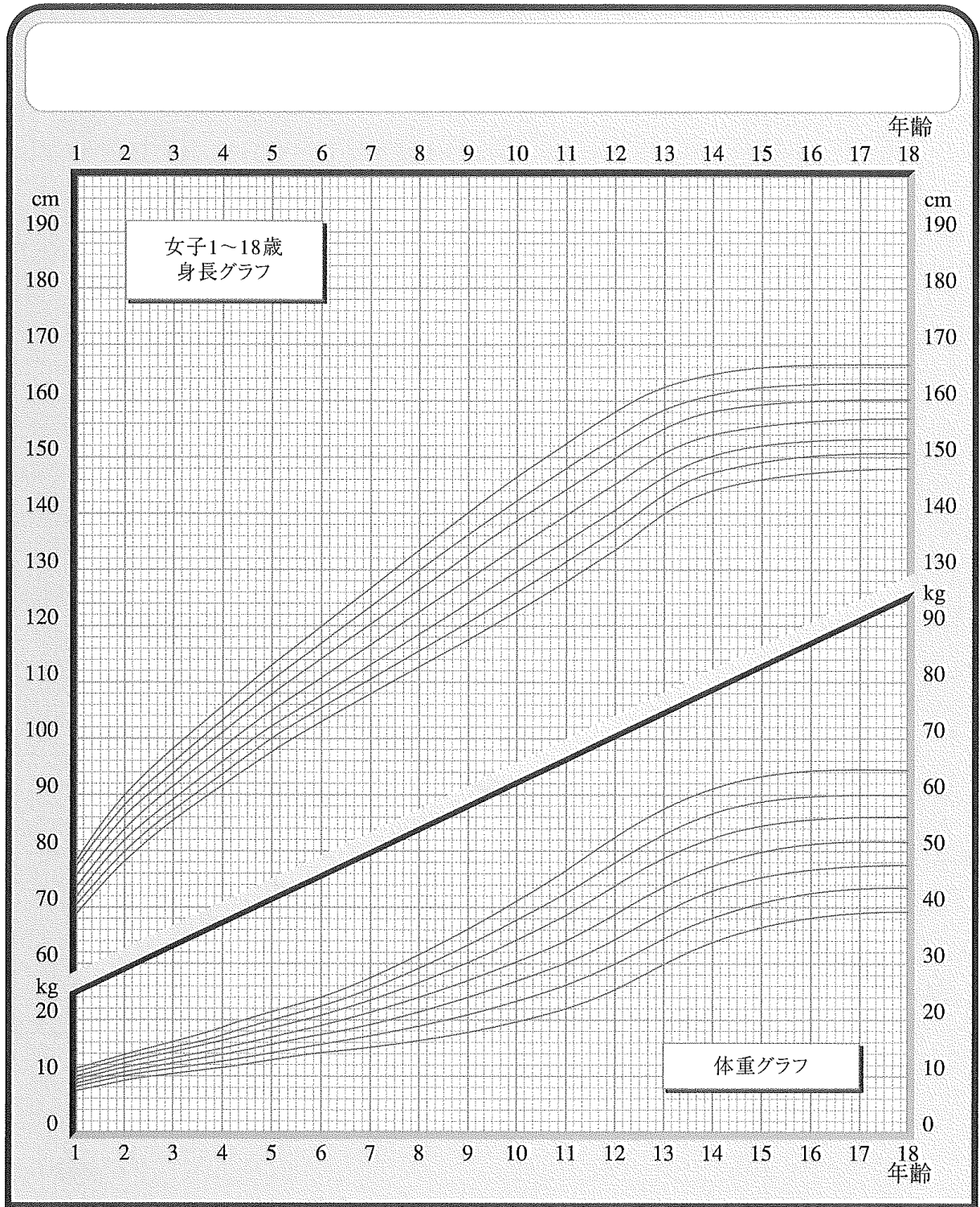
成長曲線を作ろう(男子)



	小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年
健診日						
身長 (cm)						
体重 (kg)						
	中学1年	中学2年	中学3年	高校1年	高校2年	高校3年
健診日						
身長 (cm)						
体重 (kg)						

★このページは自由にコピーをしてお使い下さい

成長曲線を作ろう(女子)



切り取り線

	小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年
健診日						
身長 (cm)						
体重 (kg)						
	中学1年	中学2年	中学3年	高校1年	高校2年	高校3年
健診日						
身長 (cm)						
体重 (kg)						

索引

英

ANICU 128, 129, 130
 anorexia nervosa 2
 — intensive care unit 128
 A-Tスプリット 121
 β エンドルフィン 11, 25
 BALP 89
 BMI 85
 body mass index 85
 Ca 79, 80, 89, 106, 107
 catch-up growth 19, 21
 constructive use of ignorance 118, 124
 critical period 88
 DEXA法 79, 89, 112
 DHEA 81
 DSM-IV-TR 4
 — の診断基準 4, 16
 FSH 22, 24, 63, 81, 82, 87
 GH 63, 78, 108
 GnRH 22, 24, 87, 108
 — パルス 22, 82, 87
 GOS (Great Ordmond Street) 16
 HDL (高密度リポ蛋白) -コレステロール (善玉
 コレステロール) 86
 hormone replacement therapy 109
 HRT 88, 109, 111
 IGF-I 18, 19, 20, 63, 78, 81, 88, 106, 108,
 109, 111
 IGF-II 78
 LDL (低密度リポ蛋白) -コレステロール 86
 lean body mass 83
 LH 22, 24, 63, 81, 82, 87
 — サージ 22, 23, 24
 MD 112
 medroxyprogesterone acetate 110
 Morgan-Russellの予後基準 92
 MPA 110
 NTx 89
 OC 110
 oral contraceptives 110

P-Fスタディ 121
 pQCT 112
 refeeding syndrome 28, 66
 rhIGF-I 111
 SCT 121, 124, 126
 SERMs 110
 specific estrogen receptor modifiers 110
 Tanner 分類 25
 target height 65
 “thrifty” gene phenotype 88
 TSH 81
 WISC-III 121
 WISC-R 124

あ

悪玉コレステロール 86
 アディポサイトカイン 83
 アディポネクチン 83
 アノレキシア集中治療 128
 — プログラム 128
 安静 67
 — 臥床 32, 67, 131
 — 時間 67
 アンドロゲン 18, 19, 22

い

育児ノイローゼ 94
 一枚岩 103, 128, 130, 132
 遺伝的要因 11
 医療機関と学校の連携 43
 医療チーム 129
 インスリン 19
 — 抵抗性 83
 — 様成長因子 18
 — 様成長因子-I 63, 78
 — 様成長因子-II 78
 インヒピンB 82, 110

う

ウインドウ 80

運動 108

- 制限 47, 49
- 耐容能 46, 47, 49
- 負荷試験 46, 48

え

エストロゲン 18, 19, 22, 24, 25, 63, 78, 81,
82, 83, 87, 106, 108, 109, 111

- 受容体 84

エネルギー儉約遺伝子発現説 88

エンケファリン 25

お

黄体化ホルモン 81

黄体期 23

黄体形成ホルモン 22

黄体ホルモン 23, 110

オーダー記入例 74

オーダーシート 75

オピオイドペプチド 25

親・家族の会 96

か

概日リズム 62, 63

海綿骨減少 82

隠れ肥満 47, 48

過食嘔吐 61, 103

- 症 2

過食症 2

一次予防 51

家族画 121, 126

家族機能 113, 115, 117

家族構造 114

家族治療 31, 113, 116, 117, 118

家族的要因 11

家族評価 113

家族病理 114, 117

学校健康診断 38, 40, 51

学校生活管理 46, 47, 49

- 指導 49, 52
- 指導表 49, 91

学校保健現場 38, 40

学校保健室 40, 41

家庭機能不全 56, 57

カテコールアミン 30

下方シフト 38, 39, 40, 41, 51

カルシウム 79, 80, 106

- の食事摂取基準 107

患者の会 96

感度 38, 59

鑑別診断 14

き

気分障害 15

虐待 15

強心剤 30

強迫障害 15

拒食症 2

け

慶應方式 128, 129, 130

経口避妊薬 87

経腸栄養剤 68, 70, 75

血管運動神経症状 84

月経周期 24, 25

結合型エストロゲン 109

健康教育 51

言語化 119

原発性無月経 5, 25

こ

高コレステロール血症 86

高脂血症 83, 86

甲状腺刺激ホルモン 81

甲状腺ホルモン 18, 19, 63, 81

行動化 119

行動療法 118

更年期 84, 85, 86, 109

呼気ガス分析 46

骨 78

骨塩量 78

骨芽細胞機能 82, 111

骨型アルカリフォスファターゼ 89

骨吸収 80, 83

- マーカー 82

骨形成 80, 83

- マーカー 82

骨成長 78

骨折 83, 89

骨粗鬆症 3, 78, 83, 88, 111, 112

- 発症 67

骨代謝 78, 80, 81, 83
 —— マーカーI型コラーゲン架橋Nテロペプチド 89
 骨端閉鎖 20
 骨微細構造 82
 骨密度 78, 79, 82, 83, 89, 90, 108, 110, 112
 骨量 78, 79, 80, 81, 82, 86, 88, 89, 91, 106, 108, 110, 111, 112
 骨量減 83
 骨量測定法 112
 ゴナドトロピン 22, 24, 63
 —— 分泌刺激ホルモン 87
 —— 分泌ホルモン 108
 —— 放出ホルモン 82
 コルチゾール 18, 19, 81, 82

さ

栄養症候群 28, 66, 70, 103, 105, 128
 最高酸素摂取量 46, 48
 在宅治療 42, 43, 44
 再発診断 38
 サプリメント 106, 107
 サポートシステム 96
 三者連携 45

し

自我機能 119
 自己感作用 23
 自己認知 118
 —— 機能 119
 脂質代謝 83
 —— 異常 86
 思春期 25, 26
 —— やせ症前段階 8, 9, 10
 —— やせ症の診断基準 13, 16
 視床下部・脳下垂体・甲状腺系 81
 視床下部障害 21
 視床下部性無月経 25
 自尊感情 119
 疾病否認 7, 40, 102
 自転車エルゴメーター 46
 シフト 58, 59
 死亡率 94
 社会心理的予後基準 92
 社会文化的要因 11

捨食 103
 周産期 94, 95
 重症度診断と生活管理基準 132, 133
 重症度分類 16
 循環器系 26
 省エネ運転中 27, 28
 消退出血 87, 110
 上腸間膜動脈症候群 66, 70
 情報の取捨選択力 96
 初期指導 61
 初期治療 61, 74
 食事介助 33, 72, 73
 食事摂取基準 106
 食生活/親子・対人関係指標 92
 初経 25
 除脂肪体重 83, 88
 徐脈 8, 27, 38, 39, 40, 41, 59, 60, 62
 自律神経機能 28
 —— 異常 30, 38
 —— 評価 10, 28
 人格障害 122
 心機能障害 27, 28
 心胸比 27
 神経性食欲不振症 2
 心臓死 26
 身体化 119
 身体合併症 47
 身体計測値 38, 40
 身体治療 31, 118
 身体的防御反応 28
 診断基準 13
 心拍変動解析 28
 心理検査 121, 124
 心理治療 31, 118, 120, 123
 —— の身体ケア 120
 心理的サポート 90
 心理的病理構造 121
 心理的要因 11
 心理テスト 71

す

スクリーニング 30, 38, 59, 60
 —— 検査 63, 64
 健やか親子21 33
 スリム志向 2, 11

せ

- 制限型 16
- 性差境界 114, 115
- 精神病圏 122
- 成人病の胎児期発症説 88
- 精神分析 118
- 性腺刺激ホルモン 22
- 成長 19
 - 加速期 19
 - 曲線 4, 5, 8, 38, 39, 40, 41, 51, 56, 61
 - 障害 18
 - 速度曲線 19
 - の追いつき 19, 21
 - ホルモン 18, 19, 20, 63, 78, 108
- 性ホルモン 18, 19, 22, 63
- 世代間伝達 94
- 世代境界 104, 114, 115
- 摂食障害 2
 - の病型分類 16
- 摂食練習 130, 131, 132
- 絶対安静 67, 102
- 撰択的エストロゲン受容体モジュレーター 110

そ

- 早期介入 40
- 早期診断 30, 38, 59, 60
- 早期治療 51, 56
- 早期発見 5, 7, 40, 41, 51, 56, 58
- 早産 87
- 続発性 25
 - 無月経 78, 80, 86

た

- ダイエット 2, 14, 51, 52, 80
 - ハイ 11
- 体脂肪率 47, 48, 83
- 体重減少性無月経 108
- 体組成 47, 49
- 第一度無月経 108
- 第二度無月経 80, 84, 87, 108
- 多元的発症モデル 11, 12
- 多軸診断法 17
- 多臓器障害 3, 46, 103

ち

- 知能検査 121
- チャンネル 58
- 超音波法 89
- 治療原則 31
- 治療抵抗 102

つ

- 通院在宅治療中の学校と医療機関の協力 42

て

- 低エストロゲン血症 84, 85, 86, 109
- 低血圧 27
- 低容量ピル 110
- 低リン血症 28
- テストステロン 63, 87
- デヒドロエピアンドロステロン 81, 82
- 点有病率 4, 6

と

- 統合失調症 15
- 動脈硬化 83, 86
- 冬眠状態 28, 29
- 冬眠中のクマさん 28, 62, 131
- 特異度 38
- 突然死 94

な

- 内省 44
- 内臓脂肪 83
- 内分泌系 18
- 仲間の会 96

に

- 二次性徴 22, 25, 26
- 二次性無月経 5
- 二重X線エネルギー吸収法 79, 112
- 二次予防 51
- 24時間ホルター心電図 28, 60
- 日内変動 30
- 入院治療 42
- 認知行動療法 118, 124
- 認知障害 13
- 妊孕性 78, 87, 90

の

脳脊髄液 85, 86
脳内麻薬 11

は

パーセンタイル値 58
排卵 24, 110
—— 性月経 71, 91
バウムテスト 121, 126
破骨細胞機能 111
発症機序 11
発症要因 11
発生頻度 5
発達性肥満 2
パルス状分泌 20

ひ

ビスフォスフォネート 89, 111
ビタミンD 89, 106, 107
肥満指数 85
肥満度 5, 8, 38, 39, 40, 41, 56, 65
病型分類 13
標準体重 38, 65
標的身長 65

ふ

フォローアップ 90, 91
副交感神経活動 28, 38
副交感神経機能亢進 9
副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン (CRH) 11
副腎皮質ホルモン 18, 19, 81
不健康やせ 5
不整脈 26, 27, 30
不妊症 3, 90
負のフィードバック 21, 24
父母連合 104, 114, 115
プレマリン 109
プロゲステロン 23, 24, 25, 111
—— 製剤 109
文章完成法 121
分類不能型 (EDNOS: Eating Disorders Not
Otherwise Specified) 16

へ

閉経 109, 111
—— 後女性 86

ほ

包括的チームアプローチ 128
包括的治療システム 31, 33
包括的治療プログラム 128
ホットフラッシュ 84, 86
ホルター心電図 60
ホルモン補充療法 88, 106, 109, 111

ま

窓 80, 81

み

脈拍数 14, 27, 30, 56, 59, 60, 62, 63, 67,
68, 103
三次予防 52

む

無月経 18, 25, 26, 40, 41, 63, 88
無知の建設的利用 118, 124
むちゃ喰い/排出型 16
無排卵性周期 25

め

メタボリック症候群 83
メディア・リテラシー 96

も

問診 13

や

薬物治療 30

よ

予後 93
—— 不良因子 94
—— 良好因子 94
予防 56

ろ

ラロキシフェン 110
卵胞期 24

卵胞刺激ホルモン 22, 81

り

リコンビナントヒトIGF-I 111

リデドロネート 111

流産 87

臨界期 88

臨床心理士 57, 71, 121

れ

レジスチン 83

レプチン 81, 82, 83, 110, 111

ろ

ロールシャッハテスト 121, 122, 124, 126

思春期やせ症の診断と治療ガイド 定価(本体2,800円+税)

2005年4月17日 第1版第1刷発行
2005年5月21日 同 第2刷発行

編著者 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)
思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態
把握および対策に関する研究班

発行者 浅井宏祐

発行所 株式会社 文光堂

〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7

電話 東京(03)3813-5478(営業)

東京(03)3813-5411(編集)

[検印省略]

©渡辺久子・徳村光昭(代表), 2005

アートライン・壮光舎印刷

乱丁・落丁の際はお取り替えいたします。

Printed in Japan

ISBN4-8306-3025-6

・本書に掲載された著作物の複写・複製・転載・翻訳・翻案・譲渡・データベースへの取り込みおよび公衆送信(送信可能化権を含む)に関する許諾権は株式会社文光堂が保有しています。

・JCS(株)日本著作出版権管理システム委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に(株)日本著作出版権管理システム(03-3817-5670)の許諾を得てください。

ISBN4-8306-3025-6 C3047 ¥2800E



9784830630255



1923047028006

思春期やせ症の 診断と治療ガイド

厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)
思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班

定価(本体2,800円+税)