

て出入りを制限し、ナースステーション管理で開閉や排出・流水を行える専用のトイレを使わせるという工夫も考えられる。それ以上に、筋力が低下している患者の転倒予防を考慮した施設づくりが望まれる。

セキュリティ

摂食障害患者には意識消失や転倒などの事故が伴いやすく、無断外出や脱走などの問題行動もある。当センターでは、日本で開発され、すでに工場や老人介護施設で実用化されている安全支援システムを導入する。装着したICタグで居場所を確認できる安全支援システムを採用する。入院患者に加速度センサを内蔵した名刺大の無線ICタグを装着し、遠隔地からサーバーでモニターできる。サーバー1台あたり最大500個のセンサタグが管理可能である。大規模施設の人目の行き届きにくい場所で、対象者の位置だけでなく、移動速度（立位、停止、転倒）を把握でき、所在地だけでなく、容態の急変や事故に迅速に対応できる。また、緊急時には自動で警報を発する。患者の安全を守りつつ、患者に束縛や不快感を抱かせない画期的なシステムと考えられる。

治療プログラム

●対象患者

8歳以上を対象にする。当センターでは低栄養に伴う内科的危機状態や頻度の高い合併症の治療は行うが、専門性の高い検査や治療を必要とする患者はその治療後に当センターで治療する。

●治療の内容

年齢、身体的重症度、病期、精神科的併存症や発達障害などの合併症に応じて、外来、入院、デイケア、相談業務、社会復帰・就労支援を行う。^{*}日本では十分な数の心理療法士は育成されていないので、主治医は医師が妥当で、患者の年齢や病態に応じて精神科、心療内科（内科）、小児科が担当する。摂食障害は病態、重症度、必要とする支援にも広いスペクトラムを有する。この疾患の多面性ゆえにチーム医療が重要と考えられ、医師は、看護師、臨床心理士、管理栄養士、社会福祉士、臨床検査技師、理学療法士などと連携する。従来、施設内での科の連携の悪さや専門スタッフの不足から、患者の病態や病期に応じて、栄養療法、内科的治療、精神療法⁹⁾が適切な時期に、かつ適切な程度に行えない実態があったが、当センターのシステムでは連携して行える。

精神療法の内容は個人精神療法、認知行動療法、対人関係療法、ソーシャルスキルトレーニング、集団療法、芸術療法、家族療法などである。従来、日本では、行動制限療法が最も推奨されていた。本治療法は制限を厳守できる施設が必要で、症例の適応を厳選することが重要である。当センターでは閉鎖病棟を利用して行うことができる。神経性無食欲症では、統計学

的に有効性が証明されている唯一の治療は家族療法である。イギリスでは、18歳未満の患者には家族療法を手厚く行っているが、日本では家族療法は広く行われていない。今後、家族療法に精通した治療者の育成が必要と考えられる。

デイケアでは、医療スタッフの援助のもと、種々の病期の患者がカフェテリアからランチをとって一緒に食べ、討論会や種々の活動を行う。

摂食障害患者の支援では、受診を拒む患者が多いため、家族の受療相談の需要が高い。そのほか、体重が軽く心身の能力が不十分な状態での就学・就労、段階的な社会復帰、生活困窮者への福祉など、相談業務は不可欠である。

標準的な医療は保険診療で行われ、心理相談、デイケア、治療者や家族の研修事業は自費で行われる。

●入院治療

入院治療では、入院前に患者と家族に十分な入院治療プログラムの説明をしてインフォームド・コンセントを文書で得る。スケジュールは6:00から21:00まで、食事や間食、個人やグループの精神療法、栄養士との相談、レクリエーションなど綿密に立てられ、そのうえに個々の患者に必要な医学的検査や家族面談の予定を組む。入院患者の入院期間に短縮化が推進されており、当センターでも、患者の病態や治療目的に応じたオーダーメイド治療を行い、入院期間は特殊な治療を除いてできる限り短縮される⁶⁾。

●教育プログラム

摂食障害では患者の心理教育は重要で、治療の中で行われる以外に、講習会や公開講座の形態で行う。また、家族への情報提供や患者への適切な

アメリカ・イギリスの摂食障害の医療費事情

Column

アメリカでは個人が加入した医療保険会社が高額な摂食障害の治療費用を支払うが、医療の内容は保険会社によって制限がある。ケースワーカーは入院に際し、入院治療の必要性を保険会社に説明し、その後、毎日、入院継続の必要性を電話で伝えて許可を取る。摂食障害の入院治療は高額で、保険会社は30日以上入院を許可しないという現状がある。回診では、開口一番、「あと何日入院できるか」が話題になるほどであった。

イギリスでは租税に基づいた医療保険制度があり、National Health Service (NHS) に委託され

た医療機関ではすべての医療費は無料である。摂食障害の治療は全般に手厚く、精神科医、心理療法士、栄養士が毎週面談している。また、18歳以下の患者には家族療法が行われている。平均入院期間は約4か月である。家庭医からの紹介で受診できるが、予約は一杯で待たされることもある。ロンドン地区には5つの摂食障害専門治療施設があるが、専門施設がない地区もあり、NHSによる摂食障害の治療は地区によってばらつきがある。さらに、NHSは財政危機を抱えていた。NHSではない摂食障害治療施設も多くあるが、治療費は自費である。

サポート方法を教育することが必要である。さらに、家族をエンパワメントすることで、家族の疲弊を予防できるので、家族を対象にした心理教育、個別のカウンセリングを行う。治療者を養成するために、他の医療機関から研修を希望する医師、臨床心理士、看護師を受け入れ、教育や研修指導を行う。臨床研修室、会議室、宿泊施設を使用する。

おわりに

施設が清潔で開放的で安心感と快適さを与えるものであっても、治療プログラムがどれほど優れていても、患者に対応する診療スタッフの態度が不適切であれば治療環境は悪いといわざるをえない。思春期・青年期によくある課題に対してコーピングスキルが未熟だったり、過敏で柔軟性を欠いたり自己否定的な認知の偏りゆえに発病しているということを理解できること、病態や病状を科学的に把握して患者と症状を区別できること、患者の理不尽な支配的な態度を額面通り受け取らず、疾患特有のものであると客観視できること、治りたくない気持ちを共存させている患者であることを心得ていること、本人の希望や意欲は可能な限り尊重して自己表現を奨励できること、反社会的行為に対して適切に注意し、無理な要求をする言動には譲らない強さをもてること、患者に「大切に扱われている」と気づかせて自尊心を回復させる一助にすること、コーピングスキルの教育・訓練に協力できること、患者が主体性をもって良く生きることへ援助を惜しまないこと、この治療枠にフィットしない患者を受容する柔軟性があること、筆者が行いたいと心がけているスタンスである。

(鈴木(堀田) 眞理 Mari Suzuki-Hotta)

引用文献

- 1) Pinfold V, et al. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17: 123-131.
- 2) Treasure J, Crane A, Smith G. Skills-based Learning for Caring for a Loved One With an Eating Disorder: The New Maudsley Method. Routledge; 2007 / 友竹正人ほか(訳). モーズレイ・モデルによる家族のための摂食障害こころのケア. 東京: 新水社; 2008.
- 3) 末松弘行ほか(編). チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて. 東京: 診断と治療社; 2009. pp92-102.
- 4) Peggy Claude-Pierre. Secret Language of Eating Disorders. Canada: Random House; 1997 / 田村明子(訳). あなたの大切な人が拒食症になったら. 東京: 新潮社; 1998.
- 5) 切池信夫(編). 摂食障害. 最新医学別冊. 新しい診断と治療のABC. 大阪: 最新医学社; 2007.
- 6) 鈴木眞理. Primary care note 摂食障害. 東京: 日本医事新報社; 2008.

神経性食欲不振症

ANOREXIA NERVOSA, AN

【神経性食欲不振症とは】

摂食障害とは、持続する意図的な少食や下剤乱用、過食後の嘔吐などの行動異常によって特徴づけられる障害で、大きく神経性食欲不振症(anorexia nervosa: AN)と神経性大食症(bulimia nervosa: BN)に分類される。ANは、正常体重の最低限を維持することを拒否し、BNは基本的に標準体重の範囲にある。AN、BNともにやせ願望や体重増加に対する恐怖、自分の存在価値が体重および体重の影響を過剰に受けるなど共通した臨床像を認める。ここでは摂食障害の基本的病態であるANについて述べる。

【疫学】

ANの患者数はこの5年間で3倍増加し、女子大生を対象とした調査ではANの推定頻度は0.4%、BNは2.2%程度と言われている。ANは主に10～20歳代の女性に発症するが、まれに男性例もある。

【成因】

やせを推奨する社会因子が背景にあり、完全主義・過剰適応などの性格や核家族・過保護などの家族因子が関与するといわれている。発症前は「よい子でストレスに対する適切な対処が苦手なタイプが多い。患者は、「太っている」と言われ構っていたり集団からの孤立などの挫折体験を直視することから回避してANとなる。その後、周囲からの賞賛や周囲を振り回すという代償・万能感に加え、低栄養状態も関与した認知のゆがみが絡み合い症状が特続する。

【症状・検査】

やせや低栄養が原因の無月経はもちろんであるが、骨粗鬆症、うぶ毛の増加、便秘症、低血圧、徐脈、下肢の浮腫などが認められる。検査では、低栄養・食行動異常による肝機能障害、脱水、代謝性アルカローシス、血清K値低下、無月経(FSHは低下が正常範囲・LHは低下)や甲状腺ホルモン値低下(T₃が低下しrevers T₃が上昇)で内科や婦人科を受診することも多い。

【診断】

表1に米国精神医学会の診断基準(DSM-IV-TR)を示す。

鑑別診断：機能性アイスベプシア、吸収不良症候群、腸管狭窄症、腸管狭窄症などの胃腸管疾患、慢性肝炎、炎症性腸病、各種悪性腫瘍、結核、糖尿病、膠原病、統合失調症、甲状腺機能亢進症など。

【治療】

1. 心理的治療

一般的な対応として、①「体がきついのを治したいが、体重が増加するのは嫌」という一見相反する心理機制を理解を示す、②やせた状態が身体に及ぼす悪影響についての教育、③家族と情報交換、④ストレスを適切に処理する能力を身につけるよう指導、⑤食行動や体型の話題だけではなく、本人が本来抱えている問題「対人関係がうまくいかない」「自信がない」が面接の場に出てくるようにすることが大事である。

中～重症例は、専門施設で治療が行われることが多く、認知行動療法、家族療法、精神分析的療

表1 神経性食欲不振症 (米国精神医学会 DSM-IV-TRによる診断基準)

- A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否(例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少/または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる)。
- B. 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに對する強い恐怖。
- C. 自分の体の重さまたは体型を感じる感じ方の障害：自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。
- D. 初潮後の女性の場合は、無月経、つまり、月経周期が連続して少なくとも3回欠如(エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる)。

病型を特定せよ

制限型 現在の神経性食欲不振症のエピソード期間中、患者は定期的にむちゃ喰い、または排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿薬または洗腸の誤った使用)を行っていない。

非制限型 現在の神経性食欲不振症のエピソード期間中、患者は定期的にむちゃ喰いまたは排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿薬または洗腸の誤った使用)を行ったことがある。

療法などが、患者の病態や治療者・治療施設の特性に合わせて行われている。図1に認知行動療法を基本とした治療のアルゴリズムを示す。

2. 身体的治療

低栄養の是正は心理療法を有効に進めるうえで不可欠である。経口摂取が困難な場合、経鼻経胃栄養や経中心静脈高カロリー輸液がある。栄養療法の際には、電解質(とくにP、K)に注意する。体重増進時の無月経や甲状腺機能低下症は生体の消耗を予防する意味で有用であるため、原則的にホルモン補充による治療は行わず、まず体重の増加を優先させる。

3. 薬物療法

やせたAN患者における薬物療法の有効性は乏しい。セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)は、体重の回復したANの再発率を減少させる。オランザピンは抑うつや食行動異常の改善に効果があると報告されているが、日本では保険適応外である。

予後

長期予後の死亡率は5%前後で、それらは肌線による身体的合併症(心血管性が多い)か自殺が多い。

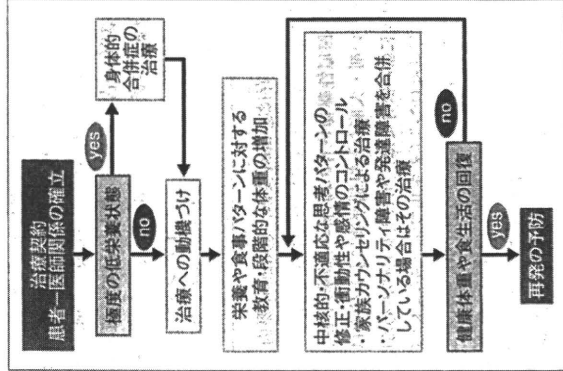


図1 治療のアルゴリズム

1) 中井義勝：摂食障害の診断と治療 ガイドライン2005. 石川俊男, 鈴木健二, 鈴木裕也, 中井義勝, 西園 文昭. p.12. マイライフ社, 2005

2) Garner DM: Pathogenesis of anorexia nervosa. Science, 341: 1631-1635, 1993

3) 河合啓介, 久保千春: 神経性食欲不振症のメカニズムと治療. CLINICAL NEUROSCIENCE, 24 (8) : 932-935, 2006

4) Miller K et al.: Medical Findings in Outpatients With Anorexia Nervosa. Archives of Internal Medicine, 165 : 561-566, 2005 (河合啓介)

厚生労働省科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
中枢性摂食異常症に関する調査研究 平成 22 年度 研究報告書

発行者 厚生労働省科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
中枢性摂食異常症に関する調査研究
主任研究者 小川 佳宏

連絡先 〒113-8510 東京都文京区湯島 1-5-45 M&D タワー24 階
東京医科歯科大学 難治疾患研究所
分子代謝医学分野
TEL & FAX : 03-5803-4931

