

厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）
分担研究報告書

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究
- 学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子
の抽出にむけて -

精神科との連携について

分担研究者 鈴木雄一 福島県立医科大学小児科助手

研究要旨

摂食障害児の低年齢化や非典型例の増加により、小児科を最初に受診することが少なくない。2009年、南江堂より小児心身医学会ガイドライン集が刊行され、その中に「小児の神経性無食欲症ガイドライン」が掲載されている¹⁾。特に小児科領域では広く知られるようになったと思われる。しかし、患児の発症年齢や地域の医療体制などにより、また患児が最初に受診する診療科により、その後の治療が変わりうるのが現状である。

当院で小児摂食障害患児が受診しうる外来として、小児科外来と精神科外来、そして子どもの心診療センターという3つの窓口がある。

今回、子どもの心診療センターの過去5年間の受診状況を振り返り、現状の把握と今後の診療体制や連携の仕方について検討したので報告する。

A. 研究目的

摂食障害患児の低年齢化により、低体重となった児を保護者が心配して小児科外来に受診することが最近経験される。発症年齢や地域の医療体制などにより、また小児科と精神科のどちらの科を受診するかにより、その後の治療が少なからず影響を受ける。福島県では、子どもの心理的な問題への対応を、従来は小児科と精神科が単独で行ってきた。しかし、両科が協力して対応すべき症例が増加している。このニーズに応えるため、小児科と精神科が連携して患者対応に当たることを目的として2009年11月に子どもの心診療センターが開設された。まだ独立した診療科ではな

く、小児科と精神科から医師を出し合い、両医師が同一患者を同一場面で診療することを外来初診時の条件としている。また、入院体制を持たない原則外来のみの診療であるため、重症例の受け入れとしては機能しえない。開設から5年が経過したため、この間の摂食障害診療について症例を通して報告し、検討する。

B. 研究方法

2009～2014年に子どもの心診療センターの受診状況を後方視的に検討した。

また、小児科と精神科が関わった、もしくは連携した小児摂食障害3症例について治療と連携内容とについて考察した。

C. 研究結果

子どもの心診療センター開設から 5 年間の初診患者数は 132 名だった。その中の過半数は発達障害を背景に持つ児の適応障害であった。次いで、不安障害、心身症、転換性障害の順であった。摂食障害患児数は 5 名で、全初診患者の 4%を占めていた。摂食障害患者の紹介元は病院小児科から 2 名、精神科開業医から 2 名、小児科開業医から 1 名であった。一方、同期間の当院小児科での摂食障害初診患者は 4 名であった。精神科については具体的な受診者数を把握していない。

小児科から精神科医師もしくは心理士に連携を依頼した 3 症例について提示する。

< 症例 1 >

心理士に介入を依頼し、母子ともに小児科病棟で治療した例

診断：摂食障害（GOS 分類：機能性嚥下障害）

発症時年齢：9 歳 7 か月（小学 3 年）男児。
初診時身長 134.7 cm、体重 26.2kg、BMI14.4。

経過：急性胃腸炎に罹患後、食欲が戻らず、体重が減少した。親が食べさせようとしても嘔気を催したため他院を受診した。点滴や栄養指導を行っても摂食できず、経管栄養に切り替えても注入を拒否したため当院小児科に転院した。経腸栄養が身体的にも心理的にも困難と判断し、中心静脈栄養による身体管理に移行した。その後、空腹感が出現し、徐々に経口摂取が出来るようになった。食後の嘔吐はないものの、一日中ティッシュに唾を吐くようになり「やめ

たいのにやめられない」と本人が訴えたため心理士に小児科病棟での認知行動療法を依頼した。

治療：小児科病棟に週 1 回心理士が訪問治療した。徐々に唾吐きの間隔が空き、退院後は消失した。その後、再燃していない。

< 症例 2 >

小児科での治療が困難となり精神科病棟での治療に移行した例

診断：摂食障害（GOS 分類：食物依存性情緒障害）自閉スペクトラム症疑い

発症時年齢：8 歳 8 か月（小学 2 年）女児。
初診時身長 116 cm、体重 17.3kg、BMI12.9。

経過：震災後より徐々に食欲減少した。病院小児科でやせを指摘され当科を紹介された。母の放射能不安が強く、レントゲン検査に同意を得られなかった。また、母の全般的不安が非常に強く、採血を嫌がる児を母が説得できないため“母が本当に児を大切に思っているのか”が伝わらない状況だった。患児の思考も硬く、小児科外来で 1 年間治療を行ったが、小児科の治療方針に乗ることができなかった。児の企死念慮が高まり、母の不安も含めて“抱える環境づくり”が必要と考え、精神科に入院治療を依頼した。

治療：精神科閉鎖病棟に母と分離して 5 か月入院した。病棟で患児と心理士の関係作り、精神科主治医による母親面接が行われた。退院後は精神科外来で治療を継続している。現在 11 歳、体重は 20kg 台を維持している。体重が 17 kgを下回ったら再入院の方針。

< 症例 3 >

精神科にコンサルテーションし、患者・家

族が小児科を選択した例

診断:摂食障害(DSM-5:神経性やせ症)、
自閉スペクトラム症

発症時年齢:12歳7か月(小学6年)男
児。初診時身長150cm、体重32kg、
BMI14.2。

経過:初診の1年前に陸上部に入り、“食
べないで痩せたら記録が伸びた”ことから
拒食にのめりこんだ。頭の中で食事に対す
る葛藤が強まり、辛すぎて死にたいと訴え
たため近病院小児科から当院小児科に入
院依頼があった。入院後の行動化が予想さ
れたため精神科病棟での治療についてコ
ンサルテーションした。患児は閉鎖病棟で
の治療や入院治療を拒否し、小児科外来で
の治療を希望した。外来での治療枠と入院
基準を明示して、同意を得たうえで外来治
療を継続している。

治療:小児科外来への週1回の通院にて、
親面接、患児の強迫に対する認知療法と過
覚醒に対する薬物療法を行っている。

D. 考察

子どもの心診療センターにおける摂食
障害の初診患者の割合が全体の4%と少
ないのは、発達障害の受診者数の増加も影
響していると考えるが、予約待ちの期間が
4~6か月と長いため、重症例は直接病院
精神科もしくは病院小児科に早期に紹介
され入院治療がなされていると考えられ
る。福島県の歴史的背景として、小児精神
分野は精神科が担ってきた。詳細は不明で
あるが、年間1~5例程度の小児摂食障害
を当院精神科で受けていると推定する。

症例1は、経口摂取も経管栄養も受け
入れられず経静脈栄養を要したため管理

上も小児科病棟での治療が適していた。し
かし、嘔吐きという強迫症状に対して精神
科所属の臨床心理士に介入を依頼し認知
行動療法を担当してもらった。症例2は、
母子関係の再統合が外来では困難だった
ため、病棟で母子を抱える環境が必要だっ
た。患児と母の治療にそれぞれ担当者が付
くことで個々が安定し、両者の関係性を育
てる場所として閉鎖病棟が機能したと考
える。症例3は希死念慮を訴えたが精神
科での治療を拒否した。患児が小児科と精
神科の両方の治療方針を聞き、自ら治療の
場を選択したことは、主体性の獲得が発達
課題である摂食障害患児にとっては意味
がある。診療前に限界設定をし、逸脱時は
精神科に再度コンサルテーションできる
治療環境は小児科医にとっても安心でき
る。摂食障害は心身両方の症状が出現ため、
患児やその家族は受診に際して戸惑うこ
とも多いと考えられるが、それぞれの地域
において早期に小児科と精神科の診察を
受けられることで治療の可能性が広がる
だけでなく、患児が主体性を持って治療を
始めることにつながると思う。

E. 結論

摂食障害は発症年齢や背景病理によっ
て治療に必要な資源は様々であった。ど
のような治療をするにせよ、小児科と精神科
が患者を共有し、患者に対して両者の治療
法の提示と、より適切な治療の選択ができ
ようコンサルテーションを早期から行
う利点はあると思う。つまり、患者がど
の病院・診療科を受診しても、患者側が選
択できることは重要である。年齢に応じて
本人への疾患理解を促し、親が治療方針に

納得して治療に臨むことは、医師患者関係の構築だけでなく、摂食障害治療という困難を乗り越えるために有用と考える。

F. 文献

- 1) 小児心身医学会:小児心身医学会ガイドライン集・南江堂・86-119・2009

G. 健康危険情報

特になし。

H. 研究発表

特になし。

I. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。