

摂食障害の成人期移行の諸問題

思 春 期

頻度と健康課題としての重要性

痩身傾向児（肥満度－20％以下）が増加傾向にあり、11歳では男女とも約3％が、17歳では男児で2.3％、女児で1.6％が該当する。¹⁾小児期のやせは成長を妨げ、骨密度が低下するなど将来的な健康問題にも影響すると考えられる。極端なダイエットによる体重減少は、無月経、骨密度の低下、便秘や低血糖などの身体的合併症につながり、低栄養の期間が長期化するほど成長障害、骨粗鬆症、卵巣機能不全、妊孕性の問題が残る。頑固なやせや体重減少を認める場合は摂食障害を鑑別に挙げる必要がある。摂食障害患者の妊娠・出産については、流産率が高く、低出生体重児が多いことが指摘されており次世代への影響も懸念される。²⁾米国精神医学会では、摂食障害を神経性やせ症(anorexia nervosa: AN)と神経性過食症(bulimia nervosa: BN)に大別している。ANは10～19歳、BNは20～29歳の年齢層が多い。摂食障害の好発年齢は14～18歳（ピークは16歳）で思春期女性の0.5～1.0％に発症し、男性より女性に10～20倍発症しやすい。²⁾

診察上の注意点

ANでは、拒食による体重減少、低体温、徐脈、低血圧、無月経、便秘などの身体症状や、ボディイメージの障害と病識の欠如、抑うつ感情、見捨てられ不安、強迫・こだわりなどの心理・行動面の症状がみられる。ANの発症初期はやせによる身体症状のための行動制限を必要とするが、その後の生活上の障害となるのは、心理・行動面の症状が慢性化した精神症状や行動異常である。したがって、不登校、家庭内暴力、自殺企図、盗癖、性的逸脱行動などを伴った場合は生活上の障害はより強くなる。BNでは、繰り返されるむちゃ食いと排泄、あるいは食物摂取制限を認める。自身を制御できないという感覚があり、繰り返される排出行動や自己破壊的で突発的な行動のため治療に難渋する。一般的にBNの方が社会生活上の障害は強い。

小児科から成人科への移行時期は、何歳から何歳までという年齢より、患者ごとに機能的に定義されるべきである。³⁾小児科の診療に比し成人科の診療では、自分の病気を認識し、能動的に治療を受ける必要がある。思春期の心理発達課題である「主体性の獲得」は摂食障害診療の最も大きなテーマの一つである。そのため、摂食障害の移行期支援は患者ごとに治療経過に基づいた理想的な時期を模索していくことになる。一般的には、高校の進学や高校卒業後の社会生活の選択の際に、身体症状や心理状態に応じた無理のない選択を、本人が主体的になれるよう保護者と一緒に見守りながら、本人の意向を中心として移行期を模索する作業を通して成人期移行を受け入れることにつながると思われる。

フォローアップ方針

医療機関ではまず身体面の評価を行う。下垂体機能や骨密度、性ホルモンなどに関する検査を実施した上で、初期評価と身体的重症度分類を行い、必要な指導や治療、経過観察を行う。重症度に応じて、二次・三次医療機関と連携するシステムが必要であるが、女性に多い疾患のため婦人科との連携は必須である。また、生活上の障害となりうる精神症状や行動異常に対して、心理面の支援が心身の健康維持にとって不可欠である。摂食障害診療の成人期移行において、小児科や婦人科による身体面の評価と心療内科・精神科による心理面の評価といった心身両面から診てもらえることにより、患者は全人的に受け止めてもらえるという安心感につながるだろう。そして、この安心感を土台に患者と保護者が成長していきながら、移行を自然に迎え入れ、乗り越えていくことができると考える。⁴⁾

将来に向けた方針設定 (Anticipatory Guidance)

小児科から心療内科への移行は、受け入れ先の診療科が明確なことが利点であるが、心療内科が独立した診療科として存在する病院が少なく、地域による偏重が大きいが欠点である。摂食障害は臓器系に集中した疾患ではないため、臓器別の診療科の単独の受け入れは困難である。心療内科が存在しない地域では、摂食障害の心理面の治療を中心に行う精神科と、身体症状が増悪した際に受け入れが可能な入院施設を有する病院が近隣に存在する必要がある。成人期移行のために、実際のところは、小児期を超える時期に小児科側から引き受けてくれる内科と精神科に紹介するか、心理面の問題のために紹介した精神科から同病院の内科に相談してもらうことになる。

米国のBright Futuresに基づく子ども健診の対象年齢は、その制度の下に出生前から21歳まで地域の医師が成長発達のみならず、社会的背景・生活環境を把握し、十分時間をかけて、テラーメードのカウンセリングを行っている。わが国では米国で実施されているような21歳までの毎年の健康診査がないため、医療機関や教育・福祉機関による疾患教育や家族支援を実施する機会について積極的に検討をしていかなければならない。そして、その機会が制度化され、保健指導マニュアルに基づき、どの地域でも一定の質が保証された指導が行われることが必要であろう。そのためには、摂食障害においては、体重減少が進行した場合に周囲が気づくことができる学校健診・市町村健診などの教育・福祉システムと、家族と本人で医療機関を受診できるような医療システムが必要であり、それらが連携することが望ましい。地域ごとに摂食障害患者の受け入れ可能な医療施設の体制づくりに加え、身体面と心理面を包括的に診療できる摂食障害センターの設置が必要である。

【参考文献】

1. 文部科学省：平成30年度学校保健統計調査, 2019,
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2018/12/21/1411703_03_1.pdf
2. 小児心身医学会：小児心身医学会ガイドライン集改訂第2版「小児科医のための摂食障害診療ガイドライン」；南江堂, 2015。
3. 石崎優子：＜特集Ⅰ＞第33回日本思春期学会総会学術集会 シンポジウムⅠ 1. 移行期医療 小児科医の立場から, 思春期学 33 (1),29-31,2015
4. 高宮静男：特集：小児科から心療内科への移行 ー精神科指定発言者の立場からー, 心身医 57(11),1118-1122,2017

（鈴木 雄一 福島医科大学小児科）
（石崎 優子 関西医科大学小児科）