

神経性やせ症

学校での適切な支援をめざして

神経性やせ症は、発症が低年齢化して小学校高学年からみられ、中学生で急増します。

日本の女子高校生の有病率は0・17〜0・56%で、摂食障害、先進国の米国と同等です。

さらに、コロナ禍で小・中学生の新規患者数が約2倍に増加しました。そこで今号では、理解しにくい本症の心理や行動、学校現場での対応について、

日本摂食障害協会理事長であり、本会クリニックの小児健康相談室で思春期やせ症相談室を担当している鈴木眞理医師が解説します。



鈴木 眞理

すずき まり

内科医
政策研究大学院大学 名誉教授
跡見学園女子大学心理学部
臨床心理学科 特任教授

1979年長崎大学医学部卒業。東京女子医科大学研修医、1985年～1987年に米国ソーク研究所に留学、2002年より政策研究大学院大学保健管理センター教授、2020年より現職。日本摂食障害学会理事、日本摂食障害協会理事長。

1 神経性やせ症を知る

① やせるための行動とその反動としての食への執着

神経性やせ症^{※1}は、やせ、体重増加への強い恐怖、低体重への深刻さの欠如が特徴で、そこが健康な人の過激なダイエットとの違いです。急にやせなくなり、持ち前のがんばりでどんどん体重が落ちて、自分でもおかしいと気づいた時には、一口食べると永久に太り続けるような恐怖で食べられなくなっています。

少食、野菜や海藻などの低カロリー食、過剰な運動や長い入浴といったやせる行為の一方で、飢餓の反動で頭の中は食のことばかりになります。料理好きでグルメ番組を好み、家中の食品管理と食品の隠れ貯蔵、同胞や母親への摂食の強制、また進

路先に栄養科や調理師を志望するようになります。最初は仮性躁病と言われるほど活動的で、学業や運動成績が伸びますが、その後、気分不安定、時間や決まりにこだわる強迫性の悪化、病的な頑固さ、思考力や洞察力の低下がみられ、表情がなくなり非社会的で悲観的になります。本人は「病気ではない、顔や足がまだ太い」と言い張るので周囲は混乱します。これは、自分だけが太く見えるという視覚と固有受容感覚の統合障害によるものと明らかにされています。患者さんの多くは経過中に、生物の防衛反応として抑制できないむちゃ食い（過食）が出現します。

この時が体重回復のチャンスですが、体重増加の恐怖が強い場合は嘔吐や下剤を乱用してやせたままです。神経性過食症も過食と排出行為をしますが、やせがないのが違います。両者は移行することがあります。最近では、発達障害によって社会生活に適応できないストレスを抱えることで、神経性やせ症を合併する例も増えています。

② 低栄養と排出行為による症状と臨床検査異常

からだは省エネモードになり、低血圧、徐脈、低体温になります。カロチンの代謝が遅延して皮膚が黄色

くなり、産毛は密生、手足の循環が悪く紫色になります。胃もたれや便秘、女子は初潮が遅れたり無月経になったりします。嘔吐していると唾液腺の腫れでえらが張ったようになり、酸蝕歯や逆流性食道炎になります。また白血球減少や貧血、肝機能障害、脱水による腎機能障害、コレステロール異常、甲状腺ホルモン低下、低血糖、嘔吐や下痢によるナトリウムやカリウムの低下を認めます。成長期には身長が伸びなくなり、この時期に高くしなければならぬ骨カルシウム量の頂値（ピークボーンマス）が低下して骨粗鬆症予備群になります。

③ ストレスコーピング「回避」としてのやせ

ストレスコーピング^{※2}には、ストレス自体を合理的に解決する、自分を成長させるよい機会だと認識を変える、他人に話を聞いてもらう、などがあります。飲酒、タバコなどは「回避」というコーピングで、特効的ですが、連用するとアルコールやニコチン依存症になります。

やせや過食も「回避」にあたります。回復後に「なぜか安心だった、誰にもできないやせは自信になった、家族が休んでよいと言ってくれた、周囲が優しくしてくれた、体重が増え

るとまたがんばらなさいといけないと思つて辛かった」と語ります。やせると辛さの感受性が鈍くなるので、いじめられても通学でき、猛勉強もこなせます。反対に、体重を増やすことは嫌な現実になり向かうことになり、体重を増やされたくないのに未受診や受診中断が多く、体重増加時には抑うつが悪化して、不登校や引きこもりになることもあります。

④ 発症の背景因子

2019年に本症に関連のある8つの遺伝子が発見され、強迫性障害、不安障害、うつ病とは正の、肥満や糖尿病とは負の相関がありました。

性格傾向では、他者からの評価に過敏で、不安になりやすいため強迫的に努力します。ただ、完璧主義ゆえに融通がきかず、物事をストレスとして受け止めがちです。適切な自己主張が苦手で、ストレスには「がんばる」「我慢する」だけで対処するので疲れ切っています。手のかからないよい子と評されますが、周囲

表1 神経性やせ症の入院適応基準

やせの重症度	%標準体重	労作制限	診療
超重症	55%未満	あり	緊急入院
重症	55%以上65%未満	あり	入院
中等症	65%以上75%未満	あり	外来・入院
軽症	75%以上	なし	外来

小児科医のための摂食障害診療ガイドライン(日本小児心身医学会)より

表2 やせの程度による身体状況と活動制限の目安(15歳以上)

%標準体重	身体状況	活動制限
55未満	内科的合併症の頻度が高い	入院による栄養療法の絶対適応
55~65	最低限の日常生活にも支障がある	入院による栄養療法が適切
65~70	軽労作の日常生活にも支障がある	自宅栄養が望ましい
70~75	軽労作の日常生活は可能	制限つき就学・就労の許可
75以上	通常の日常生活は可能	就学・就労の許可

(備考)
・標準体重の50%未満の患者の60%に低血糖による意識障害が認められる。
・標準体重の55~65%では思考力の低下や消化機能障害のため、一般に摂食のみによる体重増加は困難なことが多く、入院による栄養療法が勧められる。また、走れない、機敏な動作ができないなど日常生活に支障が多く、転倒等の危険がある。
・標準体重の65~70%では重篤な合併症の併発率は低下するが、身体能力の低下があり、通常の就学・就労は避けるべきである。ただし取立て就学・就労を希望する場合は、通学時の付き添いや送迎、出席時間の短縮、隔日通学、保健室での補食、体育の禁止、短縮勤務などの対応が必要である。
・標準体重の70~75%では就学・就労が許可できるが、水泳、長距離走、遠足、登山、体育系クラブ活動等の運動や重労作の労働は禁止する。75%以下では成長障害が生じ、骨粗鬆症が悪化する。
・標準体重の75%以上で重労作の身体活動を状況に応じて許可する。

神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン(2007)を改変

の期待に応えるために本音を出せず、自分の意見や好みもわからなくなっています。先進国、都市部、高偏差値校で患者が多いという事実から、社会文化の影響を受けています。マスメディアは「やせると自信が持てる」という刷り込みをしてきました。挫折感の埋め合わせでダイエットにのめり込んだ人の一部が発症して神経性やせ症の患者数が増加しています。家族が原因という科学的根拠はありません。家族の適切な支援は回復を助けるので、患者への対応を学ぶ

2 神経性やせ症の治療

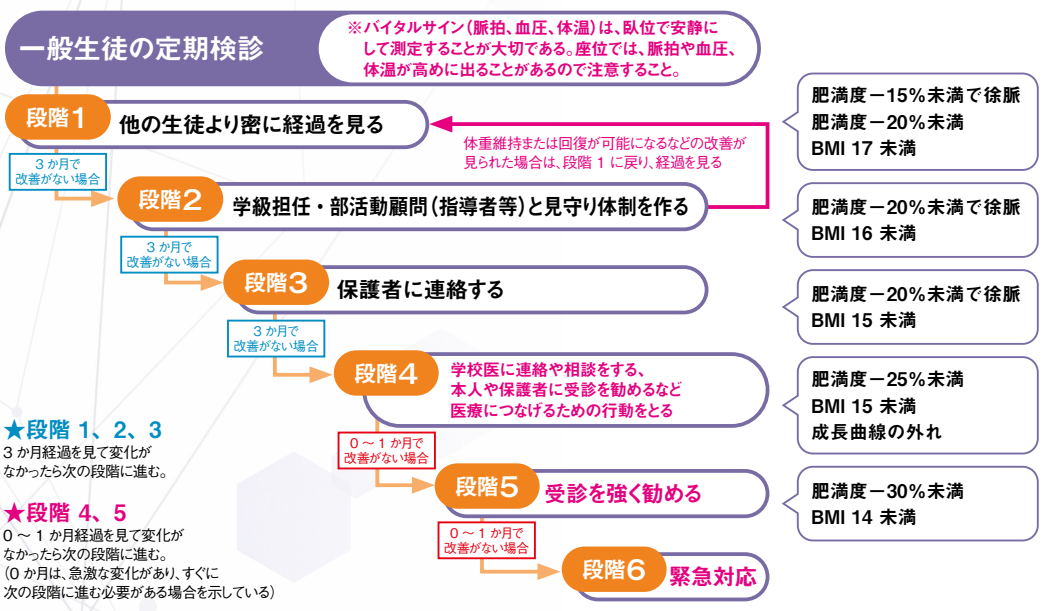
環境調整、心理教育、栄養療法、心理的治療

神経性やせ症では治療環境を整えることが先決です。勉強やクラブ活

※2 ストレスに対処しようとする行動のこと

※1 思春期やせ症や神経性食欲不振症から病名統一

図 低栄養から判断する保健室での対応のエキスパートコンセンサス(中学校)



本指針では、学校は医療機関と連絡を取って治療方針に従い、症状悪化時の対応について決めておくことをすすめています。治療中の生徒に「食事量を減らす」「体重増加の恐れに配慮しないで体重増加を単純に喜ぶ」「回復や進路のプレッシャーをかける」「体重測定の際に必要に応じてアスリートの摂食障害の発症率は非アスリートに比べて3倍と報告されており、リスクが高いのは審美系、長距離走、体重別階級がある種目です。本指針では部活動単位の健康診断を実施することを推奨しており、オーバーボレーニング、体力が落ちて練習を休まない、孤立などスポーツ指導者に知ってほしい早期発

見のための兆候を示しています。

(2) 学校ができるその他の支援

日本摂食障害協会は啓発のために刊行物を作成しています(写真2)。「チームで取り組む摂食障害治療・支援ガイドブック」は内科・小児科、精神科、婦人科、歯科、心理、看護、栄養、学校との連携、発達障害合併、家族支援、アスリート、生活支援、犯罪行為など包括的に情報を得ることができ、また、「拒食と過食の疑問に答えるQ&A」は本人、家族、関係者から寄せられた頻度の高い57の質問の回答集で、「給食が食べられない」という質問には、「昼前に下校、保健室で持参食を食べる」などの工夫を紹介しています。体力が低下した時には保健室登校や保健室での補食などの支援が必要になります。

患者が抱えるストレス要因が勉強の過重、進路の迷い、人間関係(クラス、部活動など)ならば、学校関係者はプロとして支援できます。体重増加時は現実になじく辛い気持ち理解して、「太った」「元のようにまたがんばって」「なぜ登校できないの」などの声かけは厳禁です。学校への提言として、「完璧主義、過剰ながんばりへの礼賛を控え直す」「クラブ活動におけるダイエットに

4 最後に

学校は試行錯誤しながらコーピングスキルを伸ばす練習場です。人は失敗して挽回して初めて自信を持つことができます。神経性やせ症の患者は本音を言えずに孤独を感じており、自己主張、感情を言葉にする、頼む、断る、相談することが苦手で、思春期を経験した先輩として、温かくアドバイスができるのも学校で働く教職員です。



となく行えます。専門施設は「摂食障害全国支援センター相談ほっとライン」や「診療施設リスト」が利用できます。

本指針では、学校は医療機関と連

絡を取って治療方針に従い、症状悪化時の対応について決めておくことをすすめています。治療中の生徒に「食事量を減らす」「体重増加の恐れに配慮しないで体重増加を単純に喜ぶ」「回復や進路のプレッシャーをかける」「体重測定の際に必要に応じてアスリートの摂食障害の発症率は非アスリートに比べて3倍と報告されており、リスクが高いのは審美系、長距離走、体重別階級がある種目です。本指針では部活動単位の健康診断を実施することを推奨しており、オーバーボレーニング、体力が落ちて練習を休まない、孤立などスポーツ指導者に知ってほしい早期発

得などを行います。BMIが15以上になると認知行動療法も行われます。認知や行動を変化させるのは本人の経験や人との出会いも重要で、時間のかかる地道な作業です。

3 摂食障害の支援

学校ができること

学校はゲートキーパーとして早期発見、医療機関と連携した療養生活の支援、コーピングスキルの練習場の提供などが可能です。

(1) 学校と医療のより良い連携のための対応指針

担任や体育科教員からの情報、定期健康診断(前年との比較)によって本症が疑われる児童生徒への対応には、対応指針(写真1)が策定されています。これは摂食障害全国支援センターの「情報ポータルサイト(専門職)」の「参考資料・学校関係」で入手でき、さらに日本摂食障害協会のホームページで、本指針の運用ガイドである「養護教諭・学校関係者のための摂食障害ゲートキーパー研修」のオンデマンドビデオを無料で視聴することができます。

栄養状態による保健室の対応は、体重や徐脈によって5段階の基準が決められています(図)。

本人に受診をすすめる場合は、「学

校内チームで対応する」「成長曲線で身長伸びの鈍化などからだの症状を話題にする」「責めたり摂食障害だと決めつけたりする言い方はしない」など。保護者に受診をすすめる場合は、「家族の立場に立ってニーズを聴く」「エビデンスを示してやせの原因の精査を依頼する」などのポイントを示しています。

摂食障害の専門機関は少なく、予約が混んでいるので、先にかかりつけ医でやせを来す他の病気がないか早めに検査を行うのがよいでしょう。学校医や養護教諭の名前で紹介状を用意すると返信が来るので、労作制限や行事への参加の許可に関する主治医との連絡は、保護者を介するこ

救命、合併症の予防、思考力を回復させて心理的治療を奏功させるために、ある程度の体重増加を優先させます。しかし患者は体重増加の恐怖が強いので、栄養療法の導入は容易ではありません。患者が泣き泣きでも体重を増やさざるを得ないと納得する動機づけに尽きます。治療の最終目標は標準体重の90%と月経の再来ですが、当初は、入院回避や学校行事への参加が可能な目標体重を決め、症状や検査値の改善をフィードバックして摂食努力を強化してい

月経は標準体重の最低85%以上で再来します。低体重のまま骨密度を正常化させる薬物療法は確立されていません。栄養状態が回復すると思惑や認知が改善するので、やせへ回避しないように、日常生活の出来事をテーマに、白黒思考などの認知の歪みの修正、他人に相談するといった多様なコーピングスキルの習

得などを行います。BMIが15以上になると認知行動療法も行われます。認知や行動を変化させるのは本人の経験や人との出会いも重要で、時間のかかる地道な作業です。

3 摂食障害の支援

学校ができること

学校はゲートキーパーとして早期発見、医療機関と連携した療養生活の支援、コーピングスキルの練習場の提供などが可能です。

(1) 学校と医療のより良い連携のための対応指針

担任や体育科教員からの情報、定期健康診断(前年との比較)によって本症が疑われる児童生徒への対応には、対応指針(写真1)が策定されています。これは摂食障害全国支援センターの「情報ポータルサイト(専門職)」の「参考資料・学校関係」で入手でき、さらに日本摂食障害協会のホームページで、本指針の運用ガイドである「養護教諭・学校関係者のための摂食障害ゲートキーパー研修」のオンデマンドビデオを無料で視聴することができます。

栄養状態による保健室の対応は、体重や徐脈によって5段階の基準が決められています(図)。

本人に受診をすすめる場合は、「学

校内チームで対応する」「成長曲線で身長伸びの鈍化などからだの症状を話題にする」「責めたり摂食障害だと決めつけたりする言い方はしない」など。保護者に受診をすすめる場合は、「家族の立場に立ってニーズを聴く」「エビデンスを示してやせの原因の精査を依頼する」などのポイントを示しています。

摂食障害の専門機関は少なく、予約が混んでいるので、先にかかりつけ医でやせを来す他の病気がないか早めに検査を行うのがよいでしょう。学校医や養護教諭の名前で紹介状を用意すると返信が来るので、労作制限や行事への参加の許可に関する主治医との連絡は、保護者を介するこ

動など心身の負担、過重な周囲の期待、苦痛な人間関係、無理解な家庭環境といった当面のストレス要因を軽減して、患者が安心して療養できる環境を整えます。その上で、治療動機を持たせる心理教育、栄養指導、コーピングスキルを向上させる心理的治療を行います。薬物療法は胃腸症状や精神症状に対する的に行われています。

本邦での死亡率は6年間で7~11%です。精神疾患の中で最も高く、死因は低血糖、電解質異常、不整脈、心不全、感染症です。内科的緊急入院の適応はa.全身衰弱、b.重篤な合併症、c.標準体重の55%未満のやせです。やせの程度による身体状況と活動制限の目安も示されています(表1、2)。

救命、合併症の予防、思考力を回復させて心理的治療を奏功させるために、ある程度の体重増加を優先させます。しかし患者は体重増加の恐怖が強いので、栄養療法の導入は容易ではありません。患者が泣き泣きでも体重を増やさざるを得ないと納得する動機づけに尽きます。治療の最終目標は標準体重の90%と月経の再来ですが、当初は、入院回避や学校行事への参加が可能な目標体重を決め、症状や検査値の改善をフィードバックして摂食努力を強化してい

月経は標準体重の最低85%以上で再来します。低体重のまま骨密度を正常化させる薬物療法は確立されていません。栄養状態が回復すると思惑や認知が改善するので、やせへ回避しないように、日常生活の出来事をテーマに、白黒思考などの認知の歪みの修正、他人に相談するといった多様なコーピングスキルの習

得などを行います。BMIが15以上になると認知行動療法も行われます。認知や行動を変化させるのは本人の経験や人との出会いも重要で、時間のかかる地道な作業です。

3 摂食障害の支援

学校ができること

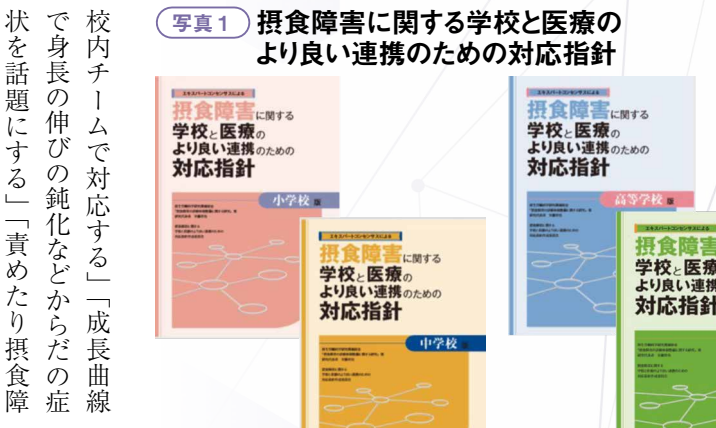
学校はゲートキーパーとして早期発見、医療機関と連携した療養生活の支援、コーピングスキルの練習場の提供などが可能です。

(1) 学校と医療のより良い連携のための対応指針

担任や体育科教員からの情報、定期健康診断(前年との比較)によって本症が疑われる児童生徒への対応には、対応指針(写真1)が策定されています。これは摂食障害全国支援センターの「情報ポータルサイト(専門職)」の「参考資料・学校関係」で入手でき、さらに日本摂食障害協会のホームページで、本指針の運用ガイドである「養護教諭・学校関係者のための摂食障害ゲートキーパー研修」のオンデマンドビデオを無料で視聴することができます。

栄養状態による保健室の対応は、体重や徐脈によって5段階の基準が決められています(図)。

本人に受診をすすめる場合は、「学



1) 摂食障害オバケの「ササヤキ」 やせにならなると注意! 雨こんこん、少年写真新聞社、2020。
2) 摂食障害 見る読むクリニック 鈴木真理、西園マハ文、小原千郷、星和書店、2014。
3) 摂食障害全国支援センター https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/
4) 日本摂食障害協会 https://www.jafed.jp/
5) 摂食障害全国支援センター：相談ほっとライン https://www.ncnp.go.jp/topics/2022/20220208p.html