

*** 学術集会記録 ****

平成 26 年度子どもの心の診療ネットワーク事業 神奈川県立子ども医療センター児童思春期精神科セミナー

共催：子ども医療センター栄養サポートチーム (NST)

- 日 時 平成 25 年 8 月 30 日 (土) 15 時～18 時
場 所 ウィリング横浜 (ゆめおおおかオフィスタワー 12 階)
主 題 子どもの食と心
司 会 児童思春期精神科 庄 紀 子
演 者 ①当院における栄養サポートチーム (NST) の役割
アレルギー科 兼 栄養サポートチーム代表 高 増 哲 也
②自閉症スペクトラム児の食事の傾向と対策
総合診療科 田 上 幸 治
③栄養指導の実際 (神経性無食欲症を中心に)
栄養管理科 (管理栄養士) 磯 部 宏 子
④摂食障害患者への精神科診療の実際 神経性無食欲症と嘔吐恐怖を中心に
児童思春期精神科 南 達 哉

はじめに (庄 紀子)

平成 20 年度から厚生労働省の事業として始まった子どもの心の診療ネットワーク事業 (旧：子どもの心の診療拠点病院機構推進事業) の一環として、翌年よりこの児童思春期精神科セミナーを毎年開催している。21 年度からの 3 年間は児童思春期精神科領域の総論や各論を取り上げた。24 年度は当センター児童虐待対策会議との共催で、当院の児童虐待への取り組みを紹介し、25 年度は緩和ケア普及室との共催で身体疾患をもつ子どものこころの問題について検討した。

今年度は子どもの最も基本的な機能のひとつである摂食に焦点を当てた。当院栄養サポートチームの活動を紹介することにより、全般的な子どもの食事の問題を提示した。各論として、自閉症児の偏食の問題、心理・精神的問題が絡む摂食障害をとりあげた。

当日は院内外から 125 名の方にお集まりいただいた。磯部管理栄養士の講義が含まれていたこともあり、例年に比して多数の栄養士の方々 (33 名) に参加いただいた。その他、医療関係者の内

訳は医師 15 名、看護師 13 名であった。開催後のアンケートでは概ね好評であった。

当院における栄養サポートチーム (NST) の役割 (高増哲也)

栄養サポートチーム

病院は患者を病気の状態から元気の状態に転換する役割を担っている。そのためには、病気そのものに対する「治療」と、それを支える「生活サポート」が必要となり、生活サポートのひとつに、「栄養」は大きな位置を占めている。生活サポートを行う上で、在宅患者の場合には小児の生活の場を考えると、家庭のみならず、学校と保健・福祉が互いに協力し合うことが必要である (図 1)¹⁾。入院している場合には、子どもの生活の場は病院となり、治療・生活サポートは医師、看護師を中心とした医療スタッフが行っているが、実際には入院することは栄養面ではリスクとなり、病院栄養不良 (hospital malnutrition) という言葉があるほどである。

栄養に関するサポートを患者、家族、医療

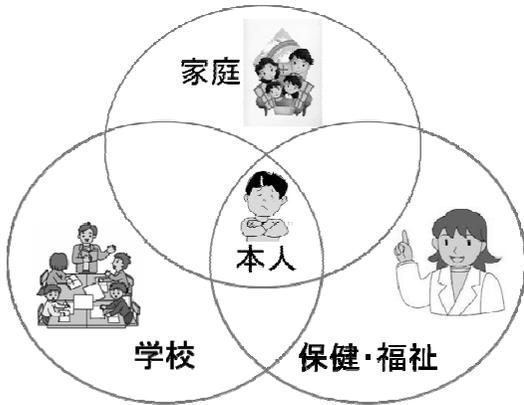


図1 在宅の子どもをとりまく環境¹⁾

スタッフに行う、栄養サポートチーム Nutrition support team (NST) は、当院では2005年に発足し、多職種でさまざまな活動を展開してきた。小児の分野については情報に乏しく、全国の小児病院でネットワークを構築して情報を共有したり、欧米の情報を収集したりしながらも、患者の生活サポートの一部である栄養サポートを入院、外来を問わず進めてきた。

小児の栄養サポートの特徴

小児の栄養を考える上では、体組成に占める水分の割合が大きいこと、小児が「成長・発達」(=発育)すること、それによって栄養の形態も異なっていくこと、臓器別に発育のパターンが異なることなどを理解する必要がある。栄養を考えるものさしも、画一的に決めることはできず、身長・体重をもとに Waterlow の分類、時間の変化をみる成長曲線などを参考にすが、それ以外の身体計測として、上腕周囲長 arm circumference (AC)・上腕三頭筋部皮下脂肪厚 triceps skinfold thickness (TSF)・ふくらはぎ周囲長 calf circumference (CC)なども用いている。診察では皮膚の性状や毛髪・爪の観察を行い、便の性状や回数なども参考にしている。血液検査では亜鉛を院内で測定している。

小児の臨床栄養の世界が成人の臨床栄養の世界と大きく異なる点として、その取り組むべき課題の多様性が挙げられる²⁾。成人では、高齢者・糖尿病・高血圧・がんなど取り組むべき課題には重

なりの部分が大きく、情報の集積も豊富である。一方、小児では、健常小児・重症心身障害児・先天代謝異常・先天性心疾患・小児がんなど、取り組むべき課題はそれぞれ独立して存在し、どの分野も情報が不足している。

栄養プロジェクトチーム

そこで、当院のNSTでは、これらの課題に個別に取り組んでいくために、課題ごとに小グループを結成し、栄養プロジェクトチーム Nutrition project team (NPT) とした。胃瘻からのミキサー食については小児外科医がリーダーとなり、定期的に講習会を開催している。小児がんについては管理栄養士がリーダーとなり、診断とともに管理栄養士や歯科チームが関われる仕組みを作った。摂食嚥下機能については、歯科医がリーダーとなり、毎月カンファレンスを行っている。栄養塾プロジェクトチームは看護教育科の看護師がリーダーとなり、NST 専門療法士試験受験者のサポートを行っている。循環器病棟、重心施設もそれぞれのチームが独自に回診をしている。そういった課題の1つに、摂食行動障害が挙げられる。

摂食行動障害へのアプローチ

摂食行動障害は従来、摂食障害と呼ばれているものである。摂食のある部分に障害があると、食べることが不自由になるのであるが、摂食の障害には大きく分けて2つのカテゴリーがあり、摂食障害、嚥下障害とそれぞれ呼ばれていた。前者は摂食意図の部分の精神的・心理的な障害をさして使われ、後者は摂食意図以降の機能面の障害をさして使われているが、実際には嚥下は摂食の一部分を指す言葉であるので、この言葉の使い方は正確ではない。そこで筆者は表1のように、前者を摂食行動障害 eating behavior disorder、後者を摂食機能障害 eating functional disorder と明確に分けて呼ぶべきであると考えている³⁾。

今回、取り上げられているテーマは、摂食行動障害についての医療者の取り組みである。それには神経性無食欲症、自閉症スペクトラム障害などが挙げられる。前者は精神科領域の疾患であり、精神科医と専門管理栄養士の連携で取り組まれる

表1 摂食障害という言葉を見直したい³⁾

| 従来の呼び方 | 意味すること | 具体的な疾患例 | 新提案の呼び方 |
|-------------------|----------------|----------------------|--------------------------------------|
| 摂食障害 | 摂食意図の精神的・心理的障害 | 神経性無食欲症 自閉症スペクトラム | 摂食行動障害 eating behavior disorder |
| 嚥下障害 (摂食・嚥下障害) | それ以降の機能的障害 | 重症心身障害児・者高 齢者 | 摂食機能障害 eating functional disorder |

分野であるが、後者は広く小児科医が関わる機会のある疾患であり、日常診療においてどのように対応すべきか悩む場面は少なくない。そこでここでは、自閉症スペクトラム児のうち、食へのこだわりが強い場合の対応について述べる。

まずは現状を受け入れること。米飯しか食べないのであれば、当面は米飯だけでよいので、食べられるところまで十分に食べさせる。栄養のバランスが悪いことを気にして、“米飯の量を制限して、おなかのすいたら他のものも食べてくれるのではないか”などと考えても、そのとおりにはいかず、栄養障害をきたしてしまうことがないようにしたい。

では、好きなように食べているだけで良いかといえ、もちろんそうではない。米飯しか食べない、ポテトしか食べない、というパターンでは、ビタミンAなどの栄養素の欠乏症をきたすことがある。亜鉛欠乏にも注意が必要である。あらかじめ栄養素の欠乏が予想されるものについては、

サプリメントで補っておくべき場合もある。

何かのきっかけで、他の食べ物を食べるようになることがある。受容的な態度で接しながらも、その機会をうかがいながら待つことが大事である。他の食べ物を食べるようになれば、栄養面でも幅が広がるため、チャンスが訪れるのを待つ。

最近、この分野でのアメリカでの取り組み、Food Chaining (図2)⁴⁾ という手法があることを知った。こだわっている部分・食感や味・温度などについて把握したうえで、食感と同じであるが味が少しだけ違うものをチャレンジし、レポートリーが1歩広がったら、次に味は同じであるが食感が少しだけ違うものにもチャレンジする、といった方法である。今後、この手法を日本でも広げていきたい。

文 献

- 1) 高増哲也. 小児の地域連携ネットワーク. 小児外科 2013;45:1297-1299.
- 2) 高増哲也. 小児の特徴と栄養療法における注意点. こども医療センター医学誌 2014;43:29-32.
- 3) 高増哲也. 摂食行動に問題がある子どもには、どうしてあげたらいいか? 地域リハビリテーション 2014;9:208-210.
- 4) Fraker C, Fishbein M, Cox S, et al. Food Chaining: The Proven 6-Step Plan to Stop Picky Eating, Solve Feeding Problems, and Expand Your Child's Diet. Da Capo Press, Cambridge, MA, 2007.

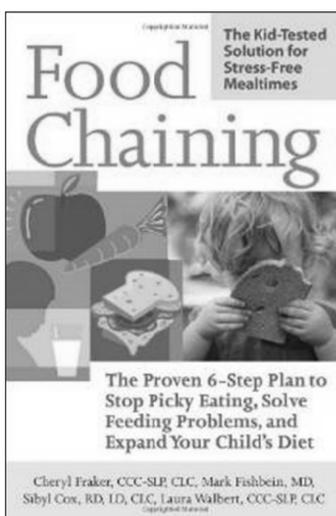


図2 摂食行動障害へのアプローチ Food Chaining⁴⁾

自閉症スペクトラム児の食事の傾向と対策 (田上幸治)

自閉症スペクトラム障害 Autistic spectrum disorder (ASD) は社会性の障害・コミュニケーション障害・想像力の障害を特徴とする発達障害である。また、感覚偏倚も特徴としてあげられている。今

回はASDの子どもたちの摂食行動について、症例と当センターで行った研究を提示する。

『おいしさ』とは何であろうか？例えば、「アツアツ、サクサクの揚げたてのフライドポテト」と「冷めた、ふにゃふにゃのフライドポテト」ではどちらが美味しそうだろうか？「熱々、チーズトロトロの焼き立てピザ」と「固くなった冷めたピザ」ではどちらが美味しそうだろうか？おいしさは味覚だけでなく、視覚・聴覚・触覚・嗅覚といった五感で感じるものである。また、食卓やレストランの音楽・インテリア・照明といった雰囲気も大切であり、一緒に食事する相手や店の店員さんの接客によっても変化する。

ASDには味覚・視覚・聴覚・触覚・嗅覚といった感覚の過敏があると言われる。これらのASDに特徴的な全ての感覚の過敏は摂食に悪影響を与える。ASDには異食・特定の食べ物を拒む・過食・拒食などさまざまな摂食障害が起こり得る。それらは時に重大な合併症を引き起こす¹⁾。ある自閉症の子どもは、ほとんど4歳まで哺乳瓶でミルクしか飲まなかった。コップから飲むように変えたところ、飲む量が減り、かわりに鈴カステラが主食になった。特定のメーカーの鈴カステラしか食べないが、1日3袋を食べている。しかし、他のカステラや、他のメーカーの鈴カステラも食べない。Bandiniらは自閉症53名とコントロール58名との比較で、自閉症児は「食べ物を拒む」「レパトリーの少なさ」「単一食物の摂取」が高いことを示した²⁾。

コミュニケーションは食事における主要な機能の1つである。飲食のスキルを学習する際に乳児や子どもたちは非言語的なコミュニケーションの合図に大きく頼っている。それゆえコミュニケーションの障害をもつ自閉症児は摂食のスキルを学習する際にストレスを感じる。また、自閉症の子どもは多くは模倣運動の障害や神経学的機能障害を示す多様な脆弱性・不器用さを示す。よって、摂食の際にはうまく噛めない・丸のみしてしまうなどの問題がおきる。食事における感覚的なストレスならびにコミュニケーション関連のストレスに対処する行動として、自閉症の子ども達はしばしば、感覚入力を制限し、そしてさらに食事の社会的側面とコミュニケーション面から身を引くこ

とになる。このことにより偏食がさらに進むと考えられる。

具体的に症例を提示しながら、診断と治療・指導の実際を紹介する。

症例1：5歳10ヶ月男児。[現病歴]6ヶ月前から目の痒み・開眼困難が出現し、結膜炎・角膜潰瘍・鼻炎・副鼻腔炎の診断で当センターに紹介となった。[周産期歴]在胎40週2日、頭位自然分娩で出生した。体重3,298g。[発達歴]定額4ヶ月、独歩14ヶ月、有意語36ヶ月。知能検査(田中ビネー式)IQ24(5歳)。自閉症の診断で療育センターでフォローされていた。3歳時の感冒を契機に、おにぎり・フライドポテト以外に食べなくなった。[現症]身長110cm、体重17.9kg、BMI14.7。眼所見：右は角膜乾燥・結膜充血・角膜上皮の角化を、左は角膜乾燥・角膜潰瘍を認めた、血液検査でビタミンA<5IU/dL(正常値97-316IU/dL)であった。[経過]ビタミンA1,500μg/kg/d5日間内服し、その後、皮膚や角膜の乾燥は改善した。栄養に関しては、ビタミンAを含むサプリメントを内服しながら、好きなものを好きなだけ摂取するように指導した。

症例2：12歳、男児。[既往歴]3歳で自閉症と診断された。もともと偏食があったが中学入学を契機に食べていた魚も食べなくなり、白米・フライドポテトのみを食べていた。春から虫が怖くて、外出できなくなり家の中で過ごしていた。[現病歴]入院10日前より発熱・下痢・食欲不振を認めた。発熱は徐々に解熱するも、下痢は続き、食欲は低下したままだった。入浴中に上下肢の痙攣と意識障害を認め、救急車で救急病院に搬送された。[現症]身長150cm、体重34.4kg、BMI15.2。血液検査ではカルシウム4.8mg/dL、イオン化カルシウム0.76nmol/Lと低カルシウム血症を認めた。P2.4mg/dL、ALP977IU/L、Alb3.6g/dL、ビタミンA8IU/dL、25-OHビタミンD<5ng/mL、intact-PTH118pg/mL。単純レントゲンではくる病性変化をきたしていた。【経過】入院後、電解質を補正しながら、ビタミンを補充した。しかし、サプリメントは取ることができず、定期的に点滴でビタミン・ミネラルを補充しながら好きなものを好きなだけ食べるよう指導した。インス

タント焼きそばを食べるようになり、そこにビタミンD製剤を添加している。

当センターで行った自閉症児の食事のレポートリーと栄養素不足についての研究

【目的】 自閉症児には偏食がしばしば見られ、時にはビタミン欠乏などの栄養障害をきたす。そこで偏食と栄養障害の関係を調べ、偏食のある自閉症児が好む食物を調べた。

【方法】 自閉症児の親御さんに3日間の食事記録を書いていただき、栄養計算ソフト(栄養Pro)を用い、各栄養素量を計算した。栄養のパラメーターはエネルギー・タンパク質・ビタミンA・D・E・K・B1・B2・B6・B12およびC、ナイアシン・葉酸・パントテン酸・ビオチン・ナトリウム・カリウム・カルシウム・マグネシウム・燐・鉄・亜鉛・銅・マンガン・セレンとした。食物のレポートリーの数は、子どもが3日間で食べた食品の種類を数えた。

【結果】 対象は当センターの児童思春期精神科と総合診療科に通う、DSM-IVで自閉症と診断された方の中で同意を得られた27名(男児20名、女児7名)、年齢3-19(11±4.5)歳であった。食物のレポートリー数は1-53(平均27.4±13.2)であった。レポートリー数15未満の重度の偏食の児は6名(22%)であった。レポートリー数と不足する栄養素の数には負の相関を認めた($r = -0.61$; $P < 0.001$)。不足する栄養素はカルシウム・ビタミンA・ビオチン・マグネシウム・マンガン・亜鉛などであった。重度の偏食の児が好む食品は、米飯($n = 5$)・スナック食品($n = 4$)・緑茶($n = 4$)・パン($n = 3$)・ミルク($n = 3$)・フライドポテト($n = 3$)およびフライドチキン($n = 3$)であった。

【結論】 食事のレポートリー数と不足する栄養素の数は負の相関を認めた。西洋諸国では、自閉症児の好きな食べ物は、フライドポテト・パン・スナック食品・ミルク・フライドチキンなどと報告されている。だが日本では、米飯が最も好まれる食べ物であった。フライドポテトの偏食でビタミンA欠乏をきたすことが知られているが³⁾、米飯はフライドポテト同様、ビタミンAとDを含有せず、カルシウムの含有量も少ない。自閉症児

にかかわる栄養士や医療従事者は、栄養不足の可能性に配慮する必要がある。

ASDの子どもは感覚の過敏性とコミュニケーションの障害により、食べ物を拒んだり、特定のものしか食べなかったり、特定の環境でしか食べなかったり、食事時間が本人や家族にとってストレスの時間になることがある。数種類の食品しか食べないにも関わらず、彼らの大部分は極めてよく成長するように思われる。しかし、ある子どもは明らかに成長が適切でなく、栄養不全に陥っている。よく成長していると思われる子ども達でも身長と体重からみれば成長しているかもしれないが、ビタミンやミネラルなどの必須栄養素が明らかに、あるいはわずかに不足しているために、彼らの心身両面にわたる全体的な健全さが損なわれているおそれがある。ASDの子どもの食事に関して、どのような工夫が必要だろうか？まずは食事時のストレスを減らし、食事に対する子どもの集中力を高める必要がある。いつも食べているものを食べない、といったことがある場合は、いつもの場所や椅子やスプーンといった、慣れ親しんでいて予測が可能な食べ物を与えるための習慣を作り出すことが必要である。レポートリーを増やしたいと思う時も、慣れ親しんだ環境でゆっくりと変化させる必要がある。いつも食べている食事にこっそりと嫌いなものを混ぜて食べさせようとする、いわば感覚的な不意打ちは禁忌と思われる。普段の食事の場面では難しくても、おやつや学校の給食や取り組みの中などでは受け入れられる場合もあるため、諦めずに試す価値はある。症例に示したように非常に限られたものしか食べない子どもの場合には、あまり無理をせずに、「好きなものを好きなだけとる」方針で長い目で対応した方が良い。不足するビタミン・ミネラルなどの栄養素をサプリメントで補充することを勧める。また、あまり食べない、まったく食べない子どもには経管栄養も考慮する必要がある。

文 献

- 1) Baranek GT, Foster LG, Berkson G. Tactile defensiveness and stereotyped behaviors. *Am J Occup Ther* 1997;51: 91-95.

- 2) Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. J Pediatr 2010;157:259-264.
- 3) Tanoue K, Matsui K, Takamasu T. Fried-potato diet causes vitamin A deficiency in an autistic child. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2012;36:753-755.

栄養指導の実際（神経性無食欲症を中心に） （磯部宏子）

はじめに

健康な人では減量をして自己防衛反応が働き限界がある。しかし、神経性無食欲症は生理的限界以上に体重が減り続けてしまうことが、大きな特徴と言える。小児の摂食障害においては、場合によっては命にかかわることもあり、また低栄養が長引くほど後遺症（低身長・骨粗しょう症等）も残り、将来に大きく影響する。この低栄養期間をいかに短くするかが重要な治療のポイントであり、栄養指導はその一環を担うものである。実際に栄養指導を行っている立場での考察をする。

神経性無食欲症とその栄養生理について

神経性無食欲症では身体症状（極端なやせ・産毛密生・皮膚乾燥・無月経・冷え性など）・食行動異常（小食・偏食・食事を隠すなど）と精神症状（柔軟性の欠如・強迫傾向など）があらわれる。身体感覚の認知障害・身体像の歪みに加えて社会心理的環境などの要因が加わり、図1のように飢餓状態を生むとも言われている¹⁾。

胃は萎縮し食べ物を受け入れられず吐きやすく

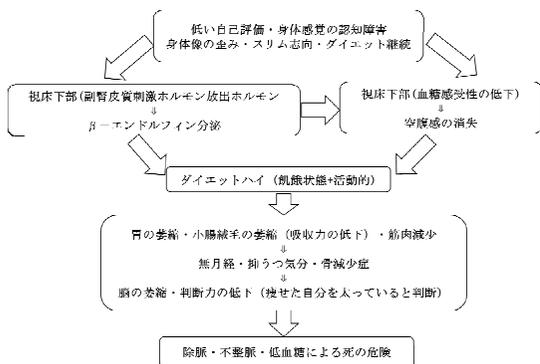


図1 行動異常における摂食調整因子の動態¹⁾

なり、小腸の絨毛も萎縮し吸収能が低下する。飢餓状態が長く続くと体に最低限必要なエネルギー確保の為、体たんぱくも異化亢進状態となっている場合がある。このような身体状態により、食事が増加してもなかなか体重増加がみられない。心理、行動面の異常の原因の1つおよび増悪因子が、飢餓状態によるものであることが指摘されており、飢餓状態の改善は心理、行動異常の改善にも役立つ。このことから栄養療法の重要性が見えてくる。

神経性無食欲症の治療における栄養療法の位置づけ

本格的な心理療法を行うには、まずは低栄養による脳機能異常からの回復が必要で、標準体重の80%以上まで体重が増加すれば回復すると言われていている(図2)。まったく食べられない、歩行困難となっているなどの重症時は、生命の維持が第一優先となり、入院治療が絶対条件となる。静脈栄養法・経腸栄養法を使用し、厳密な管理により栄養状態の回復をはかる場合もある。この時注意しなければならないのが Refeeding 症候群である。低栄養状態から急激に栄養を入れると、体内のリン酸が急速に消費され低リン血症による心不全を起こすなどさまざまな合併症を生じることがあり注意が必要である。

次に経口摂取が可能な状態であれば、食べられるものを食べられる量から始める。この段階では体重増加が第1の目標であり、エネルギー優先の食事となる。標準体重の約70%のやせの患者では、基礎代謝量は健康人より有意に減少しているが、胃腸機能の低下により消化吸収が悪くなって

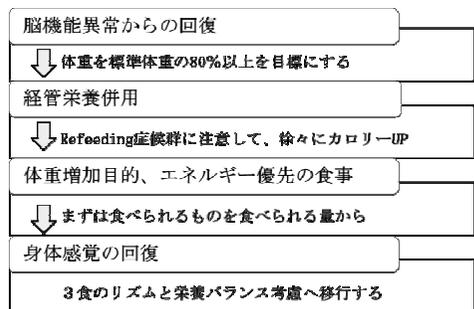


図2 栄養療法の流れ

いるため、体重当たりの必要エネルギーは多くなる。通常体重1 kg増加させるために必要なエネルギー量は、健常人で7,000 Kcalと言われているが、痩せの状態では約8,000 Kcal必要とも言われている²⁾。また、やせの程度により活動制限等も併用される。

体重増加に伴い、空腹感など身体感覚の回復があり、食事量が確保できるようになれば1日3食のリズムと栄養バランスを考慮した食事へと移行する。身体的回復に伴い、歪んだ認識ももとに戻ることも多いが、身体の回復に比し、心の回復は遅れることが常であるため、生活リズムの保持や精神療法が主体となってくる³⁾。実際にこの流れは本人の抵抗も強く、順調に進まないことも多い。

管理栄養士による栄養指導の実際

栄養指導は、医師の依頼により実施する。食事記録による食事摂取量の評価や、摂取量増加を目的として行っている。

1. 患者本人に栄養の大切さを伝える。

まずなぜ食べなければいけないのかを話している。医師・看護師等から話を聞いていると思われるが、管理栄養士からも話すことにより、皆が同じように心配していることを伝える。身体の変化で困っていることなどをたずねると、「手足が冷える」「疲れやすい」「背中の産毛が濃くなった」などこの疾患の患者に特徴的な身体変化を挙げられる。それをもとに、「太るのではなく身体をもとに戻しましょう」という観点から栄養を摂ることの大切さを話していく。患者の年齢や受け答えの反応、家族との接し方等から、どのように説明していくかを考え、イラスト等を使用する。中高校生の患者では、食べたくはないけれど食への関心は強く、食品成分表や料理本が愛読書である患者も見受けられる。実際にどれくらいのエネルギー摂取量が必要かを簡単な計算表を用いて計算してもらい、食べてもすぐには太らないことを理解してもらうこともある。

2. 今何が食べられるのかを見つける。

患者から提出された食事記録や会話の中から、今何が食べられるのか、何を増量出来るのかを探し、食事内容を変えていく。よく見られる特徴としては、「ごはんは〇〇gまで」「パンは決まった

ものを1個」など主食量にこだわる。特に実感するのは100 gの壁である。2ケタから3ケタになる抵抗感はかなり見受けられる。肉・油はエネルギーの元凶と捉え、ヘルシーなイメージからか白身魚や豆腐への抵抗は少ない。揚げ物は好まず、お肉はお湯で洗う、脂っこいものはティッシュで油分を吸い取ることでさえしてエネルギーダウンを図る。逆に芋類なら沢山食べられるという患者も少なくない。まずは、楽に食べられるものを探り、ヘルシーなイメージを利用し食材を変えてエネルギーアップをはかる。偏った食べ方をしているも当初はそれを否定することはしない。バランスの良い食事を目指すのではなく食べられるものに目を向け、少しでも頑張って食べられることを褒め、まずは体重増加を目的とする。

3. 日々の食事に悩む保護者に、内容やアレンジのアドバイスをを行う。

例えば、豆腐なら絹ごしよりエネルギーの高い木綿豆腐を選ぶ。肉がどうしても食べられない場合には残してもいいので一緒に調理し、微量のエキスの摂取と共に料理に肉の旨味をだす。1回の食事量が少ない患者には、食事に影響のない時間と量で間食の利用を勧める。栄養補助食品の利用も一つの方法である。また、参考程度にと当院の献立表を提示することや、患者に抵抗のない料理にアレンジしたレシピを紹介することなども行っている。

栄養指導は患者と食事の話をするだけでなく、保護者が日頃の悩み等話す場でもあると感じている。医師に話すこと、看護師に話すこと、管理栄養士に話すことは異なり、何度も話す機会があることで少しでも気持ちが楽になるのではとも思っている。

栄養指導を通して思うこと

神経性無食欲症は原因・環境・家族関係・社会関係などさまざまな状況があり、各々の進行状況により対応が変化するなど個別性が高く、栄養指導は画一的に行うことが難しい。また小児の特性でもあるが、指導の中で話の主が誰になるか家族内の関係性によるところが大きく、保護者が答えてしまい患者がどう思っているのかが見えないことがある。実際の食事作りは保護者中心となるた

め、食事内容などは保護者への指導が主となる。指導回数は患者によって異なるが、繰り返しの指導は患者への食事量や生活状況の確認と共に、保護者の疑問点を解決し、励ましやモチベーションとなることもある。介入終了時には、いつでも話を聞くことができることを伝えている。

おわりに

「バランス良く食べて体重を増やそう」では患者に受け入れてもらえない。私達管理栄養士がおこなっているのは栄養指導というより、食事相談に近いかもしれない。患者自身が自覚のある冷えや疲れやすさ、無月経など崩れてしまった「体調を戻す」という観点から一緒に取り組む姿勢が必要であり、大切なのは体重を増やすことだけではなく、その次にある心の回復である。食事療法はスモールステップの積み重ねで、患者や保護者との信頼関係を構築し、こちらのアドバイスに耳を傾けて頂ける状況を作るまでには時間を要する。そのためにも恐怖にさらされながら食べる行為を拒否せず、何かしらの食行動を起こそうとしている患者の努力を忘れず、多職種が連携して支援する体制づくりは必要である。今後も栄養指導では、食べることが一番不安な患者に安心感を与え、患者や保護者の思いに添いながら、患者の食生活に介入していきたい。

文献

- 1) 本田佳子編. 摂食障害のある人への栄養ケア. 新臨床栄養学, 栄養ケアマネジメント, 医歯薬出版, 2014;379-385.
- 2) 柴崎千絵里. 疾患, 病態に応じた外来栄養食事指導の工夫. 摂食障害. 臨床栄養 2013;123:557-563.
- 3) 中井義勝, 任和子. 小児の摂食障害と栄養. 臨床栄養別冊 JCN セレクト9 2014;126-132.

摂食障害患者への精神科診療の実際 神経性無食欲症と嘔吐恐怖を中心に (南 達哉)

小児期の摂食障害の代表的な疾患として神経性無食欲症と嘔吐恐怖があげられる。前者は極端なるいそう・肥満恐怖・いそうの軽視・原発性あるいは続発性の無月経を主症状とし、治療拒否心性を有するため治療者に強い印象を残す。初期対

応としては身体状態を評価し、それをもとに子どもと家族に身体的危険を強調すること、体重に応じた行動枠を設定すること、受け入れやすいように疾患について分かりやすく伝える(心理教育)ことが重要である。やせが激しいにもかかわらず治療を拒む場合には精神科への入院を含む緊急対応が必要になる場合がある。

後者では「吐くのではないか」という恐怖感から食事摂取が困難となったり、喉の違和感のために食事が飲み込めなくなる。もともと不安の強い気質を持った子どもに何らかの負荷が加わって発症することが多く、その本態は不安障害である。食事をとりたいが不安のためにとれない状態であるため、共感的に関わることが望ましい。負荷になっている事柄を除いても症状が続く場合は抗うつ薬(SSRI)が有効である。

体重が低下していくさまは例えて言えば自転車で下り坂を降りていくようなものである。家族が「危ない」と声をかけて止まる子どももいれば、小児科を受診・入院して我に返る子どももいる。中には精神科に入院してやっと自転車を降りてくれる子もいる。家族や支援者の声にどこで耳を傾けてくれるか想像しながら対応するとよい。一方、回復の過程は自転車で上り坂を登っていくようなものである。坂道を登るには自分が今どこにいるか知るための見通しと、頑張りが必要である。それが心理教育と治療意欲に当たる。自分の現状や疾患について分かりやすく伝える(心理教育)一方、何によって治療意欲が喚起されるかあるいは減退するかを探り続けるとよい。

当日は嘔吐恐怖の小学生女兒と、神経性無食欲症の小学生女兒の入院例を呈示し、上記について具体的に述べた。前者は当初から治療意欲があったが、不安に圧倒されていた。入院当初に年齢にあわせた病状や処置の説明を行い、支持的に対応した。入院の後半でSSRIの内服を行い、順調に体重が回復して退院した。後者は学校での孤立と家庭の問題を抱え、病棟での生活を快適に感じて治療意欲に乏しかった。治療スタッフの働きかけによって家族は対応を変えていった。本人は徐々に自宅生活を望むようになり、回復し退院した。その後、身長を伸ばすために体重を増やしたいと考えるようになり、治療終結に至った。