

フィンランドにおける子ども・若者の摂食障害と支援の動向ーヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットと摂食障害専門ケアセンターの訪問調査からー

著者	田部 絢子, 高橋 智
著者別表示	Tabe Ayako, Takahashi Satoru
雑誌名	金沢大学人間社会研究域学校教育系紀要
号	13
ページ	125-137
発行年	2021-03-17
URL	http://doi.org/10.24517/00061949



フィンランドにおける子ども・若者の摂食障害と支援の動向

—ヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニット
と摂食障害専門ケアセンターの訪問調査から—

田部 絢子¹・高橋 智²

Actual Situation and Support for Children and Adolescents with Eating Disorders in Finland : Visit Survey to the Eating Disorder Unit at the University of Helsinki Hospital and the Private Eating Disorder Care Center

Ayako TABE, Satoru TAKAHASHI

1. はじめに

筆者らはこれまで、多様な発達困難を有する子ども・若者の発達支援・特別ケアのあり方について、北欧福祉国家（スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、アイスランド）の取り組みを事例に調査・検討を行ってきた。北欧においても多様な「育ちと発達の困難」（失業、低所得・貧困、ホームレス、早期結婚・離婚、不適応・孤立・引きこもり、アルコール・薬物依存、精神神経疾患、いじめ・虐待・暴力、非行・触法・犯罪等）を抱える子ども・若者が増加して、彼らの発達支援が大きな課題であることは日本とも共通している。

その一環として、筆者らは2018年3月、スウェーデンの首都ストックホルムにあるストックホルム県立摂食障害センター「Stockholm Center for Eating Disorder (SCED)」の児童・青少年診療部門を訪問調査し、医師・カウンセラー・院内学校教師・子ども本人等へのインタビューを行った（高橋ら：2018）。2019年3月にはストックホルムの摂食障害当事者組織「FRISK&FRI」を訪問調査して、摂食障害当事者へのインタビューを行った（田部・高橋：2020）。

2019年9月にはフィンランドの摂食障害治療の基幹であるヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットを訪問し、看護師長へのインタビュー調査を実施した。同時期に、摂食障害専

門ケアセンター「Syömishäiriökeskus」を訪問し、看護師へのインタビュー調査を実施した。大学病院や地域医療の公的なサービスやケアでは担いきれない、専門的かつ長期の治療や支援を民間組織として担うことの必要性も確認できた。

本稿では、ヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットと摂食障害専門ケアセンターの調査を通して、フィンランドにおける摂食障害の子ども・若者と家族の支援の状況を明らかにし、摂食障害の早期発見と本人・家族を孤立させない発達支援のあり方を検討する。なお、ヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットと摂食障害専門ケアセンターの調査協力者に対して、事前に文書にて「調査目的、調査結果の利用・発表方法、秘密保持と目的外使用禁止」について説明し、承認を得ている。

2. 摂食障害とそのケア

摂食障害は、精神症状として肥満への恐怖、体重や体型へのこだわり、自己誘発性嘔吐症、下剤・利尿剤などの乱用、むちゃ食いの反復などが見られ、身体症では脱水、お腹の張り、低血圧症、無月経などがあり、症状によっては生命の危機となることもある。外来での治療が基本であるが、生活リズムを改善できない場合、身体症状が強い時、うつが強く、薬物調整をし

たり閉鎖病棟で治療をする方が良い場合は入院治療を行う場合もある。実際の患者数把握が困難であり、低年齢化及び高齢化が問題視されて久しい。回復率が50~60%と言われる一方、50%が回復するのに4~5年を要し、死亡率も10%と高いという報告もある。

厚生労働省研究班調査(2016)によれば、日本における摂食障害患者数の年間推計値(有病率)は拒食症が人口10万人当たり10.1人、過食症が人口10万人当たり5.1人、特定不能の摂食障害が人口10万人当たり3.4人である。摂食障害の患者は、受診を勧められても拒否することが多く、実際にはもっと多くの患者数が推定される。低年齢発症の摂食障害が増加しているが、さらに近年、DSMやICDの摂食障害基準ではとらえきれないような非定型の特徴をもつ者も目立っている(日本小児心身医学会摂食障害WG:2008, 宮本:2009, 作田:2016)。

イギリス・ロンドン州立小児専門病院(Great Ormond Street Hospital)のLaskほか(2013)は小児の摂食障害を9つに分類したGreat Ormond Street Criteria(GOSC)を提案し(表1),

子どもの摂食障害では、極端な偏食をする「選択摂食」、嘔吐するのが怖くて食べられない「嘔吐恐怖症」なども分類記載し、さらに「痩せたいわけではないがなぜか食べる気にならない」という「食物回避性情緒障害」が約30%を占めることも明らかにしている。

日本小児心身医学会「摂食障害ワーキンググループ」による小児の摂食障害の分類(表2)では、GOSCとDSM-5を合わせたものに、機能的嘔吐症(心因性嘔吐)を追加した14種類に分類した。

機能的嘔吐症(心因性嘔吐)は、生きづらさから「身体的には食べられるのに食べられない」精神的な摂食障害であり、厚生労働省では「中枢性摂食異常症」と呼ぶ。

「食物回避性情緒障害」は、学校の給食で完食を強要されたことや胃腸炎のときに嘔吐し嘔吐恐怖が出現したことなどをきっかけに、食べ物が喉を通らずやせが進行してしまう食物摂取を回避する病型である。DSM-VではDSM-IVの「幼児期または小児期の哺育, 摂食障害」カテゴリーが廃止され、この項目を摂食障害に統合し、異

表1 小児の摂食障害を9つに分類したGreat Ormond Street Criteria(GOSC): Laskほか(2013)

	病類分類	体型に関する病的なこだわり	体重	特徴
1	神経性食欲不振症	あり	減少	いわゆる「拒食症」
2	神経性過食症		普通~肥満	いわゆる「過食症」
3	食物回避性情緒障害	なし	減少	痩せ願望はないのに食べたくない
4	選択摂食		やや減少	高度の偏食, 低身長
5	機能的嘔下障害		やや減少	嘔吐恐怖や窒息恐怖
6	広汎性拒食症候群		減少	歩行や会話も拒否
7	制限摂食		やや減少	何でも食べるのが少量
8	食物拒否		やや減少	特定の状況でのみ食べない
9	うつによる食欲不振		減少	うつ, うつ状態の診断可能

表2 日本小児心身医学会「摂食障害ワーキンググループ」による小児の摂食障害の分類

	診断分類		診断分類
1	神経性やせ症(制限型)	8	神経性過食症
2	神経性やせ症(過食・排出型)	9	過食性障害(むちゃ食い障害)
3	食物回避性情緒障害	10	異食症
4	うつ状態による食欲低下	11	選択的摂食
5	機能的嘔下障害(嘔吐恐怖)	12	制限摂食(哺育障害を含む)
6	機能的嘔吐症(心因性嘔吐)	13	食物拒否
7	反芻性障害	14	広汎性拒絶症候群

食症や反芻症とともに回避・制限性食物摂取症 (avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID) という概念となって初めて記載された。年齢制限 (6歳以下の発症) の削除に加え、GOSCに含まれる診断分類 (食物回避性情緒障害、選択的摂食、機能的嚥下障害など) が取り込まれた。

また、食欲不振で小児科を受診する子どもは少なくないため、子どもの摂食障害の分類に「うつによる食欲不振」を含めていることや子どものうつ病はわかりにくく「胃腸炎」の診断をされることも少なくないことを指摘している。

摂食障害は、こころの奥にある対処困難な行き詰まりやこころの負担 (不安・憂うつ) が食事や体型に対するこだわった考え (強迫観念) にすり替えられ、その結果、食行動の異常を引き起こし、食行動の異常は身体的な異常 (高度のやせと命の危険) をもたらす (深井 2018)。

その発症や経過に心理社会的要因が密接に関わっており、患者の多くは発症前に何らかの苦痛や孤独を感じている場合が多く、低い自尊心が内在している (高倉 2017)。様々な心理社会的ストレスに対して、過食や拒食といった手段で対処しようとしているとも捉えることができ、やせることで周囲から賞賛されたり、努力すれば体重が減少する経験を通して一時的な自尊心の高まりを感じていることも多い。

一方、摂食障害患者は自らが病気であるという認識やその重篤さに対する認識が乏しい故に自ら援助や治療を求めようとしない傾向があり、家族も摂食障害に気づいていない場合が多い (摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針: 2017)。気づいた時には病状が深刻化していることも多く、摂食障害では食行動の異常が改善しても、その後も心理的課題や家族関係における軋轢、学校・社会不適応などの心理社会的困難さを認め、生活機能に多くの問題を抱えることがある。

摂食障害の治療において、イギリスの国立医療技術評価機構 NICE 治療ガイドラインは国際

的に評価が高く、参照されている。児童思春期の摂食障害治療には家族の参加と家族への援助が重要であること、患者や家族の希望を考慮に入れた治療計画であること、外来診療を基本としながら、重症度等に応じて入院治療や各種セラピー等を複合的に活用することが特徴づけられている。

このように、摂食障害を有することは患者本人のみならず家族にとっても大きな困難であり、本人と家族を包括した支援、教育・医療・福祉・当事者組織等の地域連携システムにおける長期的発達支援が不可欠である。

3. 日本における摂食障害対策

「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(2014年3月7日厚生労働省告示第65号)では、摂食障害に関して「ア摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、摂食障害の患者に対する治療や支援方法の確立を行うための体制を整備する。イ摂食障害を特性として極度の脱水症状等の身体合併症があり、生命の危険を伴う場合があることから、摂食障害の患者に対して身体合併症の治療や栄養管理を行いながら精神医療を提供できる体制の整備を推進する」ことが記された。

このように日本における摂食障害診療において、患者に対する治療および支援方法の確立や生命の危険を伴う身体合併症の治療、栄養管理等を行うなど、適切な治療と支援により患者が地域で支障なく安心して暮らすことができる体制の整備を推進することが求められている。

厚生労働省は2014年度より「摂食障害治療支援センター設置運営事業」を実施している。全国4カ所の医療機関 (東北大学病院、国立国際医療研究センター国府台病院、浜松医科大学附属病院、九州大学病院) を「摂食障害治療支援センター」に指定し、摂食障害の患者・家族への治療機会の提供や相談支援に取り組んでき

た。具体的な事業内容は、摂食障害治療コーディネーターを配置した上で、①摂食障害治療医療連携協議会の設置・運営、②摂食障害患者およびその家族への専門的な相談、治療および回復支援、③管内の医療機関等への助言・指導、④関係機関（精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、公共職業安定所等）との連携・調整、⑤医療従事者、関係機関職員、摂食障害患者およびその家族に対する研修の実施、⑥摂食障害患者およびその家族、地域住民等への普及啓発（公開講座、講演、リーフレットの作成等）である。

さらに国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを全国1カ所の「摂食障害全国基幹センター」に指定し、診療拠点機関による全国連絡協議会の開催や各支援センターで得られた知見を集積して、支援センターへの技術的支援等を実施している。これにより摂食障害患者の治療実績や患者・家族のQOLの向上、地域での多職種・他科連携や普及啓発等が目指されている。

日本における摂食障害対策では、摂食障害に関する医療・支援ニーズの高さに比べて専門医療機関・専門医の少なさが課題であり、治療支援センター設置自治体に未設置自治体の患者が集中している。今後は摂食障害の専門医療機関の増加のため、まずは3次医療圏（都道府県）の摂食障害治療センターの設置を目指し、摂食障害治療支援センターを設置する自治体に対して国庫補助（1/2）することとなっている。これらの取り組みを通して、摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるよう、摂食障害診療の地域連携支援体制をバックアップし、全都道府県における摂食障害拠点医療機関間のネットワーク強化と全国で均一な摂食障害診療を行える体制の整備が目指されている。

4. フィンランドにおける摂食障害とその支援

フィンランドでは思春期の女性の5人に1人が10代の間に摂食障害に関連する問題に苦し

んでいると言われている。病識の乏しい人や医療につながろうとしない人も多いことを考慮すると、実際の患者数はさらに多いと推定されている。

フィンランドの摂食障害の背景も、痩せている人を美しいとする社会、完璧を求める親や教師、家庭や社会における孤独など様々である。最近ではソーシャルメディアによって「完璧」な休日、「完璧」な体、「完璧」な食事、「完璧」なライフスタイル、「完璧」な友達や仲間、「完璧」な家族、「完璧」な親などの写真や動画が溢れ、「完璧」に囚われながら、そうなれない自分を追い詰めている影響も少なくないと、フィンランドの摂食障害専門ケアセンター「Syömishäiriökkeskus」の看護師は述べている。

フィンランドにおける摂食障害の有病率推定に関する研究は数が限られているが、Lähteenmäki ほか（2014）による20～35歳のフィンランド人（1863人）に対するメンタルヘルスアンケートからの分析では、神経性食欲不振症、神経性過食症、特記のない摂食障害および女性の摂食障害の生涯有病率は、それぞれ2.1%、2.3%、2.0%および6.0%であった。また摂食障害の男性は1人のみであった。生涯摂食障害と診断された女性のうち67.9%が少なくとも1つの併存するAxis I精神障害であり、最も一般的な症状はうつ病であった。生涯摂食障害のある女性の79.3%が受診して治療を受けたが、現在まで摂食障害が継続している女性のうち治療を継続していたのは3分の1のみとなっている。

Isomaa ほか（2009）によるフィンランド西部での3年間にわたる追跡調査では、18歳の女性の生涯有病率は神経性食欲不振（AN）で2.6%、神経性過食症（BN）で0.4%、AN-NOSで7.7%、BN-NOSで1.3%、無症状の摂食障害で8.5%であった。この報告では男性被験者の間で摂食障害の一般的な症例は見つかっていないとされており、女性に比較的顕著な疾患として報告されている。また15～18歳の女性の摂食障害の発

生率は、100,000人年あたり1641人であった。

近年のフィンランドにおける摂食障害に関する研究にはLitmanenほか(2016)による思春期精神保健コホート研究がある。2002年から2003年にかけてフィンランドのタンペレにある総合学校の9年生を対象に調査し、さらに2012年から2013年にも同じく9年生を対象に調査を行った。この結果、食欲不振と過食症の有病率、食欲不振と過食症の症状の大部分、摂食障害のために治療を受けた割合において、2002～2003年と2012～2013年の間に変化は観察されなかった。また、摂食障害、摂食障害による受診治療、摂食障害の症状は、親の社会的地位の高さと体系的に関連していないことも指摘されている。

Figueiredoほか(2018)は摂食障害の予防において、体型に不満を持っている思春期前の若者に特別な注意を払うべきであることを示唆している。2011年に9～12歳であった10,526人が継続的な分析対象とされている。2018年の調査報告ではこのうち2.2%が摂食障害であった。またとくに思春期前期の若者の多くが身体の不満を報告し、30.0%はより小さな身体を望み、9.3%はより大きな身体を望んでいた。思春期前期の場合、身体に不満を抱えていると摂食障害のリスクが高いことが推察されている。体の不満はとくに低体重または正常体重の範囲内にある女性の摂食障害に強く関連していることも指摘された。

Mustelinほか(2016)は摂食障害とアルコール依存の関係性について指摘している。摂食障害の女性182人を対象に、飲酒および中毒の頻度について16歳時点、24歳時点、34歳時点で評価を行ったところ、16歳時点では、摂食障害の女性のほうが、最後に飲んだときに重度の中毒であると報告された件数が多く、若い女性の間では、生涯の摂食障害と危険な飲酒との関連が20代半ばから30代半ばまで続いた。自己申告による飲酒頻度は、摂食障害の女性と摂食障害ではない女性の間でどの年齢層でも差はな

かったが、摂食障害の女性はより頻繁に飲酒し、アルコール関連の問題を測定する尺度でも高いスコアを示した。飲酒に関連する危害は、摂食障害ではない女性よりも摂食障害のある女性に多く見られ、これらの関連性は長期にわたって持続する。

摂食障害の当事者支援活動の代表的組織として「フィンランド摂食障害協会(Suomen syömishäiriöyhdistys r.y.)」がある。この協会の目的は、摂食障害に関する最新情報を会員に提供することにより、専門家のスキル向上を支援することである。またフィンランドの摂食障害治療ユニット間の協力や、海外の同様の団体と協力することにも力を注いでいる。当協会では摂食障害の治療や支援アプローチに関する会員向けの講義・研修も積極的に実施しており、「摂食障害の緩和と回復をサポートする実用モデル」「治療の構造・スタッフと患者との連携」「自閉スペクトラム症と摂食障害の関係、リハビリテーションの方法」「家族ベースの治療モデルトレーニング」等をテーマに、毎回専門家を招いてのセッション(有料)が行われている。

またヘルシンキ首都圏を中心に活動している団体として「Etelän-SYL」がある。こちらは主にピアサポートを主体としており、ピアカウンセラーによるEメールによる相談受付、より専門的で個人的なサポートの提供、ワークショップ、講義などが実施されている。摂食障害を寛解したスタッフの主導でピアグループによるオープンディスカッションも行われ、現在治療中のメンバーが無料で参加してアクティビティなどの時間を過ごすことができる。

5. ヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニット

フィンランドの首都ヘルシンキの中心部にあるヘルシンキ大学病院精神科の摂食障害ユニットは13歳以上の摂食障害患者および成人の治療に特化したユニットであり、全国最大規模の施設である。患者数は約400名、主に南ヘルシ

ンキの自治体の住民で、受診には自治体からの紹介状が必要である。患者の9割は女性で、成績優秀・完璧主義であることが多く、スポーツ選手など、自己や周囲からの要求度が高いと発病しやすい傾向にある。摂食障害の場合、13歳～18歳にかけて、症状が目立ってくる傾向が高く、若年の患者が多いことが特徴であるが、最近では患者の高齢化も問題になっている。

本ユニットは摂食障害と栄養管理に関する外来治療を提供することであり、強制的に治療を行わないため、本人の治療意思が確認できるのみとなっている。個人、グループ、家族向けのさまざまな治療、本人や家族を対象に電話によるコンサルテーションも行っている。メディアの影響による間違った自己の身体イメージや強迫観念を、食事をしながらほぐし、調整していくが、鬱などの精神疾患がある場合には、その治療が終わってから本ユニットでの治療を開始する。完治まで担当の精神科医と看護師を固定し、医師や看護師は1人当たり30ケースほどを担当している。ほかにセラピスト、カウンセラー、栄養士、内科医、小児科医を含むチーム医療を提供している。

ほとんどの患者が外来診療で治療を進めていくが、1週間程度の入院も可能な施設が整備されている。やむなく入院治療を受ける場合は、病院学校に通い学校教育が保障される。通学する学校の教師、キュレーター等との連携も行っているが、学校によって体制や協働には差があるのが現状である。

グループ治療（最大8人）は2週間の入院治療と2週間の自宅療養を1セット、これを3セット行う。治療はまず1日6回の食事療法により、1週間に1kgの体重増量を目指すことから始まる。食事は通常食と高エネルギー栄養剤を組み合わせ、食事の際には必ずスタッフが付き添って、提供されたものは完食することが原則である。散歩などの外出の際もスタッフが付き添い、あらゆる食事・生活場面をスタッフが見守り、管理している。体調や認知機能の回復のために

も早期治療開始が重要である。ある程度体重を増やしてから、認知行動療法を主とするメンタルトレーニングを行う。

摂食障害は基本的に特效薬（治療薬）がないので、処方する場合も抗うつ剤、睡眠導入剤、ビタミン剤であることが多い。投薬よりも栄養を摂ることと心理的安定が重要である。自分で摂食障害の治療に同意しているため病識はあり、本センターに治療を受けに来る時点で治療が始まっていると考えられ、その後の治療効果が見込めるとも考えられている。

本ユニットで2～3年間の治療を受けた場合、約400名のうち80%は完治するが、完治している人のなかにも発症から10年以上かかっている人が含まれ、早期に支援を開始するほど回復率は高い。およそ10%は摂食障害は治ったものの体調不良や副作用、精神疾患や別の不調、社会からの孤立、摂食障害であること自体が「自分の人生」と思い込んでアイデンティティとなることにより長期化するケースとなる予後不良であるという。

そこで本ユニットでは最低限・短期間の治療により患者が地域の暮らしに復帰できるようにしていくことが目標とされ、本ユニットにおける治療後は本人にとって安心・安全な環境を提供・保障できるよう他機関・多職種による連携支援を継続するほか、民間団体・民間施設におけるピアサポートや本人・保護者の自助グループによる伴走的支援が重要となる。

18歳未満の患者では保護者にも家族セラピーを施す。保護者は摂食障害を有する子どもの状態に手を尽くして疲れていることがほとんどで、治療への同意は即答することが多い。親が治療を拒否した場合は虐待（子どもの生存権の侵害と保護者としての義務の不履行）とみなし、児童保護法の措置が適用され、「治療ができない」事態にはならない。

保護者も子どもと一緒に病院で食事をし、子どもの食事のあり方を学ぶ機会となる。自宅療養の場合は食事を写真に撮るなどして病院に送

付し、アドバイスを受ける。

近年、フィンランドでは子どもにもベジタリアンやヴィーガン（卵、乳製品、動物性たんぱく質等を摂らない）が増えている。しかし、未成年の摂食障害患者の死亡率は成人の6倍も高く、骨や心臓の機能にも影響があるため、子どもの摂食障害の治療では「子どもの心身の成長発達」を最優先し、このような主義や嗜好性は考慮せずに標準的な治療食を提供している。

6. フィンランドの摂食障害専門ケアセンター「Syömishäiriökeskus」

ヘルシンキにある摂食障害専門ケアセンター「Syömishäiriökeskus」は、フィンランド国内で最初かつ唯一の民営の摂食障害治療サービスプロバイダーであり、非営利団体Life Hunger協会が所有している。複数の大学と研究連携しながら摂食障害に特化した治療、リハビリテーション、治療サービスを提供している。

ヘルシンキには、摂食障害の主たる治療機関としてヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットがあるが、患者数が多く、スタッフも病床も余裕がない現状がある。そこでヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットは南ヘルシンキ地域の患者を受け入れ、それ以外の地域の患者は本センターを利用している。

なお、EU諸国でも専門クリニックが少ない状況から、本センターにはEU諸国から紹介されてくる患者も多い。フィンランドにおいても摂食障害専門の医師や看護師は不足し、各自治体には摂食障害に対応できる病院やユニットはごく少ない。さらに大学病院では投薬および急性期治療に重点が置かれて長期的な対応・支援ができないことが課題となり、摂食障害特有の症状（体重・身体症状の「奥」にある「すり替えられた症状」）に対応できず、完治に至らず予後が芳しくないケースも目立つことや強制的な治療は患者のモチベーションを下げることなどが指摘され、摂食に問題がある人に対して包括的で質の高いケアを提供したいという願いから開

設された。

本センターの治療・リハビリテーションユニットで治療を始めた多くの人々は病識が乏しいことも多く、「自分は治療を受けるに値しない。病気になっていない。または自分のためというより他の誰かの代わりになる」と感じていることも少なくない。実際は、摂食障害から回復するために大きな支援が必要であることは明確で、患者の多くは自分の病状等を現実的に評価するのが難しくなっている。

摂食障害は「少女や女性の病気」として誤解されがちであるが、近年は少年および男性の摂食障害患者も増加傾向にある。男性もあらゆる形態の摂食障害が起こり得るが、症状では女性とは違いが生じる。例えば女性は無月経など症状がわかりやすいが、男性では気づきにくい。女性の病気というイメージが強く、「男性の摂食障害は恥ずかしい」ことだと捉えられてしまい、症状を訴えにくく、発見が遅れる。

本センターの男性患者の一般的特徴は、厳格な食事制限、無制限の過食、筋肉量の増加を求めすぎる、過度の運動、ホルモン剤等の使用、うつ病（食欲不振および様々な身体障害）等である。男性の摂食障害においても早期発見と介入が重要であり、男性の摂食障害に関連するステイグマを軽減するため、患者との対話を大切にしながら、状況を評価し、患者が適切な支援を受けられるよう対応している。

6.1 通院による治療・サービス

①電話相談

摂食障害の患者本人や家族・パートナーからの相談を受け付けている。

②Evaluation Period（評価期間・アセスメント）

摂食障害の専門家との1～3回のミーティングを通して病状を把握し、専門的見解を提供する。必要に応じて栄養士、医師、理学療法士との面談も含まれる。個別ケアの目標は「日常食の調整」「症状と行動を継続させている根本的な症状を特定する」「摂食障害特有の考えと自分の

健康的な考えとを区別する」「摂食障害の症状を置き換えていくために不安を調節する新しい方法を見つける」ことである。

③栄養療法

栄養士が栄養指導を行い、患者・相談者と協力してニーズに合った食事を検討し、食事の正常化を支援する。

④摂食障害に特化した治療とセラピー

摂食障害を専門とする経験豊富なスタッフにより、摂食障害治療および心理療法を行う。摂食障害と併発する不安、抑うつ、恐怖、強迫性障害などの精神症状にも対処可能である。本センターではリハビリテーション心理療法も利用できる。リハビリテーション心理療法は、仕事や勉学へのスムーズな移行または復帰するために仕事と勉学に関する能力を支援および改善することを目的とする KELA の代替心理療法である。摂食障害のリハビリテーション心理療法は、摂食行動の正常化、不安のマネジメントスキルに関する学習、摂食障害に典型的な他の問題領域にも対応する。

⑤精神科医による治療・支援

精神科医による薬のレビューと薬のモニタリングが必要な場合、精神科医と連携しながら摂食障害センターの治療を進めることができる。認知心理療法、ソリューション指向型心理療法、マインドフルネス、「ハコミ」心理療法なども行われている。

⑥理学療法

摂食障害患者は様々な身体感覚に耐え、身体を自ら疎外しているため、根本的なニーズの特定・対応が困難であることが多い。理学療法は、患者が自分の身体との関係を改善するためのリラクゼーションの実践や健康的な運動方法を見つけること等を助け、心身のバランスを取りながら穏やかに過ごすことを知る機会にもなる。カウンセリングを中心とした治療が功を奏していない場合にも、理学療法士による支援が活用される。

⑦家族とのミーティングとサポート

摂食障害は家族全体に影響を与え、親や家族は患者をサポートする上で重要な役割を果たすが、多くの場合、最善の介入の方法を知らない。そこで本センターでは摂食障害に関する情報、カウンセリング、ガイダンスを提供する「家族会議」を実施している。困難な状況に対処するための方法を知る機会をもつことが重要で、各家族の個々のニーズに応じて開催される。例えば、親や家族は専門家と3回程度の面接を行い、最初の2回は摂食障害と特定の治療法に関する情報を提供し、3回目は状況の変化とサポートの必要性を評価するためのフォローアップを行う。

⑧リモートでの対応

遠くに住んでいても緊密なチャットサポートを利用できる。スマホ用アプリケーション「MealLogger」によるインタラクティブな日記も利用可能である。食事内容から料理のアイデアまで定期的にフィードバックを得ることができ、食事状況を自分で確認するだけでなく、専門家が異変や変化を容易に見つけることができる。

6.2 治療・リハビリテーションユニット(入院)による総合的ケア

病院等で効果が見られないか重篤な場合には、自治体から受入れの要請があり、これまでの治療やリハビリテーションの期間が半年～2年続く13歳以上の患者を対象とする24時間体制の治療である(入院は7床)。

治療開始時には集中的な治療サポートを施し、心身の状態やQOLが向上するにつれて、患者自身のセルフケアの割合と責任を徐々に増大させていく。治療の最終目標は日常生活の課題を解決し、自分の生活環境に回復・復帰することであり、栄養士や理学療法士とのミーティングを毎週行ったり、多様なグループを活用しながらケア担当者が個別の計画を作成する。

治療・リハビリテーションユニットには個室のほか、練習用キッチン、共同リビングルーム、

グループスペースなどの共有エリアも配置され、食事は調理師が提供する。スタッフは精神科医、心理士、看護師、理学療法士、栄養士、社会福祉士等の専門家チームが構成されている。1人の患者に対して、2～4名の医師、看護師、栄養士、セラピストからなる専門家チームが治療・支援を担い、すべての患者には指定された毎日の付き添い人がいる。

入院期間の平均は半年～1年で、重度症状の場合にはうつ病、強迫症状、解離性人格障害、PTSDの併存が多い。栄養・身体・心理面を総合的に治療するが、食事指導が中心となる。

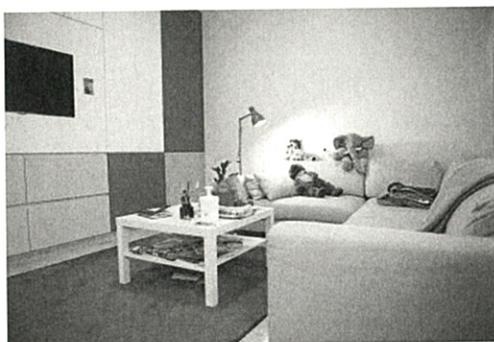
深刻な症状を有する患者の場合は「摂食障害の症状があること」が「生きている証」となり、「症状がほとんどないこと」が「困難で苦痛」になる特徴がみられることもある。患者の多くは食事や体重を変えたり、生活の中で幸福を維持する方法を見つけることができるような周囲のサポートを必要としている。

まず、これまでの生育歴、生活歴を丁寧に傾聴し、摂食障害の引き金になるような出来事や環境を探る。その上で個別治療計画を立て、評価・調整を重ねる。治療が進むと、レストランで食事をするといった自由時間を増やしながら、社会生活に近い自由な環境で食行動の調整を行う。退院後の生活を練習するための住居もあり、近隣のスーパーマーケットへスタッフが同行しながら、食材の買い方等も支援する。摂食障害の治療は長期に及ぶため、家族（親やきょうだい）の協力や見守りが不可欠であり、家族へのセラピーやアドバイスをを行う。

治療プログラムには食事管理、多様なグループ活動、介護者との話し合い、各種療法、リラクゼーション、週末の遠足などが含まれ、入院が長期に及ぶ場合には、日中活動として他の患者と趣味や勉強をしたり、軽作業や仕事をしたりすることもある。



写真① 入院用の個室



写真② 共同リビングルーム

摂食障害のある人にとって食べることは最も難しい。入院中は1日5回の食事を通して食事管理を行う。病棟には専属の栄養士がおり、毎週、食事について話し合う機会がある。初めのうちは自室で患者と介護士がマンツーマンで食べ、介護士も患者と同じものを食べる。その後、大きなテーブルで他の患者と食事をするがその際も看護師は付き添う。

食べているときの状態を観察し、食後は食べることが辛いことになっているためゆっくり休むように休憩を一緒にとって、トイレ等で嘔吐しないように配慮する。改善したら自分のタイミングでトイレに行くことが許可される。患者がこっそり食べ物を床に落としたり、ナプキンに包んで捨てることもあるため、丁寧にチェックする。患者によっては食べるのが儀式化しているため、食行動の癖なども把握し、異常な場合は改善させていく。

入院により強制的に「食べなければならない」ことで感情が爆発し、不安定になりやすく、精神疾患や自虐・自暴自棄になりやすいこともあるため、自殺にかかわるものなど、持ち物のチェックも欠かさない。また、食べたい衝動を紛らわすためのガム等が見つかるケースや、水を大量に持ち込んで飲み、早く退院するために体重を「かさ増し」していたケースなどもある。また、配膳されたものは完食が原則だが、患者がどうしても食べない場合は高エネルギー栄養剤を与え、それでも不十分なら経管栄養を選択することもある。命を守ることが第一義とされるためである。こうした経過をたどりながら徐々に「食堂で他の人と一緒に食べる」段階へ移行していく。

治療のプロセスでは患者の意思決定を大切にしている。治療プランや目標および達成度も患者と一緒に毎日確認する。その際、摂食障害のきっかけはどこにあったのか、いまは何に困っているかなどについて、これまでの生育歴や生活歴を繰り返し振り返りながら話していく。さらに保護者・きょうだい、家族とも綿密に連絡を取り、病状を詳しく説明するとともに、これまでの生育歴や生活歴のなかで摂食障害発症の原因として思い当たることがないか、丁寧に聞き取りをする。

本センターの24時間プログラムを半年～1年受けた患者の治癒率は90%となっている。自治体の治療費打ち切りのため、治療が途中で終わってしまったり、本人の意思により途中でやめてしまったりすると予後不良となるが、1回目の治療ではうまくいかず、のちに2回目の治療を受けるとうまくいくこともあるので焦らず、継続的に見守ることが重要である。

摂食障害の場合、本人は病識が乏しいことも多いが、「自分は病気ではない」「治ってからの人生は考えられない」というような考えが強すぎると治療はうまくいかないという。



写真③ スタッフに付き添われて食事をする

6.3 包括的な治療（ホリスティック・トリートメント）

本センターでは摂食障害を患者本人が抱える困難等の何かの表れとしての症状、倦怠感によるメッセージ、および自分の感情に対処する対処方法として捉えている。したがって摂食障害の症状を単に「軽減」するだけでは、治癒としては不十分である。

個々の生育歴・生活史、生活状況、その他の健康状態を考慮することは、治療を成功させるために重要である。そのため食事、体重、運動の標準化を目指すだけでなく、すべての患者が有する個々のニーズに合わせて治療を計画する。患者には可能な限り1か所の機関で、包括的にサービスを提供することを目指している。そのためにも、患者個人の状態を包括的に把握し、多職種が連携しながら治療方針を立てることが重要である。

摂食障害は家族全体に影響を与えると同時に治療において重要な役割を果たすため、家族やパートナーのケアとエンパワーメントするための様々なサポートが行われている。

「愛する人のグループ」では家族やパートナーは摂食障害とその回復に関するピア・サポートや情報交換が可能である。「配偶者のサポート」ではパートナーのために患者の治療中にサポートディスカッションとミーティングを提供し、「家族会議」は各家族の状況に応じて、さまざまな構成の家族会議を開催する。例えば

ビデオ会議を開催することもでき、遠くに住んでいる家族やパートナーがサポートを受けることもできる。「ネットワーク会議」では必要に応じて看護師、理学療法士、栄養士、セラピスト、精神科医を含むさまざまなネットワーク会議を開催し、家族やパートナーとも情報を共有する。ケアラーとの定期的な議論は家族のリソースを増やし、ケアの目標を達成するために不可欠と考えられている。

未成年の患者の場合、家族は患者のケアに密接に関与する。例えばケアの目標を設定したり、家庭の休暇を計画したり、ケアの終了を管理したりするときに協働し、スタッフの指導の下、日常生活のなかで家族全員がより効果的に交流していくよう支援する。

治療と学校教育や就労を両立させていくことも重要である。学校や仕事に行くことは、リハビリテーション段階や通常の生活への段階的な復帰において中心的な役割を果たすと考えられて、学校と協力して義務教育を提供している。学校に行っている場合も食事は摂食障害センターで摂る。高校生以上は通信教育などで対応する。高校生が復学する場合は、学習指導員や生活指導員に本センターのスタッフが会いに行き、学校生活における支援のあり方を相談・共有する。

6.4 摂食障害の予防啓蒙活動や専門家向けのサービス

摂食障害の予防及び早期発見を啓蒙普及するため、子ども・若者や教育機関向けの小規模な研修会も積極的に催している。子ども・若者が本センターと協力して、学習課題や研究プロジェクトを実施することもできるよう協力するなど、より広範なセミナーやトレーニングを開催している。

摂食障害を理解し、効果的な治療を確実に実施するためには支援者・専門家のトレーニングも重要であり、患者の症例や摂食障害に遭遇した場合への対処方法に関するカウンセリングや

コンサルティングも行っている。

摂食障害の治療とリハビリテーションのための効果的なサービスを保障していくためには、積極的な研究開発および最新の知見の学習が重要と考え、スタッフの研修に力を注がれている。世界各国の摂食障害を専門とする他のユニット・大学とも研究協力し、本センターでは、治療の有効性に関する独自の追跡調査を実施し、治療モデルを継続的に開発している。

7. 摂食障害を有する子ども・若者と家族への発達支援の課題

フィンランドにおける摂食障害診療の基幹であるヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットの訪問調査から、摂食障害の治療において集中的に高度専門的治療を保障することの重要性が明らかになった。摂食障害専門医療機関はフィンランドにおいてもほとんどなく、摂食障害に特化した治療に集中できない場合も多い。

心身を同時に治療していくことが必要な摂食障害であるが、実際には内科・小児科と精神科が治療を分割して行う場合も多く、総合的ケアが行える機関・システムの構築はフィンランドにおいても重要な課題であった。

摂食障害の発症に家庭や学校における心理社会的問題が影響していることも多いため、食事を通じた家族の交流が予防的役割を担うことも指摘され、摂食障害は「恥ずかしくて治療を受けにくい」というイメージを払拭するための理解啓蒙が必要であるという。

摂食障害専門ケアセンターの訪問調査からは、摂食障害の治療において本人のみならず家族やパートナーも含めて、患者本人の抱える病気や心理・社会的困難、対人関係等における不安等を理解し、エンパワメントしていく包括的ケアの重要性が明らかになった。

本センターでは摂食障害をさらに早期に発見し、早期に治療や支援を開始していくために、ネウボラや家族センターからの情報提供・連携の必要性を訴えている。摂食障害を発症してい

るということは、摂食障害以外にも何らかの心理・社会的不安や心身の課題・困難を抱えている場合がほとんどと考えられ、まずは精神疾患を治療して、その後に摂食障害の治療を開始するというように患者が抱える症状等を分割して順を追って治療を進めていくのではなく、児童虐待・うつ・発達障害等の背景要因も含めた総合的な治療が不可欠であると考えられていた。

高校生にもなると大人の管理が大きく減少するが、摂食障害の場合、高校生段階にあることが早期発見や治療の難しさとなる場合も少なくないため、新たな対応策が必要と考えられていた。またスポーツ選手が摂食障害を患うことも多いが、誤った食事制限が戦績を上げるために必要な方策と誤解されていることも多く、スポーツジム・スポーツクラブへの啓発にも力を入れていく方針であった。

摂食障害診療においては、患者へのカウンセリング、患者の家族支援、栄養療法・栄養管理などを一体的に行う医療機関が不可欠であり、生命の危険や身体合併症状を伴う場合の総合的な救急医療体制が必要となる。

しかし、日本の摂食障害の医療体制においては専門的治療や支援の受け皿が少なく、摂食障害専門治療機関がないこと、患者の相談・治療・支援につながる窓口が明確でないこと、内科・小児科・産婦人科・救急など身体科を受診してから摂食障害の専門的治療へつながらないことが多いこと、医療にかかる前後において当事者組織等による長期的なピア・サポートが極めて少ないことが課題となっている。そのため、多くの患者が適切な治療を受けることができずに早期に回復する機会を逸している。

摂食障害は患者数が多く、症状の多様性や身体合併症・精神併存症の有無、重症度等により必要な治療が異なり、摂食障害の重篤化・慢性化を防ぐためにも早期発見と早期に適切な治療・支援へとつながることが鍵となる。長期化・重篤化するほど多様な支援が必要となるが、そのような状態であるほど、患者や家族が様々な

機関とつながることは負担が大きく難しい。ワンストップで総合的な支援を長期的に受けられるシステムは、摂食障害はもちろん、福祉や医療、行政サービス等において重要な視点となっている。

心理社会的課題を食行動の異変として「すり替えて」いると考えられている摂食障害当事者は、摂食障害による心身の治療のみならず、家族やパートナーとの関係性の再構築や学校や職場で抱える心理社会的課題の解決など、「医療」の枠組みの中だけでは対処しきれない多様な支援を要する。摂食障害を有する人とその家族が孤立せず、心理社会的課題を再び「すり替え」ずに過ごせるような、連続的なサポートのシステムを構築することは重要である。

厚生労働省は当面の課題として、①摂食障害治療支援センターを全都道府県に拡充設置、②摂食障害治療期間センターを中心に内科・小児科・精神科や学校・養護教諭・栄養士・栄養教諭などとの多職種・他科診療連携および学会や家族・当事者団体・支援団体なども含めた摂食障害のネットワーク化の検討、③摂食障害の正しい理解や対処方法等に関する啓発普及を掲げている。

近年の摂食障害の神経生物学的モデルや認知行動モデルが示すように、摂食障害の発症・病態・維持には心身相関のメカニズムが働いている。治療には心理社会面と身体・行動面の両方からのアプローチが欠かせず、さらに患者の家庭生活や社会生活への支援を含めた総合的なケアのあり方の検討は緊要の課題である。

8. おわりに

本稿では、ヘルシンキ大学病院精神科摂食障害ユニットと摂食障害専門ケアセンターの調査を通して、フィンランドにおける摂食障害の子ども・若者と家族の支援の状況を明らかにし、摂食障害の早期発見と本人・家族を孤立させない発達支援のあり方を検討した。

日本においても摂食障害の予防と早期支援に

一層の注力が不可欠である。これまで医療が中心となってきた摂食障害の治療と支援においても、早期からの家族支援やピア・サポートを組み込んで当事者をエンパワーメントし、孤立させない支援が不可欠である。

【附記】本研究は2019年度科学研究費補助金基盤研究C(研究代表：田部絢子，基盤(C)19K02941)，公益財団法人ロッテ財団「2020年度(第7回)奨励研究助成」の研究成果の一部である。

文献

- Figueiredo, R. A. O., Simola-Ström, S., Isomaa, R., Weiderpass, E. (2018) Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents. *Eating Disorders*. 27(1), 34-51.
- フィンランド摂食障害協会ウェブサイト
<http://suomensyomishairioyhdistys.fi/yhdistys/>
- 深井善光 (2018) 『摂食障害—身体にすり替えられたこころの痛み—』ミネルヴァ書房。
- Isomaa, R., Isomaa, A. L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., Björkqvist, K. (2009) The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up Study. *European Eating Disorders Review*. 17(3), 199-207.
- Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni, S., Perälä, J., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. (2013) Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68(3), 196-203.
- Litmanen, J., Fröjd, S., Marttunen, M., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R. (2016) Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic Journal of Psychiatry*. 71(1), 61-66.
- Mustelin, L., Latvala, A., Raevuori, A., Rose, R. J., Kaprio, J., Keski-Rahkonen, A. (2016) Risky drinking behaviors among women with eating disorders—A longitudinal community-based study. *International Journal of Eating Disorders*. 49(6), 563-571.
- 日本摂食障害学会監修・『摂食障害治療ガイドライン』作成委員会編集 (2012) 『摂食障害治療ガイドライン』医学書院。
- 日本小児心身医学会摂食障害WG (2008) 多施設共同研究「摂食障害グループ」神経性無食欲症に関する調査報告診療状況および二次調査、『子どもの心とからだ』17巻, pp.69-72。
- 作田亮一 (2016) 子どもの摂食障害の治療 早期発見と治療のための診療体制構築 (特集1・子どもの摂食障害), 『教育と医学』第64巻3号, pp.184-194。
- 摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会 (2017) 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針小学校版」。
- 摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会 (2017) 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針中学校版」。
- 摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会 (2017) 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針高等学校版」。
- 摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会 (2017) 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針大学版」。
- 田部絢子・高橋智 (2020) スウェーデンにおける摂食障害と「子ども・家族包括型発達支援」の課題：摂食障害センターおよび摂食障害当事者組織の訪問調査から、『東京学芸大学紀要総合教育科学系』第71集, pp.161-175。
- 高橋智・田部絢子・石川衣紀 (2018) スウェーデンにおける摂食障害と発達支援—北欧における子ども・若者の特別ケアの動向⑩—, 『内外教育』第6679号, pp.14-18, 時事通信社。
- 高倉修・鈴山千恵・山下真・波多伴和・須藤信行 (2017) ストレス関連疾患としての摂食障害—病態と治療—, 『心身医』第57巻8号, pp.797-804。
- Waugh R, Lask B (2013) Overview of eating disorders in childhood and adolescence. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence 4th ed*, Routledge ; 33-49.