

P02-3 摂食障害・不登校を理解する：支援に活かす基本知識と実践的アプローチ 鈴木 雄一 先生への質問（LIVE配信時のQ&Aリストです。オンデマンド配信視聴の方の質問は受け付けておりません。）	
Q	貴重なご講演ありがとうございます。摂食障害の患者さんで、しばしば栄養マーカー（prealb、RBP）が高値である経験をしますが、先生の栄養マーカーの評価・見解や何かこの機序で考えることはありますでしょうか。
A	<p>ライブ回答 ご指摘いただいた点は、私が十分に把握できていなかった部分で、非常に参考になったと感じています。ターンオーバーの早いタンパク質を指標として見ることもあり、その一つがプレアルブミンだと考えています。ただし、プレアルブミンは必ずしも異常値を示すとは限りません。そのため、この指標だけで重症度を判断したり、診断の大きな根拠としたりすることは、ありません。このあたりは、理論上はそのように言われていますが、臨床の場では私も実際には使用していません。</p> <p>補足回答 オンラインで回答済みですが、応えきれなかったところを補足します。 栄養状態を反映するというより、代謝が下がり利用障害のため高値になる（コレステロールやフェリチンが高値になるのと同じ）、もしくは脱水のため濃縮されて高値になる、などの理由を考えます。</p>
Q	「摂食障害でない生き方ができるまで関わり続ける」という言葉がすごく腑に落ちました。鈴木先生が摂食障害の子の治療を終了するときにどんなところを重視し、どんな声かけをされているかを教えていただければうれしいです。
A	<p>ライブ回答 治療の終結という大切なご質問をいただいたと思っています。 まず、体重の回復はもちろん重要ですが、それだけではありません。 子ども本人が自己肯定感を取り戻し、かつ摂食障害だった過去の自分と向き合いながらも、摂食障害ではない生き方を自分で選べるようになったと感じられたときに、治療の終結を考えます。 摂食障害になるお子さんは、主体性が乏しく自己肯定感が低く、親にうまく甘えられないことが多い傾向があります。そのため、結果として「摂食障害という選択肢しか持てなかった」のではないかと思います。 ですから、治療終結に向けては、 自分で選択し、主体性を持つこと “今の自分でいい”と思える自己肯定感が持てること 摂食障害だった過去を否定せず、自分の一部として受け入れられること</p> <p>これらが確認できることがとても重要です。 そして、どんなに短く見積もっても、これらを整えるには3年ほどは必要だと考えています。先ほど「3年から5年程度の時間が必要」とお話ししたのは、こうした理由によります。</p> <p>補足回答 オンラインで回答済みですが、応えきれなかったところを補足します。 摂食障害の子は主体性が乏しく、自己肯定感が低いことは、オンラインでお答えした通りです。一方でやせ願望が完全になくなることは求めません。やせ願望は、おそらく一生あると思っているからです。やせ願望があっても、数日後に「まあ、いいか、おなかが減るし、食べちゃおう」というような、三日坊主のやせ願望であれば、改善していると考えます。また、一日中食べ物のことで締められていた頭の中が、食べ物以外のことが多くを占めて、同年代と同じ悩みを持つ（恋の悩み、進路の悩み、など）を持つことが出来るようになれば、治療終結がだいぶ近いと考えます。</p>
Q	鈴木先生に質問です。何点かあり、すみません。①初診時にFBTの適応でなくても、その後身体的に安定が得られたなどで途中からFBTの適応となることはありますか。②入院期間についてですが、入院時に入院期間を断定することは難しいですが、そうは言ってもある程度の目安（数週間、数か月など）は伝えた方がよいのではと思うこともあります。全く伝えない方がよいか、目安は伝えてもよいか、いかがでしょうか。
A	<p>ライブ回答 ①ご指摘いただいた点は、私が十分に強調できていなかったところで、質問していただきありがとうございます。 私はまだFBTをしっかり実践できる段階には至っていませんが、FBTの理論そのものは非常に重要だと考えています。 大学病院などに来院される患者さんは、標準体重比が65%未満など、かなり重篤な状態で来られることが多いです。 そのため、まず質問者の方が考えてくださったように、FBTの適用基準から外れるケースがほとんどだと思います。 ただ、その後回復傾向になり、標準体重比が75%を超えた段階で「ここからFBTを導入するか」という話になるかもしれませんが、私自身はその時点からFBTを開始することはありません。 なぜなら、私は常にFBT的な考え方をふまえて関わっているつもりであり、あえて「ここからFBTを入れる」というよりは、むしろ“修正版FBT（モディファイドFBT）”のような姿勢で常にかかわっているというイメージだからです。</p> <p>②はい、まったくおっしゃるとおりです。本人には、明確には伝えないことが多いです。 とはいえ、ご家庭の事情もありますので、家族からは「どれくらい入院が続くそうか教えてください」と聞かれることがあります。その場合、私は数か月から、長い人で半年ほど、大まかな目安を家族にお伝えすることがあります。 ただ、本人に同じことを伝えると、その期間に向かって無理に頑張りすぎてしまうことがあります。私は、治療の最初はゆっくり過ぎてほしいと思っているため、本人にはあえて具体的な期間を伝えないようにしています。 入院生活の中で、経過が安定してきて、ある程度の見通しが立つようになったタイミングで、本人に少しでも目安を伝える——私はそのようなやり方を取っています。</p> <p>補足回答 オンラインで回答済みですが、応えきれなかったところを補足します。 ①私はF B Tを診療に取り入れられていないのですが、他の先生の話では、入院中の体重回復後にF B Tを導入してから外来に移行している施設があるようです。 ②入院期間は親には伝えることが多いです。逆に、頑張りすぎのお子さん場合は、入院期間を明確に伝えると、それがきっかけになって逆算してそれに向けて頑張りすぎの強迫思考が再燃してしまう恐れから、あえて曖昧に幅を持たせて治療期間を話す場合が多いです。自己主張が乏しく、これまで何でも周囲の言うことを聞いてきたお子さんに対しては、「いつ退院できるの？」という不平不満を主治医に自分の口で言えることが出来たら治療的だと思っていますので、あえて曖昧にすることも治療で取り入れています。</p>

Q	<p>特別支援学校の校医として養護教諭の相談にのっている、知的障害（軽度）とASD（食感、匂いへのこだわり）のケースのある女兒について、病的な痩せ（30kg代後半）・不登校（週2～3日登校）、学校での食事の回避へのアドバイスで苦慮しています。保護者も手帳を保有しており、シングルで、他のきょうだいもおり、理解しようと努力をされていますが、養育力に課題があります。学校医が特別支援学校で可能な対応について、先生のご経験からアドバイスをいただければ幸いです。</p>
A	<p>ライブ回答 非常に複雑で難しいケースだと感じています。 おそらく、親御さん自身のエネルギーがあまり残っておらず、さらにお子さん本人の特性も強い、という状況なのではないでしょうか。 そのため、親御さんにこれ以上の対応を求めるのは難しいかもしれません。学校に来たときだけでも、しっかりケアしてあげたい——そういったお気持ちなのだろうと想像しました。 特別支援学校であれば、このお子さんはおそらくASDの特性が強い「回避・制限性食物摂取症（ARFID）」の方だと考えられるため、特別支援学校にはASDに詳しい先生がいっしょだと思います。 食事についても、どのようにすれば食べられるようになるのか、食材の工夫や調理法の工夫、環境の調整など、さまざまな視点からアプローチできる可能性があります。 たとえば、 「教室がざわわわして集中しづらい、光がまぶしい、においがつらい、給食の中に強い苦手がある」といった環境・感覚要因により、回避的になっている可能性もあります。 そのため、多職種カンファレンスを開いて、「この子は何にしんどさを感じているのか」を皆で話し合い、「食材の工夫、調理方法の工夫、環境設定の工夫」など、どこを調整するのが有効かを検討することが重要だと思います。 そして、そこで得られた成功体験を親御さんにフィードバックすることで、エネルギーが少ない親御さんでも「やってみようかな」と思えるきっかけになるかもしれません。そのように感じました。</p> <p>補足回答 オンラインで回答済みですが、応えきれなかったところを補足します。 環境とのミスマッチで食べられないとすれば、その打開策について考える多職種会議の場を設けて、意見を出し合うのが良いと思います。それを学校で一つ一つ試してみて、一番うまくいった方法のみをご家族に伝えれば、多忙で余裕のない保護者が受け取りやすくなると思いました。</p>
Q	<p>ご講演ありがとうございました。不登校+ODで境界知能の中学3年生を診療している小児科医です。高校進学について、支援学校に朝から通うことは難しく、通信制なども課題をごなせることは困難です。ケースにもよるとは思いますが、進学先はどのように提案されていますか？</p>
A	<p>ライブ回答 そうですね。これは、おそらく都道府県ごとに事情が違うのではないかと思います。 福島県では「サポート校」のような、発達障害に比較的詳しい先生がいたり、発達特性のある子どもたちが集まりやすい高校があります。いわゆる「○○学院」などの名称の学校で、完全な通信制ではないけれど、配慮してくれるサポート校のような場所に進学するお子さんが実際にいらっしゃいます。 先生のおっしゃる通り、これが全国にあるのかというと、地域によって差があり、費用がかかる場合もあると思います。 名古屋の場合は、このようなケースでは夜間の定時制高校を勧めることが多いです。 夜間であれば朝に起きなくてもよく、学力面の負担も比較的小さいため、通いやすくなるお子さんが多いからです。 また、専門学校というよりは専修学校のほうが、知的に境界域の子が多く在籍しているため、その子の状態や特性に合わせた環境設定をすれば、朝から通えるようになるケースも多いと感じています。 名古屋では、このような事情をふまえて「ここがいいのでは？」と学校の種類についてアドバイスすることがよくあります。</p> <p>補足回答 オンラインで回答済みですが、応えきれなかったところを補足します。 井口先生は夜間学校を提案されていたことが私にとっても勉強になりました。 私が担当している患者さんは、サポート校や高等専修学校を選択されるケースが少なくないと感じております。</p>
Q	<p>親に甘えられないというのは、親子関係にも焦点を当ててほしいと思います。このような場合、親御さんにも治療的な関わりが必要かと思いますが、親御さんにはどのような治療と言いますか介入をするのでしょうか。</p>
A	<p>ご質問ありがとうございます。今回の講演では触れなかったものの、とても重要なテーマと考えます。</p> <p>私は、特に、入院治療においてその点を重視します。治療構造としては、週1回親に対して30分～1時間程度の面接をします（初回は必ず両親で、その後は片親でもよいが少なくとも月1回は両親での面接をお願いする）。FBTの考え方にも近いですが、両親で力を合わせて子どもを摂食障害から救い出す、両親が協力して同じ理解の下で治療に臨むことが大切である、ということをお伝えします。そして、面接の際によく私が行うのは、両親の出会いから聞き、どのような気持ちでこの子を授かったのか、妊娠中の気持ち、出生時、自宅に戻ってからの子育て中の思い、集団生活の開始から現在まで、を聞きます。子育てに祖父母がどのように関わってきたか（影響してきたか）も聞きます。その過程でどのようなことが起きて、両親がそれぞれどのような気持ちを抱いたのか、を数回にわたって丁寧に聞いていきます。三世にわたる家族観が描けるように聞いていきますと、どこですれ違いやボタンの掛け違いが起きたのかが見えてくることがあります（原因を見つけて両親を責めるのではなく、両親が自然と何かに気づいて涙を流すことがあります）。その過程を経ると、両親の心理状態が「幼少期の子育てをしていた頃の気持ち」に戻り、子どもへの接し方が変化して、病前とは異なる愛着再形成が安全な病室の中で行われることが多いです（こちらのお話は付き添い入院が前提となっております）。</p>

Q	<p>小学校の教員です。不登校対応に関して「段階を踏む」という話にすごく共感しました。やっと別室登校できたのに、すぐに教室に上げようとしたために難しくなったり、担任を拒否するケースがけっこうあります。この考え方が大切だと思いますが、なかなか理解できない・したくない雰囲気があるようなのも事実です。「将来困る」「子ども同士のコミュニケーションをとらせてあげなければ・・・」「教室に上がれば楽しく過ごしている」等、教育現場に染み付いた考えがあるような気がしています。悪いばかりではないですが、教育現場にどのようなアプローチが有効だと思いますか。</p>
A	<p>ご質問いただき、ありがとうございます。 さまざまな生徒さん（将来困難を抱えたケースも含め）を見てこられた先生方だからこそのお悩みだと感じました。 しかしながら、目の前の生徒さん（医療でいえば患者さん）が「別室登校は可能」な状態にあるということは、自宅で安全・安心に過ごしながらエネルギーを補充し、そのうえで別室登校ができていく、という理解がまず大切だと思います。 言い換えれば、自宅が「安全基地」として機能しつつ、学校では「別室なら冒険できる段階」にきている、ということです。 次のステップは、「別室が安全基地として十分に機能しているか」を見極めたうえで、「教室を冒険できる段階」に移行できるかどうかを慎重に判断することになります。 その判断材料としては、例えば ① 別室登校で“暇”を感じる余裕が出てきているか ② 教室に入ってしんどくなった場合、自分でSOSを出せるか ③ 教室に行けなくても自己否定が強くないか といった点が重要になります。 「教室に上げる」とそのものがゴールではなく、「教室に挑戦しても、戻れる安全基地があること」が保証されているかどうか鍵になります。 教育現場では、（中学なら3年間しかない、といった）限られた期間のため「将来困るのではないか」「コミュニケーションをとらせてあげたい」「教室に入れば楽しく過ごせている」など、子どもの将来や集団適応を思うからこそその焦る気持ちや成果を求める気持ちがあると想像します。それ自体は決して否定されるものではありません。 ただ、「段階を踏む」ことは甘やかしてではなく、再挑戦できる力を育てるプロセスである、という共通理解を少しずつ広げていくことが大切だと感じています。 そのためには、 ・無理に進めて悪化したケースと、段階を踏んで改善したケースを共有する ・「安全基地」という概念を共通言語にする ・“今は準備期なのか、挑戦期なのか”をチームで話し合う といったアプローチが有効ではないかと思えます。 子どもは、安心があってこそ挑戦できます。 その順番を守ることが、結果的に最短距離になることも少なくありません。</p>
Q	<p>初歩的質問です。血液検査など含めANの診断基準をほぼ満たしても、体重だけが元の体重より減っていてもまだ「やせ」でない場合、診断名は「疑い」になるのですか？</p>
A	<p>ご質問ありがとうございます。教科書には書いていない重要な質問です。DSM-5からは具体的な低体重の定義がなくなり、無月経も記載がなくなりました。ANの診断基準を満たすということは、認知の障害（やせ願望、肥満恐怖、病識の欠如）がある状態と考えてよいということですね。私としては、ANは少なくとも標準体重の80%（肥満度-20%）を下回る必要があると思っています。ただし、正常な状態であれば子どもは体重が増えていく生き物ですので、診察の度に体重が減っていく（標準体重の80%に向かっている）のであれば異常な状態と考えられますので、早めにANと診断して治療介入してよいと思います。</p>
Q	<p>貴重なご講演ありがとうございました。お聞きしたいのですが、ここ10年で不登校が急増している要因は何とお考えでしょうか。</p>
A	<p>ご質問ありがとうございます。理由は一つではなく、複合的な要因と考えますが、Covid-19パンデミックにより、社会も親も子どもも不安が高まったことがあると思われます。その前に東日本大震災などの災害が起きたことが準備状態を作り出していたかもしれません。不安が高い状態で、一斉休校や長期休暇などで自宅の生活が長くなると、体も心も不安のよりどころを家庭内に求めてしまうかもしれません。そして、もう一つの理由としては、ICTの普及や学び方の多様化、それを受け入れる社会の変化が関係していると考えております。</p>
Q	<p>ASDがある中学2年生の男の子です。最近、学校の備品を勝手に持ってきたり外出先で欲しいと思ったものを持ってきてしまいます。普段は通常級で過ごしておりますが、精神手帳3級を持っています。本人に理由を聞いたところ「持ってこれたとき嬉しい」と話してくれました。この行動がエスカレートしないかと心配しています。どのように本人に話をしたら良いでしょうか？</p>
A	<p>ご質問ありがとうございます。「摂食障害と不登校」とはテーマは異なりますが、たいへん僭越ながら私の印象を述べます。以下の2パターンを考えました。</p> <p>ASDの特性による場合</p> <p>本人の独特な感性や趣味によりコレクションしたいと思っているのかもしれませんが、自他の区別や相手の立場になって考える気持ちの発達が未獲得かもしれませんので、常識を言い聞かせるよりも、ルール作り（構造化）をして適切な行動に導いていくのが対応になると思います。</p> <p>愛着の課題がある場合</p> <p>持ち帰ったものを「欲しいという割に、持ち帰ってからは大切に扱っていない」のであれば、こちらの方の可能性が高いかもしれません。家庭内や通常学級で満たされていないことを反映していると思います。まずは本人が辛い思いをしている環境、不適切な環境があれば環境調整します（例：両親が下のきょうだいにばかり関わっている状況、通常学級での学習が辛く周囲とのギャップに苦しんでいる状況、など）。対応としては、盗んだことは良くないと指摘しつつ、学習サポートや転籍の検討、家庭内でスペシャルタイムの導入、学校や放課後等デイサービスなどで信頼できる大人との関係づくり、小さな約束を作って守ったときに誇張して褒める、など、不適切な行動（盗み）以外での関りを増やしていくことが対応になると思います。</p>