
調査報告

摂食障害患者に対する管理栄養士の介入状況 についての実態調査

吉原 舞¹, 魚谷 奈央², 岩井 香奈枝², 川上 歩花², 宮脇 尚志^{2*}

A survey on the present status of nutritional guidance provided by registered dietitians to patients with eating disorder

Mai Yoshihara, Nao Uotani, Kanae Iwai, Ayuka Kawakami, Takashi Miyawaki

Summary

Eating disorder (ED) is a disease that relates to “eating,” but very few patients with ED receive nutritional guidance by registered dietitians (RDs) in Japan. The aim of this study was to conduct a survey on the present status of nutritional guidance provided to patients with ED by RDs in Japan. We gathered research data by distributing a questionnaire to 155 RDs who had worked in medical institutions where patients with ED were treated, mainly in the Kinki region in Japan.

About 64% of RDs who answered had the chance of providing nutritional guidance to patients with ED. RDs were most frequently committed to doctors and nurses. The contents of nutritional guidance were mainly to provide energy-controlling food, patients’ desired food, a normal amount of daily food or half the normal amount of daily food. The difficult points of nutritional guidance for patients with ED were to communicate with the patients in a receptive attitude, to acquire knowledge of food that was appropriate for patients with ED, and to communicate with patients’ families smoothly. Some RDs thought there were almost no chances to study how to provide appropriate nutritional guidance to patients with ED. About 50% of RDs wanted to continue providing nutritional guidance to patients with ED.

The method of nutritional guidance to patients with ED is different from that of general nutritional guidance. RDs should not only have expert knowledge of food and nutrition, but also understand the characteristics of patients with ED in advance.

(Received 29 October 2018, Accepted 13 December 2018)

I. 緒言

摂食障害は極端な摂食制限、過食、自己誘発性嘔吐、過剰運動といった異常な行動と、身体像の歪み、瘦身への執着などの精神面で定義されており、主に

神経性食欲不振症（AN：神経性無食欲症、神経性食思不振症、思春期やせ症）と神経性過食症（BN：神経性大食症）に大別される。摂食障害の発症には、社会・文化的要因、心理要因、または生物学的要因が複雑に関与した生物-心理-社会的因子の相互作用による多因子疾患と考えられている¹⁾。

ANは10代、BNは20代の年齢層が多く、いずれも90%以上が女性である。また、最近ではAN、BNのいずれにも属さない特定不能の摂食障害（eating disorder not otherwise specified：以下EDNOS）の増

¹ 京都女子大学家政学部食物栄養学科(現 独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター栄養管理室)

² 京都女子大学大学院家政学研究科食物栄養学専攻

*連絡先 京都府京都市東山区今熊野北日吉町35

加も指摘されている¹⁾。

厚生労働省が1998年に実施した調査結果によると、摂食障害患者数の年間推計値（年間有病率）はANが12,500人（人口10万対10.1）、BNが6,500人（人口10万対5.1）、EDNOSが4,200人（人口10万対3.4）である。これを1980年、1992年の結果と比較すると、ANは1980年から約5倍増加、摂食障害は1980年から約10倍増加、最近の5年間では約4倍増加している¹⁾。またANとBNの比率は1993年には3:1だが、1999年には55:45である。すなわち、6年前に比べBNはAN以上に著しく増加している²⁾。

摂食障害は食に関する疾患であるにもかかわらず、欧米に比べて日本ではその治療に管理栄養士の介入が行われている医療機関は少ない^{3,4)}。また、日本の病院管理栄養士が摂食障害患者にどのように関与しているかを調査した報告も少ない。そこで今回、摂食障害を診療している主に近畿地区の医療機関に勤務する管理栄養士を対象に、摂食障害患者への栄養指導について質問紙法による調査を行いその結果を分析することで、摂食障害治療における病院管理栄養士の介入状況や今後のあり方について考察を行うことを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象及び調査時期

平成29年6月～9月に、主に近畿2府5県で摂食障害診療を行っている病院の管理栄養士と栄養心理カウンセリング研究会に所属する全国の管理栄養士を対象として、郵送による質問紙法を実施した。質問紙は400部配布し、回収率は41.3%（165人）、有効回答率は38.8%（155人）であった。

調査協力者が所属する施設の都道府県別の内訳は、京都府31人、大阪府28人、兵庫県19人、滋賀県7人、三重県1人、東京都3人、埼玉県1人、新潟県1人、広島県1人、香川県1人、佐賀県1人であった（複数回答可）。また病床数別の内訳は200床以下が8人、201床以上400床以下が11人、401床以上600床以下が25人、601床以上800床以下が12人、801床以上1000床以下が23人、1001床以上1200床以下が14人であった（複数回答可）。

2. 調査項目

調査項目は、1. 管理栄養士の職歴年数、2. 摂食障害患者への栄養指導経験、3. 摂食障害患者対応の診療科、4. 摂食障害患者への指導介入内容、5. 入院の摂食障害患者へ提供する食事内容、6. 患者の食事決

定の際に連携する職種、7. 摂食障害患者に対する栄養指導の難しい点、8. 今後摂食障害患者に栄養指導をしたいと思うか、である。

3. 倫理的配慮

本調査は京都女子大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。（許可番号29-3）

III. 結果

1. 管理栄養士の職歴年数

10年以下が50%（77人）、11年以上20年以下が28%（43人）、21年以上が22%（35人）であり、職歴年数の平均値は13.6±11.0(SD)年であった（図1）。

2. 摂食障害患者への栄養指導経験

経験ありが64%（99人）、経験なしが34%（53人）、覚えていないが2%（3人）であった（図2）。経験なしの理由は、「栄養指導対象の患者はいたが自分は栄養指導をしなかった」が最も多く、次に「摂食障害患者がいなかった」、「医師からの依頼が無かった」、「患者がいるか不明であった」等が挙げられた。

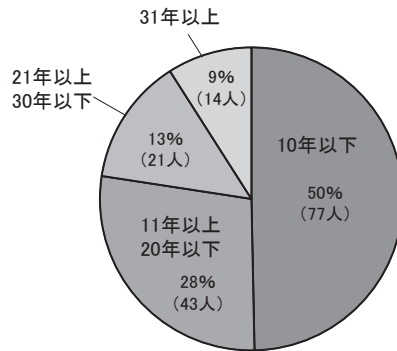


図1 対象者の病院管理栄養士の職歴

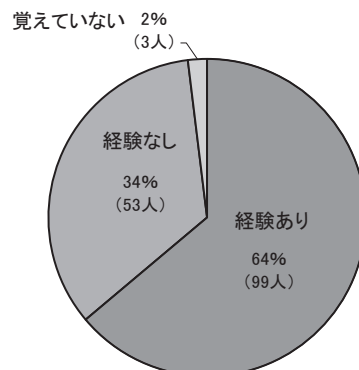


図2 栄養指導経験の有無

3. 摂食障害患者への対応を行っている診療科

精神科が最も多く（56人）、小児科24人、内科23人、心療内科18人、思春期外来2人、その他4人、無回答2人であった（図3）。

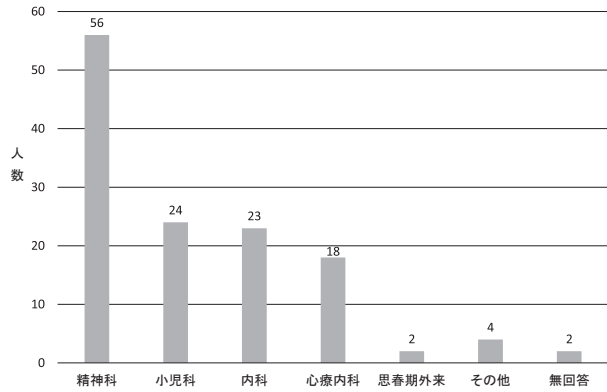


図3 摂食障害患者対応の診療科

4. 摂食障害患者への指導介入内容

「患者の食事アセスメント」を行っている者が78人、摂食障害患者の特性を理解した「栄養学的アドバイス」を行っている者が70人、摂食障害特有の心理面を考慮した「心理的サポート」を行っている者が60人、その他9人であった（複数回答可、図4）。

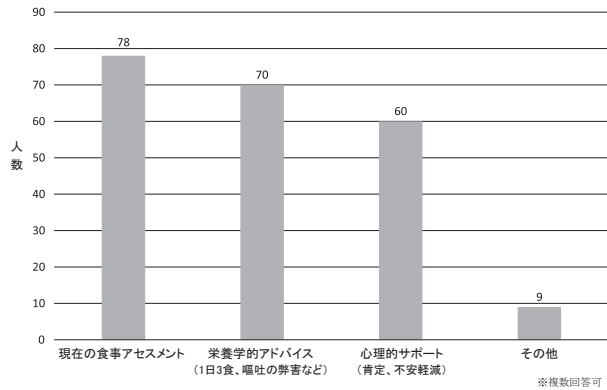


図4 摂食障害患者への指導介入内容

5. 入院の摂食障害患者へ提供する食事内容

「エネルギーコントロール食」が28人、「本人の希望する食事と量」が27人、「常食・ハーフ食」が20人、「経腸栄養・経静脈栄養の使用」が11人、「栄養補助食品の使用」が9人、「食形態の変更」が8人であった（自由記述より抽出、複数回答可、図5）。栄養補給方法や栄養量は医師の指示により決定されるが、具体的な内容として、経口摂取が難しい場合は経腸栄養や経静脈栄養から開始し、次第に経口摂取に変更したりエネルギーのアップに栄養補助食品を使用する場合もあった。エネルギー量は400～800kcalから開始し徐々にエネルギー量を上げていく場合や、本人との相談や嗜好に基づいて院内規約の中でできる範囲、食形態の変更（五分粥、全粥、ゼリー食、幼児食など）や厨房内で調理可能な範囲で対応する場合があった。直営の場合、調理師との連携で食材の提供が可能だが、委託の場合は金銭面や使用可能な食材が限られていることから対応が難しい場合もあった。

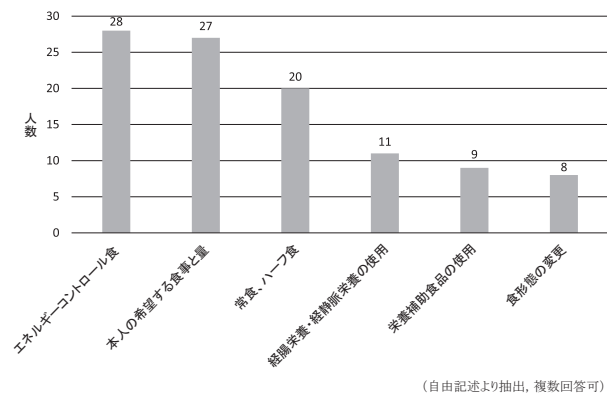


図5 入院摂食障害患者へ提供する食事内容

6. 食事内容を決定する際に連携する職種

最も多い職種は「医師」であり（91人）、次いで、「看護師」（60人）であった。そのほかの職種として、「臨床心理士・カウンセラー」が21人、「精神保健福祉士」が9人、「薬剤師」が8人であり、その他には「作業療法士」「調理師」「理学療法士」「健康

運動指導士」などが挙げられた。「連携無し」は2人であった（複数回答可）。

また、2職種以上の連携については、「医師及び看護師」との連携が31人、「医師、看護師、臨床心理士・カウンセラー」が11人、「医師、看護師、薬

剤師」が3人、「医師、臨床心理士・カウンセラー」が2人、「医師、看護師、精神保健福祉士」が2人、「医師、理学療法士、精神保健福祉士」が1人であった。4職種以上と連携を行っている管理栄養士も11人存在し、摂食障害治療にチーム医療が積極的に行われている一方で、「医師のみ」との連携が29人、「看護師のみ」との連携が1人認められた。

7. 摂食障害患者への栄養指導時に困難な点

自由記述より抽出した結果、大きく3点に集約された。1点目は「患者とのコミュニケーション、関わり方」で、患者それぞれで背景や性格が異なるため特に個人に合わせた指導が必要であること、患者のこだわりの理解、言葉を選ぶなど心理面への配慮が必要であること、信頼関係の構築に時間がかかること、患者の心理的依存の対象とならないように関係を築くこと、患者に寄り添いすぎず他職種との統一した対応が必要であること等が挙げられた。

2点目は「栄養指導内容」で、効果的な指導方法が分からないこと、栄養の知識はあるが食べられないことへの介入、患者の栄養に対する誤った知識の修正、指導を受け入れてもらえないこと、食べられる食材に限られていること等が挙げられた。

3点目は「家族との関係」で、家族と患者の関係が良好でないため説明が大変であること、患者の家族の協力が得られないこと、家族への精神的サポート、家族同席の栄養指導では家族からの話が中心となり本人の本音が聞けないこと等が挙げられた。その他、本人の希望する食事を個別対応で作ること、再発が多いこと、管理栄養士と臨床心理士が共に働

ける職場が少ないこと、栄養指導の時間と労力の確保、カロリーアップや栄養指導のタイミングなどが挙げられた。

8. 摂食障害患者への栄養指導の希望

「今後、摂食障害患者に栄養指導したいと思うか」についての結果を図6に示した。摂食障害患者への栄養指導経験がある者のうち「栄養指導したいと思う」と答えた者は54.5%（54人）、「栄養指導したいと思わない」と答えた者は11.1%（11人）、「分からない」と答えた者は33.3%（33人）であった（無回答1.0%）。また、摂食障害患者へ栄養指導経験がない者のうち「栄養指導したいと思う」と答えた者は33.9%（19人）、「栄養指導したいと思わない」と答えた者は10.7%（6人）、「分からない」と答えた者は35.7%（20人）であった（無回答19.6%）。

「今後、摂食障害患者へ栄養指導したいと思う」と答えた理由として、「管理栄養士としての責任感（栄養士としての役割を果たしたい、患者をサポートしたい、栄養指導の必要性を感じる等）」が24人、「一般的な栄養指導と異なり栄養指導経験を積みたい」が5人、「摂食障害患者への栄養指導の成功経験がある」が3人、「摂食障害患者が多い、増えている」が3人、「医師の指示や患者からの依頼があれば行いたい」と答えたのが3人であった（複数回答可）。

一方、「今後、摂食障害患者へ栄養指導したいと思わない」と答えた理由として「患者との関わりや介入が難しい」と答えたのが4人、「栄養士の関わる分野ではない」と答えたのが3人、他には「栄養

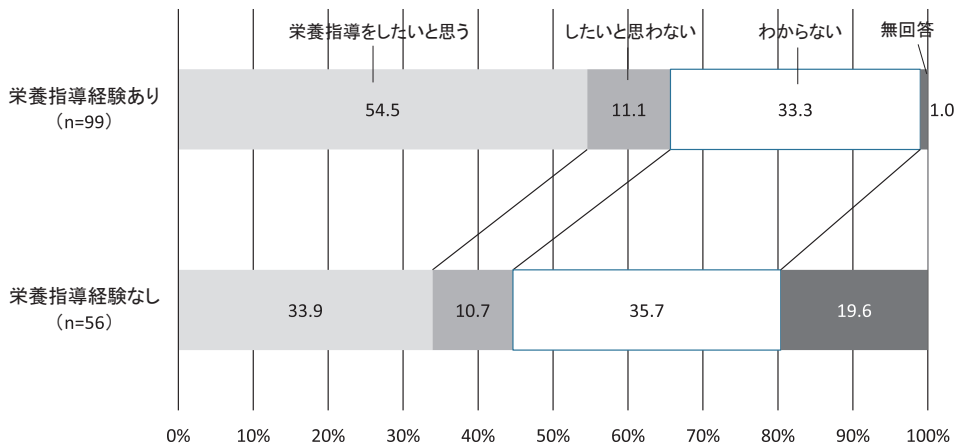


図6 今後、摂食障害患者に栄養指導をしたいと思うか

価計算が細かく、確認が大変である」、「継続的に指導しても効果が少ない」、「患者の目標設定や計画を立てにくい」、「患者に振り回された経験がある」との理由も挙げられた（複数回答可）。「今後、摂食障害患者へ栄養指導したいか分からない」と答えた理由は「患者に必要であれば行う」が8人、「摂食障害について十分な知識がなく栄養指導の自信が持てない」が7人、「栄養指導や対応が難しい」が5人、「精神的負担が大きい」が2人であった（複数回答可）。

Ⅳ. 考察

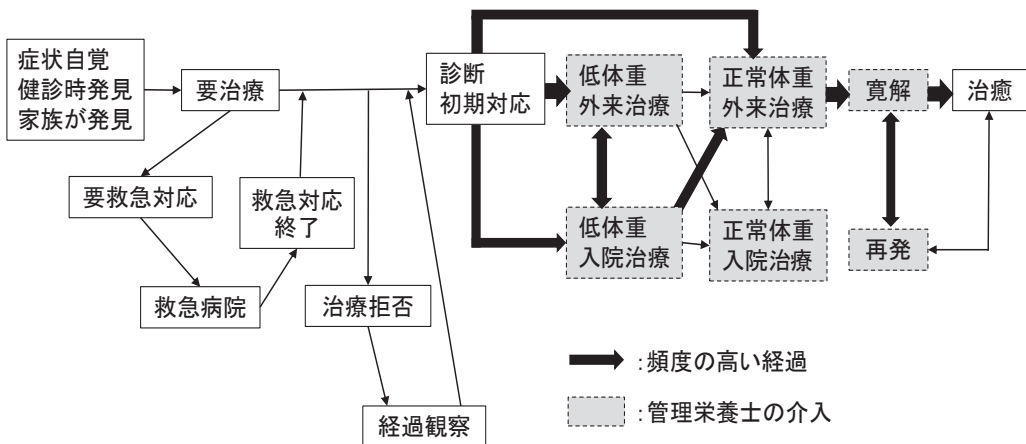
摂食障害の一般的な臨床経過を図7に示した¹⁾。摂食障害は、まず本人の自覚や健診時、家族により発見され、その後、診断と初期対応を経て外来または入院治療となり、寛解、治癒へ向かう。管理栄養士は外来または入院治療において栄養指導や栄養療法などで患者と関わる。

摂食障害患者に対する管理栄養士の栄養学的なアプローチとして、①現在の摂取量の把握、②健康な生活を送る上での必要量の指導、③各栄養素の意義の説明、④食べる大切さを伝え、食べても大丈夫だという安心感を与える、⑤食べやすい食品の提案、⑥献立・調理の工夫を行うことが重要である⁵⁾。また、管理栄養士は患者の食に対する不安の軽減、治療の動機づけ、自己表現力の強化、食行動の是正といった心理面からのアプローチも必要である。さらに、チーム医療が重要である摂食障害治療において、管理栄養士は、精神科医、養護教諭、薬剤師、看護

師とも積極的に連携する必要がある⁶⁻¹⁰⁾。栄養指導の対象は希望者及び医師や臨床心理士からの紹介に応じた者であり、特に治療の初期や移行期に積極的に行われるが、栄養指導の適用は本人の希望や病態から医師によって総合的に判断される¹¹⁾。

摂食障害患者は、基礎代謝量を下回る食事摂取量であっても食事量を増やすことに抵抗があり、増やしたら太るのではないかと不安を抱いている⁵⁾。また、患者は栄養に対する偏った知識を有することが多く、炭水化物や脂質を多く含む食品に強い抵抗を示すが、その内容や程度は個々で大きく異なる¹²⁾。摂食障害における食事摂取の方向性としては、本人の性・年齢に合ったエネルギー・栄養素の摂取が望ましいと考えられている^{13,14)}。食事パターンの方向性としては、健康的で「ほどよい」摂り方、すなわち朝食、昼食、夕食と、それぞれの食間にそれぞれ1回程度の間食を入れるというのが標準的と考えられている。栄養状態のモニタリング指標としては、体重の変化や体格指数（BMI）が挙げられるが^{13,14)}、基礎体温の低下や徐脈も参考となる。

本調査から、摂食障害患者へ栄養指導を実施した管理栄養士の多くは摂食障害患者への栄養指導の必要性を感じているが、管理栄養士は摂食障害患者への栄養指導に際して、こだわりの理解や心理面への配慮といった患者との関わり、知識はあるが食べられないことへの介入や誤った知識の修正などの栄養指導内容、協力が得られないなど患者の家族との関係に苦心していることが考えられた。摂食障害患者ではその発症に心理的要因が大きいため、心理的サ



(摂食障害治療ガイドライン2012:一部改変)

図7 摂食障害の臨床経過

ポートを行うことが重要であり、本調査でも約6割が栄養指導に加え心理的サポートを行っていた。しかし、現状では管理栄養士が摂食障害についての知識や心理的サポートの方法を習得する機会が十分でない¹⁵⁾。

アメリカ栄養士会は、2011年に管理栄養士の職業団体として、「摂食障害治療における栄養介入への見解」を発表している。管理栄養士が主体的に治療に関わる「栄養アセスメント」「栄養介入」「栄養モニタリングと評価」「治療への調整的関わり」「上級トレーニング」のそれぞれの業務において、その役割と責務を明文化している^{16,17)}。また、英国栄養士会でも、摂食障害患者にかかわる栄養士向けの見解や指針を表明している¹⁸⁾。今後は日本においても、管理栄養士が摂食障害やその治療についての学習を行う機会を設けたり、栄養食事指導の経験を積む機会及び人材育成の場を設けることにより、摂食障害の栄養食事指導を普及させていく必要がある¹⁵⁾。なお、日本では平成30年度より神経性過食症に対して認知行動療法¹⁹⁾が保険収載された。また、摂食障害に対する独自の栄養指導方針を作成している施設もあるが、国内でコンセンサスの得られた管理栄養士向けのガイドラインやマニュアルは存在しない。摂食障害の栄養指導は、腎臓病食や糖尿病食のように特別食を必要とする栄養食事指導と異なり、目標とする方針が明確になりにくいため、ある程度標準化されたテキストやマニュアルを含めた教材が作成されることも必要であると考えられる。

本調査から、摂食障害患者への栄養指導を実施した管理栄養士の多くは、摂食障害患者への栄養指導の必要性を感じていることが明らかとなった。摂食障害へのアプローチには、栄養指導を依頼する医師と連携が必要であることから、管理栄養士が摂食障害患者に積極的にかかわるためには、摂食障害の治療を行う医師に対しても、食や栄養の観点からのアプローチの必要性について働きかけ、医師をはじめとした多職種とのチーム医療にて患者及びその家族を支援する体制を整えることが望まれる。実際に栄養食事指導を実践していくにあたっては、治療チームにおける自らの役割を確認できる体制も不可欠である¹⁵⁾。

今回は調査対象として主に近畿地方で、摂食障害を治療している可能性のある医療機関を選んだため、摂食障害に興味のある管理栄養士の回答が中心となっていると考えられる。また、回収率、有効回答率が低い理由として、摂食障害患者に携わってい

る管理栄養士が少ないこと、アンケートの設問数が多く回答者が負担に感じたこと、事前に医療機関への確認を行わずに調査を行った等が考えられる。今後、摂食障害患者の治療を行っている医療機関を事前に確認した上で、その医療機関に勤務する管理栄養士を対象に摂食障害患者に対する管理栄養士の介入の実態についての調査を行い、病院管理栄養士の介入のあり方について更に検討する必要があると考えられた。また、今回の研究では、摂食障害の病型を分類せずに調査を行ったが、病型別に栄養指導内容や栄養管理は異なると考えられるため、今後は摂食障害のタイプ別に分けて調査を行う必要性もあると考えられた。

2006年以降、痩せすぎモデルの摂食障害による急死が報道されるようになり、海外のファッション業界においてスペインやイタリア、イスラエルではBMIが一定以下のモデルをショーや広告に起用することが法律で禁止された。また、2012年には米国ファッション雑誌「ヴォーグ」が痩せすぎモデルと契約しない方針を表明し、2015年にはフランスにおいても痩せすぎモデルの雇用禁止法が成立した²⁰⁾。海外では痩せすぎモデルを規制する取り組みが進んでいるが、日本ではそのような取り組みは行われていない。やせを礼賛することの多い日本において、管理栄養士は摂食障害への介入だけでなく予防に向けて社会に働きかけることも必要であろう。

本調査により、管理栄養士による摂食障害へのアプローチの必要性を認識している管理栄養士は多いが、通常の栄養指導方法では対応が難しく、知識を習得する場も少ないことが明らかとなった。増加傾向にある摂食障害に対して多くの管理栄養士がチーム医療で積極的にかかわることができるためにも、管理栄養士を対象とした専門的な医療体制を整えることが望まれる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご指導いただいた京都大学医学部附属病院精神科神経科の野間俊一先生、栄養心理カウンセリング研究会会長の奥優子先生、京都大学医学部附属病院疾患栄養治療部副部長の幣憲一郎先生、医仁会武田総合病院栄養科科長の林優里先生、並びに質問紙調査にご協力いただいた先生方に厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 日本摂食障害学会: 摂食障害治療ガイドライン, (2012) 医学書院, 東京
- 2) 中井義勝: 摂食障害の疫学, *心療内科*, **9**, 299-305 (2005)
- 3) Yamaguchi M, Wakana N, Tanaka E, et al.: Eating Disorders in Japan: A comparison with the USA, *J Agric. Sci.*, **60**, 169-177 (2015)
- 4) Royal College of Psychiatrists: Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa, Council Report 130, (2004) London
- 5) 寺園沙矢香, 磯部昌憲, 高宮静男: 摂食障害患者に対する外来栄養相談における管理栄養士の役割, *子どもの心とからだ*, **19**, 153-158 (2010)
- 6) 茨木美鶴, 美坐紘子: 入院時の看護チームワークの必要性, *小児看護*, **20**, 1773-1779 (1997)
- 7) 秋田美保, 武部都, 岡田桂子: 摂食障害患者に対するチーム医療—管理栄養士の立場より—, *子どもの心とからだ*, **7**, 8-23 (1998)
- 8) 奥野昌宏, 細見光一, 前川恵: 小児摂食障害—チーム医療での薬剤師の役割—, *心身医*, **42**, 449-458 (2002)
- 9) 高宮静男, 針谷秀和, 大波由美恵: 小児神経性無食欲症治療における養護教諭の役割, *心身医*, **44**, 783-791 (2004)
- 10) 高宮静男, 松原康策, 針谷秀和: チーム医療によるコンサルテーション・リエゾン精神医療—精神科医の役割—, *臨床精神医学*, **36**, 709-714 (2007)
- 11) 高橋美智子, 武久千夏, 鈴木朋子: 臨床心理士のかかわり—チーム医療で栄養管理を支える—, *臨床栄養*, **119**, 43-45 (2011)
- 12) 松本美穂, 藤崎かり, 重岡淳子: 摂食障害患者の食行動変化と管理栄養士の関わり, 第44回日本心身医学会総会抄録集, 247 (2003)
- 13) Beaumont PJV, Beaumont CC, Touyz SW: 栄養カウンセリングと運動管理: 摂食障害治療ハンドブック, 177-186 (2004) 金剛出版, 東京
- 14) 鈴木朋子, 山本國夫, 徳永勝人: 摂食障害. 日本臨床栄養学会: 臨床栄養医学, 543-550 (2009) 南山堂, 東京
- 15) 鈴木朋子, 生野照子: 外来チーム医療における摂食障害の栄養食事指導の取り組み—管理栄養士の立場から—, *精神科臨床サービス*, **15**, 357-363 (2015)
- 16) 洲脇寛: 嗜癖行動障害の概念, 福居顕二編: 脳とこころのプライマリケア(8) 依存, シナジー, 396-400 (2011) 東京
- 17) Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders, *J. Am. Diet Assoc.*, 2073-2082 (2006)
- 18) British dietetic association mental health group: Dietitians working with patients with Eating Disorders. Position Statement (2011)
- 19) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター: 摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/pdf/cbt_manual.pdf (2018年12月2日閲覧)
- 20) 中西由季子: 栄養学から考える摂食障害, *心身健康科学*, **12**, 19-23 (2016)