

31%、「少しー 47%、
「再発（悪化）して不登校」が9%、高校では、それぞれ25%、54%、13%と、
“問題あり”を合わせると7割近くにのぼった。記述式で回答した、摂食障害の発症（増加）原因として、「やせ推奨の社会の影響」、「家庭・家族（全般）問題」、「ストレス」、「人間関係」等の順で多く、早期発見の為には、「健康診断（体重測定等）」や「観察」、「生徒との日常のコミュニケーション」、「体育科教師との関係」等の記述の順が多かった。医療機関との関係に必要なこととして、「地域の摂食障害を診ることの出来る医療機関に関する情報が必要」、「学校への患者治療情報等の提供要望」といった医療機関との関係等を求める記述の順が多かった。

D. 考察

摂食障害の治療体制確立に向けて、患者の早期発見と適切な治療、ならびにそのフォローアップは重要な課題である。早期発見および治療体制の確立に向けて西欧諸国では以前より本格的に取り組まれており、わが国における本疾患の若者での広がりを考えると、その対策は焦眉の課題といえる。

本研究は、学校保健現場から見た本疾患をめぐる生徒の状況の調査であり、また、本疾患の治療体制確立へ向けた養護教諭からみた問題点の指摘として基礎的資料の役割を果たすことを目的としたものである。

さて、今回のアンケート調査においても、厚生省中枢性摂食障害疫学調査の1998年報告結果と同様、中学、高校生の摂食障害事例数の増加が養護教諭の目からも明らかになった。特に、中学に比べて高校での増加が目立った。その発症危険性の実態、背景については、不適切な食生活、体重・体形を気にする風潮の影響、ダイエットの話題など生徒を取り巻く学校環境が摂食障害発症に促進的な役割を果たしている可能性が示唆された。本研究結果には示していないが、今回一部の県における調査結果から、この傾向は小学校においても認められている。

また、学校保健現場と医療との関係の視点からは、適切な医療機関不足が明瞭となった。摂食障害であるにもかかわらず「生理不順」で産婦人科へ紹介させた例、適切な医療機関はあるにはあるが、予約がいっぱいで一ヶ月待たなければならなかった、たらい回しをされた、などの多くの問題点があがった。医療機関紹介後の治療満足度の結果からも中学に比べて高校の治療満足度が低かったが、この原因に関して詳細は不明である。

今回の研究は一次的な実態調査と位置付けられるが、今後これを発展させ、学校保健における摂食障害の早期発見、早期治療に向けたシステムティックな取り組みが求められる。特に、医療側と学校保健現場との有機的関係を基にした治療体制を確立することは、それに大いに寄与するものと考えられる。本疾患が思春期に好発すること、慢性化すると

死亡率が非常に高いこと,さらには現代の文化・社会的影響を大きく受けた疾患であることから,10代の若者に対する国家的治療体制作りが不可欠であろう。

E. 結論

全国の養護教諭によるアンケート調査から,中学,高校生共に不適切な食生活・行動,摂食障害事例数の増加(高校では著明),また適切な医療機関の不足,医-教育の連携不足による問題点等が明らかになった。今後は摂食障害早期発見のための教育現場における具体的手段・評価法の開発,ならびに医療機関との連携のための具体的方策獲得のための努力が求められる。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

原著

- 1) 大場真理子, 安藤哲也, 宮崎隆穂, 川村則行, 濱田 孝, 大野貴子, 龍田直子, 荻部正己, 近喰ふじ子, 吾郷晋浩, 小牧元, 石川俊男: 家族環境からみた摂食障害の危険因子についての予備的研究。心身医学 42: 315-324, 2002
- 2) 守口善也, 大場真理子, 山口利昌, 兒玉直樹, 大川昭宏, 棚橋徳成, 龍田直子, 安藤哲也, 小牧元, 荻部正己, 石

川俊男: 摂食障害患者における転帰(継続・中断)についての検討 心身医学, 三輪書店, 東京, 2003 印刷中

- 3) Takii M, Kawai K, Uchigata Y, Komaki G, Nozaki T, Iwamoto Y, Nishikata H, Kubok C: Classification of Type 1 Diabetic females With Bulimia Nervosa Into Subgroups According to Purging Behavior. Diabetes Care Vol.25-9 1571-1575, 2002.

著書

- 1) 小牧 元 監修 摂食障害治療ハンドブック (ガーナー集), 金剛出版, 東京, 2003 印刷中
- 2) 小牧 元: 摂食障害. 女性の医学—治療はここまですすんでいる, 祢津加奈子編, pp41-59, 中央公論新社, 東京, 2002.
- 3) 小牧 元 摂食障害の男の子 食べられないやめられない 久保木富房編集, pp209-227, 日本評論社, 東京, 2002

2. 学会発表

- 1) 志村 翠, 小牧 元, 大場真理子, 龍田直子, 大川昭宏, 兒玉直樹, 守口善也, 山口利昌, 棚橋徳成, 安藤哲也, 荻部正己, 近喰ふじ子, 石川俊男: 摂食障害の半構造化面接 (Eating Disorder Examination 12.0 version) 有用性について (第二報). 第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会, 東京, 2002.
5. 23
- 2) 守口善也, 大場真理子, 山口利昌,

兒玉直樹，大川昭宏，棚橋徳成，龍田直子，安藤哲也，小牧 元，苅部正巳，石川俊男：摂食障害患者における転帰（継続・中断）についての検討．第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，東京，2002．5．24

3）小林清香，馬場安希，槇野葉月，内田優子，伊藤順一郎，龍田直子，石川俊男，苅部正巳，小牧 元：摂食障害患者の睡眠に関する実態調査．第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，東京，2002．5．24．

4）槇野葉月，馬場安希，小林清香，内田優子，伊藤順一郎，龍田直子，石川俊男，苅部正巳，小牧 元：摂食障害患者に対する心理教育的アプローチ5）摂食障害患者の[対処可能感覚尺度]の開発．第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，東京，2002．5．24

6）伊藤順一郎，馬場安希，小林清香，槇野葉月，内田優子，龍田直子，石川俊男，苅部正巳，小牧 元：摂食障害患者の心理教育的アプローチ（1）われわれの取り組みと作業仮説．第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，東京，2002．5．24

7）山口利昌，守口善也，大場眞理子，兒玉直樹，大川昭宏，棚橋徳成，瀧田直子，安藤哲也，小牧 元，苅部正巳，石川俊男：「摂食障害における転帰（継続・中断）についての検討」，第535回県下国立病院・療養所定例連合研究会，千葉，2002．6．20

8）石川俊男，小牧 元，志村 翠，伊藤順一郎：「摂食障害の新たな診断・治療ガイドライン作成と臨床的実証研究」平成14年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費14指-10（主任研究者：石川俊男）第1回班会議，東京．2002．7．24

講演

1）小牧 元，摂食障害フェスティバル「摂食障害のつながりを求めて」，大阪上本上「たかつガーデン」，2002，9，15

2）小牧 元，摂食障害の薬物療法 第56回日本心身医学会東北地方会 ランチョンセミナー，仙台，2003．2．8，

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特許取得 なし

実用新案登録 なし

その他 なし

回収数・回収率	中学校 n=546)		高校 n=336)	
	学校数	%	学校数	%
摂食障害に関する知識の有無	546	54.9	336	45.3
ANIについてのみ、だいたい知っている	24	4.5	16	4.8
BNについてのみ、だいたい知っている	4	0.7	1	0.3
AN、BNの両方とも、だいたい知っている	483	89.6	306	91.9
AN、BNの両方ともあまり知らない	25	4.6	10	3.0
その他	3	0.6	0	0.0
合計	539	100.0	333	100.0
欠測値	7		3	
摂食障害の生徒の経験				
はい	350	64.5	297	88.4
いいえ	193	35.5	39	11.6
合計	543	100.0	336	100.0
欠測値	3		0	
過去3年間の事例数				
痩せすぎ(人)				
1	162	57.7	65	25.8
2	64	22.8	57	22.6
3	34	12.1	46	18.3
4	12	4.3	23	9.1
5	3	1.1	23	9.1
6～	6	2.1	38	15.1
合計	281	100.0	252	100.0
欠測値	69		45	
食べ吐き(人)				
1	74	72.5	81	40.9
2	23	22.5	48	24.2
3	4	3.9	25	12.6
4	1	1.0	16	8.1
5～	0	0.0	28	14.1
合計	102	100.0	198	100.0
欠測値	248		99	
増減傾向				
急激に増加している	31	6.2	49	15.3
ゆるやかに増加している	200	40.0	134	41.7
とくに変化に気づかない	236	47.2	107	33.3
ゆるやかに減少している	7	1.4	13	4.0
その他	26	5.2	18	5.6
合計	500	100.0	321	100.0
欠測値	46		15	
相談の有無(複数回答可)				
本人から、相談を受けたことがある	134		217	
担任から、相談を受けたことがある	193		179	
本人へ、相談を持ちかけたことがある	239		234	
担任へ、相談を持ちかけたことがある	174		195	
相談を受けたことがない	87		22	
相談を持ちかけたことはない	61		14	
その他	57		27	
相談の内容(複数回答可)				
ダイエット	115		142	
体重・体型	230		201	
月経	132		181	
クラスの友人関係	96		109	
学校での諸活動(部活など)	75		65	
成績	43		53	
将来・進路	52		78	
医療機関への相談	152		164	
家族の問題	128		156	
保護者への連絡	141		134	
治療の進み具合	67		97	
その他	40		23	

		中学校 n=546)		高校 n=336)	
		学校数	%	学校数	%
生徒の食事の仕方の特徴・問題(複数回答可)					
特に気づかない		50		9	
弁当の量が少ない		58		110	
弁当のおかずが偏りがある		47		47	
弁当を家で作っていない		96		128	
登下校の買い食いが多い		57		113	
ダイエットの話題が多い		234		179	
生徒間でダイエットの競争がある		17		38	
食べ吐きをしている子が増えた		2		32	
休み時間に間食が多い		13		118	
朝食抜き		283		156	
昼食抜き		7		54	
給食を残す生徒が増えた		218		8	
昼食を仲間同士で食べない生徒が増えた		19		24	
月経異常(無月経も含む)が増えた		44		100	
その他		58		34	
紹介医療機関の有無					
近くにある		132	26.3	96	30.4
近くにはない、あるいはなし		314	62.7	190	60.1
わからない		40	8.0	15	4.7
医療機関以外ならある		10	2.0	4	1.3
その他		5	1.0	11	3.5
合計		501	100.0	316	100.0
欠測値		45		20	
治療への満足度					
おおむね満足できた		96	51.3	67	32.8
少し満足できた		38	20.3	47	23.0
あまり満足できなかった		26	13.9	52	25.5
全く満足できなかった		7	3.7	10	4.9
その他		20	10.7	28	13.7
合計		187	100.0	204	100.0
欠測値		359		132	
治療中・後の登校の問題					
なし		59	31.2	54	25.4
あり		35	47.1	115	54.0
不登校		17	9.0	28	13.1
その他		24	12.7	16	7.5
合計		189	100.0	213	100.0
欠測値		357		123	
学校の形態					
共学		527		286	
男子校		0		8	
女子校		2		28	
中高一貫		3		9	
合計		532		331	
欠測値		14		5	
学校の規模(生徒数)					
～100人		63		21	
101人～500人		310		76	
501人～1000人		150		177	
1000人～		3		50	
合計		526		324	
欠測値		20		12	
地域の規模					
大都市(人口100万以上)		2	0.4	5	1.5
大都市(人口100万未満)		31	5.8	20	6.0
地方中・小都市		239	44.6	205	61.7
地方の町・村		250	46.6	100	30.1
離島		9	1.7	0	0.0
その他		5	0.9	2	0.6
合計		536	100.0	332	100.0
欠測値		10		4	

	中学校 n=546)	高校 n=336)
	学校数	学校数
摂食障害の発症(増加)の原因		
ストレス	123	54
家族問題 { 全体の関係	189	162
母子関係	44	44
父子関係	6	4
ダイエット	58	31
本人の問題 { 自己評価の低さ	67	53
良い子・優等生	43	36
精神不安定	27	17
精神的未熟さ	78	48
将来への不安	9	14
人間関係(家族以外)	101	72
社会の影響 { 核家族・少子化	10	7
食環境の変化	42	41
やせ推奨	200	128
その他	68	57
早期発見のための手立て		
体重測定 { 回数を増やす	27	12
留意する	199	110
生徒への摂食障害教育	29	18
アンケート実施	7	8
日常のコミュニケーション	124	104
健康観察	204	87
学校関係者の意識の向上	48	37
学校内の連携 { 全体での連携	80	73
特に体育科教員との連携	3	20
学校と家族の連携	58	24
家庭での発見	25	16
教育・健康相談	45	21
その他	29	34
医療機関との連携に必要なこと		
学校・医療機関の協力関係	180	109
学校への患者治療情報等の提供	60	31
医療機関における相談窓口の設置	15	15
病院までの中間機関の設置	12	10
地域の摂食障害対応可の医療機関の情報	71	47
病院同士・病院内の連携	1	4
摂食障害の専門機関の増設	7	12
心の専門家(心理士, 精神科校医)を学校に置く	28	19
思春期問題の専門機関の増設	12	18
その他	62	30

児童の摂食障害患者への対策に関する研究

分担研究者 生野 照子 神戸女学院大学人間科学部教授

研究要旨 児童の摂食障害発症への対策を探るため、女子中学生の痩身願望を調査し、三種の予防教育を実施した。講義形式は美容ダイエットの抑止、先輩による啓発は外見へのこだわりの改善、グループ討論は体重認識の是正に有効と思われた。予防活動の重要性が判明したが、生徒の痩身願望が強く、更なる工夫が必要である。

A. 研究目的

近年、社会の痩せ礼讃風潮が強まるにつれて児童にもダイエット志向が高まり、摂食障害の発症に影響すると考えられている。従って早急な予防的対策が必要であるが、わが国での予防活動はまだ行われず、児童に適した予防方法も検討されていない。今回、予防教育の方策を検討する目的で、女子中学生を対象として痩身願望を調査し、実際の予防教育を実施した。以下にその主な結果を述べる。

B. 研究方法

調査対象：兵庫県K女子中学の1年生。
調査日時：2003年2月。調査方法：『痩身願望に関する調査(計127名)』体重・体型・ダイエットなどについてアンケート調査。
『予防教育の方法についての調査』④
ス(40名)＝教師による講義を実施、⑤
ラス(46名)＝先輩の大学生による授業をドラマを交えて実施、⑥
42名)＝生徒自身がグループ討論を実施、に分け、その成果を直後のアンケートで調べた。授業時間は各45分間。教育テーマは、現代の痩せ礼讃風潮／標準体重の意義と重要性／ダイエットの弊害／社会風潮への抵抗と正しいダイエット／摂食障害とは、である。尚、アンケートは無記名であり、調査趣旨

や集計法を説明して合意を得た。

C. 研究結果

1. 痩せ願望に関する調査：現体重は平均48.5 kg。身長は平均158cm。BMIは平均19.4。理想BMIは17.8。「理想体重」は44.5 kg。「現体重に不満」は80.3%。「自分の体重は重い」は82%。「体型に不満」は89.7%。「太りすぎ」は71.9%。「外見にこだわる」は73.9%で、うち「もっと痩せたい」はその84.8%、こだわる理由は「健康のため」がその6.1%、「美容のため」が83.2%。「ダイエットしている」は25.1%。「今後ダイエットする」は63.3%で、うち「絶対する」がその17.5%、「注意して行う」が45.8%。

2. 予防教育の方法についての調査：以下に、予防教育後の回答数の変化を示す。
理想体重：全体平均は5.1 kg、④
平均4.7 kg、⑤ 0.6 kg、⑥
は1.9 kgの上昇。体重への不満：全体15.1%、
④12.5%、⑤13.1%、⑥19.9%の減少。体重は重い：全体18.3%、④17.5%、⑤17.4%、
⑥20.1%の減少。体型への不満：全体12.3%、
④9.7%、⑤19.5%、⑥7.9%の減少。太りすぎ：全体14.3%、④5.0%、⑤17.4%、⑥
27.6%の減少。痩せたい：全体14%、④
12.6%、⑤20.1%、⑥9.4%の減少。健康の

ため：全体 12.1%、④14.7%、⑤15.2%、
⑥6.3%の上昇。美容のため：全体 12%、
④17.4%、⑤9.4%、⑥9.4%の減少。今後ダ
イエットする：全体 1.8%、④2.5%、⑤4.3%
の減少、⑥ 1.5%の上昇。絶対する：全体
9.6%、④20%、⑤6.5%、⑥2.2%の減少。
注意して行う：全体 7.8%、④17.5%、⑤
2.2%、⑥3.7%の上昇。「授業内容が理解で
きた」は、体重の重要性について：全体
95.3%、④97.5%、⑤93.4%、⑥95.1%。
痩せの弊害について：全体 94.5%、④97.5%、
⑤95.7%、⑥90.2%。摂食障害について：
全体 88.7%、④95%、⑤97.8%、⑥73.2%。

D. 考察

対象者の平均 BMI は標準的であるが、理
想 BMI は 17.8 で痩せを望んでいた。8 割
以上が現体重や体型に不満で「体重は重い」
と考え、約 7 割が「太りすぎ」と考えてい
た。外見にこだわる生徒は約 74%で、うち
8 割以上が「もっと痩せたい」と答え、強
い痩身願望がみられた。その理由は「美容
のため」が約 8 割で、約 1/4 がダイエット
をしており、約 6 割が「今後ダイエットす
る」と答えていた。ダイエットの実行は大
学生などに比して低率であるが、志向する
生徒は多く、予防活動を行う意義は十分あ
ると考えられた。予防教育によって体重や

体型への不満や認識など殆ど全項目が改善
し、痩せ願望の低下がみられたが、変化数
は全体の 1/5 程度に留まった。ダイエット
への抑止力は強くないが、「注意して行う」
という意識変容がみられた。授業内容はよ
く理解され、知識の改善に効果が得られた
と考えられる。教育方法による相違点は、
講義形式では美容ダイエットの抑止、先輩
啓発では外見へのこだわり改善、グループ
討論では体重認識の是正に有効性が視われ
た。ただし、グループ討論ではダイエット
志向がやや増える傾向がみられた。

E. 結論

①約 8 割に痩身願望がみられた。②美
容ダイエットの実行は比較的低率だが、ダ
イエット志向が強いため、摂食障害の発症
予防活動の重要性が判明した。③予防教育
は有効で認識の改善や痩せ願望の低下がみ
られたが、変化数は 1/5 程度に留まった④
講義形式では美容ダイエットの抑止、先輩
啓発では外見へのこだわり改善、グループ
討論では体重認識の是正に有効であった。
⑤今後、予防教育の更なる工夫が求められ
るため、引き続き研究を継続する予定であ
る。

分担研究報告書

摂食障害の早期診断と治療法の開発

分担研究者 中井 義勝 京都大学医療技術短期大学部教授

研究要旨

摂食障害の早期診断と治療法の開発につき、分担研究者の最近の研究成果を報告した。

1. 早期診断

神経性食欲不振症 (AN) や神経性大食症 (BN) は近年わが国においてもその発生率が増加している。AN や BN の患者は病院をなかなか受診しないため、その実態を把握するためには、病院を受診した患者数の推計に加えて、学校や会社を対象とした実態調査が必要である。今回京都府下の大学および短大の女子学生を対象に、1982 年、1992 年と 2002 年の 3 回にわたって身体的背景、体重や体型に関する自己意識、食行動の実態を調査し、摂食障害の実態を推定した。体格指数が 18.5kg/m^2 以下（低 BMI 群）が 2002 年は 17.7% で 1982 年、1992 年に比し多かった。低 BMI 群で自己の体重が多いとする割合は 2002 年で増加し、理想体重は 1982 年、1992 年に比し、2002 年は 43.0kg と少なかった。月経異常や無月経の比率も 2002 年は増加していた。病的な食事制限は 2002 年に著増していた。DSM-IV の診断基準に準拠した AN の推定頻度は 1982 年 0.1%、1992 年 0.15%、2002 年 0.3%、BN のそれは 1992 年 0.5%、2002 年 1.9%、特定不能の摂食障害 (EDNOS) は 1992 年 4.6%、2002 年 10.5% であった。摂食障害の推定頻度は 2002 年までの 20 年間で著増していた。やせ志向と低 BMI にも関わらず、さらなる食事制限がその一因であることが明らかとなった。

2. 治療法の開発

転帰調査から AN と BN の予後予測因子の解析を行った。初診後 4~10 年経過した AN137 例と、BN86 例を対象に半構造化面接による転帰調査を行い、AN と BN の予後予測因子の解析を行った。AN は良好 53%、軽快 17%、不良 30%、BN は良好 58%、軽快 16%、不良 26% であった。AN は初診時年齢、罹病期間、体格指数 (BMI) の最小値、むちゃ食い、嘔吐、親に過剰な依存、対人関係不良、出席 (勤) 不良、社会適応不良、comorbidity や行動障害の有無、入院歴が、BN は社会適応不良、comorbidity や行動障害の有無が予後と関連した。摂食障害の予後には、身体所見や食行動に加えて、対人関係、社会関係、comorbidity や行動障害の有無も関連することが示唆された。この結果に基づいた治療法の開発を検討中である。

A. 研究目的

1. 早期診断

神経性食欲不振症 (AN) や神経性大食症 (BN) は近年わが国においてもその発生率が増加している¹⁾。AN や BN の患者が病院をなかなか受診しないことはよく知られている¹⁾。これら患者の実態調査や早期発見のためには、摂食行動異常や臨床症状を評価する必要がある。

Garner の開発した Eating Attitudes Test (EAT) やその縮小版 EAT-26 は、わが国でも摂食障害のスクリーニングに用いられている²⁾。しかし、その妥当性について検討したところ、AN と BN 診断の偽陰性がかかなり存在することが明らかとなった²⁾。そこで今回簡便な質問紙を作成し、これを用いて京都府下の大学および短大の女子学生を対象に、1982 年、1992 年と 2002 年の 3 回にわたって身体的背景、体重や体型に関する自己意識、食行動の実態を調査した。またその結果から摂食障害の実態を推定した。

2. 治療法の開発

摂食障害は、軽快と再発の起伏を伴う慢性の経過をとる疾患で、時に死の転帰をとる³⁾。そのため近年欧米諸国においては本症の長期的転帰調査が報告されているが⁴⁻⁷⁾、わが国における報告は数少ない⁸⁾。また、摂食障害の転帰調査をもとに、その予後予測因子を検討した論文は欧米諸国においては多数見られるが、まだ共通の見解に至っていない⁴⁻⁷⁾。一方、わが国では摂食障害の予後予測因子に関する報告はまだない⁸⁾。今回、初診後 4~10 年経過した摂食障害患者を対象に転帰調査を行い、その結果を用いてその予後予測因子を検討した。

B. 研究方法

1. 早期診断

1982 年、1992 年、2002 年それぞれ 1564 名、208 名、520 名の京都府下の大学および短大の女子学生を対象とした。対象者をその体格指数 (BMI) が 18.5kg/m^2 以下 (低 BMI 群)、 $18.5\sim 25.0\text{kg/m}^2$ (中 BMI 群)、 25.0kg/m^2 以上 (高 BMI 群) の 3 群に分けた。いずれも研究の概要を説明し、インフォームド・コンセントを得た。

2. 治療法の開発

1991 年 11 月から 1996 年 11 月までに受診した摂食障害全症例 327 例中連絡がとれないか、協力を拒否された 93 例を除く 234 例 (72%) にインフォームド・コンセントを得た後、電話および郵送により半構造化面接方式による調査を行った⁶⁾。本調査では摂食障害分類を DSM-IV 作成の摂食障害診断基準に準拠した³⁾。調査した 234 例中特定不能の摂食障害 (EDNOS) 11 例を除く、AN 137 例と BN 86 例を予後予測因子解析の対象とした。初診時 AN の制限型 (ANR) は 98 例、AN のむちゃ食い/排出型 (ANBP) は 39 例、BN の排出型 (BNP) は 56 例、BN の非排出型 (BNNP) は 30 例であった。初診時と調査時の身長、体重に加えて月経、食行動異常、身体像障害の有無とその程度、対人関係と社会関係の程度を段階評価した。Comorbidity や行動障害のある場合には併記した⁹⁾。

転帰は良好、軽快、不良 (死亡を含む) の 3 段階に評価し、これを転帰調査結果とした。BMI が 17.5kg/m^2 以上で、月経があり、食行動異常、身体像異常、行動障害がともになく、対人関係、社会関係がともに良好な状態を 3 ヶ月以上継続した場合を良好とした。調査時に AN あるいは BN を有する場合および死亡した場合を不良とし、良好と不良以外を軽快とした。初診時診断で AN 137 例と BN 86 例を分けて統計学的処理を行った。予後予測因子候補の調査項目を独立変数、転帰調査結果を従属変数として、変数選択重回帰分析を行った。

C. 研究結果

1. 早期診断

1) 身体的背景 :

平均の年齢は 1982 年、1992 年、2002 年それぞれ 19.2 歳、19.5 歳、19.5 歳で有意の差はなかった。また 1982 年、1992 年、2002 年で身長、体重、BMI に有意差はなかった。BMI 各群の割合は低 BMI 群の比率が 2002 年は 17.7% で 1982 年の 11.7%、1992 年の 9.6% に比し多かった (表 1)。月経異常の比率は 1982 年 11.7%、1992 年 9.5%、2002 年 17.8% であった。

2) 体重、体型に関する自己意識 :

自分の体重が多いとする割合は 1982 年 64.9%、1992 年 67.8%、2002 年 67.5% で各年間に有意差はなかった。しかし低 BMI 群で自己の体重が多いとする割合は 1982 年 9.3%、1992 年 10.0%、2002 年 20.7% と 2002 年で増

加していた (表 2)。

理想体重は BMI 各群で異なるという興味ある結果を得た (表 3)。年間比較では、低 BMI 群が 1982 年 45.8kg、1992 年 45.4kg に比し、2002 年は 43.0kg と少なかった (表 3)。

3) 食行動について :

むちゃ食い、嘔吐、利尿剤や下剤の乱用は年間で有意差がなかった。しかし食事制限は低 BMI 群で、1982 年 14.9% に比し 2002 年は 19.8% に増加していた。低 BMI 群の病的な食事制限は 82 年 1.1% から 02 年 10.4% に著増していた。

4) 摂食障害の実態について :

DSM-IV の診断基準³⁾に準拠した神経性食欲不振症の推定頻度は 1982 年 0.1%、1992 年 0.15%、2002 年 0.3%、神経性大食症のそれは 1992 年 0.5%、2002 年 1.9%、非定型的摂食障害は 1992 年 4.6%、2002 年 10.5% であった (表 4)。

2. 治療法の開発

AN の転帰調査結果は、良好 73 例 (53%)、軽快 23 例 (17%)、不良 41 例 (30%) (内死亡 14 例) であった。一方 BN の転帰調査結果は良好 50 例 (58%)、軽快 14 例 (16%)、不良 22 例 (26%) (うち死亡 3 例) であった。

予後予測因子の候補として挙げた調査各項目について ANOVA あるいは χ^2 検定を行った結果を、AN は表 5 の BN は表 6 の群間比較に示した。一方、転帰調査結果と予後予測因子の候補として挙げた調査各項目との相関関係の検定を行った結果を表 5、表 6 に示した。群間比較および相関関係のいずれも有意であった項目を予後予測因子とした。

AN では初診時年齢、罹病期間、BMI の最小値、むちゃ食い、嘔吐、親に過剰な依存、対人関係不良 (親と不適合、家族と不適合、他人と不適合)、出席 (勤) 不良、社会適応不良、comorbidity の有無 (comorbidity なし、うつ病性障害、不安障害、人格障害)、行動障害の有無 (行動障害なし、自殺念慮・企図、自傷行為、引きこもり)、入院歴ありが予後予測因子であった (表 5)。変数選択重回帰分析を行うと予後予測因子として社会適応不良、BMI の最小値、対人関係不良、嘔吐が選択された。

一方、BN では社会適応不良、comorbidity の有無 (comorbidity なし)、行動障害の有無 (行動障害なし、引きこもり) が予後予測因子であった (表 6)。変数選択

重回帰分析を行うと予後予測因子として社会適応不良が選択された。

D. 考察

1. 早期診断

1982 年、1992 年、2002 年各年間で年齢、身長、体重、BMI に有意差はなかった。しかし注目すべき点は、BMI が $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 以下の低 BMI 群の比率が、2002 年では 17.7% と 1982 年、1992 年の 10% 前後に比し著増していることである。さらに、これらの低 BMI 群の人の理想体重が 1982 年の 45.8kg、1992 年の 45.4kg に比し、2002 年は 43.0kg と有意に少なくなっている。また月経異常の比率のみでなく無月経の比率も 1982 年の 2.2% から 2002 年は 4.2% に増加していた。食行動については、むちゃ食いや代償行動は年間で有意差がなかった。しかし食事制限は低 BMI 群で 2002 年は約 20% に増加していた。さらに低 BMI 群の病的な食事制限は 2002 年では著増していた。

このように今回の調査から実態調査の結果を学生全体で見ると、低 BMI 群に着目して解析した方がその病理性がより明瞭となることが明らかとなった。DSM-IV の診断基準に準拠した摂食障害の推定頻度は 2002 年までの 20 年間に著増していた。特に非定型的摂食障害の増加が注目される。これら非定型的摂食障害のうちどれぐらいの割合が AN や BN に移行するのかを今後、明らかにする必要がある。

2. 治療法の開発

予後予測因子に関する論文は AN、BN ともに多数みられるが、まだ共通の見解に至っていない。予後予測因子に関して信頼のおける研究結果を得るためには、少なくとも以下の 4 つの点を考慮する必要がある。(1) 信頼のおける転帰調査が行われている、(2) 今までに予後予測因子に取り上げられているものを全て統計学的処理にエンタリーする、(3) これらの因子に欠損値がない、(4) 厳密な統計学的処理を行う。

今回の調査では (1) については既に報告したように問題がない⁹⁾。(2) については、転帰調査表の調査項目中 35 項目を予後予測因子解析にエンタリーした。今までに予後予測因子として挙げられているほぼすべての項目が含まれている。(3) については、今回の調査では全症例の詳細な診療記録がコンピューターに入力され

ていたため、全症例について欠損項目がなかった。(4)については、予後予測因子候補としてエントリーした35項目について良好、軽快、不良の3群間で有意差検定を行った。さらに、転帰調査結果との相関関係を検定した。その上で群間比較と相関関係の検定でいずれも有意であった項目を予後予測因子とした。それに加えて、転帰結果を従属変数として、多変量解析を行ったことから厳密な統計学的処理を行ったといえる。

これまで AN の予後予測因子として、発症年齢、嘔吐、むちゃ食い、体重減少、罹病期間、人格障害などが挙げられている^{4,6-8)}。一方、BN の予後予測因子として、食行動異常、嘔吐、極端な体重変動、精神障害の合併、低い自己評価、自殺企画の既往、発症年齢、治療への動機などが挙げられている^{5,6,8)}。しかし、厳密な統計学的処理を行うと、人格障害の合併や衝動性を挙げる人もいる⁵⁾が、何もないとする人もいる^{6,8)}。

今回の調査では AN、BN いずれも、身体所見や食行動異常のみでなく、対人関係や社会関係、comorbidity や行動障害の有無も予後予測因子として重要であるという結果を得た。今後摂食障害の治療プログラムを作成する上で重要な知見といえる。

E. 結論

1982 年、1992 年、2002 年に摂食障害の実態調査を行った結果、摂食障害の推定頻度は 2002 年までの 20 年間で著増していた。最近の低 BMI 群の増加にも反映されているように、やせ志向と低 BMI にも関わらず、さらなる食事制限が摂食障害著増の少なくとも一因であることが明らかとなった。

初診後 4~10 年経過した摂食障害患者を対象に半構造化面接による転帰調査を行い、予後予測因子を解析した。摂食障害の予後には、身体所見や食行動に加えて、対人関係、社会関係、comorbidity や行動障害の有無も関連することが示唆された。

参考文献

- 1) 中井義勝: 摂食障害の疫学 心療内科 4:1-9, 2000
- 2) 中井義勝: Eating Attitudes Test (EAT) の妥当性について 精神医学 45(1) 2003
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, D.C., 1994

- 4) Hsu LKG: The outcome of anorexia nervosa: a reappraisal. Psychol Med 18:807-812, 1988
- 5) Keel PK, Mitchell JE, Davis TL, et al: Impact of definitions on the description and prediction of bulimia nervosa outcome. Int J Eat Disord 28: 377-386, 2000
- 6) Reas DL, Shoemaker C, Zipfel S, et al: Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: A systematic review of the outcome literature. Int J Eat Disord 30:1-10, 2001
- 7) Steinhausen L-H, Rauss-Mason C, Seidel R: Follow-up studies of anorexia nervosa; a review of four decades of outcome research. Psychol Med 21:447-454, 1991
- 8) 加茂登志子、笠原敏彦: 摂食障害の長期的転帰と comorbidity. 精神医学 40:234-236, 1998
- 9) 中井義勝、濱垣誠司、石坂好樹、他: 摂食障害の転帰調査. 臨床精神医学 30:1247-1256, 2001

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) H. Kishimoto, A. Taniguchi, Y. Nakai, et al: Effect of short-term low-intensity exercise on insulin sensitivity, insulin secretion, and glucose and lipid metabolism in non-obese Japanese type 2 diabetic patients. Horm Metab Res 34:27-31, 2002
- 2) A. Taniguchi, M. Fukushima, Y. Nakai, et al: Insulin sensitivity indexes from a single sample in nonobese Japanese Type 2 diabetic patients: Comparison with minimal model analysis. Diabetes Care 25:626-627, 2002
- 3) Y. Nakai, M. Fukushima, S. Nakaishi, et al.: The threshold value for insulin resistance on homeostasis model assessment of insulin sensitivity. Diabetic Medicine 19:346-347, 2002
- 4) A. Taniguchi, Y. Nakai, M. Fukushima, et al.: Ultrasonographically assessed carotid atherosclerosis in Japanese type 2 diabetic patients: Role of nonesterified fatty acids.

Metabolism 51:539-543, 2002

- 5) A. Taniguchi, Y. Nakai, M. Sakai, et al.: Relationship of regional adiposity to insulin resistance and serum triglyceride levels in nonobese Japanese type 2 diabetic patients. Metabolism 51:544-548, 2002
- 6) 中井義勝：精神・行動障害 摂食障害 日本臨床増刊号 8 本邦臨床統計集(2) 59:422-432, 2001
- 7) 中井義勝：摂食障害 animus 7:15-20, 2002
- 8) 中井義勝、久保木富房、野添新一、他、摂食障害の臨床像についての全国調査、心身医学 42:729-737, 2002
- 9) 中井義勝、濱垣誠司、石坂好樹、他、摂食障害の予後予測因子について、精神医学 44:1305-1309, 2002

2. 学会発表

- 1) S. Nagasaka, T. Nakamura, Y. Nakai et al., Troglitazone reduces C-reactive protein in subjects with type 2 diabetes. 62nd Scientific Sessions American Diabetes Association, San Francisco, U.S.A., 2002. 6. 14-18
- 2) A. Taniguchi, M. Fukushima, Y. Nakai, Role of non-esterified fatty acids on carotid atherosclerosis in Japanese type 2 diabetic patients. 4th International Congress of Pathophysiology, Budapest, Hungary, 2002. 6. 29-7. 5
- 3) 中井義勝、摂食障害の予後予測因子について、第43回日本心身医学会学術講演会、東京、2002. 5. 23-24
- 4) 栗山源慎、東條克能、田嶋尚子、竹腰進、長村義之、中井義勝、視床下部・下垂体における CART(cocaine and amphetamine regulated transcript) peptide の同定および下垂体における機能について、第75回日本内分泌学会学術総会、大阪、2002. 6. 28-30
- 5) 中井義勝、Eating Attitudes Test (EAT)の有用性について、第34回日本心身医学会近畿地方会、京都、2002. 7. 27

表1 BMIの年度別頻度

BMI kg/m ² \ 年	1982	1992	2002
< 18.5	11.7	9.6	17.7
18.5 - 25.0	85.6	87.0	78.3
> 25.0	2.7	3.4	4.0

数字は%

表2 太っているとの自己評価頻度

BMI kg/m ² \ 年	1982	1992	2002
< 18.5	9.3	10.0	20.7
18.5 - 25.0	71.5	72.9	76.4
> 25.0	95.2	100.0	100.0

数字は%

表3 年度別理想体重値

BMI kg/m ² \ 年	1982	1992	2002
< 18.5	45.8 (3.9)	45.4 (3.1)	43.0 (2.9)
18.5 - 25.0	48.0 (3.9)	48.3 (3.6)	47.2 (3.8)
> 25.0	51.7 (5.0)	54.1 (4.9)	50.4 (4.6)

数字は%

()は標準偏差

表4 摂食障害の年度別推定頻度

病型 \ 年	1982	1992	2002
AN	0.1	0.15	0.3
BN		0.5	1.9
EDNOS		4.6	10.5

AN:神経性食欲不振症

数字は%

BN:神経性大食症

EDNOS:非定型の摂食障害

表5 神経性食欲不振症の予後予測因子候補項目と群間比較および相関関係

	良好	軽快	不良	群比較	相関関係
発症年齢(歳)	16.8	17.1	17.6	n. s.	n. s.
初診時年齢(歳)	18.8	19.1	22.3	p<0.01	r=0.280, p<0.01
罹病期間(月)	22.9	21.5	55.7	p<0.01	r=0.341, p<0.01
健康時BMI (kg/m ²)	19.3	18.5	19.3	n. s.	n. s.
初診時BMI (kg/m ²)	14.6	13.1	14.3	p<0.01	n. s.
BMIの最小値(kg/m ²)	14.0	12.7	13.1	p<0.01	r=-0.244, p<0.01
月経状態	3.0	3.0	2.9	n. s.	n. s.
食制限	3.0	3.0	2.9	n. s.	n. s.
むちゃ食い	1.3	1.2	2.1	p<0.01	r=0.394, p<0.01
嘔吐	1.3	1.2	2.0	p<0.01	r=0.384, p<0.01
身体像異常	2.9	2.9	3.0	n. s.	n. s.
親に過剰な依存	3.0	3.2	3.4	p<0.01	r=0.268, p<0.01
親と不適合	1.7	2.0	2.2	p<0.01	r=0.291, p<0.01
家族と不適合	1.4	1.4	1.8	p<0.05	r=0.218, p<0.01
他人と不適合	1.7	1.9	3.1	p<0.01	r=0.544, p<0.01
出席・出勤不良	1.5	1.6	2.9	p<0.01	r=0.509, p<0.01
社会適応不良	1.7	2.0	3.2	p<0.01	r=0.555, p<0.01
Comorbidityなし(%)	84.9	82.6	36.6	p<0.01	r=-0.444, p<0.01
うつ病性障害(%)	12.3	17.4	63.4	p<0.01	r=0.479, p<0.01
不安障害(%)	8.2	4.3	22.0	p<0.05	r=0.174, p<0.05
人格障害(%)	2.7	0.0	14.6	p<0.05	r=0.207, p<0.05
行動障害なし(%)	87.7	87.0	48.8	p<0.01	r=-0.382, p<0.01
自殺念慮・企図(%)	1.4	0.0	31.7	p<0.01	r=0.417, p<0.01
自傷行為(%)	1.4	0.0	22.0	p<0.01	r=0.329, p<0.01
万引き(%)	0.0	0.0	4.9	n. s.	r=0.170, p<0.01
衝動買い(%)	0.0	0.0	4.9	n. s.	r=0.170, p<0.01
引きこもり(%)	4.1	4.3	36.6	p<0.01	r=0.394, p<0.01
入院歴あり(%)	61.6	78.3	82.9	p<0.05	r=0.212, p<0.01

BMI：体格指数、n. s.：有意でない、r：相関係数、発症年齢～社会適応不良の数値は
 平均値、comorbidityと行動障害は有意であった項目のみ記載した。

表6 神経性大食症の予後予測因子候補項目と群間比較および相関関係

	良好	軽快	不良	群比較	相関関係
発症年齢(歳)	17.3	16.4	18.1	n. s.	n. s.
初診時年齢(歳)	21.0	20.1	21.7	n. s.	n. s.
罹病期間(月)	44.8	44.0	43.7	n. s.	n. s.
健康時BMI (kg/m ²)	21.0	20.8	21.2	n. s.	n. s.
初診時BMI (kg/m ²)	21.1	21.3	20.7	n. s.	n. s.
BMIの最小値(kg/m ²)	17.2	16.5	16.7	n. s.	n. s.
月経状態	1.9	2.4	2.1	n. s.	n. s.
食制限	2.0	2.1	2.1	n. s.	n. s.
むちゃ食い	3.0	3.0	3.0	n. s.	n. s.
嘔吐	2.3	2.1	2.5	n. s.	n. s.
身体像異常	3.0	3.0	3.0	n. s.	n. s.
親に過剰な依存	2.6	3.0	3.1	n. s.	r=0.241, p<0.05
親と不適合	1.9	2.0	2.2	n. s.	n. s.
家族と不適合	1.5	1.7	1.6	n. s.	n. s.
他人と不適合	2.1	2.8	2.6	n. s.	r=0.214, p<0.05
出席不良	2.0	2.9	2.5	p<0.05	n. s.
社会適応	2.1	3.0	2.7	p<0.01	r=0.273, p<0.05
Comorbidityなし(%)	42.0	14.3	18.2	p<0.05	r=-0.241, p<0.05
行動障害なし(%)	82.0	50.0	54.5	p<0.05	r=-0.280, p<0.01
引きこもり(%)	16.0	50.0	40.9	p<0.05	r=0.267, p<0.05
入院歴あり(%)	48.0	35.7	27.3	n. s.	r=-0.218, p<0.05

BMI：体格指数、n. s.：有意でない、r：相関係数、発症年齢～社会適応不良の数値は
 平均値、comorbidityと行動障害は有意であった項目のみ記載した。

神経性食欲不振症の入院適応基準と治療法・治療体制に関する研究

成 尾 鉄 朗

鹿児島大学医学部附属病院心身医療科助教授

研究要旨：摂食障害の中でも神経性食欲不振症は、長期予後不良例が多く、治療に際しても病識に乏しく治療抵抗性が高いため生命危機に及び率も高い疾患群である。しかし、発症後の治療開始が早期であるほど、改善率が高くなることが知られているため、早期に適切な治療を開始することが、現時点では最善の対処法と考えられている。本研究では、この疾患の入院に関する判断基準と治療法に関する研究成果等を報告する。

A. 研究目的

神経性食欲不振症（AN）の治療、治療体制に関しては、我が国でも過去20年以上にわたり研究が成されてきたが、その治療法の選択や、入院適応に関しては、未だ基準化されたものが無く、施設間で大きく異なるのが現状である。その理由としては、身体的障害から心理・認知面の障害、そして行動面の異常まで、非常に幅広く、複雑な病態を呈することが知られるようになったものの、治療者間での病態に関する認識に相違が有ることや、予後に関する正確な把握と理解が十分でなかったためと考えられる。

近年の予後研究結果は、治療後も長期的には治癒率が約5割にとどまり、本症罹患後の多くの患者が、慢性的に症状を有して生活していくことを示している。また、当科の20年にわたる治療例の中でも、15年間完全回復に達していながら、環境変化に伴って再燃した症例が現れるなど、本症の症状の慢性性を印象付ける経験もしている。また、最近の大衆紙でも慢性例の患者が注目され、20代後半にして治療に絶望している内容が紹介されるなど、本症の治療を考える際に、慢性性にも留意した治療を考える事態に至っていると考える。

本症の入院適応基準の検討においては、生命危機、行動異常、重症度と治療施設の関連を考慮する必要性があり、治療法を検討するにおいては、治療者の規模

や専門性、治療法の選択を考慮し、外来治療との関わりも考える必要がある。更に、治療体制を検討するに際しては、治療施設の選択とその間の連携の問題、そして、医療経済の問題も配慮されなければならない。

本症の治療においては、病脳期間が長くなるほど治療が長期間に及ぶことを想定して、行動療法を骨格としたコーピングモデルを念頭に置いた、多元的で統合的な治療プログラムを体制化し、治療目標を明確にしながら対応することが、治療効率、治療普及、治療者の疲弊予防に重要となると考える。

当科では、今後以上の点についてデータに基づく検討を加え、治療の標準化、治療ガイドライン、治療体制のあり方を検討した。

B. 研究結果と考察

1. 神経性食欲不振症の治療について

a). 入院治療の適応について

本症の治療は入院治療を原則とすべきであるが、外来治療の可能な症例は小学・中学などの低年齢層か、低栄養による障害が比較的軽く、過食・嘔吐や肥満恐怖がなく、しかも発病前の社会適応性に問題が見られず、家族も治療への理解を示し、治療者の指示を家庭で実行できるなどの条件が前提となる。

したがって、治療開始に際しては、外来治療の結果が悪ければ入院治療に切り換えることを患者・家族に

十分に説明し同意を得ておくことが肝要である。このような治療契約は患者のその以後の行動変容に強い影響を及ぼし、そのまま改善に向かうこともある。家庭では適切な食行動形成に重点をおき、外来受診時にはそれらの結果を参考にして、食事や、体重についての歪んだ信念や価値観を是正するように働きかける。

本症患者の入院が必要となった場合は、家族や友人からの一定期間の隔離が重要である。なぜなら患者の不適切・不合理的思考や行動の形成に、オペラント強化子としての家族、特に母親の態度が強く働いているからである。

b). 入院の適応に関する客観的指標

本症の入院適応については幾つかの報告があるが、本疾患の病因として多因子の関与が示唆されており、その適応項目においても、身体要因だけでなく家族因子、社会因子、精神疾患の合併症など実に多くの因子の評価を要している。しかし、近年の疫学動向を鑑みるに、初診年齢の高齢化が認められ治療介入が早期に為されていない現状が窺えるため、改めて AN 患者の重症度評価・入院適応を再考すべきであると考えられる。

当科では受療行動と身体因子に主として着目し、入院絶対適応となる AN 重症例選定のための重症度スコアの作成し、入院適応の客観的指標を研究した。種々の臨床データの独立変数を基に Multiple logistic regression analysis を施行した結果、forward stepwise selection にて合併症・受療行動（身体的・精神的治療介入に対する拒否）・肝機能異常・貧血・血小板減少症の 5 項目からなる model が得られた。相関性は有意 ($R^2=0.749$, $p<0.0001$) であり、正誤率は 91%であった。Hall RC らは 276 名の入院摂食障害患者において身体疾患の合併症を調査した結果、AN-BP 患者において重篤な合併症（致命的）を認めやすく、AN-R、AN-BP とともに約 10%の患者は集中治療室での管理を要すると報告している。今回の研究においては subtype に関しては従属変数との強い相関性は認められなかったが、一因として、従属変数の定義に際し Hall severity rating scale の grade 2 以上という比較的 mild な設定を行ったことが考えられる。より高い

cutoff point を用いれば、行動異常（過食、嘔吐、下剤使用）の著明な AN-BP 患者において、より強い相関性が認められる可能性が考えられるが、研究目的が早期治療介入であるため本研究においては、screening としての機能を重視した。摂食障害における肝機能異常・血小板減少に関しては幾つかの報告があるが、肝機能異常に関しては amino transferase 値と BMI との逆相関が報告されており、特に BMI12 以下にて amino transferase の異常高値が認められている。機序としては低栄養状態との関連が示唆されている。血小板減少に関しても体重減少との関連が示唆されているが、いずれの合併症においても栄養補給等の適切な処置を欠くと多臓器不全等の致命的状況を招来することに成りかねないため AN 患者における注意すべき合併症の一つである。

Model の構成項目としては身体因子が優位であったが、重症例を規定する因子として受療行動（治療拒否）が選択された。AN においては慢性低栄養状態（飢餓）と関連した特有の psychopathology が認められ、受療行動に多分に影響を及ぼしていると考えられている。重症例において受療行動上の問題が高頻度に認められるという本研究の結果は従来の知見を支持するものであると言える。また、Model からは排除されたが、BMI は身体状態の重要な評価因子として従来報告されている。身体機能の維持と BMI に関しては、Okabe らが標準体重の 60%以上であれば摂食障害において死亡率は低下すると報告している。また Henry らは生命を維持するためには BMI12 以上が必要であると報告している。本研究においては、BMI は従属変数に対して比較的弱い相関性 ($r=0.376$, $p<0.0001$) を有していたが、これは従来指摘されているような体重減少速度・変化率を考慮しなかったためと思われる。また、本研究の結果より BMI 値単独では入院適応を図る指標とはなり難いことが示唆された。

Powers PS らは入院適応として、重篤な低栄養状態が認められる症例に加えて、治療経過が長期（6 ヶ月以上）に及び外来治療が奏功していない症例、自殺の危険・破滅的な親子関係の認められる症例を挙げている。また Garfinkel らは精神的合併症が認められる症

例を挙げている。身体因子に着目した報告としては Mehler PS らが、低体重（理想体重のマイナス 25%以上）、心拍数（40/min 以下、85/min 以上）、血圧（60mmHg 以下）、浮腫、3 ヶ月以上の無月経、電解質異常、不整脈を挙げている。本研究は AN 重症例の選定を目的として行われているが、入院絶対適応となった患者は約 3 割であった。先行報告のように AN における入院適応に関しては様々な要因を考慮する必要があり、絶対適応を外れた症例に関しては家族問題を主とした心理社会的要因、あるいは精神疾患等の精神的合併症の問題が大きいことが示唆される。

c). 入院治療プログラムについて

本症の入院治療に関しては、その特異な病態上、行動療法を主とした統合的治療モデルが推奨されている。ここでは、その詳細について述べるが、在院日数を短縮することを厳しく求められている現行の医療保険制度の中では、重症なケースほど医療費や施設選定の問題も考慮されるべき大きな問題となりつつある。

1) 行動観察

入院後約 2 週間は、身体的検査に併行して食行動を中心とした日常行動を観察し、主に症状の特徴、親子関係、障害の程度、病気に対する態度などについて分析して、その結果に対する対処法を検討する。

2) 刺激統制

症状の持続と固定化の原因となっているものを徹底的に除去する手続き

①家族・友人との面会や電話・文通などによる連絡を一切遮断する。

②医師・看護婦は患者の摂食や心氣的訴えに対して中立な態度をとる。

3) オペラント強化:望ましい食行動再形成と適応行動の強化のための手続き

①まず患者の治療意欲や強化子の強化価をたかめることを目的として、入院生活において気持ちを紛らわす手段となりやすい以下の諸項目を全て禁止する手続きをとる。具体的には、日常生活は午前、午後ともベッド上安静時間をもうけ、ラジオ・テレビ・読書・電話・病棟外散歩などは一切禁止する。これは遮断

(deprivation) という動因操作法の一つで、臨床の場のオペラント条件づけによる治療の際に常に考慮すべき重要な点である。

②患者の心理的飢餓動因を高め、摂食に対する心理的抵抗や恐怖を徐々に解除してゆくことをねらって、食事量は治療開始とともに 1 日 800 ~ Kcal ぐらいに落とす。この際、遮断された状態に耐えきれず無断離院、盗みなどの回避・反抗的行動がみられることがあるので、患者の心理状況や行動の観察が大切である。

③摂食状態が順調で、週 1 回の体重測定で 0.5 ~ 1.0 kg の体重増加があれば、それまで禁止していたものを段階的に許可していく。その順序は基本的にはラジオ・読書・安静時間短縮・テレビ・散歩・電話・外出・面会・外泊とする。なお測定値をだまして報告することがあるので、順調に経過しているかどうかの判定には体脂肪率の経過を観察し、尿量、体温、あるいは生化学検査の所見などにも注意を払う必要がある。なお、面会、外泊を後にもってくるのは、初期の段階では形成されつつある正しい食行動をくずす恐があることと、患者が最も望む事項を治療の最終段階まで延長させ、治療への動機づけを高めるためである。

④与えられた食物の全量を摂取したときには、その都度ほめてやったり話相手になったりし、社会的賞賛、社会的関心といった強化を与えてゆく。

4) 行動論的カウンセリング

患者の病歴・日記・談話・行動観察・グループカウンセリングの内容から、主として患者の社会的発達の未熟さに基づく誤った考え方、問題のとらえ方と誤った行動様式について知り、これを修正し、その結果望ましい変容には支持・注目を与えて健全な発達を促す。

5) 社会的技術訓練

入院治療後期に社会的技術訓練の一環として、お茶の配給当番を行うことも取り入れている。当然ながら患者の承諾を得た自主的な行為として行われるように配慮しており、これによって対人関係における技術や、相手からの感謝という強化子を得ることができ、人間関係性の技術の向上に有効に作用する。

6) 短期間のやり直し効果について

一見まじめに治療に取り組んでいる患者であっても、治療経過中に体重が停滞することがある。そのような場合には、短期間に限って治療のはじめから全てやり直す期間を設けている。これは、長期慢性例や重症例に見受けられる現象で、潜在化していた肥満恐怖や自ら設定した希望体重に近づいた時に生じる不安感や恐怖が、その引き金になると思われる。この際、患者によっては隠れて嘔吐したり、巧妙に残食を行なうなど何らかの不適切な行動を行っているので、それらを早期に徹底して除去する意味が含まれている。

したがって、この間は解除になったオペラント項目も全て禁止に戻され、刺激統制も初期のレベルに設定される。ただし、この期間を設けるに際しては猶予期間を設け、その間に規定の体重増加が認められなかった場合にのみ行うことにしている。大半の場合まず患者は強い拒否感を示すが、それまで無理矢理食べていたことを認め、低カロリー食に戻すことで空腹感が引き出され、体重などへのこだわりを振り解きやすくなったという感想を持つようになる。その後は、患者の食欲、食行動の経過を見て3〜4日ごとにカロリーを増加させ、禁止項目もそれに平行して解除され、オペラント強化子として再度用いられる。

7) 最終到達目標

患者の身長や年齢も考慮しながら、1日の摂取カロリーが1800〜 Kcal まで達し、体重が標準体重の-20%以内に増加した時点を出院の目安にしているが、当然ながら認知や社会適応性においても、修正がなされていることが不可欠の条件である。ただし、学校への復学の時期と治療経過を考慮し、場合によっては体重が20%以上のやせの段階で退院に至る場合もある。

2. 治療体制のあり方について

(1) 前思春期例について；

前思春期に発症した患者では、正の強化法を中心としながら親子関係や社会適応上の問題改善を優先する。したがって、親子の面会や会食の機会を早めに設定するなどの配慮が大切である。

(2) 退院後に向けて；

疾病期間が5年以上の重症例の中には、標準体重が約

80%まで回復した頃から再び摂食・肥満恐怖が強まり、同時に社会復帰への恐怖も顕在化する場合が多いので、家族の協力を得た上で3〜

形成を目的としたリハビリテーションが必要である。当疾患の場合、当科で行っているような多少厳格な管理を行なう入院治療では、常習化した過食や嘔吐などが比較的容易に消失する。これは患者の他者依存的、状況依存的性格傾向が幸いして衝動性を一次的に抑制できているためと思われる。しかし、入院中の行動面の修正や認知面の改善が認められても、なお退院後の予後経過は楽観視できない。治療に至るまでの経過が長い場合、ストレス発散の手段として過食・嘔吐が深く条件づけられ、外界での刺激に富んだ生活状況に晒されると、容易に再燃することが見受けられる。

このため、レスポナント条件づけ機制で強化されたこのような反射的反応を消去していくための、過食・嘔吐に対応した治療技法の開発が必要と考える。

(3) チーム医療；

看護婦スタッフ、臨床心理士、医師スタッフから構成される医療チームの中で、特に医師以上に患者と接する機会の多い看護スタッフの役割は大きく、食事の際の観察と、対応が初期の行動修正期間には重要な機能を果たしており、治療チーム内での情報交換や分担された役割意識の統一がなされているか、きめ細かい確認が大切である。

(4) 家族へのアプローチについて；

治療に際しては、オペラント強化子の役割をはたしているキーパーツ、つまり母親か父親が、また本人が結婚していたら夫が治療補助者として治療に参加することが重要である。つまり、患者はキーパーツの性格や考え方、弱点まで知り尽くしており、あるときは依存的になるが、自分の意に添わぬ態度をとられると攻撃的態度、例えば家出や自殺のまねごとをして相手を威嚇したりする。このようにしてキーパーツが患者は不適切な要求を受容したり、優柔不断な態度しかとれない状況になり、症状を強化しているのである。そこで、家族に病態のメカニズムを十分に理解してもらい、治療補助者としての自覚を持って治療に参加し、対処の仕方を理解してもらえれば、入院期間も短縮でき、退院後の家庭生活でも治