

厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）

分担研究報告書

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究
—学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子
の抽出にむけて—

当センターにおける小児摂食障害患者の傾向について

研究分担者 小柳 憲司（長崎県立こども医療福祉センター 小児心療科）

研究要旨：長崎県における小児摂食障害患者の傾向を予測する目的で、県内小児心身医学診療の中核施設である当センターにおける摂食障害患者の検討を行った。対象は平成17年1月から平成25年10月までに当センターを受診した摂食障害患者72例である。受診地域は県央地域、長崎市およびその近郊、島原半島が多く、県北地域からの受診は人口の割に少なかった。紹介元は病院小児科が39%を占めた。患者は小学4年までは心因性嘔吐症、FD（機能的嚥下障害）、FAED（食物回避性情緒障害）が多く、それ以降はAN（神経性やせ症）が増加した。ANの60%は入院治療を要したが、他の病型での入院率は13%だった。精神科や心療内科など他施設への紹介は10例で、小児科で治療が完結する例も多いことがわかった。今後、小児科における摂食障害の治療のレベルアップを図ることで予後の改善が期待できると考えられた。

A. 研究目的

当センターは、長崎県における小児心身医学的診療の中核となる施設であり、当センターの摂食障害患者のデータを解析することによって、長崎県の小児摂食障害患者の大まかな傾向が推測できると考えられる。そこで、県内全体の調査を行う前段階として、当センターにおける摂食障害患者の実態調査を行った。

B. 研究方法

平成17年1月から平成25年10月までの期間に当センターを受診した摂食障害患者72例を対象として、患者の地域分布、学

年、性別、紹介元、診断、治療形態、予後について検討した。診断はDSM-IVおよびGreat Ormond Street Criteria(GOSC)¹⁾に拠った。なお、心因性嘔吐症は「ストレス状況に伴い嘔吐を繰り返すもの」とした。

C. 研究結果

1) 患者の地域分布

県央地域（諫早、大村）22、長崎市およびその近郊20、島原半島13、県北地域（佐世保、平戸、松浦）6、東彼4、西海2、五島2、佐賀県3、という結果だった。当センターが位置する県央地域が最も多く、次いで人口が最も多い長崎市およびその近郊が多

かった。島原半島は当センターまで車で 1 時間半圏内である。県北地域は車で 1 時間半以上かかるためか、人口の割に受診者が少なかった。

2) 紹介元

患者の紹介元は、病院小児科 28、小児科開業医 4、内科開業医 3、婦人科開業医 1、精神科 4、スクールカウンセラー4 であり、紹介なしの受診が 28 例だった。病院小児科からの紹介が 39%を占めたが、それ以外の多方面からの紹介があることがわかった。

3) 患者の学年と性別 (図 1)

患者数は小学 6 年生から急激に増加し、中学 2 年生が最大だった。当センターでは新患の受付を高校 1 年生までに制限しているため、高校生以上はそれほど多くない。男女比は、患者数が少ない小学 5 年生までは男女ほぼ同数であるが、患者数が増加する小学 6 年生以上は明らかに女子の方が多い傾向があった。

4) 学年と病型の関係 (図 2)

小学 4 年生までは AN (神経性やせ症) は少なく、心因性嘔吐症や FD (機能的嚥下障害)、FAED (食物回避性情緒障害) などの病型が多かった。小学 5 年生からは AN が増加し、中学生段階では AN が圧倒的多数だが、高校生以上では AN・BP (神経性やせ症-排出型) や BN (神経性過食症) など、過食-嘔吐を呈する病型が半数以上を占めていた。

5) 治療形態

当センターの摂食障害治療では外来を原則とし、①食欲低下による体重減少が急激で外来での経過観察が危険な場合や、②家族の疲弊が強く家庭内で子どもを抱えきれない場合のみ入院治療を行っている。72 例

のうち入院治療を要したのは 28 例 (39%) だったが、これを AN とそれ以外の病型に分けて検討すると、AN 以外の 30 例のうち入院治療を要したのが 4 例 (13%) であるのに対し、AN 群 42 例中入院治療を要したのが 25 例 (60%) と AN 群の入院率の高さが際立っていた。

6) 入院治療の期間

当センターには病弱特別支援学校 (小中学部) が併設されており、入院が 2~3 ヶ月を超えて長期にわたる場合には転校させ、学習の機会を保障している。今回は転校の有無に基づいて入院期間を検討した。中学生以下の入院 26 例において、転校を要したのが 14 例 (54%)、要しなかったのは 12 例 (46%) だった。半数弱の症例は比較的速やかに状態が回復し、退院できたことがわかる。転校を要した 14 例のうち、8 例は摂食障害自体の回復に長期間を要したものだったが、6 例は、家庭内不和、家族の養育能力の問題、不登校の合併など、摂食障害以外の要因で長期の入院治療を要したものだった。

7) 他院への紹介

72 例のうち、他院へ紹介したのは 10 例 (AN : 5、AN・BP : 4、BN : 1) で、紹介先は精神科病院が 8 例、心療内科病院が 2 例だった。それ以外の 62 例 (86%) は小児科で治療が継続・完結できていた。

D. 考察

当センターの摂食障害患者は、県内病院小児科からの紹介を最大の窓口として県全体から集まっているが、多くはセンターの近隣地域や車で 1 時間半圏内に居住する患者であり、それより遠方の受診者は少ない。

しかし、センターまで1時間半以上かかる県北地域には30万人程度の人口集積があり、この地域の患者の受診動向については今後調査が必要である。その他、長崎県には多くの離島があり、島の患者の心身医学的診療をどう保障していくかも検討しなければならない。

小児の摂食障害では、年少児の場合、心因性嘔吐症やFD、FAEDなどANとは異なる病型のものが多いが、10歳を境に思春期と同様のANが出現し始め、思春期後半になるとANからAN-BP、BNなどの病型に移行する傾向がある。ANでは、それ以外の病型より明らかに入院治療を要した割合が増加するが、これはANがより重症で治療困難であることを示している。また、AN-BPやBNに移行すると精神科や心療内科に紹介する割合が増加する。これには、当センターの入院治療対象が原則中学生までという縛りがあり、高校生以上で入院が必要になった場合は他施設に紹介せざるを得ないという事情もあるが、一般に、枠が緩い小児科病棟で過食や嘔吐を伴う症例に効果的な入院治療を行うのは難しく、AN-BPやBNを小児科で継続的に診ていくのは避けた方がよいと考えられる。一方、心因性嘔吐症やFD、FAEDでは、病態の説明を丁寧に行って家族の不安を軽減し、家族の保護のもと根気強く食事摂取を進めることで外来治療が可能であり、かつ短期間で改善するものも多い。またANも入院治療を要することは多いが小児科での継続治療が可能であり、小児科における摂食障害治療のレベルアップが予後の改善に貢献できると期待される。

E. 結論

長崎県の小児摂食障害患者の傾向を明らかにする第一段階として、当センターにおける摂食障害患者の検討を行った。今後は県内の小児を診療する施設全体を対象にアンケート調査を行い、県内における小児摂食障害患者の治療システムを構築していきたい。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

本研究の一部は、第17回摂食障害学会パネルディスカッション：長崎県における小児摂食障害診療の現状と課題(平成25年11月、神戸市)にて発表した。

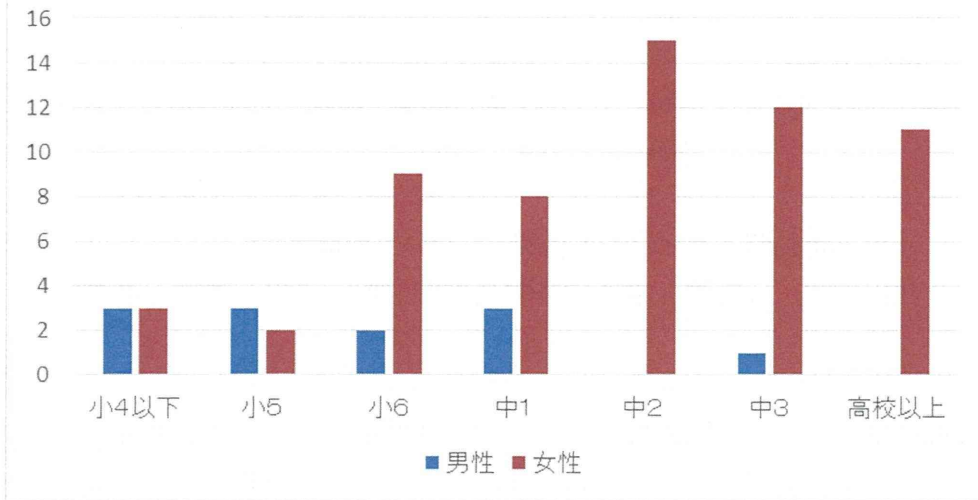
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

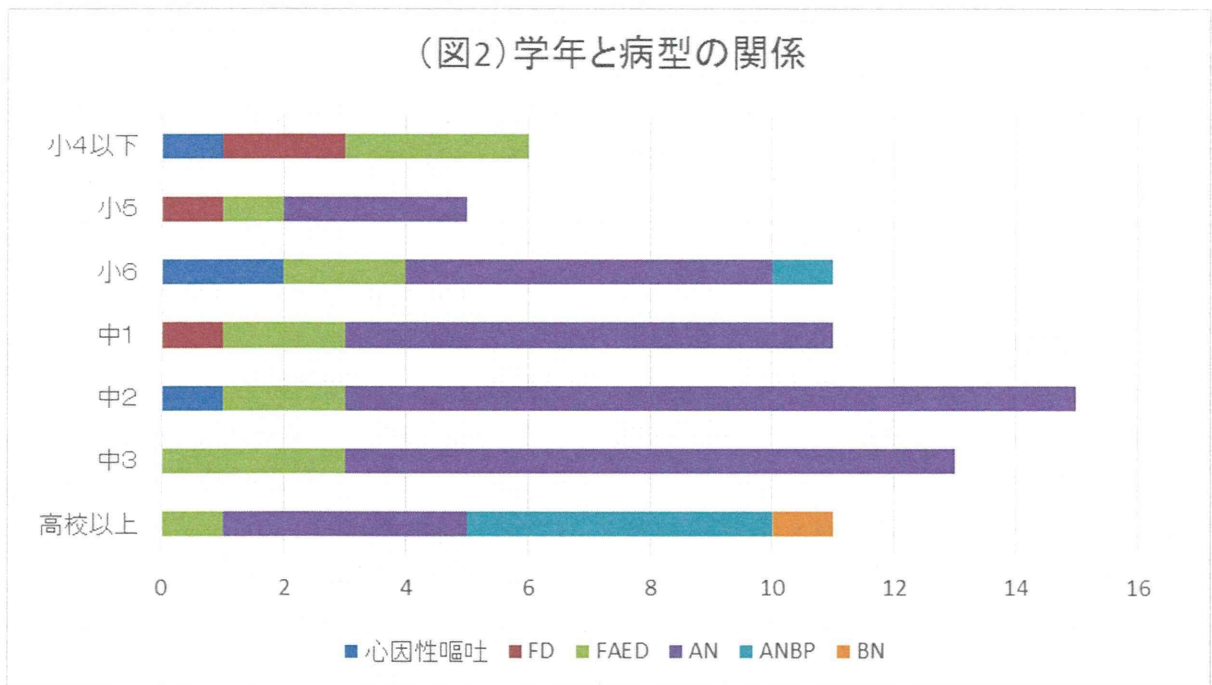
【参考文献】

- 1) Bryant-Waugh. R, Lask. B: Overview of eating disorders in childhood and adolescence. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* 4thed, Routledge, pp.33-49, 2013.

(図1) 学年と性別の関係



(図2) 学年と病型の関係



厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）
分担研究報告書

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究
—学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子
の抽出にむけて—

小児の摂食障害患者のきょうだいについての検討

研究分担者 北山真次 神戸大学医学部附属病院 親と子の心療部 准教授

研究要旨

小児期発症の摂食障害患者の発症の背景には、成人期発症に多くみられる成熟拒否とは異なり、様々な葛藤状況があると考えられることが多い。小児期発症の摂食障害患者きょうだいをめぐる葛藤についての傾向を明らかにするために、摂食障害患者のきょうだいについて検討した。Great Ormond Street criteriaによる細分類で神経性無食欲症(AN)あるいは食物回避性情緒障害(FAED)と診断した67例を対象とし、患児のきょうだい構成と出生順位について検討したところ、きょうだい数は多く、ANとFAEDにおいてもきょうだい数が多かった。また、女兒においてはきょうだいに同性がいることが多かったが、出生順位について明らかな傾向は認められなかった。

A. 研究目的

小児期発症の摂食障害患者の発症の背景には、成人期発症に多くみられる成熟拒否とは異なり、言語表現の未熟さや自己の感情への気付きの弱さなどもあり、様々な葛藤状況があると考えられることが多い。

本研究では、小児期発症の摂食障害患者のきょうだいについて検討することにより、摂食障害患者のきょうだいをめぐる葛藤についての傾向を明らかにすることを目的とする。

ち、Great Ormond Street(GOS) criteriaによる細分類（表1）で神経性無食欲症(AN)あるいは食物回避性情緒障害(FAED)と診断した67例を対象とし、診療録に基づいて患児のきょうだい構成と出生順位について検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は、すでに記録された診療録に基づく後方視的調査研究であり、公表については匿名性を担保しており、公表についての倫理面の問題は生じない。

B. 研究方法

2003年4月から2013年12月の間に神戸大学医学部附属病院親と子の心療部を受診した小児期発症の摂食障害患者のう

表1. Great Ormond Street Criteria (GOSC)

- 1) 神経性無食欲症 anorexia nervosa (AN)
- 2) 神経性大食症 bulimia nervosa (BN)
- 3) 食物回避性情緒障害 food avoidance emotional disorder (FAED)
- 4) 選択的摂食 selective eating (SE)
- 5) 機能的嚥下障害 functional dysphagia
- 6) 広汎性拒絶症候群 pervasive refusal syndrome (PRS)
- 7) 制限摂食 restrictive eating
- 8) 食物拒否 food refusal
- 9) うつ状態による食欲低下 appetite loss secondary to depression

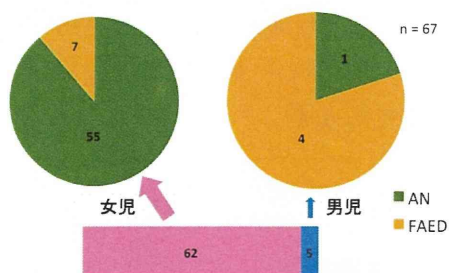
(Eating Disorders in Childhood and Adolescence 4th ed, Lask & Bryant-Waugh, 2013, 一部改変)

C. 研究結果

1. 性別と分類 (図1)

性別では女兒が62例 (AN : 55例, FAED : 7例)、男児が5例 (AN : 1例, FAED : 4例) であり、女兒が多く、女兒のなかではANが多く、男児のなかではFAEDが多かった。逆に分類からみると、ANが56例 (女兒 : 55例, 男児 : 1例)、FAEDが11例 (女兒 : 7例, 男児 : 4例) であり、ANでは女兒が多かった。

図1. 性別と分類

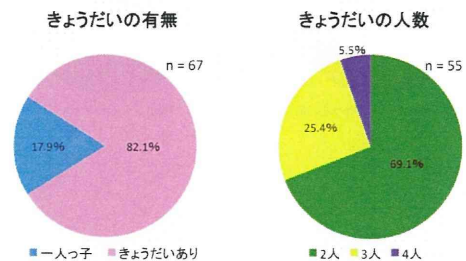


2. きょうだい数と出生順位 (図2, 3)

一人っ子は12例 (17.9%) で、きょうだいがいるのは55例 (82.1%) であった。きょうだいがいるなかでは、2人きょうだいは38例 (69.1%)、3人きょうだいは14例 (25.4%)、4人きょうだいは3例 (5.5%) であった。きょうだい数は平均する

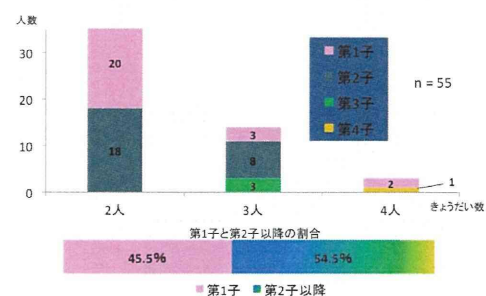
と2.1人となり、日本のきょうだい数の全国平均は、平成17年の国勢調査「日本の人口」統計表より算出すると、1.7人であるので、小児期発症の摂食障害患者のきょうだい数は多いと言える。

図2. きょうだいの有無と人数



出生順位では、2人きょうだいでは、患児が上が20例、下が18例であり、3人きょうだいでは、患児が1番目が3例、2番目が8例、末っ子が3例であり、4人きょうだいでは、患児が1番目が2例、末っ子が1例であった。

図3. 患者の出生順位

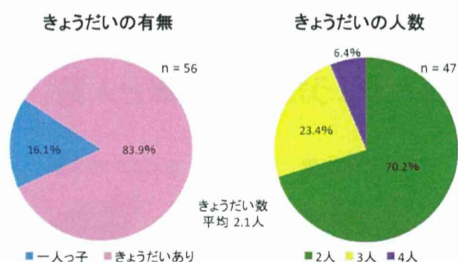


3. ANのきょうだい数と出生順位 (図4, 5)

ANでは、一人っ子は9例 (ANの16.1%) で、きょうだいがいるのは47例 (ANの83.9%) であった。きょうだい数は平均すると2.1人となり、日本のきょうだい

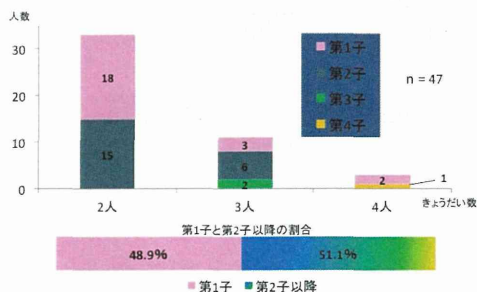
数は全国平均で1.7人であるので、AN患者のきょうだい数は多いと言える。

図4. きょうだいの有無と人数(AN)



きょうだいがいるなかでは、2人きょうだいは33例(70.2%) (患児が上：18例(内、男児が1例)、下：15例)、3人きょうだいは11例(23.4%) (患児が1番目：3例、2番目：6例、末っ子：2例)、4人きょうだいは3例(6.4%) (患児が1番目：2例、末っ子：1例)であった。きょうだいがいるなかで、患児が第1子であったのは23例(きょうだいがいるANの48.9%)であった。患児自身が双子なのは2例で、きょうだいのなかに双子がいるのは1例であった。

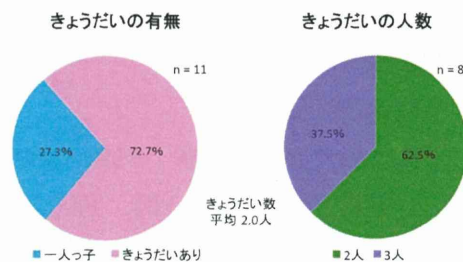
図5. 患者の出生順位(AN)



4. FAEDのきょうだい数と出生順位 (図6, 7)

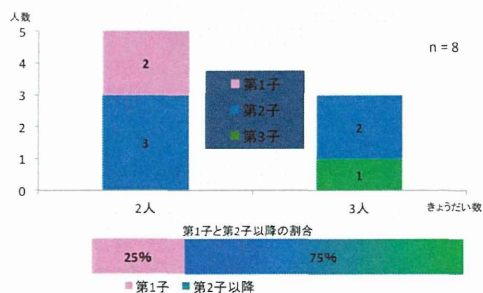
FAEDでは、一人っ子は3例 (FAEDの27.3%、内、男児が2例) で、きょうだいがいるのは8例 (FAEDの72.7%) であった。きょうだい数は平均すると2.0人となり、日本のきょうだい数は全国平均1.7人であるので、FAED患者のきょうだい数は多いと言える。

図6. きょうだいの有無と人数(FAED)



きょうだいがいるなかでは、2人きょうだいは5例(62.5%) (患児が上：2例(男女各1例)、下：3例(内、男児が1例)) で、3人きょうだいは3例(37.5%) (患児が2番目：2例、末っ子：1例) であった。きょうだいがいるなかで、患児が第1子であったのは2例(きょうだいがいるFAEDの25%) であった。

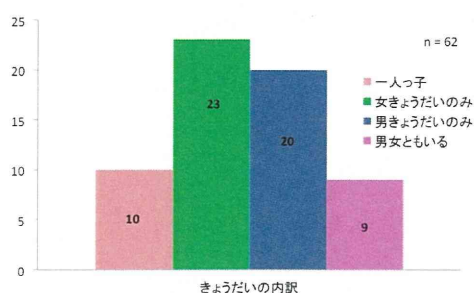
図7. 患者の出生順位(FAED)



5. きょうだいの性別 (女児) (図8)
きょうだいの性別の影響を明らかにす

るために、男児例を除き、女児 62 例について検討したところ、一人っ子は 10 例 (16.1%) であり、女きょうだいのみが 23 例 (37.1%)、男きょうだいのみが 20 例 (32.3%)、男女ともきょうだいがいる 9 例 (14.5%) となっていた。女きょうだいがいるのは 32 例 (51.6%) となり、半数以上を占めていた。

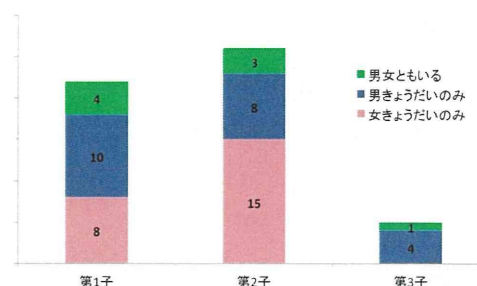
図8.きょうだいの性別の分布 (女児)



6. 出生順位の影響 (女児) (図9)

出生順位の影響を明らかにするために、女児 62 例について検討したところ、第1子は 22 例 (35.5%) であり、女きょうだいのみが 8 例、男きょうだいのみが 10 例、男女ともきょうだいがいる 4 例であった。第2子は 26 例 (41.9%) であり、女きょうだいのみが 15 例、男きょうだいのみが 8 例、男女ともきょうだいがいる 3 例であった。第3子は 5 例 (8.1%) であり、男きょうだいのみが 4 例、男女ともきょうだいがいる 1 例であった。

図9.出生順位の影響 (女児)



D. 考察

摂食障害患者のきょうだいについての検討では、女性の AN 患者 259 人の家族構成をコントロールと比較し、きょうだいの1番目もしくは2番目以降かで解析したところ、患者は1番目であることが少なく、また1人もしくは複数の男きょうだいがいることが少なかったと報告 (Eagles JM, Johnston MI, Millar HR: A case-control study of family composition in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 38: 1, 49-54, 2005.) されているが、これは発症年齢が成人期のもも含むものとなっている。

今回の検討における小児期発症の摂食障害患者のきょうだい数の平均は 2.1 人であり、全国平均の 1.7 人より多く、きょうだい数は多いと言える。

性別の分布状況からは、AN と FAED がそれぞれ異なるバックグラウンドを持っていると考えられるが、AN と FAED でのきょうだい数や出生順位に明らかな差は認められなかった。これについては、症例数を増やし、今後も検討する必要があると考えられる。

男児例を除き女児のみとして、きょうだいの性別の影響を検討したところ、半

数以上の例できょうだいに同性がおり、
女兒ではきょうだいに同性がいることが
多いと言える。

出生順位の影響を女兒のみとしても検
討したが、明らかな傾向は認められな
かった。

E. 結論

きょうだいをめぐる葛藤についての傾
向を明らかにするために、小児期発症の
摂食障害患者のきょうだいについて検討
した。

小児期発症の摂食障害患者について
は、きょうだい数は多く、ANとFAEDにお
いてもきょうだい数が多かった。また、
女兒ではきょうだいに同性がいることが
多かったが、出生順位については明ら
かな傾向は認められなかった。

F. 健康危険情報

特記なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

北山真次：機能的嚥下障害 摂食障害
子どもの心の処方箋ガイド，中山書店，
齊藤万比古総編集，236-238，2014

2. 学会発表

第32回日本小児心身医学会

2014.9.12-14.

小児の摂食障害患者のきょうだいにつ
いての検討：加藤威、北山真次、飯島一誠

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記なし。

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究
—学校保健における思春期やせの早期発見システム構築、および発症要因と予後因子
の抽出に向けて—

摂食障害患者の家族の特徴—初診時の検討—

研究分担者：岡田あゆみ（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学准教授）

研究協力者：藤井智香子（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学教室）

研究協力者：赤木 朋子（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学教室）

研究要旨

1996年度から2012年度までに岡山大学病院小児科心身症外来（現：小児医療センター・小児科・子どものこころ診療部）を受診した症例の中で、拒食、嘔吐、体重減少など摂食に関する問題を主訴としていた92例を抽出し、初診時の家族の特徴について検討した。摂食障害群、その他の摂食障害群に分けて検討した。

両群とも、核家族の割合は変わらなかったが、国勢調査と比較して一人親世帯が少なく、一人っ子も少なかった。保護者や患者の訴えから、何らかの家族の課題が推測されたのは摂食障害群27例（49.1%）、その他の摂食障害群19例（54.3%）であった。

家族の課題が明らかになるには一定の時間を要することもあり、治療初期のアセスメントは慎重に行う必要があった。今後は、発症後の家族の状況や予後との関連について検討を行う予定である。

A. 研究目的

摂食障害発症の要因の一つとして家族の問題が取り上げられることは多く、患者家族の特徴については、Minuchin (1978)の報告をはじめとして数々の指摘がある。しかし、食行動異常を呈した患者へ対応した結果として家族が変化している場合も多く、家族の特徴が必ずしも発症の原因とは言えない。今回、アウトカム尺度開発のために家

族の精神疾患やきょうだい葛藤などの有無と予後の関係について検討しており、今後の研究成果が待たれるところである。

一方治療においては、家族を問題ではなく資源ととらえ、その力を引き出すことが重要である。特に小児の治療では、環境調整の果たす役割は大きく、患者家族とよい関係を形成し、治療の協力者・パートナーと位置づけて協働できるかが鍵となる。しかし、

近年子どもと家族を取り巻く社会環境は厳しく、家族もまた困窮して子どもを支えるための家族機能が低下していることもある。受診の時点で、経済的困窮、保護者やきょうだいの疾病、家族内の不和など、患者の病気以外に課題を抱えている家族は多い。

我々は、心身症外来受診者の検討から(山中 2005) 保護者が精神疾患を罹患している家族であっても、保護者が家事を行える・家族内に支援者が居る・家族外の支援を利用できるなどの場合は、一般の心身症児と比較して予後に差はなかったことを報告している。よって、家族が患者摂食障害以外の課題を抱えている場合にも、家族への対応を工夫することで治療を行うことは可能と考えている。しかし一方で、治療中断にいたる症例や、子どもの訴えから不適切な養育状態が危惧される症例も存在している。よって、治療を開始するに当たっては、患者の特徴だけでなく患者家族の特徴をつかみ、家族機能について評価を行い、どのような治療的アプローチが適切なのかを判断することが重要となる。また、症例によっては、家族の抱えている課題が発症や病状の遷延化に関与していることも考えられる。

そこで今回我々は、

1) 初診時の家族が抱えている課題を明らかにする

2) 家族の課題を把握できた過程を振り返り、アセスメントの際に何に注意すべきかを明らかにする

を目的に検討を行った。

また、診断や治療に際して、疾患による違いを明らかにすることは重要なことから、上記について、神経性無食欲症と神経性大食症と、その他の摂食障害とで違いがある

かも同時に検討した。

B. 研究方法

1. 摂食障害患者家族の特徴の抽出

1996 年度から 2012 年度までに岡山大学病院小児科心身症外来(現:小児医療センター・小児科・子どものこころ診療部)を受診した症例の中で、拒食、嘔吐、体重減少など摂食に関する問題を主訴としていた 92 例を抽出した。詳細は図 1 に示す。

診断は、GOSC(Great Ormond Street Criteria)¹⁾によった。なお、心因性嘔吐症(Psychological vomiting (以下 PV))については記述がないため、「器質的疾患がないにも関わらず嘔吐を認め、心理的なストレスの関与が明らかなもの」とした。診療録から後方視的に、心理社会的要因としての家族の特徴について抽出した。なお、保護者の精神疾患については、精神科や心療内科を受診し診断を受けている症例のみを対象とした。飲酒の問題については受診が難しい症例が多いことから、問診により家族が困っていると判断される症例を対象とした。

また、疾患による差異を検討するため、摂食障害群(神経性無食欲症 Anorexia Nervosa (以下 AN)・神経性大食症 Bulimia Nervosa (以下 BN))と非定型摂食障害群(機能的嚥下障害 Functional dysphagia (以下 FD)、食物回避性情緒障害 Food avoidance emotional disorder (以下 FAED)、PV)に分けて検討した。

統計学的検討として t 検定, Fisher exact 検定を行った。P<0.05 を有意差ありと判定した。

2. 家族の課題の検討

1. で抽出した症例で、患者や家族が面接

時に訴えた内容から、発症や症状遷延に影響があるのではないかと推測される問題について、頻度や内容を明らかにした。また、初診時から把握までに時間を要した問題とその特徴も検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・倫理委員会の承認を得た「家族機能が子どもの心身症治療に与える影響の研究」のプロトコールに従って行った。症例提示に際しては、個人が同定できないように配慮した。

C. 研究結果

1. 摂食障害患者家族の特徴の抽出 (表 1、表 2 参照)

(1) 摂食障害群 (55 例)

初診時の診断は、神経性無食欲症 (以下 AN) 53 例、神経性大食症 (以下 BN) 2 例の計 55 例であった。AN のうち 9 例はその後 BN に移行した。初診時平均年齢 12.1 歳 (± 2.1 歳)、男児は 1 人で女児が 54 例と 98.2% を占めていた。

家族形態は、ひとり親家庭が 5 例 (8.8%) で離婚が 4 例、父親との死別が 1 例であった。同居世代は、3 世代同居 16 例 (29.1%)、核家族 39 例 (70.9%) であった。きょうだいが居ない一人っ子は、4 例 (7.0%) であった。

家族歴として、保護者の精神疾患・飲酒の問題を 8 例 (14.5%) に認めた。内訳は、父親のアルコール依存 4 例、祖父のアルコール依存 1 例、母親の不安障害 2 例、母親の統合失調症 1 例であった。また、きょうだいに疾患を認めたのは 4 例 (7.0%) で、姉が摂食障害 (AN) 2 例、兄が睡眠障害・適応

障害 1 例、弟が広汎性発達障害 1 例であった。

(2) その他の摂食障害群 (機能的嚥下障害、情緒的食物回避性障害など)

初診時の診断は、機能的嚥下障害 19 例、情緒的食物回避性障害 12 例、また診断基準にはないが特定不能の身体表現性障害 (心因性嘔吐症) 6 例で、計 37 例であった。初診時年齢 12.1 歳 (± 2.8 歳)、男児は 9 人で女児が 28 例と 75.7% を占めていた。

家族形態は、ひとり親家庭が 6 家族 (16.0%) で離婚が 4 例、父親との死別が 1 例、母親との死別が 1 例であった。3 世代同居 10 例 (27.0%)、核家族 39 例 (73.0%) であった。きょうだいが居ない一人っ子は、1 例 (3.0%) であった。

家族歴として、保護者の精神疾患を 9 例 (24.3%) に認め、内訳は父親のうつ病 2 例、躁うつ病 2 例 (同胞例)、パニック障害 1 例、母親の統合失調症 2 例 (同胞例)、不安障害 2 例、パニック障害 1 例であった。またきょうだいに疾患を認めたのは 6 例 (16.0%) で、兄弟が広汎性発達障害 2 例、弟が適応障害 1 例、妹が知的障害 1 例、弟が脳腫瘍 1 例、妹が白血病 1 例であった。

2. 家族の課題の特徴 (表 3 参照)

保護者や患者の訴えから、何らかの家族の課題が推測されたのは摂食障害群 27 例 (49.1%)、その他の摂食障害群 19 例 (54.3%) で、何れの群でも約半数であった。

摂食障害群では、経済的困窮 3 例 (5.5%)、保護者の精神疾患による養育困難 1 例 (1.7%)、仕事が多忙による関わりの減少が 7 例 (12.7%)、介護による関わりの減少が 1 例 (1.7%) であった (重複を含む)。また、

夫婦の不和は、12例（21.8%）に認めた。嫁姑・嫁舅関係は3例（5.5%）に、きょうだい葛藤は7例（12.7%）に認めた。

その他の摂食障害群では、経済的困窮3例（8.6%）、保護者の精神疾患による養育困難2例（5.4%）、仕事が多忙による関わりの減少が7例（18.9%）であった（重複を含む）。また、夫婦の不和は11例（29.7%）に認めた。嫁姑・嫁舅関係は3例（8.1%）に、きょうだい葛藤は4例（10.8%）に認めた。

3. 家族が課題を語った時期について

「保護者の精神疾患・飲酒の影響」、「きょうだい葛藤」について表4～表8に示す。

保護者の精神疾患の影響として、家事ができないなど生活に支障が出ており、かつ援助者が少ない場合、患者の負担が増大すると考えられた。症例3（表5）は、母方祖母、母親、患者の3人家族であったが、発症の約2年前に母親が統合失調症に罹患して失業、その後十分に家事ができないことを祖母から叱責され、患者が気を遣って家事を行うなど、家族内に葛藤状況があったと推測された。また、同胞例の症例7、8（表6）は、両親が精神疾患に罹患しており、日常生活の維持が困難なことが多かった。祖父母など周囲の支援を受けて対応を継続していたが、当科での対応は限界と考え精神科紹介・転医となった。

アルコール依存に関する問題は、今回の検討で摂食障害群の5例に認めた（表5）。初診時にこの問題を訴えたのは1例のみで、1例は半年後の入院治療で父親と離れた患者が始めて語って明らかになるなど、初診時に存在しているにもかかわらず把握するまでに時間を要した。

「夫婦不和」は、主に保護者（母親）から訴えられた。原因は、保護者自身の疾患や家族の疾病、介護や経済的困窮などさまざまであった。患者の治療も含めて、「父親の理解が少ない」「父親は協力してくれない」「相談しても返事がない」などの訴えも認めた。摂食障害群のうち2名の患者からは、保護者の異性関係について訴えがあった。1例は、発症の1年後に「不潔だ。母親として許せない」などと訴えた。1例は、発症の3年後に父親への嫌悪感を訴える理由を尋ねたところ、「父親の不倫に小学4年生（発症の1年前）に気づいた。母親は気付いていなかったのと言ってはならないと思って辛かった」と訴えた。

「きょうだい葛藤」（表7、表8）については、姉妹例で、妹が姉に対して容姿や成績などの点で劣等感を感じている場合と、性別はいずれの場合もあったが、患者が年少のきょうだいの問題（発達障害や不登校）のために両親から十分に関わってもらえていないと訴える場合との2つのパターンが認められた。

D. 考察

1. 患者家族の特徴

家族の形態については、2010年国勢調査¹⁾の結果で子どものいる世帯の23.8%がひとり親、76.7%が核家族であり、今回検討した摂食障害群、その他の摂食障害群共に、ひとり親家庭（摂食障害群8.8%、その他の摂食障害群16.6%）は有意に少なかった。一方、3世代同居家族は各々約30%で、差異はなかった。きょうだいについては、第14回出生基本動向調査²⁾で一人っ子は15.9%であり、今回検討した摂食障害群、その他の

摂食障害群共に、一人っ子（摂食障害群 7.0%、その他の摂食障害群 3.0%）は有意に少なかった。

患者の保護者やきょうだいが疾病に罹患している割合は、摂食障害群 23.4%、その他の摂食障害の群 40.0%であった。きょうだいの死亡や神経性無食欲症など、発症に直接影響を与えたと考えられる場合や、きょうだいの疾患のために自分への関わりが減っていることへの不満や不安を語る症例もあった。

摂食障害群 27 例（49.1%）、その他の摂食障害群 19 例（54.3%）といずれの群の家族も何らかの課題を抱えていたが、この頻度が一般の家庭や他の心身症、精神疾患の患者家族と比較して高いとは断定できない。内容については、夫婦の不和、きょうだい葛藤、アルコール依存者の存在など、摂食障害患者の家族の課題として従来から報告されているものと同様であった。

2. 家族の問題の把握について

家族が秘密をどのように取り扱うかは、家族の特徴や機能を評価するうえで重要な点である。今回検討した症例は、初診時に家族歴と共に家族の課題についても問診を行っている。きょうだい葛藤や夫婦不和は、保護者からも語られるので把握が容易であったが、飲酒や異性関係については、把握するまでに 1 年以上を経過していた。

飲酒に関しては、「アルコール依存」の家族歴がある摂食障害患者 5 例のうち、3 例で過食・自傷行為などを認めた。初診時に把握できていたのは 1 例のみで、問診時により詳しく食卓状況を聞くことが必要と考えられた。また、飲酒の問題を把握できた後

に、疾病教育と相談先の紹介を行ったが、患者や母親は「頼んでも変わらない」「注意すると怒るので何も言えない」と訴え、医療機関への相談を検討したのは 1 例であった。

一方、異性関係など家族以外の人に伝えることに心理的抵抗がある問題については、開示してよいと患者が思うまでに時間を要する。患者が成長して周囲を客観視できること、治療者と患者との治療関係が維持されて秘密を共有してもよいと信用されることなどが必要と考える。

3. 疾患による家族の課題の特徴について

今回、摂食障害群、その他の摂食障害群に分けて、患者の家族の特徴に差があるかを検討した。患者の属性として、年齢に差はなかったが性別には差を認め、その他の摂食障害群に有意に男性が多かった。我々の検討では、摂食の問題を呈する患者の約 40% はその他の摂食障害であり、小児科領域で摂食を主訴に受診する患者の診断に際しては注意が必要であった。

患者の保護者やきょうだいが疾病に罹患している割合は、摂食障害群 23.4%、その他の摂食障害の群 40.0%であったが、統計学的な有意差は認めなかった。後者には、情緒的な反応として摂食量が低下する FAED も含まれており、摂食障害群と比較して環境要因の影響が大きいと推測されたが、今回の検討では明らかにならなかった。FD や PV は、嘔吐や窒息など患者自身の恐怖体験が発症の誘因になっていることが多く、FAED とは病態が異なっている。今後症例数を増やして、疾患ごとに検討を行う必要があると考えた。

4. 治療と予防に向けて

デンマークの疫学調査³⁾による2,370名の小児～思春期のANと7,035名の対象を比較した検討で、発症に関与していた risk factorとして、患者の「年齢」「併存症(不安障害、強迫性障害、薬物依存など)」と共に、「きょうだいにANがいる」「家族の中に情緒障害がいる」が明らかになっている。今回の検討でも同様の課題を抱える家族を認めた。きょうだい(姉)がANだった2例はいずれも精神科転科を要して長期治療継続となっており、発症や遷延化との関連が推測された。一方、保護者に精神疾患を認めたANの3症例はいずれも改善していた。今回の検討では症例数が少なく、リスクファクターの判断はできないが、初診時の家族の状況だけでなく、その後の治療的な介入によって改善が得られることが推測された。

現在でもANに対する治療で確立されたものはないが、Ciao⁴⁾らは、12歳から18歳のANとその家族を対象とした検討で、家族療法と個別の心理療法の効果を比較し、家族療法には家族機能の一部への改善効果があったことを報告している。また、ANの家族機能評価では、各項目で30～60%の症例がカットオフ値を上回っており問題を呈しているが、その程度は軽く、成人例よりも家族機能の障害の程度は低く思春期例の方が家族機能は維持されていると考察している。

我々は、いずれの家族に対しても疾病教育を行い、患者の治療への協力者として位置付けて対応した。特に各種の課題を抱えて「家族の疲弊」が明確なタイプでは、保護者への支持的対応に留意した。今後これらの治療的介入の有効性については検証が必要であるが、以下にその要点を記す。

- ・保護者の負担感を把握し、支援者の有無を明らかにする
 - ・家族面接を行い、疾病教育や患者への対応方法について相談を行う
 - ・学校との連携や公的機関の利用の提案などを通して、外部からの家族支援体制を構築する
- なお、今回の検討から、予防的対応として可能なこととしては、
- ・学校：きょうだいに疾患を持つ子どもへの見守り、声掛け
 - ・医療機関：保護者の主治医による子育て状況の確認、相談の勧奨
 - ・啓蒙活動：精神疾患、アルコール問題の啓蒙、疾病であり相談が可能であることの周知
- などが可能と考えられた。

5. 本研究の限界

今回は、摂食に問題のある患者のみを対象として検討したため、抽出された家族の特徴が、他の疾患の家族と比較して有意なものかは判断できない。

また、課題があることと予後とは必ずしも関連しておらず、患者の特徴や、受診後の家族の状況・変化も合わせて考察を行う必要がある。

E. 結論

今回我々は、摂食障害患者92症例を検討し、その家族の特徴について報告した。

患者家族は、両親との核家族で、きょうだいがいることが多いなどの特徴を認めた。また、経済的困窮は少ないが、保護者の精神疾患やきょうだいの疾患を認めていた。

発症時に、約半数の家庭は患者の疾患以

外の課題を抱えていた。内容は、患者の保護者やきょうだいの精神疾患、発達障害、飲酒の問題、夫婦不和などであった。家族の課題の内容によっては、明らかにされるまでに一定の時間を要することもあり、治療初期のアセスメントは慎重に行う必要があった。

なお、家族に課題があっても、疾病教育や家族面接をとおして治療協力を得られることができ、患者の予後が良好となった症例もあった。今後は、発症時の家族の状況と予後との関連について、治療的介入と経過も考慮して検討を行いたい。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 岡田あゆみ, 山中絵里子, 中村 彩, 細木瑞穂, 渡邊久美, 大重恵子, 森島恒雄: 食行動異常 46 症例の臨床的検討と小児科医の役割, 日本小児科学会雑誌 112 (3) : 463-470, 2008

2) 白神浩史, 塚原紘平, 森茂弘, 福原信一, 今井憲, 森田啓督, 宮島悠子, 小倉和郎, 木村健秀, 清水順也, 古城真秀子, 久保俊英, 岡田あゆみ: 経管栄養を必要とした心因性嚥下障害の 1 例, 日本小児科学会雑誌, 114 (10) : 1577-1581, 2010

2. 学会発表

1) 赤木朋子

精神疾患をもつ保護者と家族(1) 統合失調症 6 家族の検討

(第 31 回日本小児心身医学会、2013 年 9 月 米子)

2) 岡田あゆみ

統合失調症の母親に対する子どもの理解についての検討

(第 34 回日本心身医学会中国四国地方会、2010 年 11 月 松山)

3. 書籍等

1. 岡田あゆみ

心因性摂食障害 (分担)

「臨床栄養学・疾病編」第 3 版, p. 222-230,

(化学同人 2014 年 8 月)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 参考文献

1) Lask & Bryant-Waugh ; Eating Disorders in Childhood and Adolescence 4th ed. 2013

2) 総務省統計局 ; 平成 22 年国勢調査. <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/>

3) 国立社会保障・人口問題研究所 ; 第 14 回出生基本動向調査. www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/doukou14.ap

4) Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, Munk-Jørgensen P, Strober M. ; A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. Int J Eat Disord. 2015 Jan;48(1): 2014 Apr 29.

5) Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock J, Le Grange D. ; Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2015 Jan;48(1) 2014 Jun 5.

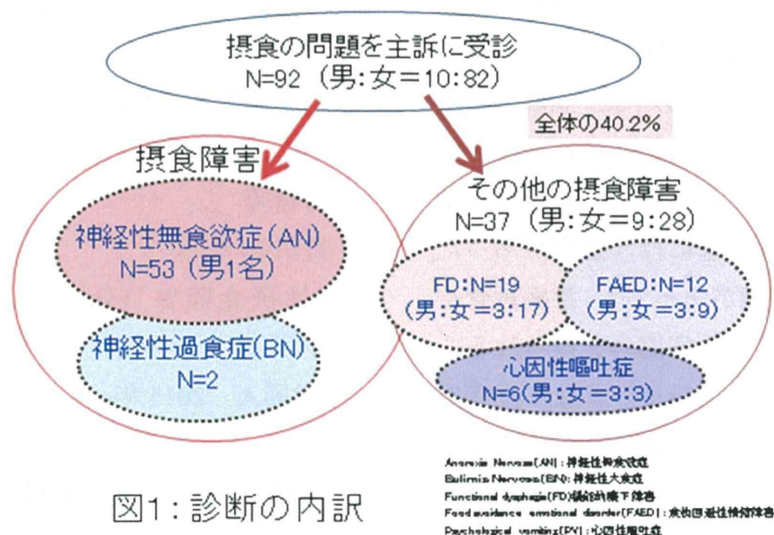


図1: 診断の内訳

表1: 患者の特徴

	摂食障害群	その他の摂食障害群	
症例数(例)	55	37	
年齢(歳)	12.1(±2.1)	12.1(±2.8)	np
性別(男性:女性)	1:54	9:28	*
診断(例)			
神経性無食欲症 (AN)	53(9例はBNに移行)		
神経性過食症 (BN)	2		
機能性嚥下障害 (FD)		19	
食物回避性情緒障害 (FAED)		12	
心因性嘔吐症 (PV)		6	

t test / Fisher's exact test *: P<0.05

表2: 家族構成の特徴

	摂食障害群	その他の摂食障害群	
ひとり親家庭(例)	5 (8.8%)	6 (16.6%)	np
死別	1(父親)	1(父親)	
生別	4	5	
家族構成(例)			
3世代	16(29.1%)	10(27.0%)	np
核家族	39(70.9%)	27(73.0%)	np
きょうだい(例)			
一人っ子	4(7.0%)	1(3.0%)	np

表3: 家族の問題

	摂食障害群	その他の摂食障害群
問題あり(例)	27(49.1%)	19(54.3%)
経済的困窮 (生活保護・借金)	3(5.5%)	3(8.6%)
養育困難	2(3.4%) ネグレクト、精神疾患	2(5.4%) 両親の精神疾患
仕事による多忙	7(12.7%)	7(18.9%)
介護による多忙	1(1.7%)	0(0.0%)
家族関係		
夫婦不和	12(21.8%)	11(29.7%)
嫁・舅姑不和	3(5.4%)	3(8.1%)
ぎょうたい葛藤	7(12.7%)	4(10.8%)

表4: 保護者の精神疾患・飲酒の問題

摂食障害群

その他の摂食障害群

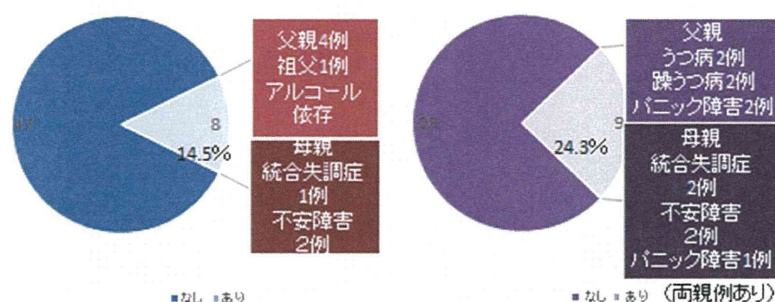


表5: 摂食障害群の保護者の特徴

症例	年齢	性別	診断	保護者の診断・問題	治療上の影響	転帰
1	11	女	AN→うつ病	母:不安障害	協力的だが過干渉 自分と比較し批判	寛解 継続中
2	15	女	AN→BN	母:不安障害	協力的だが過干渉 自分と比較し批判	改善 転医
3	15	女	AN	母:統合失調症	養育困難 家族の協力機能低下	治癒
4	12	男	AN→OCD	祖父:アルコール依存	母と祖父の衝突に巻き込まれる	改善 転医
5	11	女	AN	父:アルコール依存	母と父の衝突に巻き込まれる	治癒
6	14	女	AN	父:アルコール依存	母と父の衝突に巻き込まれる	寛解 継続中
7	14	女	AN→BN	父:アルコール依存	母と父の衝突に巻き込まれる	改善 転医
8	18	女	BN	父:アルコール依存	不明	転医

OCD:強迫性障害

表6: その他の摂食障害群の保護者の特徴

症例	年齢	性別	診断	保護者の診断	治療上の影響	転帰
1	6	女	FD	父:うつ病 母:不安障害	協力的	寛解 継続中
2	8	女	FD	父:パニック障害	協力的・不安が強い	治癒
3	10	女	FD	父:うつ病 母:不安障害	夫婦不和 家族の協力機能低下	改善 転医
4	10	男	FD	母:パニック障害	協力的・不安が強い	治癒
5	14	女	FD	父:うつ病	協力的	治癒
6	11	女	FAED	母:不安障害	夫婦不和 家族の協力機能低下	改善 転医
7	13	男	FAED	父:躁うつ病 母:統合失調症	治療協力が困難	悪化 転医
8	13	女	FAED	父:躁うつ病 母:統合失調症	治療協力が困難	悪化 転医
9	14	男	FAED	母:不安障害	協力的	治癒

表7: きょうだいの疾患

摂食障害群

その他の摂食障害群

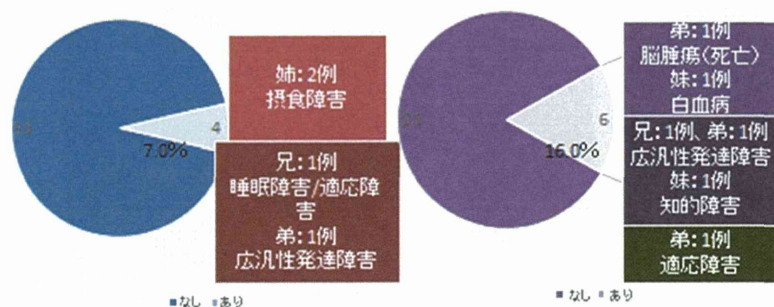


表8: 発症ときょうだいの影響

摂食障害群	その他の摂食障害群
7(12.7%)	4(10.8%)
姉に対して:容姿・成績で劣等感	姉に対して:精神疾患で家族が心配
姉に対して:容姿・成績で劣等感	弟に対して:脳腫瘍で死亡
姉に対して:性格・成績で劣等感(双胎)	妹に対して:白血病で家族が心配
姉に対して:姉はAN 劣等感、家族が心配	弟に対して:広汎性発達障害
姉に対して:姉はAN 劣等感、家族が心配	
妹に対して:不登校で家族が心配	
弟に対して:広汎性発達障害	

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究
—学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子
の抽出にむけて—

乳幼児摂食障害 3 例の臨床経過

研究分担者 須見 よし乃 札幌医科大学小児科助教

研究要旨

乳幼児期の摂食障害は、十分な食物と適切な養育者があり、器質性疾患がないにもかかわらず、拒食と極端な偏食があると定義されている。今回、母乳以外を拒否した摂食障害の乳児 3 例の臨床経過をまとめ考察した。

初診時年齢は 9～13 ヶ月、男児 1 例女児 2 例で、いずれも顕著な食物拒否があり、器質的疾患は否定された。2 例は風邪薬の内服がきっかけで、2 例は深刻な低栄養状態だった。全例で母子の心理面接と摂食指導に加えて経管栄養療法を行い、2 週間から 9 ヶ月で終結となった。始語の遅れもあり、発達全体を促す目的で全例早期療育につながり、発育、摂食が改善した。精神発達は 1 例が正常、1 例はこだわりや恣意性が改善、もう 1 例は年齢とともに自閉徴候が顕在化し要経過観察中である。

栄養障害が深刻な場合、経管栄養で栄養状態を保証しつつ母子関係に介入することが有用であった。また、発達障害の可能性を視野に入れ早期療育を導入し、家族に対する包括的な支援を行うことが重要であった。

A. 研究目的

乳幼児の摂食障害は、幼児期または小児期早期の哺育障害(Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood)に相当し、十分な食物が与えられ、適切な養育者があり、器質的疾患がないにも関わらず、拒食と極端な偏食があること、6 歳未満の発症で体重増加が 1 ヶ月以上認められないことが特徴である。DSM-IVおよび ICD-10 では、幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害の項目に分類されている¹⁾²⁾。DSM-5 では、神経性無食欲症や神経性大食症と

並んで Feeding and Eating Disorder (哺育および摂食障害) の項目に分類され、Avoidant/restrictive food intake disorder (制限摂食/回避障害) と改名され、発症が 6 歳未満の乳幼児に限らなくなったという大きな変更点がある³⁾⁴⁾。

多くは成長とともに改善するが、身長・体重ともに小柄な子どもが多い。心理的背景として親子相互関係の問題が乳幼児の摂食の問題に影響していることが多い。エネルギー摂取不足のため児もいらいだちや発達の遅れを呈し、それが更に摂食の問題