

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

分担研究者：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る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嘔下障害の 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.

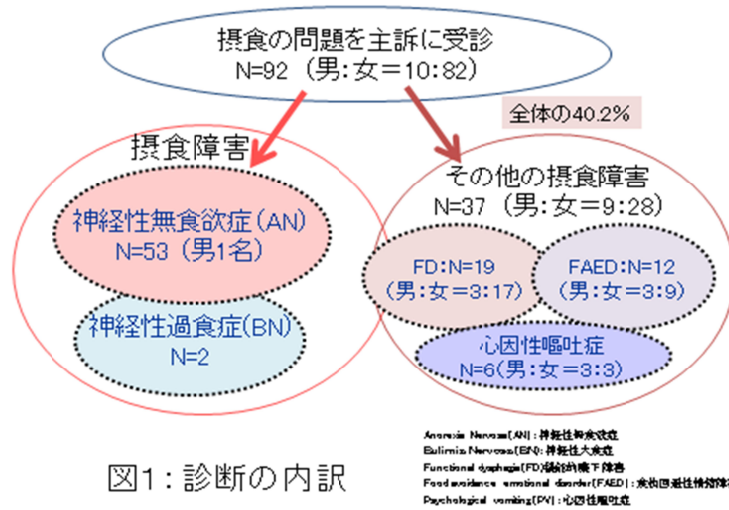


図1: 診断の内訳

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		
機能的嚥下障害(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

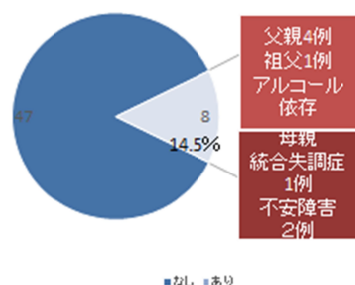
	摂食障害群	その他の摂食障害群	
ひとり親家庭(例)	5 (8.8%)	6(16.6%)	np
死別	1(父親)	1(父親)	
生別	4	5	
家族構成(例)			
3世代	16(29.1%)	10(27.0%)	np
核家族	39(70.9%)	27(73.0%)	np
きょうだい(例)			
一人っ子	4(7.0%)	1(3.0%)	np

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%)
きょうだい葛藤	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

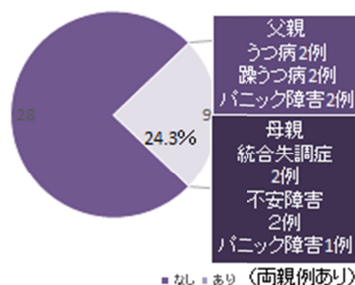


表5: 摂食障害群の保護者の特徴

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

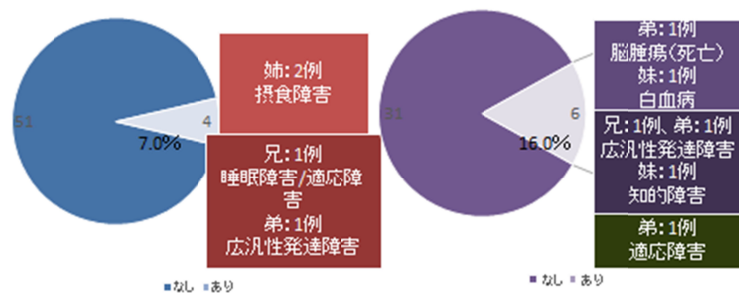


表8: 発症ときょうだいの影響

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	