

E. 結論

今回の調査結果からは、思春期やせ症の背景として核家族や家族内不和、家族の精神疾患を認める家庭において、学校で馴染めないことや病前性格として頑張り屋であることが多いことから、家庭や学校環境で孤立しやすく、コミュニケーションが不足している状況が発症に影響していると考えられた。

F. 文献

- 1) 切池信夫 『摂食障害—食べない、食べられない、食べたら止まらない 第2版』
医学書院、2009年
- 2) 日本摂食障害学会「摂食障害治療ガイドライン」医学書院、2014年
- 3) 第5回全国家庭動向調査、2013年
- 4) 傳田健三:子どもの摂食障害-拒食と過食の心理と治療- 29-38, 2008年
- 5) 松木邦裕ほか:摂食障害の精神分析的アプローチ 13-54, 2006.

G. 研究発表

第4回内田班会議(東京、2016年1月31日)にて発表。第33回日本小児心身医学会(長崎、2016年9月)において発表予定。

H. 財産権の出願・登録状況:特になし

表 1. 発症の要因、症状促進因子

| | | |
|---|---|---|
| <p>居住形態</p> <p>1. 核家族</p> <p>2. 父方祖父母との同居</p> <p>3. 母方祖父母との同居</p> <p>4. 叔父・叔母世帯との同居</p> <p>5. その他の親族と同居</p> <p>両親との同居形態</p> <p>6. 父母との同居</p> <p>7. 父母との同居(1年以内に単身赴任から帰還)</p> <p>8. 父単身赴任のため母と同居</p> <p>9. 母単身赴任のため父と同居</p> <p>10. 父母不和のため父と同居</p> <p>11. 父母不和のため母と同居</p> <p>12. 離婚後、父と同居</p> <p>13. 離婚後母と同居</p> <p>14. 母と死別し、父と同居</p> <p>15. 父と死別し、母と同居</p> <p>家族の人間関係</p> <p>16. 普通の関係</p> <p>17. 仲が良すぎる関係</p> <p>18. 父母の不和</p> <p>19. 父母と祖父母間の不和</p> <p>20. 父母と患者の不和</p> <p>21. 父母と患者の兄弟の不和</p> <p>両親の養育姿勢</p> <p>22. 父母からの高い期待</p> <p>23. 父母が兄弟間で偏愛</p> <p>24. 父母からの放任(ネグレクト)</p> <p>25. 父母からの性被害</p> <p>兄弟との関係</p> <p>26. 6歳以上年上の兄姉</p> <p>27. 6歳以上年下の弟妹</p> <p>28. 異父、異母兄弟との同居</p> <p>29. 患者と他の兄弟の不和</p> <p>30. 患者以外の兄弟間の不和</p> <p>31. 兄弟との死別</p> <p>32. 兄弟からの性被害</p> | <p>家族の病気</p> <p>33. 父の精神疾患</p> <p>34. 母の精神疾患</p> <p>35. 父・母の悪性疾患、難病など</p> <p>36. 兄弟の精神疾患・発達障害</p> <p>37. 兄弟の悪性疾患、難病など</p> <p>38. 父のPDD傾向</p> <p>39. 母のPDD傾向</p> <p>体重減少の開始時期</p> <p>40. 4～6月から体重減少</p> <p>41. 7～9月から体重減少</p> <p>42. 10～12月から体重減少</p> <p>43. 1～3月から体重減少</p> <p>摂取量が減少した契機</p> <p>44. 意図的なダイエット</p> <p>45. 胃腸炎・上気道炎など</p> <p>46. 不安やうつ状態に伴う食欲不振</p> <p>47. 明らかな原因のない早期飽満感</p> <p>48. 便秘</p> <p>49. 食物が喉に詰まり嚥下恐怖</p> <p>50. 学校給食の強要</p> <p>51. 夏やせ</p> <p>52. スポーツでの減量</p> <p>学校生活について</p> <p>53. 学級代表などクラスの中心</p> <p>54. クラスになじめず孤立</p> <p>55. クラスメートとのトラブル</p> <p>56. クラスでのいじめ</p> <p>57. 担任教師とのトラブル</p> <p>58. 部活での中心メンバー</p> <p>59. 部活でなじめず孤立</p> <p>60. 部活内でのトラブル</p> <p>61. 部活内でのいじめ</p> <p>62. 部活顧問とのトラブル</p> <p>63. 部活での成績不振</p> <p>64. 部活を退部した</p> <p>65. 部活を引退した</p> | <p>学業について</p> <p>66. 受験準備の開始</p> <p>67. 成績の低迷・低下</p> <p>68. 学業に関する疲労</p> <p>69. 中学受験の不合格</p> <p>70. 中学受験の断念(成績不振)</p> <p>その他生活状況の変化</p> <p>71. 転居(転校はせず)</p> <p>72. 転居・転校</p> <p>73. 犯罪被害歴</p> <p>意図的なダイエットの契機</p> <p>74. 父母からの体型中傷</p> <p>75. 祖父母からの体型中傷</p> <p>76. 兄弟からの体型中傷</p> <p>77. 学校での体型中傷</p> <p>78. 学校での身体測定結果</p> <p>79. 雑誌、マスコミ情報</p> <p>病前性格</p> <p>80. 頑張り屋で我慢強い子</p> <p>81. 大人の意に沿う良い子</p> <p>82. 元々、頑固で融通がきかない</p> <p>83. 完璧主義、細部にこだわりやすい</p> |
|---|---|---|

表 2. 居住形態

| | N | (%) |
|-------------|----|------|
| 核家族 | 86 | 91.5 |
| 父方祖父母との同居 | 5 | 5.3 |
| 母方祖父母との同居 | 2 | 2.1 |
| 叔父・叔母世帯との同居 | 1 | 1.1 |
| その他の親族との同居 | 0 | 0 |
| 不明 | | |

表 3. 両親との同居形態

| | N | (%) |
|-----------|----|-----|
| 父母と同居 | 79 | 84 |
| 父単身赴任 | 5 | 5.3 |
| 母単身赴任 | 0 | 0 |
| 両親不和で母と同居 | 1 | 1.1 |
| 離婚後、父と同居 | 1 | 1.1 |
| 離婚後、母と同居 | 9 | 9.6 |

表 4. 家族の人間関係

| | N | (%) |
|------------|----|------|
| 普通の関係 | 68 | 72.3 |
| 仲の良すぎる関係 | 4 | 4.3 |
| 父母の不和 | 11 | 11.7 |
| 父母と祖父母間の不和 | 8 | 8.5 |
| 両親と患者間の不和 | 8 | 8.5 |
| 両親と兄弟間の不和 | 2 | 2.1 |

表 5. 両親の養育姿勢

| | N | (%) |
|-----------|----|------|
| 父母からの高い期待 | 20 | 21.2 |
| 父母が兄弟間で偏愛 | 2 | 2.1 |
| 父母からの放任 | 1 | 1.1 |
| 父母からの性被害 | 0 | 0 |
| 兄弟からの性被害 | 0 | 0 |
| なし | 71 | 75.5 |

表 6. 兄弟との関係

| | N | (%) |
|-------------|----|------|
| 6歳以上、年上の兄姉 | 5 | 5.3 |
| 6歳以上、年下の弟妹 | 12 | 12.7 |
| 異父、異母兄弟との同居 | 1 | 1.1 |
| 患者と他の兄弟の不和 | 7 | 7.4 |
| 患者以外の兄弟間の不和 | 0 | 0 |
| 兄弟との死別 | 0 | 0 |
| なし | 69 | 73.4 |

表 7. 家族の病気

| | N | (%) |
|--------------|----|-----|
| 父の精神疾患 | 4 | 4.3 |
| 母の精神疾患 | 9 | 9.6 |
| 父・母の悪性腫瘍、難病 | 3 | 3.1 |
| 兄弟の精神疾患・発達障害 | 5 | 5.3 |
| 兄弟の悪性疾患、難病 | 0 | 0 |
| 父の発達障害傾向 | 1 | 1.1 |
| 母の発達障害傾向 | 1 | 1.1 |
| なし | 71 | |

表 8. 体重減少の開始時期

| | N | (%) |
|--------------|----|------|
| 4～6月から体重減少 | 33 | 35.1 |
| 7～9月から体重減少 | 24 | 25.5 |
| 10～12月から多重減少 | 19 | 20.2 |
| 1～3月から体重減少 | 17 | 18.1 |

表 9. 摂取量が減少した契機

| | N | (%) |
|------------------------|----|------|
| 意図的なダイエット | 58 | 61.7 |
| 胃腸炎・上気道炎などに引き続く食欲不振の持続 | 17 | 18.1 |
| 不安やうつ状態に伴う食欲不振 | 21 | 22.3 |
| 明らかな原因のない早期飽満感 | 6 | 6.4 |
| 便秘が気になって食事を減らした | 6 | 6.4 |
| 食物が喉に詰まった後、嚥下への恐怖感 | 7 | 7.4 |
| 学校給食の強要 | 0 | 0 |
| 夏やせ | 1 | 1.1 |
| スポーツでの減量 | 10 | 10.6 |

表 10. 学校生活について

| | N | (%) |
|------------------|----|------|
| 学級代表などクラスの中心メンバー | 6 | 6.4 |
| クラスになじめず孤立 | 31 | 33 |
| クラスメートとのトラブル | 15 | 16 |
| クラスでのいじめ | 10 | 10.6 |
| 担任教師とのトラブル | 1 | 1.1 |
| 部活での中心メンバー | 4 | 4.3 |
| 部活でなじめず孤立 | 5 | 5.3 |
| 部活内でのトラブル | 4 | 4.3 |
| 部活内でのいじめ | 4 | 4.3 |
| 部活顧問とのトラブル | 0 | 0 |
| 部活での成績不振 | 3 | 3.2 |
| 部活を退部した | 6 | 6.4 |
| 部活を引退した | 5 | 5.3 |

表 11. 学業について

| | N | (%) |
|------------------|----|------|
| 受験準備の開始 | 13 | 13.8 |
| 成績の低迷・低下 | 6 | 6.4 |
| 学業に関する疲労 | 21 | 22.3 |
| 中学受験の不合格 | 0 | 0 |
| 中学受験の不合格断念（成績不振） | 0 | 0 |

表 12. その他生活状況の変化

| | N | (%) |
|-----------|---|-----|
| 転居（転校はせず） | 2 | 2.1 |
| 転居・転校 | 5 | 5.3 |
| 犯罪被害歴 | 2 | 2.1 |

表 13. 意図的なダイエットの契機

| | N | (%) |
|---------------------|----|------|
| 父母からの体型に対しての中傷 | 2 | 2.1 |
| 祖父母からの体型に対しての中傷 | 0 | 0 |
| 兄弟からの体型に対しての中傷 | 3 | 3.2 |
| 学校での体型に対しての中傷 | 14 | 14.9 |
| 学校での身体測定結果を自己判断して | 10 | 10.6 |
| 雑誌、マスコミ情報による痩身賛美の影響 | 9 | 9.6 |

表 14. 病前性格

| | N | (%) |
|-----------------|----|------|
| 頑張り屋で我慢強い子 | 68 | 72.3 |
| 大人の意に沿ういわゆる良い子 | 54 | 57.4 |
| 元々、頑固で融通がきかない | 31 | 33 |
| 完璧主義、細部にこだわりやすい | 37 | 39.3 |

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—

（主任研究者 内田 創）

日本語版摂食態度調査票 (chEAT-26) の標準化研究について

分担研究者 永光信一郎（久留米大学小児科）

研究協力者 千葉比呂美（久留米大学精神科）

櫻井利恵子（久留米大学バイオ統計センター）

角間 辰之（久留米大学バイオ統計センター）

研究要旨

平成 26 年度の内田班分担研究にて、日本語版摂食態度調査票（Children's version Eating Attitude Test with 26 items: ChEAT-26）の標準化研究を実施した。信頼性・妥当性を検証し、患者群との間で、適切なカットオフ値を算出した。平成 27 年度と同研究班においては、ChEAT26 スコアの分布について、性別、学年別、地域偏在、体重別、疾患分類別で検討した。母集団の対象学年は小学 4 年生から中学 3 年生で、男児 3,533 名、女児 3,447 名で、大都市圏 2,974 名、中都市圏 2,029 名、地方都市 1,986 名。ChEAT26 スコアの平均値は男児で 6.01 女児で 8.08 と有意に女児で高かった。学年別の ChEAT26 スコアは、学年とともに有意に上がっていき、6 年生での平均が 6.51 で中学 3 年が 8.54 であった。地域別では大都市圏が最も高く ChEAT26 スコアの平均値は 7.39 で地方都市では 6.70 であった。また、BMI (body mass index) が高いほど (BMI>25)、ChEAT26 スコアの平均値は 10.22 と高く、BMI 値が、18.5 未満では 6.81 と有意に低かった。また学校の形態では公立学校が ChEAT26 スコアの平均値は 6.66 に対して、私立学校では 7.42 と有意に高かった。疾患群別では、神経性やせ群の ChEAT26 スコア平均値が 25.4 に対して、摂食制限・回避では 10.3 と有意に低い値であった。学校などで摂食態度のスクリーニング検査を実施する時は、ChEAT26 スコア値は性別、学年、地域、BMI、学校形態などの因子の影響を受けることを留意しておく必要がある。

A. 研究目的

本邦における思春期やせ症は、この 10 年間で減少傾向（平成 14 年度：中学 1～高校 3 年 2.3%に対して、平成 25 年度では 1.5%

に減少）を示すが不健康なやせの比率は、中学 3 年で 5.5%から 19.6%と 3 倍以上にも増加している¹⁾。思春期のやせは、自身の健康被害の影響の他に、次世代への影響が

危惧されている。平成 13 年度から開始された健やか親子 21 第 1 次の国民運動計画の結果では、さまざまな健康水準の指標、健康行動の指標の改善が認められた。しかし、地域における健康水準の格差が拡大してきていることが判明した。例えば肥満傾向の出現率は最も少ない県 (6.2%) と最も多い県 (17.2%) の間で 3 倍近く格差が出現している。同様に虫歯の発生率も最も少ない県 (12.2%) と最も多い県 (34.5%) の間で 3 倍近くの格差が出現している。

小児の摂食障害の発生頻度については、Hotta らの全国調査を実施し、小学校 (0.09-0.14%)、中学校 (0.17-0.4%)、高校 (0.42-0.53%) と報告している²⁾。地域別での発生率の違いは同全国調査では確認されなかった。

我々は、平成 24 年度に日本語版摂食態度調査票 (Children's version Eating Attitude Test with 26 items: ChEAT-26) の標準化を実施し、適切なカットオフ値も算出した。Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) は、Garner (1982) ら³⁾によって作成された摂食態度を評価する自記式質問紙で 26 項目からなる。Maloney (1989) ら⁴⁾によって、小児用の EAT-26 (ChEAT-26) が開発され、主に異常な摂食行動を呈する児童生徒のスクリーニングに用いられている。現在までスペイン語にも翻訳されている⁵⁾。

今後、ChEAT-26 スコアを用いて、学校保健現場において、不適切な摂食態度、摂食障害の児童を早期にスクリーニングを実施していくことがもとめられる。ChEAT-26 スコアの平均値および、その値に影響を及ぼす因子 (性別、学年等) を知る目的で、7,076 名の ChEAT-26 のスコア分布を検討したの

で報告する。

B. 研究方法

本研究は、久留米大学倫理委員会の承認を受け実施された (研究番号 12250)。

日本語訳の ChEAT-26 は、26 項目の摂食態度からなる自記式質問紙で、「Preoccupation with being thinness : 痩せへのこだわり (5 項目)」、「Food preoccupation : 食物へのこだわり (6 項目)」、「Food avoidance : 食物回避 (9 項目)」、「Social pressure for eating : 食べることへの社会的抑圧 (3 項目)」、「(Purging : 嘔吐 (2 項目)」、の 5 因子からなる。各々の項目は 6 段階の Likert scale で、点数配分は、「いつも (3 点)」「非常にひんぱん (2 点)」「しばしば (1 点)」で、「ときどき」、「たまに」、「まったくない」は 0 点となっている。質問項目 25 のみ計算対象から外れ、合計総得点は 75 点で、点数が高いほど摂食態度が悪い状態を示す。

対象は、小学校 4 年生から中学 3 年生までの男女児童生徒 7,076 人 (男 3,533 人、女 3,447 人) で、大都市圏 (人口 100 万人以上) から 2,974 人、中都市圏 (人口 30 万人前後) から 2,029 人、地方都市 (人口 10 万人以下) から 1,986 人と地域偏在の影響を最小にした。また学校形態は、公立小中学校から 5,921 人、私立小中学校から 1,068 人であった。また疾患群として内田班の研究分担者施設から摂食障害者患者 92 名の ChEAT-26 のデータを取得した。

統計解析 : 健常群の ChEAT-26 スコア平均値で示し、学年、地域、BMI 値による ChEAT-26 スコアへの影響は、一般線形モデルで解析をおこなった。性差、疾患別での

比較は t 検定を実施した。

C. 研究結果

1. ChEAT26 のスコア (性差)

男児 (男性生徒) ChEAT26 の平均点は 6.01 点、女児 (女性生徒) の ChEAT26 平均点は 8.08 点で、女児 (女性生徒) の方が有意に高い値を示した (表 1)。

表 1 ChEAT26 の平均スコア (性差)

| Variable | Level | Mean | 95% | | p-value |
|----------|-------|------|------------|----------|---------|
| | | | Confidence | Interval | |
| 性 | 男児 | 6.01 | 5.71 | 6.30 | <.0001 |
| | 女児 | 8.08 | 7.78 | 8.37 | |

2. ChEAT26 のスコア (学年差)

学年別平均 ChEAT26 スコアでは、小学校 4 年生 (7.2 点)、5 年生 (6.56 点)、6 年生 (6.51 点)、中学 1 年生 (6.55 点)、2 年生 (6.87 点)、3 年生 (8.54 点) と 3 年生で高い値を示した (表 2)。

表 2 ChEAT26 の平均スコア (性差)

| Variable | Level | Mean | 95% | | p-value |
|----------|-------|------|------------|----------|---------|
| | | | Confidence | Interval | |
| 学年 | 小学4年生 | 7.20 | 6.72 | 7.69 | <.0001 |
| | 小学5年生 | 6.56 | 6.08 | 7.05 | |
| | 小学6年生 | 6.51 | 6.04 | 6.99 | |
| | 中学1年生 | 6.55 | 6.14 | 6.96 | |
| | 中学2年生 | 6.87 | 6.47 | 7.28 | |
| | 中学3年生 | 8.54 | 8.14 | 8.94 | |

3. ChEAT26 のスコア (地域差)

大都市部の ChEAT26 の平均は 7.39 点、中

都市部は 7.04 点、小都市は 6.70 点であった。大都市 > 中都市 > 地方都市の順で有意にスコアは高かった (表 3)。

表 3 ChEAT26 の平均スコア (地域差)

| Variable | Level | Mean | 95% | | p-value |
|----------|-------|------|------------|----------|---------|
| | | | Confidence | Interval | |
| 地域 | 大都市 | 7.39 | 7.11 | 7.67 | 0.0012 |
| | 中都市 | 7.04 | 6.69 | 7.38 | |
| | 地方都市 | 6.70 | 6.31 | 7.09 | |

4. ChEAT26 のスコア (BMI 別)

BMI (body mass index) との関係では、BMI が 13 から 18.5 未満では平均 ChEAT26 スコア 6.81 点、BMI が 18.5 から 25 以下では 7.42 点、BMI が 25 より大きい場合は、10.22 点であった。BMI が上がるほど有意に平均 ChEAT26 スコアは高くなった (表 4)。

表 4 ChEAT26 の平均スコア (BMI 別)

| Variable | Level | Mean | 95% | | p-value |
|----------|---------|-------|------------|----------|---------|
| | | | Confidence | Interval | |
| BMI | 13<BMI | 6.81 | 6.48 | 7.14 | <.0001 |
| | <=18.5 | | | | |
| | 18.5< | 7.42 | 6.97 | 7.86 | |
| | BMI<=25 | | | | |
| | BMI>25 | 10.22 | 8.76 | 11.68 | |

5. ChEAT26 のスコア (学校種別)

私立小中学校の平均 ChEAT26 スコアは 7.42 点、公立小中学校の平均は 6.66 点であった。有意に私立中学校での ChEAT26 が高かった (表 5)。

表 5 ChEAT26 の平均スコア (学校種別)

| Variable | Level | Mean | 95% Confidence Interval | | p-value |
|----------|-------|------|-------------------------|-------|---------|
| | | | Lower | Upper | |
| 学校種別 | 公立 | 6.66 | 6.48 | 6.84 | 0.001 |
| | 私立 | 7.42 | 6.98 | 7.86 | |

6. ChEAT26 のスコア (疾患別)

神経性やせ症の平均 ChEAT26 スコアは 25.4 点、摂食制限・回避症では 10.3 点で有意に神経性やせ症で高い値であった(表 6)。

表 6 ChEAT26 のスコア (疾患別)

| | N | Ch EAT26 | | P<0.001 |
|---------|----|----------|------|---------|
| | | Mean | SD | |
| 神経性やせ症 | 62 | 25.4 | 15.7 | |
| 摂食制限・回避 | 26 | 10.3 | 8.7 | |

D. 考察

本研究において、母集団における ChEAT-26 スコアは、性・学年・地域・BMI 値・学校種別によって変動することが明らかになった。臨床現場や学校健診での摂食態度の評価にはこれらの因子に配慮する必要がある。女兒において平均 ChEAT-26 スコアが男児より高いことは、過去の報告と一致し、女兒における強い瘦身願望を反映していた。さらに、学年が上がるにつれて平均 ChEAT-26 スコアは高くなり、中学 3 年生で最も高い値を呈した。堀田らは、学童思春期の摂食障害の発生率に関する全国調査を実施し、学年が上がるるとともにその発生率が上昇することを示した。我々の研究における学年の上昇とともに ChEAT-26 スコア

が上昇することと合わせると、学校保健における摂食障害の早期スクリーニングに ChEAT-26 を利用することが有用であることを示唆している。一方、地域別による ChEAT-26 スコアについては大都市が地方都市に比べて有意に高い値を示した。堀田らの報告でも同様に地方都市より都市部において、摂食障害の発生率が高いことが報告されている。同様の傾向はオーストラリアの児童思春期の摂食障害の発生率でも報告されている。大都市において ChEAT-26 スコアが高いことは、大都市に住む児童生徒は、瘦身を賛美する過剰なマスメディア情報などの社会的抑圧に暴露される機会が多いことや、仲間関係における対人意識が過敏であることが示唆された。学校種別による平均 ChEAT-26 スコア

は私立中学校が有意に公立中学校より高い値であった。本研究では、社会経済状況が調査項目に含まれていないが、一般的に年収や学業に対する向上意識は、私立中学校に在籍する児童生徒のほうが高く、ダイエットや食に対する関心も、彼らのほうが高いことが予想される。しかしながら、Sancho らの報告では、学校種別による ChEAT-26 スコアの違いはなかったと報告している⁶⁾。さらに、Mitchison らの報告では、成人例ではあるが、年収が低い群において、より極端なダイエット、過食嘔吐などの食行動異常が顕著であったと報告している⁷⁾。したがって、食行動については文化的な相違に対しても留意する必要がある。また、児童生徒の BMI 値の違いにおいても、ChEAT-26 スコアに相違が認められた。BMI 値が高い児童生徒ほど、ChEAT-26 スコアが高く、瘦身願望が強いことが示唆された。

学校医や臨床家は、子どもたちの摂食態度にこれらの性別・学年・地域・学校種別・BMI値が影響することに留意しておく必要があると思われる。

平成 24 年度の分担研究において児童生徒における ChEAT-26 スコアの適切なカットオフ値が 18 であることを算出した。(感度 0.69、特異度 0.93)。疾患群において、神経性やせ症 44 人中 31 人がカットオフ値より高い値を示した。陽性的中率は、13.1%と低く、陰性的中率は 99.5%と高い値であったが、これは疾患の有病率が、1.5%と低いためと思われる。

2015 年に発刊されたアメリカ精神医学会の DSM-5 分類では、従来から Great Ormond Street Criteria で分類されていた食物回避性・情緒障害 (Food Avoidance Emotional Disorder)が、摂食制限・回避性障害として分類された。この疾患は、神経性やせ症に認められる中核症状である肥満恐怖や体型に関する認知の歪みを認めないが、摂食制限と回避を示し、著名な体重減少を呈して、高度な身体・精神治療を有する一群である。子どもの摂食障害に比較的多いとされ、また病気初期には摂食制限・回避と診断されるが、治療介入とともに神経性やせ症の中核症状を呈するようになることもある。今年度の分担研究にて、両疾患における ChEAT-26 スコアの相違について検討したが、神経性やせ症の平均 ChEAT-26 スコアは 25.4 点、摂食制限・回避症では 10.3 点で有意に神経性やせ症で高い値であった。摂食制限・回避症の平均 ChEAT-26 スコアは母集団の平均値より高いものの、カットオフ値以下であり、摂食制限・回避症のスクリーニングの感度は低

くなることが示唆された。

結論

学校などで摂食態度のスクリーニング検査を実施する時は、ChEAT26 スコア値は性別、学年、地域、BMI、学校形態などの因子の影響を受けることを留意しておく必要がある。また摂食障害の摂食制限・回避性障害では、カットオフ値 (18) より低い値 (平均 10.8) を呈するので注意が必要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

—論文—

1. Nagamitsu S, Sakurai R, Matsuoka M, et al. Altered SPECT (123I)-iomazenil Binding in the Cingulate Cortex of Children with Anorexia Nervosa. *Front Psychiatry*. 2016;7:16. doi: 10.3389/fpsy.2016.00016
2. Nagamitsu S, Yamashita Y, Tanigawa H, et al. Upregulated GABA Inhibitory Function in ADHD Children with Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile: 123I-Iomazenil SPECT Study. *Front Psychiatry*. 2015;6:84. doi: 10.3389/fpsy.2015.00084.
3. Iemura A, Iwasaki M, Yamakawa N, Nagamitsu S, Matsuishi T. Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants:

Japan Children's cohort study. Brain Dev. 2015. doi: 10.1016/j.braindev.2015.10.003.

—講演・シンポジウム—

1. 永光信一郎. 思春期の心身医学: 面接と治療のすすめかた. 第 118 回日本小児科学会学術集会教育講演 2015. 4. 19 (大阪)
2. 永光信一郎. 子どもの心の問題に対する小児科医の挑戦 —客観的評価をもとめて—第 19 回若葉小児科臨床研究会 2015. 7. 11 (福岡)
3. 永光信一郎. 思春期医療の展望—小児科医の役割—第 8 回福岡小児ワークショップ 2015. 11. 7 (福岡)

—学会、研究会—

1. Nagamitsu S, Chiba H, Mukai T, Sakurai R, Shindo K, Yamashita Y, Kakuma T, Matsuishi T Children's Eating Attitudes Test: Reliability and Validation in Japanese school children. 16th International ESCAP congress 2015.6.20-24 (Madrid)
2. Nagamitsu S, Sakurai R, Chiba, Yamashita Y, Ishibashi M, Kakuma T, Croarkin PE, Matsuishi T. Evidence for Altered SPECT 123I iomazenil Binding in the Cingulate Cortex of Children with Anorexia Nervosa 12th International London Eating Disorders Conference 2015.3.18-20 (London)
3. 永光信一郎、田中英高、小柳憲司、神原雪子、山下裕史朗、古荘純一、松石豊次郎、日本小児心身医学会研究委員

会子どもの心身症アウトカム評価スケール (QTA30) の標準化研究. 第 118 回日本小児科学会学術集会 2015. 4. 18 (大阪)

4. 永光信一郎、秋山千枝子、田中英高、廣瀬伸一、五十嵐 隆、日本小児科学会こどもの環境改善委員 思春期医療の現状と展望 —保護者が求めるもの— 第 33 回日本小児心身医学会学術集会 2015. 9. 12 (東京)
5. 永光信一郎、秋山千枝子、田中英高、廣瀬伸一、五十嵐 隆、日本小児科学会こどもの環境改善委員 思春期医療の現状と展望 —小児科医の役割— 第 33 回日本小児心身医学会学術集会 2015. 9. 12 (東京)
6. 永光信一郎. 思春期医療の現状と今後の展望を考える —平成 26 年度厚生労働省児童福祉問題調査研究事業報告— 2015. 3. 28 (東京)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【参考文献】

1. 健やか親子 21 (第 1 次) 報告書
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/000030389.html>
2. Hotta M, Horikawa R, Mabe H, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in

Japanese adolescents. *Biopsychosoc Med*.

2015 Aug 14;9:17. doi:

10.1186/s13030-015-0044-2.

3. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12:871-8.
4. Maloney MJ, McGuire J, Stephen R. Daniels, Bonny Speker. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989;84:482-489
5. Rojo-Moreno L, Garcia-Miralles I, Plumed J, et al. Children's Eating Attitudes Test: Validation in a Sample of Spanish Schoolchildren. *The International journal of eating disorders* 2011;44:540-546.
6. Sancho C, Asorey O, Arija V, et al. Psychometric Characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish Sample. *European Eating Disorders Review* 2005;13:338-343
7. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, et al. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health* 2014;14:943

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—

子ども版 EAT の利用について—小児科医へアンケート調査—

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）

研究協力者 藤井智香子（岡山大学病院 小児医療センター小児科 子どものこころ診療部）

鶴丸靖子（岡山大学病院 小児医療センター小児科 子どものこころ診療部）

研究要旨：子ども版 EAT26 は、本邦で標準化もおこなわれており、本研究でカットオフ値を算出し「摂食障害のアウトカム尺度開発」の基本ツールになる。今回、一般小児科医について EAT26 の利用についてアンケートを行い、「内容がわかりやすい」「診療に利用したい」という意見を多く認めた。養護教諭と連携をしながら、学校保健の場で使用されることで、小児の摂食障害の早期発見に寄与するものと思われる。

A. 研究目的

摂食障害では合併症の進行を防ぐためにも早期発見・早期治療が重要とされているが、本疾患を早期に見つけることは簡単ではない。診断とともに広く病態を捉えるために、食関連行動とそれにまつわる問題、理想・許容体重、病識、心理社会的背景、気分などを含めて病歴聴取するとよいとされている²⁾。しかし、摂食障害診療を専門としない一般小児科医や養護教諭にとっては、摂食障害を疑った場合に、どのような質問をすれば良いかは難しい課題であり、医療機関や学校で利用可能な早期発見ツールが求められている。Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) は、Garner (1982) ら³⁾によって作成された摂食態度を評価する自記式質問紙で 26 項目からなる。Maloney (1989) ら⁴⁾によって小児用の EAT-26 が開発され、主に異常な摂食行動を呈する児童生徒のスクリーニングに用いられている。本研究班では摂食障害の早期発見システム構築のために子ども版 EAT (Eating Attitude Test) 26 の利用を検討し、カットオフ値の算出をおこなった。今回われわれは子ども版 EAT26 を学校保健における思春期やせの早期発見のために利用可能かどうかの基礎調査として、一般小児科医に子ども版 EAT26 についてのアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

尾道小児科医会、岡山小児科医会、第 87 回小児科学会岡山地方会の参加者に対して、子ども版 EAT26 (Children's version Eating Attitudes Test 26 : chEAT-26) 日本語訳(資料 1) についてのアンケートを配布した。同時に子ども版 EAT26 (食事についてのアンケート) を配布し、質問項目を読んで、アンケートに答えるように依頼した。アンケートは無記名で実施した。アンケート調査実施時に、アンケート結果は本研究に利用することを口頭と紙面で説明し、同意頂ける場合に提出して頂くように伝えた。

アンケートの内容は 1) 診療状況について①勤務医療機関、②専門科、③園医・校医兼務の有無、2) 摂食障害の診療について①過去 3 年間の診療歴、②治療の実施の有無、3) 子ども版 EAT26 について①内容のわかりやすさ、②診療場面での利用について、4) 園医・校医を対象に①園・学校での利用について、②養護教諭の利用について、5) 自由回答欄とした。統計学的有意差は P 値<0.05 で検討した。

C. 研究結果

1. 回答者背景

尾道小児科医会 20名, 岡山小児科医会 14名, 第87回小児科学会岡山地方会参加者 25名, 計59名から回答を得た。回答者の所属機関は病院が26例, 診療所29例, 大学病院4例であった。主たる診療科は小児科54例, 内科2例, 小児外科・救急科・研修医がそれぞれ1例で, 園医・校医の兼務は小児科32例と内科2例があり, 計34例(57.9%)だった。回答者の摂食障害診療経験の有無は, 診療経験なしが42例, 診療経験ありが小児科26例, 救急科1例の計27例でそのうち治療もおこなっているものが15例で, 診療人数は1人~10人で, 中央値は2人だった。

(表1)

2. 回答結果

「子ども版 EAT26 の内容はわかりやすいですか」の問いには「はい」が40例(57.8%), 「どちらともいえない」が9例(15.3%), 「いいえ」が1例(1.7%), 「EAT が何かわからない」が6例(10.2%), 回答なしが3例(5.1%)だった。「子ども版 EAT26 を診療に利用いただけますか」の問いには「はい」が33例(55.9%), 「どちらともいえない」が15例(25.4%), 「いいえ」が2例(3.4%), 「EAT が何かわからない」が6例(10.2%), 回答なしが3例(5.1%)だった。園医・校医の兼務ありの34例を対象にした「園や学校で利用いただけますか」の問いには「はい」が16例(47.1%), 「どちらともいえない」が10例(29.4%), 「いいえ」が1例(2.9%), 「EAT が何かわからない」が2例(5.9%), 回答なしが5例(14.7%)だった。「養護教諭はご利用いただけそうですか」の問いには「はい」が15例(44.1%), 「どちらともいえない」が11例(32.4%), 「いいえ」が0例(0.0%), 「EAT が何かわからない」が2例(5.9%), 回答なしが6例(17.6%)だった。

3. 摂食障害の診療経験有無別の回答結果の分析

摂食障害の診療経験がある27例と診療経験がない32例で回答結果を比較した。(表2)

「子ども版 EAT26 の内容はわかりやすいですか」の問いについては, 診療経験ありの27例では「はい」が18例(66.7%), 「どちらともいえない」が5例(18.5%), 「いいえ」が0例(0.0%), 「EAT が何かわからない」が3例(11.1%), 回答なしが1例(3.7%)。診療経験なしの32例では「はい」が22例(68.8%), 「どちらともいえない」が4例(12.5%), 「いいえ」が1例(3.1%), 「EAT が何かわからない」が3例(9.3%), 回答なしが2例(6.3%)だった。

「子ども版 EAT26 を診療に利用いただけますか」の問いについては, 診療経験ありの27例では「はい」が18例(66.7%), 「どちらともいえない」が4例(14.8%), 「いいえ」が1例(3.7%), 「EAT が何かわからない」が3例(11.1%), 回答なしが1例(3.7%)。診療経験なしの32例では「はい」が15例(46.9%), 「どちらともいえない」が11例(34.4%), 「いいえ」が1例(3.1%), 「EAT が何かわからない」が3例(9.3%), 回答なしが2例(6.3%)だった。両群間に有意差は認めなかったが, 診療に利用できるかどうかの問いについては, 診療経験がある医師の方が「利用できる」と高率に答えた。

また学校での利用についても摂食障害の診療経験有無別で比較を行った。園医・校医の兼務ありの34例のうち, 摂食障害の診療経験があるのは14例, 診療経験がないのは20例だった。(表3)「園や学校で利用いただけますか」の問いについては, 診療経験ありの14例では「はい」が10例(71.4%), 「どちらともいえない」が2例(14.3%), 「いいえ」が0例(0.0%), 「EAT が何かわからない」が0例(0.0%), 回答なしが2例(14.3%)。診療経験なしの20例では「はい」が6例(30.0%), 「どちらともいえない」が8例(40.0%), 「いいえ」が1例(5.0%), 「EAT が何かわからない」が2例(10.0%), 回答なしが3例(15.0%)だった。

「養護教諭はご利用いただけそうですか」の問いについては、診療経験ありの14例では「はい」が9例(66.7%)、「どちらともいえない」が2例(14.3%)、「いいえ」が1例(7.1%)、「EATが何かわからない」が0例(0.0%)、回答なしが2例(14.3%)。診療経験なしの20例では「はい」が6例(30.0%)、「どちらともいえない」が9例(45.0%)、「いいえ」が0例(0.0%)、「EATが何かわからない」が2例(10.0%)、回答なしが3例(15.0%)だった。診療経験の有無の2群を比較したところ、診療経験がある医師の方が「園や学校で利用できる」「養護教諭が利用できる」と有意に多く回答した。

D. 考察

子ども版 EAT26 については、内容がわかりやすい、診療に利用したいと答える小児科医が多かった。学校や園での利用については「どちらともいえない」との回答が約30%であったが、摂食障害診療経験のある医師では「利用できる」という回答が71.4%と過半数を占めていた。子ども版 EAT26 を配布し、口頭で説明をおこなったが、「子ども版 EAT26 が何かわからない」という回答を10.2%認めた。アンケートの実施方法について問題があったと考えられる。

学校や園での利用については、摂食障害診療経験者と未経験者とで差を認めた。今後、養護教諭を対象にしたアンケートなどを実施し、その評価も踏まえて EAT の利用を提案することで、より学校医への利用を勧めることができると考える。

E. 結論

子ども版 EAT26 は、本邦で標準化もおこなわれており、「摂食障害のアウトカム尺度開発」の基本ツールになる。今回、一般小児科医について EAT26 の利用についてアンケートを行い、「内容がわかりやすい」「診療に利用したい」という意見が多かった。学校でも利用についても摂食障害診療経験のある医師を中心に「利用したい」という意見が多かった。今後子ども版 EAT26 学校保健の場で使用されることで、小児の摂食障害の早期発見に寄与するものと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

—論文— なし

—講演・シンポジウム— なし

—学会，研究会— なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

[参考文献]

1. 石川俊男, 摂食障害, 治療 91(1): 131-135, 2009
2. 柴山修, 吉内一浩, 食行動の変化に伴う体重減少や体重増加(摂食障害, 心療内科), 治療 95(11): 1834-1838, 2013.
3. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12:871-8.
4. Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Specker B. Dieting behavior and eating attitudes in children. Pediatrics. 1989 Sep;84(3):482-9.

表 1 回答者の摂食障害診療人数

| 診療人数 | 回答人数 n=15 |
|------|------------|
| 1人 | 5例 (33.3%) |
| 2人 | 4例 (26.7%) |
| 3人 | 4例 (26.7%) |
| 8人 | 1例 (6.7%) |
| 10人 | 1例 (6.7%) |

表 2 摂食障害診療経験別回答結果(chi-square test)

| 内容はわかりやすいですか | 例 | 診療あり n=27 | 診療なし n=32 | |
|--------------|----|------------|------------|------|
| はい | 40 | 18 (66.7%) | 22 (68.8%) | n. s |
| どちらともいえない | 9 | 5 (18.5%) | 4 (12.5%) | n. s |
| いいえ | 1 | 0 (0.0%) | 1 (3.1%) | n. s |
| EAT が何かわからない | 6 | 3 (11.1%) | 3 (9.3%) | |
| 無回答 | 3 | 1 (3.7%) | 2 (6.3%) | |

| 診療に利用いただけますか | 例 | 診療あり n=27 | 診療なし n=32 | |
|--------------|----|------------|------------|------|
| はい | 33 | 18 (66.7%) | 15 (46.9%) | n. s |
| どちらともいえない | 15 | 4 (14.8%) | 11 (34.4%) | n. s |
| いいえ | 2 | 1 (3.7%) | 1 (3.1%) | n. s |
| EAT が何かわからない | 6 | 3 (11.1) | 3 (9.3%) | |
| 無回答 | 3 | 1 (3.7%) | 2 (6.3%) | |

表 3 摂食障害診療経験別学校での利用についての回答結果(chi-square test)

| 園や学校で利用いただけますか | 例 | 診療あり n=14 | 診療なし n=20 | |
|----------------|----|------------|-----------|---------|
| はい | 16 | 10 (71.4%) | 6 (30.0%) | P<0.05* |
| どちらともいえない | 10 | 2 (14.3%) | 8 (40.0%) | P<0.05* |
| いいえ | 1 | 0 (0.0%) | 1 (5.0%) | n. s |
| EAT が何かわからない | 2 | 0 (0.0%) | 2 (10.0%) | |
| 無回答 | 5 | 2 (14.3%) | 3 (15.0%) | |

| 養護教諭はご利用いただけそうですか | 例 | 診療あり n=14 | 診療なし n=20 | |
|-------------------|----|-----------|-----------|---------|
| はい | 15 | 9 (66.7%) | 6 (30.0%) | P<0.1 |
| どちらともいえない | 11 | 2 (14.3%) | 9 (45.0%) | P<0.05* |
| いいえ | 1 | 1 (7.1%) | 0 (0.0%) | n. s |
| EAT が何かわからない | 2 | 0 (0.0%) | 2 (10.0%) | |
| 無回答 | 5 | 2 (14.3%) | 3 (15.0%) | |

* : P<0.05

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—

1. 子ども版 EAT26 の評価（養護教諭、スクールカウンセラー中心に）

2. 自験例からみた5年アウトカムとアウトカムに与える影響因子

分担研究者:高宮静男（西神戸医療センター 精神・神経科 部長）

研究協力者：石川慎一（西神戸医療センター 精神・神経科 副医長）

川添文子（西神戸医療センター 精神・神経科 心理士）

松原康策（西神戸医療センター 小児科 部長）

加地啓子（神戸市立星陵台中学 養護教諭）

大波由美恵（神戸市立井吹台中学校 養護教諭）

唐木美喜子（兵庫ホームナーシングセンター 養護教諭、看護師）

研究要旨

1. 養護教諭、スクールカウンセラー、一般教諭を対象に子ども版 EAT26 の評価に関するアンケート調査を実施した。子ども版 EAT26 は保健室で早期発見のツールとして利用可能と考えられるが、保護者や学校内での賛同、承認、使用する際の配慮事項の考慮が必要である。また、対象生徒とのコミュニケーション作りのきっかけに有用であると示唆された。
2. 西神戸医療センターへ入院した AN-R（神経性やせ症制限型）患児で、入院後 10 年以上経過した患児 41 例の 5 年後のアウトカムとアウトカムに影響する因子を調べた。DSM-5 の基準に基づくと、5 年後のアウトカムは完全寛解 34%、部分寛解 44%であった。体重が 80%まで回復した割合は 78%であった。生活面は完全寛解、部分寛解、未寛解の順に順調の割合が下がった。複合的な家族因子、本人因子のみが 5 年後のアウトカムに影響した。

1. 子ども版 EAT26 の評価（養護教諭、スクールカウンセラー、一般教諭）

A. 研究目的

小児の摂食障害は年々増加傾向にあると

言われているが、保健室などでの気づきやきっかけ作りに使える簡易ツールの開発が望まれてきた。今回、アウトカム尺度の会初の一環として、一般小児科医や養護教諭がつかえる診断や気づきの補助ツールとし

て日本語版の子ども版 EAT26 が開発された。その信頼性は昨年報告された。今回は、実際の学校現場で利用可能かを調査することを目的とした。

B. 研究方法

平成 27 年 12 月 26 日～平成 28 年 1 月 15 日の期間でアンケート調査を実施した。対象は養護教諭・一般教諭・スクールカウンセラーのための心身医学、精神医学講座：12 回シリーズ」を受講登録している人 183 名で、職種は神戸市内、阪神地域の学校関係（養護教諭・一般教諭・SC）および福祉関係（区役所、保健衛生局保健師等）の職員であった。

平成 27 年 12 月 26 日の講座において、アンケートの趣旨を説明し実施した。講座出席者については、当日の提出を求め、欠席者には郵送にて回答を依頼した。有効回答率は全体で 70.5%であった(183 名中 129 名)。養護教諭が 76.7%、スクールカウンセラーが 70.7%、一般教諭が 60.6%であった。

EAT26 に関する質問項目は、内容はわかりやすいですか？、早期発見のツールになりそうですか？、保健室や相談室で利用可能ですか？、校内での賛同は得られそうですか？、保護者の承諾は必要でしょうか？配慮事項の資料が必要でしょうか？標準体重から判断する重症度の他に、重症度を測る尺度も必要でしょうか？、児童・生徒とのコミュニケーションのきっかけ作りに使えそうですか？の 8 問であった。

C. 研究結果

養護教諭の 92.4%がわかりやすいと回答しているが、スクールカウンセラー、一般

教諭の一部はわかりにくいと回答した。養護教諭の 89.9%が、早期発見のツールとして、保健室や相談室で利用可能と考えているが、スクールカウンセラーは 76.2%にとどまった(図 1)。養護教諭の 63.3%、スクールカウンセラーの 42.9%、一般教諭の 44.4%は校内賛同が得られると答えた(図 2)。スクールカウンセラーの 47.6%、養護教諭の 40.5%が保護者の承諾が必要と考えているが、一般教諭 25.5%、養護教諭の 20.3%は必要ないと回答した(図 3)。養護教諭の 81.0%、スクールカウンセラーの 71.4%、一般教諭の 75.0%が、配慮事項の資料が必要とした。

養護教諭の 78.5%、スクールカウンセラーの 70.0%が、標準体重から判断する重症度の他に、重症度を測る尺度が必要、と考えているが、一般教諭の 22.2%、SC の 10.0%は必要ないと考えている。

養護教諭、一般教諭の 89.9%、SC の 81.0%が、児童生徒とのコミュニケーションのきっかけ作りに使えそう、と考えている(図 4)。

D. 考察

子ども版 EAT26 は養護教諭にとってわかりやすく、早期発見のツールとして有効と思われるが、一部のスクールカウンセラーや一般教諭は使い勝手や早期発見への有効性を疑問視している。また、すべての職種で、利用にあたり配慮事項の必要性を感じている。これらのことから、養護教諭を中心とした活用が期待されるが、スクールカウンセラー、一般教諭との連携、配慮事項を含めた利用方法に関して利用者への研修も必要と思われる。保護者、学校内での賛

同、承諾を考慮する必要があるとの回答が一定数あることから、慎重な運用を考慮する必要がある。対象生徒とのコミュニケーション作りのきつかけに有効との回答は、摂食障害児童・生徒との学校現場においてコミュニケーションの困難さとともにコミュニケーションのツールとしての期待が表れていると考えられる。標準体重から判断する重症度の他に、心理面を含めた重症度を測る尺度を求める声の大きいことも、学校現場での重症度の判断基準、病院受診を勧める際の明確な判断基準のツールを必要としていることが示唆された。

E. 結論

子ども版 EAT 26 は保健室で早期発見のツールとして利用可能と考えられるが、保護者や学校内での賛同、承認、使用する際の配慮事項の考慮が必要である。また、対象生徒とのコミュニケーション作りのきつかけに有用であると示唆された。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表

未発表

H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

なし

2. 自験例からみた 5 年アウトカムとアウトカムに与える影響因子

A. 研究目的

西神戸医療センター小児病棟へ入院した摂食障害患児のうち、DSM-5 の診断基準で入院中の症状から神経性やせ症制限型（ANR）と診断された患児で入院の時点から 10 年以上経過している 41 名について、入院の時点から 5 年後の転帰と影響因子を調べることを目的とした。また、その結果から、班研究における予後因子の意味も検討したい。

B. 研究方法

小児科と精神科子ども外来を受診した摂食障害患者 201 名の中から入院した 78 名のうち ANR54 名の中で入院後 10 年以上経過した ANR 患児を対象とした。

a) 寛解の基準は DSM-5 の基準を利用した。寛解：かつて AN の診断基準をすべて満たしていたが、5 年経過後一定期間基準を満たしていない。ここでは半年以上とした。部分寛解：かつて AN の診断基準をすべて満たしたことがあり、5 年経過後、基準 A（低体重）については一定期間満たしていないが、基準 B（体重増加に対する強い恐怖、体重増加を回避する行動）と基準 C（体重及び体型に関する強い自己認識の障害）のいずれかは満たしている。寛解、部分寛解以外を未寛解とした。

b) 予後の影響因子として入院時月齢、入院までの期間、入院期間、肥満度、入院時 BMI (Body mass index)、退院時 BMI、体重増加（退院時－最低体重）、再入院、本

人因子、家族因子を選択した。

c) 本人の因子1)、2)は2つにまとめ、それぞれ0、1、2、3点の4段階とした。因子得点は1)、2)の合計得点とした。

1) 精神症状の有無：抑うつ、躁状態、不安、情動不安定、摂食障害外の強迫、幻覚・妄想、コミュニケーション障害（1つあれば1点、2つあれば2点、3つ以上あれば3点）

2) 行動と社会性の問題：自傷行為、自殺企図、家庭内暴力、家庭外での問題行動（暴力、夜間外出など）、多量服薬、問題飲酒、ひきこもり、多動・衝動性、不登校（不適応）同胞との不適合（争い、葛藤）、保護者への過度の依存、保護者との不適合、

（1つあれば1点、2つあれば2点、3つ以上あれば3点）

d) 家族因子を1)、2)の2つにして、それぞれ、0、1、2、3点とした。因子得点は1)、2)の合計得点とした。

1) 保護者の問題：発達障害やうつ病など精神障害、借金、単身赴任、身体疾患、不仲、離婚、別居、（1つあれば1点、2つあれば2点、3つ以上あれば3点）

2) 保護者の疾患に対する理解と治療への協力、子どもに対する理解：（疾患に対する理解、協力有りを0点、理解あるが、協力無し1点、理解協力とも無し2点、加えて子ども自身を理解しようとしていない場合は3点）

e) 生活面での outcome は順調：通学、通勤をほとんど休みなくできている。不安：順調だが、学校生活、職場生活に関して不安の訴えがある、不安定：通勤、通学ができていない。とした。

f) 傾向検定は完全寛解、部分寛解、未寛解

の順に因子が増大又は減少の一方通行であるかを検定できるヨルクヒール・タプストラ検定を用いた。

C. 結果

5年後の転帰は完全寛解34%、部分寛解44%であった。体重が80%まで回復した割合は完全寛解、部分寛解にあたり、AN-Rの78%であった（図5）。生活面は完全寛解で14例とも順調、部分寛解では、18名中13名で順調、未寛解では、9名中2名が順調であった（図6）。傾向検定の結果、家族因子 ($p=0.0145$)、本人因子 ($p=0.0496$) のみに有意差が生じた。

D. 考察

5年後の完全寛解が、34%であったが、回復まで長期間を要することが再確認できた。ただ、体重が80%以上まで回復した割合は78%あり、多くの患児は体重に関しては、5年以内で回復するが、体重増加に対する恐怖、体重を回避する行動や体重及び体型に関する強い自己認識の障害は体重回復後も残ることも再確認できた。生活面での回復は完全寛解、部分寛解、未寛解の順に順調の割合が下がった。この傾向は診断基準に基づく回復と相関しているものの、部分寛解では生活面で不安定の子が27.7%存在し、体重の回復のみでは、生活面での回復とは言えないことも示唆するものであった。寛解への影響因子は、本人と家族の因子のみであったが、これまで報告されている入院までの期間、入院時の低体重、入院中の体重増加、長期の入院期間の影響は、本報告においては統計上有意ではなかった。最近、family based treatment (FBT) の有効性が