

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 -

多施設共同研究における小児摂食障害 94 例の発症要因の検討

研究代表者 内田 創（東京都立小児総合医療センター 心療小児科）

研究分担者 北山真次（神戸大学大学院医学研究科・発達行動小児科学）

研究要旨

摂食障害の発症要因は心理的要因、生物学的要因、遺伝的要因、社会文化的要因など多因子が複合的に影響して発症するといわれている。今回我々は全国 11 ヶ所の共同研究施設において新規エントリーされた小児摂食障害 94 例のアウトカムデータより発症要因の項目について集計し検討した。その結果、核家族や母子家庭、家族の精神疾患をもつ比率が一般統計調査に比べ高く、体重減少が開始する時期は 4～6 月の学年最初が多く、学校ではクラスに馴染めず孤立してしまう症例が多く認められた。病前性格として、大人の意に沿う良い子や頑張り屋などの子が多く、食事の摂取量が減少した契機は意図的なダイエットや不安やうつ状態に伴う食欲不振が多かった。個人的な因子としては学業に関する疲労や転居・転校などを認めた。以上より、家庭環境や本人の性格から不安や不満などを周囲に表出できない子どもが、コミュニケーションが不足し孤立して、学校内での生活や学業にも不安を感じたときに、ダイエットに没頭したり、自分自身の体の変化、不調に関心が向くことによる複合的因子の相互作用がやせを来す要因として考えられた。今後はさらに予後に最も影響する因子を解析していく。

A. 研究目的

摂食障害は発症し進行するとやせ願望や肥満恐怖など体重へのこだわりが悪化し、親をはじめとして周囲の人の意見が聞きづらくなり、その結果として心理的に孤立していくという悪循環に至り、治療は困難を極めることが多い。その発症要因としてはこれまで様々な仮説が唱えられてきた。患

者本人の病前性格、成熟拒否や自己同一性獲得の失敗などの心理的要因、脳機能の異常などの生物学的要因、遺伝的要因、肥満蔑視・やせに価値があるとする社会的文化的要因など多因子が複合的に影響して発症に至るといわれている¹⁾²⁾。今回の研究では摂食障害発症予防に役立てるために、新規エントリーされた 94 例の小児摂食障害

患者を対象に発症要因となりうる項目を集計し検討した。

B. 研究方法

2014年4月から2015年8月の間に全国11箇所の共同研究施設において新規エントリーされた小児摂食障害患者94名のアウトカムを集計し、発症の要因に関係すると思われる家族構成・家庭環境・発症時期・学校内外でのきっかけ・病前性格などについて解析した。これら発症準備因子の項目は、1)居住形態 2)両親との同居状態 3)家族との人間関係 4)両親の養育姿勢 5)きょうだいとの関係 6)家族の病気 7)体重減少の開始時期 8)摂取量が減少した契機 9)学校生活について 10)学業について 11)その他生活上の変化 12)意図的なダイエットの契機と考えられる事象 13)病前性格の13の大項目を設定し、各々4から13の小項目からなり、計83項目を患者がエントリーされた時に、主治医が確認をおこなった(表1)。各々の項目における比率を算出した。診断の内訳は神経性やせ症制限型(AN-R)61例、神経性やせ症制限型から神経性過食症に移行した症例1例、神経性やせ症過食嘔吐型(AN-BP)3例、食物回避性情緒障害18例、機能的嚥下障害と他の恐怖状態6例、機能的嘔吐症2例、うつ状態による食欲低下3例であった。

C. 研究結果

居住形態は、核家族が91.5%(86/94)に認められた(表2)。ほとんどの家庭が両親

との同居であったが、両親の不和・離婚等で片親とのみ同居するものが11.8%認められた(表3)。家族との人間関係では父母の不和または父母と祖父母、両親と子どもなど家族内で何らかの不和や緊張状態を認めるものが30%ほどに認められた。一方で仲が良すぎる家庭も4%に認められた(表4)。両親の養育姿勢において両親からの高い期待をかけられている症例が21%ほど認められた(表5)。きょうだいとの関係では、年の離れた年下の弟妹をもつ症例が多く(12%)認められた(表6)。また家族の病気では、母親が精神疾患をもつ家庭が9.6%に認められ、きょうだいに精神疾患や発達障害をもつ症例も5.3%認められた。父親、母親に発達障害傾向が認められたのが1.1%ずつ認められた(表7)。体重の減少の開始時期は、4~6月が最も多く(35.1%)、次いで7~9月(25.5%)、10~12月(20.2%)、1~3月(18.1%)であった(表8)。摂取量が減少した契機としては、意図的なダイエットが多く(61.7%)、次に不安やうつ状態に伴う食欲不振であった(22.3%)(表9)。学校生活については、部活内でのトラブル、いじめも5%前後で認められたが、クラスに馴染めず孤立した症例が33%に認め、いじめにあった症例も10%認められた(表10)。学業に対する疲労を認める症例が22.3%認め(表11)、転居転校などの生活上の変化を認めた症例が5.3%に認められた(表12)。病前性格は、72.3%に頑張り屋で我慢強い傾向があり、大人の意に沿ういわゆる良い子が57.4%に認められ、完璧主義・細部にこだ

わる、または頑固で融通のきかない子が各々、39.3%、33%に認められた(表14)。

D. 考察

今回の調査では家庭背景としては核家族が91%であり、ひとり親の割合は11%であった。第5回全国家庭動向調査(2013)³⁾によれば、子どものいる有配偶女性の所属世帯(夫婦と子、ひとり親と子、三世代)の中で核家族の家庭は78.9%であり、摂食障害家庭の核家族率は91%と高かった。ひとり親と子の家庭は、厚生労働省の国民生活基盤調査では、7.6%であり、摂食障害家庭のひとり親の割合は11%と高い率を呈していた。核家族率が高いことと、ひとり親家庭の比率が高いことで、さまざまな悩みを打ち明ける機会が少なくなり、摂食障害の発症のきっかけとなることも推測されるが、他の子どもの心身症疾患(不登校等)と比較した場合でも、この率が特異的であるのか今後検討していく必要がある。また、家族の人間関係では、家族内に何らかの不和が30%にみられる一方で、仲が良すぎる関係も4%あり、多様であった。家族の病気では、家族内に精神疾患罹患者がいることが14%と多く、また、発達障害傾向の親も2%にみられることから、愛着形成の問題との関連が想定された。摂取量が減少した契機としては意図的なダイエットが61%で最も多く、さらにそのきっかけとしては学校での体型への中傷14%や身体測定結果から自己判断した症例が10%認められ、マスコミや雑誌からの情報と合わせて学校での適

切な保健指導などについても大切であると考えられた。また、学校生活ではクラスに馴染めず孤立してしまう症例が33%と多く、周囲とのコミュニケーションが取りづらくなっており、学業に関する疲労も22%で認められた。さらに病前性格では頑張り屋が72%、大人の意に沿ういい子が58%と多く、周囲に助けを求めにくい状況が示唆された。こうした状況の中で学校生活や家庭の中でもコミュニケーションが不足し、孤立してしまうという背景が発症の契機の一つになっている可能性が考えられた。このことは思春期をむかえ心身の自立にせまられる時期になった子ども達が、必要な目標や達成感を得ることができず、自信を失ってしまう状況になっても周囲に助けを求められないことで、種々の契機により得られた他者よりも痩身であることや体重を自分でコントロールしているという達成感に固執することになっていると考えられる⁴⁾。また、松木は乳幼児期の母子の心的分離の達成が不全に終わり、自分に対する自信のなさ、孤独感、絶望感を強く体験している人が多く、思春期にこれらの感覚を友達や先輩と何らかの形で分かち合えば事態が変わってくる可能性がある⁵⁾。このことが摂食障害に特有な事象といえるかどうかは、今後その他の疾患群との比較検討が必要である。また来年度はそれぞれの項目と予後との関連を検討し予後に影響を与える要因の考察を深めていく予定である。

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> <ol style="list-style-type: none"> 核家族 父方祖父母との同居 母方祖父母との同居 叔父・叔母世帯との同居 その他の親族と同居 <p>両親との同居形態</p> <ol style="list-style-type: none"> 父母との同居 父母との同居(1年以内に単身赴任から帰還) 父単身赴任のため母と同居 母単身赴任のため父と同居 父母不和のため父と同居 父母不和のため母と同居 離婚後、父と同居 離婚後母と同居 母と死別し、父と同居 父と死別し、母と同居 <p>家族の人間関係</p> <ol style="list-style-type: none"> 普通の関係 仲が良すぎる関係 父母の不和 父母と祖父母間の不和 父母と患者の不和 父母と患者の兄弟の不和 <p>両親の養育姿勢</p> <ol style="list-style-type: none"> 父母からの高い期待 父母が兄弟間で偏愛 父母からの放任(ネグレクト) 父母からの性被害 <p>兄弟との関係</p> <ol style="list-style-type: none"> 6歳以上年上の兄姉 6歳以上年下の弟妹 異父、異母兄弟との同居 患者と他の兄弟の不和 患者以外の兄弟間の不和 兄弟との死別 兄弟からの性被害 	<p>家族の病気</p> <ol style="list-style-type: none"> 父の精神疾患 母の精神疾患 父・母の悪性疾患、難病など 兄弟の精神疾患・発達障害 兄弟の悪性疾患、難病など 父のPDD傾向 母のPDD傾向 <p>体重減少の開始時期</p> <ol style="list-style-type: none"> 4～6月から体重減少 7～9月から体重減少 10～12月から体重減少 1～3月から体重減少 <p>摂取量が減少した契機</p> <ol style="list-style-type: none"> 意図的なダイエット 胃腸炎・上気道炎など 不安やうつ状態に伴う食欲不振 明らかな原因のない早期飽満感 便秘 食物が喉に詰まり嘔下恐怖 学校給食の強要 夏やせ スポーツでの減量 <p>学校生活について</p> <ol style="list-style-type: none"> 学級代表などクラスの中心 クラスになじめず孤立 クラスメートとのトラブル クラスでのいじめ 担任教師とのトラブル 部活での中心メンバー 部活でなじめず孤立 部活内でのトラブル 部活内でのいじめ 部活顧問とのトラブル 部活での成績不振 部活を退部した 部活を引退した 	<p>学業について</p> <ol style="list-style-type: none"> 受験準備の開始 成績の低迷・低下 学業に関する疲労 中学受験の不合格 中学受験の断念(成績不振) <p>その他生活状況の変化</p> <ol style="list-style-type: none"> 転居(転校はせず) 転居・転校 犯罪被害歴 <p>意図的なダイエットの契機</p> <ol style="list-style-type: none"> 父母からの体型中傷 祖父母からの体型中傷 兄弟からの体型中傷 学校での体型中傷 学校での身体測定結果 雑誌、マスコミ情報 <p>病前性格</p> <ol style="list-style-type: none"> 頑張り屋で我慢強い子 大人の意に沿う良い子 元々、頑固で融通がきかない 完璧主義、細部にこだわりやすい
---	---	---

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
仲の良いすぎる関係	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、年上の兄妹	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
夏やす	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