

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 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っか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っか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・タブ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児が 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) の有効性が報告されてきているが、家族と、本人の因

子が寛解に大きく影響するならば、FBT などの本人-家族を中心とした治療法に今後注目していくべきである。また、研究班での予後調査の影響因子の分析も個々の因子のみならず、個々の因子を合計した複合因子の影響に関する検討も必要であることが示唆された。

E. **結論**

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 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。家族因子、本人因子のみがアウトカムに影響した。

F. **展望**

今後 10 年アウトカムの報告をおこないたい。

G. **健康危険情報**：なし

H. **研究発表**：未発表

I. **知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）**

なし

図1 . EAT26: 早期発見の ツールになりそうですか？

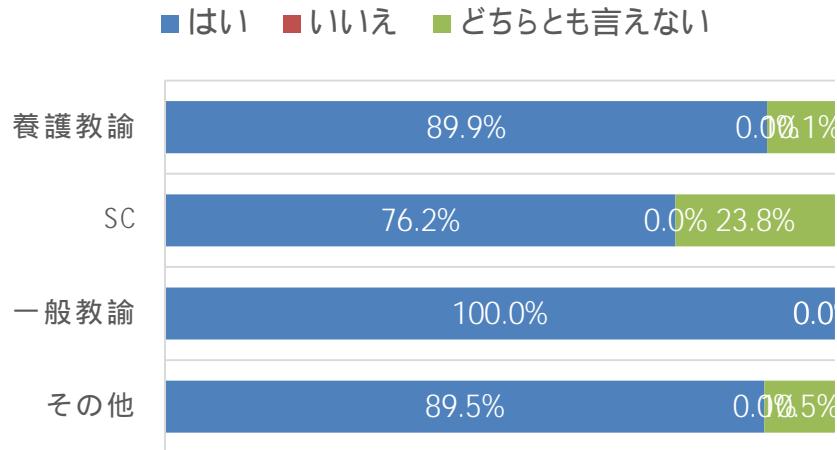
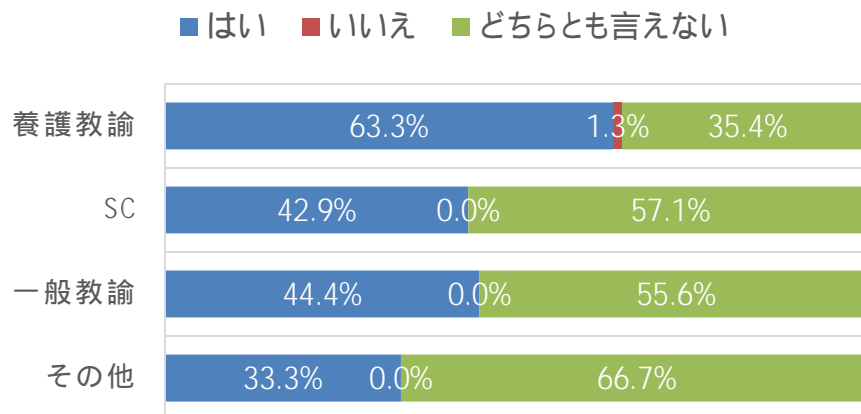
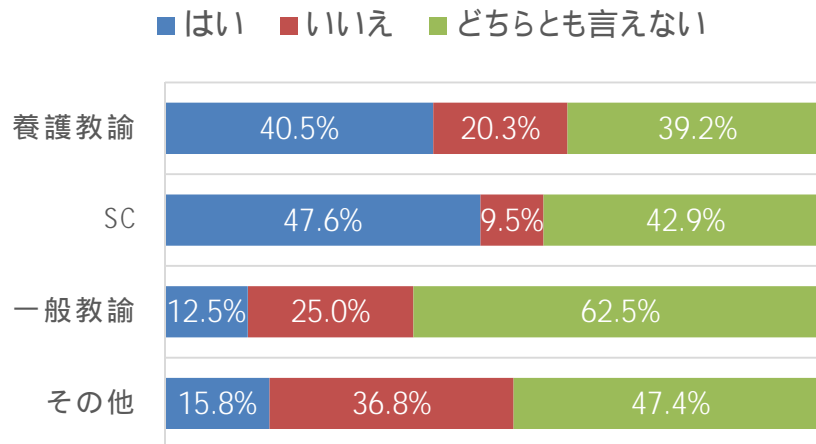


図2 . EAT26: 校内で賛同は 得られそうですか？



**図3 . EAT26: 保護者の承諾
は必要でしょうか？**



**図4 . EAT26: 児童・生徒とのコ
ミュニケーションのきっかけ作り
に使えるそうですか？**

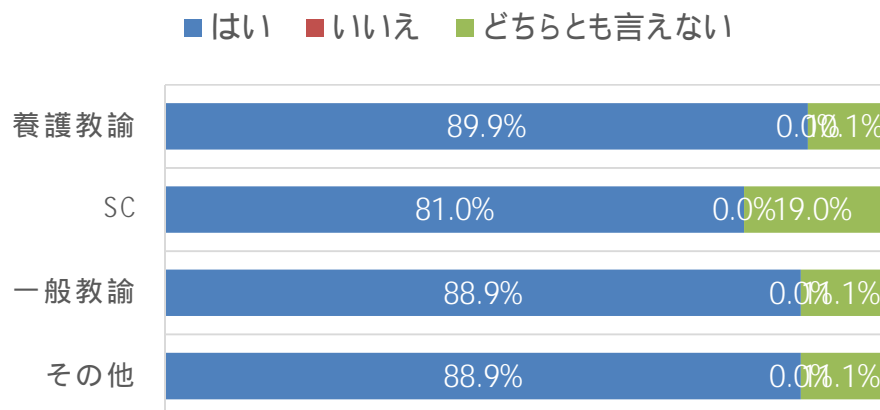


図5.5年アウトカム

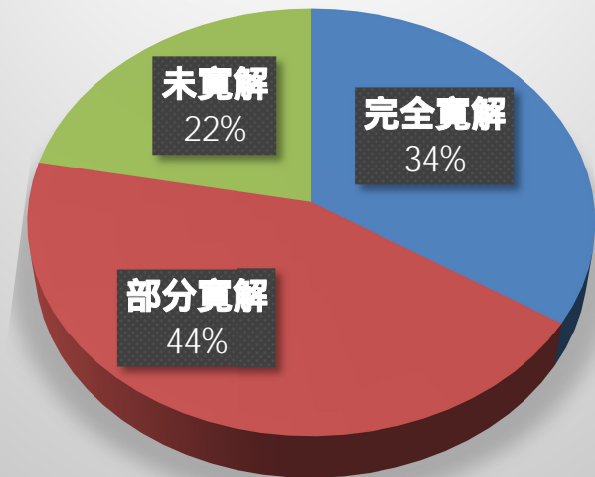
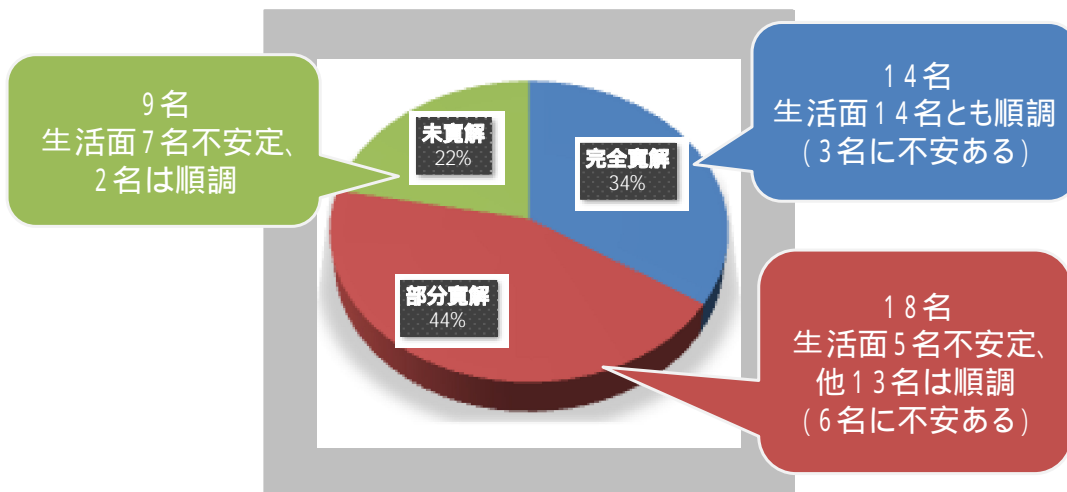


図6.5年後の生活面のアウトカム



* 順調とは、通勤、通学をほとんど休みなくできている。

* 不安: 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。