

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 -

多施設共同研究によるエントリー症例最終 131 例の概要

分担研究者 井口敏之 星ヶ丘マタニティ病院副院長

研究要旨：多施設共同研究(11 施設)で、小児摂食障害症例をエントリーし、患児を取り巻く背景や治療の推移について前向きに検討している。2014 年 4 月から 2016 年 3 月までの 2 年間にエントリーされた症例は 131 例であった。この 131 例の概要は、男女比 10 : 121、平均年齢 12.9 歳、神経性やせ症が約 7 割、非定型が約 3 割であった。

A. 研究目的

エントリー症例の概要をつかむ。

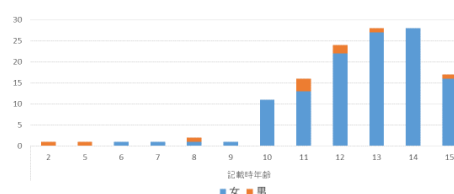
B. 研究方法

対象は、2014 年 4 月より、2016 年 3 月までに研究班内でエントリーされた 131 例である。この 131 例について、男女比、年齢分布、診断分類、併存症、紹介元、所属する学校、前医での治療歴、初診時の両親の心身相関の理解度、両親の最終学歴、主たる生計者の職業などについて検討した。診断分類は Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.(以下 DSM-5 と略す)で行い、非定型な摂食障害である回避・制限性食物摂取症(以下 ARFID と略す)では、Great Ormond Street Criteria (以下 GOSC と略す)による細分類を行った。精神科的併存症の診断は MINI-KID によって行った。発達障害の診断は発達歴をとり、DSM-5 に基づいて診断した。

C. 研究結果

男女比は 10 : 121 で女 92.4%と圧倒的に女が多く、男は 1 割弱であった。平均年齢は 12.9 歳 ± 2.3 歳中央値は 13 歳、女 13.1 歳 ± 1.7 歳、男 10.5 歳 ± 3.7 歳で、男は有意に年齢が低かった (母分散が等しくなかったため Cochran-cox の方法、Welch の方法においても)。男女別年齢分布を図 1 に示す。

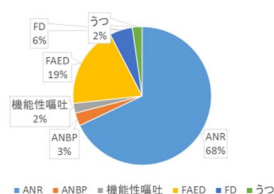
図1: 131例の年齢別・男女別分布



診断分類は、神経性やせ症摂食制限型(以下 ANR と略す)89 例 (ANR から途中神経性過食症(以下 BN と略す)に移行したもの 1 例、ARFID から ANR と診断変更になった 1 例も含む)、神経性や

せ症過食排出型(以下 ANBP と略す)4例、機能的嘔吐症 3 例、ARFID32 例(食物回避性情緒障害(以下 FAED と略す)25 例、機能的嚥下障害(以下 FD と略す)7 例)、うつ状態による食欲低下 3 例であった。機能的嘔吐症とうつ状態による食欲低下は ARFID には含まれないものと考えられる。一方 GOSC では、うつ状態による食欲低下は診断分類としてあるが、機能的嘔吐症はどこにも含まれない。しかし、摂食障害としての診断と治療は重要であり、あえてこの研究の中に含まれている。診断分類を図 2 示す。

図2: 診断分類



神経性やせ症(以下 AN と略す)が約 7 割、ARFID が約 2.5 割であった。両者の平均年齢はそれぞれ、13.3 歳 ± 1.8 歳、11.8 歳 ± 2.4 歳で有意に AN のほうが年齢が高く、ARFID の方が低い (t 検定 $P < 0.001$)。また、男女で比べてみると、女に ANR が多く、男は ARFID の割合が有意に高い(カイ二乗検定 $P < 0.01$)。

表1: 男女別診断分類	女	男
ANR	84	3
ARFID	25	7

発達障害の併存については、定型発達が 105 例 (80%)、何らかの発達障害有が 21 名 (16%) で、自閉スペクトラム症

18 名、ADHD1 例、境界知能 2 例であった。

精神疾患は併存が発達障害のみのものを除くと、41 例、31.3%あり、3 人に 1 人は精神疾患の併存が認められるという高率であった。主に見られたのは全般性不安障害 10 例、自殺の危険 9 例、パニック障害 7 例、強迫性障害 6 例、感情障害 (大うつ病 5 例、躁病エピソード 6 例、気分変調症 2 例)、社会不安障害 6 例、適応障害 6 例などであった。身体疾患の合併は上腸間膜動脈症候群 9 例 (6.9%) 再栄養症候群 2 例、重症感染症 2 例がみられた。

紹介元は開業医 34%、市中病院 55%、自主来院 7%、学校関係 4%であった。初診時に教育機関との連携がとれていたのは、32 例 24%で 1/4 の症例であった。

所属する学校は 85%が公立で、国立は 3%、私立は 12%であった。

前医での治療歴は、治療歴ありが 59%。初診後ほどなく紹介が 80 例 61%、短期入院後 13 例 10%、入院後難治にて紹介 16 例 12%で、本格的な治療は約 7 割がわれわれの施設に来てからという状況であった。

初診時の両親の心身相関の理解度を主治医の判定で見ると、図 3 にみるように、とてもよく理解している、よく理解しているを合わせると両親ともに約 80%であった。

両親の最終学歴は図 4 に見るように、父は大卒が半分、母は短大・大卒で 55%であった。

主たる生計者の職業は図 5 に示すよう

に、管理的 12%、専門的・技術的 33%と両方で 45%を占めていた。

図3: 初診時の両親の心身相関の理解度

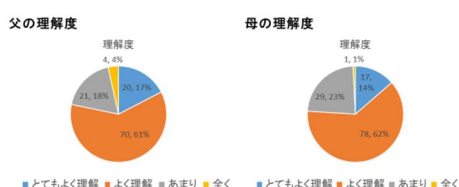


図4: 両親の最終学歴

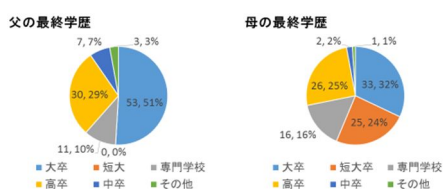
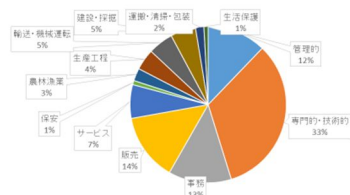


図5: 主たる生計者の職業



その他の項目として、虐待歴あり 2 例、乳幼児期の食行動異常 8 例、周産期の異常 16 例、家族の精神疾患あり 21 例（16%）に見られた。

D. 考察

131 例のエントリーが得られ、前方視的に小児期の摂食障害の研究がなされる意義は大変に大きいと思われる。小児の摂食障害は、当院では初診症例の半分は神経性やせ症であるが、エントリー症例は、7 割が神経性やせ症であり、非定型のものが少ないように思われる。一般病院の罹患率でいえば、神経性やせ症に偏

ったエントリーであると思われるが、研究の趣旨、「思春期やせ」＝「神経性やせ症」を中心としたものであるため、これは問題ないと思われる。

男は非定型病型のものが多く、平均年齢が低くなる。これは日常臨床の中でも良く経験されることである。

発達障害の併存率は 16%であり、一般的に摂食障害の 1-2 割と言われており、妥当な割合であると思われる。一方で、精神疾患の併存率は 3 人に 1 人であり、非常に多いと思われる。MINIKIDS に基づく診断であり、重要なデータが示されたと思われる。小児科の臨床の中ではあえて診断されていない場合が多く、摂食障害は精神疾患を非常に併存しやすいことに留意が必要で、特に自殺の危険性は高い。実際に摂食障害の死亡率は 5%程度とされているが、その重要な死亡原因の一つが自殺である。今後自殺のリスク評価と対応は検討されていくべき重要な課題である。

身体合併症は上腸間膜動脈症候群が 9 例 7%に見られ、急性期の死亡原因にもなりやすい再栄養症候群も 2 例報告されており、注意が必要である。

紹介元は学校関係が 4%と少ないが、共同研究施設の多くが、2 次 3 次の高次病院が多く、直接学校からの紹介では受診しづらく、一度開業医や一般市中病院を受診してからの紹介になる可能性が高い。実際にどのくらい学校からの紹介があったかの評価は難しいが、初診時にすでに教育機関との連携のとれていたのが 1/4 あり、何らかの形で早くから教育機関と関わっている可能性は高い。しか

し、3/4 の症例は関わっておらず、早期発見早期治療のために学校現場との連携が課題である。

親の最終学歴は、比較するデータとしてやや参考になるのは、ひとり親世帯の親の最終学歴(平成 23 年度全国母子世帯等調査結果報告：厚生労働省)として、今回の症例の父：母：父子家庭：母子家庭で大学・大学院は 51%：32%：15.6%：6.9%、短大・専門学校は 10%：40%：11.5%：26.1%、高卒は 29%：25%：51.6%：48%と明らかに高学歴であった。

また、親の職業は、総務省統計局「労働力調査結果」平成 27 年と比べてみると、一般：今回の摂食障害では、管理的 2.3%：12%、専門的・技術的 15.9%：33%と明らかに違いが見られる。一般の総務省のデータは親の世代に限ったことではない労働者なので一概には言えないが、摂食障害ケースの家族的には収入的に恵まれた家庭が多い可能性がある。

E. 結論

131 例がエントリーされ、神経性やせ症が 7 割、非定型が 3 割で、発達障害の併存は 16%、精神疾患の併存は 3 人に一人と頻度が高く注意が必要である。両親は心身相関を理解しており、学歴は高く、職業は管理/専門・技術的なものが多かった。

F. 健康危険情報：特になし

G. 研究発表：第 35 回日本小児心身医学会学術集会(金沢)で発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他