

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 88 例の検討 - 治療と介入について -

分担研究者： 須見 よし乃 （札幌医科大学小児科 助教）

研究要旨： 2015 年 4 月よりエントリーされ、2016 年 6 月までに初診から 1 年以上経た 88 例について、治療と介入の視点から調査した。初診時、1 ヶ月後、3 か月後、6 か月後、12 か月後の時間軸で、外来および入院治療、栄養療法、薬物療法、心理社会的介入について検討した。

初診後即入院になったのは、34 例（39%）で、外来通院は 54 例（61%）だった。入院 34 例中、神経性やせ症・制限摂食型（以下 AN-R）が 26 例（76%）だった。肥満度の平均は、入院-32.7%、外来-25.4%だった。1 ヶ月後、3 ヶ月後は入院の割合が外来を上回るが、6 ヶ月後以降は外来治療が主だった。入院治療に関しては、初診時に 44%、1 ヶ月時に 52% の症例が栄養療法を受けていた。薬物療法に関しては、初診時および 1 ヶ月後は腹部症状に対する薬物が主で、3、6、12 ヶ月後は精神科薬物の割合が増加していた。頻用されている精神科薬物はリスペリドン、スルピリド、セルトラリンであった。心理社会的介入に関しては心理療法が 64 例（73%）、学校との連携が 12 例（14%）だったが、実態を反映していない可能性も考えられた。体重の回復後も、情緒行動面、家族関係、学校適応など見守る必要があり、長期的な心理社会的介入が必要とされることが示唆された。

A 研究目的

小児摂食障害の治療の基本目標は、年齢や身長に対応した体重の回復、月経の開始や回復、精神発達課題を獲得することであり、そのために 1) 身体的治療 2) 心理的治療 3) 家族支援 4) 学校との連携を早期から並行して行うことが必要とされている¹⁾。身体的治療の必要性から小児科で摂食障害の治療を担当することが多いが、その基本指針は初期、中期、後期の治療段階に応じて、身体面、行動面、心理面に対応することである²⁾。

今回、多施設共同研究でエントリーされ

た小児摂食障害症例で、初診から 1 年以上経過した 88 例について、治療と介入の視点から調査し、その結果を考察した。

B 研究方法

対象は 2015 年 4 月よりエントリーされ、2016 年 6 月までに初診から 1 年以上経た 88 例である。初診時、1 ヶ月後、3 か月後、6 か月後、12 か月後の時間軸で、外来および入院治療、栄養療法、薬物療法、心理社会的介入について検討した。

C 研究結果

初診時の患者背景を以下に示す。初診後即入院になったのは、34例(39%)で、外来通院は54例(61%)だった。病型の内訳は、入院34例中、神経性やせ症・制限摂食型(以下AN-R)が26例(76%)、制限摂食・回避障害5例(15%)、機能的嘔吐症が2例、神経性やせ症・過食排出型(以下AN-BP)が1例であった。一方、外来54例の内訳は、AN-Rが32例(59%)、制限摂食・回避障害21例(39%)、AN-BPが1例であった。即入院になるケースは、AN-Rの割合が多かった。各群における肥満度平均を比較すると、入院は-32.7%、外来は-25.4%となっており、入院症例の方が痩せの程度が強かった。

治療経過の推移について、図1に示す。ドロップアウトや終結例が徐々に増え、12ヶ月時には22例認められた。初診時は外来54例/入院34例(61/39%)だったが、1ヶ月後は37例/42例(42/48%)、3ヶ月後は36例/40例(41/46%)と、入院が外来を上回った。6ヶ月後は外来58例/入院18例(66/21%)、12ヶ月後は58例/8例(66/9%)となっていた。

外来および入院ケースの肥満度平均の推移を、図2に示す。初診時で外来-25.4%/入院-32.7%の肥満度が、1ヶ月後では-24.8%/-32.6%とほとんど変化が見られなかった。3ヶ月になって-18.8%/-25.2%と改善傾向があり、6ヶ月-16.7%/-17.9%、12ヶ月-11.5%/-19.8%となっていた。外来、入院のいずれも時間経過とともに12ヶ月後時点で入院となっているケースは8例あったが、肥満度平均が-19.8%と十分に体重の回復が得られていないという裏付けとなっていた。

次に、栄養療法の結果を示す。外来につ

いては初診時の54例中43例が食事療法のみで、8例が栄養剤内服を指導していた。その後も栄養剤内服はごく数例で、ほとんどが食事療法だった。入院における栄養療法について図3に示す。初診時に入院となった34例中19例(58%)が食事療法のみ、15例(42%)がその他の栄養療法だった。その内訳は末梢静脈栄養が7例、栄養剤内服が5例、経管栄養が2例、末梢静脈と経管栄養が1例であった。1ヶ月後は、42例中20例(48%)が食事療法のみ、その他が22例(52%)で、末梢静脈栄養8例、中心静脈栄養7例となっていた。3ヶ月後は、40例中31例(77%)が食事療法のみとなっていた。一方中心静脈栄養も5例認められていた。6ヶ月後、12ヶ月後は、食事療法がほとんどであった。

薬物療法全般に関しては、外来の22~36%、および入院の50~75%で行われていた。図4に初診から1、3、6、12ヶ月後の薬物療法の内訳(重複あり)を示す。主に、酸化マグネシウム、クエン酸モサプリドなど腹部症状に対する薬物と、抗うつ薬や非定型抗精神病薬など精神科薬物に分けられた。棒グラフをつなぐラインから上が身体症状に対する薬物、ラインから下が精神科薬物である。時間経過とともに体重や栄養状態が回復するため、腹部症状に対する薬物の使用が減っていることが示唆された。また、1、3、6ヶ月後は精神科薬物の使用が増えており、摂食障害に伴う精神症状が現れていると考えられた。精神科薬物の種類について調べたところ、リスペリドンが12例、スルピリドが9例、セルトラリンが8例、エチゾラムが3例、ロフラゼプが3例で使用されていた。

最後に心理社会的介入について調査した。

調査項目では、心理療法（支持的面接・認知行動療法・精神分析療法・遊戯療法・箱庭療法・その他）、その他の治療（管理栄養士による栄養指導・理学療法士による理学療法・作業療法士による作業療法・個人面接・集団療法・学校連携・その他社会資源の利用）に相当し、その中から当てはまるものを選択する方法を取っている。心理療法を行ったケースは64例（73%）で、最も多いのは支持的療法であった。その他、認知行動療法、精神分析療法、遊戯療法、家族面接などが行われていた。その他の療法については、個人面接が34例（39%）、学校との連携が12例（14%）、管理栄養士による栄養指導が4例（5%）となっていた。これらの心理社会的介入は継続的に行われている傾向があった。

D 考察

小児摂食障害の治療において、重要な入院治療適応基準は体重である。小児科医のための摂食障害診療ガイドラインによると、

軽症（肥満度75%以上）かつ直近の8週間に急激な体重減少（-1kg/週）
中等症（肥満度65以上75未満）かつ直近の4週間で急激な体重減少（-1kg/週）
重症例（55以上65未満）は早期の入院が必要
超重症は緊急入院が必要とされている²⁾。今回調査した88例は、初診の約4割が即入院で、残り6割が外来治療から開始、そして初診後3ヶ月までに5割弱が入院となっていた。その後は外来治療に移行し、6~7割は通院継続中であった。外来と入院症例の肥満度平均を比較すると、図2が示すように入院の方が相対的に低体重

薬物療法に関しては、低栄養に伴う身体症状の中でも高率にみられる便秘、胃部不

であった。外来治療をしているのは概ね肥満度75%以上（-25%以上）の軽症例であり、1年後には平均88.5%（-11.5%）と正常下限程度に回復していることが示唆された。終結およびドロップアウト症例の検討については、別の研究報告で取り上げられているので割愛する。

小児摂食障害では、治療段階に応じて、身体面、行動面、心理面の対応を行う。治療初期には、栄養障害の改善、改善した身体状態を維持できるだけの食行動の回復を目指す。それに加えて、体重増加に対する子どもの不安を軽減しつつ、「自分の体は普通の状態ではない」という病識と治療意欲を持たせるような心理的対応が重要である。身体的治療の根幹である栄養療法と、身体的および精神的治療としての薬物療法について調査した結果について考察する。

外来での栄養療法の基本は食事指導である。入院でも基本的な栄養療法は経口摂取であるが、摂取量が少ない場合や自主的な経口摂取が困難な場合には、経管栄養や中心静脈栄養を考慮する。脱水がある場合には末梢静脈注射を行うが、中心静脈栄養の前段階として末梢静脈栄養を選択する場合もある。今回、初診で即入院となったケースについて調査すると、食事療法と栄養剤内服を合わせて24例（70%）が経口摂取で、残りが経管栄養や末梢静脈栄養であった。1ヶ月後では、経口摂取は21例（62%）、経管栄養6例、中心静脈栄養8例（重複あり）であり、強制栄養を行うケースが増えていた。3ヶ月後以降は体重も回復し、治療初期から中期に移行しているケースが多いと考えられ、ほぼ食事療法のみだった。

快感に対して、クエン酸モサプリド、酸化マグネシウムの使用頻度が高かった。3、6、

12ヶ月後と使用人数が減っており、体重増加とともに症状が軽減していることが示唆された。

精神科薬物全体を見ると、3ヶ月、6ヶ月後の使用頻度が高く、12ヶ月後には減っていた。栄養状態、体重が回復してくる時期に精神不安定になる傾向が示唆された。中でも非定型抗精神病薬、抗うつ薬の使用頻度が高かった。薬物の使用例を具体的にカウントすると、リスペリドン12例、スルピリド9例、セルトラリン8例となっていた。リスペリドンは非定型抗精神病薬で、初診以降で使用が増加していた。12例中10例がAN-Rで、併存疾患は自閉スペクトラム症(ASD)3例、注意欠如多動性障害(ADHD)1例、ほか自殺のリスクが1例であり、治療の過程で生じる興奮や衝動性に対して使われていることも示唆された。スルピリドは定型抗精神病薬に分類されるが、抗うつ作用と胃粘膜修復や消化管運動の改善など胃薬としての効果があるため、心因性の胃腸障害に使用されることがある。初診から3ヶ月後で使用頻度が高く、低体重で経口摂取が不十分な時期に使われていることが示唆された。9例中8例はAN-Rだった。セルトラリンは選択的セロトニン再取り込み阻害薬で抗うつ薬の一種である。8例中6例はAN-Rで、1ヶ月以降で使用が増加していた。併存疾患はASD2例、社交不安障害1例、心的外傷後ストレス障害1例であった。

最後に心理社会的介入について考察する。身体的治療と並行して患児の心理面にアプローチすること、治療を支える家族のケアをすること、学校に理解と協力を求めることは小児摂食障害の治療の根幹である。た初診から1年以上経た小児摂食障害88例に

だ施設によって多職種によるチーム医療の体制が異なること、外来と入院治療では関わりの手厚さに差が出ることも考えられる。そういった意味では、今回の調査でわかった心理療法64例(73%)や個人面接34例(39%)、管理栄養士による栄養指導4例(5%)といったデータは、実際を反映していない可能性がある。例えば入院ケースを想定すると、心理療法というほどでもない日々の関わりの中で、患児や家族の心理的ケアがなされ、食事に対する認知のゆがみに介入がなされている場合もある。学校との連携を行ったケースは12例(14%)であり、決して多くない。理由としては、本人および家族と学校の信頼関係が反映されている可能性がある。学校に不信感があり、親子が病院と学校が連携することを望まない場合もあるかもしれない。あるいは医師が直接学校とやり取りしなくても、親子の要望が通りやすい学校環境かもしれない。また、生徒の精神保健上の問題に関心が強い学校か否か、地域性を反映している可能性もある。心理社会的介入がなされたケースについて調査すると、介入は一時的なものではなく継続的であったことが特徴だった。小児摂食障害の治療においては、体重や栄養状態が回復したのちも、情緒面、食行動、親子関係、社会適応など見守っていく必要があり、心理社会的な関わりも長期間にわたって必要とされることが示唆された。

E. 結論

について、治療と介入の視点から調査した内

容をまとめた。

F.文献

- 1) 日本摂食障害学会監修;小児の摂食障害の治療 .摂食障害治療ガイドライン .医学書院 . 171-178 , 2012
- 2) 日本小児心身医学会編集;小児科医のための摂食障害診療ガイドライン .小児心身医学会ガイドライン集 . 南江堂 . 118-179 , 2015

図 1

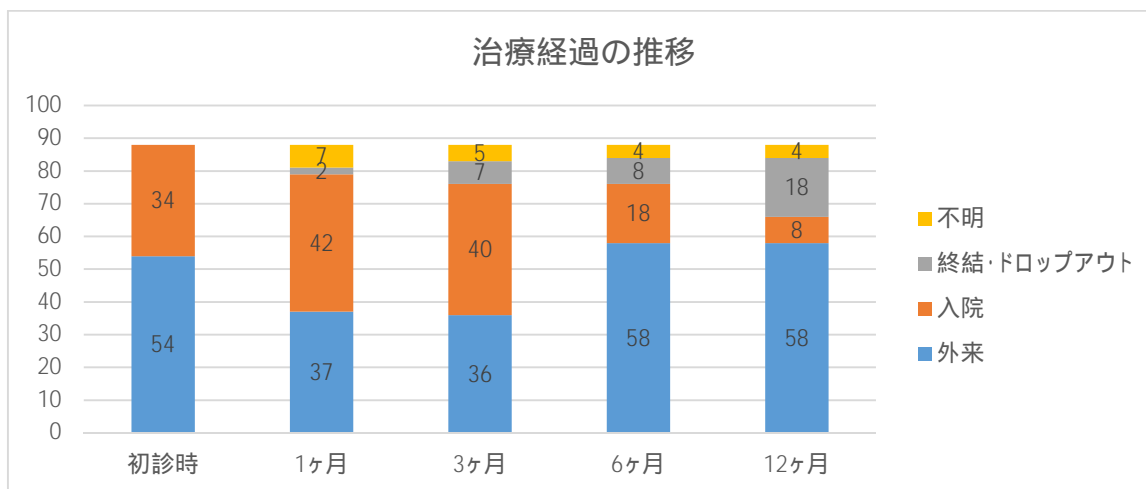


図 2

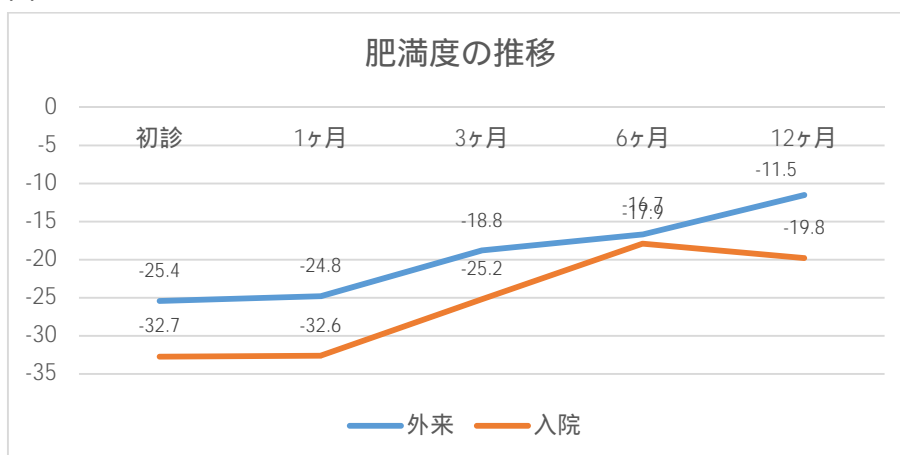


図 3

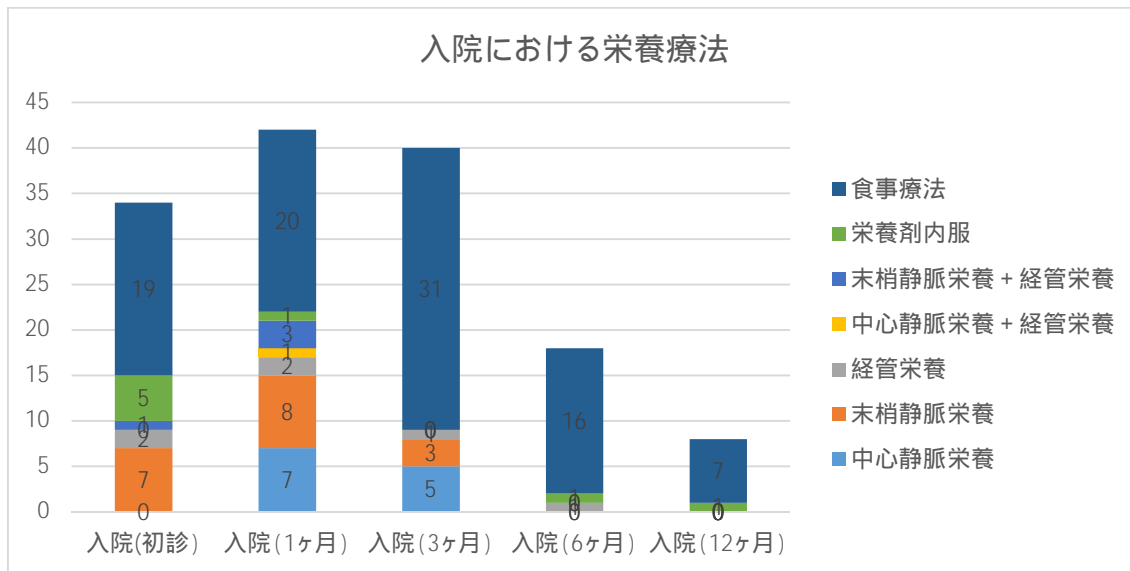


図 4

