

学校保健における摂食障害

大谷 正人*・野村 純一**

Eating Disorders in School Health

Masato OTANI and Junichi NOMURA

要 旨

摂食障害は、現在では主として神経性食思不振症と神経性過食症から成っているが、1970年代前半までは、神経性食思不振症の概念しか存在せず、1970年代後半から、神経性過食症の概念が加わり摂食障害としてまとめられるようになった。実際、近年の摂食障害の増加は、過食を伴う型の増加によると思われる。

思春期・青年期の女子に好発する摂食障害は、現在、学校保健の上でも重要な疾患である。学校生活の中で、養護教諭、担任の教諭には、病気の発見者として、患児の理解者として、さらには指導者としての役割が求められるだろう。摂食障害の治療については、まず患児の心性を理解することから始まる。患児の指導については、この疾患の難治性、遷延性を考慮に入れると、専門医療施設とできるだけ早期に連絡をとりながら進めることが必要となる。また、学校保健の中では、病気の早期発見、早期治療といった二次予防が最も重要であるが、病気の出現自体を防ぐ一次予防も必要である。

この他に、本研究では、学校保健上で重要な問題となる肥満と摂食障害の差異についてもふれた。

I. はじめに

神経性食思不振症と神経性過食症に代表される摂食障害は、思春期・青年期の女子に好発する疾患で、近年その増加が著しい。また摂食障害はしばしば遷延化し、治癒に数年かかることが多い。しかし、学校保健の場で、摂食障害に対する理解は、肥満の場合などと比較すると、はるかに乏しいように思われる。そこで本研究では、学校保健における摂食障害の重要性について述べ、摂食障害の患児たちに対して、どのように対処するのが望ましいか若干の私見を述べた。

II. 摂食障害の概念とその近縁疾患

摂食障害 Eating Disorder という概念は、1980

年に発表された DSM-III¹⁾ に始まったものであるが、神経性食思不振症となるとその歴史は古く、Anorexia Nervosa (以下 AN と略) という用語自体も1873年の Gull の報告¹¹⁾ にまでさかのぼる。ちなみに、日本で神経性食思不振症の出現が増加し、その研究が本格化してきたのは1960年代からである。

1970年代後半になり、神経性過食症 Bulimia nervosa (以下 BN) が、AN の部分症状としてではなく独立した疾患として認知されるに及び、さらに AN と BN という両疾患が相互に移行しうる、あるいは重なり合うことの多い関連性の強い疾患であることが明らかになってきた。このため両者を統合する概念として、摂食障害という疾患名が確立したものと思われる。最近では、White²⁹⁾ らは、Bulimarexia という概念を提唱し、Bulimarexia は病気でなく、誤って学習された行為である、としている。この White らの考えは、BN の治療に対して、数多くの教示を与えている

原稿受理日 平成4年9月30日

* 三重大学教育学部特殊教育教室

** 三重大学医学部精神神経科

が、BN は日常生活、精神状態に影響が大きいため、本研究では、病気として取り扱う。

摂食障害と他の精神医学上の疾患との関係について述べると、末松らは、AN とその周辺疾患について図1のように考えた²³⁾。この考えに基づき、さらに現代における BN の優勢を考えあわせると、図2のような考えの方が望ましいのではないだろうか。これは以下のような理由からである。

①AN と BN は相互に重なり合う部分の多い疾患であり、現在の患者数から考えても、対等に位置すべき疾患である。

②BN において、精神病理上または治療上その

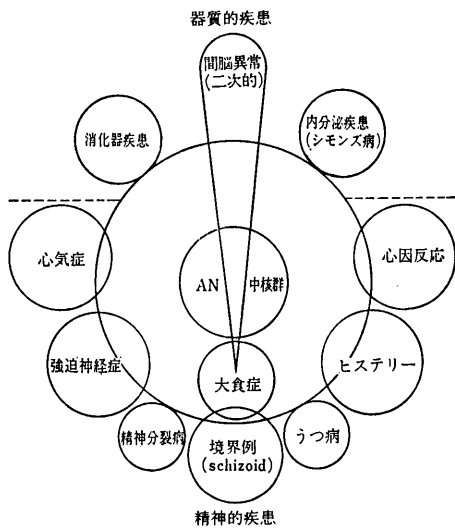


図1. 神経性食思不振症 (Anorexia nervosa) とその周辺疾患 (末松²³⁾による)

関わりが最も重要な疾患は、境界型人格障害 (これも DSM-III の登場により、その概念が固定しつつある疾患) である。

③AN、特に BN はうつ状態をしばしば伴うが、うつ病からは区別される別の疾患単位である。

④完全主義、強迫的という性格傾向は AN、BN 両者に共通してみられるが、ANの方がより徹底的なため強迫神経症に近く、BN ではその強迫性が破綻した形でみられることが多い。

⑤自己顕示性、他者指向性という意味でヒステリーは、BNにより近い概念である。

⑥心気症は、ANの一型としてみられることも多く、BNでは比較的少ない。

⑦心因反応との接点は、特に ANの初期にみられる。ANは何らかの喪失(たとえば友人との別れ、いじめ、家族の病気など)への反応として起こることが多い。またBNでも、反応性のむちゃ食いは、しばしばみられる。

AN、BNの治療においても、個々の患者の病像が周辺疾患とどのように関連しているかを考慮に入れながら、治療をすすめることは、非常に重要なことである。

III. 摂食障害患者数の近年の動向

摂食障害が近年増加し続けており、アメリカでは若い女性のうち1%がAN、2~3%がBNになると言われている⁹⁾。三重大学医学部付属病院精神神経科外来での最近15年間の動向を、図3、4に記した。図3には、初診時AN、BN、ED(摂食障害)のいずれかの診断をなされた患者の年度

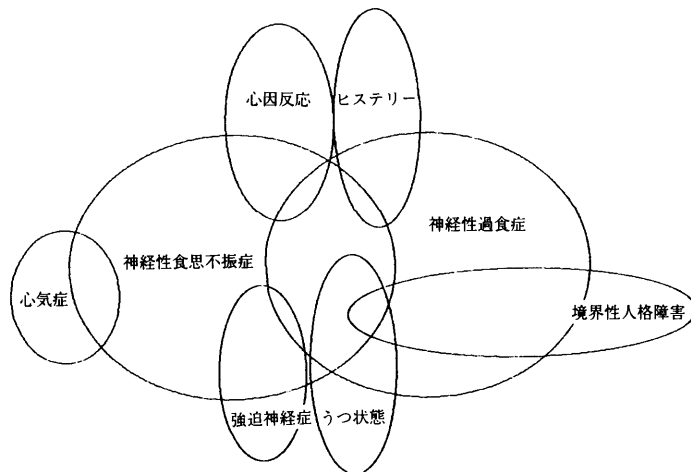


図2. 摂食障害 (神経性食思不振症・神経性過食症) とその周辺疾患

学校保健における摂食障害

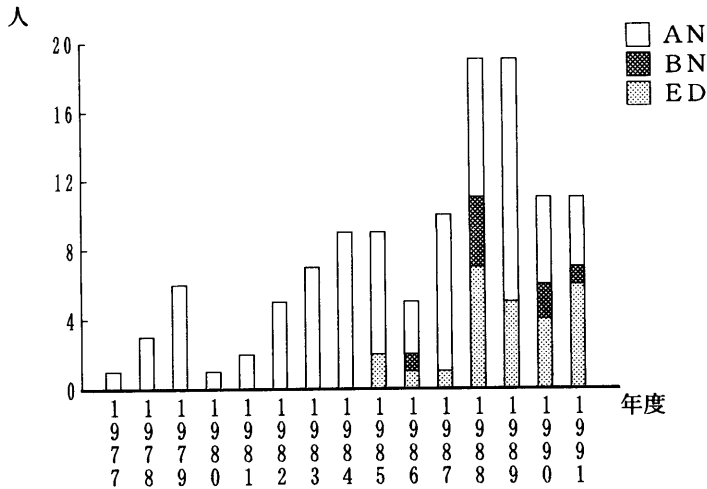


図3. 摂食障害患者の年度別初診者数
三重大学医学部付属病院精神科外来にて

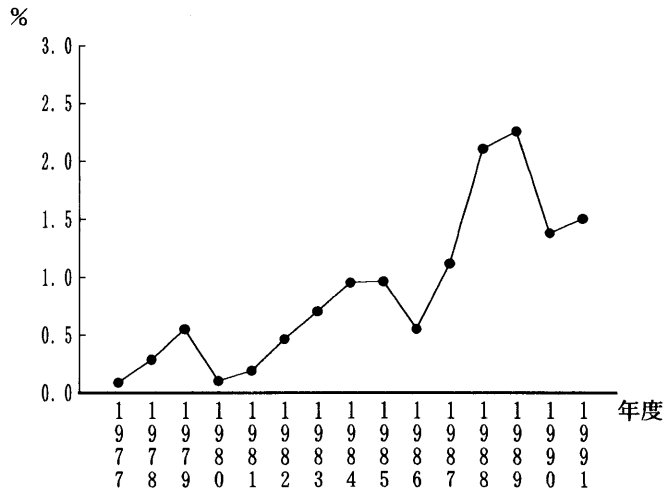


図4. 摂食障害初診患者の総初診患者中の年度別割合
三重大学医学部付属病院精神科外来にて

別総数（初診者総数）が記されている。この図から、三重県でも1980年代後半において、ED、BNが増加し、またその概念が一般化したことがうかがえる。我々が初診時、AN、BNよりも広義の、摂食障害という診断名をつけるのは、AN、BNの両方の要素をもつ者に対してのことが多いことを考えると、近年の摂食障害の増加は、過食症状をもつ者の増加によることがこの図からもわかるだろう。

図4には、一年間の総初診者の中で、摂食障害（AN、BNを含む）と診断される初診者の比率の年度別推移がしめされているが、この傾向は、厚生省の神経性食思不振症調査研究班における、藤

田らの平成元年度の報告⁸⁾とほぼ一致している。すなわち、1970年代後半で増加が目立ち、1980年代に入ると一時減少するが、その後1984年頃より、再び一層顕著な増加を示している。図3、4から判断すると、ただこの増加傾向は1989年にピークを迎えており、1990年には若干減少している。

IV. 学校保健における摂食障害

1. 疫 学

厚生省の中核性摂食異常および神経性食欲不振症調査研究班により、中・高校生におけるANの調査研究が、昭和56年度から61年度にかけて活発に行なわれた³⁾⁴⁾⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²⁰⁾²¹⁾²²⁾²⁶⁾²⁷⁾。これらによ

ると、都市部において、中学女生徒で0.06%～0.2%、高校女生徒で0.02%～0.6%、郡部において、中学女生徒で0.01%～0.08%、高校女生徒で0.008%～0.08%となっており、報告された数値にかなりばらつきがみられる。また、これらはANに関する調査であり、BNについては、ANの場合より発見しにくく、また本人からの訴えない場合も多い。また、これらの調査がなされた1981～1986年よりも、現代では、さらに摂食障害患者数は増加していると推定される。

本教室にて若山が、三重県内の中学・高校の養護教諭に調査を依頼して行なった卒業論文研究²⁸⁾では、中学女生徒では0.03%、高校女生徒では、0.05%の頻度で、摂食障害患者（すべてAN）の存在が報告された。この三重県での数値は、これまでの報告と比べて、多いとは言えず、郡部での頻度に近いとされている。さらに、BNの患者が発見しにくいという問題を、これまでの報告と同様かかえている。

2. 教師の役割

摂食障害になる生徒は、自分の悩みをすべて打ち明けられるような友人が学校内にいない。その原因として、体型、食事のことで頭が一杯で、他の仲間のことに関心を示す余裕がない場合、人から嫌われるのを恐れて、自分の本心を打ち明けられない場合など様々だが、学校内で孤立していることがほとんどである。家庭内においても、両親（夫婦間）の問題、家族の中での特定の絡み合った関係、硬直した家族関係など、いろいろな問題があるため、家族は、患者の訴え、悩みを十分に受けとめられないことが多い。

このような中で、教師は、①病気の発見者として、②患児の理解者として、さらに③患児の指導者として、大きな役割を果たし得るだろう。教師の役割という問題を考える時、教師の中でもやはり担任と養護教諭の役割が最も重要となってくると思われる。担任の場合、主に①、②の役割が重要であり、養護教諭には、主に②、③の役割が求められるだろう。

養護教諭の摂食障害に関する悩みとして、若山の報告²⁸⁾では、「生徒の把握ができない」「精神面の問題」「痩せ願望が強い」「病識がない」「家庭との協力」などがあげられていた。家庭的要因がその発症に関与しているEDでは、教師の役割にも限界があるだろう。このため、教師に求め

られることとしては次に、家庭、医療機関との連携の問題を指摘せねばならない。摂食障害の青少年の中で、ときどき盗みをする者がいることはよく知られているが、摂食障害患者全体の中でそれほど高い確率ではない。やせがひどくて体育の授業についていけない場合、感情が不安定で、学校の勉強体制についていけない場合などを除くと、一般に、摂食障害の生徒は目立たないことが多く、彼女らの症状は自分自身に向かっている。従って、このような摂食障害の生徒を早く発見し、家族と相談しながら、早く専門的な治療に導入することが望ましい。摂食障害では、早期に治療を受けた方が予後の良いことは、多くの報告で確かめられている¹⁸⁾。

3. 摂食障害と肥満

肥満は、中学生のおよそ4～10%にみられるため¹⁹⁾、学校保健の中で、肥満は摂食障害より問題になりやすい。肥満に対する指導は、どの学校でも、大なり小なり活発になされている。しかし、摂食障害もまた、その症状、経過の重大さ、また潜在的患児の多さにより、決して看過できない疾患である。

DSM-III¹⁾やDSM-III-R²⁾の摂食障害の項目にANやBNなどはあっても、肥満の項目がないのは、疾患のもつ精神医学的問題（精神症状）が、肥満ではそれほど大きくないからであろう⁶⁾。

一般に、BNと肥満との差異は、表1のようにまとめられるだろう¹⁹⁾。ここであげた肥満は、病気が原因の症候性肥満ではなく、単純性肥満をさす。両者の共通点としては、心理学的には、摂食行動異常が愛情欲求（欲求不満）、自己同一性障

表1 肥満と神経性過食症の差異

	肥 満	神経性過食症
性格	人が良い 内向的 気が弱い	負けず嫌い 強迫性 境界人格構造
家族関係	過保護過干渉 親への依存	家族内分裂 両価的關係
遺伝傾向	有	無
病気の維持機構	エネルギー代謝 の調節失敗	過食・嘔吐 やせ願望
予後不良群の病像	成人肥満への移行	摂食行動異常の 持続 社会的不適応

害の存在を示唆していること（自己同一性障害としては摂食障害の方が重度で、肥満の場合、自己充足感の欠如として、よりみられる）、生物学的には、中枢性摂食調節機構の異常がみられることなどが指摘できるだろう。ともに気晴らし食いの目立つ疾患であるが、表1のように、その病因にはかなりの違いがあり、本質的に異なる疾患として対処するべきである。

ここで注意しなくてはならないのは、肥満児の指導の問題である。肥満が現在、または過去にあった者の方が、一般に体重に対する不安、不満足感が強く、体重減少を迫られた時、摂食障害になりやすいことが報告されている¹³⁾¹⁵⁾。従って、肥満の指導のさい、その生徒の性格、家族状況などを慎重に考慮に入れながら、肥満に対する指導をする必要があるだろう。

V. 摂食障害の治療と予防 —学校生活とのかかわりの中で—

ANの患児たちは、一般に病識が乏しく、BNの患児たちは、病気のことで苦しんでいるながらも、同時に病気の世界にとどまろうとしているかのように見える。このため、学校における摂食障害の患児の指導は、まず彼女たちの心性を理解し、共感するところから出発しなければならない。前述したように、彼女たちは、学校内で真の友人をもてず、家の中でも、特定の絡み合った家族関係の中に巻き込まれている。「自分で病気になったのだから、自分の責任で病気を治さなくてはならない。」「病気に甘えているだけである。」など、このような言葉で、彼女たちの心は容易に離れ、孤立化していく。また、給食時に食事を強制する、体重測定を頻繁に行なうなどの行為も、患児の心を無視したものとなるであろう。

学校保健の場では、支持的受容的な立場から出発した上で、認知行動療法的な指導を多少まじえていくのが有効ではないだろうか。Garner¹⁰⁾、Fernandez⁷⁾らが述べているように、摂食障害患者には、“すべてか無か”の完全主義的論理、摂食・体型に関する事柄についての選択的抽出・拡大化、“ねばならない”的考え方など、特有の認知の誤りが存在し、彼女らは、誤りの中で、合理的・客観的考え方を見失い、自己をどう処理すればよいのかわからなくなっている。そのような患児に対して、その誤りを修正し、未来や過去ではなく、現在のことにエネルギーを集中させ、彼女

らの自己同一性の獲得への試みを援助することが必要となる。この認知療法的カウンセリングは、確固とした治療関係（人間関係）の上においてこそ効果があがることを、ここでは強調しておきたい。

さらに、行動療法的に、現実即した目標設定をし、段階的に摂食における諸問題を克服していく視点も有効となるだろう。ただ、行動療法といっても、行動制限療法のようなオペラント技法は、学校の間では、適用困難である。

病気の予防は、一般的に3種類ある。一次予防は、病気の発生そのものを防ぐこと、二次予防は、病気の早期発見、早期治療により、病気をできる限り早く治癒にもっていくこと、三次予防は、病気が固定してしまった患者に対して、病気の悪化を防ぎ、リハビリテーションなどを通して、病気による種々の障害を、可能な限り減少させることである。摂食障害の場合、一次予防は現在のところ不十分であり、三次予防は、その効果という点に関して、しばしば問題を残す。従って、二次予防が現在中心となっている。

摂食障害の予後について、ANの場合、治癒に最低4年要する¹⁴⁾、6年以内の治癒率は約45%²³⁾など、病気の改善に4～5年要する¹²⁾と報告されている。またBNでは、さらに長くかかる可能性も大きい。従って、学校内においても、「保健だより」などを応用し、摂食障害についての危険性を生徒に知らせ、また教師自身が摂食障害に関する理解を深めることにより、一次予防、二次予防の体制を充実することが望まれる²⁴⁾。摂食障害は、社会文化的背景の強い疾患である。それ故、現代のような、やせていることが魅力的とされている社会においては、摂食障害における一次予防、二次予防の重要性はもっと強調されてもいいのではないだろうか。

参 考 文 献

- 1) American Psychiatric Association: DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition). Washington, D. C., 1980.
- 2) American Psychiatric Association: DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition revised). Washington, D. C., 1987.
- 3) 東 淑江, 辺見真知子: 中・高・大学生における神経性食欲不振症調査. 厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班, 昭和56年度報

- 告書；30-34, 1982.
- 4) 東 淑江：京都府公立高校生における神経性食欲不振症のアンケート調査。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和57年度報告書；61-68, 1983.
 - 5) 東 淑江，大石まり子：京都府の高校生における神経性食欲不振症の疫学調査。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和58年度研究報告書；40-46, 1984.
 - 6) Brone, R. J. and Fisher, C. B.: Determinants of adolescent obesity: a comparison with anorexia nervosa. *Adolescence* 23 (89); 155-169, 1988.
 - 7) Fernandez, R. C.: 認知の障害：治療との関わり. Powers, P. S., Fernandez, R. C. 編 (保崎秀夫, 高木洲一郎監訳)；神経性食欲不振症, 過食症の治療, 医学書院, 東京, p. 109-116, 1989.
 - 8) 藤田利治, 橋本修二, 養輪眞澄：患者調査に基づく神経性食思不振症の推計有病数の年次推移。厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班，平成1年度研究報告書；27-31, 1990.
 - 9) Garfinkel, P. E.: 本書によせて. (松林直, 玉井一訳) 末松弘行, 河野友信, 玉井一, 馬場謙一編, 神経性過食症 その病態と治療, 医学書院, 東京, p. iii~ix, 1991.
 - 10) Garner, D. and Bemis, K.: A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Ther. Res.* 6; 123-150, 1982.
 - 11) Gull, W. W.: Anorexia nervosa (apepsia hysteric). *Br. Med. J.* 2; 527-532, 1873.
 - 12) 井上洋一, 藤本淳三, 北村陽英, 榎本良廣, 木村文隆, 豊永公司, 窪田直美, 館 直彦, 山本 晃, 西村 健：Anorexia Nervosa の経過と予後について —22年間の212症例より—。見精医誌. 27; 296-309, 1986.
 - 13) Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. and Wakeling, A.: Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol. Med.* 18; 615-622, 1988.
 - 14) 牧田治朗：神経性食思不振症の予後に関する研究。十全医誌. 96; 756-772, 1987.
 - 15) Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E., Hatsukami, D. and Soll, E.: Bulimia nervosa with and without a history of overweight. *J. Subst. Abuse* 2; 369-374, 1990.
 - 16) 水野義陽, 水島典明, 牧田治朗, 山口成良, 石井 陽：福井県下の中・高校生における anorexia nervosa の疫学調査。厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班，昭和59年度研究報告書；50-62, 1985.
 - 17) 水島典明, 石井 陽：石川県の中・高校生における Anorexia nervosa の疫学的研究。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和57年度研究報告書；42-52, 1983.
 - 18) Morgan, H. G., Purgold, J. and Wellbourne, J.: Management and outcome in anorexia nervosa. A standardized prognostic study. *Br. J. Psychiat.* 143; 282-287, 1983.
 - 19) 村田光範：小児の肥満。医歯薬出版株式会社, 東京, 1980.
 - 20) 中井義勝, 黄俊清, 塚田俊彦, 辻井 悟, 杉本真理：京都府下中学校, 高等学校, 大学における神経性食欲不振症患者の実態調査について, 厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和58年度研究報告書；34-39, 1984.
 - 21) 大関武彦, 若月弘子, 石谷暢男, 花木啓一, 白木和夫：山陰地方における神経性食欲不振症等のやせの頻度に関する研究。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和58年度研究報告書；50-58, 1984.
 - 22) 末松弘行, 石川 中, 久保木富房, 高木里実：神経性食欲不振症の学校における実態調査。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和58年度研究報告書；23-29, 1984.
 - 23) 末松弘行：神経性食思不振症の概念 (定義) と分類. 末松弘行, 河野友信, 玉井 一, 馬場謙一編, 神経性食思不振症 その病態と治療, 医学書院, 東京, p. 2-11, 1985.
 - 24) 橋 雅子：養護教諭からみた中学生および高校生の摂食障害について。女子栄養大学紀要. 20; 203-206, 1989.
 - 25) Theander, S.: Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *J. Psychiat. Res.* 19; 493-508, 1985.
 - 26) 富田明夫, 塚田正志, 戸谷有二, 大磯ユタカ, 高槻健介：愛知県下, 中学生, 高校生における体重減少者, 神経性食欲不振症の調査。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和57年度研究報告書；56-60, 1983.
 - 27) 富田明夫, 塚田正志, 高木健介：名古屋市内・中学・高校生における体重減少者, 神経性食欲不振症の調査。一郡部との比較—。厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班，昭和58年度研究報告書；30-33, 1984.
 - 28) 若山未登里：学校保健の中での摂食障害について。三重大学教育学部平成3年度卒業論文, 1992.
 - 29) White, M. B. and White, W. C.: 過食と女性の心理. 杵渕幸子, 森川那智子, 細田真司, 久田みさ子訳, 星和書店, 東京, 1991.