

11. 摂食障害者の地域における回復のプロセスとサポートのあり方の研究

○武田 綾 (NPO 法人のびの会)
鈴木健二 (鈴木メンタルクリニック)

【研究の背景】

摂食障害とは、極度の食事制限でやせすぎ状態になる、過食がコントロールできず、苦しくなっても食べるのをやめられないというような、その奇妙さがマスコミでは中心に取り上げられている。日本だけでなくいわゆる先進国と言われる社会の中で、若い女性を中心として発症する傾向にあるが、近年取り上げられる自殺問題のハイリスク要因であることが調査によって明らかにされていて、実は、先のような興味本位な取り上げられ方の裏には、若い女性の心と体を蝕んでいく深刻な病気である。

摂食障害は、食事制限を行って病的にやせる神経性食欲不振症と、過食が止まらなくなる神経性過食症に分類される。これらは一見正反対のようだが、病気としては同一のものである。一般的には思春期に好発するが、初期症状では、ダイエットをきっかけに始まって極端に食事を減らし、体重がどんどん下がり、生理が止まるという神経性食欲不振症の形でみられる。そこで適切な治療がおこなわれるときちんとした食事が摂取できるようになって体重が増加、生理も再開し、学校生活や社会生活に戻ることが可能になるという、回復に向かうことができる。ところが、神経性食欲不振症の約半数の人には、普通は一時期に限られるはずのリバウンドによる過食行動が止まらなくなり、そのまま神経性過食症に移行してしまう。その場合、やせ願望が強いタイプは、過食後の肥満恐怖から喉に指を入れて食べたものを吐いたり、下剤を何十、何百錠と大量に飲んだりして、過食で摂りすぎってしまったカロリーが消化吸収されることを阻止する異常行動を伴うようになる。過食症の中ではこうした自己誘発嘔吐タイプが増えている。そしてこのタイプは、食欲とやせ願望をどちらも満たせるため、これらを何年もわたって繰り返している場合が多い。こうなると精神的にはうつ状態になってひきこもったり、情緒不安定になってリストカットを繰り返したりするようになる。当然日常生活に支障をきたすので学校も辞め、就職も出来ず、食欲とやせ願望にひたすら捉われるだけの時間を年単位で過ごすことになってしまう。このように慢性化して回復が困難になる最大の理由は、効果的な治療薬がないことである。この病的な食欲の抑制剤ややせへのこだわりを軽減する薬剤は未だ見つかっていないことから、治療としてはカウンセリングや認知行動療法などを組み合わせて実施する機会が多いが、効果が表れるにも時間がかかり、しかも万人に適切といったものではないという厳しい現状である。

筆者らは、医療機関における医学的治療が限定的な現在の段階において、生活の中での回復を目指すことを目標に、地域でのリハビリテーションの有用性を考え、本邦初の試みとして、摂食障害の女性のみを対象とした地域活動支援センター（以下、地活 C と省略）を 1998 年に設立して運営してきた。この地活 C では病気について学び、回復に向けての

具体的な改善案などを話し合ったり、思いをシェアして支え合うミーティングを行う他、一緒に食事を作って共に食べることの練習をしたり、生産活動としての自主製品作成（自家製パウンドケーキ）、外部からの委託作業を行ったりなどのプログラムを設定している。このように慢性化した摂食障害の回復には、長い時間と適切なリハビリテーションの設定が必要であると言える。

【研究の目的】

従来の研究は、「病院で治療を受けた患者」が対象で「5～6年後の転帰」が報告されているのみである。そこで本研究では、この地活 C が「地域における回復」を目指して設立され、そこから 15 年にわたって実施している活動やプログラムが、慢性化した摂食障害に対する回復促進に繋がるか、その効果の測定を目的とした。長期利用者の回復の経過を分析は、この施設を運営するところであるからこそ可能な研究と言える。

【対象と方法】

対象者の利用する地活 C は、摂食障害の当事者と家族の有志、そこに精神科医、心理士といった医療職者の他、地域での障害者福祉に関わる関係者らで 1998 年に設立された、本邦初の摂食障害者の地域活動の場である。2001 年から横浜市の補助金を受けるようになって、それまでの自主運営体制から正式に自治体の認可施設として運営されている。ある一定期間の利用成果を図るため、その基準を「3 か月以上、10 回以上の利用者」と定めたところ、今回の調査対象は、設立時からの利用者 200 名超中、筆者らが現在も何らかの形でコンタクトが取れて、住所も確認でき、本人の実際の様子が確実に把握できた 99 名とした。その 99 名に対して自己記入式調査票を送り、同時に調査の参加・不参加で不利益は受けないこと、プライバシーは守ること等を記した研究への同意書に署名を貰った。なお本研究に於いては、この地活 C 運営母体である NPO 法人のびの会の倫理委員会の承認を受けた。また回答者には調査協力への謝礼として、1000 円の QUO カードを送付した。

調査票は、年齢、生活状態、摂食障害の発症年齢、体重の変化（体重については体格指数：BMI, body mass index を使用）拒食、過食、自己誘発嘔吐、下剤乱用、やせ願望などの異常食行動の現状、摂食障害のタイプ、併存症のうつ病やパニック障害などの有無などの他、いくつかのチェックリストも含めた。全般的な精神状態のチェックリストである GHQ-12 (General Health Questionnaire-12:スコアが大きいほど具合が悪い)、食行動異常についての EAT-26 (Eating Attitude Test-26:高スコア程食行動異常が大きい)、うつ病のチェックリストである SDS (Self-Rating Depression Scale:高スコア程うつ状態が重篤)といったものである。さらに、対象者の現在の社会的な適応状態については GAF (Global Assessment of Functioning : 高スコアほど社会適応性が高い) を実施して、共同研究者と適応の評価を行った。

対象者には 2013 年 1 月に 3 月末日を回答期限として調査票を送付した。送付者 99 名中 80 名から回答が得られた。調査の参加率は 81%であった。

本研究における対象群は、筆者らが厚生労働省の摂食障害研究班分担研究として 2005

年に先行研究として行った、地活 C 利用者病状調査にも参加しており、さらに今回経過が追跡できた 18 名とした。つまり、この対象群が地活 C の初期からプログラムをやっている成果を示せると考えた。

まずこの対象群の 18 名について、前回 2005 年と今回の 2013 年とで病状改善がみられるか比較した。さらに、その対象群 18 名と、2005 年以降にプログラムに参加し始めた群とで、早期から、また長期間にわたって地活 C のプログラムに参加することが、病状改善に効果があるかも比較した。その際、対象群と平均年齢を合わせるために、2005 年以降参加群 62 名のうち、20 代前半のメンバー 10 名を除外した 52 名を対象とした。

【結果】

表 1 には、対象群 18 名の 2005 年時調査の結果と今回の 2013 年調査の結果との比較を示した。18 名の平均年齢は 2005 年時 26.5 歳で、8 年後の 2013 年時 34.6 歳であった。摂食障害の状態を見ると、8 年間で、神経性過食症が 44.4%から 33.3%で大差はないが、特定不能の摂食障害(神経性食欲不振症や過食症としての明らかな診断基準を満たさない状態)は 33.3%から 16.7%に減少、さらに摂食障害の症状が消失した者は 22.2%から 50.0%に増加していた。このように症状が消失した者の割合は大きな差がみられたが、統計学的には「そうした傾向がある」差($p<0.1$)であった。食行動異常のチェックリストである EAT-26 の平均値は 17.6 から 10.8 に減少しており、ここでも同様な「傾向的な」差($p<0.1$)が認められた。自覚的な精神的健康度のスケールである GHQ-12 の平均スコアと、うつ病のスケールである SDS の平均スコアは 8 年間の期間では、特に変化は認められなかった。

一方、社会的適応状態を共同研究者で評価した GAF の平均スコアは 8 年間で大きく変化して、61.0 から 73.3 に上昇しており、有意差が見られた($t=2.5$, $df=34$, $p<0.01$)。

表 1. 対象群 18 名の 2005 年調査と 2013 年調査の状態像の比較

| | 2005 年調査 (N=18) | 2013 年調査 (N=18) |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| 平均年齢(歳) | 26.5 (6.5) | 34.6 (5.9) |
| BMI | 23.5 (4.2) | 23.2 (4.9) |
| 摂食障害のサブタイプ | | |
| 神経性食欲不振症 | 0 | 0 |
| 神経性過食症 | 44.4% | 33.3% |
| 特定不能の摂食障害 | 33.3% | 16.7% |
| 摂食障害の症状なし ¹⁾ | 22.2% | 50.0% |
| GHQ スコアの平均 | 18.1 (7.8) | 17.5 (9.2) |
| EAT-26 スコアの平均 ²⁾ | 17.6 (15.2) | 10.8 (12.5) |
| SDS スコアの平均 | 44.8 (12.0) | 45.2 (10.0) |
| GAF スケールスコアの平均 ³⁾ | 61.0 (11.3) | 73.3 (17.1) |

1) $\chi^2=3.0$, $p<0.1$, 2) $t=1.43$, $p<0.1$, 3) $t=2.5$, $p<0.01$

表 2 には、対象者の 18 名と、それ以降に参加した者 52 名の比較を示した。地活 C 設立初期の 8 年以上前から利用している者と、最近参加した者との摂食障害の状態の比較である。対象群と新しい参加者群との間に、平均年齢、発症年齢、摂食障害の持続期間に差はなかった。この両群で摂食障害の状態を比較すると、対象群は、神経性食欲不振症は見られないが、最近の参加者群には 13.5%見られている。また神経性過食症は、対象群が 33%で最近の参加者群は 23%で対象群に多くなっている。特定不能の摂食障害は、対象群には 16.7%だが、最近参加群には 30.8%存在しており、症状がなくなった者は対象群では 50%で、最近参加者群には 32.7%しか存在しなかった。このようにスコア上は対象群回復者が多いように見られたが、実際には統計的有意差は認められなかった。さらに GHQ-12、EAT-26、SDS のスコアも両群間では大きな差はなかった。しかし GAF スコアは 73 対 63 で、ここでも対象群の方が統計的に有意($t=1.3$, $df=68$, $p<0.05$)に高いことが明らかであった。すなわち、地活 C でのプログラムに早期から参加している者は、そうでない者と比較すると回復に向かう傾向が大きく、特に社会的適応性の向上がみられることが示唆された。

表 2 対象群 18 名と最近通所を開始した者との比較

| | 対象群 (N=18) | 最近通所開始した者 (N=52) |
|------------------------------|---------------|---------------------|
| 平均年齢(歳) | 34.6 (5.9) | 34.1 (5.8) |
| 摂食障害発症年齢(歳) | 18.3 (5.3) | 18.1 (4.5) |
| 発症からの期間の平均(年) | 17.2 (5.4) | 16.3 (5.2) |
| 摂食障害のサブタイプ | | |
| 神経性食欲不振症 | 0 | 13.5% |
| 神経性過食症 | 33.3% | 23.1% |
| 特定不能の摂食障害 | 16.7% | 30.8% |
| 摂食障害の症状なし | 50.0% | 32.7% |
| GHQ スコアの平均 | 17.5 (9.2) | 19.5 (7.4) |
| EAT-26 スコアの平均 | 10.8 (12.5) | 12.5 (15.9) |
| SDS スコアの平均 | 45.5 (10.0) | 49.3 (11.5) |
| GAF スケールスコアの平均 ¹⁾ | 73.3 (17.1) | 63.0 (19.1) |

1) $t=1.9$, $p<0.05$

【考察】

本研究から、以下のことが明らかにされた。

①対象群の 18 名については、2005 年調査時よりも今回調査時の方が、さらには最近の地活 C 参加者よりも摂食障害の病状の改善が認められた。つまりこの結果から、未だかつて実施されたことのなかった、社会の中で摂食障害の回復を試みるリハビリテーションプログラムは、摂食障害者の回復促進につながっており、それを実施する場所や人材を持つ地活 C は有用であると言える

②さらに、「慢性化した摂食障害は回復するのか」という点に於いて、2005年調査時から8年経過したこの調査研究の結果得られたことにより、慢性化した摂食障害者は、急速な改善ではなく、年単位の時間をかけてゆっくりと回復する傾向があるといった回答が導き出せると思われた。

摂食障害は、残念ながら未だ治療効果のある特効薬が開発されていない。日々の症状の苦悩に時間もエネルギーも費やされるのに、即効的な有効性のある薬剤で救われるべきところ、それを持たない疾患の場合は、医療者と当事者のいずれもが葛藤的となり、治療に行き詰ってしまうことが多くなる。摂食障害もそんな治療困難な疾患のひとつである。特に、過食してその後に嘔吐するタイプは慢性化しても本人が症状を家族にすら隠すので表面化せず、どうしても治療のスタートが遅れてしまい、その間に症状も複雑化してしまう。

そこで我が国唯一の地域でのリハビリテーション施設として立ち上げた地活Cであったが、本研究から、実際の活動に回復促進効果があることが明らかとなった。今後同様の施設が設立されることで、摂食障害者の回復を促すに有効な治療であるという必要な根拠となると言えよう。

【経費使途明細】

| 項目 | 内 訳 | 金 額 |
|------|---|----------------|
| 謝金 | | 244,000 |
| | 対象者謝礼用 QUO カード@1,000×120 枚 | 120,000 |
| | アンケート回収作業協力費@1,000×4 名 | 4,000 |
| | データ集計・分析作業協力費@10,000×12 回×1 名 | 120,000 |
| 通信費 | | 28,200 |
| | 郵送料@140×105 | 14,700 |
| | 切手@90×150 枚 | 13,500 |
| 消耗品費 | | 8,439 |
| | アンケート用紙 @627×5 冊 | 3,135 |
| | 郵送用封筒(角 2) @1,254×3 冊 (長 3) @514×3 冊 | 3,762 1,542 |
| 交通費 | | 20,000 |
| | データ集計作業交通費・駐車料金@1,500×12 回 | 18,000 |
| | アンケート回収作業交通費@500×4 名 | 2,000 |
| 支出合計 | | 300,639 |