

症例報告：24時間食事日記で生活時間改善の必要が 認められた神経性大食症患者の1例

A Case of Bulimia Nervosa: A 24-Hour Diet Diary Showing the Necessity for Life Style Changes

奥村 万寿美^{*)} 橋本 賢^{*)} 辻 とみ子^{*)} 松田 秀人^{**)} 高田 和夫^{*)}
Masumi OKUMURA, Masaru HASHIMOTO, Tomiko TSUJI, Hideto MATSUDA, Kazuo TAKADA

症例は32歳女性。1999年2月初診。既往歴として、鬱、神経性無食欲症、逆流性食道炎。過剰な食事摂取と自己誘発性嘔吐を繰り返している。2004年2月における身体計測および生化学検査は身長157.5cm、体重56.4kg、標準体重54.6kg、BMI 22.7kg/m²、体脂肪率25.7%、肥満度3.3%、TP 7.2g/dl、Alb 5.0mg/dl、アミラーゼ 161IU/l、T-cho 260mg/dl、TG 107mg/dl、HDL-cho 69mg/dl、LDL-cho 170mg/dl、HbA_{1c} 4.6%であった。アメリカ精神医学会によるDSM-IVに従って診断を行った結果、排出型の神経性大食症(BN)と診断された。患者の1日の食行動および食事摂取量を把握するために、24時間食事日記を記録させたところ、過食行動が23時以降に多く認められた。その際の嘔吐率は約74%で、BNの特徴である、深夜過食と自己誘発性嘔吐が観察された。過食時の最高摂取エネルギーは約8,200kcalであった。以上の結果をもと行動変容のための栄養カウンセリングおよび生活指導を月1回の頻度で行った。5月のアセスメントでは、アミラーゼ 126IU/l、T-cho 212mg/dl、TG 41mg/dl、HDL-cho 71mg/dl、LDL-cho 133mg/dlと脂質代謝とアミラーゼが改善し、嘔吐回数の減少の傾向が認められた。しかし、6月には、過食、深夜摂取、嘔吐の回数が増加し、アミラーゼが170IU/lと再び上昇した。本症例は深夜の過食と嘔吐回数の減少により一時的なアミラーゼ値の改善が見られたことから、深夜嘔吐がアミラーゼ値の動態に影響していることが推察された。以上のことから、深夜過食と嘔吐回数などの食行動の把握が、24時間食事日記によって明らかとなりBNに対する栄養カウンセリングおよび生活指導を行う上で有用であることが示唆された。

キーワード：神経性大食症，食事日記，自己誘発性嘔吐，過食

Bulimia Nervosa, Diet Diary, Self-induced Emesis, Overeating

緒言

近年、摂食障害患者の増加は、社会的に非常に大きな問題となっている。1998年の全国の疫学調査によれば、神経性無食欲症(Anorexia Nervosa 以下ANと略記)5,417人、神経性大食症(Bulimia Nervosa 以下BNと

略記)3,201人、特定不能の摂食障害(Eating disorder not otherwise specified 以下ED-NOSと略記)1,887人で、最近の5年間ではAN4倍、BN4.7倍も増加している。推定患者数は、AN12,500人、BN6,500人、ED-NOS4,200人であった¹⁾。患者の増加に伴い、かつて

^{*)} 名古屋文理大学 健康生活学部 健康栄養学科。 ^{**)} 名古屋文理短期大学 食物栄養学科。

は稀な病気であり、特定の機関で治療されていたが、今や日常診療において遭遇する疾患となっている²⁾。今回、われわれは、クリニックにおける、BN 患者の異常な食行動に対し、患者が正しく認知し、望ましい食行動へと変容できるように支援する方法の一つとして24時間食事日記を用い、その有用性の検討を行ったので報告する。

症例および介入方法

【症例】

患者：32歳，女性。

主訴：上部消化管不定愁訴

家族歴：母：高血圧

既往歴：鬱，AN，逆流性食道炎，

現病歴：7年ぐらい前にダイエットを始め、半年ぐらいの間に60kgあった体重が53kg（肥満度－2.5%）となった。その後、鬱となり食欲不振が続き、2～3ヶ月の間に7～8kg体重が減少し、最低体重は46kg（肥満度－15.4%）となった。それが戻り始めたころから、職場での仕事や人間関係のストレスから仕事が終わるとケーキを買いに行き、一度に4～5個食べては吐くという行為を繰り返すようになった。現在も深夜に過食と嘔吐を繰り返し、体重コントロールのために、エアロビクス、ジャズダンスのレッスンを4～6日/週行っている。本院には1999年2月より、上部消化管不定愁訴があったため内科的治療を希望して受診した。摂食障害の疑いがあるため、アメリカ精神医学会によるDSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV）³⁾にしたがって診断を行った結果、排出型の神経性大食症と診断された。

【栄養アセスメントと栄養ケア計画】

栄養アセスメントを表1に示す。栄養面接、身体計測、臨床検査、食生活調査より、本症例の栄養状態、食生活、食行動、活動、運動、家庭および社会との役割・関係、認知、価値観、ストレス状態などの面から客観的に評価した。この栄養アセスメントの結果から、①過食－自己誘発性嘔吐の繰り返し ②主食・主菜・副菜の食事形態の日が少ないことに起因する栄養バランスの不良 ③食事摂取時間の不規則の3つの問題点が明確化された。この問題点に対する栄養ケアの最終ゴールは、過食－嘔吐の悪循環を断ち、規則正しい食事の摂取をめざすことにした。長期目標は、菓子類の摂取を減らし、三食バランスのとれた食事摂取ができ

ること、短期目標は、嘔吐回数を2～3回/週に減らすことをアウトカムとした。栄養ケアプランの初期計画において、栄養診断計画は、24時間食事日記および自己誘発性嘔吐状況を毎日記録させる。栄養治療計画は、栄養バランスのよい食事を規則正しく摂取させる。栄養教育計画は、月1回栄養カウンセリングを実施するとした。

結果

【栄養カウンセリング】

栄養カウンセリングの経過を表2に示す。栄養カウンセリングの経過記録は、POS（Problem Oriented System）により、SOAP（Subjective Objective Assessment Plan）の4つの要素にわけて記載した。

【身体計測】

身体計測の経過表を表3に示す。半年間の経過を診ると、体重は58.4～56.2kg、BMIは23.7～22.3kg/m²、肥満度は7.6～1.3%、体脂肪は27.0～25.1%の若干の変化を認めたが、特に、問題は認められなかった。

【臨床検査】

臨床検査の経過表を表4に示す。2004年2月の検査において血中アミラーゼは161IU/l、総コレステロールは260mg/dl、LDL コレステロールは170mg/dlと高値を認めた。5月の検査において2月の検査で高値を認めた血中アミラーゼは126IU/l、総コレステロールは212mg/dl、LDL コレステロールは133mg/dlと改善が認められた。しかし、6月の検査において血中アミラーゼは161IU/lと再び上昇した。

【24時間食事日記】

24時間食事日記の経過の一部を図1に示す。この8日間から患者の食行動を検討すると、①自己誘発性嘔吐の発生割合が50% ②不規則な食事摂取時間 ③21時ごろから深夜にかけて過食 ④菓子類の過剰摂取などを認めた。このように、24時間食事日記は、自己誘発性嘔吐の頻度、食事摂取時間、食事摂取量とその内容などが経時的に視覚的に示された。

【栄養摂取量と自己誘発性嘔吐との関係】

自己誘発性嘔吐の有無における栄養摂取量

自己誘発性嘔吐の有無における栄養摂取量との関係を図2に示す。自己誘発性嘔吐の有無における摂取

症例報告：24時間食事日記で生活時間改善の必要が認められた神経性大食症患者の1例

表1 栄養アセスメント

栄養状態	
身体計測	身長 157.5cm, 体重 56.4kg, 標準体重 (IBW) 54.6kg, BMI 22.7kg/m ² , 体脂肪率 25.7%, 標準体重比 (% IBW) 103%, (インピーダンス法より) 脂肪量 14.5kg, 除脂肪量 41.9kg で、特に問題は認められなかった。
生化学検査	総ビリルビン 1.0mg/dl, TP 7.2g/dl, Alb 5.0mg/dl, A/G 比 2.3, AST 24IU/l, ALT 24IU/l, ALP 148IU/l, LD 195IU/l, γ GTP 14U/l, アミラーゼ 161IU/l, T-cho 260mg/dl, TG 107mg/dl, HDL-cho 69mg/dl, LDL-cho 170mg/dl, HbA _{1c} 4.6% で、脂質代謝の異常と過食・嘔吐によるアミラーゼ高値を認めた。栄養障害は特に認められなかった。
食生活	
身体状況	便秘 (+), 摂食機能障害 (-), 食物アレルギー (+ 鯖)。
食事パターン	食事時間が3食ともバラバラ。主食・主菜・副菜の食事形態の日の少ない。野菜不足である。菓子類の大食を繰り返している。
食事摂取量 (聞き取り)	過食の日は3,500～5,000kcal, 過食のない日は1,500～2,500kcal と推測された。
嗜好	アルコール (-), タバコ (-), 主食はパンが中心, 米は嫌いなので食べないようにしている。甘いもの (菓子パン, 洋菓子, 和菓子など) アイスクリーム, くだものが大好物である。
食に対する考え方	野菜を食べるようにしている。肉は鶏肉または豚肉しか食べない。脂は摂らず, たんぱく質と繊維質を摂るようにしている。食べたいものは我慢できない。お腹がすいてなくても食べたくなるし, 食べると吐きたくなる。悩みごとや考えごとがあると「食べ吐き」するので眠るようにしている。
食行動	
食行動パターン	深夜になると摂食衝動にかられ, 過食しないと気持ちが納まらず, 摂食後は, 体重増加の恐怖と罪悪感にさいなまれ嘔吐しないと安心できない状態。
行動変容段階	現在取り組んでいるので実行期に相当すると考えられるが, 目標に到達できていない状態。
活動・運動	
生活活動	移動は車を使用。実家の経理を月に2～3日担当, 仕事は事務作業のため活動強度は軽に相当すると考えられる。しかし, 体重コントロールのためのダンスレッスン日の活動強度は普通または強に相当すると考えられる。
運動	エアロビクス, ジャズダンスのレッスンを4～6日/週行っている。
基礎代謝量 (BEE)	Harris-Benedict より 1,331kcal
役割・関係	
家庭内の役割・関係	以前は母と姉の三人暮らしであったが, 母親とのトラブルで症状が悪化を認めるため, 医師のアドバイスにより現在一人暮らしをしている。
社会的役割・関係	特記事項なし。
認知・価値観・ストレス	
健康行動への考え方	ストレスー過食ー嘔吐の悪循環を改善したいと思っている。嘔吐をしないようになりたい。
ストレス状態	人間関係：仕事 (職場には母・弟夫婦), 食事記録

栄養素量 (平均±標準誤差) は嘔吐なしの時はエネルギー1,786±67.3kcal, たんぱく質293±20.8kcal (73.2±5.2g), 脂質545±43.5kcal (60.6±4.8g), 炭水化物1,045±44.2kcal (261.3±110g) であった。エネルギー比率はたんぱく質16.4%, 脂質30.5%, 炭水化物58.6% であった。嘔吐有では4,148±181.8kcal, たんぱく質460±24.3kcal (115±6.1g), 脂質1,322±75.1kcal (146.8±8.3g), 炭水化物2,408±124.4kcal (602±31.1g) であっ

た。エネルギー比率はたんぱく質11.1%, 脂質31.8%, 炭水化物58.0% であった。また, これまでの最大摂取量はエネルギー8,234kcal, たんぱく質138.9g, 脂質335.6g, 炭水化物1164.6g であった。菓子類のみのエネルギー量は最低393kcal, 最高4,695kcal であった。

1ヶ月にわたる摂取エネルギーと自己誘発性嘔吐

1ヶ月にわたる摂取エネルギーと自己誘発性嘔吐の関係を図3に示す。図に示すように月末や月初めに過

表2 栄養カウンセリング経過表

年月日	# : Problem, S : Subjective data, O : Objective date, A : Asessment, P : Plan Dx : 栄養診断, Rx : 栄養治療, Ex : 栄養教育	
2003/12/21	# 1 # 2 # 3 S O A P	過食-自己誘発性嘔吐が週に3~4回 食事時間が不規則 栄養バランス不良 食べたい気持ちが優先で、食べた後、太るのがいやなので吐くようにしています。 体重増加は常に、気にしています。スポーツトレーナーは「太りすぎ」と言っていますので、もっと痩せないと思っています。 スポーツクラブに4~6回/週、エアロビクス。 終始、下を向き、栄養士に対して不安の色を隠せない様子であった。ラポールの形成を主眼に現在の食生活の状況について聞き取りを行った(表1アセスメント参照)。 Dx) 24時間食事日記と自己誘発性嘔吐の有無の記入 Ex) バランスのとれた食生活の重要性
2004/2/21	# S O A P	夕食後、うたた寝をする習慣が何日も継続 過食と嘔吐する行為に関して苦悩、自分なりに努力してきたこの訴え多数。 1月の自己誘発性嘔吐回数10回、深夜の過食回数9回 生活時間が遅くなるときに過食-嘔吐行為が多い 自己誘発嘔吐しない回数が目標に到達できなかったことを気にしてか、理解を求める訴えが目立つが、生活習慣の変化は認められない。出来ないことを評価するのではなく、出来たこと(自己誘発性嘔吐をしない日)を評価し、1日でも継続できるように支援した。 Ex) 生活習慣の是正の重要性について
2004/3/24	# S O A P	嘔吐回数が多い 現在、食べても食べても満足度が無いです ダンスの先生からは「食べても、吐くのをやめろ」と言われ、1週間吐くのを我慢していた 医師からは「嘔吐回数を減らすために、硬いパンに変更すること。食べるなら野菜を食べるように。」指示されていた 2月の自己誘発性嘔吐回数18回、深夜の過食回数16回、1日2回の代償行動を認める。 吐くことを我慢していたことにより、精神的に困惑している様子であった。今後の食事内容について患者とともに検討し、菓子パンは止めてフランスパンに、野菜料理(スープ煮やサラダなど)を付加することを来月までの目標とした。 Rx) フランスパン + 野菜料理の組み合わせメニュー Ex) よく噛むことの重要性和メリットについて
2004/4/7	# S O A P	料理のレパートリーが少ないことにより、同一メニューが多く料理作りにあきがきている。 先月は吐くことを我慢していたので苦痛だったが、現在は、吐いているので気分はまずまずです。 吐く回数も減っていると思う。食事日記をつけていて、また3日と思ったが、吐くと気持ちが落ち着き次の日のメニューは良好です。 フランスパンと野菜の組み合わせは実行していますが、一人暮らしなので、キャベツを買ってもあまるので、同じものを食べていて偏っているのがよくわかります。 3月の自己誘発性嘔吐回数12回、深夜の過食回数13回 食事日記をつけることの意義を理解しているような発言も多数見られた。自己誘発性嘔吐はあるものの、良好である。このまま継続を期待する。 Ex) 簡単にできる野菜料理の工夫
2004/5/8	# S O A P	不規則な生活時間による生活リズムの乱れ 人と会う機会が多く疲れて食事日記が書けないので、デジカメを使って記入するようになりました。 運動がぜんぜん出来ていないので、ヒップホップのインストラクター養成コースに通うことにしました。 生理不順(ここ2~3ヶ月) 体重(+1.6kg)、体脂肪(+1.4%)、BMI 23.7、 4月の自己誘発性嘔吐回数15回、深夜の過食回数20回 食事日記の記入は苦痛といいながらも、「写したら食べないといけなくて食べ過ぎてしまう」と話しながら、笑顔も見え、楽しさが伺える。仕事が忙しくストレスが多いためか、自己誘発性嘔吐のない日は、がんばって3日しか継続できていない。 Ex) 生活リズムの形成について
2004/7/10	# S O A	自己誘発嘔吐回数の増加 仕事が溜まって、吐く回数が増えている。6月の終わりごろから不調。 5月の自己誘発性嘔吐回数12回、深夜の過食回数16回 6月の自己誘発性嘔吐回数17回、深夜の過食回数15回 血中アミラーゼが5/29では126 IU/lと低下したが、6/19では上昇170 IU/l。 嘔吐した日はサプリメント(マルチビタミン)を服用していた 鬱の状態が伺える、口数も少なく悲しい様子である。終始、話を聴くことに努めた。

表3 体組成の変化

	2004.2.21	2004.3.24	2004.4.7	2004.5.8	2004.6.12	2004.7.10
Weight (kg)	56.4	57.4	56.8	58.4	56.2	55.5
BMI	22.7	23.2	23.0	23.7	22.8	22.3
Obesity index	3.3	5.6	4.5	7.6	3.6	1.3
Percent body fat (%)	25.7	26.4	25.1	26.5	27.0	25.7

表4 生化学検査データの変化

	2004.2.1	2004.4.2	2004.5.29	2004.6.19
TP (mg/dl)	7.2	6.9	7.2	7.0
Alb (mg/dl)	5.0	4.5	4.8	4.7
A/G	2.3	1.9	2.0	2.0
AST (mg/dl)	24	27	55	33
ALT (mg/dl)	24	27	31	28
γGTP (mg/dl)	14	15	13	13
Amylase (IU/l)	161	N.D.	126	170
T-Cho (mg/dl)	260	217	212	214
TG (mg/dl)	107	57	41	41
HDL-Cho (mg/dl)	69	62	71	70
LDL-Cho (mg/dl)	169.6	143.6	132.8	135.8
ASI	N.D.	2.5	2.0	2.1
Ferritin (mg/dl)	N.D.	64	99	91
BUN (mg/dl)	N.D.	17.1	10.5	15.7
Creatinine (mg/dl)	N.D.	0.81	0.85	0.92

ASI: Atherosclerotic Index, N.D.: Not Determined

食傾向を強く認めた。

半年間における食事習慣と自己誘発性嘔吐との関係

食事習慣と自己誘発性嘔吐との関係を表5に示す。半年間における調査日数に対する自己誘発性嘔吐の発生率は49%であった。調査日数に対する深夜摂取の日数は53%であった。自己誘発性嘔吐発生日数に対する深夜の過食と嘔吐の両方の発生日数の割合は74%で、深夜摂食発生日数に対する両方の発生日数の割合は69%で、深夜に過食と嘔吐の習慣があることを強く認めた。

考察

体組成から栄養状態を診てみると、24時間食事日記より推定される、過食時最高摂取エネルギー約8,200kcalの過剰摂取をする一方、ダンスのレッスン3時間に代表される過剰な運動や自己誘発性嘔吐の代

償行動により、BMI23.7～22.3kg/m²の範囲内でコントロールをしていた。患者は常に体重の数値により自己評価しており、生活の質および時間もこの数値により大きく影響を受けていると考えられた。

臨床検査の経過から、2月の検査において、総コレステロールは260mg/dl、LDLコレステロールは170mg/dlと脂質代謝の異常を認めた。また、過食・嘔吐が原因と考えられる、血中アミラーゼは161IU/lと高値であった。5月の検査において2月の検査で高値を認めた3項目に改善が認められた。しかしながら、6月には、過食、深夜摂取、嘔吐の回数が増加し、血中アミラーゼが170IU/lと再び上昇した。血中アミラーゼ上昇の原因のひとつとして、過食・嘔吐の継続による唾液腺腫脹、それに伴う唾液腺アイソザイム増加によることが示されている³⁾。以上のことより、本症例は深夜の過食と嘔吐回数の減少により一時的なア

4/5	バット 93g ボール 174g + バット 155g バット 69g ボール 274g + バット 155g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/6	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/7	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/8	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/9	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/10	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/11	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g
4/12	バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g バット 105g ボール 201g + バット 136g + バット 120g

図1 24時間食事日記・食事摂取調査

症例報告：24時間食事日記で生活時間改善の必要が認められた神経性大食症患者の1例

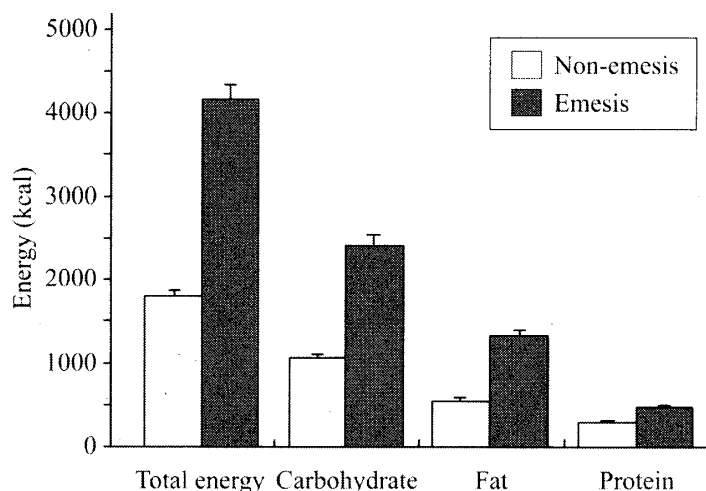


図2 嘔吐時および非嘔吐時における一日摂取エネルギーと内訳

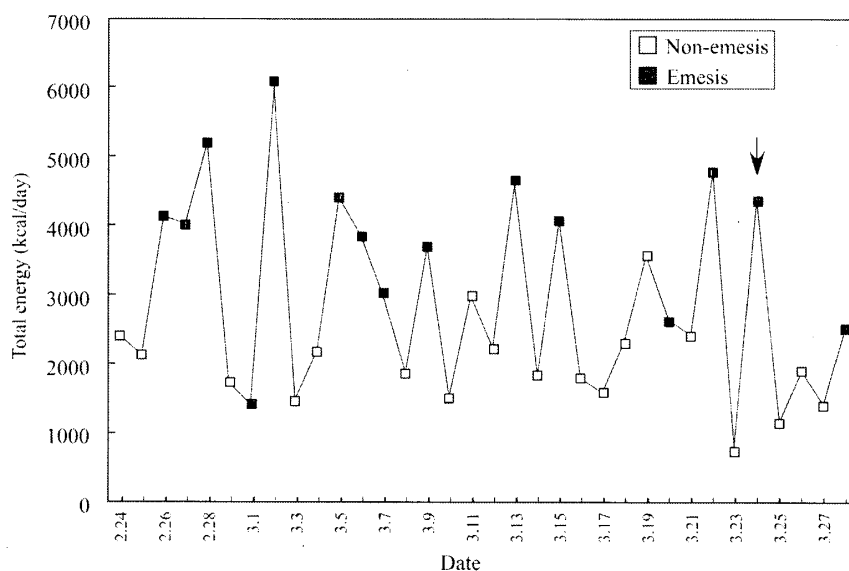


図3 1ヶ月間のエネルギー摂取と嘔吐との関係

表5 自己誘発性嘔吐と深夜摂食との関係

	Emesis	Midnight intake	Both events to all emesis	Both events to all midnight intake
January	10/27 (37%)	9/27 (33%)	8/10 (80%)	8/9 (89%)
February	18/29 (62%)	16/29 (55%)	12/18 (67%)	12/16 (75%)
March	12/31 (39%)	13/31 (42%)	8/12 (67%)	8/13 (62%)
April	15/30 (50%)	20/30 (67%)	13/15 (87%)	13/20 (65%)
May	12/31 (39%)	16/31 (52%)	10/12 (83%)	10/16 (63%)
June	17/23 (74%)	15/23 (65%)	11/17 (65%)	11/15 (73%)
July	5/10 (50%)	7/10 (70%)	4/5 (80%)	4/7 (57%)
Total	89/181 (49%)	96/181 (53%)	66/89 (74%)	66/96 (69%)

Emesis, Midnight intake: 自己誘発性嘔吐回数, 深夜摂食の日数 / 調査日数 (調査日数に対する各々の発生割合 (%)), Both events to all emesis: 自己誘発性嘔吐および深夜摂食の発生日数 / 自己誘発性嘔吐発生日数 (両方の発生日数に対する自己誘発性嘔吐発生日数の割合 (%)), Both events to all midnight intake: 自己誘発性嘔吐および深夜摂食の発生日数 / 自己誘発性嘔吐発生日数 (両方の発生日数に対する深夜摂食発生日数の割合 (%))

ミラーゼ値の改善が見られたことから、深夜嘔吐がアミラーゼ値の動態に影響していることが推察された。

本症例の必要エネルギー量は1,730kcal (Harris-Benedict の算出より：基礎エネルギー消費量×生活活動強度1.3×ストレス係数1.0) であり、嘔吐なしの日の平均摂取栄養量とほぼ等しく量的には問題がなかった。しかし、質的な面から診てみると脂質のエネルギー比が30.5%と推奨されている25%⁴⁾を大きく上回っていた。食事内容から、外食が多く、その選択メニューはパスタ・ピザ・サンドイッチ・ハンバーガーであった。また、ケーキ・タルト・ワッフル・クッキー・アイスクリーム・まんじゅうなどの菓子類や果物は毎日食べており、甘い、脂質の多い食物の選択が多いことに起因すると考えられた。炭水化物のエネルギー比は58%と見かけ上、理想的な比率であるが、複合糖質の摂取が少なく、単純糖質の摂取比率が非常に多かった。すなわち、菓子類に含まれる砂糖からの摂取が大半を占めていたことを意味していた。三大栄養素のエネルギー比率においては嘔吐の有無にかかわらずほぼ同じ比率であったことは、食事の内容的な変化ではなく量の変化と考えられた。今後の脂質代謝異常の予防や適正なエネルギー比率にするには、主食・主菜・副菜の整ったバランスのよい食事が1食でも多く摂れるように再教育する必要性が示唆された。

食習慣と自己誘発嘔吐との関係を診ると、過食行動が23時以降に多く認められ、その際の嘔吐率が約74%と高値であった。この結果から、深夜過食と自己誘発性嘔吐が観察され、この理由については明らかではないが、これらの関連も含めた栄養カウンセリングおよび生活指導の必要性が考えられた。

本症例に対して行った栄養カウンセリングは、患者の訴えに対して傾聴し、ラポールの形成を図り、出来たこと（嘔吐しない）に対する評価を行い、食習慣・生活リズムの改善への重要度やこれを実施するための自己効力感が向上するよう支援することを目的とした。しかし、摂取エネルギーと自己誘発性嘔吐の関係に示すように、月末や月初めに過食する傾向が強く認められる結果となった。これは、家業の経理を手伝っているため、この時期になると仕事に対する負担や母親と接する機会が多くなることによるストレスが原因と考えられた。現段階においては、カウンセリング後の2～3日は良好な傾向を示すものの、コーピングスキルが未熟であることも起因して目標に到達できていない状態である。ストレスと感じた場合はそれを食行

動の異常や代償行動で反応せずに、適切な方法で解決する行動パターンを患者とともに考えていかかなければならないと再確認した。

BNは、他とははっきり区別される時間に短時間の間に大量の食物を食べることを繰り返す、その時間中は摂食行動を自己制御できないという特徴がある⁵⁾。この異常な食行動に対し、患者が自覚し、認知の歪みを是正し、望ましい食行動へと変容させることが重要である。そのためには、いつ、どこで、何を、どれぐらいの量を食べたのかを患者自身が認知するため、本症例に対して24時間食事日記の記録を行った。24時間食事日記は、縦軸に月日、横軸に一日24時間の時間を設定し、食べた時間ごとに、その内容を記載していくもので、患者が書くことにより摂取時間・量・内容を経時的に把握することができる上、視覚で再確認できる。また、患者と管理栄養士が共通の認識が得られる結果から行動修正の目標が立案しやすい。一方、欠点として、食べたそのつど忘れないうちにメモを取る必要がある。また、食事日記の作成には時間を要しストレスの原因となる。患者にこの食事日記の記録を行った感想を聞いてみたところ、「手書きしていた時は、食べながらメモするので落ち着かなかったり、店の人の目が気になったり、友人には申しわけなく思っていた。でも、写真にしてからは、写してしまえば、食事に集中できるようになったし、楽しみながら食べられるようになった。記録すると、時間や量がひと目でわかるので、短時間で食べていることや間が開いていることなどが分るので今後の対策が立てやすい。普通のときは、安心するし、目標設定がしやすく、（自己誘発性嘔吐を）我慢することもできるように思うので、今後も続けていきたいと思う。」ということであった。

以上のことから、24時間食事日記は食事の時間・内容・量を定量的に解析できるだけでなく、患者が自己の認知を自覚しうることが可能であると推測され、また、これらの共通認識が得られる結果から実施される栄養カウンセリングは、ラポールの強化につながり、患者の行動修正の動機づけに、有効であると考えられた。

ANと異なりBNは生命に直接危険をおよぼすものではなく、摂食障害患者にみられる不適切な認知パターンに対し、患者が自覚し、認知の歪みを是正し、行動に反映させることである。そのためには、患者の考えを否定するのではなく、患者の考え方に寄り添い、

あせらず対応して行くことが重要であると考え、今後も継続して24時間食事日記を用い、食生活・生活リズムの適正化をはかっていく予定である。

なお、本論文の要旨は第26回臨床栄養学会総会、第25回臨床栄養協会総会、第Ⅱ回大連合大会（平成16年10月、大阪）にて発表した。

謝辞

本研究をおこなうにあたり、ご協力いただいた名古屋文理短期大学専攻科の加藤友実氏、中尾理恵氏、中村美保氏に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生省特定疾患神経性食欲不振症調査研究班：患者調査に基づく神経性食欲不振症の推計有病者数の年次推移，平成10年度研究報告書。
- 2) 増井晃：摂食障害の診断と治療，ヘルスカウンセリング Vol.3 No.3，日総研，名古屋，2000：32-38。
- 3) 筒井末春：女性の健康のための食事シリーズ 摂食障害，食糧庁 米流通消費対策室，東京，1997：24-25。
- 4) 健康・栄養情報研究会：第六次改訂日本人の栄養所要量 食事摂取基準，第一出版，東京，1999：53-59。
- 5) 高橋三郎，大野裕，染矢俊之訳：DSM-IV，精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院，東京，1995：206。