

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

摂食障害の治療ネットワークの構築について

切池 信夫 (大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学)

摂食障害の診療に携る各科の医師と専門家にアンケート調査を実施し、各科の連携を深めるための対策について検討した。摂食障害の診療において、生命的に危険な状態、生命的に危険でない状態、慢性期の状態に分けられる。これらの病態に応じて各科の医師が治療を行い、連携していくには摂食障害の勉強会や研究会を開き、摂食障害について共通の認識をもつ。摂食障害の病態に応じて各科の医師の役割分担を明確にする。これらについてガイドラインを作成して、まず大学病院や総合病院を中心に実施していく、などとなった。

はじめに

神経性食思不振症 (anorexia nervosa, AN) や神経性過食症 (bulimia nervosa, BN) などの摂食障害は思春期から青年期の女性に好発する。しかし最近の際立った特徴として、前思春期の児童から既婚後の主婦まで年齢層に拡がりを見せて患者が増加していることが挙げられる。これらの摂食障害患者は、低体重や体重減少を訴えて小児科や内科あるいは心療内科、無月経を主訴として産婦人科、精神症状や問題行動を主訴として精神科を受診する。また身体的に生命の危険のある場合は救急病院に入院する。そしてそれぞれの立場からの治療が行われ、摂食障害の治療として一貫性を欠く場合も少なくない。さらに摂食障害患者が増加しているにもかかわらず、摂食障害を専門とする医師や施設が少なく、欧米のように摂食障害センターもない。このような状況で、我が国における摂食障害の医療は極めて貧しいと云わざるを得ない。

このような現況を踏まえて、我が国の現状に即し、摂食障害の医療を改善する対策について検討した。そこでまず摂食障害の医療現場の実情を知る目的で、摂食障害患者が受診する可能性のある各科の医師に、アンケート調査を施行した。

平成14年度の調査

平成14年度に厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)による「摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン作成と治療体制のあり方について」(主任:切池信夫)の研究(平成14年度報告書, p.63-93, 2003)で、全国の大学精神科と心療内科、近畿圏の救急病院、近畿の心身医学会員と小児心身医学会員、産婦人科学会員、総合病院の内科、大阪府下の精神病院、精神科クリニック、内科、産婦人科、小児科などを標榜して開業している各科の医師3816人を対象にアンケート調査を実施した。アンケートの主な内容は、この一年間で受診した摂食障害患者数、その時の対応策、紹介時に困ったこと、治療する場合の治療法と目標、入院および外来治療で困ったこと、今後の摂食障害の医療をどうすればよいのか、などからなっている。

調査対象と患者数

表1に調査対象とアンケート調査回収率を示した。アンケート調査の回答は、3816人の27.5%からあった。大学病院精神科79大学の59.4%、近畿の精神科医1628人の32.4%、大学および近畿の心療内科医717人の27.3%、近畿の産婦人

表1 調査対象と回収率 (平成 14 年度)

対 象	対象数	回答数	回収率
大学病院精神科	79	47	59.4 %
一般精神科 (近畿の一般精神病院, 開業医, 日本総合精神病院学会会員)	1628	529	32.4 %
心療内科 (大学および近畿の心身医学会会員)	705	189	26.8 %
小児心療内科(近畿)	12	7	58.3 %
産婦人科 (日本産婦人科学会近畿支部)	222	76	34.2 %
救急病院 (近畿)	100	21	21 %
一般病院並びに開業医 (大阪府下で内科, 産婦人科, 小児科などを標榜)	1070	179	16.7%
全 体	3816	1048	27.5%

表2 この1年間で診た摂食障害患者数

	大学精神科	精神科	一般内科	産婦人科	心療内科 小児科	救急
0	0(0)	134(139)	97(130)	59(72)	39(51)	9(17)
1~10人	20(20)	342(290)	79(44)	15(4)	110(9)	12(3)
11~25人	6(10)	40(68)	2(1)		31(29)	
26~50人	6(8)	5(14)	1(0)		10(9)	
51人以上	4(6)	2(7)			3(4)	

神経性食思不振症 (神経性過食症)

科医 222 人の 34.2 %, 救急病院 100 人の 21 %, 内科, 産婦人科, 小児科などを標榜して開業している医師 1070 人の 16.7 %であった。

表2に回答した各科の医師のこの1年間で診た摂食障害患者数を示した。

ANについては, いずれの科の医師も1年間で1~10人診ているのが最も多く, 1年間で51人以上診ていたのは, 大学精神科, 一般精神科, 心療内科の2~4施設であった。BNについても, ANと同様の傾向示したが, 1年間で51人以上診ている施設がANより多かった。これはBN患者数が多いことを反映したものと考えられた。

アンケート調査結果について

「摂食障害の患者が受診した場合, どうされますか?」について, ほぼすべての大学病院が自分

の施設で治療すると答えたが, 他の診療科においても6~8割は自分の施設で治療すると答えた。しかし, 入院が必要な場合には2~4割が近くの病院や専門医など他医師に紹介すると答えた。

他医師に紹介すると答えた先生の理由として多かったのは, 「専門でなく治療が難しい」「身体的に重篤になると入院治療施設を探すのが困難」「精神症状や問題行動に対処できない」「治療に多くの時間をとられる」などであった。

紹介する時の困ったこととして, 「専門医がない, どこにいるかわからない」「紹介しても病院に断られる」「専門家に紹介しても断られる」「紹介しても治らず戻ってしまう」などが, 各科の医師に多くみられた。これらのことから専門医に関する情報の普及, 摂食障害を治療できる医師の増加, 身体治療をする内科系病院に関する情報,

精神症状や問題行動に対する対処法や治療法などが必要であると考えられた。

治療法として、支持的精神療法が最も多く、家族療法、行動療法、認知行動療法、身体療法として、薬物療法、点滴、経鼻腔栄養、IVHなどが施行されていた。

外来治療で困ったこととして、一般内科を除くすべての診療科の過半数が「治療が難しい」と回答した。「ドロップアウトしやすい」は各科の18～33%に認め、精神科が最も高率であった。「身体的に重篤な場合、入院治療施設を探すのが困難」は、心療内科と精神科が、それぞれ34%と27%と高率であった。「精神症状や問題行動に対処できない」は、産婦人科と心療内科が、それぞれ37%と29%であった。「治療に多大の時間をとられる」は、大学精神科の72%が最も高率で、次いで心療内科の54%、一般精神科の45%と続いた。大学精神科が最も高率なのは、難しい症例が大学に集まる傾向を反映したものと考えられた。しかし、摂食障害を多くみている診療科において、治療に時間を多くとられるという認識は共通していた。

これらの結果をまとめると、摂食障害の治療は難しく、治療に多くの時間を費やし、脱落率が高く、身体的に重篤な場合や精神症状や問題行動の対処に困難を生じているようである。

入院治療で困ったこととして、「入院のキャパシティに限界があり、無制限には受入れられない」と「問題行動のため、病棟管理上の限界を越えることがある」が大学精神科、一般精神科、心療内科で高率であった。「栄養状態が不良の場合、治療に不安がある」は一般精神科、大学精神科で高率であった。その他「他の入院患者に迷惑がかり苦情がでる」「看護師から苦情がでる」「治療に多大の時間をとられる」などが大学精神科、一般精神科、心療内科で高率であった。その他救急病院では、「意識が回復してからの対応が難しい」「患者が指示に従わない」「家族への対応が難しい」などが高率であった。これらのことから、入院治療において、治療できる施設が少ない、入院

させても病棟での問題行動に対する対処が難しい、看護師が苦手などが問題としてあがった。さらに救急病院からは、生命的危険な状態を脱してからの治療、患者や家族に対する接し方などが難しいようである。

表3に「今後の摂食障害患者に対する対応についてどう思いますか」についての回答結果を示した。「患者が増加しているので、プライマリケア医もある程度対応できるようになる必要がある」と「紹介できる専門医や治療施設を増やす必要がある」が最も多かった。そして精神科や心療内科の医師なら誰でも治療できるようにすべきであるという意見と、特殊な病態であるので専門医が診るべきであるという意見にわかれた。また心理療法士がより積極的にかかわるべきだという意見も多かった。さらに標準的治療法とそのガイドラインがあればそれを利用したいという意見も多かった。

平成17年度の調査

平成17年度に、平成14年度のアンケート調査で治療ネットワークに参加してもよいと答えた近畿圏の摂食障害の専門家でない小児科、心療内科と内科、産婦人科、救急科、精神科の医師1007人に平成14年度と同様のアンケート調査を実施した（切池信夫ほか：摂食障害の治療ネットワークの構築について。平成17年度精神・神経疾患研究委託費「摂食障害治療ガイドラインの臨床実証および治療ネットワークの確立（主任：石川俊男）」、第2回班会議、東京、2006年）。

調査対象と患者数

1007人の33.9%からの回答があり、回答した各科の医師のこの一年間で診た摂食障害患者数について、平成14年度と比し、若干増加している傾向を示した。

アンケート調査結果について

その内容は平成14年度と同様の傾向を示したのでここでは割愛する。

表3 今後の摂食障害の対応についてどう思いますか (複数回答可)

	大学精神科	精神科	一般内科	産婦人科 小児科	心療内科
1. プライマリーケア医は診断のみできればよく、すみやかに専門医に紹介すればよい	7	72	33	10	20
2. 患者が増加しているため、プライマリーケア医もある程度対応できるようになる必要がある	25	222	56	31	91
3. 精神科、心療内科の医師なら誰でも専門医として治療できるようトレーニングをつむべきである	19	150	21	13	46
4. 特殊な病態なので、精神科、心療内科、小児科などの医師の中でもさらに専門医でないと治療は困難である	16	156	24	9	65
5. 心理療法士(カウンセラー)がより積極的に治療にかかわる必要がある	19	185	51	35	86
6. 標準的治療法とそのガイドラインがあれば、それに沿って行いたい	20	158	37	23	43
7. 紹介できる専門医や治療施設を増やす必要がある	30	232	51	24	99
8. 各科の治療ネットワークができれば、治療を積極的に行う	12	107	20	21	54
9. 今後とも診るのを控えたい		24	10	1	7

摂食障害患者の治療の流れ

平成14年度と17年度の結果を参考に、摂食障害患者の治療の流れをまとめると図1のようになった。身体的に生命的に危険な状態時には救急病院や内科系の病院に、自傷行為や自殺企図、問題行動など精神的に危険な状態時には精神科病院への入院となる。そしてその状態を脱すれば、摂食障害を専門とする心療内科や精神科の病院へ、摂食障害の治療を希望しない場合は、自宅療養となる。さらに摂食障害の治療を受けていても、身体的に悪化すれば内科系の病院への入院、精神症状や問題行動が重篤になれば精神科病院に短期間の入院となる。そしてこれらの状態が改善すれば、再び外来通院となる。また体重がある程度改善すれば無月経の治療のため産婦人科への通院となる。

表4に、これまでの結果と摂食障害を専門とする小児科、心療内科、内科、産婦人科、精神科の医師(第1回日本摂食障害学会でのシンポジスト)の意見を参考に、摂食障害の病態レベルと治療目標と治療法、及び今後の課題についてまとめた。大きく生命的に危険な状態、生命的に危険でない状態、慢性期の状態に分けられる。

生命的に危険な状態について、身体的には救命を治療目標として身体療法を行い、これらの状態から脱する。そして、救命後の身体治療の継続が必要となる。この際、内科(小児科)との連携が必要となる。自殺企図や問題行動の場合、精神科への短期間の入院となり、精神療法や薬物療法により治療を行い、これが改善した時に摂食障害の専門家との治療の連携が必要となる。

生命的に危険でないが、内科的入院が必要な場合として、救急病院から引き続いて内科的治療を継続する場合や、栄養状態の改善や身体合併症の内科的治療となる。課題として、内科的に安定すれば摂食障害の専門医との連携を如何にするかである。精神症状のため精神科に入院した場合も、退院後は専門医に治療をつなげる必要がある。

慢性期の状態について問題となるのは、治療への動機づけが弱く、治療に抵抗する。ドクターショッピングを繰り返し、入院回数も多い、罹病期間が長く、多くは10年以上経過している、病気から回復した後の人生が描けない、などを示す患者である。

このような患者に対する治療において、低体重

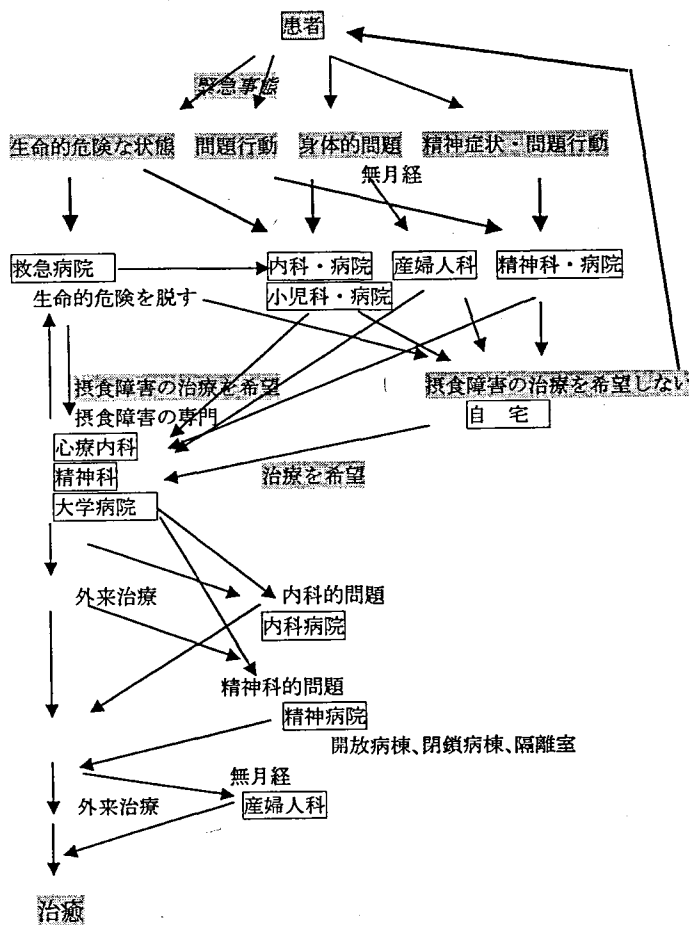


図1 摂食障害患者の治療の流れ

や異常な摂食行動に焦点をあてた治療のみではうまくいかない。個々の患者に応じて治療目標を再設定する必要がある。

生命的に危険な状態になれば、短期間の入院治療でこの状態から脱する。その後は外来治療で、治したいという動機づけを強化する精神療法や、治りたくない患者に対する支持的精神療法を継続する。精神症状や問題行動に対して精神科病院への短期間の入院治療により、症状改善を図り、その後は外来治療を継続する。要するに慢性期の治療抵抗性の患者に対して、闇雲に病気を治そうとしないで、病気への引きこもりを許しながら、患者の人生における病の意味についての理解を深め

ながら、死の転帰をとらないように内科的、精神科的介入を適宜行い、長期の支持的精神療法でやらざるを得ないと考えている。

以上、各病態に応じて各科の治療の適応と限界をふまえた形で、各科が連携して行える摂食障害の治療ネットワークを構築する必要がある。

各科の連携について

次に各科の医師の連携を確立するにはどうすれば良いかについての調査結果をまとめた。内科系の医師からは、1) 勉強会や研修会を繰り返す、2) 内科医にもっと摂食障害に興味をもってもらう、3) 役割分担の明確化、内科で治療目標の明

表4 摂食障害の病態レベルと治療

	治療目標	治療法	課題
1. 生命的に危険な状態			
・身体的			
救急病院	救命	身体療法	救命後の治療継続
一般内科系病院 (小児科も含む)	身体・栄養状態の改善 (短期間の入院)	点滴, 経鼻腔栄養 IVH	内科(小児)科へ転院
・精神科的			
精神病院	自傷行為, 自殺企図, 問題行動の改善 (短期間の入院)	精神療法 薬物療法 (閉鎖・開放病棟)	改善後の治療継続 専門医との連携
2. 生命的に危険でない状態			
・身体的			
内科(小児科)	救急病院からの引継ぎ 栄養状態の改善 身体合併症の治療	経鼻腔栄養 経口摂取 薬物療法	専門医との連携
心療内科	摂食障害の治療	行動療法 心理療法	専門医との連携
産婦人科	無月経	ホルモン療法	
・精神科的			
精神科	精神症状に対する治療	薬物・精神療法	専門医との連携
3. 慢性期の状態			
・身体的			
内科	治療目標の再設定	対症療法	治療目標の再設定
心療内科	身体状態に応じて内科 への短期入院		動機づけの強化
・精神科的			
精神科	精神症状に応じて精神 科への短期入院	支持的精神療法	慢性期の治療法の確立

確化, 4) 内科医にわかりやすいマニュアルを作る, 5) 日頃から相談できる内科医を作る, 6) まず大学病院や総合病院で連携を始める, 7) ガイドライン, 治療ネットワークを作ってもらいたい, などの意見であった。

一方精神科からは, 1) 精神科医にもっと摂食障害に興味を持っていただく, 2) 内科と精神科の役割分担を明確にしてネットワークを作る, 3) ガイドラインが必要, 4) 摂食障害を診られる精神科医のリストを作る, 5) 勉強会や研修会を繰り返す, 6) 精神科医も, もっと身体的治療をすべき, 7) できない, 責任の押し付け合いになる, などの意見が挙がった。

これらの結果をまとめると, 勉強会や研修会を開き, 摂食障害に対する共通の認識と興味をもつ

医師を増やす, 各科の医師の役割分担を明確にする, これらのガイドラインを作成して, 大学病院や総合病院で実施していくなどとなる。

今後このような意見を踏まえて, 如何に現実のものとして, これらを実施していくかが課題となる。そして, これらが実施でき, 地域で摂食障害の治療ネットワークが構築されれば, 日本独自の摂食障害の治療システムができ, 医師の負担が軽減するとともに, 摂食障害患者の医療が前進するのではないかと考えた。

文 献

- 1) 切池信夫編著: 摂食障害 治療のガイドライン。医学書院, 東京, p. 74-88, 2003