

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 欧米における摂食障害の治療システム

鈴木 (堀田) 眞理 (政策研究大学院大学保健管理センター)

### 緒言

日本では、ここ 30 年間で摂食障害患者は著増している。しかし、専門医療施設や専門医の数は不足し、栄養療法と栄養指導、精神療法、家族のサポート、社会復帰の援助など包括的にできる医療機関は皆無である。また、比較的新しい疾患のため、治療ガイドラインが統一されておらず、医学生やプライマリ・ケア医への教育と啓蒙も不十分であった。そのため、患者は早期に適切な治療を受けられない事態が発生し、合併症や後遺症の増加、疾病の遷延化を招き、患者の QOL の低下を招いていた。

そこで、社会のニーズに答え、治療ガイドラインが円滑に施行でき、本疾患の特異性に合わせた最低限かつ適切な設備と教育されたスタッフからなる摂食障害治療施設 (科) の数を増やすことが急務である。そのために、本邦の医療機関や保険制度の実態に即した標準的な摂食障害治療の設備とシステムモデルを確立する必要がある。

筆者は、厚生労働省精神・神経疾患研究、摂食障害治療ガイドラインの臨床実証及び治療ネットワークの確立研究 (主任研究者: 国立精神・神経センター国府台病院, 石川俊男先生) の分担研究として、「欧米諸国の Eating Disorder Center の視察に基づく本邦の摂食障害治療施設の設備とシステムのモデルの確立」という課題を担当した。すでにシステムが確立され、診療実績のある米国と英国の摂食障害治療施設を視察し、設備やスタッフ、主として入院治療プログラムや医療経済の実態を見学してきたので報告する。

### 結果

2005 年度は米国の New York - Presbyterian Psychiatry, The Westchester Division (Director; Dr. K. Halm) と Princeton University Medical Center (Director; Dr. R. Marx) を、2006 年度は、King's College of London の Maudsley Hospital での外来診療, Institute of Psychiatry での思春期患者の家族療法, Bethlem Royal Hospital の入院病棟とデイ・ケアの視察をし、さらに、専門家を対象とした 2 日間の家族の心理教育の講習を受けた。

#### 1) 米国での視察

米国では、標準体重の 70 % 以下の超低体重患者や内科的治療を必要とする合併症を有する場合は小児科や内科で治療を行い、身体的危機状態を改善した患者が摂食障害治療プログラムに導入される。プログラムには外来、入院、部分的入院があり、精神科医が指導するが、主たる治療者は心理療法士で、内容は、Individual psychotherapy, Pharmacotherapy, Cognitive/behavioral psychotherapy, Social skill training, Vocational evaluation, Parent's group therapy, Art therapy, Relaxation, Yoga, Aftercare planning, Nutritional counseling, Family therapy であった。

入院治療は、New York-Presbyterian は閉鎖病棟 (18 床) で、Princeton University は小児科病棟に隣接した開放病棟 (19 床) でいずれも 8 歳以上を対象に治療が行われていた。入院患者は

表1 Princeton University Medical Center  
摂食障害治療施設での月曜日のスケジュール

Monday	
6:00	wakeup & ADL
8:15-9:00	breakfast
9:00-9:15	inpatient goal setting group
9:30-10:00	outpatient weights/break
10:00-11:00	weekend processing group
11:00-11:15	community meeting
11:15-11:30	snack
11:30-12:30	MD goals group psychotherapy group MD psychotherapy group psychoeducation group
12:30-1:30	lunch
1:30-2:30	MD goals group psychotherapy group MD psychotherapy group psychoeducation group
2:30-3:30	menu group
3:30-4:00	snack
4:00-5:00	leisure skills/recreation group
5:30-6:00	dinner
7:00-8:30	visiting hour
9:00	community meeting snack

全員が神経性食慾不振症であった。入院患者数に比してスタッフ数は多く、たとえば Princeton University では、精神科医 2 名、心理療法士 8 名、栄養士 3 名、教師 3 名、事務員 2 名、心理士補助 2 名、看護師 20 名であった。入院前に患者と家族に十分な入院治療プログラムの説明がされ、インフォームドコンセントがとられていた。入院生活は、午前 6 時から午後 9 時以降まで、食事や間食、個人やグループの精神療法、栄養士との相談、レクリエーションなど綿密に立てられ (表 1)、その上に個々の患者に必要な医学的検査や家族面談の予定が組まれていた。

食事は全員がダイニングルーム (図 1 a) で、スタッフの監視の下、30~45 分以内に摂取し、会話の内容は食事以外と限定される。配膳と下膳はスタッフがチェックする (図 1 b)。ダイニングルームにはゴミ箱はなく、食後一定時間の行動

制限や、食後 1 時間のトイレの施錠など、排出行為は厳しく規制されていた。2 施設共、迅速な体重増加と標準体重への回復が目標とし、30 日以内に 10~15 kg の体重増加が図られていた。食事のエネルギーは、New York-Presbyterian では体重によって一律に決められ、標準体重の 75 % 未満なら 1575 kcal の高カロリー流動食と 800 cc のジュースで、体重が 100 % 以上になると 1800 kcal の通常の食事のみになる。Princeton University でも 1000 kcal の食事から始め、可能なら 4350 kcal まで増加された。食事摂取の不足は、New York-Presbyterian Hospital では高カロリー流動食 (経管栄養も含む) やスナック、Princeton University では持ち込みが許可された嗜好品で補われた (図 2 c)。Princeton University では栄養士と毎日のように食事内容を相談でき、食品やメニューの交換が可能であった。トイレ使用は監視され、排泄物すべての計量が行われていた。すべての摂取と排泄量は規定のノートや電子カルテに記録入力され、スタッフ全員がデータを閲覧できた。病室はリラックスできる雰囲気、ぬいぐるみなど持ち込んで自宅の自室のようであったが、Princeton University では各部屋にモニターカメラが設置され (図 2 a)、ベッドでの過剰な運動を監視することができた。転倒予防や問題行動の阻止のために、間仕切りの低いトイレ、半透明シャワーカーテン (図 1 c) などの工夫がされていた。

これらの医療費は個人が契約している保険会社が支払う。保険会社は摂食障害に対して外来診療を推奨しており、入院治療が必要な場合でも、入院日数を 30 日以内に制限している (30 days policy)。

このような充実したプログラムの費用は高額で、1 日に約 1300 ドル以上になり、医療機関側は毎日、保険会社に入院の必要性を説明し、入院日数を延長の申請をしなければならない。

意外に思われたのは、米国でも神経性食慾不振症は治療が難しい疾患という認識が強く、医療者が敬遠すること、摂食障害治療施設は不足してお

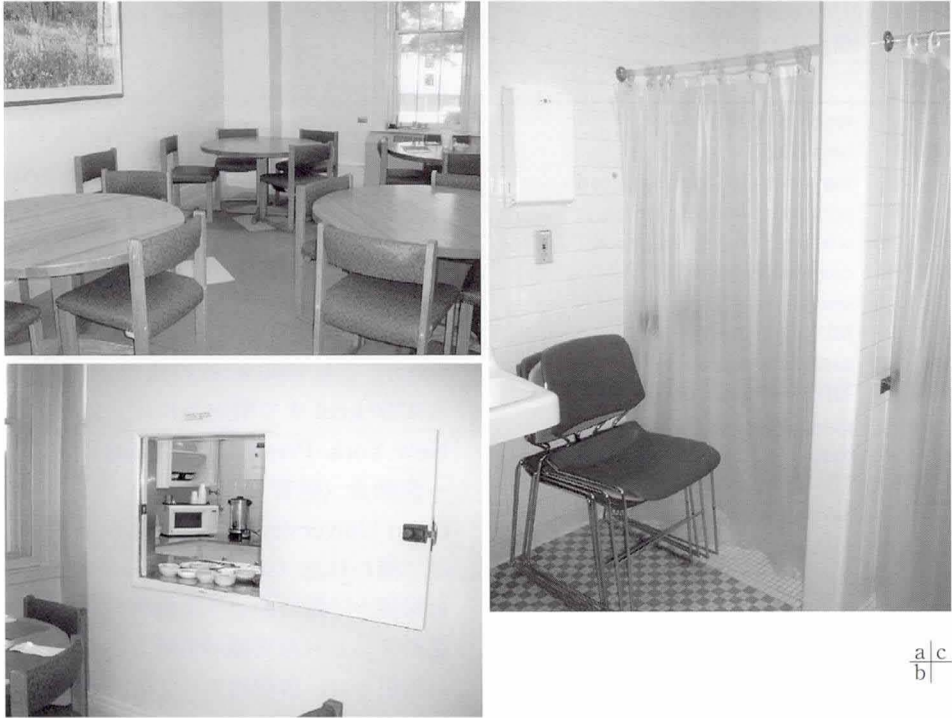


図1 米国 New York-Presbyterian Psychiatry, The Westchester Division の摂食障害治療施設ダイニングルーム (a) にはゴミ箱はない。カウンター (b) の奥に専属の調理師おり、配膳と下膳を管理し、食器の返却と食事をすべてチェックする。転倒や自己嘔吐の可能性がある患者は半透明のシャワーカーテン室 (Supervised shower) (c) を使用し、監視される。

り、乗用車で片道1時間半かけて通うデイ・ケアの患者も珍しくないとのこと、さらに、内科的緊急入院を引き受ける医師や医療機関が不足していることであった。

## 2) 英国での視察

Prof. J. Treasure に依頼し、King's College of London の Maudsley Hospital での外来診療、Institute of Psychiatry での思春期患者の家族療法、Bethlem Royal Hospital の入院病棟とデイ・ケアの視察をし、さらに、専門家を対象とした2日間の家族の心理教育の講習を受けた。

英国は米国と異なり、租税に基づいた医療保険制度があり、National Health Service (NHS) に委託された医療機関ではすべての医療費は無料である。家庭医からの紹介で受診できるが、予約

は一杯で待たされることもある。ロンドン地区には5つの摂食障害専門治療施設があるが、専門施設がない地区もあり、NHSによる摂食障害の治療は地域によってばらつきがある。NHSではない摂食障害治療施設も多くあるが、治療費は自費である。

治療は全般に手厚く、本人の外来診療は精神科医、心理療法士、栄養士が毎週面談している。また、18歳以下の患者には家族療法が積極的に行われていた。家族の疾患の理解だけでなく治療への参加と協力を求めており、個々の家族を対象にした家族療法や5~6家族の集団で受ける家族療法も行われ、さらに、夜間の家族への心理教育講座も開かれていた。両親が患者に適切に対応できることを教育、指導していた。

英国では、18歳以下の患者の35%が入院治療



a/c
b/

図2 米国 University Medical Center at Princeton の摂食障害治療施設  
 病室 (a) はリラックスできる雰囲気、ぬいぐるみなど持ち込んで自宅の自室のようであったが、各部屋 (天井右上) にモニターカメラが設置され、ベッドでの過剰な運動などを観察できる。談話室 (b) にはテレビ、ビデオ、ゲーム機が置かれていた。Pantry (c) には持ち込みが許可されたシリアルなどが置かれ、補助的に使用されていた。

を受けている。見学した、Bethlem Royal Hospital の入院施設 (図 3 a) は閉鎖病棟であった。米国では標準体重の 70 % 以下の超低体重患者や内科的治療を必要とする合併症を有する場合は小児科や内科で治療を行い、身体的危機状態を改善して摂食障害治療プログラムに導入されるが、英国では、そのような患者も受け入れており、医療看護師が治療にあたる。入院患者はほとんど神経性食欲不振症であった。この施設には精神科医や心理療法士が常駐しているが、18名の患者に対して 41名の看護師が入院生活全般を指導・援助していた。個々の部屋はリラックスできる雰囲気であったが (図 3 b)、ダイニングルームもバスルームも施錠され、食事の時間制限、食後のトイレの閉鎖、トイレ使用の監視は米国と同じであっ

た。ただし、排泄物の計量と記録は行われていなかった。入院期間は最低 4 ヶ月で、最低摂取カロリーは 3000 kcal で、週 1 kg の体重増加を目標にしていた。経管栄養や点滴治療は行わないで、看護師がつきっきりで食べさせるとのことであった。再入院率は 40 % である。

デイ・ケア棟 (図 3 c) では種々の病期の外来患者が、体調に合わせて週に 1~3 日、プログラムに参加していた。スケジュールは表 2 のように、同じ敷地内のカフェテリアからランチをとって一緒に食事し、討論会や種々の活動をしていた。

視察した 2 病院は NHS の中心的摂食障害治療施設で、資金やスタッフや治療プログラムは充実していた。しかし、毎日の報道を聞いていても、NHS には破綻の危機があり、ロンドン地区以外



$$\frac{a|c}{b|}$$

図3 英国 Bethlem Royal Hospital

広大な芝生の敷地の一角にある思春期入院病棟 (Tyson West) の2階 (a) が Gerald Russell Eating Disorders Unit と呼ばれる摂食障害入院治療施設である。内部 (b) は木製の白い壁で明るい雰囲気であるが、すべての部屋は施錠されている。同じ敷地内にある Larkbarrow House (c) は摂食障害患者の外来診療やデイケアに使用されている。

表2 英国 Bethlem Royal Hospital の Day-Care Service for Patients with Eating Disorders のある日のプログラム

10:00	受付開始 体重, 血圧測定
10:30	ソファでスナック (それぞれ好みの飲み物, ビスケット, 果物など)
11:00~12:00	Morning group (クリスマス会の食事について)
12:20~13:15	ランチの準備 (院内カフェテリアから), ランチとデザート
13:15~14:00	自由時間 トイレの施錠
14:00~15:30	Afternoon group (Body image について)
15:30~16:00	自由時間

で診療している治療者から、英国内のサービスや治療には大きな地域較差があることを聞かされた。

### 考 察

米国と英国で、栄養療法と精神療法を濃密に行うに必要な施設設備と構成スタッフ、治療プログ

ラムの概要を視察できた (表3)。

米国では、治療者が臨床心理士であること、充実したスタッフと高額な人件費、医療保険が高額な治療費を賄っている点が、本邦で同様な治療施設を運営する場合の問題点と考えられた。

英国では、米国と異なり、主たる入院生活の治

表3 摂食障害治療施設の比較

	Presbyterian	Princeton	Royal Bethlem
病院形態	精神科単科病院	総合病院	精神科単科病院
病棟	閉鎖	開放	閉鎖
モニターカメラ	なし	病室にあり	なし
体重測定	本人に見せる	本人に見せない	本人に見せる
トイレ	Supervised あり	Supervised あり	Supervised あり
排泄物・吐物計量	あり	あり	なし
食後のトイレ施設	あり	あり	あり
食事回数（スナック）	3(1)	3(3)	3(3)
食事時間	30分	45分	60分
摂取エネルギー	1565～	1000～4350	3000～
高カロリー流動食	利用	利用しない	利用しない
食品の持込	禁止	許可	禁止
食事中の会話内容の制限	あり	あり	あり
食後の行動制限時間	30分	1時間	1時間
喫煙	1本/回 4回/日	6本/日 院外	禁止
電話	10分	可（携帯不可）	可

療者は、臨床心理士ではなく訓練された看護師であった。米国では、摂取カロリーは最高 4350 kcal で 30 日以内に 10～15 kg の体重増加を目標にしていたが、英国では入院期間の制限は緩く、最低 4 ヶ月で週 1 kg の体重増加を目標にしており、異なっていた。また、本人の外来診療、入院治療、デイ・ケア、家族療法という非常に手厚い医療にかかる高額な人件費、治療費をすべて租税に基づいた医療保険で賄っていること、しかし、その医療財源が危機にあること、この医療サービスには地域格差が非常に大きいことが、英国内で問題と考えられていた。

### 結 論

米国と英国の摂食障害治療施設の視察も行った

が、それぞれに本邦に取り入れたい点と問題点があり、本邦の実情に適した標準モデルを確立する必要があると考えられた。

### 文 献

- 1) Handbook for Patients and Families, Eating Disorders Program, University Medical Center at Princeton
- 2) Inpatient Information Booklet of South London and Maudsley
- 3) Resource information for 7 South of New York-Presbyterian Hospital
- 4) Treasure, J., et al.: Booklet of the Maudsley Model of Collaborative Caring Skill Based Learning in Caring for a Loved One with an Eating Disorder.