

図5. 1998年全国疫学調査：疫学・臨床像調査：推定発症年月

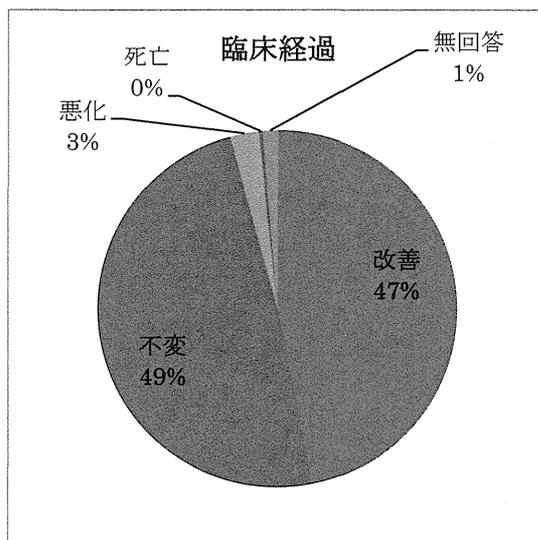


図7. 1998年全国疫学調査：疫学・臨床像調査：臨床経過

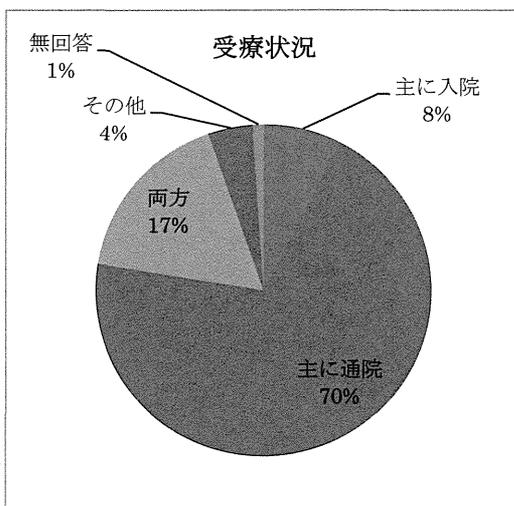


図6. 1998年全国疫学調査：疫学・臨床像調査：受療状況

臨床経過は全体の約半数が改善、半数が不変で、悪化は3%であった。拒食症は改善52%、不変43%、悪化3%で0.6%が死亡していた、過食症は0.1%が死亡していた（図7）。

日常生活度は制限なし81%、独力外出7%、外出介助1%、屋内介助1%、全面介助・臥床0%、無回答10%であった。

2) 診療施設

①摂食障害入院医療管理加算施設基準届出施設

全国の8地方厚生（支）局のホームページに掲載された平成27年1月1日現在の各県の届出受理医療機関名簿から摂食障害入院医療管理加算施設基準届出施設を検索した。97施設が同定された。施設の所在地はほぼ人口分布に一致して都市部に集中している（図8）。届出施設の2014年の一般病床数の階層ごとの病院数を調べたところ、500床以上が47%を一方、一般病床を持たないか99床以下の病院が32%も含まれ、U字型の分布をしていることがわかった。病床合計の階層でも、199床以下が17%であった（表4）。一般病床数と精神病床数でプロットすると一般病床が0か少数の精神科病院が多いことがわかった。

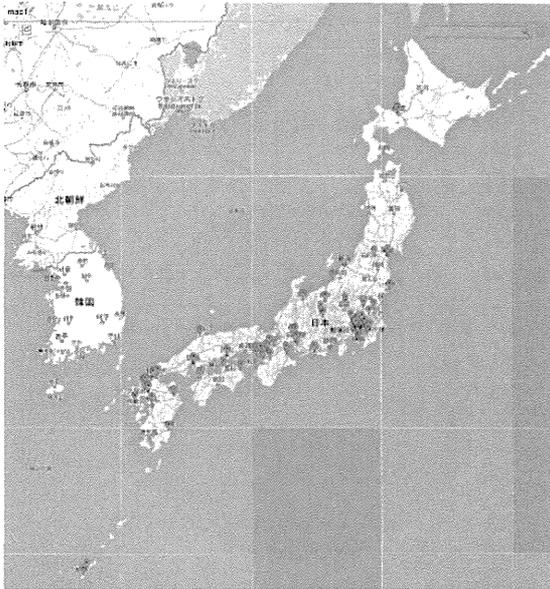


図 8. 摂食障害入院医療管理加算施設基準届出施設の全国分布

表 4. 摂食障害入院医療管理加算施設基準届出施設の病床数 (H26 年)

	病床数	病院数	病院数 (%)	病院数(累積%)
病床合計	500床以上	58	60	60
	400~499	12	12	72
	300~399	4	4	76
	200~299	6	6	82
	100~199	12	12	95
	99床以下	5	5	100
一般病床	500床以上	46	47	47
	400~499	7	7	55
	300~399	5	5	60
	200~299	4	4	64
	100~199	4	4	68
	99床以下	12	12	80
	0	19	20	100
精神病床	500床以上	5	5	5
	400~499	7	7	12
	300~399	1	1	13
	200~299	7	7	21
	100~199	14	14	35
	99床以下	41	42	77
	0	22	23	100

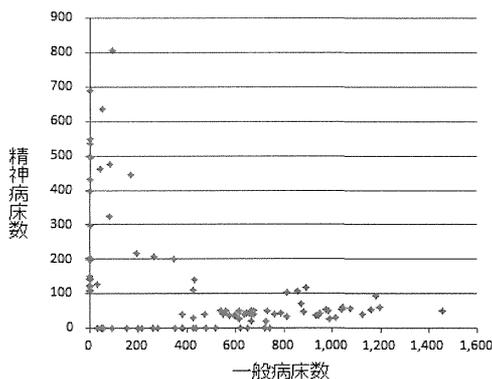


図 9. 摂食障害入院治療加算施設基準届出保健医療機関 (97 施設(H27 年 1 月現在)の一般病床数と精神病床数の分布

②平成 13 年石川班調査による摂食障害診療施設

石川班調査により年間 11 人以上の摂食障害患者が受診したと回答した診療施設約 260 うち施設名が判明し所在が確認できた 185 施設 194 診療科の所在地(図 9)、規模(表 4)と診療科名(表 5)を調べた。



図 10. 平成 13 年摂食障害の治療状況に関する全国調査(石川)で報告された受診患者 11 名以上の診療施設(平成 26 年の病院リストで所在地を確認できた施設のみ)の地域分布

所在地の分布をみると摂食障害入院医療管理加算施設基準届出施設がない地域もカバーしていた(図 9)

診療施設の病床数の分布(表 4、図 10)をみると一般病床をもたないか少ない精神科病院が多いことがわかる。

表 5. 石川班報告摂食障害診療施設の病床数 (H26年)

	病床数	病院数	%	累積%
病床合計	500床以上	113	58	58
	400～499	15	8	66
	300～399	14	7	73
	200～299	22	11	85
	100～199	21	11	95
	99床以下	9	5	100
一般病床	500床以上	97	50	50
	400～499	16	8	58
	300～399	9	5	63
	200～299	8	4	67
	100～199	12	6	73
	99床以下	16	8	81
	0	36	19	100
精神病床	500床以上	4	2	2
	400～499	6	3	5
	300～399	3	2	7
	200～299	17	9	15
	100～199	22	11	27
	99床以下	76	39	66
	0	66	34	100

さらに、病院区分と摂食障害を診ている診療科をまとめると（表 6）一般病院では病院ごとにどの診療科場みているかはさまざまであるが、精神科病院では精神科か心療内科に限定していることがわかる。

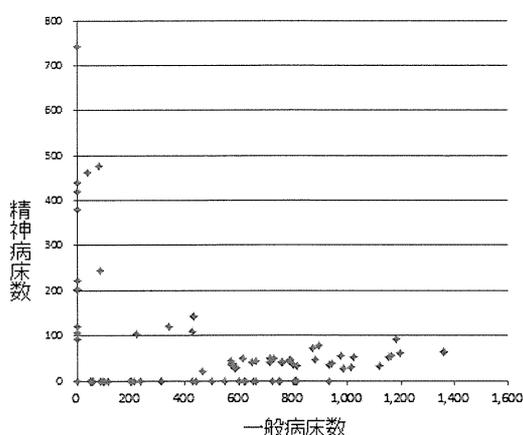


図 11. 石川班報告摂食障害診療施設の一般病床数と精神病床数 (H26年) の分布

表 6. 石川班報告摂食障害診療施設の病院区分と診療科名

病院区分	診療科	数
一般病院	精神科	8
	心療内科	28
	内科	17
	小児科	15
	児童精神	2
	産婦人科	2
精神科病院	精神科	34
	心療内科	3
小児科病院	精神科	1
	小児科	1
療養・一般病院	精神科	1
	心療内科	4
	内科	1
療養型病院	心療内科	1
	内科	1
リハビリ病院	心療内科	1

D. 考察

厚生統計について、人口動態統計の F50 摂食障害の死亡数には精神神経疾患としての摂食障害ではなく、脳血管障害など他の原因による摂食機能障害が多数含まれているとみられ、摂食障害の死亡状況を知る資料とはなり難い。摂食障害による死亡は、身体合併症や自殺など別の死因で届けられていることも少なくないと考えられる。摂食障害の病名が適切に用いられていない現状は、患者調査や社会医療診療行為別調査の信頼性も失わせる。

患者調査では摂食障害のように比較的稀な疾患では受療間隔や専門外来の開設日等の影響が出やすいことや病名の妥当性が検証されていない点が問題とされる。しかし、同一の方法で行われているので経年変化をみるのには役立つと思われる。年次推移をみると平成 5 年から 8 年の間に患者数の急増しており、以後、神経性無食欲症は横ばいか減少、摂食障害は増加を続けている（ただし摂食障害の病名の妥当性は問題）。平成 8 年か

ら 23 年までの間に、摂食障害が好発する若年女性（10～29 才）の人口は約 4 分の 3 に減少し、5 歳から 34 歳までの全体の外来患者数、入院患者数も減少していることを考慮すると、受診患者数に対して摂食障害患者数の占める割合は増えている可能性がある。

摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものであり、算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI（Body Mass Index）が 15 未満であるものをいう。この件数は入院患者数を反映することが期待される。しかし、一定数以上の入院患者を診ているなど施設基準を満たした施設にしか認められず、全ての摂食障害の入院で算定されるわけではないこと、同一月内に入退院を繰り返すと同一患者が複数回算定される可能性があることなどが問題点としてあげられる。また、後期医療のケースがあり病名の妥当性に疑問がもたれる。

1998 年全国疫学調査では 46 特定疾患が同じ方法で実施された。摂食障害以外の特定疾患は大部分が身体難病であり、大学病院や大規模病院を受診している場合が多いと考えられ、対象医療機関は病床規模に応じて所定の割合で抽出する方法で、全ての診療科が対象であった。本研究班で計画される全国疫学調査は摂食障害のみを対象にしたものであり、摂食障害の診療・受療実態に合わせた計画が望まれる。摂食障害入院治療加算施設基準届出医療機関で平成 13 年石川班調査による摂食障害診療施設の病床数や診療科の分析でわかるように、摂食障害が多く受診しているのは、規模の大きな総合病院の心療内科、精神科、内科、小児科、産婦人科、また

は精神科病院の精神科・心療内科であり、精神科病院には比較的規模の小さい施設も少なくない。総合病院と精神科病院を分けて層化する方法も考えられる。加えて、神経性過食症患者は病院ではなく診療所を受診しているケースが多いと予想され、診療所を調査対象に加えることも考慮する必要がある。また内科の診療科は数が非常に多いが、そのうち摂食障害を受診している割合は小さく、内科全てを調査対象にするのは非効率的である。併診の問題もある。精神科・心療内科と内科、産婦人科、小児科と精神科で併診しているなどケースが重複してカウントされうる。

DSM-5 への診断基準変更により、神経性やせ症と神経性過食症の基準が緩和された。また、過食性障害（Binge eating disorder）が特定不能の摂食障害から独立した。非専門家に過食性障害と診断が可能であるかや、DSM-IV で行われた 1998 年調査との比較をどうするか等が課題である。DSM-5 では摂食障害と小児の食行動異常がひとつのカテゴリーにまとめられた。小児科を調査対象にした場合、回避・制限性食物摂取症の扱いも問題となりうる。

主な摂食障害診療施設の所在地の分布をみると人口の多い都市部、都市近郊に集中している。摂食障害は年単位で経過し急性期や慢性期の増悪時以外は通院治療が主体となる。地方在住の患者は近隣に相談できる診療施設がなく、通院できないか、遠距離の通院を余儀なくされていると考えられる。新たに行われる、全国疫学調査では患者数のみならず、受診施設の地域分布についても情報を得ることが、整備すべき診療施設の配置やネットワークを明らかにするうえで重要と考えられる。

摂食障害は未受診患者の割合が高いこと

が知られている。オランダでの調査では神経性やせ症の2分の1、神経性過食症の10分の1程度しか受診していない。地域調査が行われていない現状では保健機関、学校、職場などでの調査も併せて、わが国での摂食障害の全体像を把握していくことになる。

1998年の疫学・臨床像調査では11項が共通項目、6項目が疾患特異的項目であった。共通項目には、医療費公費負担状況、身体障害者手帳、日常生活活動度などに、摂食障害の実情に合わない選択肢が多い。疾患特異的項目も含めて、項目の見直しが必要である。

E. 結論

厚生統計および厚生労働省研究班の先行調査資料にもとづいて摂食障害患者および診療施設の現状把握を行い、全国疫学調査の調査方法について検討した。

人口動態統計の摂食障害を死因とする死亡数は信頼性に欠けた。患者調査では平成23年の摂食障害推計患者総数は3,300人、神経性無食欲症推計患者数は1,000人である。平成23年6月の摂食障害入院医療管理加算は2,313件であった。98年全国疫学調査の疫学・臨床像調査では患者の4分の3が成人であり、発症後7年以上の慢性例が16%を占め、臨床経過は約半数が改善、半数が不変か悪化であった。

摂食障害入院治療加算施設基準届出医療機関や平成13年石川班調査による基幹治療施設は都市部に集中しており、規模の大きな総合病院か精神科病院が中心であった。

新たに実施する全国疫学調査では対象施設、抽出方法、調査項目など1998年全国疫学調査の実施方法に修正が必要である。全体

の患者数のみならず、患者、診療施設の地理的分布や属性の情報も診療体制整備やネットワーク構築の在り方を検討する上で重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 安藤哲也：第14回日本認知行動療法学会・第18回日本摂食障害学会学術集会合同学会。大阪。2014.9.12-14

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 大野良之（主任研究者）：厚生科学研究費補助金特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究（総括研究報告書）平成11年度研究業績集最終報告書。平成12年3月31日
- 2) 石川俊男、中井義勝、鈴木健二、小牧元、傳田健三、姉齒和彦、佐々木直、中野弘一、竹林直紀、乾拓郎、野間興二、石瓶紘一、瀧井正人、弟子丸元紀、成尾鉄朗、西園文、宮岡等：摂食障害の治療状況、予後等に関する調査研究。平成13年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による研究報告書2002

表3. 1998年全国疫学調査. 中枢性摂食異常症。疫学・臨床調査項目（1-11は全ての疾患で共通、12-16は疾患特異的）

	項目	選択肢
	病型	拒食症、 過食症、 非定型、 無回答
1	性	
2	生年月	
3	初診年月	
4	最終受診年月	
5	推定発症年月	
6	受療状況	主に入院、 主に通院、 両方、 その他、 無回答
7	医療費公費負担状況	なし、 老人医療、 都道府県指定疾患、 小児慢性特定疾患、 他の特定疾患、 その他、 無回答
8	身体障害者手帳	なし、 あり 階級（1級、2級、3級、4級、無回答）、 無回答
9	臨床経過	改善、 不変、 悪化、 死亡、 無回答
10	死亡時の死因と年月	
11	生存時の日常生活活動度	制限なし、 独力外出、 外出介助、 屋内介助、 全面介助・臥床、 無回答
12	症状および身体所見	なし、 浮腫（腹水などを含む）、 歯牙脱落、 耳下腺腫脹、 貧血、 貧血、 意識障害、 無回答
13	検査所見	なし、 低カリウム血症、 肝機能障害、 血小板減少、 腎障害、 骨粗鬆症、 無回答
14	行動障害	なし、 窃盗、 手首切傷、 自殺企図、 家庭内暴力、 過食・嘔吐・下剤濫用など、 無回答
15	家族におけるサポートシステムの問題または家族崩壊の有無	なり、 あり、 どちらともいえない、 無回答
16	摂食障害による社会生活（仕事や学業など）の支障	なし、 あり、 どちらともいえない、 無回答

分担研究報告書

2. 摂食障害の実態調査に関する研究

川上憲人 (東京大学大学院医学系研究科精神保健分野)

摂食障害の実態調査に関する研究

－全国調査方法論の検討－

分担研究者 川上 憲人
東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨

摂食障害の実態調査を実施し摂食障害患者数、有病率などを明らかにするにあたり、その調査方法論および統計学的処理について文献レビューおよびこれまでの調査資料から検討を加えた。

1. 文献レビュー：国内では、厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」による4回の調査および新潟県における調査が実施されている（いずれも医療機関を対象とした患者調査）。摂食障害の有病率は0.002～約0.01%である。海外では、地域調査を併用した研究が実施され摂食障害の時点有病率は約0.2%であった。

2. 全国疫学調査の実施方法の検討：「難病の患者数と臨床疫学像把握のための全国疫学調査マニュアル」第2版では患者数推計のための一次調査と、臨床疫学像を把握するための二次調査による医療機関対象の患者調査の手順が定められており、患者数の推計方法を用いるなら標準誤差率10%以下で患者数を推計できる。

摂食障害の実態調査にあたっては、これまでの厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」のように医療機関調査とするのが効率的である。第4回の同調査と同様に対象施設数5000、回収率50%の調査が望ましい。DSM-5への診断基準変更の影響については両診断基準併用が望ましいがパイロット調査などを行って実施可能性を検討することが望まれる。

A. 研究目的

摂食障害患者数の全国推計については、これまでに厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」として4回の調査が実施されてきた。しかし1998年以後、わが国ではこの調査は実施されていない。今回、摂食障害の実態調査を実施し摂食障害患者数、有病率などを明らかにするにあたり、その調査方法論および統計学的処理について整理することが重要である。本分担研究では、

文献レビューおよびこれまでの調査資料から、この点について検討を加えた。

B. 研究方法

1. 文献レビュー

わが国および海外の摂食障害の疫学調査をレビューし、有病率、調査方法論の現状をまとめた。わが国の研究は原著論文を検索し、海外の研究はシステマティックレビューを検索した。

2. 全国疫学調査の実施方法の検討

既存の資料のみではその実態が十分に把握できない頻度の少ない疾患について、昭和47年度に厚生省特定疾患調査研究班が設置されて以来、全国的な患者数捕捉のための調査が複数の研究班によって行われてきた。1992年度に柳川班の疫学サーベイランス分科会が、200床以下の病院も調査対象とする標本抽出法に基礎をおいた新しい調査方法を提案し、その後はこの標本調査法にもとづいて200床以下の病院を含めて難病等の全国疫学調査が実施されてきている。厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」の全国疫学調査もこの方法によって実施されてきている。

この方法論については1993年にマニュアルが刊行され、さらに2006年にその改訂版「難病の患者数と臨床疫学像把握のための全国疫学調査マニュアル」第2版が公表されている(川村ら, 2006)。ここではこのマニュアルに基づき、医療機関を対象とした患者数把握のための全国疫学調査の方法論について整理する。

C. 研究結果

1. 文献レビュー

1) 厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」の研究結果

これまでに厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」として4回の調査が実施されている(中井, 2012; Kuboki et al, 1996)。いずれも医療機関を対象とした患者調査である。第1～3回までは300床以上の病院を対象とし、第4回では299床以下の病院も調査対象に含めている(表1)。第1～3回の有病率は10万人対2～4であるが、第

4回では10万人対8.3-11.9と高くなっている。これは真の有病率が増加したためである可能性もあるが、299床以下の病院を調査対象に含めたことで、これまで調査からもれていた患者が含まれたことによる可能性が高い。

2) 一地域における摂食障害の疫学

1997年に新潟県における130病院と1,326診療所の医師に調査し、DSM-IV診断による摂食障害を調査。回収率は94.4%。神経性やせ症および神経性過食症の時点有病率は10万対4.79および1.02(Nakamura et al, 2000)。15-29歳ではそれぞれ17.10および5.79であった。

3) 海外の摂食障害の有病率調査

海外では、医療機関の調査と地域住民の調査を組み合わせる有病率調査が実施されている。摂食障害の生涯有病率、12ヶ月有病率および時点(4週間)有病率は、それぞれ1.01%(95%信頼区間[CI], 0.54-1.89), 0.37%(CI, 0.22-0.63)および0.21%(CI, 0.15-0.28)と報告されている(Qian et al, 2013)。神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害の生涯有病率は、それぞれ0.21%(CI, 0.11-0.38), 0.81%(CI, 0.59-1.09), および2.22%(CI, 1.78-2.76)である。これらの有病率は前述のわが国における医療機関調査の受診患者調査とくらべるとかなり高い。

4) DSM-5への診断基準変更の影響

DSM-5への診断基準の変更により、摂食障害の有病率が影響される可能性がある。「他の特定される食行動障害または摂食障害」eating disorder not otherwise specified (EDNOS)が減少する可能性がデータから示されている(Nakai et al, 2013)。

2. 全国疫学調査の実施方法の検討

1) 全国疫学調査の概要

全国疫学調査は、患者数推計のための一次調査と、臨床疫学像を把握するための二次調査から構成されている。一次調査では、原則として男女別の患者数の報告を多数の医療機関に対して求める。二次調査では個々の患者の人口学的事項、受療や医療費に関する事項、臨床的事項を調査する。当該疾患患者の受療行動を考慮して調査対象診療科を決定する。調査対象外の診療科のみを受療している患者は当然把握されないことになる。そのため調査対象診療科はやや広めに設定する必要がある。ただし対象を広げすぎると調査資料の郵送に費用がかかり、調査機関に作業の負担をかけることになる。

2) 調査機関の選定

調査対象診療科ごとに以下の4条件を満たすように調査対象機関を設定することとしている。

(1) 全病院を対象

(2) 抽出率は全体で約20%

(3) 抽出は層化無作為抽出とし、層は8つ

① 大学医学部（医科大学）附属病院

② 500床以上の一般病院

③ 400～499床の一般病院

④ 300～399床の一般病院

⑤ 200～299床の一般病院

⑥ 100～199床の一般病院

⑦ 99床以下の一般病院

⑧ とくに患者が集中すると考えられる特別な病院（特別階層病院）

(4) 各層の抽出率は、それぞれ100%、100%、80%、40%、20%、10%、5%、100%

この抽出率は回収率50%の場合に、推計患者数の標本誤差率が10%以下になるように設定されている（橋本他, 1993）。診療科によっては上記の抽出率で抽出すると、層内の病院数が極端に少なくなることがある。その場合に抽出率を高くすることは差しつかえないとされている。

3) 調査票

第一次調査票では、該当疾患患者の有無、人数を性別に記載できるようにする。必要に応じて確診・疑診別や亜分類別の記入欄を設けることもある。回答に不備があった場合などに照会できるよう、回答者の氏名を記入する欄を設ける。さらに患者数推計にあたって回収率を高めることが重要であり、このため該当疾患患者がない場合も返送してほしい旨、明記する。

第二次調査個人票は、個人情報の保護に留意しながら詳細な患者情報を得られるようにする。患者数推計のため重複の確認にも用いるため、性、生年月日だけでなく氏名のイニシャル記入も求める場合もある。初発年、受療状況、医療費の公費負担状況など基本的な項目のほか、関心のある項目も加える。記入量が多くなると回収率が減少することが懸念されるので、分量がA3ないしA4版1枚程度とする。

4) 倫理的配慮

一次調査は個人単位ではなく集計値のみの収集であり、特別な手続きは要しない。二次調査の研究としての分類は、「人体試料を用いない」「既存資料のみの」「観察研究」である。また対象患者の氏名やその他の個人を容易に同定できる情報が含まれないので、個人情報保護法上の個人情報には該当しないとされている。

5) 患者数の推計方法

(1) 点推定値

全国疫学調査では、対象機関を病院の規模や診療科などで層別にして、層ごとに抽出率を変えて、調査機関を抽出している。患者数の推計も層ごとに行う。全体の推計患者数は、層別の推計患者数を合計する。推計患者数は下式で与えられる。

推計患者数 = 報告患者数 / (抽出率 × 回収率) = 報告患者数 / (回収機関数 / 対象機関数)

(2) 患者数の95%信頼区間

層ごとの対象機関数を n 、患者数 i ($i = 0, 1, \dots$) の対象機関数を n_i とおき、回収機関数を N 、患者数 i 人の回収機関数を N_i とおく。真の患者数 α は上記の記号を用いると、 $\alpha = \sum i \cdot n_i$ と表すことができる。 α は未知であり、その推定値 $\hat{\alpha}$ は下式で与えることができる。

$$\hat{\alpha} = \sum i \cdot N_i / (N/n)$$

これは前述の点推定値と同じである。患者数の標準誤差は、近似的に下式で与えられる。

$$s = \sqrt{(\sum i^2 \cdot N_i / N - (\sum i \cdot N_i / N)^2) / (n-1) \cdot n^3 (1/N - 1/n)}$$

層ごとの推計患者数と標準誤差が、上の方法で求められているとして、層を合計した患者数の95%信頼区間の計算法を以下に示す。層数 k として、層ごとの推計患者数を $\hat{\alpha}_1, \hat{\alpha}_2, \dots, \hat{\alpha}_k$ 、その標準誤差を $s_1,$

s_2, \dots, s_k とおく。層を合計した推計患者数は、 $\hat{\alpha} = \sum \hat{\alpha}_i$ となり、標準誤差は $s = \sqrt{(S_1^2 + S_2^2 + \dots + S_k^2)}$ となる。近似的な95%信頼区間は下式で与えられる。

$$(\hat{\alpha} - 1.96 \cdot s., \hat{\alpha}, \hat{\alpha} + 1.96 \cdot s.)$$

6) 患者数推計に関わる問題

患者数推計に関わる問題として、回収の偏り、対象機関の患者捕捉率があるため、これらの点に留意する必要がある。

D. 考察

摂食障害の実態調査計画への示唆について整理する。まず、地域調査を選ぶか、医療機関調査を選ぶかである。摂食障害の有病率が低いため地域調査では多くの対象者を調査する必要がある。また対面での診断面接を必要とするために費用がかかる。そのため効率が悪い。海外の一部の研究で行われているように、地域の若年者（若年女性）を別途調査し医療機関調査を補足することも考えられるが、同様に予算および事務量の増加が懸念される。これまでの4回の厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」のように医療機関とするのが効率的である。そのことで、これまでの調査と今回調査の結果の比較も可能になる。しかし一方で医療機関のカバー率が十分でなかったり、未受診の罹病者数が多い場合には、患者数が過小評価される可能性があることには留意する必要がある。

「難病の患者数と臨床疫学像把握のための全国疫学調査マニュアル第2版」に準拠すれば標準誤差率を10%以内におさめることができる。患者数を求める目的なら、

第4回の厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」調査と同様に対象施設数 5000、回収率 50%の調査で十分と考えられる。ただし病型別の詳細な解析、危険因子や経過などを調査する目的ならこれより多くする必要があるので、検討の余地はある。

DSM-5 への診断基準変更の影響については、以下のような対応が考えられる。

①DSM-IVで調査することで1998年調査と比較可能にする。DSM-5は無視する。

②DSM-IVとDSM-5と双方で調査する

③DSM-5のみとする。「他の特定される食行動障害または摂食障害」など診断基準による有病率の変動はしかたないとする。患者数推計のための一次調査の調査票はできるだけシンプルなものが望まれる。事前にヒアリングやパイロット調査などを行って、このうちの方法が実施可能性があるかを検討することが望まれる。

E. 結論

摂食障害の実態調査を実施し摂食障害患者数、有病率などを明らかにするにあたり、その調査方法論および統計学的処理について文献レビューおよびこれまでの調査資料から検討を加えた。

1. 文献レビュー：国内では、厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」による4回の調査および新潟県における調査が実施されている（いずれも医療機関を対象とした患者調査）。摂食障害の有病率は0.002~0.01%である。海外の地域調査を加味した研究では摂食障害の時点有病率は約0.2%であった。

2. 全国疫学調査の実施方法の検討：「難病の患者数と臨床疫学像把握のための全国

疫学調査マニュアル」第2版では患者数推計のための一次調査と、臨床疫学像を把握するための二次調査による医療機関対象の患者調査の手順が定められており、患者数の推計方法を用いるなら標準誤差率10%以下で患者数を推計できる。

摂食障害の実態調査にあたっては、これまでの厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」のように医療機関調査とするのが効率的である。第4回の厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」調査と同様に対象施設数 5000、回収率 50%の調査が望ましい。DSM-5 への診断基準変更の影響については両診断基準併用が望ましいがパイロット調査などを行って実施可能性を検討することが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

1) 橋本修二、福富和夫、清水弘之、佐々

- 木隆一郎、大野良之、永井正規、柳川洋. 難病の全国疫学調査の方法上の諸問題に関する検討. 公衆衛生研究 1993; 42(2):2 19-228.
- 2) 川村 孝、永井正規、玉腰暁子、橋本修二、大野良之、中村好一. 難病の患者数と臨床疫学像把握のための全国疫学調査マニュアル第2版. 厚生労働省難治性疾患克服研究事業「特定疾患の疫学に関する研究班」(主任研究者 永井正規), 2006年8月
<http://www.jichi.ac.jp/dph/nanbyou/manual06.pdf>
- 3) Kuboki T, Nomura S, Ide M, Suematsu H, Araki S. Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan. Psychiatry Res. 1996 Apr 16;62(1):11-6. Erratum in: Psychiatry Res 1996 Jun 1;62(3):285-6.
- 4) 中井義勝. 摂食障害の疫学. 医学のあゆみ, 2012; 241 (9): 674-675.
- 5) Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. Eur Eat Disord Rev. 2013 Jan;21(1):8-14. doi: 10.1002/erv.2203
- 6) Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, Sakurai K, Nozoe S. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. Int J Eat Disord. 2000 Sep;28(2):173-80.
- 7) Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, Yu D. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. Shanghai Arch Psychiatry. 2013 Aug;25(4):212-23. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003

表1 厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」の研究結果

	第1回	第2回	第3回	第4回
調査年	1980-1981	1985	1992	1998
対象施設数 (回収率、%)	1,030 (33.0) *	5,283 (64.3) *	5,057 (37.4) *	23,041 (61.0) **
診断基準	厚生省案	厚生省案	厚生省修正案	DSM-IV
神経性食欲不振症				
推定患者数	980	2,391	2,068	5,417
推定有病率(人口10万対)	2.2-2.75	2.9-3.7	3.6	8.3-11.9
女性の推定有病率	14.4-18.0	20.4-25.3	21.8	51.6-73.6
神経性過食症				
推定患者数			699	3,201
推定有病率(人口10万対)			1.1	4.3-5.9
女性の推定有病率			6.7	27.7-37.7

* 大学病院と300床以上の一般病院と精神病院.

** 大学病院と500床以上100%, 400~499床80%, 300~399床40%, 200~299床20%, 100~199床10%, 99床以下5%

分担研究報告書

3. 摂食障害診療ネットワーク体制の明確化に関する研究

石川俊男 (国立国際医療研究センター国府台病院心療内科)

摂食障害診療ネットワーク体制の明確化に関する研究

分担研究者 石川 俊男 国立国際医療研究センター国府台病院心療内科
研究協力者 田村 奈穂 国立国際医療研究センター国府台病院心療内科

研究要旨

最近2年間の国府台病院心療内科を初診する摂食障害患者の医療機関通院歴等を診療録から調査したところ、前医の紹介状を持参せずに転医する傾向がみられ、5分の1の患者は様々な医療機関を転々としていた。受診動機や当科を見つけた情報源などについては情報不足である部分があり、今後のさらなる調査が必要と考えられた。

A. 研究目的

摂食障害（Eating Disorder: 以下ED）の診療では地域の医療連携の充実は非常に重要であるが必ずしも確立されているとは言えない。今回医療連携の充実をめざして、まずは現状の医療連携の実際について診療録調査を行い明らかにした。

B. 研究方法

研究に同意した2012年4月～2014年3月の初診ED患者240名を対象に初診時年齢、発症年齢、初診時BMI、病型、居住地、紹介状の有無、当科初診前の医療機関通院歴、当科初診前の入院歴などの項目について各診療録を調査した。

（倫理面への配慮）

文書による同意に代えて、研究の実施についての情報（研究の意義、目的、方法、研究に関する問い合わせ窓口）を記載した説明文書を作成し、当科外来に掲示した。上記説明文書には、研究に参加したくない

場合は問合せ窓口申し出れば良いこと、研究に参加しない場合でも診療に際し何ら不利益を被らないことを明記した。

C. 研究結果／D. 考察

全患者は240名で、男女別の病型は以下に示す通りである。女性233名（ANR 49名、ANBP 64名、BNP 77名、EDNOS 32名、BED 4名）、男性7名（ANR 0名、ANBP 2名、BNP 3名、EDNOS 2名、BED 0名）。初診時年齢の平均は26.5歳、初診時BMIの平均は16.7、発症年齢の平均は19.5歳であった。紹介状の有無について、紹介状ありが128例、紹介状なしが144例であった。紹介状の有無にかかわらず、前医通院歴あるのは全240例のうち198例であった。前医通院歴として、当科初診までに3つ以上の医療機関を通院したことがある患者は全240例のうち57例であった。初診日に即日緊急入院例は20例あり、再来初診の2例を除き全例紹介初診例であった。患

者の居住地としては、千葉県 176 例、東京 35 例であった。前医の所在地としては、千葉県 107 例、東京 49 例であった。

前医はあるものの、紹介状を持参せずに当科を初診する患者が比較的多くみられ、また様々な医療機関を転々としている（3 つ以上の医療機関を受診している）患者も 5 分の 1 ほどみられた。当科を受診する患者の 4 分の 3 程が千葉県在住の方であり、7 分の 1 の方が東京都内の方であった。わずかに数例ではあるが、居住地には専門医がいないとのことで遠方から当科入院希望で当科初診する方もいた。受診動機や当科を見つけた情報源などについては情報不足である部分があり、今後のさらなる調査が必要と考えられた。

E. 結論

最近 2 年間の国府台病院心療内科を初診する摂食障害患者の医療機関通院歴等を診療録から調査した。前医の紹介状を持参せずに転医する傾向がみられ、5 分の 1 の患者は様々な医療機関を転々としていた。受診動機や当科を見つけた情報源などについては情報不足である部分があり、今後のさらなる調査が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記入

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点ではない

2. 学会発表

- 1) 石川俊男：摂食障害センター設立準備委員会活動について. 第 14 回日本認知

療法学会・第 18 回日本摂食障害学会学術集会合同学会. 大阪：2014.9.12-14

- 2) 石川俊男：摂食障害治療施設の現状・課題・提言. 第 125 回日本心身医学会関東地方会. 東京：2014.10.18
- 3) 田村奈穂：摂食障害治療におけるチーム医療—国府台病院心療内科での実践内容を中心に—. 第 55 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会. 千葉：2014.6.6-7
- 4) 田村奈穂、若林邦江、藪田将樹、須田真史、星明孝、棚橋徳成、石川俊男：ターナー症候群に摂食障害を併存した 1 症例の治療経験. 第 14 回日本認知療法学会・第 18 回日本摂食障害学会学術集会合同学会. 大阪：2014.9.12-14
- 5) 田村奈穂：転医を繰り返していたが、自主性を尊重する治療方針で改善傾向にある神経性食欲不振症（制限型）の一例. 第 14 回日本認知療法学会・第 18 回日本摂食障害学会学術集会合同学会. 大阪：2014.9.12-14

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

現時点ではない

2. 実用新案登録

現時点ではない

3. その他

現時点ではない

分担研究報告書

4. 摂食障害患者家族対応マニュアルの作成に関する研究

西園マーハ文（白梅学園大学子ども学部発達臨床学科）

摂食障害患者家族対応マニュアルの作成に関する研究 -地域保健の場における摂食障害への対応に関する研究-

分担研究者 西園マーハ文
白梅学園大学

研究要旨

摂食障害は、死亡例、重篤な身体合併症、精神科併存症の多い重大な疾患であるが、未受診者や治療中断者が多く、実態が十分知られていない。本研究では、保健所・保健センターでの相談実態を調査し、地域での患者の実態やニーズを明らかにする。

A. 研究目的

摂食障害は、若い女性を中心に有病率の高い疾患であるが、未受診や治療中断例が多く、疾患の長期経過や地域生活上のニーズについては不明な点が多い。このことが、救急時の対応などをさらに難しくしている。

本研究は、保健所・保健センターでの摂食障害の相談実態を把握することにより、地域で生活する患者の病状を明らかにし、今後の治療の充実や援助施策に役立てることを目的とする。

B. 研究方法

地域での摂食障害患者に対する相談業務に関する質問紙を作成し、全国の保健所（都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区）、市町村保健センターに配布する。平成22年以降の約5年間の相談事例を対象とし、相談件数、相談事例の病状、罹病機関やニーズ等について調査する。加えて、その地域の治療資源等について調査する。

（倫理面への配慮）

調査では、患者氏名等個人が特定される情報は収集しない。質問紙記入者の個人情報も収集しない。各保健所・センターでは、公告文を掲示し、研究対象となることを望まない対象が不参加の意思表示出来るよう配慮する。なお、今年度、本研究について、白梅学園大学研究倫理委員会、国立精神・神経医療研究センター研究倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果/D. 考察/E. 結論

今年度は、調査用質問紙を作成した。作成段階では相談経験のある保健師の意見の聞き取りも行った。その中で、摂食障害患者を受け入れる医療機関の少なさ、医療中断例と援助関係を作る際の困難感、統合失調症のような標準的対応が定まっていないことなどが挙げられた。これらを参考に作成した質問紙は、全国の保健所・保健センターに配布した。データの解析は来年度実施する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 西園マーハ文: 摂食障害の目の前の子どもに何ができるか. 教育と医学.
730: 360-367,2014
- 2) 西園マーハ文: 摂食障害の初期治療. 臨床精神医学 43: 493-496,2014
- 3) 作田亮一、鈴木真理、武田綾、野間俊一、西園マーハ文: 摂食障害の治療が社会に根付いていくためにはー治療の現状と今後の課題ー日本社会精神医学会雑誌 23,123-139,2014

2. 学会発表

別紙4

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

地域保健の場における摂食障害への対応に関する調査票

地域保健の場での摂食障害患者さんへの対応の実態把握、治療の充実、保健師の対応マニュアル等の作成のためにご協力をお願いします。

(注) 本調査票の記入者についてお願い

この調査票では、地域での摂食障害の治療資源、摂食障害の相談事例についてお聞きしています。また、摂食障害の地域でのネットワーク作り、研修、治療についてご意見をお聞きしています。

摂食障害の相談があると思われる、精神保健、母子保健、思春期相談、虐待防止対応等のご担当の方々とご相談の上、ご回答いただければ幸いです。

貴施設正式名称： _____

都道府県名 ： _____ 都・道・府・県 _____

市区町村名 ： _____ 市・区・町・村 _____

記入者の職種（該当する番号に○をつけてください） _____

1. 保健師 2. 管理栄養士・栄養士 3. その他保健医療専門職（ _____ ）

*この調査は、平成27年1月31日現在の状況を、各施設（保健所、保健センター）で1部
ご記入ください。 相談事例は過去5年間についてお聞きします。

*回答をご記入後、調査票を同封の返信用封筒に入れて

平成27年3月13日（金）までに投函してください

*研究期間中（平成29年3月31日まで）は同封の「公告文」を各施設の利用者に見えるところに
掲示してください。

本調査は、全国保健所長会のご協力を得て、平成26年度厚生労働科学研究費障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）「摂食障害の診療体制整備に関する研究」の一環として実施します。摂食障害の相談実態を把握し、今後の治療の充実のため、保健師の対応マニュアル等の作成のために役立てます。今回の結果を元に、摂食障害の良い援助方法について提言し、また保健師の方々に研修や相談等も提供できるよう努力いたしますので、なにとぞご回答にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

平成26年度厚生労働科学研究費障害者対策総合研究事業「摂食障害の診療体制整備に関する研究」
分担研究者：西園マーハ文 白梅学園大学子ども学部発達臨床学科（精神科専門医：日本摂食障害学会理事）
主任研究者：安藤哲也 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所心身医学研究部