

第Ⅱ期 ; 治療前期 (55%~60%IBW)	
身体管理	<p>身体管理</p> <p>55%を超えると再栄養症候群・低血糖・胸腹水のリスクは下がる。食事量の増量に伴い消化器症状の出現や、感染症などの出現リスクがあり、病状が安定していても週一回の血液検査は継続する。</p>
	<p>食事カロリー; 2200~2400カロリーを上限に増量する。(1kg/wの増加を目安とする。)</p>
精神・行動	<p>行動の制限</p> <p>ベッド上安静、床上排泄; 体重が順調に増加し、60%近くなったらポータブルトイレ使用可とし、立位の練習からはじめる。(筋力低下が著しく座位保持が困難な場合はリハビリも同時に導入開始する。) 週一回ベッドバス、洗髪。 出棟時は車椅子にて原則2名の付き添い(離棟リスクが高いため)。 洗面は朝夕に配る蒸しタオルで行う。歯磨きは毎食後一日3回まで。着替えは一日一回(必要時は随時可)。トイレ後はウェットティッシュを使用。 クリームや化粧水などの使用の希望がある場合は洗面後に貸し出しにて使用可。</p>
	<p>通信の制限</p> <p>家族面会は週一回。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。 Ns付き添いで手紙を書く時間15分/日; 自由時間に「書くこと」が可となればNs付き添いの手紙の時間は中止にする。</p>
	<p>環境の制限</p> <p>オーバーテーブルのみの使用。床頭台は使用しない(撤去)。ゴミ箱も撤去しかわりに小さな紙箱かビニール袋を使用し、ゴミの内容をチェックする。 入院時自己管理できるものは、コップ一個、卓上カレンダー一個、時計一個、タオル1枚、ポケットティッシュ一個、眼鏡・コンタクト。リップクリーム一個。 自己管理物品は必要性和精神症状を評価し段階的に許可する。; 65%近くから歩行が許可となる頃に物品自己管理を目安に増やしていく。</p>
	<p>娯楽の制限</p> <p>入院時は読書や音楽等の娯楽は禁止する。逸脱行動がみられず、食事摂取が良好であれば30分より段階的に許可していく。(4時間まで) ; 65%までに完全フリーを目安に増やす。</p>
	<p>患者</p> <p>治療への抵抗は入院後1~3ヶ月程度みられることがある。治療への強い抵抗がみられなくなり、協力できるようになってきた段階から行動制限を緩めていく。</p>
<p>家族</p> <p>患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。</p>	

表5

精神・行動

行動の制限

体重が順調に増加し、60% IBW 近くなったらポータブルトイレ使用可とし、立位の練習からはじめる。(筋力低下が著しく座位保持が困難な場合はリハビリも同時に導入開始する。)

通信の制限

家族面会は週一回で家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行うことは退院まで継続する。

Ns 付き添いで手紙を書く時間 15 分 / 日；自由時間に「書くこと」が可となれば Ns 付き添いの手紙の時間は中止にする。

環境の制限

自己管理物品は 65% IBW 近くで歩行が許可となる頃に完全物品自己管理にすることを目安に増やしていく。

娯楽の制限

65%までに完全制限なしを目安に増やす。

患者

治療への抵抗は入院後 1～3 ヶ月程度みられることがある。治療への強い抵抗がみられなくなり、協力できるようになってきた段階から行動制限を緩めていく。

家族

患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が 2～3 ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。

身体管理

55% IBW を超えると再栄養症候群・低血糖・胸腹水のリスクは下がる。食事量の増量に伴い消化器症状の出現や、感染症などの出現リスクがあり、病状が安定していても週一回の血液検査は継続する。

カロリーー負荷は、1kg/w の増加を目安とし、2200～2400 カロリーー程度まで増量する。

第Ⅲ期 ; 治療中期① (60%~65%IBW)

身体管理	身体管理	
	55%を超えると再栄養症候群・低血糖・胸腹水のリスクは下がる。食事量の増量に伴い消化器症状の出現や、感染症などの出現リスクがあり、病状が安定していても週一回の血液検査は継続する。	
食事カロリー; 2200~2400カロリーを上限に増量する。(1kg/wの増加を目安とする。)		
精神・行動	行動の制限	ポータブルトイレ使用~室内フリー~トイレ歩行可へステップアップする。65%のあたりから棟内フリーの段階的解除ができるのを目安にする。 週一回ベッドバス、洗髪。 出棟時は車椅子にて原則2名の付き添い(離棟リスクが高いため)。 洗面は朝夕に配る蒸しタオルで行う。歯磨きは毎食後一日3回まで。着替えは一日一回(必要時は随時可)。トイレ後はウェットティッシュを使用。;室内フリーの段階で洗面台使用可となり制限はなくなる。 クリームや化粧水などの使用の希望がある場合は洗面後に貸し出しにて使用可。
	通信の制限	家族面会は週一回。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。 Ns付き添いで手紙を書く時間15分/日;自由時間に「書くこと」が可となればNs付き添いの手紙の時間は中止にする。
	環境の制限	オーバーテーブルのみの使用。床頭台は使用しない(撤去)。ゴミ箱も撤去しかわりに小さな紙箱かビニール袋を使用し、ゴミの内容をチェックする。 入院時自己管理できるものは、コップ一個、卓上カレンダー一個、時計一個、タオル1枚、ポケットティッシュ一個、眼鏡・コンタクト。リップクリーム一個。 自己管理物品は必要性和精神症状を評価し段階的に許可する。;65%近くから歩行が許可となる頃に物品自己管理を目安に増やしていく。
	娯楽の制限	入院時は読書や音楽等の娯楽は禁止する。逸脱行動がみられず、食事摂取が良好であれば30分より段階的に許可していく。(4時間まで) ;65%までに完全フリーを目安に増やす。
	患者	治療への抵抗は入院後1~3ヶ月程度みられることがある。治療への強い抵抗がみられなくなり、協力できるようになってきた段階から行動制限を緩めていく。
	家族	患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。

表6

精神・行動

行動の制限

- ◆ベッドサイドでのポータブルトイレ使用～病室内歩行可～トイレ歩行可へステップアップする。65% IBW から病棟内歩行可の段階的解除ができるのを目安にする。
- ◆病室内歩行可の段階で洗面台使用が許可となり、洗面、歯磨き、手洗いについての制限はなくなる。

環境の制限

65% IBW 近くで歩行許可となる頃に完全物品自己管理可（食品以外）にするのを目安に増やしていく。

娯楽の制限

65%までに完全制限なしにすることを目安に増やす。

この時期は体重増加が軌道にのり、順調に行動制限が解除されていくため、患者の抵抗も減り、落ち着いて治療に取り組めるようになる。

第IV期 ; 治療中期② (65%~70%IBW)	
身体管理	<p>身体管理</p> <p>55%を超えると再栄養症候群・低血糖・胸腹水のリスクは下がる。食事量の増量に伴い消化器症状の出現や、感染症などの出現リスクがあり、病状が安定していても週一回の血液検査は継続する。</p>
	<p>食事カロリー; 2200~2400カロリーを上限に増量する。(1kg/wの増加を目安とする。)</p>
精神・行動	<p>行動の制限</p> <p>65%のあたりから棟内フリーの段階的解除(30分、朝食後~昼食前、朝食後~夕食前、終日)を行う。70%で完全棟内フリーが目安。 棟内フリーが開始になったら、週一回から入浴可とし、段階的に回数をあげていく。 出棟時は車椅子にて原則2名の付き添い(離棟リスクが高いため)。; 日中棟内フリーとなれば歩行で付き添い1名で可。 65%以上となったならHCU4人部屋への転室可。日中棟内フリーとなったなら一般大部屋へ転室可。</p>
	<p>通信の制限</p> <p>家族面会は週一回。棟内フリーの間は電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。</p>
	<p>環境の制限</p> <p>65%近くから物品自己管理となる。床頭台を使用可とする。ゴミ箱も使用可とする。</p>
	<p>娯楽の制限</p> <p>65%までに制限なしとする。</p>
	<p>患者</p> <p>棟内フリーが開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。 65%で物品自己管理となったところより少しづつ心理教育を開始する。患者の状況をみながら、構造化面接を行う。(疾患教育、自分史を書くなど)</p>
<p>家族</p> <p>患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。</p>	

表7

精神・行動

行動の制限

- ◆ 65% IBW のあたりから病棟内歩行可の段階的解除（30分、朝食後～昼食前、朝食後～夕食前、終日）を行う。70% IBW で完全病棟内歩行可が目安となる。
- ◆ 棟内フリーが開始になったら、週一回から入浴可とし、段階的に回数をあげていく。
- ◆ 検査出棟などは、日中病棟内歩行可となれば歩行で付き添い1名で可とする。
- ◆ 65% IBW 以上になったらハイケアユニット（HCU）4人部屋への転室可。日中病棟内歩行可になったら一般大部屋へ転室可。

患者

棟内フリーが開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。65% IBW で物品自己管理となったところより少しづつ心理教育を開始する。患者の状況をみながら構造化面接を行う。（疾患教育、自分史を書くなど行う）

第V期 ; 治療後期① (70%~75%IBW)								
身体管理	<p>身体管理</p> <p>70%超えると身体リスクはほとんどないが、1~2週おきに血液検査は施行する。</p> <p>食事カロリー; 2200~2400カロリーを上限に増量する。(1kg/wの増加を目安とする。)間食練習開始。</p>							
	<table border="1"> <tr> <td>行動の制限</td> <td> <p>70%にて完全棟内フリー。安定して経過していれば、OTの導入を開始。 売店での買い物を許可; 個人付き添いから集団売店ツアー参加まで段階的に許可。 間食を段階的に許可。(間食は売店で購入する)</p> <p>①一日おやつ一種類、食べ物Ns管理 ②おやつ品数制限なし、食べ物Ns管理 ③おやつ制限なし、食べ物自己管理</p> </td> </tr> <tr> <td>通信の制限</td> <td> <p>家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。</p> </td> </tr> <tr> <td>環境の制限</td> <td> <p>通常の入院環境とする。</p> </td> </tr> <tr> <td>娯楽の制限</td> <td> <p>制限なし。</p> </td> </tr> </table>	行動の制限	<p>70%にて完全棟内フリー。安定して経過していれば、OTの導入を開始。 売店での買い物を許可; 個人付き添いから集団売店ツアー参加まで段階的に許可。 間食を段階的に許可。(間食は売店で購入する)</p> <p>①一日おやつ一種類、食べ物Ns管理 ②おやつ品数制限なし、食べ物Ns管理 ③おやつ制限なし、食べ物自己管理</p>	通信の制限	<p>家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。</p>	環境の制限	<p>通常の入院環境とする。</p>	娯楽の制限
行動の制限	<p>70%にて完全棟内フリー。安定して経過していれば、OTの導入を開始。 売店での買い物を許可; 個人付き添いから集団売店ツアー参加まで段階的に許可。 間食を段階的に許可。(間食は売店で購入する)</p> <p>①一日おやつ一種類、食べ物Ns管理 ②おやつ品数制限なし、食べ物Ns管理 ③おやつ制限なし、食べ物自己管理</p>							
通信の制限	<p>家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。</p>							
環境の制限	<p>通常の入院環境とする。</p>							
娯楽の制限	<p>制限なし。</p>							
精神・行動	<table border="1"> <tr> <td>患者</td> <td> <p>棟内フリーが開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。 他患交流が増えるとともに対人トラブルのリスクが増える。若い女性患者の場合、男性患者との性的なトラブルもみられやすい。 他患との交流に注意が必要。</p> </td> </tr> <tr> <td>家族</td> <td> <p>患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。</p> </td> </tr> </table>	患者	<p>棟内フリーが開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。 他患交流が増えるとともに対人トラブルのリスクが増える。若い女性患者の場合、男性患者との性的なトラブルもみられやすい。 他患との交流に注意が必要。</p>	家族	<p>患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。</p>			
	患者	<p>棟内フリーが開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。 他患交流が増えるとともに対人トラブルのリスクが増える。若い女性患者の場合、男性患者との性的なトラブルもみられやすい。 他患との交流に注意が必要。</p>						
家族	<p>患者が抵抗を示している間は家族の様子に注意し、家族の不安を極力解消することにつとめる。個室使用が2~3ヶ月に達すると金銭面の負担の不安が大きくなっていくため、治療の進行状況を的確に伝えていく。</p>							

表8

精神・行動

行動の制限

- ◆ 70% IBW にて完全病棟内歩行可。安定して経過していれば、作業療法の導入を開始する。
- ◆ 売店での買い物を許可；個人付き添いから集団売店ツアー参加まで段階的に病棟外での行動を許可する。
- ◆ 間食を段階的に許可。（間食は売店で購入する）
 - ①一日おやつ一種類、食べ物 Ns 管理
 - ②おやつ品数制限なし、食べ物 Ns 管理
 - ③おやつ制限なし、食べ物自己管理

売店で患者が自分自身で食べる物を選んで購入してもらう。適切な量、物を選ぶ練習の一環である。しばらくは食品は看護師が管理するが、適切な量の間食摂取が自分でコントロールできると判断されたら、食品も自己管理とする。

患者

病棟内歩行可が開始されると、トイレでの隠れた嘔吐や、盗食などのリスクが増えるため行動に注意をしていく。

他患交流が増えるとともに対人トラブルのリスクが増える。若い女性患者の場合、男性患者との性的なトラブルもみられやすい。他患との交流に注意が必要となる。

第VI期 ; 治療後期② (75%IBW~退院)								
身体管理	身体管理							
	70%超えると身体リスクはほとんどないが、1~2週おきに血液検査は施行する。							
精神・行動	食事カロリー; 2200~2400カロリー+間食							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">行動の制限</td> <td>退院目標の75%以上を維持できたら外出・外泊練習を開始する。 ①外出②一泊二日③二泊三日④三泊四日と段階を踏む。 体重が75%を下回ると、外泊練習を休み仕切り直しを行う。 一泊二日の外泊練習が問題なく行えたら任意入院へ切り替える。(院内フリー) 三泊四日が問題なく行えれば退院決定をする。</td> </tr> <tr> <td>通信の制限</td> <td>家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。</td> </tr> <tr> <td>環境の制限</td> <td>通常の入院環境とする。(任意入院へ切り替われば院内フリー可)</td> </tr> <tr> <td>娯楽の制限</td> <td>制限なし。</td> </tr> </table>	行動の制限	退院目標の75%以上を維持できたら外出・外泊練習を開始する。 ①外出②一泊二日③二泊三日④三泊四日と段階を踏む。 体重が75%を下回ると、外泊練習を休み仕切り直しを行う。 一泊二日の外泊練習が問題なく行えたら任意入院へ切り替える。(院内フリー) 三泊四日が問題なく行えれば退院決定をする。	通信の制限	家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。	環境の制限	通常の入院環境とする。(任意入院へ切り替われば院内フリー可)	娯楽の制限
行動の制限	退院目標の75%以上を維持できたら外出・外泊練習を開始する。 ①外出②一泊二日③二泊三日④三泊四日と段階を踏む。 体重が75%を下回ると、外泊練習を休み仕切り直しを行う。 一泊二日の外泊練習が問題なく行えたら任意入院へ切り替える。(院内フリー) 三泊四日が問題なく行えれば退院決定をする。							
通信の制限	家族面会は週一回。電話使用可。家族面会の前に必ず主治医から病状説明を毎回行う。							
環境の制限	通常の入院環境とする。(任意入院へ切り替われば院内フリー可)							
娯楽の制限	制限なし。							
患者	外泊練習時に退院後の生活のシュミレーションを行う。患者に週間予定を作ってもら。可能であれば通院でOTを継続する。 退院後は最低1年間の外来通院の継続、自宅での生活が軌道にのるまで週一回の通院、体重70%IBWを下回ったら再入院の枠組みの約束を行う。							
家族	退院前に家族に対し、退院後の生活と通院の継続、再入院の目安に関して教育を行う。							

表9

精神・行動

行動の制限

◆退院目標の 75% IBW 以上を維持できたら外出・外泊練習を開始する。

①外出 ②一泊二日 ③二泊三日 ④三泊四日 と段階を踏む。

体重が 75%を下回ると、外泊練習を休み仕切り直しを行う。

一泊二日の外泊練習が問題なく行えたら任意入院へ切り替える。(病院敷地内散歩可)

三泊四日が問題なく行えれば退院決定をする。

患者

外泊練習時に退院後の生活のシュミレーションを行う。患者に週間予定を作ってもらう。可能であれば通院で作業療法を継続する。

退院時に以下を患者・家族と約束する。

①最低 1 年間の外来通院の継続

②自宅での生活が軌道にのるまで週一回の通院

③体重 70% IBW を下回ったら再入院をする

家族

退院前に家族に対し、退院後の生活と通院の継続、再入院の目安に関して教育を行う。

考 察

今回、クリニカルパス作成の土台として、医師用の行動制限療法の入院治療マニュアルを作成した。本マニュアルを今後は使用し、さらなるブラッシュアップを行うのと、多職種チームにてパス作成に取り組む。

我々の施設は、大学病院に付属する 98 床の閉鎖病棟の精神科という施設の性格上、身体合併症をもつ精神疾患患者の入院依頼が多い。AN に関しても、低体重がひどく頑固な治療拒否、といった症例が多い。昨今の医療情勢より、AN 治療に取り組む内科系医師の多くは、短期間の入院しかさせることができず、医療経済的な問題より治療の制約を強く受けている。短期間の入院期間のなかでいかに治療効果を挙げるかが議論の対象になっていることが多く、当院のような入院期間を無視した治療枠組みは現在の医療情勢には即していないことになる。しかし、例えば治療拒否が強く長期重症化した、死にかけの患者をやっとの思いで家族が入院させた場合、十分な体重増加も得られていない状態で 3 ヶ月程度で退院させられるかといえは答えは否であろう。他の入院施設を転々として当院にやってくる重症例も多いが、治療経過をみると、特に治療枠組みを決めずに入院させている病院でも身体合併症の治療などで入院期間がのび、結局は 6 ヶ月程度かかっていることが多い。いずれにしても治療抵抗性の高い重症例はある程度の入院治療期間が必要であると考えられる。当院での治療成績であるが、退院目標体重である 75% IBW へは 90% 以上が到達して良好な状態で退院している。退院後の維持は生活環境や患者および家族の受療態度が大きく影響しており一概に入院治療の効果としての評価が困難であるが、一年間の通院を継続し、医師の指示に従える症例は良好な経過を辿っている。このように治療の枠組みを作ることで良かったことは、少なくとも、重症 AN の対応で悩むことが減ったということであろう。治療方針を明確化することによって重大なトラブルを回避できるようになったことが確実な利点である。

本マニュアルはあくまでも北里大学東病院 精神神経科の病棟で行う場合を前提としている。病棟の構造、看護体制など治療環境により行動制限の内容と管理の仕方は変化してくる。この方法を他施設にて応用する場合は、その施設環境に合わせて管理可能な行動制限のパターンに臨機応変にアレンジしていく必要があるだろう。

文 献

- 1) 鈴木 (堀田) 真理;身体面治療のポイント. 摂食障害救急患者治療マニュアル (第2版) 日本摂食障害学会、2010
- 2) Tsukamoto M, Tanaka A, Arai M, et al. Hepatocellular injuries observed in patients with an eating disorder prior to nutritional treatment. Intern Med 47:1447-50,2008.
- 3) Yoshida S, Shimada M, Kornek M, et al. Elevated transaminases as a predictor of coma in a patient with anorexia nervosa: a case report and review of the literature. J Med Case Reports. 2010 Sep 17;4:307.
- 4) Gaudiani JL, Sabel AL, Mascolo M, et al. Severe anorexia nervosa: Outcomes from a medical stabilization unit. Int J Eat Disord. 2010 Dec 10.
- 5) Ohwada R, Hotta M, Oikawa S, et al. Etiology of hypercholesterolemia in patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2006 Nov;39(7):598-601.
- 6) 笠井麻紀子、岡島美朗、高野英介ほか:Refeeding Syndrome を呈した神経性無食欲症. 精神神経学雑誌 第111巻第4号 (2009) 388-397
- 7) 高橋恵理;【一般救急における精神科医の役割】 摂食障害の救急医療と対応 一般救急における精神科医の役割. 精神科治療学 26巻10号 Page1227-1232(2011.10)



北里大学医学部精神科学

Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine

図1: 北里大学東病院精神神経科における神経性無食欲症治療の枠組み

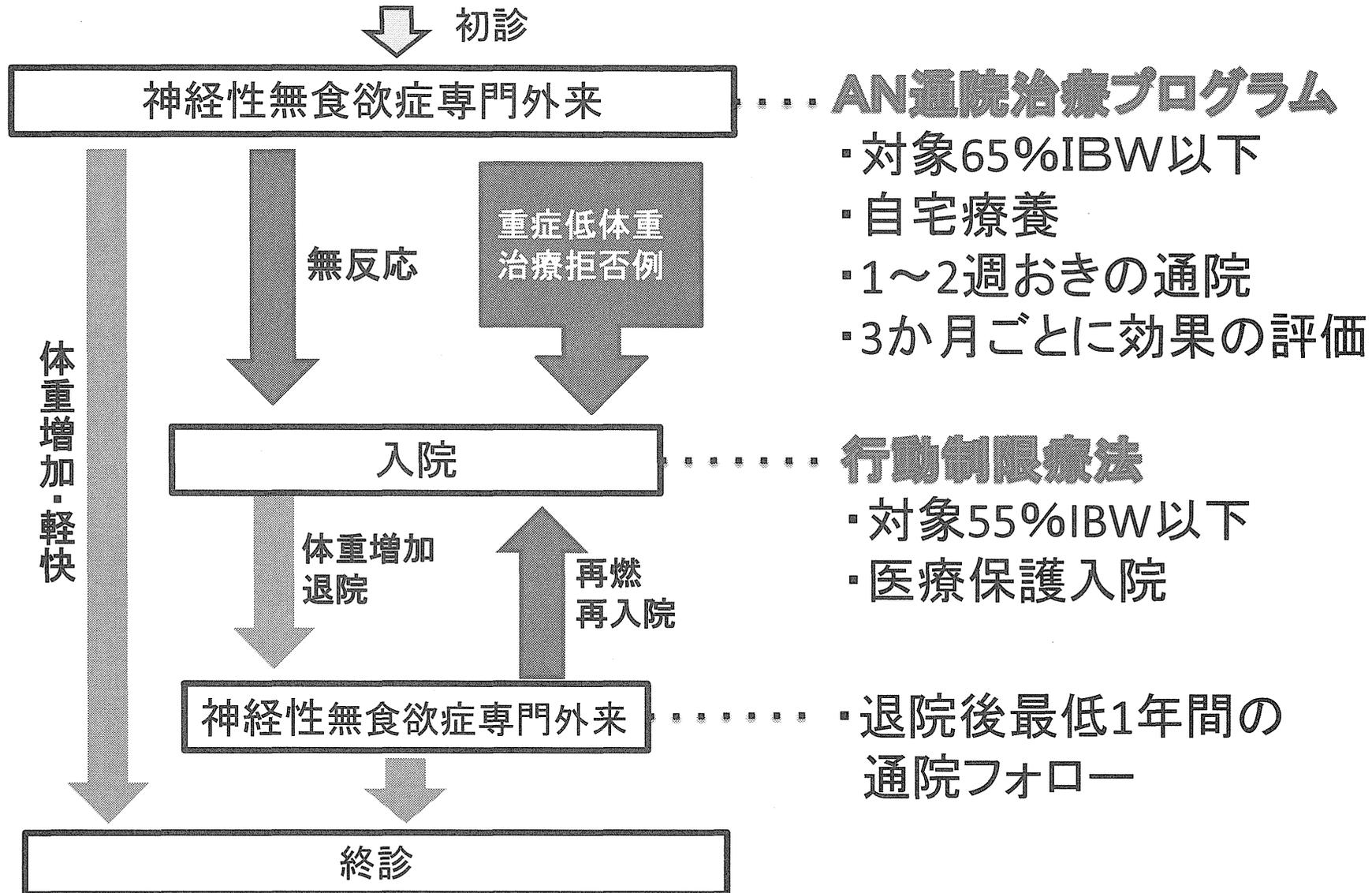


表1：通院治療プログラム調査結果1

(対象)

2012～2015年の期間に導入した症例；35例

(内訳)

治療中断・転医：4例(ドロップアウト率 11%)

終診：16例(46%)

入院へ移行：15例(43%)

(平均通院期間)

316日

平均導入時体重(%IBW)：61%IBW

平均終了時体重(%IBW)：79%IBW

表2：通院行動療法プログラム調査結果2

目標体重に到達し通院を終結した14例

	性別	年齢	身長	導入時体重	導入時%IBW	終了時体重	終了時%IBW	通院期間(日数)
治療導入時 体重～55%IBW	F	15	146	23.5	50.1	33	70.4	386
	F	15	153	27	52.4	37	71.8	71
	F	16	153.5	27.4	52.9	47.5	91.6	771
治療導入時 体重55～60%IBW	F	20	150	28	56.6	40	80.8	492
	F	15	163	33.5	57.3	50.2	85.9	112
	F	20	156.6	31.6	58.6	38.7	71.7	294
	F	16	160.5	34.5	60.9	41	72.3	269
治療導入時 体重60～65%IBW	F	34	158	34	61.9	43.5	79.2	560
	F	37	155.1	33.5	63.3	35	66.1	441
	F	33	150	31.8	64.2	39	78.8	167
治療導入時 体重65%IBW～	F	17	154	34.3	65.7	45	86.2	88
	F	20	156.3	35.4	65.9	45.3	84.3	207
	M	47	179	47	66.7	53.5	75.9	221
	F	15	149	37.1	76.0	44.5	91.1	347
平均		22.9						316

分担研究報告書

9. 総合病院における診療体制と連携の明確化

井上幸紀 (大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学)

総合病院における診療体制と連携の明確化

分担研究者 井上幸紀 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学 教授

研究協力者 山内 常生 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学

研究要旨

本分担研究の目的は、総合病院における摂食障害の診療体制や診療状況、診療科間の診療連携等における現状把握と課題を明らかにすることである。本調査の対象者は、精神科または心療内科を有するなど一定の条件を満たす全国 463 総合病院の精神科、心療内科、内科、小児科、救急科等の診療科部長 1895 名であった。アンケート調査票を用いて、対象となった各診療科部長 1895 名に摂食障害患者の診療体制や診療状況、施設内および施設間の診療連携、診療の困難さとそれを軽減する上で改善すべき問題点等について質問し、470 名（回収率 24.8%）より回答を得た。摂食障害診療で中心的な役割が期待される精神科および心療内科であっても 42.8%は摂食障害診療に対して消極的であった。また、身体的重症患者の入院対応については、他科の併診がなくても入院可能と答えたのは 32.9%で、併診がある場合の 78.5%と大きな差を認めた。診療に対する困難感に影響する要因として、精神科や心療内科では「人的資源の不足」等、内科や救急救命科では「専門的知識」、「患者本人の治療拒否」等をあげる者が多かった。総合病院が抱える摂食障害治療の課題を克服する上で、各診療科の医療体制の充実や専門治療を行う各診療科間の連携が不可欠と考えられた。

A. 研究目的

摂食障害の治療を円滑にすすめるためには、精神科や心療内科に加えて、内科、救急科、小児科といった摂食障害の合併症治療に関わる全ての診療科が緊密に連携を取り合うことが求められる。とりわけ、精神科や心療内科を有する総合病院では、摂食障害の包括的治療を積極的に行うことが期待されるが、医療圏の医療体制や各医療機関の診療体制や設備など様々な制約から課題も多い。

本分担研究では、全国の総合病院の精神科、心療内科、内科、救急科、小児科を対象にア

ンケート調査を実施し、各医療機関・診療科における現在の摂食障害診療体制や診療状況、院内診療科間および他医療機関との連携の現状、診療を困難にさせる要因などについて調査し、総合病院の摂食障害の現状と課題を把握し、摂食障害治療をより機能的に行う上で必要なこと、摂食障害治療に従事する医師にとってより良い治療環境の構築に向けた課題について検討した。

B. 研究方法

(1) 全国の総合病院の設置状況について
本分担研究のアンケート配布対象とする医療機関の規模を、総病床数 400 床以上の精神科または心療内科を有する総合病院とし、これらの医療機関の全国 47 都道府県における設置状況を調査した。調査委には、厚生労働省の医療機関情報提供制度（医療情報ネット http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/）および各自治体が作成した医療機関リストを用いた。

(2) 総合病院における摂食障害診療について

上記の調査で抽出された全国の精神科または心療内科を有する総合病院の精神科、心療内科、内科、救急科、小児科（あるいはそれに該当する診療科）の診療科部長を対象として、「摂食障害診療における施設内および施設間の連携に関する調査」に関するアンケート調査票（別添資料 1）を、平成 27 年 3 月を回答期限として平成 27 年 1 月に郵送し、回答を依頼した。回答記入後に郵送で返送されたアンケート調査票を集計し統計処理を行った。

アンケート調査票には、「各診療科における診療体制（病床数、医師等の配置状況など）」、「摂食障害患者の受診状況（外来通院患者数、入院患者数、診療の受け入れ条件など）」、「医療連携の状況（院内および他医療機関との連携）」、「摂食障害診療を行う上での困難さ」等の質問項目を含む。

（倫理面への配慮）

本研究はヘルシンキ宣言（世界医師会）および疫学研究に関する倫理指針、臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）を遵守し、大阪市立大学医学部倫理委員会の承認を得て施行された。実施者は、本研究の実施にあつ

て、調査内容等について文書で説明し、自由意志で提出を依頼した。本研究で知り得た回答施設が特定できるような情報は、厳重な管理下で保管され研究者以外には知らさない配慮を行った。

C. 研究結果

(1) 総病床数 400 床以上の精神科または心療内科を有する総合病院の全国の配置状況については（別添資料 2）を参照。本分担研究のアンケート調査対象に抽出された全国の医療機関の総数は 463 施設であった。また、これらの医療機関の中で、精神科、心療内科、内科、救急科、小児科（あるいはそれに該当する診療科）の診療科総数は 1895 部署であった。

(2) 本アンケート調査の対象となった全国 463 医療機関の計 1895 名の診療科部長の計 470 名（回収率 24.8%）より回答を得た。

a) 回答を得た各診療科の病床数および精神科、心療内科における外来・入院診療体制の有無について（表 1、表 2-1、表 2-2）に示した。

b) 精神科および心療内科（以降あわせてメンタルヘルス科）で、摂食障害診療への取り組みについて「積極的」または「どちらかというとなら積極的」と回答したのは計 32.1%（それぞれ 14.5%、17.6%）にとどまり、全体の 42.8% は消極的な関わりであることが示された（「どちらかというとなら消極的」17.6%、「消極的」19.1%、「原則的にみない」6.1%）。

c) 入院治療の受け入れ条件についての回答では、身体的重症患者の入院対応について、病床を有するメンタルヘルス科（79 診療科）は、身体診療科の併診がある場合では 62 診療科（78.5%）が可能と回答した一方で、併診がなくても入院可能と回答したのは 26 診

表1. 有床の各診療科の病床数

精神科	数	割合(%)
10床未満	33	29.5
10 - 29床	11	9.8
30 - 49床	24	21.4
50 - 99床	22	19.6
100床以上	13	11.6
不明	9	8.0
合計	112	

心療内科	数	割合(%)
10床未満	1	7.1
10 - 29床	4	28.6
30 - 49床	3	21.4
50 - 99床	3	21.4
100床以上	2	14.3
不明	1	7.1
合計	14	

内科	数	割合(%)
10床未満	12	15.8
10 - 29床	8	10.5
30 - 49床	15	19.7
50 - 99床	15	19.7
100床以上	16	21.1
不明	11	13.2
合計	77	

小児科	数	割合(%)
10床未満	11	6.5
10 - 29床	79	47.0
30 - 49床	56	33.3
50 - 99床	12	7.1
100床以上	3	1.8
不明	7	4.2
合計	168	

救急科	数	割合(%)
10床未満	28	32.2
10 - 29床	27	31.0
30 - 49床	18	20.7
50 - 99床	5	5.7
100床以上	1	1.1
不明	8	9.2
合計	87	

表2-1. 精神科、心療内科における外来・入院診療体制の有無

精神科	数	割合(%)
外来診療あり	105	93.8
入院診療あり	68	60.7
全112診療科		

心療内科	数	割合(%)
外来診療あり	13	92.9
入院診療あり	9	64.3
全14診療科		

表2-2. メンタルヘルス科における外来・入院診療体制の有無 ※

メンタルヘルス科	数	割合(%)
精神科あるいは心療内科いずれかの		
外来診療あり	123	93.9
入院診療あり	81	61.8
全131診療科		

※ メンタルヘルス科とは、精神科、心療内科、あるいはそれに準ずる診療科をあわせた診療科

療科（32.9%）にとどまった。また、内科、小児科、救急科においても、他科併診の有無によって、それぞれ59.7%から29.9%へ、47.6%から34.5%へ、72.4%から58.6%へと低減が認められた。これらに対して、身体的軽症患者の入院条件では、他診療科の併診がなくても入院可能と回答した病床を有するメンタルヘルス科は60診療科（75.9%）であり、身体重症度がメンタルヘルス科の入院対応の可否に影響した。

精神症状が重症な患者における身体診療科の入院対応では、他科診療科の併診があっても困難と回答したのは、内科で72.7%、小児科で81.6%、救急科で58.6%にのぼり、精神症状が重症であればメンタルヘルス科での対応が必要となる傾向が強かった。

メンタルヘルス科の外来診療については、身体的重症患者は他診療科の併診がなければ、