

17.6%しか受け入れができないと回答し、また併診があっても受け入れは50.4%にとどまった。一方の内科外来の治療受け入れが可能なのは、他診療科併診があっても45.5%であった。

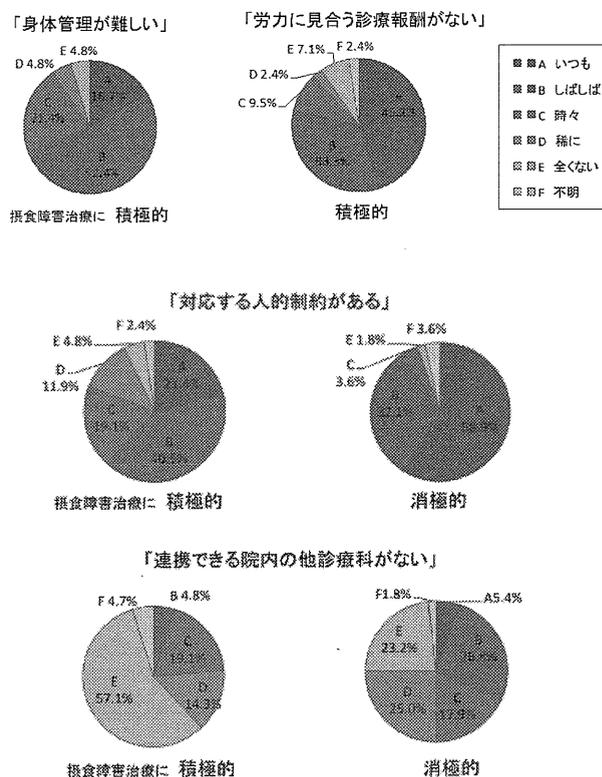
緊急的入院について、病床を有するメンタルヘルス科では他診療科の併診なくとも対応可能なのは43.0%であり、たとえ併診があっても31.7%が緊急的入院は不可と回答した。また、救急科でも、他診療科併診がなければ29.9%が受け入れできないと回答した。

d) 入院した摂食障害患者の他診療科との連携について、メンタルヘルス科では、「いつも」、「ほとんどいつも」、「しばしば」していると回答したのが70.9%であったことに対して、内科で55.6%、小児科で56.0%、救急科で65.1%であった。「全くしていない」と回答した割合は、メンタルヘルス科の3.8%に対して、内科22.2%、小児科12%、救急科18.6%に及んだ。

e) 摂食障害診療上での困難さに影響を及ぼす程度が、「いつも」あるいは「しばしば」と回答した割合が特に大きかった項目について、割合の大きい順にあげると、メンタルヘルス科では、「<9>対応する人的制約がある」(75.6%)、「<10>貴診療科だけで治療が難しい」(74.4%)、「<2>身体管理が難しい」(73.3%)、「<3>緊急時の対応が困難」(69.5%)、「<1>専門的な知識を要し、治療が難しい」(69.7%)、「<7>労力に見合う診療報酬が得られない」64.9%であった。さらに、摂食障害治療に積極的と回答したメンタルヘルス科でも「<2>身体管理が難しい」と回答したのは「いつも」と「しばしば」をあわせて69.1%、「<7>労力に見合う報酬が得られない」で78.5%にのぼった。また、摂食障害治療に積極的あるいは消極的と回答したメンタルへ

ルス科の比較では、「<9>人的制約」ではそれぞれ61.9%と91.2%、「<12>連携できる院内の他診療科がない」では4.8%と32.2%と差が大きかった(図1)。

図1. メンタルヘルス科における摂食障害診療の困難さに影響を与える要因



また、内科では、「<10>貴診療科だけで難しい」(79.2%)「<4>治療目標を設定するのが困難」(77.9%)、「<1>専門的な知識」(76.6%)、「<5>本人の治療拒否があり対応に困る」(68.8%)であった。

さらに、摂食障害治療をしやすくするために、解消・改善が必要な項目については、メンタルヘルス科で、「<9>人的制約」、「<2>身体管理」、「<8>施設・設備上の制約がある」が多く、内科や救急科では、「<1>専門的な知識」、「<5>治療拒否」をあげるものの割合が高かった(表3)。

表3. 摂食障害治療をしやすくするために、解消・改善が必要なもの（上位4つを選択）

診療について		全診療科	メンタルヘルス科	内科	小児科	救急科
<1> 専門的な知識を要し、治療が難しい。	数 割合(%)	206 ① 43.8	34 26.0	42 ① 54.6	97 ① 57.7	28 ② 32.2
<2> 身体管理が難しい。	数 割合(%)	100 21.3	② 59 45.0	12 15.6	18 10.7	9 10.3
<3> 緊急時の対応が困難。	数 割合(%)	110 23.4	④ 48 36.6	⑤ 23 29.9	29 17.3	9 10.3
<4> 治療目標を設定するのが困難。	数 割合(%)	112 23.8	27 20.6	20 26.0	35 20.8	27 ③ 31.0
<5> 本人の治療拒否があり対応に困る。	数 割合(%)	② 148 ② 31.5	⑤ 42 32.1	② 27 35.1	⑤ 46 27.4	① 32 36.8
<6> 家族の協力が得られない。	数 割合(%)	51 10.9	9 6.9	6 7.8	20 11.9	16 18.4
<7> 労力に見合う診療報酬が得られない。	数 割合(%)	102 21.7	40 30.5	15 19.5	32 19.1	13 14.9
<8> 施設・設備上の制約がある。	数 割合(%)	⑤ 142 ⑤ 30.2	③ 54 41.2	17 22.1	④ 55 32.7	16 18.4
<9> 対応する人的制約がある。	数 割合(%)	② 200 ② 42.6	① 75 57.3	④ 25 32.5	② 87 51.8	11 12.6
他診療科・他医療機関との連携について						
<10> 貴診療科だけの治療が難しい。	数 割合(%)	④ 146 ④ 31.1	27 20.6	② 27 35.1	③ 63 37.5	27 ③ 31.0
<11> 連携できる院内の他診療科がない。	数 割合(%)	79 16.8	9 6.9	13 16.9	44 26.2	12 13.8
<12> 連携できる他医療機関がない(わからない)。	数 割合(%)	64 13.6	20 15.3	9 11.7	18 10.7	17 19.5
<13> 連携の方法がわからない。	数 割合(%)	20 4.3	2 1.5	6 7.8	6 3.6	6 6.9
<14> 連携までに時間がかかり、その間の対応に苦慮する。	数 割合(%)	88 18.7	22 16.8	14 18.2	27 16.1	21 ⑤ 24.1

○内の数は各診療科毎の順位を示した

D. 考察

本分担研究の調査対象となった総病床数400床以上で精神科または心療内科を有する総合病院の都道府県ごとの数は、人口密集地である大都市圏に多かったが、対象の総合病院が有する精神科病床数を各都道府県人口で割った対人口で見ると、必ずしも大都市圏が多いわけではなかった。各都道府県や地域の各々の医療事情が医療機関および病床の配置に影響していると考えられた。摂食障害診療が全ての総合病院で行われているとは限らないことから、摂食障害の診療体制も地域ごとの特徴にあわせて整備される必要である。

本分担研究の調査対象となった精神科および心療内科（メンタルヘルス科）の中で摂食障害診療に積極的なのは1/3程度であった。対象のメンタルヘルス科で入院診療を行っているのが6割であったことを考慮しても、一般的に総合病院が、摂食障害の心理的および

身体的問題を包括的に治療することができる」と期待されていることを考えると不十分な状況である。

摂食障害診療における総合病院の最も重要な役割は、入院治療である。特に、身体的重症患者は、一般の精神科病院への入院が難しいことも多く、総合病院のメンタルヘルス科での入院対応が求められることが少なくない。しかし、病床をもつメンタルヘルス科への身体的重症の摂食障害患者の入院は、内科等の身体診療科などの併診がなければ3分の2が困難であったことから、総合病院内の他診療科の併診の重要性が改めて示された。一方で、身体診療科の併診があれば8割弱がメンタルヘルス科への入院が可能であり、また他方でメンタルヘルス科の併診があれば、内科の約60%、小児科の48%が入院可能であることから、診療科間で必要な診療連携が行われれば、身体的重症の摂食障害患者の多くは総合病院

で治療ができると予想された。

また、精神症状が著しい患者においては、内科、小児科、救急科のいずれにおいても入院が困難なことが多く、メンタルヘルス科の活躍が期待される場所である。

摂食障害では、身体的な問題を併発することも多く、時に緊急的入院治療を要することがあるが、緊急入院対応が可能なメンタルヘルス科は全体の3割と少ない。また、メンタルヘルス科の併診がなければ、内科で約6割、救急科でさえ約3割が入院受け入れ困難な状況にある。緊急的入院については、一部の緊急対応ができる有床のメンタルヘルス科を除き、メンタルヘルス科併診のもとで内科、救急科への入院がより現実的であると考えられた。

摂食障害患者の総合病院への入院治療では、複数の診療科が緊密な連携をとることが求められる。しかし、現状においては、特に内科、小児科、救急科においてメンタルヘルス科との連携は十分にできていないようである。摂食障害患者の入院受け入れ困難をめぐる問題解決に向けて、総合病院の各診療科が診療連携をより充実させることが求められる。

摂食障害の治療を行う医療機関は不足しているとされるが、治療者が摂食障害診療を行う上で困難を感じる要因には様々なものが考えられる。メンタルヘルス科では人的資源の不足や施設・設備上の制約をあげる者が多く、医療機関のハード面の充実が課題となっている。これらの問題は、摂食障害治療に積極的なメンタルヘルス科であっても充実しているわけではない。また、診療報酬と治療にかかる労力が不均衡であるとする者の割合も、摂食障害治療に積極的か否かにあまり影響されず、全てのメンタルヘルス科における課題といえよう。「身体管理」は精神科単独では難し

く、身体診療科を巻き込んだ診療体制の構築が、困難さを軽減させる上で重要であるが、治療に積極的であるメンタルヘルス科ほど、他診療科との連携はすすみ、困難感に与える影響は少なかった。一方、内科や救急科では、摂食障害治療には専門的知識が必要であると感じているようである。さらに、摂食障害患者自身が治療を拒否したり抵抗を示したりすれば、対応の仕方に難渋すると考えられる。摂食障害に特有の身体的治療法や精神的問題や問題行動への対処法についてより理解が深まることが重要である。

E. 結論

総合病院において摂食障害診療が充実して行われるためには、特に入院加療では精神科や心療内科だけでなく身体診療科を含めたより緊密な診療連携体制の構築が重要であり、その上で各診療科が専門性を生かして患者の状況に応じた対応をとる必要がある。各都道府県の地域性や医療体制等の特徴にあわせて、重症度や症状別等による患者受け入れ手順を策定することも検討される。また、摂食障害の治療における困難さが軽減しより多くの治療者が積極的に関わるために、摂食障害の専門的知識を得る機会を増やす試みに加えて、人的、設備的な面での環境整備がすすむことや診療報酬等の拡充が望まれるところである。

F. 健康危険情報

本研究による健康危険は考えられない。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
 - 1) 第19回日本摂食障害学会学術集会 平成27年10月24日、福岡一般演題：総合病院における摂食障害診療の実態調査について：山内常生、原田朋子、児玉祐也、宮本沙緒里、井上幸紀

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

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

アンケート調査票

- 各質問項目の 空欄 には文字や数字をお書き入れください。
- マークシート式回答項目には、下記の注意事項をお読みになりご回答ください。
- 全ての質問にご回答いただきますようお願いいたします。

マークシート式質問項目の回答上の注意事項

1. あなたに最もよく当てはまる項目の○を、塗りつぶしてください。

2を選ぶ場合 <よい例> ① ● ③ ④ ⑤ きちんと塗れている

<わるい例> ① ● ③ ● ④ ⑤ 二つ塗っている

① ● ③ ④ ⑤ どの番号が分からない

2. もし、どの答えが自分に当てはまるのかはっきりしないときは、もっとも当てはまると思うものを選んでください。
3. 間違った場合には消しゴムで消すか斜線を引いて、●を塗り直してください。

<例> ① ● ③ ④ ~~⑤~~

● 回答日： 平成 27 年 () 月 () 日

● ご所属の病院について伺います。

所在地：() 都・道・府・県 所属診療科 () 科

● 所属されている医療機関および診療科の診療環境について伺います。

1. 貴所属医療機関での下記の診療科における、外来および入院診療体制について伺います。

	1) 精神科	2) 心療内科	3) 内科	4) 小児科	5) 婦人科	6) 救急科
外来あり	()	()	()	()	()	()
入院あり	()	()	()	()	()	()

2. 貴医療機関の病床数を教えてください。() 床

3. 貴科の病床数を教えてください。() 床

4. 貴科に所属する勤務医(常勤医)の数について伺います。

1) 医師歴10年以上 () 人	2) 医師歴6～9年 () 人	3) 医師歴3～5年 () 人	4) 研修医 () 人
----------------------	---------------------	---------------------	-----------------

5. 貴医療機関に所属する臨床心理士およびソーシャルワーカーの有無について伺います。

1) 臨床心理士 () 人	2) 精神保健福祉士 (PSW) () 人	3) PSW以外のソーシャルワーカー () 人
-------------------	---------------------------	-----------------------------

● 現在の摂食障害患者の診療実績および診療科連携について伺います。

6. 貴科は、摂食障害の診療に積極的に取り組んでいますか？

(5) 積極的 (4) どちらかという
積極的 (3) どちらとも
いえない (2) どちらかという
消極的 (1) 消極的 (0) 原則的に
診ない

7. 貴科の外来診療で以下の摂食障害患者を何名ほど診ましたか？

1) 外来を初診となった摂食障害患者(年合計)
(0) いない (1) 1～4名/年 (2) 5～9名/年 (3) 10～29名/年 (4) 30～49名/年 (5) 50名/年以上

2) 外来を通院している摂食障害患者(月平均)
(0) いない (1) 1～4名/月 (2) 5～9名/月 (3) 10～29名/月 (4) 30～49名/月 (5) 50名/月以上

8. 貴科では、以下のような摂食障害患者が何名ほど入院しましたか？

1) 貴科通院中に、貴科に入院となった摂食障害患者(年合計)
(0) いない (1) 1～4名/年 (2) 5～9名/年 (3) 10～29名/年 (4) 30～49名/年 (5) 50名/年以上

2) 貴科に通院していないが、他からの依頼などで貴科に入院となった摂食障害患者(年合計)
(0) いない (1) 1～4名/年 (2) 5～9名/年 (3) 10～29名/年 (4) 30～49名/年 (5) 50名/年以上

9. 外来および入院での貴科として診療可能な条件について、該当するものを教えてください。

※「貴科としての診療」とは、精神科であれば精神科治療、内科であれば身体治療といったように、貴科にて担当される専門的治療を指します。

それぞれ記入してください

貴科としての治療が、	外来の場合		入院の場合	
	できる	できない	できる	できない
1) 他診療科の併診があり、身体状態が重症な場合、	①	②	①	②
2) " " 軽度な場合、	①	②	①	②
3) " " 精神症状が重症な場合、	①	②	①	②
4) " " 軽度な場合、	①	②	①	②
5) " " 緊急的な治療が、	①	②	①	②
6) 他診療科との併診がなく、身体状態が重症な場合、	①	②	①	②
7) " " 軽度な場合、	①	②	①	②
8) " " 精神症状が重症な場合、	①	②	①	②
9) " " 軽度な場合、	①	②	①	②
10) " " 緊急的な治療が、	①	②	①	②
11) 本人は貴科治療を拒否するが、家族等がもとめる場合、	①	②	①	②

10. 摂食障害診療にあたり、他診療科との診療連携を行っていますか？

1) 外来通院患者の他診療科について

⑤ いつもしている ④ 殆どいつもしている ③ しばしば ② ときどき ① 殆どしていない ⑥ 全くしていない

→ 連携する場合、どの診療科とよく連携しますか？（複数回答可）

貴所属医療機関の ① 精神科 ② 心療内科 ③ 内科 ④ 小児科 ⑤ 婦人科 ⑥ 救急科

他医療機関の ① 精神科 ② 心療内科 ③ 内科 ④ 小児科 ⑤ 婦人科 ⑥ 救急科

2) 入院患者の他科診療科について

⑤ いつもしている ④ 殆どいつもしている ③ しばしば ② ときどき ① 殆どしていない ⑥ 全くしていない

→ 連携する場合、どの診療科とよく連携しますか？（複数回答可）

貴所属医療機関の ① 精神科 ② 心療内科 ③ 内科 ④ 小児科 ⑤ 婦人科 ⑥ 救急科

他医療機関の ① 精神科 ② 心療内科 ③ 内科 ④ 小児科 ⑤ 婦人科 ⑥ 救急科

11. 摂食障害の診療の困難さに、以下の項目はどの程度影響を与えますか？

	いつも	しばしば	時々	稀に	全くない
1) 診療について					
<1> 専門的な知識を要し、治療が難しい。	①	②	③	④	⑤
<2> 身体管理が難しい。	①	②	③	④	⑤
<3> 緊急時の対応が困難。	①	②	③	④	⑤
<4> 治療目標を設定するのが困難。	①	②	③	④	⑤
<5> 本人の治療拒否があり対応に困る。	①	②	③	④	⑤
<6> 家族の協力が得られない。	①	②	③	④	⑤
<7> 労力に見合う診療報酬が得られない。	①	②	③	④	⑤
<8> 施設・設備上の制約がある。	①	②	③	④	⑤
<9> 対応する人的制約がある。	①	②	③	④	⑤
2) 他診療科・他医療機関との連携について					
<10> 貴診療科だけでの治療が難しい。	①	②	③	④	⑤
<11> 連携できる院内の他診療科がない。	①	②	③	④	⑤
<12> 連携できる他医療機関がない(わからない)。	①	②	③	④	⑤
<13> 連携の方法がわからない。	①	②	③	④	⑤
<14> 連携までに時間がかかり、その間の対応に苦慮する。	①	②	③	④	⑤

3) 上記<1>～<14>の困難さのうち、貴院貴科における摂食障害治療がしやすくなるために、解消・改善が必要と思われるものを、上位4つまで教えてください。(複数選択4つまで)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭

4) 上記<1>～<14>のいずれの問題が解消しても、摂食障害治療には消極的である。

① 消極的である	② いいえ
----------	-------

※ その他、摂食障害治療がよりしやすくなるために必要と思われることを自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金

「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班

分担研究者：井上幸紀 山内常生

連絡先：〒545-8585 大阪市阿倍野区旭町1-4-3

大阪市立大学大学院医学研究科 神経精神医学

TEL: 06-6645-3821 FAX: 06-6636-0439

3月14日までにご返送をお願いします。

別添資料 2

全国の総合病院の設置状況

都道府県	総病床数400床以上の 医療機関数 ※1 (箇所)	調査対象医療機関の 総病床数合計 ※2 (床)	調査対象医療機関の 精神病床数合計 (床)	対象医療機関の精神科病床数 (「いわゆる精神科病院」を除く ※3)	
				(床)	人口10万人対 ※4
北海道	18	10693	1794	873	16.13
青森県	6	3253	249	249	18.68
岩手県	5	3212	183	183	14.19
宮城県	7	4406	175	175	7.55
秋田県	8	4150	216	216	20.63
山形県	7	3988	126	126	11.09
福島県	5	3307	254	254	13.10
茨城県	8	4090	665	41	1.42
栃木県	6	4430	189	189	9.64
群馬県	6	3298	457	40	2.05
埼玉県	11	6939	114	114	1.60
千葉県	22	12804	1460	868	14.20
東京都	54	36204	2309	1410	10.86
神奈川県	34	19507	612	612	6.83
新潟県	10	5422	125	125	5.39
富山県	8	4341	237	237	22.25
石川県	5	3211	230	230	20.00
福井県	5	2809	420	420	53.57
山梨県	4	2593	299	299	35.77
長野県	7	4151	319	319	15.23
岐阜県	7	4291	133	133	6.59
静岡県	20	11024	214	214	5.83
愛知県	30	19692	359	359	4.93
三重県	6	2996	30	30	1.66
滋賀県	8	4648	155	155	11.10
京都府	11	7192	358	358	13.90
大阪府	18	13841	1280	332	3.82
兵庫県	13	7258	200	200	3.65
奈良県	4	3105	108	108	7.86
和歌山県	3	2688	240	240	24.62
鳥取県	2	2155	40	40	6.97
島根県	4	2759	165	165	23.67
岡山県	7	5603	62	62	3.24
広島県	11	6801	148	148	5.27
山口県	5	2606	51	51	3.62
徳島県	4	1771	105	105	13.71
香川県	4	2421	169	169	17.26
愛媛県	5	3095	40	40	2.86
高知県	6	3231	209	209	28.17
福岡県	15	10224	406	406	8.04
佐賀県	2	1781	24	24	2.87
長崎県	3	2507	135	135	9.71
熊本県	3	3008	100	100	5.58
大分県	3	2214	70	70	5.98
宮崎県	4	2542	534	170	15.23
鹿児島県	2	1889	80	80	4.78
沖縄県	4	2292	95	95	6.75

- ※1：精神科または心療内科を有する総合病院で総病床数が400床以上の医療機関
- ※2：一都道府県で※1を満たす総合病院が5医療機関未満の場合は、精神科または心療内科を有する総合病院のうち総病床数で上位5医療機関までを調査対象医療機関と選定した
- ※3：「いわゆる精神科病院」：総病床数の半数以上を精神科病床が占める総合病院
- ※4：平成25年人口動態調査による各都道府県の人口を用いて算出した

分担研究報告書

10. 地域連携の在り方の明確化

中里道子

(千葉大学大学院医学研究院子どものこころの発達研究センター)

地域連携の在り方の明確化

—児童青年期の摂食障害の早期発見と学校や地域支援体制の明確化のための調査研究—

分担研究者 中里道子 千葉大学大学院医学研究院
子どものこころの発達研究センター 特任教授
研究協力者 清家かおる 連合小児発達学研究所 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学・千葉
大学・福井大学
花澤 寿 千葉大学教育学部
大浜俊幸 千葉大学総合安全衛生管理機構

研究要旨

摂食障害(Eating Disorders:ED)は思春期、若年女性に多く、西欧諸国やアジアでも発症年齢の若年化が進み、有病率が益々上昇しており、生涯を通じて、国民の健康、医療経済的問題を呈する(厚労省 2000)。摂食障害を早期発見し、ハイリスク群に対して、学校現場や、大学性を対象とした学生相談室から、エビデンスのある治療法へのアクセスの支援体制づくり、養護教諭がハイリスク群に対して実践できる体制を明確化していくことは、摂食障害の早期発見、予防のために極めて大切である。本研究は、平成 26 年度厚生労働省科学研究費補助金「摂食障害の診療体制整備に関する研究」(主任研究員、安藤哲也)の早期発見、支援体制整備のワーキンググループにおいて研究推進のための実態調査を行い、子どもや若者を対象に、学校と地域支援ネットワーク体制の構築を目的とする。平成 27 年度は、養護教諭を対象としたアンケート調査を用いて、摂食障害の疑われる児童生徒の早期発見や早期対応の実態を調査し、全てのタイプの摂食障害において、養護教諭の立場から早期発見に影響を与える予測因子として、学校種、摂食障害に関する知識が認められた。特に、AN の早期発見の予測因子として、学校種別(高等学校、中学校)、地域(都市部)、摂食障害の知識との関連が認められた。

本研究の結果から、養護教諭に対して摂食障害生徒の早期発見を行うため、学校種に応じた、摂食障害の知識啓もうが必要であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究は、小、中、高等学校、特別支援学校における摂食障害の早期発見及び、早期対応の実態調査を行い、子どもや若者を

対象として、摂食障害の早期発見と支援体制の構築を目的とする。

B. 研究方法

学校保健の支援体制づくりを目的とした、学校における摂食障害の児童生徒等への支援について、小中高等学校の養護教諭を対象としたアンケートを用いた実際調査を実施し、支援体制の整備のために予備調査を、早期発見ワーキンググループにて統一した内容で実施した。学校における摂食障害の児童生徒等の早期発見、支援について、小中高等学校、特別支援学校の養護教諭を対象としたアンケートを用いた実際調査を実施した。

対象：千葉県、埼玉県、兵庫県、愛媛県（4県）の小学校、中学校、高等学校、特別支援学校の養護教諭 3679 名を対象とした、質問紙による匿名のアンケート調査を養護教諭会、及び学校への郵送にて調査を実施した。調査期間は、2015 年 1 月～6 月、有効回答人数は、1886 名（51.3%）。

調査項目は、「摂食障害の診療体制整備に対する研究」早期発見・小児摂食障害ワーキンググループにて吟味された、兵庫県、埼玉県、愛媛県、千葉県の統一調査の質問項目 9 問について検討した。

調査内容は、養護教諭の勤務校の種別や経験年数、DSM-5 に基づく摂食障害の下位分類に従った摂食障害疑いの児童生徒の発見の頻度、早期発見・対応の現状、地域連携の在り方に関して、主に 4 件法で回答を求めた。

（倫理面への配慮）

千葉大学大学院医学研究院の倫理委員会、各県の協力機関の倫理委員会、県教育委員会等の承認を得た。アンケート調査は無記名で行い、集計した調査用紙は匿名化し、本学において管理し、集計、解析を行った。（千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会承認済み、1999 号）

C. 研究結果

【対象の特性】

愛媛県以外は、養護教諭は全員が女性であり、看護師経験は、千葉県も愛媛県も埼玉県も 5%前後であるが、兵庫県のみ 20%以上を超えていた。

・小学校・中学校・高校の比率は、千葉県・愛媛県では 60%、30%、10%、埼玉県は 60%、30%、0%であったが、兵庫県は 30%、20%、30%とほぼ均等に分布していた。

【摂食障害の疑われる児童生徒の発見率】

全県で神経性やせ症 (AN) の割合が最も高かった。AN(45.1%)>神経性過食症 (BN) (14.5%)>回避・制限性食物摂取症 (ARFID) (13.0%)>過食性障害 (BED) (7.8%)>Others(5.4%)の順であった。

【ED の早期発見・対応の現状】

・早期発見が「よくできている」「大体できている」を合わせた割合では、「体重測定の結果」は、全県活用しており 80%以上で、次いで「部活顧問からの情報」が 30~40%であった。

・「保護者に啓発」や「児童生徒に教育」の活用は、10%以下であった。

・早期対応が「よくできている」「大体できている」を合わせた割合では、「本人に説明」、「保護者に説明」、「教員等に相談」の対応はどの県も 50%を超えて実施している。

一方で、「医療・相談機関に紹介」や「医療・相談機関に連携」には、対応している割合が全県低く、50%に満たなかった。

【ED の早期発見・対応の必要度】

・「非常に必要である」「やや必要である」を合わせた割合は、全項目において、全県が 90%を超えていた。4 県共に必要度が高いの

は「医療・相談機関リスト」であった。

[養護教諭がANを発見する予測因子]

・摂食障害生徒の発見率に影響を与える要因について、ロジスティック解析を行った結果、ANの高い発見率は、学校種別（高校（オッズ比; 6.50）、中学（オッズ比; 4.34）、地域（都市部）（オッズ比; 3.46）、摂食障害の知識（オッズ比; 3.11）が強く影響することが示唆された。

D. 考察

摂食障害の早期発見、予防は極めて重要であるが、早期発見に有用な評価尺度はわが国では開発されておらず、全国レベルの疫学調査は、1992年以降、行われていない。（Nakai et al, 1992）。摂食障害を早期発見し、ハイリスク群に対して、学校現場からの調査、養護教諭と医療、地域ネットワークで連携し、実践できる体制を明確化していくことは、摂食障害の早期発見、2次予防のために極めて大切である。本研究を遂行し、早期発見、2次予防を確立する体制が整うことで、国民の医療費削減、健康増進、出生率の改善に貢献することが期待される。

本研究の結果、全てのタイプの摂食障害について、養護教諭の立場から早期発見に影響を与える予測因子として、学校種、摂食障害に関する知識が認められた。特に、ANの早期発見の予測因子として、学校種別（高等学校、中学校）、地域（都市部）、摂食障害の知識との関連が認められた。

本研究の結果から、養護教諭に対して摂食障害生徒の早期発見を行うため、学校種に応じた、摂食障害の知識啓もうが必要であることが示唆された。

E. 結論

養護教諭がEDの知識を習得できるような知識啓もう、医療機関リスト等の提供や指針作りが摂食障害の早期発見、早期対応のための有効な資源になると考えられる。

F. 健康危険情報

本研究による健康危険は考えられない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nakazato M, Sutoh C, Matsuzawa D, Ishima T, Hirano Y, Hashimoto T, Niitsu T, Kanahara N, Shiina A, Tadokoro S, Abe T, Asano K, Ishikawa M, Shiraishi T, Kobori O, Shimizu E, Iyo M and Hashimoto K. Decreased Serum Glutamate Levels in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Open Nutrition Journal*, 2015; 9:5-11
- 2) Sutoh C, Koga Y, Kimura H, Kanahara N, Numata N, Hirano Y, Matsuzawa D, Iyo M, Nakazato M, Shimizu E. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Changes Cerebral Oxygenation on the Left Dorsolateral Prefrontal Cortex in Bulimia Nervosa: A Near-Infrared Spectroscopy Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 2015, DOI: 10.1002/erv.2413
- 3) Matsumoto J, Hirano Y, Numata N, Matsuzawa D, Murano S, Yokote K, Iyo M, Shimizu E, Nakazato M. Comparison in decision-making between bulimia nervosa, anorexia

nervosa, and healthy women: influence of mood status and pathological eating concerns. *Journal of Eating Disorders*, 2015, 01/2015; 3:14.

2. 学会発表
- 1) Nakazato M, Matsumoto J, Numata N, Okuda T, Asano K, Hirano Y, Iyo M, Shimizu E. Comparison in set-shifting, central coherence abilities in patients with eating disorders, autistic spectrum disorders and healthy subjects. *Eating Disorders Research Society*, 21th annual meeting, Taormina, Italy, 2015/9/17-19.
- 2) Nakazato M, Setsu R, Asano K, Numata N, Tanaka M, Ibuki H, Yamamoto T, Hirano Y, Iyo M, Shimizu E. Training and effectiveness of guided self-help CBT for bulimia nervosa: a preliminary study in Chiba improving access to psychological therapists (Chiba IAPT) project. *International Conference on Eating disorders (ICED)*, Boston, Massachusetts, USA, 4/23-4/25, 2015
- 3) 清家かおる, 中里道子. 学校における摂食障害の児童生徒支援に関する文献検討—学校保健の支援体制づくりを目的とした実態調査をするための一考察—第 47 回 中国・四国学校保健学会学術大会 愛媛 2015/6/20-21
- 4) 清家かおる, 中里道子. 学校における摂食障害の児童生徒の早期発見と支援のためのアンケート調査に関する研究—千葉県養護教諭を対象とした質問紙調査より—第 19 回日本摂食障害学会学術集会,

パピヨン 24 福岡市, 2015/10/25.

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

分担研究報告書

11. 地域支援体制の明確化

和田良久 (京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学)

地域支援体制の明確化

- 分担研究者 和田良久 舞鶴医療センター 統括診療部長
京都府立医科大学精神医学教室 特任准教授
- 研究協力者 野間俊一¹⁾ 鈴木健二²⁾ 武田 綾³⁾ 中井義勝⁴⁾ 安東龍雄⁵⁾ 安東 毅⁵⁾
水原祐起⁶⁾ 飯田直子⁶⁾ 池上明希⁶⁾ 橘 亜紀⁶⁾ 永原優理⁶⁾
- 1) 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座精神医学
 - 2) 鈴木メンタルクリニック
 - 3) 地域活動支援センター・ミモザ
 - 4) 烏丸御池中井クリニック
 - 5) 安東医院
 - 6) 京都府立医科大学精神医学教室

研究要旨

摂食障害患者の社会的機能と社会的支援の現状について、統合失調症・うつ病と比較を行った。患者、家族、主治医に対してそれぞれ自己記入式検査とアンケートを実施した。平成27年11月30日時点では、摂食障害（本人39名、家族35名、主治医55名）、統合失調症（本人7名、家族8名、主治医16名）、うつ病（本人6名、家族7名、主治医12名）から回答を得た。摂食障害の社会機能は、特に対人関係において統合失調症よりも低い傾向があり、周囲の支援者の介護負担も精神障害と同等に大きいことが示唆された。そのため、摂食障害に対しては医療的介入だけでなく社会的支援が必要であると考えられた。

A. 研究目的

摂食障害は低体重や食行動異常だけでなく、社会的機能の低下が社会復帰を困難にしている。家族の負担も大きく、他の精神科疾患と比較しても社会的支援を十分受けられていないのが現状である。そのため、摂食障害患者に対する支援の方向性を見出すために、摂食障害患者の社会的機能と社会的支援の現状を明らかにすることが目的である。具体的には次の2点を調査する。①摂食障害患者の社会的機能の評価、そ

して統合失調症とうつ病との比較、②摂食障害患者の社会的支援の利用状況の実態調査。

B. 研究方法

【対象】 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR) により定義された摂食障害、統合失調症およびうつ病の診断基準を満たし、京都府立医科大学附属病院および共同研究機関の精神科病院、精神科クリニック、地域活動支援センター（京都大学医学部附

属病院精神科神経科、烏丸御池中井クリニック、安東医院、地域活動支援センター・ミモザ)に通院・通所中の18歳以上の患者とその家族のうち、本研究への参加に同意した患者、家族を対象とする。また同意を得られた患者の主治医からも同患者についての情報をアンケートにて取得する。

【方法】患者本人には2種類の評価尺度で合計24項目からなる自己記入式検査と独自に作成したアンケートを実施する。家族には4種類の評価尺度で合計142項目からなる自己記入式検査と独自に作成したアンケートを実施する。主治医にも独自に作成したアンケートを実施する。

患者に対する評価尺度としては、社会機能の評価としてSocial Functioning Scale Japanese version(SFS-J)日本語版とWork and Social Adjustment Scale(WSAS)日本語版を用いる。これらはすべて自己記入式である。

家族に対する評価尺度としては、主観的幸福感・生活の質の評価としてWHOQOL26を、全般的な精神健康度の評価としてThe General Health Questionnaire (GHQ30)を、ストレス対処能力についての評価としてStress Coping Inventory (SCI)を、介護負担の評価としてZarit 介護負担尺度日本語版を用いる。これらはすべて自己記入式である。

患者、家族、主治医に対して実施する独自に作成したアンケートは、社会的支援の利用状況などの確認を行うものである。

<実施検査・アンケート一覧表>

検査	患者	家族	主治医
評価尺度	SFS-J	WHOQOL26	
	WSAS	GHQ30	
		SCI	
		Zarit介護負担尺度	
アンケート	アンケート(患者用)	アンケート(家族用)	アンケート(主治医用)
	検査難書用 総合失読症・うつ病用	検査難書用 総合失読症・うつ病用	検査難書用 総合失読症・うつ病用

なお、主治医に対するアンケート調査は郵送を用いて実施する。

患者および家族に対するものは全て自己記入式の評価尺度であるため、対象者に直接手渡しあるいは郵送にて配布し、記入後に返送を依頼し回収する形をとる。アンケート調査を返送した、調査を完了できた対象者(患者、家族)には謝礼として1人1,000円のQUOカードを送付する。

承認日からそれぞれの基準に合致する対象者に対して順次研究への参加を依頼し、症例数は患者および家族それぞれ60名程度を予定している。

(倫理面への配慮)

本調査研究は、京都府立医科大学医学倫理審査委員会での審査による承認を経て実施する。実施担当者が対象者に説明を行い、同意を得る。この実施計画の趣旨を説明するにあたり、この計画への協力を対象者の自由意思で決定してもらい、決して強制はしない。なお、患者本人と家族にそれぞれ同意をとるが、患者は未成年である場合については本人に加えて両親の同意も得ることとする。両親が同意しても、患者本人が本研究参加について拒否する意思を表明した場合は中止とする。

C. 研究結果

研究協力者と話し合い、研究方法・プロトコルを作成した。

調査研究を実施する共同研究機関として、地域活動支援センター・ミモザ、京都大学医学部附属病院、烏丸御池中井クリニック、安東医院に依頼し承諾を得た。また各施設で倫理審査を行い承認された(烏丸御池中井クリニック、安東医院は倫理審査機関を持たないため京都府立医科大学医学倫理審査委員会にて審査を行った)。

使用する評価尺度で SFS-J、WSAS、Zarit 介護負担尺度については著者・翻訳者に使用許可申請をして承諾を得た。

平成 27 年 11 月 30 日の時点では、摂食障害（本人 39 名、家族 35 名、主治医 55 名）、統合失調症（本人 7 名、家族 8 名、主治医 16 名）、うつ病（本人 6 名、家族 7 名、主治医 12 名）から回答を得た。

【研究結果】

患者について、平均年齢は摂食障害が 31.9 歳、統合失調症が 40.4 歳、うつ病が 38.3 歳であり、平均罹患年齢は、それぞれ 19.6 歳、23.8 歳、36.2 歳であった。

患者の社会機能については、WSAS では、「親密な関係を作り維持する」の項目で統合失調症と比較して、摂食障害とうつ病で低い傾向が認められた（有意差はなし）。SFS-J では、いずれの項目も 3 疾患で差が認められなかった。

家族の健康度については、GHQ と QOL-26 では、いずれの項目も 3 疾患で差が認められなかった。Zarit 介護負担尺度も、3 疾患で差が認められなかった。

社会支援利用状況については、障害年金取得率が、摂食障害が 3.6%、統合失調症が 37.5%、うつ病が 0%、精神障害者福祉手帳取得率が、摂食障害が 9.1%、統合失調症が 62.5%、うつ病が 16.7%、自立支援医療取得率が、摂食障害が 32.7%、統合失調症が 87.5%、うつ病が 41.7%、デイケア・作業所等の利用率が、摂食障害が 38.1%、統合失調症が 62.5%、うつ病が 16.7%であった。

D. 考察

摂食障害患者の社会機能は、特に対人関係において統合失調症よりも低い傾向があり、うつ病とほぼ同等である。しかしこれらはい

ずれも有意差は認められていない。摂食障害家族の QOL と介護負担度は統合失調症、うつ病と同等である。

摂食障害主治医は自立支援の申請に比べて、精神障害者福祉手帳、障害年金の申請は少ない。いずれも統合失調症での申請が多く、摂食障害、うつ病では少ない。

これらから、摂食障害は食事や体重といった医学的問題だけでなく、社会機能の問題や支援者の負担も大きい可能性がある。さらに現状として、統合失調症よりも社会支援利用の乏しい状況が確認され、医療的介入だけでなく社会的支援の必要性が考えられる。

統合失調症、うつ病の患者数が少なく比較が十分でないため、患者数を増やして検討する必要がある。

E. 結論

摂食障害の社会機能は、特に対人関係において統合失調症よりも低い傾向がある。周囲の支援者の介護負担も精神病性障害と同等に大きい。そのため、摂食障害に対しては医療的介入だけでなく社会的支援が必要である。

F. 健康危険情報

本研究による健康危険は考えられない。

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

分担研究報告書

12. 学校における早期発見・介入体制の明確化

生野照子 (社会医療法人弘道会なにわ生野病院心療内科)