

厚生労働科学研究費補助金 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」
分担研究報告書

摂食障害初期対応指針の作成に関する研究

分担研究者 菊地裕絵 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/
心身症研究室長

研究協力者 作田亮一 獨協医科大学越谷病院子どものこころ診療センター 教授
吉内一浩 東京大学医学部附属病院心療内科 准教授
和田良久 府中みくまり病院、京都府立医科大学精神医学教室 客員講師

研究要旨

【背景と目的】摂食障害は、慢性化や重症化を防ぐために、早期に診断し治療を開始することが望ましいと考えられる。一方で、摂食障害患者の受診先がなかなか見つからず、医療機関の連携も進まず、少数の病院に患者が集中してしまうなどの現状がある。本研究ではその解決方策の一つとして、摂食障害の診療を日常的には行っていない医師（非専門医）が摂食障害の診断・評価・紹介の判断・患者家族への説明・関連機関との連携などをどのように行うべきかを示す「摂食障害への初期対応の指針」を作成することを目的とした。

【方法】作成には、デルファイ法により形成されたエキスパートコンセンサスを根拠とすることとした。

【結果】6つの重要臨床課題に対して87項目のクリニカルクエスチョンを設定し、それに対して第1ラウンドで684件のステートメントが作成された。45名のエキスパートパネルを対象に実施した第2ラウンドで300項目が合意形成に達し、第3ラウンドでは追加修正した789件のうち145件で合意形成に達した。

【考察と結論】最終的に445項目が採択され、摂食障害への初期対応の指針の内容が完成した。今後普及版を作成し非専門医に展開し検証していくことが必要であると考えられる。

A. 研究目的

摂食障害は、慢性化や重症化を防ぐために、早期に診断し治療を開始することが望ましいと考えられる。また、摂食障害診療において医療機関や社会的資源の連携の重要性が一層認識されつつある。一方で、摂食障害患者の受診先がなかなか見つからない、少数の病院に患者が集中してしまうな

どの現状があり、その解決方策の一つとして、摂食障害の診療（特に初期対応）が行える医療機関が拡充されることが必要であると考えられる。そこで本研究では「摂食障害初期対応指針」として、下記のような指針の作成を目的とした。

指針の目的：摂食障害の初期対応に必要な、診断、重症度・病態評価、心理教育

や動機付けなどによる治療導入、紹介を含めた他科や医療機関・社会的資源との連携体制のあり方を示すことにより、初診から診断まで、初診から適切な専門医療が開始されるまでの期間の短縮を目指す。

想定する利用者：内科医、小児科医、精神科医、心療内科医、産婦人科医で摂食障害の診療を日常的には行っていない医師（以下、摂食障害非専門医とする）

指針がカバーする範囲：摂食障害非専門医である精神科医、心療内科医、小児科医、内科医、産婦人科医が、患者が最初に受診した時に（あるいは中断後再受診した時に）適切に診断し、行動、内科的、精神的評価を行い、当該医療機関での診療もしくは他の医療機関への紹介の判断を行うこと。それらの判断について患者や家族へ説明し動機付けを行なうこと。関連機関、診療科と密接に連携すること

B . 研究方法

指針の根拠として、本指針の扱う内容は文献的エビデンスの乏しい領域であることから、エキスパートコンセンサスによることとし、エキスパートコンセンサスを形成する方法として、合意形成法の一つであるデルファイ法を用いることとした。

また、研究体制として、本厚生労働科学研究補助金の分担研究者で初期対応ワーキンググループ（WG）を結成し（そのうち精神科・心療内科・小児科各1名をWGリーダーとした）作業を分担して進めた。具体的手順は以下のとおりである。

（１）重要臨床課題の設定

主任研究者・本分担研究者及びWGリーダーにより重要臨床課題を挙げ、WGの

承認を得て決定した。

（２）クリニカルクエスション（CQ）の設定

それぞれの重要臨床課題に対してCQ案をリストアップした。WGメンバー及びその研究協力者による作成のほか、利用者側である非専門医各科数名ずつにアンケートによりCQを挙げてもらった。

このようにして作成されたCQ案について、類似の項目の集約、推敲、臨床課題との対応などを整理した。

（３）回答ステートメントの作成（デルファイ法第１段階）

デルファイ法第１段階として、WGメンバー及び研究協力者で分担して各CQについて回答ステートメント案を作成した。その後本分担研究者によりCQ間の整合性、文言の統一などを含め推敲を行った。

（４）エキスパートパネルによる評価アンケート（デルファイ法第２ラウンド）

エキスパートの基準を「摂食障害を日常的に診療している期間が通算３年間以上」と設定し、各WGメンバーからの依頼により精神科20名心療内科20名小児科10名のエキスパートに、本指針の目指す内容及び調査の趣旨を伝えたくて評価アンケート（無記名）を依頼した。

アンケートは各回答ステートメントに対して、5件法（強く同意しない、同意しない、どちらでもない、同意する、強く同意する）と「専門外で評価できない」（たとえば小児に特化した内容のため心療内科医には判断できない場合など）の回答選択肢で評価を依頼した。各CQには、ステートメントの追加や修正などに関する意見を任意で記載する自由記述欄も設けた。また、

回答者の属性として診療科名、経験年数（摂食障害を日常的に診療している期間の累積年数）、経験症例数の回答を求めた。

回答回収後、科ごとに集計を行い、「強く同意しない」「同意しない」の合計が、もしくは「同意する」「強く同意する」の合計が 80%以上のものを「合意形成」とみなした。精神科・心療内科・小児科のいずれの科でも合意形成にいたった回答ステートメントは採択としそれらについては第 3 ラウンドでの評価は実施しなかった。本分担研究者により自由記述欄の記載を参考に、回答ステートメントの追加・修正を行った。

（5）エキスパートパネルによる評価アンケート（デルファイ法第 3 ラウンド）

第 2 ラウンドで回答に協力したエキスパートを対象に、再度評価アンケートを依頼した。

まず第 2 ラウンドの回答の集計結果（数表およびグラフ）と自由記述欄の意見を提示し、第 2 ラウンドで合意に至らなかった項目、修正・追加した項目について、再度評価を依頼した。

回答回収後、科ごとに集計を行い、第 2 ラウンドと同様の基準で合意形成を判断し、回答ステートメントの採択を判断した。

<体制について>（敬称略）

初期対応 WG リーダー：作田、吉内、和田

初期対応 WG メンバー：（精神科）井上、宮岡、森、（心療内科）石川、須藤、福土、（産婦人科）甲村

（倫理面への配慮）

本研究は共同研究者らの合議により指針

を作成するものであるため、倫理面の問題はないと判断される。

C．研究結果

（1）重要臨床課題の設定

以下の重要臨床課題を設定した。

- 1：摂食障害を疑い診断すること
- 2：精神的・身体的重症度の評価（最低限の検査や身体所見などを含む）
- 3：専門医への紹介の必要性の判断（自施設での継続診療が可能かどうかの判断）
- 4：本人および家族への説明の方法（診断、重症度、紹介の必要性などの説明のほか動機付けなども含む）
- 5：紹介先を受診しないときの対応（本人が受診したがらない、予約が取れない場合含め）
- 6：他の医療機関などとの連携、情報提供すべき内容

（2）CQ の設定

CQ 案として、WG メンバーから 306 項目、非専門医アンケート（内科 4 名、産婦人科 6 名、小児科 7 名、精神科 3 名、心療内科 3 名）から 175 項目があげられ、統合・整理を行い最終的に 87 項目の CQ を設定した。

（3）回答ステートメントの作成（デルファイ法第 1 ラウンド）

回答ステートメント案の作成後編集作業を行い最終的に 684 の回答ステートメントが作成された。

（4）エキスパートパネルによる評価アンケート（デルファイ法第 2 ラウンド）

評価アンケートを依頼したエキスパートパネルのうち、精神科 18 名、心療内科 20 名、小児科 7 名から回答があった（回答率はそれぞれ 90、100、70%）。エキスパートの特性を表 1 に示す。また、回答ステートメント案 684 件のうち、300 件で合意が形成され、すべて「同意する」合意であった。

自由記述欄では回答ステートメントの追加のほか、患者や医療機関の病態・状況により異なるとの指摘が複数記載されており、それらについては新たに病態・状況により分類してステートメント案を作成した。

表 1. エキスパートパネルの属性

	精神	心内	小児
経験年数（年）			
中央値	7.5	15.5	17
最小値	4	4	6
最大値	36	35	30
経験症例数（人）			
中央値	80	175	100
最小値	30	30	35
最大値	4000	3000	350

（5）エキスパートパネルによる評価アンケート（デルファイ法第 3 ラウンド）

第 2 ラウンドで回答に協力したエキスパートを対象に、再度評価アンケートを依頼し、精神科 17 名、心療内科 19 名、小児科 4 名から回答があった（回答率はそれぞれ 94、95、57%）。小児科のエキスパートパネルからは十分な回答数が得られなかったと判断されたことから、第 3 ラウンドの合意形成の判断については精神科および心療

内科のそれぞれで 80%以上の一致があった回答ステートメントを合意形成とみなし、小児科のエキスパートパネルからの回答は参考値とした。回答ステートメント案 789 件のうち、145 件で合意が形成された（すべて「同意する」；小児科も含め合意形成されたものはうち 105 件）。

この結果、最終的に、評価を行なった 980 件のうち 445 件で合意形成に至った（45.4%）。

D. 考察

本研究では摂食障害非専門医のための摂食障害初期対応指針の内容について、デルファイ法によるエキスパートコンセンサスに基づき作成した。

合意形成率は 45.5%と中等度であったが、エキスパートの間でも非専門医に期待する役割や非専門医との連携のしかたに対する考え方が多様であることを反映している可能性が考えられた。また、エキスパートの考え方の多様性だけでなく、患者の病態や医療機関の状況が多様であることから、合意形成に至らなかったものもあると考えられた。特に「どちらでもない」が多く合意形成に至らなかった項目は、このような可能性が考えられた。この場合、患者の病態や医療の状況を明示した CQ を複数作る、もしくは回答ステートメントを病態・状況別に作成することで、ある程度対処可能であるが、煩雑で評価の負担も多大になりすぎることから、今回は実施可能な範囲で対応を行なった。

エキスパートの考え方の多様性のうち診療科による違いは診療科ごとの回答比率の違いに反映されていると考えられた。これ

は診療科による医師の考え方の違いだけでなく、診療の対象としている患者層の違いも含まれていると考えられる。

そのほかに合意形成に影響した点として、内容が具体的なもの（例：「非専門医が摂食障害の身体面の重症度を評価する際に把握すべき項目は何か？」）は、実践的でニーズが高いと考えられる一方で、抽象的なもの（例：「摂食障害の診断のための問診を行なう際に注意すべき点は何か？」）に比較して合意形成されにくいと考えられた。

今回の研究の限界点と今後の課題として、さきに述べたような患者の病態や医療機関の状況により回答が異なる CQ について、CQ やステートメントをそれぞれの場合に分けて作成するとしても、まずどのように病態や状況を分けるのか・定義するのかと言う点が一意ではなく議論を必要とすることもあり、さらに検討が必要な点があると考えられた。また今回合意形成に至ったステートメントに乏しかった CQ について今後どのようにステートメントを提示していくかは検討が必要である。また今回第 3 ラウンドで小児科のエキスパートパネルから十分な回答数が得られず、最終的に小児科のエキスパートパネルによる合意形成をステートメント採択の参考にとどめざるを得なかったが、今後小児科医からの意見を反映させていくことも課題となろう。

今回エキスパートコンセンサスに基づき、摂食障害初期対応指針の内容の骨子が作成された。序文や解説事項を追記した普及版を作成の上、非専門医に提供していくこと、また、その検証、非専門医からのフィードバックに基づく改訂などが必要と考

えられる。

E．結論

摂食障害非専門医のための摂食障害初期対応指針の内容について、デルファイ法によるエキスパートコンセンサスに基づき作成した。エキスパートの考え方の多様性や患者の病態の多様性などから合意形成に至らなかったと思われる項目もあったが、今後採択されたステートメントに基づき普及版を完成させ、非専門医に提供し、検証を行なっていく必要があると考えられた。

< 謝辞 >

本分担研究では、以下のエキスパートパネルに回答に御協力いただいた。貴重な時間を割いて御協力いただいたことに深く謝意を表する。

エキスパートパネル（敬称略、順不同）

精神科：竹林 淳和、和久田 智靖、横倉正倫、亀野 陽亮、栗田 大輔、児玉 祐也、原田 朋子、山田 恒、岡本 洋昭、吉村 知穂、宮本 沙緒里、山内 常生、宮脇 大、切池 信夫、永原 優理、守時通演、水原 祐起、飯田 直子

心療内科：石川 俊男、辰島 啓太、田村 奈穂、河合 啓介、波多 伴和、高倉修、山下 真、松林 直、野村 泰輔、田村 太作、庄司 知隆、柴山 修、瀧本 禎之、大谷 真、稲田 修士、堀江 武、吉内 一浩、安藤 哲也、菊地 裕絵、児玉直樹

小児科：大谷 良子、小柳 憲司、井口 敏之、永光 信一郎、岡田 あゆみ、作田 亮一、井上 建

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

- 1．特許取得　なし
- 2．実用新案登録　なし
- 3．その他　なし