

## 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 心療内科医師  
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  
河合啓介 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

当科初診する摂食障害患者(2年間で240名)の居住地やこれまでの医療機関受診歴と医療機関の所在地等を調査した(研究A)。7割が千葉県の実住者であり、前医があったとしても紹介状を持参せずに初診する例が半数、ドクターショッピングと考えられる例が5分の1であった。

主に千葉県の精神科のクリニックや病院に対して摂食障害治療についてネットワークについてのアンケートを3回(研究B・C・D)行った(回収率:B 39.1%、C 25.4%、D 22.9%)。研究B:約7割の施設で摂食障害患者を診療し、診療にあたりなんらかの困難さを抱きながら診療していた。摂食障害患者の外来治療への協力依頼について、「いいえ」と無記入を合わせて37施設(37%)であったが、「はい」と条件付きでと答えたのは合わせて64施設(63%)であった。研究C:摂食障害治療の地域中核病院についての情報がないため、市町村保健センターや各精神科医がその情報を持つ必要があると約6割の施設が回答した。研究D:半数以上の医療機関が内科医と連携が必要な摂食障害患者は診療していないことがわかった。やせの摂食障害患者の診療において、内科医との連携には何らかの課題があった。研究B・C・Dに共通したアンケート結果から「摂食障害外来治療マニュアル」や「患者教育ワンポイント」、摂食障害外来治療の研修会開催のニーズが高いことがわかりやさらにネットワーク作りが必要と考えられた。

### A. 研究目的

摂食障害治療では様々な症状で様々な科にまたがる病態であることから治療連携が重要である。加えて、摂食障害患者が増加しているにもかかわらず、治療者となる担い手の少なさや、入院を受け入れられる施設の少なさなどから、治療連携のネットワーク作りは急務であると考えられる。はじめに、当科(国立国際医療研究センター

国府台病院心療内科)を受診した摂食障害患者の医療機関通院歴などを調査し、当科の医療連携の実態を明らかにした(研究Aと名付ける)。次に、千葉県内に焦点を絞り、精神科クリニック・病院と当科と連携した医療機関を中心としてアンケートを施行し、摂食障害患者の外来治療への協力依頼について(研究Bと名付ける)摂食障害治療の地域中核病院等の情報の共有の仕方

について( **研究 C** と名付ける ) 身体合併症を伴う摂食障害患者診療における内科医との併診・連携について( **研究 D** と名付ける ) 実態や意見を伺った。

## B . 研究方法

**研究 A** : 研究に書面で同意した 2012 年 4 月 ~ 2014 年 3 月の当科初診 ED 患者 240 名を対象に病型、居住地、紹介状の有無、医療機関通院歴などの項目について各診療録を調査した。

**研究 B** : 千葉県内の精神科 / 心療内科のクリニック・病院、救急センターと、これまで当科へ摂食障害患者を紹介したところのあるクリニック・病院の 265 施設を対象に摂食障害診療についてとネットワークについて ( 摂食障害患者の外来治療への協力依頼について ) の郵送によるアンケート調査を行った。なお、**研究 A** の結果内容と、摂食障害診療で利用できる「患者教育ワンポイント」のプリントを同封した。

**研究 C** : 千葉県内の精神科 / 心療内科のクリニック・病院 225 施設を対象に摂食障害診療についてとネットワークについて ( 摂食障害治療の地域中核病院等の情報の共有の仕方について ) の郵送によるアンケート調査を行った。なお、**研究 B** のアンケート結果内容と、摂食障害診療で利用できる「患者教育ワンポイント」のプリントを同封した。

**研究 D** : 千葉県内の精神科 / 心療内科のクリニック・病院 225 施設を対象に摂食障害診療についてとネットワークについて ( 身体合併症を伴う摂食障害患者診療における内科医との併診・連携について ) の郵送によるアンケート調査を行った。**研究 C**

のアンケート結果内容と、摂食障害診療で利用できる「患者教育ワンポイント」のプリントを同封した。

なお、研究 A に関しては事前に研究に書面で同意した患者を対象にしている。

## C . 研究結果

**研究 A** : 240 名のうちの、男女別・病型別の患者数は以下の表のとおりであった。

	ANBP	ANR	BED	BNP	EDNOS
男性(n=7)	2	0	0	3	2
女性(n=233)	64	49	11	77	32

全例 240 のうち「紹介状あり」が 128 例であり、紹介状の有無に関わらず前医がある例は 198 例であった。また、3 つ以上の医療機関の受診歴ある例が 57 例であり、紹介状ありの 128 例のうち、ED 専門・ED 準専門からの紹介は 59 例であった。初診即日緊急入院は 20 例であった。患者の居住地は、千葉が 176 例・東京都が 35 例であった。紹介元の医療機関の所在地としては、千葉が 107 例・東京が 49 例であった。

紹介元の医療機関は 3 つ前まで調査したが、図 1 と図 2 の通りであり、様々な紹介やりとりがなされていた。資料の図では、当科初診摂食障害患者がそれ以前にどのような医療機関を経てきたのか、医療機関を一つのボックスで示した。神経性やせ症は水色のボックス・紫の矢印で、神経性過食症は肌色のボックス・緑色の矢印で示されている。ボックスの中の数字は患者数を表している。デフォルメされているが、千葉県の医療機関は右側に、東京都の医療機関は左側に示され、当科は中心に示した。様々な矢印で患者の転医・紹介がなされている

ことがわかった。中には引っ越しなどが原因ではない、転医・ドクターショッピングもみられることがわかった。

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半数以上みられ、また様々な医療機関を転々としている患者（ドクターショッピング患者）も5分の1ほど占めた。また、当科を受診するED患者の4分の3程が千葉県在住の方であり、7分の1の方が東京都在住の方であった。

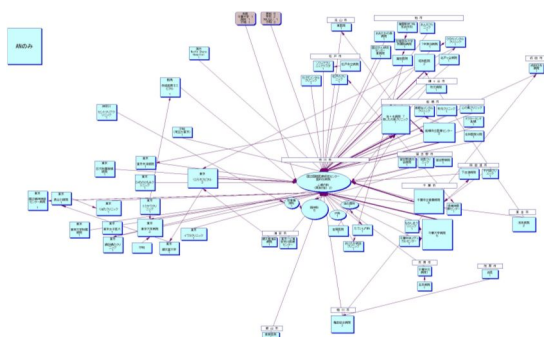


図 1

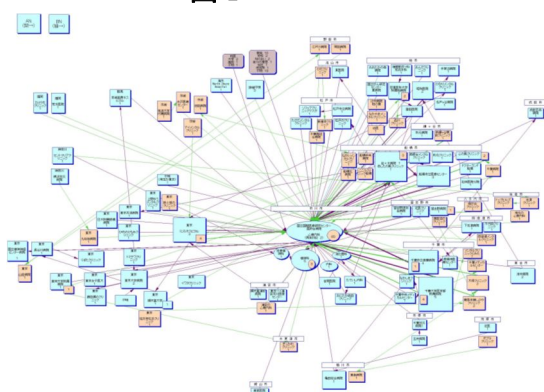


図 2

**研究 B**：265 施設にアンケートを送付したが、そのうち閉院等で宛名不明で戻って来たのが 7 施設、回答があったのは 101 施設であり、回収率は 39.1%であった。

回答のあった施設の標榜科：精神科 / 心

療内科は 77 施設、内科は 7 施設、救急科 2 施設、婦人科 2 施設、小児科 2 施設、児童精神科 2 施設、不明が 11 施設であった。

「摂食障害患者をここ 1 年診察しましたか？」という質問に対して、「はい」が 69 施設、「いいえ」が 31 施設であった。

「はい」の施設に対して「ここ 1 年間に何人診察しましたか？」という質問に対して、1～9 人が 50 施設、10～49 人が 15 施設、50～99 人が 3 施設、100 人以上が 1 施設であった。

「はい」の施設に対して「摂食障害患者の診察で困っていることは？」と質問したところ（複数回答あり）、「身体合併症の管理に困る」が 29 施設、「薬物療法など効果的な治療がなく対応困難」が 25 施設、「診察に時間がかかる」が 23 施設、「入院の必要性があるが入院を希望せず困っている」が 18 施設、「衝動行為があつて困っている」が 18 施設であった。

その他の回答を以下にあげる。「高い理想を修正できない」「CBT になかなか乗りにくい」「家族にも精神的問題があるケースが多く、治療に対して非協力的であることが最大の悩みである」「現在の 1 例では困っていることはありません」「正式な病棟がないため、看護スタッフの了解を得ないと患者を受け入れられないこと。看護スタッフは遠い昔の経験からかなり警戒している。また、平均在院日数を引き延ばす原因になることも受け入れにくい要因」「うつ状態の改善が少なく治療に苦慮している」「専門外であり、対応できない。精神科を紹介しても待ち時間が我慢できず、戻って来てしまう」「治療が技術的に難しく労力を要す」「当院には摂食障害の専門医がいないため、児

童精神科の受診までどう対応すればよいか困る。児童精神科の予約がとりにくい。急性期病院のため、入院させて専門医不在だと長期化するのも困る」「専門の施設を紹介するつもりである」「発達障害の精査など」「入院先に困る」「身体的に外来治療が厳しくなった時が困るが、幸い貴科において受け入れていただけるので助かっています」「当院の能力を超えていると説明し、即時に成田日赤精神科へ紹介」「治療を求めて来院しているのに治療的介入を拒むことがある」「生命的な危険を伴うほどの体重減少をきたしている方や小児の症例への対応は困難です」「通院レベルの患者を受けるクリニックが少ない」「身体科をもっている精神科の病院へ転院できたので問題なかった」「やせが進むと内科系の合併症が心配 低 K 血症の問題」

「国府台病院心療内科で入院加療を引き受けるのであれば、摂食障害患者を外来診療することに協力していただけますか？」という質問に対して、「はい」が 21 施設、「いいえ」が 31 施設、「条件付きで」が 43 施設、無記入が 6 施設であった。

これらを千葉県の医療圏ごとに「はい」と「条件付きで」施設を分けてみたところ、千葉 15 施設（中核病院 1 施設）東葛南部 19 施設（中核：当科 = 国立国際医療研究センター国府台病院）東葛北部 9 施設（中核病院なし）印旛 6 施設（中核病院 1 施設）香取海匠 3 施設（中核病院 1 施設）山武長生夷隅 4 施設（中核病院 1 施設）安房 2 施設（中核病院 1 施設）君津 3 施設（中核病院 1 施設）市原 3 施設（中核病院 1 施設）であり、各医療圏に中核病院となりうる入院を引き受けられる病院が東葛北部を除き

存在することがわかった。

「国府台病院心療内科で入院加療を引き受けるのであれば、摂食障害患者を外来診療することに協力していただけますか？」という質問に対しての「いいえ」の理由（自由記述）を以下に示す。「摂食障害の治療経験に乏しい、時間的余裕もない」が 9 施設、「診療体制が整っていない / 診療対象が異なっている」が 10 施設、「複数の主治医が関わる形での治療構造に慣れている医師がいないこと」が 1 施設、「身体管理ができない」が 1 施設、「心理士・カウンセリングの体制がないため」が 1 施設であった。

「国府台病院心療内科で入院加療を引き受けるのであれば、摂食障害患者を外来診療することに協力していただけますか？」という質問に対しての「条件付き」の条件（複数回答可）を以下に示す。「BMI15 以上で落ち着いていれば」が 28 施設、「国府台病院心療内科と併診であれば」が 26 施設、「簡便な摂食障害診療マニュアルがあれば」が 16 施設、「患者教育のためのハングアウトがあれば」が 13 施設、「摂食障害診療の質問ができるシステムがあれば」が 13 施設、「摂食障害の外来診療点数が上がれば」が 4 施設であった。

ネットワークについての意見については、精神科と入院加療できる施設の連携だけでなく内科医との連携の必要性や、入院治療受け入れられる施設の少なさや対応できる許容量の限界等、摂食障害についての勉強会・研修会の必要性などがあがった。

**研究 C**：225 施設にアンケートを送付したが、そのうち閉院等で宛名不明で戻って来たのが 1 施設、回答があったのは 57 施設で

あった（回収率は25.4%であった）。

(A) 「摂食障害治療の地域中核病院等の情報を市町村保健センターが持つ事についてどのように考えますか（複数回答可）」と質問したところ、どこに紹介すれば分からず困っており、患者や家族が相談にいけるので情報を持って欲しいという回答が34施設、病状（体重や併存症）によってクリニックや総合病院などの望ましい診療の場が異なり、それらのコンセンサスが得られてない現在は、情報を持つのはまだ早いとの回答が9施設、中核病院に患者が殺到して対応しきれなくなるので情報は持たない方がいいという回答が3施設、保健センターの摂食障害治療についての知識が不足しているため、情報を持つのはまだ早いという回答が1施設、わからないという回答が11施設であった。自由記述では、「各病院の機能や摂食障害の治療・予後を十分に理解しているスタッフの育成が必要だと思います」「インターネット検索で摂食障害を診療している医療機関が一覧できますが、実際に診ているとは言えないところが多く、意味をなさない点が問題である」「保険センターが情報のハブとして機能すると良い」「どこの誰に相談すればいいのかを保健センター、地域包括センターなどが持っているほしい」などの意見があった。

(B) 摂食障害治療の地域中核病院等の情報を各精神科医が持つ事についてどのように考えますか（複数回答可）という質問に対しては、どこに紹介すれば分からず困っており各精神科医が情報を持った方がいいという回答が36施設で最も多く、病状（体重や併存症）によってクリニックや総合病院などの望ましい診療の場が異なり、それ

らのコンセンサスが得られてない現在は情報を持つのはまだ早いという回答が10施設、情報がなくともすでにわかっているので必要ないという回答が1施設、わからないという回答が8施設であった。その他自由記述としては、「摂食障害の治療も可能な病床配置（内科医との連携がしやすい体制・看護基準のみなおし）が必要と思われます」「各地域で包括ケアなどの機会に連携があるので個別の医師は相談窓口を持っていけばいいと思う」「情報を持つのは良い事であろう」という意見があった。

(C) 『今後「摂食障害外来治療マニュアル」作成予定ですが、どのような内容を期待されますか』という質問に対しては、「各科（内科、小児科、精神科、救急など）異なる立場で利用できる具体的な内容を期待します」「身体管理や内科との連携、身体科の先生が理解しやすい内容」「専門でない精神科クリニックが出来る事、危機介入のタイミングや方法、紹介先一覧」「EBMによらない薬物療法のこつ」「精神科クリニックで可能な身体管理、10分位で可能な精神療法手順」「患者さんが利用できる内容ー自己理解と人生の決断に役立つもの、治療の進展に応じて直面化させる課題」などの意見があった。

(D) 「摂食障害外来治療についての勉強会や研修会があったら参加されますか」という質問に対して、「はい」という回答が13施設、「いいえ」が11施設、「わからない」が16施設、「条件があれば」が18施設という回答が得られた。

(E) 『「アンケート報告書」や「患者教育用ワンポイント」の感想があれば自由にお書きください』という質問に対しては、「ワン

ポイントなど最低限の診療のこつがわかればだいぶ違う気はします」「重症の Anorexia は内科小児科婦人科心療内科(精神科)があり生命的危険性もあるので入院治療のバックアップがなければ診れない」「疾病そのものの資材があると使いやすい」「丁寧なご報告をありがとうございました」「診療に利用させていただきます」「是非使いたい。既知の事でも確認できて安心できる」などの回答が得られた。

(F)『摂食障害診療やネットワークについて何かご意見・ご要望がありましたらお書きください』という質問に対して、「身体科の先生のご理解と特に平均在院日数の問題への取り組みが急務と感じています」『病院等は摂食障害を得意とする医師が転勤してしまえば対応できなくなります。上にも書きましたように、情報は「生きて」いなければ意味がありません。そこを担保する仕組みづくりが大切だと思います』『基本的に総合病院中核病院の精神科病棟で治療すべきだと思いますが、通常クリニックレベルで対応可能な程度安定していればクリニックでも可能かと思います』『救急・緊急性の高いケースもあります。是非ネットワークをつけてもらいたい』『摂食障害の講習会をもっと増やしてもらいたい』などの回答が得られた。

**研究 D :** 225 施設にアンケートを送付したが、そのうち閉院等で宛名不明で戻って来たのが 2 施設、回答があったのは 51 施設であった。(回収率は 22.9%であった)

(A) 「著明なやせを含め身体合併症を伴う摂食障害患者の診療の際、内科医との併診・連携はしておられますか。内科医と併

診している摂食障害患者は、摂食障害患者全体の何%ですか」と質問したところ、0%が最も多く 28 施設で、5%は 2 施設、10%は 2 施設、15%は 1 施設、20%は 2 施設、30%は施設、40%は 1 施設、50%は 1 施設、80%は 1 施設、100%は 1 施設、無回答は 8 施設であった。自由記述では、「当科で摂食障害の対応は難しく、基本的に行っていない」と、やせの摂食障害はそもそもみていない・対応困難であるという回答が数件みられた。内科対応が必要であれば紹介しているという回答として、「内科医と併診が必須な患者は外来のみのクリニックでは受けることができない。また内科受診しても摂食障害は精神の病気なので精神科で診てもらおうと言われ受診が続かない」、「身体的管理が必要な患者さんは内科のある病院に紹介している」などがあつた。一方摂食障害患者を診療している医療機関では、内科(小児科)と併診で診療しているという回答が多く、「内科から紹介されるケースも割と多く、連携している」との回答があつた。また「ある程度の身体管理・評価は行っており私達の手に残る身体状況の患者さんは貴院(国府台病院)へお願いしている」との回答もあつた。

(B) 「摂食障害患者の診療の際、内科医との併診・連携でお困りのことはありますでしょうか」と質問したところ、「内科と連携しなければならぬ患者さんは精神科と内科のある総合病院に紹介している」の回答が 15 施設、「内科を受診しても受診が継続しないので困る」と回答したのが 11 施設、「特に困っていることはない」と回答したのが 10 施設、「内科を受診するように言っても患者が受診しないので困る」と回答し

たのが9施設、「どの内科に紹介すればいいかがわからず困る」と回答したのが6施設であった。自由記述では、総合病院の内科・総合病院の精神科での対応の課題があるという回答が多く、「内科医が危機感を感じずに「食べればよくなるから」と入院加療せずに外来で超低体重状態・合併症ある方を外来で見続けていることがある」「受け入れてくれる内科がどこなのかわからない」「内科では体重以外にデータ上問題なければ、その時限りの受診となることが多い」「時に内科もある総合病院の精神科が摂食障害の対応は出来ないと断ることがある」「先に精神科を受診した場合、小児科・内科が受けられない事がある」などの回答があった。また内科医との連携の困難さとして、「内科との連携が必要なすでに入院適応にあることが少なくないが、内科（小児科）での適応の範囲と、精神科での適応の範囲の解釈や見極めが難しい」という回答があった。その他、「内科医より栄養士との協力が重要かもしれない。何をどの程度食べるか、今の食事のどこを改善すべきか具体的指導が必要と感じる」と、栄養士との連携の必要性という意見があった。

(C)「摂食障害外来治療についての勉強会や研修会にはどのような内容を期待しますか」と質問したところ、一般精神科クリニックでできる対応についてという回答が多く、「外来レベルでできる診療の仕方、心理教育、食生活の是正、他科との連携について、家族への対応・助言内容、患者向けパンフもあれば助かる」という意見があった。次に多かったのが、入院適応についてであり、「外来対応で身体管理をする際の注意点や入院基準・紹介のタイミングなどについ

て」「入院治療を選択する際の基準、限界設定について、病院・診療科とある程度の共通認識を持てることが望ましい。具体的な紹介先についても教えてほしい」といった意見があった。研修会のテーマとしては、「高齢層の研究」「摂食障害の現在の動向」「思春期・学童期の患者さんについて」「FDと摂食障害」「脳腸相関」「家族対応」「母子関係」「輸液管理のコツ」などの要望があった。また専門医療の実臨床・実際の対応についてという意見も多く、「総論的な内容に加え、症例提示してもらい、実際にどのような治療介入をしてどのように回復されていくのかを知りたい」という意見があった。その他としては「ずばり治す方法をお教えてほしい」「内科医師と共有できるような摂食障害患者によくみられる身体的異常とその対処法・危機介入、栄養指導」「生命に関わる疾患であることを患者さんに認識してもらいたい」といった意見があった。

(D)「摂食障害外来治療についての勉強会や研修会に参加されるとしたらいつがいいでしょうか」と質問したところ、平日の夜が23施設と最も多く、次に日曜・祝日が13施設、土曜日の夕方または夜が9施設、土曜日の午後が7施設だった。その他自由記載ではWEBカンファとの回答があった。

(E)「アンケート報告書」や「患者教育用ワンポイント」の感想があれば自由にお書きください」と質問したところ、患者教育用ワンポイントに対してわかりやすい・とてもよくまとまっているという意見が多数で好評だった。「教育用の資料はむしろ内科医の先生方が必要としているのではないか」「貴院で活用されている治療向けの資材もあれば活用したい」「家族教育用のワンポ

イントもあるとよい」「ネットで印刷できると必要時に使いやすい」「治療の具体的な内容が盛り込まれているとさらによい」などの意見があり、患者教育用ワンプointのニーズの高さが伺えた。

(F)「摂食障害診療やネットワークについて何かご意見・ご要望がありましたらお書きください」の質問には、「最終的に受け入れる病院等を決めてほしい」「もう少し狭い範囲のネットワークがあれば良い」「総合病院精神医学会などの総合病院にメンタル科のある病院の先生方との連携がとれるとよい」「摂食障害を扱っている医療機関は検索できるが、実際どのような治療（信用できるレベル）を行っているのかわからないので、信頼できる情報が得られるとよい」などの意見があり、摂食障害の入院治療可能な医療機関のリストの必要性が改めて指摘された。「治療スタンダードをつくってほしい」との要望があり、摂食障害の精神科クリニック外来診療マニュアルのニーズも高いことがわかった。

## D . 考察

研究 A では、摂食障害患者のやりとりが様々な医療機関で（紹介状なしも含めて）なされていることがわかり、中にはドクターショッピングの例もあった。

研究 B では、約 7 割の施設で摂食障害患者を診療し、診療にあたりなんらかの困難さを抱きながら診療していることがわかった。困難さとしては身体管理、有効な治療方法がないこと、診察時間がかかるなどであった。摂食障害患者を年間 10 人以上診療しているのは総合病院の中の精神科であることが多かったが、中には心理士によるカ

ウンセリングを併用しているクリニックも数カ所みられた。

「国府台病院心療内科で入院加療を引き受けるのであれば摂食障害患者を診療してもらえるか」という質問に対しては、「はい」と条件付きでと答えたのは合わせて 64 施設（63%）であった。いいえの理由としては、「摂食障害の治療経験に乏しい、時間的余裕もない」「診療体制が整っていない/診療対象が異なっている」などが多数を占めた。「条件付き」の条件としては、「BMI15 以上で落ち着いていれば」が最も多く、「国府台病院心療内科と併診であれば」「簡便な摂食障害診療マニュアルがあれば」「患者教育のためのハングアウトがあれば」「摂食障害診療の質問ができるシステムがあれば」などが続き、入院施設との連携や診療スキルの向上の問題等が浮上した。

研究 C では、摂食障害治療の地域中核病院等の情報を市町村保健センターが持つ事についての質問には、約 6 割の施設が、「どこに紹介すればいいかわからず困っており、患者や家族が相談にいけるので情報を持ってほしい」と回答した。また、摂食障害治療の地域中核病院等の情報を各精神科医が持つ事についての質問にも、6 割を超える施設が「どこに紹介すれば分からず困っており、各精神科医が情報を持った方がいい」と回答した。これらの結果から摂食障害治療施設の少なさや治療施設の情報がなく、臨床現場で各臨床家が困っていることが判明し、摂食障害診療のネットワーク作りは急務であることが改めて判明した。

研究 D では、内科医と連携して摂食障害患者を診療しているクリニック・病院は少数のみであり、半数以上は内科医と連携し



て診療している摂食障害患者の比率は0%と回答した。内科医との連携で困ったことについて質問したが、「内科を受診しても受診が継続しないので困る」「内科を受診するように言っても患者が受診しないので困る」といった回答が多く、内科医との連携に課題があるようだった。また、「時に内科もある総合病院の精神科が摂食障害の対応は出来ないと断ることがある」という意見もあり、診療所の精神科医としては精神科も内科もある総合病院へ摂食障害患者を紹介するが、総合病院の様々な都合で診療できないと断られ、どこへ紹介していいのかわからないという事態が生じていることがわかった。内科医との連携や内科に対する診療協力依頼、総合病院の精神科医の協力をおおぐための何らかの連携体制や診療相談体制などのシステム作りが必要であると考えられた。

また研究BCDに共通してみられた高いニーズとして、「摂食障害外来治療マニュアル」、摂食障害治療研修会(勉強会)の開催、摂食障害治療ネットワーク作り、患者教育用資料(患者用ワンポイント)、摂食障害治療施設一覧などがあげられた。精神科クリニックでは摂食障害の診療は困難といった意見がみられ、診療するためには前述のようなマニュアルやネットワークや患者用資料が必要であり、また摂食障害治療に関する相談ができるシステム作り(専門医療機関)の必要性が伺えた。

これまで千葉県摂食障害診療の具体的な診療状況や医療連携についての内容やその課題などは明らかにされておらず、今回の研究でそれらを初めて明らかにできた。それらの結果をもとに今後の医療連携の基

礎を築くことができると考える。

保健センターや各自治体における精神保健の保健師や精神保健福祉士にとっても摂食障害の診療実態は明らかでなく、どのように医療機関と連携をとっていけばいいかわからない状況だと考えている。この研究で医療連携の基礎を築き、その内容を各自治体や保健センターで有用活用していけるのではないかと考えている。またこの研究における連携は千葉県におけるものに限られているが、千葉県での医療連携の試みが軌道にのれば、千葉県をモデルケースとして他県でも応用していけるものと考えられる。

## E. 結論

研究A: 当科初診する摂食障害患者(2年間で240名)の居住地やこれまでの医療機関受診歴と医療機関の所在地等を調査した。7割が千葉県の居住者であり、前医があったとしても紹介状を持参せずに初診する例が半数、ドクターショッピングと考えられる例が5分の1であった。

研究B: 主に千葉県の精神科のクリニックや病院に対して摂食障害治療についてやネットワークについてのアンケートを行った。約7割の施設で摂食障害患者を診療し、診療にあたりなんらかの困難さを抱きながら診療していた。摂食障害患者の外来治療への協力依頼について、いいえと無記入を合わせて37施設(37%)であったが、はいと条件付きでと答えたのは合わせて64施設(63%)であった。摂食障害診療の課題としては、精神科と入院加療できる施設の連携だけでなく内科医との連携の必要性や、入院治療受け入れられる施設の少なさや対応できる許容量の限界、摂食障害について

の勉強会・研修会の必要性、診療スキルの向上の問題などがあがった。

研究 C：主に千葉県の精神科のクリニックや病院に対して摂食障害治療についてやネットワークについてのアンケートを行った。回答率は 25.4%であった。摂食障害治療の地域中核病院についての情報が無いため、市町村保健センターや各精神科医がその情報を持つ必要があると約 6 割の施設が回答した。「摂食障害外来治療マニュアル」や「患者教育ワンポイント」のニーズがあることがわかった。摂食障害外来治療の研修会へ約半数の施設が参加したい・条件が合えば参加したいと答えた。アンケート結果から、摂食障害専門の医療機関の必要性や、摂食障害治療の研修会開催やネットワーク作りが必要と考えられた。

研究 D：主に千葉県の精神科のクリニックや病院に対して摂食障害治療についてやネットワークについてのアンケートを行った。回答率は 22.9%であった。

半数以上の医療機関が内科医と連携が必要な摂食障害患者は診療していないことがわかった。やせの摂食障害患者の診療において、内科医との連携には何らかの課題があった。アンケート結果から、患者教育用資料、外来治療スタンダード（外来診療マニュアル）摂食障害治療の研修会開催やネットワーク作りのニーズが高いことがわかった。

## F . 研究発表

### 1 . 論文発表

- 1) Ghrelin activation and neuropeptide Y elevation in response to medium chain triglyceride administration in

anorexia nervosa patients. K Kawai, M,Nakashima M Kojima , S

Yamashita S Takakura , M Shimizu , Chiharu Kubo , N Sudo Clinical Nutrition ESPEN 1-5 DOI

10.1016/j.clnesp.2016.10.001 (2016

- 2) 河合啓介.ストレス関連疾患を学ぶー摂食障害. Modern physician Vol.36.No.9 961-968,2016

### 2 . 学会発表

- 1) 田村奈穂, 辰島啓太, 棚橋徳成, 石川俊男. 食欲不振にて再入院となった 50 代摂食障害患者に double cancer が発見された一例. 第 127 回日本心身医学会関東地方会, 東京, 2 月, 2016.
- 2) 田村奈穂. 両輪の、体重と対となるものの 体重増加と並行して行わなければいけない治療の重要性について. 第 57 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会, 仙台, 6 月, 2016.
- 3) 田村奈穂, 佐伯ちひろ, 辰島啓太, 棚橋徳成, 河合啓介, 石川俊男.千葉県精神科クリニック・病院への摂食障害診療やネットワークに関するアンケート調査. 第 57 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会, 仙台, 6 月, 2016.
- 4) 田村奈穂, 戸田健太, 辰島啓太, 石川俊男, 河合啓介. 国府台病院心療内科の摂食障害入院患者における気胸・縦隔気腫合併について. 第 20 回日本摂食障害学会学術集会, 東京, 9 月, 2016.
- 5) 田村奈穂. チームで取り組むことからだのケア. 第 20 回日本摂食障害学会学術集会, 東京, 9 月, 2016.
- 6) 田村奈穂・戸田健太・辰島啓太・石川俊男・佐藤輝彦・河合啓介. 国府台病院心

療内科のやせの摂食障害入院患者の呼吸器合併症について. 第21回日本心療内科学会学術大会, 奈良, 12月, 2016.

- 7) Keita Tatsushima, Naho Tamura, Toshio Ishikawa, Keisuke Kawai.  
How weight gain change bone turnover with women in Anorexia nervosa. 33e Congrès de la Société Française d'Endocrinologie.  
Bordeaux, FRANCE. October, 2016.
- 8) 辰島啓太, 棚橋徳成, 田村奈穂, 石川俊男. 慢性化した摂食障害患者治療のあり方を再考した一例. 第127回日本

心身医学会関東地方会. 東京, 2月, 2016.

- 9) 辰島啓太, 田村奈穂, 須藤信行, 河合啓介. 神経性やせ症における体重増加がもたらす骨代謝変化の検討. 第26回臨床内分泌代謝 UPDATE(学術大会), 埼玉, 11月, 2016.

#### **G . 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