

【特集 メンタルヘルス研究と社会との接点】

厚生労働省摂食障害治療支援センター設置運営事業の背景、 現状と課題

The Treatment and Support Center for Eating Disorders Project: Background, Current Status and Problem.

安藤哲也¹⁾

Tetsuya Ando

【キーワード】

摂食障害、摂食障害全国基幹センター、摂食障害治療支援センター

【略語】

AN: 神経性やせ症、BN : 神経性過食症、BED : 過食性障害、EDNOS : 特定不能の摂食障害

はじめに

平成 26 年度から厚生労働省によるモデル事業として国庫補助金摂食障害治療支援センター設置運営事業がスタートした。本事業は我が国の摂食障害患者およびその医療・支援の現状を改善する契機になることが期待される。また、同じく平成 26 年度から厚生労働科学研究費補助金で「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班が組織され、全国の患者と診療の実態把握、整備すべき診療・支援ネットワーク体制や診療体制・システムの明確化や指針作成、整備に必要な施策の提言、患者家族・保健師等の対応マニュアルの作成を目指した研究が開始された。

本論ではまず、事業の背景として我が国における摂食障害患者およびその医療・支援の実態を概観し、その中で「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班の研究成果の一部を紹介する。次に本事業に至る経緯、事業の内容、現在の実際の活動状況を紹介したうえで、本事業の課題を考察し、目指すべき方向性について筆者の意見を述べる。

I. 我が国の摂食障害患者および医療・現状

1. 患者数の動向

摂食障害患者数は 1980 年代から 90 年代にかけて急増した。病像についてみると、かつては食事を制限して低体重に至る制限型の神経性やせ症 (AN) が中心であったのが、過食や排出行動を伴う神経性やせ症や、神経性過食症 (BN) の割合が増加し、さらに近年は特定不能の摂食障害の増加が顕著である。過食を伴う摂食障害や非定型例の増加は欧米諸国と同じ傾向にある。重症度もいわゆるグレーゾーンから極度のやせや頻回の過食嘔吐をとまなうような重篤な例まで、年齢も 8 - 10 才の小児例から、70 才台の慢性例まで幅広くなっている。摂食障害では身体合併症、精神科併存症を持つことが多くさらに病像を複雑にする。このように摂食障害は数が増えただけでなく病態が非常に多様化して現在に至っている。

1) 医療機関での調査

病院を対象にした厚生労働省の中枢性摂食異常症研究班による全国患者数調査による推定患者数は、第 1 回 (1980 ~ 81 年) は AN 2,600 ~ 3,200 (人口 10 万人対 2.2 ~ 2.75)、第 2 回 (1985 年) AN3,500 ~ 4,400 (人口 10 万人対 2.9 ~ 3.7)、第 3 回 (1992 年) AN4,500 (人口 10 万人対 3.6)、BN1,414 (人口 10

1) 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 ストレス研究室長
Section chief, Section of Stress Research, Department
of Psychosomatic Research, National Institute of Mental
Health, National Center of Neurology and Psychiatry

万人対 8.3～11.9)、第4回(1998年) AN12,500(人口10万人対 8.3～11.9)、BN6,500(人口10万人対 4.3～5.9)、非定型摂食障害も 4,200であった^{1,2)}。1998年を最後に全国患者数調査は行われていなかったが、筆者らが17年ぶりに実施した2014～2015年の全国の病院の受診患者数調査では、AN12,700、BN4,600、過食性障害 1,100、他の特定される摂食障害 2,400、分類不能 3,600であり、全体としては1998年に比較して受診患者数に大きな変化はみられない³⁾。厚生労働省が3年に1回行う患者調査では層化無作為抽出した医療施設で10月のある1日の患者数を調べる。摂食障害患者総数の年次推移をみると1984年以降、微増していたものが1993年から2002年の10年間に急増(約4.5倍)したあと総数は減少ないし横ばいで入院患者数は依然増え続けていた。2011年の患者総数は1984年の5.5倍、入院数は5.3倍であった。ANも摂食障害全体と同様、1993年から2002年の10年間に患者数は増加したが、以後は減少ないし横ばいである。2011年のAN患者総数は1984年の1.7倍、入院数は1.8倍である⁴⁾。

以上のように医療機関を受診する患者数は1980～90年代に増加したあと2000年代に入って、増加は鈍化しているようにみえる。しかし、後述するように摂食障害は未受診例、未治療例が多く、受診患者数が増えていないことは必ずしも医療機関が充足していることを意味しない。また、摂食障害を好発する10代20代の女性の人口は1998年から2014年の間に約四分の三に減少していることに留意する必要がある⁵⁾。

地域を絞った医療機関の調査としては、1997年に新潟県における130病院と1,326診療所の医師を対象にした中村らの調査がある。この調査では94.4%と高い回収率を示した。ANおよびBNの時点有病率は10万対4.79および1.02、15-29歳ではそれぞれ17.10および5.79であった⁶⁾。一方、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有症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%、0.37%および0.21%と報告されている。AN、BN、BEDの生涯有病率は、それぞれ0.21%、0.81%および2.22%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⁷⁾。

2) 学校での調査

日本の女子学生を対象にした疫学調査が1983年と1993年に集中している。1983年ではANが女子中学生で0.04-0.23%、女子高校生で0.02-0.18%、1993年にはANが女子中学生で0.27-0.32%、女子高校生で0.05-0.41%、BNが女子高校生の0.92-1.9%と報告されている⁸⁾。2011～2013年の鈴木らによる7都道県の調査によるとAN時点有病率は、女子中学生では1年生0-0.17%、2年生0-0.21%、3年生0.17-0.40%、高校生では1年生0.05-0.56%、2年生0.17-0.42%、3年生0.09-0.43%であった⁹⁾。このように、女子学生におけるANやBNの時点有病率は先に述べた欧米での地域での有病率にほぼ匹敵する値となっている。

一方、中井らは京都府の中学生、高校生、大学生を対象に同じ方法で実態調査を行い、1982年、1992年、2002年に実施し、1992年から2002年の10年間にANが4倍、BNが5倍、EDNOSが2.5倍に増加したと報告した¹⁰⁾。

II. 未受診例・治療中断例の問題

摂食障害は未受診・未治療例が多いことや、未治療期間が長いことが知られている。このことは摂食障害の疫学的研究を困難にしている。摂食障害の病理として肥満恐怖、病識の乏しさ、重篤さに対する認識が欠如などの特徴があり、治療にしばしば拒否的あるいはアンビバレントである。また、ステイグマを恐れて症状を隠していることも少なくない。オランダでの研究では、医療機関を受診するのはANの半分弱、BNの1割程度とされる¹¹⁾。ドイツでの報告では発症から治療を受けるまでの未治療期間は平均25ヶ月(0-194ヶ月)であったという¹²⁾。

我が国では地域調査がなく未受診例の実態は明らかでないが、西園らによる保健所・保健センターを対象にした調査では全国3071箇所の保健所・センターに質問紙を配布し、1292箇所から回答を得た(回収率42.1%)。約5年間の3084事例の相談事例のうち医療機関受診中は39.6%、治療中断は29.8%、未受診者は19.2%であった¹³⁾。先に述べた、鈴木らの小学校から高等学校の生徒を対象にした調査でもANが疑われる生徒の二分の一から三分の一が医療機関にかかっていなかったという⁹⁾。このようにわが国でも未受診例、治療中断例が多いこと

示唆されている。

治療中断例が多いことは、患者の病理だけによるものだけではない。安田らの摂食障害に苦しむ本人を対象にしたオンラインでのアンケート調査では122名の回答者のうち78%が医療機関に相談、あるいは受診したことがあると回答したものの、そのうち、44%が「受診してよかったことは特になかった」と回答しており、患者のニーズに合った医療が提供できていないことの一端がうかがわれた¹⁴⁾。

Ⅲ. 摂食障害の治療・支援体制や連携の問題

わが国の摂食障害の治療・支援体制の実態を示すデータは乏しいが、摂食障害に関する知識や技術が普及しておらず、治療者や診療施設は不足しているというのが、現場の医療、保健、福祉、教育関係者に共通した認識であろう。専門治療施設が一か所も存在しないのは先進国では稀有とされている。

わが国で摂食障害の治療担当診療科は主に精神科や心療内科、小児の場合は小児科や児童精神科であるが、実際に対応してもらえるかどうかはその施設や医師の方針次第であり、いわゆる属人的な診療体制になっている。多くの患者が数少ない摂食障害診療施設や少数の専門家に集中するため、受け入れのキャパシティーを越え、やむなく診療を断わったり、摂食障害の診療自体をやめたりしてしまう。患者の集中を恐れて摂食障害を診療していることを公表しないようにしている施設も少なくないため、摂食障害診療施設に関する情報が乏しく、患者・家族のみならず、医療、保健、教育、行政などの摂食障害のかかわる人たちが孤立しているとみられる。

石川らは平成11年の摂食障害の治療状況に関する全国調査において、年間10名以上の摂食障害患者が受診した255施設のうち45%に疲弊傾向がみられたと報告した。摂食障害を診ていない施設の50%は今後も診るつもりはないと回答したが、40%は専門的な治療者がいるか、指導してもらえれば診ると回答し、専門医の養成の必要性が示唆された。また看護やコメディカル、他科の医師の協力を望む声が多かった¹⁵⁾。

山内、井上らによる平成27年の全国の総合病院の精神科、心療内科、内科、小児科、救急科等の診療科部長1895名のアンケート調査では470名(回収率24.8%)から回答を得た。摂食障害診療で中心

的な役割が期待される総合病院の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。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¹⁶⁾。

鈴木による全国の救命救急センター268施設のアンケート調査では100施設(有効回答率37.3%)から回答があったが、うち74%の施設で平成26年度に1名以上の摂食障害患者の診療を行い、35施設では診療面大きな問題はなかったが、22施設が患者の治療拒否、7施設が家族の対応などの問題に苦慮したと回答した。41施設が「今後も診療に協力可能」と答えたものの、36施設が「専門施設の情報があれば協力」と条件付きの協力で、診療実績があるにもかかわらず17施設が「協力したくない」「協力できない」と答え、精神科のバックアップや入院可能な専門施設の紹介などの支援をしなければ診療協力は得られないことがあきらかになった¹⁷⁾。

Ⅳ. 慢性患者や回復期の支援

摂食障害は約半数が回復するのに5年以上を要するとされる。回復後も再発を繰り返す割合も高い¹⁸⁾。摂食障害患者の社会的機能は、特に対人関係において統合失調症より低い傾向があり、家族の介護負担も精神病性障害と同等程度であることが示唆されている^{19,20)}。しかし、摂食障害患者の社会的支援の利用は統合失調症に比べ少ない傾向がある。したがって、地域の社会資源との連携が重要で、保健センター、地域生活支援センター、授産施設、デイケア、精神保健福祉士の役割が重要であるが、これらは統合失調症を代表とする精神障害のための制度、施設であり、必ずしも摂食障害の患者に適していないとされる。しかし現在、全国で、摂食障害を専門的に扱う社会復帰支援施設はミモザ(横浜市)とSEEDきょうと(京都市)の2か所しか存在しない。

Ⅴ. 専門的治療へのルートの未整備

摂食障害診療施設が少ないだけでなく、治療を受けるまでの窓口やルートが確立していない。患者・家族はどこに相談したらいいのか、どこに行けば診てもらえるのかわからない。学校や職場で患者を見

つけてもどこに紹介していいかわからない。患者はさまざまな診療科（精神科、心療内科、内科、小児科、産婦人科、救急など）を受診するが、どのような対応を受けるか、専門治療に結びつくかどうかには、偶然の要素が多く、多分に運任せである。このことは少ない摂食障害診療機関へ患者が集中してしまうことともに、わが国の医療制度の特徴であるフリーアクセスがマイナスに働いていると考えられる。英国ではGPから一般精神科や摂食障害専門施設に紹介される仕組みになっている。それでも専門医療を受けるまで長い待機期間が問題になるなど摂食障害診療の質、量ともに不十分であり、さらなる投資が必要とされている。米国ではカバーできる保険に入っていれば適用できる医療機関リストに摂食障害治療施設が挙げられているので、患者家族が迷うことは少ないであろう。

中里、作田、高宮らによる千葉県、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名を対象としたアンケート調査を実施し、1886名（51.3%）から有効な回答を得た。摂食障害患者を早期に見つけることや対応は比較的できているものの、医療・相談機関への紹介や連携ができていない割合は低かった。養護教諭が摂食障害を早期発見するには摂食障害の知識を習得することが重要であること、また相談できる医療機関のリストの要望が強いことが示された²¹⁾。さらに西園らによる保健所・保健センターの調査でも、管内に相談できる医療機関がない、あるいは相談しにくいとの回答が多かった¹³⁾。

摂食障害の予後に関連する要因の知見からは、早期に発見して、治療への動機づけや治療同盟を構築し、エビデンスのある治療的介入を導入すること、早期に栄養状態を改善し健康体重を回復すること、食行動の異常や食習慣を是正すること、特有の精神病理を治療すること、重篤な身体合併症に対処すること、自殺を防ぎ、うつ病、アルコール依存などの精神科併存症を治療すること、家族を支援し治療への協力者とするなどが死亡や慢性化を防ぐために重要であることが示唆されている²²⁾。早期発見・早期介入のみならず、摂食障害による死亡や慢性化を防ぐためにも、関係する医療機関のみならず、学校や職場、保健機関の連携が求められる。

VI. 摂食障害治療支援センター事業開始の経緯

2010年10月日本摂食障害学会での理事・評議員会で理事の生野により「摂食障害の公的専門治療機関創設に関する請願書」の配布と署名活動が提案され、承認を得た。2010年11月に生野らの学会有志より「摂食障害センター設立準備委員会」が立ち上げられた。2012年10月「摂食障害センター設立に向けての第1回講演会」が開催された。自民党安倍総裁や厚生労働大臣、官房副長官などに面会し、センター設立の要望書を届けられた。2013年10月厚生労働省障害保健福祉部に24,403筆の署名が提出された。11月「摂食障害センター設立に向けての第2回講演会」が開催され、2014年6月厚生労働省の摂食障害治療支援センター構想が公表された。当初は全国10か所に治療支援センターを設置する構想であったが、その後、5か所に縮小された。「摂食障害センター設立準備委員会」の活動に加えて、矯正施設での摂食障害患者の治療や処遇困難の問題も事業が構想された契機のひとつとされている。その後、「摂食障害センター設立準備委員会」は「日本摂食障害協会」と名称を変更し2016年3月9日一般社団法人日本摂食障害協会となった²³⁾。

VII. 摂食障害治療支援センター事業の概要

事業の対象は精神科又は心療内科外来を有する救急医療体制が整備された総合病院5箇所程度と全国拠点機関を一箇所である。摂食障害治療支援センター（支援センター）の役割は、①摂食障害に関する専門的な相談支援、②急性期における摂食障害患者への適切な対応、③医療機関等への助言・指導、④関係機関等との連携・調整、⑤摂食障害患者やその家族、地域住民等への普及啓発活動とされている。全国拠点機関（摂食障害全国基幹センター、基幹センター）の役割は①摂食障害治療支援センターで得られた知見の収集、②摂食障害治療プログラム、支援ガイドラインの開発、③摂食障害治療支援体制モデルの確立となっている²⁴⁾。

Ⅷ. 事業の経過

平成26年度より都道府県に対して事業の公募がなされたが、応募する自治体がなく事業が開始されないまま、時間が経過したが、平成27年2月5日に基幹センターが国立精神・神経医療研究センターに設置され、基幹センター単独で平成26年度の実業が開始された。事務局は精神保健研究所心身医学研究部に置かれ、事業責任者としてセンター長を安藤が、副センター長を菊地が担当することになった。

平成27年度の基幹センター事業は平成27年6月23日に開始された。福岡県、静岡県、宮城県から事業への応募があり、10月1日に宮城県摂食障害治療支援センター（東北大学病院心療内科に設置）が、平成27年10月21日に静岡県摂食障害治療支援センター（浜松医科大学医学部附属病院精神科神経科に設置）が、平成27年12月24日に福岡県摂食障害治療支援センター（九州大学病院心療内科に設置）が活動を始めた。ここでようやく基幹センター、支援センターが揃った活動が始まった²⁵⁾（表1）。以下に平成28年10月時点での事業の活動状況を紹介する。

1. 基幹センターの活動状況

1) 全国摂食障害対策連絡協議会（以下、協議会）の設置運営

基幹センターは摂食障害治療を専門とする医師、支援センター職員、厚生労働省職員からなる協議会を設置・運営する。協議会は年度の実業開始時と終了時の2回開催され、それぞれ事業計画の策定と、事業効果の検証、問題点の抽出を行った²⁵⁾。

2) 摂食障害全国基幹センター設置運営事業

a) 支援センターとの連携

基幹センターでは支援センターと定期的に連携ミーティングを行い、事業の進捗状況などの情報を共有し、問題点などが話し合われた²⁵⁾。話し合っ

た内容は現在の事業を推進するだけでなく、経験やノウハウを蓄積し支援体制モデルの構築に役立てることができる。また、支援センター間で共通の相談票を使って相談事例を記録しており、平成28年度からは相談事例を基幹センターで収集して分析し、相談実態や、適切な対応は何かを研究して、支援ガイドラインの作成やコーディネーターの研修開発に役立てる予定である。

b) 研修検討委員会の設置・運営

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」研究班で作成中の「学校と医療のより良い連携のためのマニュアル」に基づいてゲートキーパー研修をつくるべく議論を行った²⁵⁾。平成28年度はパイロット研修を実施する予定である。

c) 情報提供ウェブサイトの開設

摂食障害の医療、研究、支援に関する高いエビデンスに基づいた情報を、一般、患者・家族等の当事者、医療従事者等向けに提供するための情報ウェブサイトを開設し、運営し²⁶⁾コンテンツについては専門家によるウェブサイト検討委員会を構成し、掲載原稿の作成・ピアレビュー、リンクや転載コンテンツの検討を行った。ポータルサイトへのアクセス数を集計し、サイトの改善のため閲覧者アンケートにより利用者からのフィードバックを得てコンテンツを更新する予定である。

2. 支援センターの活動状況

支援センター事業の実施主体は都道府県である。都道府県は厚生労働省と協議して管内の医療機関を一か所支援センターとして指定することになっている。先に述べたように平成27年度に福岡県では九州大学病院が、静岡県では浜松医科大学が、宮城県では東北大学病院がそれぞれ支援センターに指定された²⁵⁾。

1) 摂食障害対策推進協議会の設置

支援センターは摂食障害治療を専門的に行ってい

表1. 摂食障害治療支援センター設置運営事業の指定機関

- 摂食障害全国基幹センター（全国拠点機関）Center for Eating Disorder Research and Information（National Core institution）
 - ▶ 国立精神・神経医療研究センター
- 福岡県摂食障害治療支援センター Fukuoka Prefectural Treatment and Support Center for Eating Disorders
 - ▶ 九州大学病院
- 静岡県摂食障害治療支援センター Shizuoka Prefectural Treatment and Support Center for Eating Disorders
 - ▶ 浜松医科大学医学部附属病院
- 宮城県摂食障害治療支援センター Miyagi Prefectural Treatment and Support Center for Eating Disorders
 - ▶ 東北大学病院

る医師、都道府県代表、精神保健福祉センター、保健所、摂食障害患者及び家族からなる協議会を設置し、事業計画の策定や効果の検証、問題点の抽出をおこなった。

2) 支援センターの業務

各センターの活動はその地域の事情により異なる面があるものの、支援センターとなった医療機関では受け入れ体制を整えて患者の診療にあたるだけでなく、相談窓口を設置し摂食障害治療支援コーディネーターを置いて、電話やメールで患者や家族、医療機関などから相談を受け、受診先を紹介したり、家族に患者への対応を教えたりするなどの援助を行った。また、県内の医療機関との連携に努め、摂食障害治療の出張講習・研修を行った。講演会やホームページ開設、パンフレットなどの印刷物の配布、またメディアを通じて教育や行政関係者、一般への摂食障害に関する普及啓発や支援センターの情報提供も行っている。このように県全体の摂食障害の治療・支援レベルを向上させることを目指している。各センターの開設に当たっては地域のテレビ局、新聞社など多くのメディアが取材に訪れ、NHKの全国放送で取り上げられるなど、大きな注目を集めた。

IX. 事業の今度の課題と考察

1. 相談事例の解析

各支援センターの相談窓口にはこれまで、それぞれ月30件前後の相談が寄せられている。三施設で年間1000件前後の相談事例が収集される見込みである。相談内容としては、摂食障害についての説明や対処の相談、家族や関係者からの患者への対応、接し方に関する相談、受診相談、すなわち受診すべきか、どこを受診すればよいか、どう受診につなげればよいかなどの相談が多くみられる。そのほかに支援センターの業務、役割についての問い合わせ、過去に受けたあるいは現在受けている治療への不満、近くに病院がないなどの診療体制への不満などが寄せられる場合もある。このようは相談や不満はこれまでも聞かれてきたことであるが、これだけのまとまった数の事例が収集され、解析されたことはない。摂食障害患者や家族が於かれた状況を示す客観的な資料となるだけでなく、適切な対応、支援を行うために必要な仕組みを検討し、つぎに述べる支援ガイドラインの作成の基盤になると期待される。

2. 支援センターの増設

本事業では支援センターは5箇所指定される計画であったのが、未だ3箇所の指定にとどまっている。これは、事業の実施主体は都道府県であり、まず都道府県が事業に応募し、厚生労働省と協議して、治療支援センターを指定する仕組みであり、事業予算は国と自治体が折半するスキームになっているのであるが、自治体では予算的な制約があることに加えて、自治体には地域住民における摂食障害の実態に関する情報、データがなく、事業の必要性が認識されていない、あるいは担当課は必要性を認識していても財務を説得する材料が不足しているといった事情がある。従って治療支援センターを増やしていくためには、国レベルだけでなく、地域での自治体に対する各方面からの働きかけも必要ということになる。また実態を示す数値的な裏付けを出していくことも欠かせない。厚生労働科学研究による調査研究や、本事業による相談事例の解析の成果はもちろんのこと、引き続き国内外の情報収集や、新たな調査企画により、実態を示すデータを出していく必要があるだろう。

3. 情報発信、普及・啓発

過去2年間の事業では摂食障害の医療、研究、支援に関する質の高いエビデンスに基づいた情報を、一般、患者・家族等の当事者、医療従事者等向けに提供するとして、情報の信頼性や公平性を保証するために、専門家のピアレビューよりコンテンツを作成してきた。これに対してWEB閲覧者のアンケートでは、わかりやすさ、役に立つかどうかについては半数以上が肯定的な回答であったものの一般向けサイトについては、相談先（医療機関、相談窓口、支援団体、家族会）の情報、外国の情報の翻訳、より詳細・専門的・具体的な情報、ツールなど掲載の要望が、専門向けサイトについてはより詳細・具体的・実践的な内容、研究会情報、治療機関情報の要望が多かった。

相談先の情報については、医療機関については公開を望まない施設が少なくなく、各施設から同意を取らなければならないこと、患者が一部施設に集中することが懸念されること、現状ではそれぞれの医療機関でどのような対応、治療が行われるのか受け入れる体制が整っているかが不透明である等の理由で、現在、情報ポータルサイト上には支援センターの窓口のみが掲載されている。摂食障害は慢性、再

発性に経過することも多く、外来治療が主体であることから、遠方でなく生活の場に近いところで治療を受けることが望ましい。ネット上に医療機関リストを公開するようなやり方ではなく、地域での診療体制や医療機関のネットワークを整備したうえで、中核の医療機関や精神保健福祉センターなど都道府県の機関に相談窓口コーディネーターを置いて、医療機関を紹介するようなシステムの方がより望ましいと考えられる。

その他の要望についても、それぞれ実現には解決しなければならないハードルが多い。例えば、より具体的・実践的な内容になるほど、治療者や施設間で意見ややり方が異なる。支援団体や家族会、自助グループを紹介するにも、それぞれの活動内容を把握することや、選択する基準を決める必要がある。本事業の枠内では限界もあり、摂食障害学会や摂食障害協会その他の関連団体、機関との役割を整理していくことが必要であろう。

4. 摂食障害の普及啓発

患者や家族、介護者は摂食障害自体による苦痛や機能的障害、負担に加えて摂食障害のスティグマに基づいた一般や、医療スタッフからの偏見にも傷つき、苦しむことが少なくない²⁶⁾。このことにより患者は周囲や医療に援助を求めることを躊躇し、そのために状態が悪化することや、回復を遅らせることになりかねない。わが国での摂食障害に対するスティグマの実態は必ずしも明らかではないが、例えば、「摂食障害は自ら招いたものだ」、「当人には必要なものだ」、「自己治療だ」、「本人の生き方・ライフスタイルだ」、「親の育て方が悪い」、「過食・嘔吐があっても生活できればいい」、「治らない」、「医療はいらぬ」といった見方はしばしば聞かれるも

のである。

摂食障害はアディクションであるという見方も、一般あるいは医療関係者に少なくないようである。しかし、摂食障害の中核病理はDSM-5にもあるように、やせ願望や肥満恐怖、体重や体型、食事とそのコントロールに対する過大評価とされている。摂食障害とアディクションには共通点よりも異なる点の方が多い²⁸⁾。さらにアディクションモデルの治療の有効性のエビデンスは示されていない。類似点があるからといってアディクションと同一視することや摂食障害患者全体に一般化してしまうことは危険であろう。

Academy for Eating Disorderをはじめとした全米の主要な支援団体は「摂食障害に関する9つの真実」をプレスリリースした(表2)²⁹⁾。これは摂食障害に関する最新の研究成果を反映したものである。ここにあるように、現在では、他の多くの精神神経疾患、身体疾患と同様に摂食障害は遺伝的要因と環境要因が複雑にからみあって発症する多因子疾患と認識されている。家族は原因ではなく治療の協力者となりうるべき存在、また支援を受けるべき存在とみなされている。摂食障害は完全に回復することが期待できる疾患で、治療を開始するのが早いほど回復の可能性は高いと考えられている。

研究によるエビデンスやコンセンサスに基づいて作成されたガイドラインと、実際に臨床で行われている治療との間に乖離があることは、Research-Practice Gapとして米国でも問題になっている³⁰⁾。ただ、摂食障害に関する最近の研究成果やエビデンスに基づく治療法が我が国においては、ほとんど普及していない現状を考えると、まず、これらを伝えていくことが基幹センターの役割であろう。

表2. 摂食障害に関する9つの真実

- 真実 1 : 多くの摂食障害をもつ患者さんは、表面上は健康そうに見えても、実は内面で非常に病んでいることが多くあります。
- 真実 2 : 摂食障害は家族のせいで引き起こされているわけではありません。むしろ、患者さんが治療を受ける上で、家族は、患者さん、医療従事者の一番の協力者になりえます。
- 真実 3 : 摂食障害という病気は、個人の生活に、あるいは家族全体の生活に大きな健康上の影響を与えます。
- 真実 4 : 患者さんは摂食障害になりたくてなっているわけではありません。これは深刻な生物学的要因が影響している病気です。
- 真実 5 : 摂食障害とは、性別、年齢、人種、民族、体形、体重、性的志向、経済力、社会的地位によらず、すべての人々に起こりえる病気です。
- 真実 6 : 摂食障害を患っている人の自殺の危険性は高く、身体合併症を併発する危険性も高くなります。
- 真実 7 : 生まれ持った遺伝的要因と、生まれ育った環境的要因の両方が、摂食障害を発症させる過程に大きく関与しています。
- 真実 8 : 遺伝子からだけでは、誰が摂食障害を発症するのかを予測することはできません。
- 真実 9 : 摂食障害から完全に回復することは可能です。早期発見、早期介入することが非常に大切となります。

(Academy for Eating Disorders 翻訳/摂食障害ホープジャパン)

X. 結語

わが国において非常に多くの摂食障害患者とその家族が、医療や社会的支援などの助けを得られないまま孤立しているとみられている。このことは国内だけでなく海外のメディアでも報道され注目されている³¹⁾。また、摂食障害の診療・支援を行う専門的スタッフや施設は不足し、多くの医療機関では摂食障害の診療について知識や訓練が乏しいと考えられている。状況は改善されるどころか、むしろ悪化していると危惧されている。このような実態は現場では広く認識されていながらも、裏付ける証拠やデータが乏しいため、本事業の立ち上げに困難を来した。今後、事業を継続・拡大していくうえでも引き続き課題となるであろう。しかし、三つの治療支援センターによる相談・支援活動により、また、厚生労働省の研究班の研究により、実態を示すデータが徐々に蓄積されてきている。これらの事業や研究活動は必ずしも学問的には高い評価は受けないかもしれないが、患者が安心して治療を受けられる、医療スタッフが落ち着いて診療に取り組める環境が整わなければ、わが国における疫学研究も、臨床研究、基礎研究も進展は望めまい。本事業はこのような研究基盤の整備としても評価されるべきであろう。

参考文献

- 1) 中井義勝. 摂食障害の疫学. 医学のあゆみ, 2012; 241 (9) : 674-675.
- 2) 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.
- 3) 安藤哲也. 摂食障害診療体制整備のための指針作成—摂食障害の全国疫学調査中間報告—平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策政策総合研究所 (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 9-19、2016.
- 4) 安藤哲也. 摂食障害診療体制整備のための指針作成. 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策政策総合研究所 (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 13-24, 2015.
- 5) 平成 26 年 (平成 27 年 4 月 17 日公表) 平成 10 年。II . 各年 10 月 1 日現在人口「全国 : 年齢 (各歳)、男女別人口・都道府県 : 年齢 (5 歳階級)、男女別人口」. 『総務省統計局ホームページ』<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm#annual> (2016/10/28 閲覧)
- 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
- 8) 中井義勝 疫学 摂食障害治療ガイドライン. 日本摂食障害学会 監、「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会 編. 医学書院 pp18 - 23, 2012.
- 9) Hotta M, Hirokawa R, Mabe H, et al . Epidemiology of anorexia nervosa in Japanese adolescents. *BioPsychoSocial Medicine* 9:17, 2015.
- 10) Nakai Y, Nin K, et al.: Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. *Psychiatry Res* 219: 151-156, 2014.
- 11) Stice E, Marti CN, et al.: An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol* 118: 587-597, 2009.
- 12) Neubauer K, Weigel A, et al.: Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? *Eur Eat Disord Rev* 22: 2014.
- 13) 西園マーハ文地域保健の場における摂食障害への対応に関する研究平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 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) 分担研究報告書 21-22, 2016.
- 14) 安田真佐枝: 摂食障害ご本人のアンケート調査結果から見えてくるもの. 精神科臨床サービス 15: 364-372, 2015.
- 15) 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
- 16) 井上幸紀 山内総合病院における診療体制と連携の明確化に関する研究厚生労働科学研究費補助金 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) 89-102, 2016
- 17) 鈴木 (堀田) 眞理. プライマリ・ケア、救急における医療体制の明確化に関する研究 - 救急、および、総合診療科における摂食障害診療の整備のための実態調査 - 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策政策総合研究所 (精神障害分野) 分担研究報告書 129-132, 2015.
- 18) 中井義勝、成尾哲朗、鈴木健二、石川俊男、瀧井正人、西園文、高木洲一郎. 摂食障害の転帰調査. 精神医学 46:5, 481-486, 2004.
- 19) 鈴木健二、武田綾、白倉克之、吉野相英. 精神科作業所における摂食障害のソーシャルスキル 統合失調症との比較. 精神医学 45 (2), 145-151, 2003.
- 20) Ohara C, Komaki G, Yamagata Z, Hotta M, Kamo T, and Ando T. Factors associated with caregiving burden and mental health conditions in caregivers of patients with anorexia nervosa in Japan BioPsychoSocial Medicine, 10:21, 2016.
- 21) 中里道子 地域連携の在り方の明確化に関する研究 - 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 - 厚生労働科学研究費補助金 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) 分担研究報告書 103-106, 2016.
- 22) 安藤哲也. 摂食障害の長期予後を決める要因. 精神保健研究 62: 53-59, 2016.
- 23) 武久千夏、高橋美智子、生野照子. 摂食障害センター設立に向かっている最近の動向. 心身医学 54: 159-164, 2016.
- 24) 平成28年度摂食障害治療支援センター設置運営事業 (民間団体分) 『厚生労働省ホームページ』 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000135773.html>.
- 25) 活動状況『摂食障害全国基幹センターホームページ』 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/index.html>.
- 26) 摂食障害情報ポータルサイト (一般向け) <http://www.edportal.jp/>、摂食障害情報ポータルサイト (専門職向け) <http://www.edportal.jp/pro/>
- 27) National Collaborating Center for Mental Health: National Clinical Practice Guideline CG9 Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. 2004 <http://www.nice.org.uk>.
- 28) Wilson GT, Eating disorders, obesity and addiction. Eur. Eat. Disorders Rev. 18 : 341-351, 2010.
- 29) Nine Truths about Eating Disorders. Academy for Eating Disorders. <http://www.aedweb.org/index.php/10-news/171-9-truths-about-eating-disorders>.
- 30) Lilienfeld SO, Ritschel LA. The research-practice gap: bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. Int J Eat Disord 2013; 46:386-394, 2013.
- 31) 'Many suffer but no one talks about it' : the rise of eating disorders in Japan. The guardian. Tuesday 17 May 2016. <https://www.theguardian.com/world/2016/may/17/many-suffer-but-no-one-talks-about-it-the-rise-of-eating-disorders-in-japan>.