

原 著

## 千葉県産婦人科医療機関における 摂食障害患者の診療の現状

近都 真侑<sup>\*1,2)</sup> 廣瀬 一浩<sup>2)</sup> 白土なほ子<sup>1)</sup>  
関沢 明彦<sup>1)</sup> 小林 圭子<sup>2)</sup> 森山 修一<sup>2)</sup>

抄録：摂食障害による症状は多岐にわたり、患者が初診の際に、産婦人科・小児科・内科・精神科・心療内科などのさまざまな診療科が選択される。現時点の問題点として、産婦人科を受診した場合の多くは、産婦人科だけでは症状は改善せず、治療が完結しないため、精神科や心療内科などの精神面をサポートする診療科と連携することになる。そこで本研究では、地域医療に携わる産婦人科医院、病院、総合病院、大学病院などの産婦人科医療施設がED患者の診療をどのように行っているかの実態を明らかにし、過去のアンケート結果を考察し、今後の当該分野における地域医療連携の課題を検討した。対象の産婦人科医は千葉県内の大学病院、総合病院、個人病院、個人医院の医師とし、100施設に送付し、59施設から回答を得た。その結果、千葉県においては大学病院や総合病院においても精神科・心療内科の併設は少なく、精神科を始めとする他科と産婦人科が密に連携し協働する機会が重要であるが、未だ不十分であることが明らかとなった。産婦人科を受診する摂食障害患者数は、施設ごとには、月に1人以下が多く、次に5人以下であった。また、分娩取扱施設の半数以上が摂食障害妊婦を高次施設に紹介していた。摂食障害患者の婦人科初診時主訴は多くが無月経および不妊であり、婦人科を初診し摂食障害が判明する例も存在した。摂食障害は、死亡率の比較的高い疾患でもあり、精神科を始めとする精神面をサポートする診療科と産婦人科が密に連携して協働して対応することが必要であるが、現状での連携は十分に行われていない。産婦人科の医療従事者が摂食障害患者を理解し、情報共有を密にし、地域で医療連携できる診療体制を構築する必要があると考えられた。

キーワード：産婦人科、摂食障害、地域医療連携、他科連携

### 緒 言

摂食障害（Eating Disorder：以下ED）は食行動の重篤な異常、体型・体重への病的なとらわれ、身体イメージのゆがみを中核に認知や情動の障害を主徴とした精神身体疾患である<sup>1)</sup>。摂食障害患者は多彩な身体症状や精神症状を訴え、さまざまな診療科を訪れるが病識が乏しいことや重症感がないことも症状の一つであり、医師が診断・治療に苦慮するケースが多く見られる<sup>2,3)</sup>。アメリカ精神医学会が規定するDSM-5の診断基準によると、神経性やせ症（anorexia nervosa：AN）は、ゆがんだボディイメージなどから低体重・低栄養状態であるにも関

わらず病識はなく、その病型として食事を制限するだけの「摂食制限型」（restricting type：AN-R）と、過食はあるがその後意図的に嘔吐を繰り返し、下剤を使用するなどにより体重増加をコントロールする「過食・排出型」（binge-eating/purging type：AN-BP）の2つに分けられる。月経の有無にかかわらず、著しい体重減少があれば対応する必要があるため、DSM-5より無月経が診断基準より削除された。神経性過食症（Bulimia nervosa：BN）とは、短時間に大量に食物を摂取し自分で制御できなく過食が習慣化するが、病的な肥満恐怖があることから、体重を減らすための代償行動が見られる病態である。過食と代償行動の結果、体重が減少すればANと

<sup>1)</sup> 昭和大学医学部産婦人科学講座

<sup>2)</sup> 千葉西総合病院産婦人科

\*責任著者

〔受付：2019年12月27日、受理：2020年3月13日〕

診断される。また、過食性障害 (binge eating disorder: BED) は心理的要因から過食エピソードを繰り返すが、代償行動はなく肥満が問題となり DSM-5 で初めて収載された。ED は女性に多く見られ、米国の一般人口集団の調査では、AN の生涯有病率は、成人女性で 0.9%、成人男性で 0.3%、13～18 歳の男女で 0.3% と言われている。同様に、米国、欧州の一般人口調査では、BN の生涯有病率は、女性で 0.9～1.5%、男性で 0.1～0.5% である。また、BED の生涯有病率は、欧州の調査で、女性で 1.9%、男性で 0.3%、米国の調査では、成人女性で 3.5%、成人男性で 2.0%、13～18 歳女性で 2.3%、13～18 歳男性で 0.8% である<sup>4)</sup>。

ED による症状は多岐にわたるため、患者の初診は、産婦人科・小児科・内科・精神科・心療内科などさまざまな科が選択される。しかし女性の場合には精神症状のある患者が最初に産婦人科を訪れることは多く、同時に精神症状の医学的対応を必要とする産婦人科疾患も多い<sup>5)</sup>。月経やホルモンに関連する症状・疾患のみならず、一般的な精神症状の患者

も来院することがある。多くの場合、産婦人科的な治療だけでは症状が改善されず、治療が完結しないため、精神科や心療内科など精神症状を扱う科との連携が必要となる。

そこで本研究では、地域医療に携わる産婦人科医院、病院、総合病院、大学病院などの産婦人科医療施設が ED 患者の診療をどのように行っているかの実態を明らかにし、過去のアンケート結果を考察し、今後の当該分野における地域医療連携の課題を検討した。

## 研究方法

産婦人科医療施設に対し、施設背景、診療形態、ED 患者診療の現状と加療について、アンケート調査を実施した。対象は千葉県内の大学病院 (以下 U: University)、総合病院 (以下 G: General)、個人病院 (以下 H: Hospital) および個人医院 (以下 C: Clinic) において、産婦人科を標榜し地域医療に携わる 100 施設とした。アンケートは医療施設の産婦人科担当医の自己記入式とした (表 1)。

表 1 産婦人科における摂食障害治療に関する実態調査アンケート

質問内容	回答方法
I 施設担当医師・施設背景	
1) 性別	①男性 ②女性
2) 年齢	① 20 代 ② 30 代 ③ 40 代 ④ 50 代 ⑤ 60 代 ⑥ 70 代 ⑦ 80 代
3) 診療形態	①大学病院 ②総合病院 ③個人病院 ④個人医院
4) 連携科有無	①入院可 ②外来科 ③非常勤外来 ④なし
5) 近隣紹介出来る専門科	①あり ②なし
II 摂食障害 (ED) 患者について	
6) 月間外来 ED 患者人数	① 1 人程 ② 2～5 人 ③ 6～10 人 ④ 11～15 人 ⑤ 16～20 人 ⑥ 20 人以上
7) 来院時主訴	①無月経・稀発月経 ②不妊 ③月経随伴症候群 ④骨粗鬆症 ⑤拒食・過食 ⑥その他 (重複回答可)
8) 婦人科が診断した ED	①いた ( ) 人 ②いなかった
9) 無月経以外の治療	①あり ②なし
10) 施設分娩取扱	①あり ( ) 人 ②なし
11) ED 妊婦取扱	①行う ②管理し困難時紹介 ③高次施設紹介
12) EP 消退出血	①起こす ②起こさない ③その他 (重複回答可)
13) BMI 体重改善後 EP 開始案	①賛成 ②体重改善支持 ③ EP 支持 ④その他 (重複回答可)
III 当該分野に関する意見等	
14) ダイエット防止啓蒙意見	自由記述
15) ED 診療上の問題点	自由記述
16) 学会等への要望	自由記述

※ EP…低用量エストロゲン-プロゲステロン剤で、避妊を目的として用いる薬剤を OC といい、月経困難症や子宮内膜症など疾患の治療を目的として用いる薬剤を LEP と区別している。

調査方法は、対象施設全てにアンケートを郵送し、回答があったアンケートを集計／解析した。実施期間は2012年8月～9月であった。

## 結 果

アンケートはU、G、HおよびCそれぞれ6、15、25、54、合計100施設に配布し、回答があった施設数は6、11、11、31の合計59施設で、アンケート回答率は59%であった。

加算可能質問事項は1)から13)であり、7)、12)、13)は重複可能解答であった。I. 施設担当医師・施設背景を1)～5)で質問し、II. ED患者について施設対応を6)～13)で質問している。IIIは自由回答記入項目があった。以下に集計結果を示す。

施設担当医師の性別の割合は1) ①男性72%、②女性28%であった。年齢の分布は2) ①20代0%、②30代7%、③40代28%、④50代38%、⑤60代17%、⑥70代8%、⑦80代2%と幅広い年代で回答を得た。産科医療機関の診療形態は、3) ①大学病院10%、②総合病院19%、③個人病院19%、④個人医院53%、⑤その他0%であった。施設診療形態別回答率をみると大学病院(100%)>総合病院(73%)>個人医院(57%)>個人病院(44%)の順に回答率が良いことがわかった。精神科・心療内科等のED患者の連携科有無は全体で4) ①入院可12%、②外来15%、③非常勤外来6%、④なし67%であり、2/3は連携体制がとれていなかった。診療施設形態別では大学病院以外で連携があまり取れていないと感じる施設が多かった。紹介科については、全体で近隣紹介科5) ①あり50%、②なし50%であり、連携が取れていない上に、紹介科も近隣に半数程度がとれていることがわかった。

産科医療施設月間摂食障害患者数の分布は、6) ①1人程83%、②2～5人15%、③6～10人2%、④11～15人0%、⑤16～20人0%、⑥20人以上0%と1-5人程度の月間受診が多かった。産婦人科医療機関をED患者が来院するときの主訴は、7) ①無月経・稀発月経68%、②不妊11%、③月経前症候群(以下PMS)・月経前気分不快障害(以下PMDD)9%、④骨粗鬆症0%、⑤拒食・過食9%、⑥その他3%で無月経や不妊、月経随伴症状が多かった。拒食・過食症状においても月経周期との関連で来院される患者が多い。婦人科外来からEDを

診断した数は、全体で8) ①いた48%、②いなかった52%であった。施設形態別でみると37-60%であった。無月経以外の治療は全体で9) ①あり19%、②なし81%であった。治療方針として施設形態別にみると、大学病院は治療はなし、総合病院はカウンセリング(精神科と併診)、個人病院はカウンセリング、向精神薬、漢方の処方、個人医院は、カウンセリング、漢方の処方の回答を得た。分娩取扱数の有無は、10) ①あり68%、②なし32%であった。医療形態別の分娩数の平均値(±標準偏差)は、大学病院は436±125、総合病院は375±176、個人病院は823±690、個人医院は、491±347であった。ED妊婦取扱については、11) ①行う11%、②管理し困難時紹介36%、③高次施設紹介53%であった。低用量エストロゲン・プロゲステン剤(以下EP)による消退出血については、12) ①起こす35%、②起こさない56%、③その他9%であった。BMI体重改善後EP開始案については、13) ①賛成38%、②体重改善支持33%、③EP支持25%、④その他4%であった。

自由記入欄は1) ダイエット防止啓蒙意見、2) ED診療上の問題点、3) 学会等への要望に分けて記入した。1) ダイエット防止啓蒙意見としては思春期での家庭、学校教育の必要性、2) ED診療上の問題点としては精神科の策定の必要性を記載している回答が多かった。

## 考 察

摂食障害の症状は多岐にわたるため、産婦人科・小児科・内科・精神科・心療内科などさまざまな診療科が最初の受診科として選択される。このように窓口の種類が多く、その後専門的な治療の診療体制が整っていないために、身体科が初診の場合、診断が不十分のことも多く、精神科・心療内科など専門的な治療を受けるまでの連携にいたらないことがあり、多くの患者が適切な治療を受け早期に回復出来る機会を逸していると考えられる。特に女性の場合、精神症状の患者が最初に産婦人科を訪れることは多く、同時に精神科的対応を必要とする産婦人科疾患も多い。多くの場合、産婦人科だけでは治療が完結しないため、精神科や心療内科などとの他科連携が必要となる。本研究では、その実態を明らかにするとともに、施設間や診療形態の違いによるED

## 産婦人科医療機関の摂食障害の現状

表 2 アンケートの集計結果 (質問 6～13)

質問内容	大学病院 (U)	総合病院 (G)	個人病院 (H)	個人医院 (C)
6) 月間外来 ED 患者数 (%)				
①月 1 人程度	3.4	16.9	13.6	49.2
② 1～5 人	5.1	1.7	3.4	3.4
③ 6～10 人	0	0	0	1.7
④ 11～15 人	0	0	0	0
⑤ 16～20 人	0	0	0	0
⑥ 20 人以上	0	0	0	0
無回答	0	0	1.7	0
7) ED 患者の産婦人科医療施設来院時主訴の割合 (%)				
①無・稀発月経	6.8	13.5	9.5	33.8
②不妊	0	0	4.1	6.8
③ PMS・PMDD	1.4	1.4	2.7	1.4
④骨粗鬆症	0	0	0	0
⑤拒・過食	1.4	1.4	2.7	2.7
⑥その他	0	0	0	1.4
無回答	0	1.4	2.7	5.4
8) 婦人科が診断した ED 患者数 (%)				
①いた	2.2	3.6	2.9	11.6
②いなかった	1.4	3.6	4.3	10.9
無回答	0	0.7	0.7	0.7
症例数	4.3	6.5	5.1	41.3
9) 無月経以外治療数 (%)				
①ない	8.5	13.6	13.6	44.1
②ある	0	3.4	3.4	8.5
無回答	0	1.7	1.7	1.7
10) 施設分娩取扱 (%)				
①あり	8.5	18.6	11.9	27.1
②なし	0	0	5.1	27.1
無回答	0	0	1.7	0
11) ED 妊婦取扱 (%)				
①行う	5.1	1.7	0	1.7
②管理し困難時紹介	0	11.9	6.8	27.1
③高次施設紹介	3.4	5.1	6.8	8.5
無回答	0	0	5.1	16.9
12) EP 消退出血割合 (%)				
①起こす	4.3	5.8	5.8	15.9
②起こさない	4.3	10.1	4.3	34.8
③その他	0	1.4	5.8	2.9
無回答	0	0	1.4	2.9
13) BMI 体重改善後 EP 開始案 (%)				
①賛成	0	3.9	6.5	23.4
②体重改善支持	7.8	9.1	6.5	11.7
③ EP 支持	2.6	6.5	3.9	9.1
④その他	0	2.6	1.3	1.3
無回答	0	0	0	3.9



治療における考え方の違いを客観的に示すことができた。

アンケート結果のⅠ．施設担当医師・施設背景から、千葉県内の産婦人科医療機関は、大学U：総合病院G：個人病院H：個人医院Cはほぼ1：2：2：5であることがわかった。回答率に関しては大学（100%）、総合病院（72%）と高く、個人病院（40%）、個人医院（60%）にとどまった。大学病院や総合病院において、精神科・心療内科の併設は少なく、個人医院は3%であった。医療施設別にみても県内の摂食障害患者を近隣紹介できる施設（精神科・心療内科）も18-40%と連携施設紹介先の少なさが確認できた。診療施設形態別では大学病院以外つまり総合病院でも院内入院はもとより、近隣で紹介できる精神科・心療内科がなく、連携がとりづらいことが確認された。

当院は、精神科の設置はなく、週に一回の心療内科しか設置がない。これにより診療に難渋しており、近隣の精神科がある大学病院やクリニックと連携を取りながら診療している。

アンケート結果のⅡ．摂食障害（ED）患者について産婦人科を受診する月間摂食障害患者数は、大学病院だけが月に2-5人との回答が多く、その他の施設は月に1人程が多かった。摂食障害患者の婦人科初診時主訴は多くが無月経であった。大学病院や総合病院では無月経が多く、個人医院、個人病院では不妊の割合が増えた。婦人科を初診し摂食障害が判明する例も存在し、施設間の違いはなかった。EDの治療に関して大学病院では無月経以外は治療せず、その他の施設ではカウンセリング、向精神薬、漢方などの踏み込んだ治療も20%の施設で行われており、連携する精神科・心療内科のない施設では、自院での加療を余儀なくされている。その中で強度のやせに対しても女性ホルモン（EP）補充を行い、月経再開を目指すケースもある。医療形態別平均分娩取扱症例数は、個人病院＞大学病院＞総合病院＞個人医院の順に多く千葉県内の対象としては個人病院の分娩数が多いことがわかった。しかし、個人病院では分娩数は多いが、施設内でのED患者の分娩取り扱いは「管理して困難」であれば紹介、または初めから「高次施設へ紹介」としているため、早めの紹介基準の設定や、近隣紹介施設の確保が求められる。無月経の治療として、EP消退出

血割合は大学病院では50%だったものの他の施設では30%前後であった。また、BMI改善後のEP開始は、大学病院や総合病院では、「体重改善支持」が多く、個人医院はBMI改善後の「EP開始を支持する人」が多かった。

大学病院には、入院施設もあり、精神科・心療内科など連携科があるため、そこで地域連携における役割として、BMI 17.5以下の妊婦や、不妊患者を受け入れるという役割を担うこともある。当院は総合病院であるが連携科がなくBMI 17.5以下の妊婦や不妊患者の受け入れを積極的に行っているわけではないが、月に2-5名程度のED患者が来院する。初期の外来検査では、無月経の患者が多くその次に不妊の症状が多い。そして精神症状を訴える場合は、近隣の大学病院に紹介することになっている。摂食障害では、身体合併症による死亡も重要な問題であるが、自殺による死亡も重要な問題である。摂食障害の自殺による死亡率に関する報告では、神経性やせ症の自殺による死亡率は、1年につき1,000人あたり1.24人で一般人口の31.0倍（標準化死亡比による）、神経性過食症では、1年につき1,000人あたり0.30人で一般人口の7.5倍（標準化死亡比による）と報告されている。精神疾患の中では、統合失調症、うつ病、双極性障害、物質依存に次ぎ、自殺による死亡率が高いことが知られており、自殺による死亡にも注意を払う必要がある<sup>6)</sup>。また、摂食障害患者の治療は、通院脱落率が非常に高く、外来を受診した摂食障害患者の約40%は通院5回以下で通院中断する<sup>7)</sup>。

既に摂食障害に対する多職種チーム医療が継続して行われている医療機関を除けば、医師以外の職種には摂食障害に対する知識や治療経験が少ないことも多く、摂食障害のチーム医療における医師の役割はとても大きい。医師は病態水準を把握し、患者の治療段階にそって患者が同意した治療を多職種と協働してすすめていく。入院で他の職種と治療をすすめる場合、事前にカンファレンス等で一般的な治療方針を伝えておくことが望ましい。また、入院後起こりうる身体面・心理面・行動面の変化や問題（特に病棟管理上問題となるような内容）を事前に評価し、対処法を指示として明記すると良い。栄養指導や作業療法など他の職種に依頼をする場合には、患者の概要と共にニーズを明確にしておくが良い。患

者は思っている事を医療者へ伝えられず行動化すること多いため、それらを理解して対応することが必要である。チームの特定の人間が患者の行動化の対象となることもあるが、患者の言動に過度に振り回されず、客観的に起こっていることを把握し、患者の病理として理解し、チーム内で情報を共有し一貫した対応ができるように医師がマネジメントすることが大事である。このようなことを策定した教育機関や家庭での啓発活動とガイドライン策定が必要であると考えられた。

### 結 語

産婦人科医療施設の医療従事者が摂食障害患者を理解し、早期に診断し、専門施設に紹介できるよう精神科・心療内科などの診療科との連携が必要である。医療施設形態別にED患者の診療を比較すると、大学病院は、入院施設もあり、精神科・心療内科など連携が可能であるため、地域連携において、BMI 17.5以下の妊婦や、不妊患者を受け入れる必要があると思われた。さらに、地域医療を担う個人病院・医院においても高次施設の地域連携室などから情報をスムーズに入手することで情報共有を密にし、地域で医療連携できる診療体制を構築する必要があると考えられた。

### 利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women: an emphasis on sexual pain and distress. *J Sex Marital Ther.* 2019;46:18-34.
- 2) Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30:423-437.
- 3) National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. 2017. (accessed 2019 Dec 25) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf1837582159813>
- 4) Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:406-414.
- 5) Ogawa M, Takamatsu K. Collaboration between psychosomatic medicine and gynecology: the gynecological viewpoint. *Jpn J Psychosom Med.* 2019;59:455-461.
- 6) 摂食障害全国基幹センター. (2019年12月25日アクセス) <https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/>
- 7) 永田利彦. 摂食障害の入院治療 より現実的な着地点を目指して. 西園マールハ文責任編. 摂食障害の治療. 東京: 中山書店; 2010. pp29-38.

## EATING DISORDERS AND THE STATE OF COMMUNITY-ASSOCIATED MEDICINE

Masayuki KINTSU<sup>\*1, 2)</sup>, Kazuhiro HIROSE<sup>2)</sup>, Nahoko SIRATO<sup>1)</sup>,  
Akihiko SEKIZAWA<sup>1)</sup>, Keiko KOBAYASHI<sup>2)</sup> and Shuichi MORIYAMA<sup>2)</sup>

**Abstract** — There are many differences of the first selection of a clinical department for patients with an eating disorder because the eating disorder has a variety of symptoms. In general, treatments of an eating disorder are not managed at only the obstetrics and gynecology department but also at other clinical departments. Thus, cooperation with the other departments, such as the psychosomatic and mental medicine, is necessary to cure patients with an eating disorder. Regional medical collaboration is particularly important for rural areas. In this study, we conducted a survey on the actual situation of the treatment of eating disorders in Chiba Prefecture. As a response 59/100 surveys were received. It was revealed that patients with an eating disorder do not choose the department of obstetrics and gynecology in the first visit to the clinic. The collaboration of a clinic for obstetrics and gynecology with the other clinical departments is limited. It is suggested that obstetricians and gynecologists need to understand about patients with eating disorders, and that a medical system that can support their mental situation should be established for patients with eating disorders.

**Key words:** obstetrics and gynecology, eating disorders, community medical cooperation, other departmental cooperation

[Received December 27, 2019 : Accepted March 13, 2020]

---

<sup>1)</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Showa University School of Medicine

<sup>2)</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Chibanishi General Hospital

\* To whom corresponding should be addressed