令和２年度障害者総合福祉推進事業

摂食障害治療及び支援の実態把握及び好事例の把握に関する検討事業報告書

国立精神・神経医療研究センター

令和３年３月

令和２年度障害者総合福祉推進事業

摂食障害治療及び支援の実態把握及び好事例の把握に関する検討事業報告書

目　次

1. 事業実施組織 …… 4
2. 事業の背景 …… 5
3. 事業の実施体制 …… 6

【A】摂食障害治療および支援の全国実態調査 …… 8
1. 目的 …… 8
2. 調査方法 …… 8
3. 調査内容 …… 9
4. 調査結果 …… 16
I. 施設情報 …… 16
II. 摂食障害の診療実態全般について …… 18
III. 神経性やせ症の診療実態 …… 26
IV. 神経性過食症の診療実態 …… 33
V. 摂食障害入院医療管理加算の状況 …… 38
VI. 摂食障害に関する連携 …… 41
VII. 研修のニーズ …… 47
VIII. 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否 …… 48
IX. 摂食障害の連携指針と手引きについて …… 49
X. 支援センターの選定条件 …… 50
5. 考察 …… 52

【B】摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示：　千葉県 …… 57
1. 目的 …… 57
2. 方法 …… 57
3. 結果と考察 …… 57
A） 県内外を対象に実施した千葉県摂食障害治療支援センターの実績調査 …… 57
B） 千葉県内で実施した調査研究 …… 60
4. まとめ …… 64

【B】摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示：　静岡県 …… 65
A） 県内で実施した調査 …… 65
B） 県外で実施した調査 …… 66

【C】全体の考察 …… 76
【D】政策提言 …… 79

令和２年度障害者総合福祉推進事業

摂食障害治療及び支援の実態把握及び好事例の把握に関する検討

事業報告書

1.　事業実施組織

■　事業責任者

安藤　哲也　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部
ストレス研究室長

■　事業担当者

関口　敦　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部
心身症研究室長
立森　久照　国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナルメディカルセンター
情報管理・解析部生物統計解析室長
菅原　彩子　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
河西　ひとみ　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部リサーチフェロー
船場　美佐子　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
小原　千郷　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
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科長
大家　聡樹　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科心理療法士
竹林　淳和　浜松医科大学精神科神経科講師
竹市　峻　浜松医科大学精神科神経科心理士
田中　道代　浜松医科大学精神科神経科心理士
江刺　逸生　浜松医科大学精神科神経科心理士
近藤　歩　浜松医科大学精神科神経科心理士補助員

■　調査検討委員

山内　常生　大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学講師
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科長
竹林　淳和　浜松医科大学精神科神経科講師

■　厚生労働省

高橋　幹明　社会・援護局　障害保健福祉部　精神・障害保健課心の健康支援室
松井　佑樹　社会・援護局　障害保健福祉部　精神・障害保健課
久我　弘典　社会・援護局　障害保健福祉部　精神・障害保健課

■　事務・経理担当者

國重　寛子　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部科研費研究補助員
菊地　浩子　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科事務助手
廣方　美沙　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科事務助手

2. 事業の背景

本邦における摂食障害の患者数は約 22 万人と推定されている。思春期、青年期、早期成人期など若い人が罹患することが多く、罹患者の心身の発達や健康、心理社会的機能障害への影響が大きく、重度のものでは生命の危険が及ぶことがある。長期化しやすい疾患であり、早期に見つけて適切な治療を受けることが重要である。ほぼ完全に回復する例がある一方、回復に長期間を要する場合や、回復しない場合もあり、摂食障害から回復しても二次的な社会的、心理的、身体的機能の障害や、適応上の問題、他の精神科併存症など困難を抱える例も少なくない。摂食障害患者をもつ家族やケア提供者の負担も甚大である。

わが国における ED の医療体制の問題点として患者の相談・治療・支援につながる窓口が明確でないこと、専門的治療に至る経路が確立していないこと、専門的な治療をする医療機関が少ないこと、支援の受け皿が少ないことがあげられる。認知行動療法など有効性の示されている治療方法があるにもかかわらず、わが国では標準的な治療の普及は十分に行われていない。そのため、多くの患者が適切な治療を受けることができずに早期に回復する機会を逸していると考えられる。また、回復期の福祉サービスや就労支援、長期的な支援体制も整っていない。

平成 26 年度から厚生労働省による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。現在、宮城県、静岡県、福岡県、千葉県の 4 箇所に摂食障害治療支援センターが設置され、摂食障害の専門的な相談支援、急性期における適切な対応、医療機関等への助言・指導、関係機関等との連携・調整、患者やその家族、地域住民等への普及啓発活動を行ってきた。平成 30 年度からの第 7 次医療計画では、向こう 5 年以内に摂食障害の都道府県拠点機能を担う医療機関（拠点病院）を明記することが定められ、本事業の取り組みが参考にされることと記載された。現在は、支援センターが設置されていない地域に、支援センターを新設して増やしていくことや、本事業の知見を普及していくことが課題となっている。

本事業では、本邦における摂食障害治療の実施状況や摂食障害のある人に関し、地方自治体、福祉サービス事業所、学校等地域における様々な関係機関による連携支援の状況について実態を把握し、課題を整理した上で好事例の提示を行うことを目的とする。特に、摂食障害入院管理加算を算定する等、積極的に摂食障害治療を行っている医療機関に対して、診療実態の調査や地域における様々な関係機関による連携や支援の状況の把握を行うと共に、治療支援センターの指定に関する課題の調査を実施する。

本推進事業ではそのために以下の 2 つの調査を実施する。

【A】摂食障害治療および支援の全国実態調査

本調査の目的は、摂食障害治療体制を拡充するための課題を明らかにすることである。具体的には、全国の医療機関での摂食障害の治療実態や支援実態を調査し、診療報酬に関する調査、医療機関の情報公開に関する調査、医療機関における研修ニーズ、さらに、AMED 研究班で作成した摂食障害の医療連携に関する指針や簡易治療マニュアルの有用性について調査した。

【B】摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示

本調査の目的は、新たな支援センター設置のための課題を明らかにすることである。具体的には、支援センターを基点とした治療支援体制構築の好事例として、「静岡モデル」「千葉モデル」（後述）を取り合上げ、それぞれの支援体制構築の課題と解決のノウハウを提示する。

3.　事業の実施体制

事業全体のとりまとめと摂食障害の治療・支援実態の全国調査は国立精神・神経医療研究センターが実施する。静岡モデルの調査と提示は静岡県摂食障害治療支援センターが設置されている浜松医科大学精神科との共同事業とする。千葉モデルの調査と提示は千葉県摂食障害治療支援センターが設置されている国立国際医療研究センター国府台病院心療内科との共同事業とする。NCNP では国府台病院および浜松医科大大学による調査の実施状況の報告と解析結果の報告受けて調査検討委員会で検討し、好事例モデル提示への助言・指導行う。

事業の実施体制（1）

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
事業名：摂食障害治療および支援の実態把握及び好事例の把握に関する検討

担当する事業の内容

事業の全体のとりまとめ
（当省との連絡担当 兼務）

役職名 精神保健研究所
行動医学研究部ストレス研究室長
氏 名 安藤 哲也

摂食障害の治療・支援実態の全国調査

事業担当者

役職名 精神保健研究所行動医学研究心身症研究室長
氏 名 関口 敦
担当事業内容：検討委員会の開催・まとめ

役職名 トランスレーショナルメディカルセンター情報管理・解析部
生物統計解析室長
氏 名 立森 久照
担当事業内容：調査設計と調査結果の解析指導

役職名 浜松医科大学付属病院精神科神経科講師
氏 名 竹林 淳和
担当事業内容：好事例としての静岡モデルの調査と提示

役職名 国立国際医療研究センター国府台病院心療内科科長
氏 名 河合 啓介
担当事業内容：好事例としての千葉モデルの調査と提示

役職名 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学講師
氏 名 山内 常生
担当事業内容：治療・支援実態の全国調査の調査項目・内容の検討

役職名 精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
氏 名 菅原 彩子
担当事業内容：政策提言作成

役職名 精神保健研究所行動医学研究部リサーチフェロー
氏 名 河西 ひとみ
担当事業内容：検討委員会の記録作成・報告

役職名 精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
氏 名 船場 美佐子
担当事業内容：全国調査票・対象リスト作成、結果解析、報告書作成

役職名 精神保健研究所行動医学研究部科研費研究員
氏 名 小原 千郷
担当事業内容：全国調査票・対象リスト作成、結果解析、報告書作成

事業にかかる経理担当者

役職名 精神保健研究所行動医学研究部科研費研究補助員
氏 名 國重 寛子

事業の実施体制（２）

（事業実施体制（１）の浜松医科大学精神科神経科に続く）

役職名　浜松医科大学精神科神経科講師
氏　名　竹林　淳和

好事例としての静岡モデルの調査と提示

事業担当者
役職名　浜松医科大学精神科神経科心理士
氏　名　竹市　峻
担当する事業の内容
・調査データ解析及びデータ入力

事業担当者
役職名　浜松医科大学精神科神経科心理士
氏　名　田中道代
担当する事業の内容
・調査データ解析及びデータ入力

事業担当者
役職名　浜松医科大学精神科神経科心理士
氏　名　江刺逸生
担当する事業の内容
・調査データ解析及びデータ入力

事業担当者
役職名　浜松医科大学精神科神経科心理士補助員
氏　名　近藤歩

事業の実施体制（３）

（事業実施体制（１）の国立国際医療研究センター国府台病院心療内科に続く）

役職名　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科診療科長
氏　名　河合　啓介

好事例としての千葉モデルの調査と提示

事業担当者
役職名　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科　心理療法士
氏　名　大家聡樹
担当する事業の内容
・調査データ解析及びデータ入力

事業担当者
役職名　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科　事務助手
氏　名　菊地浩子
担当する事業の内容
・データ入力

事業担当者
役職名　国立国際医療研究センター国府台病院心療内科　事務助手
氏　名　廣方美沙
・データ入力

【A】　摂食障害治療および支援の全国実態調査

1.　目的

本調査の目的は、摂食障害治療体制を拡充するための課題を明らかにすることである。具体的には、全国の医療機関での摂食障害の治療実態や支援実態を調査し、診療報酬に関する調査、医療機関情報公開に関する調査、医療機関における研修ニーズ等についての調査を行うことである。

2.　調査方法

本調査では、疫学専門家を含む『調査検討委員会』を設置し、以下に示す手順で実施する。１）調査検討委員会の設置、２）調査方針の決定、３）調査票の作成、４）調査実施・集計、解析、５）提言作成、の手順で実施した。調査票作成は。調査方針や調査内容は厚生労働省と協議して決定した。

１）　調査検討委員会の設置

調査検討委員会を設置し、調査方針（調査の重要課題、CQ 設定、対象や調査項目・内容）、調査票作成、調査結果の考察、提言の作成についての検討を行った。調査委員会は国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の実施担当者および摂食障害専門家の外部委員 3 名より構成された。

調査検討委員会では調査検討委員会を 2 回オンラインで実施した。第 1 回で全国調査方針と調査票の検討、第 2 回で全国調査票の全国調査の結果のまとめと報告書、提言の検討を行った。また、調査検討委員に調査実施上の課題に対する検討とレポート作成を行った。

２）　調査対象の設定

調査対象医療機関は、摂食障害を診療している可能性の高い医療機関とし、①都道府県の医療計画に記載された摂食障害の拠点医療機関、地域医療精神科医療提供機関、②その他公開情報（摂食障害入院管理加算算定施設、大学病院、入院ベッド数、総合病院、その他の病院、単科精神科病院、診療所等）、③NCNP の把握する摂食障害診療施設に関する情報に基づいて選定した。リストを作成し、摂食障害医療おいて想定される機能により階層分けを行った。階層に応じて、調査項目、抽出率を調整した。

３）　調査票の作成

治療支援実施体制の実態把握、治療支援体制を拡充するための課題の抽出を目指して調査項目を作成した。具体的には、①治療（患者数、重症度、治療方法、認知行動療法の実施状況）状況、②診療科間連携（身体科との連携）、③地域医療連携（他の医療機関、地方自治体、福祉サービス事務所、学校等）、④診療報酬算定要件、⑤摂食障害治療施設としての公表の可否、⑥摂食障害に関する研修ニーズ、⑦各種指針マニュアル（AMED 事業で作成した、精神科連携指針、身体科連携指針、神経性やせ症簡易治療マニュアル、患者家族ガイドの有用性）についての調査項目を選定した。

NCNP の方針案に基づき調査検討員会で調査の重要課題、CQ 設定、調査項目・内容の方針を検討し、検討結果をもとに、NCNP で調査票原案を作成した。作成した原案に対する、調査検討委員および厚生労働省による検討を経て、最終案を作成した。

４）　調査実施・集計

２）で作成された調査対象医療機関リストの統合とクリーニング、封筒・依頼状等の印刷用データおよび、３）で作成された調査票原案基づく紙媒体およびウェブ調査票作成、調査専用ウェブサイトの作成、調査実施、リマインド送付、回答の回収、御礼状の送付、データ入力、統合、クレンジング、基礎集計、調査報告書作成を行った。基礎集計、調査報告に基づき、NCNP で専門的な詳細の解析を実施した。調査解析結果に関する調査検討委員会での検討をもとに NCNP で考察、結果のまとめを作成した。

3. 調査内容

１） 調査検討委員会の開催

第１回　調査検討委員会

日時：令和 2 年 10 月 23 日(金)　9 時～12 時場所：ウェブ会議

議題

1. 事業の概要説明と質疑応答
2. （目的、事業内容および手法、狙いとする事業成果、成果公表計画、実施体制、スケジュール）
3. 資料の説明と質疑応答
4. 調査の方針の検討、決定（実施団体案を提示）
   a. 重要課題、クリニカルクエスチョン
   b. 調査対象選定・階層分けの方針
5. 調査項目、内容の検討（実施団体案を提示）
6. 今後のスケジュール、役割分担の決定
7. その他

出席者リスト（順不同、敬称略）

厚生労働省

松井　佑樹　　（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課）

外部調査検討委員

山内　常生　　（大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学）
竹林　淳和　　（浜松医科大学医学部医学科精神医学講座）
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）

実施団体

安藤　哲也　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
関口　敦　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
菅原　彩子　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
船場美佐子　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）

第 2 回　調査検討委員会　日時：令和 3 年 2 月 11 日(木)　10 時～12 時場所：ウェブ会議

議題

1. 全国調査の結果の検討
2. 静岡県および千葉県の好事例の調査結果の検討
3. まとめ、報告、提言の方向性について

出席者リスト（順不同、敬称略）

外部調査検討委員

山内　常生　　（大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学）
竹林　淳和　　（浜松医科大学医学部医学科精神医学講座）
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）

実施団体

安藤　哲也　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
関口　敦　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
菅原　彩子　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）
船場美佐子　　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部）

２）　調査対象の設定

調査対象の選定には以下の資料を用いた。

- 地方厚生局が公開する摂食障害入院管理加算届出受理医療機関リスト（2020 年 7 月時点）に掲載された 101 施設
- 地方厚生局公開する認知行動療法届出受理医療機関リスト（2020 年 7 月時点）に掲載された 788 施設
- 病院情報データ版（医事日報）北海道・東北 2014 年版、関東 2014 年版、中部 2014 年版、近畿 2014 年版、中国・四国 2014 年版、九州・沖縄 2015 年版および病院年鑑 2014 年版（アールアンドディ）に記載された 20 床以上の病床を持つ病院（一般、療養・一般、精神、小児科、産婦人科病院）を調査対象診療科毎に①大学病院、②500 床以上、③400～499 床、④300～399 床、⑤200 ～299 床、⑥100～199 床、⑦20～99 床、⑧特別階層の 8 層に層化
- 平成 26 年度～平成 28 年度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」班による全国の病院を対象にした摂食障害受診患者数調査資料
- 平成 29 年度～令和元年度 AMED「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」研究班による全国の精神科・心療内科診療所の摂食障害受診患者数調査資料
- 都道府県の第 7 次医療計画に掲載された（2020 年 7 月時点）都道府県連携拠点医療機関 26 施設、地域連携拠点医療機関 48 施設、地域精神科医療提供機能を担う医療機関あるいは対応可能な医療機関 346 施設

調査対象の選定方法は以下の通りである。

- 対象は診療科単位とする。
- 診療科は、精神科、心療内科、小児科、内科（一般、総合内科、代謝内分泌糖尿病内科）とする。
- 摂食障害入院管理加算届出受理医療機関と大学病院、都道府県連携拠点病院、地域連携拠点病院は原則対象とする。なお、摂食障害入院管理加算届出受理医療機関、都道府県連携拠点病院、地域連携拠点は精神科または心療内科を対象とする。
- 地域精神科医療提供機能を担う医療機関あるいは対応可能な医療機関は25%無作為抽出する。
- 過去の患者数調査で回答があり患者の報告があった病院は原則対象とする。
- 過去の患者数調査で回答はあったが、報告はなかった施設については、規模（ベッド数）、認知行動療法届出を考慮して、対象施設はトータル1200施設になるように調整する。

３）　調査票の作成

調査検討委員会による完成した調査票の調査項目は以下の通りである（調査票は資料１参照のこと）。

Ⅰ．　施設情報

Q1.1　医療機関名
Q1.2　回答者名
Q1.3　回答者の施設における立場
Q1.4　施設区分
Q1.5　診療科名
Q1.6　入院病床の有無

Ⅱ．　摂食障害の診療実態全般について

Q2.1　昨年度１年間診療実績
- 外来で診療した摂食障害患者数
  診断別の人数（神経性やせ症、神経性過食症）
- 入院で診療した摂食障害患者数
  診断別の人数（神経性やせ症、神経性過食症）

Q2.2　昨年度１年間に診療した摂食障害患者の年齢層
Q2.3　対応可能な摂食障害患者の年齢層

Ⅲ．　神経性やせ症の診療実態について

Q3.1.　昨年度１年間に外来で診療したBMI値の範囲
Q3.2.　昨年度１年間に入院で診療したBMI値の範囲
Q3.3.　外来診療で対応可能なBMI値の範囲
Q3.4.　入院診療で対応可能なBMI値の範囲
Q3.5.　外来診療の目標
Q3.6.　入院診療の目標
Q3.7.　入院中の神経性やせ症患者が治療拒否などにより食事摂取が困難な場合の対応

Q3.8.　実施している心理療法・精神療法
Q3.9.　心理療法・精神療法の実施者
Q3.10.　認知行動療法実施の有無
Q3.11.　認知行動療法の種類
Q3.12.　認知行動療法を実施している BMI
Q3.13.　認知行動療法の実施の困難さの有無
Q3.14.　認知行動療法の実施が困難な理由

Ⅳ.　神経性過食症の診療実態について

Q4.1.　外来診療の目標
Q4.2.　入院診療の目標
Q4.3.　実施している心理療法・精神療法
Q4.4.　心理療法・精神療法の実施者
Q4.5.　認知行動療法の実施の有無
Q4.6.　神経性過食症への認知行動療法で保険点数を算定の有無
　Q4.6.1.　認知行動療法で算定できる 16 回のセッション以降の対応
　Q4.6.2.　算定ができないあるいはしない理由
Q4.7.　認知行動療法の実施の困難さの有無
Q4.8.　認知行動療法の実施が困難な理由

Ⅴ.　摂食障害入院医療管理加算の状況について

Q5.1.　摂食障害患者が入院できる病床の有無
Q5.2.　昨年度 1 年間に『摂食障害入院医療管理加算』の算定の有無
Q5.3.　昨年度 1 年間に摂食障害患者に対して『精神科身体合併症管理加算』の算定の有無
Q5.4.　昨年度 1 年間に『摂食障害入院医療管理加算』と『精神科身体合併症管理加算』の同時算定の有無
Q5.5.　摂食障害入院管理加算ができない、あるいは困難な理由
Q5.6.　昨年度 1 年間に摂食障害で新規入院した患者総数と入院時の BMI 毎の人数

Ⅵ. 摂食障害に関しての連携について

Q6.1.　専門的治療が必要な症状に対して、連携しその治療を任せられる他医療機関の有無
　Q6.1.1.　連携し任せられる診療科
Q6.2.　軽症やフォローアップなど必ずしも専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な地域の医療機関の有無
　Q6.2.1.　紹介可能な診療科
Q6.3.　治療・対応について、貴科から助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関等の有無
　Q6.3.1.　助言を求めることが可能な診療科
Q6.4.　地方自治体との連携の有無
　Q6.4.1.　地方自治体の連携対象
Q6.5.　地域連携会議を開催の有無
Q6.6.　福祉との連携の有無

Q6.6.1　精神保健福祉士（PSW）等の相談員の活用の有無
Q6.7.　回答施設の医療圏で摂食障害への対応（受け入れ）可能な事業所
Q6.8.　回答施設の医療圏で摂食障害に対して、受けられる福祉サービス
Q6.9.　学校との摂食障害の個別症例について連携の有無
Q6.9.1.　学校との個別症例について連携対象
Q6.10.　学校との摂食障害に関する継続的な連携の有無
Q6.10.1.　学校との継続的な連携対象
Q6.11.　職場との個別症例について連携の依頼の有無
Q6.11.1.　職場との個別症例について連携対象
Q6.12.　摂食障害に関して積極的な情報発信（講演会開催、ホームページ等）の有無
Q6.12.1. 情報発信の対象
Q6.13.　摂食障害に関して研修会の開催の有無
Q6.13.1.　研修の対象
Q6.14.　摂食障害の自助会、家族会の設立・運営への関与の有無
Q6.15.　摂食障害を自助会、家族会への紹介経験の有無

Ⅶ. 研修のニーズについて
Q7.1.　摂食障害に関する研修について興味の有無
Q7.2.　興味のある内容
Q7.3.　受講可能な研修の時間帯
Q7.4.　受講可能な研修の日数
Q7.5.　希望する研修の開催方法

Ⅷ. 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否
Q8.1.　精神保健福祉センターに配布する資料への掲載の可否
Q8.2.　摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイトへの掲載の可否
Q8.3.　掲載を許可しない場合の理由

Ⅸ. 摂食障害の連携指針と手引きについて
Q9.1.　「精神科領域における摂食障害の連携指針」　は役に立つと思うか否か
Q9.1.1.　誰に役に立つと思うか
Q9.2.　「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内は役に立つと思うか否か
Q9.2.1.　誰に役に立つと思うか
Q9.3.　「身体科領域の摂食障害の連携指針」　は役に立つと思うか否か
Q9.3.1.　誰に役に立つと思うか
Q9.4.　「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」　は役に立つと思うか否か
Q9.4.1.　誰に役に立つと思うか

４）　調査実施・集計（資料２参照のこと）

調査の対象数と票の発送数と回収率と回答施設の内訳

計 1,190 施設に対して依頼し、408 施設から回答が得られ、重複を除いた有効回答数は 400 施設（33.4%）であった。

● 診療科別の発送数と回収率

診療科別の回収率をみると、小児科、心療内科、精神科・心療内科診療所がそれぞれ 50%程度と高かった。精神科と代謝・糖尿病・内分泌内科は 26.8%、27.7%と同程度で、一般内科・総合内科は 14.4%と低かった。

表 1 診療科別回収数・発送数および回収率

	回収数	発送数	回収率
合計	400	1199	33.4%
小児科	113	233	48.5%
心療内科	26	55	47.3%
精神科	160	598	26.8%
一般内科・総合内科	16	111	14.4%
代謝・糖尿病・内分泌内科	18	65	27.7%
精神科・心療内科診療所	67	137	48.9%

※回収数は有効回答数

● 施設規模別の発送数と回収率

施設規模別の回収率は以下の通りである。

表 2 施設規模別回収数・発送数・回収率

	回収数	発送数	回収率
合計	400	1199	33.4%
大学病院	96	236	40.7%
500 床以上	79	224	35.3%
400-499 床	45	176	25.6%
300-399 床	30	128	23.4%
200-299 床	18	82	22.0%
100-199 床	19	73	26.0%
99 床以下	4	28	14.3%
特別階層	42	115	36.5%
診療所	67	137	48.9%

※回収数は有効回答数

● 診療科×施設区分別の発送数と回収率

診療科と施設規模で区分した上で回収率をみると、発送数の少ない区分で 100%や 0%となった区分がみられたが、一定数の発送が行われた区分では 10%～30%という回収率であった。「小児科・大学病院」や「小児科・500 床以上」といった区分では回収率が 50%を越えていた。

表 3 診療科×施設規模区分別回収数・発送数・回収率 ※回収数は有効回答数

	回収数	発送数	回収率
小児科・大学病院	31	55	56.4%
小児科・500 床以上	40	78	51.3%
小児科・400-499 床	21	47	44.7%
小児科・300-399 床	12	25	48.0%
小児科・200-299 床	1	6	16.7%
小児科・100-199 床	3	9	33.3%
小児科・99 床以下	2	8	25.0%
小児科・特別階層	3	5	60.0%
心療内科・大学病院	10	13	76.9%
心療内科・500 床以上	1	3	33.3%
心療内科・400-499 床	1	1	100.0%
心療内科・300-399 床	1	2	50.0%
心療内科・200-299 床	1	4	25.0%
心療内科・100-199 床	4	10	40.0%
心療内科・99 床以下	1	8	12.5%
心療内科・特別階層	7	14	50.0%
精神科・大学病院	49	127	38.6%
精神科・500 床以上	23	90	25.6%
精神科・400-499 床	18	101	17.8%
精神科・300-399 床	14	70	20.0%
精神科・200-299 床	14	65	21.5%
精神科・100-199 床	9	42	21.4%
精神科・99 床以下	1	8	12.5%
精神科・特別階層	32	95	33.7%
一般内科・総合内科・大学病院	2	21	9.5%
一般内科・総合内科・500 床以上	5	29	17.2%
一般内科・総合内科・400-499 床	3	18	16.7%
一般内科・総合内科・300-399 床	2	23	8.7%
一般内科・総合内科・200-299 床	2	5	40.0%
一般内科・総合内科・100-199 床	2	10	20.0%
一般内科・総合内科・99 床以下	0	4	0.0%
一般内科・総合内科・特別階層	0	1	0.0%
代謝・糖尿病・内分泌内科・大学病院	4	20	20.0%
代謝・糖尿病・内分泌内科・500 床以上	10	24	41.7%
代謝・糖尿病・内分泌内科・400-499 床	2	9	22.2%
代謝・糖尿病・内分泌内科・300-399 床	1	8	12.5%
代謝・糖尿病・内分泌内科・200-299 床	0	2	0.0%
代謝・糖尿病・内分泌内科・100-199 床	1	2	50.0%
精神科・心療内科診療所・診療所	67	137	48.9%

4.　調査結果

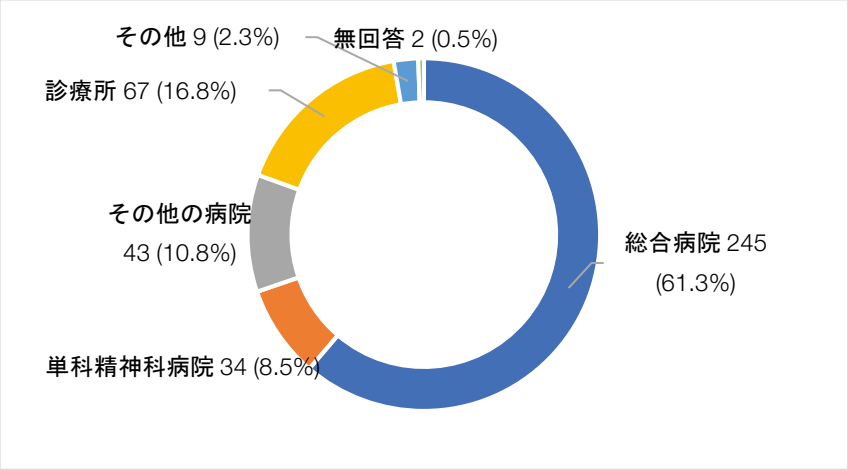
Ⅰ.　施設情報

Q1.3.　回答者の診療科での立場

回答者の診療科における立場で最も多いのは、管理職（診療科長、教授等）で 145 人、38%を占めていた。中間管理職（医局長、外来／病棟医長等）34 人、8.5%　、医員 44 人、11.0%、院長・所長 66 人、16.5%、その他 23 人、16.5%であった。

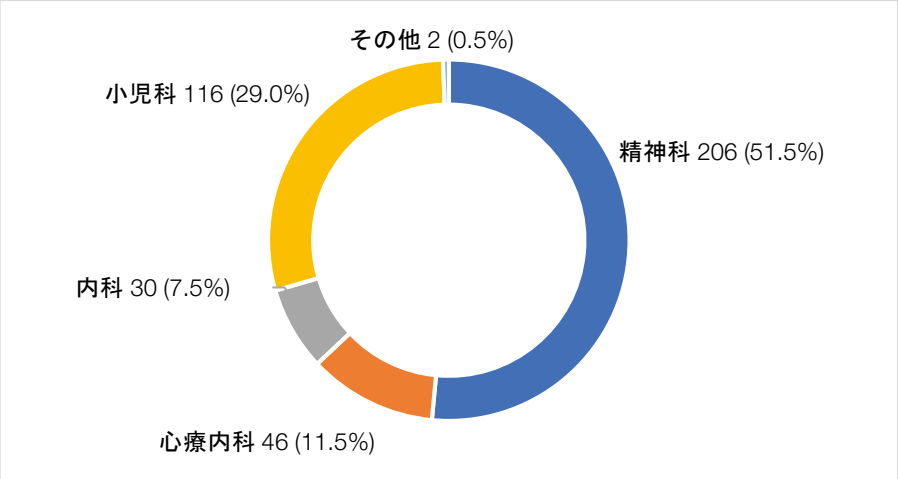
Q1.4.　施設区分

施設の区分で最も多いのは、総合病院で 61.3%を占めていた。単科精神科病院は 8.5%、診療所は 16.8%であった。



Q1.5　診療科

診療科のうち、精神科は 51.5%、心療内科は 11.5%を占めていた。なお、その他の回答は 2 施設あり、そのいずれも「児童精神科」であった。



Q1.6　自科の入院病床の有無

「ある」という回答が 282 施設 70.5%、「ない」という回答が 116 施設 29.0%、無回答 2 施設 0.5%であった。

● 診療科・施設別の集計

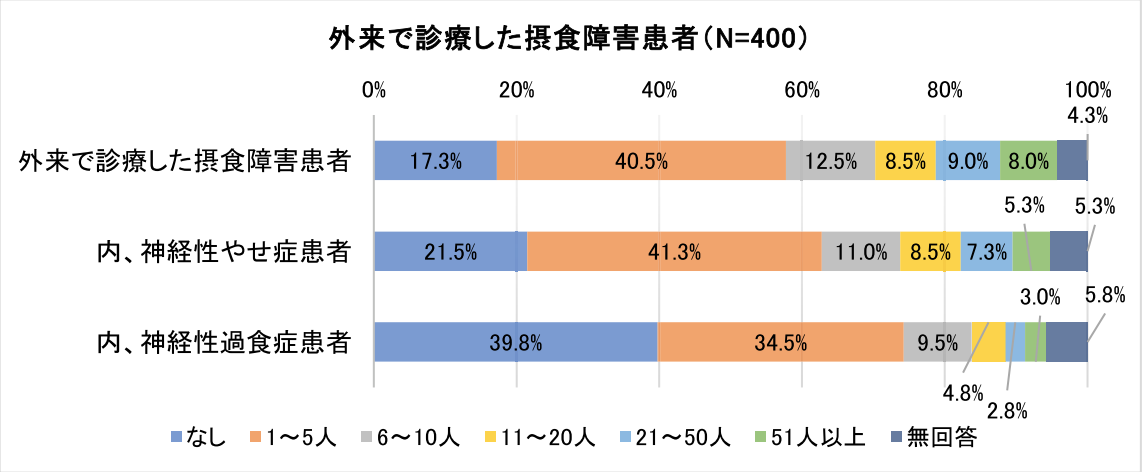
さらに、摂食障害の診療における施設の役割を考慮して、回答施設を診療科と施設区分、病床の有無の組み合わせにより以下のように分類しての集計も行った。

診療科･施設別分類	n	Q1.4 施設区分	Q1.5 診療科	Q1.6 入院病床
①精神科･総合病院･有床	68	1 総合病院	1 精神科	1 ある
②精神科･総合病院･無床	34	1 総合病院	1 精神科	2 ない
③単科精神科病院	34	2 単科精神科病院	ー	ー
④精神科･診療所	48	4 診療所	1 精神科	ー
⑤心療内科･病院	25	1 総合病院、3 その他の病院	2 心療内科	ー
⑥心療内科･診療所	17	4 診療所	2 心療内科	ー
⑦小児科	116	ー	4 小児科	ー
⑧内科	30	ー	3 内科	ー
⑨その他	27	上記のいずれにもあてはまらないもの		

Ⅱ.　摂食障害の診療実態全般について

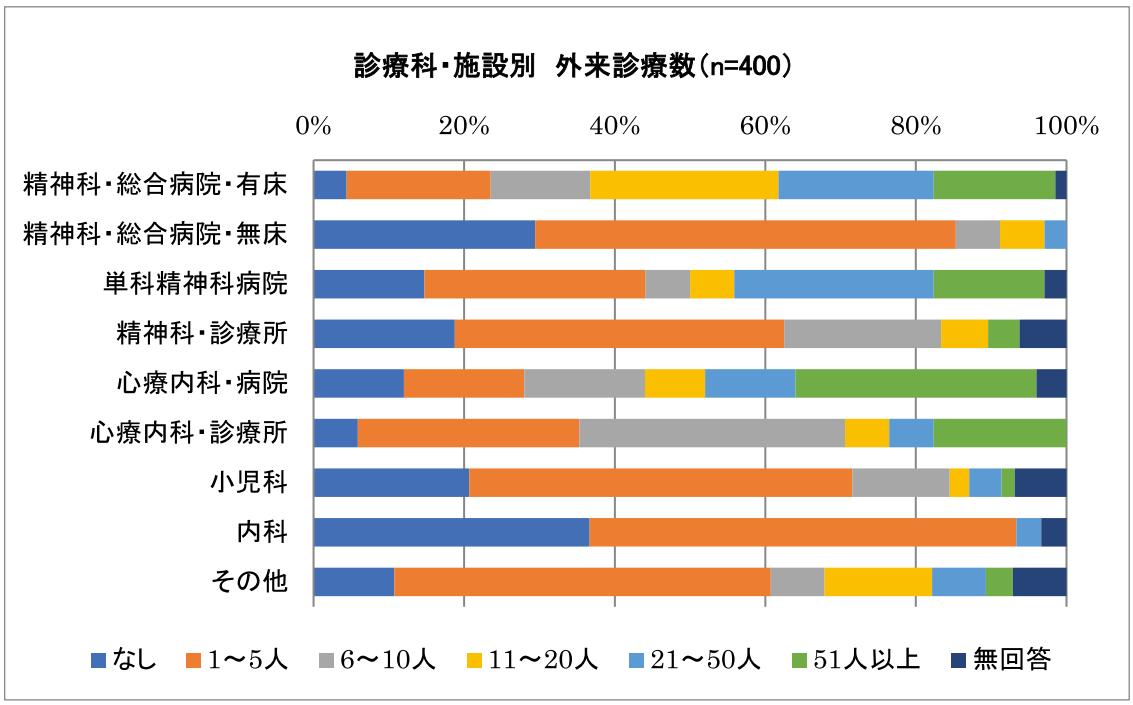
Q2.1.　摂食障害患者の外来診療実績

2019 年 4 月～2020 年 3 月までの外来診療実績について尋ねたところ、摂食障害患者全体では「1～5 人」という回答が最も多く、全体の 40.5%を占めていた。神経性やせ症患者に限ると、やはり「1～5 人」という回答が最も多く、全体の 41.3%を占めていた。「なし」という回答は 21.5%であった。神経性過食症患者に限ると、「なし」という回答が最も多く、全体の 39.8%を占めていた。



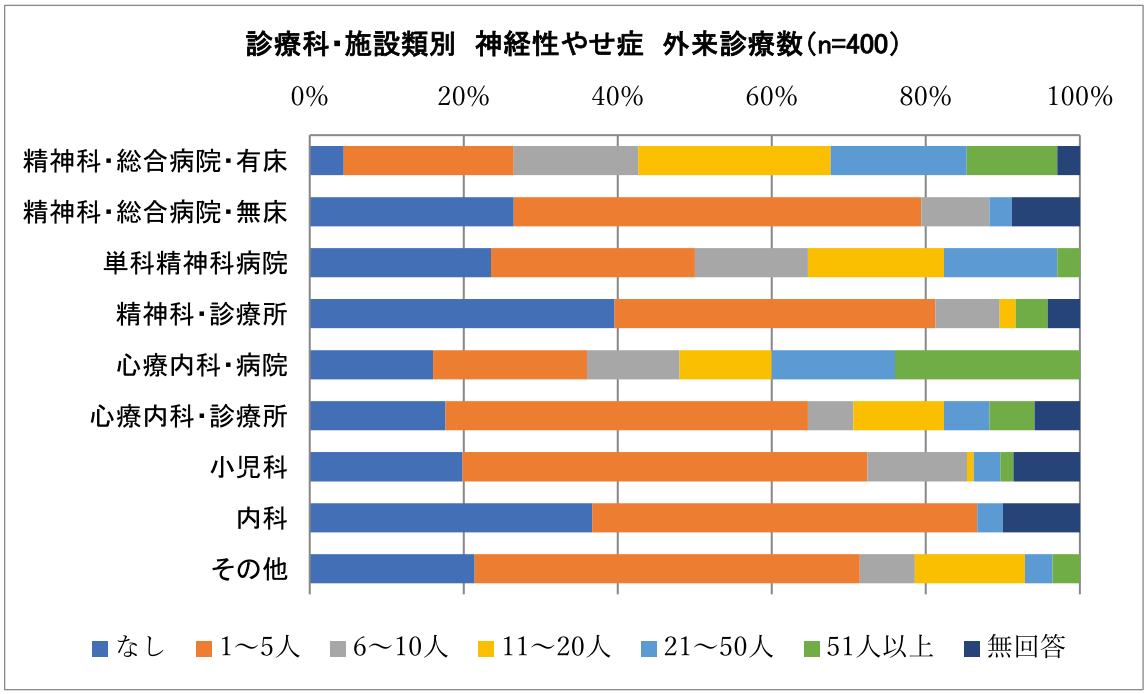
● 診療科・施設別の外来診療実績

診療科、施設分類毎の、摂食障害の外来診療実績は、21 人以上の多数診療している割合は心療内科病院が 44.0%と最も高く、次いで単科精神科病院 41.2%、有床精神科総合病院 36.8% であった。小児科や内科、無床精神科・総合病院 50%以上が 1-5 人の診療であった。



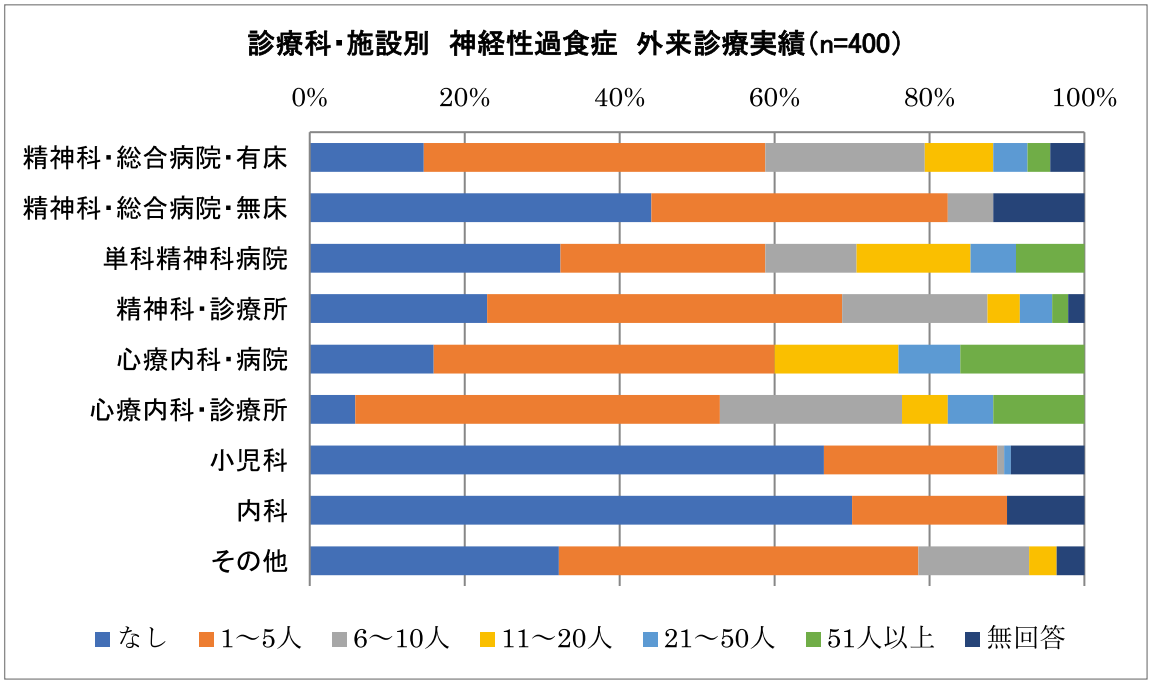
● 診療科・施設別の神経性やせ症の外来診療実績

神経性やせ症については 21 人以上みている施設の割合は心療内科・病院が 40.0%でもっと高く、次いで、精神科・総合病院・有床が 29.4%、単科精神病院は 17.6%であった。



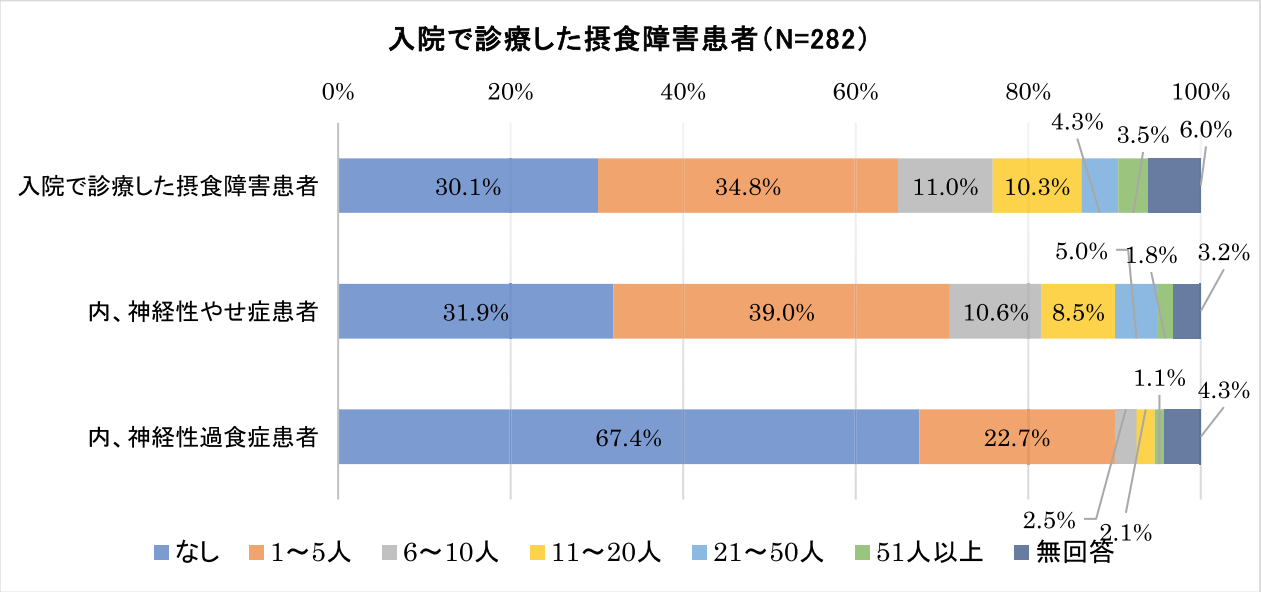
● 診療科・施設別の神経性過食症の外来診療実績

神経性やせ症については 21 人以上みている施設の割合は心療内科・病院が 24.0%でもっと高く、次いで、心療内科・診療所 17.6%、単科精神病院は 14.7%であった。一方で、小児科は診療実績を報告したのは 23.2%でそのほとんどが 1-5 人であり内科も診療実績があるのは 15%であった。



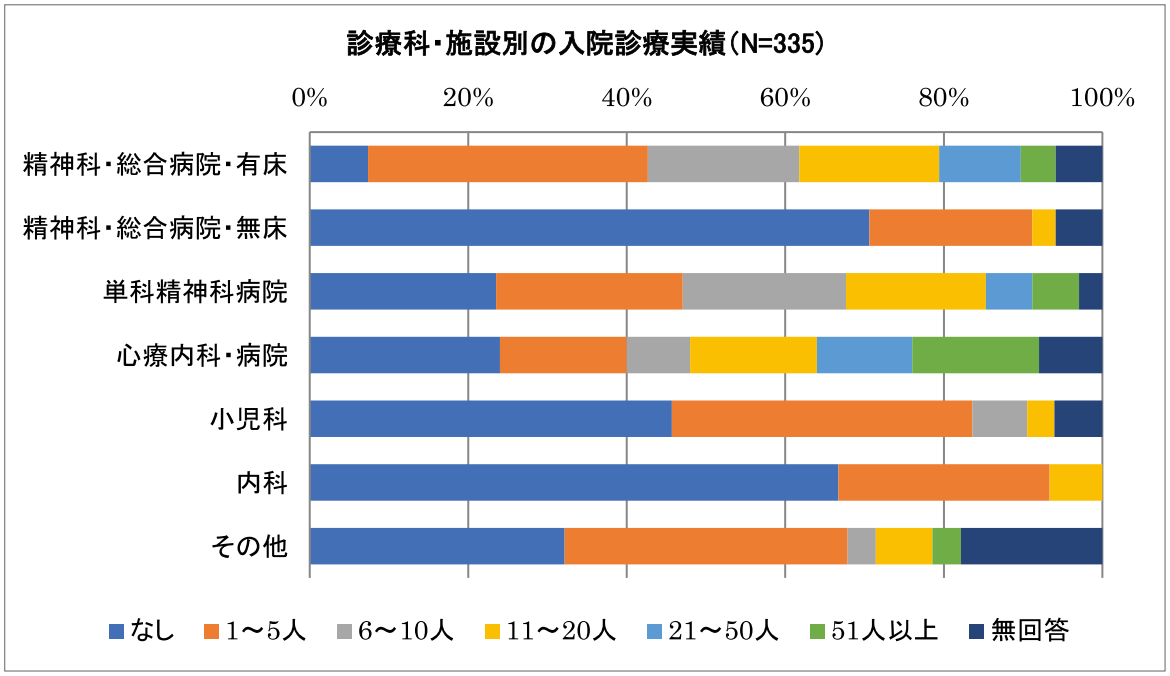
● 摂食障害患者の入院診療実績

2019 年 4 月～2020 年 3 月までの入院診療実績について尋ねたところ、摂食障害患者全体では「1～5 人」という回答が最も多く、全体の 34.8%を占めていた。神経性やせ症患者に限ると、やはり「1～5 人」という回答が最も多く、全体の 39.0%を占めていた。神経性過食症患者に限ると、「なし」という回答が最も多く、全体の 67.4%を占めていた。



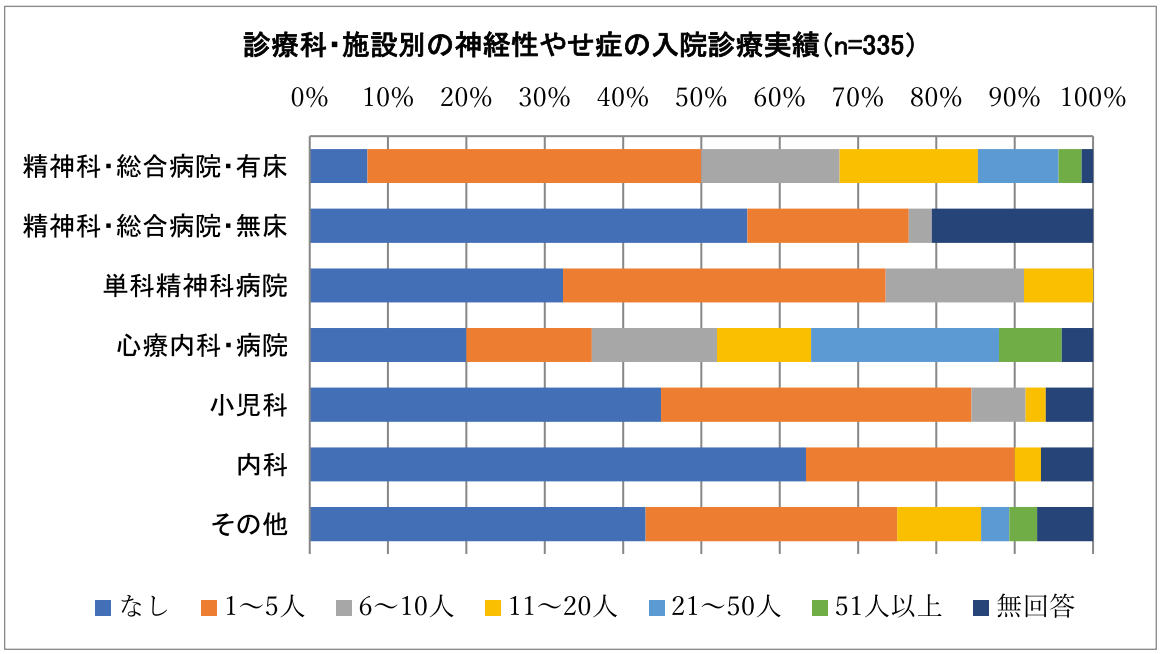
● 診療科・施設別の入院診療実績

入院実績を報告は精神科・総合病院・有床が 86.8%、単科精神科病院で 73.5%、心療内科病院で 68.0%、小児科 48.3%、内科 33.3%であった。



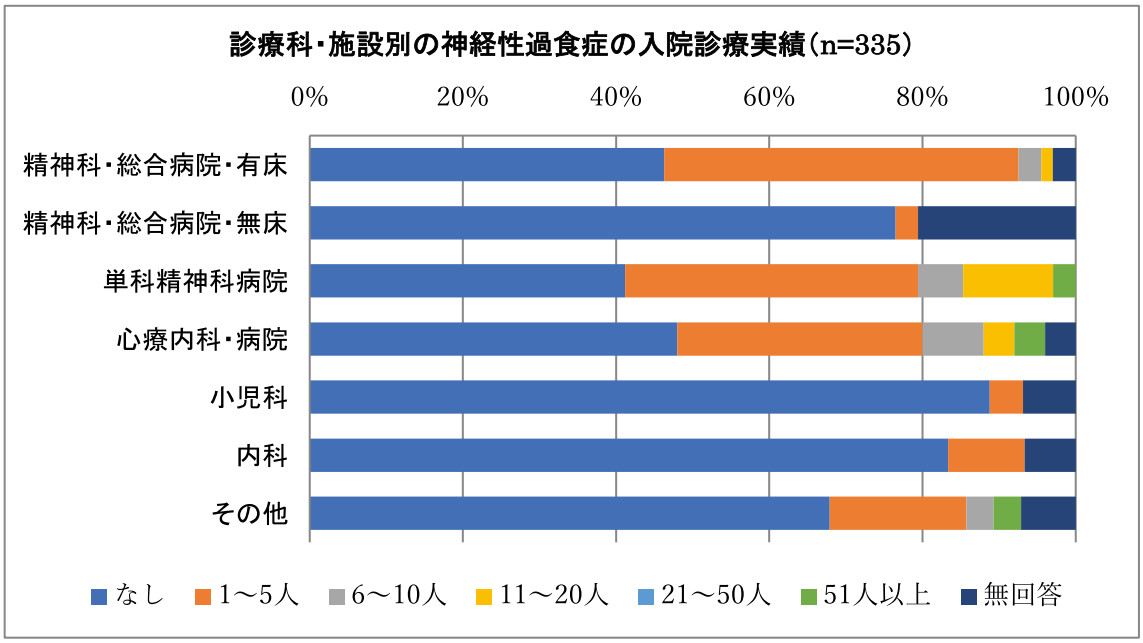
● 診療科・施設別の神経性やせ症の入院診療実績

診療科・施設別に神経性やせ症の入院診療実績があったと回答したのは精神科・総合病院・有床が 91.2%、心療内科病院が 76.0%、単科精神科病院で 67.6%、小児科 49.1%、内科 30.0%であった（診療所を除く）。



● 診療科・施設別の神経性過食症の入院診療実績

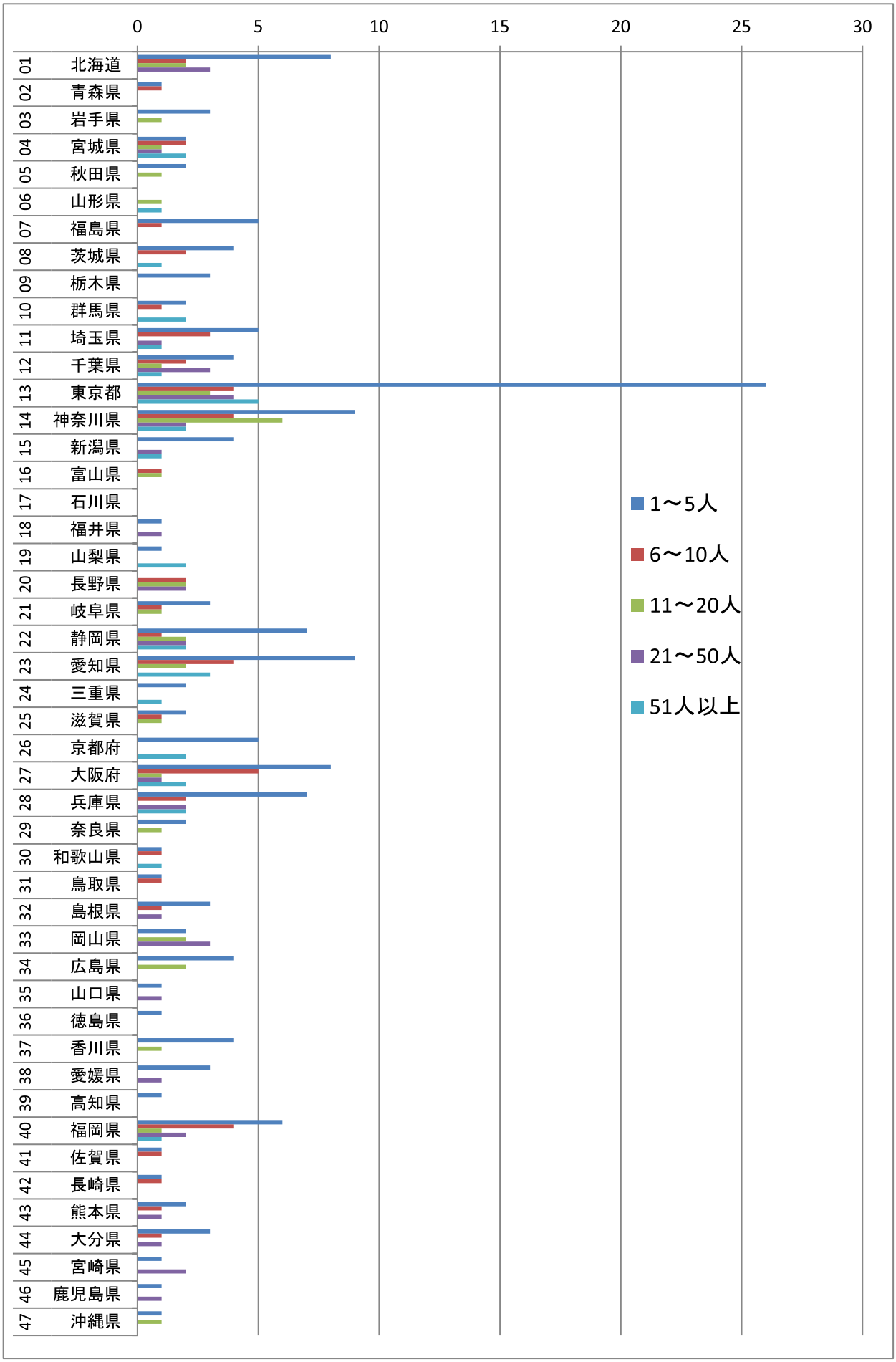
診療科・施設別に神経性過食症の入院診療実績があったと回答したのは精神科・総合病院・有床が 50.0%、単科精神科病院で 58.5%、心療内科病院が 48.0%、小児科 4.3%、内科 10.0%であった（診療所を除く）。



● 各都道府県の摂食障害の外来診療実績別の回答医療機関数（表）

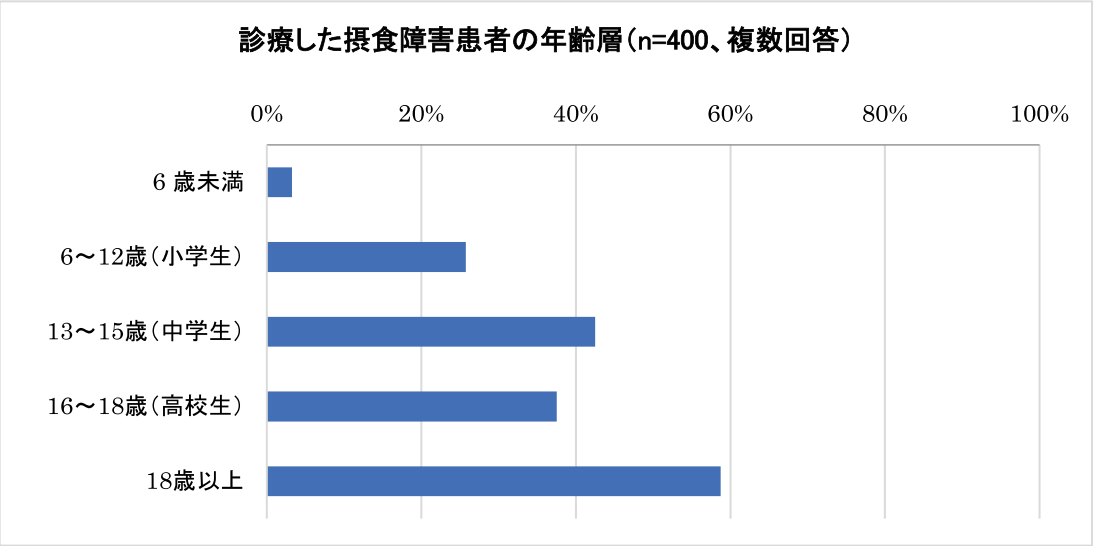
都道府県番号	都道府県	0人	1～5人	6～10人	11～20人	21～50人	51人以上	無回答	合計
01	北海道	6	8	2	2	3	0	0	21
02	青森県	1	1	1	0	0	0	0	3
03	岩手県	0	3	0	1	0	0	0	4
04	宮城県	2	2	2	1	1	2	0	10
05	秋田県	0	2	0	1	0	0	0	3
06	山形県	0	0	0	1	0	1	0	2
07	福島県	0	5	1	0	0	0	0	6
08	茨城県	1	4	2	0	0	1	0	8
09	栃木県	1	3	0	0	0	0	0	4
10	群馬県	0	2	1	0	0	2	0	5
11	埼玉県	2	5	3	0	1	1	2	14
12	千葉県	3	4	2	1	3	1	0	14
13	東京都	10	26	4	3	4	5	1	53
14	神奈川県	3	9	4	6	2	2	1	27
15	新潟県	1	4	0	0	1	1	0	7
16	富山県	2	0	1	1	0	0	0	4
17	石川県	1	0	0	0	0	0	0	1
18	福井県	1	1	0	0	1	0	0	3
19	山梨県	0	1	0	0	0	2	0	3
20	長野県	0	0	2	2	2	0	0	6
21	岐阜県	0	3	1	1	0	0	0	5
22	静岡県	2	7	1	2	2	2	0	16
23	愛知県	5	9	4	2	0	3	2	25
24	三重県	1	2	0	0	0	1	1	5
25	滋賀県	1	2	1	1	0	0	0	5
26	京都府	3	5	0	0	0	2	1	11
27	大阪府	3	8	5	1	1	2	1	21
28	兵庫県	2	7	2	0	2	2	1	16
29	奈良県	0	2	0	1	0	0	0	3
30	和歌山県	0	1	1	0	0	1	0	3
31	鳥取県	2	1	1	0	0	0	1	5
32	島根県	0	3	1	0	1	0	2	7
33	岡山県	1	2	0	2	3	0	0	8
34	広島県	0	4	0	2	0	0	0	6
35	山口県	1	1	0	0	1	0	1	4
36	徳島県	0	1	0	0	0	0	0	1
37	香川県	1	4	0	1	0	0	0	6
38	愛媛県	0	3	0	0	1	0	0	4
39	高知県	0	1	0	0	0	0	0	1
40	福岡県	5	6	4	1	2	1	1	20
41	佐賀県	0	1	1	0	0	0	0	2
42	長崎県	2	1	1	0	0	0	0	4
43	熊本県	0	2	1	0	1	0	0	4
44	大分県	1	3	1	0	1	0	1	7
45	宮崎県	2	1	0	0	2	0	1	6
46	鹿児島県	1	1	0	0	1	0	0	3
47	沖縄県	1	1	0	1	0	0	0	3
不明		1	0	0	0	0	0	0	1
合計		69	162	50	34	36	32	17	400

● 各都道府県の摂食障害の外来診療実績別の回答医療機関数（グラフ）

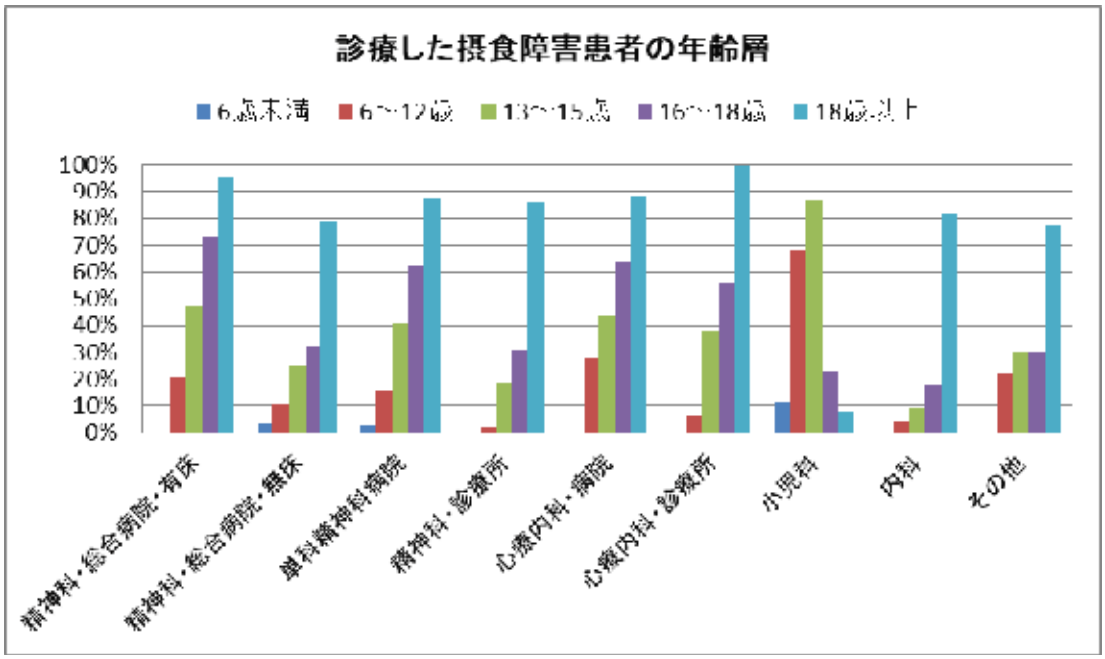


Q2.2.　診療した摂食障害患者の年齢層

診療した摂食障害患者の年齢層について尋ねたところ、18 歳以上の患者を診療したという施設が全体の 58.8%を占めていた。6 歳未満は全体の 3.3%と少なく、6～12 歳は 25.8%となっていた。

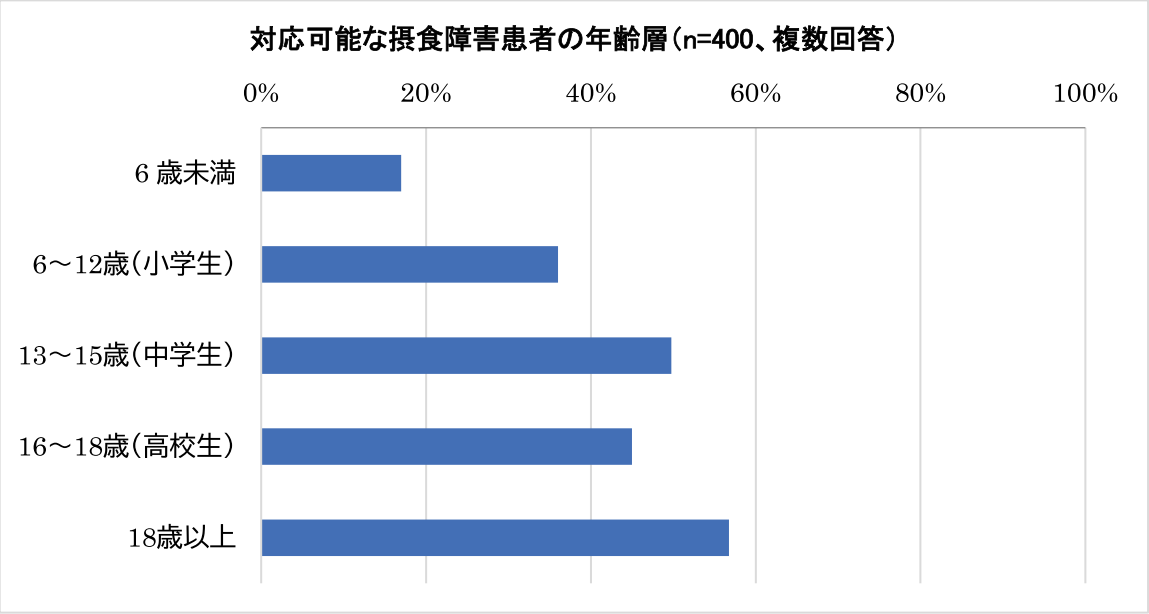


● 診療科・施設別の診療した摂食障害患者の年齢層

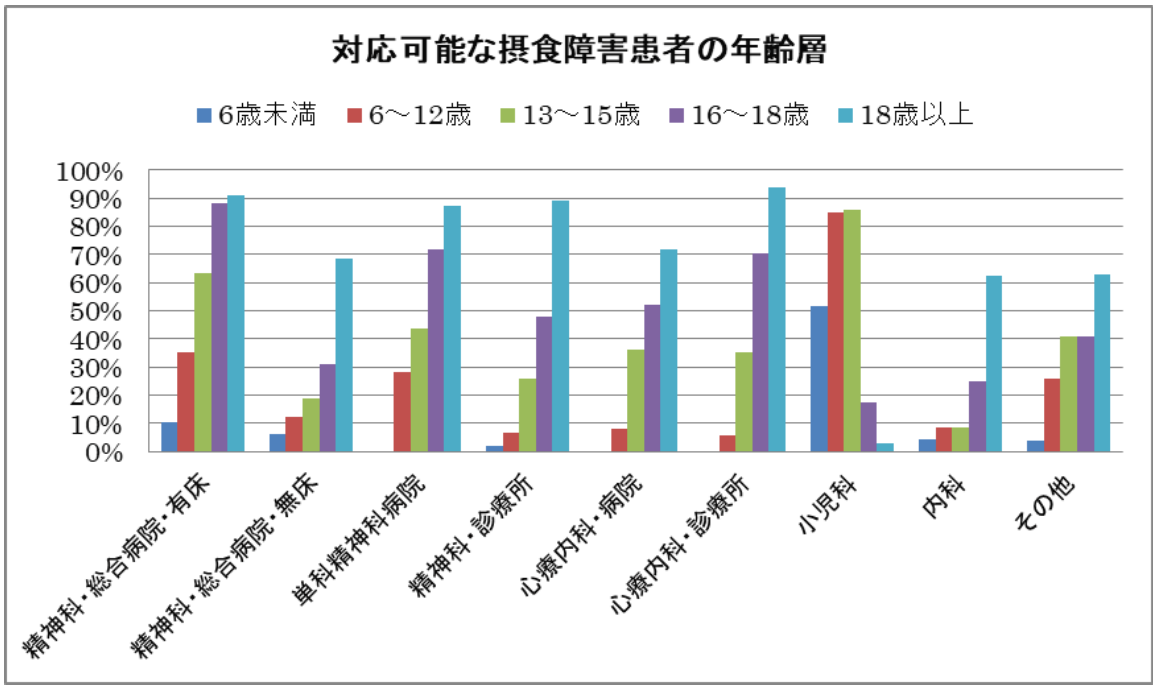


Q2.3.　対応可能な摂食障害患者の年齢層

対応可能な摂食障害患者の年齢層について尋ねたところ、13～15 歳、16～18 歳、18 歳以上で 50%前後であった。6 歳未満は 17.0%であった。



● 診療科・施設別の対応可能な摂食障害患者の年齢層

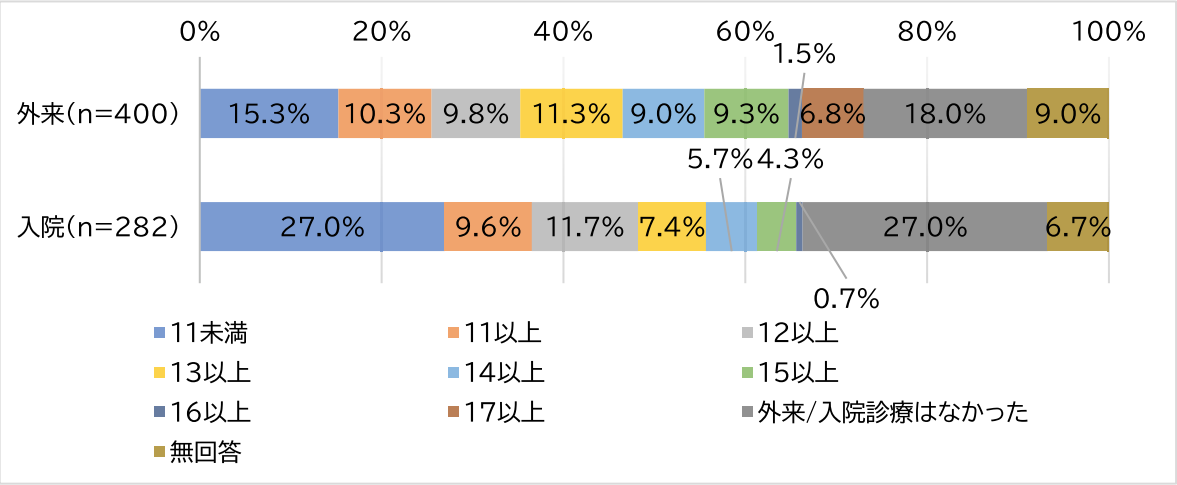


Ⅲ.　神経性やせ症の診療実態

Q3.1 & Q3.2　診療した神経性やせ症患者の BMI 値の範囲

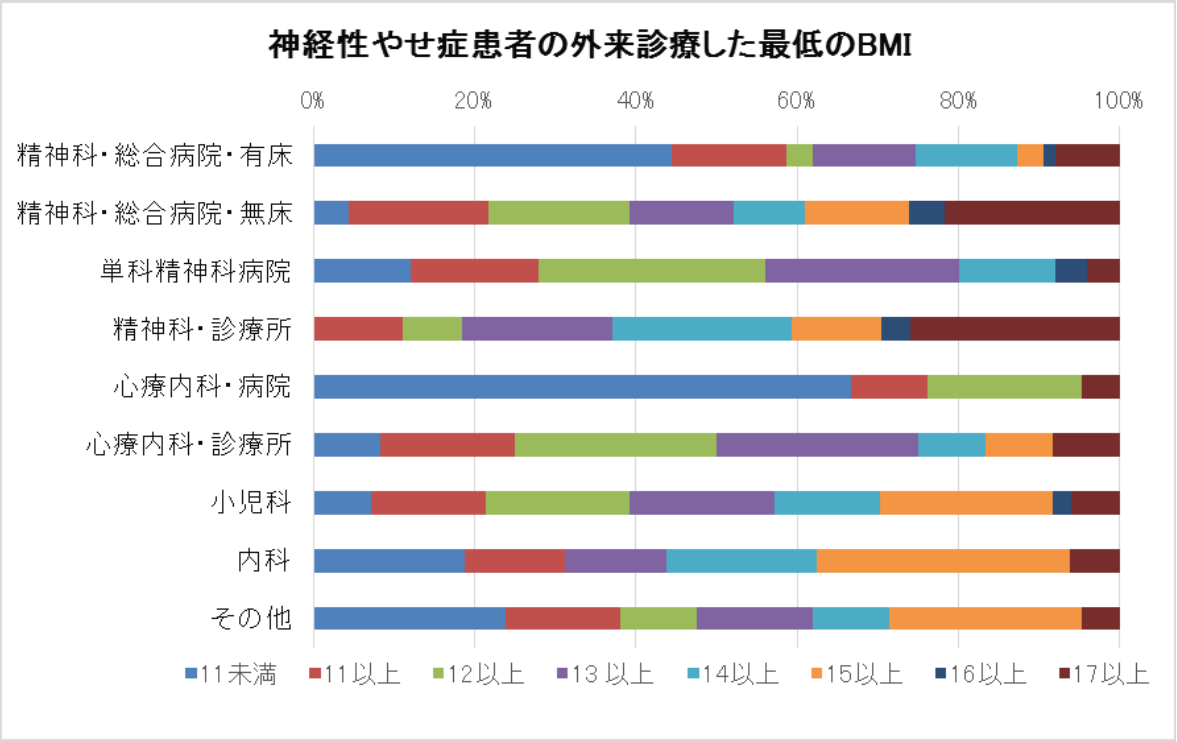
昨年度 1 年間に診療した神経性やせ症患者の最低 Body Mass Index (BMI) (kg/m²) について尋ねたところ、11 未満という施設が外来では 15.3%、入院では 27.0%を占めていた。外来と入院で比べると、入院のほうで最低 BMI が低くなっていた。

診療した神経性やせ症患者の最低 BMI

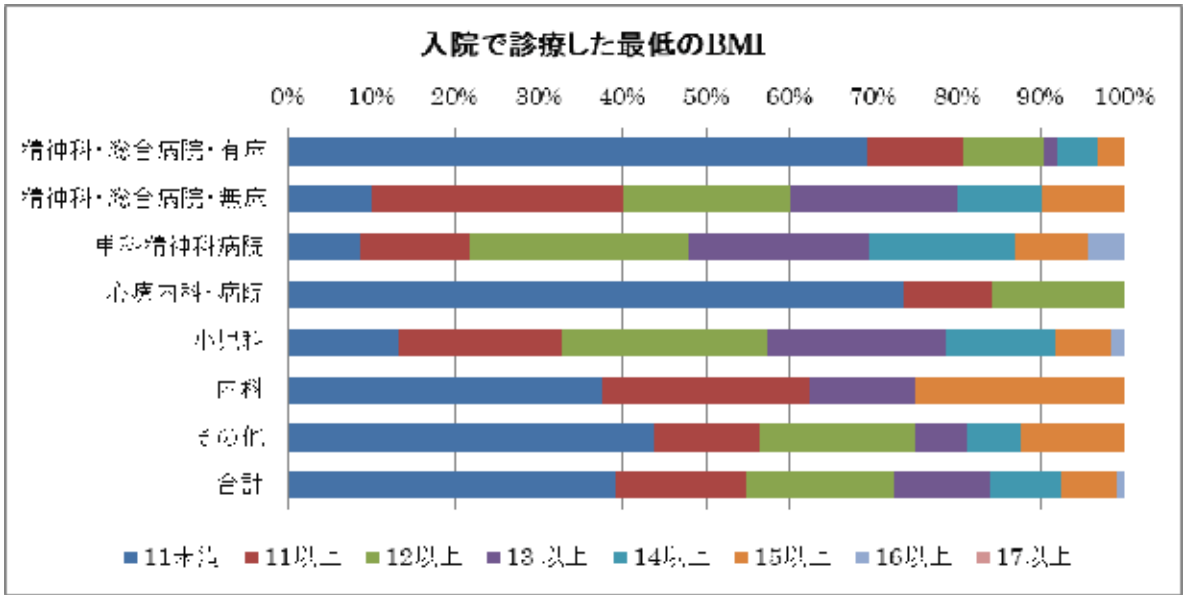


※入院については、Q1.5 で自科に入院病床があると回答した施設のみ集計

- 診療科・施設別の外来診療した最低 BMI

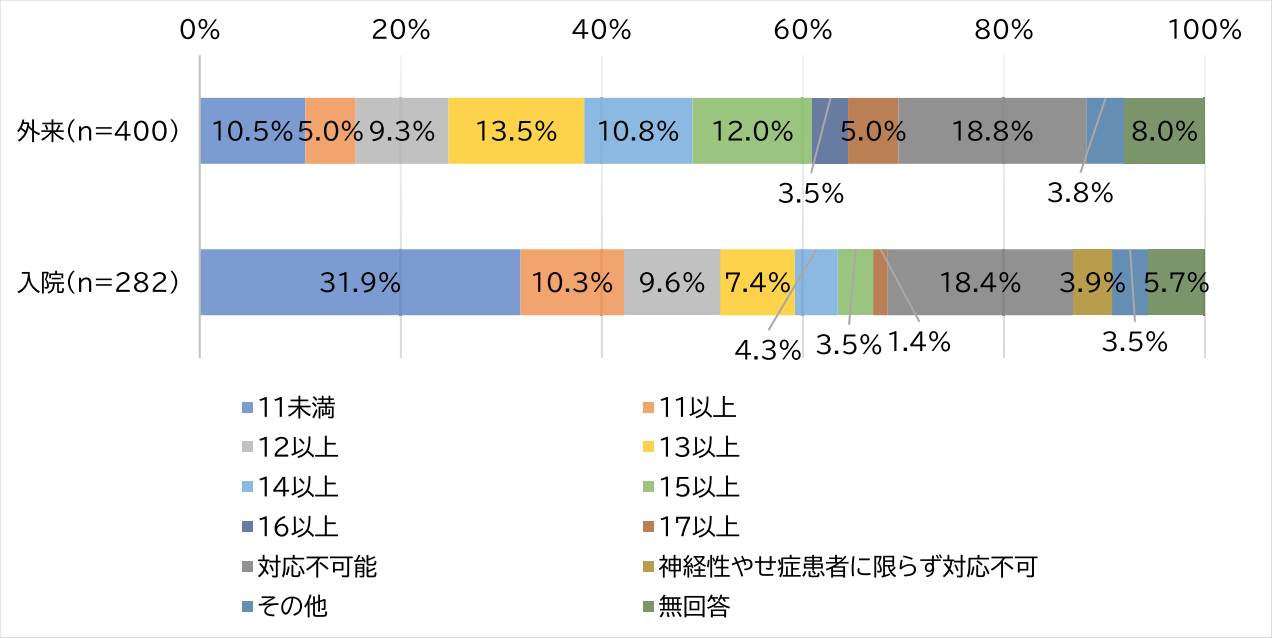


● 診療科・施設別の入院診療した最低 BMI



Q3.3 & Q3.4　対応可能な神経性やせ症患者の BMI 値の範囲

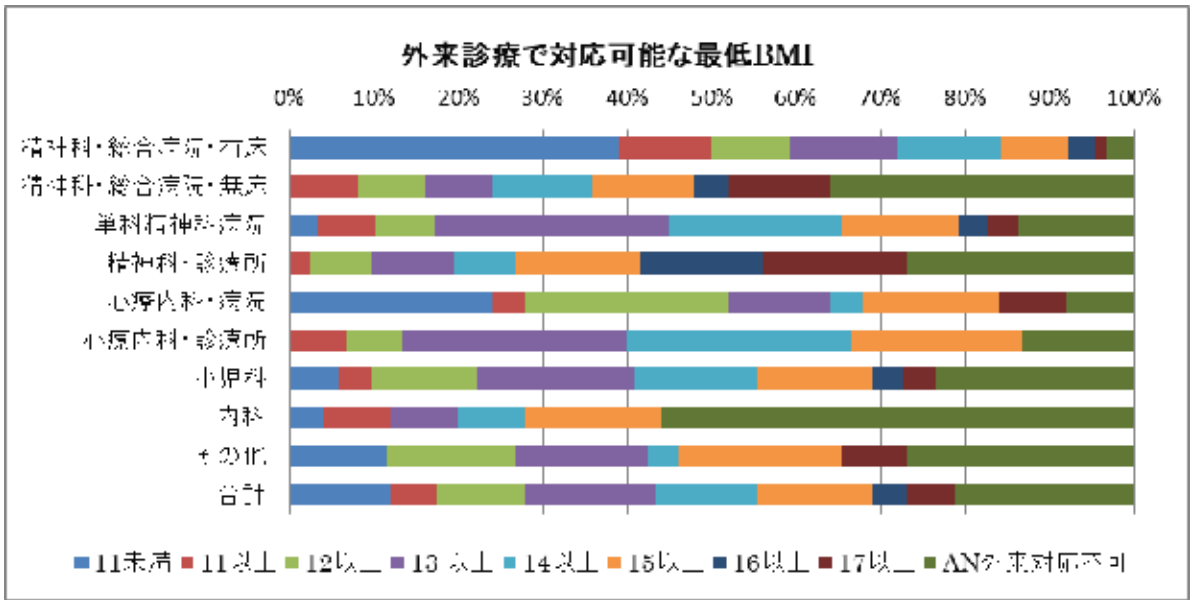
対応可能な神経性やせ症患者の最低 Body Mass Index (BMI) について尋ねたところ、外来では、11 未満が 10.5%であり、最も多かったのは 13 以上の 13.5%であった。入院では、11 未満が 31.9%と最も多く、11 以上、12 以上、13 以上の順に多かった。



※入院については、Q1.5 で自科に入院病床があると回答した施設のみ集計

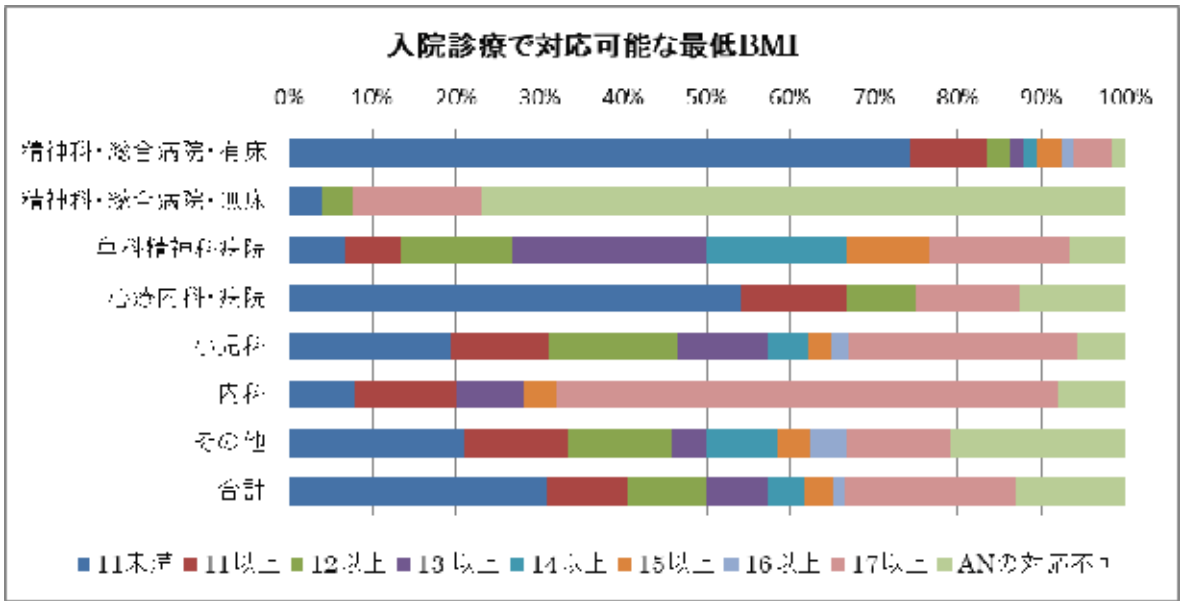
● 診療科・施設別の外来診療で対応可能な最低 BMI

有床総合病院精神科では外来で BMI13 未満に対応可能は 60%BMI15 未満に対応可能は 84%であった。単科精神科病院は外来で BMI 13 未満に対応可能は 17%、14 未満は 44%、15 未満は 65%であった。



● 診療科・施設別の入院診療で対応可能な最低 BMI

有床総合病院精神科では入院で BMI13 未満に対応可能は 86%、BMI15 未満に対応可能は 89%、単科精神科病院は入院で BMI 13 未満に対応可能は 24%、14 未満は 50%、15 未満は 66%であった。



Q3.5　神経性やせ症に対する治療目標：外来診療の目標

神経性やせ症患者に対する外来診療の目標について尋ねたところ（n=400）、初期対応（診断、紹介等）が最も多く、74.5%を占めていた。「疾病教育を中心とした治療」、「体重増加」、「規則正しい食生活の回復」、「家庭や学校との環境調整」はいずれも 50%をやや越える程度であった。

● 診療科・施設別の外来診療の目標（%）（複数回答可）

	初期対応	疾病教育	体重増加	食生活	環境調整	中核病理	対応不可
精神科･総合病院･有床	82.1	89.6	79.1	76.1	77.6	49.3	3.0
精神科･総合病院･無床	70.0	33.3	26.7	23.3	36.7	16.7	20.0
単科精神科病院	70.6	70.6	61.8	76.5	70.6	47.1	11.8
精神科･診療所	73.8	54.8	28.6	47.6	45.2	31.0	11.9
心療内科･病院	72.0	84.0	80.0	76.0	72.0	56.0	4.0
心療内科･診療所	76.5	58.8	64.7	52.9	52.9	41.2	11.8
小児科	89.3	58.9	58.0	54.5	52.7	15.2	5.4
内科	63.0	18.5	25.9	25.9	11.1	3.7	29.6
その他	70.4	63.0	55.6	48.1	48.1	37.0	14.8
合計	78.2	61.9	55.6	54.3	54.6	30.4	10.0

Q3.6　神経性やせ症に対する治療目標：入院診療の目標

神経性やせ症患者に対する入院診療の目標について尋ねたところ（Q1.5 で自科に入院病床があると回答した施設のみ集計　n=282）、最も多かったのは「身体的危機状態からの回復」で 73.4%を占めていた。

● 診療科・施設別の入院診療の目標（%）（複数回答可）（診療所を除く）

	身体的危機	疾病教育	体重増加	食生活	環境調整	心理的危機	中核病理	AN入院対応不可	AN以外も入院対応不可
精神科･総合病院･有床	95.6	83.8	89.7	79.4	76.5	66.2	55.9	2.9	0.0
精神科･総合病院･無床	20.0	10.0	13.3	16.7	10.0	6.7	6.7	10.0	63.3
単科精神科病院	61.8	70.6	73.5	70.6	64.7	64.7	50.0	14.7	5.9
心療内科･病院	76.0	68.0	72.0	68.0	60.0	52.0	56.0	12.0	8.0
小児科	70.5	50.0	56.3	43.8	45.5	33.0	11.6	18.8	7.1
内科	40.7	7.4	25.9	14.8	11.1	7.4	0.0	48.1	0.0
その他	53.8	50.0	65.4	57.7	53.8	50.0	50.0	11.5	23.1

Q3.7　入院中の神経性やせ症が食事摂取困難な場合の対応

入院中の神経性やせ症患者が治療拒否などにより食事摂取が困難な場合の対応について尋ねたところ、経鼻経管栄養による治療が最も多く 65.2%を占めていた。精神科転院（転科）は 36.5%、医療保護入院が 34.4%、退院が 16.7%となっていた。

● 診療科・施設別の対応（%）（**複数回答可**）（診療所を除く）

	退院	医療保護入院	身体抑制	院内精神科共観	連携精神科医の助言	精神科転科	経鼻経管栄養	高カロリー輸液
精神科・総合病院・有床	32.4	89.7	76.5	4.4	5.9	5.9	85.3	45.6
精神科・総合病院・無床	17.6	0.0	2.9	11.8	2.9	41.2	17.6	11.8
単科精神科病院	14.7	52.9	38.2	2.9	2.9	17.6	52.9	11.8
心療内科・総合病院	28.0	8.0	20.0	8.0	8.0	44.0	68.0	44.0
小児科	2.6	1.7	6.0	17.2	9.5	56.0	58.6	29.3
内科	13.3	3.3	6.7	36.7	16.7	56.7	26.7	23.3
その他	28.6	50.0	39.3	7.1	0.0	14.3	60.7	32.1

Q3.8. 実施している心理療法・精神療法

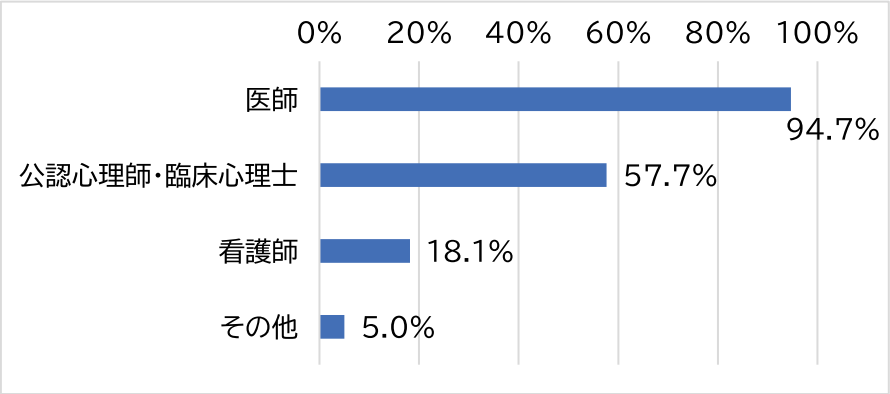
神経性やせ症患者に対して実施している心理療法・精神療法について尋ねたところ、心理教育・疾病教育が最も多く、61.0%を占めていた。次に多かったのは支持的精神療法で 47.3%であった。認知行動療法は全体の 28.0%の施設で実施されていた

● 診療科・施設別の実施している心理療法・精神療法（%）（複数回答可）

	心理疾病教育	認知行動療法	家族療法	対人関係療法	精神分析的精神療法	支持的精神療法	未実施
精神科･総合病院･有床	95.6	41.2	39.7	4.4	5.9	72.1	2.9
精神科･総合病院･無床	58.1	12.9	9.7	9.7	3.2	48.4	29.0
単科精神科病院	70.6	32.4	32.4	32.4	2.9	73.5	11.8
精神科･診療所	58.5	22.0	39.0	7.3	24.4	70.7	14.6
心療内科･総合病院	92.0	56.0	28.0	16.0	20.0	68.0	8.0
心療内科･診療所	52.9	41.2	17.6	5.9	17.6	70.6	17.6
小児科	54.1	24.8	24.8	10.1	4.6	22.9	40.4
内科	15.4	11.5	0.0	0.0	0.0	3.8	76.9
その他	64.3	32.1	39.3	21.4	7.1	57.1	28.6
合計	64.4	29.6	27.7	11.1	8.2	49.9	25.9

Q3.9. 心理療法・精神療法の実施者

神経性やせ症患者に対して何らかの心理療法・精神療法を実施している施設に対して、その実施者を尋ねたところ、医師が行っている施設は全体の 94.7%であった

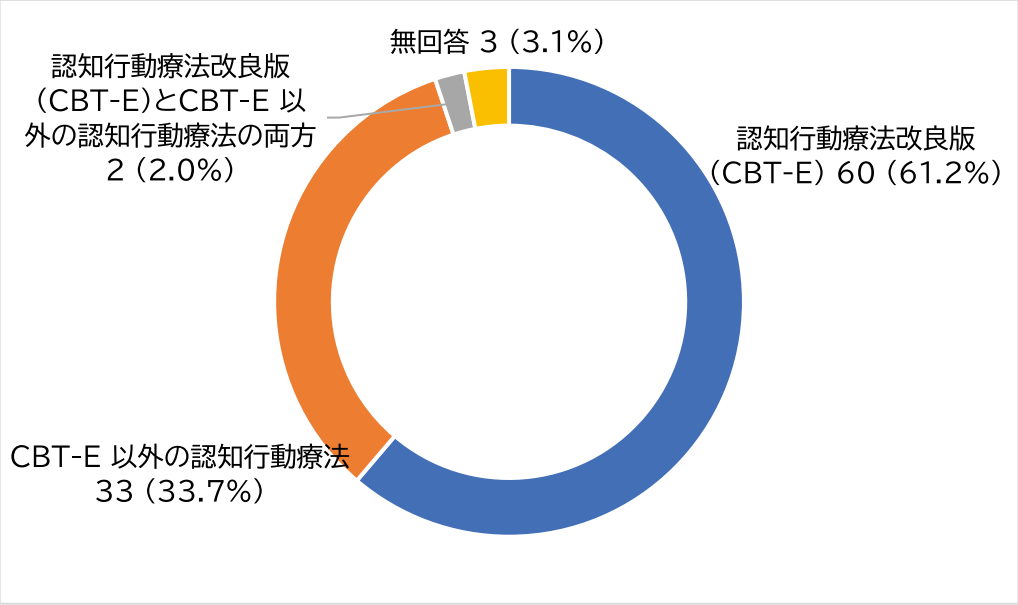


Q3.10.　認知行動療法実施の有無

神経性やせ症患者に対して何らかの心理療法・精神療法を実施している施設に対して、神経性やせ症患者への認知行動療法を実施した経験の有無について尋ねたところ、「ある」という回答が全体の34.9%を占めていた。

Q3.11.　認知行動療法の種類

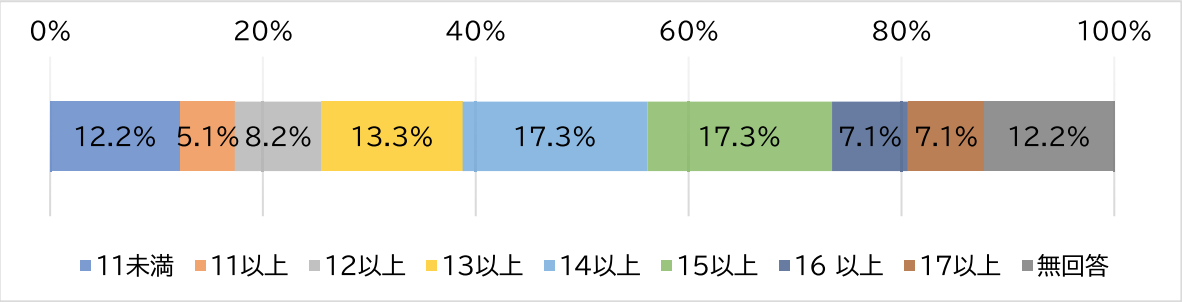
神経性やせ症患者に対して認知行動療法を実施した経験があるという施設に対して、その内容を尋ねたところ、認知行動療法改良版（CBT-E）という回答が 98 施設、61.2%を占めていた。



Q3.12.　認知行動療法を実施している BMI

神経性やせ症患者に対して認知行動療法を実施した経験があるという施設（n=98）に対して、それを実施する際の BMI に関する条件を尋ねたところ、14 以上と 15 以上という回答がそれぞれ 17.3%と最も多かった。一方で、11 未満という回答も 12.2%を占めていた。

神経性やせ症患者へ認知行動療法を実施する際の BMI に関する条件（n=98）



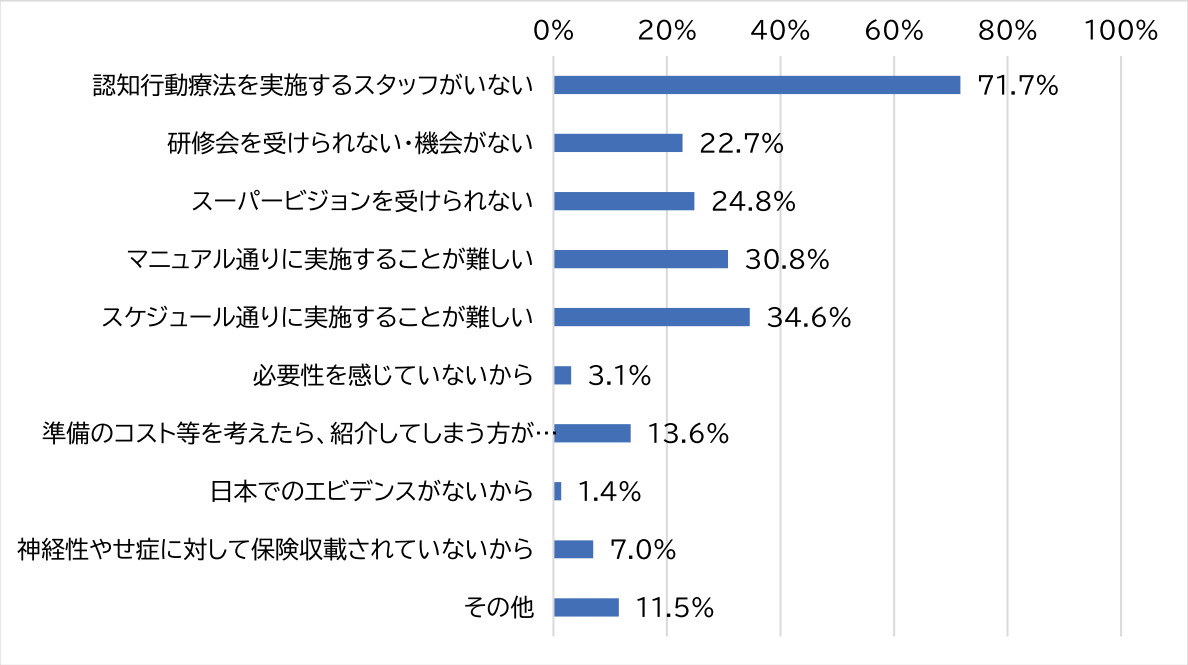
Q3.13.　認知行動療法の実施の困難さの有無

神経性やせ症患者に対して何らかの心理療法・精神療法を実施している施設に対して、神経性やせ症患者への認知行動療法を実施した経験の有無について尋ねたところ、「ある」という回答が全体の34.9%を占めていた。

Q3.14.　認知行動療法の実施が困難な理由

神経性やせ症患者に対する認知行動療法が難しいと思うと回答した施設に対して、その理由を尋ねたところ、「認知行動療法を実施するスタッフがいない」という回答が 71.7%を占めていた。

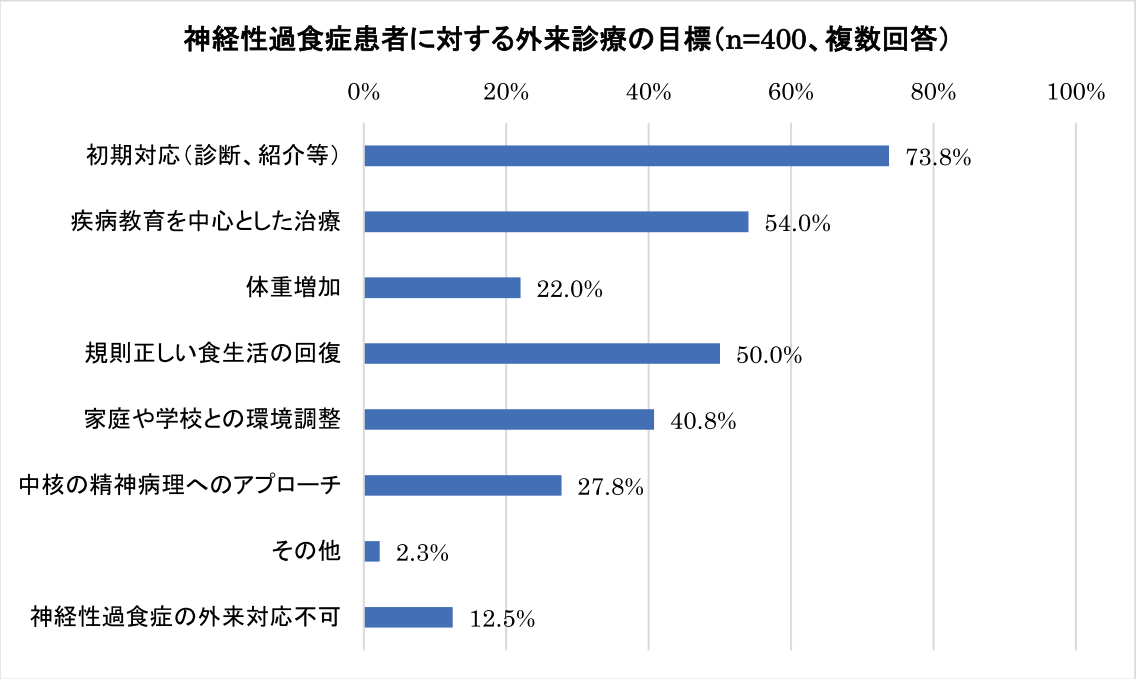
神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと回答した理由（n=286、複数回答）



Ⅳ.　神経性過食症の診療実態

Q4.1.　外来診療の目標

神経性過食症患者に対する外来診療の目標について尋ねたところ、「初期対応（診断、紹介等）」が73.8%、「疾病教育を中心とした治療」は54.0%、「規則正しい食生活の回復」は50.0%であった。「外来対応不可」という施設は全体の12.5%であった。

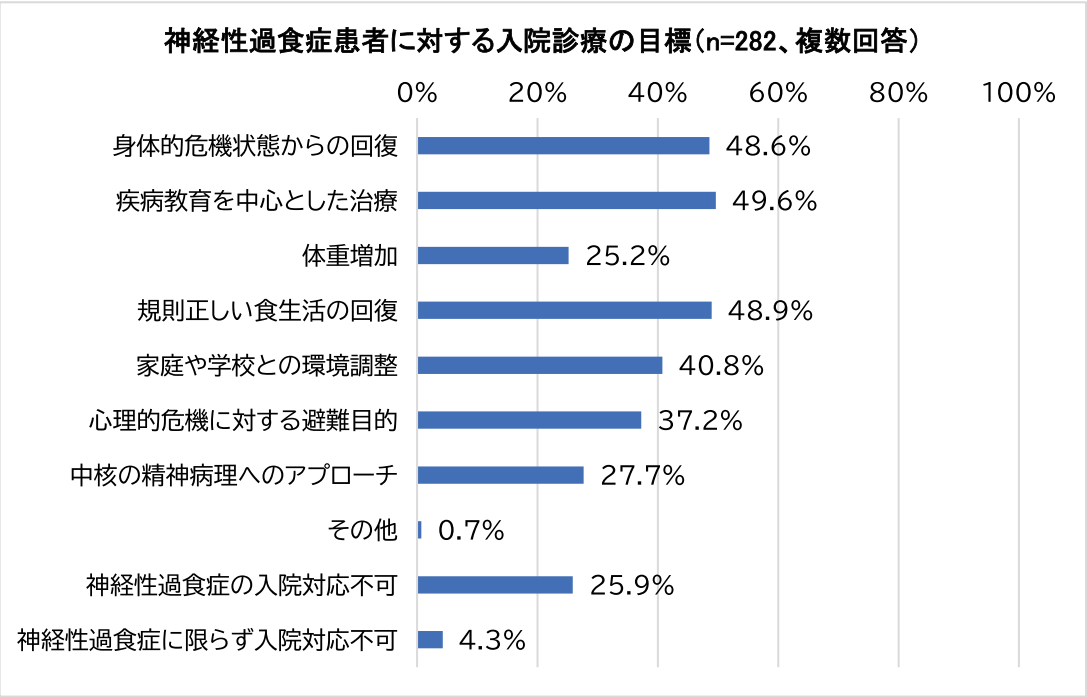


● **診療科・施設ごとの神経性過食症の外来診療の目標（%）（複数回答可）**

	初期対応	疾病教育	体重増加	食生活	環境調整	中核病理	外来対応不可
精神科・総合病院・有床	85.1	88.1	28.4	61.2	47.8	47.8	6.0
精神科・総合病院・無床	77.4	35.5	22.6	29.0	32.3	16.1	12.9
単科精神科病院	76.5	73.5	41.2	67.6	64.7	41.2	8.8
精神科・診療所	83.3	59.5	14.3	57.1	42.9	38.1	2.4
心療内科・病院	78.9	84.2	26.3	89.5	63.2	63.2	0.0
心療内科・診療所	81.3	62.5	25.0	62.5	50.0	43.8	11.8
小児科	75.7	39.6	18.9	33.6	30.2	10.4	19.8
内科	51.7	10.3	10.3	17.2	3.4	0.0	41.4

Q4.2.　入院診療の目標

自科に入院病床があると回答した施設に限定して、神経性過食症患者に対する入院診療の目標を集計したところ、「身体的危機状態からの回復」、「疾病教育を中心とした治療」、「規則正しい食生活の回復」がいずれも50%程度、「神経性過食症の入院対応不可」という回答は25.9%であった。

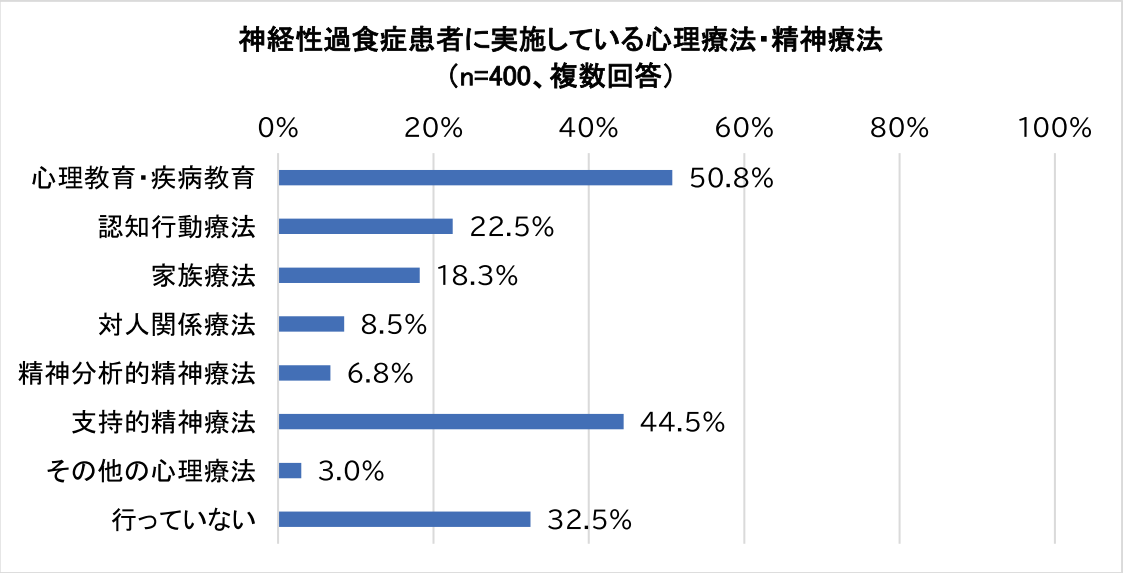


● **診療科・施設分類の神経性過食症の入院診療目標（%）（複数回答可）**

	身体的危機	疾病教育	体重増加	食生活	環境調整	心理的危機	中核病理	入院不可	神経性過食症に限らず入院不可
精神科・総合病院・有床	64.7	77.9	39.7	76.5	61.8	63.2	41.2	10.3	1.5
単科精神科病院	52.9	73.5	50.0	76.5	73.5	67.6	52.9	11.8	2.9
心療内科病院	63.2	63.2	21.1	68.4	47.4	57.9	52.6	5.3	5.3
小児科	40.0	29.8	13.5	25.7	22.1	13.5	6.7	43.3	9.6
内科	20.5	3.4	3.4	3.4	6.9	3.4	0.0	58.6	3.4

Q4.3. 実施している心理療法・精神療法

神経性過食症患者に実施している心理療法・精神療法は、「心理教育・疾病教育」が最も多く、50.8%であった。「支持的精神療法」がその次に多く、44.5%であった。なお、「行っていない」という施設は全体の 32.5%であった。

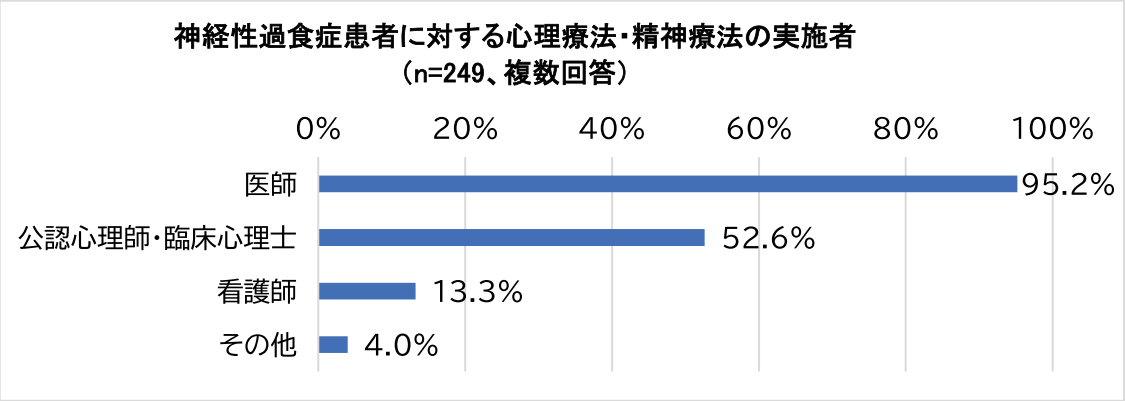


● **診療科、施設ごとに実施している心理療法・精神療法の割合**

	心理教育・疾病教育	認知行動療法	家族療法	対人関係療法	精神分析的精神療法	支持的精神療法	心理療法・精神療法は行っていない
精神科・総合病院・有床	85.3	32.4	26.5	5.9	1.5	67.6	8.8
精神科・総合病院・無床	48.4	6.5	6.5	9.7	3.2	45.2	38.7
単科精神科病院	70.6	32.4	38.2	20.6	5.9	73.5	11.8
精神科診療所	55.6	20.0	26.7	13.3	24.4	73.3	8.9
心療内科・病院	92.0	60.0	20.0	16.0	24.0	72.0	4.0
心療内科・病院	52.9	35.3	17.6	5.9	17.6	70.6	11.8
小児科	27.7	13.9	9.9	5.0	2.0	11.9	69.3
内科	10.3	3.4	0.0	0.0	0.0	3.4	82.8

Q4.4.　心理療法・精神療法の実施者

神経性過食症患者に対して何らかの心理療法・精神療法を実施していると回答した施設に対して、その実施者を訪ねたところ、医師が実施している施設が 95.2%、公認心理師・臨床心理士が実施している施設が 52.6%、看護師が 13.3%であった。



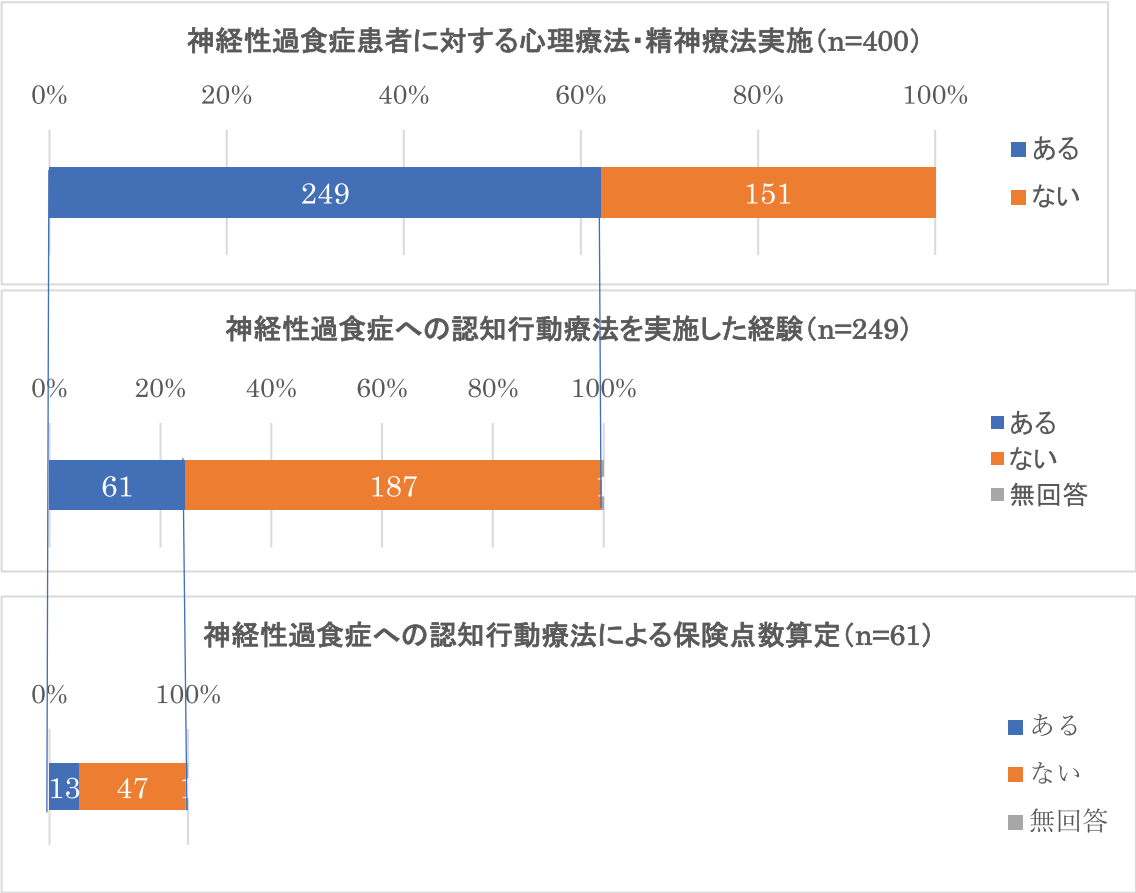
Q4.5.　認知行動療法の実施の有無

神経性過食症患者に対して何らかの心理療法・精神療法を実施していると回答した 249 施設に対して、認知行動療法を実施した経験の有無について尋ねたところ、「ある」という回答が 61 施設（24.5%）であった。

Q4.6.　神経性過食症への認知行動療法で保険点数を算定の有無

Q4.5 で「ある」と回答した 61 施設のうち、神経性過食症への認知行動療法による保険点数を算定したことがあるのは 13 施設（21.3%）であった。

診療科、施設別の神経性過食症への認知行動療法による保険点数算定の割合をみると、心療内科が病院で 50%、診療所で 17%算定しているのに対して、精神科は有床総合病院で 7%、単科精神科病院で 20%、診療所は 0%であった。



● **診療科、施設別の神経性過食症への認知行動療法による保険点数算定の割合**

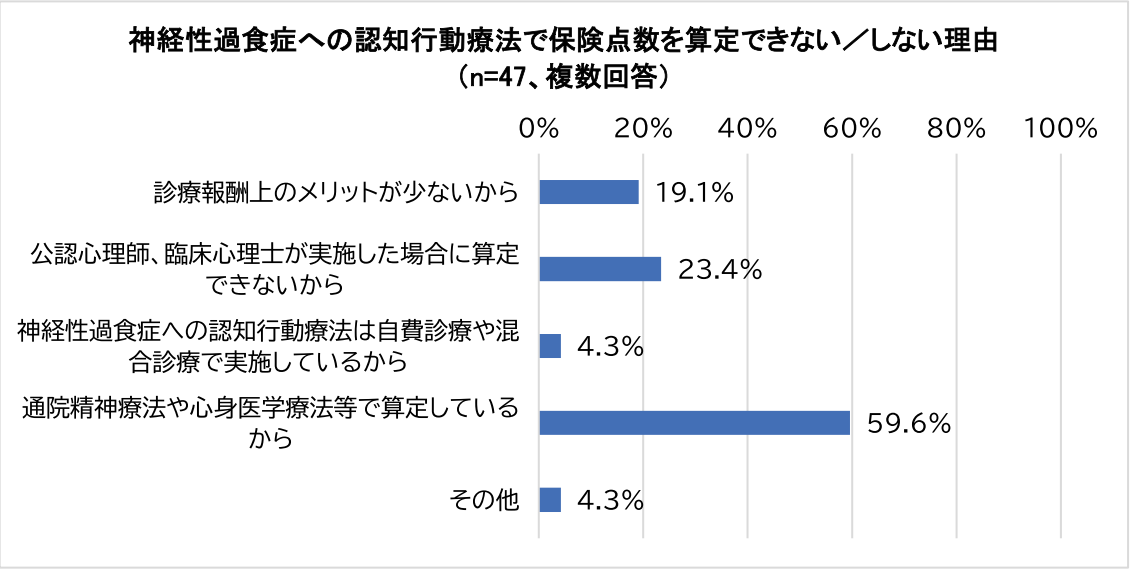
	神経性過食症に対する認知行動療法の実施数	神経性過食症への認知行動療法による保険点数算定数	保険点数算定割合(%)
精神科・総合・有床	15	1	7
単科精神科病院	10	2	20
精神科診療所	6	0	0
心療内科・病院	12	6	50
心療内科診療所	6	1	17
小児科	6	2	33
その他	6	1	17

Q4.6.1. 認知行動療法で算定できる 16 回のセッション以降の対応

神経性過食症患者への認知行動療法に保険点数算定を行っていると回答した施設に対して、認知行動療法で算定できる 16 回のセッション以降についてどのようにしているかを尋ねたところ、16 回を超える分は通院精神療法や心身医学療法などで別に算定しているという施設が 10 施設（76.9%）であった。その他と回答した 1 施設は「心身医学療法のみ算定」と回答した。

Q4.6.2. 算定ができないあるいはしない理由

保険点数算定を行っていないと回答した施設に対して、算定できないあるいは算定しない理由を尋ねたところ、「通院精神療法や心身医学療法等で算定しているから」が 59.6%と最も多く、その他、「基準通りに施行できていないから」が 1 施設、「集団療法でしているから」が 1 施設であった。

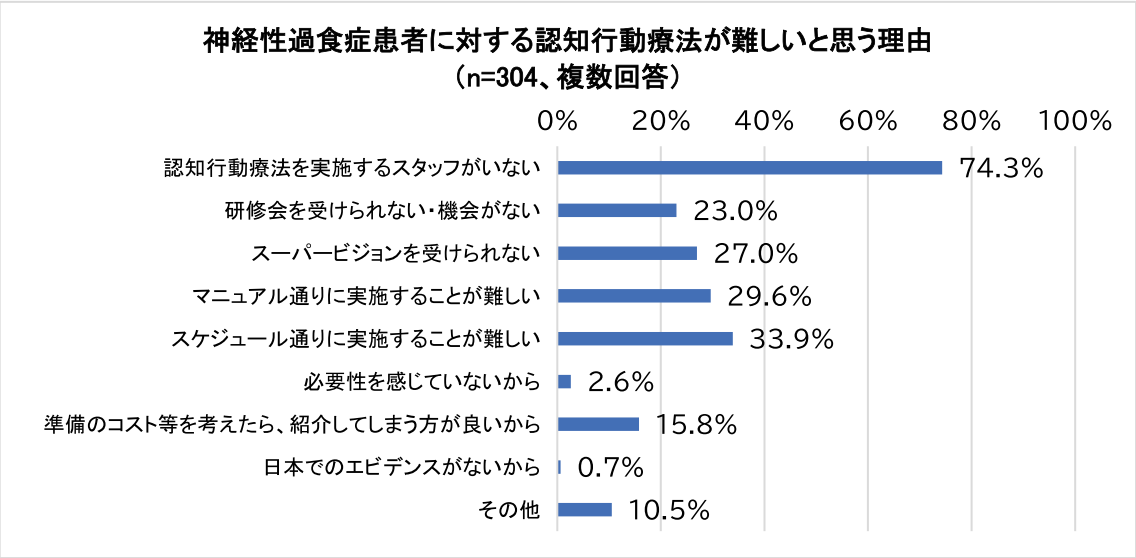


Q4.7. 認知行動療法の実施の困難さの有無

全ての施設に対して、神経性過食症へ認知行動療法を実施するのが難しいと思うかどうかと尋ねたところ、「そう思う」という施設が 76.0%を占めていた。

Q4.8. 認知行動療法の実施が困難な理由

認知行動療法の実施が困難な理由は「認知行動療法を実施するスタッフがいない」という回答が最も多く、74.3%を占めていた。



V.　摂食障害入院医療管理加算の状況

Q5.1.　摂食障害患者が入院できる病床の有無

「ある」と回答した施設が 201（50.3%）、「ない」と回答した施設が 179（44.8%）、無回答が 20（44.8%）であった。

Q5.2.　昨年度 1 年間に『摂食障害入院医療管理加算』の算定の有無

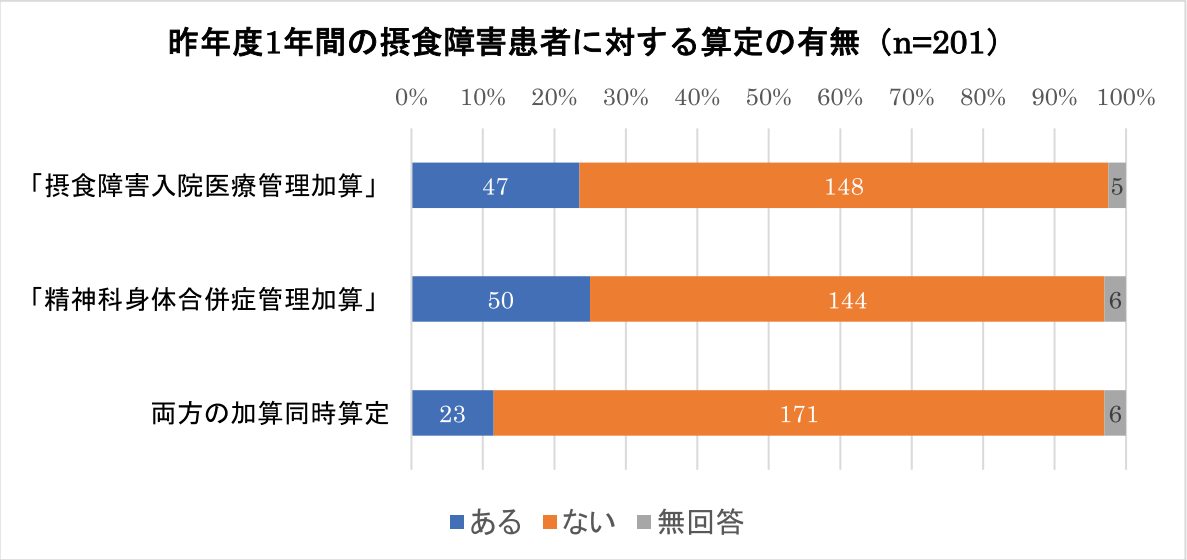
摂食障害患者が入院できる病床がある施設に「摂食障害入院医療管理加算の算定基準」を示した上で、昨年度 1 年間における「摂食障害入院医療管理加算」算定の有無について尋ねたところ、「算定したことがある」施設は 47 施設（23.5%）であった。

Q5.3.　昨年度 1 年間に摂食障害患者に対して『精神科身体合併症管理加算』の算定の有無

摂食障害患者に対して「精神科身体合併症管理加算（BMI＜13kg/m²）」を算定したことがある施設は 50 施設（25.0%）であった。

Q5.4.　昨年度 1 年間に『摂食障害入院医療管理加算』と『精神科身体合併症管理加算』の同時算定の有無

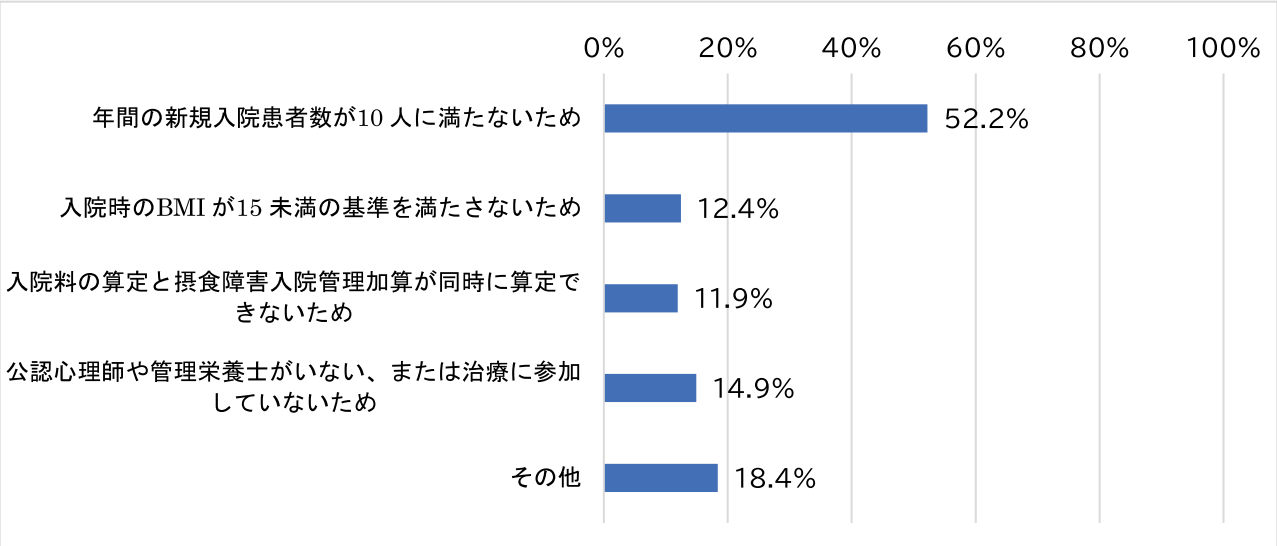
「摂食障害入院医療管理加算」と「精神科身体合併症管理加算」同時算定をしたことがあるのは 23 施設（11.5%）であった。



	施設数	摂食障害が入院できる病床有	『摂食障害入院医療管理加算』算定の有		摂食障害患者に対する『精神科身体合併症管理加算』の算定の有		『摂食障害入院医療管理加算』と『精神科身体合併症管理加算』同時算定の有	
	N	N	N	%	N	%	N	%
精神科・総合病院・有床	68	59	23	39.0	39	66.1	22	37.3
精神科・総合病院・無床	34	3	1	33.3	0	0	0	0
単科精神科病院	34	26	4	15.4	6	23.1	0	0
心療内科・病院	25	19	11	57.9	2	10.5	0	0
小児科	116	69	4	5.8	0	0	0	0
内科	30	7	0	0.0	0	0	0	0
その他	28	18	4	22.2	3	16.7	1	5.6

Q5.5.　摂食障害入院管理加算ができない、あるいは困難な理由

摂食障害患者が入院できる病床があると回答した施設に対して、摂食障害入院管理加算が算定できないあるいは難しいと感じた理由について尋ねたところ、最も多かったのは、「年間の新規入院患者数が 10 人に満たないため」という回答が 52.2%と最も多かった。

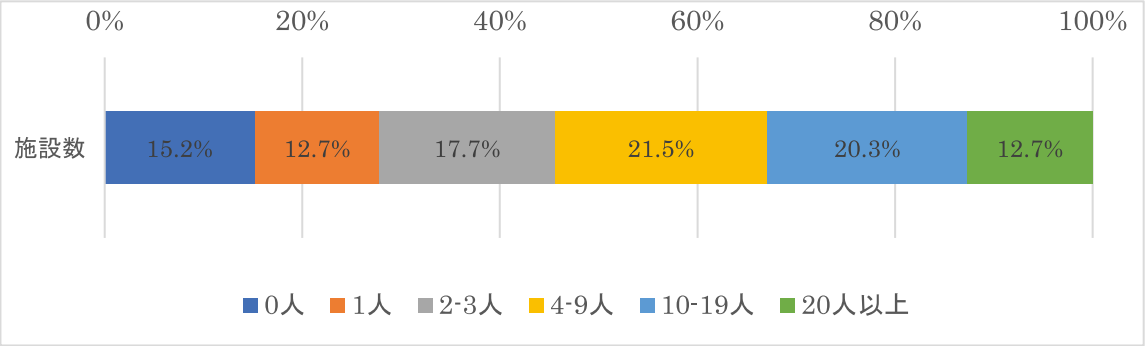


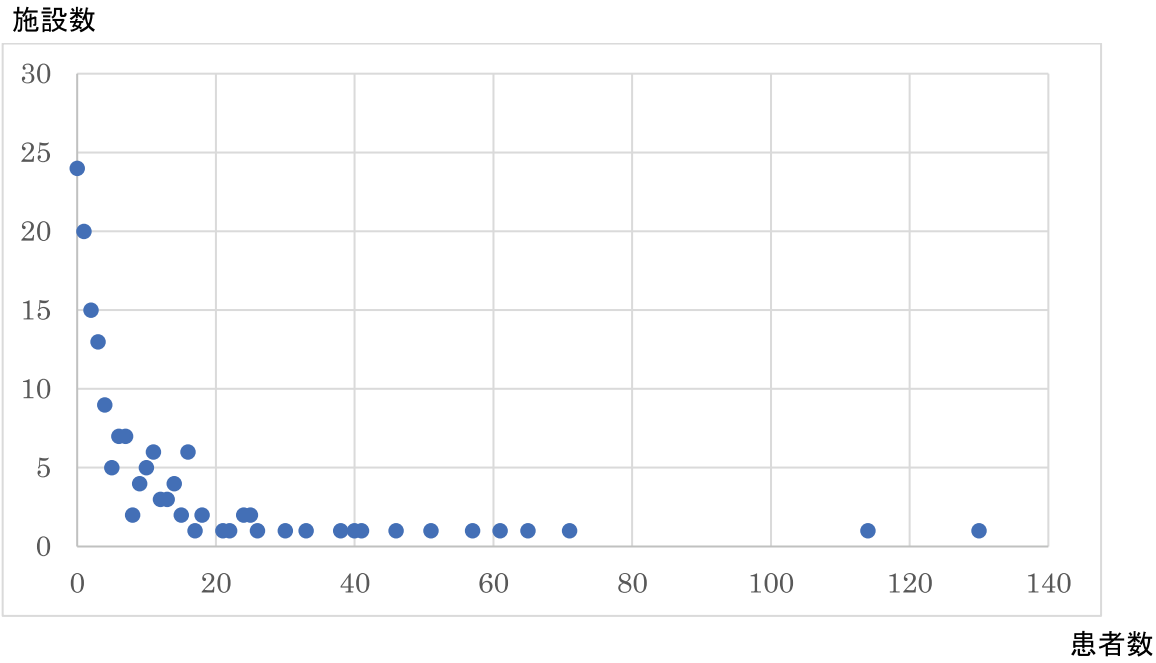
Q5.6.　昨年度 1 年間に摂食障害で新規入院した患者総数と入院時の BMI 毎の人数

摂食障害患者が入院できる病床があると回答した施設に対して、昨年度 1 年間に摂食障害で新規入院した患者数を入院時の BMI 別に尋ねたところ、総数で平均 10.3 名（標準偏差 17.8 名）が入院しており、最大値は 130 名であった。

● 入院患者総数と施設数との関係

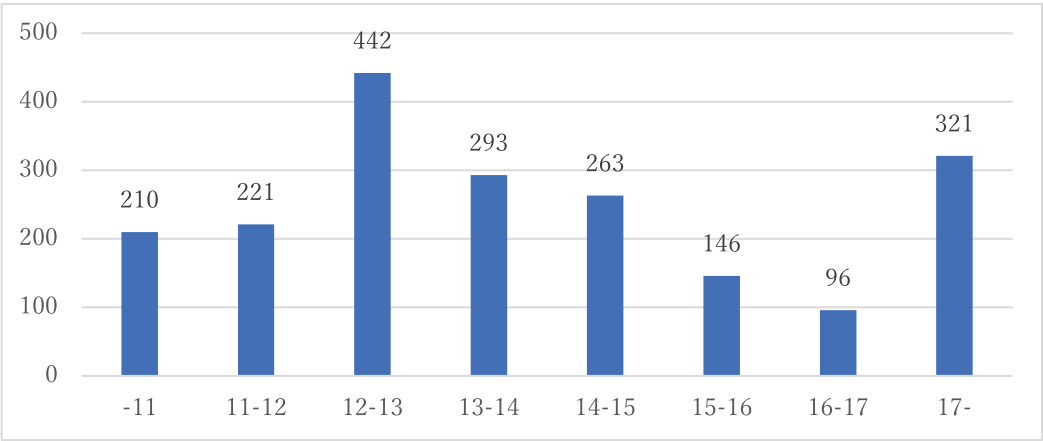
0 人という施設も全体の 15.0%を占めていた。1 人が 12.7%、2-3 人が 17.7%と少人数の入院の施設が多かった。1～9 人という施設は全体の 51.9%を占めていた。





● 入院時の BMI と新規入院数との関係

入院時の BMI 毎の人数をみると、BMI12 以上 13 未満が最も多く、次いで BMI17 以上、BMI13-14 の順に多かった。



Ⅵ.　摂食障害に関する連携

Q6.1.　専門的治療が必要な症状に対して、連携しその治療を任せられる他医療機関の有無

「ある」という施設が全体 291 施設、72.8%を占めていた。あると回答した診療科に連携し任せられる診療科を尋ねたところ、「精神科」が全体の 75.9%を占めており、心療内科、内科、小児科はそれぞれ 15%～20%程度であった。

	ある	ない	無回答	「ある」の割合(%)（無回答を除く）	あると回答した場合の診療科(%)				
					精神科	心療内科	内科	小児科	産婦人科
精神科・総合病院・有床	50	18	0	73.5	56.0	6.0	36.0	20.0	10.0
精神科・総合病院・無床	20	14	0	58.8	95.0	35.0	10.0	25.0	0.0
単科精神科病院	24	9	1	72.7	58.3	29.2	41.7	16.7	8.3
精神科・診療所	33	14	1	70.2	84.8	24.2	6.1	6.1	3.0
心療内科・総合病院	19	6	0	76.0	94.7	31.6	21.1	31.6	0.0
心療内科・診療所	14	3	0	82.4	69.2	69.2	7.7	7.7	0.0
小児科	96	18	2	84.2	81.3	17.7	1.0	25.0	2.1
内科	17	11	2	60.7	83.3	16.7	11.1	16.7	5.6
その他	18	10	0	64.3	66.7	16.7	27.8	16.7	0.0
合計	291	103	6	73.9	75.9	21.6	15.5	19.9	3.8

Q6.2.　軽症やフォローアップなど必ずしも専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な地域の医療機関の有無

「ある」と回答した施設が全体の 252 施設、63.0%を占めていた。紹介可能な地域の他医療機関を尋ねたところ、「精神科」という回答が 74.6%を占めていた。「心療内科」、「小児科」という回答については、専門的な治療を必要とする患者の場合と比べて（分母となる施設が異なるものの）、回答割合が高かった。

	ある	ない	無回答	「ある」の割合(%)（無回答を除く）	あると回答した場合の診療科(%)				
					精神科	心療内科	内科	小児科	産婦人科
精神科・総合病院・有床	47	21	0	69.1	93.6	14.9	8.5	10.6	4.3
精神科・総合病院・無床	20	14	0	58.8	90.0	45.0	25.0	5.0	0.0
単科精神科病院	19	15	0	55.9	61.1	55.6	50.0	27.8	16.7
精神科・診療所	25	21	2	54.3	68.0	32.0	16.0	20.0	4.0
心療内科・総合病院	21	4	0	84.0	71.4	57.1	28.6	23.8	14.3
心療内科・診療所	11	6	0	64.7	72.7	60.0	10.0	0.0	0.0
小児科	73	41	2	64.0	61.6	26.0	1.4	52.1	1.4
内科	18	10	2	64.3	84.2	36.8	21.1	5.3	5.3
その他	18	9	1	66.7	77.8	38.9	27.8	11.1	5.6
合計	252	141	7	64.1	74.6	33.9	15.5	24.7	4.8

Q6.3.　治療・対応について、貴科から助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関等の有無

「ある」という回答が全体の 250 施設、62.5%を占めていた。紹介可能な地域の他医療機関を尋ねたところ、「精神科」という回答が 70.8%を占めていた。「心療内科」、「内科」、「小児科」はそれぞれ 20%～25%程度であった。

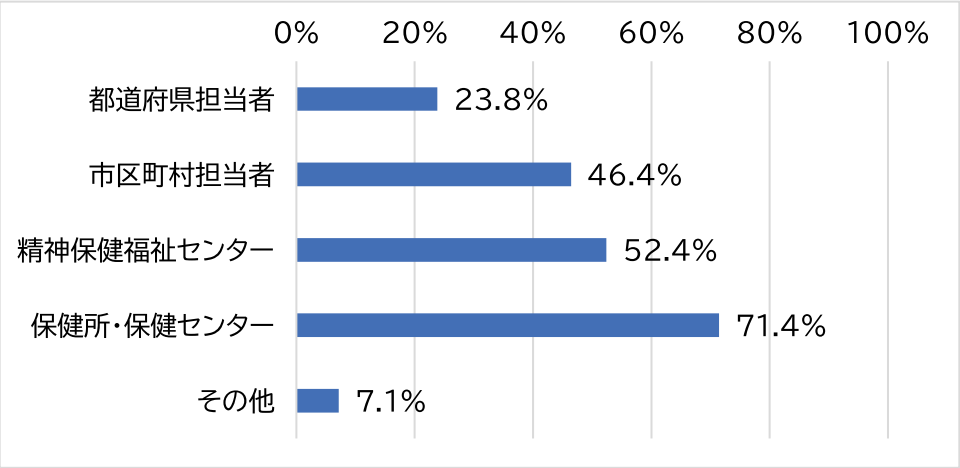
	ある	ない	無回答	「ある」の割合(%)（無回答を除く）	あると回答した場合の診療科(%)				
					精神科	心療内科	内科	小児科	産婦人科
精神科・総合病院・有床	50	18	0	58.8	50.0	7.5	55.0	37.5	20.0
精神科・総合病院・無床	20	14	0	55.9	89.5	15.8	21.1	15.8	0.0
単科精神科病院	24	9	1	64.7	72.7	18.2	54.5	9.1	9.1
精神科・診療所	33	14	1	48.9	69.6	17.4	13.0	8.7	13.0
心療内科・総合病院	19	6	0	76.0	84.2	47.4	26.3	15.8	10.5
心療内科・診療所	14	3	0	64.7	72.7	63.6	18.2	9.1	9.1
小児科	96	18	2	74.6	70.6	19.0	0.0	39.3	3.6
内科	17	11	2	75.0	90.5	23.8	4.8	14.3	14.3
その他	18	10	0	37.0	50.0	10.0	40.0	0.0	0.0
合計	291	103	6	63.5	70.8	20.9	21.3	24.9	8.8

Q6.4.　地方自治体との連携の有無

「ある」と回答した施設が全体の 84 施設、21.0%を占めていた。連携先を尋ねたところ、「保健所・保健センター」という回答が最も多く、71.4%を占めていた。

連携可能な地方自治体の連携先（n=84、複数回答）

※連携可能な地方自治体が「ある」と回答した施設に限定して集計



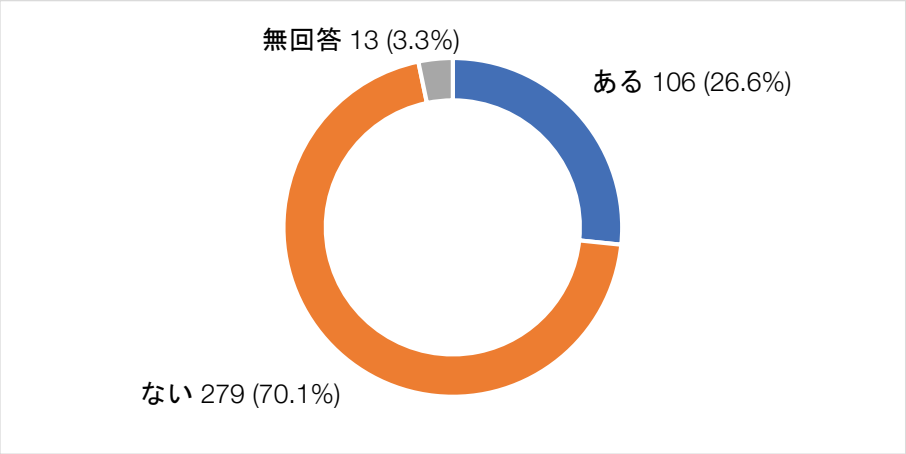
Q6.5.　地域連携会議を開催の有無

「開催経験がある」という施設は 43 施設（10.8%）であった。

Q6.6.　福祉との連携の有無

「ある」と回答した施設は 106 施設（26.6%）であった。ここで「ある」と回答した施設に対して、精神保健福祉士等の相談員を活用しているかどうかを尋ねたところ、88 施設（83.0%）が活用していると回答した。

福祉との連携の有無（n=400）

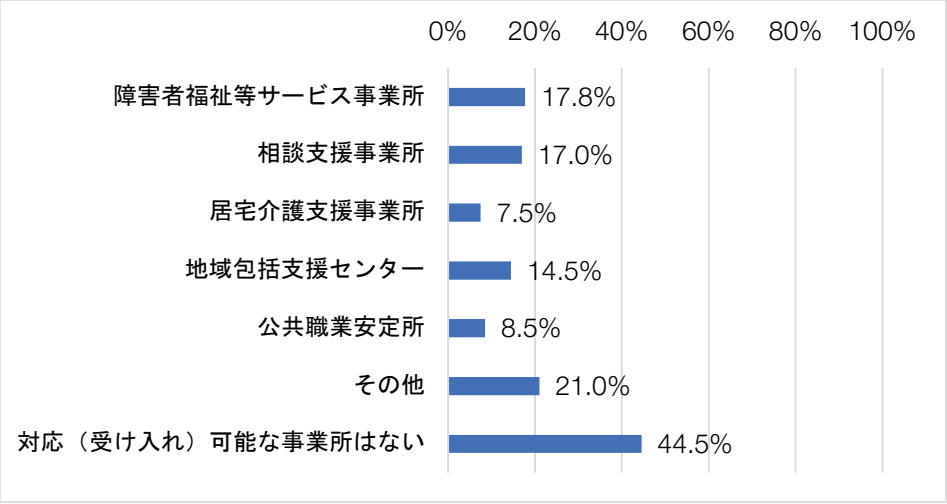


	ある	ない	無回答	「ある」の割合（%）（無回答を除く）	「ある」と回答した場合 PSWの活用（%）
精神科・総合病院・有床	39	29	0	57.4	100.0
精神科・総合病院・無床	6	27	1	18.2	100.0
単科精神科病院	18	14	2	56.3	94.4
精神科・診療所	8	36	4	18.2	62.5
心療内科・総合病院	9	16	0	36.0	100.0
心療内科・診療所	2	15	0	11.8	100.0
小児科	16	95	5	14.4	47.1
内科	1	28	1	3.4	100.0
その他	7	20	0	25.9	71.4
合計	106	280	13	27.5	85.4

Q6.7.　回答施設の医療圏で摂食障害への対応（受け入れ）可能な事業所

どのような事業所が摂食障害患者への対応（受け入れ）が可能かどうかを尋ねたところ、対応可能な事業所はないという回答が 44.5%を占めていた。対応可能な事業所として多かったのは、障害福祉等サービス事業所（17.8%）、相談支援事業所（17.0%）であった。

医療圏内における各種事業所の摂食障害への対応の可否（n=400、複数回答）

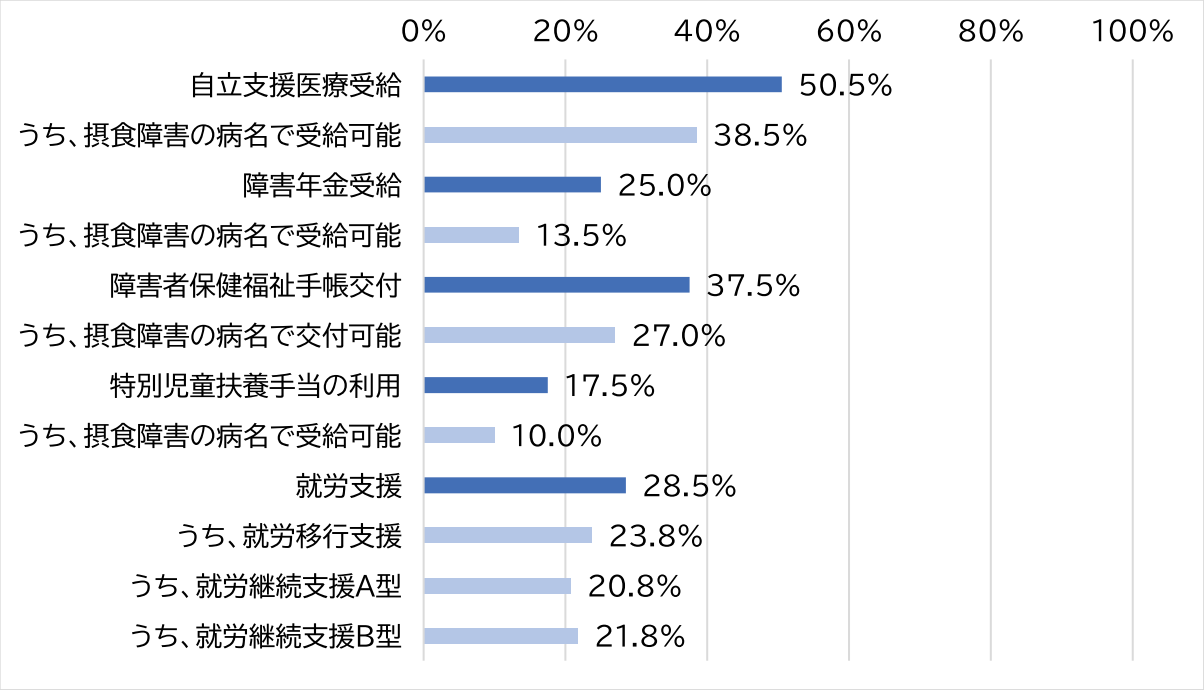


	障害者福祉等サービス事業所	相談支援事務所	居宅介護支援事務所	地域包括支援センター	公共職業安定所	対応可能な事業所なし
精神科・総合病院・有床	40.6	35.9	18.8	23.4	21.9	40.6
精神科・総合病院・無床	6.3	6.3	3.1	3.1	3.1	62.5
単科精神科病院	36.4	42.4	18.2	36.4	18.2	33.3
精神科・診療所	17.1	14.6	2.4	12.2	4.9	56.1
心療内科・総合病院	28.0	16.0	20.0	32.0	20.0	44.0
心療内科・診療所	15.4	30.8	15.4	15.4	15.4	46.2
小児科	9.0	11.0	1.0	7.0	3.0	54.0
内科	3.8	3.8	3.8	3.8	0.0	53.8
その他	20.0	12.0	4.0	28.0	4.0	52.0
合計	19.8	18.9	8.4	16.2	9.5	49.6
無回答を除く						

Q6.8.　回答施設の医療圏で摂食障害に対して、受けられる福祉サービス

自立支援医療については 50.5%の施設が受給可能と回答し、摂食障害の病名で受給可能なのは 38.5%であった。障害年金の受給が可能なのは 25.0%で、摂食障害の病名で受給可能なのは 13.5%であった。障害者保健福祉手帳の交付が可能なのは 37.5%で、摂食障害の病名で交付可能なのは 27.0%であった。特別児童扶養手当の利用が可能なのは 17.5%で、摂食障害の病名で受給可能なのは 10.0%であった。就労移行支援、就労継続支援 A 型、B 型といった就労支援サービスを受けられるのは 28.5%で、就労移行支援、就労継続支援 A 型、B 型はそれぞれ 20%前後の施設で利用可能と回答された。

医療圏における摂食障害に対するサービス受給の可否（n=400）



	自立支援			障害年金			障害者手帳		
全回答数(%)	316(79%)			299(74.8%)			304(76%)		
	可能(n)	可能(%)	内 摂食障害で可(%)＊	可能(n)	可能(%)	内 摂食障害で可(%)＊	可能(n)	可能(%)	内 摂食障害で可(%)＊
精神科・総合病院・有床	61	96.8	88.5	29	49.2	75.9	48	76.2	89.6
精神科・総合病院・無床	17	65.4	70.6	6	25.0	16.7	12	48.0	58.3
単科精神科病院	26	83.9	84.6	12	40.0	50.0	19	65.5	73.7
精神科・診療所	33	80.5	64.7	11	32.4	28.6	23	63.9	65.4
心療内科・総合病院	16	69.6	87.5	11	47.8	63.6	12	52.2	66.7
心療内科・診療所	10	66.7	40.0	5	35.7	20.0	7	50.0	42.9
小児科	18	24.0	50.0	9	12.0	18.2	11	14.7	46.2
内科	2	11.1	66.7	3	16.7	75.0	3	16.7	50.0
その他	19	79.2	73.7	14	63.6	53.3	15	71.4	53.3
合計	202	63.9	74.8	100	33.4	50.5	150	49.3	69.2
＊無回答を除く									

	特別児童扶養			就労支援支援				
回答数(%)	286(71.5%)			301(75.2%)		就労支援支援可の場合		
	可能(n)	可能(%)	内 摂食障害で可(%)＊	可能(n)	可能(%)	移行支援(%)	継続支援A(%	継続支援B(%)
精神科・総合病院・有床	19	35.2	80.0	36	62.1	83.3	80.6	86.1
精神科・総合病院・無床	4	17.4	33.3	6	26.1	66.7	83.3	83.3
単科精神科病院	11	40.7	81.8	16	57.1	68.8	75.0	100.0
精神科・診療所	7	23.3	30.0	19	50.0	89.5	68.4	68.4
心療内科・総合病院	6	26.1	66.7	9	40.9	100.0	66.7	44.4
心療内科・診療所	2	14.3	50.0	5	35.7	100.0	40.0	40.0
小児科	10	13.0	8.3	9	11.5	77.8	66.7	66.7
内科	2	10.5	50.0	2	10.5	50.0	0.0	0.0
その他	9	47.4	40.0	12	57.1	91.7	83.3	83.3
合計	70	24.5	52.6	114	37.9	83.3	72.8	76.3
＊無回答を除く								

Q6.9.　学校との摂食障害の個別症例について連携の有無

174 施設（43.5%）が連携していると回答した。具体的な連携先についても尋ねたところ、連携があると回答した施設の約 80%が「養護教諭」、「担任」と回答した。スクールカウンセラーとの連携は 50%、校医との連携は 13.2%であった。その他の回答は学校保健会が 1 施設、校長が 1 施設であった。

Q6.10.　学校との摂食障害に関する継続的な連携の有無

75 施設（18.8%）が「ある」と回答した。具体的な連携先についても尋ねたところ、連携があると回答した施設の約 80%が「養護教諭」、「担任」と回答した。その他の回答は、「学校保健会」、「保護者を通じて学校に情報伝達」がそれぞれ 1 施設であった。

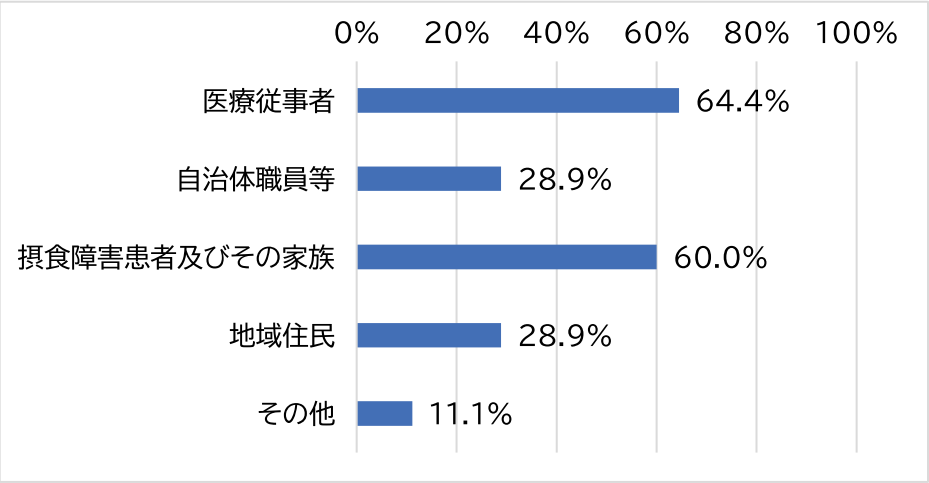
Q6.11.　職場との個別症例について連携の依頼の有無

73 施設（18.3%）が、「ある」と回答した。具体的な連携対象についても尋ねたところ、連携があると回答した施設の内、約 60%の施設が「産業医」、「上司」と回答した。その他の回答は、「保健師」が 2 施設、「他科（精神科）」が 1 施設であった。

Q6.12.　摂食障害に関して積極的な情報発信（講演会開催、ホームページ等）の有無

45 施設（11.3%）が「している」と回答した。具体的な情報の発信先についても尋ねたところ、「医療従事者」と「摂食障害患者及びその家族」という回答が多く、いずれも 60%程度を占めていた。

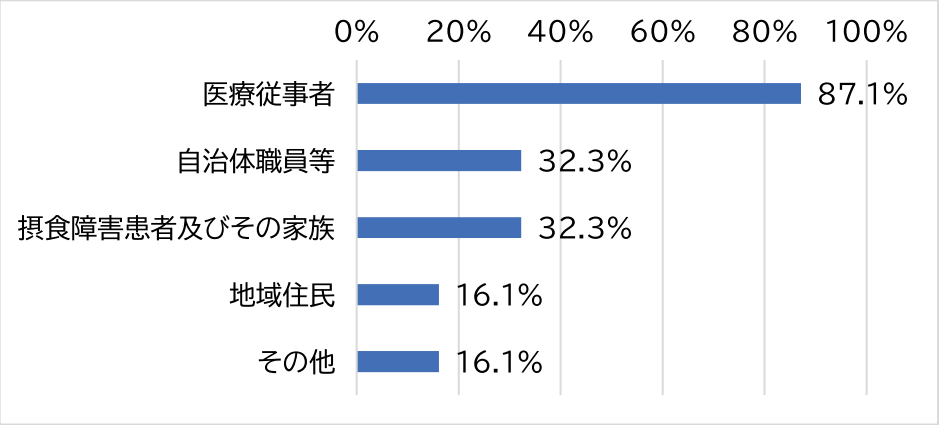
摂食障害に関する積極的な情報発信の発信先（n=45、複数回答）



Q6.13.　摂食障害に関して研修会の開催の有無

31 施設（7.8%）「している」と回答した。開催している 31 施設について、具体的な研修対象を尋ねたところ、「医療従事者」が 87.1%と最も多かった。

摂食障害に関する研修の対象（n=31、複数回答）



Q6.14.　摂食障害の自助会、家族会の設立・運営への関与の有無

20 施設（5.0%）が「ある」と回答した。

Q6.15.　摂食障害を自助会、家族会への紹介経験の有無

82 施設（20.5%）が「ある」と回答した。

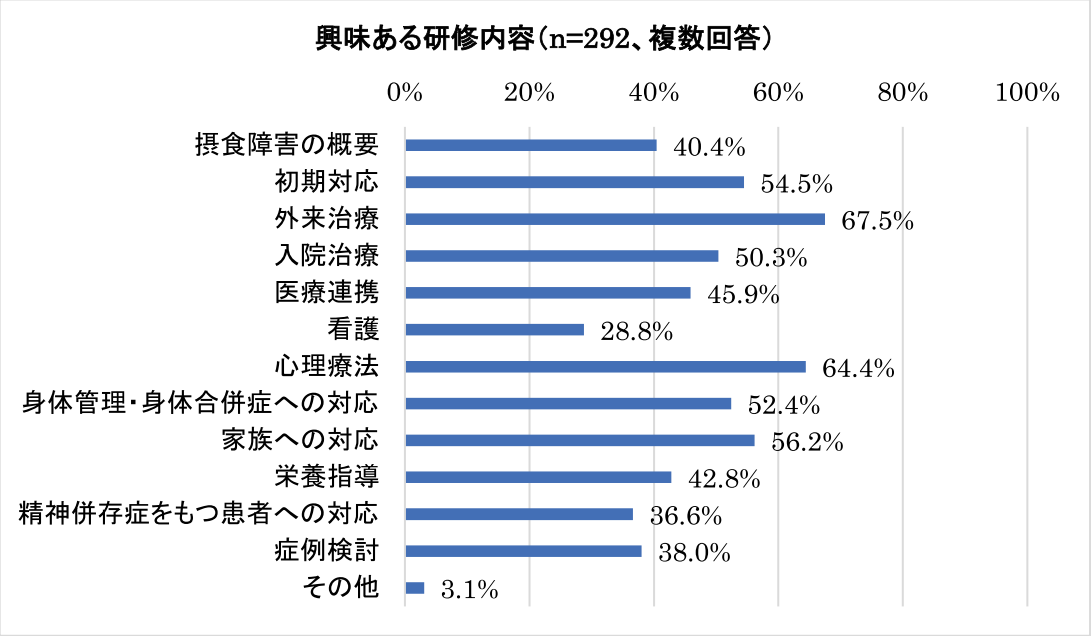
Ⅶ.　研修のニーズ

Q7.1.　摂食障害に関する研修について興味の有無

摂食障害に関する研修について「興味がある」と回答した施設は 292 施設（73.0%）、「興味がない」は 102 施設（25.5%）、無回答は 6 施設（1.5%）であった。

Q7.2.　興味のある内容

興味があると回答した施設に対して、具体的に興味ある研修内容を尋ねたところ、外来治療（67.5%）、心理療法（64.4%）、家族への対応（56.2%）の順に多かった。



Q7.3.　受講可能な研修の時間帯

全ての施設に対して、研修を受講可能な時間帯を尋ねたところ、平日夕方（30.0%）、平日夜（29.0%）、土曜日午後（38.5%）、日曜・休日午前（32.8%）、日曜・休日午後（35.5%）が多かった。

Q7.4.　受講可能な研修の日数

受講可能な研修日数は、半日が最も多く 180 施設（46.5%）を占めていた。次いで 1 日が 99（25.6%）、2 日が 37（9.6%）、3 日が 12（3.1%）、無回答 59（15.2%）であった。

Q7.5.　希望する研修の開催方法

研修の開催方法について複数回答で尋ねたところ、「ウェブで」が 77.5%と「会場で」という回答（41.0%）よりも多くなっていた。

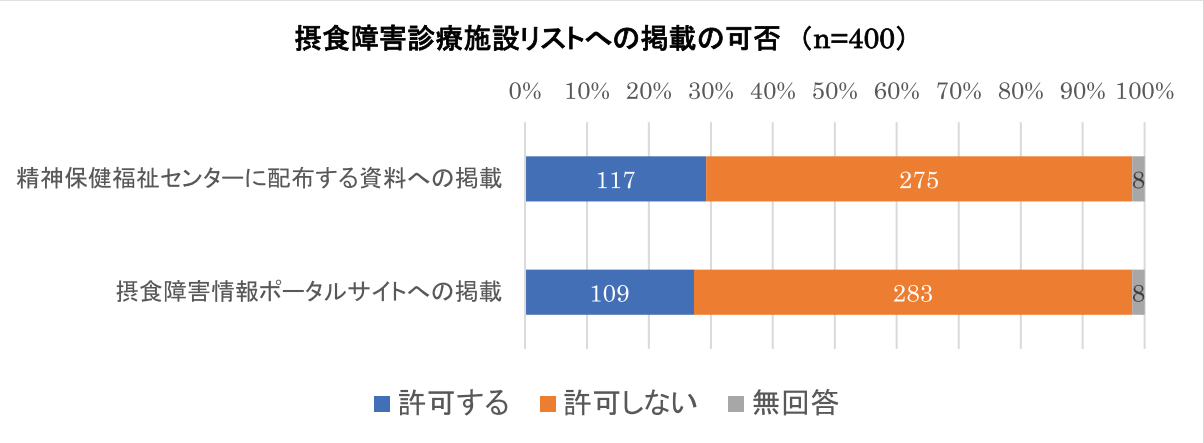
Ⅷ.　摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否

Q8.1.　精神保健福祉センターに配布する資料への掲載の可否

精神保健福祉センターへ配布する「摂食障害の診療施設リスト」（施設名、診療科名、所在地、連絡先、入院の可否、摂食障害患者の受け入れ条件を記載する予定）への掲載の可否を尋ねたところ、117 施設（29.3%）が「許可する」と回答した。

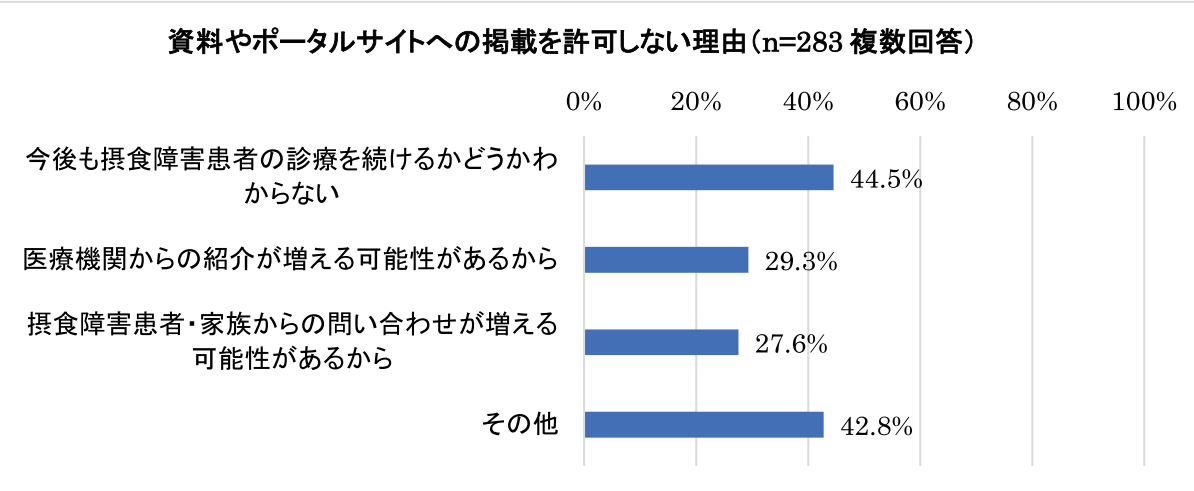
Q8.2.　摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイトへの掲載の可否

摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイトへの掲載を許可するかどうかを尋ねたところ、109 施設（27.3%）が「許可する」と回答した。



Q8.3.　掲載を許可しない場合の理由

精神保健福祉センターへの配付資料への掲載、摂食障害情報ポータルサイトへの掲載のいずれかを「許可しない」と回答した施設（n=283）に対して、その理由を複数回答で尋ねたところ、「今後も摂食障害患者の診療を続けるかどうかわからない」という回答が 44.5%で最も多かった。



Ⅸ.　　摂食障害の連携指針と手引きについて

調査票とともに平成 29 年度～令和元年度 AMED「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」研究班の成果物である「精神科領域における摂食障害の連携指針」「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内」「身体科領域の摂食障害の連携指針」「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」を同封し、それぞれ役に立つと思うかどうかを尋ねた。

Q9.1.　「精神科領域における摂食障害の連携指針」　は役に立つと思うか否か

294 施設（73.5%）が「そう思う」と回答した。さらに、役に立つと思う対象を尋ねたところ、最も多かったのは「科内の医師」（68.3%）であった。

Q9.2.　「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内は役に立つと思うか否か

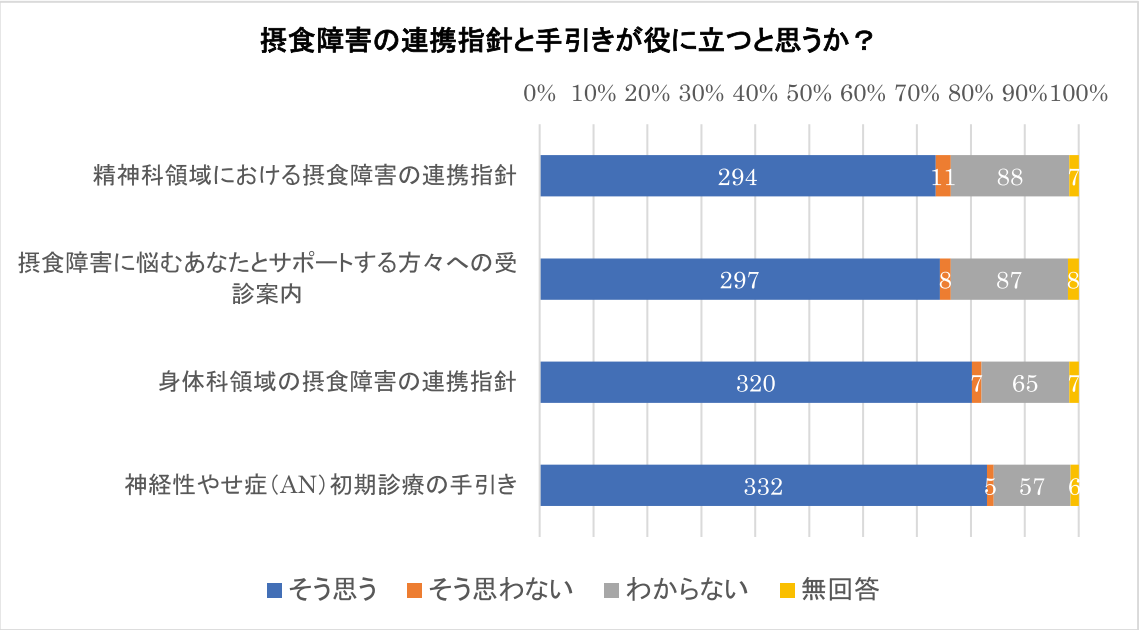
297 施設（74.3%）が「そう思う」と回答した。役に立つと思う対象は、「科内の医師」（62.8%）であった。

Q9.3.　「身体科領域の摂食障害の連携指針」　は役に立つと思うか否か

297 施設（74.3%）が「そう思う」と回答した。役に立つと思う対象は、「科内の医師」（62.8%）であった。

Q9.4.　「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」　は役に立つと思うか否か

「332 施設（83.0%）が「そう思う」と回答した。さらに、役に立つと思う対象で最も多かったのは「科内の医師」（74.5%）であった。



X.　支援センターの選定条件

摂食障害治療支援センターの選定条件である「診療科（Q1.5）で『精神科』あるいは『心療内科』を選択」、「専門的な治療が必要な症状に対して、治療を任せられる他医療機関の有無（Q6.1）あるいは軽症やフォローアップなど必ずしも専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な他医療機関の有無（Q6.2）の自由記述で『救急医療』と回答」のうち、「Q1.5 で『精神科』あるいは『心療内科』を選択」していた施設は 252 施設（63.0%）であった。また、「Q6.1 あるいは Q6.2 の自由記述で『救急医療』と回答」していた施設は 4 施設（1.0%）であった。両方を満たす施設は 4 施設（1.0%）であった。

		診療科（Q1.5）で『精神科』あるいは『心療内科』を選択	
		該当	非該当
専門的な治療が必要な症状に対して、治療を任せられる他医療機関の有無（Q6.1）あるいは軽症やフォローアップなど必ずしも専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な他医療機関の有無（Q6.2）の自由記述で『救急医療』と回答	該当	4（1.0%）	0（0.0%）
	非該当	248（62.0%）	148（37.0%）

1)　地方自治体との連携

地方自治体との連携（Q6.4）について、「ある」と回答した施設は、84 施設（21.0%）であった。

2)　摂食障害に関する研修会の開催

摂食障害に関する研修会開催（Q6.13）について、「ある」と回答した施設は、31 施設（7.8%）であった。

3)　摂食障害に関する積極的な情報発信

摂食障害に関する積極的な情報発信（Q6.12）について、「ある」と回答した施設は 45 施設（11.3%）であった。

4)　地域連携会議の開催

地域連携会議の開催（Q6.5）について、「ある」と回答した施設は、43 施設（10.8%）であった。

● 支援センターの業務に関する回答のクロス集計（n=400）

地方自治体との連携	摂食障害に関する研修会	摂食障害に関する積極的な情報発信	地域連携会議の開催	施設数	割合
該当	該当	該当	該当	4	1.0%
該当	該当	該当	非該当	6	1.5%
該当	該当	非該当	該当	2	0.5%
該当	非該当	該当	該当	1	0.3%
非該当	該当	該当	該当	3	0.8%
該当	該当	非該当	非該当	0	0.0%
該当	非該当	該当	非該当	4	1.0%
該当	非該当	非該当	該当	19	4.8%
非該当	該当	該当	非該当	9	2.3%
非該当	該当	非該当	該当	1	0.3%
非該当	非該当	該当	該当	0	0.0%
該当	非該当	非該当	非該当	48	12.0%
非該当	該当	非該当	非該当	6	1.5%
非該当	非該当	該当	非該当	18	4.5%
非該当	非該当	非該当	該当	13	3.3%
非該当	非該当	非該当	非該当	266	66.5%

5.　考察

今回の調査は、日本の医療機関全体の状況の把握ではなく、摂食障害診療に積極的な医療機関の状況の把握を意図したものである。有効回答数は 400 施設（33.4%）とやや低かったのは事業期間が約半年、調査期間が１か月半と短かったことも影響したと思われる。調査対象の約半数を占める精神科病院の回収率が 26.8%と低かったことも全体の回収率の低下に影響したと思われる。

Ⅰ.　施設情報

回答施設の施設区分は総合病院が 61.3％、診療所が 16.8%、単科精神科病院が 8.5%で、総合病院の割合が高かった。診療科は精神科が約半数であり、小児科が３割、心療内科１割であった。

Ⅱ.　摂食障害の診療実態全般について

摂食障害診療に積極的な医療機関であれば、総合病院精神科だけでなく単科精神科病院においても、多くの患者の外来を担当しており、総合病院にくらべて単科精神科病院は医療機関の総数は多いことから、単科精神科病院が、本調査に参加した医療機関と同等に積極的に診るようになれば、総合病院精神科の外来混雑は緩和されることが期待できる。神経性過食症外来患者は、神経性やせ症とは異なり、単科精神科病院や心療内科診療所において、多くの患者を診ている医療機関の割合が多い。身体的な問題を引き起こしにくいことが影響していると考えられる。

入院患者数をみると一施設で摂食障害の年間入院患者を多く治療するのは、総合病院精神科・有床と病院心療内科で、特に神経性やせ症ではこれら一部の医療機関が多くの入院患者を集めている。一般的に総合病院の精神科や心療内科は、単科精神科病院と比べ、病床数が圧倒的に少ないことを考えると、積極的に神経性やせ症患者の入院を集めているこれら総合病院精神科や心療内科の病棟に占める神経性やせ症患者は単科精神科病院のそれに比べて極めて高いと推測される。特に総合病院精神科では摂食障害に限らず、その他の身体合併症精神疾患患者の入院治療を行っていることと想定すると、摂食障害入院治療が他の疾患治療を圧迫している可能性も考えられる。

診療した年齢層と対応可能な年齢層とは同様の分布傾向であった。内科や小児科の間での年齢による棲み分けが比較的はっきりしていた。精神科、心療内科ともに、年齢が低くなるほど対応可能である医療機関の割合は減ることから、小児科の摂食障害診療に果たす役割は大きい。児童精神科などがある医療機関が増えることが、児童期から摂食障害の心理的治療介入を充実させる上で重要な可能性がある。

Ⅲ.　神経性やせ症の診療実態

単科精神科病院では一般に身体的治療が難しく、「精神科領域における摂食障害の連携指針」においては単科精神科病院での入院治療は BMI14（kg/m2）以上であれば可能であり、BMI12 未満では総合病院精神科を入院先として検討すべきで、BMI12 以上 14 未満は個々の患者と病院の事情を考慮して判断することが推奨されている。本調査の対象となった単科精神科病院は,摂食障害診療に対応していることが前提となっているため、14 未満の入院患者を経験した医療機関が精神科単科病院の約 8 割にみられた。

対応可能の最低 BMI の回答でも同様の数値であった事から考えると、調査対象となった単科精神科病院は低体重を比較的受け入れる体制を整えた医療機関であったと言える。今後、医療連携を構築していくには、入院治療における最低 BMI の設定など、既存の医療施設の治療実績に沿った設定が可能と思われ、各種連携指針を地域の実情に合わせて柔軟に適応していくことの重要性が示唆された。

外来診療の目標について、総合病院精神科・無床は、「初期対応」などはできても、「疾病教育」や「規則正しい食生活の回復」「中核病理への対応」などを行うことが比較的少ないのは、院内のほか診療科からの依頼等に対応することが中心となっている可能性がある。「疾病教育」「食生活の回復」「中核病理への対応」といった摂食障害に特化した外来治療について行えている割合では、精神科診療所、心療内科診療所でも約半数程度に留まっている。

摂食障害の心理教育などは時間を要することなどが、診療所では積極的に実施しにくい理由になっていることが推察される。小児科においては中核病理へのアプローチが低く、児童領域における心理的介入に課題があると考えられる。

英国の NICE ガイドラインでは、疾病教育や心理教育は全ての摂食障害患者に実施することが推奨されている。初期対応や疾病教育のマテリアルの提供や、診療報酬上のインセンティブなど、これらの実施率を上げる対策が求められる。心理教育をはじめとした心理的介入は心理職でも実施可能であると考えられるため、外来診療においても、心理職の活用が今後の課題と思われる。

入院診療の目標について、内科において「身体的危機状態からの回復」や「体重増加」を入院目標に挙げる医療機関は、低率に留まっている。また、神経性やせ症の入院対応不可が半分近くに登るなど、身体治療が困難な患者の一時的な避難としても対応が難しいとの内科も少なくない。摂食障害の治療と回復までを目標とできていないのが実状かもしれない。「心理的危機状態に対する避難」は総合病院精神科・有床や単科精神科病院に比べると、総合病院心療内科では約半数とやや低値であり、この結果は合併する精神症状が重篤になると対応が難しいことが影響していると思われる。また、小児科においては「心理的危機に対する避難」、「中核病理へのアプローチが低く、入院において摂食障害の心理的問題が十分扱えないとの課題があると思われる。入院治療は比較的時間が確保できることを考えると、入院における心理的介入方法の周知が効果的と考えられる。

食事摂取が困難な場合の対応について「医療保護入院」の選択が、総合病院精神科・有床で約 9 割に対して、単科精神科病院では半分、「身体拘束」の選択が、総合病院精神科・有床で 8 割弱に対して、単科精神科病院では 4 割弱と対応に違いがある。総合病院精神科では身体的な重篤性から「医療保護入院」や「身体拘束」を伴う、強い治療をせざるを得ない頻度が高い可能性がある。「連携精神科医の助言」は、小児科や内科ともにほとんど利用されていない。小児科や内科では治療拒否があれば、精神科への転院（転棟）を半数以上が選択せざるを得ないのが現状であろう。内科では経鼻経管栄養はほぼ用いられない。おそらく点滴対応が中心になるが、高カロリー輸液の活用も少なく、これは内科治療者が単独で治療拒否患者への対応が難しいことを表しているのではないかと考えられ、心療内科・精神科連携の必要性が示唆される。

認知行動療法を行っている割合は、総合病院精神科・有床、心療内科総合病院、心療内科診療所で 4 割から 5 割と比較的多いが、いずれにしても半数は行っていないのが現状である。

公認心理師・臨床心理士が心理療法を担っているのは、総合病院精神科・有床で半数、単科精神科病院は 3 分の 2 であった。心療内科・総合病院では 3 分の 1 と低かった。心療内科では、医師が心理療法の担い手となることが多く、心理職の活用は限定的と言える。

神経性やせ症患者に認知行動療法を実施した経験があると回答したのは 98 施設 34.9%であり、そのうち 60 施設が認知行動療法改良版 CBT-E、33 施設が CBT-E 以外の認知行動療法を、2 施設が両方を実施しており、CBT-E 実施は 62 施設で認知行動療法の 3 分の 2 を占めていた。現在、CBT-E で保険点数を算定できるのは神経性過食症のみであるが、CBT-E は外来で BMI15 程度まで、入院ではさらに低体重での適用が可能であることから、神経性やせ症の治療法として期待されていると思われる。実際、認知行動療法を BMI15 未満で実施した経験がある施設が半数以上にのぼった。認知行動療法の実施を困難と回答した施設は 71.1%にのぼり、最も大きな理由は実施するスタッフがいないこと（71.7%）であった。心理職の活用が限定的であることも関連していると思われる。認知行動療法をはじめとした心理療法の普及には、神経性やせ症への認知行動療法の保険収載、および心理職の活用が課題であると考えられる。

Ⅳ. 神経性過食症の診療実態について

外来・入院の治療目標、精神・心理療法の実施状況、実施者については神経性やせ症と同様の傾向であった。

神経性過食症に対する認知行動療法の実施について困難感があると回答したのが、全体の 4 分の 3 に登り課題が多いことが示された。困難感の理由では、「必要性を感じない」との意見は 2.6%のみであり多くの治療者が必要性を認識していながらも、実施するスタッフがいないことなどが理由となり、人的資源の課題が大きいと考えられる。総合病院精神科・有床の約 1/3、単科精神科病院の約 1/3 に比べて、心療内科総合病院、心療内科診療所でやや高率に行われている。調査対象となったのが摂食障害を診療しいている医療機関であることを考えれば、普及は不十分といえる。保険点数の算定できない/しない理由では、精神科では通院精神療法、心療内科では心身医学療法で算定していることが多く、実施者が医師に多いことも関係していると考えられる。認知行動療法の保険点数が低く、算定するメリットがないという指摘は従来よりなされている。認知行動療法を心理職が実施・算定できるようになることで、これら状況が変わることを期待する。

Ⅴ. 摂食障害入院医療管理加算の状況について

地方厚生局が公開する摂食障害入院管理加算届出受理医療機関リスト（2020 年 7 月時点）に掲載された 101 施設である。しかし、2017 年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害入院医療管理加算された病院数は 55 施設にとどまっている。今回の調査で、摂食障害患者が入院できる病床をもつ 201 施設のうち、昨年度 1 年間に「摂食障害入院医療管理加算」算定は 47 施設（23.5%）、「精神科身体合併症管理加算」算定は 50 施設（25.0%）、両者の同時算定は 23 施設（11.5%）と少なかった。「摂食障害入院医療管理加算」について、加算ができない理由として「年間の新規入院患者数が 10 人に満たない」が 52.2%

と、理由として最も多かった。これを裏付けるように、昨年度 1 年間の新規入院患者数をみても、基準以下の「1～9 人」と回答したのが 51.9%を占め、1 人が 12.7%、2-3 人が 17.7%と少人数の施設が大部分である。「年間の新規入院患者数が 10 人以上」という算定基準が存在する理由が判然としない。加算には多数の入院が必要であることは患者の受け入れを消極的させる可能性があるうえ、患者が少数の施設に集中することを防ぐという、摂食障害の医療ネットワーク整備の目指す方向性とは逆行する。

BMI13 未満の極度の低体重の摂食障害患者は特に、身体合併症のリスクが非常に高い。しかし、精神科身体合併症管理加算算定や摂食障害入院医療管理加算との同時算定施設の割合は低い。心療内科や内科ではそもそも算定ができない。BMI13 未満の極度の低体重の場合は、精神科身体合併症管理加算の同時算定ではなく、摂食障害入院医療管理加算を精神科身体合併症管理加算に相当する額、増額することを検討すべきである。摂食障害入院治療加算の要件緩和（特に新規入院患者数の緩和）や増額により対価が得られる体制を整えることで、多くの施設での摂食障害入院治療の受け皿が広まる可能性がある。

Ⅵ. 摂食障害に関する連携について

他の医療機関の連携については 7 割程度が専門的治療を任せられる、紹介できる、助言を得られる施設があると回答している。精神科から精神科へあるいは、身体科から精神科への連携の割合は高いものの、精神科から身体科への連携の割合は少なかった。身体科領域の摂食障害連携指針を活用するなどして、精神科から身体科への働きかけができる環境づくりが必要ではないかと考えられる。

摂食障害に関する地方自治体との連携が 84 施設、地域連携会議の開催経験が 43 施設、積極的な情報発信が 45 施設、研修開催が 31 施設から「ある」と回答された。摂食障害についての地域連携に積極的な施設と考えられた。

福祉との連携は 26.6%と低く、精神科総合病院・有床や単科精神科病院では 6 割近くが連携できていたが、他は 1－3 割に留まっていた。医療圏内おける摂食障害への対応できる事業所があると回答した割合は精神科総合病院・有床や単科精神科病院であっても 2-3 割程度と低かった。摂食障害は若年期に発症し、長期間にわたることから、患者が安心して治療を受け、生活し、社会復帰できる体制を作ることが必要であるが、現状は福祉の活用が不十分と思われる。

学校との継続的な連携は 2 割、自助会・家族会の設立や運営への関与は 5%であった。割合は低いが取り組みに注目していくべきであろう。

Ⅶ. 研修のニーズについて

73%が研修に興味があると回答しておりニーズは高いと思われる。内容については外来診療、次いで心理療法、家族への対応の関心が高かった。研修は夕方や夜間、休日で半日あるいは 1 日程度の短時間の研修が求められていた。また、ウェブを希望する割合が高かった。この結果は、摂食障害全国基幹センターが実施する治療研修をはじめとして、摂食障害の研修の今後の有り方を示すものである。

Ⅷ. 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否

摂食障害の患者・家族からの診療施設リストの公開の要望は高い。摂食障害治療支援センターの相談事例でも、摂食障害の診療施設の紹介のニーズが最も高い。しかし、患者の紹介や相談が増える可能性を恐れて公表をためらう施設が多かった。そのため、今回、精神保健福祉センター配布資料への掲載を 117 施設、摂食障害情報ポータルサイトへの掲載を 109 施設もが許可すると回答したことは、患者家族のニーズに応えていくうえで大きな前進と言える。

Ⅸ. 摂食障害の連携指針と手引きについて

調査票とともに平成 29 年度～令和元年度 AMED「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」研究班の成果物である「精神科領域における摂食障害の連携指針」「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内」「身体科領域の摂食障害の連携指針」「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」を同封し、それぞれ役に立つと思うかどうかを尋ねたところ、いずれにたいしても 7～8 割の施設が役に立つと回答した。その有効性の検証は今後の課題であるが、一定の評価を得られたものと思われる。

【B】 摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示： 千葉県

1. 目的

本調査では、支援センター設置後の医療・行政連携構築の好事例として、以下に示す「千葉モデル」を取り上げ、各体制構築の課題と解決のノウハウを精査した。

「千葉モデル」：千葉県支援センター（国立国際医療研究センター国府台病院内に設置）と千葉県健康福祉部障害者福祉推進部精神障害保健課とが連携して、県内の協力病院を増やし、医療機関のネットワークを構築した、行政連携モデルである。

2. 方法

A）千葉県外の調査：

千葉県は大都市圏にあり人口が多く、複数の大学病院（千葉大学病院、国際医療福祉大学成田病院、順天堂大学医学部付属浦安病院）ほか多数の医療機関があり、ネットワーク構築には行政との連携が欠かせない。千葉県の支援センターモデルが他の大都市圏でも運用が可能かを施設訪問ヒアリングにて調査した。

B）千葉県内の調査：

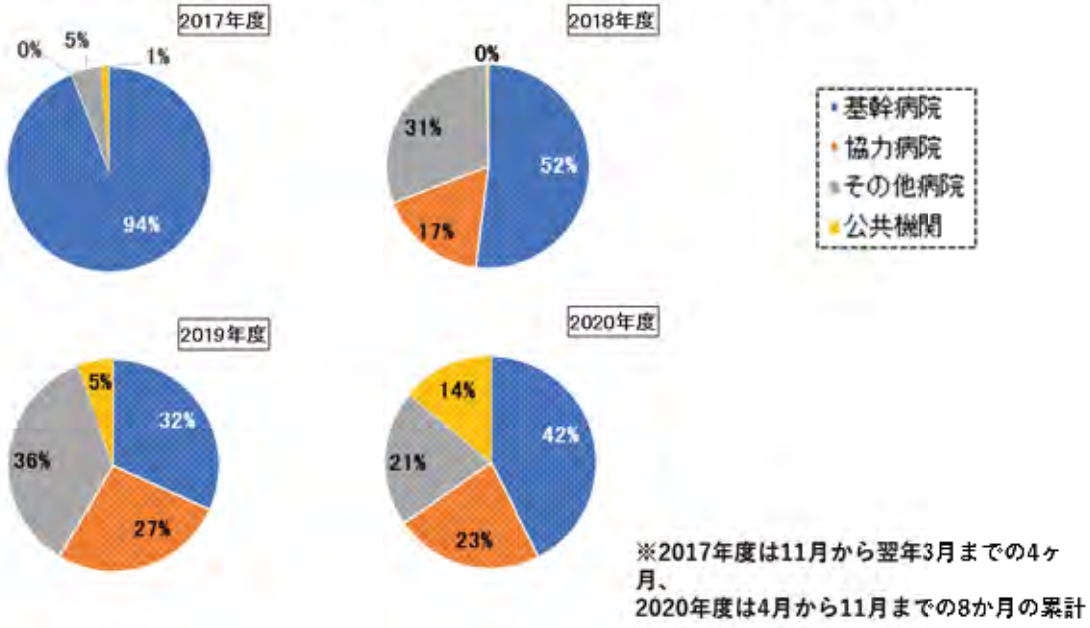
国立国際医療研究センター国府台病院では、千葉県の協力で、令和元年度に県内の内科・心療内科。精神科、産婦人科・小児科の全ての診療所・病院（3137 件）に対して一年の摂食障害患者数と医療連携の可否についての調査を行い（回収率 42%）、摂食障害を診療している施設は 241 件、現在摂食障害を診療していないが今後連携可能な施設が 172 件あることを明らかにした。本事業では、診療可能と返答した施設にアンケート調査実施し、診療可能な摂食障害患者の病名、身体合併症の程度を含む重症度、摂食障害治療支援センターにサポートを希望する項目を調査した。また、県内の医療機関を対象に複数回、治療研修会を実施し、参加者のアンケートを受ける。アンケート調査および結果のフィードバックを解析するとともに、それを基に県内での摂食障害患者を紹介する治療ネットワークを形成し、好事例を提示した。

3. 結果と考察

A） 県内外を対象に実施した千葉県摂食障害治療支援センターの実績調査

全国の支援センターの主な業務の一つに、受診先案内がある。千葉県摂食障害治療支援センター（以下支援センターと略す）に受診先について相談があった事例の、支援センターから基幹病院（国府台病院）への患者の受診案内の比率は 2017 年 94%、2018 年は 52%、2019 年度は 34%、2020 年度は 42%であった。国府台病院への紹介は、開設時に比して減少している（図-１）。

図-1　千葉県摂食障害支援センターからの受診案内先の推移



- 医療連携のため内外で研修会・公開講座を開催した。2017 年度は 1 回、2018 年度は 15 回、2019 年度は 17 回開催した。2020 年度はコロナ禍のため 4 回であった。県民公開講座や一般向けの研修会の発表には、家族会「ポコ・ア・ポコ」も参加した。
- 千葉県障害福祉課の職員も同行した医療連携のための県内医療施設等を訪問する連携会議を 2018 年度は 2 回、2019 年度は 5 回開催した。
- 支援センター開設後、支援センターへの相談者の居住地域別件数の割合に大きな変化はなく千葉県内からの相談件数は 50%を超えている（図-2）。

図- 2　相談者の居住地域別件数

※2017年度は11月から翌年3月までの4ヶ月、2020年度は4月から11月までの8か月の累計

- 基幹病院（国府台病院）の新患外来を受診した摂食障害患者総数と、千葉県在住の患者の内訳を調査した（図-3a）。それぞれ 2016 年度 114 名（総数）、73 名（千葉県：64%）　2017 年度 137 名、86 名（62%）、2018 年度　199 名、129 名（64%）、2019 年度　132 名、82 名（62%）であった。支援センター開設後、一時的に受診患者数は増加したが、その後、減少傾向にある。県内の外来患者数の割合にも明らかな変化は認められなかった。基幹病院（国府台病院）への入院患者数（図-3ｂ）も、それぞれ 2016 年度 132 名、83 名（63%）　2017 年度 114 名、68 名　（60%）、2018 年度 124 名、77 名（62%）、2019 年度　99 名、56 名（57%）とむしろ減少傾向であった。2018 年度以降　支援センターから国府台病院への受診案内率が低下し、紹介業務が順調に行われていることを反映していると考えられる。

図-３a　基幹病院（国府台病院）の新患外来数（摂食障害患者）の変化

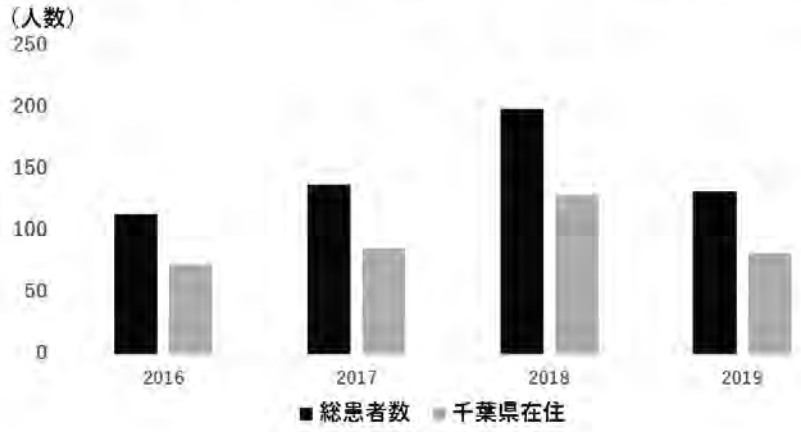
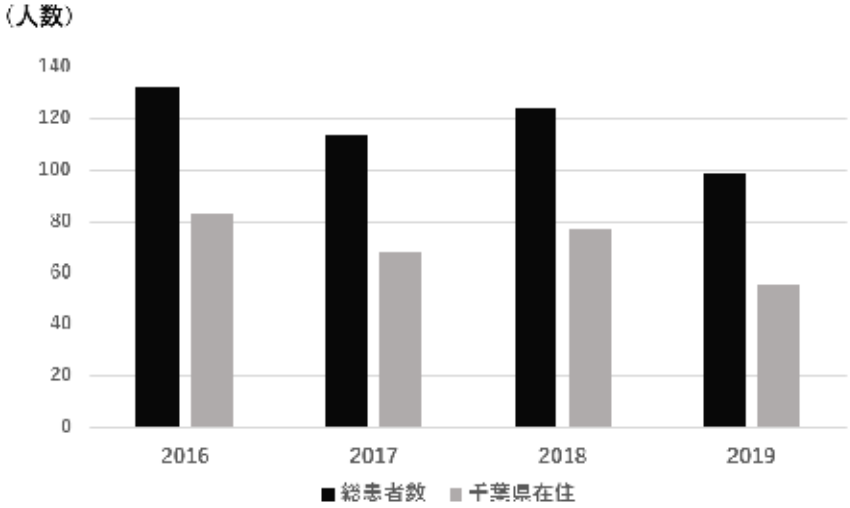


図-3b　基幹病院（国府台病院）の入院患者数（摂食障害患者）の変化



■　　考察１

支援センターの治療施設への紹介業務は順調にすすんでいる。支援センター開設は、支援センター開設前に危惧されていた基幹病院への受診患者数や入院患者数の増加にはつながっていない。ただし、低体重の重症例が基幹病院に集中して受診している可能性はあり、基幹病院の患者の BMI 等に関して今後の検討は必要である。

B)　千葉県内で実施した調査研究

支援センターとして重要な役割は、摂食障害患者が近隣で専門的な医療を受けることが出来るようにする事と、プライマリ・ケア医がスムーズに専門的な医療機関に紹介できる体制の構築がある。その課題の解決には、①　救命を含めた統合的な治療を行う専門施設を各医療地域に確立すること、②　地域内での精神神経科施設と身体科施設の医療連携を進めることの二点が有用と仮説を立てた。今回はこの仮説の検証の準備段階として、千葉県内の実態調査を施行し、現状の把握と今後の医療連携の確立への課題を検討した。千葉県は 2016 年の調査では、人口 623 万（全国第 6 位）、一人当たりの県民所得第 22 位、総農家数第 10 位、病院数第 9 位と首都圏内でバランスがとれており、大都市部と地方都市が合わさった国内のモデルケースとして摂食障害治療ネットワークの実態調査に適した地域であると考える。

■　調査方法と内容

・第１回目アンケート：千葉県内全ての内科・精神科・心療内科・プライマリケア・小児科・産婦人科施設（3137 施設）にアンケートを郵送し摂食障害診療の実態を調査した[1)]。
・第 2 回目アンケート：　第一回目のアンケートで返答があった千葉県内の内科・精神科・心療内科・プライマリケア・産婦人科を対象に、①現在、摂食障害患者を診療している施設（217 施設）に、具体的な診療内容と希望する医療連携の内容を再調査、現在は診療していないが今後診療が可能と返答した施設（146 施設）には、　診療が可能な患者の条件、希望する医療連携の内容を再調査した。
調査項目は、診療が可能な BMI 値及び実施している検査や治療（集中治療・心電図検査・採血検査・点滴療法・経鼻経管栄養・栄養療法・内服療法・医療保護入院・身体抑制・心理教育・認知行動療法・家族療法等）である。第 2 回アンケート項目は、厚生労働省「摂食障害の診療整備に関する研究」[2)]　等を参考にして作成した。

■　結果

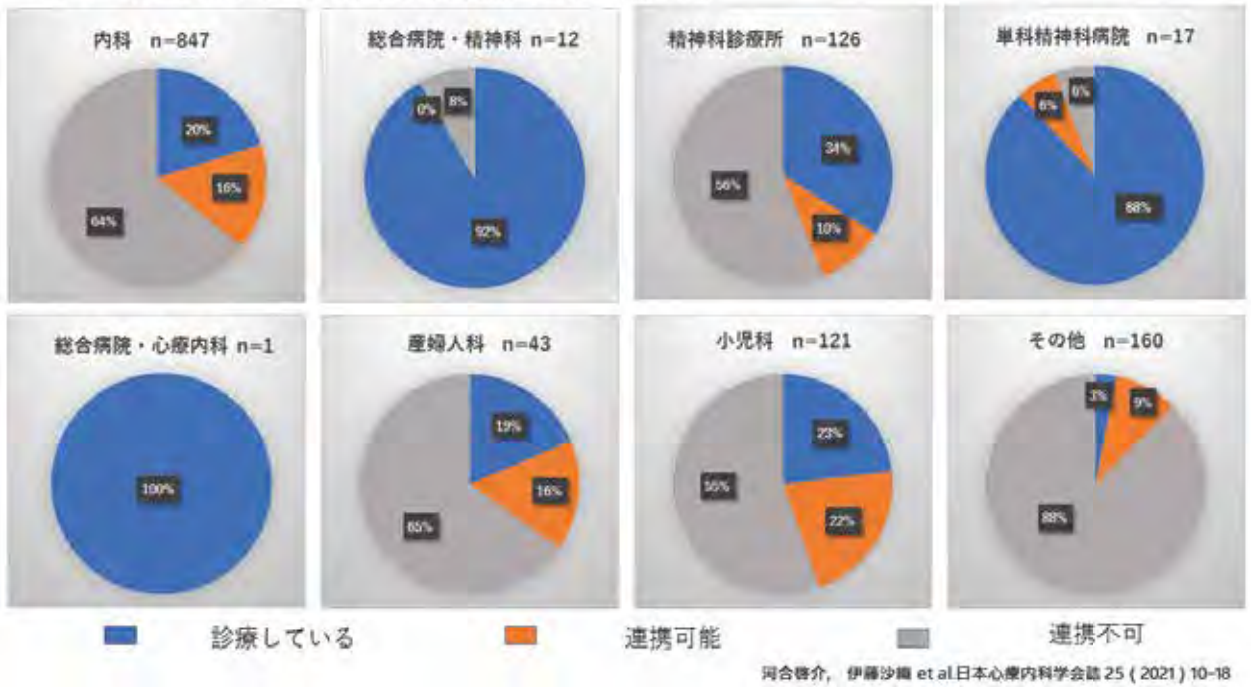
第１回目アンケート　（表-１,図-４）
アンケートの回収率は 42%。摂食障害を診療している施設は 215 施設で、現在は診療していないが今後、診療が可能と回答していた施設は、172 施設あった。摂食障害患者の 50%は総合病院心療内科・総合病院精神科で診療していた（表-１）。図-4 の円グラフは、診療科ごとの連携の可否の割合を示す。　内科の２０％が摂食障害を診療しており、16%は今後の医療連携が可能と回答していた。総合病院精神科・単科精神科では約 90%がすでに診療していた。精神科診療所は 34%が診療しており 10%は今後診療が可能と回答していた。産婦人科・小児科は、内科と同様に現在診療している施設とほぼ同様の施設が今後連携可能と回答した。

表-1　千葉県内の摂食障害患者数・治療施設・連携可能施設

	標榜科名	配布数（件）	回答数（件）	回答率（%）	患者数（人）	比率（%）	診療している施設数	現在診療していないが、今後連携可能な施設数
総数		3137	1327	42	1804		215	172
成人		2777	1206	43	1738		187	146
	内科	2218	847	38	462	(26%)	104	110
	総合病院・心療内科	1	1	100	426	(24%)	1	0
	総合病院・精神科	16	12	75	468	(26%)	11	1
	精神科診療所	215	126	59	298	(17%)	43	12
	単科精神科病院	45	17	38	77	(4%)	15	1
	産婦人科	92	43	47	29	(2%)	8	7
	プライマリ・ケア施設等	190	160	84	8	(<1%)	5	15
小児	小児科	360	121	34	66	(4%)	28	26

河合啓介，伊藤沙織 et al.日本心療内科学会誌 25（2021）10 18

図-4　現在診療している施設及び今後連携可能な施設の割合



河合啓介，伊藤沙織 et al.日本心療内科学会誌 25（2021）10-18

第２回目アンケート

本報告書では、各施設の診療内容の詳細な記載は割愛し、新たな支援センター設置のための課題に関連した部分のまとめを中心に記載する。

<u>摂食障害診療の実態調査</u>（図-５,６）

- 単科精神科病院は、回答数は 3 施設と少なかったが BMI16kg/m² 以上であれば診療している施設もあった。
- 精神科診療所は BMI15-16kg/m² 以上であれば半数以上の施設が診療可能と回答した。
- 総合病院精神科は施設間で、診療可能な BMI が 10～15 kg/m² 以上と差が認められ、低体重患者を

紹介するには受け入れ施設の事情に合わせた配慮が必要なことが明らかとなった。

- 内科・産婦人科は、 BMI15-16 kg/m² 以上であれば、２５％前後の施設は診療していた。
- 現在診療していないが、今後連携可能と返答した施設も同様の BMI 値は対応可能と返答していた。（実データの紹介は割愛）
- その他　入院施設があれば、全ての施設で電解質等の輸液は可能であった。精神科診療所の 16%は輸液が可能であった。（実データの紹介は割愛）

図- 5　摂食障害を診療している施設の診療可能な患者BMI値(kg/m²)（心療内科　精神科）

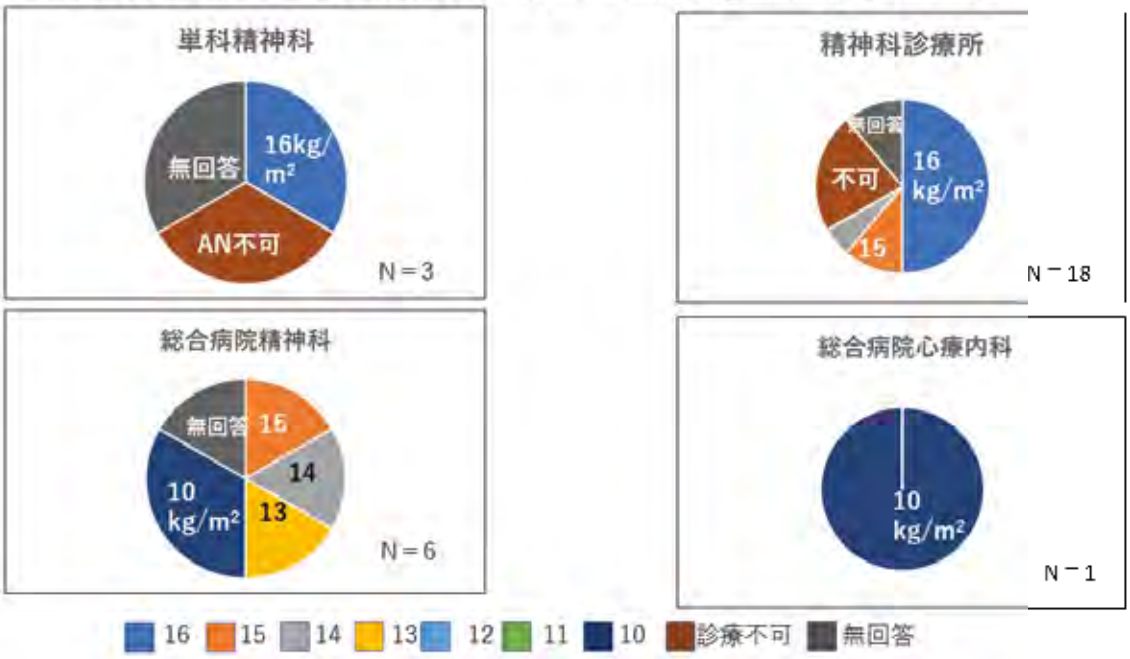


図- 6 摂食障害を診療している施設の診療可能な患者BMI値（kg/m²）（内科などの身体科）

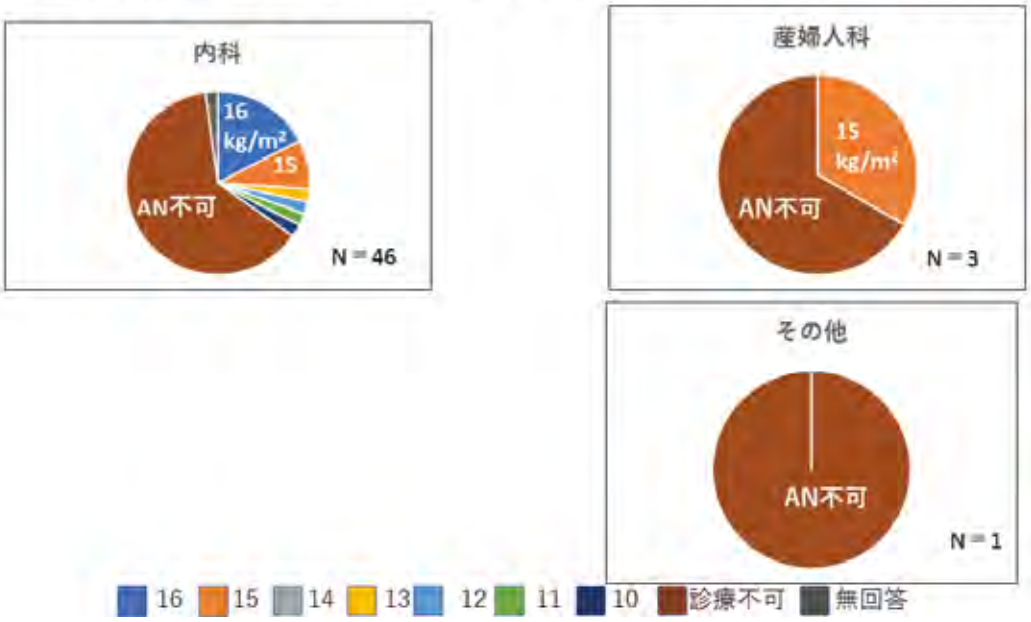


図-7 に BMI1３kg/m² 以下の摂食障害を専門的に治療している施設８施設（図の正確は所在地は変更）と各地区の人口数を示す。西地区と中央地区が協力できれば、人口 70～100 万につき一つの専門施設が稼働できることが明らかになった。ベッド数の調査も今後必要である。

図-７　千葉県内でBMI13kg/m²以下の摂食障害患者を専門的に治療している８施設の分布とその地区の人口（施設の正確な所在地は、改変して記載）。

■　　考察２

医療連携を進めるための千葉県摂食障害治療支援センターからの提言として以下の点を挙げる。

- 短期目標として、医療連携をスムーズに推進するには、BMI15 kg/m² 未満の患者の診療を当面は総合病院心療内科・総合病院精神科が対応する。県内の BMI1３kg/m² 以下の摂食障害治療施設の摂食障害患者用に運用可能な病床数も今後把握する必要がある。
- 内科・小児科・産婦人科・プライマリ・ケア施設のうち 172 施設が今後、医療連携可能と回答していた。これらの身体科には、精神科診療所と連携を進めながら、点滴療法、心電図検査、経鼻経管栄養を依頼する。ただし、個別の施設の情報の共有が必要である。個別の施設に公表可能かを尋ねる。
- 施設間の連絡に使用する連絡票（依頼元が行っている医療と紹介先に依頼したい医療行為等を記載）を作成する。
- 今後の医療連携を推進するために、患者の受け入れに必要な身体科用初期診療の手引きを準備する。AMED　2020　神経性やせ症初期診療の手引き（６７ページ）等のガイドラインを参考に、心電図検査、採血検査、点滴療法、経鼻経管栄養に特化した簡易版の作成を予定している。
- Web 形式の摂食障害治療のための研修会を企画する。
- 身体科から要望のあった専門的治療としての認知行動療法・家族療法の案内を希望のある精神科・心療内科に行う。

4.　まとめ

千葉県摂食障害治療支援センターを 2017 年より開設したが、県内の医療連携が進み、基幹施設の患者は増加していなかった。短期目標として、BMI15 未満の重症例は、当面、総合病院心療内科および総合病院精神科での心身両面からの治療を推進する。長期目標としては、BMI15 kg/m² 以上は身体面のケアと心理面のケアを、医療機関の特性に合わせてそれぞれ分担・連携を進める。

本研究は、障害者総合福祉事業費補助金「摂食障害治療および支援の実態把握および好事例の把握に関する検討」　（2020）、精神保健対策費補助金　摂食障害治療支援センター設置事業（2018-2019）、厚生労働科学研究費補助金 「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」（2017-2019）にて行った。アンケート調査にご協力頂いた千葉県内の病院・診療所の先生方および千葉県障害福祉課の皆様に感謝いたします。

倫理委員会承認番号（NCGM-G-003196-00）
摂食障害治療支援センター設置運営事業における相談・支援事例の調査・解析

参考文献

１）河合啓介，伊藤沙織　山本ゆりえ et al. 摂食障害治療支援ネットワークの現状とその課題
—千葉県の摂食障害診療の調査—　日本心療内科学会誌 25（2021）10–18
２）　井上幸紀　山内　常生　平成 29 年度～令和元年度　日本医療研究開発機構（AMED）の支援を受けた「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」(研究代表者　安藤哲也　）（課題番号　JP17dk0307067）の分担研究　「精神科領域における摂食障害の連携指針の作成～精神科診療機関同士の連携を中心に」

【B】 摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示： 静岡県

本調査では、支援センター設置後の医療・行政連携構築の好事例として、以下に示す「静岡モデル」を取り上げ、各体制構築の課題と解決のノウハウを精査した。
「静岡モデル」：静岡県支援センター（浜松医科大学医学部附属病院精神科神経科内に設置）から、「摂食障害の包括的治療システム」の出張研修により県内の総合病院精神科、単科精神科病院との医療連携システムを構築した、精神科病院を起点とした医療連携モデルである。

A） 県内で実施した調査

■ 調査方法

静岡県摂食障害治療支援センター設置運営事業で、摂食障害の治療を連携している治療協力病院である精神科有床総合病院（3 病院）、単科精神科病院（5 病院）の代表者あるいは摂食障害治療担当者にウェブ上で聞き取り調査を行なった。

■ 調査内容

1） 背景情報
2） 摂食障害の治療連携に関して
3） 摂食障害の治療連携開始時の診療状況
4） 摂食障害の治療連携開始後の診療状況

■ 結果

1） 背景情報（表 1）
静岡県摂食障害治療支援センター設置運営事業で、摂食障害の治療を連携している治療協力病院では、勤務する医師のうち少なくとも半数以上の医師が摂食障害の入院・外来の診療に携わっていた。一方、心理士については、カウンセリングを行っていない、カウンセリングを行っていても摂食障害についてはカウンセリングを行っていない、全ての心理士が摂食障害のカウンセリングに携わっているなど、医療機関によって心理士の摂食障害の診療状況によってはかなりの差があった。

2） 摂食障害の治療連携に関して（表 1）
摂食障害の治療を連携している全ての治療協力病院が、事業の発足前から摂食障害の入院・外来診療を行っていた。事業発足後に摂食障害の入院治療を担う医師が増えた病院は 3 病院、外来治療を担う医師が増えた病院は 2 病院であった。自由記載より、事業開始後に診療を行うようになった医師は摂食障害の治療経験のない医師も含まれており、初めて摂食障害の診療を行う医師に対して、院内で指導医による指導や研修会等を行うなどの体制が整っていた。

3） 摂食障害の治療連携開始時の診療状況（表 2）

事業発足前から全ての協力病院が摂食障害の治療を担うべきだと考えていたが、一方で、治療連携を始めることについても懸念があった。自由記載より具体的な懸念事項として、低体重のケースについて連携が機能するのか、スタッフの疲弊、身体治療の対処、診療報酬上のデメリットが挙げられた。総合病院精神科では摂食障害患者の増加のために他の身体合併症（リエゾン）患者の受け入れが困難になる懸念が挙げられた。児童専門の精神科診療を行っている病院では小児科と連携についての懸念が挙げられた。また、県の事業内ではあるが他県からの診療依頼が増える懸念が挙げられた。

このような懸念がある中で、各病院の長の摂食障害の診療に関する前向きな方針や意向があること、連携において摂食障害患者の受け入れや紹介の条件が BMI で明確化されていること、院内に摂食障害の治療経験のある医師やスタッフがいることは、いずれも治療連携に参加する促進因子として重要な要素であった。

4)　摂食障害の治療連携開始後の診療状況（表 3）

事業開始後、半数以上の協力病院が入院・外来患者数ともに増加していた。事業開始後に多くの協力病院が摂食障害の治療連携がしやすくなったと感じていた。一方で、児童専門の精神科診療を行っている病院は連携する医療機関が精神科ではなく小児科であることが多く、連携のしやすさは変化がなかった。事業開始後に難治例・重症例が増えたとする病院が 3 病院あったが、一方で、軽症例が増えたとする病院は 4 病院あった。家族への支援に苦慮している病院が 3 病院、外来診療に苦慮している病院が 3 病院であった。

■　考察

静岡県では治療協力病院では事業の開始前から摂食障害の診療が行われていたが、事業の開始に際して、身体的問題への対処、施設間連携、スタッフの疲弊等が懸念事項として挙げられていた。連携を開始するに当たり、施設間での転入院の BMI の基準を明確化したことや、治療支援センターからスタッフ派遣による院内研修を開催したことは、治療連携を促進する因子として大きかった。一方、児童思春期専門の病院では治療連携の対象が小児科となるため、現在の連携体制では医療連携や分担が不十分である。今後は診療科を超えて連携を行うという課題が残されている。

B)　県外で実施した調査

■　調査方法

7 つの大学病院精神科の代表者あるいは摂食障害担当者に、ウェブ上で聞き取り調査を行なった。

■　調査内容

1)　対象医療機関内の診療状況
2)　各都道府県内の診療状況
3)　摂食障害治療支援センターを設置と静岡モデルの適応の可能性について

■　結果

調査対象の 7 つの大学病院の内訳は、都道府県の人口が静岡県と比較して倍以上（人口規模：大）の都道府県内の大学病院（2 病院）、人口が静岡県と同程度（人口規模：中）の県内の大学病院（1 病院）、人口が静岡県の半分以下（人口規模：小）の県内の大学病院（4 病院）であった。

1)　対象医療機関内の診療状況（表 4）

調査対象の全ての大学病院で外来・入院とも摂食障害の診療が行われていた。しかし、摂食障害の診療に従事する医師については各大学で差が大きく、摂食障害の診療を行っているのがごく少数の医師に限られている大学病院もあった。同様に、心理士は勤務していても摂食障害のカウンセリングに従事していない大学病院が半数あった。

他県から大学病院への摂食障害患者の受け入れ状況については、人口規模の大きい都道府県の大学は他県からも入院・外来患者ともに受け入れており、人口規模の小さい県の大学は他県からの患者は受け入れていない大学の方が多かった。

後期研修医（レジデント）が摂食障害の診療をする機会は、大学病院内ではあるが、一旦学外の医療機関に勤務するようになると、摂食障害の診療をするかどうかは各医師に任されており、また、大学での研修後に後期研修医が摂食障害を診療しているかどうか把握できないことも多かった。勤務する医療機関によっては専門医の研修期間中でも摂食障害を、全く診療をしなくなる、あるいは、神経性過食症は診療しても、やせ症は診療しないという医療機関もあった。一方、精神保健指定医の申請用のケース・レポートとしては摂食障害が使われることが多く、おもに児童の症例として使用されていることが多かった。

2)　各都道府県内の診療状況（表 5）

各大学とも都道府県内の精神科の摂食障害の診療状況は一部把握しているが、都道府県内全体の摂食障害診療状況を把握するには至っていなかった。特に児童思春期の摂食障害の診療を行っている医療機関や、小児科・内科等で摂食障害の診療状況については把握が難しい様子であった。

人口規模の大きい都道府県の大学は、都道府県内に大学病院が複数存在するが、地域内の大学同士で摂食障害の連携はほとんど取られていなかった。一方、人口規模の小さい県では複数の大学病院が摂食障害の患者をやりとりするなどの医療連携がなされていた。

3)　摂食障害治療支援センターを設置と静岡モデルの適応の可能性について（表 6、7）

身体治療のマニュアル化については本調査の対象となった大学病院では 1 病院を除いて入院での身体治療はマニュアル化されていた。行動制限療法については、マニュアル化している病院もあれば、病院内で各治療者の間で治療方法が統一されておらず個別に治療している大学もあった。

都道府県内の精神科有床総合病院に対しては摂食障害診療を担っていただくことが難しいと感じていた。総合病院に比べると、単科精神病院に対しては摂食障害治療を担っていただけるとの回答が多かった。

摂食障害治療支援センターの業務の一部である相談業務について「可能」と回答が多かったが、患者数の増加や、相談後の医療機関への紹介先が無いことを懸念する回答があった。普及啓発についてはマンパワーの不足や受診患者の増加を懸念し、消極的であった。摂食障害治療支援センターを大学病院に設置することについては、マンパワーの不足や受診患者の増加を懸念する回答が多かったが、人口希望の小さい

県の大学病院の担当者からは、現状の診療体制からの変更や支援センターの設置の必要性をそれほど感じていないという意見も聞かれた。

■　考察

各都道府県の委託を受けて摂食障害治療支援センターを担う可能性があるのは、大学病院になることが多いと考えられるが、今回の調査では 1 大学を除いて、支援センターを設立することには消極的であった。最も大きな要因は、事業に従事するスタッフのマンパワー不足や支援センター設立による患者数の増加への懸念であった。都道府県内での医療連携については、他の医療機関の協力が得られないのではないかという懸念を感じているようだが、一方で、地域の摂食障害の診療状況を十分把握するに至っていないように見受けられた。各都道府県で治療連携ができる病院を正確に把握することで、治療連携がよりスムーズにできるのではないかと考えらえた。マンパワー不足に関しては、今回調査対象になった大学病院に限らず、全国の大学病院でも問題であると考えられる。今回の調査では大学病院内で摂食障害の診療体制が確立していないことや、専門医制度上の専門研修医療機関で後期研修医（レジデント）が摂食障害の診療をする機会がなく、摂食障害治療の教育体制も確立していないことが、治療者が増えない大きな要因だと考えられた。人口規模が大～中程度の都道府県においては、支援センター設立による患者の受診集中は大きな不安材料となるであろう。このため、一例ではあるが、支援センターが診療対象とする地域を二次医療圏や行政区等に限定して事業を開始するなど、患者の集中を減らす工夫を行い、設立初期の支援センターの業務負担を少なくすることで、支援センター設置の増加につながるのではないかと考えられる。

表 1

	医療機関								
	浜松医科大学	沼津中央病院	鷹岡病院	県立こころの医療センター	県立こども病院	藤枝駿府病院	菊川病院	聖隷三方原病院	好生会三万原病院
背景情報									
総合病院/単科病院	総合病院	単科病院	単科病院	単科病院	総合病院	単科病院	総合病院	総合病院	単科病院
病床数（精神科）	37（全閉鎖）	270（全閉鎖）	151（全閉鎖）	160（全閉鎖）	36（うち閉鎖10）	170（全閉鎖）	58（全閉鎖）	104（全閉鎖）	278（全閉鎖）
精神科の医師数	12	16	10	18	8	10	6	8	18
入院治療を担当する医師数	10	14	7	18	8	9	4	7	16
うち摂食障害の診療を担当する医師	10	14	5	18	8	6	4	7	9
外来治療を担当する医師数	8	16	10	18	8	8	6	8	16
うち摂食障害の診療を担当する医師	6	16	6	18	8	6	4	7	9
心理士数	17	1	4	7	7	2	2	5	9
心理士はカウンセリングを行っているか？	17	0	3	0	7	2	1	5	9
うち、摂食障害のカウンセリングを担当している心理士は何名か？	17	0	1	0	0	2	1	5	5
摂食障害の治療連携に関して									
摂食障害治療支援センター設置運営事業の発足以前より摂食障害の入院診療を行っていた。	○	○	△	△	○	○	△	○	△
摂食障害治療支援センター設置運営事業の発足以後に摂食障害の入院診療を行う治療者が増えた。	×	○	○	×	×	○	×	×	×
摂食障害治療支援センター設置運営事業の発足以前より摂食障害の外来診療を行っていた。	○	○	○	○	○	○	○	○	○
摂食障害治療支援センター設置運営事業の発足以後に摂食障害の外来診療が増えた	×	○	×	×	×	○	×	×	×

表 2

	医療機関								
	浜松医科大学	沼津中央病院	鷹岡病院	県立こころの医療センター	県立こども病院	藤枝駿府病院	菊川病院	聖隷三方原病院	好生会三方原病院
摂食障害の治療連携開始する際の状況									
摂食障害の治療を担うべきだと考えていた	○	○	○	○	○	○	○	○	○
摂食障害の治療連携を開始する際の懸念はあったか	○	○	○	○	○	○	○	○	○
摂食障害の治療を担うことや連携を行う際の促進因子									
上司（院長・理事長・科長・指導医）の方針・意向	○	○	○	○	○	○	○	○	○
地域のニーズや果たすべき使命のため	○	○	○	○	○	○	○	○	○
施設間での入院・転院の BMI の明確化	○	○	○	○	×	○	○	○	○
身体状態の悪化時の受け入れ先の明確化	○	○	○	○	○	○	○	○	○
治療支援センターからスタッフ派遣による院内研修の開催	△	○	○	○	×	△	○	○	○
連携先が複数あること（総合病院、単科病院）	○	○	○	○	○	○	○	○	○
治療支援センターから連携を持ち掛けられた	-	○	○	○	×	○	○	○	○
院内に摂食障害診療を経験した医師がいた（人数）	○（6）	○（9）	△（5）	○（18）	○（8）	○（5）	○（4）	○（10）	○（不明）
院内に摂食障害を経験したスタッフがいた	○	○	×	○	○	○	○	○	○
職種	Ns, CP, OT, PSW	Ns, CP		Ns, CP, OT, PSW	Ns, CP, PSW	CP	Ns, CP, PSW	Ns, CP	CP

表３

	医療機関								
	浜松医科大学	沼津中央病院	鷹岡病院	県立こころの医療センター	県立こども病院	藤枝駿府病院	菊川病院	聖隷三方原病院	好生会三方原病院
摂食障害の治療連携開始後の状況									
摂食障害の入院患者が増えた	×	○	○	○	△	○	○	×	×
摂食障害の外来患者が増えた	○	○	×	○	×	○	○	×	○
医療施設以外の相談（当事者・家族・教育・行政等）が増えた	○	△	×	×	×	×	○	×	○
治療連携が楽になった（治療や転院の相談）	○	△	△	△	×	△		△	○
入院期間が短くなった	△	△	△	△	×	×	○	×	△
連携前に比べて難治例・重症例が増えた	○	×	×	△	×	×	○	×	×
連携前に比べて軽症例が増えた	○	○	×	×	×	×	○	×	△
他の精神疾患と比べて診療報酬が見合わない	△	×	△	△	×	△	○	△	△
家族への支援が分からない、不足している	-	△	○	○	×	×	○	○	×
退院後に外来診療のノウハウが分からない	-	×	○	○	-	-	○	×	×

表4

都道府県人口規模	大		中		小			
	A大学	B大学	浜松医大	C大学	D大学	E大学	F大学	G大学
精神科医師数	33	30	14	15	16	14	13	17
外来摂食障害診療医師数	3	15	7	14	11	11	13	1
入院摂食障害診療医師数	3	15	11	9	15	10	7	14
心理士数	3	10	17	1	1	4	1	5
摂食障害のカウンセリングを行っている心理士数	0	0	17	1	0	4	1	0
病床数	16	28	37	36	40	43	38	41
1度に入院できる摂食障害患者の上限	4	5	15	11～12	5	6	3	5～6
年間の摂食障害入院患者人数	12～24	-	40～50	20	-	-	12	-
他県から摂食障害の外来患者受け入れ	○	○	○	×	×	×	○	△
他県から摂食障害の入院患者の受け入れ	○	○	×	×	×	×	○	△
大学病院における後期研修医（レジデント）の摂食障害診療経験の機会	△	○	○	○	○	○	○	○
	7割程度							
専門研修病院における後期研修医（レジデント）の摂食障害診療経験の機会	△	△	○	△	×	△	△	△
	少数	BNのみ						
精神保健指定医・精神科専門医の症例レポートで摂食障害の症例が使用される	○	△	○	○	○	○	○	△

表 5

都道府県人口規模	大		中		小			
	A 大学	B 大学	浜松医大	C 大学	D 大学	E 大学	F 大学	G 大学
精神科有床総合病院（心療内科を含む）	4	2	6	1	4	1	6	4
うち摂食障害の診療を行っている病院	4	0	4	1	1	1	6	4
精神科無床総合病院	不明	4	21	不明	不明	5	3	10
うち身体科と連携で摂食障害の診療を行っている病院	不明	0	不明	不明	不明	2	不明	0
精神科単科病院	不明	不明	32	33	不明	26	13	12
うち摂食障害の診療を行っている病院	1	1	9	2	0	3	1	不明
（入院可能な病院）			（7）			（1）		
児童思春期の外来診療を行っている医療機関	不明	×	不明	一部把握	一部把握	3	2	4
うち**摂食障害**患者の入院診療を行っている病院	不明	×	2	不明	1	1	1	4
うち**摂食障害**患者の外来診療を行っている病院	不明	×	不明	不明	1	2	一部把握	4
身体科で摂食障害の診療を行っている病院（内科、小児科等）		一部把握	一部把握	一部把握	不明	不明	一部把握	一部把握

表6

都道府県人口規模	大		中		小			
	A大学	B大学	浜松医大	C大学	D大学	E大学	F大学	G大学
入院治療のマニュアル化（栄養管理、行動制限療法、精神療法等）について								
入院治療のマニュアル化について	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療・行動制限療法ともにマニュアル化	身体治療・行動制限療法ともにマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療・行動制限療法ともにマニュアル化	身体治療・行動制限療法ともにマニュアル化	マニュアル化すべきだが未着手
現在、摂食障害診療を行っていない精神科有床総合病院で摂食障害の診療を担っていただくことは可能か？	既にEDの診療を行っている病院あり	不可能	既に担っている病院あり	不可能 地域に有床総合病院が大学病院以外にない	不可能	不可能 （地域に有床総合病院が大学病院以外にない）	不可能	可能 マニュアルがあれば可能
現在、摂食障害診療を行っていない精神科単科病院で摂食障害の診療を担っていただくことは可能か？	既に担っていただいている精神科単科病院あり	不可能	可能かもしれない	現在、打診中	不可能	可能 （病院はある）	不可能	現状では精神科単科病院が摂食障害の診療を担うニーズが無いと認識している。

表7

都道府県人口規模	大		中		小			
	A大学	B大学	浜松医大	C大学	D大学	E大学	F大学	G大学
相談支援								
患者・家族・医療機関等からの相談を受けることは可能か？	可能	患者数の増加が懸念	相談を受けている。	紹介先があれが可能	―	可能	紹介先があれが可能	可能
摂食障害の（患者・家族）支援や普及啓発等について行政機関（保健所・保健センター・精神保健福祉センター・障害福祉課等）と連携して事業を行うことは可能か？	マンパワーの点で困難	負担がない。研修により患者の集中が懸念される。	―	―	行政サイドに関心はないかもしれない	―	特に連携はない 啓発により患者が集中が懸念される。	―
摂食障害の治療支援センター（支援拠点病院）を設置することは可能か？	施設内に摂食障害を担当するものが事実上一人であるためマンパワーの点で困難。	―	―	設置により患者の紹介が増えることが懸念される。	―	―	今の体制で設置の必要性を感じていない。	―
支援センターを設置するに当たり障壁はなにか？・・・自由記述	施設内で摂食障害に興味・問題意識をもっているスタッフがいない。	―	―	専門外来を開設するだけで患者が増加しており、センターを設置する余力がない。	施設内で摂食障害に興味・問題意識をもっているスタッフがいない。マンパワー不足。専属で従事できる心理士が必要、	―	―	人口が少ない地域は、複数の県に１つ設置することも考えうるが、患者の居住域や治療研修の範囲が広範囲になる

【C】　全体の考察

【A】摂食障害治療および支援の全国実態調査

- 本調査の目的は、摂食障害治療体制を拡充するための課題を明らかにすることであった。
- 今回の調査対象は、摂食障害を診療している可能性の高い施設であり、日本の医療機関全体の状況の把握ではなく、摂食障害診療により積極的な医療機関の状況を反映したものと思われる。
- 従来指摘されてきた通り、総合病院精神科・有床と病院心療内科は一施設で多数の外来患者、入院患者を診療する施設が多かったが、単科精神科病院であっても多数の患者を診療している施設があることがわかった。単科精神科病院が摂食障害治療により積極的になれば、総合病院等への集中が緩和されると思われ、単科精神科病院の参加を促すことが重要である。
- 精神科、心療内科ともに低年齢になるほど対応可能な医療機関の割合は少なく、児童精神科医のいる総合病院のみならず、小児科での摂食障害診療の充実や、精神科、心療内科との連携が必要である。
- AMED「精神科領域における摂食障害の連携指針」では、単科精神科病院では BMI が 14 未満の著しい低体重の入院治療は困難としているが、本調査で回答した単科精神科病院では 14 未満に対応可能が多かった。連携指針を地域の医療機関の実績に合わせて柔軟に適用できる可能性が示唆された。
- 外来の治療目標として「初期対応」、「疾病教育」、「体重増加」、「規則正し食生活の回復」、「環境調整」は、総合病院精神科・有床や単科精神科病院、心療内科病院では高率に設定されていたが、総合病院精神科・無床や精神科・心療内科の診療所、小児科や内科では割合が低かった。これらの施設でも疾病教育マテリアルや心理職の活用など、実施率を上げる対策が求められる。「中核病理」に対するアプローチは精神科や心療内科でも 4－5 割にとどまるため、に充実が課題である。
- 入院診療の目標は、「身体的危機」は総合病院精神科・有床や心療内科病院、小児科で割合が高く、「体重増加」は、総合病院精神科・有床や単科精神科病院、心療内科病院で、「心理的危機状態に対する避難」は総合病院精神科・有床や単科精神科病院において割合が高かった。今回の結果を踏まえて、各施設の特性に合わせた連携や対策を立てる必要がある。
- 小児科においては入院で摂食障害の心理的問題が十分扱えないと思われ、小児科領域での心理的介入方法の周知や精神科・心療内科との連携や、心理職の活用など対策が必要と思われる。
- 食事摂取が困難な場合の対応は、総合病院精神科・有床では「医療保護入院」や「身体拘束」の選択が８－９割と高く、身体的な重篤性から選択せざるを得ないものと思われた。小児科や内科では治療拒否があれば、対応は難しく、精神科・心療内科との連携が必要と考えられた。治療拒否への対応の在り方は重要な検討課題と思われる。
- 認知行動療法の実施割合は神経性やせ症 28%、神経性過食症 22.5%と低く普及は不十分である。全体の 4 分の 3 で実施が困難と感じており、実施するスタッフがいないことが最大の障害であった。神経性過食症に対して保険収載されているが、算定割合は 21%と低かった。実施者医師の場合、保険点数が低く、通院精神療法に比べて、算定するメリットが少ないためと考えられる。人的資源の課題の解消も含めて、心理職が保険点数を算定できるようにすることで普及が促進されると期待される。神経性過食症よりも、神経性やせ症の方が、むしろ実施割合は高く、神経性やせ症に対しても保険収載されることが望まれる。
- 摂食障害患者が入院できる病床をもつ 201 施設のうち､昨年度 1 年間に｢摂食障害入院医療管理加算｣算定は 23.5%に留まった。算定の障壁として「年間の新規入院患者数が 10 人以上」を半数以上の施設が回答し、1 年間の新規入院患者数をみても「1～9 人」の施設が 51.9%であった。新規入院患者数

が算定基準に入っている根拠も明確でなく、入院受け入れを促進するためには、新規入院患者数の基準の緩和が求められる。

- BMI13 未満の極度の低体重の「精神科身体合併症管理加算」算定や「摂食障害入院医療管理加算」との同時算定の割合は低かった。心療内科や内科では算定ができない。精神科身体合併症管理加算ではなく、摂食障害入院医療管理加算の増額で対応することも検討されるべきと考えられる。
- 摂食障害について連携できる他医療機関あるのは 7 割程度であった。精神科、身体科ともに精神科への連携割合は高かったが、精神科から身体科への連携割合は低かった。AMED「身体科領域の摂食障害の連携指針」を活用するなど、精神科から身体科への連携を促す必要があると思われた。
- 摂食障害に関する地方自治体との連携が 84 施設、地域連携会議の開催経験が 43 施設、積極的な情報発信が 45 施設、研修開催が 31 施設あり、地域連携に積極的な施設として支援していくことが必要である。
- 福祉との連携割合は全体で 26.6%、精神科総合病院・有床や単科精神科病院では 6 割弱であったが、他は 1～3 割であった。連携ができている施設のほとんどは PSW を活用していた。医療圏内に摂食障害に対応できる事業所があるのは精神科総合病院・有床や単科精神科病院でも 2～3 割に過ぎず、福祉との連携や活用は不十分である。摂食障害は長期化しやすく、社会的機能にも影響が大きいため、生活や社会復帰への支援が重要課題である。
- 学校との継続的な連携の割合は約 2 割、自助会・家族会の設立や運営への関与は 5%と割合は低かったが、取り組みに着目し、調査、検討、モデル化して広めていくことが課題であろう。
- 73%の施設が摂食障害の研修に興味があると回答、外来治療、心理療法、家族への対応への関心、夜や週末、短期間、ウェブでの開催の要望が高かった。摂食障害治療支援センター設置運営事業等の今後の研修に反映させていくことが課題である。
- 精神保健福祉センター配布資料に 117 施設が、摂食障害情報ポータルサイトに 109 施設が掲載を許可すると回答した。医療機関の理解と協力を得ながら、治療施設リストの公開等を通じて、情報へのアクセスを改善することが引き続き課題である。
- AMED「精神科領域における摂食障害の連携指針」「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内」「身体科領域の摂食障害の連携指針」「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」に対し 7～8 割が役に立つとの回答をえた。今後、指針の普及と効果の検証が課題である。

【B】摂食障害の治療および支援の好事例の調査と提示

本調査の目的は、新たな支援センター設置のための課題を明らかにすることであった。具体的には、支援センターを基点とした治療支援体制構築の好事例として、「静岡モデル」「千葉モデル」を取り合上げ、それぞれの支援体制構築の課題と解決のノウハウを提示ことであった。

千葉モデルの調査と提示

- 千葉県支援センターは首都圏にあり、人口が多く、複数の大学病院と多数の医療機関がある。そのため、ネットワーク構築には行政との連携が重視された。
- 東京に隣接した地域にあることから、支援センター設置により、多数の摂食障害患者が集中して受診することが、懸念された。そこで千葉県職員の職員とともに県内の医療機関の訪問や研修会開催などの医療連携活動を実施したところ、協力医療機関が増加し、結果的に、支援センターを設置した病院に、受診患者数や入院患者数が増加しなかった。

■ 支援センターの役割として、摂食障害患者が近隣で専門的な医療を受けられること、プライマリ・ケアからスムーズに専門的な医療機関に紹介されるようにすることが課題となった。そこで、県内の医療機関に摂食障害に関して連携可能な医療機関やその患者の受け入れ条件、診療内容を調査した。その結果、各診療科、施設の診療内容・実態が把握でき、医療機関の特性に合わせた役割分担、連携の方針を立てることが可能となった

■ 今後の方針として、BMI15 kg/m² 未満の患者の診療を当面は総合病院心療内科・総合病院精神科が対応し、県内の BMI1３kg/m² 以下の摂食障害治療施設の摂食障害患者用に運用可能な病床数を把握することを計画している。身体科で医療連携可能な施設には、精神科診療所と連携をし、点滴療法、心電図検査、経鼻経管栄養を依頼する計画である。身体科用初期診療の手引きを準備する計画である。

■ 以上のように、千葉モデルでは、県の職員の協力により、県内の医療連携をすすめることで、支援センターを設置しても必ずしも患者が集中することはないこと、県内の医療機関に連携の可否や診療実態の調査を行うことで、個々の医療機関の特性に合わせた役割分担、連携の方針を立てることが可能となることが示された。

静岡モデルの調査と提示

■ 静岡県支援センターがある浜松医科大学精神科は摂食障害の身体管理マニュアルや包括的治療システムを開発し、院内の診療体制を整備していた。協力病院では既に摂食障害治療が行われていた。

■ 支援センター設置前に、協力病院から、身体的問題への対処できるか、施設間連携が機能するのかどうか、スタッフが疲弊するのではないかという不安が示された。そこで、連携を開始するに当たり、施設間での転入院の BMI の基準を明確化した。また、治療支援センターからスタッフ派遣による研修を開催した。その結果、協力病院では入院・外来患者数が増えたが、協力病院間の治療連携を促進された。しかし、児童思春期専門の病院での精神科と小児科との連携が課題として残された。

■ 7 つの大学病院精神科に静岡モデルの適応の可能性について、ヒアリングを実施したところ、1 大学を除いて、支援センターを設立することには消極的であった。その理由として、事業に従事するスタッフのマンパワー不足、支援センター設立による患者数の増加の懸念、他の医療機関の協力が得られない懸念、地域の摂食障害の診療状況を十分把握できていないことがあげられた。

■ 大学病院のマンパワー不足は、全国の大学病院でも共通の問題であると考えられる。今回の調査結果からも、大学病院内で摂食障害の診療体制が確立していないこと、専門医制度上の専門研修医療機関で後期研修医が摂食障害の診療をする機会ないこと、摂食障害治療の教育体制も確立していないことが、治療者が増えない要因と考えられた。

■ 人口規模が大～中程度の都道府県は、患者の受診集中は大きな不安材料であることがわかった。解決策として、診療対象地域を二次医療圏や行政区等に限定して事業を開始し、設立初期の業務負担を少なくするなどの工夫が考えられた。

■ 静岡モデルでは、協力病院間での転入院の BMI の基準を明確化することや、治療支援センターからスタッフを派遣して研修をおこなうことで、協力医療機関の連携が促進されることが示された。

■ 今回の大学病院精神科への静岡モデルの適応のヒアリングにより、支援センター設立に消極的な大学が多いことと、その要因が明らかになり、課題と対策の方向性が示された。

【D】　政策提言

1）摂食障害の標準的治療の普及のための課題と対策について

■ 摂食障害治療の教育体制の確立すること

標準的な治療目標の設定は、総合病院精神科有床や単科精神病院、心療内科病院でも十分な割合とは言えず、無床の総合病院精神科や診療所、小児科や内科では疾病教育でも低い割合であった。摂食障害の標準的治療の教育体制の確立が必要である。教育体制や教育内容は診療ガイドラインや、専門医制度とも関係しており、関連学会とも連携しながら摂食障害の教育体制を確立していくことが必要である。

■ 小児科領域での標準的治療の普及を推進すること

低年齢の摂食障害患者に対しては他の診療科で対応できないことが多く、小児科の役割は大きい。今回の調査で小児科では摂食障害の心理的問題が十分あつかえておらず、入院でも体重増加を目標にしていないなど標準的治療は普及していない。小児科領域での治療指針や治療・対応マニュアルの研究開発など標準的治療普及ための対策が必要である。

■ 摂食障害診療に心理職を積極的に活用すること

摂食障害の「中核病理」に対するアプローチは精神科や心療内科でも不十分である。認知行動療法をはじめとして、心理療法・精神療法の実施率は低く、実施するスタッフがいないことが一番大きな要因である。心理療法・精神療法の実施者は医師の次に公認心理士・臨床心理士の割合が高いことから、心理職を積極的に活用することが必要である。そのためには、後に述べるように診療報酬上の裏付けが必要である。

2）摂食障害の支援の充実のための課題と対策について

■ 摂食障害に対応できる福祉の事業所やサービスを充実すること

摂食障害に対応できる障害者福祉等サービス事業所、相談支援事業所などが少ない。摂食障害は若年期に多く発症し、長期化しやすく、罹患者の心理社会的機能への影響が大きいため、生活への支援や社会復帰への支援が重要課題であり、摂食障害に対応できる事業所やサービスの拡充が必要である。

3）地域医療連携構築のための課題と対策について

■ 地域連携における各医療機関の役割を明確にすることと、地域医療連携を行政が支援すること

地域医療連携の構築には、地域の医療機関の摂食障害の診療状況や実績を把握すること、摂食障害の医療機関の連携における役割を明確にしていくこと、連携拠点医療機関の努力だけでなく行政が支援すること、が必要である。

4）摂食障害の診療報酬の改定の根拠について

■　摂食障害入院管理加算の算定基準を緩和すること

摂食障害患者が入院できる病床をもつと回答した施設のうち、昨年度 1 年間に「摂食障害入院医療管理加算」算定は 23.5%に留まった。算定できない理由として「年間の新規入院患者数が 10 人に満たない」が 52.2%と最も多かった。昨年度 1 年間の新規入院患者数は「1～9 人」と算定基準未満が 51.9%を占めた。なかでも新規入院患者数が 1 から 3 名の施設の割合が大きいことから、「年間の新規入院患者数が 10 人以上」の基準をなくすなどの算定基準緩和が提言される。

「精神科身体合併症管理加算」算定は 25.0%、両者の同時算定も 11.5%に留まったことから、BMI13 未満の極度の低体重で身体合併症のリスクの高い摂食障害患者の管理に対する診療報酬のあり方も検討すべきである。

■　心理職（公認心理師）が認知行動療法を実施した場合も保険点数を算定できるようにすること

神経性過食症に対する認知行動療法の実施経験のある 61 施設のうち、保険点数を算定していたのは、13 施設 21.3%に過ぎなかった。算定できない／しない理由は、通院精神療法や心身医学療法での算定が 59.6%と最も多く、次いで公認心理師、臨床心理士が算定できないこと、診療報酬上のメリットがないことであった。実施者が医師の場合、認知行動療法保険点数が低く、通院精神療法に比べて、算定するメリットが少ないことはかねてより指摘されてきた。認知行動療法の実施が困難な理由も、「実施するスタッフがいないから」（74.3%）が最多であり、認知行動療法の算定を増やし、認知行動療法を普及させるためには、心理職が実施した場合も保険点数を算定できるようにするべきである。

■ 神経性やせ症に対する認知行動療法の保険収載に向けての検討を行うこと

神経性やせ症患者に認知行動療法を実施した経験がある施設は 98 であり、神経性過食症の 61 施設を上回った。現在、認知行動療法で保険点数を算定できるのは神経性過食症のみであるが、海外では神経性やせ症に対しても認知行動療法の有効性が示されている。神経性やせ症に対しても保険収載についても検討するため、効果検証や研修システムの開発を行うべきである。BMI15 未満の重度の低体重でも半数以上の施設が実施しており、入院での認知行動療法の適応も検討されるべきである。

5）支援センターの増設に向けて

■　地域連携に積極的な医療機関に、支援センターによる好事例を提示すること

全国実態調査により摂食障害に関する地方自治体との連携、地域連携会議の開催、積極的な情報発信、研修開催などの、地域連携に積極的な施設が抽出された。

好事例として千葉県支援センターと静岡県支援センターの治療支援モデルが提示された。静岡モデルについて、7 大学病院で適応の可能性についてヒアリング調査され、事業にかかる人的資源や、支援センター設立による患者数の増加の懸念、他の医療機関の協力が得られない懸念、地域の摂食障害の診療状況の把握が不十分であることなどの課題が示された。

本事業で提示された好事例は、これら支援センター設立に向けての課題、懸念への対策が示されている。地域連携に積極的な医療機関に対して、本事業の好事例を提示し、治療支援モデルの普及に役立てるべきである。