

エキスパートコンセンサスによる

摂食障害に関する 学校と医療の より良い連携のための 対応指針

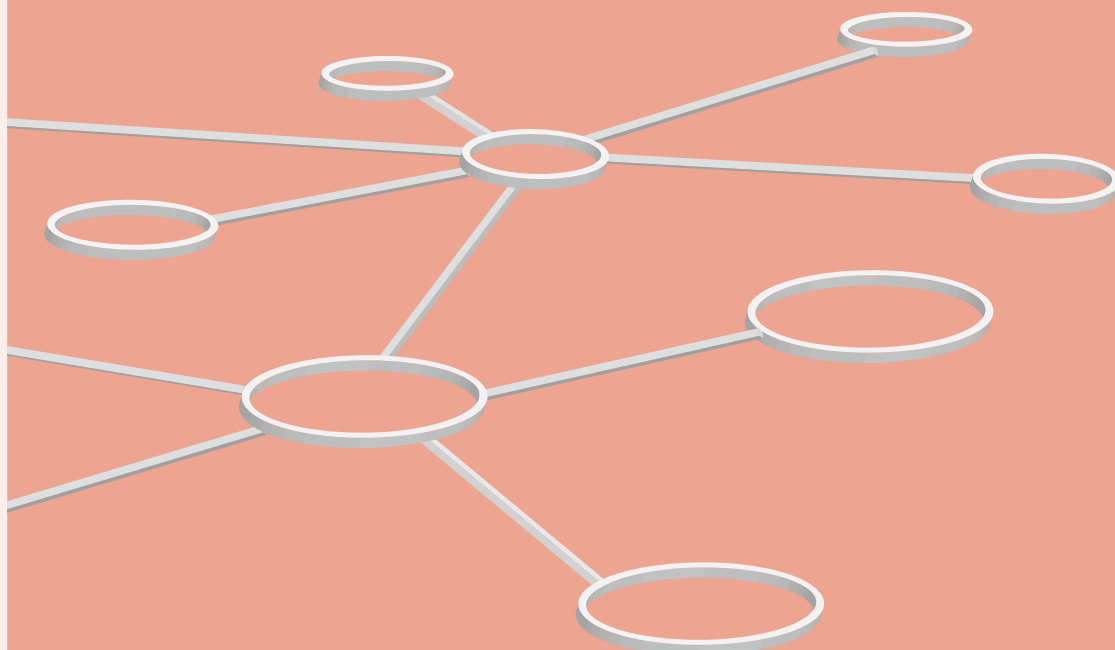
小学校 版

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
研究代表者 安藤哲也

摂食障害に関する

学校と医療のより良い連携のための
対応指針作成委員会





趣旨

摂食障害には生涯のうちに女性の約10人に1人、男性の約100人に1人がかかる頻度の高い疾患です。青年期は、摂食障害が初発することが最も多い時期です。また学童期から発症する場合も少なくありません。摂食障害にかかるると心身の成長・発達が妨げられることや、長期間にわたってその人の健康状態、個人、家庭、社会生活が影響される可能性があります。生命の危険や、骨粗鬆症などの後遺症の可能性もある重篤な疾患です。摂食障害からの早期の回復のためには、できるだけ早いうちに、体重減少や症状が軽いうちに発見して対応し、治療することが大切です。摂食障害患者は自らが病気であるという認識や、その重篤さに対する認識が乏しいという特徴があり、そのためみずからすすんで援助や治療を求めようとはしない傾向があります。家族も子どもの摂食障害に気づいていないことが少なくありません。日常的に児童、生徒、学生の心身の健康状態を観察・把握し、健康相談や保健指導に従事している養護教諭や保健管理担当者は、摂食障害を早期に発見し、早期に治療・支援につなげる上で、とても重要な立場にあります。しかし、摂食障害が疑われる児童生徒、学生にどのように気づき、アプローチしたらよいのか、家族にどう説明したらよいのか、学校内の関係する教職員とどのような協力体制を作ったらよいのか、どうやって医療機関と連携したらよいのか、難しい判断や対応を迫られることが多いことでしょう。本指針がそのような場合の助けになることを、そして児童や生徒、学生の心身の健康と可能性ある未来を守るために役立つことを願っています。

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
摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会
研究代表者 安藤哲也



本指針について

タイトル

エキスパートコンセンサスによる
「摂食障害に関する学校と医療の
より良い連携のための対応指針」

目的

本指針の目的は児童が摂食障害を発症してから専門的な治療が開始されるまでの期間が短縮されること、もしくは摂食障害を発症してから医療機関を受診するまでの期間が短縮されること、受診した時の重症度が軽減することです。すなわち、発症後早期に、症状が軽いうちに医療機関で治療を受けられるようにすることです。

トピック

摂食障害の早期発見と早期介入、すなわち摂食障害を疑われる児童を早期に見つけ、援助をすることです。

想定される利用者

養護教諭

重要課題

本指針は摂食障害についての次の重要な課題に取り組む際に抱く、さまざまな疑問を集め、それに対する回答を作成し、エキスパートのコンセンサスを得て、推奨する対応をまとめました。

1. 早期に発見すること
2. 早期に受診させること
3. 治療中の児童への対応や治療中断したときの対応
4. 継続的に支援すること
5. 予防や啓発について

指針がカバーする範囲

本指針は養護教諭が児童の摂食障害を認知し、リスクを評価し、話を聞き、安心と情報を与え、専門的な支援を勧めること、保護者、教職員、スクールカウンセラー、医療機関などの必要な関係者との連携をとること、学校内で可能な範囲の介入や支援、経過観察を行うことについてカバーしています。



本指針の使い方

- この指針は、摂食障害の対応に関して、エキスパート（養護教諭、スクールカウンセラー、小児科医、婦人科医、内科医、心療内科医、精神科医）の意見を集約した「エキスパートコンセンサス」（専門家の合意）に基づき、小学校での対応を編集したものです。
- 学校によって関わる職種は異なると思いますが、摂食障害への対応は、学校内の連携、学校と医療の連携、そして、学校と家族との協力が不可欠です。一人の教職員や養護教諭だけが対応するのではなく、チームで対応することが必須だと思われれます。
- 児童が各学校で過ごすのは通常は6年間ですが、中学校進学後や将来にわたっての健康も視野に入れた対応が望まれます。
- 摂食障害は、他の疾患と同じく、早期の発見と援助が非常に重要です。しかし、診断がはっきりしていない段階での治療の勧めに対し、「精神疾患というレッテルを貼ってほしくない」という意識を持つ家庭もあります。このような場合は、心配な点について伝えつつ、診断については最初から決めつけるのではなく、「受診しなくては病状の評価は難しい。受診してよく相談してみてもどうか」という対応が必要になります。
- 発達障害等については、「個性の一部として受容する」というような考え方も浸透してきています。摂食障害についても、本人が問題を認識していない場合が多いこともあり、「見守っているだけ」で何か月も経過してしまい、進行が速い小学生では、その間にさらに体重が急激に下がる場合も少なくありません。第一部では、受容する、見守るだけではなく、どのようなアクションを取ればよいかを示しています。学校内の関係者でよく共有して、タイムリーに適切な対応をすることが望まれます。
- 摂食障害の病状の評価は、検査データだけではなく、体重、血圧、脈拍、体温、心電図、身体診察、日々の行動や精神状態などの総合評価と、それらが時間的にどう変化しているかについての判断が必要になります。1回の採血では異常が見られないこともありますが、「検査で異常がないから問題がない」わけではないという点には、本人や保護者にも注意を促すことが必要です。この指針でも、肥満度だけでなくそれ以外の指標も示し、発見のきっかけとなる徴候をできるだけ多く示すことを心がけました。
- 第4部のレーダーチャートを見ると、見逃しやすい症状や、見えてはいても病気の症状とは認知されにくい症状などがわかります。学校内、あるいは、場合によっては、保護者との話し合いなどでチャートを活用することもできます。



摂食障害は、過度の食事制限や過食・嘔吐などの食行動の異常と、体重や体形、食事に対する認知や感情の歪みが続く病気です。体重・体形・食事へのこだわり、栄養障害や身体合併症、精神併存症のために心身の成長・発達が妨げられ、健康、心理的社会的機能が障害されます。学業が困難になるだけでなく、適応、自立、対人関係等の学童期・青年期の重要な発達課題に取り組むことも難しくなります。

摂食障害はいくつかのタイプに分かれます。小学校から中学校ではほとんどが神経性やせ症です。小児期早期では回避・制限性食物摂取症も重要です。高等学校から大学の年代では神経性やせ症の頻度がさらに増加するだけでなく、神経性過食症やその他の摂食障害が急増し、大きな割合を占めるようになります。

女性の神経性やせ症の頻度は中学生で0.32%、高等学校から大学では0.43%、神経性過食症は高等学校から大学で2.32%と報告されています。男性は女性の10分の1程度の頻度とされていますが、もっと多い可能性があります。現代の日本においては、摂食障害は性別・年齢、その他の属性にかかわらず誰もがかかりうる疾患といえます。

摂食障害は遺伝的要因や出生前・後の様々な環境要因が複雑に関係してかかる疾患であり、何か特定の原因で起こるものではありません。多くの場合、ダイエットやストレス、胃腸の不調などによる食事摂取の低下、体重の減少が発症の引き金となります。ある時点から自分の意志では摂食をコントロールすることができなくなり病気に発展します。

神経性やせ症：摂取カロリーを制限し、やせが持続します。子どもの場合、期待される体重の増加がみられないことで明らかになります。太ることに強い恐怖があり、体重増加を妨げる行動が続きます。やせているのに丁度いい、あるいは太り過ぎていると感じる（ボディイメージの障害）、自尊心が体重・体形に極端に左右される、やせの重篤さの認識が乏しいなどの特徴があります。しかし、年少者ではやせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの障害が明確でないことが少なくありません。初めは食事制限や運動でやせていきますが、約半数の患者で、途中からコントロールできない過食や嘔吐、下剤乱用などがはじまります。

神経性過食症：短時間に大量の食物を食べ、自分ではコントロールすることが困難な「過食」を繰り返します。体重が増えないように食べたものを嘔吐することや、下剤の乱用、食事制限や絶食、過度の運動などの不適切な代償行動を繰り返します。神経性やせ症と同様にやせ願望や肥満恐怖、自己評価が体重・体形の自己評価に過度に影響するなどの特徴を備えています。

過食性障害：神経性過食症と同様に過食を繰り返しますが、不適切な代償行動は行いません。肥満している割合が高いとされています。比較的高年齢から発症します。

回避・制限性食物摂取症：食物摂取を回避・制限する結果、体重減少や栄養不足がおきる疾患です。ボディイメージの障害はなく、食物の外見、色、臭い、食感、温度、味に過敏である、窒息や嘔吐を恐れる、食べることや食物に無関心である、などの理由で食物摂取を回避します。多くが幼児期や小児期早期に発症します。

治療は、病気についての教育、信頼関係の構築、回復への動機づけ、栄養と体重の回復、規則正しい食事、摂食障害の病理や身体合併症や精神併存症の治療、家族に対する支援などからなります。体重低下が強いなどの重症の場合は入院が必要です。回復には通常、何年もの期間を要し、ぶり返すこともあるため、根気強い治療と対応が必要となります。なお、摂食障害の詳細な情報については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をご参照ください。

摂食障害全国基幹センター

“摂食障害情報ポータルサイト”

専門職の方

www.edportal.jp/pro

【対象】医療従事者や保健師、心理職、養護教諭など専門職の方

一般の方

www.edportal.jp

【対象】摂食障害で悩むご本人や保護者・家族、学校の先生など一般の方



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
摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成委員会

*五十音順

研究代表者

安藤哲也 国立精神・神経医療研究センター 心身医学研究部 ストレス研究室長

分担研究者（摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針作成ワーキンググループ）

ワーキンググループ代表

高宮静男 西神戸医療センター精神・神経科 医師
中里道子 千葉大学大学院医学研究院精神医学 特任教授
西園マーハ文 白梅学園大学子ども学部発達臨床学科 教授

ワーキンググループメンバー

生野照子 社会医療法人弘道会ないわ生野病院心療内科 部長
作田亮一 獨協医科大学越谷病院小児科子どものこころ診療センター 教授
鈴木眞理 政策研究大学院大学保健管理センター 教授

分担研究者（同ワーキンググループ以外）

石川俊男 国立国際医療研究センター国府台病院心療内科 医師
井上幸紀 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学 教授
菊地裕絵 国立精神・神経医療研究センター 心身医学研究部 心身症研究室長
甲村弘子 大阪樟蔭女子大学大学院人間科学研究科 客員研究員
須藤信行 九州大学大学院医学研究院心身医学 教授
竹林淳和 浜松医科大学附属病院精神科神経科 講師
福土 審 東北大学大学院医学系研究科行動医学分野 教授
宮岡 等 北里大学医学部精神科学 主任教授
吉内一浩 東京大学医学部附属病院心療内科 准教授
和田良久 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 客員講師

指針作成協力者

大波由美恵 神戸市立井吹台中学校 養護教諭
小原千郷 国立精神・神経医療研究センター 心身医学研究部 流動研究員
加地啓子 神戸市立星陵台中学校 養護教諭
河上純子 お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

アンケート調査協力者

井口敏之	星ヶ丘マタニティ病院小児科 小児科医	加地啓子	神戸市立星陵台中学校 養護教諭
生野照子	社会医療法人弘道会ないわ生野病院 心療内科 心療内科医	唐木美喜子	兵庫県立学校 養護教諭
石川真紀	千葉県精神保健福祉センター 精神科医	川畑智美	兵庫県立学校 養護教諭
井上 建	獨協医大越谷病院 子どものこころ診療センター 小児科医	北山真次	姫路市総合福祉通園センター 小児科医
岩井浩子	兵庫県立学校 養護教諭	小柳憲司	長崎県立こども医療福祉センター 小児心療科 小児科医
宇都和代	たかみやこころのクリニック 臨床心理士	鈴木眞理	政策研究大学院大学保健管理センター 内科医
大浜俊幸	千葉大学総合安全衛生管理機構 精神科医	高倉 修	九州大学大学院医学研究院心身医学 心療内科医
大谷良子	獨協医大越谷病院 子どものこころ診療センター 小児科医	高柳佐土美	養護教諭
大波由美恵	神戸市立井吹台中学校 養護教諭	永光信一郎	久留米大学小児科 小児科医
大西利恵	兵庫県立学校 養護教諭	中牟田若葉	神戸市立学校 養護教諭
大森美湖	東京学芸大学保健管理センター 精神科医	服部紀代	私立中学校・高等学校 養護教諭
岡田あゆみ	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学 小児科医	花澤 寿	千葉大学教育学部 精神科医
長部ひとみ	東京学芸大学保健管理センター 看護師	松岡珠実	保健師
		矢式寿子	広島大学保健管理センター 保健師
		若林邦江	元東京都公立学校 スクールカウンセラー

本指針は、平成26年度～平成28年度において厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「摂食障害の診療体制整備に関する研究」（研究代表者 安藤哲也）を受け、ワーキンググループ研究のひとつとして実施した研究成果に基づき、平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「摂食障害の診療体制整備に関する研究」（研究代表者 安藤哲也）により作成したものであり、委員会全体の成果物である。



目次

第1部	低栄養から判断する保健室での対応のエキスパートコンセンサス	1
	【段階1】他の児童より密に経過を見る段階	2
	【段階2】学級担任・学年教師等と見守り体制を作る段階	2
	【段階3】保護者に連絡する段階	3
	【段階4】学校医に連絡や相談をする、本人や保護者に受診を勧めるなど医療につなげるための行動をとる段階	3
	【段階5】受診を強く勧める段階	4
	【段階6】緊急な対応が必要な段階	4
	肥満度以外に、保健室で観察される事項による対応	5
第2部	健康診断から受診、治療サポートまでのエキスパートコンセンサス	6
	1. 健康診断（身体と体重の測定）	6
	(1) 身体測定の頻度	6
	(2) ハイリスク者のフォロー	6
	2. 受診の勧め	7
	(1) 本人・保護者への受診の勧め	7
	(2) 受診を勧めるにあたり気をつけること	8
	(3) 保護者への受診の勧め	9
	(4) 受診を勧めても拒否的な場合の対応	10
	(5) 他の児童から摂食障害らしい児童について相談があった場合の対応	11
	3. 治療サポート	12
	(1) 治療中の児童への対応	12
	(2) 治療中の児童に対して気をつけること	13
	(3) 医療機関と学校の連携	14
	(4) 治療中の児童についての校内の連携体制	15
	(5) 教職員・スクールカウンセラーなどと連携する場合の情報共有	16
	(6) 治療を中断した児童に対する対応	17
第3部	啓発に関するエキスパートコンセンサス	18
	1. 学校現場で知っておきたい思春期の一過性のダイエットと摂食障害の違い	19
	2. スポーツ指導者に知っておいてほしいこと	20
	3. 保健教育などで小学生に知っておいてほしいこと	21
第4部	レーダーチャートで見える諸症状	22
	1. 発見して共有しやすい症状	23
	2. 発見しにくい症状・病的だと気づきにくい症状	24
付録	1. 事例	27
	2. 紹介状の例	29
	3. 子ども版 EAT26 日本語版	31