

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 好実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 聰樹 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とこと、支援の受け皿が少ないとことがあげられる。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

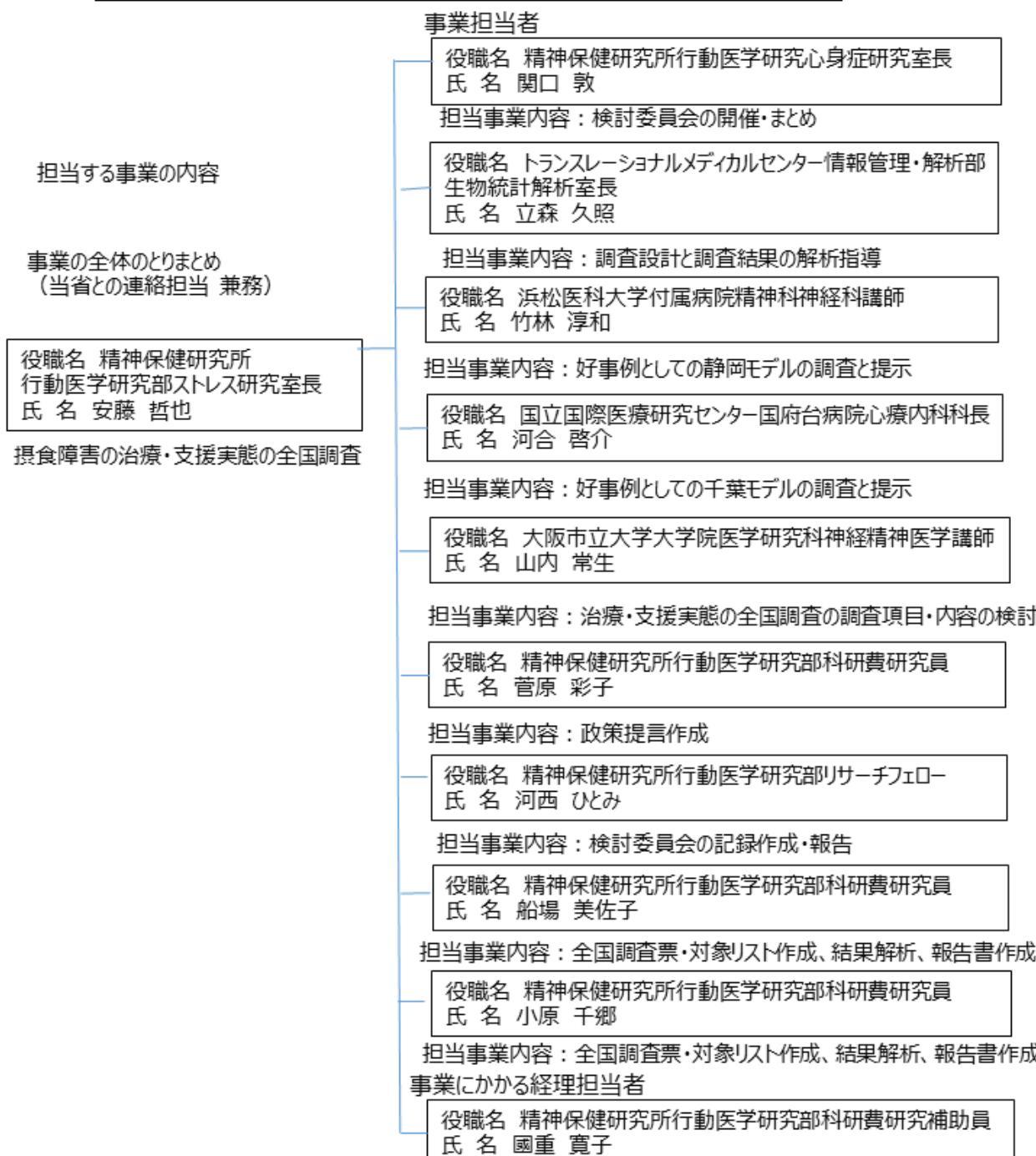
本調査の目的は、新たな支援センター設置のための課題を明らかにすることである。具体的には、支援センターを基点とした治療支援体制構築の好事例として、「静岡モデル」「千葉モデル」(後述)を取り上げ、それぞれの支援体制構築の課題と解決のノウハウを提示する。

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学による調査の実施状況の報告と解析結果の報告受けで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。

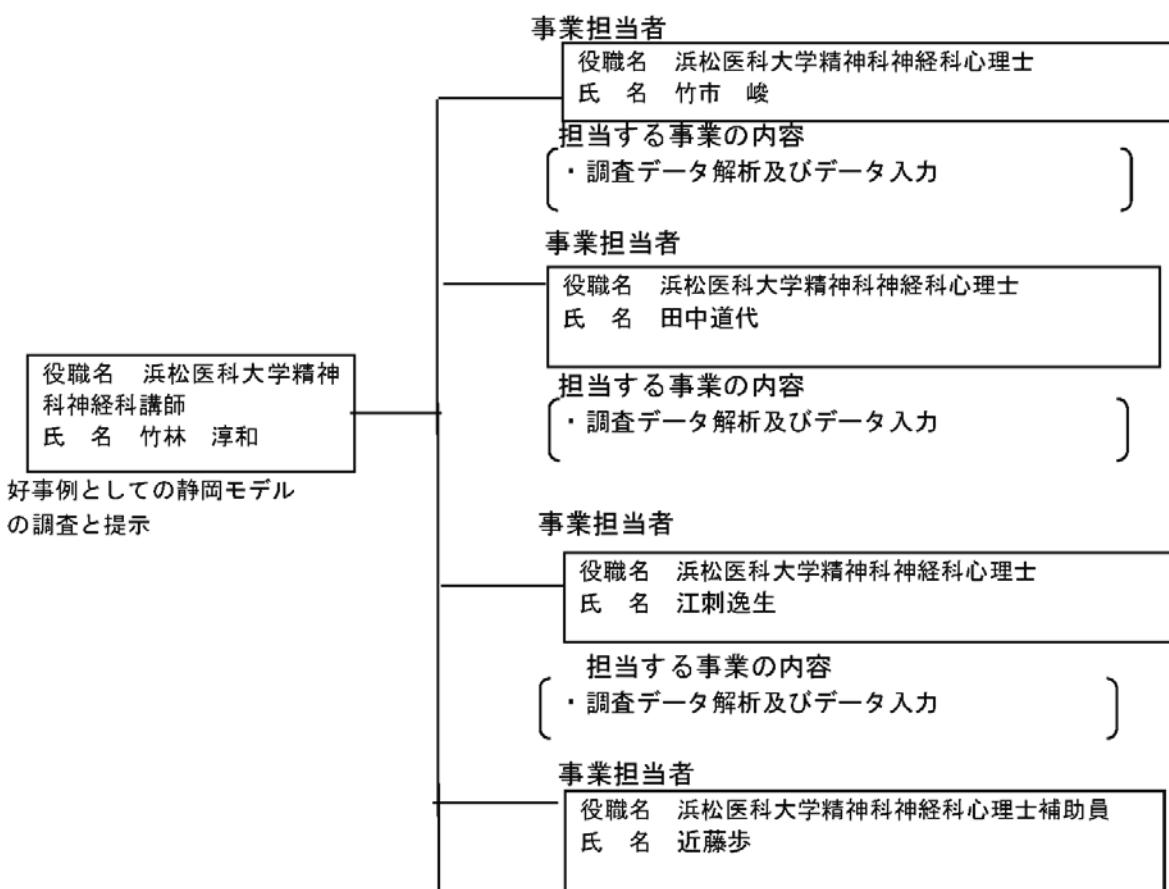
事業の実施体制（1）

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



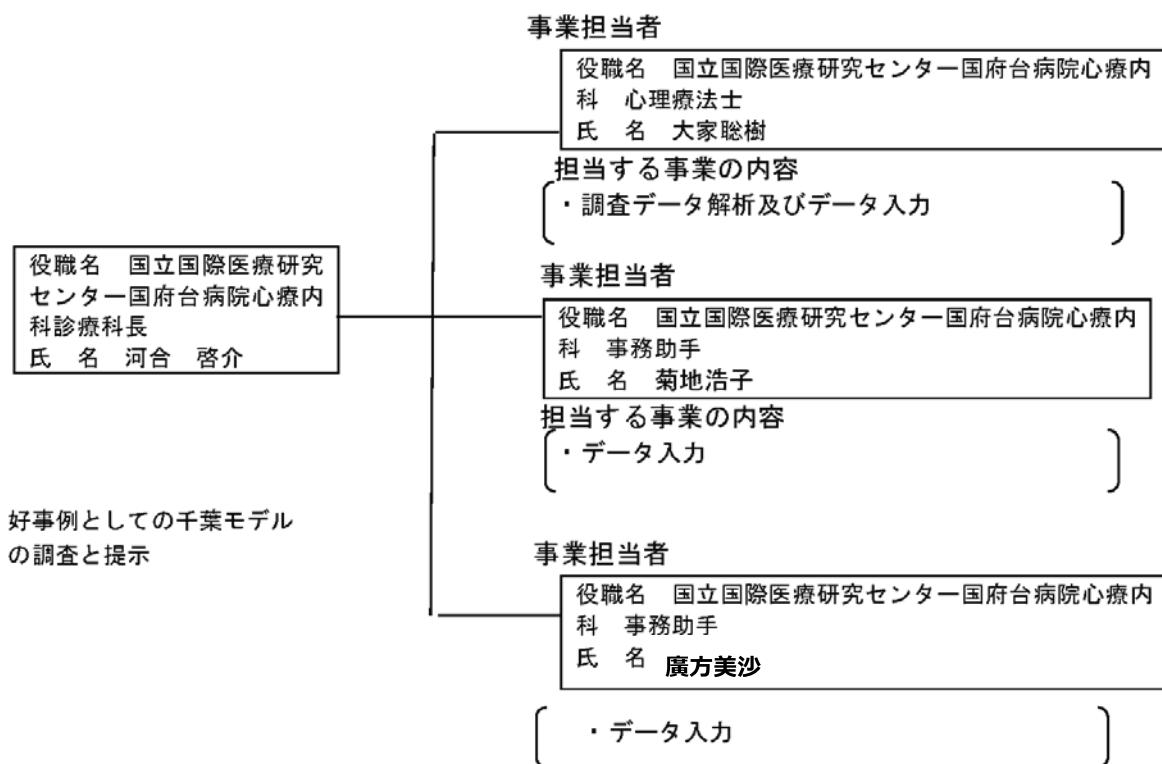
事業の実施体制（2）

（事業実施体制（1）の浜松医科大学精神科神経科に続く）



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）



【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）、③ NCNP 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、摂食障害医療に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委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）を調査対象診療科目毎に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と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
診断別の人數（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
診断別の人數（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. 摂食障害に関する連携について

- 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%となつ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

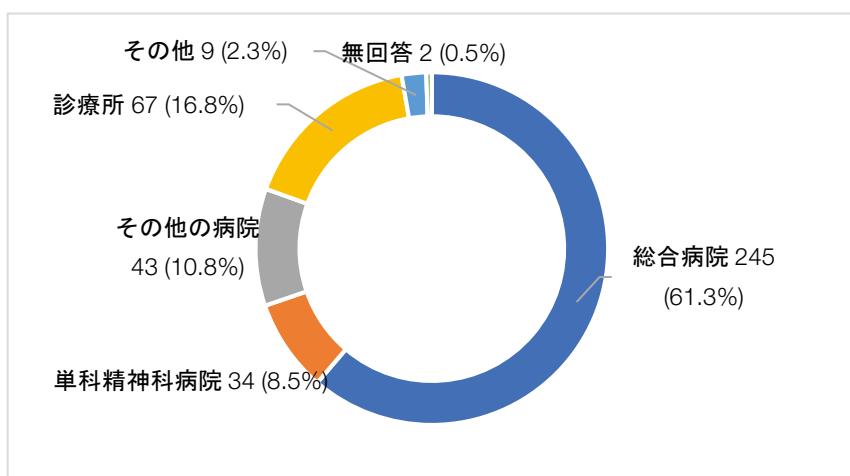
I. 施設情報

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。

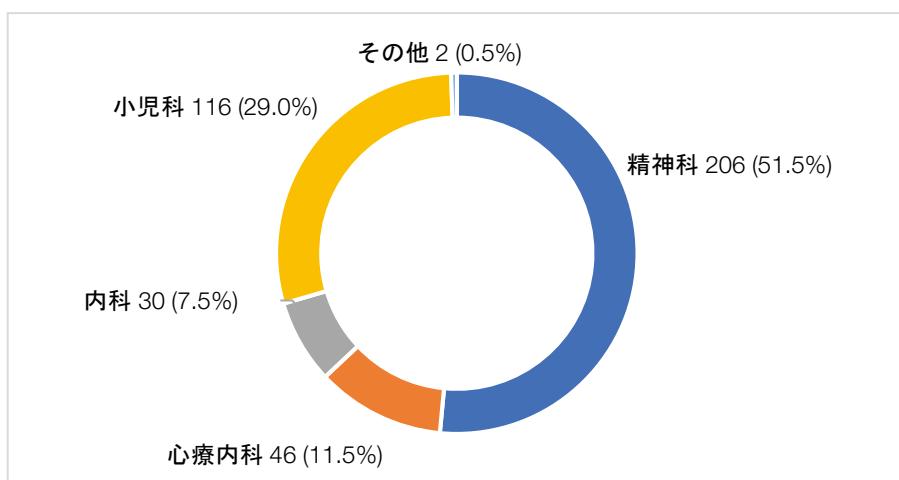
Q1.4. 施設区分

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

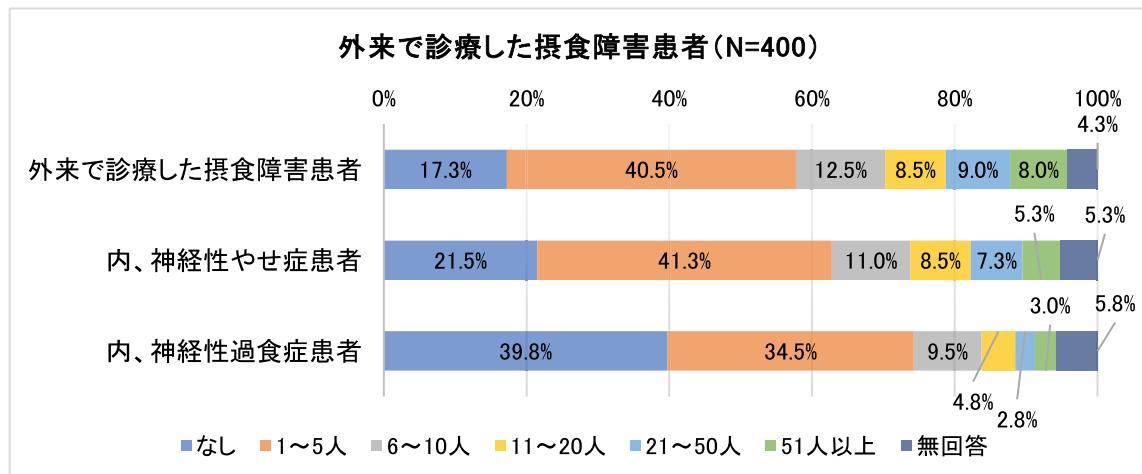
さらに、摂食障害の診療における施設の役割を考慮して、回答施設を診療科と施設区分、病床の有無の組み合わせにより以下のように分類しての集計も行った。

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	—	—
④精神科・診療所	48	4 診療所	1 精神科	—
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	—
⑥心療内科・診療所	17	4 診療所	2 心療内科	—
⑦小児科	116	—	4 小児科	—
⑧内科	30	—	3 内科	—
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

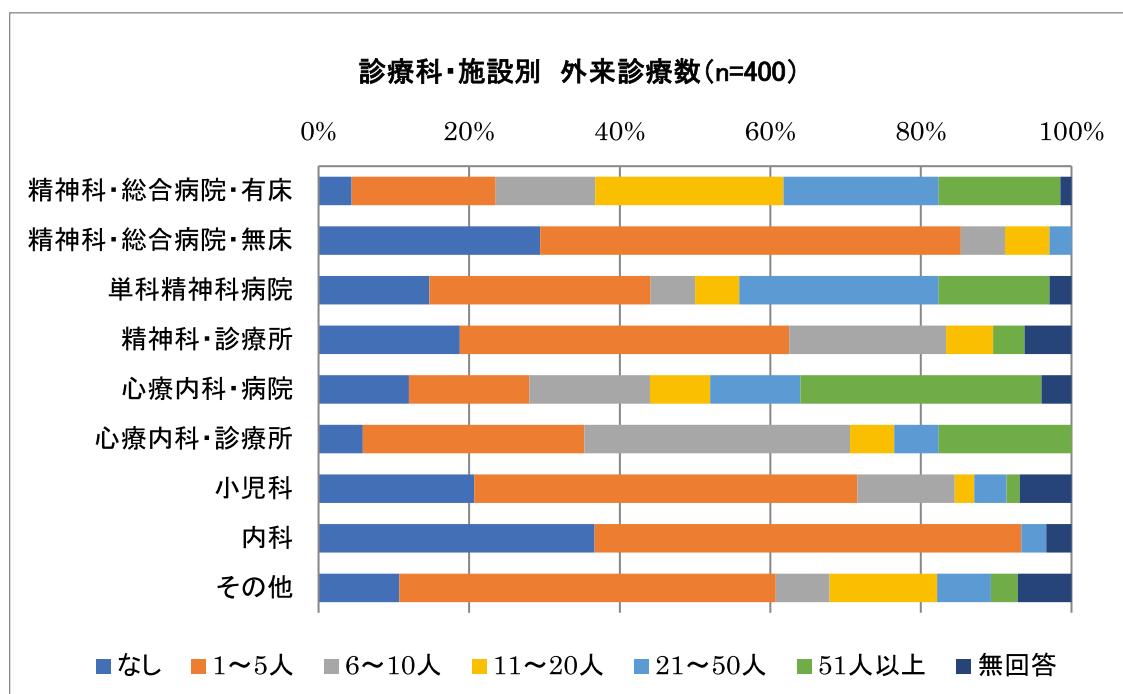
Q2.1. 摂食障害患者の外来診療実績

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。



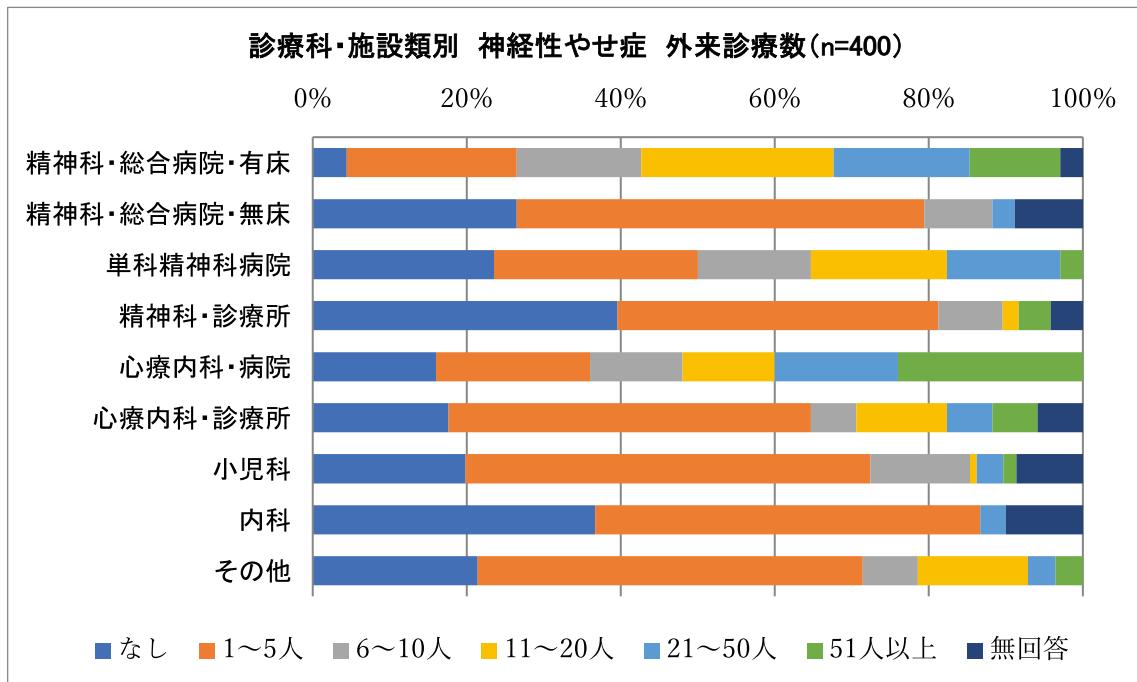
● 診療科・施設別の外来診療実績

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。



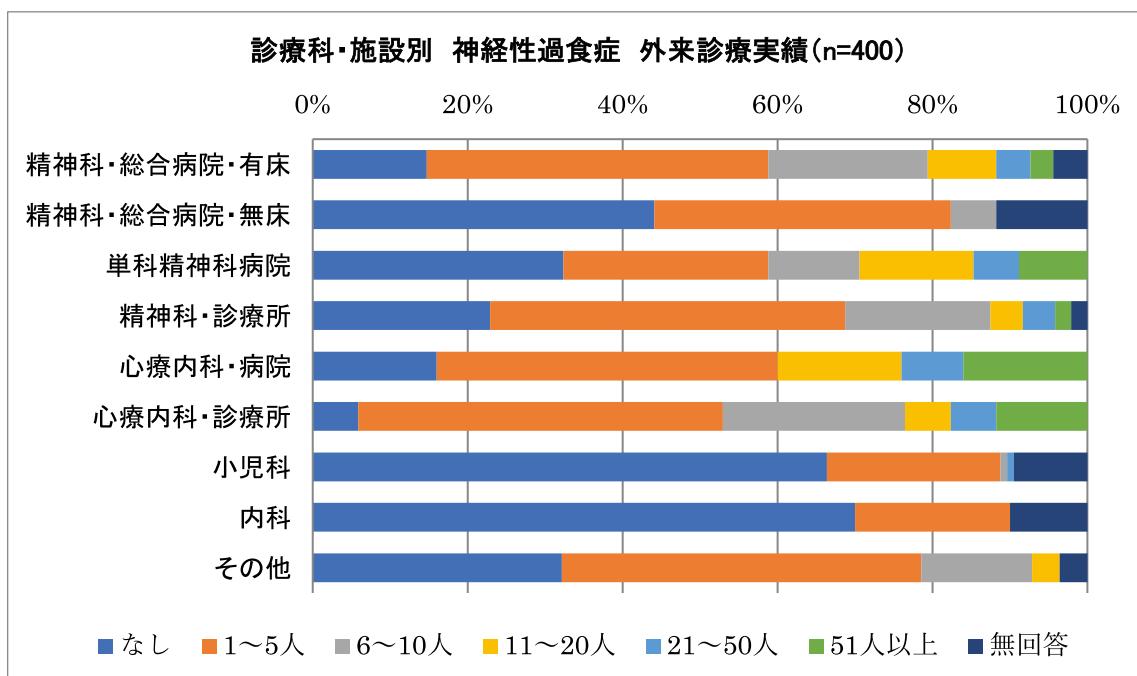
● 診療科・施設別の神経性やせ症の外来診療実績

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。



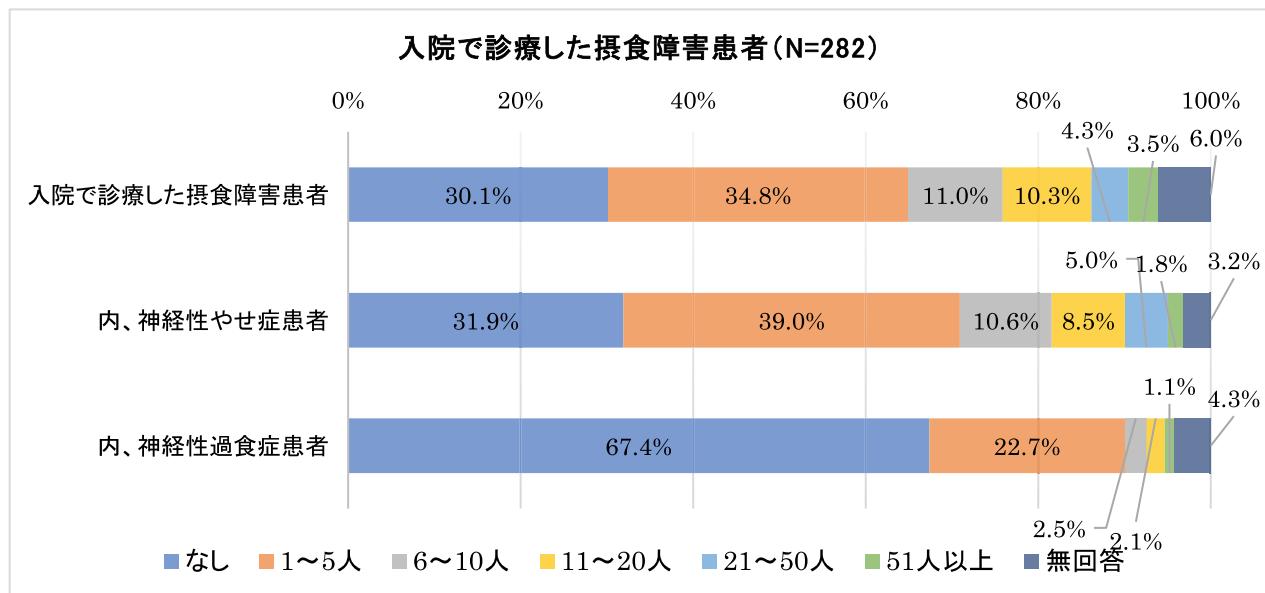
● 診療科・施設別の神経性過食症の外来診療実績

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。



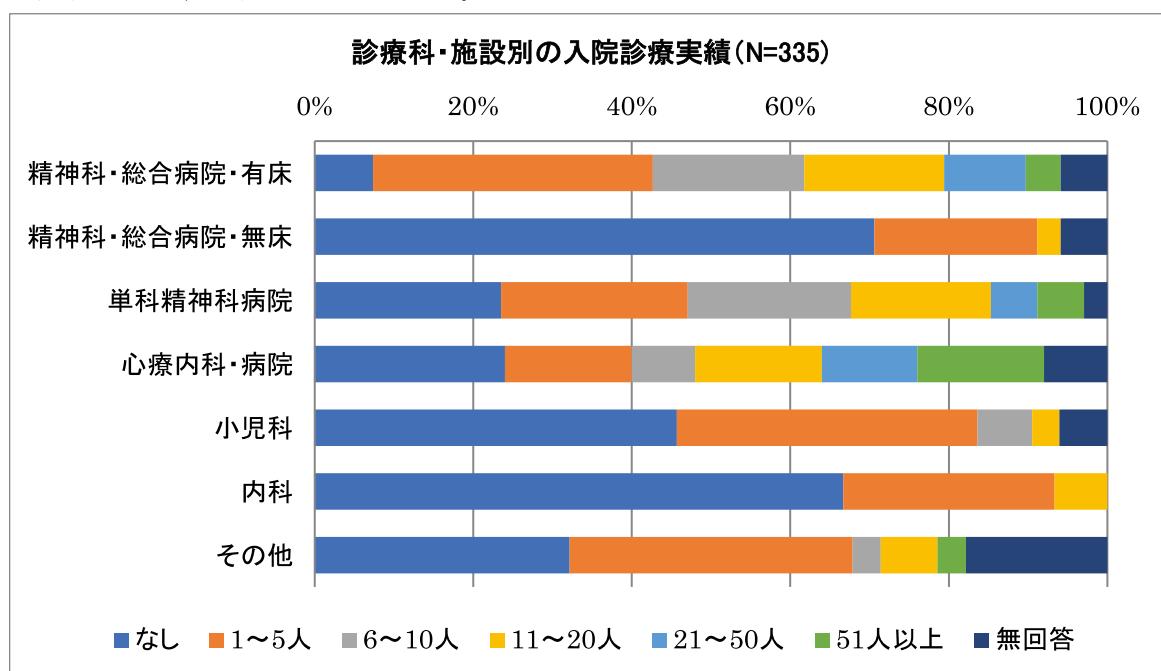
● 摂食障害患者の入院診療実績

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。



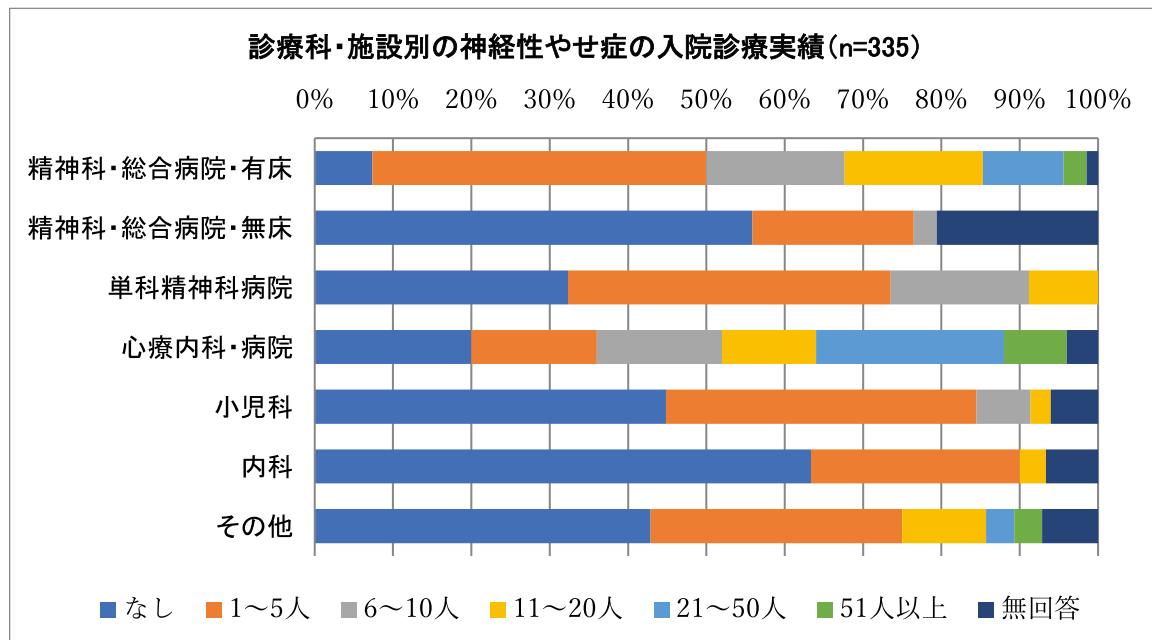
● 診療科・施設別の入院診療実績

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。



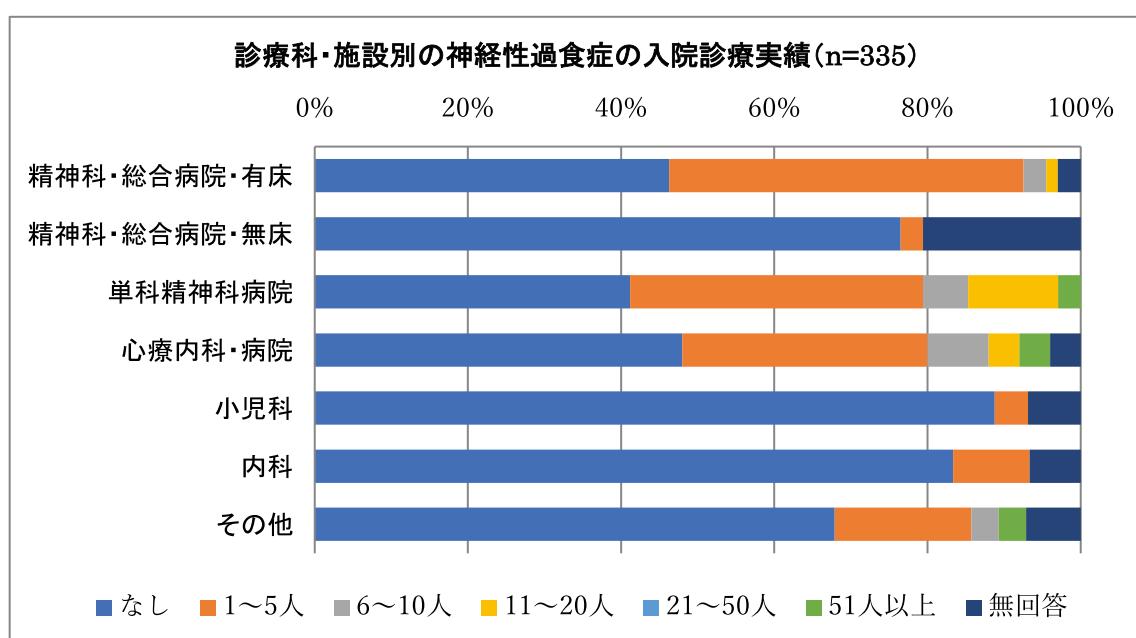
● 診療科・施設別の神経性やせ症の入院診療実績

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

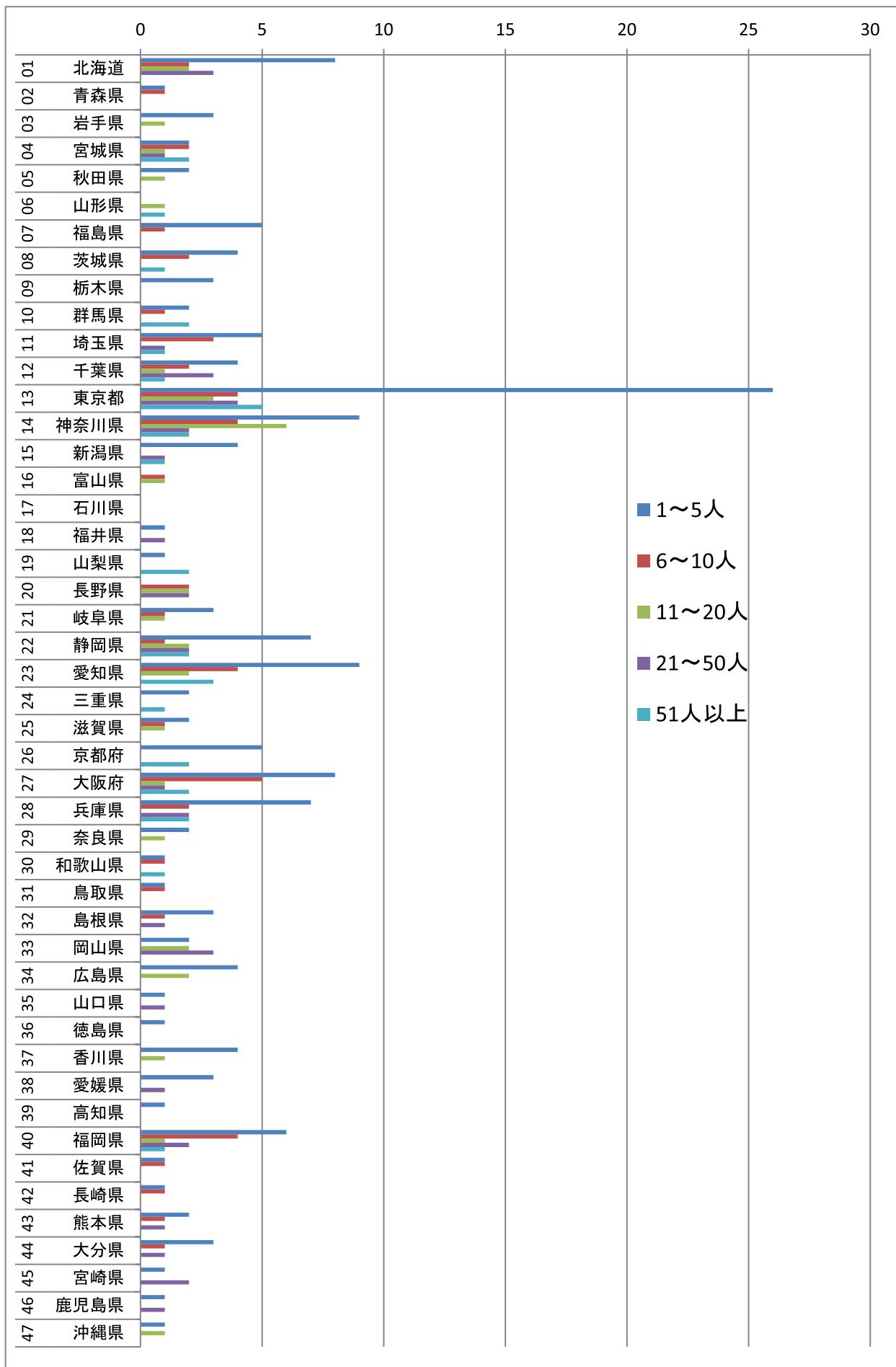
診療科・施設別に神経性過食症の入院診療実績があったと回答したのは精神科・総合病院・有床が 50.0%、単科精神科病院で 58.5%、心療内科病院が 48.0%、小児科 4.3%、内科 10.0%であった（診療所を除く）。



● 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）

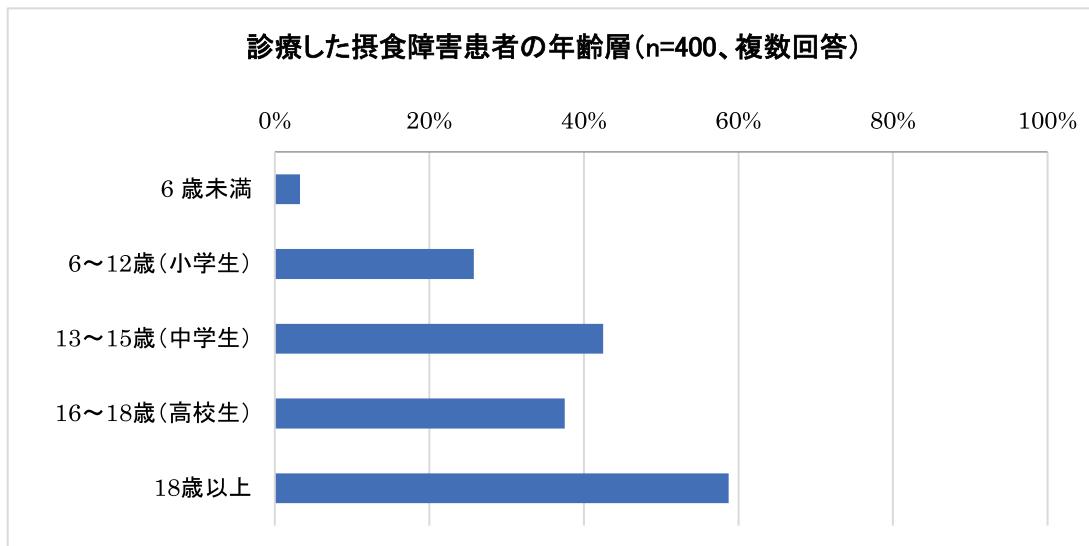
都道府県番号	都道府県	0人	1～5人	6～10人	11～20人	21～50人	51人以上	無回答	合計
01	北海道	6	8	2	2	3	0	0	21
02	青森県	1	1	1	0	0	0	0	3
03	岩手県	0	3	0	1	0	0	0	4
04	宮城県	2	2	2	1	1	2	0	10
05	秋田県	0	2	0	1	0	0	0	3
06	山形県	0	0	0	1	0	1	0	2
07	福島県	0	5	1	0	0	0	0	6
08	茨城県	1	4	2	0	0	1	0	8
09	栃木県	1	3	0	0	0	0	0	4
10	群馬県	0	2	1	0	0	2	0	5
11	埼玉県	2	5	3	0	1	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）

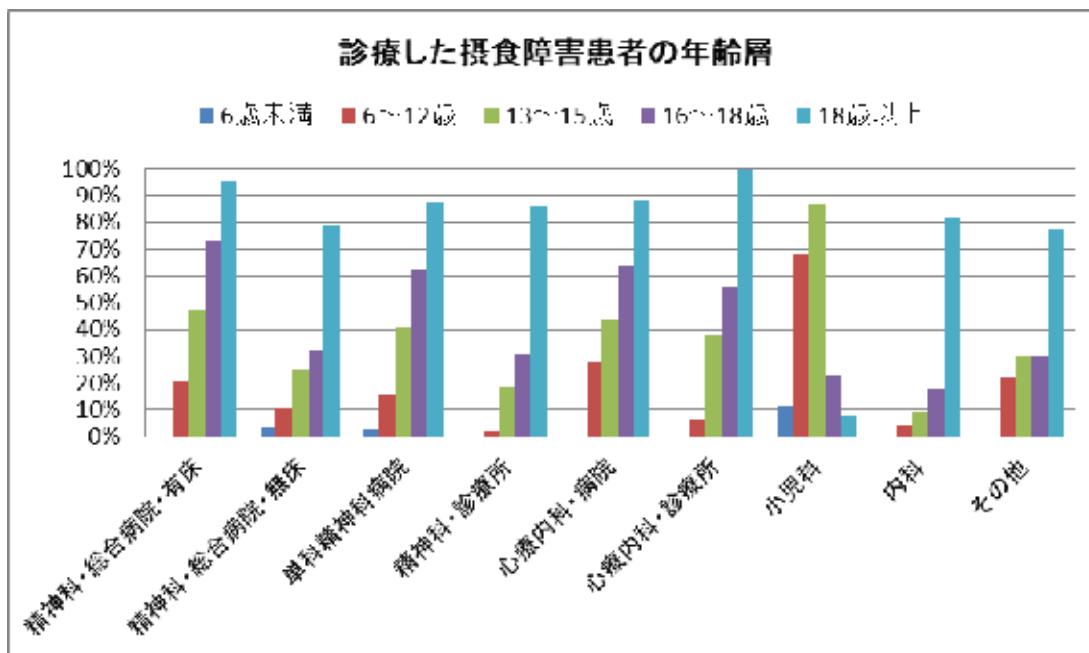


Q2.2. 診療した摂食障害患者の年齢層

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。

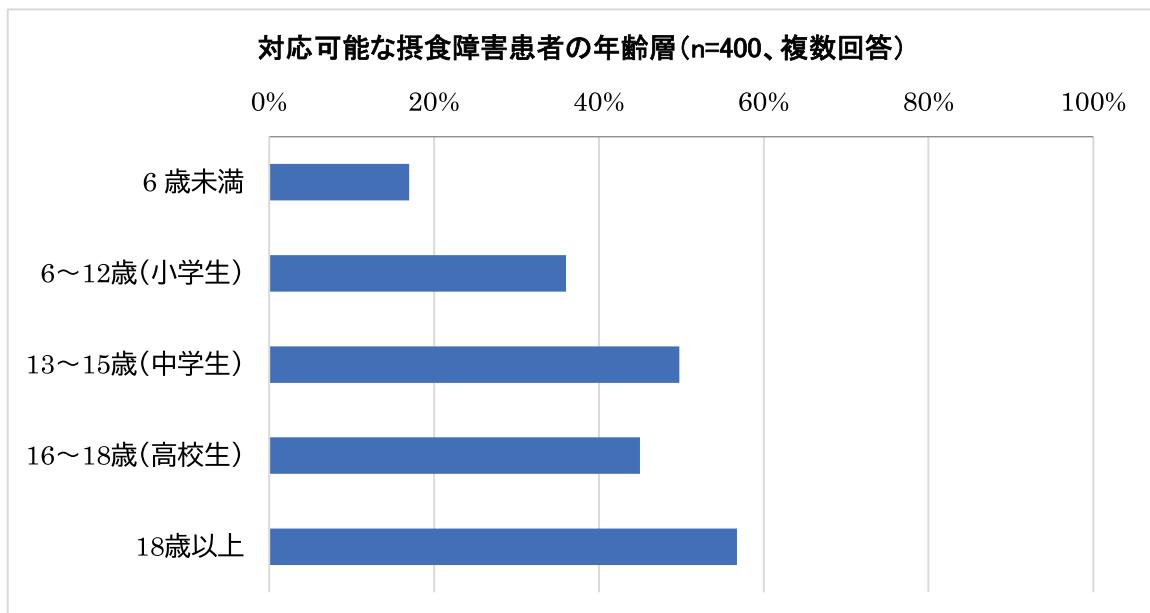


● 診療科・施設別の診療した摂食障害患者の年齢層

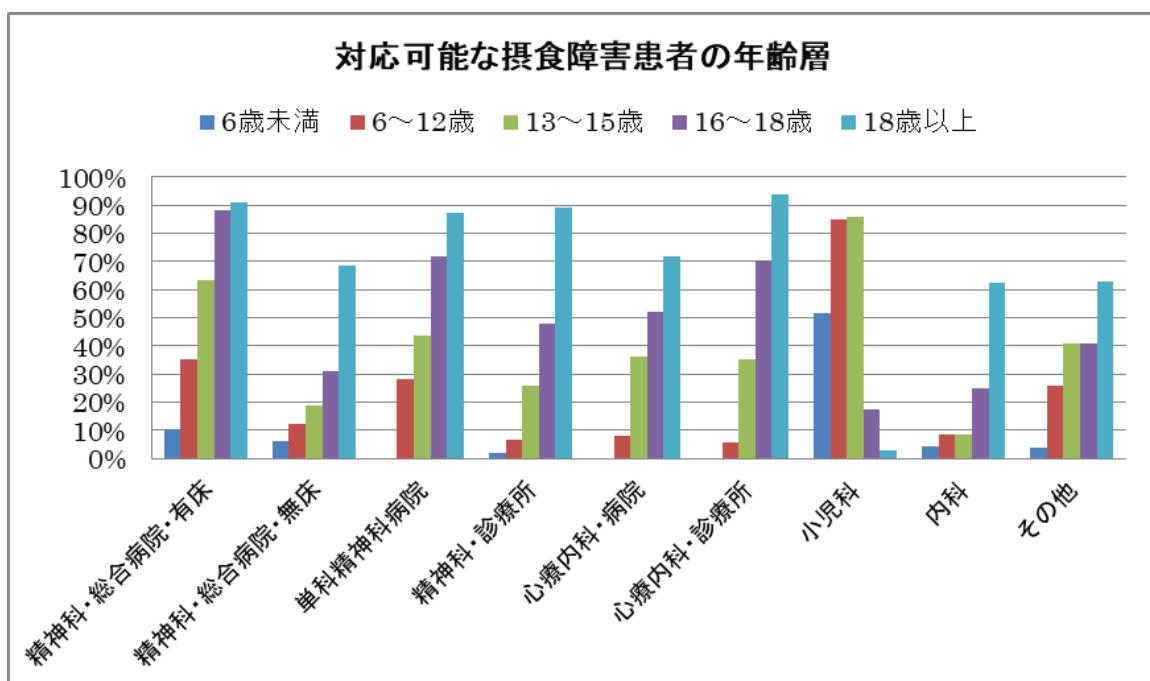


Q2.3. 対応可能な摂食障害患者の年齢層

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

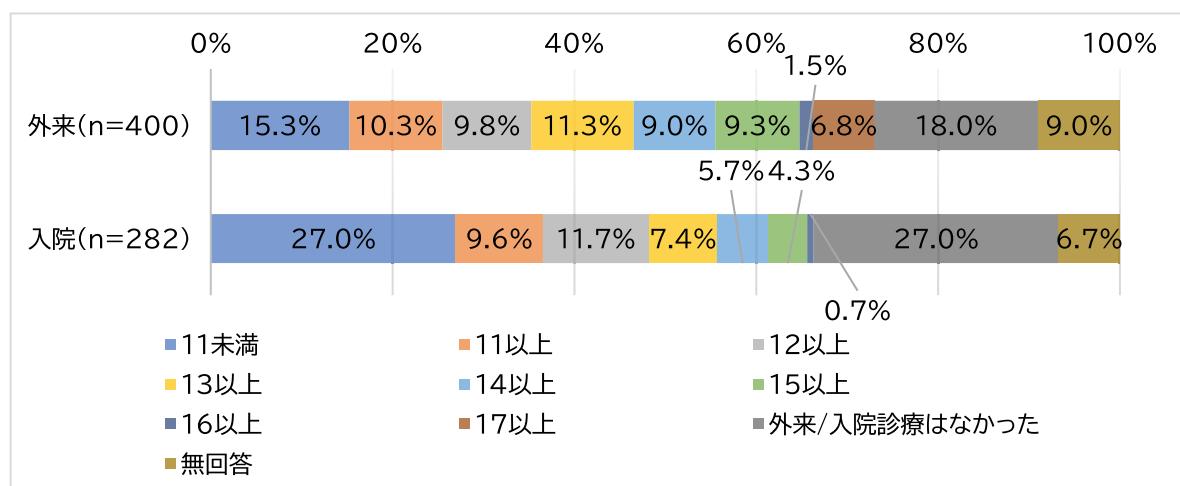


III. 神経性やせ症の診療実態

Q3.1 & Q3.2 診療した神経性やせ症患者の BMI 値の範囲

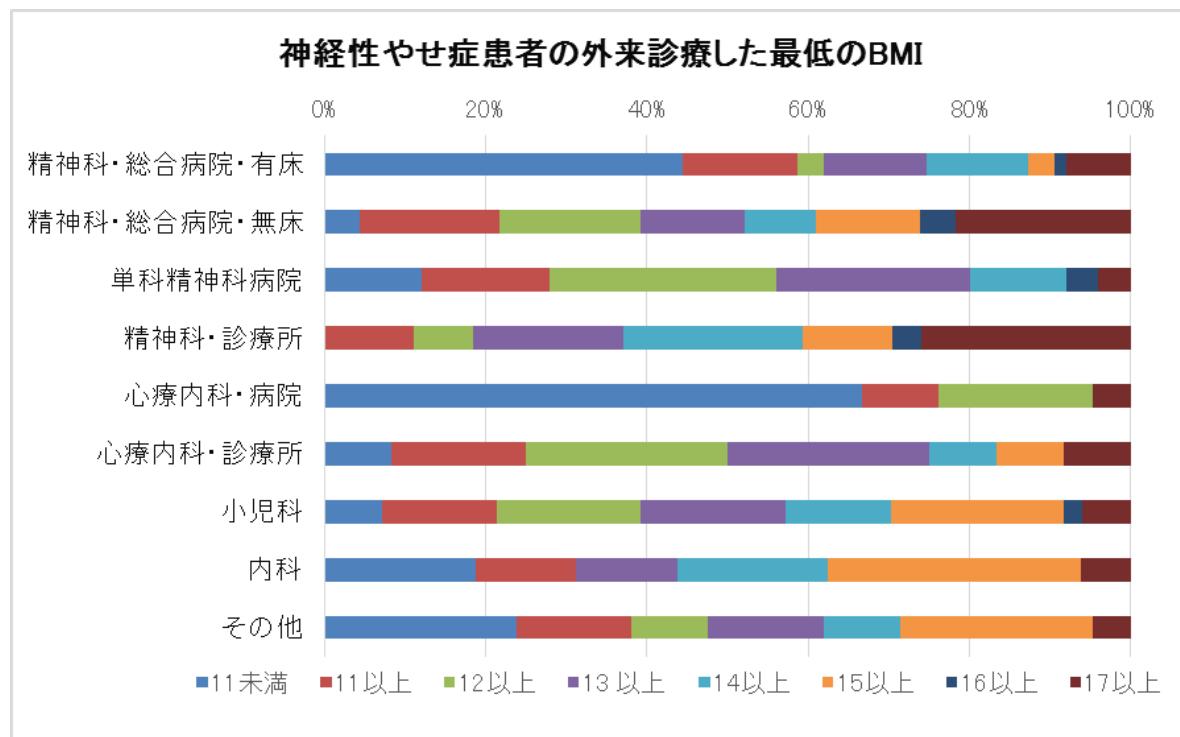
昨年度 1 年間に診療した神経性やせ症患者の最低 Body Mass Index (BMI) (kg/m^2) について尋ねたところ、11 未満という施設が外来では 15.3%、入院では 27.0% を占めていた。外来と入院で比べると、入院のほうで最低 BMI が低くなっていた。

診療した神経性やせ症患者の最低 BMI

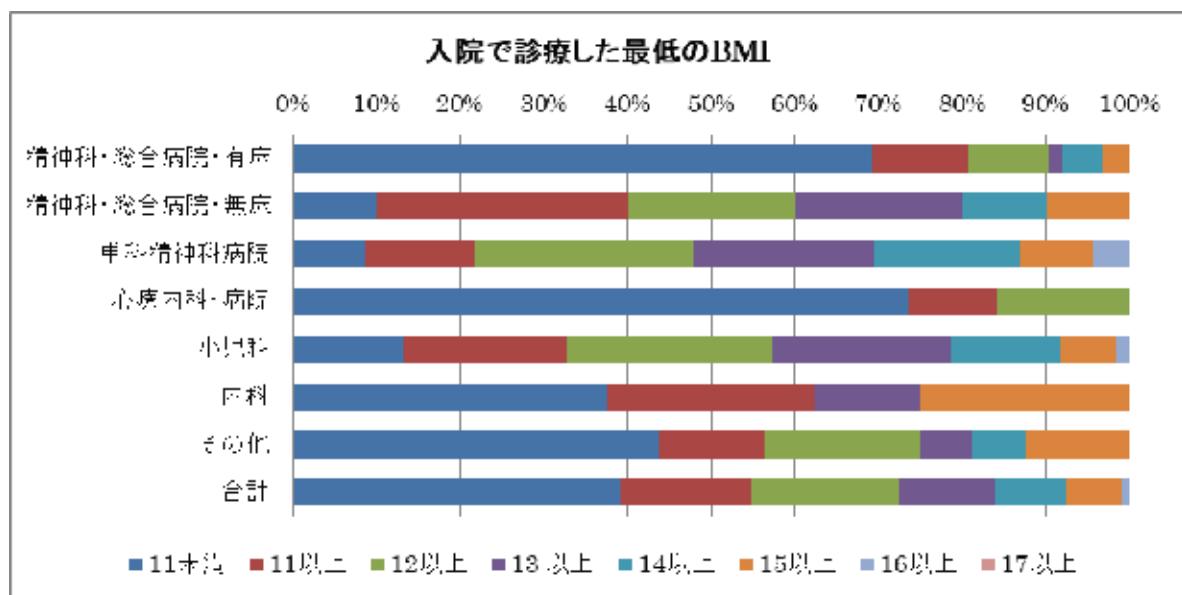


※入院については、Q1.5 で自科に入院病床があると回答した施設のみ集計

- 診療科・施設別の外来診療した最低 BMI

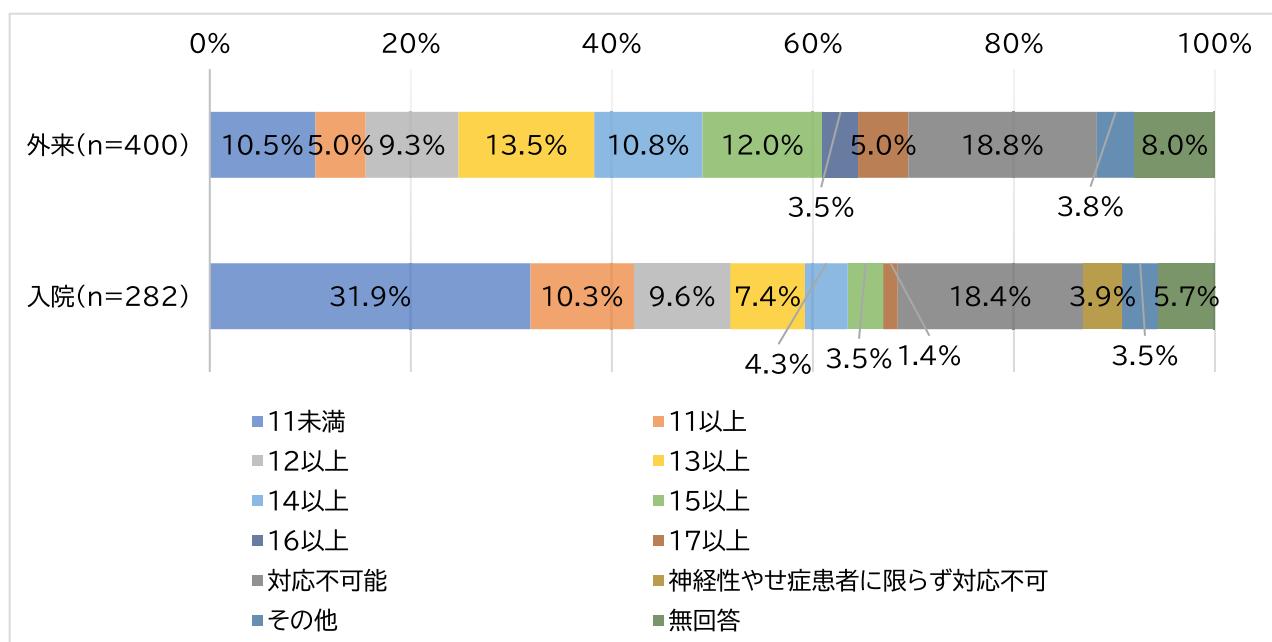


- 診療科・施設別の入院診療した最低 BMI



Q3.3 & Q3.4 対応可能な神経性やせ症患者の BMI 値の範囲

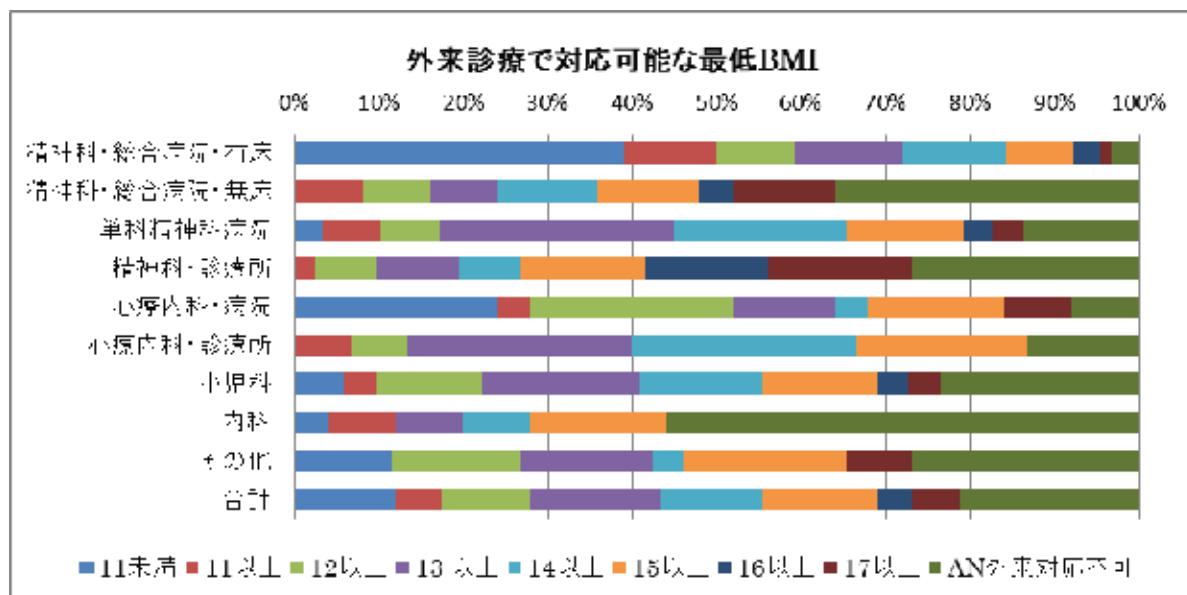
対応可能な神経性やせ症患者の最低 Body Mass Index (BMI) について尋ねたところ、外来では、11 未満が 10.5% であり、最も多いかったのは 13 以上の 13.5% であった。入院では、11 未満が 31.9% と最も多く、11 以上、12 以上、13 以上の順に多かった。



※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

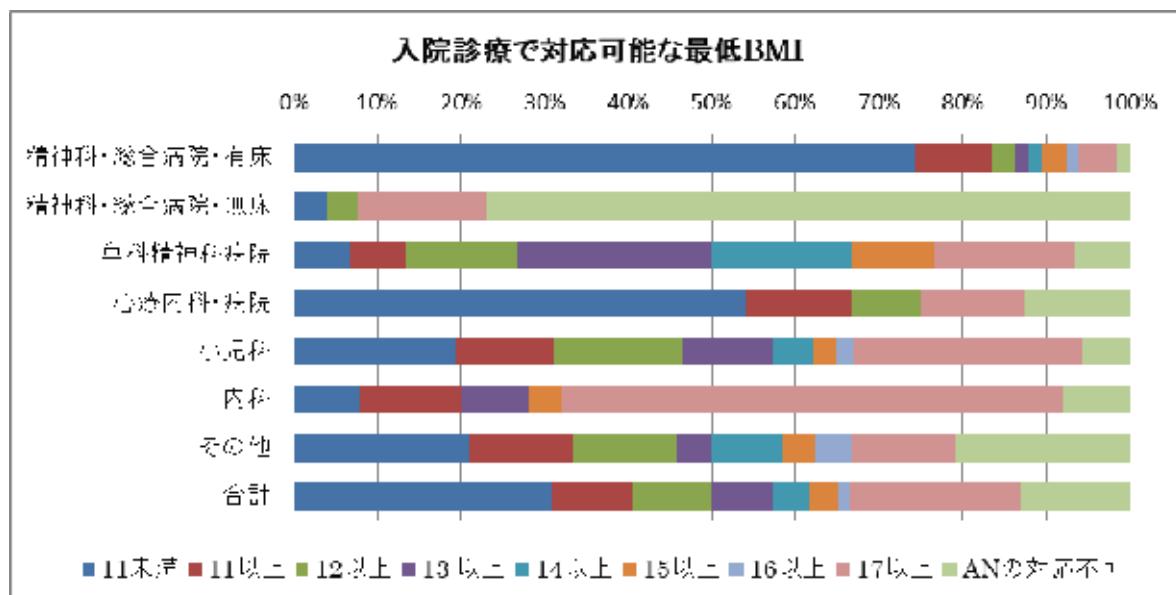
● 診療科・施設別の外来診療で対応可能な最低 BMI

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

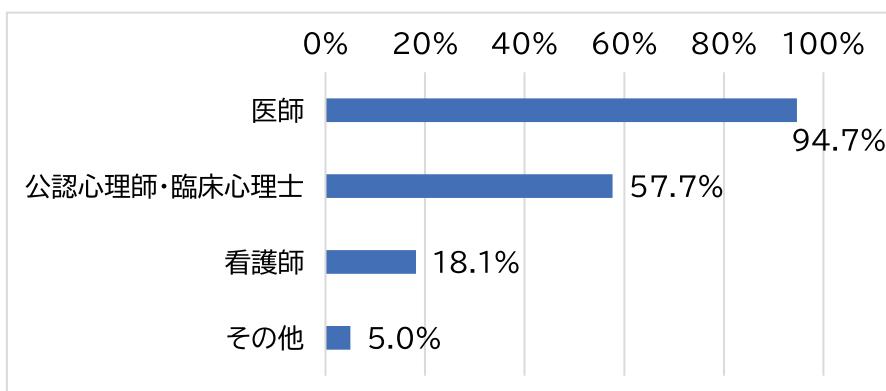
神経性やせ症患者に対して実施している心理療法・精神療法について尋ねたところ、心理教育・疾病教育が最も多く、61.0%を占めていた。次に多かったのは支持的精神療法で47.3%であった。認知行動療法は全体の28.0%の施設で実施されていた

● 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

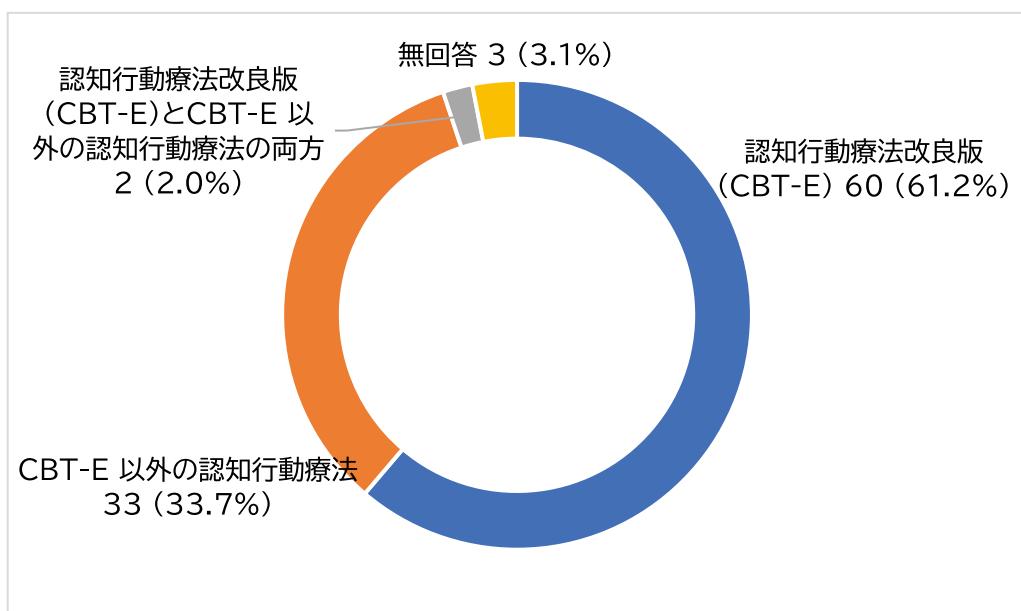


Q3.10. 認知行動療法実施の有無

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

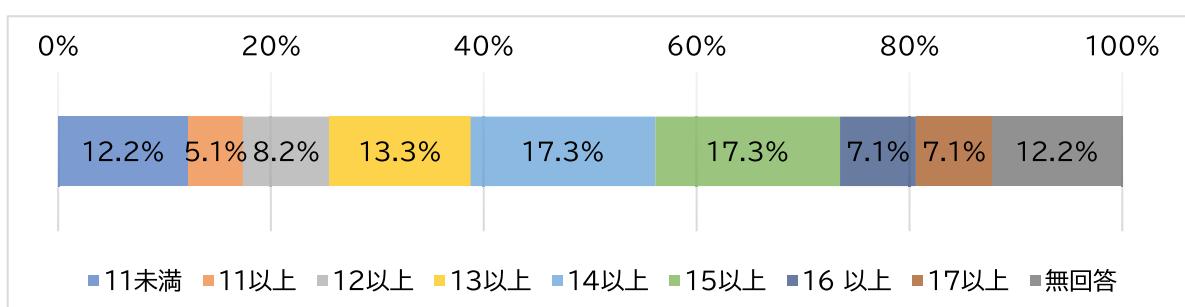
神経性やせ症患者に対して認知行動療法を実施した経験があるという施設に対して、その内容を尋ねたところ、認知行動療法改良版（CBT-E）という回答が98施設、61.2%を占めていた。



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)



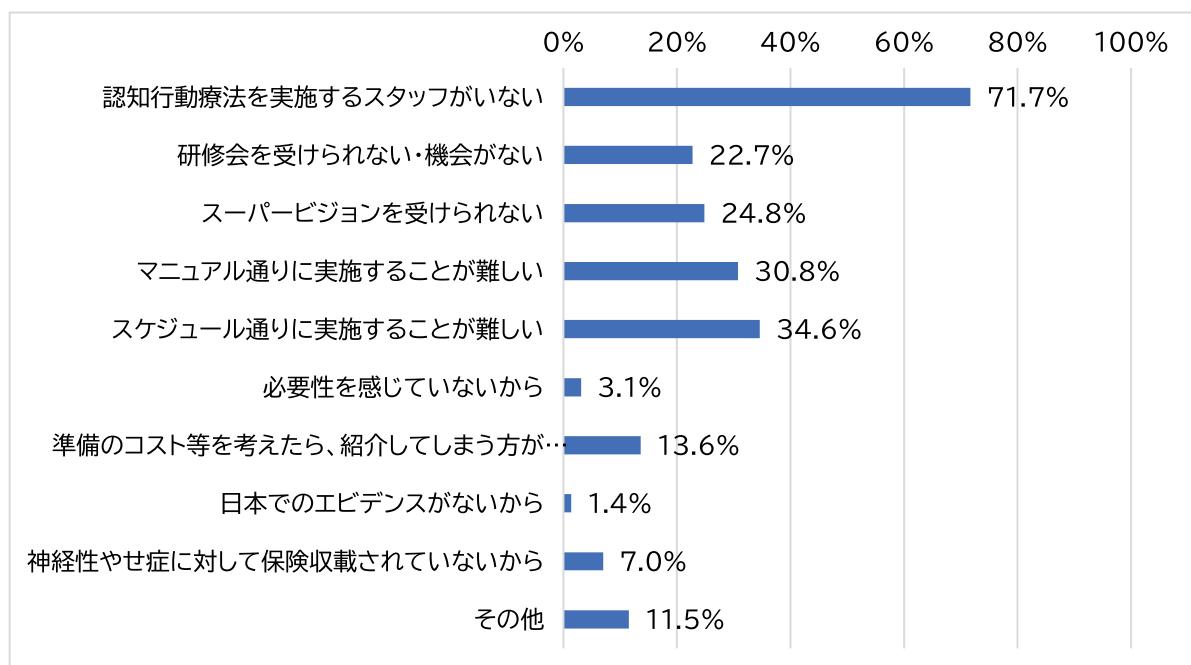
Q3.13. 認知行動療法の実施の困難さの有無

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。

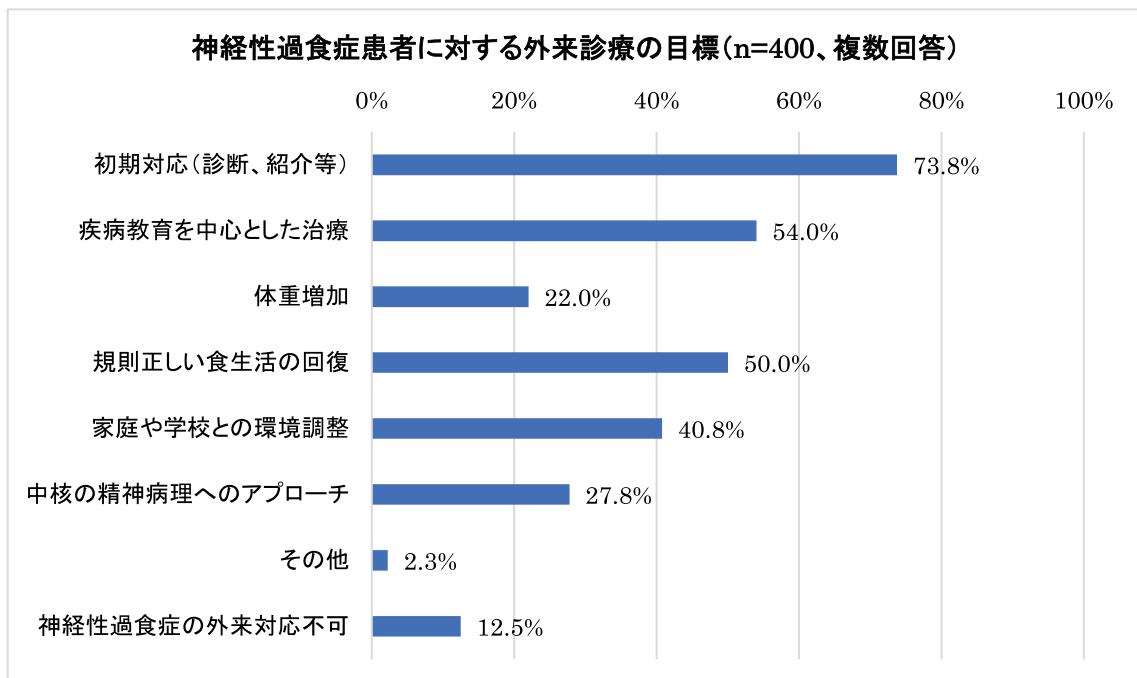
神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと回答した理由(n=286、複数回答)



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。



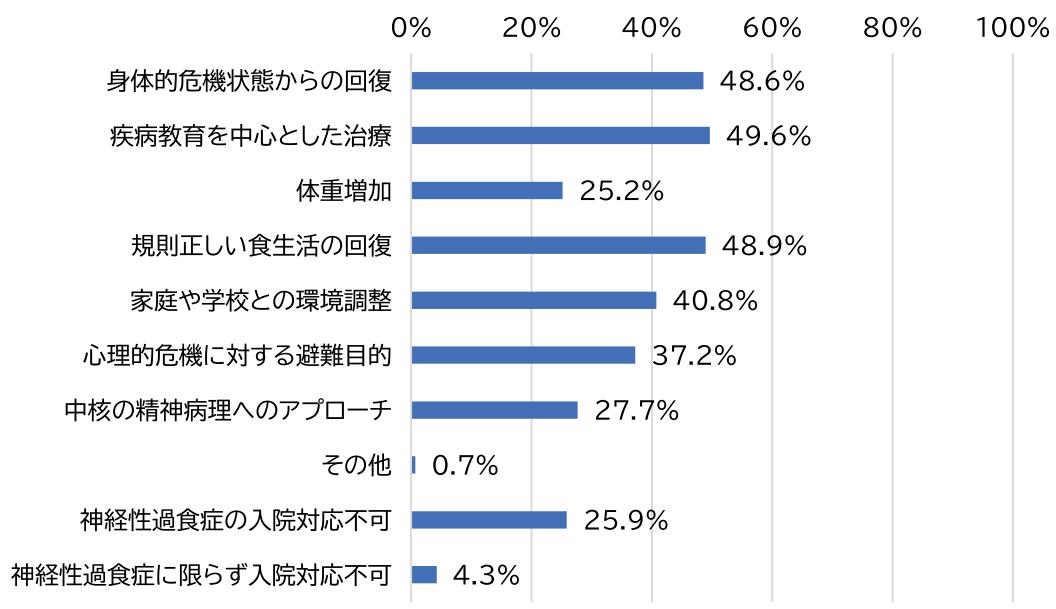
● 診療科・施設ごとの神経性過食症の外来診療の目標(%) (複数回答可)

	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。

神経性過食症患者に対する入院診療の目標(n=282、複数回答)



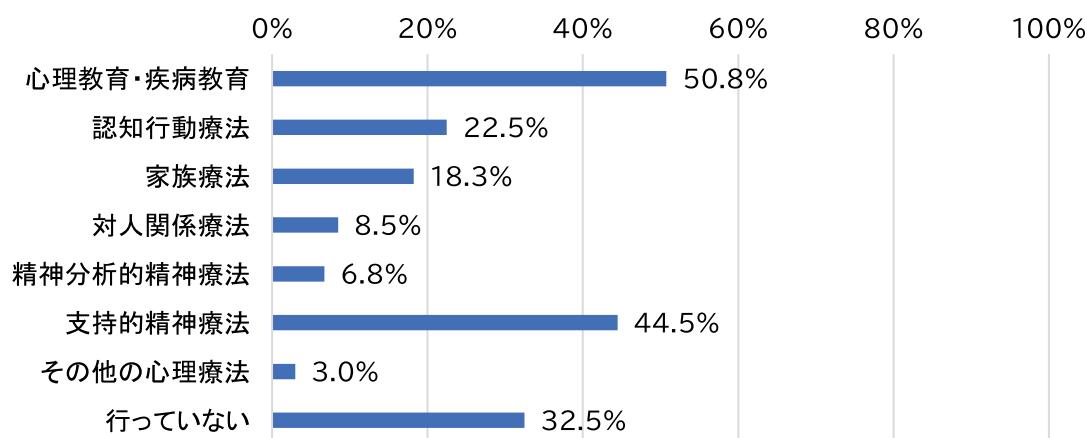
● 診療科・施設分類の神経性過食症の入院診療目標(%) (複数回答可)

	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。

神経性過食症患者に実施している心理療法・精神療法 (n=400、複数回答)

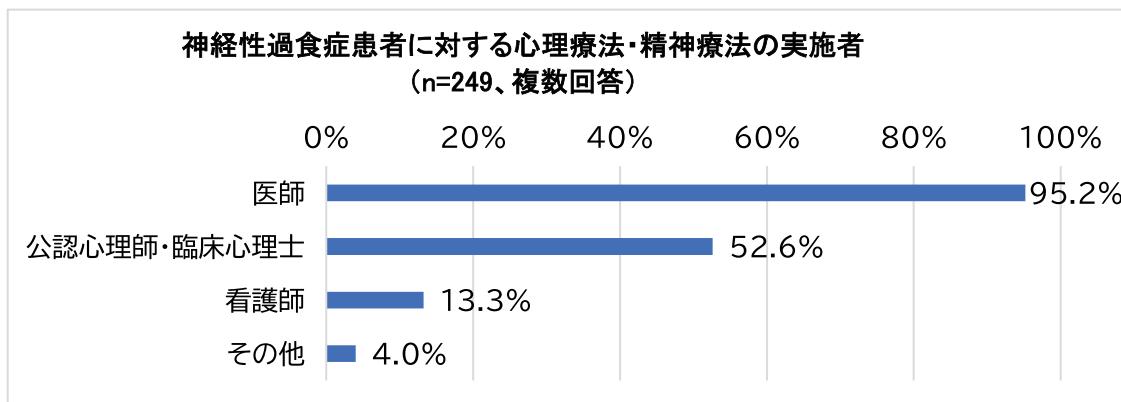


● 診療科、施設ごとに実施している心理療法・精神療法の割合

	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。



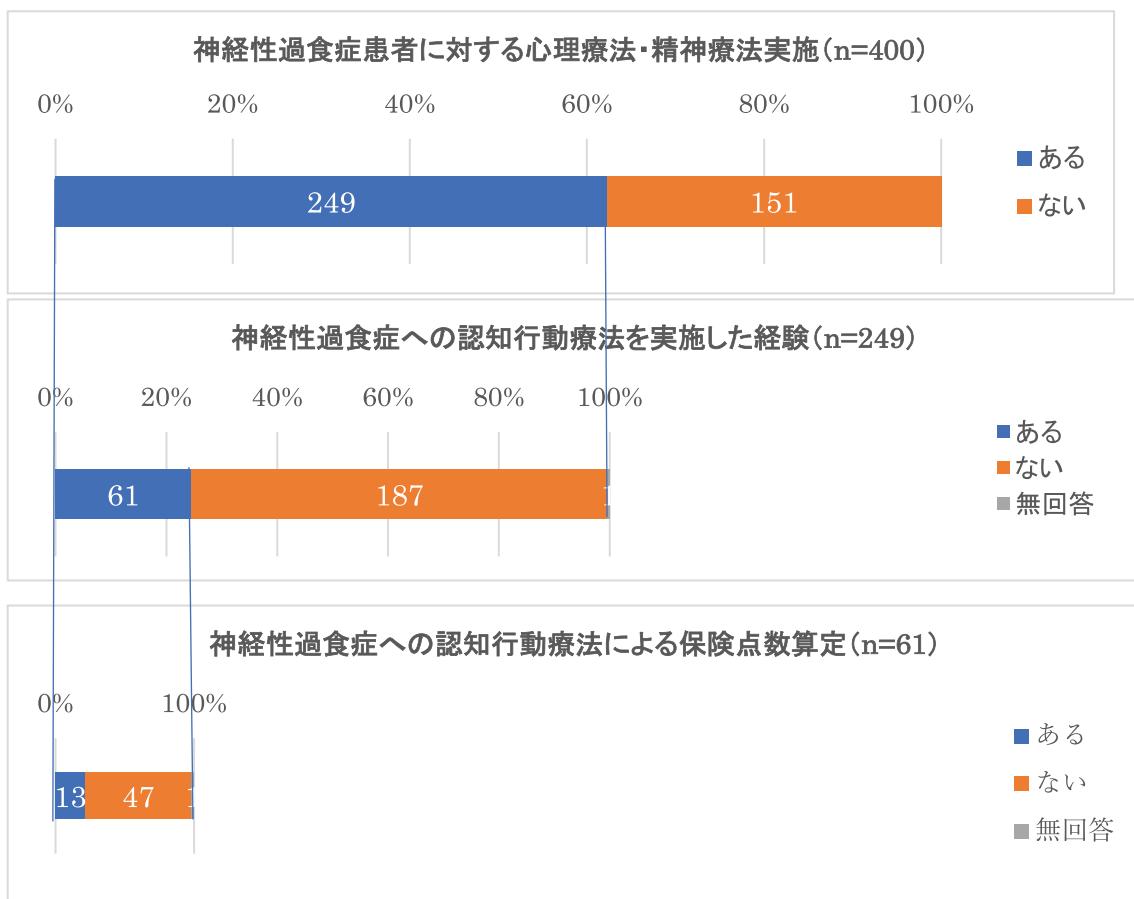
Q4.5. 認知行動療法の実施の有無

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

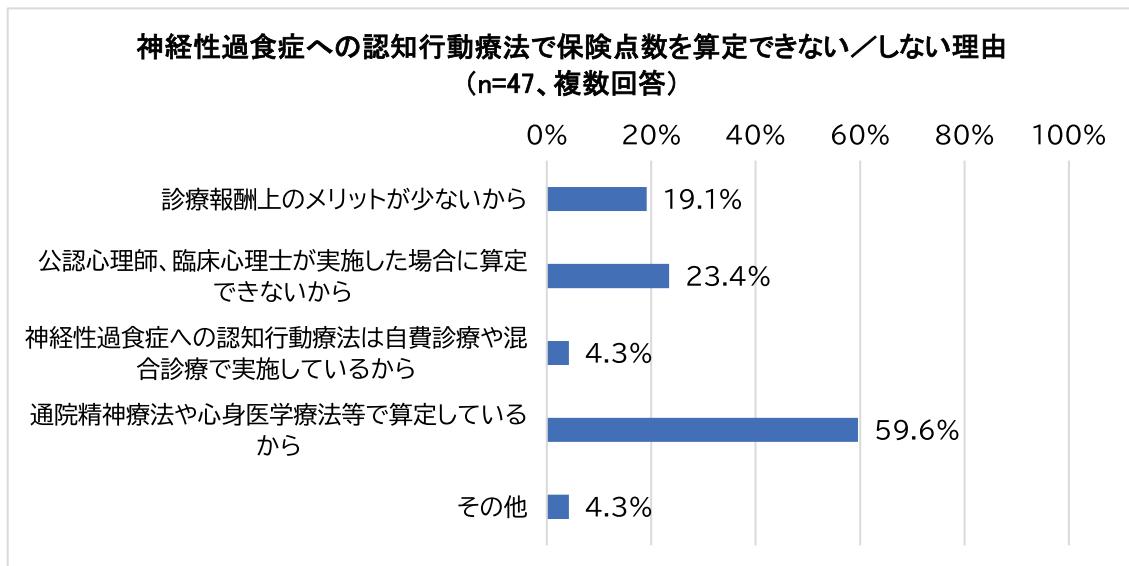
	神経性過食症に対する認知行動療法の実施数	神経性過食症への認知行動療法による保険点数算定数	保険点数算定割合(%)
精神科・総合・有床	15	1	7
単科精神科病院	10	2	20
精神科診療所	6	0	0
心療内科・病院	12	6	50
心療内科診療所	6	1	17
小児科	6	2	33
その他	6	1	17

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。

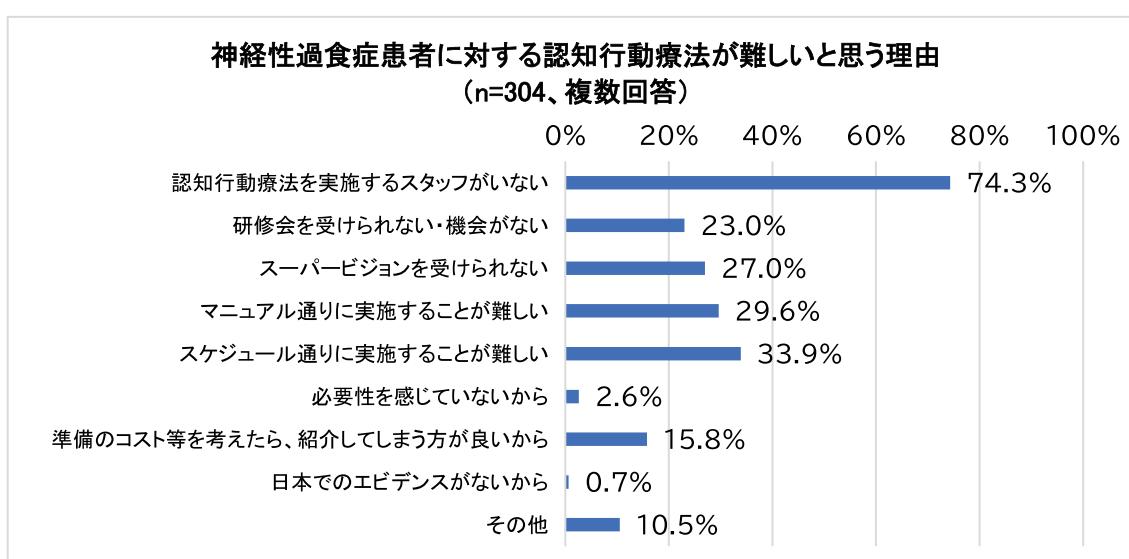


Q4.7. 認知行動療法の実施の困難さの有無

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。

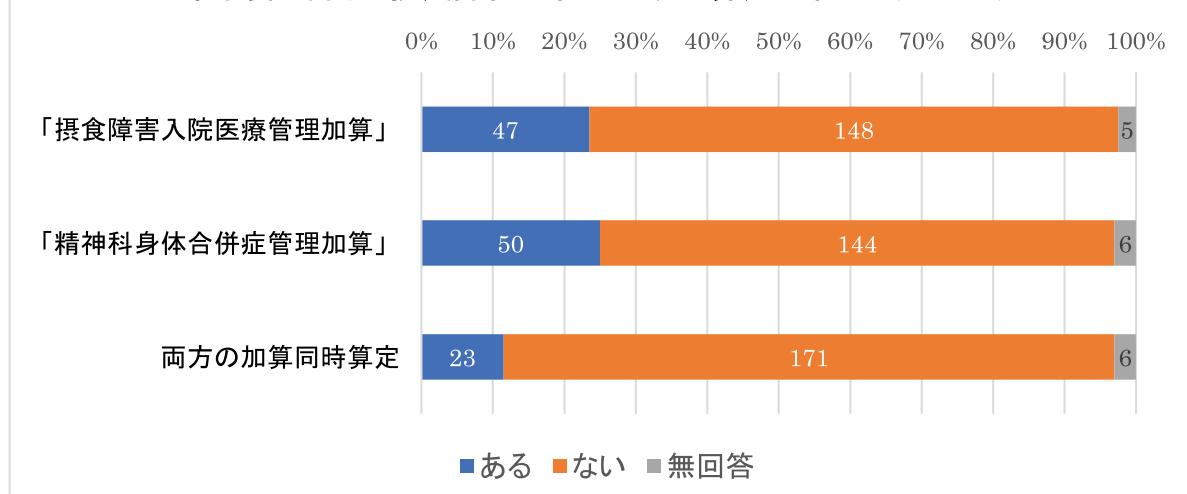
Q5.3. 昨年度 1 年間に摂食障害患者に対して『精神科身体合併症管理加算』の算定の有無

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。

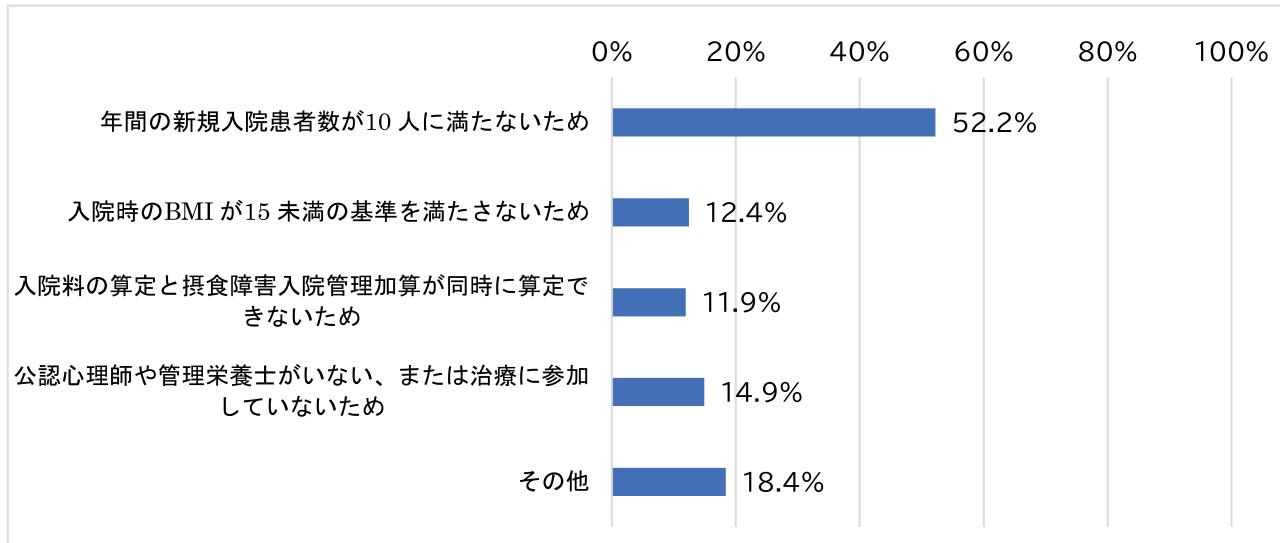
昨年度1年間の摂食障害患者に対する算定の有無 (n=201)



	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。

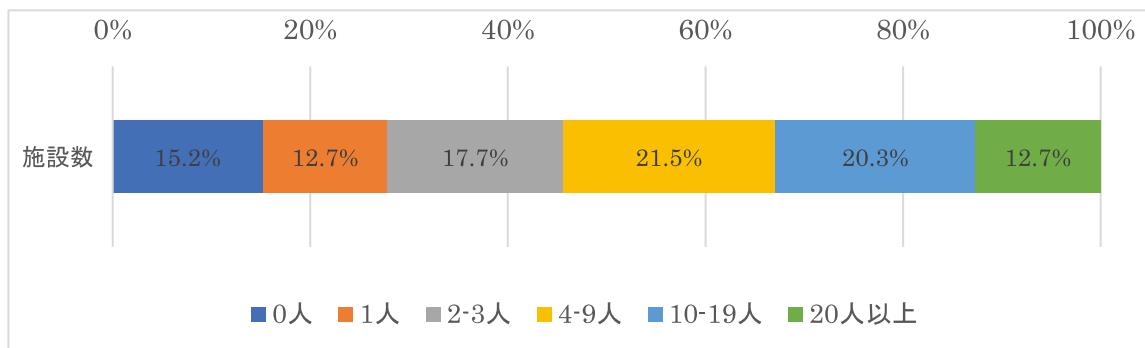


Q5.6. 昨年度1年間に摂食障害で新規入院した患者総数と入院時のBMI毎の人数

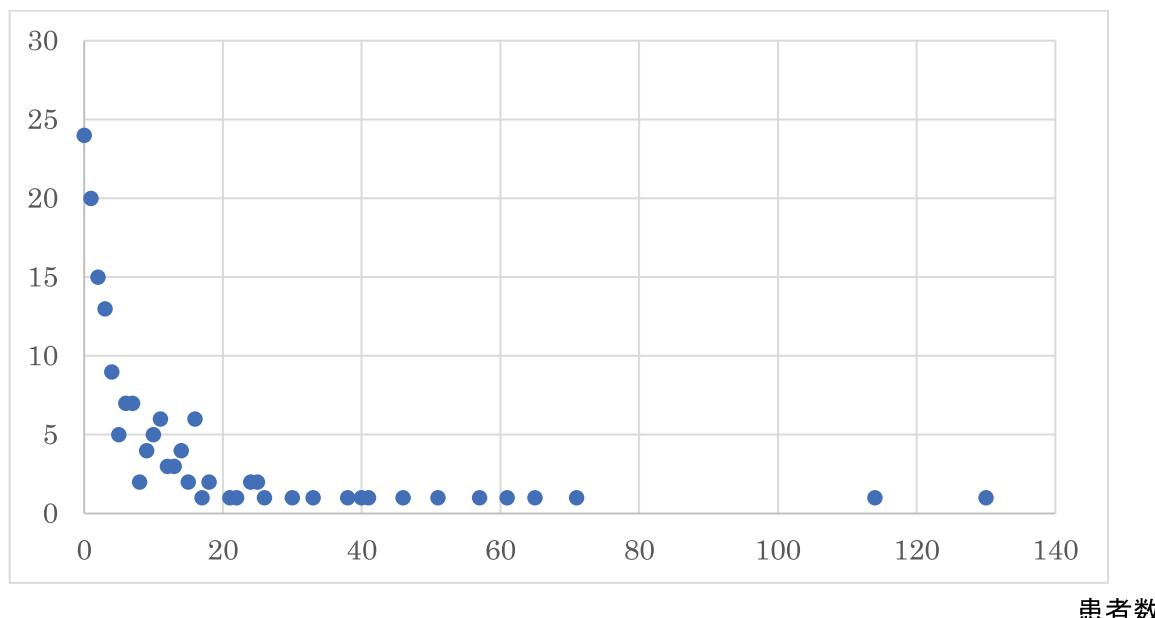
摂食障害患者が入院できる病床があると回答した施設に対して、昨年度1年間に摂食障害で新規入院した患者数を入院時のBMI別に尋ねたところ、総数で平均10.3名（標準偏差17.8名）が入院しており、最大値は130名であった。

● 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人が全体の51.9%を占めていた。

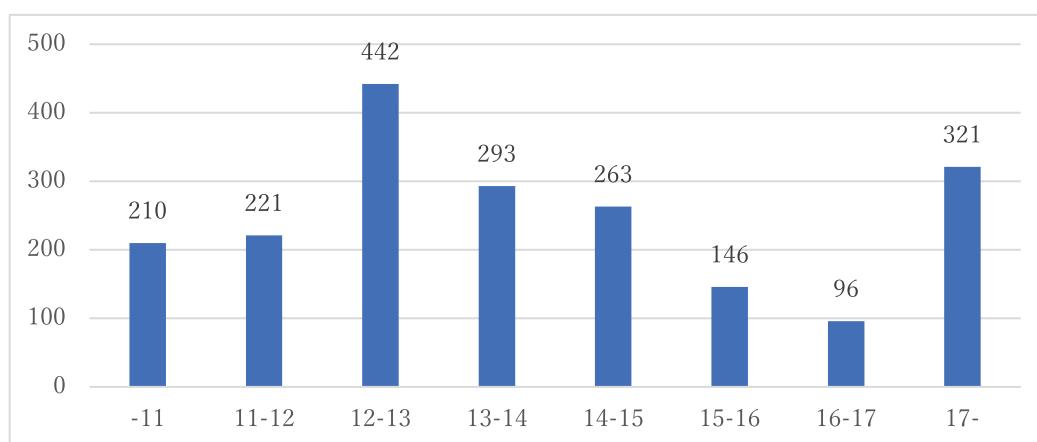


施設数



● 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。

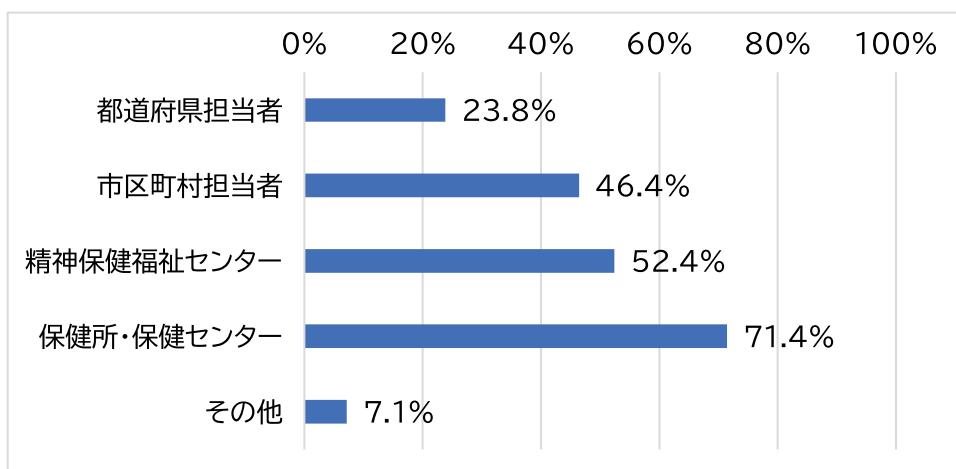
	ある	ない	無回答	「ある」の割合(%) (無回答を除く)	あると回答した場合の診療科(%)				
					精神科	心療内科	内科	小児科	産婦人科
精神科・総合病院・有床	50	18	0	58.8	50.0	7.5	55.0	37.5	20.0
精神科・総合病院・無床	20	14	0	55.9	89.5	15.8	21.1	15.8	0.0
単科精神科病院	24	9	1	64.7	72.7	18.2	54.5	9.1	9.1
精神科・診療所	33	14	1	48.9	69.6	17.4	13.0	8.7	13.0
心療内科・総合病院	19	6	0	76.0	84.2	47.4	26.3	15.8	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



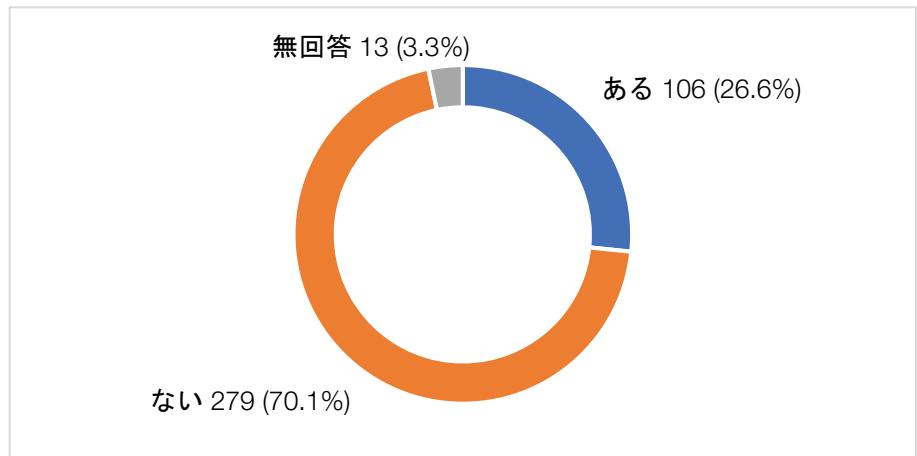
Q6.5. 地域連携会議を開催の有無

「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)

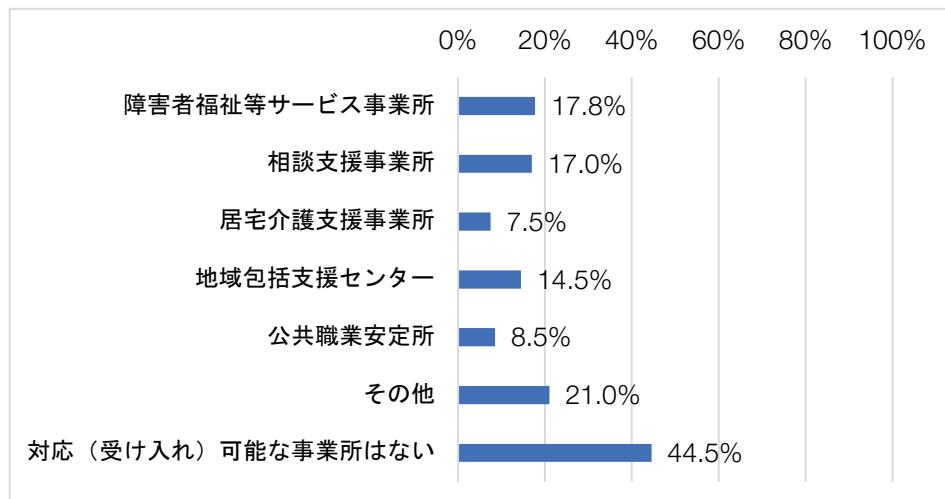


	ある	ない	無回答	「ある」の割合(%) (無回答を除く)	「ある」と回答した場合 PSWの活用(%)
精神科・総合病院・有床	39	29	0	57.4	100.0
精神科・総合病院・無床	6	27	1	18.2	100.0
単科精神科病院	18	14	2	56.3	94.4
精神科・診療所	8	36	4	18.2	62.5
心療内科・総合病院	9	16	0	36.0	100.0
心療内科・診療所	2	15	0	11.8	100.0
小児科	16	95	5	14.4	47.1
内科	1	28	1	3.4	100.0
その他	7	20	0	25.9	71.4
合計	106	280	13	27.5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

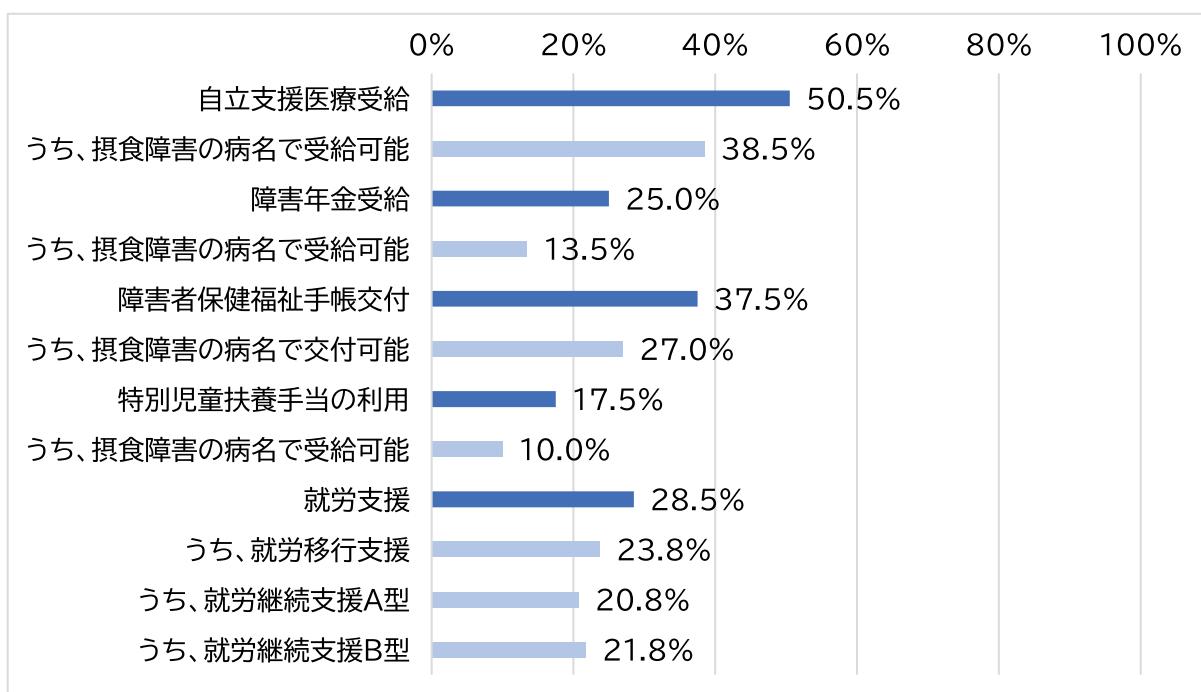


	障害者福祉等 サービス事業所	相談支援 事務所	居宅介護支援 事務所	地域包括支援 センター	公共職業 安定所	対応可能な 事業所なし
精神科・総合病院・有床	40.6	35.9	18.8	23.4	21.9	40.6
精神科・総合病院・無床	6.3	6.3	3.1	3.1	3.1	62.5
単科精神科病院	36.4	42.4	18.2	36.4	18.2	33.3
精神科・診療所	17.1	14.6	2.4	12.2	4.9	56.1
心療内科・総合病院	28.0	16.0	20.0	32.0	20.0	44.0
心療内科・診療所	15.4	30.8	15.4	15.4	15.4	46.2
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)



全回答数(%)	自立支援			障害年金			障害者手帳		
	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									

回答数(%)	特別児童扶養			就労支援支援				
	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。

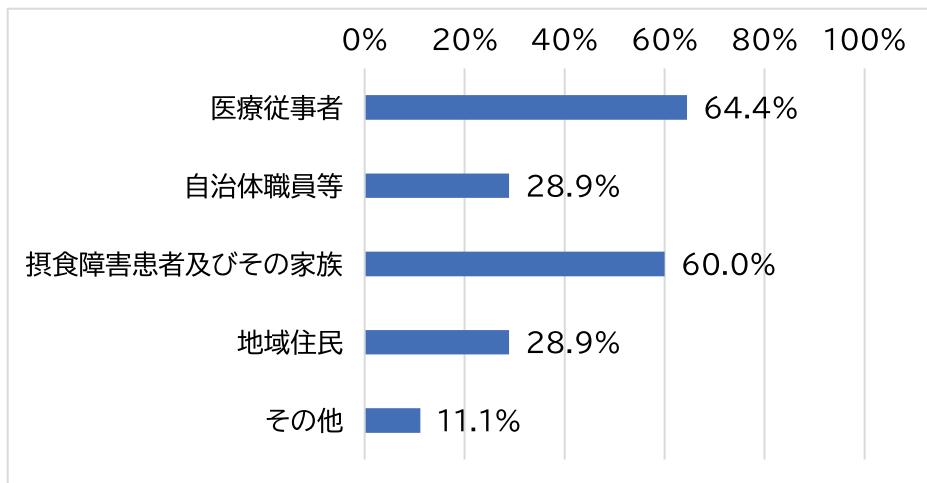
Q6.11. 職場との個別症例について連携の依頼の有無

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。

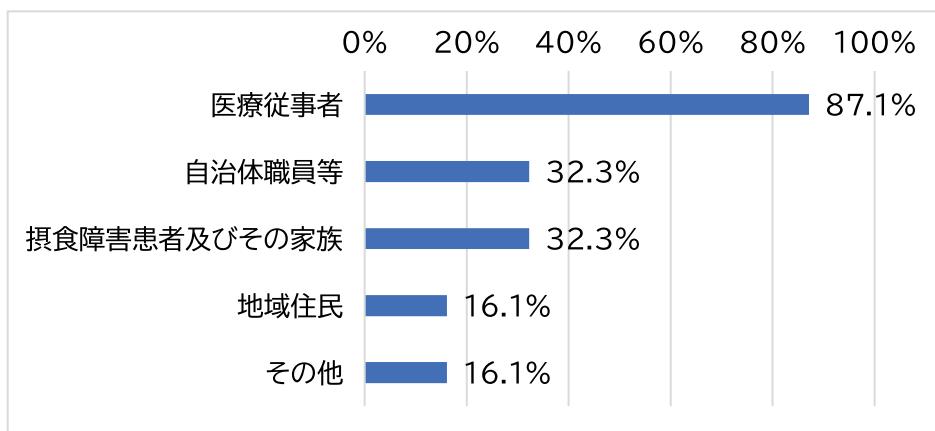
摂食障害に関する積極的な情報発信の発信先(n=45、複数回答)



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。

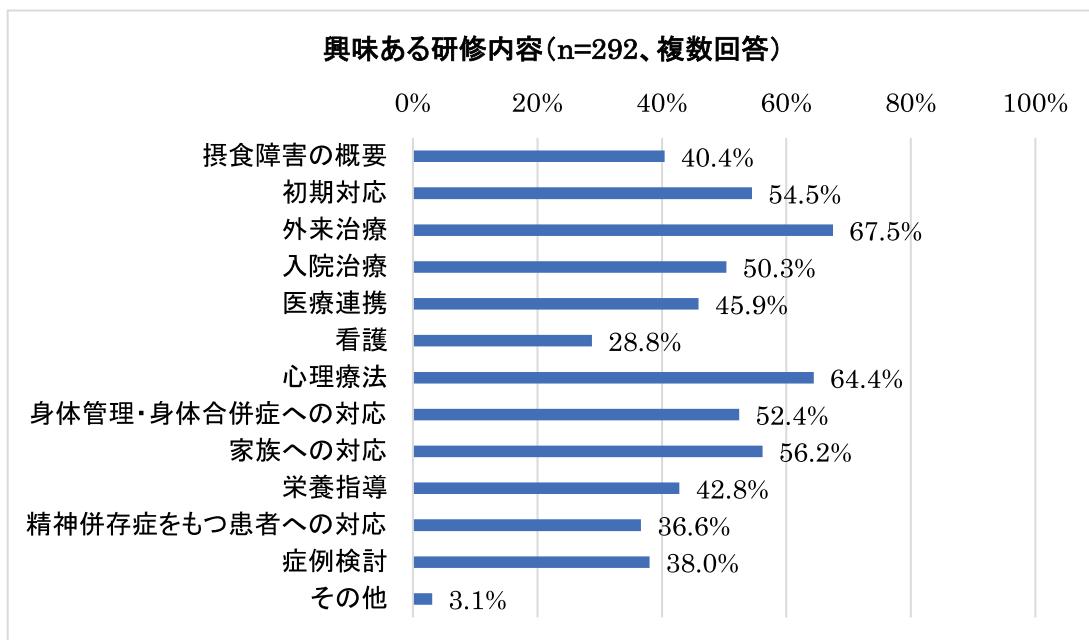
VII. 研修のニーズ

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。

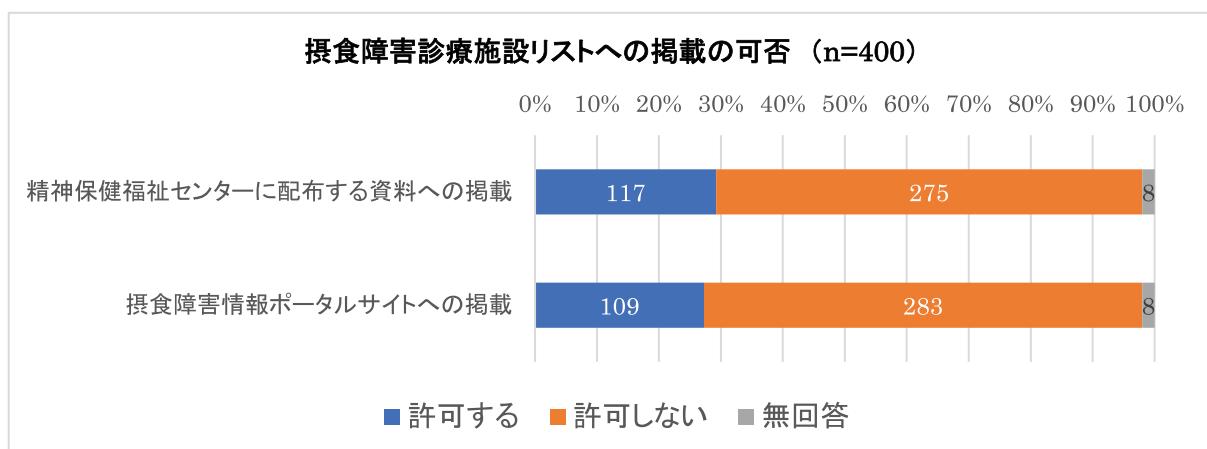
VIII. 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否

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。

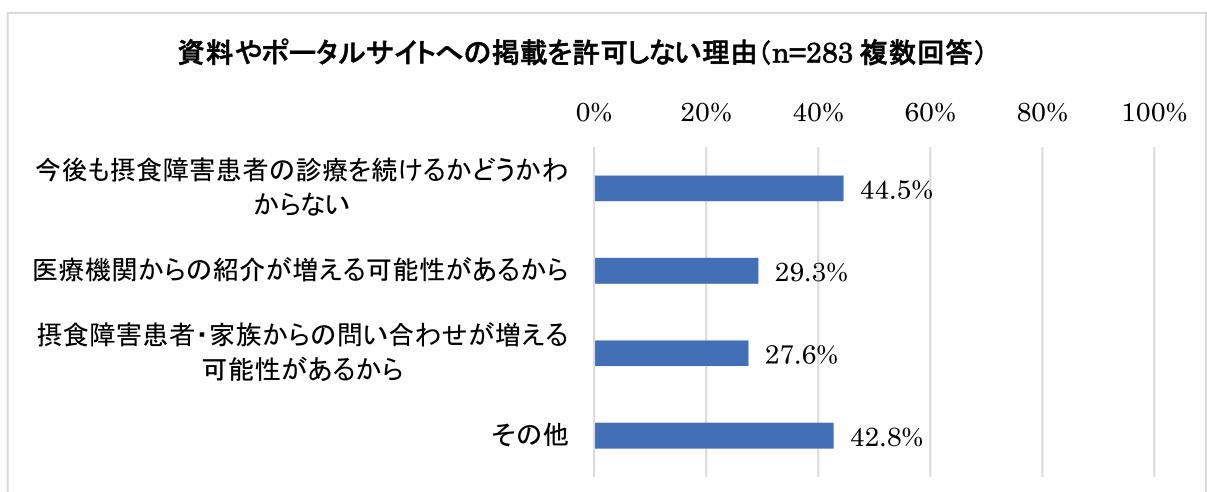
Q8.2. 摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイトへの掲載の可否

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%で最も多いかった。



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

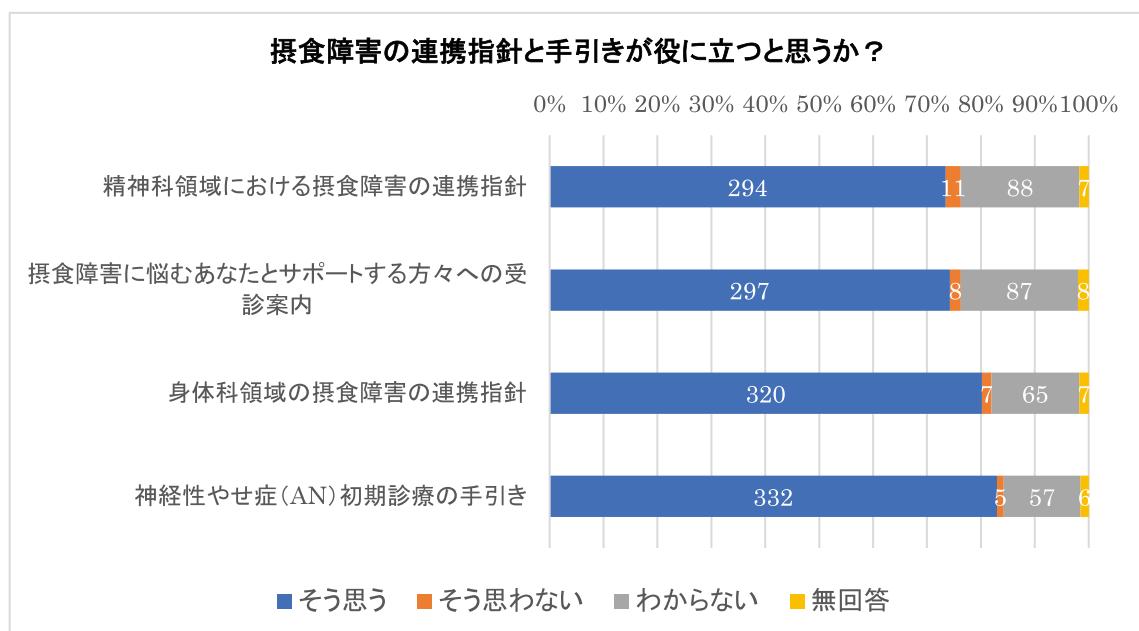
297施設(74.3%)が「そう思う」と回答した。役に立つと思う対象は、「科内の医師」(62.8%)であった。

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。

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	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
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が多いことから、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で、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るながらも、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。医療圏内に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：

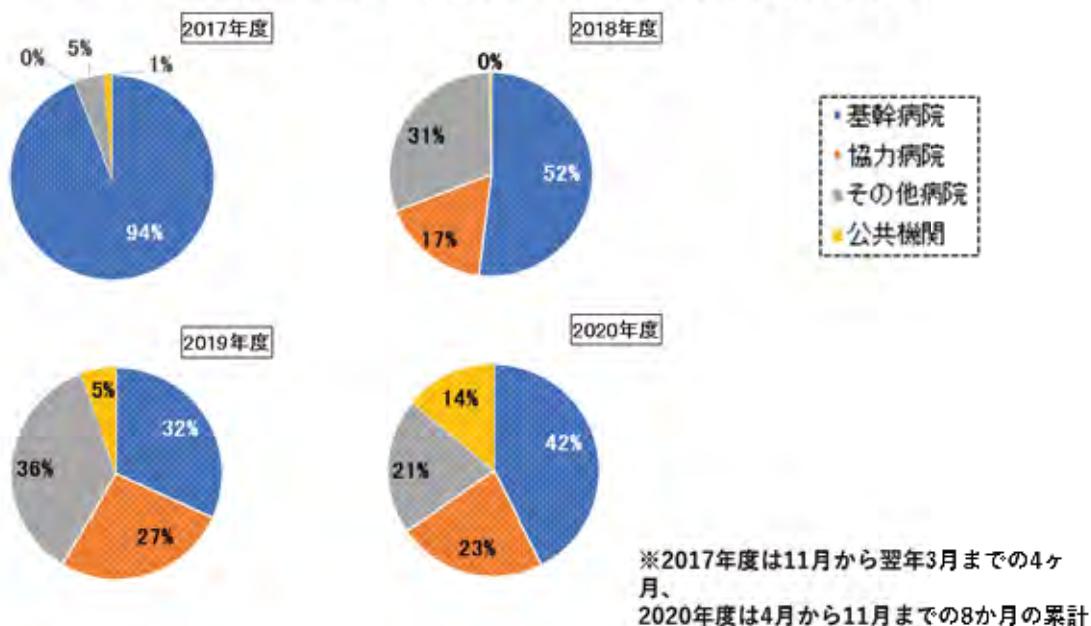
国立国際医療研究センター国府台病院では、千葉県の協力で、令和元年度に県内の内科・心療内科、精神科、産婦人科・小児科の全ての診療所・病院（3137件）に対して一年の摂食障害患者数と医療連携の可否についての調査を行い（回収率42%）、摂食障害を診療している施設は241件、現在摂食障害を診療していないが今後連携可能な施設が172件あることを明らかにした。本事業では、診療可能と返答した施設にアンケート調査実施し、診療可能な摂食障害患者の病名、身体合併症の程度を含む重症度、摂食障害治療支援センターにサポートを希望する項目を調査した。また、県内の医療機関を対象に複数回、治療研修会を実施し、参加者のアンケートを受ける。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%を超えていた（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-3 b）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

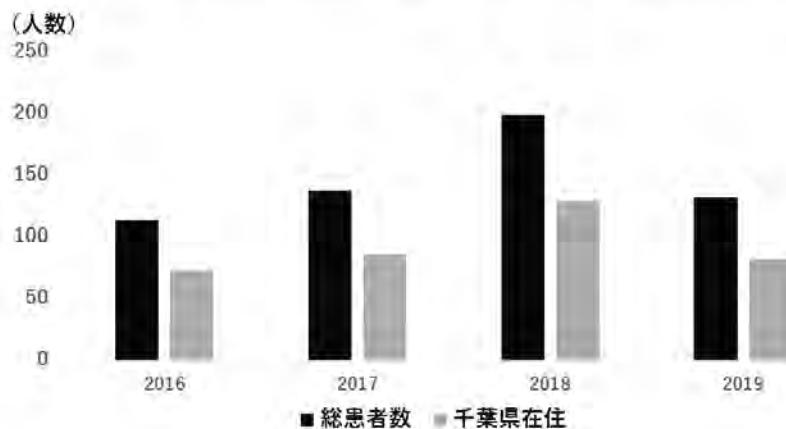
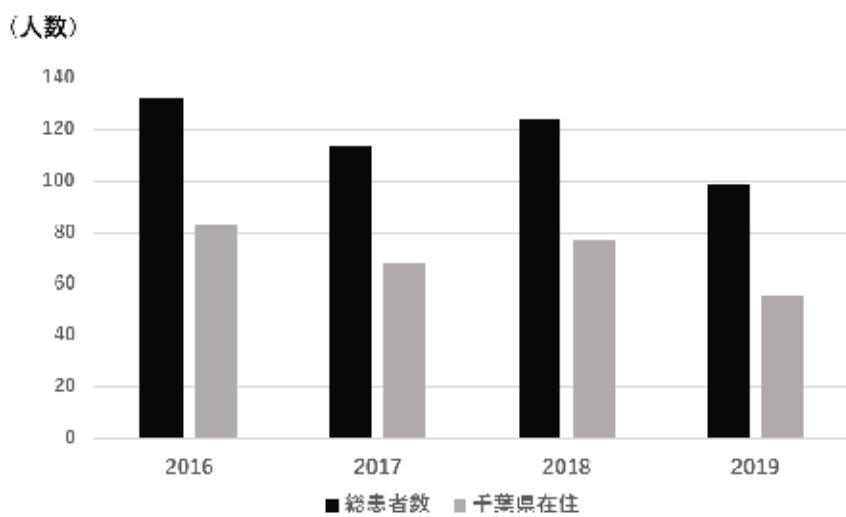


図-3b 基幹病院（国府台病院）の入院患者数（摂食障害患者）の変化



■ 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があり、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とする事と、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しており、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）

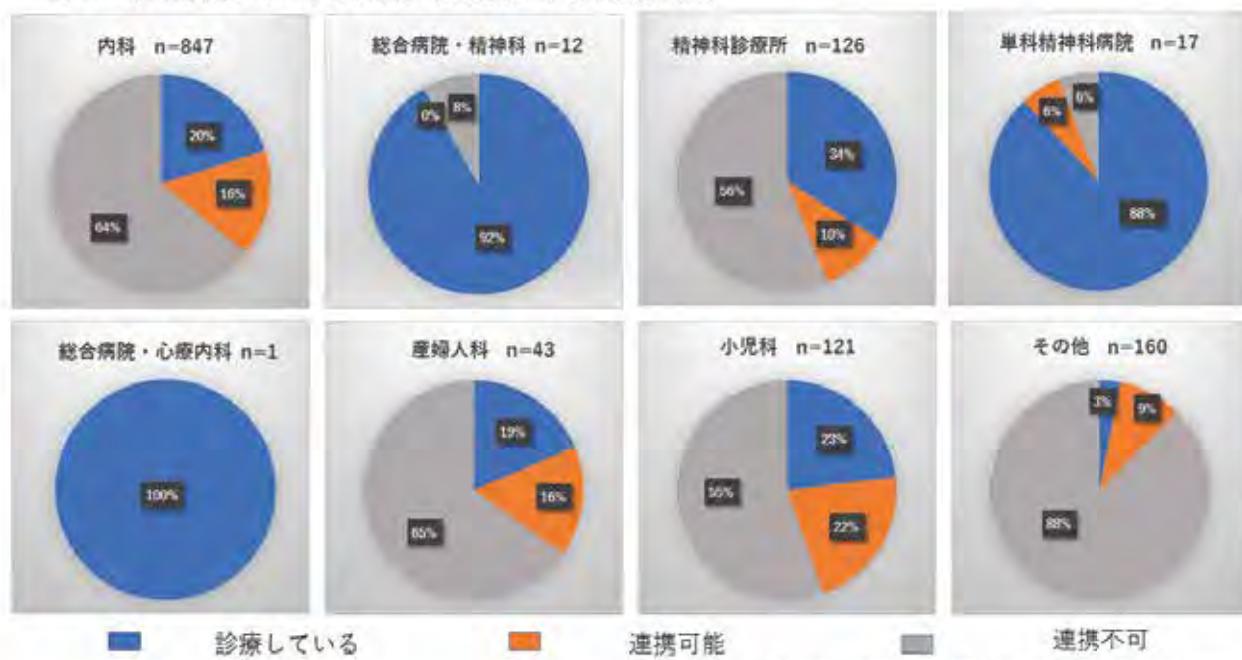
アンケートの回収率は 42%。摂食障害を診療している施設は 215 施設で、現在は診療していないが今後、診療が可能と回答していた施設は、172 施設あった。摂食障害患者の 50%は総合病院心療内科・総合病院精神科で診療していた（表-1）。図-4 の円グラフは、診療科ごとの連携の可否の割合を示す。内科の 20 %が摂食障害を診療しており、16%は今後の医療連携が可能と回答していた。総合病院精神科・単科精神科では約 90%がすでに診療していた。精神科診療所は 34%が診療しており 10%は今後診療が可能と回答していた。産婦人科・小児科は、内科と同様に現在診療している施設とほぼ同様の施設が今後連携可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

表-1 千葉県内の摂食障害患者数・治療施設・連携可能な施設

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
精神科診療所	16	12	75	468	(26%)	11	1
精神科病院	215	126	59	298	(17%)	43	12
片付精神科病院	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	(4%)	28	28

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。

摂食障害診療の実態調査（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10-15kg/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)

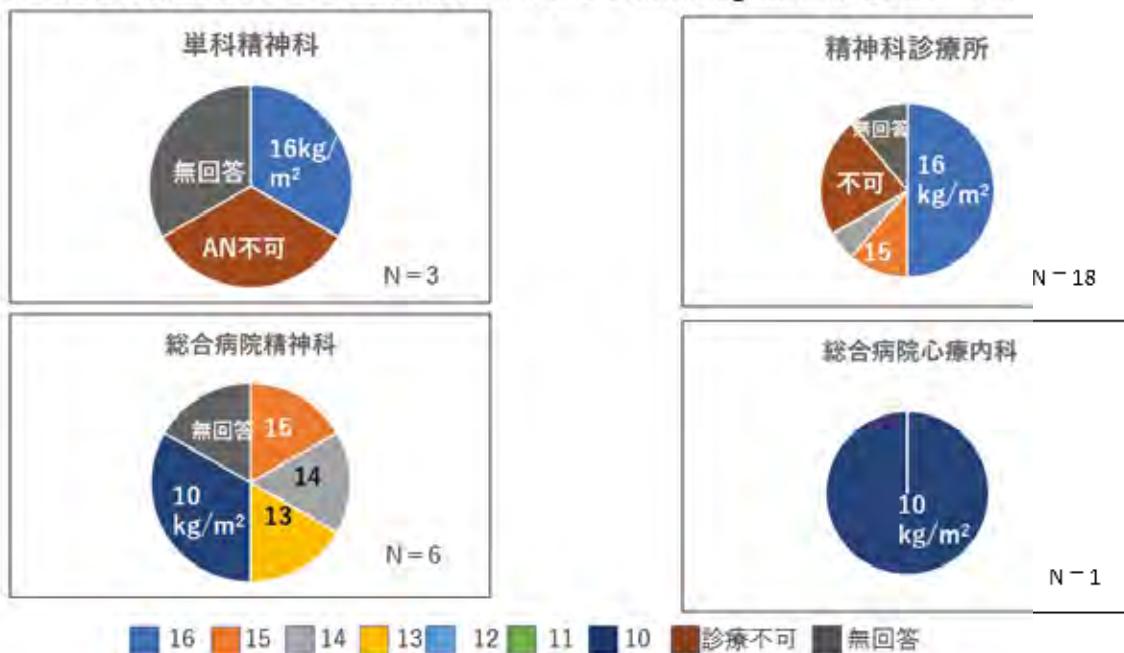


図-6 摂食障害を診療している施設の診療可能な患者BMI値 (kg/m²) (内科などの身体科)

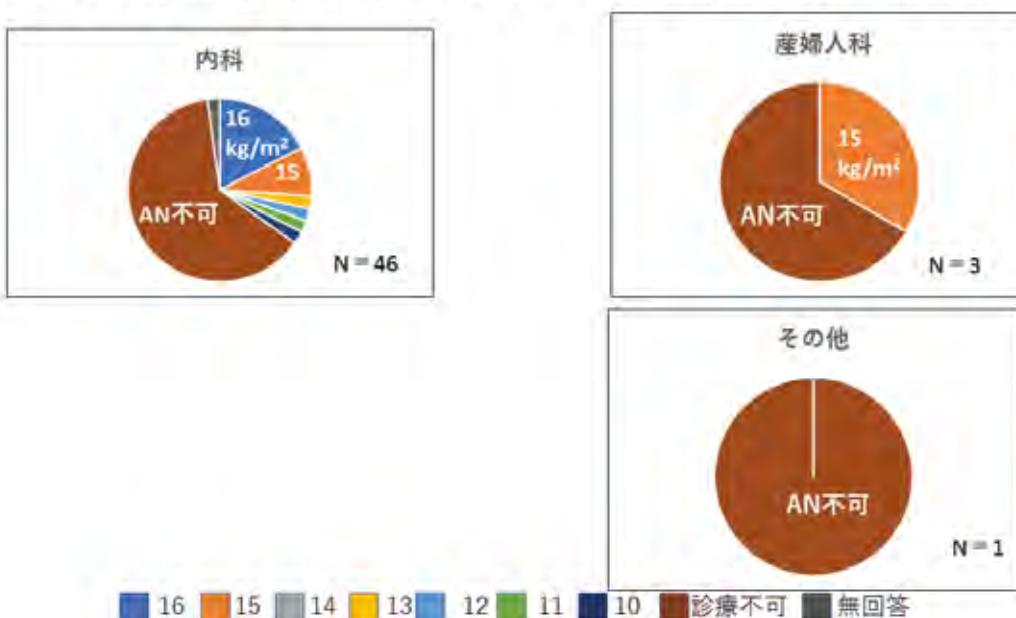


図-7にBMI13kg/m²以下の摂食障害を専門的に治療している施設8施設（図の正確な所在地は変更）と各地区の人口数を示す。西地区と中央地区が協力できれば、人口70～100万につき一つの専門施設が稼働できることが明らかになった。ベッド数の調査も今後必要である。

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、BMI15kg/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いかった。

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せられており、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ることも多かった。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た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れた。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	豊岡病院	県立こど もの医療 センター	県立こど も病院	勝川病院	鷹取医療 府	聖隸三方 原病院	好生会三 万原病院
背景情報										
総合病院/単科病院	精神科の医師数	総合病院	精神科病院	精神科病院	精神科病院	精神科病院	精神科病院	総合病院	精神科病院	
病床数(精神科)	(全開鎖)	37	270	151	160	36	170	58	104	
	(全閉鎖)	(全開鎖)	(全開鎖)	(全開鎖)	(全開鎖)	(うち閉鎖)	(全閉鎖)	(全閉鎖)	(全閉鎖)	
精神科の医師数	12	16	10	18	8	10	6	6	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する調査										
摂食障害治療支援センター設置運営事業の実足り	△	○	△	△	○	○	△	△	△	
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実足り	×	○	○	×	×	○	×	×	×	
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実足り	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
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実足り	×	○	×	×	×	○	×	×	×	
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	聖隸三方原病院	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つたが	○	○	○	○	○	○	○	○	○
摂食障害の治療を行いうる際の促進因子									
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	△	○	○	○	×	4	○	○	○
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	CP	Ns, CP, PSW	Ns, CP	Ns, CP	CP

表3

	医療機関							
	浜松医科 大学	沼津中央 病院	鳴門病院	県立こど も医療 センター	藤枝駿府 病院	蘿川病院	墨縄三万 原病院	好生会三 方原病院
根拠障害の治療連携開始後の状況								
根拠障害の入院患者が増えた	*	○	○	○	○	○	○	×
根拠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	○	○	○	○	○	○	○	○
治療連携が楽になつた（治療や転院の相談）	○	○	○	○	○	○	○	○
入院期間が短くなつた	○	○	×	○	○	○	○	○
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ぬい、不足している	○	○	○	○	○	○	○	○
退院後に外又診療のノックが分からぬい	○	○	○	○	○	○	○	○

表4

都道府県(人) 振幅	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	-5	16	14	13	13	14	13	13	13	13	13	13	17
外来振食障害診療医師数	3	15	7	-4	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	1
入院振食障害診療医師数	3	15	11	9	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	14
心臓士数	3	10	17	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	5
長食障害の力ワシセリングを行っている心臓士数	0	0	17	1	0	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4	0
病床数	16	28	37	36	40	40	40	40	40	43	43	43	43	43	43	41
一度に入院できる長食障害患者の上限	4	5	15	15	15	15	15	15	15	5	5	5	5	5	5	5~6
年間の振食障害入院患者人数	12~27	-	40~50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
他県から振食障害の外来患者受け入れ	0	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
他県から振食障害の入院患者の受け入れ	0	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
大学病院における後期研修医(レジデント)の振食障害診療経験の機会	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
専門研修病院における後期研修医(レジデント)の振食障害診療経験の機会	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健指定医、精神科専門医の症例レポートで振食障害の注目が使用される	0	BNのみ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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 (入院可能な病院)	1	1	9	2	0	3	1	不明	
児童思春期の外来診療を行っている医療機関	不明	x	(7)	不明	一部把握	一部把握	(1)	4	
うち摂食障害患者の入院診療を行っている病院	不明	x	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	x	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、小兒科等）	一部把握	一部把握	一部把握	不明	不明	一部把握	一部把握	一部把握	

表 6

都道府県人口規模	小						
	A 大学	B 大学	中	C 大学	D 大学	E 大学	F 大学
入院治療のマニュアル化（栄養管理、行動制限療法、精神疾患等）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	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化	身体治療はマニュアル化
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つていただくことは可能か？	現在 ECD の診療を行っている病院あり	現在担つている病院あり	可能	不可能	可能	不可能	可能
現在、摂食障害診療を行つていただくことは可能か？	いただいていふ精神科単科病院あり	可能がもしれない	現在、打診中	不可能	可能	不可能	現状では精神科単科病院が病院はある

表7

相談支援 担当者	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
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。	紹介先があれば可能	—	可能	紹介先があれが可能	可能
複食障害の（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？	マンパワーが無い。仕事に忙い。専門性より患者の集中が懸念される。	—	行政サイトに興味はない。	行政サイトに興味はない。	—	特に連携はしない	紹介先が集団で運営される。	—
複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？	施設内に担当部署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。	—	施設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。	—	—
文部省センターを設置するに当たり床壁はなにか？…自由記述	—	施設内で長時間食障害に興味・問題意識をもつているスタッフがいる。	施設内で長時間食障害に興味・問題意識をもつておらず、センターを設置する余力がない。	施設外を開放するだけで患者が増加してあり、センターを設置する余力がない。	施設内で長時間食障害に興味・問題意識をもつているスタッフがいる。マンパワー不足。	車両で往事士が必要。	人口が少ない地域は、施設の近くに1つ設置することも考え方だが、患者の居住域や治療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くかった。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、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 で実施が困難を感じており、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つた。

- 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、 $BMI 15 \text{ kg/m}^2$ 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 $BMI 13 \text{ kg/m}^2$ 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つかえておらず、入院でも体重増加を目標にしている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%に留まることから、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と指摘されてきた。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ことるべきである。

■ 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。

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

資料1

摂食障害および支援に関するアンケート



「摂食障害治療および支援の全国実態調査」へのご協力のお願い

令和2年12月吉日

診療科 責任者殿

厚生労働省 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」
事業責任者 安藤哲也

拝啓

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

本邦における摂食障害の診療患者数は22万人と推定されます。特に、神経性やせ症は他の精神疾患に比べても死亡率の高い疾患です。しかし、摂食障害の標準的な治療の普及や治療支援体制の整備は十分とは言えません。

本調査は、摂食障害患者が必要な治療や支援を受けられるようにするために、現在の摂食障害の治療体制の実態を把握し、治療支援体制を拡充するための課題を明らかにすることを目的としています。調査結果は報告書にまとめられ、摂食障害の治療支援体制を拡充するための政策提言や、厚生労働省の摂食障害対策の基礎資料として役立てられます。

調査に協力いただいた医療施設・診療科名や、施設毎のデータが各施設の同意がないまま公表されることはありません。ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、ご協力賜りますよう宜しくお願ひ申し上げます。

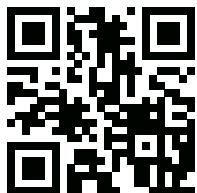
敬具

【注意事項】

- 貴科の代表者がご回答ください。ただし、貴科の都合に合わせて、適任者が上記内容をご確認の上、回答していただいてもかまいません。
- 本調査は、個人情報を含まない集計されたデータのみ収集する調査であることから、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の審査を受け、倫理審査は不要（付議不要）との判断のもと実施しております。
- 昨年度1年間（平成31年4月1日～令和2年3月31日）の、貴科における摂食障害治療体制の実態についてご回答ください。
- 令和2年12月31日までに、ご回答をお願いいたします。

【回答方法】

- 回答は、紙あるいはWebの2通りからお選びいただけます。
- 紙で回答される場合は、調査票にご記入の上、同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください。
- Webで回答される場合は、調査専用ウェブサイト <https://ed-nationalsurvey.com> よりご回答ください。



調査専用ウェブサイト
<https://ed-nationalsurvey.com>
こちらのサイトより、ご回答・お問い合わせが可能です。

【お問い合わせ先】

摂食障害治療および支援の全国実態調査 事務局
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
担当者：行動医学研究部 安藤哲也
TEL：042-341-2711 FAX：042-346-1957

【調査業務委託先の情報】

株式会社シロシベ
担当者：代表取締役 園環樹
所在地：〒521-1222 滋賀県東近江市佐野町237
Mail：t@psilocybe.co.jp
URL：<https://psilocybe.co.jp>

摂食障害治療および支援に関するアンケート

I . 施設情報

Q1.1 貴院名をご記入ください ()

Q1.2 ご回答者のお名前（ふりがな）をご記入ください ()

Q1.3 ご回答者の診療科での立場として最も近いもの一つを選択してください

1. 管理職（診療科長、教授等） 2. 中間管理職（医局長、外来・病棟医長等） 3. 医員 4. 院長・所長
5. その他 ()

Q1.4 貴院の区分に当てはまるもの一つを選択してください

1. 総合病院：病床が 100 以上（一般病床・精神病床を含む）かつ「内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻科」のすべての科を持つ医療機関
2. 単科精神科病院：一般病床・療養病床の病床を 1 床も持たず、全ての病床が精神病床の医療機関
3. その他の病院：「1. 総合病院」の条件を満たさない精神病床以外の病床を 1 床以上もつ 20 床以上の医療機関
4. 診療所：無床もしくは病床数 19 床以下の入院施設をもつ医療機関
5. その他 ()

Q1.5 貴科に最も近いもの一つを選択してください
1. 精神科 2. 心療内科 3. 内科 4. 小児科 5. その他 ()

Q1.6 自科の入院病床はありますか

1. ある 2. ない

II . 摂食障害の診療実態全般について

Q2.1 昨年度 1 年間（平成 31 年 4 月から令和 2 年 3 月まで）の貴科における診療実績についてご回答ください。

それぞれあてはまる番号に○をつけてください

	なし	1～5人	6～10人	11～20人	21～50人	51人以上
外来で診療した摂食障害患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5
外来で診療した神経性やせ症患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5
外来で診療した神経性過食症患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5
入院で診療した摂食障害患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5
入院で診療した神経性やせ症患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5
入院で診療した神経性過食症患者のおよその人数	0	1	2	3	4	5

Q2.2 診療した摂食障害患者の年齢層についてご回答ください（複数回答可）

- 1) 6 歳未満 2) 6 ～ 12 歳（小学生） 3) 13 ～ 15 歳（中学生） 4) 16 ～ 18 歳（高校生） 5) 18 歳以上
6) その他 ()

Q2.3 対応可能な摂食障害患者の年齢層についてご回答ください（複数回答可）

- 1) 6 歳未満 2) 6 ～ 12 歳（小学生） 3) 13 ～ 15 歳（中学生） 4) 16 ～ 18 歳（高校生） 5) 18 歳以上
6) その他 ()

III. 神経性やせ症の診療実態について

昨年度1年間（平成31年4月から令和2年3月まで）の貴科における**神経性やせ症の診療**についてお尋ねします

貴科で**診療した神経性やせ症患者のBMI値**の範囲をご回答ください

Q3.1 外来で診療した範囲（最低のBMIに○をつけてください）

- 11未満 11以上 12以上 13以上 14以上 15以上 16以上 17以上
神経性やせ症の外来診療はなかった

Q3.2 入院で診療した範囲（最低のBMIに○をつけてください）

- 11未満 11以上 12以上 13以上 14以上 15以上 16以上 17以上
神経性やせ症の入院診療はなかった

貴科において**対応可能な、神経性やせ症患者のBMI値**の範囲をご回答ください

Q3.3 外来診療で対応可能な範囲（最低のBMIに○をつけてください）

- 11未満も可 11以上 12以上 13以上 14以上 15以上 16以上 17以上
神経性やせ症の外来対応不可
その他（ ）

Q3.4 入院診療で対応可能な範囲（最低のBMIに○をつけてください）

- 11未満も可 11以上 12以上 13以上 14以上 15以上 16以上 17以上
神経性やせ症の入院対応不可 神経性やせ症に限らず入院対応不可
その他（ ）

貴科における**神経性やせ症に対する治療目標**をご回答ください

Q3.5 外来診療の目標（複数回答可）

1. 初期対応（診断、紹介等） 2. 疾病教育を中心とした治療 3. 体重増加
4. 規則正しい食生活の回復 5. 家庭や学校との環境調整 6. 中核の精神病理へのアプローチ
7. その他（ ） 8. 神経性やせ症の外来対応不可

Q3.6 入院診療の目標（複数回答可）

1. 身体的危機状態からの回復 2. 疾病教育を中心とした治療 3. 体重増加
4. 規則正しい食生活の回復 5. 家庭や学校との環境調整 6. 心理的危機に対する避難目的
7. 中核の精神病理へのアプローチ 8. その他（ ）
9. 神経性やせ症の入院対応不可 9. 神経性やせ症に限らず入院対応不可

Q3.7 貴科における、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**をご回答ください**（複数回答可）

1. 退院 2. 医療保護入院 3. 身体抑制 4. 院内精神科共観
5. 連携精神科医の助言 6. 精神科転院（転科） 7. 経鼻経管栄養による治療 8. 高カロリー輸液
9. その他（具体的に ）

Q3.8 貴科で神経性やせ症患者に実施している心理療法・精神療法**についてご回答ください**（複数回答可）

1. 心理教育・疾病教育 2. 認知行動療法 3. 家族療法
4. 対人関係療法 5. 精神分析的精神療法 6. 支持的精神療法
7. その他の心理療法（ ）
8. 神経性やせ症患者に心理療法・精神療法は行っていない（→ Q3.13 に進んでください）

前問「Q3.8」でいずれかの心理療法・精神療法を実施していると回答された場合

Q3.9 誰が実施していますか（複数回答可）

1. 医師 2. 公認心理師・臨床心理士 3. 看護師 4. その他（ ）

Q3.10 貴科で神経性やせ症患者への認知行動療法を実施したことがありますか

1. ある 2. ない (→ Q3.13 に進んでください)

前問「Q3.10」で「ある」とご回答された場合

Q3.11 どのような認知行動療法を実施していますか

1. 認知行動療法改良版 (CBT-E)
2. CBT-E 以外の認知行動療法 (具体的に)

Q3.12 BMI いくつ以上で認知行動療法を実施していますか

- 11 未満 11 以上 12 以上 13 以上 14 以上 15 以上 16 以上 17 以上

Q3.13 貴科での神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと思いますか

1. そう思う 2. そう思わない (→ Q4.1 に進んでください)

前問「Q3.13」で「そう思う」とご回答された場合

Q3.14 貴科で神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと思う場合、その理由は何ですか (複数回答可)

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. 認知行動療法を実施するスタッフがない | 2. 研修会を受けられない・機会がない |
| 3. スーパービジョンを受けられない | 4. マニュアル通りに実施することが難しい |
| 5. スケジュール通りに実施することが難しい | 6. 必要性を感じていないから |
| 7. 準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから (→紹介先が 7.1. ある 7.2. ない) | 7.1. ある 7.2. ない |
| 8. 日本でのエビデンスがないから | 9. 神経性やせ症に対して保険収載されていないから |
| 10. その他 () | |

IV . 神経性過食症の診療実態について

貴科での**神経性過食症の診療**についてお尋ねします

貴科における**神経性過食症に対する治療目標**をご回答ください**Q4.1 外来診療の目標 (複数回答可)**

- | | | |
|------------------|-----------------|-------------------|
| 1. 初期対応 (診断、紹介等) | 2. 疾病教育を中心とした治療 | 3. 体重増加 |
| 4. 規則正しい食生活の回復 | 5. 家庭や学校との環境調整 | 6. 中核の精神病理へのアプローチ |
| 7. その他 () | | 8. 神経性過食症の外来対応不可 |

Q4.2 入院診療の目標 (複数回答可)

- | | | |
|-------------------|----------------------|------------------|
| 1. 身体的危機状態からの回復 | 2. 疾病教育を中心とした治療 | 3. 体重増加 |
| 4. 規則正しい食生活の回復 | 5. 家庭や学校との環境調整 | 6. 心理的危機に対する避難目的 |
| 7. 中核の精神病理へのアプローチ | 8. その他 () | |
| 9. 神経性過食症の入院対応不可 | 10. 神経性過食症に限らず入院対応不可 | |

Q4.3 貴科で神経性過食症患者に実施している心理療法・精神療法**についてご回答ください (複数回答可)**

- | | | |
|--|--------------|------------|
| 1. 心理教育・疾病教育 | 2. 認知行動療法 | 3. 家族療法 |
| 4. 対人関係療法 | 5. 精神分析的精神療法 | 6. 支持的精神療法 |
| 7. その他の心理療法 () | | |
| 8. 神経性過食症患者に心理療法・精神療法は行っていない (→ Q4.7 に進んでください) | | |

前問「Q4.3」でいずれかの心理療法・精神療法を実施していると回答された場合

Q4.4 誰が実施していますか (複数回答可)

1. 医師 2. 公認心理師・臨床心理士 3. 看護師 4. その他 ()

Q4.5 貴科で**神経性過食症への認知行動療法**を実施したことがありますか

1. ある 2. ない (→ **Q4.7** に進んでください)

Q4.6 貴科で**神経性過食症への認知行動療法で保険点数を算定**したことがありますか

1. ある → 貴科で算定したことがある場合、認知行動療法で算定できる 16 回のセッション以降はどうしていますか

1.1. 保険で算定できる 16 回まで認知行動療法は終了している

1.2. 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

2. ない → 貴科で算定ができないあるいはしない理由はなんですか（複数回答可）

2.1. 診療報酬上のメリットが少ないから

2.2. 公認心理師、臨床心理士が実施した場合に算定できないから

2.3. 神経性過食症への認知行動療法は自費診療や混合診療で実施しているから

2.4. 通院精神療法や心身医学療法等で算定しているから

2.5. その他（

）

Q4.7 貴科での**神経性過食症への認知行動療法の実施が難しい**と思いますか

1. そう思う 2. そう思わない (→ **Q5.1** に進んでください)

前問「**Q4.7**」で「そう思う」とご回答された場合

Q4.8 貴科で**神経性過食症への認知行動療法の実施が難しい**と思う場合、その**理由**は何ですか（複数回答可）

1. 認知行動療法を実施するスタッフがない 2. 研修会を受けられない・機会がない
3. スーパービジョンを受けられない 4. マニュアル通りに実施することが難しい
5. スケジュール通りに実施することが難しい 6. 必要性を感じていないから
7. 準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから (→紹介先が 7.1. ある 7.2. ない)
8. 日本でのエビデンスがないから
9. その他（

）

V. 摂食障害入院医療管理加算の状況について

昨年度 1 年間（平成 31 年 4 月から令和 2 年 3 月まで）の貴科における**摂食障害入院医療管理加算の算定状況**と、算定をしていない、難しい場合の**理由等**についてお尋ねします

Q5.1 貴科に**摂食障害患者が入院できる病床**はありますか

1. ある 2. ない (→ **Q6.1** に進んでください)

(次頁の参考資料「摂食障害入院医療管理加算の算定基準」をご参照ください)

Q5.2 貴科で昨年度 1 年間に『**摂食障害入院医療管理加算**』の**算定**をしたことがありますか？

1. ある 2. ない

Q5.3 貴科で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 の場合)**』の**算定**をしたことがありますか

1. ある 2. ない

Q5.4 貴科で『**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 (BMI<13kg/m² の場合)**』の**同時算定**をしたことがありますか

1. ある 2. ない

Q5.5 貴科で**摂食障害入院管理加算ができない、あるいは難しい理由**は何ですか（複数回答可）

1. 年間の新規入院患者数が 10 人に満たないため
2. 入院時の BMI が 15 未満の基準を満たさないため
3. 入院料の算定と摂食障害入院管理加算が同時に算定できないため
4. 公認心理師や管理栄養士がいない、または治療に参加していないため
5. その他（

）

Q5.6 貴科で昨年度1年間に摂食障害で新規入院した患者の総数と入院時のBMI毎の人数をご回答ください

大変お手数ですが、上記の算定の有無にかかわらず、なるべく正確な人数をご回答ください

総数	11未満	11以上～12未満	12以上～13未満	13以上～14未満	14以上～15未満	15以上～16未満	16以上～17未満	17以上～
人	人	人	人	人	人	人	人	人

参考資料**A231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）**

1. 30日以内 200点
2. 31日以上 60日以内 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A231-4 摂食障害入院医療管理加算

- (1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI（Body Mass Index）が15未満であるものをいう。
- (3) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

VI. 摂食障害に関しての連携について**貴科と他医療機関との摂食障害に関する連携についてお尋ねします****Q6.1 専門的治療が必要な症状に対して、貴科と連携しその治療を任せられる他医療機関がありますか**

1. ある → 連携し任せられる診療科をご回答ください（複数回答可）

1.1. 精神科 1.2. 心療内科 1.3. 内科 1.4. 小児科 1.5. 産婦人科
1.6. その他 ()

2. ない

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、紹介可能な地域の他医療機関はありますか

1. ある → 紹介可能な診療科をご回答ください（複数回答可）

1.1. 精神科 1.2. 心療内科 1.3. 内科 1.4. 小児科 1.5. 産婦人科
1.6. その他 ()

2. ない

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がありますか

1. ある → 助言を求めることが可能な診療科をご回答ください（複数回答可）

1.1. 精神科 1.2. 心療内科 1.3. 内科 1.4. 小児科 1.5. 産婦人科
1.6. その他 ()

2. ない

貴科と**自治体との摂食障害に関する連携**についてお尋ねします

Q6.4 貴科と地方自治体との連携はありますか

1. ある → 下記のうちで連携しているところをご回答ください（複数回答可）
1.1. 都道府県担当者 1.2. 市区町村担当者 1.3. 精神保健福祉センター 1.4. 保健所・保健センター
1.5. その他（ ）
2. ない

Q6.5 地域連携会議を開催していますか

1. ある 2. ない

貴科と**福祉との摂食障害に関する連携**についてお尋ねします

Q6.6 福祉との連携はありますか？

1. ある → 精神保健福祉士（PSW）等の相談員を活用していますか 1.1. はい 1.2. いいえ
2. ない

Q6.7 貴施設の医療圏では下記の事業所は摂食障害への対応（受け入れ）は可能でしょうか

- 対応可能な事業所をご回答ください（複数回答可）
1. 障害者福祉等サービス事業所 2. 相談支援事業所 3. 居宅介護支援事業所
4. 地域包括支援センター 5. 公共職業安定所 6. その他（ ）
7. 対応（受け入れ）可能な事業所はない

Q6.8 貴施設の医療圏では摂食障害に対して、下記のサービスを受けることは可能でしょうか

1. 自立支援医療受給 1. はい → 摂食障害の病名で受給できている 1.1. はい 1.2. いいえ
2. はい
2. いいえ
2. 障害年金受給 1. はい → 摂食障害の病名で受給できている 1.1. はい 1.2. いいえ
2. はい
2. いいえ
3. 障害者保健福祉手帳交付 1. はい → 摂食障害の病名で交付されている 1.1. はい 1.2. いいえ
2. はい
2. いいえ
4. 特別児童扶養手当の利用 1. はい → 摂食障害の病名で交付されている 1.1. はい 1.2. いいえ
2. はい
2. いいえ
5. 就労支援 1. はい → どの種別ですか（複数回答可）
1.1. 就労移行支援 1.2. 就労継続支援 A型 1.3. 就労継続支援 B型
2. はい
2. いいえ

Q6.9 貴科と学校との摂食障害の個別症例についての連携はありますか

1. ある → **連携対象**を選んでください（複数回答可）
1.1. 養護教諭 1.2. 校医 1.3. 学生相談室 1.4. 管理職
1.5. 担任 1.6. スクールカウンセラー 1.7. その他（ ）
2. ない

Q6.10 貴科と学校との摂食障害に関する継続的な連携はありますか

1. ある → **連携対象**を選んでください（複数回答可）
1.1. 養護教諭 1.2. 校医 1.3. 学生相談室 1.4. 管理職
1.5. 担任 1.6. スクールカウンセラー 1.7. その他（ ）
2. ない

Q6.11 貴科と職場との個別症例について連携の依頼はありますか

1. ある → **連携対象**を選んでください（複数回答可）
1.1. 産業医 1.2. 人事担当者 1.3. 上司 1.4. その他（ ）
2. ない

貴科での**摂食障害に関する普及啓発活動**についてお尋ねします

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）をしていますか

1. ある → **情報発信の対象**を選んでください（複数回答可）
1.1 医療従事者 1.2 自治体職員等 1.3. 摂食障害患者及びその家族 1.4 地域住民
1.5. その他（ ）
2. ない

Q6.13 摂食障害に関して**研修会の開催**をしていますか

1. ある → **研修の対象**を選んでください（複数回答可）
1.1 医療従事者 1.2 自治体職員等 1.3. 摂食障害患者及びその家族 1.4 地域住民
1.5. その他（ ）
2. ない

貴科での**自助会・家族会の利用状況**についてお尋ねします

Q6.14 摂食障害の**自助会、家族会の設立・運営**に関わったことがありますか

1. ある 2. ない

Q6.15 摂食障害患者や家族を**自助会、家族会に紹介**したことがありますか

1. ある 2. ない

VII. 研修のニーズについて

貴科での**摂食障害に関する研修のニーズ**についてお尋ねします

Q7.1 摂食障害に関する**研修について興味**がありますか

1. 興味がある 2. 興味がない

前問「**Q7.1**」で「興味がある」とご回答された場合

Q7.2 どのような内容に興味がありますか（複数回答可）

1. 摂食障害の概要 2. 初期対応 3. 外来治療 4. 入院治療
5. 医療連携 6. 看護 7. 心理療法 8. 身体管理・身体合併症への対応
9. 家族への対応 10. 栄養指導 11. 精神併存症をもつ患者への対応
12. 症例検討 13. その他（ ）

Q7.3 貴科のスタッフが受講するとしたら**受講可能な時間帯**はどれですか（複数回答可）

1. 平日午前 2. 平日午後 3. 平日夕方 4. 平日夜（19時以降）
5. 土曜日午前 6. 土曜日午後 7. 土曜日夕方 8. 土曜日夜（19時以降）
9. 日・休日午前 10. 日・休日午後 11. 日・休日夕方 12. 日・休日夜（19時以降）

Q7.4 貴科のスタッフが受講するとしたら**受講可能な研修の日数**はどのくらいですか

- 1.「半日」 2.「1日」 3.「2日」 4.「3日」

Q7.5 研修の開催方法はなにがよいですか（複数回答可）

1. 会場で 2. ウェブで 3. その他（ ）

VIII. 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否について

貴科を、『**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）に掲載し、下記に**公開することの可否**についてお尋ねします

「許可する」とご回答いただいた施設には別途アンケートをお送りします。

Q8.1 精神保健福祉センターに配布する資料への掲載を許可しますか

1. 許可する 2. 許可しない

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を許可しますか

1. 許可する 2. 許可しない

Q8.3 「許可しない」場合、理由を選んでください（複数回答可）

1. 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
2. 医療機関からの紹介が増える可能性があるから
3. 摂食障害患者・家族からの問い合わせが増える可能性があるから
4. その他（ ）

IX. 摂食障害の連携指針と手引きについて

調査票に同封しました、摂食障害の診療・連携のための指針、受診案内、手引きについて、役立つかどうかをお聞かせください

Q9.1 「精神科領域における摂食障害の連携指針」は役に立つと思いますか

1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない

Q9.2 「精神科領域における摂食障害の連携指針」は誰の役に立つと思いますか

1. 研修医（レジデント） 2. 科内の医師（スタッフ） 3. 他科の医師（スタッフ） 4. 診療所の医師（スタッフ）
5. その他（ ）

Q9.3 「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」は役に立つと思いますか？

1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない

Q9.4 「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」は誰の役に立つと思いますか？

1. 研修医（レジデント） 2. 科内の医師（スタッフ） 3. 他科の医師（スタッフ） 4. 診療所の医師（スタッフ）
5. その他（ ）

Q9.5 「身体科領域の摂食障害の連携指針」は役に立つと思いますか？

1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない

Q9.6 「身体科領域の摂食障害の連携指針」誰に役に立つと思いますか？

1. 研修医（レジデント） 2. 科内の医師（スタッフ） 3. 他科の医師（スタッフ） 4. 診療所の医師（スタッフ）
5. その他（ ）

Q9.7 「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」は役に立つと思いますか？

1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない

Q9.8 「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」誰に役に立つと思いますか？

1. 研修医（レジデント） 2. 科内の医師（スタッフ） 3. 他科の医師（スタッフ） 4. 診療所の医師（スタッフ）
5. その他（ ）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

最後に、回答漏れがないかどうか、今一度ご確認をお願い申し上げます。

回答漏れがないことが確認できましたら、調査票を返信用封筒にてご返送くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

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

資料 2 摂食障害および支援に関するアンケート 調査結果報告書



調査方法

対象：全国の 1,190 施設（内訳は表 1 を参照）

調査方法：調査票を配布し、紙での回答もしくは同内容の Web 調査への回答を依頼した。

調査内容：施設情報

- 摂食障害の診療実態全般
- 神経性やせ症の診療実態
- 神経性過食症の診療実態
- 摂食障害入院医療管理加算の状況
- 摂食障害に関しての連携
- 研修のニーズ
- 摂食障害の診療施設リストへの掲載の可否
- 摂食障害の連携指針と手引き

摂食障害の連携指針と手引きについては、以下の資料を同封し、それぞれの資料について役立つと思うかどうか、どのような対象に役立つかを尋ねた。

- ・「精神科領域における摂食障害の連携指針」
- ・「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」
- ・「身体科領域の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」

なお、回答をもって、調査への同意とみなした。

調査結果

1. 回収率と回答者の属性

本調査は計 1,190 施設に対して依頼し、408 施設から回答が得られ、そのうち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

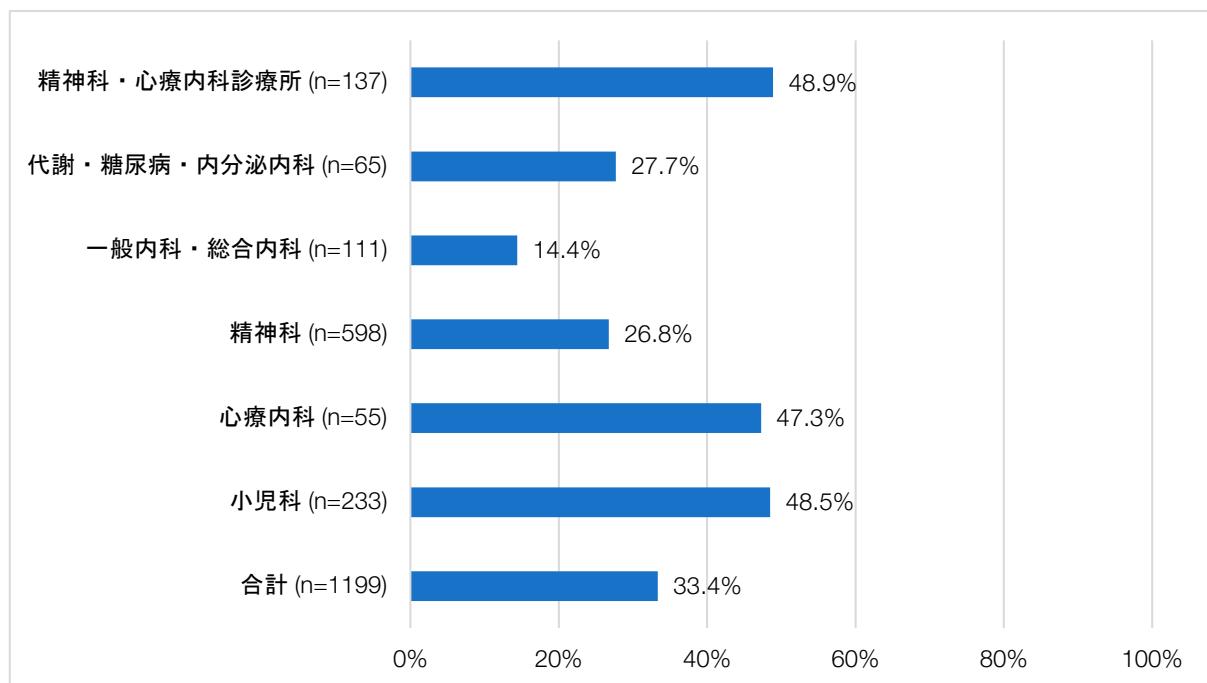


図 1 診療科別回収率（図内の n は発送数）

施設規模別の回収率をみると、診療所の回収率が最も高く、48.9%であった。次に高いのは大学病院で、40.7%であった。病床数でみると、500床以上が35.3%と最も高く、99床以下まで、全体として施設規模が小さいほど回収率が低い傾向がみられた。「特別階層」の回収率は36.5%であった。

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

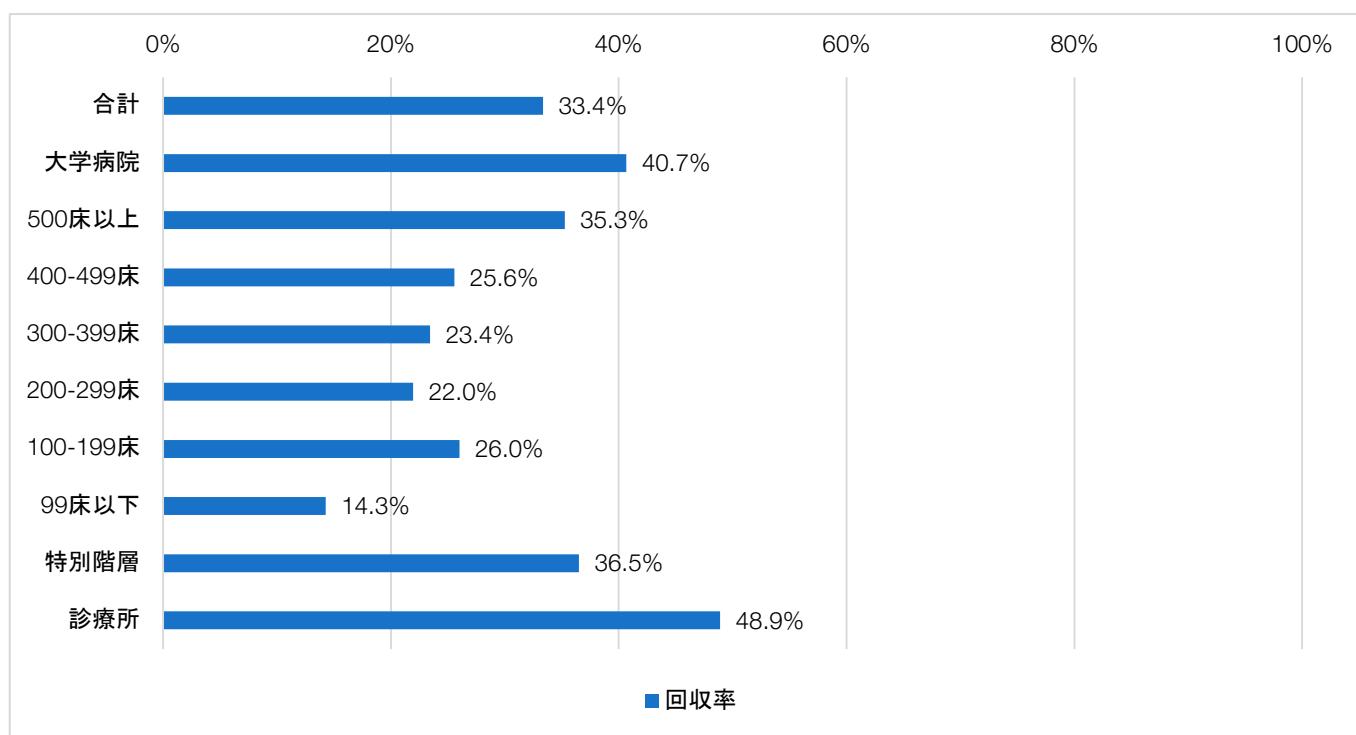


図 2 施設規模別回収率（図内の n は発送数）

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、一定数の発想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	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%

※回収数は有効回答数

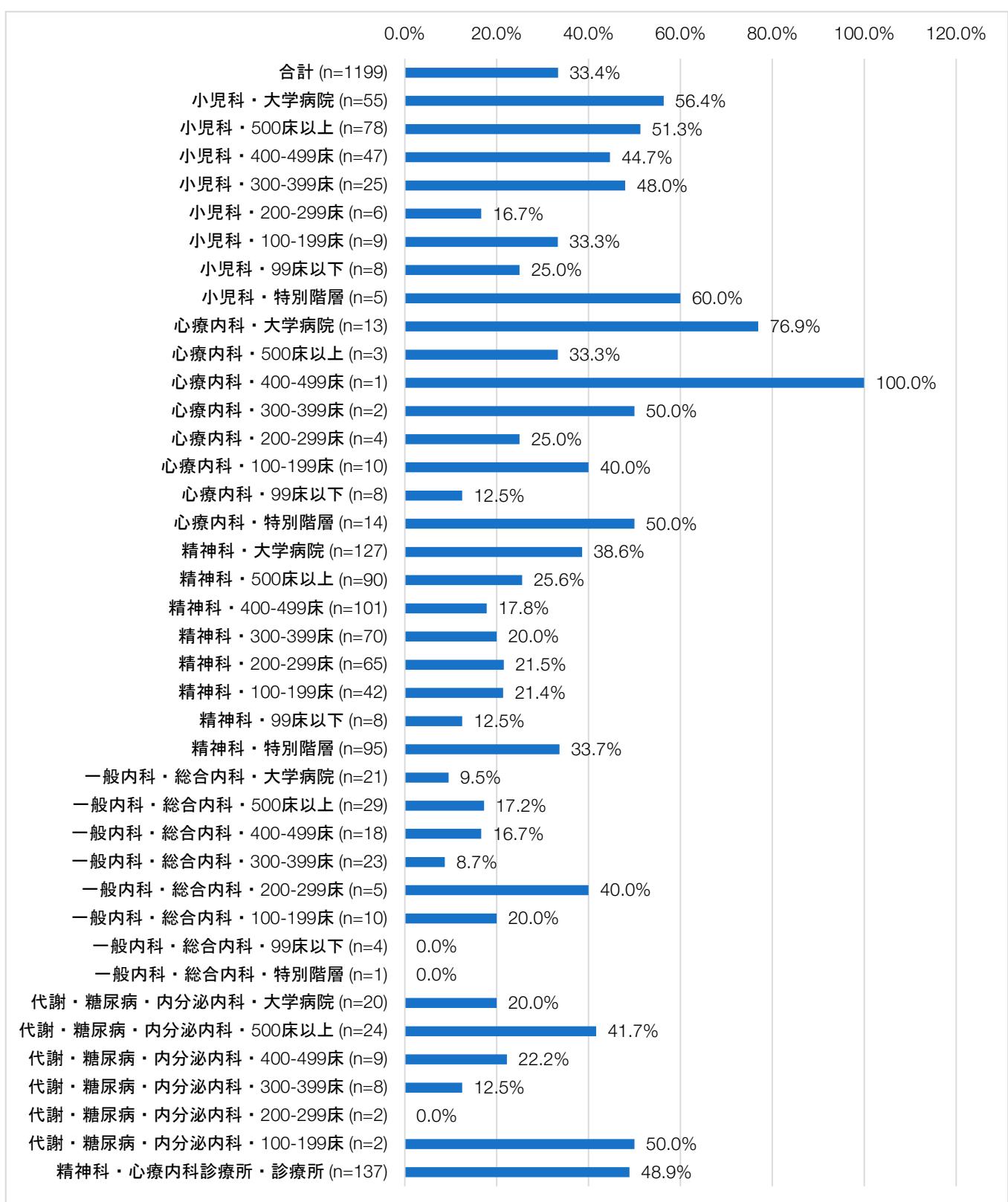


図 3 診療科×施設規模区分別回収率（図内の n は発送数）

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38%を占めていた。中間管理職と合わせると、66%を占めていた。

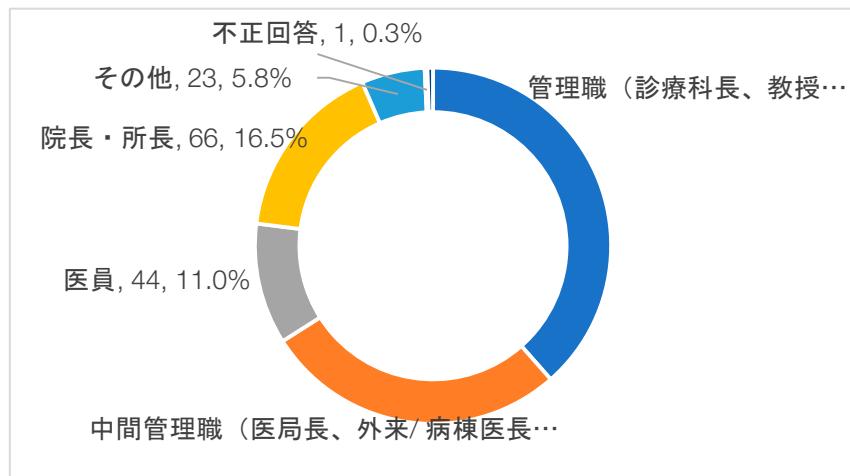


図4 回答者の診療科における立場 (n=400)

表4 回答者の診療科における立場・その他の自由記述

	施設数
精神科代表部長	1
診療部長	1
医長	1
非常勤医師	2
パート	1
病棟看護長	1
救急病棟、病棟看護師長（摂食障害の患者を受け入れている病棟）	1
臨床心理士	1
精神保健福祉士	1
管理栄養士	1
精神科 コメディカル	1
事務次長	3
事務主任、PSW	1
事務長	1
課長代理	1
保健係長	1
相談 G 主査	1
特任准教授	1
病院助教	1

施設の区分で最多多いのは、総合病院で61%を占めていた。単科精神科病院は8%、診療所は17%であった。

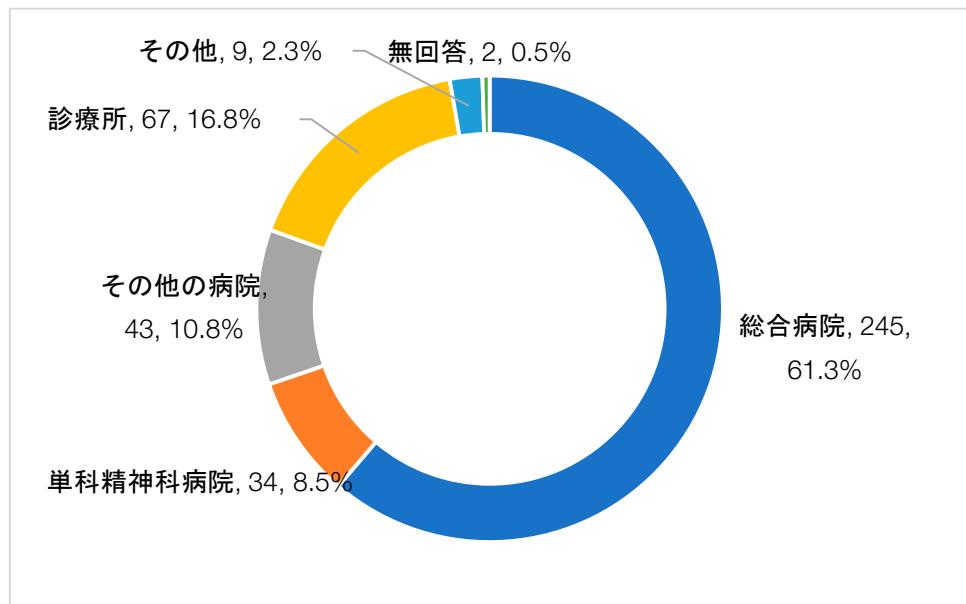


図 5 施設の区分 (n=400)

表 5 施設の区分・その他

	施設数
1. 総合病院の条件を満たさない 24 床の病院	1
108床の一般病床・回復期病床。精神科病床は0	1
国立高度医療センター	1
小児病院	1
心療内科	1
精神科デイケア	1
精神保健福祉センター	1
総合病院で精神科病床なし	1
病床 100 床以上を有するが、精神科病棟なし	1

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。

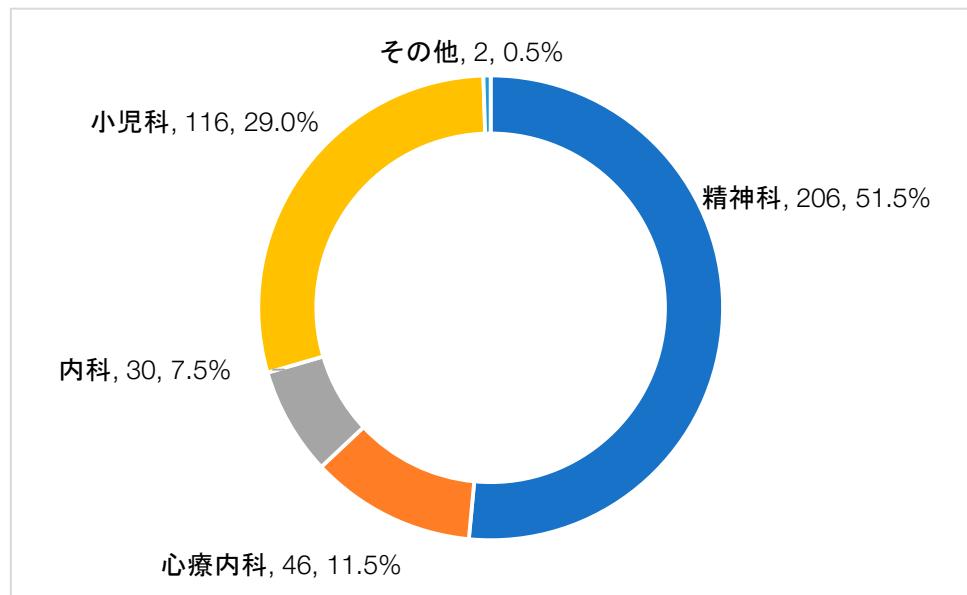


図 6 診療科 (n=400)

自科の入院病床の有無について尋ねたところ、「ある」という回答が 70.5%、「ない」という回答が 29.0% であった。

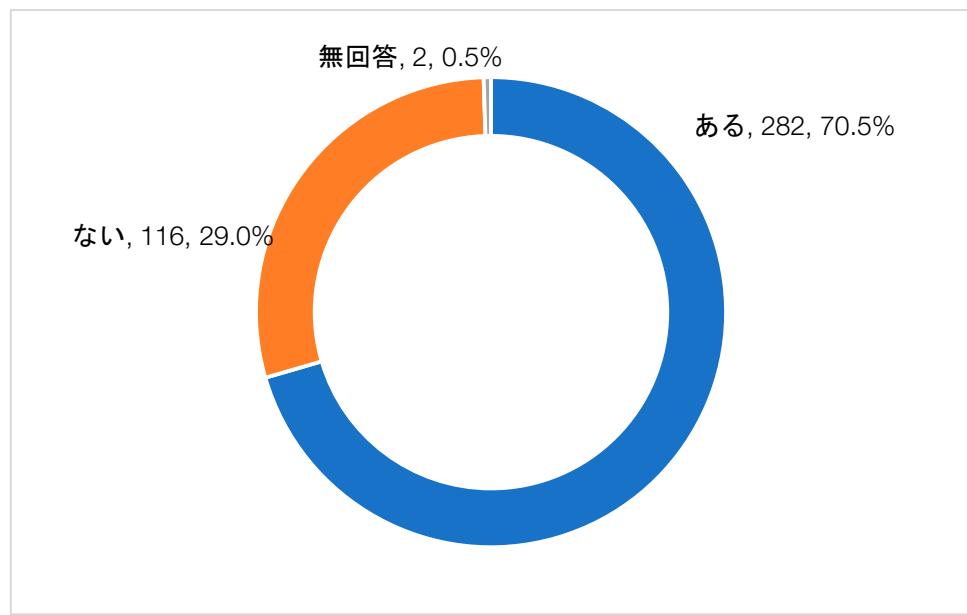


図 7 自科の入院病床の有無 (n=400)

2. 摂食障害の診療実態全般について

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。51人以上という回答は4.3%で、「なし」という回答は17.3%であった。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。「1～5人」という回答が次に多く、34.5%を占めていた。

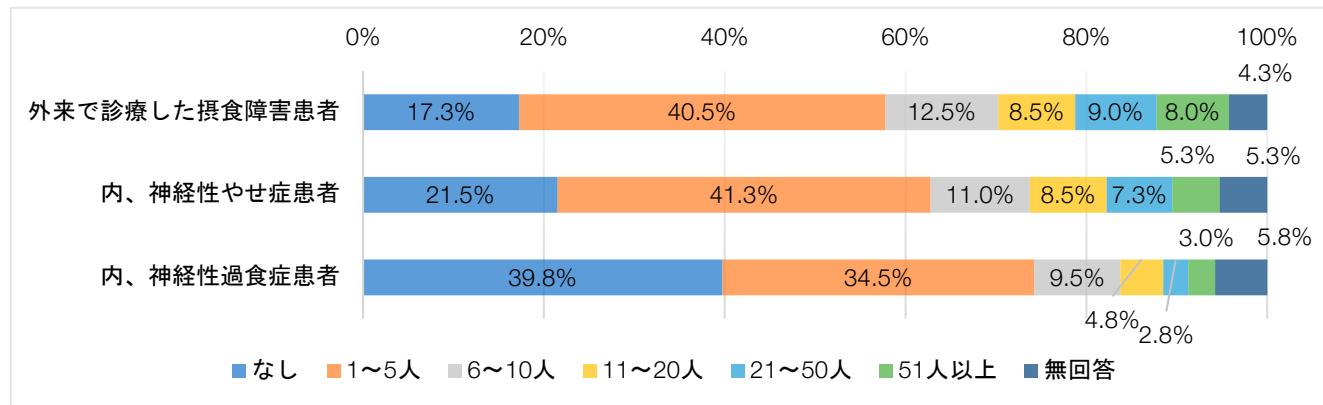


図8 外で診療した摂食障害患者 (n=400)

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。51人以上という回答は6.0%で、「なし」という回答は30.1%であった。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。「なし」という回答は31.9%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67.4%を占めていた。「1～5人」という回答が次に多く、22.7%を占めていた。すなわち、神経性過食症患者の入院診療実績は、「なし」と「1～5人」という回答で全体の90%以上を占めていたこととなる。

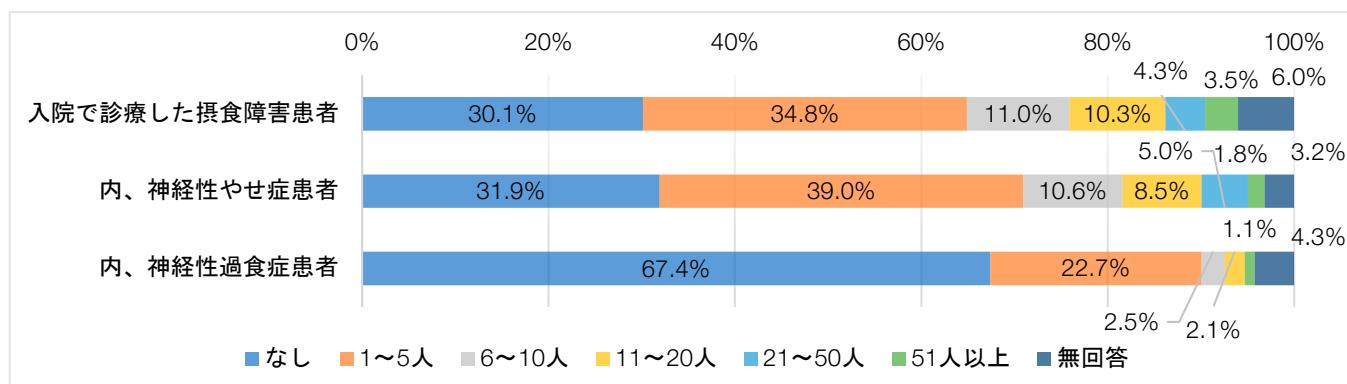


図9 入院で診療した摂食障害患者 (n=282)

※入院病床があると回答した施設のみに限定して集計

診療した摂食障害患者の年齢層および対応可能な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。

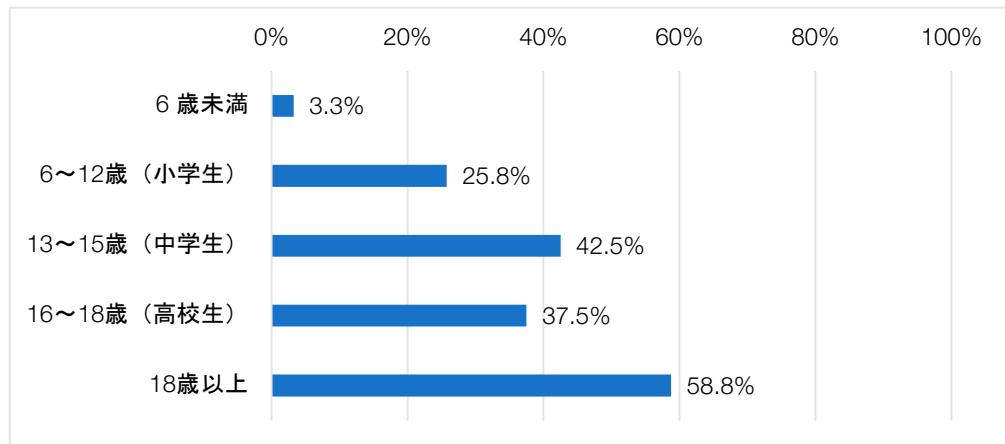


図 10 診療した摂食障害患者の年齢層 (n=400、複数回答)

表 6 診療した摂食障害患者の年齢層・その他の自由記述

	施設数
30歳代	1
30代、40代、50代	1

※該当患者なしという記載は除外

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%と最も少なかった。

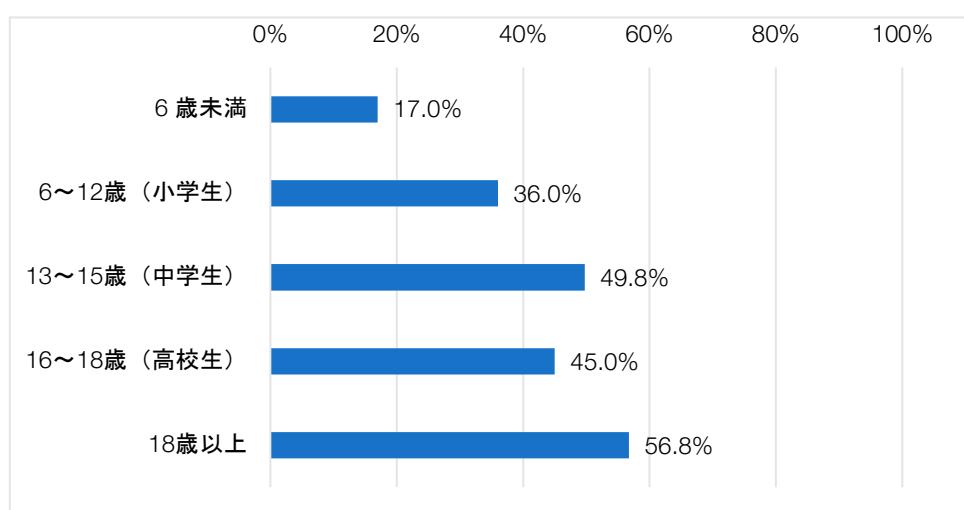


図 11 対応可能な摂食障害患者の年齢層 (n=400、複数回答)

表 7 対応可能な摂食障害患者の年齢層・その他の自由記述

	施設数
20代以上	1
家族の会参加時の面談で対応あり得る（おむね中学生以上）	1
概ね中学校卒業以降から40歳程度（他の疾患と同様）	1
基本的には対応不可能、本患者は児童精神科と併診	1
基本的に当院では心療内科が摂食障害患者を治療しております	1
救命処置は行うが対応可能ではない	1
刑事施設に収容されている者に限る	1
原則対応不可、診断確定後専門施設へ依頼します	1
重症はみれません	1
初期対応のみ	1
初診15歳まで	1
初診対応の後基本的には精神科にお願いしています	1
小児科や精神科での診療の可能性があります	1
障害児者での対応あり	1
精神科が常勤でないこともあります、外来フォローでは対応困難なケースなどは対応は一次的なものになります	1
精神科にお願いしています	1
専門病院へ紹介している	1
15才以下は本来小児科が診るべきだと思うがことわられることが多い	1
他院に紹介します	1

※該当患者なしという記載は除外

3. 神経性やせ症の診療実態について

診療した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、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。

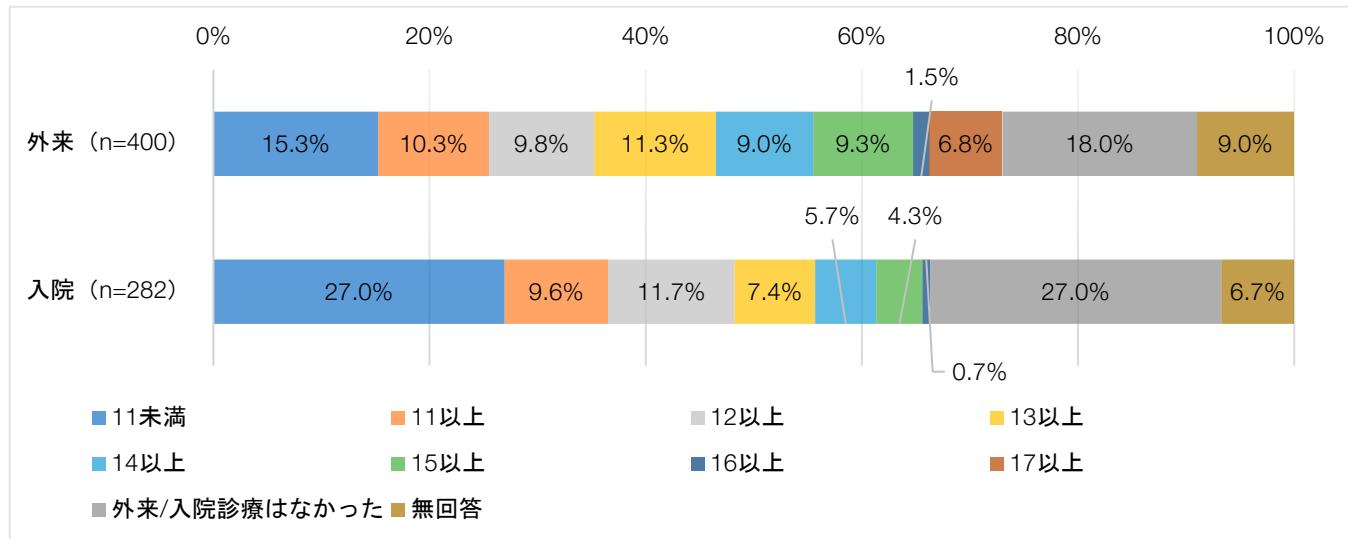


図 12 診療した神経性やせ症患者の最低 BMI

※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

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。

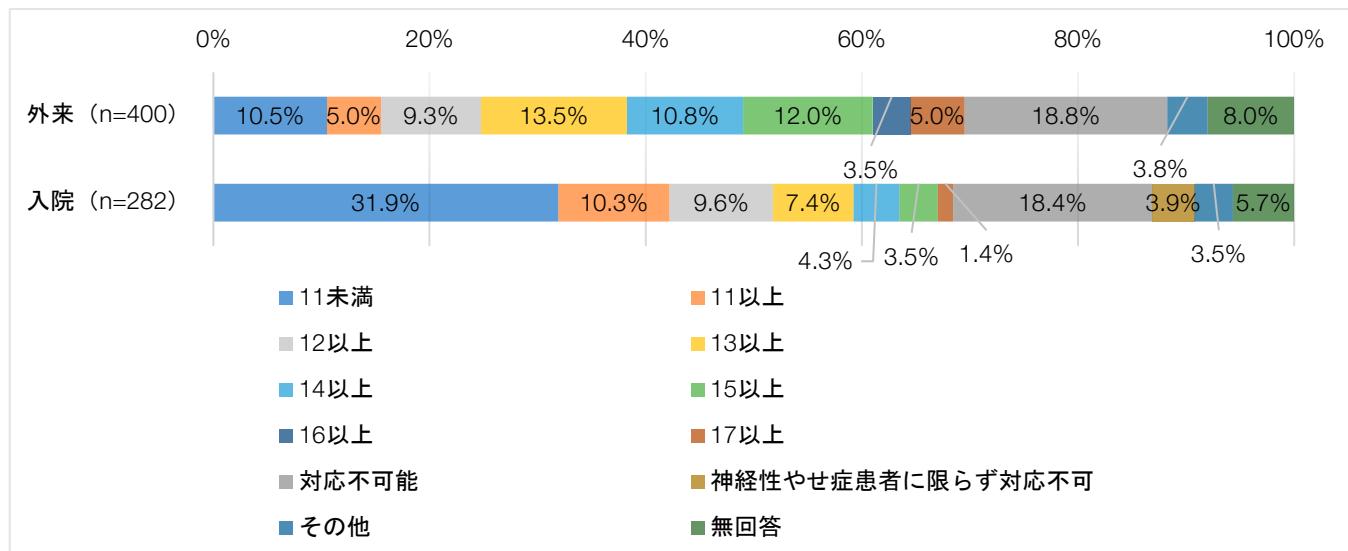


図 13 対応可能な神経性やせ症患者の最低 BMI

※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

表 8 外来診療で対応可能な神経性やせ症患者の最低 BMI・その他

	施設数
基準なし	2
BMI だけを因子として挙げられない	1
原則として診療しない	1
現在は新規の外来対応は不可	1
個々の症例の状況による	2
初期対応のみ	1
初診時のみ	1
小児で、精神症状が軽微であれば。	1
小児のため肥満度-20～-30%を目安に入院している	1
場合にもよるが、基本的に BMI15 未満はまず入院加療を勧める	1
診断がついている場合は直接精神科に受診頂いています。	1
身体科が主科のため、精神科が BMI 値を設定していない	1
身体面は内科系でみてもらうことが条件	1
精神科外来を行っていない。身体合併症や救急対応を中心に運用している。	1
対応不可ではありませんが心療内科が専門に治療をしていますので、内科にお願いしています。	1
肥満度 -25～-30%を目安に減少率なども考慮	1
肥満度 30%以上	1
肥満度または BMISD で判定	1
家族の会参加時の面談で対応あり得る	1

表 9 入院診療で対応可能な神経性やせ症患者の最低 BMI・その他

	施設数
基準なし	2
救急対応（身体的危機状況）のため BMI 不問	1
11 未満も可であるが本人の治療への同意が必須	1
原則入院はとっておりません。	1
現在は新規の入院対応は不可	1
根本治療は不可ですが、全身状態が良くないとき、専門病院への入院が可能になるまでの点滴治療などは可で	1
小児で、精神症状が軽微であれば。	1
場合にもよるが、当院は単科の精神病院であり、BMI10 以下は総合病院を勧める	1
身体科の協力があれば 11 未満も可	1
精神科への連携で入院対応している	1
対応不可ではありませんが心療内科が専門に治療をしていますので、内科にお願いしています。	1
入院診療は当院精神科に依頼しています。	1
肥満度または BMISD で判定	1

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、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。

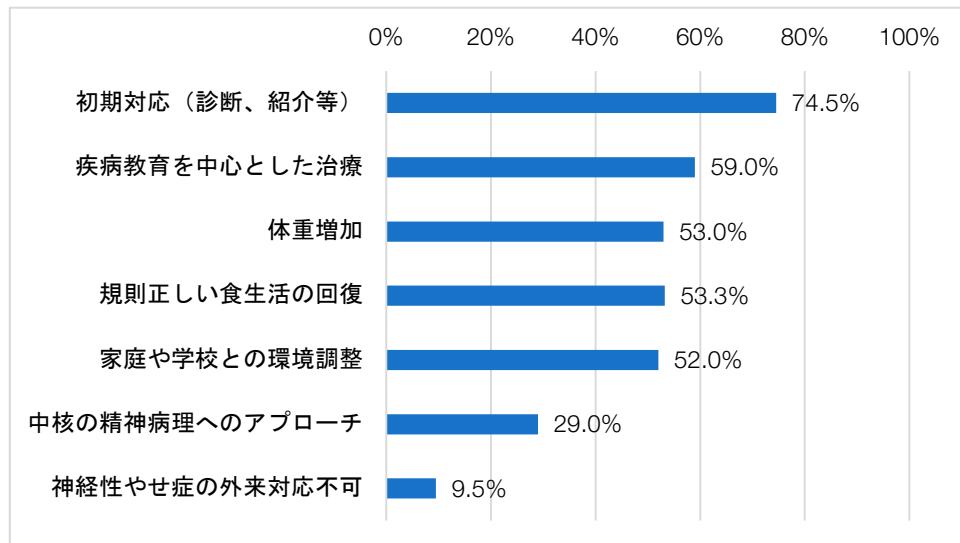


図 14 神経性やせ症患者に対する外来診療の目標（n=400、複数回答）

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、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。

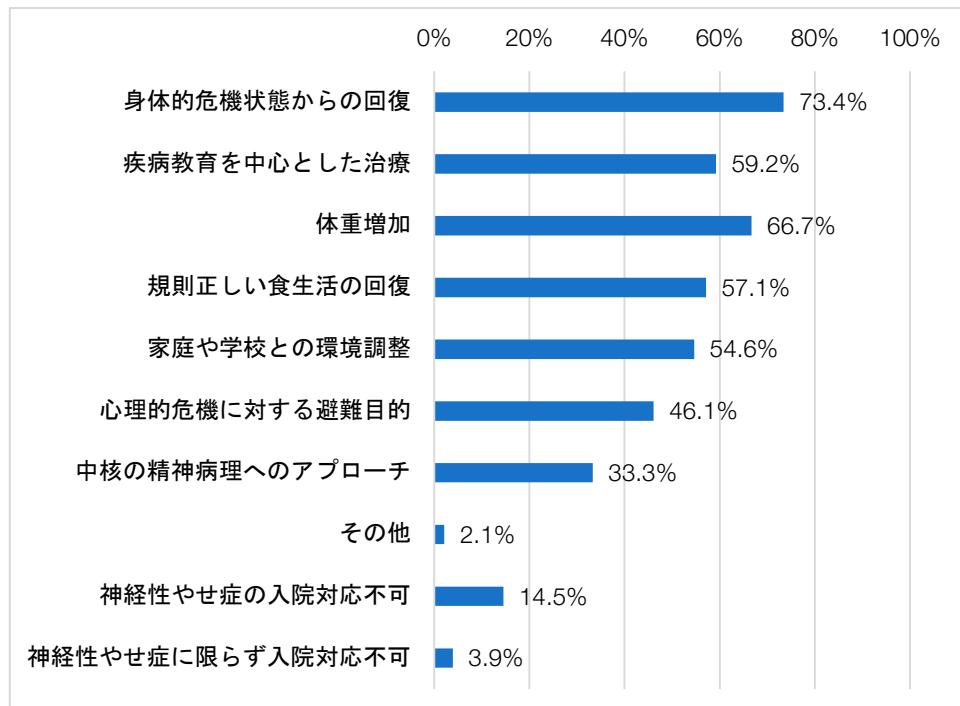


図 15 神経性やせ症患者に対する入院診療の目標（n=282、複数回答）

※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

表 10 神経性やせ症患者に対する入院診療の目標・その他

	施設数
集団療法	1
検査、診断目的	1
基本は専門施設に紹介	1
専門病院への紹介	1
原則的に、当科での入院対応は難しいと考えます	1

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。

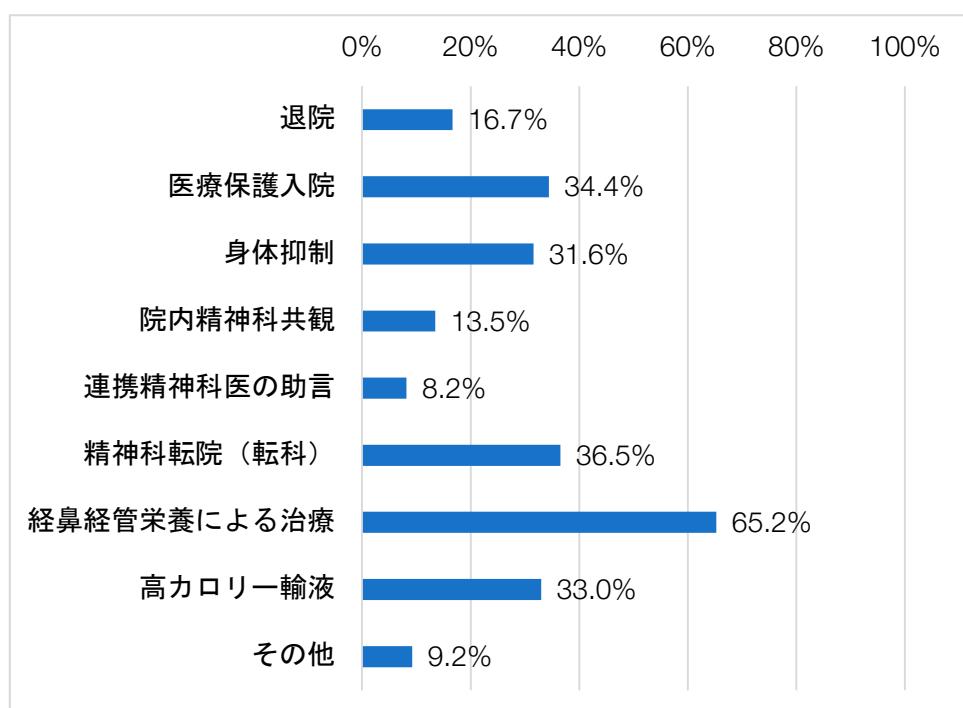


図 16 入院中の神経性やせ症患者が治療拒否などにより食事摂取が困難な場合の対応
(n=282、複数回答)

※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

表 11 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・その他

	施設数
行動療法的なかかわりにより、経鼻経管栄養はせず、経口摂取してもらっています	1
病状により、退院あるいは経管栄養	1
食事療法（栄養剤投与、分割食など）、末梢輸液	1
末梢からアミノ酸、脂肪製剤点滴。	1
入院時から児童などで医療保護入院のケースもある	1
院内心療内科とコンサルト	1
心療内科への紹介	1
身体科への転入院	1
他小児科もしくは精神科へ転院	1
専門医療機関への転院	2
総合病院への紹介（転院）	1
大学病院への転院（小児科＆精神科）	1
小児の精神保健を診療している医療機関へ転院	1
心療内科、単科の入院施設のため、精神科への転院が前提です	1
転院	2
当院で入院適応とはしていない。院外へ紹介している	1
保健センターおよび児童相談所に	1

※対応していない・経験していないという回答が7件あった。

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。

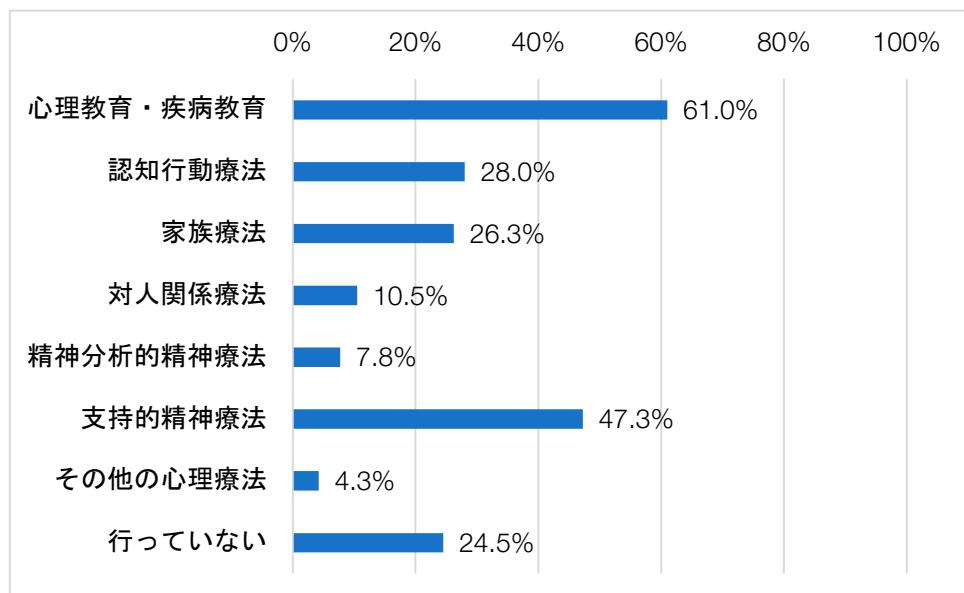


図 17 神経性やせ症患者に対して実施している心理療法・精神療法 (n=400、複数回答)

表 12 神経性やせ症患者に実施している心理療法・精神療法・その他

	施設数
オペラント	1
ニューロフィードバック	1
プレイセラピー	2
プレイセラピー（年少者）	1
行動制限（○○kg以上でスマホ可など）	1
行動制限療法	1
集団精神療法	1
集団療法	1
心身医学療法	1
森田療法 ロゴテラピー	1
複合的集団療法	1
遊戯療法、芸術療法、集団精神療法	1
現在のフレームを新しくつくりかえていく為の支援	1
マインドフルネス	1
カウンセリングのみ	1

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、その実施者を訪ねたところ、医師が行っている施設は全体の 94.7% であった。

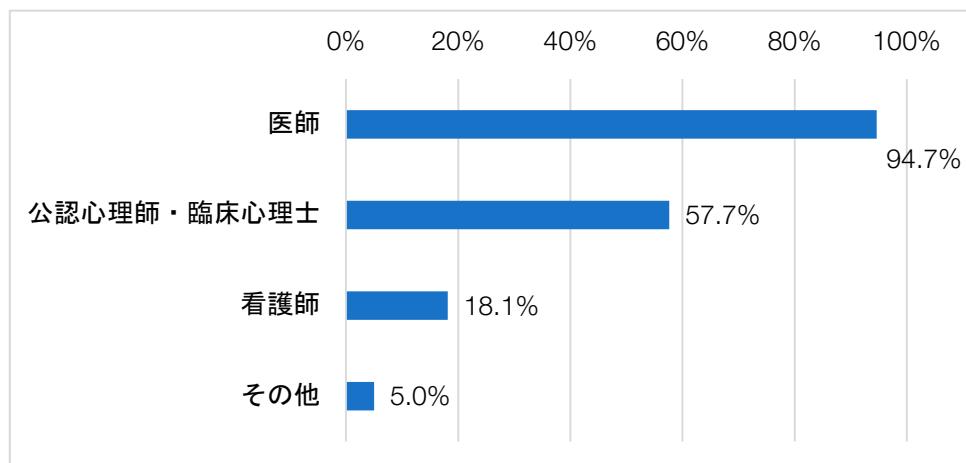


図 18 神経性やせ症患者に対する心理療法・精神療法の実施者 (n=281、複数回答)

※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と回答した施設に限定して集計

表 13 心理療法・精神療法の実施者・その他

	施設数
認定心理士、カウンセラー	1
PSW、OT	1
PSW、作業療法士	1
PSW、OTR、栄養士、薬剤師	1
PT	1
作業療法士	1
リハビリ OT	1
言語聴覚士、作業療法士、立位困難な場合は理学療法士も	1
管理栄養士	2
管理栄養士、作業療法士	1
栄養士	1
刑務官	1
保育士	1

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。

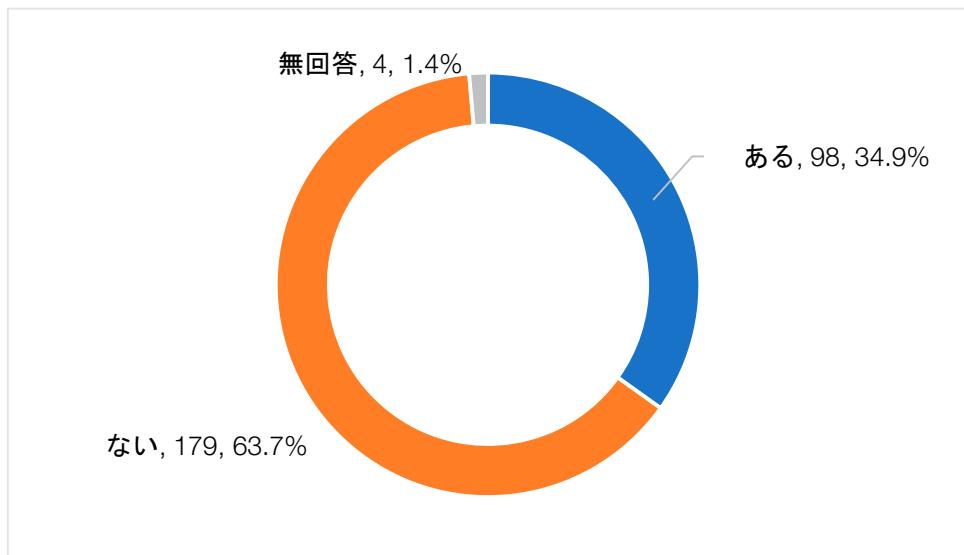


図 19 神経性やせ症患者への認知行動療法を実施した経験の有無 (n=281)

※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と回答した施設に限定して集計

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) という回答が全体の 61.2%を占めていた。

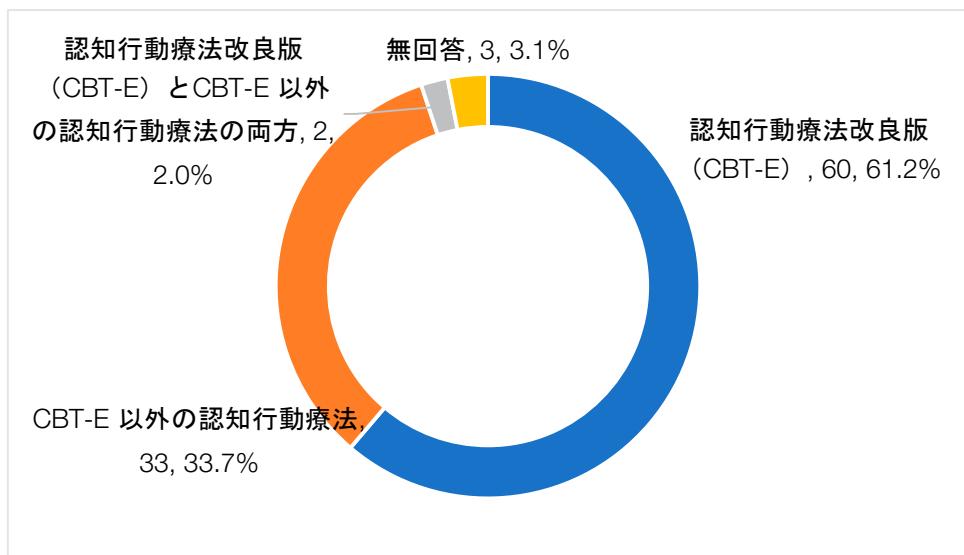


図 20 神経性やせ症患者へ実施した認知行動療法 (n=98)

※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回答した施設で集計

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。

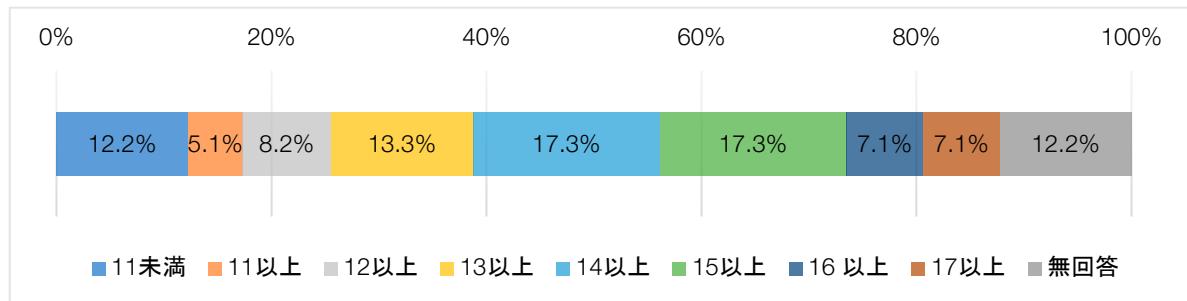


図 21 神経性やせ症患者へ認知行動療法を実施する際のBMIに関する条件 (n=98)

※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回答した施設で集計

全ての施設に対して、神経性やせ症患者に対して認知行動療法を実施することが難しいと思うかどうかを尋ねたところ、「そう思う」という回答が全体の71.7%を占めていた。

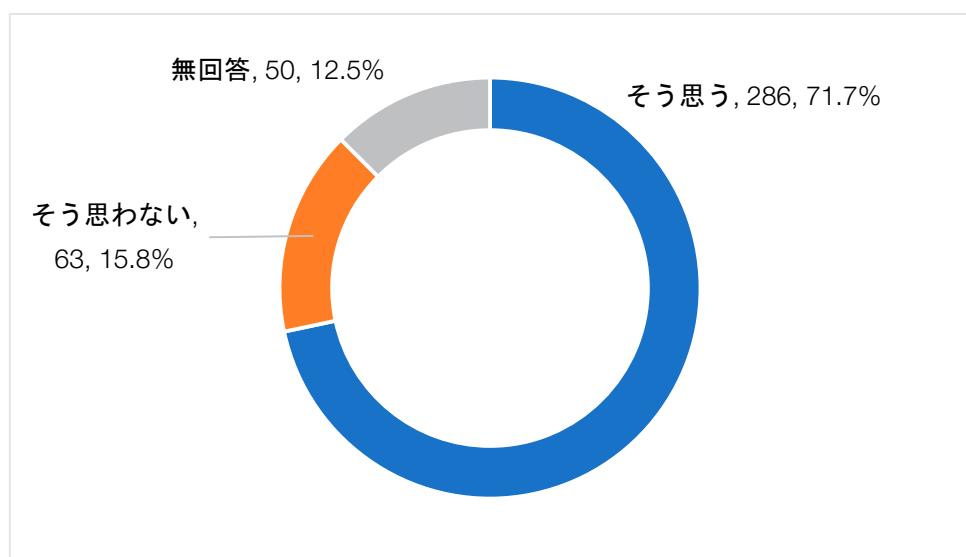


図 22 神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと思うか (n=400)

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。

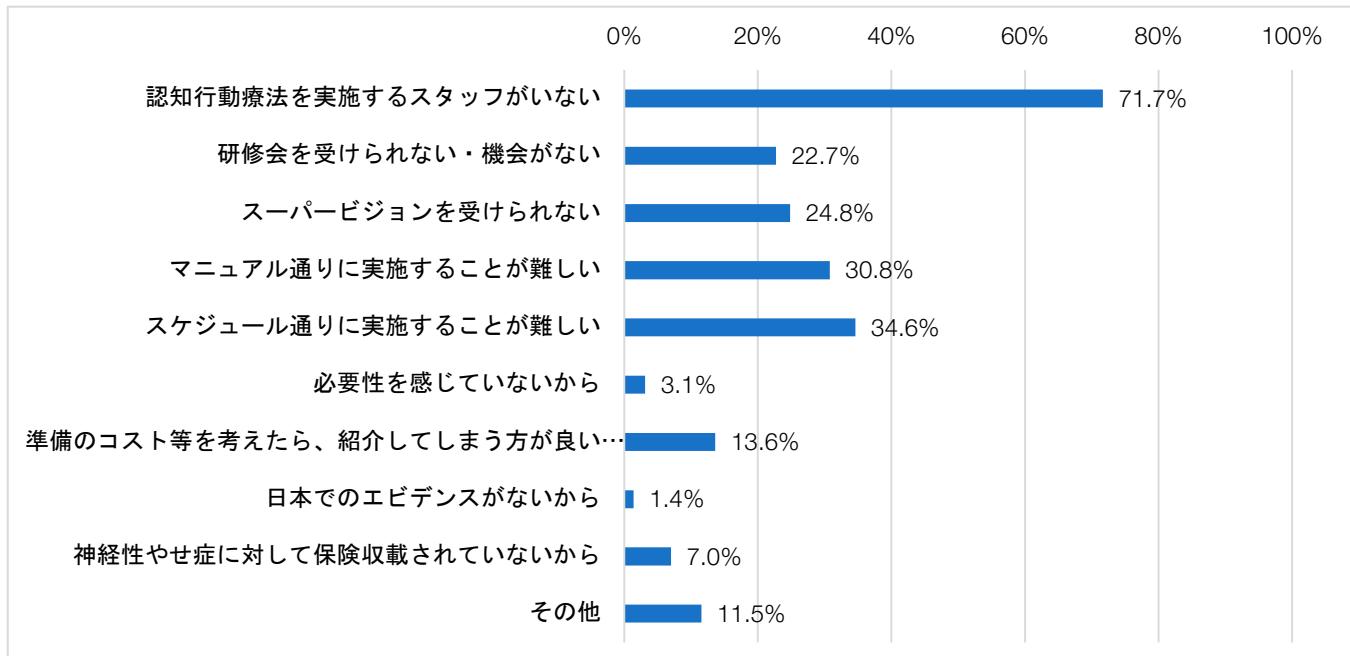


図 23 神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと回答した理由 (n=286、複数回答)

※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限定して集計

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で「準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから」と回答した施設に対して、紹介先の有無を尋ねたところ、「ある」という施設は66.7%であった。

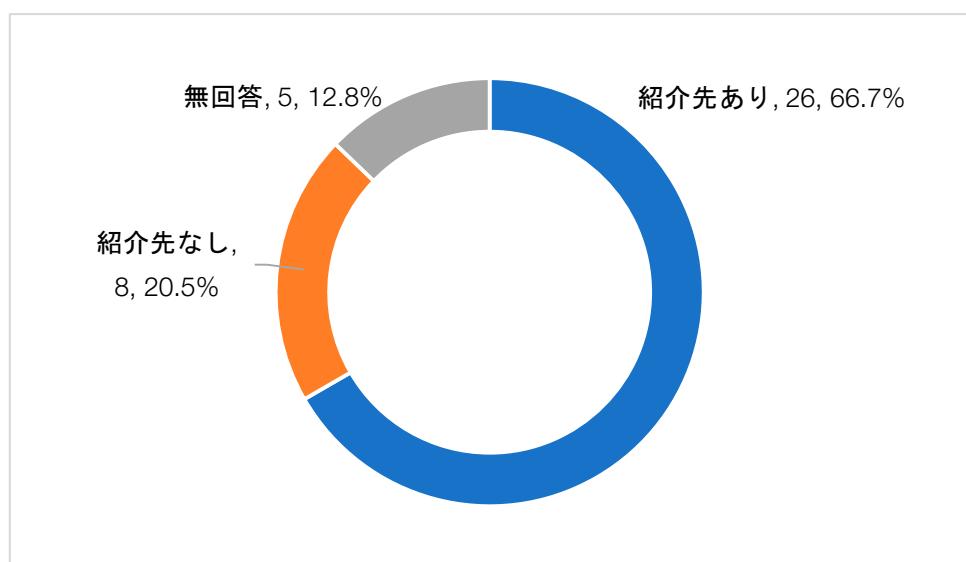


図 24 神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと回答した理由で「準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから」と回答した施設における紹介先の有無 (n=39)

表 14 神経性やせ症患者への認知行動療法の実施が難しいと思う理由・その他の自由記述

	施設数
1人あたりにさける診療時間が限られるため、時間を作れない	1
いそがしすぎる。マンパワーがない	1
デイケアでは主として集団療法を実施。疾患別のプログラムは一部のみしか実施できていない	1
マンパワーが足りない	1
より重症のパーソナリティ病理に対して力動的な対応を要する	1
外来で時間をとることがむずかしい	1
患者が多く、十分対応できる時間がとれない。心理スタッフがいない	1
患者さんがなかなか定期的に受診しない	1
患者の拒否	1
患者背景に差が大きい	1
管理栄養士は、スーパービジョンを受けたが、単数配置で余力なく、コストもとれない現状での実施は困難	1
急性期治療が主体	1
時間がかかる	1
時間的・人的余裕がありません	1
手間の割に医療の収益が上がらない	1
週1日のパート医のみで行うのが困難	1
小児に対して、厳密な CBT は限界があります	1
小児は、内省力、分析力等が弱く、型通りやっても本人に響かない	1
小児科1人、精神科0人で、小児（～15歳）については実施しない	1
小児科だけでは難しい。精神科や心理士もだが、他の小児科医のサポートが必要	1
小児科では保険収載なし	1
心理士を常勤として病院が雇用してくれない	1
神経性やせ症に CBT は効果がないと思う	1
精神科にお願いするため	1
体重増加後早期に希望で退院してしまう	1
担当診療科ではない	1
当院には精神科がない	1
当院精神科で実施しているため	1
CBTE は年齢的に合わない	1
Family based treatment の導入できる体制整備を検討しているため	1

※「診療していない」などの回答は除外

4. 神経性過食症の診療実態

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）」が全体の73.8%を占めていた。「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%を占めていた。「外来対応不可」という施設は全体の12.5%であった。

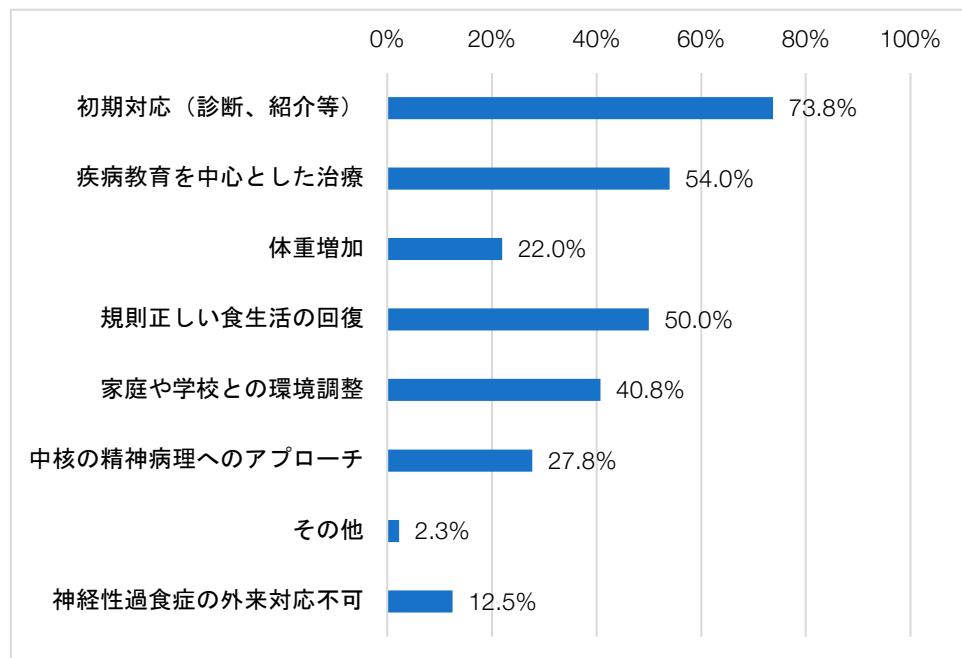


図 25 神経性過食症患者に対する外来診療の目標（n=400、複数回答）

表 15 神経性過食症患者に対する外来診療の目標・その他

	施設数
家族支援、当事者G案内、他院継続勧奨	1
過食をすることでの利点について考え、何を得たいのか得る為にどう行動していくかについて考える	1
過食症は小児科単独では困難だと思う	1
基本やらないが開業小児科医からの依頼で	1
職場との環境調整	1
精神併存症への対応	1
対応不可ではありませんが心療内科が専門に治療をしていますので、内科にお願いしています	1
適当な専門治療可能な医療機関を紹介する	1
本人の満足	1

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%程度を占めていた。「神経性過食症の入院対応不可」という回答も25.9%を占めていた。

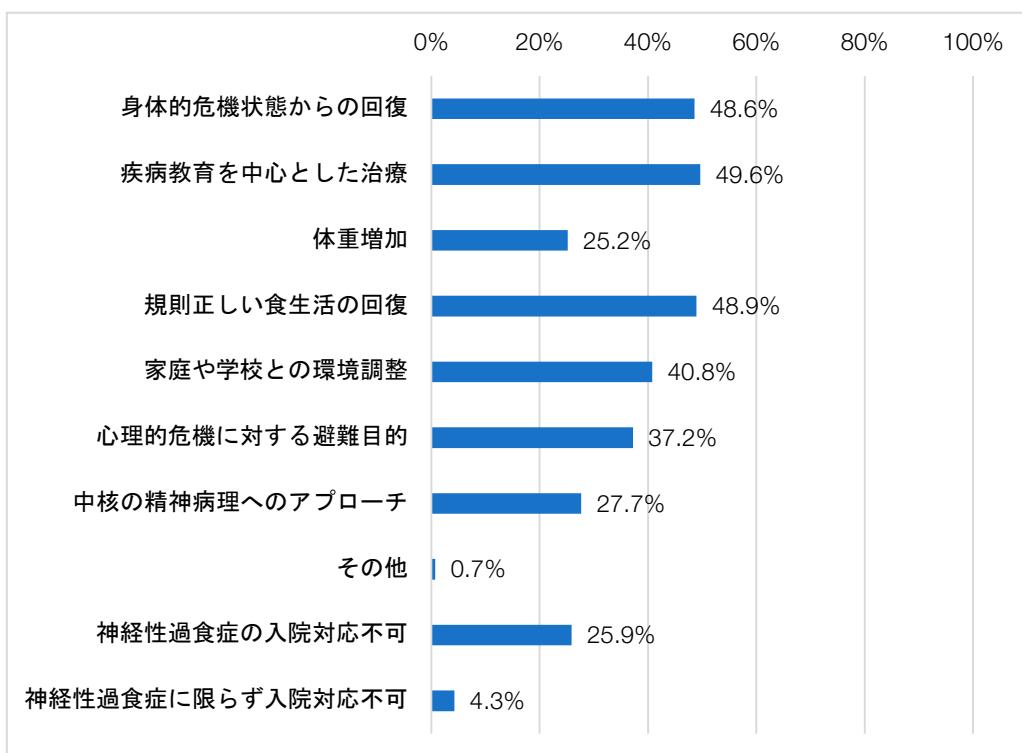


図 26 神経性過食症患者に対する入院診療の目標 (n=282、複数回答)

※Q1.5で自科に入院病床があると回答した施設のみ集計

表 16 神経性過食症患者に対する入院診療の目標・その他

	施設数
検査、診断	1
精神・神経科への転科・紹介	1

神経性過食症患者に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、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。

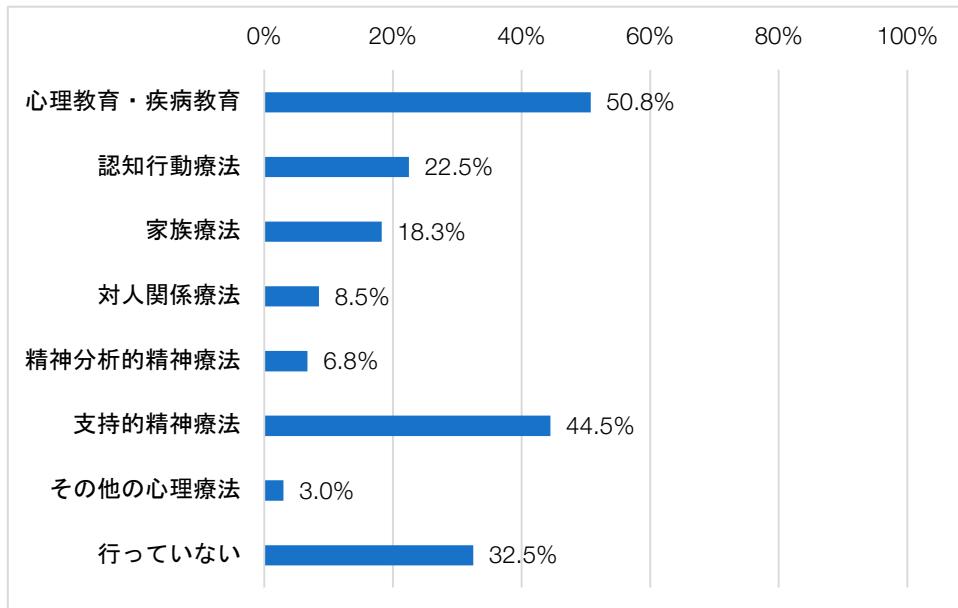


図 27 神経性過食症患者に実施している心理療法・精神療法 (n=400、複数回答)

表 17 神経性過食症患者に実施している心理療法・精神療法・その他

	施設数
カウンセリングのみ	1
ニューロフィードバック	1
プレイセラピー	1
解決志向アプローチ	1
解決指向短期療法	1
外来森田療法	1
現在過去のフレームをこわして、新しいフレーム（目標）を支援	1
行動制限（食べてから30分監視）	1
自助グループの集団精神療法	1
集団精神療法	1
心身医学療法	1

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95.2%であった。公認心理師・臨床心理士が実施している施設は52.6%と約半数であった。

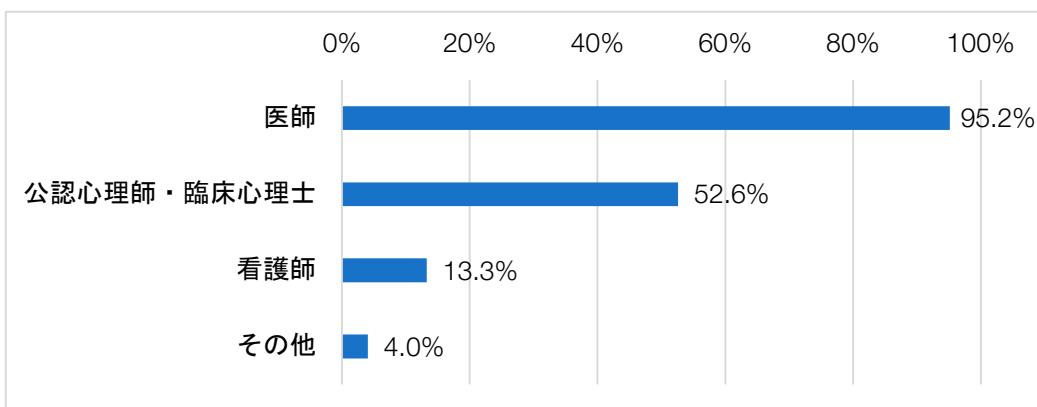


図 28 神経性過食症患者に対する心理療法・精神療法の実施者（n=249、複数回答）

※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限定して集計

表 18 神経性過食症患者に対する心理療法・精神療法の実施者・その他

	施設数
認定心理士、カウンセラー	1
PSW、OT、栄養士	1
PSW、作業療法士	1
PSW、OTR、栄養士、薬剤師	1
OT	1
PT	1
言語聴覚士、作業療法士	1
管理栄養士	2
管理栄養士、作業療法士	1

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24.5%を占めていた。

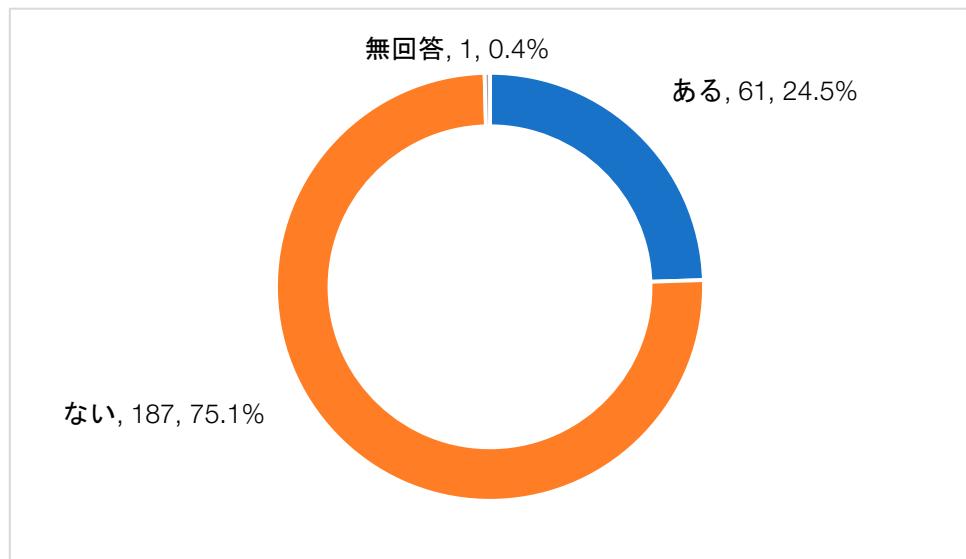


図 29 神経性過食症への認知行動療法を実施した経験の有無（n=249）

※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限定して集計

神経性過食症患者に対して認知行動療法を実施した経験があると回答した施設に対して、保険点数算定経験の有無を尋ねたところ、「ある」という回答が21.3%を占めていた。

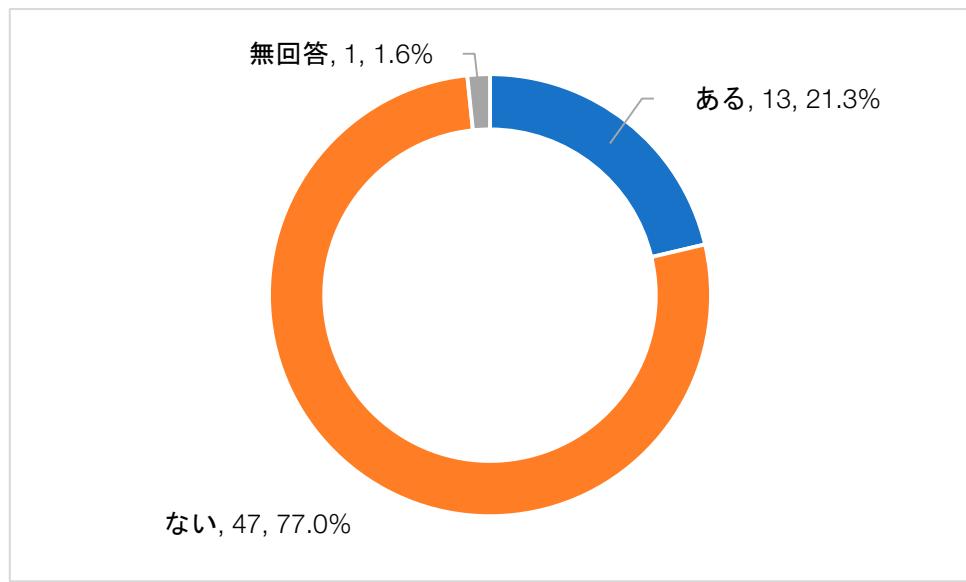


図 30 神経性過食症への認知行動療法による保険点数算定の有無（n=61）

※神経性過食症患者に対して認知行動療法を実施したことがあると回答した施設に限定して集計

神経性過食症患者に対して認知行動療法を実施したことがある、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。

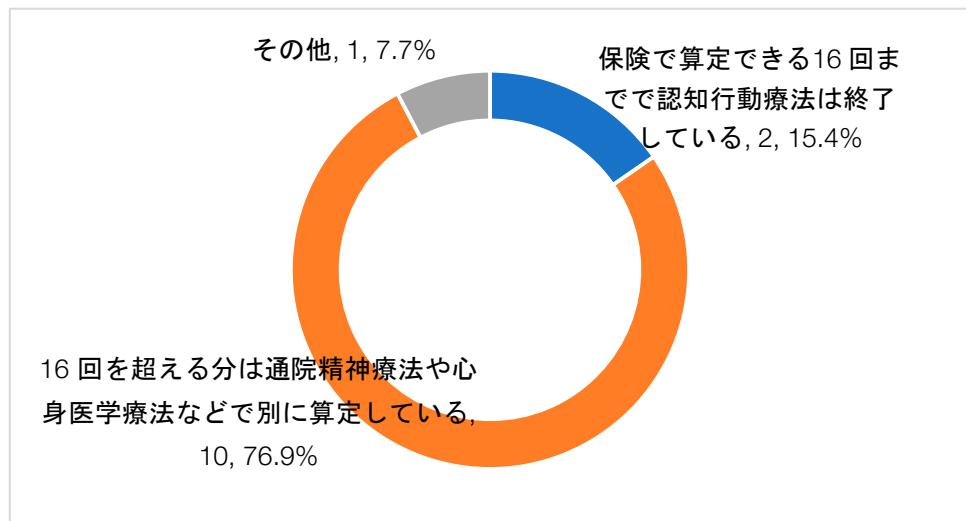


図 31 認知行動療法で算定できる 16 回のセッション以降の対応 (n=13)

※神経性過食症患者に対して認知行動療法の保険点数算定を行っていると回答した施設に限定して集計

一方で、神経性過食症患者に対して認知行動療法を実施したことがあるが、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% と最も多かった。その他の理由は、「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。

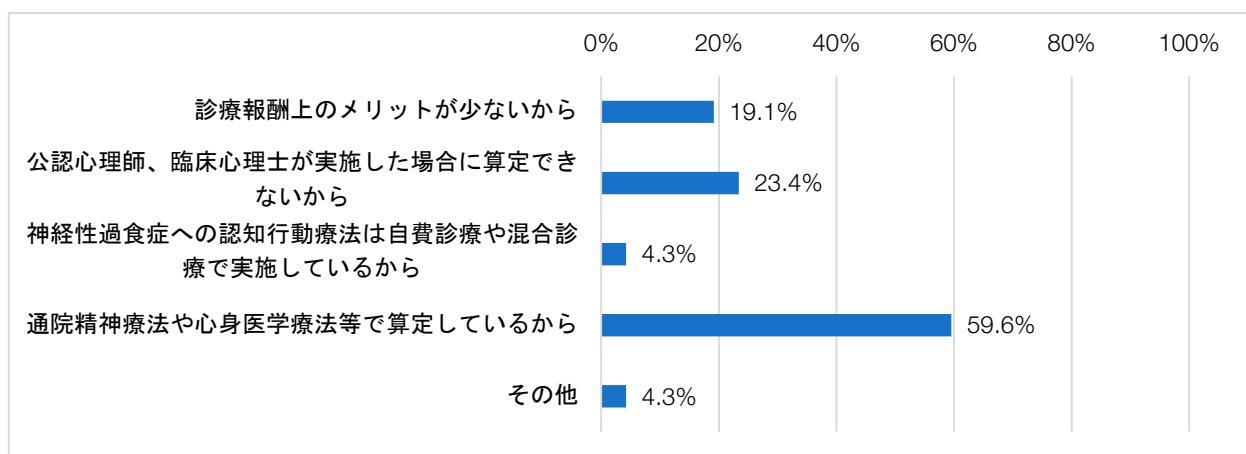


図 32 神経性過食症への認知行動療法で保険点数を算定できない／しない理由 (n=47、複数回答)

※神経性過食症患者に認知行動療法を実施したことはあるが、保険点数算定はしていないと回答した施設に限定して集計

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。

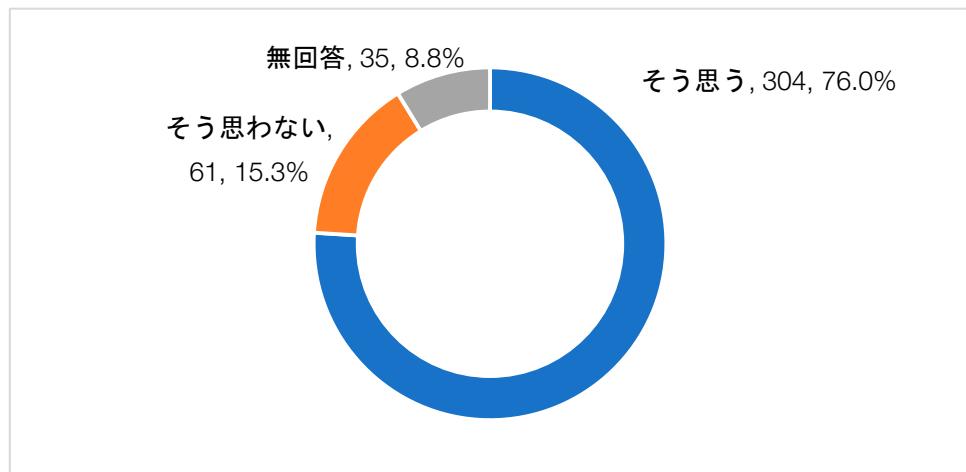


図 33 神経性過食症への認知行動療法実施の困難感 (n=400)

神経性過食症患者へ認知行動療法を実施するのが難しい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」という回答が最も多く、74.3%を占めていた。

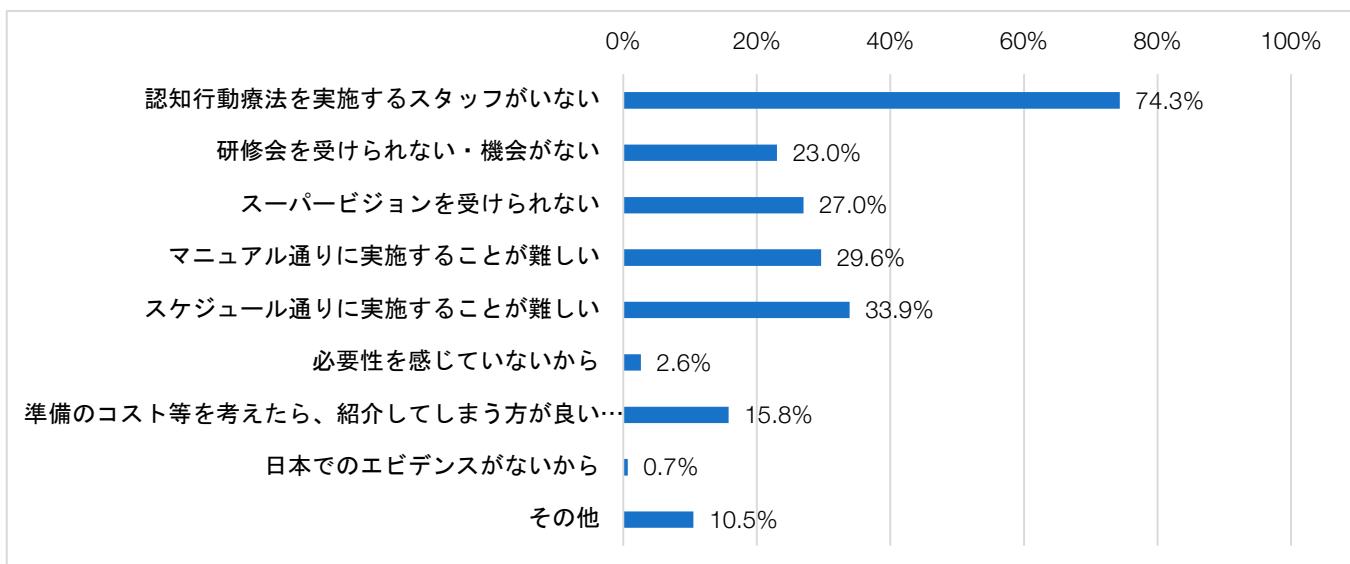


図 34 神経性過食症患者に対する認知行動療法が難しいと思う理由 (n=304、複数回答)

※神経性過食症患者へ認知行動療法を実施するのが難しいと回答した施設に限定して集計

神経性過食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で「準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから」と回答した施設に対して、紹介先の有無を尋ねたところ、「ある」という施設は60.4%であった。

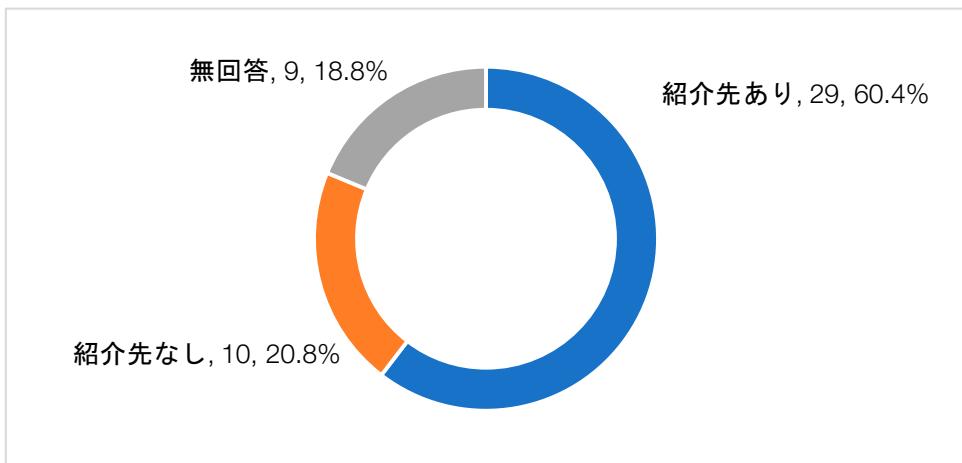


図 35 神経性過食症患者への認知行動療法の実施が難しいと回答した理由で「準備のコスト等を考えたら、紹介してしまう方が良いから」と回答した施設における紹介先の有無 (n=48)

表 19 神経性過食症患者に対する認知行動療法が難しいと思う理由・その他

	施設数
いそがしすぎる	1
とにかく時間を確保できない。通常の外来は1人6~10分で予約を取っている状態	1
時間がかかる	1
時間的にもマンパワー的にも余裕がない	1
マンパワーの不足	4
心理士不在	1
素人が見るべきではない。精神科医の診療が必要	1
患者さんが定期的に受診しない	1
患者背景の差が大きい	1
結局増悪していくケースが多いため他院紹介のみとしている	1
治療困難例が多いと推測するから	1
治療困難例になる	1
現実的には医師以外にコストがとれないから	1
手間の割に保険点数が安価すぎる	1
小児なので、厳密なCBTは難しいです	1
小児科医は神経性やせ症患者の身体管理（生命の危機を脱する）ところがメインの関わりと考えており、やせ症のそれ以降や過食症については児童精神科で対応するのが望ましいと考えているため	1
当院精神科で実施しているため	1
病理が精神科的と思うため。ANの一過性の過食に対しては対応している	1
CBT施行可能な近隣のカウンセリングルームに紹介するため	1
勉強中であるが、日々の臨床でまだ上手く利用できない	1

※「診療していない」などの回答や難しいと思う理由に該当しない回答は除外

5. 摂食障害入院医療管理加算

摂食障害患者が入院できる病床の有無について尋ねたところ、あるという施設が 50.3%と約半数を占めていた。

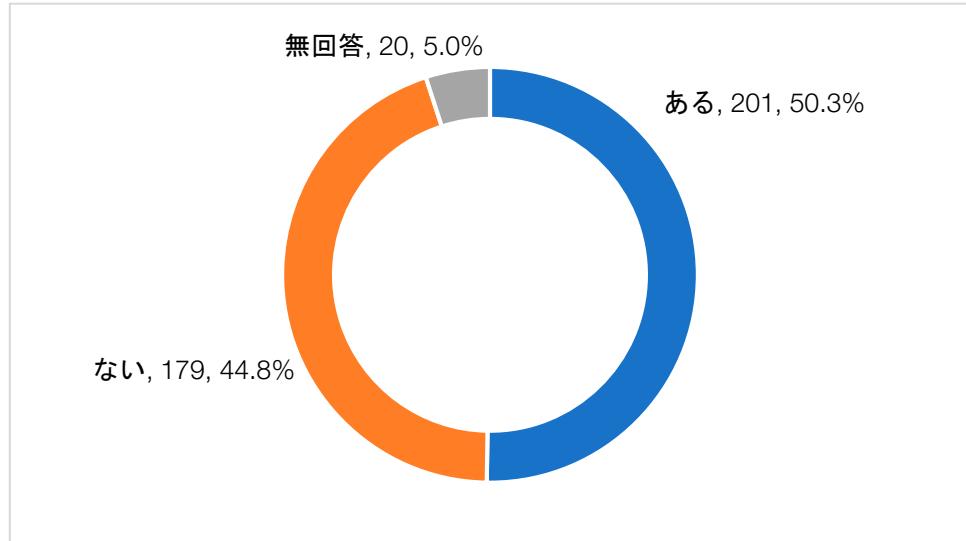


図 36 摂食障害患者が入院できる病床の有無 (n=400)

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」と回答した施設は 23.5%であった。

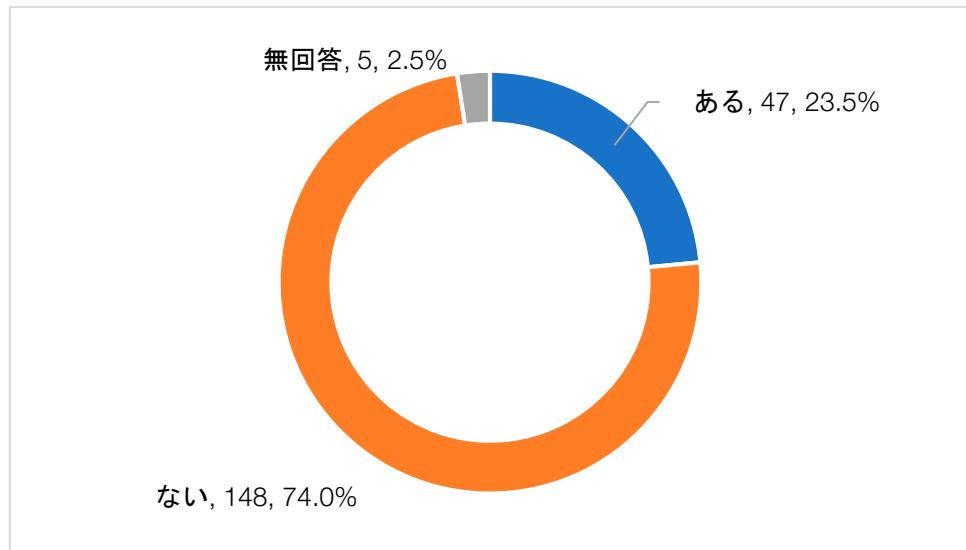


図 37 昨年度 1 年間における「摂食障害入院医療管理加算」算定の有無 (n=201)

※Q5.1 で入院病床があると回答した施設で集計

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、摂食障害患者に対して「精神科身体合併症管理加算（ $BMI < 13\text{kg}/\text{m}^2$ ）」を算定したことがあるかどうかを尋ねたところ、全体の 25.0%が算定したことがあると回答した。

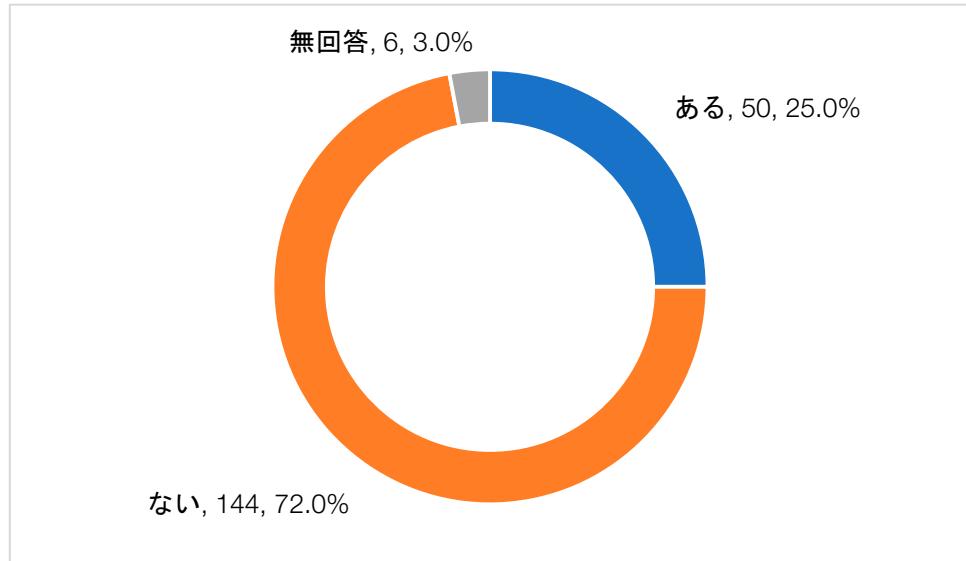


図 38 摂食障害患者に対する「精神科身体合併症管理加算」の算定の有無 (n=201)

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」同時算定の有無について尋ねたところ、同時算定をしたことがあるのは全体の 11.5%であった。

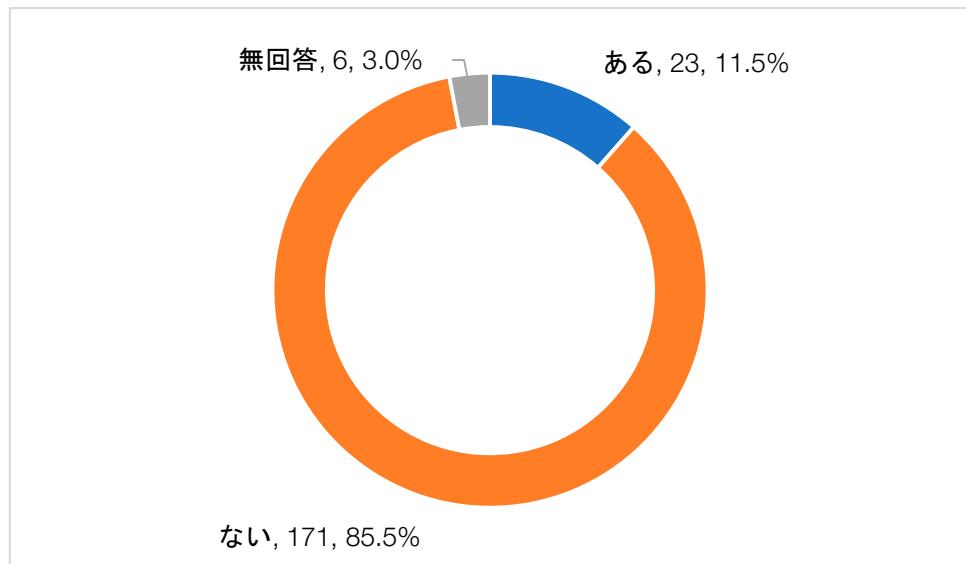


図 39 「摂食障害入院医療管理加算」と「精神科身体合併症管理加算」同時算定の有無 (n=201)

※Q5.1 で入院病床があると回答した施設で集計

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。その他の理由については、10%～15%程度であった。

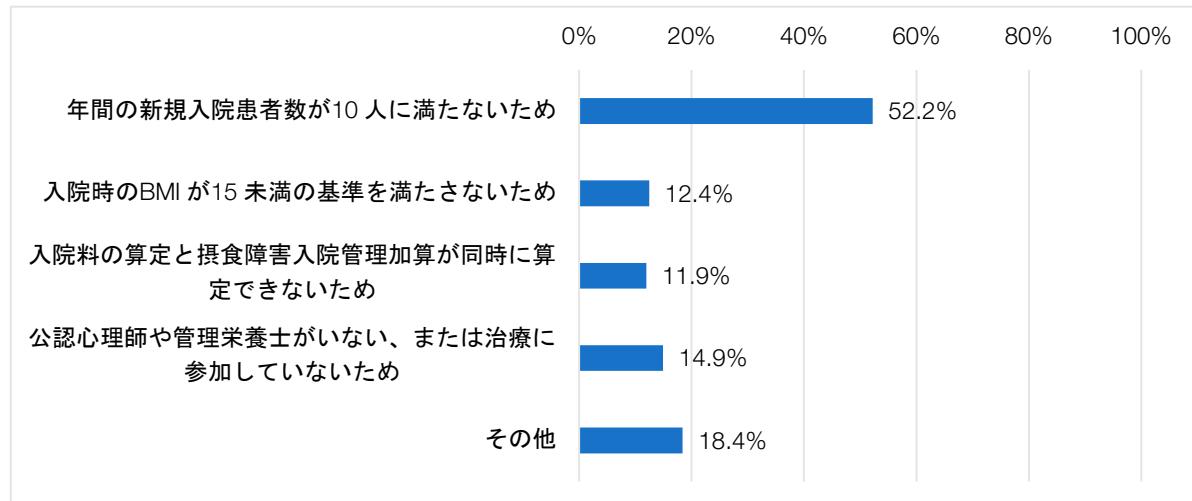


図 40 摂食障害入院管理加算が算定できないあるいは難しいと感じた理由 (n=201、複数回答)

※Q5.1で入院病床があると回答した施設で集計

表 20 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・その他

	施設数
小児科の入院加算を取っている	1
小児病棟の加算を算定	1
精神科救急合併症入院料を算定しているため	1
摂食障害患者に対応できる体制がない	2
施設基準上算定できない	1
地域包括ケアの為、算定できない	1
当院がスーパー救急の病院であるため	1
刑事施設のため	1
小児科病棟のため	1
小児科でPSWの介入がありません	1
精神保健福祉士はかかわっていない	1
当院の現スタッフでは摂食障害入院管理加算の要項を満たさないため	1
担当医師が常勤ではないため	1
医事課が十分に状況を把握できていなかった	1
加算について知らなかった	5

※算定できないあるいは難しいと思う理由以外の回答は除外

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。10 人階級別でみると、1~9 人という施設は全体の 52.3% を占めていた。0 人、という施設も全体の 15.0% を占めていた。

表 21 昨年度 1 年間に摂食障害で新規入院した患者数 (n=153)

	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値	合計
BMI11 未満	1.2	3.1	0	0	30	187
BMI11 以上～12 未満	1.2	2.3	0	0	18	187
BMI12 以上～13 未満	1.5	2.9	0	0	20	227
BMI13 以上～14 未満	1.5	2.6	0	0	18	235
BMI14 以上～15 未満	1.5	2.5	0	0	14	226
BMI15 以上～16 未満	0.8	1.7	0	0	10	129
BMI16 以上～17 未満	0.6	1.4	0	0	8	87
BMI17 以上～	1.9	8.0	0	0	89	294
BMI 総数	10.3	17.8	0	4	130	1572

※Q5.1 で入院病床「あり」と回答し、Q5.6 で記載された人数の合計が総数と一致する施設のみ集計

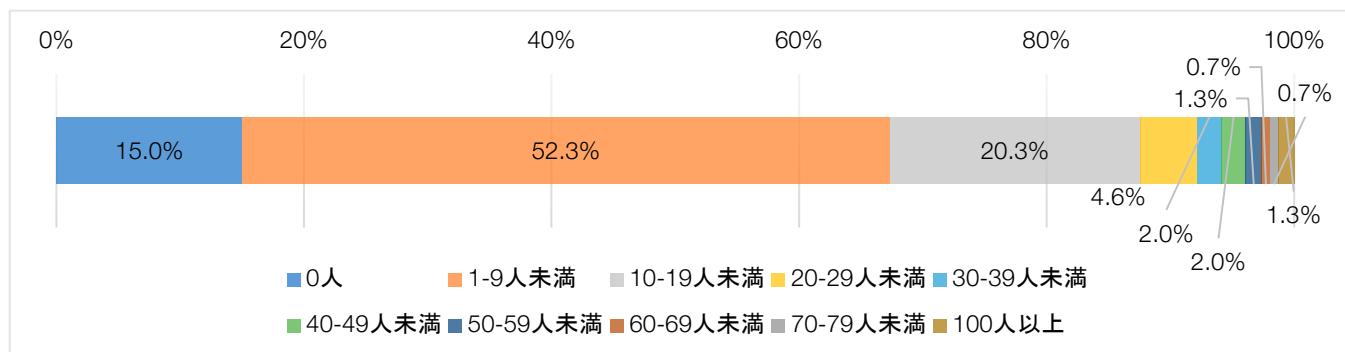


図 41 摂食障害の入院患者総数 (10 人ごと階級別施設数、n=153)

※Q5.1 で入院病床「あり」と回答し、Q5.6 で記載された人数の合計が総数と一致する施設のみ集計

6. 摂食障害に関しての連携

専門的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について尋ねたところ、「ある」という施設が全体の72.8%を占めていた。また、「ある」と回答した施設に対して、その連携し任せられる診療科を訪ねたところ、「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。

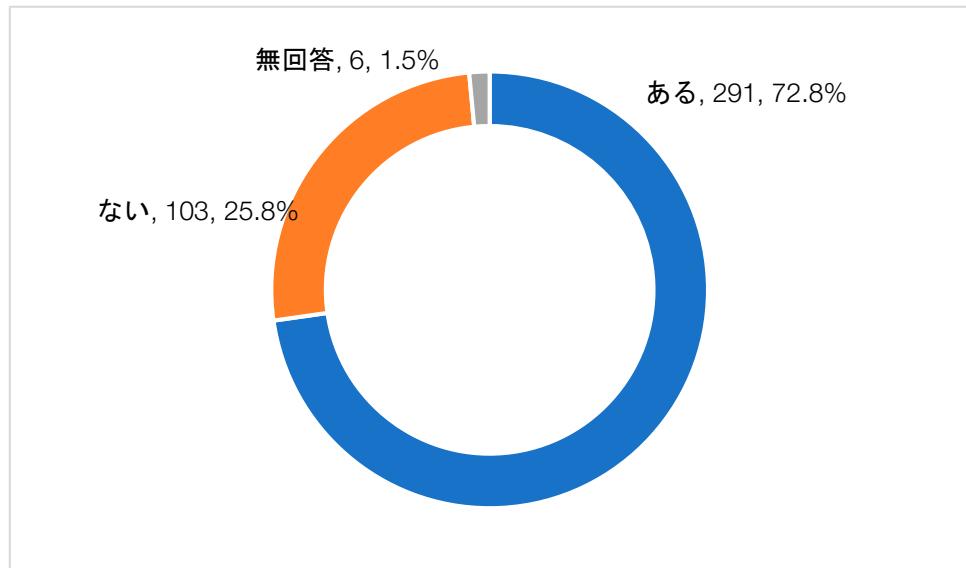


図 42 専門的治療が必要な症状に対して、治療を任せられる他医療機関の有無 (n=400)

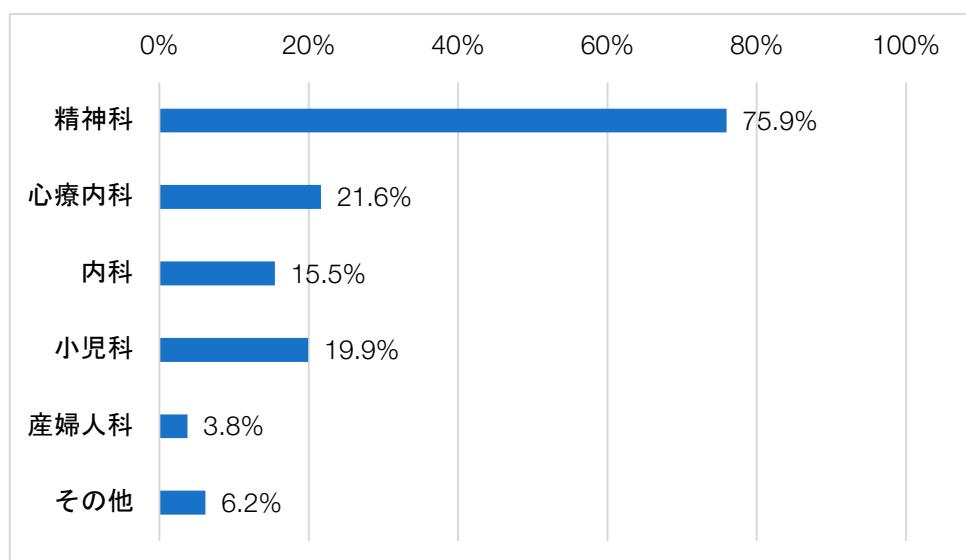


図 43 専門的治療が必要な症状に対して、治療を任せられる他医療機関の連携先 (n=291、複数回答)

※連携して治療を任せられる医療機関が「ある」と回答した施設に限定して集計

表 22 専門的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連携先・その他

	施設数
常時の連携ではないが、大学病院、3次救急まで診て下さる総合病院にお願いしています	1
大学病院精神科摂食障害専門外来	1
○○県内の専門の施設	1
子ども病院	1
身体症状悪化し精神科での身体管理が難しい場合に精神科を有する総合病院が対応してくれる	1
連携していないが、ある（精神科）	1
救急・消化器	1
救急科	2
児童精神科	4
家庭医療科	1
消化器外科	1

※専門的治療が必要な症状に関して、連携して治療を任せられる医療機関が「ある」と回答した施設に限定して集計。連携先以外の回答は除外して示した。

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があるかどうかを尋ねたところ、「ある」と回答した施設が全体の 63.0%を占めていた。「ある」と回答した施設に対して、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。

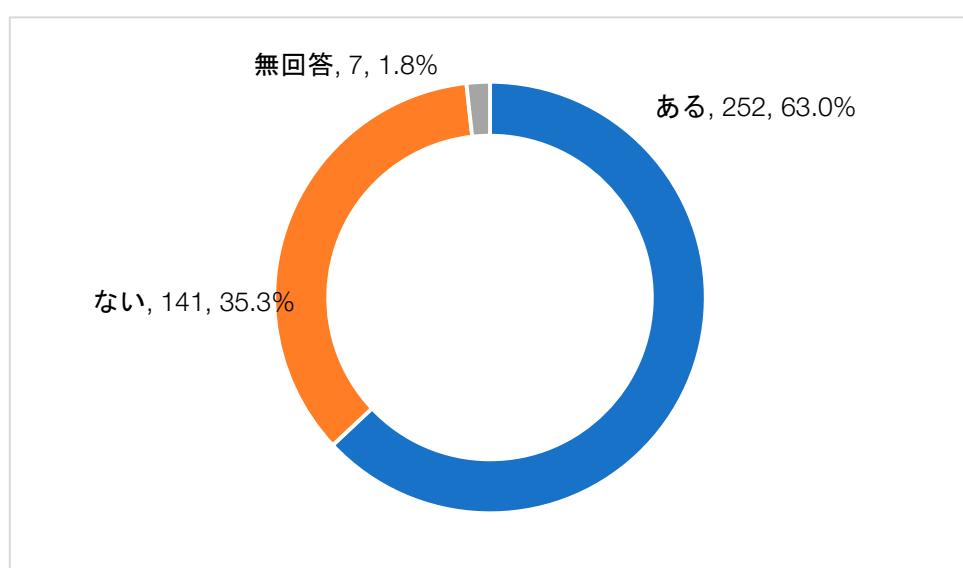


図 44 専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な他医療機関の有無 (n=400)

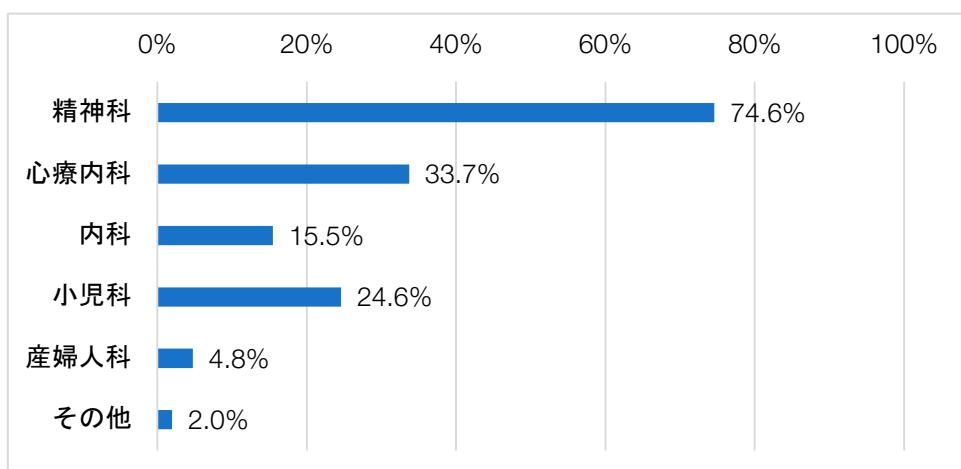


図 45 専門的な治療が必要ない患者に対して、紹介可能な他医療機関の連携先 (n=252、複数回答)

※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が「ある」と回答した施設に限定して集計

表 23 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連携先・その他

	施設数
家庭医療科	2
児童精神科	2
○○県内の専門の施設	1

※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が「ある」と回答した施設に限定して集計

治療・対応について、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について尋ねたところ、「ある」という回答が全体の 62.5%を占めていた。「ある」と回答した施設に対して、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。

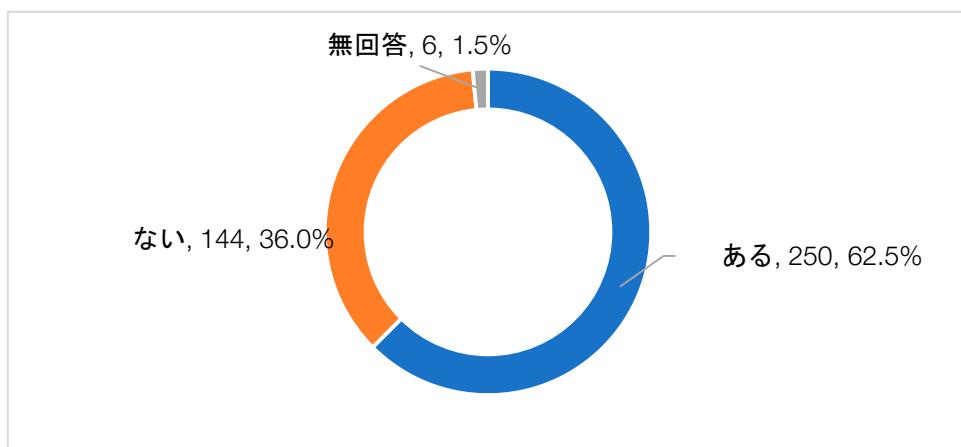


図 46 助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関等の有無 (n=400)

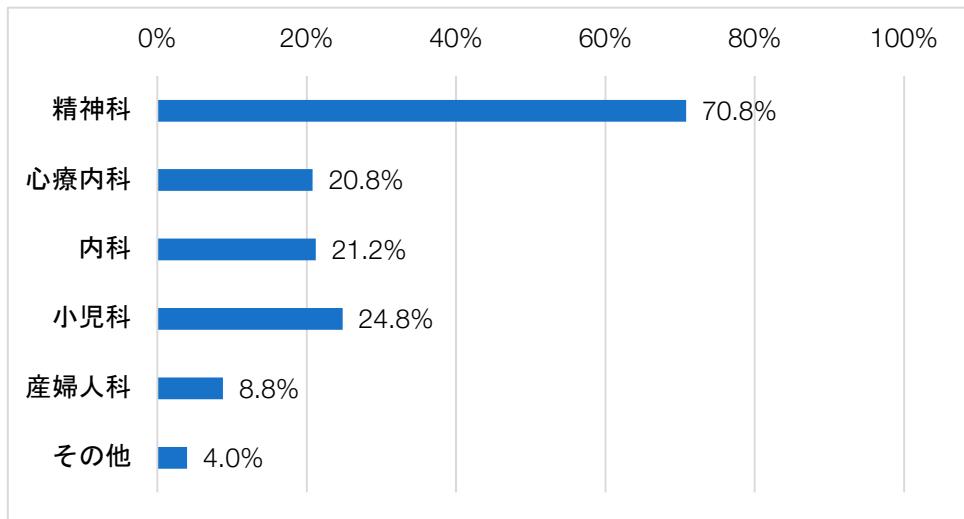


図 47 助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関の連携先（n=250、複数回答）

※助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関が「ある」と回答した施設に限定して集計

表 24 助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関の連携先・その他

	施設数
○○小児総合医療センター	1
子ども病院	1
児童精神科	3
大学病院精神科	1
救急科	1
学会のワーキンググループ	1
スーパーバイザー	1

※助言を求めることが可能な他医療機関や相談機関が「ある」と回答した施設に限定して集計した。連携先以外の回答は除外して示した。

地方自治体との連携の有無について尋ねたところ、「ある」と回答した施設が全体の 21.0%を占めていた。連携先が「ある」と回答した施設に対して、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。

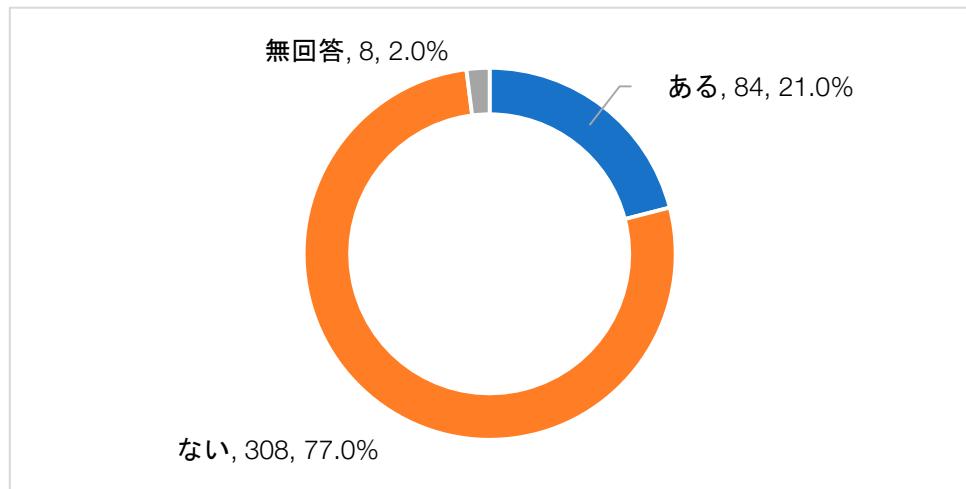


図 48 地方自治体との連携の有無 (n=400)

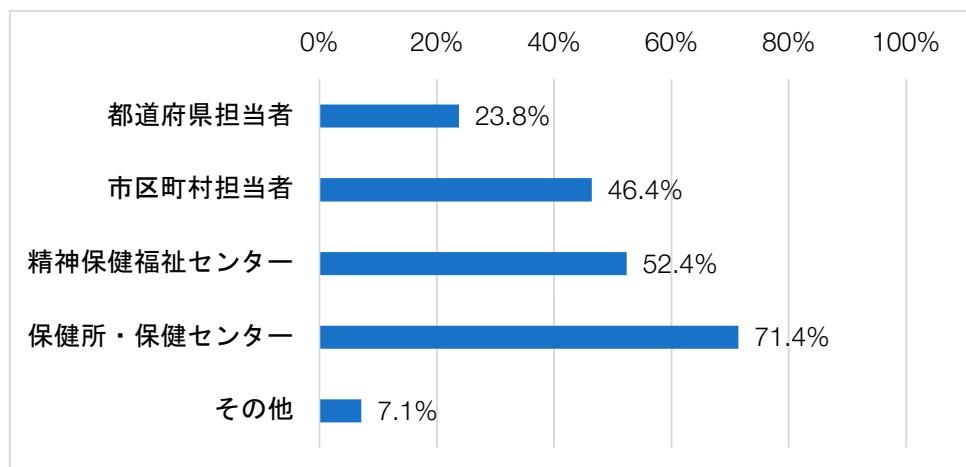


図 49 連携可能な地方自治体の連携先 (n=84、複数回答)

※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

表 25 連携可能な地方自治体の連携先・その他

	施設数
教育委員会（学校）、児童相談所	1
県立こころの発達総合支援センター	1
○○市コンシェルジュ	1
静岡県摂食障害対策推進協議会	1

※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

地域連携会議の開催経験について尋ねたところ、「開催経験がある」という施設は43施設（10.8%）であった。

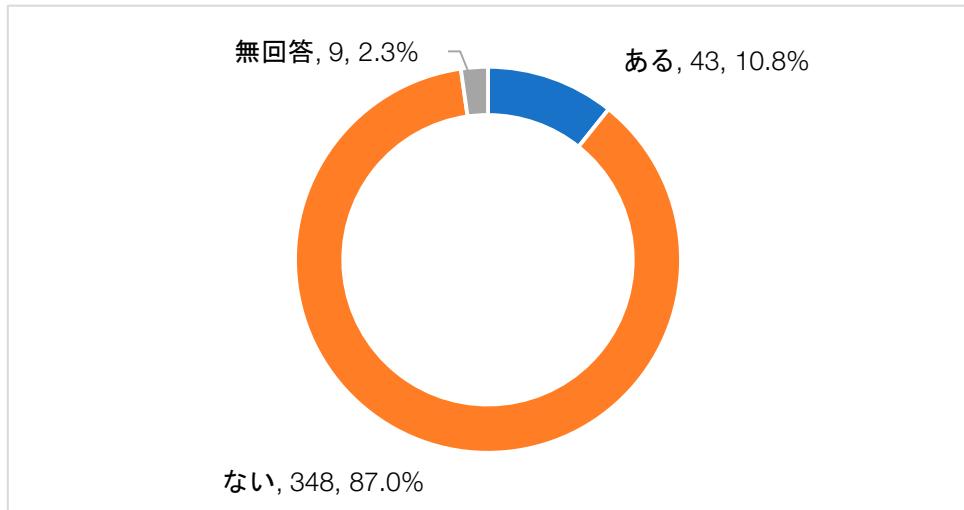


図 50 地域連携会議の開催 (n=400)

福祉との連携の有無について尋ねたところ、「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。

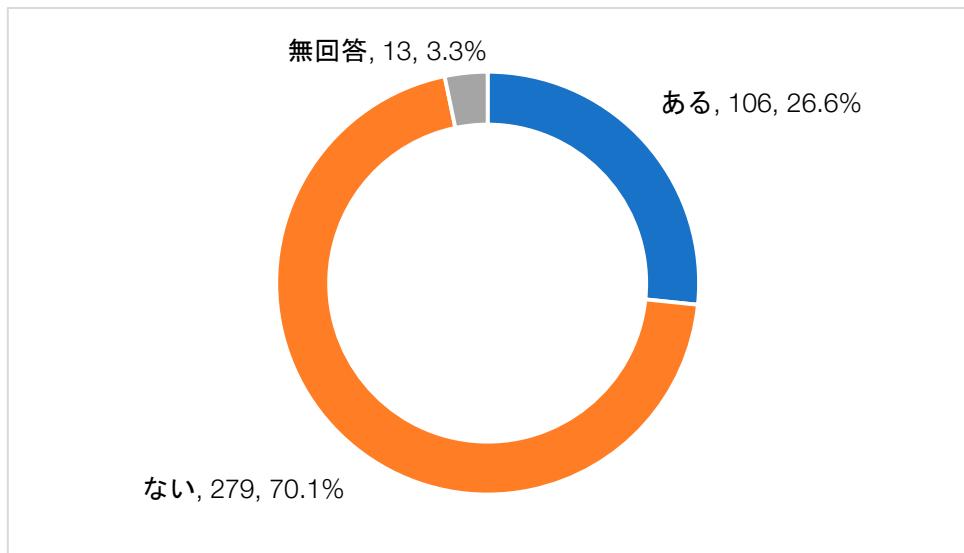


図 51 福祉との連携の有無 (n=400)

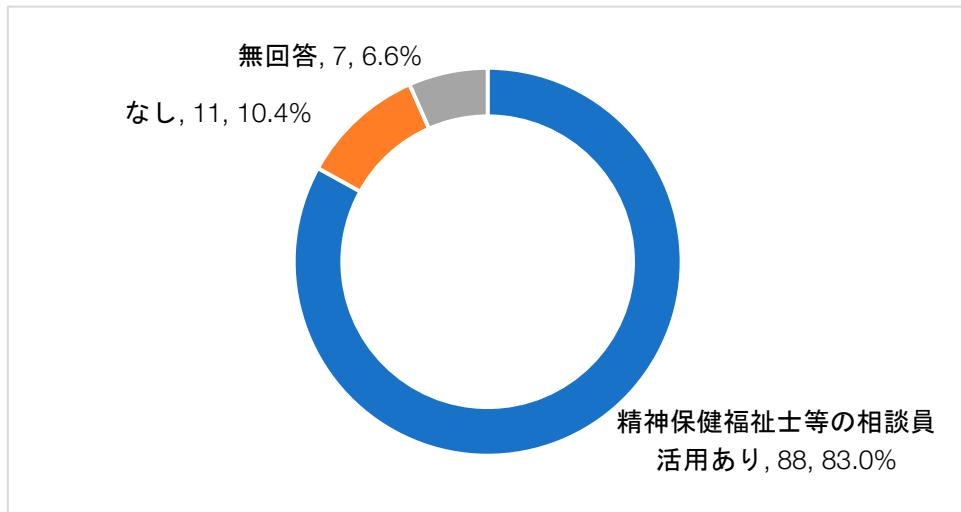


図 52 福祉との連携の有無で「ある」と回答した施設における相談員活用の有無 (n=106)

各施設が存在する医療圏内にある様々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。

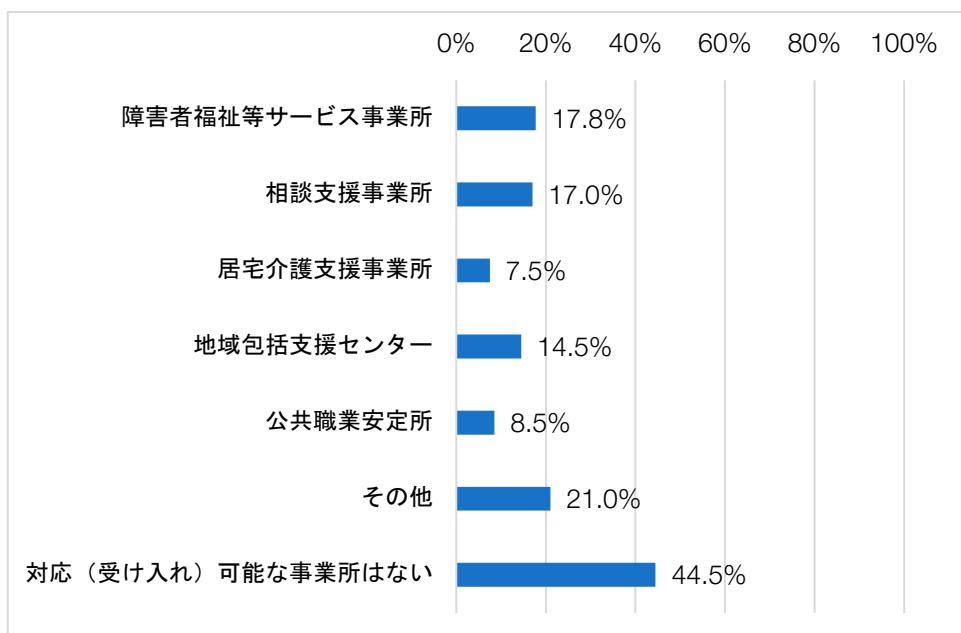


図 53 医療圏内における各種事業所の摂食障害への対応の可否 (n=400、複数回答)

表 26 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・その他

	施設数
就労支援事業所	1
○○市地域活動支援センター	1
家族会、デイケア	1
児童相談所	1
摂食障害治療支援センター	1

※「わからない」、「情報を持っていない」などといった回答が72件得られた。事業所種別以外の回答は除外して示した。

自施設の医療圏内で、摂食障害患者が自立支援医療などのサービスを受給できるかどうかについて尋ねたところ、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。

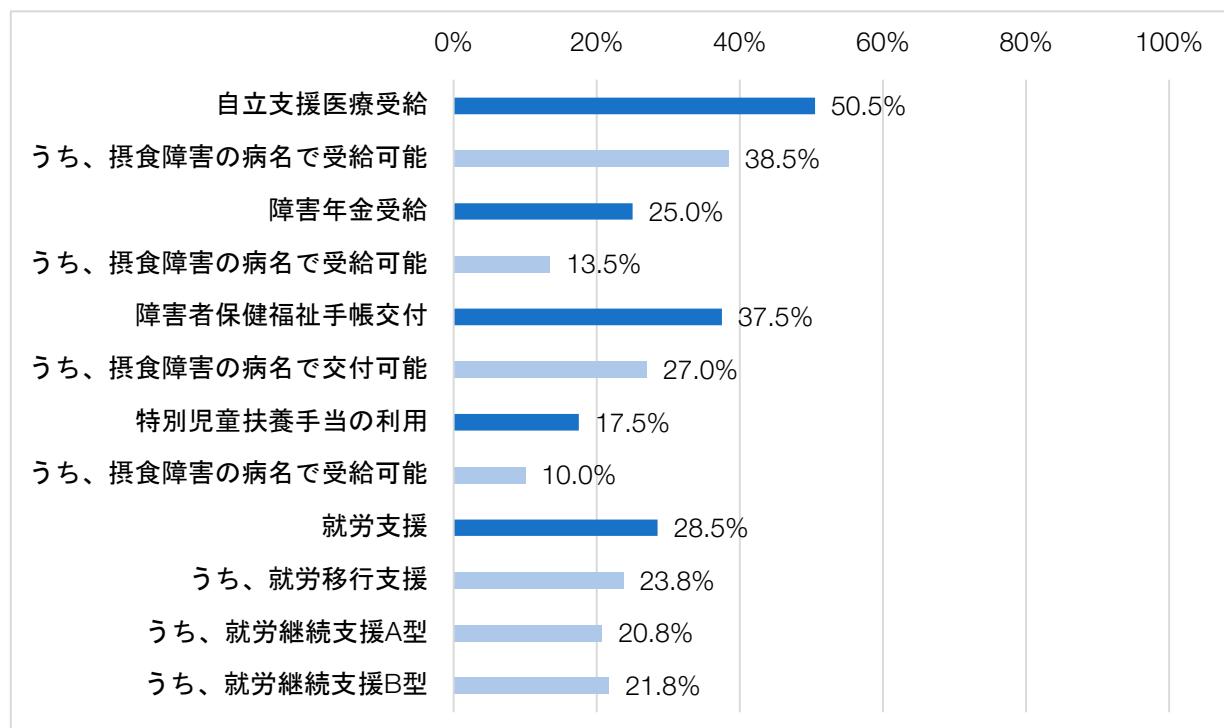


図 54 医療圏における摂食障害に対するサービス受給の可否 (n=400)

※割合は全施設に対する割合

摂食障害の個別症例に関して、学校との連携があるかどうかについて尋ねたところ、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。

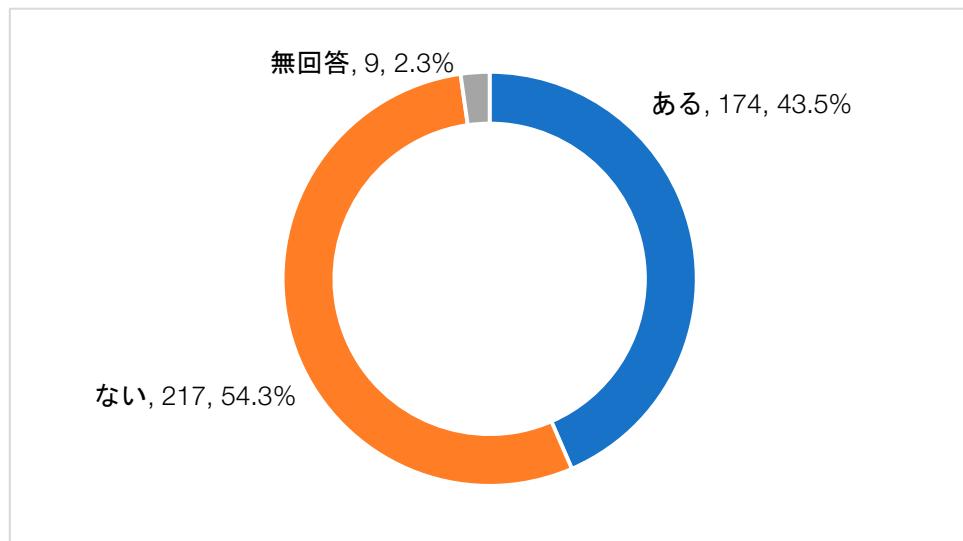


図 55 摂食障害の個別症例に関する学校との連携の有無 (n=400)

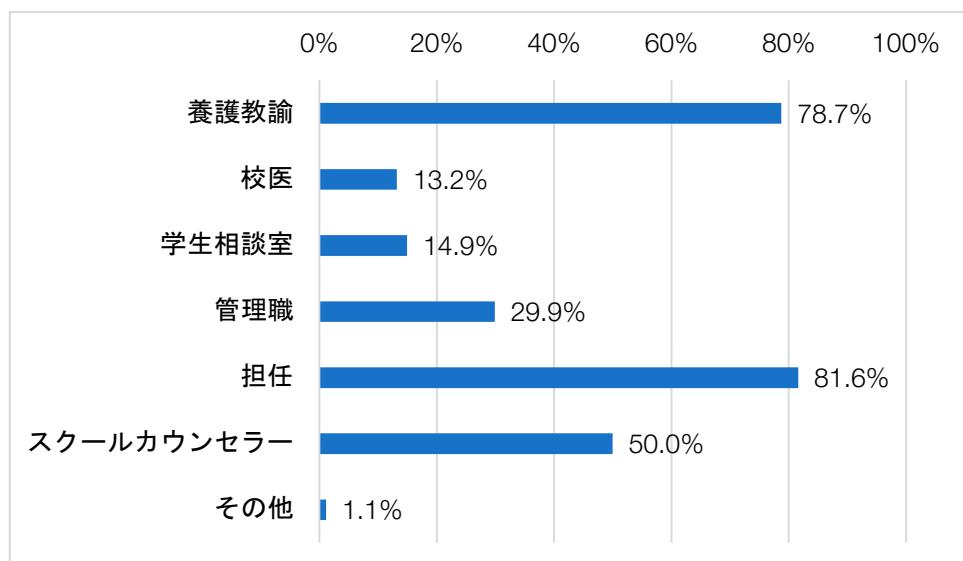


図 56 個別症例に関する学校における連携先 (n=174、複数回答)

※学校と連携可能であると回答した施設に限定して集計

一方で、学校との継続的な連携があるかどうかを訪ねたところ、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、ここでも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。

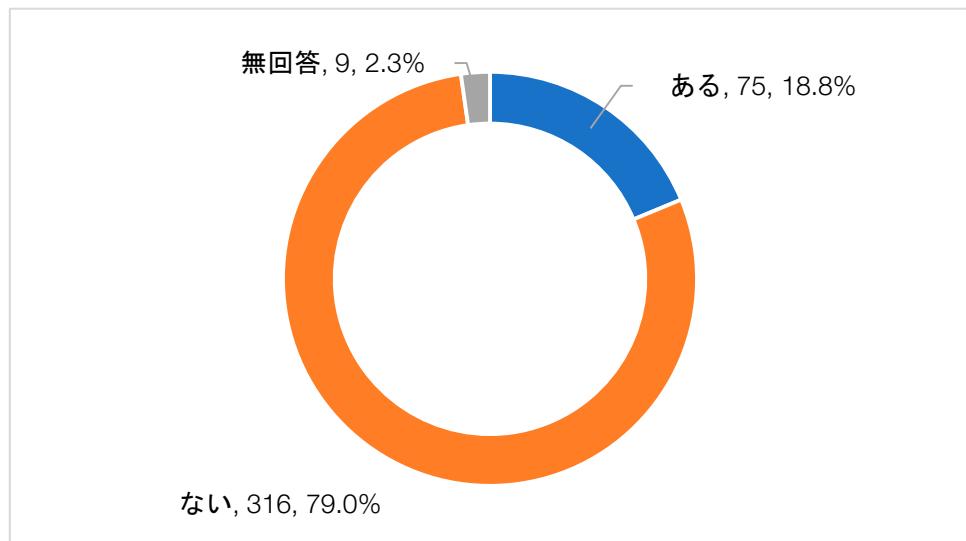


図 57 学校との摂食障害に関する継続的な連携の有無 (n=400)

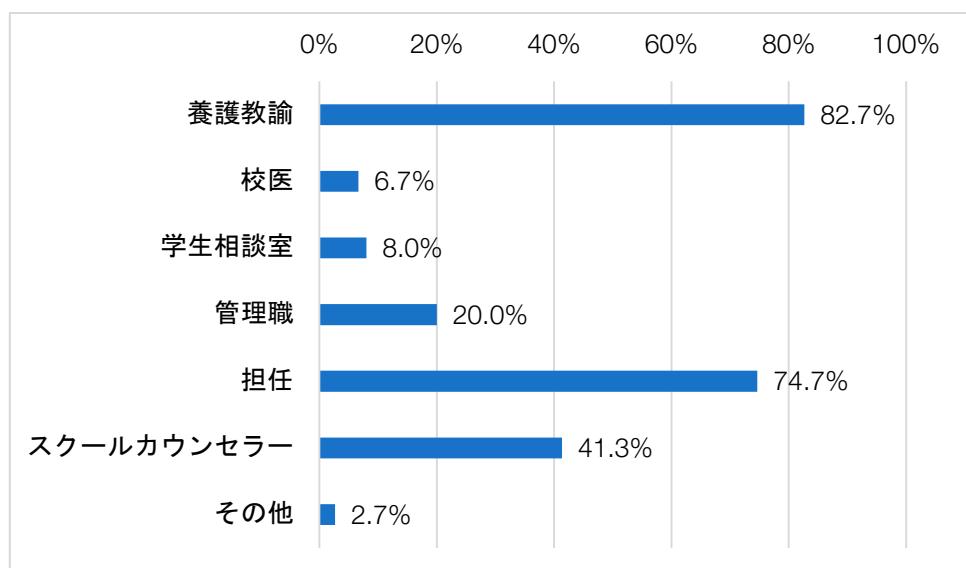


図 58 学校における継続的な連携先 (n=75、複数回答)

※学校と継続的に連携可能であると回答した施設に限定して集計

職場との個別症例に関する連携の有無について尋ねたところ、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。

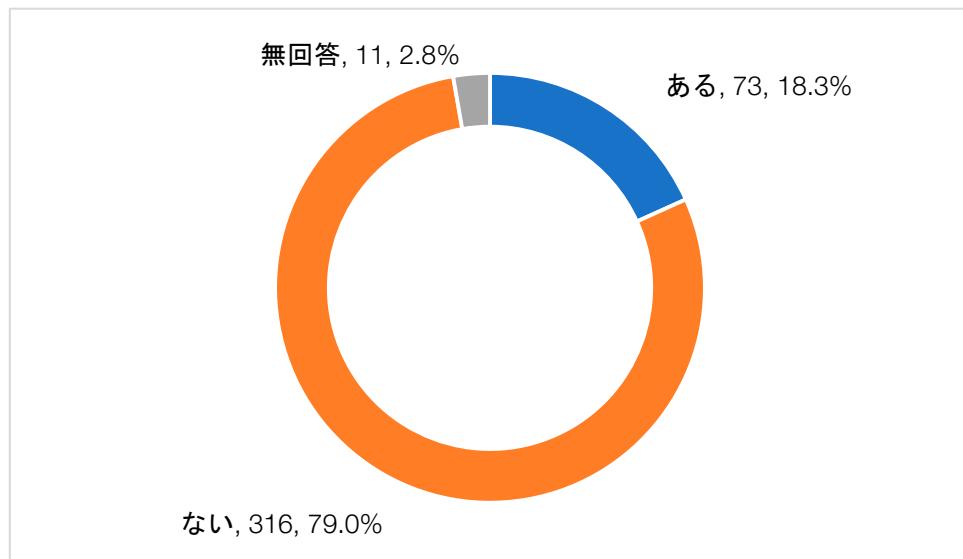


図 59 職場からの個別症例に関する連携の依頼 (n=400)

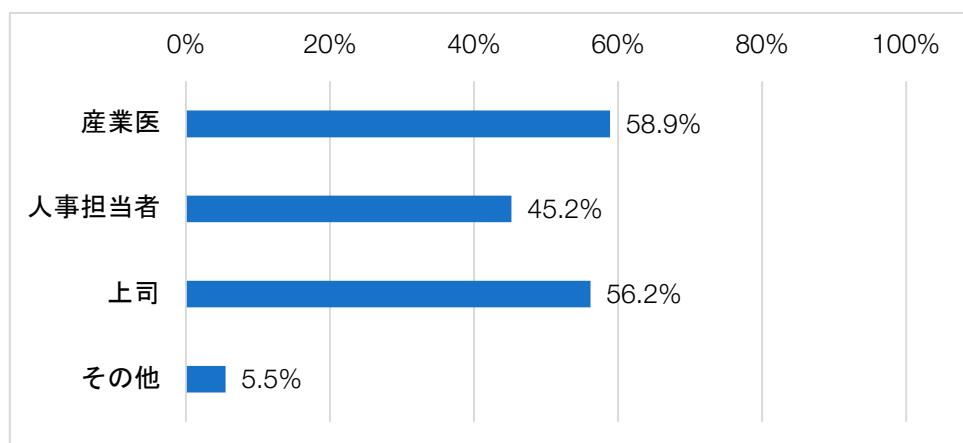


図 60 職場からの連携依頼先 (n=73、複数回答)

※職場から連携の依頼がきたことがあると回答した施設に限定して集計

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）をしているかどうかを尋ねたところ、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。

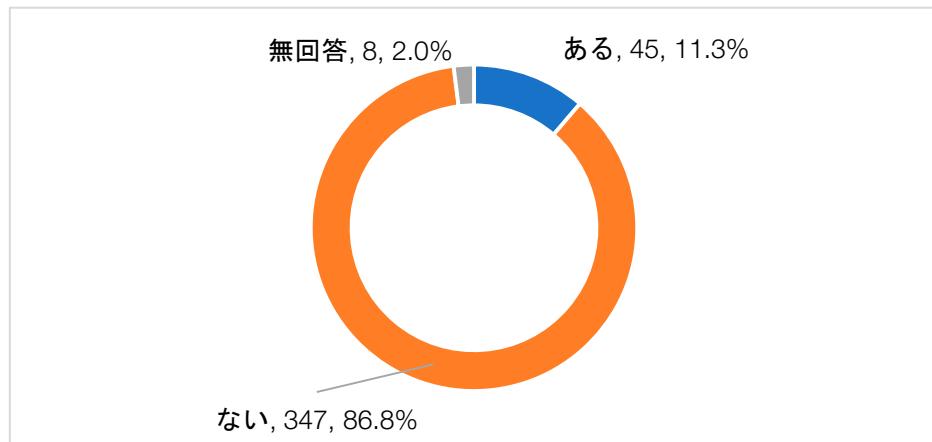


図 61 摂食障害に関する積極的な情報発信（講演会開催、ホームページ等）の有無（n=400）

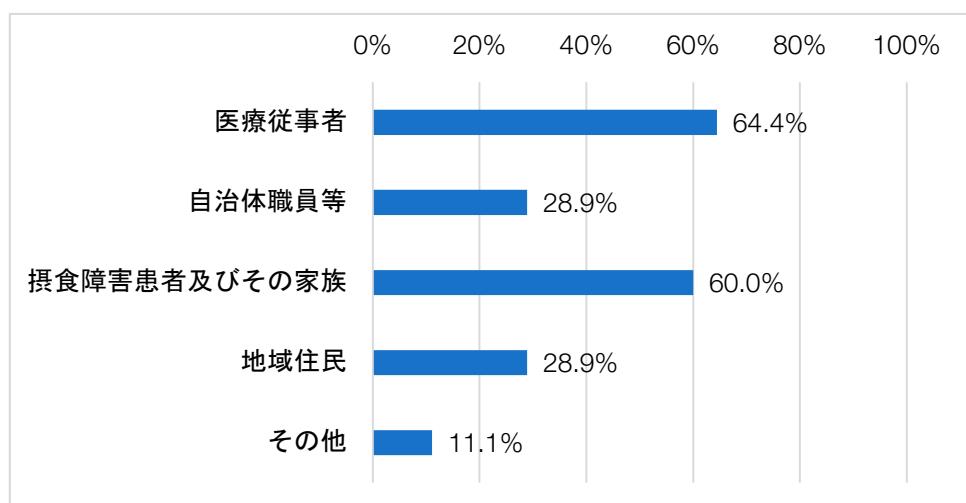


図 62 摂食障害に関する積極的な情報発信の発信先（n=45、複数回答）

※積極的な情報発信をしていると回答した施設に限定して集計

表 27 摂食障害に関する積極的な情報発信の発信先・その他

	施設数
家族会	1
学校教職員	1
刑務所	1

※積極的な情報発信をしていると回答した施設に限定して集計。発信先以外の回答は除外した。

摂食障害に関する研修会を開催しているかどうかについて尋ねたところ、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。

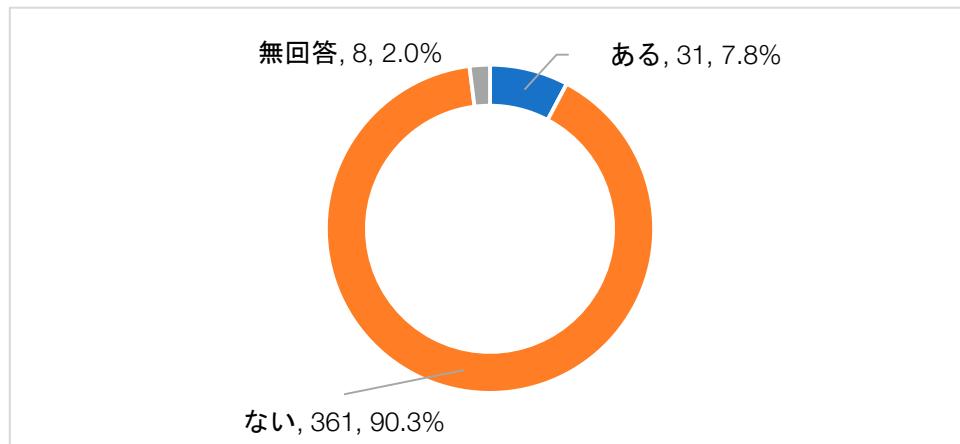


図 63 摂食障害に関する研修会開催の有無 (n=400)

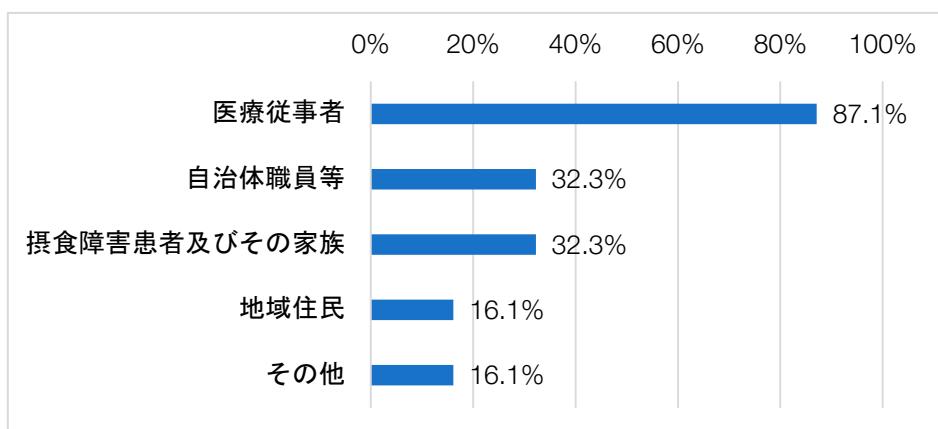


図 64 摂食障害に関する研修の対象 (n=31、複数回答)

※摂食障害に関する研修会を開いたことがあると回答した施設に限定して集計

表 28 摂食障害に関する研修の対象・その他

	施設数
学校の養護教諭	1
学校教育関連	1
学校教職員	1
研究所から	1
他の刑事施設職員	1

※摂食障害に関する研修会を開いたことがあると回答した施設に限定して集計

摂食障害の自助会、家族会の設立・運営への関与の有無について尋ねたところ、20 施設（5.0%）が「ある」と回答した。

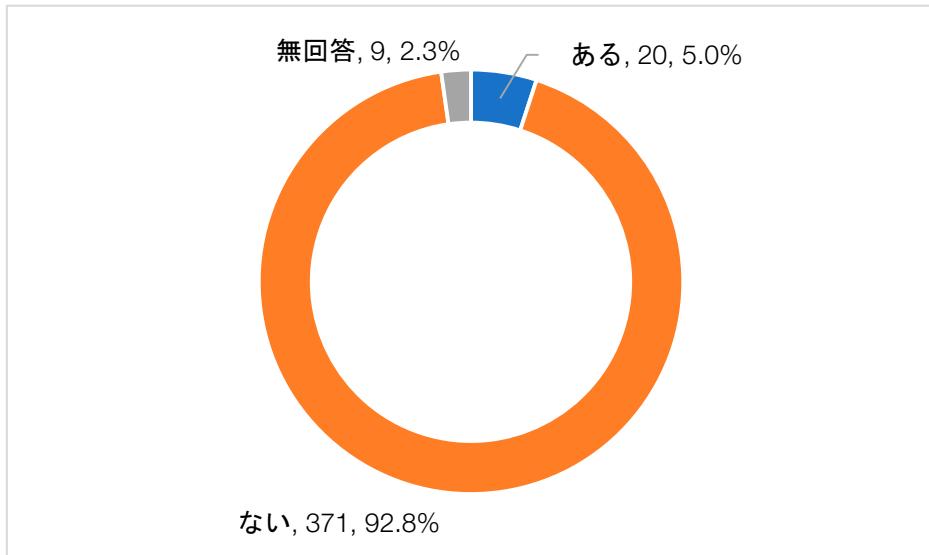


図 65 摂食障害の自助会、家族会の設立・運営への関与の有無（n=400）

一方で、摂食障害患者や家族を自助会、家族会に紹介した経験の有無について尋ねたところ、82 施設（20.5%）が「ある」と回答した。

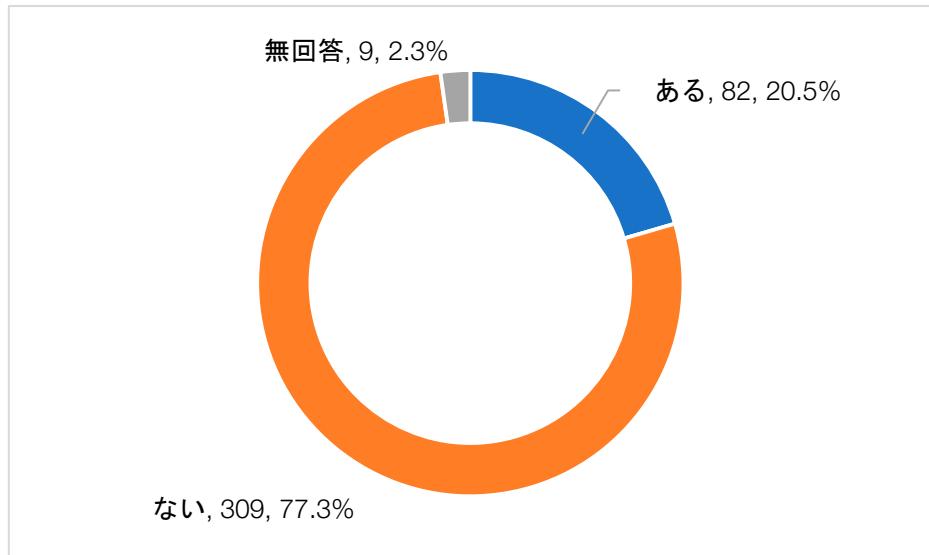


図 66 摂食障害患者や家族を自助会、家族会に紹介した経験の有無（n=400）

7. 研修ニーズ

摂食障害に関する研修について興味があるかどうかを尋ねたところ、「興味がある」と回答した施設は292施設（73.0%）であった。

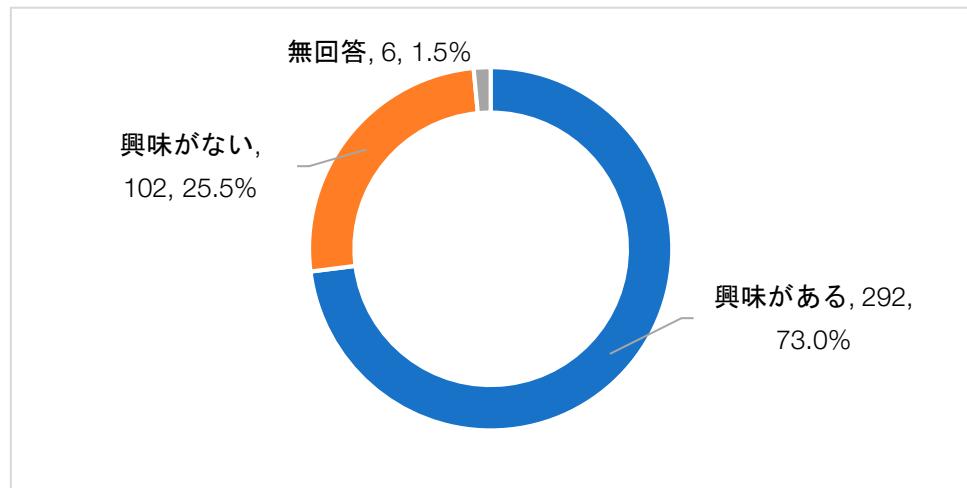


図 67 摂食障害に関する研修への興味の有無 (n=400)

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。

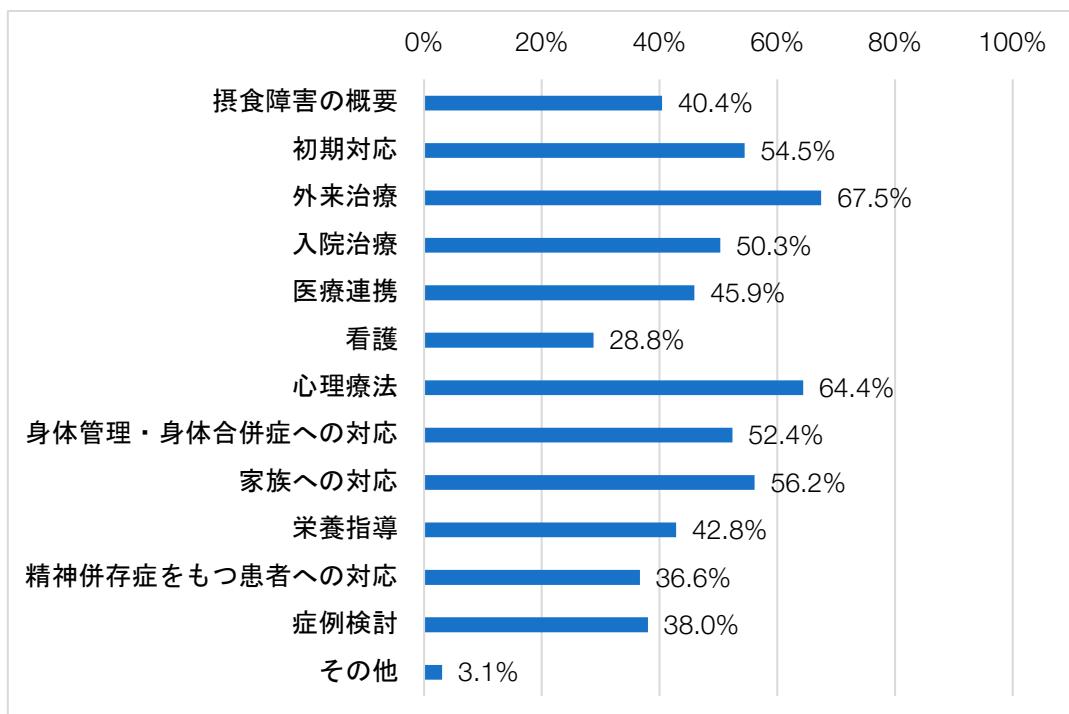


図 68 興味ある研修内容 (n=292、複数回答)

※Q7.1で研修に興味があると回答した施設に限定して集計

表 29 興味ある研修内容・その他

	施設数
病態の成因	1
予後	1
救急病院での対応	1
長年病識が獲得できず BMI13 以下の低体重が遷延している、社会生活は何とかおくれている患者への対応	1
認知行動療法の実際	1
FT-AN	1
児童精神科医がない施設でどこまで対応できるのか	1
医療連携について、活用可能な社会資源について	1

※Q7.1 で研修に興味があると回答した施設に限定して集計。

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。

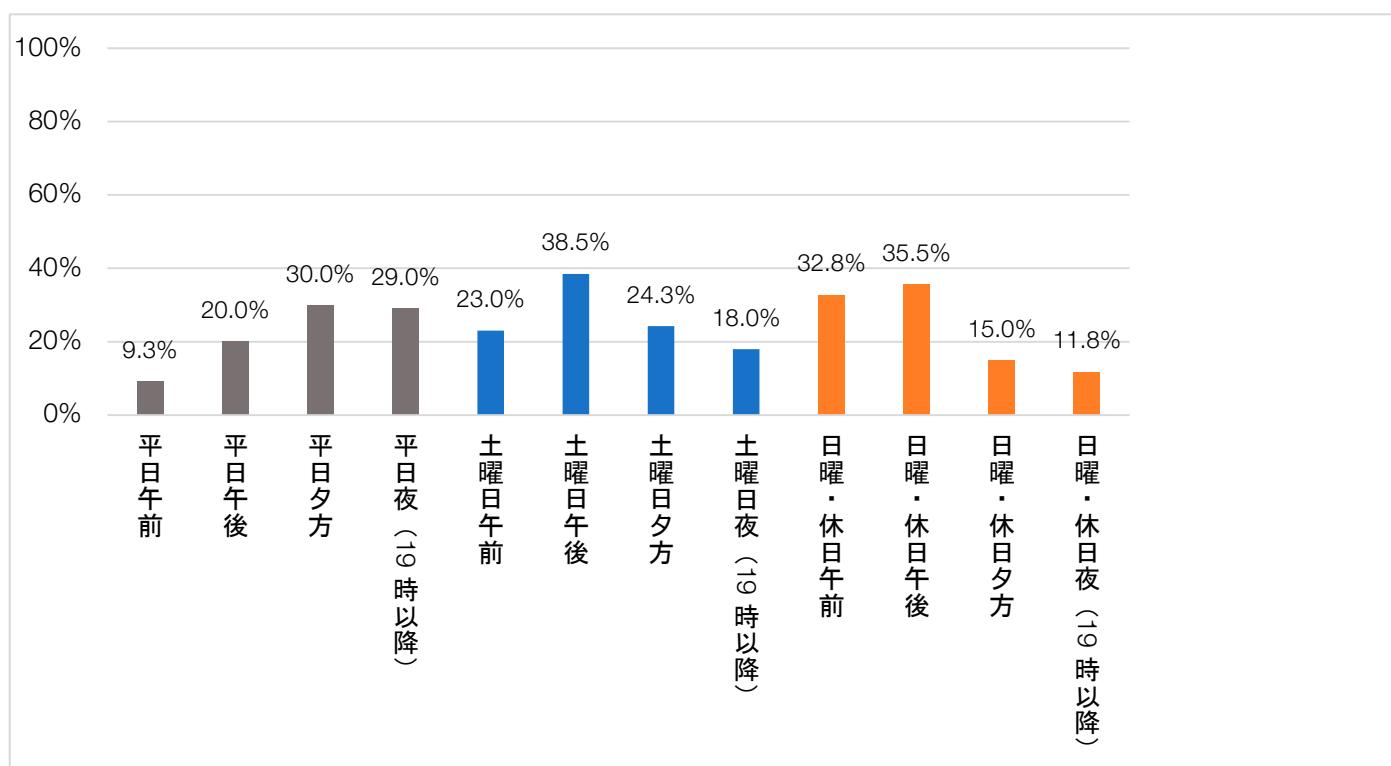


図 69 受講可能な時間帯 (n=400、複数回答)

受講可能な研修日数について尋ねたところ、半日という施設が最も多く、46.5%を占めていた。

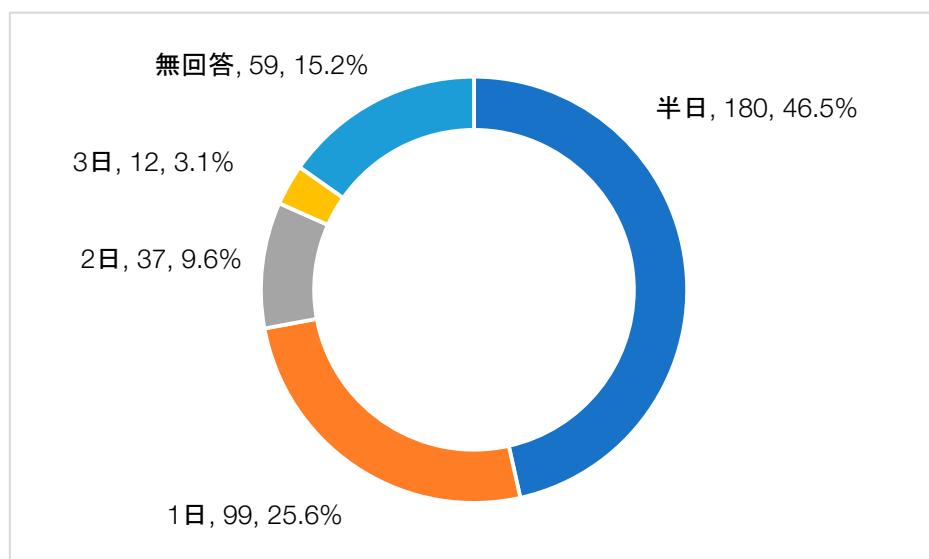


図 70 受講可能な研修日数 (n=400)

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

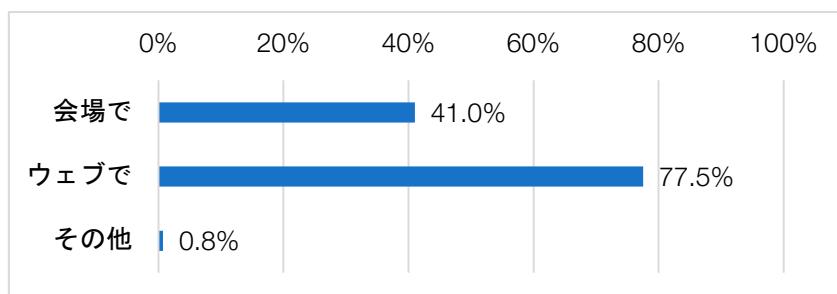


図 71 研修の開催方法 (n=400、複数回答)

表 30 研修の開催方法・その他

	施設数
会場及びウェブの選択型	1
e-learning のように好きな時間に学習できる方法で	1
わかりません	1

8. 診療施設リストへの掲載

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。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。

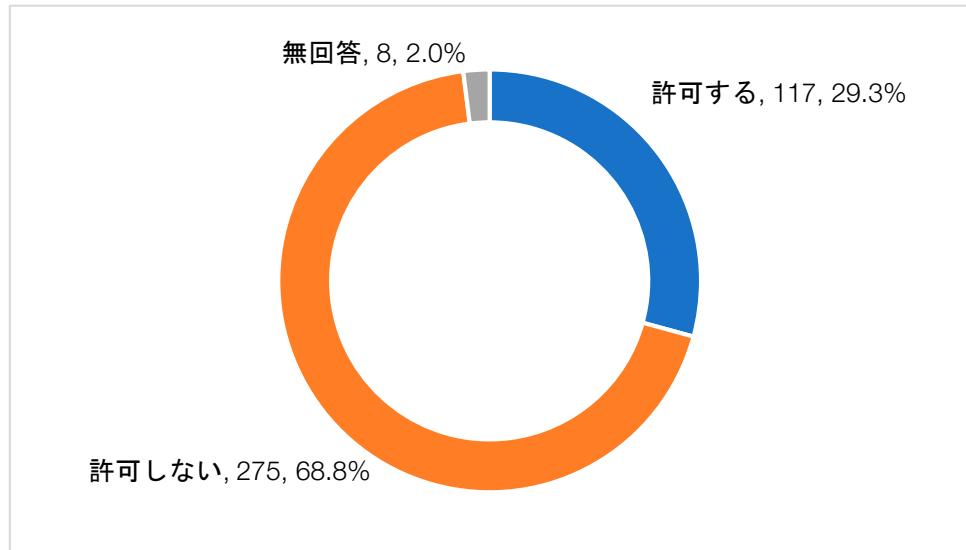


図 72 精神保健福祉センターに配布する資料への掲載の可否 (n=400)

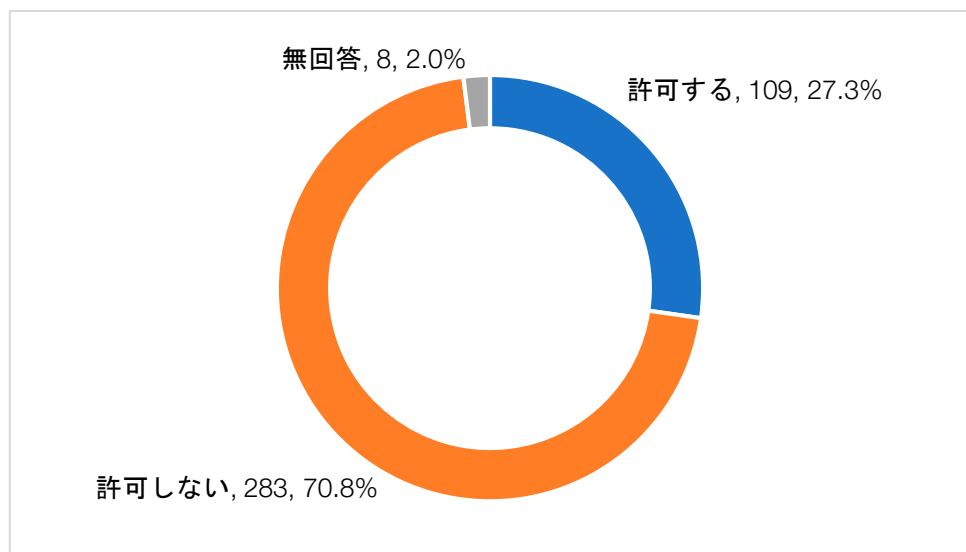


図 73 摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイトへの掲載の可否 (n=400)

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」と回答した施設に対して、その理由を尋ねたところ、「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%であった。

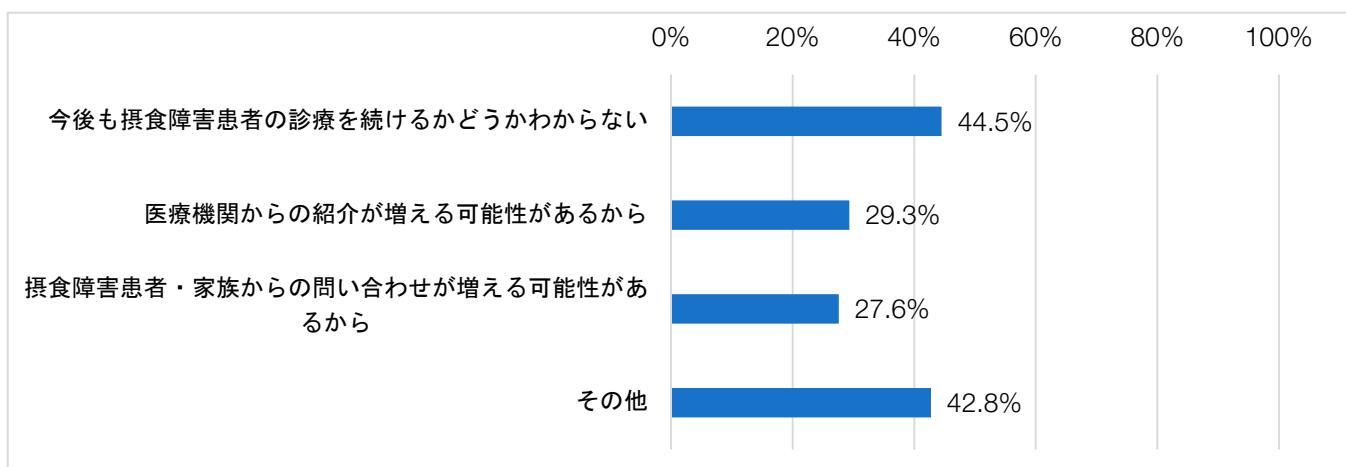


図 74 資料やポータルサイトへの掲載を許可しない理由 (n=283、複数回答)

※Q8.1と8.2のいずれかで「許可しない」と回答した施設に限定して集計

表 31 資料やポータルサイトへの掲載を許可しない理由・その他

	施設数
2021年2~3月、コロナウイルス感染症患者を受け入れるため、4月以降の方針は未定。	1
すでにキャパシティーを越えているから。	1
すでに当地域で多くの摂食障害患者を受け入れているが、病棟の構造・配置スタッフ数から今以上に積極的に	1
患者増への対応困難	3
救急に搬送される症例がふえる。	1
医当医療圏での対応で手一杯であり、当小児科内では周知されている。	1
札幌市内、近郊での役割は果たしていると思います。これ以上はこなせません。	1
自院での症例で手一杯の状態。	1
本来の業務で対応できる余裕がない	1
既に圏域の摂食障害対応行っているため。	1
デイケア利用について医療機関からの紹介で摂食障害がある方はいるが、主に統合失調症や発達障害等をメイ	1
どうにか連携先（入院）を確保しているものの、次々と患者様を送ることはできず、そのたびに苦労している	1
大学病院に任せたい	1
基本的に専門病院へ紹介しているため	1
重症例は他院へ紹介するので	1
関連病院が積極的に受け入れているため	1

次ページへ続く

前ページからの続き

	施設数
他の専門の医療機関があるため。	1
緊急入院・点滴について対応不能。初診で来られたら、より詳しい HP へ紹介する。	1
当院では対応不可で、すぐに精神科紹介している。	1
基本的には院内の精神科への紹介をお願いしているため。	1
当院精神科が全般的に担当している実績がある。	1
精神科、心療内科があるため	1
ハード面として抱えきれない患者さんがいても紹介先がなく患者さんを危険にさらすため	1
基本的に摂食障害患者に対応していない あるいは 難しい	25
基本的には病棟の体制的に摂食障害を受けることが難しい。来てしまったものには対応せざるを得ないので対	1
危機対応以外、摂食障害の診療を行っていません。	1
初期対応しかできないため	2
初期対応は可能ですが、それで良ければ許可できます。	1
身体管理が主体となる。	1
外来新患を制限しているため	1
精神科外来を行っていない	1
限定的にしか受けられない	1
可能な範囲での診療のため	1
精神科入院がない	1
精神科病棟を閉じたことで外来～入院というシームレスな治療環境を整えることができない。紹介先を選ぶに	1
専門治療、入院治療が困難なため。	1
専門的な対応を行っていないため。	3
専門的には対応しておらず、小児科としての初期対応のみであるため。	1
大学病院として求めに応じ対応していますが、各個別に医師が対応しているのみで、摂食障害の基幹医療機関	1
小児のみ対応可	1
小児科の為基本中学生までの身体管理メインの治療となる為。	1
一般外来診療を受け付けていないため。	1
家族支援に重点	1
精神科は無いため	1
摂食障害の小児患者の診療をしていない	2
小児科では受け入れ態勢が十分でない	1
診断した場合、当院での治療が難しいため	1
スタッフがいないので対応できません。	1
スタッフが少ないため。摂食障害の患児がほとんどいない。	1
マンパワー不足。治療者の高齢化（1 の理由でもある）	1

次ページへ続く

前ページからの続き

	施設数
診察医が実質 1 名しかいない点で	1
当院の身体科からの紹介患者のみを対象としているため	1
当院では専門がいない点、心理士は外来対応のみであり原則診療は行っておりません。	1
当院は精神科は外来も入院も患者をとっていないため。	1
当科（小児科）では、15 歳以下を対象に、摂食障害の身体的なフォローを行っており、精神科との併診もし	1
当院は入院病棟がなく、スタッフも少ない。リエゾンや緩和が中心。	1
当院心療内科が専門のため	1
受け入れるのに診療体制が十全ではないため。	1
適正に診療する医療体制はないから！	1
来た方はフォローしていますが、積極的に受け入れる体制ではないから。	1
入院病床が少ないため、原則個室対応だが個室入院の条件が文面だと伝わりにくいため。	1
当院の規模として対応が難しい。	1
FBT セラピストの育成や身体科との連携が不十分であるため	1
PSW もなく外来 Dr のみで対応が大変なので。	1
診療担当科ではないので	1
現在当科で対応可能な医師不在 精神科は OK かもしれません。	1
院内の Dr 確保が困難なため。	1
もう少し専門的な知識医療体制が整ってからが望ましいと思うので	1
小児科の医師 1 名が主に対応。後期研修医も含め他の医師が診療に積極的ではない。異動すれば診療は続けら	1
週 1、パート、pm のみだから。	1
積極的には受け入れていないため（児童精神科が非常勤のため）	1
担当医師が非常勤の為すぐに対応できない可能性も強い為	1
内科医が非常勤、検査は外注が主である。	1
非常勤医師しかいないため	1
刑事施設であるため、一般社会の患者は治療対象外であるため。	1
県内での参加、体制について既に協議会がある。	1
受けてもその後の治療を受けてくれる精神科病院がない。また大学病院、医療センターも受けてくれないこと	1
過食、摂食障害は扱いづらい。	1
診療体制整備中のため現在は時期尚早であるため	1
組織上の問題になる為、現時点では判断できない	1
医師の転勤のため、4 月から心療内科は失くなるため	1
私自身の高齢	1
小生高齢、ソフトランディングを考える。	1
異動する可能性があるため。	1
閉院するため	1

9. 摂食障害の連携指針と手引きについて

調査票とともに同封した「精神科領域における摂食障害の連携指針」について、役に立つと思うかどうかを尋ねたところ、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。

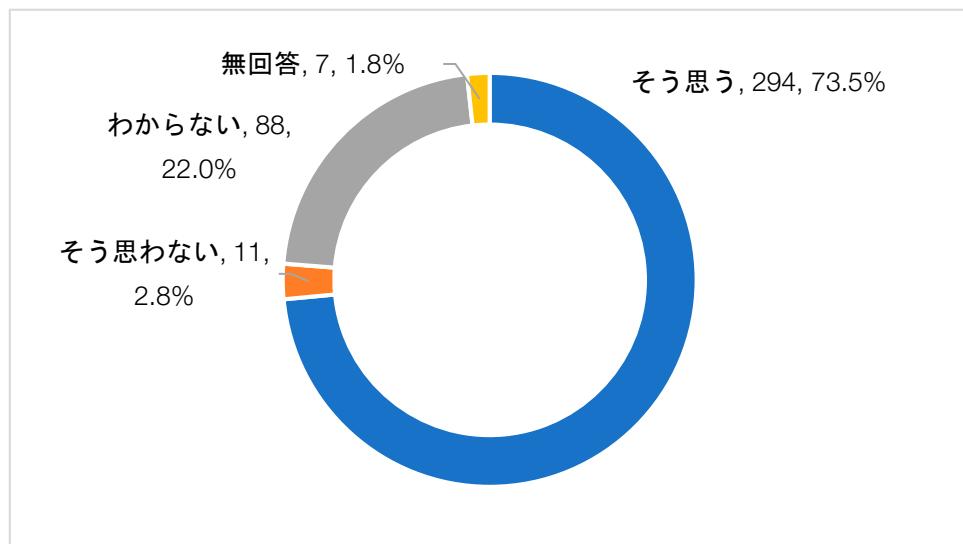


図 75 「精神科領域における摂食障害の連携指針」は役に立つと思うか否か (n=400)

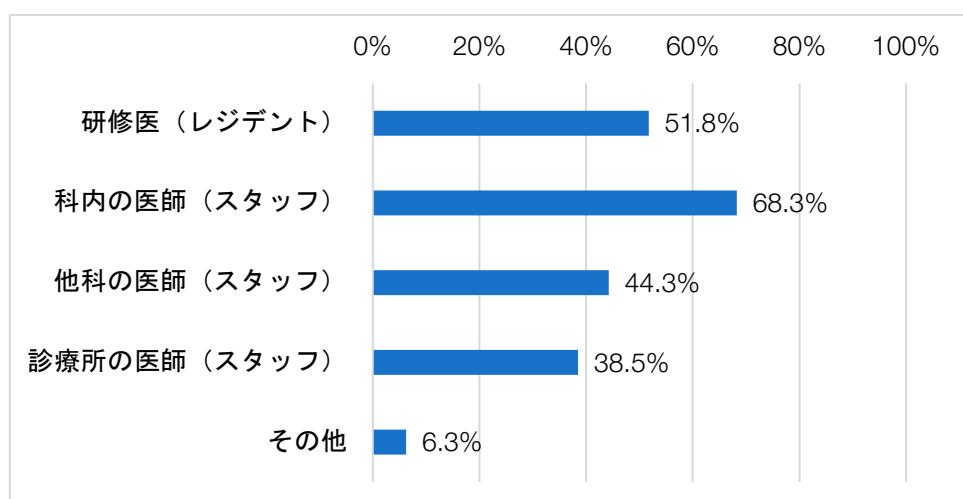


図 76 「精神科領域における摂食障害の連携指針」が役に立つと思う対象 (n=400、複数回答)

表 32 「精神科領域における摂食障害の連携指針」が役に立つと思う対象・その他

	施設数
かかわりのある医療スタッフすべて	1
病棟看護師・看護師	2
co-worker	1
臨床心理士、公認心理師等医療技術スタッフ	1
ケースワーカー	1
ソーシャルワーカー	1
専門外の職員	1
当事者	1
患者・家族	1
学校関係者	1

※「わからない」「答えられない」といった対象以外について記した回答は除外して示した

「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について尋ねたところ、297 施設（74.3%）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」（62.8%）であった。

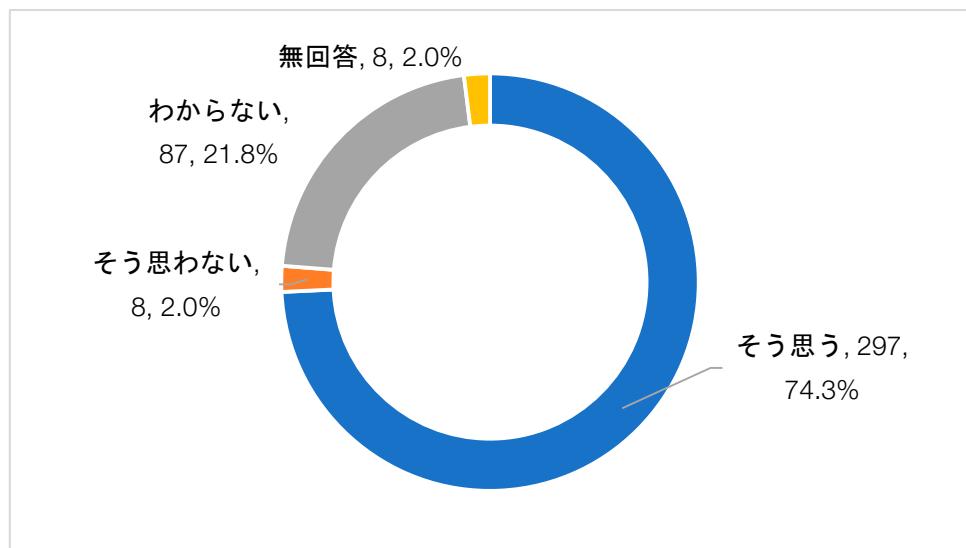


図 77 「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内」は役に立つと思うか否か (n=400)

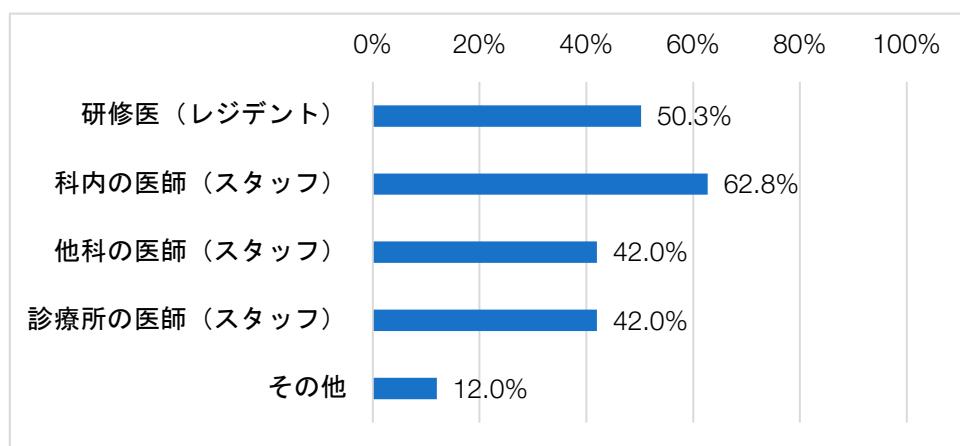


図 78 「摂食障害に悩むあなたとサポートする方々への受診案内」が役に立つと思う対象
(n=400、複数回答)

表 33 「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」が役に立つと思う対象・その他

	施設数
看護師、心理師、学校関係者、家族	1
看護師	1
臨床心理士、公認心理師等医療技術スタッフ	1
ケースワーカー	1
ソーシャルワーカー	1
co-worker	1
専門外の職員	1
患者（当事者）本人	2
患者（当事者）、家族	13
当事者、家族、行政職員	1
患者と家族、ゲートキーパー	1
家族	1
家族、コメディカル	1
家族、養護教諭	1
学校・学校関係者	3
支援者	1

※「わからない」「答えられない」といった対象以外について記した回答は除外して示した。

「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について尋ねたところ、320 施設 (80.0%) 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」(68.5%) であった。

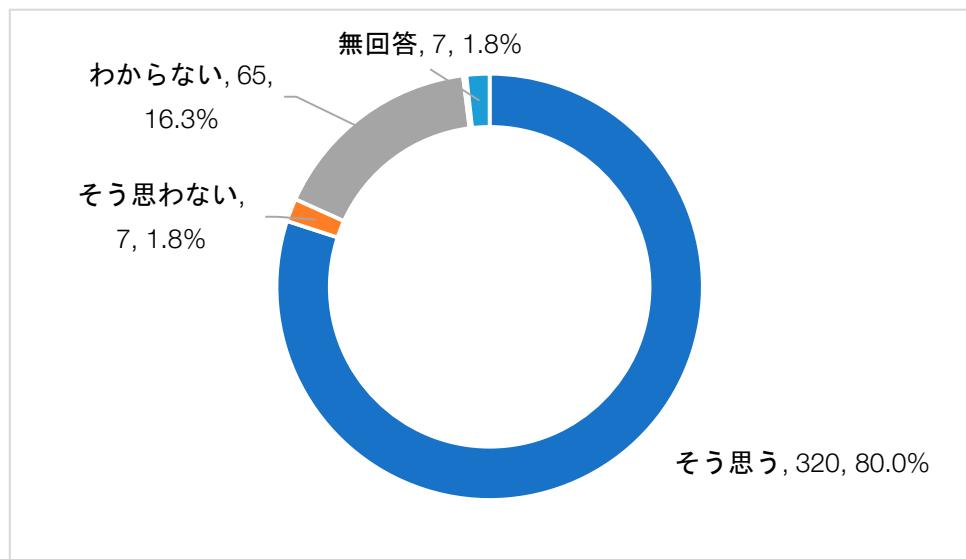


図 79 「身体科領域の摂食障害の連携指針」は役に立つと思うか否か (n=400)

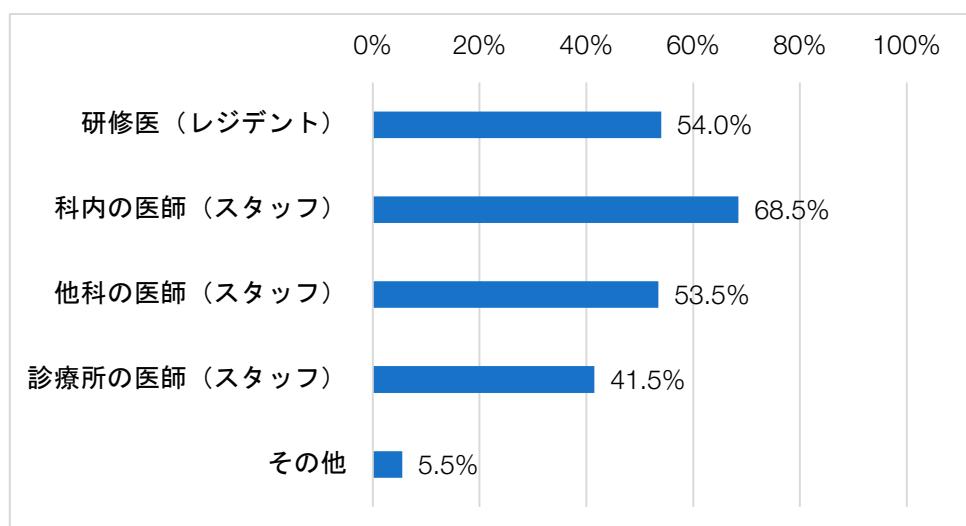


図 80 「身体科領域の摂食障害の連携指針」が役に立つと思う対象 (n=400、複数回答)

表 34 「身体科領域の摂食障害の連携指針」が役に立つと思う対象・その他 (n=400、複数回答)

	施設数
看護師	1
看護師らコメディカル	1
臨床心理士、公認心理師等医療技術スタッフ	1
管理栄養士や看護師他、病院コメディカル、養護教諭	1
専門外の職員、治療に従事する職員	1
当事者	1
患者・家族	1
学校関係者	1
学校担任等医療機関以外での呼びかけ	1

※「わからない」「答えられない」といった対象以外について記した回答は除外して示した。

「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について尋ねたところ、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を尋ねたところ、最も多かったのは「科内の医師」(74.5%)であった。

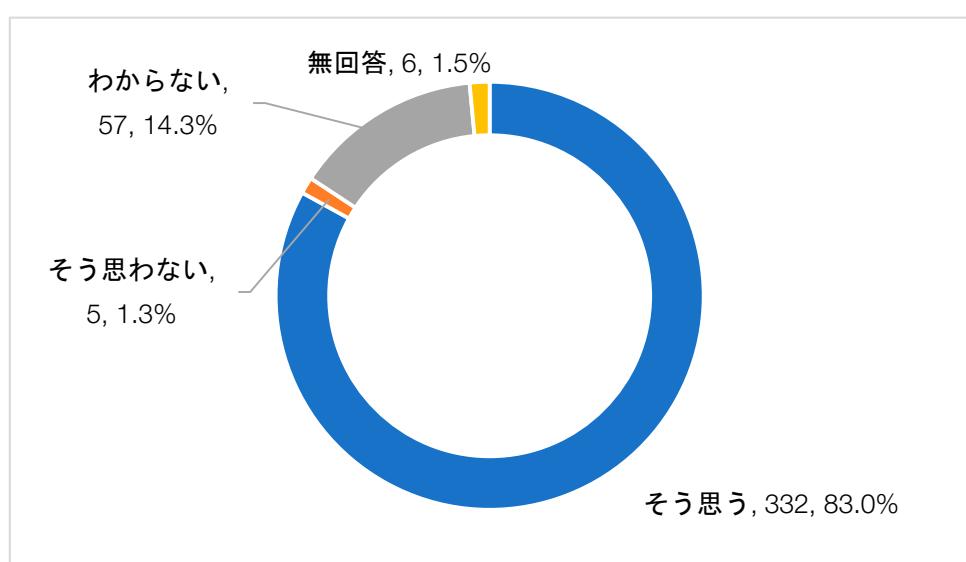


図 81 「神経性やせ症(AN)初期診療の手引き」は役に立つと思うか否か (n=400)

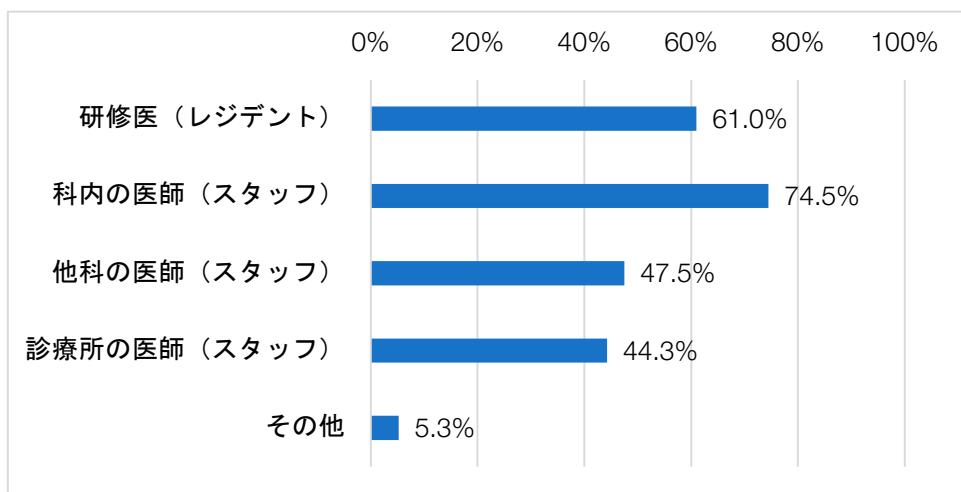


図 82 「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」が役に立つと思う対象（n=400、複数回答）

表 35 「神経性やせ症（AN）初期診療の手引き」が役に立つと思う対象（n=400、複数回答）

	施設数
臨床心理士、公認心理師等医療技術スタッフ	1
管理栄養士や看護師他、病院コメディカル	1
専門外の職員、治療に従事する職員	1
当事者	1
患者・家族	3
学校関係者	1

※「わからない」「答えられない」といった対象以外について記した回答は除外して示した。

10. 支援センター設立要件

10-1. 支援センターの選定条件

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。

表 36 支援センターの選定条件に関するクロス集計（n=400）

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	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
該当	4 (1.0%)	0 (0.0%)
非該当	248 (62.0%)	148 (37.0%)

10-2. 支援センターの業務

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。

表 37 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%

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

事業責任者：安藤哲也

執筆者：安藤哲也、山内常生、河合啓介、竹林淳和

編集：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

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

発行：2021年3月

印刷・デザイン：

株式会社 アトミ

〒187-0031 東京都小平市小川東町5-13-19

