

日本財団 2025年度 支援事業

調査報告書

摂食症 支援拠点病院 未設立地域への支援事業 ～ 摂食症オンラインよろず相談～

我が国における摂食症支援は現在、支援拠点病院が設置されている一部の地域と未設置地域との間で深刻な「支援の地域格差」に直面しています。摂食症は精神的・身体的側面の双方から治療と支援を要する疾患ですが、適切な医療資源へのアクセスが断絶されているために症状の慢性化や重症化を招きやすいという課題があります。

本報告書は、日本財団の助成事業を通じて実施された全国の精神保健福祉センターへの実態調査、および医師や公認心理士、管理栄養士など多職種連携のもとで実施した「専門家による無料個別相談会」を利用したご本人・ご家族の切実な証言を分析・可視化したものです。

皆様から寄せられた「現場の声」は、政策を動かすための最も重要な原動力となります。本調査の結果を実証的根拠として、全自治体における拠点病院の設置と地域支援体制の抜本的強化を提言いたします。



一般社団法人
日本摂食症協会
Japan Association for Eating Disorders



本調査報告書の刊行にあたり

一般社団法人日本摂食症協会 理事長 鈴木 真理

当協会の前身「摂食障害センター準備委員会」は公的な治療施設の設立を求めて、2010年から厚生労働省や国会議員の方々への陳情、署名運動、全国での講演会など活動しました。厚生労働省は2014年から摂食障害治療支援センター設置運営事業を開始して、全国支援センターと10都県に支援拠点病院を指定しました。全国支援センターは情報ポータルサイトや相談ほっとラインを運営し、拠点病院は相談事業、治療者の育成、地域治療施設の支援と連携、一般啓発など活発な活動をしています。

当協会は2015年に日本摂食障害協会と名称変更し、2016年に法人化しました。世界摂食障害アクションデーや世界メンタルヘルスデーのイベントを開催し、当事者やご家族を対象にした講習会や相談会、心理士や栄養士など医療者、養護教諭など学校関係者、マスコミを対象にした講習会、一般社会への啓発、マスコミへの情報提供、さらに、COVID-19が摂食症に与える影響、摂食症患者の就労などの調査研究を行ってまいりました。2025年に摂食障害の摂食症への病名変更に準じて、日本摂食症協会と名称変更しました。「障害」は治らないという誤解を招きやすい、「障害」という病名を認めたくないで受診できないという当事者の声に答えたものです。

摂食症の治療環境は確実に向上しています。とはいえ、COVID-19流行時に神経性やせ症や回避・制限性食物摂取症（ARFID）の患者さんが増加しました。協会のイベントや相談会では、治療中断や未受診者、あるいは、有効な情報や適切な治療を受けられないまま慢性化された方を

見しました。摂食症の治療・支援の現況を調査する必要性を感じました。

そこで、日本財団の助成を戴き、100件の無料相談事業と、全国の精神保健福祉センターのご協力を得て地域での相談件数・支援の内容、医療連携などを調査しました。当協会が関係各所と連携しながら、日本のどこでも誰でも適切な治療と支援を受けられる環境を構築する活動が続けるための指針にしたいと考えています。

本研究にご協力いただきましたすべての皆様に厚く御礼申し上げます。



全国精神保健福祉センター長会 副会長
東京都立中部総合精神保健福祉センター 所長
平賀 正司様

全国精神保健福祉センターには多職種が配置され、当事者や家族などからの精神保健福祉全般の相談のうち、特に複雑困難な相談を行う役割も担っています。摂食症は心身両面の支援が必要ですが、今回の調査で受診先探しの難しさをはじめとした、地域の医療機関との連携の課題が示されました。私自身、精神科医として重症例への対応の難しさは痛感しておりますので、支援拠点病院の勉強会等を通じて知識を更新しているところです。今後も、誰もが安心して適切な支援につながる体制整備と安心して暮らしている地域の実現に向け協力してまいります。

摂食障害全国支援センター
センター長
井野 敬子様

摂食症支援拠点病院は、地域における診療の中心的役割を担う「ハブ」となる存在です。専門的な治療支援や啓発に加え、地域の医療機関への助言を通じて受診先を増やし、学校等との連携調整も行っていきますが、まだまだ数が足りません。今回の調査で明らかになった実態を真摯に受け止め、ご本人が困り始めた時から寄り添い添走できる体制を構築していきたいと考えています。日本全国どこにいても、同じように質の高い治療と支援が受けられる体制の確立を目指していきます。

日本財団 公益事業部
国内事業審査チーム
林 美彩様

摂食症は若い方の罹患も多く、心身ともに重篤化しやすい疾患です。SNS等で情報が氾濫する一方、必要な支援に辿り着けない現状を課題と捉え、日本財団は本調査を支援いたしました。まずは本調査によって「現在地」を正しく把握し、より適切な今後の支援の方向性が検討されることを願っております。本報告書を機に活発な議論が行われ、摂食症に悩む方々の背中を後押しできることを祈念いたします。当財団も、皆様安心して支援に繋がれる社会の実現を応援しています。

摂食症支援拠点病院未設立地域への支援事業

事業および調査概要

1 事業概要

- 事業期間 2025年4月1日～2026年3月31日
- 事業費総額 3,530,000円／助成金2,820,000円

目的

- 医師など専門知識を持つ多職種メンバーが相談業務を行い、相談者のニーズに応え、満足度を高め、早期受療行動を促進する。
- 相談内容の解析を行い、支援拠点病院設置の必要性が高い地域情報の厚生労働省への開示、報告会を開催する等、当事者・家族が居住地で相談・受診が可能となることを目指し、拠点病院設置に向けた気運の醸成を行う。

内容

- 医師をはじめとする多職種の相談者による相談事業
- 治療が必要にもかかわらず未受診の相談者に摂食症を

診療できる近隣の病院、精神保健福祉センター、自助グループ等支援先のアドバイスや紹介を行い、継続的な診察、治療、支援に繋げる。

- 相談者の満足度調査とアンケートを実施。居住の都道府県に対する支援拠点病院設置の希望に関する質問を含め、厚生労働省と自治体に情報提供する。
- 全国の精神保健福祉センター向けに調査と相談事業広報を実施。
- 支援拠点病院設置の必要性が高い地域の情報を厚生労働省へ開示。
- 報告書と『拒食と過食の疑問に答えるQ&A第2版』刊行。
- 調査結果報告会を開催。世界摂食症アクションデー、日本摂食症学会学術集会にて発表。
- 重点エリア選定に向け、関係者ヒアリングを実施。

2 2つの調査概要 (①当事者向け ②精神保健福祉センター向け)

①

専門家による無料個別相談会 ～今、困っていることを専門家に相談しよう～

目的 医師等の多職種専門家チームによる相談支援を通じ、早期受診行動を促進するとともに、拠点病院未設置地域における支援ニーズを可視化する。

参加資格 条件なし（当事者、ご家族、支援者の方で専門家にご相談したい方）

専門家チームの構成 医師（内科・心療内科・精神科・小児科・産婦人科・歯科）、公認心理師、管理栄養士、薬剤師、看護師

面談方法 オンライン（ZOOM / 2025年9月～11月実施）

相談費用 無料（相談時間45分 / 1名・1家族何名でも1回のみ）

相談件数 100件

面談後の利用者アンケート（ユーザー調査）

目的 相談者の属性、居住地域の医療アクセシビリティ、受診を阻害する心理的・物理的要因を特定する。

対象 無料個別相談会利用者100件

手法 オンライン面談実施後のWebアンケート

有効回答数 72件

②

摂食症に関する 精神保健福祉センター向け実態調査

目的 自治体レベルでの相談対応状況、支援体制の構造的課題、拠点病院に対する現場のニーズを把握する。

調査対象 全国の精神保健福祉センター（摂食症支援拠点病院未設置の地方自治体、全国69カ所）

調査内容 摂食症に関する相談状況や支援体制に関する調査（相談内容、現在対応ができていない内容・理由等の課題調査）

手法 Webアンケート
（2025年7月～11月実施）

有効回答数 67件（カ所）





課題① 専門家による無料個別相談会とユーザー調査より

医療アクセスの地域格差と情報不足

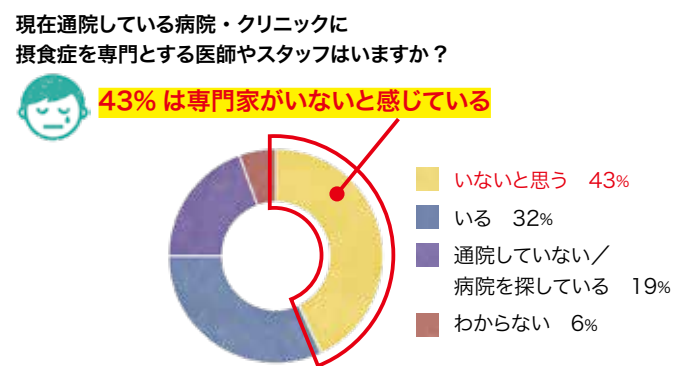
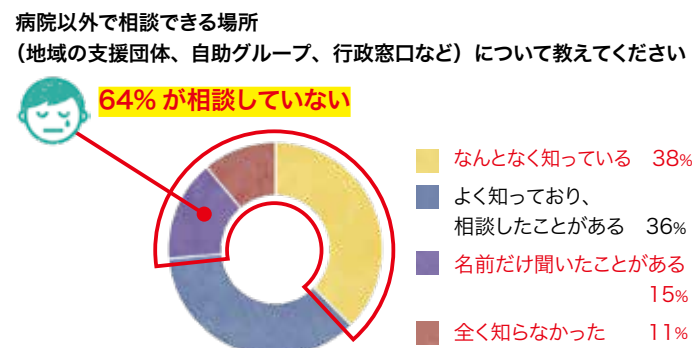
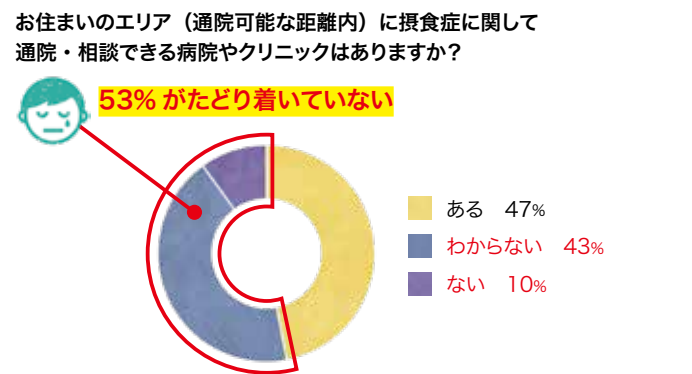
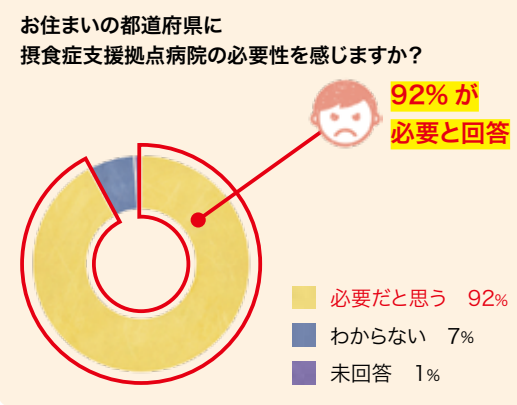
無料個別相談会を利用した人の53%が「通院・相談できる病院やクリニックがわからない／ない」と回答し、治療を受けられていません。また、摂食症の基礎知識や具体的な治療方法を知らない相談者が多く、適切な情報に辿り着けないまま症状が悪化するケースが後を絶ちません。

専門医療につながりにくい現状と情報格差の実態

専門家による無料個別相談会利用者を対象にした今回の調査では、専門的な医療機関や相談先に関する情報不足やアクセスの困難さを示す声が多く確認されました。「主治医が摂食症の専門医ではなく治療が行き詰まっていた」「相談できるところがなく、集めた情報が正しいかわからず不安だった」など、適切な医療機関や専門家に辿り着けない状況が複数報告されています。

また、「通院先に栄養士が不在で、自宅療養中に栄養面を相談できる場がなく、具体的な食事方法の助言が得られて良かった」「歯科医に嘔吐後の適切な口腔ケアを学べた」といった声もあり、専門知識や具体的な治療情報に触れる機会不足に関する訴えがありました。加えて「平日昼間しか相談できない医療機関が多く受診が難しい」「地方在住で専門家にアクセスできない」など、地域性・時間的制約による受診障壁も指摘されました。

これらのコメントは、医療機関の選択肢や治療情報の不足により支援につながらず、症状の長期化や悪化リスクを抱える実態を裏付けています。



「専門家による無料個別相談会」面談後の利用者アンケート（ユーザー調査）より（n=72）



課題② 精神保健福祉センター向け実態調査より

家族と当事者の高い相談ニーズ

全国にある精神保健福祉センターは、地域における身近な相談先です。調査からは、ご家族や当事者から摂食症に関する相談が多くセンターに寄せられていることが判明しました。月6件以上の相談を受けているセンターがある自治体には、摂食症支援拠点病院が無いこともわかりました。

地域における精神保健福祉の専門的拠点 精神保健福祉センターの役割

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づき、すべての都道府県および政令指定都市に設置されている専門機関であり、全国に69か所（2024年時点）あります。地域における精神保健福祉活動の中核的役割を担い、心の健康に関する相談や精神障害に関する支援、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症、思春期や高齢期などライフステージに応じた課題への対応を実施。包括的かつ継続的な支援を提供しています。

主な業務は、精神保健福祉施策の企画立案、保健所や市町村等への技術支援、人材育成、普及啓発、調査研究に加え、専門性の高い相談支援です。相談支援で

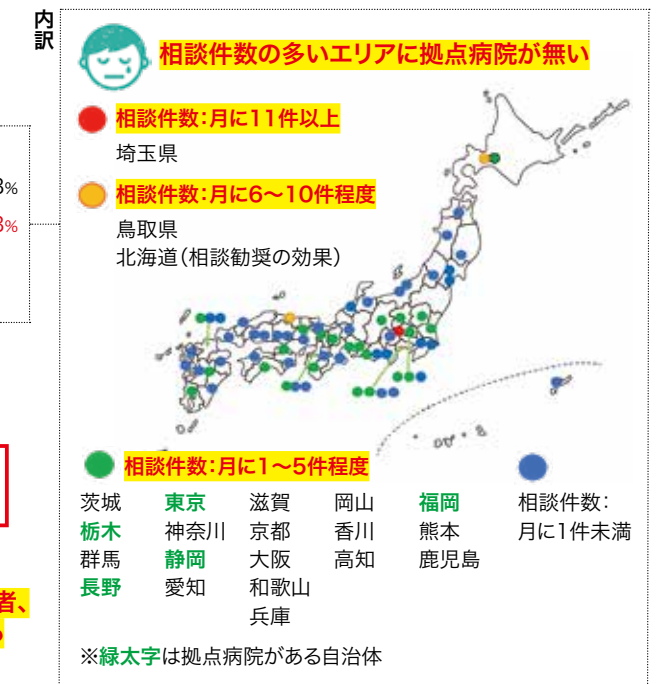
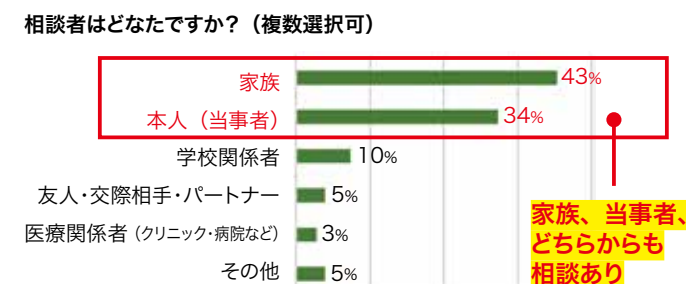
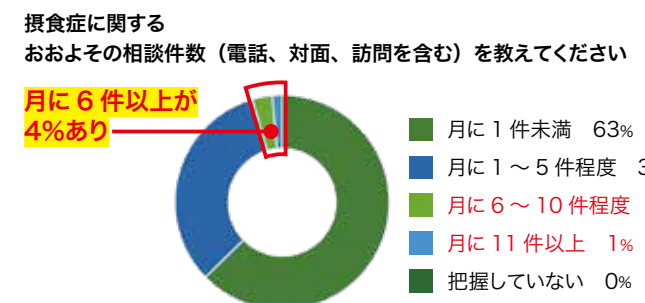
は、精神医療の新規受診や治療継続、自殺に関連する問題、家庭内暴力やひきこもりなど、複雑で困難なケースに対して、関係機関と連携しながら総合的な支援を提供しています。

相談方法は電話、メール、面接、訪問など多様であり、必要に応じてピアサポーターの活用や多職種によるアウトリーチ支援も実施しています。また、聴覚障害のある方などに配慮し、手話通訳者の配置など合理的配慮にも努めています。

さらに、当事者団体の育成支援、精神医療審査会に関する事務、精神障害者保健福祉手帳の判定や自立支援医療費の支給認定、重大な他害行為に関する医療観察制度への対応、災害時の心のケア、診療や障害福祉サービスに関する機能など、幅広い役割を担っています。

摂食症に関する相談件数と相談者内訳

摂食症に関する精神保健福祉センター向け実態調査より（n=67）



家族、当事者、どちらからも相談あり

課題③ 精神保健福祉センター向け実態調査より

相談支援体制における課題

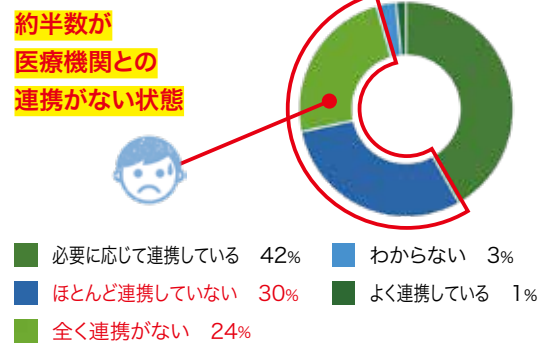


摂食症の治療ができる医療施設が少ない現況で、精神保健福祉センターの約半数が摂食症の治療施設と連携を持っておらず、特に、身体的危機状態など緊急を要する相談者の対応に困難を抱えていました。相談員への情報提供や研修会講師派遣、家族支援ツールなど支援体制の強化と同時に、拠点病院や専門外来の整備、学校関係者への啓発と研修を望む声が聞かれました。

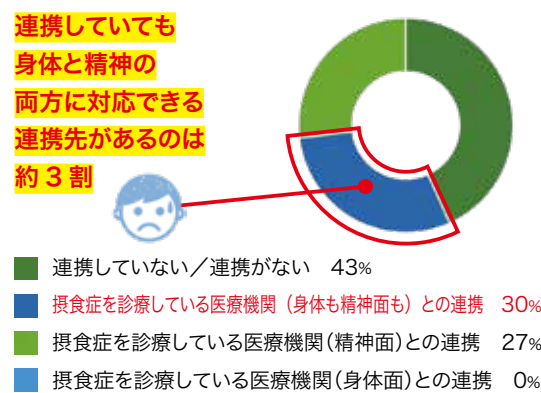
地域の医療機関との連携が乏しく、身体と精神の両面から相談に応じるのは難しい現状

精神保健福祉センターの調査では、地域の医療機関と連携がない施設が約半数にのぼります。身体面と精神面の両方に対応できる連携先があるのは約3割に過ぎません。現場からも「身体面と精神面双方からのサポートは難しい」という声があがっており、地域の摂食症の医療体制の充実と精神保健福祉センターと連携できることが望まれます。

地域の医療機関（クリニック・病院等）と摂食症に関する連携がありますか？



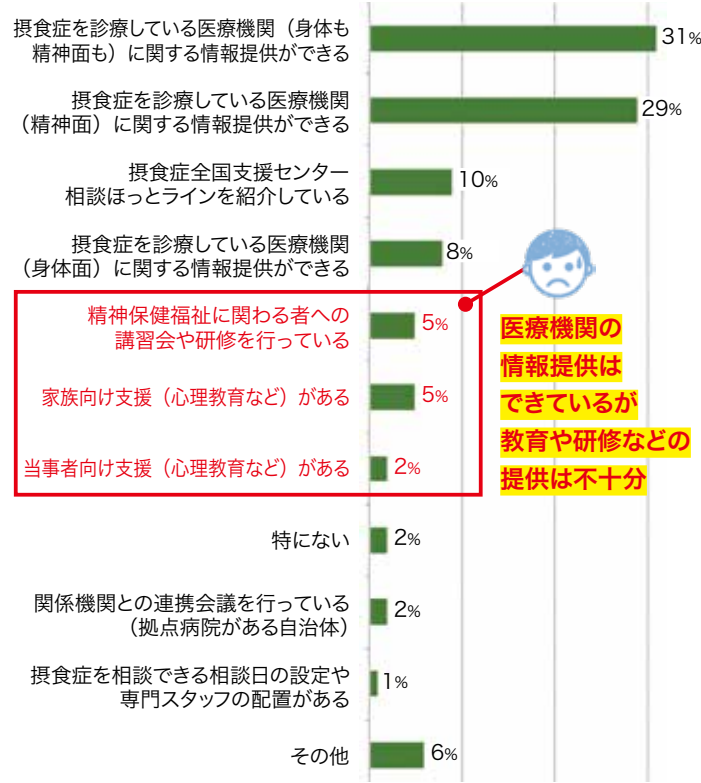
それはどのような連携ですか？



摂食症の相談に対応できる体制はありますか？



摂食症の相談に関して、現在、どのような支援体制がありますか？（複数選択可）



摂食症に関する精神保健福祉センター向け実態調査より（n=67）

医療体制の充実と相談員の支援体制強化に向けた取り組みが望まれている

1. 情報提供・ポータルサイトの充実に関する要望

摂食症治療施設リスト、自助組織や家族会等の最新情報を掲載し、地域の支援者が現場で活用できる「最新のデータベース」として強化してほしい。

2. 相談支援体制の課題と拠点病院の設置・拡充

身体疾患と精神疾患を同時に診療できる体制が必要だが、現在の医療制度では難しいところがある。摂食症の場合、突然死や身体合併症、それによる身体障害の発生リスクも高く、身体管理を要することが多い。このため、相談機関や精神保健福祉センターでできることは非常に限られる。原則として医療機関、特に精神科または心療内科を有する総合病院が窓口になるべきと考える。摂食症拠点病院数の増加も必要ではないかと思う。

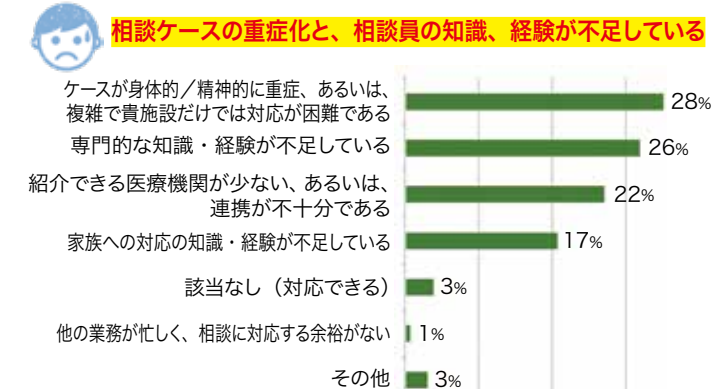
3. 研修および啓発（学校・支援者・家族）のニーズ

命にかかわるような状態になってからの相談では対応が難しく、普及啓発や各種相談機関への人材育成を行ってほしい。拠点となるべき医療機関から患者が紹介されてくることがあり、戸惑っている。支援者（精神保健福祉センター、保健所、市町村）向けの研修を開催してほしい。当センターで実施している従事者研修会では養護教諭の先生方の参加が多く、思春期のケースではまず学校で発見していただくことが多いので、学校関係者に対する研修会も必要かと思う。ご家族向けの学習会、交流会も実施しているが、講師・予算が限られているため、使用できる教材（動画など）や講師派遣（zoomでも）などがあればありがたい。

4. センターの連携と情報共有による対応品質の均一化

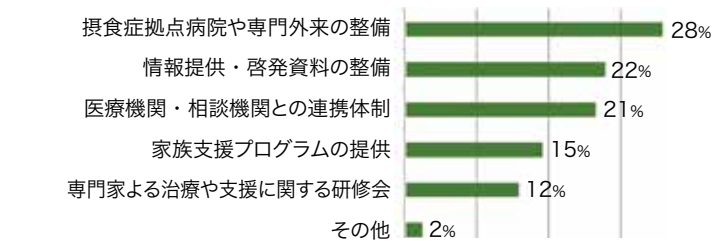
今年度に入り、中学生・高校生の摂食症（主に拒食）の相談が増えた。本県では拠点病院もなく、精神科ではBMIや年齢によって受診を受け付けてもらえないことが多く、病院探しから受診までに時間がかかり、その間身体的なリスクが上がっていく怖さを常に抱えながら相談対応をしている。他県の体制整備に至るまでの経過や連携方法、好事例などが知れる機会があればありがたい。

対応が難しいと感じる理由を教えてください（複数選択可）



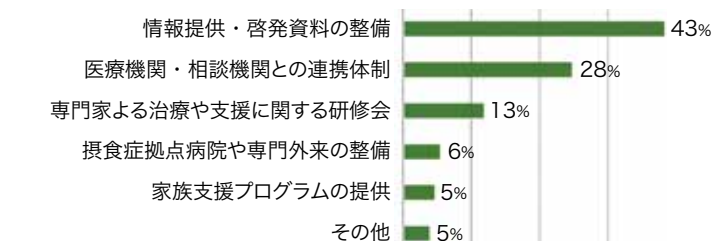
今後、「当事者、ご家族」がどのような支援を求めているとお考えですか？（複数選択可）

拠点病院や医療機関の情報提供だけでなく、家族支援プログラムや治療や支援に関する研修会のニーズあり

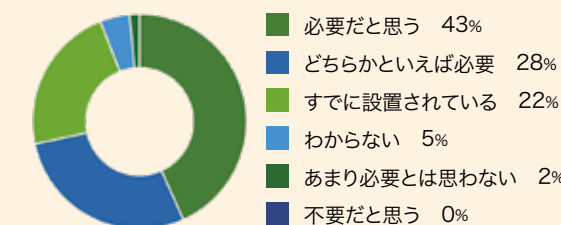


今後、貴センターではどのような支援が可能だとお考えですか？（複数選択可）

情報提供や資料の整備、専門家による研修などニーズあり



摂食症支援拠点病院は必要だと思いますか？ ※調査実施時点で拠点病院が未設置エリアの91%が必要と回答 設置されていたのは8自治体



課題④ 専門家による無料個別相談会とユーザー調査より



当事者の受診障壁と 早期介入の遅れ

オンライン面談の約6割が当事者本人からの相談。対面では「人に知られたくない」という心理的障壁や、体調不良・地理的制約により受診できない当事者が多数存在することを示しています。特に若年層は医療機関への抵抗感が強く、適切なタイミングで治療につながっていません。



早期介入により短期間で完治する可能性があるからこそ支援の強化を

「専門家による無料個別相談会」を利用した方の約9割が面談後に良い変化を感じたと回答しています。利用者からは、「話しているうちに考えやもやもやが整理された」「今のままの自分を肯定していただいたことが素直に嬉しく、自信が湧いた」「短時間でも今後の展望が整理され、気持ちが楽になった」「子どもの症状への対応に戸惑っていたが、自分なりにできる工夫の方向性が見えて安心した」といった声が寄せられました。また、「相談したいと思いつつも行動できずにいた」「長年一人で悩んでいたが、専門的で温かく的確な助言を受けて前向きになれた」という感謝の声もあり、相談先や専門家と直接話す機会が乏しく、支援資源へ到達する経路が十分に整備されていない現状が示されました。さらに、「かかりつけ医がいるが、ほとんど話せぬまま診療を終えられてしまう（2時間待って3分診療）ので今回の機会は大変有意義だった」という意見も寄せられました。

摂食症は早期に適切な介入を行うことで回復が期待できますが、適切な医療情報に辿り着けないうちに時間が経過することで、基礎知識の欠如による自己流の対処や、身体合併症の進行といった重症化リスクが飛躍的に高まる懸念があります。

匿名性と時間的柔軟性を備えたオンライン相談は、支援や医療につながる重要な入口として機能していると考えられますが、持続可能なサービスの提供体制をどのように構築していくかが課題です。

【相談者から寄せられた現状への不満と要望】

1. 医療体制・地域資源の不足に関する指摘

- ・摂食症専門医が少ない
- ・主治医が専門外で情報不足
- ・病院の診療時間・対応に制約がある
- ・栄養士に相談できる場が不足

2. 継続支援・サービス拡充へのニーズ

■継続相談の要望

- ・有料でもよいので面談を継続利用したい
- ・45分では不足、回数増加を希望
- ・今回のような相談会の継続開催を望む

■時間帯・アクセス改善の要望

- ・夜間・土日対応を希望
- ・仕事と治療を両立できる体制を希望する

■当事者交流・情報提供ニーズ

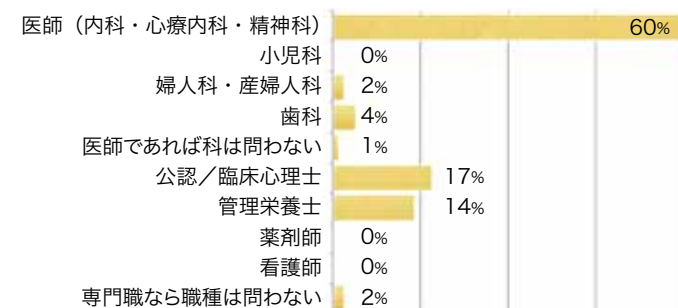
- ・当事者同士が話せる場が欲しい
- ・最新治療や自助団体の情報提供希望
- ・長期化している患者の支援
- ・家族向け支援の充実をお願いしたい

対面受診の心理的障壁と支援未接続の実態

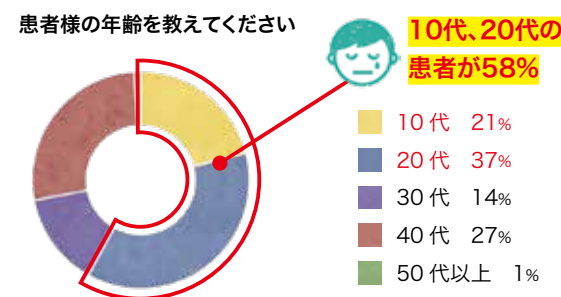
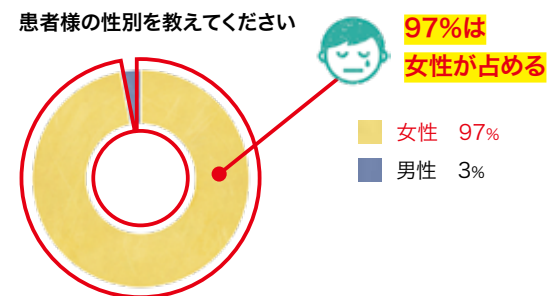
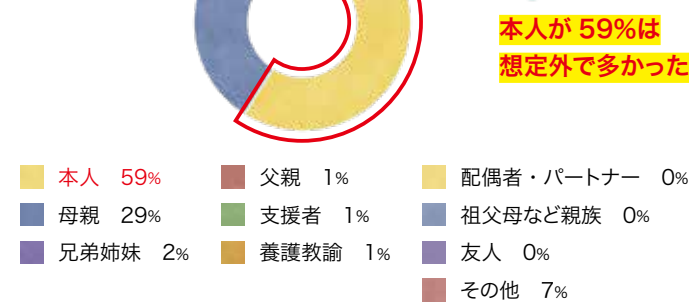
相談者は10代、20代の女性が過半数を占めました。「気持ちを表出できる場がなかったためありがたかった」「対面ではないから話せた」といった声や「歯科受診時に摂食症を伝えること自体が重い負担となり、受診行動をためらっていた」という声が寄せられ、症状を他者に知られることへの不安や羞恥心が受診を妨げている実態が読み取れました。また、通院への強い抵抗から子どもを医療につなげられないという家族の悩みもあり、若年層が早期介入の機会を逃しやすい現状が示されました。

申し込みカテゴリ

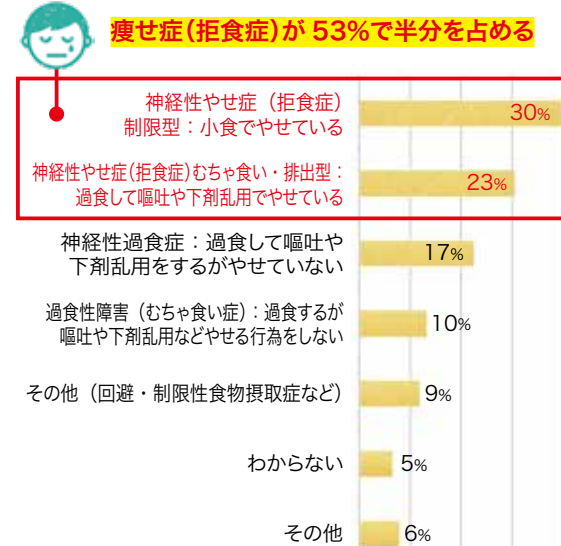
内科・心療内科・精神科以外だと、心理士、栄養士、歯科が多かった



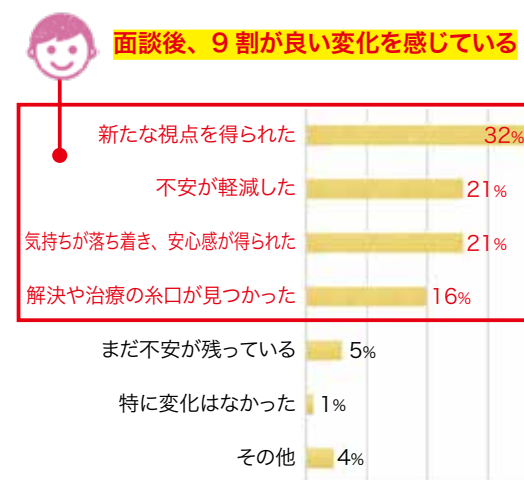
症状がある方とあなたの続柄を教えてください



症状がある方の現在または過去の症状について（複数選択可）

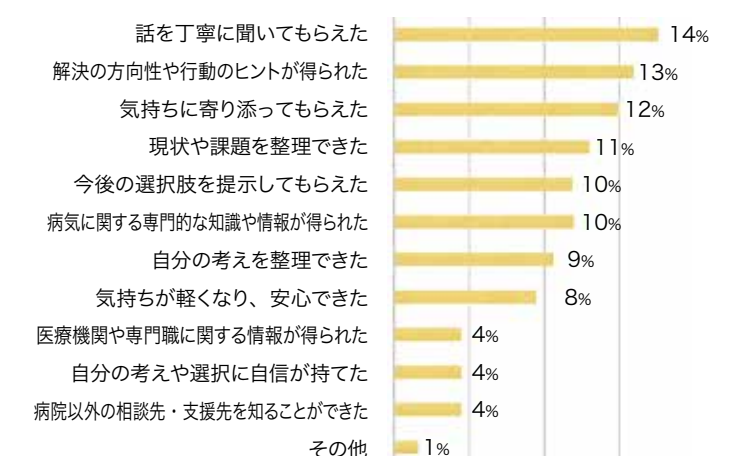


面談後、気持ちや理解にどのような変化がありましたか（複数選択可）



面談で役に立ったと感じたことを教えてください（複数選択可）

話を聞く・気持ちに寄り添う、情報提供の両方が必要



- ・相談員の対応についてクレームはなく、「話しやすかった(18%)」「丁寧に聞いてもらった(17%)」「気持ちに寄り添ってもらえた(15%)」「専門性が感じられた(14%)」「安心感が得られた(12%)」「必要な情報や資料を紹介してもらえた(9%)」といった声が寄せられた。
- ・面談時間(45分)について「十分だった」人が過半数(56%)である一方、35%は短く感じており、適切な時間を今後検討する必要がある。
- ・面談利用者の97%が、「今後同様の相談会があれば参加したい」と回答した。

今後の事業展開



支援拠点病院の現状と課題



摂食症支援拠点病院の現状

摂食症の医療体制には、患者が相談・治療・支援につながる窓口が明確でなく、専門的治療に至る経路が十分に確立していないという課題があります。また、専門的治療や支援の受け皿も不足しています。

こうした状況を受け、2014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開始されました。摂食症支援拠点病院は、精神科・心療内科・小児科いずれかの外来を備えた救急医療連携体制を有する病院に設置され、専門相談支援、急性期患者への連携対応、医療機関への助言、関係機関との連携、普及啓発活動などを担っています。さらに、拠点病院を統括する全国拠点機関である全国支援センターは、協議会の開催や拠点病院との連携、情報サイト運営、相談事例の収集・解析、研究・研修を担っています。

現在、拠点病院は全国に10カ所設置され、相談窓口「相談ほっとライン」も運営されています。

現体制	
宮城県支援拠点病院 (東北大学病院心療内科)	長野県支援拠点病院 (信州大学医学部附属病院)
栃木県支援拠点病院 (獨協医科大学病院)	富山県支援拠点病院 (富山大学附属病院)
千葉県支援拠点病院 (国立国府台医療センター心療内科)	石川県支援拠点病院 (金沢大学附属病院神経科精神科)
東京都支援拠点病院 (東京都立松沢病院)	福井県支援拠点病院 (福井大学医学部附属病院神経科精神科)
静岡県支援拠点病院 (浜松医科大学附属病院精神科神経科)	福岡県支援拠点病院 (九州大学病院心療内科)
全国支援センター（事務局）	全国支援センター（相談ほっとライン）

支援拠点病院設置運営事業と拠点病院の活動をめぐる課題

今回の調査で精神保健福祉センターへの相談件数の多いエリアに支援拠点病院が無いことが示されましたが、大阪、愛知、神奈川などの大都市部では新規指定の動きが未だ限定的です。2024年に新設された東京都での指定および運営に関する好事例が蓄積されることで、今後、大都市圏における新規設置を後押しすることが期待されます。

「支援拠点病院設置準備サポート」の展開により、医療機関や自治体関係者との意見交換やヒアリングが進められていますが、新規指定に向けた具体的な進展は道半ばです。アンケート調査によれば未指定の理由として財源の確保や引き受けてくれる医療機関の不在が上位に挙がっています。その背景には、①医療機関や自治体が摂食症支援ニーズを十分に把握していないこと、②対策の優先度が上がらず予算確保が難しいこと、③既存の診療体制に課題意識が乏しいこと、④医療機関側に新たな診療体制を整える余力が不足していることが挙げられます。今後は支援拠点病院設置による初診時BMIの上昇や罹病期間の短縮

といった**具体的効果を可視化**するとともに、**地域特性を踏まえた対策を提示**し、指定に向けた具体的な動きを支援していく必要があります。さらに15歳未満の患者急増に伴う**小児期治療体制の構築も急務**です。

また、拠点病院が取り組むべき課題として、①**医療連携における実践的指標の確立**（地域医療と拠点病院の連携基準として実践的指標[BMI 16kg/m²が有効と考えられる]を確立し全国的な連携モデルを構築）、②**未受診から医療の再開・継続へのパラダイムシフト**（治療中断者を医療へ繋ぎ直す）、③**家族支援と心理教育の重要性**（県民公開講座等を通じた啓発）、④**時代に即したアクセスへの適応**（LINE相談やショート動画等を活用した直感的にアクセスしやすい情報発信の拡充）なども挙げられています。

全国支援センターと拠点病院、地域医療、摂食症学会、摂食症協会、厚生労働省など、関係するあらゆる機関が連携をより一層深め、それぞれの専門性や役割を生かしながら、多角的な支援体制を整備していくことが重要です。

参考 / 2025年度日本財団助成研究結果報告会（2026年2月22日開催）講演①古郡規雄氏（栃木県摂食障害支援拠点病院【獨協医科大学】獨協医科大学精神神経医学講座教授）・講演②河合啓介氏（千葉県摂食障害支援拠点病院【国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター】副院長、心療内科診療科長）、令和6年度摂食障害治療支援センター設置運営事業報告書

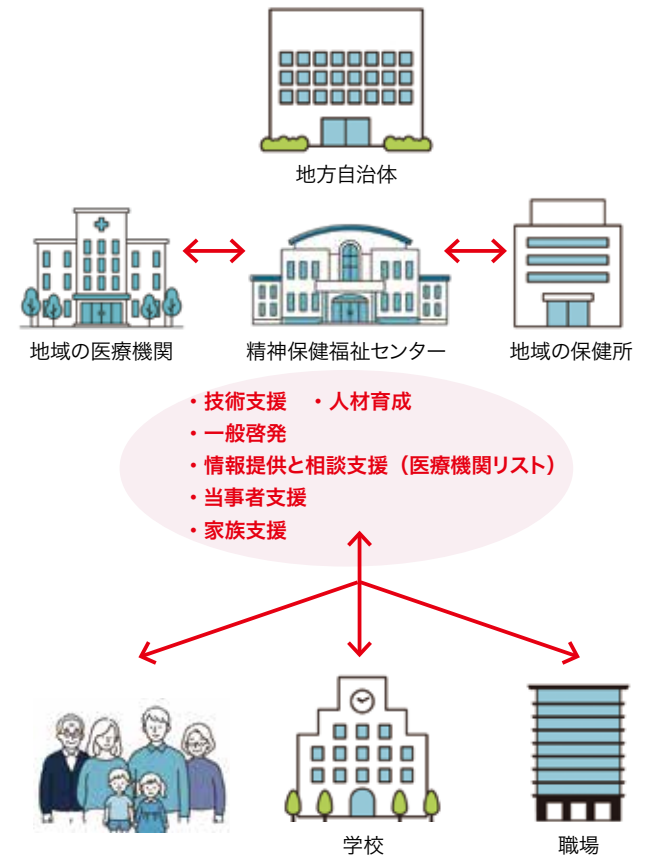
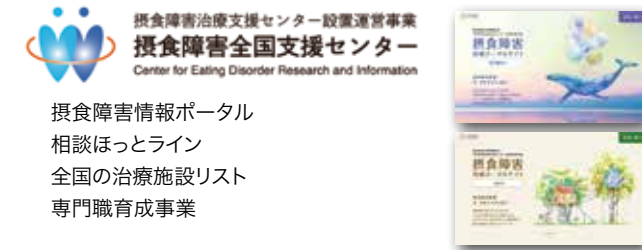
1 現地勉強会等を通じた支援拠点病院設置機運の醸成

相談件数が多い地方都市（北海道、鳥取県、滋賀県、埼玉県、高知県、香川県等）を重点に、精神保健福祉センターと自治体、養護教諭と連携した現地勉強会を実施し、啓発・合意形成を図ります。

国立精神・神経医療研究センター（NCNP）や摂食症学会への情報共有を行い、支援拠点病院未設置エリアにおける勉強会の実施、家族会への働きかけなどを推進します。

2 現在利用できる資源の活用を促進

摂食障害全国支援センターと日本摂食症協会は、治療と支援の質を向上させるための情報提供を積極的に行っており、有益な資料も作成しています。専門家の研修会や講師の派遣、家族支援プログラムの提供も行っていますが、十分に活用されていないのが現状です。今ある資源の活用と関係機関の連携を促進することによって、摂食症に対応できる地域の医療機関の量と質を上げていきます。



当事者の声

- ・医療体制の充実と継続性：対応可能な医療従事者の不足や転勤等により、継続診療が困難になる現状を改善してほしい。専門スタッフの充実を願っている。
- ・相談場所の拡充：専門知識を持つ相談員が身近にいる環境を整え、支援拠点病院設置を加速させてほしい。
- ・多機関連携の強化：当事者が孤立しないよう、行政、医療、教育機関等が一体となった支援ネットワークを構築してほしい。

- ・認知度向上と社会の理解：回避・制限性食物摂取症（ARFID）の周知や、学校・職場を含む社会全体の理解促進を進めてほしい。
- ・データに基づく政策立案：医療経済学の視点から、本人や家族の社会活動制限による損失を可視化すべき。データに基づく政策立案（EBPM）を推進し、国の支援予算増額へ繋げてほしい。
- ・全世代への支援：若年層への早期介入に加え、遷延化・高齢化という新たな課題に直面する中高年当事者への支援も重視してほしい。

摂食症とは

摂食症は「神経性やせ症（拒食症）」「神経性過食症（過食症）」「過食性障害」に大別され、生物学的・心理社会的要因が複雑に絡みあって発症します。

神経性過食症はやせがないので本人が告白しないと把握できませんが、過食症の患者数は神経性やせ症の5～10倍と考えられます。

厚生労働省調査研究班による全国約5000医療施設を対象にした調査では、神経性やせ症は約12000人、摂食症全体では約26000人*で、未受診者を含めれば数十万人の患者がいると推測されています。

*平成27年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 摂食症の診療体制整備に関する研究 平成27年度研究報告書 p9～13

拒食や過食、嘔吐など、食にまつわる行動の変化は「症状」であり、自分の意志で止めることはできません。

体と心の症状も大変ですが、体をむしばむ深刻な合併症と後遺症によって社会生活に支障をきたすようになり、本人のしたいことができない、思うように能力を生かせないことも大きな損失です。

摂食症は思春期に発病し、死亡率も高く、医療費が高くなること、さらに慢性化しやすいので、労働力が低下し、医療福祉費もかさむため、医療経済問題としても捉えられています。

神経性やせ症(拒食症)

神経性やせ症は、さまざまな理由から食事を制限して低栄養に陥る疾患です。アメリカ精神医学会によるDSM-5という診断基準では、①低体重、②肥満恐怖あるいは体重増加を妨げる行動の持続、③自己評価が体重の影響を強く受け、低体重の深刻さが認識できないなどの特徴が挙げられています。食事量が少ない「摂食制限型」と、過食嘔吐があって低体重の「過食・排出型」があります。やせて綺麗になりたいという動機とは限らず、生来の完全癖や挫折体験など複数の因子が重なって発症します。診断基準以外にも、過活動などの行動上の特徴があり、無月経、骨粗鬆症、肝機能障害など身体症状も伴いやすい疾患です。栄養補給や心理的援助が行われますが、本人は病気を否認して受診が遅れがちなので、周囲の早期の受診勧奨が重要です。

神経性過食症(過食症)

神経性過食症は、自己嫌悪などの嫌な気分に対応して過食が起き、この後には嘔吐など体重を減らすための行動が見られる疾患です。DSM-5の診断基準では、①自分では制御できない過食の繰り返し、②過食の後の体重増加を打ち消す「代償行動」、③過食や代償行動が少なくとも週1回以上、3カ月以上続いている、④自己評価が体重の影響を強く受けるなどが挙げられています。過食をやめられないのは意志が弱いからだと思える人も多いのですが、自分の意志で止めるのは困難な症状です。代償行動には、自発性嘔吐や下剤・利尿剤乱用、過度の運動などがあります。体重は正常で一見健康そうに見えますが、嘔吐による低カリウム血症やこのために起きる不整脈など、深刻な身体合併症を伴うことがあります。身体症状への対応のほか、過食嘔吐と背景の心理的問題については認知行動療法や抗うつ剤による薬物療法が行われます。

標準体重の計算方法 (平田法)

	身長	計算式
標準体重(kg)	160cm以上	(身長(cm)-100)×0.9
	150～160cm	(身長(cm)-150)×0.4+50
	150cm未満	(身長(cm)-100)

*正常範囲90%～110%

標準体重比の計算方法 (標準体重の何%か?)

標準体重比(%) = 体重(kg) ÷ 標準体重(kg) × 100

※80%以下だと拒食症が疑われる

BMIの計算方法 (BMI: Body mass index)

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)² ※正常範囲18.5～25

やせの程度による身体状況と就労の目安

*厚生労働省調査研究班の図を基に改変

標準体重比	身体状況	活動制限
55%未満	低血糖昏睡など重症の内科的合併症が多い	入院による栄養療法の絶対適応
55～65%	摂食だけで体重増加に困難がある。機敏な動作ができず、最低限の日常生活にも支障がある	入院による栄養療法が適切
65～70%	重篤な合併症の併発率は低下するが、身体能力の低下があり、軽労作の日常生活にも支障がある	自宅療法が望ましい。就労を希望する場合は、短縮勤務などの対応が必要
70～75%	軽労作の日常生活は可能	制限付き就労の許可。重労作の労働は禁止
75%以上	通常の日常生活は可能	就労の許可
80%以上	80%が本症の診断基準	
85%以上	月経再来の可能性あり	



〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町 3-33 2F

Eメール info@jafed.jp HP www.jafed.jp

