



児童・思春期における摂食障害の外来治療： 効果的な治療とは？

——地域医療機関および教育との連携を中心に——

作田 亮一，北島 翼，松島 奈穂，井上 建，大谷 良子

児童・思春期の摂食障害（Ch-EDs）は，文化的背景が異なっているにもかかわらず，世界的にみて患者数は増加し，低年齢化が進んでいる。さらに，COVID-19 パンデミックは若年者の心身に影響を及ぼし，10 歳代の摂食障害患者数は倍増している。Ch-EDs の多くは神経性やせ症摂食制限型（AN-R）であるが，やせ願望が明らかではない回避・制限性食物摂取症（ARFID）も少なくない。外来治療では神経性やせ症（AN）に加えて ARFID の治療方針も念頭におく必要がある。AN や ARFID の治療は外来治療が基本であるが，身体症状や随伴する精神症状によって入院治療が必要となる。Ch-EDs 患者の増加に対し，小児科医療機関での受け入れ体制はまだ十分には整っておらず，外来・入院治療の判断も難しい。獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター（以下，当センター）で行った地域医療型コンサルテーションの試みを報告する。Ch-EDs の予後は，成人発症に比べ良いとされる。しかしながら，体重が維持されても，本人の食行動以外の家族を含めたサポートが大切となる。日常生活の維持が目標であり，特に小中高校生にとって，学校との連携が心身の健康維持に不可欠と考えられる。そこで，Ch-EDs 外来治療における学校の役割について論じる。

索引用語

児童・思春期摂食障害，地域医療コンサルテーション，学校連携，神経性やせ症（AN），回避・制限性食物摂取症（ARFID）

はじめに

児童・思春期の摂食障害（child and adolescent eating disorders：Ch-EDs）は文化的背景が異なっているにもかかわらず，世界的にみて発症年齢が低年齢化し，患者数は増加している^{1,2,22)}。さらに，COVID-19 パンデミックの影響は深刻であり，特に 10 歳代の摂食障害患者数はパンデミック以前

に比べ倍増し，社会問題となっている^{4,21)}。

このような状況において，Ch-EDs 患者の外来診療機会はいつそう増すであろう。摂食障害の治療の基本は，小児でも変わらず身体的治療，栄養管理，心理療法，薬物療法，家族支援，社会参加などを組み合わせた包括的な治療体制を地域で構築し安全に行うことである。しかしながら，Ch-EDs の効果的な外来治療は完全に確立されたわけではなく，臨床現場ではさまざまな治療アプローチを試みなが

著者所属：獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター

編 注：本特集は第 118 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに西園マーハ文（明治学院大学心理学部）を代表として企画された。
doi：10.57369/pnj.24-035

ら試行錯誤している状況かもしれない。一般に、若年で発症した例は成人期に発症した患者よりも予後が良いとされる。しかしながら、心も身体も成長過程にある患者にとって慢性的な低栄養、心的ストレス状態が続くことは、成人になった後にさまざまな問題（骨成熟、内分泌学的な問題など）¹¹⁾を残すことが知られ、摂食障害発症の予防、早期発見と早期治療の重要性が高まっている¹⁹⁾。

外来治療では患者の発達も考慮に入れながら、低栄養の改善をめざす。心理治療では児童・青年期にFamily Based Treatment (FBT) がNICEガイドライン¹²⁾で推奨され、本邦でも導入されつつある。Ch-EDs患者数の増加に対し、小児科医療機関での受け入れ体制はまだ十分には整っておらず、プライマリー医にとって外来・入院治療の判断も難しい。

本稿では、獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター（以下、当センター）で試みた地域医療型コンサルテーションの現状を報告する。Ch-EDsの予後は、成人発症に比べ良いとされるが、体重が維持されても本人の食行動以外の家族を含めたサポートが長期的に必要となることも少なくない。日常生活の維持は回復に向けて重要であり、特に小中高校生にとって、学校との連携は心身の健康維持に不可欠と考えられる¹⁸⁾。

以上より、Ch-EDs治療を推進するために必要と考えられる地域医療の連携、また、教育機関の果たす役割に焦点をあてて報告する。

1. 当センターにおける地域医療型 コンサルテーションの試み

当センターは、埼玉県東部地域に位置し、人口100万人を超える医療圏である。診療には小児科専門医が従事している。埼玉県内のみならず東京都や千葉県とも距離的に近いことから、比較的広範囲の地域から緊急相談を受けている。増加するCh-EDsの診療に理解を示す小児科医が増えていることも相談件数の増加につながっているのではないかと推測される。このような摂食障害治療に取り組む姿勢のある小児科医と地域医療型のコンサルテーション体制を構築する試みについて、その現状を報告する^{8,10)}。

【方法】

2020年8月～2021年10月に当センターが緊急相談を受けた医療機関の属性および連絡を受けたのちの患者の動向と、疾患を後方視的にカルテ記載からデータを抽出し、

調査した。なお、当センター初診は、通常はすべて医療連携室を介し予約制となっている。「緊急相談」とは、他院で診療中の患者になんらかの診療上の問題があり、他院主治医が緊急性が高いと判断し、当センター医師に医療連携室を介さず直接相談したものである。

倫理面の配慮に関しては、ヘルシンキ宣言に基づき、研究協力者からインフォームドコンセントを得た。獨協医科大学埼玉医療センター臨床研究倫理審査委員会の承認を得た（研究番号1880）。

【結果】

1) 相談件数

緊急相談件数は59件、男女比は2:57であった。相談元は、公立病院や総合病院など地域医療支援病院が73%と最多であり、診療所19%、大学病院7%であった。

2) 緊急相談を受けた59例と通常に紹介を受けた57例の初診時臨床像（表1）

通常に紹介を受けた57例の男女比は8:49、年齢中央値13歳であった。病型は、神経性やせ症（anorexia nervosa: AN）40例、回避・制限性食物摂食症（avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID）17例、自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder: ASD）の併存が9例（15.8%）に認められた。ASD併存が14例（42.4%）と通常初診例に比べ有意に多かった（Fisher 正確確率検定 $P < 0.05$ ）。そのほか、相談元の医療機関で治療を継続した13例（AN 11例、ARFID 1例、不明1例）、他院で診療継続した13例（AN 9例、神経性過食症（bulimia nervosa: BN）1例、不明3例）については、それぞれの年齢中央値、標準体重中央値に差はなかった。

3) コンサルテーションの内容

相談の半数以上が電話やメールで行われた。入院適応の判断が必要なための緊急相談が主体であった。医療連携室を介して通常で紹介を受けた患者は57例でありすべて外来で初診し、当センターで診療を継続した。緊急相談59例（電話・メールなどで対応）のうち、当センターが臨時外来で初診対応あるいは相談元の病院から転院し、直接入院したのは33例であった。

当センターへの早期入院治療を希望したが、当センターの受け入れのキャパシティの問題があり、当センターが相談した医療機関と密に情報交換しながら相談した医療機関で治療を進める提案を行い、治療継続したものが13例（入院10例、外来3例）であった。相談医療機関で治療を継続する場合は、コンサルテーションは主にメールで行

表 1 相談を受けた件数と初診時の臨床像

	通常初診 n = 57	緊急相談 n = 59		
		緊急相談後当科初診 33 (56%)	相談側施設で継続 13 (22%)	他院受診提案 13 (22%)
性別 (男:女)	8:49	2:31	0:13	0:13
年齢中央値 (歳)	13 (6~21)	13 (6~15)	12.5 (10~15)	14 (10~16)
AN	40	23	11	9
ARFID	17	10	1	0
BN	0	0	0	1
不明	0	0	1	3
ASD 併存	9 (15.8%) [§]	14 (42.4%) [§]	不明	不明
%標準体重中央値 (不明 6 例除く)	75% (55~127)	72% (53~103)	68% (60~97)	74% (55~83)

[§] Fisher 正確確率検定 $P < 0.05$

い、必要に応じて主治医からの連絡に返答した。初期には病型や身体状態を確認するための情報交換が重要であり、その際、当センターで用いている初期治療の際の再栄養リスク評価を参考に使用した⁷⁾。

【考察】

Herpertz-Dahlmann, B. は、児童青年期 AN の治療において、豊富な臨床経験を有する「患者の発達を考慮した学際的なチーム」による複合的アプローチを推奨した⁶⁾。児童青年期 AN の診療では、神経発達症の併存など発達面の配慮が必要である。学術的なチームとは、児童精神科医や小児科医、栄養士、看護師など複数の異なる専門分野の医療専門家が連携し、総合的なアプローチによって患者の健康管理や治療を行う医療モデルである。しかしながら、日本の実情を考えると、プライマリー診療は非専門医であっても診療せざるをえない。

コンサルテーションのメリットは以下が考えられた。小児領域の患者が増えていることを考えると、摂食障害のプライマリー医療を受け持つ小児科医が地域型コンサルテーションを行える体制を構築することによる患者へのメリットは大きい。(i) 患者が治療を受けるまでの時間的なロスが最小限となる、(ii) 患者や家族の負担が軽減される、(iii) 相談元の医療機関で治療後の専門医療機関受診時に、心理的な介入も可能な身体状態となっている、(iv) 複数の医療機関でかかわり方を統一できることで、患者や家族が治療に対する安心感をよりもてる、などがある。

医療者側の大きなメリットとして、ふだん摂食障害治療の機会に乏しい総合病院小児科医が、初期治療を専門医療施設に依頼せず自ら担当し、コンサルテーションを受けながら治療を達成する経験をもつことは、摂食障害への理解

を深め、診療を受け入れる医師の裾野を広げる効果があるのではないかと考えられた。英国 National Health Service (NHS) は、地域ベースの Ch-EDs サービスを構築すべきとして、地域水準のリエゾン体制の重要性を述べている¹⁵⁾。英国では、摂食障害をもつ子どもや、若者のための医療へのアクセスと待ち時間基準が2015年に発表され、19歳までの子どもや若者に適用されている。

COVID-19 パンデミックの影響によって、2020/21 年以降、子どもや若者が治療を適切な時期に受けることが難しくなった。摂食障害患者が早く治療を始めるほど良い結果が得られるという NHS の提言にもかかわらず、2020 年までに紹介された患者の 95% が緊急で 1 週間以内に、通常で 4 週間以内に治療を開始すべきであるという目標は達成されていないという。日本でも、摂食障害支援拠点病院が都道府県中心の事業として進められているが、全国に数県という状況に変化はない。今後、全国に整備が進み、地域医療機関へのコンサルテーション機能（対象は医師だけではなく、摂食障害診療にかかわるすべての職種）が充実することが期待される。

II. 当センター摂食障害診療における 初診患者の転帰からみた診療終了への課題

当センターで診療を行った摂食障害患者の転帰を報告する。2015~2017 年に外来を初診した AN (n=55) を対象に、初診時年齢、終診時年齢（あるいは最終診察時年齢）、診療期間、転帰（診療終結、中断、他科紹介、寛解、部分寛解、治療継続、合併症）などについて検討した。寛解は体重と食行動の回復、部分寛解は体重は回復したが精神的

治療を要している状態、と定義した。初診患者の4～6年後の転帰は、診療継続中を含めると寛解（部分寛解も含む）は60%であった。約半数になんらかの合併症を認め、他科への紹介（精神科、心療内科）例では合併率が高かった。また、他科へ紹介の理由は、精神的な合併症の問題、年齢的に成人に移行すべきと判断された場合であった。終結時の年齢中央値は15.6歳であり、多くが高校進学に合わせて症状が寛解し、高校生活にも適応できたことから終結となったと考えられた。寛解が得られても診療を継続している例では、摂食障害以外の精神的問題への対応（適応障害20%、強迫性障害16.3%、ASD14.5%）が行われていた。

小児期に発症する患者の生活場面の多くは学校と家庭であり、摂食障害治療のゴールは単に食行動改善や体重改善のみならず、学校、家庭での生活の安定、家族関係の改善などに配慮が必要であり、診療終結は慎重に行うべきと考えられた^{16,20)}。

III. 児童・思春期の摂食障害治療における 教育と医療の連携の重要性

児童・思春期の子どもの生活は、家庭を除けば学校が中心である。外来診療中に学校に関連した問題に頻繁に直面する。外来患者の診療チームとして、学校が担える役割について以下に考察した。

学校では、担任のほか、部活の顧問、養護教諭、スクールカウンセラーなど児童・生徒にかかわる複数の教員がいるのが強みになる。患者が病院に受診した時期により学校の果たす5つの役割を列挙する。

- 1) 危機的状態のゲートキーパー
- 2) 広い意味での家族の一員
- 3) 学校での食事場面の工夫について本人/家族のゆるやかな協力者
- 4) 学ぶ機会をなくさない工夫を考える役割
- 5) 病気が回復してからの人生/思春期発達を支える場 (lives after recovery)

1. 危機的状態のゲートキーパー

子どもの摂食障害に養育者が必ず気がつくとは限らない。当センター通院中の摂食障害患者の養育者を対象に、子どもの摂食障害に最初に気がついた人（養育者、担任、養護教諭、かかりつけ医など）を調査した結果、2013～

2014年では患者92名のうち養育者は50%に過ぎず、学校関係者21%（養護教諭15%、担任4%、部活顧問2%）、かかりつけ医17%であった。2014～2018年の同様の調査では、患者118名のうち養育者80%（母親78%、父親2%）と家族の割合が著明に増加したが、養護教諭は11%と依然として発見者の役割を大きく担っていた⁹⁾。

以上より、学校は子どもの摂食障害の発症に気づきやすい環境にあることが明らかとなった。特に、養護教諭の役割は大きく、学校健診だけではなく、養護教諭が担任や部活顧問から個別に生徒の体調や給食摂取状況などの相談を受けるなかで気づく場合があった。学校において、養護教諭が子どもの健康状態を把握し症状に気づき、本人と家族に診察の必要性を説明し医療機関受診へつなげることは、Ch-EDsの早期治療に大きく貢献するものである。そのためには、摂食障害に関する正しい知識と患者の理解が必要であり、日本摂食障害協会が窓口となって「養護教諭のための摂食障害ゲートキーパー研修会」が毎年開催されその意義は大きい。

2. 広い意味での家族の一員³⁾

Forsberg, S. らは、外来でFBTの観点から治療を導入しているとき、ひとり親家庭、昼食時の見守りがいないなど実施することが難しい家庭では、学校から信頼できる人（スクールカウンセラー、養護教諭、親しい教諭など）がおやつや昼食を見守る工夫も必要と述べている³⁾。日本ではこれをそのまま導入することは難しいであろう。しかし、担任や養護教諭も、Forsberg らの言う広い意味での家族の一員（broad-family）のように、学校で患者にかかわる工夫はできるかもしれない。

3. 学校での食事場面の工夫について本人/家族のゆるやかな協力者

Broad-family というほど深いかかわりでなくとも、食事環境の調整を工夫するなど、ゆるやかな協力者になってもらうことはできるだろう。登校は継続できても、教室で孤立している生徒も少なくない。学校では極力治療以外の生活（友達との交流、部活、生徒会、イベント参加など）が充実できるように役割分担する。

4. 学ぶ機会をなくさない工夫を考える役割

外来治療で心がけるべき点として、厳密な体重増加を目標とした行動制限を主体とした診療プランは、登校意欲の

ある患者が学校で教育を受ける機会まで奪いかねない、ということがある。もちろん、体重の維持は大切であるが、退院時に%標準体重80%以上、摂取カロリーも十分保たれているならば登校は退院後早期に許可している。学校で週1回バイタルサインチェック（体温、心拍、血圧）を養護教諭に担当してもらうことも、患者が拒否しなければ安定した登校に役立つ。個別の状況も考慮すべきであり、体力のない子どもや適応が難しい子どもの場合、段階的な登校（午前登校、場合によっては1時間だけ、挨拶だけで帰宅など）、給食は食べずに帰宅、体育は見学、午後まで登校可能でも弁当持参を許可、教室でなく相談室・保健室で給食を食べることを許可、音楽祭・運動会、校外学習・遠足・宿泊学修・修学旅行などへの参加の許可など、細かい条件設定を行い、かかわる教員の対応もできるだけばらつきがないように養護教諭を介して学校内で共通理解を進めてもらう。

以上の条件設定の共有方法としては、1) 間接的に医師が保護者を介して口頭・文書で依頼（間接連携）、2) 直接学校担当者に医師が面談・電話で依頼（直接連携）、3) 直接学校担当者と医師、医療ソーシャルワーカー（medical social worker：MSW）、行政担当などが多職種関係者会議を行い依頼（多職種連携）などの方法がある¹⁷⁾。本人に特別な理由（学校でのいじめ、教育への強い不信、登校よりも別の居場所が設定されているなど）がなければ、登校し、学習を続けることは本人の自信となり、日常生活リズムが維持され、外来診療のうえで治療効果をあげることにつながると考える。COVID-19パンデミック以降はオンライン授業をうまく取り入れている学校も増えたので、患者の体調に合わせ無理せず登校し、難しい場合はオンライン授業で参加するなどの調整もよいであろう。

5. 病気が回復してからの人生/思春期発達を支える場 (lives after recovery)

学校の教員には、かかわっている児童・生徒（医療側では患者）の具体的な食事場面の援助方法、疾患についてのより深い理解（疾患の外在化を含む）を伝える機会をもつ必要がある。そのためには、外来診療の際、学校担任や養護教諭が家族の同意を得て同席し、直接主治医と情報交換する機会をつくることもよい方法である。

従来の学校での不適応が病気を発症/悪化させる＝問題志向的考え方から、学校は治療の協力者・適切な役割を担ってもらう＝解決志向的考え方に、われわれ医療者自身

が舵を切る時期になったのではないだろうか。

おわりに

海外では、12歳以上の児童・思春期のANを対象とした「外来、日帰り治療」と「摂食障害専門の入院」治療効果を比較した報告がある。その結果、12ヵ月後の体重増加には、両者に差はほとんどなかった。逆にいうと、外来治療が可能な身体状態であれば、やはり外来治療が優先されるということであろう⁵⁾。

日本の児童・思春期のANへの治療については小児心身医学会から治療ガイドライン¹⁴⁾が出版されている。実臨床において使用しやすいガイドラインである一方で、Junior MARSIPAN（英国）⁷⁾やNSW Eating Disorders Toolkit（オーストラリア・ニューサウスウェールズ州）¹³⁾など、諸外国の治療指針と比較すると、再栄養時のモニタリング頻度や重症度の区分などが過小評価となりやすく、目標とする摂取栄養量が比較的少ないことなど、検討すべき点が多く挙げられる。

これらをふまえ、国際的に蓄積されたエビデンスをもとに、これまでどおり日本の事情に合わせたガイドラインを今後改訂していく必要がある。児童・思春期の患者を診療する医師は、小児科医、児童精神科医、精神科医、心療内科医など幅広い。何科の医師であっても、共通する治療方針に従って安心、安全かつ効果的な治療を可能にするために、診療科の垣根を越えて情報を集めエビデンスの高い外来治療法の確立が期待される。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝 辞

本研究は、令和2～5年科学研究費助成事業基盤研究C「早期発症摂食障害の病態解明：生理的バイオマーカーと心理特性・行動療法の効果検証」（研究代表者：大谷良子）（18K02797）の助成を受けた。

文献

- 1) Cruz, A. M., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. V., et al. : Eating disorders-related hospitalizations in Portugal : a nationwide study from 2000 to 2014. *Int J Eat Disord*, 51 (10) ; 1201-1206, 2018
- 2) Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., et al. : Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 70 (12) ; 1715-1721, 2009

- 3) Forsberg, S., Lock, J., Le Grange, D. : Family-Based Treatment for Restrictive Eating Disorders : A Guide for Supervision and Advanced Clinical Practice. Routledge, New York, 2018
- 4) Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M., Morton, K., et al. : Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. Arch Dis Child, 106 (3) ; e15, 2021
- 5) Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., et al. : Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI) : a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet, 383 (9924) ; 1222-1229, 2014
- 6) Herpertz-Dahlmann, B. : Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. Curr Opin Psychiatry, 30 (6) ; 438-445, 2017
- 7) Junior MARSIPAN Group : Junior MARSIPAN : Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa (College Report CR168). Royal College of Psychiatrists, 2012 (https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/eating-disorders/marsipan/junior-marsipan-cr168.pdf?sfvrsn=65e82800_2) (参照 2023-02-06)
- 8) 北島 翼, 松島奈穂, 森下菖子ほか : 児童思春期摂食障害診療における遠隔コンサルテーションの可能性. 子の心とからだ, 30 (2) ; 241, 2021
- 9) 松島奈穂, 大谷良子, 越野由紀ほか : 小児摂食障害の早期発見—過去 5 年間に於ける「気づき」調査—. 脳と発達, 51 (Suppl 1) ; s297, 2019
- 10) 松島奈穂, 北島 翼, 嶋田怜士ほか : 児童思春期摂食障害 (ChEDs) の地域医療コンサルテーション体制構築の試み. 脳と発達, 54 (suppl 1) ; s250, 2022
- 11) Miller, K. K. : Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. J Clin Endocrinol Metab, 96 (10) ; 2939-2949, 2011
- 12) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Eating disorders : recognition and treatment. 2020 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>) (参照 2023-01-21)
- 13) New South Wales Ministry of Health : NSW Eating Disorders Toolkit : A Practice-Based Guide to the Inpatient Management of Children and Adolescents with Eating Disorders. NSW Ministry of Health, St Leonards, 2018
- 14) 日本小児心身医学会編 : 小児心身医学会ガイドライン集—日常診療に活かす 5 つのガイドライン—, 改訂第 2 版. 南江堂, 東京, p.117-214, 2015
- 15) Nuffield Trust and The Health Foundation : Children and young people with an eating disorder waiting times. 2022 (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/children-and-young-people-with-an-eating-disorder-waiting-times>) (参照 2023-02-06)
- 16) 大谷良子, 松島奈穂, 北島 翼ほか : 過去 5 年間に於ける小児摂食障害の臨床病型の検討. 日本小児科学会雑誌, 123 (2) ; 245, 2019
- 17) 大谷良子 : 小児摂食障害における学校連携. 心身医学, 59 (3) ; 239-244, 2019
- 18) 作田亮一 : 子どもの摂食障害の治療—早期発見と治療のための診療体制構築—. 教育と医学, 64 (3) ; 195-205, 2016
- 19) 作田亮一 : 子どもの摂食障害—早期発見と包括的治療—. 日本小児科学会雑誌, 123 (3) ; 548-557, 2019
- 20) 作田亮一, 松島奈穂, 大谷良子 : 小児領域の摂食障害の治療の終了を考えると. 精神科, 40 (5) ; 721-727, 2022
- 21) Solmi, F., Downs, J. L., Nicholls, D. E. : COVID-19 and eating disorders in young people. Lancet Child Adolesc Health, 5 (5) ; 316-318, 2021
- 22) Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., et al. : A nationwide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. Int J Eat Disord, 48 (1) ; 1-8, 2015

Outpatient Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents : What is Effective treatment?

With a Focus on Collaboration with Local Medical Institutions and Educational Partnerships

Ryoichi SAKUTA, Tasuku KITAJIMA, Naho MATSUSHIMA, Takeshi INOUE, Ryoko OTANI

Child Development and Psychosomatic Medicine Center

Dokkyo Medical University, Saitama Medical Center

The prevalence of eating disorders in children and adolescents is increasing worldwide, even among those of different cultural backgrounds. The age of onset is becoming younger. In addition, the COVID-19 pandemic has affected young people both mentally and physically, and the number of teenage patients has increased markedly. The majority of eating disorders in children and adolescents are AN-R (anorexia nervosa, restricting type), but there are also a small number of ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder) patients with no apparent desire to lose weight. The management of AN and ARFID typically involves outpatient treatment, but physical symptoms and accompanying psychiatric symptoms may require inpatient treatment. The number of children and adolescents with eating disorders is increasing, but pediatric institutions are not yet equipped to treat them. We report on our center's trial of a community-based medical consultation. The prognosis for eating disorders in children and adolescents is better than that in adults. However, even if weight is maintained, it is important to support the child's eating behavior as well as that of the child's family. The goal is to maintain daily life. For elementary, middle, and high school students, in particular, collaboration with the school is essential for maintaining physical and mental health. Therefore, we discuss the role of schools in the outpatient treatment of eating disorders in children and adolescents.

Authors' abstract

Keywords

child and adolescent eating disorders, community health care consultation, school collaboration, anorexia nervosa, avoidant/restrictive food intake disorder