

厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）  
分担研究報告書

小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究  
—学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子  
の抽出にむけて—

「一般小児科医のための摂食障害診療ガイドライン」改訂  
研究分担者 井口敏之 星ヶ丘マタニティ病院小児科副院長

**研究要旨**

今回小児の摂食障害の診療ガイドラインを改訂した。現場で多くの診療にあたっている専門家間で検討し作成した。小児の摂食障害の半数は非定型であり、その診断と診療の考え方を示すとともに、入院治療の細部まで、入院適応、退院適応等現実的に示し、具体的なアドバイスを全体に盛り込んだ。

**A. 研究目的**

一般小児科医の診療に役立つ摂食障害ガイドラインの作成。

**B. 研究方法**

2009年に作成した「小児の神経性無食欲症診療ガイドライン」をもとに、日本小児心身医学会の摂食障害ワーキンググループの第2期のメンバーで検討し、エキスパートコンセンサスをもとに作成した。

**C. 研究結果**

日本小児心身医学会摂食障害ワーキンググループは、①小児科医の摂食障害診療の現状を把握するために、日本全国の小児科研修病院を対象として「神経性無食欲症の患者数と治療経験」の調査(2006)を行った。その結果、多くの一般小児科病院で拒食症を診療していることがわかり、そこで役立つ拒食症の初期治療のガイドラインの必要

性が明らかになった。次いで、②神経性無食欲症に関する診療状況及び2次調査(2007)を行い、治療施設はどこも十分なスタッフがいないこと。前思春期例は制限型が多いこと。発達障害の併存は全体の約10%であることがわかった。これらにもとづいて、③神経性無食欲症ガイドラインの作成(2009)を行った。次に、多職種へのアプローチの重要性に鑑み④養護教諭を対象とした摂食障害に関するアンケート(2010)を行い、学校現場でのニーズを把握し、⑤学校で役立つ摂食障害手引き(2011)を作成し、⑥入院中の神経性無食欲症患者のケア(看護師・管理栄養士編)(2011)を作成した。

今回これらを受けて、ガイドラインの見直しを行った。対象は、一般小児科医であり、前回のガイドラインと大きな変更はない。しかし、名称は「一般小児科医のための」と現場で奮闘している小児科医を明確に意識し、「摂食障害診療」としていわゆる拒食

症だけに関わらず、外来診療で重要な非定型の摂食障害の鑑別・診療もわかりやすく述べている。

内容の変更点としては、①DSMの改訂が行われ、訳語も固まったことから、用語をDSM5に統一し、②体重体格の評価に標準体重との比較から今後BMIが重要視されると考えられるため、体格評価に標準体重比とBMI(-SDS)と併記した。③GOSC (Great Ormond Street Criteria)を中心としながら一般小児科医が神経性やせ症とそれ以外の摂食障害の違いを理解しながら診療できるように、外来編を大きく書き直した。発達障害が併存する場合の注意点も明記し、摂食障害の晩期のフォローアップまで記した。④入院編は神経性やせ症の身体治療を中心とするものの、それ以外の機能的嚥下障害や食物回避性情緒障害の治療の留意点も含めている。入院適応は標準体重比65%以下を一つの目安とし、再栄養療法は経管栄養や中心静脈栄養、経口の栄養剤の特性なども具体的に記した。再栄養時の合併症をわかりやすく示した。退院の目安も標準体重の70-75%を達成し、試験外泊も含めて体重が2週間ほど維持できれば退院可能とした。⑦参考として知っておくと便利な知識、乳幼児の摂食障害、学校生活管理表の利用、治療におけるピットホール、心理療法、あえて体重を増やさない定常体重療法なども掲載している。

#### D. 考察

実際に小児の摂食障害を診療しているワーキンググループのメンバーで、エキスパートコンセンサスとして得られる現状で最高のものを作れたと考える。しかし、現場で

の実証はあるものの、文献等のエビデンスには弱いため、これからの多施設共同研究などで検証されていく必要がある。

#### E. 結論

日本の小児科医による小児科医のために実際に使用できる摂食障害診療ガイドラインを改訂することができた。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

井口敏之.研究委員会報告「一般小児科医のための摂食障害診療ガイドライン」子どもの心とからだ 2014,23(2).pp170(第32回日本小児心身医学会学術集会、大阪)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

# 一般小児科医のための摂食障害診療ガイドライン

## 目次

### 本ガイドラインについて

- 1) 本ガイドラインの目的
- 2) 本ガイドラインが想定する診療対象
- 3) 本ガイドラインのエビデンスレベル
- 4) 本ガイドラインの限界

## A 総論編

### I 摂食障害とは

- 1) 概要
- 2) 疫学
- 3) 診断

参考1：乳幼児の摂食障害

#### 4) 摂食障害の状態像

- (1) 神経性やせ症
  - a) 身体面
  - b) 食行動
  - c) 心理行動面
- (2) 神経性過食症
  - a) 身体面
  - b) 食行動
  - c) 心理行動面

### II 小児の摂食障害におけるトピックス

- 1) 前思春期発症例の増加
- 2) 神経性過食症への移行例の増加
- 3) 自閉スペクトラム症との併存例の存在
- 4) その他
  - (1) 1型糖尿病
  - (2) 運動選手の健康管理

### III 摂食障害への対応の概要

- 1) 小児科における摂食障害への対応の基本
- 2) 治療における基本方針
- 3) 身体的治療の概要

参考2：神経性やせ症患者の「学校生活管理指導表」の利用について

- 4) 身体的治療の目標
- 5) 体重を基準とした治療方法の選択
- 6) 児童精神科など専門機関への紹介基準

## B 外来治療編

### I. はじめに

- 1) 摂食障害治療の基本方針
- 2) 小児科外来診療の役割と意義
- 3) 小児科医にとって大切な3つのポイント

### II. 小児科外来における初診時診断

- 1) 問診
- 2) 多軸評価
  - (1) 身体的評価
  - (2) 行動面の評価
    - a) 食行動
    - b) 過活動
    - c) 排出行動
    - d) 問題行動
  - (3) 心理的評価
- 3) 鑑別診断
- 4) 確定診断および病型分類・重症度の評価
  - (1) 確定診断および病型分類
  - (2) 重症度の評価

参考3：治療における“ピットフォール”べからず集

### III. 小児科外来における治療

- 1) 治療を開始するにあたって大切なこと
  - (1) 治療契約を交わす
  - (2) 治療目標を明確にする
- 2) 教育と指導
  - (1) 疾病教育
  - (2) 栄養教育
- 3) 身体的治療
  - (1) 安静度の設定と治療法の選択
  - (2) 再栄養療法
  - (3) 薬物療法
    - a) 向精神薬
    - b) 身体症状に対する薬物療法
    - c) 神経性過食症に対する薬物療法
- 4) 心理療法
  - (1) 心理療法についての基本的考え方
  - (2) 支持的精神（心理）療法
  - (3) 家族への介入

参考4：専門機関で行われるその他の心理療法

- 5) 学校との連携
- 6) 継続的な経過観察

### IV. やせ願望のない摂食障害（非定型の摂食障害）への対応

- 1) 総論
- 2) 治療と対応
  - (1) 低栄養状態の改善
  - (2) 疾病教育
  - (3) 心理面への対応
  - (4) 長期化する場合

- (5) タイプ別の理解
- 3) 各病型のポイント
  - (1) 食物回避性情緒障害 food avoidance emotional disorder (FAED)
  - (2) 選択的摂食 selective eating (SE)
  - (3) 機能的嚥下障害 functional dysphagia (FD)
  - (4) 広汎性拒絶症候群 pervasive refusal syndrome
  - (5) 制限摂食 restrictive eating (RE)
  - (6) 食物拒否 food refusal (FR)
  - (7) うつ状態による食欲低下 appetite loss secondary to depression
- 4) 診断の変更

#### V. 発達障害が併存する場合の対応

- 1) 摂食障害と発達障害
- 2) 治療の基本

#### VI. 晩期合併症のフォローアップについて

- 1) 晩期合併症とは
- 2) 内分泌学的な評価
- 3) 無月経の評価と婦人科紹介の目安
  - (1) 痩せと無月経
  - (2) 初経前発症の場合
  - (3) 続発性無月経
  - (4) 骨粗鬆症の評価
  - (5) その他

参考5：神経性過食症の治療について

### C 入院治療編

#### I. 摂食障害における入院治療

- 1) 入院治療の目的
- 2) 入院治療の適応と判断
- 3) 治療者と患者の信頼形成
- 4) 安静度の設定、並びに、小児科病棟での限界設定
- 5) 治療教育
  - (1) 疾病教育（主治医の役割）
  - (2) 栄養教育（栄養士の役割）
  - (3) 支持的精神（心理）療法＋行動療法的な枠組み作り（小児科医で可能な範囲）
  - (4) 洞察的心理療法（心理士、精神科医、心療内科医）

#### II 再栄養療法（refeeding, nutritional rehabilitation）

- 1) 再栄養療法の進め方
  - (1) 再栄養の基本方針
  - (2) 食事量の指示
  - (3) 摂食量の目標の立て方
  - (4) 経口栄養剤
  - (5) 末梢点滴
  - (6) 経管栄養と中心静脈栄養
    - a) 経管栄養
    - b) 中心静脈栄養

#### 2) 再栄養時の問題点と対応

- (1) 再栄養時の合併症とその予防・対応
  - a) 再栄養症候群（refeeding syndrome）
  - b) うっ血性心不全
  - c) 浮腫・低血圧・頻脈
  - d) 消化器症状
  - e) 肝機能障害
  - f) 低Na血症
  - g) 低K血症
  - h) 低血糖
  - i) 横紋筋融解
  - i) 高アミラーゼ血症
  - k) 感染症
    - 1) 汎血球減少症

#### (2) 再栄養療法時のチェック項目

- 3) 活動基準の設定
- 4) 治療に対する不安への対応

参考6：初期対応の流れの具体例

### III. 入院治療で気をつけなければならないこと

- 1) 問題行動への対応
- 2) 医療スタッフ間のコミュニケーション
- 3) 家族への対応

参考7：定常体重療法～あえて体重を増やさない完全静脈栄養～

参考8：保険診療について

## 〈一般小児科医のための摂食障害診療ガイドライン〉

### 本ガイドラインについて

このガイドラインでは、American Psychiatric Association による DSM-5<sup>1)</sup> の用語及びその日本語訳の変更を受けて、神経性無食欲症を神経性やせ症、神経性大食症を神経性過食症として表記します。

なお、本ガイドラインでは心理的治療については紹介するレベルにとどめています。本症の心理療法は一般の小児科診療の枠を超えると考えるからです。

#### 1) 本ガイドラインの目的

摂食障害、とくに神経性やせ症は小児でも決してまれな疾患ではなくなってきました。神経性やせ症では身体管理が必須で、12歳以下（小学生）の患者で栄養障害が強い場合、児童精神科領域でも対応しきれず、小児科での対応を求められることも少なくありません。小児の神経性やせ症は小児の心身医療ができる専門機関が乏しい地域において、入院施設をもつ中核小児医療機関が診療せざるを得ない状況にあるといえます。本診療ガイドラインは、そのような状況にある小児科の先生方に診療の参考としていただくため、通常の小児科診療の場で実施可能な診療範囲を示すものです。したがって、本ガイドラインは摂食障害の鑑別診断と、主として神経性やせ症に対する身体的治療やその際に最低限必要となる心理的事項について述べています。また、小児では非定型の摂食障害も多く、その診断と治療についても述べています。本ガイドラインはこのような限界をもっていますが、それでも小児科の中で試行錯誤的に行われている診療状況の改善と専門機関への紹介をそれぞれ検討されるときに参考にしていただけるものと考えています。

#### 2) 本ガイドラインが想定する診療対象

本ガイドラインが想定する患者の状態は、軽症から中等症までです。ここでは、軽症から中等症の範囲を体重の重症度ではなく、次のように操作的に定めています。

- ① 自己誘発性嘔吐がないか、あっても週に2回以下。
- ② 食行動以外の問題行動がないか、あっても診療規則を破る行動や自傷には至っていない。
- ③ 精神症状がないか、あっても少量の向精神薬で対処可能な程度。

#### 3) 本ガイドラインのエビデンスレベル

本ガイドラインのエビデンスレベルはレベルIV(AHCP)です。心の問題の診療に関しても、大規模な臨床比較試験が行われるのが望ましいのですが、そうした知見が揃うまでは、エキスパート・コンセンサスに基づく指針の役割はあると考え提示しています。

#### 4) 本ガイドラインの限界

本ガイドラインは小児の摂食障害特に神経性やせ症と非

定型の摂食障害の診療について有用と思われますが、客観的に検証されたエビデンスに基づくものではないので、今後、そうした検証が行われることを期待しています。本ガイドラインは難治例やさまざまな他の問題を伴う困難例の診療指針となるものではありません。そうした事例は、通常の小児科の診療範囲を超えており、専門機関へ紹介すべきと考えています。神経性やせ症は身体面が改善されればそれでよいのではなく、身体面の治療は本疾患の治療の入り口に過ぎません。身体面の改善のあとから本質的治療が始まる、とさえいえます。しかし一方で、身体面の改善とともに心理面も改善する場合がありますし、心理面に深く入り込めない症例や特別な心理療法のできない、あるいは必要のない症例が存在するのも確かです。ですから身体面の危機を脱出することは、非常に重要な一歩です。

なお、本ガイドラインでは心理的治療については紹介するレベルにとどめています。本症の心理療法は一般の小児科診療の枠を超えると考えるからです。

## A 総論編

### I. 摂食障害とは

#### 1) 概要

摂食障害は神経性やせ症（anorexia nervosa：AN）と神経性過食症（bulimia nervosa：BN）を代表とする、食行動異常を中心に、多彩な心身症状や行動異常を呈する疾患です。ANは食べたい気持ちを肥満への恐怖心でかろうじて抑えている状態であり、BNは食べたいという衝動を抑え切れずに、突き動かされるように食べている状態と考えられます。このように、両者の食行動自体は一見正反対ですが、精神病理には類似性・連続性があると考えられます。小児ではANの状態像が多く認められますが、ほかにも食べられない類縁の病態も見られます。

摂食障害の背景には、患者の素因や性格傾向を中心に種々の要因がからんでいます。さまざまな理由で何気なく始めたダイエットがきっかけになることが多く、体重制限のあるスポーツにおける減量の強要や、肥満の問題のみを強調する不適切な健康教育などがきっかけになることもあります。歪んだやせ礼賛をするマスメディアなどの社会状況の影響も指摘されています。一方、小児では食べ物を喉に詰まらせたエピソードや、胃腸炎などで食べられないことをきっかけに発症する場合があります。

#### 2) 疫学

摂食障害治療ガイドライン作成委員会による摂食障害治療ガイドライン（2012）<sup>2)</sup> に詳しくまとめられています。それには、「厚生省特定疾患対策研究事業が、1998年に実施した調査結果によると、摂食障害患者数の年間推

計値（年間有病率）はANが人口10万対10.1、BNが人口10万対5.1、特定不能の摂食障害（eating disorder not otherwise specified：EDNOS）が人口10万対3.4です。これを1980年、1992年の結果と比較すると、ANは1980年から約5倍増加、摂食障害は1980年から約10倍増加、最近の5年間では約4倍増加しています。また、ANとBNの比率は1993年には3：1ですが、1999年には55：45です。すなわち6年前に比し、BNはAN以上に著しく増加しています。ANは10～19歳、BNは20～29歳の年齢層が多く、いずれも90%以上が女性です。若年発症や結婚後の発症も増加しています。」と記されています。一方で、渡辺らは厚生労働科学研究<sup>3)</sup>の中で2002年に高校3年生（全国13高校、1130名）の成長曲線と養護教諭の聞き取り調査から高校3年生女子の神経性やせ症（思春期やせ症）点有病率は2.3%であり、医療機関を受診していたのは0.6%で受診していないものが1.7%であったとしています。

### 3) 診断

摂食障害のとらえ方にはかなりの幅がありますが、神経性やせ症と神経性過食症の疾患概念は比較的是っきりとしており、拒食や過食が継続し、身体的変化を伴い慢性的となり、ボディイメージの障害を伴ってある程度症状が固定化されてはじめて診断されるものです。

American Psychiatric AssociationによるDSM-5<sup>1)</sup>では、食行動障害および摂食障害群として、回避・制限性食物摂取症（Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）、神経性やせ症（AN）、神経性過食症（BN）、過食性障害（Binge-Eating Disorder）などが分類され、診断基準が示されています（表1～<sup>4)</sup>。また、小児期発症に特化したものとしては、英国ロンドンのGreat Ormond Street HospitalのBryan LaskとRachel Bryant-Waughらが、小児期発症の摂食障害とその類縁疾患の診断分類として提唱したGreat Ormond Street Criteria（GOSC）<sup>4)</sup>があります。ここではその改訂版である“摂食障害と摂食困難のタイプ分類の暫定基準”を示します（表5）。この分類では、神経性やせ症（AN）、神経性過食症（BN）、食物回避性情緒障害（Food Avoidance Emotional Disorder, FAED）、選択的摂食（Selective Eating, SE）、制限摂食（Restrictive Eating, RE）、食物拒否（Food Refusal, FR）、機能的嚥下障害（Functional Dysphagia, FD）と他の恐怖状態、広汎性拒絶症候群（Pervasive Refusal Syndrome, PRS）、うつ状態による食欲低下（appetite loss secondary to depression）の計9つの基準が示されています。

小児期発症では、成人例と比べANとBNを除く非定型の摂食障害が比較的多く、これらの相違点や類似点を理解し対応することが必要となります。また、マルトリートメントや脳腫瘍などの身体疾患によって摂食障害様の症状を呈してくることもあるため、身体的診察を十分に

行い、家庭環境を確認するとともに、男児例や低年齢発症例では頭部MRI検査なども施行し、鑑別を行うことが望まれます。

---

### <参考1> 乳幼児の摂食障害

乳幼児の摂食障害は、幼児期または小児期早期の哺育障害（Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood）に相当し、十分な食物が与えられ、適切な養育者があり、器質的疾患がないにも関わらず、拒食と極端な偏食があること、6歳未満の発症で体重増加が1ヵ月以上認められないことが特徴です。DSM-IVおよびICD-10では、幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害の項目に分類されています。DSM-5では、神経性やせ症や神経性過食症と並んで食行動障害および摂食障害群（Feeding and Eating Disorder）の項目に分類され、回避・制限性食物摂取症（Avoidant/restrictive food intake disorder）と改名されて、発症が6歳未満の乳幼児に限らなくなったという大きな変更点があります。<sup>5)</sup>

多くは成長とともに改善しますが、小柄な子どもが多く、母子相互関係の問題が影響していることがあります。例えば、食べさせようとする母親の思いが強すぎて食事の与え方が不適切になったり、患者の食物拒否を攻撃や拒絶のサインとして受け止め母親が感情的に反応してしまったりなどです。また、患者の側にも、口腔内の感覚過敏や触覚過敏を有し、摂食に関する困難さを持つことが多く認められます。カロリー摂取不足のため、患者もいらいらや成長発達の遅れを呈し、それが更に摂食の問題を悪化させます<sup>6)</sup>。治療に関しては、カウンセリングや摂食指導で状態が改善するケースが多く認められますが、症状が強い場合は栄養状態を保証するための経管栄養が有用です。また患者の全般的な発達促進、母親の負担軽減および母子の愛着形成を目的に、療育の利用を視野に入れることが望まれます<sup>7)</sup>。

併存症は情緒・行動の問題が多く、ついで知的障害、自閉スペクトラム症となっています<sup>8)</sup>。背景に発達障害や母親の精神疾患、不適切養育など心理社会的問題がないか留意し、多職種が連携して関わる必要があります<sup>7)</sup>。

その他の乳幼児の摂食障害としては、栄養にならない物質の摂食を特徴とする異食症、神経性やせ症や神経性過食症とは別に食物の嘔み戻しや吐き戻しが見られる反芻性障害があげられ、しばしば知的障害や自閉スペクトラム症に合併します。

---

### 4) 摂食障害の状態像

#### (1) 神経性やせ症

##### a) 身体面

やせ、低体温、低血圧、徐脈、便秘、浮腫、うぶ毛密生、乾燥した皮膚、重症では時に恥毛脱落や乳房萎縮がみられます。女子では無月経や初潮遅延が出現します。腹痛、嘔気、尿量減少などを認めることもあります。初潮前（前思春期）に発症した場合には、身長伸びが悪くなり、最終的に低身長になることが知られています。思春期に発病した場合には、体重の改善に伴い月経が戻れば妊娠・出産は可能といわれていますが、前思春期に発症した場合、その後の妊娠・出産がどのようになるかは、これから検討されなければならない課題です。

#### b) 食行動

拒食や少食がみられますが、実際には食べたい衝動を必死に押さえている状態で、しばしば過食やかくれ食い、盗み食いが突発的にみられます。過食エピソードの後は自己誘発性嘔吐、下剤の乱用がみられることがあります。他人、とくに家族の食事状況への異常な関心（食べることの強制）や食物への固執（調理やお菓子作り、料理番組・本などへの強い関心など）もみられます。

なお、回復期にしばしば多食・過食傾向が認められますが、これは代償行為としての強迫的な行動（過活動、嘔吐や下剤濫用）を認めないことで神経性過食症と鑑別します。

#### c) 心理行動面

やせているにもかかわらず、過度に運動する活動性の亢進が認められることがあります。やせ願望や肥満に対する恐怖が強く、やせていることを認めない（自覚できない）という自己の身体像認知（ボディイメージ）の障害と病識の欠如がみられます。抑うつ感情もしばしば認められ、とくに過食後に多くみられます。

母親に対して、幼児のようにあまえてきたかと思うと、気に入らないと大暴れるなど、あまえとわがまという形ではなく、依存と攻撃性という、相反する感情の混在（両価性）があり、葛藤を自分で処理することが困難となることがよくみられます。

身近な人が自分のことを心配してくれなくなるのではないかという、見捨てられ不安や、気持ちを分かってもらえないといった孤立感などもよく認められます。その他、強迫傾向、焦燥感、無力感、無気力、自己嫌悪などもみられやすいものです。また、不登校、家庭内暴力、自殺企図、盗癖、性的逸脱行為などを伴うこともあります。

### (2) 神経性過食症

#### a) 身体面

体重は正常範囲から軽度肥満までが多いです。指を口に入れて吐くのが頻回の場合、手の甲に「吐きダコ」と呼ばれる結節が見られることがあります。また、嘔吐が頻回の場合、吐物に含まれた胃液により歯のエナメル質が溶けてしまうこと（酸蝕症）もあります。前歯の裏に生じやすいのが特徴です。

#### b) 食行動

1 回に、例えば食パン 2 斤、ジュース 2 リットル、スナック菓子 3 袋、ケーキ 5 個、おにぎり 3 個をすべて食べるなどのように、抑制の効かない常軌を逸した量を一気に食べる発作的、あるいは習慣的な過食行動が特徴です。過食の後、自己誘発性嘔吐がしばしばみられ、指、箸、スプーンなど、種々なものを口の奥に入れて行います。嘔吐しやすいうように大量の水分（例えば、1 日にウーロン茶 2 リットルのペットボトルを 4 本など）を摂取することもよくあります。また、排出行動として下剤や利尿薬の乱用がみられることもありますが、小児では利尿薬使用はほとんどみられません。

#### c) 心理行動面

過食後、強い抑うつ感情と自己嫌悪感を生じやすくなります。一般に拒食状態よりも問題行動が見られることが多く、自傷、自殺企図、盗癖、性的逸脱行為、薬物乱用など、自分や周囲への攻撃的な行動として現れることもあります。なお、学校・職場などでは、一見問題なく振る舞っているように見えるのも特徴です。

## II. 小児の摂食障害におけるトピックス

### 1) 前思春期発症例の増加

近年、初潮前に発症する前思春期例が増加しています。前思春期発症例では、食べられるようになり体重が回復しても、身体的後遺症を生じる可能性が指摘されています。前思春期発症例を追跡し、その長期予後を検討する必要があります。小児科医の役割が求められています。

### 2) 神経性過食症への移行例の増加

神経性過食症は自己の衝動を抑えきれなくなった状態で、神経性やせ症に比べ行動化（精神の不安定さが攻撃的、破壊的行動として表出されるもの）が生じやすく、神経性やせ症よりも神経性過食症のほうが、精神病理的には問題が大きいと考えられます。

15 歳以下の摂食障害は、これまでは神経性やせ症が圧倒的に多く、神経性過食症は稀といわれてきました。しかし、最近、神経性やせ症から神経性過食症に移行する例が増加しつつあり、しかも比較的短期間に移行する例が増えてきています。成人領域の摂食障害全体では過食症のほうが増えていきますので、その傾向が反映されているのかもしれませんが。

### 3) 自閉スペクトラム症との併存例の存在

自閉症児がストレスに対して拒食反応を示すことは、以前から知られていました。一方、体重へのこだわりなど、通常の AN と同様の状態像を示す自閉症児も、1980 年代より症例報告としては散見されてきました。しかし、最近、知的障害のない自閉症（高機能自閉症）やアスペルガー障害への関心と認識が高まるにつれて、神経性やせ症の

中で自閉スペクトラム症を併せ持っている場合が必ずしも稀ではなく、約10%併存する<sup>9) 10)</sup>ことがわかってきています。自閉スペクトラム症は、固執性を特性としてっており、それが強迫傾向や強迫性障害まで発展することもめずらしくありません。この強迫性が体重や食へのこだわりを生じ、拒食症状態を示す背景要因となっていると考えられます。

自閉スペクトラム症を併存する神経性やせ症においては、その発達障害としての特性を理解した対応が求められます。強迫性や融通性のなさが強く、パター的な思考や行動が目立つ神経性やせ症においては、乳幼児期からの発達経過を詳細に聴取し、自閉スペクトラム症の鑑別を心がける必要があります。

#### 4) その他

小児科医が予防的に関わるのが可能な状態として、以下の2点に注意が必要です。

##### (1) 1型糖尿病<sup>2)</sup>

若い1型糖尿病の女性における摂食障害の頻度は高く約1割と言われており、一般に難治とされています。発症が早期であるほどリスクが高いという報告もあり、彼らの栄養教育と共に心理社会的な適応と成長に留意し、発症を予防することが大切です。

##### (2) 運動選手の健康管理

米国スポーツ医学会では、運動選手の無月経、骨粗鬆症と摂食障害を、3大問題と位置づけています。女性アスリートは一般人口に比し摂食障害危険率は3倍で<sup>11)</sup>、学校医やかかりつけ医の立場から啓蒙が必要です。

### Ⅲ. 摂食障害への対応の概要

#### 1) 小児科における摂食障害への対応の基本

神経性やせ症は身体管理が必要となるので、小児科での対応が欠かせません。神経性過食症は精神病理性が深く、通常の小児科での診療範囲を超えるものが多いので精神科へ紹介するのが適切です。小児科における摂食障害(主に神経性やせ症)への対応の大まかな流れについて図1に示します。

#### 2) 治療における基本方針(表6)

治療初期は身体的治療と体重増加に対する患者の不安軽減の対応を積極的に行い、栄養状態の改善に合わせながら、心理面への対応を深めていくのが基本となります。小児の神経性やせ症に対する治療の基本方針を表6に示します。初期対応は栄養障害の改善と改善した身体状態を維持できるだけの食行動の回復を目指す治療です。「自分の身体は普通の状態ではない」と自覚できる「身体的病識」を持たせ、治療意欲を持たせることが大切です。中期対応では神経性やせ症心性を残しながらも、適切な体重を保ち日常生活を送れるように支えていくことにな

ります。適切な体重については、身長相当の平均体重でなくとも、1年間に患者の成長に見合った身長の伸び(5cm以上)がみられれば、その体重は患者にとって適切と判断してよいでしょう。並行して行う心理面への対応は、「自己の精神状態も普通ではない」という「精神的病識」の回復が目指されます。また、虐待やネグレクトによる心的外傷(トラウマ)体験があり、この時期に表面化した場合には、患者の話を共感的に傾聴し、トラウマ体験を話題にしやすい状況を目指し、後期対応へつなげます。後期対応は、安定した健康な心理状態回復、トラウマ体験がある場合にはその解消を目指す心理的対応となります。神経性やせ症完治のためには後期対応までが必要ですが、すべての小児科で初期対応まで、心理面への対応も可能な小児科では中期対応(～後期対応)まで行うのを目標とします。

神経性やせ症に対する心理的治療は、身体状態が改善した後の精神面の安定化、あるいは寛解状態の維持には有効ですが、急性期には状態改善に対する効果は確認されていません。また、長期の栄養障害により骨粗鬆症、無月経、無排卵、大脳灰白質の萎縮などの身体変化が生じ、こうした身体変化は体重が戻ってもすぐには回復しないこともあるといわれています。とくに前思春期発症例では、体重が戻っても身長の伸びが緩やかで、最終的には低身長になることが多いといわれています。身体的合併症の改善・予防と、心理的治療への準備状態形成(患者・治療者間の信頼関係の確立など)のため、栄養障害が強い時期は、身体的治療が優先されます。身体的治療は神経性やせ症治療としては対症療法であり、完治に向けての根治療法は、環境調整も含めた心理的治療となります。しかし、対症療法としての身体的治療の導入なしに根治療法に入ることはむずかしく、完治を目指す心理的治療のためにも身体的治療が必要となります。

#### 3) 身体的治療の概要

初期の身体的治療の概要を表7に示します。治療教育とは疾病教育、栄養教育、治療方法の説明です。身体的治療の中心は、体重の回復と身体的栄養状態の改善を目指す再栄養療法(refeedingまたはnutritional rehabilitation)で、食事指導と食事療法を行います。状況によっては、点滴あるいは経管栄養や中心静脈栄養などの強制栄養を行います。また、患者は過剰な運動によって少しでも体重を落とそうとする場合があり、生活行動や運動についての指導・制限も必要となります(参考2)。状態によっては、薬物療法や身体的な合併症状についての治療も行います。

<参考2> 神経性やせ症患者の「学校生活管理指導表」の利用について<sup>3)</sup>



神経性やせ症の患者は低体重に伴い、徐脈、低血圧、心嚢液貯留などの合併を認めるため、日常生活の活動制限が必要となります。しかし、神経性やせ症患者は病識が乏しく、過活動傾向にあり、自覚症状も乏しいことが多いため、学校生活での活動制限について、学校側も対応に困ることが多いようです<sup>12)</sup>。

学校生活管理指導表は、学校生活における活動を A ～ E の 5 段階にわけ、児の状態により医師が判断決定し、学校へ伝えるものです。それぞれの活動のレベルは、A は在宅医療・入院が必要、B は登校できるが運動は不可、C は軽い運動は可、D は中等度の運動も可、E は強い運動も可となります。外来受診時の状態で活動レベルを判断し学校へ伝えることにより、学校との連携をとることができます。

患者の状態は様々であるため、以下にいくつか例として記します。

まず、外来に初診で来院した患者の状態を把握します。標準体重比が 65% 未満 (BMI-SDS-4.0 以下)、あるいはそれに近い状態の場合は身体的な合併症をきたしている可能性があるため入院適応とします。しかし、初診の場合、医師患者間の関係は作られておらず、入院管理にもっていくことが難しいときには、指導表で A と決定し、自宅での安静を指示します。1～2 週間後に来院し、維持できているようであれば A を継続し、病状の悪化が認められた場合には入院管理とします。初診時の説明をしっかりと行っていれば、入院管理にもっていきやすいのです。

また、初診時に入院適応の状態でない場合 (標準体重の 65～75% (BMI-SDS -4.0～-2.5)) でも同様に、身体の状態が回復するまでは B で対応を行います。外来診療を通し、身体的にも精神的にも回復傾向が認められるようであれば、徐々に活動レベルを解除していきます。しかし、「回復したから解除しましょう」と説明すると、過活動傾向となります。そのため、「解除しても大丈夫かどうか確認する期間であり、決して活動を進めるものではありません。悪くなればいつでも A (あるいは B) になってしまう状態です」と説明しておく必要があります。

登下校に関しては、B であれば、家族による送迎を勧めます。C であっても、全力で自転車をこぐような運転の仕方は控えるように説明することも大切です。

それぞれの患者に対し、臨機応変な対応が必要であるため、すべて教科書どおりにはいかないことが現実です。ただし、視覚的にも明確な基準を示すことは患者を守る枠となり、親子、医療機関、学校とが共通理解しやすくなります。

#### 4) 身体的治療の目標 (表 8)

身体的治療は摂食障害を完治させるのを目標とするの

ではなく、体重回復と栄養障害の改善を目指すものです。体重回復の目安としては、標準体重の 85～90% (BMI 18～20) が理想的ですが、患者の状態に合わせ現実的な水準で考えます。例えば、標準体重の 60% で入院して、食事摂取が進み、標準体重の 70% が維持できるようになり、外泊しても 2 週間体重が維持できるなら退院とする、などです。栄養状態が改善すると、身体的合併症も改善されます。栄養に関する適切な知識や、体重維持に必要な食行動と運動量を獲得することも、再発を防止する意味で身体的治療の目標となります。間接的目標は、栄養障害による身体的後遺症を予防し、認知の歪みや心理・行動面の問題を軽減することです。体重が回復するだけで心理・行動面の問題が軽減する場合もあります。

#### 5) 体重を基準とした治療方法の選択

体重の評価の仕方以前からの標準体重比 (表 9) と BMI に基づいたものがあります。昨今では体格の評価は国際的にも BMI が用いられるようになったため、やせの程度の評価も BMI-SDS を使用するのがよいでしょう。BMI-SDS は日本小児内分泌学会のホームページ<sup>13)</sup> からエクセルでダウンロード (<http://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html>) ができます。大まかに見て標準体重比 80% は BMI-SDS で -2.0SD, 75% は -2.5SD, 70% は -3.5SD, 65% は -4SD, 60% は -5.0SD, 55% は -6.5SD, 50% は -8.0SD 程度であらわされます。表 10 に身体的治療の選択基準を、標準体重から 75% (BMI-SDS -2.5) 以上、65% から 75%、65% 未満 (BMI-SDS-4.0) という 3 群に分けて示します。どの群においても、治療教育と食事療法、食事指導は必要です。点滴に関しては、慢性の脱水状態のため、原則として外来では行いません。ただし、75% を切っている体重では、外来経過中に急に水分も全く摂らなくなった場合には考慮します。運動制限は標準体重の 75% 以上の体重がある場合には必要とされず、状況によって選択されます。それ以下の体重では何らかの生活行動に関する指導が必要です (参考 2)。薬物療法はどの状況においても、基本的には対症療法であると理解し、症状に応じて使用を考えます。栄養障害が強い場合には入院が必要です。入院治療の適応基準 (表 11) については、入院治療編に詳しく記載しますが、原則として体重が指標として使われるのが一般的です。主に標準体重の 65% (BMI-SDS-4.0) 未満とされています。また、小児の場合には標準体重の 75% を切っていなくても、1～2 ヶ月の短期間で急激な体重減少がある場合には適応になります。なお、参考基準の身体的状況や血液検査なども総合的に判断します。

標準体重比	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%
BMI-SDS	-2.0	-2.5	-3.5	-4.0	-5.0	-6.5	-8.0

#### 6) 児童精神科など専門機関への紹介基準

小児科における治療は、あくまで患者の同意が必要であり、治療が必要であっても同意が得られず、生命の保証ができない場合には、医療保護入院が可能な児童精神科など専門機関への紹介が必要です。また、行動化が激しく、自傷他害の危険性が高い場合、睡眠障害や抑うつ・極度の不安などの精神症状が明らかな場合にも同様です。具体的には、一般病棟での脱出・離院、病棟のルールに従えない、点滴・栄養カテーテルの自己抜去や食事・経管栄養の破棄を繰り返す、いくら止めても部屋にじっとして居られない、盗み食いや窃盗、家を飛び出す、リストカットなど自傷行為・自殺企図、家族に暴力をふるうなどの場合が考えられます。

紹介先は、地域や患者の状態によって、児童精神科がよいのか、小児科の専門機関や心療内科がよいのか、大病院の中で小児科と精神科や心療内科が協力してみているのがよいのかは違ってきますので、その地域の実情に合った方法を探していかなければなりません。

また、軽症から中等症の神経性やせ症では、入院後2～3ヵ月以内に体重増加が認められることが多いため、2ヵ月をめぐりに改善しないときには、治療状況が膠着しているか、難治例の可能性が高く、専門機関への紹介を考えます。紹介転院する場合は、患者や家族に理由を十分説明して、主治医から「見捨てられる不安」に陥らないように心がけます。

## B. 外来治療編

### I. はじめに

#### 1) 摂食障害治療の基本方針

摂食障害の治療の基本方針は、身体的治療と体重増加に対する患者の不安軽減の対応であり、栄養状態の改善に合わせて心理面への対応を深めていきます。身体的治療、心理療法（認知行動療法）、薬物療法、家族援助などを組み合わせた、いわゆる包括的治療体制が重要です。治療のガイドラインとしては、「米国精神医学会治療ガイドライン」<sup>14)</sup> やイギリスの National Institute of Clinical Experience による NICE ガイドライン<sup>15)</sup>、日本では日本摂食障害学会の摂食障害治療ガイドライン<sup>2)</sup>、摂食障害救急患者治療マニュアル第2版（2010）<sup>16)</sup>、思春期やせ症の診断と治療ガイド<sup>3)</sup>、などがあるので参照してください。

#### 2) 小児科外来診療の役割と意義

摂食障害の概要で解説されている通り、小児の摂食障害患者数は増加、初発年齢は低年齢化が進行しています。摂食障害を治療する専門機関の数が限られることから、初期治療の担い手として小児科医の役割の重要性が増しています。また、小児摂食障害患者は体重減少だけでなく不登校や過活動などを主訴として小児科医を受診す

ることも多いと考えられます。小児摂食障害は、成人と異なりいわゆる「やせ願望がない」タイプがあります。そのため初診する患者と家族は「摂食障害」であることに全く気づかないこともあります。まだ明らかな体重減少がなくても、摂食障害を疑わせる食行動異常が認められれば、摂食障害の発症を疑い診断を心がけます。初めて診療した小児科医によって外来初期治療が適切に開始できれば、重篤な経過をとる前に症状改善へ導くことも可能です。このように、小児科外来は、摂食障害の早期発見・早期治療の砦であり、診療の意義が大きいのです。

#### 3) 小児科医にとって大切な3つのポイント

摂食障害の治療には、気をつけておかなければならないポイントがいくつかあります。それらを次にまとめます。

小児科医にとって大切な3つのポイント：

- ① 一般小児科外来は早期発見の砦。家族が子どもの変化に気づいていないことがある。
- ② 小児では成人と異なり、やせ願望を示さない「食物回避性情緒障害」「機能的嚥下障害」など特別なタイプが認められ、対応法が異なる。
- ③ 著しいやせおよび脱水などの身体的危機、あるいは極端な拒食、強迫的な行動など併存精神症状が顕著であれば、入院を含めた緊急対応が必要であり、専門医療機関へ躊躇なく紹介する。

### II. 小児科外来における初診時診断（図1）

#### 1) 問診

最も重要です。問診の結果で今後の治療方針が決まります。すなわち、小児科外来通院で対応するか、精神科受診を勧めるか、直ちに緊急入院し身体的治療に入るか、脳腫瘍など身体疾患の精査を優先するか、などを考えなければなりません。もし、最初から摂食障害を疑って患者が来院した場合は、診療時間の許す範囲で、家族と患者を別に問診した方が情報を得やすい場合があります。初診時の問診項目を表12に示します。体重減少、患者の食行動、過活動、強迫行動、身長・体重の変化、初経や月経の有無、登校状況、学校生活、家庭生活、家族とのコミュニケーション、遊び、部活動（特にスポーツは重要）、などについて聴取し、問題点を整理します。次に、患者を診察しますが、両親と同席で安心した環境を提供します。その際、患者が診療に対して非常に拒否的態度でようやく診察室に入る状態であれば、むやみに問診せず、身体診察のみに留める場合もあります。

#### 2) 多軸評価

##### (1) 身体的評価