

表5 “摂食障害と摂食困難のタイプ分類の暫定基準”
(Great Ormond Street Criteria : GOSC)

- ①神経性やせ症 (anorexia nervosa : AN)
 - ・頑固な体重減少 (食物回避、自己誘発嘔吐、過度の運動、下剤の乱用など)
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知
 - ・体重・体型や食物・食事への激しい没頭
- ②神経性過食症 (bulimia nervosa : BN)
 - ・繰り返されるむちゃ食いと排出あるいは食物制限
 - ・制御できないという感覚
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知
- ③食物回避性情緒障害 (food avoidance emotional disorder : FAED)
 - ・食物回避
 - ・体重減少
 - ・気分障害
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知がない
 - ・体重・体型への激しい没頭がない
 - ・器質的疾患や精神病、禁止薬物の使用、薬の副作用ではない
- ④選択的摂食 (selective eating : SE)
 - ・少なくとも2年間続く狭い範囲の食物嗜好
 - ・食べたことがない物を摂取しようとししない
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知がない
 - ・体重・体型への激しい病的な没頭がない
 - ・体重は低くても正常でも高くてもよい
- ⑤制限摂食 (restrictive eating : RE)
 - ・年齢相応より摂食量が少ない
 - ・栄養的には内容の問題はなく、量の問題である
 - ・体重・体型に対する異常な認知がない
 - ・体重・体型への激しい没頭がない
 - ・体重と身長は低いことが多い
- ⑥食物拒否 (food refusal : FR)
 - ・一時的・断続的・場面依存的であることが多い
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知がない
 - ・体重・体型への激しい没頭がない
- ⑦機能的嚥下障害 (functional dysphagia : FD) と他の恐怖状態
 - ・食物回避
 - ・嚥下、窒息、嘔吐の恐怖など食物回避に関わる恐怖
 - ・体重・体型に対する歪んだ認知がない
 - ・体重・体型への激しい没頭がない
- ⑧広汎性拒絶症候群 (pervasive refusal syndrome : PRS)
 - ・食べる、飲む、歩く、話すこと、セルフケアへの回避によって表される激しい感情的興奮と撤回
 - ・援助に対する頑固とした抵抗
- ⑨うつ状態による食欲低下 (appetite loss secondary to depression)
 - ・食欲低下
 - ・頑固な食物回避がない
 - ・体型に対する歪んだ認知がない
 - ・体重・体型への没頭がない

(Eating Disorders in Childhood and Adolescence 4th ed.,Lask & Bryant-Waugh, 2013, 一部改変)

表6 小児の神経性やせ症に対する治療の基本方針

1. 初期対応
 - a) 身体面
 - 栄養障害の改善
 - b) 行動面
 - 体重維持可能な食行動の回復
 - c) 心理面
 - 身体的病識の回復
2. 中期対応
 - a) 身体面
 - 適切な体重の維持（身長が伸びる体重）
 - b) 行動面
 - 体重維持可能な食行動の維持
 - 体重維持可能な運動制限の維持
 - 年齢相当の集団生活への復帰
 - c) 心理面
 - 精神的病識の回復
 - 体重増加への恐怖感の軽減
 - 攻撃衝動の解消方法の学習
 - トラウマ体験（親子関係の問題など）への気付き（該当する場合）
3. 後期対応
 - a) 身体面
 - 年齢・身長相当の体重の維持
 - b) 行動面
 - 年齢・活動性に見合った食行動の維持
 - c) 心理面
 - 年齢相当の身体イメージの回復・維持
 - 食後の不安感・恐怖感・抑うつ感の消失
 - 年齢相当の性意識と性行動の回復・維持
 - トラウマの克服（該当する場合）
 - 健全な自尊心の回復・維持

表7 神経性やせ症に対する初期治療（身体的治療）の概要

1. 治療教育
 - 1) 疾病教育
 - 2) 栄養教育
 - 3) 治療方法の説明
2. 再栄養療法（refeeding、nutritional rehabilitation）
 - 1) 食事指導・食事療法
 - 2) 経口栄養剤
 - 3) 末梢点滴
 - 4) 強制栄養：経管栄養・中心静脈栄養
3. 生活行動・運動の指導・制限
4. 薬物療法
5. 身体的合併症への治療

表8 神経性やせ症に対する初期治療（身体的治療）の目標

1. 直接的目標
 - 1) 外来で診療可能なレベルの体重（標準体重の70%程度）の回復と維持
 - 2) 栄養障害の改善
 - 3) 栄養障害による身体的合併症の改善
 - 4) 適切な栄養に関する知識獲得
 - 5) 体重維持可能な食行動の獲得
 - 6) 体重維持可能な運動量の理解と実行
2. 間接的目標
 - 1) 栄養障害による身体的後遺症の予防
 - 2) 「栄養障害による精神合併症」の改善

表9 標準体重の計算方法¹³⁾

5歳以上17歳までの性別・年齢別・身長別標準体重計算式					
年齢 (歳)	男子		年齢 (歳)	女子	
	a	b		a	b
5	0.386	23.699	5	0.377	22.750
6	0.461	32.382	6	0.458	32.079
7	0.513	38.878	7	0.508	38.367
8	0.592	48.804	8	0.561	45.006
9	0.687	61.390	9	0.652	56.992
10	0.752	70.461	10	0.730	68.091
11	0.782	75.106	11	0.803	78.846
12	0.783	75.642	12	0.796	76.934
13	0.815	81.348	13	0.655	54.234
14	0.832	83.695	14	0.594	43.264
15	0.766	70.989	15	0.560	37.002
16	0.656	51.822	16	0.578	39.057
17	0.672	53.642	17	0.598	42.339

標準体重 = a × 身長 (cm) - b

表 10 身体的治療の選択－ 体重を基準とした場合 －

標準体重の	治療教育	食事療法	食事指導	点滴	強制栄養	運動制限	薬物療法	治療の場
75%以上	◎	◎	◎	×	×	△	△	外来
65～75%	◎	◎	◎	△	×	○	△	外来
65%未満	◎	◎	◎	○	△	◎	△	入院

(◎：必須 ○：ほぼ必要 △：状況により必要 ×：原則、実施しない)

表 11 神経性やせ症の入院適応

栄養状態の評価：中枢性摂食異常症に関する調査研究班（2007年）を改変

やせの重症度	%標準体重	BMI-SDS
軽症	75%以上	-2.5SD 以上
中等症	65以上 75 未満	-4.0SD 以上 -2.5SD 未満
重症	55 以上 65 未満	-6.5SD 以上 -4.0SD 未満
超重症	55% 未満	-6.5SD 未満

【体重による基準】

- ① 軽症、かつ、直近の8週間に急激な体重減少（-1kg/週）
- ② 中等症、かつ、直近の4週間に急激な体重減少（-1kg/週）
- ③ 重症例は早期の入院が必要
- ④ 超重症は緊急入院が必要

注：標準体重の65～75%でも体重減少が緩やかで以下の異常がない場合は外来治療が可能である。

【参考基準】

- ① AST 200 以上、ALT 300 以上
- ② CK 400 以上
- ③ 血糖 60mg/dl で意識障害を伴う場合
- ④ 低 Na 血症（130 以下）、または、高 Na 血症（150 以上）
- ⑤ BUN 40 以上の脱水
- ⑥ 不整脈を伴う低 K 血症、または、低 P 血症
- ⑦ 意識障害（低血糖、低血圧、低体温などによる）
- ⑧ 歩行困難
- ⑨ 急激な浮腫に伴い安静時心拍が+30 以上の急上昇

表 12 初診時の問診項目

- 1) 現病歴：
 - 身長・体重の変化（成長曲線の作成・乳幼児期からの情報）、体重減少きっかけの有無（ダイエット、嘔吐恐怖、食物回避など）、初経・月経の有無
- 2) 既往歴・生育歴：
 - 出生体重・身長・在胎週数、周産期発育の問題、離乳食の問題など
- 3) 家族歴：
 - 家族構成、養育者の職業・学歴・同居者の有無など
- 4) 発達歴：
 - 乳児健診で問題指摘の有無、言語・運動発達の遅れ、子育ての難しさ、保育園・幼稚園等・就学後の集団生活状況（社会性、対人関係、コミュニケーション、多動性、情緒の問題など）
- 5) 現症：
 - ① 食事の状態（食事量・カロリー、1日の回数、間食、食事の種類、食べられる食物・食べられない食物、給食の問題など）
 - ② 食行動の問題（摂取しない、むちゃ食い、チューイング、嘔吐、偏食など）
 - ③ 精神症状および問題行動（不安感、抑うつ症状、焦燥感。家族への暴力・暴言・食べさせ行為、過活動など強迫的な行動、下剤乱用、希死念慮・自殺企図・自傷行為など）
 - ④ 身体症状（腹痛・嘔気・便秘・嘔吐、めまい、易疲労性など）
 - ⑤ 学校生活（学業成績、登校しぶり・早退・遅刻・不登校状態、対人関係の問題・いじめ、体育・部活動・生徒会などの活動状況）
 - ⑥ 学校側の対応（担任、養護教諭、部活顧問などの理解、家族との連携の問題など）
 - ⑦ 家庭生活（生活リズムの乱れ、入浴、塾や習い事、余暇の過ごし方、趣味・娯楽、家族や友達と外出など）
 - ⑧ 家庭の問題（養育者・兄弟・祖父母などとの対人的な問題・コミュニケーション、家族の疾病理解、家族の精神疾患、家庭の経済的な問題など）
- 6) 病識の有無：ダイエット、ボディイメージ障害
- 7) 治療への意欲・同意

表 16 神経性やせ症に対する治療教育（パンフレット利用可能²⁰⁾）

1. 疾病教育
 - 1) 神経性やせ症に関する一般的説明
 - 2) 患者の身体状況・検査結果と見通しの説明
 - 3) 治療の説明
 - (1) 治療目的・治療目標・退院基準
 - (2) 治療方法：再栄養療法、安静度、小児科病棟での限界設定、治療スケジュール
2. 栄養教育
 - 1) 栄養の必要性・重要性の説明
 - 2) 低栄養が身体に与える影響の説明
 - 3) 「太らない」ための適切な食事内容・量の説明
 - （患者の希望が尊重されることの保証とともに）
 - 4) 栄養相談が続けられることの保証
3. 支持的精神（心理）療法＋行動療法的な枠組み作り
 - 1) 患者の不安な気持ちに共感
 - 2) 必要なことは十分かつ繰り返し説いていく
 - 3) 目標を達成していくことでよいこと（行動制限が解除される）が得られる体験（行動療法）
- * 4 洞察的心理療法（心理士、精神科医、心療内科医等の協力が得られれば）

表 17 神経性やせ症のクリニカルパス作成例

		STEP 1A	STEP 1B	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
経口摂取量		600kcal	800kcal	1000kcal	1200kcal	1400kcal	1600kcal
		食事の摂取目標量です。食事が十分量摂取できない場合は、一部を栄養剤に振り替えることができます。栄養剤は飲用しても、経管（鼻からチューブを通して胃に直接入れる）でも構いません。					
点滴補充量		200kcal	200kcal	0kcal	0kcal	0kcal	0kcal
		点滴 1000ml を毎日施行します。		点滴は行いません。			
総カロリー		800kcal	1000kcal	1000kcal	1200kcal	1400kcal	1600kcal
日々の生活 (行動制限)	安静度	ベッド上	病室内	病室内	病棟内	外出可	外泊可
	トイレ	ポータブル	コール	自由	自由	自由	自由
	洗面	病室内	病室内	病室内	自由	自由	自由
	(説明)	摂取カロリーが少ないため、ベッド上での安静とします。トイレも室内で行い、終わった後からコールしてください。 病室内で安静にしてください。トイレは病棟のトイレを使用できますが、勝手に行かず、からならずコールしてスタッフと一緒に行ってください。 病室内安静としますが、トイレに関しては自由に行っても構いません。ただしあまり頻繁になるときは歩行を制限する場合があります。 病棟内歩行は可とします。娯楽室も利用して構いません。希望があれば隣接する特別支援学校への転校も考慮します。 週1回、2～3時間程度の外出も可とします。外泊に向けて病院外で食事をする練習もしていきましょう。 週1回、1～2泊程度の外泊も可とします。数回の外泊の様子を見て、家庭でも安定して過ごせるようなら退院です。					
その他	入浴	週1回	週1回	週2回	週3回	週3回	週3回
	電話	緊急時のみ可(スタッフに許可をもらってください)		頻繁でなければ可(スタッフに許可をもらってください)		自由	自由
	面会	家族のみ	家族のみ	家族のみ	学校の先生も可	友だちも可	友だちも可

(文献 31 を参照のうえ作成)

文献：31) 小柳憲司：子どもの心療内科。新興医学出版社、東京、2007。

32) 小柳憲司：小児神経性食欲不振症の入院治療におけるクリティカル・パス導入の試み、子どもの心とからだ 14 (2)、116-124、2005。

表 18 再栄養療法

1. 方法

軽症・中等症・重症のやせ：経口摂取を主とする。脱水があれば末梢点滴、必要により経管栄養や中心静脈栄養

重症・超重症のやせ：自主的な経口摂取が困難であれば経管栄養や中心静脈栄養

2. 食事量

初期 20～30kcal/kg/日 (800～1000Kcal/日) 漸増が基本 (1日量で 100～200kcal)

標準体重の 60%、BMI13 以下の場合は再栄養症候群予防のために

・Pの補充:アイソカルアルジネード[®] 125ml(100kcal)1日1本3週間(あるいはホスホリボン[®] 3包/日 1日3回内服)

・ビタミン B1 補充:100mg/日 5日間

退院時の体重維持に必要な最低摂取カロリーは 150cm以上 1600Kcal/日、140cm未満 1400Kcal/日

食事のみで摂取カロリーが不足する場合は経口栄養剤

標準体重の 70～75%を達成し、試験外泊を含めて体重が 2週間ほど維持できれば退院可能

3. 合併症などの問題点

(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

(j) 高アマラーゼ血症

(k) 感染症

(l) 汎血球減少症

表 19 経管栄養と中心静脈栄養の比較

栄養法	経管栄養	中心静脈栄養
利 点	腸管からの栄養吸収は生理的	栄養、水分を確実に投与でき、水分収支など身体管理が可能
欠 点	吸収不良による下痢で投与が不確実 鼻や咽頭の違和感	腸管の免疫機能が弱体化する
併発症	ダンピング症候群	カテーテル関連血流感染
注意点	腹部症状の悪化やイレウスに伴う腸穿孔に注意する	肝障害に注意しつつ脂肪製剤を週 1 回投与する

表 20 再栄養療法時のチェック項目

1. 栄養状況
摂食量、水分バランス
2. 身体所見・症状
バイタル・サイン、体重（週 1～2 回）、浮腫、消化器症状、筋肉痛・圧痛
3. 検査
血算、一般検尿
血清：電解質（Ca、P、Mg も）、血糖、肝機能、BUN、Cr、CPK
（栄養療法前、2-3 日後、1 週間後は必ず）
心電図

表 21 再栄養療法時の患者の不安への対応

1. 患者との信頼関係の構築
時間の共有
勉強の指導
2. 身体のケア
腹満や肩こりに対するマッサージ
脈を触れ、手足のぬくもりを感じあう
3. 共感
体重増加・体型変化への恐怖・不安の受容
患者の気持ちの言語化と理解

表 22 経性やせ症の初期治療の具体例

	カロリー量	コメント	注意事項・身体症状
第1期	800-1000 kcal より開始 (30Kcal/kg/day) 約1週間ごとに200kcal 増加が目標	食事：3食完食が目標。水分が取れない 児には末梢点滴を500-1000ml施行。 電解質管理(Ca・P・Mgを含む)が必要。 特にPは2mg/dl以上を維持。標準 体重の60%以下の場合はアイソカルアル ジネード [®] 使用。 栄養教育。間食禁止。運動禁止。	リバウンド浮腫、息切れ。 便秘、腹痛、鼓腸。低血糖、 refeeding syndrome 食後の腹満に腹部マッ サージ
	1週間で食事が完食で きない児には： 経管栄養600kcal + 食 事800kcal	経管栄養(例)ラコール1回200カロリー 1日3回、食事は平行して800kcalを与え る。食事を完食できた時点で経管中止。	同上
第2期	1000-1200kcal (34Kcal/kg/day) 第1期の要領でカロリー を増やし1日1200kcal の食事がとれるよう になるまで	入院1週間後の体重で目標設定。(外出、 外泊、退院など) 食事が完食できるようになり、体重も増 えないことを改めて実感。 病院の食事は安心して食べられるよう になり、安定する。	食後の腹満
第3期	1200・1400・1600kcal (37Kcal/kg/day)	外出、外泊、退院の目標体重をクリアす る為に食事カロリーを上げる。 自分である程度好きな物を食べる自由を 与える。標準体重の70%を越え、更に体 重を維持可能。家や病院以外の外で食べ られるようになる。(4-5回繰り返すと食 べられるようになる)	食後の腹満 脈が60以上になる。手 足の末梢が暖くなる。 食後・夜間の発汗の増加。 うつや混乱がおきやす い。便秘や脱毛
第4期	体重維持期 過食期 (40Kcal/kg/day 以上)	退院し家で食事を食べる。再入院の体重 はクリア。その後食欲が出て、過食でき るようになり、体重が急速に回復。 標準体重の75%以上で体育可。 本人の持つセットポイント+ α まで体重 回復。(食欲は自然に落ち着きそれととも に心理的に安定)	便秘や脱毛。 不登校になることもある が家で好きに過ごす。 過食で不安になる。 登校しても体育は(一時的に)見学。
第5期	成長期	食事はそれなりに可能。 それぞれの持つ課題に向かう 標準体重の90%以上になって半年以上た つと月経の再開	精神的な受容と支持的な サポート。

