

AED レポート 2016 | 第3版 <日本語版>



# 摂食障害

医学的ケアのためのガイド

摂食障害患者のケアにおける早期発見および  
医学的リスクマネジメントのための重要なポイント

---

### 免責条項：

本文書は、Academy for Eating Disorders (AED) の医学的ケア基準検討委員会によって、摂食障害に関連する医学的な異常と死亡率の認識と予防を促進することを目的として作成されたものである。本書は包括的な臨床ガイドラインに代わるものではない。本書が提供する情報は、入手可能なものの中で最も優れた研究、そして現時点での最良の実践に基づくよう最大限の努力を払っている。更なるリソースや実践のガイドライン、参考文献の一覧については、[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org) を確認すること。

---

### AED医学的ケア基準検討委員会のメンバー：

Ovidio Bermudez, MD, FAED  
Michael Devlin, MD, FAED  
Suzanne Dooley-Hash, MD  
Angela Guarda, MD  
Debra K. Katzman, MD, FAED  
Sloane Madden, MD, PhD, FAED  
Beth Hartman McGilley, PhD, FAED, CEDS  
Deborah Michel, PhD, CEDS  
Ellen S. Rome, MD, MPH  
Michael A. Spaulding-Barclay, MD, MS  
Edward P. Tyson, MD  
Mark Warren, MD, MPH, FAED  
Therese Waterhous, PhD, RDN, CEDRD



**翻訳協力：** 荻原かおり（東京英語いのちの電話TELL）  
**翻訳監修：** 吉内一浩（日本摂食障害学会理事、同AED代表）  
西園マーハ文（日本摂食障害学会理事、同国際委員会委員長）  
**印刷協力：** 東京英語いのちの電話TELL

---

# AEDレポート2016 | 第3版 <日本語版>

## 摂食障害: 医学的ケアのためのガイド

---

### 目次:

ガイドライン趣旨 .....	3
摂食障害の主な分類 .....	3
摂食障害について知っておくべきこと .....	4
病気の兆候や症状 .....	4
早期発見 .....	6
包括的な評価 .....	7
急速な安定化のための入院適応指針 .....	9
再栄養症候群 .....	10
各専門科のための情報 .....	12
適切な時期の介入 .....	14
治療の目標 .....	15
病気の継続したマネジメント .....	16
付録1 .....	16
引用文献 .....	17
Academy for Eating Disorders (AED) について .....	17
訳注 .....	18



## ガイドライン趣旨

---

摂食障害は、どのような型であっても、深刻な精神疾患であり、患者の体重にかかわらず、命を脅かすほどの内科的および精神医学的な問題を伴い、高い死亡率を持つ。摂食障害患者の死亡率は他のどの精神疾患よりも高く、特に、神経性やせ症の女性患者については、年齢で調整した一般女性と比べて、期待される年齢より早く死亡するリスクが6～12倍も高いといわれている。

摂食障害の標準的治療は、出来る限りにおいて、発達にふさわしく、科学的根拠に基づき、(医学、心理学、栄養学の専門家を含む)多職種チームによるアプローチを用いて、早期に発見され適切な時期に行われることが望ましい。それぞれの患者が抱えるニーズや、患者が属するコミュニティにどのような専門家がいるかなどによって多職種チームを構成するメンバーは変わってくる。専門的な人材や施設などの資源が不足しているコミュニティでは、臨床医や心理療法士、栄養士は、Academy for Eating Disorders (以下AED)もしくは各々の実践分野内の摂食障害のエキスパートにコンサルテーションを受けることが推奨される。(訳注1)

## 摂食障害の主な分類 (訳注2)

---

本ガイドの目的に基づき、このガイドで取り上げる主要な摂食障害は以下のとおりである:

- 1. 神経性やせ症 (Anorexia Nervosa):** 必要量と比べてエネルギー摂取を制限し、年齢、性別、成長曲線、身体的健康状態に対して著しく低い体重にいたる。自分の体重や体型の体験の仕方(ボディ・イメージ)における障害、体重増加に対する強い恐怖、病気の深刻さに対する認識の欠如および(もしくは)体重増加を妨げる行動が見られる。
- 2. 神経性過食症 (Bulimia Nervosa):** 過食エピソード(比較的短時間のあいだに大量の食物を食べ、その間は食べることを制御できないという感覚が伴う)と、排出・代償行動(例えば、自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の乱用、インスリンの不適切な使用、過剰な運動、ダイエット薬の使用など)がともに平均して3ヶ月間にわたって少なくとも週1回は起こっている。自分の体重や体型の体験の仕方(ボディ・イメージ)における障害、体重増加に対する強い恐怖、そして病気の深刻さに対する認識の欠如が見られる場合がある。
- 3. 過食性障害 (Binge Eating Disorder):** 代償行動を伴わない過食エピソードが、平均して3ヶ月間にわたって少なくとも週1回は生じている。過食エピソードは以下のことと関連している:通常よりずっと速く食べる、身体的に空腹を感じていないときに食べる、苦しいくらい満腹になるまで食べる、および(もしくは)後になって抑うつ気分、自己嫌悪あるいは罪悪感をもつ。
- 4. 他の特定される食行動障害または摂食障害 (Other Specified Feeding and Eating Disorder):** 上記のいずれの診断基準にも当てはまらないものの、食物摂取の制限、過食や排出行為など、特定の食行動の障害が重要な特徴として見られる。

## 5. 特定不能の食行動障害または摂食障害 (Unspecified Feeding or Eating Disorder):

摂食障害行動はあるが、いずれの分類にも特定されない。

## 6. 回避・制限性食物摂取障害 (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder):

カロリーおよび（もしくは）栄養の摂取の制限によって、著しい体重減少や栄養不良、栄養補助剤への依存、あるいは心理社会的機能の著しい障害があるものの、体重や体型へのとらわれはない。

診断基準の詳細な記述については、[www.aed.org](http://www.aed.org)もしくはDSM-5、ICD-10を参照のこと。

## 摂食障害について知っておくべきこと

---

- すべての摂食障害は、生命を脅かす身体的および心理的な合併症を伴う、深刻な障害である。
- 摂食障害は、特定の年齢、性別、民族、経済力、社会的地位に偏って起こるものではない。あらゆる体型、体重、そして身体のサイズの人に起こり得る病気である。
- 摂食障害の臨床的指標は体重だけではない。体重が低くても高くても、あるいは標準であっても摂食障害は起こり得るし、体重にかかわらず、栄養不良があったり健康に有害な方法を使った体重コントロールが行われていたりする場合がある。
- 摂食障害の人は、時に、自身の病気の深刻さを認識していなかったり、自分の食行動やその他の行動を変えることについて相反する気持ちを抱いていたりすることがある。
- 他の点では健康な人に突然の体重減少や増加が見られる場合は、摂食障害の可能性を検討する必要がある。なぜなら、急激な体重変動は摂食障害の「マーカー」の可能性があるからである。
- 児童期や思春期の子どもに、本来期待される体重の増加や身長伸びが見られない、および（もしくは）思春期の身体発育（第二次性徴）の遅延や中断が見られる場合には、摂食障害の可能性を検討すべきである。
- すべての摂食障害は、身体各臓器系に影響を及ぼす深刻な内科的合併症を伴う危険性をもっている。
- たとえ経験を積んだ臨床家であっても、摂食障害が原因で生じる身体症状を見落とすことがある。

## 病気の兆候や症状

---

摂食障害の人に見られる病気の兆候や症状は、さまざまである。摂食障害を特徴づける認知的および行動的兆候に加えて、食物や水分摂取の制限、栄養不良、過食、そして排出行為などの不適切な代償行動の結果生じる身体的兆候や症状には、以下のようなものが含まれる。しかしながら、たとえ明らかな身体的兆候や症状がなくとも、致命的な摂食障害が起こり得るということを覚えておくこと。

### 全身症状：

- 著しい体重の減少、増加、あるいは変動。または、成長と発達過程にある児童期・思春期の子どもにおける、成長曲線やBMIパーセンタイル値の説明不能な変化。
- 寒さに対する過敏性
- 全身衰弱
- 疲労、けん怠感
- 意識障害（めまい）
- 失神
- ほてり、発汗

### 歯科口腔：

- 口腔外傷／裂傷
- 歯牙侵食（特に舌側）、う歯
- 唾液腺腫脹

### 循環器系：

- 胸痛
- 心悸亢進
- 起立性頻脈／低血圧
- 呼吸困難（息切れ）
- 浮腫（むくみ）

### 消化器系：

- 上腹部の不快感
- 腹部膨満
- 早期の満腹感
- 胃食道逆流（胸やけ）
- 吐血（嘔吐物に血が混じる）
- 痔、直腸脱
- 便秘

### 内分泌系：

- 無月経もしくは希発月経（生理がない、もしくは不順）
- 性欲減弱
- 疲労骨折
- 低骨密度
- 不妊

### 神経精神系：

- 抑うつ／不安／強迫症状や強迫行為
- 記憶障害
- 集中困難
- 不眠
- 自傷行為
- 希死念慮、自殺企図
- けいれん発作

### 皮膚：

- うぶ毛密生
- 脱毛
- 柑皮症
- 手背の吐きダコ（ラッセルの徴候）
- 傷の治りにくさ
- 毛髪や爪の乾燥ともろさ

## 早期発見

以下のような所見が認められる場合には、摂食障害の有無を検討すること：

- － 急激な体重の変化（著しい体重の減少もしくは増加）
- － 食行動の突然の変化（菜食主義への転向、グルテン除去、乳糖除去、特定の食品や食品群の排除、「体に良い」ものしか食べない、コントロールできない過食）
- － 運動習慣の突然の変化、過剰あるいは強迫的な運動の仕方、もしくは極端に激しい身体トレーニング
- － 体重や体型の体験の仕方（ボディ・イメージ）の障害、標準もしくはそれ以下の体重にもかかわらず強い痩せ願望がある、あるいは体重にかかわらず極端なダイエットをしている
- － 減量行動中の腹部愁訴
- － 医学的原因が特定できない電解質異常（特に、低カリウム血症、低クロール血症、もしくは高CO<sub>2</sub>濃度）
- － 低血糖
- － 徐脈
- － 無月経もしくは月経不順
- － 原因不明の不妊
- － 1型糖尿病における血糖コントロール不良、体重減少を伴う（もしくは伴わない）反復性の糖尿病性ケトアシドーシス
- － 摂食後や過食後の体重増加を阻止するための代償行動（例えば、自己誘発性嘔吐、下剤の乱用、ダイエット、絶食もしくは過剰な運動）
- － 食欲抑制剤、カフェイン、利尿剤、下剤、浣腸、イペカック（吐根）（訳注3）、人工甘味料、ノンシュガーのガム、体重に影響を及ぼす処方薬（インスリン、甲状腺治療薬、精神刺激薬、麻薬など）、もしくは体重減少をうたう市販の栄養補助食品の不適切な使用

栄養不良は緊急の医学的処置を必要とする深刻な病状である。摂食行動の異常を示す患者は、どのような体重であっても栄養不良状態にある危険性がある。摂食制限、過食あるいは排出行為が続いていて、これらを修正しようと試みてもできない場合には、迅速な治療介入を要する。



## 包括的な評価

---

患者の現病歴については、以下の項目を含んだ詳細な聞き取りをすることが望ましい：

- － 過去6ヶ月間の体重減少／変化の量およびその速度
- － 食事摂取（食物の種類および量）や、特定の食品や食品群の制限の有無（例えば、脂質や炭水化物など）を含む、栄養摂取歴
- － 代償行動の有無およびその頻度（絶食やダイエット、自己誘発性嘔吐、運動、下剤・利尿剤・イペカック（吐根）などの乱用、インスリンの不適切な使用、ダイエット薬や市販の栄養補助剤の使用）
- － 運動の頻度、時間そして激しさの程度。取り組み方は過剰か、強迫的か、柔軟性に欠けているか、もしくは体重コントロールを目的とするものか。
- － 月経歴（初経、最終月経、月経周期、経口避妊薬使用の有無）
- － 栄養補助剤や代替医療薬を含む、現在服用中の薬
- － 家族歴（家族の中に摂食障害、肥満、気分障害や不安障害、物質使用障害などの所見がある、もしくは診断を受けた者がいるか）
- － 精神科既往歴（気分障害、不安障害、および物質使用障害の症状の有無など）
- － 外傷歴（身体的、性的、精神的なものを含む）
- － 成長歴（可能な限り過去の成長曲線を入手すること）

身体検査に含めるべき項目：

- － 測定した身長と体重に基づいた肥満度指数（BMI = 体重kg / 身長<sup>2</sup>m<sup>2</sup>）の算出；児童期や思春期の子どもについては、身長、体重、BMIを成長曲線に記入すること
- － 仰臥位および立位での心拍数と血圧
- － 口腔体温

初期の診断的評価：

- － 摂食障害患者の評価のために推奨される臨床検査およびその他の診断検査項目、そして各項目で摂食障害患者にしばしば認められる異常所見については、次項の表に示すとおりである。
- － 著しい栄養不良状態にあっても、臨床検査の結果が正常値を示す場合もあることに注意しておくこと。



## 摂食障害の疑いがある患者に実施されるべき診断検査項目

基本検査項目	摂食障害患者に認められる可能性のある異常所見とその原因
全血算	白血球減少、貧血、もしくは血小板減少
電解質、腎機能、および肝酵素を含む包括的検査	グルコース： ↓ 栄養不良 ナトリウム： ↓ 多飲もしくは下剤使用 カリウム： ↓ 嘔吐、下剤・利尿剤使用 塩素： ↓ 嘔吐、下剤使用 血中重炭酸塩： ↑ 嘔吐 ↓ 下剤使用 血中尿素窒素： ↑ 脱水 クレアチニン： ↑ 脱水、腎機能障害、筋委縮 カルシウム： やや ↓ 摂取不良のため低下するが骨への蓄積は犠牲にするため軽度の低下 リン酸： ↓ 栄養不良 マグネシウム： ↓ 栄養不良、下剤使用 総タンパク／アルブミン： ↑ 低栄養の初期には、筋肉を犠牲にして増加 ↓ 低栄養の持続の場合は低下 プレアルブミン： ↓ タンパク質・カロリー欠乏 アスパラギン酸アミノ基転移酵素 (AST)、アラニンアミノ基転移酵素 (ALT)： ↑ 飢餓
心電図 (ECG)	徐脈 (低心拍数)、QTc延長 (>0.45秒)、その他の不整脈

## 検討すべき追加検査項目

追加検査項目	摂食障害患者に認められる可能性のある異常所見
レプチン値	レプチン： ↓ 低栄養
甲状腺刺激ホルモン (TSH)、チロキシン (T4)	TSH： ↓ もしくは正常 T4： ↓ もしくは甲状腺機能正常症候群
膵酵素 (アミラーゼおよびリパーゼ)	アミラーゼ： ↑ 嘔吐、膵炎 リパーゼ： ↓ 膵炎
性腺刺激ホルモン (LH および FSH)、性ステロイド (エストラジオールおよびテストステロン)	LH、FSH、エストラジオール (女性)、テストステロン (男性) の値： ↓ もしくは正常
赤血球沈降速度 (ESR)	ESR： ↓ 飢餓 もしくは ↑ 炎症
二重エネルギーX線吸収法 (DEXA)	摂食障害患者は低骨密度のリスクがある。ホルモン補充療法(女性の場合はエストロゲン／プロゲステロン：男性の場合はテストステロン) が低骨密度を改善するというエビデンスはない。栄養回復、体重回復、そして内因性性ステロイドの生成を正常化することが、最適な治療である。

## 急速な安定化のための入院適応指針

---

以下の項目のうち一つでも当てはまる場合：

1. 年齢、性別、身長を考慮に入れた上での BMI 中央値の 75%以下
2. 低血糖
3. 低カリウム血症、低ナトリウム血症、低リン血症および（もしくは）代謝性アシドーシス／アルカローシスなどの、電解質異常
4. 心電図異常（例えば、QTc 延長 $>0.45$  秒、徐脈、その他の不整脈）
5. 血行動態の不安定
  - － 徐脈
  - － 低血圧
  - － 低体温
6. 起立性めまい
7. 栄養不良による重篤な内科的合併症（例えば、失神、けいれん発作、心不全、膵炎など）
8. 適切な外来治療を不可能にしたり実施しにくくする精神医学的あるいは内科的疾患の併存（例えば、重篤なうつ病、希死念慮、強迫性障害、1 型糖尿病）
9. 摂食障害の診断が不確定

## 急速な精神医学的安定化のための入院適応指針

---

以下の項目のうち一つでも当てはまる場合：

1. 急な摂食拒否
2. 希死念慮もしくは自殺行動
3. 摂食障害治療を妨げるその他の重篤な精神医学的併存疾患（不安、抑うつ、強迫性障害）

その他の判断基準：

1. 外来治療の失敗
2. あらゆる手を尽くしても、過食および（もしくは）排出行為がコントロール不能
3. 社会的サポートおよび（もしくは）内科的／精神医学的なケアの体制が不十分

## 再栄養症候群 (Refeeding Syndrome)

再栄養症候群 (Refeeding syndrome) とは、栄養不良患者の (経口、経腸、あるいは経静脈での) 再栄養時に発生する临床上および代謝上の異常を指すものである。再栄養症候群に含まれる臨床兆候には、浮腫、心不全や呼吸不全、胃腸の問題、著しい筋力低下、せん妄などがあり、極端な例では死に至る場合もある。検査所見の異常では、最も重大な問題である低リン血症のほかに、低血糖症、低カリウム血症、低マグネシウム血症、および低ナトリウム血症などがある。再栄養症候群はあらゆる年齢や体重の患者に起こり得るもので、生命にかかわる危険性があるため入院治療での専門的なケアが必要となる。

### 再栄養症候群のリスク因子には次のようなものが含まれる:

- 初診時での栄養不良の程度 (思春期の場合はBMI中央値の70%を下回ること、成人の場合はBMIが15を下回ることが最もリスクが高い)
- 慢性的な栄養不良で、10日以上にわたり、ほとんどエネルギーを摂取していない
- 過去に再栄養症候群になったことがある
- 現在の体重にかかわりなく、著しい体重減少の量や速さ (直近3-6ヶ月で体重の10-15%を上回る減少率)
- 過量飲酒歴がある (これらの患者には、再栄養時にウェルニッケ脳症を発症するリスクもあるため、再栄養開始前にチアミンおよび葉酸の補給が必要である)
- 肥満外科治療後に、著しい体重減少がある (吸収不良によって電解質の値が低下すると、リスクが増大するため)
- 利尿剤、下剤、もしくはインスリンの不適切な使用歴がある
- 再栄養開始前に電解質異常が見られる

**注意事項** — 上記のうち1つ以上が当てはまる場合には、入院治療で再栄養を行うことを検討するべきである。その際には、摂食障害の専門的サポートが受けられる病院への入院が望ましい。

### 再栄養症候群の予防および管理方法:

- 再栄養症候群の兆候、症状、およびリスク因子を知っておくこと。
- 再栄養症候群のリスクがある患者は、出来る限り摂食障害の身体・行動管理の専門知識をもつ医師につなげること。または、摂食障害の専門知識をもつ内科もしくは精神科病棟 (訳注4) に入院させること。
- 再栄養開始前に、血清電解質 (ナトリウム、カリウム、リンおよびマグネシウム) とグルコースの値を確認しておくこと。これらの値は再栄養開始前には正常であるかもしれないが、栄養回復を始めて3-7日後にリンが最低値まで低下することに注意する。
- 入院治療において、再栄養を始めてから身体的安定に達するまでの間 (少なくとも72時間以上)

は、血清電解質とグルコースを頻繁に測定すること（もし著しい異常がある場合には一日1回以上）。

- 電解質異常は、どのようなものについても積極的に補充すること。経口での補充が望ましいが、経静脈補給が必要な場合もある。水分および電解質の異常を再栄養開始前に補正する必要はない。細心の注意のもとで、水、電解質の補正と、栄養補給の2つを同時並行で安全に行うことは可能である。
- 再栄養開始前および実施中は総合ビタミン剤の毎日摂取を行うこと。栄養不良が著しい患者については、ウェルニッケ脳症のリスクを考慮しチアミンの補給を検討すること。
- 摂食障害患者の再栄養についての専門知識をもつ栄養士にコンサルテーションを受けた上で、患者の年齢、発達段階、および栄養不良の程度を考慮に入れ再栄養を行うペースを調整すること。
- 過負荷にならないよう、様子を見ながら輸液を行うこと。水分補給は経口が望ましい。静脈内輸液が必要と判断される場合には、大量の急速静注を避け、少量を持続して行うなどして補正はゆっくりと行うこと（例：成人患者の場合は毎時50-75cc、子どもの場合は通常の維持の半分の量）
- すべての患者について、再栄養を行っている間はバイタルサイン、そして心臓および精神的な状態を注意深く観察すること。
- 重篤な飢餓状態にある神経性やせ症患者は、食後の血糖値が低いことがしばしば見られるため、血糖値を頻繁に測定すること。

#### 不十分な栄養補給（Underfeeding）について：

再栄養のペースに関して過度に慎重になることは、更なる体重減少を招いたり、予後を悪くしたり、治療効果の出現を遅らせるだけでなく、重篤な栄養不良患者を死に至らしめる危険性がある。

#### 再栄養療法の実施方法：

- 近年では、＜低いところから始めてゆっくりと進める＞方法よりも、入院治療の厳重な監視下でより速いペースで行うやり方が採用される傾向にある。例えば、重度の低栄養状態にある成人の摂食障害患者で、入院前の栄養摂取量が極めて低いケースについて安全に再栄養療法を行うには、一日およそ1600kcalから栄養摂取を開始し、その後2-3日毎に300kcalずつ増やしていき、これを週に1-2kgの安定した体重増加が見られるようになるまで継続する、というやり方で行うことができる。
- 再栄養療法の初期段階を経て身体的安定が得られた後、安定した体重増加が達成されるためには、ほとんどの患者について高カロリー摂取（一日3500-4000kcal）が必要となる。例えば、入院中よりこれを開始し、（身体的安定の達成後）外来治療に移行した後も体重が完全に回復するまで同様に続ける、といったやり方を取ることができる。その上で、体重回復が実現した時には、体重の維持および（もしくは）更なる成長に向けて摂取栄養の再評価が必要となる。
- 児童期／思春期の子どもの患者とその家族に対しては、患者が成長発達の途中にあることを認識してもらうこと。患者が成長発達を続けている間は、治療における体重や栄養摂取の目

標は時間の経過とともに変化するものである。

- 再栄養療法は、経口で行うことが常に優先される。体重増加のペースが遅い（週1kg未満）場合や、専門家による再栄養療法のプログラムを利用することが難しい場合などは、経腸栄養法を補助的に用いることも検討する。経静脈栄養法は、胃腸が機能していない患者を除いては、使用を避けるべきである。

## 各専門科のための情報

---

摂食障害をもつ人は、さまざまな身体の不調を訴えて専門医を受診することが少なくない。どの分野の専門医であっても、摂食障害を示唆する兆候や症状を見逃さず、合併症を適切に管理しつつも、摂食障害の専門外来の受診や治療、および（もしくは）重度の医学的問題を呈する場合の入院治療に患者をいつ紹介するべきかを理解していることはとても重要である。摂食障害の専門家との協力体制のもとで患者のケアに取り組むことは、すべての患者にとって最善の利益となる。

### すべての専門医に向けて：

特にリスクの高い患者については、摂食障害の疑いを強く持つておくこと。摂食障害は、年齢や民族、性別や身体のサイズにかかわらず起こる病気である。スクリーニングを行った上で、必要に応じて専門家につなげ、専門的ケアが受けられるようにすること。より詳しい摂食障害の評価を必要とする可能性の高い患者を見分けるには、SCOFF（付録1）などの有効なスクリーニング検査を用いることができる。

### 循環器内科

- 徐脈とは、飢餓に対する生理的、適応的な反応であり、摂食障害患者の中に最もよくみられる不整脈の一種である。徐脈を単に、低体重患者や短期間で体重減少を経験した患者、または活動量に対する栄養摂取量が不十分な患者が熱心にスポーツやトレーニングに取り組んだ結果であると自動的に判断するべきではない。
- 循環器専門医が、摂食障害の有無を検討したり、摂食障害であると分かっている患者を診察したりする場合には、摂食障害の専門家のコンサルテーションを受けるべきである。なぜなら、協力体制のもとでケアすることによって、患者の診断および臨床的所見を適切な文脈の中で検討することが可能になるからである。
- 電解質異常による不整脈は、摂食障害患者の死因としてよくみられるものである。

### 救急医療科

- 摂食障害患者は、他の病気をもつ患者よりも、さまざまな訴えをもって救急科を受診する割合が高い。
- 救急科の受診は、摂食障害患者にとって医療サービスとの最初の接点である場合が少なくない。摂食障害は、病気の期間が長引けば長引くほど、重症度が高まり治療拒否も強固になってくる。よって、患者がより早い段階で適切な治療を受けられれば、そのぶん病気から完全回復できる確率も高くなるのである。救急科医師とのやり取りが患者にとって好ましい体験

であったり、そこから患者が適切な専門的ケアへとつながることができれば、それによって病気の重症度や罹患期間が大幅に縮小されるかもしれない。

- 適切な対応とフォローアップの方法に迷う場合には、摂食障害の専門家のコンサルテーションを受けること。
- 摂食障害患者に対して過度に多量の輸液を行うことは避ける。なぜなら、そのことによって過負荷および心不全を引き起こす場合があるからである。水分補給には、大量の急速静注を行うのではなく、少量の静脈内輸液を持続して行うこと。
- 救急医療科においては、再栄養症候群を誘発するかもしれない過剰なグルコース投与は避けること。低血糖がみられる場合には、D50（50%ブドウ糖液）の急速静注よりもD5（5%ブドウ糖液）の持続注入が望ましい。

### 内分泌内科

- 1型糖尿病をもつ若い女性患者は摂食障害のリスクが高く、それによって、(死を含む)糖尿病のより重篤な長期合併症が引き起こされる可能性がある。糖尿病患者に血糖コントロール不良および（もしくは）頻繁な糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）の発症が見られる場合は、速やかに摂食障害の有無を評価する。
- 低体重患者に甲状腺検査値の異常が見られる場合は、甲状腺機能正常症候群（ESS）の有無を検討すること。ESSには甲状腺ホルモンの補充は必要なく、体重が回復すれば解消される。

### 消化器内科

- 便秘、腹痛、吐き気、吐血、頻繁な胸やけ、そしてすぐに満腹感を感じてしまうなどの消化器系の訴えは、摂食障害で最もよくみられる身体症状である。
- 上記の他に、肝酵素（アミノ基転移酵素）のわずかな上昇も、摂食障害患者によくある所見である。
- これらの兆候や症状により、他科から消化器内科に患者が紹介されてくることは少なくなない。消化器系の症状に対しては対症療法を実施しても良いが、ほとんどの症状は摂食障害が治ることによって改善あるいは解消されることを念頭に入れておくこと。

### 産婦人科

- さしたる原因が特定できない無月経あるいは希発月経は、摂食障害の有無を検討すること。
- 避妊が必要でない摂食障害患者に対して、無月経や希発月経の治療のために経口避妊薬を用いることは、ほとんどの場合において望ましくない。
- 無月経の低体重患者に対して、低骨密度の治療のために経口避妊薬を使用することの有効性を示すエビデンスは現時点ではない。体重の回復と月経の再来を促すことが最適な治療である。
- たとえ摂食障害患者の卵巣機能が抑制された状態であっても、妊娠の可能性はある。
- 摂食障害患者の中には不妊を主訴として受診してくる場合もあるが、低体重の摂食障害患者に補助生殖技術（ART）を用いるのは禁忌である。これらの患者にARTを用いると、流産、子宮内発育遅延、低出生体重、およびその他の妊娠出産合併症のリスクを高めてしまう危険

性がある。

## 精神科

- 摂食障害患者は、うつ病や不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、自傷行為および物質使用など、他の精神疾患との合併の割合が高く、自殺のリスクも高い。
- 摂食障害患者は、自身の摂食障害に関する思考や行動を隠して（もしくは病識がない状態で）、うつや他の精神疾患の症状を訴える場合がある。
- 摂食障害は、精神障害の中で最も致死率の高い病気である。よって、摂食障害を診断し専門家による適切な治療を行うのは必要不可欠である。

## 小児科

- 児童期および思春期の子どもに、発育障害、選択的な摂食や食事に関する激しい好き嫌い、胃腸症状（例えば、吐き気、食欲不振、便秘）、原因不明の体重減少、体重増加の不足、もしくは成長発達の遅延がみられる場合には、摂食障害の可能性を評価する必要がある。
- 子どもの摂食行動、気分、体重あるいは成長の変化に関する親の懸念を注意深く検討すること。

## 適切な時期の介入

---

### 1. 摂食障害の患者は、時に、自分が病気であることを認めようとしなかったり、治療を受けることに対して相反する気持ちがあったりする。

これは、この病気の症状である。患者は、自身の摂食障害の症状や行動を矮小化したり、正当化したり、隠したりしようとする。患者のもっともらしい理屈や、他の生活領域で発揮する能力によって、病気の重症度が見えにくくなっている場合がある。そのため、患者の年齢にかかわらず、治療選択に関する援助や周囲からの支援が必要である。

### 2. 親や保護者は、子どもや若い患者が必要な支援につながるための最前線にいる。

親や保護者の懸念を真剣に受け止めること。たとえ、子どもの摂食行動や体重／体型へのとらわれについての親や保護者からの相談が一回限りだったとしても、それは現在あるいは将来的な摂食障害の発症の可能性を十分示唆するものである。

### 3. 病気を家族や本人のせいにはしないこと。

家族が病気を引き起こしたわけではないこと、また、患者本人が病気になることを自ら選んだわけでもないことを、家族が理解できるように支援する。このような認識を持つことによって、診断の受容や専門機関への紹介、治療の受け入れが容易になるだけでなく、この病気にまつわる不名誉を患者やその家族が被ることをなるべく避けることができる。

### 4. バイタルサインや臨床検査などの身体的健康の指標を観察すること。

摂食障害患者の慢性および急性の身体的合併症を評価するために、定期的なモニタリングを

実施すべきである。検査結果は、低栄養と排出行為に対する生理学的適応が起きているという背景を考えて解釈すること。たとえ身体検査および臨床検査の結果に異常がみられなくとも、致命的な摂食障害が隠れている可能性があることを覚えておく。

#### 5. 精神医学的なりスクに注意すること。

希死念慮や自傷の考え、計画および（もしくは）企図などを含む精神医学的なりスクを常に評価しておくこと。摂食障害に関連した死の半数は自殺によるものである。

## 治療の目標

---

摂食障害症状が完全に消失するまでには、時として長い治療期間を要することがある。特に心理的な症状については、治療初期および身体的健康の改善の際に、一時的に増悪する場合がある。摂食障害は、単なる流行りや一過性の状態、あるいは個人が選択したライフスタイルの問題として片づけられるものではなく、生物学的な背景をもった、遺伝の可能性もある障害である。患者は自ら摂食障害になりたくてなっているわけではない。また、摂食障害は完全回復が可能な病気である。

すべての摂食障害患者について、身体的安定を図ること、体重回復のために栄養回復を行うこと、再栄養療法とその際に誘発されるかもしれない合併症を管理すること、そして排出行為などの代償行動を修正することを、短期の治療目標として設定すべきである。その上で、心理的なものを含むその他の治療目標については、適切な時期に、これらと並行して取り組むことができる。

### 身体的安定化

- － 急性および慢性の身体合併症や併存症の管理
- － （性別や年齢によっては）月経の再来

### 栄養回復

- － 体重の回復
- － 心身の健康や社会的なつながりを促進するような食事パターンの回復

### 摂食行動の正常化

- － 摂食の制限や過食、および（もしくは）排出行為の停止
- － 乱れた、あるいは儀式化した摂食行動の排除

### 心理社会的な安定

- － 併存する精神疾患の評価およびその治療
- － 社会との適切な関わりを取り戻すこと
- － 摂食障害に関連する心理的症状の改善
- － ボディ・イメージの改善



## 病気の継続したマネジメント

初期の身体的安定化が実現した後は、摂食障害患者のケアに精通した医療専門家によってエビデンスに基づいた治療が継続されることが、完全回復のために必要不可欠である。その際、医学、心理学、栄養学、そして精神薬理学などの領域における摂食障害の専門家からなる多職種チームを用いたケアが最適である。また、出来る限り、患者の家族（親、配偶者、パートナーなど）も治療にかかわることが望ましい。

低体重の摂食障害患者の場合、適切かつ健康な体重への回復によって、身体的、心理的、社会的、そして情緒的な機能は著しく改善できる。体重の完全な回復が達成されないことは好ましくない転帰に関連する傾向があり、健康な体重の維持は良好な転帰に強く関連する。

しかしながら、摂食障害からの完全回復のためには、体重を回復するだけでは十分ではない。ボディ・イメージの歪みおよびその他の摂食障害に関連する思考や行動、心理学的な併存疾患、そして社会的、機能的な障害を治療の中で取り扱うことも、体重回復への取り組みと同様に重要である。

### 付録 1： 妥当性が検証された、摂食障害のためのスクリーニング検査の一例

摂食障害スクリーニングテスト(SCOFF) ※ 摂食障害のスクリーニング検査は他にもある

- S Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?
- C Do you worry that you have lost Control over how much you eat?
- O Have you recently lost more than One stone (6.35kg) in a 3 month period?
- F Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?
- F Would you say Food dominates your life?

SCOFFで2つ以上が当てはまる場合は摂食障害の可能性があり、更なる詳しい評価が必要。

#### SCOFF日本語訳（訳注5）

- ・ あなたは、心地よい満腹感を超えて食べてしまい、吐いたりすることがありますか？
- ・ あなたは、食べる量についてコントロールできていないと心配になりますか？
- ・ 最近3ヶ月で6.3キロ以上体重減少がありましたか？
- ・ あなたは、他の人にやせ過ぎだと言われるが、自分が太っていると思っていますか？
- ・ 食べ物があなたの生活を支配していると言えるでしょうか？

## 引用文献

- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Redgrave GW. (2016). A Systematic Review of Approaches to Refeeding in Patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 49 (3), 293-310.
- Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, Lacey JH, Mitchell JE. (2008). Screening for Eating Disorders in Primary Care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 612-622.
- Sachs K, Andersen D, Sommer J, Winkelman A, Mehler PS. (2015). Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*. 23 (5), 411-421.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2015). Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*. 56 (1), 121-125.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2014). Refeeding Hypophosphatemia in Hospitalized Adolescents with Anorexia Nervosa: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 55 (3), 455-457.

摂食障害の診断や治療に関する他の文献や情報については、[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)を確認のこと。



### Academy for Eating Disorders (AED) について:

AEDは学際的な専門家からなる国際団体であり、摂食障害の研究、教育、治療および予防に関する活動を主導的な立場から奨励することに取り組んでいます。AEDは専門家のための最先端の訓練や教育を提供するだけでなく、摂食障害の分野における新たな発展を後押しし、摂食障害についての最新かつ最高基準の情報をグローバルに発信しています。

**AED入会のご案内:** 摂食障害の研究、治療、教育および予防にグローバルに取り組むAEDコミュニティのメンバーになりませんか？AEDのウェブサイト ([www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)) からオンラインでの入会手続きが可能です。

## 訳 注

---

- 訳注 1 : 日本では、日本摂食障害学会の会員への相談、日本摂食障害学会の会員の少ない地域では、摂食障害の治療経験豊富な医師（心療内科、精神科、小児科など）への相談が望ましい。
- 訳注 2 : この分類は、DSM-5に基づく
- 訳注 3 : 催吐剤
- 訳注 4 : 原文ではmedical or med-psych unit となっている。Med-psych unit とは、日本でいえば、心療内科病棟、あるいは総合病院、大学病院など、内科の援助も受けられる精神科病棟に相当する。
- 訳注 5 : この翻訳は、バックトランスレーションを実施し、原著者の了承を得たものである。日本人の点数分布や他の尺度との関連については今後調査を進め公表される予定である。



## メモ

---

A series of horizontal dashed lines for taking notes.



**Academy for Eating Disorders**

11130 Sunrise Valley Drive | Suite350 | Reston, VA | USA

Tel: +1 703 234 4079 | Fax: +1 703 435 4390

[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org) | [info@aedweb.org](mailto:info@aedweb.org)

JSED Japan Society for Eating Disorders

**日本摂食障害学会**

[www.jsed.org](http://www.jsed.org)