

小児摂食症 プライマリ診療の手引き

【令和3～5年度厚生労働科学研究費補助金】

摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと身体的アプローチと
その研修の開発及び普及に資する研究

(研究代表者 中里道子 21GC1013)

小児治療ワーキンググループ（小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班）

(分担研究者 作田亮一)

【令和6～7年度厚生労働科学研究費補助金】

摂食障害に対する効率的かつ効果的な治療方法及び支援方法の開発と実装化に
資する研究

(研究代表者 中里道子 24GC1301)

小児治療ワーキンググループ（小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班）

(分担研究者 作田亮一)

巻頭言

国際医療福祉大学医学部精神医学

中里 道子

「食べない、食べられない」等の食行動の問題、やせを呈し受診する小児摂食症の患者数は、近年、増加しています。小児期の摂食症の主な病型は、神経性やせ症（AN）、回避・制限性食物摂取症（ARFID）が多く、治療の遅れは成長発育に様々な影響を来します。ANは精神疾患、身体合併症を伴いやすく致死率も高い疾患であり、診断には、低体重に伴う身体、行動、認知的特徴が含まれます。小児期は、やせ願望や体重、体型の認知の歪み、肥満恐怖を表さず、周囲から気づかれにくいことが多く、急激な低体重に至り重症化することも稀ではありません。ARFIDは、摂食への不安により低体重が生じ、その病態に適した対応、治療が大切です。小児期の摂食症は適切な診断を行い、患者、家族、多職種で連携・協力し、適切な支援を早期から開始することが重要です。一方、小児摂食症の専門的な治療資源が限られているため、プライマリケアでは、医学的な診断と初期治療を行うだけでなく、ケアの調整や適切なサービスの提供を支援する役割を担うことも求められます。

本手引きは、小児の摂食症の診断、重症度の評価、患者・家族への説明、専門医への紹介の判断、身体管理、心理教育に関して、ウィック・リファレンスと解説形式で、エッセンスがわかりやすくまとめられています。豊富なチャートや図表も取り入れ、診断、初期治療や対応の内容について、小児科医、精神科医、心療内科医等のエキスパートコンセンサスに基づき構築されており、プライマリケア医のみならず、小児の摂食症の、多職種の支援者に、一般外来診療でお役立ていただける内容です。

本手引きが、プライマリケアの小児摂食症の診療のガイド役を担い、小児の摂食症の早期発見、早期診療、健康回復に役立つことを願っております。

【厚生労働科学研究費補助金】

「摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと身体的アプローチとその研修の開発及び普及に資する研究」班

「摂食障害に対する効率的かつ効果的な治療方法及び支援方法の開発と実装化に資する研究」班（令和6～7年度）

研究代表者 中里道子

【背景】

小児期※に発症する摂食症患者が増加している。特に二次性徴の遅れは成長の停滞（骨成熟、性ホルモン、脳神経系等）を認めるリスクがあり、早期に医療機関における治療を開始することが望まれる。しかしながら、小児摂食症患者の治療を専門とする医療機関の数は限られ、患者の中には十分な初期治療を受けられない状況がある。
※本手引きでは、15 歳以下（中学生以下）と定義した。

注：NICE ガイドライン 2017 では、小児 0～12 歳、年少者 13～17 歳、成人 18 歳以上、としている¹⁾。

【本手引きの目的】

小児摂食症のプライマリ診療に携わる医師が、一般外来の現場で利用できる科学的エビデンスに基づいた「**プライマリ診療の手引き**」を作成することを目的とする。本手引きは、小児摂食症診療を学ぶ研修に用い、プライマリ診療の裾野を広げることによって、より多くの患者の早期発見・早期治療、さらに発症の予防に貢献することを目的とする。

【手引きを使用する職種】

- 小児・思春期摂食症の診療をふだん専門としていない小児科医、精神科医、心療内科医等（市中総合病院、外来のみのクリニック等）、婦人科医、歯科医などを対象とする。
- コメディカルスタッフ（看護師、心理士、リハビリテーション等）も利用可能とする。

【対象疾患と年齢】

- 神経性やせ症 AN および回避・制限性食物摂取症 ARFID
- 概ね小児科医が初診対応する 15 歳以下（中学生以下）

注：高校生以上の患者の初期診療は、「**神経性やせ症（AN）初期診療の手引き**」²⁾を参照することを推奨する。

付録 1.1 P59

【本手引きの臨床診断基準】

米国精神医学会（APA）作成の **DSM-5-TR™** に基づいている³⁾。
摂食障害は「摂食症」と表記する。

【本手引きの作成手順】

- ☐ 本手引きは、小児摂食症の初期診療に関して、エキスパート（小児科医、精神科医、心療内科医等）の意見を集約したエキスパートコンセンサス（専門家の合意）に基づき編集した
 - 初期診療における9つの重要臨床課題を設定した（目次の見出し参照）
 - 実臨床場面では、プライマリ診療時においてANとARFIDを区別せずに対応することが実践的と考えられるため、重要臨床課題の対象の多くをAN/ARFIDとした（CQ11 参照）
 - それぞれの重要臨床課題に対し、計40項目のクリニカルクエスション（CQ）を設定した
 - 各CQについて、回答ステートメント案を設定（修正デルファイ法第1ラウンド）
 - エキスパートパネルによる評価アンケートを実施（修正デルファイ法第2ラウンド）
 - 第2ラウンドで30－70%だった項目について第3ラウンドを実施した（修正デルファイ法第3ラウンド）
- ☐ 合意形成基準：
 - 多肢選択問題：70%以上の専門家の意見が特定の選択肢に投票 / 非投票で一致した、合意が得られた、と定義した
 - 5段階リッカート尺度による回答：1－5の5件法のうち、ある記述に対してエキスパートパネルの意見が1－2合計で70%以上、もしくは4－5合計で70%以上の場合に合意と定めた
- ☐ エキスパートパネル回答の集計と回答ステートメントの採択：得られた項目を、カテゴリーに分類。項目によっては、注意点・解説を加え、付録として表や図などの資料、重要な参考文献や情報サイトを記載
- ☐ CQ11, 36, 37は、エキスパートの合意は得られなかったが、重要と考えられる項目なので解説を加え記載

【手引きがカバーする範囲】

本手引きは、摂食症を専門としない医師を対象としているため、さらに専門的な治療を要する患者では、他のガイドライン等を参考に診療することを推奨する

記載例)

CQ3：摂食症を併存しやすい小児期の疾患はあるか？

- ☐ 自閉スペクトラム症
- ☐ 不安症群
- ☐ 便秘症
- ☐ 抑うつ症群
- ☐ 強迫症

注：注意事項、用語説明など

解説：本文の内容を補足する解説

参考：参考となる図や資料



MEMO

目 次

01. プライマリ医が診療可能な小児摂食症

CQ1	：小児において頻度の高い摂食症はどのようなものがあるか？	12
CQ2	：プライマリ医が初期診療を行う頻度が高い小児摂食症の病型は何か？	12
CQ3	：摂食症を併存しやすい小児期の疾患はあるか？	13

02. 摂食症を疑い診断する

CQ4	：AN を疑うべき病歴、行動は何か？	14
CQ5	：ARFID を疑うべき病歴・行動は何か？	15
CQ6	：AN を疑うとき聴取すべき項目は何か？	16
CQ7	：ARFID を疑うときに聴取すべき項目は何か？	17
CQ8	：小児で AN/ARFID を疑うとき参考にする身体所見は何か？	18
CQ9	：小児で AN/ARFID を疑うべき血液検査所見は何か？	19
CQ10	：AN/ARFID と鑑別すべき疾患は何か？	20
CQ11	：AN と ARFID の鑑別：やせを伴う摂食症において、初期診療時に AN と ARFID を明確に鑑別することは予後に影響するか？	21

03. 精神的・身体的重症度の評価

CQ12	：AN/ARFID で身体合併症の発症や予後を予測する重症度判定項目は何か？	22
CQ13	：AN/ARFID の精神行動面の緊急はどのような状態か？	23
CQ14	：AN/ARFID の身体合併症にはどのようなものがあるか？	24
CQ15	：AN/ARFID では何をもとに活動制限を行うか？	25

04. 本人および家族への説明の方法

CQ16	：治療関係・予後のために AN/ARFID を疑うときに問診（本人）で注意することは何か？	26
CQ17	：治療関係・予後のために AN/ARFID を疑うときに問診（家族）で注意することは何か？	27
CQ18	：治療関係構築の目的で、AN/ARFID の原因について本人と家族へどのような内容の説明をするか？	28
CQ19	：AN 確定診断の患児・家族と比較して、ARFID 疑いの児ではどのような点に注意して病状を説明するか？	29
CQ20	：AN/ARFID では、どのような点に注意して重症度や必要な治療構造の説明を行うか？	30

05. 専門医への紹介の必要性の判断

CQ21	：初期診療から専門医へ紹介すべき小児摂食症の病型は何か？	31
CQ22	：専門医へ紹介すべき精神・行動面の状態はどのようなものがあるか？	32

06. 身体管理の方法

CQ23 : ICU へ紹介すべき AN/ARFID の身体的緊急状態はどのような状態か？	33
CQ24 : AN/ARFID において、治療関係・予後のために有効な再栄養治療構造は何か？	34
CQ25 : AN/ARFID の患者に対する再栄養時のエネルギー量の設定は何をもとに行うか？	35
CQ26 : AN/ARFID 治療時の栄養投与の方法はどのように選択するか？	36
CQ27 : AN/ARFID 治療時の経管栄養の方法はどのようなものか？	37
CQ28 : AN/ARFID 治療時の経静脈栄養の方法はどのようなものか？	38
CQ29 : AN/ARFID 回復期の栄養指導で気を付けることはあるか？	39

07. 心理教育の方法

CQ30 : AN/ARFID の治療において心理教育は治療関係・予後に影響を与えるか？	40
CQ31 : 治療関係・予後のために AN/ARFID 治療の初期診療時のゴールはどのように設定するか？	41
CQ32 : 治療関係・予後に影響する AN/ARFID 治療者の患者との基本的なスタンスはどのようなものがあるか？	42
CQ33 : 治療関係・予後に影響する AN/ARFID 治療者の家族との関わり方にはどのようなものがあるか？	43
CQ34 : AN/ARFID はどのような経過を辿って回復するか？	44

08. 本人が受診しないときの対応

CQ35 : AN/ARFID において本人が受診しないときは保護者のみの診療を続けるべきか？	45
CQ36 : AN/ARFID において本人が受診しないとき訪問医療 / 看護の利用は有用か？	46
CQ37 : AN/ARFID において本人が受診しないときにオンライン診療は推奨できるか？	47

09. 学校等との連携・情報提供すべき内容

CQ38 : AN/ARFID において学校との連携は必要か？	48
CQ39 : AN/ARFID 診療において学校との連携は誰と行うか？	49
CQ40 : AN/ARFID 診療において学校連携で共有すべき情報は何か？	50

文献	51
----	----

参考

1. 表 1. 代表的な摂食症の特徴
2. 図 1. 低栄養によって生じる身体症状
3. 表 2. 5 歳以上 17 歳までの性別・年齢別・身長別標準体重計算式
4. 図 2. 成長曲線を用いた体重減少および身長の伸びの鈍化の経過評価（模擬症例）
5. アメリカ静脈経腸栄養学会（ASPEN）の RS の定義、RS の予防
6. 図 3. 小児摂食症プライマリ外来治療の例（行動制限を利用した治療例）
7. 表 3. 入院初期治療時の行動表（模擬症例）
8. 表 4. やせの重症度評価
9. 表 5. 推定エネルギー必要量（kcal/日）
10. 軽症～中等症の再栄養
11. 表 6. 輸液組成の目安
12. AN、ARFID の回復経過

付録

- I. 摂食障害ポータルサイト（専門職の方）からダウンロード可能な資料
 - 1.1 神経性やせ症（AN）初期診療の手引き
 - 1.2 はじめての FBT 実践ガイド
 - 1.3 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針」
 - 1.4 小児の摂食行動の質問紙 子ども版 EAT26 日本語版
- II. 日本学校保健会 web site: 令和 2 年度（2020 年度）改訂学校生活管理指導表（小学生用）
- III. 参考図書
- IV. 診療マニュアル・ガイドライン集

小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班

作田亮一¹⁾

大谷良子^{1)、2)}

井上建¹⁾

北島翼³⁾

1) 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

2) 発達協会王子クリニック

3) 長崎県立こども医療福祉センター

エキスパートパネル 協力者

日本小児心身医学会摂食障害 WG (小児科医)

福島県立医科大学小児科

岡山大学病院小児医療センター小児科 / 小児心身医療科

兵庫県立こども病院神経内科

久留米大学医学部小児科

琉球大学病院精神科神経科

星ヶ丘マタニティ病院小児科

国立病院機構三重病院小児科

関西医科大学総合医療センター小児科

鈴木雄一 (WG 前委員長)

藤井智香子 (WG 委員長)

富岡和美

石井隆大

石橋孝勇

井口敏之

鈴木由紀

柳卒嘉時

小児科医

東京北医療センター小児科

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

さいたま市民医療センター小児科

久留米大学医学部小児科

松原直己

松島奈穂

越野由紀

山下大輔

精神科医

浜松医科大学精神科

浜松医科大学精神科

エールこころのクリニック

千葉県こども病院精神科

千葉県こども病院精神科

福井大学医学部附属病院神経科精神科

福井大学医学部附属病院神経科精神科

福井大学医学部附属病院神経科精神科

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部

たかみやこころのクリニック

埼玉県立小児医療センター精神科

いずみクリニック

竹林淳和

和久田智靖

栗田大輔

富田陽子

安藤咲穂

小坂浩隆

上野幹二

眞田陸

公家里依

高宮静男

平山優美

長根亜紀子

心療内科医

九州大学病院心療内科

九州大学病院心療内科

九州大学病院心療内科

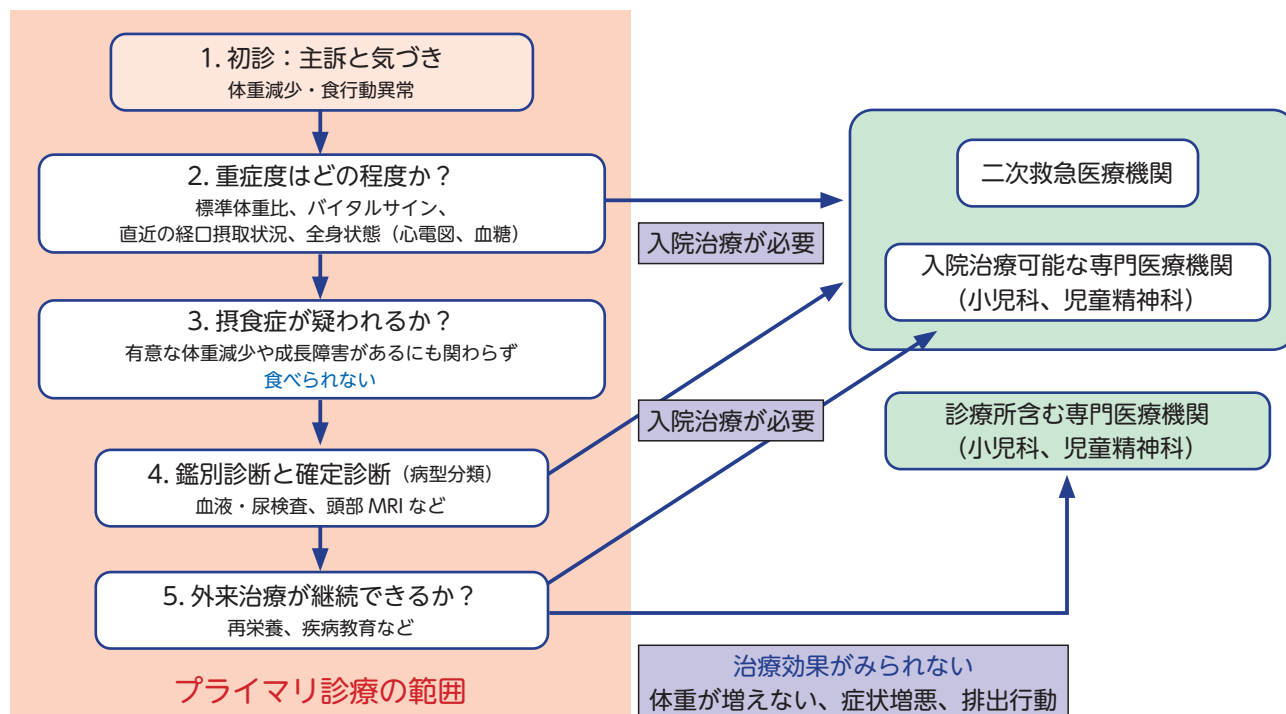
高倉修

波多伴和

権藤元治

フローチャート

食べない、食べられない子の診療の流れ⁴⁾



「食べない、食べられない」子どもを初診した際、「主訴からの気づき」がポイントになる。子どもの訴えは、食行動異常と関係のない身体症状（頭痛、めまい、腹痛など）が主訴であることもあり、問診が大切である。疑いがあれば、身体チェック（重症度の判定）、鑑別診断を進める。摂食症と診断したのちに、専門医療機関に直ちに紹介するのか、外来診療を開始するのか判断する。身体、こころ、社会的な背景を考慮に入れ見立てる。初期治療は、再栄養が主体であるが、子どもの心に寄り添うこと、疾病教育も重要である。治療効果がみられない場合は、専門医療機関に相談し、紹介を躊躇すべきではない。



MEMO

01 プライマリ医が診療可能な小児摂食症

CQ
1

小児において頻度の高い摂食症はどのようなものがあるか？

プライマリ診療の範囲

- ☐ 神経性やせ症（摂食制限型）Anorexia Nervosa-Restricting type (AN-R)
- ☐ 回避・制限性食物摂取症 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)



KEY POINTS

5)

- 摂食症は、高い死亡率を伴う深刻な精神疾患である
- 病型や体重にかかわらず、生命を脅かす医学的・精神的合併症のリスクが高い
- 年齢、性別、人種、能力、経済的・社会的地位を問わず、あらゆる人々に影響を及ぼす
- すべての医療従事者は、患者が摂食症の典型的なイメージに当てはまらない場合でも、摂食症を見逃すリスクを軽減するよう努めるべきである

解説

- ▶ 小児期に発症する摂食症の主な病型は AN-R (70%) と ARFID (30%) である。AN は女兒が 90%、ARFID は男児の比率が高くなる⁶⁾。

参考 1 表 1 代表的な摂食症の特徴 ⁷⁾ ⇒ P52

CQ
2

プライマリ医が初期診療を行う頻度が高い小児摂食症の病型は何か？

- ☐ 神経性やせ症（摂食制限型）AN-R
- ☐ 回避・制限性食物摂取症 ARFID

解説

- ▶ 実際の患者数の増加は断定できないものの、ARFID の報告数は増加している。少なくとも診断・疾患概念の認知の広がりによって「見つけられる」子どもが増えている。
- ▶ 世界的に 10 代に発症する AN、ARFID の患者数が増加している。特に、COVID-19 パンデミック後にその傾向は顕著であり、本邦でも同様である⁸⁾。
- ▶ AN や ARFID の患者が小児科一般外来を受診する機会が増えている。



摂食症を併存しやすい小児期の疾患はあるか？

① 精神的併存症

- ☐ 自閉スペクトラム症（ASD）
- ☐ 不安症群
- ☐ 抑うつ症群
- ☐ 強迫症

② 身体的併存症

- ☐ 便秘症

そのほか
併存症として
重要な疾患

注意欠如多動症（ADHD）
被虐待の既往（反応性アタッチメント症、心的外傷後ストレス症）
機能性ディスペプシア
身体症状症

解説

- ① AN および ARFID において神経発達症、特に自閉スペクトラム症の併存率は高い⁹⁻¹¹⁾。
 - ▶ 本邦の報告では、小児 AN および ARFID における ASD の併存率は、それぞれ 10%、12.5% とされ稀ではない。
 - ▶ ASD 特性を有する場合、感覚過敏・こだわりが症状に強く関与し、通常の治療介入が難航する場合がある。
 - ▶ ADHD 併存例は、むちゃ食い症、神経性過食症と関連が高い。
- ② AN および ARFID は、不安症を中心とした精神疾患の併存が高頻度に認められる^{12,13)}。

ASD : Autism Spectrum Disorder

ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder

02 摂食症を疑い診断する

CQ
4

AN を疑うべき病歴、行動は何か？

1. 食行動の異常

- ☐ 極端な少食
- ☐ 食事内容へのこだわりが増える
- ☐ 食事時間へのこだわりが増える
- ☐ 食事への不安
- ☐ 食事の重さを計測する
- ☐ 他の人と食べるのを嫌がる
- ☐ 自分よりも多くの量を他の人に食べさせようとする
- ☐ カロリーが低い食べ物を好む
- ☐ 食欲があまりわからない
- ☐ 食べ物のカロリーを頻繁に計測・計算する

2. 体重・体型への過度なこだわり

- ☐ 太ることへの恐怖
- ☐ やせたいという願望
- ☐ 体重・体型の自己価値が極端に高い
- ☐ 体重を何度も計測する
- ☐ 身体の特定の部位の太さを繰り返し計測する

3. 代償行動や回避行動

- ☐ 過度な運動
- ☐ 下剤や利尿剤の使用
- ☐ 口に入ったものを飲み込まずに吐き出す（チューイング）

4. 関連する心理的・行動的兆候

- ☐ 食事に関するテレビや動画、ネット情報、本を好んで見る
- ☐ 入浴が長時間になる

解説

AN の病態^{14,15)}

- ▶ 中核となる精神病理は、「体重や体型」およびそれらのコントロールに対する過度な評価である。「太ることへの強い恐怖」と「体型認識の歪み」を背景にエネルギー摂取を制限して低体重に至り、体重や体型が自己評価に過剰に影響する。単なる意志の問題ではなく、脳の働きが変化し、食べ物から得られる「快感」が低下する。一方、「食べないこと」自体が安心感や達成感につながる、という心理－生物学的な悪循環が存在する。

注意 摂食症の初期段階にある思春期の患者は、「食べることそのもの」に対するコントロールを過度に評価する場合がある（例：融通の利かない食事に関するルール、カロリー、特定の食品など）。



ARFID を疑うべき病歴・行動は何か？

- ☐ 食後の腹痛や嘔気、嘔吐を怖がる
- ☐ 極端な少食
- ☐ 幼少期から偏食が極端に強い
- ☐ 嘔吐恐怖がある
- ☐ 食事内容へのこだわりがある
- ☐ 食欲があまりわからない
- ☐ 食事に興味がない
- ☐ 食事に関する感覚過敏がある
- ☐ 窒息恐怖がある



KEY POINTS

- 小児期において、期待される体重や身長が増加が認められない場合、思春期の発達が遅延または中断されている場合、摂食症（AN/ARFID）の可能性を検討すべきである。

解説

① AN と ARFID の臨床的な相違点

- ▶ AN：やせ願望があり、体型認知の歪みがある。
- ▶ ARFID：やせ願望がなく、体型認知の歪みがない。

② ARFID の病態³⁾

- ▶ 食べる事 または 食物への明らかな無関心。
- ▶ 食物の感覚的特徴に基づく回避感覚。
- ▶ 食べた後に嫌悪すべき結果が生じることへの不安。

等により、有意の栄養不足、有意な体重減少（児童では期待される体重増加の不足または成長の遅延）、経腸栄養または経口栄養補助食品へ依存、心理社会機能の著しい障害を来たすことで診断される。

1. 栄養状態・成長に関する情報

- ☐ 体重減少の経過
- ☐ 食事内容の経過
- ☐ 月経歴
- ☐ 過去の成長の記録（成長曲線）
- ☐ 水分摂取量、状況
- ☐ 既往歴

2. 心理的・行動的特徴

- ☐ 体重増加・体型変化への不安
- ☐ 体重へのこだわりに基づく行動の有無
- ☐ 過活動
- ☐ 過食・嘔吐の有無
- ☐ 不安の対象・何を不安に感じるか
- ☐ 他の精神疾患の有無

3. 家庭・社会的環境

- ☐ 家族構成
- ☐ 生育歴
- ☐ 学校への適応状態
- ☐ 家族以外で食事をサポートしてくれる人の有無
- ☐ 友人関係の多さ、少なさ
- ☐ 学業成績
- ☐ 精神疾患の家族歴

解説

① 病初期の AN と ARFID の診断確定が難しいことがある。

- ▶ 小児は、病初期にやせ願望、肥満恐怖を否認・隠す、あるいはそれらがあっても言語化して表現できないことがある。
- ▶ 発症時の体重は正常または正常以上の範囲にあるが、AN の特徴である体型認知の歪みや栄養制限、自己価値の低下などが見られる「非定型 AN」にも注意が必要である。

② AN-R（制限摂食型）の経過中に AN-BP（むちゃ食い排出型）や神経性過食症 BN に移行することがある。

③ ARFID の経過中に AN-R に移行することがある。



ARFID を疑うときに聴取すべき項目は何か？

1. 栄養状態・成長に関する情報

- ☐ 体重減少の経過
- ☐ 食事内容の経過
- ☐ 水分摂取の量、状況
- ☐ 過去の成長の記録（成長曲線）
- ☐ 月経歴（思春期以降）
- ☐ 生育歴

2. 心理的・行動的特徴

- ☐ 契機となるエピソード（嘔吐や窒息など）の有無
- ☐ 不安の対象・何を不安に感じているか
- ☐ 過活動
- ☐ 他の精神疾患の有無
- ☐ 精神疾患の家族歴
- ☐ 過食・嘔吐の有無
- ☐ 体重へのこだわりに基づく行動の有無
- ☐ 体重増加・体型変化への不安・こだわり

3. 家庭・社会的環境

- ☐ 家族構成
- ☐ 学校への適応状態
- ☐ 学業成績
- ☐ 友人関係の多さ、少なさ
- ☐ 同居家族以外で食事をサポートしてくれる人の有無
- ☐ 既往歴

1. 栄養状態・成長発達に関する所見

- ☐ 低体重（%標準体重あるいは標準体重比、肥満度が特定の値以下）
- ☐ 低体重（BMI、BMI-SDS が特定の値以下）
- ☐ 体重増加不良（1 週間あたりの体重変化量）
- ☐ 体重増加不良（%標準体重、肥満度の変化）
- ☐ 体重増加不良（BMI-SDS の変化量）
- ☐ 体重減少の程度（2 ～ 4 週間）
- ☐ 体重減少の程度（6 か月間）
- ☐ 身長伸びの低下（成長曲線を参考）

2. 身体的な栄養不良のサイン

- ☐ 徐脈（60bpm 未満）
- ☐ 低血圧（年齢による正常値以下）
- ☐ 無月経、初経発来遅延
- ☐ 皮膚の乾燥
- ☐ 四肢末端の冷感
- ☐ 下腿浮腫



KEY POINTS

- 成長期の慢性的な低栄養は、身体的な成長の促進、発達を妨げる
- AN/ARFID は身体的合併症を伴うことがあるため、身体所見と成長パターンの詳細な把握が求められる
- 身体所見は、医学的介入の必要性の評価や入院適応の判断材料としても重要である

参考 2 図 1 低栄養によって生じる身体症状 ⇒ P52

解説

- ① やせの評価：最終身長に達していない概ね 15 歳以下では性別や年齢を考慮し、BMI-SDS や標準体重比（%標準体重）で評価する¹⁶⁾。

参考 3 表 2 5歳以上 17 歳までの性別・年齢別・身長別標準体重計算式¹⁷⁾ ⇒ P53

- ② 成長曲線：初期診療において、成長曲線を作成することは、初診時点のやせ評価だけではなく、患者の臨床経過を検討するうえで重要である。初診よりも数年前から、体重増加を認めない、それに伴って身長の伸びが停止していることもある。このような所見は、摂食制限あるいは食物回避の症状が、初診時よりもずっと以前から認められていたことを推測するものである。

参考 4 図 2 成長曲線を用いた体重減少および身長の伸びの鈍化の経過評価（模擬症例） ⇒ P54



小児で AN/ARFID を疑うべき血液検査所見は何か？

- ☐ 血清 freeT3 低値
- ☐ 白血球数 低値
- ☐ 血清コレステロール値 高値
- ☐ 低血糖
- ☐ 性腺ホルモン（エストラジオール低値、テストステロン低値）
- ☐ 血清 rapid turnover protein: RTP
（プレアルブミン、トランスフェリン、レチノール結合タンパク RBP）

解説

低栄養の指標として血液検査のデータを読む。

- ▶ **RTP**：体内で合成されるタンパク質の一種であり、血中半減期が短く、栄養状態の変動を比較的短時間で反映する指標となる。
- ▶ **LowT3 症候群**：慢性的な低栄養状態では、身体機能を維持するために代謝機能が低下する。T4 から T3 への末梢変換(脱ヨウ素化)障害により fT3(活性化型)が著明に低下する（逆に rT3 が増加する）。いわゆる甲状腺機能低下症と異なり、TSH、fT4 は正常あるいはやや低値を示す。
- ▶ 血液検査データは、栄養回復の客観的な指標となる。

1. 身体疾患

- ☐ 脳腫瘍
- ☐ 甲状腺機能亢進症
- ☐ 甲状腺機能低下症
- ☐ 悪性腫瘍
- ☐ 上腸間膜動脈症候群（SMA 症候群）
- ☐ 炎症性腸疾患（IBD）
- ☐ 胃食道逆流症（GERD）
- ☐ （生理的な範囲の）偏食

2. 精神疾患・神経発達症

- ☐ 虐待・マルトリートメント
- ☐ 気分障害（うつ病など）
- ☐ 強迫症
- ☐ 身体症状症
- ☐ 統合失調症
- ☐ 自閉スペクトラム症
- ☐ 反応性アタッチメント症

解説

- ① 頭部 MRI は神経学的な異常がなくても早期に行うことを推奨する。
- ② 鑑別診断は、症状により、初診時に全ての疾患に関する精密検査を行う必要はない。
自施設で検査できない場合は、検査を他院に依頼することも検討する。
- ③ **SMA 症候群**：AN、ARFID に併発することがある。上腹部痛、吐き気・嘔吐などの症状がある。著しい“るい痩”により内臓脂肪が減ると、上腸間膜動脈と腹部大動脈の分岐角度が狭くなり、その間を走行している十二指腸が圧迫され、食物の通過が阻害され症状が出現する。治療は、食後のポジションの工夫（左側臥位、座位の前傾姿勢など）、食事を数回に分けて摂取する、栄養剤を飲む、腹痛等が著しい場合には経鼻胃チューブ挿入（ED チューブも含め）を検討する。症状は体重増加によって軽快、回復する。

IBD：Inflammatory Bowel Disease
GERD：Gastro-Esophageal Reflux Disease

CQ
11**AN と ARFID の鑑別：**

やせを伴う摂食症において、初期診療時に AN と ARFID を明確に鑑別することは予後に影響するか？

☐ 影響があるとはいえない

デルファイ法では、「影響がある」は 53.8%でありエキスパートコンセンサスは得られなかった。

解説

▶ 臨床場面では、初期診療時に、AN と ARFID の鑑別が困難な例がある。両者は、適切な栄養が摂れず、プライマリ診療において身体治療・再栄養が優先されることは共通している。そこで、発症の早期は、AN/ARFID を区別せず「**制限型摂食症**」とする考えもある¹⁸⁾。



M E M O

03 精神的・身体的重症度の評価

CQ
12

AN/ARFID で身体合併症の発症や予後を予測する重症度判定項目は何か？

- ☐ 肥満度（やせ度）、標準体重比
- ☐ 直近の体重減少速度
- ☐ 体重減少率（%）
- ☐ 心拍数
- ☐ 血清カリウム値
- ☐ 体重
- ☐ 血糖値
- ☐ 直近の摂取栄養量
- ☐ 血清リン値
- ☐ 肝逸脱酵素上昇
- ☐ 意識障害の有無

解説

- ① 初期診療において、患者の重症度を客観的に把握し、適切で安全な再栄養療法を開始することが重要である。
- ② 初期治療の際、「再栄養症候群」に気を付ける。小児思春期摂食障害のリスク評価の枠組み：切迫した生命の危険性の評価（MEED を参照¹⁹⁾）
- ③ 再栄養症候群 refeeding syndrome: RS
低栄養状態の患者に対して急激に栄養補充をした場合に生じる合併症。低血糖、電解質異常（低リン血症など）、肝機能障害等があり、重篤な場合は、不整脈等により死に至る場合もある。

参考 5 アメリカ静脈経腸栄養学会（ASPEN）の RS の定義²⁰⁾、RS の予防 ⇒ P55

注意 Medical Emergencies in Eating Disorders (MEED) : Guidance on Recognition and Management (英国 Royal College of Psychiatrists 作成)。臨床医が身体的健康リスクを特定し管理することを支援するために作成された。18 歳未満を含めた全年齢を対象としている。



AN/ARFID の精神行動面の緊急はどのような状態か？

- ☐ 自殺企図
- ☐ 希死念慮
- ☐ 意識障害
- ☐ 自傷行為
- ☐ 家族内暴力・他害のおそれ
- ☐ 止められない激しい過活動

解説

▶ 不安症、うつ病、強迫症など精神疾患の併存が多い。特に、AN は自殺による死亡率が高く、特に思春期以降の患者の自殺の問題を常に念頭に置く必要がある²¹⁾。



M E M O

AN/ARFID の身体合併症にはどのようなものがあるか？

【代謝・栄養関連】

- ☐ 再栄養症候群
- ☐ 低血糖症
- ☐ 脱水症
- ☐ Wernicke 脳症（ビタミン B1 欠乏）
- ☐ 急性膵炎

【消化器系】

- ☐ 肝機能障害
- ☐ 上腸間膜動脈症候群
- ☐ 慢性便秘症

【循環器系】

- ☐ 不整脈
- ☐ 洞性徐脈
- ☐ 心嚢液貯留、心タンポナーデ

【骨・筋・成長】

- ☐ 骨粗しょう症
- ☐ 骨折
- ☐ 横紋筋融解症
- ☐ 低身長

【神経・脳神経系】

- ☐ 脳萎縮
- ☐ 低血糖性脳症
- ☐ Wernicke 脳症（※神経症状を伴うため重複記載）

【内分泌・生殖器系】

- ☐ 無月経

解説

- ▶ 慢性的低栄養状態は、全身の臓器に影響を及ぼす。二次性徴前に、摂食症を発症した患者では、初経の発来が遅延することがある。また、身長伸びが停止し、期待される身長まで成長しないリスクがある²²⁾。

CQ 15

AN/ARFID では何をもとに活動制限を行うか？

- ☐ 体重
- ☐ 摂取栄養量
- ☐ 食事摂取量
- ☐ 肥満度・標準体重比
- ☐ 体重減少速度
- ☐ BMI-SDS

解説

摂食症治療における活動制限（行動制限）

- ① **目的**：摂食症における活動制限（行動制限）は、生命や健康を脅かす行動（摂食の拒否、過活動等）をコントロールするために用いられる行動管理法の一つである。**行動制限を用いた認知行動療法**は、治療開始時に患者の「行動を制限」し、食行動や体重を改善させるためのオペラント的な枠組みである。
- ② **方法**：体重、食事摂取量、可能な行動等の明確な枠組みを作成し患者と内容を共有する（**行動表の作成**）。AN では、体重の回復が治療の最優先課題のひとつであるため、体重や栄養摂取量の増加を「**強化**」、枠組みの段階的緩和や報酬の付与を「**強化子**」として用いることが多い。体重の回復によって、身体のみならず、心の健康も取り戻せた、という認知を患者が持てるように治療を進める。
- ③ **ARFID では行動制限は慎重に行うべきである**。ARFID は体重回復だけでなく「摂食恐怖や不安、感覚過敏の緩和」が重要であるため、体重増加だけでなく、「新しい食材の摂取」など体重以外の行動面の改善も強化の対象として検討する。
- ④ **リスク**：体重増加だけに固執すると、患者が「数字合わせ」のために不適切な行動（体重測定時の飲水など）をとることがある。体重さえ増えればよいのだ、という誤った認識を患者に持たせないことも重要である。行動制限は「必要最小限」「短期間」に留める、患者の尊厳と治療関係を損なわないよう慎重に運用することが推奨される。

参考 6 図 3 小児摂食症プライマリ外来治療の例（行動制限を利用した治療例） ⇒ P55

参考 7 表 3 入院初期治療時の行動表（模擬症例） ⇒ P56

04 本人および家族への説明の方法

CQ
16

治療関係・予後のために AN/ARFID を疑うときに問診（本人）で注意することは何か？

1. 信頼関係構築の基本態度

- ☐ 共感的態度
- ☐ 受容的態度
- ☐ 本人を責めない
- ☐ 言葉づかい
- ☐ 巻き込まれない（治療者が感情的に引き込まれすぎない）
- ☐ 表情
- ☐ 身だしなみ

2. 症状聴取の際の配慮

- ☐ 症状に関しては、批判的にならずに聴取する
- ☐ 食事破棄や嘔吐などの症状を、本人が自責的に感じている可能性を念頭におく
- ☐ 真実ではない回答をする可能性があることに注意しながら聴取

3. 病識・理解を深める支援

- ☐ 病識の有無の把握
- ☐ 食行動の様々な問題は病気の症状であることを説明する
- ☐ 病型に関わらず、本人が「食べないのではなく食べることが難しい」と理解できるよう支援
- ☐ 寛解できる疾患であることを保証する

4. 本人の視点・背景を理解する

- ☐ 本人なりの今の食行動の問題に対する解釈モデルを聴取する
- ☐ 保護的な心理社会的因子を聴取する
- ☐ 家族や友人などの関わりがどう影響しているかを聴取する

5. 日常生活と困り感に注目

- ☐ 日常生活への支障を聴取し、困り感に沿った介入の提案

6. 専門的配慮

- ☐ 専門用語の使用に気をつける
- ☐ 本人を多面的に捉え、健康的な面を探す



KEY POINTS

- 初診場面において、医師は患児に対し受診を「労う」気持ちを忘れてはならない。家族に対しても同様である。患児は医療に繋がるまでに、すでに多くの試練に遭遇し、受診に際し大きな不安を抱えているかもしれない。勇気をもって受診した患児と家族を温かく迎える姿勢こそ、その後の診療の成否に関わると言っても過言ではないだろう。

治療関係・予後のために AN/ARFID を疑うときに問診（家族）で注意することは何か？

1. 信頼関係構築の基本態度

- ☐ 家族を責めない
- ☐ 共感的態度
- ☐ 受容的態度
- ☐ 中立的立場
- ☐ 言葉づかい（専門用語の使用の配慮）
- ☐ 身だしなみ
- ☐ 子どもが摂食症になると親が責められるのではないかと不安になっていることに気を付ける
- ☐ 寛解できる疾患であることを保証する
- ☐ 原因探しをしない

2. 理解を深める支援

- ☐ 家族関係の聴取
- ☐ 家族なりの食行動の問題への解釈モデルを聴取する
- ☐ 原因と思っている心理社会的な要因が何か聴取する
- ☐ 家族の食事の摂り方を聴取する
- ☐ 本人との情報のすり合わせ
- ☐ （重症例では）早期に取り組むことで寛解できるが、時間が経つと難しくなることを伝える

解説

- ▶ 家族の中には、我が子の摂食症発症を「育て方を間違っていた」「何故もつと早く気が付けなかったのか」「食事を強要しなければ良かった」など、強い自責の念を抱いていることが少なくない。子どもの摂食症の発症は、親の責任ではないことを明確に伝えることが大切である。家族を支援することによって、家族自身が子どもの治療に積極的に参加できるようになる、家族療法の導入としての効果も期待できる。

CQ
18

治療関係構築の目的で、AN/ARFID の原因について本人と家族へどのような内容の説明をするか？

- ☐ 現時点の身体の状態に生じる症状について説明する
- ☐ 一方的に決めつけるようなことはしない
- ☐ 不可知論的立場（原因探しをしない）
- ☐ 生物学的基盤の存在
- ☐ 多因子による疾患であること
- ☐ 様々な要因が重なって生じており、原因については不可知論的なスタンスで解決思考的なアプローチをすすめる

解説

▶ 患者には様々な心理社会的な背景があるだろう。どの要因がどの程度関わっているかを明らかにすることは難しく、原因探しに終始することは避けるべきである。現在認められる身体症状、血液検査や生理学的検査の結果は、「低栄養によってもたらされているのだ」という客観的な事実を伝える。



M E M O

CQ
19

AN 確定診断の患児・家族と比較して、ARFID 疑いの児ではどのような点に注意して病状を説明するか？

- ☐ 感覚の過敏さ / 食への興味の低さ / 嘔吐など摂食に関連した不安から食べられなくなることがあることを説明する
- ☐ 摂食に関連した不安を軽減していくことが重要なこと
- ☐ 本人がモチベーションを持って食事の種類や量を徐々に増やせるような構造を話し合う
- ☐ 体型・体重以外の不安対象の存在
- ☐ 経口できない場合経管栄養の導入について
- ☐ AN への移行がありうること・病型変化の可能性について
- ☐ 摂食量や体重回復していく過程で体重増加への不安が出現し診断変更となる場合がある
- ☐ 併存症について


KEY POINTS

- ARFID 疑いの児童・家族への説明では、「摂食に関連する感覚過敏や不安を理解し、不安を軽減しながら本人のペースで進めていくこと」が AN と異なる。

解説
ARFID 治療のポイント²³⁾

- ① 食事に関係する不安や外傷的な出来事（喉に詰まる、嘔吐など）に対して、戦略的に対処する。
- ② 栄養バランスと低栄養を是正し、もし成長が止まっているならばそれを再開させる（できるだけ早く標準体重に近づく（回復）ように適切な栄養を行う）。
- ③ 強制的に食べさせる、脅すなどの方法でなく、食物への構造化された頻回の曝露を通じて、食べることのできる食品の範囲を増やす。
- ④ 食事の際に食欲がなくならないように間食は自由に摂らせず、規則的な食事習慣を身につけさせる。
- ⑤ 心理社会的な障害を最小限にする。

CQ
20

AN/ARFID では、どのような点に注意して重症度や必要な治療構造の説明を行うか？

- ☐ 入院治療基準の設定
- ☐ 行動制限の基準
- ☐ 検査の必要性
- ☐ 外来、プライマリ診療などでの診療の限界
- ☐ 生理的指標、血液検査を用いた説明
- ☐ 家族との関係性
- ☐ 重症度
- ☐ 医師 / 患者関係

解説

▶ 標準体重比が75%以上（BMI-SDS が $-2.5SD$ 以上）は軽症とし外来治療可能である。重要なのはやせの基準だけでなく、「体重減少のスピードや身体的な検査所見」も考慮することである。例えば、標準体重比が75%でも、直近の4週間に過1kg以上の体重減少、低血糖や電解質異常、心電図異常などがあれば入院加療を検討する。標準身長・体重曲線やBMIパーセンタイル曲線は、**日本小児内分泌学会 web site** からダウンロードできる¹⁷⁾。

参考 8 表 4 やせの重症度評価¹⁶⁾ ⇒ P56

05 専門医への紹介の必要性の判断

CQ
21

初期診療から専門医へ紹介すべき小児摂食症の病型は何か？

- ☐ 病型によるものではなく、身体的・精神的重症度による
- ☐ 神経性やせ症（むちゃ食い・排出型）
- ☐ 神経性過食症
- ☐ むちゃ食い症

解説

紹介のタイミング

- ▶ 本人や保護者は医療機関の受診に疲弊しているかもしれない。新たな医療機関へ紹介する際は、「見捨てられた」という気持ちを生じさせないように配慮が必要である。現在の本人の状態、見立てと今後の治療方針を伝えて同意を得ると同時に、本人が安心して紹介先を受診できるように配慮することが大切である。
- ▶ 転院に際して取り組むべき重要項目をチェックする¹⁹⁾
 - ☐ 能力不足を含む起こりうる問題への認識
 - ☐ 転院の必要性の早期発見と通知
 - ☐ 家族や介護者の関与
 - ☐ 柔軟なタイミング
 - ☐ サービス、患者、家族間の良好なコミュニケーション
 - ☐ 移行コーディネーターの任命（日本では、MSW）
 - ☐ 包括的な情報の提供
 - ☐ 送り手と受け手の双方が、明確なプロトコルとパスウェイを持つこと
 - ☐ 患者を中心とした移行計画
 - ☐ 両施設が参加する集学的な退院計画会議
 - ☐ 共同作業のオーバーラップ期間

1. 緊急性・重症度が高く、早急な専門医紹介が望ましい状態

- ☐ 自殺企図（既遂・未遂を問わず）
- ☐ 強い希死念慮（自殺の具体的計画がある場合など）
- ☐ 他害の恐れ（暴力行為・攻撃性の顕著な増加）
- ☐ 頻回の盗食・窃盗（衝動的な行動が制御不能な場合など）

2. 専門的評価・治療が必要と考えられる状態

- ☐ 希死念慮（程度に関わらず）
- ☐ 抑うつ
- ☐ 止められない過活動
- ☐ 過食・嘔吐
- ☐ プライマリ医が対応困難と感ずる場合

解説

- ▶ 緊急性が高いと判断した場合であっても、専門医療機関にただちに繋がるとは限らない。地域によっては、受け入れ可能な専門病院が少ない場合もあり、日ごろから地域で紹介可能な医療機関と連携体制を作っておくことは重要である。診療地域に近い**摂食障害治療支援拠点病院**に相談することも有効である。

注意 **摂食障害支援拠点病院**の情報、摂食障害治療施設リストは摂食障害全国支援センター web site で公開されている（<https://edcenter.ncnp.go.jp/introduction.html>）

06 身体管理の方法



ICUへ紹介すべきAN/ARFIDの身体的緊急状態はどのような状態か？

- ☐ 意識障害
- ☐ けいれん
- ☐ 急性肺炎
- ☐ 肥満度 / 標準体重比 50%未満
- ☐ 低リン血症 (2.0mg/dl 未満)
- ☐ 低カリウム血症 (2.0mmol/L 未満)
- ☐ 凝固異常

解説

身体症状が安定するまで、**厳重なモニタリングが必要である。**

- ☐ 意識状態 (神経学的所見、眼底所見、頭部 MRI, CT)
- ☐ 呼吸心拍モニタリング (心電図、心エコー検査)
- ☐ 体温、血圧、体重
- ☐ 血糖
- ☐ その他、血液・尿検査

注意 これらの状態は、多臓器不全や致死合併症を引き起こす可能性があるため専門的管理 (ICU 等) を必要とする。

CQ
24

AN/ARFID において、治療関係・予後のために有効な再栄養治療構造は何か？

- ☐ 家族をベースとする治療 Family Based Treatment (FBT)
- ☐ 段階的な栄養量の増量
- ☐ CBT-E
- ☐ 視認性の良い行動表の利用
- ☐ 行動制限療法
- ☐ 行動制限を用いた認知行動療法
- ☐ 大まかなゴールの設定
- ☐ 本人の気づきや身体症状に基づいた症状説明
- ☐ 本人の気づきや身体症状に基づいた再栄養の意味づけ

解説
1

- ▶ 心理療法の経験が限られた小児科医等が初期診療を行う場合は、身体的な治療が優先される。その際、生命や健康を脅かす行動（摂食の拒否、過活動等）をコントロールするための行動制限は有用である（CQ15 参照）。

解説
2

推奨される心理療法（FBT）

- ① 小児・思春期の AN に対して最もエビデンスが積み上げられた心理療法のひとつとして**家族をベースとする治療 Family Based Treatment (FBT)**がある²⁴⁾（CQ32 参照）。2017 年版 NICE ガイドライン¹⁾でも推奨され、「児童思春期については、摂食症に焦点を当てた家族療法 family therapy for children and young people：FT-AN を実施する、それが、受け入れられない、勧められない、効果がない場合は、CBT-ED あるいは adolescent focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN) を実施する」と明記されている。
- ② 上記のプログラムに共通する考え方は、①低栄養が強い人は、まず栄養状態の回復を優先する、②体重を計測すること、健康的な体重への回復を目指す、③摂食症の発症原因ではなく症状を維持している（維持因子）と考えられる身体的因子、心理社会的因子、精神的な因子（不安や抑うつ気分など）などに注目して治療を進めること、である²⁵⁾。
- ③ FBT は、家族、特に両親が患者の回復のために重要な役割を担う短期集中型のアプローチである。FBT-ARFID は、AN に対する FBT を ARFID に適用したものもあり効果が期待されている。

CQ
25

AN/ARFID の患者に対する再栄養時のエネルギー量の設定は何をもとに行うか？

- ☐ 現在の摂取栄養量
- ☐ 再栄養症候群発症に留意した初期エネルギー量
- ☐ 再栄養症候群発症に留意した栄養量の漸増
- ☐ 体重
- ☐ 身体的合併症
- ☐ 平均的に摂取できていたカロリー量の概算
- ☐ 軽症は現在の摂取量、中等症は 20 ～ 30kcal/kg/day、超重症は 10 ～ 20kcal/kg/day

解説

- ① 再栄養の基本は、「低栄養状態から早く回復させる、エネルギー量を多く増やす」ことである。その際、**再栄養症候群（CQ12 参照）**に留意する。
- ② 必要なエネルギー量は、思春期の子どもが学校生活を活発に過ごすためには 2500kcal/日以上が必要である。体重回復には一時的には 3000kcal/日を越える栄養摂取が必要になることもある。

参考 9 表 5 推定エネルギー必要量 (kcal/ 日) ⇒ P57

参考 10 軽症～中等症の再栄養 ⇒ P57

AN/ARFID 治療時の栄養投与の方法はどのように選択するか？

- ☐ 現在の経口摂取の状況、食事内容を参考にして決める
- ☐ 本人への説明と同意
- ☐ 経口で摂取できるなら、可能な限り食事での再栄養を行う
- ☐ 経口摂取が困難であれば経管栄養を使用する
- ☐ 体重減少の速度

解説

栄養管理の原則

- ① 経口による食物摂取が基本である。食事のみで十分な栄養量が摂れない場合は、栄養剤の経口摂取を併用することは有効である。経口摂取が難しいことに加えて、低体重が高度な場合、体重減少速度が速い場合は**経鼻胃チューブによる高カロリー経腸栄養剤**を検討する。
- ② 経鼻胃チューブの管理は苦痛を伴うため、経口が進まない場合の治療について、初期治療開始段階で説明する。

注意 まったく経口で食事が進まない場合、やみくもに入院期間を伸ばさず、自宅で経鼻胃チューブ管理を継続する場合がある。患者の状況にもよるが、学校生活への復帰は、回復過程として良い影響を与える。専門医療機関への紹介、学校側との情報共有・連携が重要である。



AN/ARFID 治療時の経管栄養の方法はどのようなものか？

☐ 1日3回でゆっくり滴下する

解説

▶ 経管栄養の投与速度は、200～500ml/時、下痢をきたす場合は速度を50%程度落とす。長期の絶食期間があった場合は50ml/時とする。経鼻胃チューブ留置による、鼻咽頭の違和感、腹部膨満感などのため自己抜去に至ることがまれにあるので注意を要する。持続投与の方が、間欠的投与よりも不快感を引き起こす可能性は低い¹⁶⁾。



M E M O

AN/ARFID 治療時の経静脈栄養の方法はどのようなものか？

- ☐ 末梢輸液
- ☐ ビタミン製剤を添加する

解説

末梢輸液は、重度の脱水や電解質異常がある場合以外は推奨されない²⁶⁾。

① 輸液の目的は、

- ▶ 維持栄養量の確立まで最低限の水分量を確保
- ▶ 再栄養症候群に伴う電解質異常やビタミン欠乏を予防
- ▶ 電解質異常・急性脱水症の補正

② 身体症状が安定するまで、血液検査を実施する。

参考 11 表 6 輸液組成の目安 ⇒ P58



M E M O



AN/ARFID 回復期の栄養指導で気を付けることはあるか？

- ☐ 目安となる 1 日摂取カロリー量の設定
- ☐ 回復期のむちゃ食いから過食症になることがある
- ☐ 種類よりも栄養量
- ☐ 摂れないもののチャレンジより栄養量
- ☐ 本来の成長曲線への回復を目標
- ☐ 生活に支障を来さないこだわりは受容する
- ☐ 過食期があり寛解する
- ☐ 回復期の過食は徐々に軽減していくことを保証する
- ☐ 嘔吐などの排出行為により過食が持続しやすくなること

解説

- ① 特に AN の回復期に、一時的にむちゃ食い傾向が強くなることもある。患者の中には、過食症になるのではないかと恐怖を感じ、「食べたいが食べてはいけない」という葛藤が生まれる。そのため、親への暴言や逸脱した行動（リストカットなど）、自殺念慮などを呈することもある。
 - ▶ 食べられることは、患者にとって回復過程（この葛藤の先には、今までできなかった楽しい社会生活がある）にあることを丁寧に説明し、見通しを持たせることが、不安感の軽減に役立つ。その際、代償行動（自己誘発性嘔吐、下剤乱用、過剰な運動など）はしないように伝え、不安があれば対応する。
 - ▶ 逆に、過食症を恐れて、せっかく食べられるようになった患者に、食事制限を指示するのは得策ではない。
- ② 回復期は、本人が自己の体重維持を目標に、食事量や栄養摂取量をある程度設定できるようにしていく。そのために、栄養士から直接指導を受けることや、家族との話し合いが大切になる。
- ③ 登校している患者の場合、給食を食べるか？弁当を持参して食べるのか？教室ではない別室で食べるのか？なども栄養指導上大切である。

07 心理教育の方法

CQ
30

AN/ARFID の治療において心理教育は治療関係・予後に影響を与えるか？

☐ 影響を与える



KEY POINTS

- 摂食症は心身両面に症状が生じ、心理教育が欠かせない。そのためにはまず良好な患者—治療者関係を築くこと、受容的な態度が基本となる。摂食症の症状そのものだけでなく中核にある低い自己評価や完璧主義も扱う対象となる⁷⁾。



M E M O

CQ
31**治療関係・予後のために AN/ARFID 治療の初期診療時のゴールはどのように設定するか？**

- ☐ 身体合併症の改善
- ☐ 体重の回復
- ☐ 体重維持可能な栄養量
- ☐ 体重回復可能な栄養量
- ☐ 本人・家族とどうなったら回復なのか？話し合う
- ☐ 医師から回復の定義を伝える

解説**① 初期診療では、主に身体的な危機への対応が主になる。**

- ▶ 家庭や学校における日常生活に制限なく生活が可能となるレベルまで体重を回復する（CQ20 参照）。
- ▶ 体重が回復しても、低栄養によって引き起こされる内分泌系障害（無月経、骨密度の低下など）は直ぐには改善しない。
- ▶ 体重が回復しても、AN における体型認知の歪みや患者の背景にある「生きづらさ」など心理社会的な問題は継続していることも多い。

② 体重回復後もプライマリ医が診療継続可能か、見通しを立てる。

- ▶ 難しいと判断すれば、初期診療のゴールは、生命危機を脱するまでの再栄養、体重増加とする。その後の診療は専門医療機関へ任せたとしても、小児摂食症診療におけるプライマリ医としての役割は十分に果たされる。

治療関係・予後に影響する AN/ARFID 治療者の患者との基本的なスタンスはどのようなものがあるか？

- ☐ 共感・受容的態度
- ☐ 疾患の外在化
- ☐ 協調的
- ☐ 非権威的
- ☐ 原因について不可知的なスタンスをとる
- ☐ 体重・栄養回復のエンパワーメント
- ☐ 解決思考的
- ☐ 基本は対等だが、年齢や治療経過によって「保護者的」対応をする

解説

- ▶ 子どもと家族への基本的な関わり方は、家族をベースとする治療（FBT）と共通の要素である。

FBTの5つの原則^{24,25)}

① 治療戦略としての不可知論的立場

治療者は、家族の前では、どうして患者が病気になったのかということについては「分からない」という立場を取り、病気は家族のせいでもなければ患者本人が望んでなったものでもないということを明確に伝える。

② 治療者の非権威主義的態度

治療者は摂食症という病気に関する専門知識を有してはいるものの、目の前の家族にとってどんな方法がベストであるかはその家族しか知り得ない、というスタンスに立つ（治療者＝熟達したコンサルタント）。

③ 病気の外在化

常に、病気を患者と切り離れた存在として捉える。

④ 両親のエンパワーメント

患者を回復に導けるのは両親しかいない、両親はそれができる力をもっている、というメッセージを送り続ける。

⑤ 病気の症状に焦点を当てた現在志向的・実用主義的な取り組み

治療の目標は、あくまでも「普通に食べられるようになること」であることから、食事の正常化と体重回復に焦点を当てる。



治療関係・予後に影響する AN/ARFID 治療者の 家族との関わり方にはどのようなものがあるか？

- ☐ 家族が治療の一員となれるようにする
- ☐ 子どもだけでなく家族にも寄り添う
- ☐ 疾患の外在化
- ☐ 協調的
- ☐ 非権威的
- ☐ 原因について不可知的なスタンスをとる
- ☐ 解決思考的
- ☐ 対等な立場
- ☐ 家族をエンパワーする
- ☐ 患児に巻き込まれて疲れることを防ぐ



KEY POINTS

- AN/ARFID の治療における家族との関わり方として、家族をベースとして治療構造を作っていくことが推奨される。家族の力を活かすためには、家族への疾病教育が大切である。さらに、協調的・非権威的・対等な姿勢で関わり、家族をエンパワーしつつ家族の疲弊を防ぐことが重要である。ただし、初期診療における疾患の外在化は、すべての患者、家族に適するわけではないことも留意する。

AN/ARFID はどのような経過を辿って回復するか？

- ☐ 体重の回復
- ☐ 食行動の回復
- ☐ 身体的回復の後に行動面、認知面の回復に至る
- ☐ 月経回復より体重回復が先行する
- ☐ 変動しながら回復する
- ☐ 段階的な回復
- ☐ 回復期過食を経て回復する例も多い
- ☐ 食事の好みは治療が進むにつれて変化する
- ☐ 不安の回復
- ☐ 精神病理の回復より体重回復が先行する
- ☐ 精神病理の回復は回復過程の一番最後になる
- ☐ 精神病理や社会生活機能が回復しないと、体重は変動する

解説

回復の流れは、「**身体面** → **行動面** → **認知面** → **社会適応・生活の回復**」の順に進む。

- ▶ 初期段階：低栄養や低体重が深刻なため、身体の安定化（体重・栄養の回復）が最優先される。
- ▶ 中期段階：身体的安定に伴って、摂食行動の改善（食事量の増加、偏食の減少）が少しずつ進む（**部分寛解**）。
- ▶ 後期段階：体重、栄養、食行動等が安定すると、ようやく認知の歪み（ANの場合）や食への恐怖（ARFIDの場合）が緩和されていく（**完全寛解**）。

参考 12 AN、ARFID の回復経過 ⇒ P58

08 本人が受診しないときの対応



AN/ARFID において本人が受診しないときは
保護者のみの診療を続けるべきか？

☐ 続けるべきである

解説

① 本人の受診が原則である。

- ▶ 本人が診療に参加しなければ、正確な診断や治療計画の策定は難しいため、本人の受診を促すことが基本となる。

② 本人が受診しない場合の保護者のみの診療について

- ▶ 本人が受診を拒否しても、保護者からの情報収集や相談は重要である。
- ▶ 保護者に対して、疾患の特徴や家庭でできる支援、環境調整などのアドバイスをを行い、本人の受診を促す努力を続ける。
- ▶ 本人が受診に前向きになるまでの間、保護者との定期的なフォローアップを行う。

③ 緊急性・重症度の判断

- ▶ 栄養状態の著しい悪化や合併症のリスクがある場合は、本人の同意が得られなくても医療介入（場合によっては入院など）が検討される。
- ▶ 必要に応じて、精神保健福祉法に基づく対応（措置入院）も検討される。



AN/ARFID において本人が受診しないとき 訪問医療 / 看護の利用は有用か？

☐ 本人が受診しないとき、訪問医療 / 看護の利用は診療状況による

有用性に関するエキスパートコンセンサスは得られなかったが、65.4%から“利用すべき / 利用してもよい”との回答を得た。

解説

- ① 症状の進行や身体的リスク（高度な低栄養や脱水、電解質異常など）があるにも関わらず、本人が受診を拒否する場合、訪問医療・看護の介入は有用である。
 - ▶ 訪問医療・看護により、状態観察や必要な医療的ケア（点滴、栄養管理、体重測定など）が可能となる。
 - ▶ 医療者が本人との信頼関係を維持し、心理的サポートや受診勧奨も継続的に行いやすい。
 - ▶ 訪問看護の活用により、家族やケア者への支援も可能になり、本人の孤立感軽減や環境調整も期待できる。
- ② 本人の治療意欲が全くない場合、訪問介入のみでの完全な解決は難しく、精神科や専門医療機関との連携が必須である。



AN/ARFID において本人が受診しないときに オンライン診療は推奨できるか？

□ 本人が受診を拒否しているとき、オンライン診療を行うべきかどうかは診療状況による

有用性に関するエキスパートコンセンサスは得られなかった。

「どちらとも言えない」が 53.8%、「行うべきである」「行っても良い」が 34.6%、「行うべきでない」は 11.5%だった。

解説

摂食症の治療は、本人の積極的な参加が必須である。

① オンライン診療の課題

- ▶ 適切な診断・治療のための情報収集の困難（オンライン診療では直接的な身体所見の確認や細かな観察が制限され、本人が受診しない場合は情報不足となりやすい）。
- ▶ 受診拒否の背景の把握が難しい：本人の受診拒否の原因（不安、拒否感、認知の歪みなど）を対面で評価しながら信頼関係を構築することが治療への第一歩である。
- ▶ 緊急性の判断と対応が難しい：栄養状態や身体状況が深刻な場合、オンライン診療では評価が困難である。

② オンライン診療で可能なこと

- ▶ 過食症ではオンラインで心理治療が試みられ有効性の報告がある²⁷⁾。
- ▶ 家族や支援者へのアプローチや、本人の受診意欲を高めるための相談はオンラインでも行われることがある。
- ▶ オンライン診療はあくまで本人の同意があり、受診可能な場合の補助的な手段として活用されるべきである。

09 学校等との連携・情報提供すべき内容



AN/ARFID において学校との連携は必要か？

☐ 連携すべきである

AN/ARFID において学校との連携は強く推奨される。

解説

小児期に発症した AN や ARFID では、学校生活における食事や運動に関して支援や配慮が必要である。学校側と連携することで、以下のメリットが得られる。さらに予防や早期発見の観点から日頃の連携も重要である²⁸⁾。

▶ ゲートキーパー

養護教諭は生徒の摂食症発症を早期に発見し医療に繋げるゲートキーパーの役割がある。

▶ 状態の把握

担任や養護教諭が生徒の食行動や体調変化に気づきやすくなる。

▶ 環境調整のサポート

給食の配慮や休憩時間の調整など、学校生活での具体的な支援が可能になる。

▶ 心理的支援の促進

学校カウンセラーや養護教諭との連携により、メンタルヘルスケアを行いやすくなる。

▶ 家族との橋渡し役

学校を通じて家族にも情報共有し、家族と医療機関の連携を円滑にする。



AN/ARFID 診療において学校との連携は誰と行うか？

- ☐ 養護教諭
- ☐ 担任教員
- ☐ 学校長 / 管理者
- ☐ 教頭 / 学年主任
- ☐ スクールソーシャルワーカー

解説

▶ AN や ARFID 診療において学校との連携を行う相手として最も適切なのは「養護教諭（学校看護師）」あるいは担任教員である。

付録 1.3 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針」 ⇒ P59



M E M O



AN/ARFID 診療において学校連携で共有すべき情報は何か？

- ☐ 身体状態に応じた許容活動量の目安
- ☐ 摂食症について疾病理解
- ☐ 運動制限の指示
- ☐ 給食の状況確認
- ☐ 給食での配慮
- ☐ 身長・体重の記録、発育状況の確認
- ☐ 学校における対人関係での適応を確認
- ☐ 学校の身体計測での配慮
- ☐ 学校側の不安の解消
- ☐ 部活動、課外活動を含めた学校生活での様子
- ☐ 保護者の様子

解説

患者にとって、安心して学校生活を送ることは、回復を支えるうえで大切である。

- ▶ 患者が不安にならないように、学校内で問題となる事項を想定、整理し、あらかじめ対応方法を医療と学校で共有する。対応内容に関して、患者と家族に十分伝え、患者が不安を抱えずに登校できるように配慮する。
- ▶ 体重がまだ回復していない状況では、学校生活における制限（特に、登校時の送迎、体育や部活への参加、運動会、校外学習への参加など）が想定されるので、それぞれに関して具体的に、どこまで可能なのかを患者、学校側に伝える。その際、「学校生活管理指導表」を用いると分かりやすい（付録Ⅱ）。

文 献

1. National institute for health and care excellence: Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline, 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69> (2025.8.11 参照)
2. 須藤信行:「神経性やせ症 (AN) 初期診療の手引き」(摂食障害情報ポータルサイト https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/guideline.html) (2025.10.6 参照)
3. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, American Psychiatric Association (編), 高橋三郎・大野裕 (監訳), 医学書院, 2023
4. 大谷良子: 摂食障害—子どものころ外来—小児科 65 ; 235-241, 2024
5. Eating Disorders: A Guide to Medical Care. AED (Academy for Eating Disorders) Report 2021 4th ed. <https://www.aedweb.org/resources/about-eating-disorders> (2025.10.6 参照)
6. Silén Y, Keski-Rahkonen A.: Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. Curr Opin Psychiatry 35, 362-371, 2022
7. 摂食障害情報ポータルサイト (専門職) https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/outline.html (2025.10.6 参照)
8. 井上建, 他: COVID-19 流行下における神経性やせ症と回避・制限性食物摂取症の新規外来患者および入院患者数の全国調査. 摂食障害学会誌 3, 3-12, 2023
9. Inoue T, et al.: Prevalence of autism spectrum disorder and autistic traits in children with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. Biopsychosoc Med. 2021
10. Westwood et al.: Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review, Curr Psychiatry Rep. 2017 Jul; 19 (7) :41. doi: 10.1007/s11920-017-0791-9
11. Huke et al.: Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review, Eur Eat Disord Rev. 2013 Sep ; 21 (5) :345-51. doi:10.1002/erv.2244
12. Swinbourne JM, Touyz SW.: The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. Eur Eat Disord Rev. 2007 Jul ; 15 (4) :253-74
13. Kambanis PE, et al.: Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord. 2020 Feb ; 53 (2): 256-265
14. Fairburn CG, Harrison PJ.: Eating disorders. Lancet 361: 407-416, 2003
15. Frank GKW, et al.: Motivation to eat and not to eat-The psycho-biological conflict in anorexia nervosa. Physiol Behav. 2019 Jul 1 ; 206 : 185-190. doi : 10.1016/j.physbeh.2019.04.007.2019
16. 小児摂食障害診療ガイドライン (改訂第 3 版). 子の心とからだ. 2023, 32 : 396-450
17. 日本小児内分泌学会 web site : <http://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html> (2025.10.6 参照)
18. Zanna V, et al: Restrictive eating disorders in children and adolescents: a comparison between clinical and psychopathological profiles. Eat Weight Disord. 2021 Jun ; 26 (5) :1491-1501
19. Medical emergencies in eating disorders (MEED) : Guidance on recognition and management. <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2022-college-reports/cr233> (2025.10.6 参照)
20. da Silva JSV et al: ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. Nutr Clin Pract, 2020
21. 菊地裕絵: 摂食障害患者における自殺. 心身医学 56, 796-800, 2016
22. Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Kochavi B, Toledano A, Segev S, Balawi F, et al. : Linear growth and final height characteristics in adolescent females with anorexia nervosa. PLoS One 2012 ; 7 : e45504
23. Minimum Standards of Care by AED (academy for eating disorder) <https://www.aedweb.org/publications/minimum-standards-of-care?> (2025.10.6 参照)
24. Lock J, Daniel Le Grange DL: Treatment Manual for Anorexia Nervosa, Second Edition: A Family-Based Approach. The Guilford Press, 2012
25. はじめての FBT 実践ガイド: 摂食障害情報ポータルサイト (専門職の方) https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/index.html. (2025.10.6 参照)
26. 北島翼, 作田亮一: 各病態における輸液の考え方 神経疾患 神経性やせ症. 小児内科 53, 612-617, 2021
27. Hamatani S, et al.: Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Women With Bulimia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2025 Aug 1 ; 8 (8) : e2525165. doi : 10.1001/jamanetworkopen.2025.25165
28. 北島翼, その他: 学校現場で養護教諭が経験した摂食障害関連事例の実態調査 混合研究法を用いて. 摂食障害学会誌 4 ; 13-25, 2024

資料編

参考 1

表 1. 代表的な摂食症の特徴

摂食障害情報ポータルサイト（専門職）https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/outline.html

	神経性やせ症		神経性過食症	むちゃ食い症	回避・制限性 食物摂取症
	(摂食制限型)	(むちゃ食い・排出型)			
特徴	体重や体型の感じ方の障害があります			体型や体重への こだわりや ボディーイメージの 障害を伴わない	
	やせていても太っていると感じます		過食に苦痛を感じ、 罪悪感を伴います		
食事	食事量を 制限します	過食する方も います	食事量のコントロールができ ず、頻繁に過食します		食事量の減少、偏食、 食事の拒否、嚥下恐 怖等
痩せるための 行動	過度に運動した りします	食べ物を吐いたり 下剤を使ったりします		食べ物を吐いた り、下剤を使っ たりしません	過活動や嘔吐・下剤 の使用は一般的に 認めません
体型	明らかな低体重		正常または過体重		低体重から正常

参考 2

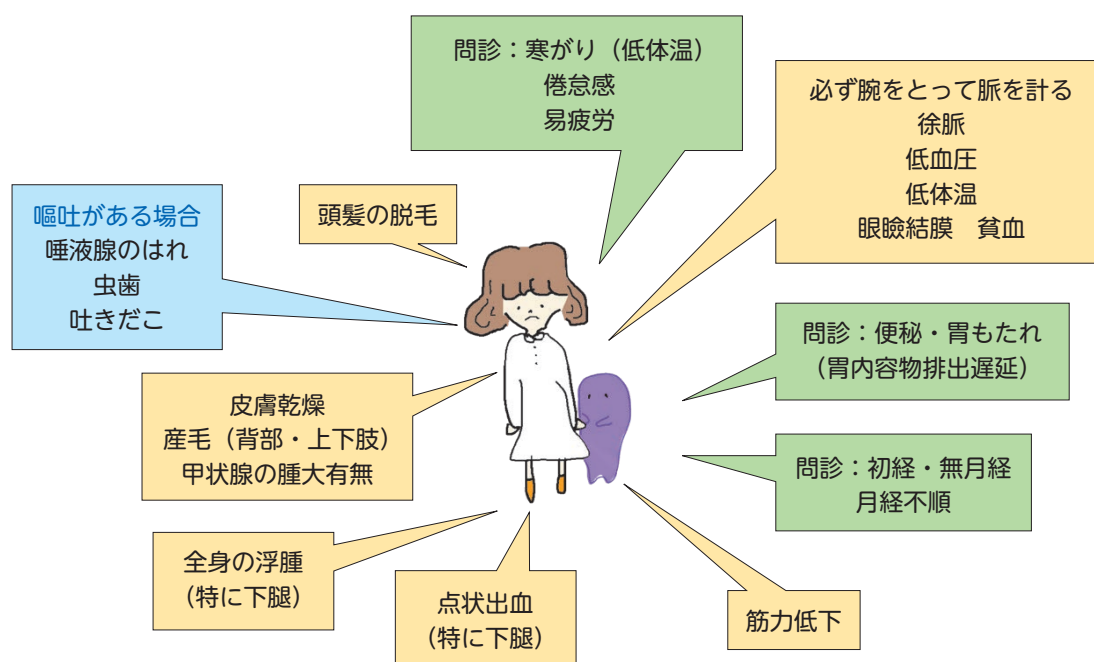


図 1. 低栄養によって生じる身体症状

小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班 作成

参考 3

表 2. 5 歳以上 17 歳までの性別・年齢別・身長別標準体重計算式

(日本小児内分泌学会 web site. <https://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html>)

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 = $a \times \text{身長 (cm)} - b$

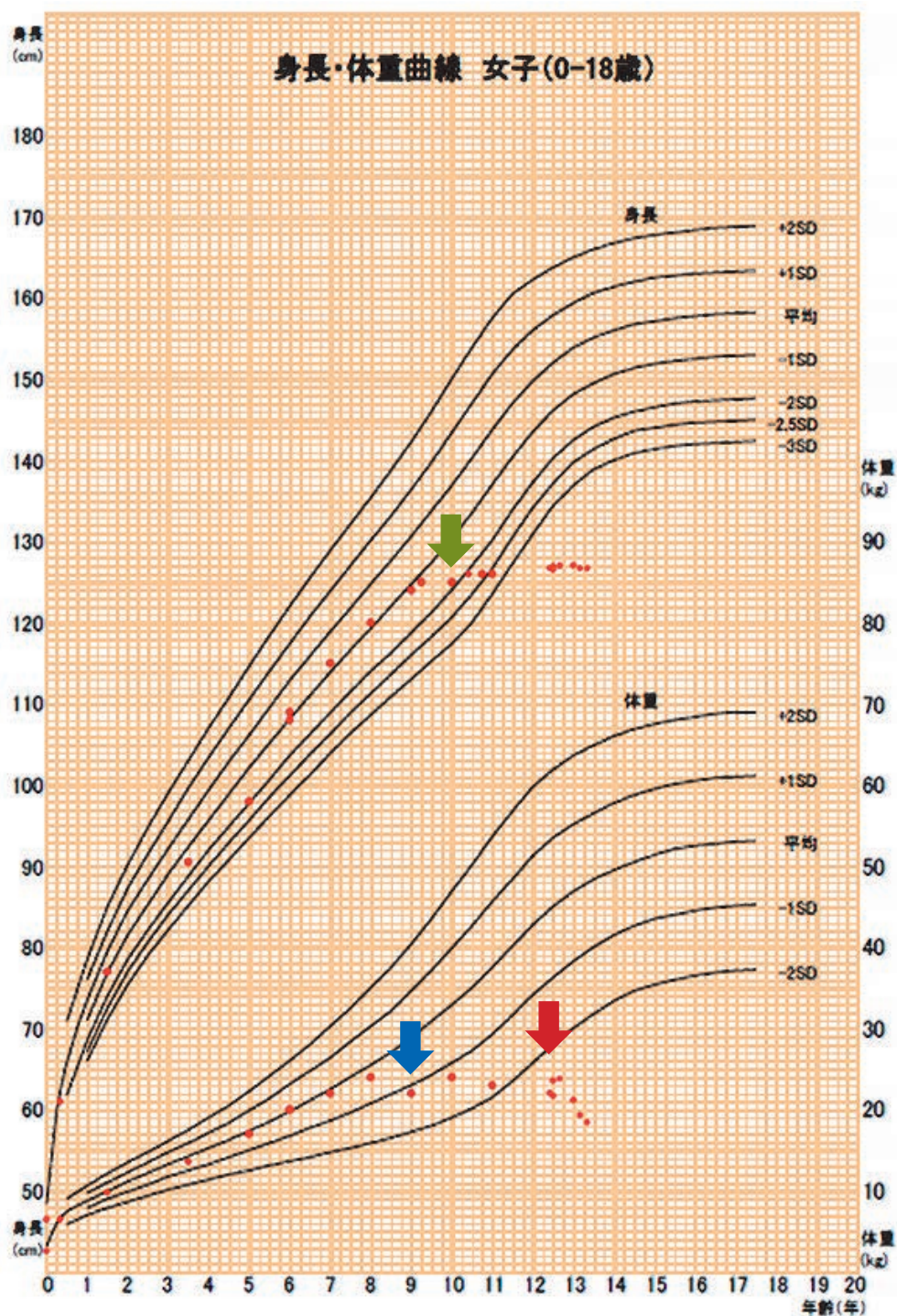


図 2. 成長曲線を用いた体重減少および身長伸びの鈍化の経過評価 (模擬症例)

小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班 作成

初診時の身長、体重の評価だけでなく、母子手帳、学校健診の身長・体重データをもとに、成長曲線を作成する。身長増加がないほどの低栄養、急激なやせ、慢性の体重増加不良など、患者の病状把握に役立つ。

本例は、12歳時に体重減少を認め初診 (↓) したが、体重は9歳からすでに増加が止まっている (↓)。また、身長も10歳以降伸びが停止している (↓)。長期にわたる低栄養状態であったことが分かる。

1. アメリカ静脈経腸栄養学会（ASPEN）の RS の定義²⁰⁾

mild RS: 血中 P、K、Mg のいずれか / 全てが 10 – 20 % 低下

moderate RS: 20 – 30 % 低下

severe RS: 30 % 以上低下 and/or 低下に伴う臓器障害 and/or VitB1 欠乏

注意：栄養再開もしくは増量後 5 日間以内に生じることが多い

2. RS の予防（血清 P 値 3.0mg/dl 以下で考慮）：

●リン、カリウム、ビタミン B1 を予防投与

●ミネラル（銅、亜鉛）、カルニチン等 低値なら補充

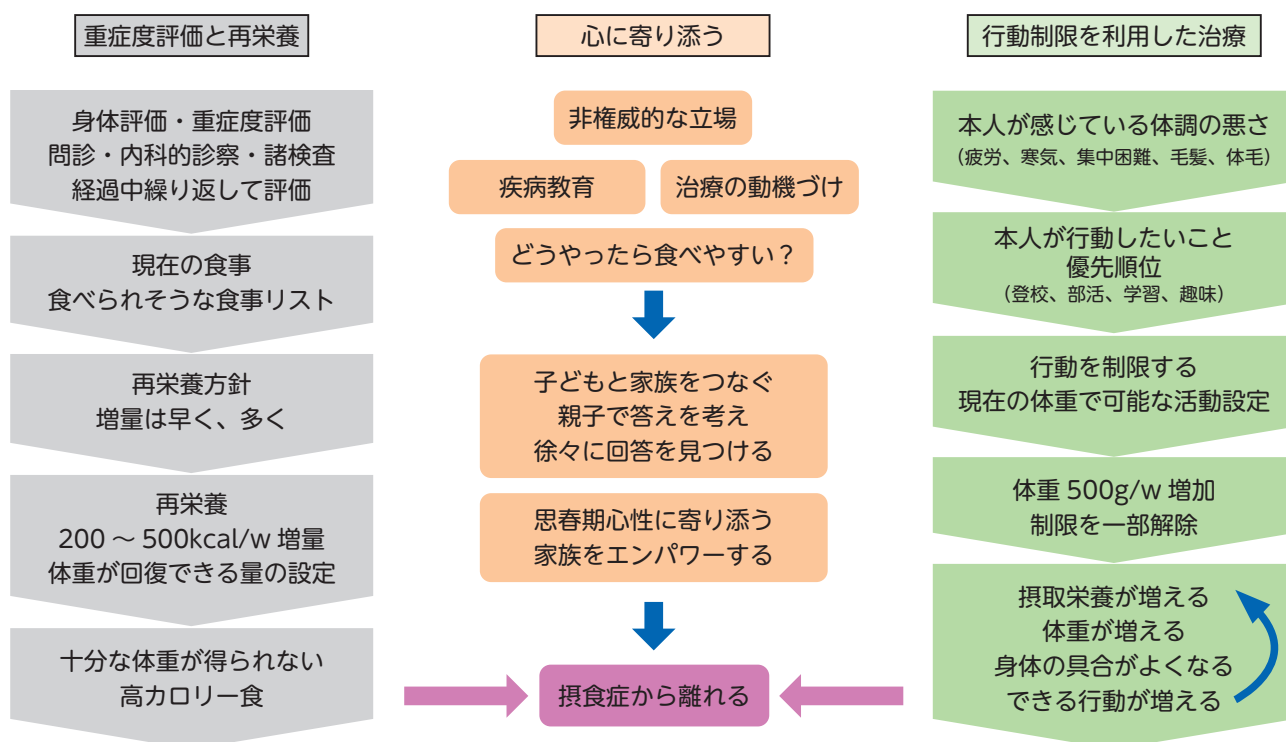


図 3. 小児摂食症プライマリ外来治療の例（行動制限を利用した治療例）

小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班 作成

参考 7

表 3. 入院初期治療時の行動表（模擬症例）

〇〇さんの点滴が抜けるまでの行動表						
栄養量	達成日	点滴	行ける場所	会える人	お風呂	できること
800kcal	/	40ml/hr	ベッド上安静 トイレ歩行は看護師の 付き添いが必要です	家族のみ	洗髪 1 / 週	勉強は午前 or 午後 1 時間 可能です（1 日 1 時間まで）
1000kcal	/	30ml/hr			洗髪 2 / 週	
1200kcal	/	20ml/hr			洗髪 3 / 週	勉強は午前 1 時間、 午後 1 時間可能です
1400kcal	/	点滴抜去	ベッド上安静 トイレ歩行は看護師の 付き添いは不要です		洗髪 3 / 週 シャワー浴 1 / 週	勉強は午前 1 時間、 午後 1 時間半可能です

- お食事は完食が目標です。
- 安静も治療の一環です。ベッド上では本を読んだり音楽を聴いたり家族と話したり、ゆっくりと過ごしましょう。
- お食事は数日に一度増やしていきます（目安は 3 ～ 4 日に一度）。

参考 8

表 4. やせの重症度評価¹⁶⁾

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

参考 9

表 5. 推定エネルギー必要量 (kcal/日)

厚生省：日本人の食事摂取基準（2025 年版）<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001396865.pdf>

性別		男性			女性		
身体活動レベル		低い	ふつう	高い	低い	ふつう	高い
0～5	(月)	－	550	－	－	500	－
6～8	(月)	－	650	－	－	600	－
9～11	(月)	－	700	－	－	650	－
1～2	(歳)	－	950	－	－	900	－
3～5	(歳)	－	1,300	－	－	1,250	－
6～7	(歳)	1,350	1,550	1,750	1,250	1,450	1,650
8～9	(歳)	1,600	1,850	2,100	1,500	1,700	1,900
10～11	(歳)	1,950	2,250	2,500	1,850	2,100	2,350
12～14	(歳)	2,300	2,600	2,900	2,150	2,400	2,700
15～17	(歳)	2,500	2,850	3,150	2,050	2,300	2,550
18～29	(歳)	2,250	2,600	3,000	1,700	1,950	2,250
30～49	(歳)	2,350	2,750	3,150	1,750	2,050	2,350
50～64	(歳)	2,250	2,650	3,000	1,700	1,950	2,250
65～74	(歳)	2,100	2,350	2,650	1,650	1,850	2,050
75 以上	(歳) ²	1,850	2,250	－	1,450	1,750	－
妊婦（付加量） ³					＋ 50 ＋ 250 ＋ 450		
初期							
中期							
後期							
授乳婦（付加量）					＋ 350		

参考 11

表 6. 輸液組成の目安²⁶⁾

水分量	輸液量は 1000-1500ml/日 (40 – 60ml/hr程度) が目安 急性のショック状態でない限り急速輸液は避ける
電解質	再栄養開始後に安定して栄養摂取できるまでは連日血液検査を実施 (特に P、K、Mg) 低下があれば補充する. 初期からリン酸 10-15mmol/L を追加してもよい
糖	初期から高濃度にならないようにする 5% 糖濃度を目安とし、血糖の推移などを見て調整する P や K が低下しているときにはカロリーを上げないようにする
ビタミン	VitB ₁ を添加する (2mg/kg/ 日または 100-200mg/ 日)
具体例	3 号液 (KN3 号 [®] など) 500ml + リン酸二カリウム 20ml + 50% 糖液 20ml 1 日 1 本 (500ml) にはビタメジン静注用 [®] 1V (チアミン塩化物塩酸塩として 100mg) を混注する

参考 12

AN、ARFID の回復経過

1) AN の回復経過

- **身体的回復**: 再栄養・体重の回復 → 成長曲線の回復、身体所見 (検査) の回復
- **行動の改善**: 極端な食事制限や過度の運動など食行動の問題が減少・改善
- **認知の改善**: 「太ることへの強い恐怖」「体型や体重への過度のこだわり」の消失
- 回復は変動的であり、リバウンドや再燃が少なくない
- 回復期にむちゃ食いが現れることがあるが、多くは回復過程の一過性の症状である

2) ARFID の回復経過

- **身体的安定化**: 栄養摂取不足による低体重や成長障害、低栄養の改善
- **行動の改善**: 食物への恐怖 (窒息・嘔吐) や感覚過敏による拒否が段階的に改善
- **食べられる食品の種類**: 品目が増える
- **認知・情緒の改善**: 「食べることは怖くない」という経験が積み重なり、食事への関心や楽しみが戻る
- AN のような「体重・体型へのこだわり」は乏しいため、認知の歪みよりも恐怖記憶や感覚過敏の修正が中心となる
- 好き嫌いや感覚的嗜好は完全には消えず、「安全な食のレパートリーを増やす」形で安定することが多い

1. 摂食障害ポータルサイト（専門職の方）

(https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/index.html)

以下の資料がダウンロードできるので参考にしてほしい。

1.1 神経性やせ症（AN）初期診療の手引き

https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/pdf/medical_cooperation_03.pdf?02



1.2 はじめての FBT 実践ガイド

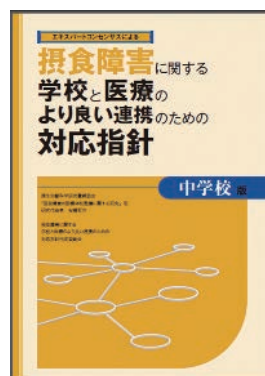
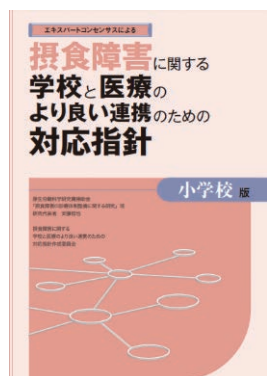
https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/pdf/manual_fbt.pdf



1.3 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針」

(小学校版、中学校版、高校版、大学版) (摂食障害情報ポータルサイト：専門職の方) (参考資料・学校関係)

https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/index.html



1.4 小児の摂食行動の質問紙 子ども版 EAT26 日本語版

「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針」(小学校版、中学校版) (摂食障害情報ポータルサイト：専門職の方) (参考資料・学校関係)

https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/index.html

・Chiba H, et al.: Children's eating attitudes test: reliability and validation in Japanese adolescents. Eat Behav.2016 Dec;23:120-125.

Ⅱ．日本学校保健会 web site：令和2年度（2020 年度）改訂学校生活管理指導表（小学生用） （<https://www.hokenkai.or.jp/publication/guidance.html>）

(2020年度改訂)		学 校 生 活 管 理 指 導 表 （小学生用）				年 月 日	
氏 名		男 ・ 女	年	月	日	小学校	年
①診断名（所見名）		2指導区分 要管理：A・B・C・D・E 管理不要：可（ただし、 可（ただし、 可（ただし、		3運動クラブ活動 ()クラブ ()年 ()月後 または異変があるとき		医療機関 医 師	
【指導区分：A・・・在宅医療・入院が必要 B・・・登校はできるが運動は不可 C・・・軽い運動は可 D・・・中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可】						印	
体育活動		運動強度		軽い運動（C・D・Eは“可”）		中等度の運動（D・Eは“可”）	
運 動 領 域	※ 体づくりに運動	体ほぐしの運動遊び 多様な動きをつくる運動遊び	1・2年生	体のバランスをとる運動遊び （寝転ぶ、起きる、座る、立つなどの動きで構成される遊びなど）	用具を操作する運動遊び （用具を持つ、降ろす、回す、転がす、くぐるなどの動きで構成される遊びなど）	体を移動する運動遊び（這う、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される遊び） 力試しの運動遊び（人を押す、引く、運ぶ、支える、力比べで構成される遊び）	
	体ほぐしの運動 多様な動きをつくる運動	3・4年生	体のバランスをとる運動 （寝転ぶ、起きる、座る、立つ、ケンケンなどの動きで構成される運動など）	用具を操作する運動 （用具をつかむ、持つ、回す、降ろす、なななどの動きで構成される遊びなど）	体を移動する運動（這う、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される運動） 力試しの運動（人を押す、引く、運ぶ、力比べをする動きで構成される運動） 基本的な動きを組み合わせる運動		
	体ほぐしの運動 体力を高める運動	5・6年生	体の柔らかさを高める運動（ストレッチングを含む）、軽いウォーキング	巧みな動きを高めるための運動 （リズムに合わせての運動、ボール・輪・棒を使った運動）	動きを持続する能力を高める運動（短なわ、長なわ跳び、持久走） 力強い動きを高める運動		
	陸上運動系	走・跳の運動遊び	1・2年生	いろいろな歩き方、ゴム跳び遊び	ケンパー跳び遊び	金力でのかけこ、折り返ししりぞき 低い障害物を用いてのしりぞき	
	走・跳の運動	3・4年生	ウォーキング、軽い立ち幅跳び	ゆっくりとしたジョギング、軽いジャンプ動作（幅跳び・高跳び）	金力でのかけこ、短距離走、ハードル走 短距離走での幅跳び及び高跳び		
	陸上運動	5・6年生			金力での短距離走、ハードル走 助走をした走り幅跳び、助走をした走り高跳び		
	ボール運動系	ゲーム、ボールゲーム・鬼遊び（低学年） ゴール型・ネット型・ベースボール型ゲーム（中学年）	1・2年生	その場でボールを投げたり、ついたり、跳べたりしながら行う遊び	ボールを蹴ったり止めたりして行う遊びや振り回し 跳べたり投げたりする簡単な遊び	ゲーム（試合）形式	
	ボール運動	3・4年生	基本的な動作 （パス、キャッチ、キック、ドリブル、シュート、バッシングなど）	簡易ゲーム （場の工夫、用具の工夫、ルールを工夫、基本的な動作を踏まえたゲーム）			
	器械運動系	器械・器具を使った運動遊び	1・2年生	ジャンプジムを使った運動遊び	雲梯、ろく木を使った運動遊び	マット、鉄棒、跳び箱を使った運動遊び	
	器械運動 マット、跳び箱、鉄棒	3・4年生 5・6年生	基本的な動作 マット（前転、後転、壁倒立、ブリッジなどの部分的な動作） 跳び箱（前転跳びなどの部分的な動作） 鉄棒（前回り下りなどの部分的な動作）	基本的な技 マット（前転、後転、側転、開脚前転、後転、壁倒立、補助倒立など） 跳び箱（低い助走での開脚跳び、抱え込み跳び、台上乗鞍など） 鉄棒（補助逆上がり、転向前下り、前方支持回転、後方支持回転など）	連続技や組合せの技		
水泳系	水遊び	1・2年生	水に慣れる遊び （水につかっこ、水につかっつの電車こっこなど）	浮くもぐなどの運動遊び （壁につかまっつの伏し浮き、水中でのジャンケンにらめっこなど）	水につかっつのしりぞき、バブリング・ボビングなど		
水泳運動	3・4年生 5・6年生	浮く運動（伏し浮き、背浮き、くぐり浮きなど） 泳ぐ動作（ばた足、かえる足など）	泳ぐ動作（けつびなど） 泳ぐ動作（連続したボビングなど）	補助具を使ったクロール、平泳ぎのストロークなど クロール、平泳ぎ			
表現運動系	表現リズム遊び	1・2年生	まねっこ遊び（鳥、昆虫、恐竜、動物など）	まねっこ遊び（飛行機、遊園地の乗り物など）	リズム遊び（保母、ねじる、スキップなど）		
表現運動	3・4年生 5・6年生	その場での即興表現	軽いリズムダンス、フォーカダンス、日本の民謡の簡単なステップ	変化のある動きをつけた表現（ロック、サンバなど） 強い動きのある日本の民謡			
雪遊び、氷上遊び、スキー、スケート、水辺活動		雪遊び、氷上遊び		スキー・スケートの歩行、水辺活動	スキー・スケートの滑走など		
文 化 的 活 動		体力が必要な長時間の活動を除く文化活動		右の強い活動を除くほとんどの文化活動	体力を相当使って動く楽器（トランペット、トロンボーン、オーボエ、バスクン、ホルンなど）、リズムのかなり強い曲の演奏や指揮、行進を伴うマーチングバンドなど		
学校行事、その他の活動		▼運動会、体育祭、球技大会、新体力テストなどは上記の運動強度に準ずる。 ▼指導区分“E”以外の児童の満足、部活動、修学旅行、林間学校、臨海学校などの参加について不明な場合は学校医・主治医と相談する。 ▼陸上運動系・水泳系の活動（学習指導要領参照）については、学校医・主治医と相談する。					
その他注意すること							
定義 《軽い運動》 同年齢の平均的児童にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。 《中等度の運動》 同年齢の平均的児童にとって、少し息がはずむが息苦しくない程度の運動。パートナーがいれば家に会話が出来る程度の運動。 《強い運動》 同年齢の平均的児童にとって、息がはずみ息苦しさを感じるほどの運動。心疾患では等尺運動の場合は、動作時に歯を食いしばったり、大きな掛け声を出したり、動作中や動作後に顔面の紅潮、呼吸促進を伴うほどの運動。 ※新体力テストで行われるシャトルラン・持久走は強い運動に属することがある。							

Ⅲ．参考図書

1. 神庭重信、久住一郎（編）：講座 精神疾患の臨床4：身体的苦痛症群 解離症群 心身症 食行動症 または摂食症群。中山書店、2021
2. ジェームズ・ロック、ダニエル・グランジ（著）、永田利彦（監訳）：家族をベースとする治療 神経性やせ症治療マニュアル（第2版）。金剛出版、2023
3. マリア・ガンシー（著）、井口敏之・岡田あゆみ・荻原かおり（監修・監訳）：家族の力で拒食を乗り越えるー神経性やせ症の家族療法ガイドー。星和書店、2019
4. ジャネット・トレジャー他（著）、中里道子、他（監訳）：モーズレイモデルによる家族のための摂食障害こころのケア（第2版）。南山堂、2022

IV. 診療マニュアル・ガイドライン集

1. DSM-5-TR™ 精神疾患の診断・統計マニュアル. American Psychiatric Association (原著), 日本精神神経学会 (監修), 高橋三郎・大野浩 (監訳), 医学書院, 2023
2. 摂食障害治療ガイドライン：日本摂食障害学会 (監修), 医学書院, 2012
3. 小児心身医学会ガイドライン集 (改訂3版)：日常生活に活かす7つのガイドライン：小児摂食障害ガイドライン. 日本小児心身医学会 (編), 南江堂, 2025

2025 年 10 月

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

小児治療ワーキンググループ

(小児摂食障害プライマリ診療の手引き作成班)

(分担研究者 作田亮一)

