【GMCPLM0026】

摂食障害の診断・治療の概要

- 摂食障害の歴史的経緯
- 摂食障害と不適応状態
- 摂食障害とパーソナリティ障害・発達障害
- DSMの診断基準
- ガイドライン
- 入院治療について
- 症例提示

こころと身体のクリニック
医療法人社団
五稜会病院

令和5年11月作成

摂食障害の歴史的経緯　過去・現在

摂食障害（eating disorder：ED）は、食行動の重篤な障害を呈する精神障害の一種
大きく拒食症、過食症に分類。「極端なやせ願望」「肥満恐怖」が共通した同一疾患

過去

- ■1950年代　神経症性拒食症（AN）とシモンズ病の区別　成熟拒否、女性性拒否
- ■1970年代　思春期やせ症
- ■1990年代　神経症性大食症（BN）、過食嘔吐の患者急増
- ■2005年　日本摂食障害学会発足
- ■2012年　「摂食障害治療ガイドライン」発刊
- ■2013年　DSM-5 binge eating disorder (BED) 新カテゴリーで独立

現在

- ●人間関係・痩せ願望など心理的ストレスが原因
- ●思春期・若年者、妊娠中
- ●パーソナリティ、発達障害の併存（EDの10-20%）
- ●日本国内の患者は1年間で延べ22万人

GORYOKAI

摂食障害チーム
治療プログラム策定

摂食障害と不適応状態・適応障害

摂食障害の診断は、食事に関して注目した場合の病名に過ぎない

イメージ

不適応状態
広い意味での適応障害

精神科の病気

- 大きく3つに分ける
  1. 症状性を含む器質性精神障害
  2. 精神病圏の病気
  3. 神経症圏の病気

摂食障害

摂食障害とパーソナリティ障害・発達障害の合併

摂食障害 ✚ パーソナリティ障害や発達障害合併の場合の考え方

- **パーソナリティ障害合併の場合**
  - どちらに焦点を当てて治療を行うのか、入院目的の明確化が必要
  - パーソナリティ障害治療が基本で、摂食障害はあくまでも表現系のひとつとして考えるかどうか
- **発達障害合併の場合**：合併か症状かの判別、摂食障害発症以前の状態確認が必要
  - 元々、発達障害なのか
    - ➢摂食障害以前から発達障害の特徴がある
    - ➢ボディイメージややせ願望だけでは説明できない
    - ➢数字への拘り（32ｋｇがいい　食事時間への拘り）
    - ➢儀式（食事摂取方法）
    - ➢歪んだ思考（食べる意味が分からない、無職なので食べてはいけない）
  - 飢餓状態による発達障害症状なのか
    - ➢食や体重への拘りが強くなり、思考の柔軟性がなくなる（飢餓思考）
    - ➢コミュニケーションや感情の表出が乏しくなる

摂食障害　ＤＳＭⅣ から ＤＳＭ－５

摂食障害は、体重や体型に対する強いこだわりを認め、体重が増加することを防ぐために食事量の制限、自己嘔吐や不適切な下剤の使用といった行動を認める疾患

摂食障害	DSMⅣ	DSM-5	
拒食症	拒食症	神経性やせ症 ➢ 制限型 ➢ 過食/排出型 【AN】	● 「正常体重の最低限を維持することの拒否」 ⇒「カロリー摂取を制限…有意に低い体重に至る」に変更 ● 示唆する体重のカットオフ値がなくなる ● 体重増加の恐怖＋体重増加を妨げる行為が追加 ● 「現在の低体重の重大さの否認」→「認識の持続的な欠如」 ● 肥満恐怖・無月経という必須条件がなくなる ● 「現在の神経性無食症のエピソードの期間中」→「過去3ヶ月」
過食症	過食症・排出型	神経性過食症	● 過食頻度少なくとも週2回期間3か月以上 ⇒週1回期間3ヶ月以上へ ● 排出型非排出型の区別がなくなる
	過食症・非排出型	過食性障害 【BN】	
	むちゃ食い障害	過食性障害 【BED】	● 新たに独立した病型
			BMIによる重症度の基準が追加。BMI: 18.5以下を低体重

摂食障害とガイドライン

薬物療法は基本的にはどの病型に対しても単独では推奨されていない
必要があれば、慎重に利点・欠点を考慮して選択することが推奨される

日本

- 2007年「神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン」
- 2012年「摂食障害治療ガイドライン」

エビデンスに基づく摂食障害治療ガイドライン

- ◆ 2014年「オ-ストラリアとニユ-ジーランドのガイドライン」
- ◆ 2016年「デンマークの神経性やせ症と重症神経性過食症への簡易ガイド」
- ◆ 2017年「オランダのガイドライン」
- ◆ 2017年「英国のNICEガイドライン」　　まず専門治療機関と連携をとること

1. 認知行動療法(CBT)
2. モーズレー式神経性やせ症治療（MANTRA)
3. 専門家による支持的精神療法(SSCM)

入院基準：体重は、BMIだけで決めない。体重減少のスピ-ド・血液検査・身体所見
心電図異常(心拍が40/分以下の徐脈，　QT延長など)

摂食障害の入院治療

入院治療の適応は、神経性無食欲症の場合。生命の危険の場合は総合病院
過食症は、外来治療。支持的精神療法・心理教育・栄養指導・自助グループ

【入院適応】
低体重や急激な体重減少　標準体重の65%を下回れば入院栄養療法が推奨
外来では改善しない場合・重篤な身体合併症・自殺企図
嘔吐や下剤乱用の改善
その他にも家族と距離を取る・食生活を正す等の体重を増やす以外の目的

【入院前の動機づけ面接】　摂食障害チームの看護師らによる
① 治療すれば、食べ物・体重あるいは他人・親からコントロールされる日々から解放されることを伝える
② 現在の症状の多くは低体重の影響で説明がつく
③ 体型や体重に過度にとらわれない生活を送れるように援助する

症例22　初診時 15歳女性　神経性やせ症

自閉症スペクトラム障害の合併。複数回の入院。外来治療。大学進学

実際の症例をもとに改変しています

【主訴】食事がきちんととれて、元気になって、家族と一緒にどこかに行きたい
【生育歴】父母は離婚。母と同居。高校在学中。性格傾向：人見知り
【現病歴】
X-4年3月（小学6年）、かんしゃくや過度にマイペース。精神科クリニックを初診。WISC-Ⅳ　IQ=80
　中学3年間不登校。放課後等デイサービスを利用
X-3年（中学2年）、体型を気にする。筋力トレーニング始めた。テスト前に気分の落込み、イライラ、不安
X-1年1月、高校受験頃からイライラ感が強まり、4月頃から不眠、10月頃から太ることへの恐怖
　葉物野菜以外ほとんど食べず、トレーニングをしないと不安、運動量も増加、入眠時刻が深夜2～3時になる
X年1月、生理も止まり、身長153㎝、体重36kg（BMI = 15.4)、専門機関での治療を勧められ、当院初診
【治療経過】
X年2月、低栄養のため任意入院。入院目的は、きちんとご飯を食べて元気になって旅行に行くこと
　入院時は32kg（BMI=13.7）。摂食障害クリニカルパス運用。看護師と心理師中心に心理教育
　経管栄養は拒否、体内に入れるカロリーは自分の口から摂取したもののみにしたいというこだわり
　徐々に運動量の増加。目標体重に到達せず、4月には前週から1.5kg減量。治療の見直し。経管栄養を提示
　本人はカロリーアップし、経口摂取で頑張ると選択。運動をやめることは出来なかった。
　母に会えない寂しさ、家に帰れない辛さなどのストレスも運動で発散。最終体重35kg（ BMI= 15.0）
X年5月、自宅退院、外来治療へ。その後、3回の入院歴。大学進学

摂食障害治療支援センター設置運営事業

摂食障害全国支援センター

Center for Eating Disorder Research and Information

https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/index.html

1 全国摂食障害対策連絡協議会（協議会）開催

摂食障害の医療の現状や課題、対策を議論

2 支援拠点病院との連携

支援拠点病院との連携会議を開催
活動状況や課題について情報交換

3 情報ウェブサイトの運営

ホームページで事業の活動を紹介
「摂食障害情報ポータルサイト」を運営
一般や専門職向けに摂食障害について、
対処、治療、支援、研修、研究等の情報の発信

4 相談事例の収集と解析

支援拠点病院での相談事例の収集、分析

5 研究や研修

病院、学校、保健所等での実態の調査
治療プログラムの開発
NCNPでは、毎年、摂食障害治療研修を開催

NCNP=国立精神・神経医療研究センター

まとめ

- 摂食障害の診断は、食事に関して注目した場合の病名に過ぎない
- その背景を探り、その対処をしないと病状は改善しない

●摂食障害とは？　今回は概要についての説明

●摂食障害の診断について

●摂食障害の治療

●症例の提示

●摂食障害支援拠点病院、地域連携

五稜会病院では、摂食障害を積極的に診ていきます

GORYOKAI