実践報告

摂食障害患者への自分をみつめられる援助の有用性

Effectiveness of Supporting Patients with Eating Disorders to Look at Themselves Objectively

郡司みさ江[1)]　菅谷智一[2)]　沼尻信子[1)]　森　千鶴[2)]
Misae Gunji　Tomokazu Sugaya　Nobuko Numajiri　Chizuru Mori

キーワード：摂食障害患者、患者の思い、事例研究
Key words：Patient with eating disorder, Patients' thoughts, Case study

要旨

摂食障害は精神科の中でも治療が難しく、生命の危機に直結する重大な障害の一つであり、入院が長期にわたることが多い。入院治療では行動療法が行われることが多いが、本人が納得できないと、再発・再入院に至ることがある。そこで、本研究では患者の思いに寄り添い、自分をみつめられるように行った援助を振り返り、その有用性を明らかにすることを目的とした。30 代女性の摂食障害患者 1 名の入院から 231 日目までを分析したところ、4 期に分けることができた。第 1 期では患者の行動を観察し、見守り、第 2 期では患者の問題行動に対応するために看護の統一を図った。しかし、手詰まり感があったために第 3 期で、積極的に患者に関わり、自分をみつめられるよう、寄り添う援助を行ったところ、第 4 期では患者は自らの目標に向かって進むことができていた。これらのことから、本研究の援助は摂食障害治療を前進させることができ、有用であったと考えられた。

Ⅰ．はじめに

摂食障害の 9 割が 10 代～30 代の女性で、先進国に多い（中井、2016）。また、治療は難しいため、死亡率が極めて高く、治療は難しいため、精神科の入院治療においても生命の危機に直結する重大な障害の一つと指摘されている（永田・切池、2005；塚本・宮島・賀古、2016）。しかし、摂食障害の治療や看護は十分に確立されておらず、精神科の中でも、統合失調症やうつ病と比べて専門家も少ない状況である（西園、2013）。また、摂食障害患者の背景は多様であるために、心理社会的治療が有効であるとの指摘もある（中井、2016）。これらのことから入院も長期にわたる傾向がある（渡邉ら、2007）。

現在、入院治療では正常な食事パターンと体重の回復を目的として行動療法を中心に行われることが多く（永田・切池、2005）、本人が納得しないまま体重を増やすだけでは、退院後に再び体重を減らしてしまい、再発・再入院を繰り返す患者が多い状況にある。また、入院中は看護師や医師などの医療者が、摂食障害患者の思いや行動に振り回されることもあり、治療や看護がうまく進められな

1）茨城県立こころの医療センター　Ibaraki Prefectuoral Medical Center of Psychiatry
2）筑波大学医学医療系　University of Tsukuba Faculty of Medicine

いことも多い（岡野ら、2011）。さらに、治療に対する些細なずれを理由に不満がおこり、治療からドロップアウトしてしまう患者も多く、餓死寸前まで体重低下し、救命のために高カロリー輸液を行うケースも報告されている（西園、2010）。

このような状況を回避するためには、患者自身が自分のことを理解し、患者のストレングスを高めることが必要であるとの指摘もある（福岡・畦地、2012）。そのため、摂食障害患者への看護において、体重の増減を気にする問題行動にばかり目を向けるのではなく、患者に対して積極的な関わりを持つこと（西園、2013）が摂食障害の入院治療において必要になると考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究では、摂食障害患者の思いに寄り添い、自分をみつめられるよう援助を行った患者に対する看護を振り返り、実践した援助の有用性を明らかにすることを目的にした。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

事例研究

2．調査内容

治療状況、服薬状況、看護ケア内容、患者の言動、摂食カロリー、BMI を診療録より収集した。

3．事例紹介

対象者：30 代女性　1 名

診断名：摂食障害

患者は 2 回目の入院である。前回の入院では、体重の減少から生命の危機的状態になり、一般病院に入院となっていた。その後、精神科の治療が必要となったことから精神科病院に転院となった。精神科としての 1 回目の入院時は行動療法を行い、BMI が 13 を超え生命の危機を脱する体重になったところで、本人の意思で退院していた。しかし、退院後も体重が増加せず、自宅でも臥床して過ごすことが多く日常生活にも支障があった。そのため、外来通院時に、主治医の勧めにより、本人が決定し、精神科病院への 2 回目の入院（任意入院）となった。

4．分析方法

本研究では、患者の 2 回目の入院の経過を振り返り、入院から 231 日目までの患者の状態、言動、治療状況等の整理を行い、時期を分けて分析を行った。なお、分析を行うにあたり、精神看護学に精通する大学教員のスーパーバイズを受けながら、看護師 2 名で質的に分析した。

5．倫理的配慮

研究を実施するにあたり、研究責任者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、対象者には研究の趣旨及び内容、研究参加の任意性について口頭及び文書で説明し、同意を書面にて得た。

Ⅳ．結果

患者の入院の経過を振り返り、入院から 231 日目までの患者の状態、言動、治療状況等の整理を行ったところ、4 つの時期に分けることができた。4 つの時期は、【自分で何とかしたいと思っていた時期】（入院～69 日）、【治療に対する不満がでた時期】（70～130 日）、【気持ちを表出できるようになった時期】（131～170 日）、【目標に向かって自ら進んでいった時期】（171～231 日）とした。なお、入院中の BMI の変化を図 1 に示した。

1．【自分で何とかしたいと思っていた時期】

入院時の BMI は 12.9 であり、1 回目の退院時よりも体重が減少していた。自宅では、ほとんど臥床して過ごし、日常生活もままならぬ状況であったことから、患者は現状を打開したいと話し、治療の意欲があると考えられた。任意入院であったことから行動制限はせず、看護師や医療者は患者の行動を見守っていた。しかし、入院後より体重が減少し、BMI は 11.3 にまで減少した。そこで、医療者は点滴や経腸栄養剤による治療を提案するものの、

患者は拒否し、経口からの食事で体重を増やすと話す一方で、体重増加に対する恐怖感を看護師に話していた。この時期、患者は子どもの学校行事に参加したり、気分転換のために外出していた。食行動を観察していると、食事を捨てたり、吐く等の問題行動が認められ、看護師が注意すると、「叱って欲しかった」と言ったり、「自分を信じて見守っていて欲しい」と言ったりした。そのため、この時期は患者の行動を見守ることを主眼に置くようにし、観察を密に行っていた。

2.【治療に対する不満がでた時期】

自力での対処では体重が思うように増えないことから、入院形態を任意入院から医療保護入院に切り替え行動制限による行動療法が開始された。この行動療法では、体重の数値により行動の範囲が決まってくるものであり、行動療法を始めたことで、食事は全量摂取できるようになった。しかし、便がスッキリ出ないといった不満や、腹部症状や胸部痛の訴え、さらには上肢をかきむしってしまうといった自傷行為が見られた。胸部痛に関しては、心電図モニターを装着し慎重に経過観察も行われたが、不満を訴え、精神医療審査会に電話をしたこともあった。また、便を隠す行動や看護師を強く批判する行動も見られており、看護師は患者の行動に翻弄され、対応に苦慮していた。そのため病棟内でカンファレンスをひらき、これらの問題行動への対応を検討し、病棟での看護を統一しようと試みたが、患者の状態が改善せず、看護師は手詰まりで援助の方向性を見失っていた。

3.【気持ちを表出できるようになった時期】

摂食障害への治療やケアの仕方をもう一度考え直し、１つ１つの問題行動に対応していても改善しないことから、問題行動に着目するのではなく、患者の良いところに着目することや、患者の思いに寄り添うケアを実施するという方針を立てた。受け持ち看護師が中心となり、時間をとって患者のその時の思いを聞き、また患者の生い立ちについても話を聞くようにした。当初は日々の出来事などの話をしていたが、徐々に患者の過去のことやその時の思いにも話が及ぶようになっていった。その中で、思春期の頃の家族内での葛藤を話していくうちに、患者自身が摂食障害になったきっかけを見出すことができた。この頃から、看護師との会話時の表情が徐々に良くなり、看護師に対して患者から話しかけることも増えていった。行動療法は続いていたが、1 ヶ月先に予定されている子ど

図 1　入院中の BMI の変化

もの行事に参加するために主治医に相談し、そこに参加するための行動療法上の目標体重を主治医と一緒に決めることができた。さらに、主治医より体重が増えたことをほめられ、その時の喜びを看護師に報告してくれていた。この時期には、食事における問題行動が少なくなり、BMI は 14.5 にまで増えていた。

4.【目標に向かって自ら進んでいった時期】

患者が楽しみにしていたイベントである、子どもの学校行事に参加することを目標とし、それに向かって意欲的に食事摂取を行うようになった。そのため、看護師は患者の行動を肯定的に評価するようにしていた。看護師との会話の中でも、徐々に自分の気持ちを表出したり、自分のこととして考えることができるようになっていった。この頃の話の内容は、家族内の葛藤のことや仕事、結婚の話であった。看護師が話をゆっくり聞くようにしたところ、表情や話しぶりが柔らかくなった印象を持った。体重は少しずつ増えていき、BMI は 15.0、15.4 と、15 を上回るようになった。患者は子どもの学校行事に参加したり、外出で家族に会ったりするようになっていた。家族は、「感じが変わった、明るくなった」と、患者の変化を感じた表現が多くなり、患者もそのことを喜んでいた。入院当時を振り返り、現在の状態を比較して、「体重が増えてよかった」と話し、「体重が増えることが嫌じゃなくなった、ホッとした」と自分の気持ちを吐露することができた。

Ⅴ．考察

1.【自分で何とかしたいと思っていた時期】

摂食障害の患者は治療に対するモチベーションが低く、治療に対する不満から、治療者との間にずれを生じ、治療から脱落すると指摘されている（西園、2013）。本研究の対象者も、日常生活に困難を感じ、自らの意思で入院してきたにもかかわらず、入院当初である第 1 期は治療を受け止めきれず、脱落しかかっていたと考えられた。

2.【治療に対する不満がでた時期】

この脱落しかかった患者に対し、第 2 期において、正常な食事パターンと体重の回復を目的とし、行動療法が実施された（永田・切池、2005）。しかし、行動が制限されたためか、患者の問題行動はエスカレートし、その都度、対応に対して苦慮していた。病棟内で対応を統一するべくカンファレンスを開いたが、そこでも患者に対する医療者のネガティブな感情が表出され、収拾がつかなかくなっていた。この時期はまさに、看護師が摂食障害患者に振り回されて、患者との関わりから生じた苦手意識が強くなってしまっていた時期であると考えられた（岡野ら、2011）。

3.【気持ちを表出できるようになった時期】

そこで、患者に苦手意識をもって関わりを避けるのではなく、西園（2013）が指摘するように積極的に関わっていくことで、これらの状況を打開できると考え、時間を十分とって患者としっかり向き合うこととした。その際、問題行動に着目して対処するのではなく、患者の良いところに着眼したり、思いに寄り添っていくようにした（福岡・畦地、2012）。このように看護の視点や姿勢を変えた時から第 3 期とした。この時期は、行動療法の成果もあり、少しずつ体重が増えてきており、脳への栄養も行き届いたことで看護師との会話もしやすくなっていた可能性もある。しかし、タイミングよくその時期に時間を十分にとって話をしたことで、患者は自分の過去を振り返り、摂食障害のきっかけを自覚することができたと考えらえた（吉田、2005）。また、患者の表情もよくなり、問題行動も減少したことで、受け持ちの看護師ばかりでなく、病棟内の他の看護師との関係も改善するなど相乗効果がみられたと考えられた。患者自身も少しずつ余裕が生まれ、自分自身に対する多様な見方ができるようになり、目の前の出来事ばかりでなく、自分が大切にしているイベントである家族の行事にも目を向けることができるようになった。主治医が患者の変容を肯定的に評価したことも患者自身の喜びと治療意欲に結びついたと考えらえた。これらの

ことから、次のステップであるイベントに向けての外出や、退院後の生活をも考えられるようになったと推察された。このように、看護師が積極的に関わり、患者の思考が整理され、患者看護師関係も良好になっていったことに加え、患者のモチベーションである子どもの学校行事に参加するという目標が治療の中で浮上したことでますます治療への意欲が増したと考えられた（西園、2015)。

4.【目標に向かって自ら進んでいった時期】

第 4 期では、第 3 期で培った患者看護師関係を背景に、イベントへの参加という目標に向かって進む患者の伴走者となるべく看護師の関わりがあったと考えられた（槇野、2005)。その結果、体重が増加し、目標としていたイベント参加のための外出も行うことができた。さらに患者の変化について家族から肯定的な評価を受けたことで患者と家族の関係も改善されたと推察された（西園、2015)。行動療法だけの治療に頼っていた時には、外出などの目標がクリアすれば、また体重を減らす方向に走ってしまっていた患者であったが、「体重が増えることが嫌でない、体重が増えてよかった」と思いを表出することができたことも意義深いと考える。

5. 実践した援助の有用性

これらのことから、摂食障害患者に対して、体重の回復ばかりに着目した関わりではなく（西園、2013)、患者と積極的に関わり、十分な時間を確保して患者の気持ちに寄り添い、自分を見つめられるような看護は、摂食障害患者に対して有用であると考えられた。しかし、本研究は 1 事例の結果をまとめたものであり、この事例をもって全ての摂食障害患者の看護に汎化することはできない。この事例では、看護の視点や姿勢を変えた時期と、患者の体重が上がってきた時期、また、患者の目標となるイベントがあった時期がうまくかみ合ったため、良い結果につながったとも考えられた。

本研究では、これらの要因がうまく組み合わせることができたためと考えられるが、他の事例においても、その患者の生活や状態を積極的にアセスメントし、治療や看護に活かせる材料を探っていくことでその時の患者に合った関わりができるのではないかと考えられた。

Ⅵ. 結論

30 代女性の摂食障害患者 1 事例を振り返ったところ、患者の問題行動に着目するのではなく、患者の良いところに着目したり、思いに寄り添うことで患者自身が自分をみつめることに繋がり、摂食障害治療を前進させることができたのではないかと考えられた。

謝辞

本研究は第 12 回看護教育研究学会学術集会にてその一部を発表しました。本研究の実施にあたり、快くご協力いただきました対象者や研究活動を支えていただきました皆さまに深く御礼申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

福岡雅津子，畦地博子.（2012）摂食障害をもつ人のストレングスを高めるケア．高知女子大学看護学会誌，38(1)，61-67.

槇野葉月.(2005) 回復のために家族ができること. 伊藤順一郎（編)，家族で支える摂食障害　原因探しよりも回復の工夫を（pp25-46)．東京：保健同人社.

永田利彦，切池信夫.（2005）摂食障害の入院治療. 心身医学，45(5)，342-349.

中井義勝.（2016）摂食障害治療ガイドラインについて．心身医学，56(2)，120-126.

西園マーハ文.（2010）摂食障害のセルフヘルプ援助　患者の力を生かすアプローチ. 東京：医学書院.

西園マーハ文.（2013）摂食障害治療最前線　NIEC ガイドラインを実践に活かす. 東京：中山書店.

西園マーハ文．(2015) 摂食障害．野村総一郎，樋口輝彦（監修），標準精神医学第 6 版（pp369-378）．東京：医学書院.

岡野なつみ，永野孝幸，那須史佳，中矢順子，小松佳子，米花紫乃，森木妙子．(2011) 看護師の感情のゆらぎ　神経性食欲不振症患者とのかかわりを通して．高知女子大学看護学会，36(2)，72-78.

塚本美奈，宮島直子，賀古勇輝．(2016) 神経性無食欲症患者の退院後の生活におけるストレスと社会適応状態に関する研究.日本精神保健看護学会誌，25(1)，84-90.

吉田光爾．(2005) コミュニケーションを大切に．伊藤順一郎（編），家族で支える摂食障害　原因探しよりも回復の工夫を（pp47-62）．東京：保健同人社.

渡邊久美,伊東美希,國方弘子,山本礼子,木村由紀子，有村エリ子,...，梅津伸子．(2007)．A 大学病院精神科において 90 日以上入院している患者の傾向－診療記録および看護記録に基づく分析－．岡山大学医学部保健学科紀要，17(1)，27-31.

Abstract

Treatment for eating disorders is difficult even in psychiatric hospitals. An eating disorder is a serious, potentially life-threatening condition, and many patients with eating disorders require extended hospitalization. Behavioral therapy is commonly used for inpatients with eating disorders; however, unless a patient understands the necessity of the treatment, he or she may experience a relapse and be readmitted to the hospital. Therefore, this study aimed to consider support that would enable patients to look at themselves objectively, and to determine the effectiveness of such support. We provided support for a patient in her 30s from day 1 to day 231 of hospitalization. The support was divided into four phases. In the first phase, we observed the patient's behaviors. In the second phase, we provided consistent nursing care in response to the patient's behavioral problems. However, because we felt that we were at a standstill, in the third phase, we were actively involved with the patient and provided her with the support that would enable her to look at herself objectively, while closely following her thoughts. Consequently, in the fourth phase, the patient was able to move toward her own goals. These findings suggest that the support we provided in this study was useful in advancing the treatment of eating disorders.