

摂食障害患者の回復過程における有効的な看護介入を明らかにする

1 階東病棟

○小笠原麻紀 山口 奈美 水野 千帆 松崎 由紀
片岡 志穂 赤羽 直樹 久市 修佳 岡林 安代

キーワード：摂食障害、看護

I. はじめに

摂食障害は食行動の異常を主徴とする心の病¹⁾で、思春期の女性を中心にその割合は増加傾向にあるといわれる。近年、当院で治療を受ける摂食障害患者も増加傾向にあり、患者の多くは極度の食事制限による脱水などのための身体的治療、心理的問題の整理、患者の休養、家族の休養を目的とし、入退院を繰り返している。しかしながら、摂食障害患者の入院治療においては彼らがさまざまな行動障害を示すために、治療継続や対応が困難となることも多い。実際私たちもしばしば、患者の治療拒否や操作などをはじめとする問題行動に遭遇し、自分たちの看護にとまどいを感じることもある。

今回私たちは、治療拒否を強く訴えさまざまな問題行動を示した摂食障害患者と関わる過程において、自分たちの看護介入について振り返る機会を得た。その結果、患者の回復過程における看護介入、回復過程や患者-看護者関係の変化に伴い、看護介入も変化していくことが明らかとなった。そこで、摂食障害患者の回復過程においてそれぞれの時期に有効的な看護介入があると考えられ、今後の摂食障害患者の看護において示唆を得たため報告する。

II. 研究目的

摂食障害患者の回復過程における看護介入の内容を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象者：当病棟に入院中の摂食障害患者 1 名
2. 研究期間：平成 13 年 4 月 24 日～平成 13 年 11 月 12 日
3. データ収集方法：入院中の患者の看護記録より、患者の言動や行動に対する看護介入と思われる記述を抽出した。
4. データ分析方法：患者の状態によって入院期間を 4 期に分け、分析対象とする記述を類似性に基づき、KJ 法により分類した。

IV. 倫理的配慮

対象者のプライバシー保護に努め、得られたデータは研究目的以外には使用しない。

V. 患者紹介

1. 患者：S. S (以下 S 氏とする) 21 歳 女性 無職
2. 病名：神経性無食症
3. 家族構成：出生後すぐに両親は離婚し、2 歳から施設に入所する。
父親：2 年程会ったことがなかったが、入院中に面会があり、入院期間中に患者との外泊や面談を行っていた。お互いの生活パターンなどを考え S 氏とは別居である。S 氏の性格などは理解している一面もあるが、どう接していいのかが困惑している一面もある。
母親、兄：会ったことがない。
4. 生育歴：出生後すぐに両親が離婚し、2 歳から 16 歳まで施設で育つ。高校へは入学するが 1 年目中退する。その後は施設を出て県外の紡績工場に就職するが続かず、1 年で帰省する。その後スナックに勤めるがその頃より、拒食・過食・嘔吐のために体重が減少し始める。性格的には、自

分をかくして人付き合いをする傾向があり、人との距離のとり方が拙劣で、依存できない場合は離れてしまい、本当に困った時は、孤立、自閉するという傾向がみられる。

5. 入院までの経過及び入院中の経過

中学3年の頃、周囲の人に太っているとやがて無月経となる。高校中退後就職するが仕事も長くは続かず、1年で帰省しスナックに勤めるようになる。この頃体重は47kg程度であったが、拒食・過食・嘔吐のため徐々に体重は減少した。平成12年9月頃には体重が30kgとなり、全身倦怠感のためT病院受診、利尿剤を飲み始め、下剤を1日20錠程常用するようになった。平成13年からは衰弱のために仕事ができなくなり、保健所の訪問にてK病院に入院となる。

K病院からの紹介で、当院当科に平成13年4月24日に入院となる。入院時、身長152.3cm、体重25.8kg、低栄養による浮腫と電解質異常を認めた。治療拒否が続き短期間保護室を使用した。摂食はエンシュアリキッドのみを少量ずつ飲用できるようになり、体重は徐々に回復したが、食事は肥満恐怖のために十分摂取できず、過食・嘔吐もみられた。9月頃より体重は32~33kgで安定してきている。入院中、離院や拒絶などの行動化がみられた。S氏、父親、スタッフ、保健婦、訪問看護婦などを交え、面談を何度か行い退院に至った。退院にあたっては、「また、一人になる、一人でがんばらないかん」と言う気持ちが強いので、訪問看護などを始めとし、適度に援助を受けながら生活していくことを繰り返し説明した。平成13年11月12日退院し、一人暮らしとなる。

VI. 結果及び考察

S氏の回復過程を4期に分け、患者の状態、患者-看護者関係についてまとめ、それぞれの時期における看護介入について明らかにした。(表1)

1. 第Ⅰ期(4/24~4/29、体重25.8kg)

第Ⅰ期は入院初期の時期であり、S氏はるい瘦(身長152.3cm、体重25.8kg、BMI11.1%)が著明で、血液データにおいても電解質異常や低蛋白血症が認められ、身体的危機状況にあった。しかし、S氏にはあまり身体的に危機感がないような印象であった。そこで、点滴と経管栄養を中心とする治療が開始となった。しかしこの時期には、S氏の治療に対する拒否や抵抗がみられ、経管栄養を拒否する、車椅子での散歩中に点滴ルートをハサミで切断し、離院しようとする衝動行動がみられた。畦地は、『摂食障害はその行為自体が生命の維持を脅かしかねない行動であり、そのため摂食行動のアセスメントを行う場合はまず、身体的に今どのくらい患者が危険な状態にあるかをアセスメントすることが重要である』²⁾と述べている。また野添らによると、『治療契約を破ったり、看護者に反抗的な態度を取ることは、治療開始後、多くの患者にしばしば出現する』、『看護者はこのような状況では、回復過程における避けられない行動として現状を冷静に受け止めるよう心がけ、行動観察を深めていくことが必要である』³⁾とされている。そこで私達は、S氏の身体的状況を把握するとともに、生命維持のための援助を行い、<身体的ケアを行う><危険を回避する><見守る><説明をする>の看護介入を行い、看護者は患者の安全を守ることに努めた。

この時期のS氏は感情の起伏が激しく、スタッフへの好き嫌いがあり、特定のスタッフに対して甘えるといった操作的な一面もみられた。川畑は、『摂食障害患者の対人関係の障害として、患者は人を使い分けたり、様々な場面で周りの人間を試したりする操作的な行動がみられる』⁴⁾と述べている。そこで操作的な言動、行為に対しては、S氏の生育歴、摂食障害患者の嫌われたくない、見捨てられたくないという病理などの背景を踏まえ、一貫した関わりを持つようにした。看護介入には<約束事を決める><約束事を確認する><説明する>があった。この時期の患者-看護者関係は、お互いを模索しあった時期とも言える。

2. 第Ⅱ期(4/29~6/13、体重24.8~28.1kg)

第Ⅱ期は身体的危機状況であるにも関わらず、治療に対してS氏本人より協力は得られず、医療保護入院で保護室での治療が開始となった時期である。S氏は第Ⅰ期と同様で治療に対して拒否的な態度であったが、保護室入室後は、少しずつエンシュアを経口摂取することができるようになった。「早く来てよ」「側にいて」などと看護者との密接な関わりを求め、依存・退行がみられた。池山らは、『乳幼児期に母性性欠如の状況に置かれると母子間の基本的な信頼関係の確立が不十分となり子供の側の甘えが満たされぬまま早期自律が促され

る』⁵⁾と述べている。S氏も出生後すぐに両親が離婚し、施設という環境で育ち、十分に甘えが満たされてこなかったと思われた。そこで看護者は、保護室内という環境の中で、患者と時間を共有することにより、S氏を保護するように努め、ありのままのS氏を受け入れるようにした。小林らは『看護

表1 回復過程と患者の状態、患者-看護者関係

	患者の状態	看護介入	患者-看護者関係
第I期	身体的危機 治療に対する抵抗	生命維持と安全確保への看護	・身体的ケアを行う ・危険を回避する
	操作	統一した看護	・見守る ・説明する ・説明する ・約束事を決める ・約束事を確認する
第II期	依存と退行	時間の共有と受け入れる看護	・共に過ごす ・傾聴する ・受容する ・尊重する ・見守る ・介助する ・安心させる ・関心を示す ・誉める
第III期	不安 不満 攻撃 拒否 衝動行為	一貫して関心を示し続けるゆるぎない看護	・環境を調整する ・傾聴する ・看護者の気持ちを伝える ・謝罪する ・話し合う ・様子を見る ・見守る ・説得する ・現実検討させる ・言語化を促す ・感情表出をさせる
第IV期	現実への直面と不安 葛藤 退院にむけての外泊	コーピングの強化、自立に向けての看護	・見守る ・肯定的に評価する ・現実検討させる ・機会や場を設定する ・患者の能力を強化する ・尊重する ・安心させる ・一緒に考える ・決定させる

者はできるだけ患者の側にいて、甘えを受けとめる必要がある。患者と一緒に何かをしたり、患者の話に耳を傾けることが、患者の不安を軽減し、衝動を抑えるのに有効である』⁶⁾と述べている。このことから、看護者がS氏の依存を全面的に受け入れていったことはこの時期の患者にとって有効であったと考えられた。この時期の患者-看護者関係は1対1の関係で密接な関係であった。看護介入としては、〈共に過ごす〉〈傾聴する〉〈受容する〉〈尊重する〉〈保護する〉〈介助する〉〈見守る〉〈安心させる〉〈関心を示す〉〈誉める〉がみられた。看護者のこれらの介入によって、S氏には少しずつではあるが感情表出がみられるようになり、徐々に看護者を信頼しはじめ、両者の距離が近づいた時期でもあった。操作的な行動に対しては、第I期と同様の関わりを続けた。

3. 第III期 (6/14~8/5、体重29.6~30.8kg)

第III期は食事が開始となり、体重も30kg台になった時期である。S氏は食事摂取が進むにつれて自室のカーテンを閉め切り、看護者との接触を避けるようになり拒絶する状態となった。思うほど食事摂取ができないことで生じる不安、全てのことに制限がかかることへの不満、スタッフの対応への不信感や怒りが顕著に現れ、看護者への攻撃や無断離院という衝動行為がみられた。一方拒絶という行為に反して、他患者との関わりが過密となった時期でもある。小林らによると、患者の回復過程には体重増加に対する不安や食事への衝動をコントロールできない自分に対して絶望的になったりする時期があるといわれている。その結果、衝動行為や看護者を含めた他者を巻き込んで振り回したり、関係を良好に保つことができなくなると述べられている⁷⁾。S氏にも看護者への拒絶、攻撃、無断離院、他患者との過密な関わりという変化がみられた。これらの行動の背景には、患者の見捨てられ不安や、何をしたいのか分からない、誰かにしがみついていた、甘えていたいという思いが秘められており、看護者は、何をしても見捨てられないという保証、安心感を与えることが重要となってくる。同時にこのような患者の反応に対して看護者自身が悩んだり、不安になることもしばしばみられる。私達看護者もS氏の拒絶、攻撃に戸惑いを受け、患者-看護者関係には不信感と距離が生じた時期でもあった。しかし、そのような状況においても看護者はS氏に関心を示し続けた。そして、患者に混乱や見捨てられ感を抱かせないためにも、約束事などはスタッフ全員が一貫した態度を示し続けた。小林らは患者が何かを行動化しようとするときは、その前に気持ちを表現するように励まし、気持ちが表現されたときにはそれをしっかり受けとめることが重要であると述べている⁸⁾。看護者はS氏の攻撃や衝動行為の理由について、患者とともに話し合い、お互いの関係を修復していくことに努めた。看護介入には、〈安心させる〉〈傾聴する〉〈環境を調整する〉〈看護者の気持ちを伝える〉〈謝罪する〉〈話し合う〉〈様子を見る〉〈見守る〉〈説得する〉〈現実検討させる〉〈言語化を促す〉〈感情表出をさせる〉がみられた。

4. 第IV期 (8/6~11/12、体重31.2~32.8kg)

第IV期は治療上の目標体重である32kgを達成し、外泊が開始となり退院に至った時期である。退院に向けてS氏、父親、担当医、受け持ち看護婦、市役所のケースワーカー、保健婦を交えた面談を設定した。退院後

の具体的な生活について話し合い、退院後は父親とは近距離であるが別所帯とし独居生活を続けること、治療の継続が必要でありすぐに就労できないこと、経済的な見通しについて話しあった。2泊3日の外泊を行ったが、食事摂取、エンシユアの経口摂取もほとんどできず、体重減少も認められ、病院へ食物を持ちこみ、過食嘔吐をすることもあった。父親との関係についても、父親に依存したい、甘えたいという気持ちと同時に見捨てられ感や不安感が増強し、葛藤が生じていた。現実的な生活に困惑し、自己否定的となり抑うつ気分も認められた。畦地は、『患者は体重や食事をコントロールできないことへの絶望感、無力感、将来への不安などに圧倒されており、そのような感情に健全な方法で自ら対処できるように、看護者は自己コントロールに対する具体的な手段を獲得できるように支えていかなければならない』と述べている⁹⁾。そこで、患者の精神的負担を軽減するため外泊は一旦中止し、体重増加のために経管栄養を勧めたがS氏は拒否し、「自分の力で体重を増やす」という言葉が聞かれた。食事摂取とエンシユアの飲用で目標体重に到達し、今度は1泊2日の外泊を開始した。1泊2日の外泊は、S氏の負担が少なく、「家では御飯は食べれないが、エンシユアは飲めた」「退院したら施設でボランティアをしてみたい」「今度の外泊は料理を作ってみようか」という言葉が聞かれたり、「過食嘔吐してしまった」と正直に話すことができるようになった。このことから、S氏が直面した問題に対して看護者との話し合いのなかで、共に到達可能な目標を設定し、達成できたことがS氏の自信につながり、コーピングの強化、自立に向けての援助につながったと考えられる。退院が具体的になると「退院したら1人でやっていかないかん、うまくやれる自信がない」と、退院後の生活の不安を訴えた。患者が退院後1人で生活を送っていけるように、栄養士より栄養指導を受けたり、退院後訪問看護を導入の為、顔合わせをしたり退院に向けての準備を行った。小林らは、『退院準備期間を置き、患者が自由に自分の夢ややりたいことを語り、さらに現実を検討して自分の進む道を自分で決められるように援助することが望ましい』と述べており¹⁰⁾、S氏の場合にも退院準備期間を設け関わったことが、有効であったと考えられる。そのなかでS氏と将来の夢を話したり、退院という現実的な目標に対して、現実の生活に沿った具体的な目標を決めてもらいながら、将来についての展望を考え自己主張に向けての援助を展開していった。

この時期は、患者 - 看護者関係においてもS氏と適切な距離を保つことができ、安定した信頼関係を築くことができた。看護者は患者の行動を否定することなくありのままを受容した。看護介入には、〈見守る〉〈尊重する〉〈安心させる〉〈肯定的に評価する〉〈現実検討させる〉〈一緒に考える〉〈機会や場を設定する〉〈決定させる〉〈患者の能力を強化する〉があった。

VII. おわりに

今回の研究によって、摂食障害患者の看護においては、患者の病状、患者 - 看護者関係の変化に伴い、看護介入も変化していくことが明らかとなった。患者の状態、それぞれの時期に応じた有効的な介入の方法があることも分かった。一方では、〈安心させる〉〈見守る〉などに代表されるように、患者の病状、回復の時期、関係性が変化しても一貫して行われた看護介入もあった。これらは患者にとって大切な関わりであり、精神科看護の基本ともいえる。

今回の研究においては対象者が1名と少なく、得られたデータ、研究結果を一般化するには限界があるといえる。今後も摂食障害患者との関わりにおいて患者の理解に努めるとともに、自分たちの看護を振り返り、よりよい看護を展開できるように努めたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 6) 8) 小林美子・坂田三允：ナーシングレクチャー - 精神疾患・痴呆症をもつ人への看護，中央法規出版株式会社，153，2000.
- 2) 9) 井上新平・野嶋佐由美：Clinical Nursing Guide 精神科，メディカ出版，252，1998.
- 3) 野添新一・金久卓也：神経性食思不振症 - 行動療法ケース研究 [V]，岩崎学術出版社，133，1991.
- 4) 川畑友二：神経性食思不振症と行動障害，小児看護 20 (1)，103-106，1997.
- 5) 池山かすみ・斎藤悦子：摂食障害患者への援助，看護技術 43 (1)，53，1997.
- 7) 10) 小林美子・坂田三允：ナーシングレクチャー - 精神疾患・痴呆症をもつ人への看護，中央法規出版株式会社，152，2000.