

シンケイセイシヨクシフシンシヨウカンジャヘノカ ンゴテキアプローチ : 7シヨウレイノケントウケツ カカラ

鬼村, 和子
九州大学医療技術短期大学部看護学科

<https://doi.org/10.15017/178>

出版情報 : 九州大学医療技術短期大学部紀要. 15, pp.31-39, 1988-03-28. 九州大学医療技術短期大学部
バージョン :
権利関係 :



神経性食思不振症患者への看護的アプローチ

— 7 症例の検討結果から —

鬼村 和子*

Nursing Approach to the Patients with Anorexia Nervosa

— A Report of 7 In-patients —

Kazuko Onimura

<はじめに>

神経性食思不振症 (Anorexia nervosa, 以下 AN と略す) 患者は最近増加の傾向にあるといわれている。たとえば、九州大学医学部¹⁾⁵⁾⁷⁾ 附属病院心療内科 (以下九大病院心療内科と略す) の入院状況をみてみると、昭和61年の1年間に合計18名が入院し、全ベッド44床の内、常時約25%に相当する AN 患者が占めている。

これらの AN 患者は、常識を越えたやせ願望や過食、嘔吐、かくれ食いなどの食行動をはじめ、離院や自殺企図などの諸々問題行動を提起する。しかも、これらは看護上しばしば困難をきたすだけでなく、治療の進展を妨げる大きな要因になっていることが少なくないと思われる。

したがって、今回、著者は AN 患者の看護をいかに円滑かつ合理的に推進するかという切実な要求に基づいて、調査研究を計画し、実施した。

<研究目的>

九大病院心療内科に入院中の AN 患者について、現病歴、生活歴、パーソナリティ特性。家族関係はもとより、入院状態における行動の変化、環境の影響 (とくに対人関係) を総合的に把握し、分析することにより、看護婦が AN 患者とどのように対応したらより治療上効果的

であるかを明らかにすることを目的とした。

<研究方法>

昭和61年1月から同年12月までの1年間に九大病院心療内科に入院した患者18名の中から、入院から退院までの全経過を観察しえた7例を研究対象とした (表1)。その理由は、AN 患者は治療目的で入院することが多いこと、しかもその治療期間が長期に及ぶことが多いため、全経過を一貫してみる必要性を痛感したからである。

これらの7例は、10代から20代にわたるが、それぞれ発症時期にも差があり、置かれている状況は高校生、大学生、社会人とバラエティに富んでいる。

研究方法は、九大病院心療内科の入院診療記録に基づいて調査した。その内容は、入院時の主訴、主として食行動、それに関係すると思われる症状、同意書 (資料1参照、外来における入院予約時に治療目標と治療条件について大まかな「同意事項」を患者本人と家族から得ている) の有無、現金管理の状態をはじめ行動制限の有無や程度、対人関係 (患者と主治医、看護婦、同室者、他の AN 患者、家族など)、過食、嘔吐、食事の廃棄、かくれ食い、離院、体重の操作などの問題行動など、患者の日常生活に重点をおいた。

*九州大学医療技術短期大学部看護学科

資料 1

同 意 事 項

入院予約に際して下記の事項に同意いたしました。

昭和 年 月 日

本人氏名 ⑩

保護者氏名 ⑩

外来主治医氏名 ⑩

記

本人

1. 健康体重（基準体重の-10%から+10%まで）を達成し、その体重を不安やこだわりなく維持できる食事習慣を回復することを目標とします。
2. 行動制限と現金管理をうけいれ、グループでの食事とグループ療法に参加し、治療上の指示（非経口的栄養など）に従います。
3. 約束を守らない場合、或いは治療目標を達成するために必要な協力を怠る場合、治療が中止になっても異存はありません。

保護者

1. 治療に全面的に協力します。
2. 治療の目標が達成されないうちに、本人が治療を中断しようとした場合、治療継続を納得させる責任を負います。
3. もし本人が無断で帰宅した場合、速やかに病院に連れ戻します。
4. 治療目標を達成するために必要な上記の協力を怠る場合、治療が中止になっても異存はありません。

注：治療開始後1ヶ月目と3ヶ月目に、治療継続の適否を評価いたします。

〈結果および考察〉

研究対象7例の内訳は表1に示すごとく、女子6例、男子1例で発症年齢は15歳から21歳、九大病院心療内科入院までの経過は、およそ1

年が3例、2年が1例、3年が1例、6年が2例で、入院日数は平均133日であったが症例により大きく変異した。それぞれの入院期間は表1の通りである。

表1 症例一覧

項目 症例	患者名	性	発症年齢	入院時年齢	入院時食行動	発病のきっかけ	入院期間	入院日数	入院時			退院時		月経
									身長 (cm)	体重 (kg)	肥満度 (%)	体重 (kg)	肥満度 (%)	
1	A	男	17	23	食べれない 過食 嘔吐	高2 サッカー部員 「もっと体を軽くして 動き易くしたい」	61. 1. 27) 61. 8. 20	206日	167.7	37.65	-38	47.55	-22	/
2	B	女	21	24	過食 嘔吐	ダイエット	61. 6. 2) 61.11.15	167日	161.9	39.55	-34	48.00	-11	無
3	C	女	15	17	過食 嘔吐	気分不良 食べれない	61. 4. 17) 61.10. 1	168日	152.7	26.80	-46	42.15	-14	無
4	D	女	18	19	過食 嘔吐	肥満嫌悪	61. 6. 4) 61.11.10	160日	160.3	39.95	-24	46.85	-11	無
5	E	女	15	16	食べれない (過食)	ダイエット (やせ願望)	61. 6. 9) 61. 9. 29	113日	154.6	34.85	-32	42.95	-16	無
6	F	女	17	23	嘔吐 (過食)	ダイエット	61. 7. 3) 61. 8. 1	30日	151.3	37.30	-21	36.70	-22	有
7	G	女	15	16	食べれない (嘔吐)	食が細い	61. 8. 28) 61.11.28	93日	148.0	24.00	-48	35.90	-23	無

AN患者は強度のやせ願望を保持していることが、これまでの諸研究でわかっている。やせ願望とは、客観的にみて、かなりやせているにもかかわらず、やせた身体のもつ「すっきりしたすがすがしさ」や「全身が軽やかで活動的」などから、いつまでもやせていたいと望むことを意味している。⁶⁾

本研究の対象群では、発症のきっかけとして、やせ願望が7例中5例に認められた。その内2例(症例Aと症例E)は、肥満度が症例Aは-22%、症例Eは-16%であるにもかかわらず、退院時に至るまでこのやせ願望は変わることがなかった。他の3例は、症例Bと症例Dが治療によってやせ願望が大体消失した。症例Fにおいては、今回の入院時はやせ願望がなかった。

また、ほとんどの患者が、入院時は肥満度にして、-48%から-21%と、かなりのるい痩状態にあり、しかも無月経が認められた。

入院後九大病院心療内科の方針通り、それぞ

れの対象患者に行動制限と現金管理が行われた。

ここでいう行動制限とは、自己制御機能の破綻した患者の食行動の異常やさまざまな問題行動を修正するために、問題行動をとる条件を少なくする方法として、行動を制限し、外的制御を介して、不適切な行動の自己制御をはかることを意味する。²⁾⁶⁾

同様に、現金管理とは、入院中に患者の所持している現金を預かり、その間、必要な日用品など患者から注文をとって代りに購入し治療者側で現金を管理することをさす。というのも、これまでの当心療内科における看護経験上、患者はお金を持っていると自制できなくなり、病棟をぬけ出し過食、嘔吐を繰り返して悪循環になることが少なくないからである。

しかも、九大病院心療内科におけるこれまでの治療経験からみると、主治医と看護婦の協力の下で行動制限と現金管理を併行して行うことにより、勝手に買い食いする機会を少なくしう

ることがわかっている。これは換言すれば、AN患者においても、外側からのコントロールにより、このような問題行動を減少させることができることを示唆していると思われる。

これらの7症例の内、症例A（九大病院心療内科受診，即入院となり，同意事項の了解をえないままであり入院の動機づけが難しかった症例）を除き，入院時に問題となった食行動は入院治療開始後早期に軽減した。

症例Aの場合は，身長167.7cm，体重37.7kgで入院し，表2の通り，食事をすてる，かくれ食い，過活動，無断外出などの問題行動が多かった。食べれないことと入院時にあった浮腫の軽減もあり，一時，体重が34.3kgに減った。経過をみると，問題行動は34.3kg～42.8kgの低体重の時期に多かった。体重が43kg台になって，問題行動が少なくなり，症例Aも他の6例と同様，病棟内で安定していき自己コントロールが可能になっていった。

表2 同意書・現金管理・行動制限・問題行動

項目 症例	同意書	現金管理	行動制限	問題行動
A	無 (-)	有 (+)	有 (+)	<ul style="list-style-type: none"> ・キャンディーを隠しもつ ・食事をすてる ・ケーキの隠れ食い ・経腸管栄養(ED)中滴下を早める ・過活動 ・無断外出 ・行動制限中の約束が守れない ・治療の途中で退院希望
B	(+)	(+)	(+)	
C	(+)	(+)	(+)	<ul style="list-style-type: none"> ・経腸管栄養(ED)中液をすてる (1回のみ) ・家に帰りたいたと泣く
D	(+)	(+)	(+)	<ul style="list-style-type: none"> ・強迫行動 (何かしていないと落ち着かない)
E	(+)	(+)	(+)	
F	(+)	(+)	(+)	
G	(+)	(+)	(+)	<ul style="list-style-type: none"> ・体重測定時に余分に着て測る (1回のみ)

このことは、不適切行動の自己制御と適切行動の自己強化、すなわち、心身の健康の自己管理の原則と方法を学んだことが少なからず寄与しているのではないかと考えられる。

ところで、AN患者は、患者自身が現金を所持した場合、入院治療中といえどもしばしば勝手に好きな飲食物を購入し、いわゆる気晴らし食いをする傾向が強く、それがひいては問題となる食行動の治療を妨げるネックになることが少なくない。このような経験に基づいて、現金管理の治療に及ぼす影響を各症例について比較検討した。

現金管理は、7症例の内、症例A、症例B、症例E、症例F、症例Gは入院直後より、症例Cは入院1ヶ月後、症例Dは入院2週間後から開始された。現金管理の持続期間や解除のしかたは個々の症例で異なった。結果として現金管理は、過食衝動があった症例（A、B、C、D、E、F）、家に帰りたい気持が強かった症例（A、C、G）の過食や離院といった行動化を抑制する効果が少なからずあったと考えられる。

現金の管理上の問題として、時に、患者が家族にお金を要求したり、他患者や外部の職員（保清婦など）からお金を借りる場合があるので、九大病院心療内科では従来、入院時に家族に対して患者からの依頼で現金を渡すことがないように、十分説明し協力を得るようにしてきた。同様の意味で、他患者や保清婦などの協力を頼むなど、その対策（たとえば、保清婦には患者から相談を受けたときは、すぐ看護婦に連絡するよう説明するなど）がたてられてきた。このような一貫した方針が、行動化を抑制する効果に少なからず寄与していると思われる。

行動制限の範囲を段階的にひろげていく目安は、体重が指標となることが多い。体重という明瞭な数値により、治療者側と患者の理解が得やすい。そこで、正確な体重測定が必要になるのである。

九大病院心療内科では、毎朝、朝食前の一定時間に、絶飲水で排尿後にAN患者の体重を看護婦が電子体重計で測定する。患者はやせ願

望が強いだけに、測定時自分の実測体重をそれより高くなるよう操作する傾向があるといわれている⁶⁾。たとえば、水を多量に飲む、水で濡れた下着をつける。下着の中に電池を入れる、衣類の裏に物を縫いつける、ポケットに石や文鎮を入れる、土をビニールに入れて膝窩部や足首にくくりつけるなど九大病院心療内科でみられた例である。

体重測定におけるAN患者への対応は、看護における重要な部分であり、適切な対応に加えて正確な測定が要求される。体重は治療の進展の重要な目安の一つになるため、看護婦が側について測定し、必要な時にはボディチェックすることにより正確を期することもある。しかし、そのさい、患者が監視されていると感じないように配慮し、対応には細心の注意を払ってきた。

今回の調査では、体重測定時における患者自身による操作は、症例Gが多く重ね着して測ることが1回みられたただけであった。これは、上述の看護上の配慮と無関係ではないと思われる。

ところで、AN患者は対人関係に問題があることは従来からいわれている¹⁾。7症例の対人関係上の問題点は表3の通りである。

これらの問題点は、入院後、治療面接の経過の中で直接患者自身が主治医に述べたものをまとめたものである。

そのさい、母子関係における問題は7症例の内4例に認められた（症例A、症例C、症例D、症例F）。そのほか、父との関係1例（症例B）、父母との関係2例（症例A、症例F）、父母と同胞に重複して問題を示しているのが2例あった（症例C、症例D）。

以上のことから、過去の養育時点における問題はさておき、現実の生活場面では、AN患者が家族との関わりの中で少なからず慢性的に対人関係障害をきたし、その結果として他者とのコミュニケーションもとりにくい事態が発生していると考えられなくもない。

さらに、対人不安が1例（症例E）、対人恐怖と引きこもりが1例（症例G）、対人緊張が

表3 対人関係・退院時の問題

症例	項目	対人関係の問題	退院時の問題点
A		<ul style="list-style-type: none"> * 父・母との関係 * 自己主張できない 	<ul style="list-style-type: none"> * 食事制限による体重コントロール まだ“空腹の方が体にいい”という考えが根づいている
B		<ul style="list-style-type: none"> * 父との関係 * 対人緊張 	<ul style="list-style-type: none"> * 将来への不安 “何をしたらよいかわからない” 教師になる自信がない
C		<ul style="list-style-type: none"> * 父・母・姉との関係 * 対人緊張 * 自己主張できない * 同室者とのトラブルあり 	<ul style="list-style-type: none"> * 情緒不安定になると嘔吐の可能性あり * 支配的な母との関係
D		<ul style="list-style-type: none"> * 父・母・姉との関係 * 自己主張できない 	<ul style="list-style-type: none"> * 現実場面での問題解決能力の低さ
E		<ul style="list-style-type: none"> * 対人不安 * 自己主張できない 	<ul style="list-style-type: none"> * “やせ願望”がまだ残っている * 学校不適應の可能性はある
F		<ul style="list-style-type: none"> * 父・母との関係 * 職場の人間関係 	<ul style="list-style-type: none"> * 職場での対人関係 * 患者自身の甘えが処理されていない
G		<ul style="list-style-type: none"> * 対人恐怖 * 引きこもり 	<ul style="list-style-type: none"> * 対人関係 * 体重の維持が本当にできるか

2例（症例B，症例C）に認められた。これらは、「自己主張ができない」こと（症例A，症例C，症例D，症例E）と無関係ではないと思われる。一方，症例（B，F，G）において，対人関係の問題をさぐってみると，自分の感情や気持や意見などを素直に表現できないといっ

た「自己主張ができない」面が基盤にあることがわかった。

AN患者は「あまり話さない」，「不満があってもなかなか言わない」，「マイペースで生活している」といった印象を看護婦に与えることがある⁶⁾。これは反面，看護婦は「AN患者

のことがよくわからない」との思いをもち、患者の理解を困難にしている。その一方では、一見、看護婦には手がかからないという意味で表面化し難く、他方では、AN患者に対する看護のアプローチが容易でないことを示唆している。

以上の点をふまえて、AN患者の入院経過中における対人関係上の問題について具体的に調べてみた。その二、三を例示すると以下のごとくである。

症例Cは同室者とトラブルが生じた。彼女は、同室のAN患者から食事について干渉され、自分の気持や意見は言えず、自分のペースを乱されたと受けとり不安になり泣いたりした。この関係は症例Cの発症当時の対人関係に類似していた。そこで、この問題は主治医、患者および相手の患者と3人で話し合うことで解決した。

症例Dにおいては、患者は周りの人の機嫌をそこなわないように、いつも気を遣っていた。そのために自分の言いたいことが言えないといった対人関係上の問題がみられた。そこで、病棟内において、まず主治医と看護婦に自己主張する練習をして、次第に他患者や両親に自己主張することができるようになっていった。

他の症例Gは、旧家の3人姉妹の末子で近所の人の目を気にする面が強かった。学校の友人関係では、相手のことばかり考えて、自分の考えを伝えると相手を傷つけるのではと思って、相手のいいなりにふるまうことが多く、そのことを悩んでいた。体重減少がすすむにつれて、抑うつ傾向になり、対人恐怖から引きこもりがちになっていった。入院時身長148cm、体重24kgで強度のるい瘦状態であった。入院中、急性虫垂炎のために入院10日目から21日目まで外科へ転科し手術を受けた。手術の経過は順調で、外科転出時の体重は26.3kg、外科から心療内科転入時の体重は26.7kgで手術に伴う体重減少はなかった。その後、経腸管栄養の併用で体重が37kgまで回復した。

患者は同室者との会話の中で自己主張のしかたを学んでいき、主治医が治療面接で言語化を

助け、その問題と発症因子との関係を明らかにしていくことで、問題に対処する方法を身につけていった。手術を乗り切ったことや病棟内の対人関係がスムーズであったことで、患者は自信を深めたようであった。退院時には抑うつ気分や引きこもりがちな面が減少し、明るくなり周りにとけこむ感じがみられた。また、自分の意見もかなり述べるよりに変化していった。患者は退院9ヶ月後に、九大病院心療内科に11日間検査入院した。退院後4ヶ月して高校生活に復帰したが、患者が「友人も多く、誰とでも話ができ、自分の考えを相手に伝えることができるようになってきている」と面接時話していることから対人関係上の問題は解決されていると推察できた。

以上のことから、AN患者は病棟内の対人関係だけでなく、家族や社会においても、すでに対人関係がうまくいっていないのではないかと思われる。それゆえ、看護婦は患者の言葉少ない表現に関心を示し、気持を理解し、話し易い雰囲気をつくり、病棟内で、患者が自然な対人関係がもてるように、日常会話の機会を多くもつなど、より積極的なコミュニケーションをはかっていくことが望まれる。

症例により入院期間の長短はあるが、全入院経過を通して判明したことは、入院時と比較して食行動上の問題（食べれない、過食、嘔吐）が7症例において軽減あるいは消失し明らかに改善している。

さらに、表1に示したごとく、症例Fを除けば肥満度が明らかに正常化あるいはその近くまで改善している。すなわち、体重の正常化が認められる。（ただし、症例Fは入院目的が体重の増加というより、むしろ嘔吐の改善、職場における対人関係障害の治療に置かれていた）。

しかも、治療の経過につれて、入院時に認められた食行動異常は、体重の増加につれて軽減し、退院時にはほとんどの症例で好ましい結果が得られている。

しかし、退院時点において、患者に共通した、いくつかの問題点はこれからの日常生活復帰や

治療上無視できないように思われる。すなわち、「今後、何をしたらよいかわからない」といった将来に対する不安や低すぎる自己評価、残存するやせ願望、学校不適應の可能性、現実での問題解決能力の貧弱さなどである。これらは表3に示すごとく、いずれの患者にも内容の違いこそあれそれぞれ認められた。退院後も、これらの問題点が解決されるように治療が続行され、ひいてはANの再発予防につなぐ必要がある。

以上が過去一年間に九大病院心療内科で入院治療したAN患者7例の検討結果である。この調査研究で垣間見たものはAN患者に対するアプローチの多様性である。さらに、今後、解明されるべき問題点として、次の三点をあげてみた。

第一は、外からのコントロールがどのようにして患者の自己コントロールへ連続するののかということである。このメカニズムを知ることは看護のアプローチに必須である。おそらく、外からのコントロールによって患者の行動を制限することは、単に行動に^{たか}箍をはめるのではなく、安定した秩序を提供し、その中に患者を住まわせることになるのであろう。その秩序が次第に患者の生活世界になっていき、患者に内面化されるとき、自己コントロールが可能になるのであろう。このプロセスが解明されなければならない。

第二は、「対人関係が不適切である」ことと「自己主張ができない」ことに対して、看護はどのようなアプローチをもつことができるであろうかということである。これを追求すれば、看護は患者の家庭、社会関係にまでその領界を広げねばならないが、「いま、ここで」可能な看護のアプローチは何かということである。

第三は、ANは思春期の自己形成のプロセスの時期と重なり合っていることが多いが、自己形成を促進する看護のアプローチは何かということである。

患者が抱いている将来への不安は患者自身の不安であろう。自己の不安は思春期特有であるが、患者の場合はこの不安が将来への投企では

なく、将来の拒否つまり現実からの逃避になっているのであろう。これは自己自身を見つめることからの逃避でもあると思われる。また、これは自己評価を低くすると思われる。もし、自己評価が低くければ、それはとりもなおさず現実問題への対処を困難にすることは必至である。したがって、自己形成、具体的には正常化への努力や意欲そして決意への促進が看護へのアプローチに入るのである。

以上のような問いを念頭において、今後も行動制限と現金管理の問題行動の抑制における効果、問題行動における具体的な対応および病棟内における対人関係とその対応などに照準をおいたAN患者に対する看護面からのアプローチについての研究を進めていきたいと思う。

謝 辞

この研究に当り、御指導いただいた九州大学医学部第一外科中山文夫教授ならびに佐賀大学教育学部教授（九州大学医学部心療内科非常勤講師）山口剛先生に深く感謝します。

〈参考・引用文献〉

- 1) 青木宏之他：神経性食欲不振症，産婦人科Mook，3;180-189，1978.
- 2) 青木宏之：神経性食思不振症の病態と治療，認知的行動論の立場から，心身医，26;149-160，1986.
- 3) 鬼村和子他：病的るい瘦患者への心身医学的アプローチ，神経性食思不振症患者のケア，看護技術，27;123-129，1981.
- 4) 久保木富房他：神経性食思不振症の一般的精神療法，心身医，26;125-131，1986.
- 5) 後藤とも他：いじめから登校拒否となった。心因性食欲不振症児の看護を通して，小児看護，8;1551-1557，1985.
- 6) 末松弘行他：神経性食思不振症，その病態と治療，医学書院，1985.
- 7) 末松弘行他：心身症の疫学，神経性食思不振症に関する疫学的研究，心身医，26;53-58，1986.

- 8) 玉井一：神経性食思不振症，その病態と身体的治療，心身医，26;103-110，1986.
- 9) 伊達整子他：神経性食欲不振症2事例の看護の比較検討，第16回日本看護学会集録，小児看護，P191-193，1985.
- 10) 野添新一他：行動理論に基づいた神経性食思不振症の看護，臨牀看護，10;540-552，1984.
- 11) 野添新一；神経性食欲不振症の行動療法，オペラント条件づけ療法を中心に，心身医，26;139-147，1986.
- 12) 三宅侃：神経性食思不振症の産婦人科的治療，心身医，26;119-124，1986.
- 13) Bruch H: The Golden Cage- The enigma of anorexia nervosa, Harvard Univ Press, Cambridge, 1978.
(岡部祥平 他訳：ゴールデンケージー 思春期やせ症の謎，星和書店，1979.)
- 14) Dally p, Gomez J, Isaacs A.J.: Anorexia Nervosa, Heinemann, London, 1979.
(渡辺昌祐 他監訳：思春期やせ症，医歯薬出版，1984.)