

摂食障害患者への管理栄養士との連携による

アプローチの効果

北病棟 1階 ○夷藤菜保子 中村ゆきえ 楠瑞穂 長山豊
福塚明 清水映里 山下由紀 中出裕美

key word : 摂食障害 管理栄養士 連携

はじめに

かつては「思春期やせ症」あるいは「神経性食欲不振症」と呼ばれていた摂食障害の治療で肝要な点は、「摂食の病ではなく、行動の病である」と認識することであると言われている。しかし、未だ特効的な治療が無く治療法が確立されず薬物治療の効果は限定的であるため、治療に難渋し長期化する事が多い。

当病棟においては、入院中の摂食障害患者に対して管理栄養士の栄養指導が定期的に行われており、退院後も通院にて栄養指導が継続されている。

管理栄養士による栄養指導は「痩せた身体を絶対的理想化し、それを求め続けるという心の姿勢」を必死に維持する行動・行為を営み続けるという食にまつわる病的行動を修正するためには、治療において重要な役割である。

また先行研究¹⁾では、管理栄養士と看護師が連携する事で、患者と良好な関係を構築する事が出来るという事が報告されている。

そこで、摂食障害患者に対して管理栄養士と看護師が連携して取り組む事で、患者との関係構築のみでなく、患者の食に関する認知の歪みが修正され、修正された食行動をとる事が出来ないかを明らかにすることは、摂食障害患者への看護において重要な示唆を得る事が出来るのではないかと考えた。

I. 目的

摂食障害患者へ管理栄養士と看護師が連携して取り組む事で、患者の認知の歪みを修正し、患者が修正された食行動をとる事ができるかを明らかにする事を目的とする。

II. 研究方法

研究デザイン：質的記述的研究

対象：学童期の7～12歳で食行動の自立・食生活の基礎の確立とあるため、12歳以上の重度の羸瘦があり行動療法目的で入院した、医師より病名の説明がされ、管理栄養士との定期的な（1週間～2週間毎）栄養指導が行われた摂食障害患者3名。

調査期間：平成22年8月10日～9月30日

データ収集方法：1)診療録より入院時から退院までの入院期間中の栄養状態（食事のカロリー・体重・BMI・血液検査）、管理栄養士との栄養指導内容について情報収集する。

2)インタビューガイドを用いて栄養指導に対する思いや管理栄養士と看護師の連携について半構造化面接を行う。

研究場所：開放病棟入院患者は北病棟1階開放病棟の診察室、閉鎖病棟入院患者は北病棟1階閉鎖病棟の診察室で実施する。

分析方法：診療録から抽出されたデータから、治療により栄養状態が回復出来たか判断する。更に、インタビューから得られたデータを逐語録にし、その記述から「患者の歪み」「管理栄養士と看護師との連携」に関する箇所を抽出する。抽出されたデータより、研究者の価値観や先入観を出来るだけ排除する事に留意しながら、管理栄養士と看護師との連携に

より患者の歪みが修正されたか、修正された食生活をとる事が出来たかを分析する。

管理栄養士と看護師の連携内容：当病棟では、摂食障害患者の治療において、治療開始時の食事カロリーの設定段階から管理栄養士と医師が連携を開始する。治療導入後、毎週火曜日に病棟で「摂食障害カンファレンス」を行い、医師・管理栄養士・看護師とで治療方針や食事のカロリーなどについて意見交換を行い、患者によって異なるが約1~2週間毎に患者と管理栄養士との栄養指導を実施する。特に食事のカロリー設定を変更する際と外出・外泊前後や退院前には、必ず医師は栄養指導を依頼している。看護師は栄養指導前後に栄養士と患者の日常生活の様子や精神状態、栄養指導内容を直接的、または栄養指導報告書によって情報交換する。また外出・外泊より帰院後に患者と家族に情報収集を行い、外出・外泊に摂取した食事を患者や家族が写真やメモで記録した内容から設定カロリーが摂取出来ているかなどを医師・管理栄養士・看護師で検討する。栄養指導後に患者より食事について希望や質問などがあれば、適宜医師と担当管理栄養士に看護師を介して連絡をとり対応している。栄養指導は、医師や看護師が同席する場合としない場合があり、患者と管理栄養士と2人で行う場合が多い。

倫理的配慮：診療録の情報を収集しインタビューを受ける対象の患者に対して、研究の主旨・内容を事前に書面を用いて説明を行う。研究対象者である患者の自由意思を最大限に尊重して、同意を得られた場合に同意書に署名を頂き調査を実施する。研究対象者が未成年の場合は、対象者及び入院形式上の医療保護者である両親の同意を得た。なおこの研究は金沢大学医学倫理委員会の承認を得た。

III. 結果

1. 栄養状態の回復 (図1、図2参照)

対象者3名(患者A、B、C3名共に20代女性)共に治療により体重・BMI・血液検査など栄養状態が回復していた。

2. 患者との面談 (表1参照)

1) 認知の歪みと食行動の修正

「治療し早く退院したいが太りたくない」という思いが強く、「栄養士さんは数字で教えてくれる」ことから具体的な数値で何をどれだけたべればいいのかを相談していた。特に食事カロリーの設定を変更する前に栄養指導を希望し、どの栄養素がどれだけ変化するのか、どれだけ体重が変化することが予測されるか、好きな献立が選択出来るのか、嫌いな献立はどのような頻度で出されるのか、など詳細に質問していた。栄養についての基礎知識やカロリーの概念など一般的な内容も含めて、患者の嗜好や拘りについて相談でき、間違った知識は指摘され、知らなかった事が多い事に気付いたと、毎回の栄養指導を3名共に楽しみにしていた。更に「食事や食品のカロリーや退院後にどれぐらいの量をどう食べればいいのか教えてもらえてわかるようになってよかった」など、管理栄養士には信頼感を表出した。

しかし「どう食べたらいいのかは分かったけど、退院後出来るかどうかは分からない」「病院みたいな食事を続ける事は難しい。外食には行きたくない」「何故、体重が増えるのが嫌なのかは分からない」「痩せ続けることがアイデンティティー、見た目は分かりやすい」と話すなど、どのように食行動を改善すべきかを栄養指導により理解し、入院中は決められたカロリーの食事を摂取する事が出来たが退院後も継続して実行出来るのか、痩せ続ける理由などは、表面的な答えしか得る事が出来なかった。

2) 連携についての捉え方

患者Aは「栄養士さんと看護師さんはバラバラだと思ってた」「食べることや栄養のことは栄養士さん、身体や気持ちは看護師さんって感じで分けてた」、患者Bは「連携しているって何となくは分かるけど、はっきりとした事は分からない」と管理栄養士と看護師との連携は実感していなかった。

患者Aは「看護師さんが栄養指導と一緒にしてくれるたら、後で聞いても分かるから楽。いつもじゃなくて時々でいいから一緒に栄養指導に入って欲しい」と言い、患者Bは「別に看護師さんが栄養指導に入っても、入らなくてもどっちでもいい」と言い、患者Cは「栄養士さんと2人でいろいろ話したいか

ら、看護師さんは入らなくてもいい」と話した。

また患者は、他院の管理栄養士と比較して当院の管理栄養士は摂食障害患者の栄養指導の知識・経験が豊富であり、自分の事を理解した上で、自分にあった指導をする事や、体重だけでなく、他の部位の計測値や血液検査値などにより分かりやすく栄養状態について説明され、「食事も配慮されたメニューが提供されたため、安心して食べる事が出来た」と、管理栄養士には信頼関係を表出した。看護師が栄養指導に同席する事には消極的ではあったが、連携する事には「管理栄養士さんと看護師さんが後から情報交換してくれないと、私が困る」と肯定的に受け止めていた。

IV. 考察

認知の歪みに関しては、栄養指導により食生活に偏りがあった事や、認知の歪みがある事に気づく事が出来て、入院中は修正された食行動をとることが出来た。しかし、医療者から常に支援を受けられる入院という環境から退院し、全て自分で管理しなければならない生活においては、肥満恐怖や痩身への拘りが強くなり、自分で食事の度にカロリー計算する事や、外食や病院では出ない献立に挑戦する事への不安などにより、修正された食行動が継続出来なくなっただと思われる。

患者 A、B、C 共に痩せる事に拘る理由について、家族関係や人生の目標達成などに関わる内容には一切触れる事なく「分からない」「痩せ続けている事がアイデンティティー」と話すなど、表面的な答えしか得る事が出来なかった。その理由は、痩せ続ける理由を他者に知られたくなかないのか、考える事を避けているのか、または自分でも何故拘り続けるのか分からないためであると考えられる。

「行動の病」とは、その人の心に抱かれた不安や悲しみ、苦悩、あるいは葛藤を心に置いて悩んでいく事をやめて、行動・行為によって心から発散、排泄してしまおうとする事である。患者は自分達の心の奥に自分自身と向き合う事や、他者を近づける事を避ける傾向があり、その理由は、痩せ続けている

という行動・行為で体験しないように防衛している「強い不安」に向き合う事を避けるためと思われる。

しかし、患者 A、B、C は管理栄養士、看護師に対して患者の中で役割分担をし、それぞれの専門分野に応じて様々な不安を語った事は、治療によって痩せを保つための行動が出来なくなったことで直面するこの「強い不安」にどう対処するかを模索しているのではないかと考えられる。

また、患者が「連携」を実感していない事は、医師・看護師からの「管理栄養士と協力して治療に取り組んでいる」という説明だけでは、チーム医療についてイメージしにくいと考えられる。更に患者は治療によって「強い不安」と向き合う事で精一杯であり、医療者側の事を考える余裕がなかったとも考えられた。そして、患者が連携について実感し効果を評価するには、退院時の認知の修正がされ、健康的な食生活を回復できたかの結果と深く関連するのではないかとと思われる。

以上の事から、患者自身が患者の心に抱かれた不安や悲しみ、苦悩、あるいは葛藤に対して向き合い、立ち向かおうとする治療意欲を引き出し、支えていくためには、管理栄養士と看護師が連携を行う事で、表出された様々な不安を共に考え、表面的ではない理由を模索する事が必要なのではないかと考えられる。更に患者の中の回復希求と肥満恐怖との葛藤を理解し、今まで避け続けていた「強い不安」と患者が向き合い、立ち向かい続けるには、管理栄養士と看護師が連携を行いながら、それぞれの専門分野において力を発揮する事が必要ではないかとと思われる。

V. 結論

1. 今回の研究では摂食障害患者の状態が不安定で症例数が少ないため、一般化は困難であるが、摂食障害患者にとって管理栄養士と看護師が治療において連携しているとは実感が得られていなかったが、それぞれの専門分野において支援されていると感じており、連携には肯定的であった。

2. 治療が進む上で認知の歪みは入院中では修正されるが、退院後はカロリー管理の難しさと痩身へ

の拘りが増強する可能性が高く、修正された食生活が継続出来なくなる可能性が高い事が示唆された。

引用文献

- 1) 楠瑞穂 他: 摂食障害患者への管理栄養士との連携によるアプローチの効果、第 36 回日本看護学会論文集・精神看護、日本看護協会出版会、130 - 132, 2005

参考文献

- 1) サラ T. フライ (片山範子、山本あい子): 看護実践倫理—倫理的意思決定のためのガイド、日本看護協会出版会、1998
- 2) 国際看護師協会: 看護研究のための倫理のガイドライン、インターナショナルレビュー、20 (1)、60-70, 1997
- 3) 大西奈美子 他: 女性摂食障害患者により語られた入院体験、日本精神保健看護学雑誌、Vol12, No.1, 11-21, 2003
- 4) 深町建: 摂食異常症の治療、金剛出版、109-111, 1993

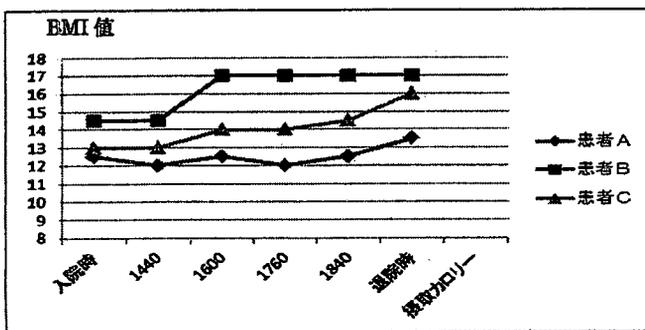


図 1 : 摂取カロリーとBMI 値の変化

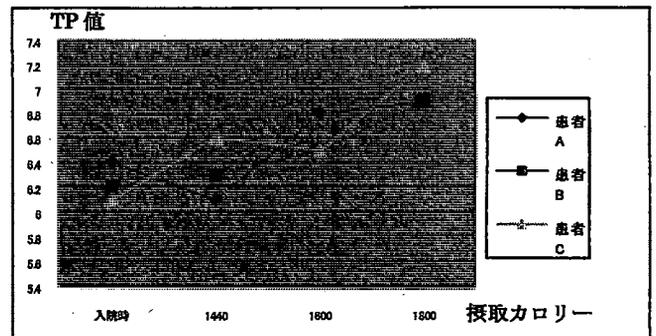


図 2 : 摂取カロリーとTP 値

表 1 : 患者の面談内容

質問事項	患者	返答内容
痩せていたいって思う事は大事な？何故痩せていたんだろうって考えた事あるの？	患者A	うーん、分からない。何でだろう？
	患者B	とりあえずこの体重って思った。自分の中でこれぐらいっていうのがあって。うーん、何となく。
	患者C	痩せていることがアイデンティティーねんて。見た目は分かりやすいもん。
自分で食事のカロリーとか計算して毎日指導を守っていくのは大変？	患者A	難しい。何でだろう？気持ち悪いとかお腹空かない。
	患者B	難しい。時間もバラバラやしカロリーもメニューもバラバラだから
	患者C	やろうと思うと出来るけど、すごい疲れる。カロリー計算しにくい。外食は嫌。