

2023年1月31日

2022年度聖路加国際大学大学院  
看護学研究科課題研究

神経性やせ症患者的心理的要因と看護介入に関する文献検討

-リエゾン精神看護専門看護師の役割についての考察-

A Literature Review on Psychological Factors and  
Nursing Interventions for Patients with Anorexia Nervosa  
A Role of Psychiatric Liaison Nurse Specialists

20MN027

宮原 慶江

## 要旨

**目的：**神経性やせ症患者が増えるなか、患者の身体管理や心理的支援が必要であるが、特に心理的要因に焦点を当てた看護介入について明らかにされていない。神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入のつながりを明らかにし、リエゾン精神看護専門看護師として支援への示唆を見出すことを目的とした。

**方法：**神経性やせ症、看護をキーワードに電子データベースによる文献検索を行い、和文献7件英文献2件を対象とした。テーマ分析を用い心理的要因の『アセスメント』、『看護介入』、『結果・評価』に関する記述を抽出し、サブカテゴリ、テーマに整理した。

**結果：**心理的要因の『アセスメント』として看護師は、本人が【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】ことにより【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】ことや、【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】ことから引き起こされる【医療者から見捨てられる不安を抱く】状態を把握していた。また【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】で【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】様子をアセスメントしており、これらの『アセスメント』をしながら介入が行われていた。『看護介入』として看護師は、【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】という治療的な介入や、【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れ】ており、患者に対する看護師の基本的な姿勢として【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入】していた。また家族への介入として【家族関係を再構築し治療体制を整える】支援を提供していた。看護介入の『結果・評価』として【自己洞察にて自己の現状を受容できる】という患者に対する教育的なかかわりによって起こる変容、【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】や【安心して過去の経験や思いを話すことができる】といった看護介入の結果により信頼関係構築が得られて起こる変容、【家族が積極的に患者を支えることができる】といった家族の変容が見出された。【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】に示すように患者は不安や焦りを抱いており、再アセスメントと介入を繰り返すことで自己洞察や安心感などの変容につながっていた。リエゾン精神看護専門看護師としては、長期的な介入の見通しを立てながら多職種の間で「調整」の役割を担い、医療スタッフ自身が方向性を見失わないよう「教育」として第三者の立場でスタッフの抱く感情を理解し支援する役割が期待されていると考える。

**結論：**神経性やせ症患者に対する看護では、疾患の背景となる個人・環境的要因を繰り返しアセスメントし患者・家族に合わせた介入を行っていた。患者は変容することへの葛藤を抱きながら治療に向き合っており、看護師はその気持ちを理解しながら安定した姿勢で対応する役割を持つことが明らかとなった。

## 目次

I 序論 .....	1
1. 研究背景 .....	1
2. 研究目的 .....	3
3. 研究目標 .....	3
4. 研究の意義 .....	3
5. 用語の定義 .....	4
II 文献検討 .....	5
1. 摂食障害における神経性やせ症の特徴 .....	5
2. 摂食障害の発症要因について .....	6
3. 治療に対する動機づけについて .....	7
4. 看護師が抱くケアの困難感について .....	7
5. リエゾン精神看護専門看護師の役割 .....	8
III 方法 .....	10
1. 研究方法 .....	10
2. 文献検索の方法 .....	10

3. 分析方法.....	13
IV 結果.....	14
1. 対象文献の概要.....	14
2. 分析結果と「神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図」.....	16
V 考察.....	40
1. 神経性やせ症患者に対する看護師のアセスメント、看護介入、結果・評価につ いて.....	40
2. 看護介入を支えるためにリエゾン精神看護専門看護師の機能に対する示唆.....	47
3. 海外のガイドラインによる示唆.....	49
4. 本研究の限界と今後の課題.....	50
VI 結論.....	52

## I 序論

### 1. 研究背景

摂食障害は過去数十年でより頻繁に報告され先進国において多く発症（井上, 2016）している。摂食障害は拒食症・神経性食欲不振症と言われる神経性やせ症と過食症である神経性過食症に大別されるが、そのうち神経性やせ症の発症は10代半ばが最も多く、5%の患者は20代前半に発症する。青年期の女性の0.5~1%に起こると推定され、男性に比べ女性は10~20倍多い（井上, 2016）。また、診断基準は満たさないが何らかの症状を持つ青年期の女性は5%近く存在していると推定されている（井上, 2016）。

我が国における患者数も増加傾向にあるが、神経性やせ症では治療への抵抗感を抱く患者が多く、重篤な状況になっても治療を受けないことがまれではないと言われており、身体的に極度の栄養障害が生じることにより命にかかわる状態にまで陥ることがある（日本摂食障害学会, 2012）。厚生労働省が発表した資料では、全国の神経性やせ症患者は年間12,674人とされており、1980年に比べ約8倍の受診患者数の増加が示されている（安藤, 2016）。発症後は慢性に経過するか寛解と再発を繰り返すことが多く、回復する割合は受診後4年未満では約30%、4~10年で50%、10年を超えると70%が回復する一方、10%強は不変で10%近くが死亡するとされている（厚生労働省, n.d.）。治療法は多様であるにもかかわらず、有効な治療薬が皆無に等しい（日本摂食障害学会, 2012）。特に入院治療では身体管理と心理社会的治療、家族へのサポートが重要である（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, n.d.）とされ、緊急時の内科治療の後は治療方針の中心が心理社会的治療であり、医師のみでなく、心理士をはじめ多くの職種の人たちの治療への関与と協力を要するとされるが、患者数が増える背景に対して治療施設や治療者が不足しており、特に摂食障害専門の心理士の不足と摂食障害専門治療施設のないことが日本固有の現象である（中井, 2016）と指摘されてきた。

このように施設や人員の問題をもとに効果的な介入が難しい中、英国精神医学会作成の摂食障害治療ガイドライン National Institute for Health and Care excellence(以下、NICE)が2004年より使用されるようになったが、欧米の診療体制を前提に記述されており、日本人を対象としたエビデンスに基づく評価が求められていた（中井, 2016）。その後日本においても摂食障害治療ガイドラインが2012年に作成され、診断手順や初診時の見立て、身体面と精神面の緊急度と重症度、モチベーションと動機づけ、発症の個人的要因と環境要

因、初期対応などについて述べられている。また治療者に求められる基本的な態度として、摂食障害に対する専門的な知識や理解を土台とした支持的なアプローチとして受容・共感・支持機能が示されている（日本摂食障害学会, 2012）。しかしながら、このガイドラインも欧米のガイドラインをもとに作成されていることから日本では治療法や治療環境が異なるため介入の効果が不明であり、日本人対象の転帰調査を行う必要性がある（中井, 2016）ことをガイドライン作成者も示唆している。

こうした中、2014年度から厚生労働省と都道府県による摂食障害治療支援センター設置運営事業が開始され、指定された摂食障害支援拠点病院が中心となって各地域の摂食障害治療を支えるようになった。支援拠点病院における各医療機関との連携や情報発信・研修の開催を通し、地域社会の中での摂食障害の治療推進や医療体制の拡充が図られてきた。各都道府県への普及が目指されている段階であり、支援拠点病院の現状としては2022年に5施設目が設置（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, n.d.）されており、今後の発展が求められている。また2017年には上述の英国精神医学会作成の摂食障害治療ガイドライン NICE 改訂版が発刊されているが、日本語に翻訳されたものは作成されていないのが現状である。

これら摂食障害治療支援センター設置運営事業で行われている治療やガイドラインの改訂版において看護師の行う具体的な心理的支援について示されているものは見られず、対応時の基本的な態度や推奨される治療方針が示されているにとどまる。患者の特徴として痩せ願望の強さや治療に対して非協力的な態度をとったり、治療不信や人間不信に陥って治療者を試す行動が見られ、治療者にとっても非常に困惑させられる状況が生じやすいことが指摘されている（日本摂食障害学会, 2012）。実際の臨床現場でも神経性やせ症の患者に対し、看護師が感情のゆらぎや困難感を感じている状況が報告されている。金杉他

（2020）によると、患者の操作性のある言動や治療の拒否がみられる場面での対応に看護師が困難を感じ、患者に対して踏み込むことに迷いが生じることが述べられ、感情のゆらぎにより患者に対して看護師は苦手意識を抱いたり患者に関わることに抵抗感を抱く（岡野他, 2010）ことへつながっている。以上のように患者数が増加する中で専門機関が少なく、かかわりの難しい特徴を持つ患者に対して詳細な看護ケアの指針がないことや、現場の看護師が困難を感じていることから、疾患を理解した支持的なアプローチがどのように行われているかについて整理される必要があると考える。

そこで本研究は、文献検討により看護師が神経性やせ症患者に提供した心理的要因に対する具体的な介入を抽出し、神経性やせ症患者の発症における心理的要因に対する看護師のアセスメント、看護介入、介入によってもたらされる結果・評価を整理することを目的とする。加えて、神経性やせ症患者の看護を行う看護師に対するリエゾン精神看護専門看護師の役割について示唆を得ることを目的とする。

## 2. 研究目的

神経性やせ症患者の発症における心理的要因に対する看護師のアセスメント、看護介入、看護介入によってもたらされる結果・評価について明らかにする。

看護介入を支えるためにリエゾン精神看護専門看護師として期待される役割を考察する。

## 3. 研究目標

3-1. 神経性やせ症患者の発症における心理的要因に対する看護師のアセスメントについて、先行研究を分析し記述する。

3-2. 神経性やせ症患者に対する看護介入について先行研究を調査し記述する。

3-3. 神経性やせ症患者に対する看護介入によって起こる結果・評価について先行研究を調査し記述する。

3-4. 上記 3-1.2.3 により、神経性やせ症患者への看護介入に対するリエゾン精神看護専門看護師の役割について考察する。

## 4. 研究の意義

4-1. 神経性やせ症患者に対する看護介入の実際を整理し、神経性やせ症患者に必要な看護介入が具体的に示されることで、看護実践へ寄与する。

4-2. リエゾン精神看護専門看護師の役割について示唆が得られることで、看護介入を行う看護師を支援していくための一助となる。

## 5. 用語の定義

### 5-1. 神経性やせ症

ICD-10 国際疾病分類第 10 版 F50 摂食障害における神経性無食欲症（中根・山内, 2013）、DSM-5 米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアルにおける神経性やせ症／神経性無食欲症（anorexia nervosa）（井上, 2016）とする。

### 5-2. アセスメント

神経性やせ症の発症における心理的要因となる個人的要因と環境要因について、看護師が看護介入を目的として患者の状態を分析・評価した内容とする。

### 5-3. 個人的要因

摂食障害治療ガイドライン（2012）で示されている個人的要因をもとに、神経性やせ症の発症に関連する性格傾向、精神的要因（精神科的併存症、発達障害）などを含む。

### 5-4. 環境要因

摂食障害治療ガイドライン（2012）で示されている環境要因をもとに、神経性やせ症の発症に影響を与えるとされる家族・学校・職場環境の人間関係における嫌なことや挫折体験などを含む。

### 5-5. 看護介入

看護師が神経性やせ症患者に明確な意図をもって行った問題解決や回復への援助の内容とする。

### 5-6. 結果・評価

アセスメントから看護介入までの成果を分析した内容とする。



## II 文献検討

### 1. 摂食障害における神経性やせ症の特徴

近年、摂食障害の病型が多様化してきている。摂食障害は NICE ガイドラインをもととした摂食障害治療ガイドライン（2012）において主に anorexia nervosa（AN）である神経性やせ症または神経性無食欲症、bulimia nervosa（BN）である神経性過食症、binge eating disorder（BED）であるむちゃ食い障害を含む特定不能の摂食障害 eating disorder not otherwise specified（EDNOS）に分類される。本研究においては anorexia nervosa（AN）である神経性やせ症について述べることとし、理由を以下に示す。

疫学として摂食障害の患者の 9 割が 10～30 代の女性で、そのうち神経性やせ症患者の最も多い発症年齢は 14～18 歳の間であり、青年期の女性の 0.5～1% に起こるとされ、男性に比べ女性は 10～20 倍多い。先進国にて多く発症し、死亡率が 5～18% と極めて高い（井上, 2016、中井, 2016）。

神経性やせ症の身体合併症は重篤であり、低血圧や低血糖、電解質異常による意識障害や失神などがある。嘔吐や下剤乱用にて食道穿孔や胃穿孔に至り、QT 延長や心室頻拍などから致命的な状態にも至る。骨粗しょう症により若年で車いすや寝たきりとなる患者もいる。精神科併存症として気分障害合併率 38～96%、うつ病合併率 25～75%、強迫性障害を含む不安障害合併率 33～72%（平出, 2019、日本摂食障害学会, 2012）である。

神経性やせ症の治療について、2017 年に改定された NICE ガイドラインではまず体重の回復が重要であり、その上で心理療法や薬物療法を行うこととなる。神経性過食症においては認知行動療法や抗うつ薬の一種である選択的セロトニン再取り込み阻害薬の有効性が示される一方で、神経性やせ症においては、有効な治療法は認められていない（西園, 2022、中井, 2016）。

神経性やせ症患者の予後として、回復が 46.9%、改善が 33.5%、慢性化が 20.8% である。症状としては体重の正常化が 59.6% とされ、治療が始まってから数年は体重など身体が回復し、その後 10 年くらいの中に心理面を含めた回復が期待できる。その一方、神経性過食症は心理面の回復に 20 か月を要する状況であり、神経性やせ症患者の回復には長期的な治療が必要である（西園, 2022）。

また神経性やせ症の病因として成育歴やトラウマ論が言われており、発症前から対人関係において安心感を持っていないことが多い。成育歴の中で足りなかった部分を償いたい、償ってほしいと思っている親子では、発症前の年齢を想定した親子関係で硬直している場合がある。患者の症状が激しい時期は多くの親が無力感や後悔、罪悪感に苛まれている（西園, 2022、摂食障害学会, 2012）。

以上のように、摂食障害の中でも神経性やせ症は長期的な経過をたどり重篤になる危険性が高い疾患である。心理的要因が大きく関連していると考えられており、家族にも精神的な影響を与えていることから、看護介入の検討を行う必要があると考え、神経性やせ症に焦点を当てて文献検討を行った。

## 2. 摂食障害の発症要因について

摂食障害の発症は、社会・文化的要因、心理的要因などが複雑に関与していることが治療ガイドライン（日本摂食障害学会, 2012）で述べられている。社会・文化的要因として、昨今の摂食障害患者増加の背景である「痩せを礼賛し肥満を軽視する」西欧化した現代社会の影響が否定できず、治療を効果的に進めるための阻害要因となっている。環境要因としては、両親の別居や離婚など両親の不和、あるいは両親との接触の乏しさ、親からの高い期待、偏った養育態度が発症推進的役割を果たすといった報告がある（日本摂食障害学会, 2012）。家族のダイエット、家族や周囲からの食事や体型、体重についての批判的なコメントなども病前体験として関与している可能性が考えられている。心理的要因としては否定的な自己評価あるいは低い自尊心が摂食障害全体に関連しており、また強迫性パーソナリティ傾向や完璧主義が神経性やせ症と関連があるとされる。学校や職場の人間関係での嫌なことや挫折体験が発症のきっかけになることもあり、特に思春期では体重や体型についての異性からの“からかわれ”体験などは“自尊心”の低下や低い“自己評価”の問題と関連していると言われている（日本摂食障害学会, 2012）。臨床場面においても患者から低い自尊心が存在していたことが多く語られており、高倉他（2017）によると、痩せることで周囲から称賛されたり、努力すれば体重が減少するといった経験を通して、一時的な自尊心の高まりを感じている場合も少なくない。これまでの人生の中で、評価された経験の少なさや家族の中での自分自身の存在への疑問などがあり、とりわけ両親や家族の中で繰り返される寂しさや孤独感といった感情に対して、食行動や痩せることで対処しよう

としていたことについて、治療が進んだ患者は共通して語るようになったと報告している。このように心理社会的なストレスに対する不適切な対処行動が、食行動の異常や痩せることとして表されている。

### 3. 治療に対する動機づけについて

前述のような摂食障害の発症要因に対して松林他（2013）の論文によると、各国の治療ガイドラインも初期治療は体重を回復させることに主眼を置き、体重あるいは行動面の変化で治療効果を評価することが一般的であり、体重の回復は、精神面の変化の指標になると指摘している。その一方で、患者や家族に対して摂食障害がもたらす栄養障害の教育をしっかりと行うことの必要性が強調されており、急性期を過ぎると心理療法が主体となることも述べられている。ここで必要となるのが患者自身の治療動機づけの形成を図り、家族の治療への支援体制の確立を速やかに行うことである。摂食障害治療ガイドライン（日本摂食障害学会, 2012）によると、初診患者の治療に対する動機づけの程度は4段階あり、初期から順に「自分の状態を病気と認識していない段階」「問題意識は芽生えているが、食行動を変えようとしていない段階」「自分の状態を変えねばならないと考えている段階」「治療を受けたが、うまくいかず転医してきた段階」である。治療の4段階を経ながら治療のゴールを見据えることとなるが、松林他（2013）によると、治療のゴールは患者自身が食事をすることに自信を持ち、体重が増えることを受け止めることができ、同時に患者の家族が患者自身に食事を含めた行動を任せられることができるという安心感が得られることとされている。

### 4. 看護師が抱くケアの困難感について

日本における摂食障害の治療は入院治療が主であり、病棟に勤務する看護師は神経性やせ症の患者の対応について困難感を抱えていると言われている。小林（2017）によると、看護師は入院時にまず生命の危機を脱するための身体面のケアを重点的に行い、身体面が安定すると生命の危機の背後に隠れていた心理的な課題に対してケアを行うようになる。また心理的課題に向き合う際に看護師は患者との心理的距離を適切にとれないこと、対人操作に巻き込まれることなどの困難さという患者への心理的な抵抗感を抱えていることが述べられている。金杉他（2020）によると、病棟看護師は日常会話の中での言葉の選び方などコミュニケーションの取り方によって患者の精神面に容易に影響を与えてしまう場面

が多く、踏み込むことについての迷いが生じたり、患者との距離感の保ち方にも困難感を抱いている状況が述べられている。那須他（2011）も患者との関係性の困難さを体験し、模索する中で生じたゆらぎを抱く様子を述べており、こうした看護師の思いに対し、患者への看護介入について軸となる方針や計画が求められる。

一方、安田（2015）は、自身がアメリカで行ってきた看護介入をもとに、看護の方向性を示している。患者の表面に出ている問題行動にだけ目を向けるのではなく、そのうちに隠れる心の叫び、葛藤や迷いにどこまで気づくことができるかが大切であり、自分の中に常に湧き上がってくる自己批判、罪責感、羞恥心、できなさ、自信のなさ、孤独感などどう折り合いをつけるか、新しくどのような見方ができるのか、摂食障害行動に移さずどのように対処していくのかを、患者と一緒に振り返ることが重要であるとしている。また、回復のための動機づけを常に思い描けるように関わる大切であると述べている。

治療ガイドライン（日本摂食障害学会, 2012）ではチーム医療における看護師の役割として、患者の本音を聞くことができる貴重な存在として、疾患を理解した上で患者の気持ちを汲み取り適切な応答をすることを看護師の役割に据えている。また患者・家族間の状況を把握しやすい立場にあるため、発症の要因である問題点を把握していき、患者への治療や家族への指導に役立てることが望まれている。なお、本研究では上記ガイドラインが発行された後の看護介入について把握するため、2012年以降に発表された文献を対象としている。

以上より、看護師が患者・家族との良好な関係性をもとに気持ちを汲み取り介入する中で、患者の発症要因を理解し動機づけを得られるように関わる必要があると言える。看護師の援助姿勢や患者・家族とのかかわりの重要性は指摘されているものの、動機づけを得るための具体的なケア行動については系統的に示されていないため、整理が必要である。

## 5. リエゾン精神看護専門看護師の役割

専門看護師は、「複雑で解決困難な看護問題をもつ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた

者」と定義され、14の分野において認められており、実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究の6つが役割とされている（日本専門看護師協会, 2009）。また専門看護師の一分野に精神看護専門看護師が位置付けられており、一般病院でもこころのケアを行う「リエゾン精神看護」の役割も認められている。精神科以外の一般科領域において、心身相関の視点から患者の心の問題に対応し、患者のケアにおいて bio-psycho-social を統合した、全人的で包括的なケアを行うことを目指す。“リエゾン；liaison”には、つなぐ、連携する、橋渡しをするという意味があり、患者および患者ケアに当たっている人たちの間をつなぐとされている（野末, 2004）。実際に福川他（2014）による報告では、精神看護専門看護師の役割と評価の研究において専門看護師がチーム医療における中心的な役割として患者と家族に関する情報をつなぎ、患者を取り巻く家族や治療の情報を丁寧にチームメンバーに伝え、目標や支援内容をより明確にしていたことが明らかになっている。福嶋（2012）の行ったリエゾン精神看護専門看護師の活動の実態報告においてもリエゾン精神看護専門看護師が患者、家族、医療スタッフに対して総合的にかかわることによって患者の回復を促進すると同時に、医療チーム全体が効率的で良質の医療サービスを提供できるようになることが示唆されている。リエゾン精神看護専門看護師の役割が明確になっている中で役割期待も高まっているが、我が国において神経性やせ症患者に対するリエゾン精神看護専門看護師の介入が行われた報告は見られなかった。

以上の文献検討から、神経性やせ症患者に対し看護師に求められる役割は大きく、看護師や医療チームを支えていく視点においてもリエゾン精神看護専門看護師の役割について考察を深める意義があると考えた。

### III 方法

#### 1. 研究方法

「神経性やせ症」、「看護」に焦点を当て文献検索し、検討を行った。

#### 2. 文献検索の方法

##### 2-1. 検索の対象にしたデータベース

医学中央雑誌 Web 版、PubMed、CINAHL、PsycINFO を用いて文献検索を行った。

##### 2-2. 検索キーワード

検索式には「摂食障害」「神経性やせ症」「anorexia nervosa」、「看護」「nurse」「nurses」「nursing」のワードを用いた。本研究の検索期間は 2022 年 9 月 1 日~2022 年 9 月 21 日である。

##### 2-3. 検索式

###### 1) 医学中央雑誌 Web 版

(((((看護/TH or 看護/AL)) and ((神経性やせ症/TH or 摂食障害/AL)))) and (DT=2012:2022)) and ((FT=Y) and PT=会議録除く))

###### 2) PubMed、CINAHL、PsycINFO

((("nurse"[Text Word] OR "nurses"[Text Word] OR "nursing"[Text Word]) AND "anorexia nervosa"[Text Word]) AND ((y\_10[Filter]) AND (english[Filter])))

##### 2-4. 対象文献の選定

対象とする文献の組み入れ基準と除外基準を以下に示す。組み入れ基準と除外基準に従って行った対象文献の選択過程を図 1「対象文献選定フローチャート」に示す。

###### 組み入れ基準

- 1) 介入の対象に看護師を含む。正看護師・Registered Nurse (RN) の有無は問わない。
- 2) 対象者の治療場所に入院が含まれること。

- 3) 看護介入の内容が詳細に記述されていること。
- 4) 日本摂食障害治療ガイドラインの発行された 2012 年以降の文献であること
- 5) 海外からの示唆を踏まえて検討するため、看護介入について詳細に記述されていた同  
時期の海外の文献を含む。
- 6) 日本語もしくは英語で本文が記述されていること。

#### 除外基準

- 1) 介入対象者の疾患が神経性やせ症でないものは除外する。
- 2) 看護介入について詳細に記述されていないものは除外する。
- 3) 文献本文が日本語・英語以外の言語となっており翻訳が不可能なものは除外する。

これらの診断基準の結果、症例報告にあわせ、看護師に対してインタビューを行い看護介入について報告されていた文献を対象とした。上記プロセスによって選定された日本語文献 6 件、英語文献 1 件に、ハンドサーチで検索した日本語文献 1 件、英語文献 1 件を追加し、最終的な対象文献は 9 件となった。

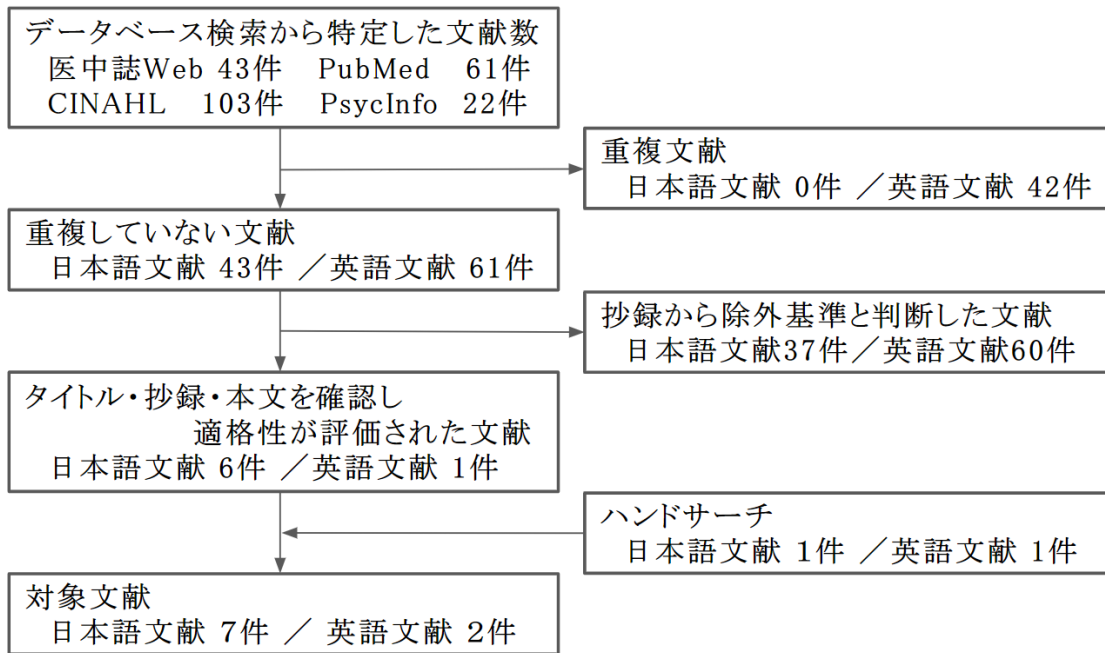


図1 対象文献選定フローチャート (2022年9月21日検索)



### 3. 分析方法

#### 3-1. 対象文献の整理

レビューマトリックスを作成し、対象文献を整理した。レビューマトリックスに含まれる項目は、著者、表題、雑誌名、発行年、症例患者の年代と治療場所とした。うち1件はインタビューによって情報を得られた看護介入について記載されていたため、症例患者の詳細は不明である。

#### 3-2. 対象文献の分析

各文献のデータを整理して重要なテーマについて体系的に示すことを目的とし、Braun & Clarke (2006) により提唱された thematic analysis を用いて6つの段階に基づいて分析した。

- 1) 対象文献の中から、アセスメント、看護介入、看護介入の結果・評価に関する記述を抽出し、コードを生成した。
- 2) 生成されたコードを類似性に従ってまとめ、サブカテゴリを生成した。次に、類似のサブカテゴリを合わせ、テーマを生成した。
- 3) テーマを再検討した。最初に各テーマのコードをすべて読み、それぞれのテーマごとに一貫した類似性があることを確認した。次に、テーマが対象文献全体に適合するかを確認した。分析の概念図を生成し、対象文献全体の意味を正確に反映しているか確認した。
- 4) 各テーマの本質を特定し、神経性やせ症の疾患特性を表しているテーマ名を生成した。
- 5) サブカテゴリをよく表す記述を抜粋し、サブカテゴリの説明に使用し、本文に記載した。

## IV 結果

### 1. 対象文献の概要

対象文献となった研究国の内訳は、日本7件、オランダ1件、オーストラリア1件であり、全て2012年以降に発表された原著論文であった。看護介入が行われた対象患者について記載がある8件では、患者の性別は全員女性、年代は10代3名、20代2名、30代3名であった。全員が入院患者であり、うち1名は入院前後に外来治療を、1名は退院後にデイケアを利用していた。看護介入を行っていたのは看護師であり、そのうち専門看護師が報告しているもの（ID8）が1件含まれた。

対象文献の概要を表1に示す。

表1 対象文献

ID	著者 (発行年),国	論文タイトル 掲載雑誌、巻(号),ページ	年代,性別 治療場所
1	魚住 絵里子. (2013),日本	摂食障害治療の多職種チームアプローチにおける看護師の役割 リフィーディング症候群を伴う神経性無食欲症の回復を通して. 日本精神科看護学術集会誌, 56(1), 92-93.	30代女性 入院
2	小笠原 麻紀. (2014),日本	周産期から育児期を通じた摂食障害患者へのかかわり. 日本精神科看護学術集会誌, 57(3), 63-67.	30代女性 入院
3	吉本 裕見子, 藤本 敬子, & 西田 智美. (2015),日本	思春期の神経性食欲不振症患者の体重増加に向けての取り組み オペラント条件づけを用いた行動の契約表の活用. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 504-505.	10代女性 入院
4	瀧本 綾乃, & 松森 妙子. (2015),日本	患者、家族が自ら考える、看護師とともに学び続ける教育的かかわりによる看護実践の構築. 日本精神科看護学術集会誌, 58(2), 77-81.	10代女性 入院
5	宇津宮 華湖, 藤原 桂子, 千葉 まゆみ, 長澤 美希 子, 村上 紅美子, & 及川 夕香里. (2017),日本	行動制限療法を行った摂食障害患者に対する看護師の役割について. 日本看護学会論文集: 精神看護, (47), 87-90.	30代女性 入院
6	宮川 英治, 金子 真央, & 小野 敦子. (2017),日本	精神科単科病院で神経性やせ症患者を支える看護の試み. 日本精神科看護学術集会誌, 60(1), 346-347.	20代女性 入院
7	三谷 雅恵. (2021),日本	精神科外来における患者の個別性を尊重した継続治療への援助 多職種連携を取り入れた摂食障害患者の入院へ向けた環境調整の1事例. 日本精神科看護学術集会誌, 64(1), 170-171.	10代女性 入院/外来
8	Berends, T. (CNS), van Meijel, B., & van Elburg, A. (2012),オランダ	The anorexia relapse prevention guidelines in practice: A case report. Perspectives in Psychiatric Care, 48(3), 149-155.	20代女性 入院/デイク
9	Zugai, J. S., Stein- Parbury, J., & Roche, M. (2019),オーストラリア	Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A	10名の看護 師にイン タビュー

## 2. 分析結果と「神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図」

対象文献から『アセスメント』、『看護介入』、『結果・評価』に関する記述を抜き出し、これらの分類ごとに類似した内容を統合して、サブカテゴリ、テーマに整理した。以下テーマを【 】, サブカテゴリを< >, コードを斜体で示し、説明する。また、図2にテーマの関係性を示した「神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図」として表した。

### 2-1. 神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入のつながり

介入の目的となる『アセスメント』として【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】とそこから引き起こされる【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】、【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】とそこから引き起こされる【医療者から見捨てられる不安を抱く】、また【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】ことから引き起こされる【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】が見出された。患者の変容について矢印↓で示した。ここで示された『アセスメント』に対して『看護介入』が行われる。患者に対する『看護介入』として【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】があり、患者に対する看護師の基本的な姿勢として【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】が見出された。家族への介入については【家族関係を再構築し治療体制を整える】が見出された。

アセスメントに対する看護介入について矢印⇓で示した。『看護介入』を行った『結果・評価』として【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】が示され、「再アセスメント」が必要であることを矢印⇑で記した。

その他の『結果・評価』では【自己洞察にて自己の現状を受容できる】【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】【安心して過去の経験や思いを話すことができる】【家族が積極的に患者を支えることができる】が示され、「再アセスメント」を経ながら回復に向かっていく様子を表している。

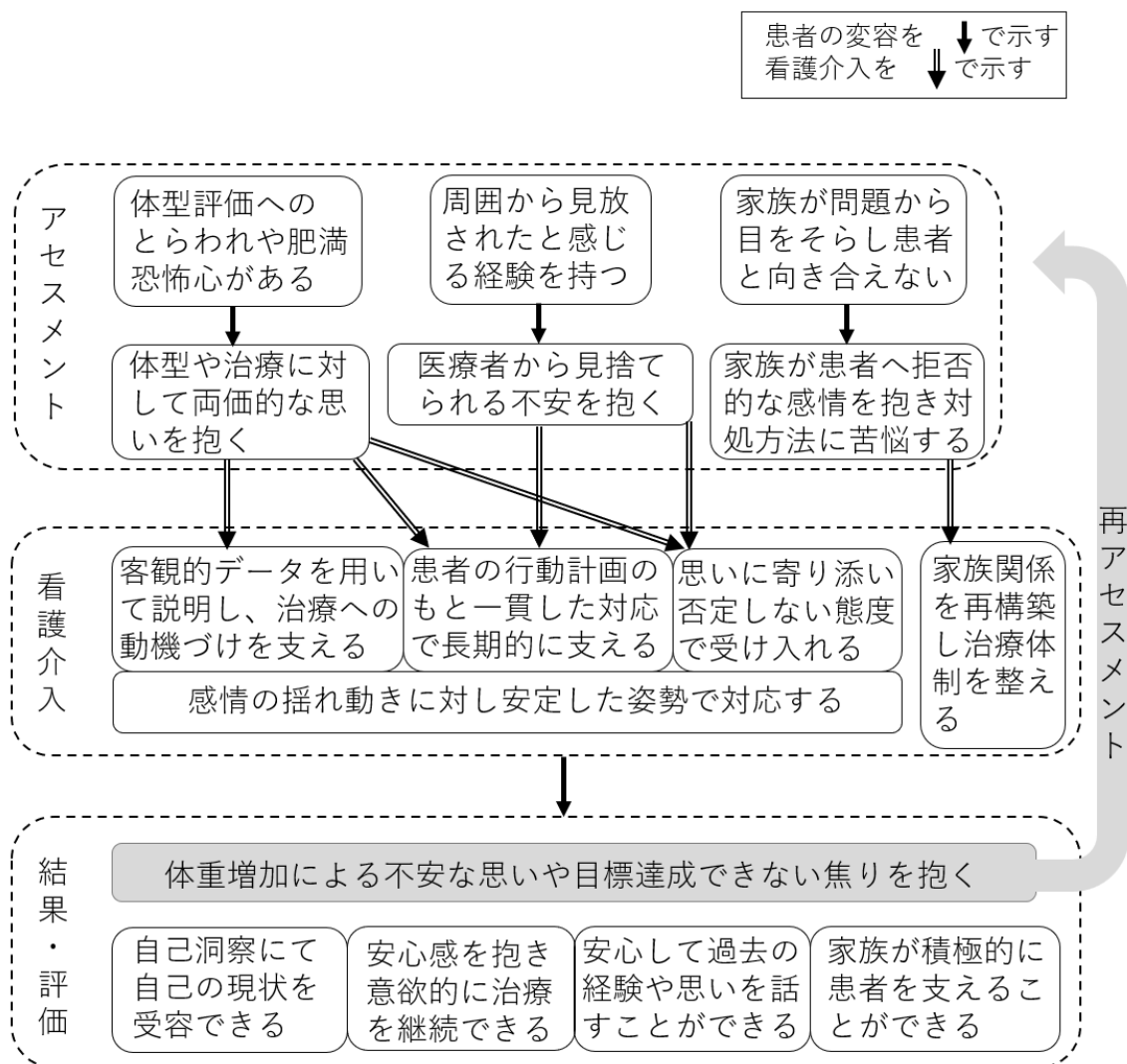


図2 神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図

## 2-2. 看護師がアセスメントしていた患者の特徴

『アセスメント』は、看護師が患者のどのような個人的要因・環境要因を把握して事例をアセスメントしていたかという視点でデータを抽出し、6つのテーマと10のサブカテゴリに整理した。6つのテーマとは、【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】ことによって引き起こされる【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】こと、【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】ことによって引き起こされる【医療者から見捨てられる不安を抱く】こと、また【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】ことによって引き起こされる【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】ことがあった。

図2「神経性やせ症患者的心理的要因と看護介入の概念図」において、要因について関連性のあるものを矢印で表した。

『アセスメント』のテーマとサブカテゴリの一覧を表2に示す。

表2 『アセスメント』

テーマ	サブカテゴリ
体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある	他者から肥満を中傷されたり細いことを評価された経験を持つ 太っているというボディイメージの歪みと肥満恐怖の思いを抱く
体型や治療に対して両価的な思いを抱く	痩せ願望と痩せた自分への自責の感情を抱く 治療願望と治療に対する抵抗感を抱く
周囲から見放されたと感じる経験を持つ	周囲から見放されて疎外感を抱いた経験を持つ 家族の注意が他へ向かうことで家族から注目を得られなかった経験を持つ
医療者から見捨てられる不安を抱く	医療者に対し見捨てられる不安を抱き、自分から関係性を壊す態度をとる
家族が問題から目をそらし患者と向き合えない	家族が問題から目をそらし患者と向き合えない
家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方に苦悩する	家族が患者の行為に嫌悪感を抱きながら患者への対応方法について苦悩する 家族が患者を拒絶していたことに対して悔やむ

以下テーマとサブカテゴリの説明を行う。

1) 【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】

【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】は2つのサブカテゴリから見出された。<他者から肥満を中傷されたり細いことを評価された経験を持つ>ことや<太っているというボディイメージの歪みと肥満恐怖の思いを抱く>というように患者が体型に関して否定的な考えを抱える経験を把握し、患者の持つ経験やそこから受けていた感情が患者の思考を潜在的に支配している様子について、看護師はアセスメントをしていた。

(1) <他者から肥満を中傷されたり細いことを評価された経験を持つ>

看護師は、患者が他者からの評価にとらわれていた経験に着目していた。肥満を中傷された思いが消えないことから、体型を評価されることへのとらわれや、それを超えて評価を得られるもののなさについてもアセスメントをしている様子が伺えた。

思春期に肥満を中傷され一か月で15 kg減量。(ID1)

一年前に友人から細いねと言われてうれしくなり食事制限と過活動で減量。(ID3)

(2) <太っているというボディイメージの歪みと肥満恐怖の思いを抱く>

本人が抱いた捉え方を修正することができず、過度に歪んだボディイメージに固執して痩せていることに必死になる様子が表され、体型に対する認知の歪みや肥満に対する恐怖心について看護師がアセスメントしている様子が示された。

ボディイメージの歪み (太っている、ふっくらという言葉が怖い) (ID5)

2) 【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】

【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】は2つのサブカテゴリから見出された。<痩せ願望と痩せた自分への自責の感情を抱く><治療願望と治療に対する抵抗感を抱く>のそれぞれから、治療に対して葛藤を抱きながら向き合おうとする患者の様子を看護師はアセスメントしていた。特にこのような葛藤の思いは治療開始時期や開始後の治療の進行に影響していることが表明された。また【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】に関連し、痩せていることへ固執しながら治療に対する抵抗や治療に向き合わなければならない思いを抱き、患者の精神的な変化が起こりつつある段階であることが示され、看護師は治療段階を踏まえたアセスメントを行っていた。

(1) <痩せ願望と痩せた自分への自責の感情を抱く>



痩せていたいという思いと、過度に痩せてしまったことに対して自責の感情が共存していると表されている。看護師は両価的な思いをアセスメントしながら、治療動機につながりそうな要因を把握していた。

「家族のために普通のことをできるようになりたい」痩せることへの願望と痩せた自分への自責の感情が共存 (ID7)

### (2) <治療願望と治療に対する抵抗感を抱く>

痩せていたい思いや病気を治したいという思いもありながら、治療での食事摂取に伴う身体的変化に対して抵抗感を示す様子が表されている。看護師は両価的な気持ちや葛藤による苦痛のみでなく、身体症状による苦痛も含め心理的・身体的要因をアセスメントしていた。

過去や疾患に至った経緯、痩せ願望と治療したいという両価的な気持ちを看護師に打ち明けた (ID7)

初期には食事摂取に伴う嘔気や便秘、腹部膨満感を強く訴え、身体症状による苦痛をもとに治療への抵抗を示した (ID5)

「吐きたくないのに吐いてしまう」「便がでないと怖い」「病気を治したい」と話す (ID4)

### 3) 【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】

【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】は2つのサブカテゴリから見出された。<周囲から見放されて疎外感を抱いた経験を持つ>や<家族の注意が他へ向かうことで家族から注目を得られなかった経験を持つ>という周囲との関係性が崩れて見放されるような思いをしたことが示されていた。看護師は疎外感を抱いた経験をアセスメントすることによって、対処行動として食事の摂り方にこだわらざるをえなかった患者の本質的な感情を理解しようとしていた。

(1) <周囲から見放されて疎外感を抱いた経験を持つ>

本人が周囲との環境の中で見放され、疎外感を抱いた経験を持つ。その際の対処行動としてその後摂食障害が始まっていた様子が表明され、摂食障害発症前に他者との関係性でどのような経験があったかをアセスメントしていた。

友人の中でも疎外感があり高校・専門学校を中退 (ID2)

結婚生活が安定せず離婚し拒食 (ID6)

(2) <家族の注意が他へ向かうことで家族から注目を得られなかった経験を持つ>

家族関係において家族の注目が他に注がれる状況となり、他者の注目を得られないことを契機として摂食障害が始まっていた様子が表明されていた。看護師は現在やこれまでの家族背景や家族の関係性について把握しながら、現在の症状に結び付けて患者の思いをアセスメントしていることが伺えた。

父は肝がんで早くに他界、母は乳がん治療中。高校中退後、自分で指を入れて吐くようになりやめられなくなった。他者を巧みにコントロールすることも上手で、自分の意向が通らないと強い抵抗があった。(ID4)

親から愛されず衰弱して心配されたい (ID5)

4) 【医療者から見捨てられる不安を抱く】

【医療者から見捨てられる不安を抱く】は1つのサブカテゴリから見出された。<医療者に対し見捨てられる不安を抱き、自分から関係性を壊す態度をとる>という様子から、医療者に対して安心感をもって向き合える状態ではない様子が表明された。患者の過去の経験が、現在の医療者への不安に影響していることを、看護師がアセスメントしていた。

(1) <医療者に対し見捨てられる不安を抱き、自分から関係性を壊す態度をとる>

医療者から見捨てられる不安な思いを抱き、見捨てられる前に自らが関係性を悪化させていく様子があり、治療を安心して受けることが困難である様子について看護師が把握していた。

「どうせ見捨てるだろ」と医療者に対して見捨てられる不安の表出あり (ID7)

自己価値が低く、嫌われることが不安であるがゆえに、他者との安定した関係を維持することが困難であった。自分から関係をゆるがし、相手を試す手段として、攻撃する、しがみつくななどの行動をとり、自分から関係性を壊してしまうパターンを取ることで自己防衛していた (ID2)

#### 5) 【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】

【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】は1つのサブカテゴリから見出され、＜家族が問題から目をそらし患者と向き合えない＞という家族が問題に直面できない状況が長く続いている状況を、看護師がアセスメントしていた。

##### (1) ＜家族が問題から目をそらし患者と向き合えない＞

家族関係の複雑な背景によって問題に向き合うことができずに根本的な問題解決に至ることなく長年問題を抱える状況を捉えていた。

家族が機嫌をとっている (ID5)

家族がきちんと向き合って解決しないと何度でも同じ問題が表れるため、目をそらさず受け止める必要があった (ID4)

#### 6) 【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】

【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】は2つのサブカテゴリから見出された。＜家族が患者の行為に嫌悪感を抱きながら患者への対応方法について苦悩する＞と＜家族が患者を拒絶していたことに対して悔やむ＞という家族の困惑した思いが表明

され、看護師は患者のみでなく家族の抱く感情にも着目し、家族システムとして捉えてアセスメントしていたと言える。また、【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】ことによって問題の解決につながらず【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】こととなっていた様子を捉えていた。

(1) <家族が患者の行為に嫌悪感を抱きながら患者への対応方法について苦悩する>

患者の行為に対して家族が嫌悪感を抱く様子が伺え、家族が問題を抱えながらどのように対応したらよいか苦悩する様子をアセスメントしていた。

*母親に対する患者の行為に母親は嫌悪感を感じていた (ID4)*

*「私 (患者の母親) はどうしたらよいかわからない、考えられない」 (ID4)*

(2) <家族が患者を拒絶していたことに対して悔やむ>

看護師は、家族が長い療養期間において感じてきた苦悩や拒否的な感情を把握し、またその感情を抱いたことに対して後悔していたことをアセスメントしていた。

*患者の母親が今までの苦悩や患者を拒絶したことへの悔い (ID4)*

### 2-3. 看護介入

『看護介入』はアセスメントとして抽出された個人的要因・環境要因に対してどのような看護介入が行われていたかという視点でデータを抽出し、5つのテーマと13のサブカテゴリが見出された。5つのテーマとは、治療的な看護介入として、【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】と【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】こと、看護師の介入姿勢として【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】や患者への介入の基本的な姿勢となる【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】、また家族に対する看護介入として【家族関係を再構築し治療体制を整える】が抽出された。

図2「神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図」において、患者介入の基本的な姿勢である【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】が介入の土台となる様子と、家族に対し看護介入が行われる様子を表した。

『看護介入』のテーマとサブカテゴリの一覧を表3に示す。

表3 『看護介入』

テーマ	サブカテゴリ
客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える	全身写真や採血結果・症状の成り行きを表す図のもと説明し、状況理解を促す 治療における意識変容や行動制限の必要性を繰り返し説明する
患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える	患者主体にて行動計画を立案・修正し、計画表を守るようかかわる 行動制限解除の段階に合わせてチーム医療の中で一貫した対応をする 安心して長期的な治療が継続できるよう支援する
思いに寄り添い否定しない態度で受け入れられる	肥満恐怖に寄り添い身体管理の苦痛な思いを傾聴する 患者の訴えや決断を否定せず尊重し、できていることを評価する 強みを見つけ、できていることを褒めて受け入れる 今後の自分はどうありたいか安心して言語化できるよう促す
感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する	感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する
家族関係を再構築し治療体制を整える	家族と協働し治療体制を構築する 家族の今までの苦悩を受け止めて努力を称賛する 患者・家族が問題に向き合えるように環境を調整し対応方法を検討する

以下テーマとサブカテゴリの説明を行う。

1) 【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】

【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】は2つのサブカテゴリから見出された。＜全身写真や採血結果・症状の成り行きを表す図のもと説明し、状況理解

を促す><治療における意識変容や行動制限の必要性を繰り返し説明する>という、治療に対する動機づけにつながる看護介入が表明された。

(1) <全身写真や採血結果・症状の成り行きを表す図のもと説明し、状況理解を促す>  
症状を客観的に把握できるよう示すことで病状の理解を促進させ、身体の危険性や行動制限、精神的変化などを捉えられるように介入する様子が伺えた。

身体状況を説明し、このまま食べては吐くを繰り返すことで起こりうる身体障害や命の危険性、ボディイメージの変化を伝えた (ID4)

食べないことによって起こり得る身体的、精神的変化について図式化して説明 (ID3)

全身の写真を撮り、診察時に患者に見てもらった (ID3)

(2) <治療における意識変容や行動制限の必要性を繰り返し説明する>  
意識変容や行動制限の妨げとなる肥満恐怖などといった今までの思考や行動について解釈しやすい形でわかりやすく説明を繰り返すことにより、認識を修正して動機づけにつなげる様子が伺えた。

肥満恐怖を訴え安静にしていることへの不満も訴え、看護師は治療構造を崩さないよう行動制限の必要性を繰り返し説明。(中略) 浮腫みは必ず改善し、主治医も治療を進めつつ、摂取カロリーも調整しているため太らないと伝えた (ID1)

## 2) 【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】

【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】は3つのサブカテゴリから見出された。<患者主体にて行動計画を立案・修正し、計画表を守れるようかかわる><行動制限解除の段階に合わせチーム医療の中で一貫した対応をする><安心して長期的な治療が継続できるよう支援する>という患者が主体的に作成した行動計画をもとにしたかか

わりを通して、多職種と連携し情報共有や統一した関わりを持ちながら、職種の専門性を活用し長期的に支援していく様子が表明された。

(1) <患者主体にて行動計画を立案・修正し、計画表を守れるようかかわる>

ガイドラインやマニュアルをもとに患者ごとの行動制限やルールが示された計画表を患者主体で作成し、決めたことが守られるように促していた。

食事は無理のない範囲で食べる、おやつは食べ過ぎない、下剤は適正量に戻す、洗濯の回数を決めるなど患者主体のもとで細かくルールを決め、守るよう約束した (ID4)

(2) <行動制限解除の段階に合わせてチーム医療の中で一貫した対応をする>

他職種と情報共有しながら統一した対応のもと症状の変化に伴い段階的に制限を解除していくことで、状況に合わせた対応が行われていた。また体重増加によって行動制限が解除される一貫した対応が、回復に向けた行動を維持するための動機づけにもなっていた。

体重が増えなければ制限の解除はできないという一貫した対応を医師と協働し続けることでオペラント強化による食行動の形成につながった (ID5)

(3) <安心して長期的な治療が継続できるよう支援する>

患者が安心感を得ながら治療意欲を持てるようにするため、退院後の生活も検討し目標を持ちながら長期的に支援している様子が伺えた。

看護の枠組みを方針として話し、自宅に帰れるように協力すると患者に約束した (ID4)

地域で生活を送る患者を支援する外来では、患者と家族のニーズを尊重した目標を具体化し、多職種と連携した援助が患者のエンパワメントにつながる看護になる。(中略) 訪問看護において、自身の現状を捉え、入院に向けての目標の設定や退院後も視野に入れた生活をイメージし、モチベーションを維持するかかわりを行う (ID7)



### 3) 【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】

【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】は4つのサブカテゴリから見出された。＜肥満恐怖に寄り添い身体管理の苦痛な思いを傾聴する＞＜患者の訴えや決断を否定せず尊重し、できていることを評価する＞＜強みを見つけ、できていることを褒めて受け入れる＞＜今後の自分はどうか安心して言語化できるよう促す＞という受容的な態度により、安心して感情を表出できる関係性の構築や自尊心を高めるようなかわりが表明された。

#### (1) <肥満恐怖に寄り添い身体管理の苦痛な思いを傾聴する>

肥満恐怖の思いや身体管理に対する不安や不満など患者の訴えを傾聴し、支持的に介入するなど受容的な態度を示すことで信頼関係を築けるようなかわりが伺えた。

*肥満恐怖を訴え安静にしていることへの不満も訴えた。看護師は寄り添い傾聴し、共感 (ID1)*

*苦痛を伴う日々の身体管理を少しでも軽減できるよう声をかけ、受容的な態度で関わることで信頼関係を築けるよう配慮した (ID6)*

#### (2) <患者の訴えや決断を否定せず尊重し、できていることを評価する>

本人の発言や食事摂取量に対して承認し、本人の意思や行動を尊重して支援する様子が伺えた。

*どのような結果が起きてもそれらを受け止め応援し一緒に進んでいく姿勢を継続 (ID2)*

*看護師は食事を残さず食べていること、気持ちの表出ができていることを評価し、対応の統一を図った (ID3)*

#### (3) <強みを見つけ、できていることを褒めて受け入れる>

疾患の部分ではなく強みや長所などを見つけ、できていることを褒めて受け入れることで、状況の全容や経過を把握して関わる様子が示された。

*The next step during this first session was to identify patient's strengths. (ID8)*

*病的な部分にはかり注目せず健康な部分、良い部分を見つけ、できていることを褒める (ID6)*

(4) <今後の自分はどうか安心して言語化できるよう促す>

本人のどのような思いも理解し寄り添う態度により信頼関係を構築しながら、安心して思いや夢などを言語化できるように促す対応が伺えた。

*長期罹病期間の苦しみや思いに寄り添いつつ、今後の自分はどうか安心して、どんな希望があるのか、この先の人生をどう生きたいのかを問う (ID4)*

4) 【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】

【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】は1つのサブカテゴリから見出された。<感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する>は患者からの精神的な影響を受けながらも、安定した態度で対応する様子が表明された。揺れ動く感情を把握しながら介入を行っていたことを看護師自身が認識していたと言える。

(1) <感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する>

看護師が患者のために制限を解除したい思いと制限を守ることの葛藤、対応に対する自信のなさなど対応時の葛藤を抱くが、看護師は自身の感情を自覚・認識し、患者の態度に左右されることなく安定した姿勢で接するように努めている様子が伺えた。周囲の支援を受けながら看護師が安定した姿勢を保てるようになっていた様子もわかった。

*面接で患者の感情に左右されないように安定した姿勢で傾聴 (ID2)*

*The staff is not confident themselves and it affects their treatment. (ID9)*

治療に強いストレスを感じ抵抗を示す患者に、看護師も患者の思いに沿いたい、制限を和らげてあげたいという倫理的・人権的葛藤を常に抱えケアを行っていた (ID5)

主治医からの声かけがあったことで、スタッフの苦手意識が克服され、患者に対し気持ちに余裕を持った対応が可能となった (ID6)

#### 5) 【家族関係を再構築し治療体制を整える】

【家族関係を再構築し治療体制を整える】は3つのサブカテゴリから見出された。<家族と協働し治療体制を構築する><家族の今までの苦悩を受け止めて努力を称賛する><患者・家族が問題に向き合えるように環境を調整し対応方法を検討する>があり、患者を取り巻く環境としての家族システムを捉えて精神的支援を行いながら、患者と家族を共に支援する様子が表明された。

##### (1) <家族と協働し治療体制を構築する>

家族と連携してより具体的な支援方法を検討したり、家族間の関係性を把握しながら環境を調整し、患者にとっての治療環境でもある家族に対して教育的なかかわりを行う様子が見られた。

*母親との連携を強化することで具体的支援方法を協議し実現することができた (ID4)*

*患者・家族に(対して)家族関係や環境の調整をし、(看護介入における)看護の共通の認識を持ち教育的にかかわった (ID4)*

##### (2) <家族の今までの苦悩を受け止めて努力を称賛する>

長期間にわたる治療に対して家族が対処方法に苦悩していた様子があるが、今までの苦悩をねぎらい称賛し、家族の思いを受容しながら支えていく様子が伺えた。

患者の母親が今までの苦悩や患者を拒絶したことへの悔い、自分が死んで患者を残すことへの不安を看護師に話し、看護師は母親の気持ちを受け止めた (ID4)

母親の今までの努力を称賛し自信を持ってよいことを伝えた (ID4)

(3) <患者・家族が問題に向き合えるように環境を調整し対応方法を検討する>

家族間でのかかわりにおける具体的な対処方法の検討をしたり問題に対して向き合うよう促して環境を調整することで、患者・家族両者の認知の変容を目指したかかわりが行われていた。

母親と直面化せず自分を抑圧することで解決しようとする傾向にあったが、母親への対処行動をメリット・デメリットに基づいて具体的に考える (ID2)

患者への看護の枠組みを細かく決め、患者、母親が今起こっている問題に対して自発的に考えることのできる状況を作る配慮をした (ID4)

看護師のかかわりによって母親の患者に対する受け止めがポジティブに変化し、母親の自信や意識の向上につながり、母親の自己価値を高められた (ID4)

#### 2-4. 結果・評価

『結果・評価』は看護介入を行ったことによってどのような結果や評価が得られたかという視点でデータを抽出し、5つのテーマと10のサブカテゴリが見出された。5つのテーマとは、患者が治療や介入の結果を受け入れられない状況として【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】が見出され、患者と家族が治療の目標達成に向けて変容を遂げる様子を【自己洞察にて自己の現状を受容できる】【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】【安心して過去の経験や思いを話すことができる】【家族が積極的に患者を支えることができる】として、看護師が評価を表している。【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】は根本的な問題がまだ解決されていない状態を示している。*Her dread of eating and fear of body gain resurfaced with vigor. The next step in the process was to identify and analyze relevant triggers, that is, factors. (ID8)* に示されるように、得られた結果に対して再度アセスメントが行われていることから、図2「神経性やせ症患者の心理的要因と看護介入の概念図」において再度アセスメントする様子を矢印で示した。

『結果・評価』のテーマとサブカテゴリの一覧を表4に示す。

表4 『結果・評価』

テーマ	サブカテゴリ
体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く	体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く
自己洞察にて自己の現状を受容できる	身体・精神状態を客観的に捉えることができる 自分の身体や治療へ興味を持ち自己洞察を行え、具体的な行動変容ができる
安心感を抱き意欲的に治療を継続できる	統一した支持的な看護介入により安心感を抱きながら治療に向き合える 身体的・精神的回復や行動制限の解除によって、治療に意欲的に取り組むことができる 精神的な逃げ場を得ることができる
安心して過去の経験や思いを話すことができる	医療者に対して安心して過去の経験を語ったり思いを表出することができる 家族会にて自身の治療経験を安心して述べるることができる
家族が積極的に患者を支えることができる	家族が過去の苦悩を振り返りながら、患者と向き合い将来に対し前向きに捉えることができる 家族が家事の分担の調整をしたり対応の統一を図ることで患者の治療継続を支援する

以下テーマとサブカテゴリの説明を行う。

1) 【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】

【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】は1つのサブカテゴリから見出され、＜体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く＞があり、体重の評価に関わらず治療結果に対して焦りや不安を抱きながら葛藤する様子が表明された。

(1) ＜体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く＞

患者は目標体重に達していない時に焦る一方で、目標に達して退院の目途がつく時にも体重が増加したことに対し再び不安を抱く様子があり、治療の奏功に対し葛藤する患者の思いが伺える。患者の抱いた両価的な思いをもとに再びアセスメントを行っていることがわかる。

*目標に達しないことへの焦り (ID3)*

*退院の話が出ると退院への嬉しさと同時に体重増加の不安についての訴えも聞かれた (ID6)*

*Her dread of eating and fear of body gain resurfaced with vigor. The next step in the process was to identify and analyze relevant triggers, that is, factors. (ID8)*

## 2) 【自己洞察にて自己の現状を受容できる】

【自己洞察にて自己の現状を受容できる】は2つのサブカテゴリから見出された。＜身体・精神状態を客観的に捉えることができる＞＜自分の身体や治療へ興味を持ち自己洞察を行え、具体的な行動変容ができる＞があり、状態を客観的に捉えることによって自己洞察が進み、具体的な行動変容をとることができるようになる様子を看護師は捉えていた。患者が状態の捉え方を変えながらあらためて自己と向き合う様子について、看護師が評価していた。

### (1) ＜身体・精神状態を客観的に捉えることができる＞

患者が写真を通して自身の姿を見たり過去を振り返ることにより、自らの状態を客観的に捉えることができている様子が伺える。看護師は患者の細かな反応を把握しながら治療段階を評価している状況がわかる。

*自身の写真を見て「気持ち悪い」と涙を流した (ID3)*

過去を振り返り自己洞察が進展し、達成感を得られたと医療者に伝えることができた (ID7)

(2) <自分の身体や治療へ興味を持ち自己洞察を行え、具体的な行動変容ができる>

患者が自身の傾向を客観的に振り返り洞察することができ、自分で行動をあらためたり自己の成長を実感することができる様子を把握していた。看護師は患者の捉えている変化や受容の段階を把握し、介入の評価を行っていた。

母親との関係性について直面化せずに、自分を抑圧することで解決しようとする傾向にあること、自分自身をしんどくしていることに気づくことができた (ID2)

過度な要求がエスカレートしてしまうときに自分でストップをかけられた (ID4)

家族会で体験や今の状況を話し、客観的に感じることができ成長できた。自分の体験が役に立つことが嬉しかった。自己と向き合い現状を受容。(ID2)

3) 【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】

【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】は3つのサブカテゴリから見出された。<統一した支持的な看護介入により安心感を抱きながら治療に向き合える><身体的・精神的回復や行動制限の解除によって、治療に意欲的に取り組むことができる><精神的な逃げ場を得ることができる>があり、患者の抱く安心感が長期的に持続していることも踏まえて看護師が評価を行っていた。

(1) <統一した支持的な看護介入により安心感を抱きながら治療に向き合える>

統一したかわりによって支持的に介入を行いながらサポーターであり続けることを示すことにより、安心して治療に取り組める場を得られ、継続的に治療に向き合える様子について看護師が評価していたことがわかる。



食事内容や身体的症状、体重に関連した多くの質問や訴えに対し患者が混乱しないよう統一したかかわりを行い、支持的な介入とサポーターであり続けることで安心、休養、相談の場が提供できた (ID6)

(看護師が) 受容的に粘り強く支援したことが「見捨てられたような気持ちが今はなく、ここで治療を頑張りたい」という患者の言葉に表れている (ID7)

(2) <身体的・精神的回復や行動制限の解除によって、治療に意欲的に取り組むことができる>

身体的・精神的に自ら回復を実感することができ、それによって喜びを得たり前向きな発言や意欲的に食事を摂取するといった状況が伺えた。看護師はこうした変容を汲み取り喜びを分かち合いながら、介入の評価を行っている様子がわかる。

「体重を増やすことは嫌だし怖かった」「今は電子血圧計でも一回で測れるようになって嬉しい」と痩せに対する考えや回復の喜びについて話す (ID3)

体重増加により制限が解除されることによって治療への意欲につながり、自発的に食事を摂取し続けることができるような行動変容が見られた (ID5)

(3) <精神的な逃げ場を得ることができる>

行動を制限することのみでなく本人との歩み寄りにて譲歩した部分を持つことにより、精神的な圧迫感を軽減して、患者が混乱せずに安心感を抱ける場や時間を持ちながら、治療が継続できるように支えている様子が伺える。

患者の混乱を招かないよう注意した。行動異常は患者の逃げ場とした (ID4)

4) 【安心して過去の経験や思いを話すことができる】

【安心して過去の経験や思いを話すことができる】は2つのサブカテゴリから成り立ち、<医療者に対して安心して過去の経験を語ったり思いを表出することができる><家

族会にて自身の治療経験を安心して述べる<ことができる>があり、患者が安心感を抱きながら感情を表出する様子について看護師が評価を行っていた。また患者が医療者に対して語ることに比べて家族会にて他者に語ることは、より自身を客観的に把握している様子があることから、回復段階が異なることがわかる。

(1) <医療者に対して安心して過去の経験を語ったり思いを表出することができる>

医療者との間で受容的なかわりによって安心して思いを表出できる関係性が構築され、今まで抱いてきた負の感情についても表出することができるようになった様子が伺える。これにより医療者との関係性の構築がどこまで進んでいるのかを図ることができるが、患者が話したくないと思うような内容が含まれるため、治療段階に注意を払って評価を行う必要があることが伺える。

*入院前の生活のつらい思いをしていたことを話すようになった (ID3)*

(2) <家族会にて自身の治療経験を安心して述べる<ことができる>

他者との交流の場である家族会において自らの体験や今の状況を話し、患者自身が症状や治療を振り返り変化を捉えながら治療を継続していく様子を看護師が捉えていた。他者との交流を通しながら患者が現在の状況をどのように捉えているかを知り、考え方や精神的な変化などについて把握し評価していくことは、今後生活を行う上でも意義のあるものと考えられる。

*家族会で体験や今の状況を話し、客観的に感じることができ成長できた。自分の体験が役に立つことが嬉しかった。(ID2)*

5) 【家族が積極的に患者を支えることができる】

【家族が積極的に患者を支えることができる】は2つのサブカテゴリから見出された。<家族が過去の苦悩を振り返りながら、患者と向き合い将来に対し前向きに捉えることができる><家族が家事の分担の調整をしたり対応の統一を図ることで患者の治療継続を支援する>があり、家族が過去を顧みながら新たに家事分担などの調整を行うことで家族の

凝集性を高めている。また将来の夢を共有し患者と共に歩んでいこうとする家族の様子が表明され、治療共同体として歩む家族の機能について評価が行われている。看護師は家族の変容を捉えながら療養環境について評価を行うことで、次の治療段階において必要となる資源についても検討することができるようになる。

(1) <家族が過去の苦悩を振り返りながら、患者と向き合い将来に対し前向きに捉えることができる>

患者と家族が今までの苦悩を振り返りながら受け止め方が変化し、外泊の希望や退院後の生活に対する目標など今後について話すことができ、意欲が向上している様子が伺えた。看護師はこのように家族の変化も把握しながら患者の療養環境を評価していることがわかる。

*家族から「外泊させたい、体調もよいので」といううれしい言葉も聞かれるようになった (ID4)*

*退院後の楽しみを家族で共有し、近い将来の目標設定を行った (ID7)*

(2) <家族が家事の分担の調整をしたり対応の統一を図ることで患者の治療継続を支援する>

家族が家事分担を調整したり対応の統一を図ることで治療の継続にもつながり、家族が凝集性を高めながら治療共同体として前向きに患者を支えることができる様子が伺える。

*家族が本人の外来通院を促し、治療に協力。負担のかかる家事は、家族が分担し協力 (ID7)*

## V 考察

### 1. 神経性やせ症患者に対する看護師のアセスメント、看護介入、結果・評価について

文献検討の分析結果について神経性やせ症患者のアセスメント、看護介入、結果・評価の視点から以下の考察が得られた。

#### 1-1. 患者や家族が抱える心理的要因の『アセスメント』について

文献検討の分析の結果、患者や家族が人生で思い悩む様子があり、看護師はそれを把握し以下の視点で『アセスメント』を行っていた。特に過去の経験が、現在の思いにどのようなつながっているかについて看護師がアセスメントしている様子を整理できた。

まず看護師は、【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】という過去の経験を把握し、その経験から影響を受けた考えが、【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】という現在の思いにつながっていることをアセスメントしていた。痩せすぎた身体に対し自責の念を抱く、もしくは痩せていることへの執着がとれないまま治療に向かわなければならぬ思いの葛藤を抱く様子をアセスメントしており、精神的な変化を起こしたいがまだ気持ちが治療に傾倒できていない状況が示されている。安田（2015）は摂食障害病棟での看護について「摂食障害の患者さんのケアで大切なことは、いかに患者さんのことを理解しようとする姿勢を持ち続けられるか、患者さんの表面に出ている問題行動にだけ目を向けるのではなく、そのうちに隠れる心の叫び、葛藤や迷いにどこまで気づくことができるか」であると述べている。このように患者の持つ経験やそれにより生じた感情が患者の思考を潜在的に支配しており、看護師は表面化されていない疾患の要因となる部分についてアセスメントを行っていることが示された。

また看護師は他者との経験を把握しながら食行動が対処行動の一つであることをアセスメントしており、【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】という背景にある患者の経験にも向き合っていた。患者の抱いた疎外感に対する対処行動として食事の摂り方にこだわらざるを得なかった患者の思いを理解する様子が示されている。ゲイルは家族の心配の増加に従って重要他者からの注目を得ることができる（ゲイル・ミシェル, 2007）と述べ、グレンはこのように注目を得るための行動に対し特別で唯一の存在であろうとする死に物狂いの試み（グレン, 2019）であると表現している。松木は乳幼児期起源の抑うつ不安の賦活として対象喪失の不安と無力な絶望感が背景にあると述べている（松木, 2008）。

祖父江は「自分の（抑鬱）不安や葛藤を直視し続けることを避け」るための手段が、やせることであり、やせることによって「理想化された母親対象との一体化」という空想的で万能的な自己愛状態を作り上げようとしていると述べる（祖父江,2002）。これらのことから、壮絶な不安や恐れに対しやせる行動をとることによって心をコントロールしている本人の営みがあり、それらが引き金となり【医療者から見捨てられる不安を抱く】ことにつながっていると考えられる。対象文献では、患者が医療者から見放される不安を表出したり、自ら関係性を壊して自己防衛をする様子が記載されており、過去に見放され不安な思いを抱いた経験によって喪失体験の再燃を防ぐために医療者との関係を構築しにくく、スムーズな治療の導入が困難になる状況が表されていた。看護師は患者が抱える対人関係に対する不安や恐れを把握し、どのような思いを抱えながら治療に挑もうとしているのか、根本となる要因を冷静にアセスメントしていると言える。

【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】という家族が抱える精神的な要因も見られたが、看護師は家族が問題に直面できない状況が長く続いていることをアセスメントしていた。松木（2008）は、家族によっては、心の問題に目を向けることがなかなかできず、食べることの正常化さえ叶えば治ると、いつまでも思い続ける人たちもいると述べている。このように看護師は家族に存在する根本的な問題と、それをどのように家族が捉えているのかを把握し、アセスメントする様子が示された。また家族の状況について【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】というように、看護師は家族が患者に対して抱く拒絶する思いや嫌悪感などというつらさや苦悩の感情にも着目し、アセスメントしていた。疾患の要因の一つとして家族機能不全（思春期やせ症と思春期の不健康痩せの実態把握および対策に関する研究班, 2008）が挙げられており、その点においても家族関係の不和が存在する可能性と、衝突を避ける傾向（摂食障害治療ハンドブック, 2004）があると言われている。家族療法が治療の有効性を示すことが明らかとなっているが、問題に直面しづらい患者・家族の背景を捉えておく必要があるといえ、今回の結果からも、看護師が家族の抱く思いについて把握しアセスメントを行っている様子が伺えた。

以上のように治療ガイドラインや先行研究において重要視されている発症要因に対し、患者・家族が今まで抱えてきたつらい経験や不安な思い、また家族の関係性や問題に対して向き合えずに苦しむ様子などについて、看護師が丁寧に把握しアセスメントしている様子を文献検討によって整理した。Sarah & Lucie（2016）が神経性やせ症患者に対して行っ

ていた治療と回復に影響を与える要因についての質的調査では、「治療の回復にたどり着くか回復を妨げることになるかどうかは治療が個人のニーズである根本的な要因に対処したかどうかによる」と言われている。これらのことから疾患に至った要因に焦点を当てながら治療が開始できるかどうか非常に重要であり、根本的な心理的な葛藤などの患者の抱く思いを理解することがその後の関係性構築や患者理解に繋がることが示された。摂食障害治療ガイドライン（日本摂食障害学会, 2012）にて重要視されている「真の発症要因を明らかにする」ことの裏付けにもなる治療の重要な要素であると考えられる。また、田村（2021）によると神経性やせ症患者の入院治療におけるかかわりとして「多職種カンファレンスにより情報共有や治療方針の確認を行い、様々な職種が一貫性のあるかかわりができるようにすることが重要である」と示されている。多職種で関わり方を統一し、長期的な視野をもとに患者を支援することにより、治療に向き合うことを支えている様子が示された。文献検討の結果から得られた内容を踏まえ、患者や家族が今までの人生の中で長い間思い悩む様子があり、それを把握してアセスメントし、多職種と共有しながらともに向き合っていく作業を支えていくかかわりが重要であると考えられる。

## 1-2. 『看護介入』について

『看護介入』に関して看護師は患者・家族・看護師同士に対する介入を行っていた。

【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】では疾患の状況や治療の必要性について教育することで意識変容を促していた。具体的には、「採血データをはじめとする検査データの意味を説明し治療の動機づけを高めるかかわり」(ID1) や、「全身写真を客観視することで治療意識を高めるかかわり」(ID3) など、図や全身写真やデータなどをもとに客観的に状況を把握できるようにして治療動機に結び付けていた。『アセスメント』で得られた【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】ことに対し、客観的データを用いボディイメージの変化や症状の理解を促しながら認識を修正し、動機づけとなるよう教育的な介入が行われていたといえる。

西園（2022）によると「患者の心理を理解した上で直面化が重要であり、具体的な方法は日本では詳述されていないが退院後の生活の計画を立てるためには、『これくらいの体重になれば白血球数が正常域に入る』といったデータが必要など、身体の中身にも目を向けた説明を疾患教育に活かす」ことの必要性が示唆されている。

【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】では、治療の中で入院治療や退院後の継続した治療を念頭にして関わっていることが伺えた。患者が治療計画に主体的に参加しながら治療計画を実施していくこととなり、本研究の結果では「食事については無理のない範囲で食べる、おやつは食べ過ぎない、下剤は適正量に戻す、洗濯の回数を決めるなど患者主体のもとで細かくルールを決め、守るよう約束した。」(ID4) というように患者主体で治療計画が作成されていた。また「体重が増えなければ制限の解除はできないという一貫した対応を医師と協働し続ける」(ID5) というように、計画に沿いながら一貫した対応を実施する様子が示されていた。治療ガイドライン（日本摂食障害学会、2012）では治療に対する患者の反応として『行動制限』の枠組みは、患者がこれまで常に回避してきたものからの回避をブロックし、それに向き合うことを促す。患者はこのような状況を非常に苦手とするため、枠組みを受け入れるうえで大きな葛藤が出現し、そこから逃れようとする回避行動が出てくる。これらの行動をどう扱うかということが非常に重要」と言われている。『アセスメント』で得られた【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】や【医療者から見捨てられる不安を抱く】ことに対して、【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】という形で、ゆるぎなく一貫したかかわりが行われており、回復に向けた行動を維持するための介入により患者の治療が支えられている様子が示された。

【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】では、チーム医療における看護師の役割が示された。文献から「治療の不安やつらさを訴えるたびに患者の訴えを否定せず、支持的に治療を促した。」(ID8) というように、看護師の支持的な態度でのかかわりがもたれていた様子がわかる。田村（2021）はチーム医療の中で看護師が担う神経性やせ症患者への精神的支援の役割について述べており、病棟看護師が本人の治療のつらさを共感し、できている部分を評価し、病状改善した点を共に喜ぶなどして本人を支えるかかわりの重要性を述べていた。また、魚住（2013）は「看護師は多職種チームの中で患者と最も長時間接する職種であり、患者に寄り添い傾聴し、さりげない患者の言葉や行動の中から認知の偏りを察知できる」とし、治療構造を再構築する上で、重要な役割を担うことが述べられている。これらのことから、受容的に接する態度には看護師に特徴的なチーム医療における役割期待も存在すると考えられる。『アセスメント』で得られた【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】や【医療者から見捨てられる不安を抱く】ことに対して、【思い

に寄り添い否定しない態度で受け入れる】という形で、患者が安心感を得ながら治療意欲を維持するための介入により、治療に向き合う患者の精神面が支えられている様子が示された。

【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】では患者の病理によって影響を受けながらも、看護師が自身の揺れ動く感情を自覚し、周りの支援のもと安定した姿勢で対応の様子が示された。「治療に強いストレスを感じ抵抗を示す患者に、看護師も患者の思いに沿いたい、制限を和らげてあげたいという倫理的・人権的葛藤を常に抱えケアを行っていた」(ID5)とあるように、看護師の精神面が患者との関係によって揺るがされていることがわかる。

那須他(2011)は看護師の感情のゆらぎに対する対処行動として、「患者は、病理による生活のしにくさ、生きづらさを何とか克服しようとして不安になり、揺らいでいる」状況であるとし、看護師が抱く苦手意識や揺らぐ感情を抑圧させるのではなく病気だからと折り合いをつけ気持ちを立て直しながら、スタッフ間で共有し冷静さを保つ対処について言及していた。またJoel(2019)は看護師が患者から受ける相互作用に対する教育とサポートが必要であるとし、プリセプターシップの重要性を説いている。そうした点からも看護師が支えあいながら対応を行うことで患者の病理に左右されることなく看護実践が可能になる。『看護介入』で得られた【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】という介入を行う中で、患者の対応の際に抱く葛藤や患者の感情に左右されるなど精神的な影響を受けながらも、【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】とあるように安定した姿勢で患者を支えるように努めている様子が示された。

【家族関係を再構築し治療体制を整える】では、家族と協働して患者の治療にあたるための教育や相談が行われていた。「母親の今までの努力を称賛し自信を持ってよいことを伝えた」(ID4)のように、家族の気持ちを受容しながら、患者を取り巻く環境としての家族システムを捉えて、その体制が長期的に維持されるよう患者と家族を共に支援していた。また『アセスメント』で得られた【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】にあるように、看護師は家族が問題に直面できない状況が長く続き、家族が患者に対してつらさや苦悩の感情を抱くことにも注目していた。それらのアセスメントをもとに家族関係の再構築として看護師が介入



している様子がみられた。英国の NICE ガイドライン改訂版（2019）でも家族機能について評価した上で家族を支援しながら、家族と協働していくことの重要性が示唆されており、家族関係の再構築に対して看護師が介入して患者の治療体制を整えていくことは重要なかわりになっていると言える。

ガイドラインなどでは統一したかわりや一貫性を持つことで、看護師の精神面を揺るがす患者の病理によっても影響を受けない状態で看護介入を遂行し、治療に向き合うことを支援する姿勢の重要性が示されていたが、文献を整理することによって「アセスメント」で得られた患者や家族の状態に対して適切な「看護介入」が図られるように検討されて実施されている様子が明らかとなった。

### 1-3. 『結果・評価』について

『結果・評価』に関して患者家族が変容していく様子と、患者が目標の達成に関わらず変化を伴うことに対する焦りや不安を抱く状況について、看護師は把握していた。看護師は患者が変容を遂げて回復に向かう様子を評価していたことになる。【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】は回復に対して患者が抱く不安や抵抗などの両面的な思いについて、看護師が評価していることが明らかになった。回復に対して葛藤する気持ちを抱き続けることが疾患の特徴でもあり、それによって結果に影響が出ると言える。文献 ID8 では神経性やせ症患者への看護実践における独自のガイドライン作成にあたっており、*Her dread of eating and fear of body gain resurfaced with vigor. The next step in the process was to identify and analyze relevant triggers, that is, factors.*とあり、要因を特定し、あらためて分析する必要が示されていた。同文献にて *The patient's motivation should be evaluated regularly in order to determine whether measures must be taken to boost that inner motivation.*と、定期的に患者の意欲を把握しながら本質的に動機づけられているか確認することが求められており「再アセスメント」を通して本質的な疾患要因に対する看護介入の結果を評価する必要性が明らかとなった。その他の『結果・評価』として【自己洞察にて自己の現状を受容できる】では動機づけが行われることによって自己洞察が進展し治療行動につながったと考えられるが、『看護介入』における【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】ことで＜身体・精神状態を客観的に捉えることができる＞ことや＜自分の身体や治療へ興味を持ち自己洞察を行え、具体的な行動変容ができる＞

といった変容を捉えている様子がわかる。【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】と【安心して過去の経験や思いを話すことができる】は『看護介入』における【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】や【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】、【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】といったかかわりのもと、信頼関係が構築されることによって治療や医療者を信じ安心して頼ることに繋がっている。

「見捨てられたような気持ちが今はなく、ここで治療をがんばりたい」(ID7) に表されているように、安心感を得られることは疾患の要因と考えられていた不安な思いに対して非常に大きく働きかけるため、患者の抱く安心感を評価することが重要であると考え。また、【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】の<精神的な逃げ場を得ることができる>に表れているように、治療に向けて厳密に行動に向き合わせるのではなく、向き合わない部分もあえて医療者が受容することにより、安心感を抱きながら治療に向かうことができている様子が示されている。【家族が積極的に患者を支えることができる】では<家族が過去の苦悩を振り返りながら、患者と向き合い将来に対し前向きに捉えることができる>や<家族が家事の分担の調整をしたり対応の統一を図ることで患者の治療継続を支援する>に表されるように、今まで避けていた患者の疾患に向き合い直し、新しい家族の形を模索する様子が伺える。『看護介入』における【家族関係を再構築し治療体制を整える】にあるように家族に対して教育・称賛・調整などの介入を行うことにより家族の理解が得られ、家族が治療共同体として構築できたことにより成り立つと考えられる。看護師は家族関係の変化を捉えておくことで患者の支援体制や療養環境を評価し、療養場所の変更や必要な資源を導入するなど、次の治療段階の検討に進むことができると考える。

このように『看護介入』によって前向きに変化が起こり、患者も家族も成長する様子を描き出すことができた。そこには新たな探究によって見出されたアイデンティティとして、変化に対する不安を克服し自立した生活機能を獲得する治療の目標（摂食障害学会，2012）があり、変化を受け止めて新しい健康的なアイデンティティを捉えて自己受容していくことにより変容に至る（Salome, 2021、Anna, 2020）ことが示されている。「問題解決のための摂食障害」という手段ではなく、「新しい健康的な対処方法を学ぶ」ことを通してアイデンティティを捉えることができた段階であると評価される。

## 2. 看護介入を支えるためにリエゾン精神看護専門看護師の機能に対する示唆

専門看護師のもつ実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究といった6つの役割のうち、長期的な治療の中で行っていく「調整」と、スタッフを第三者の立場で精神的に支えていく「教育」について以下の示唆が得られた。

### 2-1. 部署をまたぐ働きかけとしての「調整」について

『看護介入』のテーマ【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】にある<安心して長期的な治療が継続できるよう支援する>にて「外来では、患者と家族のニーズを尊重した目標を具体化し、多職種と連携した援助が患者のエンパワメントにつながる看護になる。(中略)訪問看護において、自身の現状を捉え、入院に向けての目標の設定や退院後も視野に入れた生活をイメージし、モチベーションを維持するかかわりを行う」(ID7)が示された。看護介入は、患者に対して、外来治療や入院、訪問看護など場所を移り、また関わる医療者も変わりながら行われている。検討した文献の中では専門看護師の働きは示されていなかったが、統合的に理解して関わることのできるリソースとしてのリエゾン精神看護専門看護師の働きを以下に述べる。

専門看護師の役割として「専門看護分野において必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々間のコーディネーションを行う」(日本専門看護師協議会, 2009)とされており、また精神看護専門看護師が行う調整機能の特徴として、「患者のおかれている状況や状態のアセスメント、患者を取り巻く家族・看護師・医療者との関係、看護師の力量、医療チームの力量を把握したうえで、どこを修正して支援すれば患者にとって最も意味のある調整になるかを考え、意図的に介入する。」(日本専門看護師協議会, 2009)とも述べられている。摂食障害患者に対する精神看護専門看護師の役割においては「入院-外来と長期にわたるため、治療目標を設定しながら治療・ケアを行う必要がある。」(野末, 2004)と長期における目標の重要性が述べられている。神経性やせ症患者の治療自体が数年を要することや外来や入院、その後訪問看護の場の活用なども考えられ、介入する職種は看護師の他、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、栄養士、その他地域の関係職種も踏まえて多岐にわたり連携が必要になってくる。その中で精神看護専門看護師が調整機能を果たす際に、精神看護の専門的な知識・技術を持ちながら関わるのが専門看護師の役割であるように思う。また長期的な介入の見通しを立てながら関わること

で当事者を焦らせることなく取り組むことができ、安心感を持たせ信頼関係を構築しながら円滑な調整を行うことが可能になると考える。筆者が実習を行った際に精神看護専門看護師は患者の居場所に合わせて部署間を渡り歩きながら関わっていた。そのように患者の居場所が変わり対応する看護師が変わったとしても、精神看護専門看護師が調整機能を使いながら常に当事者の理解者として存在することにより、安心感を与えることができる。それは治療を継続する上でも非常に重要な役割になると考えられる。

## 2-2. 摂食障害患者の看護に関わるスタッフの「教育」について

文献検討において【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】こととして、「面接で患者の感情に左右されないように安定した姿勢で傾聴」(ID2)「治療に強いストレスを感じ抵抗を示す患者に、看護師も患者の思いに沿いたい、制限を和らげてあげたいという倫理的・人権的葛藤を常に抱えケアを行っていた」(ID5)というような対応が述べられていた。患者の感情の揺れや自身の葛藤と向き合いながら、看護介入を行う看護師の様子が表明されていた。この背景についてギャバード(2019)は、患者と治療者の間に医療者が無意識に感情を向けてしまう逆転移が起きており、家族からの分離と成長を非常に恐れるのと等しく、患者は「治療の」進展を非常に恐れる背景があるとしている。また病院環境において家族間の争いが再演されるために警戒して対応しなければならないとも言われている。こうした作用によって看護師は患者からの影響を受けて対応に苦慮する状況が生じており、スタッフの支援としてリエゾン精神看護専門看護師が関わっていく必要があると考える。

精神看護専門看護師の介入について福嶋は「患者の心身の問題をアセスメントすると同時に、家族やナース、医師といった医療スタッフの抱えている葛藤や関係者間で起こっているダイナミズムをシステム論的に捉え分析していた」(福嶋, 2012)と述べている。特に摂食障害患者の対応にあたる看護師に対して「取り巻く家族だけではなく、彼らをケアする医師、看護師にどのような感情が生まれているのかを十分理解しながら、彼らの感情が患者・家族の葛藤の投影であること、そしてこれらの投影を乗り越えてケアしていけるよう医療スタッフを支えていくことも必要になってくる。」(野末, 2004)と述べられている。これらのことから、精神看護専門看護師は患者の医療に関わる第三者の立場として全体を把握しながら、医療スタッフ自体が方向性を見失うことがないように支援をしていく

役割を担うと言える。そのうえで、かかわる看護師が抱く感情や揺らぐ気持ちを否定せず、自身を客観的に捉え、感情を抱いたこと自体を受け止められるよう支援を行い、看護師の精神的負担を軽減しながら安定した姿勢で看護介入を行うことができるよう導いていく役割が求められる。また同時に、スタッフ間でも共有しながら冷静さを保つ対処を行ったり、プリセプターシップなどをもとに看護師が支え合いながら対応を行えるよう、看護師間の協働を促す役割も担っていると言える。

### 3. 海外のガイドラインによる示唆

今回の結果では、日本摂食障害学会の摂食障害治療ガイドライン（日本摂食障害学会，2012）で示されていた治療者に求められる基本的な態度にあるように、摂食障害に対する専門的な知識や理解を持つての受容・共感・支持機能については、実際に取り組みされていた具体的な介入について整理することができた。しかし海外のガイドラインでは疾患に対する外在化の考え方とスティグマへの配慮についても新たに示されているが、今回の文献検討では結果に表れなかったため、下記に示す。

#### 3-1. 外在化の考え方について

摂食障害の治療に関する英国のNICEガイドラインが2004年に公開され、2017年に改訂版が公開されている。現段階で日本語翻訳されたガイドラインは新たに作成されていないが、NICEガイドライン改定版で本人と摂食障害という疾患を分けて外在化する考え方が推奨されている。病気と自己のバランスをとることは、回復にとって重要であり、病気を外在化することで実現できる（Salome, 2021）ことが言われている。この外在化の概念を用いることによって、当事者も周囲も一緒に「病気」を何とかしようという姿勢を持つことができる（西園, 2021）とも述べられている。今回の結果における『看護介入』にて【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】かかわりが重要視されていたが、状況をデータなどで把握し論理的かつ客観的な思考をもとに病気を捉えるような介入が行われていた。NICEガイドライン改訂版で言われている外在化の方法とは異なるが、データや症状の成り行きについて理解が可能であればデータを用いるなど、患者の年齢や理解力に合わせて捉え方に対する工夫が求められるように思う。今後は新しいガイドラインのもとに看護介入が行われ、その効果も論文によって示されることが期待される。

### 3-2. スティグマへの配慮について

上記と同様に 2017 年に改定された英国の NICE ガイドラインによると、スティグマへの配慮が新たに追加されている。「当事者は症状について話しにくいかもしれないこと、恥ずかしさを感じているかもしれないことを理解する」「本人と家族が摂食障害をどのように理解しているか確認しながら評価を始める」など、患者自身が抱くセルフスティグマへの配慮や治療者と当事者の関係性を踏まえた記述が増え、治療者側が心理的治療の基本的な知識と技術について詳細に理解しておくことが前提になっていることが示されている。看護介入【家族関係を再構築し治療体制を整える】で示された＜患者・家族が問題に向き合えるように環境を調整し対応方法を検討する＞かかわりにおいて「看護師のかかわりによって母親の患者に対する受け止めがポジティブに変化し、母親の自信や意識の向上につながり、母親の自己価値を高められた」とあるように、看護師は疾患に対する家族の認識を変えるようかかわっていたことが言える。また Berit (2021) によると「家族は周りからなかなか理解されず寂しさを感じている」とし、家族が周りからのスティグマを感じながら孤立している状況があるが、家族会など他の家族に会うことで理解者が増え、希望を持ちながら孤立が解消されていく様子が示されていた。このように患者と家族が互いに抱く思いのみでなく、他者から受ける影響についても考慮しながら慎重に治療を進める必要があると言える。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、文献選択基準を設けて文献検討を行ったが、分析対象となった文献は詳細な看護の記述が示されているものに限定したため症例報告が主な文献となった。そのためデータの数が限られており、把握した『看護介入』や『アセスメント』『結果・評価』も限られたもののみ抽出されているところが懸念される。入院患者への看護介入について振り返っていた文献が多く、施設の状況や看護師の経験年数などにばらつきがあると考えられるため、データの少なさが影響している可能性がある。外来など入院以外の場所にてどのような介入が行われているのか把握したり経験年数の違いによって看護介入の内容が異なることも考えられるため、より多くのデータをもとに幅広く介入内容について把握する

必要がある。また、看護師の認識に基づく看護介入やその評価であるため、実際に患者の捉えている要因や看護介入の結果に違いが生じている可能性が否めない。

今回の文献検討では看護師が行った看護介入と専門看護師がインタビューを行いその結果を表した文献からの検討となっており、神経性やせ症患者に対するリエゾン精神看護専門看護師の介入について述べられている文献は見つかっていない。今後は神経性やせ症患者や患者の看護を行う看護師に対してリエゾン精神看護専門看護師が行っている看護介入について明らかにし、その効果について検討していく必要がある。

## VI 結論

神経性やせ症患者の看護介入に関する9文献を検討し、神経性やせ症患者の発症における心理的要因に対する看護師の『アセスメント』、『看護介入』、看護介入によってもたらされる『結果・評価』について整理した。介入の焦点となる『アセスメント』として【体型評価へのとらわれや肥満恐怖心がある】とそれから引き起こされる【体型や治療に対して両価的な思いを抱く】、【周囲から見放されたと感じる経験を持つ】とそこから引き起こされる【医療者から見捨てられる不安を抱く】、また【家族が問題から目をそらし患者と向き合えない】ことから引き起こされる【家族が患者へ拒否的な感情を抱き対処方法に苦悩する】が見出された。これらの『アセスメント』は治療介入の初期段階に対応する点であり、それを明確にしながら看護介入が行われる。『看護介入』として【客観的データを用いて説明し、治療への動機づけを支える】【患者の行動計画のもと一貫した対応で長期的に支える】という治療的な介入、【思いに寄り添い否定しない態度で受け入れる】として看護師のかかわり方を示したものの、看護師の基本的な姿勢として【感情の揺れ動きを自覚し安定した姿勢で介入する】が見出され、家族への介入として【家族関係を再構築し治療体制を整える】が見出された。また看護介入を行った『結果・評価』として【体重増加による不安な思いや目標達成できない焦りを抱く】に示されているような治療効果に対して葛藤する患者の思いが明らかとなり、疾患要因の本質を検討できているかについて「再アセスメント」が必要となる。また【自己洞察にて自己の現状を受容できる】という患者に対する教育的なかかわりによって起こる変容、【安心感を抱き意欲的に治療を継続できる】や【安心して過去の経験や思いを話すことができる】といった看護介入の結果により信頼関係構築が得られたことで起こる変容、【家族が積極的に患者を支えることができる】といった家族の変容が見出された。

リエゾン精神看護専門看護師としては特に「調整」「教育」の点において示唆が得られた。長期的な介入の見通しを立てながら多職種の間で「調整」の役割を担い、「教育」として第三者の立場で医療スタッフ自体が方向性を見失うことがないように、スタッフの抱く感情を理解しながら支援していくことが役割として示された。