

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	食への援助
著者	皆越美香, 高橋清美
掲載誌	臨床看護, 38(9) : pp 1245-1249.
発行年	2012.08
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000312/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

統合失調症患者のセルフケア能力へのケア

①食への援助

皆越美香 *Minagoshi Mika*

福岡県立精神医療センター太宰府病院副看護師長

高橋清美 *Takahashi Kiyomi*

日本赤十字九州国際看護大学

事例紹介

現病歴：発症前は、性格も明るく優しくて成績も良かった。大学3年生の頃から奇異な言動、行動が著明になり精神科を受診し統合失調症と診断され入院となる。その後、入退院を繰り返す。今回は夜間の奇声、攻撃的言動が頻回となり家族が警察に連絡し、当院医療保護入院となる。

入院後の経過：入院直後は、入院前の薬物治療を自己中断(他病院を1年前ぐらいから通院中断しており薬物名は不明)し、易怒性、気分の易変性、思考障害と症状著明で、刺激遮断およびリスペリドン(非定型抗精神病薬)を3mg開始し、5mgまで増量に伴い24時間隔離観察となる。治療開始2週目頃より食事中に時折むせが出現した。3週目頃より食事中頻回にむせがあ

患者：A氏、60代、男性

診断名：統合失調症

入院形態：医療保護入院

り、食べたい気持ちは強いものの、嚥下が思うようにいかず徐々に食事量も減っていった。また、湿性の咳嗽、黄色粘稠痰、37℃前後の熱発、炎症反応(CRP1.4)、動脈血酸素飽和度94%、聴診で肺雑音も出現。その後、誤嚥性肺炎を発症し、胸部X線にて右下葉肺炎像をみとめ、また、炎症反応も(CRP6.3)上昇し、一時服薬の中止と絶食、輸液管理、抗生物質投与となる。2週間で肺炎は治癒、刺激の遮断と治療経過にて入院時より症状も少し落ち着き、薬物療法が開始となった。

看護の実際

①食事の援助

肺炎症状が軽快した後、水分摂取より開始した。増粘剤を使用した水分でむせがないか数回確認し、プリンや食事に増粘剤を使用した。しかし、久しぶりの食事であり、食べることに焦ってしまう。また、咽頭にゴロ音があっても、咯出を促すと立腹してしまい食物を入れるように要求する。口腔内に食物が残っているのに、再び食物を要求するなど過度の食欲と精神状態の不安定さから自制ができずに易刺激的となった。

周りの患者との食事で、自分自身の食事の違いに戸惑うこともあり、他患者と食事時間を別にして、1対1で食事の援助を開始した。さらに口腔期、咽頭期、食道期のどこでむせがあるのか、どのような食事形態でむせることが多いのかを観察した。自記式の質問紙の項目に沿って観察した結果を表1¹⁾に示す。

【表1】質問紙表

1つでも頻度Aの項目があれば、妥当性が感度92%、特異度90%で嚥下障害を判定できる。
短時間で嚥下障害の有無を知りたいときは、項目3と15から聞き取り、14は省略してよい

各項目の特性 1=肺炎の既往, 2=栄養状態, 3~7=咽頭機能, 8~11=口腔機能, 12~14=食道機能, 15=声門防衛機能 を評価している

氏名 A 年齢 60歳代 男
嚥下の状態(食べ物の飲み込み, 食べ物を口から運んで胃まで運ぶこと)について、いくつかの質問をいたします。
いずれも大切な症状ですので、よく読んで、A, B, Cのいずれかに○を付けてください。
この2, 3年の嚥下の状態についてお答えください。

1, 肺炎と診断されたことがありますか?	A. よくある	ⓑ. 一度だけ	C. なし
2, やせてきましたか?	Ⓐ. 明らかに	B. わずかに	C. なし
3, 物が飲みにくいと感じることがありますか?	Ⓐ. よくある	B. ときどき	C. なし
4, 食事中にむせることがありますか?	Ⓐ. よくある	B. ときどき	C. なし
5, お茶を飲むときにむせることがありますか?	Ⓐ. よくある	B. ときどき	C. なし
6, 食事中や食後, それ以外の時にのどがゴロゴロ(痰が絡んだ感じ)することがありますか?	A. よくある	ⓑ. ときどき	C. なし
7, のどに食べ物が残る感じがすることがありますか?	A. よくある	ⓑ. ときどき	C. なし
8, 食べるのが遅くなりましたか?	A. たいへん	ⓑ. わずかに	C. なし
9, 硬いものが食べにくくなりましたか?	Ⓐ. たいへん	B. わずかに	C. なし
10, 口から食べ物がこぼれることがありますか?	Ⓐ. たいへん	B. わずかに	C. なし
11, 口の中に食べ物が残ることがありますか?	A. よくある	B. ときどき	ⓐ. なし
12, 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることはありますか?	A. よくある	B. ときどき	ⓐ. なし
13, 胸に食べ物が残ったり, つまった感じがすることがありますか?	A. よくある	ⓑ. ときどき	C. なし
14, 夜, 咳で寝られなかったり目覚めることがありますか?	A. よくある	B. ときどき	ⓐ. なし
15, 声がかすれてきましたか?	Ⓐ. たいへん	B. わずかに	C. なし

計: A. 7/15 B. 5/15 C. 3/15
問診基準: A. 実際に日常生活に支障がある B. 気になる程度 C. 症状なし
判定: A. に1つでも回答があったもの→ 嚥下障害あり
B. のみにいくつでも回答あり→ 嚥下障害疑い

[大熊るり, 武原格, 宮野佐年, 他: 摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌, 39(suppl): 179-6(1): 3-8, 2002. より]

食事を摂取する過程で、日々食欲が充進し、6日目からはとくに強い空腹感を訴え始めた。空腹感の訴えが、時に本人の刺激となり悪影響となることも予測されることから、食事の工夫についてカンファレンスを行い、自立食になる前に慎重に、まずは従来の摂取方法が切迫的摂食傾向にあることに着目し、以下のように工夫し自己摂取を開始した。

- ①小さいスプーンに交換
- ②1回の摂取量を少なくした
- ③看護師が常時付き添い見守りで摂取観察

摂取状況や空腹感の改善は順調に進んだ。しかし、見守り観察については、観察中にスプーンの大きさの不満を訴え、大声、拒否攻撃的になり、逆に刺激となるため少し距離をおき遠目で見守り、プライドを傷つけないようにタイミングを図りながら必要最小限の声かけを行った。

易刺激的になる所に対しては、主治医とカンファレンスを繰り返し、薬物療法にて調整を行ってもらった。抗精神

病薬の副作用で過鎮静となると、嚥下障害が出現するために、とくに注意して観察した。本人の嚥下状態、精神状態、空腹感などをアセスメントし、主治医と何度もカンファレンスを繰り返し実施した。

2 食事援助の過程から気づいた援助

含嗽は拒否するため、歯磨きの援助で含嗽の援助につながった。歯磨きは院内の歯科で直接歯科医師によりブラッシングの指導を行ってもらった。このことが本人のプライドを尊重した結果となり、歯磨きの受け入れは良く、順調に少しずつうまく磨けるようになった。しかし、病棟では本人の気分の変動もあって毎日施行することはできなかった。含嗽はうまくできなくても、些細な変化を捉え、タイミングよく褒め、根気よく看護者側が指導したことで徐々にできるようになった。(皆越美香)

食への援助； A氏の事例を受けて

統合失調症は、幻覚や妄想といった精神症状によって日常生活を送るうえでさまざまな支障をきたし、切迫的摂食（急いで食べる）や丸呑み、異食（例えば、ちり紙、花、点滴ボトルの注射液など、食べ物ではないものを飲食すること）など、異常な食行動を呈する場合がある。誤嚥性肺炎や窒息の事例をヒューマンエラーの視点で分析するとさまざまな課題もみえる²⁾が、本稿では、前述の皆越氏の事例について、摂食・嚥下障害に関連した情報を整理し、セルフケアの観点から看護の方向性を検討したい。

A氏の摂食・嚥下障害に関する重要な情報は以下の項目である。

主訴および客観的観察から得られた情報

- 1) 元来より切迫的摂食がある
- 2) 最低1年の断薬による精神症状の増悪によって、全身の消耗状態が顕著
- 3) 入院後は刺激遮断のため24時間隔離室で安静を余儀なくされていたことから、運動量減少による心肺機能低下、廃用症候群のハイリスク状態
- 4) リスベリドン内服の2週間後より食事のむせが出現し、3週目より頻回なむせの出現がある。
- 5) 食べたい気持ちはあっても嚥下のしにくさから、満足に食事ができないことへのイライラおよび欲求不満の存在
- 6) 自記式質問紙表による症状の自己評価(本事例の場合、患者から協力が得られないため、看護師による評価)より、リスベリドン内服後3週間目で、日常生活に実際に支障をきたしている項目は以下のとおりである。
(栄養障害) 痩せてきた
(咽頭機能) 飲み込みにくさ、食事のむせ、お茶の飲むときのむせ
(口腔機能) 硬いものの食べにくさ、口から食べ物がこ

ぼれおちる

(声門防衛機能) 声のかすれ

- 7) 肺炎所見：湿性の咳嗽、黄色粘稠痰、37℃前後の熱発、炎症反応(CRP1.4)、動脈血酸素飽和度94%、聴診で肺雑音も出現。その後、誤嚥性肺炎を発症し、胸部X線にて右下葉肺炎像あり、炎症反応(CRP6.3)上昇
- 8) 口腔内に食物が残っているのに、再び食物を要求する詰め込みがある：嚥下の先行期に問題がある。これは統合失調症による認知機能に何らかの問題もあると推測される
- 9) 咽頭にゴロ音があり咯出を促すことや、含嗽が上手にできず咯出を促すと易怒的になる
- 10) 食事再開時からの顕著な食欲亢進
- 11) 食事再開後も思うように食べられないことへの焦燥感

本事例で実施した援助内容をまとめると以下のとおりである。

実施した看護援助

- ① 飲食開始時点における食欲亢進へのケア
周囲の食事内容との違いに対する、A氏の心理的負担への配慮を行った
- ② 食事再開時の食欲亢進と切迫的摂食へのケア
食具の工夫、見守り時の患者と看護師の距離感に配慮し、患者の安寧を保障した
- ③ 精神症状の安定化
食事環境を患者にとって安全なものに保障し、興奮しやすさに対して医師との合同カンファレンスによる薬物療法の評価を行った
- ④ 患者の拒絶感に対処するため、チーム連携による支援の強化
上手に咯出できないことに対して無理強いさせず、歯科医師と連携しブラッシング指導を実施した。チーム内連携で患者の信頼を得るとともに、患者ができたことを糸口に根気強く含嗽や咯出を支援した

切迫的摂食がある統合失調症に対する食事援助

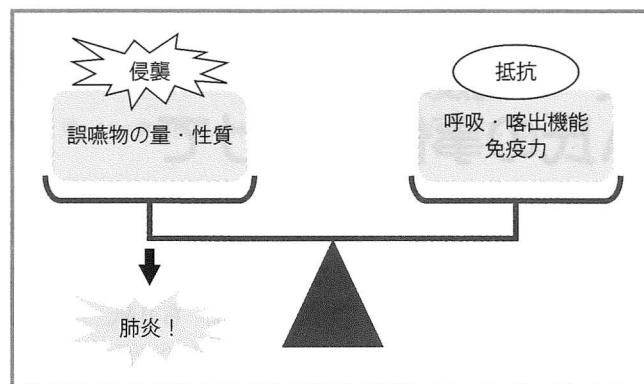
誤嚥性肺炎を呈する前より、食べたくても飲み込みにくさがあった。また、食事が再開しても、咽頭の残留による飲み込みづらさや満たされない食欲があった。A氏にとって入院中の食事時間は苦しみの連続でもあった。そのようなA氏と良好な関係性を構築するにはいくつかの工夫が必要である。

本事例では、周囲の患者と食事内容の違いをA氏が意識することなく、マイペースに食事できる環境を提供した。その配慮はA氏の心理的負担感を軽減させた。さらに、ペースが多少速くても、むせない程度であればA氏らしい食行動がとれるように、いくつかの工夫をしながら見守りの姿勢でかかわった。

A氏の食行動の特徴は切迫的摂食であり、被害妄想があるために看護師との関係性が築きにくい状況であった。患者の食べるペースが速い場合、援助者のかかわり次第では患者の機嫌を損ねやすく、援助者の心理的・身体的負担も大きくなりがちである。ペースが速くても、むせずにその人らしい食生活を支える工夫があるとよい。食具を小さめにし、1回摂取量を少なくすること(本事例)は、誤嚥しない程度に切迫的摂食を支えるうえで大変効果的である。

別の工夫として、小皿と小スプーンを本人に渡し、食べる時は追加し小分けに提供することや、味の違うものを交互に小分けし(濃い味付けの後に薄味の食品、口直しにゼリーなどの流れの良いもの、といった味の変化をもたせる)、味わいに集中できる食べ方の工夫もある。

また、ペースが速くてもむせない工夫のさらなる1例に姿勢のとり方がある。食卓に座ってすべてのお皿が視野に入ったうえでいざ食べる際、患者の頸部がやや前屈位となるような正しい姿勢となるように、テーブルと椅子の高さが適切にすることである。また、患者自身が食具を持って自分で食べるという動作のほうが、看護師の全介助よりも高い確率で食事に集中できる。なお、車椅子の場合は、座面の安定感も悪く、テーブルとの高さも調整しにくい。車椅子の肘掛けを土台にして補助的なテーブルを装着し、片肘をついて食具を使って食べ物をうまく口に運ぶ方法を後押ししてあげるとうまくいく場合がある。



〔野原幹司・編：認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション。南山堂、東京、2011、p. 65.〕

【図1】誤嚥性肺炎の発症バランス

誤嚥性肺炎を防ぐための看護援助

抗精神病薬が摂食・嚥下障害に影響を与える症状としては、咳・嚥下反射の低下、食欲低下、便秘、口腔乾燥、錐体外路症状、鎮静などがある。口腔乾燥があると口腔内で十分に咀嚼できないまま、咽頭に送り込まれむせを生じさせる結果となる。A氏の場合、入院後のリスパリドン開始による鎮静効果、精神症状悪化による全身衰弱、口腔機能低下(口腔乾燥と口腔内清浄の不十分さも推測される)、隔離室での限られた生活空間による活動量低下は、誤嚥性肺炎の発症における侵襲と抵抗のバランスが乱れることにつながる。誤嚥物の量、性質をコントロールするには、食形態をその人にとって適したものに変更すると同時に、口腔ケアによって口腔内細菌の増加を防ぎ唾液を誤嚥しても感染の低リスク状態に整える必要がある。誤嚥性肺炎の発症バランス(図1)³⁾を保つためのさらなる工夫として、全身衰弱を改善させるための精神科治療(安静確保、薬物療法、人間対人間の心のこもった支援)や栄養改善、副作用を最小限に止めた薬物療法、呼吸・咯出機能改善を図るための日常生活動作の工夫がある。

A氏は、食事介助中に喉のゴロ音があったため、咯出を促したが立腹するだけであった。A氏の場合、「吐き出す」という日常生活動作に対する拒否・拒絶があった。他者にとっては理解できないことでも、A氏にとって「吐く」ということは、何か特別な意味合いがあったのかもしれない。

口腔内観察をするために「舌を出してください」と声をかけたところ、「失礼なことを言わないで!」と、ある患者を憤慨させてしまった経験が筆者にはある。医療者側の十分な説明と患者側の納得があってこそ、食への援助は成り立つ(とくに精神疾患を有する人には懇切丁寧な説明と同意が必要)。

話を戻すと、ゴロ音を聴取した際の他の工夫例として、5mm幅にスライスしたゼリーをスプーンですくい丸呑みしてもらう(スライス型ゼリーの丸呑み法⁴⁾)ことで食物の流れを促進し誤嚥物の量を減少させる方法もある。また、呼吸・喀出機能を促進させる方法として、プッシング・プリング訓練⁵⁾を日常生活動作に導入するとよい。これは、上肢に力を入れる(壁や机を押す、両手を合わせて強く押すといったプッシング動作や、座ったまま椅子の肘掛けを頭上方向に引っ張るプリング運動)と同時に強い声(えい! やっー! など患者が発しやすい言葉でよい)を発し、軟口蓋の挙上や声帯の内転を促進し、声門防衛機能を高める。

A氏にとってやりやすい方法があり、それは本人と話し合うのが一番よいが、本人が提案できない場合もある。A氏が違和感なくプッシング・プリング訓練ができるような日常生活動作とは何か、A氏の生活動作をふだんからじっくり観察し、いざというときに、看護師はA氏がその動作

を発現できるよう導くとよい。A氏にとってみれば、いつの間やら自分の対処能力で肺炎を予防することができた、と思えるようになることが理想的である。

まとめ

事例をもとに、統合失調症患者に対する切迫的摂食と誤嚥性肺炎の看護についていくつか触れた。精神科領域の摂食・嚥下障害看護への見直しが近年盛んにされており、精神科領域での摂食・嚥下障害看護認定看護師の活躍がおいに期待される。

(高橋清美)

●文献●

- 1) 大熊り、武原格、宮野佐年、他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発。日本摂食嚥下リハビリテーション会誌、39(suppl)：6(1)：3-8、2002。
- 2) 高橋清美、戸原玄、寺尾岳：精神科看護らしい口腔ケアへの探求。精神看護出版、東京、2010、pp.156-163。
- 3) 野原幹司・編：認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション。南山堂、東京、2011、p.65。
- 4) 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル。第3版、医歯薬出版、東京、2011、p.119。
- 5) 前掲書3)。p.134。

臨床看護

2012年 7 月号

呼吸管理の基礎とRSTにおける看護ケア