

## 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	看護師として押さえてほしい精神科領域の摂食・嚥下
著者	高橋清美
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1483-1487.
発行年	2012.10
版	publisher
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1127/00000316/">http://id.nii.ac.jp/1127/00000316/</a>

### <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。

それぞれの立場からみた高齢者の摂食・嚥下の最前線

## ④ 看護師として押さえてほしい精神科領域の摂食・嚥下

高橋清美 日本赤十字九州国際看護大学  
Takahashi Kiyomi

### はじめに

厚生労働省が報告した平成20年度患者調査によると、65歳以上の精神科病院入院患者は全体の約67%を占める。筆者は精神科領域の摂食・嚥下障害に対する研究や看護師を対象とした教育活動を行っているが、精神疾患(統合失調症、気分障害など)を有する高齢者の特徴をふまえた摂食・嚥下のケアへの関心は、施設におけるリスクマネジメントと地域移行支援の動きと両々相まって、その高まりを実感している。

高齢者の摂食・嚥下機能に影響を与える因子には、①食べるための必要な筋肉の収縮力が低下、②口腔感覚や唾液分泌能低下、③脳血管障害や他の疾患の既往、④複数の内服薬を飲んでいるなどがあげられる<sup>1)</sup>。とくに高齢の統合失調症患者は、精神疾患によってセルフケア能力が低下した結果、摂食・嚥下に関するさまざまな問題を抱えている。本稿では、看護師として押さえてほしい精神科領域の摂食・嚥下へのケアのうち、とくに高齢者への看護の視点について論じることとする。

### 精神障害者の口腔機能と抗精神病薬に対するさまざまな問い

ここ数年、精神科施設に勤務する看護師から、精神障害者への口腔ケアに関する講義の依頼を受けることが多い。これは、精神科施設での誤嚥性肺炎や切迫的摂食による窒息が多く、医療安全の面から管理が必要であることに由来するように感じる。しかし、それだけではなく、口腔ケアのスキルアップをしたいというニーズも高いようである。一方で、精神科の経験がない看護師も精神疾患を有する患者の口腔機能に関心を示す人は実に多い。「なぜ、若くして歯がぼろぼろなのか?」「抗精神病薬の副作用なのか?」といったご意見をいただく。

抗精神病薬は統合失調症の治療薬だが、統合失調症以外で抗精神病薬が処方されることもある。気分障害、器質性精神障害、不安障害、解離性障害、人格障害、発達障害、せん妄、認知症、パーキンソン病、不眠・不安症状がある患者に処方される場合<sup>2)</sup>もある。

一般科看護師が抗精神病薬を患者に投薬する機会も多い

ため、抗精神病薬の副作用に対する関心は高い。定型抗精神病薬の薬理作用はドパミンD<sub>2</sub>受容体遮断を共通とする。ドパミン受容体の遮断率が65%になると抗精神病作用が得られる(つまりこれ以下では主作用が期待できない)が、78%以上で錐体外路症状が出現するといわれている。定型抗精神病薬は65~70%の領域内で調整することが難しく、錐体外路症状が出現しやすいため、定型といわれる。

日本で処方されるものは、フェノチアジン系(クロルプロマジン、レボメプロマジンなど)、ブチロフェノン系(ハロペリドール、プロムペリドールなど)などがある。一方、非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬のように錐体外路症状が必ずしもセットではないが、投与量が過剰であれば錐体外路症状は出現するといわれている。日本で処方されているものは、SDA(リスペリドン、ペロスピロンなど)、MARTA(オランザピン、クエチアピンプマル)、DSS(アリピプラゾール)がある。

錐体外路症状は、錐体外路の障害によって生じる不随意運動であり、個々の運動の合理性や滑らかさが障害された状態を指す。錐体外路症状は、DIEPSS(Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale; 薬原性錐体外路症状評価尺度)<sup>3)</sup>によると、歩行、動作緩慢、流涎、筋強剛、振戦、アカシジア(下肢のむずむず感など)、ジストニア(筋の緊張の異常な亢進)、ジスキネジア(運動の異常に亢進した状態)、概括重症度(錐体外路症状全体の重症度)の計9ポイントで評価されるが、遅発性ジスキネジア(抗精神病薬の長期投与後に出現する難治性かつ持続的なジスキネジアのこと)となると口腔準備期で咀嚼を妨害し、口腔相で口腔における嚥下動作の開始を遅延させる<sup>4)</sup>ため、副作用のモニタリングを行い薬の検討をする必要がある。

## 精神疾患を有する人への口腔ケアの必要性

抗精神病薬の副作用の出現は個人差がある。そのため、最も合う薬物ができるだけ早急に調節されることで、患者の摂食・嚥下障害が少しでも軽減されることを切に願いたい。しかし、看護の視点で精神疾患を有する人の摂食・嚥下障害を鑑みると、薬物療法以外のさまざまな課題がある

と考える。

近年、精神疾患を有する人が地域で生活できるよう法の整備が進められている。このニーズに看護が応えられることは何か。施設内、施設から地域への移行期、地域定着期、おのおのの時期に多くの課題が山積する。しかし、とにもかくにも人間は食べないと生きていけないのは明らかである。

食べられないことは、食物のみならず薬も飲めないことを示唆する。精神疾患は内服治療が基礎にあるため、食べたり飲んだり口腔機能をフルに使って経口内服できてこそ、地域生活がより具体化しやすい。精神疾患に限らず、在宅で看護支援を必要とする人の口腔機能の重要性は以前から指摘されてきた。精神疾患を有する人々やその家族がその人らしく地域で生活するには、やはり、口腔ケアが重要なのである。

## 精神疾患発症初期から意図的に口腔ケアを実践!

施設に従事する看護師は、口腔ケアはすなわち口腔清掃(つまり歯みがき)のイメージが強いため、口腔ケアは口腔機能のケア(支援)と説明を加え理解してもらう。施設で精神症状が安定するまでその人らしい生活を支援する看護から、退院を現実的に検討しようとする近年の傾向は、精神科看護が口腔ケアを患者やその家族に戦略的に展開できるチャンスと筆者は考える。ただし、退院が近いから口腔ケアに力を入れるのではない。狭義の口腔ケアを思い出していただくと理解しやすい。

そもそも、歯を磨くことは、幼児が養育者を介して、生活のなかで繰り返し経験し習慣化されるものだ。つまり、口腔ケアは、日常において自分でできてこそ当たり前のことだが、統合失調症の場合、精神症状や認知機能の変化に伴い、自分のことを自分で決定していくという自己決定能力が低下しやすい。そのため、以前できたことが、発症によって継続し難い場合には何らかのケアが必要になる。

統合失調症は10代後半~30代前半に発症し、一般人口における出現頻度は約0.7%を占めるが、薬物療法や精神療法によって症状の安定化を図ることも可能である。青年

期以降に発症するため、口腔ケアの介入は本人の自尊心に配慮しつつも、十分にアセスメントしたうえでできるだけ早期から長期的に継続する必要がある。つまり、高齢期にできるだけ口腔機能を低下させないことを見越して、発症初期から意図的に介入するのである。

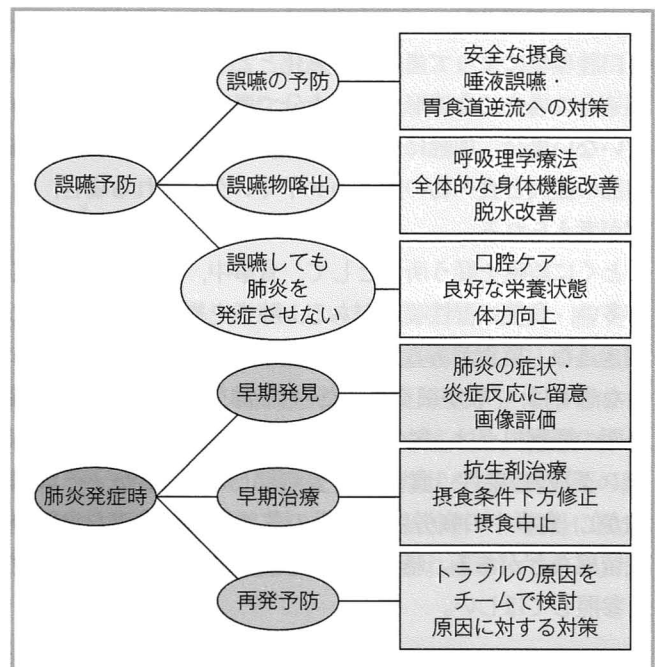
## 精神疾患を有する人への の摂食・嚥下障害看護 の情報収集

では、誤嚥性肺炎リスク状態にある統合失調症患者の看護の組み立てを示したい。不顕性誤嚥は咳反射や嚥下反射の低下が原因といわれるが、それらは薬物による過鎮静、意識レベルの低下が影響する。嚥下反射低下への対策として口腔の清浄化と機械的刺激(つまり口腔ケア)が有効である。誤嚥に対する対策は図1<sup>5)</sup>を参照してほしい。

口腔ケアの意義は、①疾患予防、②治療、③整備、④維持、⑤管理と広範囲にわたる。①～⑤までの情報収集によって、個別性ある看護計画を策定することができる。

①ではう蝕・歯周病、口腔内乾燥、誤嚥性肺炎の既往、窒息の既往の有無を明らかにする。②ではう蝕や歯周病に対する治療状況を把握し、③では歯科検診を受けてきたか、フッ素塗布、口腔乾燥がある場合のセルフケアの程度、義歯の手入れ状況、歯ブラシや研磨剤購入が自分で行っているか、口腔に対する痛みや違和感がある場合に他人に相談できているかを把握する。統合失調症患者は他者に相談する力が極端に落ちる場合がある。劣悪な口腔環境の患者に対し、なぜ看護師に相談しなかったのか質問したところ、「口の中のことについて聞かれないから」「言う必要がないから」という返答に、当初、患者は看護師に遠慮しているのか…? 聞こうとしない看護師の問題なのか? と考えたこともあった。

ただし、自己決定能力という観点に立つと、自分の身を守るため、他者に相談するといったストレスへの対処行動に大きな問題があり、疾患特有の問題点と考える。患者の対処行動の幅を広げるためには、口腔へのセルフケアを推進するために集団指導を繰り返し行い、習慣化させること



〔藤島一郎・監、聖隷嚥下チーム：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.85. より〕

図1 誤嚥に対する対策

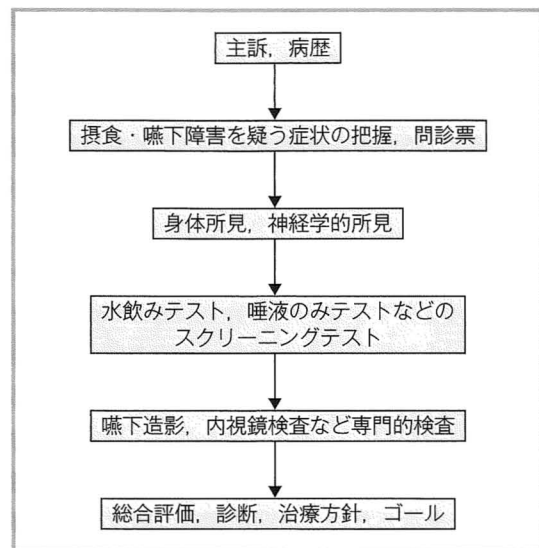
が効果的と考える。④では口腔内清掃状況、構音障害の有無、誤嚥しても喀出できているか、⑤では患者を取り巻く人々の認識度、看護師のケア能力、経済力なども重要な情報である。

食物や水、薬の摂取を支援するためには、口腔機能が整うことが必要である。敵意や猜疑心(陽性症状)を呈する患者が、食物や水、薬といった生命維持を支援する看護師へ不信の念を抱くと、拒食・拒薬といった行動に現れることがある。口腔機能が整ってこそ内服治療による症状安定が図られるため、看護師はふだんから患者の口腔機能に関心をもつ必要がある。

嚥下をうまく行うには5つの条件がある。①覚醒状態が十分で、食物を正しく認識できているか、②口唇、舌、歯が機能し食物を形成し、奥舌に送り込めているか、③咬合状態が安定し、鼻呼吸が可能か、④喉頭の十分な挙上によって、食塊を咽頭から食道に導くことができるか、⑤喉頭蓋が倒れて喉頭、声門、声門前庭を閉鎖できているのか、である。高齢の統合失調症患者の摂食・嚥下障害には、抗精

神病薬の多剤併用によって過鎮静の場合、口腔乾燥や劣悪な口腔環境によって歯周病の悪化とともに欠損歯や義歯の不適合の場合、食塊形成が不十分で奥舌にうまく送り込めていない場合、加齢によって喉頭が十分に挙上せず食道入口部の拡大と食べ物の動きのタイミングがずれる場合、などが考えられる。

とくに誤嚥を疑う所見として、食事中、食後にむせや咳が多い、食後に湿性嘔声がある、肺炎を繰り返す、夜間に咳き込む、拒食がある、脱水・低栄養状態がある。このような患者は、「喉が細くなった…」と言う場合がある。食事場面の観察視点は、食べ物への認識、姿勢の調節(ポジショニング)の必要性、食事の所要時間(30分以上か、それ以内か)、食事の疲労度や呼吸の荒さ、口腔残渣や食物の残留感などがある。嚥下障害の診断・評価の流れは図2<sup>6)</sup>を参照してほしい。



〔藤島一郎，編・著：よくわかる嚥下障害，改定第3版，永井書店，大阪，2012，p.97. より〕

図2 嚥下障害の診断・評価の流れ

## 間接訓練

精神障害者はADLが自立していても、自分に必要な生活技能を積極的に取り入れることを苦手とする。しかし、地域で自律的に生活するにはさまざまな対処法を獲得する必要がある、それらへの教育・支援を看護が行うことが好ましい。

摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションはさまざまあり、患者の能力に合ったものを伝えることがポイントである。高齢者は喉頭が下がるため、挙上を改善し食道入口部の開きをよくする訓練の1つに、頭部挙上訓練(嚥下おでこ体操)がある。方法は、額に手を当てて抵抗を加えておへそを覗き込むものである。レクリエーション的に楽しみながら進めていくことも長続きするコツである。

## 投薬援助技術

投薬に対するアドヒアランス向上のために、患者が自分にとって飲みやすい剤形の存在(口腔内崩壊錠など)を知ることが必要だ。口腔内崩壊錠は唾液で溶かして飲み込むもので、口腔粘膜から吸収されるものではない。唾液の分泌を促すために、唾液腺マッサージを指導するとよい。この

場合、解剖学的な難しい説明を加えるよりも、顔面や顎をマッサージすることによって唾液の分泌を実感してもらうほうが効果的である。自身の対処法によって困難な現状を自分で解決できることを理解してもらうことに意味がある。これらの体験の積み重ねが自信につながってくる。

なお、唾液さえ飲み込めない人、口腔内崩壊錠が口腔内に残りやすい人は投与方法や剤形を検討する必要がある。ただし、精神疾患を有する人は、このような違和感を体験しても看護師に相談しない人も多いため観察が必要である。

医師や薬剤師は処方際に際し重要な役目を果たし、看護師は24時間の生活のなかで投薬の際に患者のそばで介入する。嚥下障害を呈していても、患者自身が気づかない場合もあるため、口腔内にいつまでも錠剤が残る場合は剤形の見本を用いて、安全に飲めるようにさまざまな剤形の存在があることを教育するとよい。薬の必要性を認識し飲むことを判断するのは患者自身であって、看護師は患者のすべてを管理するものではない。

# 精神科施設での 口腔ケアの意味

今後、精神科外来での看護機能が充実すれば、地域で生活する精神障害者のニーズに合わせた指導の可能性も広がるが、まだまださまざまな課題も多い。まずは、施設では患者に密に接する時間があるので、施設での口腔ケアの充実を図ることが優先されるべきだろう。いずれにせよ、患者への看護を組み立てる際に、長期目標に何を掲げるのかをまずは明確にする必要がある。患者のセルフケア能力が向上することが当面の目標であるのならば、どうすれば自己決定能力を支えられるのかといった具体的内容が看護計画となって立案されるべきである。

看護基礎教育では学生と患者という2者関係の看護過程を主として学ばせる。だが、臨床では複数の患者を同時にみて、しかも看護はチーム編成で患者の入院生活を24時間支える。自分の受持患者であっても、自分がいない間は他の看護師にケアを依頼する。そのため、看護評価を行う場合は、長期目標・短期目標の見直し、計画の見直し、チームによる実践の見直し、誤嚥や窒息といった重度の摂食・嚥下障害の程度の評価を行う。

精神科看護の場合、実践力の見直しとして、患者の反応(やらされている感覚をもっていないか? 主体的に取り組んでいるか)や、スタッフの反応(口腔機能への支援の重

要性をそれぞれが認識しているか)を十分に評価する必要がある。看護管理者は、やる気があるスタッフのモチベーションを下げないように、また認識が高くないスタッフに対し学習できる環境を支援する必要がある。

## まとめ

看護師として押さえてほしい精神科領域の摂食・嚥下へのケアについて論じた。本稿では、誤嚥性肺炎リスク状態にある統合失調症の高齢患者の看護の組み立て方を中心に、摂食・嚥下へのケアのポイントを述べた。加齢に伴う摂食・嚥下機能低下と同時に、精神症状や抗精神病薬の副作用を観察する必要性にもふれた。精神科・一般科に限定することなく多くの看護師の参考になれば幸いである。

### 引用文献

- 1) 長屋政博：高齢者の摂食・嚥下障害，摂食・嚥下障害患者の“食べたい”を支える看護。臨牀看護，35(4)：476-482，2009。
- 2) 深堀元文・監，神村英利・編著：適切な対応と服薬アドヒアランス向上へ：精神科の薬と患者ケアQ&A。第2版，じほう，東京，2009，p. 66。
- 3) 稲田俊也：薬原性錐体外路症状の評価と診断：DIEPSSの解説と利用の手引き。星和書店，東京，1996，pp. 4-11。
- 4) 藤島一郎，柴本勇・監：動画でわかる摂食・嚥下障害患者のリスクマネジメント。中山書店，東京，2009，p. 116。
- 5) 藤島一郎・監，聖隷嚥下チーム：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. 85。
- 6) 藤島一郎・編：よくわかる嚥下障害。第1版，永井書店，大阪，2001，p. 80。

## 第13回 東関東ストーマリハビリテーション講習会

### ■概要：

本講習会は、茨城県・千葉県でストーマケアに携わる方が対象で、ストーマリハビリテーションの基礎的知識と手技を学ぶ。3日間の講習終了後は基礎コースの修了書が授与され、上級コースの受講へと進むことができる。

■開催日：平成24年12月14日(金)～16日(日)

■会場：茨城県建設技術研修センター

茨城県水戸市青柳町4193 TEL：029-228-3881

■募集定員：70名

■募集締切：平成24年8月31日(金) 消印有効

■受講料：25,000円(3日間の昼食代込)

■問い合わせ先：

東関東ストーマリハビリテーション講習会 実行委員

〒300-0331 茨城県稲敷郡阿見町阿見4733

茨城県立医療大学付属病院 看護部 砂原みどり

FAX 029-888-9280