

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

統合失調症を患う高齢者の摂食嚥下障害とケアのポイント

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-09-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高瀬, 理恵子, 高橋, 清美 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/618

統合失調症を患う 高齢者の摂食嚥下障害と ケアのポイント

高齢化の進む精神科入院患者

超高齢社会に突入し、精神科に入院する患者の高齢化も進んでいます。2014年に行われた厚生労働省の患者調査によると、統合失調症圏（ICD-10のF2）患者に占める65歳以上の割合は35.9%、入院患者ではさらに高い43.4%となっています¹⁾。統合失調症を患う高齢者は、身体合併症、中でも肺炎による死亡や転院・転科が多いことから^{2,3)}、患者のQOLの向上のための看護に、肺炎予防や対策は重要な要素であることが分かります。

統合失調症を患う高齢者の摂食嚥下障害

統合失調症患者では未処置歯が多く⁴⁾、咬合力が弱い⁵⁾ことが報告されています。また、抗精神病薬の副作用である錐体外路症状によって嚥下障害の有病率が高く⁶⁾、嚥下反射や咳反射のトリガーとなる顎部神経節からのサブスタンスPが減少するため、むせのない誤嚥（不顕性誤嚥）を生じ、肺炎を発症しやすいことが報告されています⁷⁾。錐体外路症状に対して使用される抗パーキンソン病薬によっても唾液が減少し、口腔内での食物の移動がうまくいかないと感じるようになります⁸⁾。

抗精神病薬の至適用量については、ドパミン受容体の遮断率が65～80%に保たれる用量⁹⁾とされ、CP換算量にすると300～600mg/日¹⁰⁾

と推測されています。高齢者では、加齢による喉頭の位置の低下といった解剖学的変化や、咀嚼停止後から嚥下反射開始までの時間が延長するといった特徴によって誤嚥のリスクが高くなる¹¹⁾ことから、統合失調症を患う高齢者では、抗精神病薬が至適用量の範囲であっても誤嚥を生じる可能性があると言えます。

統合失調症患者は、咬合力が弱い上に錐体外路症状によってスムーズに手が動かないことから、食事をかき込んで食べたり、丸飲みや流し込んで食べたりする

日本赤十字九州国際看護大学

大学院 看護学研究科 共同看護学専攻博士課程

高瀬理恵子

2005年大分大学医学部看護学科卒業。看護師・保健師免許取得。国立精神・神経医療研究センター勤務。2008年藤田保健衛生大学医療科学部看護学科助手。2010年から2017年まで福岡市内の精神科病院に勤務。2018年日本赤十字九州国際看護大学看護学研究科修士課程修了。修士論文テーマ「高齢統合失調症入院患者の低栄養の要因—低栄養群と非低栄養群との比較研究—」。



看護学科 メンタルヘルス領域 教授

高橋清美

専門は精神保健看護学領域の摂食嚥下障害を学ぶための看護師向け教材開発、気分障害の家族に対するコミュニケーションスキル教育。現在、双極性障害の当事者や家族の健康課題に関する研究に着手している。

著書『精神疾患の摂食嚥下障害ケア』（医歯薬出版、共著）、『はじめての看護実習 基礎からステップアップ看護コミュニケーション』（へるす出版）、『精神科看護らしい口腔ケアへの探求』（精神看護出版、共著）。



様子が多く観察されることも報告されています¹²⁾。したがって、統合失調症を患う高齢者では、疾患や薬物の影響によって誤嚥のリスクが高いだけでなく、その日の全身状態、覚醒度、食事形態などの悪条件が重なることで、窒息のリスクも高まるのが危惧されます。

「食べている」＝「安全に食べられている」ではない

統合失調症を患う高齢者においては、「食べている」という事実が「安全に食べられている」と同意であるとは限りません。看護者は、患者の日常生活場面の観察・援助を行う中で、患者の摂食嚥下障害の第一発見者となり得る専門職であり、それだけに看護者の観察・評価が重要となります。一方で、食事場面で看護者が要観察としている患者と、客観的な摂食嚥下機能のスクリーニング（質問紙、RSST）には関連性がなく、看護者は患者の摂食嚥下障害に関する自覚症状や嚥下機能を把握した上で、観察するには至っていなかったと報告されており¹³⁾、看護者の摂食嚥下障害に関する評価能力の向上が必要と考えます。

摂食嚥下機能に影響する生活場面因子には、精神状態、睡眠状態、食事環境、食事の姿勢、食べ方などがあります。「食べるな」という幻聴や「毒が入っている」という妄想、焦燥感、注意散漫があると、患者は食事に集中することができなくなります。

図1 食事時の正しい姿勢



食事環境として、テーブルが高いと頸部が伸展位になるため誤嚥しやすく、いすが高く足が床についていないと姿勢が安定しません。テーブルの高さを調整したり、足台を使用したりして、体幹の角度を調整します（図1）。

食べ方についても、口腔・顔面のジスキネジアはないか、食物を口に運ぶまでの協調運動はスムーズか、食事の姿勢、一口量、食べるペース、食具や食器、食形態などが不適切なためにむせや食べこぼしが生じていないか観察を行い、小さなスプーンへ変更するほか、嚥下してから次の食物を取り込むように声かけや介助対応を行うようにします。また、食後の歯磨きの促しや口腔ケアを行い、口腔衛生状態を改善することによって誤嚥性肺炎を予防します。

錐体外路症状や口腔乾燥による摂食嚥下障害は観察結果を主治医に報告し、食形態についても栄養士に報告して、食物の硬さ、水分量、粘稠性などに配慮します。

表1 反復唾液嚥下テスト (RSST)

手技	評価基準
<p>①口腔内が不潔ならば口腔ケアをします。乾燥している場合は、水にぬらしたガーゼで口腔内を湿潤させます。</p> <p>②頸部をやや前屈させた座位姿勢をとってもらいます。</p>	<p>30秒間で3回以上嚥下できれば正常です(2回以下は異常)。</p>
<p>③人差し指で舌骨を、中指で甲状軟骨を触知します。</p> <p>④「30秒間で何度も唾液(つば)を飲んでください」と指示します。</p> <p>⑤30秒間で何回嚥下できたかを評価します。</p>	

表2 改訂水飲みテスト (MWST)

手技	評価基準
<p>①口腔内が不潔ならば口腔ケアをします。乾燥している場合は、水にぬらしたガーゼで口腔内を湿潤させます。</p> <p>②冷水3mLを注射器で口腔底(口腔前庭)に注ぎ、「飲み込んでください」と指示します。</p> <p>③むせ、呼吸変化、湿性嚙声の出現を観察します。</p> <p>④可能なら追加して2回空嚥下をしてもらいます。</p> <p>⑤評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し(合計3施行)、最低点を評点とします。</p> <p>⑥エピソードや体位は記録しておきます。</p>	<p>1: 嚥下なし, むせるand/or呼吸切迫</p> <p>2: 嚥下あり, 呼吸切迫(不顕性誤嚥の疑い)</p> <p>3: 嚥下あり, 呼吸良好, むせるand/or湿性嚙声</p> <p>4: 嚥下あり, 呼吸良好, むせない</p> <p>5: 4に加え, 反復嚥下が30秒以内に2回可能</p>

表3 フードテスト (FT)

手技	評価基準
<p>①口腔内が不潔ならば口腔ケアをします。乾燥している場合は、水にぬらしたガーゼなどで口腔内を湿潤させます。</p> <p>②ティースプーン1杯(3~4g)のプリンを前舌部(舌の一番盛り上がったところの少し前方)に置き、「飲み込んでください」と指示します。</p> <p>③むせ、呼吸変化、湿性嚙声の出現を観察します。</p> <p>④嚥下運動が1回起きたら、開口してもらい、食塊残留の量や様子を観察します。</p> <p>⑤食塊残留がある場合は、もう一度飲み込んでもらい、再度口の中を観察します。</p> <p>⑥評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し(合計3施行)、最低点を評点とします。</p> <p>⑦エピソードは全部記録しておきます。</p>	<p>1: 嚥下なし, むせるand/or呼吸切迫</p> <p>2: 嚥下あり, 呼吸切迫(不顕性誤嚥の疑い)</p> <p>3: 嚥下あり, 呼吸良好, むせるand/or湿性嚙声, 口腔内残留</p> <p>4: 嚥下あり, 呼吸良好, むせない, 口腔内残留ほぼなし</p> <p>5: 4に加え, 反復嚥下が30秒以内に2回可能</p>

図2 頸部聴診法



喉頭(甲状軟骨, 輪状軟骨)の側面付近で呼吸音・嚥下音を聴取する。

摂食嚥下機能評価

摂食嚥下機能評価には、質問紙を用いた問診と、反復唾液嚥下テスト(repetitive saliva swallow test: RSST)(表1)¹⁴⁾、改訂水飲みテスト(modified water swallowing test: MWST)(表2)¹⁵⁾、フードテスト(food test: FT)(表3)¹⁵⁾、頸部聴診法(図2)などのスクリーニングテストがあります。

表4は、質問紙の一つである聖隷式嚥

表4 聖隷式嚥下質問紙

氏名	年齢	歳	男・女	回答者：本人・配偶者・()
あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についていくつかの質問をいたします。ここ2、3年のことについてお答えください。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○をつけてください。				
1. 肺炎と診断されたことがありますか？	A. くり返す B. 一度だけ C. なし			
2. やせてきましたか？	A. 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？	A. 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？	A. 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？	A. 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 B. 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 B. 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 B. わずかに C. なし			
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	A. たいへん B. わずかに C. なし			
10. 口から食べものがこぼれることがありますか？	A. よくある B. ときどき 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 C. 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がありますか？	A. よくある B. ときどき C. 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 B. ときどき C. なし			
14. 夜、咳で寝られなかつたり目覚めることがありますか？	A. よくある B. ときどき C. なし			
15. 声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）	A. たいへん B. わずかに C. なし			
計：A. /15 B. /15 C. /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			

下質問紙¹⁶⁾です。統合失調症を患う高齢者では、入院時、精神・身体面に変動があった時、薬剤変更時などにこのような質問紙を用いて問診を行うことで、多くの情報を得ることができます。RSST、MWST、FTについても、安全で簡易に実施でき、頸部聴診法やパルスオキシメーターを同時に用いれば、評価の精度が上がります。ぜひ、患者の客観的なアセスメントに取り入れてほしいと思います。

歯科治療につなげる

先に述べたように、統合失調症患者では未処置歯が多く⁴⁾、摂食嚥下機能の回復には歯科との連携が大切です。未処置歯が多い背景には、この疾患の自己洞察の欠如¹⁷⁾やセルフケア能力の低さの影響

が考えられます。統合失調症による意思疎通の不良や強い不安は、歯科診療上の支障となりますが、その一方で、患者の歯科受診の動機としては、疼痛や床義歯の不調に関する訴えが多い¹⁸⁾ことが報告されています。つまり、統合失調症患者においても、疼痛や義歯の不調はないがしろにできない問題であり、患者のQOLの向上には、歯科治療につなげることが大切です。

統合失調症を患う高齢者において、患者自ら歯科受診を希望することは多くありません。そこで、看護師が口腔ケアや食事の際に口腔内の疼痛や違和感などがないか、食物は食べにくくないか、具体的に質問を投げかけて確認を行い、患者の訴えをきっかけに歯科受診への動機づけを行うことが有効です。また、元来、

統合失調症患者はストレスに弱く、不安になりやすいことから、歯科受診に関しては十分な時間をかけて患者に説明を行い、納得を得た上で治療につなげることが大切です。

摂食嚥下障害のための訓練

加齢や疾患、薬物の影響によって誤嚥のリスクが高い統合失調症高齢者ですが、訓練で喉の動きを良くしたり呼吸機能を高めたりすることで、摂食嚥下障害を予防・改善することが可能です。訓練導入時には訓練の目的を患者に説明し、患者の協力を得て行います。

以下に、摂食嚥下障害の看護が得意でない人にもチャレンジしやすい簡単で侵襲性の少ない訓練として、嚥下おでこ体操¹⁹⁾、喉のアイスマッサージ¹⁹⁾、吹き戻しを使用した呼吸訓練を紹介します。

◆嚥下おでこ体操

喉の動きを良くして食道に食物をうま



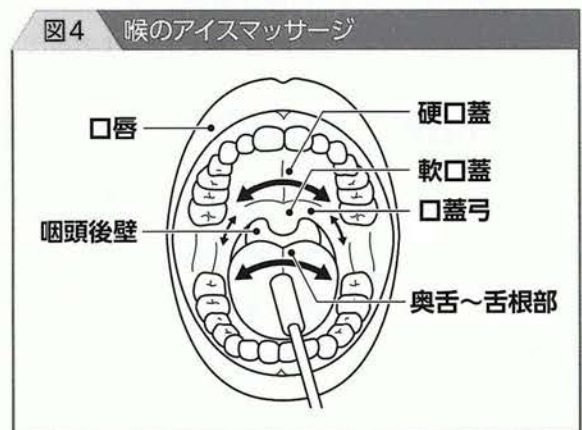
く流れさせるための訓練で、高齢者全般に実施できます。「喉の動きを良くして、食物を飲み込みやすくするための訓練です」と説明します。協力が得られたら、額に患者もしくは看護者の手を当てて抵抗を加え、へそをのぞき込むように強く下を向いてもらいます(図3)。即時効果もあるため、食前に実施するとよいでしょう。

◆喉のアイスマッサージ

嚥下反射の誘発が期待され、嚥下障害を持つ患者全般に実施できます。「喉の動きを良くして、食物を飲み込みやすくするための訓練です」と説明します。凍らせた綿棒に水をつけ、前口蓋弓、舌後半部や舌根部、軟口蓋や咽頭後壁の粘膜面を軽くなでたり押ししたりします(図4)。嘔吐反射がない限り、刺激する場所にはあまりこだわる必要はありません。どこを刺激したらうまく嚥下反射が起こるか、患者に合わせて行くとよいでしょう。

◆吹き戻しを使用した呼吸訓練

呼吸機能の改善・向上が期待され、高齢者全般に実施できます。「呼吸に必要



な筋肉の動きを良くするための訓練です」と説明します。吹き戻しは、高齢者にとって昔懐かしい玩具であり、楽しく訓練することができます。呼気圧に合わせて、レベル0、レベル1、レベル2の3種類を設定している製品もあります（写真）。紙風船で代用してもよいでしょう。

事例紹介

A氏（70歳、女性）、統合失調症

百貨店の販売員として働き、20代で結婚、出産。30歳の時に統合失調症と診断され、その後、外来通院を続けていた。ここ2年ほど肺炎を繰り返し、体重は10kgほど減少している。焦燥感が強く、人前で服を脱ぐなど落ち着かず、医療保護入院になった。

リスペリドン2mg内服中。常に口が開いており、発語不明瞭な上声量が持続しない。流涎が著しく口臭も強い。ため、気にしてマスクをつけていた。食べたい気持ちが強く、食事の際は次々とスプーンで食物を口に詰め込

み、食べこぼしも多い。食事の途中で席を立ち、自室に戻ったり、下膳車の残飯を口に入れたりすることもある。

◆主訴および客観的観察から得られた情報

①聖隷式嚥下質問紙（看護師がA氏に一つひとつ確認しながら現在の症状を評価）では、次の問題が明らかになった。
栄養障害：肺炎の既往、痩せてきた（2年で-10kg、BMI17.0）。

咽頭機能：飲み込みにくさ、食事中やお茶を飲む時にむせがある。喉がゴロゴロする。

口腔機能：硬いものの食べにくさ（現在歯数8本、うち2本に明らかな動揺あり、義歯なし）、口から食物がこぼれる。

②反復唾液嚥下テスト：2回/30秒（喉頭挙上距離の短縮あり）

改訂水飲みテスト：3点（嚥下あり、呼吸良好、むせなし、湿性嚙声あり）

フードテスト：3点（嚥下あり、呼吸良好、むせなし、湿性嚙声あり、口腔内残留あり）

③肺炎治療のための絶食と食事再開を繰り返すようになって、食欲亢進が顕著になった。

④口腔内に食物が残っているのに次々と食事を口に詰め込み、頸部聴診法では、食物の咽頭流入から嚥下反射惹起までのタイミングの遅れがある。

⑤食べたい気持ちは強いが、思うように食べられないことへの焦燥感がある。

写真 吹き戻し「長息生活」



吹き戻しを一気に吹き伸ばし、2～5秒程度保持させる。これを1セット10～30回を目安に、朝夕の1日3セット行う。

◆実施した看護援助

●説明と同意

A氏に、飲み込む力が弱っていること、噛める歯が少ない上グラグラしている歯があり歯科治療の必要があることを伝え、「ご飯が食べたいから（訓練）する」と、訓練および歯科治療に同意を得た。

●多職種連携

嚥下評価の結果を主治医に報告し、リスペリドン1mgに減量した。それも焦燥感の改善と共に徐々に頓服対応になった。嚥下評価の結果は栄養士にも報告し、食事場面を一緒に観察し、食事形態の変更や高カロリー補助食の導入を検討した。

●口腔ケア

入院時、歯磨きセットを持っていなかったため、家族に準備してもらった。洗面所に誘導すると、声かけのみで拒否なく歯ブラシを口に入れるが、ブラッシングはできない。看護師が介助すると「気持ちいい」と反応があった。徐々に自身でブラッシングできるように援助した。

●嚥下おでこ体操

「喉の動きが悪くて肺炎を繰り返しているの、訓練で喉の動きを良くしましょう」と説明し、協力を得た。食前に、看護師がA氏の額に手を当て、「押し合いっこをしましょう」と伝え、スムーズに押し返すことができた。徐々に自分の手で額を押せるように促していった。頸部の緊張を解くため、首や肩を回す体操も同時に行った。

●喉のアイスマッサージ

スポンジブラシにA氏の好きな紅茶をしみ込ませ、凍らせて使用した。「気持ちいい」と好評であった。

●呼吸訓練

呼気圧が弱かったため、レベル0の吹き戻しで訓練を行った。A氏の好きな歌があることを知り、作業療法活動のカラオケに参加を促した。

●食事場面での介助

強い空腹感を和らげ、摂取カロリーを増量させることを目的として、10時と15時に高カロリー補助食を提供した。食前に更衣や排泄を済ませることで、食事中の立ち上がりは目立たなくなった。食事はきざみ食では口腔内に散らばって残留したため、ソフト食に変更した。頸部聴診で嚥下音を確認しながら、一口量や食べるペースの声かけを行った。食後はすぐに洗面所に誘導することで、食事が終わったことを意識づけた。

●歯科治療につなげる

入院から1カ月が経過し、発熱もなく、焦燥感も落ち着いてきたため、歯科の往診を依頼した。直前に不安になりいったんは診察を拒否したが、看護師が横につき添うことで診察を受けることができた。動揺していた歯を抜歯し、義歯を作成した。

介入開始から3カ月がたち、A氏の流涎は消失し、口を閉じて過ごせるようになった。口臭もなくなり、マスクを外し

て過ごせ、表情が明るくなった。カラオケにも積極的に参加し、伸びのある声で歌うことを楽しんでいる。義歯を装着して食事を摂ることに慣れ、BMIも徐々に改善傾向にある。

まとめ

「食べる」ことは人間の基本的欲求であり、栄養を摂るだけではなく、「食べる」ことから得られる楽しみや活力は心の栄養としても重要です。しかし、統合失調症を患う高齢者は、疾患や薬物の影響による誤嚥のリスクが高く、低栄養によって免疫力が低下すると肺炎のリスクも高くなります。コミュニケーション能力やセルフケア能力が低いと、歯磨きや義歯の管理を患者の主体性のみに任せてしまうと、磨き残しや口腔機能異常、義歯の不具合などを見逃すこととなります¹³⁾。そのため、患者に身近な専門職である看護師の観察はとて大切になります。普段から患者の口腔内に関心を持ち、安全に食べられているか客観的に評価を行い、介入を行うことが、統合失調症を患う高齢者の「食べる」ことを支え、QOLの向上につながると考えます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：平成26年（2014）患者調査の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>（2018年8月閲覧）。
- 2) 駒橋徹：精神科病院入院患者278名の10年間の追跡調査—鹿沼病院の場合、*栃木精神医学*, Vol.34/35, P.14～21, 2015.
- 3) 山口哲頭他：神奈川県下精神科病院在院患者の身体合併症調査。神奈川県精神医学会誌, Vol.55, P.33～43, 2005.
- 4) 吉田雅司他：精神科入院患者の歯科疾患実態

調査—第1報 歯科疾患およびその治療状況、*日本口腔科学会雑誌*, Vol.40, No.2, P.445～453, 1991.

- 5) 内海明美他：統合失調症患者の摂食・嚥下機能と錐体外路症状との関連、*障害者歯科*, Vol.26, No.4, P.658～666, 2005.
- 6) Regan J, Sowman R, Walsh I : Prevalence of Dysphagia in acute and community mental health settings. *Dysphagia*, 21 (2) : 95-101, 2006.
- 7) Nagamine T : Serum substance P levels in patients with chronic schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. 4 (1) : 289-294, 2008.
- 8) Carl, LL, Johnson PR著, 金子芳洋, 土肥敏博訳：薬と摂食・嚥下障害—作用機序と臨床応用ガイド, P.150～165, 医歯薬出版, 2007.
- 9) Kapur S, Zipursky R, Jones C, et al. : Relationship between dopamine D (2) occupancy, clinical response, and side effects : a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (4) : 514-520, 2000.
- 10) 稲垣中：統合失調症治療における抗精神病薬の用量設定, *精神科治療学*, Vol.31, 増刊, P.89～93, 2016.
- 11) 藤井航：咀嚼嚥下に対する加齢の影響, *九州歯科学会雑誌*, Vol.69, No.4, P.103～107, 2015.
- 12) 弘中祥司他：精神障害（統合失調症）における摂食機能の実態, *障害者歯科*, Vol.26, No.2, P.172～179, 2005.
- 13) 高橋清美他：統合失調症患者に対する摂食時の看護観察は、摂食・嚥下機能評価と関連するののか, *日本赤十字九州国際看護大学Intramural Research Report*, Vol.7, P.21～28, 2009.
- 14) 小口和代他：機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液嚥下テスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test : RSST)の検討(2)妥当性の検討, *リハビリテーション医学*, Vol.37, No.6, P.383～388, 2000.
- 15) 才藤栄一：統括研究報告書, 平成11年度長寿科学総合研究事業報告書, P.1～17, 2000.
- 16) 大熊るり他：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*, Vol.6, No.1, P.3～8, 2002.
- 17) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. : Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 17 (1) : 113-132, 1991.
- 18) 中村広一：精神分裂病者における歯科診療上の問題点, *日本歯科心身医学会雑誌*, Vol.7, No.2, P.126～133, 1992.
- 19) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会：訓練法のまとめ(2014版), *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, Vol.18, No.1, P.55～89, 2014.