

# 精神科看護における 口腔ケア

監修

東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科医歯学系専攻老化制御学講座  
摂食嚥下リハビリテーション学分野 戸原 玄 教授  
日本赤十字九州国際看護大学 看護学部 メンタルヘルス領域 高橋 清美 教授

## はじめに

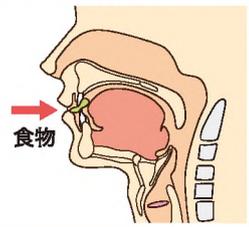
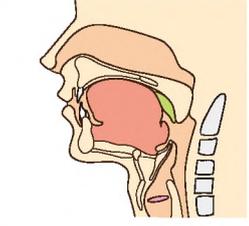
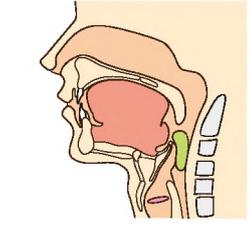
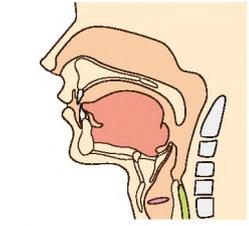
精神科医療における口腔トラブルとしては、精神症状の変化や向精神薬の副作用による口腔乾燥<sup>1)</sup>、誤嚥や窒息といった重篤な摂食嚥下障害等が起こることが報告されています<sup>2,3)</sup>。精神疾患患者の32%が嚥下障害を呈しているといわれています。一方、一般人口の嚥下障害有病率は6%であることから精神疾患患者が嚥下障害に該当する割合は高いといえるでしょう<sup>4)</sup>。

現時点で、摂食嚥下に関する大きなトラブルを抱えていない場合でも、精神症状の変化や服薬内容の変更、口腔状態の変化（う蝕、歯周病等）が、今後重篤な摂食嚥下障害を来す可能性も否定できません。精神症状の影響により、飲み込みにくさがあってもその異変を自ら他者に対して表現しなくなることや、セルフケアの能力が低下することで口腔の清潔が保持できなくなり、口腔環境の悪化が予測されます。そのため、医療の役割は大きいと考えられます。口腔の衛生状態だけでなく口腔の機能を併せてみるという視点と、予防を含めた介入が必要不可欠です。

口腔ケアの目的は①う蝕や歯周病の進行を予防・改善、②口腔機能を維持・改善し廃用を防止、③誤嚥性肺炎の予防です。ご自身での口腔清掃（ブラッシング等）が困難な時の直接的なかかわりだけでなく、予防や維持といった点からのアプローチも必要です。口腔機能を整えることは身体機能に良い影響を与えるため、地域移行を支援することにもつながります。精神科医療の、口腔ケアは身体管理の一部であるという認識を強く持つことが重要です。

## 摂食嚥下機能と摂食嚥下障害を疑わせる症状

摂食嚥下機能について5期モデルを中心に、各期の処理操作において固形物の動態に着目したプロセスと、5期モデルに沿って症状を分類しながら解説いたします。

摂食嚥下の5期	5期モデルの解説と症状
<p>①先行期（認知期）</p> 	<p>先行期（認知期）は食べ物の大きさ、温度、硬さ、香りなどを認識し、何をどのくらいのペースで食べるか判断する時期です。食べ物を見ても判断ができない状況は、摂取拒否、誤食・誤飲、異食行動の要因となります。また、1回に口に運ぶ量の判断がつかないことで、切迫的摂食といった行動がみられる場合があります。</p>
<p>②準備期（咀嚼期）</p> 	<p>準備期（咀嚼期）は食べ物を口に入れ咀嚼し、唾液と混ぜ合わせ飲み込みやすい食塊を作る時期です。歯の欠損や、かみ合わせの不良は、食塊形成に影響を及ぼし、口からのこぼれ落ち、丸飲みの要因となります。唾液分泌低下も食塊形成を不良にします。また、顔面ジスキネジアなどのように口周囲の筋肉や舌の不随意運動が起きると、咀嚼を困難にします。</p>
<p>③口腔期</p> 	<p>口腔期は口から食べ物や飲み物を喉に送り込む時期です。舌の運動障害や舌圧低下が起きると喉に送り込む力が低下し口腔残留が生じます。</p>
<p>④咽頭期</p> 	<p>咽頭期は喉から食道へ送り込む時期です。この期の主な問題は誤嚥です。湿性嘔声や食事中のむせ込みは誤嚥を疑う症状のひとつです。向精神薬の影響により嚥下反射の低下を起こすことが考えられます。</p>
<p>⑤食道期</p> 	<p>食道期は食道入口部から蠕動運動によって胃へと送り込まれる時期です。逆流や嘔吐があるような場合には食後すぐに横にならないよう策を講じます。</p>

摂食嚥下障害になることで誤嚥や窒息、低栄養など重要な問題につながる可能性があります。

摂食嚥下機能の5期モデルの解説からもわかるように、摂食嚥下障害は純粹に咽頭期の問題のみをさすのではなく、行動や咀嚼に関する問題も含まれます。何らかの病因により、5期のいずれか、あるいは複数の期に異常が生じた場合を摂食嚥下障害とといいます。摂食嚥下の臨床現場では準備期、口腔期、咽頭期に障害が生じた場合にリハビリテーションの対象となることが多いのですが、精神疾患患者においては覚醒状態と注意の持続が必要条件となる先行期にも障害がみられることが多いのが特徴です。

## 向精神薬が口腔機能に与える影響

向精神薬が口腔および嚥下機能を低下させる副作用としては錐体外路症状、眠気、意識障害、鎮静、食欲低下、嘔気、嘔吐、筋弛緩、口腔乾燥などがあります。特に、錐体外路症状は深刻な嚥下障害を起こす場合があります。また、抗コリン作用を有する薬物は、神経伝達物質のアセチルコリンがムスカリン受容体に結合するのを阻害し、唾液分泌を低下させます。唾液量の低下により口腔乾燥が進むと、食塊形成や嚥下の不良、誤嚥の誘発がおこります。向精神薬の影響は医療従事者には広く知られていますが、「口の中が乾きやすくなった」「飲み込みづらい」「むせ込む」といった自覚症状を、副作用ではなく日常の一コマとして患者自身がとらえていると、医療従事者に伝えることはないでしょう。

口腔への副作用を疑う場合であっても、治療薬の変更や減量によって、精神症状への影響が懸念されることがあります。向精神薬が必要な時に必要量使用されること、また一定期間服用しても精神症状の改善が見られない場合には、適切に中止・減量をすることの見直しが必要です。症状を見極めながら、先を見据えた口腔衛生の予防的な介入を行うとよいでしょう。

## 口腔機能維持に必要な唾液の役割

唾液は多くの役割を有しています。唾液量が減少すると口腔乾燥だけではなく様々な影響を及ぼします。摂食嚥下に関わる役割だけでも、円滑作用の低下による舌や口唇の運動への影響、物理的な刺激による粘膜損傷のリスク、洗浄作用の低下によるう蝕増加・歯周病進行、食塊形成不良による嚥下困難などが生じやすくなるなどが考えられます。

口腔乾燥の対症法には保湿剤の活用、口腔や舌の体操、唾液腺マッサージがあります。保湿剤にはヒアルロン酸や、粘膜保護が期待できるムチンなどの成分を含んだものがあります。口腔ケア用ジェルには医薬部外品と口腔化粧品があります。医薬部外品には抗菌、殺菌などの有効成分が含まれます。

用途に合わせ、成分に着目した口腔ケア用ジェルの提案が重要です。

## 口腔ケアに摂食嚥下機能訓練の取り入れを

摂食嚥下機能を向上させる簡単な訓練について紹介します。咽頭期の嚥下は反射運動です。反射運動そのものを鍛えることはできませんが、関連する部位を鍛えていくことで、機能が改善されていきます。

### ● 肋間筋のストレッチ

呼吸と飲み込む行為は密接に関わっているため、肋骨と肋骨の間の筋肉を伸ばすストレッチは有用と考えられています。胸の位置で腕を組み、鼻でゆっくり息を吸いながら、腕を組んだ状態のまま頭上までゆっくりと腕を持ち上げます。口でゆっくり息をはきながら、腕を組んだ状態のままゆっくりと下げます。この動作を苦しくない程度に繰り返します（目安は10回）。



### ● 口を力いっぱい広げる（喉の筋肉を鍛える運動）

口を大きく開けることも飲み込む訓練となります。飲み込む時には、喉仏が持ち上がります。喉仏を持ち上げる筋肉は口を開ける時の筋肉とほぼ同じため、全力で10秒程度口を開け続けることを5回2セット行います。口を開く力が弱くなると、飲み込む機能が悪化するといわれています。個人差はありますが、1か月ほどで変化が現れることが多いようです。



### ● 口や舌の体操、マッサージ

食前などに口や舌の体操を行うと、その刺激によって唾液分泌量が増加し、口腔を湿潤させることが期待できます。また、唾液腺のマッサージや、音波ブラシでの振動刺激も有効です<sup>5)</sup>。ただし、唾液の生産能力を向上させるまでには至らないため持続的な効果は期待できません。



耳下腺マッサージ

耳の前から上顎臼歯部あたりを指全体で円を描くようにマッサージする



顎下腺マッサージ

下顎骨下縁の中央あたりの内側を指先で押すようにマッサージする



舌下腺マッサージ

下顎骨オトガイの内側の柔らかい部分を指先で押すようにマッサージする

## 食べる機能に関する情報収集

口腔のアセスメントの情報は、客観的であること、多角的であること、そしてスタッフ間で共通の認識を得られることが必要です。情報が網羅され、だれが評価を行っても同じ結果を得ることができるよう、嚥下障害リスク評価尺度改訂版（表1）などを用いることをお勧めします。嚥下障害リスク評価尺度は、合計点数6点以上を嚥下・障害リスクありと判定します<sup>6)</sup>。

摂食嚥下障害の症状は、5期モデルのプロセスを参考にしながら観察・評価を行い、自覚症状を認める場合は、具体的に、いつ・どんな時にどのような状況で起こりやすいのか状況の把握に努めると良いでしょう。

表1. 嚥下障害リスク評価尺度改訂版<sup>6)</sup>

あなたのここ3か月くらいの食事中出现する症状についておたずねします。次の症状がどれくらいあったか「いつもある」「時々ある」「まれにある」「ほとんどない」のなかから1つ選んで○をつけてください。

NO.	質問事項	3点	2点	1点	0点
1	水分や食べ物が鼻にあがる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
2	食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
3	水分が飲み込みにくい	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
4	ご飯が飲み込みにくい	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
5	食べ物がのどにひっかかる感じがする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
6	食べ物がのどに残る感じがする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
7	食事中や食後に濁った声に変わる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
8	水分や食べ物が口に入ったとたんにもせたりせきこんだりする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
9	水分や食べ物を飲み込むときにむせたりせきこんだりする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
10	水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたりせきこんだりする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
11	水分を飲み込むときにむせる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
12	ご飯を飲み込むときにむせる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
13	噛むことが困難である	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
14	硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
15	口がパサパサしていると感じる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
16	パサパサ、モサモサした食べ物は飲み込みにくい	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
17	口から食べ物がこぼれる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
18	ことばが明瞭でない	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
19	食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
20	食べるのが遅くなる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
21	食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくる	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
22	食べ物が胸につかえる感じがする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
23	胸やけがする	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない

嚥下障害リスク評価尺度は、咽頭期機能（No.1～7）、誤嚥（No.8～12）、準備・口腔期機能（No.13～20）、食道期機能（No.21～23）で構成される。網掛（■）で示したNo.2,7～14,17,18,20の12項目は、嚥下障害リスク他者評価尺度であり家族が評価できる項目である。

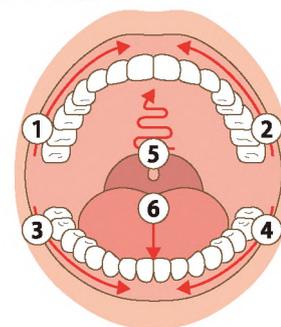
## 意図的なアプローチへ

精神科領域で起こりやすい身体問題の一つに誤嚥性肺炎があります。摂食嚥下障害は誤嚥のリスクを高めます。他の科同様に高齢化が進んでいることに加え、疾患による食行動への影響やセルフケアの質の低下による口腔衛生環境の悪化、そして最も配慮すべき要因は、向精神薬による錐体外路症状や口喝などの副作用が加わることです。

摂食嚥下の5期モデルにおいて、問題のあるプロセスとその症状を把握できていれば適切なアプローチを行うことができます。例えば、誤嚥のリスクが考えられる口腔清掃の際には、歯面の汚れの除去はうがいを行った後に、奥から手前に清掃を行うことや、口腔粘膜の清掃を併せて実施します。また、口腔機能低下が著しい場合には舌や粘膜面のケアを実施します。個々の問題に応じたケアプランを立てることが重要です。

口腔機能の維持・改善及び口腔保清を組み合わせた口腔ケアの実施と、セルフケア支援が要になります。ケアのひとつひとつは決して特別ではありませんが、必要に応じて「意図的」に関わりを持つことで、口腔ケアから身体管理へと広がっていきます。

汚れが奥に貯留しないように、奥から手前へ



## チームで支える

医療の質の向上や効率化を図るために、専門職種がそれぞれの専門技術や知識をもとに構成されたチームでアプローチをすることが理想です。しかし、施設や患者を取り巻く現状によって困難な場合もあるでしょう。

言語聴覚士が勤務していない施設では、摂食嚥下機能評価や食事観察、リハビリテーションを分担する必要があります。

全身状態や精神症状の変化時・投薬を変更した場合は、嚥下障害リスク評価尺度改訂版などを用いて再評価を行うことが重要です。

歯科医師が勤務していない場合などは、う蝕の治療や、義歯調整、抜歯などができないため、提携の歯科や訪問歯科の協力が必要です。嚥下評価や嚥下訓練を行う（訪問）歯科もありますので、そのような歯科との連携をとることも検討してみてもはいかがでしょうか。

## 引用文献・参考資料

- 1) 松下正明総編集：臨床精神医学講座14、精神科薬物療法、中山書店、P80～95、1999
- 2) 長嶺敏彦：嚥下性肺炎と院内感染、臨床精神薬理、P1849～185、27(11)、2004
- 3) 長嶺敏彦：有害事象からみた多剤併用療法の問題点、精神科治療学、P295～298、20(3)、2005
- 4) J Regan 1, R Sowman, I Walsh: Prevalence of Dysphagia in acute and community mental health settings 2006 Apr;21(2):95-101
- 5) 安細敏弘、柿木保明編著：今日から始める！口腔乾燥の臨床 この主訴にアプローチ、P86～90、医歯薬出版、2008
- 6) 才藤栄一、植田耕一郎監修：摂食嚥下リハビリテーション、P128 第3版、医歯薬出版、2016