

X

摂食・嚥下障害

◆摂食・嚥下障害

とは

私たちはふだん何気なく食べたり飲んだりしています。生まれてからなんの疑問もたずに食べて生きているわけですが、もし「食べなくても舌やのどが思うように動かなくて食べられない、飲み込めない」ということになったらど

うでしょうか？ また、口から上手に食べているようにみえても、実際は食べ物の一部が肺のほうへ流れ込んでいるかも知れないと考えたことはあるでしょうか？
水や食べ物飲み込めなくなったり、いつも肺のほうへ行ってしまうようになる（誤嚥、図1）ことを「嚥下障害」といいます。嚥下障害になると栄養がとれなくて

栄養失調を起こしたり、肺炎などの呼吸器の病気にかかってしまいます。
嚥下障害はその原因によって、①腫瘍やその手術後、炎症などにより、飲み込むときに使う舌やのどの構造そのものが障害されている場合（器質的障害）と、②構造

物の形には問題なくても、それを動かす神経などに原因がある場合（機能的障害）に大きく分けられます（表1）。また、心理的な原因が関与している場合もあります。日常、一番多くみられるのは脳卒中によるものです。
嚥下障害は飲み込むことだけが

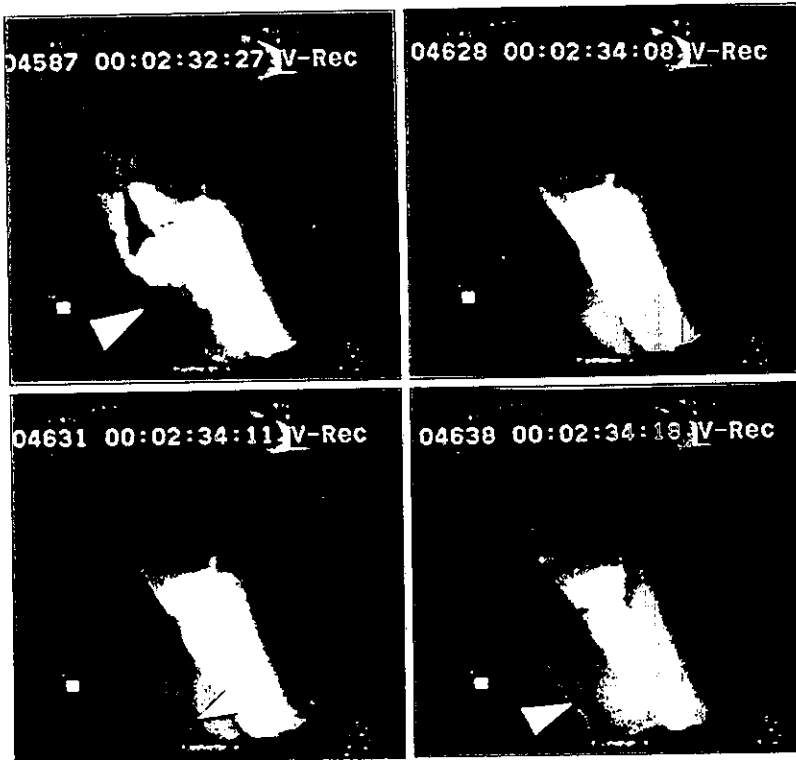


図1 嚥下造影の誤嚥場面

- a：咽頭（梨状窩）に食塊がある
b, c：嚥下と同時に気管に食塊が入る（誤嚥）
d：その後食塊は食道に送られている

表1 摂食・嚥下障害の原因

A. 器質的原因	
口腔・咽頭	食道
舌炎, アフター, 歯槽膿漏 扁桃炎, 扁桃周囲膿瘍 咽頭炎, 喉頭炎, 咽後膿瘍 口腔・咽頭腫瘍（良性, 悪性） 口腔咽頭部の異物, 術後 外からの圧迫（甲状腺腫, 腫瘍など） その他	食道炎, 潰瘍 ウェップ(web,膜), 憩室(Zenker) 狭窄, 異物 腫瘍（良性, 悪性） 食道裂孔ヘルニア 外からの圧迫（頸椎症, 腫瘍など） その他
B. 機能的原因	
口腔・咽頭	食道
脳血管障害, 脳腫瘍, 頭部外傷 脳膿瘍, 脳炎, 多発性硬化症 パーキンソン病, 筋萎縮性側索硬化症 末梢神経炎（ギランバレー症候群など） 重症筋無力症, 筋ジストロフィー 筋炎（各種）, 代謝性疾患 薬剤の副作用 その他	脳幹部病変 アカラジア 筋炎 強皮症, SLE 薬剤の副作用 その他
C. 心理的原因	
神経性食欲不振症, 痴呆, 拒食, 心身症, うつ病, うつ状態 その他	

障害されたことをさす言葉です。しかし、日常接する患者は飲み込む前の食べ物の認識や、口への取り込み、咀嚼などが障害されていることもしばしばです。心理的な原因で食べられなくなることもあります。それで、食べられないことを広い意味で「摂食障害」とか「摂食・嚥下障害」とよぶことがあります。図1に摂食・嚥下の流れを示しました。摂食・嚥下障害を考える場合にはこの流れのどの段階がおかされているかを考える必要があります。どこがどのようになっているかによって対処法が異なるからです。たとえば昼夜が逆転していて、昼に寝ている状態で食べさせようとすれば、食べられないばかりか誤嚥して大変危険なことになります。昼夜逆転を治療するか、そうでなければよく目覚めている時間食べてもらふなどの工夫が必要です。

(藤島 一郎)

〈文献〉

1. 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害。第2版、医歯薬出版、1998。

8. (基礎から実践まで一番多い脳

- 卒中の嚥下障害について解説)
2. 才藤栄一、向井美恵ほか編集：摂食・嚥下リハビリテーションマニュアルJNNスペシャル。No.52、1996。(ナース向けのマニュアル図も多い)
 3. 藤島一郎：新版 口から食べる。嚥下障害Q&A、中央法規出版、1998。(介護者向けの本。入門として易しくかかっている)
 4. 藤島一郎監訳。Groher M.E. 編著：嚥下障害—その病態とリハビリテーション。原著第3版 (Dysphagia Diagnosis And Treatment 3rd ed.1997) 医歯薬出版、東京、1998。(外国の実状を垣間見ることができる。高度な内容)
 5. 千野直一、金子芳洋監修：才藤栄一、田山二郎ほか編集：摂食・嚥下リハビリテーション。医歯薬出版、1998。(小児から成人までを網羅した優れた教科書)
 6. 日本嚥下障害臨床研究会監修：嚥下障害の臨床—その考え方とリハビリテーション。医歯薬出版、1998。(研究会のメンバーが実践してきた内容をまとめた教科書)

◆嚥下障害がある人には、どのように食べさせたらよいですか

障害を補う

障害をできるだけ補って正常のメカニズムに近づける工夫をします。ただし、安全に摂食するために残存機能つまり健康な部分を活用し、無理をしないことが原則です。

まず正常のメカニズムを理解する方法は、自分の嚥下運動と重ねてみると便利です。つまり、食べ物が舌にのるとその刺激で咀嚼運動が起こり、食塊形成（食べ物か唾液と交じりあってまとめられる）しながら咽頭へ送り込まれます。次いで「口を閉じ舌を口蓋（上顎）につけて息を止め、口角（口唇の角）を引いてうなずくように「ブックン！」と嚥下していることがわかります。口唇を開いたままであったり、呼吸をしていた

り、上を向いたままでは嚥下することはできません。そのうえで見たり、聞いたり、触れたり、動かしてみてもうかをよく観察します。

食べる環境を整える

ゆったりと落ち着いた雰囲気の中で食べることに集中できるように環境を整えます。患者のプライドを尊重し、食べることが楽しめる食卓を工夫しましょう。

① 食べる前には口腔ケアを行い、味覚を甘受しやすいように舌苔を除きましょう。この場合、奥舌から舌尖にかけて引き出すようにストレッチをかけて清拭すると萎縮した舌への刺激になります。また頬や下顎などの嚥下筋群にマッサージを加えたり、硬口蓋や奥舌、咽頭後壁などに寒冷刺激（アイスマッサージ）を行います。これらは嚥下運動を円滑にし嚥下反射誘発に効果があります。同時に摂食・嚥下の間接訓練であり準備運動でもあります。

② よく目覚めていることが重要

です。われわれは、眠くてボーッとしているときにきなり食べ物に飛び込むと誤嚥することがあります。意識障害がある場合も同様に、味覚や聴覚などの刺激はなく、食べるという認識もありません。このような場合は、食べ物の味や香り、声かけ等々、五官を刺激して「さあ、食べるぞ」という意識をもたせることが大切です。たとえば、患者の手に介助者の手を添えて自分で食べるような介助も効果があります。

③ 痰を除き、楽に呼吸ができるように整えます。呼吸状態が悪い場合は、唾液がうまく嚥下できていることの証ですから種々の工夫をすれば食べられます。逆に悪い場合は「息を止めて飲み込む」という呼吸の余裕がありません。これで喉頭蓋の閉鎖ができなから誤嚥の条件下にあるといえます。したがって、まず呼吸を整えることが安全に食べる第一歩です。呼吸状態の悪い場合は食べさせてはいけません。ちなみに発熱や脱水などがないよう全身状態を整えてから行うことも大切なポイントです。

ントです。

④ 体位は、どこにも力がかけられない安楽さが大切です。そして、障害の程度や食べ物の取り込み（食べ物か口からこぼれる）、送り込み（食べ物がいままで口の中に残る）障害、あるいは食べ物の粘度や形態などを考慮します。そのうえで食べ物か咽頭部の健側（交代性麻痺に注意）を通過しやすい座位の角度を整え、頸部はやや前屈位（うなずき嚥下や下部頸椎を使う嚥下がある）にすると誤嚥防止に効果があります。

また、食べたはずのものがいつのまにか口腔内へ逆流していたり、簡単に嘔吐したり、食べ物のつかえ感などがある（食道期の障害が考えられる）場合は、全身のリラクゼーションを図り、食後30分間ほど、起座位をとるとよいでしょう。ちなみに失認のある場合は、患者が認識できる側つまり健側に介助者が立つことになりました。

⑤ 食べ物か食塊形成しやすく、のどごしのよいものが理想的です。嚥下障害や歯の状態などによ

って異なりますが、はじめは誤嚥の少ないゼリーやヨーグルトなどがよいと思います。嚥下状態をみながらミキサー食やつぶし食などに進めてください。また誤嚥しやすい水やお茶には増粘剤（トクミアップやスルソフツスなど各種市販されている）を加え、料理にはゼラチンでまとめるなど、食塊形成しやすい工夫が必要Dえます。

メカニズムを意識する

メカニズムを意識した食べさせ方を工夫しましょう。

①口唇や舌の麻痺によって食べ物の取り込みや食塊形成が困難（準備期の障害）な場合は、健側の口唇を軽く刺激して口腔内へスプーンを入れます。これは食べる認識やタイミングを伝えるのに効果があります。次いで、舌を軽く押さえて食べ物を置き、スプーンは口唇ではさみながらながら抜き取るという方法をとります。また麻痺側をテープや指などで持ち上げると食べ物がこぼれにくく、麻痺側の頬に食べ物が貯留するのを

防ぐことができます。

②咳込みや喘鳴、食べ物の咽頭残留があるなどは咽頭期の障害が考えられます。咽頭期は口腔内圧が高まることによって嚥下反射（ゴックン！）が誘発されますので、口唇閉鎖ができなかったり、声が鼻腔から抜けたり（鼻腔音または鼻声）、呼吸困難がある場合などが問題となります。したがって口腔内圧を保持するために「口唇を閉じて呼吸を止める」ことを意識的に行い「ゴックン、ハアー」と呼吸を促します。ちなみに「ゴックン！」は喉頭が挙上して食道が閉じ、同時に食道の入口が開きます。食道が開くのを助けるために喉頭を保持しますがこれを「メンテルゾーンの手技」といいます。またハアーは、残留した食べ物が食道に流れ込まないように口腔へ戻してもう一度「ゴックン！」をさせます。さらに1回の嚥下と少量の水での嚥下を交互に嚥下（交互嚥下）することや、1〜2回の嚥下に次いで麻痺側への横向き嚥下を行うと咽頭に残留（梨状窩への残留）した食べ物を除くのに効果が

あります。

そのほか、口腔内圧を高めるためにストローや楽吞みなどで吸啜法を活用するのもよい方法です。ただし、1回に含む量の加減をしないと誤嚥します。この場合も、うなずきながら「ゴックン！」に次いでハーと息を吐くと誤嚥が少なくなります。

ちなみに舌に軽く圧を加えたり、頬や舌骨部を刺激すると咀嚼運動が起こり次のステップがうまくいくことがあります。このように嚥下は運動運動ですから、患者に合った種々の方法を組み合わせ、患者自身が食べるコツをとらえてもらうことが理想的です。

（田中 靖代）

◆嚥下障害を改善していくためにはどうしたらよいですか

嚥下障害に対してはリハビリテーション訓練が有効です。訓練法には①食べ物を用いない基礎訓練（間接的訓練）と、②食べ物を用いる摂食訓練（直接的訓練）とがあります。基礎訓練は安全に行えますがこれだけで食べられるようになるわけではありません。そこで実際に食べ物を食べる訓練＝摂食訓練が行われるわけです（図1）。これは実践的で最も効果的である反面、誤嚥の危険と隣り合わせです。安全に食べ続けることが嚥下機能を維持し、改善させる最も有効な方法です。重症では手術が必要になることもあります。汁物や食べ物がとぎとぎむせるといった軽度の症状では、ゆっくり注意して食べる、むせやすい食べ物 avoid などに対処できます。症状が重い場合には本格的な訓練が必要です。おもな訓練法を

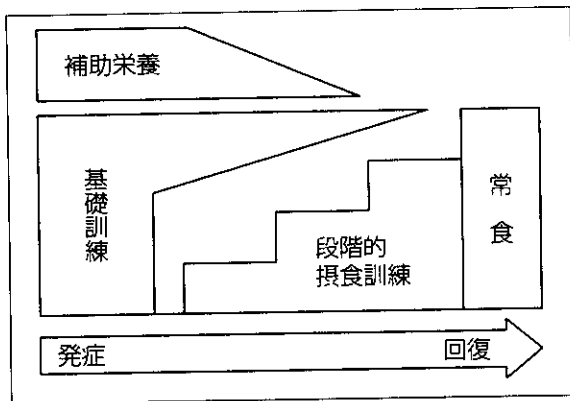


図1 基礎訓練と摂食訓練の関係

表2に示しました。理想的には嚥下を専門としているチームによる集中的な訓練が最も効果的ですが、現在設備が充実した施設はほんのすこししかありません。だからといって諦めてしまつては前へ進みません。私自身もはじめは試行錯誤しながら治療を始めました。できることを一つひとつ積み重ねていくことが大切です。たとえば本書の主題である口腔ケアだけでもしっかりと行えば大変効果が上がります。逆にあれもこれもと手を出し過ぎて肝心なことがあるそかになっていることが多いので

はないでしょうか？

さて嚥下障害を改善させるといっても、いろいろな状況が考えられます。

- ①急性期で病状が安定していないとき。
- ②病状が安定してこれから食事を開始しようとするとき。
- ③チューブ栄養で管理されているときで食べさせたいとき。
- ④口から食べているけれどおせたり肺炎を繰り返しているとき。

それぞれについて詳細を述べることは本稿では困難です。文献をご参照ください。ここでは私がすすめる3つの基本事項をまず守ってください。安全に食べ続けることこそ摂食・嚥下障害治療における成功の秘訣です。

- ①口腔ケアを徹底する
- ②嚥下しやすい食品を選ぶ。
- ③よく噛んでしっかりと意識を集中して飲み込む。

（藤島 一郎）

〈文献〉嚥下障害のリハビリテーションは実践でありビデオが役立つ。

1. 藤島一郎・新版 口から食べる。嚥下障害Q&A、中央法規出版1998。（介護者向けの本。入門としてやさしくかかれてる）
2. 藤島一郎監修、藤島一郎、田中靖代ほか指導・ビデオ こうすれば食べられる―嚥下困難者への新しいアプローチ。中央法規出版、1999
4. （介護者向けでメカニズムから病態、実際の手法までを解説）
3. 藤島一郎監修・嚥下障害ビデオシリーズ ①嚥下のビデオ内視鏡検査、②仮性球麻痺の訓練、③球麻痺患者の嚥下訓練、④嚥下障害における経管栄養法、⑤嚥下障害における肺理学療法、⑥嚥下食。医歯薬出版1998。（最新の知識と技術が満載してある。安い価格（各巻3400円）で手に入れやすい）
5. 向井美恵・小児の摂食機能療法。ジェムコ出版。（小児の摂食・嚥下障害における評価と訓練の集大成）

表2 訓練のまとめ

	作用機序, 意義	対象, 適応	方法
摂食のペース Pacing	摂食のペースを調節することで疲労, 誤嚥の危険などを回避する	認知障害, 痴呆症, 高齢者全般	摂食時間が短すぎる症例などでは休憩を入れたり, よく咀嚼するように声かけする
十分な咀嚼 Mastication	咀嚼は脳の賦活化, 食塊形成に好影響を与える	全例	一口につき 15 回~30 回咀嚼するように指導する
少量頻回の食事	摂食における疲労の影響を除く。栄養摂取量を増加する	一度に十分な摂食量がとれない患者	1 食に 45 分以上かかる場合は一度中断して休憩してから改めて食事をする
体位の調節 Posture	解剖学的位置関係から体位は嚥下に大きく影響する。リクライニング位は疲労を少なくする。	症例に応じて調節する。送り込みが不良な仮性球麻痺はリクライニング位が適応である	座位, リクライニング位, 半側臥位など調節する。頸部が伸展しないように十分注意する
奥舌に食べ物を入れる	仮性球麻痺では食塊が奥舌に送り込めないで, 直接奥舌に食べ物を入れると嚥下がスムーズに起こる	仮性球麻痺奥舌への送り込みが不良な場合に大変有効	リクライニング位をとること, 丸飲になるので, 丸飲みしても安全な食品を選ぶ必要がある
頸部前屈 Neck Flexion	頸部を前屈すると気道が保護され誤嚥が防止される。嚥下反射が誘発されやすい	ほぼ全例が対象	リクライニング位では枕をかって頸部を突出させながら前屈位にする
横向き嚥下 Head Rotation	頸部を回旋すると伸展した咽頭壁の蠕動が強力になる, UES が開きやすくなるなどの理由で咽頭通過がよくなり, 残留の除去ができる	仮性球麻痺, 球麻痺など咽頭残留が多い症例。咽頭通過が不良な症例	右下, 左下などを向いて嚥下するように指示する。食中, 食後に行う
頸部突出法 Neck Protusion	頸部を突出すると機械的に頸をやや引き気味にして頸を梨状窩および UES が開き, 咽頭残留除去が可能ながある。	輪状咽頭筋切断術後, 棚橋法術後, 球麻痺	頸をやや引き気味にして頸を前に突き出す。同時に嚥下をする(鵜飲み に似ており鵜飲み法と呼んでいる) とよい
声門越え嚥下 (息こらえ嚥下) Supraglottic Swallow	息をこらえることで声門が閉鎖し, 声門下圧が上昇して気道に食塊が入りにくくなる。その後の呼気で食塊を気道から排泄する。	仮性球麻痺, 球麻痺など誤嚥が見られる症例。認知の良い患者では大変有効	大きく息を吸って, しっかり息を止めて, 食物を飲み込み, 勢いよく息を吐く
随意的な咳 Voluntary Cough	咳を意識的にすることで気道に入りかかった食塊を喀出する	誤嚥のある症例	本人に指導して随時咳をさせる。また, 認知不良の患者には随時声かけする
嚥下の意識化 Think Swallow	通常無意識に行われる「嚥下」を意識化する事で, 嚥下運動を強固にし, 誤嚥を防ぐ。	痴呆症, 仮性球麻痺高齢者全般	食事, 嚥下に集中するように声かけをしたり, 静かな環境を整える
食事の調節 Diet Modification	食事の性状によって, 嚥下の知覚入力に変化する。物性自体に嚥下に有利な特性を持たせることが可能	病態に応じて全症例が対象	ミキサーで粉碎し均一化する, ゼラチン寄せとする, 汁物は増粘剤を使用するなど。味と香り, 外観に注意。製品もある

表2 訓練のまとめ (つづき)

	作用機序, 意義	対象, 適応	方法
リラクゼーション Relaxation	嚥下に関する組織 (特に筋肉) が嚥下時にスムーズに働くように準備する	ほぼ全例が対象。特に仮性球麻痺患者で重要	環境整備 (精神面のリラクゼーション) ストレッチング, 食べる前の準備体操
口唇, 舌, 頬などの運動 Oral Motor Exercise	筋力強化, 痙性をとる可動域拡大	ほぼ全例が対象。特に仮性球麻痺患者で重要	自動運動, 他動運動がある。用手的に行ったり, 綿棒や舌圧子を用いたりする。構音訓練も有効である。
ブローイング Blowing	口から呼吸をする際に軟口蓋が挙上し, 鼻咽腔が閉鎖することを利用	鼻咽腔閉鎖不全, 球麻痺	口をとがらせて吹く, ストローを吹く
呼吸訓練, 排痰訓練 Chest Physical Therapy	非特異的に呼吸, 嚥下に好影響を与える。誤嚥防止と気道の清浄化作用	ほぼ全例が対象。特に誤嚥のある症例	口すぼめ呼吸, 腹式呼吸, 体位ドレナージ, スクイーミングなど
押し運動 Pushing exercise	力を入れることで声門が閉鎖する。次に強い呼吸が起こり, 声門の強化につながる。	声門閉鎖不全, 反回神経麻痺, 球麻痺	机や壁などを強く押して一瞬息を止めたあとに「ア」「エイ」などと声を出す
空嚥下 Dry Swallow	嚥下パターンの獲得 (口腔期から咽頭期, 食道期への連携), 残留除去	ほぼ全例が対象	唾液を嚥下する。食前, 食間, 食後いずれにも施行する。
氷なめ	少量の水が嚥下を誘発しやすくする。嚥下パターンの獲得。	空嚥下が困難な症例痴呆, 仮性球麻痺など	小さい氷片をなめさせて嚥下させる
のどのアイスマッサージ Thermal Stimulation	嚥下反射を誘発させる。thermal, mechanical, chemical の総合的な刺激効果。	咽頭期の障害球麻痺, 仮性球麻痺	口蓋, 咽頭の嚥下反射誘発部位を冷水を浸した綿棒で刺激した後, 空嚥下をさせる
嚥下反射促通手技 Facilitating technique for Swallowing	嚥下筋群への知覚入力が嚥下反射を誘発する	痴呆症, 仮性球麻痺, 球状麻痺	甲状軟骨から下顎下面へ指で皮膚を下から上へ摩擦する。摂食場面でもしばしば用いる
メンデルゾーン手技 Mendelson Manuver	甲状軟骨から下顎下面へ指で下反射を誘発する。咽頭の圧を上昇させることで上食道括約筋 (UES) を開かせる。	咽頭筋弛緩不全, 食道狭窄	下顎を固定して, 舌を硬口蓋の後方へ押しつけるようにして喉仏 (甲状軟骨) を上昇した位置に保つ。手で外部から支持してもよい
バルーン法 Balloon Methods	狭窄部を機械的に拡張する 嚥下パターン訓練	咽頭筋弛緩不全, 食道狭窄	球状バルーン, 筒状バルーンを組み合わせ, 輪状咽頭筋部をストレッチしたり, 嚥下に合わせて引き抜くなど。①間欠的拡張法, ②嚥下同期引き抜き法, ③バルーン嚥下法, ④持続拡張法
複数回嚥下 Multiswallow	咽頭残留の除去 (健常者でも食べ物に応じて自然に行っている)	ほぼ全例が対象	一口について何度も嚥下するように指導する
交互嚥下 Cyclic Ingestion	異なる形態の食塊が交互に入ることで咽頭残留の除去に物理的に有利に働く	ほぼ全例が対象	固形物と流動物を交互に嚥下させる。汁物がむせる症例では汁物をごく少量とするのがコツ

◆嚥下障害のある人の口腔ケアの注意点を教えてください

嚥下障害のある人は唾液による自浄作用が少なく、汚染された口腔内分泌物を誤嚥して肺炎を起こす危険があります。したがって唾液が気道へ流れ込んでも感染の危険がないような状態にしておくことが重要です。

①患者の人格を尊重し、訴えに耳を傾けましょう。

他人に口の中を触られるのは快いものではありません。患者によく説明し不安をいだけせないように配慮したいものです。口腔ケアをていねいに行うあまり、時間がかかったり、無理な姿勢によって疲労や苦痛が残ることもあります。意識障害のある場合であっても痛みや辛いことはいつまでも心に残っているといわれます。受ける立場になってケアをしましょう。

②口腔ケアは毎食前後に行いまし

よう。

口腔内が汚れていると唾液の分泌が少なくなり、舌苔が付いたり味覚を低下させます。そのために食塊形成を困難にしたり、舌や咀嚼運動を低下させたり、咽頭への送り込み障害（口腔期の障害）をきたして、ますます嚥下障害を増強させることになります。そのうえ細菌が繁殖しやすく口臭や内炎、ひいては肺炎の誘因にもなりかねません。特に口腔期に障害をもつ場合では、舌や麻痺側の頬の内側に食べ物が残留しやすいので歯ブラシや綿棒で取り除きましょう。この場合、水切りをよくして行わないと汚水が気道へ流れ込む危険がありますので注意を要します。

また、食前に味覚を促す場合には蜂蜜を、口唇の亀裂や舌の乾燥には食用のグリセリンを用いるのがよいようです。口腔ケア用品は専門家の助言を得て患者の歯や口腔内粘膜の状態に合ったものを選ぶとよいと思います。

ちなみに、へらへらしている歯や歯槽膿漏の治療を受けておくこ

とは、誤嚥や感染症などの予防から必要です。

③口腔ケアは接触・嚥下の間接訓練です。

舌の麻痺や萎縮がある場合は、舌を引き出すようにストレッチやマッサージを行います。舌や嚥下筋群のマッサージは咀嚼運動を誘発させ、嚥下運動を円滑にします。

また含嗽（うがい）させるときに頬をふくらませたり閉じたりさせることも、口唇閉鎖や頬筋の収縮を促すのに効果があります。これは嚥下の準備期や口腔期の訓練です。さらに咽頭に寒冷刺激を加えたあと、口を閉じてうなずき嚥下を行うと嚥下反射が誘発されます。このように口腔内の保清と同時に唾液を嚥下できるようなアプローチが重要であると考えます。

④体位は誤嚥を避けるために健側を下に行います。

体の起こし方は患者の状態によって考慮しましょう。また洗浄液は流れ込んでも危険の少ないお茶や冷水、あるいは薄めの含嗽水などをを用います。洗浄液は口唇が下向きになるような体位をとります

が、自分でできない人は介助者の指で口唇を開き排液を促したり、ガーゼや綿棒で清拭します。

⑤開口障害がある場合はリラクゼーションなどが効果があります。

図のように歯根部を軽擦したり、頸部を伸展させて下顎を軽叩したりします。また、大臼歯の裏側に指を入れると開口しやすく、介助者の指を噛む心配がありません。ブラシや綿棒は無理に口腔内へ入れず、開口を持って横側から静かに挿入するとうまくいきま

す。また、咬反射が強い人は刺激によって指やブラシなどを噛んだ

りすることがあるので、柔らかいゴム製のバインドブロックを用いるとよいでしょう。綿棒やブラシが抜き取れない場合は、すこし押し込むと楽に取り除くことができます。開口器などの使用はできるだけ避けましょう。

（田中 靖代）

◆摂食・嚥下障害のある人の食事の注意点

注意点

(在宅では)

摂食・嚥下障害は全身のいろいろな機能と密接に関連しています。そのため、日常生活全般に広く目を向けなければなりません。私たちが病院に入院しているときさまざまな医療監視機器(モニター)や医療スタッフによって、細かな体調や病状の変化に対してすばやく適切な処置が行われ、安全な病院生活を送ることができます。ところが在宅では自分自身あるいは家族や介護者とその役割を果たさなければなりません。したがって在宅で安全に食事を行うためには病院同様に、家族や介護者による「注意深い観察ときめ細やかな配慮」が大変重要となります。

在宅における摂食・嚥下障害のある人の食事では、次の4つのことに注意しましょう。

- ① リスク管理 (予防)
- ② 水分・栄養の維持
- ③ 摂食・嚥下訓練
- ④ 本人・家族・介護者の協力

リスク管理 (予防)

摂食・嚥下障害のある人はまず第一に「誤嚥」について考えておかなければなりません。詳しくは摂食時のトラブルの対処法の項(○ページ)を参照していただきたいのですが、①意識レベルのよいつきに食事を行う、②少量ずつ、一口ごとの間隔をあけて与える、③全身状態をよく観察しながら進め、すこしでも不安があったら中止する。この3つだけは必ず守るようにしてください。またほかにもむせや発熱、食欲、睡眠状態などから体重、食事の量・時間など常に全身に目を向けるようにしてください。いざというときのために吸引器を用意しておいて、使用方を習熟しておくこともリスク管理の中では重要です。緊急時の連絡先もすぐにわかるところに用意しておきましょう。簡単なことで

も嚥下障害に詳しい医療機関に相談しながら進めることがリスク管理のうえでも、効果的な摂食・嚥下訓練のためにも重要です。

また誤嚥性肺炎の予防のためにも口腔ケアもしっかり行いましょう。口腔ケアは歯科疾患や誤嚥性肺炎の感染予防だけではなく、味覚を鋭敏にして食欲の増進につながり、心身の活力を引き出してくれるという意味でも大変有効です。

水分・栄養の維持

摂食・嚥下障害のある人は誤嚥の危険性の次に、慢性的に脱水や低栄養に陥る危険性がきわめて高いことを知っておきましょう。摂取方法も経口、経管あるいはその組み合わせもあるために気をつけないと必要な摂取量や内容を間違えてしまうこととなります。特に脳血管障害後の人は脱水・低栄養が血液濃縮そのほかの機序により脳卒中の再発の引き金につながりますので細心の注意が必要です。

水は摂食・嚥下障害のある人に

とって摂取しにくい代表的な形態です。経口で摂取する場合、増粘剤(表3)を使用して誤嚥しにくくする工夫などが必要となる場合もあります。水分不足になると意識障害や頻脈、血圧変動、皮膚の乾燥、口腔内の乾燥などが起こりますが、一番目安になるのが尿量です。尿量は1日少なくとも500〜700ml以上(成人)必要ですから脱水が疑われる場合には尿量をチェックしておく必要があります。

栄養では、ADL全介助でも1日最低1000〜1300kcal(成

表3 市販されている増粘剤

トロメリン® (三和化学研究所)
トロミアップ® (ヘルシーフード)
エンガード® (協和発酵)
スルーソフト® (キッセイ薬品)
シック&イージー® (インチケープジャパン)
ムースアップ® (メックスジャパン)
とろみちゃん® (美田実郎商店)

(藤島一郎, 1988³⁾ より)

表4 市販されている主なゲル化剤

ウルトラ寒天* (伊那食品工業)
ゼリーの素* (ジャネフ)
アイスドック* (日清サイエンス)
ゼラチンパウダークイックタイプ* (メックスジャパン)
ゼライス* (マルハ) など

(藤島一郎, 1988³⁾ より)

人)を目標にして、活動度に合わせ増やしていくことが必要です。低栄養になると全身にさまざまな障害が生じてきますが、一番目安になるのが体重です。1日の中で決まった時間に体重を測定しておくことと早期に発見することができます。

また在宅で食事をする場合、その人の機能にあった食形態の物(嚥下食)を食べることにあります。嚥下食は生きていくうえで必要なエネルギーとミネラルを補給するだけのものではなく、食欲を

表5 市販されている主な嚥下食および嚥下補助食品

アイソトニックゼリー* (三協製薬)	水分補給ゼリー
アイソカルプティング* (ミードジョンソン)	完全栄養、水で溶いてクリーム状になる
オクノデザート* (奥野社)	形のあるペースト状食
アガロゼリー* (キッセイ薬品)	高カロリーゼリー
ゼリックス* (キッセイ薬品)	低カロリーゼリー
ソフトエット* (キッセイ薬品)	高たんばくゼリー
ベクシー* (ヘルシーフード)	牛乳に混ぜるとプリン状になる
ブレンダー食* (三和化学研究所)	ピューレ状、多種類、少量のミニもある

(藤島一郎, 1988³⁾ より)

引き出す重要な役割を果たします。現在いろいろな種類の増粘剤(表3)やゲル化剤(表4)や嚥

下食および嚥下補助食品(表5)が市販されていますので、手軽に嚥下食を作ることができるようになりました。食形態は個人によって異なりますので主治医や栄養士の指示をよく守って、正しく使用するようにしてください。また食事は本来楽しいものであるということをお忘れないようにしてください。

摂食・嚥下訓練

□腔機能を維持するだけではなく、よりよくするためには正しい摂食・嚥下訓練が必要です。詳しくは□腔機能を改善する訓練の項(○)を参照していただきたいのですが、大きく分けると食べ物をういれない間接的(基本的)訓練と、食べ物を用いる直接的(摂食)訓練があります。

はじめに必ず注意しなければならぬことは、間接訓練は食べ物をういれないため、ほとんどの人は訓練を行ううえで問題はないのですが、直接訓練は食べ物を用いるため常に「誤嚥」の危険性が伴い

ます。特に経管栄養のまま退院した人の場合、本人や家族・介護者から1日でも早くチューブをとってあげたいという希望が多いのですが、医療側にも経管栄養とした理由があります。人それぞれによってゴールが異なるため、訓練を行っているからといって必ずしも全員がすべて□から食べられるようになるわけではありません。経□摂取が危険な場合もあり、安全な食事と個人の楽しみを考慮して「楽しみのための経□摂食と、チューブによる栄養摂取」すなわち経□—経管栄養の併用という選択も十分ありうることを理解してください。また、機能訓練はたとえばスポーツのように習った次の日からプロ級の腕前になっているというわけではありません。毎日時間を決めて少量頻回の訓練があつてはじめて効果が現れますので、あせらず確実に行うように心がけてください。そして、定期的に主治医(専門家)のもとで再評価をしてもらうことが大切です。誤った訓練方法が続いても効果がないばかりか、減退させる恐れもあること

を忘れてはなりません。

本人・家族・介護者の協力

在宅で一番重要なことは本人・家族・介護者の協力です。本人の障害の程度と起こりうる合併症や現在行っている治療・訓練の意味、今後の見通しについては、かわる人すべてが知っておくべきです。たとえば「介護者Aさんは決まった時間に訓練をしてくれているが、介護者Bさんは訓練をしてくれない」という状態では効果的な訓練はおろかせっかくなっているAさんの意味がありません。また、AさんとBさんに統一見解がなく、違う訓練をするというのもよくありません。本人を含めて関わる人すべてに過大なストレスがかからぬよう、主治医（専門医）とよく相談してすこしずつ確実に行いましょう。繰り返しですが食事は本来楽しいものでなければなりません。家族や介護者のやる気が空回りして食べる意欲がないのを叱りつけたり、むりやり食べ物を口に押し込むことはすべきでは

ありません。

□ 腔ケアやさまざまな間接的訓練や直接訓練あるいは体位、食形態の工夫などを組み合わせて、一人ひとりの生活のリズムとベースに合わせた、時間と手間をかけたきめ細かい指導や訓練ができるのは在宅ならではの強みだと思います。

（弘中 祥司・木下 憲治・小口 春久）

〈文献〉

1. 金子芳洋、千野直一監修…摂食・嚥下リハビリテーション。医歯薬出版、1998。
2. 才藤栄一、向井美恵、半田幸代、藤島一郎編…JNNスペシャルNo. 52、摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル。医学書院、1996。
3. 藤島一郎…脳卒中の摂食・嚥下障害。第2版、医歯薬出版、1998。

◆摂食時のトラブル

の対処法を教えてください

トラブルについて基本となる考

え方は予防（起こさない）と早期発見・早期対応（最悪の状態にまで放っておかない）です。そして食事を行っているときに最も気を付けなければならないのは「窒息」と「誤嚥」です。「誤嚥」とは食べ物などが気管に入ってしまうことで、摂食・嚥下障害のある人が食事中に起こす場合が多く、また一度に多量の誤嚥を生じると、気管をふさいでしまつて呼吸ができなくなり、「窒息」を引き起こしてしまいます。最悪の場合、死に至ることもありますので、トラブルを起こす前に予防することが、大変重要です。安全に食事を行うためには、次の3つの点を必ず守ってください。

①意識レベルのよいときに食事を行う。

②少量ずつ、一口ごとの間隔をあけて与える。

③全身状態をよく観察しながら進めて、すこしでも不安があったら中止する。

摂食中は家族や介護者による「注意深い観察ときめ細やかな配慮」が大変重要となります。たとえば誤嚥しても最小量で気づくこと、窒息する前に与えるのをやめることが大切です。「元気がなくなる」「呼吸が速くなる、息づかいが荒くなる」「顔の表情が険しくなる」「問いかけに返事がなくなる」「のどがゴロゴロいう」などのような症状が食事中にみられる場合には「誤嚥」が疑われますので、次々と機械的に食事を進めるのではなく、注意深く観察しながら、「窒息」する前に与えるのをやめることが大切です。



図1 ハイムリッチ法

大きな塊が咽頭や気管をふさいで窒息したときは、ハイムリッチ法を行う。

①一方の手で握りこぶしをつくり、他方の手をその上にのせるようにして患者を抱きかかえる。②手によって腹部に圧を加え、横隔膜を押し上げる。それによって胸腔内圧を高めて奇道内圧を上げ、気道をふさいでいる異物を除去する。

（藤島一郎、1995¹⁾より）

通常、気管に食べ物が入り込むと、咳反射が生じて咳をして食べ物や気管の外に出そうとします。誤嚥してしまつて咳込んでいるような場合、落ち着くまで口を下に向けて安静にします。誤嚥した食べ物や自分で吐き出すのがいちばんよいので、背中や胸を軽くたたいて（タッピング法）、咳を誘発して咳とともに吐き出させるようにします。ただし重篤な嚥下障害をもつ人の中には咳反射が低下していたり、あるいはなかったりしますのでおせないので安心というわけではありません。おせない場合（不顕性誤嚥 silent aspiration）は誤嚥物が深達し非常に危険です。

万が一、誤嚥した場合や咽頭に

残留した食べ物を除去するために吸引器は必需品です。特に摂食・嚥下障害があると診断されていて在宅で食事を行う場合には必ず用意しておき、使い方に習熟しておかなければなりません。また、どこに食べ物をつまらせて呼吸ができなくなったというときの緊急処置には、次の3つがあります。

①指をつつこんで掻き出す

②患者の背中に回つて患者の口を下に向けて、腹部を勢いよく圧迫して腹圧を上げ、強い呼気（はく息）を起こして吐き出させる（ハイムリッチ法、図1）

③吸引する

緊急処置法は必ず覚えておかなければならぬものですが、そのような状況に陥らないように予防

表6 在宅で訴えの多いおもな症状と対処法

症 状	対 処 法
食事中のむせ	・汁物にとろみをつける、ばさばさしたものを避ける ・嚥下に意識を集中して、一口ごとに2回以上嚥下する ・横向き嚥下、うなずき嚥下、交互嚥下を行う ・食べる前の準備体操 ・ゆっくり食べる、途中に休息をいれる
咳	・いつどのように出るかを詳しく聞く ・むせの対処法を参照 ・臥位をとるときはベッドを30°くらい挙上する側臥位で顔を下に向けて休む ・呼吸器疾患が疑われたら迷わず医師に相談する
食べられないものがある	・歯の問題であれば歯科に相談する ・食べられるもののなかで栄養のバランスを考える ・嚥下の問題であれば医師に相談する
やせてきた	・実際に摂取したカロリーを詳しく調査する ・摂食不足であれば補助栄養などで補う ・医師に相談する（他の全身疾患のチェック）
のどがゼロゼロいう（むせ、咳の項参照）	・横向き嚥下（食事中、食後）を行う ・食前・食間、食後にのどのアイスマッサージまたは小さな氷をなめさせて空嚥下をさせる ・場合によっては医師に相談して吸引する

（藤島一郎、1995⁽¹⁾より）

表7 摂食・嚥下障害が増悪する原因

1. 脳血管障害の再発
2. 脱水
3. 全身疾患（肺炎、心不全、貧血、癌、骨折、疼痛性疾患、肝機能障害など）
4. 薬剤の副作用、過量
5. 心理的要因（近親者の不幸、看護者の交代、引っ越しなど）

（藤島百合子、藤島一郎、1996⁽²⁾より）

- 〈文献〉
1. 藤島一郎…口から食べる嚥下障害Q&A。中央法規出版、1995。
 2. 金子芳洋、千野直一監修…摂食・嚥下リハビリテーション。医歯薬出版、1998。
 3. 才藤栄一、向井美恵ほか編…JNNスペシャルNo.52、摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル。医学書院、1996。

することが大切です。幸いにして、大事に至らなかつた場合でも、そのときの姿勢や食形態、時間などできるだけ詳しく記録しておいて主治医に連絡するのもよいでしょう。再評価してもらうことで、現在の機能状態および最適な食形態や機能訓練法の選択につながり、それがまた予防や早期発見・早期

対応につながります。

また、摂食時には「誤嚥」や「窒息」までいかなくても、さまざまなトラブルが生じます。

表6に訴えの多いおもな症状とその対処法について簡単にまとめました。ただし急に食べられなくなった場合には、表7のような急性疾患の合併の有無や全身状態

のチェックが重要ですので、自分だけで判断するのではなく医療機関との連携をとることが大切です。

（弘中 祥司・木下 憲治・小口 春久）

◆誤嚥を防ぐ義歯

誤嚥を防ぐ義歯といっても、義歯自体が誤嚥を防いでくれるわけではありません。また、重度の嚥下障害がある場合には、嚥下の補助に義歯を使用しても誤嚥を完全に防ぐことはとてもむずかしいことです。そういった意味からいって、嚥下の機能を補助してくれる義歯すなわち嚥下補助義歯あるいは嚥下補助床というほうが、適当かもしれません。

私たちが円滑に一連の嚥下動作を遂行するためには、口腔の形態、機能そして食べる意欲（食欲）の3つが必要です。しかし、この口腔の形態を形成する歯（歯列）、歯槽骨、口蓋、舌、口底、口腔前庭、頬において、齦蝕（むしぐさ）、歯周病、外傷、腫瘍、加齢などなんらかの原因によって形態的要素の一部あるいは全部（特に歯列および歯槽骨）が欠損すると、ただちに機能的な問題（咀嚼障害、構音障害など）が生じてきます。

現在、歯科で行われている嚥下

補助義歯（床）にはその目的別に分けると大きく4つに分類することができま。

①脳卒中後の機能的障害により舌の可動域が制限されてしまっ生じた死腔を補うもの（図1）（口蓋床＝hard: palatal reshaping prosthesisなど）。

②加齢やその他により歯を多数

喪失した結果、舌や顎の前後左右的位置が定まらず、食塊を咽頭に移送する力が弱くなったものに対して、顎の位置を安定化させて舌の機能的な閉鎖空間形成を補助するもの。

③先天的（口蓋裂など）あるいは後天的（上顎洞癌など）に大きな解剖学的欠損がある部分を補う

もの（Eon床、顎義歯、軟口蓋挙上装置、スピーチエイドなど）。

④舌癌の術後など舌の可動域が制限されてしまっ生じた死腔を補うもの。（図2）（口蓋床＝hard: palatal reshaping prosthesisなど）。

高齢者、特に無歯顎や残存歯の少ない人では「むせ」などの症状がないにもかかわらず、食事の最中にもぐもぐと何回も開閉運動を繰り返して、嚥下するまでにかなりの時間を要する人が多くみられます。このような嚥下障害の原因は嚥下に関連する筋群の老化と、歯がないことによる形態的な異常が加わって増悪させていることが多いようです。特に無歯顎者の場合、適切な義歯を装着することによって、損なわれた口腔内の諸形態が回復されます。さらに、歯列および歯槽部の形態を回復することによって、口唇、頬など口腔周囲の筋群に生理的な緊張が回復し、このような筋群を賦活化する効果が期待できます。そういった意味からは、適切な義歯も広い意味での嚥下補助義歯（床）とい

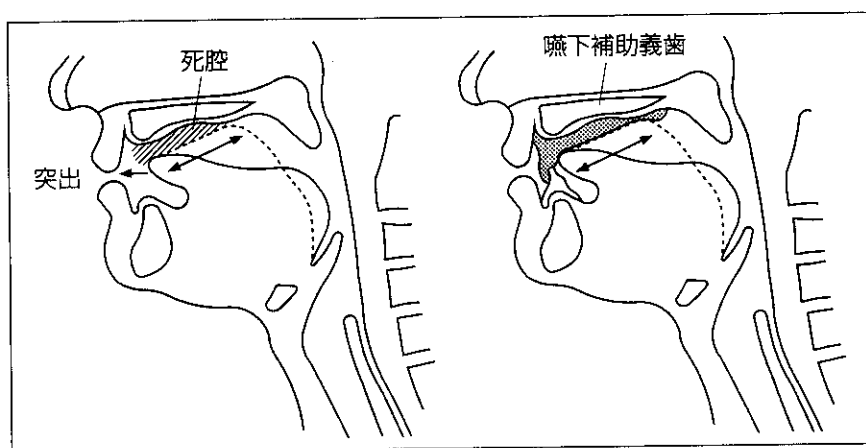


図1 左図のように嚥下補助義歯がない場合、舌が前方に突出し、また可動域が制限されるために死腔が生じて咽頭への送り込みが行いにくくなるが、右図のように嚥下補助義歯を装着することによって、舌が嚥下運動の際に前方へ突出せず、義歯に接触して、嚥下運動を助ける働きをする。

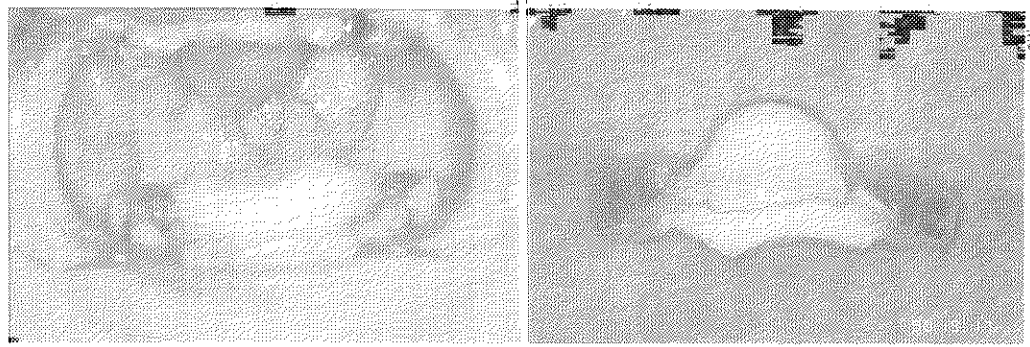


図2 死腔となっている部分（口蓋）を粘膜調整剤で覆って嚥下しやすくしている

えるかも知れません。
たは、実際に「おせ」などの嚥下
障害があって、歯槽部も下顎には
義歯を装着不可能なほど吸収して
いて、奥歯のすり潰し運動の回復

を期待できない高齢者の場合、舌
と顎の動きを補助する嚥下補助義
歯（床）を使用すると開閉運動の
回数が減少し、ゲル状であれば水
分量の少ない食形態でも「おせ」
ることなく嚥下が可能となったと
いう報告もあります。ただ残念な
ことに、この装置を入れたからと
いってすぐに嚥下が上手になるわ
けではありません。また、適応症
も限られていますし、現在どの歯
科医院でもできるというわけでは
ありません。

これはどの種類の装置にもいえ
ますが、図3のような診査を確実
に行ってから、さらに表8にある
ような歯科医療機関における機能
的対応が行われます（注：表中の
脱感作床とは口蓋粘膜に過敏症状
がみられる人に使用する床）。形
態が変化すれば機能もまた変化し
ます。口腔内に装置を入れること
自体が代償的アプローチというリ
ハビリテーションの手法の一つな
のですから、上手になるまで並行
して訓練や調整があります。した

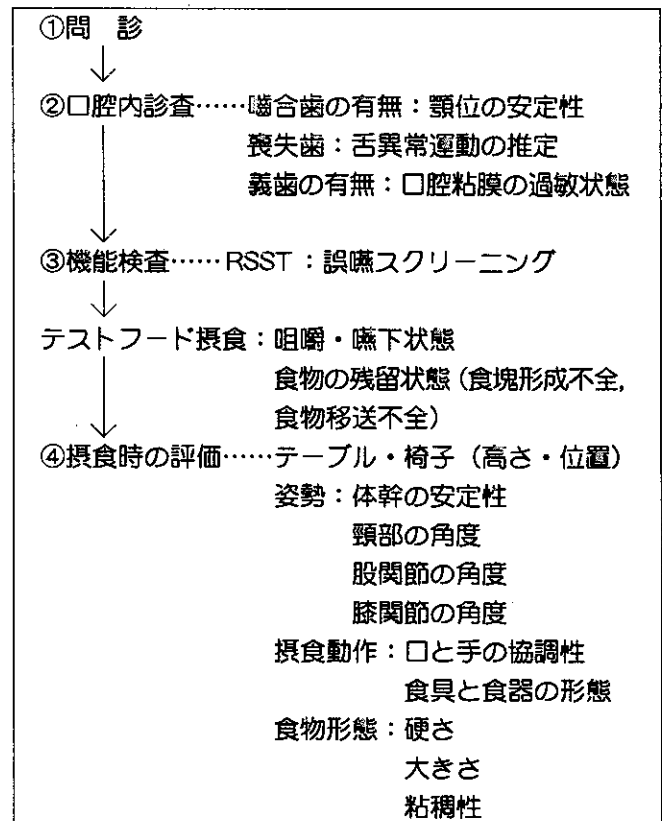


図3 嚥下機能不全の診査（評価）の流れ
（向井美恵、1998¹より）

表8 口腔内診査の内容と歯科医療における機能的対応

診査内容	嚥下時の異常運動	機能不全内容	歯科治療内容	指導・訓練内容
嚥合状態……上下嚥合歯の有無	下顎の固定不全	喉頭挙上不全	嚥下補助床	嚥下訓練
残存歯……歯の喪失部位：前歯	舌の前方突出	食塊移送不全	嚥下補助床	舌・口唇筋訓練
：臼歯	舌の前方突出	食塊形成不全	嚥下補助床	舌・顎筋訓練
義歯未装着……過敏の有無	下顎の固定不全 (舌の側方突出) (舌の前方突出)	喉頭挙上不全 (食塊形成不全) (食塊移送不全)	脱感作床	脱感作療法

（向井美恵、1998¹より）

がつて、嚥下補助義歯（床）も装着する人の機能が変化すれば、またそれに合わせてすこしずつ調整しなければなりません。

現在、歯科でも摂食・嚥下障害への取り組みが急速に整備されてきています。嚥下補助義歯（床）もその一環ですが、残っている歯を大切にすることすなわち口腔ケアが一番重要だと思います。きれいな自分の歯と口は最も嚥下に適した形態なのです。

（木下 憲治・弘中 祥司・

小野 貢伸・山崎 裕・

鄭 漢忠）

〈文献〉

1. 向井美恵…老年者の摂食・嚥下機能障害とリハビリテーション。歯界展望 Vol.9 No.2、医歯薬出版、1998。
2. 菊谷 武…義歯でもおいしく食べられる ホント？ ウソ？ 高齢者歯科の立場から。Dental Diamond Vol.22 No.305、デンタルダイヤモンド社、1997。
3. 中澤 清…器質的疾患を有する高齢者（総義歯患者）と摂食機能療法。日本歯科評論、October, No.636、日本歯科評論社、1995。

XI

**そ
の
他**

◆よだれが出やすい

人への対応を教え

てください

□の中は、唾液により常に湿った状態に保たれていますが、無意識のうちに飲み込まれているので□の外へ流れ出ることはありません。

しかしよだれが出やすい人は、なんらかの原因により□を閉じた状態が保てない場合や脳梗塞などの麻痺により舌の動きが鈍く、どこへの唾液の送り込みがうまくいかないため飲み込みが悪い（嚥下障害）場合が考えられます。

対応として嚥下障害に対するリハビリテーションが効果的なことがあります。

介護の中で行う嚥下障害に対するリハビリテーションは□腔内の清拭（よごれをふきとる）です。□腔内を清潔にするのはもちろんですが、□の中の血管、神経、筋肉などへのマッサージ効果あるいは賦活作用が期待できます。

以上のことを行いつつ医師、歯

科医師、言語療法士、看護婦らと相談のうえ、リハビリテーションを進めてください。

よだれの多い人への解除は、寝たきりの場合は麻痺側を上にした横向きにして、タオルなどで受けるようにします。

また唾液の出力を減少させる薬剤や持続的に吸引する方法もありますが、副作用（昼間の傾眠）や身体的侵襲もあるため安易な使用は避けたほうがよいでしょう。

高齢者や飲み込みがうまくできない人の□腔や咽頭は、細菌が繁殖しやすい□臭や感染の原因となりやすいので、頻回にふくと同時に□腔内にたまっている唾液もふきとるように心がけましょう。

唾液は通常1日1000～1500ml分泌されるため、まれに脱水の原因にもなるようです。特に高齢者は唾液の分泌量は減少しますが脱水になりやすいので十分な水分の補給が必要です。

唾液の量を左右する因子として、室内の明るさ（明るければ唾液の量は増加）や、心理的なものがあるようです。

最終的には□の中、□の周囲をこまめにふくことが大切です。

周囲の人たちが考えなければいけないことは、よだれのことをとがめたりせず見守ること、何か熱中できることを見つけ出しともに楽しめる環境作りが大切です。

何かに熱中するとよだれの流出も減少し、その人の生きがいへとつなげることもできると思います。

（加藤 恵美子）

◆MRSAの患者の □腔ケアはどのよ うにしたらいいで しょうか

MRSAと□腔ケア

MRSA感染症は、わが国では1980年代後半から急増し、院内感染の問題がマスコミを通じてセンセーショナルに報じられました。退院して在宅療養となった時点での保菌状況は明確でなく、感染に関する患者や家族あるいは在宅療養に関連する人への退院時の情報提供は必ずしも一定ではないのが現状のようです。最近でMRSAなどは院内感染だけでなく、入院歴のない診療所にかかっている人など一般の人でも検出されるので、常在菌なのだというところもあります。

MRSAはもはや病院内の問題ではなく、広く家庭や施設内に持ち込まれており、環境への伝播の弊害は患者自身に感染源が戻って

くる深部感染の危険とともに、施設内感染を含め家族や介護者に与える影響も無視できません。

□腔ケアにおいては気道感染、特に不顕性誤嚥によるMRSA肺炎の予防が重要となります。たとえ不顕性誤嚥があっても、□腔内の菌数が少なければ肺炎には至らないと考えられています。□腔ケアをこまめに実施しMRSAはもちろん□腔内の細菌数を極力少なくすることが肺炎の予防につながります。一方、医療者や介護者にとっては、痰の飛沫ちり紙、手指による環境の汚染が問題となります。日常の□腔ケアと環境整備が感染の機会を減少させます。

□腔ケア実施上の留意点

除菌の試み

MRSA鼻腔保菌者に対してはムピ□シン軟膏の効果が注目されています。咽頭にはポピドンヨード液が効果をもたらします。除菌の試みや感染防御対策について

は、患者の状態や居住環境によっても異なるので、医師と相談のうえ適切な対応が望まれます。その情報は、医療介護に携わるすべての人に伝えられ、統一した方法がとられなければなりません。

□腔ケアの前に

感染予防の基本は「手洗いに始まり手洗いに終わる」といわれています。MRSA対策として特別な手洗いの方法はなく、日常的な手洗い（一般的手洗い）で十分です。病院や施設など数人の人を続けてケアする場合など、そのつど手洗いが困難な場合には、消毒薬を用いた方法もありますが、そのきわも基本は流水による手洗いであることを忘れてはなりません。さらに、ケアの実施中に痰が飛び散ることが予想される場合など、状況に応じて、マスク・手袋の装着も検討します。

①一般的な手洗い（日常的手洗い）の方法

石鹸を用い、流水で20秒以上の手洗いが基本である。ペイソンに

よる手洗いや、手洗い後に同じタオルで頻回に手をふくことは避けます。

②消毒薬を用いた方法

各種アルコール系の手指消毒薬、アルコール（70%イソプロパノール）綿による手指清拭、あるいは0.2%塩化ベンザルコニウム含有の消毒用エタノールなどの速乾式手指消毒薬を手指にすり込む方法があります。

□腔ケアの実際

MRSA保菌者だからといって特別な方法はなく、要は□腔ケアをこまめに実施し、□腔内を清潔に保つことが大切です。□腔・咽頭のMRSAの除菌にはポピドンヨードが有効であり、通常の□腔ケアに加え1日3回ないしは4回うがいを実施します。特に就寝前は効果的です。うがいができなければ綿棒に付けて□腔内を清拭してもよいでしょう。具体的なケアの方法・回数については、患者の自律度などによってさまざまであり、他書を参照してください。最