

熊本県

地域リハビリテーション 広域支援センター

研修会用等マニュアルシリーズ

2 口腔のリハビリテーション



熊本地域リハビリテーション支援協議会
研修会用等マニュアル作成委員会

はじめに

介護保険制度が発足して3年目の中で、要介護高齢者（支援を含む）へのケア体制は、ようやく地域に根づいたケアサービスが行われてきており、ケアの対象者も増加してきています。一方、介護保険対象外の高齢者であっても必ずしも活動性の高い自立高齢者とは限らず何らかの援助を要する方々も多く介護予防を含めたリハビリテーションの重要性が高くなっています。このような中、地域におけるリハビリテーション活動も各二次医療、保健、福祉圏域にて、熊本県内12ヶ所の「地域リハビリテーション広域支援センター」を中心として活発に展開されてきています。

その活動の一つに研修会用等マニュアルの作成があります。平成13年度の「転倒とその予防」に次いで平成14年度は「口腔のリハビリテーション」をテーマとしてとり上げました。多くの職種の方々が関わる課題であり、ケアに当たって必ず目を通していただきたい要点を解りやすく記述することに配慮しました。施設、在宅を問わず地域リハビリテーションケア支援の一助として活用されることを切に願うものであります。

平成15年3月

熊本地域リハビリテーション支援協議会
研修会用等マニュアル作成委員会
実施責任者 堀尾 慎彌

CONTENTS

I. 口・喉の機能	1～2
II. 口腔のリハビリテーション	3～4
III. 摂食・嚥下機能のための食環境調整	5～6
IV. 嚥下機能低下に対する食事の工夫	7～8
V. 口腔ケアの実際	9～10
VI. 口腔リハビリテーションのリスク管理	11～12
VII. 地域連携とネットワークシステム	13～14
文献	15

I . □ ・ 喉 の 機 能

顔面は、目・鼻・口・耳・ひたい・頬・あごからなり、視る・嗅う・味わい食べる・聞く、そして表情を作るという機能をもっています。特に口は食べ物を体に取り込むための入り口としての機能だけでなく、鼻と一緒に息を（呼吸）する、声を出し会話する、表情を作るといった多くの役割を担う大切な器官といえます。

● 口腔の機能について

1. 食べる機能

口は食べ物を取り込むための入り口で、口だけが食べ物の味や食感を感じられる器官です。しかし食べられないという障害は、決して口や咽頭・喉頭の機能障害だけで起こるわけではありません。食事をする時、人は食べ物を、目で見て、においを嗅ぐ、口に入れ、舌で歯の咬合面（噛み合せ）へ運び、味わいながら咀嚼し、飲み込みやすい食塊にして唾液とともに飲み込みます。このような感覚機能と運動機能を統合して行われる一連の動作で満足感を得ることができます。この食べるという一連のながれを、Leopoldらは、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期に分けています。先行期は本能に基づく部分（覚醒・注意・食欲）と高次脳機能（認知・プログラム・実行）や姿勢・肢位制御部分に分かれていると考えるとわかりやすいと思います。つまり脳が健康で、1) 覚醒していること、2) 食欲があること、3) 食べ物を適切に認知できること、4) 姿勢よく食器や手指などを操れることなどが食べ物を摂る前提条件となります。

ここでは、食べ物を取り込む入り口という機能に着目していますが、栄養という点では生命維持のためのエネルギー源を消化管に送り込むということですので、その方法としては経管栄養や胃瘻などの様にチューブを用いて送り込むことも出来ますし、消化管に入れなくて、注射や点滴で栄養分を体に与えることも出来ます。しかしながら、口だけが食べ物の味や食感を感じられる器官であり、美味しいものを食べたい、食事がしたいという欲求は人にとって自然で重要な欲求で、生きる喜びのひとつといえます。

2. 呼吸機能

口は鼻と同様に呼吸器の入り口です。口腔や咽頭の化膿創や歯周病・虫歯があると、上気道感染、誤嚥性肺炎の原因となります。そのため、たとえ誤嚥がなくても、経管栄養でも、人工呼吸器管理中でも口腔ケアは必要です。

3. コミュニケーション機能

口腔は会話をするための共鳴器官として働きます。舌は発音にも関与します（ラリルレetc）。

4. 感覚機能

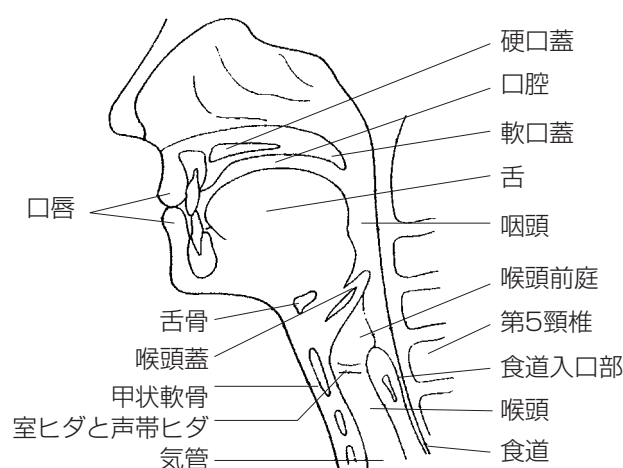
口腔感覚受容器は咀嚼や発音時に口腔運動を調節するために重要な末梢感覚情報の入力器官であるのと同時に、脳を覚醒させる入力信号器官です。

口腔の感覚としては、食物の食感（固さ、柔らかさ、舌触り、歯触りなど）を感じる触・圧覚、味覚（甘い、苦い、塩っぱい、酸っぱいという四基本味やうま味）、温度覚（温かい、冷たい）、痛覚があります。特に味覚刺激は唾液の分泌を促進し、食塊の形成や消化を助ける機能もあります。脳血管障害・脳腫瘍や耳鼻科手術のあと、ウイルス感染症の後などに味覚障害が生じることがあります。味覚の障害はあまり注目されていませんが、味わって食べる楽しみの喪失という生活の質（QOL）に大きく関わる障害と思われれます。

●咽頭と喉頭の機能について

咽頭および喉頭は、主に食物の通過管としての機能（嚥下機能）と、呼吸機能、発声機能、生態防御機能（免疫機能）をもっています。

●口腔、咽頭および喉頭の位置と正常嚥下運動

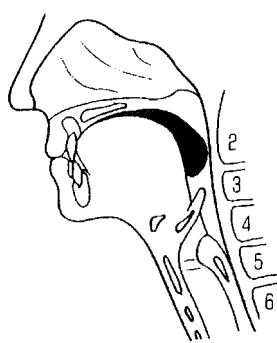


口腔、咽頭および喉頭の模式図（矢状断）



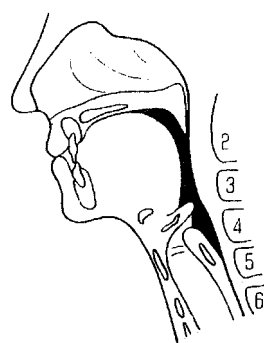
準備期～口腔期

食物はかみ砕かれて大臼歯ですりつぶされ、唾液と混和され（咀嚼）、舌によって集められ食塊となる。食塊が舌の中央に集まると咬筋など咀嚼筋が収縮し、大臼歯が合わさり下顎が固定され、舌の前方がそり上がり口をふさぐ。



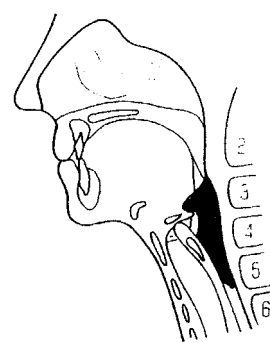
口腔期～咽頭期

舌が食塊を後方に押しやる。軟口蓋は挙上し後鼻腔を閉鎖する。呼吸は一時停止する。



咽頭期

舌骨、喉頭が前上方に引き上げられる。

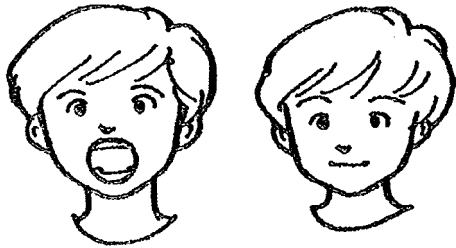


咽頭期～食道期

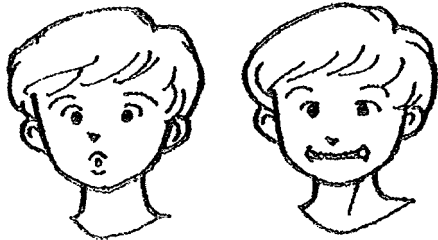
さらに喉頭が挙上し、喉頭蓋が下方へ回転し、咽頭腔と喉頭腔は隔絶される。同時に食道入口部が開く。

Ⅱ. 口腔のリハビリテーション

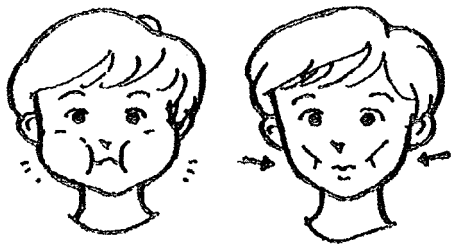
1. 唇、頬の運動



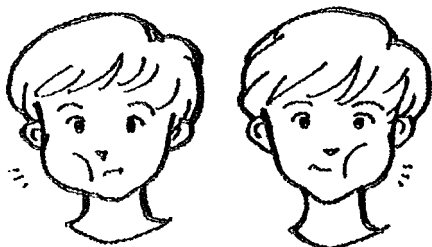
①口を大きく開ける、閉じる



②口をとがらす、横に引く
(ウー) (イー)

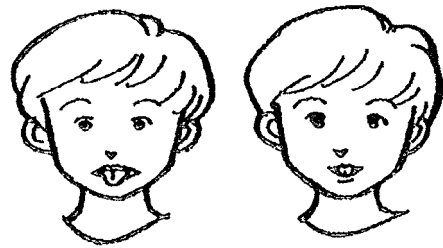


③頬を膨らませる、すぼめる

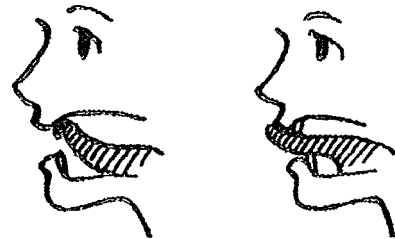


④頬を片方ずつ膨らませる

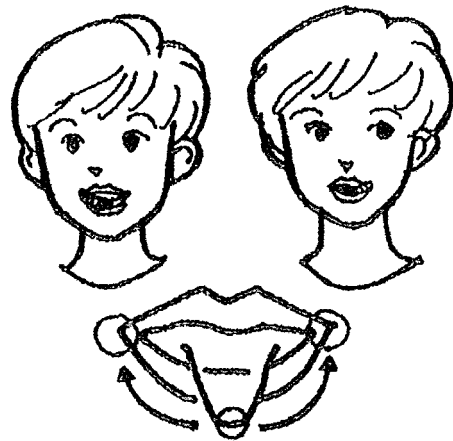
2. 舌の運動 (軽く口をあけて)



①舌を出す、引っ込める



②舌で前歯の裏、上唇をなめる



③舌の先で唇の左右の口角をなめる

④舌で上の歯を、左から順に、あるいは右から順になめる、下の歯も行う

3. 口から息を吐く運動

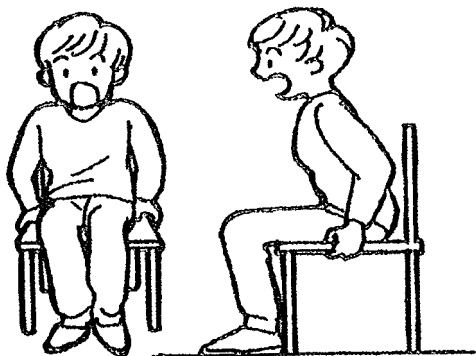
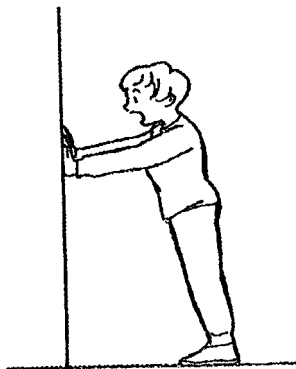
- ①ローソクの火を吹き消す
- ②ストローを吹いてコップの水を泡立てつづける



4. 腹筋と声帯の運動

- ①腹式呼吸を行う
- ②お腹に力を入れて「ア、ア」と短く声を出す

- ③椅子を持ち上げたり壁を押したりして力を入れながら声を出す



5. 音の繰り返しの練習

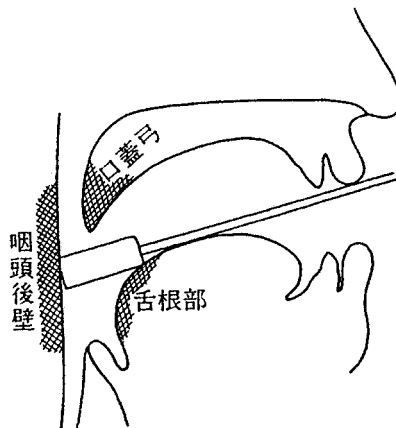
- ①パパパパ……など繰り返し発音する
唇の運動：パ行、バ行、マ行
舌先の運動：タ行、ダ行、ナ行、ラ行
舌の奥の運動：カ行、ガ行
- ②パタカ・パタカ……と繰り返し発音する
- ③ことわざ・俳句などを音読する
- ④歌をうたう

6. 水少量の嚥下の練習

- ①3mlの水を飲み、その後に空嚥下をする

※むせがあったり、呼吸が促迫するようであれば中止する

- ②咽頭をアイスマッサージする
その後に空嚥下をする



7. 咳の練習

- ①咳払いをして、その後空嚥下をする
- ②咳をして痰を出す

Ⅲ. 摂食・嚥下機能のための食環境調整

1. 基本姿勢と食卓・椅子の選択

食卓は、体幹との間に握りこぶしひとつ分の距離をおく。食卓に肘を軽く乗せると肘関節が90度になる高さがのぞましい。

少しうつむきかげんに

基本姿勢はこのように



体幹の保持が困難な方には、背もたれが頭部まである車椅子や、補助椅子を用いる。

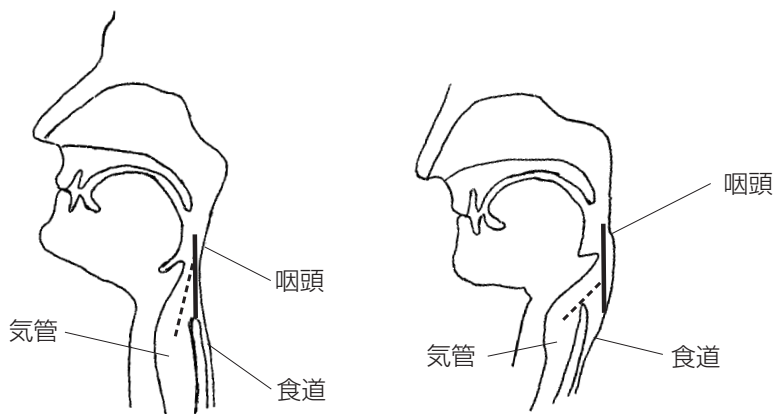
からだをまっすぐに起こして座る

椅子は、股関節、膝関節の角度が90度に保たれ、足底部がしっかりと床や台につくものがよい。

2. 誤嚥防止姿勢

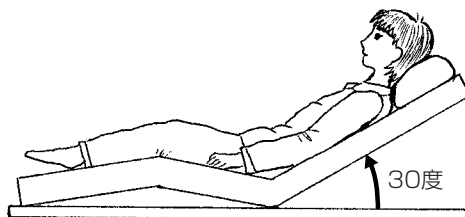
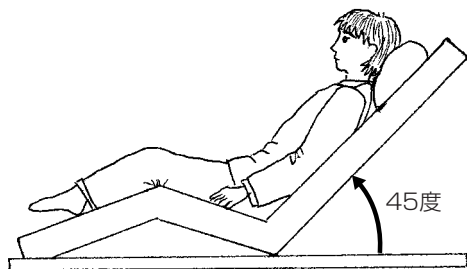
頸部前屈（あご引き嚥下）

頸部を前屈すると、喉頭が挙上し、咽頭と気管に角度がついて誤嚥を起こしにくい。



体幹後傾（リクライニング位）

体幹を後傾させることで、気管より食道が下方に位置し、食塊が食道に入りやすくなる。

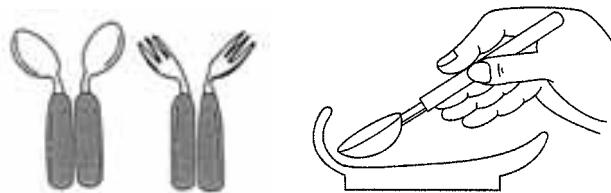


枕を当て頸部前屈したとき、咀嚼、食塊形成、咽頭への送り込みが能動的に嚥下できるよう、口腔内が90度坐位と同じ水平に保つことを基本にする。

30度仰臥位は、口腔の前方が上になるので、送り込みに重力が利用できる。準備期、口腔期に障害がある症例に有効な姿勢である。

3. 食具・食器の選択

- ・食具の握りの部分を太くする
- ・曲がりスプーン・フォークを活用する
- ・食器の下に滑り止めマットを使用する
- ・すくいやすい反りがある皿を使用する



▲断面図

飲み込み方・食事介助のポイント

一口量の調整

茶さじ一杯が目安

息止め嚥下

息を止めて飲み込み
その後、咳払いをする

複数回嚥下

一口について数回飲み込み、
咽頭の残留物を除去する

交互嚥下

固形物の後、ゼリーや液体を
嚥下し残留物を除去する



口腔内が90度座位と同じ水平に保たれている場合、麻痺側を向いて食べるようにする。

頭部を麻痺側に回旋させることにより、麻痺側の咽頭が狭まり、食塊が非麻痺側の咽頭を通過するため、誤嚥を防ぐ姿勢となる。

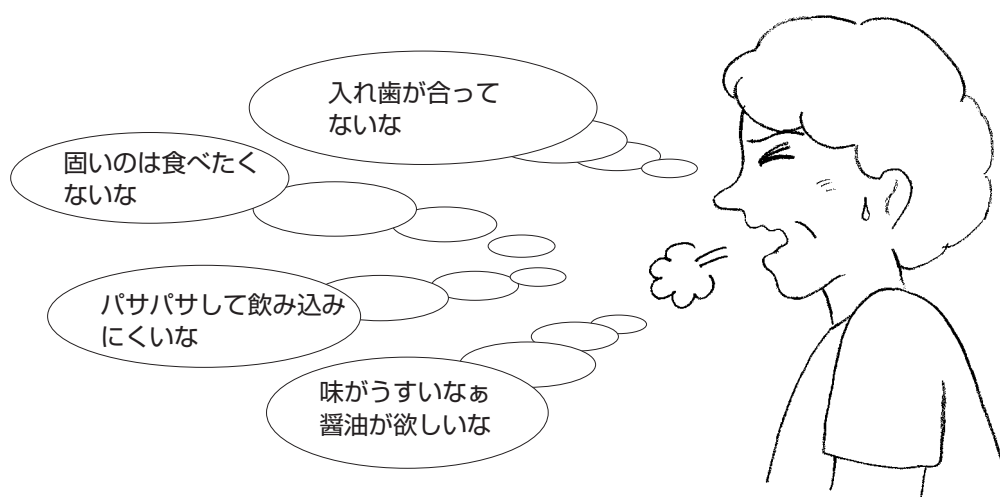


30度仰臥位では、麻痺側を高くして、非麻痺側から介助して食べるようにする。麻痺側を高くすることにより、非麻痺側が下方に位置し、食物が非麻痺側で咀嚼され、送り込まれ、誤嚥を防ぐ姿勢となる。

IV. 嚥下機能低下に対する食事の工夫

1. 高齢になると起こりやすいこと

加齢に伴い噛む力が低下していきます。歯が悪くなると噛めないだけでなく体のあちこちに弊害が出てきます。唾液の分泌も少なくなり、嚥下の反射が鈍くなりむせやすくなります。そのような場合、食べることが苦になり摂取量が低下し、栄養状態の悪化や何らかの疾病を招きかねません。したがって、このような状態を防ぐため食事の工夫が必要となります。



2. 摂食・嚥下障害に対する訓練食

嚥下訓練食は、摂食・嚥下訓練の目的にあわせて、食物の形態を変え、段階的に普通食に近づけていく食事です。

摂食・嚥下訓練の目的と食事の形態

①嚥下反射の強化	ゼリー
②咽頭への送り込みの訓練	ピューレ、ミキサー食
③食塊形成と咽頭への送り込みの訓練	ミキサー、マッシュ食
④咀嚼、食塊形成、咽頭への送り込みの訓練	軟菜、刻み食

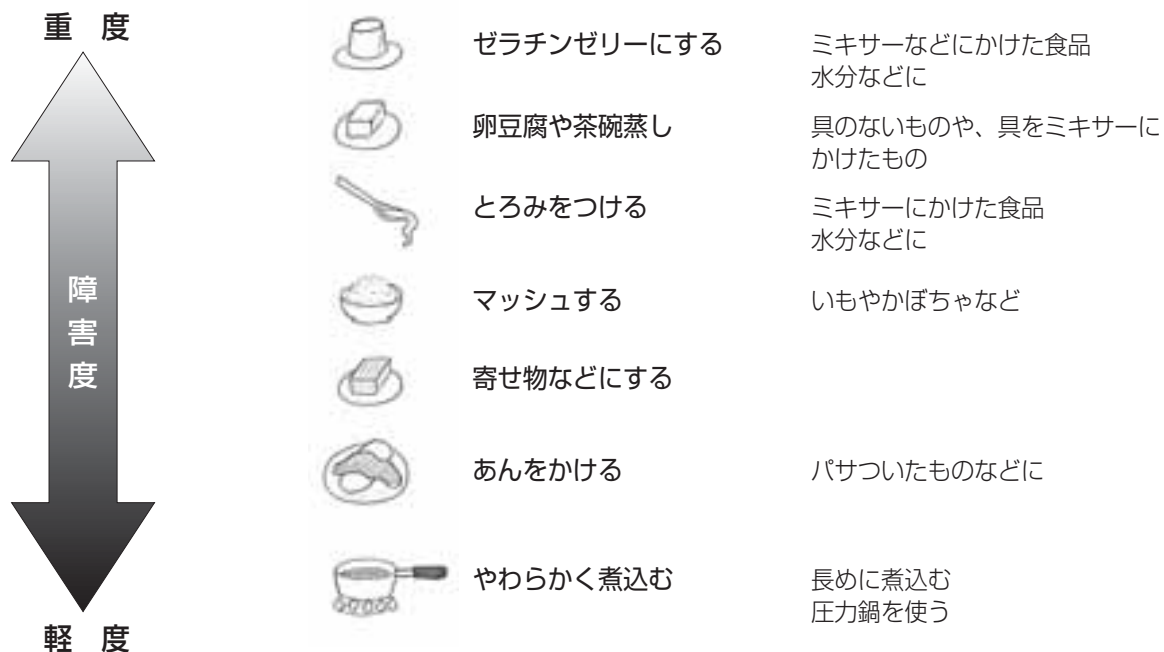
咀嚼および食塊形成困難を補い、咽頭の残留ならびに誤嚥を起こしにくいものから開始する必要があります。嚥下しやすい食物形態の条件は以下が挙げられます。

- ・密度が均一であること
- ・べたつかず、口腔内粘膜に付着しにくいこと
- ・ある程度まとまりがあって崩れないこと
- ・軟らかく、口腔内の舌の動きに従ってある程度、形が変わること

1.6%濃度のゼラチンゼリーが最も適しているといわれています。嚥下訓練食は、誤嚥防止が優先されますが、咀嚼や送り込みについては、若干負荷がかかるものでなければ、機能回復は期待できません。逆に、負担がかかりすぎると疲れやすく、リスクが高くなります。

3. 食事作りの工夫

のどごしがよく、食塊形成をしやすいもの。または食塊形成をしなくてもいいものが基本ですが、個人差がありますので、医師や言語聴覚士、栄養士などへご相談下さい。

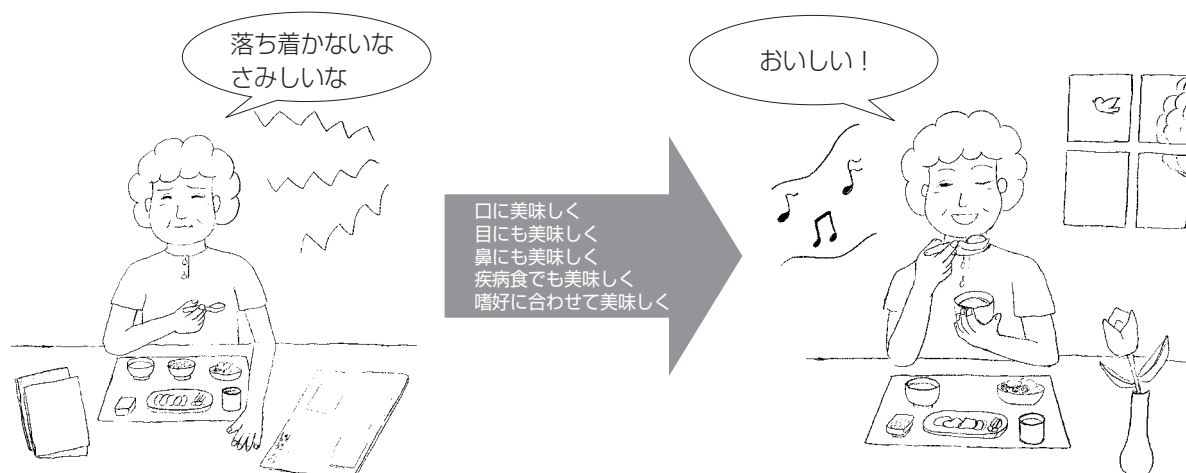


在宅で成功するポイント

最近には多くのレトルトパウチ食品など手軽で嚥下しやすい食品があります。また、不足しやすい栄養を手軽に補える栄養補助食品も出ています。ご利用の際には医師や栄養士にご相談下さい。

4. 心づかいを大切に

嚥下機能が低下し、普通食が食べられなくなったり、疾病のため糖分などを制限しなければならなくなると、味付けや献立が単調になりがちなので、しっかりとだしをとったり、味が染み込むように長く煮込むなどの心づかいが大切です。また、嗜好に沿うこと、食欲をそそる盛り付けや器との調和、さらに食事をする場所や雰囲気にも心づかいが必要です。



V. 口腔ケアの実際

口腔ケアとは口腔内の清掃保持から摂食・嚥下機能の向上、疾患予防・改善を含む広範囲な口腔全般にわたるケアの全てをいいます。

口腔は敏感で、生命維持から会話・表情という人間存在まで両極端に関わる重要な機能を同時に営んでいる部位であり、ケアにあたっては、十分な配慮が必要です。

内 容

- ①口腔・全身状態の視察
- ②うがい
- ③粘膜部の食物残渣の除去
- ④歯牙のブラッシング
- ⑤粘膜の清拭・マッサージ
- ⑥舌のブラッシングと訓練
- ⑦摂食・嚥下訓練
- ⑧義歯の洗浄

基本的条件

- ①本人に適した方法をとる
- ②安楽な姿勢
- ③誤嚥しない姿勢
- ④疲労させない……すばやく
- ⑤本人の反応を確かめながら
- ⑥楽しい雰囲気

義歯清掃法

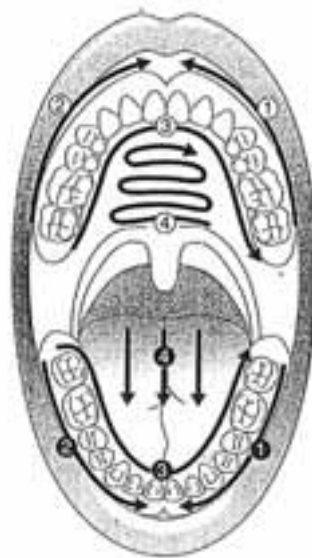
- ①義歯を取り出す前に口腔内観察
 - ・麻痺がある場合、麻痺側に食べかすが残っていることがあり、いきなり外すと誤嚥の可能性はある。
- ②流水下でブラシを使い義歯洗浄
 - ・歯磨剤は義歯が磨り減るので使わない。
- ③残っている歯、口腔粘膜の清掃
- ④一日一度義歯洗浄剤に浸けて、清潔にする。

うがい

- ◇自分でできる場合＝洗口
 - ・口腔機能や嚥下機能低下の場合、気管への誤嚥を防ぐため前傾姿勢をとる。
- ◇自分でできない場合＝洗浄
 - ・ガーグルベースン等を頬に密着させる。
 - ・吸引機の利用
(注射筒や頬部にガーゼを詰め代用する)

口腔粘膜清掃およびマッサージ

口腔粘膜全体を清掃及びマッサージすることで血行がよくなり、口腔内の機能が高められる。



方法

歯ブラシは鉛筆と同じ持ち方で図の番号の順に口腔内を毛先でなでるようにする。高齢者は軟毛の歯ブラシを用いる。

全介助の口腔ケア

1. ケアの姿勢と準備

- ① 疲れないように、手早く行えるように使用する用具を事前に揃えておく。
- ② 座位が取れない場合は、背中の下に枕を置いて、上半身が30度起きるようにする（誤嚥の予防になる）。
- ③ 意識障害等で、どうしても体を起こせない場合は横に向けてケアをする。

2. ケアの実際

- ① 吸引器を使用するなど誤嚥対策をとれば、歯ブラシで清掃できる。
- ② 危険性が高い場合は口腔清掃にする。
- ③ 巻綿子などで清掃するが、舌の清掃は歯ブラシを寝かせて行う。
- ④ 巻綿子をイソジン液や洗口剤に浸して清拭する場合は、後でよく拭きとっておく。
- ⑤ 無歯顎の人の口腔粘膜清掃は、有歯顎者同様に実施するが、粘膜の状態にあった歯ブラシで様子をみながら進める。

経管栄養の口腔ケア

経管栄養を受けている方に対しては？

- ・ 食事を口からしなくても口腔ケアは必要。
- ・ 嘔吐することがあるので栄養注入直後は避ける。
- ・ ケア中に管が抜けないよう注意する。
- ・ 全身的疾患を主治医とよく打ち合わせる。

実施後の観察ポイント

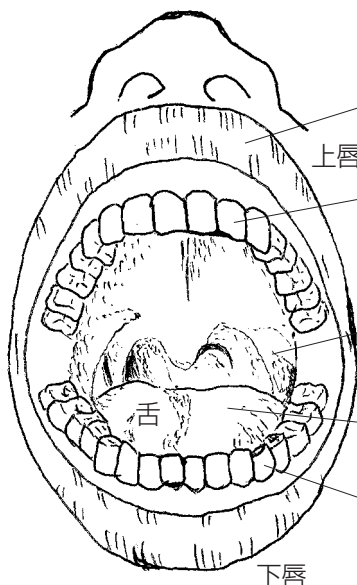
口臭が取り除かれて、さっぱりしたか

痰は除去されたか

意識状態のよくない人に、誤嚥はなかったか

唾液の分泌状態は良好か

呼吸は静かで落ち着いているか



口唇の乾燥や荒れはないか

歯牙および歯肉周囲の食物残渣が除去されたか

口腔粘膜や舌、咽頭などに外傷や炎症はないか

舌苔は除去されたか

義歯の装着状態は良好か

VI. 口腔リハビリテーションのリスク管理

歯科的問題

義歯のトラブル

義歯が外れる
義歯が当たって痛い
など

施設等によっては、義歯安定剤を使用して、しのいでいるところも多いようですが、使い方を誤るとかえって歯科的な問題を増悪することになります。

歯の痛みを訴える疾患

う歯・歯周病・知覚過敏・
歯の根先部の病変
など

歯科受診が困難な場合、抗菌薬を使用しながら鎮痛剤で痛みを抑えます。一週間以上も症状が緩和しない場合にはもっと重篤な疾患の可能性ががあります。

舌や口腔粘膜の 痛みを訴えるトラブル

発赤や腫脹、びらんや潰瘍
など

舌や粘膜に対して刺激（歯や義歯のクラスプなど）になる部分を除去する必要があります。抗菌薬含有のステロイド軟膏塗布治療を行い、経過をみるがありますが、真菌の一種であるカンジダ感染症はステロイドで悪化してしまいますから注意が必要です。

ポイント

歯科疾患のほとんどは薬剤によって治癒することはなく、原因となる病巣の除去が必要です。薬剤で症状が消退しても、歯科を受診することが必要です。

かかりつけ歯科医や地域の歯科医師会に問い合わせて診察を受けましょう。

味覚障害

降圧剤などの薬剤、咀嚼機能の低下・唾液の分泌減少・精神的要因・血中の亜鉛の不足など、複数の要因が組み合わさって生じています。

薬剤について検討します。また、口腔ケアを行って下さい。口腔内に汚れが付着していると舌や軟口蓋および咽頭・喉頭に存在している味蕾という味覚を感じる器官を覆ってしまい、味覚が低下することがあります。

口腔乾燥症

唾液分泌能の低下、脱水、薬剤の副作用、シェーグレン症候群などの全身疾患、放射線療法、鼻疾患や意識障害などによる口呼吸、心因性のものなどがあります。

唾液腺（耳下腺、顎下腺）周囲のマッサージも有効です。

口腔乾燥症は原因の特定が難しく、原因がわかっても、唾液分泌機能を改善する事は困難といわれています。まず脱水を疑い、水分を十分に補給して下さい。次に多くの薬剤が口腔乾燥を引き起こす副作用をもっているため、薬剤について検討します。他口腔ケアを行うとブラッシングによる刺激で、唾液の分泌量の増加が期待できます。人工唾液（水やお茶で代用可）を噴霧して口腔内の湿潤化をはかり、マスクをして乾燥を防ぎましょう。経口摂取していない場合は、摂食訓練を開始すると改善が期待できます。

誤嚥性肺炎

液体や固形物が、気道内に入って起こる呼吸器疾患です。

気道の抵抗力が低下している状態では、細菌汚染された物質を誤嚥することで誤嚥性肺炎を起こします。また、強酸や強アルカリを誤嚥することで出血性炎症を主徴とする刺激性障害を来し肺炎の症状が発生します。

その場合まず全身状態の安定を最優先します。次に、経管栄養や食事の形態、食事中・食後の姿勢、摂食・嚥下訓練について検討します。

摂食・嚥下障害を理解するポイント

- ・ “摂食・嚥下障害＝誤嚥” ではない
- ・ “誤嚥＝禁食” ではない
- ・ “誤嚥＝肺炎の発症” ではない
- ・ “むせない＝安心” ではない
- ・ “誤嚥＝経鼻経管栄養” ではない
- ・ “気管切開＝安心” ではない
- ・ “摂食・嚥下障害だけが障害” である患者は少ない

Ⅶ. 地域連携とネットワークシステム

—関連スタッフとの連携が大切—

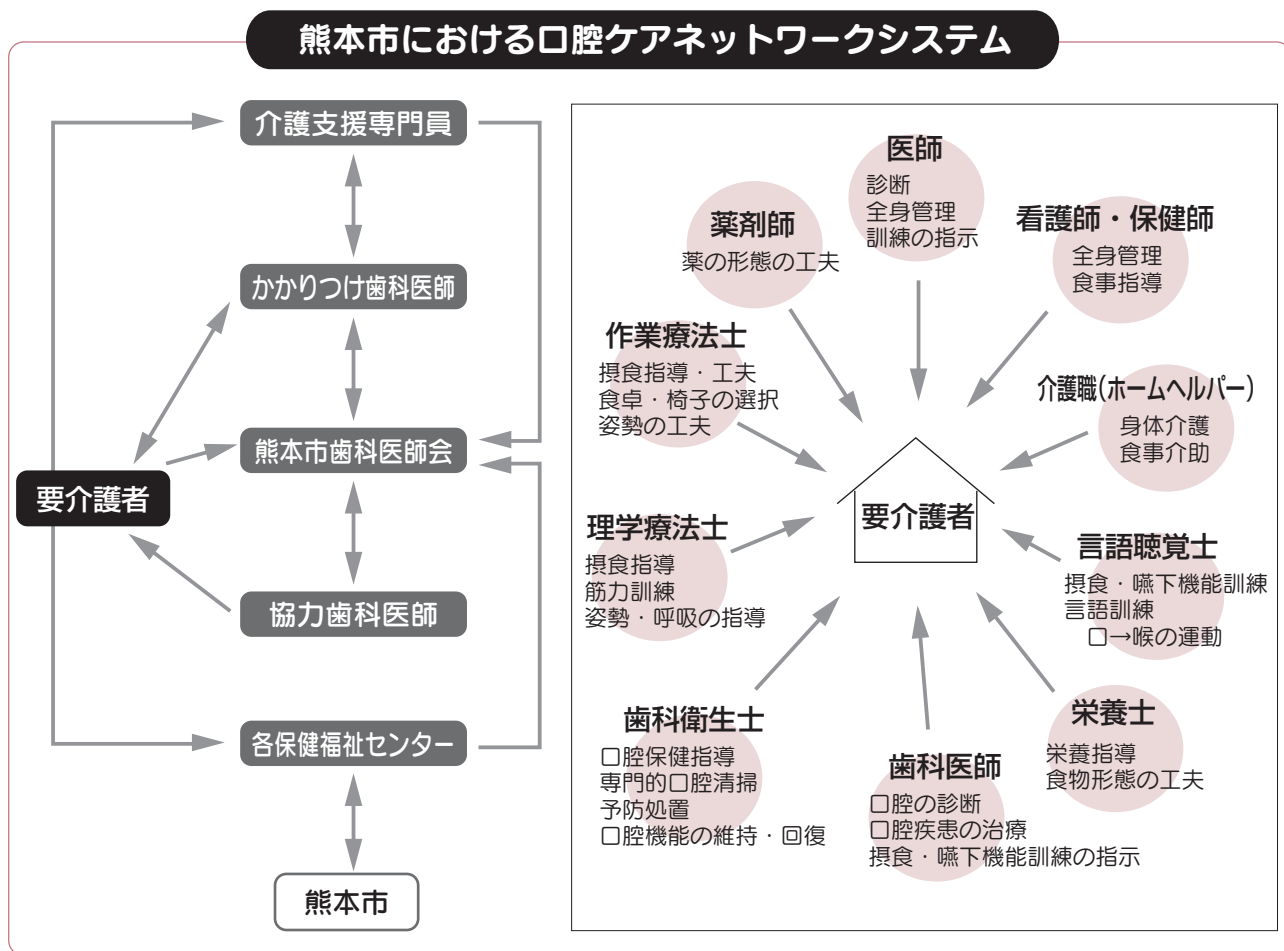
- 在宅においての訪問口腔ケアや口腔リハビリテーションの実施には、一般の主治医は勿論、歯科医師や歯科衛生士、そして訪問看護師、訪問リハ、訪問ヘルパーなどの連携は最も重要です。

—生活の場は要介護者等を理解する最高の情報源—

- 要介護者やその家族との信頼関係を築くには、要介護者の生活の場での実態をよく理解することが重要であり、理解することにより深く関わりができるようになります。家族のよき理解者としての役割も求められるでしょう。
また状況に応じては情報の交換を行う重要な場となります。

—口腔ケアネットワークシステム（熊本市を例に）—

- 昭和60年2月、熊本市は医療・保健・福祉を構築するために「老人地域リハビリテーション協議会」を結成しました。その中で在宅ケア推進の一貫として、熊本市歯科医師会と熊本市が一体となって「熊本市寝たきり老人等歯科保健推進事業」のシステムをつくり、市民の皆様の高い評価を頂いております。またこのシステムは、口腔ケアのネットワークづくりにも役立っているものと考えています。在宅における口腔ケア体制の中で、地域保健師や歯科衛生士、栄養士等との組織連携にて地域活動が積極的に行われており、大きな成果を上げてきています。



—口から食べられないという障害に対しては、医療・看護・

リハビリテーション・ケアを含めた包括的なアプローチが必要—

- 食べられないという障害の克服には、リハビリテーション医や歯科を含む関連職種の連携の中で包括的なアプローチが行われます。多職種の連携によってはじめて「食べられない」という障害に対する生活再建のためのリハビリテーション活動が可能です。そのためには、それぞれの職種の役割を理解し、協力しあうことが重要です。
- 各職種間のサービスを効果的、効率的に提供するためには、医師がそのコーディネーターとしての機能を発揮してこそ、包括的アプローチの成果を得ることができるでしょう。

○ —クオリティー・オブ・ライフの向上を目指した口腔ケア—

- 人間が社会の中で自分らしく生活をしていくとき、口腔の機能（食物を食べる、呼吸をする、話をする、感情を表現するなどの働き）の維持・向上をはかる口腔ケアは欠かすことのできない基本的ケアであり、口腔ケアそれ自体が日常生活行動の質を高める、重要なリハビリテーションの一つです。

—口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防—

- 口腔ケアは死に至る急性疾患である高齢者の肺炎を効果的に予防するといわれており、引田らは、特別養護老人ホーム入所者を対象とした研究において、徹底した口腔ケアを行うことで、咽頭細菌を減少させることが可能であると示し、米山らは、口腔ケアを行うことで肺炎リスクを低下させることができたとの報告をしています。

—口腔ケアや摂食嚥下障害のリハビリテーションに関する研修会—

①熊本口腔ケア研究会

事務局：医療法人伊東会 伊東歯科医院内 TEL（代）096-343-0377
1999年に活動を開始、講演会を中心に研修を重ねている。

②くまもと摂食嚥下研究会

事務局：医療法人堀尾会 熊本託麻台病院 言語聴覚療法科内 TEL 096-381-5111
1997年に活動を開始、研究発表、講演会を年2回開催している。

- 1) ●金子芳洋, 千野直一: 「摂食・嚥下リハビリテーション」. 医歯薬出版, 1998.
- 2) ●日本嚥下障害臨床研究会: 「嚥下障害の臨床」. 医歯薬出版, 1998.
- 3) ●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」. 医歯薬出版, 2001.
- 4) ●西尾正輝: 「摂食・嚥下障害の患者さんと家族のために」. インテルナ出版.
- 5) ●熊本市地域リハビリテーション協議会: 「在宅支援ハンドブック」. 2001.
- 6) ●藤島一郎: 「嚥下障害の治療指針とチーム医療」. Medical Rehabilitation 2号 13-19 2001.
- 7) ●藤島一郎: 「摂食・嚥下リハビリテーション 歯科と医科の連携を目指して」. 老年歯科医学 15巻3号 237-244 2001.
- 8) ●西尾正輝: 「摂食・嚥下障害の評価と治療」. 理学療法学 16巻1号 5-16 2001.
- 9) ●富田 寛: 「味覚障害」. Geriatric Medicine 39巻2号 199-210 2001.
- 10) ●亀沢忠光: 「口腔ケア」. Geriatric Medicine 39巻2号 257-261 2001.
- 11) ●青柳公夫: 「介護保険と口腔プラン」. 医歯薬出版, 1999.
- 12) ●山本和義: 「リハビリテーション介護福祉論」. 医歯薬出版, 1996.
- 13) ●鈴木俊夫他: 「寝たきり老人のQOL向上をめざして」. 末永書店, 1992.
- 14) ●瀧口 徹他: 「介護保険対応型 歯科保健・医療ガイドブック」. 末永書店, 1999.
- 15) ●牛山京子: 「在宅訪問における口腔ケアの実際」. 医歯薬出版, 1998.
- 16) ●角町正勝: 「あきらめないで! 口から食べること」 食べる機能の再建をめざす. 口腔リハビリテーションの実際. (株)松風, 2002.
- 17) ●引田克彦, 米山武義, 太田昌子, 橋本賢二, 三宅洋一郎: 「プロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケアを受けた高齢者の咽頭細菌数の変動」. 日老医誌, 354 (2): 124~129, 1997.
- 18) ●Yoneyama, T., Yoshida, M., matsui, T., Sasaki, H.: 「Oral care and pneumonia」. Lancet, 354: 515, 1999.

研修会用等マニュアル作成委員会

実施責任者	熊本託麻台病院	院長	堀尾 慎彌
実施副担当者	水俣市立湯之児病院	主任医長	紫藤 泰二
	熊本大学医学部附属病院	理学療法部教官	大串 幹
	伊東歯科医院	院長	伊東 隆利
連絡担当者	熊本県看護協会	副会長	山本 史恵

作成小委員会

水俣市立湯之児病院	療法士長	山口 拓明
水俣市立湯之児病院	副療法士長	大川 裕
水俣市立湯之児病院	言語聴覚士	児玉 恵子
熊本大学医学部附属病院	理学療法士主任	福本 和仁
熊本託麻台病院	リハビリテーション センター長	本多 賢光
熊本託麻台病院	リハビリテーション センター次長	篠田 聡
熊本託麻台病院	言語聴覚療法科主任	中村 雅己
熊本託麻台病院	理学療法科科长	宮守 龍一
熊本託麻台病院	理学療法科主任	今村 郁代

