

口腔機能リハビリテーションの普及に向けた

実践マニュアル

(社)全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

本マニュアルは、厚生労働省老人保健健康増進等事業の助成を受け実施した「介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援体制整備事業」の一環として、口腔機能リハビリテーションの意義及び定義を提言し、（１）医療・保健・介護の面、（２）看護または専門的口腔ケアの面、（３）介護予防における面から、医師、歯科医師、他多種職の関わり方について、口腔機能リハビリテーションを用いた実践方法を「口腔機能リハビリテーションの普及に向けた実践マニュアル」として取りまとめたものである。

口腔機能リハビリテーションは、介護予防の実践として極めて有用と考えられ、これらの成果をふまえ全国各地域、施設で本マニュアルを活用していただければ幸いである。

なお、本マニュアルを報告に至るまでの事業実施内容・評価方法等については、「介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援体制整備事業報告書」を参照頂きたい。

平成16年3月

全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

<i>I</i>	口腔機能リハビリテーションの役割とその意義	1
<i>II</i>	口腔機能リハビリテーションの実践にあたって	3
<i>III</i>	摂食・嚥下に関する口腔機能の分類とその障害	8
<i>IV</i>	口腔機能リハビリテーションの実際	13
<i>V</i>	原疾患の病期別にみた口腔機能リハビリテーションのポイント	17
	参考資料	27

口腔機能の改善が進むと、摂食・呼吸といった基本的生命保持、健全な食生活の確保、コミュニケーションや社会生活の回復と拡大が図られ、心身ともに健康的な生活を実現することにつながります。また、口腔機能やその清潔が保持されると誤嚥性肺炎を予防し、それによる生命の損失を避けることにもつながります。言い換えれば、口腔機能リハビリテーションの目的は、「楽しく」、「おいしく」、「安全に」食事ができる環境を整備することにより、QOLの向上、生きがいに満ちた生活の実現といえます。実際、医療機関、介護保険施設等の入院、入所者を対象に実施された本事業においても、「お口の健康体操」を皆で楽しく実施し、食品形態の改善とともに、誤嚥予防等が図れることがデータにより示唆されました。

本冊子は、このような「生活」や「人生」の復権を図ることを目指したりハビリテーションの一環として、口腔機能リハビリテーションを進めるための活動指針を示すことを目指しました。基本的な枠組みとしては、対象となる方の原疾患の時期から「急性期」、「回復期」、「維持期」そして「終末期」別に、それぞれのレベルにおける目標、特徴、ケアメニュー等を整理しました。加えて、本事業においては、これまで「口腔ケア」ならびに「口腔リハビリテーション」として示されてきたサービスやプログラムの現状を踏まえた上、そこで用いられている概念を整理し、用語について定義を行いました。さらに、社団法人全国国民健康保険診療施設協議会が進める「地域包括ケア（地域包括医療）」の理念に鑑み、口腔領域のリハビリテーションが、「形態」ではなく「機能」の回復・維持を通じてさらには「生活」の復権を目標とするものであることを示すため、いわゆる「口腔ケア」の位置付けとして「広義の口腔ケア（包括的口腔ケア）」と「狭義の口腔ケア（口腔清掃）」とを明確に区別しました。さらに「セルフケア（生活としての口腔ケア）」を加え3つの段階が存在すると捉えるとともに、呼吸や構音をも念頭においた摂食・嚥下障害のリハビリテーションを合わせて「口腔機能リハビリテーション」を位置付けました。

図1 「口腔機能リハビリテーション」の目標

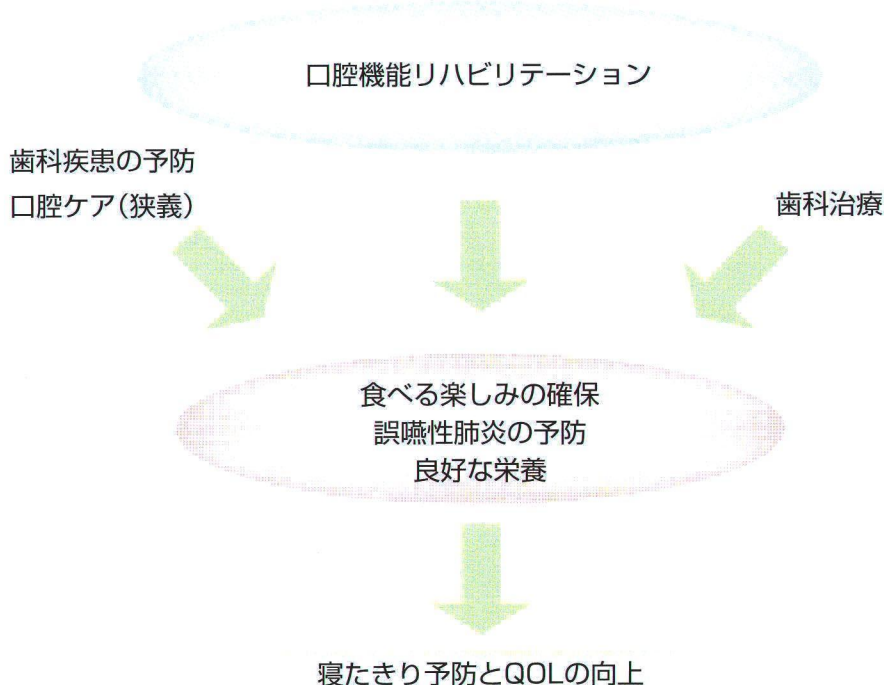
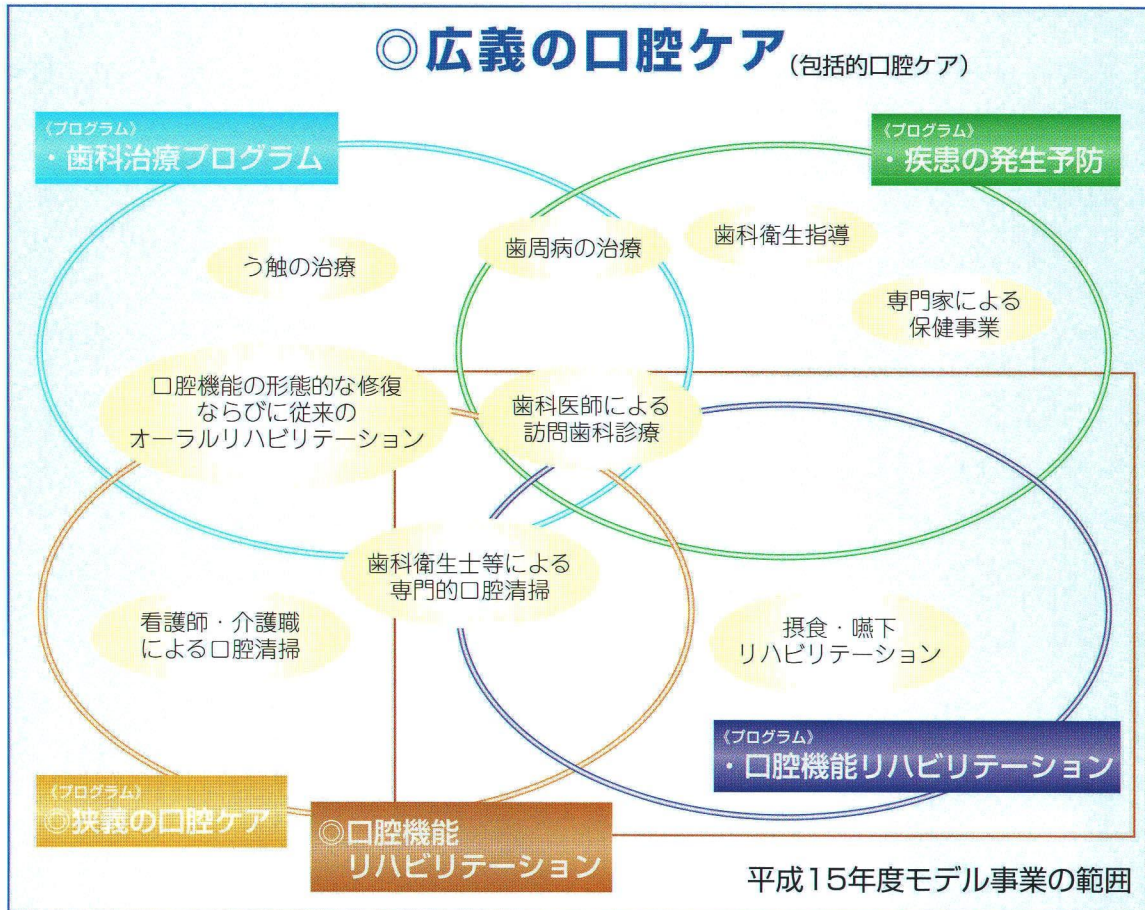


図2 口腔ケアの概念と定義



(地域包括ケア)

注) 各図形の形状は、以下の意味を持つ。

- 形：プログラム
- 形：システム(プログラムの体系)

◎広義の口腔ケア (包括的口腔ケア)

- ◇目的：口腔機能回復および疾患予防と介護予防
- ◇対象：患者や要介護者、ならびに住民一般
- ◇概要：口腔に関する疾患予防、治療、ケア、リハビリテーション等のあらゆる手段を含めた専門家による保健医療行為のシステム (= 体系)

◎狭義の口腔ケア (口腔清掃)

- ◇目的：口腔疾患予防ならびに誤嚥性肺炎等の感染性疾患予防
- ◇対象：患者や要介護者
- ◇概要：専門家による口腔衛生指導や口腔清掃、ならびに口腔機能のリハビリテーションを図るプログラム (= 事業)

◎口腔機能リハビリテーション

- ◇目的：口腔関連諸器官の回復と維持ならびに生活の復権
- ◇対象：摂食・咀嚼・嚥下機能に障害を有する者
- ◇概要：急性期・回復期・維持期・終末期のそれぞれの病態時期に応じて実施される、口腔関連の諸機能の回復を主な内容とするリハビリテーションのプログラム (= 事業) ならびにそのシステム (= 体系)

◆ ケアカンファレンス参加職種について

口腔機能リハビリテーションを実施するにあたっては、他職種との連携のもとにチームケアが実施されることが不可欠です。

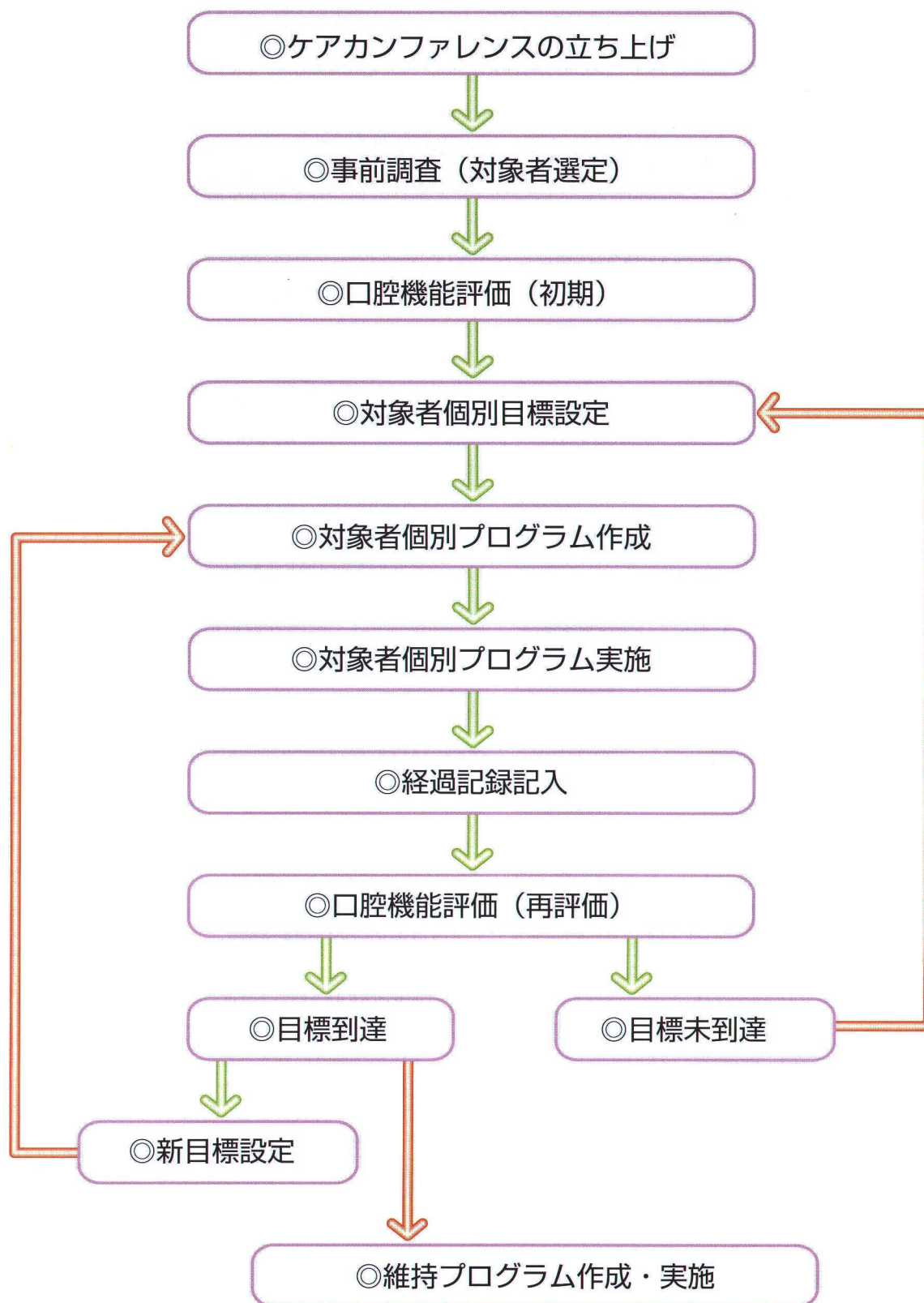
主な職種と役割分担は下記のように整理できますが、これは専門職としての役割分担であり、各施設の実情に合わせ他職種が代行する場合も想定されます。ただし、施設入所者に対し歯科治療ニーズに関する調査を行ったところ、患者151名のうち139名(92.1%)に治療が必要であると歯科医師が判断したにも関わらず、実際には3名しか治療を受けていなかったという報告(才藤等)等もあることから、ケアカンファレンスに歯科スタッフが参加することは必須条件であると言えます。

さらには在宅復帰以降重要な役割を担う「家族」の力も忘れられがちであるため、チームに「歯科医師・歯科衛生士」「家族」を含めることが不可欠です。

◆ 「主な参加職種と役割分担」(例)

- | | |
|----------|---|
| ①医師 | 全身的診断・評価・判断・治療、リスク管理 |
| ②歯科医師 | 口腔機能評価、歯科的治療、口腔ケア指示、訓練プログラム作成 |
| ③看護師 | 口腔状態評価、口腔清掃、口腔機能訓練 |
| ④歯科衛生士 | 専門的口腔清掃、口腔機能訓練 |
| ⑤理学療法士 | 頸部・体幹機能改善訓練 |
| ⑥作業療法士 | 関節・手指機能向上訓練 |
| ⑦言語聴覚士 | 構音訓練、口腔機能訓練 |
| ⑧管理栄養士 | 栄養状態評価、栄養計画、メニュー作成、家族への指導 |
| ⑨介護福祉士 | 器具(スプーン・歯ブラシ等)紹介、口腔状態観察、口腔(義歯)清掃、口腔体操支援 |
| ⑩薬剤師 | 薬剤の管理・指導 |
| ⑪介護士 | 口腔状態観察、口腔(義歯)清掃、口腔体操支援 |
| ⑫看護補助者 | 口腔状態観察、口腔清拭、口腔(義歯)清掃 |
| ⑬保健師 | ケア会議招集、情報提供 |
| ⑭ホームヘルパー | 情報提供、家族への説明 |
| ⑮ケアマネジャー | ケアプラン作成 |
| ⑯家族 | 口腔状態観察、口腔(義歯)清掃、簡単な家庭内訓練 |

◆ 口腔機能リハビリテーション実践の流れ



（詳細については、社団法人全国国民健康保険診療施設協議会「介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援体制整備事業報告書」平成16年3月参照）

◆ 注意すべき点

- ・ 個別目標設定は、患者の全身的状况を十二分に把握した上で、一気に高い目標設定するのではなく無理のない目標設定をし、達成出来た時点で次に進んでいく。
- ・ 対象者個別プログラムを作成する際は、口腔機能分野のリハビリテーションプログラムだけを考えるのではなく、1日の他の全身プログラムの量・時間的な配分も考え、患者の肉体・精神的負担に十分配慮しなければならない。
- ・ 経過記録表には、プログラム実施日・職種・内容をきっちり記録するとともに「個別設定目標」も記入し、常に対象患者のベッドサイド等に置いておくことで、チームメンバー同士で情報を共有することができる。
- ・ 最終個別目標が達成されても、高齢者・寝たきり状況患者等には現状維持プログラムを作成して実施しなければならない。

多職種のチームケアを支えるケアカンファレンス。



<事前調査票>

1.基本事項

氏名	年齢	性別 男 女	寝たきり度	痴呆度
原疾患	合併症		発熱日数（1カ月間） 日	

2.口腔内状況

咀嚼 U-FD PD T R L-FD PD T R	清掃回数 回/日	口臭 なし 顔を近づけると臭う 臭う
	清掃状態 良 普通 不良	口腔乾燥 正常 軽症 中等度 重度

3.摂食・嚥下状況

改訂水飲みテスト

1. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示し30秒以内に2回空嚥下が可能
2. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なし
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声
4. 嚥下あり、むせない and/or 呼吸変化または湿性嘔声
5. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫

※2以下なら合計3回施行し、最も悪い嚥下を評価する

問診

1	肺炎と診断されたことがありますか	1. 繰り返す	2. 一度だけ	3. なし	4. 判定不能
2	やせてきましたか	1. 明らかに	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
3	飲み込みにくいと感じることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
4	食事中にむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
5	お茶を飲むときにむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
6	食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロすることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
7	のどに食べ物が残る感じがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
8	食べるのが遅くなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
9	硬いものが食べにくくなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
10	口から食べ物がこぼれることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
11	口の中に食べ物が残ることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
12	食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくるがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
13	胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
14	夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
15	声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声等）	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能

期別障害評価	
認知期における障害 (複数回答可)	1. 食物を見ても食べようとしない 2. 食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう 3. 食事に極端に時間がかかる 4. 食物以外のものを口に入れてしまう 5. 1. ~4. のようなことはない
咀嚼・口腔期における障害 (複数回答可)	1. 口が大きく開かない (開口障害) 2. 硬いものが食べにくい (咀嚼障害) そのためにミキサー食やきざみ食等を摂取している 3. もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない (送り込み障害) 4. 1. ~3. のようなことはない
嚥下・食道期における障害 (複数回答可)	1. 水分や食物を嚥下するとむせる 2. 誤嚥予防のために嚥下食 (ゼラチン食等) や増粘剤を使用している 3. 経管栄養または経管栄養と経口摂取を併用している 4. 誤嚥性肺炎の既往がある 5. 1. ~4. のようなことはない
嚥下障害グレードの総合評価	
重度 (経口不可)	1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし 2. 基礎的嚥下訓練の適応あり 3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
中等度 (経口と補助栄養)	4. 楽しみとしての摂食は可能 5. 一部 (1~2食) 経口摂取 6. 3食経口摂取 + 補助栄養
軽症 (経口)	7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取 8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する
正常	10. 正常の摂食嚥下能力

食事の自立度	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助 4. 全介助
食事時間	1. 10分以内 2. 10~20分未満 3. 20~30分未満 4. 30分以上
食事量・食事内容 (それぞれ一つを 選択)	経口 【主食】 1. 普通 2. 軟食 3. 粥 4. 流動 (ミキサー) 【副食】 1. 普通 2. 軟菜 3. キザミ 4. 流動 (ミキサー)
	経管 1. 経管なし 2. NGチューブ 3. 胃瘻 4. 間欠的口腔食道経管栄養法 (OE法)
	点滴 1. なし 2. あり
食事の姿勢	1. 座位 2. ファーラー位 3. セミファーラー位 4. 仰臥位

◆ 摂食・嚥下運動の分類

通常、嚥下運動は、口腔期・咽頭期・食道期の3期に分けられます。しかし、「食」における一連の動きを問題にした場合、それを広く摂食行為としてとらえ、摂食・嚥下運動としては、先行期（認知期）・準備期（咀嚼期）を含め、5期に区分すると以下のように整理できます。

表1 摂食・嚥下運動の分類

先行期（認知期） anticipatory stage	食物が口腔に入る前の時期で、何をどのくらい、どのように食べるかを決定し、行動する段階
準備期 preparatory stage	食物を捕食し、続いて咀嚼してから嚥下運動が行われるまでの時期
口腔期 oral stage	口腔から咽頭へ食塊を送る時期であり、随意運動から不随意運動へと移行する
咽頭期 pharyngeal stage	食塊を咽頭から食道へ移送する段階であり、反射運動となる
食道期 esophageal stage	食道から胃への蠕動運動である

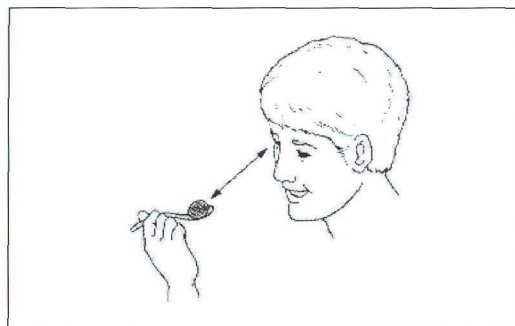
本マニュアルでは、咽頭期を日常的な呼び方にするために、「嚥下」として取り扱い、障害分類として、以下の3つに区分しています。

1. 認知期
2. 咀嚼期・口腔期
3. 嚥下・食道期

◆ 認知期（先行期）

食物を食べるに当たって、食べ物の硬さ、口へ運ぶ量、温度、味、臭い、食べる速さ等様々な要因が関与し、これらが一体となって「認知」という行為が自然に行われています。この認知期に障害があると、がつつとむさぼるように食事を次々と口腔内に放り込むことがあり、誤嚥が生じる原因となります。

図3 先行期（認知期）

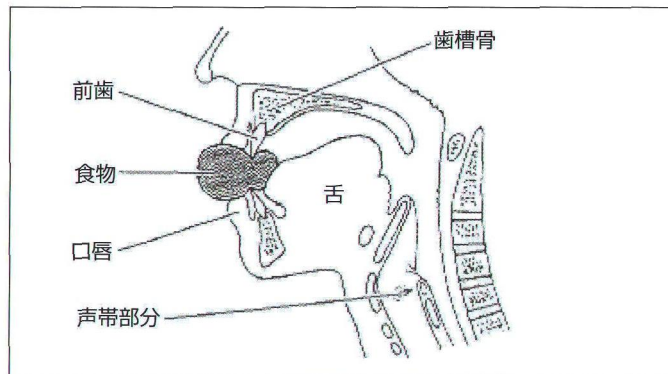


これから摂取しようとしている食物の硬さ、口へ運ぶ量、温度、味、臭い、食べる早さなどを認識、予知、決定する。

出展：植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

◆ 準備期（捕食）と咀嚼

図4 捕食（矢状断）



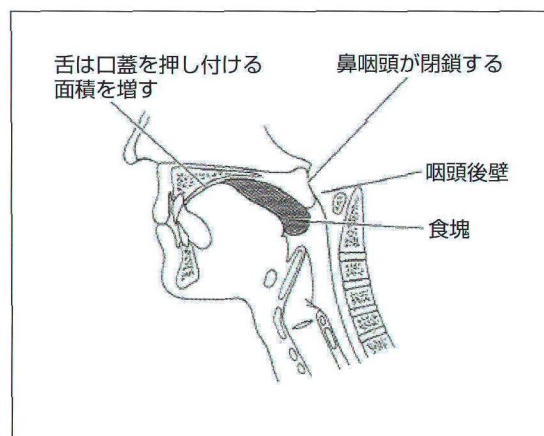
出展：植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

食物を臼歯のかみ合わせの面（咬合面）に載せるためには、舌による運び以外に、頬筋の適度な緊張が必要となります。唾液と混合しながら食物の咬断、粉碎、臼磨が行われ、食塊（bolus：咀嚼後、唾液と混合された食物の塊のこと。）が形成されます。

◆ 口腔期

舌は、舌尖から中央部にかけて、口蓋を押し付ける面積を増やしながら挙上することにより、食塊を後方に移動させます。咽頭後壁に生じた隆起が軟口蓋と接し、鼻咽腔は完全に閉鎖されます。この時、呼吸は一時（約0.5秒）停止します。ここで口腔内圧は一気に高まり、勢いよく食塊は咽頭から食道に移送されます。

図5 口腔期から咽頭期

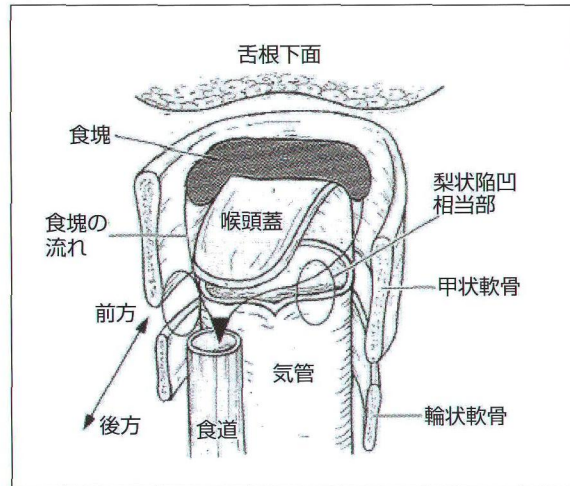


出展：植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

◆ 咽頭期

喉頭蓋が倒れ、気管を閉鎖します。喉頭蓋谷に達した食塊は、喉頭蓋の左右両脇に分かれて下方の梨状陥没（図には記せず）に向かいます。食塊は左右の梨状陥凹から一つのながれに収束し、食道へ向かいます。

図6 咽頭期（模式図）

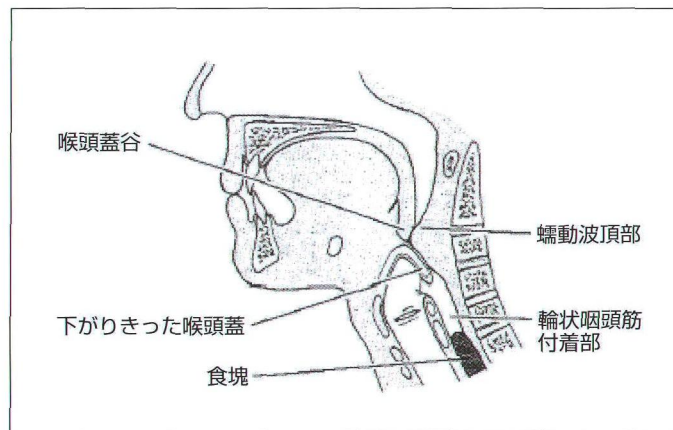


出展：植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

◆ 食道期

咽頭後壁の蠕動波頂部が、下がりきった喉頭蓋の上の喉頭蓋谷に入り込みます。咽頭筋下部（輪状咽頭筋）が弛緩しているために、食塊は開大した食道入口部から食道へ入っていきます。

図7 食道期



出展：植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

蠕動波は食道へ完全に移ってしまっています。役目を果たした舌骨と、喉頭は安静位に戻るために下降していききます。それにつれ、喉頭蓋は挙上していききます。

◆ 発達期における障害の分類

①早産による未成熟性発達障害

早産児は、口腔器官の形成期間が短いため、口腔・咽頭・顎が小さく、機能的にも出生児の吸綴・嚥下が未発達となることが多い。

②神経一筋障害

神経障害としては、脳性麻痺、ウェルドニッヒ・ホフマン病、筋ジストロフィー症、先天性ミオパチー、重症筋無力症等が挙げられる。

③咽頭・食道障害

一過性咽頭機能不全、輪状咽頭筋機能不全、食道狭窄症、食道弛緩症、食道無弛緩症、食道炎等が挙げられる。

④精神・心理障害

拒食症、過食症、経管栄養依存症、好き嫌い、反芻、嘔吐等が挙げられる。

⑤形態障害

口、口蓋、唇、顎、粘膜下裂、巨大舌、鼻疾患、小顎症、食道・咽頭の形態異常、胸腔の形態異常等が挙げられる。

◆ 成人・老年期における主な障害

①脳血管障害

脳卒中後の摂食・嚥下障害は、成人期、老年期における摂食・嚥下障害の代表的なものである。

②痴呆

特に認知障害に至るものが多く、介助の導入が大きな課題となる。

③外傷性脳障害

交通事故や転落事故などによる脳挫傷が摂食・嚥下障害をひき起こす。

④パーキンソン病

本疾病の代表的な症状として、振戦・無動・筋強剛・姿勢反射異常等が見られるが、摂食・嚥下機能にも障害の症状が表れることがある。

⑤神経-筋疾患

筋萎縮性側索硬化症、脊髄性進行性萎縮症等が挙げられる。

⑥術後性多臓器不全

疾患の手術後、治療後において、摂食・嚥下に必要な筋や器官の障害や欠損により引き起こされるものである。

⑦精神・心理障害

器質的には何の問題もないが、心因的に摂食異常症状・咽喉頭異常感・嚥下困難・吐き気や嘔吐、胸やけ等が生じたものである。

⑧頭頸部腫瘍

主に手術後の構造的な変化と動態異常によるものである。



◆ A. 口腔清掃のメニュー

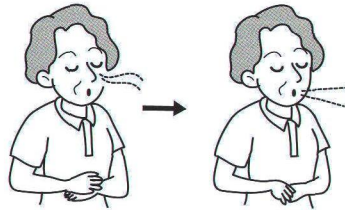
- ・口腔清拭：ガーゼ等で口腔内を拭う
- ・口腔清掃：歯ブラシ、スポンジブラシ等の器具を使用した清掃
- ・専門的口腔清掃：歯科衛生士が行う清掃
 (例) プラークコントロール、歯石除去、口腔粘膜ケア

◆ B. 嚥下体操(基礎的訓練)

嚥下体操は、訓練メニューの中で核になるものです。具体的には以下に記すような内容を実施します。

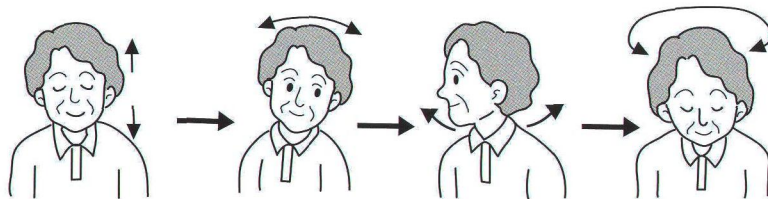
・呼吸訓練

呼吸コントロールは、嚥下運動には最低限必要なことである。腹式呼吸を基本とし、咳訓練も行う。



・頸部ストレッチ運動

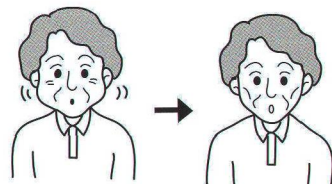
頸部拘縮や過緊張を予防、改善するために、前屈、後屈、側屈、回旋を行う。



・顎運動

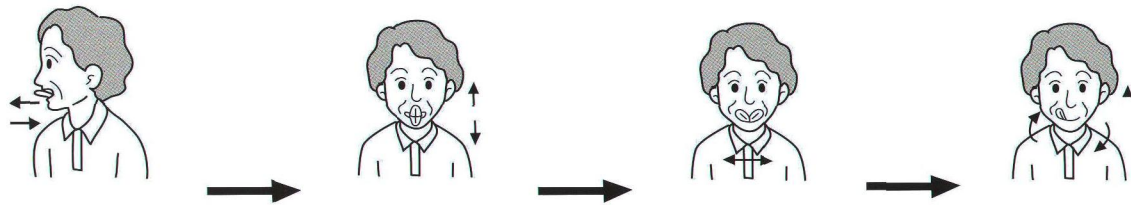
咀嚼筋の廃用予防、咀嚼運動の獲得、脳血流の増加を目的として、上下の歯を数回噛み合わせる動作をする。仮に普段装着していない義歯であっても、訓練用義歯と理解して、訓練時のみ装着し噛み合わせ運動を行う。

頬のストレッチを行なう。



・舌運動

舌萎縮予防、舌運動により唾液の分泌促進を目的に、舌のストレッチ運動を行う。前方突出、挙上、舌尖の左右口角への接触運動を行う。



◆ 応用訓練

摂食訓練における体位の選択は極めて重要です。体幹や頭頸部の安定とリラクゼーションを目的としています。

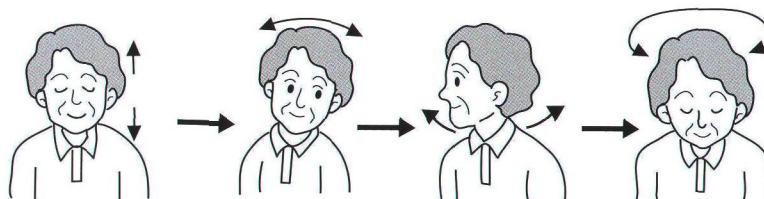
①体幹機能の改善

- ・端座位での体幹伸展位の促通と保持、骨盤を前傾させながらの起立訓練。
- ・立位での体幹の屈曲、伸展運動。

②頸部のROM訓練

頸部の前屈位保持、横向き嚥下やうなずき嚥下等に生かせることを目的に頸部の屈曲・伸展・回旋・側屈を行う。

徒手的にも5～10秒間の持続的ストレッチを行う。



③胸部のROM訓練

咳嗽能力の改善を目的に行われる。座位において体幹の屈曲・伸展・側屈、回旋等の各方向にストレッチを行うようにゆっくりと他動的に動かす。

④寒冷刺激法・氷なめ訓練

嚥下運動を獲得するために、嚥下反射誘発部位（軟口蓋、口蓋弓、咽頭後壁）に、アイスマッサージを行う。あるいは、氷なめにより嚥下運動を誘発する。

⑤Shaker exercise（仰臥位頸部挙上運動）

食道期障害に対して、食道入口部の開大を目的に本訓練を行う。仰臥位になり、決して腹筋を使わず、頸部だけの挙上を10秒以上保つ。

⑥喉頭挙上運動（メンデルゾーンの手技）

嚥下運動を獲得するために、他動的に喉頭挙上を行う。嚥下運動の際には、喉頭が挙上し、食道入口部が開大するという反射が起こるが、嚥下運動を促進させるために、甲状軟骨下部（のどぼとけ）を他者がつまんで、喉頭の挙上位を10秒以上保つ。これを繰り返すことにより、嚥下運動の促進を期待する。

⑦構音訓練

パ行、ガ行、タカラテト、母音を発音することにより、口唇、舌、頬、軟口蓋、咽頭の強化を期待する。



⑧ストロー訓練（ブローイング）

コップの水をストローで吹いたり、巻き鳥等を吹く訓練である。呼吸訓練の一環であり、腹式呼吸も含めて、嚥下運動や咳の強化を目的とする。軟口蓋の強化、鼻咽腔の閉鎖運動の獲得が期待できる。

⑨Pushing exercise（押し運動）

声門強化目的で、一瞬息を止めてから、「えい」「あ」といった掛け声とともに、机や壁等を強く押す。

廃用性の口腔機能低下を防ぐことが口腔機能リハビリテーションの大きな目的である。



口腔機能リハビリテーションを行うには、家族・介護者の理解と協力が必要である。



1. 急性期

◆ ポイント

- ①医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士など多職種スタッフが協力してケア・リハビリテーションを実施する。
- ②意識がなくても、必ず声かけを行う。
- ③口腔機能の維持、改善、意識レベルの改善のため顔面、唾液腺、口腔粘膜のマッサージを行う。
- ④嚥下機能の評価（水飲みテスト、反復唾液嚥下テスト、フードテスト、VF、VEなど）後、経口摂取への以降が可能と判断されれば摂食・嚥下訓練プログラムを作成し、間接的、直接的訓練を開始する。
- ⑤意識レベルに応じて寒冷刺激、味覚刺激などを行う。
- ⑥口腔ケアを行う場合は、誤嚥防止のため必ず介助者が吸引をしながら行う。
- ⑦口腔乾燥がある場合は保湿剤を使用する。

◆ 急性期の特徴

- ・気管内に細菌が進入し感染を起こす可能性がある
- ・自身で口腔清掃ができない、免疫力が低下している、唾液分泌が低下しているなどにより、う蝕、歯周病など口腔疾患が進行しやすい
- ・嚥下障害があり低栄養状態に陥りやすい
- ・唾液分泌低下や口呼吸により口腔乾燥を起こしやすい
- ・ケースにより出血傾向がある

◆ 急性期における口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの目的

- ・誤嚥性肺炎の予防
- ・口腔疾患（う蝕、歯周病、口腔カンジダ症など）
- ・口腔機能の廃用予防
- ・意識状態の改善

～急性期における実施上の安全管理～

急性期では誤嚥性肺炎の予防と廃用性の嚥下機能低下予防が口腔機能リハビリテーションの主な目的となります。急性期は脳血管障害に代表されるように、全身状態が不安定な時期であり、疾患のリスク管理が重要で、脳浮腫や再発の徴候にも注意する必要があります。

口腔機能リハビリテーションの実施により、血圧変動が生じる危険もあり、脈拍、呼吸状態、発熱といったバイタルサインの確認等患者観察の徹底を図ることが大切です。

口腔機能リハビリテーションを開始するにあたり、まず意識レベルの確認が重要です。

日中覚醒していること（JCS 1桁）が必要で、意識レベルが変動しているときは意識が清明なときに行うようにします。意識レベルが低下しているときは食物を用いない基礎的訓練のみを行い、バイタルサインの経時的変化や本人の訴えに十分注意する必要があります。全身状態では、呼吸状態、循環動態、体温が安定していることが必要で、全身状態が不安定な場合は基礎的訓練のみとするか、経口摂取を慎重に開始します。

～急性期における実施上の安全管理（つづき）～

廃用性の嚥下機能低下を可能な限り予防することにより、意識が回復したときスムーズな摂食訓練が可能となります。具体的には、口唇・舌・顎の運動、咀嚼訓練等を行います。全身状態が不安定なときは、これらは仰臥位で行うこととなりますが、このとき腹部を圧迫しないような体位をとるよう注意する必要があります。急性期では口腔機能とともに、起立性低血圧等全身性の廃用症候群の予防も重要で、座位の耐久性を獲得するための理学療法を並行してすすめていきます。

軽度例に対しては始めから摂食訓練を行います。場合により基礎的訓練も併用します。重度例に対しては病態に応じたプログラムを作成し、基礎的訓練を主として行います。

特殊な場合として、人工呼吸器を使用しているケース、挿管中のケース、経腸栄養中のケース、IVH（中心静脈栄養）のケース等があります。カテーテル類が多いので、訓練時適切な体位をとることが難しい場合も多くみられます。経鼻カテーテルを使用しているケースでは訓練時にカテーテルを抜いたほうが効果的です。ギャジアップが可能であれば30から45度座位（ファラー位）で行います。座位で行うときは、予め起立性低血圧がないことを確認しておく必要があります。偶発的なカテーテルの抜去に注意し、医師、看護師との協力のもと、慎重に口腔機能リハビリテーションを実施します。

重篤な合併症として呼吸促進症候群（ARDS）があります。嘔吐した大量の胃内容物の誤嚥、胃酸を含む消化液と細菌の繁殖した食物が一気に気管内に入るとショック状態となり生命に危険を及ぼすこともありますので細心の注意が必要です。

ベッドサイドでの口腔清掃は、上気道感染防止の効果も大きいですが、全身状況や意識レベルに配慮して行う。



◆ 急性期のケアメニュー候補

表2 急性期のケアメニュー候補

急性期	認知期における障害に対するケア	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	嚥下・食道期における障害に対するケア
医師	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯科医師	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案
看護師	口腔清拭 タッピング運動(咬合訓練) 口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック)	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む) タッピング運動(咬合訓練) 口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック) 姿勢体位の確認(30度、60度、90度) 急変時の対応策 吸引器の準備	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む) タッピング運動(咬合訓練) 水飲みテスト 口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック) 姿勢体位の確認(30度、60度、90度) 急変時の対応策 吸引器の準備
看護補助者			
歯科衛生士	専門的口腔清掃、タッピング	専門的口腔清掃、タッピング	専門的口腔清掃、タッピング
管理栄養士		嚥下訓練食の提供 (水、ゼリー、ペースト)	
理学療法士	座位の確保 頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション 《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作業療法士	上肢機能強化	上肢機能強化	上肢機能強化
言語聴覚士		口ずぼめ呼吸 ストロー訓練(ブローイング) 構音訓練	口ずぼめ呼吸 発声訓練 Pushing Exercise 嚥下パターン訓練 メンデルゾーン手技
薬剤師			
保健師			
介護福祉士			
ヘルパー			
介護員			
ケアマネジャー			
家族			
その他			

注：理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

2. 回復期

◆ 目標と特徴

回復期は家庭復帰や社会復帰に向けて、ADL自立を目標に積極的なリハビリテーションが始まる時期です。

口腔機能リハビリテーションにおいては、「口から食べる」ことを目標に段階的に摂食訓練を進めていきます。そのために必要に応じて歯科的治療や義歯の調整・適合を行い、口腔清掃が自立できるよう援助していきます。

◆ ケアメニューの選び方

器質的アプローチ：口腔状態の観察

専門的口腔清掃

歯科的治療（義歯調整・適合、顎補綴等の治療）

機能的アプローチ：嚥下評価・訓練

嚥下体操

構音訓練

環境的アプローチ：座位の確保

自助具の作成

段階的嚥下食の提供

◆ ケアの手順・頻度

摂食嚥下機能の改善に向けて

①初期評価 反復唾液飲みテスト

水飲みテスト

②間接的嚥下訓練 嚥下体操

アイシング

氷なめ 他

③嚥下検査 Video-endoscopy

Video-fluorography

④直接的嚥下訓練 段階的摂食訓練

体位・食事形態

増粘剤の使用

◆ 口腔清掃の自立支援に向けて

①専門的口腔清掃

②自助具の作成、電動歯ブラシの使用

③歯科的治療

3. 維持期

◆ 目的と特徴

回復期を経て症状が安定してくる時期、あるいは後遺症として障害が固定してきた時期であり、家庭生活や社会生活での自立を支援する目的のために口腔機能回復及び維持のためのリハビリテーションです。

そのため、実施場所は居宅や施設が主で、第3者（各専門職種）によるケアサービスをきっかけとし、いかにセルフケアで対応できる量を増やせていけるかがポイントとなります。

◆ ケアメニューの選び方

- ・ 本人、家族の希望・意欲、残存能力
- ・ かかわる職種の希望・力量・テクニック
- 実施しやすさ、より多くの効果を期待できるもの

◆ ケアの手順・頻度

- ・ 実施しやすいものから順次プログラムして行く。
- ・ 他のサービス、生活リズムも考慮し無理のない頻度、効果の出る頻度を考慮すること。

～回復期・維持期の実施上の安全管理～

回復期・維持期の口腔機能リハビリテーションは、摂食訓練における窒息・誤嚥性肺炎の予防が主な目的であり、誤嚥に対する注意と誤嚥時の対応に熟知する必要があります。

脱水状態や低栄養状態が存在すると嚥下機能は低下します。特に高齢者では水分補給を十分に行い、栄養管理に注意する必要があります。ムセや咳反射の弱い人では不顕性誤嚥の可能性が高く、無気肺、誤嚥性肺炎の危険があるが、口腔清拭を十分に行っておけばたとえ少量の水を誤嚥しても危険は少なくなります。

脳血管障害例では種々の合併症があり、合併症に応じた対応が求められます。麻痺がある場合、特に顔面の知覚障害がある場合には、患側に食物残渣が残りやすいので注意が必要です。流涎（よだれ）は口唇の閉鎖不全のほか、嚥下障害の症状でもあります。構音障害がある場合、食物の口腔内処理（咀嚼、食塊形成、送り込み）が障害されていると考えたほうが良いといえます。失語症では指示が受け入れられにくいことが多く、患者自身も混乱しており食事開始時期の判断が難しいので時間をかけて患者をじっくり観察する必要があります。失行症や半側空間無視がある場合は、動作全体が不注意で、性急なために誤嚥の危険性が高く、ゆっくり食事をするように指導することが大切です。

痴呆の場合は見当識障害、判断力・理解力の低下、感情失禁、意欲・自発性の低下等があり、進行すると精神症状・問題行動を生じます。自分の能力をできるだけ多く発揮できるように誘導し、自分でできたときは誉めることが大切です。

◆ 回復期、維持期のケアメニュー候補

表3 回復期、維持期のケアメニュー候補

回復期・維持期	認知期における障害に対するケア	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身的治療(処方薬の記載)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身的治療(処方薬の記載)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身的治療(処方薬の記載)
歯 科 医 師	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置) ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練(起坐・座位・立位) 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案 口腔ケア指示	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置) 呼吸訓練 口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案 <嚥下体操(自動的)> 歯科的治療 (義歯調整・適合、顎補綴等の治療)	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置) <嚥下体操(自動的)> 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案 口腔ケア指示 歯科的治療 (義歯調整・適合、顎補綴等の治療) 寒冷刺激法(咽頭マッサージ) Shaker exercise(頭部挙上訓練)
看 護 師	<嚥下体操(自動的)> 起坐・座位・立位訓練 口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無) 口腔清掃 (義歯の清掃及び管理を含む) 口腔周囲を刺激する(頬、口唇のマッサージ)	<嚥下体操(自動的)> 段階的摂食訓練(形態、味、量) 口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無) 口腔清掃 (義歯の清掃及び管理を含む) 姿勢体位の確認 (30度、60度、90度)	<嚥下体操(自動的)> 段階的摂食訓練(形態、味、量) 寒冷刺激法or氷なめ訓練 口腔清掃 (義歯の清掃及び管理を含む) Shaker exercise(頭部挙上訓練)
看 護 補 助 者	ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練(起坐・座位・立位) 専門的口腔清掃	<嚥下体操(自動的)/ (他動的)> ①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触 専門的口腔清掃	<嚥下体操(自動的)/ (他動的・リップウイングの使用可)> ①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触 喉頭挙上(メンデルゾーン手技) 寒冷刺激法(咽頭マッサージ) 構音訓練(バ行、ガ行発音、タ・カ・ラ・テ・ト発音、母音の発音) 専門的口腔清掃
管 理 栄 養 士		食塊形成補助食調理の指示・段階的食食物性状の対応(施設の食事メニューに合わせる) 段階的食食物性状の対応	嚥下機能補助食品の調理の指示(施設の食事メニューに合わせる)
理 学 療 法 士	座位の確保 頸部・体幹機能の改善 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション 《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作 業 療 法 士	上肢機能強化 利き手交換訓練 自助具の検討 食事動作訓練	上肢機能強化 ブラッシング器具、食事器具の改良 摂食姿勢の強化	上肢機能強化 摂食姿勢の強化 Shaker exercise(頭部挙上訓練)
言 語 聴 覚 士		<嚥下体操(自動的)> 口すぼめ呼吸 ストロー訓練(ブローイング) 構音訓練	<嚥下体操(自動的)> 口すぼめ呼吸 構音訓練 Pushing Exercise 嚥下パターン訓練 喉頭挙上(メンデルゾーン手技) Shaker exercise(頭部挙上訓練)
薬 剤 師			
保 健 師			
介 護 福 祉 士	起坐・座位・立位訓練	<嚥下体操(自動的)>	<嚥下体操(自動的)>
ヘルパー			
介 護 員			
ケアマネジャー			
家 族			
そ の 他			

注：理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

注：薬剤師、保健師、介護福祉士、ヘルパー、介護員、家族が参加される場合には、医師もしくは歯科医師等の判断にもとづき選択されたメニューを、その指示のもと実施のこと。

「まきどり」を使ったブローイング訓練は、楽しく、自己評価もでき、動機づけにも有用である。



ゲームやレクリエーションをまじえながら無理なく、リハビリテーションを続けられる工夫も重要である。



4. 終末期

◆ 目的と特徴（ポイント、目指すべきゴール）

終末期の対象者の口腔状態は、他の器官の機能低下と同様に、食べる機能が全く働いていない状態等様々です。食べる機能が残存しているなら食の楽しみを味わい、また残された日々を、よりよい最期を迎えることができるよう支援することが目標となります。口腔機能リハビリテーションは、機能低下の予防から合併症の予防、口腔内に生じる様々な苦痛の除去等を主として行います。対象者の全身状態と状況等を理解した上で、どのような看取りを望むのか家族の考えを聞き、医療スタッフと密な連携を取りながらケアの方向性を明らかにしていくことが大切です。

◆ ケアメニューの選び方

- ①事前情報収集（全身状態・口腔状態・日常生活自立度・摂食状況・医師、歯科医師の確認と指示等）
- ②現場での情報収集（全身状態・口腔状態の確認・本人、家族の要望の確認）
- ③問題点を選定、ケアカンファレンスとケアプラン作成、実施時、全身状態を考慮して行う。

◆ 内容

- ・基本メニュー（呼吸訓練・顎部のリラクゼーション・口唇運動・舌の運動・顎の運動・ブローイング）
- ・選択メニュー（診断・評価・判断・全身的治療・リスク管理・口腔機能評価・全身状態観察・口唇状態観察・口腔ケア・口腔清拭・口腔清掃・義歯清掃・アイスマッサージまたは氷なめ訓練・タッピング運動・咀嚼訓練）
- ・独自メニュー（ボール投げ、ボール潰し）

◆ ケアの手順・頻度

口腔ケア実施の手順

- ①説明・同意
- ②体位確保
- ③準備
- ④口腔ケア実施 清掃方法（洗口法・洗浄法・清拭法・歯磨き法）毎食後
- ⑤後始末

※注意事項

実施時は、全身状態（日常生活自立度、ADLの状況）や口腔の観察を十分行う。又、歯磨きの自立度のレベルに対応した歯磨きを行い、苦痛を与えず、清涼感を与えるものでなくてはならない。

◆ その他

- ・口腔乾燥のある時、出血や痛みを伴うことが多く、歯磨きを行う前に口腔清拭を行い、湿らせて行うことが大切である。
- ・舌、粘膜に喀痰等がこびりついている時は柔らかいブラシや、含嗽薬、消毒薬を使い清拭する。
- ・通常、歯磨きは食後に行うが、嚥下障害のある場合は摂食機能を高めるため、基本メニュー・アイスマッサージは食前に実施すると効果的である。
- ・嚥下障害のある人は、わずかな水分や唾液で誤嚥を招きやすいので、座位側臥位が望ましく、喀出できないときは、ガーゼ、綿花、吸引器を使用する。
- ・急変時の対応策として吸引器を準備する。

◆ 終末期のケアメニュー候補

表4 終末期のケアメニュー候補

終末期	認知期における障害に対するケア	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	嚥下・食道期における障害に対するケア
医師	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等) 全身の治療(処方薬の記載) リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯科医師	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案	口腔ケア指示 口腔機能評価と疾病治療 訓練プログラムの立案
看護師	口腔清拭 タッピング運動(咬合訓練) 全身状態チェック 覚醒状態チェック 口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック) 冷たいスープを唇舌に触れさせ、味覚を楽しむ 急変時の対応策 吸引器の準備 廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む) タッピング運動(咬合訓練) 咀嚼障害のための咀嚼訓練(形、味付け、量) 嚥下しやすい量を少量ずつ与える 食品の味付け(味覚を楽しむ) 姿勢体位の確認(30度、60度、90度) 急変時の対応策 吸引器の準備 廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	口腔清拭(義歯の清掃及び管理を含む) タッピング運動(咬合訓練) 嚥下障害のための嚥下訓練(形、味付け、量) 姿勢体位の確認(30度、60度、90度) アイスマッサージor氷なめ訓練 急変時の対応策 吸引器の準備 廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)
看護補助者			
歯科衛生士	専門的口腔清掃	専門的口腔清掃	専門的口腔清掃
管理栄養士		食べやすい食事の提供 (施設の食事メニュー合わせる)	食べやすい食事の提供 (施設の食事メニュー合わせる)
理学療法士	座位の確保 頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション	頸部・体幹機能の改善 関節可動域訓練(頸部・体幹) 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション 《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作業療法士	上肢機能強化	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化
言語聴覚士			
薬剤師			
保健師			
介護福祉士			
ヘルパー			
介護員			
ケアマネジャー			
家族			
その他			

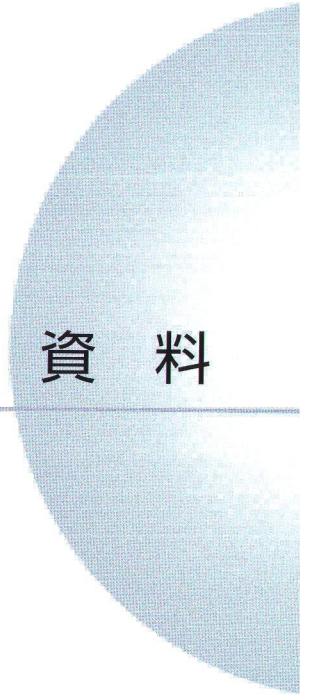
注：理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

～終末期の実施上の安全管理～

終末期では口腔内の爽快感、食の楽しみを可能な限り維持することが口腔機能リハビリテーションの主な目的となります。衰弱・体力低下に対する全身的な対応と、全身状態不安定や低下に伴う嚥下機能低下への対応が求められます。全身状態は日々変化することがあり、きめ細かに病態を把握するとともに、IVH(中心静脈栄養)や経腸栄養等補助栄養の併用も考慮する必要が生じます。またこの時期には生体の防御機構も低下しているので、誤嚥により誤嚥性肺炎や無気肺をおこしやすく特に注意が必要です。

急性期とも共通するが、気管内挿管や気管切開の患者では、口腔内に分泌物が溜まりやすく生理的な自浄作用も低下しており、細菌の繁殖を起こしやすく肺炎の原因となります。意識障害があることが多く、嚥下や痰の咯出ができない状態にあるので、口腔清拭を行うことにより口腔内をできるだけ清潔に保ち、肺炎を予防することが重要です。具体的には口腔清拭、口唇・舌・口の開閉、アイスマッサージ等を行います。痰の吸引は安全に苦しくないように行い、吸引直前は注意深く患者を観察し落ち着いてから始める等配慮することが大切です。

参 考 资 料



平成15年度調査研究の結果から

口腔清掃の改善と発熱の減少

口腔清掃状態が「良い」者の割合は、急性期では0.0%から10.3%へ、回復期と維持期では18.9%から27.7%へと増加し（図9）、発熱の状況についても同様に、「発熱なし」の割合が、急性期では24.1%から44.8%へ、回復期と維持期では66.2%から72.3%に、それぞれ増加した（図10）。（発熱日数は、回復期・維持期では「口腔機能等評価票記入日以前1ヵ月間の発熱日数」、急性期・終末期では「口腔機能等評価票記入日以前1週間の発熱日数」として測定）

図9 口腔清掃度

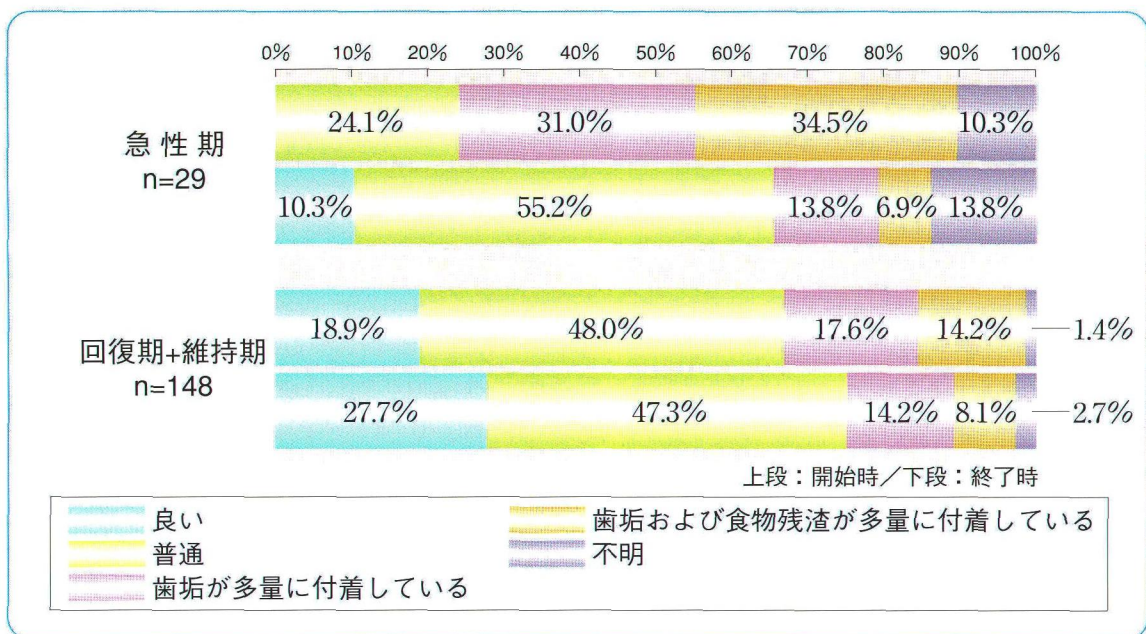
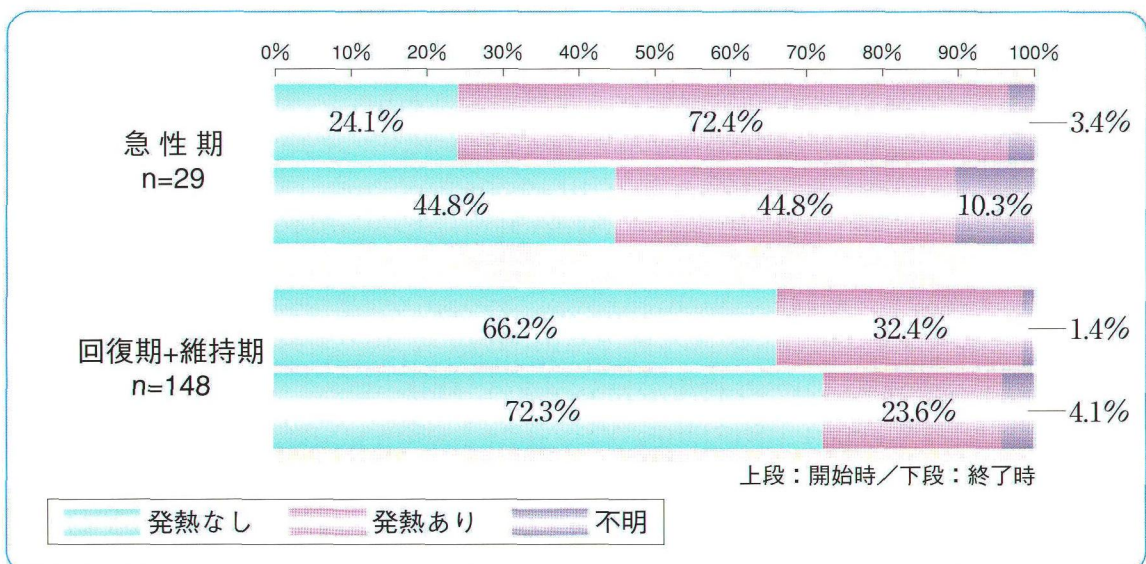


図10 発熱の状況



口唇運動の改善と食事内容の改善

口唇運動については、「口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる」割合をみると、急性期では10.3%から20.7%へ、回復期と維持期の和では22.3%から34.5%へと、それぞれ増加した（図11）。また食事内容（経口）も、急性期では副食が「普通」の割合は0%のままであったが軟食の割合が増加し、回復期と維持期の和では副食が「普通」の割合が24.3%から26.4%に増加した（図12）。

図11 口唇運動

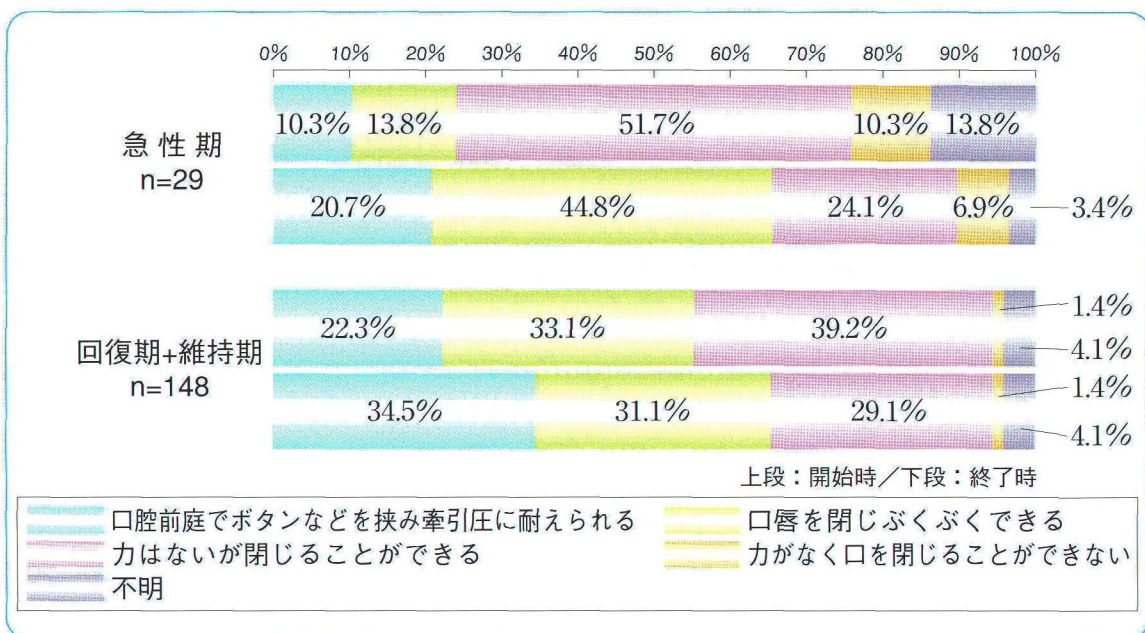


図12 食事内容（経口—副食）

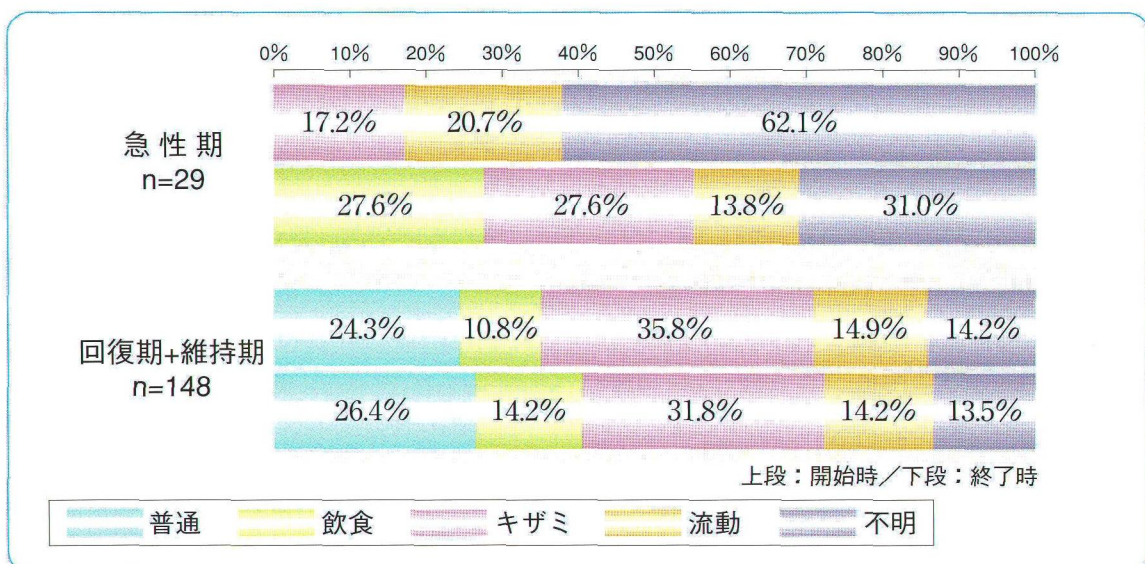


表5 「口腔機能等評価票」による評価結果

種類	評価項目	カテゴリ	開始	終了	変化率	検定
全身	体重 (kg)	(平均値)	46.9	46.4	-1.07	
全身	握力 (右) (kg)	(平均値)	7.7	8.3	7.79	
全身	握力 (左) (kg)	(平均値)	5.8	6.4	10.34	* .024
全身	障害老人の日常生活自立度	-	-	-	-	
全身	痴呆性老人の日常生活自立度	-	-	-	-	
全身	要介護度	-	-	-	-	
全身	A D L (Barthel Index)	(平均値)	26.5	25.1	-5.28	
全身	発熱日数なしの割合	-	66.2	72.3	9.21	
機能・状態	麻痺の有無	麻痺あり	58.6	62.1	5.97	
機能・状態	拘縮の有無	拘縮あり	39.2	37.8	-3.57	
機能・状態	認知期における障害の有無	認知期における障害あり	18.2	15.5	-14.84	
機能・状態	咀嚼・口腔期における障害の有無	咀嚼・口腔期における障害あり	62.8	55.4	-11.78	* .039
機能・状態	嚥下・食道期における障害の有無	嚥下・食道期における障害あり	62.2	55.4	-10.93	
機能・状態	嚥下障害グレード	正常の摂食嚥下能力	16.9	18.2	7.69	
機能・状態	巻き鳥テスト	3本	22.3	39.2	75.78	** .000
機能・状態	欠損補綴の状況	義歯が必要だが使用していない	34.5	29.1	-15.65	* .012
機能・状態	義歯の状況	問題がある	29.1	21.6	-25.77	** .001
機能・状態	口腔軟組織の状況	特に問題はない	83.8	84.5	0.84	
機能・状態	B D R 指数 (歯磨き)	自分では磨かない	22.3	19.6	-12.11	
機能・状態	B D R 指数 (義歯装着)	自分で脱着できない	10.8	10.8	0.00	** .001
機能・状態	B D R 指数 (うがい)	口に含むこともできない	27.0	21.6	-20.00	
活動	口腔清掃の回数	週3回以上	34.5	43.2	25.22	** .000
活動	口腔清掃度	良い、普通の割合	66.9	75.0	12.1	** .000
機能・状態	舌苔量	1度	52.7	66.2	25.62	** .000
機能・状態	口臭	なし	56.8	68.2	20.07	** .000
機能・状態	唾液湿潤度	正常	57.4	60.8	5.92	
機能・状態	歯科治療の必要度	治療の必要性なし	46.6	52	11.59	* .013
機能・状態	改訂水飲みテスト	嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嗝声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能	29.1	32.4	11.34	** .009

種類	評価項目	カテゴリ	開始	終了	変化率	検定
機能・状態	フードテスト（嚥下障害）	嚥下障害なし	63.5	71.6	12.76	** .003
機能・状態	フードテスト（むせ）	むせなし	64.2	71.6	11.53	** .008
機能・状態	フードテスト（口腔内残留）	口腔内残留なし	57.4	68.2	18.82	** .000
機能・状態	咀嚼の状況（スープ、流動食）	食べられる	80.4	85.8	6.72	
機能・状態	咀嚼の状況（おかゆ、豆腐他）	食べられる	83.8	86.5	3.22	
機能・状態	咀嚼の状況（ごはん、煮物他）	食べられる	58.8	63.5	7.99	* .013
機能・状態	咀嚼の状況（おこわ、ハム他）	食べられる	43.2	48.0	11.11	
機能・状態	咀嚼の状況（酢だこ、せんべい他）	食べられる	26.4	29.1	10.23	
機能・状態	舌運動	前方・左右の方向にしっかり動かせる	54.7	60.1	9.87	* .031
機能・状態	頬運動	強く動かすことができる	29.7	35.1	18.18	** .002
機能・状態	口唇運動	口唇前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる	22.3	34.5	54.71	** .000
機能・状態	下顎運動	前後・左右・上下に力強く動かす	34.5	37.8	9.57	* .035
機能・状態	軟口蓋運動	アーと発音した時左右同時に動く	48.6	59.5	22.43	** .000
機能・状態	会話の明瞭度	全部わかる、時々分からない言葉がある	0.608	0.655	7.73	** .009
機能・状態	食事の自立度	全介助	25.7	21.6	-15.95	** .001
活動	食事時間	30分以上	23.6	18.9	-19.92	
機能・状態	食事量・食事内容（経口-主食）	普通食	31.1	34.5	10.93	* .049
機能・状態	食事量・食事内容（経口-副食）	普通	24.3	26.4	8.64	* .043
機能・状態	食事量・食事内容（経管）	経管なし	76.4	77.0	0.79	
機能・状態	食事量・食事内容（点滴）	なし	90.5	89.9	-0.66	
機能・状態	食事の姿勢	座位	83.1	82.4	-0.84	
機能・状態	味覚の異常	なし	62.8	65.5	4.30	
全身	心理的状況	(平均値)	2.16	1.93	-10.65	

注1：「検定」には、対応のある2群間における名義尺度に関する項目ではMcNemar検定、間隔尺度の項目では符号検定、また量的変数では対応のあるt検定をそれぞれ用いた。なお「*」は両側検定により5%水準、「**」は1%水準で有意差が認められたことを表している（「検定」欄にp値を示した）。

注2：変化率は、開始時、終了時の項目別割合の差が開始時点の回答割合に占める値（%）を表している。

口腔機能改善推進委員会

委員名簿

委員長	新庄 文明	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
副委員長	植田耕一郎	新潟大学大学院医歯学総合研究科助教授
委員	松坂 誠應	長崎大学医学部保健学科教授
委員	山本 和儀	帝京平成大学健康メディカル学部理学療法学科教授
委員	岸 明宏	広島県・加計町国保病院管理者
委員	南 温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長
委員	中田 和明	兵庫県・村岡町国保兎塚歯科診療所長
委員	奥山 秀樹	長野県・佐久市立国保浅間総合病院歯科口腔外科医長
委員	三上 隆浩	島根県・頓原町国保頓原病院歯科口腔外科部長
委員	木村 年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長
委員	佐々木勝忠	岩手県・衣川村国保衣川歯科診療所長
委員	林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
委員	倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部技師長
委員	大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科係長
委員	池場 妙子	岐阜県・郡上市国保和良病院看護師
委員	尾崎 妙子	愛媛県・中山町国保直営歯科診療所歯科衛生士
委員	玉井 文子	滋賀県・公立甲賀病院主任歯科衛生士

書 名 口腔機能リハビリテーションの
普及に向けた実践マニュアル

発 行 平成16年3月31日

発 行 者 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014東京都千代田区永田町一丁目11番35号
TEL：03-3597-9980 FAX：03-3597-9986
E-mail office@kokushinkyō.or.jp

印刷・製本 中和印刷株式会社

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると著作権・出版権の侵害に
なることがありますのでご注意ください。

