

問10 意識障害者の現在の状態(1ヵ月以内)について、あてはまる番号に○をつけてください。

1) 意識の状態

1. 声かけしても外見的にはほとんど反応は見られない
2. 声かけにより表情が変化する、または体の一部が動く(指先を動かすなど)
3. 手を握ってくださいなどの簡単な指示に応じるときがある
4. 声かけにより声を出すことがある
5. 声かけに対して言葉を発して答える
6. その他 ( )

2) コミュニケーション

1. 外見的には意思の表出はほとんど見られない
2. 表情の変化、まばたき、指を動かす、手を握るなどのサインにより意思を表出する
3. 声をだすことにより意思を表出する
4. 文字盤やトーキングエイド、筆談、パソコン(ワープロ)などを使用して意思を表出する
5. 言葉で意思を表出する
6. その他 ( )

3) 運動

1. 自分で体を動かすことはほとんどない
2. 刺激により指や手足などが動くことがある
3. 体の一部(指や手足など)を自分で動かすことができる
4. 手足を自分で動かすことができるが、移動には全介助が必要である
5. 手足を自分で動かすことができるが、移動には半介助が必要である
6. その他 ( )

4) 排泄

1. 尿カテーテルを使用しているので、尿意があるかわからない
2. 尿意や便意を自分で知らせることはほとんどなく、オムツを使用している
3. 尿意や便意を知らせることはないが、尿器や便器を入れると排泄する
4. 排尿や排便時に発声または表情の変化などが見られる
5. 言語または何らかのサインで尿意や便意を知らせることができる
6. その他 ( )

5) 呼吸

1. 普通に呼吸している
2. 気管切開している(のどに穴をあけている)
3. 人工呼吸器をつけている
4. 酸素吸入している
5. その他 ( )

6) 栄養摂取方法

1. 経口摂取のみ(口から食べる)
2. 経口摂取と経管栄養
3. 経管栄養のみ
4. その他(例:点滴のみなど)

**6-1 経口摂取されている方にお伺いします。**

1. 嚥下の状態

- |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ほとんどむせることなく何でも飲み込める<br>2. 軟食・ペースト状ならむせないが、水分はむせることがある<br>3. とろみやゼリー状ならむせないが、軟食・ペースト状はむせることがある<br>4. とろみやゼリー状でもむせることが多い<br>5. その他 ( ) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. 一回の食事時間

- |          |             |              |
|----------|-------------|--------------|
| 1. 15分以内 | 2. 15～30分以内 | 3. 30分～1時間以内 |
| 4. 1時間以上 | 5. その他 ( )  |              |

**6-2 経管栄養の方にお伺いします。**

1. 栄養チューブの種類

- |         |           |            |
|---------|-----------|------------|
| 1. 鼻腔栄養 | 2. 胃(腸)ろう | 3. その他 ( ) |
|---------|-----------|------------|

2. 一日の摂取カロリー

( ) kcal/日

問11 身長および体重をご記入ください(おおよその目安でも結構です)。

身長 ( ) cm、体重 ( ) kg

問12 褥瘡(床ずれ)について、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. 一度もできたことがない                  | 2. 現在はないが入院(入所)中にできたことがある       |
| 3. 現在はないが在宅療養を始めてからできたことがある     |                                 |
| 4. 現在はないが入院(入所)中、在宅療養でもできたことがある |                                 |
| 5. 現在できている→<部位>                 | 1 頭部 2 肩甲骨 3 肘関節(ひじ) 4 仙骨部(おしり) |
|                                 | 5 踵部(かかと) 6 その他 ( )             |

問13 過去1ヵ月以内の平均的な介護について、( )内に数字を記入し、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1) 吸引

日中～夜間 (6:00～23:00)	1. ほとんど吸引しない(必要がない) 2. 日中から夜間にかけて1回くらい 3. 1時間に1回未満 4. 1時間に1～3回 5. 1時間に4～9回 6. 1時間に10回以上	1. 主介護者 2. 副介護者 3. 看護師 4. ホームヘルパー 5. その他 ( )
深夜 (23:00～6:00)	1. ほとんど吸引しない(必要がない) 2. 深夜に1回くらい 3. 1時間に1回未満 4. 1時間に1～3回 5. 1時間に4～9回 6. 1時間に10回以上	1. 主介護者 2. 副介護者 3. 看護師 4. ホームヘルパー 5. その他 ( )

2) 排泄介助

日中～夜間 (6:00～23:00)	尿の回数 ( ) 回	1. 介助でトイレに行く 3. 尿器・便器 5. 尿カテーテル	2. ポータブルトイレ 4. オムツ・尿パッド 6. その他( )
深夜 (23:00～6:00)	尿の回数 ( ) 回	1. 介助でトイレに行く 3. 尿器・便器 5. 尿カテーテル	2. ポータブルトイレ 4. オムツ・尿パッド 6. その他( )
便の回数 ( ) 日に1回		1. 自然 5. その他( )	2. 緩下剤 3. 浣腸 4. 摘便

3) 体位変換

日中～夜間 (6:00～23:00)	1. 1時間に一回 4. 日中から夜間に一回くらい	2. 2～3時間に一回 5. ほとんど行っていない	3. 4～5時間に一回
深夜 (23:00～6:00)	1. 1時間に一回 4. 深夜に一回くらい	2. 2～3時間に一回 5. ほとんど行っていない	3. 4～5時間に一回

4) 清潔ケア

入浴 (シャワー浴)	週 ( ) 回 月 ( ) 回	1. 主介護者 4. ホームヘルパー	2. 副介護者 5. 訪問入浴	3. 看護師 6. その他( )
全身の清拭	週 ( ) 回	1. 主介護者 4. ホームヘルパー	2. 副介護者 5. その他( )	3. 看護師

問 14 介護を行う中で、最も身体的な負担が大きいと思われるケアを3つ記入してください。

(例: 1 体位変換、2 吸引、3 外出など)

1	2	3
---	---	---

問 15 介護の実態について、あてはまる番号一つに○をつけてください。

<p>1. ほとんど常時だれかが側にいる必要がある</p> <p>2. 30分くらいなら不在(意識障害者を一人にする)にしても支障はない</p> <p>3. 1～2時間くらいなら不在(意識障害者を一人にする)にしても支障はない</p> <p>4. 3時間くらいなら不在(意識障害者を一人にする)にしても支障はない</p> <p>5. その他( )</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

↓ [15-1] 「1. ほとんど常時だれかが側にいる必要がある」方はその理由(あてはまる番号すべてに○)

<p>1. 頻回に痰の吸引が必要だから</p> <p>2. けいれん発作を起こすから</p> <p>3. 呼吸の状態が悪くなるときがあるから</p> <p>4. 特別に症状があるわけではないが心配だから</p> <p>5. 意識障害者からのわずかなサイン(意思表示)を見のがしたくないから</p> <p>6. その他( )</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

問 16 現在持っている障害者手帳の種類と等級に○をつけ、交付日をご記入ください。

身体障害者手帳	1種（1級・2級・3級以上）	昭和・平成（ ）年（ ）月（ ）日
療育手帳	Aクラス ・ Bクラス	昭和・平成（ ）年（ ）月（ ）日
その他（ ）		

問 17 受給している年金と手当について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

年金	1. なにももらっていない 2. 障害基礎年金（国民年金） 3. 障害年金（厚生年金・共済年金） 4. 労災年金 5. 老齢年金 6. その他（ ）
手当	1. なにももらっていない 2. 特別障害者手当 3. 特別児童扶養手当 4. 障害者福祉手当 5. 自動車事故対策機構介護料 6. 特別障害給付金 7. その他（ ）

問 18 現在利用している制度と、あてはまる障害等級に○をつけてください。

介護保険法	1. 要介護5 2. 要介護4 3. 要介護3 4. 要介護2 5. その他（ ）
障害者自立支援法	1. 障害区分6 2. 障害区分5 3. 障害区分4 4. 障害区分3 5. その他（ ）
労災補償法	その他の制度（ ）

問 19 平成 19 年 1 月 1 日現在、利用している医療・福祉サービスについて教えてください。

**訪問サービス**

1. 訪問診療（かかりつけ医）	週（ ）回、月（ ）回
2. 訪問看護（看護師）	週（ ）回、月（ ）回
3. 訪問リハビリ（理学・作業療法士など）	週（ ）回、月（ ）回
4. ホームヘルプ （介護保険）	身体介護 週（ ）時間、月（ ）時間 生活援助 週（ ）時間、月（ ）時間
5. ホームヘルプ （障害者自立支援法）	居宅介護 週（ ）時間、月（ ）時間 重度訪問介護 週（ ）時間、月（ ）時間
6. 移動介護（ガイドヘルプ）	週（ ）時間、月（ ）時間
7. 訪問入浴	週（ ）回、月（ ）回
8. その他（ ）	週（ ）時間、月（ ）時間

\* 公的サービス以外に利用されている方（例：有償ヘルパーなど）は、その他（ ）にご記入ください。

## 通所サービス

9. (介護保険)	通所介護・デイサービス 通所リハビリ・デイケア	週 ( ) 回、	月 ( ) 回
		週 ( ) 回、	月 ( ) 回
10. (障害者自立支援法)	生活介護・デイサービス 療養介護・通所リハビリ施設・デイケア	週 ( ) 回、	月 ( ) 回
		週 ( ) 回、	月 ( ) 回
11. その他 ( )		週 ( ) 回、	月 ( ) 回

問20 以下の質問は、サービスを利用している項目のみお答えください。

1) 訪問診療 (かかりつけ医) は何科の医師 (病院) ですか。(あてはまる番号すべてに○)

- |                     |         |         |       |          |
|---------------------|---------|---------|-------|----------|
| 1. 脳神経外科            | 2. 神経内科 | 3. 一般外科 | 4. 内科 | 5. リハビリ科 |
| 6. 歯科    7. その他 ( ) |         |         |       |          |

2) 現在どのような訪問看護のサービスを受けていますか。(あてはまる番号すべてに○)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 健康状態の把握 (体温・血圧測定など) | 2. 医療機器の管理 (人工呼吸器・酸素など) |
| 3. 注射・点滴               | 4. 褥瘡の処置                |
| 5. 浣腸                  | 6. 栄養チューブの交換            |
| 7. 尿カテーテルの交換           | 8. 吸引                   |
| 9. 口腔ケア                | 10. 摂食嚥下訓練              |
| 11. 関節運動               | 12. 座位訓練                |
| 13. 身体の清拭              | 14. 入浴介助                |
| 15. 食事介助               | 16. 排泄介助                |
| 17. 体位変換               | 18. 薬の説明                |
| 19. 病状に対する相談           | 20. 介護の相談               |
| 21. 福祉制度の相談            | 22. 経済面の相談              |
| 23. 福祉用具・住宅改修の相談       |                         |
| 24. その他 ( )            |                         |

3) 現在どのような訪問リハビリのサービスを受けていますか。(あてはまる番号すべてに○)

- |            |         |         |         |           |
|------------|---------|---------|---------|-----------|
| 1. 関節運動    | 2. 座位訓練 | 3. 立位訓練 | 4. 呼吸訓練 | 5. 摂食嚥下訓練 |
| 6. 発声・発語訓練 |         |         |         |           |
| 7. その他 ( ) |         |         |         |           |

4) 現在どのようなホームヘルプのサービスを受けていますか。(あてはまる番号すべてに○)

- |                |                        |            |           |          |
|----------------|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. 吸引          | 2. 口腔ケア                | 3. 摂食嚥下訓練  | 4. 関節運動   | 5. 身体の清拭 |
| 6. 入浴介助        | 7. 調理                  | 8. 経管栄養の準備 | 9. 食事介助   | 10. 排泄介助 |
| 11. 体位変換       | 12. 家事援助 (掃除・洗濯・買い物など) |            | 13. 介護の相談 |          |
| 14. 意識障害者の外出支援 |                        |            |           |          |
| 15. その他 ( )    |                        |            |           |          |

問21 ショートステイについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| 1. 定期的に利用している → 年 ( ) 回、計 ( ) 日間くらい            |
| 2. 非定期的 (ときどき) 利用する                            |
| 3. 以前に利用したことはあるが今は利用していない      4. 一度も利用したことはない |
| 5. その他 ( )                                     |



21.1 現在ショートステイを利用していない方はその理由 (あてはまる番号すべてに○)

- |                             |                                          |
|-----------------------------|------------------------------------------|
| 1. 近くに利用できる病院や施設がない         | 2. 予約がとりにくい (ベッドに空きが少ない)                 |
| 3. 安心して預けられる病院や施設がない        | 4. 利用期間が短い                               |
| 5. 費用が高い                    | 6. 十分なケアが受けられない (寝かせきりにされるなど)            |
| 7. 緊急時の対応がない                | 8. 医療的なケアが多いからと断られる                      |
| 9. 昼間に通所している所がショートステイをしていない | 10. 以前入所した時に十分なケアが受けられず意識障害者の身体の状態が悪くなった |
| 11. 職員の意識障害者に対する理解が少ない      | 12. 前例がないと断られる                           |
| 13. 利用に関する手続きがわからない         | 14. その他 ( )                              |

問22 医療・福祉サービスの満足度について、あてはまる番号一つに○をつけてください。また、「満足でない」方は ( ) 内にその理由を記入してください。

1. 訪問診療	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
2. 訪問看護	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
3. 訪問リハビリ	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
4. 身体介護 / 居宅介護 (ホームヘルプ)	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
5. 生活援助 / 重度訪問 介護 (ホームヘルプ)	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
6. 移動介護	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
7. 訪問入浴	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
8. 通所介護 / 生活介護 / デイサービス	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
9. 通所リハビリ・デイケア/ 療養介護・通所リハビリ施設	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )
10. ショートステイ	1 非常に満足 2 まあ満足 3 あまり満足でない 4 まったく満足でない ( )

問23 1ヵ月の平均的な総介護費用はどのくらいですか。

(例: 医療・福祉サービス利用時の一部負担金、オムツ代、ガーゼなどの衛生材料の購入費など)

1. 1万円未満	2. 1~3万円未満	3. 3~5万円未満	4. 5~10万円未満
5. 10万円以上	6. その他 ( )		

問24 家計に占める総介護費用の負担の程度について教えてください。

1. 非常に負担である	2. まあ負担である	3. あまり負担ではない
4. まったく負担ではない		

問25 在宅介護を継続するために必要なサービスについて、あてはまる段階に○をつけて下さい。

(\*現在実施されていないが、今後期待されるサービスも含めています)

	非常に必要	まあ必要	あまり必要 ない	まったく必要 ない
1. 定期的な介護力 (マンパワー) の確保	3	2	1	0
2. 医療的なケアの多い人が通える施設 (メディカル・デイケア)	3	2	1	0
3. 24時間利用可能なホームヘルプ	3	2	1	0
4. 長時間の訪問介護 (身体介護)	3	2	1	0
5. 通所しているデイケアとショートステイの継続介護	3	2	1	0
6. 介護者の外出時の留守番 (介護) サービス	3	2	1	0
7. 主介護者の長期不在中の在宅介護サービス	3	2	1	0
8. 意識障害者の緊急時に対応してくれる病院	3	2	1	0
9. 介護者 (家族) の緊急時に入所可能なショートステイ	3	2	1	0
10. 長期間利用可能な病院・施設 (1ヵ月以上)	3	2	1	0
11. 介護者 (家族) 亡き後に意識障害者が入所できる施設の設置	3	2	1	0
12. 専門的な治療・リハビリ・研究などを行う病院・施設の設置	3	2	1	0
13. 介護者の精神的なサポートシステム	3	2	1	0
14. 制度やサービス内容などに関わる専門的な相談員の設置	3	2	1	0
15. 意識障害患者への情報システムづくり	3	2	1	0
16. 意識障害者における社会参加の拡大支援サービス	3	2	1	0
17. 行政への相談や書類提出などの代行サービス	3	2	1	0

問26 上記サービス中で、最も必要だと思うものを上から順に3つ記入してください。

1 ( )	2 ( )	3 ( )
-------	-------	-------

問27 その他、必要だと思われるサービスがありましたらご記入ください。

--

問 28 **障害者自立支援法**を利用されている方にお伺いします。

1) 2006年10月以降、ホームヘルプの時間数に変更はありましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 変更なかった 2. 居宅介護 3. 重度訪問介護 4. 移動介護 5. その他 ( )

2) 行政(市町村)は重度障害者等包括支援の準備をしていましたか。

1. 準備できていた 2. 準備中だった 3. まったく準備していなかった  
4. その他 ( )

3) 障害者自立支援法に関して、行政(市町村)からの説明はありましたか。

1. 十分に説明を受けた 2. 少し説明を受けた 3. ほとんど説明されなかった  
4. まったく説明されなかった 5. その他 ( )

4) 説明により障害者自立支援法は理解できましたか。

1. 十分に理解できた 2. 少し理解できた 3. ほとんど理解できなかった  
4. まったく理解できなかった 5. その他 ( )

5) サービスを提供する事業所とはすぐに契約できましたか。

1. すぐに契約できた 2. 何箇所かに断られたが現在は契約できた  
3. 何箇所かに断られまだ契約できていない 4. 事業所自体なかなか見つからない  
5. 事業所は探していない  
6. その他 ( )



**5-1** 事業所に断られたことがある方はその理由(あてはまる番号すべてに○)

1. 吸引・経管栄養など医療行為が多いから  
2. 住居地が遠い(事業所から距離が離れている)  
3. 重度包括等支援ではヘルパーの単価が減額になったから  
4. その他 ( )

6) 事業所から派遣されるホームヘルパーは意識障害者の吸引を行いますか。

1. 意識障害者の状態に応じて吸引する  
2. 依頼すれば吸引するが、技術的に安心して任せられない  
3. 依頼しても吸引は拒否される(ヘルパー自身が嫌がる、怖がる)  
4. 契約上で吸引しないことになっている 5. 吸引の必要がないので依頼したことはない  
6. その他 ( )

7) 障害者自立支援法による一部負担金を教えてください。

月額 ( ) 円





問34 精神的に支援してくれる人はだれですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |                |             |          |            |            |
|----------------|-------------|----------|------------|------------|
| 1. だれもない       | 2. 医師       | 3. 看護師   | 4. ケアマネジャー | 5. ホームヘルパー |
| 6. 医療ソーシャルワーカー | 7. 理学・作業療法士 | 8. 行政の窓口 |            |            |
| 9. その他 ( )     |             |          |            |            |

問35 これまで在宅介護を継続できた要因について教えてください(あてはまる番号すべてに○)

- |                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 意識障害者が生きていること、障害者の存在自体に支えられたから          |
| 2. 他の家族の支えがあった、家族の協力体制が得られたから              |
| 3. すぐに相談できる医師や訪問看護師などがいたから                 |
| 4. 近隣の人や家族会など周囲の支援があったから                   |
| 5. 意識障害者に明らかな回復が見られなくても、介護者の思いは伝わっていると思うから |
| 6. 意識障害者がわずかながら回復しているから                    |
| 7. とにかく介護しなければならぬ状況だった                     |
| 8. 家族の介護に加え、医療・福祉サービスが利用できたので介護負担が軽減された    |
| 9. その他 (ご自由にお書きください)                       |

問36 下記の各項目のように思うことが、過去1カ月の間にどれくらいありましたか。あてはまる番号一つに○をつけてください。

1) 介護のために自分の時間が十分にとれない。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

2) 介護のために自由に外出できない。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

3) 介護をしていて何もかもいやになってしまう。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

4) 介護を誰かにまかせてしまいたい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

5) 介護をしていてもやりがいを感じられずつらい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

6) 介護をすることの意味を見いだせずつらい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

7) 介護をしていて体の痛みを感じる。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

8) 介護のために自分の健康をそこなった。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

9) 患者さんが介護サービスを嫌がるので困る。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

10) 介護サービスが家に入ってくるのが負担である。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

11) 全体的に見て、介護は自分にとってどのくらい負担であると思いますか。

負担 ではない	少し負担 である	やや負担 である	かなり負担 である	非常に負担 である
0	1	2	3	4

問37 各項目の中で、もっともよくあてはまるとされる段階一つに○をつけてください。

\*研究用に広く使用されている質問をそのまま記載しました。

質問の内容が介護者の今の状態に当てはまらない、また失礼な表現もあるかと思いますがご了承ください。

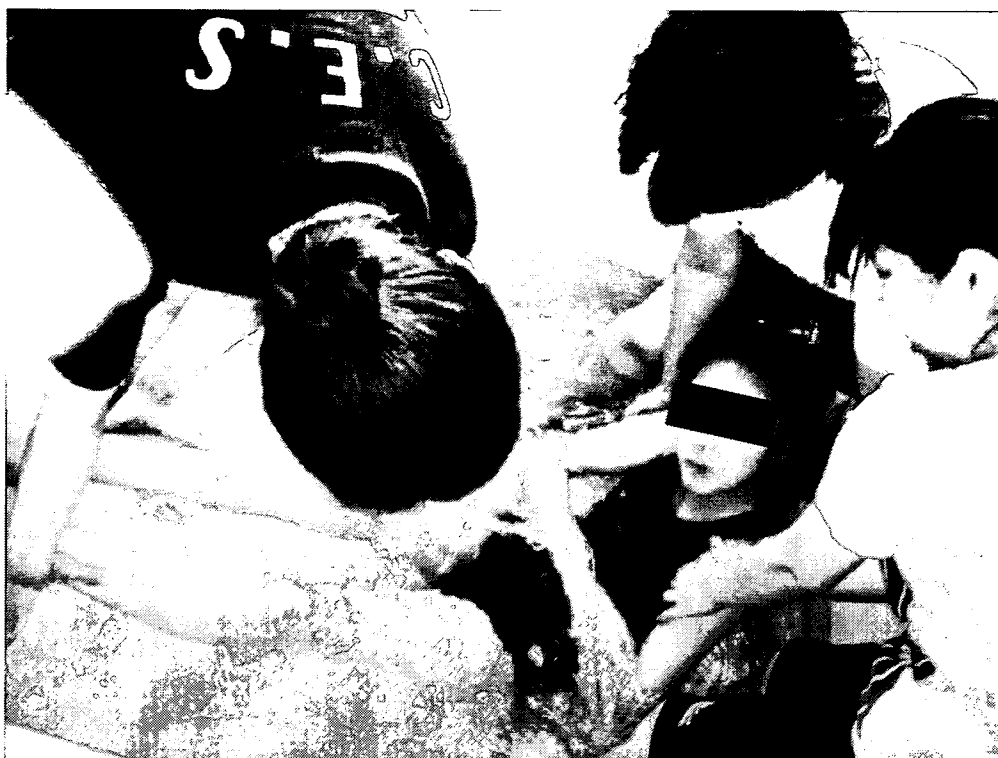
	ないか たまたまに	ときどき	かなりのあいだ	ほとんどいつも
1 気が沈んで憂うつだ	1	2	3	4
2 朝方はいちばん気分がよい	4	3	2	1
3 泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4
4 夜よく眠れない	1	2	3	4
5 食欲はふつうだ	4	3	2	1
6 異性に対する関心がある	4	3	2	1
7 やせてきたことに気がつく	1	2	3	4
8 便秘している	1	2	3	4
9 ふだんよりも動悸がする	1	2	3	4
10 何となく疲れる	1	2	3	4
11 気持ちは、いつもさっぱりしている	4	3	2	1
12 いつもとかわりなく仕事をやれる	4	3	2	1
13 落ち着かず、じっとしてられない	1	2	3	4
14 将来に希望がある	4	3	2	1
15 いつもよりいらいらする	1	2	3	4
16 たやすく決断できる	4	3	2	1
17 役に立つ、働ける人間だと思う	4	3	2	1
18 生活は、かなり充実している	4	3	2	1
19 自分が死んだほうが、ほかの者は楽に暮らせると思う	1	2	3	4
20 日頃していることに満足している	4	3	2	1



### 資料3 ムーブメントプログラム 温浴刺激看護療法

- ① バランス感覚の獲得
- ② ROM

①



②



## 温浴刺激看護療法



## ムーブメント・床運動

- ③ 寝返りと起き上がりの獲得
- ④ 膝行姿勢の獲得
- ⑤ 膝行での移動獲得

③



④



⑤



## ムーブメント トランポリンとバランスボール

⑥ 揺れの抑制、バランス平衡感覚の獲得

⑦ 座位姿勢の獲得

⑥



⑦





## ムーブメント・バーレッスン

### ⑧ バランス・立位姿勢の獲得



## ムーブメント ループループ

拘縮解除と肘関節の挙上訓練

⑨



## 資料4 腹臥位療法 腰背部微振動



## 資料5 口腔機能向上のためのエクササイズ

— 嚥下・咀嚼機能向上を目的にした訓練 —

⑨ バルーンストレッチ(刺激)

⑩ 口輪筋のストレッチ

⑩



⑪

