

第2章

経口維持加算 算定のための要件



第2章

経口維持加算 算定のための要件

2-1. 経口維持加算の概要

平成27年度介護報酬改訂に関する審議報告（平成27年1月9日）概要

○高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを進める。

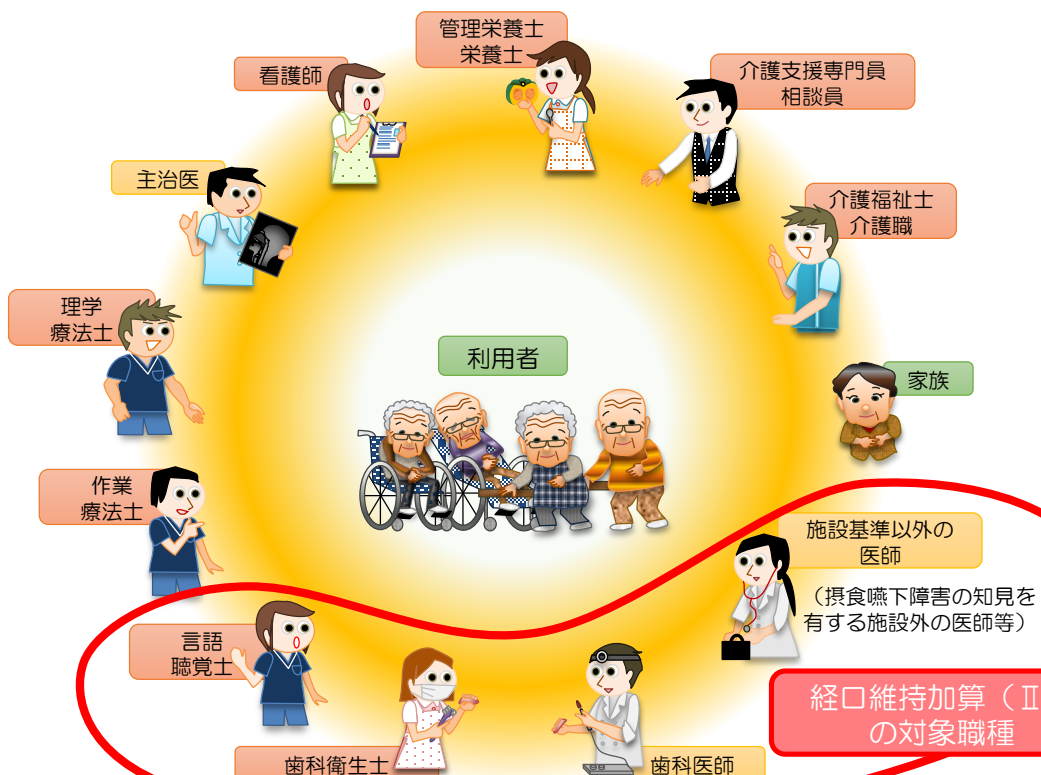
1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(4) 口腔・栄養管理に係る取り組みの充実

・施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

	経口維持加算（Ⅰ）	経口維持加算（Ⅱ）
算定要件	月1回以上、多職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者等が経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、特別な管理を実施した場合に算定。療養食加算の併算定可。	介護保険施設等が協力歯科医療機関を定めた上で、 医師（配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が食事の観察及び会議等に加わった場合（※） に、経口維持加算（Ⅰ）に加えて（Ⅱ）を算定。療養食加算の併算定可。
対象者	摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能障害を含む）を有し、水飲みテストや頸部聴診法等により誤嚥が認められる（食事の摂取に関する認知機能の低下から嚥下機能検査が困難である場合等を含む）ことから、経口による継続的な食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者	
単位数	400単位/月	100単位/月

（注）経口維持加算（Ⅱ）の算定は、経口維持加算（Ⅰ）の算定が前提であるため、（※）を実施した場合は、合計で500単位/月の算定が可能。



口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

○ 利用者の食事の際に、多職種で食事場をを観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。

経口摂取支援の流れの一例

多職種ミーラウンド打合せ



多職種ミーラウンド、食事観察

- ・ 食事の環境（机や椅子の高さ等）
- ・ 食べる姿勢、ペース、一口量
- ・ 食物の認知機能
- ・ 食具の種類・使い方、介助法等
- ・ 食事摂取の状況
- ・ 食の嗜好



口腔機能評価、頸部聴診等

- ・ 咀嚼機能
- ・ 嚥下機能
- ・ 歯や義歯の状況
- ・ 口腔保持能
- ・ 食塊の形成・移送機能
- ・ 唾液分泌能
- ・ 呼吸音
- など



経口維持支援のための多職種カンファレンス



食べる様子を動画や記録等で確認・共有しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画の検討

2-2. 経口維持加算算定のながれ

(1) 算定基準

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準については以下の通りです。

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
(平成十二年厚生省告示第二十一号) (抄)【平成二十七年四月一日施行】

(1) 経口維持加算 (I)

注1 (1) については、別に^{※1}厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保険施設において、現に経口より食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種のもが共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。注3において同じ。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

(2) 経口維持加算 (II)

注2 (2) については、協力歯科医療機関を定めている介護保険施設が、経口維持加算 (I) を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（施設基準に規定する^{※2}医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。

注3 経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画が作成された日の属する月から起算して6月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

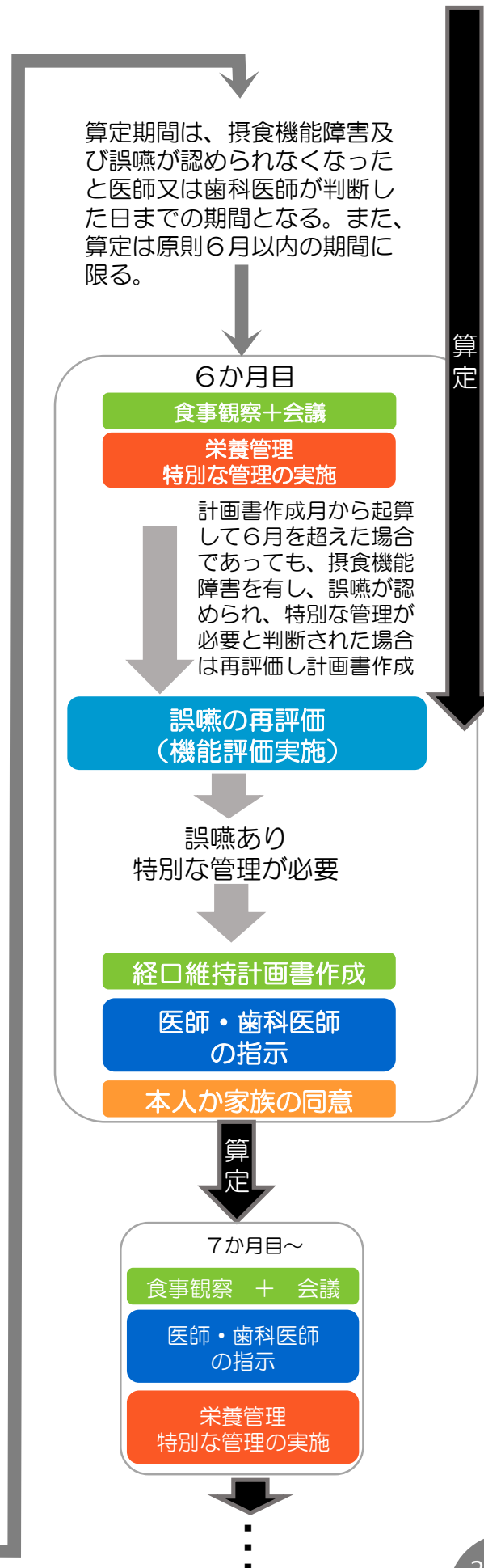
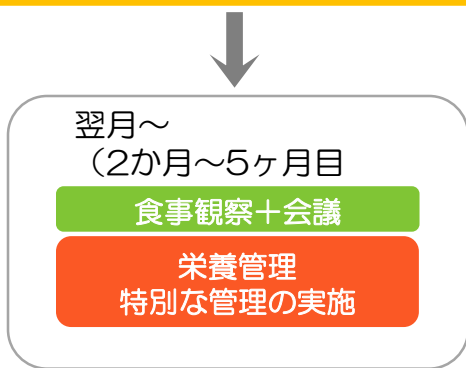
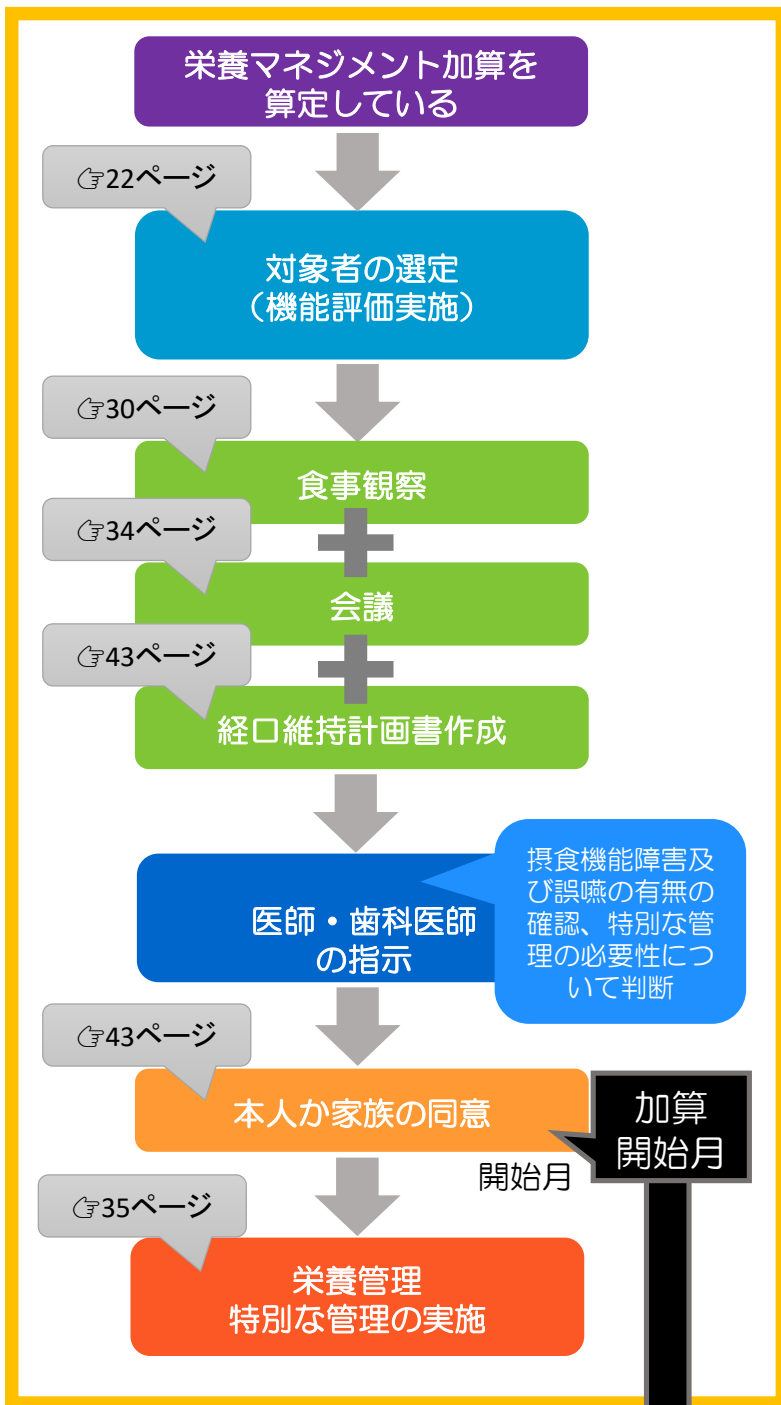
※1. 厚生労働大臣が定める基準

基準については46ページに記載します。

※2. 施設基準に規定する医師

原則、施設基準により配置されている医師を指します。

(2) 算定開始月前後の要件



算定

算定

算定

2-3. 経口維持加算の対象者の選定

経口維持加算には対象者が明確に定められています。以下の留意事項による基準で、対象者を選定します。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

①経口維持加算（I）については、次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。

イ 現に経口により食事を摂取している者であって、**摂食機能障害**（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、**水飲みテスト**（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、**頸部聴診法、造影撮影**（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、**内視鏡検査等により誤嚥が認められる**（**喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である**場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための**特別な管理が必要であるもの**として、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。

対象者の条件

- ① 現に経口により食事を摂取している
- ② 摂食機能障害がある
- ③ 誤嚥がある
- ④ 特別な管理が必要である

条件①②③により④特別な管理が必要と判断されたものが対象者となります。

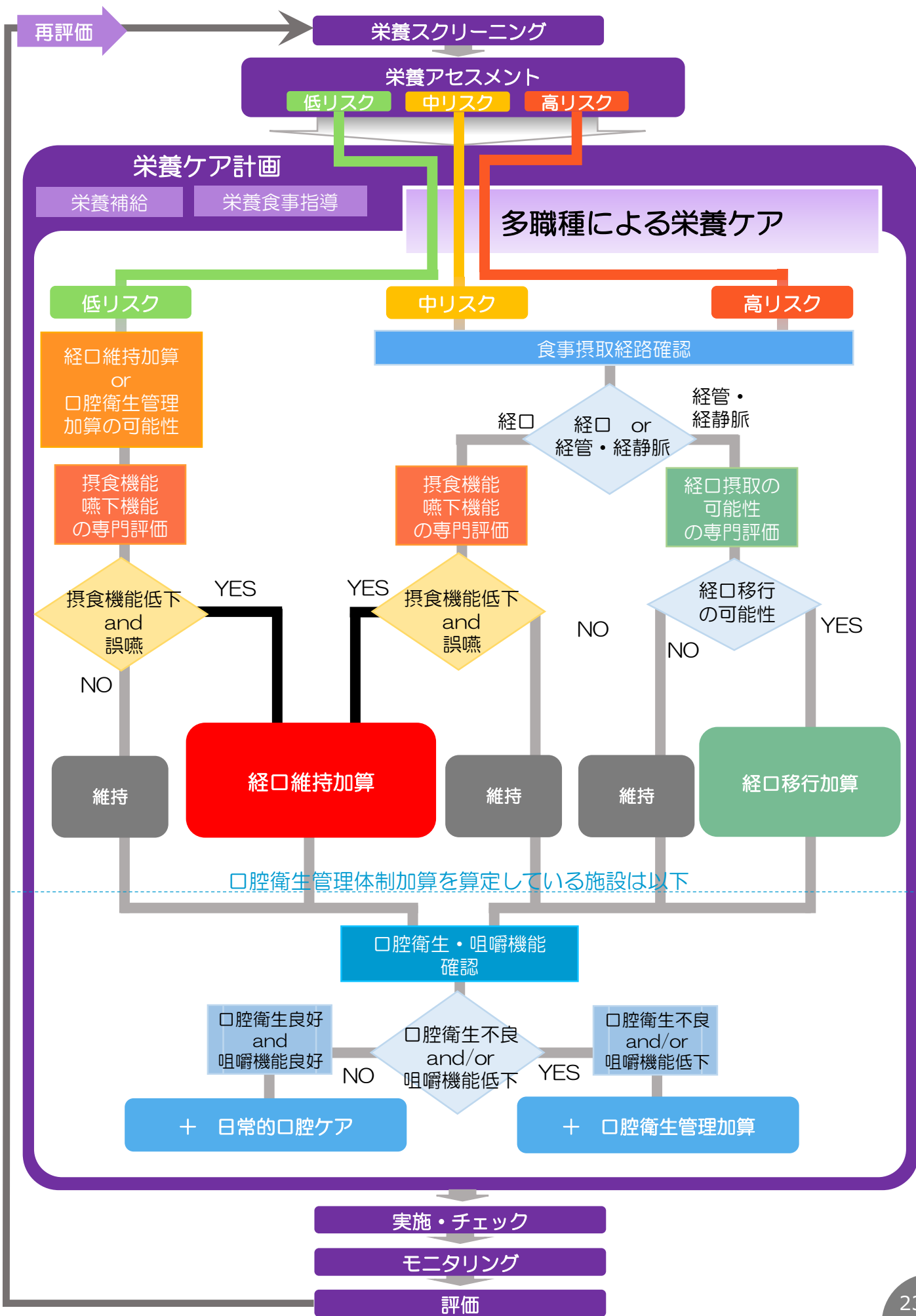
以上の条件をすべて満たす利用者を、施設入所者から選定します。看護師、言語聴覚士、歯科衛生士等が水飲みテストや頸部聴診法を行う際は、医師又は歯科医師の指示により行います。これらの検査や食事の観察結果等に基づいて、医師又は歯科医師が③誤嚥の有無を判断します。

条件① 経口摂取している ▶栄養ケア・マネジメントにおいて得られる情報

経口維持加算は栄養マネジメント加算を算定している施設で行うことが前提となっています。栄養ケア・マネジメントの栄養アセスメントを行う過程で、経口摂取している入所者を把握します。経口摂取している入所者のなかでも摂食機能障害・誤嚥リスクの高い者を優先的に摂食嚥下機能の専門評価につなげるため、食形態ごとの入所者数、割合等の算出、あるいは食事介助を行う介護職等からの観察によって得られる情報を収集することで、摂食嚥下機能の事前チェック対象者が把握しやすくなります。

低リスクであっても、摂食嚥下機能低下がみられる入所者に対しては摂食嚥下機能の専門評価を行います。

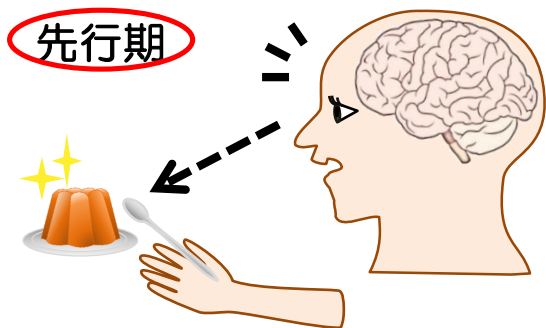
● 栄養ケア・マネジメントからの対象者選定フロー



摂食嚥下障害（介護報酬上の表現では摂食機能障害）とは、下記のレオポルドの摂食嚥下の5期モデルのうち、1つまたは複数が、何らかの原因で正常に機能しなくなった状態をいいます。

主な原因は、脳血管障害の後遺症やパーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症や脊髄小脳変性症などのように食物の搬送システム自体に異常がみられる場合や、口腔や咽頭、食道にできた病気が原因で食物の搬送経路のどこかに障害が生じた場合におこります。また、8ページにおいて詳細に説明した廃用症候群も重要な原因です。さらに、認知機能が低下している高齢者は、飲み込む前の食物の認識や、口への取り込みまでのプロセスが障害されている場合も多く、先行期障害も含めて、摂食嚥下障害と捉えられます。

先行期障害とは？ ～レオポルドの摂食嚥下の5期モデルから～



先行期障害とは、レオポルドの摂食嚥下の5期における「先行期」の様々な障害の総称です。

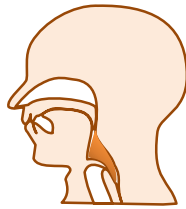
「先行期」は“食べ物を発見、認知して摂食する計画をたて、実行する（つかんで、口に入れる）”プロセスです。認知症のある要介護高齢者ではこのプロセスに意識レベルの変化、注意力障害、発動性障害、失見当識、判断力の障害、実行機能障害、視空間認知障害、上肢の運動機能障害と失行、顔面・口腔の随意運動障害と口腔顔面失行などが影響し、様々な先行期障害が生じます。

準備期



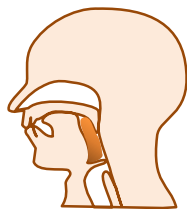
口腔粘膜で食べ物の性状・温度・味やにおいを感覚的に判断し、性状に見合った咀嚼や押しつぶしをし、飲み込みやすい状態にするプロセスが「準備期」です。口の中で咀嚼しながら食べ物を砕いて唾液と混ぜ合わせ、舌を上手く使って、飲み込みやすいように食塊を形成します。

咽頭期



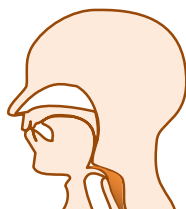
食塊が咽頭に送り込まれてくると、鼻咽腔閉鎖および喉頭を挙上して喉頭閉鎖し、気道をまもりながら、奥舌と咽頭後壁の収縮、食道入口部の開大をして食塊を食道に送り込むプロセスが「咽頭期」です。このとき健常成人は嚥下の瞬間に0.3～1秒息を止めると言われています（嚥下性無呼吸）。

口腔期



舌や口腔粘膜を巧みに使い、鼻咽腔閉鎖をして食塊を咽頭に送り込むプロセスが「口腔期」です。食塊を舌の上にとめて、舌先を口蓋につけて前から順に力をかけていくと、だんだんと食塊が咽頭に押し出されていきます。この動きを“送り込み”と表現することもあります。

食道期



食塊が逆流しないように咽頭にしっかりと力をかけながら、順次食道括約筋の弛緩と収縮を行い、食塊を押し出しながら食道を通過させるプロセスです。“食道入口部開大”することで、咽頭から押し出された食塊が食道に入り、蠕動様収縮運動が起こり、食塊を胃まで運びます。食塊が食道に入れば呼吸を再開します。

- Leopold NA, Kagel MC. : Swallowing, ingestion and dysphagia: A reappraisal, Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 64(8) : 371-373, 1983.
- Elsner R.J.F. : Changes in eating behavior during the aging process, Eating Behaviors, 3 : 15-43, 2002.
- De Renzi E, Lucchelli F. : The fuzzy boundaries of apperceptive agnosia, Cortex, 29 : 187-215, 1993.

前述の「実施上の留意事項」において、摂食機能障害には「食事の摂取に関する認知機能低下を含む」と記載されています。

今回の経口維持加算の見直しにおいては、準備期～咽頭期に至る機能的な障害だけではなく、先行期に影響する認知機能の障害についても、摂食機能障害として取り扱うこととなりました。

要介護高齢者の60～80%は認知症があるといわれています。認知機能低下による混乱によって自立摂食が困難である、配膳しても食べ始めない、たびたび食事を中断する、食べてはいるがペースが速すぎる、飲まずに口に一杯頬張ってしまう、などの摂食行動変化の様子があることを指します。

これらの摂食機能障害に関しては、**食事観察**の時に観察するべき様子であり、毎日食事の支援を行っている介護福祉士等によって日常的に観察されている様子です。

摂食機能障害の判断をする上でのポイント

A. 食事への意欲・意識レベル (先行期)

- 食事時間に覚醒していない
- 食事途中で寝てしまう
- 食事を食べ始められない
- 食事を拒否する



・食事の際に声掛けを行っても覚醒しない、または覚醒した様でもすぐに意識レベルが低下してしまう様子を確認します。

・食事の意欲は、自立摂食に関する評価（自ら意欲的に食べ始めるのか、声掛けなどの促しがあって食べ始めるのか、促しがあっても自ら食べ始めることはしないのか）に加え、介助摂食で食べることができるか、介助でも拒否があったり言葉やしぐさなどで断る様子があるかなどを確認します。

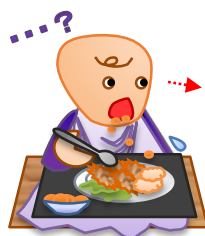
B. 意識と注意 (先行期)

- 食事を中断してしまう
- 食事に集中できない



・自立摂食で食事を自ら食べ始める方でも、食事の途中で食べることを中断してしまい、何か他のものに気をとられている様子がないか、食べ物で遊び始めたりしないか、立ち去ってしまうことがないかを確認します。

・中断のケースは、どの位置にある食べ物を残すか、残す食べ物は特定の食材・味、テクスチャのものであるかどうかを確認します。



・介助摂食の方でも、介助者が差し出すスプーンに注意を向け続けられるか、すべてを食べることができるかを確認します。

C. 摂食動作 (先行期)

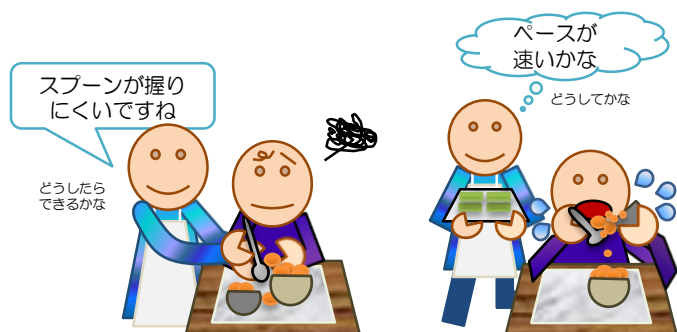
- スプーンからよくこぼす
- うまくすくえていない
- 手で食べる
- 手や口の協調ができない
- 早食べ・かきこみ食べ
(次から次へと食べ物を口に運ぶ)
- たくさんの食べ物を頬張る
- 一口量が多い

・要介護高齢者の食行動の混乱は、摂食動作にも多く出現します。脳血管障害では上肢の運動障害として食具使用困難等の動作性の障害、変性性認知症では実行機能障害や見当識障害等の精神心理学的症状、パーキンソン病では錐体外路症状など疾患に影響された摂食動作の障害が起こります。

対象者が、どんな要素に困難があり残存する機能は何かを観察からとらえることが支援の検討に有効です。

・自立摂食の方でも、目的動作（摂食動作）の解体が起こっているのかも判断の要点です。食具を使用しているが上手いかわからないのか、そもそも食具の取り扱いに混乱しているのか、の違いも観察から得られる情報です。

・口に運ぶペースが速い、手の動きと口の動きが協調出来ない事でこぼしたり溜め込んだりする、一口分のすくう量が多いケースなどは、誤嚥や窒息のリスクになるため、注意が必要な所見です。



摂食機能障害の判断をする上でのポイント

D. 準備期・口腔期・咽頭期の様子

- 口からよくこぼれる
- よく嘔まずに丸飲み
- 硬いものは出してしまう
- 柔らかいものを選んで食べる
- 食べ物をいつまでも噛んでいる
- 口の中に溜め込む
- 食べ物をなかなか飲み込まない
- 飲み込みに時間がかかる
- 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない



・食べ物を唇で捕食してから咀嚼、嚥下までも観察によって得られる情報が多くあります。

・咀嚼中に口から食べ物がこぼれる様子は口唇閉鎖不全の可能性があり、また嘔まずに飲み込む、硬いものを出す、柔らかいものを選んで食べるなどの様子は咀嚼機能に問題があることが示唆されます。また歯が欠損しているだけでなく口腔内の痛みや傷、感染症の可能性もあります。

・食べ物をいつまでも噛んでいる様子は、咀嚼機能低下だけでなく送り込みの障害である可能性があります。口の中に溜め込む、なかなか飲み込まない、飲み込むのに時間がかかる様子は、送り込みと嚥下反射の低下が示唆され、食形態や介助方法の不一致の可能性もあります。

・何度も嚥下しないと飲み切れない様子は、咽頭収縮力の低下の可能性もあります。

E. 食事後半から食後の様子

- 食事中によくむせる
- 食事の後半によくむせる
- 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- 食事中に濁ったガラガラ声になる
- 食事後半に疲れる
- 食事の後半に食べ物で遊ぶ
- 食べ終わるまでに30分以上かかる
- 食べ終わってからむせ込む



・摂食機能障害のある要介護高齢者では食事時間も検討すべき項目です。早食べの方は5分以内に終了してしまいますが、一つ一つの動きに時間がかかるようになると、一食に30分以上かかってしまいます。

・食事に時間がかかるケースでは食事中に疲労してきてしまい、姿勢の維持や一連の動きが不良になるため食事後半にムセたり咽頭貯留によってゴロゴロ音（湿性嘔声）が聞かれるようになります。

・認知機能低下により食事の途中で注意維持困難となると、食事を中断し食べ物で遊ぶなどの行動がみられます。

・食事中のむせる様子は、環境因子とも密接な関係があり、介助の声掛けや介助方法、周囲の利用者の様子にも大きく影響されます。介助摂食の場合は、介助者の様子も含めて観察します。

F. 摂取量と残食

- 特定の食べ物を残す
- 繊維質の野菜類を残す
- 噛みごたえのあるものを残す
- おかずは食べるが米飯を残す
- 酸味のあるものを残す
- 奥においてあるものを残す
- 特定の場所においてあるものを残す
- 提供された食事量を食べきれない



〇〇さん、どうぞー

食べるの疲れちゃいましたね

向こうにもおかずがありますよ

・摂食機能障害のある要介護高齢者では、食べ終わった後の様子から大きな示唆を得られます。特に残食量は、摂取エネルギーを知るうえで重要です。またどんなものを食べられないか等で、対象者の抱える機能障害とその後の対策を検討することができます。

・繊維質・噛みごたえのある物を食べられていないならば咀嚼機能低下、酸味など味によって残す場合は味覚低下だけでなく口内炎・口腔粘膜疾患などの可能性も検討します。

・奥にあるものを残すならば、自分の食べる物と認識できていない、視野に入っていない配膳の仕方をしたこと、また特定の場所のものでは半側失認などの楽症状の可能性が考えられます。

スクリーニング検査

スクリーニングテストを行う際には、それぞれのテストは、大まかな状態は把握できるものの、詳細な評価ではないということに留意が必要です。複数のスクリーニング検査を併用することで、症状を複合的に判断する必要があります。また必要があれば専門的検査を行うことが望ましいとされています。

●水飲みテスト(窪田の方法)

- ・30mlの水をコップから飲んでもらい、飲み終わるまでの時間やプロフィールを観察し機能評価を行う方法。
- ・重症例では多量の誤嚥を生じるリスクが伴うため応用できない。

評価基準

1	1回でむせなく飲むことができる。
2	2回以上に分けるが、むせなく飲むことができる。
3	1回で飲むことができるが、むせることがある。
4	2回以上に分けて飲むにもかかわらず、むせることがある。
5	むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。



正常値：プロフィール①の5秒以内を正常範囲、プロフィール①の5秒以上とプロフィール②を疑いあり、プロフィール③④⑤を異常として評価する。

●氷碎片飲み込み検査

- ・口に含んだ氷の冷刺激によって嚥下反射を誘発する。
- ・摂食嚥下障害患者全般、特に空嚥下が困難な患者、認知症患者、偽性球麻痺など嚥下反射惹起不全患者。

具体的方法：小さめの氷を口に含み、溶けてきた水を飲み込んでもらう。

氷の口腔内保持が困難な患者では、氷が咽頭に落ち込まないように注意する必要がある。

氷のかけら (ice chip) をそのまま飲み込む方法もありice chip swallow といわれ直接訓練の導入によく用いられる。

注意点など：重度の咽頭期障害患者には行わない。

●食物テスト (food test)

- ・主として口腔における食塊形成能、咽頭への送り込み（準備期・口腔期）を評価する。また嚥下後の口腔内残留（残留部位と残留量）を評価する。
 - ・茶さじ1杯（約3~4g）のプリンを舌背前部に置き、嚥下させる。
 - ・嚥下後「アー」と発声させ、変声を確認しながら口腔内を確認する。さらに可能なら反復嚥下を2回行わせる。
- 評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し最も悪い点を評点とする。
嚥下後の口腔内残留を評価する点が特徴。
カットオフを4点とすると、誤嚥の検出に対する感度は0.72、特異度は0.62と報告されている。

評価基準

1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
2	嚥下あり、むせなし 呼吸切迫(Silent Aspirationの疑い)
3	嚥下あり、呼吸良好 むせる and/or 湿性嘔性、and/or 口腔内残留中等度
4	嚥下あり、呼吸良好、むせなし 口腔内残留ほぼなし
5	4に加え、追加嚥下が30秒以内に2回可能



●改訂水飲みテスト

- 冷水 3ml を **口腔底** に注ぎ嚥下を命じる。
 - 嚥下後「アー」と言ってもらい変声を確認する。
 - さらに可能なら反復嚥下を2回行わせる。
- 評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し、最も悪い点を評点とする。
- 留意点 水を注ぐ際、咽頭に直接流れ込むのを防ぐため、舌背に注がず舌下（口腔底）に注ぐこと。
- カットオフ値を3点とすると、誤嚥の検出に対する感度は0.70、特異度は0.88と報告されています。



評価基準

1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫	嚥下障害の 疑いあり
2	嚥下あり、呼吸切迫 (Silent Aspirationの疑い)	
3	嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声	
4	嚥下あり、呼吸良好、むせなし	正常
5	4に加え、追加嚥下が30秒以内に2回可能	

- ※1 呼吸切迫：息苦しさを訴える、息が乱れ荒くなる、ゼーゼーという雑音が聞こえる、など。誤嚥が疑わしいが明らかにムセがない状態であれば、不顕性誤嚥の疑いがある。
- ※2 湿性嘔声：喉頭内侵入や気管内に水分が侵入したことで、ガラガラ声になる状態。

●頸部聴診法

食塊を嚥下する際に咽頭部で生じる嚥下音と嚥下前後の呼吸音を経皮的に聴診する。非侵襲的に誤嚥や下咽頭部の貯留を判定して嚥下障害をスクリーニングする。

- 喉頭挙上を妨害しないように喉頭の側方に聴診器をあてて呼吸音及び嚥下音を聴取する。
- 嚥下時産生音の検出には**輪状軟骨直下気管外側皮膚面**が適しているといわれる。



聴取音

咽頭の貯留物の振動音、呼吸音、拍動（咀嚼音）

- 健常例の嚥下では清明な呼吸音に続き嚥下に伴う呼吸停止、嚥下後の清明な呼吸が聴診される。
- 異常がある場合には嚥下反射前に咽頭へ食物が流れ込む音、嚥下音の長さの異常、呼吸再開による貯留物の泡立ち音、湿性嘔声、咳（喀出音）、喘鳴様呼吸音などが聴診される。

誤嚥の検出に対する感度は0.84、特異度は0.71とされる。

特別な指示に従えない患者に対しても実施可能で、食事観察場面においても応用できる。

聴診音		疑われる嚥下障害
嚥下音	長い嚥下音	舌による送り込みの障害
	弱い嚥下音	咽頭収縮の減弱
	複数回の嚥下音	喉頭挙上障害 食堂入口部の弛緩障害
	泡立ち音	誤嚥
呼吸音	むせに伴う喀出音	誤嚥
	嚥下音の合間の呼吸音	呼吸・嚥下パターンの失調 喉頭侵入 誤嚥
	湿性音 嗽音 液体振動音	誤嚥や喉頭侵入 咽頭部における液体の貯留
	むせに伴う喀出音	誤嚥
	喘鳴様呼吸音	誤嚥

- 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会：訓練法のまとめ（2014版），日摂食嚥下リハ会誌，18(1)：55-89，2014。
- 摂食嚥下障害の評価【簡易版】2015 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会 www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/.../assessment2015-announce.pdf
- 菊谷武：15チャートサイトで可能な嚥下機能検査について教えてください。In:多職種協働チーム先制医療での口腔ケアFAQ50, p.48-49, 一世出版株式会社, 東京, 2016。