

2021年6月11日(金)

認定医Line4

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

14:30 ~ 16:30 認定医Line4 (Zoom)

- [認定P-25] ALS患者に対し歯科補綴的アプローチを行った後多職種が協力して経口摂取を維持している一症例
○樋口 和徳¹、松尾 浩一郎² (1. みんなの歯医者さん、2. 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野)
- [認定P-26] 薬剤関連顎骨壊死からの出血に対し ICTを活用して対応した在宅療養患者の1例
○赤泊 圭太¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)
- [認定P-27] NST介入による多職種連携を行い食事摂取量の改善が得られた症例
○戸谷 麻衣子^{1,2}、鎌田 政善³ (1. 公益財団法人老年病研究所附属病院歯科・歯科口腔外科、2. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科法歯学分野、3. とちはら歯科)
- [認定P-28] 重度糖尿病を有する高齢肺癌患者の化学療法において、複数科医師と連携し周術期等口腔管理が奏功した一例
○中島 正人¹、高橋 裕² (1. 福岡歯科大学総合歯科学講座訪問歯科センター、2. 福岡歯科大学長)
- [認定P-29] 脳梗塞既往の重度摂食嚥下障害患者に対し多職種が連携し栄養介入と看取りに携わった症例
○井藤 克美¹、高橋 浩二² (1. アベックスメディカル・デンタルクリニック、2. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔リハビリテーション医学部門)
- [認定P-30] 口腔機能低下に関心のない高齢者に対し口腔機能訓練および管理栄養士と連携した生活習慣の指導を行った症例
○藤野 亜紀¹、上田 貴之¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)
- [認定P-31] 訪問看護師との連携により在宅訪問診療にて経口摂取が可能となった一症例
○三浦 慶奈¹、大久保 真衣¹ (1. 東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室)

認定医Line3

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

14:30 ~ 16:30 認定医Line3 (Zoom)

- [認定P-17] 脳梗塞後遺症患者の顎位改善により口腔機能の向上が認められた1症例
○小林 利也^{1,2}、鈴木 聡行^{1,3} (1. 藤沢市歯科医師会、2. 辻堂デンタルクリニック、3. 鈴木デンタルクリニック)
- [認定P-18] 義歯使用経験のない慢性心不全患者に舌圧を参考にして義歯を製作した症例
○陣内 暁夫¹、内藤 徹² (1. 医療法人井上会篠栗病院歯科、2. 福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野)
- [認定P-19] 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死を発症した要介護高齢者に対し訪問歯科診療にて義歯を作製した症例
○堤 康史郎¹、柏崎 晴彦² (1. 医療法人福北会 原町歯科・小児歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)
- [認定P-20] 長期歯科未受診高齢者に対して周術期口腔機能管理を行い、咀嚼機能が改善した一症例
○水谷 慎介¹、柏崎 晴彦¹ (1. 九州大学大学院歯学研究院高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)
- [認定P-21] 2年以上歯周病安定期治療を行い、パーキンソン病の悪化により訪問歯科診療に移行した1症例
○徳倉 圭¹、玄 景華¹ (1. 朝日大学医科歯科医療センター障害者歯科)
- [認定P-22] 成人T細胞白血病・リンパ腫を有する高齢患者の全身状態に配慮してインプラント上部構造を改変した一症例
○川野 弘道¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学病院 口腔インプラントセンター、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野)
- [認定P-23] 統合失調症患者のオーラルジスキネジアによる褥瘡性潰瘍に対応した一例
○川谷 久子¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)
- [認定P-24] 喉頭全摘術が適応であった誤嚥性肺炎を繰り返すパーキンソン病患者の一例
○川勝 美里¹、戸原 玄² (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野、2. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

認定医Line1

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

14:30 ～ 16:30 認定医Line1 (Zoom)

[認定P-01] 訪問診療先の高齢者に対し摂食嚥下障害および口腔機能の改善を図った1症例

○片山 昇¹、村田 比呂司² (1. 医療法人宇治山田歯科医院、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 歯科補綴学分野)

[認定P-02] 姿勢調整によって嚥下障害の改善を認めた1症例

○増田 貴行^{1,2}、高橋 一也¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座、2. 増田歯科医院)

[認定P-03] 重度認知症患者に干渉波感覚刺激を行い、嚥下機能が改善した一例

○原 良子¹、中根 綾子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-04] パーキンソン病の診断時にすでに重度嚥下障害を呈していた症例

○松村 えりか¹、野原 幹司² (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室)

[認定P-05] 胃瘻造設患者の胃食道逆流への対処に苦慮した一症例

○緒方 真弓^{1,2}、石田 瞭³ (1. 緒方歯科医院、2. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、3. 東京歯科大学)

[認定P-06] 抗精神病薬の長期内服で嚥下機能が低下し、胃瘻造設に至った統合失調症患者の経口摂取支援

○奥村 拓真¹、戸原 玄¹ (1. 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科医歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-07] 口腔機能低下症に対し栄養指導と機能訓練を行った一例

○後藤 由和¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

[認定P-08] 顎関節骨折をきっかけにサルコペニアによる摂食嚥下障害が顕在化した一例

○宮下 大志¹、菊谷 武^{1,2,3} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、2. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科、3. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

認定医Line2

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

14:30 ～ 16:30 認定医Line2 (Zoom)

[認定P-09] 左側上顎顎欠損の左側半側麻痺患者に口腔機能を考慮して顎補綴治療を行った一症例

○荻野 洋一郎^{1,2}、柏崎 晴彦^{1,3} (1. 九州大学病院歯科部門、2. 九州大学病院歯科部門九州大学大学院歯学研究科口腔機能修復学講座クラウンブリッジ補綴学分野、3. 九州大学大学院歯学研究科口腔顎顔面病態学講座高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-10] 口腔機能低下症と低栄養を疑う高齢者に義歯製作により改善を試みた症例

○島田 昂¹、柏崎 晴彦² (1. 島田歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究科 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-11] 上下顎義歯治療により口腔機能回復を図った一症例

○松田 岳¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部総合診療歯科学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-12] 舌再建術後の患者に対して補綴処置を行い機能回復を図った1症例

○萬田 陽介¹、皆木 省吾¹ (1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 咬合・有床義歯補綴学分野)

[認定P-13] 口腔機能低下症患者に対し口腔機能訓練と義歯調整を同時に行い機能改善を認めた一症例

○木山 賢歩¹、高橋 裕¹ (1. 福岡歯科大学 咬合修復学講座 有床義歯学分野)

[認定P-14] 認知機能低下の疑いのある患者に対し家族を交えながら義歯の製作および口腔機能の維持・向上を図った症例

○山内 茉椰¹、上田 貴之¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[認定P-15] 神経変性疾患の病態にあわせてモバイル型軟口蓋挙上装置を作製した症例

○河合 陽介¹、寺中 智¹ (1. 足利赤十字病院リハビリテーション科)

[認定P-16] 長期歯科未受診高齢者において義歯製作により咀嚼機能の向上が得られた一症例

○浅尾 美沙¹、柏崎 晴彦¹ (1. 九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科)

認定医審査ポスター

2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4 (Zoom)

[認定P-25] ALS患者に対し歯科補綴的アプローチを行った後

多職種が協力して経口摂取を維持している一症例

○樋口 和徳¹、松尾 浩一郎² (1. みんなの歯医者さん、2. 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野)

[認定P-26] 薬剤関連顎骨壊死からの出血に対し ICTを活用して対応した在宅療養患者の1例

○赤泊 圭太¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

[認定P-27] NST介入による多職種連携を行い食事摂取量の改善が得られた症例

○戸谷 麻衣子^{1,2}、鎌田 政善³ (1. 公益財団法人老年病研究所附属病院歯科・歯科口腔外科、2. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科法歯学分野、3. とちはら歯科)

[認定P-28] 重度糖尿病を有する高齢肺癌患者の化学療法において、複数科医師と連携し周術期等口腔管理が奏功した一例

○中島 正人¹、高橋 裕² (1. 福岡歯科大学総合歯科学講座訪問歯科センター、2. 福岡歯科大学長)

[認定P-29] 脳梗塞既往の重度摂食嚥下障害患者に対し多職種が連携し栄養介入と看取りに携わった症例

○井藤 克美¹、高橋 浩二² (1. アベックスメディカル・デンタルクリニック、2. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔リハビリテーション医学部門)

[認定P-30] 口腔機能低下に関心のない高齢者に対し口腔機能訓練および管理栄養士と連携した生活習慣の指導を行った症例

○藤野 亜紀¹、上田 貴之¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[認定P-31] 訪問看護師との連携により在宅訪問診療にて経口摂取が可能となった一症例

○三浦 慶奈¹、大久保 真衣¹ (1. 東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室)

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-25] ALS患者に対し歯科補綴的アプローチを行った後 多職種が協力して経口摂取を維持している一症例

○樋口 和徳¹、松尾 浩一郎² (1. みんなの歯医者さん、2. 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野)

【緒言】

筋萎縮性側索硬化症 (ALS)は運動ニューロンの進行性変性疾患である。今回、歯科補綴的アプローチにより ALS患者の口腔期障害に対応した後に多職種で協力して食支援をし、長期間経口摂取を維持している症例を報告する。

【症例】

71歳男性。口腔内は上下無歯顎で総入れ歯を使用していた。2015年4月に ALSと診断され、同年10月に義歯の不具合および今後の嚥下機能への不安を主訴に当院訪問歯科診療が開始となった。なお、本報告の発表について患者の家族から文書による同意を得ている。

【経過】

2015年10月の初回介入時、食形態は普通食で明らかな摂食嚥下障害、口腔内の食渣残留及び食事時間の延長は見られなかったため義歯の調節および舌機能訓練を行いつつ経過を観察した。2016年3月、四肢等の筋力低下や呼吸不全が急速に進行したため入院下で気管切開、胃瘻が造設され、同年4月に在宅療養を再開したが食形態はミキサー食に変更となった。食塊の咽頭への送り込みに考慮した上顎義歯の新製、言語聴覚士による摂食機能訓練、摂食機能療法専門歯科医師による評価を行ったところ、同年12月の VE検査においてミキサー食から普通食レベルへ食形態を上げることができた。

同時に主治医、看護師、ケアマネージャー、栄養士など多職種で患者の情報を共有する体制を整え、定期的に集まって患者の嚥下機能を評価、ディスカッションする機会を作った。また、妻に対しても食事指導等を実施した。誤嚥性肺炎に罹患するなど徐々に咽頭機能の低下は見られたが、2017年8月には27kPaであった舌圧は2019年には40kPaに回復するなど口腔機能は良好に維持され、咀嚼や食塊形成にも問題は見られなかった。安全に食事を続けたいとの希望があり、2019年8月に喉頭気管分離術を行い介入より5年以上経過した現在も経口摂取を維持している。現在も食形態は普通食を摂取しており、本人・家族の希望におおむね沿った食事を続けている。

【考察】

ALS患者に対して発症初期より介入し、継続的に歯科補綴的アプローチをするとともに多職種が協力して患者にアプローチできる環境を整備することにより食形態の変更のタイミングや、喉頭気管分離術の導入など誤嚥防止のための処置を的確に判断する事ができ、ALSと診断されてから5年以上経口摂取を維持することができている。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-26] 薬剤関連顎骨壊死からの出血に対し ICTを活用して対応した在宅療養患者の1例

○赤泊 圭太¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

【目的】

がん患者の薬剤関連顎骨壊死 (以下 MRONJ) は、全身状態や生命予後の観点から積極的治療が困難な場合が多く、特に在宅療養患者では、対応に苦慮することも少なくない。今回、MRONJからの出血に対し、ICT (情報通信技術) の活用が有効だった在宅療養症例を経験したので報告する。

【症例】

67歳の女性。独居。要介護2で、認知機能低下はなし。ADLは歩行困難あり。原疾患の現病歴：2008年に乳癌の診断にて切除術施行。2016年に多発性骨転移の診断にてゾレドロン酸 (ゾメタ®) の投与を開始。翌年デノス

マブ（ランマーク®）へ変更。歯科現病歴：2019年7月、下顎右側第二大臼歯の自然脱落を契機に骨露出を認め、徐々に範囲が拡大し、精査加療目的に2020年6月当科紹介となる。現症：下顎右側犬歯から第二大臼歯にかけて広範囲に骨露出を認めた。下顎右側残存歯は動揺2度。下顎右側オトガイ神経領域に知覚異常は認めなかった。なお、本報告は患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

初診時より SWAN ネット（新潟市地域医療介護情報ネットワーク）へ参画し、日々タイムラインを確認、歯科は口腔内状況を発信した。2020年7月、トラスツズマブエムタンシン（以下 T-DM1）単独療法が開始され、顎骨壊死部からの自然出血を生じた。8月、患者より出血の連絡が訪問看護師に入り、即日、主治医が採血を指示し、血液検査結果と口腔内の出血画像がタイムラインに掲載された。血小板数は $5.6 \text{ 万} / \mu\text{l}$ と減少を認め、当科にて訪問し、アルギン酸塩被覆材による止血を行った。10月、T-DM1 3クール施行後も出血が遷延したため、外来にて止血処置と画像検査を実施した。CTでは、皮質骨の連続性が保たれており、現時点で病的骨折のリスクは認めなかった。12月、T-DM1は中止となり、現在は出血なく経過している。

【考察】

患者は独居の要介護高齢者で、出血は大きな不安を与え、時として生命を脅かす因子となる。原疾患治療に伴うリスクは、予め多職種間で共有することで、リスクの予測・回避に有益と考えられる。自験例では、主治医、訪問看護師、介護支援専門員らと共有ツールを使用し、連携したことで、血液検査所見、出血状況が把握でき、情報流通の高速化、迅速な対応に繋がったと考えられた。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-27] NST介入による多職種連携を行い食事摂取量の改善が得られた症例

○戸谷 麻衣子^{1,2}、鎌田 政善³（1. 公益財団法人老年病研究所附属病院歯科・歯科口腔外科、2. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科法歯学分野、3. とちはら歯科）

【緒言】

2016年4月より栄養サポートチーム加算に歯科医師連携加算が新設されチーム医療の中での歯科の役割が重要視されている。今回、食事摂取不良で NST(Nutrition Support Team)介入となり多職種連携を行い食事摂取量の改善を認めた一例を報告する。

【症例】

89歳、女性。ラクナ梗塞で入院。要介護1。既往歴に認知症（血管性、アルツハイマー併存。HDS-R12/30）、高血圧症、脂質異常症、両側耳下腺癌、難聴、左不全麻痺。ADL自立。独居。ファストフードが主食だった。145 cm、59.3 kg、BMI28.20。嚥下機能低下あり（咬頭挙上は1横指。挙上力の低下あり）。入院後、全粥ムース食トロミ付で主食1-3割、副食0割摂取と食事摂取不良であった。必要栄養量1100kcalに対し摂取栄養量は525kcal、アルブミン値2.3と低値で NST介入となった。口腔内は、下顎は右下123残存、左下123は残根状態、義歯は未作製、上顎は左上6のみ欠損で他は残存。臼歯部での咀嚼困難感あり。口腔乾燥と汚染が著明。なお、本報告の発表について患者の家族から文書による同意を得ている。

【経過】

11/11NST介入開始。歯科から口腔ケアと義歯作製を提案。11/12歯科初診、口腔ケア実施。口腔乾燥には保湿剤の使用と顎下腺マッサージを指導した。11/14下顎義歯印象採得。STによる嚥下リハビリも継続。11/26咬合採得。12/3義歯完成装着。12/10義歯調整。ムラはあるが副食5-10割摂取でき、摂取栄養量も781kcalまで改善した。主食10割、副食8-10割摂取可能になり、12/16NST介入終了となった。12/23には嚥下機能改善あり、とろみなし、全粥から軟飯へ食上げとなった。

【考察】

本症例では NST回診時に歯科医師が口腔乾燥による口腔内汚染と下顎臼歯部欠損による咀嚼困難状態を発見し義歯作製と口腔ケアを実施、嚥下機能の評価とリハビリで STが介入、食事形態等について医師、歯科医師、管理

栄養士、看護師、STで支援を行った。入院後、副食の摂取が全く進まない状況であったが、義歯装着し、咀嚼困難が解消され食事がしやすくなることで、食事摂取量の改善に寄与したと考えられる。NST介入において、多職種でアプローチすることで食事摂取量や栄養状態の改善につながると考える。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-28] 重度糖尿病を有する高齢肺癌患者の化学療法において、複数科医師と連携し周術期等口腔管理が奏功した一例

○中島 正人¹、高橋 裕² (1. 福岡歯科大学総合歯科学講座訪問歯科センター、2. 福岡歯科大学長)

【目的】

がん化学療法中の口腔合併症としては、口腔内感染巣の急性化やそれに引き続く全身感染症の発症、さらには口腔清掃不良による口腔粘膜炎の増悪などが挙げられる。特に複数もしくは重度の併存疾患を有する高齢癌患者へのがん化学療法時には、口腔内感染源への対処法や除去の時期に苦慮することがある。今回、コントロール不良の重度糖尿病を有する高齢肺癌患者のがん化学療法時に、複数科の医師と連携した全身管理のもとで、重度歯周炎の歯の抜去を安全に行い、しかも化学療法中の口腔管理により口腔粘膜炎の重症化を免れた症例を経験したので報告する。なお、本症例の発表に際し、事前に本人の了承を得た。

【症例の概要と処置】

74歳女性、転移性肺癌（原発：直腸癌）により手術不適応症例のため、令和2年11月に当院外科にて化学療法施行予定となり、口腔内感染源精査・除去を含む周術期等口腔機能管理依頼にて当科初診となった。初診時口腔内所見として、⑥54③[┐] Brに重度動揺を示し、歯周ポケットは63[┐]とも8mm以上、デンタルX線写真にて根尖側1/3以上の重度歯槽骨吸収像を認めた。化学療法前の抜歯を検討したが、コントロール不良の2型糖尿病を併存しており、外科及び内科（糖尿病専門医）主治医と協議し、初回化学療法前は内科治療を優先し、抜歯は初回化学療法後のクール間に行うこととした。一方、初診時PCR値は100%と不良であったため、化学療法開始前に歯周基本治療および口腔衛生指導を行い、化学療法開始時には約20%まで改善した。化学療法開始後4日目に上口唇や左側頬粘膜に口腔粘膜炎（グレード1）が発症したが、その後の増悪は認めず7日目に治癒した。一方、動揺歯については、化学療法中に6[┐]に軽度の自発痛を認めたが、症状は一過性で改善した。初回化学療法後に、血糖値の改善を認め、内科主治医の許可のもと、抗菌薬服用下にて63[┐]の抜歯を行った。その後、口腔管理を継続して行うことで、口腔粘膜炎の発生もなく良好な経過を辿っている。

【結果と考察】

今回、重度糖尿病を有する高齢肺癌患者に対し、複数科の医師と連携した全身管理のもとで、安全に口腔内感染源除去を行うことができた症例を経験した。高齢癌患者は、複数の併存疾患を有する場合が多いことから、今後も複数の専門医と連携した全身管理のもとでの周術期等口腔機能管理を行う重要性が示唆された。（COI開示：なし）

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-29] 脳梗塞既往の重度摂食嚥下障害患者に対し多職種が連携し栄養介入と看取りに携わった症例

○井藤 克美¹、高橋 浩二² (1. アベックスメディカル・デンタルクリニック、2. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔リハビリテーション医学部門)

「目的」

食べるという行動は人間の根源的な欲求であり、近年経管栄養等により、嚥下困難者では経口摂取出来なくても栄養補給や生命の維持が可能となっている。

しかし、口から食べるという行動は栄養補給だけではなく、人間の楽しみであり、食事を与える家族にとっては愛情の表現でもあり、絆を深める行為でもある。

今回、ペースト食からの食上げは困難と診断された患者に対し訪問歯科診療を行い、誤嚥性肺炎や低栄養の懸念、窒息のリスクに同意を得た上で、胃瘻造設はせず、最期まで経口摂取とし、その摂食嚥下機能のみならず、QOLが向上した症例を経験したので報告する。

「症例の概要と処置」

87歳女性。2017年3月入院。既往歴は脳梗塞、認知症、うつ病、肺空洞病変、尿路感染症。2019年4月急性期脳血管障害発症の意識障害で入院。右半側空間無視、構音障害を主症状とし、心原生脳塞栓症と診断された。酸素化不良長期臥床状態、全身筋力低下、自己体動困難、ならびに嚥下障害も併発しミキサー食摂取中に不顕性誤嚥のため、SPO2が55%に低下し、一時経口から経管栄養へ移行。VF検査の結果嚥下食3のミキサー食、6%トロミ水によって、咽頭残留の消失を確認。

退院後、同年6月から摂食機能の評価に基づき食形態を決定、摂食嚥下機能訓練を開始。訪問診療初診時は148cm、33.3kg。痰や痂皮の除去等、口腔内の衛生管理、アイスマッサージ、舌ストレッチ、口腔周囲筋や唾液腺のマッサージ、残存歯の治療、使用義歯のPAP化を行い、毎回施設ナース、職員立合いのもとリハビリを実施し、指導文書にて多職種で情報共有した。高カロリーゼリーにより補助栄養を強化し、施設からは食事・バイタルチャートの記録を受け取り、医療連携を行った。体力増強後、同年8月にVE検査での再評価を行った。

「結果と考察」

本症例では不顕性誤嚥はあるものの、多職種の連携による介入が最期まで経口摂取を可能にし、歯科介入により約3か月で誤嚥性肺炎を起こすことなくソフト食への食上げが可能となった。経口摂取量の増加は体力の向上によって歯科治療も可能となっただけでなく、SPO2の向上、栄養状態とQOLの向上に寄与したと考えられる。経口摂取は患者さんの満足感にも繋がったことからQOLには相関性があると考えられた。

「結論」

食への介入が、本人のみならず家族の達成感や満足感をも向上させることが示唆された。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-30] 口腔機能低下に関心のない高齢者に対し口腔機能訓練および管理栄養士と連携した生活習慣の指導を行った症例

○藤野 亜紀¹、上田 貴之¹（1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座）

【緒言】

近年の診療報酬への収載に伴い口腔機能低下症が着目されているが、実際に口腔機能低下を主訴に歯科医院を受診する高齢者は少ない。今回、義歯の不具合を主訴に来院した患者に対し、義歯調整を行いつつ、患者の社会的背景や生活習慣を調査して口腔機能低下症やフレイルのリスクを発見し、管理栄養士と指導を行ったことで全身状態の改善や患者の健康への意識改善がみられた一例を経験したので報告する。

【症例】

83歳、男性。義歯床下粘膜の疼痛と咀嚼困難を主訴に来院した。6か月前に近医にて上下顎総義歯を製作し調整を行ったが、上顎前歯部の疼痛が消失しなかった。口腔内は上顎無歯顎、下顎左側犬歯が根面板でその他の歯は欠如していた。医療面接を行う中で、患者は最近滑舌の悪化を認識し、舌苔の堆積を認めたため口腔機能精密検査を行ったところ、嚥下機能以外の6項目で低下に該当した。社会的背景を確認したところ、患者は独居で、最近退職し自宅で過ごす事が多いとのことだった。近隣に親族、友人はおらず、食事内容を調査すると、市販の惣菜やインスタント食品が中心で炭水化物の割合が高かった。BMIは21.5で食品摂取多様性スコアは6点であった。以上より、上下顎総義歯の咬合接触状態不良に由来する疼痛および口腔機能低下症による咀嚼障害と診断した。なお、本報告の発表については患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

義歯調整を行い、疼痛は消失した。加えて、口腔周囲筋と舌に対する筋力トレーニング、こまめな飲水の指導や口腔衛生管理を行った。更に今後の運動量の減少や栄養バランスの不良により筋肉量が低下するリスクが高いと判断し、管理栄養士と連携して栄養指導を行った。フレイル予防のための筋力トレーニングについても指導を行った。6か月後の口腔機能の再評価では、咀嚼能率が基準値を上回った。口腔機能低下症診断から1年後、口腔乾燥、舌圧も基準値を上回り、該当するのは口腔衛生状態不良、舌運動口唇機能低下、咬合力低下となった。食品摂取多様性スコアは9点となり、体重も増加してBMIは22.4となった。

【考察】

独居で社会との関わりが減少していた患者に対し、積極的にコミュニケーションをとることで、患者の健康管理への意欲が向上し、歯科医院への通院を楽しみとすることができた。結果として患者の口腔内や食生活、全身状態の改善に繋がったと考えられる。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line4)

[認定P-31] 訪問看護師との連携により在宅訪問診療にて経口摂取が可能となった一症例

○三浦 慶奈¹、大久保 真衣¹（1. 東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室）

【緒言】

在宅では訓練できる環境や人員が限られており、特に誤嚥リスクの高い患者では家族の介助による経口摂取は困難な場合がある。我々は訪問看護師と連携をはかり、在宅でもお楽しみ程度の経口摂取が可能となった一例を経験したので報告する。

【症例】

84歳男性、妻より家でも食べさせたいという主訴で訪問看護師から当科紹介となった。ラクナ梗塞で某リハビリテーション病院入院中に嚥下造影検査を実施し、重度嚥下障害と診断され胃瘻造設を行った。ST介助下でごく少量のペースト食を摂取していたが、退院後の在宅では高齢の妻と二人暮らしのため経口摂取はできず、胃瘻からの摂取のみであった。既往は、左放線冠ラクナ梗塞、陳旧性脳梗塞、両麻痺であり、要介護3であった。

初診時の口腔内衛生状態は不良で、歯周炎、齲蝕、上顎義歯不適合が認められた。嚥下スクリーニング検査ではRSST 1回、MWSTは口腔内保持と送り込みができず評価困難であった。また、日常生活では頻繁に唾液を

ティッシュに出している状況であった。

なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

初診時の評価より、お楽しみ程度の経口摂取は長期目標として、まずは口腔衛生指導、間接訓練、味を楽しみながら実施できる味覚刺激による唾液嚥下訓練を計画した。しかし、妻は訓練の介入に消極的であったため、ケアマネージャーや訪問看護師と会議を行い、摂食嚥下リハビリテーションは訪問看護師と実施することで週2回以上介入することとした。次に、唾液嚥下の回数が増えた段階で嚥下内視鏡検査を実施した。スプーン1/2杯量の濃いとろみ水は送り込みに時間がかかるものの、下唇介助と追加嚥下で咽頭残留量が減少し、誤嚥は認められなかった。よって、同条件下にて1回あたり数口程度の飲水訓練を実施した。その後、誤嚥性肺炎を発症することなく摂取ペースの向上が認められたため、2回目の嚥下内視鏡検査を実施し、1回あたり30g程度のペースト食をお楽しみとして継続している。今後も機能の変化に注意して訓練内容を検討していく。

【考察】

今回は在宅でのニーズに応じて訪問看護師と訓練を協働するトランスディシプリナリーアプローチを実施した。誤嚥リスクの高い患者であったが、嚥下機能や全身状態に関する情報共有も行えるため安全なお楽しみのお機を作ることが可能となり、改めて連携の重要性を実感した症例であった。

認定医審査ポスター

2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3 (Zoom)

[認定P-17] 脳梗塞後遺症患者の顎位改善により口腔機能の向上が認められた 1 症例

○小林 利也^{1,2}、鈴木 聡行^{1,3} (1. 藤沢市歯科医師会、2. 辻堂デンタルクリニック、3. 鈴木デンタルクリニック)

[認定P-18] 義歯使用経験のない慢性心不全患者に舌圧を参考にして義歯を製作した症例

○陣内 暁夫¹、内藤 徹² (1. 医療法人井上会篠栗病院歯科、2. 福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野)

[認定P-19] 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死を発症した要介護高齢者に対し訪問歯科診療にて義歯を作製した症例

○堤 康史郎¹、柏崎 晴彦² (1. 医療法人福北会 原町歯科・小児歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-20] 長期歯科未受診高齢者に対して周術期口腔機能管理を行い、咀嚼機能が改善した一症例

○水谷 慎介¹、柏崎 晴彦¹ (1. 九州大学大学院歯学研究院高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-21] 2年以上歯周病安定期治療を行い、パーキンソン病の悪化により訪問歯科診療に移行した1症例

○徳倉 圭¹、玄 景華¹ (1. 朝日大学医科歯科医療センター障害者歯科)

[認定P-22] 成人 T細胞白血病・リンパ腫を有する高齢患者の全身状態に配慮してインプラント上部構造を改変した一症例

○川野 弘道¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学病院 口腔インプラントセンター、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-23] 統合失調症患者のオーラルジスキネジアによる褥瘡性潰瘍に対応した一例

○川谷 久子¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

[認定P-24] 喉頭全摘術が適応であった誤嚥性肺炎を繰り返すパーキンソン病患者の一例

○川勝 美里¹、戸原 玄² (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野、2. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-17] 脳梗塞後遺症患者の顎位改善により口腔機能の向上が認められた 1 症例

○小林 利也^{1,2}、鈴木 聡行^{1,3} (1. 藤沢市歯科医師会、2. 辻堂デンタルクリニック、3. 鈴木デンタルクリニック)

【諸言】

1 次医療機関では全身管理が困難で、抜歯後の歯科処置が困難な 3 次医療機関の機能を補完する 2 次医療機関である当診療所に、偏った歯科的認識と幾多の歯科的問題を抱えながら来院した脳梗塞後遺症患者に対し、コーチング手順である GROWモデルを用いて無歯顎となる不安を払拭、残存歯全てを抜歯し顎位を改善した総義歯装着により口腔機能の向上を図る事が出来た 1 例を経験したので報告する。発表に当たり本会倫理委員会の承認を受け、患者本人から文書による同意を得た。

【症例】

患者は73歳男性、主訴は『入れ歯が合わず痛くて良く咬めない』。既往歴は脳梗塞、橋本病、パニック障害、糖尿病、高血圧、左側片麻痺であった。口腔内所見は、残存歯 6 本、Eichnerの分類 C 1、右側に顎位が変位した上下局部床義歯を使用、鉤歯は動揺と挺出により全て抜歯適応であった。BMIは19.2、食事は自立であるが軟食、ムセは無く、RSSTは正常であった。デイサービスで総義歯を外して食事をする人を見て無歯顎への不安が増大していたが、口腔機能の向上と ADLの改善を目標に咬合再建を図った総義歯を提供した。

【経過】

若くして総義歯となった母親より『自分の歯は一本でも多く残した方が良い』と言われてきた為、抜歯に否定的だったが、中心位への顎位誘導を目的とした咬合平面の再構築・増床により義歯が安定、主訴が解決した。GROWモデルで対応し、歯科技術を以て信頼を得られたことが「抜歯して総義歯になる」決断の決め手となった。術後の総義歯の主観的評価は山本式総義歯咀嚼能率判定表を使用、蒟蒻や烏賊の刺身が食べられるまでに改善していた。また客観的評価には、グルコセンサーと JMS舌圧測定器による測定を行い、前者は術前の 105mg/dLから術後261mg/dLに、後者は11.2kPaから最大19.0kPaを示した。また使用後 6 カ月には BMIは 21.5、入退室が初診時は車椅子であったが、杖歩行となった。

【考察】

偏った歯科的認識を持った全身管理が困難な患者へ、その背景を十分に考慮した対応が意識変化と行動変容に繋がり、歯科的問題に GoAやパラトグラム等の検査を応用し顎位を改善したことで、双方が納得する口腔環境を構築する事ができ、ADLの改善に繋がったと考えられた。また、地域完結型医療の一端を担う 2 次医療機関の必要性が示唆された。(COI開示：なし)

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-18] 義歯使用経験のない慢性心不全患者に舌圧を参考にして義歯を製作した症例

○陣内 暁夫¹、内藤 徹² (1. 医療法人井上会篠栗病院歯科、2. 福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野)

【緒言】義歯装着が栄養状態や摂食嚥下に及ぼす影響が報告されている。また、われわれは以前、咬合高径を挙上した新製義歯の使用により舌圧が低下した症例を報告した。今回、舌圧を参考に咬合高径を決定した一例につ

いて報告する。

【症例】70代、男性。X年6月、発熱、食思低下を主訴に当院内科受診し、検査の結果、大動脈弁閉鎖不全症、僧房弁閉鎖不全症と診断され入院となった。口腔内は上顎無歯顎、下顎は前歯が4歯残存し、うち2歯は残根状態で、義歯は使用していなかった。なお、本報告の発表は患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】心臓カテーテル検査の結果、大動脈弁閉鎖不全症に対し高次医療機関で、大動脈弁置換術を行う方針となった。食思低下、低アルブミン血症によりNST介入となり、回診時の口腔内診査時に義歯作製を希望された為、上下義歯を作製した。上顎総義歯、下顎部分床義歯の製作時、蠟義歯試適時に患者より唾液が飲み込みにくいとの訴えがあった。RSSTは3回で、舌圧を測定したところ、蠟義歯未装着時(24.6kPa)に比し、蠟義歯装着時は15.3kPaと著明に低下した為、咬合高径を減じて再度咬合採得を行い、義歯を完成した。完成義歯装着時の舌圧は22.7kPaであった。退院後も外来受診時に義歯調整を行いX年8月、高次医療機関への入院時に終診となった。X+1年4月、下顎前歯2歯の破折を主訴に再来された。同日、下顎義歯の増歯修理を行い、6月、アモキシシリン2.0g前投薬下に抜歯を行い、7月、下顎総義歯を作製した(舌圧22.3kPa)。その後は、内科受診時の定期受診としていたが、X+3年12月、上下総義歯を新製した。義歯完成後、口腔機能精密検査を行ったところ、2項目(舌口唇運動機能低下、低舌圧・22.8kPa)が該当した。現在も内科受診時に定期受診を継続している。

【考察】本症例では短期間の入院期間に歯科介入し、咬合回復を図った。患者は義歯使用の経験はなく、咬合採得時は術者が患者の下顎安静位と設定した顎位より3mm程度減じた位置で咬合採得を行ったが、本症例においては不適切であった。咬合採得時に舌圧測定し、定量的な評価を行うことが、咬合高径決定に有用である可能性が示唆された。舌圧は基準値である30kPaを下回っているが、今回は過去の報告を参考に20kPaを基準とし、舌の訓練等は行っていない。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-19] 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死を発症した要介護高齢者に対し訪問 歯科診療にて義歯を作製した症例

○堤 康史郎¹、柏崎 晴彦² (1. 医療法人福北会 原町歯科・小児歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

【緒言】

我が国において、2018年に乳癌で死亡した女性はおおよそ1.5万人である。また、乳癌は骨転移の頻度が高く、治療に骨吸収抑制薬が用いられることが多いが、近年、その副作用にて顎骨壊死を呈することが報告されている。今回、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(ARONJ)による腐骨形成を伴う患者に対して大学病院専門外来と連携して訪問歯科診療にて義歯を作製し、良好な経過を得た一例を経験したので報告する。

【症例】

69歳 女性(初診時)。身長156cm, 体重46.6kg, ADLは自立(要介護2)。

主 訴: 中断していた歯科治療を訪問歯科診療で再開したい。

既往歴: 乳癌術後再発, 多発性骨転移と診断され, 近医にて2016年6月から12月までデノスマブ120mgを皮下注にて月1回投与を受けていた。

現病歴: 2016年7月, 近医歯科にて¹5, 41⁺124を抜歯, 上下義歯を修理した。同年11月, 患者を担当しているケアマネージャーより継続的な通院が困難なため自宅への訪問歯科診療を依頼され, 開始した。同年12月, ¹3456相当部周囲歯肉に発赤・排膿を認め, 義歯調整・歯周処置及び消炎処置を行ったが改善されず, 2017年1月, 精査加療目的で福岡歯科大学医科歯科総合病院口腔外科(以後, 福岡大口腔外科と略す)を紹介受診した。

【経過】

2017年1月、福歯大口腔外科外来にて ARONJの診断のもと、消炎を目的に左側下顎骨の腐骨を開放創とした。その後、週1回の訪問歯科診療と月1回の福歯大口腔外科受診を並行して義歯調整と消炎処置を継続した。同年5月、急性症状の消退を認めたため、6月に露出した腐骨をリリースする形態で下顎義歯を新製した。8月、腐骨が分離したため、9月に福歯大口腔外科入院下で腐骨除去術を実施した。退院後も訪問歯科診療を続け、2018年5月、下顎義歯をリライニングして更なる適合改善をはかった。その結果、以前より咬み応えのある食事が摂取可能となり、2019年2月に体重が48.5kgまで増加し ADL（2020年3月より要支援1）は改善された。

【考察】

ARONJを伴う要介護高齢者に対し、地域歯科医院による訪問歯科診療と大学病院の専門外来との連携をすることで、義歯作製および腐骨除去は可能であった。適切な病診連携により要介護高齢者の QOLを維持できることが示唆された。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-20] 長期歯科未受診高齢者に対して周術期口腔機能管理を行い、咀嚼機能が改善した一症例

○水谷 慎介¹、柏崎 晴彦¹（1. 九州大学大学院歯学研究院高齢者歯科学・全身管理歯科学分野）

【緒言】術後肺炎や気管挿管時の歯の損傷等の術後合併症を予防するため、周術期における口腔機能管理は重要である。一方で、手術を機に歯科を受診した患者も少なくはなく、高齢者では口腔機能が損なわれていることも多い。今回、手術を機に20年ぶりに歯科を受診した咀嚼機能障害を有する患者に対し、義歯製作により咀嚼機能の向上が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】67歳男性。当院第二外科より胆嚢結石症に対する手術における周術期口腔管理の依頼があり当科を受診した。既往歴は、特発性血小板減少症、慢性心不全、持続性心房細動、慢性腎不全、睡眠時無呼吸症候群、高尿酸血症であり、初診時の血小板数は、 $1\text{万}/\mu\text{L}$ であった。歯冠を有する歯は15歯あるが、多くの歯にう蝕の進行や動揺を認めた。残根状態の歯は11歯あり、多くの咬合支持域が喪失していた（Eichnerの分類 B3）。グルコセンサーを用いた咀嚼機能検査では $34\text{mg}/\text{dL}$ であり、試料のグミはほとんど細断できていなかった。周術期口腔機能管理として、咀嚼機能障害に対して義歯製作を行い、また動揺歯に対してマウスプロテクターによる保護を行うこととした。保存困難歯については、医科主治医との協議により、患者の希望と全身的な状態を考慮したうえで抜歯処置は行わない方針となった。本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】義歯製作手順は通法従い進めたが、補綴前処置としての抜歯処置や歯肉縁下の SRPは行わなかった。保存困難歯を残根形態にし、清掃性の改善を行った。手術前に義歯の装着を行い、義歯調整後の咀嚼機能検査では $166\text{mg}/\text{dL}$ と改善が認められた。入院後、外科手術前に5日間の大量ガンマグロブリン療法が行われ、血小板数が回復したところで、手術前の専門的な口腔ケアおよびマウスプロテクターの製作を行った。手術後の術後合併症はなく、退院した。月1度の医科受診時に歯科も受診しており、継続管理をしている。義歯装着半年後の咀嚼機能検査は $204\text{mg}/\text{dL}$ 、デンタルプレススケール II による咬合圧検査は 1094.4N であり、良好な経過をたどっている。

【考察】一般に義歯製作前に保存困難歯は抜歯されるが、本症例では手術までのスケジュールおよび全身状態を考慮し、咀嚼機能の回復を優先した。その結果、咀嚼機能の改善が認められ、また周術期における合併症も認められなかった。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-21] 2年以上歯周病安定期治療を行い、パーキンソン病の悪化により 訪問歯科診療に移行した1症例

○徳倉 圭¹、玄 景華¹ (1. 朝日大学医科歯科医療センター障害者歯科)

○徳倉 圭、玄 景華

朝日大学医科歯科センター 障がい者歯科

【緒言】

今回、義歯作製及び定期的な歯周病安定期治療を2年以上行い、その後にパーキンソン病が悪化し通院困難になった為に訪問歯科診療に移行して口腔健康管理を行い歯周疾患の状態を維持した1例を経験したので報告する。

【症例】

81歳、男性

主訴は左側上顎臼歯部の義歯作製の希望。既往歴はパーキンソン病、睡眠時無呼吸症候群及び関節リウマチ。義歯は平成29年4月より7か月ほど装着していなかった。数年前にパーキンソン病を発症してから身体を自由に動かすことが徐々にできなくなり、適切なブラッシング等のセルフケアが困難になった。初診時の残存歯の歯周疾患の程度は中等度歯周炎でプラークコントロール不良であった。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

初診時は義歯未装着のため咬合状態が不良で歯の動揺を認めた。口腔衛生指導、歯周基本治療を行い、歯の動揺が軽度になったことから左側上顎臼歯部の義歯作製を行った。パーキンソン病による下顎の不随意運動があった為、義歯の試適を何度か繰り返した。ノンクラスプデンチャーを希望され作製したが、義歯の脱着が自分自身では困難な事が何度かあった。そのため、マウスピース着脱用の金属製フックを利用して義歯の着脱ができるように本人と介助者を指導した。平成30年5月にパーキンソン病の悪化により入院した。翌月退院し歯周病安定期治療に移行。その後2年間毎月のメンテナンスを行った。令和1年10月頃から含嗽が困難になり、さらに翌11月に通院困難となった。ご本人の希望により訪問歯科診療へ移行。訪問歯科診療にて専門的口腔ケアを行い口腔健康管理を継続している。

【考察】

パーキンソン病が徐々に悪化する中で口腔衛生指導はできる限り簡単に把持しやすい歯ブラシを工夫する事で対応した。ノンクラスプデンチャーはパーキンソン病患者には脱着しにくい為、ノンクラスプデンチャーは避けた方がよいと考える。訪問歯科診療に移行後は専門的口腔ケアによる口腔健康管理を行った。ご本人自身による口腔清掃が困難になる中で少しでも自分自身でできるように歯ブラシを工夫し配慮した。今後、来院中から訪問歯科診療に移行する可能性のある症例では事前にケアプランナーと話し合っており計画的に口腔健康管理を行う必要があると考える。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-22] 成人T細胞白血病・リンパ腫を有する高齢患者の全身状態に配慮 してインプラント上部構造を改変した一症例

○川野 弘道¹、市川 哲雄²（1. 徳島大学病院 口腔インプラントセンター、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野）

【緒言】

近年、口腔インプラントの生存率が向上し口腔内に長期間存在することにより、患者が高齢化・有病化した際の対応が新たな問題とされている。Müllerは、人生の終末期においてインプラント補綴装置を単純化し管理しやすい状態に移行させる「Back-off Strategy」の概念を示した。今回、成人T細胞白血病・リンパ腫(ATLL)を有する高齢患者に対しインプラント上部構造を単純化し改変した症例を経験したので報告する。

【症例】

70歳の男性。現病歴は、ATLL/急性型、2型糖尿病。既往歴は、アスペルギルス肺炎、左側脳梗塞。初診時の口腔内所見は、64[┐]および7643[┐]367相当部にインプラント体を認め、3[┐]は粘膜下であった。6[┐]67インプラント体周囲には異常骨吸収を認め抜去適応であった。上顎にはインプラントオーバーデンチャー（IOD）、下顎には固定性上部構造が装着されていた。脳梗塞の後遺症として、右側上肢に軽度麻痺を認めた。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

2019年1月にATLL発病、化学療法および放射線療法により2020年7月に寛解を認めた。同年8月にインプラントの精査を主訴に当科紹介受診。血液内科主治医へ照会し、易感染性および易出血性はなく外科処置は可能であった。局所麻酔下にて6[┐]67インプラント体を抜去した。直前の血液検査はWBC：5800/ μ L、PLT：15.1 $\times 10^4$ / μ L、HbA1c：6.2%であった。抜去部位の治癒後に74[┐]3インプラント体へヒーリングアバットメントを装着し、通法に従い下顎IODの新製を行った。術前術後の咀嚼機能検査値は168mg/dl、160mg/dlと共に基準値以上であった。また、口腔関連QOLのスコアは5点から30点となったが著しい低下は認めず、現在はメンテナンスに移行している。

【考察】

ATLL/急性型は再発が多く、生存期間中央値が8.3ヵ月、4年生存率が11%と報告されている。予後予測が困難であり、治療介入のタイミングが重要と考えられた。本症例では、適切に外科的介入と補綴的介入を行うことで高齢患者のQOL低下を最小限に抑えることができた。今後、全身疾患や老化の影響によりセルフケアが困難となった場合においても管理しやすい口腔状態へ改善できたと考えられた。（COI開示：なし）

(2021年6月11日(金) 14:30～16:30 認定医Line3)

[認定P-23] 統合失調症患者のオーラルジスキネジアによる褥瘡性潰瘍に対応した一例

○川谷 久子¹、両角 祐子²（1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座）

【緒言】

口腔内に生じる褥瘡性潰瘍は、齲歯や不適合な義歯による圧迫、パーキンソン病や口腔内の不随意運動(オーラルジスキネジア:以下OD)、舌、唇を噛む自咬癖によっても起こる。今回、精神科病院に入院中の統合失調症患者で褥瘡性潰瘍への対応に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】

76歳、男性。動揺歯と口内炎を主訴に入院中の精神科病院より訪問歯科診療の依頼を受けた。疾患は統合失調症と知的能力障害で意思疎通は図れない。ODの原因と考えられる定型抗精神病薬の内服はない。食事形態は粥、ミキサー。上顎は左側犬歯のみ、下顎は左側犬歯を含む9歯が残存していた。義歯はあるが使用しておらず、常時開閉口を繰り返すODを認め、上唇を口腔内に巻き込んでいた。上顎左側犬歯部の上唇から粘膜にかけて潰瘍の形成を認めた。また上顎右側臼歯部顎堤にも、下顎臼歯部の接触による潰瘍形成を認めた。両部位とも硬結、出血はなかった。なお、本報告の発表について代諾者から同意を得ている。

【経過】

初診時に3度の動揺を認めた下顎左側第二大臼歯の抜歯を行った。初診1週後、上顎左側犬歯の抜歯と上顎義歯の増歯及び床下粘膜調整処置を行い、常に義歯を装着することで下顎臼歯の刺激を除去することにした。初診2週後に上口唇の潰瘍は改善を認めたが、上顎右側臼歯部の潰瘍は改善を認めなかった。初診2か月後、徐々に潰瘍は縮小した。初診3か月後から精神状態の悪化により、義歯を入れると不穏となり、装着できないと看護師より報告を受けた。初診4か月後に潰瘍からの排膿と右側頬部の腫脹を認めたため、3回に分けて下顎残存歯(下顎右側第二、第一大臼歯、下顎右側第二小臼歯、下顎左右側犬歯、下顎左右側中切歯)をすべて抜歯した。抜歯から約4か月で潰瘍は縮小した。

【考察】

本症例はODによる不随意運動があり、訪問歯科診療において潰瘍の原因となる多数歯抜歯は困難と判断し、義歯を装着することで刺激を除去する治療方針とした。一時的に症状の改善を認めたが精神状態の悪化により義歯が総着できず潰瘍の悪化が認められ、多数歯抜歯への治療方針の変更が必要になった。訪問歯科診療の対象となる患者は、精神疾患や認知症など意思疎通が図れずに積極的な診療が困難なケースが多い。しかし、全身状況や日内変動に合わせて最善を尽くす治療方針への変更が必要であると考え。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line3)

[認定P-24] 喉頭全摘術が適応であった誤嚥性肺炎を繰り返すパーキンソン病患者の一例

○川勝 美里¹、戸原 玄² (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野、2. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【諸言】

パーキンソン病は嚥下障害を生じる代表的な疾患である。今回パーキンソン病による嚥下障害のため一時的に経口摂取困難となったが、喉頭全摘術後に再び経口摂取可能となった症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は67歳男性、パーキンソン病のため在宅療養していた。「食形態をあげたい」との主訴があり、当科より訪問診療を開始した。ペースト食を3食経口摂取だったが、以前から誤嚥性肺炎による入退院を繰り返していた。初診時、歩行：介助下で可、意思疎通：可、発語：短い発声のみ可、BMI：23、残存歯数：17本、臼歯部咬合支持域：なし、同居家族：妻、服用薬剤：イーシー・ドパール配合錠®、ドプスOD錠®、メトリジンD錠®など。嚥下内視鏡検査の結果、食物の梨状窩への残留及び食道入口部開大不全も認められたため、経口摂取を続けながら開口訓練及びバルーン訓練を行う方針とした。

なお、本報告の発表について患者代諾者から文書による同意を得ている。

【経過】

バルーン訓練開始前に誤嚥性肺炎により再度入院し（初診日＋2か月）、当科の訪問診療は一時中断し、入院先医師の判断で胃瘻造設となった（＋5か月）。胃瘻造設後は経口摂取の機会が減少し、嚥下機能はさらに低下した。訪問診療再開後、間接訓練を開始したが再度誤嚥性肺炎により入院（＋1年8か月）した。患者家族より経口摂取の希望が強く誤嚥防止術を検討していると連絡があったことから、当科にて手術の種類や術後に予測される利点、欠点などを説明し、最終的に喉頭全摘術を受けることになった。術後、咽喉頭の形態変化に合わせた経口摂取方法や食形態を指導し、経口摂取量が増加した。現在は胃瘻を併用し在宅療養を継続している。

【考察】

誤嚥防止術の一つである喉頭全摘術の目的は、誤嚥の完全防止及び嚥下機能の改善である。本症例では胃瘻造設後も誤嚥性肺炎を繰り返したため、誤嚥防止術を推奨した。その効果により誤嚥がなくなり、肺炎などの呼吸器合併症を予防できた。喉頭全摘術では術後に声を出せなくなるというデメリットがあるが、本症例では声を失うことに対する懸念も少なかったため、その点では術後の影響は少なかったと考えられる。よって誤嚥のリスクはなくなり主訴であった食形態の向上も可能となっただけでなく、患者及び家族のQOL向上にも寄与することができたと考えられる。

（COI開示：なし）

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1 (Zoom)

[認定P-01] 訪問診療先の高齢者に対し摂食嚥下障害および口腔機能の改善を図った1症例

○片山 昇¹、村田 比呂司² (1. 医療法人宇治山田歯科医院、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 歯科補綴学分野)

[認定P-02] 姿勢調整によって嚥下障害の改善を認めた1症例

○増田 貴行^{1,2}、高橋 一也¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座、2. 増田歯科医院)

[認定P-03] 重度認知症患者に干渉波感覚刺激を行い、嚥下機能が改善した一例

○原 良子¹、中根 綾子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-04] パーキンソン病の診断時にすでに重度嚥下障害を呈していた症例

○松村 えりか¹、野原 幹司² (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室)

[認定P-05] 胃瘻造設患者の胃食道逆流への対処に苦慮した一症例

○緒方 真弓^{1,2}、石田 瞭³ (1. 緒方歯科医院、2. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、3. 東京歯科大学)

[認定P-06] 抗精神病薬の長期内服で嚥下機能が低下し、胃瘻造設に至った統合失調症患者の経口摂取支援

○奥村 拓真¹、戸原 玄¹ (1. 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科医歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-07] 口腔機能低下症に対し栄養指導と機能訓練を行った一例

○後藤 由和¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

[認定P-08] 顎関節骨折をきっかけにサルコペニアによる摂食嚥下障害が顕在化した一例

○宮下 大志¹、菊谷 武^{1,2,3} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、2. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科、3. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-01] 訪問診療先の高齢者に対し摂食嚥下障害および口腔機能の改善を図った1症例

○片山 昇¹、村田 比呂司² (1. 医療法人宇治山田歯科医院、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 歯科補綴学分野)

緒言：

初診時、患者は85歳の女性で上顎にはインプラントによる固定式上部構造が装着され、下顎の天然歯はすべてカリエスにより残根状態であった。下顎の義歯が不安定で粘膜の疼痛のため使用できず栄養状態が悪化していた。検査結果より摂食嚥下障害と診断した。

3年前より高齢者施設に入居中で、高血圧症、心不全、脳梗塞症および軽度の血管性認知症の既往があり、車いす生活であった。摂食嚥下障害という診断と、栄養状態の悪化と体重減少というフレイルであったことから、咀嚼機能の改善を目的として治療を計画した。診療回数や、年齢と全身状態、適応力を考慮し、義歯の新製よりも旧義歯の修理、改善を第一選択とした。

症例：

他院にて口腔衛生管理と義歯の調整が2年前より行われていたが、増歯やリラインは行われておらず義歯が不安定で、粘膜の疼痛のため1か月前から義歯を使用できない状態であった。口腔水分計（ムーカス）による値は16.0であり、舌苔の付着が多く、TCIは約80%であった。舌圧は16kPaと低舌圧を呈し、聖隷式嚥下質問紙においては、食事や水分の摂取を含む項目においてAが4つあり嚥下障害ありと評価された。食形態は嚥下調整食4（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013）から嚥下調整食2-2へ、さらに嚥下調整食2-1へと進んでおり、食欲も著しく低下し、（器質的变化による）栄養状態の悪化が認められ、義歯使用時と比べ体重は5キロ減少していた。

経過：

旧義歯は、コンパウンドとシリコーンゴム印象材を用いて、増歯予定の部位を含めた咬座印象および咬合採得を行い、間接法にてシリコーン系軟質リライン材によるリラインと増歯を行った。義歯が使用できるようになり数日後には嚥下調整食4の摂取が可能となった。3か月後には体重が2.5キロ増加した。口腔水分計による値は基準値（27.0）を下回るが25.0と回復し、舌苔の付着も約40%まで低下した。舌圧も、基準値（30kPa）以下ではあるが25kPaまで回復し、聖隷式嚥下質問紙においても多くの項目で改善がみられた。

考察：

訪問診療先という環境下で、義歯の不具合による摂食嚥下障害をはじめ、口腔機能が悪化していた要介護の患者に対し、少ない訪問回数で早期に咀嚼機能および口腔環境を回復できたことで、フレイルの更なる悪化を抑制できたと考察する。

発表に関して、家族からの同意を得ている。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-02] 姿勢調整によって嚥下障害の改善を認めた1症例

○増田 貴行^{1,2}、高橋 一也¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座、2. 増田歯科医院)

【緒言】

日常の食事場面では、「体がずり落ちる」「顎が上がったまま」など、不適切な姿勢のまま食事が提供されている症例にしばしば遭遇する。これにより誤嚥、誤嚥性肺炎、栄養不良等を引き起こす可能性がある。今回、姿勢調整によって嚥下障害の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】

76歳女性。既往歴に平成27年：胃潰瘍、平成30年：アテローム血栓性脳梗塞を発症。誤嚥性肺炎は無し。令和2年10月に施設に入居。施設から食事中のむせ込みと左口角からの食べこぼしを主訴に依頼された。初診時、身長155cm、体重35kg、円背、左片麻痺を認めた。食事の時は車椅子を利用し、正面観は左に傾斜、側面観は骨盤の後傾および頸部突出を認めた。また足底接地を認めなかった。口腔内は、やや口腔清掃不良および左側下顎臼歯部4歯欠損を認め、義歯を使用していなかった。

食事は自力摂取が可能。食事形態は全粥とろみ、ソフト食およびとろみ付き水分。一口量が多く、食事スピードも速いため食事時間は30分程度。1食分の9割程度口腔内に入るも、左口角からの食べこぼしが多いため実際の摂取量は5割程度。またむせ込みを認めた。姿勢調整を行う前にVE検査を実施したところ、全粥とろみ、ソフト食共に嚥下反射の惹起遅延を認め、全粥とろみでは誤嚥と仮声帯部に残留を認めた。ソフト食では誤嚥と残留を認めなかった。食事の摂取不足と誤嚥が、円背と片麻痺の影響によるものと考え、食事形態は変更せず、クッション類を用いて姿勢調整を行い、食事スピード、一口量に関しては声掛け、見守り介助を実施した。

本報告の発表について代諾者から文書による同意を得ている。

【経過】

治療開始1ヶ月後の12月に再評価を行ったところ、左口角からの食べこぼしおよびむせ込みは減少した。また体重は1kg増加した。VE検査では喉頭侵入は認めなかった。

【考察】

円背や傾斜が生じている高齢者の方では、摂食嚥下活動が制約を受けている。骨盤体が後傾し後方重心になり、バランスをとるために頸部突出する。つまり舌骨下筋群にストレッチが加わり、喉頭を挙上させるために必要な舌骨上筋群の作用を抑制させる。これに対しクッション類を利用し姿勢調整を行うことで、骨盤の後傾を改善させ、腰背部を伸展方向に対して起す事で頸部突出を抑制し、喉頭や咽頭の位置が適切な関係になり、誤嚥や左口角からの食べこぼしが減少したと考える。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-03] 重度認知症患者に干渉波感覚刺激を行い、嚥下機能が改善した一例

○原 良子¹、中根 綾子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【緒言】

口腔期の機能低下により舌接触補助床を作成後、送り込みが一時的に改善した患者が、脳梗塞の発症で嚥下機能が更に低下したが、干渉波感覚刺激により、嚥下機能の改善に至った症例を経験したので報告する。

【症例】

アルツハイマー型認知症の84歳男性。既往歴は脳出血。2013年より介護老人保健施設に入所。口腔清掃及び義歯修理を主訴に2015年4月に訪問歯科を受診した。初診時の評価は改訂長谷川式簡易知能評価3点、バーセルインデックス0点、要介護5、ボディマス指数 21.2 kg/m^2 であった。その後、脳梗塞を発症したため干渉波感覚刺激を施行した。

なお、本報告の発表について代諾者から文書による同意を得ている。

【経過】

初診時、食事は介助で全粥刻み食を摂取していたが、義歯修理後一口大に食事形態の変更を行った。初診時より2年半経過後、オーラルディスクネジアが発現し、頸部は後屈して拘縮したため姿勢調整を行った。3年後には痰がらみを認めるようになり咳嗽訓練を指導した。同時期より送り込みが悪化し口腔内残留が増加したため、食事形態を全粥刻み食と水分は中間のとろみに変更、交互嚥下を指示した。また舌接触補助床を作成し、口腔内残留が一時的に消失した。その後脳梗塞を発症し、身体は右に傾き、覚醒にムラを認め、喉頭挙上量が減少した。脳梗塞発症から半年後、通常の生活下で頸部に干渉波感覚刺激を2回/日×15分、5回/週×3週間、刺激強度2～3 mAで施行した。咳テスト(1%クエン酸生理食塩水溶液)による前後比較を行ったところ、咳誘発時間は60秒→4秒、咳回数は0回→5回に改善、また経口摂取レベルは機能的経口摂取評価4で変化はなかったが、経口摂取カロリーは1400kcal→1600kcalと改善した。

【結果と考察】

義歯修理により咬合を回復し、咀嚼機能を回復させたことで食事形態を一時的に変更できた。その後認知症の進行や脳梗塞の発現による摂食嚥下機能の低下を認めたが、干渉波感覚刺激により咳反射と栄養状態が改善した。介入困難である認知症にリハビリテーションを実施し、嚥下機能が改善した意味は大きいと考える。

◆東京医科歯科大学歯学部倫理審査委員会 承認番号 第 D2018-005番

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-04] パーキンソン病の診断時にすでに重度嚥下障害を呈していた症例

○松村 えりか¹、野原 幹司² (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室)

【目的】

パーキンソン病(以下,PD)患者は初期から嚥下障害が出現し,病気の進行に伴い嚥下障害の重症度が増す.嚥下障害は運動障害の一症状として出現するが,投薬治療により改善することも多く,脳神経内科医による診断と治療が患者のQOLに関わる.今回,医科・歯科の外来に通院していたもののPDの診断に至らず,診断時にはすでに重度嚥下障害を呈していた症例を経験したため報告する.

【症例の概要と処置】

79歳 PDの男性.X年11月,「食事に時間がかかる.むせる」ことを主訴に当部外来を受診した.X-2年から歩行障害の訴えで某病院フレイル外来に通院し,筋力低下の指摘のみで経過観察となっていたが,当部受診前に脳神経内科を受診しPD(Hoehn&YahrⅢ度)と診断され投薬治療が開始された.また,その間も定期的に歯科に通院していた.当部での嚥下内視鏡検査にて,食塊形成は良好であるものの水分の不顕性誤嚥を認め,同日の簡易CRP検査は2.2mg/dLであった.誤嚥による呼吸器の炎症を疑い,水分誤嚥の予防として増粘剤の使用を指導した.また,食事と水分が十分摂取できず大幅な体重減少(X年8月54kg→X年11月49.5kg)を認めたため,栄養剤の使用について指導した.レボドパの服用直後は「飲み込みやすい」との訴えを聴取したため,嚥下障害についても投薬コントロールにより改善する可能性があるかと判断し,脳神経内科主治医へ嚥下所見を報告,さらなる投薬量の調整と投薬治療の継続を依頼した.

【結果と考察】

X+1年1月,誤嚥性肺炎を生じることなく経過している.食事時のむせが残存し,水分への増粘剤の使用が徹底されていなかったため,再度指導を行った.今後も嚥下機能の経過をみながら,脳神経内科主治医と連携を取って治療にあたる予定である.本症例は数年前から易転倒性があり,寡動や姿勢反射障害などのパーキンソン症状が出現していたが,フレイル外来や歯科では気づかれることなく,脳神経内科および当部初診時にはすでにHoehn&YahrⅢ度,重度嚥下障害を認めた.早期にPDに対する治療が開始されていれば,より早い段階から嚥下指導が可能となり,安全に経口摂取を継続できていた可能性がある.歯科においても未診断の症状を見逃さないようにすることの重要性が示唆された.

なお,本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている.

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-05] 胃瘻造設患者の胃食道逆流への対処に苦慮した一症例

○緒方 真弓^{1,2}、石田 瞭³ (1. 緒方歯科医院、2. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、3. 東京歯科大学)

【緒言】

嚥下障害で経口摂取が困難となった時、別の栄養ルートとして胃瘻造設を選択される場合があるが、造設後のトラブルの

一つに胃食道逆流がある。長期に渡る胃瘻による栄養摂取の中で胃食道逆流が深刻となり、増粘剤の使用など様々に対処し

たが、結果的に逆流をを解決する事が出来なかった一例を経験したので報告する。

【症例】

74歳女性 クモ膜下出血後遺症により寝たきりで、施設入所、既に胃瘻造設されていた。意思の疎通はほぼ不可で、口

腔内は残存歯多数あり、歯周炎、齲蝕が認められた。介護者から口臭があるとの事で口腔衛生管理を依頼され、訪問歯科

診療を開始した。その後、家族と施設スタッフの強い希望により、経口摂取を目的として摂食機能療法を行う事になった。

なお、本報告の発表について患者代諾者から文書による同意を得ている。

【経過】

X年9月の初診から約5年間は歯周炎治療、齲蝕治療、口腔ケアを行っていた。その後、経口摂取の希望があり、嚥下専

門歯科医師と連携してVEによる嚥下評価を行いながら、お楽しみ程度の経口摂取訓練を開始した。同時に残された嚥下機

能維持の為に間接訓練も行った。当初はVE評価にて咽頭残留は認められたが明らかな誤嚥は確認されなかった。さらに1

年後、VEにて栄養剤の逆流と検査食の誤嚥も確認された。その後3年間は、逆流と咽頭残留は徐々にではあるが憎悪して

いった。そこで増粘剤 REF-P1を提案し、使用を試みた。REF-P1が栄養剤をカバーして逆流を防いでくれる事を想定し

たのである。使用後半年程は栄養剤の逆流は見られず、口腔内に貯留したり口腔外に流出する事も無く経過していたが、

今度は口腔内に白い沈澱物と歯面のべた付きが現れ REF-P1の逆流と判断した。REF-P1は粘着性のため、気道閉塞を危

惧し使用を中止した。その後主治医の指示により半固型栄養剤に変更したが、逆流は憎悪し、最期を迎えられた。

【考察】

胃瘻造設している患者にとって、食べる楽しみを経験できる事は大切であり、お楽しみ程度の経口摂取であつても患者の

QOLは格段に改善すると言える。しかし患者の状態によっては、胃食道逆流そして誤嚥性肺炎を引き起こすこともある。

在宅に関わる口腔健康管理をつかさどる歯科医師として、経腸栄養の逆流のメカニズムや原因を知り、主治医と連携を取

りながら対処する事の重要性を教えてくれた症例であった。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-06] 抗精神病薬の長期内服で嚥下機能が低下し、胃瘻造設に至った 統合失調症患者の経口摂取支援

○奥村 拓真¹、戸原 玄¹ (1. 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科医歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【目的】

統合失調症において不穏やせん妄、幻視といった症状に対し、抗精神病薬が投与される。一方で抗精神病薬の副作用として嚥下障害が生じる可能性も報告されている。今回抗精神病薬の長期投与による嚥下障害が疑われ、誤

嚥性肺炎に至ったのちに抗精神病薬を中止した統合失調症患者に対し、経口摂取再開まで支援を行った症例を経験したので報告する。

【症例】

72歳、女性。飲み込みづらさを主訴に X年10月より訪問診療を開始した。既往歴は統合失調症、糖尿病であった。統合失調症に対しパリペリドン徐放錠(インヴェガ錠3mg®)1日1回朝食後と夜間せん妄時にリスペリドン内服薬(リスペリドン内用液0.5mg分包®)が屯用で処方されていた。身体所見として BMI16.6とるい痩を認め、握力10kg程度で筋力低下、また動作緩慢で活動性は低下していた。嚥下内視鏡検査にて誤嚥を認め、抗精神病薬の長期内服による嚥下機能障害を疑った。なお本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

精神科担当医に現状を報告し、抗精神病薬の変更や調整を打診したが、統合失調症の病状のため困難であった。その後も体重や ADLが低下し、X+1年9月再評価時にはさらなる嚥下機能低下を認めたため、抗精神病薬の服薬調整や経管栄養の使用検討を再度精神科主治医に打診していた。家族・担当介護支援専門員に現状や今後予想される状況や経管栄養の適応について説明していた。最終的に X+2年4月に誤嚥性肺炎発症、胃瘻造設となった。それを機に抗精神病薬は全て中止となり、以降精神科担当医から基本的に嚥下機能低下をきたす薬剤は避けて治療するという協力を得られることとなった。退院後体重も増加、活動性も回復したため嚥下機能訓練を開始し、現在は直接訓練まで至っている。

【考察】

抗精神病薬はドパミン受容体に作用し、錐体外路症状などを出現させることがあり、嚥下機能に影響を及ぼすことが報告されている。今回抗精神病薬の長期内服により嚥下障害が引き起こされた症例を経験した。嚥下障害の重症度から抗精神病薬の服薬調整が必須であり、情報を共有することで最終的に精神科担当医の協力も得られ、経口摂取支援を再開できた。また患者や家族には事前に現状と今後想定しうる状況について説明を十分に行うことで、心理的な支援にもつながったと考える。今後も経口摂取の支援を継続していく予定である。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-07] 口腔機能低下症に対し栄養指導と機能訓練を行った一例

○後藤 由和¹、両角 祐子² (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科、2. 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯周病学講座)

【緒言】

口腔機能低下症は様々な要因に修飾され、複雑な病態を呈することが多く、多面的にアプローチすることが必要である。一般的に低栄養も口腔機能を低下させるリスク要因と考えられている。今回、口腔機能低下症患者に歯科治療や口腔機能訓練と併せて、管理栄養士による栄養指導を行い栄養状態の改善を図った症例を経験したので報告する。

【症例】

68歳、女性。食べこぼしを主訴に来院。既往歴は胃潰瘍のみ。2年前より食事の際の食べこぼしや会話中の流涎を自覚し当院を受診。残存歯は25本で Eichnerの分類は B1。上顎に部分床義歯装着し、適合に問題なし。下顎左側

臼歯部に著しい動揺があり、咀嚼時疼痛を認める。口腔機能検査を行い、口腔衛生状態は TCIが80%・舌口唇運動機能は paが6.4回/秒、taが6.0回/秒、kaが5.6回/秒・舌圧は7.93kPa・咀嚼能力が49mg/dl・嚥下機能は EAT-10が7点と5項目で機能低下を認め、口腔機能低下症と診断した。BMIは15.4であった。食形態は常食、摂取量は少なく、平均で1日1000kcal程度の摂取であった。

なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

口腔機能低下症と診断し、口唇や舌の可動域訓練・筋力向上訓練などを開始した。動揺歯の抜歯と義歯新製と共に、管理栄養士による栄養アセスメントにて身長・体重、普段の食事内容からカロリー計算を行い、体重増加を目標とし、現在の摂取カロリーに200Kcal追加するよう、たんぱく質を中心に食事指導を行った。指導後、半年でBMIが15.4から16.6と改善を認めると共に、口腔機能も初診時と比較し舌圧が7.9kPaから14.3kPa、咀嚼能力が49mg/dLから90mg/dLと改善したが、主訴の食べこぼしについては改善に至らなかった。食べこぼしの原因を探るため、摂食時の評価を行い、早食い・頬の協調運動の不良を認めたため、指導を行った。

【考察】

本症例では口腔機能の改善に必要な歯科治療を行うと共に、口腔機能訓練、栄養指導を行った。管理栄養士と共に低栄養に対し栄養指導を行うことで、機能訓練の効果をさらに高めることができたと考えられた。高齢者の口腔機能低下症に対しては、筋機能訓練のみでは効果が得られにくい事が知られており、口腔機能訓練だけでなく栄養管理や栄養指導も併せて行う事が重要であると考えられる。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line1)

[認定P-08] 顎関節骨折をきっかけにサルコペニアによる摂食嚥下障害が顕在化した一例

○宮下 大志¹、菊谷 武^{1,2,3} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、2. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科、3. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

【緒言】

サルコペニアの摂食嚥下障害では早期診断、早期リハビリテーションによる介入が求められている。今回サルコペニアの嚥下障害が疑われた患者に対し、摂食嚥下リハビリテーションを行い、経過を観察した。

【症例】

90代、女性。食事時のむせこみを主訴に来院した。初診より半年前にベッドから転落しオトガイ部を強打したことで左右顎関節頭を骨折した。過去に嚥下障害に関連する既往はなく、その後も常食を摂取していたが顎の変位により咀嚼の困難感、舌の動かしにくさを感じ、食事量が減少した。2ヶ月前には食事時のむせも認め始めた。口腔内は上顎で部分床義歯、下顎は総義歯を使用していた。咀嚼は緩慢な様子を認め食塊形成は不良であった。舌圧は7.9kPaであり、嚥下造影検査にて安静時咽頭腔は広く、とろみなし水分では嚥下反射惹起遅延、喉頭侵入を認めた。寒天は少量咽頭残留を認めた。体重は47.9kg、握力は12.1kg、SMIは4.97kg/m²であった。本報告の発表について患者本人から文書による同意を得た。

【経過】

初診時、サルコペニアに加え顎関節頭の骨折により顕在化した摂食嚥下障害と診断し、咽頭感覚の低下も認めたため、間接訓練として舌抵抗訓練、発音訓練を行い、食事は歯ぐきでつぶせる程度の硬さのものへ変更し、水分には薄いとろみを付与するよう指導した。1～2ヶ月毎に口腔機能の評価、半年毎に嚥下造影検査を行い、評価の内容に合わせて訓練強度も変更した。4ヶ月後、食事時のむせこみが減少した。食事量も全量摂取できていたが、食事時間の延長がみられ始めた。そのため、食事時間の短縮を目的に食事量を半分にし、不足分の栄養を補食で補うよう指導した。1年後、体重は50.9kgと増加し、舌圧も20.8kPaまで改善を認めた。嚥下造影検査では、食塊形成は依然として不良なものの、安静時の咽頭腔は初診時と比べ縮小がみられ、寒天の残留量も減少していた。その後、徐々に SMI、舌圧の低下を認め、初診から24か月後、外来受診困難となり介入終了となった。

【考察】

間接訓練、栄養量の確保によりサルコペニアの嚥下障害と思われる症状の改善がみられた。しかし、摂食状況に大きな変化はなかったが、徐々にサルコペニアは重症化した。超高齢者におけるサルコペニアが原因と思われる摂食嚥下障害の治療に苦渋した。

認定医審査ポスター | Live配信抄録 | 認定医審査ポスター

認定医審査ポスター

2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2 (Zoom)

[認定P-09] 左側上顎顎欠損の左側半側麻痺患者に口腔機能を考慮して顎補綴治療を行った一症例

○荻野 洋一郎^{1,2}、柏崎 晴彦^{1,3} (1. 九州大学病院歯科部門、2. 九州大学病院歯科部門九州大学大学院歯学研究院口腔機能修復学講座クラウンブリッジ補綴学分野、3. 九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-10] 口腔機能低下症と低栄養を疑う高齢者に義歯製作により改善を試みた症例

○島田 昂¹、柏崎 晴彦² (1. 島田歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

[認定P-11] 上下顎義歯治療により口腔機能回復を図った一症例

○松田 岳¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部総合診療歯科学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-12] 舌再建術後の患者に対して補綴処置を行い機能回復を図った1症例

○萬田 陽介¹、皆木 省吾¹ (1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 咬合・有床義歯補綴学分野)

[認定P-13] 口腔機能低下症患者に対し口腔機能訓練と義歯調整を同時に行い機能改善を認めた一症例

○木山 賢歩¹、高橋 裕¹ (1. 福岡歯科大学 咬合修復学講座 有床義歯学分野)

[認定P-14] 認知機能低下の疑いのある患者に対し家族を交えながら義歯の製作および口腔機能の維持・向上を図った症例

○山内 茉椰¹、上田 貴之¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[認定P-15] 神経変性疾患の病態にあわせてモバイル型軟口蓋挙上装置を作製した症例

○河合 陽介¹、寺中 智¹ (1. 足利赤十字病院リハビリテーション科)

[認定P-16] 長期歯科未受診高齢者において義歯製作により咀嚼機能の向上が得られた一症例

○浅尾 美沙¹、柏崎 晴彦¹ (1. 九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科)

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-09] 左側上顎顎欠損の左側半側麻痺患者に口腔機能を考慮して顎補綴治療を行った一症例

○荻野 洋一郎^{1,2}、柏崎 晴彦^{1,3} (1. 九州大学病院歯科部門、2. 九州大学病院歯科部門九州大学大学院歯学研究院 口腔機能修復学講座クラウンブリッジ補綴学分野、3. 九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

【緒言】

高齢者は全身疾患の罹患や既往に加えて、加齢に伴う口腔機能の低下を認めることが多い。口腔機能には、歯列や補綴装置に加え口腔周囲の筋肉（舌、咀嚼筋）などが関与する。口腔機能の回復にはこれらの評価やリハビリテーションも重要である。さらに、口腔内の重篤な疾患である口腔癌は、外科処置後の顎欠損など口腔機能に与える影響は甚大であり、顎義歯による器質的、機能的回復が必要なことが多い。

本症例では、脳出血の既往歴があり上顎左側歯肉癌の術後で左側上顎欠損を有する患者に対して、早期顎義歯の製作後に口腔機能の回復と患者自身による管理を目指した歯冠補綴装置と最終義歯の製作を行い、良好な結果を得たので報告する。

【症例】

75歳、女性。上顎左側歯肉癌（扁平上皮癌）による左側上顎欠損（Aramany分類Ⅱ型）、多数歯欠損（上下顎ともに KennedyⅠ級1類、Eichner B4）に起因する機能障害を主訴に来院した。既往歴に53歳時の脳出血（左側半側麻痺を伴う）があり、降圧剤を服薬（140/80mmHg程度）していた。上顎部分切除後の経過は良好であった。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている

【経過】

術後4週目に術前の義歯を改変し、早期顎義歯として使用した。早期顎義歯により口腔機能は改善できたが、舌圧は13.8kPaと低値であった。退院後は車いすでの通院となった。早期顎義歯の装着によって日常生活に支障がなかったため、義歯の支台歯の歯冠補綴装置と最終義歯の製作に取り組んだ。最終義歯は顎欠損への対応や低値であった舌圧の向上を考慮し、口蓋を被覆する義歯床へ設計を変更した。装着後の舌圧は21.0kPaと十分ではないものの顕著な改善を認めた。また、最大咬合力は287.2N（デンタルプレスケールⅡ）と低下しているが、咀嚼機能（グルコセンサー GSⅡ）は120mg/dLと基準値を上回り、食事も改善された。現在は3か月毎のリコールで経過観察を行っている。

【考察】

早期顎義歯での機能回復により、最終補綴に熟慮する時間を確保できた。特に機能的（義歯の維持・安定のためのガイドプレーンとカントゥア）、審美的（義歯の歯冠幅径）な観点からの歯冠補綴は半側麻痺患者による義歯の着脱という点でも、また義歯床の拡大による顎欠損部の封鎖と舌圧の向上は装着後の口腔機能の改善という点で有効であったと考えられた。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-10] 口腔機能低下症と低栄養を疑う高齢者に義歯製作により改善を試みた症例

○島田 昂¹、柏崎 晴彦² (1. 島田歯科医院、2. 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野)

【緒言】

近年、高齢者の低栄養防止や重症化予防の事業が進められており、その特性に応じた保健事業として管理栄養士の訪問指導による低栄養の改善や重症化を予防する試みが行われている。しかし口腔内環境が悪く十分な改善効果の得られない高齢者が存在する。これは口腔内清掃の不良や歯牙欠損に伴う咬合力低下・咀嚼機能低下が口腔

機能低下症となる要因の一つだからである。今回、口腔機能低下症および低栄養が疑われる高齢者に対し、義歯作製し口腔機能と栄養状態の改善を試みたので報告する。

【症例】

77歳女性。関節リウマチ、糖尿病、大動脈弁狭窄症、腰椎圧迫骨折の既往あり。関節リウマチや腰椎圧迫骨折のために通院が途絶えていた。今回、歯牙の動揺および欠損による咀嚼障害を主訴として来院された。また関節リウマチの影響による手のこわばりがセルフケアを不良にしている一因と考えられた。初診時の咀嚼スコアは5点であり、口腔内衛生状態の不良・咬合力低下・咀嚼能力低下が認められることより口腔機能低下症と考えられた。また、咀嚼スコアより摂食可能食品が少なく、低栄養状態が疑われた。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

栄養状態および口腔機能低下を防ぐ目的で、まず、歯冠の削合および抜歯を行い、即時義歯を作製し、咬合支持を回復させた。即時義歯で顎間関係の是正を行い、それを最終義歯の作製に移行しフレンジテクニックを併用した。咀嚼スコアは治療前（5点）・即時義歯（60点）・最終義歯（70点）と改善傾向が認められ、VASによる評価でも評価項目全てにおいて最終義歯で高い評価を得られた。

【考察】

今回の症例では、口腔機能低下症と低栄養が疑われ、まず咬合支持・咀嚼機能の回復に重点を置いた治療を行った。通法では、抜歯や不良補綴装置の再製作などを含む補綴前処置を経たのちに新義歯製作を行うことが一般的である。しかし今回、まず即時義歯を作製することで、栄養状態の低下の防止や顎間関係を是正を行い、それを最終義歯に移行したことで理想的な義歯の作製を行えたと考えられる。また、通院困難という環境が口腔機能低下を招いた一因と考えられたことから、外来診療から訪問診療へ移行するなど他職種連携による診療アプローチの方法を提案して行くことも必要であると考えられた。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-11] 上下顎義歯治療により口腔機能回復を図った一症例

○松田 岳¹、市川 哲雄²（1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部総合診療歯科学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔顎顔面補綴学分野）

【緒言】

高齢になるに従い、全身の筋肉量が減少し、それに伴い口腔機能、摂食嚥下機能が低下し、咀嚼・嚥下のしにくさを生じることが考えられる。今回、咀嚼・嚥下機能が低下した高齢の患者に義歯治療を行い、良好な機能回復が得られたので報告する。

【症例】

91歳の女性。上顎全部床義歯の経年劣化のための新製希望と46抜歯に伴う咀嚼困難を主訴に来院した。使用している義歯は長期間の使用と人工歯の咬耗により咬合高径の低下と義歯の破折による修理を繰り返していた。脳梗塞既往（2006年、2018年）と高齢の影響により、飲み込みのしにくさを感じているとのことであった。口腔関連の機能検査を行ったところ、舌圧は22.4 kPa、グミゼリーを用いたグルコース溶出量による咀嚼能率検査値は65 mg/dL、感圧フィルムによる咬合力検査値は457 N、口腔湿度は23.1、EAT-10は3点、OHIP-J54は77点であった。診察・検査の結果、上顎無歯顎、46、47欠損による咀嚼障害、口腔機能低下症と診断した。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

上顎全部床義歯人工歯の咬耗に対して、装着義歯の咬合面再形成を行い、咬合高径を前歯部で2 mm挙上し、治療用義歯とした。挙上後しばらく経過を観察した後、咀嚼・嚥下機能の向上を認め、口腔清掃指導の徹底により歯周状態の改善を確認した。顎関節にも問題を生じていないことを確認し、改造した義歯の咬合高径で上下顎義歯を製作することとした。治療手順は通法どおりで、装着後の経過は良好であった。装着後6ヵ月の検査では、舌圧値32.3 kPa、咀嚼能率検査値115 mg/dL、咬合力検査値1183 N、EAT-10は2点、OHIP-J54は25点になった。

【考察】

本症例は義歯の長期使用による人工歯の咬耗により咬合高径が低下、全身既往歴と高齢により咀嚼・嚥下機能が低下したと考えた。装着義歯を治療用義歯として改造し、さらに口蓋の研磨面形態を厚めに設定したことで、早期に機能回復を図ることができた。治療用義歯の顎間関係を含め義歯形態をできるだけ転写することで、より早期に新義歯に慣れが獲得でき、患者のQOL向上に寄与できたと考える。今後も口腔内と義歯の維持、管理を継続し、機能低下の防止に努めたいと考えている。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-12] 舌再建術後の患者に対して補綴処置を行い機能回復を図った1症例

○萬田 陽介¹、皆木 省吾¹ (1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 咬合・有床義歯補綴学分野)

【緒言】

舌癌による舌半側切除術、再建術を受けた患者では舌の器質的・機能的障害が生じることが多い。今回、舌半側切除、再建術後の患者に対して舌接触補助床の機能を付与した義歯を作製し摂食嚥下リハビリテーションを行うことで機能回復を図った1例を経験したので報告する。

【症例】

80歳 男性。2013年3月、舌縁部扁平上皮癌 T2N0M0のため舌半側切除、予防的頸部郭清術および大腿皮弁による舌再建術を受けた。2014年5月に咀嚼がし辛いとの訴えがあり補綴科紹介。上下顎とも遊離端欠損で義歯は使用していなかった。既往歴に腎結石、白板症がある。食事は常食を全量摂取している。茶菓子のような甘味が好むため、カリエスリスクが高い。

なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

歯牙欠損による咀嚼障害と診断し、まずは通法通り上下顎部分義歯を作製した。義歯装着により咀嚼機能向上を自覚したが、嚥下時の疲労感と口腔内残存を訴えるようになった。そこで口腔機能検査を行ったところ、最大舌圧6.1kPa、オーラルディアドコキネシス（以下OD）：pa 4.7回/秒 ta 1.3回/秒 ka 1.5回/秒で舌の機能低下を認めた。舌機能不全による口腔期の嚥下障害と診断し、2016年10月、上顎義歯に舌接触補助床の機能を付与し装着した。あわせて摂食嚥下リハビリテーションとして、舌の可動域訓練、抵抗訓練、発音訓練を行った。

2016年11月には義歯装着時の最大舌圧は8.6 kPa、2017年8月には最大舌圧9.2kPa、ODはta 2.1回/秒、ka 1.9回/秒と基準値以下ではあるが上昇傾向を認めた。食事には30分程度かかるが常食を全量摂取できており、Alb値4.1以上と低栄養を疑う所見はなかった。嚥下時の疲労感については自覚的に改善傾向を認めたが完全には消失しなかったため、舌の訓練は継続した。その後医科転院となり、遠方からの来院であったため歯科も近医を

紹介。当院は終診となった。

【考察】

本症例では種々の検査を行うことにより嚥下障害が口腔期にある事を特定し、舌の機能不全による嚥下効率の低下、嚥下回数の増加に起因する嚥下時の疲労感が生じていると考えるに至った。PAPを装着することで口腔機能検査の結果が改善し一定の治療効果を得ることができたが、舌のリハビリテーションは機能維持のために継続して行う必要があると考えられた。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-13] 口腔機能低下症患者に対し口腔機能訓練と義歯調整を同時に行い機能改善を認めた一症例

○木山 賢歩¹、高橋 裕¹ (1. 福岡歯科大学 咬合修復学講座 有床義歯学分野)

【緒言】

2016年に日本老年歯科医学会が「口腔機能低下症」を提唱し、2018年に保険収載され広く認知されている。口腔機能の低下は口腔リテラシーの低下をきっかけに歯周病、う蝕により歯を喪失し、滑舌の低下、わずかのむせ・食べこぼし、噛めない食品増加という症状をへて口腔機能低下症となり口腔の機能障害に起因するとされている。口腔機能低下症患者に対し日常的に口腔機能訓練を行うことで機能改善、維持を図ることができるとされている。今回、口腔機能低下症患者に口腔機能訓練、補綴的処置を行うことで機能改善を認めたため報告する。

【症例および処置経過】

89歳女性。2019年3月に食べ物がまとまらない、飲み込みにくいとの主訴があり口腔機能精密検査を行った。検査結果から口腔乾燥25.3、残存歯16本、舌口唇運動機能低下/pa/,/ta/,/ka/6回/秒未満、舌圧18.2kPa、咀嚼機能32mg/dl、嚥下機能（EAT-10）23点の6項目が該当し口腔機能低下症と診断した。症状から口腔乾燥、舌圧、舌口唇運動機能の低下による食塊の形成及び送り込み障害、義歯不適合による咀嚼障害が疑われた。口腔機能訓練、義歯調整を行い機能の回復を図ることとした。口腔機能訓練は間接訓練を中心にを行い、直接訓練は交互嚥下訓練を食事に行うように指導した。義歯調整を咬合面再形成、リライン、クラスプ修理で行った。

なお本症例の発表について患者本人から文章による同意を得ている。

【結果と考察】

月1回来院し問診にて食形態、むせの頻度等を確認し機能訓練が無理なく行えているか確認を行った。6か月後に再検査を行ったところ、咬合力315.9N、舌口唇運動機能/ta/6回/秒未満、舌圧17.9kPaの3項目が該当し口腔機能低下症と診断されたが、口腔乾燥31.4、咀嚼能率196mg/dl、舌口唇運動機能/pa/6.2、/ka/8.2、嚥下機能1点と機能改善を認めた。1年6か月後に、再度検査を行い舌口唇運動機能/pa/,/ta/6回/秒未満、舌圧20.5kPaと該当項目が2つとなり口腔機能の回復を認めた。本症例では、口腔機能低下症の患者に対し口腔機能訓練と義歯調整を同時に行い、機能の改善を認めた。これは、口腔機能精密検査により改善が必要な項目を把握できた事、患者が口腔機能訓練を継続して行ったことに起因していると考えられる。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-14] 認知機能低下の疑いのある患者に対し家族を交えながら義歯の製作および口腔機能の維持・向上を図った症例

○山内 茉椰¹、上田 貴之¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

【緒言】

歯科診療に携わる中で、認知症を有する患者とたびたび遭遇する。今回、認知機能低下が疑われる患者の歯科診療を行い、本人への治療説明や口腔機能低下症への対応、家族とのコミュニケーション等、診療の際に様々な配慮が必要であると感じた症例を経験したので報告する。

【症例】

77歳の男性。食事の際の義歯のかたつきと痛みを主訴に来院した。既往歴は高血圧症および狭心症である。診査の結果、義歯の咬合接触状態と床適合の不良および人工歯排列位置の不備に起因する疼痛・咀嚼障害と診断した。また、舌苔の付着に加え、硬いものが食べにくい、食欲がわからないという訴えから口腔機能低下症を疑い、口腔機能精密検査を行ったところ7項目全てに機能低下を認めた。義歯の咬合調整と粘膜面の調整により疼痛は軽減したが、安定不良は改善せず義歯を新製することとした。診療中に同じことを繰り返し尋ねたり、予約時間を間違えて来院したりすることがあったため、認知症を疑い改訂長谷川式簡易知能評価スケールを行った。24点/30点で非該当であったが、日付や単純な引き算を誤るなど不安が残る結果であった。念のため妻に同席を依頼し、今後の治療方針について説明を行った。

なお、本報告の発表について患者の代諾人から文書による同意を得ている。

【経過】

義歯の新製とともに唾液線マッサージの指導、口腔清掃指導、舌の機能訓練等の口腔機能管理を行った。本人への説明のみでは口腔清掃状況に改善は見られず、口腔機能訓練を行っているかも曖昧であったため、電話で妻にも指導内容を伝え、一緒に管理を行ってもらうよう促した。次第に妻も同伴で来院し積極的に説明を受けるようになった。義歯調整後、定期検診に移行した。義歯装着半年後の口腔機能精密検査では口腔衛生状態不良および咀嚼機能低下は非該当となり、その他の項目も改善がみられた。現在、3か月ごとに経過観察を行っているが、義歯の疼痛や安定不良もなく、患者および家族の満足が得られている。

【考察】

認知機能低下が疑われた本症例では、本人のみの指導では十分な理解が得られているかは疑問であった。家族とも電話を通じてコミュニケーションを取ることで、両者の意識の変化につながり、円滑な診療および口腔機能の改善を図ることができたと考える。また、口腔機能管理ではなるべく道具を使用せず気軽にできる訓練を採用したことも良好な結果につながったと思われる。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-15] 神経変性疾患の病態にあわせてモバイル型軟口蓋挙上装置を製作した症例

○河合 陽介¹、寺中 智¹ (1. 足利赤十字病院リハビリテーション科)

【目的】神経変性疾患の多くは、口腔機能や摂食嚥下機能に障害を認める。前頭側頭葉変性症もその一つであり、前頭・側頭葉に限局した進行性の変性を呈し、初老期に好発する神経難病である。病態は様々だが、本症例では構音障害、嚥下障害を中心とした病態であり、病状の進行に合わせてモバイル型軟口蓋挙上装置（以下モバイル PLP）の製作が必要であったので、その一例を報告する。

【症例の概要と処置】72歳、女性。C型肝炎 脂質異常症 糖尿病の既往あり。「うまく話せない」を主訴に2020年4月当院神経内科受診。9月病状進行に伴い当科受診。現病歴は、2019年12月より呂律が緩慢になった。2020年3月、飲み込みにくさ、会話時の息苦しさを自覚。9月、神経内科にて前頭側頭葉変性症の初期と診断。当科初診時、発話明瞭度が3/5で開鼻声あり、挺舌は口唇まで、舌萎縮は認めなかった。また、軟口蓋挙上不全と呼気鼻漏出を認めた。9月に嚥下造影検査(VF)実施し、軟口蓋挙上不良、舌挙上不良を認め、軟口蓋挙上装置 (PLP) 作製開始した。患者は構音障害の改善を重視しており、発話用に PLP を作製した。10月 PLP 装着。開鼻声は改善したが、使用経過をみて、挙上子を調整した。しかし、唾液の嚥下困難感があり、12月モバイル PLP へ修理し、嚥下内視鏡 (VE) を実施。液体嚥下時の鼻咽腔への逆流は改善。2021年1月病状の進行に伴い、構音障害が悪化し、嚥下障害が出現。ST、患者と相談し、嚥下用 PLP に切り替え、口蓋の形態を修正して、調整継続中。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【結果と考察】 PLP 製作当初は、舌の可動域も広く、装着により開鼻声の改善がみられ、会話用として使用していた。しかし、経過に伴い舌の可動域が狭まり、嚥下障害の悪化を認めたため、嚥下用に口蓋の形態修正を行い、モバイル PLP へ修正を行った。モバイル PLP は従来型より装着感が良く、口蓋の形態を修正することで、PAP の機能も有することが可能である。そのため、神経変性疾患のように病態が進行していく疾患では、今回の症例のように変化していく病態に合わせて調整がしやすく、有用な装具であると考えられる。また、適切な調整をするためには病態の把握が必須であり、主治医と綿密な情報共有を行い、多職種で評価を行い連携していく必要があると考えた。

(2021年6月11日(金) 14:30 ~ 16:30 認定医Line2)

[認定P-16] 長期歯科未受診高齢者において義歯製作により咀嚼機能の向上が得られた一症例

○浅尾 美沙¹、柏崎 晴彦¹ (1. 九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科)

【緒言】口腔機能の維持や改善は、食事の面で適正な栄養摂取が可能となり免疫力や身体の活動性を向上させる。また、会話の面では高齢者の社会性の低下防止にもつながると考えられている。口腔機能低下を適切に診断し、口腔機能管理と動機付けを行うことは歯科にとって重要なことである。今回、咀嚼機能低下の自覚のない高齢患者に対し、義歯の製作を行い咀嚼機能の向上を得られた症例を経験したので報告する。

【症例】70歳女性。当院循環器内科より周術期口腔管理依頼で当科を受診した。既往歴は重症大動脈弁狭窄症、高血圧、2型糖尿病、脂質異常症、変形性膝関節症であった。アスピリン等を多剤服用していた。初診時、残根状態の歯を多数認め Eichner 分類は B4 であった。最終歯科受診歴は約30年前であり、2回目の受診時には唯一の咬合支持域であった歯冠補綴物が自然脱落していた。患者自身は食事に関して不便を感じないとのことであった。上顎10本、下顎4本の計14本は術前に感染源になると判断し、抜歯および義歯の製作を行うこととした。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】重症大動脈弁狭窄症に対し、大動脈弁置換術が予定されていたため、口腔内の感染源除去を優先し抜歯を行った。抜歯処置は、2020年7月～8月の間で3回に分けて行った。義歯製作は大動脈弁置換術後の2020年10月～11月にかけて行い上顎総義歯、下顎部分床義歯を装着した。義歯装着後、患者本人からは食事に関する変化は特にないとのことであったが、摂取可能食品を調査表にて聞き取りをしたところ、摂取可能食品の改善を認め、咀嚼能力検査では義歯装着前45mg/dl、義歯装着後95mg/dlとなり咀嚼機能の向上を認めた。

【考察】咀嚼機能低下は低栄養になりやすいことが予測されるが、今回の症例は154cm、70kg、BMI 29.5と肥満であった。長期にわたる咀嚼機能の低下により摂取可能食品の多様性が低下し適正な栄養状態を維持できていなかった可能性が考えられる。今回の歯科介入により、咀嚼機能の向上が得られ、摂取可能食品が多様化し、食生活の改善が期待される。調査表を用いたことで、患者自身が食生活の変化を実感でき、義歯装着に関して満足を

得られた。客観的な評価、検査結果を用いることで口腔機能改善に対する動機付けをすることができた。