

2023年6月16日(金)

ポスター会場

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター

14:30 ~ 16:30 ポスター会場 (1階 G3)

[摂食審査P-1] COVID-19ワクチン接種後に生じたギラ

ン・バレー症候群の経口摂取再開の一例

○奥村 拓真^{1,2} (1. 北斗病院 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 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[摂食審査P-2] 認知症高齢者が入院により経管栄養管理と

なったが退院後3食経口摂取可能となり栄養状態を回復した症例

○並木 千鶴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)

[摂食審査P-3] 複数回にわたる窒息既往の高齢者が摂食嚥下

リハビリテーションおよび多職種連携により、安全に経口摂取可能となった一例

○原 良子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)

[摂食審査P-4] 舌接触補助床 (PAP) を作製し言語聴覚

士・管理栄養士とともに診療を行った舌癌術後症例

○松村 えりか¹ (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部)

[摂食審査P-5] パーキンソン病と小脳出血による摂食嚥下障

害に対し摂食訓練と舌接触補助床適用により症状が改善した症例

○内山 宙^{1,2} (1. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、2. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[摂食審査P-6] 摂食嚥下障害を認める下顎癌術後患者に対

し、多職種連携による摂食嚥下訓練を行うことによりスムーズに食形態の改善ができた一症例

○田下 雄一¹ (1. 昭和大学歯学部口腔健康管理学講座口腔機能リハビリテーション医学部門)

[摂食審査P-7] 脳神経難病が疑われる重度構音及び嚥下障害

の症例

○岡澤 仁志¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

11:30 ~ 18:00 ポスター会場 (1階 G3)

[摂食更新P-1] 東京都城南地区における食支援活動の報告

○栗屋 剛¹ (1. あわや歯科医院)

[摂食更新P-2] 療養病棟における嚥下回診への取り組み

○林田 有貴子¹ (1. 有貴歯科クリニック)

[摂食更新P-3] 多発性脳梗塞後、長期に経口摂取を中断して

いた患者に対し、病診連携で対応した1症例

○渡邊 裕¹ (1. 北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)

[摂食更新P-4] 歯学部およびリハビリテーション科学部教員

としておこなった摂食機能療法専門歯科医師の専門性に基づいた教育活動についての報告

○飯田 貴俊^{1,2,3} (1. 北海道医療大学 歯学部 生体機能・病態学 摂食機能療法学分野、2. 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 言語聴覚療学科、3. 神奈川歯科大学 歯学部 全身管理医歯学講座 全身管理高齢者歯科学分野)

[摂食更新P-5] 摂食嚥下リハビリテーション学を中心とした

歯科医療従事者養成コースの活動報告

○大岡 貴史¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[摂食更新P-6] 摂食機能療法専門歯科医師としての学内、学

外での教育活動

○渡邊 哲¹ (1. 愛知学院大学歯学部顎顔面外科学講座)

[摂食更新P-7] 鬱による食欲低下という診断により薬剤性嚥

下障害を呈した症例

○深津 ひかり¹ (1. ふかつ歯科)

[摂食更新P-8] 介護老人保健施設における経口維持支援の取

り組み

○大平 真理子¹ (1. 東京歯科大学 パーシャルデンチャー補綴学講座)

[摂食更新P-9] 石川県高度・専門医療人材養成支援事業の展

開

～ 摂食嚥下に関する教育活動の3年間 ～

○長谷 剛志¹ (1. 公立能登総合病院 歯科口腔外科)

[摂食更新P-10] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動一多

職種連携で一つの目標達成をー

○濱田 浩美¹ (1. 幌西歯科)

[摂食更新P-11] 病棟との連携により歯科訪問診療での非経口

摂取高齢者の口腔内環境が改善した3症例

○皆木 瞳¹ (1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科)

[摂食更新P-12] 当院における地域医療連携活動と連携により

訪問嚥下内視鏡 (VE) 検査を行った患者を

通しての問題点の検討

○廣島 広実¹ (1. 社会医療法人 若竹会 つくば
セントラル病院歯科口腔外科)

[摂食更新P-13] 療養病床を有する病院における摂食嚥下リハ
ビリテーションの導入

○玉田 泰嗣¹ (1. 長崎大学病院 摂食嚥下リハビ
リテーションセンター)

[摂食更新P-14] 急性期病院における摂食機能療法専門歯科医
師としての活動

○吉住 結¹ (1. さいたま赤十字病院 口腔外科)

[摂食更新P-15] 摂食嚥下障害のケーススタディを目的とした
マネキン作製の試み

○森崎 重規¹ (1. 医療法人鶴岡クリニック 歯
科・口腔外科)

[摂食更新P-16] 進行性核上性麻痺患者に対して理学療法士と
連携して専門的立場から食事指導を行った1
症例

○芦田 貴司¹ (1. 芦田歯科医院)

[摂食更新P-17] 胃瘻造設患者に嚥下機能評価を行い経口摂取
再開に至った一症例

○田中 栄士¹ (1. 医療法人成良会 たなか歯科ク
リニック)

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター

2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場 (1階 G3)

[摂食審査P-1] COVID-19ワクチン接種後に生じたギラン・バレー症候群の経口摂取再開の一例

○奥村 拓真^{1,2} (1. 北斗病院 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 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[摂食審査P-2] 認知症高齢者が入院により経管栄養管理となったが退院後3食経口摂取可能となり栄養状態を回復した症例

○並木 千鶴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)

[摂食審査P-3] 複数回にわたる窒息既往の高齢者が摂食嚥下リハビリテーションおよび多職種連携により、安全に経口摂取可能となった一例

○原 良子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)

[摂食審査P-4] 舌接触補助床 (PAP) を作製し言語聴覚士・管理栄養士とともに診療を行った舌癌術後症例

○松村 えりか¹ (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部)

[摂食審査P-5] パーキンソン病と小脳出血による摂食嚥下障害に対し摂食訓練と舌接触補助床適用により症状が改善した症例

○内山 宙^{1,2} (1. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、2. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[摂食審査P-6] 摂食嚥下障害を認める下顎癌術後患者に対し、多職種連携による摂食嚥下訓練を行うことによりスムーズに食形態の改善ができた一症例

○田下 雄一¹ (1. 昭和大学歯学部口腔健康管理学講座口腔機能リハビリテーション医学部門)

[摂食審査P-7] 脳神経難病が疑われる重度構音及び嚥下障害の症例

○岡澤 仁志¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-1] COVID-19ワクチン接種後に生じたギラン・バレー症候群の 経口摂取再開の一例

○奥村 拓真^{1,2} (1. 北斗病院 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 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【緒言】

ギラン・バレー症候群（以下 GBS）は COVID-19ワクチン接種後にも発症することが報告されているが、その慢性期における経口摂取支援の報告はほとんどない。今回在宅療養中の GBS の患者で、経口摂取再開が可能となった一例を経験したので報告する。

【症例および経過】

85歳男性。既往歴は高血圧症、左脳梗塞（2016年）。2021年 X月(第1病日)に転倒後起き上がれず、搬送され入院となった。患者は入院3日前に COVID-19ワクチン2回目を接種していた。第10病日に GBS の診断となった。第28病日頃には症状のピークを認めたが、気管切開や人工呼吸器等の導入はされずに経過した。経口摂取困難のため第163病日には胃瘻が造設された。近医診療所に転院後、第196病日に自宅退院となった。飲み込みの機能を見てほしいとの主訴で、第208病日に歯科訪問診療初診となった。四肢麻痺あり、要介護5、Hughes の機能グレート尺度（以下 FG）は4、握力は10kg程度、Body Mass Index（以下 BMI）は18.6 kg/m²であった。口腔内はEichner分類 A3、舌圧は平均5.4kPaであった。嚥下内視鏡検査を実施し、喉頭挙上不良、嚥下反射惹起遅延を認めた。GBSによる嚥下機能低下と診断、四肢麻痺も改善しておらず、今後の大幅な機能改善は見られないと判断した。姿勢代償で誤嚥なく直接訓練開始可能なことを確認し、リクライニング45°で中間のとりみ水を用いた直接訓練を週1回から開始した。併せて離床を促すとともに開口訓練などを家族に指導した。第368病日には週2回のみ1日1食で食事を開始することができた。2023年1月現在誤嚥性肺炎の発症なく経口摂取を継続できている。なお、本報告の発表について患者本人および家族から文書による同意を得ている。

【考察】

COVID-19ワクチン接種後の GBS として特殊な経過はなかった。しかし社会情勢もあり回復期リハビリテーション病院に転院せず、在宅療養となっていた症例であった。摂食機能療法に携わる者として今後このような症例に遭遇する頻度は増えるかもしれないことを意識すべきである。ADLやQOLを継続的に観察し、適切にリハビリテーション介入を続けることで経口摂取を開始でき、患者や患者家族のQOL向上に結びつけることができたと考える。（COI 開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-2] 認知症高齢者が入院により経管栄養管理となったが退院後 3食経口摂取可能となり栄養状態を回復した症例

○並木 千鶴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・目的】 認知症高齢者の経口摂取維持には、認知機能以外に嚥下機能や低栄養が障壁となるが、入院自体が支障となることがある。本症例は入院中の食思不振から中心静脈栄養管理(以下 TPN)となったが、3食経口摂取可能となり栄養状態を回復したので報告する。【症例および経過】 91 歳、女性、既往はアルツハイマー型認知症(以下 AD)、食道癌(鏡視下手術のみ)。2020年 8月に大腿骨骨折により入院。入院中に食思低下、ADの進行から経口摂取困難となり TPN となった。回復期転院後も改善なく TPN のみで自宅退院した。家族より経口摂取希望の依頼があり、2021年1月に在宅訪問診療を開始した。初診時は入院前より10kgの体重減少を認めた（BMI14.7kg/m²）。認知機能は、理解力低下は認められるも食事に対する拒否なく自己摂取可能であった(日常生活自立度Ⅲ、欠損歯1歯)。中等度とりみ水等を用いた嚥下内視鏡検査による評価では、嚥下反射惹起遅延、咽頭収縮の減弱が観察されたが誤嚥や喉頭侵入は認められなかった。嚥下重症度分類(DSS)3。入院中も肺炎の兆候がないことから嚥下

障害の原因は、入院によるリロケーションダメージと長期間の絶食から、廃用が考えられた。目標は、短期的には3食経口摂取の移行とTPNの抜去とし、最終目標は栄養改善および食形態の回復とした。ADは咽頭期障害や誤嚥が少ないため、まずはとろみ水等を用いた直接訓練を開始した。退院後間もないため環境に慣れる期間も考慮し、毎月看護師立会いのもと訪問し経口摂取量を増やした。初診から4か月後にペースト食を3食経口摂取可能となりTPNを抜去し、7か月後には体重および食形態が入院前と同等に改善した(BMI19.3 kg/m²)。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。【考察】本症例は環境変化が食思不振を招き廃用、低栄養を来したと考えられ、退院後早期に評価、介入できたことが改善に繋がったと考察された。認知症高齢者の環境変化は、予想外の支障を招くことがあり今後も入院を避けるよう、家族や介護、医療関係者と協力し生活の場を意識したケアを行うことが大切である。やむを得ない入院の際は安心した入院生活を送れるよう、リロケーションダメージの対処が重要である。(COI開示：なし)(倫理審査対象外)

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-3] 複数回にわたる窒息既往の高齢者が摂食嚥下リハビリテーションおよび多職種連携により、安全に経口摂取可能となった一例

○原 良子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・目的】複数回の窒息経験のある患者に対し多職種連携により安全な経口摂取が可能となった1例を経験したので報告する。【症例および経過】93歳、女性。大腿骨骨折、高血圧の既往あり。現病歴はアルツハイマー型認知症、過活動膀胱、不眠症。過去に4回食物による窒息をおこし、訪問医によるトロミの付与と、看護師による定期的な状況確認がされていた。2022年6月嚥下困難による評価を目的に家族より訪問依頼を受けた。要介護2、口腔内は義歯により両側の咬合支持あり。BMI19.9 (kg/m²)、嚥下評価スクリーニングはRSST1回、MWST4点で最長発声時間は8秒であった。舌の可動域は良好であったが、舌圧は平均20.5kPaであり、口腔乾燥の訴えがあった。食形態は軟飯、軟菜、一口大、刻みでムセは認められなかったが、次々と多量に自食しており注意障害が認められた。嚥下内視鏡検査では安静時には喉頭蓋谷と梨状窩に唾液の貯留が認められ、食物摂取時には食塊形成不良で、嚥下反射は遅延し、喉頭蓋谷および梨状窩に多量の残留が認められた。さらに咽頭感覚が不良で刺激による咳反射も認められなかった。窒息予防の対応を早急に行い、最終的に咽頭期改善を目標とした。窒息の原因は認知症による先行期・準備期・咽頭期に起因すると思われ、先行期に対し小さい食具を選択して一口量を減らし、声掛けにより食事ペースに配慮した。また準備期改善のため看護師と共に咀嚼訓練を行い、食形態はペースト食に変更し、咽頭への送り込み量を調節して窒息リスクを減らした。さらに咳嗽反射強化のため看護師に発声訓練を依頼し、最長発声時間は14秒と改善した。また口腔乾燥や咽頭感覚不良は内服薬の影響も考えられ、訪問医と相談中である。そして指導内容は看護師およびケアマネジャーにフィードバックした。その結果、全粥・刻み食での経口摂取が可能となり、窒息なく経過している。尚、本報告の発表について患者本人と家族から文書による同意を得ている。【考察】全身状態は比較的良好であったが、認知機能や口腔機能低下、咽頭感覚不良による窒息のリスクがあった。食形態、食事ペース、一口量などの調整と訓練実施により安全に自食可能となった。今後、服薬調整により咽頭期の改善も期待されるが、認知機能の進行と共に嚥下機能低下も予測され、病期に対応した多職種連携が必要と思われる。

(COI開示：なし)(倫理審査対象外)

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-4] 舌接触補助床 (PAP) を作製し言語聴覚士・管理栄養士と

もに診療を行った舌癌術後症例

○松村 えりか¹ (1. 大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部)

【緒言・目的】

口腔腫瘍術後患者は口腔内の形態や機能が手術前と変化するため、摂食嚥下機能や構音機能に支障をきたしやすい。今回、舌癌術後患者に対して舌接触補助床（PAP）を作製・調整し、経口摂取および構音の機能改善を得たので報告する。

【症例および経過】

63歳、女性。橋本病、骨粗鬆症、高脂血症の既往がある。令和3年3月初旬、左側舌癌に対して当院口腔外科にて左側舌半側切除術、前腕皮弁再建術、左側頸部郭清術（Lv.Ⅰ～Ⅴ）が施行された。術後に出現した左側舌下神経麻痺と舌の実質欠損のため、舌の可動域縮小と舌・口蓋接触不良を認め、咀嚼および食塊形成、口腔から咽頭への食塊の送り込みが困難であった。準備期・口腔期の改善と全量経口摂取への移行を目標とし、経鼻胃管栄養を併用しながら摂食嚥下訓練を開始した。術後21日目に嚥下造影検査（VF）下でPAPを作製・形態修正したところ、口腔から咽頭への送り込みが改善し、嚥下調整食2-1を全量経口摂取可能となった。また、舌の可動域縮小に伴い構音不明瞭（発話明瞭度3）を認め、本人から「周囲と会話ができない」との訴えがあった。言語聴覚士と共に診察し、さらにPAP形態を修正したところ、構音の改善を認め、PAP装着下で発話明瞭度1となった。術後62日目から術後化学放射線療法が施行され、術後128日目に退院した。自宅での経口摂取や食事内容に関して不安の訴えが強く、週1回の外来診療を行った。皮弁萎縮による舌・口蓋接触の悪化を認めたため、外来VF下でPAP形態を再度調整したところ舌・口蓋接触の改善を認めた。自宅では患者自身が調理を担っており、調理への不安の訴えや退院後の体重減少を認めたため、管理栄養士へ介入を依頼し、調理方法や必要栄養量について指導した。その結果、術後151日目には自身で調理した嚥下調整食3の経口摂取が可能となった。本報告の発表について患者本人から文書にて同意を得ている。

【考察】

本症例は舌の実質欠損・皮弁退縮、舌下神経麻痺による摂食嚥下障害や構音障害があり、本人の不安が強かった。しかし、入院中から退院後まで舌形態や機能の変化に合わせたPAPの調整を行い、言語聴覚士・管理栄養士とともに生活に配慮した診療・指導・助言を行ったことで、食事や会話を通じた生活の質の改善につながったと考えられる。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 14:30～16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-5] パーキンソン病と小脳出血による摂食嚥下障害に対し摂食訓練と舌接触補助床適用により症状が改善した症例

○内山 宙^{1,2} (1. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、2. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

【緒言・目的】

パーキンソン病(以下PD)と小脳出血の併存による摂食嚥下障害と高度な体重減少を呈した患者に対し、摂食機能訓練と舌接触補助床(以下PAP)の適用により、症状改善がみられた1例を経験したので報告する。

【症例および経過】

73歳、女性。PDに罹患している（Hoehn & Yahr分類Ⅴ度）。令和3年12月に小脳出血にて入院中に経口摂取困難と診断され胃瘻造設となった。令和4年6月に自宅退院したが、入院前のBMI16.0kg/m²と比較し、退院後13.5kg/m²（体重6.0kg減少）であった。同年6月に経口摂取の再開と体重増加を希望し歯科訪問診療の依頼があった。初回評価時、座位保持はやや不安定で、嚔声を認めた。上下顎残存歯はすれ違い咬合で、義歯は不適合、舌に軽度固縮を認めた。RSST 1回、咳テスト陽性、FT3点（口腔内残留あり）、舌圧13.0kPa、VEは兵頭スコア6点で、咽頭残留はあるが、誤嚥は認めなかった。以上より準備期、口腔期および咽頭期の障害と判断し

た。栄養提供量は胃瘻より1200kcal/日であったがSGAでは高度栄養不良であった。ゴール設定は経口摂取量の増大により入院前のBMIに回復することとした。対応法は間接訓練として舌抵抗訓練、開口訓練および前舌保持嚥下訓練を本人と家族に指導の上、直接訓練として誤嚥を予防しつつ嚥下調整食3の摂取訓練、さらに低舌圧に対しPAPを適用した。PAP装着後は舌圧31.6kPaとなり、訓練を継続したところ、胃瘻による栄養に加え嚥下調整食4の経口摂取が可能となった（摂取エネルギー量：約1400kcal/日）。令和5年1月時点でBMI15.3kg/m²まで回復、SGAは中等度栄養不良まで回復した。多職種とは経口摂取状況のほか体幹保持能力、呼吸および排痰機能の情報共有を継続している。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。

【考察】

PDの錐体外路症状と小脳失調が舌運動障害の一因と考えられた。PAPの適用により即時的な準備期/口腔期障害の改善が得られた。咽頭残留も同じく咽頭収縮筋の運動障害によると考えられたが、誤嚥性肺炎なく設定したゴールにほぼ到達でき、介入の成果と考える。PD症状の進行により、今後は経口摂取がより厳しくなると予想されるため、サポートの継続が重要と考える。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-6] 摂食嚥下障害を認める下顎癌術後患者に対し、多職種連携による摂食嚥下訓練を行うことによりスムーズに食形態の改善ができた一症例

○田下 雄一¹（1. 昭和大学歯学部口腔健康管理学講座口腔機能リハビリテーション医学部門）

【緒言・目的】

摂食嚥下障害を認める下顎歯肉癌術後患者に対し、多職種連携をとり嚥下訓練を行うことで、スムーズに入院から外来診療への移行が可能となり、食形態が改善した1例を経験したので報告する。

【症例および経過】

85歳、男性。既往歴は遠位弓部大動脈瘤、Ⅱ型糖尿病、高血圧症、脳梗塞、膀胱癌であった。令和3年7月に右側下顎臼歯部に違和感を認め、近医の耳鼻科受診。下顎歯肉癌を疑われ、同年10月本学頭頸部腫瘍センターを紹介受診。下顎歯肉癌の診断の下、右側下顎区域切除術のみが施行された。術前より口腔衛生管理、嚥下訓練依頼で当科受診。術前のVE検査では、遠位弓部大動脈瘤圧迫による左声帯麻痺、左食道入口部通過障害を認めた。術後嚥下障害を考慮し、術前から喀出訓練、代償姿勢として体幹右傾斜頸部左回旋の指導を行った。術前の体重は53kgであった。口腔内は無歯顎で、術後は義歯も装着困難なため、入院中の経口摂取目標をゼリー食とした。訓練計画は医師、歯科医師、言語聴覚士（以下ST）が協議して立案し、評価は医師、歯科医師、STが行い、訓練は歯科医師、STが実施した。術後の口腔機能は、瘢痕拘縮による舌運動障害を認めた。術後12日目のVE検査および術後21日目のVF検査で送り込み障害、遠位弓部大動脈瘤の圧迫による左声帯麻痺、術後の感覚閾値上昇による不顕性誤嚥、左食道入口部通過障害、咽頭貯留を認め、経口摂取困難と判断し、術後31日目に胃瘻が造設された。嚥下訓練は、唾液嚥下訓練、喀出訓練、代償姿勢を再度指導し、ゼリーを用いた直接訓練を行った。術後43日目、嚥下後の湿性嚔声も改善され、ゼリー食を開始した。術後49日目に退院。退院後は、歯科医師が嚥下機能を評価し、適宜訓練内容を変更した。術後5か月、徐々に舌運動障害の改善や代償姿勢の習得が十分となり、食形態はペースト食とした。術後9か月で全粥軟菜刻み食まで改善した。栄養状態も改善し、術後47kgまで低下した体重は、術後6か月で術前と同程度の53kgに回復した。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。

【考察】

術前からの多職種での情報共有により、入院から外来まで効果的な嚥下訓練が可能となり、スムーズに食形態の改善ができた。多職種での多角的なアプローチは、指導内容の深い理解にも有効であったと考えられる。

（倫理審査対象外）

（COI開示：なし）

(2023年6月16日(金) 14:30 ~ 16:30 ポスター会場)

[摂食審査P-7] 脳神経難病が疑われる重度構音及び嚥下障害の症例

○岡澤 仁志¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【緒言】

義歯に起因する咀嚼、嚥下障害及び構音障害を主訴に来院し、神経難病を疑い医科歯科連携を行った1例について報告する。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。

【症例および経過】

73歳、女性。高血圧の既往があり、アムロジピンを内服。9年前の義歯新製から構音障害を認め、義歯調整を行うも改善が見られなかった。1年半前より構音障害が顕著に悪化し、当院補綴科を受診したが、義歯に問題は認めず当科に紹介された。初診時外部評価は身長153cm、体重47kg(8か月前52kg)、BMI19[kg/m²]、JCS-0であった。日常生活自立度ランクJ、上下顎全部床義歯を使用し、吸着や咬合は良好。挺舌は赤唇部を超え、左右運動や挙上は著しく制限を認め、動作も緩慢であった。重度の運動性構音障害を認め、発話明瞭度の尺度は3.5、舌圧は平均2.5kPa、音節交互反復運動は平均2.5~2.8回/秒、咀嚼能率検査は44mg/dlであった。嚥下内視鏡検査でUDF「かまなくてよい」では、移送困難を認め、平時行っている食物を奥舌に留置し咽頭流入させる方法で検査を行ったところ兵頭スコアは4点であった。上記より加齢変化では説明のつかない所見を認め、神経難病を疑い脳神経外科の受診を提案。検査入院が決まった。食事・栄養指導にて体重減少抑制を図ったが、44kgまで減少した。当院管理栄養士より1600kcal摂取提案で体重は安定した。入院前に応急的にPAP化(舌接触補助床)を行い、構音と舌圧がわずかに改善した。1か月の入院検査によりALSと判明。現状準備~口腔期の問題のみであるが、すでに食事が負担となり、経口摂取は当分継続の上胃瘻造設を助言したところ、主治医からも提案があった。退院後義歯のPAP部分の調整を行ったが舌尖が挙上せず、十分に機能しないことや鼻漏も認めることから、摂食嚥下用の咬合高径を低下させたPAP,PL(軟口蓋挙上装置)義歯作製を開始。病因から積極的な機能訓練は適応外の為、長期目標は経口摂取の維持とし、栄養指導及びthink swallow等代償を提案。

【考察】

本症例のように摂食嚥下障害の原因があるものの、患者および家族が、受診先を選択できなかったために医療を受けられず、症状が進行した可能性がある。歯科医師は、全身疾患を把握あるいは疑う機会が多い職種でもあると考えられる。

COI 開示なし、倫理審査対象外

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場 (1階 G3)

※発表なし掲示のみ

- [摂食更新P-1] 東京都城南地区における食支援活動の報告
○栗屋 剛¹ (1. あわや歯科医院)
- [摂食更新P-2] 療養病棟における嚥下回診への取り組み
○林田 有貴子¹ (1. 有貴歯科クリニック)
- [摂食更新P-3] 多発性脳梗塞後、長期に経口摂取を中断していた患者に対し、病診連携で対応した1症例
○渡邊 裕¹ (1. 北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)
- [摂食更新P-4] 歯学部およびリハビリテーション科学部教員としておこなった摂食機能療法専門歯科医師の専門性に基づいた教育活動についての報告
○飯田 貴俊^{1,2,3} (1. 北海道医療大学 歯学部 生体機能・病態学 摂食機能療法学分野、2. 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 言語聴覚療法学科、3. 神奈川歯科大学 歯学部 全身管理医歯学講座 全身管理高齢者歯科学分野)
- [摂食更新P-5] 摂食嚥下リハビリテーション学を中心とした歯科医療従事者養成コースの活動報告
○大岡 貴史¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)
- [摂食更新P-6] 摂食機能療法専門歯科医師としての学内、学外での教育活動
○渡邊 哲¹ (1. 愛知学院大学歯学部顎顔面外科学講座)
- [摂食更新P-7] 鬱による食欲低下という診断により薬剤性嚥下障害を呈した症例
○深津 ひかり¹ (1. ふかつ歯科)
- [摂食更新P-8] 介護老人保健施設における経口維持支援の取り組み
○大平 真理子¹ (1. 東京歯科大学 パーシャルデンチャー補綴学講座)
- [摂食更新P-9] 石川県高度・専門医療人材養成支援事業の展開
～ 摂食嚥下に関する教育活動の3年間 ～
○長谷 剛志¹ (1. 公立能登総合病院 歯科口腔外科)
- [摂食更新P-10] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動一多職種連携で一つの目標達成を
○濱田 浩美¹ (1. 幌西歯科)
- [摂食更新P-11] 病棟との連携により歯科訪問診療での非経口摂取高齢者の口腔内環境が改善した3症例
○皆木 瞳¹ (1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科)
- [摂食更新P-12] 当院における地域医療連携活動と連携により訪問嚥下内視鏡 (VE) 検査を行った患者を通しての問題点の検討
○廣畠 広実¹ (1. 社会医療法人 若竹会 つくばセントラル病院歯科口腔外科)
- [摂食更新P-13] 療養病床を有する病院における摂食嚥下リハビリテーションの導入
○玉田 泰嗣¹ (1. 長崎大学病院 摂食嚥下リハビリテーションセンター)
- [摂食更新P-14] 急性期病院における摂食機能療法専門歯科医師としての活動
○吉住 結¹ (1. さいたま赤十字病院 口腔外科)
- [摂食更新P-15] 摂食嚥下障害のケーススタディを目的としたマネキン作製の試み
○森崎 重規¹ (1. 医療法人鶴岡クリニック 歯科・口腔外科)

[摂食更新P-16] 進行性核上性麻痺患者に対して理学療法士と連携して専門的立場から食事指導を行った1症例

○芦田 貴司¹ (1. 芦田歯科医院)

[摂食更新P-17] 胃瘻造設患者に嚥下機能評価を行い経口摂取再開に至った一症例

○田中 栄士¹ (1. 医療法人成良会 たなか歯科クリニック)

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-1] 東京都城南地区における食支援活動の報告

○栗屋 剛¹ (1. あわや歯科医院)

【緒言・目的】

近年、各地域の特性に合わせた食支援活動の報告を多く認めるようになった。当院の所在する東京都城南地区においても多職種協同で食支援活動を開始したので報告する。

【経過】

東京都城南地区（世田谷区、大田区、目黒区等）において摂食嚥下障害等を持つ住民からの食支援を望む声は年々増加しており、多職種連携勉強会でもその必要性が唱えられていた。それを受け、当地区で活動している本報告者である歯科医師、ケアマネジャー、看護師と言語聴覚士が中心となり、2020年12月に「城南食支援研究会」を立ち上げ、2021年1月から活動を開始した。「新宿食支援研究会」の協力を得て、食支援を「本人、家族に口から食べたいという希望がある、もしくは身体的に栄養ケアの必要がある人に対し、適切な栄養管理、経口摂取の維持、食を楽しんでもらうことを目的としてリスクマネジメントの視点を持ち、適切な支援を行うこと」と定め、活動目標を「医療や介護という垣根を越え、何らかの食や栄養の異常を見つける人、適切な支援者につなぐ人、結果を出す人（支援者）を育て地域に広げること」とした。これまでの活動内容は無料の勉強会の開催で、2023年1月までに計13回実施した。講師は歯科医師、歯科衛生士、医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、ケアマネジャーが担当した。参加者は医療職、介護職、嚥下調整食を製造販売する企業の職員、摂食嚥下障害を持つ患者等が17~38人/回であった。参加者からは食支援に関する知識が深まったとの感想、実際の連携に繋がったとの報告を得られた。

【考察】

勉強会は新型コロナウイルス感染症の影響によりオンライン形式で実施してきたが、今後は連携強化のための顔の見える関係作りや実技獲得のために感染対策を講じて対面形式を増やす方針である。2023年には他の地域の活動、摂食嚥下リハビリテーションの歴史、小児への支援を学ぶ勉強会を予定しており、調理師や飲食業で働く方からの講義も検討中である。活動開始からまだ2年余りで課題も多い。活動目標を達成し、当地区で食支援により最期まで自分らしく食べられる方が一人でも多くなるように、参加者を増やす工夫、地域への情報発信、活動を安定して継続できる仕組み作りを進めていく必要がある。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-2] 療養病棟における嚥下回診への取り組み

○林田 有貴子¹ (1. 有貴歯科クリニック)

【目的】 従前より療養病棟の一部において、極めて長期間の中心静脈カテーテル留置がなされているということが問題視されている。その背景には療養病棟入院基本料の医療区分において、中心静脈栄養を実施している状態は医療区分3に該当し、より高点数の基本料算定には区分3の患者の割合が高い必要があるため、あえて抜去していないケースがあるのではないかと考えられている。令和4年度の診療報酬改定では、摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合には、中心静脈栄養を実施している状態にある患者について区分3ではなく区分2の点数を算定するという条件が追加され、体制として嚥下内視鏡検査もしくは嚥下造影検査の実施体制が必要となった。それと並行して摂食嚥下支援加算についても見直しがあり、摂食嚥下支援チームにより嚥下内視鏡検査または嚥下造影検査を行い、結果に基づいたカンファレンスの開催、支援計画書の作成、経口摂取回復の実績報告をすることで3段階の摂食嚥下機能回復体制加算の算定も可能となった。嚥下内視鏡検査の実施体制がない療養病棟からの依頼で、歯科医師として摂食嚥下支援チームに参画したので報告する。

【方法】 摂食嚥下支援チームへの参加要請があった病院は病床数183床で、そのうち療養病棟が82床を占める。当病院では以前から看護部に食支援チームがあり、対象者を選別し摂食機能療法の実施および看護職員への現場教育が行なわれていたが、今回の改正により歯科医師がチームに参加することとなった。チームは医師、看

護師2名（うち1名は専任）、管理栄養士、歯科医師2名（うち1名は摂食機能療法専門歯科医師）で構成され、嚥下回診を月に1度行う。チーム内で歯科医師は嚥下内視鏡検査にて評価診断を行い、それを元にカンファレンスを行なった。対象者は主治医が摂食機能療法の必要性を認めた患者、または摂食嚥下支援チームが摂食機能療法の必要性を認めたのちにスクリーニング検査を行い、主治医へ報告・相談の後、主治医が摂食機能療法の必要性を認めた患者とした。また、療養病棟だけでなく、急性期一般病棟、特殊疾患病棟の入院患者も対象とした。

【結果と考察】 嚥下内視鏡検査を実施して経口摂取の支援を行ったことで、嚥下回診開始後半年で中心静脈栄養から4名の患者が経口摂取へと移行し、在宅や元の施設への退院が可能となった。適切な評価を行い、チーム内だけでなく病棟職員とも情報の共有を行なうことで、安心して経口移行を行なうことができた。今後は、摂食機能療法専門歯科医師ではない歯科医師へ嚥下内視鏡検査を含めた摂食嚥下リハビリテーションについての教育を行うことで、対象病院の拡大、経口摂取への移行、ひいては在宅や施設への退院が推進できるよう期待する。

COI 開示：なし 倫理審査対象外

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-3] 多発性脳梗塞後、長期に経口摂取を中断していた患者に対し、病診連携で対応した1症例

○渡邊 裕¹ (1. 北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)

【緒言・目的】 長期非経口摂取患者の摂食嚥下リハビリテーションには、慎重な対応と長期のリハビリテーションが必要となることが多い。病院には多職種による専門チームと、診断治療のための機器が備わっているが、身体にも障害のある患者が長期に頻回に、病院に通院することは困難である。そこで病診連携によるシームレスな対応が求められるが、病院、診療所ともに摂食嚥下リハビリテーションに関する対応が行える地域は少ない。今回、胃瘻増設後1年間経口摂取を行っていなかった脳卒中患者に対して、病院において摂食嚥下機能評価と抜歯を含む口腔環境整備を行い、歯科訪問診療にて義歯の製作を含む、摂食嚥下リハビリテーションを継続し、経口摂取が可能となった1例を経験したので報告する。【症例および経過】 73歳、男性。多発性脳梗塞。転倒を繰り返すようになり、2020年4月に近医脳神経外科病院を受診、多発性脳梗塞にて入院となった。摂食嚥下障害を認めたことから経口摂取は中止となり、胃瘻を造設後自宅退院となった。訪問診療を受けていたが、回復は困難とのことで摂食嚥下リハビリテーションは行われなかった。患者は経口摂取の希望が強く、ケアマネージャーから相談があり、2021年4月当院初診となった。嚥下造影検査の結果、バリウムにて少量の誤嚥を認めたが、嚥下可能でペースト、ゼリーは咽頭への送り込みに時間がかかるものの、誤嚥なく嚥下可能であった。重度う蝕のため6歯は保存不可能で、旧義歯は装着できなかった。舌抵抗訓練や開口訓練、頭部挙上訓練を開始し、保存不可能な歯の抜歯とう蝕、歯周基本治療を行い、自宅近くの歯科診療所に訪問診療での補綴治療と摂食嚥下リハビリテーションの継続を依頼した。1年後の嚥下造影検査の再評価では、バリウムの誤嚥もなくなり、食塊の保持、咽頭への送り込みも改善していたことから、全粥に変更し、徐々に食形態を上げていくこととなった。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。【考察】 本症例では経口摂取が1年以上中断していたが、病診連携による評価と抜歯や口腔衛生管理、義歯による補綴など口腔内環境の整備、摂食嚥下リハビリテーションの継続によって、経口摂取を回復することができた。摂食嚥下リハビリテーションに関する病診連携の重要性を改めて実感することができた。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-4] 歯学部およびリハビリテーション科学部教員としておこなった摂食機能療法専門歯科医師の専門性に基づいた教育活

動についての報告

○飯田 貴俊^{1,2,3} (1. 北海道医療大学 歯学部 生体機能・病態学 摂食機能療法学分野、2. 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 言語聴覚療法学科、3. 神奈川歯科大学 歯学部 全身管理医歯学講座 全身管理高齢者歯科学分野)

2018年から2023年上半期までの摂食機能療法専門歯科医師としての専門性を活かした教育面での活動を報告する。【主な活動】前任校において、歯学部学生に対し摂食嚥下リハビリテーションに関する講義・実習を、高齢者歯科学の科目内およびポリクリ実習（相互実習およびシミュレーター実習）として実施した。特徴的な教育としては、舌接触補助床（Palatal Augmentation Prosthesis; PAP）体験実習を独自の方法でおこなった。PAPの適応症である舌機能障害を理解するために、健常者が舌機能障害を体験できるマウスピース（Mouthpiece as Impairment Simulator for Lingual Action; MISLA）を作製・装着させ、舌機能障害の不便さ（口腔期障害・構音障害）を体感させた。その上で口蓋床を用いて PAPの作成過程で重要な舌の機能印象をおこなわせた。この MISLAおよび口蓋床を用いた PAP実習プログラムは、学生（170名）だけでなく歯科医師（51名）に対しても実施した。実習後のアンケートでは「PAPの適応症が理解できた」「患者の気持ちがわかった」といった感想が得られた。臨床教育としては、前任校の附属病院に嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査装置を備えた『摂食嚥下外来』を新設し、研修医や大学院生に対して指導をおこなった。地域での教育活動としては、神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会に世話人として所属し、地域で多職種向けの勉強会を実施した。2021年に現在の所属大学 リハビリテーション科学部言語聴覚療法学科に赴任し、言語聴覚療法学科学生に対する『摂食嚥下障害学』の講義・実習を担当した。コロナ禍のため、地域での教育活動には制限があったが、多職種向けの勉強会（参加者 888名）や言語聴覚士対象、歯科衛生士対象のセミナーをオンラインやハイブリッド方式で実施した。2023年4月に同大学歯学部へ異動し、『摂食機能療法学分野』が新設され、そこに赴任し教育活動を継続する予定である。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-5] 摂食嚥下リハビリテーション学を中心とした歯科医療従事者養成コースの活動報告

○大岡 貴史¹ (1. 明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【目的】

歯科医療における摂食機能評価や支援の必要性は高まっており、摂食嚥下リハビリテーションが行える歯科医療従事者を養成することは地域医療の推進においても重要と考えられる。地域歯科医師会や歯科診療所と連携して摂食嚥下リハビリテーションを行える歯科医師、歯科衛生士の養成コースを実施したので報告する。

【方法】

東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県 of 歯科診療所に勤務する歯科医師、歯科衛生士を対象として、6回の講義および実習による研修会を実施した。2019年に開催した養成コースでは、①解剖・生理学、②摂食嚥下機能の正常像、③摂食機能の異常所見、④スクリーニング検査実習、⑤栄養状態、⑥嚥下内視鏡検査実習を月に1回のペースで行った。新型コロナウイルスの感染が拡大した2020年以降はオンラインによる講演会や参加人数を10名以下に限定した実習を中心として開催した。2022年からは対面による講義および実習を一部再開させるとともに、養成コースの内容を拡大し、12回の講義・実習とした。歯科医師には別途3回の嚥下内視鏡検査実習と5回の嚥下内視鏡検査実施（患者を対象とした診療）を実施または予定している。また、養成コースをすべて受講した参加者には日本摂食嚥下リハビリテーション学会 eラーニングの内容に準拠した確認試験を実施する予定である。

【結果と考察】

2019年7月から埼玉県で開催した養成コースでは、26名の歯科医師と9名の歯科衛生士が参加した。また、東京都で開催した養成コースでは、8名の歯科医師と23名の歯科衛生士が参加した。このうち、埼玉県では4名、東京

都では8名の歯科医師が嚥下内視鏡検査実習に参加し、うち5名がそれぞれの歯科診療所で嚥下内視鏡検査を含めた摂食嚥下リハビリテーションを診療に取り入れた。2022年からの養成コースには60名以上の参加希望があったため、30名に制限して養成コースを実施している。現在は基本講義として「解剖・生理学」「摂食嚥下の正常・障害像」「摂食機能検査の適応」「栄養評価と食内容」をオンライン形式で実施し、8回の実習を実施する予定である。また、2023年後半にも同様の養成コースを実施し、参加できなかった希望者に対して研修を行う予定である。

（COI開示：なし 倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-6] 摂食機能療法専門歯科医師としての学内、学外での教育活動

○渡邊 哲¹ (1. 愛知学院大学歯学部顎顔面外科学講座)

【緒言】

摂食嚥下障害診療において歯科としての役割は重要である。そこで、2018年から本学歯学部附属病院に摂食嚥下外来を立ち上げ診療と教育を行なってきた。今回、摂食嚥下障害診療における学内と学外での活動を報告する。

【活動】

・学内での教育活動

①院内勉強会：2015年から歯科医師、コメディカルなど院内の希望者を対象に摂食嚥下の診療に関わる勉強会を毎年開催している。②カンファレンス：2018年から摂食嚥下外来診療に関わる歯科医師とコメディカルに対して、評価した嚥下内視鏡検査（VE）や嚥下造影検査（VF）の画像を提示し、画像の読影や訓練の立案についてカンファレンスを行ない、治療方針などの指導を毎月行なっている。③歯科医師の研修と教育：2018年から他講座の医員、2022年から研修医に摂食嚥下外来にて教育と指導を行なっている。他講座の医員は、患者を担当してもらい手技の習得など診療の実施方法を指導している。また、研修医は診療を見学してもらい診療に関する考え方や関わり方を指導している。

・学外での教育活動

①歯科医師会の事業：愛知県歯科医師会は2006年から毎年、名古屋市歯科医師会は2022年から歯科医師会主催の事業の一部において会員の歯科医師を対象に摂食嚥下障害の講義と実習を実施している。②東海オーラルマネジメント研究会の摂食嚥下セミナー：2017年から東海4県を中心とした研究会のセミナーに講師の一人として参加し講義と実習を実施している。③総合病院やサービス付き高齢者住宅での教育：2017年から総合病院、サービス付き高齢者住宅で診療を行いながら、勉強会なども開催して所属している言語聴覚士などコメディカルに指導と教育を行っている。

【考察】

学内、学外の教育活動で歯科医師やコメディカルの教育に貢献できているが、十分とはいえない。院内他講座医員の研修に関しては、各自の診療科診察の兼ね合いから上手く連携が取れなかったが、2022年から他講座の大学院生など若手歯科医師を受け入れることで、しっかりと研修時間が取れるようになってきた。さらに多くの歯科医師やコメディカルに指導、教育ができるように取り組んでいきたいと考えている。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-7] 鬱による食欲低下という診断により薬剤性嚥下障害を呈した症例

○深津 ひかり¹ (1. ふかつ 歯科)

【緒言・目的】 誤嚥の原因は、準備期口腔期にあることが多いため、誤嚥を認める症例は歯科的な介入を依頼される場合がある。一方で、誤嚥の原因が口腔以外にある症例も多く存在するため、歯科は口腔以外の原因も常に考える必要がある。今回、歯科が薬剤性嚥下障害を発見した症例を経験したので報告する。【症例および経過】 84歳女性。脳梗塞、糖尿病の既往あり。要支援2で夫と2人暮らし。娘が死亡したことをきっかけに食欲低下が出現していた。鬱による食欲低下に対してスルピリドが開始されたものの症状が改善せず、食事中のむせも出現した。ご家族が下顎 Br.の動揺が原因ではないかと考え、訪問診療の依頼があった。全身所見として、仮面様顔貌、上肢の歯車様固縮を認め、発話はほぼ認められなかった。口腔内所見は、上記の下顎 Br.は動揺を認めたものの、上顎義歯の適合は良好で咬合支持は存在した。口腔内の運動、感覚麻痺は認めないものの、動作は緩慢であった。嚥下内視鏡検査（VE）の結果、ペースト食は咽頭残留、とろみなし水分での誤嚥を認め、遅延性のむせが出現した。以上の所見から、食事中のむせの原因は下顎 Br.の動揺ではなく、パーキンソンニズムが原因であると考えられた。パーキンソンニズムが出現した時期がスルピリド開始から約1ヶ月後であったため、薬剤性パーキンソンニズムの可能性を主治医に報告し、休薬となった。2ヶ月後のVEで咽頭残留は減少し、嚥下機能の改善を認めたため、ペースト食から全粥きざみ食へ食形態を変更した。1年半後には日常会話も可能となった。嚥下機能、口腔機能の低下は認めないものの、固形物摂取時に咀嚼ではなく舌と口蓋での押しつぶしの動きが出現するため、食形態は全粥きざみ食を継続している。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。【考察】 嚥下障害の原因が明らかにならない場合、原因精査のため歯科へ依頼がくることがしばしばある。実際、口腔内の状態を改善することにより嚥下障害が改善する場合があるものの、全身疾患に起因する嚥下障害や薬剤性嚥下障害を疑う場合も多く存在する。摂食機能療法専門歯科医師として診察する際には、必要な歯科治療と並行して嚥下障害に至った背景をできる限り問診したり、全身所見を採取したりしながら、口腔以外の原因がないかも推察する必要があると考えられた。COI開示：なし 倫理審査対象外

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-8] 介護老人保健施設における経口維持支援の取り組み

○大平 真理子¹ (1. 東京歯科大学 パーシャルデンチャー補綴学講座)

【緒言・目的】

2015年の介護報酬改定により、摂食嚥下障害を有する施設入所高齢者の経口維持支援充実の観点から、食事場面の観察（ミールラウンド）やカンファレンスの実施が評価されることになった。当院では2016年から都内の介護老人保健施設（定員120名）で、ミールラウンドや職員への教育活動など経口維持管理に関する支援活動を行っている。今回、当院で実施している経口維持支援に関する取り組みを報告する。

【症例および経過】

経口維持支援の対象者は、介護職員や看護師が食事時の観察で問題を認めた者や、栄養士による体重や食事摂取量確認時に問題を認めた者である。最初に施設職員が嚥下会議を開催し、専門的な介入の必要性が認められた場合、施設主治医より歯科医師へ診療依頼があり、歯科医師と施設スタッフによるミールラウンドの対象となる。6年間で対象者は48名、平均年齢は84.5歳、実施回数は平均9.5回であった。嚥下会議で抽出された問題点で多かったのは、食形態が適切かが22件、食事時のむせが16件、食形態アップが可能かが12件であった。初回のミールラウンド後の対応として多かったのは、食形態変更なしが15件、食形態変更が14件、患者指導が11件、食具の工夫が10件、食事介助方法の指導が10件、栄養士への助言が10件であった。食事中の頻回のむせや頸部聴診で呼吸音や嚥下音の変化から誤嚥を疑い、嚥下内視鏡検査が必要と判断したのは10件だった。ミールラウンドの結果は書面で主治医へ報告している。ミールラウンド導入前には全職員向けの摂食嚥下機能講習会を実施し、食事場面の観察ポイントを伝え、チェックリストを作成した。新しい食形態導入のために栄養士と試食会を開催し、食形態は5段階から8段階へ増加した。嚥下内視鏡検査時は担当看護師と介護士、栄養士、言語聴覚士が同席し、問題点の共有に努めている。また、歯科衛生士と口腔衛生管理についての講習会や実技指導を実施した。

【考察】

6年間の経口維持支援により職員の意識改善が進み、施設で対応できる摂食嚥下障害を有する入所者数も増え、ミールラウンド前の初期対応も適切に行えるようになってきた。毎日の安全な経口摂取を継続するために、摂食機能療法専門歯科医師として職員への支援やミールラウンドでの適切な介入を続けていきたい。
(COI開示：なし) (東京歯科大学倫理審査委員会承認番号 1151)

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-9] 石川県高度・専門医療人材養成支援事業の展開

～ 摂食嚥下に関する教育活動の3年間 ～

○長谷 剛志¹ (1. 公立能登総合病院 歯科口腔外科)

【目的】摂食嚥下機能に問題を抱える人を地域でサポートするためには、病院だけでなく地域の医療および介護従事者が関連する知識を共有し、基本的手技を習得する必要がある。石川県では、高度・専門医療人材の養成・確保を目的に、研究会等のグループが行う活動に対して補助対象事業を募っている。演者は、2019年より本制度を利用して県内の摂食嚥下診療と食支援に従事する医療・介護従事者を対象に、その知識と技能の教育・啓発を行っている。今回、その概要と業績について報告する。【方法】演者が代表を務める「食力の会」の発展事業として、摂食嚥下診療と食支援に特化した高度・専門医療人材養成支援事業の3年間を振り返り、これまでの業績について集計した。【結果と考察】2011年に演者の企画で発足した「食力の会」は、能登地域の歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士・看護師・介護士ら約40名で構成され、これまで、近隣の病院や施設で提供されている食形態の相違を整合するために「食形態マップ」を作成するなど、病院や施設間のシームレスな食支援の連携をめざして取り組んできた。やがて、能登地域に留まらず、県内全域に「食力の会」の取り組みが浸透するとともに2019年より石川県の助成事業として認可された。同時に、事業体制も石川県歯科医師会が共同となることで、歯科医師や歯科衛生士の参加が増え、歯科医療従事者に対する摂取摂食嚥下診療と食支援に関する教育も行っている。臨床経験や職種によって食することにに対する知識や考え方、方針は様々であるため、事業の方向性を逸脱しないために教育研修シラバスを作成した。シラバスは、基礎編と応用編を併せて全20章から成り、研修開催毎に確認テストを実施し、段階的に学習するプログラムとなっている。基礎編は、①老化について、②高齢者の特徴、③バイタルサインの読み方、④血液データの読み方、⑤栄養の評価、⑥摂食嚥下障害概論、⑦解剖と生理、⑧薬剤の知識、⑨疾患別にみる摂食嚥下障害、⑩食支援の10章で構成される。一方、応用編は、⑪問診のポイント、⑫身体・神経学的所見、⑬胸部・頸部聴診、⑭嚥下スクリーニングテスト、⑮嚥下内視鏡検査、⑯嚥下造影検査、⑰間接訓練と直接訓練、⑱食事場面の観察ポイント、⑲食事介助と支援の在り方、⑳症例検討の10章で構成される。さらに、歯科医師に限るが、これら全過程を修了するとVE実技研修を受講する流れとなっている。2019年より開始した本事業は4年目を迎え、年間約100人が受講している。また、VE実技研修を受講する歯科医師数も増加しており、年間約20人が終了し、継続参加希望者も多く、今後も継続して、石川県の摂食嚥下診療と食支援の基盤として地域の専門職連携の充実と住民の摂食嚥下障害をサポートしたいと考える。(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

(2023年6月16日(金) 11:30 ～ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-10] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動一多職種連携で一つの目標達成を

○濱田 浩美¹ (1. 幌西歯科)

【緒言】

幌西歯科（以下当院）は、患者の「食えること」に重点を置いた歯科医院として2019年10月に開業した。以来、現在まで在宅医療機関や地域の中核病院と連携し、外来診療だけでなく在宅への歯科訪問診療を行い、歯科的問題や食事の問題の解決に取り組んでいる。その現状を症例の供覧とともに今後にむけた課題について報告する。

【症例1】

65歳女性。20XX年脳梗塞を発症、経口摂取不可となり胃瘻造設し自宅へ退院となった。退院後、全く経口摂取をしていなかったが、20XX+5年に患者の強い希望から嚥下機能評価の依頼が訪問看護師から当院にあり訪問した。スクリーニング検査を行い、改訂水飲みテスト4点でとろみなしの水分を嚥下可能であったため、大学病院にて嚥下造影検査を実施（発表者自ら検査実施）した。結果、全粥程度の食形態であれば誤嚥なく嚥下可能であったため、在宅専門医療機関の主治医に連絡し経口摂取が再開となった。また、訪問看護・デイサービス利用時には継続して食事観察や嚥下訓練を実施、当院訪問時には加えて歯科治療も行った。20XX+6年まで全身状態の安定が確認されたため主治医が胃瘻抜去し20XX+7年現在まで良好に経過している。

【症例2】

82歳女性。衰弱に伴う嚥下機能低下で誤嚥のリスクが高いため入院中に胃瘻造設となり、いわゆる看取りで自宅へ退院となった。退院後、食べる意欲が回復してきたため、在宅専門医療機関の主治医から嚥下機能評価依頼があり当院訪問。内視鏡下嚥下機能検査を行い、明らかな誤嚥は認めなかったため経口摂取を再開、検査後は常食を問題なく摂取していた。しかし、検査後4か月過ぎたあたりから徐々に食事摂取量が減少してきたため、患者と話をしたところ「もう食べたいものはない。食べたいものは全部食べたよ」と満足されたような表情をされ、その後は口腔ケアのみ継続、検査後5か月に衰弱でご逝去された。なお、2例とも発表にあたり本人・家族から文書による同意を得ている。

【考察】

在宅の患者は入院中に経口摂取禁止となると退院後もそのまま継続されていることが多い。そのときに食べたいという患者の希望があれば、多職種と連携して適切に評価し経口摂取再開へ、困難な状態であっても看取りまで歯科も介入を継続することは地域医療を担う本認定歯科医師としての使命であると考えている。（COI開示なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-11] 病棟との連携により歯科訪問診療での非経口摂取高齢者の口腔内環境が改善した3症例

○皆木 瞳¹（1. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）

【緒言・目的】

摂食嚥下障害者は、口腔ケアにより口腔衛生状態を改善することが誤嚥性肺炎の予防に寄与することが広く知られている。しかし、要介護高齢者の口腔ケアに取り組む歯科医師や歯科衛生士にとって口腔ケアの実施に難渋するケースも多い。申請者は摂食機能療法専門歯科医師の取得後、歯科医院での歯科訪問診療部門の立ち上げ、歯科訪問診療を行ってきた。その中で口腔ケアに難渋する症例に対して、病棟看護師と協力することで口腔内環境が改善した3例について報告を行う。

【症例および経過】

口腔内の清掃状態が不良で、誤嚥性肺炎のリスクが高い要介護者から3例を対象とした。63歳、女性、脳出血の既往あり。71歳、男性、脳梗塞・糖尿病の既往あり。87歳、男性、脳出血・糖尿病・慢性肝炎の既往あり。3例とも経鼻栄養で、気管切開を実施していた。診察開始時には口腔乾燥が顕著で剥離上皮膜が口蓋を中心に口腔内全体に付着しており、口腔清掃に多くの時間がかかり難渋していた。そこで令和4年4月から病棟看護師と口腔ケア方法の見直しを行い、訪問歯科による専門的口腔ケアを週1度実施することに加えて口腔ケアジェル N.act（アース株式会社）を用いた日常的な口腔ケアの実施を開始した。口腔内環境は細菌カウンタ（パナソニック株式会社）によ

る細菌数とムーカス計（株式会社ライフ）による口腔内保湿度を評価した。3週間継続した口腔ケアを実施したところ、ジェルでの口腔ケアでは水と比べて口腔細菌数が61.0%減少($p=0.04$)し、口腔内保湿度は9.7%の増加($p=0.0005$)を認めた。またすべての患者では誤嚥性肺炎の発症は認めなかった。なお対象者とご家族に対して、本報告の発表に対して書面および口頭で説明し、文書にて同意を得ている。

【考察】

歯科医師や歯科衛生士の専門的口腔ケアだけでなく看護師での協力のもと口腔ケアを日常的に実施していくことが、剥離上皮膜の形成を予防し口腔内を衛生的に保つことにつながった。目視で汚れないように見えても、口腔内には数多くの菌が存在している。客観的に評価を行いチーム内で情報共有することで、日常的な口腔ケアを継続できることに繋がると考えられた。（COI開示：なし）（大阪大学歯学部附属病院倫理審査委員会承認番号：H27-E10-1）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-12] 当院における地域医療連携活動と連携により訪問嚥下内視鏡（VE）検査を行った患者を通しての問題点の検討

○廣畠 広実¹（1. 社会医療法人 若竹会 つくばセントラル病院歯科口腔外科）

【緒言】

当院では地域医療連携を推進するため2002年6月より摂食嚥下に関する勉強会を多職種対象に継続（現在第100回）している。また医師会主催の在宅関係者の会合に参加し摂食嚥下の講演などの活動もしている。その効果もあり紹介患者も増加してきている。来院困難な在宅患者に対しては連携で依頼を受けて訪問VE検査を実施している。今回当院の地域医療連携活動の詳細と訪問VE検査を実施した患者の現状を通して地域医療連携の問題点を検討したのでその概要を報告する。

【方法】

2018年7月4日～2022年12月31日の期間に訪問VE検査を施行した患者22例（男性13例、女性9例、平均年齢72.8）を対象とした。性別、年齢、疾患、紹介元、検査前後の藤島摂食嚥下状況のレベル（FILS）、検査後の継続嚥下訓練（訓練）の状況を調査した。その結果をもとに地域医療連携の問題点について検討を行った。

【結果と考察】

疾患別にみると脳血管疾患が11例と多くみられた。紹介元はかかりつけ歯科医10例、かかりつけ医10例、施設が2例であった。すべて勉強会や会合に出席した医療機関、施設からであった。FILSは検査後上昇が13例、変化なしが6例、低下が3例であった。検査後の訓練は、かかりつけ歯科医では全例が紹介元の医療機関で行っていた。かかりつけ医では2例が当院STによる訓練を行ったが、残りの8例と施設2例は行っていなかった。今回の症例には胃瘻造設され経管栄養のみの患者がVE検査より経口摂取可能となった5症例や、発熱があるが家族が経口摂取にこだわり危険な食事介助していた症例についても、画像を家族と共有することにより摂食状況レベル低下を容易に許容することができた症例もありVE検査の客観的評価が在宅患者においても重要であると考えた。訓練を継続し、複数回VE検査を施行した症例では経管栄養から経口摂取可能となり食形態アップとなった症例もあり、検査後も訓練を行うことが大切である。しかし、シームレスな医療連携が理想であるが検査後の訓練が困難な症例が10例みられた。かかりつけ医に報告してもその後の行動がない場合や歯科医療機関への紹介も行っているが、対応可能な歯科医療機関が少ないのが現状である。当院で行っている勉強会は座学中心で行っていたが、実習なども取り入れ対応可能な医療機関を増やす努力や嚥下の地域ネットワーク作りなどが必要であると思われた。

（COI開示なし）（つくばセントラル病院倫理審査委員承認番号230101）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-13] 療養病床を有する病院における摂食嚥下リハビリテーションの導入

○玉田 泰嗣¹ (1. 長崎大学病院 摂食嚥下リハビリテーションセンター)

【目的】 令和4年度の診療報酬改定により、療養病棟における中心静脈栄養を実施している患者に対して、病棟が「患者の摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制」を有しているか否かにより療養病棟入院基本料の医療区分が異なる事となった。療養病床を有する病院を対象として開催したセミナーを機に、非常勤歯科医師として定期的に療養病床において摂食嚥下リハビリテーションを行う事となった。療養病床における摂食機能療法専門歯科医師の有用性を検討することを目的とした。【方法】 初回診療時の約6カ月前から、療養病床および一般病床を担当する医師・看護師・管理栄養士らで構成される嚥下チームが組織されていた。病院の定床は88であり、初回診療時に、療養病床に入院する35名全員に対する嚥下機能のスクリーニングを行った。その結果、VEもしくはVFの対象となった患者は10名であった。VEおよびVFは、担当医師および嚥下チームのメンバーと共に行った。検査の場で協議を行い、直接訓練および間接訓練を含めたリハビリテーション計画を立案した。2回目の診療以降は、必要に応じて一般病床の患者に対しても検査および訓練を行った。またベッドサイドにて各患者に応じた訓練方法、使用する道具・用品も含めた口腔衛生管理および口腔機能管理の指導を行った。5回目の病院訪問時までに、院内の医療職全員を対象とするセミナーを4回開催した。セミナーには、近隣の介護施設の職員も参加した。この間、理学療法士および作業療法士が嚥下チームに加わった。また、選択可能な食形態が2種類追加された。【結果と考察】 療養病床における定期的な摂食嚥下リハビリテーション導入後3カ月の時点において、のべ30人に対しての訓練および50件の精密検査を行った。約3カ月間の経鼻経管栄養および約12カ月間の中心静脈栄養から経口摂取に移行し退院となった患者はそれぞれ1名であった。既存の口腔清掃状態および口腔機能の評価法を用いて標準化を図ったが、より効率的に摂食機能を高めるためには、療養病床入院患者特有の乾燥痰付着状況を含めた評価法が必要であると思われる。また、病棟のマンパワーおよび時間帯にも配慮した訓練、口腔衛生管理および口腔機能管理計画の立案が必要であった。摂食機能療法専門歯科医師は療養病床を有する病院においても有用であることが示唆された。(COI開示：なし)(倫理審査対象外)

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-14] 急性期病院における摂食機能療法専門歯科医師としての活動

○吉住 結¹ (1. さいたま赤十字病院 口腔外科)

【緒言】

急性期病院勤務の歯科医師として本資格の専門性に基づいた医療従事者向けの教育活動を行っているので報告する。

【方法】

2019年度より急性期病院の歯科口腔外科に入職し、摂食機能療法専門歯科医師(以下、専門歯科医師)の立場から院内職員に向け教育活動を行っている。当院には摂食嚥下に関わるチームが存在しておらず、摂食嚥下リハビリテーション(以下、嚥下リハ)については主に言語聴覚士(以下、ST)が担い、嚥下機能検査を耳鼻咽喉科・リハビリテーション科医師が行うシステムであり、院内の摂食嚥下訓練マニュアル(以下、マニュアル)等は栄養サポートチーム(以下、NST)で作成されていた。職員への嚥下リハに関する教育活動は、NSTが主催する小規模の院内セミナー、各病棟で個別に行う勉強会、新人看護師研修のみであった。まず嚥下リハに関わる職種で、知識・情報の共有やリハビリテーションの質の向上を目的として、カンファレンスを始めた。カンファレンスはリハビリテーション科、耳鼻咽喉科、栄養課、口腔外科で参加できる職種が参加し、週1回30分を目安に行うこととした。カンファレンスでは、嚥下機能検査画像の供覧に加え、嚥下調整食の試食会、錠剤内服や口腔機能低下症に関する勉強会を実施し、各職種のスキルアップを目指している。当該カンファレンスは現在、摂食

嚥下支援チームとしての役割も担っている。2020年よりコロナ禍となり、院内でのセミナーや勉強会の開催が中止となり、対面での教育活動が困難となった。そこでST、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、専門歯科医師で、多職種で活用できるような教育用動画の作成を行った。また、摂食機能療法に関して、臨床現場で活用しやすいよう、院内で使用している書式と既存のマニュアルの修正を行った。マニュアルに関しては、現場の意見を反映させたさらなる改良が必要と考えており、意見を取り入れるため、現在職員向けのアンケートを準備している。

【結果と考察】

これまでは各職種が自身の関わる患者のみを把握していたが、カンファレンスで検査画像を供覧し、質疑応答やさらなる問題提起、アドバイス等をやりとりできるようになってきている。今後はこれまでの教育活動がどのように活かされているかを検証し、フィードバックしながら次の活動へ進む段階と考えている。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30～18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-15] 摂食嚥下障害のケーススタディを目的としたマネキン作製の試み

○森崎 重規¹（1. 医療法人鶴岡クリニック 歯科・口腔外科）

【目的】

当院は小規模であるが、大分県内で唯一の日本老年歯科医学会認定研修施設である。研修を受ける歯科医師には、幅広い高齢者医療の経験とスキルアップができる環境を提供する必要がある。特に摂食嚥下障害を伴う患者の診療には病態の理解、食環境整備、患者を支える家族・多職種への理解と連携だけでなく、嚥下機能検査のスキルや検査結果の理解と食への対応が求められる。そこで、当院では摂食嚥下障害患者への院内研修として、嚥下内視鏡検査下のケーススタディを目的としたマネキンの製作を進めている。当該マネキンの特徴は、鼻腔・咽喉頭所見のカスタマイズが可能で、設定された症例に対してのディスカッションができることにある。なお、マネキン作製については、耳鼻咽喉科医にも意見を求め進めている。

今回、マネキンに対する内視鏡の使用に際し、その操作上の問題点を抽出するため、高齢者および障がい者への歯科診療を担う歯科医師を対象にアンケート調査を実施した。

【方法】

大分県内で高齢者および障がい者への歯科診療を担う歯科医師29名によるマネキンの内視鏡観察と使用時のイメージについて調査した。観察時のマネキンには、健常な鼻腔形態と咽喉頭形態を設定した。観察後、アンケートを実施し①患者を対象とした検査をイメージできたか、②観察された鼻腔内は実際の鼻腔形態をイメージできたか、③内視鏡が上咽頭に達した後の進め方がイメージできたか等について質問した。

【結果と考察】

アンケート回答は①イメージした100%、②イメージできた96.6%、③イメージできた96.6%であった。マネキンに設定された健常な鼻腔形態と咽喉頭形態において概ね良好な結果が得られたため、研修を受ける歯科医師とともに、さまざまな症例のディスカッションができるマネキンの作製を進めていきたい。

謝辞：本模型作製に際し、ご協力頂きました島村耳鼻咽喉科 島村康一郎先生に心より感謝申し上げます

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30～18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-16] 進行性核上性麻痺患者に対して理学療法士と連携して専門的立場から食事指導を行った1症例

○芦田 貴司¹ (1. 芦田歯科医院)

【緒言・目的】

神経難病と診断された患者や家族の生活は日々様変わりする。なかでも、食事は欠かすことができないイベントであり、悪化する症状に対応できるように他職種と連携をしながら専門的立場から食事指導を行い、安全に食事が継続できている1例を経験したので報告する。

なお、本報告の発表について患者家族から文書による同意を得ている。

【症例および経過】

80歳の男性。進行性核上性麻痺による嚥下障害や誤嚥性肺炎の不安を主訴として家族から依頼を受け、令和4年3月18日訪問した。平成30年頃より転倒が多くなり、令和3年6月にA病院にて、進行性核上性麻痺と診断され、自宅療養中である。食形態は主食を常食、副食の軟菜を自力または一部介助にて摂取していた。食事時には動作時振戦に加えて、口への掻き込み摂取や早食いが見られた。強度の円背であり、食事時の誤嚥が疑われた。また、体重は令和3年7月の60Kgから54Kgまで減少した（減少率10%）。令和4年4月1日に嚥下内視鏡検査（以下、VE）を行い、摂食嚥下機能を精査したところ、誤嚥は認めず、わずかに喉頭蓋谷残留を認めた。

サルコペニアによる摂食嚥下障害と診断し家族との検討の結果、短期目標を誤嚥リスクの抑制、長期目標を食べる楽しみの継続とした。初期対応として誤嚥リスク抑制のため一口量を減少させることとし、食具の小型化を指導した。

しかし、病状の進行とともに姿勢悪化を認め、咀嚼物の口外流出が増加したため、理学療法士と検討してティルト式車椅子を導入し、食形態については主食を軟飯へ副食をミキサー食へ変更した。再評価のため令和5年1月24日、2回目のVEを行ったところ、喉頭蓋谷残留はなくなった。また、体重は51.1Kgで減少率が5.3%に鈍化した。

【考察】

進行性疾患であったが、嚥下機能への継続的介入で誤嚥性肺炎を発症することなく、経口摂取を継続できている。その要因として、嚥下機能の変化に対応した食形態の改善や理学療法士と連携して、ティルト式車椅子の導入など、より食べやすい環境を作り出したことによると考えられた。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

(2023年6月16日(金) 11:30 ~ 18:00 ポスター会場)

[摂食更新P-17] 胃瘻造設患者に嚥下機能評価を行い経口摂取再開に至った一症例

○田中 栄士¹ (1. 医療法人成良会 たなか歯科クリニック)

【緒言・目的】

高齢者施設に入所中の胃瘻増設患者に介入し、嚥下機能評価およびリハビリテーションを行うことにより、禁食から脱した症例を報告する。

【症例および経過】

介護老人福祉施設に入所中の85歳女性。平成29年1月に脳幹梗塞を発症し急性期病院に入院した。リハビリ病院へ転院し嚥下訓練を受けるも、嚥下機能は十分に回復せず、同年5月に胃瘻造設となった。その後は老健施設を

経て現在の施設に入所した。既往には脳梗塞（右放線冠），房室ブロック，ペースメーカー留置等がある。左上肢麻痺，廃用による右上下肢筋力低下のため日常生活は全介助を要する。（要介護度5，意識レベルⅠ，寝たきり度 C2，認知症自立度Ⅱ a）リハビリ病院では直接訓練を受けていたが，施設入所後からは禁食となっていた。平成30年8月，家族の経口摂取への強い希望により訪問診療の依頼を受けた。初回の嚥下内視鏡検査では，嚥下反射遅延，食塊や唾液のコントロール不良，嚥下圧低下，唾液の咽頭貯留や誤嚥，従命不良等が認められた。偽性球麻痺を呈する先行期～咽頭期の重い嚥下障害であった。体幹角度の調整では誤嚥を防止できなかったが，右完全側臥位で再検査を行ったところ，誤嚥を防止することができた。家族や主治医と相談し，お楽しみレベルでの経口摂取を継続することを目標に完全側臥位法での訓練計画を作成した。間接訓練は準備期の機能維持を目的として，口腔周囲筋の運動を行った。また，咳払いが弱いため，咽頭内クリアランスを高めるため発語（童謡の歌唱）や空嚥下の訓練を行った。直接訓練はゼリー系食品を用いた。コロナウイルス感染拡大や心疾患の増悪等により訓練が途切れることもあったが，主治医と連携を取りながら訓練を継続している。（週1回，ゼリー系食品を約30g摂取）。体力低下が見られるが，現在まで肺炎を起こさず経過しており，患者は食べる喜びを口にしている。なお，本報告について家族から同意を得ている。

【考察】

高齢者施設に入所している胃瘻増設患者は，適切な嚥下機能評価が受けられず禁食となっている症例が多い。本症例のように専門的なアプローチで経口摂取を再開できる症例もあることから，地域の高齢者施設と連携して摂食嚥下障害へ積極的に介入していくことが必要であると考ええる。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）