

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター**

[認定P-1]

超高齢患者における口腔機能回復を目指したインプラント治療の一症例

○今井 裕子<sup>1</sup>、小向井 英記<sup>1</sup> (1. 医療法人 小向井歯科クリニック)

[認定P-2]

咀嚼嚥下機能低下を認めた高齢者に対し訪問診療で対応し咀嚼嚥下機能改善が認められた症例

○荻原 宏志<sup>1</sup>、渡邊 裕<sup>2</sup> (1. 勤医協きたく歯科診療所、2. 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講座)

[認定P-3]

口腔機能の低下と低栄養を認めた患者に対し、口腔機能訓練と栄養指導を行った症例

○相田 亮平<sup>1</sup>、両角 祐子<sup>2,3</sup> (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、3. 日本歯科大学新潟病院 総合診療科)

[認定P-4]

くも膜下出血後の患者に対して訪問診療の多職種連携により経鼻胃管抜去に至った症例

○坂詰 智仁<sup>1</sup>、菊谷 武<sup>1</sup> (1. 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P-5]

多数歯う蝕により咬合崩壊を呈している有病高齢者に対し入院管理で対応した症例

○大岩 大祐<sup>1,2</sup>、小野 智史<sup>1</sup> (1. 日之出歯科真駒内診療所、2. 札幌医科大学公衆衛生学講座)

[認定P-6]

下顎歯肉癌の手術と再発を繰り返し、外来から在宅移行、看取りに至るまで9年にわたり多職種で関わった症例

○猪原 健<sup>1</sup> (1. 医療法人社団敬崇会 猪原 [食べる] 総合歯科医療クリニック)

[認定P-7]

骨髄異形成症候群の高齢患者に生じた薬剤関連顎骨壊死に対し外科的療法を施行し、その後長期経過観察ならびに口腔管理を行った1例

○福辻 智<sup>1,2</sup>、小向井 英記<sup>2</sup> (1. ふくつじ歯科医院、2. 小向井歯科クリニック)

[認定P-8]

重度の咀嚼機能障害に対する義歯治療後にアルツハイマー型認知症が発症したため口腔健康管理に移行した症例

○山口 哲史<sup>1</sup>、服部 佳功<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院歯学研究科リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野)

[認定P-9]

訪問診療で対応した薬剤関連顎骨壊死の一症例

○神村 崇悟<sup>1,2</sup>、柏崎 晴彦<sup>1</sup> (1. 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、2. 医療法人 福和会 別府歯科医院)

[認定P-10]

化学療法により骨髄抑制と心不全の増悪を来した高齢がん患者に対して抜歯を行った一例

○服部 馨<sup>1</sup>、久野 彰子<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 口腔科)

## [認定P-11]

誤嚥性肺炎後に長期の禁食となった頸椎損傷患者に対し経口摂取支援を行った症例

○齋木 章乃<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>1</sup> (1. 東京科学大学 大学院 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-12]

鼻咽腔閉鎖不全患者に対して軟口蓋挙上装置を用いて摂食嚥下機能の改善を図った一症例

○大保 直道<sup>1</sup>、藤井 航<sup>2</sup> (1. 医療法人福和会 行橋グリーン歯科医院、2. 九州歯科大学口腔保健学科多職種連携推進ユニット)

---

## [認定P-13]

舌接触補助床が食塊の咽頭通過を改善させた延髄外側梗塞の1例

○黒田 茉奈<sup>1</sup>、吉田 光由<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学医学部歯科・口腔外科学講座)

---

## [認定P-14]

放射線治療後の嚥下障害に摂食嚥下リハビリテーションが有効であった一例

宮城 航<sup>1,2</sup>、○菊谷 武<sup>1,2</sup> (1. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック、2. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科)

---

## [認定P-15]

認知症と硬膜下血腫による摂食嚥下障害に対し、多職種連携で摂食嚥下リハビリテーションを行った症例

○小林 香那子<sup>1</sup>、古屋 純一<sup>1</sup> (1. 昭和医科大学歯学部口腔機能管理学講座 口腔機能管理学部門)

---

## [認定P-16]

口腔がん術後から長期経過した患者の摂食嚥下機能低下に対してPAPや間接訓練とONSの活用が有効であった症例

○多田 瑛<sup>1</sup>、谷口 裕重<sup>1</sup> (1. 朝日大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)

---

## [認定P-17]

脳卒中後の嚥下障害に対する内視鏡検査を用いた食上げの試み

○井上 高暢<sup>1</sup>、櫻井 薫<sup>1</sup> (1. こばやし歯科クリニック)

---

## [認定P-18]

CVポート破損を契機に経口摂取を再検討した重度嚥下障害の症例

○島田 星羅<sup>1</sup>、櫻井 薫<sup>1</sup> (1. こばやし歯科クリニック)

---

## [認定P-19]

脳梗塞後の嚥下障害に対し、継続して摂食嚥下リハビリテーションを行った症例

○中尾 幸恵<sup>1</sup>、谷口 裕重<sup>2</sup> (1. 医療法人社団登豊会 近石病院 歯科・口腔外科、2. 朝日大学歯学部 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

---

## [認定P-20]

パーキンソン病の摂食嚥下障害に対し多職種と連携を行った症例

○佐藤 志穂<sup>1</sup>、齋藤 貴之<sup>1</sup> (1. 医療法人社団森ごはんがたべたい歯科クリニック)

---

## [認定P-21]

中咽頭癌術後に歯科訪問診療にて摂食嚥下リハビリテーションが著効し、生活の質が向上した症例

○亀田 千津子<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>1</sup> (1. 東京科学大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)

---

## [認定P-22]

右側鼻腔癌および骨格性下顎前突症を伴う、長期に義歯使用歴のない上下顎無歯顎患者に対する欠損補綴症例

○大川 純平<sup>1</sup>、堀 一浩<sup>1</sup> (1. 新潟大学大学院医歯学総合研究科 包括歯科補綴学分野)

---

[認定P-23]

補綴歯科治療および口腔機能管理によってフレイルが改善した症例

○鎌田 聡仁<sup>1</sup>、田坂 彰規<sup>2</sup> (1. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、2. 東京歯科大学パーシャルデンチャー補綴学講座)

---

[認定P-24]

関節リウマチ患者に対して全部床義歯を製作し口腔機能の改善を図った症例

○豆野 智昭<sup>1</sup> (1. 大阪大学大学院歯学研究科 有床義歯補綴学・高齢者歯科学講座)

---

[認定P-25]

義歯適合不良と口腔機能低下による咀嚼障害に対して補綴処置および口腔機能管理を行った症例

○辻 将<sup>1</sup>、山根 源之<sup>1</sup> (1. すずき歯科医院)

---

[認定P-26]

口腔機能低下症の高度顎堤吸収患者に義歯製作と機能訓練をしたことで食事意欲向上と全身状態が改善した症例

○栗谷川 輝<sup>1</sup>、河相 安彦<sup>1</sup> (1. 日本大学松戸歯学部有床義歯補綴学講座)

---

[認定P-27]

顎堤部電撃様疼痛と摂食嚥下障害に対してインプラント補綴と機能訓練により改善を図った症例

○櫻井 智章<sup>1</sup>、西 恭宏<sup>2</sup> (1. 鹿児島大学 義歯インプラント科、2. 鹿児島大学 口腔顎顔面補綴学分野)

---

[認定P-28]

異常絞扼反射に対し、歯科治療と口腔機能管理、栄養指導を実施することで体組成の改善を認めた高齢者の一例

○角野 夢子<sup>1</sup>、藤井 航<sup>2</sup> (1. 医療法人角野歯科医院いまづ歯科、2. 九州歯科大学口腔保健学科多職種連携推進ユニット)

---

[認定P-29]

歯科の介入により専門科に繋ぐことで診断された高齢食道アカラシアの一例

○五條 菜央<sup>1</sup>、野原 幹司<sup>1,2</sup> (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講座)

---

[認定P-30]

協力性が得られない認知症患者に静脈内鎮静法を用いて歯科治療を行った症例

○福島 仁美<sup>1</sup>、平塚 正雄<sup>1,2</sup> (1. 医療法人社団秀和会 小倉南歯科医院、2. 医療法人社団秀和会 小倉北歯科医院)

---

[認定P-31]

パーキンソン病患者の、糖尿病性低血糖に胃瘻造設が有効であった症例

○黒田 直希<sup>1</sup>、高橋 賢晃<sup>1</sup>、菊谷 武<sup>1</sup> (1. 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P-32]

顎下部皮膚瘻孔を伴う進行した歯周炎と義歯不適合により食事摂取が困難となった一例

○大田 奈央<sup>1,2</sup>、森崎 重規<sup>2</sup> (1. 社会医療法人敬和会 大分岡病院、2. 医療法人鶴岡クリニック 歯科・口腔外科)

---

歯 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 歯 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

## 認定医審査ポスター

## [認定P-1] 超高齢患者における口腔機能回復を目指したインプラント治療の一症例

○今井 裕子<sup>1</sup>、小向井 英記<sup>1</sup> (1. 医療法人 小向井歯科クリニック)

【緒言・目的】高齢者における口腔機能の低下は、咀嚼や嚥下に支障をきたすだけでなく、栄養摂取の困難、認知機能の低下、さらには全身的な健康状態の悪化にまで影響を及ぼすことが報告されている。そのため、多疾患を抱える高齢者においては、全身疾患の管理とともに、口腔機能の維持・改善を図ることが極めて重要である。今回、義歯への適応が難しく、自ら「しっかり噛めること」を強く希望した患者に対し、インプラント治療を選択した症例を経験したため、ここに報告する。

【症例および経過】患者は86歳女性。主訴は左側の歯の動揺であり、義歯の使用歴はなかった。残存歯は右上1~7、左上1~3、6、7、左下1~6、右下1~6、8であった。既往歴として高血圧症、糖尿病、骨粗鬆症、関節リウマチ、高脂血症があり、内服薬はアムロジピンおよびアトルバスタチンを服用していた。初診時のパノラマX線撮影により、保存困難な右上4、左上3・6、左下5・6の抜歯を実施。右上③④⑤部には新たにブリッジを製作した。診断用CTにより埋入予定部位の骨質を評価した結果、Misch分類D2~D3と診断された。術前検査ではHbA1cは5.6と良好なコントロールが確認され、血圧も140台/70~80mmHgで安定していた。糖尿病や関節リウマチにより感染リスクが高まることから、予防的な抗菌薬の投与に加え、徹底した口腔衛生指導を実施した。

手術は局所麻酔下で行い、術中は定期的な血圧測定によって血圧変動を最小限に抑制。

Osstem社製のOneGuide systemを用いて、左上3・5および左下6に対し、Mini

(3.5×10.0mm)、Regular (4.0×8.0mm)、Regular (4.5×10.0mm) のインプラントをそれぞれ埋入した。その後、精密印象を採得し、左上③④⑤および左下5⑥に補綴構造を製作・装着した。装着前後で咬合圧と舌圧を測定した結果、咬合圧は282Nから404Nに向上し改善が見られたが、舌圧は22.7kPaから23.3kPaと大きな変化がなかったため、追加で低舌圧トレーニングの指導を行った。なお、本報告の発表については、患者本人より文書による同意を得ている。

【考察】本症例は、超高齢かつ複数の全身疾患を抱える患者に対し、最小限のインプラント埋入により侵襲を抑えながら、咬合力の向上とQOLの改善を実現したものである。術前からの継続的な口腔衛生管理と、全身疾患の安定したコントロールが安全なインプラント治療に繋がったと考える。また、補綴による咬合の回復だけでなく、口腔機能全体の改善を目指してトレーニングを併用することが、さらなる予後の向上に有効であると示唆される。

(COI 開示なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-2] 咀嚼嚥下機能低下を認めた高齢者に対し訪問診療で対応し咀嚼嚥下機能改善が認められた症例**

○荻原 宏志<sup>1</sup>、渡邊 裕<sup>2</sup> (1. 勤医協きたく歯科診療所、2. 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講座)

**【緒言・目的】**

在宅介護において家族の存在は重要であるとともに状況により負担の大きさは異なる。今回、体重減少と嚥下機能低下を認めた高齢者に対し、義歯作製と口腔管理を行ったことにより体重増加と食事時間短縮の改善を認め、家族への負担が軽減した1例について報告する。

**【症例および経過】**

86歳、女性。高血圧と緑内障の既往あり。長男と同居。食事量、体重減少を主訴に訪問診療の依頼を受けた。1年以上前から義歯不使用となり一日の食事に3時間以上かかっていた。初診時一日中ベッド上で過ごしており、身長150cm未満30kg直近3か月で2kgの体重減少があった。嚥下内視鏡検査にて口腔咽頭移送時間の延長、嚥下反射惹起遅延を認めた。義歯作製を開始し、週一回の口腔衛生管理と嚥下体操、舌のストレッチなどの訓練を行い、食形態の調整と離床時間を増やすことの指導を行った。義歯装着2か月後には1分以上かかっていた一口の嚥下までの時間が30秒程度に改善、嚥下内視鏡検査で咀嚼開始食品が十分に咀嚼された状態で咽頭に移送されていることが確認できた。食事時間は2時間程度に短縮された。唯一の介護者である息子さんより介護負担が減ったと申告があり、体重は2kg増加が認められた。聖隷式嚥下質問では初診時にあった4つのA項目はすべてB以下に改善していた。なお、本症例の発表について患者代諾者より文書による同意を得ている。

**【考察】**

義歯作製による咀嚼機能の回復と訓練によって栄養状態と咀嚼嚥下機能の改善が認められ、介護者の食事介助時間の減少につながり負担を減らすことができた。その後約5年間口腔健康管理を続け誤嚥性肺炎を発症することなく2022年12月患者は老衰で亡くなられた。数日後、息子から介護負担の減少や最期まで経口摂取できたことに対し感謝の言葉をいただいた。訓練や食事の指導を行う際には患者のみならず介助者への負担という視点を持つことが重要である。振り返って十分ではなかった多職種や必要に応じた高次医療機関との連携は今後の課題である。

(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

歯 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 歯 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-3] 口腔機能の低下と低栄養を認めた患者に対し、口腔機能訓練と栄養指導を行った症例**

○相田 亮平<sup>1</sup>、両角 祐子<sup>2,3</sup> (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、3. 日本歯科大学新潟病院 総合診療科)

**【緒言・目的】**

高齢者にとって口腔機能の低下は、低栄養や身体的フレイルを引き起こし、健康寿命の短縮につながる。本症例は歯周病の継続管理中に、体重減少と口腔機能の低下を認め、患者に継続可能な口腔機能訓練の指導と併せて、管理栄養士と協働で栄養指導を行い、口腔機能の維持・向上と栄養状態の改善に取り組んだ。

**【症例および経過】**

83歳、男性。心不全の既往あり。当院外来診療にて定期的な歯周病の継続管理中である。202X年Y月、最近食事量が減って痩せてきたとの訴えがあり、BMI 18.2であった。次に口腔機能精密検査を実施したところ、舌口唇運動機能低下、低舌圧、嚥下機能低下の3項目に該当し、口腔機能低下症と診断し、舌の可動域訓練と舌回し体操を指導した。202X年Y+2月に心不全による2週間の入院後にBMIが16.2に低下したため、管理栄養士と協働し、患者家族が毎日記録している献立表をもとに、栄養指導を行った。その後BMIは202X年Y+9月に17.7に改善した。以後は3か月ごとの口腔機能訓練と6か月ごとの口腔機能検査を行い管理することとした。舌圧は初回検査時18.6kPa、202X年Y+22月には22.4kPaに改善した。しかし、202X年Y+35月の再評価の際に、舌圧が20.3kPaと低下を認めた。舌の訓練が不定期に行われていたことが原因と考えられたことから、舌圧トレーニング器具(ペコぱんだ®)を紹介し、毎日の継続使用と使用方法を指導した。しかし、202X年Y+38月時点でも器具の使用が不定期であったことから、毎食前または後どちらかに行ってもらおうよう再度指導し、献立表に訓練実施の記入も併せて行ってもらおうよう指導した。以降は本人も器具の使用に慣れ、毎日継続できるようになった。その結果、202X年Y+41月の検査では、舌圧が21.9kPaと再び向上した。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】**

口腔機能訓練の効果は、本人が口腔機能訓練を正しく継続的に実施できるかによって大きく左右される。本症例は、継続した口腔機能訓練のために毎食の舌圧トレーニング器具の使用と、その実施内容を記録し、可視化させることで、患者の主体的な訓練の習慣づけと継続を行うことができた。また、栄養管理については、患者家族に対して管理栄養士と共に、献立表をもとにたんぱく質の増加や摂取カロリー増加に取り組むことで低栄養を改善することができた。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-4] くも膜下出血後の患者に対して訪問診療の多職種連携により経鼻胃管抜去に至った症例**○坂詰 智仁<sup>1</sup>、菊谷 武<sup>1</sup> (1. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

## ★〔症例報告〕の発表

## 【緒言・目的】

摂食嚥下障害の原因疾患は様々であり、提案したリハビリテーションを継続していくためには多職種連携が不可欠である。今回、経鼻胃管の留置された高齢者に対し、訪問診療で多職種連携を行い経鼻胃管抜去に至った1例を経験したので報告する。

## 【症例および経過】

80歳、女性。くも膜下出血、急性大動脈解離A型、心房細動、うつ、高血圧症、新型コロナウイルス罹患後、誤嚥性肺炎の既往あり。令和5年12月にくも膜下出血にて入院し、経口摂取量が不足、経鼻胃管が留置。自宅退院し令和6年4月に嚥下機能検査を希望し訪問診療開始。嚥下機能評価により咽頭収縮不良、経鼻胃管による物理的な喉頭蓋反転不良、梨状陥凹残留が観察された。水分量が少なく、嚥下反射惹起遅延のため、中間とろみ水分の摂取を励行。コード2-1相当を家族が調理し摂取し、管理栄養士と協力し栄養指導を行った。必要栄養量の確保のため、高栄養ドリンクタイプを摂取。経鼻胃管が喉頭蓋反転不良の原因であることを訪問主治医に連絡。経鼻胃管の交換後、喉頭蓋反転不良は解消。訓練導入として最大開口訓練、咽頭残留に対し努力嚥下、梨状陥凹残留に対し嚥下オデコ体操を指導。退院直後より理学療法士(以下PT)、言語聴覚士(以下ST)、作業療法士(以下OT)が介入、家族を通じSTの間接訓練やPTOTのリハビリを継続。口腔衛生状態は良好だが、臼歯部咬合クリアランスはなかった。上顎義歯に固執し、義歯修理および調整を行い、訓練意欲の増加と食思の増加が認められた。嚥下機能の改善に伴い約900cc水分が摂取可能になり、主治医と協力し2024年5月に経鼻胃管抜去。体重は初診時45.5 kg、BMI 17.1 kg/m<sup>2</sup>から6か月で49.9 kg、BMI 18.8 kg/m<sup>2</sup>に増加し、やせを離脱した。食形態は食思改善と共にコード4相当まで摂取するようになった。食形態の幅が広がり外食が可能となった。本報告の発表について患者本人およびご家族から同意を得ている。

## 【考察】

本人が気にした義歯を調整することで訓練継続、水分摂取量の増加、咽頭機能の改善につながった。家族、主治医、管理栄養士、リハビリ職との連携が、経鼻胃管の抜去、食思改善、食形態の向上につながった症例と考えられる。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-5] 多数歯う蝕により咬合崩壊を呈している有病高齢者に対し入院管理で対応した症例**○大岩 大祐<sup>1,2</sup>、小野 智史<sup>1</sup> (1. 日之出歯科真駒内診療所、2. 札幌医科大学公衆衛生学講座)**【緒言】**

75歳以降の高齢者は歯科外来通院率が低下することが報告されており、8020運動の達成率増加と相まって、より複雑な口腔健康管理を必要とする高齢者が増えていると思われる。咬合崩壊している高齢者に対して入院管理で対応した症例を報告する。本患者は、高齢であることに加えて、施設入所者であること、心不全をはじめとする併存疾患に配慮する必要があった。

**【症例および経過】**

症例は87歳の女性で、下顎義歯破折を主訴に当院を受診された。多数歯う蝕により咬合崩壊をきたしており、義歯の修理・新製のみでは対応困難であった。併存疾患は、慢性心不全 (NYHA:1度)、慢性心房細動 (Xa阻害薬を内服)、高血圧症 (入院時血圧:144/90 mmHg、Caブロッカーとβ1ブロッカーを1剤ずつ内服)、慢性腎臓病 (G2:GFR:63.7 mL/分/1.73m<sup>2</sup>)、盲腸がん術後、脂質異常症、両側開放隅角緑内障を有していた。抜歯および補綴処置を予定し、術後の止血および全身疾患増悪防止のために入院下での処置を行った。全身管理のために入院11日間計4回の静脈内鎮静法管理を行い、抜歯 (計8本) および補綴物装着 (鑄造冠7本、上下部分義歯) までを完了した。その後さらに5日間、補綴物の調整を行い退院とした。退院後は、施設への訪問歯科診療にて口腔健康管理を継続している。本発表に際して、患者本人および家族から同意を得た。

**【考察】**

周術期のストレス過多による心不全の増悪予防を目的に静脈内鎮静法下に抜歯を行ったことで、心疾患が増悪することなく経過したと考えた。また、Xa阻害薬を継続して局所止血での対応としたことで新たな梗塞を発生させることなく歯科治療を完了できた。抜歯をまとめて短期間に行うことで、術後の抗菌薬投与期間が最小限となるように配慮した (第一選択はペニシリン系としたが、追加処方の場合はマクロライド系に変更する予定であった)。鎮痛剤はアセトアミノフェンで対応した。どちらも腎機能の悪化を起こすことなく管理できた。施設入所者に対する口腔健康管理も重要で、退院後は訪問歯科診療へと移行することで患者の口腔機能を維持していくことにも寄与できていると思われた。本発表に際して報告すべきCOIはない。日之出歯科倫理審査委員会より付議不要の返答があった。

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-6] 下顎歯肉癌の手術と再発を繰り返し、外来から在宅移行、看取りに至るまで9年にわたり多職種で関わった症例**○猪原 健<sup>1</sup> (1. 医療法人社団敬崇会 猪原 [食べる] 総合歯科医療クリニック)

【緒言・目的】口腔がんの発症年齢は高齢化しており、罹患数の増加や治療後の生存期間延長に伴い、併存疾患を抱える高齢患者が在宅療養を行うケースが増加している。本発表では、左側下顎歯肉がんと診断され、その後放射線性骨壊死や再発を繰り返しながら、本人の生活の質を維持しつつ看取りに至るまでの9年間の経過を報告する。

【症例および経過】初診時年齢79歳女性。2009年1月、下顎義歯不適合を訴えて来院。義歯性潰瘍を認め、義歯使用を中止し2週間の経過観察を行ったが、不整な歯肉増殖を認めたため口腔外科へ紹介。左側下顎歯肉がんと診断され、下顎辺縁切除術、頸部郭清術、放射線療法50Gy、化学療法が実施された。術後5月に当院を再受診した際、放射線性骨壊死による腐骨や開口障害（開口量15mm）を認め、腐骨洗浄と開口訓練（28mmまで改善）、口腔乾燥症への対応を継続した。2013年に口腔外科医の許可のもと補綴処置を行い、下顎義歯を装着。しかし、口腔乾燥が増悪し半年で使用を中止。2016年6月には夫の認知症進行に伴い、夫の歯科訪問診療を開始。同年10月に左舌への転移がんを認め再手術実施。術後、言語障害が強く言語聴覚士による言語訓練を開始した。2017年3月に下顎の再発が判明し手術困難となり、10月に在宅療養へ移行。医科主治医と管理栄養士の導入を支援し、口腔健康管理を継続した。2018年3月に緩和ケア病棟に入院。胃瘻造設後は入退院を繰り返したが、10月に在宅復帰。12月の看取りまで、経口摂取・コミュニケーション支援を多職種で行い、最期まで本人と家族を支援した。

【考察】本症例は、口腔がんの発見から看取りに至るまでの9年間、外来診療と訪問診療で対応したケースである。期間中、患者の口腔や全身の状態に応じて、口腔機能訓練、補綴処置、口腔乾燥への対応などを行いながら、患者の生活の質を維持することを目指した。また、患者本人が夫の介護と看取りを行う必要に迫られた際には、夫の訪問診療を通じた心理的支援を実施した。口腔がんの再発を繰り返す中で、患者本人が治療中止を決断する際の傾聴とサポートを行い、在宅療養への移行や在宅ケアチームの立ち上げを支援し、看取りに至るまで連携を十分に図り、継続的な支援を行うことができた。さらに、患者逝去後、家族が当院を受診し歯科診療を継続したことは、グリーンケアの一環としても機能したと考えられる。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-7] 骨髄異形成症候群の高齢患者に生じた薬剤関連顎骨壊死に対し外科的療法を施行し、その後長期経過観察ならびに口腔管理を行った1例**○福辻 智<sup>1,2</sup>、小向井 英記<sup>2</sup> (1. ふくつじ歯科医院、2. 小向井歯科クリニック)

【緒言・目的】骨髄異形成症候群（以下MDS）の高齢患者に生じた薬剤関連顎骨壊死に対し外科的療法を施行し、長期口腔管理をおこなった1例を報告する。

【症例および経過】79歳、女性。MDS、骨粗鬆症の既往あり。2年前からビスフォスフォネート（以下BP）製剤を内服。右側下顎大臼歯部の持続的疼痛を主訴に来院。右側オトガイ部の知覚低下、右側下顎大臼歯部歯肉に腫脹と排膿を認めた。パノラマX線写真で、右側下顎第一大臼歯歯根周囲に腐骨の分離像および周囲の骨硬化像を認めた。臨床診断は右側下顎薬剤関連顎骨壊死(Stage2)。5か月間のBP製剤休薬後、術前に顆粒球コロニー形成刺激因子(G-CSF)の投与を行い、WBCを990/ $\mu$ lから3600/ $\mu$ l、好中球を450/ $\mu$ lから2700/ $\mu$ lまで上昇させ、腐骨除去術および周囲骨搔把術を施行。術後6か月の経過は良好であった。担当医の開業医院で、口腔管理を継続。術後経過は良好で、下顎義歯を作製した。口腔管理を継続していたが、高齢で口腔衛生状態が不良になりやすく、歯周疾患が進行し、右上第二大臼歯・第一小白歯の動揺はM3となり抜歯に至った。WBC 1440/ $\mu$ lであったが低侵襲抜歯であったので、術前抗菌薬内服後、抜歯した。術後経過は良好で、粘膜治癒後に上顎義歯を作製した。その後左側下顎第二大臼歯は自然脱落したが、顎骨壊死はなく経過は良好であった。続いて左下第一大臼歯の動揺がM3となり。WBC 1772/ $\mu$ lにつき、術前抗菌薬内服後、抜歯した。術後経過良好に思われたが、約1年後に左側オトガイ部皮膚に知覚鈍麻を認め、左側第一大臼歯部歯肉に瘻孔をみとめた。瘻孔深部に骨様硬を認め、CBCTにて顎骨壊死を疑う所見を認め、近口腔外科紹介に至るも、腐骨が自然排出され治癒した。粘膜治癒後に下顎義歯作製を行った。定期口腔管理を継続し、口腔内状態は安定している。

【考察】MDSによる易感染状態かつ口腔衛生状態が不良な状態でBP製剤が投与されており、薬剤関連顎骨壊死に至ったと考えられた。汎血球減少も認め、術後感染や止血困難への対策が必要と考えられた。本症例では高侵襲の右下顎顎骨壊死の外科的療法では術前後の抗菌薬投与やG-CSF投与、血小板輸血も行うことで術後感染や術後出血を認めることなく良好な結果を得られた。術後の長期の口腔衛生管理で顎骨壊死を予防できたと思われていたが、汎血球減少や過去のBP製剤投与により抜歯後の顎骨壊死を起こしてしまった。口腔外科医との連携を密にしながらの対応が重要である。

(COI開示：なし)

(患者同意：あり)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-8] 重度の咀嚼機能障害に対する義歯治療後にアルツハイマー型認知症が発症したため口腔健康管理に移行した症例**○山口 哲史<sup>1</sup>、服部 佳功<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院歯学研究科リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野)**【緒言・目的】**

初診時から体重減少と神経症状が認められたため速やかに咀嚼機能の回復を図り、認知症発症後は補綴処置を中断し認知症の特性を考慮した口腔健康管理に移行した1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

75歳、女性。特筆すべき全身疾患は無いが低体重であった (BMI: 16)。入れ歯が痛むため食事が出来ないことを主訴に、家族に付き添われて来院した。下顎は全部床義歯、上顎は部分床義歯を使用していた。下顎義歯は著しく支持と維持安定とを欠き、義歯が浮き上がるのを口唇と舌で抑え込む動作を認めた。咀嚼能力 (グルコース法, 56mg/dL) と最大咬合力 (プレスケール1, 71N) はともに低値であった。残存歯には複数の問題があったが、味覚異常や体重減少が認められたため咀嚼機能回復を最優先することとした。形態を改善した下顎義歯を治療用義歯として口唇や舌の習癖を是正したのち、上下顎義歯を新製した。咀嚼能力は118 mg/dL, 最大咬合力は160Nに改善し、体重は3kg以上増加した。その後、根管治療等を進めていたところ神経症状が増加し、当院老年科の検査によって軽度認知障害であることが判明した (MMSE: 23点)。その後半年で初期ADとなり、神経症状 (口腔セネストパチー) が急増したため積極的な処置を中断し、患者の訴えを傾聴しながら口腔健康管理に移行した。アリセプトD錠とメモリーOD錠が処方されていたが、2年後には中等度AD (FAST Stage5) となり、義歯の痛みが再発し体重が3kg減少した。下顎顎堤に深い潰瘍があり家族に確認したところ、日中に義歯で食い縛りを行っている可能性が示唆されたため、義歯着脱の管理を介護者に依頼した。1週間程度で潰瘍は治癒し体重も回復した。現在は先行期の問題により再び体重減少が認められるが、義歯による咀嚼が可能な状態を維持している (101 mg/dL)。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】**

体重減少の存在を考慮し速やかな咀嚼機能回復を第一目標として治療を行ったことで、認知症を発症する前に十分な機能回復を達成し、栄養状態を改善することが出来た。早期に咀嚼機能回復を達成したことは、認知症発症後に口腔健康管理によって咀嚼機能を維持する上でも重要であったと考えられる。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-9] 訪問診療で対応した薬剤関連顎骨壊死の一症例**

○神村 崇悟<sup>1,2</sup>、柏崎 晴彦<sup>1</sup> (1. 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、2. 医療法人 福和会 別府歯科医院)

**【背景・目的】**

主に悪性腫瘍や骨粗鬆症に使用する骨吸収抑制剤を投与されている患者において、薬剤関連顎骨壊死にしばしば遭遇する。過去の研究やポジションペーパーによる顎骨壊死の発症率は、骨粗鬆症患者で0.001~0.1%と報告されているが、その患者数は年々増加の一途をたどっている。今後訪問診療の現場でも顎骨壊死に遭遇する機会が増加すると思われる。今回、訪問診療で薬剤関連顎骨壊死患者への保存的治療（露出骨面の清掃と洗浄、抗菌薬の投与など）を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

患者は94歳女性。住宅型有料老人ホームに入所中。既往歴：慢性腎不全、腎硬化症、MGUS、骨粗鬆症、腎性貧血。薬剤歴：炭酸ランタン、リオナ、ボンビバ。2023年7月、下顎右側臼歯部の歯痛があり近医歯科を受診。その後大学病院顎口腔外科を紹介され、8月、薬剤関連顎骨壊死の診断により、46の抜歯、腐骨除去、歯肉切除が行われた。以降、大学病院にて2~3週間に1回の洗浄を受けてきたが、患者が週3回の透析を行っているため、大学病院への頻回の受診が困難となった。訪問歯科での対応を希望され、9月、当院へ訪問診療の依頼があった。当院初診時、右側頬部の腫脹および圧痛、抜歯創部の骨面露出と多量の排膿を認めた。治療方針は、抗菌薬（アモキシシリン250mg）の投与および週1回の口腔衛生管理と創部の洗浄とした。訪問診療開始後1ヶ月で大腿骨骨折により、透析を行っていた病院の整形外科へ入院となった。その頃より創部が歯肉で被覆され始め、再び炎症の増悪を認めた。創部を好氣的環境にするため歯肉切除を行った。その際、炎症が強く透析後の出血リスクを考え、医科へ抗凝固薬の変更（ヘパリンから低分子ヘパリンへ）を依頼した。以後、週2回口腔衛生管理と創部の洗浄を行っていたが、12月、創部の炎症が増悪したため、医科へ抗菌薬の変更（アモキシシリン250mgからクリンダマイシン150mgへ）を依頼した。現在、依然として骨面露出は認められるが、症状は安定している。

**【考察】**

今回、訪問診療で顎骨壊死の保存的治療を経験した。治療のゴールが見通せないことによる患者の不安を解消することは難しく、焦りを強く感じた。今後は、医科歯科の連携をさらに強化し、骨吸収抑制薬開始前の口腔内検診の義務化と予後不良歯の積極的抜歯が必要であると考える。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-10] 化学療法により骨髄抑制と心不全の増悪を来した高齢がん患者に対して抜歯を行った一例**○服部 馨<sup>1</sup>、久野 彰子<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 口腔科)**【緒言・目的】**

がん治療の一つである化学療法は、骨髄抑制や合併症が生じる事があるため、観血的処置を行う時期に注意が必要である。今回、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) に対する化学療法で骨髄抑制と心不全の増悪を来した患者に対して、複数の診療科と連携を取りながら抜歯を行った1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

82歳、女性。心房細動、徐脈頻脈症候群 (2014年ペースメーカー留置)、無症候性心筋虚血 (2015年経皮的冠動脈インターベンション)、大腸癌 (2015年結腸右半切除術)、糖尿病、高血圧の既往あり。2024年6月に甲状腺未分化癌疑いにて甲状腺生検術が全身麻酔下で行われた際に右下4⑤⑥ブリッジが脱落した。右下5はう蝕、右下6は歯根破折が認められたため、抜歯適応であった。生検結果によりDLBCL (Stage I E 甲状腺、IPI2点) と診断され、化学療法が開始された。ブリッジ脱落部位に接触時痛があり、抜歯予定としたが、化学療法による心不全の増悪で呼吸困難が生じ、抜歯は延期した。その後、心不全が改善したため、循環器内科医に抜歯する旨を伝え、了承を得てから7月30日に抗凝固薬 (アピキサバン) 内服下で、右下6を抜歯した (血小板数125,000/ $\mu$ L, PT/秒20秒, APTT40.6秒, HbA1c7.0%)。抜歯窩に酸化セルロースを挿入し、縫合を行い、圧迫止血を試みたが、止血困難であったため、電気メス凝固モードを用いて止血した。再出血に備えて止血シーネを作製したが、使用せずに止血は保たれた。その後、右下5の抜歯も予定したが、大動脈弁狭窄症に対して経カテーテル大動脈弁植え込み術が予定されたため延期した。循環動態が落ち着き、化学療法が再開となったため、骨髄抑制期 (白血球数1,100/ $\mu$ L, 血小板数61,000/ $\mu$ L) を避けて血球回復 (白血球数8,300/ $\mu$ L, 血小板数64,000/ $\mu$ L) を確認後、10月30日に右下5の抜歯を行った。抜歯窩の治癒を確認後、部分床義歯を作製した。

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】**

抜歯は、化学療法の各サイクル開始前か終了後に行うのが安全とされている。高齢がん患者においては、がん以外にも複数の疾患を有していることが多いため、化学療法中の抜歯時期の調整、および各疾患の病態と、薬剤に対する配慮が必要であった。本症例では複数の診療科と連携を取りながら、患者の全身状態の変化に応じて観血的処置が行えたと考えられる。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-11] 誤嚥性肺炎後に長期の禁食となった頸椎損傷患者に対し経口摂取支援を行った症例**

○齋木 章乃<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>1</sup> (1. 東京科学大学 大学院 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)

**【緒言・目的】**

全身疾患やADLの低下は嚥下機能にも影響する。また長期の禁食状態は、口腔咽頭領域に廃用性変化を生じ機能を低下させる。誤嚥性肺炎発症後に禁食および胃瘻管理となった頸椎損傷後の摂食嚥下障害患者に対し摂食嚥下リハビリテーション（嚥下リハ）を行い、適切な評価により経口摂取が可能となった一例を報告する。

**【症例および経過】**

78歳男性。76歳で頸椎損傷、四肢麻痺によりADLが低下し、3食ミキサー食を経口摂取していたが、新型コロナウイルス（COVID19）罹患後に誤嚥性肺炎を発症し禁食、胃瘻造設となった。7か月後、お楽しみでの経口摂取希望を主訴に歯科訪問診療を開始した。初診時所見はJCS0、臨床的認知尺度（CDR）0、ADL全介助、BMI16.1、Alb3.5g/dLであった。嚥下内視鏡検査（VE）では嚥下反射惹起遅延が認められ、濃いとろみ（学会分類2021）で、喉頭侵入を認めたが誤嚥は認めなかった。直接嚥下訓練開始可能と判断し、施設看護師にとろみ水での直接嚥下訓練を指導した。間接嚥下訓練として舌骨上筋の筋力向上を目的とした開口訓練および嚥出力向上を目的とした呼吸リハを指導した。訪問開始2か月後、VEでの再評価にて、濃いとろみで喉頭侵入を認めず、十分量摂取可能となったことから食事開始可能と判断した。経管栄養と併用し昼食のみミキサー食半量提供を開始した。定期的に嚥下機能評価を行い、施設スタッフとともに食事量および食事形態を適宜検討した。誤嚥性肺炎発症から1年後、訪問開始7ヶ月後、とろみ付き極刻み食、全粥を全量摂取可能となった。朝夕は施設のスタッフが少なく食事介助が難しいため、昼食のみの提供を今後も継続することとした。DSS4、FOIS3、FILS5、BMI17.3、Alb3.9g/dLとなり、誤嚥性肺炎を発症することなく経過は良好である。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】**

頸椎損傷後の四肢麻痺は、座位保持能力や嚥出力などの嚥下に関わる予備能力を低下させ、さらにCOVID19発症による抵抗力の低下が誤嚥性肺炎の発症に起因したと推測された。加齢、長期禁食による廃用、疾患による影響など複数の嚥下障害の要因を考慮した上で、施設スタッフと連携し嚥下リハを実施したことが、経口摂取に繋がったと考えられた。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-12] 鼻咽腔閉鎖不全患者に対して軟口蓋挙上装置を用いて摂食嚥下機能の改善を図った一症例**

○大保 直道<sup>1</sup>、藤井 航<sup>2</sup> (1. 医療法人福和会 行橋グリーン歯科医院、2. 九州歯科大学口腔保健学科 多職種連携推進ユニット)

【緒言・目的】軟口蓋挙上不全による鼻咽腔閉鎖不全に対して軟口蓋挙上装置（以下PLP）は有効な治療方法とされている。本症例では、軟口蓋挙上不全による鼻咽腔閉鎖不全に対して多職種と連携しPLPを製作し、機能改善を認めた。【症例および経過】67歳，女性。主訴：食事時に鼻に物が入ってくる。既往歴：多系統萎縮症。介護付き有料老人ホーム入所中。身長158cm，体重43.4kg，BMI 17.4と低体重であった。初診時，軟口蓋挙上不全による鼻咽腔閉鎖不全が疑われた。間接訓練としてブローイング訓練を行ったが，改善は認められなかった。その後，内科担当医よりPLPの製作依頼があった。義歯との一体型のPLP製作を計画し，最初に上顎部分床義歯(右上7654左上1234567欠損)を製作した後に，PLP挙上子部分を製作した。歯科技工士と相談の上，可及的に違和感を減少させるため，通常のPLPより違和感が少ないとされている挙上子に軟性レジンを使用したモバイル型 PLPを選択した。装着当初は違和感の訴えを認めたが，徐々に食事時の違和感も減少し，食事量も増加した。使用開始4週間後に，挙上子のワイヤーが破折したため再製作を行った。再製作の際はワイヤーを太くし破折しにくい設計とした。モバイルPLP装着前後では，発声時の息漏れを認めなくなり，ブローイング時間が18秒から31秒と増加した。RSSTは2回から3回へ増加，内科担当医による嚥下造影検査において，鼻咽腔への逆流を認めなくなったとの評価であった。外部の言語聴覚士による発話明瞭度の評価ではどちらも5段階評価の2(時々分からないことがある)であり大きな変化は認めなかった。また，患者からは「今まで食べられなかったコロッケが丸ごと食べられた」と喜びの声が聞かれた。その後，体重は1か月で42.8kgから44.9kgへ2.1kg増加した。今後も，挙上子部分の破折に注意しながら継続的に管理するとともに，間接訓練と組み合わせることで機能の維持・向上を図っていく予定である。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】PLPの製作により，鼻咽腔閉鎖不全が改善し，患者の食べる楽しみを取り戻すことに寄与することができたと考える。また，本症例においては内科担当医，歯科技工士，言語聴覚士など多職種と必要に応じて連携を取りながら診療を進めた。患者の機能回復のため，必要に応じて多職種連携が実現していくものであることを体感することができた。(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-13] 舌接触補助床が食塊の咽頭通過を改善させた延髄外側梗塞の1例**○黒田 茉奈<sup>1</sup>、吉田 光由<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学医学部歯科・口腔外科学講座)**【緒言・目的】**

舌接触補助床 (PAP) は、主に頭頸部腫瘍術後や脳血管疾患等を原因とする舌の運動障害の改善を目的として使用されているが、嚥下時の咽頭圧形成にも寄与することが言われている。今回、咽頭期嚥下障害に対してPAP装着が有効であった一例を報告する。

**【症例および経過】**

67歳男性、右延髄外側梗塞を発症し入院した。入院時より気管切開術が施行され、経管栄養管理となっていた。15病日より間接訓練を開始、26病日に行った初回の嚥下造影検査(VF)で喉頭挙上不全と咽頭収縮不全、食道入口部開大不全を認め、間接訓練としてバルーン拡張法、メンデルソン手技、頭部挙上訓練を実施した。42病日から直接訓練を開始、60病日のVFで咽頭クリアランス不良が残存しており、咽頭圧改善に向けてPAPを作成する方針となった。PAP完成後に実施した71病日のVFで、PAP装着により食道入口部の食塊通過量の増加が認められ、同時に施行した高解像度マノメトリー検査では中咽頭圧積分値が1mmHg・cm・secから23mmHg・cm・secへと上昇していた。その後PAP装着による直接訓練を継続、153病日には3食経口摂取が可能となり、163病日には軟飯、咀嚼調整食まで食形態が改善した。176病日のVFでPAPを装着しなくても送り込みが良好で咽頭残留もなかったためPAPを離脱した。

**【考察】**

咽頭期の通過障害を主とする病態であっても、PAPが有効な治療法となる可能性が示された。本症例では、PAPの装着により口蓋と舌の接触を維持することで舌骨上筋群の筋力向上ができ、その結果、舌骨の前上方への移動量と挙上時間が改善し、食道入口部の開大改善に繋がったのではないかと考えた。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-14] 放射線治療後の嚥下障害に摂食嚥下リハビリテーションが有効であった一例**

宮城 航<sup>1,2</sup>、○菊谷 武<sup>1,2</sup> (1. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック、2. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科)

**【緒言・目的】**

頭頸部癌に対する標準治療として化学放射線療法が広く普及し、それに伴い治療による後遺症に関する理解も進んでいる。治療後の晩期有害事象は摂食嚥下機能に影響を及ぼし、QOLを低下させる。今回、中咽頭癌に対し化学放射線療法後の嚥下障害に摂食嚥下リハビリテーションを実施し有効であった症例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

73歳、男性。食道癌、中咽頭癌の既往あり。令和2年10月に中咽頭癌にて入院し、化学放射線治療を実施した。その後、飲み込みにくさとむせを感じ、令和3年7月に嚥下機能検査を希望し当クリニック外来受診した。嚥下機能評価によりHyodo komagane scoreは4点であった。また舌骨移動量と喉頭挙上量不良、喉頭蓋反転不良、食道入口部開大不全、咽頭収縮不良、嚥下反射遅延が観察されたため嚥下おでこ体操とメンデルソン手技を指導した。またBMIも16.9kg/m<sup>2</sup>と低値であったため管理栄養士が介入し補食の提案を行った。その後、口腔衛生管理と歯周炎による保存困難歯の抜歯、咬合支持回復のための義歯製作等と並行して間接訓練を継続し、口腔衛生状態の改善、BOPと4mm以上の歯周ポケットを有する歯の減少、咀嚼能力は144mg/dlから173mg/dl、BMIは17.5kg/m<sup>2</sup>と増加した。食物の咽頭残留は以前と比較すると改善していたが、嚥下機能の改善に至らず、本人の嚥下困難感も続いていたため、水分との交互嚥下と嚥下の意識化を指導した。その結果、患者の嚥下困難感やむせが以前に比べ改善した。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】**

本症例は化学放射線療法により放射線照射域に含まれていた舌骨上筋群の線維化や萎縮が起こったために間接訓練を行っても明らかな嚥下機能の改善に至らなかったと考える。そのためHyodo komagane scoreも初診時以降変化はなかった。しかし水分との交互嚥下と嚥下の意識化を習得したことで初診時のEAT-10が14点から8点に改善したことからこれらが有効であったと考える。継続した摂食嚥下リハビリテーションがQOLの向上に寄与したと考える。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-15] 認知症と硬膜下血腫による摂食嚥下障害に対し、多職種連携で摂食嚥下リハビリテーションを行った症例**○小林 香那子<sup>1</sup>、古屋 純一<sup>1</sup> (1. 昭和医科大学歯学部口腔機能管理学講座 口腔機能管理学部門)**【緒言・目的】**

高齢者の認知症で最も多いアルツハイマー型認知症は、認知機能の低下に伴い、転倒が多く、それを契機に寝たきりになることも少なくない。今回、転倒に伴う硬膜下血腫によって摂食嚥下障害を発症したアルツハイマー型認知症を有する高齢者に対して、家族を含めた多職種連携により、経口摂取支援を行った症例を報告する。

**【症例および経過】**

94歳女性。アルツハイマー型認知症で独居生活。自宅で転倒し、硬膜下血腫による高次脳機能障害のため摂食嚥下障害を発症し、入院中胃瘻造設となった。退院後、家族から経口摂取再開の強い希望があり、歯科訪問診療開始。初診時の全身状態はJCS3、寝たきり状態。口腔の過緊張を認め、VEにて評価後、直接訓練を歯科で開始し、訪問看護師には口腔マッサージを依頼した。その後、後天性てんかんにより入院し、退院後は服薬の影響もありJSC20に低下。直接訓練を中止し、間接訓練を継続した。口腔周囲筋の過緊張によるトラブルが絶えず処置、口腔管理を継続した。医師・ケアマネジャーとの連携で服薬調整を行ったところ、JCS3まで向上。適宜VEにて評価し、直接訓練を訪問看護師と再開。家族にも摂食方法の指導を行い、多職種と家族による段階的摂食訓練を行った。現在、摂食時に自発的に開口し、ゼリー、プリン等の摂食が可能となった。直接訓練を家族が行うことで、家族の満足感も得られた。引き続き、摂食嚥下リハビリテーションと口腔健康管理を継続し、経口摂取支援を行っていく。なお、本報告の発表について患者のご家族から文書による同意を得ている。

**【考察】**

認知症と硬膜下血腫による禁食状態から介入し、お楽しみ程度摂食可能となった。意思疎通困難であり、てんかん発症後は意識レベルの低下や口腔周囲筋の過緊張も認められたため、間接訓練と口腔管理に留まっていた。意識レベルの低下は抗てんかん薬による可能性が高いと推察したため、医師やケアマネジャーとの相談により服薬調整を行ったところ、嚥下反射が残存していることが再度確認でき、段階的摂食訓練を再開できた。訪問看護からは、蜂蜜を用いた口腔マッサージの提案を受け、それを間接訓練として継続してもらうことで、多職種での関わりを継続できた。さらに、家族が直接訓練を受け持つことで、主訴の解決に結び、経口摂取量増加にも繋がったと考えられた。(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-16] 口腔がん術後から長期経過した患者の摂食嚥下機能低下に対して PAPや間接訓練とONSの活用が有効であった症例**○多田 瑛<sup>1</sup>、谷口 裕重<sup>1</sup> (1. 朝日大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)**【緒言・目的】**

口腔がん術後の摂食嚥下障害は部位や範囲・手術方法によってその症状は異なるが、術後に口腔機能の低下や準備期から口腔期の問題が生じることは少なくない。今回、術後から16年経過し、摂食嚥下機能の低下を認めた高齢者に対してPAP作成や間接訓練、栄養補助食品(ONS)の活用により摂食嚥下機能が向上した1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

88歳、女性。骨粗鬆症の既往あり。2007年に左頬粘膜癌にて化学療法、再建術を他院にて施行された。2019年より当院口腔外科にてフォローされており、2023年3月に唾液や食事を飲み込むのに時間がかかることを主訴に当科へ紹介があった。初診時の口腔内は上下顎ともに左側第一小臼歯から後方は欠損している状態であった。口腔機能精密検査を行い、7項目中4項目該当(口腔乾燥24.2, 舌口唇運動機能/pa/3.2回/ta/3.0回/ka/3.6回, 舌圧11.2kPa, EAT-10:27点)で口腔機能低下症と診断し、同日より舌抵抗訓練を行った。また、1年で5kg体重減少を認めたためONSの活用を開始した。2週間後に来院時VFを行い、液体4mlで早期咽頭流入による喉頭侵入や、麻痺側に食塊が流れることで送り込みに時間を要していたため、頸部屈曲位の指導とPAPの作製を開始し、完成時は舌圧15.9kPaであったが、定期的にVFによる評価や舌訓練等を中心とした間接訓練を継続した。初診時から約6ヶ月の段階ではPAP装着下で舌圧23.5kPaまで改善した。また、ONSも継続しており、摂食嚥下機能の向上および食事時間の短縮につながり、現在も体重減少なく経過している。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】**

本症例は口腔がん術後による器質的原因と口腔機能低下による機能的原因により、口唇からの漏出や口腔内保持不良による早期咽頭流入を認めた。口腔機能精密評価や嚥下機能評価などの客観的評価を行い、検査結果を基にPAPや頸部屈曲などの代償法、舌訓練などの摂食嚥下リハビリテーションに加えて、栄養面の評価をあわせて行いONSの活用を継続したことにより体重減少を阻止し、摂食嚥下機能の向上および主訴である食事時間の短縮に繋がったものと考えられる。(COI開示:なし)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

## 認定医審査ポスター

## [認定P-17] 脳卒中後の嚥下障害に対する内視鏡検査を用いた食上げの試み

○井上 高暢<sup>1</sup>、櫻井 薫<sup>1</sup> (1. こばやし歯科クリニック)

## ★〔症例報告〕の発表

## 【緒言・目的】

脳卒中後の嚥下障害において、嚥下内視鏡検査 (VE) は安全な経口摂取の可否を判断する上で有用とされている。しかし、発声が困難な症例では湿性嚙声の確認が難しく、嚥下安全性の評価が容易ではない。本症例は、**心原性脳塞栓症**を発症し、失語症状に近い発声困難を呈した患者に対してVE評価を行い、リハビリテーションの継続により形のある食物 (パン) の経口摂取を可能とした経過を報告する。

## 【症例および経過】

74歳、女性。診断名は**心原性脳塞栓症**で、右片麻痺と発声困難を呈した。主訴は「形のあるものを食べたい」。8月時点のVEでは咽頭残留を認めなかったが、咽頭閉鎖困難がみられたため、一時は食上げを見送る方針となった。しかし、シャキアエクササイズなど舌骨上筋群のリハビリを継続することで機能向上が確認され、施設スタッフとの認識差も解消されて安全な嚥下が可能と判断。実際に一口大のパンを試食し、誤嚥や嚙声を認めなかった。発声が困難でコミュニケーションには工夫を要したが、丁寧な対話を重ね、患者の意欲を高めながら安全に食上げを行うことができた。

## 【考察】

本症例では、脳卒中後の発声困難例でもVEを用いて咽頭期の観察を行い、嚥下の安全性を評価できた点が重要であった。特に、湿性嚙声の確認が難しい場合でも咽頭残留や誤嚥リスクを客観的に判断し、多職種連携のもとで舌骨上筋群の訓練を継続することで経口摂取を再開できた。本報告は、発声困難例に対しても適切な嚥下評価とリハビリを行う意義を示唆するものとする。(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

(本報告は患者本人の同意を文書で取得済み)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

## 認定医審査ポスター

### [認定P-18] CVポート破損を契機に経口摂取を再検討した重度嚥下障害の症例

○島田 星羅<sup>1</sup>、櫻井 薫<sup>1</sup> (1. こばやし歯科クリニック)

#### 【緒言・目的】

高齢者の重度嚥下障害では経口摂取を禁止とする場合が多く、QOL（生活の質）の低下が問題となる。本症例はCVポートの破損をきっかけに再度VEを実施し、口腔機能訓練を組み合わせることで経口摂取再開を試みた一例である。

#### 【症例および経過】

患者は重度の嚥下障害により経口摂取禁止の方針で管理されていたが、令和6年9月24日にCVポートが破損し抜去に至ったことを契機に、ご家族からの強い要望を受けて初回VEを実施した。その結果、嚥下反射は起こらず経口摂取は困難と判断。以降、シャキアエクササイズ、アイスマッサージ、舌挙上訓練などを継続的に行い、再評価VEではペースト食を用いた検査で咽頭残留は認められたものの誤嚥はなく、ペースト食での経口摂取を開始した。経口摂取導入後は体重が約2 kg増加し、ご家族の満足度も高い状況で経過観察中である。

#### 【考察】

重度嚥下障害に対しても複数回のVE評価と適切なリハビリテーションを行うことで、経口摂取再開の可能性を検討できる。本症例はCVポート破損という突発的な事象が契機となったが、基礎的な口腔機能訓練を通じて安全性を確認し、経口摂取への移行に成功した。今後は誤嚥リスクを最小限に抑えつつ、定期的に嚥下機能を評価することでQOLのさらなる向上をめざすことが重要と考える。

(COI：なし)

本症例の発表に際して倫理審査は不要と判断し、患者およびご家族から同意を得ている。

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-19] 脳梗塞後の嚥下障害に対し、継続して摂食嚥下リハビリテーションを行った症例**

○中尾 幸恵<sup>1</sup>、谷口 裕重<sup>2</sup>(1. 医療法人社団登豊会 近石病院 歯科・口腔外科、2. 朝日大学歯学部 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

**【緒言・目的】**

脳血管障害による嚥下障害に対し、発症後早期より摂食嚥下リハビリテーションを行うことは重要である。今回、脳梗塞発症後早期から摂食嚥下リハビリテーションを行い、3食経口摂取可能となった1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

93歳、男性。X年4月6日に右中大脳動脈梗塞にて入院となり、入院2日後に嚥下機能評価目的に歯科に紹介となった。口腔内は乾燥を認め、残存歯は2本で上下部分床義歯を所持していたが3年ほど使用しておらず義歯不適合を認めた。脳梗塞の影響で左上下肢麻痺と左半側空間無視を認めた。初診時にVE、VFを実施したところ、咽頭内の痰貯留、薄いとろみで誤嚥を認めた。ミキサー食は一口量が少量であれば咽頭残留は少なく、誤嚥は認めなかった。以上の結果より、ミキサー食から経口摂取可能と考えられ、液体は中間とろみで摂取してもらうこととした。歩行訓練などの全身的なリハビリテーションや口腔衛生管理、ミールラウンドを継続的に行いながらADLの向上や誤嚥性肺炎の予防、食事摂取状況に応じて食事形態の調整を行い、自宅または施設へ退院することを目標とした。初診から約1か月半後に再度VE、VFを実施したところ、薄いとろみでの誤嚥は認めず、ムース食（嚥下調整食コード2-2）の咽頭残留や誤嚥は認めなかったためムース食の摂取可能と判断し食事形態を変更した。その後ソフト食（嚥下調整食3）へ食事形態を変更したが、本人が食べづらさを訴えたためムース食へ再度変更した。また、本人や家族から義歯新製の希望があったため上顎義歯は新製を行い、下顎義歯は修理と調整を行った。初診から約2か月後に施設へ退院となり、退院後に嚥下評価と義歯調整のため歯科訪問診療にて介入を行った。退院後のVEでの評価上は退院前と比較して嚥下機能の低下はみられなかった。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】**

脳血管障害によってADLや嚥下機能が低下していくリスクがあると考えられる。そのため、発症後早期からリハビリテーションを行い、機能を維持することが重要である。本症例では入院後早期から摂食嚥下リハビリテーションを行うことで3食経口摂取可能となり、全身状態や嚥下機能に応じて食事形態の調整を行ったことで嚥下機能の維持に寄与できたと考えられた。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-20] パーキンソン病の摂食嚥下障害に対し多職種と連携を行った症例**○佐藤 志穂<sup>1</sup>、齋藤 貴之<sup>1</sup> (1. 医療法人社団森ごはんがたべたい歯科クリニック)**【緒言】**

摂食嚥下障害はパーキンソン病患者の半数以上に存在し、QOLを大きく低下させる要因となっている。今回、パーキンソン病の摂食嚥下障害患者に対して食事指導の内容を多職種と共有し食支援を行った症例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

82歳、男性。上の前歯が欠けたとの主訴で訪問主治医より当院を紹介された。既往歴はパーキンソン病 (Yahr4, 診断は初診-3年), 前立腺癌, 高血圧, 鉄欠乏性貧血があった。生活様式は独居で、デイサービスやショートステイ, ヘルパー, 訪問看護を利用しながら自立していた。食事は常食を自食していた。口腔内は衛生状態不良で齲蝕が多発している状態だった。まずは定期的な口腔衛生管理と齲蝕処置を行い, 主訴の改善を図った。一旦症状は落ち着いたが, パーキンソン病の進行で, 転倒による入退院を繰り返し投薬量の増加も必要となり, 歯科でも, 歯冠破折を繰り返し上下義歯不適合による咀嚼障害の訴えがでてきた。そのため, 上下部分義歯を作製し咬合の回復を図った。歯科治療により咀嚼は改善したものの, 一方で自宅やデイサービスで食事が喉に引っかかって食事の中断が起こり, 窒息には至らなかったものの, 在宅医科診療所への緊急相談が増えるなど, 食事の問題が喫緊の課題となってきた。そこで歯科介入時, 嚥下機能評価を行った。食事観察とVEの結果, 咀嚼と食塊形成はできており, 詰め込みが原因と考えられた。そのため食事形態は固いものへの注意は必要なものの形態変更の指示はせず, 一口量とペースに気を付けていくことを多職種と共有した。現在は多職種で見守りや食事の際の声掛けにより, 嚥下困難感は解消され, 良好な経過をたどっている。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】**

本症例では, 患者と支援する多職種が摂食嚥下評価の結果を共有し, 患者の状態にあった安全な食事環境の条件設定を行なうことができた。パーキンソン病は進行性の疾患であり, 摂食嚥下機能が低下していくことが予想され, 誤嚥や窒息のリスクを軽減していく指導が必要になる。当該患者は独居であるため, 今後も介護状況にも視点を向け安全な支援方法を検討しながら多職種と関わるのが大切であると考えられる。(COI開示: なし) (倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-21] 中咽頭癌術後に歯科訪問診療にて摂食嚥下リハビリテーションが著効し、生活の質が向上した症例**○亀田 千津子<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>1</sup> (1. 東京科学大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)**【緒言・目的】**

頭頸部癌治療において、治療後に嚥下障害が遷延、あるいは晩期の有害事象としての嚥下障害を生じ、著しいQuality of Life(QOL)の低下を来すことがしばしば経験される。今回、中咽頭癌術後に歯科訪問診療にて摂食嚥下リハビリテーションが著効し、生活の質が向上した1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

82歳、男性。2022年、中咽頭癌により内視鏡下において経口的に中咽頭腫瘍、下咽頭表在病変の切除後、ADLの低下と相まって経口摂取困難となり、胃瘻造設された。2023年初診時は、摂食嚥下リハビリテーションは行っておらず、ゼリーを少量経口摂取する程度であった。左側腰椎圧迫骨折の為、ベッドで長時間座位が保てない状況であった。初診時にゼリーを摂取し、嚥下内視鏡検査(VE)にて、嚥下機能評価を行ったところ、咀嚼動作は良好であるが、嚥下反射惹起遅延、喉頭侵入、誤嚥所見が認められた。直接訓練として、2%とろみ水から経口摂取を開始するよう指導し、開口訓練を指導した。初診から3か月間はゼリーや2%とろみ水にて直接訓練を実施し、4か月目にペースト食を摂取し、VEを行ったところ、咽頭内残留、誤嚥を認めず、嚥下機能の改善が見られた。その後、デイサービスに通うようになり、身体活動量が増えた事や言語聴覚士(以下ST)の介入により、飲水量および食事量が増加した。初診時に2%とろみ水だった食形態は、常食をお楽しみ程度に摂取できるところまで回復した。現在までに誤嚥性肺炎の発症や有害イベントが生じることなく経過している。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】**

中咽頭癌術後は経口摂取困難だったが、VEにて評価を行い摂取可能な食形態を適切に検討しながら摂食嚥下リハビリテーションを行ったことにより、食事を再開できたと考える。加えて、デイサービスの利用で身体活動量が増加した事やSTの介入により摂食嚥下リハビリテーションを定期的に行っている他、地域のお祭りにも積極的に参加し、他者との関わりの機会も増加したため、生活の質も改善されたと考察する。

(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

## 認定医審査ポスター

[認定P-22] 右側鼻腔癌および骨格性下顎前突症を伴う、長期に義歯使用歴のない上下顎無歯顎患者に対する欠損補綴症例

○大川 純平<sup>1</sup>、堀 一浩<sup>1</sup> (1. 新潟大学大学院医歯学総合研究科 包括歯科補綴学分野)

### 【緒言・目的】

長期に義歯使用歴のない高齢者では、義歯の適応が困難となる可能性がある。今回、右側鼻腔癌への放射線治療と化学療法の同時併用療法（以下、CCRT）後のQOL低下を契機に上下顎総義歯を製作し、良好な経過が得られたので報告する。

### 【症例および経過】

68歳、男性。糖尿病、高血圧症、高脂血症、高尿酸血症、滲出性中耳炎の既往あり。約25年前に上下顎無歯顎となったが、違和感のために上下顎総義歯を使用せず生活していた。

前医にて右側鼻腔乳頭腫に対し内視鏡下鼻副鼻腔手術を施行後、永久病理から鼻腔癌と診断され、追加治療目的に当院初診となった。CCRT施行中の口腔支持療法時に「味がせず食事を楽しめない」を主訴に義歯製作を希望された。義歯製作時の検査から、口腔乾燥と下顎前突を認め、OHIP-14は20点、咀嚼能率スコア法はスコア0であった。また、嗅覚障害と味覚障害を呈し、軟菜食の喫食率は0~50%、体重は入院時の69.8kgから61.0kg（BMI：23.6から20.6）、アルブミン値は3.3g/dLまで減少していた。

口腔粘膜炎の軽快を待って概形印象を行い、個人トレーを用いた選択的加圧印象を行った。咬合採得では、咬合床を用いたリップサポートの検査から正常被蓋で排列を行うこととし、水平的顎間関係はゴシックアーチ描記法により決定した。排列試適後、両側性平衡咬合を付与した上下顎総義歯を装着し、義歯装着時の側面セファログラムから骨格性下顎前突症と診断した。義歯調整後、OHIP-14は6点、咀嚼機能はスコア5に改善した。治療後6か月時には常食を摂取され、アルブミン値は3.9g/dL、体重は64.0kg（BMI：21.6）に増加した。また、補綴歯科治療中も口腔支持療法を継続した。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】

放射線治療に伴う様々な症状は、QOLの低下や栄養状態の悪化を招くことがある。特に、口腔乾燥は粘膜の保護作用を低下させ、義歯使用時の疼痛や易脱離の原因となる。本症例は、長期に義歯の使用がなく、義歯への適応能力も低下している可能性があり、義歯の安定を最大化する必要であった。そこで、顎間関係と排列位置の決定を慎重に行うことで、咀嚼機能に加え口腔関連QOLや栄養状態の改善に繋がったと考えられる。

(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-23] 補綴歯科治療および口腔機能管理によってフレイルが改善した症例**

○鎌田 聡仁<sup>1</sup>、田坂 彰規<sup>2</sup> (1. 東京歯科大学千葉歯科医療センター、2. 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】口腔機能低下症は、近年の歯科領域において重要な問題である。健康寿命と平均寿命の差を縮めるためには、日常の食事や運動習慣、歯の健康維持が重要である。今回、補綴歯科治療および口腔機能管理によって口腔機能低下症を改善した症例を経験したので報告する。患者は88歳の女性で、下顎臼歯の欠損による咀嚼困難を主訴として来院した。15年前から高脂血症、高血圧で治療中である。2年前に脳梗塞を発症したが、後遺症はない。本症例は義歯製作による補綴歯科治療と口腔機能管理によるフレイルの改善を目的とした。なお脳梗塞の既往があるので、モニタリング下での歯科治療に配慮した。

【症例および経過】患者は88歳の女性で、下顎臼歯の欠損による咀嚼困難を主訴として来院した。15年前から高脂血症、高血圧の治療を受けている。2年前に脳梗塞を発症したが、後遺症はない。臼歯欠損部の咬合支持を確保するため、暫間義歯の製作を開始した。また、最近1年間での体重減少が著しく、フレイルが疑われたため、口腔機能低下症の検査を行った。口腔水分量、舌苔の付着度、咬合力、口腔閉鎖機能、最大舌圧の5項目が低値であったため、口腔機能低下症と診断した。暫間義歯製作後、最終補綴装置製作に向けて歯周治療や補綴的前処置を行った。治療はすべてモニタリングの管理下で行った。口腔機能管理では、こまめな水分補給と唾液腺マッサージを行い、口唇閉鎖機能の訓練には吹き戻しを使用するように指導した。舌圧に関しては「あいうべ体操」を指導した。また、口腔衛生指導の一環として、舌ブラシの使用も指導した。栄養面では、1週間のお食事手帳の記載内容を確認し、タンパク質を積極的に摂取するよう指導した。また、カロリーの高い栄養補助食品をすすめた。暫間義歯での咬合が安定し、残存歯の前処置が終了した段階で、新義歯を製作した。新義歯装着半年後の口腔機能低下症の検査ではすべてが正常値となった。体重は8 kg増加し、OHIP-Jは151から83まで改善した。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】咀嚼機能の回復および口腔機能が向上によってフレイルは改善された。治療終了後、患者は水泳教室に通い、親戚と週に1度外食に出掛けたりするようになった。補綴治療および口腔機能管理を通じて、身体的フレイルだけではなく、社会的フレイルの改善に寄与できた。

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-24] 関節リウマチ患者に対して全部床義歯を製作し口腔機能の改善を図った症例**○豆野 智昭<sup>1</sup> (1. 大阪大学大学院歯学研究科 有床義歯補綴学・高齢者歯科学講座)**【緒言・目的】**

関節リウマチ (RA) は、高齢者の自己免疫疾患として最も多く、関節機能の障害により日常生活動作を低下させる。歯科治療時には、長期の薬物療法による免疫力の低下や骨粗鬆症に加え、顎関節の変形による不正咬合や開口障害、咀嚼機能の低下に注意が必要である。今回、顎関節の吸収を伴うRA患者に対し、全部床義歯による口腔機能の回復を図り、良好な結果を得た1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

84歳、男性。RA、変形性腰椎症、ネフローゼ症候群、高血圧、高尿酸血症の既往あり。2019年7月に上顎全部床義歯の製作を希望して当科受診。近医にて製作した義歯の調子が悪く、食事がしにくいとのことであった。全身所見として、身長160 cm、体重53 kg、自立歩行は可能であるが、長距離の移動時は車椅子を使用していた。リウマトイド因子は92 IU/mlと高値であったが、CRP定量は正常値であった。食事は軟菜食が中心であり、総蛋白 (6.5 g/dL)、アルブミン値 (3.3 g/dL) は、ともに低値を示した。上顎は無歯顎であり、義歯の大白歯部人工歯に著しい咬耗ならびに粘膜面に不適合を認めた。右側下顎頭の扁平化ならびに開口制限を認めたものの、顎関節部の疼痛やクレピタスなどの症状は認めなかった。患者は、姿勢保持のための食いしばりを自覚していた。口腔機能精密検査の結果、口腔不潔、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、咀嚼機能低下を認めた。これらに対し、金属歯を用いた金属床義歯の製作、口腔清掃指導ならびに関節機能の維持・改善のための開口訓練、両側側頭筋、咬筋のマッサージを指導した。その結果、口腔衛生状態、咬合力、咀嚼機能の改善ならびに口腔関連QOLの向上を認めた。治療後は、栄養状態が改善 (体重55kg、総蛋白7.1 g/dL、アルブミン値4.1 g/dL) し、現在に至るまで良好な経過を維持している。なお、本報告の発表について患者から文書による同意を得ている。

**【考察】**

本症例では、全身状態に起因する異常習癖に対して、金属歯を用いることで咬合の安定を図り、咀嚼機能を改善・維持することで、栄養状態の改善につながったと考えられる。今後、薬剤の副作用等による併発疾患の状態や、老化による変化を把握しながら、定期的な口腔管理を継続する予定である。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 歯 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-25] 義歯適合不良と口腔機能低下による咀嚼障害に対して補綴処置および口腔機能管理を行った症例**○辻 将<sup>1</sup>、山根 源之<sup>1</sup> (1. すずき歯科医院)**【緒言・目的】**

義歯使用高齢者の口腔機能低下は義歯不適合と口腔周囲筋の衰えによる複合的な原因が多い。顎堤吸収した多数歯欠損患者の義歯製作は難易度が高く、口腔機能が低下した高齢者の機能に合った義歯にすることはより難しい。今回、義歯の設計不良が大きな原因であった口腔機能低下に対し、新義歯製作を行ったことで口腔機能が向上した1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

85歳、男性。前立腺肥大の既往あり。「下の入れ歯が浮いてきて食事中物が挟まる」との主訴で来院した。下顎右側側切歯のみ残存し、上顎総義歯、下顎部分床義歯であった。開閉口運動時に下顎義歯が残存歯の動揺とともに臼歯部からの浮き上がりを認め、食渣が義歯内面に付着していた。一方、舌圧が28.2kPaあったこと、食事時のむせや食べこぼし等がないことから著しい口腔周囲筋の低下はないと判断した。アンケートでは「食べられないものや義歯を新製して食べられるようになりたいものがない」と意欲低下も認めた。人工歯排列位置と床縁形態の不良による義歯不適合があったため、早期に新義歯製作を行い咀嚼機能の回復を計った。また、作業効率を上げるため、口腔内スキャナー(IOS)を用い、義歯製作はCAD/CAMにて行った。新義歯装着後、咬合力が前義歯の23.6Nから405.2Nまで上昇し、咀嚼能率は測定不可から96mg/dLとなった。舌表面の乾燥状態も21.1から26.5まで潤った。

「この入れ歯を周りの人に自慢したい」との言葉から食事することに対する意欲も感じられた。現在は3か月ごとの口腔機能管理を行っている。

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】**

従来、義歯製作では、概形印象、精密印象、咬合採得、試適、装着と5回以上かけて装着していた。今回、粘膜面を初診時にIOSにて採得、デンチャースペースを2回目に記録し、3回目には装着する計画で行った。IOSを用いた口腔内のデジタル化による義歯製作によって、完成までの工程を減らすことができ、従来の印象採得を行わないことで材料の誤嚥のリスクも減らすことができた。また、ニュートラルゾーンの中で義歯床縁、排列位置を決定したことで浮き上がりのない義歯を製作し、食べる意欲が増したことで咀嚼力向上に繋がったと考えられる。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-26] 口腔機能低下症の高度顎堤吸収患者に義歯製作と機能訓練をしたことで食事意欲向上と全身状態が改善した症例**○栗谷川 輝<sup>1</sup>、河相 安彦<sup>1</sup> (1. 日本大学松戸歯学部有床義歯補綴学講座)**【緒言・目的】**

近年高度顎堤吸収の患者が増加し総義歯の難症例化が進んでおり口腔機能低下症も併発している場合が多く対応が複雑化しやすい。今回の症例は高度顎堤吸収と口腔機能低下症に対して治療を行い全身的管理に配慮したことで主訴の改善に寄与できたため報告する。

**【症例および経過】**

82歳女性。高血圧、腰椎変性すべり症の既往。最近食物が食べづらいとの主訴。下顎高度顎堤吸収を呈し内面に軟質リライン材が施された総義歯を装着。義歯は人工歯の咬耗が顕著で内面は不適合。口腔機能検査で舌口唇運動機能(/pa/音:5.4回/秒,/ta/音:5.0回/秒,/ka/音:4.6回/秒)舌圧(23.2kPa)咀嚼機能検査(86mg/dl)咬合力(169N)で低下を認め口腔機能低下症と診断。簡易栄養評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form:MNA) 10点。BMI20.5。ADL(Barthel Index)100点。今回は舌口唇運動機能、咬合力、咀嚼機能の向上を目的に新義歯製作、舌圧低下はペコパンダを用いて舌圧訓練、栄養状態改善に食品摂取の多様性スコア(DVS)を用いた栄養指導を実施。治療時腰椎変性すべり症の影響で長時間の座位や水平位が困難なためユニット角度45~60°とし後頸部にタオルを置き安全に配慮。義歯製作はフレンジテクニックを実施。完成義歯は硬い物が噛みづらいとの訴えのためダイナミック印象を行い間接法で軟質リライン。舌圧はペコパンダS (舌圧10kPa相当) からMH (舌圧25kPa相当) まで訓練。最終的に舌口唇運動機能(/pa/音:5.8回/秒,/ta/音:5.8回/秒,/ka/音:5.4回/秒)咀嚼機能 (139mg/dl) 咬合力(217N)舌圧(32.4kPa)まで改善。MNA12点、BMI23.1に上昇しDVS5点から7点に改善。

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】**

フレンジテクニックにより義歯への口腔周囲筋の影響を緩和し軟質リライン材が使用感の向上に寄与した。舌圧低下には顕著な改善がみられ、DVSを用いた指導により栄養状態が改善し食事への意欲向上もみられた。今回の症例では歯科治療を含めた包括的管理を行ったことで口腔内だけでなく全身状態の改善も達成できた。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-27] 顎堤部電撃様疼痛と摂食嚥下障害に対してインプラント補綴と機能訓練により改善を図った症例**

○櫻井 智章<sup>1</sup>、西 恭宏<sup>2</sup> (1. 鹿児島大学 義歯インプラント科、2. 鹿児島大学 口腔顎顔面補綴学分野)

**【緒言・目的】**

近年、口腔機能の低下が全身状態やQOLに影響を与える事が報告されている。今回、顎堤電撃様疼痛と摂食嚥下障害を有する高齢者に対して歯科治療を行い、口腔機能と全身状態が改善した1例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

70歳、女性、後縦靭帯骨化症、高血圧を有する。近医で義歯を製作後下顎右側に電撃様疼痛を生じ、義歯調整で寛解しないことから当院を紹介された。上顎は総義歯、下顎は両側遊離端部分床義歯であったが装着しておらず、右側オトガイ孔開口部の触診により、義歯装着時と同様の電撃様疼痛を認めた。また食事後半において水分摂取時のむせを訴えた。口腔機能低下症の検査では聖隷式嚥下質問紙を含む6項目で低下していたがRSST、MWSTは正常であった。またサルコペニア評価において、握力と歩行速度の低下が認められた。嚥下障害の原因は関連筋群の廃用に加え、食事時の痛みに対する不安も関係していると考えられた。そこで廃用に対してはあいうべ体操、舌・口輪筋の訓練、シャキアおよびおでこ押し訓練を指導した。また食事時の痛みに対してはインプラント支台によるボーンアンカーブリッジによる治療を行うこととした。インプラント埋入を行うまでの期間、義歯による痛みは、義歯調整を行い一時軽快した。しかし日ごとに増悪しインプラント埋入直前には食事が満足に出来ない状態になっていた。軟食の摂取を指導したが、食事量の減少に伴い、初診時からインプラント埋入時まで2.5kgの体重減少を認め、筋力の低下から歩行も困難な状態になった。インプラント埋入および上部構造装着後から食事時の痛みはなくなり、誤嚥も改善したが、低舌圧および咀嚼機能はインプラント埋入前より低下が認められたため、訓練の継続を指示した。上部構造装着9ヵ月後には、口腔機能低下およびプレフレイルも改善した。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。

**【考察】**

食事時に痛みなく咀嚼できることで、食塊形成が容易となったことで、むせも消失し、舌圧や咬合力も回復した。また食事に対するストレスが無くなったため外出頻度も増えそれに伴い友人との外食も増え、QOLと自立度の向上に寄与できた。口腔機能の状態を把握とある程度の全身状態の評価も必要であると考えられた。

(COI 開示：なし) (倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-28] 異常絞扼反射に対し、歯科治療と口腔機能管理、栄養指導を実施することで体組成の改善を認めた高齢者の一例**

○角野 夢子<sup>1</sup>、藤井 航<sup>2</sup> (1. 医療法人角野歯科医院いまづ歯科、2. 九州歯科大学口腔保健学科多職種連携推進ユニット)

**【緒言・目的】**

高齢者では様々な全身疾患へ配慮した歯科治療が必要となることが多く、とくに異常絞扼反射(gagging reflex: GR)を有する患者では治療中断や、義歯不使用を余儀なくされることをしばしば認める。今回、全身疾患やGRに留意した歯科治療を行うことで口腔機能、体組成の改善を認めた高齢者の一例を経験したので報告する。

**【症例及び経過】**

82歳、男性。歯肉腫脹を主訴に来院した。不整脈、糖尿病の既往あり。GRのため義歯不使用であった。右上第一小白歯は歯肉腫脹、重度骨吸収のため抜歯適応であった。主治医に診療情報提供を依頼し、抜歯はモニタリング下にて実施した。GR重症度はGagging Severity Index：Gradelllであり、左上大白歯部のう蝕治療時は心理面や姿勢、治療時間に留意した。抜歯窩治癒後にGRに留意して義歯を製作したが、装着後に治療中断となった。5年後、上顎前歯を破折して来院した。GRのため義歯は使用不可であった。義歯使用の必要性や口腔機能検査の結果について十分に説明し、GRに配慮した残存歯治療と義歯製作を実施した。義歯装着後は、定期的に義歯使用状況の確認、口腔機能管理、DVS（食品の多様性スコア）を用いた栄養指導、体組成測定を実施した。義歯製作前と1年後において、口腔機能は咬合力：206→539N，ODK/pa/：4.8→6.0回/秒，/ta/：4.4→5.2回/秒，/ka/：4.2→5.0回/秒，舌圧：11.8→13.4kPa，咀嚼機能検査：92→173mg/dL，体組成は体重：54.2→55.1kg，BMI：21.1→21.4，筋肉量：38.7→40kg，体脂肪率：24.5→23.3%，DVS：5→8と改善を認めた。なお、本報告の発表に関し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、全身疾患とGRに対して留意して歯科診療を行った。長期間使用不可であった義歯も、初回の教訓を生かし2回目の製作時には形態に配慮し、義歯の必要性や口腔機能検査の結果などを十分に説明することで、継続して義歯が使用できるように努めた。その結果、義歯使用が可能となり、口腔機能、体組成やDVSも改善を認めたと考えられた。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-29] 歯科の介入により専門科に繋ぐことで診断された高齢食道アカラシアの一例**

○五條 菜央<sup>1</sup>、野原 幹司<sup>1,2</sup> (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講座)

**【緒言】**

摂食嚥下の臨床場面で「食事のつかえ感」はよくある症状の一つであるが、咽頭期までに異常を認めない場合には経過観察となることがある。しかしながら、自覚的につまんでいると感じる部位と実際に病変が生じている部位が乖離していることがあり、咽喉頭部の訴えがあった場合に同部位の評価のみでは不十分で疾患の見落としに繋がる可能性がある。今回、我々は数年にわたり喉のつかえ感を訴えていた高齢患者の症状や検査結果から食道アカラシアを疑い、専門科に繋げることで診断された症例を経験した。

**【症例および経過】**

80歳、女性。当部初診時(2024年5月7日)の約3年前から食事の喉のつかえ感と食事時の嘔吐があった。2年前に行った上部消化管内視鏡検査では異常は認められなかった。かかりつけの内科・耳鼻科で相談したが原因不明で、消化器内科では逆流性食道炎の診断でPPIが処方されるも改善せず耳鼻科から当部の受診を勧められた。患者は症状が出始めてから2kg痩せたものの、普通体重、意思疎通良好でADLは自立していた。嘔吐という症状から食道病変も疑われたが、まずは訴えのある咽喉頭部の評価を行うために嚥下内視鏡検査を実施した。咽頭期までに問題は無く検査中に症状は無かったが、検査後10分程経過して少量の嘔吐を認めた。後日、食道以下の確認のために嚥下造影検査を行った。咽頭期までに問題は無かったが、中部～下部食道にかけて食道の拡張・狭窄・蛇行、食道痙攣などの食道運動障害を認めた。症状と検査所見から食道アカラシアが疑われたため、POEM療法を行える専門科を有する病院に紹介し同診断がついた。患者は手術に対して消極的で芍薬甘草湯を処方され紹介先の病院は終診となった。その後、服薬により症状の改善を認めるものの体重減少を認めたため、食道を通りやすい食形態の指導や管理栄養士に依頼して栄養指導を行いながらフォローを継続している。今後、患者の手術に対する希望があれば再度専門科に繋げる予定である。なお、本報告の発表について患者本人から同意を得ている。

**【考察】**

咽喉頭部の他覚的・自覚的症状が明確に存在する場合、咽頭期に問題が無いことを精査するだけでなく、食道病変を念頭に置き診療することが重要である。特に、嘔吐は食道病変を示唆する症状であり、上部消化管の精査へ繋げることが必要であると考えられた。

(COI 開示：なし) (倫理審査対象外)

■ 2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 ■ ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-30] 協力性が得られない認知症患者に静脈内鎮静法を用いて歯科治療を行った症例**

○福島 仁美<sup>1</sup>、平塚 正雄<sup>1,2</sup> (1. 医療法人社団秀和会 小倉南歯科医院、2. 医療法人社団秀和会 小倉北歯科医院)

**【緒言・目的】**

認知症が進行した患者では歯科治療に協力性が得られない症例も少なくない。歯科治療に協力性が得られない症例では静脈内鎮静法下の歯科治療は有効な選択肢の一つになる。今回、協力性が得られない認知症患者に静脈内鎮静法を用いて歯科治療を行い、良好な経過が得られた 1 例を経験したので報告する。

**【症例および経過】**

88歳女性。アルツハイマー型認知症。シェアハウスに入居中。歯がボロボロでご飯が食べにくいという理由でケアマネージャーより訪問診療の依頼を受けた。初診時の口腔診査では口唇に触れると大声で叫ぶなどの不適応行動が認められた。口腔衛生状態は不良で歯肉の発赤と腫脹、歯冠の1/3以上の縁上歯石の沈着を認めた。咬合支持はEichner分類B2であった。通法による歯科治療は困難と思われたが、家族より歯科治療を強く希望されたことから、歯科麻酔医と連携し静脈内鎮静法下での歯科治療を計画した。計3回の静脈内鎮静法下に抜歯、歯周基本治療、CR充填、義歯新製のための印象採得および咬合採得まで行った。その後の訪問診療で義歯試適、義歯セットを行ったが、訪問診療後に患者が不穏になるとの相談を施設職員より受け、外来診療に変更した。義歯完成後に義歯の装着を忘れることが認められたため、施設スタッフに義歯装着の声掛けと義歯管理を依頼した。その後問題なく義歯は使用され、常食の宅配弁当も摂取できるようになった。現在、搬送による外来診療にて月1回の義歯調整と歯科衛生士による専門的口腔ケアを継続し良好な口腔環境が得られている。なお、本症例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。

**【考察】**

本症例は臼歯部咬合状態の崩壊による器質的咀嚼障害が原因で食事摂取が困難な状況であった。早期に臼歯部の咬合回復による咀嚼機能の改善が必要であったが、歯科治療への協力性が得られないため院内の歯科麻酔医と連携し、静脈内鎮静法による歯科治療を選択した。咀嚼機能の改善により常食の宅配弁当が摂取できるようになった。協力性が得られない認知症患者には、歯科麻酔医との連携による安心安全な静脈内鎮静法下の歯科治療が有効な選択肢の一つになると考えられた。また訪問診療では患者の日常生活の場における診療になるため、診療後の患者の反応についても確認することが必要と考えられた。

(COI 開示：なし) (倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-31] パーキンソン病患者の,糖尿性低血糖に胃瘻造設が有効であった症例**○黒田 直希<sup>1</sup>、高橋 賢晃<sup>1</sup>、菊谷 武<sup>1</sup> (1. 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】：パーキンソン病の進行している患者に対し継続的な摂食嚥下指導を行っていた際に,糖尿性低血糖で緊急搬送された患者に胃瘻造設が有効であった一例を経験したため報告する。【症例】：薬が飲みづらさを主訴に来院した。パーキンソン病,糖尿病を既往とした80歳女性であり,日常的にインスリンの自己注射を行っている。初診時は、Yahr2、体重46.9 kg、BMI22.0kg/m<sup>2</sup>であった。初診時上下の義歯によって、咬合支持は確立されておりFILSは8だった。off症状による服薬アドヒアランス低下の為、訪問看護師、薬剤師のサービスが介入している。嚥下内視鏡検査上、嚥下後咽頭残留を認めるが、追加嚥下は有効であった。

【経過】：介入から2年間は体重を維持していたが、パーキンソン病の進行と共に、体重が減少し、2年2か月後に低血糖性昏睡にて緊急搬送された。退院後に確実な服薬の為、主治医に提案した結果、胃瘻造設となる。造設後は、off状態が減少し、EAT-10のスコアは27から15へ改善された。【考察】：胃瘻造設後、体重増加およびEAT-10の改善を示した。造設後は安定した内服によるoff症状の減少、食事量の増加により体重増加したものとする。現在,パーキンソン病治療ガイドラインにおいて胃瘻造設のタイミングについての記載はない。そのため、疾患の進行とともに嚥下障害が重度となり、BMIが低下した状態で胃瘻造設をするケースが多い中、BMI20での胃瘻造設は今後の栄養維持、QOLの向上に寄与する可能性が考えられた。

(COI 開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター：認定医審査ポスター

2025年6月27日(金) 14:30 ~ 16:10 血 ポスター発表5 (幕張メッセ展示ホール8)

**認定医審査ポスター****[認定P-32] 顎下部皮膚瘻孔を伴う進行した歯周炎と義歯不適合により食事摂取が困難となった一例**

○大田 奈央<sup>1,2</sup>、森崎 重規<sup>2</sup> (1. 社会医療法人敬和会 大分岡病院、2. 医療法人鶴岡クリニック 歯科・口腔外科)

**【緒言・目的】**

高齢化の進展に伴い、多くの高齢者が定年後も就労を継続している。一方、就労を優先するあまり、病院受診の機会を逸するケースもある。今回、定年後の就労を優先し、長期間にわたり歯周炎と義歯不適合を放置した結果、顎下部皮膚に瘻孔を形成し食事摂取が困難となった症例を経験したため報告する。

**【症例および経過】**

74歳、女性。左側頬部の疼痛と食事摂取困難を主訴に近医外科病院より精査加療目的に2024年10月22日、当院紹介受診。基礎疾患に2型糖尿病があり、経口血糖降下薬を内服していた。2週間前より左頬の腫脹を自覚していたが、鎮痛薬を内服し経過をみていた。初診時、左側顎下部に直径20mm大の皮膚欠損と下顎骨の露出及び排膿を認めた。口腔内は無歯顎であったが、#37相当部の歯槽粘膜から排膿を認めた。下顎義歯を確認すると部分床義歯のクラスプに汚染した#37が歯根ごと組み込まれた状態で使用されていたことが判明し、X線検査にて#37根尖相当部に境界明瞭な透過像を認めた。血液検査では、WBC:7800、CRP:3.5、BS:128、HbA1c:6.7%と炎症マーカーは若干高値であったが糖尿病の悪化は認めなかった。慢性的な歯槽部の炎症に伴う膿瘍および皮膚瘻孔と診断し、食事摂取の改善と疼痛管理のため、下顎義歯より#37を除去し増歯・修理を行った。10月30日には顎下部の皮膚欠損部は縮小、排膿を認めなくなり、口腔内の創も閉鎖し粘膜の炎症は消退した。しかし患者は、下顎旧義歯の不適合から糖質中心の軟らかい食事へ偏食となり、仕事にふらつきが生じるようになっていた。そこで、下顎義歯新製に着手し早期に新義歯を装着したところ、普通食摂取が可能となった。HbA1cも6.6%を維持できており、現在も定期的な口腔管理を継続している。

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】**

口腔の炎症と義歯不適合により経口摂取が困難となった症例であったが、医科との連携により歯科への通院が開始され、早期に消炎を図り口腔機能を回復したことで、経口摂取、糖尿病コントロール、就労継続を維持できた。高齢者のQOLの維持向上のためには、医科歯科連携による、口腔も含めた健康管理が重要性であることが示唆された。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)