を受診した。

症状および経過：初診時，前歯部および小臼歯部のCR充填部境界に褐線を認めた。歯髄電気診には生活反応を示したが，エックス線検査により二次齲蝕の歯髄近接を認めたため，抜髄のリスク等のインフォームド・コンセントを行った。不良CRの除去および窩洞形成後，歯髄に近接した部位に対する間接覆髄を行い，シリコンジグを用いて積層充填の起点となる口蓋側形態を再現しマルチレイヤーテクニックにて審美的な充填を行った。

臨床診断：CR不適合，CR色調不良，二次齲蝕

【考　察】本症例のごとく打ち抜き型Ⅲ級またはⅣ級窩洞になることが予測される部位にシリコンジグを用いない場合，充填後に口蓋側形態に大きな形態修正を行うとレイヤーの厚みが変化し，光の透過性が変わることで色調が変化してしまう恐れがある。そこで患者の模型からシリコンジグを作製することで，積層充填の起点となる口蓋側形態を容易に形成し，充填圧を均一化することにより，術者の意図する複数色調での積層充填法（マルチレイヤーテクニック）が容易となり，審美性のさらなる向上が図れた。

【結　語】今回，33歳男性患者のCR充填部審美不良に対して，昨年度新規採用された自費用CRを用いて修復を行い患者の高い満足を得た。

9）認知症高齢者の食形態を改善してADLを向上させた1例

○鈴木　史彦[1]，小松　泰典[2]，北條健太郎[2]
山崎　信也[1]，高田　訓[1]
（奥羽大・歯・口腔外科[1]，附属病院[2]）

【緒　言】認知症高齢者は指示理解不可能で意思疎通が困難なことが多く，リハビリテーションによる訓練や機能回復よりも，介助や支援が必要となることが多い。今回，我々は指示理解が不可能な認知症高齢者の摂食嚥下障害に対して，食形態の改善により摂食嚥下に関わるADLの改善につながった1例を経験したので報告した。

【症例概要】69歳の女性。介護老人保健施設（老健）入所中に絞扼性腸閉塞となり，病院に救急搬送された。その際，食形態を重湯に下げられた。退院後，同老健に再入所となったが，食形態は変更なく，重湯をストローで自力摂取していたが動きは緩慢であった。嚥下内視鏡検査を実施したところ，全粥やソフト食は問題なく嚥下できていた。検査の結果，①取り込み動作と上肢の運動に問題が見られる先行期障害，②義歯装着不可能で食塊形成が不十分な準備期障害，③BMI 17.6と％理想体重78.7％であることから中程度～高度の栄養障害と診断した。食形態を全粥とソフト食に変更するよう指示した。訓練の指示は入らないが，食形態と食具の変更による難易度の増加を上肢運動と摂食嚥下機能のリハビリテーションとした。4か月経過時ではスプーンを使って全粥を自力摂取できるまで改善が見られた。BMIは18.1に，％理想体重は82.2％に増加が見られた。

【考　察】低栄養と嚥下障害は相互に影響を及ぼすため，悪循環を断ち切る必要がある。認知症患者では，自立摂取機能低下の1年後にむせ等の咽頭期障害が出やすい。すなわち，自立摂取機能を向上させることが低栄養と摂食嚥下障害の改善につながると考えられる。

【結　語】今回，我々は指示理解が不可能な認知症高齢者の摂食嚥下障害に対して，食形態の改善が摂食嚥下行動に関わるADLの改善につながった1例を経験したので報告した。

【謝　辞】今回の発表にあたり，ご指導くださいました 医療法人 生愛会 理事長 本間達也 先生ならびにスタッフ一同に心から感謝申し上げます。