

「作って終わり」にしない総義歯

下顎吸着総義歯と口腔機能管理の実践

山形県 永田歯科医院

歯科医師

永田一樹



はじめに

超高齢社会を迎え、歯科医院に来院される患者層は大きく変化している。それに伴い歯科治療の需要は、単なる「歯の形態の回復」を中心とした治療から、「口腔機能の維持・回復」を目指す治療・管理・連携型へとシフトしている。無歯顎治療において、とりわけ下顎総義歯は維持・安定が困難であり長年の課題であったが、近年「下顎総義歯の吸着」が普及し、高い維持・安定を得ることが可能となった。

しかしながら、これまでの総義歯の

メンテナンスを振り返ると、その多くは義歯内面の適合確認や咬合調整といったハードウェアの調整に終始していたのが実情である。「当たりが痛い」「外れる」といった訴えに対し、義歯の粘膜面や咬合を修正して終わりになっていたケースも少なくない。しかし加齢に伴い、舌圧・咀嚼・嚥下能力といった口腔機能（ソフトウェア）は確実に低下する。どれほど適合・吸着に優れた義歯を装着しても、患者さん自身の口腔機能が伴わなければ、食塊形成不全

や食渣停滞は根本的には解決しない。

そこで現在求められているのが、義歯完成後も継続して患者さんの口腔機能を客観的に評価し、機能低下を防ぐ管理である。令和8年度の診療報酬改定でも、総義歯患者に対する継続的な口腔管理がより手厚く評価されるようになった。本稿では、「作って終わり」の義歯診療から脱却し、下顎吸着総義歯を土台としたうえで、メンテナンスに口腔機能低下症の管理をどう組み込むか、実践的なステップを解説する。

Step 1: 吸着義歯における診査の詳細

下顎総義歯の吸着を達成するためには、やみくもに印象を採るのではなく、事前に吸着を阻害する因子を評価する「診査から始まるシステム」が不可欠である。

吸着義歯の診査は5～10分程度の短時間で、難易度判定と治療法の選択に直結している点が特徴である。

診査項目は「解剖学的阻害因子（5項目）」と「下顎位に関する阻害因子（3項目）」に分類される（図A）。

下顎総義歯の診査票

吸着阻害因子	良好		中等度		不良	
①顎堤形態	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側
②舌下ヒダ部スポンジ状組織	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側
③後顎舌筋筋窩部の義歯延長の余裕	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側
④梨状のレットロモラーパッド	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側	☐ 右側	☐ 左側
⑤開口時の舌後退	☐ 正常 (2cm未満)		☐ 軽度後退 (2cm以上4cm未満)		☐ 重度後退 (4cm以上)	
⑥顎間関係	☐ Class I		☐ Class II		☐ Class III	
⑦下顎位	☐ 誘導位と習慣性咬合位が一致・ズレが2mm以内		☐ 誘導位と習慣性咬合位の2mm以上のズレ		☐ 2mm以上のズレと不安定なタッピング位	
⑧顎関節機能	☐ 正常		☐ 機能異常あり		☐ 重度な機能障害 (クリック音、痛み)	

解剖学的阻害因子

- 各項目を「良好/中等度/不良」の3段階で評価し、「不良」が2項目以上ある場合は難症例
- ①～④の項目は左右それぞれでチェックする

下顎位に関する阻害因子

- 各項目を「良好/中等度/不良」の3段階で評価し、「不良」が1項目以上ある場合は難症例

レットロモラーパッド (リスク1つは中等度、2つ以上は不良にチェック)

- | | | |
|-------------------------|----------------|----------------|
| 1. 前方1/2に硬い線維性組織があるかどうか | 右側 (ある、少ない、ない) | 左側 (ある、少ない、ない) |
| 2. サイズ | 右側 (大きい、中、小さい) | 左側 (大きい、中、小さい) |
| 3. 傾斜角度 | 右側 (緩、中、急) | 左側 (緩、中、急) |
| 4. 開閉口時の変化量 | 右側 (小さい、中、大きい) | 左側 (小さい、中、大きい) |

その他の特記事項：義歯装着期間、前歯部フラビীগム、下顎フラビীগム、オトガイ棘、下顎前歯部の口腔前庭の狭小、など

参考文献1より引用改変

図A 吸着を阻害する因子を「解剖学的阻害因子（5項目）」と「下顎位に関する阻害因子（3項目）」に分類して評価する。

これらの評価において、解剖学的阻害因子に「不良」が2項目以上ある場合、または下顎位に関する阻害因子に

1項目でも不良(Class Ⅲ、2mm以上のズレ、重度な機能障害など)がある場合を「難症例」と診断する。この事前

評価により、後続のステップで必要な対処法を明確にすることができる。

Step 2: 診査を踏まえた吸着義歯の製作

診査結果に基づき、解剖学的阻害因子は主に「精密印象時」に、下顎位に関する阻害因子は主に「咬合採得や人工歯排列時」に対応する。例えば、顎堤形態やレトロモラーパッドの状態が不良の場合は、個人トレーの製作や試適の段階で適合精度に注意を払う。開口時の舌後退や舌下ヒダ部スポンジ状組織が不良と診断された場合は、必要に応じて個人トレーへの「舌側添加」(舌側辺縁を内方へ厚く付与する形態的工夫)を検討する。顎間関係がClass I～Ⅲなどの違いは人工歯排列の工夫により対処し、下顎位が不安定な場合はリマウントでの咬合調整や治療用義歯が必要となることもある。

印象採得の最初のステップである概形印象では、下顎安静位における素直

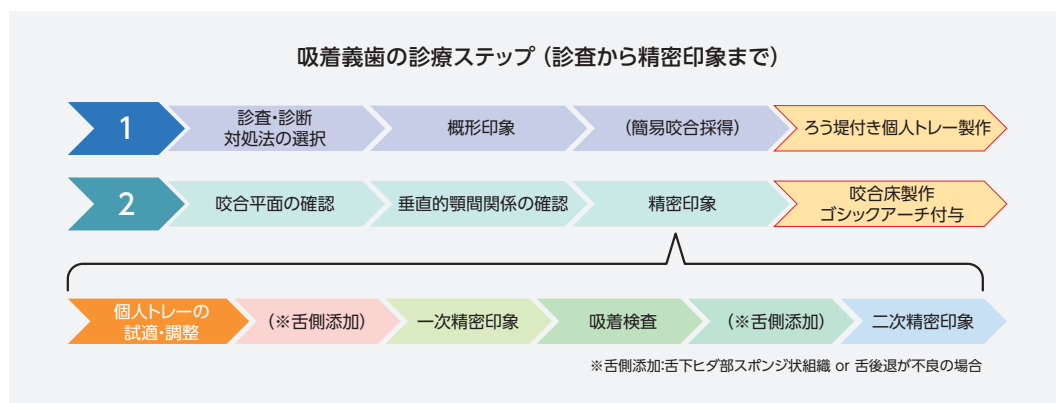
な口腔内空間を印象すること、特にレトロモラーパッドを変形させないことを目的とし、フレームカットバックトレーを用いて閉口印象を行う(図B、C)。その後、ろう堤付き個人トレーを製作し、咬合平面や垂直的顎間関係を確認しながら精密印象(閉口機能印象)を行う(図B、D)。

精密印象時には、日常の口腔機能運動の代償として、患者さんに以下の5動作を行わせる。

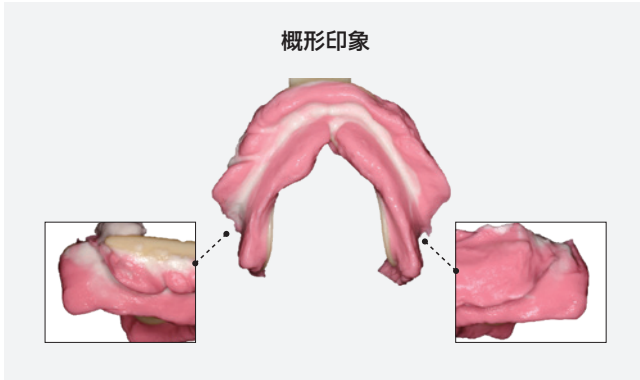
- ①「う～」と口を尖らせる(頬側部の運動)
- ②「い～」と口角を引く(頬側部の運動)
- ③「ぺろぺろ」と上口唇を舐める(舌側の運動)
- ④「ぐっ」と術者の指を舌で押す(パサモンティの切痕の印記)
- ⑤「唾をぐっくん」と嚥下する(口腔全

体の陰圧機能運動)

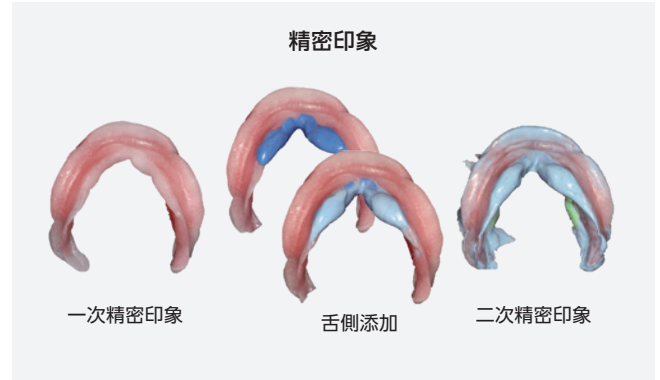
精密印象は2段階で行う(図D)。一次精密印象としてティッシュコンディショナー(ソフトライナー)を用い、辺縁の長さや厚みを決定する。ここで「吸着検査」を行い、辺縁からの漏洩がないかを確認する(図E)。開口状態で舌下ヒダ部からの漏洩がある場合には、二次精密印象の前に舌側添加を行い、封鎖性を向上させる。続いて二次精密印象として、流動性の高いインジェクションタイプのシリコーン印象材(エクザデンチャー等)を用いて内面をウォッシュし、辺縁封鎖を完成させる。これにより、高い適合と維持安定のある下顎吸着総義歯が完成する(図F)。



図B 診査・診断から始まり、概形印象、ろう堤付き個人トレー製作、精密印象へと進むステップ。診査結果に基づく対処法の選択が重要となる。



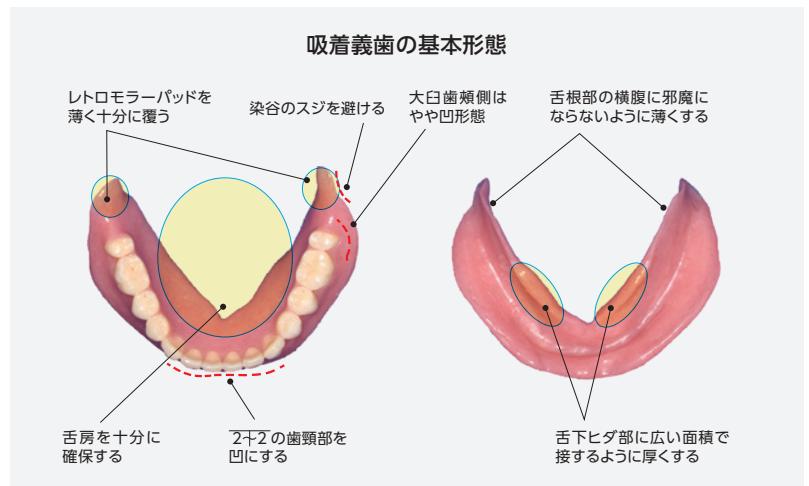
図C レトロモラーパッドを覆わないフレームカットバックトレーを使用し、下顎安静位における素直な口腔内空間を印象採得する。



図D ろう堤付き個人トレーを用いた精密印象。ティッシュコンディショナーとシリコン印象材を用いることで動的粘膜を印記し、高い辺縁封鎖と内面適合を獲得する。舌下ヒダ部スポンジ状組織や開口時の舌後退が「不良」と診断された場合の対処法として、個人トレーの舌側に適切な形態（舌側添加など）を付与する。



図E 印象採得後、指で義歯床を「押し」「引き」して吸着状態を確認する。舌下ヒダ部やレトロモラーパッド部などからの空気の漏洩がないかを確実にチェックする。



図F レトロモラーパッドを薄く十分に覆い、舌房を確保する。染谷のスジを避け、大臼歯頬側をやや凹形態にし、舌根部に邪魔にならないよう薄くするなどの機能的配慮がなされている。

Step 3: 口腔機能低下症の検査と客観的評価

適合と吸着に優れた義歯（ハードウェア）が完成しても、「食渣停滞」や「噛みにくい」といった訴えが残ることがある。こうした症状は義歯形態の修正のみでは解決困難であり、自浄作用や食塊形成機能の不足を補い切れないことが多い。ここで、患者さん自身の口腔機能（ソフトウェア）の評価が不可欠となる。

口腔機能低下症は、口腔機能精密検査の7つの評価項目のうち3項目以上

が該当した場合に診断される（図G）。令和8年度の診療報酬改定では、この検査において「保険算定可能な検査機器を使用した場合」と「使用しない場合」で算定枠が分かれ、機器がない医院でも取り組みやすくなった。

●保険算定可能な検査機器を用いて客観的数値を可視化し診断した場合：継続管理時に「口腔機能管理料1（90点）」を算定。

●医療機器を使わず視診・スマホアプリ・質問票等の組み合わせで診断基準を満たした場合：「口腔機能管理料2（50点）」が算定対象。

これらの検査は診断時だけでなく、継続管理中も3ヵ月に1回算定して経過を追うことが可能である。客観的な評価により、口腔機能の状態を的確に把握する。

口腔機能低下症の下位症状と検査の方法

下位症状	専用機器が必要な検査	使用する機器	機器を用いない検査
①口腔衛生状態不良	舌背上の微生物数	口腔内細菌カウンタ	視診により舌苔の付着程度を評価
②口腔乾燥	口腔粘膜湿度	ムーカス	サクソテスト
③咬合力低下	咬合力検査	デンタルプレスケールⅡ／Oromo2	残存歯数
④舌口唇運動機能低下	—	健口くん ハンディ／各種アプリ	オーラルディアドコネシス
⑤低舌圧	舌圧測定	JMS舌圧測定器	—
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	グルコセンサー GS-IIN	咀嚼能率スコア法
⑦嚥下機能低下	—	—	EAT-10／聖隷式嚥下質問紙

※咬合力検査と咀嚼機能検査は併算定不可 □:保険算定可

図G 口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下の7つの症状を把握するため、JMS舌圧測定器やグルコセンサー、口腔内細菌カウンタ、Oromo2などの専用機器やアプリ、アナログの代替法を用いて客観的に評価する。

口腔機能低下症の検査機器などがわかる口腔機能情報サイトはこちら



Step 4: 令和8年度診療報酬改定を踏まえたメンテナンスの枠組み

診断に基づき、メンテナンスにおいて口腔機能低下症の継続的な管理を行う。令和8年度の診療報酬改定では、無歯顎の総義歯患者に対する継続的な口腔管理がより手厚く評価されるようになった。

特に重要なのは、これまで除外されていた「有床義歯に係る治療のみを行

う患者」も歯科疾患管理料の算定対象となった点である。むし歯や歯周病がなくても、患者さんとの協働による管理が評価される枠組みに変わった。

メンテナンス時には、Step 3の検査の実施状況に応じて「口腔機能管理料1」または「口腔機能管理料2」を算定し、継続管理を行う。ここで歯科衛生士

の役割が極めて重要になる。新設された「口腔機能実地指導料」を活用し、歯科衛生士主体で患者さんに応じた機能訓練やセルフケアの指導を継続的に実施する。さらに、有床義歯咀嚼機能検査等により、義歯による機能の回復度を客観的に評価しながら長期的なフォローアップを行うことが可能となった。

Step 5: 診断を踏まえた義歯の調整とトレーニングへの展開

客観的な診断結果は、実際の機能訓練と義歯の調整方針の双方に直結する。特定された機能低下に対し、「ハード（義歯）」と「ソフト（口腔機能）」の両面

からアプローチを展開する（図H～M、図1-1～1-5）。機能訓練（ソフト）は歯科衛生士が継続的に指導し、義歯の調整（ハード）においては単なる痛み取り

にとどまらず、機能を補助するための形態修正を行うことが鍵となる。検査結果をトレーニングと義歯調整の双方に生かすことが、機能回復の鍵となる。

機能低下	ソフト対応（機能訓練）	ハード対応（義歯調整）
低舌圧	ペコぼんだ等による舌筋トレーニング	著しい改善困難例では舌接触補助床（PAP）化
口腔乾燥	唾液腺マッサージ	—
舌口唇運動機能低下	パタカラ体操	—
頬機能低下による食渣停滞	頬筋ストレッチ	研磨面を凸型に形態修正（弱い筋活動でも研磨面と接するように）
嚥下機能低下	嚥下訓練	口蓋部を形態修正し、舌接触補助床としてリニューアル

図H 機能低下に対する口腔機能訓練と義歯調整の例。

症例 食渣の停滞に新義歯製作とトレーニングを行った症例



1-1 初診時の口腔内写真。81歳、女性。旧義歯の不安定を主訴に来院。2年前に倒れて意識不明のまま長期入院。旧義歯は約1年前に意識が回復した時に入院中に製作されたもの。

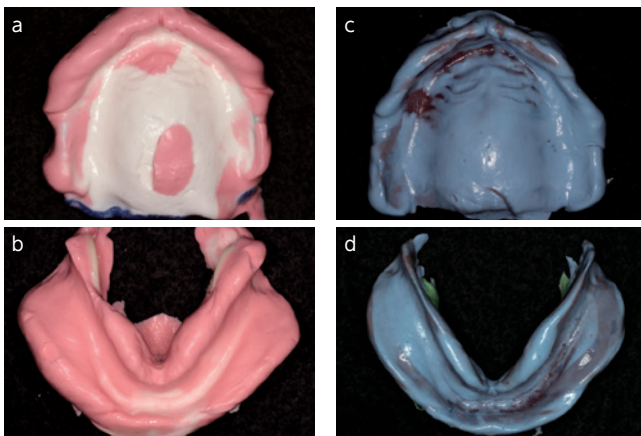
下顎総義歯診査結果

吸着阻害因子	良好	中等度	不良
①顎堤形態	☒ 右側 ☒ 左側	☐ 右側 ☐ 左側	☐ 右側 ☐ 左側
②舌下ヒダ部スポンジ状組織	☐ 右側 ☐ 左側	☒ 右側 ☒ 左側	☐ 右側 ☐ 左側
③後頭舌骨筋部の義歯延長の余裕	☒ 右側 ☒ 左側	☐ 右側 ☐ 左側	☐ 右側 ☐ 左側
④梨状のレトロモラーパッド	☒ 右側 ☒ 左側	☐ 右側 ☐ 左側	☐ 右側 ☐ 左側
⑤開口時の舌後退	☒ 正常 (2cm未満)	☐ 軽度後退 (2cm以上4cm未満)	☐ 重度後退 (4cm以上)
⑥顎間関係	☒ Class I	☐ Class II	☐ Class III
⑦下顎位	☒ 誘導位と習慣性咬合位が一致・ズレが2mm以内	☐ 誘導位と習慣性咬合位のズレが2mm以上のズレと不安定なタッピング位	☐ 2mm以上のズレと不安定なタッピング位
⑧顎関節機能	☒ 正常	☐ 機能異常あり	☐ 重度な機能障害 (クリック音、痛み)

レトロモラーパッド (リスク1つは中等度、2つ以上は不良にチェック)
1. 前方1/2に硬い線維性組織があるかどうか 右側 (○) 少ない、ない 左側 (○) 少ない、ない
2. サイズ 右側 (○) 中、小さい 左側 (○) 中、小さい
3. 傾斜角度 右側 (○) 中、急 左側 (○) 中、急
4. 開口口時の変化量 右側 (○) 中、大きい 左側 (○) 中、大きい

その他の特記事項: 義歯装着期間、前歯部フラビータム、下顎フラビータム、オートガイ線、下顎前歯部の口腔前庭の狭小、など

1-2 解剖学的阻害因子および下顎位に関する阻害因子の各項目を診査し、難易度を判定することで、適切な印象法や対処法を計画した。吸着義歯製作に関する条件としては良好であった。



1-3 概形印象 (a,b) と精密印象 (c,d)。精密印象において吸着検査を行った結果、印象体において吸着が得られていた。



1-4 新義歯装着時の口腔内。辺縁封鎖がしっかりと行われ、内面適合に優れる新義歯を装着。しかし装着後、全体的な食渣の停滞などがあり、研磨面の厚みの調整などを行った。

口腔機能精密検査の実施と管理方法

下位症状	検査した項目	検査の方法と使用した機器	該当基準	検査1回目	検査2回目	検査3回目	管理方法
口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	視診	50%以上	33%	22%	44%	舌ブラシを用いた舌清掃
口腔乾燥	口腔粘膜湿度	ムーカス	27未満	27	30.1	27.4	
咬合力低下	残存歯数	視診	20本未満	0本	0本		
	咬合力検査	Oramo2	375N未満			118N	
舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	スマホアプリ	パ/タ/カ いずれか1つでも6回/秒未満	パ 3.8回 タ 4.0回 カ 3.6回	パ 4.0回 タ 3.4回 カ 3.0回	パ 4.6回 タ 5.0回 カ 4.2回	パタカラ体操
低舌圧	舌圧検査	JMS舌圧測定器	30kPa未満	15.9kPa	15.3kPa	11.7kPa	ペコぱんだSを用いた舌筋トレーニング
咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	グルコセンサーGS-IIN	100mg/dL未満	99mg/dL	172mg/dL	52mg/dL	検査3回目の際に、右下が当たり噛めなかったため義歯調整
嚥下機能低下	自記式質問票	聖隷式嚥下質問紙	Aが1項目以上	0項目	1項目	1項目	

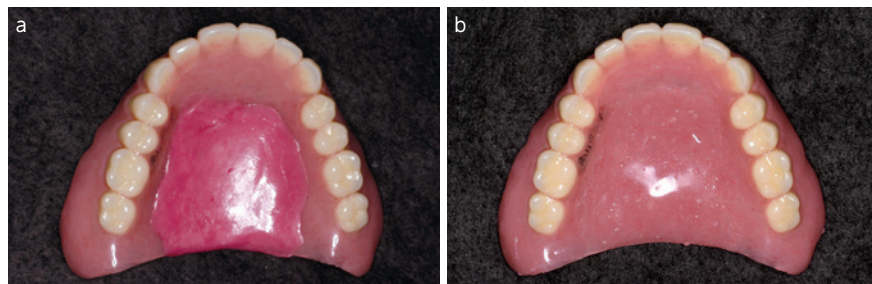
「50歳以上」かつ「7項目中3項目以上に該当」かつ「機器を使った検査のうち1項目以上に該当」⇒【疾病名】口腔機能低下症、【算定項目】歯科疾患管理料+口腔機能管理料

※ 上記は令和8年度の診療報酬改定前(2026年5月31日以前)の本症例時の算定要件であり、令和8年度の診療報酬改定後(2026年6月1日以降)は下記のように変わります。
「50歳以上」かつ「7項目中3項目以上に該当」かつ「保険算定可能な検査をいずれか1つ以上実施に該当」⇒【疾病名】口腔機能低下症、【算定項目】歯科疾患管理料+口腔機能管理料1

検査の方法のオレンジ色マーカ一部は、初回検査時に機器を使った検査を行ったことを表している

1-5 疼痛はないものの、義歯の調整だけでは食渣の停滞は改善できなかったため、口腔機能の低下を疑い検査を行った。メインテナンス中の客観的な検査数値(検査1回目～検査3回目)の推移を示す。検査結果に応じてパタカラ体操やペコぱんだを用いた機能訓練を指導した。劇的な改善は認められないものの、食渣の停滞は減少した。

アプローチ例① 著しい低舌圧に対する舌接触補助床化



図I 舌接触補助床 (PAP) への展開。嚥下機能の低下がみられた患者さんに対し舌圧を測定したところ、著しい低舌圧が認められたため、コンパウンドを一時的に口蓋に貼付し (a)、再度舌圧を測定。改善が認められたため、レジンに置き換えた (b)。

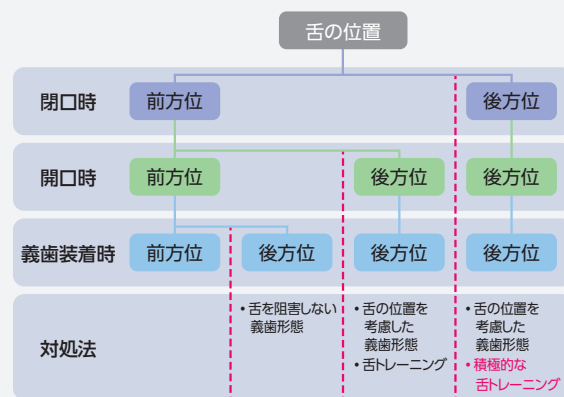
アプローチ例② 舌位置に応じた義歯調整とトレーニング

開口時の舌の位置



図J 開口時に舌を無意識に強く後ろに引く患者さんの場合、義歯床舌側辺縁から空気が侵入し、封鎖が破壊される。

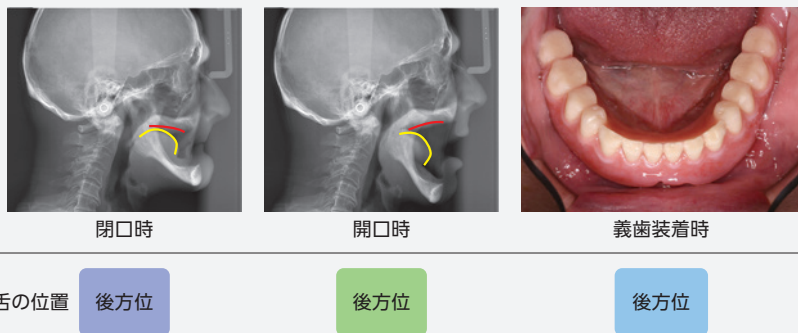
閉口時、開口時、義歯装着時の舌の位置の分類と対処法



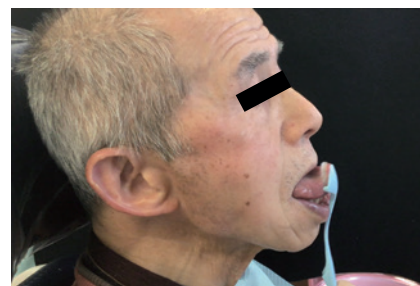
図K 義歯を装着していない閉口時・開口時に舌が前方位で、義歯装着時に後方位になる場合は舌房を阻害している可能性があるため、舌房を広くする義歯形態への修正を検討する。一方、義歯を装着していない場合に後方位をとる場合は、舌の位置を考慮した義歯形態 (舌側添加) と、前方に位置付けられるように舌トレーニングを検討する。

セファロ画像による舌の位置の評価

■ 口蓋 ■ 舌背



図L 義歯未装着時の閉口時・開口時のセファロ画像。義歯装着時にも舌が著しく後方に位置していたため舌側添加を行い、弱いながらも吸着を得た。



図M 舌ブラシによる舌トレーニング。舌圧検査により低舌圧が認められたため、舌ブラシを用いて舌トレーニングを行っている。舌トレーニングを行うと、一時的にはあるが筋の緊張により舌が前方に位置するため、吸着が強くなった。特別な器具を使用するのではなく、舌苔の清掃のついでに行うことで継続して取り組んでもらっている。

まとめ

「作って終わり」の総義歯診療から脱却し、長期的な患者満足度を維持するためには、「ハードウェア(義歯形態)」と「ソフトウェア(口腔機能)」の両輪で支える視点が不可欠である。食渣停滞などの訴えに対し、義歯の構造的アプローチのみでは食塊形成不全や自浄作用の不足を完全には補えない。適切な義歯形態と、舌圧や咀嚼能力の機能

訓練を併用することが、症状の根本的改善には重要となる。

総義歯のメインテナンスに口腔機能低下症の管理を組み込むということは、「しっかり飲み込めているか(舌圧)」「お口の中が乾燥していないか(粘膜湿潤度)」などを定期的な検査により客観的に評価し続けることに他ならない。今後求められるのは、令和8年度の

診療報酬改定のルールを正しく活用し、歯科衛生士をはじめとする多職種と連携した継続的な管理である。メインテナンスに義歯の調整だけでなく機能訓練指導や患者さんへの動機付けを組み込むことで、口腔機能のさらなる悪化を予防し、維持・回復することが求められていると考える。

●参考文献

1. 阿部二郎(監), 岩城謙二, 須藤哲也, 小久保京子(著). 下顎総義歯吸着テクニック ザ・プロフェッショナル. 東京:クインテッセンス出版, 2017.
2. 佐藤勝史. Ultimate Suction Denture! 「100%吸着」と「高度顎堤吸収症例」に挑む. 東京:デンタルダイヤモンド社, 2024.
3. 山崎史晃(監), 永田一樹, 安達隆帆, 林 宏暁, 他(著). いちから始める! 目で見てわかる! 下顎吸着総義歯. 東京:クインテッセンス出版, 2024.



永田一樹 (ながた かずき)
山形県 永田歯科医院 歯科医師
略歴・所属団体◎2003年 東北大学歯学部卒業。2007年 東北大学大学院歯学研究科修了(歯学博士)。2007年 永田歯科医院勤務、2025年 同医院継承
有床義歯学会(JPDA) 指導医/日本顎咬合学会 咬み合わせ指導医/勝史塾 塾頭

本稿の内容を実習セミナーでさらに深く

永田一樹先生による「下顎総義歯吸着ベーシックセミナー」を開催しています

本稿で紹介された義歯製作を、無歯顎患者さんを招いた口腔内実習を通じて、より実践的に学べるセミナーです。

詳しくはジーシーWEBサイトのイベントページをご覧ください



第6回国際歯科シンポジウム 永田一樹先生ご登壇セッション

デンチャーEXPO: 義歯の最前線90分
～義歯臨床の課題をエキスパートの臨床から紐解く～
10月4日(日) 13:30～15:00



座長・演者
佐藤勝史先生
【講演タイトル】
高度吸収顎堤時代の
Suction Denture
一下顎総義歯吸着ア
ドバンスー



演者
永田一樹先生
【講演タイトル】
口腔機能の維持・回
復を見据えた全部床
義歯の臨床
ーメインテナンスと
機能管理の実際ー



演者
石川航生先生
【講演タイトル】
当院でのデジタル義
歯への取り組み



演者
野澤康二先生
【講演タイトル】
デジタルを活用し
た組織づくりと若手
育成
ー義歯製作の実際
と効率化ー



GC友の会70周年記念
第6回国際歯科シンポジウム
2026年10月3日(土)～4日(日)
会場: 東京国際フォーラム

詳しくは特設サイトおよび
公式Instagramでご確認ください

