

口腔機能低下症とオーラルフレイルに関するワークショップ

実施報告書



主催：一般社団法人 日本老年歯科医学会

会期：2021 年 12 月 26 日（日）

目次

1. まえがき	3
2. 実施要領	5
3. 参加者ならびにスタッフ名簿	6
4. スケジュール	7
5. 事前学習内容	9
6. 事前アンケート集計結果	12
7. グループプロダクトの記録	29
8. プロダクト発表の記録	51
9. 全体ディスカッションの記録	56
10. 指定発言者からの意見	65
11. ワークショップ当日の写真	68
12. あとがき	71

1. まえがき

日本老年歯科医学会理事長

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教授

水口俊介

社会の超高齢化が進展するわが国にとって、健康長寿社会の実現は必須であります。高齢者に健康でいてもらうことが医学的のみならず社会経済学的にも重要な事項なのです。平成 23 年および 29 年に示された歯科治療の需要の将来予測イメージでは、う蝕や歯周病、歯の欠損に対する治療だけでなく、そこに口腔機能管理を組み込んだ治療・管理・連携型の歯科医療が示されています。これらのことを背景に本会では、平成 25 年 10 月に「高齢者の口腔機能低下を病名にできるか」というテーマでワークショップ（WS）を開催いたしました。う蝕や歯周病、歯の欠損といった既存の病名ではなく、口腔機能の低下に抗する介入が必要な患者に対して、的確な歯科的介入を実施するための病名を提案しようといったものでした。しかしながらその時点では、具体的な診断基準の設定はもとより、疾患概念すらも確定することは困難でしたが、ひきつづき特任委員会がエビデンスの集積を続けていました。平成 26 年 3 月にオーラルフレイルの概念が国立長寿医療研究センターの研究班から発表され、本会学術委員会においても高齢者の口腔機能低下に関する検討が再び始まりました。そして口腔機能低下症の医療者が介入すべき病名としての確立を意図し、その時提案されていた「オーラルフレイル」より進行した状態ではあるが、機能不全に陥る一步手前の状態として 2016 年版の学会見解論文に記載したのです。その後、保険に収載されたわけですが、うれしい反面、実は心穏やかではない日々が続いていました。口腔機能はある面、捉えきれない広がりを持っており、出されてくるあらゆる角度からのエビデンスを総合して検討しなければならないのですが、いまだぴったりのエビデンスが少なく、なかなか困難な状況です。病名としてこれでいいのか？有病率は？それぞれの閾値は？歯科医療としての対応は？オーラルフレイルとの具体的な関係は？といったことに対していまだ明確な確証が得られていないということです。

今回の WS は上記の問題を解決するため、現在までの既知の事項を共有し、今後の方向性や、やるべきことを学会全体で議論するキックオフとなるものでした。多くの参加者がエントリーしてくださいましたが、議論を白熱させるためあえて人数を絞らせていただきました。申し訳ありません。

次回の学術大会で WS の報告をし、学会全体の議論に持ってゆきたいと考えています。ただ今回の WS を通して、このように、率直に議論できる土壌が本会にある、という言ことがよくわかり、大変心強くうれしく思いました。この土壌はぜひ保ち、口腔機能低下症以外の本会の責任事項についても同様の手法で議論できればと思っています。

最後になりましたが、お忙しい中、事前ビデオや資料、そして当日の議論に参加してくださいました東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢教授、厚生労働省 小嶺祐子先生、日本歯科医師会 佐藤保先生に厚く御礼申し上げます。また、事前議論において多くのご意見を出してくださいました WS 参加者の皆様、WS の準備をきわめて綿密にしてくださいました、学術委員長の池邊先生、副委員長の古屋先生をはじめとする委員会の皆様に厚く御礼を申し上げます。

2. 実施要領

名称：口腔機能低下症とオーラルフレイルに関するワークショップ

目的：口腔機能低下症に関する現時点での課題・論点を抽出・整理し、学会として 2022 年度より取り組むべき方針を決定する。

主催：一般社団法人 日本老年歯科医学会

企画・運営：学術委員会

開催期日：2021 年 12 月 26 日（日） 8 時 45 分～17 時 00 分

開催場所：オンライン形式（Zoom）

参加者：

日本老年歯科学会会員 27 名（9 名×3 グループ）

指定発言者 3 名

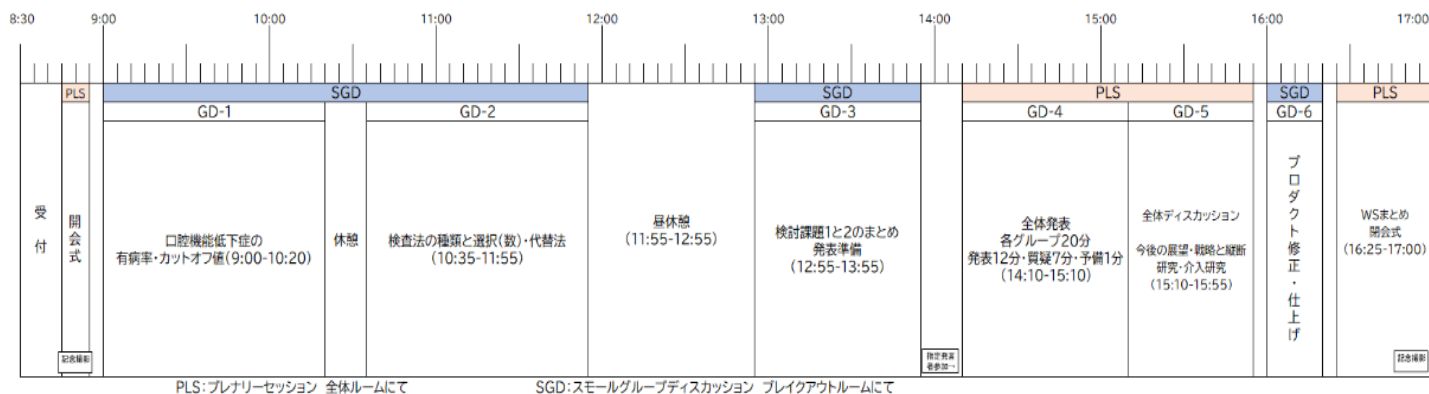
検討課題

- 1) 口腔機能低下症の有病率・カットオフ値
- 2) 検査法の種類と選択（数）・代替法
- 3) 今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究

3. 参加者ならびにスタッフ名簿

グループ	No	氏名	役割	zoom 表示名	大学・施設名
A		水口俊介	ディレクター／コーディネーター	A-CN-水口俊介	東京医科歯科大学大学院高齢者歯科学分野
A	1	上田貴之	進行・リーダー	A-GL-上田貴之	東京歯科大学老年歯科補綴学講座
A	2	平野浩彦	発表	A-平野浩彦	(独)東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科
A	3	服部佳功		A-服部佳功	東北大学大学院リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野
A	4	戸原玄		A-戸原玄	東京医科歯科大学大学院摂食嚥下リハビリテーション学分野
A	5	遠藤真美	書記	A-遠藤真美	日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座
A	6	小原由紀	書記	A-小原由紀	東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム
A	7	吉田光由		A-吉田光由	藤田医科大学医学部歯科口腔外科学講座
A	8	山本健		A-山本健	鶴見大学歯学部地域歯科保健学教室
運営		竜正大	運営アシスタント	A-AS-竜正大	東京歯科大学老年歯科補綴学講座
B		片倉朗	コーディネーター	B-CN-片倉朗	東京歯科大学口腔病態外科学講座
B	1	松尾浩一郎	進行・リーダー	B-GL-松尾浩一郎	東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野
B	2	岩崎正則		B-岩崎正則	東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム
B	3	菊谷武	発表	B-菊谷武	日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
B	4	佐藤裕二		B-佐藤裕二	昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
B	5	金澤学	書記	B-金澤学	東京医科歯科大学大学院口腔デジタルプロセス学分野
B	6	西恭宏	書記	B-西恭宏	鹿児島大学大学院口腔顎顔面補綴学分野
B	7	山崎裕		B-山崎裕	北海道大学大学院口腔健康科学分野高齢者歯科学教室
B	8	菅野亜紀		B-菅野亜紀	東京歯科大学短期大学歯科衛生学科
運営		日高玲奈	運営アシスタント	B-AS-日高玲奈	東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野
C		池邊一典	コーディネーター	C-CN-池邊一典	大阪大学大学院有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野
C	1	古屋純一	進行・リーダー	C-GL-古屋純一	昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
C	2	渡邊裕	発表	C-渡邊裕	北海道大学大学院口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室
C	3	八田昂大	書記	C-八田昂大	大阪大学大学院有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野
C	4	田村文誉		C-田村文誉	日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
C	5	小野高裕		C-小野高裕	新潟大学大学院包括歯科補綴学分野
C	6	伊藤加代子		C-伊藤加代子	新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科
C	7	吉川峰加	書記	C-吉川峰加	広島大学大学院先端歯科補綴学分野
C	8	富田健嗣		C-富田健嗣	富田歯科（愛知県歯科医師会）
運営		内田淑喜 畑中幸子	運営アシスタント	C-AS-内田淑喜 C-AS-畑中幸子	昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
全体統括		羽村章	サブディレクター	進行-羽村章	日本歯科大学生命歯学部高齢者歯科学
進行		高橋賢晃	進行・ZOOM 管理	進行-高橋賢晃	日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科
進行		鈴木啓之	進行・ZOOM 管理	進行-鈴木啓之	東京医科歯科大学大学院高齢者歯科学分野
進行		高橋利士	進行・ZOOM 管理	進行-高橋利士	大阪大学大学院有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野
事務局		古澤朝美	ZOOM 管理	事務局-古澤朝美	－
事務局		杉本祐代	ZOOM 管理	事務局-杉本祐代	－
		飯島勝矢	指定発言者	指定-飯島勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構
		佐藤保	指定発言者	指定-佐藤保	日本歯科医師会
		小嶺祐子	指定発言者	指定-小嶺祐子	厚生労働省医政局歯科保健課
		田中友規	オブザーバー	O-田中友規	東京大学高齢社会総合研究機構
		奥田章子	オブザーバー	O-奥田章子	厚生労働省医政局歯科保健課

4. スケジュール



8:30～ 8:45 オンライン受付・集合 Zoom

8:45～ 8:55 開会式 進行：池邊一典委員長

開会の辞

事務連絡・スケジュール確認

8:55～ 9:00 ブレイクアウトルームに移動

9:00～10:20 GD-1 (80 分)「口腔機能低下症の有病率・カットオフ値」

10:20～10:35 休憩

10:35～11:55 GD-2 (80 分)「検査法の種類と選択(数)・代替法」

11:55～12:55 昼食休憩

12:55～13:55 GD-3 (60 分)「検討課題 1 と 2 のまとめ、発表準備」

13:55～14:10 全体ルームに移動、発表準備

14:10～15:10 GD-4 プロダクト発表 (20 分×3) 各 G：発表 12 分、質疑 7 分、予備 1 分

15:10～15:55 GD-5 全体ディスカッション (45 分)「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究」

15:55～16:00 ブレイクアウトルームに移動

16:00～16:20 GD-6 プロダクト修正・仕上げ (20 分)

16:20～16:25 全体ルームに移動 プロダクト提出

16:25～17:00 WS のまとめ・閉会式

総括（水口俊介理事長、羽村章副理事長、片倉朗副理事長）

指定発言（飯島勝矢先生、佐藤保先生、小嶺祐子先生）

事務連絡

閉会の辞

5. 事前学習内容

1) 基調講演

- ①基調講演 1 日本老年歯科医学会 理事長 水口俊介先生

「本ワークショップの目的」

- ②基調講演 2 東京大学高齢社会総合研究機構 機構長 飯島勝矢先生

「オーラルフレイル研究からの知見と今後の狙い ～基準設定と妥当性～」

- ③基調講演 3 厚生労働省 医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室 室長 小嶺祐子先生

「歯科保健医療を取り巻く状況 – 口腔機能低下症の状況を中心に –」

- ④基調講演 4 日本歯科医師会 副会長 佐藤保先生

「日本歯科医師会としてのオーラルフレイルの取り組み、これまでと今後」

- ⑤基調講演 5 大阪大学大学院 教授 池邊一典先生

「口腔機能低下症の検査結果から見えた問題点」

- ⑥基調講演 6 東京都健康長寿医療センター 専門副部長 岩崎正則先生

「地域在住高齢者における口腔機能低下症 – 厚労科研平野班（高齢者の口腔機能低下の実態・課題の把握）の途中経過報告 –」

- ⑦基調講演 7 東京医科歯科大学大学院 教授 松尾浩一郎先生

「Gerodontology Special Issue “Oral hypofunction”、 Editor in Chief からのコメント」

2) 事前学習資料

- ①高齢期における口腔機能低下－「老年歯科医学」2016 年 31 巻 2 号 p. 81-99
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/31/2/31_81/_pdf/-char/ja
- ②口腔機能低下症の検査と診断－「老年歯科医学」2018 年 33 巻 3 号 p. 299-303
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/33/3/33_299/_pdf/-char/ja
- ③口腔機能低下症への対応と今後の方向性－「老年歯科医学」2018 年 33 巻 3 号 p. 304-311
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/33/3/33_304/_pdf/-char/ja
- ④「口腔機能低下症」に関する論点整理－「老年歯科医学」2020 年 34 巻 4 号 p. 451-456
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/34/4/34_451/_pdf/-char/ja
- ⑤高齢者の口腔機能低下の実態・課題の把握－厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202016013A-buntan.pdf
- ⑥日本歯科医師会－通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル
https://www.jda.or.jp/oral_flail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf
- ⑦日本歯科医学会－口腔機能低下症に関する基本的な考え方 令和2年3月版
https://www.jads.jp/basic/pdf/document_02.pdf
- ⑧口腔機能低下症の論点整理アンケートについて
<https://bit.ly/3dBxTmW>

3) 事前提供資料

①西恭宏先生提供資料 1

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1348864317300174>

②西恭宏先生提供資料 2

<https://www.mdpi.com/2072-6643/13/12/4377/htm>

③平野浩彦先生提供資料 1

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joor.12650#>

④平野浩彦先生提供資料 2

https://dot.asahi.com/print_image/index.html?photo=2020100200026_2&image=2

⑤小野高裕先生提供資料 1

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6620>

⑥小野高裕先生提供資料 2

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.13147>

⑦小原由紀先生提供資料

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12101>

⑧池邊一典先生提供資料

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17535>

⑨渡邊裕先生作成資料

https://gerodontology-platform.e-corelea.jp/pluginfile.php/2005/mod_resource/content/3/%E3%82%A4%E3%83%A1%E3%83%BC%E3%82%B8%E6%95%B4%E7%90%86%E7%BC%8D%E6%B8%A1%E9%82%8A%E5%85%88%E7%94%9F%E4%BD%9C%E6%88%90211225.pdf

⑩第 19 回フォーラム 8020－基調講演 日本歯科医師会 常務理事 山本秀樹氏

「口腔健康管理とオーラルフレイルの地域での展開に向けて」

<https://www.8020zaidan.or.jp/pr/forum/19th.html>

⑪事前アンケート集計結果

次ページ参照

6. 事前アンケート集計結果

ワークショップ開催に先立って、参加者に対してアンケートを実施し、回答を集計した結果、以下のようになった。(回答者 25 名)

Q1: 口腔機能低下症の診断基準および診断のための検査法について、以下の項目について検討が必

要か? (各項目の選択人数を表示)

質問	そう思う	そう思わない	その他
口腔機能低下症の有病率は現状 50%程度(65 歳以上) から変えるべきか?	14	8	3
口腔機能低下症の有病率は、高いと思うか?	14	8	3
各検査値のカットオフ値は変えるべきか? (項目ごとに有病率がかなり違う。)	19	2	4
各検査値の有病率をある程度そろえるべきか?	12	8	5
代替法は、すべての検査項目に必要か?	6	17	2
代替法は、一部は削除・修正すべきか? (本法と代替法に相関がないものもある。)	19	4	2
検査項目数は、減らすべきか? (検査の簡便化を目的にして。)	15	6	4
各検査のカットオフ値に性差を考慮すべきか?	18	6	1
各検査のカットオフ値に年齢差 (生理的老化) を考慮すべきか?	7	17	1

コメント (原文のまま)

- ・簡易さも重要なので、カットオフ値に性差はなくて良いかと思います。少なくとも、咀嚼能力テストに関しては、天然歯による咬合支持領域の多寡によるカットオフ値の変更はあるべきと思います。本法である細菌カウンターによる口腔衛生状態の指標は採用されるべきと思います。

- ・現在のカットオフ値をエビデンスに基づいて変更すること自体はよいことだと思います。但し、項目ごとに該当率をそろえるように変更するのはおかしいと思います。低下の開始する時期も異なると思われるからです。検査数は少ない方がよいですが、管理に必要な項目は削除すべきではないと思います。管理に性差や年齢差は考慮すべきであるが、診断基準としては考慮する必要はないと思います。
- ・自分が不勉強なだけだと思うのですがそもそもこれらの評価のアウトカムがなんなのかで、それを表現しやすいカットオフを決めるとかそういう方がいいような気がします。また、頭に浮かんでいる患者層がどのくらいなのかがきっと人によっても違うような気がします。またそれによりカットオフの性差や年齢などが変わってきてもよいかと。
- ・検査項目を減らすのは、「病名付け」にはいいのですが、その後の管理には不都合だと思います。「咬合力をはずす」「パをはずす」などで、「病名付け」の精度は変わらないかもしれませんが、その後の管理には不都合になると思います。「よくかめない」人に、「咀嚼能力が下がっている場合」に「咬合力の検査」無しでは、なぜ咀嚼能力が落ちているのかがわかりにくくなります。管理も難しくなります。単に、病名を付けるための数字の上での正確さ、妥当性、簡便さについてだけではなく、その後の管理に関しても考えた上での議論があると良いと思います。「咬合力」「パ」無しのスクリーニングで、陽性になった方だけに「咬合力」「パ」を含む精密検査を行う、というやり方もあるとは思いますが、あらためて「パ」だけを実施するのはいかがなものでしょうか？あらためて、「歯数」をチェックするのはいかがなものでしょうか？
- ・各検査項目は、有病率のばらつきが大きいため、カットオフ値の検討の必要があり、これに伴い、有病率は変わってくるかと思います。
- ・その他についてのコメントがあったためを以下に記載。

口腔機能低下症の有病率は、現状の 50%程度（65 歳以上）から変えるべきか？：

最終的には少し下がってもよいと思うが、高齢者の口腔管理への積極的な介入を促す病名としては、著しく高い有病率ではないと思う。

各検査値の有病率をある程度そろえるべきか？：

原則的に病名としてはそれが適正だと思うが無理してそろえる必要はないと思う。

検査項目数は、減らすべきか？（検査の簡便化を目的にして。）：

簡便性を考えるならそうだが、その後の管理、指導を考えると、工夫が必要であろう。

各検査のカットオフ値に性差を考慮すべきか？：

簡便性を考えるなら、該当する項目のみ。

- ・ 性差や年齢差は実際にはあるので厳密には必要なのでしょうが、スクリーニング検査として細かく分類しないほうがいいように思います。
- ・ 高齢者であれば、口腔機能は低下するので、定期管理という意味合いからすれば、歯周病と同じくらいの有病率であって良い。
- ・ 何の症状もない患者さんに病名を付けるためには、症状が出てからでは遅いことがわかっている場合だと思います。残念ながら、口腔機能低下症は、診断がついたからと言って、将来的に何が起こるかもわかりませんし、何を言っても患者さんがピンとくることはないのが実情です。一方、オーラルフレイルは、患者の主観的な症状と客観的な検査を組み合わせられていています。口腔機能低下症がオーラルフレイルから生じた病態だと考えるのであれば、少なくとも主観的な訴え、主訴ですよね。これが本当は一番大切なんだと思います。口腔機能低下症は、このような主訴とその後の検査によって診断されるべきだと思います。また、ここには客観的な検査が必要です。なので、口腔機能低下症の検査に質問紙は必要ではありません。また、意味あるデータが必要です。単に今ある口腔機能低下症を小手先で修正しようというのではなく、大きな診断の枠組みを考えるべきです。
- ・ 私どもの調査で、数年前にほぼ対象者が 8020 の人たちの調査をしました（約 50 名・論文作成中）。その結果、口腔機能低下症の割合は約 30%でした。そういった方たちは咬合力や咀嚼能力は抜群にハイスコアですので、3 項目のうち、ディアドコの「力」と舌圧でほぼアウト、それに付け加えて口腔清掃か口腔乾燥のいずれかが引っかかり「口腔機能低下症」と認定されていました。個人的にはディアドコと舌圧のカットオフ値が高すぎるのではないかと思います。EAT-10 はほぼ合格の印象です。EAT-10 で引っかかるのはもっと口腔機能や全身機能が落ちてきてからだだと思います。
- ・ 開業医の先生方に口腔機能低下症を普及させていくためには、簡便、安価の他に、オーラルフレイルとの関係も明瞭にすべきだと思います。オーラルフレイルの有病率が約 20%であり、オーラルフレイルの下流に口腔機能低下症があるとするならば理想的には 20%以下、少なくとも現在

の半分程度には下げるべきと思います。代替法のなかには、そもそも検査の意味合いが違うものがあり、また舌圧検査の代替法は設けていませんでしたので、すべての項目に設ける必要はないと思います。カットオフ値に性差や年齢差を考慮するのは学問的には重要ですが、煩雑になり開業医の先生が使用することを考えると、特定の項目の男女差だけで良いと思います。

- ・〈オーラルフレイル概念図〉で示されているように、口腔機能低下症の前駆状態がオーラルフレイルという解釈であれば現状の有病率には矛盾があると感じます。オーラルフレイルから移行する傷病と位置付けるのであれば、口腔乾燥や口腔不潔といった評価をせず、機能面の評価の閾値を上げれば妥当な有病率が示されるので、それらを医療の介入対象とし、機能の回復を図るという考え方の方がよいかもしれません。一方、もともと前のWSやその後の初代の特任委員会では、オーラルフレイルと違った包括的な視点で口腔機能低下症を組み立てていた印象があり、ポリファーマシーや生活習慣が原因であっても口腔に見られる諸問題に対し歯科の介入対象とできるような傷病を模索していた印象があります。そのため、現状の有病率が高いこと自体は妥当に思えます。
- ・保健・医療のうえで、国民の口腔機能を維持していくことが歯科に必要とされ期待されていることは皆さんが同意されることと思います。そのためには、個人の機能がどれ位であるかを評価することが必要ですが、現状は歯科では機能を測るべきであるという気風あるいは認識が少ない（口腔機能検査等の算定状況から明らか）。私は、歯科において、機能の評価が広く実施されることが最も重要であると思います。評価がなければ指導も管理もできないし、歯科からの栄養改善へ支援はほど遠い。これらの点から、口腔機能評価と検査は、歯科医療従事者が実施動機が生まれやすく行いやすい方法である必要があります。そのためには、有病率については現状では高い方がいいし、検査項目は多くない方がいいと考えます。この点に基づけば、有病率は今の日本の現状で早く取り組むべき問題でしょうか？ 学術的に有病率は論議されていいのだけれども、機能評価が普及しなければ歯科医療の意味が無いので、政策あるいは政治的観点から歯科医師が評価しやすい検査にしていけることが必要と思われます。保険診療の検査カットオフを有病率を下げる方向に設定することは機能評価の普及から好ましいと思えません。学会は学術団体ではあるけれども、有病率の議論を示しながらも医療を主導する方策を示すことにも大きな意味があると考えます。

- ・現在の7項目が恣意的に選ばれた印象を拭えないという Gerodontology 編集長のご意見は自分がかねて懸念していたところです。項目の増減の議論ではなく、選択の議論を行うべきと思います。基準値はアウトカムとの関連に即して設定すべきであり、口腔機能低下症診断への関与に基づいて行う（陽性率を同等に揃える）べきとのお考えには賛同しかねます。たとえば、もし嚥下機能低下陽性のアウトカムへの影響がより検出率の高い他項目陽性の影響と同等であるとした場合、現行基準での陽性率がとりわけ低いとしても、基準値は適切と考えるべきだと思います。本法と検査結果の相関が乏しい代替法は削除すべきです。代替法の利用によって診断基準にぶれが生じれば、口腔機能低下症やその管理に関する疫学研究は信頼性を失います。顎関節症研究が RDC-TMD の普及によって大きく進捗した事実は、画一的な診断基準利用の重要性を物語っていると思います。項目数削減の可能性に向けた阪大のご検討に敬意を表します。これは現行の口腔機能低下症診断基準をゴールドスタンダードとした検討でしたが、アウトカムへの影響に基づいて項目や基準値を再検討したのち、同様の方法で項目数削減に係る検討を行うべきと思います。
- ・「病名作り」の最初の段階で、学会と日本歯科医師会の WS に参加した時のことを思い出すと、我々患者の機能障害に向き合う臨床家として、またエビデンスを重視する研究者として、当初7項目の設定に協力した。今回の WS の趣旨は講演動画でよく理解できたし、様々な意味で成熟した議論が出来ると期待している。あらゆる角度から批判、見直しをすれば良いと思う。
- ・開業医の先生が使いやすい指標とするには、もう少し視診を中心にした項目や評価基準も入れた方が普及しやすいのではないかと思います。（歯科医療者は視診が得意なために、積極的なキャリブレーション研修などをしなくても客観的評価ができる場合が多い）口腔不潔は重要な指標であるが、現行内容では口腔清掃を表していない。舌機能や全身の消化器症状であるし、細菌カウンターでは口腔内全体の細菌全部を拾ってしまうので決して清潔度ではないと思われる。

Q2: 口腔機能低下症の診断に嚥下評価は必要か？

検討項目	人数
口腔機能低下症の診断に必要	4
口腔機能低下症の診断に必要なが、EAT-10 など主観評価でなく簡易検査など客観評価がよい。	9
摂食嚥下障害の評価なので不要。	2
嚥下評価は必要であるが、口腔機能低下症の診断項目からは除外： 該当すれば専門医に紹介する。	8

コメント（原文のまま）

- ・ EAT10 は、患者の QOL を評価する項目があり、大変貴重な診査方法と思います。機能が改善しなくても点数が動くといった現象が起こります。「飲み込みのせいで」を「食べることで、または、噛むことで」といった質問項目ならよりよかったと思います。無理な話ですが。
- ・ 食べる機能を表現する際に嚥下を見ないわけにはいけないと思う。その他、話す機能は？ディアドコは話す機能を表現できるのか？
- ・ EAT-10 は少し検討が必要だと思います。「陽性率が非常に低い」という数字上の問題だけではなく、患者さんにとって非常に回答しにくい質問用紙です。患者さんに渡して「記入して下さい」と言うだけでは済まないからです。横に付いていて説明しないときちんとした記入ができないのです。RSST あたりが良いのではないかと思います。ただし陽性率は低いでしょうが、口腔機能低下症から嚥下を外すのは問題です。
- ・ 1 項目だけ主観評価である点は疑問に感じており、良い客観評価法があればそれが良いと思います。
- ・ スクリーニングとして EAT-10 はあってもいいと思いますが、口腔機能低下症の診断基準に入れるかは迷います。嚥下評価、と大きな枠でとらえるなら、不要、と思います。これに該当するのなかったのもので、一番上にとりあえず○しました。
- ・ 嚥下機能に問題があれば、摂食嚥下障害として、専門医での治療を検討する。

- ・いずれにも○がつけられません。嚥下障害は、口腔機能低下症によって生じる結果と考えるか、もしくは、嚥下機能が低下し始めた頃を口腔機能低下症のスタートと考えるかといった概念構築が必要です。EAT-10 は、検査ではありません。いわゆる問診です。この問診を主訴としてとらえるか、EAT-10 に合致するような口腔機能低下を口腔機能低下症として診断するかのどちらからです。もし口腔機能低下が日本歯科医師会が提示しているような図のように流れると仮設するのであれば、どう考えても嚥下機能低下は口腔機能低下により生じるといった流れを考えないといけないと思いますが。。。。
- ・ Q1 でも記載しましたが、オーラルフレイルの進行により発症する病態と定義を限定するのであれば「摂食嚥下障害の評価なので不要。」と、包括的に歯科の管理対象とするのであれば主観的・客観的方法にかかわらず、なにかしらのスクリーニング検査で評価するのがよいと考えます。
- ・ 嚥下機能の評価するのも大変有意義ですが、今後診断をコンパクトにしていく場合、これは患者本人の訴えがある場合のみでいいのではないのでしょうか？
- ・ 嚥下機能低下がアウトカムと大きく関連するのであれば、削除すべきとは思われません。別途に、嚥下機能を口腔機能に含めて考えるべきかどうかの議論があるのかもしれませんが、今回のご質問の意図から外れていると思いますので、ここでは触れません。
- ・ 嚥下機能の評価をするのであれば、客観的なスクリーニング検査が適当と思われる。ただ、オプション的に扱ってもいいかも知れない。
- ・ 嚥下機能については、客観的評価を採用すべきである。現行の検査であれば結果についてはあまり客観的ではないので気づきには重要であるが現状としてはあまり強く指導に応用できない。

Q3: 検査の重要度と困難さに順位をつけてください。(各順位選択の人数を表示)

検査項目	診断にとって 検査の重要度 1：最も重要 7：最も重要でない	検査の困難さ 1：最も困難 7：最も容易	口腔機能管理を行う上で 検査結果の重要度 1：最も重要視 7：最も軽視
口腔不潔	1： 2： 3：1 4：1 5：4 6：5 7：12	1：3 2：1 3： 4：3 5：3 6：3 7：9	1： 2： 3：2 4：4 5：3 6：2 7：12
中央値	7	6	7
口腔乾燥	1： 2： 3：1 4：4 5：6 6：9 7：3	1：2 2：3 3：1 4：2 5：7 6：6 7：3	1： 2：1 3：3 4：3 5：9 6：5 7：2
中央値	6	5	5
咬合力低下	1：2 2：2 3：4 4：9 5：3	1：11 2：2 3：5 4： 5：2	1：2 2：3 3： 4：9 5：4

	6 : 2 7 : 1	6 : 7 : 2	6 : 3 7 : 2
中央値	4	1	4
舌口唇運動機能低下	1 : 5 2 : 12 3 : 4 4 : 1 5 : 6 : 1 7 :	1 : 1 2 : 3 : 1 4 : 10 5 : 2 6 : 6 7 : 1	1 : 8 2 : 6 3 : 4 4 : 3 5 : 6 : 2 7 :
中央値	2	4	2
低舌圧	1 : 10 2 : 6 3 : 6 4 : 5 : 1 6 : 7 :	1 : 2 2 : 3 3 : 9 4 : 3 5 : 2 6 : 2 7 : 1	1 : 5 2 : 10 3 : 5 4 : 5 : 1 6 : 1 7 :
中央値	2	3	2
咀嚼機能低下	1 : 7 2 : 3 3 : 7 4 : 5 5 : 1 6 : 7 :	1 : 2 2 : 9 3 : 5 4 : 2 5 : 1 6 : 1 7 : 1	1 : 7 2 : 3 3 : 6 4 : 3 5 : 1 6 : 2 7 : 1
中央値	3	2	3

嚥下機能低下	1 : 2 : 3 : 4 : 2 5 : 7 6 : 6 7 : 8	1 : 4 2 : 3 3 : 4 : 1 5 : 4 6 : 3 7 : 7	1 : 2 2 : 3 : 1 4 : 5 : 4 6 : 7 7 : 9
中央値	6	5	6

コメント（原文のまま）

- ・最も重要なのは、舌圧と運動機能と思います。咀嚼困難の理由が、そこに求められるからです。
しかし、これまで、患者の主訴に基づき咀嚼障害と診断してきた歴史は、変えないといけ
ないので、咀嚼機能検査は外せません。
- ・検査の困難さについて：どれも難しくはないです。口腔機能管理を行う上で検査結果の重要度
について：頭に浮かぶ患者層次第なのでなんともいえないのが正直なところでは
す。
- ・「重要性 2 列」に関しては、一応順位付けを行いました。どれも重要です。老年歯科医学会
の各理事の重要性を順位付けするのが難しいのと同じです。どの方も、持ち味をいかして活躍
されています。「困難さ」にはいろいろな因子があります。時間がかかる、手間がかかる、検
査結果が不安定、費用がかかる、感染対策検査のコツを広く共有することで解消できる困難さ
もあります。「7：最も軽視」という表現はあまり印象が良くないですね。「7：最も重要でな
い」でいいのに、あえてそのようにされた理由が不明です。「+～-」の訊き方では無く、「大
～小」の訊き方が前向きです。
- ・臨床的には、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、咬合力低下が重要と思われる。
- ・ここに順位をつけることに意味があるとは思いません。TCI は口腔不潔を示しておらず、舌運動
低下の一つです。ムーカスが口腔乾燥を評価できているとは思えません。また、口腔乾燥が問
題となるのはフレイルといった方ではなく、もっと重度な方です。EAT-10 は問診であって、
検査ではありません。舌圧、ディアドコはオーラルフレイルでの評価項目になっているように

それなりの妥当性はあると思います。咬合力や咀嚼機能には基準がなさすぎます。項目の選択が7項目から省くかどうかといった考えから始めるのではなく、何が必要かをもう一度考えるべきです。

- ・オーラルフレイルの診断についてであれば7項目の検査間に重要度の差があると思いますが、口腔機能低下症の検査項目自体に重要度や優先度があるとの発想では回答が難しく感じます。検査の困難さについては主観的ですが経験側から順位づけいたしました。
- ・口腔不潔の代替法である TCI は、評価として簡単に見えるが、かなり難しいと思います。「舌苔」か「乳頭の角化」かを区別せずに判断しているのが現状と思われる。TCI 評価の基礎となる文献は、舌乳頭が萎縮した写真を舌苔が付着していないものとして示しており、n 数が少ないことと合わせ、研究の信憑性に疑いがある。我々の 500 人以上調査した研究では、舌苔が付着しない場合の細菌数は、少ないわけではなく広く分布しており、舌苔が付着している場合には細菌数が多かった。
- ・口腔機能低下症の診断にどの検査が重要か、またどの検査が技術的その他の理由で困難度が高いか、口腔機能低下症を管理するうえでどの機能の状態の把握が重要かというご質問かと思います。とりあえずお答えしましたが、いずれも順位をつけがたいご質問です。たとえば咀嚼機能低下に比べて嚥下機能低下を管理上軽視しているというわけではありません。該当者が少ないうえ、管理を他科に委ねることもあることから、自身にとっての重要度はより小さいという意味です。
- ・より簡便で正確な客観的評価法を加えることが望まれる。当初の検査機器はもちろん企業努力によってなんとか間に合わせたところがあるが、ユーザビリティがまだまだ低く、そこが普及のネックになっている。咬合力は咀嚼機能（能力）との重複があるので、あえて順位を下げた。

Q4: 実際に口腔機能管理はどのように行っていますか？可能であれば、各機能ごとにご記入ください。

コメント（原文のまま）

- ・患者の訴える咀嚼困難、口腔機能困難の原因を探るために、客観的指標として活用している。また、年齢による変化、治らない咀嚼困難を患者に説明するために活用。
- ・低下している項目だけでなく、口腔機能全体を向上させることを意識して管理しています。1月に1～2項目程度、時間をかけて向上を目指しています。
- ・現在、臨床で実施していません。
- ・軽度のむせが気になる健康なおじいちゃんおばあちゃんが外来に来た時には口腔機能に関連する検査を主体で行うというよりもVFをとってしまって具体的に説明します。何らかの研究の被検者になってもらう場合には数値で表現できた方がいいので口腔機能に関連する評価を行うことはあります。
- ・すべて、本検査を行い、その他の検査も加えています。検査結果から「口腔機能年齢」を計算し、咬合力、滑舌、舌圧、咀嚼に関しては、実年齢よりも老けている項目に絞って、日常生活での簡単なトレーニングを指導しています。すなわち年相応かどうかが決め手です。その他の3項目に関しては、年齢と相関がないので、基準値をもとに指導しています。6カ月以降に再検査を行い、口腔機能年齢の変化を元に指導しています。若返った項目は褒め、老けた項目は注意喚起をしています。
- ・臨床をしておりませんので、申し訳ございませんが、回答できません。
- ・定期検診時に口腔機能検査を行い、低下項目についての指導を行っている。
- ・口腔乾燥：原因によりますが、保湿剤の利用や口腔マッサージ、含嗽等の勧奨
口腔不潔：口腔衛生処置、指導
咬合力低下・咀嚼機能低下：比較的口腔機能低下は軽度で実施可能であれば咀嚼訓練、そうでなければ食形態の調整、調理指導
舌口唇運動機能低下・低舌圧：ぺこぱんだによる舌訓練、舌の自動運動訓練、早口言葉などを含めた口腔体操、機能低下が顕著であれば食形態の調整、調理指導も

嚥下機能低下：軽度であれば食形態の調整や水分のとりみ付与、水分摂取方法の調整。中等度～重度であれば摂食機能療法へ移行。

- ・口腔不潔：プラークコントロールとデンチャーケア

口腔乾燥：これは方法がないですね。もし多剤服用、服用薬剤の影響の可能性があれば主治医と相談しますが、義歯の調整等によって副交感優位になり唾液量がわずかに回復すればクリアできる可能性もあると思います。

咬合力：かむことに関する啓発や義歯調整など

パタカ：人との会話を増やすよう、社会性の向上が重要であることを説明

舌圧：舌圧を意識するように指示

咀嚼：食品の多様性。咬合接触の回復

嚥下：嚥下機能低下は問診ののちに専門医へ

- ・一般的な歯科治療、各機能別のトレーニング、食事栄養指導、その他の原因の精査のため、医科との連携、歯科受診時だけの対応では維持や回復が困難な場合は、介護予防や通いの場との連携を図る。
- ・各機能ごとに指導するといった考え方そのものが間違っていると思います。口腔機能管理は、もっと包括的なもので、人とおしゃべりする。少し歯ごたえのあるものを食べる。いろいろな種類の食べ物を食べるといった日常生活を豊かにするための指導です。
- ・老年歯科医学会のリーフレットを用いてチェアサイドで指導
- ・自宅等で口腔（嚥下）体操「お口のさわやかエクササイズ」の実施
 - ①口腔清掃状態不良：口腔衛生指導、ブクブクうがい
 - ②口腔乾燥：全身疾患、服用薬剤の把握、唾液腺マッサージ
 - ③咬合力低下：歯科治療（欠損補綴、歯周治療）、歯応えのある食事摂取
 - ④舌口唇運動機能低下：発音訓練（パタカ）、会話コミュニケーション、うがい
 - ⑤低舌圧：舌筋力訓練（舌で頬を押す）
 - ⑥咀嚼機能低下：歯科治療、ガム咀嚼トレーニング
 - ⑦嚥下機能低下：開口（保持）訓練
- ・①口腔不潔：TCI

②口腔乾燥：口腔粘膜湿潤度

③咬合力：デンタルプレスケール、時間がないときは残存指数

④舌口唇運動低下：オーラルディアドコキネシス

⑤低舌圧：舌圧計

⑥咀嚼機能：咀嚼能力検査

⑦嚥下機能低下：自己式質問票（聖隷式）

口腔機能低下症と関係ない時の「口腔乾燥」は、柿木分類、ガムテスト

・口腔不潔：TCI

口腔乾燥：ムーカス

咬合力低下：プレスケールII

ディアドコ：健口ハンディ

舌圧：JMS

咀嚼能：GC グミゼリー

嚥下：EAT-10 の記載を患者に依頼しますが、質問の意味が分からないとよく口頭で聞かれるので結局説明等で時間がかかることも多いです。

咀嚼能と咬合力は口腔検査センターの先生方が準備等整っているのでもお願いすることもあります。1人でやると記載したり支度したりで時間がかかります。早く終わらすために入念な準備が必要です。

・口腔不潔：歯、義歯、舌などを中心とした口腔清掃指導

口腔乾燥：唾液腺マッサージ、保湿剤、洗口剤を併用した口腔清掃指導

咬合力：歯科治療、歯ごたえのあるものを含めた食事指導

舌口唇運動機能：滑舌の練習、吹き戻し等を用いた訓練

舌圧：舌鳴らし、ペコパンダ等を用いた訓練

咀嚼機能：歯科治療、咀嚼機能トレーニング、食事形態指導

嚥下機能：客観的検査、飲み込みの訓練

- ・該当した項目について、訓練等に対応可能な場合は、学会発行のパンフレットを元に本学で作成したパンフレットを用いて説明をしている。専門外来等受診が必要な場合は、紹介をしている。その後、3か月後に再評価を行っている。
- ・口腔衛生管理は通常診療の範囲内であり、口腔機能低下症の診断の有無によらず同一の対応です。

口腔乾燥は、うまみ刺激による唾液分泌促進に加えて、口腔保湿剤の利用を勧奨しています。

咬合力、舌圧の低値には、それぞれ訓練を処方しますが、現在方法は定まっていず、臨床研究を計画中です。

咀嚼機能、嚥下機能の低下は、原因に即して可能な対応を考慮します。嚥下障害の対応には本学病院嚥下センターへの紹介を含みます。

- ・大学病院として「口腔機能検査室」が設けられ、高齢者の新患で希望すれば口腔機能低下症の検査を行い、「口腔機能検査チーム」によってデータ管理される。治療は、各診療科が対応している。

また、担当する有床義歯補綴外来では、ルーティーンに咀嚼能力検査を行い、症例によっては、下顎運動検査も行なっている。術前と術後の検査結果を比較し、その後の治療方針や管理方針を決定する。

- ・口腔不潔：TCI（あまりやらない）

口腔乾燥：ムーカス

咬合力低下：歯数で行うことが多い

舌口唇運動機能低下：ディアドコ

低舌圧：舌圧計

咀嚼機能低下：グルコラム

嚥下機能低下：やらない

- ・各項目で色々な対応であるが、摂食嚥下リハビリテーションの間接訓練の応用、適切な歯科治療などを行っている。

Q5: 自院や関連施設で口腔機能管理に関する縦断調査や介入調査を行っていますか？

項目	人数
いる	14
「いる」の場合、月間調査症例数	20 例（2 人）、10～20 例、15 例、10～15 例
いない	11

コメント（原文のまま）

- ・口腔機能の低下を主訴にしている患者には、算定は別にして、ステージにもよるがほぼ全例に実施しているため、結果的に縦断的なデータはえられるものとおもっている。このステージの患者は、月 10 から 20 でしょうか？
- ・別件で評価機器を使うことはあっても、口腔機能低下症をストライクで調査対象とすることはないです。
- ・介入調査は行っていません。「介入」という用語を誤解されている方がいないとは信じますが。よく「歯科的介入」などといった用語を使われる方々は心配です。歯科的介入を患者に行ったら、介入研究だと思っている方が時々いらっしゃいますから。
- ・高齢患者さんが来院したら口腔機能低下症の検査をルーティンに行っています。（具体的な数値はすぐには出せません。）
- ・咀嚼訓練用ガムを用いた効果の検証
- ・年間 200～300 名の口腔機能健診を実施し、継続して調査を行っている。
- ・継続的に測定している人はいますが、少数に過ぎません。
- ・行っているが、すべての要因を調査し切れてはいない。
- ・歯科医師会調査研究事業（対象：地域住民）

	65 歳以上	40 歳～64 歳
2018 年度	980 名	
2019 年度	656 名	
2020 年度	48 名	
2021 年度	132 名	142 名

- ・研究として、口腔不潔以外の代替検査を全て一緒にやっていますが、まだ130例ほどしかありません。
- ・大迫研究のコホートにて実施中です。
- ・自身で行なっている訳ではないが、大学病院として「口腔機能検査チーム」が編成され、そこでデータの取りまとめが行われている。

7. グループプロダクトの記録

グループA（コーディネーター：水口俊介 運営：竜正大）

上田貴之、平野浩彦、遠藤眞美、小原由紀、戸原玄、服部佳功、山本健、吉田光由

プロダクト

口腔機能低下症ワークショップ 作業スライド（グループA）

水口俊介 上田貴之 平野浩彦 服部佳功 戸原玄
遠藤眞美 吉田光由 山本健 小原由紀 運営：竜正大

グループA：議論の視点

- 口腔機能低下症の疾患構造等を学際的に議論する上での視点
- 臨床現場で保険病名として使用する際の有用性等の視点

Aグループの議論項目

- 1 口腔機能低下症の疾患の定義について
- 2 有病率と基準値について
- 3 口腔機能検査項目について

Aグループの議論項目

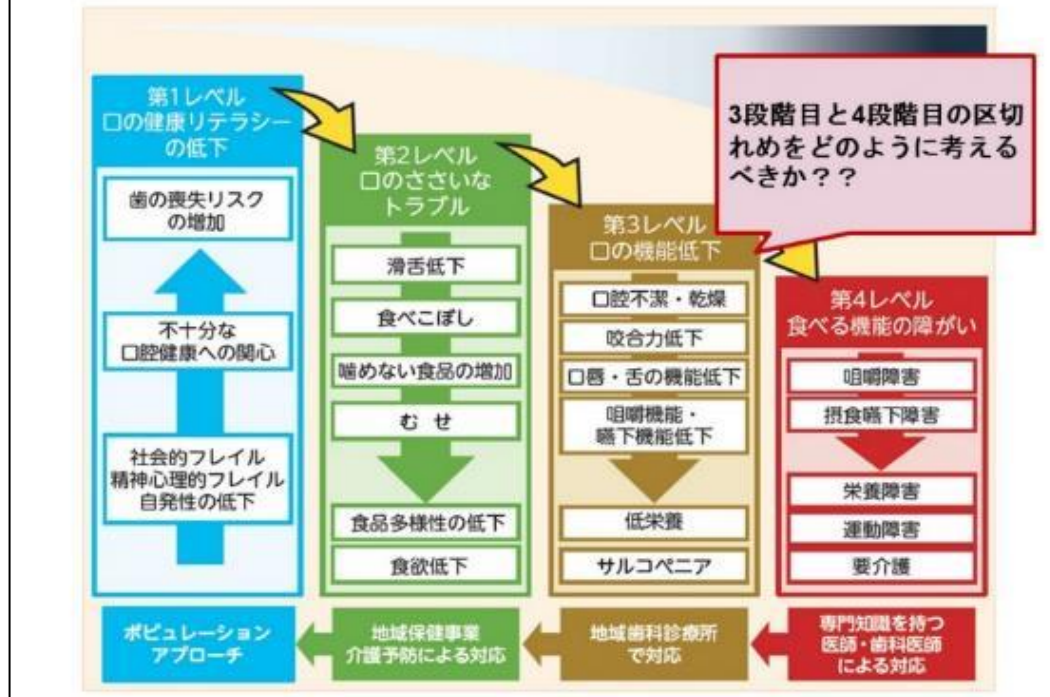
- 1 口腔機能低下症の疾患の定義について
- 2 有病率と基準値について
- 3 口腔機能検査項目について

口腔機能低下症の定義

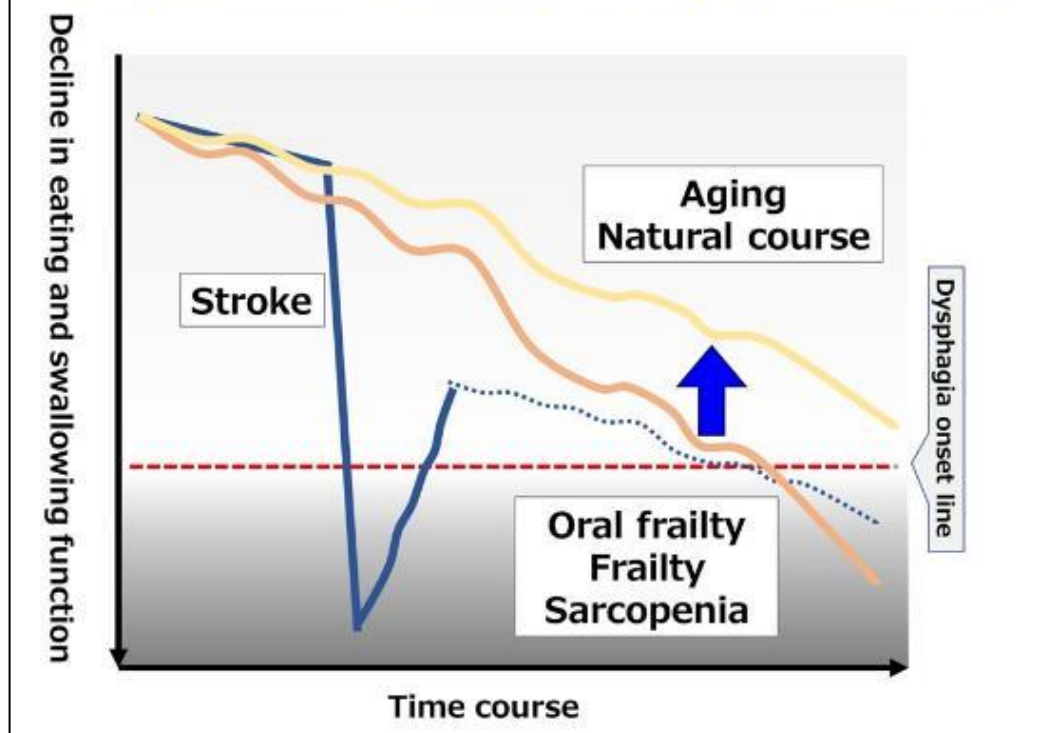
口腔機能低下症は、加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。

放置しておくと咀嚼障害、摂食嚥下障害など口腔の機能障害を引き起こし、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるなど全身の健康を損なう。

オーラフルレイルの概念図



The concept of manifestation of dysphagia: From the perspective of oral frailty.



認知症型診断フロー 先に他疾患を除外

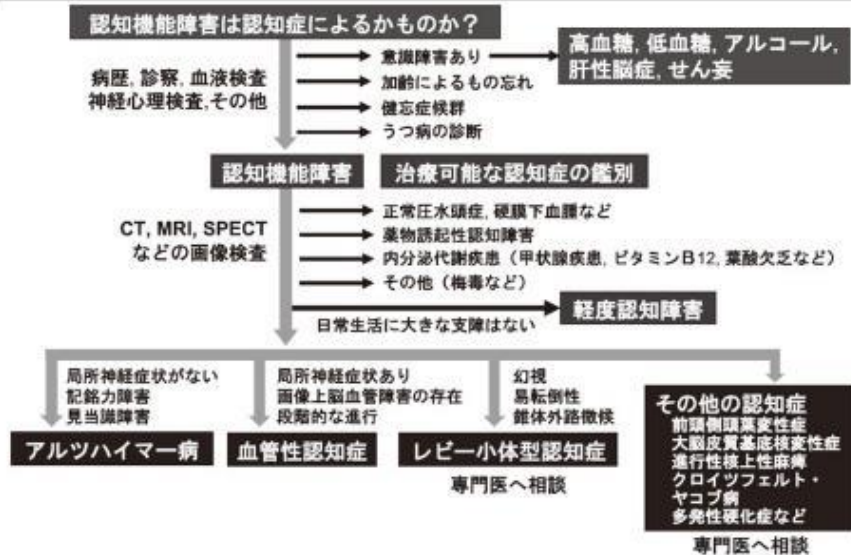
口腔機能低下症は、こちらのイメージではなく・・・

■ 健康長寿診療ハンドブック ―実地医家のための老年医学のエッセンス

第3章 認知・行動障害



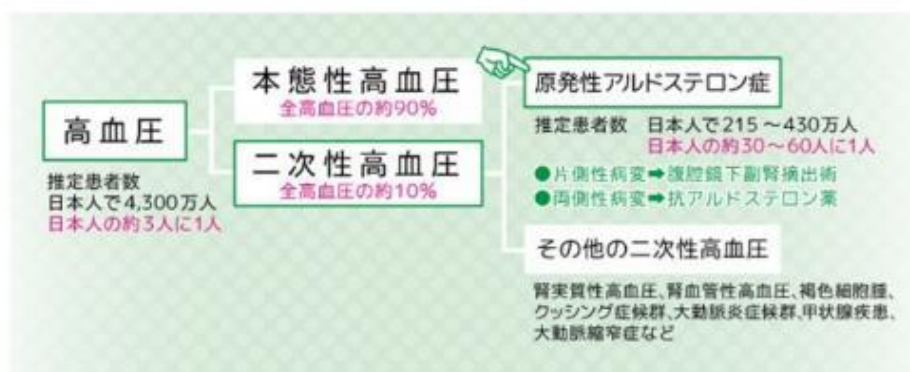
認知症診断のフローチャート



高血圧型診断フロー

口腔機能低下症は、こちらのイメージがよいのでは

後から原因ごとに分類＝管理や専門家への依頼につなげる



https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.houju.or.jp%2Fspecial%2Fpa%2Fpa_top.html&psig=AOvVaw2W0V3a1FmSYxH-HwAtthY&ust=154056836526000&source=images&ecd=efe&ved=0CAsQJxgFweTCKICPjsmngFUCFQAAAAAABAO

口腔機能低下症の分類 (例示)

1 次性 加齢によるもの → (通常の) 口腔機能管理

2 次性 他の疾患・障害によるもの → 専門医へ紹介、多職種連携など

口腔機能低下症の定義

定義を大きく変える必要はないのでは？
ないか？混乱を招くのでは？

口腔機能低下症は、加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。

食べる機能だけではなく、コミュニケーションの概念も必要では？

普通に生活していれば、障害に至るほど機能低下する可能性は低いので、必ずしも放置しておくとか機能障害に至るとは言えないのではないかな？

放置しておくとう咀嚼障害、摂食嚥下障害など口腔の機能障害を引き起こし、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるなど全身の健康を損なう。

廃用などを背景としており、訓練等の管理によって回復が見込めるもの？

予備能力を高めることで、重症化を防げるのか？
管理の目標を明確化しては

単純なAgingによる低下から逸脱した高齢者を対象としてとらえる

「可逆性のある段階であり、適切な歯科医学的な管理を行うことで機能の維持向上を計れる状態である」というような、もう少し、前向きなイメージがあると良い

日本歯科医学会、口腔機能低下症に関する基本的な考え方（令和2年3月）

1. 口腔機能低下症の疾患の定義について

・疾患の定義についてどう捉えるか？摂食嚥下障害の定義は、嚥下の5期のうちのいずれかに障害があれば、適用されることとなる。明文化されている明確なカットオフもある。学会としての見解はあるのか？

→口腔機能低下症の先に摂食嚥下障害があるのだとすれば、摂食嚥下障害の口腔期の問題とオーバーラップするのではないかな？

・摂食嚥下障害をどう捉えるか？別次元で考えるべきなのか？

→線引きは難しいのではないだろうが、口腔機能低下症のなかに嚥下は含めておくべきだとも思う。

→口腔機能低下症の患者が来院した際に、摂食嚥下機能障害のリスクがある患者、神経筋疾患の可能性のある患者を見逃さないことが重要である。単なる加齢による変化ではなく、急激な嚥下機能低下や舌運動（嚙縮）の変化等

→口腔機能低下症が導入されて、神経変性疾患を見つけるケースも出てくるなど、外来でリスクのある患者を見つけられる間口が広がった。→ALS、PDの早期発見・紹介につながる。

・口腔機能低下症疑い→検査→逸脱したケースを除外→残りが口腔機能低下症の対応が必要となる患者 というようなフローが描けると良いのでは？

※認知症診断のフローチャートのようなイメージ

・疾患の捉え方として、以下のようなイメージで捉えられるか？

摂食嚥下障害・・・食べられなくて困っている人

口腔機能低下症・・・普通の食事はちょっと難しい、対面での会話はOKだけれども電話での会話は難しいというような患者像

※義歯不適合からくる機能低下も、口腔機能低下症の対応範囲内と捉えられる。

・定義を見直すべきかどうか？

→定義は変更するメリットはない。実際運用していく時に意識することが重要。

→疾患構造がしっかり描ければ、有病率は高くても低くても良いのではないか？

・口腔機能低下症のシェーマを具体的に、分かりやすく描いていく必要があるか？

→フレイルの定義も分かりにくい

・検査項目について

→嚥下機能低下で引っかかる→RSST,MWSTで引っかからない場合は口腔機能低下症の該当というような考え方を他の検査項目でも導入すべきなのか？

→口腔機能低下の検査数値がゼロに近づくことは考えにくく、どこかで下げ止まる。
検査には、検査の基準の幅がある程度必要、障害レベルにつながっていくような
下限値が必要??

→加齢にともなう機能低下はあるが、元気であれば下限値がある。下限値を逸脱する場合は、ほかに何らかの問題があることを判断ができるか？それが検査の目的。

Aグループの議論項目

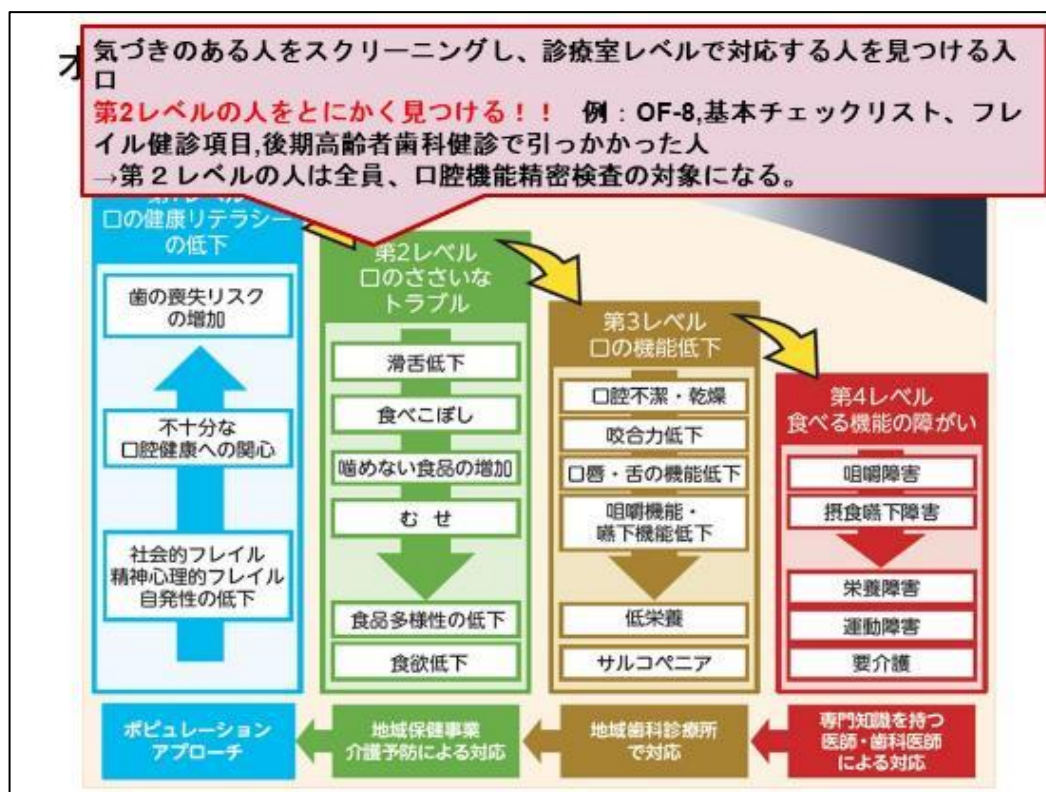
- 1 口腔機能低下症の疾患の定義について
- 2 有病率と基準値について**
- 3 口腔機能検査項目について

2. 有病率と基準値について

・疾患構造によって違うものの、対象となる患者を広くとるなら50%でいいと思うが、口腔機能低下症を特別にするならもっと低くしていいのではないだろうか。

・意識啓発も考えると、多くの検査項目があることを国民に知ってもらう必要があるのではないか？

・口腔機能低下症を全て同じような疾患として扱うべきではない。
→重みづけをして重症度に分けるべきではないか



歯科診療所の問診票に、これらの項目を入れて、リスクのある人を見つけてはどうだろうか？

↓

フレイルの傾向があれば地域支援事業につなげることもできる

オーラルフレイルチェックリスト

オーラルフレイルのセルフチェック表

問診事項	はい	いいえ
□ 半年前と比べて、硬い物が食べにくくなった	2	
□ お茶や汁物でむせることがある	2	
□ 義歯を入れている*	2	
□ 口の乾きが気になる	1	
□ 半年前と比べて、外出が少なくなった	1	
□ さきイカ・たくあんくらいの硬さの食べ物を噛むことができる		1
□ 1日に2回以上、歯を磨く		1
□ 1年に1回以上、歯医者に行く		1

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)
1	バスや電車などで1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
6	階段をすりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ
12	身長 (cm) 体重 (kg) BMI= (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を覚えて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ

(注) BMI=(体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

Aグループの議論項目

- 1 口腔機能低下症の疾患の定義について
- 2 有病率と基準値について
- 3 口腔機能検査項目について

3 口腔機能検査項目について

- アウトカムはどこに設定すべきか？

口腔機能低下症→予備力がない・口腔機能障害および全身状態の低下への脆弱性が高い→全身疾患等のイベントが生じた際に低栄養などになりやすい→フレイル、サルコペニアを引き起こす
その他（社会性等）は、付随的なアウトカム

放置しておくと咀嚼障害、摂食嚥下障害など口腔の機能障害を引き起こし、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるなど全身の健康を損なう。

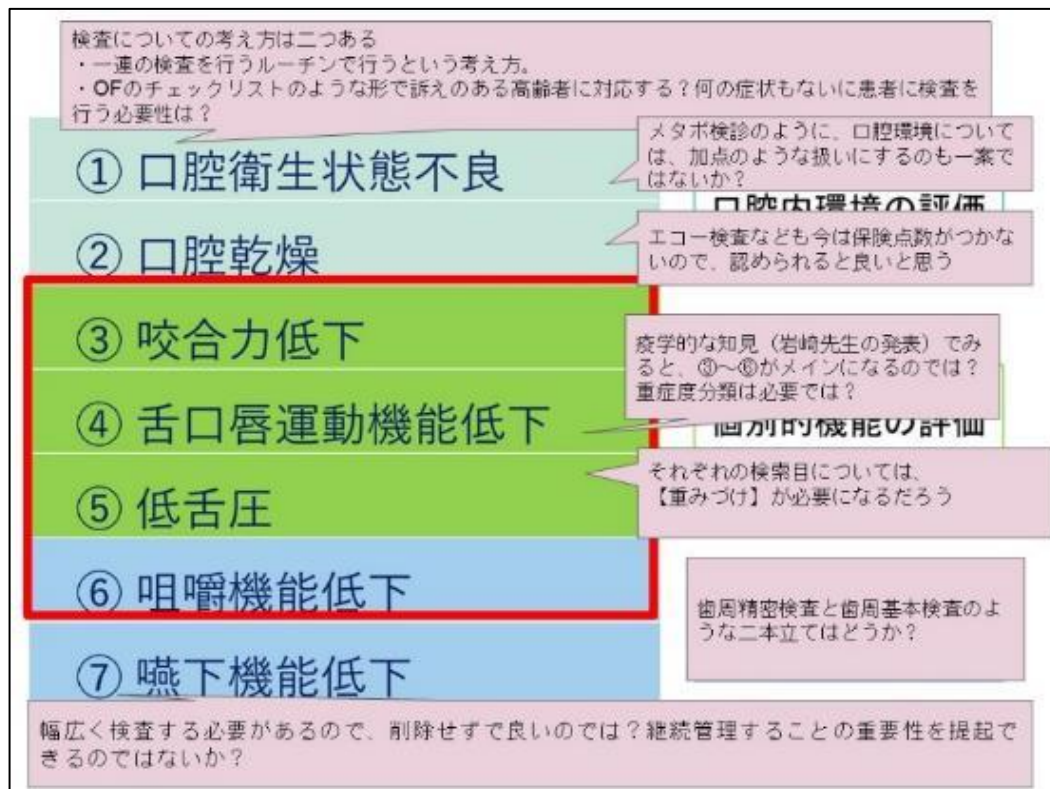
- アウトカムや有病率等を検討するためにも、すでに走り始めている以上、現在の検査項目を維持してデータを蓄積していくべき。
その上で、項目の取捨選択等を行う。
- そのためには、最低でも主たる方法と代替法で同じものを見ている必要がある。

3 口腔機能検査項目について

- ・検査項目を絞り込んでいくのか？全員に広く検査していくのか？
- ・地域のオーラルフレイルから、かかりつけの歯科医院での口腔機能低下症の評価につながっていくというのが、流れとして円滑なのではないか？

※オーラルフレイルの概念図でいうと第2段階から第3段階への移行

- ・欠損歯がある→必ずしも義歯治療ではないので、歯数については、やはり考慮すべきではないかと思う。



ディスカッションポイント

- ・精密検査の項目については、口腔不潔や口腔乾燥のように管理の中で検査していくものがあるのも良いのではないだろうか？
- ・スクリーニングからデバイスを使った検査へ導入していく。
- ・重症度の区別は必要だろう。
- ・将来目指すべきは、検査はルーチンとして全員に行う。
- ・スクリーニングとして、オーラルフレイルのスクリーニングに加えて、全身的な健康状態、フレイルにつながる基本チェックリストによるスクリーニングも加えるのが望ましいのではないか？

1. 口腔不潔

経緯：もともとは細菌カウンタの代替としてTCIであったが、細菌カウンタは医療機器として承認される見込み→今後は細菌カウンタの代替としてTCIの位置づけになる可能性（TCIと細菌カウンタは相関していない）

- ・口腔機能低下症をどう言った病態としてとらえるかの議論になるが、相関のないものを検査として導入することは違和感がある。
- ・ひとまず検査としては残すが、検査定義や検査項目名としては要検討
- ・デンチャープラークやプラークコントロールレコードなどで代用できると良いのではないだろうか？

2. 口腔乾燥

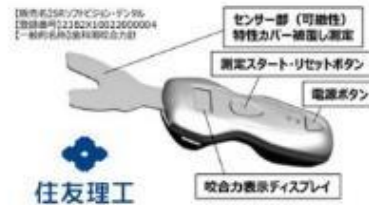
- ・口腔乾燥の訴えのある人への対応ができるので必要と思われるので残すべき
- ・サクソンテストは、実施が難しい場合がある。
- ・ムーカスは、安静時唾液を反映しているものではない。
- ・診ているものが異なるが、唾液分泌量と同じような数値が出せることから、ムーカスが採用された。
- ・高齢者では吐唾が難しいために、シルマーテストを応用したサクソンテストを採用することとなった。
- ・数値化できる意味でもムーカスの有用性は高い。
- ・KISOウェットは発売中止となってしまった経緯があるが、今後ムーカスの代替法として機器がなくても使用できる方法が必要となるだろう。
- ・口腔乾燥の状態を口腔機能低下の状態を反映しているものとして採用するのであれば、柿木の分類の臨床診断が有用なのではないか？より詳細に口腔乾燥を評価するのであれば、口腔乾燥症という病名で対処していくべき問題なのではないか？

3. 咬合力低下

- ・そもそも何を評価しているのかが課題だが、大きく方法を変更する必要はないのではないか？
- ・現在歯数の扱いとしては、最初の段階で歯数をフローにおいて峻別しても良いのではないだろうか？
- ・検査は数字を単に出すだけと捉えるのか？
→診療室ならば、簡便にできるものではなく、開口力計など機器を使って計測をするべき。
- ・プレスケールの信頼性はどうか？天井効果が存在するのではないだろうか？個人間評価はできるが、マスでの評価は難しいと思われる。（現在歯数が増加していることが関連しているのだろうか？）

3. 咬合力低下

- ・咬合圧と歯数には相関があるが、歯数が咬合圧の測定値の代替となるかどうかは、疑問である。
- ・歯列全体で評価する方法が望ましいと思われる。現在開発途中であるがリアルタイムで評価出来る検査方法が望まれる。



- ・現状で、歯数を除外すると歯科診療所では算定されなくなる可能性があるため、今後より関連性のある検査項目を採用していくべきであろう。それに伴い歯数はいずれ終息していくべき。

5. 舌圧

- ・舌圧計の代替手段はないのか？

→ペコばんだの医療向けのものが存在するが、代替する蓋然性は低いのではないかと。あくまでも精密に検査するのが重要ではない。

6. 咀嚼能力低下

- ・咀嚼能率スコア法については、グルコセンサーと異なり検査の加点がない。検査の加算が算定できるように、今後医療技術提案書を出すべき。

7. 嚥下機能低下

- ・ EAT-10の現場での使いにくさが課題。
- ・ 嚥下の評価は必要だが、EAT-10だと主観に引っ張られてしまう。自覚がないと異常なしとなってしまうため、客観指標として開口力計（医療機器承認済）を代替としてはどうか？

※開口力計は、他の口腔機能と関連する、口腔周囲の筋力の評価も可



- ・ EAT-10やRSSTを除外基準として用いるのはどうか？

嚥下障害となっている方を口腔機能低下症から除外するために用いるのはどうか？

→7項目の検査項目＋嚥下障害を除外する基準

診断基準：6or7項目中3項目以上低下＋嚥下障害の項目に該当しない

まとめ

- ・ 運用の仕方について、今後議論しておくべきではないだろうか？
 - 現場の歯科医師の先生方が具体的にどのように運用しているのかの
情報収集をして行く必要がある
- ・ 管理方法についての学会としての対応について
 - 個々の検査項目への対応への一対一での対応の難しさ
 - ※本来であれば、全体としての機能向上を目指していくべきものであるが、
現場の歯科医師の感覚は異なっている
 - 厚生労働科研（平野班）での成果物
 - マニュアルでは栄養やサルコペニアをアウトカムとして該当している
項目に応じた対応にしていく予定である

グループ B（コーディネーター：片倉朗 運営：日高玲奈）

松尾浩一郎、菊谷武、金澤学、西恭宏、岩崎正則、佐藤裕二、菅野亜紀、山崎裕

プロダクト

口腔機能低下症ワークショップ 作業スライド（グループB）

片倉朗，松尾浩一郎，岩崎正則，菊谷武，佐藤裕二，
金澤学，西恭宏，山崎裕，菅野亜紀

学術的検討

目的：信頼性の高いエビデンスをもって、国際的な評価に耐えうる病名に.

ゴール：国際誌にて発表.

臨床的検討

目的：地域歯科医師に理解されやすくし、広く普及させるため.

ゴール：口腔機能低下症の病名と検査と管理の実施率の向上

1. 口腔機能低下症の有病率・カットオフ値（発表用）

【学術的検討】

- ・フレイル・サルコなどの有病率に揃える必要は必ずしもない.
- 有病率・カットオフ値を検討するためにはアウトカムを決めるべきである.
- ・低栄養（MNA, BMI）・サルコ・フレイルをアウトカムとする. 将来的には口腔／摂食／咀嚼機能障害（現在診断基準がない）をアウトカムとする
- ・今までの口腔機能と上記アウトカムとの関連性を調査した研究のReview（口腔機能低下症としてではなく、下位項目それぞれの横断・縦断）を学会として実施して、それを元にカットオフ値を検討する。また、必要があれば縦断調査を実施する。
- ・有病率決定の際の母集団は高齢者のみならず成人も検討範囲に含める.

【臨床的検討】

- ・変えるべき項目もあると思われるが、エビデンスができてから変更すべき.
- ・有病率が高いと、臨床応用が進む.

2. 検査法の種類と選択（数）・代替法（発表用）

【学術的検討】

・7項目の重要度を検討するために、レビューを実施し、エビデンスをもって、7項目の中での低栄養・フレイル・サルコというアウトカムとの関連性の強さを検討する。診断基準の3/7項目についてもあわせて検討する。

・性差・年齢、歯数など別に関してもレビューする。

【臨床的検討】

・低栄養・フレイル・サルコとの関連性が低い項目があっても、高齢者の口腔病態を理解するうえで大変重要な項目であるため、7項目を保持する必要がある。

・診断基準の3/7項目を保持し、学術的な検討を踏まえて基準を再考する。

・診断アルゴリズムとして、1次検査（質問票+診察，理学的所見を含む）を実施し、該当したものに対して2次検査（精密検査）を実施するという流れを導入する。（遠隔も可能に）

・1次検査で該当したものについては、精密検査機器がない場合においては、「関連検査法」を実施し、病態を把握する。

・歯数はスクリーニングに入れる。代替法は「代替法」ではなく、「関連検査法」として扱う。

・診断と管理はパッケージにして提示する。

グループC（コーディネーター：池邊一典 運営：内田淑喜、畑中幸子）

古屋純一、渡邊裕、八田昂大、吉川峰加、伊藤加代子、小野高裕、田村文誉、富田健嗣

プロダクト

口腔機能低下症ワークショップ 作業スライド（グループC）

古屋純一、渡邊裕、八田昂大、田村文誉、
小野高裕、伊藤加代子、吉川峰加、富田健嗣
コーディネーター：池邊一典
運営アシスタント：内田淑喜、畑中幸子

1. 口腔機能低下症の有病率・カットオフ値

現状の問題点と対策

- ・ 有病率が高すぎるか（施設によって有病率も若干異なっている）
- ・ 診断に寄与しにくい項目がある（口腔衛生、口腔乾燥、嚥下は関与しにくい）
- ・ 項目によって有病率が異なる
- ・ 口腔機能低下症のターゲットはどこか（罹患者が、予防の段階、治療できる段階、治療しても改善が難しい段階、のどこなのか）
- ・ 現在は罹患者を広く拾っているが、経過観察で良いレベルの人と、落ち始めている積極的に介入すべきレベルの人のどちらをターゲットとするべきか
- ・ アウトカムを何にするかを検討する必要があるが、フレイル・サルコペニア、低栄養との関係が明らかではないので、地域在住高齢者の下位20%等としておくべきか
- ・ 病名としてのカットオフと学術的なカットオフを分ける（該当項目数も）べきか
- ・ 何をアウトカムにするべきか（摂食嚥下障害、サルコペニア、フレイル、低栄養）
- ・ 性差、年齢差、地域差を考慮すべきか

1. 口腔機能低下症の有病率・カットオフ値

各検査項目の問題と対策

口腔不潔：診断に寄与していない、管理としては必要（問診での気づきでは必要だが、口腔機能低下症の診断にいれなくてもよいのではないか）、細菌カウンタLv.4適切か？全身状態を反映、TCIスコアは衛生のみだけではなく舌運動と関連している可能性高い、衛生をTCIのみで評価するのは問題がある。

口腔乾燥：診断に寄与していない、管理としては必要、口腔乾燥症という別の病名もあり気づきとしては必要、改良中ムース、服薬状況も要チェック

咬合力：装置の導入・患者への即時フィードバックが困難、カットオフ値はある程度妥当であるが、Nではなくプレスケール値とした方がよいのではないか。真に咬合力を測定できる装置が望ましい。

舌口唇運動機能：カットオフ値が高い、ODK（5.4回/秒以下（フレイル者の平均より）または 下位20%等、2個以上を該当を有病とする等

低舌圧：カットオフ値が高い、変更するとすれば25-30kPa？、性差つけるか（年齢が上がると性差がなくなる傾向にある）年齢が上がると性差がなくなる傾向にある。

咀嚼機能：咬合力・咬合支持が影響、アイヒナーAのみで性差あり、グルコラムのほうが引っかかりにくい、UHAでは咀嚼と咬合力で強い相関あり（咬合力とまとめる、まとめないは、両意見あり）、有病率はほぼ妥当

嚥下機能：EAT-10は診断に寄与しにくい、該当した場合のアルゴリズムを明確にすべき、専門機関への紹介への道筋が必要？（問診での気づきでは必要だが、口腔機能低下症の診断にいれなくてもよいのではないか）、スクリーニングとして含めたほうがよいのではないか

カットオフ値に幅を持たせる（管理（経過観察）段階、積極的介入段階）。

項目ごとに検査特性を考慮すべきである。

検査の順番が重要（例：咀嚼みてからその原因解明として咬合力、乾燥）

1. 口腔機能低下症の有病率・カットオフ値

まとめ

有病率：学術的には高いが、ターゲットをどこにするかで変わると考えられる。予防的観点からは、これくらいでもよいのではないか。

カットオフ値：検査によっては、有病率が高いと考えられる項目（舌圧、ODK、細菌カウンタ）がある。

予防的観点からは、これくらいでもよいのではないか。

ターゲットをどこにもってくるかを検討する必要がある。

2. 検査法の種類と選択（数）・代替法

検査法の種類と選択に関する現状の問題点と対策

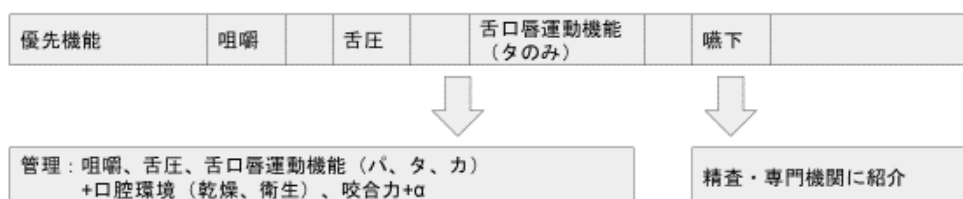
7項目することで、有病率が高くなっている。

管理としては、さらに増やしてもいいと思うが、より効果的な診断・治療・管理を行うために、検査の重みづけを行ってはどうか。

診断のアルゴリズム（2階建て方式）を作るのも1つの手段ではないか。

咀嚼（咬合力）・舌圧・舌口唇運動機能+α嚥下をメインとして考える？

临床上重要な項目を優先して、管理は広く行う。



2. 検査法の種類と選択（数）・代替法

代替法の問題点と対策

口腔衛生：TCIが口腔衛生を反映しているか再検討が必要

口腔乾燥：ムーカス（安静時唾液に近似）で、サクソンテスト（刺激唾液）はムーカスの代替法としては適さないのではないか。安静時の検査法（吐唾法など）がよい。

咬合力：アイヒナー分類（咬合支持域）。ファンクショナルオクルーザルユニット。

舌圧：ペコパンダ（医療用、カットオフについては要検討）。

舌口唇運動機能：パタカ10回法。2段階で、最初診断としては「タ」だけして、その後管理としてパ、カを行っていく。

咀嚼機能：現状のスコア法で良い（今後アプリによる診断解析も可能）。

嚥下機能：聖隷式、RSST、水飲みテスト（3 cc、30 cc）

代替法でも、定量化できるほうが良く、管理しやすい。

代替法でも、介入の効果が判定できるものが望ましい。

2. 検査法の種類と選択（数）・代替法

まとめ

検査法の種類と選択

- ・2階建ての検査方式も検討すべき
- ・咀嚼、舌圧、ODK、+嚥下 を優先して検査
- ・7つ中3つという診断基準はアウトカムを決めて再検討すべき

代替法

- ・本法と同じ内容を検査できるものが望ましい
- ・介入効果が反映できるものが望ましい

8. プロダクト発表の記録

A グループ（発表者：平野浩彦）

A グループ質疑応答コメント

・口腔機能低下症を普及されるために合理化するという議論はあったか？

例えば舌圧計などは機器を購入しないといけないので、その代替法を入れていくなど、代替法の種類を増やしていく（簡単にするというイメージではなく）のはどうかという議論があった。

・検査項目に関してしぼっていくのはどうか？

アウトカムの設定によって検査項目は変わってくる可能性があるが、まだまだ明確なアウトカムがあるわけではなく、口腔機能低下症やオーラルフレイルは複合的なアウトカムをもっているため、それに関するエビデンスを蓄積する必要があると考えている。また、各項目の下限値を明確にする段階という観点からも、そのエビデンスを蓄積した上で、関連する項目を増減するかどうかを議論すべきであると考えている。

フレイルやオーラルフレイルなどの問診票を使用することにより、地域の歯科医師の先生方にオーラルフレイルから口腔機能低下症への流れを理解しやすくなるのではないかと考えている。地域高齢者全体を対象として口腔機能低下症の検査を実施すれば、有病率は50%程度となると考えられるが、問診票などを使用してなんらかの主訴のある高齢者を対象とすれば口腔機能低下症の有病率は低下すると考えられ、主訴を持った患者を対象とするという医療としては適切な形になってくるのではと考えている。

口腔機能低下症といっても、直線的に口腔機能が落ち続けるというわけではなく、一定の下限値が存在するはずである。そこから低下するのは病気を発症したなどのイベントがあった場合と考えられるため、下限値を見つけることにより、その値をキープできるようにという指導もできるのではないかと考えている。

・グミのスコア法の保険収載に向けて

新潟大学小野高裕先生より、グミのスコア法を定量化する試みに関して報告があった。

* スマホなどを使用して評価できるアプリ（画像解析ソフトを利用して、咀嚼後のグミの色の濃淡を、すべてのかけらを自動認識して表面積とスコアを算出可能な技術）が完成しているため、今後医療機器として申請していく。

・嚥下機能に関する評価についての追加コメント

嚥下機能評価をルールアウトとして使用したらどうかという議論がAグループでは大きなトピックスであった。特に嚥下機能障害があった場合の対応をアルゴリズムとして明確化（すでに記載はあるものの）したらいいのではと考えている。そのためにも、機器を使用して嚥下機能进行评估することを重要視（問診では評価しきれないところが多いので）していきたいという意見があった。

B グループ（発表者：菊谷武）

B グループ質疑応答コメント

・スクリーニング検査というのは精密検査の拾い上げのためか、一次検査を想定しているのか？

一次検査を想定している。症状や訴えがあることを一次検査で確認した上で、二次検査を行うことを考えている。

・対象者が減ってしまうのでは？

むしろ増えるのではないかと考えている。まずは敷居の低い一次検査をする方が結果的に多くの方が検査を受けることができるようになると思う。

・診断がつくのは二次検査が終わってからか？

その通りです。

・関連検査法は管理のために行うのか？

一次検査を行った結果、引っかかった項目に対して、検査機器がないから検査ができないのでそこで終了とならないようにするためのものである。また、一次検査から関連検査に流れる可能性もある。

・スクリーニング検査のイメージは？

診察（舌苔の付着や歯数などの視診）と質問票によるものを考えている。

C グループ（発表者：渡邊裕）

C グループ質疑応答コメント

・診断の重みづけのイメージについてはどうか？

新潟大学の論文から 3 項目のうち 2 項目以上の該当で現状の診断項目での診断と 8 割がマッチしたことを参考にした。

・具体的に現場で行うとしたらどうするのか？

ODK（ta）、舌圧、グルコセンサーあるいは咬合圧を行い、この後に管理のために他の項目を加えるという流れ。嚥下については精密検査へつなげる。

・2 段階を提案した理由についての補足説明

項目を減らすのではなく、噛めているか否かをまず見て、何が原因かの戦略を立てるという意味で必要な項目を考えた。また、実施率を高めるために 2 段階にした方が良いと考えた。

・保険病名としてのカットオフ、学術研究としてのカットオフについて歯科医院、ここに参加していない他の研究者に対しての説明はどうするのか？

各項目の有病率にばらつきがある。これは口腔機能低下を正しく評価できているのかという議論があった。現状のカットオフも視野に入れてエビデンスを構築していく。新たな研究によりアウトカムが出せるのであれば将来的にはカットオフを変更するイメージである。

・現状のカットオフを次なる学術研究によって保険病名のカットオフをリファインしていくというイメージか？

世界に発信するためには、根拠を出さなければいけない。国民に対して説明できなければいけない。学術団体としては視野に入れて検討していく必要がある。

・ 2つのカットオフの裏にあるメッセージの意味は、更なる研究をしてやっぱり変えるべきだとなれば、変えるべきである。メディカルはそうあるべきである。根拠が積み重なった時にはタイムリーに数値の変更は変えるべきと思う。そういう意味であれば、同感である。

渡邊先生の追加コメント；高血圧症の幅のあるカットオフという議論があった。生活習慣の指導するところとある点から薬による治療というような議論もあった。幅があってよいが、幅はエビデンスに基づいて出すべきである。

9. 全体ディスカッションの記録

グループ A：上田貴之、平野浩彦、服部佳功、戸原玄、遠藤眞美、小原由紀、吉田光由、山本健

グループ B：松尾浩一郎、菊谷武、岩崎正則、佐藤裕二、金澤学、西恭宏、山崎裕、菅野亜紀

グループ C：古屋純一、渡邊裕、八田昂大、田村文誉、小野高裕、伊藤加代子、吉川峰加、

富田健嗣

指定発言者：飯島勝矢（東京大学）、佐藤保（日本歯科医師会）、小嶺裕子（厚生労働省）

プロダクト

口腔機能低下症ワークショップ
全体ディスカッション用

「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究①」

・様々な研究を継続実施することによりエビデンスを蓄積していくことが重要

→この結果に基づきしかるべきタイミングでカットオフ値の修正も検討
日本老年歯科医学会が提起したものであるため改善する責任がある

・老年歯科医学会会員のみならず、全国の歯科医師が容易に実施可能な物にしていくことが重要

→実施する歯科医師がしっかりと理解した上で患者に説明できるように
一般歯科医が使用しやすい簡便な検査方法や管理が必要であるとも
考えられる

「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究②」

・検査方法に関しても重要であるが管理方法に関してが明確にする必要がある

→検査項目をどうするかという議論がメインとなってしまうが、
管理についても議論していく必要がある
管理も診断も保険収載において重要。診断法が新たになれば保険に
についても議論
管理方法を学会としてエビデンスを蓄積していく必要がある
診断と管理のパッケージを学会として提供するのはいいか
(明確なものを提供、重み付けも必要か？)

「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究③」

・オーラルフレイルという国民運動により口に興味を持たせ、
口腔機能低下症に歯科が適切な介入を実施していく形を目指すのか

・ステージ3～4の段階を見逃さないという視点も重要

→初診時に神経疾患（ALSなど）を見逃さないようにすることが重要
そのためにも舌の萎縮や繊維束性攣縮など神経疾患を疑う所見については口腔機能低下症の評価を実施時に必ず評価すべき
初診から1ヶ月程度後に再評価、その後は3か月に1度など、継続的に評価を行い、急激な変化（一般的な加齢では生じ得ない変化）が生じた点を見逃さない
実際の患者管理に関しては意見を集めて検討していく必要がある

「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究④」

・口腔機能(オーラルフレイル)と全身との関連をPubmedを利用してReviewしたところ…

→縦断28本、介入4本が該当

* オーラルフレイルの項目中一つでもアウトカムとしている研究
個別の口腔機能がメイン、包括的な口腔評価は日本発が多い
包括的な口腔機能低下と全身のアウトカムの関連を調査する研究が今後求められる
リスクの重複に関して評価している論文は残念ながらほとんどない

「今後の展望・戦略と縦断研究・介入研究⑤」

- ・代替法と本法が違うものをみている可能性があることも口腔機能低下症が走り出してわかったこと
- ・学術的な観点と保険的な観点の2段構えで考えることも重要
→学会としては評価手法を確立して行きつつ、現場でも使用可能なものを出していく
- ・基本的には一つの方法で評価することが望ましいと考えられ、それが普及、使用されることに
- ・よりコストダウンを目指すためにも国際的に広く使用される口腔機能の研究測定法も検討していくべき

日本歯科医師会 佐藤保先生からのコメント①

- ・2013年からフレイルが重要であると話があった。
全身のフレイルが先に厚労省から認められ、オーラルフレイルも認められた。口腔機能低下症という病名がついたことで別のステージになってきていると考えている。
- * 歯科医師会としてオーラルフレイルに対して実施してきた戦略
- ①患者に対して正しい診断ができるか、そのためにマニュアルを作成。
→マニュアルのリニューアルは今後必須
 - ②保健行政をどう考えるか。
市町村、保健所がフレイル・オーラルフレイルに対してどう取り組むか

日本歯科医師会 佐藤保先生からのコメント②

- ・口腔機能低下症においても歯科医師会で取り組んできたような内容を意識していく必要があると考えている。

→病名がどのような状態を表すのか、またどのように管理するかということが重要であるため、日本老年歯科医学会が中心となってそのあたりを整理してもらいたい

東京大学 飯島勝矢先生からのコメント①

- ・保険病名として収載された3年間で見えてきた課題とその傾向と対策

→色々な論文エビデンスが集積されてきて、現在のカットオフ値を再考する必要性がワークショップでも討議されている。ある程度修正が必要な段階と判断されるならば、それも一つの方向ではないか。

- ・実際に現場がどのように動くのかという点の傾向と対策

→診断と管理のパッケージをどのように一般開業医に示すのか

東京大学 飯島勝矢先生からのコメント②

- オーラルフレイルと口腔機能低下症をどのような位置づけと
するのかを視野にいれるべき

→口腔機能に関して包括的に評価しているのは日本発の考え方であろう
からこの点は強味

- 検査の7項目に関しては安易に減らすことを検討するのでは
なく、この形で進めていく方がよいと思われる
(教育的な要素も考えられる)

→例えば唾液や口腔衛生が学術的には重要なのはわかっているため、
どの開業医も唾液や口腔衛生が大事なことは理解しているはずだが、
口腔機能低下症において唾液や口腔衛生の項目が大事だから検査す
るのか？このあたりが明確ではないように感じられる。

東京大学 飯島勝矢先生からのコメント③

- 臨床の現場(歯科だけでなく、多職種、国民も含め)を
どのように巻き込んでいけるかという観点も重要

→(例えばオーラルフレイルのような...) わかりやすい言葉、耳障り
のよい言葉、心に留まる耳に残るような言葉、という観点も名前
付けの際に重要である

東京大学 飯島勝矢先生からのコメント④

- ・オーラルフレイルによりモチベーションを励起し、臨床の現場にて口腔機能低下症をチェックするという認識については、大きなベクトルは同じであると感じている。
- ・ただし、オーラルフレイルを概念として見せ続けるのか、オーラルフレイルとしての簡単な目安を国民に提示するのか。シンプルにどう見せて、本人だけでなく、地域と一体化してがんばっていくのか、ということをオーラルフレイルでも行うべきとも考えている。

厚生労働省 小嶺裕子先生からのコメント①

・口腔機能低下症はまずはスタートさせてからその管理を保険の中で評価しようと考えた。

→平成30年当時、口腔機能低下症に対する管理を保険収載するにあたっては「口腔機能低下症」という病名が十分に周知されている状況までではなかったものの、老年歯科医学会で考え方が整理されたので、まずはスタートさせようと考えた。

厚生労働省 小嶺裕子先生からのコメント②

・口腔機能低下症の保険算定の経緯について

→最初に歯科疾患管理料の加算にした理由の1つは、歯科の疾患であり、歯科医師がみるべき疾患であることを明確にする必要があると考えたからである。口腔機能に関わる職種は歯科専門職だけではないため、関係職種との連携も重要であるが、歯科医療として口腔機能低下症の診断・管理を行うのであれば、歯科医師としてやるべきことが何なのかを明確にし、制度に落とし込むことが大事であると考えている。

厚生労働省 小嶺裕子先生からのコメント③

・口腔機能低下症の有病率について

→歯科医療として、どのような病態の方に対してどのような治療・管理を行うことが必要で、何をすべきなのか、何をすることが必要なのか、そしてそれに対してどのような検査が必要なのか、といったことを明確にすることが重要ではないかと考えている。例えば、歯周病は、有病率は高いが、「診断基準を変えるべき」ではなく、ポピュレーションアプローチを考えるとときに「効果的な歯周病対策はどのように行うべきか」という議論になっている。

厚生労働省 小嶺裕子先生からのコメント④

・今後について①

→口腔機能の低下に関しては、オーラルフレイルという概念と病名としての口腔機能低下症という2つの言葉があり、アプローチも歯科医療機関（歯科医療従事者）が歯科医療として関わる方法と行政が地域歯科保健対策として広く住民に関わる方法がある。早い段階から国民に気づいてもらうことが大事であり、地域歯科保健対策の中でのポピュレーションアプローチも重要であると思うが、そのために必要な口腔機能に関する評価指標や対策は漠然としたものが多く、う蝕や歯周病対策と比べると歯科保健の計画を立てる際になどに活用できる客観的指標が明確でなく、自治体も悩んでいるのが現状である。また、オーラルフレイルと口腔機能低下症の関係についても、わかりにくいと感じる方もいる。

厚生労働省 小嶺裕子先生からのコメント⑤

・今後について②

→歯科口腔保健の推進に関する法律に基づく基本的事項のなかでは「生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上」の項目があり、国としても口腔機能の評価のあり方等、検討を進めていくが、同時に先生方には、オーラルフレイルと口腔機能低下症の位置づけや、口腔機能の低下に対してシームレスに対応していくために歯科専門職が何をするべきか、今後も議論を深めていただきたい。

10. 指定発言者からの意見

1) 東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢 先生

- ・ まだまだ分からないことがたくさんある。特に歯科のライセンスのない我々の手が届かないところがたくさんある。オーラルフレイルと一緒にディスカッションして詰めていき、学術的な点も含めて、口腔機能低下症を推進できるような位置づけである必要があると思う。
- ・ 歯科と協力して、歯科以外の専門職種に対してオーラルフレイルを認識させること、口の重要性を歯科医師以外の他職種が国民に話せるようにすること、国民全員が口の重要性を改めて考えることができるような風土づくりができればいい。そのためにオーラルフレイルと口腔機能低下症が連動できればいいと思う。
- ・ 老年歯科医学会、老年医学会、サルコペニア・フレイル学会の3学会が合同ベクトルを出せればいいと思う。

2) 日本歯科医師会 佐藤保 先生

- ・ 日本歯科医師会としては、2015年以降、飯島先生グループをはじめとするアカデミアや行政と連携しながら、オーラルフレイル運動を、8020運動とともに、高齢社会を迎える日本における柱として取り組むという姿勢で進めてきた。オーラルフレイル対策へのテキストの作成には日本老年歯科医学会の協力が非常に重要であった。しかしながら、オーラルフレイルの定義に対して明確な見解がなかったことから、もう少し踏み込んだ意見をいただければという、意見が歯科医師会内であったのも事実である。
- ・ 2017年6月の第30回老年歯科医学会学術大会（@名古屋）のシンポジウムにて歯科医師会としてのオーラルフレイルに対するコメントを示させていただいたが、それ以降はあまりまとまった意見を出せていたわけでは残念ながらない。
- ・ 2018年に日本医師会の常任理事と日本歯科医師会の常務理事との役員勉強会において、オーラルフレイルについて話をさせていただいたが、どのような方向性を持って進めていくかという整備をするなかで、かかりつけ医制度の研修会における教材として今後取り入れていける可能性があるという話を受けている。いわゆる病名としての口腔機能低下症とムーブメントとしてのオーラルフレイルとの関係が明確に整理できれば、医師会の先生にも、医科歯科連携の課題であるか、相互

に勉強すべき課題であるかどうか整理できることにつながると考えている。

- ・世界に対してという観点から、WHO に関しては、西アジア展開が大きな部分があるのかもと考えている。葛西先生が事務局長になってから数年が経過し、医科にも歯科にも理解が深い先生であることから、アジア展開がまず非常に重要であると考えている。歯科医師会も WHO を通じて強いパイプを持っているので、なにか提案をしたい場合には力になれると思っている。また、アジア以外の世界的な展開を考えても、歯科医師会も各国の歯科医師会（FDI の一員、アメリカ、ドイツ、フランス、イギリスとは毎年個別の会議を開催している。議論ができる態勢がある。国の態勢が違う点も考えられるが）とのパイプもあるので活用していただければと考えている。
- ・歯科医師の研修については、ご協力いただいたおかげで、マニュアル（2019 年、2020 年）を作成できたが、それについては必ず改変が必要であると考えている。歯科医師への研修という点に関しては、癌の研修の際には癌研が尽力してくれたが、国の事業として実施していかないと都道府県歯科医師会も動きにくいところがあるので、厚生労働省に協力をお願いする可能性もあるが、歯科医師の資質向上の中で検討していければと考えている。

3) 厚生労働省医政局歯科保健課 小嶺祐子 先生

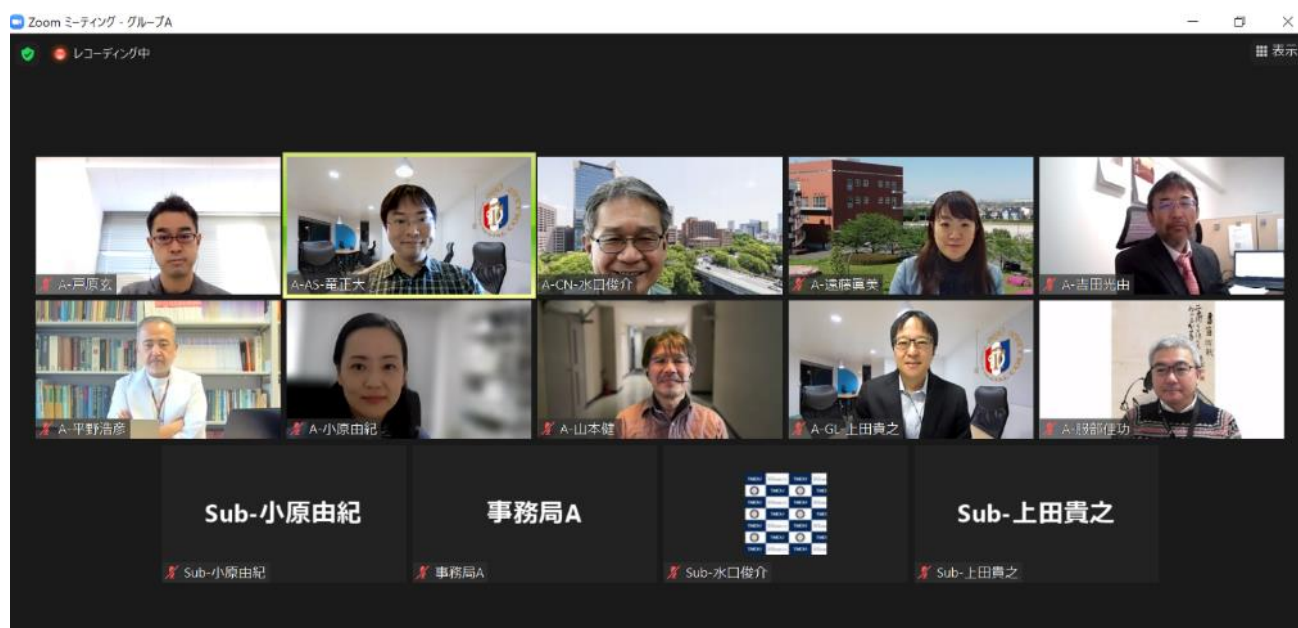
- ・平成 30 年当時、口腔機能低下症に対する管理を保険収載するにあたっては「口腔機能低下症」という病名が十分に周知されている状況までではなかったものの、老年歯科医学会で考え方が整理されたので、まずはスタートさせようと考えた。
- ・また、保険収載にあたり、最初に歯科疾患管理料の加算にした理由の 1 つは、歯科の疾患であり、歯科医師がみるべき疾患であることを明確にする必要があると考えたからである。口腔機能に関わる職種は歯科専門職だけではないため、関係職種との連携も重要であるが、歯科医療として口腔機能低下症の診断・管理を行うのであれば、歯科医師としてやるべきことが何なのかを明確にし、制度に落とし込むことが大事であると考えている。
- ・口腔機能低下症の有病率については、歯科医療として、どのような病態の方に対してどのような治療・管理を行うことが必要で、何をすべきなのか、何をすることが必要なのか、そしてそれに対してどのような検査が必要なのか、といったことを明確にすることが重要ではないかと考えている。例えば、歯周病は、有病率は高いが、「診断基準を変えるべき」ではなく、ポピュレー

ションアプローチを考えるとときに「効果的な歯周病対策はどのように行うべきか」という議論になっている。

- ・口腔機能の低下に関しては、オーラルフレイルという概念と病名としての口腔機能低下症という2つの言葉があり、アプローチも歯科医療機関（歯科医療従事者）が歯科医療として関わる方法と行政が地域歯科保健対策として広く住民に関わる方法がある。早い段階から国民に気づいてもらうことが大事であり、地域歯科保健対策の中でのポピュレーションアプローチも重要であると思うが、そのために必要な口腔機能に関する評価指標や対策は漠然としたものが多く、う蝕や歯周病対策と比べると歯科保健の計画を立てる際などに活用できる客観的指標が明確でなく、自治体も悩んでいるのが現状である。また、オーラルフレイルと口腔機能低下症の関係についても、わかりにくいと感じる方もいる。
- ・歯科口腔保健の推進に関する法律に基づく基本的事項のなかでは「生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上」の項目があり、国としても口腔機能の評価のあり方等、検討を進めていくが、同時に先生方には、オーラルフレイルと口腔機能低下症の位置づけや、口腔機能の低下に対してシームレスに対応していくために歯科専門職が何をするべきか、今後も議論を深めていただきたい。

11. ワークショップ当日の写真

A グループ記念写真



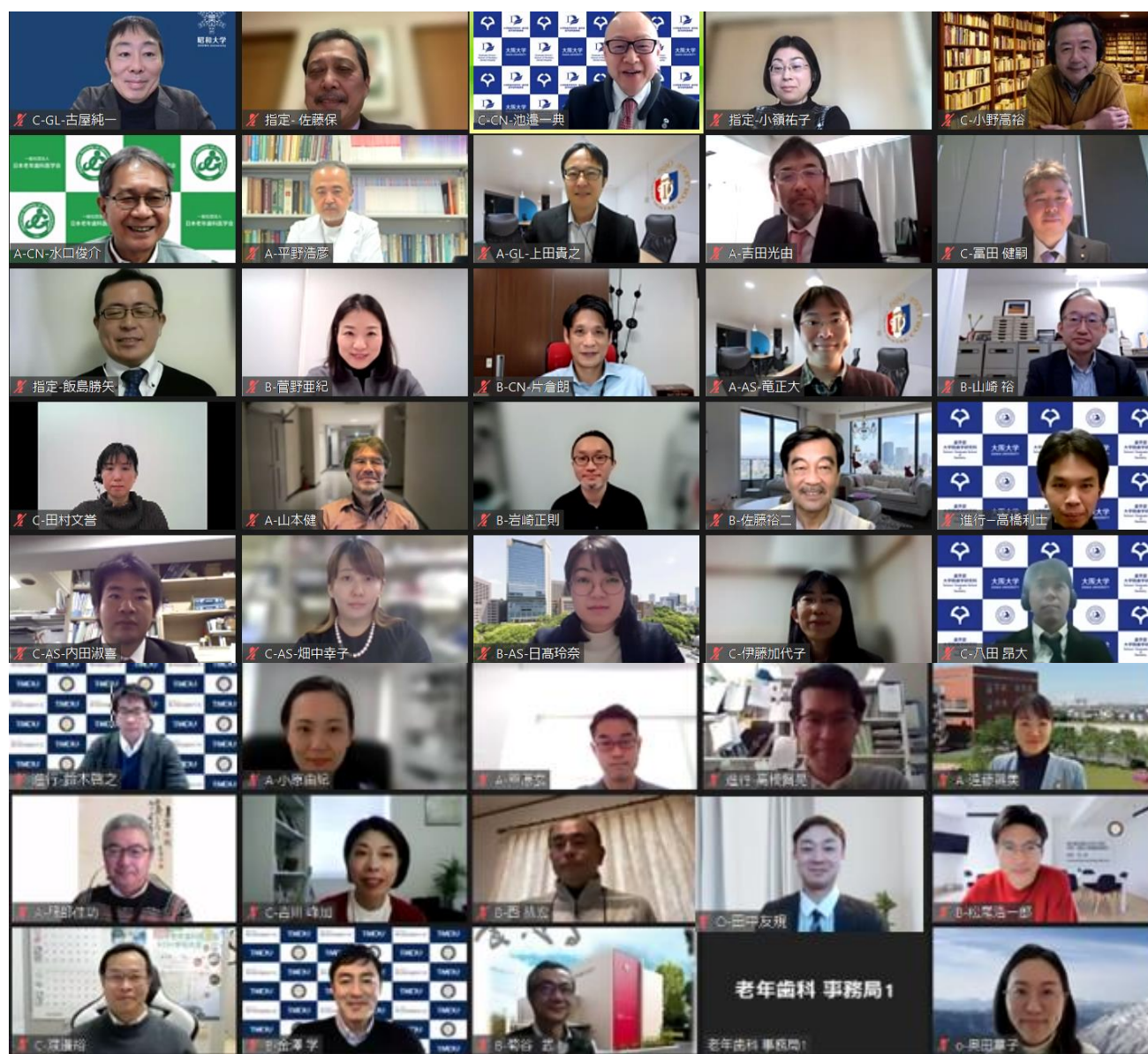
B グループ記念写真



C グループ記念写真



全体ディスカッション記念写真



閉会式記念写真



12. あとがき

日本老年歯科医学会 学術委員長

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能再建学講座 有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野

池邊一典

口腔機能低下症とオーラルフレイルに関するワークショップは、非常に密度の濃い丸一日の議論を経て、成功裏に終了しました。オンライン形式のワークショップについて、私自身不慣れであったため、当初不安でした。しかし、羽村章副理事長に懇切丁寧なご指導をいただき、“ワークショップの成功は始める前に決まる”というお言葉の下、古屋純一学術副委員長率いる運営スタッフのスケジュール作成や当日の裏方など獅子奮迅の働き、古澤朝美様をはじめとした学会事務局の皆様への献身的なご支援のお蔭で、私は盛り上げ役と当日の進行に専念できました。とても快適でスムーズなワークショップとなったことに、まず、ご準備いただいたスタッフの皆様に感謝を申し上げます。

さらに今回は、すぐに実質的な議論に入るため、厚生労働省の小嶺祐子先生、日本歯科医師会の佐藤保先生、日本老年医学会・東京大学高齢社会総合研究機構の飯島勝矢先生はじめ、本学会の先生方にも事前学習のためのビデオを作成していただきました。これは、非公開ということで、学会でも聞けない詳細で深い内容の情報、いわゆるここだけの話、つまり本音を知ることができました。これは私自身大変勉強になりました。また、ワークショップ前日まで3日間で、参加者のメーリングリスト内での議論は、実に150通にも及びました。

口腔機能低下症も黎明期は過ぎ、その評価もご祝儀相場は終わりました。多くの歯科医師が臨床現場で患者と向き合い、臨床データが蓄積されていくにつれ、様々な疑問や矛盾、問題点が見えてきました。まさにこの時期に行われた今回のワークショップは、口腔機能低下症についてのキープレーヤーのそれぞれのお立場からの主義・主張のぶつけ合いでした。皆様それぞれ一言ある猛者ぞろいですので、白熱し実に聞きごたえがありました。相手への信頼感と尊敬の上に成り立った忌憚のない意見交換があり、つくづく良い学会だと思いました。

そこで再認識したのは、まず、歯科医師それぞれが口腔機能低下症の内容と意義を理解し、共通認識をもつこと、イメージを一致させることが重要であるということです。そして他の医療・介護

職種に、そして患者にもわかりやすくシンプルに説明できることが普及につながります。さらに、診断が合理的かつ簡便で、治療や管理の方法が明確なものに成熟させ、歯科の疾患概念として定着させたいと思いました。私はこのワークショップから多くのヒントを得て、その解決の道筋も見えてきたように思います。

この報告書の成果を 2022 年 6 月の新潟での日本老年歯科医学会学術大会でのシンポジウムで学会員の皆さんに披露し、広く意見をいただき、学会誌への論文投稿、そして令和 6 年度診療報酬改定に向けて、繋げて行きたいと思います。

口腔機能低下症を成熟させるには何年かかるかわかりませんが、今後とも、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。