

高齢期における口腔機能低下—学会見解論文 2016 年度版—
に対するパブリックコメントへの回答

高齢期における口腔機能低下—学会見解論文 2016 年度版— を平成 28 年 7 月 21 日から 8 月 9 日まで学会 HP 上に公開しパブリックコメントを求めました。その結果、多くのご意見をいただきました。いただいたパブリックコメントの概略と回答を以下に示します。

1. 「オーラルフレイル」と「口腔機能低下症」の区別が不明確である。オーラルフレイルの症状を示す日常生活の低下と今回の検査値との間に関係があるのかももう少し検討を加えてから提案したほうがいいのではないか。

A：今回のポジションペーパーは本学会を中心としてオーラルフレイルや口腔機能低下を広く議論してもらうために、その議論の土台として提示したものです。本論文にも示したようにある程度の罫線のようなものがなければ議論が発散してしまいます。この論文をもとに議論を集約し、より確実なエビデンスが構築されることを期待します。その結果、本論文の内容を大きく修正しなければならなくなるかもしれませんが、それに対して本学会が継続的に対応する、ということの本論文は示しています。

「オーラルフレイル」と「口腔機能低下症」の区別が不明確であるというご指摘に対しては、論文の冒頭に本論文の立ち位置を示しました。また 3. 「口腔機能低下症」の位置づけと本論文の構成にも追記しました。

2. 「口腔機能低下症」を構成する症状の概念と診断基準—咬合力低下について

残存歯数が主たる因子であり、その結果は咀嚼能力にも関連することは想像に難くないが、「顎口腔系の筋力の低下」は主たる原因であろうか。文献 22 では筋力をどのように評価しているのか。実際、咬合力が低下していても筋力の強い方は多くいる。Pa 病などの神経筋疾患などの場合は、筋力低下≒咬合力の低下としていいとは思いますが、むしろ、必ずしも咀嚼筋群の筋力低下に伴うものではない、と記載したほうがいいのではないだろうか。

A：ご指摘、ありがとうございます。

結論から言うと、「顎口腔系の筋力の低下」ではなく、「全身の筋力の低下」に修正させていただきます。なお、「咬合力の低下は、…… 顎口腔系の筋力の低下にも影響を受ける」との記載で、主たる原因とは書いてはいません。

文献 22 では、85 歳以上の地域住民で、オクルーザルフォースメーターによる最大咬合力は、他の要因を調整した上でも、Timed Up and Go Test, Chair Standing, One-Leg Standing, Handgrip Strength と有意な関連がみられています。ここで、咬合力と関連するのは、全身の筋力で、顎口腔系の筋力は測定していません。他の研究（三原佑介ら、第 125 回日本補綴歯科学会学術大会抄録集、2016 年 7 月）でも、握力は、性別と歯数を調整した多変量解析で、咬合力と有意な関連がみられています。

3. 「口腔機能低下症」を構成する症状の概念と診断基準－舌口唇運動機能低下

舌口唇運動機能低下の原因としては、実臨床から考えると、末梢の筋機能低下よりも、高次機能を含めた統合機能や巧緻性の低下など脳機能の低下が先行し、その結果として筋機能の低下が生じるのではないかと考えられます。

A：ご意見に関しては委員会としても同意見です。包括的な記載としていましたが、不明瞭な点があったため、以下のように舌口唇運動機能低下の概念をより明確に記載しました。

1) 概念

舌口唇運動機能低下とは、全身疾患や加齢変化によって、脳・神経の機能低下や口腔周囲筋の機能低下が生じた結果、舌口唇の運動機能を示す速度や巧緻性が低下し、摂食行動、栄養、生活機能、および QOL などに影響を及ぼす可能性がある状態のことである。

4. 「口腔機能低下症」を構成する症状の概念と診断基準－嚥下機能低下

他の項目が数値的な検査データを指標しているのに対し、嚥下機能の評価方法は、EAT-10 という主観的な観察項目である。また口腔機能低下に嚥下機能を入れる必要はないのではないかと考えられます。

A：「嚥下機能低下」を口腔機能低下症に含めるかについては、本委員会でも議論がありました。その理由として、他の項目と違い、既に「摂食機能障害」（摂食嚥下障害）という病名が存在するからです。そのため、皆様にご混乱を生じさせてしまったかと思っております。ただし本文中にあるように、この定義は、嚥下障害に陥る手前の段階をスクリーニングすることが目的であり、嚥下障害を診断するわけではありません。本文中に「なお、上記の方法で嚥下機能低下症と診断された者の中には、」としているため誤解を生んだかもしれませんので、「診断」→「評価」に、「嚥下機能低下症」→「嚥下機能低下」に修正致します。あくまでも EAT-10 の利用は、嚥下機能低下の 1 つの「評価基準」であることをご理解いただきたいと思っております。

EAT-10 を作製した Belafsky の論文では、研究を 4 段階に分けて行っています。第 1 段階では、嚥下障害を専門とするエキスパートの胃腸科専門医、耳鼻咽喉科医、言語聴覚士、栄養士らのグループが、文献レビュー、臨床経験、他の嚥下障害調査票を元に協議し、35 項目の質問をピックアップし、そこから短縮した 20 の質問項目を作製しました。第 2 段階では、この 20 の項目を使用し、100 名の健常者と 235 名の構音または嚥下障害のある患者を対象にコホート調査を行い、さらに重複する項目を減らして 10 項目に絞り込みました。第 3 段階では、基準値を作るために 100 名の健常者を対象に調査を行い、第 4 段階では 46 名の患者の治療前後を評価し、さらにこの集団を健常者のデータとも比較検討していました。このような経過をたどり作製されたのが EAT-10 であり、疾患を問わず幅広い対象を評価するには適していると判断できます。なお、若林先生の論文はその後、他の多くの論文と同様に、EAT-10 を使用して検証されたものの 1 つです。EAT-10 自体、既にさまざまな対象者に多くの研究で用いられていることをもってしても、嚥下機能低下の評価ツールとして不適切であるとはいえないと考えます。

なお、口腔機能を論じる際には嚥下機能と口腔機能を切り離すことはできないと考えます。老年歯科医学会の学会見解論文はこの観点で作成されたものであり、この観点は今後の学会および歯科の活動にとって極めて重要なものと考えています。

5. 「口腔機能低下症」を構成する症状の概念と診断基準－嚥下機能低下

嚥下機能の評価項目は順序変数による評価方法しか提案されていない。嚥下運動において舌骨挙上が重要であり舌骨上筋群の筋力が重要である。口腔期の機能評価（舌圧機能）に加えて、咽頭期の機能評価の指標として連続値で評価できる開口力を加えてはどうか。

A：本論文において提示した「口腔機能低下症」を構成する症状の診断基準は現状でのエビデンスから検討したのですが、今後新たな手法が確立されることは予想されます。今回複数の方から示唆をいただいた、嚥下機能を連続値で評価できる「開口力」は期待できるものです。またそれを測定する開口力計は評価だけでなく訓練にも適用できる可能性があるため、口腔機能低下を評価し改善する流れの中では大変有用なものだと考えます。本学会見解論文の更新時には追加できるようさらなるエビデンスの蓄積を期待します。その旨、IV. 「口腔機能低下症」に関する今後の課題 にも追記いたしました。

以上