

臨床研究

「口腔機能低下症」について－訪問診療での実践－

馬場 安彦 (東京歯科保険医協会副会長)

I. はじめに

人間は生まれると必ず決まっていることとしていざれ死に至ります。これだけは現在の医療では変えることはできません。特に訪問診療が主となる要介護度4や5の方々の終末期では、ほとんどの方が低栄養との鬭いになります。

そういう中、2018年診療報酬改定にて、「口腔機能低下症」という新しい病名が歯科に導入されました。診断基準は、「口腔機能低下症に関する基本的な考え方(平成30年3月 日本歯科医学会)」(以下「基本的な考え方」)に定義されています。

口腔機能低下症はう蝕や歯の喪失など従来の器質的な障害とは異なり、いくつかの口腔機能の低下による複合要因によってあらわれる病態です。口腔機能低下を適切に診断し、適切な管理と動機づけを行うことでさらなる口腔機能低下の重症化を予防し、口腔機能を維持回復することが可能となります。

そのためには、中年期からの口腔機能低下症の診断と管理を適切に実施する必要があります。

II. 診断方法と当医院での工夫

診断方法は、前号(東京歯科保険医新聞第585号)の7面をご覧ください。「咬合力低下」は、「咬合力検査」または「残存歯数」で診断します。当院では簡便な後者を行い、残根と動搖度3の歯を除く20本未満を「咬合力低下」とします。

「舌口唇運動機能低下」は、pa・ta・kaをそれぞれ連続で5秒間発音させ、どれか一つでも6回／秒未満だと「舌口唇運動機能低下」と診断します。当院

III. 口腔機能低下症の診断や指導の実際

1. 症例1 患者Aさん 93才 女性 無歯顎 上顎のみ総義歯使用

- (1) 主訴: 飲み込みが悪い。
- (2) 口腔機能低下症の診断
7つの下位症状のうち、下記の3つが該当し、口腔機能低下症と診断した。
 - ① 咬合力低下(残存歯0本)
→咬合力低下に該当
 - ② 舌口唇運動機能低下(pa5.6 / ta5.0 / ka2.8)
→舌口唇運動機能低下に該当
 - ③ 低舌圧(11.7kPa)
→低舌圧に該当



図1:舌口唇運動機能低下の測定の様子。「健口くんハンディ」を用いた。



図2:舌口唇運動機能低下に関する測定結果。taは1秒間に5回だった。

では簡単に測定できる機器「健口くん(竹井機器工業)」を用いて測定しています。

「低舌圧」は、「JMS舌圧測定器(ジェイ・エム・エス)」につなげた舌圧プローブを、舌と口蓋の間で随意的に最大の力で数秒間押し潰してもらい、最大舌圧を測定します。30kPa未満を「低舌圧」とします。

2. 口腔機能低下症の状況

- (3) 口腔機能低下症の管理
「基本的な考え方」においては、舌機能低下に対する訓練方法として、「ペコぱんだ(ジェイ・エム・エス)」などの抵抗訓練器具を用いた訓練や可動域訓練などが示されている。

本症例では、「ペコぱんだ」による訓練を1時間ほどやってもらった。再度測定したところ若干の舌圧の向上が認められた。

ただ正常値にはほど遠い結果であり、下顎に義歯を装着していないため安定した閉口状態を保てないことが原因と思われる。訓練を継続すると共に、下顎義歯の新製などを検討した。



図3:舌圧測定器による低舌圧の測定結果。11.7kPaだった。



図4:「ペコぱんだ」による訓練後の測定結果。14.3kPaに増加した。

2. 症例2 患者Bさん 86才 女性 3+3のみ残存

- (1) 主訴: 滑舌が悪い気がする。
- (2) 口腔機能低下症の診断
7つの下位症状のうち、下記の3つが該当し、口腔機能低下症と診断した。
 - ① 咬合力低下(残存歯6本)
→咬合力低下に該当
 - ② 舌口唇運動機能低下(pa5.6 / ta5.0 / ka5.2)
→舌口唇運動機能低下に該当
 - ③ 低舌圧(26.5kPa)
→低舌圧に該当



図5:舌圧測定の様子(左)。介入前は、26.5kPaであった(右)。



図6:「ペコぱんだ」による訓練(左)に加えて、使用している義歯の口蓋部に義歯用短期弹性裏層材を盛り上げ、厚みを与えた(中央)。再度測定した結果、34.6kPaに増加した(右)。



IV. 課題と今後の展望

定期的な訓練や上顎床形態の変更が口腔機能の回復や重症化予防に貢献することが示唆された。しかし、実際に使うと様々な課題が出てくる。特に大きい問題は、要介護度3以上や認知度Ⅱ以上だと術者の指示に従えないことが多い点である。簡便と思われた舌圧検査でも被験者が舌ではなく義歯やバーレーンを噛んでしまったり、まったく押し潰すことができないなど、測定に手間がかかる事も多い。

今回提示した症例は、施設での訪問診療ということもあり、口唇や舌の機能検査を主に取り上げたが、食塊の形成不全からなる咀嚼や嚥下機能低下を知るには有効だと感じられた。オーラルフレイルは徐々に進行し気がつくと食形態を変えるところまでになっていることが多い。今後は口腔機能管理計画を立案し、医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員など、多職種間で連携をとりながら重症化予防に進みたい。

特別養護老人ホームでの平均入所期間は4.5年である。その入所期間中で1番の楽しみは食事である。胃瘻や中心静脈栄養による短期的栄養サポートは重要だが、経口による栄養摂取は人間も動物の一種である限り、これを放棄する事は死を意味する。

歯科はう蝕、歯周病、欠損といった歯に関する病名しか与えられていなかったが、今次改定における、口腔機能低下症の病名導入により、歯科医療も後期高齢者の終末期にも携われる事ができるようになった。この意義は非常に大きいと思われる。

もう一つ重要なことは、この技術が診査、診断→管理計画の策定という流れになっていることである。新たな医療技術は、従来は治療により病状が良好になるのが前提で疾病保険として収載されてきたが、口腔機能低下症は治療から管理の位置づけに置き換わっていることである。これは治癒を目的とするのではなく、現状を維持し、栄養摂取を出来るだけ長く、口腔から行えるようにすることが目的になる。

歯科医療はこれを突破口として、健康長寿を国民に寄与することが出来る重要な尊敬される業種になると私は思う。そのためには歯科医師が日々学び続け、実践していく必要があり、新しいエビデンスの蓄積が必要となろう。今後の協会活動としては会員に周知し、より算定がしやすい制度に育てるべきだ。