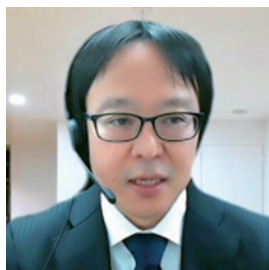


# How to 口腔機能低下症

## 明日の臨床から取り組むためのヒント

社会の高齢化が進み、健康で長生きするために、  
口腔機能の維持・向上の重要性は年々高まっています。  
しかし、そのカギを握る口腔機能低下症に取り組んでいる歯科医院の数はまだまだ多くなく、  
導入に難しさを感じている先生が多いようです。  
そこで今回の臨床座談では、  
口腔機能低下症に積極的に取り組まれている  
東京歯科大学の上田貴之教授、臨床家の久保慶太郎先生、眞田知基先生をお迎えし、  
事例をもとに導入と実践へのヒントを探ります。



•ゲスト  
**上田貴之 先生**  
Takayuki UEDA  
東京歯科大学老年歯科補綴学講座 教授



•ゲスト  
**久保慶太郎 先生**  
Keitaro KUBO  
久保歯科医院 副院長



•ゲスト  
**眞田知基 先生**  
Tomonori SANADA  
秋山歯科クリニック 副院長



•司会  
**佐氏英介 先生**  
Eisuke SAUJI  
サウジ歯科クリニック 院長



•ジーシー  
**北野 卓**  
Taku KITANO  
株式会社ジーシー 取締役



▲  
久保先生監修による  
口腔機能精密検査の  
検査方法動画はコチラから

今回の座談会は、リモート形式で開催いたしました。

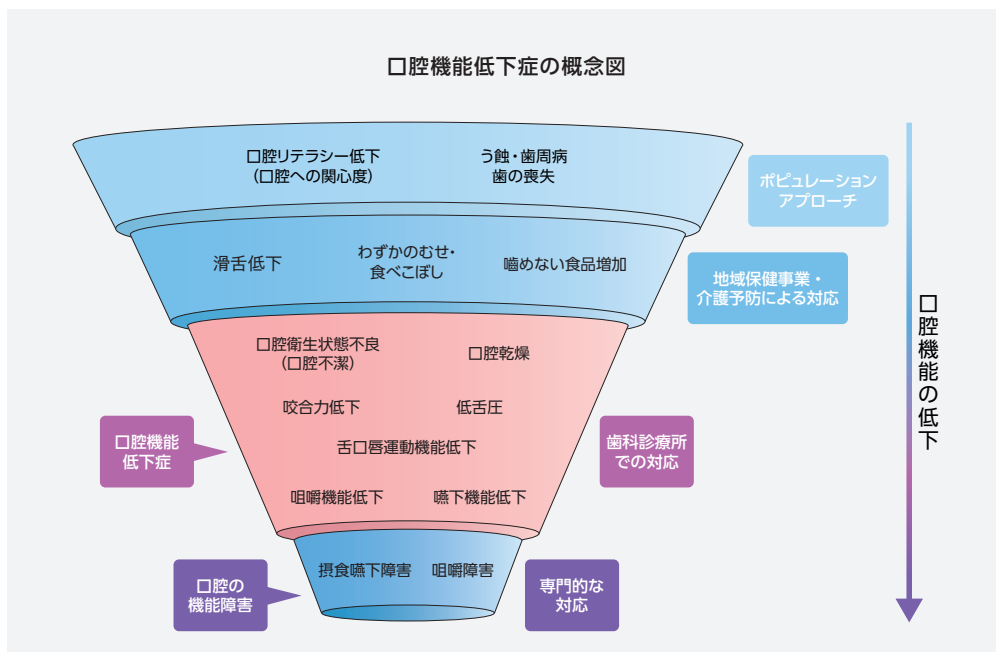


図1 口腔機能低下症は、加齢だけでなく疾患や障害などさまざまな要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとならば摂食嚥下障害や咀嚼障害につながり、全身の健康を損なうおそれがある。

## 口腔機能低下症の現在

佐氏 口腔機能低下症の検査と管理が保険収載されて2年半が経過しましたが、十分に浸透してきたかという、まだまだと言わざるを得ない状況ではないでしょうか。かくいう私もハードルが高く思えて取り組めてはおらず、この座談で勉強させていただいて、きっかけをつかめればと思っております。

本日は、口腔機能低下症に精通する東京歯科大学の上田貴之教授と、臨床で口腔機能低下症に積極的に取り組んでいらっしゃる久保慶太郎先生、眞田知基先生をお招きしました。口腔機能低下症についてどのように捉え、臨床に取り入れていけばいいのかなど、具体的にうかがっていきます。

最初におさらいのようなことになりませんが、基礎的な部分として、口腔機能低下症の概要について上田先生からご説明いただきたく思います。

上田 これまで歯科における口腔機能では、健康な状態と障害のある状態の二極化した捉え方しかありませんでした。例えば、唾液の分泌が悪くなったら口腔乾燥、発音に問題があれば発音障害や構音障害、食べられなければ咀

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満 (デンタルプレスケール) 500N未満 (デンタルプレスケールII)
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラル ディアドコネシス	/pa/ /ta/ /ka/のどれか1つでも6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能力スコア法	スコア0、1、2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング 検査 (EAT-10)	3点以上
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	Aの回答が1項目以上

図2 7項目の口腔機能精密検査を行い、3項目以上で該当基準に当てはまった場合、口腔機能低下症と診断する。

嚼障害といったように、口腔機能を構成するものをひとつずつ別々に診断していました。そこで、話す、食べるといった患者さんの口腔機能を総合的に評価し、健康と障害の中間的なところに位置するものとして、口腔機能低下症という概念が誕生しました (図1)。

2016年に日本老年歯科医学会がその定義と診断基準を作成し、2018年4月に口腔機能低下症の検査と管理が保険収載されました。7項目の検査を行い、そのうち3つ以上が基準を

下回ると、口腔機能が低下しているとみなし、口腔機能低下症と診断します (図2)。新しい概念ということで、佐氏先生と同様にファーストステップのハードルの高さを感じられている先生も少なくないと感じております。

佐氏 ありがとうございます。今おっしゃったことが、まさに現場の実状ではないかと思います。では具体的な話に入っていく前に、今現在、口腔機能低下症への取り組みがどれほど広がっているのかについて、ジーシーからご説明



図3 口腔機能低下症の検査に使用するJMS舌圧測定器(左写真)と、グルコセンサー GS-II(右写真)。

いただけますでしょうか。

北野 口腔機能低下症の検査に必須となるJMS舌圧測定器と、咀嚼機能低下の検査に使用するグルコセンサー GS-II(図3)の機器本体の普及状況から推測してみました。販売台数から納品率を概算しますと、複数台導入されている歯科医院もあるため、実質的に口腔機能低下症の検査体制が整っている歯科医院は10%弱だと考えております。また、使用状況の実像を示すものとして、両製品の消耗品の販売数を見てみますと、昨年の非常事態宣言で一時的に下がりましたが、夏以降から徐々に増加しています。

佐氏 ありがとうございます。実は、先日同業である父に聞いたところ、「グルコセンサーは持っているけど口腔機能低下症への対応はしていない」といったことを言われました。機器の販売台数から単純に考えれば10%弱の歯科医院が口腔機能低下症の検査ができるということですが、実際に取り組んでいるところはさらに少なく、普及はまだまだこれからと言えそうですね。

上田 今は一般的に行われている歯周組織検査ですが、当然には行っていなかったという時代があったと聞いています。当時は「歯槽膿漏かどうかなんて見ればわかる」という考えが大勢を占めており、そこから歯周組織検査が必須のものになるまでには10年、あるいは20年はかかったのだと思いま

す。ですから、口腔機能低下症への取り組みも普及するまでに時間がかかることは覚悟しなくてはならないでしょう。ただ、患者さんのためを思うと、普及を前倒して推進していく必要があると考えています。

### なぜ口腔機能低下症に取り組むのか?

佐氏 口腔機能低下症への取り組みが広がらない理由のひとつとして、何のためにやるのかのイメージが湧きにくいという点があるように思います。そこで先生方に聞きたいのですが、「なぜ口腔機能低下症に取り組んでいるの?」とシンプルに問われたとしたら、どのように答えますか?

久保 「患者さんの将来的な健康を守るため」ですね。口腔機能が低下することで偏食が進み、その結果、低栄養などにつながり全身の健康に影響を及ぼすから、という点に尽きると思います。

眞田 私も久保先生と同じです。当たり前のことですが、来院してもらっている以上、私たちにはその患者さんの口腔状態の健康を改善・維持していく使命がありますので、時間をかけてでも対応する必要があると感じています。

佐氏 かかりつけ歯科医として患者さんの健康維持に欠かせないということですね。上田先生はいかがでしょう。

上田 健康のために必要なのはもちろんですが、私は補綴歯科医なので「補

綴治療に必要なだから」と答えます。審美治療を除き、補綴治療は咀嚼や発音といった何らかの機能回復を目的としており、その機能回復が形態回復だけで可能なのか、あるいは形態回復だけではだめなのかというところの切り分けに、口腔機能低下症への取り組みが欠かせないと思っています。

佐氏 補綴治療の視点からの必要性というのは、興味深い回答ですね。

### 口腔機能検査の対象とする患者さん像

佐氏 ここからは、取り組みの実際の部分に迫っていただければと思います。まず、先生方はどういった患者さんに口腔機能低下症の検査をおすすめしているか、対象としている患者さんについて教えてください。久保先生いかがでしょうか。

久保 私の医院では、う蝕予防や歯周病の管理などで定期的に来院されている40歳以上のすべての患者さんに対し、口腔機能について問診をするようにしています。

佐氏 40歳以上というと、結構若い患者さんも対象にしている印象を受けますね。

久保 確かに40代の方ですと、「おじいちゃん、おばあちゃんの検査なんじゃないの?」といった反応をされることもありますが、40代でも40%程度の方が口腔機能低下症に該当するとされているので、そのあたりの話題も含め



図4 眞田先生の秋山歯科クリニックでは、入り口の前に案内ボードを立て、口腔機能低下症について啓発している。

て問診につなげています。

佐氏 眞田先生の医院ではどうでしょう。

眞田 私の医院では、50歳以上の患者さんを対象として意識しています。40代の方では、よほど口腔衛生に問題があったり、残存歯が少なかったりなどご自身の口腔への関心が低い方に、モチベーションを高めてもらうような意味で検査を勧めることはありますが、40代全員にはアプローチしていません。北野 患者さんに検査を勧めると、それを受け入れる方と受け入れない方がいると思います。検査を承諾してもらいやすい患者さんのタイプなどがあれば、医院で取り組みを始める際のきっかけになりやすいので教えていただきたいです。

久保 例えば市区町村の健診の用紙を持参して来られる患者さんなど、ご自身の意思で積極的に来院された方は受け入れてくれる可能性が高いです。眞田 むせや口の渴きを自覚されている患者さんは特に受け入れてくれやすいと思います。口腔機能の問題として説明しやすく、理解してもらいやすいですね。

少し話が変わりますが、アプローチする前に患者さんに啓発することも大切だと思っていたところ、当院の歯科衛生士が患者さん用のメッセージのボードを作ってくれました(図4)。これが患者さんの意識を高めているのか、導

入してこれまで、患者さんから検査を断られたことはほとんどありません。

佐氏 参考になります。上田先生は対象の患者さんについてどのようにお考えでしょうか。

上田 大学病院は、歯科医院と比較するとこちらの提案を受け入れてもらいやすい環境なので言えることかもしれませんが、この検査はダメになっている方を確認するために行うわけではなく、大丈夫か大丈夫でないかを判定するためのものなので、少しでもリスクがあるなら全員検査するのが理想だと考えています。

歯周病の検査は歯周病になっていそうだからやるわけではなく、検査してみないと実態がわからないからやるわけですよ。口腔機能低下症の検査についてもそれと同じだと捉えていただきたいです。

佐氏 口腔機能低下症に前向きになりづらい理由として、「可能性がない人にわざわざ検査をするのが面倒だから」と考えている先生が少なからずいるのですが、今のお話でその誤解は解けるのではと思います。

### 口腔機能低下症の検査をどのように勧めるか

佐氏 検査を勧めるという話が出ましたので、続いては患者さんに対してどういった切り口やきっかけから検査を

勧めているかをお聞きしていきます。

久保 歯科衛生士が患者さんに問診をして、同意が得られた患者さんに検査を行っています。このときに使用しているのは、ジーシーが制作したツールです(図5)。9つの簡単な質問があり、「何か当てはまることはございませんか?」と尋ね、1つでも該当する場合には「口腔機能低下症の可能性がありますよ」と説明し、後日検査を行うという流れになっています。

眞田 私の医院では、当初は私自身が患者さんに勧めていたのですが、今は歯科衛生士が検査を勧めることが多くなりました。歯周治療で患者さんがむせたり、話を聞いていて滑舌が低下していたり、あるいは硬いものが噛みにくいといった話が出た場合など、治療中の気づきをきっかけにして「検査してみませんか」と案内しています。

上田 アプローチでは、口腔機能の低下について自覚がある患者さんと、そうでない患者さんで言い方を変えるのも重要だと思っています。先ほど眞田先生がおっしゃったように、患者さんに口腔機能低下の自覚があればその話をすればいいのですが、兆候や自覚が無い方に検査を勧めるときに「機能が低下していそうなので検査しましょう」といった勧め方をすると、気を悪くされる方もいるかもしれません。そういう時に我々は「機能低下がないかどうかを



図5 ジーシーが制作した、口腔機能低下症の患者さん説明用ツールと、記載の問診項目。

### 口腔機能低下症の問診項目

- 1 食べ物が口に残るようになった
- 2 硬いものが食べにくくなった
- 3 食事の時間が長くなった
- 4 食事の時にむせるようになった
- 5 薬をのみにくくなった
- 6 口の中が乾くようになった
- 7 食べこぼしをするようになった
- 8 滑舌が悪くなった
- 9 口の中が汚れている

図6 嚥下機能低下の検査に使用できるEAT-10のアンケート用紙。

(NestleHealthScience ウェブサイト:  
[https://nestle.jp/nutrition/swallow\\_chew/eat-10.html](https://nestle.jp/nutrition/swallow_chew/eat-10.html)より引用)

確認してから治療したいので、それを確認するための検査をさせてください」と説明するようにしています。

### 口腔機能低下症の検査は10分程度でこなせる

佐氏 ここからは検査の内容について具体的にお尋ねしたいと思います。検査は、誰が、どのように、どのくらいの時間をかけて行っているのでしょうか。久保先生からお聞かせください。

久保 現在当院では、検査は基本的には歯科医師の私が行っています。これからは歯科衛生士にも検査を担当してもらうことを考慮して、スタッフたちには勉強会で学んでもらっています。

検査にかかっている時間は、実質10分くらいでしょうか。当院の工夫として、EAT-10(簡易嚥下チェックツール)のアンケート用紙(図6)を前もって患者さんに渡しておき、次に検査に来院いただく際に記入してきてもらうようにしています。咬合力はパノラマX線写真やカルテを見れば一目瞭然なので、この2項目に関してはほとんど時間がかかっていません。残り5項目ですが、口腔衛生状態不良は患者さんに「べろをべーって出してください」と言えばすぐ終わりますし、そこからの流れで口腔乾燥も検査できます。舌口

唇運動機能の検査に関しても、「パンダのパと言ってください」などと伝えればすぐイメージしてもらえます。また、「/pa//ta//ka/」の発声を恥ずかしがってしまっていて正しい回数が測れない患者さんもいますが、その対策として必ず私が最初に大きい声で「パパパ」と言って見せるようにもしています。そういう恥ずかしさを取ってあげるというのも、スムーズに検査を行ううえで重要なテクニックだと思います。

ある程度時間がかかると考えているのは、グルコセンサーによる咀嚼機能の検査と舌圧の測定です。いずれも患者さんにとってあまり経験のない検査で、途中でグミを飲み込んでしまったり、舌圧計のバルーンをうまく押せなかったりといったことがあるので、この2つには時間を確保して、一連の検査を組み立てています。こちらもジーシーが説明用のツールを提供してくれているので、そのツールを利用すればスムーズに進みます(図7)。

上田 EAT-10の用紙を持って帰ってもらうというアイデア、すごく良いですね。私も真似させていただきます。

久保 後日に検査を行うという心構えもしてもらえますし、患者さんに自分の口腔について振り返ってもらうこともつながると思います。

佐氏 口腔機能検査の流れがしっかりと完成している感じですね。10分でできるなら、取り入れてみようと思う先生方もいると思います。眞田先生はいかがですか。

眞田 当院は口腔機能低下症へのアプローチが歯科衛生士中心なので、検査も歯科衛生士が行っています。検査の時間は15分が目安と伝えていますが、実際はなかなか難しいようです。というのも歯科衛生士が行う場合、どうしても患者さんとの会話が增えるんですよね。例えば咀嚼機能検査のグミを出すと「これ何?」という感じで会話が始まったりするようです。ただ、検査にまつわる話をするのもコミュニケーションとして意義があると思いますので、長くても30分以内ということでやってもらっています。

佐氏 確かに患者さんとのコミュニケーションも大切ですから、検査時間は一概に短ければいいというわけではないかもしれません。

上田 検査が長くなってしまう原因は、検査そのものではなく、説明の時間にあるケースが多いと感じています。ですから、医院で取り組むにあたっては患者さんに何を説明するかという点

検査日の前	⑦嚥下機能低下	後日口腔機能検査を行うことを決定した段階で、EAT-10の質問用紙を患者さんに渡し、検査日に書いて持ってきてもらうよう伝える。
検査当日	③咬合力低下	残存歯数で検査を行う。カルテやX線写真を見て確認する。
	①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度の検査を行う。患者さんに舌を出してもらい、それを見て確認する。
	②口腔乾燥	口腔粘膜潤度の検査を行う。患者さんに舌を出してもらったところから続けて、口腔水分計で確認する。
	④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコネシスの検査を行う。スタッフが患者さんに手本を見せてあげるとうまくいきやすい。
	⑤低舌圧	舌圧検査を行う。説明用リーフレットなども活用し、舌圧測定器を使用して確認する。
	⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査を行う。説明用リーフレットなども活用し、グルコセンサーを使用して確認する。



ジーシーが制作した説明用ツール（製品ご購入キャンペーンで提供）

図7 久保先生の医院で行っている口腔機能検査の概要。10分程度で検査を終えられる。

をスタッフ同士でロールプレイなどで練習しておくことをオススメします。検査の詳細をすべて説明しないと検査が始められないということではありませんし、端的に説明できれば患者さんにもうまく伝わり、結果として時間の短縮になるはずです。

### 機能回復訓練と栄養指導の考え方

佐氏 口腔機能低下症と診断された患者さんに対しては、機能回復の訓練が必要になるかと思いますが、この部分もどのように行うかをイメージしにくく、先生方が難しいと感じられているところではないでしょうか。機能回復にあたるうえでのポイントなどをお教えください。

久保 機能回復では、患者さんのパーソナリティーを見て、勧め方や訓練のやり方を検討することが重要だと思います。例えば、「マッサージなんかやりたくない」と言う患者さんに道具を使うトレーニングを勧めたら、非常に積極的に取り組んでくれたということもありますので。

上田 久保先生のお話のとおりだと思います。患者さんの性格はさまざま

で、褒めることで指示に従ってくれる方もいればそうでない方もいます。訓練方法についても、こちらで道具（ペコぱんだ（舌トレーニング用具）など）や1日の訓練回数などをきっちり定めることでうまくいく場合もあれば、患者さんに訓練の選択権を委ねたほうがうまくいく場合もあります。全部うまくいくとは限らないので、取り組みながら手を変え品を変え、対応していくのが大事ですね。

眞田 機能訓練も歯周病予防のブラッシング指導などと同じように捉えるといいのかもしれません。指導のとおり訓練を行ってくれば数値の維持や改善ができ、訓練をしてくれないなら数値が下がって、次の手段を考える。歯周病の管理と似たような感覚で取り組んでいくのが、患者さんにとっても医院スタッフにとってもわかりやすいのではと思っています。

佐氏 患者さんの個性を把握しつつ、検査結果を踏まえて継続的に対応していくのが成功のカギということですね。

上田 そうですね。ただここで私からひとつお伝えしておきたいのは、機能訓練はマストではなく、マストなのは検査して状況を説明して患者さんに気づ

いてもらうことだということです。

例えばダイエットをしようと思ったとき、体重計に乗って体重を計りますよね。そこで体重が増えたか減ったかわかるわけですが、これと口腔機能検査は似ていて、極論を言えば検査をした時点で指導の半分ぐらいが終わっているようなものです。将来の健康維持という目的に対して、状態を可視化する、患者さんに自身の現状を知ってもらうことが何よりも大切です。

また、口腔機能低下症は障害より手前の段階なので、現状維持で100点満点という場合もあります。もちろん数値の改善につなげられればベターですが、複雑なトレーニングをして、機能向上という結果を出さなければいけないというイメージが先行してしまっている点については皆さんの誤解を解きたいです。ハードルを高く感じすぎず、口腔機能低下症を臨床に取り入れることを前向きに捉えてほしいと思います。

佐氏 口腔機能低下症に対する指導の観点からひとつ質問させていただきたいのですが、栄養指導について気にされている先生方もいると思います。歯科では、どのように扱っていくのがいいのか、上田先生のご意見をお聞



図8 口腔機能低下症の普及促進のためのジーシーの取り組み例。

かせください。

上田 高齢者の場合は体重を減らさないということが大切なので、私の場合はなるべく患者さんに体重計に乗ってもらっています。その程度のことでもいいと思うんですよ。複雑な栄養摂取量の計算などができる先生はもちろん素晴らしいですが、私も含めて一般の歯科医師がやるのは、例えば食べにくい食品を少しでも減らす方法(義歯の調整や歯周治療など)を考えて、「なるべく体重を減らさないように」といったことを伝えていく。こういった、検査で患者さんに「気づき」を与えということと一緒にいいと考えています。普段の補綴治療などでも、食べにくい、食べやすいといった話をしますよね。これをちょっと視点を変えて見れば、栄養指導や食事指導をしていることになると思います。ですから、この点もあまり難しく感じる必要はないかなと思っています。

佐氏 ありがとうございます。私は「栄

養指導しろ」と言われても何をすればよいかわからない状態でしたが、考え方がひとつあらたまった感があります。

### スタッフ全員でモチベーション高く取り組む

佐氏 ここまで口腔機能低下症の導入から訓練や指導の考え方で一連の話がうかがい、だいぶ疑問や不安が払拭できたのではないのでしょうか。さて、実際に医院で取り組みを始めるうえで、医院スタッフ全員の協力が欠かせないと思います。そうなると医院スタッフのモチベーションが重要になってくるわけですが、特に歯科衛生士が主導で行っているという眞田先生の医院では、そのあたりはいかがでしょう。

眞田 当院では歯科衛生士が中心となって高いモチベーションで取り組んでくれています。その要因としては、最初の導入の部分がスムーズだったことが考えられます。きっかけは地元の歯科医師会が開いた口腔機能低下症に

関する講演会でした。上田先生が講師でしたが、当院の歯科衛生士の1人が上田先生のお話を聞き、取り組みの重要性や勘所をしっかりと把握できたのが大きかったです。そこから院内セミナーなどを通じて全員で理解を深めていき、スタッフ同士で練習なども実施して、今では歯科衛生士全員が検査を行えるようになっていました。

口腔機能低下症の取り組みに関して、私が非常に良いと感じたのは、1年目の歯科衛生士でも先輩と同レベルで行えるということです。歯周病の管理などはどうしても技術や経験のあるベテランのほうが上なのですが、口腔機能低下症の検査は誰がやってもほとんど同じ結果が得られ、訓練で患者さんとともに数値の改善を喜んだりできて、それが歯科衛生士としての働きがいにもつながっているようです。

佐氏 歯科衛生士にとっては、できる仕事が増えるという点から高いモチベーションが得られるわけですね。大学



病院でも、口腔機能低下症の検査などは主に歯科衛生士が行っているのでしょうか。

上田 歯科衛生士がやることが多いです。その後の継続的な口腔の管理にもつながるので、歯科衛生士が主体として行うメリットは大きいと思っています。また、眞田先生もおっしゃいましたが歯科衛生士が大いに活躍できる分野であり、実際とても楽しそうに取り組んでいるんですよ。そういう意味では、逆に歯科医師はあまり口出しせず遠目から見守り、歯科衛生士にやってもらうというような感じがいいかもしれませんね。

北野 私どもも、口腔機能低下症に対するスタッフのモチベーションアップやスタッフ教育に関する要望をうかがうことがありまして、さまざまなものをご提供させていただいています。先ほど久保先生からもご紹介いただいた患者さんにチェアサイドで口腔機能低下症を説明するためのツールや、機器の使い方をまとめた動画などもございます。また、上田先生にもご協力をいただきセミナー形式での情報提供も随時進めております。今はコロナ禍のため実習形式は取れませんが、オンラインで医院の皆さまにご参加いただける各種セミナーをご準備しておりますの

で、ぜひご利用いただければと思います(図8)。

### 見えない機能を 可視化するのが第一歩

佐氏 それでは結びとなります。読者の先生方に向けてメッセージをお願いします。

久保 現在はう蝕予防や歯周病の管理を医院の中心に行っていますが、口腔機能低下症を取り入れてみて、近い将来には口腔機能の面も含めた口腔の管理が当たり前となると感じています。また眞田先生の医院の話がうかがい、今後は歯科衛生士が口腔機能にもっと積極的に取り組んでいこうになると思いました。それが歯科衛生士全体のモチベーションの向上につながってくればいいのかなと思っています。

眞田 医院を経営されている先生方にしてみれば、現実的には経済的な視点も無視はできないと思います。保険点数や手間などを考えて、割に合わないと感じる先生もいらっしゃるかもしれません。ただ、やはり患者さんの健康のことを考えたらぜひとも取り組んでいただきたいです。私も、10年後ぐらいには口腔機能低下症の検査が歯周組織検査と同じように一般的なものになっていると思うので、ここが踏ん張り

どころなのではないでしょうか。

佐氏 最後に上田先生お願いします。

上田 “機能は見えない”ということ、私たち歯科医師、歯科衛生士はあらためて考えなければならないと思うんですね。歯科では目に見えるものを扱うことが多いため、見ればわかるという感覚が先行しがちですが、機能は見えません。だから検査が必要です。見える化して、それが低下していれば改善を目標に、低下していなければ維持するといったことを患者さんにお伝えすることが第一歩だと思います。

眞田先生がご指摘したとおり、点数的に難しいというイメージもあるかもしれませんが、ただ、マイナスになるようなことはないと考えています。口腔機能低下症への取り組みにより患者さんとの信頼関係は深まりますし、リコール率の向上にもつながるでしょう。口腔機能低下症はこの先、患者さんにかかりつけ医として選ばれるためのキーにもなるはずです。地域の患者さんの健康にさらに貢献するため、臨床に取り入れていただければと思います。

佐氏 私自身もこの座談をきっかけに、口腔機能低下症の考え方をアップデートできました。今後は、新たな視点で取り組んでいけるとしています。本日はありがとうございました。