一般社団法人日本老年歯科医学会

平成 25 年度　ワークショップ報告書

テーマ
高齢者の口腔機能低下を病名にできるか

平成 25 年 10 月 26・27 日（土・日）

東京セミナー学院

大きな声など
ご遠慮下さい

目　　次

ＧＩＯ ---------- 1
スタッフ名簿 ---------- 2
参加者名簿 ---------- 2
オブザーバー名簿 ---------- 2
ワークショップ日程 ---------- 3
理事長挨拶 ---------- 4
基調講演 ---------- 5

セッション①　記録 ---------- 7
　Ａグループ ---------- 8
　Ｂグループ ---------- 10
　Ｃグループ ---------- 12

セッション②　記録 ---------- 14
　Ａグループ ---------- 15
　Ｂグループ ---------- 20
　Ｃグループ ---------- 26

セッション③　記録 ---------- 29
　Ａグループ ---------- 30
　Ｂグループ ---------- 33
　Ｃグループ ---------- 36

総評 ---------- 39

直前アンケート ---------- 40

終了時アンケート ---------- 44

一般社団法人日本老年歯科医学会

平成 25 年度　ワークショップ

テーマ　：　高齢者の口腔機能低下を病名にできるか

ＧＩＯ：要介護高齢者に高頻度に出現する口腔機能低下に対する的確な歯科医療の介入を行うために、医療・介護・福祉を担う人材が共通して理解できる病名を提案する。

スタッフ

ディレクター　　森戸光彦
コ・ディレクター　山根源之
タスクフォース　　櫻井　薫、羽村　章、下山和弘

参加者

班	氏名	所属
A	池邉一典	大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能再建学講座
	柿木保明	九州歯科大学生体機能制御学講座老年障害者歯科学分野
	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
	津賀一弘	広島大学大学院医歯薬保健学研究院応用生命科学部門先端歯科補綴学研究室
	平野浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所
	山本　健	鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座
B	岩佐康行	原土井病院歯科
	上田貴之	東京歯科大学有床義歯補綴学講座
	川良美佐雄	日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学講座
	佐藤裕二	昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
	松尾浩一郎	藤田保健衛生大学医学部歯科
	吉田光由	広島市総合リハビリテーションセンター
C	小野高裕	大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能再建学講座
	菅　武雄	鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座
	高橋一也	大阪歯科大学高齢者歯科学講座
	竹内一夫	愛知学院大学歯学部高齢者歯科学講座
	戸原　玄	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
	渡邊　裕	国立長寿医療研究センター

（五十音順、敬称略）

オブザーバー

石井拓男　日本歯科総合研究機構（会員）
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（会員）
住友雅人　日本歯科医学会会長
高田淳子　厚生労働省医政局歯科保健課
武井典子　日本歯科衛生士会副会長（会員）
水口俊介　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（会員）

（五十音順、敬称略）

ワークショップ日程

平成 25 年 10 月 26 日（土）

13:00	集合	【東京セミナー学院】
13 : 15～13 : 20	開会式	401 室
13 : 20～13 : 40	参加者紹介（自己紹介、スタッフ紹介）	401 室
13 : 40～13 : 45	スケジュール説明	401 室
13 : 45～14 : 00	基調講演　「機能低下」に関する情報	401 室
14 : 00～14 : 15	セッション①　説明	401 室
14 : 15～15 : 15	セッション①　ＳＧＤ	402 室、403 室、406 室
15 : 15～16 : 00	セッション①　ＰＬＳ（発表 9 分、討論 4 分）	401 室
16 : 00～16 : 10	セッション②　説明	401 室
16 : 10～18 : 10	セッション②　ＳＧＤ	402 室、403 室、406 室
18 : 10～18 : 20	移動	
18 : 20～18 : 50	ホテルチェックイン	【ホテルストリックス東京】
18 : 50～19 : 00	移動	
19 : 00～20 : 50	食事・総合討論	【リビエラ東京】
20 : 50～21 : 00	移動	
21 : 00～23 : 00	総合討論	【ホテルストリックス東京】

平成 25 年 10 月 27 日（日）

8:50	集合	【東京セミナー学院】
9 : 00～9 : 45	セッション②　ＰＬＳ（発表 9 分、討論 4 分）	401 室
9 : 45～9 : 55	セッション③　説明	401 室
9 : 55～10 : 45	セッション③　ＳＧＤ	402 室、403 室、406 室
10 : 45～11 : 15	セッション③　ＰＬＳ（発表 9 分、討論 4 分）	401 室
11 : 15～11 : 25	総評	401 室
11 : 25～11 : 30	閉会式（修了証授与）	401 室

理事長挨拶

まずは、悪天候の中、ご参加頂いた先生方に感謝申し上げます。

医療は、病気を治すことを目的に行われます。しかし中には、元通りに治らない病気が沢山存在します。その一部を後遺症とか障害と呼んでリハビリテーションの対象として来ました。一方で、病気だけではなく加齢などによる体力の衰退に伴ったさまざまな障害を抱えている高齢者が多く存在します。そこには、医療が介入することにより改善できることは、日本老年歯科医学会の会員は経験してきたところです。ところが、適切な病名がないため、医療行為を行っても報酬を受け取れない実態が現場にあります。臨床医の一部には、報酬がない行為を避ける傾向にあり、結果的に救うことが出来るかもしれない患者が放置されるという現実が存在します。それらを解消するために今回のワークショップを開催することになったわけです。

最近、医療の世界において歴史的変わり目を感じています。高齢者人口の増加が大きな要因であることは間違いありません。内科系はもちろん、ほとんどすべての科で医療現場での対応が変化しています。感染症や免疫疾患、癌、変性症などを治すことを対象としてきた生命医療の一部が、生活を支えるための医療へと変化しつつあるように感じます。私たちが取り上げた「機能」は生活の根幹をなすものばかりです。機能の低下、障害、不全と段階に違いはありますが、機能を改善することは、QOL を高めるのにとても有用であることは間違いありません。歯科においては、外来から在宅（訪問）という形態変化で対応しています。また、リハビリテーションの概念を取り入れなければならない場面も多く存在します。治療以前の問題ともいうべきでしょうか。口が口としてのあるべき姿に戻すところから始める医療、忘れてしまった機能を思い出させる医療、この観点からの医療行為を認知してもらわなくてはなりません。そこに欠けているのが「病名」ではないでしょうか。

今回のＷＳでは、集まって頂いたメンバーから素晴らしい提案がたくさん寄せられました。これからは、学会挙げてのテーマとして厚生労働省、日本歯科医学会、日本歯科医師会、日本学術会議などとも協調を図りながら進めて参ります。おそらく多くの先生方に研究協力をお願いすることになると思いますが、よろしくお願い申し上げます。

森戸 光彦

基調講演

このテーマに至った経緯

約5年前、厚労省・老健局の先生から
「高齢者を対象とした歯科病名がない。
何とか作れないものだろうか？」

「病名って、作るものなのだろうか？」
という疑問を持ちながら、・・・

「あるとすれば、口腔機能の低下」ではないだろうか。

「医療的な介入が必要な状態」

「それをどうやって評価する？」

「医療の介入で改善できるか？」

多くの先生方に話を持ちかけました。

ほんの一部の人を除いて、今日集まって頂けました。

それぞれの先生が、それぞれの考えで、
多くの論文を出して頂きました。

しかし、各々の研究は、結論は同様なものであっても、
手法がそれぞれ違います。

これでは、総説的にまとめたとしても、
病名までは無理です。

「同一の手法で、４桁のN数を揃えなければ」

学会を挙げての大仕事

やっと、ここまで来たのです。

今回のWSでは、プロダクトとして、具体的な研究システム、研究方法、集約方法、などを具体的に示して頂きたい。

GIO：
要介護高齢者に高頻度に出現する口腔機能低下に対する的確な歯科医療の介入を行うために、医療・介護・福祉を担う人材が共通して理解できる病名を提案する。

口腔機能が低下することは、明らかなのだが、
どのように表現するか？

どの機能、あるいはどれとどれを取り上げるのか？

科学的根拠としての検査を特定できるか？

検査値の Cutoff point を設定できるか？

研究メンバー、時間（期間）、研究費？

治療的介入（リハを含む）でどの程度改善されるか？

介入方法まで、特定できるか？

ガイドラインの作成見込みは？

加齢によって起こる歯科疾患の導入
（新しい病名と治療法）

6大臨床への歯科医療の関わり

「成人の半数が高齢者の時代」が、目の前に迫っています。

歯科医師ならばカリエス・ペリオ・義歯・抜歯・小児歯科
が常識だったように

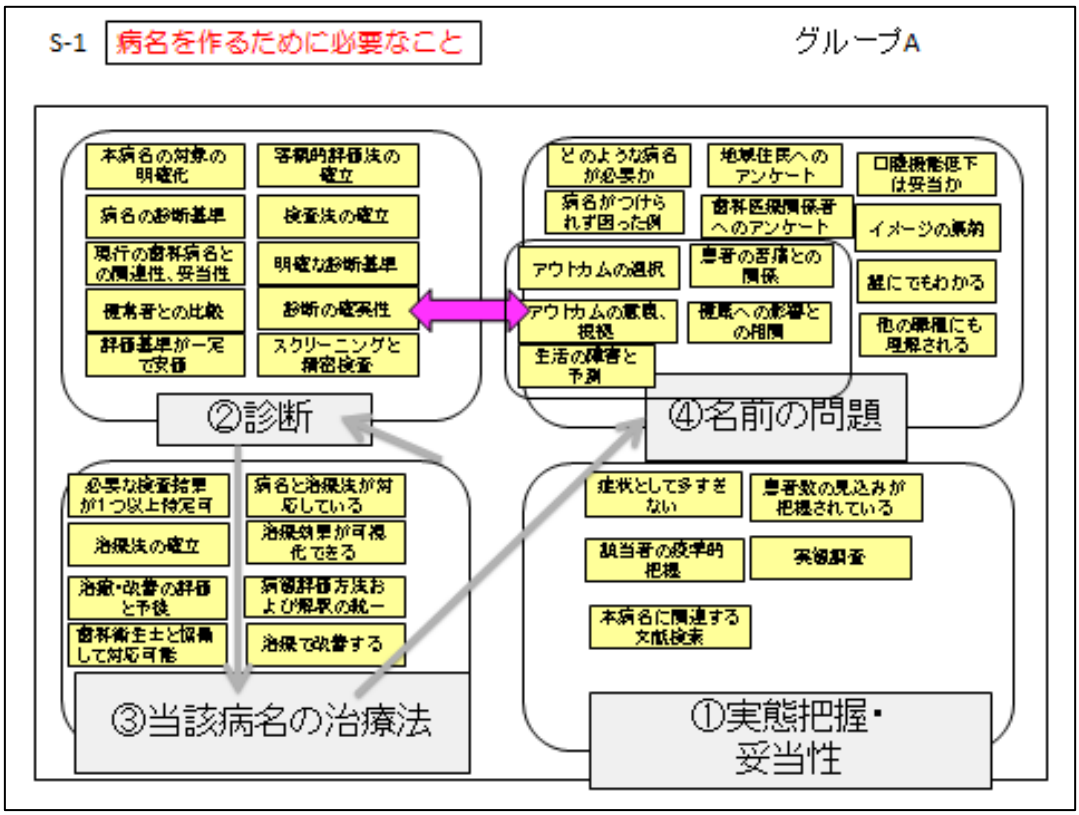
高齢者を対象とした歯科医療が、常識でなくては社会的
ニーズに応えられません。

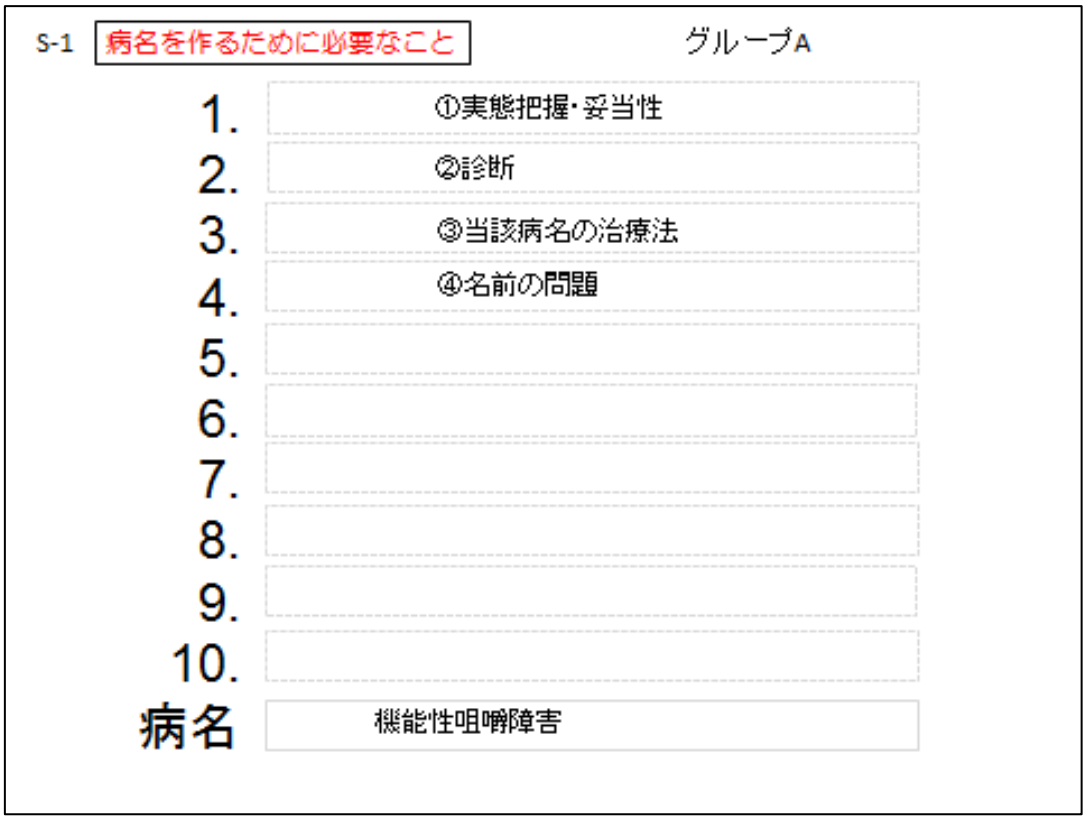
セッション①　記録

「病名を作るために必要なこと」

高齢者の口腔機能低下に病名を付与するために、必要な事項や解決しなければいけない問題点を列記する。

○グループA


S-1
病名を作るために必要なこと
グループA
本病名の対象の明確化
客観的評価法の確立
病名の診断基準
検査法の確立
現行の歯科病名との関連性、妥当性
明確な診断基準
健常者との比較
診断の確実性
評価基準が一定で安価
スクリーニングと精密検査
②診断
どのような病名が必要か
地域住民へのアンケート
口腔機能低下は妥当か
病名がつけられず困った例
歯科医療関係者へのアンケート
イメージの集約
アウトカムの選択
患者の苦痛との関係
誰にでもわかる
アウトカムの観察、規模
健康への影響との相関
他の職種にも理解される
生活の障害と予測
④名前の問題
必要な検査指標が1つ以上特定可
病名と治療法が対応している
治療法の確立
治療効果が可視化できる
治療・改善の評価と予後
病態評価方法および解釈の統一
歯科衛生士と協働して対応可能
治療で改善する
③当該病名の治療法
症状として多すぎない
患者数の見込みが把握されている
該当者の疫学的把握
実態調査
本病名に関連する文献検索
①実態把握・妥当性


S-1
病名を作るために必要なこと
グループA
1. ①実態把握・妥当性
2. ②診断
3. ③当該病名の治療法
4. ④名前の問題
5.
6.
7.
8.
9.
10.
病名 機能性咀嚼障害

・　運動障害性咀嚼障害
・　機能性咀嚼障害の区別
・　廃用性咀嚼障害
・　麻痺性
　・　咀嚼障害
　　・　サブグループを考慮

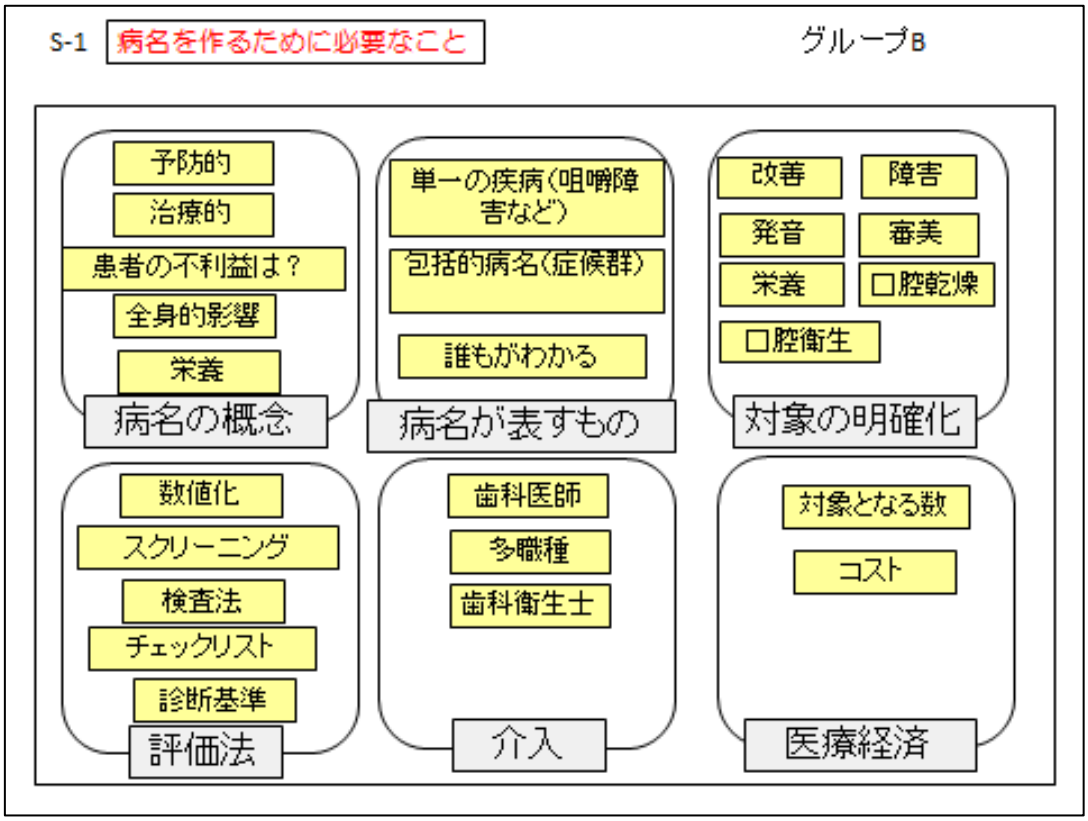
①当該病名の実態把握と妥当性検証
⇒明確な概念図が書けるか
咀嚼障害⇒下位概念として
　　咬合力低下症
　　舌運動機能低下症
　　唾液分泌低下症

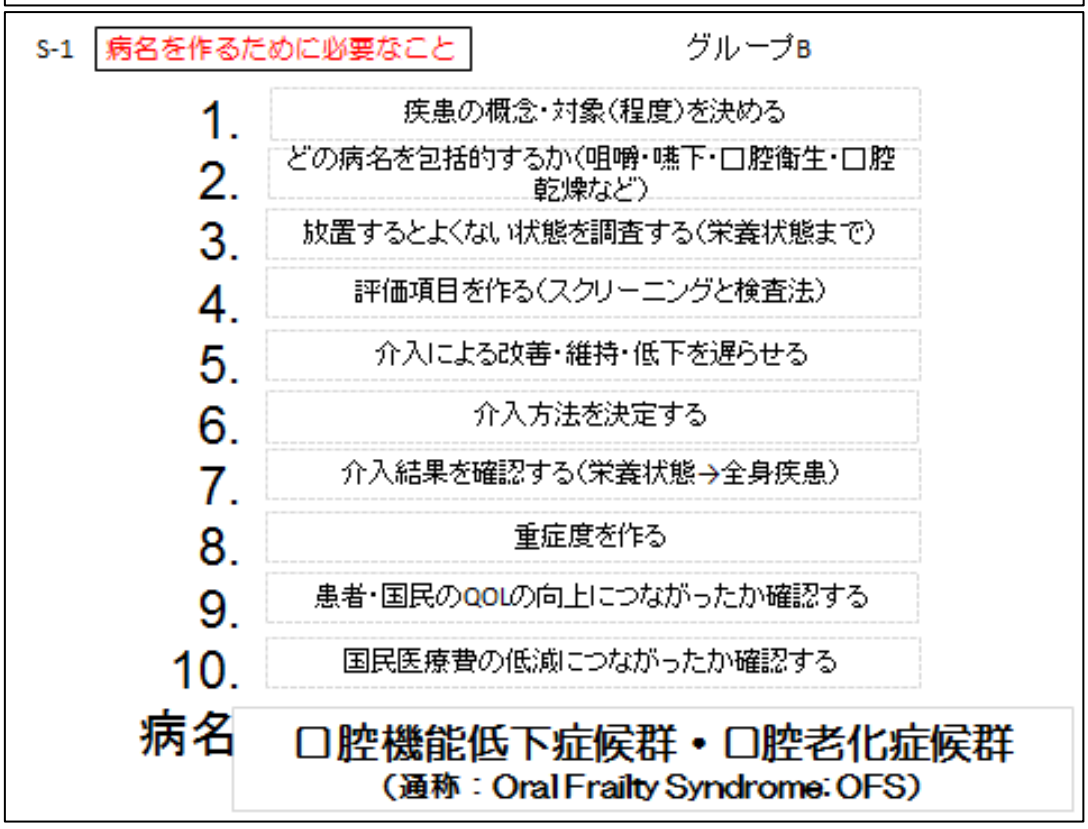
他の例として　機能性構音障害
運動障害性構音障害もあるのでいいのでは

今までは器質的なものがメイン
高齢者では義歯を入れても咀嚼できない人が増加

これらの経緯により
機能性咀嚼障害を病名として検討する。

○グループB

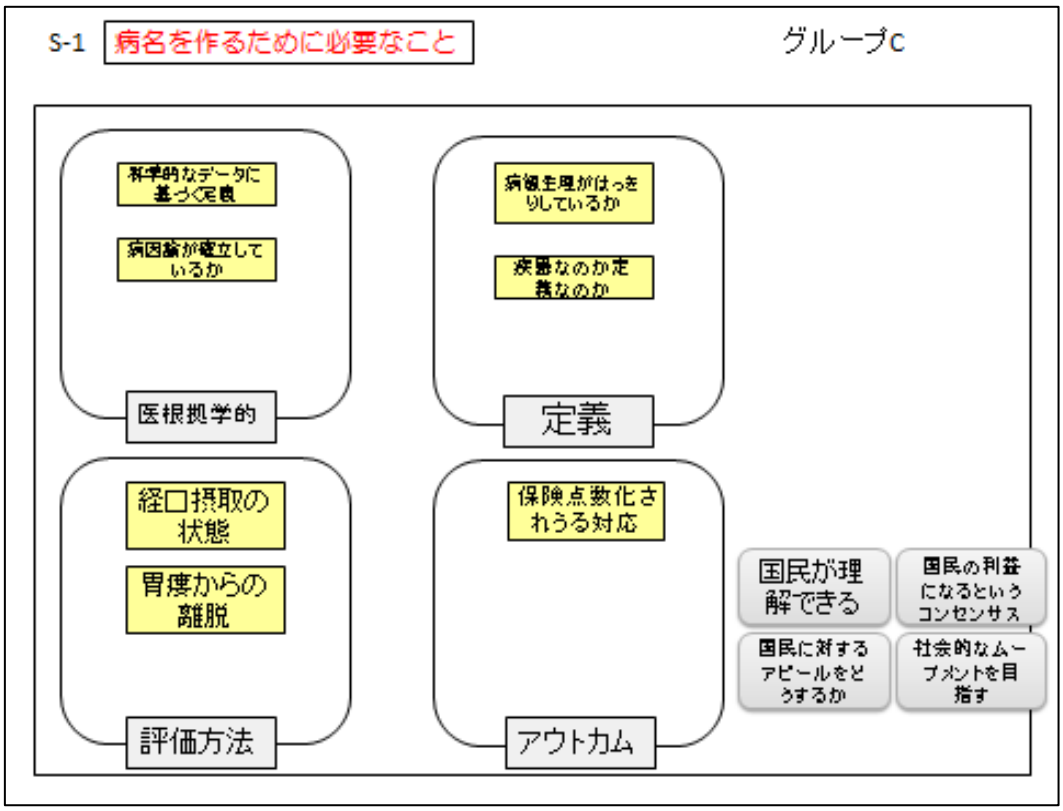

S-1
病名を作るために必要なこと
グループB
予防的
治療的
患者の不利益は？
全身的影響
栄養
病名の概念
単一の疾病（咀嚼障害など）
包括的病名（症候群）
誰もがわかる
病名が表すもの
改善
障害
発音
審美
栄養
口腔乾燥
口腔衛生
対象の明確化
数値化
スクリーニング
検査法
チェックリスト
診断基準
評価法
歯科医師
多職種
歯科衛生士
介入
対象となる数
コスト
医療経済

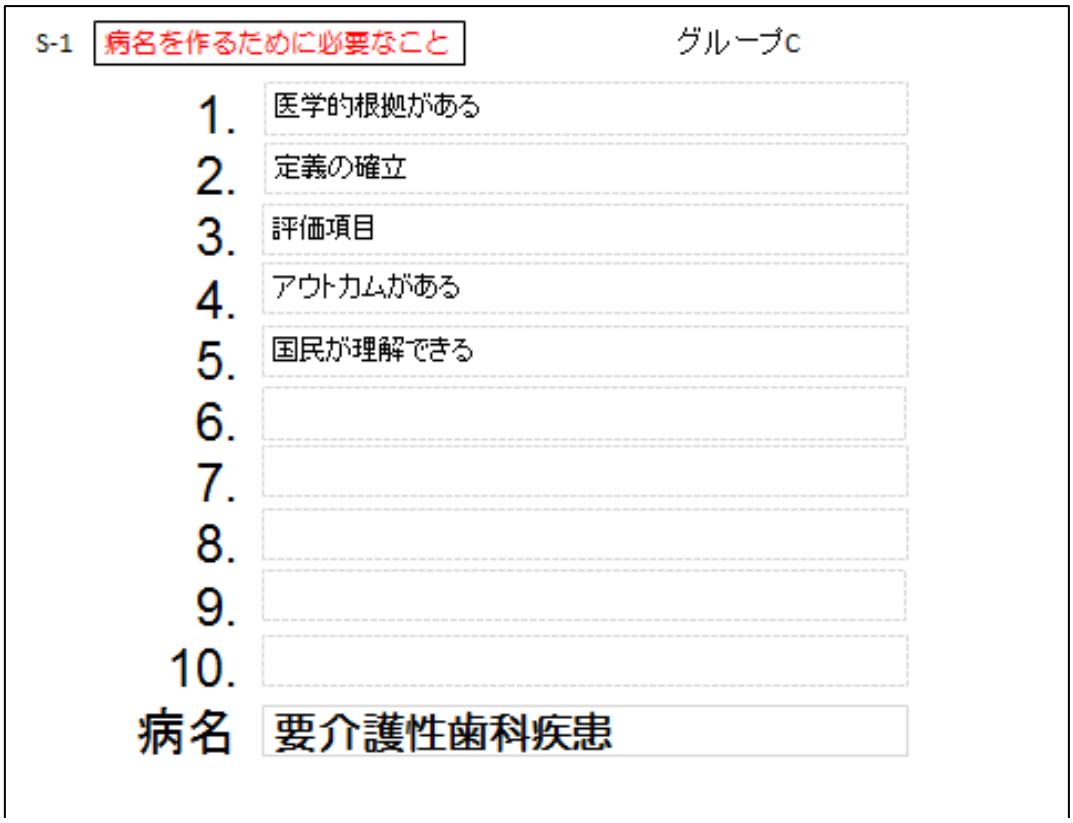

S-1
病名を作るために必要なこと
グループB
1. 疾患の概念・対象（程度）を決める
2. どの病名を包括的するか（咀嚼・嚥下・口腔衛生・口腔乾燥など）
3. 放置するとよくない状態を調査する（栄養状態まで）
4. 評価項目を作る（スクリーニングと検査法）
5. 介入による改善・維持・低下を遅らせる
6. 介入方法を決定する
7. 介入結果を確認する（栄養状態→全身疾患）
8. 重症度を作る
9. 患者・国民のQOLの向上につながったか確認する
10. 国民医療費の低減につながったか確認する
病名
口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

病名を作るにあたって、まず各人がそれぞれ意見を出し合い、それらを病名の概念、病名が表わすもの、対象の明確化、評価法、介入、医療経済に分けて整理し、検討を行った。

その結果、「メタボリックシンドローム」などのように、明らかな疾患とまではいかなくても、放置しておくと問題となるために対応が必要なものとして「口腔機能低下症候群・口腔老化症候群（通称：Oral Frailty Syndrome; OFS）」という病名を提案した。

○グループC


S-1
病名を作るために必要なこと
グループC
科学的なデータに基づく定義
病因論が確立しているか
医根拠学的
病態生理がはっきりしているか
疾患なのか定義なのか
定義
経口摂取の状態
胃瘻からの離脱
評価方法
保険点数化されうる対応
アウトカム
国民が理解できる
国民の利益になるというコンセンサス
国民に対するアピールをどうするか
社会的なムーブメントを目指す


S-1
病名を作るために必要なこと
グループC
1. 医学的根拠がある
2. 定義の確立
3. 評価項目
4. アウトカムがある
5. 国民が理解できる
6.
7.
8.
9.
10.
病名 要介護性歯科疾患

口腔機能低下に関する病名をつくるために必要なこと
ＫＪ意見出し

病名：要介護口腔症候群

定義：日常生活を送る上で、口腔機能低下、口腔衛生に介入が必要な病態

島：医学的根拠がある
　定義の確立
　評価項目
　アウトカムがある
　国民が理解できる
　　国民の利益になるというコンセンサス
　　国民に対するアピールをどうするか
　　社会的なムーブメントを目指す

病名を作るために必要なこと：
　医学的根拠がある
　定義の確立
　評価項目
　アウトカムがある

その他議論

- 明らかに医療的介入が必要なのに、病名がないため、十分な対応が出来なかった患者を想定した病名を想定している（森戸理事長）。
- 加算（周術期口腔管理、障害者加算など）については、明らかな歯科的病名がなくても算定できるが、今回の WS は加算ではなく、病名（症候群を含む）に対する歯科的対応に対する、診療報酬の算定を目指す。
- 単独の病態ではなく、複数の病態、機能低下を組み合わせた病態像を確立する。
- サルコペニア（筋肉量、握力、歩行速度など）モデルのような疾患モデルを想定する。
- また、メタボリック症候群やロコモティブシンドロームのような、国民に分かりやすく、国民運動的な流れを作りだせるようなことも検討する。

セッション②　記録

「研究計画の策定」

セッション①で明らかになった、病名策定のために必要な事項を実行するために、その方略を考える。

○グループA

S-2 研究計画の策定　　グループA　病名:機能性咀嚼障害

マンダラチャート（1）

疫学的把握 病名の該当者が把握できていること 症状として多すぎない	文献検索 その病名、病状に関するエビデンスがあるかの調査	他の病名と明確に区別できること
他の職種にもわかること、病名から受けるイメージが集約されている	①当該病名の明確な概念図の作成	生活に障害を来していること。 患者の身体的精神的苦痛との関係が明らかであること
交絡性関連性の明確化	概念図の妥当性の検証	アウトカムを決める

S-2 研究計画の策定　　グループA　病名:機能性咀嚼障害

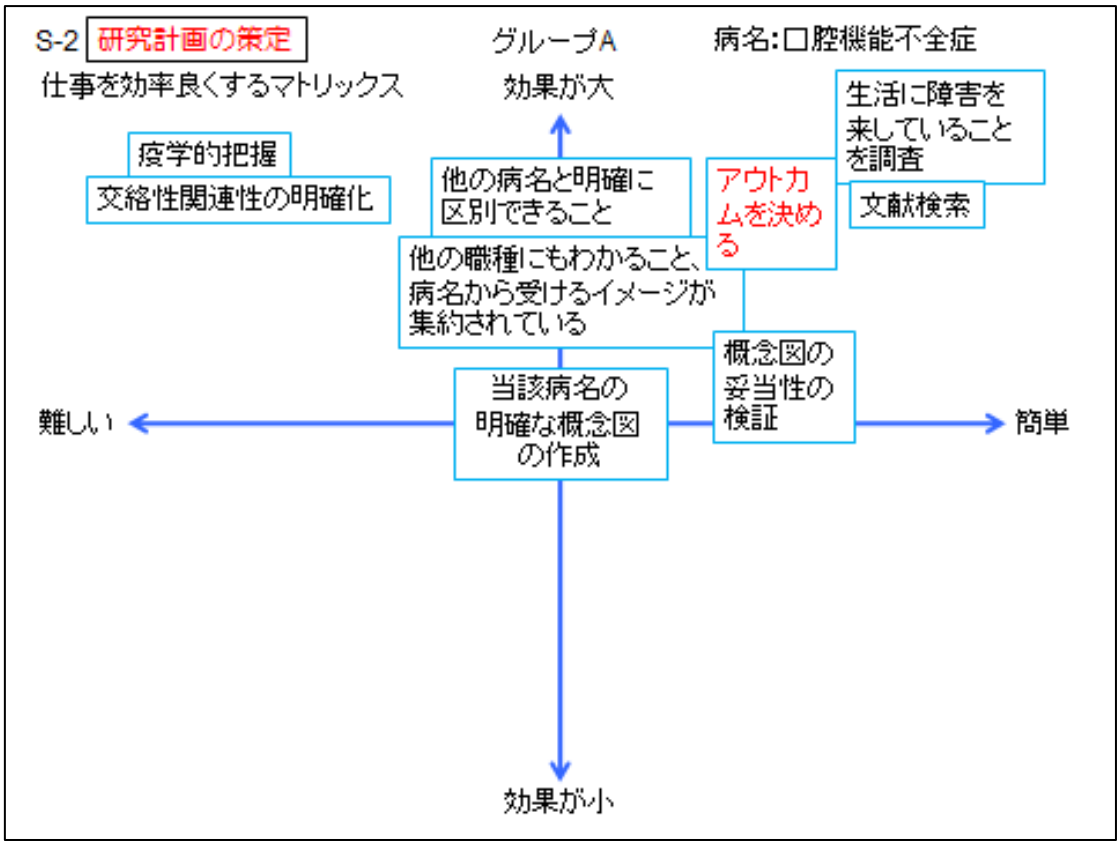
マンダラチャート（2）

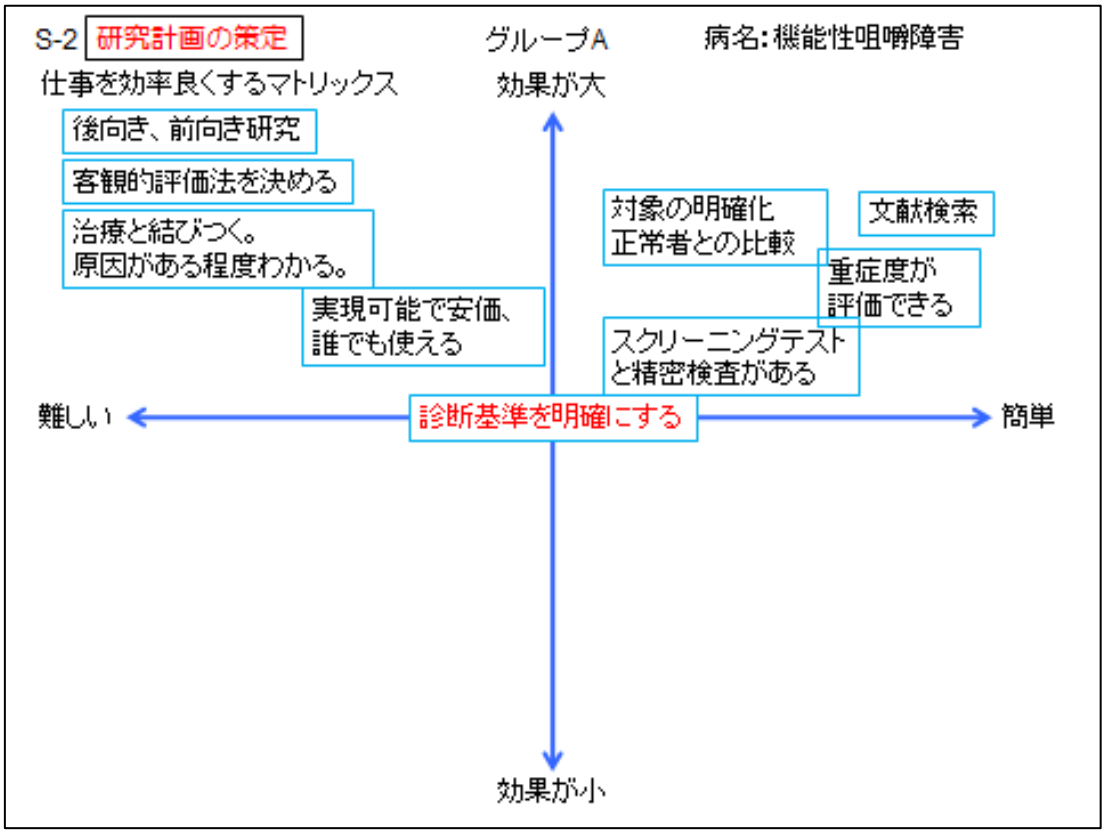
高齢者歯科領域における課題の明確化 後向き、前向き研究	高齢者歯科領域における課題の明確化 文献検索	客観的評価、数値で表す方法を決定する。
実現可能で安価、誰でも使える	②診断基準を明確にする	スクリーニングテストと精密検査がある
対象の明確化 正常者との比較 表現しようとする病態のもつ問題点の統一した見解と定義	治療と結びつく。 原因がある程度わかる。	重症度が評価できる

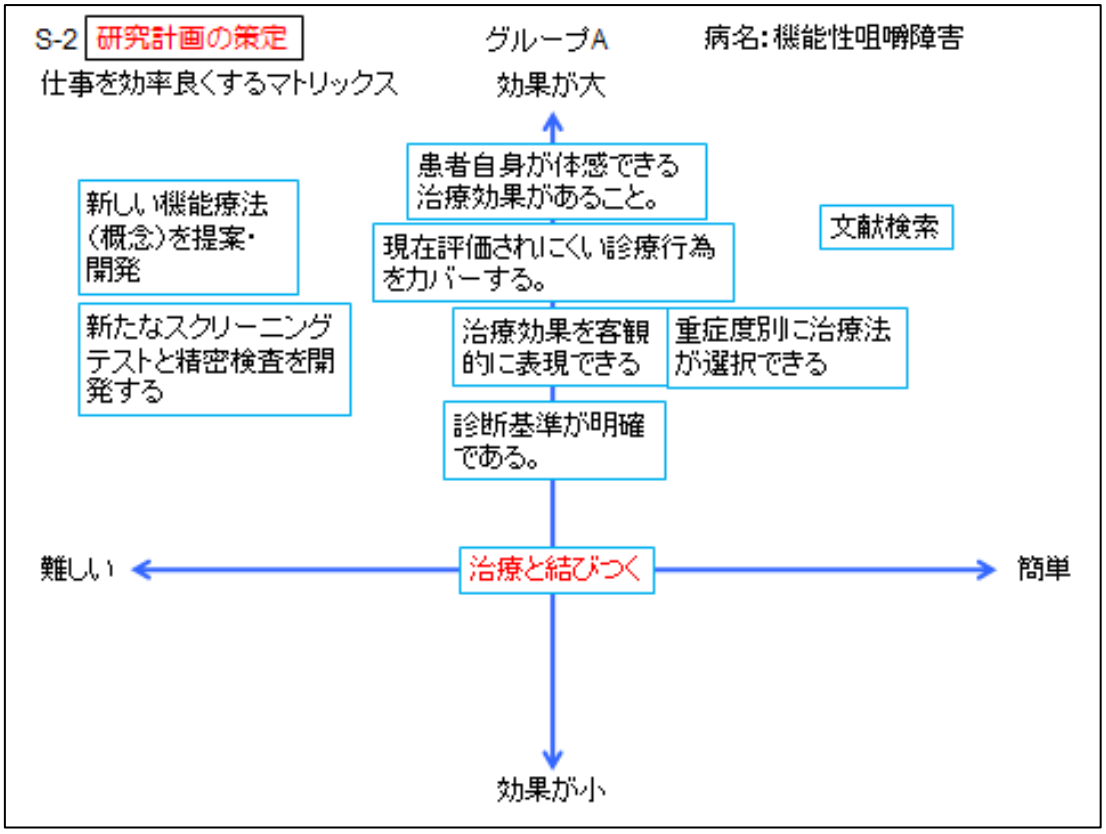
S-2 研究計画の策定　　グループA　病名:機能性咀嚼障害

マンダラチャート（2）

診断基準が明確である。	治療効果を客観的に表現できること。	重症度別に治療法が選択できる
現在評価されにくい診療行為をカバーする。(正しい評価をしてほしい)	治療と結びつく	患者自身が体感できる治療効果があること。
新しい機能療法(概念)を提案・開発し、妥当性の検証を行う。。	文献検索で各種治療の効果を明らかにする。	新たなスクリーニングテストと精密検査を開発する




S-2 研究計画の策定
グループA
病名:機能性咀嚼障害
仕事を効率良くするマトリックス
効果が大
後向き、前向き研究
客観的評価法を決める
治療と結びつく。
原因がある程度わかる。
実現可能で安価、
誰でも使える
対象の明確化
正常者との比較
文献検索
重症度が
評価できる
スクリーニングテスト
と精密検査がある
難しい
診断基準を明確にする
簡単
効果が小


S-2 研究計画の策定
グループA
病名:機能性咀嚼障害
仕事を効率良くするマトリックス
効果が大
患者自身が体感できる
治療効果があること。
新しい機能療法
(概念)を提案・
開発
現在評価されにくい診療行為
を力バーする。
文献検索
新たなスクリーニング
テストと精密検査を開
発する
治療効果を客観
的に表現できる
重症度別に治療法
が選択できる
診断基準が明確
である。
難しい
治療と結びつく
簡単
効果が小

まず、セッション①で実行順位１として起案した「当該病名の明確な概念図の作成」を目的としてマンダラート分析を行った。

挙がった項目は、

・疫学的把握　病名の該当者が把握できていること、症状として多すぎない
・文献検索　その病名、病状に関するエビデンスがあるかの調査
・他の病名と明確に区別できること
・他の職種にもわかること、病名から受けるイメージが集約されている
・生活に障害を来していること。患者の身体的精神的苦痛との関係が明らかであること
・交絡性関連性の明確化
・概念図の妥当性の検証
・アウトカムを決める

であった。

この中で、アウトカムを決めることが重要であると決したが、これを中心としたマンダラートは困難と予想されたので、さらに実行順位２として起案した「診断基準を明確にする」を中心として再度、マンダラート分析を行った。その結果、

・後向き、前向き研究
・文献検索
・客観的評価、数値で表す方法を決定する。
・実現可能で安価、誰でも使える
・スクリーニングテストと精密検査がある
・対象の明確化、正常者との比較　表現しようとする病態のもつ問題点の統一した見解と定義
・治療と結びつく。原因がある程度わかる。
・重症度が評価できる

が上がり、この中から、「治療と結びつく」を中心にマンダラート分析を深めた。その結果、

・診断基準が明確である。
・治療効果を客観的に表現できること。
・重症度別に治療法が選択できる。
・現在評価されにくい診療行為をカバーする。（正しい評価をしてほしい）
・患者自身が体感できる治療効果があること。
・新しい機能療法（概念）を提案・開発し、妥当性の検証を行う。
・文献検索で各種治療の効果を明らかにする。

・新たなスクリーニングテストと精密検査を開発する。
以上のようにマンダラート分析をまとめ、プロダクトのような 2 次元展開を行った。

○グループB

S-2 研究計画の策定　グループB　病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（1）

包括される疾患の適切な重み付けがされている。	放置した場合の予後に対応する	対象者が明確である
結果指標がある	OFSを病名にするには	介入方法がある
費用対効果がよい	国民の理解を得られる	複数の病名を包括する

S-2 研究計画の策定　グループB　病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（1）

包括される疾患の適切な重み付けがされている。	放置した場合の予後に対応する	対象者が明確である
結果指標がある	OFSを病名にするには	介入方法がある
費用対効果がよい	国民の理解を得られる	複数の病名を包括する

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（2）

審美障害は含まない	構音障害は含まない	嚥下障害を包括する
栄養障害を引き起こす	複数の病名を包括する	咀嚼障害を包括する
歯周病を包括する	口腔乾燥症を包括する	口腔不潔症

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（2）

審美障害は含まない	構音障害は含まない	嚥下障害を包括する
栄養障害を引き起こす	複数の病名を包括する	咀嚼障害を包括する
歯周病を包括する	口腔乾燥症を包括する	口腔不潔症

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（3）

中枢機能の問題 （Ev:弱い）	歯・硬組織の問題 （Ev:あり）	補綴装置の問題 （Ev:あり）
認知機能の問題 （Ev:なし）	咀嚼障害を包括する	舌・頬・口唇の問題 （Ev:弱い）
唾液分泌の問題 （Ev:弱い）	顎関節の問題 （Ev:なし）	咀嚼筋の問題 （Ev:弱い）

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（1）

包括される疾患の適切な重み付けがされている。	放置した場合の予後に対応する	対象者が明確である
結果指標がある	OFSを病名にするには	介入方法がある
費用対効果がよい	国民の理解を得られる	複数の病名を包括する

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（4）

QOL	口腔関連QOL	肺炎
医療費	結果指標がある	栄養状態
ADL	要介護度	健康寿命

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（1）

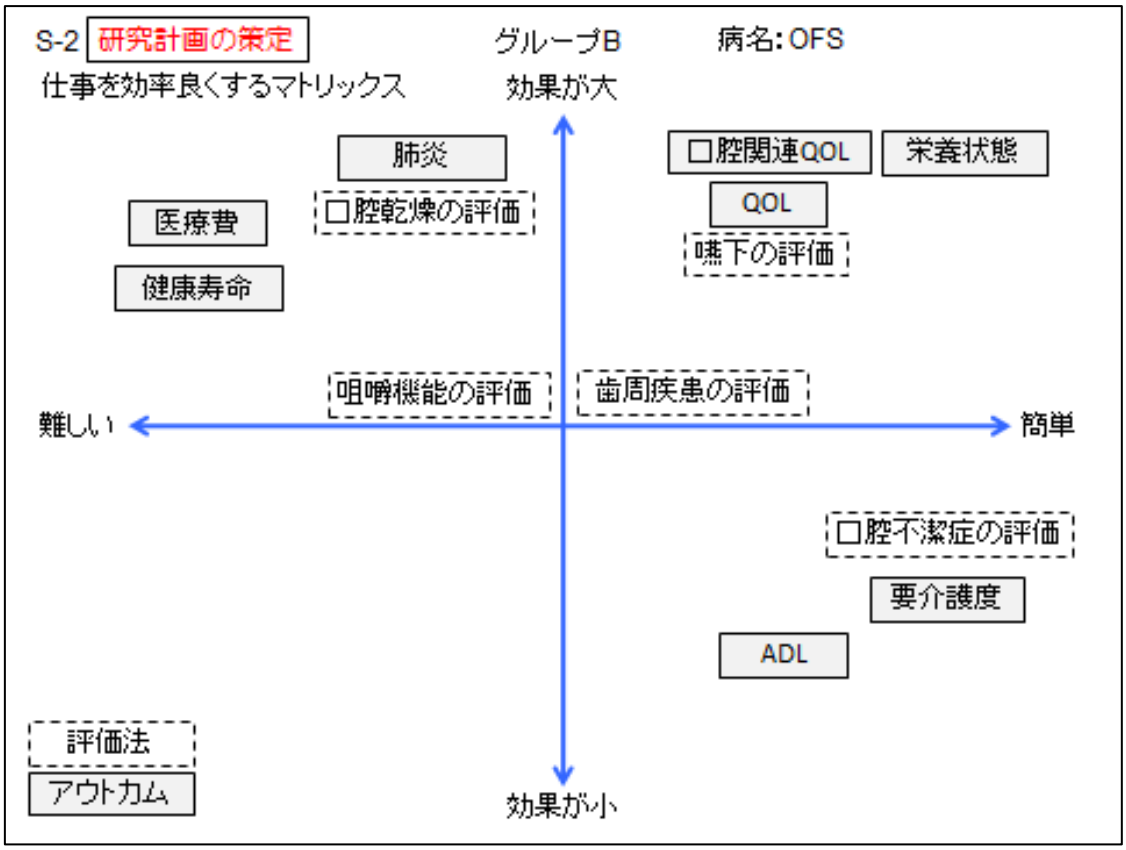
包括される疾患の適切な重み付けがされている。	放置した場合の予後に対応する	対象者が明確である
結果指標がある	OFSを病名にするには	介入方法がある
費用対効果がよい	国民の理解を得られる	複数の病名を包括する

S-2 研究計画の策定　グループB

病名：口腔機能低下症候群・口腔老化症候群
（通称：Oral Frailty Syndrome: OFS）

マンダラチャート（5）

歯周疾患の対応 （Ev:あり）	嚥下障害の対応 （Ev:あり）	口腔乾燥の対応 （Ev:弱い）
多職種との連携 （Ev:ない）	介入方法がある	口腔不潔症の対応 （Ev:ない）
重症度別の介入方法がある （Ev:ない）	栄養障害の対応 （Ev:あり）	咀嚼障害の対応 （Ev:弱い）



病名について、Oral Frailty Syndrome が最もイメージと合致するが、適切な日本語訳がない。口腔機能低下症・口腔機能低下症候群・口腔廃用症候群などが候補である。普及のためには、略称が必要。OFS（オーフス、オラフス）を提案。

構音障害、審美障害は、OFS の概念には合致しないため含めない。しかし、病名に「口腔機能」を含むと、構音、審美が口腔機能に含まれないとの誤解を招く危険がある。

「複数の病名を包括する」で挙げられたすべての項目で更なる展開が必要であったが、時間の関係で咀嚼のみを展開した。他項目も同様に展開が必要である。

「口腔不潔症」という新たな概念が提案された。

記載のエビデンス（Ev）は、中央の項目との関連性に対しての判定だが、深い論議までにはいたらなかった。

評価法とアウトカムの２項目について、２次元展開を行った。

○グループC

S-2 研究計画の策定　　グループC　　病名:要介護性口腔症候群

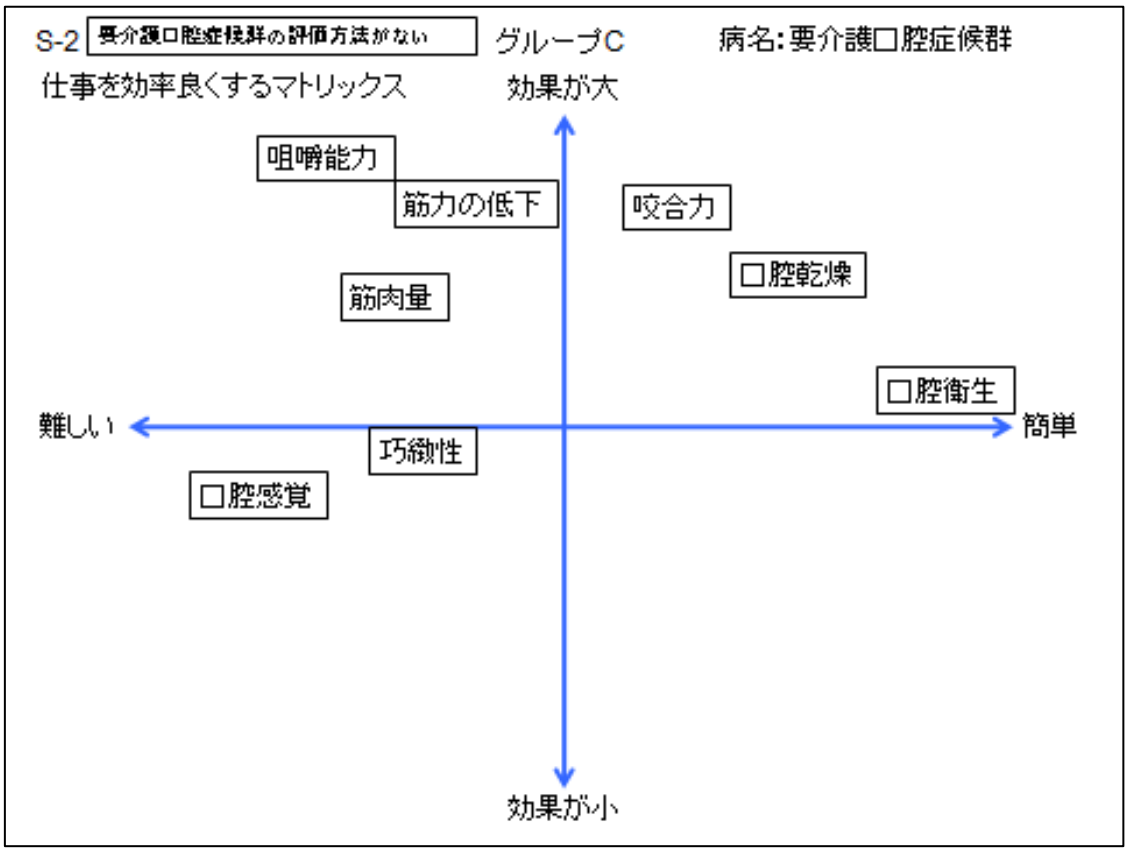
マンダラチャート（1）

病態の定義	原因	要介護レベル
口腔環境の影響	要介護口腔症候群の根拠	バイタルへの影響
口腔衛生状態の影響	口腔機能の影響	免疫の影響

S-2 要介護口腔症候群の評価方法がない　　グループC　　病名:要介護口腔症候群

マンダラチャート（2）

舌筋力の評価 Ev.あり	咬合力の評価 Ev.あり	口唇力の評価 Ev.あり
咬合支持の状態の評価 Ev.あり	要介護口腔症候群の評価方法がない	歯数、歯周組織の状態の評価 Ev.あり
開口筋力の評価 Ev.あり	唾液分泌量の評価 Ev.あり	頬の運動の評価 Ev.なし



病名：要介護口腔症候群

要介護口腔症候群の根拠：病態の定義、原因、要介護レベル、バイタルサインへの影響、免疫の影響、口腔衛生状態の影響、口腔機能の影響、口腔環境の影響

要介護口腔症候群の原因：疾患の影響、加齢の影響、廃用の影響、習慣の影響、生活環境の影響、介護介入状態の影響、居場所の影響、心理状態の影響

要介護口腔症候群の評価方法がない:咬合力の評価（Ev.あり）、舌筋力の評価（Ev.あり）、口唇力の評価（Ev.あり）、歯数、歯周組織の状態の評価（Ev.あり）、咬合支持の状態の評価（Ev.あり）、開口筋力の評価（Ev.あり）、唾液分泌量の評価（Ev.あり）、頬の運動の評価（Ev.なし）

要介護口腔症候群の構成要素：筋力の低下、筋量の評価、口腔乾燥、咀嚼能力、口腔感覚、咬合力、巧緻性、口腔衛生

筋力の低下：舌筋、口唇力、顎筋、頬筋、頸部筋

その他の議論

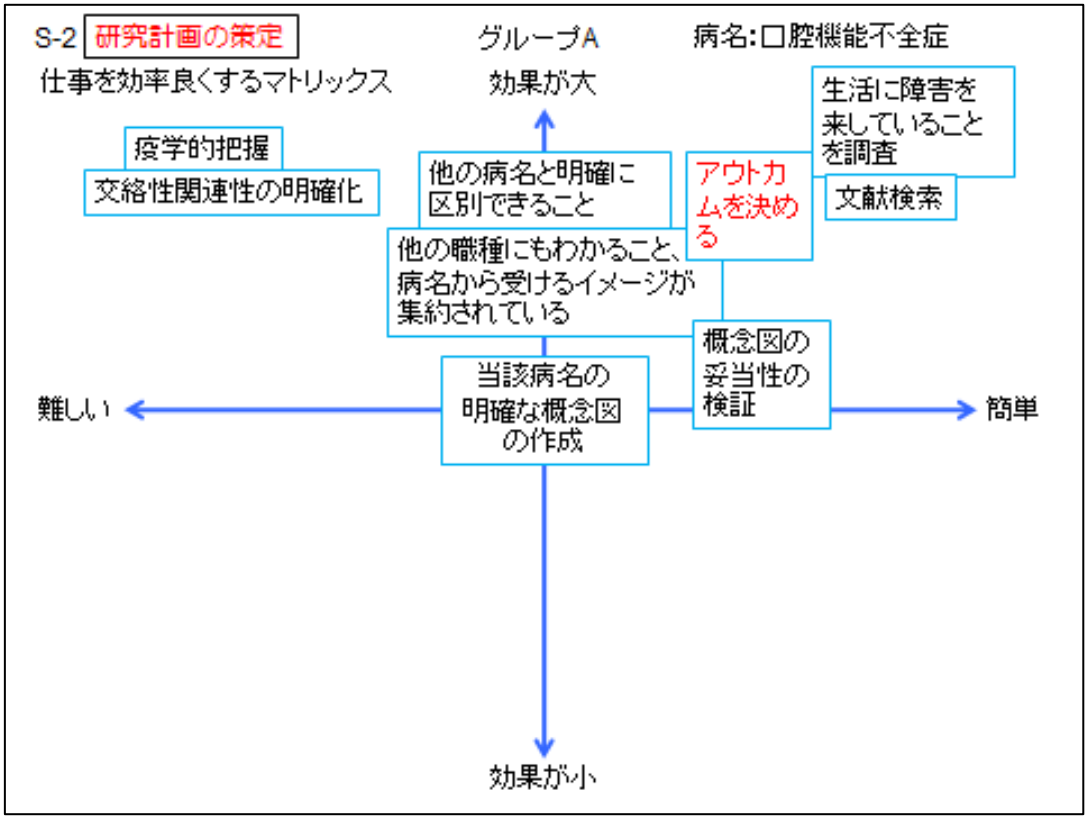
- 病名の対象として、これまで歯科医療的対応をしていたが、病名がなく、対応が困難であった対象者、別の病名をつけて対応しているものなどを総合的に対応するような者を想定する。
- 軽症から重症、受診状況など様々で、病名のイメージがつきにくいため、介護が必要な口の状態を表すという意味で、要介護口腔症候群に変更した。
- 「要介護口腔症候群の評価方法がない」に関するマンダラチャートについて要介護状態についての評価についても追加した方が良い。
- 要介護口腔症候群は要介護性口腔症候群とした方がよい。一般の人でもわかるような病名にした方が良い。

セッション③　記録

「方策の一本化」
「学会としての研究計画」

口腔機能低下の病名に対する、診査方法、診断基準、治療方法、再評価方法を、日本老年歯科医学会から提案する。

○グループA



S-3 方策の一本化・学会として研究計画 （グループA ）

生活に障害を来していることを調査

- When（Till When）; 平成27年3月
- Where; 全国の健常高齢者、通所・老人保健施設、在宅
- Who; 老年歯科医学会の会員
- What; 生活に障害を来していることを調査し、評価基準との関連を検討
- Why; 生活とどう関係するかを明らかにするため
- How; 大規模コホート調査

S-3　方策の一本化・学会として研究計画　　（グループ　A　）

	病名			
	診査法	診断基準	対処法	再評価
1	全身状態	介護度・疾患名・ADL・QOL		
E1				
2	唾液	口腔乾燥・流涎	投薬・機能訓練	3か月
E2				
3	舌機能	舌圧計・自動運動評価・オーラルディアキネシス	機能訓練	3か月
E3				
4	咀嚼(食品粉砕能)	グルコセンサー・食品粉砕度・咀嚼ガム・摂取可能食品チャート	歯科治療・咀嚼機能療法	3か月
E4				
5	咬合力	オクルーザルフォースメーター	咬合訓練	3か月
E5				
6	口唇機能	リップデカム・自動運動評価・オーラルディアドコキネシス	機能訓練	3か月
E6				
7	OH（細菌数、舌苔）	細菌力ウンター・視診	口腔衛生指導	1か月
E7				

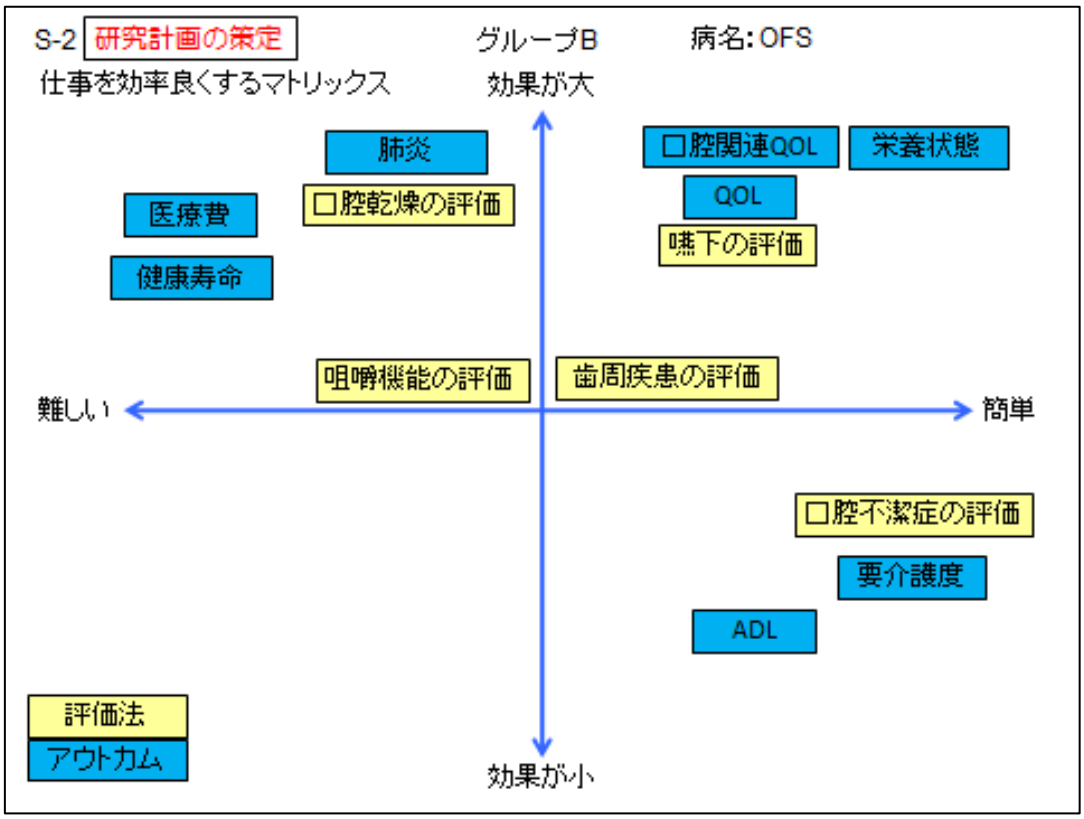
昨日までの議論から考えて、
機能性咀嚼障害以外にも、病名か概念を提案した方がいいのかもしれない。
包括的な病名、症候群でもいいように思えた。
今まで行っていたのに点数化できなかった診療行為をカバーできるもの。
麻痺、廃用などのイメージ。
病名を作ると、これらの解決策となるのか？
それよりも概念が大切なのではないか。
口腔老化症、などはどうか？
セッション①で挙げた下位概念を、セッション３でディスカッションし、その結果から、病名を考えていくと良いのでは。
唾液、咬合、舌の粘膜、、、、、エビデンスがありそうなもの、できそうなものをまず挙げていく。
栄養はアウトカム。
発想としては、まず点数化できるものを考えていく。

下位項目
唾液（口腔乾燥）

舌機能（舌圧）
咀嚼
咬合力
口唇機能
OH（細菌数、舌苔）

病名は口腔機能不全症とする。

○グループＢ



S-3 方策の一本化・学会として研究計画　　（グループ名　B ）

S-2 「栄養状態」とOFSの関連の横断調査

- When（Till When） 来年度末
- Where 通所・入所施設
- Who 要支援・要介護高齢者
- By whom 本会会員
- What 栄養状態・咀嚼・嚥下・口腔乾燥・口腔不潔・歯周疾患
- Why 関連因子が特定されていないため
- How アンケート・スクリーニング検査

S-3 方策の一本化・学会として研究計画 （グループ名 B ）

	病名 OFS			
	診査法	診断基準	対処法	再評価
1	栄養状態			
E1				
2	嚥下			
E2				
3	口腔乾燥			
E3				
4	口腔不潔			
E4				
5	歯周疾患			
E5				
6	咀嚼			
E6				

S-3 方策の一本化・学会として研究計画 （グループ名 B ）

	病名 口腔不潔症			
	診査法	診断基準	対処法	再評価
1	口臭			
E1				
2	義歯の清掃状態			
E2				
3	口腔の清掃状態			
E3				
4	舌苔の付着状態			
E4				
5	唾液中の細菌数			
E5				
6	清掃回数・方法			
7	残根数・不良補綴装置			

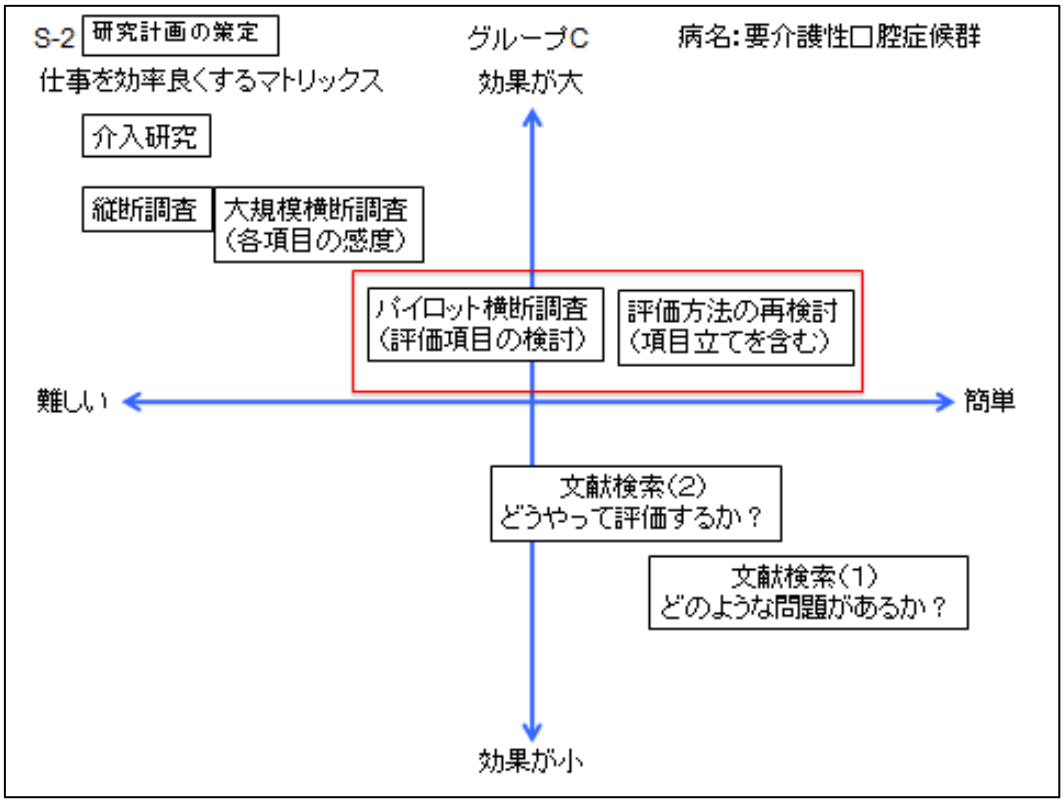
口腔機能低下症候群 or 口腔老化症候群を定義づける各評価項目と栄養状態との関連性を調査することを目的とする。

まず，今までにあげた評価 5 項目（咀嚼障害，嚥下障害，口腔乾燥，口腔不潔，歯周疾患）における診査項目を考えることとした。

それらの診査項目と栄養状態の関連性を横断調査で調べることを目標として，横断調査を行うための 5W1H を議論した。

その後，評価項目の一例として，口腔不潔症を取り上げて，口腔不潔症の評価項目をリストアップした。

○グループC



S-3 方策の一本化・学会として研究計画　　(グループC　)

S-2パイロット横断調査による評価方法の再検討

- When(Till When): 平成26年度
- Where: 外来，病棟，介護施設，在宅
- Who: 研究協力歯科医師
- Whom: 要介護高齢者またはそれに準ずる虚弱高齢者，健常高齢者(各100名)
- What: 口腔，ADL，健康状態，生活環境
- Why: 評価項目の選定，サンプルサイズの検定
- How: 対面調査，文献調査

S-3　方策の一本化・学会として研究計画　　（グループ名　C ）

	要介護口腔症候群			
	診査法	診断基準	対処法	再評価
1	最大舌圧		舌筋トレーニング	訓練後
E1	舌機能検査法のガイドライン			
2				
E2				
3				
E3				
4				
E4				
5				
E5				

目的：要介護性口腔症候群の診断基準を決定し、これに対する歯科医療の効果を検証する。
二次元チャートについて研究計画の策定を作成

① 文献検索（要介護性口腔症候群に関する）
② パイロット横断調査 による評価方法の再検討 （絞り込み）
③ 文献検索（評価項目、治療法とその効果に関する）
④ 大規模横断調査（診断基準の決定）
⑤ 介入調査（治療法の確立、治療効果の検証）

パイロット横断調査 による評価方法の再検討 （絞り込み）

- When（Till When）：平成２６年度
- Where：外来，病棟，介護施設，在宅
- Who：研究協力歯科医師
- Whom：要介護高齢者またはそれに準ずる虚弱高齢者，健常高齢者（各100名）
- What：口腔，ADL，健康状態，生活環境
- Why：評価項目の選定，サンプルサイズの検定

- How：対面調査，文献調査

方策の一本化・学会として研究計画
舌機能検査法のガイドラインを中心に検証する。

総評

活発で熱心な議論が行われ、3 グループからは本ワークショップの目的に沿った病名が提案された。それらについての総評は次の通りである。

1. 高齢者歯科医療の現場にてすでに起きている諸問題に対して対価を求めるための新病名と、高齢者歯科医療の将来に向けて広く適用出来る新病名作成についての議論が錯綜していた。

2. 今回のワークショップでは各グループはそれぞれ一つの病名を提案したが、複数の病名を提案して頂いても良かった。

3. A グループは、口腔機能不全症を提案し、議論の中で口腔機能低下症の方が良いのではとの意見があった。いずれの病名も高齢者に限らず適用できることが問題であろう。

4. B グループは、Oral Frailty Syndrome (OFS) を挙げ、日本語として口腔老化症候群、口腔機能低下症候群を提案した。老年医学分野で使用し始めている Frailty Syndrome と関連したもので、英文名は俗称としても通じるものである。A グループと B グループの病名は類似している。

5. C グループは、要介護性口腔症候群を提案した。これは高齢者全体でなく介護状態になった人達の口腔状態を表したものである。しかし、介護保険に包括される部分や、要介護認定と本症候群患者との関係についても議論が必要であろう。

6. 高齢者歯科医療の現場ですでに実施している cure と care について、現実はその対価は適正に評価されていない。これらを既存の保険点数に加算の形で請求できる病名または加算条件を承認させたいとの提案があった。このことは最も実現性のあることで、一つの選択肢と言える。

7. 新病名の提案にあたってはその病名を国民が理解出来なければいけない。その見地から考えるとすでに医科で使用されている Frailty Syndrome に Oral を付けた俗称は適切と思われた。

8. 病名確立のための研究方法等について詳細な報告があった。

以上各グループのまとめたものについて概略を述べたが、本ワークショップの目的は新病名を決定するものではなく、本学会理事会に対する貴重な資料提供である。

以上

コ・ディレクター　　山根源之

直前アンケート

１.「口腔機能の低下」についての病名を考えたことがありますか？

- はい　　１４名
- いいえ　　５名

「はい」と答えた方のみお願いします。

１―１　いつごろからですか？

- およそ　１ヶ月前（１名）
- およそ　１年前（１名）
- およそ　２年前（１名）
- およそ　３年前（１名）
- およそ　４年前（２名）
- およそ　５年前（３名）
- およそ　６年前（１名）
- およそ１０年前（３名）
- およそ２０年前（１名）

１－２　あなたの所属する組織で話し合ったことがありますか？

- はい　　８名（日本補綴歯科学会　１名）
- いいえ　　６名

１―３　結論は出ましたか？

- はい　　２名
- いいえ　１２名

２.「病名を作る」ということに対してあなたの考えを記載して下さい（自由記載）。

- 嚥下障害の患者に対して保険で診療している上でとても困るのは、脳卒中などの病名がない、いわゆる廃用、もしくはサルコペニアによる嚥下障害が算定できない点です。口腔機能低下が病名として認められるようになればそのような患者さんに診療しやすくなります。ただし、本当は悪くないのに簡単に病名だけつけられるようにならないように要注意と思います。

- 歯科の存在意義を明確化するために重要な事項だと考えています。

- ８０歳で２０本歯を有している高齢者が４０％近くになり、今後これまでの欠損病名に対する歯科医療は高齢者に貢献できないと考える（事実７５歳以上の歯科受療率は急激

に低下している)。また、歯を多く残した高齢者の中に咀嚼や嚥下、構音機能が低下し、自立した生活に支障をきたしている者も多くなってきていると思われることから、これら口腔の機能低下に対して、医科のリハビリテーションと同様の歯科医療を提供するためにも、病名は必要と考える。

・ 口腔機能低下という病名でいいかは考慮が必要ですが、そのためには、診断基準、対応法などのガイドラインが必要ですね。大仕事になります。

・ 顎顔面補綴に取り組むようなって、咀嚼障害や嚥下障害ということを意識するようになりました。障害者認定には、「そしゃく障害」がありますが、医科でしか認定できないということに歯科医師として大きな矛盾を感じています。一方で、能力レベル、機能レベルでの客観的評価法が実用化されていないことが、歯科として最も重要なこの種の障害を病名化できない一因と感じて、評価法の開発研究に取り組んで来ました。今後は、能力低下の基準（障害と正常の境目）をどう作るかが問題であると考えています。

・ 老化による口腔機能の低下と病的なものとを区別する基準が、現時点では不足していると思う。また、老化による低下であっても、これ以上になると生命を脅かす、あるいはＱＯＬを著しく低下させるために何らかの介入を行った方がよいという基準があってもいいと思う。

・ 正確には「健康創造・管理の立場から、新しい視点で既存の疾病構造を見直す」ということだと思います。「病名を作る」という表現は不適切です。「うつ」に対するものと同じ批判を受ける態度だと思います。そうではない。病気を作りたいのではないはずです。いま、われわれに必要なのは「国民の健康に寄与できる歯科医療」であり、「超高齢社会で闘うための武器創り」です。国民から「また、あんなでっち上げして」と思われないように、「健康管理の窓口」の創造が必要なのです。いま、考えている「仕組み」は次のようなものです。

　１．新しい「言葉」で興味をもってもらい、

　２．健康や健康寿命に「役に立つ」ものだと思ってもらうこと。

これは「入口」と「出口」に該当します。そして、その間を結ぶ「歯科医療」は「ブラックボックス化」して見えなくする。歯科医療の内容を強調しない、という　意味です。歯科医療の内容はさほど変わらないからです。既存の歯科医療を凌駕する技術など見つかっていない。しかし、「入口」と「出口」を見せることで「ツール」として機能すると思います。その「ツール」は「口腔廃用」のプロセス仮説からスタートしていますが、それを「ロンリーマウス・シンドローム（寂しい口症候 群）と呼んでいます。役に立つ、納得できるツールだと思うのですが・・・

・ 高齢者の「口腔機能低下」に適切な病名がないことは漠然とは認識していましたが、このＷＳのお知らせをいただくまで「病名を作る」ことまでは、思いがいたりませんでした。適切な病名ができることで、歯科医師にとっても患者さんにとっても、高齢者の「口腔機能の低下」が、疾患として治療の対象であることが明確になり、適切な医療の提供が行いやすい環境が構築されることを期待しています。

・ 必要と思います。その診療部門に特有な病名が無い診療科は必要性が低いですから。補綴学会の「補綴歯科診療の病名について」が参考になるかもしれません。

・ 今回のＷＳを前に考えてみたが、ひとくくりにした病名とするのか、複数の病名を目標とするのか、まだイメージできない。
一つの病名であるならば、それに該当する現症とその処置は相当に広い範囲に亘ることが考えられるが、それでもいいのだろうか？

・ 機能の低下という病名には無理がある。口腔運動障害である。
正常値がないので低下が評価できない。
機能低下が病名だと機能を向上させないといけなくなる。
咀嚼障害が口蓋裂の身障者の判定のための病名として用いられている以上、運動障害性の咀嚼障害を定義づけする意義は大きいと思われるが、この際の病名は障害（治らない）である必要がある。
傷病名としては、咀嚼運動障害の方が適切かも。

摂食機能障害とは何が違うのかを明確にする必要がある。
口腔運動評価に応じた食形態の判定といったストラテジーが必要。
たとえば、外的評価としての
１．口角の分離運動がある
２．分離運動はあるが、口唇が開く
３．分離運動が無く、上下運動のみ
４．舌運動のない上下動のみ
５．動かない
といった評価基準とＶＦによる食形態の判定との一致が求められる。
むしろ、誤嚥性肺炎で歯科でも投薬、点滴ができることを求めたい。
歯科が看取りに加わるためにはぜひとも必要である。

・ これまで対応できなかった病態に対応するために必要と思います。
特に原疾患のつかない摂食嚥下障害など。

・ １．健康な生活を営む上で支障のある状態をその原因と部位と病態から標記すること。原因が不明である場合もありうる。
例）誤嚥性肺炎　口腔機能低下への応用例　（薬剤性口腔乾燥症）
２．検査結果から現在および将来において健康が損なわれる可能性のある状態をその原因と部位と病態から標記すること。原因が不明である場合もありうる。
例）本態性低血圧症　口腔機能低下への応用例　（廃用性低舌圧症）

・ 実態としての病態を認識することが最も重要と思いますが、それらの集大成として病名というものがあり、診療はその病名をもとに方針や計画をたて、行われるのがスマートだと考えます。

・ 病名に対して特徴となる症状に、簡単に評価（検査）が行える必要がある。またそれに対する明確な治療法を提示しなければならないと考えています。

・ 評価は、医療職だけでなく、現場の介護職やご家族が行えることが望ましいと思います。ご家族→介護職→医療職へ連携がスムーズに進むと考えます。

・ その領域の存在意義にもつながるので、極めて大事なことだと思います。そういう意味で、ほかの学際領域とは異なり、独自の病名があると良いと思います。

・ 客観的な診断基準を作ること。その病名の疾患の意義を、エビデンスをもって明らかにすること。

終了時アンケート

１．今回のＷＳに参加して有意義でしたか？

・はい・・・・・１８人

・いいえ・・・・　０人

２．最も印象に残った事柄は？（自由記載）

・病名（保険収載）の必要性、先生方の考え方を共有できたこと。（同じ様な考え方、目標を持っておられること）

・各グループの切り口が全く違ったこと。いろいろな立場があるということ。

・ＷＳ参加メンバー。

・セッション２のＰＬＳ。

・マンダラートの応用。

・セッション２が難しかったです。方策として挙げたものはいずれも重要と思え、順位づけをすることが大変でしたが、考えを整理できて良かったです。

・一つの目的に対し、長時間のディスカッションができた。チームを分けてのディスカッションは効果的であった。

・それぞれの著名な先生方のご意見を伺うことができたことが良かった。様々な意見をまとめるプロセスの１つを経験できて良かった。夜の会議が最も勉強になりました。

・マンダラート。若い人々の現場での活躍ぶりおよび口腔機能の評価法。評価基準の多様なことです。

・各班のプロダクツのバリエーションが大きいこと。

・みなさんで会議できたこと。

・色々な方の意見をきくことができて勉強になりました。

・豪華なメンバー。

・議論が非常に活発に行われたこと。

・歯科には「新しいもの」が本当に欠けているな、と。

・夜のディスカッションが長かったこと。プロダクトの作成が難しい。ＷＳの方向性を見極めるのに時間がかかった。

・口腔機能の低下を総合的に表現することは現場のニーズに応じた目的だと考えます。

・よくこんなに皆さん集まったなと思いました。

３．自分の予測した結論とどのくらい合致していましたか？

・１００％・・・・・・・・・・・・・・・０人
・　７０％・・・・・・・・・・・・・・・７人
・　５０％・・・・・・・・・・・・・・・６人
・　３０％・・・・・・・・・・・・・・・２人
・　　０％・・・・・・・・・・・・・・・１人
・全く予測できませんでした・・・・・・１人
・無記入・・・・・・・・・・・・・・・・１人

４．学会挙げてのエビデンス作りに参加しますか？

・はい・・・・・１８人
・いいえ・・・・　０人

５．「病名を作ることについての今後」に対するあなたの考えを記載して下さい。（自由記載）

・病名というより「加算」か？という感じがしました。（感覚として）病名の診断基準を作るより、「挙げた項目を満たせば対象になり、点数がつく」というイメージを目指すということが自分の頭の中で明確になりました。それが「病名を作る」ということかもしれませんが…。

・日本老年歯科医学会として提案する病名を決めていくことが大切であり、これに対応する治療がＱＯＬ向上につながることを目指すのは重要と考えます。

・ＷＳに参加し、口腔機能低下に関する病名作りへの重要性を再認識致しました。策定に必要な横断研究等、積極的に参加したいと思います。ありがとうございました。

・「病名」という事がらで事象をくくり、制限をする面がありますので、かえって弱者をつくってしまうような事がないように気をくばりたいと思います。

・包括的な病名の下位にあたる機能限局的病名をまず提案する方が今ある検査や治療法で保険収入を得るのに結びつきやすいのではないかと考えていましたが、皆さんの議論が包括的な病名の提案に終始した感があるので勉強になりました。

・これまで保険診療でカバーできなかったところをカバーするにはとても大事なことだと思います。

・病名作成工程で、老年学会からの参加、意見交換が必要ではないかと考えます。

・できるだけ早期に大規模な調査・研究が必要なので学会が中心となって行っていく意義は大きいと思います。私も会員としてお手伝いができたらと思います。

・ストラテジーとして、今後の道程をいかにコンパクトにしていくかをまた別の機会に討議する必要があるだろう。

・ぜひ、「メタボ」「ロコモ」に相当するものを作りたいです！

・既存の病名に対して歯科ができることを整理していく方がいいような気もします。

・エビデンスを作っていく過程で、適切な病名も変わる可能性がある。ステップ、ステップで同様のＷＳを行うこともよいと考える。

・国民に周知でき、一般開業医が使え、今まで診療報酬がつかなかった診療行為に点数がつけられるような病名ができあがるといいと思います。大変勉強になりました。ありがとうございました。

・２～３年を目途にするのであれば、今後研究計画のダイエットが必要な感じがします。

・検査・リハなど、「指示」が出せ、協働できる職種を増やす必要があると思いました。

・学会をあげて行なうべき。できれば他学会と協同で。

・病態としてイメージするものがあるが、具体的な検査値などを求めることが必須である。今回のＷＳは取りかかりとして意義があり、学会として病名を作り社会に受け入れられることになればすばらしいと思います。

・やはり対象をどこにするかが整理つかない感じです。大まかには、今迄対応していた重症患者で病名がないので算定できなかった人への病名、それと医科でよくあるスクリーニング→検査という形で、そこまで悪くない人を診療の対象に上げる２つが混在しているのかなと思いました。