

—2018年度診療報酬改定— 新点数説明会

日 時 第1回 2018年3月27日(火) 18:30～21:00
第2回 2018年3月29日(木) 18:30～21:00

講 師 協会講師団

会 場 第1回 なかのZERO大ホール (中野区)
第2回 文京シビック大ホール (文京区)

1. 主催者挨拶・説明会 (18:30～)
2. 質疑応答 (20:45～)
3. 終 了 (21:00)

当日資料

- ① 2018年度診療報酬改定 新点数説明会レジメ (本資料)
- ② 薬価点数表
- ③ 質問用紙
- ④ アンケート用紙
- ⑤ 春の共済普及キャンペーンのご案内
- ⑥ その他、ご案内など

1. 理事会声明	P 1
2. 政策委員長談話	P 2
3. 介護保険の紙媒体請求の届出 (2018年3月31日締め切り)	P 3
4. 歯科診療に関する基本的な考え方 (日本歯科医学会より出典)	
(1) 口腔機能発達不全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)	P 4～8
(2) 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)	P 9～14
※上記を含め、以下の基本的な考え方は日本歯科医学会のホームページ (http://www.jads.jp/basic/index.html) より閲覧が可能です。	
・ 口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 (平成30年3月)	
・ 口腔機能低下症に関する基本的な考え方 (平成30年3月)	
・ 歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方 (平成30年3月)	
・ レーザー応用による再発性アフタ性口内炎治療に関する基本的な考え方 (平成30年3月)	
・ 精密触覚機能検査の基本的な考え方 (平成30年3月)	
5. 診療情報連携共有料の文書の様式の見本	P 15
6. 新点数説明会・院内感染防止対策講習会の日程	P 16

3月8日、協会理事会は診療報酬改定の内容に対し、声明を発表したので紹介する。

理事会声明

「歯科医療機関の機能分化が進む 2018 年改定 患者の受ける医療にも格差が広がる」

厚労省は3月5日、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等関連通知を発表した。その内容は、地域包括ケアシステムへの対応が中心となり、日常的な診療行為への評価は、組み替えや変更などが目立ち、引き上げも僅かな点数に止まった。長年不採算と言われてきた処置や補綴などは改善には程遠い改定となった。

協会は改定に向け現場からの要望をまとめ、数次にわたり厚労省に要請を行ってきた。その結果、日常診療で診療内容の情報共有が進むよう診療情報連携共有料が新設されたことなど現場の声は反映された項目も複数見られる。また小児や高齢者に対する口腔機能管理が新設されたこと、歯科衛生実地指導料の対象患者の拡大など今後の診療の広がりが期待される。

一方で、歯科医療機関の機能分化、格差拡大が進行した。

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準が強化され、機能分化が図られた。

施設基準には訪問診療や紹介の実績が盛り込まれ、外来診療中心の医療機関ではとても届け出を行うことはできない。成果・ノルマを課すようなやり方は問題である。

また、施設基準を届け出するためには、機材や人員確保が必要となる。元々小規模な歯科にとって、新たな投資は重荷だ。昨年発表された医療経済実態調査にも表れているように、多くの歯科医療機関の経営は厳しい。体力の有る無しで患者に提供できる医療内容に差があってはいけない。医療機関間の格差は、通院している患者の格差にも通じる。

今改定では、新たに初・再診料に院内感染防止対策が包括され、施設基準が設けられた。

通常の施設基準は、届け出を行えばプラスの評価がされ点数が加算される。しかし今回、届け出を行わない場合は初・再診料が減算となる施設基準が導入された。施設基準を懲罰的に使うことには反対である。

また、設定された点数はコストに対して全く足りていない。必要な金額よりも遙かに低い金額で導入し、実施責任のみ医療機関に押しつけるやり

方は問題である。医療保険制度で行われる感染防止対策は、保険財源で必要なコストを賄うべきであり、改めて別立てによる評価を求めたい。

さらに、歯科の、地域包括ケアシステムへの組み込みが進んだ。地域包括ケアシステムは、概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を1単位として想定されている。今後地域に増加する高齢者を支えるうえでも地域包括ケアシステムへの歯科医療機関の参画は必要だ。

しかしハードルが上げられた歯援診やか強診が中心となるため、多くの医療機関ではシステムに参画することが困難となっている。

歯援診の強化とともに、歯科訪問診療料等が変わった。訪問歯科衛生指導料の算定単位を「単一建物」にしたことで、月末を迎えるまでは患者への請求金額が定まらないこととなった。「単一建物」で1名のみ診る予定だったが、月末に複数名になった場合など、患者に説明していた金額が変わる。現場が混乱するだけである。

また、20分未満の算定が不可となることで、訪問診療を支えていた歯科衛生士の雇用を支えきれなくなることも心配である。

歯科訪問診療に関する点数は1988年の導入以来、考え方や点数が何度も変わり今日に至っている。さらに高齢者が増加する中で、安定して歯科訪問診療を推進する方針であるならば、改定の度に算定方法や考え方が変わらないようにすべきだ。

今年、政府は更なる患者負担増を行おうとしており、患者が必要な歯科医療を受けられなくなることが懸念される。経済的な理由で医療機関に行けない患者があってはならない。歯科医院の経営改善と患者負担増を止めることは、歯科においての喫緊の課題である。協会は患者が安心して歯科医院に通えるように、引き続き歯科医療費の総枠拡大とともに、患者負担増反対に向けた運動を推進していく。

2018年3月8日

東京歯科保険医協会 第22回理事会

3月1日、中医協が答申した診療報酬改定の内容に対し、松島良次政策委員長が談話を公表したので紹介する。

政策委員長談話

「歯科の役割が発揮できず、細かすぎて混乱を生む改定」

コストを考慮しない

院内感染防止対策の評価

次期改定では、院内感染防止対策の施設基準を新設するが、初・再診料や歯科訪問診療料などの基本診療料を算定するために、施設基準の届出を必要としたのは問題である。包括して評価するのではなく、別項目を作り評価すべきだ。2007年7月18日中医協診療報酬基本問題小委員会での「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務」では、外来患者1人1回あたりの院内感染防止対策に必要なコストは有床診療所並みの268.16円とされている。今回の引き上げはそれには遠く及ばない額であり、さらなる引き上げを要求する。

継続管理できない患者を生む

か強診・歯援診の見直し

地域包括ケアシステムの構築のため診療情報連携共有料が新設された。これにより、患者の服薬状況などの情報提供を医科に依頼しやすくなった。医科歯科連携を推進する観点から、協会が繰返し厚労省へ要望した内容の反映であり、評価したい。

しかし、か強診や歯援診は、施設基準に、訪問診療、SPTおよびエナメル質初期う蝕の管理などの算定実績や多職種連携に係る会議への参加などの地域連携に関する実績が追加された。要件が一段と厳しくなった。届出を出来る所と出来ない所の差がはっきりし、選別が図られた。2年の経過措置があるとはいえ、改定前のか強診や歯援診の歯科医療機関が全て新しい要件を満たせるかは不透明である。特に、新しいか強診の施設基準を届出できない場合は、SPT(Ⅱ)で診ていた患者の継続管理ができなくなり、国に対策を求める。

口腔機能管理加算のハードルが高く

患者に提供できない

また、口腔機能の評価として老化などにより口腔機能が低下した患者に対する口腔機能管理加算が新設された。疾病構造の変化に対応した評価ではある。しかし、答申で示された算定要件は、学会の診断基準より厳しく、舌圧検査、咬合圧検査、咀嚼能力検査などを行うことが必須条件とされている。高価器材の購入を施設基準や算定要件にする手法には違和感を感じる。学会の基準を超えた過度なハードルを課し、患者に提供できない問題を生むことには反対である。

医療費削減をやめ、

役割が発揮できる改定を

全身麻酔下で手術を行う場合は口腔管理がスタンダードになりつつあるなど、歯科が果たすべき役割が大きくなっている。改定では医科歯科連携が評価された。しかし、医療費削減政策で歯科の改定率は僅か0.69%に留まっており、その結果新しい項目が出来ても算定要件には高いハードルが課せられ、多くの医療機関では取り組みなくなるなど歯科の役割が発揮しづらい改定内容になっている。また、点数表も細かく複雑になり、混乱を生じかねない。

本談話は、必要な患者に歯科医療を提供する視点から、適切な改定を求めるものである。

2018年3月1日

東京歯科保険医協会

政策委員長 松島 良次

介護保険の紙媒体請求の届出（2018年3月31日締め切り）

2018年4月より、介護保険の請求は、原則CD-Rなどの電子媒体かインターネットによる請求に限られます。そのため、4月以降も「紙媒体」で介護保険の居宅療養管理指導を請求する場合は、本年3月31日までに免除届を届出する必要があります。

期日を過ぎると届出はできなくなります。4月以降も紙媒体で請求する場合は必ず届出を行ってください。

1. 届出方法や送付先等

免除届（別添1-2）を東京都国民健康保険団体連合会へ郵送します。

<書類の入手先>

東京都国民健康保険団体連合会のホームページ「請求省令のご案内（紙請求に関する免除届について）」から入手できます。

<書類の送付先>

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 御中 / 電話：介護福祉課 03-6238-0207

2. 記載例

《別添1-2》

請求省令附則第二条による免除届出書

「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令」附則第2条第2項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

附則第2条第2項

請求省令附則第2条第1項（※）の規定による届出を行おうとする請求事業者は、平成30年3月31日までに、届け出るものとする。

※ 電子情報処理組織又は磁気テープ、フレキシブルディスク若しくは光ディスクによる請求を行うことが特に困難と認められるもの（表中の○及び裏面参照）であって、その旨を審査支払機関に届け出たものは、書面による請求を行うことができる。

東京の歯科医療機関の場合は、医療機関コード（この場合0123456）の前に、133を付番する。

平成 29年 11月 1日

開設者 協会 太郎

（審査支払機関名） 御中

所在地（住所） 東京都新宿区〇〇 〇-〇-〇
名称及び代表者名（氏名） 東京保険歯科医院
代表者 協会 太郎



① 介護保険事業者番号	1 3 3 0 1 2 3 4 5 6
② 事業所名称	フリガナ トウキョウホケンシカイイン 東京保険歯科医院
③ 郵便番号	169-0075 ④ 電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
⑤ 事業所所在地	東京都新宿区〇〇 〇-〇-〇
⑥ サービスの種類	居宅療養管理指導
⑦ 届出事由	※該当する項目の太枠に○をつけてください。
<input checked="" type="radio"/>	イ 支給限度額管理が不要なサービス（居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護（短期利用以外）、認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防居宅療養管理指導、介護予防特定施設入居者生活介護（短期利用以外）及び介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））一種類のみを行うサービス事業所
<input type="radio"/>	ロ 支給限度額管理が必要なサービス、居宅介護支援若しくは介護予防支援又は総合事業（以下単に「支給限度額管理が必要なサービス」という。）一種類のみを行うサービス事業所
<input type="radio"/>	ハ 支給限度額管理が不要なサービス一種類及び支給限度額管理が必要なサービス一種類を行うサービス事業所
<input type="radio"/>	ニ 施設サービス（介護福祉施設サービス及び介護保健施設サービス）のみを行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/>	ホ 施設サービス及び支給限度額管理が不要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/>	ヘ 施設サービス及び支給限度額管理が必要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/>	ト 施設サービス、支給限度額管理が不要なサービス一種類及び支給限度額管理が必要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設

口腔機能発達不全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)

1. はじめに

すでに完成された正常な口腔機能を獲得している成人では、機能異常が生じた場合は、機能回復が得られていた機能へ回復・訓練(リハビリテーション)することで可及的に元の正常な口腔機能に復帰することができ、つまり成人の場合は、回復するための目標があるが、小児期の口腔機能は常に、機能の発達・獲得(ハビリエーション)の過程にあり、各成長のステージ(「口腔機能発達評価マニュアル」「口腔機能発達チェックリスト」参照)において正常な状態も変化する。機能の発達が遅れていたり誤っていたりした機能があればその修正回復を早い段階で行うことが重要である。

なお、この基本的な考え方を作成するにあたり、「口腔機能発達評価マニュアル」「口腔機能発達チェックリスト」(日本歯科医学会の重点研究委員会 2018)を参考とした。

2. 口腔機能発達不全症の特徴

- (1) 疾患名：口腔機能発達不全症
- (2) 病態：「食べる機能」、「話す機能」、その他の機能が十分に発達していないか、正常に機能獲得ができておらず、明らかな摂食機能障害の原因疾患がなく、口腔機能の定型発達において個人因子あるいは環境因子に専門的関与が必要な状態。
- (3) 病状：咀嚼や嚥下がうまくできないう、構音の異常、口呼吸などが認められる。患者には自覚症状があまりない場合が多い。
- (4) 診断基準：チェックシート(別紙1)の項目 0-1~0-12のうち2つ以上に該当するものを「口腔機能発達不全症」と診断する。

3. 口腔機能発達不全症の評価

「食べる」機能発達不全

① 咀嚼機能:

視診による歯冠崩壊(重症う蝕、破折歯)・喪失歯の有無、機能的因子による歯列・咬合の異常の有無を確認する。また咀嚼時の偏咀嚼の有無、咀嚼回数、咀嚼時の咬筋を触診する。

② 嚥下機能:

嚥下時の表情筋緊張の有無、舌の突出嚥下(異常嚥下)の有無を確認する。

③ 食べ方(食行動):

食べこぼしたり、むせたり、むせたり、自分で食べようとしなかったり、偏食、食べむらなどがないかを確認する。

「話す」機能発達不全

① 構音機能:

視診による口唇閉鎖不全、舌小帯の異常の確認、パ・タ・カ・ラ・サの音の置き換え、母音化の有無等の発音時の観察と発音異常の有無を確認する。

その他の機能発達不全

① 栄養(体格):

極端な身長・体重の異常がないかを確認する。必要に応じて、カウパ指数、ローレル指数による評価(やせ、体重が増えない、肥満)、食事の内容調査(摂取栄養の調査)を実施する。

② その他

- 口呼吸の有無: 正常な鼻呼吸ではなく、鼻性口呼吸、面性口呼吸、習慣性口呼吸の有無を確認する。
- 口蓋扁桃の肥大の有無等を確認する。

4. 口腔機能発達不全症の管理の概要

図1に口腔機能発達不全症の評価と管理の概要を示した。概ね14歳までを対象に「食べる」「話す」等の機能の発達不全に対し、正常な機能獲得の妨げになっている原因があればその治療を行い、その後正常な機能獲得のための指導を実施する。

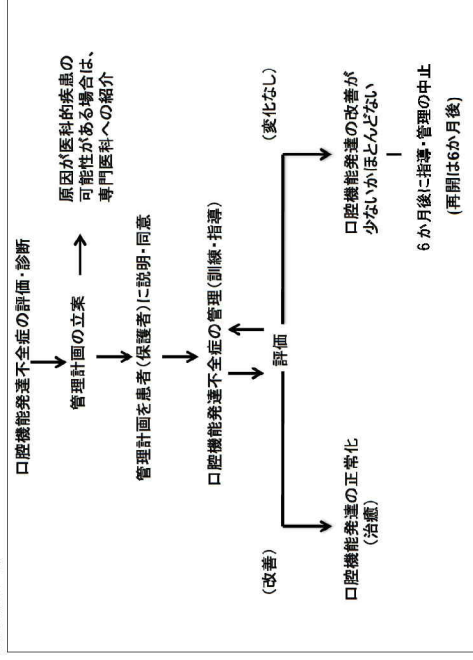


図1. 口腔機能発達不全症の評価と管理の概要

5. 口腔機能発達不全症の管理の方法

図2に口腔機能発達不全症の管理の基本的な流れを示した。

(1) 管理計画の立案

患者・保護者の生活習慣を踏まえ、最も適していると考えられる治療計画を立案する。

(2) 口腔機能発達不全症の管理を行うための動機づけ

正常な機能発達についての情報を患者・保護者に提供し、患者の状態との違いを説明、どのよう改善させていくのかを説明する。具体的な管理の内容・期間などについて患者・保護者に十分理解を得ることが大切である。

(3) 「食べる」機能発達不全を改善するための指導・管理

I 咀嚼機能

① ステージ1では歯の未萌出状態(萌出している場合もある)でのすりつぶし機能の獲得時期であるため、基本的に経過観察となる。

② 歯の萌出や歯列・咬合については成長に伴い変化するため経過観察を行いながら、問題が長期化する場合はエックス線撮影等検査を行い、必要に応じて歯科治療(晩期残存、萌出遅延などに対する治療)を行う。

- ③多歯歯齙など、咀嚼機能に顕著な影響を及ぼす歯科疾患を有する場合は、家庭環境などの環境因子の影響も疑われるため、家族を含めた保健指導を重視する。
- ④咀嚼機能に合わせた食形態を指導する。
- ⑤普段からよく噛んで食べているか、食事中水やお茶で食べ物を流し込んでいないかなどがあげられれば改善を指導し、摂食相談へ繋げる。
- ⑥ステージ4以降は下記の対応を行う。

- i 咀嚼時の口唇閉鎖不全がある場合は、口頭での指示を行い、口唇周囲筋の訓練を行う。
- ii 咀嚼時の舌運動不全がある場合は、口腔筋機能療法(MFT)を行う。
- iii う蝕の場合は、口腔衛生指導、食事・間食指導、う蝕治療(シーラント、フッ化物塗布も含む)を行う。
- iv 乳歯の早期喪失がある場合は保険を行う。
- v 正中離閉を認める場合は原因の除去(正中埋伏過剰歯の摘出、上唇小帯形成術の施行)を検討する。

II 嚥下機能

- ①成人嚥下が獲得されるべきステージにおいても乳児嚥下や乳児様嚥下が認められる場合には、哺乳の影響を考慮し、哺乳指導、離乳食指導、口腔諸器官の運動訓練、摂食時の口唇閉鎖介助、等の指導を行う。
- ②ステージ2以降を対象として、摂取している食品を用いて成人嚥下を獲得するための嚥下訓練を行う。
- ③もよぼなどの症状が顕著で嚥下障害が疑われる場合でも、幼少時には原疾患の診断がつかない場合も多い。その場合は摂食嚥下リハビリテーションの専門機関を紹介する。
- ④全身疾患が影響している可能性もあるため、必要に応じて小児科を紹介する。

III 食行動

- ①食行動は成長に伴い変化するため、経過観察を行い、問題が長期化する、顕著になる、等の場合の指導を行う。原因は、機能発達、口腔内環境、精神的要因(意欲等)、養育環境(家庭環境)等多岐に亘るため、それぞれ必要な専門職種と連携することが望ましい。
- ②食行動の問題は口腔機能や全身機能全般が関与しており、保護者の育児負担に直結するため、保護者支援も重視する。
- (4)「話す」機能発達不全を改善するための指導・管理

構音機能

- ①構音機能の発達は成長に伴い変化するため、経過観察を行い、問題が長期化する、顕著になる、等の場合に構音訓練を行う。
- ②ステージ3までは基本的に経過観察とする。舌小帯の異常についても、構音機能との関連は確認困難なことから経過観察であるが、必要に応じて治療を行う。
- ③口唇閉鎖不全については、耳鼻科疾患・中枢神経系の異常に起因するものか否かをまず確認し、必要であれば専門の医療機関を紹介する。
- ④歯間化構音、側舌化構音、口蓋化構音などが認められた場合は、歯科対応法について検討し、治療、訓練を行う。
- ⑤吸指癖・舌突出癖などの言語が認められた場合は、筋機能訓練などの音韻除去の方法について指導する。
- ⑥舌小帯の異常、舌小帯の短縮などの異常がみられ、構音に影響していると考えられる場合は、手術が必要かどうかを検討し、治療、訓練を行う。
- ⑦中枢神経系に異常があると診断がついている場合は、構音機能の獲得が遅延する可能性を考慮し保護者に説明し、専門の医療機関を紹介する。

- (5) その他の機能発達不全を改善するための指導・管理

I 栄養(体格)

- ①身長、体重を指標とし、成長发育曲線に乗っているかを目安とする。正常範囲を大きく逸脱する場合は、食内容等、食生活の生活指導を行う。小児科医や管理栄養士等の専門職種と連携して行うのが望ましい。
- ②栄養状態に影響する原疾患を有する場合には、専門職種を紹介する。

II 呼吸の状態

- ①高頻度の口呼吸の場合、鼻疾患を疑い、小児科、耳鼻科へ紹介する。
- ②経時的に適切な口腔機能獲得状況ならびに正常な顎顔面形態发育状況に積極的に介入する。(口輪筋の低緊張がある場合は筋力強化のためのトレーニング(口腔諸器官の運動訓練等を指導する、等)
- ③中頻度の口呼吸(鼻呼吸あり)の場合、摂食時と発語時の口唇閉鎖状態、および呼吸状態について観察する。適宜、補食、咀嚼機能の促進の訓練(硬い食品を咬む、咀嚼筋のトレーニング、等)の指導ならびに言語発達(構音訓練、等)について介入する。
- ④口蓋扁桃肥大の有無、ならびに齒列状態についても観察する。口蓋扁桃肥大の場合、口唇閉鎖、鼻呼吸を促し、改善がなければ小児科、耳鼻科へ紹介する。
- ⑤低頻度の口呼吸(または鼻呼吸)の場合、一次的な鼻閉である場合も考えられるため、経過観察または中頻度(上記)に準じて対応する。
- ⑥必要に応じて言語聴覚士と連携する。

(6) 顔貌・口腔周囲の写真撮影

口腔機能発達が改善されると口腔周囲筋の発達が促され明らかになる顔貌の変化が確認でき、写真は動機づけにもつながる。初回時と少なくとも3か月毎には口腔内写真撮影を行う。

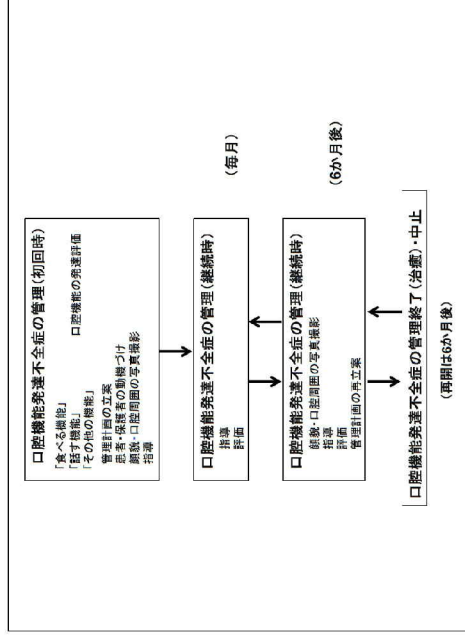


図2 口腔機能発達不全症の管理の基本的な流れ

別紙 1 「口腔機能発達不全症」指導・管理記録簿

No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A 機能	B 分類	C 項目	該当項目	指導・管理 の 必要性	C-1 歯の萌出に遅れがある	<input type="checkbox"/>		
					C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	<input type="checkbox"/>		
					C-3 咀嚼に影響するう蝕がある	<input type="checkbox"/>		
					C-4 強く咬みしめられない	<input type="checkbox"/>		
					C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>		
					C-6 偏咀嚼がある	<input type="checkbox"/>		
					C-7 舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)	<input type="checkbox"/>		
	食べる	咀嚼機能	C-8 哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	<input type="checkbox"/>				
			C-9 構音に障害がある(音の置換、省略、歪み等がある)	<input type="checkbox"/>				
			C-10 口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)	<input type="checkbox"/>				
			C-11 口腔習癖がある	<input type="checkbox"/>				
			C-12 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>				
	話す	構音機能	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数・ローレル指数で評価)	<input type="checkbox"/>				
			C-14 口呼吸がある	<input type="checkbox"/>				
			C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	<input type="checkbox"/>				
			C-16 睡眠時のいびきがある	<input type="checkbox"/>				
			C-17 上記以外の問題点 ()	<input type="checkbox"/>				
その他	栄養 (体格)		<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					

* 「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

指導・管理記録				
回数	年月日	管理・指導項目(各項目の該当するものに○)	特記事項	
1	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	
2	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	
3	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	
4	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	
5	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	
6	年 月 日	食べる機能 (改善・変化せず・悪化) 話す機能 (改善・変化せず・悪化) その他の機能 (改善・変化せず・悪化)	写真撮影(有・無)	

チェックリストの各項目に関する評価基準

A(機能)	B(分類)	C(項目)	指導・管理が必要であると判断する基準
食 べ る	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある	次の3つの条件を満たした未萌出の歯がある場合を“歯の萌出に遅れがある”と判断する。 ①平均的な歯の萌出時期を過ぎていない(乳歯では6か月以上、永久歯では1年以上遅れている)。 ②平均的な歯の萌出順序から考えて次に萌出する歯がすでに萌出している。 ③反対側同名歯の萌出から12か月以上遅れている。 *日本小児歯科学会による日本人の歯の萌出時期に関する全国調査報告を基準とする。
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある :乳歯列完成後(3歳以降)に評価	*下記の異常のうち、明らかに機能的因子(口腔習癖や口呼吸、機能的顎偏位等)が原因となっており、口腔機能の管理・指導により改善が見込まれるものを対象とする。 1. 乳歯列では小児歯科学会からの提言、3歳児歯科健康診断における不正咬合の判定基準に準ずる。①反対咬合、②上顎前突、③過蓋咬合、④開咬、⑤叢生、⑥交叉咬合 2. 混合歯列、永久歯列では、日本学校歯科医会の具体的な咬合判定「2」の基準に準ずる。 ①下顎前突、②上顎前突、③開咬、④叢生、⑤正中離開、⑥その他: これら以外の状態で特に注意すべき咬合並びに特記事項(例えば、過蓋咬合、交叉咬合、缺状咬合、逆被蓋:たとえ1歯でも咬合性外傷が疑われる場合や、歯肉退縮や動揺の著しいもの)。
		咀嚼に影響するう触がある :離乳完了後(1歳半以降)に評価	視診により歯冠崩壊歯(C3以上の重症齲歯、歯髄に達する破折歯)がある、または喪失歯がある(外傷歯も含む)。
		強く咬みしめられない :乳歯列完成後(3歳以降)に評価	左右頬部(咬筋相当部)に触れ「強く咬みしめて」と指示しても咬筋の盛りあがり感が触知できない、口筋の盛り上がり左右差がある。
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる :乳歯列完成後(3歳以降)に評価	ほぼ適正な咀嚼回数25~30回を目安(「日本咀嚼学会からの発信」日本咀嚼学会HP掲載より)。「長すぎる」とは、口に入れてから嚥下完了までの所要時間が概ね1分以上のもの。「短すぎる」とは、咀嚼回数5回未満、口に入れてから嚥下完了までの所要時間が概ね5秒未満のもの。
		偏咀嚼がある :乳歯列完成後(3歳以降)に評価	食べ物を左右のどちらか片方で極端に噛んでいるか否かを問診と左右頬部の触診から判断する。
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる :離乳完了後(1歳半以降)に評価	唾液嚥下を指示したときに、下記のいずれかに該当する。 ①上下顎歯列間に舌が介在している。 ②上下前歯舌面に舌を圧接させて嚥下する。 ③歯列の側方に舌を突出させて嚥下する所見がある。
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	保護者への問診によって月齢に応じた哺乳量・哺乳回数であるか、食べる量、回数、ムラ食べるの有無を判断する。

A(機能)	B(分類)	C(項目)	指導・管理が必要であると判断する基準
話 す	構音機能	構音に障害がある(音の置換、省略、歪み等がある)	5歳(発音の完成期)以降において、発語の際に音の置換、省略、歪み等がある。 カ・サ・タ・ナ・ラ行を言わせてみて音の置換、省略、歪み等の有無を判断する。
		口唇の閉鎖不全がある 乳歯列完成後(3歳以降)、	保護者への問診、視診からずっと口を開けている所見がみられる。 視診で口腔周囲筋、口唇の筋緊張の有無を判断(無力唇)する。 口唇閉鎖を指示した際にオートガイ部に緊張がみられる。 安静時に口唇閉鎖を認めず、口が開いている。
		口腔習癖がある (吸指癖、舌突出癖、弄舌癖、咬唇癖、吸唇癖等)	乳歯列完成期以降(3歳以降)において、吸指癖、舌突出癖、弄舌癖、咬唇癖、吸唇癖等が頻繁に認められる。
		舌小帯に異常がある (舌挙上時の分葉舌等、舌小帯の運動制限を認める)	舌小帯短縮症を呈している。 舌の挙上時に分葉舌がみられる。 舌小帯の運動制限を認める。 ①舌尖を歯列の外に出すことができない。 ②開口時に舌尖で口唇に触れることができない。 ③前方運動、垂直運動、側方運動、ポッピング等が困難である。

A(機能)	B(分類)	C(項目)	指導・管理が必要であると判断する基準
その他	栄養 (体格)	やせ、または肥満である (カウプ指数・ローレル指数で評価)	乳幼児期:カウプ指数が ⁶ 15未満(やせ)、または22以上(肥りすぎ)である。 学童期:ローレル指数が ⁶ 100以下(やせすぎ)、または160以上(肥りすぎ)である。
	その他	口呼吸がある	鼻閉がない状態で口呼吸(習慣性口呼吸)がみられる。
		口蓋扁桃等に肥大がある	保護者への問診によって、①物を飲み込みにくそうにしている様子がある②睡眠時、最初は仰臥位で寝ていてもいつのまにか側臥位やうつ伏せで寝ている事が多い(扁桃の大きい子は仰臥位で寝ると扁桃が舌根部へ落ち込み無呼吸が起きやすくなるため自然と呼吸しやすい体位をとる)などの情報を得ると同時に、客観的に山本の分類 ⁽³⁾ で2度以上のもの。 幼児期において口蓋扁桃肥大第3度(口蓋扁桃が正中まで達する状態)である。 学童期以降で口蓋扁桃肥大第2度(口蓋扁桃が口蓋弓と越える状態)以上である。
		睡眠時のいびきがある	鼻閉のない状態で、睡眠時にいびきがみられることが多い。
		上記以外の問題点 ()	<ul style="list-style-type: none"> ● 乳児期においては、先天性菌による舌下部の潰瘍(Riga-Fede病)などがみられる。 ● 以下のような誤嚥を疑う所見がある場合など。 嚥下時に鼻腔に食物・水分の漏れがみられる(鼻咽腔閉鎖不全)。 嚥下前後、嚥下時のムセがある。 ● 保護者への問診から、なかなか飲み込まない、口の中の食物を吸う、遊びながら食べる、飲料で流し込んで飲み込む、食べこぼしが多いなど。 ● 話し方に問題がある(話がゆっくり過ぎる、早口すぎる)など。

注) 口蓋扁桃肥大の分類 (山本)、(慣用的名称: McKenzie 分類)

第1度 (軽度): 前後口蓋弓を結ぶ想定面から軽く突出したもの

第2度 (中等度): 前後口蓋弓を結ぶ想定面から強く突出したもの

第3度 (高度): 両側扁桃が正中線で接触する程度のもの

* 新耳鼻咽喉科学第11版、切替一郎、野村恭也編: III 口腔・咽頭科学、各論 第2章、p440、南山堂、東京、2013. より引用

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)

1. はじめに

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現れる病態である(別添1)。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る。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ため、この「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方を作成することとした。

なお、この基本的な考え方を作成するにあたり、「高齢期における口腔機能低下—学会見解論文 2016 年度版—」(日本老年歯科医学会学術委員会, 2016 年)を参考とした。

2. 口腔機能低下症の特徴

(1) 疾患名

口腔機能低下症

(2) 病態

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。放置しておくことで咀嚼機能不全、摂食嚥下障害となった全身的な健康を損なう。高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や全身疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また、低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

(3) 症状

口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下など複数の口腔機能が低下している。

3. 口腔機能低下症の診断

(1) 診断基準

口腔機能低下症の7つの下位症状(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下)のうち、3項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断される。

(2) 口腔機能精密検査

口腔機能低下症の診断には、口腔機能精密検査として、7つの下位症状についての検査を行う。2つの方法が示されている場合は、どちらの検査方法を用いてもよい(記録用紙(別添2)、管理計画書(別添3))。

① 口腔衛生状態不良の検査

口腔衛生状態不良の検査は、補診により Tongue Coating Index (TCI) を用いて、舌苔の付着程度を評価する。舌表面を9分割し、それぞれのエリアに対して舌苔の付着程度を3段階(スコア0, 1 または2)で評価し、合計スコアを算出する(別添4)。TCIが50%以上(合計スコアが9点以上)ならば口腔衛生状態不良とする。

② 口腔乾燥の検査

口腔乾燥の検査は、口腔粘膜湿度または唾液量で評価する。

②-1 口腔粘膜湿度

口腔水分計(ムーカス、ライフ)を使用して、舌尖から約 10 mm の舌背中央部における口腔粘膜湿度を計測する。測定値 27.0 未満を口腔乾燥とする。

②-2 唾液量

唾液量計測は、サグンテストによる。医療ガーゼを舌下部に置き、2 分後の重量と比較する。2 分間で 2 g 以下の重量増加を口腔乾燥ありとする。

③ 咬合力低下の検査

咬合力低下の検査は、咬合圧検査または残存歯数により評価し、検査結果は咬合圧検査を優先する。

③-1 咬合圧検査

感圧フィルム(デンタルプレスケール、ジーシー)を用いて、咬頭咬合位における3秒間クレンジング時の満全全体的咬合力を計測し、咬合力が 200 N 未満を咬合力低下とする。なお、義歯装着者は、義歯を装着した状態で計測する。

③-2 残存歯数

残存歯数を計測する。残存歯数が残根と動揺度 3 の歯を除いて 20 本未満を咬合力低下とする。

④ 舌口唇運動機能低下の検査

オーラルデライトコネクシスにより評価する。1 秒当たりの /pa/, /ta/, /ka/ それぞれの音節の発音回数を計測する。/pa/, /ta/, /ka/ のいずれかの 1 秒当たりの回数が 6 回未満を舌口唇運動機能低下とする。

⑤ 低舌圧の検査

低舌圧の検査は、舌圧測定により評価する。舌圧測定器 (MS 舌圧測定器、ジェイ・エム・エス) につなげた舌圧プローブを、舌と口蓋との間で随意的に最大力で数秒間押し潰してむらび、最大舌圧を計測する。舌圧が、30kPa 未満を低舌圧とする。

⑥ 咀嚼機能低下の検査

咀嚼機能低下の検査は、咀嚼能力検査(グルコース含有グミゼリー)咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの)または咀嚼能率スコア法により評価する。

⑥ 1 咀嚼能力検査

2 g のグミゼリー(グルコラム、ジーシー)を 20 秒間自由咀嚼させた後、10 mL の水で含嗽させ、グミと水を濾過用メッシュ内に吐き出させ、メッシュを通過した溶液中のグルコース溶出量を咀嚼能力検査システム(グルコセンサ-GS-II、ジーシー)にて溶出グルコース濃度を測定する。グルコース濃度が 100 mg/dL 未満を咀嚼機能低下とする。

⑥-2 咀嚼能率スコア法

咀嚼能率スコア法は、グミゼリー(咀嚼能率検査用グミゼリー、UHA 味覚糖・アズワン)を 30 回咀嚼後、粉砕度を視覚資料と照合して評価する(別添5)。スコア 0, 1, 2 の場合、咀嚼機能低下とする。

⑦ 嚥下機能低下の検査

嚥下機能低下の検査は、嚥下スクリーニング検査(EAT-10)または自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)のいずれかの方法で評価する。

⑦-1 嚥下スクリーニング検査(EAT-10)

嚥下スクリーニング質問紙(The 10-item Eating Assessment Tool, EAT-10)を用いて評価する。合計点数が 3 点以上を嚥下機能低下とする。

⑦-2 日記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)

日記式質問票「聖隷式嚥下質問紙」を用いて評価する。15項目のうちAの項目が3つ以上ある場合は嚥下機能低下とする。

4. 口腔機能低下症の管理の概要

下記に口腔機能低下症の診断と管理の概要を示す。初回には管理計画書(別添5)を作成し、患者等に説明する。

口腔機能低下症の管理は、口腔機能のさらなる悪化を予防し、口腔機能を維持、回復することを目的とする。管理に、栄養状態や口腔機能が維持・回復されているかを臨床的観点から評価を行う。そして、管理計画に基づき、患者本人と家族に対して、状況に応じた動機づけ、療養上必要な訓練指導や生活指導および栄養指導を実施し、管理指導記録簿(別添6)に記載して保存する。

再評価は、概ね6か月毎に口腔機能精密検査により行う。

口腔機能低下症の検査・診断

管理計画の立案

管理計画の患者等への説明・同意

口腔機能低下症の管理

患者への動機づけ

生活指導・栄養指導

再評価・診断

口腔機能低下症からの回復(治癒)

5. 口腔機能低下症の管理

(1) 管理計画の立案

口腔機能精密検査に基づき、患者等の生活環境や生活習慣を踏まえて、患者の環境に最も適した管理計画を作成し、管理計画書(別添5)を患者に交付する。口腔機能低下が進行すると、摂食嚥下障害や咀嚼機能不全など嚥下摂取を著しく障害する状態に陥る。その結果、栄養障害が起り、全身の筋力低下や要介護状態に陥ることとなる。このような不可逆的な状態に陥らないためには、継続的な口腔機能管理を実施し、口腔機能低下症からの回復を目指すことが重要である。しかし、口腔機能低下は、う蝕や歯周疾患、歯の欠損、義歯の不適合などの従来型の歯科疾患によっても起こることが、加齢や疾患による全身状態の低下や栄養障害によっても起こりうる。一方で、高齢者等においては、口腔機能低下から歯科的疾患の増悪につながることも多い。そのため、口腔機能低下症と診断された場合には、口腔機能低下の悪化を予防し、回復を目指す。通常の歯科疾患だけでは、歯科疾患が進行してしまっても考慮し、口腔機能低下と診断された場合には、歯科疾患管理にあわせて口腔機能の管理も実施することが必要である。口腔機能低下症への対応として、低下と診断された個々の口腔機能への対応も重要だが、それだけでなく、口腔機能低下に影響を及ぼしている全身状態の把握や、生活習慣を改善するような動機づけを行い、生活・栄養・運動指導もあわせて実施することが重要である。

(2) 全身の状態と口腔機能管理

全身状態は、主に基礎疾患、服用薬剤、意識レベル、認知機能、肺炎の既往などで評価する。たとえば脳血管疾患の既往がある場合には、麻痺の種類や程度を考慮して、その状態に応じた管理方法を検討する必要がある。

服用薬剤により口腔機能の低下が引き起こされることがあり、口腔乾燥の頻度が高い。口腔乾燥により、口腔衛生状態の悪化や食塊形成が困難になるなどの問題が発生する。口腔乾燥、唾液腺マッサージや口腔保湿剤の使用、口腔清掃方法の指導などによる管理を行う必要がある。

特に高齢者等では、口腔機能の低下は低栄養を引き起こす。その結果、サルコペニアなどにより身体活動性を低下させ、生命予後を悪化させる。したがって、栄養状態の維持・改善のために、継続的な管理により口腔機能の維持・回復を行う。栄養状態の評価には、体重の変化やBody Mass Index(BMI)が有効である。また、食事の形態も口腔機能の状態を反映するため、管理計画の立案上、重要な情報となる。さらに、食思不振の有無を聴取しておき、嗜好の有無や食べへの意欲を考慮する。栄養状態の改善や食事の形態の改善のためには、口腔機能精密検査で低下が認められた項目に対する訓練を行うなど、機能訓練を中心に管理を行う。加えて、口腔機能に適した食事の形態の選択や、食事摂取状況に応じた栄養の指導も必要である。

(3) 口腔機能の低下とその管理

口腔機能精密検査により診断された口腔機能低下に対して、その症状や患者の特性に応じた口腔機能訓練の指導を患者等に行う。また、口腔機能低下症の管理のためには、う蝕や歯周病などの歯科疾患の検査や治療も必要であり、また、口腔機能低下症がそれら歯科疾患の増悪要因に及ぼすことを考慮する。

口腔衛生状態の不良は、肺炎の原因となる。高齢者の口腔衛生状態の不良の原因は、単に口腔清掃の手法や頻度、時間だけの問題ではない。患者のみならず家族や介護者に対しても、清掃方法の指導だけでなく、口腔内の衛生状態を良好に保つことが良好な生命予後につながることを継続的に説明する必要がある。その上で、口腔乾燥がある場合には口腔保湿剤を併用した口腔清掃方法の指導を行う。また、その他の口腔清掃用具の適切な選択も重要となる。身体が麻痺等により手指が不自由な場合は、柄を太くする等の清掃用具の工夫が必要である。また、口腔乾燥には服用している薬剤が関連することも多いため、特に多剤服用中の高齢者では、必要に応じて薬剤投与状況の確認を主治医や薬剤師に依頼する。

咬合力の低下は、摂取食品の多様性低下を引き起こす。摂取食品の多様性が低下すると、摂取しやすなお粥やうどんなどの炭水化物の摂取量が増加し、肉や魚、野菜などの摂取量が低下することになったり、ビタミン、ミネラルの不足につながる。また、食べる楽しみが減少することで、食べへの意欲の低下にも通じやすくなる。それらに対しては、咬合力の維持・改善のために咀嚼筋訓練などの指導を行う。また、補綴装置の評価を行い、対応の必要性を判断する。咬合力の低下が、栄養摂取パワーズの低下や、ひいては全身の筋力低下につながることを理解してもらい、患者の動機づけや生活・栄養指導につなげていくことも重要である。

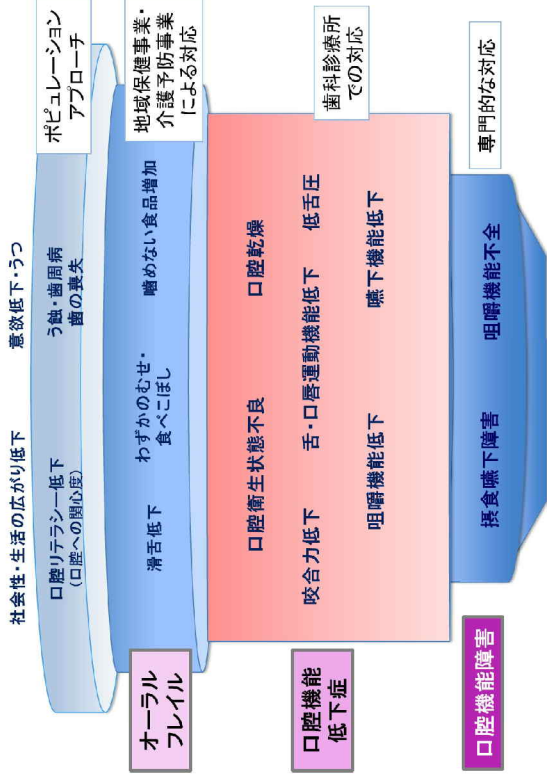
口唇や舌の機能低下は、筋力の低下と運動の巧緻性の低下が原因となる。口唇や舌機能の低下が生じると、食塊の形成不全が生じ、咀嚼や嚥下にも負の影響を与え、摂取できる食品の種類や量が限定され、その結果として低栄養につながる。また、口唇や舌機能の低下によって、義歯の不具合や歯の欠損などに問題がなくても、発音・構音障害を生じることがある。高齢者の発音障害は、単にコミュニケーションの問題にとまらず、友人会などの嫌がったり、外出を避けたりするようになり、社会性の低下などを引き起こす。これらの場合、抵抗訓練器具などを用いればんだ(GC)、りっぶるという一瞬(松風)等を用いた口唇閉鎖力や舌圧の向上のための筋力増強訓練の指導を行う。また、口唇や舌の運動範囲の拡大を目的とした可動域訓練、単音節の発音訓練など口唇・舌の巧緻性の訓練を行う。社会性の低下は、社会的フレイルにつながるため、筋力増強訓練の指導とともに、社会生活活動の維持・向上の重要性についても説明し、動機づけを行う。

嚥下・口唇・舌などの複合的な機能である咀嚼機能の低下に対しては、咀嚼訓練用食品たとえばプロセシード(大塚製薬)等による直接的な咀嚼訓練の指導などを行う。その際には、その他の口腔機能や全身状態にも配慮した上で、簡単なものから段階的に難易度を設定すると良い。特に、嚥下機能低下が認められる場合は、嚥下障害が含まれる可能性があるため、そのリスクリーディング検査を含めた検査及び診断が必要である。

(4) 患者等への説明と動機づけ

患者の生活環境や生活習慣に応じた口腔機能低下症に関する正しい知識を患者等に提供し、管理目的と管理方法について患者および介護者に理解を得る。低下した機能が管理により回復することが望まれるのはもちろんで

別添1 口腔機能低下症の概念図



あるが、全身状態など患者の状況によっては、口腔機能の維持が目標となることもある。口腔機能管理においては、前述した口腔機能評価の結果や必要な訓練法を説明するだけでなく、その短期的目標と長期的目標を含めて患者等への動機づけを十分に行い、説明によって管理への協力を得る。様々な原因が複合的に関わる口腔機能低下に対して、患者や家族が日常生活の中でどのように向き合っていくかが重要になる。加齢や機能の低下は、患者によって目を背けたい事実であることもある。そのため、適切な動機づけにより、患者の活動変容につながる必要がある。動機づけは一度で成功することはまれであるため、継続的に繰り返す必要がある。その際、画一的にならないように、その都度の患者の状況により、動機づけの方法を変化させることも、口腔機能管理に対して長期に患者の協力を得るために必要である。

口腔機能の低下は、栄養摂取バランスを阻害する。炭水化物の摂取量が増加し、たんぱく質、ビタミン、ミネラル摂取が不足しやすくなる。栄養摂取バランスの低下は、フレイルや全身機能の低下につながるため、口腔機能低下を予防するための動機づけが重要となる。口腔機能低下の悪化を予防し、維持・改善することともに、適切な栄養摂取をすることで、全身の健康を保ち、フレイルや介護予防につながることを理解してもらうことが患者への動機づけとして重要である。

(5) 口腔の状態、栄養状態や食形態を含めた生活指導

口腔機能管理は、日常生活の中で患者自身が口腔機能低下と向き合い、患者等が自ら生活の中で口腔機能の回復や維持などの目標に向けて取り組むことが重要である。そのため、全身状態や生活環境・生活習慣を踏まえた生活指導として、口腔機能精密検査により診断された口腔機能低下に対して、患者等が日常生活の中でも実施可能な簡単な口腔機能訓練を含めたセルフケアの指導と助言を行う。また、個々の日常生活能力にあわせて、日常生活における適切な口腔清掃指導、日々の食事において摂取する食品や食形態の提案、食具や姿勢などの食事環境、食事方法など、栄養状態や食形態を含めた生活指導を行う。

患者等への説明と動機づけをもとに、生活指導、栄養指導および運動指導を実施する。口腔機能低下の悪化とそれによって引き起こされる全身状態の悪化を予防するために、食事のあり方や栄養摂取量や栄養バランスについて理解してもらうように生活指導と栄養指導を実施する。また、適切な栄養摂取とともに適切な運動によって、口腔と全身の運動機能低下を予防することができる。そのため、日常生活における口腔体操等による口腔機能向上訓練とともに全身の適度な運動や外出を促す。

(6) 多職種連携による口腔機能管理

口腔機能低下が低下している者は、地域在住の高齢者から、施設入居者や病院入院中の患者まで幅広く分布していることが想定される。それらの患者への対応は、歯科医院だけでなく、訪問歯科診療や病院併設歯科で行わなければならない。対象者は、ADLが自立している者だけでなく、要介護者もいるため、それら対象者の口腔機能低下の管理は、歯科医師・歯科衛生士だけでは対応が困難になることも多い。その場合、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医療・介護・福祉における多職種と連携を取りながら口腔機能管理を進めていくことが重要となる。口腔機能管理が栄養状態の維持、改善につながることや全身状態の悪化を予防することを多職種に理解してもらい、全身管理とともに口腔機能管理の目標を多職種間で共有することで、口腔機能管理が効果的に実施することが可能となる。そのため積極的な多職種連携による口腔機能管理を行うことが望まれる。

口腔機能精密検査 記録用紙

患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	(男・女)	
計測日	年 月 日			
下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
① 口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上	%	<input type="checkbox"/>
	口腔粘膜湿度	27未満		<input type="checkbox"/>
② 口腔乾燥	唾液量	2g/2分以下		<input type="checkbox"/>
	咬合力検査	200 N未満	N	<input type="checkbox"/>
③ 咬合力低下	残存歯数	20本未満	本	<input type="checkbox"/>
	オーラルディアドコネシス	どれか1つでも、6回/秒未満	/pa/ /la/ /ka/	<input type="checkbox"/>
④ 低舌圧	舌圧検査	30kPa未満	kPa	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能力検査	100mg/dL未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
⑤ 咀嚼機能低下	咀嚼能力スコア法	スコア0, 1, 2		<input type="checkbox"/>
	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10) 自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	3点以上	点	<input type="checkbox"/>
⑥ 嚥下機能低下	3項目以上該当			<input type="checkbox"/>

該当項目が3項目以上で「口腔機能低下症」と診断する。 該当項目数：—

管理計画書

患者氏名	年齢	性別	男・女
------	----	----	-----

年 月 日

【全身の状態】

1 基礎疾患	心疾患・肝炎・糖尿病・高血圧症・脳血管疾患・その他 ()
2 服用薬剤	1. なし 2. あり (薬剤名:)
3 意識レベル	1. 清明 2. 不清明 3. 昏眠
4 認知機能低下	1. なし 2. あり
5 肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
6 体重の変化	1. なし 2. あり () か月で (Kgの増・減)
7 体格指数 (BMI)	1. 正常範囲内 2. 低体重 (やせ) 3. 肥満
8 食事形態	1. 常食 2. 軟食 3. 刻み食 4. ベースト食 5. その他 () 6. 非経口
9 食思不振	1. なし 2. あり (理由:)

【口腔機能の状態】

1 口腔内の衛生状態	舌苔付着程度 % (基準値 50%以上)	1. 正常範囲内 2. 低下
2 口腔内の乾燥程度	検査結果 (基準値)	1. 正常範囲内 2. 低下
3 咬む力の程度	検査結果 (基準値)	1. 正常範囲内 2. 低下
4 口唇の動き	八発音速度 回/秒 (基準値 6.0回/秒未満)	1. 正常範囲内 2. 低下
5 舌尖の動き	舌尖発音速度 回/秒 (基準値 6.0回/秒未満)	1. 正常範囲内 2. 低下
6 舌の力の程度	舌圧 kPa (基準値 30kPa未満)	1. 正常範囲内 2. 低下
7 咀嚼の機能	検査結果 (基準値)	1. 正常範囲内 2. 低下
8 嚥下の機能	検査結果 (基準値)	1. 正常範囲内 2. 低下
9 歯・歯肉の状態	フラーウ (なし・あり) 歯肉の炎症 (なし・あり) 歯の動揺 (なし・あり)	1. 正常範囲内 2. 低下
10 口腔内・嚥下の状態		
11 口腔機能管理計画		

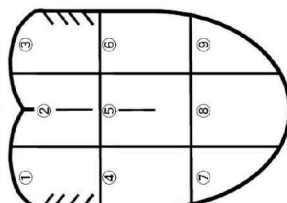
【管理方針・目標 (ゴール) ・治療予定等】

1 口腔内の衛生	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
2 口腔内の乾燥	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
3 咬む力	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
4 口唇の動き	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
5 舌尖の動き	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
6 舌の力の程度	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
7 咀嚼の機能	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
8 嚥下の機能	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す
9 嚥下機能	1. 問題なし 2. 機能維持を目指す 3. 機能向上を目指す

【再評価の時期・治療期間】

再評価の時期: 約 () か月後 ・ 治療期間: () 程度

舌苔スコアの記録



舌苔スコアの基準

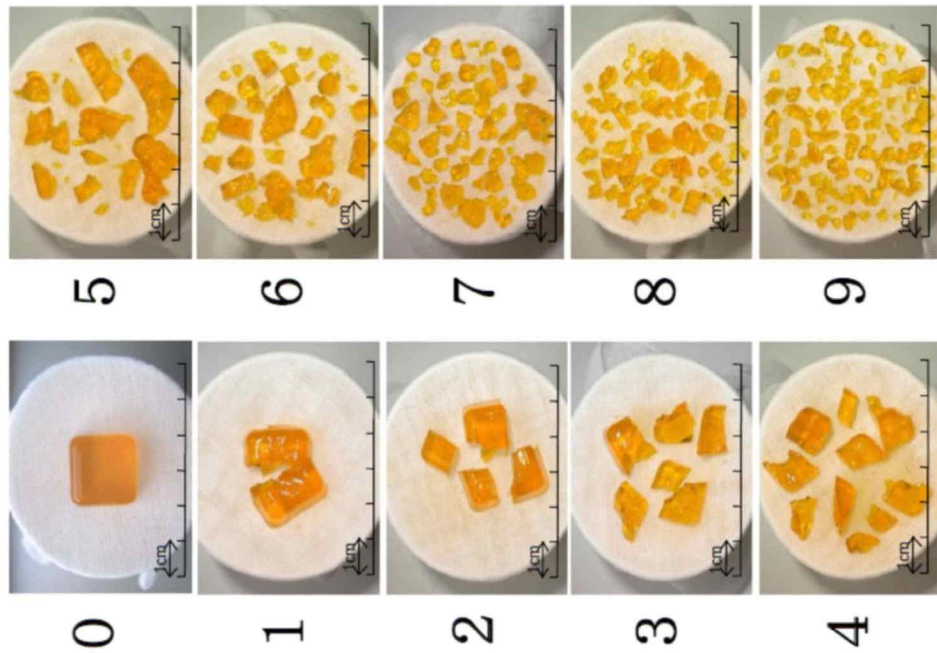
スコア 0
舌苔は認められない

スコア 1
舌乳頭が認識可能な薄い舌苔

スコア 2
舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔

舌苔インデックス (TCI) = $\frac{\text{スコアの合計(0~18点)}}{18} \times 100 = \text{ ______ } \%$

咀嚼能率スコア・評価シート



別添6 管理指導記録簿

管理指導記録簿

		管理日・管理指導記録					
		年	月	日	年	月	日
全身状態	評価項目	評価	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	1 栄養	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	1 口腔衛生	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	2 口腔乾燥	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	3 咬合・義歯	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	4 口唇機能	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	5 舌機能	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	6 咀嚼機能	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
所見	7 嚥下機能	1 改善 2 維持 3 悪化	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	1 全身状態						
	2 口腔機能						
	3 その他						
	管理内容						

(診療情報の提供を依頼する文書の様式見本)

診療情報提供依頼書

照会先医療機関名

担当医名

科

殿

平成 年 月 日

照会元医療機関の
所在地および名称

電話番号
担当歯科医師名

下記の患者について、貴医療機関での診療情報の提供を依頼します。

患者氏名	性別 (男・女)
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日 (歳)
患者住所 〒 -	
電話番号	

1) 診療情報の提供を依頼する目的

(当該患者の傷病名、治療方針等)

2) 提供を求める診療情報の具体的内容 (検査結果、投薬内容等)

--

※診療情報提供依頼書は、患者または照会先の医療機関に交付する。

※文書の写しをカルテに添付すること。

新点数説明会・院内感染防止対策講習会の日程

1. 新点数説明会

(1) 第3回 新点数説明会「在宅医療」

4月23日(月)
○受付 16時30分～
○レセプトコンピュータ等展示会 16時30分～19時
○説明会 (説明会会場へのご案内: 17:30分頃を予定)
(開演: 18時30分～21時)
会場 なかのZERO大ホール(1,292席)
交通 JR・中央線・総武線中野駅、東京メトロ東西線中野駅「南口」より徒歩8分

(2) 第4回 新点数説明会

4月26日(木)
○受付 17時～
○レセプトコンピュータ等展示会 17時～19時
○説明会 (説明会会場へのご案内: 17:30分頃を予定)
(開演: 18時30分～21時)
会場 なかのZERO大ホール(1,292席)
交通 JR・中央線・総武線中野駅、東京メトロ東西線中野駅「南口」より徒歩8分

必ずお読みください

1. 会員の方のご参加について

☆「会員本人」および「会員の診療所スタッフ」の参加費は、会員証持参の1名無料で、2人目からは1人1,000円となります。

☆説明会では、「2018年改定の要点と解説」をテキストとして使用します。会員へは登録先に3月23日(金)頃に1冊送付致しておりますので、必ずご持参ください。お忘れになった場合や同伴者が必要な方は、テキスト代の費用が別途2,000円かかりますのでご了承ください。

☆ゴールド色の会員証を必ずご持参ください。

ご提示がない時、入場が遅れる場合やご入場できない場合がありますのでご注意ください。紛失された場合は、再発行(費用1,770円)となります。再発行までに1ヵ月程度必要なため、お早めにお申し出ください。
☆また、例年、受付が大変混み合います。同伴の方が遅れてくる場合などの個別のご対応は致しかねますので、全員揃った上でご入場頂くよう、ご協力をお願い致します。

2. 未入会員の方のご参加について

☆未入会員の方は、1説明会参加につき、参加費30,000円となります。事前にお申し出ください。会員としてご入場を頂く場合は、事前の入会をお願い致します。

◆お問い合わせ先→入会・参加について: 組織部 / 内容について: 社保・学術部まで◆

2. 院内感染防止対策講習会

4月26日(木) 15:30～16:30
会場 なかのZERO大ホール(1,292席)
講師 協会講師団
交通 JR・中央線・総武線中野駅、東京メトロ東西線中野駅「南口」より徒歩8分
対象者 会員本人のみ(会員本人以外、お連れの方、代理の方の参加はできません)
参加費 1,000円(修了証代込) ※修了証は、後日、協会に登録している住所に郵送いたします。
※途中入場、途中退席された場合は、修了証の発行はできません。
要予約 協会ホームページの「院内感染防止対策講習会参加申込みフォーム」よりお申し込みください。



ブラックジャックによろしく
佐藤秀峰

もうすぐ始まります！
春の共済募集期間
4/1～5/25



特設ブースにて
研究会のお役立ちグッズプレゼント中♪
ぜひお越しください！



万が一の備えに
グループ生命保険
会員加入者数No.1！

休業対策に
休保制度
今年の申込は春募集限り！

将来への準備に
保険医年金
予定利率1.259%！

会員のための共済制度
しっかり活用しないとね！

制度の詳細は同封チラシやブースで
配布しているパンフレットをご覧ください。



ブラックジャックによろしく
佐藤秀峰