

社保シリーズ

義歯管理と口腔機能低下症

2

社保研究部

今回は、義歯装着患者における口腔機能低下症の管理について解説する。

症例解説

今回の診療報酬改定で、表1の検査項目である口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧または嚥下機能低下のうち、いずれか3項目以上に該当する場合は、「口腔機能低下症」と診断され、歯管が算定できる。

さらに65歳以上で、咀嚼能力検査、咬合圧検査または舌圧検査のいずれかを算定し(算定単位は6カ月に1回)、咀嚼機能低下、咬合力低下または低舌圧のいずれかに該当する患者の継続管理には、口腔機能管理加算100点が歯管に加算できる。

症例では、残存歯が19本のため咬合力低下、オーラルディアドコキネスにより舌運動機能低下、咀嚼能力検査によって咀嚼機能低下をそれぞれ認め、口腔機能低下症と診断し、口腔機能管理加算の対象にしている(11/20)。

一方、臼歯部での咬合関係がなく、9歯以上のPDの装着患者のため、有床義歯咀嚼機能検査(咀嚼機能)の対象にもなる。この検査は装着前1回、装着後は6カ月以内に月1回算定できる。

口腔機能低下症の診断で実施する咀嚼能力検査(または咬合圧検査)と咀嚼機能1口(または2口)は、検査内容が同じなので、疑義解釈によって咀嚼能力検査(または咬合圧検査)の実施から3カ月以内は咀嚼機能1口(または2口)の検査とみなすことができるとされている(図1)。

症例では初診日の検査をPD装着前の咀嚼機能1口とみなし、PDのセット日から装着後の咀嚼機能1口140点を算定している(12/15, 1/15)。

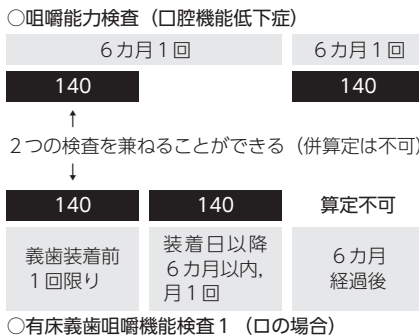
以上のように、口腔機能低下症の病名のみで歯管による継続管理をする場合は、口機能を加えても200点にしかない。関連検査も6カ月に1回しか算定できない。そこで、症例のように、義歯装着と装着後の継続管理と絡めるなら、日常の臨床に取り入れられるのではないだろうか。

咀嚼能力の実施から3月以内は、有床義歯咀嚼機能検査1の口の装着前検査の実施とみなすことができる。

口腔機能低下症の管理加算を算定する場合は、咀嚼能力、咬合圧、舌圧の検査のうち、いずれかの算定が必要。文+10点は併算定できない。管理計画書記載見本は『歯科保険診療の研究』P217参照。

①FDまたは9歯以上のPDで臼歯部の垂直的咬合関係がない②義歯を装着し左右第二大臼歯を含む臼歯4歯以上の欠損——などの場合は有床義歯咀嚼機能検査が実施できる。義歯装着後の検査は装着前と同じ検査を実施する。装着後6月内に月1回算定できる。

図1 有床義歯咀嚼機能検査と口腔機能低下症の検査



部位	傷病名	診療開始日
7-4 3-7	MT, 義歯フテキ	30年11月20日
	口腔機能低下症	30年11月20日
〔年齢〕65歳		
〔主訴〕入れ歯が合わないので作りなおしてほしい		
〔所見〕旧義歯フテキのため新製。口腔機能の低下を認める		

月日	部位	療法・処置	点数
11/20		初診	237
	7-4 3-7	歯リハ1 (1) (3 2 クラスプを緩める)	124
		咀嚼能力 (グルコース溶出量90mg/dL, 咀嚼機能低下)	140
		歯管 口機能 (管理計画別紙) (100+100)	200
		残存歯数19本のため咬合力低下, パ・タ・カ全て4回	/
		/秒のため舌運動機能低下, 咀嚼機能低下と併せ口	/
		腔機能低下症と診断	/
	7-4 3-7	補診 (所見略)	90
		連 imp (個人トレー+アルジネート)	230
11/26		再診 明細 (48+1)	49
	7-4 3-7	BT	187
11月分 2日分 1,257点			
12/3		再診 明細 (48+1)	49
	7-4 3-7	試適	100
		歯管 口機能 (指導・管理記録 別紙) (100+100)	200
12/10		再診 明細 (48+1)	49
	7-4 3-7	PD set (1床9歯レジン床)	1079
		人工歯 (レジン歯) (27+13)	40
		3 2 コンビCI (不銹鋼・コバルトクロム) (278×2)	556
		義管 (右側臼歯部頰側の床縁調整, 文書提供)	230
		咀嚼機能1口 (グルコース溶出量96mg/dL, 改善傾向)	140
12月分 2日分 2,443点			
1/15		再診 明細 (48+1)	49
	7-4 3-7	歯リハ1 (1) (3 2 クラスプを緩める)	124
		咀嚼機能1口 (グルコース溶出量96mg/dL, 現状維持)	140
		歯管 口機能 (指導・管理記録 別紙) (100+100)	200
1月分 1日分 513点			

表1 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"/>
	口腔粘膜潤湿度	27未満		<input type="checkbox"/>
②口腔乾燥	唾液量	2g/2分以下		<input type="checkbox"/>
	咬合圧検査	200N未満(プレスケール) 500N未満(プレスケールII)		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キネス	どれか1つでも、 6回/秒未満	/pa/ /ta/ /ka/	回/秒 <input type="checkbox"/>
④舌口唇運動機能低下	舌圧検査	30kPa未満	kPa	<input type="checkbox"/>
⑤咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能力スコア法	スコア0,1,2		<input type="checkbox"/>
⑥嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3点以上	点	<input type="checkbox"/>
	自記式質問票 (聖裁式嚥下質問紙)	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: _____

疑義解釈 (その8) 2018年10月9日・事務連絡

【CAD/CAM冠】

問1 区分番号「J004-3」に掲げる歯の移植手術により、埋伏歯又は智歯を下顎第一大臼歯として移植した場合に、下顎第一大臼歯(移植歯)に対して区分番号「M015-2」に掲げるCAD/CAM冠による歯冠修復は算定できるか。

(答) 移植後の状態が安定している場合であって、区分番号「M015-2」に掲げるCAD/CAM冠の留意事項通知(2)に該当する場合には差し支えない。なお、診療報酬明細書の摘要欄に移植の部位等(例:下顎右側智歯を下顎右側第一大臼歯に移植等。歯式でも可)を記載すること。