

口腔機能管理料

口腔機能低下症の診断基準

下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
①口腔衛生不良	舌背上の微生物数	3.162 × 10 ⁶ CPU/mL以上	CPU/mL	<input type="checkbox"/>
	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		<input type="checkbox"/>
	唾液量	2g/2分以下		
③咬合力低下	咬合圧検査1	機器に応じて 200~500N未満	N	<input type="checkbox"/>
	残存歯数	20本未満	本	
④舌口唇運動機能低下	オーラル・ディアドコ キネシス	いずれか1つでも 6回/秒未満	【バ】 回/秒 【タ】 回/秒 【カ】 回/秒	<input type="checkbox"/>
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満	kPa	<input type="checkbox"/>
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査1	100mg/dL未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能率スコア法	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	点	<input type="checkbox"/>
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	Aが1項目以上		

口腔機能低下症

①~⑦のうち3項目以上該当で、口腔機能低下症
(原則として①~⑦すべての検査を行うことが望ましい)

口腔細菌定量検査2
咀嚼能力検査1
咬合圧検査1
舌圧検査

いずれかを1つ
以上を含む

在宅患者訪問口腔
リハビリテーション
指導管理料

かつ

歯管、または特疾管を算定している50歳以上の患者

口腔機能管理料 60点(口管強+50点)
歯リハ3 50点(月2回)
実地指の口腔機能指導加算+10点

脳卒中やパーキンソン病等の
全身的な疾患を有する患者
⇒50歳未満でも可

口腔機能低下症

①~⑦のうち3項目以上該当で、口腔機能低下症
(原則として①~⑦すべての検査を行うことが望ましい)

口腔細菌定量検査2
咀嚼能力検査1
咬合圧検査1
舌圧検査

いずれかを1つ
以上を含む

在宅患者訪問口腔
リハビリテーション
指導管理料

かつ

歯管、または特疾管を算定している50歳以上の患者

口腔機能管理料 60点(口管強+50点)
歯リハ3 50点(月2回)
実地指の口腔機能指導加算+10点

脳卒中やパーキンソン病等の
全身的な疾患を有する患者
⇒50歳未満でも可

口腔機能低下症

①～⑦のうち3項目以上該当で、口腔機能低下
(原則として①～⑦すべての検査を行う事が望ましい)

検査機器が1つもない

3項目以上



該当

「口腔機能低下症」病名で
歯管の算定は可

3項目未満



非該当

「口腔機能管理中」病名で
実地指の口腔機能指導加算+10
点の算定可

口腔機能低下症の診断基準

①口腔衛生不良

➤ 舌背上の微生物数



口腔内細菌カウンタ

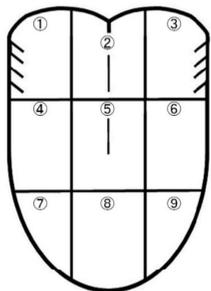
3.162×10^6 CPU/mL以上

該当

口腔機能低下症の診断基準

①口腔衛生不良

➤ 舌苔の付着程度



舌苔は認められない ⇒ 0点

舌乳頭が認識可能な
薄い舌苔 ⇒ 1点

舌乳頭が認識不可能な
厚い舌苔 ⇒ 2点

合計点数(0点～18点)

18点

× 100 = 50%以上

該当

記録用紙のどこかにメモしておくと便利です

9点=50%、10点=56% 11点=61% 12点=67% 13点=72% 14点=78%
15点=83% 16点=89% 17点=94% 18点=100%

口腔機能低下症の診断基準

②口腔乾燥

➤ 口腔粘膜湿潤度

ムーカス

27未満



該当

➤ 唾液量

ガーゼを2分間噛んでもらう(サクソンテスト)



2分後の重量増加をみる

2g/2分以下

該当

口腔機能低下症の診断基準

③咬合力低下

➤咬合圧検査



デンタルプレスケールⅡ
350N未満(フィルタあり)
500N未満(フィルタなし)
デンタルプレスケール
200N未満



口腔機能モニター
(Oramo-bf)
375N未満

該当

➤残存歯数 20本未満
(残根と動揺度3の歯を除く)

該当

口腔機能低下症の診断基準

④舌口唇運動機能低下

➤オーラル・ディアドコキネシス

5秒間でパ、タ、カそれぞれ何回発音可能かを計測

いずれか1つでも6回/秒未満

該当

【方法】



5秒間: パ・パ・パ……

・白紙に鉛筆で打点
(あとで点を数える)

・手持型カウンター

・ICレコーダー

・健口くんハンディ
(竹井機器工業)

・口腔機能測定パタッカー(スマホアプリ)



耳の遠い患者さんも多いためメモしておく
何度も聞き返されずに便利です

パ:パンダ タ:ためき カ:カラス

口腔機能低下症の診断基準

⑤低舌圧

➤舌圧検査



JMS舌圧測定器

30kPa未満

該当

口腔機能低下症の診断基準

⑥咀嚼機能低下

➤咀嚼能力検査



グルコセンサー

100mg/dL未満

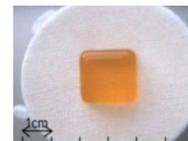
該当

➤咀嚼能率スコア法

ユーハ味覚糖アズワンを30回咀嚼し
ガーゼに吐出

スコア0, 1, 2

該当



スコア0



スコア1



スコア2

口腔機能低下症の診断基準

⑦嚥下機能低下

➤ 嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)

3点以上

該当

➤ 自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)

Aが1項目以上

該当

口腔機能低下症の診断基準

⑦嚥下機能低下

➤ 自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)

Aが1項目以上

該当

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1、肺炎と言われたことは？ | A はい B 1度だけ C いいえ |
| 2、体重(若い頃と比較して) | A 減った B 少しだけ C いいえ |
| 3、食べ物、飲み込みにくいと感じることは？ | A はい B たまに C いいえ |
| 4、食事中にむせることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 5、お茶を飲むときにむせることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 6、食事中や食後など、痰がからんだ感じがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 7、のどに食べ物が残る感じがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 8、食べるのが遅くなりましたか？ | A はい B 少しだけ C いいえ |
| 9、硬いものが食べにくいですか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 10、口から食べ物がこぼれることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 11、口の中に食べ物が残ることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 12、食べ物や酸っぱい液が胃からのどに
戻ってくることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 13、胸に食べ物が残ったり、つまったりしますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 14、夜、せきで眠れなかったり目覚めたりしますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 15、声がかすれてきましたか？ | A はい B たまに C いいえ |

口腔機能低下症の診断基準

⑦嚥下機能低下

➤ 自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)

Aが1項目以上

該当

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1、肺炎と言われたことは？ | A はい B 1度だけ C いいえ |
| 2、体重(若い頃と比較して) | A 減った B 少しだけ C いいえ |
| 3、食べ物、飲み込みにくいと感じることは？ | A はい B たまに C いいえ |
| 4、食事中にむせることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 5、お茶を飲むときにむせることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 6、食事中や食後など、痰がからんだ感じがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 7、のどに食べ物が残る感じがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 8、食べるのが遅くなりましたか？ | A はい B 少しだけ C いいえ |
| 9、硬いものが食べにくいですか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 10、口から食べ物がこぼれることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 11、口の中に食べ物が残ることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 12、食べ物や酸っぱい液が胃からのどに
戻ってくることがありますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 13、胸に食べ物が残ったり、つまったりしますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 14、夜、せきで眠れなかったり目覚めたりしますか？ | A はい B たまに C いいえ |
| 15、声がかすれてきましたか？ | A はい B たまに C いいえ |

様式 38 の 1 の 2

〔有床義歯咀嚼機能検査
咀嚼能力検査
咬合圧検査〕の施設基準の届出書添付書類

1 届出を行う施設基準(該当するものに○) グルコセンサーのみの先生はこちら

(1)	有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ
(2)	有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査
(3)	有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ
(4)	有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査

2 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)
院長名	補綴治療歴3年以上

3 当該検査に係る医療機関の体制状況等

		概 要	
(1)	歯科用下顎運動測定器(非接触型)	医療機器承認/認証番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
(2)	グルコース分析装置	特記事項	
		医療機器届出番号	
		製品名	記入
(3)	歯科用咬合力計	製造販売業者名	
		医療機器届出番号	
		特記事項	

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

①有床義歯咀嚼機能検査1の口
(咀嚼能力測定のみを行う場合)

②咀嚼能力検査1 ともに1回につき140点ですが



①

有床義歯の評価が目的

義歯装着前: 1回限り

装着後:

装着月から6月に限り、
月1回

装着前の検査は必須

Brを抜歯して義歯が初めて
...etcでも可

②

口腔機能低下症の診断が目的

3月に1回限り

検査の結果「口腔機能低下症」
と診断されれば

口腔機能管理料60点(月1回)
歯リハ3 50点(月2回)
が算定可

①

有床義歯装着前と後に
月2回の算定もあり

有床義歯に制約あり

新製有床義歯管理料の
「2 困難な場合」に準じる場合
左右第二大臼歯を含む
臼歯4歯以上欠損している場合
...

管理料の制約なし

②

有床義歯がなくても検査可

管理料を算定している患者のみ

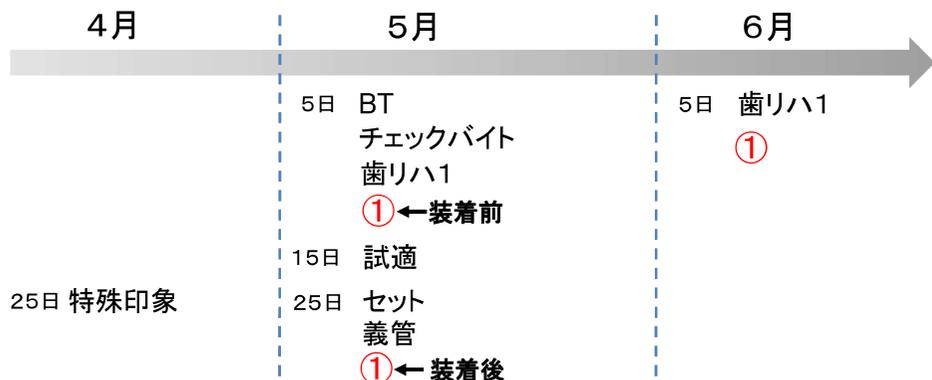
歯管・特疾管・口腔機能管理料
歯在管・訪問口腔リハ

【①と②共通の内容】

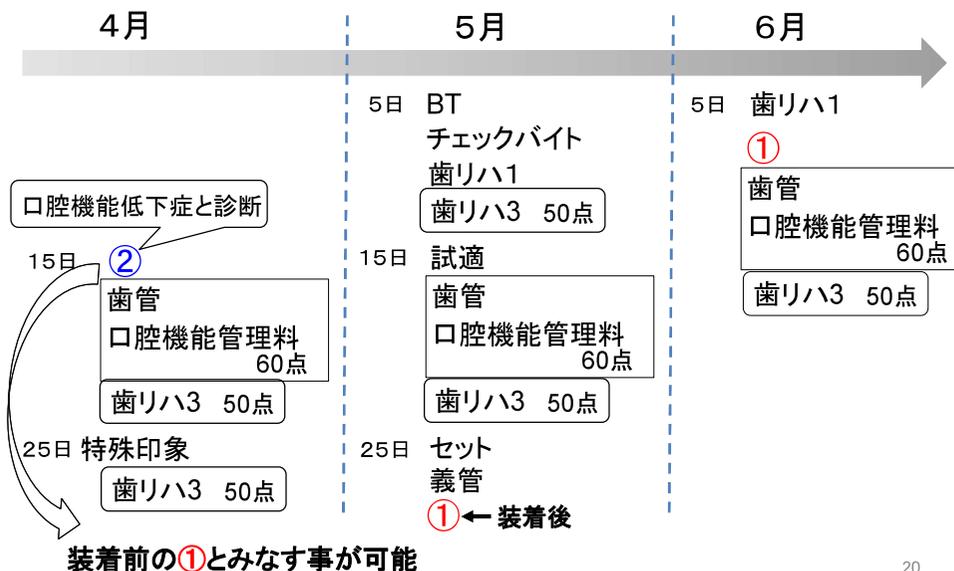
義管、歯リハ1と同日算定可

顎運動関連検査(ChB、GoA等)と同日算定可

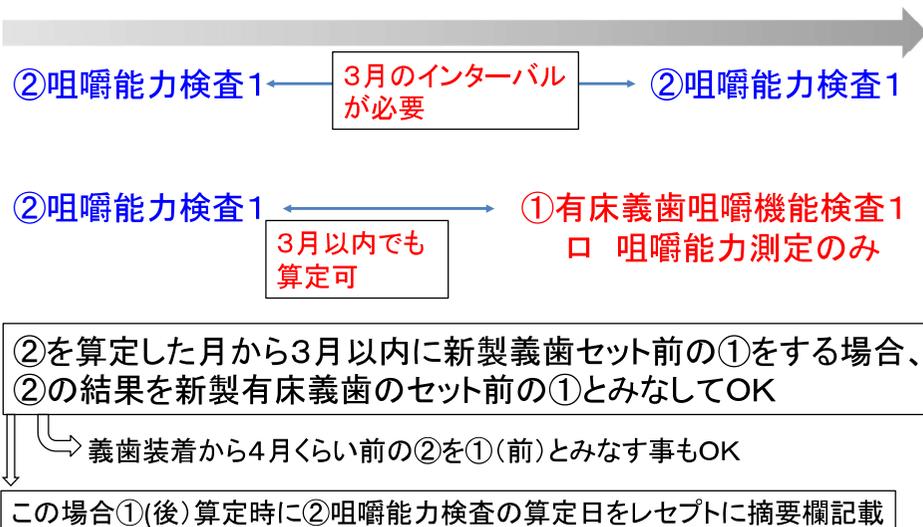
【算定例1】



【算定例2(50歳以上)】



【算定頻度について】



小児口腔機能管理料

口腔機能発達不全症の診断基準

チェックリストのA機能における「食べる機能」、「話す機能」のC項目において**2つ以上**のD該当項目にチェックがついたものを「口腔機能発達不全症」と診断する。なお、離乳完了前はC-1～C-9を、離乳完了後はC-1～C-6のC項目を**1つ**含むこととする。

「口腔機能発達不全症」と診断



3項目以上該当

小児口腔機能管理料の算定可

※「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方(令和6年3月日本歯科医学会)を参考

口腔機能発達不全症の診断基準(離乳完了前)

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □ □ □
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂奇形など)	<input type="checkbox"/>	
		C-3 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 乳首をしっかり口にふくむことができない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど	<input type="checkbox"/>	
	離乳	C-7 開始しているが首の据わりが確認できない	<input type="checkbox"/>	
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	<input type="checkbox"/>	
		C-9 離乳が進まない	<input type="checkbox"/>	
話す	構音機能	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"/>	
その他	栄養(体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: {体重(g)/身長(cm) ² } × 10 で評価)* 現在 体重 g 身長 cm 出生時 体重 g 身長 cm カウプ指数:	<input type="checkbox"/>	
		C-12 口腔周囲に過敏がある	<input type="checkbox"/>	
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	<input type="checkbox"/>	

口腔機能発達不全症の診断基準(離乳完了後)

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	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"/>		
食べる	嚥下機能	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"/>	<input type="checkbox"/>	
	食行動	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など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある(音の置換、省略、歪みなどがある)	<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"/>		
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 ¹⁾ で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	<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 舌を口蓋に押しつける力が弱い(低舌圧である)	<input type="checkbox"/>			
	その他	C-18 上記以外の問題点	<input type="checkbox"/>		
	口唇閉鎖力検査	_____ N)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	舌圧検査	_____ kPa)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

後のスライドで



口唇閉鎖力検査
舌圧検査

25

小児口腔機能管理料

60点(月1回限度)



口管強の施設基準に適合している保険医療機関は
口腔管理体制強化加算として、+50点を所定点数に加算

歯科口腔リハビリテーション料3【歯リハ3】

50点(月2回に限り)

- 小児口腔機能管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者
- 口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に算定する

26

小児口唇閉鎖力検査

3月に1回、100点

病名 口腔機能発達不全症、またはその疑い

問診、口腔内所見又は他の検査所見から口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口唇閉鎖力測定器を用いて
口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合に算定



口唇閉鎖力測定器ALC



りっぷるくん



リットレメーター

27

舌圧検査

3月に1回、140点

病名 口腔機能発達不全症、またはその疑い

問診、口腔内所見又は他の検査所見から口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合に算定



舌圧測定器

28



お疲れ様でした