歯科訪問診療における介護保険請求について

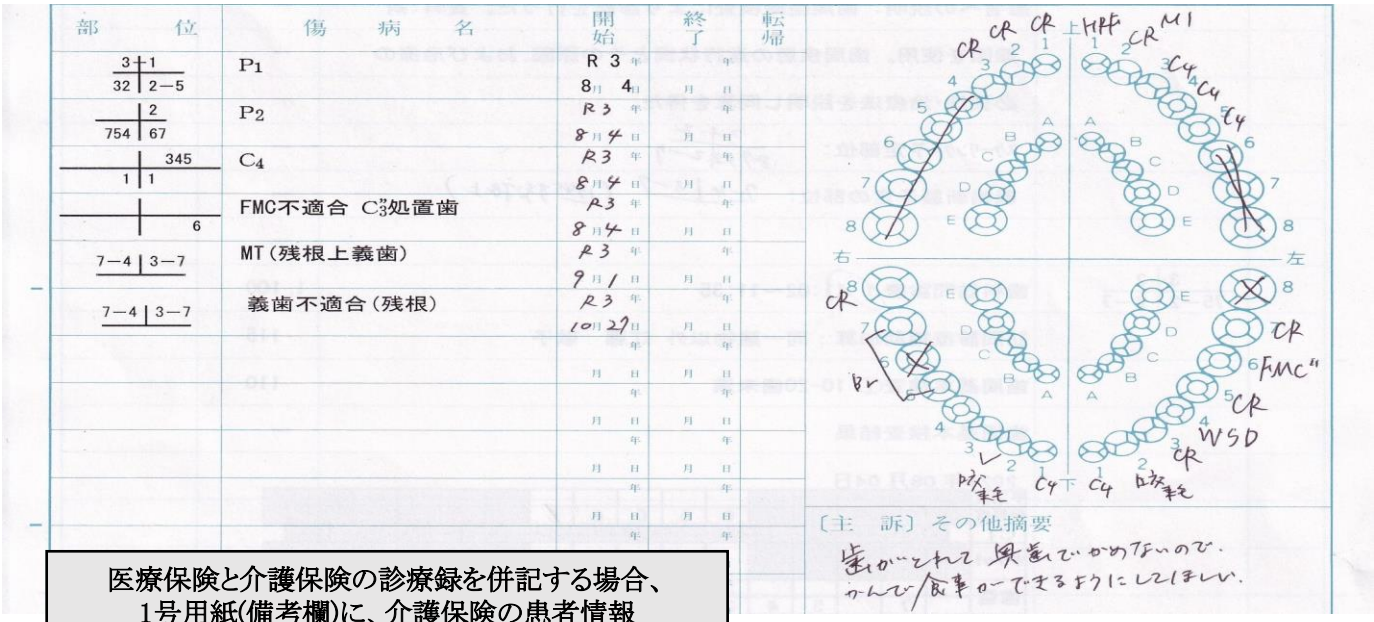
介護保険請求をするには、
まず、事業開始届を出しましょう
（別紙解説）

歯科医院運営規定と
居宅療養管理指導契約書を作成しましょう
（別紙ひな形参照）

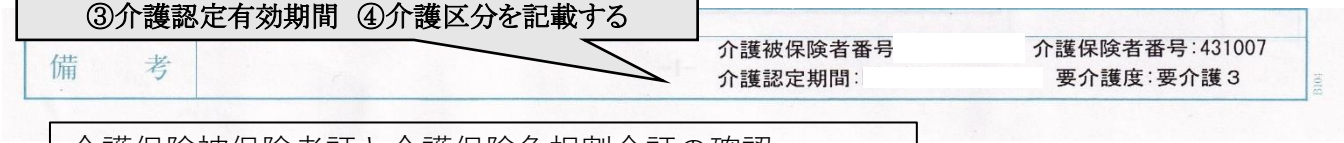
実際のカルテとレセプトを提示します。
介護保険請求にもぜひ取り組んでください

事業開始届
まずは介護保険請求の事業開始届を出しましょう
（熊本市内と市外で異なる）

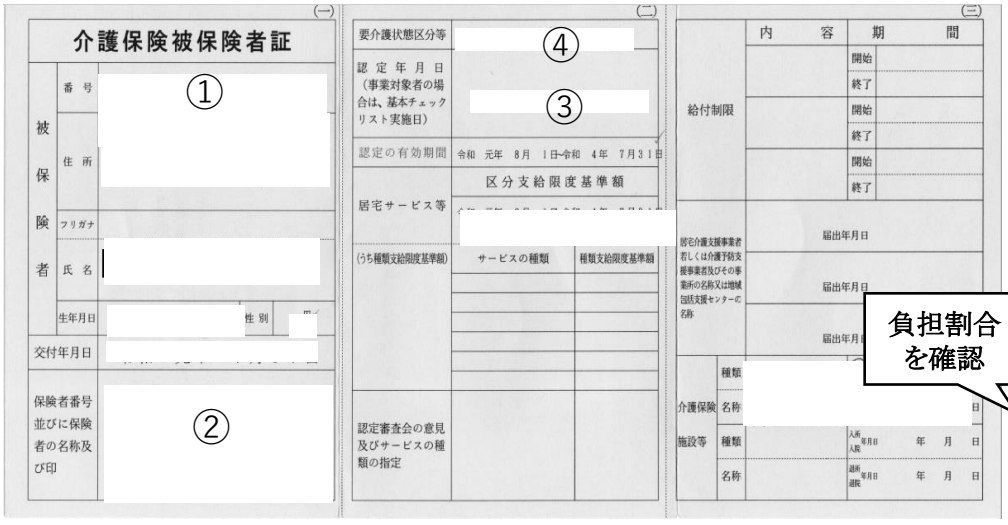
介護保険請求
介護保険請求項目は
居宅療養管理指導料（歯科医師・歯科衛生士）のみ
要支援：介護予防居宅療養管理指導料
要介護：居宅療養管理指導

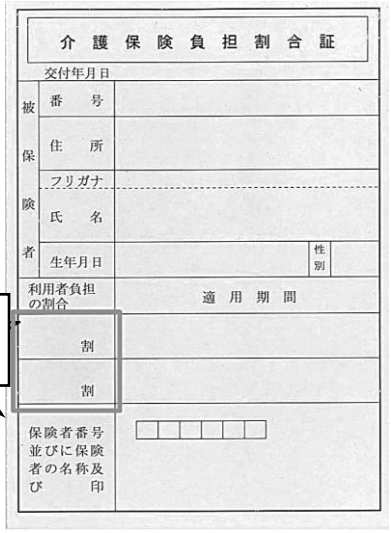


**医療保険と介護保険の診療録を併記する場合、
1号用紙(備考欄)に、介護保険の患者情報
①介護被保険者番号 ②介護保険者番号
③介護認定有効期間 ④介護区分を記載する**



介護保険被保険者証と介護保険負担割合証の確認





歯科訪問診療　健康（医療）保険と介護保険の算定見本

初診時　診査・診断　診療内容説明・同意のみの場合は　当日は保険診療のみ算定
（今回のケースは、初診時は保険診療のみ）

居宅療養管理指導内容についての説明と同意の上指導を行えば、
初回から介護保険併用、居宅療養管理指導料の算定も可能

R3 8/4		初診	ー
		歯科外来等感染症対策実施加算	5
		歯科訪問診療の際の患者状態等　ベッド上リクライニング位	ー
		労作後は酸素低下　吸入有	ー
	3┼2 75−2 2−7	残根　痛み無し	ー
		現症：　3−5	ー
		残根痛み無し	ー
		現症：　2	ー
		軽度動揺あり	ー
		口腔乾燥強い　上顎臼歯部欠損有	ー
		現症：	ー
		患者への説明：歯周組織検査により診断を行った。資料：病	ー
		態図を使用。歯周疾患の進行状況とその原因、および治療の	ー
		必要性・治療法を説明し同意を得た。	ー
		ｽｹｰﾘﾝｸﾞ予定部位：　全顎	ー
		義歯新製予定の部位：　　上顎　7-4+3-7	ー
			ー
		口腔乾燥強く咀嚼筋、舌筋の筋力低下有。口腔内マッサージ	ー
		とストレッチで筋賦活化が必要	ー
		歯科訪問診療１　11:02〜11:35	1,100
		訪問診療補助加算：同一建物以外	115
		歯周基本検査①　10-20歯未満	110
		歯周基本検査結果	ー

当日の体調記載

初診時所見記載

説明内容
治療内容記載

居宅療養管理の
必要性

（検査表省略）

		歯周基本検査① 10-20歯未満 炎症は中等度で発赤・歯石沈	－	
		着。	－	
	34 1 16	X線 標準型	48x 3	
		歯冠部所見：ｶﾘｴｽ様透過像を認める	－	
		歯周組織所見：歯槽骨の水平的骨吸収を認める	－	
		歯周組織所見：	－	1,474点 1,470円
			－	
R3 8/18		再診	－	
		歯科外来等感染症対策実施加算	5	
		歯科訪問診療の際の患者状態等 ベッド上リクライニング位	－	
		体調著変無し	－	
	3┼2 75－2 2－7	歯科訪問診療１ 11:30～11:55	1,100	
		［要介護認定］	－	
		居宅療養管理指導1 口腔衛生指導の必要性をｹｱﾌﾟﾗﾝに反映さ	－	
		せるようｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰに連絡 唾液腺の機能減退と口腔粘膜に	－	
		つき指導 咀嚼機能の低下及び修復状態につき指導 毎食後	－	
		及び就寝時の口腔内の清掃について指導 歯周疾患の進行程	－	
R3 8/18	3┼2 75－2 2－7	度と家庭療法につき指導 516単位	－	
		管理指導計画書		
		(介)		
		衛生士居宅療養管理指導1 11:57～12:17 口腔状況を説明す	－	
		るよう指示 ﾌﾟﾗｰｸ付着状況の指摘後、刷掃指導をするよう指	－	
		示 口腔周囲筋のマッサージをするよう衛生士に指示	－	
		361単位		
		ｽｹｰﾘﾝｸﾞ 3┼2	72	
		1/3顎加算 ｽｹｰﾘﾝｸﾞ 75－2 2－7	38x 3	
		歯周基本治療処置 ﾍﾟﾘｵﾌｨｰﾙ歯科用軟膏2% 発赤(+)	10	
		機械的歯面清掃処置 Drによるﾛﾋﾞﾝｿﾝﾌﾞﾗｼ、ﾗﾊﾞｰｶｯﾌﾟ、研磨用ﾍ	70	
		ﾟｰｽﾄでの全歯面清掃	－	
		新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症対応特例加算 877x1/1000 1単位	－	
	345	残根削合 抜歯禁忌症のため	18x 3	1,425点 1,430円

介護保険認定を受けているので
初診時に介護保険の居宅療養管理指導算定がないからといって
健康(医療)保険の歯科疾患指導管理料は算定できません

別紙B

居宅管理指導を行う場合は 管理指導計画書を作成する必要あり （別紙A）

衛生士居宅療養管理指導は20分以上 （別紙C）

No. ＿＿＿＿

管理指導計画書㊟

（居宅療養管理指導）

別紙A

提供年月日
令和3年8月18日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

歯科医師
医療機関名
所在地　〒

歯科衛生士 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL
FAX

フリガナ		女	介護度	住所
氏名			要介護3	
	（92歳）			TEL:

現在の口腔状態

【口腔状態】
①う蝕状態　☑ 有　☐ 無
②歯周疾患　☑ 有　☐ 無
③口腔内乾燥　☑ 有　☐ 無
④清掃状態　☑ 良　☐ 不良（改善を必要とする）
⑤その他（　　）

【義歯状態】
①義歯　☐ 有　☑ 無
②義歯使用　☐ 使用している　☑ 使用していない
③義歯の適合状態　☐ 良　☐ 不良
④清掃状態　☐ 良　☐ 不良（改善を必要とする）
⑤その他（　　）

【摂食・嚥下機能】
①摂食機能障害　☐ 有　☐ 無　（☑ リハビリを必要とする）
②嚥下障害　☐ 有　☐ 無　（☐ リハビリを必要とする）
③その他（　　）

治療計画

具体的内容

口腔状態について
［歯周病の治療をします。］
☐ 概ね1ヶ月以内　☐ 概ね1ヶ月以上　☑ 3ヶ月以上

義歯について
［新しい入れ歯を作ります。］
☐ 概ね1ヶ月以内　☐ 概ね1ヶ月以上　☑ 3ヶ月以上

摂食・嚥下について
［口腔周囲筋ストレッチを指導します。咀嚼のリハビリ］
☐ 概ね1ヶ月以内　☐ 概ね1ヶ月以上　☑ 3ヶ月以上

療養管理指導に関する情報

これまで義歯を入れたことが無く、取り扱いへの慣れと咀嚼のリハビリが必要

私は、居宅療養管理指導のサービス内容及び管理指導事項の説明を受け、その内容実施に同意します

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　氏名 ＿＿＿＿　署　名　＿＿＿＿

代理人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）控

情報提供先事業所

令和3年9月1日

担当　　殿

別紙B

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名			〒 連絡先
	（92歳）		

利用者の病状、経過等

（1）情報提供の目的
診療方針立案（ケアプラン作成にあたって）の情報共有　　診療状況の情報共有

（2）病状、経過等
- ☑ 口腔衛生状態不良
- ☑ う蝕等
- ☑ 歯周病
- ☐ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
- ☑ 義歯の問題（☑ 義歯新製が必要な欠損　☐ 義歯破損・不適合等）
- ☑ 摂食・嚥下機能の低下
- ☑ 口腔乾燥
- ☑ その他（本日より義歯の型とりをはじめました　）
- ☑ 配慮すべき基礎疾患（心不全　）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）必要な歯科治療
☑ う蝕治療　☐ 冠・ブリッジ治療　☑ 義歯の新製や修理等
☑ 歯周病の治療　☑ 口腔機能の維持・向上　☐ その他（　）

（2）利用すべきサービス
☑ 居宅療養管理指導（☑ 歯科医師、☑ 歯科衛生士）☐ その他（　）

（3）その他留意点
☑ 摂食・嚥下機能　☑ 誤嚥性肺炎　☐ 低栄養　☐ その他（　）

（4）連携すべきサービス
☐ 特になし ☑ あり（主治医　訪問看護　）
→必要な支援（　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項
労作後はSPO2低下があり無理は出来ない。無理の無い範囲で本人が出来ることはしていただくことで機能維持を図る

（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題　☑ 特になし　☐ あり
（　）
→必要な支援（　）

（3）特記事項
現状で食形態を落とし食事されているがご本人が噛んで食べることを希望しており、リハビリも含め摂食支援が必要。義歯の取り扱いについては家族の介助が必要となる

別紙C

様式３

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

１ 基本情報

利用者氏名	（ふりがな）	明・大・昭 4 （ 92 歳）	男 ・ 女
食形態	☑ 経口摂取（☐ 常食 ☑ 嚥下調整食（☑ 4 ☐ 3 ☐ 2−2 ☐ 2−1 ☐ 1j ☐ 0t ☐ 0j）） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	☐ あり（発症日：令和 年 月 日） ☑ なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、６ヶ月以内の状況について記載すること。

２ スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	（氏名）				令和 3 年 8 月 4 日
口腔衛生状態	口臭	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	歯の汚れ	☑ あり	☐ なし	☐ 分からない	
	義歯の汚れ	☐ あり	☐ なし	☐ 分からない	義歯なし
	舌苔	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
口腔機能の状態	食べこぼし	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	舌の動きが悪い	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	むせ	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	痰がらみ	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	口腔乾燥	☑ あり	☐ なし	☐ 分からない	

（以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施）

歯科疾患等	歯数	（ 22 ）歯（残根 5 ）			
	歯の問題（う蝕、破折、脱離等）	☑ あり	☐ なし	☐ 分からない	
	歯周病	☑ あり	☐ なし	☐ 分からない	
	粘膜の問題（潰瘍等）	☐ あり	☑ なし	☐ 分からない	
	義歯の問題（不適合、破折）	☐ あり	☐ なし	☐ 分からない	義歯なし
特記事項	白歯咬合不良による咀嚼障害				

３ 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和３年８月18日

初回作成日	令和 3 年 8 月 18 日	作成（変更）日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師：	歯科衛生士：	
目標	☑ 歯科疾患（☑ 重症化予防 ☑ 歯科治療） ☑ 口腔衛生（☐ 自立 ☐ 介護者の口腔清掃技術の向上 ☑ 専門職の定期的な口腔清掃等） ☑ 摂食・嚥下機能（☑ 維持 ☐ 改善）	☑ 食形態（☐ 維持 ☑ 改善） ☑ 栄養状態（☑ 維持 ☐ 改善） ☑ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他（ ）	
実施内容	☑ 口腔の清掃 ☑ 口腔の清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導	☑ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☑ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他（ ）	
訪問頻度	☐ 月4回程度 ☑ 月2回程度 ☐ 月１回程度 ☐ その他（ ）		
関連職種との連携	医科主治医（抜歯等が必要な時）、訪問看護		

４ 実施記録

訪問日	令和 3 年 8 月 18 日 11 時 57 分 ～ 12 時 17 分	実施者	
訪問先	☑ 自宅 ☐ 認知症グループホーム ☐ 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム ）		
歯科医師の同行の有無	☐ 無し ☑ 有り 令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分		
実地指導の要点	☑ 口腔の清掃 ☑ 口腔の清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導	☑ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☑ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他（ ）	
解決すべき課題	口腔乾燥に対する保湿、マッサージ（食前）		
特記事項	☐ 実地指導に係る情報提供・指導（ ） ☐ 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		

介護保険レセプトの実際

様式第二

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	0 3	年	0 8	月分

保険者番号	4 3 1 0 0 7

事業所番号は
433＋保健医療機関コード

被保険者

被保険者番号	
（フリガナ） 氏名	
生年月日	
要介護状態区分	
認定有効期間	令和 令和

事業所番号	
事業所名称	

居宅サービス計画	1.
	事業番号

開始年月日	令
中止理由	1. 非該当

	サービスコード 種類	サービスコード 項目	サービス内容 略称		単位数	算定回数
様式第二（要介護1～5）	31	2111	歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	単一建物居住者1人の場合	516	月2回まで
	31	2112	歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ	単一建物居住者2～9人の場合	486	
	31	2113	歯科医師居宅療養管理指導Ⅲ	単一建物居住者10人以上の場合	440	
	31	1241	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅰ	単一建物居住者1人の場合	361	月4回まで
	31	1243	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅱ	単一建物居住者2～9人の場合	325	
	31	1250	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅲ	単一建物居住者10人以上の場合	294	
様式第二－二（要支援1、2）	34	2111	歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	単一建物居住者1人の場合	516	月2回まで
	34	2112	歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ	単一建物居住者2～9人の場合	486	
	34	2113	歯科医師居宅療養管理指導Ⅲ	単一建物居住者10人以上の場合	440	
	34	1241	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅰ	単一建物居住者1人の場合	361	月4回まで
	34	1243	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅱ	単一建物居住者2～9人の場合	325	
	34	1250	歯科衛生士居宅療養管理指導Ⅲ	単一建物居住者10人以上の場合	294	

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	312411	361	1	361			18
歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	312111	516	1	516			18
居宅療養令和3年9月30日までの上乗せ分	318300	1	1	1			

摘要欄には
訪問した日付を記載

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

	1	2	3	4	合計
①サービス種類コード/②名称	31 居宅療養管理指導				
③サービス実日数	1 日	日	日	日	
④計画単位数					
⑤限度額管理対象単位数					
⑥限度額管理対象外単位数					
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	878				
⑧公費分単位数					
⑨単位数単価	1000 円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	
⑩保険請求額	7902				7902
⑪利用者負担額	878				878
⑫公費請求額					
⑬公費分本人負担					

合計　878単位

給付率（/100）	
保険	90
公費	

合計　878×90/100×1000

合計　878×10/100×1000

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

枚中	枚目

健康(医療)保険レセプトの実際

診療報酬明細書(歯科)　令和 3 年 8 月分 県番 43 医コ

3歯科	3後期	1単独	8高一

公負①		公受①	

保険	
記号・番号	(枝番)

氏名	生	特記事項	29 区エ
職務上の事由		届出	補管 / 歯初診

保険医療機関所・名

傷病名部位

3 | 2 / 75-2 | 2-7 P　345 / 1 | 1 C4　6 C3 処置歯

開始日	令 3 年 8 月 4 日
実日数	2 日(日)
転帰	治ゆ / 死亡 / 中止

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特導	特連	特地	外来環	点
再診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	再外来環				
管理・リハ	歯管 + + + + +	義管	実地指	P画像	歯リ	その他							
投薬・注射	内・屯・外・注	調	処方 +	情 +	処 +	注							
X線検査	全顎 枚 / 標 48x3 / パ	色調 / S培 / EMR	P混検 / 顎運動	P部検	基本検査 110x1	精密検査	その他						254
処置・手術	う蝕	保護	Rコ	填塞	Hys	咬調							
	抜髄	感根処	根貼	根充	加圧根充 +	生切	除去	T.cond 歯清 70 / P処	P基処 10 / F局				80
	SC 72x1 + 38x3 +	SRP	前	小	大	前	小	大					
	PCur 前	小	大	前	小	大	SPT(I)	SPT(II)	P重防				186
	抜歯 乳	前 +	臼 +	埋 +	切開								
	その他 残根削合 18x3												54
麻酔	伝麻	浸麻	その他										

歯冠修復及び欠損補綴

補診	維持管理						
歯冠形成	(生単) 前C / 金硬 / 既製	(失単) 前C + / 金硬 + / 既製	(窩洞) + / +	印象			
				TeC / 修理	咬合		
	(生ブ) 前接 + / 金 +	(失ブ) 前 + + / 金 + +		試適			
支台印象	支台築造 メタル 前小	大	その他 前小	大	修形	充形 +	
金属歯冠修復	乳前 銀 / 前小 パ / 大 パ / 大 銀			硬ジ / 乳 / 仮着 / 装着 +	充填1 / 充填2	材充I / 材充II	
ポンティック	前装 パ前 / パ小 / パ大	銀前 / 銀小 / 銀大	鋳造 パ大 / パ小 / 銀	C(I) / AD(III) / (II) / パ 鋳パ	装着材料 / コ	リテイナー / Br装着 / 屈曲 不特	保
有床義歯	1~4歯 / 5~8歯 / 9~11歯 / 12~14歯 / 総義歯	床適合	鋳造 14K 双大 / 双小 / 腕大 / 腕大小 / 腕前	パ 双大 / 双小 / 腕大 / 腕大小 / 腕前	線鉤 14K 双 / レストアリ / コ 双 / 腕	不・特 双 / レストアリ / 床 + + / 修 + + / 理 + +	人工歯
その他							

その他	外コ 5x2 歯訪1 1100x2 訪補助イ(1) 115x1	2325

訪問理由

摘要

居宅 右大腿骨大転子部骨折 高齢により歩行困難の為通院困難。 訪問診療
4日11:02~11:35 18日11:30~11:55 歯清(1回目) 居宅療養管理指導1
令和3年8月18日 (介)

訪問先　訪問日時

公費分点数	請求 点 / 決定 ※ 点	合計	2,899 点
患者負担額(公費)	円	決定	※ 点
高額療養費	※ 円	一部負担	円