

これから訪問**診療**を始める先生へ

保険請求の第一歩

カルテ入力編

R8 5月24日 社会保険部  
齋藤直也

# 本日の内容

- 訪問診療の流れ
- 訪問診療前の準備
- 症例1 義歯調整（増歯・修理）
- 症例2 口腔ケア（P・C）
- 歯科訪問診療であったら便利なもの

# 訪問診療の流れ

1. 施設基準を出す（歯訪診）
2. 訪問診療の依頼を受ける
3. 診療録作成のため保険証のコピーをもらう（Fax、郵送、現地）
4. 予約日時を決める（家の場所や駐車場なども聞いておく）
5. 診療器材などを準備する（準備物は後で出ます）
6. 歯科訪問診療（切削機具を必ず持っていく）
7. 必要な文書提供を行い、今後の予定を説明する
8. 診療録・算定の入力
9. 支払いの請求

# 歯科訪問診療前の準備①

- 資格確認書（保険証のコピー）
- 基本情報・情報提供書
- お薬手帳のコピー
- （介護保険被保険者証）

# 資格確認書

健康保険 資格確認書	本人（被保険者）	00111
	令和 6年 12月 12日交付	
記号	12345678	番号 1 (枝番) 00
氏名	カメイ モブ 仮名 模無	
生年月日	平成 元年 12月 12日	
性別	男	
資格取得年月日	令和 6年 12月 12日	
有効期限	令和 11年 12月 12日	
保険者番号	99999999	
保険者名称	全国健康保険協会 世田谷区支部	
保険者所在地	東京都世田谷区 0-0-00	



- ケアマネージャー、ご家族さんからコピーをもらう
- 訪問先で見せてもらい、携帯のカメラで撮影させてもらう
- マイナ保険証が読み込める体制（端末）

# 基本情報・情報提供書

- 既往歴や身体の状態などがあるので、訪問前に目を通しておきたい
- 松江地域介護支援専門員協会が発行している松江市共通書式。
- 主病名など訪問診療に行く理由がわかりやすい（摘要記載）
- 居宅療養管理指導はケアマネージャーへ文書提供が必須

様											
基本情報・情報提供書											
記入年月日 令和 年 月 日											
事業所名				TEL ( ) -							
担当介護支援専門員				FAX ( ) -							
ふりがな利用者名			性別		生年月日		年 月 日 ( ) 歳				
住所				本人連絡先		自宅 ( ) -		携帯 ( ) -			
被保険者番号				緊急連絡先		① ( ) -		② ( ) -			
* 総合・要支・要介 ( ) ・申請中・未申請				障害手帳		無・有 (身障・精神・知的) 級					
認定日 ( R )				障害名							
認定期間 ( R ) ~ ( )				日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
				* 認知度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
《家族構成》				* 世帯状況		名前		続柄		備考	
				独居							
				高齢者世帯							
				日中独居							
				その他							
* 介護力等				近隣の協力等							
* 医療情報				現病名 既往歴 * 入院歴 感染症等		受診状況 医療機関 (TEL)		服薬状況			
経済状況				生活保護 無・有		課税状況 課税・非課税		介護保険負担割合		割	
				年金 円/月		負担限度額軽減		無・有			
				金銭管理 本人・その他 ( )		社会福祉法人減免		無・有			
生活に対する意向											
生活歴											
経 過											
在宅(施設)生活に必要な要件											

# 介護保険被保険者証

(一)

<b>介護保険被保険者証</b>	
番号	0000000000
住所	000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇1-1-1 〇〇マンション000号室
(フリガナ)氏名	( ヤマシタ タロウ 山下 太郎 )
生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日
性別	男
交付年月日	令和 6 年 00 月 00 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>〇〇市〇〇区〇〇〇 1丁目1番1号</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">000000</div> <div style="text-align: right;">   <b>〇〇市</b>            〇〇市役所 TEL.(000)000-0000         </div> </div>

(二)

要介護状態区分等	要介護 4	
認定年月日	令和 6 年 00 月 00 日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	
認定の有効期間	令和 0 年 00 月 00 日～令和 0 年 00 月 00 日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額 令和 0 年 00 月 00 日～令和 0 年 00 月 00 日 1月当たり 00000単位	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

		内容	期間
給付制限			開始年月日 終了年月日
			開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日	
		届出年月日	
介護保険施設等	種類		入所等 平成 年 月 日 年月日 令和 年 月 日
	名称		退所等 平成 年 月 日 年月日 令和 年 月 日
	種類		入所等 平成 年 月 日 年月日 令和 年 月 日
	名称		退所等 平成 年 月 日 年月日 令和 年 月 日

# 訪問診療で持っていく書類

訪問歯科診療のお知らせ	
	年 月 日
様	
診 療 日	月 日 ( 分間)
診療の内容	
注 意 点	
保険医療機関名 所 在 地 担 当 医 氏 名	
次回予定日	月 日

島根県歯科医師会

(文書様式4) H28

## 歯と口・口腔機能の治療管理

お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年 月 日

**全身の状態**

治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾患名: _____)
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____)
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり
低栄養リスク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟平食、刻み食、ミキサー食、流動食、ゼリー等) <input type="checkbox"/> 非経口

**歯と口の状態**

清掃の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 適しく不良	特記事項 
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	
むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
義歯の使用状況	上顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	下顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
噛み合わせの安定	<input type="checkbox"/> あり (片側・両側) <input type="checkbox"/> なし	
	顎関節症 (経理等) の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

**口腔機能の状態**

咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不調 <input type="checkbox"/> 不調
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不調 <input type="checkbox"/> 不調
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不調 <input type="checkbox"/> 不調
舌・軟口蓋の動き	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不調 <input type="checkbox"/> 不調

**治療と口腔ケアの難しさ**

・口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一助介 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
・経管栄養	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→暫らう	<input type="checkbox"/> 不良
・座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不可能
・開口保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能
・含嗽 (ブクブクがい)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能→むせ

管理方針・治療方針

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

医療機関名  
(担当歯科区)

公益社団法人 日本歯科医師会・日本歯科医師会 監修

- ・お薬手帳
- ・基本情報



## 毎回算定する項目（1日1回算定可）

- 歯科訪問診療料 I 1100点
- 歯科訪問診療補助加算 90点
- 歯科外来ベースアップ評価料 I 41点

# 訪問診療での摘要記載

- 訪問先（居宅、施設名称）
- 訪問日時（5月24日）
- 訪問時間（9：01～9：34）
- 訪問理由（現在の身体の状態など）

# 歯科訪問診療で多い主訴

- 義歯のトラブル（紛失、破損、不適合、新製希望）
- 口腔ケア希望
- 歯石を取ってほしい
- 痛い（歯の動揺、歯髄炎、P急発、口内炎）
- 脱離（人工歯、補綴物、天然歯）
- 顎が外れた
- 食事に時間がかかる

症例 1 80歳 男性 居宅 要介護 2



# 症例 1 80歳 男性 居宅 要介護 2

- 脳梗塞後遺症のため歩行できず通院困難
- 主訴：歯が抜けてから唇が痛い
- 所見：鉤歯である・レジン前装冠が脱離し、冠は紛失  
下顎義歯のクラスプが下口唇に当たり傷を認める  
下顎義歯の適合は良い  
上顎は総義歯で適合は良好
- 評価：・C3' ・鉤フテキ、・・・・・・義歯フテキ
- 計画：冠の新製希望はないため、下顎義歯のクラスプを除去し、  
即重レジンにて義歯修理を行う



# 義歯修理・調整での算定項目

- クラスプ除去
- 義歯修理
- 歯科口腔リハビリテーション料 I

日付	部位	処置	点数
4月1日		歯科訪問診療 1 (初診)	1100
		主訴：歯が抜けてから唇が痛い	
		所見：鉤歯である・レジン前装冠が脱離し、冠は紛失	
		下顎義歯のクラスプが下口唇に当たり傷を認める	
		下顎義歯の適合は良い	
		上顎は総義歯で適合は良好	
		評価：・C3'・鉤フテキ、・・・・・・義歯フテキ	
		計画：冠の新製希望はないため、下顎義歯のクラスプを除去し、 即重レジンにて義歯修理を行う	
		訪問場所 居宅	
		訪問理由 脳梗塞後遺症のため歩行できず通院困難	
		訪問時間 9:00～9:26	
		歯科訪問診療補助加算	90
		同行衛生士：氏名を入力	
		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 I	41
	・	鉤フテキ	
		除去 (簡単)	20
		鉤除去	
	・・・	義歯ハソン	
		義歯修理	505
		・に即重レジンで人工歯形態を付与し、床を延長した	
		口腔リハビリテーション料 1	124
		前歯部咬合調整	
	・	残根上義歯	
		歯科医師 齋藤直也	1880

青文字	診療コメント
赤文字	摘要
緑文字	病名

# クラスプ除去

- 病名は「鉤フテキ」
- 除去料：簡単なもの20点
- 摘要欄に、部位と種類を記載すること

※ただし傷病名から部位、種類が特定できる場合は省略化

# 義歯の修理

- 増歯修理の場合を除く義歯修理に対する補診の算定はできない。
- 修理のための印象採得は42点、咬合採得を行った場合は各々の歯数により算定する。
- 義歯修理後、新たに義歯を作製してもよい。（修理から新製への制限はない）
- 1日で修理のための印象採得・咬合採得・仮床試適・修理の点数を算定した場合、レセプト摘要記載必要。
- 例) 1日2度来院または長時間待機
- 同一病名による同月での複数回修理は算定できない。  
※ただし、状況の記載があれば算定できる場合がある。
- 総義歯または多数歯欠損の局部床義歯の咬合面低位の改善は義歯修理で算定する。咬合面にレジンを追加した場合に算定する。補診の算定はできない。1初診に1回に限り算定できる。
- 保険診療マニュアルP105.106参照

## 義歯修理（義歯ハセツ、義歯ハソソ）

有床義歯修理（装着料を含む）		6月以内の修理
《 》内は歯科訪問診療料のみ算定患者の点数		
少数歯欠損（1歯～8歯）	290（435）《420》	160（240）《225》
多数歯欠損（9歯～14歯）	320（480）《450》	190（285）《255》
総 義 歯	375（563）《505》	245（368）《310》

※修理内容の要点（具体的な修理部位・修理方法）を診療録に記載する。

# 歯科口腔リハビリテーション料 I

- 有床義歯の場合（病名：義歯フテキ、義歯フテキ・DuI）  
 困難な場合 124点（総義歯、9歯以上の局部義歯）  
 それ以外の場合 104点（9歯未満の局部義歯）

※調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。

保険診療マニュアルP118参照

- 令和8年診療報酬改定あり

## 有床義歯管理の評価体系の見直し

### 新製有床義歯管理料と歯科口腔リハビリテーション1の見直し

- **新製有床義歯管理料**の算定単位を、**1口腔単位から1装置単位とし、評価を見直す**とともに、**歯科口腔リハビリテーション料1の算定要件や評価等を見直す**。
- 歯科口腔リハビリテーション料1における義歯の指導及び調整について、新製有床義歯管理料における指導との違いを明確化し、**新製有床義歯管理料と歯科口腔リハビリテーション料1との併算定を可能とする**等の運用を見直す。

#### 現行

##### 【新製有床義歯管理料（1口腔につき）】

- |   |        |      |
|---|--------|------|
| 1 | 2以外の場合 | 190点 |
| 2 | 困難な場合  | 230点 |

##### 【算定要件】

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

##### 【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】

- |   |          |      |
|---|----------|------|
| 1 | 有床義歯の場合  |      |
|   | イ 口以外の場合 | 104点 |
|   | ロ 困難な場合  | 124点 |

##### 【算定要件】

- (1) 「1有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。
- (3) B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1有床義歯の場合」により算定する。

#### 改定後

##### 【新製有床義歯管理料（1装置につき）】

- |   |         |      |
|---|---------|------|
| 1 | 局部義歯の場合 | 140点 |
| 2 | 総義歯の場合  | 140点 |

##### 【算定要件】

注 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、患者又はその家族等に対して、当該有床義歯の取扱いについて必要な説明を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

##### 【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】

- |   |          |      |
|---|----------|------|
| 1 | 有床義歯の場合  | 114点 |
|   | イ 口以外の場合 | (削除) |
|   | ロ 困難な場合  | (削除) |

##### 【算定要件】

- (1) 「1有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導 **(B013に掲げる新製有床義歯管理料における、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについての説明を除く。)**をいい、**1口腔単位で義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、調整又は指導内容等の要点を診療録に記載する。**
- (2) B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した**月と同一月に、当該義歯の調整又は指導を行った場合は、同日であっても本区分を算定して差し支えない。**

症例2 80歳 男性 特養 要介護4



## 症例2 80歳 男性 特養 要介護4

- 慢性心不全のため息切れがひどく寝たきりで通院困難
- 主訴：歯ぐきから出血がある
- 所見：プラークの付着が多く、歯肉には発赤腫脹あり  
歯根露出しカリエスを認める
- 評価：全顎的な歯周炎、歯頸部カリエス
- 計画：歯周基本治療、フッ化物塗布



# 口腔ケアでの算定項目（P関係）

- 歯周基本検査
- 機械的歯面清掃処置
- フッ化物歯面塗布処置、根面う蝕管理料

日付	部位	処置	点数
4月1日		歯科訪問診療 1	1100
		主訴 歯ぐきから出血がある。	
		所見 プラークの付着が多く、歯肉には発赤腫脹あり 歯根露出しカリエスを認める	
		評価 歯周炎、根面カリエス	
		治療計画 歯周基本治療、フッ化物塗布	
		訪問先 施設の名称	
		訪問理由 慢性心不全のため息切れがひどく通院困難	
		訪問時間 9:00～9:26	
		歯科訪問診療補助加算	90
		同行衛生士：氏名を入力	
		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 I	41
	.....	P	
		歯周基本検査<略>	110
		検査結果別紙記入	
		機械的歯面清掃処置<略>	72
		プロフィーブラシ、コンクールジェル使用	
		歯科医師：齋藤直也	
		歯清（初回）	
	.	根C	
		フッ化物歯面塗布処置	80
		フルオールゼリー	
		F局1回目	
		根面う蝕管理料<略>	30
		歯頸部のう蝕に対し進行抑制のためフッ化物塗布を行うと説明	
		歯科医師：齋藤直也	
			1523

青文字	診療コメント
赤文字	摘要
緑文字	病名

# 訪問診療での歯周基本検査の算定

- |               |      |
|---------------|------|
| 1. 1 歯以上10歯未満 | 50点  |
| 2. 10歯以上20歯未満 | 110点 |
| 3. 20歯以上      | 200点 |

- 1点以上の歯周ポケットの深さの測定
- 歯の動揺度の検査

※次の場合において、やむを得ず患者の状態等により、ポケット深さの測定等が困難な場合は、**歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等**により歯周組織の評価を行い、歯周基本検査を開始して差し支えない。

- (イ) **在宅等において療養を行っている患者**
- (ロ) 歯科診療特別対応加算1、2、3

この場合において患者及び歯周組織の状態を診療録に記載すること。

保険診療マニュアルP89参照

## 機械的歯面清掃処置 72点

- 歯科医師、又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な切削回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいう。
- 歯科医師の指示を受けて歯科衛生士が歯清を行った場合、歯科衛生士の氏名をカルテに記載する。
- 歯管、特疾管、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ・Ⅳ）、回復期等口腔機能管理料、**歯科疾患在宅療養管理料**のいずれかを算定する患者は、2カ月に1回算定できる。

# 機械的歯面清掃処置



# フッ化物歯面塗布処置、う蝕管理料

月毎のF局の算定例

		1月目	2月目	3月目	4月目
エナメル質初期う蝕 病名 Ce	口管強の施設基準なし				
	F局	100点			100点
	Ce管	30点	30点	30点	30点
	歯清	72点		72点	
	合 計	202点	30点	102点	130点
	口強の施設基準あり				
	F局	100点	100点	100点	100点
	Ce管	30点	30点	30点	30点
	口管強加算	+48点	+48点	+48点	+48点
	歯清	72点	72点	72点	72点
合 計	250点	250点	250点	250点	
初期の根面う蝕 病名 根C	口管強の施設基準なし				
	F局	80点			80点
	根C管	30点	30点	30点	30点
	歯清	72点		72点	
	合 計	182点	30点	102点	110点
	口管強の施設基準あり				
	F局	80点			80点
	根C管	30点	30点	30点	30点
	口管強加算	+48点	+48点	+48点	+48点
	歯清	72点	72点	72点	72点
合 計	230点	150点	150点	230点	

- ・根面う蝕管理料  
(・エナメル質初期う蝕管理料)

※患者等に対し、説明した内容の  
要点を診療録に記載する。

保険診療マニュアルP11参照

# 訪問診療で持っていくもの①

- 切削機具（マイクロモーター、ハンドピース、バー各種）
- 基本セット
- グローブ
- エプロン
- 血圧計、酸素飽和度測定器
- 口腔ケアグッズ（歯ブラシ、フロス、歯間ブラシ、タフトブラシなど）
- ガーゼ、綿球、綿棒
- フルオールゼリー
- 即重レジン（粉・液）筆
- 義歯調整用プライヤー（ヤングなど）



## 訪問診療で持っていくもの②

- ゴミ用ビニール袋
- 除菌アルコールシート
- Boxティッシュ
- 手指消毒用アルコールジェル
- バキューム



ご清聴  
ありがとうございました