

はじめての歯科訪問診療マニュアル

— 依頼から診療、保険請求まで —

〈 目 次 〉

1章	歯科訪問診療に出かける前に押さえておきたい 保険請求の基本的考え方	<P. 3>
2章	歯科訪問診療の実施（訪問先の違いによる実際）	<P. 5>
	A：訪問先が 福祉施設等の場合 居宅等で介護認定のない場合	
	〈A-1〉患者についての情報の収集	<P. 6>
	〈A-2〉歯科訪問診療の準備	<P. 9>
	〈A-3〉初回の歯科訪問診療	<P. 11>
	〈A-4〉初回の歯科訪問診療が終わったら	<P. 12>
	〈A-5〉2回目の訪問診療	<P. 12>
	例① 義歯リベース	<P. 13>
	B：訪問先が 居宅等で介護認定を受けている場合	
	〈B-1〉患者についての情報の収集	<P. 17>
	〈B-2〉歯科訪問診療の準備	<P. 23>
	〈B-3〉初回の歯科訪問診療	<P. 24>
	〈B-4〉初回の歯科訪問診療が終わったら	<P. 26>
	〈B-5〉2回目の訪問診療	<P. 26>
	例② 義歯破損	<P. 31>
	例③ P急発	<P. 35>
	例④ 抜歯	<P. 39>
	例⑤ Pu1（公費併用例）	<P. 43>
付：	参考資料	
	1) 歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト	<P. 7>
	2) 歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト	<P. 19>
	3) 初診時における歯科治療・口腔ケア・口腔リハビリテーションの 必要度に関する報告及び承諾書	<P. 27>
	4) 居宅療養管理指導報告書	<P. 29>
	5) 歯科訪問診療における基本的考え方	<P. 47>
	6) 要支援、要介護状態区分と心身の状態	<P. 49>
	7) 障害高齢者の日常生活自立度判定基準	<P. 50>
	8) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	<P. 51>
	9) 歯科訪問診療受診申込書	<P. 52>
	10) 日常生活動作状況調査票	<P. 53>
	11) 歯科訪問診療治療計画表	<P. 54>
	12) 保険請求用明細書	<P. 57>

綴じて保存しましょう

発刊にあたって

山口県歯科医師会

会長 右 田 信 行

「歯科訪問診療」と聞くと、ニーズは多そうだがまず何から手をつけていいかわからず、日々の診療に手一杯でなかなか腰を上げられない、という会員の先生方が多いのではないのでしょうか。確かに、診療所を閉めて歯科訪問診療に出向くということは、容易なことではありません。

しかし、高齢化がますます進行するこれからの社会で、歯科訪問診療の必要性が高くなることは避けられません。県民の皆様の口腔、ひいてはQOLの維持・向上のため、患者さんの来院を待つのではなく、歯科医院側から出向いていく姿勢が求められる時代に変化しつつあります。また、歯科訪問診療を通じて生まれる他職種との連携は、今後の歯科界に必要不可欠なものとなります。

今回、山口県歯科医師会では「まずは歯科訪問診療の現場に出る」ことをテーマとした歯科訪問診療マニュアルを作成しました。医療保険を利用するか、介護保険を利用するかで一連の流れを区別し、その都度必要な資料を入れ込みました。会員の先生方が歯科訪問診療に出られるきっかけとなり、その際このマニュアルが少しでもお役に立てば幸いです。

終わりに、マニュアル作成にあたり多大なご尽力をいただきました皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成 23 年 1 月

「はじめての歯科訪問診療マニュアル」作成によせて

山口県歯科医師会
口腔保健センター委員会
理事 弘 中 亮 治

超高齢化社会の到来とともに歯科訪問診療の必要性がますます高まっています。

訪問診療の依頼を受けたらまず何をすればいいのか、どのように進めればいいのか戸惑いがあり、はじめの一步を踏み出すことを躊躇してしまうとの声をお聞きします。また、介護保険をお持ちの方から訪問診療を依頼された時の手順が分からないとの声を多くお聞きします。今回、口腔保健センター委員会介護部会では歯科訪問診療の入門編として“依頼を受けてから、訪問診療に出かけ保険請求を行うまでの流れを大掴み”を目指してマニュアルを作成しました。訪問診療を行う際には、それに付随して保険請求を行うこととなります。そのため、保険の仕組みについて出かける前に押さえておきたいポイントがあります。在宅等における医学管理、指導料の算定において、介護保険が医療保険に優先します。そのため管理指導料の算定項目が①訪問先②介護保険の有無により異なります。このため、医療保険のみで請求する場合と、医療保険に介護保険を併用して請求する場合とを分けて理解しておく必要があります。

保険請求の詳細については山口県歯科医師会 社会保険委員会発行の「保険診療の手引き」、また口腔機能向上については口腔保健センター委員会発行の「口腔ケアに携わる人のためのハンドブック」をご参照ください。

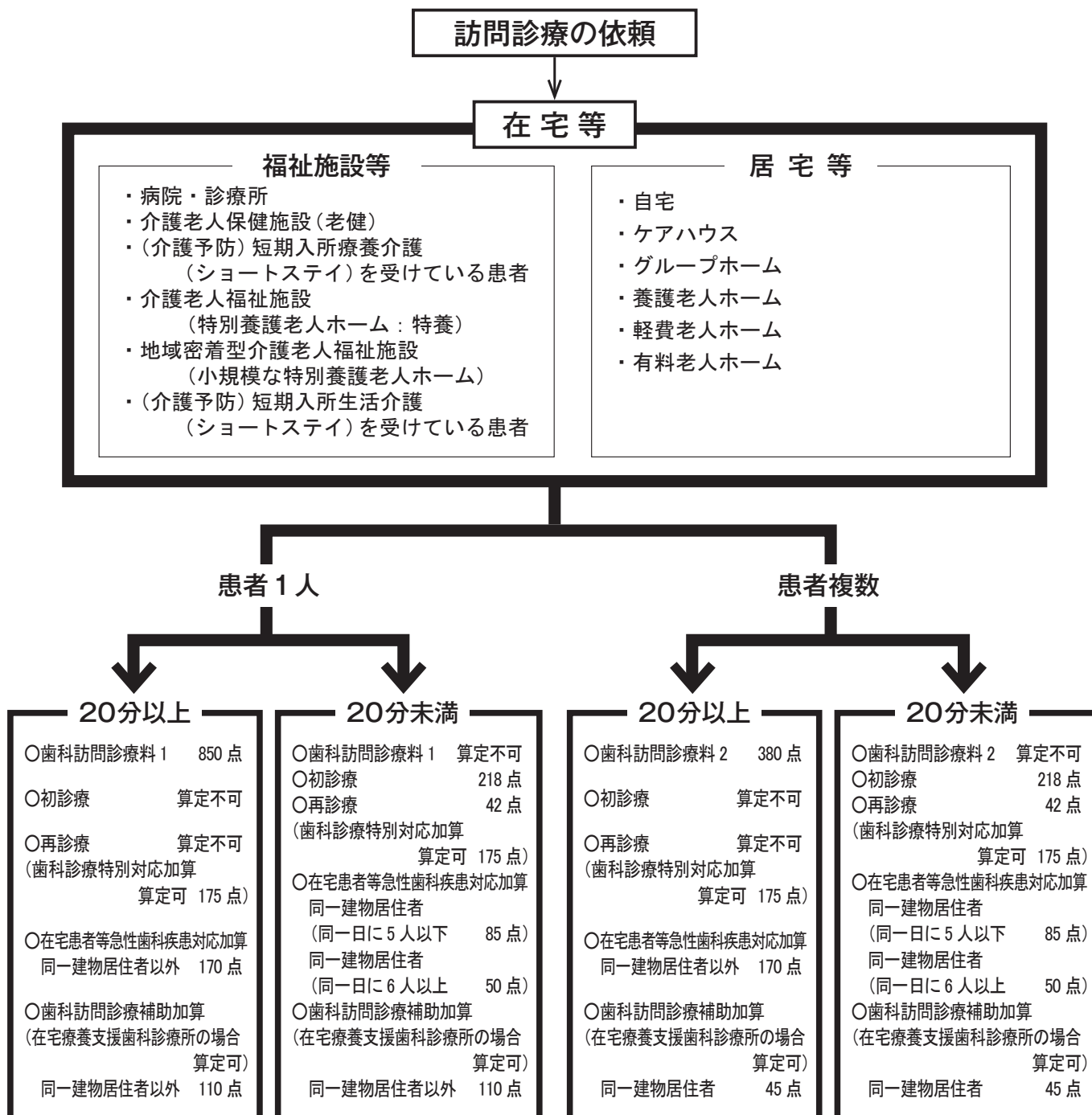
平成 23 年 1 月

1章：歯科訪問診療に出かける前に押さえておきたい 保険請求の基本的考え方

保険請求〔診療料について〕

診療料については、訪問先にかかわらず医療保険で算定します。訪問診療を行った場合、

- 患者が1人か、複数か
 - 20分未満か、20分以上か
- } によって算定の方法が異なります。



* 容体が急変し治療を中止した場合は、20分要件は除外 → 歯科訪問診療料を算定できます。

* その他算定科目、加算項目ならびに略語については山口県歯科医師会発行「保険診療の手引き〈P.33～P.48〉」を参照下さい。

保険請求〔管理・指導について〕

管理・指導については訪問先により算定の方法が異なります。

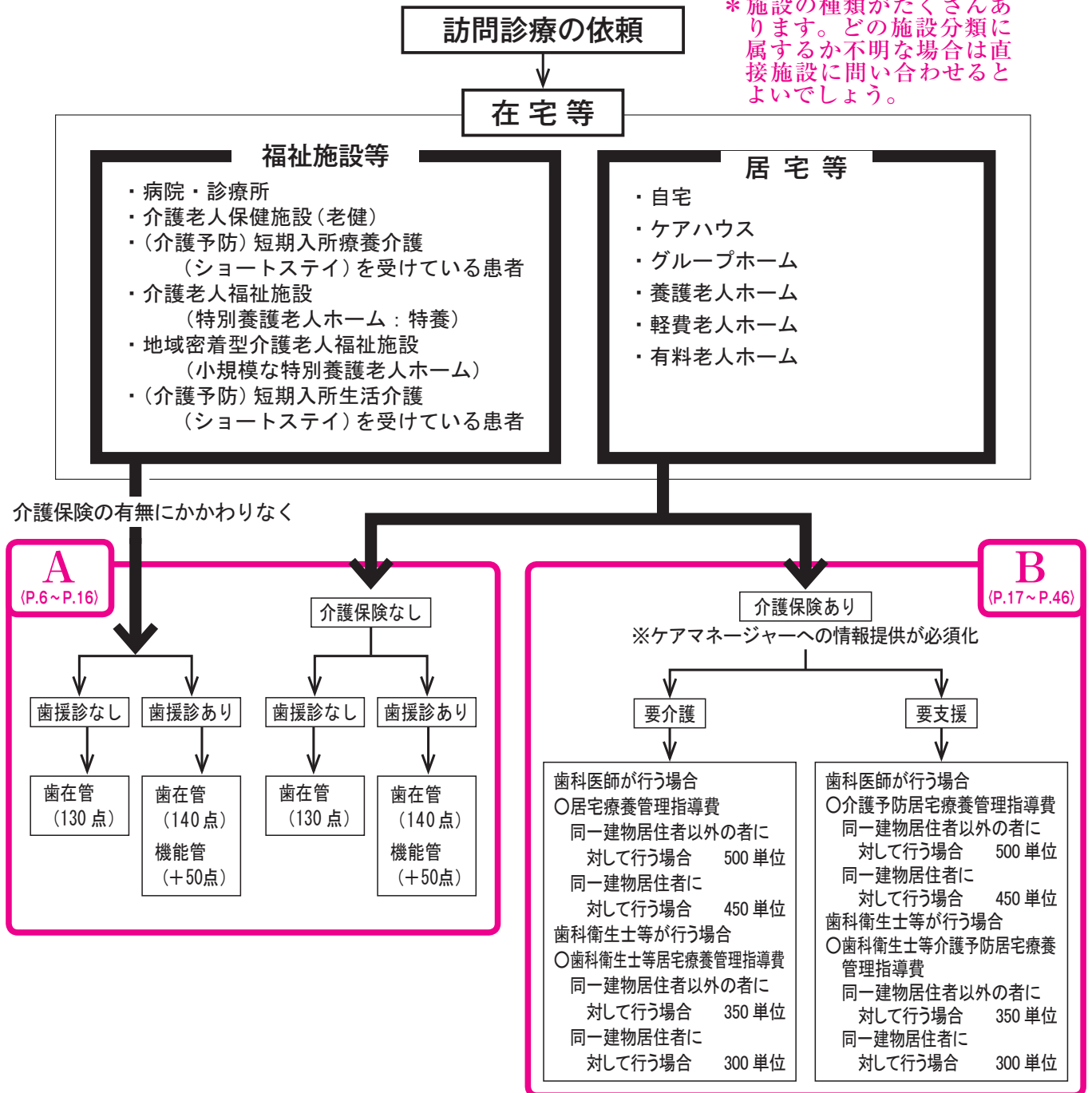
○福祉施設等を訪問した場合には、介護保険の有無に関わりなく医療保険で算定します。

○居宅等を訪問した場合には、

□介護保険がない場合は、医療保険で算定します。

□介護保険がある場合は、介護保険で「居宅療養管理指導料」及び「予防居宅管理指導料」を算定します。

*施設の種類がたくさんあります。どの施設分類に属するか不明な場合は直接施設に問い合わせるとよいでしょう。



*居宅等の要介護・要支援者には原則的に介護保険が優先する。

*デイサービス・デイケア先への歯科訪問診療は不可。

*歯科を標榜している病院・診療所への歯科訪問診療料の算定は不可。

*介護保険の対象となる患者では歯管・特疾患・歯在管は算定できず、介護保険の居宅療養管理指導を算定する。

*要介護・要支援の認定によりサービス名称とサービスコードが異なる。

*介護保険に該当するサービスのある診療を行った際に、患者が要介護・要支援者の場合は、摘要欄に☑と記載する。

2章：歯科訪問診療の実施（訪問先の違いによる実際）

1章の「歯科訪問診療に出かける前に押さえておきたい保険請求の基本的考え方」で整理したように、診療料と管理指導料の保険請求は、

○訪問先が福祉施設等の場合は、医療保険で算定します。 (A)

○訪問先が居宅等の場合は、

□介護認定のない場合は医療保険で算定します。 (A)

□介護認定がある場合は医療保険と介護保険とで算定します。 (B)

つまり A：医療保険のみ使用するケース <P. 6 ~ 16>

B：医療保険と介護保険を併用するケース <P. 17 ~ 46>

に大別されます。

歯科訪問診療を行うにあたって、器材の準備や診療行為・術式については何ら変わることはありません。しかし、AとBではカルテの準備、事前の打ち合わせや訪問先に準備していただくもの、訪問が終わってからの対処法、保険請求の仕方などが異なってきますので、ここからは医療保険のみを使用する『A：訪問先が福祉施設等の場合・居宅等で介護認定のない場合』と医療保険と介護保険を併用する『B：訪問先が居宅等で介護認定を受けている場合』に分けて説明していきます。

参考資料 1

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

ふりがな 申込者氏名		患者との続柄	
ふりがな 患者氏名			
患者住所	自宅	TEL	
施設名	(病院・施設)	TEL	
	(施設区分：)		
歯科的主訴	1. 歯が痛い 2. 歯が動く 3. 歯ぐきが腫れた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 入れ歯を入れたい 6. 入れ歯が合わない 7. むし歯の治療希望 8. その他 ()		
現在の身体状況	寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行		
訪問先	在宅・病院・施設・その他 ()	駐車場 (有・無)	
現在の全身の状態 (現 病 歴)			
保険の種類	国保・社保・後期高齢者・生保	身障者手帳	有 (種 級) ・ 無
要介護度	自立・要支援 () ・ 要介護 ()		
ケアマネージャー	(事業所名	TEL)
		(FAX)
主治医	(病院名	TEL)

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

ふりがな 申込者氏名	○ 山 ○ 男	患者との続柄	長男
ふりがな 患者氏名	○ 山 ○ 治		
患者住所	自宅 TEL		
施設名	<input checked="" type="radio"/> (病院) 施設) TEL △△△-△△△△ ○○病院 外科病棟 (施設区分:)		
歯科的主訴	1. 歯が痛い 2. 歯が動く 3. 歯ぐきが腫れた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 入れ歯を入れたい <input checked="" type="radio"/> 6. 入れ歯が合わない 7. むし歯の治療希望 8. その他 ()		
現在の身体状況	<input checked="" type="radio"/> 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行		
訪問先	在宅・ <input checked="" type="radio"/> 病院) 施設・その他 ()	駐車場 (<input checked="" type="radio"/> 有)・無)	
現在の全身の状態 (現病歴)	肺炎手術後、運動制限あり		
保険の種類	<input checked="" type="radio"/> 国保) 社保・後期高齢者・生保	身障者手帳 有 (種 級)・無	
要介護度	<input checked="" type="radio"/> 自立)・要支援 ()・要介護 ()		
ケアマネージャー	_____ (事業所名 TEL) _____ (FAX)		
主治医	○ 本 ○ 彦 (病院名 ○○病院 TEL ○○○-○○○○)		

〈A-2〉 歯科訪問診療の準備

いただいた情報を整理し、以下のことに留意して準備をしましょう。

1) 訪問日を患者側と打ち合わせましょう。

原則として、日常の身の周りの世話をしている人が同席できる日時としましょう。

*福祉施設等訪問時に留意すべきこと

- ・家族からの依頼の場合
事前に施設側に訪問診療について話してもらおうとよいでしょう。
主治医の了解をとっておいてもらいます。
原疾患の状況と検査結果に関する情報も、得ておく必要があります。
- ・福祉施設等関係者からの依頼の場合
家族の同意を確認しておきます。

*居宅訪問時に留意すべきこと

初回訪問時は依頼者が保健師やケアマネージャーなど専門職の場合、同席してもらうことが望ましいでしょう。
家族の方にも同席してもらいましょう。
(認知症の場合は特にトラブルが発生しやすいので注意しましょう。)

2) 訪問先で準備しておいてもらう物を連絡しておきましょう。

- 保険証など（おくすり手帳、福祉医療受給者証 他）
- うがい用コップ、洗面器、ティッシュペーパー、タオルなど
- 歯ブラシ

3) 訪問日までに都合が悪くなったら、早めに連絡いただくようお願いしておきましょう。

全身状態が悪化して歯科治療どころではなくなっている場合もあります。

注) 歯科医療担当者側の留意点

- (1) 一番大切なのは、患者さんや家族との心の交流を深めることです。
- (2) 治療は二の次。まずは実際の様子を見てみることを基本に訪問しましょう。
- (3) 診察と応急処置には、特別な器材は必要ありません。しかし、本格的な治療はリスクが高く危険だと判断した場合は、全身管理のできる医療機関を紹介すべきでしょう。
- (4) 緊急時に応援してくれる二次三次の医療機関を確保しておきましょう。
- (5) 普段から担当医師・ケアマネージャー、医療・介護専門職の等と協力できる体制づくりを心掛けましょう。

治療に際しては、診療室での治療レベルを迫及すると、治療者側にとっても、受療者側にとっても苦しい思いとなってしまうことが少なくありません。可能な範囲の処置を心がけましょう。(介入しすぎない、全身状態を考慮して)

また、歯科訪問診療を実施するにあたり 2004 年に日本歯科医学会より提示された基本的な考え方を〈P. 47, 48〉に掲載していますので、ご参照ください。

4) 器材の準備

携帯できる器材を使って、無理なくできる範囲内の診察を実施しましょう。

最初から特別な器材を準備する必要はありませんが、応急処置ができる程度の器材は準備しましょう。

A. 診察用器材

- ① 照明器具：市販の携帯可能な照明器具やキャンプで使うヘッドランプなども利用できます。また、懐中電灯を使う場合に、家族に照明係を依頼し、懐中電灯を持ってもらい、実際に口腔内を見せながら説明する事により、患者の口腔内状況がよりの確に認識でき、治療への参加意識を持ってもらうといった面でも効果があります。
- ② 診査器具：基本セット（ミラー、ピンセット、探針、スプーン・エキスカベーターなど）
- ③ 清掃用具：口腔内や義歯が極めて不潔となっている場合があります。診療に先立って、歯面や義歯の清掃、あるいはブラッシング指導用に、歯ブラシを持参すると便利でしょう。
- ④ 衛生材料：滅菌ガーゼ綿花の他、ペーパータオルが有用。器具の清拭用にアルコール綿花（ぬれティッシュも代用になる）があると便利です。また、新聞紙・ゴミ袋もあるとよいでしょう。（*診療で出たゴミは全て持ち帰りましょう。）
- ⑤ 全身状態チェック用器械：血圧計、心電計、パルスオキシメーター等これらがあればより確実に状況を把握できます。

B. 治療用器材

主訴から予測される応急的治療処置に必要な器材は、携帯可能な範囲内で用意しておきましょう。

依頼の半分以上が義歯の不調です。義歯調整のための技工ができれば、かなりの方の主訴への対応ができることとなります。

- ・携帯用エンジン
- ・往診用ポータブルユニット
- ・携帯用レントゲン



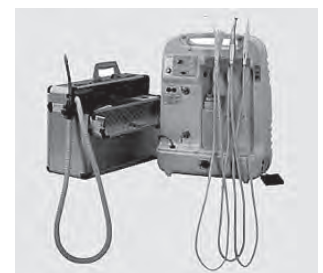
(携帯用エンジン)



(携帯用レントゲン)



(パルスオキシメーター・心電図計)



(ポータブルユニット)

〈A-3〉 初回の歯科訪問診療

1) 訪問前には必ず電話連絡しましょう。

訪問日にもう一度電話して、訪問時間の再確認と、当日の症状・体調等を確認めます。初回は応急処置程度に考え、治療よりも実際の口腔内状態の診査、主訴の把握等に努め、患者の状態や、状況・環境、介護者等の態度も把握しておきましょう。治療できる内容は限られるので、患者が満足できない事もあります。この点を考慮して対応しましょう。

特に訪問先が居宅の場合、車で訪問する場合には駐車場所の確認もしておきましょう。また、初回訪問時（初回だけに限りませんが）必ず患者の家族・介護者・ケアマネージャー等を同席させましょう。

2) 訪問したら

(1) 診査・診断

① 把握した情報を参考にしながら診査を行います。

＊〈P.7〉を参考にするとよいでしょう。

② カルテを記載します。（主訴の確認、全身状態の問診・診査、口腔内診査等）

(2) 全身状態のチェック

全身状態が悪ければ、無理をせずに治療を延期しましょう。

(3) 初回治療（主訴を中心に…例えば義歯調整、ポケット貼薬、普処など）

初回時の観血的治療は避けます。

（観血的治療前に主治医から情報を得ましょう。必要時のみ慎重に行います。）

＊応急的処置の目標と目的

① 急性症状（特に疼痛）の緩和と安静の確保

② 疾病の進行阻止

③ 決定的治療へのオリエンテーション

(4) 治療方針の説明

今後必要と思われる処置について、患者（または家族）に説明して、承諾を得ましょう。

(5) 治療費の支払いについて

原則としてその場でいただきますが、困難な場合は臨機応変に対応します。後日家族に来院していただく、領収証を用意しておいて次回訪問時にいただく等も可能です。

交通費については別途請求することができます。

初回は、治療よりもまずは患者や家族とのコミュニケーションをはかり、信頼関係を築く事が大切です。

〈A-4〉 初回の歯科訪問診療が終わったら

1) 訪問診療計画の作成

訪問診療計画を作成し、カルテに記載します。

治療方針に基づき、少ない回数で治療が完了するように具体的に計画を立てましょう。

計画の作成に当たっては、訪問診療計画表〈P. 54 ~ 56〉を参考にするとよいでしょう。

〈A-5〉 2回目の訪問診療

まずは、これからの治療・ケアについて説明をしましょう。

また、歯科訪問診療での歯科治療の限界も含め、治療に対する見通しを十分伝える事も必要な場合もあります。

1. 治療計画の提示・・・今後の治療の計画を説明します。

2. 治療の開始・・・承諾を得て、治療を開始します。

2回目以降は治療計画に基づき、必要な機材・器具を準備しましょう。

毎回治療後は患者の様子に気を配りましょう。

例① 義歯リベース (P.13~P.16)

歯科診療録

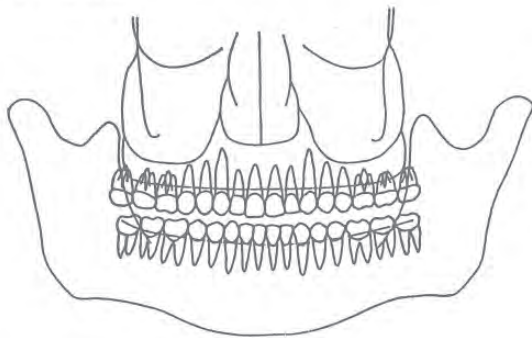
No.

10割	9割	8割
-----	----	----

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号		保険者番号		3 5 0 △ △ △	
受診者	氏名	○山 ○治		被保険者手帳	記号番号	山 59 ・ 5028 △△△	
	生年月日	明昭大平	10年 5月 23日 生	有効期限	平成 年 月 日		
	住所	○○市△△町		被保険者氏名			
	職業	無職	被保険者との続柄	資格取得	昭和・平成 年 月 日		
				所在地	電話	局	番
				所在地	電話	局	番
部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰		
7 - 7	床下粘膜異常 MT (床適合)	上外	H 22年 5月 28日	年 月 日			
5 7	P ₂	上外	H 22年 5月 28日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
既往歴						異常なし	
アレルギー						全身疾患	
ペリン系 (なし)						血液疾患()	
ペニシリン系 (なし)						糖尿病()	
局麻剤 (なし)						腎疾患()	
その他						心疾患()	
						上顎洞炎()	
						その他(肺炎)	
						血圧測定(mmHg)	
〔主訴〕 その他摘要						(5 / 28) 140 ~ 95	
義歯がゆるいとの訴えあり						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
傷 病 名		労務不能に関する意見		入 院 期 間			
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
		自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間	
		至 月 日				至 月 日	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考							

パントモ所見



一般検査

H22年 5月28日

上顎	*EPP																
	*CT又は動揺度																
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	*CT又は動揺度				1											1	
	*EPP				5											5	

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																
	*CT又は動揺度																
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	*CT又は動揺度																
	*EPP																

H22 ★在宅療養支援歯科診療所の場合

月 日	部 位	療 法・処 置	点 数	負 担 金 額
5/28	初 診			
		義歯がゆるいとの訴えあり		
		呼吸器疾患手術後〇〇病院入院中(4F外科)のため通院不能		
		通院不能		
		歯科訪問診療料 1 (12:30~13:10)	830	
		急性対応(エンジン)	+ 232	
		歯科疾患在宅療養管理料<歯在管>	140	130点
		口腔機能管理加算	+ 50	0点
	7+7	T.cond	110	
	5 7	P基検 1	50	
		縁下歯石(+) 辺縁歯肉の腫脹強い		
		スケーリング後 SRP 予定		
		SC	64	
		P基処	38	
			10	
5/30	再 診			
		歯科訪問診療料 1 (12:30~13:20)	830	
		急性対応(エンジン)	+ 90	
	7+7	FD 有床義歯内面適合法(口腔内直接法)	980	
		補診(臼歯部顎堤吸収(+),リベースの方法、計画について示す)	100	
		義管(B)(適合性チェックし削合する 夜間とりはずし、水中保管)	70	
	7+7	咬合機能回復困難患者加算	40	

在宅療養支援
歯科診療所
ではない場合
130点
0点

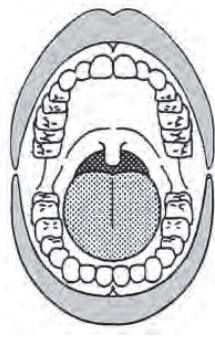
歯と口・口腔機能の治療管理

○山 ○治 様 平成 22 年 5 月 28 日

全身の状態

治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり (疾患名：肺炎))
服薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名：))
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 繰り返しあり
低栄養リスク	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟菜食、刻み食、ミキサー食、流動食、ゼリー等)	
		<input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟菜食、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 checked="" type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	特記事項 
口腔乾燥	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度	
むし歯	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり		
・歯肉の炎症 (発赤)・出血・腫れ			<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
・歯の動揺度			<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
口腔軟組織疾患	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	下顎	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	
		義歯製作 (修理等) の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	

口腔機能の状態

咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不調
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不調
発音機能	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不調

治療と口腔ケアの難しさ

・経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→胃ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> その他
・座位保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	
・開口保持	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
・含嗽 (ブクブクがい)	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能→むせ	

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

保険医療機関名	〒0000-0000
所在地及び名称	〇〇市〇〇町 TEL 〇〇-〇〇〇〇
歯科医師氏名	〇〇歯科 〇川 〇哉

観 山口県歯科医師会

診療報酬明細書 (歯科)

平成 22年 5月分 県番

医口

3 歯科

公負①	公受①	保険	3	5	△	△	△	△
		記号・番号	山59・5028△△△					
氏名	○山 ○治		特記事項		届出			
職務上の事由			GTR・医管・根管治療・矯正・予防歯科		GTR・医管・根管治療・矯正・予防歯科			
傷病名	7+7 床下粘膜異常・MT (床裏装)		7+7 床下粘膜異常・MT (床裏装)		開始日	22年 5月 28日		
傷病部位	5 7 P		5 7 P		実日数	2日 (口)		
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障
再診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障
管理	歯管	薬	70	+ 40×1	歯清	処指	F洗	医管
投薬	注射	内・屯・外・注			調	処方	+	情
X線検査	全額	枚	写	P線	平	50×1	精密検査	その他
処置	歯	EMR			充填	除去	知覚過敏	咬傷
手術	S C	64 + 38×1	+	SRP前	小	大	SPT	P処
その他	PCur	前	小	大	前	小	大	P基処
麻酔	伝麻	浸麻			その他			
冠修復	補綴	100	維持管理	印象	充填	咬合調整	咬合調整	咬合調整
欠損	冠形成	前	前	(生活)	(失活)	(高洞)	(高洞)	(高洞)
補綴	冠修復	前	前	小	大	小	大	小
義歯	欠損	前	前	小	大	小	大	小
その他	義歯	前	前	小	大	小	大	小
摘	義歯	前	前	小	大	小	大	小
要	義歯	前	前	小	大	小	大	小
歯在管		140×1、口腔機能管理加算		50×1				
訪問診療		1 830×2、急性対応		232×1、90×1				
公費分	請求	点	決定	点	合計	3634 点		
患者負担額	(公費)	円	決定	円				
高額療養費		円	一部負担	円				

施設基準の届出が必要

在宅療養支援歯科診療所ではない場合 130

在宅療養支援歯科診療所ではない場合 0

山口県歯科医師会会員用 22-4 (不許複製)

訪問先が

B ・居宅等で介護認定を受けている場合

〈B-1〉患者についての情報の収集

歯科訪問診療では我々が自院で行っている日常的な診療と比べ、様々な情報を事前に把握することが必要です。

実際に訪れてみる前にできれば情報収集を行いましょう。

歯科診療に向けた聞き取り項目リスト〈P. 19, 20〉や、歯科診療受診申込書〈P. 52〉を使用するとよいでしょう。

1) 歯科的な主訴は？

まず歯・口で困っていること（主訴）を患者または介護者から聞きます。その際に経過とともに、希望などもあわせて聞きましょう。緊急性があるのか、ないのかも確認しましょう。

訪問先が自宅（駐車場はあるのか）なのか、もしくは病院・施設なのか、距離はどうか、現在の身体状況（寝たきりなのか、車椅子・杖歩行等）も把握しておきましょう。主治医についても把握し、連絡を取ることも大切です。

2) 通院困難な理由は？

搬送、付き添いにて通院が可能かどうか確認しましょう。まれに元気な方からの依頼もあるので、その確認の意味でも聞いてみましょう。歯科訪問診療できるのは、通院困難な方です。

訪問時に医療保険証と介護保険証を確認します。または事前に医療保険証と介護保険証〈P. 21〉を持参していただき、カルテに必要事項を記入し、準備しておくことで訪問時の手間を減らすことができます。

生保の場合、医療券の申請をしてもらわないといけなことがあります。この準備ができていない患者の場合は、初回訪問診療の前に社会福祉事務所に連絡し、先に治療を進めてよいか許可を得る必要があります。

3) 介護保険（介護認定区分）の所時確認とケアマネージャーの連絡先は？

患者が要介護認定を受けているならば、要介護認定の程度（区分）〈P. 21〉を聞いて、ケアマネージャーとの連携を取るために連絡先を聞きましょう。〈P. 20〉

ケアマネージャーはケアプラン作成のため、毎月定期的に利用者（患者）の状況や家庭環境等を把握しています。ケアマネージャーと連携できれば医療や介護に関わる情報や、薬の一覧表などの情報を知ることができますし、その患者が現在どのようなサービスを受けているか把握できます。

訪問診療前にケアマネージャーに相談する時は「〇〇さんより歯科訪問診療の依頼を受けました。連携を取るためにご連絡させていただきました。」と目的を告げれば応じてもらえるでしょう。

参考資料2

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

ふりがな 申込者氏名		患者との続柄	
ふりがな 患者氏名			
患者住所	自宅	TEL	
施設名	(病院・施設)	TEL	
	(施設区分：)		
歯科的主訴	1. 歯が痛い 2. 歯が動く 3. 歯ぐきが腫れた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 入れ歯を入れたい 6. 入れ歯が合わない 7. むし歯の治療希望 8. その他 ()		
現在の身体状況	寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行		
訪問先	在宅・病院・施設・その他 ()	駐車場 (有・無)	
現在の全身の状態 (現病歴)			
保険の種類	国保・社保・後期高齢者・生保	身障者手帳	有 (種 級)・無
要介護度	自立・要支援 ()・要介護 ()		
ケアマネージャー	(事業所名	TEL)
		(FAX)
主治医	(病院名	TEL)

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

ふりがな 申込者氏名	○ 本 ○ 子	患者との続柄	妻
ふりがな 患者氏名	○ 本 ○ 男		
患者住所	自宅 ○○市△△町1-23		TEL △△△-△△△△
施設名	(病院・施設)	TEL	
	(施設区分:)		
歯科的主訴	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 歯が痛い <input checked="" type="checkbox"/> 2. 歯が動く 3. 歯ぐきが腫れた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 入れ歯を入れたい 6. 入れ歯が合わない 7. むし歯の治療希望 8. その他 ()		
現在の身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行		
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅・病院・施設・その他 ()	駐車場 (<input checked="" type="checkbox"/> 有・無)	
現在の全身の状態 (現病歴)	脳血管障害後遺症のため寝たきり		
保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国保・社保・後期高齢者・生保	身障者手帳 有 (種 級)・無	
要介護度	自立・要支援 ()・要介護 (5)		
ケアマネージャー	○山 ○恵	(事業所名 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇) 在宅介護支援センター 〇〇〇〇 (FAX 〇〇〇-〇〇〇〇)	
主治医	○野 ○郎	(病院名 △△△ クリニック TEL △△△-△△△△)	

【表】

① 被保険者番号 ② 要介護状態区分等 ③ 認定の有効期間 (介護保険証から転載)

介護保険被保険者証		要介護状態区分等		認定の有効期間	
認定年月日		年月日		年月日	
認定の有効期間		年月日～年月日		年月日～年月日	
区分支給限度基準額		区分支給限度基準額		区分支給限度基準額	
1月当たり		1月当たり		1月当たり	
サービスの種類		サービスの種類		サービスの種類	
種類支給限度基準額		種類支給限度基準額		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		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

見本

【裏】

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 三 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

見本

- 四 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市に届け出た場合に限って現物給付となります。この手続きをしない場合は、市からの事後払い(償還払い)になります。
- 五 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 六 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用の1割です(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません)。
- 七 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 八 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市に返してください。
- 九 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 十 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 十一 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。

歯 科 診 療 録

No.

10割	9割	8割
-----	----	----

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者氏名	
受診者	氏名	記号番号	有効期限
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	住 所	所在地	電話 局 番
	職 業	所在地	電話 局 番

部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰	歯 列 図
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		
		上外	年 月 日	年 月 日		

[主訴] その他摘要	既往歴 異常なし
	アレルギー 全身疾患
	ピリン系 () 血液疾患()
	ペニシリン系() 糖尿病()
	局麻剤 () 腎疾患()
	その他 心疾患()
	上顎洞炎()
	その他()
	血圧測定(mmHg)
	(/) ~
	(/) ~
	(/) ~
	(/) ~

傷 病 名	労務不能に関する意見		入 院 期 間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 至 月 日 日間	年 月 日	自 至 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

備 考 ① 被保険者番号 ② 要介護状態区分等 ③ 認定の有効期間 (介護保険証から転載)

〈B-2〉 歯科訪問診療の準備

いただいた情報を整理し、以下のことに留意して準備をしましょう。

1) 訪問日を患者側と打ち合わせましょう。

原則として、日常の身の周りの世話をしている人が同席できる日時としましょう。

*居宅等訪問時に留意すべきこと

初回訪問時は依頼者が保健師やケアマネージャーなど専門職の場合、同席してもらうことが望ましいでしょう。

家族の方にも同席してもらいましょう。

(認知症の場合は特にトラブルが発生しやすいので注意しましょう。)

2) 訪問先で準備しておいてもらう物を連絡しておきましょう。

○保険証など (おくすり手帳、福祉医療受給者証 他)

○うがい用コップ、洗面器、ティッシュペーパー、タオルなど

○歯ブラシ

3) 訪問日までに都合が悪くなったら、早めに連絡いただくようお願いしておきましょう。

全身状態が悪化して歯科治療どころではなくなっている場合もあります。

4) 器材の準備

携帯できる器材を使って、無理なくできる範囲内の診察を実施しましょう。

最初から特別な器材を準備する必要はありませんが、応急処置ができる程度の器材は準備しましょう。

A. 診察用器材

- ① 照明器具：市販の携帯可能な照明器具やキャンプで使うヘッドランプなども利用できます。また、懐中電灯を使う場合に、家族に照明係を依頼し、懐中電灯を持ってもらい、実際に口腔内を見せながら説明する事により、患者の口腔内状況がよりの確に認識でき、治療への参加意識を持ってもらうといった面でも効果があります。
- ② 診査器具：基本セット (ミラー、ピンセット、探針、スプーン・エキスカベーターなど)
- ③ 清掃用具：口腔内や義歯が極めて不潔となっている場合があります。診療に先立って、歯面や義歯の清掃、あるいはブラッシング指導用に、歯ブラシを持参すると便利でしょう。
- ④ 衛生材料：滅菌ガーゼ綿花の他、ペーパータオルが有用。器具の清拭用にアルコール綿花 (ぬれティッシュも代用になる) があると便利です。また、新聞紙・ゴミ袋もあるとよいでしょう。
(*診療で出たゴミは全て持ち帰りましょう。)
- ⑤ 全身状態チェック用器械：血圧計、心電計、パルスオキシメーター等
これらがあればより確実に状況を把握できます。

B. 治療用器材

主訴から予測される応急的治療処置に必要な器材は、携帯可能な範囲内で用意しておきましょう。

依頼の半分以上が義歯の不調です。義歯調整のための技工ができれば、かなりの方の主訴への対応ができることとなります。

- ・携帯用エンジン
- ・往診用ポータブルユニット
- ・携帯用レントゲン



(携帯用エンジン)



(携帯用レントゲン)



(パルスオキシメーター・心電図計)



(ポータブルユニット)

〈B-3〉 初回の歯科訪問診療

1) 訪問前には必ず電話連絡しましょう。

訪問日にもう一度電話して、訪問時間の再確認と、当日の症状・体調等を確認します。初回は応急処置程度に考え、治療よりも実際の口腔内状態の診査、主訴の把握等に努め、患者の状態や、状況・環境、介護者等の態度も把握しておきましょう。治療できる内容は限られるので、患者が満足できない事もあります。この点を考慮して対応しましょう。

特に訪問先が居宅の場合、車で訪問する場合には駐車場所の確認もしておきましょう。また、初回訪問時（初回だけに限りませんが）必ず患者の家族・介護者・ケアマネジャー等を同席させましょう。

2) 訪問したら

(1) 診査・診断

- ① 把握した情報を参考にしながら診査を行います。

＊〈P.19〉を参考にするとよいでしょう。

- ② カルテを記載します。（主訴の確認、全身状態の問診・診査、口腔内診査等）

(2) **全身状態のチェック**

全身状態が悪ければ、無理をせずに治療を延期しましょう。

(3) **初回治療（主訴を中心に…例えば義歯調整、ポケット貼薬、普処など）**

初回時の観血的治療は避けます。

（観血的治療前に主治医から情報を得ましょう。必要時のみ慎重に行います。）

* 応急的処置の目標と目的

- ① 急性症状（特に疼痛）の緩和と安静の確保
- ② 疾病の進行阻止
- ③ 決定的治療へのオリエンテーション

(4) **治療方針の説明**

今後必要と思われる処置について、患者（または家族）に説明して、承諾を得ましょう。

介護保険を活用するにあたり、報告及び承諾書〈P. 27, 28〉に記入し、署名をいただきます。

(5) **治療費の支払いについて**

原則としてその場でいただきますが、困難な場合は臨機応変に対応します。後日家族に来院していただく、領収証を用意しておいて次回訪問時にいただく等も可能です。

交通費については別途請求することができます。

初回は、治療よりもまずは患者や家族とのコミュニケーションをはかり、信頼関係を築く事が大切です。

〈B-4〉 初回の歯科訪問診療が終わったら

1) 訪問診療計画の作成

訪問診療計画を作成し、カルテに記載します。

治療方針に基づき、少ない回数で治療が完了するように具体的に計画を立てましょう。

計画の作成に当たっては、訪問診療計画表〈P. 54～56〉を参考にするとよいでしょう。

2) ケアマネージャーへの報告（ケアマネージャーへの情報提供が必須化）

- ① 〈P. 27〉の書式を活用し、患者の承諾を得る。
- ② 〈P. 29〉の書式を活用し、ケアマネージャーへFAX等で報告する。
- ③ 請求の際、居宅療養管理指導を算定する。

【医師・歯科医師が行う場合】

同一建物居住者以外である利用者	500 単位（単位数の変更なし）
同一建物居住者である利用者	450 単位（上記から 50 単位減算）

【歯科衛生士が行う場合】

同一建物居住者以外である利用者	350 単位（単位数の変更なし）
同一建物居住者である利用者	300 単位（上記から 50 単位減算）

口腔機能に問題があると判断した場合には、介護保険で口腔機能向上のサービスを受けられるように手配することも考慮しましょう。

参考資料：

「口腔ケアに携わる人のためのハンドブック」（山口県・山口県歯科医師会発行）

〈B-5〉 2回目の訪問診療

まずは、これからの治療・ケアについて説明をしましょう。

また、歯科訪問診療での歯科治療の限界も含め、治療に対する見通しを十分伝える事も必要な場合もあります。

1. 治療計画の提示・・・今後の治療の計画を説明します。

2. 治療の開始・・・承諾を得て、治療を開始します。

2回目以降は治療計画に基づき、必要な機材・器具を準備しましょう。
毎回治療後は患者の様子に気を配りましょう。

初診時における歯科治療・口腔ケア・口腔リハビリテーションの
必要度に関する報告及び承諾書

歯科の治療と支援の項目

初診日 22 年 10 月 8 日
患者氏名 ○ 田 △ 子 様

下記のチェック項目について歯科の治療と支援が必要と認めます。

- | | | | | |
|-----------------------|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 1 ; むし歯の治療と予防 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 2 ; 歯周炎・歯周病の治療と予防 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 3 ; 入れ歯による治療 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 4 ; 歯の動揺対策 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 5 ; 口臭対策 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 6 ; 嚙む力の支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 7 ; 声を出す力の支援 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 8 ; しゃべり方への支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 9 ; 鼻で息をするための支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 10 ; 口を開けることの支援 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 11 ; 食べ物を口に運ぶための支援 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 12 ; ぶくぶくうがいができるための支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 13 ; 飲み込む力を良くするための支援 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 14 ; 舌の動きを良くするための支援 | : | <input type="radio"/> 要 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 不要 |
| 15 ; 唇をうまく閉じるための支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |
| 16 ; 言葉が鼻からもれないための支援 | : | <input checked="" type="radio"/> 要 | ・ | <input type="radio"/> 不要 |

歯科訪問診療では、医療保険と介護保険とを活用します。

以上、治療内容の承諾を致します。

平成 22 年 10 月 10 日

氏名 ○ 田 □ 郎 続柄 (○ 男)

参考資料4

平成 年 月 日

- 居宅療養管理指導記録（歯科医師）
- 介護予防居宅療養管理指導記録（歯科医師）

様

歯科医院

拝啓 平素は大変お世話になっております。
訪問診療させていただいております 様の
訪問診療内容のご報告の為の資料の複写を送付させていただきますので
ご査収の程よろしくお願い致します。

敬具

患者氏名 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生

訪問先【居宅等】

管理指導内容 又は 診療上必要な事項	管理指導日 : 平成 年 月 日
保険医療機関・担当医	

平成 年 月 日

- 居宅療養管理指導記録（歯科医師）
介護予防居宅療養管理指導記録（歯科医師）

在宅介護支援センター〇〇〇
 ケアマネージャー 〇谷 〇子 様

〇〇〇 歯科医院

拝啓 平素は大変お世話になっております。
 訪問診療させていただいております 〇坂 〇郎 様の
 訪問診療内容のご報告の為の資料の複写を送付させていただきますので
 ご査収の程よろしくお願い致します。

敬具

患者氏名 〇坂 〇郎 様 (男・女) M・(T)・S 13年 5月 30日生

訪問先【居宅等】

管理指導内容 又は 診療上必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯の不調により使用されず、流動食にされていた。 ・義歯修理、調整により摂食しやすくなったとのこと。 ・可及的に長時間使用し、小さな食塊から慣らしていくこと。 ・夜間は取り外し水洗い後、水中に保管のこと。 ・食事に対する意欲は向上しており、唾液分泌や嚥下も問題はないが、場合によってはややむせることがあるため、注意を要する。 <p style="text-align: right;">管理指導日 : 平成 年 月 日</p>
保険医療機関 〇〇市〇〇町12-34 〇〇〇歯科医院 歯科医師 山〇 〇太	

例② 義歯破損 (P.31 ~ P.34)

歯科診療録

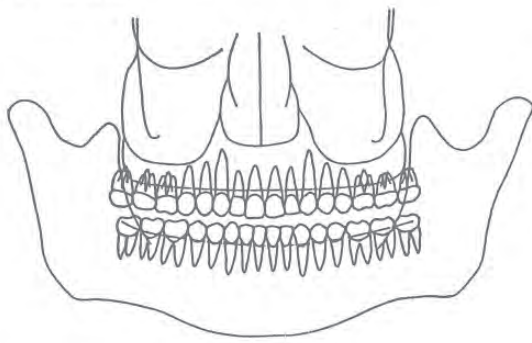
No.

10割 9割 8割

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号		保険者番号		3 5 0 △ △ △	
受診者	氏名	○中 ○恵		被保険者手帳記号番号	山 59 ・ 5028 △△△		
	生年月日	昭44年 12月 25日生	男・女	有効期限	平成 年 月 日		
	住所	電話 局 番		被保険者氏名			
	職業	被保険者との続柄 本人		資格取得	昭和・平成 年 月 日		
船所有者事務所		所在地 名称		電話 局 番			
船所有者事務所		所在地 名称		電話 局 番			
部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰		
7 ~ 7	FD Hanson	上外	H 22年 4月 2日	年 月 日			
1	人工歯ダツリ	上外	H 22年 4月 2日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
既往歴						異常なし	
アレルギー						全身疾患	
ペリン系 (なし)						血液疾患()	
ペニシリン系()						糖尿病()	
局麻剤 ()						腎疾患()	
その他						心疾患()	
						上顎洞炎()	
						その他(脳梗塞)	
						血圧測定(mmHg)	
〔主訴〕 その他摘要						(4 / 2) 160 ~ 100	
7 + 7 義歯が落ち易い						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
傷 病 名		労務不能に関する意見		入院期間			
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
		自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間	
		至 月 日				至 月 日	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備考	3000000224 352△△△ (介4) H21.10.1 ~ H22.9.30						

パントモ所見



H22

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

月 日	部 位	療 法・処 置	点 数	負 担 金 額
4 2		初 診		
		脳梗塞によるマヒで寝たきりのため通院不能		
		歯科訪問診療料 (12:20 ~ 13:10)	830	
	7+7	FD正中キレッツ 1 人工歯ダツリ		
		FD修理 (人工歯 1 エンデュラ)	445	
		義管 (B) (義歯裏面の清掃も行うこと)	30	
		咬合機能回復困難患者加算	70	
		急性対応 (エンジン)	+ 40	
		急性対応 (エンジン)	232	
	介護保険	居宅療養管理指導費	500単位	
		記入例) 義歯の清掃の意義を介護者に説明し、 口腔ケアプランにも反映させる様、ケアマネに連絡する		
4 8		再 診		
		歯科訪問診療料 (12:30 ~ 12:55)	830	
		急性対応 (エンジン)	90	
	7+7	義調 (7 1 部床縁 dul、床削合調整	30	
		義歯の吸着良好 嚥下もスムーズである)		
	介護保険	居宅療養管理指導費	400単位	
		記入例) 義歯を装着することで、咀嚼、嚥下の機能が向上 することを説明し、認識させる		

「初診」と記入はするが、歯科訪問診療 830 点をとるので初診の点数はとれない (診療報酬の手引き P.33)

赤ワケで 囲む!

ケアマネに 報告あり

急性対応について (保険診療の手引き P.36)

ケアマネに 報告なし

公負①	公受①
-----	-----

保険	記号・番号
----	-------

氏名	○中 ○恵	特記事項	届出
職務上の事由	明治44年12月25日生	補修 GTR・医管・在歯管 補綴・障壁・手補綴 明細	補修 GTR・医管・在歯管 補綴・障壁・手補綴 明細

傷病名部位	7+7 FDハソン、1 人工歯ダツリ	開始日	22年 4月 2日
		実日数	2日 (日)
		転帰	治癒 死亡 中止

初診	再診	管理	投薬	注射	内・外・注	調	架	方	十	情	十	処	十	注
----	----	----	----	----	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

管理	歯管	70×1	+	40×1	30×1	歯清	実指	F局	F洗	医管	その他	140
----	----	------	---	------	------	----	----	----	----	----	-----	-----

X線検査	全額	枚	写	P線	平	基本	精密	その他
	EMR					査	査	

処置	う	感	根	根	抜	感	加	生
	歯	染	管	充	髓	根	任	切
	歯	根	貼	充	即	即	根	切
	歯	処	薬	充	充	充	充	切

手術	SC	+	+	SRP	前	小	大	前	小	大	SPT	P処	P基
	前	小	大	前	小	大	前	小	大	前	小	大	基

麻酔	広	浸	その他
----	---	---	-----

歯冠形成	前	(失	+	(高	充	修	咬	支	支	支	支	支	支	支
	活	活)	活	活)	形	形	合	合	合	合	合	合	合	合

修復	乳	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前
	銀	小	小	小	小	小	小	小	小	小	小	小	小	小

欠損	ボ	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前	前
	ン	装	装	装	装	装	装	装	装	装	装	装	装	装

補綴	1-4	床	鐘	双	双	雙	不	有	30×1
	歯	床	鐘	大	大	大	双	床	

その他	訪問診療 I	830×2、急性対応 232×1、90×1	2,042
-----	--------	-----------------------	-------

摘要	居宅 脳梗塞によるマヒで寝たきりのため通院不能 エンジン 4/2 12:20 ~ 13:10 4/8 12:30 ~ 12:55	公費分請求 点数決定 患者負担額 (公費) 高額療養費	点 点 円 円	合計 決定 一部 負担	2,657 点 円 円
----	---	---	------------------	----------------------	----------------------

介

有床義歯修理
50/100 加算

山口県歯科医師会会員用22-4(不許複製)

様式第二 (附則第二条関係)

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・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

山口県は「353」のあとに
医療機関コードを記入

公費負担者番号		平成	2	2	年	0	4	月分			
公費受給者番号		保険者番号	3	5	2	△	△	△			
被保険者	被保険者番号	3	0	0	0	0	0	△	△	△	
	(7桁付)										
	氏名	○中 ○恵									
	生年月日	①明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男 2.②女							
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護1 ② 3・4・5									
認定有効期間	平成	2	1	年	1	0	月	0	1	日	から
	平成	2	2	年	0	9	月	3	0	日	まで
請求事業者	事業所番号	3	5	3	△	△	△	△	△	△	
	事業所名称	○○歯科医院									
	所在地	〒746-00△△ 周南市△△町△-△△									
	連絡先	電話番号 (0834)△△-△△△△									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成																
	事業所番号	事業所名称																
開始年月日	平成	2	2	年	0	4	月	0	2	日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																	

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
"	3 1 1 1 0 1	4 0 0	1	4 0 0			8日

請求額集計欄	①サービス種類コード ②名称	3 1	居宅療養管理指導							
	③サービス実日数	0 2	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								給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		9 0 0						保険	9 0
	⑧公費分単位数								公費	
	⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩保険請求額		8 1 0 0							8 1 0 0
	⑪利用者負担額		9 0 0							9 0 0
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									

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
	11	訪問介護				
15	通所介護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					

例③ P急発 (P.35~P.38)

歯科診療録

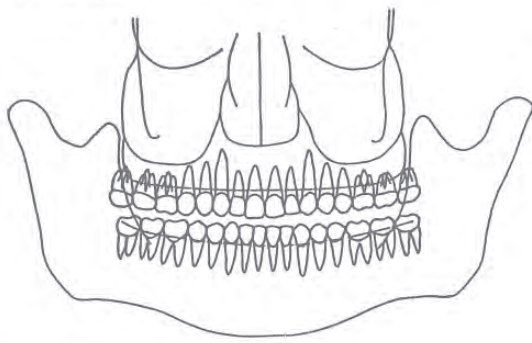
No.

10割 9割 8割

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号				保険者番号		6 1 △ △	
公費負担医療の受給者番号		5 3 0 3 △ △ △		被保険者手帳		記号番号 周ないを 1 △ △ △	
受診者	氏名	○本 ○男		被保険者氏名			
	生年月日	明昭10年 5月 15日生 (男)・女		資格取得		昭和・平成 年 月 日	
	住所	△△市 □□町 電話 ○○局 ○○○○番		所在地		電話 局 番	
	職業	無職 被保険者との続柄 本人		所在地		電話 局 番	
部位	傷病名	職務	開始	終了	転帰		
3	P急発	上外	H 22年 5月 1日	年 月 日			
3 321 123	P2	上外	H 22年 5月 6日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
既往歴						異常なし	
アレルギー						なし 全身疾患	
ペリン系						() 血液疾患()	
ペニシリン系						() 糖尿病()	
局麻剤						() 腎疾患()	
その他						心疾患()	
						上顎洞炎()	
						その他(脳出血)	
						血圧測定(mmHg)	
〔主訴〕 その他摘要						(5 / 1) 140 ~ 90	
3 腫れて痛い						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
傷病名		労務不能に関する意見				入院期間	
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
		自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間	
		至 月 日					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備考		3000059923 352△△△ (介5)		H21.8.1 ~ H23.7.31			

パントモ所見



H22

一般検査

22年 5月 6日

上顎	*EPP								5										
	*CT又は動揺度								1										1
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度									1	1	1	1	1	1				
	*EPP									5	4	4	4	5	5				

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

月日	部位	療法・処置	点数	負担金額
5/1	初 診			
	脳血管障害で寝たきり（H2 脳出血）のため通院不能			
	座位はとれない	開口保持困難		
	歯科訪問診療料		(12:30 ~ 13:00) 830	
	⑦	著しく診療が困難な患者に対して算定する	+ 175	
	3	歯牙の動揺著明 ポケットからの排膿⊕		
		P処（ペリオフィール1 シリンジ、ポケットに注入）	15+35	
		在宅患者等急性歯科疾患対応加算（エンジン）	+ 232	
		P咬調	60	ケアマネに報告あり
	介護保険	居宅療養管理指導費	500単位	
		記入例）口腔清掃の必要性を介護者に指導 口腔衛生指導の必要性を ケアプランに取り入れ反映させるよう、ケアマネに連絡する		
5/6	再 診			
	歯科訪問診療料		(12:30 ~ 12:55) 830	
	⑦		+ 175	
		寝たきり、姿勢が安定せず、支えながらの処置		
		歯肉の腫脹も軽減している		
	3 321 123	P基検1	50	
		縁下歯石（++） 歯肉の発赤、腫脹は強い		
		スケーリング（JG）	96 57	
		急性対応（エンジン）	+ 90	ケアマネに報告なし
	介護保険	居宅療養管理指導費	400単位	

保険	6 1 △ △
記号・番号	周ないを・1 △△△

公負①	公受①
-----	-----

氏名	○本 ○男	昭和 10年 5月 15日 生	50	100
職務上の事由				

傷病名部位	3 P急発、 $\frac{3}{3} \frac{3}{3}$ P										開始日	22年 5月 1日	
	障により 50/100 加算										実日数	2日 (日)	
初診	再診	管理	投薬	X線検査	処置	手術	麻酔	冠修復	欠損	補綴	その他	50	
再診	再診	管理	投薬	X線検査	処置	手術	麻酔	冠修復	欠損	補綴	その他	60	
再診	再診	管理	投薬	X線検査	処置	手術	麻酔	冠修復	欠損	補綴	その他	168	
再診	再診	管理	投薬	X線検査	処置	手術	麻酔	冠修復	欠損	補綴	その他	35	
再診	再診	管理	投薬	X線検査	処置	手術	麻酔	冠修復	欠損	補綴	その他	2,392	

山口県歯科医師会会員用22-4(不許複製)

介

著しく診療が困難な患者に対して算定する

訪問診療 I	830×2、急性対応 232×1、90×1、障害者加算 175×2	2,392
摘要	居宅 脳血管障害で寝たきりのため通院不能 エンジン 5/1 12:30 ~ 13:00 5/6 12:40 ~ 13:10	2,705 点
公費分請求点数決定	患者負担額(公費)	高額療養費
点	円	円
合計	決定	一部負担

様式第一（附則第二条関係）

平成	○	○	年	△	△	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

医療機関コード

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。

平成 ○ 年 △ 月 ○ 日

事業所番号	3	5	3	△	△	△	△	△	△	△
請求事業所	名 称	○○歯科医院								
	所在地	〒746-00△△ 周南市△△町△-△△								
	連絡先	(0835) △△-△△△△								

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	1000	10000	9000		1000					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計	1	1000	10000	9000		1000					

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

介護給付費明細書・請求書について

○介護給付費明細書：患者毎に記入する

区分	使用様式	サービス内容	単位数	サービスコード
要支援1、2	第二の二 (P. 60)	予防歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	500	342111
		予防歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ	450	342112
		予防歯科衛生士等居宅療養管理指導Ⅰ	350	341241
		予防歯科衛生士等居宅療養管理指導Ⅱ	300	341242
要介護1～5	第二 (P. 59)	歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	500	312111
		歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ	450	312112
		歯科衛生士等居宅療養管理指導Ⅰ	350	311241
		歯科衛生士等居宅療養管理指導Ⅱ	300	311243

○介護給付費請求書：明細書をまとめた内容を記入する

様式第一(P. 58)を使用し、明細書の先頭に綴じて国保に提出する。

様式第二（附則第二条関係）

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・
 夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号		平成	2	2	年	0	5	月	分
公費受給者番号		保険者番号	3	5	2	△	△	△	

被保険者	被保険者番号	3	0	0	0	0	5	9	△	△	△	
	(7桁ナ)											
	氏名	○本 ○男										
	生年月日	1.明治	2.大正	③昭和	性別	1.男	2.女					
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護1・2・3・4・⑤										
認定有効期間	平成	2	1	年	0	8	月	0	1	日	から	
	平成	2	3	年	0	7	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	3	5	3	△	△	△	△	△	△	△	
	事業所名称	○○歯科医院										
	所在地	〒746-00△△ 周南市△△町△-△△										
	連絡先	電話番号 (0835) △△-△△△△										

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成											
	事業所番号											事業所名称

開始年月日	平成	2	2	年	0	5	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																				

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
		居宅療養管理指導 I	3 1 1 1 1 1	5 0 0	1	5 0 0		
	〃	3 1 1 1 0 1	4 0 0	1	4 0 0			6日

請求額集計欄	①サービス種類コード ②名称	3 1	居宅療養管理指導										
	③サービス実日数	0 2	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											給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥		9 0 0									保険	9 0
	⑧公費分単位数											公費	
	⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位									合計	
	⑩保険請求額	8 1 0 0											8 1 0 0
	⑪利用者負担額	9 0 0											9 0 0
	⑫公費請求額												
	⑬公費分本人負担												

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
	11	訪問介護						
	15	通所介護						
	71	夜間対応型訪問介護						
	72	認知症対応型通所介護						
	73	小規模多機能型居宅介護						

枚中 枚目

例④ 抜歯 (P.39 ~ P.42)

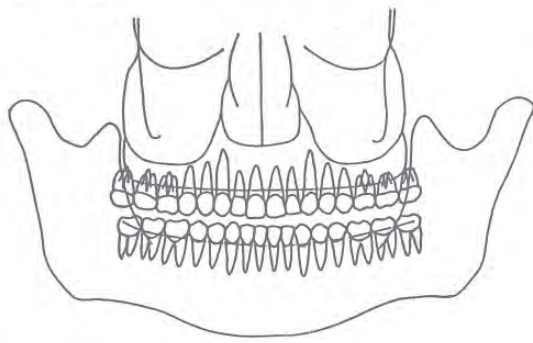
歯 科 診 療 録

No. 10割 9割 8割

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号		保険者番号		3 5 △ △ △	
氏名		○崎 フミ		記号番号		017△△△△・△△△	
生年月日		明昭平 14年 9月 3日生 男・女		有効期限		平成 22年 7月 31日	
住所		電話 局 番		被保険者氏名			
職業		被保険者との続柄		資格取得		昭和・平成 年 月 日	
船所有者事務所		所在地 名称		所在地 名称		電話 局 番	
船所有者事務所		所在地 名称		所在地 名称		電話 局 番	
部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰		
1	P4	上外	H 22年 4月23日	年 月 日			
1	P急発	上外	H 22年 4月23日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
		上外	年 月 日	年 月 日			
既往歴						異常なし	
アレルギー						なし	
ピリン系						() 全身疾患	
ペニシリン系						() 血液疾患()	
局麻剤						() 糖尿病()	
その他						() 腎疾患()	
						() 心疾患()	
						() 上顎洞炎()	
						() その他(大腸ガン)	
						血圧測定(mmHg)	
〔主訴〕 その他摘要						(4 / 23) 130 ~ 80	
1 動いて痛い						(/) ~	
						(/) ~	
						(/) ~	
傷 病 名		労務不能に関する意見		入院期間			
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
		自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間	
		至 月 日				至 月 日	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考		3000034285 352△△△ (介2)		H21.8.1 ~ H22.7.31			

パントモ所見



H22

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

月 日	部 位	療 法・処 置	点 数	負 担 金 額
4/23	初 診			
	大腸摘出手術後、寝たきりのため通院不能			
	歯科訪問診療料	(12:45 ~ 13:20)	830	
	急性対応 (エンジン)		232	
	1	歯肉腫脹強く、排膿あり 動揺著明		
	下口唇に咬傷あり			
	OA・2%キシロカインCT 1.8ml×2 浸麻			
	T.Ext (1針縫合)		225	
	イソジンガーグル 30ml (外) (1日数回洗口) × 1		10	
	処 + 調		42+6	
	薬剤情報提供料		10	
	介護保険	居宅療養管理指導費	400単位	ケアマネに報告なし
4/30	再 診			
	歯科訪問診療料	(12:40 ~ 13:10)	830	
	急性対応 (エンジン)		+ 90	
	1部	SP (JG、抜糸)		
	歯肉改善されている 疼痛⊖			
	介護保険	居宅療養管理指導費	400単位	
	記入例) 歯列にあったブラッシングの方法について本人・介護者に指導			
	歯科衛生士等居宅療養管理指導	(13:15 ~ 13:30)	350単位	
	記入例) 柔かめのブラシでのブラッシング (スクラビング法) を指導			
	1	P咬調	40	

様式第二 (附則第二条関係)

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・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

介護保険の被保険者証の記載内容

公費負担者番号		平成	2	2	年	0	4	月	分		
公費受給者番号		保険者番号	○	○	○	○	○	○	○		
被保険者	被保険者番号	0	1	7	△	△	△	△	△		
	(7桁) 氏名	○崎 フミ									
	生年月日	1.明治	②大正	3.昭和	性別	1.男	2.①女				
	要介護・状態区分	経過的要介護・要介護1 ②3・4・5									
	認定有効期間	平成	2	1	年	0	8	月	0	1	日
	平成	2	2	年	0	7	月	3	1	日	まで
請求事業者	事業所番号	3	5	3	△	△	△	△	△		
	事業所名称	○○歯科医院									
	所在地	〒	7	4	6	-	0	0	△	△	
	連絡先	電話番号	(0834) △△ - △△△△								

医療機関コード

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成																
	事業所番号	事業所名称																
開始年月日	平成	2	2	年	0	4	月	2	3	日	中止年月日	平成						
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護医療施設入院																	

当該月以前から継続している場合は省略可

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	3 1 1 2 4 1	3 5 0	1	3 5 0		30日	

= 単位数 × 回数

実施日を記載 (漢数字不可)

①サービス種類コード / ②名称	3 1 居宅療養管理指導						
③サービス実日数	0 2 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	1 1 5 0						
⑧公費分単位数							
⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						
⑩保険請求額	1 0 3 5 0						
⑪利用者負担額	1 1 5 0						
⑫公費請求額							
⑬公費分本人負担							

サービス単位数の合計

1 単位あたり 10 円 (歯科の場合)

負担割合 9 割 (自己負担 1 割)

給付率 (/100) 9 0

= ⑦給付単位数 × 10 - ⑪利用者負担額

= ⑦給付単位数 (1 割負担)

社会福祉法人等による軽減	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
	11	訪問介護				
15	通所介護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					

例⑤ PuI (公費併用例) (P.43 ~ P.46)

原爆

歯科診療録

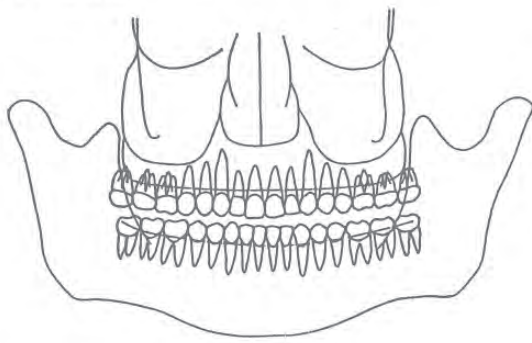
No.

10割 9割 8割

様式第一号(二)ノ1

公費負担者番号		1	9	3	5	△	△	△	△	保険者番号		3	5	0	△	△	△		
公費負担医療の受給者番号		0	1	4	4	△	△	△	被保険者手帳		記号番号		山 59		・ 0005△△△				
受診者	氏名	○藤 ○子							有効期限		平成 年 月 日								
	生年月日	明大平	昭	17	年	11	月	3	日	男・女	被保険者氏名								
	住所	電話 局 番							所在地		電話 局 番								
	職業	被保険者との続柄 本人							所在地		電話 局 番								
部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰														
3	C3 急化 PuI	上外	H 22 年 4 月 2 日	年 月 日		既往歴 異常なし													
		上外	年 月 日	年 月 日		アレルギー 全身疾患													
		上外	年 月 日	年 月 日		ペリン系 () 血液疾患()													
		上外	年 月 日	年 月 日		ペニシリン系(○) (サワシリン) 糖尿病()													
		上外	年 月 日	年 月 日		局麻剤 () 腎疾患()													
		上外	年 月 日	年 月 日		その他 心疾患()													
		上外	年 月 日	年 月 日		上顎洞炎()													
		上外	年 月 日	年 月 日		その他(リウマチ)													
		上外	年 月 日	年 月 日		血圧測定(mmHg)													
〔主訴〕 その他摘要												(4 / 2) 120 ~ 90							
3 穴があいている												(/) ~							
												(/) ~							
												(/) ~							
傷 病 名		労務不能に関する意見				入 院 期 間													
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付		自 月 日 至 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 至 月 日 日間									
		業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																	
備 考	0000356246 352△△△ (介2) H21.9.1 ~ H22.8.31																		

パントモ所見



H22

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

一般検査

年 月 日

上顎	*EPP																		
	*CT又は動揺度																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
下顎	*CT又は動揺度																		
	*EPP																		

月日	部 位	療 法・処 置	点 数	負 担 金 額
4/2	初 診			
	リウマチによる歩行困難のため通院不能			
	歯科訪問診療料	(12:40 ~ 13:20)	830	
	急性対応 (エンジン)		232	
	3	* B面の象牙質カリエス 仮性露髄		
	軽度自発痛あり			
	う蝕処置 (軟化象牙質除去、仮封、EZ)		18	
	介護保険	居宅療養管理指導費	500単位	
	記入例) 歯頸部プラーク、食渣の付着 (+)、この部の清掃の 必要性を本人に指導 口腔衛生指導の必要性を ケアプランに反映させる様、ケアマネに報告する			
4/8	再 診			
	歯科訪問診療料	(13:20 ~ 14:00)	830	
	急性対応 (エンジン)		90	
	3	自発痛強い 垂直打診 (+)		
	浸麻OA (ハリケイン) CT 2%オーラ 1.8ml × 1/2			
	抜髄 (NC . PO . EZ)		330	
	EMR (21 mm)		30	
	RCP (#45)			
	介護保険	居宅療養管理指導費	400単位	

保険	3	5	0	△	△	△
記号・番号	山59・0005△△△					

公費①	1	9	3	5	△	△	△	△	△
公受①	0	1	4	4	△	△	△	△	

氏名 ○藤 ○子

生 50 / 100

特記事項 届出
 補修 () () () 外来現
 GTR・医管・在留管
 補綴・障壁・手補綴
 () () () 明細

傷病名部位 3 Pul

開始日 22年 4月 2日

実日数 2日 ()

転帰 治 療 死 亡 中 止

訪問診療時の特掲技術料加算
(保険診療の手引き P.38)

初診 再診 管理 投薬 注射内・屯・外・注

全額 枚 号 P後 平 基本 精密 其他

EMR 30×1

X線検査 30

18×1 330×1

処置・手術 348

SC 十 十 SRP前 小 大 前 小 大 SPT P処 P基処

PCur 前 小 大 前 小 大 SPT P処 P基処

歯乳 前 日 難 理 十 切開

その他 特定 薬剤

麻酔 広麻 浸麻 その他

補綴 歯冠形成 歯冠修復 欠損補綴

歯冠形成 (生前シカ) (失活シカ) 十 十 (高潤) 十 充形 十 修形

歯冠修復 乳銀 前小 大 大ニ 14K

欠損補綴 前装 前装 前装 前装 前装 前装 前装 前装

1-4歯 5-8歯 9-11歯 12-14歯

総義歯 合 鉤

その他 訪問診療 I 830×2、急性対応 232×1、90×1 1,982

摘要 居宅 リウマチによる歩行困難のため通院不能
エンジン、タービン
4/2 12:40 ~ 13:20
4/8 13:20 ~ 14:00

公費分請求点数決定※ 点 合計 2,360 点

患者負担額(公費) 円 決定※ 点

高額療養費※ 円 一部負担 円

介

山口県歯科医師会会員用 22-4 (不許複製)

様式第二（附則第二条関係）

公費併用

「原爆」
介護保険優先
残り公費負担

生保（12）や原爆（19）の
1割負担は公費併用

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

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・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護

介護保険の被保険
者証の記載内容

公費負担者番号	1 9 3 5 △ △ △ △	平成	2 2	年	0 4	月	分
公費受給者番号	0 1 4 4 △ △ △	保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				

被保険者番号	0 0 0 0 3 5 △ △ △ △		
(7桁)			
氏名	○藤 ○子		
生年月日	1.明治 2.大正 ③昭和 1 7 年 1 1 月 0 3 日	性別	1.男 2.②女
要介護・ 状態区分	経過的要介護・要介護 1 ② 3・4・5		
認定有効 期間	平成 2 1 年 0 9 月 0 1 日 から 平成 2 2 年 0 8 月 3 1 日 まで		

事業所 番号	3 5 3 △ △ △ △ △ △ △
事業所 名称	○○歯科医院
請求 事業者	〒○○○-○○○○
所在地	○○市△△町1-2
連絡先	電話番号 (0834) △△-△△△△

居宅 サービス 計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成
	事業所 番号	事業所 名称

開始 年月日	平成 2 2 年 0 4 月 0 2 日	中止 年月日	平成 月 日
中止 理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.療養型医療施設入院		

当該月以前から継続して
いる場合は省略可

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
居宅療養管理指導 I	3 1 1 1 1 1	5 0 0	1	5 0 0	1	5 0 0	2日
"	3 1 1 1 0 1	4 0 0	1	4 0 0	1	4 0 0	8日

= 単位数 × 回数

当月の中で公費摘要
となった回数と
単位数を記載

実施日を記載
(漢数字不可)

①サービス種類コード /②名称	3 1 居宅療養管理指導						
③サービス実日数	0 2 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		9 0 0					給付率 (/100)
⑧公費分単位数		9 0 0					保険 9 0
⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						公費 1 0 0
⑩保険請求額		8 1 0 0					合計 8 1 0 0
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額		9 0 0					
⑬公費分本人負担							

公費の給付率を記載

1 単位あたり 10 円 (歯科の場合)

= ⑦給付単位数 × ⑨ - ⑪利用者負担額

= ⑦給付単位数 (1割負担)

社会福祉 法人等に よる軽減 額	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
11	訪問介護					
15	通所介護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					

歯科訪問診療における基本的考え方（2004年日本歯科医学会）

歯科訪問診療は、通院による歯科治療が困難な者を対象としており、居宅または施設等から屋外等への移動を伴わない屋内での治療を行った場合に限り算定出来るものである。しかし、重度の心身障害者施設等への行政機関の認めた訪問診療についてはその限りではない。

歯科訪問診療は、“地域のかかりつけ歯科医”が通院不可能になった患者に対して継続して、適切、安全かつ良質な歯科医療を提供する事が望まれる。長時間を要する診療については患者の体調を勘案し、自院または地域の障害者歯科センター等に搬送して治療を行うか、病診連携のもとに入院を含めた治療が推奨される。

1. 歯科訪問診療対象患者の範囲

通院困難な患者を対象とする。寝たきり状態の者のみならず、心身障害の状態等が医学的に困難な者も含まれる。個々の患者に合った、歯科医学的に最適な治療を医科の主治医と相談をして行うべきである。

2. 病診連携等（後方支援等）が必要な患者の範囲

治療内容が患者の身体心理に悪影響を及ぼすような場合及び必要な設備の整った施設での治療が必要な場合には病院歯科、歯科口腔外科での対応を必要とする。

3. 歯科訪問診療における妥当性が認められる検査の範囲

上記の判断により歯科訪問診療の対象となった時点でおのずと必要な検査の範囲等が決まると思われる。必要か否かはEBMにより決められるべきである。例えば、補綴関連検査は、寝たきりの状態の者とそういう状態でない者では考え方が異なる。寝たきりの状態の者の補綴学的な顎位の状態のEBMは乏しく、データを積み重ねる必要がある。特に常時寝たきりなのか、食事の時は起こされるのかという、日常の介護生活状態により定まらない顎位に対するデータ、有歯顎であっても顎位が決定できるか否かというデータ等が必要とされるものである。

4. 歯科訪問診療における妥当と思われる処置の範囲

高い技術度や、正確性を要求される処置や危険性を伴う処置には必要な設備、人員を備えた施設で行うべきであり、複雑にならない保存、補綴、歯周処置および咀嚼に関する指導が通常の見学診療と考えられる。

5. 歯科訪問診療における妥当と思われる手術の範囲

高い技術度、正確性および厳密な滅菌処置を要求される手術（歯肉剥離搔爬手術等）については該当しない。簡単な抜歯、歯槽骨整形手術、歯槽膿瘍の口腔内消炎処置、口腔外科消炎処置、顎関節脱臼非観血的整復術等が該当する。

6. 診療頻度、一回あたりの診療時間等の指針

歯科訪問診療を行う時間帯には、患者の状態が安定した時間帯が望ましい。1回の必要診療時間は患者の状態によるが、30分から1時間以内が適切と考える。診療頻度は治療内容によって変化するが、安定した状態にある場合は通常、1週間1回程度であろう。欠損補綴の場合、安定するまでは治療間隔を短くして調整を要する場合があります、計画を立てて行う必要がある。外科手術後処置等30分以内の処置であっても不必要に繰り返すべきでない。診療は、家族等の理解と協力の下に行い、診療後の対応の方法、緊急時の方法等訪問診療を行った後のことも十分説明を行い、家族等の協力を求めること。

7. 緊急時の対応施策の指針

緊急対応には以下の二つの場合が考えられる。①歯科疾患で緊急対応を求められる症状は、出血、炎症、外傷、顎関節脱臼、義歯破損・破折等々が考えられる。歯科の範囲で急ぐ処置を必要とする状態については日頃から病疹連携をとっておくことが望ましく、連携病院への連絡搬送もしくは病院よりの歯科医師の派遣が望まれる。②治療中の全身的急変の対応については医科の主治医との連携が必要である。救命を要する場合には、救急車にて救急指定病院への搬送が望ましい。

8. 歯科訪問診療実施者の望ましい資質の基本的考え方

長年患者の診療に携わっていたかかりつけ歯科医師が引き続き担当することが望ましい。かかりつけ歯科医師がいない場合は、地域の医療担当者が依頼に基づき歯科の主治医となることが望ましい。地域の医療関係者は、市区町村等の行政や県・郡市区歯科医師会等との連携体制をとることが肝要である。

9. 居宅内での治療に必要な器具、機材等および治療形態の基本的考え方

居宅内では、治療に必要な器具を置くスペースが限られており、必要最小限とすべきである。診療形態は術者と介助者を含めた複数での診療が望ましい。

10. 訪問歯科衛生指導の適応範囲について

訪問歯科衛生指導は、歯科医師の指示書および当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づき、歯科衛生士等が訪問して口腔内の清拭、清掃または義歯の清潔・清掃に関わる療養上必要な実地指導を患者またはその家族等に対して行うものである。なお、実地指導内容が異なる日常的口腔清掃等のケアであるなど療養上必要な指導に該当しないものは、医療保険の対象外である。

要支援、要介護状態区分と心身の状態の例

要支援 1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や排泄などはほとんど自分でできるが、掃除などの身の回りの世話の一部に見守りや手助けなど何らかの介護が必要 ・ 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある
要支援 2	<p>介護の手間が「要介護 1」と同程度の方のうち、次に該当しない方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の状態が安定していない ・ 認知症等により新予防給付の利用に関して適切な理解が困難
要介護 1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な日常生活や身の回りの世話などに一部介助が必要 ・ 立ち上がりなどに支えが必要
要介護 2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに一部または多くの介助が必要 ・ 立ち上がりや歩行に支えが必要
要介護 3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに多くの介助が必要 ・ 立ち上がりなどが自分でできない。歩行が自分でできないことがある
要介護 4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに全面的な介助が必要 ・ 立ち上がりなどがほとんどできない。歩行が自分でできない ・ 認識力、理解力などに衰えが見え、問題行動もある
要介護 5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活や身の回りの世話全般にわたって全面的な介助が必要 ・ 立ち上がりや歩行などがほとんどできない ・ 認識力、理解力などに衰えが見え、問題行動もある

*これは、あくまでも目安であり、実際には患者さんの状態・周囲の状況と環境、その他様々な要素により異なる場合があります。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランクJ	<p>何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
寝たきり	ランクC	<p>1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為など
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIII aに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状に起伏する問題行動が継続する状態等

歯科訪問診療受診申込書

申込日 年 月 日

紹介者	医師・保健師・ケアマネージャー・市町・施設・その他		
申込者	住所	〒	
	ふりがな 氏名	()	
	TEL	()	FAX ()
受診者との関係			
受診者	住所	〒	
	ふりがな 氏名	()	
	生年月日	男 女 M・T・S・H	年 月 日生 (歳)
	TEL	()	FAX ()
保険の種類	健 保・国 保・共 済・()		
	㊦の適用有無	有	無
	㊦の適用有無	有	無
通院困難な理由	・脳血管障害 ・心疾患 ・骨関節疾患 ・外傷 ・リウマチ ・老衰 ・認知症 ・その他 ()		
日常生活の程度	・食事摂取 : 自立、見守り、一部介助、全介助 ・座位 : できる、支えが必要、できない ・意思の疎通 : できる、ときどきできる、不可 ・介護サービス等を受けられている方【要介護度】要支援 () 度、要介護 () 度 ケアマネージャー氏名 TEL FAX		
診療希望内容			
診療希望日	特別な希望日がある場合は記入してください。(年 月 日)		
医科主治医名	病院 科 先生 医院 TEL () -		
以前通院していた歯科医院名	歯科医院 ・ 通院なし		
受診者宅近辺の略図(目的となるところからは、できるだけ詳しく書いてください。)			

日常生活動作状況調査票

記入日：平成 年 月 日

No.

担当者：

氏 名		(年 齢 歳)							
日常生活自立度	障 害	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知度	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅱ a	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
介護認定		未申請・申請中・認定あり（要介護度記入）							
移 動	立ち上がり	1. できる 2. 何かにつかまればできる 3. 介助があれば歩行できる 4. できない							
	歩 行	1. できる 2. 何かにつかまればできる 3. 介助があればできる 4. できない（移動方法：車椅子自立・車椅子介助・這う・寝たきり・その他）							
排 泄	動 作	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
	排 尿	1. トイレ（洋・和） 2. ポータブルトイレ 3. 尿器 4. おむつ 5. 留置							
	排 便	1. トイレ（洋・和） 2. ポータブルトイレ 3. 尿器 4. おむつ 5. ストマ							
入 浴		1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
着 替 え		1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
整 容		1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
意思の疎通		1. できる 2. 大体できる 3. できない							

・在宅ケアにおける一週間のタイムスケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夜間							

*障害については〈P.50〉、認知症については〈P.51〉参照

歯科訪問診療治療計画表

初診日 平成 年 月 日

- 居宅等
- 介護施設等

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
				(歳)

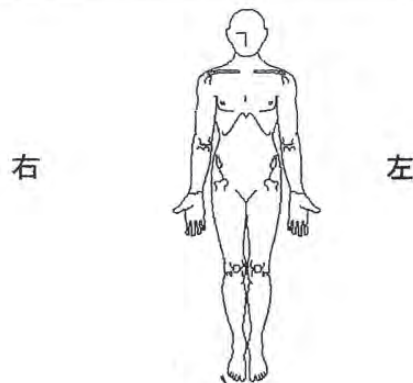
全身の状態

主病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー ()
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞による後遺症 ()
	<input type="checkbox"/> 廃用性症候群 ()
	<input type="checkbox"/> パーキンソン病 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()

	病 名	具体的な病名と症状	服 薬
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 心臓疾患		
	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患		
	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患		
	<input type="checkbox"/> 高血圧		
	<input type="checkbox"/> 低血圧		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		
	<input type="checkbox"/> 肺疾患		
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症		
	<input type="checkbox"/> 難聴		
	<input type="checkbox"/> 事故、その他		

アレルギーの有無	無・有 ()
----------	---------

麻痺の有無	無・有
体位の維持	可・不可



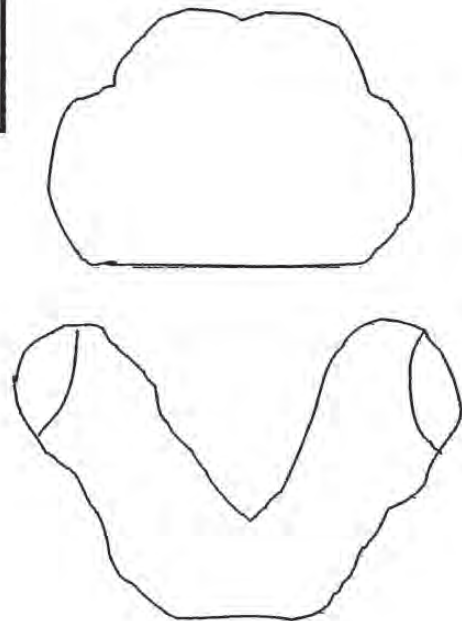
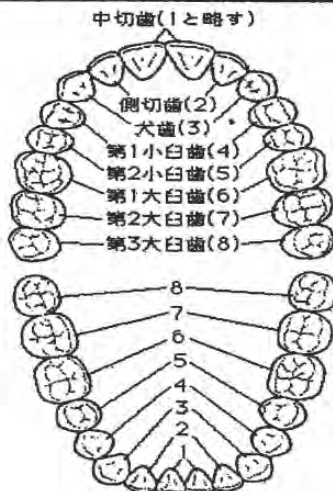
口腔内の状態

口腔衛生の状況	1.良好 2.不良 3.著しく不良
口腔乾燥	1.なし 2.軽度 3.重度
う蝕	1.なし 2.あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯周疾患	1.なし 2.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	1.なし 2.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 1.あり 2.なし 下顎 1.あり 2.なし
臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1.あり (片側・両側) 2.なし 義歯製作(修理等)の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

口腔機能の状態

咀嚼機能障害	1.なし 2.あり
摂食・嚥下機能障害	1.なし 2.あり
構音機能障害	1.なし 2.あり
開口障害	1.なし 2.あり(1横指・2横指・2.5横指・3横指)

主訴



参考資料 12-1

診療報酬明細書
(歯科)

平成 年 月 分 35

都道府 医療機関コード
県番号

3 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外
2 公費 4 退職 2 3 併 4 6 外外 0 高外7
3 歯科

公費負担番号	公費負担医療の受給者番号	保険者番号	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号
			10 9 8 7 ()

氏名	特記事項	届出
1男2女 1明2大3昭4平 生		補管・歯冠・外来院 GTR・医管・左歯管 歯橋・障連・手縫眼 歯技工・明細
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	診療開始日	一般
部位	年 月 日	
	診療実日数	日 ()
	転帰	治ゆ 死亡 中止

初診	218	時間外 (85)	休日 (250)	深夜 (480)	乳 (40)	乳・時間外 (125)	乳・休日 (290)	乳・深夜 (620)	障 (175)	障導 (250)	障連 (100)	外来院 (30)
再診	42X	時間外 65X	休日 190X	深夜 420X	乳 10X	乳・時間外 75X	乳・休日 200X	乳・深夜 530X	障 175X			
管理	歯管 110	義管 150・70・60・40X	30X	歯清 60	奥地指 80・100	F局 80	F洗 40	医管 140	その他			
投薬・注射	内屯外注											
X線検査	全額 枚	写 10X	P混検 40 20X	平 50X	基本 50X	25X	精密 100X	50X	その他			
	48X	38X	S培 60X	顎運動 380X	測 100X	本検 110X	55X	220X	110X			
	パ 317X	315X	EMR30X	45X 60X 75X	査 200X	100X	400X	200X	他			
処置	う蝕 18X	保護処置 150X	120X	25X	填塞 131X	除去 15X	30X	50X	知覚過敏 40X	50X	咬調 40X	60X
	抜 220X	感染 130X	根管 20X	根 68X	抜 288X	感 198X	加 118X	生切 230X				
	406X	276X	22X	90X	496X	366X	140X	270X				
	膿 570X	根処 410X	30X	充 110X	680X	520X	164X	失切 70X				
手術	S C	64X	+38X	32X	+19X	S R P	前 58X	小 62X	大 68X	前 29X	小 31X	大 34X
	PCur	前 58X	小 62X	大 68X	前 29X	小 31X	大 34X	SPT 300	P処 10X	P基処 10		
	抜歯	乳 130X	前 150X	白 260X	難 470X	理 1050X	+100X	切開 180X	230X			
その他												
麻酔	伝麻 42X	浸麻 30X	その他									

補綴	100	維持管理 100X	330X	440X	印象 20X	30X	40X	60X	70X	225X	265X	275X	326X	X
歯冠形成	(前生) 790X	(失活) 630X	+30X	54X	充形 120X	咬合 14X	55X	70X	140X	185X	280X			
	300X	160X	+30X	80X	+40X	試適 40X	80X		100X	190X				
	120X	114X		+40X	修形 120X	支台製造	マタル 前小 179X	大 222X	その他 前小 147X	大 158X				
冠修復	乳銀 189X	291X	390X	330X	470X	1230X	TEK 30X	充填 100X	148X					
	小バ 247X	405X	531X	471X	647X	1426X	硬ジ 963X	758X	充充Ⅰ 11X	28X				
	前小 185X	279X	376X	316X	453X	1191X	ジ 392X	乳 229X	充充Ⅱ 5X	11X				
	大バ 277X	453X		534X	727X		修理 70X		充充Ⅲ 2X					
	大銀 193X	297X		338X	479X		装着 30X	45X	料その他 13X	28X				
	大ニ 185X	279X		318X	455X		装着 4X	12X	リテイナー 100X	300X				
	14K	701X	903X				材料 16X		仮着 40X	80X				
欠損	ボシテック	バ大 753X	バ小 673X	異 前前 880X	バ小 914X	Br 70X	バ 847X	ニ 449X						
	前装	ニ 458X	銀 458X	装 14K 1148X	他 768X	装 150X	バ上 947X	下 904X						
	前装	バ 1369X	ニ 1212X	銀 1212X		着 300X	曲 不特 286X	保 60X						
補綴	有	1-4歯 612X	床 265X	鑄 又大 861X	又大 484X	線 14 双 659X	不双 210X	130X	13X	25X				
		5-8歯 739X	310X	又小 742X	又小 427X	鉤 14 双 495X	特 150X	103X	13X	27X				
		9-11歯 1025X	適 460X	造 又大 726X	又大 386X	双 229X	床 250X	+20X	30X	59X				
		12-14歯 1438X	660X	又小 606X	又小 363X	面 213X	修 280X	+20X	39X	77X				
		総義歯 2300X	合 980X	鉤 又大 514X	又大 352X		理 335X	+20X	X	X				
その他														

摘要	公費分請求 点数決定*	点	合計	点
	患者負担額 (公費)	円	決定*	点
	高額療養費*	円	一部負担 金額	円
			減額 免除・支払猶予	円

山口県歯科医師会会員用 22・10 (不許複製)

様式第一 (附則第二条関係)

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号										
請求事業所	名 称									
	所在地	〒								
	連絡先									

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計											

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37 条の 2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全 額免除)							
25 中国残留邦人等							
合 計							

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号												平成			年			月分			
公費受給者番号												保険者番号									
被保険者	被保険者番号											事業所番号									
	(フリガナ)											事業所名称									
	氏名											所在地									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別		1.男 2.女					連絡先		電話番号							
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																			
認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月		日	まで
介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成																				
	事業所番号										事業所名称										
開始年月日	平成			年			月			日	中止年月日	平成			年			月		日	
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																				
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													
	請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称																			
③サービス実日数		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																					
⑧公費分単位数																					
⑨単位数単価		円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	合計															
⑩保険請求額																					
⑪利用者負担額																					
⑫公費請求額																					
⑬公費分本人負担																					
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												
	61	介護予防訪問介護																			
	65	介護予防通所介護																			
	74	介護予防認知症対応型通所介護																			
	75	介護予防小規模多機能型居宅介護																			

はじめての歯科訪問診療マニュアル

平成 23 年 1 月発行

平成 25 年 4 月改訂

発行：公益社団法人 山口県歯科医師会
口腔保健センター委員会
(介護保険部会)

〒753-0814 山口市吉敷下東 1-4-1
TEL:083-928-8020 FAX:083-928-8025
<http://www.ygda.or.jp/>