

島根県後期高齢者医療広域連合告示第 6 号

島根県後期高齢者医療広域連合歯科口腔健康診査事業実施要綱（平成 27 年島根県後期高齢者医療広域連合告示第 5 号）の一部を次のように改正する。

平成 31 年 3 月 26 日

島根県後期高齢者医療広域連合長 松 浦 正 敬

第 5 条第 1 項中「、集団健診」を「及び集団健診」に改め、同条第 2 項ただし書中「若しくは」を「又は」に改める。

第 7 条第 1 項第 3 号の表 1 の項中「下腿周囲長」の次に「、握力」を加え、同表 3 の項中「歯周組織の状況」を「歯周病の状態」に改め、「、歯周ポケット」を削り、同表 4 の項中「口腔粘膜所見」を「舌、頬、歯肉粘膜の状態」に改め、同表 5 の項中「義歯」を「入れ歯」に改め、同表 6 の項中「、主観的評価」を削り、同表 10 の項中「口腔乾燥の程度」を「口腔乾燥感・口腔感覚」に改め、同項を同表 11 の項とし、同表 9 の項を同表 10 の項とし、同表 8 の項を同表 9 の項とし、同表 7 の項の次に次のように加える。

8. 言葉の明瞭度	
-----------	--

第 8 条及び第 9 条を次のように改める。

（委託）

第 8 条 広域連合は、前条第 1 号、第 2 号、第 5 号及び第 6 号に規定する項目（以下「委託業務」という。）の実施を市町村に委託し、前条第 3 号及び第 4 号に規定する項目（以下「健診業務」という。）の実施を一般社団法人島根県歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）又は歯科医師会に加入していない医療機関に委託することとし、当該委託に係る契約を締結するものとする。

（委託料）

第 9 条 市町村に対する委託業務及び健診業務に係る経費（以下「委託料」という。）の金額は、別表第 1 の単価上限額に実績件数を乗じて得た額と市町村における所要額とを比較して少ない方の額とする。

2 市町村は、委託業務を完了したときは、後期高齢者歯科口腔健康診査業務実績報告書（様式第 1 号）を広域連合に提出し、検査を受けるものとする。

3 市町村は、前号の検査に合格した後に、後期高齢者歯科口腔健康診査業務委託料請求書（様式第 2 号）によって委託料を請求するものとし、広域連合は、請求書を受理した日から 30 日以内に委託料を支払うものとする。

- 4 歯科医師会に対する委託料の金額は、別表第 2 の単価額に実績件数又は訪問日数を乗じて得た額に消費税を加えた額とする。
- 5 歯科医師会又は実施機関は、委託料の請求に当たっては、後期高齢者歯科口腔健康診査票（様式第 3 号）により受診者に結果を通知した上で行うものとする。
- 6 歯科医師会又は実施機関は、健診業務を実施した月ごとに後期高齢者歯科口腔健康診査委託料請求書（様式第 4 号）に関係帳票を添付して、委託料を請求するものとし、広域連合は、請求書を受理した日から 30 日以内に実施機関へ委託料を支払うものとする。
- 7 歯科医師会に加入していない医療機関に対する委託料の金額、請求及び支払については、前 3 項の規定を準用する。
- 8 集団健診を実施した市町村は、後期高齢者歯科口腔健診請求書（様式第 4 号）により実施報告を行い、広域連合はその報告に基づき、別表 2 により健診業務を実施した医療機関へ委託料を支払うものとする。

別表中「第 7 条関係」を「第 9 条関係」に改め、「委託料単価上限額」を削り、同表 3 の項から 6 の項までを削り、同表を別表第 1 とし、同表の次に次の 1 表を加える。

別表第 2（第 9 条関係）

項目	業務内容	単価額 (消費税を除く。)	条件	支払先
1. 歯科口腔健診	第 7 条第 3 項で定める内容を実施する歯科医師	3,704 円	1 人につき	歯科医院等
2. 歯科口腔健診 (集団健診)	1. と同様の内容で、開業する歯科医師が市町村の指定する場所で実施する場合	5,093 円	30 分につき	歯科医院等
3. 歯科口腔健診 (集団健診)	2. を実施する歯科医師に随行する歯科衛生士等	510 円	30 分につき	歯科医院等
4. 訪問健診	1. を実施する歯科医師が第 5 条第 2 項で定める方法で実施する場合	10,186 円	1 日につき	歯科医院等

様式第 1 号から様式第 4 号までを次のように改める。

様式第 1 号（第 9 条関係）

後期高齢者歯科口腔健康診査業務実績報告書

第 年 月 日 号

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

所在地
市町村名
市町村長名 ㊟

後期高齢者の歯科健康診査業務委託契約について、事業を完了したので、次のとおり報告します。

健康診査実施期間： 年 月～ 年 月

(内訳)

項目	単価 上限額①	実施 件数②	金額③ (①×②)	所要額④	③と④のどちら か低い金額⑤	備考
受診案内	140					
受診案内（再発行）	140					
健診結果通知	140					
合計	—	—				

問い合わせ先	
担当課名	
担当者氏名	
電 話	

[別紙] 後期高齢者歯科口腔健康診査業務 所要額内訳書

① 健診実施形態

1 : 集団健診・個別健診とも実施 2 : 集団健診のみ実施 3 : 個別健診のみ実施

② 所要額の内訳

項目	実施方法 実施件数	所要額④	内訳		備考
			実施単価 ×	実施件数②	
受診案内			円 ×	件	
	受診案内件数 件		円 ×	件	
受診案内 (再発行)			円 ×	件	
	再発行件数 件		円 ×	件	
健診結果通知			円 ×	件	
	結果通知件数 件		円 ×	件	
合計					

様式第 2 号（第 9 条関係）

第 年 月 日 号

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

所在地
市町村名
市町村長名 ㊟

後期高齢者歯科口腔健康診査業務委託料請求書

島根県後期高齢者医療広域連合歯科口腔健康診査事業実施要綱の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求額 _____ 円

振込先 金融機関

預金種目

口座番号

口座名義

保険者名：島根県後期高齢者医療後期連合 実施年月日： 年 月 日 記入者

被保険者番号		医療機関コード	
氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
住所	(千 -)	TEL	() -
			返却確認

1. 栄養状態

身長 m 体重 kg BMI 下腿周囲長 (CC) cm (右・左) 握力 kg (右・左)

- ①栄養状態は基準値以上です ②低栄養の可能性あり

2. 歯の状態

動揺																	動揺
右上																	左上
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右下																	左下
動揺																	動揺

記入にあたり用いる記号：

健康な歯：/ 治療済みの歯：○ むし歯：C 未治療で欠損している歯：△ 歯の動揺 (0；正常 1；軽度 2；中等度 3；重度)
歯の修復方法；[FD (総義歯)、PD (部分義歯)、Im (インプラント)、Br (ブリッジ)]

- ◇ 健康な歯 (/) (本) むし歯を治療した歯 (○) (本) むし歯 (C) (本) 合計 (現在歯数) (本)
◇ 入れ歯 (ブリッジやインプラントも含む) で治療した歯 (本) 入れ歯治療が必要な歯 (△) (本)
◇ 床下残根 (義歯の下になっている歯根) (本)

3. 歯周病の状態

- ①健康な歯ぐきです ②軽度の歯周病 ③中等度の歯周病 ④重度の歯周病 ⑤歯がありません

4. 舌、頬、歯肉粘膜の状態

- ①問題無し ②経過観察が必要です ③精密検査が必要です

5. 入れ歯の状態 (義歯にはインプラント義歯も含みます)

- 上あご (①義歯の必要なし ②義歯の適合良好 ③義歯調整・修理または製作が必要)
下あご (①義歯の必要なし ②義歯の適合良好 ③義歯調整・修理または製作が必要)

6. 咀嚼能力 (噛む能力)

グミ 15秒値 個

- ①十分 ②標準 ③若干弱い ④弱い ⑤かなり弱い

7. 舌の動き (舌可動域)

- ①良好 ②不良

8. 言葉の明瞭度；パ；①良好 ②不明瞭 タ；①良好 ②不明瞭 カ；①良好 ②不明瞭 ラ；①良好 ②不明瞭

9. 食べ物を飲み込む能力

3回の連続嚥下に要する時間 秒

- ①問題ないようです ②若干心配があります

10. お口の衛生状態

- ①良好です ②注意が必要です ③あまりよくありません ④大変汚れています

11. 口腔乾燥感・口腔感覚

- ①問題ないようです ②味覚異常や乾燥感がある場合、偏食、貧血、薬などが関係している場合があります

総合判定

- ①現在の状態を維持しましょう ②かかりつけ歯科医院での歯科治療が必要です

健診結果により、お住まいの市町村の健康づくり担当課から連絡することがあります。

様式第4号（第9号関係）

後期高齢者歯科口腔健康診査委託料請求書

年 月分の当該経費について、後期高齢者歯科口腔健康診査業務委託契約書第 条に基づき請求します。

年 月 日

実施医療機関名 住 所
機関名
代表者職氏名

印

請求金額 円
内訳 健診 円× 名
訪問 円× 日(名)

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

送付件数

健診票(広域連合提出用) 枚
健診票(広域連合提出用②) 枚
問診票(広域連合提出用) 枚
問診票(広域連合提出用②) 枚
受診券 枚
訪問結果票(広域連合用) 枚
訪問結果票(居宅介護支援事業所用) 枚

※健診票(広域連合提出用、広域連合提出用②)、問診票(広域連合提出用、広域連合提出用②)及び受診券を送付してください。訪問健診を実施した場合は訪問結果票(広域連合用、居宅介護支援事業所用)を送付してください。

※初回送付時に口座振替依頼書を同封してください。

(これまでに広域連合から支払を受けた場合は、提出の必要はありません)

※ 受領欄(広域連合使用欄)		
受付印	健診票(広域連合提出用)	枚
	健診票(広域連合提出用②)	枚
	問診票(広域連合提出用)	枚
	問診票(広域連合提出用②)	枚
	受診券	枚
	訪問結果票(広域用)	枚
	訪問結果票(居宅介護用)	枚
レターバック番号		

様式第 5 号から様式第 7 号までを削る。

附 則

この告示は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。