

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

(総則)

第1条 この要綱は、島根県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成19年島根県後期高齢者医療広域連合条例第31号）第3条第1号に定める健康診査の一環として島根県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が実施する後期高齢者歯科口腔健康診査事業（以下「歯科口腔健診」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

第2条 歯科口腔健診は市町村が実施について決定し、その市町村に住民登録がある被保険者を対象とした事業とする。

第3条 歯科口腔健診の実施は、広域連合と第8条に定める契約を締結した島根県内に所在する医療機関（以下「実施機関」という。）が行うものとする。

(対象者)

第4条 歯科口腔健診の対象者は、第2条に規定する被保険者のうち、実施年度内において76歳から85歳までの年齢の者とする。ただし、次に掲げる者は、原則として対象者から除く。

- (1) 病院・施設等に入院・入所している者
- (2) 他の歯科保健事業の対象となっている者
- (3) 住所地特例となっている被保険者
- (4) その他、広域連合、市町村で定めた者

(実施方法)

第5条 歯科口腔健診の実施については、個別健診及び集団健診により行うものとし、その方法については、実施市町村において定めるものとする。

2 前条に定める対象者のうち、要介護度3以上を有する者の希望に応じて、訪問健診を実施するものとする。ただし、医療保険又は介護保険において歯

科に関する管理を受けている者は除く。

(実施回数)

第6条 歯科口腔健診の受診は、年度内において、対象者1人につき1回とする。

(実施内容)

第7条 歯科口腔健診の実施内容は次のとおりとする。

- (1) 受診対象者の選定
- (2) 受診対象者への健診案内
- (3) 健診項目

健診項目	内容
1. 栄養状態	身長、体重、BMI、下腿周囲長、握力
2. 歯の状態	健全歯、処置歯数、未処置歯数、床下根数、現在歯数
3. 歯周病の状態	動揺度、歯肉腫張、発赤排膿、歯肉退縮、歯石等
4. 舌、頬、歯肉粘膜の状態	
5. 入れ歯の状態	上下顎
6. 咀嚼能力評価	客観的評価
7. 舌機能評価	舌可動域
8. 言葉の明瞭度	
9. 嚥下機能評価	嚥下に要する時間
10. 口腔衛生状態	プラークの付着状況、舌苔、口臭、義歯清掃状況

11. 口腔乾燥感・口腔感覚	
----------------	--

- (4) 健診データの作成
 - (5) 集団健診実施の場合の報告書作成
 - (6) 受診者への健診結果通知
 - (7) 健診データの管理
- (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。）の会員の医療機関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。

2 歯科医師会の会員の医療機関との契約は、会員から契約に関する委任を受けた歯科医師会と締結する。

(委託料)

第 9 条 市町村に対する委託料の金額は、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（第 7 条第 5 号を除く。）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 実施機関に対する委託料の金額は、別表第 2 の単価額を用いて算出する。

5 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 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)に關係帳票を添付して、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 集団健診を実施した市町村は、後期高齢者集団歯科口腔健康診査実施報告書(様式第 5 号)を広域連合に提出する。

8 実施機関は、集団健診を実施した月ごとに後期高齢者集団歯科口腔健康診査委託料請求書(様式第 6 号)に關係帳票を添付して、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。

(データ管理)

第 10 条 第 7 条第 7 号に規定する健診データの管理及びそれに付帯する業務については、広域連合が行う。

(自己負担)

第 11 条 第 7 条第 3 号にかかる歯科口腔健診の自己負担については、一律無料とする。ただし、訪問健診を実施する実施機関は、個別に交通費の請求を訪問健診希望者にするものとする。

(その他)

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は広域連合長が別に定める。

附 則

この告示は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この告示は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

別表第 1（第 9 条関係）

項目	業務内容	単価上限額	条件	支払先
1. 受診案内	受診券の発送業務	140 円	1 通につき	市町村
2. 結果通知	受診結果の被保険者への通知	140 円	1 通につき	市町村

別表第 2（第 9 条関係）

項目	業務内容	単価額 (消費税含む。)	条件	支払先
1. 歯科口腔健診	第 7 条第 3 号に定める内容を実施する歯科医師	4,074 円	1 人につき	実施機関
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を実施する場合	5,602 円	30 分につき	実施機関
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	561 円	30 分につき	実施機関
4. 訪問健診	1. を実施する歯科医師が、第 5 条第 2 項に定める方法で実施する場合	11,204 円	1 日につき	実施機関

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 ㊟

後期高齢者歯科口腔健康診査業務を完了したので、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広域連合 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	(〒 -)	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問題なし 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条関係）

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)

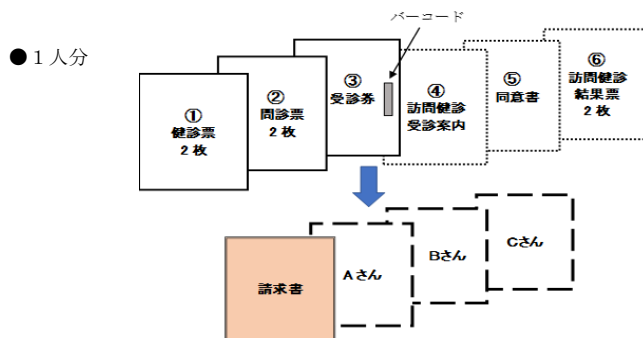
島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

送付件数

健診票(広域連合提出用①、②) 各 枚
問診票(広域連合提出用①、②) 各 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

※前年度に後期高齢者歯科口腔健診を実施していない歯科医院は、初回送付時に口座振替依頼書を同封してください。(前年度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。)

※健診票(広域連合提出用①、②)、問診票(広域連合提出用①、②)及び受診券を個人ごとに下記の図の順に並べて提出してください。(クリップやホチキスで留めないでください。)また、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。



様式第 5 号（第 9 条関係）

後期高齢者集団歯科口腔健康診査実施報告書

第 号
年 月 日

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 ㊟

年 月分の実施について、島根県後期高齢者歯科口腔健康診査事業実施要綱の規定により報告します。

実施日	件数	実施医療機関	歯科医師	歯科衛生士等
月 日			時間	時間
月 日			時間	時間
月 日			時間	時間
月 日			時間	時間

様式第6号（第9条関係）

後期高齢者集団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、島根県後期高齢者歯科口腔健康診査事業実施要綱の規定により報告します。

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

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①、②)	各	枚
問診票(広域連合提出用①、②)	各	枚
受診券		枚

※前年度に後期高齢者歯科口腔健康診査を実施していない歯科医院は、初回送付時に口座振替依頼書を同封してください。(前年度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。)

※健診票(広域連合提出用①、②)、問診票(広域連合提出用①、②)及び受診券を個人ごとに下記の図の順に並べて提出してください。(クリップやホチキスで留めないでください。)

● 1人分

