

## 平成28年度後期高齢者医療歯科口腔健康診査事業について（案）

（氷川町）

### 事業内容

後期高齢者医療歯科口腔健康診査…問診、歯周検査、口腔検査、指導（別表参照）

### 事業目的

歯科口腔健診を実施することで、高齢者の口腔機能低下による生活習慣病や誤嚥性肺炎等の予防と改善を目的とする。

### 事業主体

熊本県後期高齢者医療広域連合が主体となり全市町村で同時実施される。事業実施の委託を県内各市町村が受け、健診業務については各地域歯科医師会、歯科医院又は健診専門機関に市町村ごとに再委託することができる。

氷川町では健診業務を八代歯科医師会に再委託する。

### 対象者

氷川町に住所を有する後期高齢者医療被保険者（約2,400人）で、年1回の受診とする。

※ただし、長期入院患者、施設入所者及び他の歯科保健事業の対象者は対象外とする。

### 健診費用

健診単価 3,900円（自己負担 400円）

※健診単価には質問・健診票の作成費用、結果通知費用、健診データ送付手数料を含む。

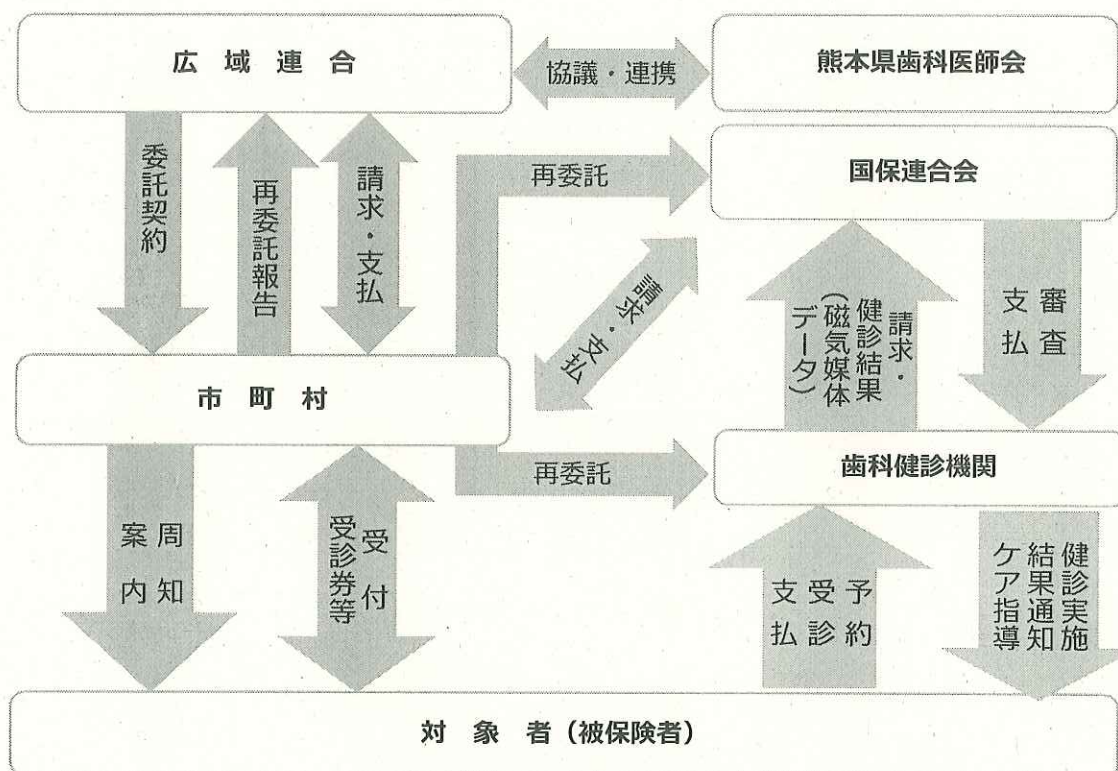
### 受診方法

- ① 広報誌及び受診案内チラシ確認後、受診希望者は氷川町健康福祉課（又は宮原振興局総務振興課（検討中））に申込みを行う。（電話及び窓口対応）
- ② 健康福祉課で申込み者の資格等確認後、「歯科口腔健診受診券（案）」（※別紙1）、「歯科口腔健診のご案内（案）」（※別紙2）を発行し窓口交付、又は郵送する。  
※重複受診防止のため受診券交付及び送付情報を健康福祉課にて名簿管理する。
- ③ 受診希望者は歯科医院に予約をする。歯科医療機関は帳票等準備後健診を実施

する。受診券は歯科医療機関にて保管。期間終了後に回収。

- ④ 歯科医療機関にて健診結果をもとに受診者へ指導を行う。

【事務の流れ】



※熊本県後期高齢者歯科口腔健康診査事業実施方針より

期 間

- ・ 受診申込期間 平成28年7月15日(金)～
- ・ 健診実施期間 平成28年8月1日(月)～平成29年1月31日(火)

周知方法

- ・ 広報誌掲載(7月、8月号掲載予定)
- ・ ホームページ掲載
- ・ 被保険者証更新時(7月)申込み案内チラシの送付
- ・ 75歳到達時説明会での案内(各月)
- ・ 医科健診結果説明会等での案内

スケジュール

	平成27年度		平成28年度	
	2月	3月	4月～7月	8月
氷川町	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施方法協議</li> <li>・健診機関説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託契約（4月）</li> <li>・広報活動</li> <li>・被保険者証更新（7月）</li> <li>・受付準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施（8月～1月）</li> </ul>
歯科健診機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約準備</li> <li>・マニュアル配布（広域連合と県歯科医師会にて協議中）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施（8月～1月）</li> </ul>

課題

- ・重複受診の防止… 市町村で対象者が受診したことの確認がとれるのが2～3か月後（健診費用連合会支払時）であり、その間に受診されていた場合の再発行対応。月締めでの受診券回収が可能であれば防げるか？

(別表)

熊本県後期高齢者歯科口腔健康診査の項目及び健診単価		
区 分	健診項目	健診単価
問 診	質 問	3, 9 0 0 円
歯周検査	歯の状況・歯数	
	義歯の状況	
	咬み合せの状態	
	歯周組織の状況 (CPI)	
口腔検査	口腔の状況	
	粘膜の異常	
	口腔乾燥	
	口腔機能評価 (RSST)	
指 導	検査結果の判定・ 説明	
	口腔ケア(衛生)指 導	
※健診単価には、質問・健診票の作成費用、結果通知費用、健診データ電子化・ 送付手数料を含む。		

(別紙1) 氷川町

歯科口腔健康診査受診券 (案)  
(後期高齢者医療)

平成28年7月15日交付

受診番号 39434683001

受診日 平成 年 月 日

証番号	0123456	保険者番号	39434683
-----	---------	-------	----------

(カガナ) 七カ 知  
氏名 氷川 太郎

生年月日 昭和16年4月1日 年齢 75 歳

〒 869-4814

住所 八代郡氷川町 島地642番地

電話番号 0965-52-5852 (記入をお願いします)

2. 自己負担金 400円

3. 有効期限 平成28年8月1日から平成29年1月31日まで

領収書 (控) 金 400円 ただし、後期高齢者医療歯科口腔健診自己負担分として 上記のとおり領収しました。	領 収 済	
---	-------------	--

キリトリ

領収書 金 400円 ただし、後期高齢者医療歯科口腔健診自己負担分として 上記のとおり領収しました。	領 収 済	
---	-------------	--

氷川町

〒[郵便番号]

平成28年〇月〇日

[被保険者住所]

[被保険者氏名] 様

氷川町健康福祉課長

## 歯科口腔健診のご案内 (案)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

標記の件につきまして、先に申し込みいただきましたので、別添のとおり「後期高齢医療  
歯科口腔健康診査受診券」を送付いたします。

つきましては、下記事項をご確認のうえ、受診くださいますようお願いいたします。

有効期間	平成28年8月1日から平成29年1月31日まで
------	-------------------------

健診場所 と日時	裏面の「実施機関一覧表」の中から受診したい健診機関へ直接、健診の ご希望日と時間をご予約ください
-------------	---

窓口負担	自己負担金400円 ※当日、健診機関の窓口にお支払ください
------	-------------------------------

受診まで の流れ	<b>事前</b> 希望する健診機関 に健診日・時間を 予約する (健診実施機関は 裏面に記載)	⇒	<b>当日</b> 次のものを持って、予約した健診機関に受診する <input type="checkbox"/> 歯科口腔健診受診券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 (保険証) <input type="checkbox"/> 自己負担金 (400円)
-------------	---	---	---

検査内容	ア 問診 : 歯や口の状態で気になることなどをお伺いします イ 歯周検査 : 歯・歯ぐきの状態や入れ歯、かみ合わせなどを検査します ウ 口腔検査 : 口の衛生状況や粘膜異常、乾燥などを検査します エ 結果説明 : 健診結果票で検査結果の判定や説明、指導をします
------	---

注意	歯科口腔健診を受診できるのは年1回です。2回以上受診(重複受診)された場合は全額自己負担となります。ご了承ください。
----	--

## 実施機関一覧表

医療機関名	住所	電話番号	備考
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0000	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0001	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0002	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0003	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0004	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0005	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0006	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0007	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0008	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0009	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0010	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0011	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0012	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0013	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0014	
〇〇歯科医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	000-000-0015	