

対象者の紹介にあたってのお願い

訪問口腔健診は後期高齢者医療被保険者（75歳以上、一定の障がいを持ち選択加入した65歳以上）で在宅要介護者（下記対象者要件）が対象となります。紹介いただいた方には市より事前アンケートを実施のうえ市歯科医師会より本人自宅にて訪問口腔健診を実施いたします。

紹介いただいた方で、受診要件に合致しない場合は、健診を受けていただけません。その際は連絡いたします。介護認定情報等の開示に同意いただいた方は、歯科医師より事前に担当ケアマネージャに、本人の状態等の確認をする場合があります。また、実際の健診に際し、介護サービス実施時間等の関係でもご協力いただくことがあると思いますので、よろしくお願いいたします。

歯科医師会との協議の結果、実施可能人数は月あたり20人で、健診期間5ヶ月間で目標100人を定め、すすめさせていただきます。キャパを大幅に上回った場合は、お断り等調整させていただくことがありますので、ご承知おきください。この辺のさじ加減が難しいところなので、定期的に受け入れ状況等を周知させていただく予定です。

○ 対象者要件（本人もしくは家族が受診希望の上、全てを満たすこと）

- ・後期高齢者医療保険被保険者で市内に住民登録があり、実態として在宅*
- ・介護保険の要介護区分3、4、5の方
- ・訪問診療等で歯科医師や歯科衛生士が継続して訪問していない方（居宅療養管理指導費、通所介護費（口腔機能向上加算）等の報酬が算定されていない方）
- ・医療保険の訪問歯科衛生指導を受けていない方

※実態として在宅・・・有料老人ホーム、老人保健施設などの入所は不可。

○ 紹介期間 平成30年9月13日～12月14日

○ 紹介方法 別紙「対象者紹介一覧様式」に記入の上、センシティブな個人情報であることに十分留意いただき、適切な方法で提出願います。

ex.FAX 送信事故を防ぐための事前連絡やテスト送信、e-mail 添付ファイルの暗号化、印刷物を直接提出

※リストが埋まらなくても、たとえ1件でも、日程調整等に時間がかかるので、その都度ご報告いただけたら幸いです。

【問合せ先】

各務原市役所 医療保険課

医療保険係 後期高齢者医療担当 堀

Tel:058-383-1128（直通）

FAX:058-380-0596

e-mail:hori-yoshito@city.kakamigahara.jp