

令和6年度砥部町成人歯周病検診実施要綱

令和6年3月28日

砥部町告示第109号

(目的)

第1条 この告示は、歯周病に罹患しやすい年齢に達する成人に対して歯周病検診及び歯科保健指導（以下「検診」という。）を実施することにより、歯の喪失の予防及び口腔衛生状態を改善し、もって健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この検診の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 検診の受診日において町内に住所を有する者
- (2) 検診受診日の属する年度において20歳以上74歳以下の者（砥部町個別妊婦歯科健康診査を受診した者を除く。）

(医療機関への委託)

第3条 町長は、検診を伊予歯科医師会に委託して実施するものとする。

2 検診への協力を承諾する伊予歯科医師会に加入する医療機関及び歯科医師（以下「指定医療機関」という。）は、承諾書を伊予歯科医師会会長を通じて町長に提出しなければならない。

(検診内容)

第4条 検診の内容は、次のとおりとする。

- (1) 問診
- (2) 口腔内検査
- (3) 歯科保健指導

(受診票の交付)

第5条 町長は、対象者から検診の希望があった場合は、成人歯周病検診受診票（医療機関保存用）（様式第1号）、成人歯周病検診受診票（砥部町保存用）（様式第2号）、成人歯周病検診受診票（結果のお知らせ）（受診者用）（様式第3号）（以下「受診票等」という。）を交付するものとする。

（受診方法及び実施回数）

第6条 検診を受けようとする者（以下「受診者」という。）は、直接、指定医療機関に検診の予約をした上で、受診票等を提出し受診するものとする。

2 検診の実施回数は、1年度につき1回とする。

（指定医療機関の責務）

第7条 検診を実施した指定医療機関（以下「実施機関」という。）は、検診後、受診者に対して成人歯周病検診受診票（結果のお知らせ）（受診者用）（様式第3号）を交付し、必要な指導を行うものとする。この場合において、実施機関は、成人歯周病検診受診票（医療機関保存用）（様式第1号）を保管しなければならない。

（委託料）

第8条 検診委託料は、別途業務委託単価契約書（令和6年度砥部町成人歯周病検診業務）で定める。

2 実施機関は、検診を実施したときは委託料のうち個人負担金として1人につき600円を受診者から徴収するものとし、差額を町長に直接請求するものとする。

3 実施機関は、検診を実施した月の翌月10日までに請求書（様式第4号）に成人歯周病検診受診票（砥部町保存用）（様式第2号）及び検診を行った当月分の砥部町成人歯周病検診実施報告書（様式第5号）を添付し、町長に請求しなければならない。

4 町長は、前項の請求書の提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、その日から起算して30日以内に実施機関に当該委託料を支払うものとする。

（検診の実施）

第9条 指定医療機関は、検診の実施に当たっては、次に掲げる事項を遵守しなければならない

らない。

- (1) 受診者の安全が確保されるように適切な人員を配置するなど、十分な注意をすること。
- (2) 検診の実施に当たって使用する会場、必要な物品等は、全て検診を実施する指定医療機関が用意すること。
- (3) 町から求められた場合は、速やかに検診業務の処理状況について調査し、報告すること。
- (4) 検診中に接する町民には、常に親切・丁寧な対応を心がけること。
- (5) 検診中にトラブル等が発生したときには、直ちに町に連絡し、誠意ある善後策を講じること。
- (6) その他、関係する法令等を遵守すること。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、検診業務に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

検査日		令和 年 月 日		有効期限		令和6年6月1日～令和7年1月31日	
氏名	ふりがな			性別	男・女	住所	伊予郡砥部町
生年月日		年 月 日		年齢		歳	電話番号 () -

[あてはまるところに○をつけ、()内には必要な事項を記入してください。]

1. 歯みがきは1日何回しますか

a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上

b～dを選んだ方は、1回当たり何分みがきますか ()分

2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか

a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1～3回 d. 使っていない

3. 過去1年間に歯科検診を受診しましたか

a. はい b. いいえ

4. かかりつけ歯科医を決めていますか

a. はい b. いいえ

7. 自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください

5. たばこを吸ったことがありますか

a. 現在、吸っている

1日()本で()歳から

b. 昔、吸っていた

1日()本で()歳から()歳

c. 吸ったことがない。

6. 全身の状態であてはまるものはどれですか

a. 糖尿病 b. 関節リウマチ

c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 d. 内臓型肥満

e. 妊娠 f. その他()

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

右

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

左

1.健全歯数 (✓)

2.未処置歯数 (C)

3.処置歯数 (○)

4.現在歯数 (1+2+3)

5.要補綴歯数 (△)

6.欠損補綴歯数 (△)

補綴状況(Br.義歯.インプラント)

歯肉の状況

17又は16 11 26又は27

BOP

PD

BOP

PD

47又は46 31 36又は37

個人コード(最大値) 歯肉出血 歯周ポケット

[歯肉出血BOP]

0: 健全

1: 出血あり

9: 除外歯

X: 該当歯なし

[歯周ポケットPD]

0: 健全

1: 浅いポケット

2: 深いポケット

9: 除外歯

X: 該当歯なし

口腔清掃状態

1.良好

2.普通

3.不良

歯石の付着

1.なし

2.軽度(点状)あり

3.中等度(帯状)以上あり

その他の所見

・歯列咬合

・顎関節

・粘膜

・その他

1.所見なし

2.所見あり

1.所見なし

2.所見あり

1.所見なし

2.所見あり

判定区分

1.異常なし

・CPI:歯肉出血0、かつ、歯周ポケット0

2.要指導

a.CPI:歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0

b.口腔清掃状態不良

c.歯石の付着あり(軽度以上)

d.生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する。

3.要精密検査

a.CPI:歯周ポケット1

b.CPI:歯周ポケット2

c.未処置歯あり

d.要補綴歯あり

e.生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する。

f.その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

指導内容・目標	検査者(医療機関)名 (医療機関コード:)
[町への連絡事項] 1. 検査した医療機関にて指導予定 2. 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定 3. 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先:) 4. 他医療機関(医科)を紹介(紹介先:)	

1枚目は歯科医院で保存して、2枚目は砥部町保健センターに提出、3枚目は受診者へお渡しください。 砥 部 町

様

永久歯は、親知らずまですべて生えると32本です。

生涯にわたって自分の歯で食べるためにも、80歳で20本の歯を保つことを目標にしましょう。

歯が少なくなっている方も、今ある歯を生涯にわたって残すことを目標にしましょう。

右のグラフは、平成28年の各年齢階級ごとの平均の現在歯の数です。ご自分の現在歯はいかがでしょうか。

平均現在歯の数(本数)			
年齢	現在歯	女性	男性
40～44	28.0	28.0	28.0
45～49	27.6	27.6	27.6
50～54	26.4	26.8	26.4
55～59	25.3	25.9	25.3
60～64	23.9	24.0	23.9
65～69	21.6	21.7	21.6
70～74	19.7	20.7	19.7
75～79	18.0	17.6	18.0
80～84	15.3	15.5	15.3
85～	10.7	9.5	10.7

平成28年歯科疾患実態調査より

歯周病は、喫煙などの生活習慣や糖尿病などといった身体の病気とも関係があります。

歯周病は重症化すると歯を失う原因になりますので、早期発見のためにも、定期的に歯科医院でのチェックを受けましょう。

歯周病検診の結果は、以下のとおりでした。

あなたの歯の数は、		4.現在歯数	本です。	
あなたの歯は、				
☐ 歯周病を疑う所見はありません。	☐ 歯周病を疑う所見があります。保健指導を受けましょう。	☐ 歯周病の強い疑いがあります。精密検査を受けましょう。		
☐ 良い状態です。丁寧な歯みがきを続け、定期検診を心がけてください。	☐ 歯肉に軽い炎症があります。	☐ 歯肉がいたんでいます。歯科医の治療と指導を受けましょう。		
	☐ 歯みがき方法について指導を受けましょう。	☐ むし歯が()本あります。歯科医の治療を受けましょう。		
	☐ 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。その関連性についての説明を受けましょう。	☐ 歯が抜けたままになっています。かめるように歯科医の治療を受けましょう。		
☐ 歯科医に、お口について気になるところを相談しましょう。				
☐ 健康な歯・口のために、定期的に歯科医院でチェックを受けましょう。				
☐ 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。()について、医療機関で相談しましょう。				
☐ ()				
あなたの目標		検査者(医療機関)名 (医療機関コード:)		
町では、歯周病検診の結果を集計するなどして、今後の皆様の歯と口腔の健康づくりに役立てさせていただくことを予定しておりますのでご了承ください。				

様式第 4 号（第 8 条関係）

請 求 書

令和 年 月 日

砥部町長 佐川 秀紀 様

住 所
名 称
代表者氏名 (印)

砥部町成人歯周病検診委託料

令和 年 月分成人歯周病検診委託料として、必要書類を添えて請求します。

請求金額 金 円

〈請求内訳〉 @ 円 × 名

口座振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合	支店名	本 店 支 店 支 所 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

様式第 5 号（第 8 条関係）

砥部町成人歯周病検診実施報告書（令和 年 月分）

令和 年 月 日

砥部町長 佐川 秀紀 様

住 所
名 称
代表者氏名

令和 年 月に実施した成人歯周病検診について下記のとおり報告します。

記

単価	検診実施人数	請求金額
円	人	金 円