

# 令和8年度砥部町成人歯周病検診実施要綱

令和8年4月6日  
砥部町告示第102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（砥部町結果通知用）（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8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500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日までに令和8年度砥部町成人歯周病検診委託料請求書（様式第4号）に成人歯周病検診受診票（砥部町結果通知用）（様式第2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。

- (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、公表の日から施行する。

成人歯周病検診受診票

有効期間: 令和 年6月1日~令和 年3月31日

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	( 歳 )
住所	砥部町			電話	( )				
				職業	1. 会社員 2. 自営業者 3. 学生 4. 無職 5. その他( )				

以下のQ1~Q17の各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に○をつけてください。

質 問		回 答	
歯 や 口 の 状 況 等	Q1 現在、ご自分の歯や口、あごの状態でご気になることはありますか。	1. ない	2. ある
	① 【Q1で「2. ある」と答えた方のみ】 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 歯の状態・痛み 2. 外観 3. 発音 4. 口臭 5. 歯ぐきの状態・痛み 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. あごの痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習癖 10. その他( )	
	② 【上記質問で「5. 歯ぐきの状態・痛み」とお答えの方のみ】 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてブヨブヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする	
	Q2 自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない	2. 思う
	Q3 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、 かみにくいことがある 3. ほとんどかめない	
	Q4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない	2. 時々しみる 3. いつもしみる
Q5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ	2. はい	
Q6 お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. いいえ	2. はい	

日 頃 の 生 活 習 慣 等	Q7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。 (歯が全くない人は回答不要です)	毎日みがく(1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ととききみがく 5. みがかない
	① 【Q7で「5. みがかない」以外を答えた方のみ】 どのような目的で行きましたか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他( )
	Q9 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
	Q10 ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
	Q11 たばこを吸っていますか。	1. 吸っていない 2. 吸っている

歯 科 の 健 ( 検 ) 診 や 治 療 の 状 況 等	Q12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
	① 【Q12で「1. 半年以内」または「2. 1年以内」と答えた方のみ】 どのような目的で行きましたか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 治療 2. 歯科健(検)診 3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) 4. その他( )
	② 【Q12で「1. 半年以内」または「2. 1年以内」と答えた方のみ】 その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われましたか。	1. 言われなかった 2. 言われた
	Q13 かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
Q14 ご自分の歯は何本ありますか。(親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。)	1. 20本以上 2. 19本以下 3. わからない	

そ の 他	Q15 次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. ない 2. 糖尿病 3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞(脳卒中) 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他( )
	Q16 【女性の方のみ】 現在、妊娠していますか。(その可能性がある場合も含みます。)	1. はい 2. いいえ
	Q17 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。	

(診査者記入欄)

(医療機関保存用)

診査日: 西暦	年	月	日	診査所要時間: ( )分
実施体制: ①歯科医師( )人 ②歯科衛生士( )人 ③左記以外( )人				
以下は診査時に診査者が記入してください。※回答欄は太枠です。				

I 歯の状況 注)先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

上 顎 ( 右 ) 下 顎	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上 顎 ( 左 ) 下 顎
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

健全歯( / )	未処置歯(C, R, RC)		処置歯( O )	現在歯数	喪失歯( Δ, ⊕ )		DMF歯数
	C: 歯冠部のう蝕 R: 根面部のう蝕 RC: 根面部+歯冠部	うちCのみの 未処置歯			Δ: 要補綴歯 ⊕: 義歯、ボンテック インプラント	うちΔ 要補綴歯	
①	②	③	④	①+②+④	⑤	⑥	②+④+⑤

II 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1. なし 2. あり (II)

III 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

①歯肉出血(BOP)	②歯周ポケット(PD)	17または16	11	26または27	(III)①歯肉出血	最大コード
0: 健全 1: 出血あり 9: 除外歯 X: 該当歯なし	0: 4mm未満 1: 4mm以上6mm未満 2: 6mm以上 9: 除外歯 X: 該当歯なし	BOP			BOP	<input type="text"/>
		PD			PD	<input type="text"/>
		BOP			(III)②歯周ポケット	最大コード
		PD			PD	<input type="text"/>

③歯石の付着状況

1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり (III)③

IV 歯列・咬合の状況

1. 所見なし 2. 所見あり (IV)

V 顎関節の症状

1. 所見なし 2. 所見あり (V)

VI 口腔粘膜

①粘膜の色 ②粘膜の形状 VII その他 (VI)①

1. 所見なし 2. 所見あり (VI)②

VII 口腔衛生状態

1. 良好 2. 普通 3. 不良 (VII)

判定区分 ※ 1~3のいずれかに○をつけ、2 要指導の場合、又は3 要精密検査の場合は、それぞれの判定の理由a~c又はa~iの該当するものに○をつけること

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
(判定理由) CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を 除く)、歯科医療機関の受診状況 等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット1 (4~5mm) c. CPI 歯周ポケット2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている(又は糖尿病の 指摘を受けたことがある等) g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や 治療を要する i. 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 医療機関名【医療機関コード】  
【 】

【町への連絡事項】  
1. 健診を行った医療機関において指導予定 3. 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先: )  
2. 健診を行った医療機関において治療予定 4. 他医療機関(内科)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。

成人歯周病検診受診票

(受診者記入欄)

有効期間:令和 年6月1日~令和 年3月31日

(砥部町結果通知用)

患者情報入力欄: フリガナ氏名, 性別, 男・女, 生年月日, 昭和/平成 年 月 日 ( 歳 ), 住所, 電話, 職業

以下のQ1~Q17の各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に○をつけてください。

歯や口の中の状況等: Q1-Q6 質問と回答の表

日頃の生活習慣等: Q7-Q11 質問と回答の表

歯科の健(検)診や治療の状況等: Q12-Q14 質問と回答の表

その他: Q15-Q17 質問と回答の表

診察日:西暦 年 月 日 診察所要時間:( )分
実施体制:①歯科医師( )人 ②歯科衛生士( )人 ③左記以外( )人
以下は診査時に診査者が記入してください。※回答欄は太枠です。

I 歯の状況 注)先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

歯の状況表: 上顎(右)下顎, 18-28, 48-38

歯の分類表: 健全歯( / ), 未処置歯(C, R, RC), 処置歯( O ), 現在歯数, 喪失歯(△, ⊙), DMF歯数

II 補綴治療の必要がある欠損部位の有無: 1. なし 2. あり (II)

III 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

歯肉の状況表: ①歯肉出血(BOP), ②歯周ポケット(PD), BOP/PD 17または16, 11, 26または27, 47または46, 31, 36または37

③歯石の付着状況: 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり (III)③

IV 歯列・咬合の状況: 1. 所見なし 2. 所見あり (IV)

V 顎関節の症状: 1. 所見なし 2. 所見あり (V)

VI 口腔粘膜: ①粘膜の色, ②粘膜の形状, VIII その他 (VI)①, (VI)②

VII 口腔衛生状態: 1. 良好 2. 普通 3. 不良 (VII)

判定区分 ※ 1~3のいずれかに○をつけ、2 要指導の場合、又は3 要精密検査の場合は、それぞれの判定の理由a~c又はa~iの該当するものに○をつけること

判定理由表: 1. 異常なし, 2. 要指導, 3. 要精密検査

指導内容・目標, 医療機関名【医療機関コード】

【町への連絡事項】
1. 健診を行った医療機関において指導予定
2. 健診を行った医療機関において治療予定
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: )

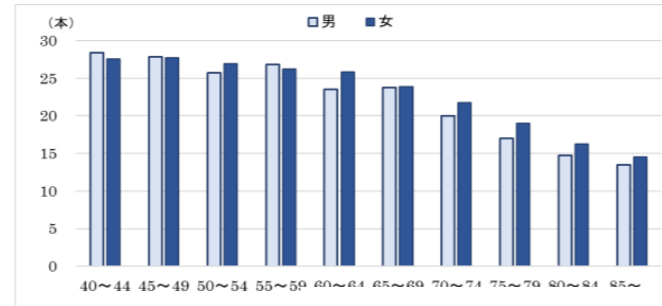
診査日:西暦 年 月 日

様

### 成人歯周病検診結果のお知らせ

- ・永久歯は、「親知らず」まで全て生えると32本です。
- ・生涯にわたって自分の歯で食べることができるよう、80歳まで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人も、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、令和4年の各年齢階級における1人平均の現在の歯の数です。ご自分の歯はいかがでしょうか。



令和4年歯科疾患実態調査より

◆歯周病検診の結果は、以下の通りでした。

あなたの歯の数は  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軽度あります。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。<br>[ ] 歯みがき方法について指導を受けましょう。<br>[ ] 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説明を受けましょう。 | [ ] 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。<br>[ ] むし歯があります。歯科医の治療を受けましょう。<br>[ ] 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・ロのために、定期的に歯科医院でのチェックを受けましょう。  |  |
| [ ] 歯周病は、生活習慣病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。歯周病を疑う所見が軽度あります。保健指導を受けましょう。 |  |  |
| [ ] ( )  |  |  |

あなたの目標

医療機関名【医療機関コード】

[ ]

この検査結果は、検診の実施主体である砥部町において、結果を集計する等して、今後の皆様の歯と口腔の健康づくりに役立たせていただくことを予定しておりますのでご了承願います。

## 自分でできる!セルフケア

毎日の歯みがきがセルフケアの基本

### 歯みがき

#### 歯ブラシの選び方

自分にあった歯ブラシを選びましょう。

健康な歯ぐきの人・歯周病(軽度)の人  
毛先(普通)  
毛の硬さや太さは普通のもがおすすめ。

歯周病(重度)の人  
毛先(細い)  
柔らかく毛先が細いものがおすすめ。

### 歯ブラシの持ち方

ベングリップ  
エンピツを持つような持ち方です。1本ずつ歯面に合わせて細かいところをしっかりみがけます。

### ブラークのつきやすいところ

かみ合わせ  
歯と歯の間  
歯と歯ぐきの境目(歯肉ポケットになりやすい部分)

### 歯周病予防に効果的なブラッシング

歯と歯ぐきの境目を意識してみがきましょう。

歯の根元に45度の角度で毛先を当て、軽い力で細かく(5mm)前後に動かしてみがきましょう。

歯ブラシは1か月に1本が交換の目安ダーク!

使用後は、歯ブラシをよく洗って、毛先を乾かして保管しましょう。

### 歯のすき間ケア

歯ブラシが届きにくく、みがき残しが多い部分はデンタルフロスや歯間ブラシを使いましょう。

#### 歯のすき間がせまいところはデンタルフロス

初心者には持ち手のついたタイプがおすすめ。

左右に動かしながら歯間にゆくりと入れる

フロスを歯にそわせ、スライドさせながら奥側と手前側の歯垢をとる。

#### 歯のすき間が広いところは歯間ブラシ

サイズが複数あるので、適したものを歯科医院で教えてもらいましょう。初心者は小さいサイズから試してみましょう。

下の歯をみがくときは先端を斜め上向きに、上の歯のときは斜め下向きにして、歯ぐきを傷つけないように差し込む。

前後に数回動かして、すき間をきれいにみがく。

様式第4号（第8条関係）

令和8年度砥部町成人歯周病検診委託料請求書

令和 年 月 日

砥部町長 様

住 所  
名 称  
代表者氏名

印

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	