

健康増進事業としての
歯周疾患（歯周病）検診について

奈良県健康福祉部健康づくり推進課

健康増進事業としての歯周疾患（歯周病）検診について

1 目 的

歯周疾患（以下「歯周病」という。）は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病は、成人期において未だに有病者率が高く、基礎疾患や生活習慣との関係が注目されていること等から、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つために、歯周組織の健康状態を検査して、結果に基づいた適切な指導を行い、日常的に自らが予防に努める行動変容を促すことにより、県民の健康水準の向上に資することを目的とします。

2 実施主体等

実施主体は市町村とします。

市町村は、歯科医師会、歯科衛生士会、保健所、その他関係機関の協力を得て実施します。

3 対 象 者

対象者は原則として市町村の区域に居住地を有し、当該年度に満 40 歳、満 50 歳、満 60 歳及び満 70 歳に達する者とします。

4 実施方法

1. 方式等の選択

市町村は、地域の特性や実情を踏まえ、実施する方式を選択します。

- ① 集団方式：集団で実施する方式
- ② 個別方式：個別に指定した歯科医療機関で受診する方式

検診は歯科医師の指導及び管理のもとに、あらかじめ市町村の指定する場所で行います。

2. 事前準備

市町村は、あらかじめその地域の対象者の把握及び受診勧奨を図り、所轄保健所、地区歯科医師会等と十分に連携を図ります。

- ① 集団方式：特定健康診査（以下、特定健診）との同時実施等、住民が受診しやすい方法について検討します。
- ② 個別方式：各歯科医療機関が共通認識をもって目的に沿った検診を行えるように、事前に検診の意義や、検査の実施方法、検査結果に基づく指導の実施方法、報告の仕方等について確認を行い、受託可能な歯科医療機関を指定します。

* 集団方式と個別方式を併用する場合は、対象者が同一年度に複数回受診しないような対策を講じる必要があります。

* 住民に対して検診実施の事前周知を行う際には、実施日時や場所だけでなく、検診の意義についてあらかじめ情報提供を行うなど、検診の必要性和重要性を周知して、住民の自主的参加を促すように努めます。

3. 対象者の把握

市町村は、あらかじめ当該年度に満40歳、満50歳、満60歳及び満70歳に達する者を対象者として把握します。

4. 検診の周知

市町村は、広報誌掲載、個別案内はがきの送付等の方法により対象者に検診の意義、日時、場所、自己負担額等、受診に必要な情報を提供して検診の周知を行います。

5. 検診の方法

- ① 集団方式：市町村は、歯周病検診を希望する者に対し、対象者に該当することを確認した上で実施します。併せて検診受診者名簿を作成します。
- ② 個別方式：市町村は、対象者に歯周病検診受診票を交付します。指定歯科医療機関は、歯周病検診を希望する者が持参した歯周病検診受診票を受取り、歯周病検診を実施します。なお、別の方法で指定歯科医療機関が対象者に該当することを確認できる場合、歯周病検診受診票の交付は省略することができます。

5 検診項目

1. 問診

* 「歯周病検診票（例）」（13ページ参照）及び「歯周病検診マニュアル2015（厚生労働省）」を参考に、次の項目について問診票を作成し、自己記入法または聞き取り法によって、受診者の訴えや日常の歯・口腔の健康に関連する生活習慣等を把握し、検診結果とともに保健指導等の参考にします。

* 市町村健康増進計画で、歯科口腔保健目標項目がある場合などは、質問項目を補足して問診票を作成してもかまいません。

① 自覚症状等

・ 歯・口腔に関する自覚症状等の有無を質問します。受診者が日常感じている苦痛や困りごとの内容についても把握できるように努めます。

② 歯科健康診査や歯科医療機関等の受診状況

・ 歯科医師による定期的なチェックは、歯・口腔の健康状態を保つ視点から「なら歯と口腔の健康づくり計画」でも指標として掲げており、具体的に把握しておくことが必要です。特に歯科検診については、受診動機や、受診の際にどのような説明・指導を受けたかを確認するように努めます。

③ 生活習慣や身体的因子

・ 受診者の歯科口腔保健に関する知識や意識の把握に努めます。1日の歯みがき回数や、歯ブラシ・補助清掃用具の使用状況、1回あたりの歯みがき所要時間など、日常の歯・口腔の健康に関連する生活習慣についても把握し、指導の際に活用します。

・ 歯周病は基礎疾患（糖尿病、関節リウマチ、動脈硬化を伴う狭心症・心筋梗塞・脳梗塞等）や、妊娠、肥満との関係性について、可能性が示されていることから、問診により把握します。また、必要に応じて医療機関への受診を勧めます。

・ 喫煙は、口腔がんの危険因子になるだけでなく、歯周組織の修復機能を妨げたり、細菌の病原性の強化により歯周病の悪化等につながる関係性が示されていることから、喫煙習慣等についても把握します。

2. 口腔内検査

* 次の項目について、歯科医師がスポット照明下でデンタルミラー、WHOプローブを用いて行います。

(1) 現在歯の状況

- ・ 歯の全部または一部が口腔内に現れているものをいいます。
- ・ 過剰歯は含めないこととします。また、癒合歯は1歯として取り扱い、歯種名は上位歯種名とします。例えば、 $\overline{1}$ と $\overline{2}$ が癒合していたら $\overline{1}$ となります。 $\overline{2}$ は喪失歯とせずに「▲」を記入します。

① 健全歯 「 / または連続横線 ————— 」

- ・ う蝕あるいは歯科的処置が認められない歯です。
- ・ 咬耗・摩耗・着色・斑状歯・外傷・酸蝕症・発育不全・歯周炎・形態異常・エナメル質形成不全等の歯であっても、う蝕や歯科的処置が認められない場合は健全歯とします。

② 未処置歯 「 C 」

- ・ 小窩裂溝・平滑面に明らかなう窩、エナメル質下の脱灰・浸蝕、軟化底・軟化壁が確認できる歯です。
- ・ 治療途中の歯および二次う蝕の歯は、未処置歯とします。
- ・ 診査者によって判断が異なる程度の初期変化で、治療の必要性が認められない場合は健全歯とします。
- ・ C4の残根は、未処置歯とします。

③ 処置歯 「 O 」

- ・ 歯の一部または全部に充填、クラウン等を施している歯です。
- ・ 歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置及び骨折副木装置は含みません。
- ・ 予防てん塞（フィッシャーシーラント）を施した歯については、可能な限り問診して、う蝕のない歯にてん塞した場合は健全歯、う蝕の歯にてん塞した場合は処置歯とします。
- ・ 根面板等を施してある歯は、処置歯とします。

(2) 喪失歯の状況

- ・ 抜去または脱落により喪失した歯です。
- ・ 先天的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処置の必要性が認められない場合は喪失歯には含めず、歯式該当欄には「▲」を記入します。

① 要補綴歯 「 Δ 」

- ・ 義歯、ブリッジ等による欠損補綴処置が必要と判断できる歯です。

② 欠損補綴歯 「 ⊕ 」

- ・ 義歯、ブリッジ、インプラント等による欠損補綴処置が施されている歯です。ただし、一部破損していたり、欠損部の状況と著しく異なる義歯は装着していないものとします。

- ・装着している補綴物の名称（義歯、ブリッジ、インプラント等）と範囲を検診票の歯式の欄外に記載します。名称は略称でも可能ですが、事前に検査者以外の歯科医師・歯科衛生士等にも理解できるようにしておく必要があります。

【記載例】 $\overline{567}$ Br. → $\overline{5}$ 「O」、 $\overline{6}$ 「△」、 $\overline{7}$ 「O」

$\overline{5667}$ Br. （ $\overline{6}$ 分割抜歯） → $\overline{5}$ 「O」、 $\overline{6}$ 「O」、 $\overline{7}$ 「O」

$\overline{567}$ 部分床義歯（ $\overline{5}$ 残根、 $\overline{7}$ 根面板）
→ $\overline{5}$ 「△O」、 $\overline{6}$ 「△」、 $\overline{7}$ 「△O」

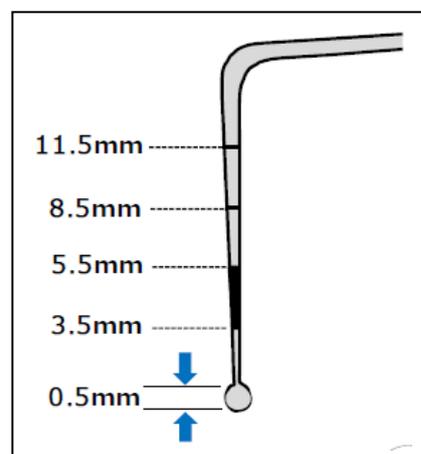
$\overline{67}$ 部インプラント → $\overline{6}$ 「△」、 $\overline{7}$ 「△」

（3）歯周組織の状況

WHOプローブ（図1）を用い、CPI（community periodontal index 地域歯周疾患指数）を測定します。

【プローブ操作】

- ・プロービングは、WHOプローブ先端の球を歯の表面に沿って滑らせる程度の軽い力（20g）で操作します。
- ・遠心の接触点直下から、やさしく上下に動かしながら近心接触点直下まで移動させます。
- ・蓄積的な歯周病の罹患経験を表す指標として、各分画単位で代表歯のアタッチメントレベルを併せて測定することが望ましいです。



【 図1 WHOプローブ 】

① 対象歯

| | | | | | |
|---|-------|----|----|-------|---|
| | 上 | | | | |
| 右 | 17・16 | 11 | | 26・27 | 左 |
| | 47・46 | | 31 | 36・37 | |
| | 下 | | | | |

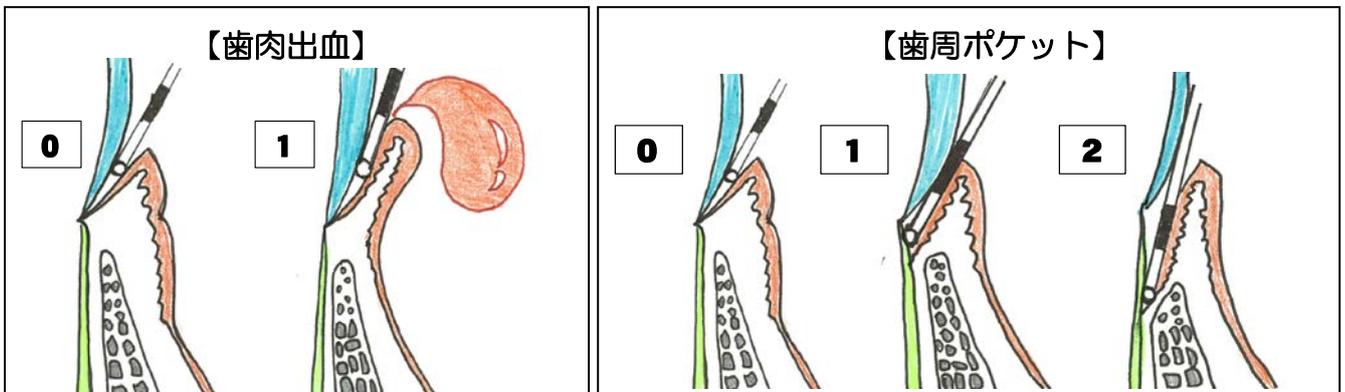
- ・口腔を6分画（17～14、13～23、24～27、47～44、43～33、34～37）し、各ブロックから上記の代表歯10歯を検査しますが、臼歯部では2歯のうち高いほうの点数をその分画の代表点数とします。そのため、記録は各分画1歯ずつ、全体で6歯とします。
- ・前歯部の代表歯（11あるいは31）が欠損している場合は、反対側同名歯（21あるいは41）を検査対象とします。
- ・前歯部の対象歯が両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部分画で2歯とも欠損している場合は、検査対象外として「×」を該当する代表歯の欄に記入します。
- ・根の露出が根尖に及ぶなど、プロービングが出来ない歯は除外歯として「9」を該当する代表歯の欄に記入します。

② 検査方法

- ・各分画について、上顎は頬唇側面、下顎は舌側面を下記の基準（表1、図2）で検査し、最高コード値（代表点数）を記入します。
- * 各分画の代表点数のうちの最高コード値を個人の代表値（個人コード）とします。

【 表1 CPIの判定基準 】

| | コード | 所見 | 判定基準 |
|--------|-----|----------------|--|
| 歯肉出血 | 0 | 健全 | 以下の所見が認められない |
| | 1 | 出血あり | プローピング後10～30秒以内に出血が認められる |
| | 9 | 除外歯 | プローピングが出来ない歯 (例：根の露出が根尖に及ぶ) |
| | × | 該当する歯なし | |
| 歯周ポケット | 0 | 健全 | 以下の所見がすべて認められない |
| | 1 | 4～5 mmに達するポケット | ポケットの深さが4～5 mm (プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する) |
| | 2 | 6 mmを超えるポケット | ポケットの深さが6 mm以上 (プローブの黒い部分が見えなくなる) |
| | 9 | 除外歯 | プローピングが出来ない歯 (例：根の露出が根尖に及ぶ) |
| | × | 該当する歯なし | |



【 図2 WHOプローブによる測定基準 】

(4) 口腔清掃状態

- ・CPIの検査対象歯について、ほとんど歯垢の存在が認められない状態を「良好」とします。また、1歯以上の歯の歯肉縁に歯面の1/3を超えて歯垢が認められる場合を「不良」とし、それ以外を「普通」とします。
- ・歯石の付着については、「なし」、「軽度（点状）あり」、「中等度（帯状）以上あり」とします。

(5) その他の所見

- ・歯（楔状欠損等）、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等について、さらに詳しい検査や治療が必要な所見が認められた場合は、その内容を該当欄に記載し、医療機関への受診を勧めます。

3. 検診結果の判定

* 検査結果に基づき、以下のように判定します。(表2)

【 表2 検診結果の判定 】

| | |
|-------|--|
| 異常なし | ・未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、CPI 個人コードが歯肉出血0および歯周ポケット0の者 |
| 要指導 | ・未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、以下 a～d の項目に1つ以上該当する者 a. CPI 個人コードが歯肉出血1 および歯周ポケット0の者 b. 口腔清掃状態が不良の者 c. 歯石の付着（軽度、中等度以上）がある者 d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する者 |
| 要精密検査 | ・以下 a～f の項目に1つ以上該当し、さらに詳しい検査や治療が必要な者 a. CPI 個人コードが歯周ポケット1の者 b. CPI 個人コードが歯周ポケット2の者 c. 未処置歯がある者 d. 要補綴歯がある者 e. 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者 f. その他の所見（さらに詳しい検査や治療が必要な項目）がある者 |

* 問診票および検診票の様式例(記入例)を13～15ページに例示しました。

6 検診結果の通知・説明

① 集団方式

市町村から受診者に結果通知・説明します。

② 個別方式

指定歯科医療機関から受診者に結果通知・説明し、指定歯科医療機関は結果を市町村に報告します。

7 事後指導(結果説明と判定区分に基づく指導)

1. 説明・指導の場の設定

- ① 原則として、検診当日に結果説明および歯科口腔保健指導を行います。検診票に、当日行った指導内容・目標等を記入する欄を設けることが望ましいです。
- ② 検診当日に事後指導の時間を確保できない場合は、後日説明の場を設けるか、または結果の判定区分に応じたリーフレット等を作成し郵送します。
- ③ 歯科健康相談や歯科健康教育を実施する場合は、歯周病検診のフォローの場として位置づけ、総合的な成人歯科口腔保健対策の中で、それぞれの事業が有機的な連携をもつように計画するとともに、住民が参加しやすい実施形態を考慮します。

2. 検査結果の説明

- ① 受診者には、現在の口腔内がどのような状態であるかを具体的に知らせます。現在自分の歯が何本あるか、治療が必要な部位や歯肉の炎症等について、手鏡等を使用して受診者自身が確認できるようにすると効果的です。歯周病は自覚症状がなく進行している場合も多いことから、ポケットの深さ等をWHOプローブ等で示しながら、病態や進行度について正しい理解が得られるようにします。

*** 歯周検査の結果は、CPI 個人コードとして最大値が判定に使用されることから、最大値の部位や他の検査部位の値についても炎症の有無や程度を知らせる必要があります。**

- ② 問診により、歯周病との関係の可能性が示されている基礎疾患や妊娠、生活習慣等が認められた場合は、その関係性について説明し、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行います。
- ③ 検査結果や指導内容を的確に伝えるためには、「結果のお知らせ」等の用紙を活用すると効果的です。17 ページに結果通知票（図4）を例示しました。
- ④ 受診者の口腔内の状態が同世代の集団の中でどのような位置づけにあり、将来の歯の喪失等のリスクがどの程度かを示すことにより、受診者に対して、歯・口腔に関連する生活習慣改善の動機づけを行います。説明では、現在歯数やCPIコードなどのデータの活用や、適切な自己管理と専門的ケアによる改善例等を紹介すると効果的です。

*** 検査結果の活用予定等について検診票に明記し、説明を行うなど、了解を得ておくようにします。（17 ページ 図4参照）**

3. 判定区分に基づく指導

- ① 検査結果を説明した後、判定区分に基づく歯科口腔保健指導を行います。具体的な指導の要点例は、表3を参考にしてください。
- ② 検診現場での説明と、検査結果を受けて受診した歯科医療機関での対応が異なり、受診者を混乱させることのないよう、地域の歯科医療機関等との事前打ち合わせや研修により、判定基準・指導の目標等について共通理解しておくことはきわめて重要で、効果的な事業展開のためには欠かすことのできないプロセスです。
- ③ 指導の目標については、「なら歯と口腔の健康づくり計画」や市町村健康増進計画の歯科口腔保健目標の項目または、表4に示した「歯周病の予防・改善のための指導の目標例」を参考に、数項目程度を重点項目として絞り込み、歯周病検診・指導の場だけでなく、その後のフォローや市町村の健康教育、普及啓発活動の中でも一貫して住民に周知することが必要です。
- ④ 個別方式で実施している場合、検診と医療を区別することが必要であるため、検診当日は治療を行わないことが望ましく、受診者の理解を得ることが求められます。

- ⑤ 要精密検査該当者のうち CPI 個人コードが歯周ポケット 1 または 2 に該当する者については、歯周病治療を行うにあたり歯周組織検査を行うことになるので、医療費（検査料等）についてのトラブルを防ぐためにも、医療として行う歯周組織検査と検診で行う CPI との違いについて、あらかじめ受診者に説明することが望ましいです。
- ⑥ 生活習慣の改善を行うことが、歯周病発症予防および重症化予防を進める上で重要であるため、歯・口腔の健康に関連する生活習慣や基礎疾患を加味した歯科口腔保健指導等を行うことが望ましいです。

【 表3 判定区分に基づく指導の要点の一例 】

| 判定区分に基づく指導の要点の一例 | | |
|------------------|---|--|
| 判定区分 | 観察所見 | 保健指導内容 |
| 異常なし | <ul style="list-style-type: none"> • CPI=歯肉出血0、歯周ポケット0 | <ul style="list-style-type: none"> • 受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯や口腔の健康維持増進を図る情報や知識を提供することで、今後の気づきにつなげます。 |
| 要指導 | <ul style="list-style-type: none"> • CPI=歯肉出血1、歯周ポケット0 • 口腔清掃状態不良 • 歯石の付着あり（軽度、中等度以上） • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯・口腔の健康維持増進を図る情報や知識の提供及び、改善を必要とする日常生活については改善の動機づけとなる指導を行います。 • 受診者の口腔内の状況が同世代の集団の中でどのような位置づけにあり、将来の歯の喪失等のリスクがどの程度であるかを示すことにより、歯・口腔に関する生活習慣改善の動機づけとします。 • 市町村で実施している歯周病に関する健康教育、健康相談への参加を促し、自己管理のフォローアップにつなげます。 |
| 要精密検査 | <ul style="list-style-type: none"> • CPI=歯周ポケット1または2 • 未処置歯あり • 要補綴歯あり • 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 • その他の所見あり | <ul style="list-style-type: none"> • 受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯や口腔の健康維持増進を図るための目標を決め、改善を必要とする日常生活については改善につながるよう指導を行います。 • 受診者の口腔内の状況が同世代の集団の中でどのような位置づけにあり、将来の歯の喪失等のリスクがどの程度であるかを示すことにより、歯・口腔に関する生活習慣改善の動機づけとします。 • 歯科医療機関を受診するよう促します。 |

歯周病の予防・改善のための指導の目標例

<受診者全員>

- ◆ 歯周病の病因や歯垢・歯石の為害性を知る。
- ◆ 歯周ポケットの為害性を知り、深い歯周ポケットの部位とその深さを自覚する。
- ◆ 歯周病の予防・改善における歯みがきの役割を理解する。
- ◆ 適切な自己管理と専門的支援により、多くの歯を80歳まで失わずに保持でき、自分の歯で食べることができることを理解する。
- ◆ 1日1回以上は時間をかけて歯みがきを行う。
- ◆ 受診者の生活習慣に応じて、歯みがきを行うタイミングを提案する。
- ◆ みがきにくい部位を知り、自身の口腔内にあった歯みがきができる。
- ◆ 補助清掃用具や歯みがき剤・洗口液等の使用方法や有効性を理解する。
- ◆ 歯肉の自己観察法を知り、自己観察を行う習慣を身につける。

<過去1年間に歯科検診を受診していない者>

- ◆ かかりつけ歯科医を持ち、症状がなくても年1回以上、定期歯科検診を受ける意義を理解する。

<歯周病との関連が指摘されている基礎疾患を有する者>

- ◆ 基礎疾患と歯周病との関連について理解する。

<たばこを現在および過去に吸ったことがある者>

- ◆ 喫煙等の生活習慣の歯肉への影響について理解する。

8 報 告

市町村は、歯周疾患（歯周病）検診結果報告書（18ページ 表6参照）を作成し、保健所経由の上、県（健康づくり推進課）へ毎年7月末までに提出する必要があります。

9 記録の整備

1. 検診記録の整備

- ① 個人単位の記録の整理
 - ・ 検診票等を個人単位の記録に整理し、検診後のフォローに活用します。
 - ・ 記録の活用は、個人情報保護の観点から、受診者への事前の同意を含めて十分な配慮が必要です。
- ② 集団単位の記録の整理（性、年齢（階級）別集計）
 - ・ 検診事業の評価を行うには、検診の記録を受診者全体の集団の結果として集計する必要があります。受診状況や歯・口腔に関連する生活習慣、歯周病等の歯科疾患の有病状況については、性、年齢（階級）別に集計表を作成して必要な指標を活用します。
 - ・ 改正前の CPI（コード 0、1、2、3、4）による集団の集計結果と比較する場合、歯石を除いて、CPI（歯肉出血 0、1、歯周ポケット 0、1、2）から算出することができます。

2. 結果の分析と評価

検診を効果的に展開するために、事業の進行管理、歯科口腔保健の向上等の視点から集計した結果を分析・評価し、地域診断等に使用することで、事業の実施方法の改善や歯科口腔保健目標の設定、目標達成度の評価に活用することができます。

- ① 事業の進行管理
 - 受診率（ $\text{受診者数} \div \text{対象者数} \times 100$ ）
 - ・ 性、年齢別だけでなく、実施日別、会場別、受診者の居住地区別等の分析を行うことにより、次年度の事業企画のために有効な情報が得られます。
 - * 未受診者に対しては未受診の理由の把握に努めましょう。
 - 医療機関受療率（ $\text{医療機関受療者数} \div \text{要精密検査者数} \times 100$ ）
 - ・ 検診後、要精密検査と判定された者が実際に医療機関を受療したか否かは、事業評価の点から注目する必要があります。集団方式の場合は、図 3 に例示した「紹介状・回答書」を該当者に渡して、医療機関受診の際に持参してもらい、医療機関から受療結果を郵送等により回収するなど、要精密検査と判定された者の受療行動を把握できる体制を構築する必要があります。個別方式の場合は、指定歯科医療機関が結果を市町村に報告する際に、今後の方針等を記入してもらうなど、同様の情報把握を行う必要があります。
 - * 市町村は事業の計画段階から地区歯科医師会等と綿密に協議し、要精密検査者の受け入れ体制を含めた連携方法について、共通理解を図る必要があります。

歯科医療機関 御中

このはがき(書面)を持参する方は、平成 月 日に〇〇市町村の歯周疾患(歯周病)検診を受診されました。以下の所見により、さらに詳しい検査または治療が必要を認められましたので、ご高診のほど、よろしく願い申し上げます。

a. CPI: 歯周ポケット1または2
b. 未処置歯あり
c. 要補綴歯あり
d. 生活習慣や全身疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する
e. その他所見あり()

なお、恐れ入れますが、受診されましたら下記事項をご記入の上、返送お願いいたします。
〇〇市町村保健センター 電話: * * * * *

貴院受診日 平成 年 月 日

受診結果

1. 異常を認めず
2. 歯周病
3. 歯周病以外

今後の方針

1. 当院にて治療予定()
2. 当院で経過観察・定期検診の予定
3. 他医療機関紹介(紹介先:)

医療機関名

受診者の方は、検診後、歯科医療機関を受診する際に必ずこのはがき(書面)を持参してください。

【 図3 紹介状・回答書の一例 】

* 平成 29 年度地域保健・健康増進事業報告から、前年度の要精密検査者の精密検査受診状況および結果について報告が求められています。(表5)

【表5 地域保健・健康増進事業報告】

15(5)健康増進(歯周疾患検診・骨粗鬆症検診)

15(5)-03 歯周疾患検診受診者の状況(平成 年度の精密検査結果)

| | 受診者数 (年度中) | | 要精検者 (年度中) (3) | 精密検査受診の有無別人数 | | | | |
|---------|---------------|----------|----------------------|--------------|---------------------|-----------------------|------------|------------|
| | 男 (1) | 女 (2) | | 精密検査受診者 | | | 未受診 (7) | 未把握 (8) |
| | | | | 異常認めず (4) | 歯周病で あった者 (5) | 歯周病以外 であった者 (6) | | |
| 40歳(01) | | | | | | | | |
| 50歳(02) | | | | | | | | |
| 60歳(03) | | | | | | | | |
| 70歳(04) | | | | | | | | |
| 計(05) | | | | | | | | |

- ② 歯・口腔に関連する生活習慣の改善
 - ・総合的な成人歯科口腔保健対策の成果は、受診者の歯・口腔に関連する生活習慣の改善として現れます。これらは、問診票で把握した項目について、「歯間ブラシまたはフロスの使用」等の割合を算出しておくことにより評価ができます。
- ③ 歯科口腔保健の向上
 - ・歯科口腔保健の評価にはさまざまな指標が用いられます。検診票例に基づき代表的な指標として、以下の項目を例示します。
 - 歯・口腔に関する生活習慣等
 - ・歯間ブラシまたはフロスをほぼ毎日使っている（週に3～4日使っている、週に1～2回使っている、使っていない）者の割合
 - 現在歯の状況
 - ・一人平均現在（健全、未処置、処置）歯数
 - ・現在歯数 24 歯以上（20～23 歯、19 歯以下）の者の割合
 - ・未処置歯がある者の割合
 - 喪失歯の状況
 - ・一人平均要補綴歯数
 - ・要補綴歯がある者の割合
 - 歯周組織の状況（CPI）
 - ・歯肉出血の個人コードが0（1）の者の割合
 - ・歯周ポケットの個人コードが0（1、2）の者の割合や1以上の者の割合
 - 判定
 - ・異常なし（要指導、要精密検査）の者の割合

10 個人情報保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年5月30日法律第57号）等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日通知 平成18年4月21日改正 平成22年9月17日改正 厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取り扱い等の秘密保持に努める必要があります。

11 その他

歯周病は、かつて歯周疾患とよばれており、現在も法令上は「歯周疾患検診」と規定されていますが、「歯周病検診マニュアル2015（厚生労働省）において、「歯周疾患」より「歯周病」という文言の使用が推奨されていますので、その点について配慮が必要です。

歯周病検診票（例）

診査日 年 月 日

| | | | |
|------------|-----------|------|----------|
| 住所 | | 電話 | |
| ふりがな 氏名 | 性別 男・女 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| | | 年齢 | 歳 |

あてはまるところの口にチェック(V)をして、()内には必要な事項を記入してください。

(全身の状態)

1. 全身の状態であてはまるものはどれですか。

- a. 糖尿病
- b. 高血圧
- c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞
- d. 関節リウマチ
- e. 内臓型肥満
- f. その他

| | はい | いいえ |
|----|--------------------------|--------------------------|
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

具体的に記入してください。

()

(自覚症状)

- 2. 歯が痛んだりしみたりしますか。
- 3. 歯ぐきから血が出たり、腫れたりしますか。
- 4. 歯と歯の間に食べ物がはさまりますか。
- 5. 硬い食べ物はかみにくいですか。
- 6. 口を大きく開けると関節から音がしたり痛かったりしますか。
- 7. 口もとの外観(歯の色や歯並びなど)が気になりますか。
- 8. 口臭が気になりますか。
- 9. 入れ歯が合わない。
- 10. その他の自覚症状がある。

| | はい | いいえ |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

あれば具体的に記入してください。

()

(口腔清掃について)

11. 歯みがき指導を受けたことがありますか。

| | はい | いいえ |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. 一日のうち、いつ歯をみがきますか。

- a. 起床時
- b. 朝食後
- c. 昼食後
- d. 夕食後
- e. 就寝前
- f. その他

| | みがく |
|----|--------------------------|
| a. | <input type="checkbox"/> |
| b. | <input type="checkbox"/> |
| c. | <input type="checkbox"/> |
| d. | <input type="checkbox"/> |
| e. | <input type="checkbox"/> |
| f. | <input type="checkbox"/> |

あれば具体的に記入してください。

()

一日計()回

13. 1回の歯みがきに費やす時間は何分ぐらいですか。

- a. 1分未満
- b. 1分以上～3分未満
- c. 3分以上～5分未満
- d. 5分以上

14. 歯ブラシの交換間隔はどれぐらいですか。

()ヶ月に1回交換する。

15. 歯をみがく時、フッ化物(フッ素)入りの歯みがき剤を使っていますか。

- a. はい
- b. いいえ
- c. わからない
- d. 歯みがき剤は使っていない

16. 補助清掃用具(デンタルフロス、糸ようじ、歯間ブラシ)を使っていますか。

- a. ほぼ毎日使っている
- b. 週に3～4日使っている
- c. 週に1～2日使っている
- d. 使っていない

(その他)

17. あなたは、たばこを吸っていますか。

- a. 現在吸っている。
- b. 以前は吸っていたが、現在は吸っていない。
- c. 以前から吸っていない。

a.の方 → 1日に () 本吸う。
b.の方 → 1日に () 本 () 年間吸っていた。

18. あなたは、たばこが歯周病(歯槽膿漏)に与える影響についてどう思いますか。

- a. たばこを吸うとかなりやすくなると思う。
- b. たばこ関係ないと思う。
- c. どちらともいえない。

19. この1年間に歯科医院等で歯の検診を受けましたか。

| | はい | いいえ |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | 左 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

補綴状況
(Br. 義歯, インプラント)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | | | |
|----------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|------------------|
| 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 (⊖) |
|----------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|------------------|

歯肉の状況

| | | | | | |
|-----|---------|----|---------|---------|---|
| | 17または16 | 11 | | 26または27 | |
| BOP | | | | | 左 |
| PD | | | | | |
| 右 | | | | | |
| BOP | | | | | |
| PD | | | | | |
| | 47または46 | 31 | 36または37 | | |

CPI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 (4~5mm)
 2: 深いポケット (6mm~)
 9: 除外歯
 X: 該当歯なし

口腔清掃状態

| | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 良好 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 普通 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 不良 |

歯石の付着

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. なし |
| <input type="checkbox"/> | 2. 軽度(点状)あり |
| <input type="checkbox"/> | 3. 中等度(帯状)以上あり |

その他の所見

- 軟組織・粘膜
 顎関節
 歯列・咬合の不正
 その他

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | あり | なし |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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、中等度以上) |
| | 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) |

| 判定区分 | | |
|------|--------------------------|------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | <input type="checkbox"/> | 2a. <input type="checkbox"/> |
| | | 2b. <input type="checkbox"/> |
| | | 2c. <input type="checkbox"/> |
| | | 2d. <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | 3a. <input type="checkbox"/> |
| | | 3b. <input type="checkbox"/> |
| | | 3c. <input type="checkbox"/> |
| | | 3d. <input type="checkbox"/> |
| | | 3e. <input type="checkbox"/> |
| | | 3f. <input type="checkbox"/> |

指導内容・目標

[市町村への連絡事項(個別検診の場合)]

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 検査した医療機関にて指導予定 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先: _____) |
| <input type="checkbox"/> | 4. 他医療機関(医科)を紹介(紹介先: _____) |

精密検査結果

| | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 異常認めず |
| <input type="checkbox"/> | 歯周病であった者 |
| <input type="checkbox"/> | 歯周病以外であった者 |

検査者(医療機関)名

医療機関所在地
 医療機関名称
 電話番号
 歯科医師名

歯周疾患検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。 署名

歯周病検診票の記入について(要約)

◆現在歯・喪失歯の状況

(1) 現在歯の状況【歯の全部または一部が口腔内に現れているもの】

過剰歯は含めないこととします。また、癒合歯は1歯として取り扱い、歯種名は上位歯種名とします。
→「1」と「2」が癒合していたら「1」となります。「2」は喪失歯とせずに「▲」を記入します。

①健全歯「/」または連続横線「——」【う蝕あるいは歯科的処置が認められない歯】

・咬耗・摩耗・着色・斑状歯・外傷・酸蝕症・発育不全・歯周炎・形態異常・エナメル質形成不全等の歯であっても、う蝕や歯科的処置が認められない場合は健全歯とします。

・診査者によって判断が異なる程度の初期変化で治療の必要性が認められない場合は健全歯とします。

②未処置歯「C」【小窩裂溝・平滑面に明らかなう蝕がある歯】

・エナメル質下の脱灰・浸蝕、軟化底・軟化壁が確認できる歯。

・治療途中の歯及び二次う蝕の歯は未処置歯とします。

・C4の残根は、未処置歯とします。

③処置歯「O」【歯の一部または全部に充填、クラウン等を施している歯】

・歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置及び、骨折副木装置は含みません。

・予防てん塞(フィッシャーシーラント)を施した歯については、可能な限り問診して、う蝕のない歯にてん塞した場合は、健全歯(/)、う蝕の歯にてん塞した場合は処置歯(O)とします。

・根面板等を施してある歯は、処置歯(O)とします。

(2) 喪失歯の状況【喪失歯は抜去または脱落により喪失した歯】

・先天的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処置の必要性が認められない場合は喪失歯には含めず、歯式該当欄には「▲」を記入します。

①要補綴歯「△」【義歯、ブリッジ等による欠損補綴処置が必要と判断できる歯】

②欠損補綴歯「⊕」【義歯、ブリッジ、インプラント等による欠損補綴処置が施されている歯】

・一部破損していたり、欠損部の状況と著しく異なる義歯は装着していないものとします。

◆口腔清掃状態【CPIの検査対象歯の状態について記載】

・「良好」→ほとんど歯垢の存在が認められない状態

・「不良」→1歯以上の歯の歯肉縁に歯面1/3を超えて歯垢が認められる状態

・「普通」→それ以外

◆歯石の付着

・「なし」、「軽度」(点状)あり、「中等度」(帯状)以上あり、のいずれかを記入する。

◆その他の所見

・「軟組織・粘膜」、「顎関節」、「歯列・咬合の不正」、「その他」の所見について、さらに詳しい診査や治療が必要な所見について記載する。

◆補綴状況【装着している補綴物の名称と範囲を検診票の歯式の欄外に記載】

【記載例】 ⑤⑥⑦ Br. → ⑤①②③④⑤⑥⑦⑧⑨

⑤⑥⑥⑦ Br. (6分割抜歯) → ⑤①②③④⑤⑥⑦⑧⑨

⑤⑥⑦ 部分床義歯(5残根⑦根面板) → ⑤①②③④⑤⑥⑦⑧⑨

⑥⑦ 部インプラント → ⑥①②③④⑤⑥⑦⑧⑨

◆歯肉の状態【歯肉出血(BOP)と歯周ポケット(PD)を検査します。*CPIのコードで記載します。】

・口腔を6分画(17~14、13~23、24~27、47~44、43~33、34~37)し、

各ブロックから下記の代表歯10歯を検査しますが、

臼歯部では2歯のうち高いほうの点数をその分画の代表点数とします。

そのため、記録は各分画1歯ずつ、全体で6歯とします。

・前歯部の代表歯(11あるいは31)が欠損している場合は、

反対側同名歯(21あるいは41)を検査対象とします。

・前歯部の対象歯が両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部分画で2歯とも欠損している場合は、検査対象外として「x」を該当する分画の欄に記入します。

・根の露出が根尖に及ぶなど、プローピングが出来ない歯は除外歯として「9」を該当する分画の欄に記入します。

・上顎は頬側面、下顎は舌側面を検査して最高コード値(代表点数)を記入します。

*各分画の代表点数のうちの最高コード値を、個人の代表値(個人コード)とし、CPI個人コード(最大値)欄に記入します。

| | | | | |
|---|-------|----|-------|---|
| | | 上 | | |
| 右 | 17・16 | 11 | 26・27 | 左 |
| | 47・46 | 31 | 36・37 | |

| | | | |
|--------|-----|---------------|-----------------------------------|
| | | 下 | |
| | コード | 所見 | 判定基準 |
| 歯肉出血 | 0 | 健全 | 以下の所見が認められない |
| | 1 | 出血あり | プローピング後10~30秒以内に出血が認められる |
| | 9 | 除外歯 | プローピングが出来ない歯(例:根の露出が根尖に及ぶ) |
| 歯周ポケット | x | 該当する歯なし | |
| | 0 | 健全 | 以下の所見がすべて認められない |
| | 1 | 4~5mmに達するポケット | ポケットの深さが4~5mm(プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する) |
| | 2 | 6mmを超えるポケット | ポケットの深さが6mm以上(プローブの黒い部分が見えなくなる) |
| | 9 | 除外歯 | プローピングが出来ない歯(例:根の露出が根尖に及ぶ) |
| | x | 該当する歯なし | |

◆判定区分【歯肉の状態のCPI個人コード(最大値)と未処置、要補綴歯、およびその他の所見の有無により判定】

- 異常なし : 未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、CPI個人コードが歯肉出血0 および歯周ポケット0の者
- 要指導 : 未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、以下a~dの項目に1つ以上該当する者
 - CPI個人コードが歯肉出血1 および歯周ポケット0の者
 - 口腔清掃状態が「不良」の者
 - 歯石の付着(軽度、中等度以上)がある者
 - 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する者
- 要精密検査 : 以下の項目に1つ以上該当し、さらに詳しい検査や治療が必要な者
 - CPI個人コードが歯周ポケット1の者
 - CPI個人コードが歯周ポケット2の者
 - 未処置歯がある者
 - 要補綴歯がある者
 - 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者
 - その他の所見(さらに詳しい検査や治療が必要な項目)がある者

◆指導内容・目標【指導内容・目標について記載します】

・判定区分に基づいた歯科保健指導を行い、具体的な内容を開いたスペースに記載します。

◆今後の方針(市町村への連絡事項)についてチェックする。

◆精密検査結果についてチェックする。

【 表6 歯周疾患（歯周病）検診 結果報告書 】

市町村名 ()

| | | 40歳 | | | 50歳 | | | 60歳 | | | 70歳 | | | 合計 | | | |
|---|--|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|----|----|--|
| | | 男性 | 女性 | 全体 | 男性 | 女性 | 全体 | 男性 | 女性 | 全体 | 男性 | 女性 | 全体 | 男性 | 女性 | 全体 | |
| 対象者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.~10. 自覚症状 | あり なし | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔清掃 | 11.歯みがき指導 a.はい b.いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12.歯みがき時期 e.就寝前 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 回数 0回 1回 2回 3回以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13.時間 a.b. ~3分未満 c. 3分以上~5分未満 d. 5分以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14.交換間隔 ~1ヶ月 ~2ヶ月 ~4ヶ月 4ヶ月超 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15.フッ化物歯磨剤 a.はい b.いいえ c.わからない d.使っていない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 16.補助清掃用具 a.ほぼ毎日 b.週に3~4日 c.週に1~2日 d.使っていない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17.喫煙習慣 a.現在吸っている b.以前は吸っていたが、現在は吸っていない c.以前から吸っていない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18.たばこと歯周病 a.悪影響がある b.関係ない c.どちらともいえない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.歯科検診受診 a.はい b.いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔内診査結果 | 現在歯・喪失歯の状態 (一人平均歯数) 1. 健全歯数 2. 未処置歯数 3. 処置歯数 4. 現在歯数 5. 要補綴歯数 6. 欠損補綴歯数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口腔清掃状態 1. 良好 2. 普通 3. 不良 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CPI個人コードの最大値 | 歯石 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 出血 スコア 0 スコア 1 その他(スコア 9又は全て×) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ポケット スコア 0 スコア 1 スコア 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ト スコア 0 スコア 1 スコア 2 その他(スコア 9又は全て×) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 判定結果 | 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、中等度以上) 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 (※3b. 該当者は除いて計上すること) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 歯の状態 | 24歯以上 20歯~23歯 19歯以下 | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 網掛け部分は報告必須項目