

# 奈良県歯周疾患（歯周病）検診実施要領

## 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ある。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する。

## 2. 実施主体等

実施主体は市町村とする。

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するものとする。

## 3. 対象者

対象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 20 歳、満 30 歳、満 40 歳、満 50 歳、満 60 歳及び満 70 歳に達する者とする。

## 4. 実施方法

### （1）方式等の選択

市町村は、実施にあたり、地域の特性や実情を踏まえ、集団で実施する方式（集団方式）、個別に指定した歯科医療機関で検診を受診する方式（個別方式）を選択すること。

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う。

### （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連携を図るものとする。

集団方式の場合は、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すること。

個別方式の場合は、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すること。

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こと。

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はなく、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努めること。

### (3) 対象者の把握

市町村は、あらかじめ当該年度に満 20 歳、満 30 歳、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すること。

### (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うこと。

## 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うえで実施する。併せて検診受診者名簿を作成する。

### (2) 個別方式

市町村は、対象者に歯周病検診受診票を交付する。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、歯周病検診を実施する。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る。

### (3) 検診項目

#### ア. 問診

歯周病検診票（例）及び「歯周病検診マニュアル 2015（厚生労働省）」を参考に、自覚症状等、歯科健康診査や歯科医療機関等の受診状況、生活習慣や身体的因子等について行う。

#### イ. 口腔内検査

歯周病検診票（例）及び「歯周病検診マニュアル 2015（厚生労働省）」を参考に、現在歯の状況、喪失歯の状況、歯周組織の状況、口腔清掃状態、その他の所見（楔状欠損等、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等）について行う。

上記マニュアルにおいては、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処置の必要が認められないものについては喪失歯に含めず、歯式の該当欄には「×」を記入することとなっているが、本県においては「▲」を記入する。

#### ウ. 検診結果の判定

「歯周病検診マニュアル 2015（厚生労働省）」に基づき、①異常なし、②要指導、③要精密検査に区分する。②要指導、③要精密検査の細区分についても必ず判定を行うこと。

## 6. 検診結果の通知・説明、事後指導

結果の説明にあたっては、まず現在の口腔内がどのような状態であるかを受診者に具体的に知らせ、病態や進行度について正しい理解が得られるように努めること。

問診により、歯周病との関係が指摘されている基礎疾患や、生活習慣等が認められた場合は、その関係性について指摘し、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行うこと。

集団方式にあつては市町村から受診者に通知・説明を行うものとする。個別方式においては指定歯科医療機関から受診者に通知・説明を行うものとし、指定歯科医療機関は結果を市町村に報告すること。

原則検診実施当日に結果の説明および歯科保健指導を行うこと。

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すること。

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、有機的な連携をもつように実施すること。

要精密検査該当者のうちC P I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となるので、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C P Iとの違いについて、あらかじめ受診者に対して説明することが望ましい。

必要に応じて生活習慣の改善を行うことが発症予防及び重症化予防を進める上で重要であることから、歯・口腔の健康に関する生活習慣や基礎疾患を加味した歯科保健指導等を行うことが望ましい。

## 7. 報告

市町村は、歯周疾患（歯周病）検診結果報告書を作成し保健所経由の上、県（健康推進課）へ毎年7月末日までに提出するものとする。

## 8. 記録の整備

市町村は、個人単位及び集団単位で記録を整備する。個人単位の記録は検診後のフォローに活用し、集団単位の記録は性・年齢（階級）別に集計し検診事業の評価に活用する。

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診したか否かは、事業評価の点から注目する必要があるため、集団方式の場合は、別途例示する「紹介状・回答書」を該当者に渡して、医療機関に持参のうえ受診してもらい、医療機関から結果を郵送等により回収する等の方法によるなど、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ことが望ましい。

## 9. 個人情報の保護

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、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

#### 10. その他

歯周病は、かつては歯周疾患とよばれており、現在も法令上は「歯周疾患検診」と規定されているが、「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るので、その点配慮するよう努めること。

個別方式の場合、検診と医療を区別することが必要であることから、検診当日は治療を行わないことが望ましい。

(附則)

この要領は平成14年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成16年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成17年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成19年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成28年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成30年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は令和6年4月1日より施行する。

## 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 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. たばこを吸うとわか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"/>



## 紹介状・回答書(例)

歯科医療機関 御中	No.
このハガキを持参する方は、○年○月○日に△市の歯周病健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と認められましたので、ご高診のほど宜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、更に詳しい検査や治療を要する e. その他の所見あり	
なお大変恐れ入りますが、受診されましたら下記事項をご記入の上、このハガキを投函願います。	
△市△課 担当○○	
貴院受診日:○年○月○日	
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ハガキを持参してください。	

歯周疾患(歯周病)検診 結果報告書

市町村名 ( )

		20歳			30歳			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	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.歯ブラシ指導	a.はい b.いいえ																				
	12.歯ブラシ時期	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																				
口腔内診査結果	19.歯科検診受診	a.はい b.いいえ																				
	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																				
判定結果	歯石	1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり																				
	CPI個人コードの最大値	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 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. 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、歯科医療等の受診状況等、指導を要する																					
歯の状態	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																						
現在の歯数	24歯以上 20歯～23歯 19歯以下																					

※ 網掛け部分は報告必須項目