

# 新潟市成人歯科健診実施要領

新 潟 市

(令和7年4月1日改正)

# 新潟市成人歯科健診実施要領

## 1 目的

成人の9割が歯周疾患に罹患しており、むし歯とともに歯の損失の大きな原因となっている。また、成人の半数以上は痛み等の症状が出てからの歯科医療受診が現状であり、歯周疾患対策の基本である、かかりつけ歯科医による予防や早期対応が不十分な状況である。

そこで、健康増進法の歯周疾患検診に基づき、成人期の歯科疾患、特に歯周疾患を早期に発見し適切な保健指導と治療を行うことを目的に「成人歯科健診」を歯科医療機関で実施する。

また、本事業をとおして、市民へ有益な歯科保健情報を提供し、市民の歯科保健行動の向上を促すとともに、かかりつけ歯科医による系統的な歯科保健医療との連携を推進することにより、市民の口腔機能の保持増進を図り、生涯にわたり自分の歯で豊かな食生活を実現することを目的とする。

## 2 対象者

当該年度末現在の年齢が、40歳及び50歳の市民（当該年度内に40歳及び50歳の誕生日を迎える者）で、職場等で歯科健診の受診の機会のない者とする。

## 3 健診受診回数

対象者1人につき年1回とする。

## 4 健診期間、健診日及び健診時間

健診期間は、毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

健診日及び健診時間は、成人歯科健診（以下「健診」という。）を実施する医療機関で定め、その日時を受診希望者に明示する。

## 5 受診券

対象者にはあらかじめ個別に受診券を交付する。

なお、受診券の有効期限は当該年度の健診期間とする。

## 6 実施医療機関

本事業に協力する委託医療機関とする。

## 7 健診の方法

### (1) 問診

問診は別に定める「成人歯科健診記録票（別記様式第1号及び別記様式第2号，以下「記録票」という。）」に基づいて行う。

(2) 検査項目，検査基準及び判定基準

検査項目は，次に掲げる事項とし，検査及び判定基準等は別紙「成人歯科健診検査項目，検査基準及び判定基準等」のとおりとする。

- ア 現在歯に関する事項
- イ 歯周疾患に関する事項
- ウ 歯石・歯垢付着に関する事項
- エ その他の事項

(3) 保健指導

診査結果の通知とともに，歯周疾患に関する予防や治療等，必要な保健指導をあわせて行うものとする。その際，市の作成する資料等を活用し，歯周疾患についての基本的な指導を行うものとする。

(4) 歯のクリーニング体験

歯周疾患予防のためだけでなく，口腔内の清潔感並びに爽快感を体感することで口腔内の健康に関心を持ってもらうため，歯のクリーニング体験を行う。実施方法は別紙「成人歯科健診検査項目，検査基準及び判定基準等」のとおりとする。

## 8 受診の方法

受診希望者は，受診券，本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は，加入資格がわかるもの）及び健康手帳のある者はこれらを持参し，直接，委託医療機関で受診するものとする。また，原則として受診者は事前に予約をするものとする。

## 9 健康診査に関する費用

(1) 委託医療機関に支払う料金

別に定める「成人歯科健診委託契約書」のとおりとする。

(2) 受診者の一部負担の額

ア 1件あたり500円とする。

（新潟市国民健康保険加入者は250円とする。）

イ 受診者が次に掲げる者で，事前に送付する「成人歯科健診無料受診券」（新潟市各種検診無料受診券交付要領別記様式第2号，以下「無料受診券」という。），「生活保護受給証明書」或いは「支援給付を受けていることについての証明書」の提出があった場合は一部負担を徴収しない。

- (ア) 当該年度の市民税非課税世帯に属する者（当該年度分が確定していない場合は前年度の当該税）
  - (イ) 生活保護法による被保護者
  - (ウ) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定により支援給付を受けている者
  - (エ) 市長が公益上の理由等で必要と認めた者
- (3) 一部負担の納付

受診者は、受診した委託医療機関に直接支払うものとする。この際、委託医療機関においては、任意の領収書を発行するものとする。

## 10 健診結果の通知

健診結果は、健診当日に、健診を実施した歯科医師が直接受診者に「成人歯科健診結果のお知らせ」（別記様式第3号）に基づき説明のうえ通知する。この際、健診結果に基づきメンテナンスや治療等、次回の内容と予定時期について説明する。ただし、未定の場合は未記入でよい。

また、「健康手帳」持参者には、健診結果等の必要事項の記載を行う。

## 11 健診費用（市負担分）の請求と支払

- (1) 本事業に協力する委託医療機関のうち、一般社団法人新潟市歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）の会員である委託医療機関は所属する歯科医師会へ、また、歯科医師会の会員以外の委託医療機関は新潟市へ、健診翌月の15日までに、記録票、成人歯科健診結果集計表（以下「集計表」という。）、無料受診券及び生活保護受給証明書を新潟市に提出するものとする。
- (2) 一般社団法人新潟市歯科医師会長（以下「歯科医師会長」という。）は、毎月、歯科医師会の会員である委託医療機関から提出された記録票及び集計表について点検を行ったうえ、健診翌月末までに新潟市財務規則の規定による請求書に記録票、集計表、無料受診券及び生活保護受給証明書を添えて市長に提出するものとする。
- (3) 市長は、歯科医師会長及び歯科医師会の会員以外の委託医療機関からの請求に基づき、請求書等を審査のうえ、適当と認めた時はすみやかに、その費用を支払うものとする。

## 12 事後指導及び管理

- (1) 健診後の状況の把握
  - ア 健診により要精密検査及び要指導と判定されたものについては、委託医療機関と継続的に連絡を持って、指導、精密検査及び医療を中断なく行うものとする。
  - イ 要指導以上の判定区分の者については、成人歯科健康相談及び成人歯科健康教育等他の保健事業と連携を図り指導を行う。

### 13 委託契約の方法

市長は、歯科医師会長または市長が成人歯科健診事業を行うことについて適当と認めた歯科医療機関と委託契約するものとする。

### 14 その他

委託医療機関は対象者の年齢等の受診資格について、受診券、本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）により確認するものとする。

また、委託医療機関は、健診後に受診券の受診確認欄に、受診年月日と実施医療機関名を記入するものとする。

附 則

この要領は、平成14年6月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成17年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から適用する。

(別紙)

## 成人歯科健診検査項目、検査基準及び判定基準等

### 1 検査項目および検査基準

次の項目について、歯科医師が人工照明下で平面歯鏡、歯科用探針、WHOプローブを用いて行う。診査結果は、以下に示す記号を用いて記録票に記入する。

#### (1) 現在歯の状況

現在歯は、歯の全部または一部が口腔内に現れているものをいう。①健全歯「/または連続横線——」、②未処置歯「C」、③処置歯「O」に分類する。

過剰歯は含めないこととし、癒合歯は1歯として取り扱い、その場合の歯種名は上位歯種名をもってこれにあてる。

#### ア 健全歯

(ア) 健全歯とは、う蝕あるいは歯科的処置が認められないものをいう。

(イ) 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、それとう蝕病変の認められないものは健全歯である。

#### イ 未処置歯

(ア) 未処置歯とは、小窩裂溝・平滑面において明らかなう窩、エナメル質下の脱灰・浸蝕、軟化底、軟化壁が確認できるう蝕病変を有するものをいう。

(イ) 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する。

(ウ) 残根は、未処置歯とする。

#### ウ 処置歯

(ア) 処置歯とは、歯の一部または全部に充填、クラウン等を施しているものをいう。

(イ) 歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置および骨折副木装置はふくまない。

(ウ) 治療が完了していない歯、二次的とう蝕や他の歯面で未処置う蝕が認められた処置歯は未処置歯として扱う。

(エ) 予防てん塞(フィッシャー・シーラント)の施してある歯については、可能な限り問診をして、う蝕のない歯にてん塞したものは健全歯とするが、明らかにう蝕があった歯にてん塞を施したものは処置歯とする。

(オ) 根面板等を施してある歯は、処置歯とする。

(2) 喪失歯の状況

喪失歯とは、抜去または脱落により喪失した歯をいう。①要補綴歯(△)と②欠損補綴歯(⊖)に分類する。

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ものについては喪失歯に含まない。歯式の該当欄には「×」を記入する。

ア 要補綴歯

喪失歯のうち、義歯等による欠損補綴処置が必要と判断できるものを要補綴歯とする。

イ 欠損補綴歯

喪失歯のうち、義歯、ブリッジ、インプラント等による補綴処置が施されているものを欠損補綴歯とする。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する。

(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)を測定する。

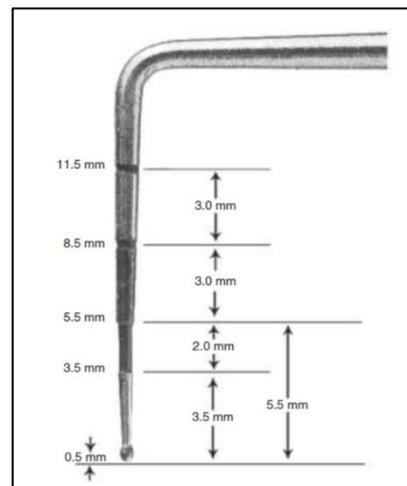


図1 WHOプローブ

ア 対象歯

(7) 口腔を6分画(17~14, 13~23, 24~27, 47~44, 43~33, 34~37)し、下記の歯を各分画の代表歯とする。

17	16	11		26	27
47	46		31	36	37

(イ) 前歯部の対象歯(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)を対象歯とする。両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部で2歯とも対象歯が欠損している場合には、対象外歯として「×」を該当する分画の欄に記入する。

イ 診査方法

- (7) 上顎は頬唇側面，下顎は舌側面について以下の基準（表 1，図 2）で診査し，最高コード値を記入する。臼歯部では 2 歯のうち高い方の値を最大コード値とする。
- (イ) 各分画のコード値のなかで最高コード値を個人の代表値（個人コード）とする。
- (ウ) 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，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る。

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	プロービング後 10～30 秒以内に出血が認められる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯（例：根の露出が根尖に及ぶ）
	X	該当する歯なし	
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	WHO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	WHOプローブの黒い部分が見えなくなる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯（例：根の露出が根尖に及ぶ）
	X	該当する歯なし	

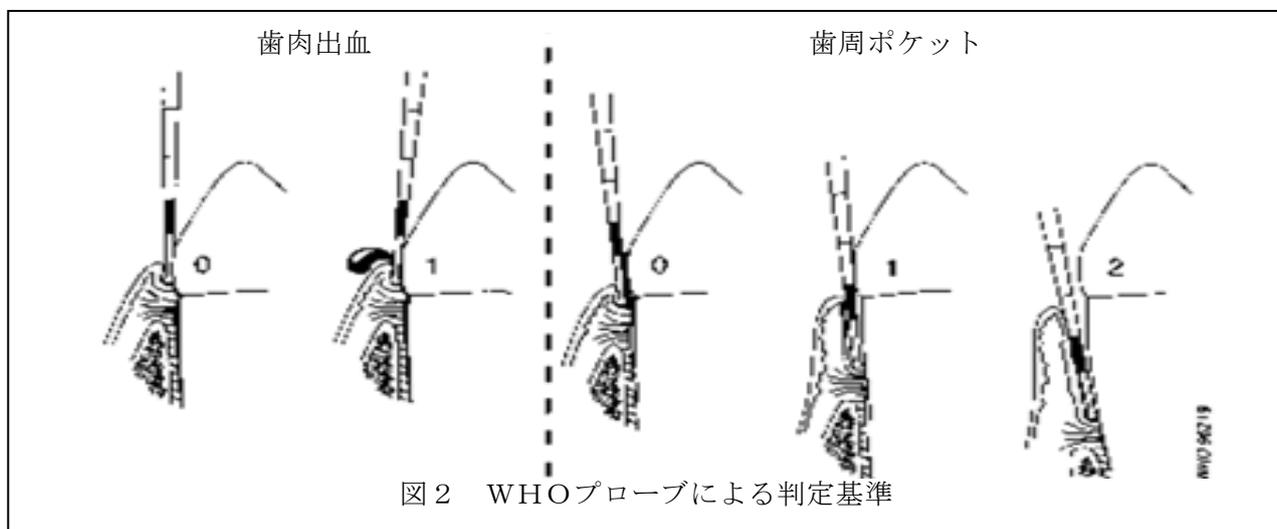


図 2 WHOプローブによる判定基準

(4) 歯石の付着状況

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」とする。

(5) その他の所見

歯（楔状欠損等）、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜について、さらに詳しい診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て精密検査の受診を勧める。

## 2 健診結果の判定

診査結果に基づき、以下のように判定する。

(1) 異常なし

未処置歯、要補綴歯、その他の所見が認められず、C P I 個人コードが歯肉出血 0、歯周ポケット 0 の者

(2) 要指導

未処置歯、要補綴歯、その他の所見が認められず、下記の項目に 1 つ以上該当する者

ア C P I 個人コードが歯肉出血 1、歯周ポケット 0 の者

イ 口腔清掃状態が不良の者

ウ 歯石の付着（軽度、中等度以上）がある者

(3) 要精密検査

以下の項目に 1 つ以上該当し、さらに詳しい診査や治療が必要な者

ア C P I 個人コードが歯周ポケット 1 の者

イ C P I 個人コードが歯周ポケット 2 の者

ウ 未処置歯あり

エ 要補綴歯あり

オ その他の所見あり：その他の所見で、さらに詳しい検査や治療が必要な項目のある者

## 3 歯のクリーニング体験の実施

問診による希望に基づき、以下の方法で実施する。

(1) 実施方法

ア 委託医療機関では(2)注意事項を参照して、実施の有無を決定する。

イ 歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士が、歯の表層に付着した汚れを歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて除去する。

ウ 対象部位は、上顎切歯（12～22）の唇側面とする。ただし、上顎切歯（12～22）が全て欠損している場合は、代理歯として下顎切歯（42～32）の唇側面を実施する。対象歯がない場合は未実施としてよい。

エ 実施の有無について、記録票の該当欄へ記載する。

## (2) 注意事項

ア 歯石やヤニ等の頑固な汚れは除去できないこと、歯石除去は治療行為であるためできないことを実施前に説明し、了解を得た上で実施すること。

イ 歯の動揺、歯肉の発赤腫脹、う蝕の状態等により、歯のクリーニング体験を実施せず、治療行為を優先した方がよいと判断した場合は、その旨を説明し、了解を得た上で未実施としてよい。

## 4 継続受診の確認

健診結果を踏まえた、健診後の受診者の継続受診について記録票の該当欄へ記載する。

### (1) 次回の予定はない

メンテナンスや精密検査・治療を希望せず、予定していない者

### (2) 次回の予定がある

以下の項目に1つ以上該当する者

ア メンテナンス（定期的口腔内診査と機械的歯面清掃）を予定

イ 精密検査・治療を予定

健診実施の医療機関において実施、または、他の医療機関で予定する者



(別記様式第2号)

### 成人歯科健診記録票

一部負担金	無 有(新潟市国保・その他)
-------	-------------------

診査日: 年 月 日

太枠線内をご記入ください。

ふりがな 氏名:	男・女	生年 月日:	年 月 日( 歳)
住所: 新潟市 区			
質 問		記 載 欄	
1. 現在、歯や口について気になること(症状)はありますか。		(1)ない	(2)ある ( )
2. この1年以内に歯科医療機関で歯科検(健)診を受けましたか。		(1)はい	(2)いいえ
3. 使用している歯間部清掃用具はありますか。		(1)デンタルフロス (糸つきようじ)	(2)歯間ブラシ (3)その他 ( )
4. 喫煙すると、歯周病にかかりやすくなったり、悪化しやすくなることを知っていましたか。		(1)知っていた	(2)知らなかった
5. 毎日の口や入れ歯の手入れが、肺炎の発症予防に役立つことを知っていましたか。		(1)知っていた	(2)知らなかった
6. 歯周病が悪化すると、糖尿病、関節リウマチ、狭心症・心筋梗塞等の全身疾患に影響を及ぼすことを知っていましたか。		(1)知っていた	(2)知らなかった
7. 本日、歯のクリーニング体験を希望しますか。 ※対象歯は上の前歯4本の前面です。歯面の歯垢を取り除くもので、歯石は取りません。		(1)希望する	(2)希望しない

(医療機関保管用)

歯式 (記号記入)	右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	左	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	右

【歯周病の状況】		歯肉出血BOP 個人コード(最大値)		歯肉出血 BOP 判定基準		歯周ポケット PD 判定基準		【歯石の付着状況】	
種 歯 側 面	右上 7-6	右上 1	左上 7-6	0:健全	1:出血あり	0:健全	1:4~5mm	1. なし (該当番号に○)	【その他の所見】
	右下 7-6	左下 1	左下 7-6	1:出血あり	1:4~5mm	2:6mm以上	2. あり→(1)くさび状欠損 (2)歯列咬合 (3)顎関節 (4)粘膜 (5)その他 ( )		
舌 側 面				9:除外歯	9:除外歯	9:除外歯			
				X:該当歯なし	X:該当歯なし	X:該当歯なし			

判定区分(該当項目を○で囲む)	歯式記号	本数[本]	
1. 異常なし	/ :健全歯	①	
2. 要指導 →	c :未処置歯	②	
3. 要精密検査 →	○ :処置歯	③	
	△ :要補綴歯	④	
	▽ :欠損補綴歯	⑤	
	現存歯数 (①+②+③)		

歯のクリーニング体験実施の有無 (該当項目を○で囲む)	継続受診の確認(該当項目を○で囲む)
1. 実施 2. 未実施 3. 対象外のため実施せず	1. 次回の予定はない 2. 次回の予定がある → a. メンテナンス(定期的口腔内診査と機械的歯面清掃)を予定 b. 精密検査・治療を予定

実施医療機関  
住 所  
名 称  
診査歯科医師

診査結果について、今後の健診の精度向上のため、分析に利用します。なお、個人情報、個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、厳重に管理するとともに、前記以外に利用することはありません。

新 潟 市

(別記様式第3号)

### 成人歯科健診結果のお知らせ

診査日： 年 月 日

ふりがな 氏名： 様

医療機関↓受診者(結果通知用)

該当項目を○で囲む

1. お口の中は良好な状態です。  
→ これからも定期検(健)診を受けながら、口の中の健康を保っていくよう心がけてください。

2. 軽い歯ぐきの炎症が認められます。  
→ 歯の磨き方等の指導を受け、状態の改善を図りましょう。

3. 更に詳しい検査や治療が必要な状態です。

a 歯周病の治療  
b むし歯の治療  
c 入れ歯の治療  
d その他 ( )

→ かかりつけ歯科医院に相談し、早めにお口の健康の回復を図りましょう。

あなたの次回の予定時期

年 月

歯式 (記号記入)	右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
	左	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	右

【歯周病の状況】

(頬唇側面)	BOP	右上 7-6	右上 1	左上 7-6	歯肉出血BOP 個人コード(最大値) 判定基準 0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし	歯肉出血BOP 判定基準 0:健全 1:4~5mm 2:6mm以上 9:除外歯 X:該当歯なし	歯周ポケットPD 個人コード(最大値)	【歯石の付着状況】 1. なし (該当番号に○) 2. 軽度(点状) 3. 中等度(帯状)以上
	PD							
(舌側面)	PD				歯周ポケットPD 個人コード(最大値)	【その他の所見】 1. なし (該当番号に○) 2. あり→(1)くさび状欠損 (2)歯列咬合 (3)顎関節 (4)粘膜 (5)その他 ( )		
	BOP	右下 7-6	左下 1	左下 7-6				

判定区分(該当項目を○で囲む)

1. 異常なし

2. 要指導 →

3. 要精密検査 →

- a. 歯肉出血1 かつ 歯周ポケット0
- b. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上)
- a. 歯周治療1(歯周ポケット1(浅いポケット))
- b. 歯周治療2(歯周ポケット2(深いポケット))
- c. う蝕治療(未処置歯あり)
- d. 補綴治療(要補綴歯あり、要義歯修理・調整)
- e. その他の所見あり(上記以外で更に詳しい検査や治療が必要な場合)

歯式記号	本数[本]
/ :健康な歯	①
c :治療が必要なむし歯	②
○ :処置(治療)済みの歯	③
△ :入れ歯等の処置が必要な歯	④
△ :入れ歯等の処置済みの歯	⑤
あなたの歯の本数 (①+②+③)	

<p>歯のクリーニング体験実施の有無(該当項目を○で囲む)</p> <p>1. 実施    2. 未実施    3. 対象外のため実施せず</p>	<p>継続受診の確認(該当項目を○で囲む)</p> <p>1. 次回の予定はない 2. 次回の予定がある →</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. メンテナンス(定期的口腔内診査と機械的歯面清掃)を予定</li> <li>b. 精密検査・治療を予定</li> </ul>
---	--

実施医療機関  
住所  
名称  
診査歯科医師

診査結果について、今後の健診の精度向上のため、分析に利用します。なお、個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、厳重に管理するとともに、前記以外に利用することはありません。

新潟市