

障害者（児）歯科保健医療推進事業における
歯科健診・歯科保健指導事業実施のてびき
（第6版）



滋賀県健康づくりキャラクター
「しがのハグ&クミ」

障害者歯科健診歯科保健指導システム検討会

令和2年9月（令和元号対応）

はじめに

滋賀県における障害者歯科保健医療分野については、これまでから、歯科保健計画に基づき、口腔衛生センターでの歯科診療や入所施設での歯科健診、健康福祉事務所での療育教室への歯科健診など対策を進めてきたところですが、平成30年3月に、歯科保健計画の改定を行い、第5次計画である「滋賀県歯科保健計画―歯つらつしが21（第5次）―」を策定し、引続き、対策を進めることにしました。

このてびきは、障害者通所事業所における歯科健診・歯科保健指導の普及を目指して、各団体や関係者が連携して障害者の歯科保健医療体制の整備をすすめるため、歯科健診・歯科保健指導を実施するための関係者の役割や内容、様式などを定めたものです。

このてびきを活用し、関係者の連携協力のもと、障害者（児）歯科保健医療推進事業を進めることで、滋賀県歯科保健計画―歯つらつしが21（第5次）―の目標達成につながり、しいては県民が心身ともに健やかで、歯つらつと、心豊かな生活ができる社会の実現につながることを期待しています。

参考

滋賀県歯科保健計画―歯つらつしが21（第5次）―支援強化が必要な取組「障害者（児）への支援」における目標値

	目標項目	現状値	目標値
①	特別支援学校中学部1年生の一人平均むし歯数の減少	0.67本	0.5本
②	特別支援学校中学部1年生でむし歯のない人の割合の増加	72.5%	75%
③	特別支援学校中学部3年生の歯肉の有所見者の割合の減少	25.7%	20%以下
④	障害者通所事業所における定期的な歯科健診実施率の増加	41.0%	50%
⑤	障害者入所施設における定期的な歯科健診実施率の増加	86.4%	100%
⑥	地域の病院歯科において、 障害者（児）の歯科治療を行う病院の確保	4圏域	1圏域に 1か所以上
⑦	口腔衛生センター患者の地域の歯科診療所への紹介数の増加	16事例	増やす
⑧	かかりつけ歯科医を持っている者の割合の増加	33.2%	50%

目次

1. 歯科健診・歯科保健指導とは	1
2. 歯科健診・歯科保健指導システムの概要	2
3. 事業の実施方法	3
4. 当日のながれ	4
5. 必要物品について	5
6. 廃棄物の処理について	5
7. 事業の中止等の連絡について	6
8. 様式集	
様式1 歯科健診歯科保健指導事業申込書	7
様式2 歯科健診事前申込書	8
様式3 歯科健診票	9
様式4 歯科保健指導記録票	10
様式5 歯科健診結果集計表	11
様式6 通所事業所歯科健診歯科保健指導事業計画	12
9. 資料	
資料1 事業案内チラシ	13
資料2 歯式リスト・記入見本	14

1. 歯科健診・歯科保健指導とは

歯科健診では、歯科医師がむし歯や歯周病になっていないかをチェックします。

歯科保健指導では、歯科健診結果に基づき、歯科衛生士が歯磨きのチェックや食生活の個別アドバイスをを行います。

この事業では、歯科医師や歯科衛生士が通所事業所に出向いて歯科健診や歯科保健指導を行うので、利用者の方が、慣れた場所で受診していただけます。

歯科健診のようす



歯科保健指導のようす



一人ひとりの状況に応じた
個別指導が受けられます。

写真は、湖南圏域で行われているコラボにこここ歯科保健事業の様子です。

2. 歯科健診・歯科保健指導システムの概要

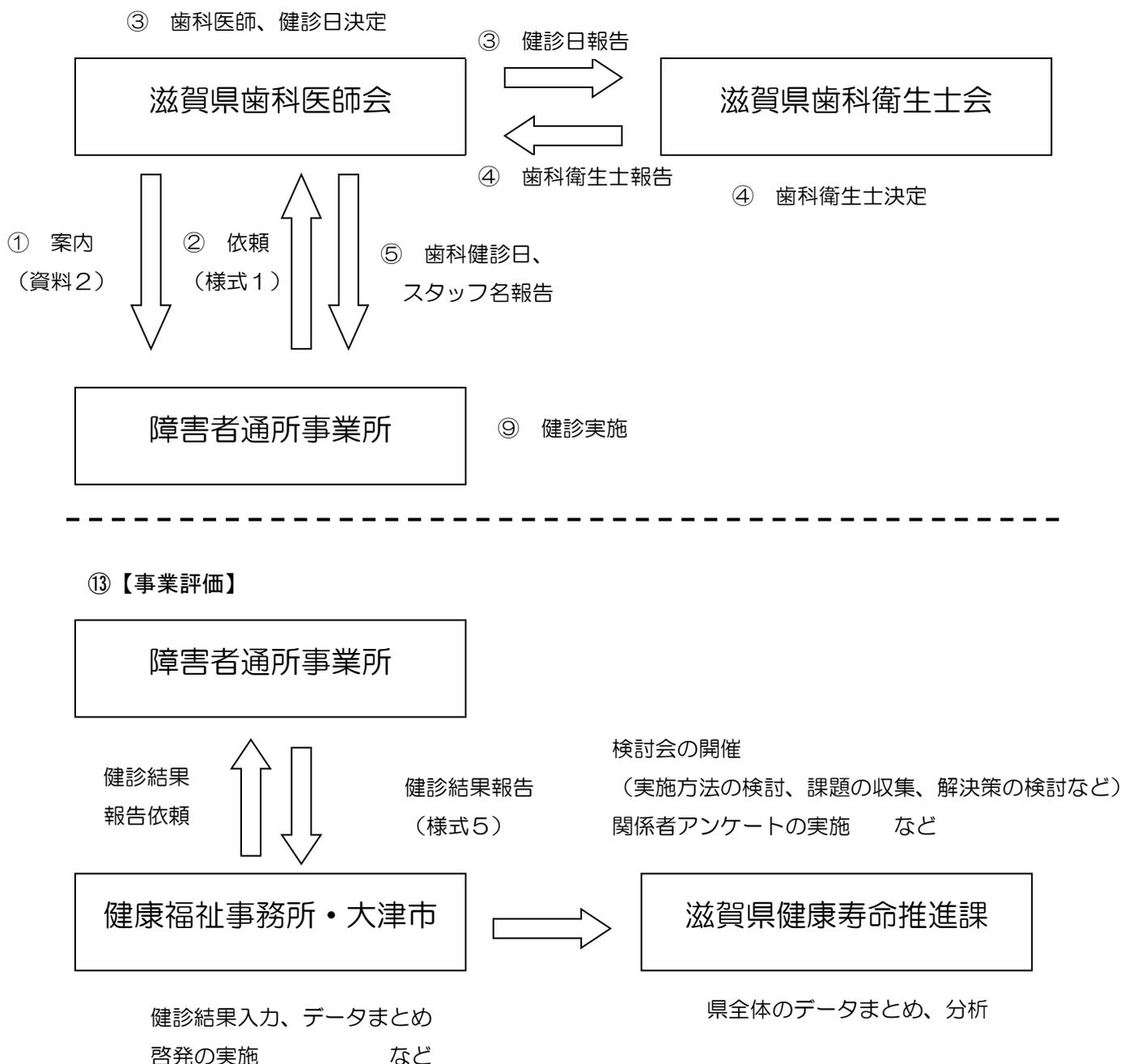
1. 費用

1事業所あたり 5,000円（基本費用）

ただし、20名を超える場合、超過人数一人あたり250円を加えます。

なお、法人で複数の事業所を運営している場合は、基本費用を1会場あたり5,000円とし、複数の事業所を1会場で実施することも可能です。

2. 事業のながれ（番号は、P.3と合わせています）



3. 事業の実施方法

- ① 歯科医師会が、**資料 1**などにより、県内の通所事業所へ事業の案内をする。
- ② 事業の参加を希望する通所事業所は、**様式 1**により、歯科医師会に申し込む。
(FAX:077-564-6692)
- ③ 歯科医師会は、歯科健診日を決定し、歯科衛生士会へ健診日を報告する。
- ④ 歯科衛生士会は、出勤歯科衛生士を決定し、歯科医師会へ報告する。
- ⑤ 歯科医師会は、通所事業所へ歯科健診日およびスタッフ名を報告する。
- ⑥ 通所事業所は、歯科健診の事前準備をする。
 - ・**様式 2**により歯科健診の受診者を募る。
 - ・**様式 3**を受診者分コピーし、氏名と生年月日欄は先に記載しておく。
 - ・**様式 4**を受診者分コピーする。
 - ・**様式 2, 3, 4**を3枚一組にし、受診者ごとにクリアファイルに挟むかホッチキスをするなどし、バラバラにならないように準備しておく。
- ⑦ 歯科医師会は、歯科健診日までに、必要物品を通所事業所に送付する。(高島圏域は、高島保健所へ送付し、通所事業所が取りに行く。)
- ⑧ 歯科健診当日(詳細は、P4参照)
- ⑨ 通所事業所は、**様式 3 および 4**を両面コピーし、受診者本人もしくは家族へ渡す。
要受診の方には、受診勧奨をする。

様式 2, 3, 4 の原本は、通所事業所にて保管してください。
- ⑩ 通所事業所は、歯科健診をしてから約2か月後に、受診者の歯科受診状況を確認し、**様式 3**の右下に結果を記入する。
- ⑪ 歯科医師会は、歯科健診をしてから約1か月後に、歯科健診費用を通所事業所あて請求し、通所事業所は請求額を振り込む。
- ⑫ 今後の障害者歯科保健事業の基礎資料とするため、各健康福祉事務所および大津市は、歯科健診の約3か月後までを目途に、通所事業所に対して、歯科健診結果の収集を行う。方法は、郵送や訪問など地域の実情により行う。(結果は県でとりまとめる。)

4. 当日のながれ

①現地集合（開始 10 分前までに集合）

②事前カンファレンス（約 10 分）

事業所、歯科医師、歯科衛生士の三者で、歯科健診歯科保健指導を円滑に進めるための情報共有を行う。司会進行は、歯科医師が行う。

※ カンファレンスの内容（確認事項）

- 当日の参加者数を事業所職員から報告する
- 特に困難が予想される人がいれば、事業所職員から報告する
- 個別の注意点は、様式 2（歯科健診事前申込書）により確認する。
- 様式 3（歯科健診票）については事業所職員が記入する。
- 様式 4（歯科保健指導記録票）については歯科衛生士が記入する。
- 様式 3、4 は、健診後、両面コピーしたものを利用者本人に渡す。
- 歯科健診票の記入方法について、歯科医師から事業所職員へ簡単に説明する
- その他注意すべき点があれば、それぞれより報告する

③歯科健診（1 人あたり 3 分程度）

歯科医師が、歯科健診を行う。

受診者の本人確認をする必要があるため、原則、記入は事業所職員で行うが、一人目の記入時に歯科衛生士が記入方法を指導する。

④歯科保健指導（1 人あたり 5～10 分程度）

歯科衛生士が、歯科健診結果に基づき、利用者にワンポイントアドバイスを行う。

⑤事後カンファレンス（約 10 分）

歯科医師、歯科衛生士が、健診結果票に基づいて、歯科受診の必要性および緊急性や日常生活でのフォロー、口腔ケアの方法などについて、事業所職員へ伝える。司会進行は、歯科医師が行う。

※所用時間は、事業所の状況により異なります。

スタッフ数の目安

<歯科医師>	受診者 30 名まで 1 名	受診者 30 名以上 2 名
<歯科衛生士>	受診者 10 名につき 1 名	

<事業所職員協力者数の目安>

歯科健診補助	歯科医師数と同程度
誘導および歯科保健指導補助	1 名程度

5. 必要物品について

＜事業所で準備するもの＞

歯科健診事前申込書（様式2）（健診日までに本人か家族等が記入）
歯科健診票（様式3）、保健指導記録票（様式4）
ティッシュペーパー、筆記用具（ボールペン）、大きなごみ袋、
懐中電灯（あれば）

＜受診者が準備するもの＞

歯ブラシ、コップ、手鏡、タオル

＜歯科医師会で準備するもの＞

ミラー（2～3人分の予備も含めて）、探針（若干数）、ライト、廃棄物
用の袋
※ 当日までに、歯科医師会から上記が入った箱が施設に送付されます

＜健診出勤者（歯科医師各自）で準備するもの＞

白衣、手袋、マスク

＜歯科衛生士会で準備するもの＞

手袋、マスク、染め出し、アルコールワッテ、手指消毒液

＜指導出勤者（歯科衛生士各自）で準備するもの＞

エプロン、名札、指導媒体、筆記用具

6. 廃棄物の処理について

- ミラーの包装やティッシュペーパーなどの口の中にいれていない廃棄物については、事業所で用意したゴミ袋に入れて、事業所で処理する。
- ミラーやグローブなど、直接唾液に触れたような廃棄物については、歯科衛生士が、歯科医師会から準備された袋に入れ、事業所職員は、発送で利用した箱に袋を詰めて、同封の伝票を貼って、返送する。

7. 事業の中止等の連絡について

- 天候による通所サービスの中止や欠席者多数などに伴う本事業の中止や延期などについては、事業所が判断することとする。その際の連絡については、以下のとおりとする。

① 事業所が中止または延期を決定



② 滋賀県歯科医師会口腔衛生センターに連絡

(電話：077-564-6692)



③ 各歯科医師、歯科衛生士に連絡

(連絡先は、様式6の出務報告書により事前に把握しておく)

- 歯科医師、歯科衛生士が事業の有無について迷う場合や、遅刻等がある場合は、それぞれから事業所へ連絡確認することとする。

(事業所の連絡先は、それぞれの通知文に入れておく)

- 口腔衛生センターから歯科衛生士への連絡については、地域理事とリーダー歯科衛生士2名に対して、携帯電話のメール連絡を基本とし、連絡を受けた際には、リーダー歯科衛生士が各出勤歯科衛生士へ連絡するとともに、了解した旨を口腔衛生センターに返信することとする。また、口腔衛生センターのパソコンメールから連絡を受けられるようにしておく。

(メールアドレス：sda-senta@shiga-da.org)

様式 1

歯科健診歯科保健指導事業申込書

事業所名

利用者数

事業所住所

歯科健診会場住所

〔 複数の事業所を 1 会場で行う場合や
事業所とは別の場所を実施する場合に記載 〕

担当者名

電話番号

FAX番号

【受診予定人数】

【希望日】 _____ 人

	月 日	開始時間
第 1 希望	月 日 ()	
第 2 希望	月 日 ()	
第 3 希望	月 日 ()	

※事業所、利用者の特徴など、伝えておきたいことがあれば御記入下さい。
また、複数の事業所を 1 会場で実施する場合はその旨も御記入下さい。

【歯科健診日】

_____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____ : 頃

【出勤歯科医師名】

【出勤歯科衛生士名】

様式 2

歯科健診事前申込書

歯科医師会、滋賀県歯科衛生士会、滋賀県では、三者が協力して行う事業として、障害者通所事業所において歯科健診・歯科保健指導事業を実施しています。

希望される場合は、下記に必要事項を記入の上お申し込みください。

なお、歯科健診の結果については、事業の振り返りなどに活用するため、個人が特定できないかたち（名前がわからないかたち）で事業所を通じて滋賀県で集約し、集計データを障害者の歯科保健医療対策を検討するための基礎資料とさせていただきますので、ご了承ください。

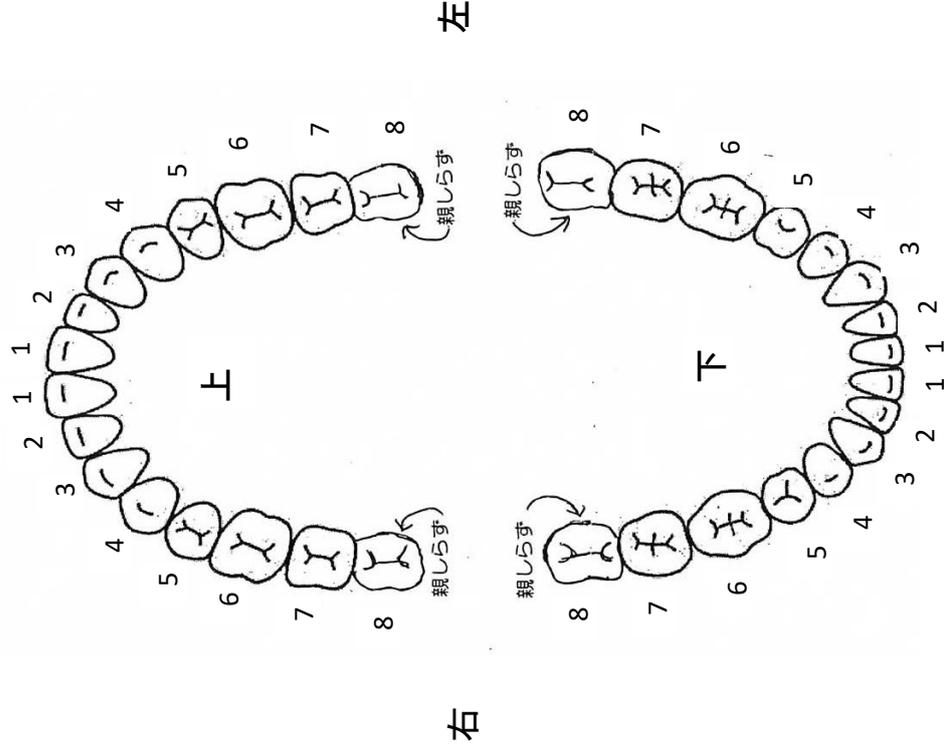
歯科健診の受診を希望します。 令和 年 月
 本人氏名 (代理の場合) 家族氏名

氏名	ふりがな	年齢	歳(年 月 日生)	性別	男・女
障害名	疾病名				
かかりつけ医	医療機関名 定期的を受診(回/ 月)程度 何かあれば受診	かかりつけ 歯科医	歯科医療機関名 定期的を受診(回/ 月)程度 何かあれば受診		
1) 指示に対する理解度	理解している		理解できない	不明	
2) 意志の伝え方	言葉でできる		態度でできる	できない	
3) 普段の歯磨きは誰がしていますか	本人のみ	介助者のみ	本人と介助者 その他()		
4) うがいの可否	できる		できない		
5) 投薬中ですか	いいえ はい(抗けいれん薬・その他()) ※ 抗けいれん薬を投薬中の方のみ 1) 発作の有無 あり なし 2) 発作の時期 いつ頃()				
6) 感染症の有無	なし	あり	(B型肝炎 C型肝炎 HIV)		
特に歯科健診で希望することがあればご記入ください					

氏名	男・女
生年月日	S・H 年 月 日 () 歳
歯科健診の 受診状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 抵抗あるが健診可能 <input type="checkbox"/> 健診不可能
清掃状況	<input type="checkbox"/> されい <input type="checkbox"/> ところどころ残っている <input type="checkbox"/> 磨き残しが多い
歯ぐきの状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 腫れの程度(軽度・中等度・著明)
歯石の付着	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 付着あり

健全歯 (/) _____ 本
 処置歯 (O) _____ 本
 未処置歯 (C) _____ 本
 喪失歯 (x) _____ 本
 ※親しらず(8)を除く
 (合計 28 本)

/ : 健全な歯
 C : 治療が必要なむし歯
 O : 治療済みの歯
 x : 抜けた(抜いた)歯
 M : 動揺歯
 先 : 先天性欠如



歯科受診の 必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの治療(歯石とり含む) <input type="checkbox"/> 入れ歯(ブリッジ含む)の作成、修理 <input type="checkbox"/> その他()

(歯科受診の必要性ありの場合)

健診2か月後の歯科医院への受診状況 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在)

受診 未受診

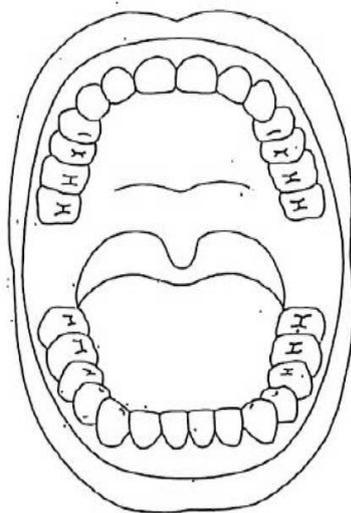
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 歯科医療機関名 _____

様式4 歯科保健指導記録票

歯磨き方法について

<注意して磨く部位>

歯垢や歯石がたまっているところなど汚れがあるところは赤く塗っています。



- 順番を決めて磨こう
- 歯ブラシは小さく小さく動かそう
- 歯ぐきのそばに歯ブラシを当てよう

歯ブラシの交換

- 広がっている
- 大きすぎる
- その他
- 問題なし

その他特記事項

指導歯科衛生士名

様式 5

令和 年度障害者通所事業所歯科健診結果集計表

事業所名				記入者名		
TEL				FAX		

区分	説明			人数		
ア	通所者数			人		
イ	アのうち、 歯科健診受診者数			人		
ウ	歯科健診受診者の年齢構成	10代()人 50代()人	20代()人 60代()人	30代()人 70代()人	40代()人 80代()人	合計が、 (イ)と同数
エ	歯科健診の受診状況	問題なし		人	(工)の合計	合計 合計が、 (イ)と同数
		抵抗あるが健診可能		人	人	
		健診不可能(健診を受けられなかった)		人		
カ	清掃状況	きれい		人	合計 合計が、 (工)と同数	
		ところどころ残っている		人		
		磨き残しが多い		人		
キ	歯ぐきの状態	問題なし		人	合計 合計が、 (工)と同数	
		腫れている	軽度	人		腫れている 合計 人
			中等度	人		
			著明	人		
ク	歯石の付着	問題なし		人	合計 合計が、 (工)と同数	
		付着あり		人		
ケ	むし歯のある人	未処置、処置歯、喪失歯が一本以上ある人			人	
コ	むし歯総本数	受診者全員の未処置、処置歯、喪失歯の合計			本	
サ	歯科受診の必要性	あり		(サ) 人	(サ)(ソ)の合計 合計 人 ※ありの内訳は含まない	(サ)+(ソ)の合計が、 (工)と同数
シ		ありの内訳	むし歯の治療が必要な人	人		
ス			歯ぐきの治療が必要な人	人		
セ			入れ歯(ブリッジ)の作成、修理が必要	人		
ソ	なし			(ソ) 人		
ナ	(サ)歯科受診の必要性ありのうち健診2か月後の受診状況	未受診		人	合計 合計が、 (サ)と同数	
		受診		人		
受診先の歯科医療機関名						
ニ	かかりつけ歯科医 ※事前申込書から転記	あり	内訳	通院中	人	(二)の合計 合計 人
又				何かあれば受診	人	
		なし			人	合計が、 (イ)と同数

様式6

通所事業所歯科健診歯科保健指導事業計画

地域名

理事名

理事メールアドレス

	月日	曜日	時間	施設名	施設住所	施設連絡先	施設担当者名	受診予定人数	出動歯科医師	出動歯科衛生士 (リーダーには★をつける)	リーダーDH 携帯メールアドレス
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

事業所で歯科健診・指導を受けませんか



誤嚥性肺炎が心配

利用者がなかなか
歯医者に行けない

「なんだか食べにくそう」「歯磨きのときに歯ぐきから血が出る利用者がある」「利用者の口腔ケアをどうしていいかわからない」など、お口のことでお困りのことはありませんか。

歯科医師と歯科衛生士が事業所に出向いて、利用者のむし歯や歯周病のチェック、歯の磨き方、歯科受診へのアドバイスなどを行います。（詳細は下記のとおり）

ご希望される事業所については、裏面の申し込み用紙により、お申し込みください。



1. 費用

1事業所あたり 5,000円（基本費用）

ただし、20名を超える場合、超過人数一人あたり250円を加えます。
なお、法人で複数の事業所を運営している場合は、基本費用を1会場あたり5,000円とし、複数の事業所を1会場で実施することも可能です。
※健診終了後、歯科医師会より事業所あてに請求書を送付しますので、振込みをさせていただきます。

複数の事業所を1会場で実施する場合は、その旨を申込書に御記入願います。

2. 所用時間（事業所の状況により異なります）

事前打ち合わせ：約10分

歯科健診と個別アドバイス：1人あたり8～13分

事後打ち合わせ：約10分

3. 申し込み

令和 年 月 日()までに裏面申込書により申し込む。

4. その他

歯科健診は原則、木曜日で設定します。

当日は、受診者は歯ブラシ、コップ、タオル、手鏡を持参してください。

【お申し込み・お問合せ】

滋賀県歯科医師会口腔衛生センター

Tel：077-564-6692 fax:077-564-6692

障害者歯科健診歯科保健指導システム検討会出席者名簿(H29年度最終改正時)

(委員)

(敬称略)

所属	氏名
滋賀県歯科医師会（理事）	谷 仁史
滋賀県歯科医師会（口腔衛生センター部長）	橋本 昌治
滋賀県歯科衛生士会（副会長）	中西 美幸
滋賀県歯科衛生士会（副会長）	日野 隆子
社会福祉法人パレット・ミル 多機能型事業所パワフル	宮田 佳美
社会福祉法人虹の会 ハーモニー	万木 まゆみ
大津市保健所健康推進課（歯科衛生士）	藤崎 ともみ
障害福祉課（企画・指導係長）	清水 仁

(オブザーバー)

滋賀県歯科医師会（口腔衛生センター）	山崎 容子
--------------------	-------

(事務局)

健康寿命推進課（健康づくり係長）	松井 孝至
健康寿命推進課（主査）	若栗 真太郎