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７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８年３月

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ており、令和６年４月に、歯科保健計画の改定を行い、第６次計画である「滋賀県歯科保健計画ー歯つらつしが２１（第６次）ー」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ー歯つらつしが 21（第６次）ー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ー歯つらつしが 21（第６次）ー目標値

目標項目	指標	直近値（基準年度）	目標値
歯科疾患の発症予防と重症化予防ができる	特別支援学校における 12 歳児でむし歯のない者の割合	84.0%（R4）	90%
在宅療養や障害などの特別な配慮が必要な状況であっても．歯科保健医療サービスを受けることができる	障害者・障害児が利用する施設での定期的な歯科健（検）診の実施率	通所　36.4% 入所　93.8% （R4）	50.0% 100%
	障害のある児でかかりつけ歯科医院を持ち、定期的に受診する人の割合	54.5% うち定期受診 73.9% （R4）	80.0% うち定期受診 95%
	口腔衛生センターと地域の歯科医療機関との連携	16 事例（R4）	
	口腔衛生センターから地域の歯科診療所への定期健康管理の移行	1 事例	増やす
	地域で定期健康管理中の患者の難治療時におけるセンター紹介	15 事例	増やす

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に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

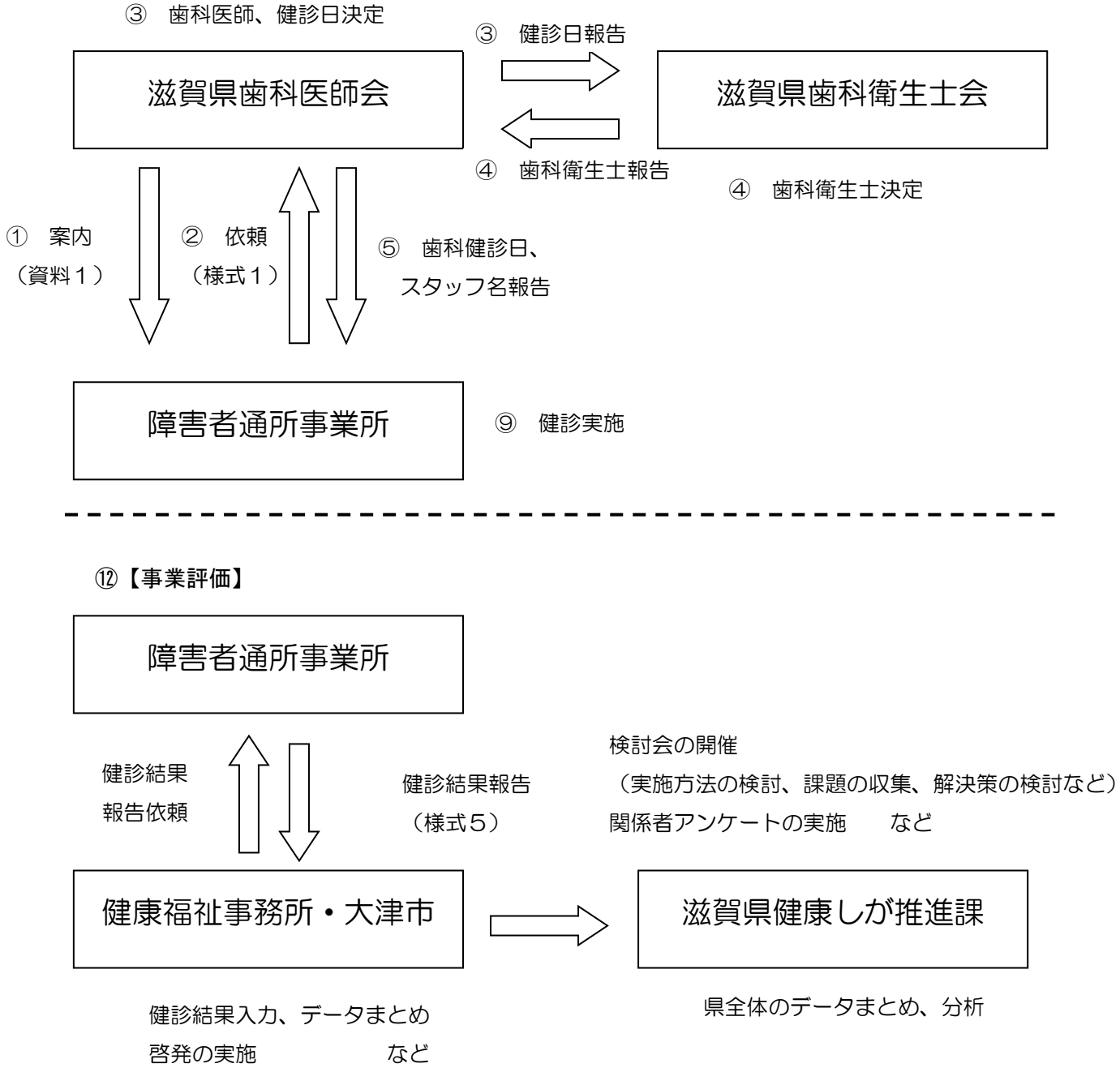
１．費用

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等所定の方法により、歯科医師会に申し込む。（二次元バーコード・Ｅメール・FAX）

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、出動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。（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＞

様式２歯科健診事前申込書（健診日までに本人か家族等が記入）
様式３歯科健診票、様式４保健指導記録票
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

＜健診出動者（歯科医師各自）で準備するもの＞

白衣、手袋、マスク

＜指導出動者（歯科衛生士各自）で準備するもの＞

手袋、マスク、エプロン、名札、指導媒体、筆記用具、手指消毒液

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動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）

【連絡窓口について】

・歯科健診および日程に関する問合せは滋賀県歯科医師会（口腔衛生センター）に連絡すること。（電話：077-564-6692）

・歯科保健指導に関する問合せは滋賀県歯科衛生士会に連絡すること。
問合せは、メールもしくは滋賀県歯科衛生士会 HP のメールフォームから連絡すること。メールの場合は件名に、問い合わせフォームの場合は内容に「通所施設歯科保健指導に関する問合せ」と記載すること。

滋賀県歯科衛生士会 HP アドレス　https://shiga.jdha.or.jp/
滋賀県歯科衛生士会 E-Mail　shiga@jdha.or.jp

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（受診予定者数を記載）

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で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。
※日程の変更は、原則、対応できません。

【歯科健診日】

月　　日　（　　）　　：　　～　　：　　頃

【出動歯科医師名】

【出動歯科衛生士名】

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くことがございますので、ご了承ください。

歯科健診の受診を希望します。　　令和　　年　　月　　日

本人氏名　　（代理の場合）家族氏名

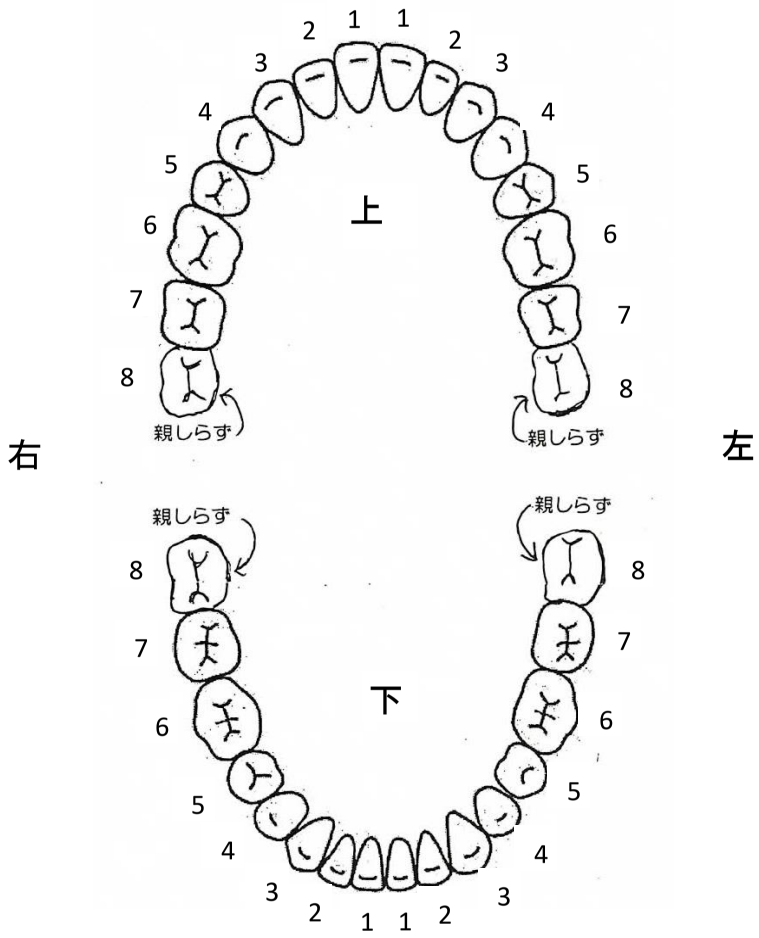
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 定期的に受診（　　回/　　月）程度 何かあれば受診 最終受診日（　　年　　月頃）	かかりつけ歯科医	歯科医療機関名 定期的に受診（　　回/　　月）程度 何かあれば受診 最終受診日（　　年　　月頃）		
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（　　）　１日（　　）回磨いている				
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					

様式3 歯科健診票

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　健診歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　健診日　令和　　年　　月　　日

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



健全歯　（／）＿＿＿＿本
処置歯　（○）＿＿＿＿本
未処置歯（C）＿＿＿＿本
喪失歯　（×）＿＿＿＿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
○：治療済みの歯
×：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	□なし
	□あり
	□むし歯の治療
	□歯ぐきの治療（歯石とり含む）
	□入れ歯（ブリッジ含む）の作成、修理
	□その他（　　）

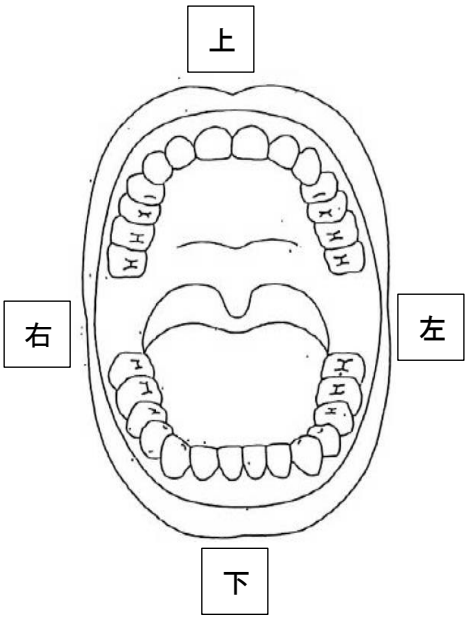
（歯科受診の必要性ありの場合）
健診2か月後の歯科医院への受診状況（令和　　年　　月　　日現在）
受診　・　未受診
令和　　年　　月　　日
歯科医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。



☐　現在のところ良い状態です
☐　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
☐　かかりつけ歯科医を持ちましょう
☐　定期的に歯科を受診しましょう
☐　入れ歯もきれいにしましょう

歯ブラシの交換

☐　広がっている
☐　大きすぎる
☐　そろそろ交換しましょう
☐　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　20代（　　）人　30代（　　）人　40代（　　）人 50代（　　）人　60代（　　）人　70代（　　）人　80代（　　）人

エ	歯科健診の受診状況	問題なし	人	(エ)の合計	合計
		抵抗あるが健診可能	人	人	
オ		健診不可能（健診を受けられなかった）	人		人

カ	清掃状況	きれい	人	合計
		ところどころ残っている	人	
		磨き残しが多い	人	人

キ	歯ぐきの状態	問題なし		人		合計
		腫れている	軽度	人	腫れている合計	
			中等度	人		
			著明	人	人	人

ク	歯石の付着	問題なし	人	合計
		付着あり	人	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)合計 人 ※ありの内訳は含まない
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、修理が必要な人	人	
ネ			その他（　　）	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
		受診	人	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	(ニ)の合計	合計
				何かあれば受診	人	人	
ヌ		なし			人		人

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											

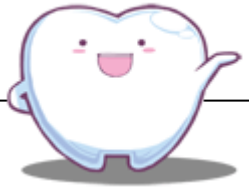
資料１

事業所で歯科健診・指導を受けませんか

「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いる」「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、振込みをしていただきます。

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

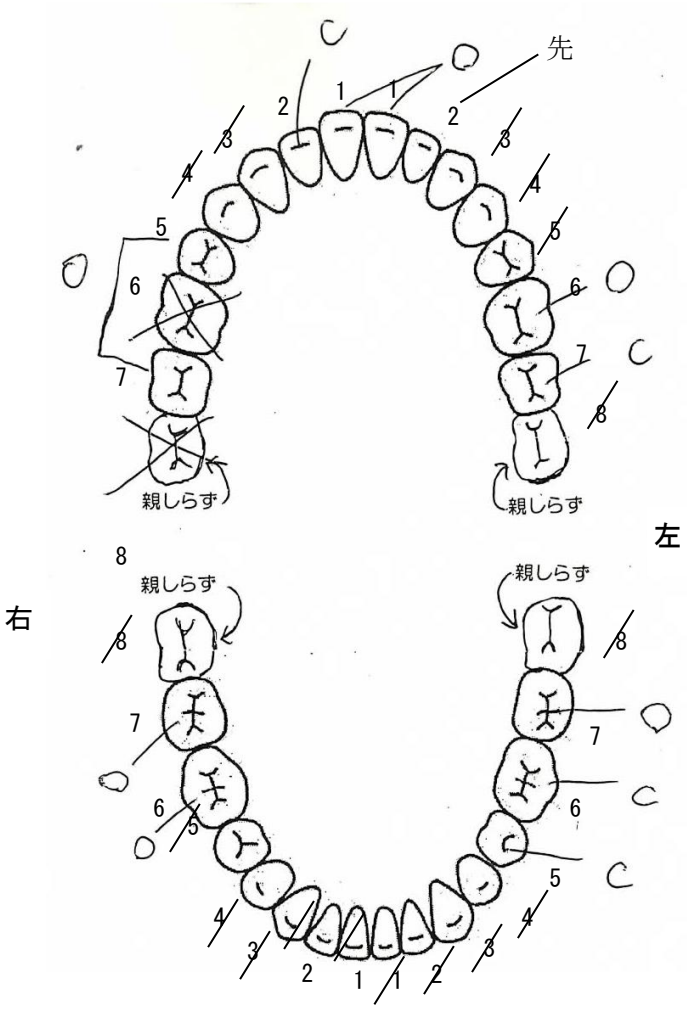
資料２

＜歯式リスト＞

／	：	健全な歯には斜線
Ｃ	：	治療が必要なむし歯
○	：	治療済みの歯
×	：	抜けた（抜いた）歯
Ｍ	：	動揺歯
先	：	生まれつき無い歯（先天性欠如）

＜記載みほん＞

上



右　　左

下