

「歯周病検診マニュアル2015」に沿った

「節目年齢歯科健診票」 マニュアル

I 節目年齢歯科健診票について

検診マニュアルが「歯周病検診マニュアル2015」に改定された為、それに沿った形で節目年齢歯科健診票を平成29年4月より使用できるように改定した

旧節目年齢歯科健診票

新節目年齢歯科健診票

主な改定内容

(1) C P I (Community Periodontal Index, 地域歯周疾患指数) の評価基準変更

今までの評価基準では「歯石」「歯肉出血」「歯周ポケット」が1つの評価基準に混在していた

(2) 健診結果判定基準の変更

今までの判定で「歯石」は「要精検」と判定していたが、改定後は「要指導」と判定する。

II 節目年齢歯科健診票の記入について

歯科医師用 (1枚目)

1 受診者による記入又は聞き取りにより記入

氏名	ふりがな	男 女	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	歳
住所	広島市 区 町 丁目								
【あてはまるところに○をつけ、()内には必要な事項を記入してください】									
1 歯みがきは1日何回しますか a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上 b~dを選んだ方は、1回あたり何分みがきますか ()分									
2 歯間ブラシまたはデンタルフロスを使っていますか a. 毎日 b. 時々 c. 使っていない									
3 過去1年間に歯科健診を受診しましたか a. はい b. いいえ									
4 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか a. はい b. いいえ									
5 たばこを吸ったことがありますか a. 現在吸っている b. 吸っていたことがある c. 吸ったことがない									
6 かかりつけの歯科医療機関はありますか a. はい b. いいえ									
7 全身の状態であてはまるものはどれですか a. 糖尿病 b. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 c. 関節リウマチ d. 内臓型肥満 e. 妊娠 f. その他 ()									
【70歳の方のみお答えください。】									
8 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか a. はい b. いいえ									
9 お茶や汁物等でむせることがありますか a. はい b. いいえ									
10 のどが乾きやすくなりましたか a. はい b. いいえ									
11 口腔ケアが必要と判断された場合、地域包括支援センターに 口腔ケアサービスの調整のための情報提供をしてもよろしいですか a. はい b. いいえ									

氏名、生年月日、住所及び1~7項目の質問事項を受診者本人に記入してもらい、70歳の方には、8~11項目も記入する。

2 診査者による記入

(1) 現在歯・喪失歯の状況

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
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
1. 健全歯数(✓)		2. 未処置歯数(C)		3. 処置歯数(O)		4. 現在歯数(1+2+3)		5. 要補綴歯数(△)		6. 欠損補綴歯数(⊗)								

健全歯(✓)、未処置歯(C)、処置歯(O)、要補綴歯(△)、欠損補綴歯(⊗)、補綴不要歯(×)

を以下の基準で診査分類しその記号を1~8の32カ所に記入後、下段に歯数も記載する。

現在歯の判定基準

健全歯(✓)	う蝕あるいは歯科的処置の認められないもの(以下に記す未処置歯及び処置歯の項に該当しないもの)をいう。 ・咬耗、摩耗、斑状歯、外傷、酸蝕症、発育不全、形態異常、エナメル質形成不全、着色、歯周炎等の歯であつても、それにう蝕のないものは健全歯とする。 (注) 歯質の変化がなく、単に小窩裂溝が黒褐色に着色しているもの、平滑面で表面的に淡褐色の着色を認めるが歯質は透明で滑沢なもの、エナメル質形成不全と考えられるもの等はすべて健全歯とする。 ・予防填塞(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し、う蝕のない歯に填塞したもののは健全歯とし、明らかにう蝕のあった歯に填塞を施したものは処置歯とする。 (注) 予防填塞と処置歯との鑑別を行う場合、一般的に予防填塞はレジン充填に比べ、色調が異なること、填塞物の辺縁の形態が裂溝状で細く不揃いなこと、填塞物表面の粗ざう感がないことが多い事を考慮する。 ・永久歯について診査し、乳歯については診査しない。 ・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ゐる。(例: 左上中切歯と左上側切歯の癒合歯は中切歯とし、1(✓) 2(×)の記載とする。)
未処置歯(C)	う蝕病変を有するものをいう。
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ものをいう。 ・歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置及び骨折治療に用いる整復固定装置(三内式線副子等)は含まない。 ・治療が完了していない歯、二次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取り扱う。 ・根面板等を施してある歯は、処置歯とする。

喪失歯の判定基準

要補綴歯(△)	喪失部位に補綴処置がしていないもので、歯列等の関係から補綴処置の必要性が認められるものをいう。
欠損補綴歯(⊗)	喪失部位に補綴処置がしてあるものをいう。 (注) 一部破損していたり、欠損部と著しく異なる義歯は装着していないものとする。
補綴不要歯(×)	智歯等の未萌出歯、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性が認められないものをいう。

(2) 口腔清掃状態・(3) その他の所見

口腔清掃状態	
1. 良好	歯石の付着 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり
2. 普通	
3. 不良	

その他の所見	
0. なし 1. 歯列咬合 2. 顎関節 3. 粘膜 4. 義歯不適合	5. その他

(2) 口腔清掃の状態を、歯面のプラークと歯石の付着状態から、以下の基準で視診により診査し○で囲む。

口腔清掃状態の判定基準	
1. 良好	ほとんど歯垢の存在が認められない状態
2. 普通	「良好」「不良」以外の状態
3. 不良	1歯以上の歯の歯肉縁から歯面の1/3を超えて歯垢が認められる状態
歯石の付着の判定基準	
1. なし	歯石を認めない
2. 軽度の付着	歯面に点状に少量付着
3. 中程度以上の付着	歯面に帯状、またはそれ以上に付着

(3) 以下の基準で視診により診査し、0. 1. 2. 3. 4 を○で囲む。

その他の所見の判定基準	
0.なし	異常所見のないもの
1.歯列・咬合	歯牙の位置、歯列弓形態、上下歯列弓関係などの異常があるもの 矯正治療中の場合もこれに含み、その他欄にき又は矯と記す
2.顎関節	開口時や咀嚼時に疼痛もしくは顎運動障害が顕著に認められるものでクリック音や捻髪音のみで疼痛を伴わないものは含まない
3.粘膜	何らかの歯科医学的処置を要すると思われるもの 褥瘡性潰瘍、悪性新生物、白板症、カンジダ症など
4.その他	上記以外で検査や治療が必要な所見が認められた場合 その内容を該当欄に記載し医療機関への受診を勧める

(4) 歯肉の状況

歯肉の状況			
BOP	17または16	11	26または27
PD			
BOP			
PD			
個人コード(最大値)	47または46	31	36または37
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以上)
9:除外歯
X:該当歯なし

上顎は17、16、11、26、27、下顎は47、46、31、36、37 を代表歯とする。

プローブを用いて代表歯の頬唇舌側面（近・遠心）の4点を、WHOのCPI（Community Periodontal Index、地域歯周疾患指数）の基準で診査し該当コード値を記載する。

（注）①前歯の代表歯11、31が欠損している場合は、反対側の同名歯である21、41を検査対象とする。両側欠損の場合は該当歯なし（×）とする。

②臼歯の代表歯は1ブロック2歯であり（例えば右上ブロックでは17、16）、その高いほうの点数を記載する。

個人コード（最大値）は、代表歯のうち最高コード値を個人の代表値（個人コード）とする。

CPIの判定基準			
	コード	所見	判定基準
歯肉出血 BOP	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	該当歯なし	
歯周ポケット PD	0	健全	以下の所見がすべて認められない
	1	浅いポケット(4mm以上6mm未満)	プローブの黒い部分が歯肉縁にかかっている
	2	深いポケット(6mm以上)	ポケットプローブの黒い部分がみえない
	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	該当歯なし	

(5) 判定区分

判定区分			
1. 異常なし ・CPI: 歯肉出血0, かつ、歯周ポケット0 ・未処置歯・要補綴歯・その他所見がない	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)

以下の健診結果の判定基準に沿って判定し1. 2. 3. また a. b. c. d. e. f を○で囲む。

健診結果の判定基準	
1.異常無し	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、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、以下の項目に1つ以上該当する者 a) CPI個人コードが歯肉出血1、歯周ポケット0 b) 口腔清掃状態が不良 c) 歯石の付着あり(軽度、中程度以上) d) 生活習慣や基礎疾患等、歯科医療機関などの受診状況等、指導を要する
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 b) CPI個人コードが歯周ポケット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)

(6) 特記事項・指導事項

健診時に行った指導内容また特記する事項を記載する。

(7) 広島市への連絡事項(健診後の予定)

[広島市への連絡事項(健診後の予定)] 1 健診した歯科医療機関にて指導予定 2 健診した医療機関にて精密検査・治療予定 3 他の歯科医療機関を紹介(紹介先:) 4 未定
--

受診者の今後の予定を記載する。

(9) 医療機関コード、医療機関名または診査者氏名、電話番号

自己負担金 無の理由 ☐ 生活保護世帯:(被保護者証明書) ☐ 市民税非課税世帯:(市民税課税証明書) ☐ 70歳	医療機関コード <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											実施医療機関名 所在地 名称 管理者氏名 電話番号	2枚目、3枚目に 押印してください。

自己負担金が無い場合の理由に☑し、医療機関コード、医療機関の所在地、医療機関名、管理者氏名、医療機関の電話番号を記載、又は押印する。(押印の場合は複写しませんので、2枚目、3枚目も押印する。)

請求用(2枚目)

歯科医師用と同じ内容ですべて複写式ですが、受診者が40歳の場合のみ喪失歯の有無に○を記入。

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
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
1. 健全歯数(✓)	2. 未処置歯数(○)		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(◎)		7. 40歳のみ 喪失歯 有・無							