



歯科口腔健康診査

実施マニュアル

(健診機関用)

令和3年4月

熊本県後期高齢者医療広域連合

監修 一般社団法人 熊本県歯科医師会

公益社団法人 熊本県歯科衛生士会

目次

1 歯科健診の概要	1
（1）目的	1
（2）対象者	1
（3）実施方法	1
（4）実施内容	1
2 事業全体の流れ	2
（1）年間業務フロー図	2
（2）機関相関図	2
3 歯科健診の流れ	3
取りまとめ機関を利用する場合	3
4 歯科健診の実施	4
各健診項目の実施マニュアル	4
○質問票（様式）	10
○健診票（様式）	11
○指導票（様式）	12
5 歯科治療への移行について	13
6 歯科健診後の処理	14
健診結果の取扱い	14

巻末・・・問い合わせ先一覧

1 歯科健診の概要 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

（１）目的

熊本県後期高齢者医療歯科口腔健康診査（以下「歯科健診」という。）は、後期高齢者の口腔機能低下による誤嚥性肺炎や生活習慣病等の重症化予防を図るため、歯・歯肉の状態、口腔内の衛生状態や咀嚼を含む口腔機能をチェックすることにより、被保険者の健康の保持増進を図ること、つまり、受診者がオーラルフレイルの状態にあるか否かをスクリーニングし、早期の予防介入することを目的とする。

（２）対象者

後期高齢者医療制度の被保険者（７５歳以上又は６５歳以上で一定の障がいがあると認められた者）とする（ただし、長期入院患者や施設入所者等の一部の除外対象者を除く。）。

また、歯科健診の支給対象となるのは、対象者あたり各年度１回とする。

（３）実施方法

広域連合は、歯科健診業務を市町村へ委託し実施するものとする。

なお、市町村は、地域の実情に応じ実施期間や実施方法を設定することとし、業務を効率的に実施するため県内各郡市歯科医師会、個別歯科医療機関又は健診専門機関（以下「健診機関」という。）に再委託できるものとする。

（４）実施内容

①健診期間

市町村と健診機関との協議によって決定する。

②健診項目

- ・問診（質問票による）
- ・歯周検査（歯の状況・歯数、義歯の状況、咬合状態、歯周組織の状況（CPI））
- ・口腔検査（口腔内衛生状況、粘膜の異常、口腔乾燥、口腔機能評価（RSST））
- ・指導（検査結果の判定・説明、口腔ケア（衛生）指導）

③健診単価（基本単価）

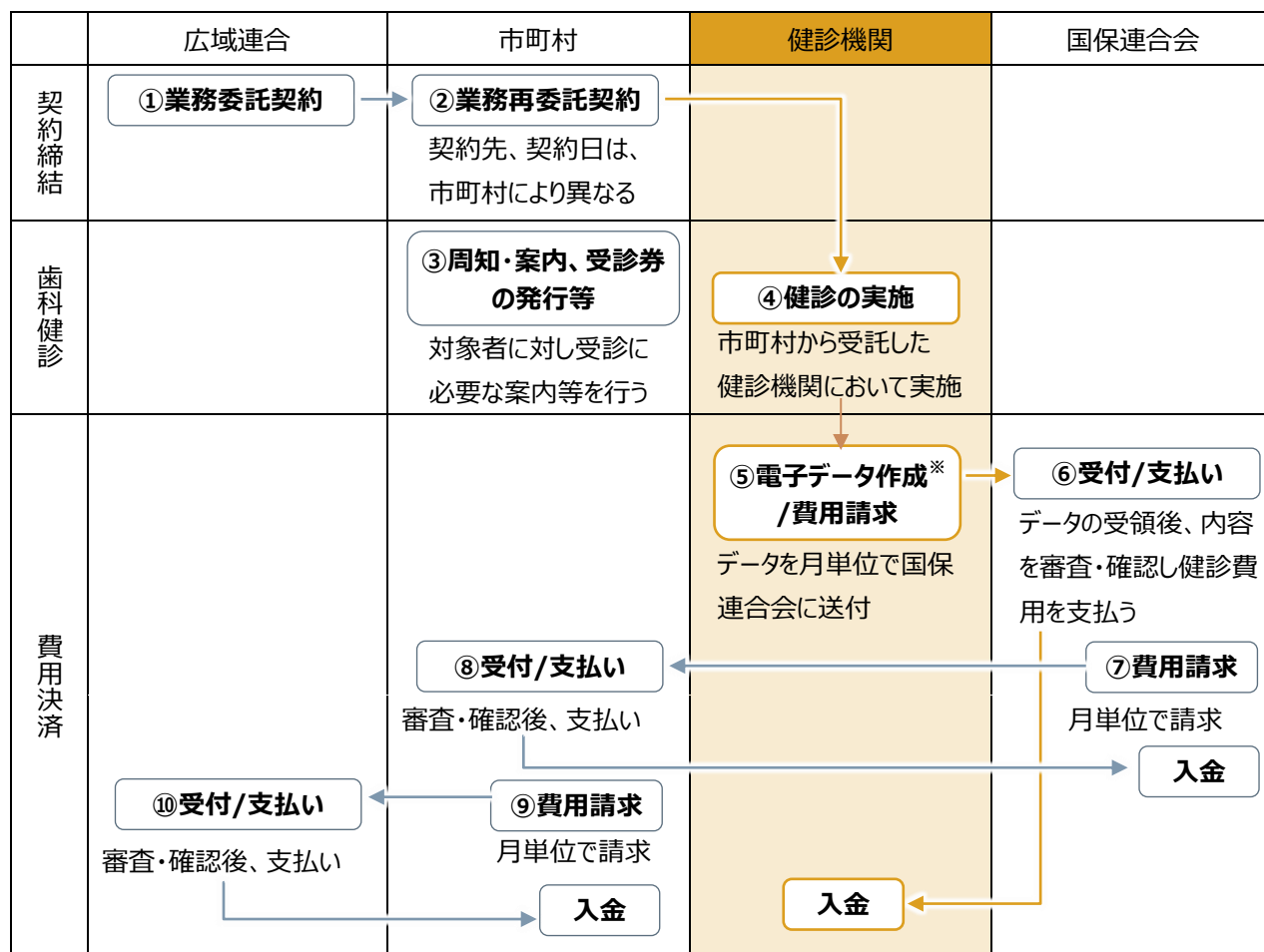
各年度で広域連合と熊本県歯科医師会によって協議する単価とする。

④受診者の自己負担金

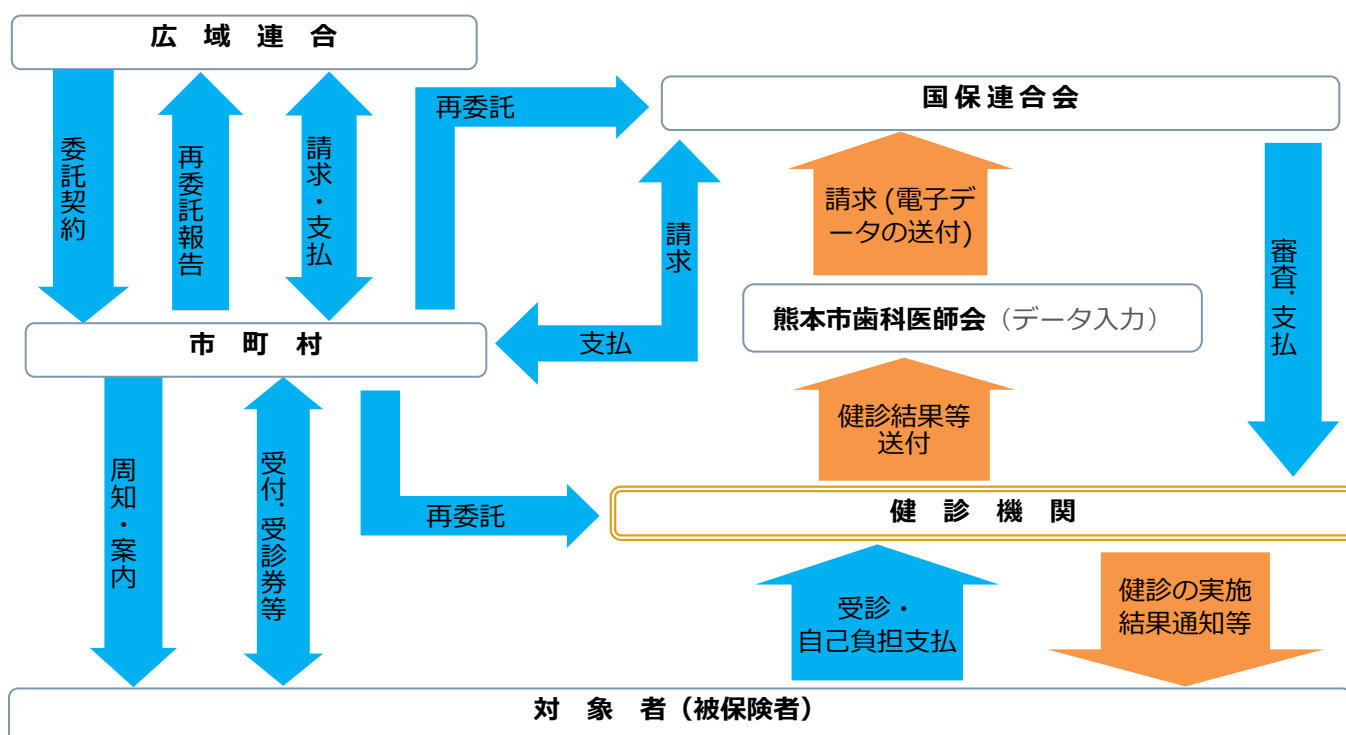
４００円とする。ただし、市町村の実情に応じて、自己負担金の全部又は一部を市町村で負担することを妨げないものとする。

2 事業全体の流れ ****

(1) 年間業務フロー図

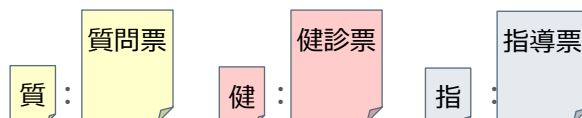


(2) 機関相関図



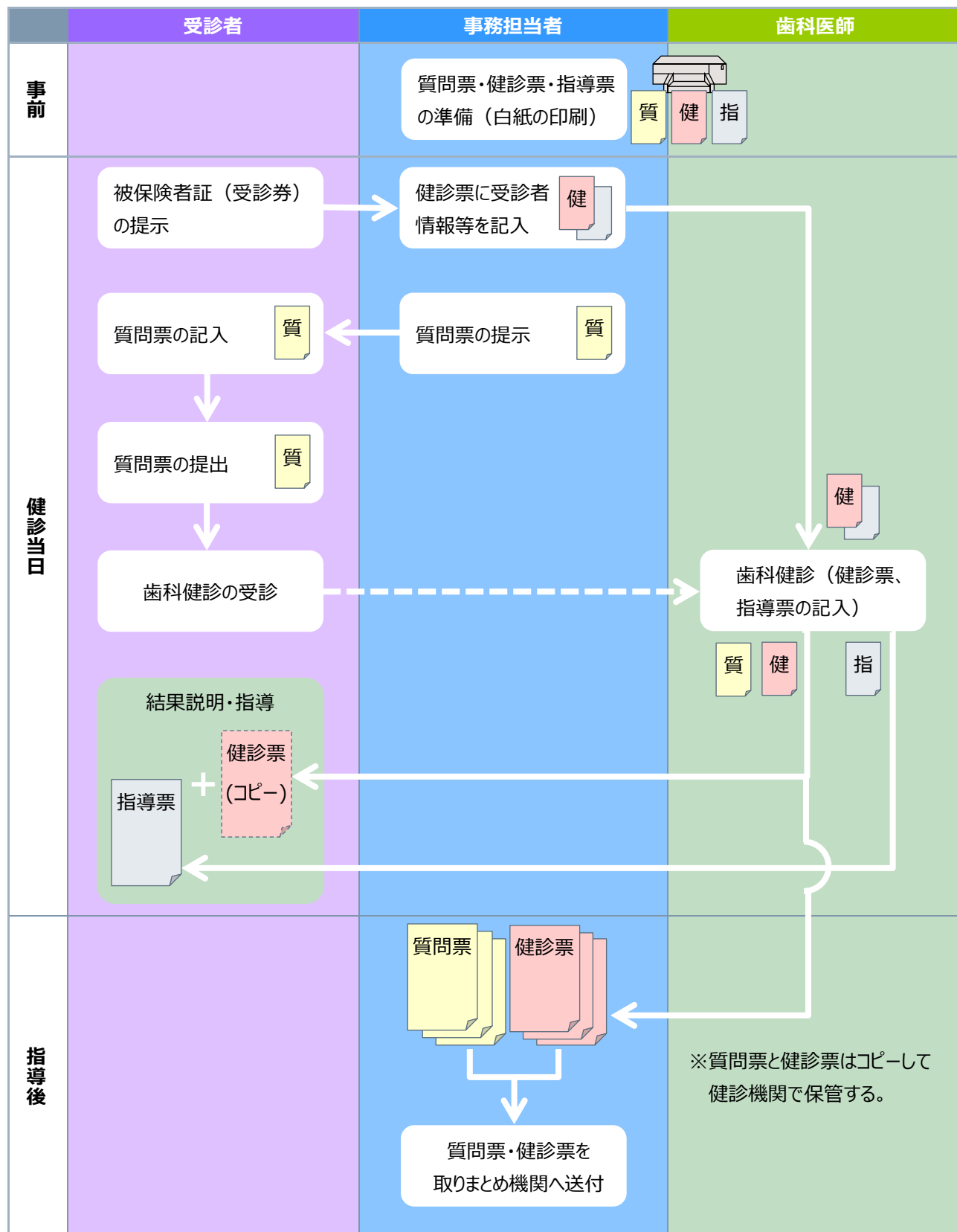
3 歯科健診の流れ *****

取りまとめ機関を利用する場合



＜健診機関ではシステム入力せず、取りまとめ機関（歯科医師会等）に入力を依頼する場合＞

健診必須項目の実施漏れが、取りまとめ機関へ送付後（システム入力時）にしか確認できませんのでご注意ください。



4 歯科健診の実施 ****

各健診項目の実施マニュアル

【健康診査票への記入方法】

熊本県後期高齢者医療広域連合				医療機関コード 4 3 3 1 2 3 4 5 6 7											
歯科口腔健診【健診票】				健診機関 広域歯科医院 〒123-4567 〇〇市△△町 1234 番 (電話) 1234-56-7890											
健診日	20 年 9 月 14 日										(受診券番号)		1 2 3		
保険者番号	3	9	4	3	1	2	3	4							
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8							
氏名	後期 一男				住所		(〒123-4567) 〇〇市□□町 567 番 89 号								
生年月日	明・大 昭 10 年 10 月 10 日				性別	男・女		電話	1234-78-9012						

健診日、被保険者番号、保険者番号、医療機関コード、健診機関名（歯科医療機関名）、歯科健診を実施する歯科医師名を記入する。市町村によって受診券番号の指定がある場合は、受診券番号も記載する。

但し、「氏名」、「住所」、「性別」、「生年月日」、「電話番号」は、受診者本人が記載する。諸事情により受診者本人の記入が困難な場合は、健診機関で記載しても差し支えない。

1 歯の状況

	右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
		△	C	C	/	○	/	/	/	/	/	/	○	○	○	○	△	

【記号】 健全歯 (/) う蝕歯 (C) 処置歯 (○) 喪失歯 (△) 欠損補綴歯 (◎) ※インプラントを含む

現在歯数	28 本	処置歯数	13 本	未処置歯数	4 本
------	------	------	------	-------	-----

(1) 歯の状況

口腔内診査を行い、各歯の状況を「1 健全歯 (/)」「2 う蝕歯 (C)」「3 処置歯 (○)」「4 喪失歯 (△)」「5 欠損補綴歯 (◎)」の5つに分類する。

歯数（現在歯数、処置歯数、未処置歯数）、義歯の装着状況さらに義歯適合等の状況、さらにインプラントも含め記入する。インプラントに関しては治療の有無の聞き取りなどで確認してもよい。

※義歯の補綴及びブリッジのポンティックは◎とする。

※ブリッジの支台歯は○とする。

※根面被覆（コーピング）は○とする。

※C4はCとする。

※根面被覆の上に義歯が作成されている歯は◎とする。

なお、歯牙コード 18、28、38、48 については、以前に喪失したのか、最初からないのか判定が難しい場合は、空白でも可とする（システム入力も同様）。

(2) 現在歯数 = (/) + (C) + (O) の本数

(3) 処置歯数 = (O) の本数

(4) 未処置歯数 = (C) の本数

2 義歯の状況

義歯の使用	¹ 有り	清掃状況	¹ 良好	使用状況	¹ 常時	その他	¹ 義歯破損
			² 普通		² 時々		² 義歯フテキ
			³ 不良		³ 無し		³ ()
	² 無し	必要性	¹ 有り				
			² 無し				

※「その他」については、任意選択（いずれも選択しないことも可）。その他の「³ ()」について自由記載する場合は、システム入力において文字数の制限あり（7文字以内）。

(1) 義歯の使用

義歯の使用を確認し、「有り」の場合は、清掃状況、使用状況、その他の項目について確認する。「無し」の場合は、装着の必要性を確認する。

(2) 義歯の清掃状況

義歯の表面および内面を診査し、プラーク等の付着状況を視診で確認する。

良好：ほとんど汚れが付着していない

普通：若干の汚れが付着している

不良：汚れが多量に付着している

(3) 義歯の使用状況

義歯の使用状況を視診または聞き取りにより確認する。

(4) その他（義歯破損、義歯フテキ、その他）

義歯の破損、適合状態を視診で確認する。その他、義歯の状態等で特記事項がある場合は記載する。

3 臼歯部の咬合状態

現在歯時	右	¹ 有り	¹ 有り	左
		² 無し	² 無し	
義歯装着時	右	¹ 有り	¹ 有り	左
		² 無し	² 無し	

(1) 現在歯による臼歯部での咬合

現在歯のみの状態（義歯を外した状態）で右側臼歯と左側臼歯の咬合の有無を確認する。

(2) 義歯装着による臼歯部での咬合

義歯を装着した状態で右側臼歯と左側臼歯の咬合の有無を確認する。

義歯の使用がない場合には、「義歯装着時」の判定は行わない。入力もしない（空白）。「9 健診結果」の「義歯」については、健診者の判断で“問題なし”“要指導”“要治療”のいずれかを判定する。

4 口腔内衛生状況

プラーク	¹ 殆どない	食 渣	¹ 殆どない
	² 中程度		² 中程度
	³ 多 量		³ 多 量
舌 苔	¹ 殆どない	口 臭	¹ 殆どない
	² 中程度		² 弱 い
	³ 多 量		³ 強 い

(1) プラークの付着状況

歯面に付着しているプラーク(歯垢)の量を視診にて診査する。残存歯がない場合は、プラーク検査は実施しない。また、義歯に付着している汚れ等は、プラークとして判定しない。これらの場合、健診票では、いずれの項目も選択しないことになるが、システムで入力する際は、「⁰ 対象なし」を選択する。なお、義歯の汚れについては「2 義歯の状況」の「清掃状況」の項目で評価する。

殆どない : プラークがほとんど見られない場合

中 程 度 : 1 / 3 を超えずプラークが付着している場合

多 量 : 1 歯以上の歯の歯肉縁に歯面の 1 / 3 を超えてプラークが見られる場合

(2) 食渣

歯面に付着している食渣の量を視診にて診査する。

殆どない : 食渣がほとんど見られない場合

中 程 度 : 1 / 3 を超えず食渣が付着している場合

多 量 : 1 歯以上の歯の歯肉縁に歯面の 1 / 3 を超えて食渣が見られる場合

(3) 舌苔

付着している舌苔の舌背に占める面積の割合を視診にて診査する。

殆どない : 1 / 3 より小さい場合

中 程 度 : 1 / 3 ～ 2 / 3 の割合で付着

多 量 : 2 / 3 以上の割合で付着

(4) 口臭

対象者の「口臭」について、3段階の評価を行う。可能な場合は、聞き取り調査を行う際に、普通に会話をおこなっている状態で（30～40cm ぐらいの距離）評価を行う。

殆どない : 口臭を全くまたはほとんど感じない。

弱 い : 口臭はあるが、弱くがまんできる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。

強 い : 近づかなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話にくい。

5 口腔乾燥

臨床所見	¹ 正 常
	² 軽 度
	³ 中等度
	⁴ 重 度

(1) 口腔乾燥（臨床所見）

歯科用ミラーを用い柿木らの方法（以下）などを参考に視診により評価する。

正 常（0 度）：乾燥なし（1～3 度の所見がなく、正常範囲と思われる）

軽 度（1 度）：唾液の粘性が亢進している。

中程度（2 度）：唾液中に細かい唾液の泡が見られる。

重 度（3 度）：舌の上にほとんど唾液が見られず、乾燥している。

6 粘膜の異常

異 常	1 有り	()
	2 無し	

※異常「1 有り」の場合、右空欄に自由記載する場合は、システム入力において文字数の制限あり（10 文字以内）。

(1) 粘膜の異常

何らかの歯科医学的処置を要すると思われる症状の有無を記入する。「有り」の場合は、例えば褥瘡性潰瘍、悪性新生物、白板症、カンジダ症などを記載する。

7 歯周組織の状況（CPI判定）

	17または16	11		26または27
歯肉出血(BOP)	×	0		0
歯周ポケット(PD)	×	1		2
歯肉出血(BOP)	1		0	×
歯周ポケット(PD)	2		1	×
	47または46		31	37または36

（最大値）

歯肉出血(BOP)

1

歯周ポケット(PD)

2

【歯肉出血BOP】

0：健全
1：出血あり
9：除外歯
×：該当歯なし

【歯周ポケットPD】

0：健全（3mm以下のポケット）
1：4～5mmに達するポケット
2：6mmを超えるポケット
9：除外歯
×：該当歯なし

WHO プローブを用い、CPI（community periodontal index、地域歯周疾患指数）を測定する。

ア 対象歯

・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

・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）を検査対象とする。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、検査対象外として「×」を該当する分画の欄に記入する。

イ 検査方法

・上顎は頬唇側面、下顎は舌側面について以下（次ページ表）の基準で検査し、最高コード値を記入する。臼歯部では2 歯のうち高いほうの点数を最大コード値とする。

・各分画のうちの最高コード値を個人の代表値（個人コード）とする。

・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 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	プローピング後 10～30 秒以内に出血が認められる
	9	除外歯	プローピングが出来ない歯（例：根の露出が根尖に及ぶ）
	×	該当する歯なし	
歯周ポケット	0	健全（3mm 以下のポケット）	以下の所見がすべて認められない
	1	4～5mm に達するポケット	プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する
	2	6mm を超えるポケット	プローブの黒い部分が見えなくなる
	9	除外歯	プローピングが出来ない歯（例：根の露出が根尖に及ぶ）
	×	該当する歯なし	

なお、最大値についてはシステム上で自動判定する。判定の基準は以下のとおり。

- ・全て「×」の場合の最大値 ⇒「×」とする
- ・全て「9」の場合の最大値 ⇒「9」とする
- ・「×」と「9」のみの場合（0、1、2 がない場合）⇒「9」とする
- ・これら以外は「0、1、2」の最大値で判定する

8 舌・口唇機能評価（1秒間の発声回数）

オーラルディバイス	パ	1 回	タ	2 回	カ	1 回
-----------	---	-----	---	-----	---	-----

舌・口唇機能評価はパ・タ・カをそれぞれ一定時間（5 秒間や 10 秒間等）に言える回数を測定し、1 秒間あたりに換算して判定する。1 秒間あたり 6 回/未満である場合、注意を要する。

加齢や廃用、口腔局所の問題以外にも脳卒中やパーキンソン病などの疾患が原因で機能低下がみられる場合もあることに留意する。

「パ」「タ」「カ」の意味

パ：口唇を閉じたり開けたりする能力を評価します

タ：舌の前方部分を挙上させる能力を評価します

カ：舌の後方部分を挙上させる能力を評価します

計測不能の場合には「0」を必ず記入してください

9 嚥下機能評価（30秒間の唾液嚥下回数）

RSST	1 回
------	-----

（1）RSST（反復唾液嚥下テスト）

嚥下機能は 30 秒間で 3 回以上唾液を飲み込めるかを「反復唾液嚥下テスト」により確認する。

このテストでは、反復して空嚥下を指示し、30 秒間に行えた空嚥下の回数を記録する。測定は、示指を舌骨相当部、中指を喉頭隆起に当て触診によりカウントする。口腔乾燥がある場合は少量の水等で口腔内を潤しておこなう。

高齢者の運動機能と摂食・嚥下機能との関係に関しては、嚥下機能と運動機能には正の関係があることがわかっていて、この反復唾液嚥下テストで 30 秒間で 3 回未満の者は、嚥下機能障害の可能性が高い。

《実施方法》

- ①被検者を座位とする
- ②検者は被検者の喉頭隆起・舌骨に指腹をあて、30 秒間嚥下運動を繰り返させる。被検者には「できるだけ何回も“ごっくん”と飲み込むことを繰り返して下さい」と説明する。喉頭隆起・舌骨は、嚥下運動に伴って、指腹をのり越え前方に移動し、また元の位置に戻る。この下降運動を確認し、嚥下完了時点とする。
- ③嚥下運動時に起こる喉頭挙上→下降運動を触診で確認し、30 秒間に起こる嚥下回数を数える。
高齢者では、30 秒間に 3 回以上できれば正常とする。

10 健診結果

判 定	¹ 問題なし	⇒	現在のところ、異常はみつかりませんでした。			
	² 要指導	⇒	¹ 歯口清掃	² 義 歯	³ 食事指導	⁴ その他 ()
	³ 要治療	⇒	¹ う 蝕	² 歯周疾患	³ 義 歯	⁴ その他 ()

※健診結果の判定は、「¹問題なし」、「²要指導」、「³要治療」の中で、いずれか一つ最も重い症状についての判定を採用することとする。ただし、健診結果説明及び事後指導においては、以下の判定基準に則して、各項目について遺漏なく行うものとする。「⁴その他 ()」の右空欄に自由記載する場合は、システム入力において文字数の制限あり（10文字以内）。

（1）歯の状況

- ・未処置歯（C）がある場合 ⇒要治療（う蝕）
- ・喪失歯（△）で補綴の必要性があると判断される場合 ⇒要治療（義歯）
- ・補綴の必要性がないと判断される場合 ⇒要指導のその他に（欠損歯）と記入

（2）義歯の状況

- ・義歯の使用有で、清掃状況良好かつ使用状況常時の場合のみ ⇒問題なし
- ・清掃状況が普通か不良、使用状況が時々か無しに一つでも該当する場合 ⇒要指導（義歯）
- ・その他の項目（義歯破損、義歯フテキ、その他）に該当する場合には ⇒要治療（義歯）
- ・義歯の必要性（有り）の場合 ⇒要治療（義歯）

（3）臼歯部の咬合状態

- ・現在歯時に右側と左側のいずれかが咬合（無し）で、義歯の使用無しの場合 ⇒要治療（義歯）
- ・義歯装着時に右側と左側のいずれかが咬合（無し）の場合 ⇒要治療（義歯）

（4）口腔内衛生状況

- ・プラーク（中程度）⇒要指導（歯口清掃など）
- ・食 渣（中程度）⇒要指導（歯口清掃など）
- （多量） ⇒要治療（歯周治療）
- （多量） ⇒要指導（歯口清掃など）
- ・舌 苔（中程度）⇒要指導（歯口清掃など）
- ・口 臭（弱い） ⇒要指導（歯口清掃など）
- （多量） ⇒要指導（歯口清掃など）
- （強い） ⇒要指導（歯口清掃など）

（5）口腔乾燥

- ・臨床所見（軽度） ⇒要指導（その他 唾液腺マッサージなど）
- ・臨床所見（中等度）⇒要指導（その他 唾液腺マッサージなど）
- ・臨床所見（重度） ⇒要治療（その他 唾液腺マッサージなど）

（6）粘膜の異常

- ・異常あり ⇒要治療（その他 粘膜疾患）

（7）歯周組織の状況（CPI）

- ・CPI＝歯肉出血0、歯周ポケット0 ⇒異常なし
- ・CPI＝歯肉出血1、歯周ポケット0 ⇒要指導（歯口清掃）
- ・CPI＝歯周ポケット1または2 ⇒要治療（歯周疾患）
- ・CPI＝歯肉出血×、歯周ポケット× ⇒評価不能

（8）舌・口唇機能評価

- ・オーラルディアドコネシス パ・タ・カ 6回以上 ⇒問題なし
- ・オーラルディアドコネシス パ・タ・カ いずれか一つが6回未満 ⇒要指導（食事指導）及び口腔機能訓練など

（9）嚥下機能評価

- ・RSST 3回以上 ⇒問題なし
- ・RSST 2回以下 ⇒要指導（食事指導）及び（その他 口腔機能向上訓練など）

歯科口腔健診【質問票】

氏 名	
-----	--

該当するものを○で囲んでください。

1	現在、ご自分の歯や口の状態で気になることは何ですか。 (※該当するもの全てに○をつけてください。該当がない場合は、 <u>該当なし</u> に○をつけてください。)	0 該当なし	1 むし歯	2 歯周病
		3 口臭	4 かみにくい	5 のみ込みにくい
		6 口の渇き		
2	歯を磨くと血が出ますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
3	冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
4	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。	1 左右両方かめる	2 片方だけかめる	3 両方ともかめない
5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1 はい	2 いいえ	
6	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい	2 いいえ	
7	かかりつけの歯科医院がありますか。	1 はい	2 いいえ	
8	定期的に歯科健診を受けていますか。	1 はい	2 いいえ	
9	週1回以上は外出していますか。	1 はい	2 いいえ	
10	現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 (※該当するもの全てに○をつけてください。該当がない場合は、 <u>該当なし</u> に○をつけてください。)	0 該当なし	1 糖尿病	2 高血圧
		3 脳卒中	4 心臓病	5 がん
		6 骨粗鬆症	7 脂質異常症	
11	飲み薬は5種類以上飲まれていますか。 (サプリメントは除く)	1 はい	2 いいえ	
12	過去半年間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	2 いいえ	
13	過去半年間で発熱(37.8度以上)はありましたか。	1 はい	2 いいえ	
14	過去5年のうちに肺炎にかかったことがありますか。	1 はい ⇒ () 回		2 いいえ

熊本県後期高齢者医療広域連合
歯科口腔健診【健診票】

健診日		20 年 月 日		医療機関コード			
保険者番号		3 9 4 3		(受診券番号)		医療機関名	
被保険者番号						住所	
氏名				住所		電話番号	
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別		男・女	
				電話			
歯科医師名				歯科医師名			

1 歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

【記号】健全歯(／) う蝕歯(C) 処置歯(○) 喪失歯(△) 欠損補綴歯(◎)※インプラントを含む

現在歯数	本	処置歯数	本	未処置歯数	本
------	---	------	---	-------	---

2 義歯の状況

義歯の使用	1 有り	清掃状況	1 良好	使用状況	1 常時	その他	1 義歯破損
			2 普通		2 時々		2 義歯フテキ
			3 不良		3 無し		3 ()
	2 無し	必要性	1 有り				
			2 無し				

3 臼歯部の咬合状態

現在歯時	右	1 有り	1 有り	左
		2 無し	2 無し	
義歯装着時	右	1 有り	1 有り	左
		2 無し	2 無し	

4 口腔内衛生状況

プラーク	1 殆どない	食 渣	1 殆どない
	2 中程度		2 中程度
	3 多 量		3 多 量
舌 苔	1 殆どない	口 臭	1 殆どない
	2 中程度		2 弱 い
	3 多 量		3 強 い

5 口腔乾燥

臨床所見	1 正 常
	2 軽 度
	3 中等度
	4 重 度

6 粘膜の異常

異 常	1 有り	()
	2 無し	

7 歯周組織の状況 (CPI判定)

	17または16	11	26または27	(最大値)	【歯肉出血 BOP】
歯肉出血(BOP)				歯肉出血(BOP)	0 : 健全
歯周ポケット(PD)					1 : 出血あり
歯肉出血(BOP)				歯周ポケット(PD)	9 : 除外歯
歯周ポケット(PD)					× : 該当歯なし
	47または46	31	37または36		【歯周ポケットPD】
					0 : 健全 (3 mm以下のポケット)
					1 : 4 ~ 5 mmに達するポケット
					2 : 6 mmを超えるポケット
					9 : 除外歯
					× : 該当歯なし

8 舌・口唇機能評価 (1秒間の発声回数)

オ	ラ	デ	ィ	ャ	コ	キ	ネ	入	パ	回	タ	回	カ	回
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9 嚥下機能評価 (30秒間の唾液嚥下回数)

RSST	回
------	---

10 健診結果

判 定	1 問題なし	⇒	現在のところ、異常はみつかりませんでした。			
	2 要指導	⇒	1 歯口清掃	2 義 歯	3 食事指導	4 その他 ()
	3 要治療	⇒	1 う 蝕	2 歯周疾患	3 義 歯	4 その他 ()

歯科口腔健診【指導票】

監修：熊本県歯科衛生士会

お口は健康の入り口です！

お口を健康に保つことは、食べる楽しみを維持できるだけでなく、肺炎やインフルエンザなどの予防、介護予防に効果があります。

あなたのお口の状況は …

項目	現在の状況	改善方法
1	今のところ特に問題はありません	現在の健康を維持しましょう
2	歯や舌・入れ歯に汚れがあります	歯や歯ぐき・舌・入れ歯を丁寧に磨きましょう
3	むし歯があります	早めに歯科医院を受診しましょう
4	入れ歯に問題があります	
5	噛み合わせに問題があります	
6	歯ぐきやその他の柔らかい組織に問題があります	
7	唇や口の中が渇いています	だ液が出るマッサージ！ をしましょう
8	むせたり、お口のはたらきの低下がみられます	お口のはたらきを高める体操！ をしましょう

だ液が出るマッサージ！

食前や空き時間に 5 ～ 10 回行いましょう

① 耳下腺



両耳の横を後ろから前に向かって円を描くようにマッサージする。

② 顎下腺



顎の骨の内部の柔らかい部分に指をあて耳の下から顎の下まで5か所ぐらい順番に押す。

③ 舌下腺



両手の親指を揃え、顎の真下から舌を突き上げるように押す。

お口のはたらきを高める体操！

食前や空き時間に 5 ～ 10 回行いましょう

① お口の周りの筋力を鍛える

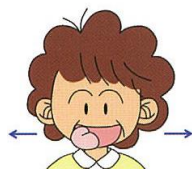


口を大きく「あー」と開く



口を「いー」としっかり伸ばす

② 舌の筋力を鍛える



舌を左右に動かす



舌を上下に動かす

③ 頬の筋力を鍛える



左右の頬をふくらます



両頬をすぼめる

④ べろ出しゴックン体操（のどの筋肉を鍛える）

べろを少し出したまま、だ液を飲み込む。
食前に行くと効果的です。



（注）公益社団法人日本歯科衛生士会「お口の健康のてびき」より引用

公益社団法人日本歯科衛生士会「マスクしたままできるお口の体操」より引用

イラスト 福岡県歯科衛生士会

歯科健診は、毎年 1 回受けられます

5 歯科診療への移行について*****

- 1 歯科健診を行って、その結果治療を行う場合 ⇒ **再診から開始**
- 2 同日に診療を受けた場合 ⇒ **基本診察料は算定不可**
- 3 歯科健診を行って、その後新たな主訴により来院した場合 ⇒ **初診から開始**

【その他】すでに歯科治療を行っている患者の希望により歯科健診のみを行った場合は
歯科健診料は算定可

【注意】 本歯科健診には健診後の治療や精密検査は含まれません。

治療・精密検査を行う場合には、トラブルとならないよう、別料金での診療になること、他の医療機関等でも受診が可能なことなどを説明し、受診者が了解したうえで行う必要があります。

緊急を要する所見がない場合においては、診療を別日に設定することも有効と思われます。

6 歯科健診後の処理 ****

健診結果の取扱い

【取りまとめ機関を利用する場合】

健診機関は、歯科健診を実施後、月単位で取りまとめ機関（歯科医師会等）に健診結果等を送付する。

取りまとめ機関は、熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）から配付される歯科健診システムを用いて電子データを作成する。また、電子データは、CD等の媒体に格納して国保連合会へ送付又は持参することを基本とする。

**** 問い合わせ先一覧 ****

問い合わせ内容	担当窓口	住所	電話番号等
対象者への周知・啓発 受診券の発行に関する事	熊本市役所 国保年金課 保健事業班	〒860-8601 熊本市中央区手取本町 1-1	TEL 096-328-2280 FAX 096-324-0004
受診券の申込み (受付後、受診者へ郵送)	ひごまるコール（健診専用）		TEL 096-334-1507
受診券の窓口発行を希望 される場合 (各区役所区民課で即日 お渡しできます)	中央区 区民課 国保年金班 東区 区民課 国保年金班 西区 区民課 国保年金班 南区 区民課 国保年金班 北区 区民課 国保年金班	〒860-8618 中央区手取本町 1-1 〒862-8555 東区東本町 1 6-3 0 〒861-5292 西区小島 2 丁目 7-1 〒861-4189 南区富合町清藤 405-3 〒861-0195 北区植木町岩野 238-1	TEL 096-328-2278 TEL 096-367-9125 TEL 096-329-1198 TEL 096-357-4128 TEL 096-272-6905
健診票・質問票送付先 事務手続きに関する事	熊本市歯科医師会	〒860-0863 熊本市中央区坪井 2 丁目 4-1 5	TEL 096-343-6669
健診費用の請求（電子デ ータの提出）に関する事 歯科健診システムに関する 事	熊本県国民健康保険団体連合会 保健事業支援課 保険者支援係	〒862-0911 熊本市東区健軍二丁目 4 番 1 0 号 熊本県市町 村自治会館 3 F	TEL 096-365-0976 FAX 096-365-4188
その他全般（健診項目、 制度等）に関する事	熊本県後期高齢者医療広域連合 事業課 保健事業班	〒862-0911 熊本市東区健軍二丁目 4 番 1 0 号 熊本県市町 村自治会館 2 F	TEL 096-368-6777 FAX 096-368-6577