



# 熊本市成人歯科実態調査

## 実施マニュアル

【令和5年4月～6月実施】

熊本市健康づくり推進課（熊本市口腔保健支援センター）

令和5年3月

## 目 次

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 1 熊本市成人歯科実態調査の概要 . . . . . | 2  |
| (1) 目的                     |    |
| (2) 対象者                    |    |
| (3) 実施方法                   |    |
| (4) 調査期間（健診期間）             |    |
| (5) 調査項目等                  |    |
| (6) 受診者の自己負担               |    |
| 2 事業全体の流れ . . . . .        | 3  |
| (1) 業務フロー図                 |    |
| (2) 会計処理                   |    |
| 3 実態調査の実施方法 . . . . .      | 4  |
| (1) 質問項目の回答を確認             |    |
| (2) 口腔診査                   |    |
| (3) 健診結果の説明                |    |
| 4 調査票への記載方法 . . . . .      | 9  |
| (1) 現在歯・喪失歯等の状況            |    |
| (2) 歯肉の状況                  |    |
| (3) その他                    |    |
| 5 調査票様式 . . . . .          | 10 |
| 6 問い合わせ先 . . . . .         | 10 |

## 1 熊本市成人歯科実態調査の概要

### (1) 目的

歯と口腔の健康づくりを推進するための指針として策定した「第3次熊本市歯科保健基本計画」が、令和5年度に計画期間の最終年を迎える。本市における成人期の歯科保健状況を把握し、計画の最終評価を行うとともに次期計画の成果指標設定に必要な基礎資料を得ることを目的に成人歯科実態調査（歯科健康診査）を行う。

### (2) 対象者

調査期間時の年齢が20～69歳代の市民500人

※事前に調査協力募集に申込みを行った者

### (3) 実施方法

業務委託により歯科医療機関で成人歯科実態調査（歯科健康診査）を実施する。

### (4) 調査期間（健診期間）

令和5年4月1日から令和5年6月30日

### (5) 調査項目等

①問診（質問項目の回答を確認）

②口腔診査（硬組織検査、歯周組織検査、歯石及び清掃の状況等）及び調査票への結果記入

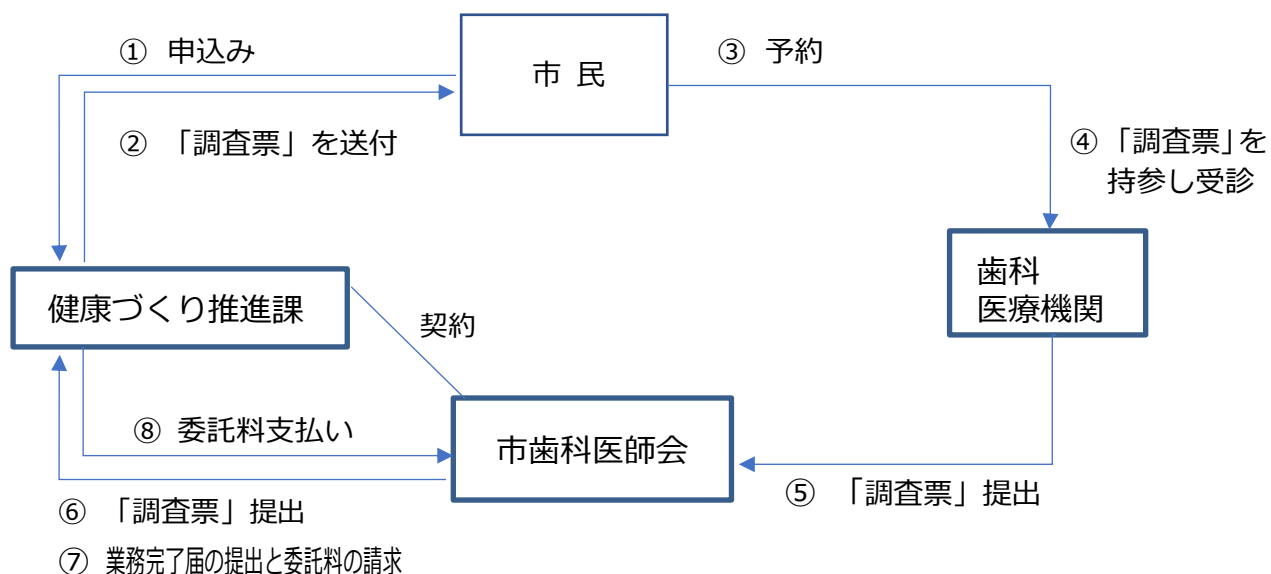
③健診結果の説明

### (6) 受診者の自己負担金

無料（自己負担なし）

## 2 事業全体の流れ

### (1) 業務フロー図



### (2) 会計処理

- ① 調査実施歯科医療機関は翌月 5 日までに「調査票」を熊本市歯科医師会事務局に送付する。6 月実施分は令和 5 年 7 月 5 日（水）までに提出する。
- ② 熊本市歯科医師会事務局は、ひと月ごとの「調査票」を健康づくり推進課に送付する。「業務完了届」及び「請求書」は令和 5 年 7 月 5 日（水）以降、最終分の調査票がそろい次第、健康づくり推進課に送付する。

### 3 実態調査の実施方法

#### (1) 質問項目の回答を確認

申込者に事前に送付した調査票の質問項目について、回答を確認し、健診結果とともに口腔衛生指導等の参考とする。

| 【調査票 (おもて面)】 熊本市成人歯科実態調査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                       |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 受診日 令和5年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                                                       |          |
| (氏名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (年齢) | 歳                                                                                                                     | (性別) 男・女 |
| (住所) 熊本市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (電話) | —                                                                                                                     | —        |
| 歯科医院を受診する前に以下のアンケートに回答をお願いします。あてはまるものにチェック✓をし<br>てください。( )内もご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q1</b> 歯みがきは1日に何回しますか<br><input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | <b>Point</b><br>歯ブラシだけでは歯垢(歯の汚れ)が6割しか落ちません。歯と歯の間も忘れずに。                                                                |          |
| <b>Q2</b> 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか<br><input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1~3回 <input type="checkbox"/> 使っていない                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q3</b> フッ化物入りの歯みがき剤を使用していますか<br><input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 分からない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | <b>Point</b><br>フッ化物入り歯みがき剤はむし歯予防効果があります。使用した後のうがいを軽く1回程度におさえると効果UP!                                                  |          |
| <b>Q4</b> 過去1年間に歯科健診(検診)を受けましたか<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q5</b> Q4で「いいえ」と回答した方にお尋ねします。その理由は何ですか(複数回答可)<br><input type="checkbox"/> 受診する時間がないから <input type="checkbox"/> 健診費(治療費)が高いから <input type="checkbox"/> 治療期間が長くなるから<br><input type="checkbox"/> 診療の待ち時間が長いから <input type="checkbox"/> 怖いから <input type="checkbox"/> 歯が痛くても困らないから<br><input type="checkbox"/> 口の中を見られることが恥ずかしいから <input type="checkbox"/> 何も異常が無いから<br><input type="checkbox"/> どこの歯科医院が良いかわからないから<br><input type="checkbox"/> その他( ) |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q6</b> 食事は噛めていますか<br><input type="checkbox"/> 何でも噛める <input type="checkbox"/> 噛めないものがある <input type="checkbox"/> 噛めない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q7</b> お茶や汁等でむせることがありますか<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q8</b> たばこを吸ったことがありますか<br><input type="checkbox"/> 吸っている( 歳から 本/日)<br><input type="checkbox"/> 昔吸っていた( 歳まで 年間)<br><input type="checkbox"/> 吸ったことがない                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      | <b>Point</b><br>たばこは歯周病を進める原因となります。                                                                                   |          |
| <b>Q9</b> 全身の状態であてはまるものはありますか(複数回答可)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 内臓型肥満<br><input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 妊娠<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                              |      | <b>Point</b><br>何かあったら行くのは「行きつけの歯科医院」で、定期的に行くのが「かかりつけ歯科医院」です。かかりつけで定期的に歯と口の状態をチェックしてもらい、8020(80歳で20本以上が自分の歯)を達成しましょう。 |          |
| <b>Q10</b> かかりつけの歯科医がありますか<br><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                       |          |
| <b>Q11</b> 自分の歯や口について気になることはありますか<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                       |          |
| 熊本健康アプリID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      | ※裏面は歯科健診結果記入用                                                                                                         |          |

## (2) 口腔診査

次の項目について、歯科医師がスポット照明下でデンタルミラー、WHOプロープ等を用いて行う。

| 歯科健康診査結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------|---|------------|---|----------------|---|-------------|---|--------------|---|----------------|---|------|---|-----|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (氏名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                  |   |            |   |                |   |             |   | (年齢)         |   | 歳              |   | (性別) |   | 男・女 |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>1. 歯の状況(記号を記入)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 7 | 6                | 5 | 4          | 3 | 2              | 1 | 1           | 2 | 3            | 4 | 5              | 6 | 7    | 8 | 8   | 7 | 6              | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 健全歯(/)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   | 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(Δ) |   | 6. 欠損補綴歯数(◇) |   | 7. 補綴不要欠損歯数(X) |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   | 本<br>うち根面う蝕<br>本 |   | 本          |   | 本              |   | 本           |   | 本            |   | 本              |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>2. 歯肉の状況(CPI 判定)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17または16 11 26または27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="18">BOP</td> </tr> <tr> <td colspan="18">PD</td> </tr> <tr> <td colspan="18">BOP</td> </tr> <tr> <td colspan="18">PD</td> </tr> </table>                                                                                                             |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  | BOP           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PD              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | BOP             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PD    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BOP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BOP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47または46 31 36または37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="18">判定基準:〔歯肉出血BOP〕</td> </tr> <tr> <td colspan="18">0. 健全 1. 出血あり</td> </tr> <tr> <td colspan="18">9. 除外歯 X. 該当歯なし</td> </tr> <tr> <td colspan="18">判定基準:〔歯周ポケットPD〕</td> </tr> <tr> <td colspan="18">0. 健全</td> </tr> <tr> <td colspan="18">1. 浅いポケット(4-5mmに達するポケット)</td> </tr> <tr> <td colspan="18">2. 深いポケット(6mmを超えるポケット)</td> </tr> <tr> <td colspan="18">9. 除外歯</td> </tr> <tr> <td colspan="18">X. 該当歯なし</td> </tr> </table> |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   | 判定基準:〔歯肉出血BOP〕 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  | 0. 健全 1. 出血あり |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9. 除外歯 X. 該当歯なし |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 判定基準:〔歯周ポケットPD〕 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0. 健全 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. 浅いポケット(4-5mmに達するポケット) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2. 深いポケット(6mmを超えるポケット) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9. 除外歯 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X. 該当歯なし |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 判定基準:〔歯肉出血BOP〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0. 健全 1. 出血あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. 除外歯 X. 該当歯なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 判定基準:〔歯周ポケットPD〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0. 健全                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 浅いポケット(4-5mmに達するポケット)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. 深いポケット(6mmを超えるポケット)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. 除外歯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X. 該当歯なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人コード(最大値) 歯肉出血 歯周ポケット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="18">歯肉出血</td> </tr> <tr> <td colspan="18">歯周ポケット</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                 |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  | 歯肉出血          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 歯周ポケット          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 歯肉出血                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 歯周ポケット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>3. 口腔清掃状態</b> 1. 良好 2. 普通 3. 不良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>4. 歯石の付着</b> 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>5. その他所見</b> 1. 楔状欠損 2. 歯列咬合不正 3. 顎関節症 4. 義歯不適合 5. 粘膜疾患 6. その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                  |   |            |   |                |   |             |   |              |   |                |   |      |   |     |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ① 現在歯の状況

- ・現在歯とは、歯の全部または一部が口腔内に現れているものをいう。  
健全歯、未処置歯、処置歯に分類する。
- ・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。

〔記載例〕 |1 2 癒合歯 (健全歯の場合) : |1 「/」、|2 「×」

#### ア. 健全歯

- ・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。
- ・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、そこにう蝕病変の認められないものは健全歯とする。

#### イ. 未処置歯

- ・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。
- ・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。
- ・C4の残根は、未処置歯とする。

#### ウ．処置歯

- ・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。
- ・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扱う。
- ・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、可能な限り問診して、う蝕のない歯に填塞したものは健全歯とするが、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。
- ・根面板等を施してある歯は、処置歯とする。

### ② 喪失歯等の状況

- ・喪失歯とは、抜去または脱落により喪失した歯をいう。

要補綴歯、欠損補綴歯、補綴不要欠損歯に分類する。

#### ア．要補綴歯（欠損未処置歯）

- ・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（欠損処置歯）

- ・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、一部破損している、あるいは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。
- ・義歯、ブリッジ、インプラント等、装着している補綴物の名称と範囲を健診票の歯式の欄外に記載する。

#### ウ．補綴不要欠損歯

- ・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を補綴不要欠損歯とする。

### 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。なお、WHO から新たに示された改定法に準拠して測定を行うが、集団健診等の特性等を勘案し、対象歯は改定 CPI 法で提示された全歯ではなく、以下に記載する特定歯とする。

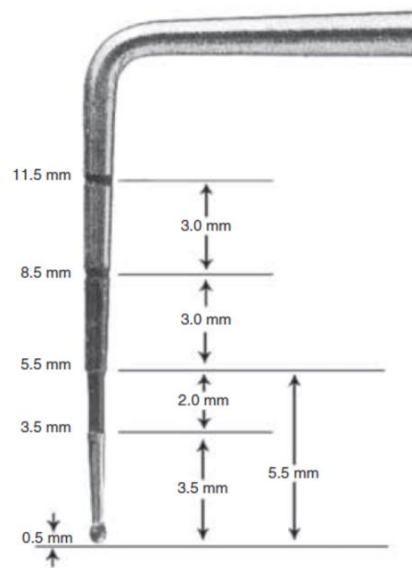


図1 WHOプローブ

#### 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、あるいは臼歯部で分画内の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「×」を該当する代表歯の欄に記入する。

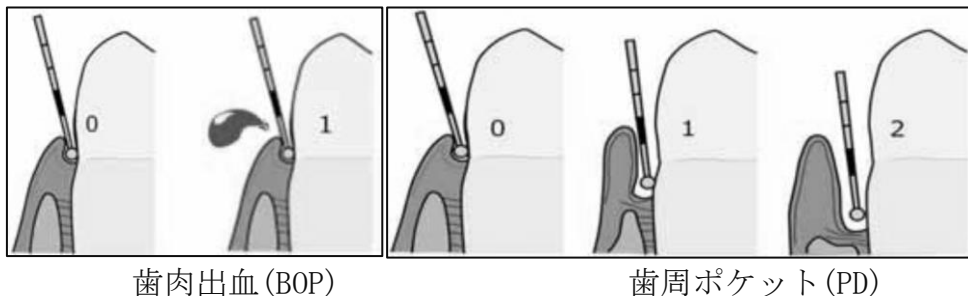
#### イ. 検査方法

- ・上顎は頬唇側面、下顎は舌側面について以下の基準（表2、図2）で検査し、最高コード値を記入する。臼歯部では分画内の2歯のうち、「歯肉出血」では0 あるいは 1、「歯周ポケット」では0～2 の高いほうの点数を最大コード値とする。
- ・代表歯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(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2 CPI の判定基準

|                    | コード | 所見            | 判定基準                           |
|--------------------|-----|---------------|--------------------------------|
| 歯肉出血<br>(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<br>(例：根の露出が根尖に及ぶ) |
|                    | ×   | 該当する歯なし       |                                |
| 歯周<br>ポケット<br>(PD) | 0   | 健全            | 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           | プロービングが出来ない歯<br>(例：根の露出が根尖に及ぶ) |
|                    | ×   | 該当する歯なし       |                                |

図2 WHO プローブによる測定基準



#### ④ 口腔清掃状態・歯石の付着

- ・CPI の検査対象歯について、歯垢の存在がほとんど認められない状態を「良好」とする。また、1 歯以上の歯の歯肉縁に歯面の 1/3 を超えて歯垢が認められる場合を「不良」とし、それ以外を「普通」とする。
- ・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

- ・楔状欠損、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等について、さらに詳しい検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医療機関の受診を勧める。

### (3) 健診結果の説明

健診結果の説明を行う。調査対象者への結果説明に使用する様式は定めない（調査対象者への説明は口頭も可）。

## 4 調査票への記載方法

健診結果については、以下に示す通り該当するコードを記載する。

### (1) 現在歯・喪失歯等の状況

| 判定               | 結果票記載コード |
|------------------|----------|
| 健全歯              | /        |
| 未処置歯             | C        |
| 処置歯              | ○        |
| 要補綴歯<br>(欠損未処置歯) | △        |
| 欠損補綴歯<br>(欠損補綴歯) | ⊖        |
| 補綴不要欠損歯          | ×        |

根面う蝕の未処置歯がある場合、う蝕本数のところに再掲として、根面う蝕本数を記入してください。

### (2) 歯肉の状況

| 歯肉出血  | 記載コード      |
|-------|------------|
| 健全    | 0          |
| 出血あり  | 1          |
| 除外歯   | 9          |
| 該当歯なし | X          |
| 最大値   | (あてはまるコード) |

| 歯周ポケット | 記載コード      |
|--------|------------|
| 健全     | 0          |
| 浅いポケット | 1          |
| 深いポケット | 2          |
| 除外歯    | 9          |
| 該当歯なし  | X          |
| 最大値    | (あてはまるコード) |

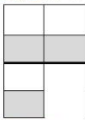
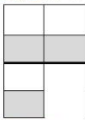
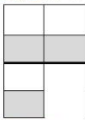
※「該当歯なし」のコードはアルファベット大文字の「X」

### (3) その他

口腔清掃状態、歯石の付着、その他の所見については、あてはまる項目に○をつける。

調査に使用する様式は以下のとおり。

裏

| <b>歯科医療機関の方へ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------|---|-----|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象の方の住所・氏名・生年月日をご確認のうえ、成人歯科健診の実施及び健診結果の記入をお願いします。<br>この調査票は、熊本市歯科医師会事務局にお送りいただきますようお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>●調査対象:</b> 20～69歳<br><b>●調査期間:</b> 令和5年4月1日～6月30日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 歯科健康診査結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (氏名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       | (年齢)                                                                                   |                                                                                         |   | 歳 |   | (性別) |   | 男・女 |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>1.歯の状況(記号を記入)</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td><td>下</td><td>上</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   | 8                                                                                                                                 | 7                                              | 6                                                                                                                                                                                    | 5                                                                                        | 4                                                                                     | 3                                                                                      | 2                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 7                                              | 6                                                                                                                                                                                    | 5                                                                                        | 4                                                                                     | 3                                                                                      | 2                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4    | 5 | 6   | 7 | 8 |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 下                                              | 上                                                                                                                                                                                    | 下                                                                                        | 上                                                                                     | 下                                                                                      | 上                                                                                       | 下 | 上 | 下 | 上    | 下 | 上   | 下 | 上 |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1.健全歯(ノ)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> <td style="width: 25%;">2.未処置歯(C)<br/>本<br/>うち根面う蝕<br/>本</td> <td style="width: 25%;">3.処置歯数(O)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> <td style="width: 25%;">4.残存歯数(1+2+3)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> <td style="width: 25%;">5.要補綴歯数(△)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> <td style="width: 25%;">6.欠損補綴歯数(D)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> <td style="width: 25%;">7.矯矯正装置装着(Y)<br/><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> </tr> </table>             |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   | 1.健全歯(ノ)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                               | 2.未処置歯(C)<br>本<br>うち根面う蝕<br>本                  | 3.処置歯数(O)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                 | 4.残存歯数(1+2+3)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 5.要補綴歯数(△)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 6.欠損補綴歯数(D)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 7.矯矯正装置装着(Y)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1.健全歯(ノ)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2.未処置歯(C)<br>本<br>うち根面う蝕<br>本                  | 3.処置歯数(O)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                 | 4.残存歯数(1+2+3)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 5.要補綴歯数(△)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 6.欠損補綴歯数(D)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 7.矯矯正装置装着(Y)<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>2.歯肉の状況(CPI判定)</b><br><table style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;">           17または16      11                  26または27<br/><br/>  </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 10px;">           BOP<br/><br/><br/>PD<br/><br/><br/>BOP<br/><br/><br/>PD         </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <b>判定基準:(歯肉出血BOP)</b><br/>           O. 健全        1.出血あり<br/>           9. 部分血     ×. 該当歯なし<br/> <b>判定基準:(歯間ポケットPD)</b><br/>           O. 健全<br/>           2. 浅いポケット(4～5mm)に達するポケット)<br/>           2. 深いポケット(6mm)を超えるポケット)<br/>           9. 除外歯<br/>           ×. 該当歯なし         </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">           47または46      31      36または37         </td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   | 17または16      11                  26または27<br><br> | BOP<br><br><br>PD<br><br><br>BOP<br><br><br>PD | <b>判定基準:(歯肉出血BOP)</b><br>O. 健全        1.出血あり<br>9. 部分血     ×. 該当歯なし<br><b>判定基準:(歯間ポケットPD)</b><br>O. 健全<br>2. 浅いポケット(4～5mm)に達するポケット)<br>2. 深いポケット(6mm)を超えるポケット)<br>9. 除外歯<br>×. 該当歯なし | 47または46      31      36または37                                                             |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 17または16      11                  26または27<br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | BOP<br><br><br>PD<br><br><br>BOP<br><br><br>PD | <b>判定基準:(歯肉出血BOP)</b><br>O. 健全        1.出血あり<br>9. 部分血     ×. 該当歯なし<br><b>判定基準:(歯間ポケットPD)</b><br>O. 健全<br>2. 浅いポケット(4～5mm)に達するポケット)<br>2. 深いポケット(6mm)を超えるポケット)<br>9. 除外歯<br>×. 該当歯なし |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 47または46      31      36または37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 個人コード(最大値)    歯肉出血 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div><br>歯周ポケット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>3.口腔清掃状態</b> 1.良好    2.普通    3.不良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>4.歯石の付着</b> 1.なし    2.軽度(点状)あり    3.中等度(帯状)以上あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>5.その他所見</b> 1.模状欠損    2.歯列咬合不正    3.顎関節症    4.義歯不適合    5.粘膜疾患<br>6.その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <div style="float: left; width: 40%;">歯科医療機関名</div> <div style="float: right; width: 60%;">連絡先</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 健診担当歯科医師名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |      |   |     |   |   |                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                       |                                                                                        |                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

①歯科医院から熊本市健康づくり推進課に連絡してください。

②健康づくり推進課が申込みの確認を行います。

③調査票は、熊本市歯科医師会会員専用ページから印刷していただくか、同封の調査票をコピーして使用してください。

熊本市健康づくり推進課（熊本市口腔保健支援センター）

電話096-328-2145