

茨城県市町村職員共済組合 歯周病検診について

本歯周病検診の概要

茨城県市町村職員共済組合（市役所、町村役場職員の社会保険及び福利厚生取扱団体）が、

本年度から、茨城県歯科医師会と契約し実施する保健事業。

1. 助成対象者

実施年度中に40才以上 5歳刻みの年齢に達する組合員。

2. 検査の実施期間

平成22年6月1日から平成23年1月31日まで。

3. 検診内容

問診、歯周組織検査および指導を行う。

4. 検診料 4,200円

そのうち1,000円は自己負担(窓口で徴収)。
3,200円は組合から助成。

5. 受診できる歯科医療機関

(社)茨城県歯科医師会に所属する茨城県内の歯科医院。
ただし、総合病院の歯科・歯科口腔外科では受診不可。

- * 受診できる歯科医院の情報は、組合員に送付する受診券・
受診票と同封の歯科医療機関リストに掲載。
共済組合のホームページにも掲載。

検診の流れ

- ① 受診者は検診を受ける際、希望する歯科医療機関にあらかじめ予約。

予約を受けた際、歯科医療機関は当組合が実施する歯周病検診であることを確認。

***** 受診者が予約をする際は、必ず茨城県市町村職員共済組合の組合員であることを伝える旨、周知済み。

検診の流れ

② 受診者が「**受診券**」、「**受診票**」、「保険証」を**持参**。

「受診券」により組合の受診資格者であることを確認して下さい。

自己負担として1,000円を徴収。

（領収書を発行して下さい。）

***** 仮に受診券を忘れた場合は、本人の資格の確認が必要となりますので、下記までご連絡下さい。

確認が取れ次第、検診を行って下さい。

茨城県市町村職員共済組合

福祉課 TEL029－301－1412

***** 受診券を忘れた場合、受診券は後日必ず本人から回収して下さい。

検診の流れ

- ③ 受診票の問診票に記入されているかどうか確認。
- ④ 問診票の記入確認後、診査要綱に従い歯周病検診。
- ⑤ 検診終了後、検診結果を歯科医師が受診票に記入。
- ⑥ 最後に検診結果に基づき指導・説明を行ってください。

* 検診の結果、治療を要する場合は、**日を異にして**
別途保険診療扱いです。

受診票について

※ 後日 一部送付します

歯周病検診受診票(B4)は、下記の区分に応じ4枚複写

- ・1枚目(Nº1) ...「実施歯科医療機関(控)」
- ・2枚目(Nº2) ...「茨城県歯科医師会(控)」
- ・3枚目(Nº3) ...「茨城県市町村職員共済組合(控)」

Nº1～ Nº3: 問診票(左半分)と検診票(右半分)に構成。

- ・4枚目(Nº4) ...「受診者(控)」

歯周病についての説明(左半分)と検診結果(右半分)に構成。

受診票の取扱い手順

- 実施歯科医療機関は、1枚目の受診票を控えに取り、
2枚目及び3枚目の受診票(問診票・検診票)を
「歯周病検診実施報告書」、「受診券」、「歯周病検診
請求明細書」とともに、茨城県歯科医師会へ送付して
下さい。
(本年度分は、平成23年2月15日までに一括して送付
して下さい。)
- 4枚目の受診票(検診票)は、受診者にお渡し下さい。

歯周病検診受診券

平成22年度

所 属 所 名	〇〇〇市役所		
組合員証記号番号	100－1234		
組合員氏名	共 済 太 郎		
生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男性
検 診 機 関	茨城県内の歯科医院（一部受診できない歯科医院があります）		
受 診 期 間	平成22年6月1日から平成23年3月31日		
自 己 負 担	1, 000円		
歯科医療機関 様 上記の受診者は本組合が実施する歯周病検診が受けられる 有資格者であるため、茨城県歯科医師会との契約に基づいた 歯周病検診を行ってください。 茨城県市町村職員共済組合 印			

実施報告書

実施歯科医療機関

住所

氏名

印

歯周病検診実施報告書の提出について

平成 年度茨城県市町村職員共済組合歯周病検診事業に係る検診結果を下記のとおり
報告します。

併せて検診料を下記のとおり請求します。

記

1・受診者名

組合員証 記号番号	受診者名	検診年月日	組合員証 記号番号	受診者名	受診年月日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日
—		H 年 月 日	—		H 年 月 日

合計

人

2・書類提出

(1) 受診券

枚

(2) 受診票(問診票及び検診票)

枚

3. 検診料の請求

(1) 請求金額

円 (人 × 3,200円

[消費税込])

円 (人 × 3,200円[消費税込])

(2) 振込先

銀行

支店

普通預金

口座番号

名義

※請求額は、契約検診料(4,200円)から自己負担額(1,000円)を控除した金額となります。

※この報告書に「歯周病検診請求明細書」を添付し、茨城県歯科医師会へ提出してください。

歯周病検診請求明細書

実施月	実施人数	検診料	自己負担額 (1,000円×①)	請求検診料 (①×②－③)
	①	②	③	
6月	人	4, 200円	円	円
7月	人	4, 200円	円	円
8月	人	4, 200円	円	円
9月	人	4, 200円	円	円
10月	人	4, 200円	円	円
11月	人	4, 200円	円	円
12月	人	4, 200円	円	円
1月	人	4, 200円	円	円
2月	人	4, 200円	円	円
3月	人	4, 200円	円	円
合計	人	円	円	円

注)この明細書は、歯周病検診実施報告書に添付してください。

検診料の請求から支払いまでの流れ

- 「受診票(4枚複写)」のうち「実施歯科医療機関控」を保管。
- 「受診券」、「受診票(茨城県歯科医師会控)」、「受診票(茨城県市町村職員共済組合控)」及び「歯周病検診実施報告書」、「歯周病検診請求明細書」(これらは後日送付)を添え、平成22年度は、6月から翌年1月実施分を2月15日迄に茨城県歯科医師会に一括送付して下さい。併せて、検診料(4,200円)のうち自己負担額(1,000円)を差し引いた金額(3,200円)を一括請求して下さい。
- 平成23年度以降は、年度2回に分け、6ヶ月分を一括報告、請求して下さい。

次表参照

検診料の請求から支払いまでの流れ

<平成 22 年度>

受診期間	検診料の請求		検診料の支払い	
組合員の受診月	歯科医院が茨歯会へ	茨歯会が組合へ	組合が茨歯会へ	茨歯会が歯科医院へ
6,7,8,9,10,11,12,1	2 月 15 日迄	2 月末日迄	3 月 15 日	3 月末日迄

<平成 23 年度以降>

受診期間	検診料の請求		検診料の支払い	
組合員の受診月	歯科医院が茨歯会へ	茨歯会が組合へ	組合が茨歯会へ	茨歯会が歯科医院へ
2,3,6,7,8	9 月 15 日迄	9 月末日迄	10 月 15 日	10 月末日迄
9,10,11,12,1	2 月 15 日迄	2 月末日迄	3 月 15 日	3 月末日迄

※実施年度の検診期間は、6 月から翌年 3 月までの 10 ヶ月間となり、有資格者抽出の関係上、4 月及び 5 月は除きます。

診 査 の 概 要

配布した、検査要綱をご参照下さい

(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。
 - ①健全歯 : 「／ または連続横線_____」
 - ②未処置歯 : 「C」
 - ③処置歯 : 「O」
- 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。
- 予防てん塞(フィッシャー・シーラント)
 - う蝕のない歯にてん塞したものは健全歯とする。
 - 明らかにう蝕歯にてん塞を施したものは処置歯とする。

(2) 喪失歯の状況

- ・喪失歯とは、抜去または脱落により喪失した歯。
- ・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については喪失歯に含まない。

① 要補綴歯：「△」

- ・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。

② 欠損補綴歯：「△を○で囲む」

- ・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、一部破損していたり、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検診票の歯式の欄外に記載する。

(3) 歯周組織の状況

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

① 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)を診査対象とする。
両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部で2歯とも対象歯が欠損している場合には、診査対象外として「×」を該当する分画の欄に記入する。

(3) 歯周組織の状況

② 診査方法

- ・上顎は頬唇側面
下顎は舌側面

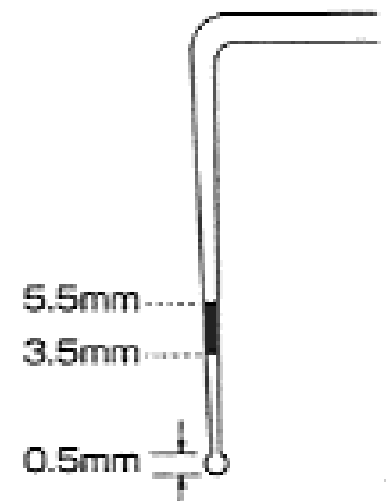
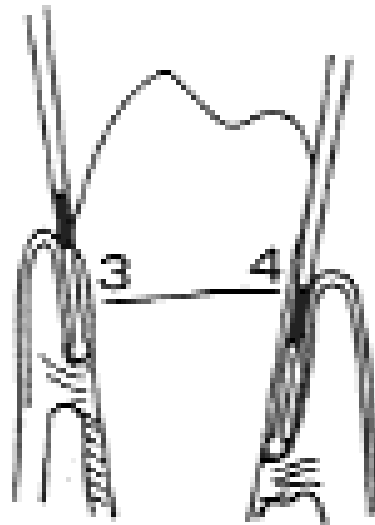
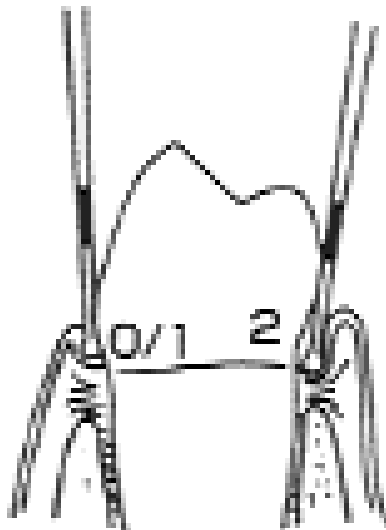
について診査し、最高コード値を記入。

- ・臼歯部では2歯のうち高いほうの点数を最大コード値。
- ・各分画のうちの最高コード値を
個人の代表値(個人コード)とする。

- ※ プロービングは、CPIプローブ先端の球を歯の表面に沿って滑らせる程度の軽い力で操作し、遠心の接触点直下から、やさしく上下に動かしながら近心接触点直下まで移動させる。
- ※ プロービング圧は20グラム以下。

CPI コード

コード	所見	判定基準
0	健全	以下の所見がすべて認められない。
1	出血あり	プローピング後10～30秒以内に出血が認められる。
2	歯石あり	歯肉縁上又は縁下に歯石を触知する。
3	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。
4	6mmを越えるポケット	プローブの黒い部分が見えなくなる。



受診票への記入

17または 16	11	26または 27
右		左
47または 46	31	36または 37

ポケットの深さではなく、
右のCPIコードの値を記入

個人コード
(上の6分画の
最大値)

C P I コード

- 0: 健全
- 1: 歯肉出血
- 2: 歯石 4mmを超えるポケットはないが
縁上縁下の歯石が認められ
るか、
辺縁不適合な補綴物がある
場合
- 3: 4～5mmのポケット
(プローブの黒い部分が一部見えている
場合)
- 4: 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場
合)
- ×: 診査対象外

健診結果の判定

診査結果に基づき、以下のように判定する。

(1) 異常なし

未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、CPI個人コードが0の者

(2) 要指導

未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、CPI個人コードが1の者

(3) 要精密検査

以下の項目に1つ以上該当し、さらに詳しい診査や治療が必要な者

- (a) CPI個人コード＝2
- (b) CPI個人コード＝3または4
- (c) 未処置歯あり
- (d) 要補綴歯あり
- (e) その他の所見あり：問診1で、さらに詳しい診査や治療が必要な訴えのある者を含む

市町村共済組合への連絡事項 (今後の予定等)

1. 当院にて指導予定
2. 当院にて経過観察・定期健診予定
3. 当院にて精検・治療予定
4. 未定
5. 他医療機関を紹介
6. その他

該当に○をお願いします。

お願いと注意事項



- ・ CPI コードは、コードの記入をお願いします。
歯周ポケットの実数mmではありません。
- ・ PCI コード用プローブのご用意をお願いします。
- ・ 適切なご指導・ご説明を宜しくお願いします。

お問い合わせ

- 本人資格の確認

茨城県市町村職員共済組合

福祉課 TEL 029-301-1412

- 事務手続き

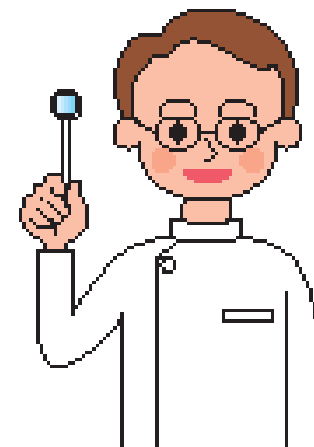
茨城県歯科医師会

TEL 029-252-2561

- 検診内容

県歯厚生委員会

(各支部出向の先生にお問い合わせ下さい)



市町村職員共済組合からの委託事業です。

長く続けることが大切です。

先生方のご協力を宜しくお願い致します。

