新潟市歯周病リスク見える化事業実施要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、新潟市生涯歯科保健計画に基づき、事業所等と連携した歯周病予防の取組を推進するため、健康診断時等における歯周病スクリーニングや、歯周病予防に関する知識や適切な歯科保健行動の啓発等により、事業所等における従業員の歯科保健の取り組みを支援する「新潟市歯周病リスク見える化事業（以下「本事業」という。)」の実施にあたり、必要な事項を定める。

（用語の定義）

第２条　この要綱において、次の各号における用語の意味は、当該各号に定めるところによる。

（１）「市内事業所」とは、市内に本社・本店、支社・支店、営業所等を有する事業所及び各種団体（ＮＰＯ法人、公益法人等を含む）をいう。

（２）「歯のクリーニング」とは、歯面に付着するプラークを機械的に除去する歯面清掃のことをいい、歯石の除去は含まない。

（事業概要）

第３条　本事業の内容は次の各号のとおりとする。

（１）　市内事業所への歯科口腔保健の啓発

（２）　歯周病スクリーニングの実施及び歯周病予防の啓発

（３）　歯周病スクリーニングの結果、歯周病リスクが高かった者（以下「高リスク者」という。）を対象とした歯科健診及び歯のクリーニング（以下「歯科健診等」という。）の実施

（対象事業所）

第４条　本事業の対象事業所は、営利非営利は問わず、にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱第７条に基づき、にいがたヘルスパートナーに登録されている市内事業所とする。ただし、次の号に該当する場合は対象外とする。

（１）　労働安全衛生法第６６条第３項で義務付けられた歯科健診を実施している場合

（２）　従業員の健康づくりとして、既に歯科健診に係る費用の補助を行っている場合

（３）　本事業の目的に照らし、市長が不適切であると判断した場合

（対象者）

第５条　申込みをした市内事業所の従業員を対象とする。

（利用申込）

第６条　本事業に申込みをする市内事業所は、市長が定める期間内に新潟市歯周病リスク見える化事業利用申込書（第１号様式）を提出するものとする。

２　歯周病リスク検査実施希望者（申込者）数の上限を、１事業所あたり１５０人とする。

３　市長は、前項に基づく申込みがあった場合は、内容を審査し、事業を実施するか否かを決定するものとする。

４　前項の規定による審査の結果、事業実施の可否を決定したときはその旨を新潟市歯周病リスク見える化事業利用決定（却下）通知書（第２号様式）により、申込事業所に通知するものとする。

（事業実施報告書）

第７条　本事業の利用事業所は、本事業が終了したときには、歯周病リスク見える化事業利用報告書（第２号様式）により市長に報告しなければならない。

（高リスク者への受診支援）

第８条　高リスク者のうち本市の住民票を有する者（以下「歯科健診等対象者」という。）に対し、歯科健診等を実施するものとする。

２　歯科健診等対象者には予め個別に受診券を交付する。なお、受診券の有効期限は、受診券に記載のとおりとする。
３　歯科健診等受診希望者は、受診券、本人確認書類等を持参し、第９条で定める委託医療機関に直接受診するものとする。なお、原則として、受診希望者は事前に委託医療機関に予約するものとする。

（委託契約及び委託医療機関）
第９条　市長は、歯科健診等の実施について一般社団法人新潟市歯科医師会長と契約をし、同会長が適当と認めた歯科医療機関を委託医療機関とするものとする。

（委託医療機関における歯科健診等）
第１０条　委託医療機関は、歯科健診等対象者の受診資格について、受診券、本人確認書類により確認するものとする。
２　委託医療機関は、受診結果報告書（別記様式第４号）に従い歯科健診を実施するとともに、全顎の歯のクリーニングを実施するものとする。
３　健診結果は、健診当日に、健診を実施した歯科医師が直接受診者に説明するとともに、健診結果に基づき、治療や定期健診等、推奨される今後の取組内容について説明するものとする。

（歯科健診等に係る費用）
第１１条　委託医療機関に支払う料金は、別に定める契約書のとおりとする。
２　受診者は、料金の一部として５００円を負担することとし、受診した委託医療機関に直接支払うものとし、この際、委託医療機関は任意の領収書を発行するものとする。

（受診結果報告及び費用請求）
第１２条　委託医療機関は、歯科健診等実施の翌月１０日までに市へ受診結果報告書を提出し、市は速やかに点検（以下「一次点検」という。）を行うものとする。
２　一般社団法人新潟市歯科医師会長は、一次点検を終了した受診結果報告書の点検（以下「二次点検」という。）を行ったうえ、歯科健診等実施の翌月末までに新潟市財務規則の規定による請求書に、二次点検終了後の受診結果報告書を添えて市長に提出するものとする。
３　市長は、同会長の請求に基づき、請求書等を審査のうえ、適当とみとめた時は速やかに、その費用を支払うものとする。

（その他）
第１３条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附　則
この要綱は、令和３年８月２日から施行する。
附　則
この要綱は、令和８年６月３０日から施行する。

第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

（宛先）新潟市長

申込者　所 在 地

事業所名

代表者名

新潟市歯周病リスク見える化事業利用申込書

下記確認事項について確認し、新潟市歯周病リスク見える化事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申し込みます。

<table>
<tr><td>事業所の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="2">従業員数等について</td><td>従業員数（A）</td><td>役員数（B）</td><td>（A）＋（B）</td><td>歯周病リスク検査実施希望者数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">問合先</td><td>所属</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>TEL</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>FAX</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>E-Mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>業種</td><td colspan="4">☐建設業　☐製造業　☐情報通信業
☐運輸業・郵便業　☐卸売業・小売業　☐金融業・保険業
☐不動産業・物品賃貸業　☐宿泊業・飲食サービス業　☐医療・福祉
☐教育・学習支援業　☐サービス業　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>健康保険
（正規従業員加入）</td><td colspan="4">☐全国健康保険協会（協会けんぽ）　☐健康保険組合（　　）
☐国保（　　）　☐その他（　　）</td></tr>
</table>

以下の項目について確認し、当てはまる項目の記入欄にチェック（✔）を記入してください。

確認事項		記入欄
にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱第７条に基づく「にいがたヘルスパートナー」について	登録済である。	
	申請中である。 ※にいがたヘルスパートナーへの登録決定が、歯周病リスク見える化事業利用決定の条件となります。	

※ご記入いただいた情報は、本事業及びデータ分析のために使用させていただきます。

第２号様式（第６条関係）

年　　月　　日

様

新潟市長

新潟市歯周病リスク見える化事業利用決定（却下）通知書

新潟市歯周病リスク見える化事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり決定しましたので、通知いたします。

記

事業所の名称	
利用の可否	
不可の理由	

第３号様式（第７条関係）

（宛先）新潟市長

歯周病リスク見える化事業利用報告書

記入日：　　年　　月　　日

記入者：　（所属）

（氏名）

（TEL）

事業所の名称	
事業実施日 又は実施期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日 （当てはまるものに〇）健康診断と同日に実施　・　健康診断と別日に実施
歯周病リスク検査 実施者数	人
備考	

第４号様式（第１０条関係）

受 診 結 果 報 告 書

【氏名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【歯周病及び歯石の付着状況】

（上）	歯石（認められたら✓）																
	BOP（認められたら✓）																
	動揺度																
	ポケット最深部の深さ【mm】																
	右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8 左
（下）	ポケット最深部の深さ【mm】																
	動揺度																
	BOP（認められたら✓）																
	歯石（認められたら✓）																

【その他の所見】

むし歯など、歯周病以外に対する治療が必要な場合は、本欄に記入してください。

【クリーニング】

実施後にチェック☑

☐ 歯科健診後に全顎の歯のクリーニングを実施した

歯科医療機関 点検チェックリスト
実施内容確認後にチェック☑
☐ 歯科健診の実施
☐ 歯科健診結果の説明
☐ 歯のクリーニングの実施
☐ 本用紙への必要事項記入

診査日 ： 年 月 日

歯科医療機関名

歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この用紙の記載内容は、今後の事業内容の検討のため、分析に利用します。事業所または個人が特定されない状態でデータが集積され、その集積結果を解析委託機関に送り解析することがあります。その解析結果が学会や学術雑誌などに発表することもありますが、いずれの場合も、個人情報が公表されることは一切ありません。

新 潟 市