

平成29年度新潟市口腔保健福祉センター事業計画書

平成29年3月31日

施設名	新潟市口腔保健福祉センター		
団体名	一般社団法人 新潟市歯科医師会		
団体所在地	新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号		
代表者名	会長 岡田 匠	設立年月日	S22年11月1日
電話番号	025(244)5231		
FAX番号	025(244)7221		
Eメール	admin@ndnw.or.jp		

1. 新潟市口腔保健福祉センター経営方針

新潟市歯科医師会は、公益法人であり非営利を目的とした団体である。またその定款には、「第3条 本会は、医道の高揚、歯科医学、医術の進歩発達と公衆衛生の普及向上とを図り予防歯科学の完成に努力し、社会及び会員の福祉を増進することを目的とする。」とある。その理念に基づき、休日急患の市民の安心安全のよりどころとなり、また障がい者歯科医療の基点となる施設としたい。

2. 新潟市口腔保健福祉センター組織構成

- ① 管理体制として、理事2名、部員5名、センター職員（常勤歯科医師）1名を専属として人員確保する。
- ② 新潟市口腔保健福祉センター管理会議（以下「管理会議」という。）
 - ・ 会議目的：口腔保健福祉センター全体の事業計画等の管理、検討。
 - ・ 人員：理事2名、センター職員（常勤歯科医師）1名、歯科医師会事務局長1名
 - ・ 開催予定：年5回開催。
- ③ 新潟市口腔保健福祉センター部会（以下「部会」という。）
 - ・ 会議目的：診療における課題の整理、診療担当者の管理、事業運営、サービス体制、安全管理体制等の検討。
 - ・ 人員：理事2名、部員5名、センター職員（常勤歯科医師）1名
 - ・ 開催予定：年12回開催。
- ④ その他 スタッフ会議等

3. 歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・事務員などの契約の1日当りの出務体制

(1) 急患診療について 別紙1-1

- ① 歯科医師及び歯科衛生士について：連休以外の休日は歯科医師1名に対し歯科衛生士2名の体制にて配備を行う。2連休及び飛び石連休は歯科医師2名歯科衛生士2名体制、3連休以上は歯科医師2名歯科衛生士3名体制、12月31日は、歯科医師3名歯科衛生士4名体制の配備を行い、市民のニーズに応じた受け入れ態勢を整える。
- ② 薬剤師及び事務員は繁忙期でも概ね1名体制で事業を行えるが、事務員については、12月31日の9時から13時までは3名、13時以降は2名、1月1日から3日の9時から13時までは2名、13時以降は1名の配備を行う。

(2) 特別診療について 別紙1-2

- ① 特別診療において対象となる障がい者は、知的障がい、身体障がい、精神障がい、摂食嚥下障がいなど、障がいの状態によって、歯科診療の体制準備は様々である。
受診者の状況に応じて、スタッフ人員体制を組み立てていく。常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名、パート歯科衛生士3名、事務員1名を基本体制とし、曜日や時期により人員を増やし対応する。詳細は別紙1-2-1参照
- ② 常勤歯科医師及び歯科衛生士を配置することで、通院する障がい者の不安を解消し、その日の状況の的確な把握ができる。また市民からの相談や各種施設への支援への円滑な対応が可能となる。

(3) 障がい者福祉施設や高齢者福祉施設に対する歯科保健事業について

歯科保健医療サービスを受けることが困難な障がい者や要介護者に対して施設において歯科健診や歯科保健指導を行い、また施設の職員に対して口腔ケアの研修を行うことにより、口腔機能の維持回復を促し、歯科保健の向上を図ることを目的に行う。

事業詳細は別紙2「障がい者及び高齢者関係施設に対する歯科保健事業実施要領」に従う。

(4) 訪問歯科診療について

摂食嚥下障がいがある患者に対し、訪問歯科診療において摂食嚥下機能評価体制を整える事を目的に実施する。事業詳細は別紙3「新潟市口腔保健福祉センターの往診（摂食嚥下機能評価）の実施について」に従う。

(5) 診療以外の業務について

- ① 常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名、事務員1名で対応する。
- ② 事務員は、主として事務業務を行う。
- ③ 常勤歯科医師及び歯科衛生士は、施設訪問及び事務業務を行う。施設訪問では主に障がい者福祉関連施設及び高齢者福祉関連施設へ歯科医師及び歯科衛生士が各種施設へ赴き、市内の障がい者及び要介護高齢者等の取り巻く環境や状況を把握するために聞き取りを行い、必要であれば相談に対するアドバイスや口腔保健指導等を行う。

4. 研修計画

(1) 急患診療

- ① 受診者の緊急時生命維持のため、診療スタッフへの救急蘇生の研修を年一回行う。
救急蘇生、緊急薬剤研修（約2時間）：講師 歯科医師
参考：休日急患担当歯科衛生士は病院及び開業医勤務者が多く、特別診療にかかわるスタッフとは日を異にして、夜などに実施日を設定。

(2) 特別診療

- ① 常勤歯科衛生士が日本障害者歯科学会の認定歯科衛生士の取得ができるよう研修していく。
- ② 障がい者歯科医療の基礎及び接遇（トラブル対応も含む）、個人情報保護、防災等に関する診療スタッフへの研修を年一回行う。
- ③ 受診者の緊急時生命維持のため、診療スタッフへの救急蘇生の研修を年一回行う。
障がい者歯科医療の概略等（約2時間）：講師 歯科医師
救急蘇生、緊急薬剤研修等（約2時間）：講師 歯科医師
- ④ 新潟市における法令遵守の推進等に関する条例に基づきコンプライアンスを遵守するために診療スタッフに対して年一回研修を行う。
- ⑤ 日本障害者歯科学会参加による研修
 - ・第8回北信越障害者歯科臨床研究会への参加
 - 研究会日程 平成29年6月25日
 - 参加者 担当理事1名、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名

会場 新潟大学歯学部

・第34回日本障害者歯科学会総会および学術大会への参加と発表

学会日程 平成29年10月27日から10月29日

参加者 担当理事1名、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名

会場 福岡国際会議場

発表 「障がい者関連施設を対象とした口腔健診・研修事業」に関する発表を行い幅広く意見をいただく。

- ⑥ 歯科医師は、新潟県歯科医師会主催の障がい者歯科の研修に参加
新潟県歯科医師会が、新潟県の障がい者歯科医療充実のため歯科医師研修を行っている。そこに参加することにより、県内の障がい者歯科医療のレベルを維持することができる。センター受診患者数の増大に伴い今後センターから地域の歯科診療所への逆紹介の必要性も生じてくるため、新潟県歯科医師会と情報共有しながら認定障害者診療医登録リスト等を元に緊密な連携を図りたい。
- ⑦ 大学との連携
日本歯科大学新潟生命歯学部並びに新潟大学歯学部との連携会議を開催し、患者紹介、治療困難な患者に対して、センター担当医と患者が大学病院で、大学病院歯科医師ならびにスタッフの補助の下、治療するシステムを活用するなど、患者本位の医療提供のサービスの場の確保に努める。
- ⑧ 日本障害者歯科学会の臨床研修施設であることを生かし、歯科医療の立場から障がい者の社会生活や日常生活を支援し、社会福祉の向上と障がい者歯科医療に寄与することを目的とし、歯科医師、歯科衛生士が研鑽を積み、障がい者歯科治療に精通した歯科専門職を増やしていくことに努める。
- ⑨ センター特別診療の研修等は「新潟市口腔保健福祉センター研修者等取扱要綱」を遵守して行うものとする。

5. サービス内容

- ① 医療機関として歯科診療を行う。
- ② 本施設の利用者は、痛みや不安を持って利用する方がほとんどである。施設で働く常勤歯科医師及び歯科衛生士を含め、歯科医師・歯科衛生士(パート)及び受付事務員は、常に利用者、目配り、気配りや声かけなどを行い不安の解消に努め、利用して頂くように配慮する。
- ③ 利用にあたってわかりやすい掲示や表示を行い、問題があれば随時改善を行っていく。
- ④ 利用者がわかりにくいところは、常勤歯科医師、常勤歯科衛生士、歯科医師・歯科衛生士(パート)及び受付事務員がサポートし、説明を行う。
- ⑤ 本施設を利用したことがない方々にも利用価値を伝え、意見を聞き、利用頂けるような体制を考える。

6. 受診利用者に対するサービスを向上させるための方策

(1) 利用サービス

- ① 障がい者団体等との懇談を通じて、適切なニーズの把握に努める。
- ② 受付や診療中、常にスタッフが受診者から意見を伺い、サービスの向上に向けて情報を集める。
- ③ 受診者は、あまり多くの要望を出さない場合が多い。受診者やその同伴者の真の声を聞き、受診者のためになる施設にするため、受診された方のみではなく、利用対象者となる方々のところへ出向き、いろいろな意見を伺い、サービスに反映させる。
- ④ 毎月の部会の中で、サービスの向上に対する検討を行う。
- ⑤ 受診者へアンケートを行い、診療の評価・改善を行う。
- ⑥ 「ご意見箱」を通じて利用者から意見・提言等を伺い、更なる改善に資するための参考とし、活用する。

設置時間 火曜日：午後2：00～午後5：00
水曜日：午後2：00～午後5：00
木曜日：午前9：00～午後5：00
金曜日：午後2：00～午後5：00
日曜日・祭日（急患診療日）：午前10：00～午後5：00
設置場所 新潟市口腔保健福祉センター待合室
運用方法 いただいた意見は回答とともに掲示等行う。

(2) 医療安全サービスの向上

① 医療安全、感染予防対策

平成26年度に改訂した医療安全管理指針・院内感染対策指針に従い、記載の事項の徹底に努め、また、指針が適切か内容を適宜確認して改訂する。

② 医療安全委員会の設置

医療安全管理指針・院内感染対策指針に従い、口腔保健福祉センターにおいては、部会内に常勤歯科医師を含めた医療安全委員会を設置して、毎月医療安全対策を行う。

(3) 業務内容に関する情報収集

下記、業務内容に関する情報収集の流れについて

診療

↓

診療後のミーティング

(歯科医師・歯科衛生士全て参加。診療後は、必ず毎回行う。本ミーティングで情報を集める。)

↓

事務局（意見箱等の意見を追加してまとめる。)

↓

部会（要望・課題の検討、改善対策の協議。)

↓

実施（現場スタッフによるサービスの改善を行う。)

7. 料金

保険診療以外の料金及びその設定方法

利用料金の設定方法

利用料金については、新潟市が運営する市民病院と同じに設定、同じ新潟市の同種の施設として、料金をできるだけ統一するように設定する。フッ化物塗布料金については、2,057円とする。別紙4)自費診療料金表、別紙5)販売品リストを添付する。

8. 自主事業計画

① 新潟県歯科医師会の新規会員に対する研修事業

新潟県歯科医師会の新規会員の障害者診療医育成の研修のうち、障害者診療の見学をセンターにて行うものである。

- ・ 研修人数 1クール半日。1クールにつき約15名。3クール。合計約45名。
- ・ 研修スケジュール 14：00 講義（新潟県歯科医師会担当者）
15：00 臨床見学及びカンファレンス（センター見学）
16：30 ディスカッション（新潟県歯科医師会担当者）
17：00 終了

・ 収支見込

収入	135,000円
支出	40,000円
収支差額	95,000円

収入 見学者 1名 3,000円 新潟県歯科医師会から
 支出 資料代 10,000円
 人件費 30,000円 (見学説明者人件費3名分)

② 障がい者歯科医療技術者養成事業

障がい者歯科医療は、個々に特別な配慮や工夫が必要であり、十分な知識と技術の研鑽が必要となる。障がい者の口腔保健の向上を図るために、障がい者歯科医療を担う歯科衛生士等の人材育成を行う。標記事業は、新潟県歯科医師会が新潟県内の歯科衛生士等を対象に行い、新潟市内の歯科衛生士等も対象となる。センターの障がい者歯科診療のみならず、口腔健診・研修事業に携わる歯科衛生士の育成も期待できる為、協力実施とする。特別診療の臨床見学及びカンファレンスに参加する。

・ 研修人数 1クール半日。1クールにつき約10名。3クール。合計約30名。
 (予定人数)

・ 研修スケジュール 13:30 事前説明
 13:45 診療前カンファレンス参加
 14:00 特別診療の臨床見学
 15:15 意見交換及び質疑応答
 15:30 終了

・ 収支見込

収入	60,000円
支出	40,000円
収支差額	20,000円

収入 60,000円 (新潟県歯科医師会から)
 支出 資料代 10,000円
 人件費 30,000円 (見学説明者人件費3名分)

9. 情報公開及び個人情報の保護の措置について

(ア) 情報公開

口腔保健福祉センターのホームページを随時更新し、利用者に必要な情報の開示を行い、情報提供する。

○個人情報の保護について

個人情報は施設内で管理を行い、センターの運営に係わるすべての人員(以下「職員」と呼ぶ)に個人情報の管理に関する教育を行い、情報保護を徹底する。職員に対しては、常勤歯科医師を中心に年1回の講習を行い、個人情報保護の意識を徹底する。

○個人情報の活用について

診療における医療情報は個人情報ではあるが、統計処理や症例報告を行うことによって、市民の健康の向上、治療効果の増進、医療技術の進歩、施設の機能向上等につなげていくことが出来る。その為、これら情報を分析等に活用させて頂く事については特別診療

の初診患者に対し説明を行い、個人情報 that 特定されない範囲でのデータを活用し報告・学会発表などを行う事について、承諾書へのサインをもって同意を得ておくこととする。データ活用の際は、活用方法検討時から新潟市と協議を行う。

○カルテ開示について

患者等よりカルテの開示請求があった場合は速やかに所管課へ連絡するとともに、所管課と協議のうえ開示作業にあたる。

10. 緊急時対策

防犯、防災の対応

○緊急時への対応

- ・防犯、防災、防火、緊急時等の対策については、常勤歯科医師を中心に年一回職員への研修を行う。
- ・防犯、防災、防火、緊急時対応におけるシステム等の検討を、センター部会の中で検討協議を行う。

○ 防災の対応

- ・防災については施設全体の防災体制に沿い、所管課等と相談して確立していく。

○ 防犯、防火の対応

- ・口腔保健福祉センター内を、薬局、待合室、診療室部分、事務局部分と分け、それぞれに防犯、防火責任者を設置する。
- ・施設に置くことになる現金の管理は、窓口収入、日当など最低限の金銭の授受に必要な範囲にとどめ、銀行などで金銭の管理を行う。

○ その他緊急時への対応

- ・センター職員（常勤歯科医師を含む）及び新潟市歯科医師会役員（13名）、担当部員（7名）を緊急時対応とする。
- ・緊急時連絡網の整備を行う。
- ・緊急時対応役員の連絡順位、連絡先を一覧化し、緊急時にはその連絡網に従い、連絡の付いた役員が対応に当たる。またセンター職員（常勤歯科医師を含む）及び担当部員はその指示に従う。

11. 要望・苦情対応

利用者のトラブルの未然防止と対処方法

利用者等の要望の把握及び実現性

○ 利用者のトラブルの未然防止と対処方法

常勤歯科医師を中心に職員への十分な教育を行い、未然防止に努める。

職員研修の中で、教育は行われる。（4.研修計画参照）

また不幸にもトラブルが生じた場合、誠意を尽くして対応を行う。その処理に関しては、所管課と綿密な連携を取りつつ行う。

○トラブル処理の流れ（急患診療）

現場にて急患診療担当歯科医師が適切な対応を行う。

↓

即日に、急患受付担当者は新潟市歯科医師会専務理事、担当理事、新潟市歯科医師会事務局長へ報告する。必要に応じ常勤歯科医師にも報告する。

↓

専務理事及び担当理事（必要に応じ常勤歯科医師）は緊急時電話にてトラブルの詳細を確認、協議するものとし、急患診療担当歯科医師、急患診療担当歯科衛生士及び新潟市歯科医師会事務局へ対処の指示を出す。

↓

報告書の作成（担当理事・常勤歯科医師及び急患担当歯科医師）

○トラブル処理の流れ（特別診療）

現場にて常勤歯科医師が適切な対応を行った後、必要に応じて所管課へ連絡する。



即日に、新潟市歯科医師会専務理事、担当理事、新潟市歯科医師会事務局へ報告



専務理事及び担当理事は緊急時電話にてトラブルの詳細を確認、協議するものとし、常勤歯科医師、歯科衛生士及び新潟市歯科医師会事務局へ対処の指示を出す。



報告書の作成

○利用者等の要望の把握及び実現性

利用者等の要望については、サービスの施策に準じて要望の収集を行う。その結果、持ち上がってきた要望については、予算内で実現可能なものについては随時対応を検討し、実施する。また、新たな予算措置が必要なものについては所管課と協議する。

平成29年度 特別診療 人員配置表

月	日	曜日	診療内容	常勤歯科医師	パート歯科医師	パート歯科衛生士	月	日	曜日	診療内容	常勤歯科医師	パート歯科医師	パート歯科衛生士
10	3	火	午後	1	0	3	10	1	金	午後	1	0	3
	4	水	午後	1	1	4		5	火	午後	1	0	3
	5	木	午前	1	0	2		6	水	午後	1	1	4
	6	金	午後	1	1	4		7	木	午前	1	0	2
	10	火	午後	1	1	4		8	金	午後	1	1	4
	11	水	午後	1	0	3		12	火	午後	1	0	3
	12	木	午前	1	0	4		13	水	午後	1	1	4
	13	金	午後	1	1	4		14	木	午前	1	0	2
	17	火	午後	1	0	3		15	金	午後	1	1	4
	18	水	午後	1	1	4		19	火	午後	1	0	3
11	19	木	午前	1	0	2	20	水	午後	1	1	4	
	20	金	午後	1	1	4	21	木	午前	1	0	2	
	24	火	午後	1	0	3	22	金	午後	1	1	4	
	25	水	午後	1	1	4	26	火	午後	1	0	3	
	26	木	午前	1	0	2	27	水	午後	1	1	4	
	27	金	午後	1	1	4	28	木	午前	1	0	2	
	31	火	午後	1	0	3	29	金	午後	1	1	4	
	1	水	午後	1	1	4	30	火	午後	1	0	3	
	2	木	午前	1	0	2	31	水	午後	1	1	4	
	3	金	午後	1	1	4		木	午前	1	0	2	
7	火	午後	1	0	3		金	午後	1	1	4		
8	水	午後	1	1	4		火	午後	1	0	3		
9	木	午前	1	0	2		水	午後	1	1	4		
10	金	午後	1	1	4		木	午前	1	0	2		
14	火	午後	1	0	3		金	午後	1	1	4		
15	水	午後	1	1	4		火	午後	1	0	3		
16	木	午前	1	0	2		水	午後	1	1	4		
17	金	午後	1	1	4		木	午前	1	0	2		
21	火	午後	1	0	3		金	午後	1	1	4		
22	水	午後	1	1	4		火	午後	1	0	3		
23	木	午前	1	0	2		水	午後	1	1	4		
24	金	午後	1	1	4		木	午前	1	0	2		
28	火	午後	1	0	3		金	午後	1	1	4		
29	水	午後	1	1	4		火	午後	1	0	3		
30	木	午前	1	0	2		水	午後	1	1	4		
			午後	1	1	4		木	午前	1	0	2	
				1	1	4		金	午後	1	1	4	

・延べ歯科医師数(常勤) 246名
 ・延べ歯科医師数(パート) 114名
 ・延べ歯科衛生士数(パート) 802名
 ・診療日数 196日
 ・診療回数 246回

平成29年度 特別診療 人員配置表

常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名、パート歯科衛生士3名、事務員1名を基本体制とし、火曜日は基本体制で行う。水曜日及び木曜日の往診日（摂食嚥下機能評価）は、基本体制にパート歯科医師1名、パート歯科衛生士1名を増員し対応する。金曜日は基本体制とするが、第3金曜日はパート歯科医師1名、パート歯科衛生士1名を増員して対応する。繁忙期である6月、7月、8月、9月、10月、3月は、第1金曜日もパート歯科医師パート歯科衛生士を増員して対応する。

(1) 4月, 5月, 11月, 12月, 1月, 2月の人員配置表

	歯科医師		歯科衛生士		事務員
	常勤	パート	常勤	パート	
火曜日	1	0	2	3	1
水曜日	1	1	2	4	1
木曜日	AM	1	0	2	1
	PM	1	1	2	4
金曜日	第1, 2, 4, 5	1	0	2	3
	第3	1	1	2	4

(2) 6月, 7月, 8月, 9月, 10月, 3月の人員配置表

第1金曜日にパート歯科医師パート歯科衛生士を増員する

	歯科医師		歯科衛生士		事務員	
	常勤	パート	常勤	パート		
火曜日	(1)と同様の人員配置					
水曜日						
木曜日						AM
						PM
金曜日	第2, 4, 5	1	0	2	3	
	第1, 3	1	1	2	4	

障がい者及び高齢者関係施設に対する歯科保健事業実施要領

1 目的

歯科保健医療サービスを受けることが困難な障がい者や要介護者に対して、施設において歯科健診や歯科保健指導を行い、また施設職員に対して口腔ケアの研修を行うことにより、口腔機能の維持回復を促し、歯科保健の向上を図る。

2 実施主体

実施主体は新潟市口腔保健福祉センター（以下「センター」という。）

3 内容

(1) 口腔健診・研修事業

ア 対象者

(ア) 地域活動支援センターの利用者及び従事者

イ 事業内容

担当歯科専門職は、申し込み施設へ赴き、施設利用者に対して、歯肉、歯牙の状態等の健診及びそれに基づく相談指導並びに歯垢や歯石の除去、ブラッシング等についての相談指導等を行う。また、従事者に対して口腔衛生に関する情報提供を行う。

ウ 実施方法

別記1「口腔健診・研修事業の実施」に基づき事業を実施する。

(2) 口腔ケア研修事業

ア 対象者

以下の施設の職員

- (ア) 指定通所介護事業所（介護保険法第8条第7項）
- (イ) 指定通所リハビリテーション事業所（介護保険法第8条第8項）
- (ウ) 指定認知症対応型通所介護事業所（介護保険法第8条第17項）
- (エ) 指定小規模多機能型居宅介護事業所（介護保険法第8条第18項）
- (オ) 指定認知症対応型共同生活介護事業所（介護保険法第8条第19項）
- (カ) 指定短期入所生活介護事業所（介護保険法第8条第9項）
- (キ) 介護保険施設（介護保険法第8条第24項）
- (ク) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（介護保険法第8条21項）
- (ケ) 養護老人ホーム（老人福祉法第20条の4）
- (コ) 軽費老人ホーム（老人福祉法第20条の6）
- (サ) 訪問介護事業所（介護保険法第8条第2項）
- (シ) 訪問看護事業所（介護保険法第8条第4項）

イ 事業内容

- (ア) 口腔ケアについて
- (イ) 口腔リハビリについて
- (ウ) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について

ウ 実施方法

<個別方式>ア 対象者（ア）から（コ）の施設については、別記2「口腔ケア研修事業の実施」に基づき、事業所に歯科専門職が赴き、従事者に対し研修を実施する。

<集団方式>ア 対象者（サ）及び（シ）の施設については、研修参加者を募り、口腔保健福祉センター等を会場として複数日設定し実施する。研修内容については、別記2の4「事業の実施（4）」にて記されている研修内容に準ずる。

4 費用

- (1) 対象者にかかる口腔健診・研修事業についての経費は無料とする。
- (2) 対象者にかかる口腔ケア研修事業についての経費は無料とする

附 則

この要領は、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成24年5月24日から適用する。

附 則

○ この要領は、平成24年7月10日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

(別記1)

口腔健診・研修事業の実施

1 事業対象施設の検討

新潟市役所担当課とともに、当該年度の事業対象とする施設の検討・確認を行う。

2 申し込み

口腔健診・研修事業を希望する施設は、ファックス或は郵送により申し込むものとする(別記様式第1号)。

3 対象施設の確認

施設から申し込みがあった時、新潟市口腔保健福祉センター(以下「センター」という。)にてその適否を判断する。

4 事業の実施

- (1) センターは、担当歯科専門職が決定した場合、又は変更した場合に、その旨を申し込み施設に通知する(別記様式第2号)。
- (2) センターは、担当歯科専門職とともに、申し込み施設と事業実施日及び内容について連絡調整を行う。
- (3) 内容については、申し込み施設と十分に協議の上、実施するものとする。
- (4) 担当歯科専門職は、申し込み施設へ赴き、施設利用者に対し、歯肉、歯牙の状態等について健診及びそれに基づく相談指導及び歯垢や歯石の除去、ブラッシング等についての指導研修等を行う。又、施設従事者に対して、口腔衛生に関する情報提供を行う。
- (5) 実施回数については1施設につき年1回とする。
- (6) 施設利用者の健診結果により、必要に応じて、高次医療機関等と連携調整を行うこととする。

5 報告

- (1) 担当歯科専門職は、事業実施後、その結果を障がい者歯科健診票(別記様式第7-3号)に記載し、利用者、保護者及び施設職員等に直接結果を説明し通知するとともに、センターへ速やかに記録票及び報告書(別記様式第4号)を提出する。
- (2) センターは記録票および報告書の点検取りまとめを行う。

(別記2)

口腔ケア研修事業の実施

1 事業対象施設の検討

新潟市役所担当課とともに、当該年度の事業対象とする施設の検討・確認を行う。

2 申し込み

口腔ケア研修事業を希望する施設は、ファックス或は郵送により申し込むものとする。(別記様式第5号)

3 対象施設

新潟市口腔保健福祉センター(以下「センター」という。)にてその適否を判断する。

○4 事業の実施

(1) センターは、担当歯科専門職が決定した場合、又は変更した場合に、その旨を申し込み施設に通知する(別記様式第6号)。

(2) センターは、担当歯科専門職とともに、申し込み施設と事業実施日及び内容について連絡調整を行う。

(3) 内容については、申し込み施設と十分に協議の上、実施するものとする。

(4) 担当歯科専門職は、申し込み施設へ赴き、口腔ケアに関する知識及び技術に関する研修を行う。内容は以下のとおりである。

ア 口腔ケアについて

(ア) 歯磨き(ブラッシング)方法

(イ) 舌の清掃

(ウ) 義歯の清掃

(エ) 補助用具の使用方法

イ 口腔リハビリについて

(ア) 口の体操

(イ) 摂食・嚥下障がいについて

(ウ) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について

(必要があれば後日回答する)

(5) 実施回数は1施設あたり原則年1回とする。

5 報告

(1) 担当歯科専門職は、研修終了後速やかに報告書(別記様式第7号)を記載し、センターに提出する。

(2) センターは報告書の点検取りまとめを行う。

(別記様式第1号)

(宛先) 新潟市口腔保健福祉センター事務局

口腔健診・研修事業申込書

口腔健診・研修事業を次のとおり申し込みます。

施設名		施設長名	
		担当者名	
住 所	〒 - 新潟市 区	TEL	
		FAX	

実施希望日：希望はお聞きしますが、施設と担当医間の日程の調整で決定します。
希望の月、曜日、時間帯を第3希望まで必ずご記入ください。

	希 望 日 時	※参加予定人数
第1希望	平成 年 月 曜日 午前・午後 時頃	人
第2希望	平成 年 月 曜日 午前・午後 時頃	人
第3希望	平成 年 月 曜日 午前・午後 時頃	人

※参加予定人数に変更があった場合は、必ず新潟市口腔保健福祉センターへご連絡をお願いいたします。ご連絡がない場合は、参加予定人数で健診器具等を準備いたします。予めご了承ください。

(別記様式第2号)

平成 年 月 日

様

新潟市口腔保健福祉センター
指定管理者 一般社団法人 新潟市歯科医師会

口腔健診・研修事業についてのご連絡

平成 年 月 日にお申し込みがありました口腔健診・研修事業につきまして、貴施設の担当歯科専門職をご連絡いたします。

記

1. 担当歯科専門職 : (氏 名) (歯科医師/歯科衛生士)
(住 所)
(電話番号)

他 名
2. そ の 他 : 実施日については後日、担当歯科専門職より電話にて相談させていただきます。

歯科健診票

(市提出用)

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
施設名		健診医				
障がいの種類	<input type="checkbox"/> 身体 (上肢, 下肢, 体幹, 視, 聴, その他) <input type="checkbox"/> 知的 (ダウン症, 自閉症, その他) <input type="checkbox"/> 精神 (てんかん, 統合失調症, 躁うつ病, その他)	手帳の有無	有	無		

健診日 平成 年 月 日

健診結果																歯の状態											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	乳歯			永久歯								
上	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左	上	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数							
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			下	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6		7	8											

プラークスコア $\text{---} \times = \%$

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

口腔清掃状態

良好 ・ 普通 ・ 不良

CPIコード

0:健全歯肉	17.16	11	26.27
1:出血歯肉			
2:歯石			
3:浅いポケット(中程度)	47.46	31	36.37
4:深いポケット(重度)			

右 左

個人コード()

その他の所見

なし ・ あり

歯牙、歯列、顎関節
粘膜疾患、摂食など

[]

口腔内所見

むし歯の初期症状が疑われる歯 (要観察歯) があります。

むし歯があります。

歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎) があります。

歯が抜けたままになっています。

義歯の修理・調整が必要です。

健診結果

治療の必要がありますので、歯科医院を受診ください。

歯科医院で、精密検査を受けることをお勧めします。

歯科医院での定期健康管理をお勧めします。

保健指導

対象者 本人

保護者

介護者 (施設の方)

内容 歯磨き指導

補助用具 (デンタルフロス, 歯間ブラシ等) の指導

フッ素等の活用の指導

生活習慣などの指導

その他 ()

歯科健診票

(医療機関保管用)

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
施設名		健診医				
障がいの種類	<input type="checkbox"/> 身体 (上肢, 下肢, 体幹, 視, 聴, その他) <input type="checkbox"/> 知的 (ダウン症, 自閉症, その他) <input type="checkbox"/> 精神 (てんかん, 統合失調症, 躁うつ病, その他)	手帳の有無	有	無		

健診日 平成 年 月 日

健診結果																歯の状態											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	乳歯			永久歯								
上	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左	上	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数							
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			下	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6		7	8											

プラークスコア $\text{---} \times = \%$

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

口腔清掃状態

良好 ・ 普通 ・ 不良

CPIコード

0:健全歯肉
1:出血歯肉
2:歯石
3:浅いポケット(中程度)
4:深いポケット(重度)

17.16	11	26.27
47.46	31	36.37

右 左

個人コード()

その他の所見

なし ・ あり

歯牙、歯列、顎関節
粘膜疾患、摂食など

{ }

口腔内所見

むし歯の初期症状が疑われる歯 (要観察歯) があります。

むし歯があります。

歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎) があります。

歯が抜けたままになっています。

義歯の修理・調整が必要です。

健診結果

治療の必要がありますので、歯科医院を受診ください。

歯科医院で、精密検査を受けることをお勧めします。

歯科医院での定期健康管理をお勧めします。

保健指導

対象者 本人
 保護者
 介護者 (施設の方)

内容 歯磨き指導
 補助用具 (デンタルフロス, 歯間ブラシ等) の指導
 フッ素等の活用の指導
 生活習慣などの指導
 その他 ()

歯科健診票

(施設保管用)

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
施設名		健診医				
障がいの種類	<input type="checkbox"/> 身体 (上肢, 下肢, 体幹, 視, 聴, その他) <input type="checkbox"/> 知的 (ダウン症, 自閉症, その他) <input type="checkbox"/> 精神 (てんかん, 統合失調症, 躁うつ病, その他)	手帳の有無	有	無		

健診日 平成 年 月 日

健診結果																歯の状態							
上								下								乳歯		永久歯					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数	
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								

プラークスコア $\text{---} \times \text{---} = \text{---} \%$

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

口腔清掃状態

良好 ・ 普通 ・ 不良

CPIコード

0:健全歯肉
1:出血歯肉
2:歯石
3:浅いポケット(中程度)
4:深いポケット(重度)

右	17.16	11	26.27	左
	47.46	31	36.37	

個人コード()

その他の所見

なし ・ あり

歯牙、歯列、顎関節
粘膜疾患、摂食など

[]

口腔内所見

むし歯の初期症状が疑われる歯(要観察歯)があります。

むし歯があります。

歯周疾患(歯肉炎・歯周炎)があります。

歯が抜けたままになっています。

義歯の修理・調整が必要です。

健診結果

治療の必要がありますので、歯科医院を受診ください。

歯科医院で、精密検査を受けることをお勧めします。

歯科医院での定期健康管理をお勧めします。

保健指導

対象者 本人
 保護者
 介護者(施設の方)

内容 歯磨き指導
 補助用具(デンタルフロス, 歯間ブラシ等)の指導
 フッ素等の活用の指導
 生活習慣などの指導
 その他()

(別記様式第4号)

(宛先) 新潟市口腔保健福祉センター事務局

口腔健診・研修事業報告書

記載者: _____

口腔健診・研修事業を次のとおり実施したので報告します。

実施日	平成 年 月 日		
施設種別	地域活動支援センター		
施設名			
従事者氏名	歯科医師		
	歯科衛生士		自院 / センター
	歯科衛生士		自院 / センター
参加者数	人 (添付歯科健診票: 枚)		
利用者への 指導内容 [該当する項に○を 付ける]	(指導内容)	歯科医師	歯科衛生士
	1 歯垢染色剤を使用して、歯磨き指導を行った。		
	2 模型を使用して、歯磨き指導を行った。		
	3 歯間ブラシの使用法を指導した。		
	4 デンタルフロスの使用法を説明した。		
	5 フッ化物入り歯磨き剤の使用を指導した。		
	6 義歯の手入れと清掃を指導した。		
	7 歯肉マッサージの方法を指導した。		
	8 舌の清掃方法について指導した。		
	9 食生活指導を行った。		
	10 虫歯や歯周疾患予防の為に予防講演を行った。		
	11 その他 ()		
施設職員への 研修内容	例)・食後の歯磨きタイム設定を勧めた		
施設職員との 情報交換内容 や気づいた事	例)・健診の結果が受診につながっていない ・忙しく口腔衛生まで気がまわらない		

(別記様式第5号)

(宛先) 新潟市口腔保健福祉センター事務局

申込日：平成 年 月 日

口腔ケア研修事業申込書

口腔ケア研修事業を次のとおり申し込みます。

施設名		施設長名	
		担当者名	
住所	〒 - 新潟市 区	TEL	
		FAX	
施設種別	※主となる施設種別一つに○を付けてください ・指定通所介護事業所 ・指定通所リハビリテーション事業所 ・指定認知症対応型通所介護事業所 ・指定小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定認知症対応型共同生活介護事業所 ・指定短期入所生活介護事業所 ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム		
施設協力 歯科医師	歯科医院名		
	歯科医師名	TEL	

- 1 実施希望日： ・貴施設と担当歯科専門職との調整で決定しますのでご希望に添えない場合もございます。
 ・平成30年3月末日までの日時で申込より 1ヶ月程の余裕を持ちご記入下さい。

	希望日時						参加予定人数
第1希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第2希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第3希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人

- 2 希望する研修内容 (該当する項目に○をつけて下さい)

(1) 口腔ケアについて	(ア) 歯磨き(ブラッシング)方法	(イ) 舌の清掃
	(ウ) 義歯の清掃	(エ) 補助用具の使用法
(2) 口腔リハビリについて	(ア) 口の体操	(イ) 摂食・嚥下障害について
(3) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について		
(4) その他 ()		

- 3 口腔ケア研修によって習得したいサービス利用者の要介護度 (該当する項目に○をつけて下さい)

(1) 要支援1	(2) 要支援2	(3) 要介護1
(4) 要介護2	(5) 要介護3	(6) 要介護4
(7) 要介護5	(8) その他 ()	

- 4 その他

平成 年 月 日

様

新潟市口腔保健福祉センター
指定管理者：一般社団法人 新潟市歯科医師会

口腔ケア研修事業についてのご連絡

お申し込みをいただきました口腔ケア研修につきまして、担当歯科専門職をご連絡いたします。

尚、実施日時については改めて下記の担当歯科専門職よりご連絡をいたしますので、双方の間で日程の調整をいただきますようお願い致します。

記

1. 担当歯科専門職 (氏名) (歯科医師/歯科衛生士)

(住所)

(TEL) — —

2. その他

(別記様式第7号)

(宛先) 新潟市口腔保健福祉センター事務局

口腔ケア研修事業報告書

記載者: _____

(従事者)

歯科医師氏名	歯科衛生士氏名
	(自院、センター)

口腔ケア研修事業を次のとおり実施したので報告します。

施設名	実施日	平成	年	月	日
事業所種別 該当する項 一つに ○をつける	1 指定通所介護事業所 2 指定通所リハビリテーション事業所 3 指定認知症対応型通所介護事務所 4 指定小規模多機能型居宅介護事業所 5 指定認知症対応型共同生活介護事業所 6 指定短期入所生活介護事業所 7 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 8 介護老人保健施設 9 介護療養型医療施設 10 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 11 養護老人ホーム 12 軽費老人ホーム				
研修参加者数	人				
研修内容 該当する項に ○をつける	(1) 口腔ケアについて (ア) 歯磨き (ブラッシング) 方法 (イ) 舌の清掃 (ウ) 義歯の清掃 (エ) 補助用具の使用方法 (2) 口腔リハビリについて (ア) 口の体操 (イ) 摂食・嚥下障がいについて (3) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について (4) その他 ()				
備考					

新潟市口腔保健福祉センターの往診（摂食嚥下機能評価）の実施について

1、目的

現在地域医療の中では、口腔の健康と全身の健康との関連性が明らかになるにつれ、医科と歯科がうまく連携できる医療システムが望まれている。その中でも摂食嚥下障がいに関しては多くの医療現場で「摂食嚥下障がいの診断に歯科が加わって欲しいが依頼できる医療機関がわからない」という声が聞かれ、また歯科医療の中でも「訪問歯科診療で摂食嚥下障がいに対応できるサポート体制が欲しい」という意見が多く寄せられている。

このようなニーズに少しでも新潟市口腔保健福祉センター（以下、「センター」という。）として対応できるように、往診での摂食嚥下機能評価態勢を整えることを目的とした、医療サポートシステムを実施する。

2、対象

センターから半径16km圏内に位置する介護老人福祉施設・介護老人保健施設に入所中でセンターへの通院が困難な市民とする。

介護老人福祉施設及び介護老人保健施設は、病院以外で介護保険により入所サービスを提供している施設であり、平成27年度から経口維持加算の算定基準が見直されるなど、施設内での口腔機能に関する多職種連携がより求められていることから対象とする。

往診する施設は登録制とし年度ごとに見直すが、今年度は辞退施設がないことから現在の登録施設である介護老人福祉施設3施設及び介護老人保健施設2施設を引き続き登録施設とする。

3、方法

原則として木曜日の午後2時から5時の間に、依頼があった対象施設に往診する。診療依頼（初診時）には資料1の依頼票を用いる。

施設において本人に症状が発生してから往診に至るまでの流れは資料2の通りである。施設協力歯科医がいる場合には必要な連携をとる。往診での診療内容に応じ自己負担金を徴収する。

新潟市口腔保健福祉センター 往診（摂食嚥下機能評価）依頼票

患者またはご家族の同意を得ましたので往診での摂食嚥下機能評価をお願いいたします。

医科主治医サイン

（所属）

患者氏名

様

生年月日 年 月 日

往診先（住所・施設名・電話番号）

連絡担当者（所属・職種・氏名・電話番号）

連絡事項

※口腔保健福祉センターからの連絡事項

往診は木曜日の午後になります。日程調整はセンターと連絡担当者間で行います。連絡担当者には往診時にできるだけ同席していただけるようお願いいたします。センターは往診時に評価・訓練指示・指導・歯科治療についての提言は行いますが、継続的な歯科治療は行えません。必要な歯科治療についてのご相談も当センターで可能です。

新潟市口腔保健福祉センター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3-11（新潟市総合保健医療センター4F）

■TEL：025-212-8020 ■FAX：025-246-5675

担当歯科衛生士 吉田、阿部

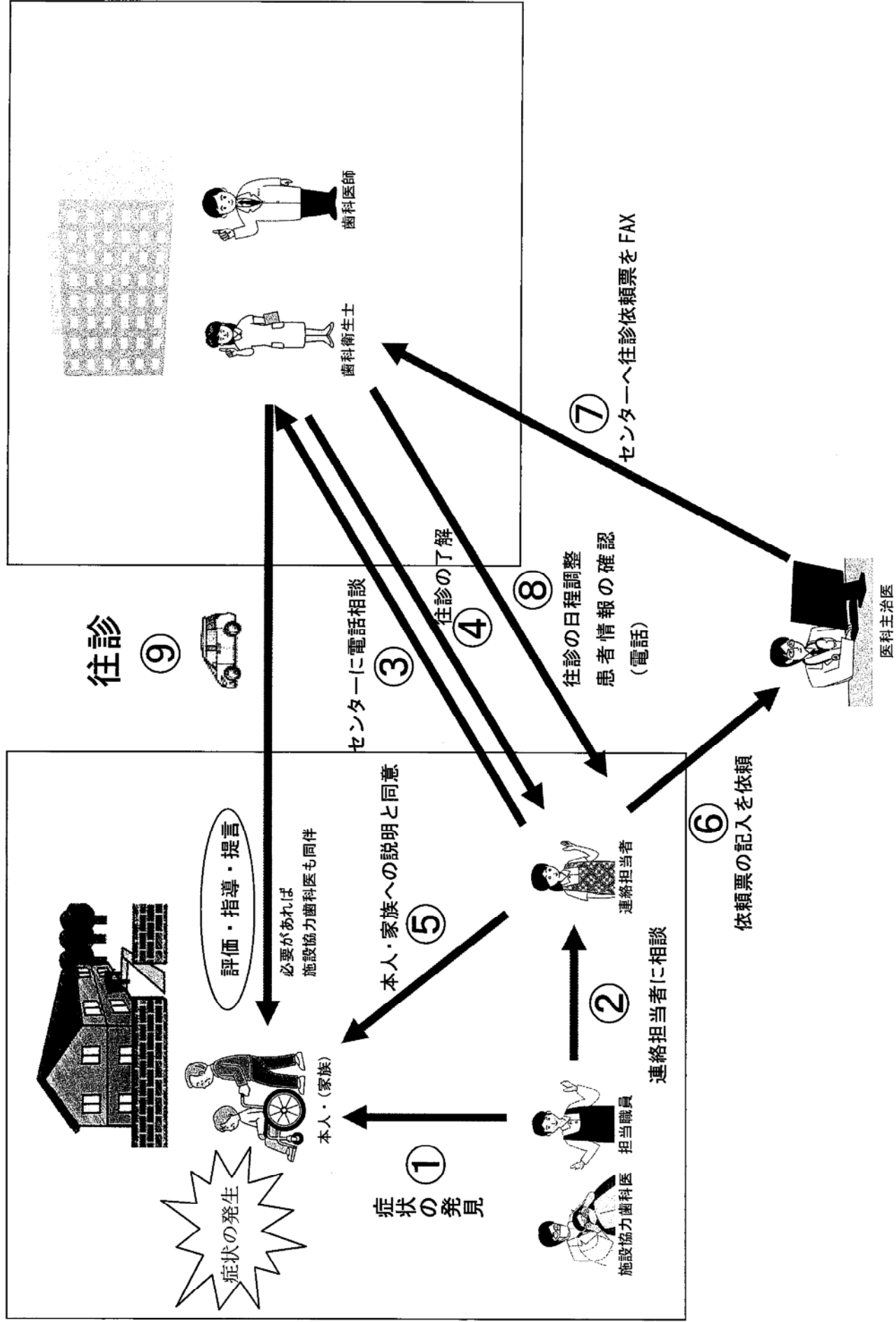
担当歯科医師 道見、山本（往診日以外は不在です）

センター往診事業の流れ（介護保険施設等）

資料 2

介護保険施設等

新潟市口腔保健福祉センター



摂食嚥下機能障がい者への新潟市口腔保健福祉センターからの往診について

新潟市口腔保健福祉センター（以下「センター」という。）では、地域での摂食嚥下障がいへの対応を推進することを目的に、以下の点をご了解のうえでご協力いただける介護保険施設等への往診事業を行なっています。

① 往診する日時について

往診は原則として木曜日の 14：00～17：00 とし、センターと施設連絡担当者間で連絡をとり決定いたします。往診日時の変更や、その他、問い合わせ等がある際は、平日 9：00～17：00 にセンター歯科衛生士までご連絡下さい。

② 連絡担当者について

往診する施設においては、施設ごとに連絡担当者を決めさせていただきます。連絡担当者の業務につきましては別紙「センター往診事業の流れ」をご覧ください。

③ 往診での診療内容について

摂食嚥下障がいに対する評価、訓練、指導、提言を目的とし、これには口腔ケアの実施、指導、提言も含まれます。初診時の診察結果は後日、依頼元の医科主治医および連絡担当者宛に文書で報告いたします。必要性があれば再診も行います。継続的な歯科治療は行えませんが、上記目的のために必要な単発的な歯科治療は行うことがあります。施設協力歯科医がいる場合には、連携をとりながら往診いたします。

④ 往診での一部負担金の発生について

医療保険での診療となりますので一部負担金が発生いたします。あらかじめ連絡担当者をご本人またはご家族にご説明いただき同意を得たうえでご依頼いただけるようお願いいたします。また、センターでの診療録作成にあたり保険情報の提供をお願いする場合がありますのでよろしくをお願いいたします。一部負担金の徴収方法については施設ごとに相談させていただきます。

⑤ 診療担当医について

新潟市口腔保健福祉センター一部員の道見 登、山本真也が担当いたします。やむを得ず診療担当医が変更になる場合は連絡担当者に事前に連絡いたします。尚、往診には担当医の他、歯科専門職の職員が同行いたします。

* 不明な点についてはセンターにお問い合わせください。

新潟市口腔保健福祉センター（指定管理者：新潟市歯科医師会）

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3 丁目 3-11（新潟市総合保健医療センター4F）

■ TEL：025-212-8020 ■ FAX：025-246-5675

担当歯科衛生士 吉田、阿部

担当歯科医師 道見、山本（往診日以外は不在です）

自費診療 料金表

新潟市口腔保健福祉センター 作成
 (指定管理者 : 新潟市歯科医師会)
 2017.4.1

1、歯冠修復

(ア) 鑄造歯冠修復

材料	面数					前歯	臼歯	全部
	1	2	3	4	5	3/4冠	4/5冠	被覆冠
金合金	¥16,200	¥19,440	¥22,680	¥25,920	¥29,160	¥37,800	¥37,800	¥43,200
白金加金	¥18,360	¥21,600	¥24,840	¥28,080	¥31,320	¥39,960	¥39,960	¥45,360

備考：ダミーは全部被覆冠の金額にチタンは金合金の金額に準ずる

(イ) 歯冠継続歯

裏装金属材料	人工歯材料	
	硬質レジン	陶材
金合金	¥39,960	¥48,600
白金加金	¥41,040	¥51,840

(ウ) 陶材ジャケット冠 ¥46,440

(エ) 陶材焼付冠 ¥64,800

(オ) 前装冠

裏装金属材料	人工歯材料	
	硬質レジン	
金銀パラジウム	¥32,400	
金合金	¥42,120	
白金加金	¥43,200	

(カ) 合釘 ¥5,400

(キ) ろう着 ¥3,240

2、有床義歯

(ア) 暫間義歯 ¥10,800

(イ) 鑄造床

欠損歯数	材料	コバルトクロム
1本から4本まで		¥32,400
5本から8本まで		¥43,200
9本から11本まで		¥54,000
12本から14本まで		¥86,400
総義歯		¥108,000

備考：バー及びプレートを含む

(ウ) 鑄造鉤

種類	材料	コバルトクロム	白金加金	金合金
レストなし		¥10,800	¥14,040	¥12,960
レストつき		¥12,960	¥21,600	¥16,200

(エ) 線鉤

種類	材料	白金加金	金合金
レストなし		¥10,800	¥9,720
レストつき		¥11,880	¥10,800

(オ) その他の維持装置

種類	材料	コバルトクロム	白金加金	金合金
フック		¥5,400	¥10,800	¥8,640
スパー		¥5,400	¥10,800	¥8,640

3、小児歯科

(ア) 鑄造義歯

種類	材料	金銀パラジウム
インレー		¥7,560
全部鑄造冠		¥10,800

(イ) 保隙装置 ¥14,040

(ウ) 乳歯義歯 ¥21,600

4、インプラント

(ア) 手術料 ¥108,000

(イ) 材料料 診療材料の購入価格に相当する額

5、フッ化物塗布

1回 ¥2,057

新潟市口腔保健福祉センター 販売品リスト

新潟市口腔保健福祉センター
 (指定管理者 : 新潟市歯科医師会)

品目	メーカー	商品名	販売価格(税込み)	
【歯ブラシ】	オーラルケア	タフト24	SS (スーパーソフト)	¥118
			S (ソフト)	¥108
			MS (ミディアムソフト)	¥108
			M (ミディアム)	¥108
		タフト20	PS (プレミアムソフト)	¥129
			M (ミディアム)	¥118
		タフト17	M (ミディアム)	¥118
		マミー17	S (ソフト)	¥129
			M (ミディアム)	¥129
		プラウト	S (ソフト)	¥291
			MS (ミディアムソフト)	
			M (ミディアム)	
ライオン	デントEX システム ゲンキ	F J	¥432	
【歯磨剤】	ライオン	DENT.チェックアップフォーム	¥1,080	
		チェックアップスタンダード	¥540	
		チェックアップジェル	¥626	
		チェックアップコドモ	¥281	
	昭和薬品	オラリンス(薬用はみがきムース(泡状)タイプ)	¥1,269	
GC	電動歯ブラシ用歯磨きペースト	¥486		
【補助清掃用具】	ライオン	DENT.EXウルトラフロス S (ソフト) 10本入り	¥529	
	プローデント	Flossちゃん #100 (小児用フロス)	¥270	
	GC	プロスペック歯間ブラシカーブ	SS 4本入り	¥561
			S 4本入り	
			M 4本入り	
			L 4本入り	
			LL 4本入り	
	ライオン	デントEX 歯間ブラシ	4S 4本入り	¥540
			SSS 4本入り	
			SS 4本入り	
S 4本入り				
M 4本入り				
L 4本入り				
【電動歯ブラシ】	GC	プリニアスリム (本体)	¥10,260	
		プリニア替えブラシ	(テーパーカーブフロートブラシ) 2本入り	¥1,188
			(カーブフロートブラシ) 2本入り	¥972
			(ステインオフブラシ) 2本入り	¥972
			(ワンタフトブラシ) 2本入り	¥432
		トラベルケース	¥864	
【舌ブラシ】	シキエン	ダブルワン	¥540	
	ライオン	エラック 510S	¥345	
	広栄社	msタンクリーナ	¥540	
【義歯ブラシ】	ライオン	エラック義歯ブラシ 710M	¥540	
【その他】	ドクタービー	ミラノール 1.0g(黄色) 9包(3ヶ月分)	¥1,360	
		ミラノール 溶解ピン	¥237	
	オーラルケア	ホームジェル (う蝕予防ジェル)	¥810	
	明治	オーロラコート(口腔湿潤ジェル)	60 g	¥1,380
			30 g	¥745
	ライオン	エラックバイトチューブ	¥1,080	
オーラルケア	くるリーナぶらし	¥507		
ライオン	エラック吸引替えブラシ	¥950		