

## 令和5年度親と子のよい歯のコンクール実施要領

### 1 目 的

良い歯を保っている親子を表彰することにより、歯と口腔の健康づくりに対する県民の関心を高め、その重要性を広く普及啓発する。

### 2 主 催

愛媛県、愛媛県歯科医師会

### 3 対 象

令和4年4月1日から令和5年3月31日までに3歳児歯科健康診査を受診した子とその親

### 4 実施期日

保健所における選出(提出期日) 令和5年8月31日(木)まで  
県における選考及び表彰式 令和5年11月11日(土)

### 5 選出方法及び選出基準

別紙 被表彰者の選出方法、選出基準等による。

### 6 提出資料及び提出期日

保健所における実施状況及び第1位の者について、報告書(様式1)及び審査票(様式2)を令和5年8月31日(木)までに健康増進課に提出すること。

### 7 表 彰

被表彰者は以下のとおり選出するものとし、令和5年11月11日(土)に松山市内において親と子のよい歯のコンクール表彰式を行う。

最優秀者 1組

優秀者 6組以内

愛媛県知事賞及び愛媛県歯科医師会長表彰並びに副賞

### 8 その他

受賞した場合、市町名及び親と子の氏名が公表されることについて、あらかじめ承諾を得ること。

## 被表彰者の選出方法、選出基準等

### 1 被表彰者の選出方法

#### (1) 保健所における選出

ア 保健所は、管内市町及び歯科医師会等との連携の下に、3歳児歯科健康診査結果等により、2の(1)に基づき、対象者となる親子を把握、選定する。

イ 選定した対象者について、地元歯科医師会と連携して口腔診査を行い、2の(2)に基づき、当該保健所管内における第1位の親子を選出する。保健所は実施状況について様式1を作成し、第1位の親子に係る様式2を添えて、提出期日までに健康増進課へ提出する。

ウ 選出に当たっては、3に留意すること。

#### (2) 県における選考

健康増進課は、愛媛県歯科医師会と連携して、各保健所から提出された親子について、2の(2)に基づき書類審査及び口腔診査を行い、最優秀者1組と優秀者6組以内を選考する。

### 2 被表彰者の選出基準等

#### (1) 3歳児歯科健康診査結果による対象者の選出基準

ア 歯及び口腔が健康であること。ただし、初期う蝕で適当かつ完全な充填がなされているものは、差し支えないこと。

イ 歯列・咬合が良好であること。

ウ 歯口清掃状態が良好であること。

#### (2) 保健所及び県における選出基準

ア 歯及び口腔が健康であること。ただし、初期う蝕で適当かつ完全な充填がなされているものは、差し支えないこと。

イ 歯列・咬合が良好であること。

ウ 歯口清掃が良好であり、歯石、歯垢等の歯の沈着物、付着物を有せず、歯面及び歯肉が固有の色調及び光沢を呈しているものであること。

エ 顔の発育が調和を保っていること。

### 3 留意事項

(1) 対象者の選出にあたって保健所は、管内市町等との連携を図り、3歳児歯科健康診査票及び問診票等、市町等有する親子の保健情報等を有効に活用して対象者の把握に努めること。

(2) 親と子の歯科保健に関する表彰歴等参考となる事項があるときは、審査票の備考欄に記入すること。

(3) 親と子のよい歯のコンクール報告書に記載した親と子については、その後の状態等について調査することがあるので、その住所等について明らかにしておくよう配慮すること。

## 承 諾 書

令和5年度「親と子のよい歯のコンクール」に応募するにあたり、優秀者に選ばれた際には、氏名・年齢・歯式・市町名が公表されることを承諾する。

令和5年 月 日

市町名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※署名または記名押印

八幡浜保健所長 様

〔様式2〕

## 親と子のよい歯のコンクール審査票

都道府県名

愛媛県

保 健 所 名		市 町 名	
診 査 年 月 日		診査歯科医師名	
親 の 氏 名 <small>フリガナ</small>		生年月日	年 月 日
子 の 氏 名 <small>フリガナ</small>		生年月日	年 月 日
親と子の住所	〒 TEL		

診査結果			
歯 式	親	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
	子	E D C B A	A B C D E
		E D C B A	A B C D E
		親 の 欄	子 の 欄
歯 列 の 状 態		優 良 可	優 良 可
咬 合 の 状 態		優 良 可	優 良 可
歯 肉 の 状 態		優 良 可	優 良 可
歯 口 清 掃 の 状 態		優 良 可	優 良 可
顎並びに 顔面の発 育と調和	発育の状態	優 良 可	優 良 可
	調 和	優 良 可	優 良 可
生 活 習 慣	歯 磨 き の 習 慣	a 毎日（起床時、朝食後、昼食後、 夕食後、就寝前、その他） b 時々 c していない	a 毎日（起床時、朝食後、昼食後、 夕食後、就寝前、その他） b 時々 c していない
	子への歯磨きの介助(仕上げ磨き)の有無	a 毎日(1日 回) b 時々 c 無	
	間 食 の 与 え 方	時間を：a 決めている b 決めていない	
	そ の 他	(1)かかりつけの歯科医師 (a いる b いない) (2)定期的な口腔診査・保健指導 (a 受けている b 受けていない)	(1)かかりつけの歯科医師 (a いる b いない) (2)定期的な口腔診査・保健指導 (a 受けている b 受けていない)
備 考			

〔記入上の注意〕

○「歯式」の欄は、健全歯を斜線（/）で消し、処置歯は○で囲むこと。

○太枠の中は、必ず記入すること。

○親と子の歯科保健に関する表彰歴等参考となる事項があるときは、備考欄に記入すること。