

新潟市口腔保健福祉センター
令和5年度 事業計画書

指定管理者
一般社団法人 新潟市歯科医師会

令和5年度新潟市口腔保健福祉センター事業計画書

令和5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 荒井 節男	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拠り所となり、また障がい者歯科医療の拠点となる施設としたい。

2 新潟市口腔保健福祉センター（以下「センター」という）組織構成

(1) 管理体制

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を確保する。

(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：新潟市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4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

必要に応じて適宜実施する。

3 歯科医師・歯科衛生士・事務員・薬剤師などの契約の1日当りの出務体制

(1) 急患診療について 別紙1-1

- ア 歯科医師及び歯科衛生士：述休以外の休日は歯科医師1名、歯科衛生士2名を配置する。
2連休は歯科医師2名、歯科衛生士2名、3連休以上は歯科医師2名、歯科衛生士3名を

基本とする。12月31日は、歯科医師3名、歯科衛生士4名を配置する。

イ 事務員：1名を基本体制とする。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名とする。

ウ 薬剤師：1名を配置する。

(2) 特別診療について 別紙1-2

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、歯科診療の体制が異なるため、受診者の状況に応じてスタッフ人員体制を組み立てる。常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士3名、パート歯科衛生士3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。

(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、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

摂食嚥下障がいの患者に対し、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

ア 常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士3名で対応する。

イ 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、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、主に障がい者福祉関連施設及び高齢者福祉関連施設などの各種施設に対する聴き取りを行い、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

年1回、診療スタッフへの救急蘇生、医療安全管理、院内感染対策等に関する研修を行う。講師は歯科医師とする。

参考：急患診療担当スタッフは他医療機関勤務者が多いため、特別診療にかかわるスタッフとは別に、夜などに実施日を設定する。

(2) 特別診療

ア 勤務する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を行う。

イ 障がい者歯科医療の基礎及び接遇（トラブル対応も含む）、個人情報の保護、防災等に関する診療スタッフへの研修を年一回行う。

ウ 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：講師 歯科医師
 - ・救急蘇生、緊急薬剤研修等：講師 歯科医師
- エ 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。
- オ 日本障害者歯科学会参加による研修
- ・第12回北信越障害者歯科臨床研究会への参加
研究会日程：未定 場所：新潟市
参加者 担当理事2名、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士3名
 - ・第39回日本障害者歯科学会総会および学術大会への参加
学会日程 2023年11月10日から11月12日 札幌市
参加者 担当理事2名、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士3名
- カ 歯科医師は、新潟県歯科医師会が行っている障がい者歯科研修に参加し、障がい者歯科医療のレベル向上に努める。
- キ 日本障害者歯科学会の臨床研修施設として、障がい者歯科治療に精通した歯科専門職を育成し、地域の障がい者歯科医療の発展・充実に寄与する。
- ク 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」を遵守する。

5 サービス内容

(1) 医療機関として歯科診療を行う。

- ・スタッフは、利用者に対して心配り、声かけなどを行い不安の解消に努める。
- ・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う。
- ・一般歯科診療所、行政広報誌、ホームページ等を活用し、サービス内容を幅広く市民に周知する。

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) サービスの向上

- ・スタッフは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。
- ・センター部会で、サービスの向上に対する検討を行う。
- ・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を提供する。
- ・利用者アンケートを行い、診療の評価・改善を行う。
- ・「ご意見箱」を設置し、利用者から意見・提言等を伺う。部会で、要望・課題の検討、改善対策を協議する。意見は回答とともに掲示する。

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・祝日（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

(2) 医療安全サービスの向上

ア 医療安全、感染予防対策

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るとともに、指針が適切であるか内容を適宜確認して改訂する。

イ 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、センター部会内に医療安全委員会を設置して、毎月医療安全対策を検討する。

(3) 業務内容に関する情報収集

ア 診療

診療前後にミーティングを行い、診療スタッフ全員が情報を共有する

イ 利用者アンケート、ご意見箱

部会で、要望・課題の検討、改善対策を協議後、診療スタッフ全員に周知し、サービスの改善を行う。

(4) 大学との連携

日本歯科大学新潟生命歯学部ならびに新潟大学歯学部と連携を図る。

7 保険診療以外の料金及びその他料金の設定方法

利用料金については、新潟市が運営する市民病院と同じ設定とする。フッ化物塗布料金については2095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

新潟県歯科医師会新規会員の障害者診療医育成の研修のうち、特別診療の臨床見学及びカンファレンスをセンターで実施する。

・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。

・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	90,000円
支出	40,000円
収支差額	50,000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)

9 情報公開及び個人情報の保護の措置について

(1) 情報公開

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。

ア 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職員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。

イ 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、医療技術の進歩、施設の機能向上等につながる。医療情報を個人が特定されない範囲で活用し、報告・学会発表などを行う事について、特別診療の初診患者に対して説明を行い、承諾書へのサインをもって同意を得る。データ活用にあたっては、新潟市と協議を行う。

ウ カルテ開示について

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

(1) 防犯、防災の対応

ア 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。

イ 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。

ウ 防犯、防火の対応

- ・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、窓口での金銭の授受等に必要な最低限の範囲にとどめ、銀行などで金銭の管理を行う。

エ その他緊急時への対応

- ・センター職員、新潟市歯科医師会役員及び担当理事による緊急時連絡網を作成する。
- ・連絡網に従い緊急連絡を行い、連絡のついた職員、役員が対応にあたる。

11 要望・苦情対応

(1) 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に十分な教育を行い、未然防止に努める。万が一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とる。

(2) トラブル処理の流れ（急患診療）

現場にて診療担当歯科医師が適切な対応を行う。

↓

急患受付担当者は、すみやかに常勤歯科医師に報告する。常勤歯科医師は、緊急連絡網に従い新潟市歯科医師会担当理事、新潟市歯科医師会事務局長へ報告する。

↓

担当理事、常勤歯科医師は、トラブルの詳細を確認、協議し、診療担当歯科医師、急患診療スタッフ及び新潟市歯科医師会事務局に指示を出す。

↓

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）

(3) トラブル処理の流れ（特別診療）

現場にて担当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。

↓

常勤歯科医師は、緊急連絡網に従い新潟市歯科医師会担当理事、新潟市歯科医師会事務局長へ報告する。

↓

担当理事、常勤歯科医師は、トラブルの詳細を確認、協議し、診療担当歯科医師、特別診療スタッフ及び新潟市歯科医師会事務局に指示を出す。

↓

報告書の作成（担当理事、常勤歯科医師及び診療担当歯科医師）

(4) 利用者等の要望の把握及び実現

利用者等の要望を収集し、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。

令和5年度 急患診療 人員配置表

別紙1-1

月	日	曜日	歯科医師	パート 歯科衛生士	事務員	月	日	曜日	歯科医師	パート 歯科衛生士	事務員	月	日	曜日	歯科医師	パート 歯科衛生士	事務員		
4	2	日	1	2	1	8	14	月	2	3	1	31	31	日	3	4	3		
	9	日	1	2	1		9	15	火	1	2		1	1	1	月	2	3	2
	16	日	1	2	1	20		日	1	2	1	2	2		2	火	2	3	2
	23	日	1	2	1	27		日	1	2	1	2	2		3	水	2	3	2
	29	土	2	2	1	3	3	日	1	2	1	7	7		日	2	2	1	
30	日	2	2	1	10		日	1	2	1	2		8		月	2	2	1	
5	3	水	2	3	1	10	17	日	2	2	1	2	14	日	1	2	1		
	4	木	2	3	1		18	月	2	2	1		2	14	日	1	2	1	
	5	金	2	3	1		23	土	2	2	1		2	21	日	1	2	1	
	7	日	1	2	1		24	日	2	2	1		2	28	日	1	2	1	
	14	日	1	2	1		1	1	日	1	2		1	2	4	日	1	2	1
	21	日	1	2	1			8	日	2	2		1		2	11	日	2	2
	28	日	1	2	1		9	月	2	2	1		2	18	日	1	2	1	
6	4	日	1	2	1	11	15	日	1	2	1	3	3	日	1	2	1		
	11	日	1	2	1		22	日	1	2	1		2	10	日	1	2	1	
	18	日	1	2	1		29	日	1	2	1		2	17	日	1	2	1	
	25	日	1	2	1		3	金	1	2	1		2	20	水	1	2	1	
	7	2	日	1	2		1	12	5	日	1		2	1	31	10	日	1	2
9		日	1	2	1	12	日		1	2	1	2	17	日		1	2	1	
16		日	2	2	1	19	日		1	2	1	2	24	日		1	2	1	
17		月	2	2	1	23	木		1	2	1	2	31	日		1	2	1	
23		日	1	2	1	26	日		1	2	1	2	※1/1~1/3事務員、10時~14時は2名、14時以降は1名 ・延べ日数 73日 ・延べ歯科医師数 98名 ・延べ歯科衛生士数 156名 ・延べ事務員数 78名	25		日	1	2	1
30	日	1	2	1	3	日	1	2	1	2	2	延べ日数 73日							
8	6	日	1	2	1	10	日	1	2	1	2	2		延べ歯科医師数 98名					
	11	金	2	2	1	17	日	1	2	1	2	2		延べ歯科衛生士数 156名					
	13	日	2	3	1	24	日	1	2	1	2	2		延べ事務員数 78名					

令和5年度 特別診療 人員配置表

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

令和5年度 特別診療 人員配置表

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

令和5年度 特別診療 人員配置表

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

・診療日数 195日
 ・診療回数 245回

・延べ歯科医師数(パート) 140名
 ・延べ歯科衛生士数(パート) 751名

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、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、就労継続支援 B 型事業所の利用者及び従事者

イ 事業内容

担当歯科医師、歯科衛生士は、施設利用者に対して、歯、歯肉の状態等の健診及びそれに基づく相談指導、ならびに歯垢や歯石の除去及び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) 通所介護事業所（介護保険法第 8 条第 7 項）
- (イ) 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) 短期入所生活介護事業所（介護保険法第 8 条第 9 項）
- (エ) 地域密着型通所介護事業所（介護保険法第 8 条第 17 項）
- (オ) 認知症対応型通所介護事業所（介護保険法第 8 条第 18 項）
- (カ) 小規模多機能型居宅介護事業所（介護保険法第 8 条第 19 項）
- (キ) 認知症対応型共同生活介護事業所（介護保険法第 8 条第 20 項）
- (ク) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所（介護保険法第 8 条第 21 項）
- (ケ) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所（介護保険法第 8 条第 22 項）
- (コ) 看護小規模多機能型居宅介護事業所（介護保険法第 8 条第 23 項）
- (サ) 介護保険施設（介護保険法第 8 条第 25 項）
- (シ) 養護老人ホーム（老人福祉法第 20 条の 4）
- (ス) 軽費老人ホーム（老人福祉法第 20 条の 6）
- (セ) 訪問介護事業所（介護保険法第 8 条第 2 項）

- (ソ) 訪問看護事業所 (介護保険法第8条第4項)
- (タ) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 (介護保険法第8条第15項)
- (チ) 夜間対応型訪問介護事業所 (介護保険法第8条第16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>別記2「口腔ケア研修事業の実施」に基づき、歯科医師が事業所の従事者に対し研修を実施する。

<集団方式>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。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和5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

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、担当歯科医師が決定した場合、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、担当歯科医師とともに、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、施設利用者に対し、歯肉、歯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。

(7) 実施にあたっては、感染症対策に充分配慮する。

5 報告

(1) 担当歯科医師は、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、担当歯科医師が決定した場合、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、担当歯科医師とともに、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) 担当歯科医師は、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。

(6) 実施にあたっては、感染症対策に充分配慮する。

5 報告

(1) 担当歯科医師は、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取りまとめを行う。

(別記様式第1号)

新潟市口腔保健福祉センター事務局 行

申込日： 年 月 日

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	

1 実施希望日

- ・貴施設と担当歯科医師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。
- ・2024年(令和6年)2月末日までの日時で、申し込みから2か月程の余裕をもちご記入下さい。
- ・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	年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人
第2希望	年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人
第3希望	年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人

※参加予定人数に変更がある場合は、必ず新潟市口腔保健福祉センターへ連絡をお願いします。

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。

※人数が極端に少なくなる場合は、健診を中止する可能性もありますので、ご了承ください。

2 担当歯科医師

- ・協力歯科医師または過去に担当した歯科医師で、ご希望があればご記入ください。
- ・担当を決める際の参考としますが、ご希望に添えない場合もございます。

歯科医院名	
	TEL
歯科医師名	

(別記様式第2号)

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

お申込みをいただきました口腔健診・研修事業について、担当歯科医師をご連絡します。

実施日時については改めて下記の担当歯科医師よりご連絡をいたしますので、日程の調整をお願いいたします。

記

1. 担当歯科医師 : (氏 名)

(住 所)

(電話番号)

2. そ の 他 :

歯科健診票

(センター提出用)

氏名	(男・女)	生年月日	昭・平 西 暦	年 月 日
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 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						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				
右			左			上			下													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8							

■ 歯肉出血BOP 判定基準 0: 健全 1: 出血あり 9: 除外歯 X: 該当歯なし 個人コード(最大値) 歯肉出血 BOP	■ 歯周ポケットPD 判定基準 0: 健全 1: 4~5mmのポケット 2: 6mmを超えるポケット 9: 除外歯 X: 該当歯なし 歯周ポケット PD	右上7.6 右上1 左上6.7 (頬側側面) (舌側側面) 右下7.6 左下1 左下6.7
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

□ 口腔清掃状態 1. 良好 2. 普通 3. 不良	歯石の付着状態 1. なし 2. 軽度(点状) 3. 中等度(帯状)以上	その他の所見 1. なし 2. あり 歯、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。

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
 フッ化物等の活用の指導
 生活習慣などの指導

歯科健診票

(施設保管用)

氏名	(男・女)	生年月日	昭・平 西 暦	年 月 日
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 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			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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			
下			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							

■歯肉出血BOP 判定基準 0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし 個人コード(最大値) 歯肉出血 BOP	■歯周ポケットPD 判定基準 0:健全 1:4~5mmのポケット 2:6mm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) 歯周ポケット PD	(上唇側面) (舌側面) <table border="1"> <tr> <td>右上7.6</td> <td>右上1</td> <td>左上6.7</td> <td>BOP</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PD</td> </tr> <tr> <td>右下7.6</td> <td>左下1</td> <td>左下6.7</td> <td>BOP</td> </tr> </table>	右上7.6	右上1	左上6.7	BOP				PD				PD	右下7.6	左下1	左下6.7	BOP
右上7.6	右上1	左上6.7	BOP															
			PD															
			PD															
右下7.6	左下1	左下6.7	BOP															

口腔清掃状態 1. 良好 2. 普通 3. 不良	歯石の付着状態 1. なし 2. 軽度(点状) 3. 中等度(帯状)以上	その他の所見 1. なし 2. あり 歯、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。

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
フッ化物等の活用の指導
生活習慣などの指導

歯科健診票

(本人控)

氏名	(男・女)	生年月日	昭・平 西 曆	年 月 日
施設名		健診医		

健診日 年 月 日

元気な身体は お口の健康から！



規則正しい食生活



定期的な歯科受診



毎日の歯みがき



- 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。

- 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
 - フッ化物等の活用の指導
 - 生活習慣などの指導

(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	年 月 日		
施設種別	地域活動支援センター ・ 就労継続支援 B 型 (○をつけてください)		
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 模型を使用して、歯磨き指導を行った。		
	2 歯間ブラシの使用法を指導した。		
	3 デンタルフロスの使用法を説明した。		
	4 フッ化物入り歯磨き剤の使用を指導した。		
	5 義歯の手入れと清掃を指導した。		
	6 歯肉マッサージの方法を指導した。		
	7 舌の清掃方法について指導した。		
	8 食生活指導を行った。		
	9 齲蝕や歯周疾患予防の為に予防講演を行った。		
10 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)

新潟市口腔保健福祉センター事務局 行

申込日： 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 ・通所介護事業所 ・通所リハビリテーション事業所 ・短期入所生活介護事業所 ・地域密着型通所介護事業所 ・認知症対応型通所介護事業所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 ・認知症対応型共同生活介護事業所 ・地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・介護療養型医療施設 ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム		

1 実施希望日

- ・貴施設と担当歯科医師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。
- ・2024年(令和6年)2月末日までの日時で、申込から2か月程の余裕を持ちご記入下さい。
- ・希望日を第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	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第2希望	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第3希望	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)

(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	(オ) 口の体操	(カ) 摂食・嚥下障がいについて
(キ) 口腔アセスメント及び口腔機能改善について		
(ク) その他 ()		

3 担当歯科医師

- ・協力歯科医師または過去に担当した歯科医師で、ご希望があればご記入ください。
- ・担当を決める際の参考としますが、ご希望に添えない場合もございます。

歯科医院名	TEL
歯科医師名	

(別記様式第6号)

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いて、担当歯科医師をご連絡します。

実施日時については改めて下記の担当歯科医師よりご連絡をいたしますので、日程の調整をお願いいたします。

記

1. 担当歯科医師 (氏名)

(住所)

(TEL) — —

2. そ の 他

(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

歯科医師氏名

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	年	月	日
事業所種別 該当する項 一つに ○をつける	1 通所介護事業所 2 通所リハビリテーション事業所 3 短期入所生活介護事業所 4 地域密着型通所介護事業所 5 認知症対応型通所介護事業所 6 小規模多機能型居宅介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所 8 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所 10 看護小規模多機能型居宅介護事業所 11 介護老人福祉施設 12 介護老人保健施設 13 介護医療院 14 介護療養型医療施設 15 養護老人ホーム 16 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	(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 (オ) 口の体操 (カ) 摂食・嚥下障がいについて (キ) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について (ク) 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1.6km圏内に位置する介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・介護医療院に入所中でセンターへの通院が困難な市民とする。

上記施設は、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、経口維持加算の算定など、施設内での口腔機能や食支援に関する多職種連携が求められていることから対象とする。介護医療院は、平成27年度の対象施設公募後の平成30年度に新設された施設区分であり、現登録施設が移行する可能性があることから対象施設に加える。

往診する施設は登録制として年度ごとに見直す。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施設およ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

担当歯科医師

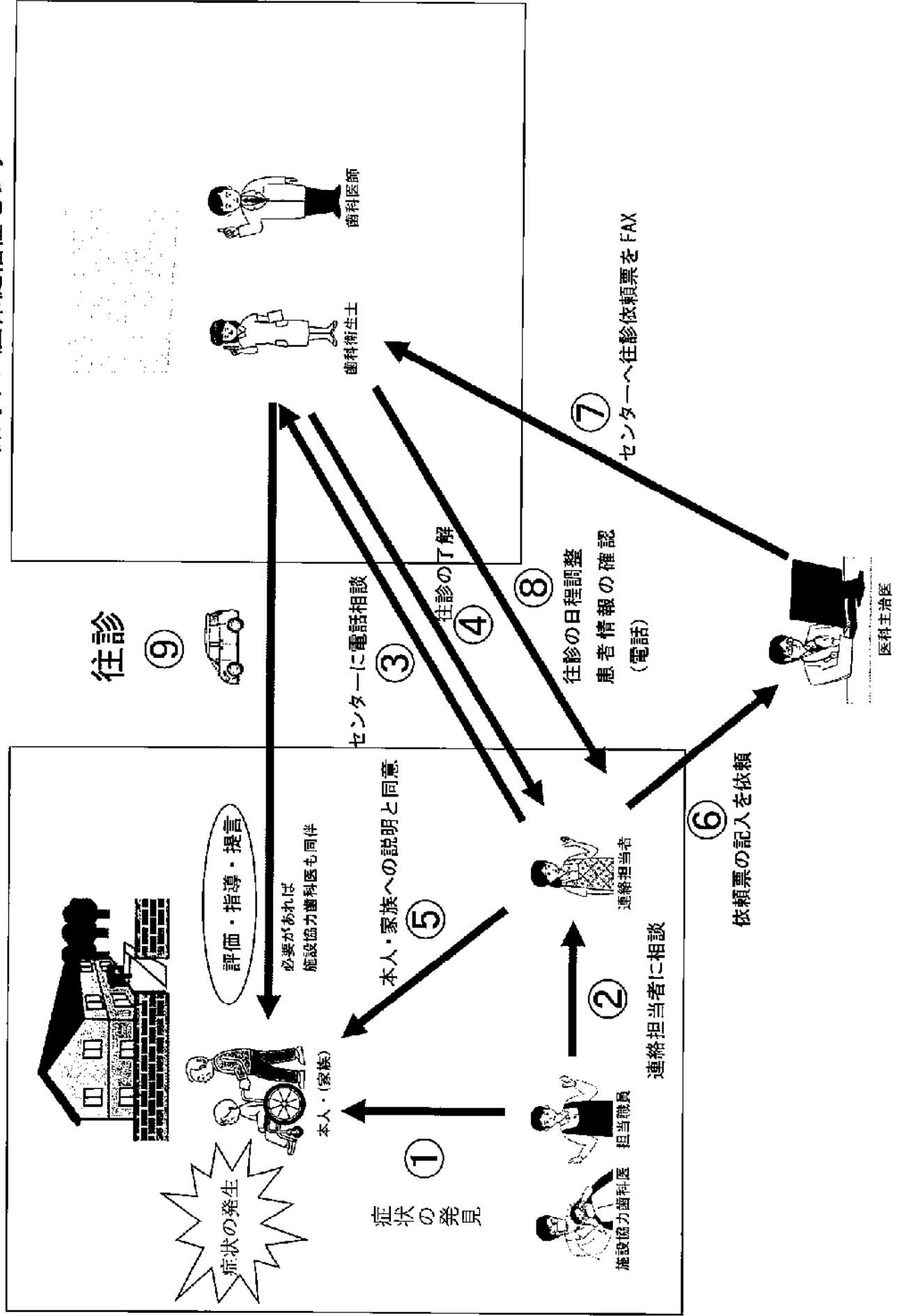
（往診日以外は不在です）

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



自費診療 料金表(税込み)

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)
 2023.04.01

1. 歯冠修復

(ア) 鑄造歯冠修復

材料 \ 面数	1	2	3	4	5	前歯	臼歯	全部
						3/4 冠	4/5 冠	被覆冠
金合金	¥16,500	¥19,800	¥23,100	¥26,400	¥29,700	¥38,500	¥38,500	¥44,000
白金加金	¥18,700	¥22,000	¥25,300	¥28,600	¥31,900	¥40,700	¥40,700	¥46,200

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	¥40,700
白金加金	¥41,800	¥52,800

(ウ) 陶材ジャケット冠 ¥47,300

(エ) 陶材焼付冠 ¥66,000

(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
金合金	¥42,900
白金加金	¥44,000

(カ) 合釘 ¥5,500

(キ) ろう着 ¥3,300

2. 有床義歯

(ア) 暫間義歯 ¥11,000

(イ) 鑄造床

材料 \ 欠損歯数	コバルトクロム
1本から4本まで	¥33,000
5本から8本まで	¥44,000
9本から11本まで	¥55,000
12本から14本まで	¥88,000
総義歯	¥110,000

備考：パー及びプレートを含む

(ウ) 鑄造鈎

種類 \ 材料	コバルトクロム	白金加金	金合金
レストなし	¥11,000	¥14,300	¥13,200
レストつき	¥13,200	¥22,000	¥16,500

(エ) 線鈎

種類 \ 材料	白金加金	金合金
レストなし	¥11,000	¥9,900
レストつき	¥12,100	¥11,000

(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	¥5,500	¥11,000	¥8,800
スパー	¥5,500	¥11,000	¥8,800

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	¥7,700
全部鑄造冠	¥11,000

(イ) 保険装置 ¥14,300

(ウ) 乳歯義歯 ¥22,000

4. フッ化物塗布

1回 ¥2,095

新潟市口腔保健福祉センター 販売品リスト

2023.04 改訂

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	ESS (エクストラスーパーソフト)	¥143
			SS (スーパーソフト)	¥121
			S (ソフト)	¥110
		タフト20	PS (プレミアムソフト)	¥132
			M (ミディアム)	¥121
		タフト17	M (ミディアム)	¥121
		マミー17	S(ソフト)、 M(ミディアム)	¥132
	プラウト	S、MS、M	¥297	
ライオン	デントEX システム ゲンキ		¥440	
歯磨剤	ライオン	DENT.チェックアップ フォーム		¥1,100
		チェックアップ スタンダード		¥660
		チェックアップ ジェル グレープ		¥638
		チェックアップ ジェル ミント 1450 ppm		¥693
		チェックアップ ルートケア		¥935
		チェックアップ コドモ		¥275
	昭和薬品	オラリンス(薬用はみがきムース(泡状)タイプ)		¥1,430
GC	電動歯ブラシ用歯磨きペースト		¥560	
補助清掃用具	ライオン	DENT.EXウルトラフロス S		¥539
		デントEX 歯間ブラシ 4本入り (各サイズ)		¥550
電動歯ブラシ	GC	プリニアスマイル(本体)		¥10,450
		プリニア替えブラシ	マルチフィットブラシ 2本入り	¥1,000
			カーブフロートブラシ 2本入り	¥1,000
			ステインオフブラシ 2本入り	¥1,000
			ワンタフトブラシ 2本入り	¥450
舌ブラシ	シキエン	ダブルワン		¥550
	ライオン	エラック 510S		¥352
義歯ブラシ	サンスター	義歯ブラシ		¥550
その他	ドクタービー	ミラノール 1.0g(黄色) 9包(3ヶ月分)		¥1,385
		ミラノール 溶解ビン		¥275
	ライオン	エラックバイトチューブ		¥1,100
	雷印	リフレケア (口腔ケア用ジェル 90g)		¥2,420
	ウエルテック	コンクールF (薬用マウスウォッシュ)		¥1,100
		ジェルコートF (フッ素コート歯みがきジェル)		¥1,100
アサヒ	口腔ケアシート ウエットマイルドタイプ		¥440	

年度途中で販売価格に変更があった場合その都度変更する