

「第26回 高齢者のよい歯のコンクール」実施要領

1 目 的

健康で活力のある人生を送るため、80歳で20本自分の歯を保つことは食物の咀嚼を容易にするとともに健康の保持増進、QOLの向上に重要である。

「高齢者のよい歯のコンクール」事業は、口腔の健康に努力してきた者が、コンクールにおける表彰を通じて、口腔の健康の重要性を広く県民に啓発することを目的とする。

2 主 催

大分県歯科医師会
大 分 県

3 対 象

平成31年3月31日現在で満80歳以上（昭和14年3月31日以前に生まれた者）で、自分の歯を20本以上保持している者

ただし、以前に本コンクールで表彰された者（県表彰者）を除く。

4 実施期日及び場所

県審査 令和元年 6月下旬 大分県歯科医師会館（書類審査）

5 実施方法

（1）市町村における選出

市町村または郡市歯科医師会は、80歳以上で20本以上自分の歯を保持している者のうち、歯及び口腔に対する意識が高く、その衛生管理、向上につとめ、かつ健康である代表者を1名選出し、大分県歯科医師会に推薦する。

代表者の選出にあたっては、歯科医師による直接口腔診査及び全身の健康診査を行うこと。

（2）大分県歯科医師会における選出

提出された審査票及び写真等に基づき、大分県歯科医師会館で書類審査を行い、優秀賞及び優良賞該当者を選出する。

6 県大会における表彰

(1) 被表彰者

優秀賞（大分県知事賞）

優良賞（大分県歯科医師会長賞）

(2) 表彰式

優秀賞及び優良賞については令和元年 7月13日（土）に大分県歯科医師会館において表彰を行う。なお出席に要する旅費などは出席者が各自負担する。

7 提出資料及び提出期日

(1) 市町村または郡市歯科医師会は、代表者1名及びその選出状況について、次の資料を令和元年 6月14日（金）までに大分県歯科医師会宛て提出すること。

ア 報告書（様式1）

イ 代表者の審査票（様式2-1、2-2、2-3）

ウ 代表者の上半身正面写真（笑顔） 1枚

エ 代表者の口腔内写真 3枚

（正面図、上・下咬合面図 各1枚 口角鉤及びミラー使用のこと）

様 式 1

高齢者のよい歯のコンクール推薦報告書

市町村名		(担当者名)		
保健所名				
推薦者 (代表者)	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日 性 別	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)	男 女
	住 所	〒 TEL () -		
選出 状況	選出のための 審査実施日	令和 年 月 日		
	推薦者以外の 口腔診査者数	人		
	選出方法	コンクールの実施・その他 ()		
	選出方法が公募による場合 応募者数	人		

様式 2-2

食 事 に つ い て	a. 何でも噛める c. やわらかいものしか噛めない	b. 硬いものが噛みにくい d. 好き嫌いがある	
全 身 状 態	a. よ い	b. 普 通	c. よくない
歩 行 状 態	※ a	b	c
言 語	a. 明 瞭	b. 普 通	c. 不明瞭
会 話	a. 安 定	b. 普 通	c. 不安定
備 考			

※ 歩行状態の判定度

- a : 補助具を使用せず、背筋が伸びしっかりとした足取りである。
- b : 補助具を使用しないが、ゆっくりであれば自力歩行できる。
- c : 補助具を使用する。

様式 2-3

歯の健康を保つために心がけてきたことについて

市 町 村 名		保健所等名	
代 表 者 氏 名			
歯の健康を保つために 心がけてきたこと をお書きください。	(代筆の場合 代筆者：)		

(注) できるだけご本人が記入してください。代筆の場合はその旨明記してください。