川崎市歯周疾患検診事業実施要綱

（目　的）

第１条　この要綱は、健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第１９条の２及び健康増進法施行規則（平成１５年４月３０日厚生労働省令第８６号）第４条の２に基づく健康増進事業として、歯の喪失予防及び口腔内疾病の早期発見を図るため、市民に対して歯周疾患に係る受診を勧奨し、一定年齢の者を対象に歯周疾患検診（以下「検診」という。）を行うことにより、市民の健康保持及び向上に資することを目的とする。

（受診対象者）

第２条　検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有し、かつ年齢４０歳、５０歳、６０歳及び７０歳の者とする。ただし、保険者等が行う医療保険各法その他の法令に基づいた当該検診を受けることができる者については、対象者から除くものとする。

ただし、年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含めるものとする。

（受診回数）

第３条　同一の対象者が検診を受けることができる回数は、年度に１回とする。

（実施主体等）

第４条　検診の実施主体は川崎市とし、これを川崎市歯科医師会に委託し、第５条第３項に規定する登録医療機関において実施するものとする。

（医療機関の登録）

第５条　市内の医療機関が検診を実施する医療機関として登録を受けようとするときは、川崎市歯周疾患検診登録医療機関申請書（第１号様式）により、川崎市歯科医師会長を経由して市長に申請しなければならない。この場合において、医療機関の開設者は、川崎市歯周疾患検診登録医療機関推薦願書（第１号様式の２）を川崎市歯科医師会長に提出するものとする。

２　市長は、前項の規定により、川崎市歯科医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を歯周疾患検診実施医療機関として登録（以下「登録医療機関」という。）するものとする。

３　市長は、登録医療機関に対し、川崎市歯周疾患検診実施医療機関登録書（第２号様式）を交付する。

（登録の変更・辞退等）

第６条　登録医療機関の開設者は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、川崎市歯科医師会長を経由して、川崎市歯周疾患検診登録医療機関登録事項変更（辞退）届（第３号様式）を市長に提出しなければならない。

（受診券）

第７条　検診の受診券は、受診対象者となる該当年齢に達する年度の７月頃に送付する。

２　受診券の有効期間は、該当年度の３月３１日までとする。

（検診手続き）

第８条　検診を受けようとする者（以下「受診者」という。）は、検診を実施する登録医療機関（以下「実施登録医療機関」という。）において受診券を提出し、かつ川崎市歯周疾患検診申込書・記録票（第４号様式）を記入し、提出しなければならない。

（費用の額）

第９条　検診に要した費用の額（以下「費用」という。）は、市長が別に定めるものとする。

２　検診の結果、精密検査に要した費用は、診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）によるものとする。

（費用の負担等）

第１０条　費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

（１）前条第１項により算定した費用は、市長と受診者が負担するものとし、受診者が負担する額（以下「一部負担金」という。）は、「健康増進法第１９条の２による健康増進事業に関する要綱」第５条に定める。また、同要綱第６条に定める者については、一部負担金を免除し、市長は費用の全額を負担するものとする。

（２）実施登録医療機関は、前号に定める一部負担金を、当該受診者から検診を実施する際に徴収するものとする。

（３）一部負担金に係る法令所定の消費税額及び地方消費税額は、市長が負担するものとする。

（検診項目）

第１１条　検診の項目は、次の各号のとおりとする。

（１）問診（歯周疾患に関連する自覚症状の有無等を聴取する。）

（２）歯周組織検査（現在歯・喪失歯の状況、歯周組織の状況、口腔清掃状態について検査する。）

（記　録）

第１２条　実施登録医療機関は、その結果を第４号様式に記録するものとする。

２　実施登録医療機関の開設者は、費用の請求を行う際、川崎市歯周疾患検診委託料請求書（第５号様式）に第４号様式を添付し、市長に報告するものとする。

（検診結果の判定）

第１３条　検診結果の判定区分は、次の各号のとおりとする。

（１）異常なし（CPI：歯肉出血0かつ歯周ポケット0）

（２）要指導（CPI：歯肉出血1かつ歯周ポケット0）

（３）要精密検査

ア　歯石除去（歯石あり）

イ　歯周治療（歯周ポケット1～2）

ウ　う蝕治療（未処置歯あり）

エ　補綴処置（要補綴歯あり）

オ　その他

（検診後の指導）

第１４条　前条の判定区分により、次の各号の内容の指導を行うものとする。

（１）異常なし（今後の自己管理と定期健診を勧奨する。）

（２）要指導（問診の結果から、歯みがきの方法等に改善を必要とする日常生活について指導する。）

（３）要精密検査（医療機関において精密検査を受診するよう指導する。）

（検診結果の通知）

第１５条　検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市歯周疾患検診報告書（第４号様式の３）をもって受診者に速やかに通知し、適切な指導を行わなければならない。

（事業の周知）

第１６条　事業の周知は、第７条の方法によるほか、国民健康保険における特定健診対象者へのチラシ送付によるほか、市政だより、ポスター、ホームページ、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）事業等によって行い、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

（費用の請求及び支払い）

第１７条　実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用を第５号様式により、原則として、検診を実施した月の翌月の１５日までに市長に請求するものとする。

２　市長は、前号による請求があったときは、速やかにその内容を審査し支払うものとする。この場合、翌月１５日までに請求があったものについては、請求があった月の翌々月末日までに実施登録医療機関の指定口座に支払うものとする。

（検診記録等の保存）

第１８条　第４号様式は、医師法第２４条第２項の規定に準じ、実施医療機関において検診を実施した日から起算して５年間保存しなければならない。

２　前項については、電子媒体による保存に代えることができる。

（委　任）

第１９条　この要綱の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２０年４月１日から施行する。

（川崎市歯周疾患検診（節目健診）実施要領の廃止）

２　川崎市歯周疾患検診（節目健診）実施要領は、廃止する。

附　則

この要綱は、平成２３年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２８年４月１４日から施行する。

（平成２８年熊本地震に伴う特例）

２　平成２８年熊本地震の被災により災害救助法(昭和２２年法律第１１８号)の適用を

受けた地域の方々が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成２８年４月１４日から当分の間、第２条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「平成２８年熊本地震の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

附　則

この要綱は、平成３０年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和２年７月１日から施行する。

（新型コロナウイルス感染症に伴う特例）

２　健康増進事業実施要領の一部改正について（令和２年６月１日付け健発０６０１第３号厚生労働省健康局長通知）に基づき、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和元年度に受診できなかった令和元年度の受診対象者について、令和２年度の対象者とみなすものとする。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は令和３年６月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附　則

この要綱は令和４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は令和５年７月１日から施行する。

第１号様式（歯周疾患検診）

川崎市歯周疾患検診登録医療機関申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）　川 崎 市 長

医療機関　　所在地……

名　称……

開設者……

ＴＥＬ……

川崎市歯周疾患検診登録医療機関として登録したいので、川崎市歯周疾患検診事業実施要綱第５条第１項の規定により申請します。

注）本申請書は、川崎市歯周疾患検診登録医療機関登録推薦願書を添えて川崎市歯科医師会長に提出してください。

第１号様式の２（歯周疾患検診）

川崎市歯周疾患検診登録医療機関推薦願書

令和　　年　　月　　日

川崎市歯科医師会長　様

医療機関　　所在地

名　称

開設者

ＴＥＬ

川崎市歯周疾患検診登録医療機関として登録したいので、御推薦をお願いいたします。

第２号様式（歯周疾患検診）

川崎市歯周疾患検診実施医療機関登録書

医療機関　　所在地……

名　称……

開設者……

川崎市歯周疾患検診事業実施要綱第５条第３項の規定に基づく、川崎市歯周疾患検診登録医療機関として登録します。

令和　　年　　月　　日

川崎市長

第３号様式（歯周疾患検診）

川崎市歯周疾患検診登録医療機関登録事項変更（辞退）届

令和　　年　　月　　日

（あて先）　川 崎 市 長

医療機関　　所在地……

名　称……

開設者……

ＴＥＬ……

川崎市歯周疾患検診登録医療機関として登録した事項を変更（辞退）したいので、届け出いたします。

１　変更、辞退の区別

（１）　変　　更

（２）　辞　　退

２　変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日

……

……

……

……

……

……

注）本変更（辞退）届は川崎市歯科医師会長に提出してください。

第4号様式（歯周疾患検診・市提出用）

川崎市歯周疾患検診 申込書・記録票

□ 40歳・□ 50歳
□ 60歳・□ 70歳

太枠の中を記入してください。

診査日	令和　　年　　月　　日	診査機関名	
一部負担金	1．有　2．無	一部負担金「2.無」の場合の理由	1．生保　2．非課税　3．70歳以上

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	昭和　　年　　月　　日生
住所	川崎市　　区					電話	

［あてはまるところに○をつけ、（　　）内には必要な事項を記入してください］

1．歯みがきは１日何回しますか
　a．0回　b．1回　c．2回　d．3回以上
　b～d．を選んだ方は、１回あたり何分みがきますか
　（　　）分

2．歯間ブラシまたはフロスを使っていますか
　a．毎日　b．週１回以上　c．月１～３回
　d．使っていない

3．過去１年間に歯科検診を受診しましたか
　a．はい　b．いいえ

4．たばこを吸ったことがありますか
　a．現在吸っている
　　（　　）本／日で（　　）歳から（　　）年間
　b．昔吸っていた
　　（　　）本／日で（　　）歳から（　　）歳の（　　）年間
　c．吸ったことがない

5．全身の状態であてはまるものはどれですか
　a．糖尿病　b．関節リウマチ
　c．狭心症・心筋梗塞・脳梗塞　d．内臓型肥満
　e．妊娠
　f．その他（　　）

6.自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください

〔　　〕

1．現在歯・喪失歯の状況（喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入）

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

現在歯		本
処置歯	○	本
未処置歯	C	本
健全歯	／	本
要欠損補綴歯	△	本
欠損補綴歯	◬	本
要観察歯	CO	本 ※

※要観察歯は健全歯に含む。

2．歯肉の状況

	17 または 16	11	26 または 27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47 または 46	31	36 または 37

個人コード（最大値）

歯肉出血	
歯周ポケット	

〔歯肉出血BOP〕
0：健全
1：出血あり
9：除外歯
X：該当歯なし

〔歯周ポケットPD〕
0：健全
1：浅いポケット(4～5mm)
2：深いポケット(6mm以上)
9：除外歯
X：該当歯なし

3．

歯石の付着		
なし	軽度(点状)あり	中等度(帯状)以上あり

4．

口腔清掃状態		
良好	普通	不良

5．その他の所見
　なし
　あり－ 歯列咬合、顎関節、口腔粘膜
　　生活習慣・全身疾患等
　　その他（　　）

6．判定区分

1．異常なし(CPI:歯肉出血0かつ歯周ポケット0)
2．要指導(CPI:歯肉出血1かつ歯周ポケット0)
3.要精検
(CPI:歯周ポケット1～2)

ア．歯石除去	(歯石あり)
イ．歯周治療	(歯周ポケット1～2)
ウ．う蝕治療	(未処置歯あり)
エ．補綴処置	(要補綴歯あり)
オ．その他	(　　)

歯科医師名

第4号様式の２（歯周疾患検診・医療機関控 ）

川崎市歯周疾患検診 申込書・記録票

□ 40歳・□ 50歳
□ 60歳・□ 70歳

太枠の中を記入してください。

診査日	令和　　年　　月　　日	診査機関名	
一部負担金	1．有　2．無	一部負担金「2.無」の場合の理由	1．生保　2．非課税　3．70歳以上

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	昭和　　年　　月　　日生
住所	川崎市　　区					電話	

［あてはまるところに○をつけ、（　　）内には必要な事項を記入してください］

1．歯みがきは１日何回しますか
　a．0回　b．1回　c．2回　d．3回以上
　b～d．を選んだ方は、１回あたり何分みがきますか
　（　　）分

2．歯間ブラシまたはフロスを使っていますか
　a．毎日　b．週１回以上　c．月１～３回
　d．使っていない

3．過去１年間に歯科検診を受診しましたか
　a．はい　b．いいえ

4．たばこを吸ったことがありますか
　a．現在吸っている
　　（　　）本／日で（　　）歳から（　　）年間
　b．昔吸っていた
　　（　　）本／日で（　　）歳から（　　）歳の（　　）年間
　c．吸ったことがない

5．全身の状態であてはまるものはどれですか
　a．糖尿病　b．関節リウマチ
　c．狭心症・心筋梗塞・脳梗塞　d．内臓型肥満
　e．妊娠
　f．その他（　　）

6.自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください

〔　　〕

1．現在歯・喪失歯の状況（喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入）

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

現在歯		本
処置歯	○	本
未処置歯	C	本
健全歯	／	本
要欠損補綴歯	△	本
欠損補綴歯	◬	本
要観察歯	CO	本 ※

※要観察歯は健全歯に含む。

2．歯肉の状況

	17 または 16	11	26 または 27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47 または 46	31	36 または 37

個人コード（最大値）

歯肉出血	
歯周ポケット	

〔歯肉出血BOP〕
0：健全
1：出血あり
9：除外歯
X：該当歯なし

〔歯周ポケットPD〕
0：健全
1:浅いポケット(4～5mm)
2:深いポケット(6mm以上)
9：除外歯
X：該当歯なし

3．

歯石の付着		
なし	軽度(点状)あり	中等度(帯状)以上あり

4．

口腔清掃状態		
良好	普通	不良

5．その他の所見
　なし
　あり－ 歯列咬合、 顎関節、 口腔粘膜
　　生活習慣・全身疾患等
　　その他（　　）

6．判定区分

1．異常なし(CPI:歯肉出血0かつ歯周ポケット0)
2．要指導(CPI:歯肉出血1かつ歯周ポケット0)
3.要精検
(CPI:歯周ポケット1～2)

ア．歯石除去	(歯石あり)
イ．歯周治療	(歯周ポケット1～2)
ウ．う蝕治療	(未処置歯あり)
エ．補綴処置	(要補綴歯あり)
オ．その他	(　　)

歯科医師名

第4号様式の３（歯周疾患検診・受診者用 ）

川崎市歯周疾患検診 報告書

診査日	令和　　年　　月　　日

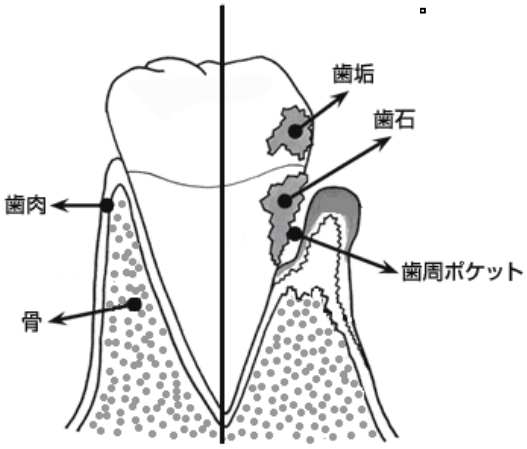
診査機関名	

様

歯 周 病 っ て な に ？

歯周病（歯ソーノーロー）をひきおこすバイ菌（歯周病菌）はお口のなかにたまっている白いネバネバした汚れ（歯垢）に巣くっています。歯周病菌が出す毒素によって、歯の周囲の歯肉が腫れ、歯をささえている骨が溶けて壊されて、グラグラ動くようになり、やがて歯が抜け落ちる病気を歯周病といいます。歯と歯の間・歯とはぐきの境目（歯周ポケット）は、歯ブラシのとどきづらい所なので歯垢がたまりやすく歯周病菌にとって非常に居心地よく、人目に触れることなくひっそりと悪さをしています。

そのためかなり進行するまで自分では気づかずに、おかしいなと思ったときには手遅れということが少なくありません。
また、歯垢は時間がたつと唾液中のカルシウム等で石の様に硬くなり歯石となります。
歯石は硬いのでもう歯ブラシでは落とせなくなります。
ですからていねいに歯をみがき、定期的に歯石をとることが必要なのです。



あなたの現在の歯の本数は＿＿＿＿本です
（全部そろっていれば親知らずも含めて32本です）
むし歯の本数は＿＿＿＿本です
（検診ですので精密な検査が必要です）
義歯やブリッジ治療が必要な歯の数は＿＿＿＿本です

むし歯になりやすい歯の本数は＿＿＿＿本です
（予防的な処置をしましょう）

今回の検診結果は以下のとおりです。

４．

あなたの歯の清掃状態は		
良 好	普 通	不 良

５．

その他の所見
なし
あ り ー　かみ合わせ、 顎関節、 口腔粘膜
生活習慣・全身疾患等
その他（　　）

６．判定区分

1. お口の中は良好な状態です
2. 軽い歯肉の炎症が認められます
3. さらに詳しい診査や治療が必要です

ア. 歯 石 除 去 等 に つ い て
イ. 歯 周 疾 患 の 治 療 に つ い て
ウ. 歯 の 治 療 に つ い て
エ. 義 歯 や ブ リ ッ ジ に つ い て
オ. そ の 他 （　　）

※受診者の個人情報・検診結果は、個人を特定できないデータとして活用することを御了承ください。

歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

第 5号様式（歯周疾患検診 ）

川崎市歯周疾患検診委託料請求書

令和　　年　　月　　日

医療機関コード

所 在 地

名　称

開 設 者

令和　　年　　月中に歯周疾患検診に要した費用として、次のとおり請求します。

区　　分		請　求　額			決　定　額	
		件 数	単 価 (税込み)	金　額	件 数	金　額
歯周疾患検診 (自己負担あり)	40歳 50歳 60歳	件	円	円	件	円
歯周疾患検診 (自己負担なし)	70歳 生保 非課税者	件	円	円	件	円
合　　計		件		円	件	円

注(1) 太線内のみ記入してください。

(2) 請求書は２枚で１組です。１枚目に、検診された方の申込書・記録票（１枚目・市提出用）を添付して健康福祉局健康増進担当に提出してください。
２枚目は医療機関控になりますので、大切に保管してください。

(3) 複数月分をまとめて請求する場合でも、請求書は１部で結構です。ただし、前年度分を請求する場合には、本年度分と分けて、別途請求書を作成してください。

(4) 翌月１５日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。

第 5号様式の2（歯周疾患検診・医療機関控）

川崎市歯周疾患検診委託料請求書（医療機関控）

令和　　年　　月　　日

医療機関コード

所 在 地

名　　称

開 設 者

令和　　年　　月中に歯周疾患検診に要した費用として、次のとおり請求します。

区　　分		請　　求　　額		
		件 数	単 価 (税込み)	金　　額
歯周疾患検診 （自己負担あり）	40歳 50歳 60歳	件	円	円
歯周疾患検診 （自己負担なし）	70歳 生保 非課税者	件	円	円
合　　計		件		円

注(1) 医療機関控になりますので、大切に保管してください。
なお、振込後に川崎市歯科医師会から届く支払通知書の決定額は審査の結果、本控の請求額とは異なる場合があります。