

川崎市骨粗しょう症検診委託事業実施要綱

（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、寝たきりの原因となる骨量減少者の早期発見及び治療を図るため、一定年齢の者を対象に骨粗しょう症検診（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、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳（検診実施日の満年齢とする。）の女性とする。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本市の検診と同等の内容で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。

（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、これを川崎市医師会に委託し、第5条第2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、川崎市がん検診等登録医療機関申請書（第1号様式）により、川崎市医師会長を經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、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書（第1号様式の2）を川崎市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、川崎市医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を骨粗しょう症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。

（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、川崎市医師会長を經由して、川崎市がん検診等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。

（検診手続き）

第7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。）において川崎市骨粗しょう症検診申込書・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8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9条 検診に要した費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

（1）受診者及び市長は、前条第1項の規定に基づき算定した額を負担し、そのうち受診者が負担する額は、「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（平成20年3月31日19川健健第1766号）」別表に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）とし、市長はその残額を負担する。ただし、同要綱第5条の規定により一部負担金を免除する場合は、市長が前条第1項の規定に基づき算定した額を負担する。

（2）実施登録医療機関は、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。

（検診項目）

第10条 検診の項目は、次の各号のとおりとする。

（1）問診

（2）骨量測定

ア DXA法による測定

イ 改良型MD法（CXD法及びDIP法）による中手骨測定

ウ SXA法による測定

エ PQCT法による前腕骨測定

オ 超音波法による踵骨測定

2 検診は、前項第1号と併せて、第2号のいずれか一方の検査のうち1項目を選択して行うものとする。

（記録）

第11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、川崎市がん検診等委託料請求書（第5号様式）に第4号様式を添付し、市長に請求するものとする。

（検診結果の判定）

第12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

（2）要指導

（3）要精密検査

（検診結果の通知及び事後指導）

第13条 検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市骨粗しょう症検診受診結果票（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14条 事業の周知は、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 15 条 実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用のうち第 9 条第 1 号の規定する市長が負担する額を第 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 前項の請求は、別表 1 に定める窓口に提出するものとする。

3 市長は、前 2 項による請求があったときは、速やかにその内容を審査し、川崎市医師会を經由して実施登録医療機関に支払うものとする。この場合、市長は請求があった月の翌々月の 18 日までに川崎市医師会に支払うものとする。

（検診記録等の保存）

第 16 条 第 4 号様式は、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）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 17 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。

（関係要綱の廃止）

2 次に掲げる要綱及び要領は、廃止する。

（1）川崎市総合健康診査（医療機関）実施要綱

（2）川崎市骨粗しょう症検診（節目健診）実施要領

附 則

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 12 月 3 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 11 月 19 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２８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のかんがみ、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。

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成３０年４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、平成３１年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和２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、受診できなかった者で、次に定める者について、施行日から令和２年９月３０日までの間、第２条の規定を準用する。
 - （１）生年月日が昭和５４年３月２日から昭和５４年６月１日までの者
 - （２）生年月日が昭和４９年３月２日から昭和４９年６月１日までの者
 - （３）生年月日が昭和４４年３月２日から昭和４４年６月１日までの者
 - （４）生年月日が昭和３９年３月２日から昭和３９年６月１日までの者
 - （５）生年月日が昭和３４年３月２日から昭和３４年６月１日までの者
 - （６）生年月日が昭和２９年３月２日から昭和２９年６月１日までの者
 - （７）生年月日が昭和２４年３月２日から昭和２４年６月１日までの者
- 3 前項の規定を適用する場合において、第２条中「年齢４０歳、４５歳、５０歳、５５歳、６０歳、６５歳及び７０歳（検診実施日の満年齢とする。）の」とあるのは「附則第２項各号に該当する」と読み替えるものとする。

- 4 第2項の規定を適用した受診者に適用される第9条の規定は、令和2年12月15日までに第15条第1項に基づく請求がなされた場合に限られるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4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。

別表 1 （第 1 5 条関係）

提 出 窓 口
健康福祉局保健所健康増進課 川崎区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 大師地区健康福祉ステーション 田島地区健康福祉ステーション 幸区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 中原区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 高津区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 宮前区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 多摩区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課 麻生区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課

川崎市がん検診等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
T E L

川崎市の各がん検診等委託事業実施要綱の規定に基づき、

- ☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診

登録医療機関として申請します。

☐ 肺がん検診 診療科目
胸部エックス線装置 種類 形式

☐ 大腸がん検診 診療科目
検診項目〔問診、免疫学的便潜血検査2日法〕

☐ 胃がん検診 診療科目
検査方法（該当する番号に○印をつける）
(1) 胃エックス線検査 装置 種類 形式
(2) 上部消化管内視鏡検査 装置 種類 形式

☐ 子宮がん検診 診療科目

☐ 乳がん検診 診療科目
検診項目〔問診、マンモグラフィ〕
マンモグラフィ 製造元 形式

☐ 骨粗しょう症検診 診療科目
検査方法（該当する番号に○印をつける）
(1) DXA法〔腰椎測定〕 (2) DXA法〔その他〕 (3) 改良型MD法
(4) SXA法 (5) PQCT法 (6) 超音波法

注) 本申請書は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書を添えて川崎市医師会長に提出してください。

川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書

令和 年 月 日

川崎市医師会長 様

医療機関 所在地 _____
 名 称 _____
 開設者 _____
 T E L _____

川崎市の

☐ 肺がん検診
 ☐ 大腸がん検診
 ☐ 胃がん検診

☐ 子宮がん検診
 ☐ 乳がん検診
 ☐ 骨粗しょう症検診

実施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。

☐ 肺がん検診 診療科目 _____
 胸部エックス線装置 種類 _____ 形式 _____

□ 大腸がん検診 診療科目 _____
検診項目〔 問診、免疫学的便潜血検査 2 日法 〕

☐ 胃がん検診 診療科目 _____
 検査方法（該当する番号に○印をつける）

(1) 胃エックス線検査	装置	種類	形式
(2) 上部消化管内視鏡検査	装置	種類	形式

☐ 子宮がん検診 診療科目

□ 乳がん検診 診療科目 _____
検診項目〔 問診、マンモグラフィ 〕

マンモグラフィ 製造元 形式

□ 骨粗しょう症検診 診療科目 _____

検査方法（該当する番号に○印をつける）

(1) DXA法〔腰椎測定〕 (2) DXA法〔その他〕 (3) 改良型MD法
(4) SXA法 (5) PQCT法 (6) 超音波法

川崎市がん検診等実施医療機関登録書

医療機関 所在地.....

名 称.....

開設者.....

川崎市の各がん検診等実施要綱の規定に基づき、

〔☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診〕

登録医療機関として登録します。

胃がん検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- （1）胃部エックス線検査
- （2）上部消化管内視鏡検査

令和 年 月 日

川崎市長

印

川崎市がん検診等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.....

T E L.....

川崎市の

- | | |
|---|--|
| { | ☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 |
| | ☐ 胃がん検診 （胃部エックス線検査、上部消化管内視鏡検査） |
| | ☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診 |

登録医療機関として登録した事項を変更したいので、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）届は川崎市医師会長に提出してください。

川崎市骨粗しょう症検診 申込書・記録票

□40歳・□45歳・□50歳・□55歳・□60歳・□65歳・□70歳

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

診 査 日	令和 年 月 日	診査機関名			
一部負担金	1. 有 2. 無（生保・非課税・70歳）				
同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん ☐ 胃がん ☐ 子宮がん ☐ 乳がん				
漢字氏名		カナ氏名		女	昭和 年 月 日生
住所	川崎市 区			電話	
↓ 該当数字を○で囲んでください					
骨粗しょう症検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		3	超音波法による測定		
	測定部位（ ） 測定結果数値（ ）				
	所 見	1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査 ()			
				判定医師名	

川崎市骨粗しょう症検診 申込書・記録票

☐40歲·☐45歲·☐50歲·☐55歲·☐60歲·☐65歲·☐70歲

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

診 査 日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無 (生保・非課税・70歳)		

同 日 実 施	☐ 特定健診	☐ 肺がん	☐ 大腸がん	☐ 胃がん	☐ 子宮がん	☐ 乳がん
---------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

漢字 氏名		カナ 氏名		女	昭和	年	月	日生
住所	川崎市 区				電話			

↓ 該当数字を○で囲んでください

骨粗しょう症 検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		3	超音波法による測定		
	測定部位（ ） 測定結果数値（ ）				
	所 見		1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査 ()		
			判定医師名		

漢字 氏名		カナ 氏名		女	昭和	年	月	日生
住所	川崎市 区				電話			

骨粗しょう症 検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		3	超音波法による測定		
	測定部位（ ） 測定結果数値（ ）				
	所 見		1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査 []		
			判定医師名		

＜骨おり損にならないために＞

骨粗しょう症予防のポイント

- 



身体の中のカルシウムが不足すると骨量が減少します。
カルシウムの推奨量は1日約650mg～700mgです。カルシウムの吸収を良くするには、ビタミンDを含んだ食品をとりましょう。

■ ビタミンDを多く含むもの ■



さかな



きのこ

川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

所 在 地

名 称

開 設 者

令和 年 月 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区 分		請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決 定 額	
		件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小 計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小 計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃管内視鏡検査								
	小 計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 + 体 部								
	頸部+体部(採取不能)								
	コルポスコピー								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小 計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小 計								
合 計									

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 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。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

所 在 地

名 称

開 設 者

令和 年 月 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区 分		請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決 定 額	
		件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小 計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小 計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃管内視鏡検査								
	小 計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 + 体 部								
	頸部+体部(採取不能)								
	コルポスコピー								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小 計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小 計								
合 計									

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 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。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。