

## 川崎市歯周病検診事業実施要綱

### (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、市民の健康保持及び向上のため、歯の喪失予防及び口腔内疾病の早期発見に資するよう、一定年齢の者を対象とした歯周疾患検診(以下「検診」という。)を受診勧奨するとともに、検診を実施するにあたって、必要な事項を定めることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 検診の実施主体は、川崎市又は市の委託を受けた者とする。

### (実施期間)

第3条 検診の実施期間は、毎年7月1日から翌年3月31日までとする。

### (対象者)

第4条 検診の対象者は、本市に住所を有し、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)の規定により住民基本台帳に記載されている者で、当該年度において40歳、50歳、60歳及び70歳に達する者とする。

### (実施医療機関の登録)

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、川崎市歯周病検診登録医療機関申請書(第1号様式)により、市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の規定により申請があった場合は、当該医療機関を歯周病検診実施医療機関として登録(以下「登録医療機関」という。)し、登録医療

機関に対して、川崎市歯周病検診実施医療機関登録書(第2号様式)を交付するものとする。

(登録事項の変更及び辞退の届出)

第6条 登録医療機関の開設者は、登録事項を変更し、又は登録を辞退しようとするときは、川崎市歯周病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。

(検診の実施方法)

第7条 市長は、第4条に規定する対象者に対し、あらかじめ受診券を送付するものとする。

2 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。)において必要事項を記入した受診券を提出して受診するものとする。

3 受診者は、第3条に定める受診期間において、1回に限り受診できるものとする。

(検診の内容)

第8条 検診の内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) 問診

(2) 歯周組織検査

(3) 検診結果の判定

(4) 検診結果の説明及び判定区分に応じた指導

(実施の報告及び記録の保存)

第9条 実施登録医療機関は、検診の結果を川崎市歯周病検診記録票(第4号様式の1)により市長へ報告しなければならない。

2 市長は、前項の規定による報告があったときは、当該年度終了後5年間、川崎市歯周病検診記録票(第4号様式の1)を保存しなければならない。

3 実施登録医療機関は、歯科医師法(昭和23年法律第202号)第23条の規定に準じ、実施医療機関が検診を実施した日から起算して5年間、川崎市歯周病検診記録票(第4号様式の2)を保存しなければならない。

(結果の通知)

第10条 検診結果は、実施医療機関において、川崎市歯周病検診報告書(第4号様式の3)をもって受診者に通知し、必要な情報提供を行うものとする。

(費用)

第11条 検診に要する費用の額は、市長が別に定めるものとし、受診者が負担する額は無料とする。ただし、第8条に規定する内容以外に係る費用は、受診者が負担するものとする。

(費用の請求及び請求書の保存)

第12条 実施登録医療機関は、検診に要した費用を、川崎市歯周病検診委託料請求書(第5号様式)により、翌月15日までに市長に請求するものとする。

2 実施登録医療機関は、歯科医師法(昭和23年法律第202号)第23条の規定に準じ、実施医療機関が検診を実施した日から起算して5年間、川崎市歯周病検診委託料請求書(第5号様式の2)を保存しなければならない。

(支払い)

第 13 条 市長は、前条の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、毎月 15 日までに請求があったものについて、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。

(補則)

第 14 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

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の方々であり」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。

(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 日付け健康 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。

附 則

この要綱は令和6年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和8年7月1日から施行する。

## 川崎市歯周病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.....

川崎市歯周病検診登録医療機関として登録したいので、川崎市  
歯周病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。

## 川崎市歯周病検診実施医療機関登録書

医療機関 所在地.....  
名 称.....  
開設者.....

川崎市歯周病検診事業実施要綱第5条第2項の規定に基づく、川崎市  
歯周病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

## 川崎市歯周病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.....

T E L.....

川崎市歯周病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号様式の1(歯周病検診・川崎市歯科医師会提出用)		診査日	令和	年	月	日
川崎市歯周病検診記録票		実施体制: 歯科医師( )人 歯科衛生士( )人 左記以外( )人				
		診査機関名				
カナ氏名			歯科医師名			
住所	川崎市	生年月日	昭和 平成	年	月	日
						診査所要時間( )分

上顎 (右)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上顎 (左)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	33	35	36	37	38	
下顎																	

- 【指導内容・目標】
- 歯みがきの習慣
  - 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用
  - 喫煙習慣
  - 食習慣の改善
  - 口腔機能の改善
  - その他

【記入にあたり用いる符号】※空欄が無いように記入してください

健全歯 : /

未処置歯 : C (歯冠部のう蝕)  
: R (根面部のう蝕)  
: RC (根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)

喪失歯 : △ (要補綴歯) ※ブリッジ等による処置が必要な歯  
: ⊙ (義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

処置歯 : ○ (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)  
過剰歯は含めない。

癒合歯は1歯として扱い、歯種名は上位歯種をあてる(例:12癒合歯、1/、2×)



歯の状況	歯数
① / : 健全歯	
② C、R、RC : 未処置歯	
③ うちCのみの未処置歯	
④ △、⊙ : 喪失歯	
⑤ うち△ : 要補綴歯	
⑥ ○ : 処置歯	
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥)	
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥)	

- 【市への連絡事項】
- 検診を行った医療機関において指導予定
  - 検診を行った医療機関において治療予定
  - 他医療機関(歯科)を受診予定
  - 他医療機関(医科)を紹介紹介先:

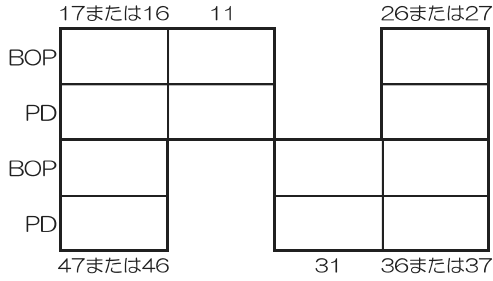
(II) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1. なし      2. あり

(III) 歯肉の状況(永久歯列)・WHOプローブを用い、上顎は頬唇側面、下顎は舌側面を検査

【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

	コード	所見
歯肉出血 (BOP)	0	健全
	1	出血あり
	9	除外歯
	×	該当する歯なし
歯周ポケット (BD)	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
	×	該当する歯なし



(III)①歯肉出血 最大コード (0,1を優先すること)

(III)②歯周ポケット 最大コード (0,1,2を優先すること)

③歯石の付着状況

1. なし      2. 軽度(点状)あり      3. 中等度(帯状)以上あり

(IV) 歯列・咬合の状況      (V) 顎関節の症状

1. 所見なし      2. 所見あり      1. 所見なし      2. 所見あり

(VI) 口腔粘膜      (VII) 口腔衛生状態

①粘膜の色      ②粘膜の形状      1. 良好      2. 普通      3. 不良

1. 所見なし      2. 所見あり      1. 所見なし      2. 所見あり

判定区分

1.~3. のいずれかに○をつけ、

2. 要指導の場合、又は

3. 要精密検査の場合は、

それぞれの判定の理由

a. ~c. 又はa. ~i. の該当するものに○を付けること。

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI 歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット1 (4~5mm) c. CPI 歯周ポケット2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている(又は糖尿病の指摘を受けたことがある等) g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する i. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

検査の結果は、川崎市において、結果を集計する等して、今後皆様の健康づくりに役立てていただくことを予定しておりますので御了承願います。

第4号様式の2(歯周病検診・医療機関控)		診査日	令和	年	月	日
川崎市歯周病検診記録票		実施体制: 歯科医師( )人 歯科衛生士( )人 左記以外( )人				
		診査機関名				
カナ氏名			歯科医師名			
住所	川崎市	生年月日	昭和 平成	年	月	日
					診査所要時間( )分	

上顎(右)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上顎(左)
下顎	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	33	35	36	37	38	下顎

- 【指導内容・目標】
- 歯みがきの習慣
  - 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用
  - 喫煙習慣
  - 食習慣の改善
  - 口腔機能の改善
  - その他

【記入にあたり用いる符号】※空欄が無いように記入してください

健全歯 : /

未処置歯 : C (歯冠部のう蝕)  
: R (根面部のう蝕)  
: RC (根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)

喪失歯 : △ (要補綴歯) ※ブリッジ等による処置が必要な歯  
: ⊙ (義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

処置歯 : ○ (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)  
過剰歯は含めない。

癒合歯は1歯として扱い、歯種名は上位歯種をあてる(例:12癒合歯、1/、2×)



歯の状況	歯数
① / : 健全歯	
② C、R、RC : 未処置歯	
③ うちCのみの未処置歯	
④ △、⊙ : 喪失歯	
⑤ うち△ : 要補綴歯	
⑥ ○ : 処置歯	
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥)	
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥)	

- 【市への連絡事項】
- 検診を行った医療機関において指導予定
  - 検診を行った医療機関において治療予定
  - 他医療機関(歯科)を受診予定
  - 他医療機関(医科)を紹介紹介先:

(II) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1. なし      2. あり

(III) 歯肉の状況(永久歯列)・WHOプローブを用い、上顎は頬唇側面、下顎は舌側面を検査

【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

	コード	所見
歯肉出血(BOP)	0	健全
	1	出血あり
	9	除外歯
	×	該当する歯なし
歯周ポケット(BD)	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
	×	該当する歯なし

	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

(III)①歯肉出血 最大コード (0,1を優先すること)

(III)②歯周ポケット 最大コード (0,1,2を優先すること)

③ 歯石の付着状況

1. なし      2. 軽度(点状)あり      3. 中等度(帯状)以上あり

(IV) 歯列・咬合の状況      (V) 顎関節の症状

1. 所見なし      2. 所見あり      1. 所見なし      2. 所見あり

(VI) 口腔粘膜      (VII) 口腔衛生状態

①粘膜の色      ②粘膜の形状      1. 良好      2. 普通      3. 不良

1. 所見なし      2. 所見あり      1. 所見なし      2. 所見あり

判定区分

1.~3. のいずれかに○をつけ、  
2. 要指導の場合、又は  
3. 要精密検査の場合は、  
それぞれの判定の理由  
a. ~c. 又はa. ~i. の該当するものに○を付けること。

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI 歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット1 (4~5mm) c. CPI 歯周ポケット2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている(又は糖尿病の指摘を受けたことがある等) g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する i. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

検査の結果は、川崎市において、結果を集計する等して、今後皆様の健康づくりに役立てていただくことを予定しておりますので御了承願います。



## 川崎市歯周病検診委託料請求書

令和 年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

令和 年 月中に歯周病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
40歳/50歳/60歳	件	円	円	件	円
70歳	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、検診された方の歯周病検診受診券（1枚目・川崎市歯科医師会提出用）  
川崎市歯周病検診記録表（1枚目・川崎市歯科医師会提出用）の順に添付して、  
川崎市歯科医師会事務局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。

(4) 翌月15日までに、川崎市歯科医師会事務局に提出してください。

## 川崎市歯周病検診委託料請求書 (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 月中に歯周病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
40歳/50歳/60歳	件	円	円
70歳	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。