

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、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、川崎市歯周疾患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。)し、登録医

療機関に対して、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。

(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。)において受診券を提出し、川崎市歯周疾患検診申込書・記録票(第4号様式)に必要事項を記入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疾患検診申込書・記録票(第4号様式)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、川崎市歯周疾患検診申込書・記録票(第4号様式)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、川崎市歯周疾患検診申込書・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、川崎市歯周疾患検診報告書(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、川崎市歯周疾患検診委託料請求書(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

崎市歯周疾患検診委託料請求書(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。

附 則

この要綱は令和 6 年 7 月 1 日から施行する。

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.....

T E L.....

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。

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2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

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.....

T E L.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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	

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

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

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

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

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	

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

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

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

川崎市歯周疾患検診 報告書

				診査機関名	
診査日	令和	年	月		

様

歯周病ってなに？

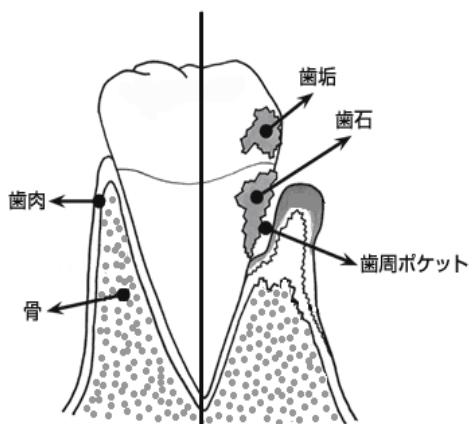
歯を失う主な原因はむし歯と歯周病です。歯周病は歯垢（プラーク）の中の歯周病菌による感染症です。歯周病菌により歯肉に炎症をおこし、歯と歯肉の間の歯周ポケットが深くなり、歯を支える骨が失われ、最後には歯が抜け落ちてしまいます。

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、歯ブラシでは落とせなく、歯科医院で除去してもらうことになります。

この歯周疾患検診では、あなたの歯周病のリスクを判定しています。

今回の結果から、精密な検査が必要な方は、歯科医院を受診し、歯周病の検査を受けましょう。

今回はリスクが低った方も、今の状態を保つために、定期受診しましょう。



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

今回の検診結果は以下のとおりです。

あなたの歯の清掃状態は		
良好	普通	不良

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

※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。

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()

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()

歯科医師名

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
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、検診された方の申込書・記録票（1枚目・川崎市歯科医師会提出用）と受診券の半券（左側）を添付して、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) 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			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
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							
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。