

420-0851 ← 17.ZIP_CD
 静岡県静岡市葵区黒金町123番地
 18.ADD_1 + 19.ADD_2 + 20.ADD_3
 〒420-0851
 静岡市葵区黒金町59番地の7
 ニッセイ静岡駅前ビル3階
 21.SHMKJ
 後期 太郎
 00001
 23.TUBN
 カスタマバーコード
 静岡県後期高齢者医療広域連合 事業企画室
 電話 054-270-5526

令和6年度後期高齢者オーラルフレイル対策事業の実施について

- 対象者は前年度のオーラルフレイル対策事業対象者で77歳から79歳の方と令和6年4月1日現在76歳で前年度後期高齢者歯科健診を受診したのから、オーラルフレイルのリスクが高い方です。
- 受診可能期間は令和6年7月1日から令和6年12月31日までです。
- 費用は原則無料です。
 ※ただし、治療が必要と判断された場合には費用がかかる可能性があります。
- オーラルフレイル対策を受診する前には、歯科医院へ電話予約をしてください。
- このオーラルフレイル対策事業は一般社団法人静岡県歯科医師会に委託しています。そのため、事業可能な歯科医院は、静岡県歯科医師会に登録している医院に限ります。事業可能な歯科医院は別紙実施機関一覧表でご確認ください。
- 受診する際は、今回送られてきた封筒の中身一式と被保険者証を窓口提出してください。
 ※封筒の中身一式…受診券(事前に質問票を記入してください、ミシン目で切り取りできます)、指導パンフレット(A3)、実施機関一覧表、受診啓発パンフレット(A4)

令和6年度 静岡県後期高齢者オーラルフレイル対策受診券

広域
公印

静岡県後期高齢者医療広域連合

保険者番号		氏名			
被保険者番号		生年月日	性別		

受診の前に以下の質問にご回答ください。

質問	回答
1 次のいずれかの病気で現在治療を受けている、もしくは過去に治療を受けたものがありますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1.糖尿病 2.脳血管疾患 3.心臓病 4.骨粗鬆症 5.高血圧症 6.脂質異常症 7.肺疾患(肺炎を含む) 8.がん
2 現在飲んでいる薬や貼り薬はありますか。	1.ある 2.ない
3 ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1.噛み具合 2.痛み 3.口臭 4.口の渇き 5.発音 6.見た目 7.飲み込みにくい 8.歯科治療が中断している 9.入れ歯の具合が悪い
4 前回、いつ頃歯科健診を受けましたか。	1.前回 年 月 頃 2.なし
5 現在の健康状態はいかがですか。	1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない
6 毎日の生活に満足していますか。	1.満足 2.やや満足 3.やや不満 4.不満
7 1日3食きちんと食べていますか。	1.はい 2.いいえ
8 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1.はい 2.いいえ
9 お茶や汁物等でむせることがありますか。	1.はい 2.いいえ
10 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	1.はい 2.いいえ
11 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1.はい 2.いいえ
12 この1年間に転んだことがありますか。	1.はい 2.いいえ
13 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1.はい 2.いいえ
14 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	1.はい 2.いいえ
15 今日が何月何日かわからない時がありますか。	1.はい 2.いいえ
16 あなたはたばこを吸いますか。	1.はい 2.いいえ
17 週に1回以上は外出していますか。	1.はい 2.いいえ
18 ふだんから家族や友人とつきあいがありますか。	1.はい 2.いいえ
19 体調がわるいときに、身近に相談できる人がいますか。	1.はい 2.いいえ
20 健診後に電話による健康相談の希望はありますか。 健康相談を希望される方は、日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。	1.ある 電話番号(- -) 2.ない

令和6年度 後期高齢者オーラルフレイル対策 記録票
【有効期間:令和6年7月1日~令和6年12月31日】

医療機関記載

医療機関コード	2 2 3	受診日	令和 年 月 日
医療機関名		被保険者名	
保険者番号		被保険者番号	

(1) 歯肉の健康 設問の数字が点数となります。

	歯肉出血 BOP	歯肉出血BOP	0 CPI最大値「1、×」 3 CPI最大値「0」	(1) 計
	0 : 健全 1 : 出血あり × : 該当歯なし	歯周ポケットPD	0 CPI最大値「1、2、×」 3 CPI最大値「0」	
	歯周ポケット PD	歯をみがく時血が出る ことがありますか	0 はい 2 いいえ	/10点
	0 : 健全 1 : 4~6mmポケット 2 : 7mm以上ポケット × : 該当歯なし	指でさわってみて、少し グラつく歯がありますか	0 はい 2 いいえ	

(2) 口腔衛生状態

プラークの付着	0 多量 1 中等度 2 殆どなし	(2) 計	/10点
食 渣	0 多量 1 中等度 2 殆どなし		
舌 苔	0 多量 1 中等度 2 殆どなし		
口 臭	0 強い 1 弱い 2 殆どなし		
1日に2回以上歯をみがきますか	0 いいえ 2 はい		

(3) 咀嚼能力(噛み砕く力)

咀嚼筋触診	0 なし 1 弱い 2 強い	(3) 計	/10点		
咬み合わせ	義歯なし			必要性の有無	0 あり 2 なし
	(現在歯による)両側臼歯部での咬み合わせ			0 悪い 2 良い	
義歯あり	適合状態			0 悪い 2 良い	(義歯装着時)両側臼歯部での咬み合わせ
	0 悪い 2 良い				
ささいか・たくあんなどの固さが噛みにくいですか	0 はい 2 いいえ				
半年前と比べ固いものが食べにくくなりましたか	0 はい 2 いいえ				

(4) 舌の機能

オーラルディアドコキネシス(タ音)	0 注意 (<2回/秒) 4 要注意(2 ≤ X < 6回/秒) 6 良好(≤ 6回/秒)	(4) 計	/10点
以前に比べて滑舌が悪くなった気がしますか	0 はい 2 いいえ		
薬が飲みこみにくくなりましたか	0 はい 2 いいえ		

(5) 嚥下機能(飲み込む機能)

反復唾液嚥下テスト(RSST)	0 注意(測定不能、2回以下) 6 良好(3回以上)	(5) 計	/10点
お茶や汁物等でむせることがありますか	0 はい 2 いいえ		
食べこぼしがありますか	0 はい 2 いいえ		

(6) お口の潤い

口腔内の唾液の状態(視診)	0 重度 4 中等度~軽度 6 正常	(6) 計	/10点
口が渇きやすいですか	0 はい 2 いいえ		
薄味が分かりにくくなりましたか	0 はい 2 いいえ		

【お口の健康度】合計

(1) 歯肉の健康		合計
(2) 口腔衛生状態		
(3) 咀嚼能力		
(4) 舌の機能		
(5) 嚥下機能		
(6) お口の潤い		
		/60点

該当箇所にレ点にてチェックをしてください

<本日の指導内容>
 口腔衛生指導 義歯の管理 お口のトレーニング その他()

<面談記録>
 対象者の「やる気度」は いかがでしょうか 意欲的 普通 自信がない
 その他、面談の様子や特記事項を記入してください。
 []

<今後の対応>
 定期的に来院にて健診する予定(ヶ月後)または治療に移行する予定
 健診後に保健師による健康相談を必要とする ※連絡先の電話番号の伺いをお願いします。
 () - () - ()