



令和7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7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もものから、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7年9月1日から令和7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**マイナ保険証または資格確認書**を窓口へ提出してください。
※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)

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 6か月以内に歯科健診を受けましたか。	1. はい 2. いいえ
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 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。 ご希望の方は日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。	1. ある TEL (— —) 2. ない

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	3.HHS_SHMKJ
保険者番号		被保険者番号	

(1) 歯肉の健康

1.KKKRSY_IRHKS_BNG 2.HHS_BNG

上下総義歯はレ点を入れる 分画全てが "x", "9" の場合のみ最大値として記入

上記の場合、3)問診の点数は空欄にする

歯肉出血 BOP	0点	CPI最大値 「1、9、×」	(1)計
歯肉出血 BOP	3点	CPI最大値 「0」	
歯周ポケット PD	0点	CPI最大値 「1、2、9、×」	/10点
歯周ポケット PD	3点	CPI最大値 「0」	
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
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

設問の数字が点数となります

ブラークの付着	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 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
咬み合わせ	義歯あり	適合状態		0 悪い 2 良い
咬み合わせ	義歯あり	適合状態		0 悪い 2 良い
さきいか・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

オーラルディアドロ 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お伺いをお願いします

() - () - ()