

420-0851
静岡県静岡市葵区黒金町1 2 3 番地

別紙 1（表面）

後期 太郎 様
00001

〒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

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 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歯科医院に限ります**。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**を窓口に出してください。
※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（A 3）、実施機関一覧表、受診啓発パンフレット（A 4）

令和 7 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	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 ～ 3 kg 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。 <u>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。</u>	1. ある TEL (— —) 2. ない

別紙 1（裏面）

令和7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7年9月 1 日～令和7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

コード

CPI最大値コードを点数化してください

点数

上下総義歯はレ点を入れる ☐
上記の場合、3)問診の点数は空欄にする

17or16 11 26or27

BOP PD BOP PD

47or46 31 36or37

“x”、“9”は6分画全てが“x”、“9”の場合のみ最大値として記入

CPIコード(最大値)

BOP PD

歯肉出血 BOP

0 : 健全
1 : 出血あり
9 : 除外歯
× : 該当歯なし

歯周ポケット PD

低0 : 健全
↓1 : 4～6mmポケット
高2 : 7mm以上ポケット
9 : 除外歯
× : 該当歯なし

歯肉出血BOP

0点 CPI最大値「1、9、×」
3点 CPI最大値「0」

歯周ポケットPD

0点 CPI最大値「1、2、9、×」
3点 CPI最大値「0」

歯をみがく時血が出血することがありますか

0 はい 2 いいえ

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

/10点

(2)口腔衛生状態

設問の数字が点数となります

(2)計

ブラークの付着	0 多量 1 中等度 2 殆どなし		/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

咬み合わせ

義歯なし

義歯あり

ささいか・たくあんなどの固さが噛みにくいですか

半年前と比べ固いものが食べにくくなりましたか

0 なし
1 弱い
2 強い

0 あり 2 なし

0 悪い 2 良い

0 悪い 2 良い

0 はい
2 いいえ

0 はい
2 いいえ

(3)計

/10点

(4)舌の機能

オーラルディアドコキネシス (タ音)

以前に比べて滑舌が悪くなった気がしますか

薬が飲みこみにくくなりましたか

0 注意 (<2回/秒)
4 要注意 (2≦X<6回/秒)
6 良好 (≧6回/秒)

0 はい 2 いいえ

0 はい 2 いいえ

(4)計

/10点

(5)嚥下機能(飲み込む機能)

反復唾液嚥下テスト (RSST)

お茶や汁物等でむせることがありますか

食べこぼしがありますか

0 注意 (測定不能、2回以下)
6 良好 (3回以上)

0 はい
2 いいえ

0 はい
2 いいえ

(5)計

/10点

(6)お口の潤い

口腔内の唾液の状態 (視診)

口が渇きやすいですか

薄味が分かりにくくなりましたか

0 重度
4 中等度～軽度
6 正常

0 はい
2 いいえ

0 はい
2 いいえ

(6)計

/10点

【お口の健康度】合計

(1)歯肉の健康

(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

合計

/60点

該当箇所にて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()

<あなたの目標> ※ パンフレットと同様にご記入ください

[]

<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> ※複数回答可

☐ 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 () - () - ()