

〒420-0851

静岡県静岡市葵区黒金町123番地

後期 太郎 様
00001

カスタマバーコード

〒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

静岡県後期高齢者医療広域連合 第1医療給付室
電話 054-270-5530

1 受診券イメージ(表面)

令和2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

静岡県後期高齢者医療広域連合では、被保険者のフレイルの対策として、後期高齢者健康診査及び後期高齢者歯科健診の結果から、生活習慣病、歯周病、口腔機能低下に着目して、リスクのある被保険者を抽出し、オーラルフレイル対策事業を行っています。対象者には、歯科医によるお口の健康度の評価を受けていただき、歯科専門職の指導のもと、フレイル予防を継続的に実施していただきます。広域連合では、被保険者がいつまでも健康で自立した生活を送ることができるようフレイル予防を支援していきます。

オーラルフレイルとは

口の動きが低下し、うまく噛めない食品が増えると、十分な栄養が摂れなくなることがあります。また、滑舌が悪くなったり、話にくくなるなどの理由で、人との交流が少なくなりやすく、その結果、家に閉じこもりがちになることがあります。このように、口腔機能が虚弱になることを「オーラルフレイル」といいます。

※当事業の詳細については、添付のパンフレットを参照してください。

オーラルフレイル対策受診上の注意事項

- 後期高齢者オーラルフレイル対策受診は無料です。有効期間内に1回のみ受診ができます。
- オーラルフレイル対策受診をする前には、歯科医院へ電話予約をしてください。
- 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へ委託しています。そのため、静岡県歯科医師会に登録されていない歯科医院では受診券を使用できませんので御注意ください。(別添の実施機関一覧表にて受診できる歯科医院を御確認ください)
- 受診するときは、この受診券、同封のパンフレット、被保険者証を窓口へ提出してください。
- 「令和元年度後期高齢者オーラルフレイル対策受診券」の有効期間は令和2年9月1日から令和2年12月31日までとなります。有効期間外は受診券を使用できません。
- オーラルフレイル対策受診をする日に、静岡県後期高齢者医療の資格がない場合、受診券は使用できません。
- 歯科医院で治療中の方でもオーラルフレイル対策受診をすることができます。(期限内に受診券が使用できるよう歯科医院に御相談ください。)
- オーラルフレイル対策受診の結果は、匿名化した上で、国への報告や今後の保健事業に活用しますので、御了承ください。
- 不正に受診券を使用した場合は、刑法により罰せられることがあります。
- 病院又は診療所に6月以上継続して入院している者、及び高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者については、当事業の対象外です。受診券が届いても受診できませんので、御注意ください。

別紙1<表面>

令和2年度 静岡県後期高齢者オーラルフレイル対策受診券

静岡県後期高齢者医療広域連合
令和2年8月 日交付



氏名			
被保険者番号	性別	生年月日	
有効期間	令和2年9月1日から令和2年12月31日まで		
内容	問診及び口腔内の衛生状態、噛む力、飲み込む力等の確認 オーラルフレイル予防のトレーニング、口腔ケア指導		
費用	無料		
持ち物	受診券・被保険者証・静岡県後期高齢者オーラルフレイル対策事業について(パンフレット)		

以下の質問票を御記入のうえ、受診してください

【質問票】

問1	次のいずれかの病気で、過去にかかったことがあるが、現在は治療を受けていないものがありますか。該当するものに○をつけてください。 1.脳卒中 2.心臓病 3.がん 4.肺疾患(肺炎を含む) 5.その他()
問2	現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。該当するものに○をつけてください。 1.高血圧 2.糖尿病 3.脂質異常症 4.骨粗鬆症 5.心臓病 6.がん 7.肺疾患(肺炎を含む) 8.逆流性食道炎 9.その他()
問3	かかりつけ医はありますか。 1.はい (医療機関名:) 2.いいえ
問4	内服薬はありますか。 1.はい (内服薬:) 2.いいえ
	医師から食事や運動で注意されていることがありますか。 食事: 1.はい (内容:) 2.いいえ 運動: 1.はい (内容:) 2.いいえ
	最近の体調で気になっている症状はありますか。 1.特になし 2.疲れやすい 3.だるい 4.食欲不振 5.膝や腰の痛み 6.頭痛 7.不眠 8.その他()
問7	現在ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。 1.はい 2.いいえ 1.「はい」の場合、該当するもの全てに○をつけてください。 1.噛み具合 2.外観 3.発音 4.口臭 5.痛み 6.飲みにくい 7.口の渇き 8.歯科治療が中断している 9.入れ歯の具合が悪い 10.その他()
問8	家族構成は 1.家族と同居 2.家族と二世帯住宅 3.夫婦二人暮らし 4.一人暮らし 5.その他()
問9	日常生活において歩行等の運動を30分以上実施していますか。(運動) 1.はい 2.いいえ 3.わからない
問10	肉や魚を積極的に食べるよう心がけていますか。(栄養) 1.毎日 2.時々 3.いいえ
問11	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(社会) 1.減っている 2.変わらない 3.増えている
問12	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったことがありますか。(メンタル) 1.はい 2.いいえ 3.わからない
問13	歯科医院に受診された後、連絡させていただくことがありますので電話番号を記入してください。 () - () - ()

令和2年度 後期高齢者オーラルフレイル対策 記録

1 受診者イメージ (裏面)

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

(1) 歯周病リスク

設問の数字が点数となります。

17or18	11	28or27		
BQP				
PD				
BQP				
PD				
47or48	31	36or37		

CPI個人コード (最大値)
BQP PD

歯肉出血 BQP
0: 健全
1: 出血あり
2: 除外歯
×: 該当歯なし

歯周ポケット PD
0: 健全
1: 4-6mmポケット
2: 6mm以上ポケット
2: 除外歯
×: 該当歯なし

歯肉出血 BQP	0	CPI最大値「1、9、×」	3	CPI最大値「0」	(1)計
歯周ポケット PD	0	CPI最大値「1、2、9、×」	3	CPI最大値「0」	
歯をみがく時 血が出ることはありませんか	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	

(2) 口腔衛生状態

ブラークの付着	0 多量	1 中等度	2 殆どなし	(2)計
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		(1)計

(3) 咀嚼能力

咀嚼筋触診	0 なし	1 弱い	2 強い	(3)計
咬み合わせ 無歯なし (有歯顎、使っていない、 持っている)	必要性の有無	0 あり	2 なし	
	(現在歯による)可傾臼歯部での咬み	0 悪い	2 良い	
咬み合わせ 無歯あり	適合状態	0 悪い	2 良い	
	(無歯装着時の)可傾臼歯部での咬み	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		(1)計

(4) 舌機能

オーラルディアドコネシス (舌)	0 注意 (>2回/秒)	4 要注意 (2回/秒以下)	6 良好 (>8回/秒)	(4)計
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		(1)計

(5) 嚥下機能

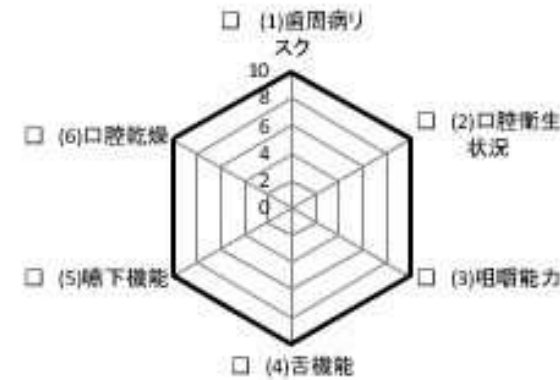
反復嚥液嚥下テスト (RSS)	0 注意 (測定不能、2回以下)	6 良好 (3回以上)	(5)計
お茶や汁物等でむせることがありますか	0 はい	2 いいえ	
食べこぼしがありますか	0 はい	2 いいえ	(1)計

(6) 口腔乾燥

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
口が湿りやすいですか	0 はい	2 いいえ		
唾液が分かりにくくなりましたか	0 はい	2 いいえ		(1)計

< お口の健康度 > ① 左記項目の(1)~(6)の合計点数を下記及びパンフレットのグラフにご記入ください。

② 特に改善が必要と考えられる項目の口にし点を記入してください。



(重点指導項目 最大3つまで)

< あなたの目標 > ※パンフレットと同様にご記入ください。

別紙1<裏面>

プログラム > ※パンフレットには具体的な計画をご記入ください。

(1) 食生活	① ② ③ ④	その他()
(2) 運動	① ② ③ ④	その他()
(3) 社会参加	① ② ③ ④	その他()
(4) お口と歯		
口腔ケア	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	その他()
お口のトレーニング	咀嚼機能 舌機能 嚥下機能 口腔乾燥	

< 本日の指導内容 >

<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導
<input type="checkbox"/> 義歯の管理
<input type="checkbox"/> お口のトレーニング
<input type="checkbox"/> その他()

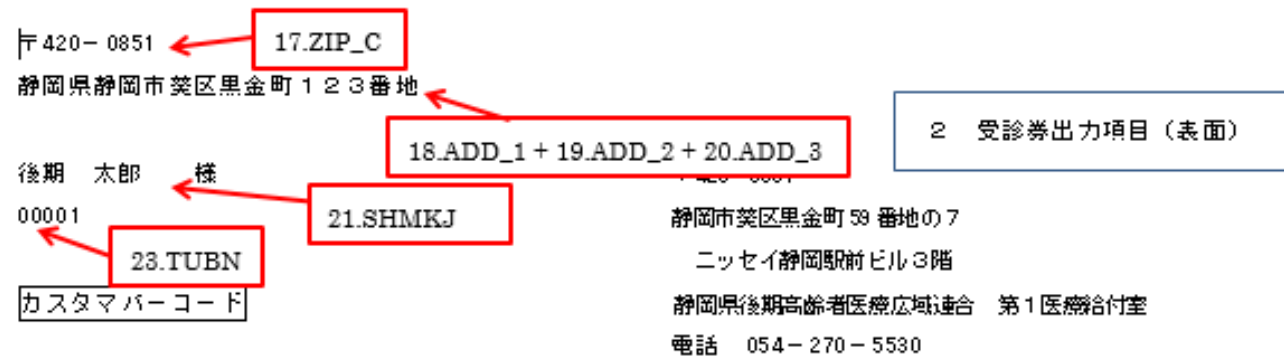
< 面談記録 >

対象者の「やる気度」は いかがでしょうか ①意欲的 ②普通 ③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 >

<input type="checkbox"/> 定期的に管理する予定
<input type="checkbox"/> 治療に移行する予定
<input type="checkbox"/> その他()

※オーラルフレイル予防プログラムについては、自宅で継続できるよう可能な限りで支援をお願いします。



令和2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

静岡県後期高齢者医療広域連合では、被保険者のフレイルの対策として、後期高齢者健康診査及び後期高齢者歯科健診の結果から、生活習慣病、歯周病、口腔機能低下に着目して、リスクのある被保険者を抽出し、オーラルフレイル対策事業を行っています。対象者には、歯科医によるお口の健康度の評価を受けていただき、歯科専門職の指導のもと、フレイル予防を継続的に実施していただきます。広域連合では、被保険者がいつまでも健康で自立した生活を送ることができるようフレイル予防を支援していきます。

オーラルフレイルとは

口の動きが低下し、うまく噛めない食品が増えると、十分な栄養が摂れなくなることがあります。また、滑舌が悪くなったり、話にくくなるなどの理由で、人との交流が少なくなりやすく、その結果、孤立になることがあります。このように、口腔機能が虚弱になることを「オーラルフレイル」といいます。

※当事業の詳細については、添付のパンフレットを参照してください。

オーラルフレイル対策受診上の注意事項

- 後期高齢者オーラルフレイル対策受診は無料です。有効期間内に1回のみ受診ができます。
- オーラルフレイル対策受診をする前には、歯科医院へ電話予約をしてください。
- 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へ委託しています。そのため、静岡県歯科医師会に登録されていない歯科医院では受診券を使用できませんので御注意ください。(別添の実施機関一覧表にて受診できる歯科医院を御確認ください。)
- 受診するときは、この受診券、同封のパンフレット、被保険者証を窓口へ提出してください。
- 「令和元年度後期高齢者オーラルフレイル対策受診券」の有効期間は令和2年9月1日から令和2年12月31日までとなります。有効期間外は受診券を使用できません。
- オーラルフレイル対策受診をする日に、静岡県後期高齢者医療の資格がない場合、受診券は使用できません。
- 歯科医院で治療中の方でもオーラルフレイル対策受診をすることができます。(期限内に受診券が使用できるよう歯科医院に御相談ください。)
- オーラルフレイル対策受診の結果は、匿名化した上で、国への報告や今後の保健事業に活用しますので、御了承ください。
- 不正に受診券を使用した場合は、刑法により罰せられることがあります。
- 病院又は診療所に6月以上継続して入院している者、及び高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者については、当事業の対象外です。受診券が届いても受診できませんので、御注意ください。

別紙2<表面>

氏名			
被保険者番号	性別	生年月日	
有効期間	令和2年9月1日から令和2年12月31日まで		
内容	問診及び口腔内の衛生状態、噛む力、飲み込む力等の確認 オーラルフレイル予防の		
費用	無料		
持ち物	受診券・被保険者証・ 以下の質問票		

5.HHS_BRTH_YMD
文字の置き換えを行う
【例】
19350402 → 昭和10年4月2日
(西暦を和暦へ変換する。)

6.HHS_SEX_CD
文字の置き換えを行う
1 → 男
2 → 女

【質問票】

問1 次のいずれかの病気で、過去にかかったことがあるが、現在は治療を受けていないものがありますか。該当するものに○をつけてください。
1.脳卒中 2.心臓病 3.がん 4.肺疾患(肺炎を含む) 5.その他()

問2 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。該当するものに○をつけてください。
1.高血圧 2.糖尿病 3.脂質異常症 4.骨粗鬆症 5.心臓病 6.がん
7.肺疾患(肺炎を含む) 8.逆流性食道炎 9.その他()

問3 かかりつけ医はありますか。
はい (医療機関名:) 2.いいえ
服薬はありますか。 1.はい (内服薬:) 2.いいえ
医師から食事や運動で注意されていることがありますか。
食事: 1.はい (内容:) 2.いいえ
運動: 1.はい (内容:) 2.いいえ

問6 最近の体調で気になっている症状はありますか。
1.持になし 2.疲れやすい 3.だるい 4.食欲不振 5.膝や腰の痛み 6.頭痛
7.不眠 8.その他()

問7 現在ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。
1.はい 2.いいえ
1.「はい」の場合、該当するもの全てに○をつけてください。
1.噛み具合 2.外観 3.発音 4.口臭 5.痛み 6.飲みにくい 7.口の渇き
8.歯科治療が中断している 9.入れ歯の具合が悪い 10.その他()

問8 家族構成は
1.家族と同居 2.家族と二世帯住宅 3.夫婦二人暮らし 4.一人暮らし 5.その他()

問9 日常生活において歩行等の運動を30分以上実施していますか。(運動)
1.はい 2.いいえ 3.わからない

問10 肉や魚を積極的に食べるよう心がけていますか。(栄養)
1.毎日 2.時々 3.いいえ

問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(社会)
1.減っている 2.変わらない 3.増えている

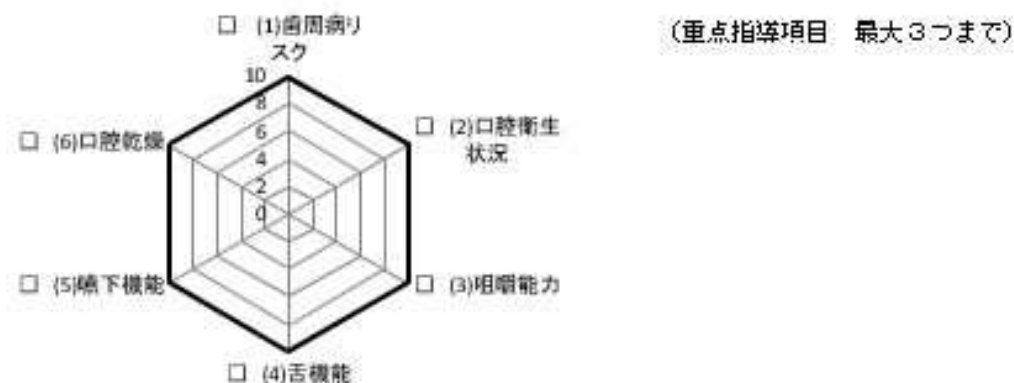
問12 これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったことがありますか。(メンタル)
1.はい 2.いいえ 3.わからない

問13 歯科医院に受診された後、連絡させていただくことがありますので電話番号を記入してください。
() - () - ()

令和2年度 後期高齢者オーラルフレイル対策 記録

保険者番号	1.KKKRSY_IRHKS_BNG	被保険者名	2. 受診券出力項目 (裏面)	3.HHS_SHMKJ
被保険者番号	2.HHS_BNG	受診日	令和元年 月 日	
医療機関コード	2 2 3	医療機関名		

< お口の健康度 > ① 左記項目の(1)~(6)の合計点数を下記及びパンフレットのグラフにご記入ください。
 ② 特に改善が必要と考えられる項目の口にし点を記入してください。



< あなたの目標 > ※パンフレットと同様にご記入ください。

(1) 歯周病リスク

設問の数字が点数となります。

歯肉出血 BQP	0	CPI最大値 [1, 9, ×]	3	CPI最大値 [0]	10点
歯周ポケット PD	0	CPI最大値 [1, 2, 9, ×]	3	CPI最大値 [0]	
歯をみがく時 血が出ることはありませんか	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

ブラークの付着	0	多重	1	中等度	2	殆どなし	10点
食 渣	0	多重	1	中等度	2	殆どなし	
香 気	0	多重	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			10点

(3) 咀嚼能力

咀嚼筋触診	0	なし	1	弱い	2	強い	10点	
咬み合わせ	0	悪	1	中等	2	良好		
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				10点
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) 舌機能

オーラルディアドコキネシス (舌音)	0	注意 (>2回/秒)	4	要注意 (2回/秒)	6	良好 (2回/秒)	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

反復嚥液嚥下テスト (RSST)	0	注意 (測定不能、2回以下)	6	良好 (3回以上)	10点
お茶や汁類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) 口腔乾燥

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

別紙2<裏面>

< あなたの目標 > ※パンフレットには具体的な計画をご記入ください。

①	②	③	④	その他()				
①	②	③	④	その他()				
①	②	③	④	その他()				
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	その他()

< 本日の指導内容 >

<input type="checkbox"/>	口腔衛生指導
<input type="checkbox"/>	義歯の管理
<input type="checkbox"/>	お口のトレーニング
<input type="checkbox"/>	その他 ()

< 面談記録 >

対象者の「やる気度」は いかがでしょうか ①意欲的 ②普通 ③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 >

<input type="checkbox"/>	定期的に管理する予定
<input type="checkbox"/>	治療に移行する予定
<input type="checkbox"/>	その他()

※オーラルフレイル予防プログラムについては、自宅で継続できるよう可能な限りで支援をお願いします。