〒420-0851
静岡県静岡市葵区黒金町１２３番地

17.ZIP_C

18.ADD_1 + 19.ADD_2 + 20.ADD_3

後期　太郎　　様
00001

21.SHMKJ

カスタマバーコード

23.TUBN

1　受診券イメージ（表面）

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　事業企画室
電話　054－270－5526

令和４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

1．　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。
2．　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。
3．　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。）
4．　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**を窓口に提出してください。
5．　「令和４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４年９月１日から令和４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。
6．　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。
7．　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。）
8．　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。
9．　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。
10．　**病院又は診療所に６月以上継続して入院している方、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方については、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。

切り取らないでください

別紙2＜表面＞

令和４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　広域公印

2.HHS_BNG

3.HHS_SHMKJ

氏　　名					
被保険者番号		性　　別		生年月日	
有 効 期 間	令和４年９月１日から令和４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　　ブ、口腔				
費　　用	無				
持 ち 物	受診券　　齢者オー　　レット）				

6.HHS_SEX_CD
文字の置き換えを行う
1 → 男
2 → 女

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。）

え、受

【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 該当するものに〇をつけてください。 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。該当するものに〇をつけてください。 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
問５	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 　　１．はい　（内容：　　）　２．いいえ
	体調で気になっている症状はありますか。 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 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〇をつけてください。 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。 （　　）－（　　）－（　　）

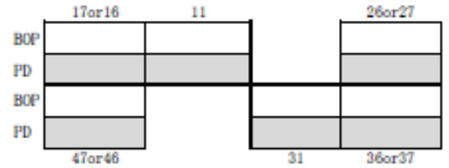
令和４ 1.KKKRSY_IRHKS_BNG フレイル対策　記録票

1　受診券イメージ（裏面）

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

2.HHS_BNG　　3.HHS_SHMKJ

（１）歯周病リスク



CPI個人コード（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
0：健全
1：4～6mmポケット
2：6mm以上ポケット
9：除外歯
×：該当歯なし

歯肉出血　BOP	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

プラークの付着	0 多量	1 中等度	2 殆どなし	
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		/10点

（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	義歯なし（有歯顎、使ってない、持ってない）	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	
		（義歯装着時の）両側臼歯部での咬み合わせ	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	/10点

（４）舌機能

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
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		/10点

（５）嚥下機能

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
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		/10点

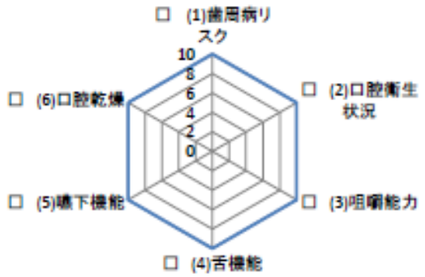
（６）口腔乾燥

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		/10点

＜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□にレ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。

＜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　②　③　④　その他（　　）
①　②　③　④　その他（　　）
①　②　③　④　その他（　　）

口腔ケア　①　②　③　④　⑤　⑥　⑦　⑧　その他（　　）
おくちのトレーニング　咀嚼機能　舌機能　嚥下機能　口腔乾燥

別紙2＜裏面＞

＜本日の指導内容＞

- □ 口腔衛生指導
- □ 義歯の管理
- □ おくちのトレーニング
- □ その他（　　）

＜面談記録＞

対象者の「やる気度」は　いかがでしょうか　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＞

- □ 定期的に管理する予定
- □ 治療に移行する予定
- □ 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。