

平成29年度 神奈川県
口腔ケアによる健康寿命延伸事業
健診実施マニュアル

神奈川県／一般社団法人 神奈川県歯科医師会

平成29年6月

目次

1. 口腔ケアによる健康寿命延伸事業・質問票	1
2. 口腔ケアによる健康寿命延伸事業・健診票	3
3. 調査参加のための同意説明文書・同意書	5
4. オーラルフレイル改善プログラム実施及び介入方法	8
5. 口腔ケアによる健康寿命延伸事業 質問票 回答方法	12
(1) 基本情報	12
(2) 既往歴	13
(3) 質問項目	13
6. 口腔ケアによる健康寿命延伸事業 健診票 記載方法	16
(1) 基本情報	16
(2) 身体測定	17
(3) 唾液検査(SMT)	18
(4) 指輪っかテスト測定方法	20
(5) ふくらはぎの周囲長測定方法	20
(5) 歯の状態	22
(6) 歯肉および歯周組織の炎症の有無	22
(7) 軟組織状態	23
(8) 口腔乾燥状態	23
(9) 口腔衛生状態	23
(10) 口臭	24
(11) 運動機能	24
① 脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)測定値	24
② 滑舌(オーラルディアドコキネシス)	24
③ 舌圧測定(舌圧測定器)	25
(12) 嚥下機能(反復唾液嚥下テスト<RSST>)	26
(13) 咀嚼機能の測定(グルコセンサー・咀嚼力判定ガム)	26
(14) 今回指示した改善プログラム	28
(15) 介入調査ができなかった理由・次回来院日	29
7. オーラルフレイル改善プログラム実施方法	29
8. 別冊「オーラルフレイル改善プログラム」使用方法	30

口腔ケアによる健康寿命延伸事業・質問票

目 次

記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●該当する欄にチェックまたは記載をお願いいたします。

記入場所 <input type="checkbox"/> 自院診療所（診療所名： _____ ） <input type="checkbox"/> 実施施設（施設名： _____ ） <input type="checkbox"/> 自 宅		記入者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
(カカ) 受診者	(_____)	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日（ _____ 歳）
要介護度	自立 / 要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5		

●該当する回答に○印または記載をお願いいたします。

既往歴	前回調査後に治療を受けた病気がありますか（あり・なし） ⇒ある場合は下記該当する箇所に☑印または記入をお願いいたします。	
	<input type="checkbox"/> 1. 認知症〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 2. 脳血管障害（脳梗塞・脳出血）〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 3. 糖尿病〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 4. 神経・筋疾患〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 5. 高血圧〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 6. 心臓病〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 7. 呼吸器疾患〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 8. 肺炎〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 9. その他（ _____ ）〔服薬：なし・あり〕	

質 問 項 目		回 答 欄		
A	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
	6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
	7	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
	8	1日1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	0.はい	1.いいえ
	9	自分が活気に溢れていると思いますか	0.はい	1.いいえ
	10	何よりもまず、物忘れが気になりますか	1.はい	0.いいえ

B	11	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
	12	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
	13	15分間位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
	14	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
	15	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
	16	1日30分以上の汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか	0.はい	1.いいえ
	17	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	0.はい	1.いいえ
	18	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	0.はい	1.いいえ

C	19	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1.はい	0.いいえ
	20	BMI（体格指数）が18.5未満ですか 身長（ cm） 体重（ kg） *BMI（=体重(kg)÷{身長(m)×身長(m)}）	1.はい	0.いいえ
	21	ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか	0.はい	1.いいえ
	22	野菜料理と主菜（お肉またはお魚）を両方とも毎日2回以上は食べていますか	0.はい	1.いいえ

D	23	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	0.いいえ
	24	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
	25	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
	26	「さきいか」「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛みきれますか	0.はい	1.いいえ

E	27	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
	28	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
	29	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ

F	30	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
	31	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
	32	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
	33	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	34	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

G	35	1日に何回歯みがきをしますか	回 / 1日	
	36	歯や口のことで気になることはありますか	1.はい	0.いいえ
	37	歯科健診を1年に1回以上受けていますか	0.はい	1.いいえ
	38	口の体操を実施していますか	0.はい	1.いいえ

回目

口腔ケアによる健康寿命延伸事業・健診票

健診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

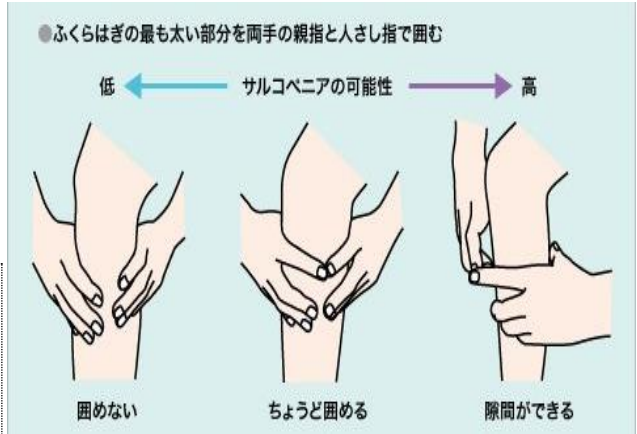
該当する欄にチェックまたは記載をお願いいたします。

実施場所 <input type="checkbox"/> 自院診療所（診療所名： _____ ） <input type="checkbox"/> 実施施設（施設名： _____ ） <input type="checkbox"/> 自宅	実施歯科医師	実施スタッフ	
受診者	男・女	生年月日	大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
要介護度	自立 / 要支援 1 / 要支援 2 / 要介護 1 / 要介護 2 / 要介護 3 / 要介護 4 / 要介護 5		

身体測定	身長：（ _____ cm） *身長は体組成計では計測できません。別に計測をお願いします。
(体組成計)	①体重：（ _____ kg） ②体脂肪率：（ _____ %） ③筋肉量：（ _____ kg） ④BMI：（ _____ ） ⑤基礎代謝量：（ _____ kcal/日） <input type="checkbox"/> 測定ができない（ <input type="checkbox"/> i 拒否 <input type="checkbox"/> ii 認知症などで指示が入らずできない）

唾液検査 (SMT)	①むし歯菌（ _____ ） ②酸性度（ _____ ） ③緩衝能（ _____ ） ④潜血（ _____ ） ⑤白血球（ _____ ） ⑥タンパク質（ _____ ） ⑦アンモニア（ _____ ）
------------	---

指輪っかテスト ・ ふくらはぎ周囲長測定	<p>●指輪っかテスト（対象者：自分でテストできる被験者）</p> <p>・ふくらはぎの一番太い部分を両手の親指と人さし指で作った輪で囲んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 囲めない</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ちょうど囲める</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 隙間が出来る</p> <p><input type="checkbox"/> 4. テストができない</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 4-i 拒否</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 4-ii 認知症などで指示が入らずできない</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><測定の仕方></p> <p>①両手の親指と人さし指で輪を作る</p> <p>②利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を確認</p> <p>③輪にした両手の親指を後ろにして、力を入れず、軽く（足の骨に対して垂直の向きで）囲む</p> </div> <p>●ふくらはぎの周囲長（対象者：指輪っかテスト対象者を含む全被験者）</p> <p>（ _____ cm）</p> <p>*利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を（足の骨に対して垂直の向きで）メジャーで測定してください。</p>
----------------------------	---



1. 歯の状態

介入調査期間内での歯科治療に関する特記事項

機能歯数

本

- (1) 義歯の有無：上顎 ⇒ 1.なし（義歯の必要性：1.あり・2.なし）
2.あり（1.総義歯・2.局部）
⇒義歯の適合状況：1.良好・2.義歯不適合・3.義歯破損
下顎 ⇒ 1.なし（義歯の必要性：1.あり・2.なし）
2.あり（1.総義歯・2.局部）
⇒義歯の適合状況：1.良好・2.義歯不適合・3.義歯破損
(2) インプラントの有無：1.なし・2.あり

2. 歯肉および歯周組織の炎症の有無：1.なし・2.あり

3. 軟組織状態 所見 1.なし ・ 2.あり（ ）

4. 口腔乾燥状態 1.正常 ・ 2.軽度 ・ 3.中等度 ・ 4.重度

5. 口腔衛生状態
プラーク 1.殆どない ・ 2.中程度 ・ 3.多量
舌苔 1.殆どない ・ 2.中程度 ・ 3.多量
義歯（ある方のみ） 1.良好 ・ 2.普通 ・ 3.不良

6. 口臭 1.ない ・ 2.弱い ・ 3.強い

7. 運動機能〔脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)/滑舌(オーラルディアドコキネシス)/舌圧測定〕

(1) 脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)

*運動機能〔滑舌(オーラルディアドコキネシス)実施前後に計測して下さい。〕

- ①脈拍：運動機能/実施前（ bpm）、実施後（ bpm）
②血中酸素飽和度：運動機能/実施前（ %SpO₂）、実施後（ %SpO₂）

(2) 滑舌(オーラルディアドコキネシス)*実施前後に脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)を計測して下さい。

- ①パを5秒間で（ 回） ②タを5秒間で（ 回） ③カを5秒間で（ 回）
 ④テストができない（ i 拒否 ii 認知症などで指示が入らずできない）

(3) 舌圧測定（ kpa）

8. 嚥下機能〔反復唾液嚥下テスト（RSST）〕

- ①（ 回/30秒）
 ②テストができない（ i 拒否 ii 認知症などで指示が入らずできない）

9. 咀嚼機能〔グルコセンサー/咀嚼力判定ガムテスト〕

- ①グルコセンサー（ mg/dl）
②咀嚼力判定ガムテスト（ 1 2 3 4 5 ）*判定については別紙参照
 ③テストができない（ i 拒否 ii 認知症などで指示が入らずできない）

10. 今回指示した改善プログラム

- 舌圧訓練「ペコぱんだ」の種類（S・MS・M） 開口訓練 無意味音音節連鎖訓練

今回介入調査ができなかった
理由

次回介入調査日 年 月 日（ ） 時 分～

調査参加のための同意説明文書・同意書

被験者さまへ

平成 29 年度神奈川県・口腔ケアによる健康寿命延伸事業に係る介入調査についてのご説明

1. 調査の概要

(1) この調査の背景

県民の歯及び口腔の健康づくりに関する調査及び研究を推進することは、神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進条例に謳われている県の役割のひとつとされています。調査研究により現状を把握し、課題を明らかとし、県民の歯及び口腔の健康づくりに関する施策を策定し、総合的に実施することは県の責務であります。これは県民の皆様のご協力により成し遂げることができるものです。

些細な口腔機能の衰え(滑舌の低下、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品の増加)による衰弱や老衰など介護が必要となる一歩手前の段階を「オーラルフレイル」といいます。この衰えが全身の健康に影響することが明らかになってきています。

また、平成 28 年度に実施したオーラルフレイルの実態調査において、調査対象者 3,297 人のうちの約 2 割の方がオーラルフレイル該当者であることが示されたことから、これを改善するためにオーラルフレイル改善プログラムを作成しました。しかし、本プログラムの効果については不明なままです。

そこで、県では、上記オーラルフレイル該当者の内、約 200 名の方を対象に、オーラルフレイル改善プログラムの実施にご協力いただき、同プログラムの効果検証を行うものです。

この介入調査研究については、一般社団法人 神奈川県歯科医師会が神奈川県から委託を受けて実施すると共に、共同研究機関である日本歯科大学倫理委員会の審査、承認を得ています。この研究に参加されるかどうかはあなたさまの自由意思で決めて下さい。参加されなくてもあなたさまが不利益を被ることはありません。

(2) この調査の目的

平成 28 年度調査対象者の内、オーラルフレイルと判定された 200 名の方に、オーラルフレイル改善プログラムをご自宅で継続的に実践いただきながら、一定期間ごとに生活習慣及び口腔機能等を確認させていただくことで、同プログラムの効果を検証することを主な目的としています。また、収集したデータは、教育機関や共同研究機関に提供し、分析を行い、学術的に価値のある結果については学会、学術誌などで発表します。

(3) この調査の方法

この調査の対象となる方は、平成 28 年度調査に御協力いただいたオーラルフレイルと判定された 200 名の方で、この調査介入研究に同意された方です。同意をいただいた方にはオーラルフレイル改善プログラムをご自分で毎日継続的に実践いただきながら、一定期間ごとに生活習慣及び口腔機能等の状態を調べさせていただきます。

オーラルフレイル改善プログラムは、歯科医師からの説明の後、お渡しするチェックノートに記載の内容に従って実践いただき、プログラム項目の実施状況について同ノートに記載いただきます。

一定期間ごとの調査では、質問票は被験者さまが直接記入して頂く場合と、ご家族や施設職員の方に聞き取りで確認させて頂く場合とがございます。また、被験者さまの歯と口腔の状況等については、同調査専用の健診票をもとに調査担当歯科医師により直接、調べさせていただきます。

○質問票で調査する内容

- ①被験者さまの氏名、生年月日、性別、要介護度、既往歴（認知症、脳血管障害、糖尿病、神経・筋疾患、高血圧、心臓病、呼吸器疾患、肺炎）
- ②被験者さまの生活習慣に関する 38 の質問

○健診票で調査する内容

- ①被験者さまの氏名、生年月日、性別、要介護度等
- ②身体測定（身長、体重、体脂肪、筋肉量、BMI、基礎代謝量、脈拍、血中酸素飽和度）
- ③唾液検査（むし歯菌、酸性度、緩衝能、潜血、白血球、タンパク質、アンモニア）
- ④指輪っかテスト、ふくらはぎ周囲長の測定
- ⑤歯の状態（機能歯、義歯、インプラント）
- ⑥口腔内状況（歯肉、歯周組織の炎症、軟組織、口腔乾燥、口腔衛生、口臭）
- ⑦口腔機能の状態（運動機能、嚥下機能、咀嚼機能）

(4) この介入調査の実施予定期間

この研究の被験者さまへの介入調査期間は本調査に同意されてから、平成 30 年 3 月 31 日までの予定です。ただし、被験者さまにオーラルフレイル改善プログラムを実践いただく期間は最低 3 か月間、最高で 6 か月間を予定しています。また、一定期間ごとの生活習慣と歯と口の状態を確認するための調査協力に要する日数は全期間を通して 6 日を予定しています。

(5) この調査への予定参加人数について

この研究では、平成 28 年度調査に御協力いただいたオーラルフレイルと判定された 200 名の被験者さまにご協力頂くことを予定しています。

2. この調査における危険性等

被験者さまの情報を収集する調査についての危険性はありません。

3. この調査研究への参加は自由意思によるものです

この調査への参加は被験者さまの自由意思によるもので、同意した後でも、いつでも取り消すことができます。また、参加しない場合や同意を取り消した場合でも、不利益を被ることはありません。

4. この介入調査研究結果が公表される場合でも、被験者さまの身元が明らかになることはありません

被験者さまから得られたデータを解析する際は、個人情報管理者（佐藤哲郎、一般社団法人 神奈川県歯科医師会）により番号化され、個人が特定できないようにしてプライバシーの保護に十分に配慮いたします。報告書や論文等で発表される場合でも、被験者さまの名前など個人情報は一切わからないようにし、プライバシーは守られます。

介入調査開始後に被験者さまが本調査研究への参加同意を取り消した場合には、調査責任者が責任をもって本調査研究で収集した被験者さま個人の情報は全て破棄します。

5. この調査への参加に同意された場合は、次の点を守ってください

回答する情報については、全て偽りのないようお願いします。

また、調査担当歯科医師の指示に従い、オーラルフレイル改善プログラムの継続的な実践、チェックノートへのプログラム実施状況の記録、一定期間ごとに調査を受けていただきますようお願いいたします。

6. 被験者さまの費用負担について

この調査研究に伴う被験者さまの費用負担はありません。

7. この調査に関する問い合わせ、相談窓口の連絡先

調査責任者：佐藤 哲郎 一般社団法人 神奈川県歯科医師会 理事

神奈川県横浜市中区住吉町 6-68 TEL：045-681-2172

事務担当者：川井 直樹 一般社団法人 神奈川県歯科医師会 事務局 事業第三課

神奈川県横浜市中区住吉町 6-68 TEL：045-681-2172

E-mail: kawai@dent-kng.or.jp

個人情報管理者：佐藤 哲郎

同意書

調査責任者 一般社団法人 神奈川県歯科医師会 佐藤 哲郎 殿

<説明書記載事項>

1. 調査の概要
2. この調査における危険性等
3. この調査研究への参加は自由意思によるものです
4. この調査研究結果が公表される場合でも、被験者さまの身元が明らかになることはありません
5. この研究への参加に同意された場合は、次の点を守ってください
6. 被験者さまの費用負担について
7. この調査に関する問い合わせ、相談窓口の連絡先

「平成 29 年度神奈川県・口腔ケアによる健康寿命延伸事業に係る介入調査」の同意説明文書を十分に理解しましたので、本調査に参加することに同意します。

同意日 平成____年____月____日

本人氏名_____（自署もしくは記名）

《代諾者の場合》

（原則として以下に該当する方のみが代諾者の同意で参加が可能です。）

- 筆記が困難な場合ならびに身元引受人の同意が得られる場合は、下記に○印または必要事項をご記載いただきますようお願いいたします。

（代筆者・身元引受人）氏名_____（自署もしくは記名）

（続柄）_____

オーラルフレイル改善プログラム実施及び介入方法

1. オーラルフレイル改善プログラムは、別添のチェックノートにより、対象者の方に毎日実施していただくようお願いいたします。

＜オーラルフレイル改善プログラムの内容＞

(1) 必ず実施していただくプログラム

① 深呼吸

① 準備体操(ゲー・パー・グルグル・ごっくん・ペー)

(2) 調査対象者の口腔機能の状態に合わせて実施いただくプログラム

① 舌圧訓練 (ペコぱんだを使用)

② 発音訓練 (無意味音音節連鎖訓練)

③ 咀嚼訓練 (歯につきにくいガムを使用)



なお、プログラムの実施方法(介入方法含む)については、資料 12 ページから 32 ページをご参照ください。

また、6 月 18 日開催のオーラルフレイル改善プログラム説明会の模様及び実施方法(介入方法含む)の DVD を送付いたしますので、併せてご参照ください。

2. 本プログラムの対象者への介入調査は 2 グループに分けて実施いただきます。

(1) 調査実施回数は A グループが①初回⇒②2 週目⇒③4 週目(1 か月)⇒④8 週目(2 か月)⇒⑤12 週目(3 か月)⇒⑥24 週目(6 か月)

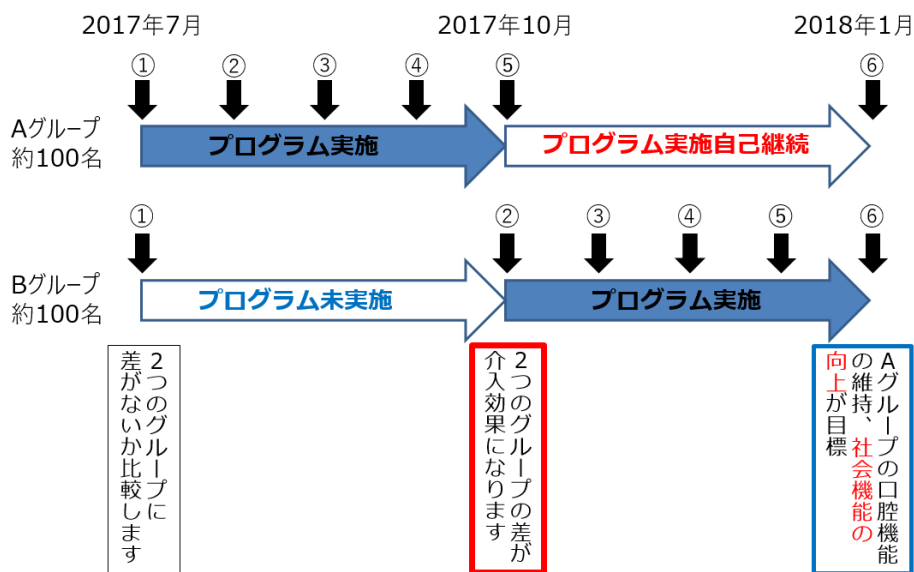
B グループが①初回⇒②12 週目(3 か月)⇒③14 週目(3 か月 2 週目)⇒④18 週目(4 か月)⇒⑤22 週目(5 か月)⇒⑥24 週目(6 か月)

A グループ、B グループともに 6 回にわけて介入調査を行っていただきます。

(2) 介入調査の実施時期は以下の日程を目処に実施願います。

	9月初旬	9月中旬	10月初旬	11月初旬	12月初旬	12月中旬	1月初旬	2月初旬	3月初旬
Aグループ	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目				6回目
Bグループ	1回目				2回目	3回目	4回目	5回目	6回目

介入調査のタイムスケジュール



介入調査例 **1** Aグループで8月15日からプログラムを開始した場合

1回目：9月5日⇒2回目：9月20日⇒3回目：10月5日⇒
⇒4回目：11月5日⇒5回目：12月5日⇒6回目：3月5日

介入調査例 **2** Bグループで11月15日からプログラムを開始した場合

1回目：9月5日⇒2回目：12月5日⇒3回目：12月20日⇒
⇒4回目：1月5日⇒5回目：2月5日⇒6回目：3月5日



介入調査の実施目安は、多少前後してもかまいません。

3. 本プログラムの介入調査内容は以下のとおりです。

なお、調査内容は、介入調査回数ごとに一部内容が異なりますので、下記をご確認のうえ実施をお願いいたします。

<介入調査の内容>



介入調査は各検査の目的に適した測定を行うために、健診票の順番で実施してください。(例：唾液検査<SMT>において、来院時の口腔内状況を測定するため)

(1) 質問(既往歴・38項目の問診)

(2) 身体測定

- ・体組成計を利用しない…身長

- ・体組成計を利用…①体重 ②体脂肪率 ③筋肉量 ④BMI ⑤基礎代謝量

(3) 唾液検査(ライオン社製 SMT を使用)

- ①むし歯菌 ②酸性度 ③緩衝能 ④潜血 ⑤白血球
⑥タンパク質 ⑦アンモニア

(4) 指輪っかテスト・ふくらはぎ周囲長測定

(5) 歯の状態

- ①機能歯数 ②義歯の有無 ③インプラントの有無

(6) 軟組織状態

(7) 口腔乾燥状態

(8) 口腔衛生状態

- ①プラーク ②舌苔 ③義歯<ある方のみ>

(9) 口臭

(10) 運動機能

- ①脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)

*2回計測：滑舌(オーラルディアドコキネシス)実施前後に計測して下さい。

- 1) 脈拍 2) 血中酸素飽和度：運動機能

- ②滑舌(オーラルディアドコキネシス)

- 1) パを5秒間 2) タを5秒間 3) カを5秒間

- ④舌圧測定(舌圧測定器により計測)

(11) 嚥下機能〔反復唾液嚥下テスト(R S S T)〕

(12) 咀嚼機能

- ①グルコセンサーによる測定

- ②咀嚼力判定ガムテストによる測定



上記の介入調査のうち

(1)の質問(既往歴・38項目の問診)は**下記日程で3回実施**してください。

Aグループで1回目・5回目・6回目

Bグループで1回目・2回目・6回目

で実施してください。

(3)の唾液検査(ライオン社製 SMT を使用)は**下記日程で4回実施**してください。

Aグループで1回目・3回目・5回目・6回目

Bグループで1回目・2回目・4回目・6回目

★(1)、(3)を除く介入調査については、毎回調査を実施してください。

4. 介入調査組み合わせ表

①一定期間ごとの調査対象者の「生活習慣」及び「歯と口の状態」の確認項目

Aグループ

回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
時期(週)	0週目	2週目	4週目	8週目	12週目	24週目
質問票	○	×	×	×	○	○
体組成計	○	○	○	○	○	○
唾液検査	○	×	○	×	○	○
指輪っかテスト・ ふくらはぎ周囲測定	○	○	○	○	○	○
歯と口の検査	○	○	○	○	○	○
滑舌(ディアドコ)	○	○	○	○	○	○
舌圧	○	○	○	○	○	○
RSST	○	○	○	○	○	○
グルコセンサー	○	○	○	○	○	○
咀嚼力チェックガム	○	○	○	○	○	○

Bグループ

回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
時期(週)	0週目	12週目	14週目	18週目	22週目	24週目
質問票	○	○	×	×	×	○
体組成計	○	○	○	○	○	○
唾液検査	○	○	×	○	×	○
指輪っかテスト・ ふくらはぎ周囲測定	○	○	○	○	○	○
歯と口の検査	○	○	○	○	○	○
滑舌(ディアドコ)	○	○	○	○	○	○
舌圧	○	○	○	○	○	○
RSST	○	○	○	○	○	○
グルコセンサー	○	○	○	○	○	○
咀嚼力チェックガム	○	○	○	○	○	○

口腔ケアによる健康寿命延伸事業 質問票 回答方法



質問票はAグループで1回目・5回目・6回目

Bグループで1回目・2回目・6回目

に実施いただき、毎回、神奈川県歯科医師会事務局までFAXにてご提出ください。

① 送付先：神奈川県歯科医師会 事務局 FAX 0120-681-786 (フリーダイヤル)

口腔ケアによる健康寿命延伸事業・質問票

②

回目

③ 記入日：平成 年 月 日

●該当する欄にチェックまたは記載をお願いいたします。

④	記入場所		記入者 ⑤	
	<input type="checkbox"/> 自院診療所(診療所名:) <input type="checkbox"/> 実施施設(施設名:) <input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他()	
⑥	(フリガナ) 受診者 ()	⑦ 男・女	⑧ 生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
⑨	要介護度 自立 / 要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5			

①送付先

本プログラムの介入調査後、毎回、質問票と健診票をFAXにて①記載の送付先(質問票)にご提出ください。



質問票・健診票は、随時集計・分析するため、毎回(介入調査実施毎)提出してください。

②介入回数 * 歯科医院で記入ください

介入回数は歯科医院で、対象者の介入調査回数をご記入ください。

③記入日

質問票の記載日(介入調査実施日でも可)をご記入いただいでください。

④記入場所

記入場所に☐印及び名称をご記入いただいでください。

⑤記入者

記入者に☐印をご記入いただいでください。

⑥受診者

対象者の氏名(漢字・フリガナ)をご記入いただいでください。

⑦性別

対象者の性別(男・女)に○印をご記入いただいでください。

⑧生年月日

対象者の生年月日(和暦)を○印及び年齢をご記入いただいでください。

⑨要介護度

対象者の要介護状態に○印をご記入いただいでください。

●該当する回答に○印または記載をお願いいたします。

⑩ 既往歴	前回調査後に治療を受けた病気がありますか(あり・なし)	
	⇒ある場合は下記該当する箇所に <input type="checkbox"/> 印・○印・ご記入をお願いいたします。	
	<input type="checkbox"/> 1.認知症〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 2.脳血管障害(脳梗塞・脳出血)〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 3.糖尿病〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 4.神経・筋疾患〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 5.高血圧〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 6.心臓病〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 7.呼吸器疾患〔服薬：なし・あり〕	<input type="checkbox"/> 8.肺炎〔服薬：なし・あり〕
	<input type="checkbox"/> 9.その他()〔服薬：なし・あり〕	

⑩既往歴

初回介入調査時は、平成28年度に実施した調査後の状況、また2回目以降の介入調査時は、前回調査後の状況(新たに治療を受けた病気の有無)について、該当する疾患名に印・○印・ご記入をいただいでください。

⑪		質 問 項 目	回 答 欄	
A	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
	6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
	7	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
	8	1日1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	0.はい	1.いいえ
	9	自分が活気に溢れていると思いますか	0.はい	1.いいえ
	10	何よりもまず、物忘れが気になりますか	1.はい	0.いいえ

B	11	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
	12	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
	13	15分間位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
	14	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
	15	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
	16	1日30分以上の汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか	0.はい	1.いいえ
	17	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	0.はい	1.いいえ
	18	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	0.はい	1.いいえ
C	19	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1.はい	0.いいえ
	20	BMI（体格指数）が18.5未満ですか 身長（ cm） 体重（ kg） *BMI（=体重(kg)÷[身長(m)×身長(m)]）	1.はい	0.いいえ
	21	ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか	0.はい	1.いいえ
	22	野菜料理と主菜（お肉またはお魚）を両方とも毎日2回以上は食べていますか	0.はい	1.いいえ
D	23	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	0.いいえ
	24	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
	25	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
	26	「さきいか」「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛みきれますか	0.はい	1.いいえ
E	27	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
	28	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
	29	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
F	30	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
	31	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
	32	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
	33	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	34	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ
G	35	1日に何回歯みがきをしますか	回 / 1日	
	36	歯や口のことので気になることはありますか	1.はい	0.いいえ
	37	歯科健診を1年に1回以上受けていますか	0.はい	1.いいえ
	38	口の体操を実施していますか	0.はい	1.いいえ

⑪質問 38 項目

【回答する際の共通事項】

- 1) 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらってください。
それが適当な回答であるかどうかの判断は、調査担当者(歯科医院・施設)が行ってください。
- 2) 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- 3) 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- 4) 回答基準がある質問項目は以下のとおりです。

質問番号	質問項目	回答基準
1	バスや電車で1人で外出していますか	バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により 金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	家族や親戚の家への訪問は含みません。
7	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均して下さい。
11	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る 能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
12	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
13	15分位続けて歩いていますか	屋内、屋外等の場所は問いません。
20	身長、体重	体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 なお、記載がない場合は、診療所で測定いただく体組成計での数値をご記入ください。
23	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
28	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
29	今日が何月何日かわからない時がありますか	月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

口腔ケアによる健康寿命延伸事業 健診票 記載方法

★健診票は介入調査後、毎回、神奈川県歯科医師会事務局まで FAX にてご提出ください。
 介入調査が実施できなかった場合でも、⑭の「今回介入調査ができなかった理由」及び⑮の「次回介入調査日」をご記入のうえ、ご送付ください。



なお、唾液検査(ライオン社製 SMT を使用)は4回の実施となっておりますので、誤りのないように実施してください。

1. SMT の実施時期

Aグループで1回目・3回目・5回目・6回目

Bグループで1回目・2回目・4回目・6回目

① 送付先：神奈川県歯科医師会 事務局 FAX 0120-681-786 (フリーダイヤル)

口腔ケアによる健康寿命延伸事業・健診票

② 回目

③ 健診日：平成 年 月 日

該当する欄にチェックまたは記載をお願いいたします。

④	実施場所	実施歯科医師	実施スタッフ
	<input type="checkbox"/> 自院診療所 (診療所名:)	⑤	⑥
	<input type="checkbox"/> 実施施設 (施設名:) <input type="checkbox"/> 自宅		
⑩	受診者	男・女	⑧ 年 ⑨ 月 日 大・昭 年 月 日 (歳)
⑩	要介護度	自立 / 要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5	

①送付先

本プログラムの介入調査後、毎回、質問票と健診票を FAX にて①記載の送付先(健診票)にご提出ください。



質問票・健診票は、随時集計・分析するため、毎回(介入調査実施毎)提出してください。

②介入回数

対象者の介入回数をご記入ください。

③健診日

健診日をご記入ください。

④実施場所

実施場所に 印及び名称をご記入ください。

⑤実施歯科医師

実施歯科医師の氏名を漢字でご記入ください。

⑥実施スタッフ

実施スタッフの氏名を漢字でご記入ください。

⑦受診者

対象者の氏名を漢字でご記入ください。

⑧性別


対象者の性別(男・女)に○印をご記入ください。

⑨生年月日

対象者の生年月日(和暦)及び年齢をご記入ください。

⑩要介護度

対象者の要介護状態に○印をご記入ください。

 **質問票⑨の要介護度と突合をお願いいたします。**

⑪

身体測定	身長：(cm) *身長は体組成計では計測できません。別に計測をお願いします。
(体組成計)	①体重：(kg) ②体脂肪率：(%) ③筋肉量：(kg)
	④BMI：() ⑤基礎代謝量：(kcal/日)



- 1) **ペースメーカーを装着していないことを必ず確認してください。**
装着している場合は、身長と体重のみ聞き取りし、ご記入してください。
- 2) **測定時には靴下(ストッキング含む)は脱いでいただき、裸足で測るようにお願いします。**

⑪身体測定

1) 身長は体組成計では計測できませんので、別に計測をお願いいたします。



BMIを測定するため身長は正確に計測していただきたいのですが、計測器・メジャー等がない場合は目測でもかまいません。**必ず計測してください。**

2) 体組成計で測定する項目

- **体組成計(タニタ インナースキャン 50V BC-622)は貸出させていただきます。**
- 調査対象者の①身長 ②年齢を入力してください。(左記は登録することができます)
- 体組成計では①体重 ②体脂肪 ③筋肉量 ④BMI ⑤基礎代謝量を測定いただき、測定結果を健診票にご記入ください。

測定にあたっては、①から⑤の順番で測定をお願いいたします。

また、①しっかりと身体と腕は離し、②腕は真っすぐ伸ばす、③測定ごとに必ずアルコールティッシュ等で機器をふくことを徹底してください。

<今回使用する体組成計 *貸出いたします>

タニタ インナースキャン 50V BC-622



* 測定方法の詳細は商品マニュアルを参照

正しい測定姿勢

- 0.00kg 表示後にのる。
- 腕を前にまっすぐ下ろします。
- 表示部が見やすい位置でしっかり置ります。
- 手やグリップが体や足に触れないようにします。
- はだかで測定する場合は、腕と体がつかないようにご注意ください。正しい測定結果が得られない場合があります。
- すべての指が電極にかかるようにします。
- つま先側とがかと側の電極に均等に足がかかるようにお乗りください。

※ 二足歩行のスピード以上は別室では測定できません

悪い姿勢

ひざが曲がっている ひじが曲がっている 肘と肌に触れている 指が電極にかかっていない

⑫ 唾液検査 (SMT)	①むし歯菌 () ②酸性度 () ③緩衝能 ()
	④潜血 () ⑤白血球 () ⑥タンパク質 ()
	⑦アンモニア ()

⑫唾液検査 (ライオン社製 SMT:Salivary Multi Test)

1)ライオン社製のSMTを使用して計測いたします。

SMTをお持ちでない場合は無料で貸出させていただきます。



なお、測定にはパソコンとプリンターが必要となります。

プリンターとパソコンは貸出できませんので、歯科医院でご用意いただきますようお願いいたします。

パソコンはOS: Windows®7 日本語版(32bit 版/64bit 版)以上、

Mac OS X (v10.8~v10.11)

プロセッサ: Intel® Pentium II 266MHz 以上

メモリー: Windows は 1GB 以上

Mac は 2GB 以上

HDD/SSD 空き容量: 1GB 以上

解像度: VGA (640×480) 以上

USB: USB2.0 5V 500mA

が必要となります。

2)測定方法は、**専用の試験紙を用いて**、採取した唾液から

I. 歯の健康 II. 歯ぐきの健康 III. 口腔清潔度

に関する7項目

- ①むし歯菌 ②酸性度 ③緩衝度 ④白血球 ⑤タンパク質 ⑥アンモニア、
- ⑦潜血の測定を行います。

測定の手順は

1. 検査キット付属の洗口用水（3ml）を口に含み、口腔内全体にいき渡るように10秒間洗口し、紙コップに吐き出してもらってください。
2. 洗口吐出液を付属のスポイトを用いて試験紙に点着して専用測定機器のセットし、測定をスタートさせます。（測定時間は5分）
3. 測定結果がパソコンに転送され、結果シートが作成されるので、プリントアウトし、数値を健診票に転記した後、同シートは、対象者の「オーラルフレイル改善プログラムチェックノート」のシート貼付ページに貼ってください。
4. この測定は対象者にも理解しやすく、改善プログラムを継続して実施していただくためのモチベーションを保っていただくためにも大変有効ですので、測定結果は印刷をして説明をするとともに、チェックノートの34～37ページに添付してください。
なお、測定結果が悪い場合でも、モチベーションを保っていただくような説明をお願いいたします。



義歯装着者の場合は、義歯を装着したまま唾液を採取してください。

* 測定方法の詳細は商品マニュアルを参照

（ライオン社製 SMT:Salivary Multi Test）



指輪っか テスト ・ ふくらはぎ 周囲長測定	<p>●指輪っかテスト（対象者：自分でテストできる被験者）</p> <p>⑬・ふくらはぎの一番太い部分を両手の親指と人さし指で作った輪で囲んでください。</p> <p>□1. 囲めない</p> <p>□2. ちょうど囲める</p> <p>□3. 隙間が出来る ※4) 判定基準</p> <p>□4. テストができない</p> <p>□4-i 拒否</p> <p>□4-ii 認知症などで指示が入らずできない</p>	
	<p><測定の仕方></p> <p>①両手の親指と人さし指で輪を作る</p> <p>②利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を確認</p> <p>③輪にした両手の親指を後ろにして、力を入れず、軽く（足の骨に対して垂直の向きで）囲む</p>	
	<p>●ふくらはぎの周囲長（対象者：指輪っかテスト対象者を含む全被験者）</p> <p>⑭（ cm）</p> <p>*利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を（足の骨に対して垂直の向きで）メジャーで測定してください。</p>	

⑬指輪っかテスト測定方法

・指輪っかテスト（対象者：自分でテストができる被験者）

- 1) 両手の親指と人さし指で輪を作る
- 2) 利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を確認
- 3) 輪にした両手の親指を後ろにして、力を入れず、軽く（足の骨に対して垂直の向きで）囲む
- 4) テストの結果については、該当する以下の番号に印を記入ください。
 1. 囲めない 2. ちょうど囲める 3. 隙間が出来る
 4. テストができない（4-i 拒否 4-ii 認知症などで指示が入らずできない）

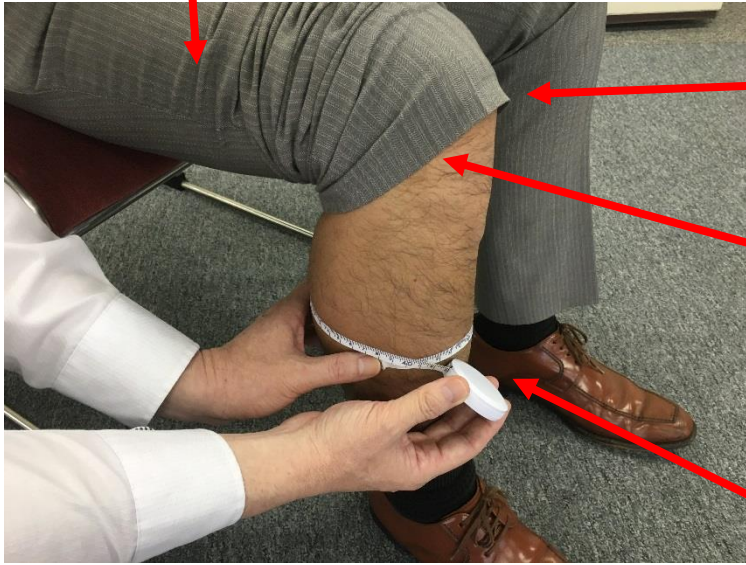
⑭ふくらはぎの周囲長測定方法

・ふくらはぎの周囲長測定（対象者：指輪っかテスト対象者を含む全被験者）

- 1) 利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を（足の骨に対して垂直の向きで）メジャーで測定し、実測値をしてください。
 - *1. メジャーは配布をいたします。
 2. 利き足の目安は、
 - ① 一步目を踏み出す足
 - ② あぐらをかいた時に上にある足
 - ③ ボールを蹴る足

とされておりますので、対象者に確認のうえ計測をお願いいたします。

利き足でない方の足を測定



ズボン・靴下の
上からではなく
直接測定

膝を
90度に

メジャーは
床と水平に

【参考】 筋肉量の状態（指輪っかテスト・ふくらはぎ周囲長測定の結果から）

判定1：筋肉量を維持できている可能性が高い

- ・指輪っかテスト→ 1. 囲めない
→ 2. ちょうど囲める
- ・ふくらはぎ周囲長測定→ 男性 34cm 以上、女性 32cm 以上

判定2：筋肉量が減少し、サルコペニア（加齢による筋肉の衰え）のリスクが高い

- ・指輪っかテスト→ 3. 隙間が出る
- ・ふくらはぎ周囲長測定→ 男性 34cm 未満、女性 32cm 未満

⑮ 1. 歯の状態

機能歯数

本

- (1) 義歯の有無：上顎 ⇒ □1.なし（義歯の必要性：□1.あり・□2.なし）
 2.あり（□1.総義歯・□2.局部）
 ⇒義歯の適合状況：□1.良好・□2.義歯不適合・□3.義歯破損
 下顎 ⇒ □1.なし（義歯の必要性：□1.あり・□2.なし）
 □2.あり（□1.総義歯・□2.局部）
 ⇒義歯の適合状況：□1.良好・□2.義歯不適合・□3.義歯破損
- (2) インプラントの有無：□1.なし・□2.あり

⑮歯の状態

歯の状態について以下の項目を検査いただき、印をご記入ください。

- ・機能歯数：機能歯数を計数し、記入してください。
 対合歯が無くても歯冠があるもの（義歯、ポンティック、インプラント）を含んで計数してください。
 なお、残根は含みません。
 （例）上顎義歯が装着されているが、下顎義歯は装着されていない場合⇒機能歯数は「14本」としてください。
- ・介入調査期間内における歯科治療に関する特記事項
 （例）抜歯、義歯の新製等の補綴治療、う蝕治療、歯周治療など
- ・義歯の有無：上顎と下顎を別々に印をご記入ください。
 記入する内容 なし→義歯の必要性あり・なし
 あり→適合状況 良好・義歯不適合・義歯破損
- ・義歯ありの場合は義歯の部位に印をご記入ください。
 （上顎 総義歯・局部 下顎 総義歯・局部）
- ・インプラント（なし・あり）に印をご記入ください。

⑯ 2. 歯肉および歯周組織の炎症の有無：□1.なし・□2.あり

⑰ 3. 軟組織状態 所見 □1.なし ・ □2.あり（ ）

⑱ 4. □口腔乾燥状態 □1.正常 ・ □2.軽度 ・ □3.中等度 ・ □4.重度

⑲ 5. □口腔衛生状態
 プラーク □1.殆どない ・ □2.中程度 ・ □3.多量
 舌苔 □1.殆どない ・ □2.中程度 ・ □3.多量
 義歯（ある方のみ）□1.良好 ・ □2.普通 ・ □3.不良

⑳ 6. □ 臭 □1.ない ・ □2.弱い ・ □3.強い

⑯歯肉および歯周組織の炎症の有無

歯肉および歯周組織の炎症の有無について印をご記入ください。

⑰軟組織状態

軟組織疾患の状態について☑印をご記入ください。

また、異常が見られる場合は、その状態をご記入ください。

(例) 口内炎・口角炎・小帯異常等

⑱口腔乾燥状態

口腔乾燥の状態について☑印をご記入ください。

なお、検査には歯科用ミラーを用い、ROAG(Revised Oral Assessment Guide)の評価法に準じた口腔内の湿潤度を判定、または下記の方法などを参考に視診により評価してください。

1. 正 常：乾燥なし（下記の所見がなく、正常範囲と思われる）
2. 軽 度：唾液の粘性が亢進している。
3. 中等度：唾液中に細かい唾液の泡が見られる。
4. 重 度：舌の上にほとんど唾液が見られず、乾燥している。

⑲口腔衛生状態

口腔衛生状態について以下の項目を検査いただき、☑印をご記入ください。

1) プラークの付着状況（殆どない・中程度・多量）

歯面に付着しているプラーク（歯垢）の量を視診にて診査する。

1. 殆どない：プラークがほとんど見られない場合
2. 中 程 度：1/3を超えずプラークが付着している場合
3. 多 量：1歯以上の歯の歯肉縁に歯面の1/3を超えてプラークが見られる場合

2) 舌苔（殆どない・中程度・多量）

付着している舌苔の舌背に占める面積の割合を視診にて診査する。

1. 殆どない：1/3より小さい場合
2. 中 程 度：1/3～2/3の割合で付着
3. 多 量：2/3以上の割合で付着

3) 義歯清掃状況（良好・普通・不良）

義歯の表面および内面を診査し、プラーク等の付着状況を視診で確認する。

1. 良好：ほとんど汚れが付着していない
2. 普通：若干の汚れが付着している
3. 不良：汚れが多量に付着している

歯垢・デンチャープラークの判断基準

殆どない

中等度

多量



舌苔の判断基準

殆どない

中等度

多量



⑳口臭

口臭について☒印をご記入ください。

口臭（ない・弱い・強い）

対象者の“口臭”について、3段階の評価を行ってください。

可能な場合は、聞き取り調査を行う際に、普通に会話を行なっている状態で（30～40cm くらいの距離）評価を行ってください。

1. ない：口臭を全くまたはほとんど感じない。
2. 弱い：口臭はあるが、弱くがまんできる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
3. 強い：近づかなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。

㉑ 7. 運動機能〔脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)／滑舌(オーラルディアドコキネシス)／舌圧測定〕

(1)脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)

*運動機能〔滑舌(オーラルディアドコキネシス)実施前後に計測して下さい。

- ①脈 拍：運動機能／実施前（ bpm）、実施後（ bpm）
②血中酸素飽和度：運動機能／実施前（ %SpO₂）、実施後（ %SpO₂）

(2)滑舌(オーラルディアドコキネシス) *実施前後に脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)を計測して下さい。

- ①パを5秒間で（ 回） ②タを5秒間で（ 回） ③カを5秒間で（ 回）
☐ ④テストができない（☐ i 拒否 ☐ ii 認知症などで指示が入らずできない）

(3)舌圧測定 （ kpa）

㉑運動機能

(1)脈拍・血中酸素飽和度（パルスオキシメーター）測定値

1)2回測定してください。

測定は、滑舌(オーラルディアドコキネシス)の検査実施前後に計測し、実測値をご記入ください。

2)下記項目を測定いただき、実測値をご記入ください。

①脈拍

②血中酸素飽和度

3)パルスオキシメーターは機種等の選定をしておりますので、お持ちのもので測定してください。

なお、パルスオキシメーターをお持ちでない場合は貸出をいたします。

(2)滑舌（オーラルディアドコキネシス）

1)測定の前後に「(1)脈拍・血中酸素飽和度(パルスオキシメーター)」を測定ください。

2)測定は「パ」「タ」「カ」の単音節をそれぞれ5秒間に出来るだけ早く繰り返し発音していただき、発音した回数を測定、実数をそれぞれ記入してください。

3)測定ができない場合は、該当する理由に☒印をご記入ください。

測定ができない理由⇒（ i 拒否、 ii 認知症などで指示が入らずできない）

4)発音回数の測定方法

①電卓法：電卓のメモリー機能を用いる方法

「1」⇒「+」⇒「+」を押す⇒ 画面に「K 1+」が表示される ⇒ 「=」を押した回数が表示される。

②ペン打ち法：ペンで紙の上に点を打ってその数を数える方法

③カウンター法：「数取器」または 無料カウンターアプリ*をダウンロードした「スマートフォン」や「タブレット」等を用いる方法

参考) 滑舌の状態 (オーラルディアドコキネシスの結果から)

* 「パ」は唇、「タ」は舌の前方、「カ」は舌の後方の動きが必要となります。

判定：唇や舌の動き (滑舌) が弱っている可能性があります

⇒各音共に 30 回未満/5 秒間

(3) 舌圧測定

1) JMS 舌圧測定器 (型式 : TPM-01) を使用して計測

舌圧測定器をお持ちでない場合は貸出をいたします。

2) 測定方法は対象者を座らせて、口腔内舌上に測定器によって所定の圧に自動的に与圧された舌圧プローブのバルーン部分を挿入してください。

最大の力で5から7秒間、舌尖端部を口蓋に押し上げ、バルーンを押しつぶす力を測定します。

3) 前歯部の動揺、破損の可能性がある場合は注意して実施してください。

4) 義歯のある場合は、咬合支持を保ち実施してください。

5) 測定は1回で最大値を記入ください。

*測定方法の詳細は商品マニュアルを参照



使用方法

デジタル舌圧計に接続した舌圧プローブのバルーンを患者様の口腔内に入れ、舌を挙上することによって、舌と口蓋の間でバルーンを最大の力で押しつぶします。その時の圧力を最大舌圧として測定します。



参考) 正常値 成人男性 (20~59 歳 : 45±10 kPa)

成人女性 (20~59 歳 : 37±9 kPa)

60 歳代 (60~69 歳 : 38±9 kPa)

70 歳以上 (32±9 kPa)

22 8.嚥下機能〔反復唾液嚥下テスト (RSST)〕

① (回/30秒)

②テストができない (i 拒否 ii 認知症などで指示が入らずできない)

②嚥下機能<反復唾液嚥下テスト (RSST:Repetitive Saliva Swallowing Twst) >

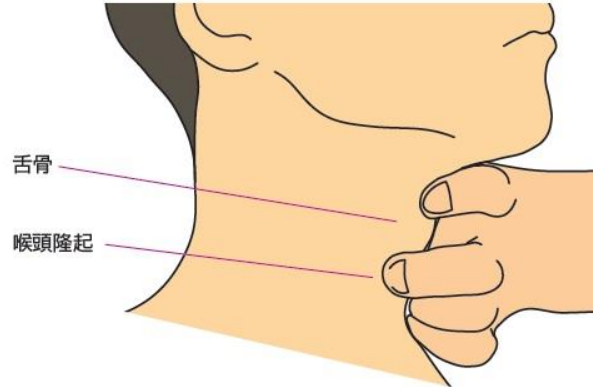
1)測定方法

1. 頸部をやや前屈させた座位姿勢をとっていただいでください。

2. 喉頭隆起及び舌骨相当部に指腹を当て、
唾液を連続して嚥下 (空嚥下) するよう
指示してください。

3. 指腹により嚥下の回数をカウントして
ください。

⇒喉頭隆起と舌骨は嚥下運動に伴って
指腹を乗り越え、上前方に移動し、ま
た元の位置へと戻ります。



4. 30秒間の触診で生じた嚥下回数を実測値として記載してください。



2) 口渇により唾液が出ない場合には、1ml 程度の水を口腔底又は舌背に嚥下して測定して
ください。

3) 聴診器を用いて頸部聴診下で嚥下回数を測定すると、微弱な嚥下運動を正確に捉えるこ
とができます。

4) 測定ができない場合は、該当する理由に 印をご記入ください。

測定ができない理由⇒ (i 拒否、 ii 認知症などで指示が入らずできない)

参考) 正常値 3回以上/30秒間

23 9.咀嚼機能〔グルコセンサー/咀嚼力判定ガムテスト〕

①グルコセンサー (mg/dl)

②咀嚼力判定ガムテスト (1 2 3 4 5) *判定については別紙参照

③テストができない (i 拒否 ii 認知症などで指示が入らずできない)

②咀嚼機能の測定

1) グルコセンサーGS-II (GC社) を使用して実施

1. 対象者：ガム・グミゼリーが安全に噛める方

2. グミゼリー法により計測

グミゼリーを咀嚼して、咀嚼能力を数値で評価する検査方法。

グミにはグルコースが含まれています。咀嚼によって溶出されたグルコース濃度をグ
ルコセンサーGS-II (GC社) で測定してください。

- ・義歯を使用している人にも使用できます。
- ・グルコセンサーGS-II（GC社）をお持ちでない場合は貸出をいたします。

3)測定方法

1. グルコラム（グルコース含有グミ）を20秒間噛んでいただきます。
その際、唾液を飲み込まないように注意してください。
2. 20秒経過後、10ccの水を口に含み、ろ過メッシュをのせたコップの上にグルコラムと水を一緒に吐き出してもらってください。
吐き出した後、ろ過メッシュはすぐにはずしてください。
3. センサーチップを矢印の方向に向かって、グルコセンサーGS-IIに挿入してください。
4. コップの中のろ液を採取ブラシで採取し、センサーチップ先端に点着して、ろ液を十分に吸わせてください。
 - ・計測が開始され、6秒後に計測値が表示されます。
 - ・計測値を健診票に記入してください。

4)測定ができない場合は、該当する理由に印をご記入ください。

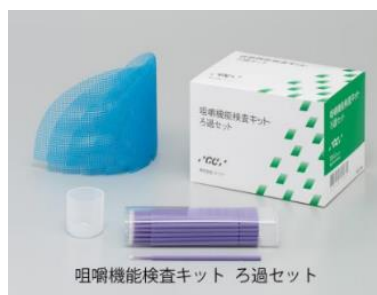
測定ができない理由⇒（i 拒否、ii 認知症などで指示が入らずできない）

参考) 正常値 有歯顎者：150 mg/dL 以上
総義歯患者：100 mg/dL 以上

グルコセンサーGS-II（GC社）



ろ過セット



センサーチップ



グミ



グミの品質（硬さ等）を確保するためチャック付のビニール袋に入れて保管ください。

2. 咀嚼力判定ガム(ロッテ)を使用して測定

対象者に咀嚼力判定ガム(1枚)を、通常ガムを噛む様に1分間咀嚼していただき、咀嚼後、白い紙(ペーパータオル等)の上にガムを置き、下のカラーチャートを参考に判定し、該当する番号を記入してください。



※義歯の方には義歯に付きにくいガムであることを説明(多少付くこともある)してください。



②④ 10. 今回指示した改善プログラム

舌圧訓練「ペコぱんだ」の種類(S・MS・M) 開口訓練 無意味音音節連鎖訓練

②④ 今回指示した改善プログラム

②④の「運動機能」の結果により改善プログラムの内容が異なりますので、該当するプログラムに印または、○印をご記入ください。

① 舌圧測定

30kpa 以下は「ペコぱんだ」による舌圧訓練を実施

10kpa 以下は「S」 11-15kpa は「MS」 16-30kpa は「M」

② RSST(反復唾液嚥下テスト)

3回/30秒以下は開口訓練を実施

③ 滑舌(オーラルディアドコキネシス)

「タ」が30回未満/5秒で無意味音音節連鎖訓練を実施



ガムによる咀嚼訓練は任意となりますので、調査対象者の口腔内状況を見てご実施してください。

②⑤

今回介入調査ができなかった
理由

②⑥

次回介入調査日 年 月 日 () 時 分～

②⑤今回介入調査ができなかった理由

対象者に介入調査ができなかった理由をご記入ください。

なお、改善プログラム自体をやめてしまった場合もご記入ください。

例) 病気のため、改善プログラムが難しく継続できないため等

②⑥次回の来院日

対象者の次回介入調査日をご記入ください。

オーラルフレイル改善プログラム 実施方法

! 対象者の方の口腔機能の状態に応じてプログラムの内容が一部、異なります。

★下記の表中の検査値を参考に、Aグループ・Bグループともに、介入調査毎に、対象者の測定値に応じたプログラム内容をご指導ください。

★訓練内容については、別冊の「オーラルフレイル改善プログラム」を参照ください。

	準備体操		開口訓練	舌圧訓練 (ペコぱんだ)	発音訓練 (無意味音音節 連鎖訓練)	咀嚼訓練
	深呼吸	ゲー・パー ー・ぐるぐ る・ごっく ん・ペー				
ディアドコ「タ」 30回未満/5秒間	○	○			○	任意
舌圧 10 kpa 以下	○	○		○ (S)		任意
11-15 kpa	○	○		○ (MS)		任意
16-30 kpa	○	○		○ (M)		任意
RSST 3回/30秒以下	○	○	○			任意
咀嚼 ガム3以下	○	○	○	○		任意

舌圧訓練 (ペコぱんだ)



咀嚼訓練 (歯につきにくガム)



別冊「オーラルフレイル改善プログラム」使用方法



- ・対象者×2冊送付しております。
1冊は対象者にお渡しください。
もう1冊は歯科医院が記録用にお持ちいただき、介入調査ごとに対象者の測定・プログラム実施状況を転記してください。
調査終了後に、神奈川県歯科医師会事務局にご返送ください。
- ・介入調査日にはご持参いただいでください。
渡す時期：Aグループ：1回目(0週目)の介入調査時
Bグループ：2回目(12週目)の介入調査時



★1 ページ～10 ページ

対象者にオーラルフレイル等、お口のことを説明する際にご活用ください。
また、対象者にも読んでいただけるよう、ご指導ください。

- ・フレイル・オーラルフレイル
- ・口腔機能とは？
- ・唾液について
- ・お口の乾燥について
- ・誤嚥性肺炎って？
- ・お口まわりの筋肉
- ・お口の清掃のポイント
- ・発生・構音の機能
- ・摂食嚥下機能について
- ・噛む力

★11 ページ～17 ページ

前述の通り、対象者の介入調査毎の測定値に応じたプログラム内容をご指導ください。

- ・オーラルフレイル改善プログラム
準備体操
開口訓練
舌圧訓練
無意味音音節連鎖訓練
咀嚼訓練

★18 ページ～29 ページ

・毎日のチェックシート（6か月分）

毎日のプログラムを実行できたかを対象者の方に記録していただいでください。

★30 ページ

・歯科医院受診日予約表

次回介入調査日をご記入いただき、対象者に来院を促してください。

※目安には、次のように記載ください。

- Aグループ：1回目：「初回」
2回目：「2週目」
3回目：「4週目(1か月)」
4回目：「8週目(2か月)」
5回目：「12週目(3か月)」
6回目：「24週目(6か月)」
- Bグループ：1回目：「初回」
2回目：「12週目(3か月)」
3回目：「14週目(3か月2週目)」
4回目：「18週目(4か月)」
5回目：「22週目(5か月)」
6回目：「24週目(6か月)」

★31 ページ

・運動機能記録シート

介入調査回毎（1～6回目）に、「パ」「タ」「カ」の5秒間における各発音回数を、表にご記入ください。

また、毎回の変化がわかるよう、記号を用いて（「パ：●」、「タ：▲」「カ：✕」）、グラフにご記入ください。

★32 ページ

・舌圧測定記録シート

介入調査回毎（1～6回目）に、舌圧測定器で測定をした「最大舌圧値」を、表にご記入ください。

また、毎回の変化がわかるよう、記号を用いて（●▲✕：いずれの記号でも可）グラフにご記入ください。

★33 ページ

・咀嚼機能記録シート

介入調査回毎（1～6回目）に、グルコセンサーで測定をした「グルコース溶出濃度値」を、表にご記入ください。

また、毎回の変化がわかるよう、記号を用いて（「グルコセンサー：●」、「咀嚼力判定ガム：▲」）グラフにご記入ください。

★34 ページ～37 ページ

・口腔検査結果1～4（唾液検査）

（ライオン社製 SMT:Salivary Multi Test）

ライオン社製のSMTを使用して計測いただいた結果をプリンターで印刷していただき、のりで貼付欄に貼ってください。

唾液検査は、下記日程で4回実施してください。

Aグループで1回目・3回目・5回目・6回目

Bグループで1回目・2回目・4回目・6回目

★38 ページ

・記入欄

対象者の方に、氏名、住所、電話番号を記入いただいでください。

ご不明な点等がございましたら、下記までご連絡ください。

★問合せ先 一般社団法人 神奈川県歯科医師会

事務局 事業第3課 川井 直樹

電話：045-681-2172 FAX：045-681-2426

メール：kawa@dent-kng.or.jp