

**特定高齢者施策における「口腔機能の向上」プログラムに参加したほうが望ましい参加者は以下の5項目で判定されます**

**基本チェックリスト**

質問項目	回答 (いづれかに 高得点下さい)	
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 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
7 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
8 15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11 6か月間で2-3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
身長 cm 体重 kg (BMI = ) (注)		
12 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
13 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
14 口の湯きが気になりますか	1. はい	0. いいえ



**乾燥状態を示す口腔内**

- 13.半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか**
- 14.お茶や汁物等でむせることがありますか**
- 15.口の湯きが気になりますか**

**< 基本健康診査(介護予防健診) > 理学的検査**

**視診により口腔内の衛生状態に問題を確認  
(歯や義歯の汚れ、舌苔の有無)**



**著しく歯垢の付着した歯**



**舌苔の付着**



**デンチャーブランクの付着**

**反復唾液嚥下テスト(RSST)が3回未満**

30秒間で可能な空嚥下の回数を診査する。  
触診で嚥下時の喉頭挙上を確認しながら行う。

(社)香川県歯科医師会