

## 佐世保市

### 高齢者の入所施設における歯科口腔保健状況に関するアンケート

(高齢者入所施設用)

#### 《ご記入に当たってのお願い》

- ◆ このアンケートの質問は全部で8ページございます。  
歯科保健施策の検討のため、アンケートの記入内容について記入者の方へお尋ねする場合がありますので、ご協力くださいますようお願い申し上げます。
- ◆ ご記入頂いた内容は統計的な集計解析以外には使用いたしません、全体の結果として公表させて頂くことがあります。  
個別機関の記入内容について使用・公表することは致しません。
- ◆ 回答は1から順番にお願い致します。  
(選択した回答肢によって、指示が記載されている場合はそれに従って下さい。)
- ◆ 回答の際には、質問をよく読み、指示に従ってお答え下さい。
- ◆ 回答項目が用意されている設問では、あてはまる回答項目の番号 (a, b, c…) を○印で囲んで下さい。
- ◆ 回答項目が用意されている設問で、その回答肢に『(\_\_\_\_)』が設けられている場合はご面倒でも○印をつけたうえで、その内容を(\_\_\_\_)内に具体的にご記入下さい。

#### 《締め切りについて》

- ◆ ご多用のところ恐縮ですが、5月19日(木曜日)までに、FAXにてご回答頂きますようお願い申し上げます。

#### 《お問い合わせ先》

- ◆ このアンケートに関するお問い合わせについては、下記宛までお願いいたします。  
佐世保市保健福祉部健康づくり課 北野・志方  
Tel 24-1111 (代表) 内線5536

※なお、統計・分析は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科にご協力をいただいています。

施設名： \_\_\_\_\_

種 別： 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 （※どちらかに○をお願いします）

記入者名： \_\_\_\_\_

1. 貴施設には併設施設がありますか？

a. ある → ☆1補①へ b. ない → 2へ

☆1補①. その施設の種別を具体的にお書き下さい。

具体的に： \_\_\_\_\_

1補②. 併設の施設に歯科は設置していますか。

a. している b. していない

2. 歯科関連事業（歯科健診や歯科保健指導など）について施設独自で予算を計上していますか？

a. している b. していない

3. 貴施設の入所者の方の状況についてお伺い致します。

3-1. 貴施設の入所者定員は何人ですか。  人（市外の方も含む）

3-2. 現時点での入所者の構成についてお答え下さい。（R4.4月1日時点）

年齢区分	要介護1・2	要介護3	要介護4	要介護5
75歳未満	人	人	人	人
75～84歳	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人

4. 貴施設の職員の方の状況についてお伺い致します。

4-1. 貴施設の職員は何人ですか。  人（市外の方も含む）

4-2. 貴施設には職員（常勤または非常勤）、嘱託として歯科医師・歯科衛生士が配置されていますか？

（※非常勤：年間実施の回数と時間を決めて契約 ※嘱託：実施時のみ依頼）

a. いる → ☆4-2補へ b. いない → 5へ

☆4-2補. 配置されている職種および雇用形態について、該当するものをすべて○で囲んで下さい。

a. 歯科医師 → 雇用形態：（常勤 \_\_\_人・非常勤 \_\_\_人・嘱託 \_\_\_人）

b. 歯科衛生士 → 雇用形態：（常勤 \_\_\_人・非常勤 \_\_\_人・嘱託 \_\_\_人）

## 5. 貴施設での入所者の方への口腔ケアの状況についてお伺い致します。

a. 口腔ケアを行っている → ☆5-1へ b. 口腔ケアを行っていない → 6へ

☆5-1. 貴施設で入所者の方への日常の口腔ケアの実施者の職種について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

a. 歯科衛生士 b. 歯科医師 c. 介護職員 d. 介護支援専門員

e. 言語聴覚士 f. 作業療法士 g. 理学療法士 h. 看護師

i. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

5-2. 貴施設で入所者の方への日常の口腔ケアに関する責任者の職種について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

a. 歯科衛生士 b. 歯科医師 c. 介護職員 d. 介護支援専門員

e. 言語聴覚士 f. 作業療法士 g. 理学療法士 h. 看護師

i. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

5-3. 貴施設で入所者の方への日常の口腔ケアについて、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

a. 食後のうがい b. 食後の歯磨き（介助） c. 歯磨きのチェック

d. 入れ歯の清掃（介助） e. スポンジブラシ等を使った口腔内清掃

f. 摂食嚥下リハビリテーション g. 唾液腺マッサージ h. 嚥下体操

i. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

5-4. 貴施設で入所者の方への口腔ケアに関するマニュアルはありますか？

a. ある b. ない c. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

5-5. 貴施設で入所者の方への日常の口腔ケアの時に、使用している用品について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 歯ブラシ    b. スポンジブラシ    c. 歯間ブラシ    d. 舌ブラシ
- e. 歯磨き剤（粉）    f. 口腔保湿剤
- g. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

5-6. 貴施設の職員が入所者の口腔ケアで困っていることについて、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 拒否・開口困難な方のケア    b. 口腔ケアの方法がわからない
- c. 適切な口腔ケア用品が揃っていない    d. 些細なことを相談できる専門家がいらない
- e. 職場の理解が得られない    f. 家族の理解が得られない
- g. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**《令和3年4月1日から令和4年4月1日までの間でお答えください》**

5-7. 貴施設の職員の口腔ケアに関する研修の実施について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 施設内で行っている    b. 施設外の研修に参加している
- c. 研修の実施も参加もない

5-8. 貴施設の職員で口腔ケア研修に参加しているスタッフの内訳について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 全職種 → 5-9へ    b. 一部の職種 → ☆5-8補へ

☆5-8補. スタッフの職種の内訳について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 歯科衛生士    b. 歯科医師    c. 介護職員    d. 介護支援専門員
- e. 言語聴覚士    f. 作業療法士    g. 理学療法士    h. 看護師    i. 医師
- j. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

5-9. 貴施設における職員への口腔ケア研修の内容の内訳について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 講義のみ    b. 講義と実習    c. 実習のみ
- d. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

6. 貴施設での歯科保健管理および歯科医療の状況についてお伺い致します。

6-1. 貴施設で入所者の方が歯科医師による**歯科健診（歯科治療ではありません）**を受ける機会がありますか？

a. ある → ☆6-1補①へ      b. 全くない → 6-2へ

☆6-1補①. 歯科健診の頻度について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 年1回      b. 年2回      c. 年3回以上      d. 不定期（平均すると\_\_\_年に1回）  
e. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

6-1補②. 歯科健診の対象者の選定について、主に該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 本人からの希望者      b. 入所者全員      c. 家族・職員から依頼があった人のみ  
d. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

6-2. 貴施設で入所者の方が、歯科医師または歯科衛生士から**歯の磨き方や歯科保健に関する指導**を受ける機会がありますか？

a. ある → ☆6-2補①へ      b. 全くない → 6-3へ

☆6-2補①. その頻度について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 年1回      b. 年2回      c. 年3回以上      d. 不定期（平均すると\_\_\_年に1回）  
e. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

6-2補②. 歯科保健指導の対象者の選定について、主に該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 本人からの希望      b. 入所者全員      c. 家族・職員から依頼があった人のみ  
d. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

6-3. 歯科健診、歯科医師等による歯磨き・歯科保健指導以外に、入所者の方の**むし歯や歯周病の予防**のために、なにか取り組みをされていますか？

a. している → ☆6-3補へ      b. していない → 6-4へ

☆6-3補. 実施している取り組みの内容で、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 食後歯磨きの時間をとっている      b. 職員が歯磨きの状態をチェックしている  
c. 職員が入所者の方の歯磨きをしている  
d. 職員への歯科保健に関する研修会の開催  
e. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

6-4. 貴施設で入所の方が、むし歯などの歯科治療が必要になったとき、どのような対応をされていますか？ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 職員が近隣の歯科医院へ連れて行く
- b. 近隣の歯科医院に往診を依頼する
- c. 施設内（または併設）の歯科で治療
- d. 家族または本人に受診を勧めるのみ
- e. 特に対応したことはない
- f. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

6-5. 歯科治療を受ける際に支障になることはありますか？ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. ない
- b. 対応できるスタッフがいらない
- c. 家族から同意が得られない
- d. 費用
- e. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

6-6. 貴施設で入所者の方の歯や口のことにに関して、問題を感じることはどの程度ありますか？ あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

- a. 大変ある
- b. ややある
- c. あまりない
- d. まったくない
- e. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 7. 貴施設での入所者の方への訪問歯科診療についてお伺い致します。

7-1. 貴施設で入所の方が、歯科医師の訪問歯科診療を利用する機会がありますか？

- a. ある → ☆7-1補①へ
- b. 全くない → ☆☆7-1補⑥へ

☆7-1補①. 訪問歯科診療に入る歯科医療機関はどのような形ですか？

- a. 一か所の歯科医療機関
- b. 複数の歯科医療機関

☆7-1補③. 訪問歯科診療の頻度について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 半年に1回程度
- b. 3ヶ月に1回程度
- c. 1ヶ月に1回程度
- d. 1週間に1回程度
- e. 1週間に1回以上

7-1補④. 直近1ヶ月の訪問歯科診療の利用者数は何人ですか。

（同一人物が月に数回利用している場合でも1名と計算して下さい）

人

**7-1補⑤** 訪問歯科診療の主な診療内容について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 入れ歯の作成、修理    b. むし歯の治療    c. 歯周病の治療    d. 抜歯  
e. 口腔ケア（口腔健康管理）    f. フッ化物歯面塗布  
g. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

☆☆ **7-1補⑥** 訪問歯科診療を利用していない理由について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 信頼できる歯科医師・歯科衛生士がいない    b. 利用する対象者の条件がわからない  
c. 手続きの方法がわからない    d. 手続きや条件を聞く窓口がわからない  
e. 他の業務が忙しく手が回らない    f. 訪問歯科診療に必要性を感じない  
g. 対象の入所者がいない  
h. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**8. 貴施設での食べる機能（摂食機能）、飲み込む機能（嚥下機能）の加算の算定状況についてお伺い致します。**

**8-1.** 貴施設で直近1ヶ月の栄養マネジメント加算の算定状況について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 算定した    b. 算定していない

**8-2.** 経口維持加算・経口移行加算について知っていますか？

- a. 名称と内容の両方知っている    b. 名称のみ知っている  
c. 名称と内容の両方知らない

**8-3.** 経口維持加算・経口移行加算の算定状況について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 算定した    b. 算定していない

**8-4.** 口腔衛生管理体制加算について知っていますか？

- a. 名称と内容の両方知っている    b. 名称のみ知っている  
c. 名称と内容の両方知らない

8-5. 貴施設で直近1ヶ月の口腔衛生管理**体制**加算の算定状況について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 算定した            b. 算定していない

8-6. 貴施設で直近1ヶ月の口腔衛生管理加算の算定状況について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- a. 算定した            b. 算定していない

9. 貴施設での食介助、食べる機能（摂食機能）、飲み込む機能（嚥下機能）の維持・向上に関する状況についてお伺い致します。

9-1. 貴施設の入所者の方の食事介助に関して、問題を感じることはどの程度ありますか？

あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

- a. 大変ある            b. ややある            c. あまりない  
d. 食事介助が必要な者がいない            e. 食事を提供していない  
f. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

9-2. 食事形態の決定の際に歯科専門職の意見は聞きますか？

- a. よく聞く            b. 時々聞く            c. 聞かない

【施設全体での取り組み】

9-3. 食べ方や飲み込みなどの嚥下機能の向上に関して**施設全体**で取り組みをされていますか？

あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- a. 嚥下体操（パタカラ体操、健口体操など）を集団で実施している  
b. 嚥下機能に対するスクリーニングを全員に対して実施している  
c. 施設職員が嚥下ケア研修会へ参加している

【食べたり・飲み込んだりすることに問題のある方へ対しての取り組み】

9-4. 貴施設では、食べたり・飲み込んだりすることに**問題のある入所者の方**に、食べる機能（摂食機能）の維持・向上を図るための指導・訓練を実施していますか？該当するもの1つに○をつけて下さい。



- a. 実施している → ☆9-4補①へ
- b. 必要性を感じているが実施していない → ☆☆9-4補②へ
- c. 必要性を感じていないので実施していない
- d. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

☆☆質問9-4で「a. 実施している」と回答された方にお伺い致します。

☆9-4補①. 貴施設で実施されている指導・訓練をおこなう職種について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 歯科衛生士      b. 歯科医師      c. 介護職員      d. 介護支援専門員
- e. 言語聴覚士      f. 作業療法士      g. 理学療法士      h. 看護師
- i. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

☆9-4補②. 実施されている指導・訓練の内容について該当するものすべてに○を囲んで下さい。

- a. 食環境（姿勢や食具など）の指導      b. 食内容（食形態・物性など）の指導
- c. 間接機能訓練（嚥下体操や器具を使ったトレーニングなど）
- d. 直接機能訓練（実際の食品を使った訓練）
- e. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

☆☆質問9-4で「b. 必要性を感じているが実施していない」と回答された方にお伺い致します。

☆☆9-4補③. 実施していない理由として該当するものすべてに○を囲んで下さい。

- a. 実施できる人材（専門職）がない      b. 評価や実施方法など知識・技術が不足している
- c. 時間が確保できない      d. 実施するスペース・設備がない
- e. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**【お忙しいところ、ご協力いただきましてありがとうございました。】**

記入もれがないかご確認のうえ、FAXにてご返送下さい。