

佐世保市

障がい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

(障がい者支援施設 (施設入所支援) 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4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。
その際は、お手数ですが、ご協力くださいますようお願いいたします。
- ◆ 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から順番にお願いいたします。
(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((____))内になるべく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にて御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： _____

記入者名： _____

1. 貴施設の入所者の方の状況についてお伺い致します。

1-1. 貴施設の入所者定員は何人ですか。

人（市外の方も含む）

1-2. 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）

※知的障がい・身体障がい・精神障がい等が重複している方はその他へ記入をお願いします。

年齢区分	知的障がい	身体障がい	精神障がい (発達障がいを含む)	その他(知的・身体・ 精神と重複している方)
18歳未満	人	人	人	人
18～64歳	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人

2. 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。

2-1. 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

2-2. 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 → ☆ b. いない

☆質問2-2で「a. いる」と回答された方にお伺い致します。

2-2補①. 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）

2-3. 貴施設で入所者の方が歯科医師による歯科健診を受ける機会がありますか？

a. ある → ☆ b. 全くない

☆質問2-3で「a. ある」と回答された方にお伺い致します。

2-3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：_____）

2-3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 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：_____）

2-4. 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 → ☆ b. 全くない

☆質問2-4で「a. ある」と回答された方にお伺い致します。

2-4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：_____）

2-4補②. 歯科保健指導の対象者選定について、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：_____）

2-5. 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 → ☆ b. していない

☆質問2-5で「a. している」と回答された方にお伺い致します。

2-5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. 定期的にフッ化物洗口をしている
e. 定期的にフッ化物塗布を受けさせている f. 職員への歯科保健に関する研修会の開催
g. その他（具体的に：_____）

2-6. 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： _____）

2-7. 貴施設で入所者の方の歯や口のことに関して、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（その内容： _____）
- b. ややある（その内容： _____）
- c. あまりない
- d. まったくない
- e. その他（具体的に： _____）

3. 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。

3-1. 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： _____）

【施設全体での取り組み】

3-2. 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】

3-3. 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？

あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

- a. 実施している → ☆
- b. 必要性を感じているが実施していない → ☆☆
- 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3-3で「a. 実施している」と回答された方にお伺い致します。

3-3補①. 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3-3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。

3-3補②. 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。