

## 厚生労働科学研究事業

障害者等への歯科保健医療サービスの提供状況の把握及びその提供体制構築のための調査研究

### 歯科保健医療サービス提供困難者に対する

### 歯科保健医療サービス実施に関するアンケート

< 障害（児）者入所福祉施設用 >

#### 《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5ページあります。
- ◆ 回答は1から順にお進みください。  
(選択した回答肢に 印があるものは、指示の通りに進んでください)
- ◆ 回答の際は、質問の内容をよく読んで、指示に従ってお答えください。
- ◆ 選択肢があるものには、あてはまる記号(a,b,c...)を で囲んでください。  
選択の数(一つ、複数)は設問により異なりますのでご注意ください。
- ◆ 回答肢に(『 \_\_\_\_\_ 』)が設けられている場合は、 印をつけて頂き、  
数字や具体的な回答を( \_\_\_\_\_ )にご記入ください。
- ◆ 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。  
また、個別機関の記載内容について使用・公表することはいたしませんので忌憚のないご回答をお願いいたします。

#### 《アンケート調査への同意》

- ◆ アンケートにご回答頂ける場合、同意するにチェックをお願い致します。  
同意する  同意しない

#### 《締め切りについて》

ご多用のところ恐縮ですが、**令和 2年 4月 24日 ( 金 )**までに、  
同封の封筒にてご投函下さい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は、下記宛までお願い致します。

昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門

[koeisei@dent.showa-u.ac.jp](mailto:koeisei@dent.showa-u.ac.jp)

メールタイトルに「厚労科研 施設名」を記載ください

貴施設について	名称	
	運営主体	
	住所	〒
	電話番号	
ご記入者について	役職・職種	
	お名前	

## 1. 貴施設の状況についてお伺いします。

1 - 1 . 貴施設についてお伺いします。								
定員について	a. 定めている				b. 定めていない			
1 - 1 で「a. 定めている」と回答された方にお伺い致します。								
1 - 1 - 2 入所定員数と現状の入所人数を記載して下さい。								
定員数	人			現状数	人			
1 - 2 . 現時点での入所者の構成についてお答え下さい。人数の記載をお願い致します。(下記の障害を併せ持っている場合、重複しても構いません。)								
	知的障害		身体障害		精神障害		その他	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
18歳未満	名	名	名	名	名	名	名	名
18～64歳	名	名	名	名	名	名	名	名
65歳以上	名	名	名	名	名	名	名	名
1 - 3 . 貴施設において、施設入所支援の運営規定上、事業の主たる対象とする障害種別を定めている場合、該当するもの <u>全て</u> に○をつけて下さい。					a. 知的障害 b. 身体障害 c. 精神障害 d. その他 (具体的に_____) e. 特に定めていない			

## 2. 貴施設での医療専門職員の配置状況についてお伺いします。

2 - 1 . 貴施設には職員（常勤または非常勤）、嘱託として医療における専門職員が配置されていますか？				
a. いる		b. いない		
質問2 - 1で「a. いる」と回答された方にお伺い致します。				
2 - 1 - 1 配置されている職種および雇用形態について、各々の人数をお書きください。				
a. 医師	・常勤	名	・非常勤	名
b. 看護師	・常勤	名	・非常勤	名
c. 歯科医師	・常勤	名	・非常勤	名
d. 歯科衛生士	・常勤	名	・非常勤	名
e. 理学療法士	・常勤	名	・非常勤	名
f. 作業療法士	・常勤	名	・非常勤	名
g. 言語聴覚士	・常勤	名	・非常勤	名
h. 栄養士	・常勤	名	・非常勤	名
i. 介護士	・常勤	名	・非常勤	名
j. その他 ( )	・常勤	名	・非常勤	名

## 3. 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します。

3 - 1 . 貴施設では「歯科口腔保健の推進に関する法律」（通称：歯科口腔保健法）の中に、「障害者が定期的に歯科検診または歯科治療を受けることができるようにする」とした内容が記載されていることをご存知ですか？ 該当するものを1つ選んで をつけて下さい。	a. よく知っている
	b. やや知っている
	c. あまり知らない
	d. まったく知らない
	e. その他 (具体的に_____)
3 - 2 . 貴施設では、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	

<p>質問3 - 2で「a. ある」と回答された方にお伺いします。</p> <p>3 - 2 - 1</p> <p>歯科健診の頻度について該当するものを<u>1つ</u>選んで をつけてください。</p>	<p>a. 年1回</p> <p>b. 年2回</p> <p>c. 年3回以上</p> <p>d. 不定期（平均すると____年に1回）</p> <p>e. その他 （具体的に _____ _____）</p>
--	---

3 - 3 . 貴施設では、入所者の方が歯科医師または歯科衛生士から歯科保健指導（歯の磨き方やお口の体操の説明等）を受ける機会がありますか？

a. ある	b. 全くない
-------	---------

質問3 - 3で「a. ある」と回答された方にお伺いします

<p>3 - 3 - 1</p> <p>その頻度について該当するものを<u>1つ</u>選んで をつけてください。</p>	<p>a. 年1回</p> <p>b. 年2回</p> <p>c. 年3回以上</p> <p>d. 不定期（平均すると _____年に1回）</p> <p>e. その他 （具体的 _____）</p>
---	--

3 - 4 . 貴施設では、歯科健診や歯科医師・歯科衛生士による歯科保健指導（歯の磨き方やお口の体操の説明等）以外に、入所者の方のむし歯や歯周病の予防のために何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3 - 4で「a. している」と回答された方にお伺い致します。

<p>3 - 4 - 1</p> <p>実施している取り組みの内容について該当するもの<u>全てに</u> をつけて下さい。</p>	<p>a. 食後の歯磨きの時間をとっている</p> <p>b. 職員が歯磨きの状態をチェックしている</p> <p>c. 定期的にフッ化物洗口をしている</p> <p>d. 定期的にフッ化物塗布を受けさせている</p> <p>e. 職員への歯科保健に関する研修会の開催</p> <p>f. その他 （具体的に _____）</p>
--	---

3 - 5 . 貴施設で入所者の方が、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？ 該当するもの全てに をつけて下さい。

<p>3 - 5 .</p> <p>貴施設で入所者の方が、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？ 該当するもの<u>全てに</u> をつけて下さい。</p>	<p>a. 口腔保健センターへ連れて行く</p> <p>b. 近隣の大学病院又は病院歯科へ連れて行く</p> <p>c. 近隣の歯科医院へ連れて行く</p> <p>d. 近隣の歯科医院に往診を依頼する</p> <p>e. 施設内（または併設）の歯科で治療</p> <p>f. 家族または本人に受診を勧めるのみ</p> <p>g. 特になし</p> <p>h. その他 （具体的に _____）</p>
---	--

<p>3 - 6 .        貴施設の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？        該当するものを1つ選んで をつけて下さい。</p>	<p>a. 大いにある          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_____)</p>
---	--

<p>3 - 7 .        貴施設での歯科保健活動（歯科医師や歯科衛生士による歯磨き方法の説明やお口の体操の説明等）は入所者の方のニーズを満たしていると思いますか？        該当するものを1つ選んで をつけて下さい。</p>	<p>a. 十分満たしている          b. ある程度満たしている          c. やや不足している          d. まったく不足している          e. 特に必要性を感じない          f. 歯科保健活動を受ける機会がない          g. その他          (具体的に_____)</p>
---	---

質問3 - 7で「c . やや不足している」または「d . まったく不足している」と回答された方にお伺いします。

<p>3 - 7 - 1        不足していると思われる点を具体的にご記入ください。</p>	<p>_____        _____</p>
---	-------------------------------

<p>3 - 8 .        貴施設では全身麻酔法や精神鎮静法（笑気吸入鎮静法や静脈内鎮静法）を使って行われる歯科治療に対して、どの程度の知識を持っていますか？        該当するものを1つ選んで をつけて下さい。</p>	<p>a. 十分にある          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_____)</p>
--	--

#### 4 . 貴施設での食事介助、食べる機能の維持・向上に関する状況についてお伺いします。

<p>4 - 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？        該当するものを1つ選んで をつけて下さい。</p>	<p>a. 大いにある          b. ややある          c. あまりない          d. 問題ない          e. 食事介助が必要な者がいない          f. 食事を提供していない          g. その他          (具体的に_____)</p>
--	---

<p>4 - 2 . 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？ 該当するものを<u>1つ</u>選んで をつけて下さい。</p>	<p>a. 実施している b. 必要性は感じるが実施できていない c. 必要性を感じないので実施していない d. その他 (具体的に _____ )</p>
<p>質問4 - 2で「a . 実施している」と回答された方にお伺いします。</p>	
<p>4 - 2 - 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<u>全て</u>に をつけて下さい。</p>	<p>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 _____ )</p>
<p>4 - 2 2 実施されている指導・訓練を行っている職種について、該当するものに○をつけて下さい。（複数回答可）</p>	<p>a. 医師 b. 看護師 c. 歯科医師 d. 歯科衛生士 e. 理学療法士 f. 作業療法士 g. 言語聴覚士 h. 栄養士 i. 介護士 j. その他 (具体的に _____ )</p>
<p>質問4 - 2で「b . 必要性は感じるが実施できていない」と回答された方にお伺いします。</p>	
<p>4 - 2 3 実施できていない理由として該当するもの<u>全て</u>に をつけて下さい。</p>	<p>k. 実施できる人材（専門職）がない l. 評価や実施方法など知識・技術が不足している m. 時間が確保できない n. 実施するスペース・設備がない e. その他 (具体的に _____ )</p>

質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。