

「要介護高齢者・障害者の歯科保健医療に関する実態調査」 調査票2-1

問1. あなたの事業所の名称を教えてください。

※ 事業所のお名前は、調査票の回収時に確認のため使うことがありますが、公表することはありません。

事業所の名称：

問2. 記入いただく方のお名前と御連絡先を教えてください。

※ 記入いただいた方のお名前は、記入もれや不明な点があった時に確認のため使うことがあります。

記入者氏名

☎

問3. あなたの事業所では、誤嚥性肺炎や低栄養の予防などのために、利用者の歯や口の健康問題を把握していますか。（1つだけに○）

1. 把握している

2. 把握していない

選択肢1を選んだ方は問4・問5に答えてください

選択肢2を選んだ方は問5に答えてください

問4. 利用者の歯や口の健康問題について、どのような内容を把握していますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 食事摂取の状況（介助の状況、食事にかかる時間、食欲はあるかなど）
2. 食事のとき飲み込みに問題はないか（食事形態を「きざみ」にしている、「むせ」の有無など）
3. よく噛んで食べられるか（歯がないので噛みにくい、入れ歯が合っていないなど）
4. 歯みがきはできているか
5. 入れ歯の手入れはできているか
6. 口の中がよごれていないか（歯石がついている、舌が汚れているなど）
7. その他（ ）

問5. 利用者の歯や口の健康問題について、歯科医療機関と連携して取り組んでいますか。

（1つだけに○）

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1. 連携している | → 問6へ進んでください |
| 2. 今は連携していないが、今後は連携したい | → 問7へ進んでください |
| 3. 連携しておらず、今後も予定はない | → 問8へ進んでください |

(問5で選択肢「1. 連携している」を選んだ方はお答えください)

問6. 利用者の歯や口の健康問題について、歯科医療機関とどのように連携していますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 往診を依頼している
2. 訪問歯科診療を依頼している
3. 歯科衛生士の訪問による口腔ケアを依頼している
4. 訪問口腔リハビリテーションを依頼している
5. その他 ()

(問5で選択肢「2. 今は連携していないが、今後は連携したい」を選んだ方はお答えください)

問7. 歯科医療機関と連携していないのは、どのような理由ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. どこに相談すればよいか分からないから
2. 協力してくれる歯科医療機関が見つからないから
3. 連携が必要な利用者がいないから
4. 本人や家族が希望しないから
5. その他 ()

問8. あなたの事業所では、とちぎ在宅歯科医療連携室(平成27年4月に栃木県歯科医師会が設置)を利用したことがありますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 知らない
2. 知っているが、利用したことはない
3. 利用したことがある

問9. 高齢化の進展に伴い、在宅歯科医療の充実が求められていますが、どのような課題があると思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 在宅医療に取り組む歯科診療所等に関する情報が不足している
2. 利用者の在宅歯科医療に関わる問題を相談できるところがない
3. 歯科専門職に訪問診療等を依頼したいが、対応可能な歯科診療所が限られている
4. 歯科専門職の介護や認知症高齢者についての知識が不足している
5. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護関係者など多職種による連携が不足している
6. 利用者や家族の在宅歯科医療の有効性についての理解が進んでいない
7. その他 ()
8. 分からない

〔居宅介護支援事業所向け〕

問10. 利用者の歯や口の健康問題について、日ごろ課題に感じていることや困っていることを自由にご記入ください。

※ 御協力ありがとうございました！！