〔相談支援事業所向け〕

「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2-2

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.　あなたの事業所の利用者について、次のような歯や口の健康に関する問題はありますか。

（あてはまるものすべてに○）

1．むし歯がある
2．歯ぐきのはれや出血がある（歯周病）
3．口の中が汚れている（歯石がついている、舌が汚れているなど）
4．食べ物をかみにくい（歯がない、入れ歯が合わないなど）
5．食べ物を飲み込みにくい（嚥下障害）
6．その他（　　）
7．特に把握していない

問4.　利用者の歯や口の健康問題について、歯科医療機関に相談していますか。

（1つだけに○）

1．相談している　　2．相談していない

「1. 相談している」を選んだ方は問5に答えてください

「2. 相談していない」を選んだ方は問6に答えてください

問5.　相談先の歯科医療機関は、次のいずれかに該当しますか。（あてはまるものすべてに○）

1．利用者のかかりつけ歯科医
2．障害者歯科医療協力医　（県の登録制度です。登録医として選んだ場合は○をつけてください。）
3．障害者高次歯科医療機関（県の指定医療機関として選んだ場合は○をつけてください。）
4．とちぎ在宅歯科医療連携室から紹介された歯科医療機関
5．とちぎ歯の健康センター診療所
6．その他（　　）

栃木県健康増進課行き　　Fax: 028－623－3920　（送付書不要）

〔相談支援事業所向け〕

（問4で選択肢「2. 相談していない」を選んだ方はお答えください）

問6.　歯科医療機関に相談していないのは、どのような理由からですか。（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7.　あなたの事業所では、利用者（障害児入所施設、障害者支援施設を除く）**の口腔衛生管理のため、サービス等利用計画に「歯みがき支援」や「歯科医療機関への定期受診」などを位置付けていますか。**（1つだけに○）

1．必要に応じて位置付けている
2．必要性を感じないため位置付けていない
3．その他（　　）

問8.　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がありましたら、自由にご記入ください。

※ 御協力ありがとうございました！！！

栃木県健康増進課行き　　**Fax: 028－623－3920**　（送付書不要）