

## 要介護高齢者・障害児者の歯科保健医療に関する実態調査 調査票



- \* この調査は、生涯にわたる歯や口腔の健康づくりの環境整備を進めるにあたり、要介護高齢者や障害児者における今後の歯科診療・保健指導の体系を検討するための基礎資料を得ることを目的として、栃木県が実施するものです。ご協力をお願い申し上げます。

### 本調査について

- ・ 調査対象施設は、栃木県内の介護保険施設および入所型の障害児者福祉施設です。
- ・ 調査方法は、入所者の歯科に関する健康管理体制及び実施状況等を、調査票によりお聞きするものです。
- ・ 結果の公表は、施設および回答者が特定できない形で行います。

### 本調査に回答する際のお願い

- ・ 調査票は、見開き、両面印刷のもの4ページです。
- ・ ご回答いただく方は、管理的立場の方または入所者の健康管理に携わる立場にある方にお願いいたします。
- ・ それぞれの質問の該当する選択肢に○印を、または空欄に記載してください。
- ・ 本調査票は、**10月14日（金）まで**に栃木県健康増進課（調査事務局）宛て同封の返信用封筒にてご返送ください。
- ・ 内容に関するご質問は、栃木県健康増進課生活習慣病医療担当あてにお願いいたします。  
(TEL 028-623-3096 FAX 028-623-3920)

- \*はじめに貴施設についてお聞きします。

ア. 施設名 \_\_\_\_\_

- イ. ご回答いただいた内容について確認させていただく場合がございます。  
恐れ入りますが、ご回答いただいた方をお知らせください。

所属および職名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

連絡先メールアドレス \_\_\_\_\_

- \*次ページから質問があります。全て平成23年9月1日時点の状況でお答えください。

1. 貴施設についてお答えください。

(1) 施設種別をお答えください。

※1つだけ○で囲む

- |                            |               |  |
|----------------------------|---------------|--|
| 1 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホームを含む） |               |  |
| 2 介護老人保健施設                 | 3 指定介護療養型医療施設 |  |
| 4 障害者支援施設                  | 5 身体障害者療護施設   |  |
| 6 知的障害者更生施設                | 7 知的障害者授産施設   |  |
| 8 障害児施設                    |               |  |

(2) 開設者をお答えください。

※1つだけ○で囲む

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1 国、県、市町（公立） | 2 医療法人      |
| 3 社会福祉法人     | 4 その他の法人、個人 |

(3) 施設職員について、職種と人数をお答えください。

※該当する欄に数字を記入

職 種	常勤 [人]	非常勤 [人]
医師	人	実 人
歯科医師	人	実 人
歯科衛生士	人	実 人
看護師（保健師、助産師、准看護師含む）	人	実 人
栄養士（管理栄養士含む）	人	実 人
言語聴覚士	人	実 人
介護福祉士	人	実 人
上記以外の職員	人	実 人

(4) 入所者の構成についてお答えください。

※該当する欄に数字を記入

年齢区分	知的障害	身体障害	精神障害	要介護者
18歳未満	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]
18～64歳	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]
65歳以上	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]

\* 年齢区分ごとに、入所の主な理由となっている障害や状態に区分した人数 または およその構成割合を記入してください。

(5) 入所者に提供する（できる）食事をお答えください。

※いくつでも○で囲む

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1 一般食（常食）      | 2 軟食（刻み食含む） |
| 3 流動食（ミキサー食含む） | 4 おやつ       |

\* 現在は必要がないので対応していなくても、必要があれば対応できる食事については ○をつけてください。

2. 貴施設の歯や口腔の健康管理に関する状況についてお答えください。

(1) 嘱託歯科医についてお答えください。

① 委嘱していますか。 ※1つだけ○で囲む

- 1 委嘱している（職員としている場合も含む） → (2)にお進みください
- 2 過去に委嘱したことがあるが、現在は委嘱していない
- 3 今まで委嘱したことはない

② 委嘱しない理由をお答えください。 ※いくつでも○で囲む

- 1 嘱託歯科医の制度を知らない
- 2 委嘱する必要性を感じられない、何を頼めばよいか分からない
- 3 委嘱できる歯科医師が見つからない、依頼先や相談先が分からない
- 4 費用が負担できない

(2) 入所者の歯や口腔の健康管理状況についてお答えください。

① 歯磨きの機会を取り入れていますか ※1つだけ○で囲む

- ア) 頻度 1 毎食後 2 1日1回以上 3 取り入れていない
- イ) 対象 1 全員 2 全員ではない
- ウ) 方法 1 介助が必要な方には職員が介助している  
2 歯磨き介助はしていない

② 歯磨き以外のう歯（むし歯）予防の取り組みについて ※いくつでも○で囲む

- 1 定期的にフッ素塗布を受けさせている
- 2 定期的にフッ化物洗口をしている
- 3 特に取り組んでいない

③ 口腔ケアや口腔機能向上の取り組みについて ※いくつでも○で囲む

- 1 舌や粘膜など歯以外の口腔内の清潔を保つ取り組みを取り入れている
- 2 義歯の手入れを行っている
- 3 「健口体操」（顔面体操、舌体操、だ液腺マッサージ、嚥下練習）など口腔機能維持向上のための取り組みを取り入れている
- 4 歯科医師や歯科衛生士による指導や実践を取り入れている
- 5 特に取り組んでいない

④ 歯科検診について ※1つだけ○で囲む

- ア) 頻度 1 年に1回以上 2 年に1回未満 3 実施していない
- イ) 対象 1 全員 2 全員ではない
- ウ) 方法 1 歯科診療所を受診 2 訪問してもらうなどして施設内で実施

⑤ 歯科受診について ※1つだけ○で囲む

- ア) 受診先 1 嘱託歯科医またはかかりつけの歯科診療所  
2 とちぎ歯の健康センター診療所  
3 病院（歯科口腔外科）  
4 特に決まっていない
- イ) 受診方法 1 自分で（家族の介助含む） 2 職員の介助で  
3 往診、訪問診療 4 特に決まっていない

\* 複数のパターンがある場合は、最も多いパターンをご回答ください。

⑥ その他取り組んでいることはありますか ※いくつでも○で囲む

- 1 ケアプランや個別支援計画に歯や口腔の健康に関して記載している
- 2 施設内カンファレンスの際、入所者の歯や口腔の健康についても取り上げている
- 3 入所者の歯や口腔の健康について専門家に相談している
- 4 職員が歯や口腔の健康に関する研修を受けるなどの機会がある
- 5 介護保険での口腔機能維持管理加算を算定している（介護保険施設のみ）

(3) 入所者の歯や口腔の健康状態についてお答えください。 ※該当する欄に数字を記入

年齢区分	「歯が痛い」 症状	「歯ぐきのはれ ・出血」の症状	「かみにくい」 症状	「飲み込みにくい」 症状
18歳未満	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]
18～64歳	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]
65歳以上	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]	[人] または約 [%]

\* 年齢区分ごとに、症状のある入所者の人数 または およその構成割合を記入してください。症状は本人が訴えるもののほか、職員がそう認めるものも含めてください。

(4) 入所者の歯や口腔の健康管理のため、今後強化したい、または取り入れたい活動をお答えください。 ※3つまで○で囲む

- 1 歯磨き指導や介助
- 2 歯に良いとされる食事の提供
- 3 フッ化物洗口やフッ素塗布
- 4 口腔ケア
- 5 噛むことや飲み込むことなど口腔機能向上の取り組み
- 6 定期的な歯科検診受診
- 7 受診先や相談先の確保、連携強化
- 8 嘱託歯科医の選任
- 9 歯科衛生士など専門職の採用

(5) 入所者の歯や口腔の健康のため、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士など専門職に望むことはありますか。

3. 「栃木県民の歯及び口腔の健康づくり推進条例」（平成23年4月施行）を知っていますか。

※1つだけ○で囲む

- 1 内容を含めて知っている
- 2 名前は聞いたことがあるが、内容は知らない
- 3 知らない（初めて知った）

\*御協力ありがとうございました。以上で質問は終了です。