



## 保護者の皆様へ

## ～東京都歯科保健行動調査へのご協力のお願い～

この調査は、お子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として、区市町村のご協力を得て、1歳6か月児歯科健康診査を受診される保護者の皆さまを対象に実施させていただいているものです。

調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

## 幼児期・学齢期の歯科保健行動調査 質問票（1歳6か月児用）

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 夜、母乳を飲みながら、または、哺乳びんでミルク等を飲みながら寝る習慣がありますか。  
(1) はい (2) いいえ

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
(1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 お子さんは、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
(1) 決めている (2) 決めていない

4-2 「決めている」と回答した方、その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。

(1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物歯面塗布<sup>かぶつしめんとふ</sup>\*1  
(3) 歯みがき指導 (4) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。

6 お子さんの性別をご記入ください。 性別 : 男 ・ 女

\* ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記をお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

保護者の皆様へ

～東京都歯科保健行動調査へのご協力のお願い～

この調査は、お子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として、区市町村のご協力を得て、3歳児歯科健康診査を受診される保護者の皆さまを対象に実施させていただいているものです。

調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

幼児期・学齢期の歯科保健行動調査 質問票 (3歳児用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】\*太線内のご記入ください。

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 3-2 どの程度使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。  
 (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない  
 ↓  
 5-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
 (3) その他( )

6 お子さんは、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
 (1) 決めている (2) 決めていない  
 ↓  
 6-2 「決めている」と回答した方、その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物<sup>かぶつしめんとふ</sup>歯面塗布\*  
 (3) フッ化物<sup>かぶつせんこう</sup>洗口の指導\*2 (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント<sup>せいらんと</sup>処置\*3 (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
 \*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
 \*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

7 お子さんの性別をご記入ください。 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

\* 健診時使用欄

現在歯数	未処置歯数	処置歯数

保護者の皆様へ

～幼児期・学齢期歯科保健行動調査へのご協力願い～

この調査は、お子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。

調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票(5歳児保護者用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 3-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。  
 (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない  
 ↓  
 5-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
 (3) その他( )

6 お子さんの、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
 (1) 決めている (2) 決めていない  
 ↓  
 6-2 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物<sup>かぶつしめんとふ</sup>歯面塗布\*  
 (3) フッ化物<sup>かぶつせんこう</sup>洗口の指導\*<sup>2</sup> (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント処置\*<sup>3</sup> (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
 \*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
 \*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

7 お子さんの性別をご記入ください。 性別 : 男 ・ 女

\* ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

保護者の皆様へ

～幼児期・学齢期歯科保健行動調査へのご協力願い～

この調査は、お子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票(小学校第1学年保護者用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 3-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。  
 (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない

5-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
 (3) その他( )

6 お子さんの、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
 (1) 決めている (2) 決めていない

6-2 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物<sup>かぶつしめんとふ</sup>歯面塗布\*  
 (3) フッ化物<sup>かぶつせんこう</sup>洗口の指導\*<sup>2</sup> (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント<sup>せいらんと</sup>処置\*<sup>3</sup> (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
 \*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
 \*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

7 お子さんの性別を○で囲んでください。 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票(小学校第4学年児童用)

この調査は、あなたの日ごろの生活のようすなどをお聞きすることにより、これからの子どもたちの歯のけんこうづくりの参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。あなたにごめいわくをおかけすることはありません。ご協力をおねがいたします。

東京都福祉保健局

【つぎの質問のあてはまる番号に○、また、( )の中に必要なことを書いてください。】

1 あなたは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 歯をみがくときは、1本ずついいねいに時間をかけていますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

4 歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 4-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) とときき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

5 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

6 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
 (1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
 (3) ととききゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない

7 あなたは、いつも行く歯医者さんがありますか。  
 (1) ある (2) ない

7-2 その歯医者さんではむし歯をなおしてもらうほかに、次のようなことをしてもらっていますか。当てはまる番号に、いくつでも○をつけてください。

- (1) 定期的に歯をけんさする(年1回以上)
- (2) 歯にフッ素をぬる
- (3) フッ素入りうがい薬の使い方を習う
- (4) 歯みがきのしかたを習う
- (5) シーラント処置\*<sup>3</sup>
- (6) その他( )

\*シーラント:むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめて、むし歯になるのを予防する処置のことです。

8 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先:福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票(中学校第1学年生徒用)

この調査は、あなたの日常生活習慣などをお聞きすることにより、今後の生徒の歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。調査結果は全体として集計いたしますので、あなたにめいわくご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いいたします。

東京都福祉保健局

【次の質問の当てはまる番号に○、または( )の中に必要なことを記入してください。】

- 1 あなたは、あめ・チョコレート・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
- 2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
- 3 歯をみがくときは、1本ずついいねいに時間をかけていますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
- 4 歯をみがくとき、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない  
 (4) 歯みがき剤は使っていない
- 5 歯をみがくとき、デンタルフロス(糸ようじなど)を使うことがありますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) 使っていない
- 6 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない
- 7 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
 (1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
 (3) ときどきゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない
- 8 20本以上の自分の歯があると、ほとんどの食物をかんで食べることができます。「8020(ハチマルニイマル)」とは、80歳になっても20本以上の自分の歯を保つ、歯の健康の目標です。あなたは、「8020」を知っていますか。  
 (1) 知っていた (2) 知らなかった
- 9 あなたは、かかりつけの歯科医院がありますか。  
 (1) ある (2) ない

4-2 どの程度、使っていますか。  
 (1) 毎日使っている  
 (2) ときどき使う

9-2 「ある」と答えた人は、その歯科医院でむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物歯面塗布\*  
 (3) フッ化物洗口の指導\*2 (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント処置\*3 (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
 \*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
 \*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

10 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別 : 男 ・ 女

保護者の皆様へ

～幼児期・学齢期歯科保健行動調査へのご協力願い～

この調査は、お子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。

調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票 (特別支援学校小学部第1学年保護者用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。なお、経管栄養 (チェック欄) のお子さんについては右のチェック欄に✓を入れ、回答できる質問についておこたえください。】

経管栄養

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。

- (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている \_\_\_\_\_ 3-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) とときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。

- (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。

- (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない

5-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- (1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
 (3) その他( )

6 お子さんの、かかりつけの歯科医院を決めていますか。

- (1) 決めている (2) 決めていない

6-2 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物歯面塗布\*1  
 (3) フッ化物洗口の指導\*2 (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント処置\*3 (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置の事です。

\*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。

\*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置の事です。

7 お子さんの性別を○で囲んでください。 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)



幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票(特別支援学校小学部第4学年児童用)

この調査は、あなたの日ごろの生活のようすなどをお聞きすることにより、これからの子どもたちの歯のけんこうづくりの参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。あなたにごめいわくをおかけすることはありません。ご協力をおねがいたします。

東京都福祉保健局

【つぎの質問のあてはまる番号に○、また、( )の中に必要なことを書いてください。なお、経管栄養の方については右のチェック欄に✓を入れ、回答できる質問についておこたえください。】

1 あなたは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない

2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない

3 歯をみがくときは、1本ずついねいに時間をかけていますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない

4 歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4-2 どの程度、使っていますか。  
 (1) 毎日使っている  
 (2) ときどき使う

5 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

6 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
 (1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
 (3) ときどきゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない

7 あなたは、いつも行く歯医者さんがありますか。  
 (1) ある (2) ない

7-2 その歯医者さんではむし歯をなおしてもらうほかに、次のようなことをしてもらっていますか。当てはまる番号に、いくつでも○をつけてください。

- (1) 定期的に歯をけんさする(年1回以上)
- (2) 歯にフッ素をぬる
- (3) フッ素入りうがい薬の使い方を習う
- (4) 歯みがきのしかたを習う
- (5) シーラント処置\*3
- (6) その他( )

\*シーラント:むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめて、むし歯になるのを予防する処置のことです。

8 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先:福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

幼児期・学齢期歯科保健行動調査 質問票 (特別支援学校中学部第1学年生徒用)

この調査は、あなたの日常生活習慣などをお聞きすることにより、今後の生徒の歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。調査結果は全体として集計いたしますので、あなたに  
ご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いいたします。  
めいわく

東京都福祉保健局

【つぎの質問のあてはまる番号に○、また、( )の中に必要なことを書いてください。なお、経管栄養 (チェック欄) の方については右のチェック欄に✓を入れ、回答できる質問についておこたえください。】

経管栄養

- 1 あなたは、あめ・チョコレート・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
  - 2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
  - 3 歯をみがくときは、1本ずついいいに時間をかけていますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない
  - 4 歯をみがくとき、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
(1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている  
(2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない  
(3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない  
(4) 歯みがき剤は使っていない
- 4-2 どの程度、使っていますか。  
(1) 毎日使っている  
(2) ときどき使う
- 5 歯をみがくとき、デンタルフロス(糸ようじなど)を使うことがありますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) 使っていない
  - 6 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
(1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない
  - 7 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
(1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
(3) ときどきゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない
  - 8 20本以上の自分の歯があると、ほとんどの食物をかんで食べることができます。「8020(ハチマルニイマル)」とは、80歳になっても20本以上の自分の歯を保つ、歯の健康の目標です。あなたは、「8020」を知っていますか。  
(1) 知っていた (2) 知らなかった

- 9 あなたは、かかりつけの歯科医院がありますか。  
(1) ある (2) ない

9-2 「ある」と答えた人は、その歯科医院でむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |   |  |
|---|--|
| (1) 定期健診(年1回以上)                                 | (2) フッ化物 <sup>かぶつしめんとうふ</sup> 歯面塗布 <sup>*1</sup> |
| (3) フッ化物 <sup>かぶつせんこう</sup> 洗口の指導 <sup>*2</sup> | (4) 歯みがき指導                                       |
| (5) シーラント <sup>シーラント</sup> 処置 <sup>*3</sup>     | (6) その他( )                                       |

\*1 フッ化物歯面塗布 : 歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
\*2 フッ化物洗口の指導 : むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
\*3 シーラント処置 : むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

- 10 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別 : 男 ・ 女

\* ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

東京都歯科保健実態調査質問票（歯科診療所 成人用）

健診者番号

この調査は、皆様の日常の保健習慣などをお聞きすることにより、今後の都民の歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計しますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いいたします。

東京都福祉保健局 公益社団法人東京都歯科医師会

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な数字などを記入してください。】

1 あなたは、御自身の歯・口や入れ歯の状態について、どのように感じていますか。

(1) ほぼ満足している (2) やや不満だが日常生活には困らない (3) 不自由や苦痛を感じている

↓

1-2 (2)(3)に回答した方、どんなことについて感じていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

(1) 歯が痛んだりしみたりする (4) 口臭がある (7) 歯や歯並びなどの見た目が気になる  
 (2) 歯ぐきから血がでる (5) 食べ物が歯と歯の間にはさまる (8) 入れ歯があわない  
 (3) 歯ぐきが腫れる (6) 噛む、味わう、飲み込む、話すことに不自由がある (9) その他 ( )

2 歯をみがくとき、1回に10分程度の時間をかけてみがくことがありますか。

(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 歯をみがくとき、1本ずつ丁寧に時間をかけていますか。

(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

4 デンタルフロス(糸ようじなど)や歯間ブラシを使っていますか。

(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) 使っていない

5 歯をみがくとき、フッ素入りの歯磨剤を使っていますか。

(1) フッ素入りの歯磨剤を使っている → 5-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯磨剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯磨剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯磨剤は使っていない

6 鏡を見て、歯や歯ぐきの様子を自分で観察することがありますか。

(1) 週に1回以上観察している (2) 月に1回以上観察している (3) ほとんどない

7 あなたは、かかりつけ歯科医院を決めていますか。

(1) 決めている (2) 決めていない

7-2 「決めている」と回答した方、その歯科医院では、むし歯・歯周病の治療や入れ歯の作製・修理などのほかに次のような予防処置等を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。

(1) 受けている → ①定期健診（年1回以上） ②歯石除去・歯面清掃  
 (2) 受けていない ③歯磨き指導 ④その他 ( )

8 永久歯は、「親知らず」が4本すべて生えたと全部で32本です。あなたの歯の数は、現在、何本ですか。

わからない方は、「？」と記入してください。

約  本

9 喫煙は歯ぐきの病気(歯周病)を進行させる要因の1つですが、あなたはこのことをご存じでしたか。

(1) 知っていた (2) 知らなかった

10 糖尿病だと歯周病にもかかりやすく、歯周病が糖尿病に悪影響を及ぼすことを、ご存じでしたか。

(1) 知っていた (2) 知らなかった

11 歯や入れ歯、舌などを清潔にすることが誤嚥性肺炎\*を予防することをご存知でしたか。

(1) 知っていた (2) 知らなかった

※誤嚥性肺炎(ごえんせいはいえん)とは、老化や脳血管障害の後遺症などによって、飲み込む力や咳をする力が弱くなると、口の中の細菌や食べかす、逆流した胃液などが間違っって気管に入りやすくなり、その結果起きる肺炎のこと

12 あなたは普段、よく噛む(一口30回程度)ようにしていますか。

(1) 噛むようにしている (2) していない

13 あなたは「8020(ハチマルニイマル)運動」という言葉を知っていましたか

(1) 知っていた (2) 聞いたことがある (3) 知らなかった

14 「8020(ハチマルニイマル)運動」とは80歳になっても自分の歯を20本以上保とうという運動です。あなたは「8020」を御自身の目標にしたいと思いますか。

(1) 目標にしたい (2) できれば目標にしたい (3) あまり目標にたくない  
 (4) 歯が20本ないので目標にできない (5) その他 ( )

15 あなたの性別と年齢を記入してください。

性別 (1) 男性 (2) 女性 年齢  歳

ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記をお願いします。

問い合わせ先：公益社団法人東京都歯科医師会（電話 03-3262-1148）

**歯科診療所患者調査記録票**

調査年月日 平成26年 月 日 ~ 月 日

健診者番号	性別 男性1 女性2	年齢	診療場所*1 診療所1 訪問2	現在歯数(第三大臼歯を含む)*2			喪失歯数(第三大臼歯を除く)*3		歯周疾患*4 無し1 有り2	歯周ポケットの深さ*5 (最大値)
				健全歯数	処置歯数	未処置歯数	総数	うち欠損補綴歯数		
1										mm
2										mm
3										mm
4										mm
5										mm
6										mm
7										mm
8										mm
9										mm
10										mm
11										mm
12										mm
13										mm
14										mm
15										mm

\*1 診療場所 : 診療が診療所の場合と訪問診療の場合で区別する。  
 \*2 現在歯数 : 第三大臼歯を含む全32歯を対象とする。  
 健全歯 : シーラント処置歯を含む。  
 処置歯 : 充填または歯冠修復が施されている歯  
 未処置歯 : 二次う蝕、残根を含む。  
 \*3 喪失歯数 : 第三大臼歯を除く全28歯を対象とする。  
 うち欠損補綴歯 : 喪失歯のうち、有床義歯、ブリッジのポンティック、インプラント等で補綴処置された部位(歯)  
 \*4 歯周疾患 : G(歯肉炎)、P(歯周炎)いずれかのある場合  
 \*5 歯周ポケットの深さ(最大値) :  $\frac{7}{7} \frac{6}{1} \frac{6}{6}$  のポケットを測定し、最大値(mm)を記入する。





介護保険施設等における口腔ケア等実態調査 調査票 (介護保険施設用)

下記の設問について、平成26年4月1日現在として該当するものに○をつけ、施設の状況等必要事項をご記入ください。

お手数ですが **7月1日(火曜日)まで**にご返送ください。

送付先: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 宛 FAX 03-5388-1436

施設名	<施設の種類> ・特別養護老人ホーム ・養護老人ホーム・ケアハウス ・介護老人保健施設 ・認知症グループホーム ・有料老人ホーム ・その他	定員 利用者数( )
所在地 区・市・町・村	記入者氏名 職種(施設長・看護職・介護職・その他)	連絡先 TEL - - 内線

問1 利用者の日常の口腔ケア(歯みがきや義歯の清掃)についてうかがいます。

- 施設の職員を対象に、口腔ケアの研修を行ったり、受講をさせていますか。
  - 行っている(年に\_\_回程度)
  - 行っていない ⇒ ① 行う予定がある(いつごろ:\_\_\_\_\_)
  - ② 予定はないが行いたい
  - ③ 行う予定はない
- 貴施設の職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に効果があることを知っていますか。
  - ① ほとんど知らない
  - ② 一部の職員は知っている
  - ③ 半数程度は知っている
  - ④ ほとんどの職員が知っている
- 利用者の口腔の状況の把握についてうかがいます。(複数回答可)

(1) 対象者	① 利用者全員	② 必要な利用者のみ	③ ほとんど把握していない
(2) 把握の頻度	① 定期的( か月に1回程度)	② 不定期	③ その他(具体的に_____)
(3) 誰が把握するか	① 施設職員: 医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・介護士・その他(_____)		
	② 外部の歯科専門職: 歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士		
(4) 把握の方法	③ その他(具体的に_____)		
	① 本人・家族の訴え	② 口腔内の観察	③ マニュアルや評価シート
	④ 歯科健診		
	⑤ その他(具体的に_____)		

- 口腔ケアの実施において、歯科医師・歯科衛生士等の専門職と連携をとっていますか。
  - ① とっていない
    - (1) 連携先 ① 医師会からの紹介
    - ② 歯科医師会からの紹介
    - ③ 地域の歯科医療機関
    - ④ その他(具体的に\_\_\_\_\_)
  - ② とっている ⇒ (2) 頻度 ① 定期的( \_\_か月に1回程度)
  - ② 不定期
  - ③ その他(具体的に\_\_\_\_\_)
  - (3) きっかけ ① 施設側からの依頼
  - ② 連携先からの申し出
  - ③ その他(具体的に\_\_\_\_\_)

問2 利用者の口腔機能の維持・向上を目的としたプログラムの実施についてうかがいます。

- 利用者の誤嚥、窒息について心配なことはありますか。
  - ① ない
  - ② ある ⇒ 相談できる専門家・専門機関が ① ある
  - ② ない
- 職員は、口腔機能の維持・向上が介護予防に効果があることを知っていますか。
  - ① ほとんど知らない
  - ② 一部の職員は知っている
  - ③ 半数程度は知っている
  - ④ ほとんどの職員が知っている
- 利用者の口腔機能の把握についてうかがいます。(複数回答可)

(1) 対象者	① 利用者全員	② 必要な利用者のみ	③ ほとんど把握していない
(2) 把握の頻度	① 定期的( か月に1回程度)	② 不定期	③ その他(具体的に_____)
(3) 誰が把握するか	① 施設職員: 医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・介護士・その他(_____)		
	② 外部の歯科専門職: 歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士		
(4) 把握の方法	③ その他(具体的に_____)		
	① 本人・家族の訴え	② 食事時の観察	③ マニュアルや評価シート
	④ 専門的な検査(医師・歯科医師等による嚥下機能検査等)		
	⑤ その他(具体的に_____)		

- 口腔機能の維持・向上プログラムの実施において、医師・歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士等の専門職と連携をとっていますか。
  - ① とっていない
    - (1) 連携先 ① 医師会からの紹介
    - ② 歯科医師会からの紹介
    - ③ 地域の歯科医療機関
    - ④ その他(具体的に\_\_\_\_\_)
  - ② とっている ⇒ (2) 頻度 ① 定期的( \_\_か月に1回程度)
  - ② 不定期
  - ③ その他(具体的に\_\_\_\_\_)
  - (3) きっかけ ① 施設側からの依頼
  - ② 連携先からの申し出
  - ③ その他(具体的に\_\_\_\_\_)

5 口腔ケアや口腔機能の維持・向上プログラムの実施に際し、施設内で定期的な話し合いの場や職員が共通で使用するマニュアルがありますか。

(1) 口腔ケア	1) 話し合いの場が	① ある(頻度  か月に1回程度)	② ない
	2) マニュアルが	① ある	② ない
(2) 口腔機能の維持・向上プログラム	1) 話し合いの場が	① ある(頻度  か月に1回程度)	② ない
	2) マニュアルが	① ある	② ない

問3 認知症のある利用者の口腔ケア、食事支援・介助についてうかがいます。

- 認知症のない方と比べ、口腔ケア、食事支援・介助は困難だと思いますか。
  - ① 非常に困難
  - ② やや困難
  - ③ 変わらない
  - ④ 困難ではない
  - ⑤ わからない
- 施設の職員を対象に、認知症がある場合の口腔ケアや食事支援・介助に関する研修を行ったり、受講させていますか。
  - ① 行っている(年に\_\_回程度)
  - ② 行っていない ⇒ ① 行う予定がある(いつごろ:\_\_\_\_\_)
  - ② 予定はないが行いたい
  - ③ 行う予定はない

ご協力ありがとうございました

介護保険施設等における口腔ケア等実態調査 質問票 (訪問看護ステーション用)

下記の設問について、平成26年4月1日現在として該当するものに○をつけ、施設の状況等必要事項をご記入ください。  
 お手数ですが、6月9日(月曜日)までにご返送ください。

送付先: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 FAX 03-5388-1436

施設名	所在地	記入者氏名
	区・市・町・村	
	連絡先 Tel - - 内線	職種(施設長・看護職・その他)
≪開設主体≫ 医療法人、社会福祉法人 医師会、国・地方公共団体、看護協会 公的・社会的保険関係団体、会社、その他		≪併設施設≫ ・なし ・病院・診療所・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム ・特養以外の社会福祉施設・居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター ・療養通所介護事業所・市町村保健センター・医師会館・看護協会会館・その他

(設問中の”在宅療養患者”はこれまで貴施設で対応されてきた患者を対象としてお答え下さい)

問1 在宅療養患者(以下、利用者)に対し、口腔ケアや歯科治療等、歯科対応が必要なケースはどのくらいありますか。 歯科対応が必要なケースは\_\_\_割程度ある。

問2 利用者の日常の口腔ケア(歯みがきや義歯の清掃)や歯科治療についてうかがいます。

1. 貴ステーションの職員を対象に、口腔ケアの研修を行ったり、受講をさせていますか。

- 1) 行っていない 2) 今後行いたい 3) 行っている

2. 利用者の歯や口腔の状況をどのように把握していますか。(複数回答可)

1) 対象の把握	①ほとんど把握していない ②必要と思われた利用者のみ ③原則全員把握する
2) 把握の頻度	①初回訪問時 ②不定期 ③ ___か月に1回程度定期的に ④その他
3) 把握する職種	①ステーション職員(看護職・その他) ②歯科専門職 ③その他
4) 把握の方法	①本人・家族からの情報 ②口腔内観察 ③マニュアルや評価シート ④利用者のかかりつけ歯科医から ⑤その他( )

3. 利用者の口腔ケア・歯科治療の実施に関し、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士等の専門職と連携がありますか。(複数回答可)

- 1) ない  
 2) ある ⇒ 連携先 ①利用者のかかりつけ歯科医 ②地区歯科医師会からの紹介 ③その他  
 連携の頻度 ①不定期 ② \_\_\_か月に1回程度 ③その他  
 連携のきっかけ ①貴ステーションからのアプローチ ②連携先からのアプローチ ③その他

問3 在宅療養患者の摂食・嚥下機能に対する対応についてうかがいます。

1. 利用者の食事時の誤嚥、窒息について心配なことはありませんでしたか。

- 1) ない 2) あった ⇒ 相談できる専門家・専門機関は ①ない ②ある

2. 利用者の摂食・嚥下機能をどのように把握していますか。(複数回答可)

1) 対象の把握	①ほとんど把握していない ②必要と思われた利用者 ③原則全員把握する
2) 把握の頻度	①初回訪問時 ②不定期 ③ ___か月に1回程度定期的に ④その他
3) 把握する職種	①ステーション職員(看護職・その他) ②歯科専門職 ③その他
4) 把握の方法	①本人・家族からの情報 ②食事観察 ③マニュアルや評価シート ④利用者のかかりつけ歯科医から ⑤RSST・水のみテスト等のスクリーニングテスト ⑥その他( )

3. 利用者の摂食・嚥下機能に関して、医師・歯科医師・歯科衛生士等の専門職と連携がありますか。(複数回答可)

- 1) ない  
 2) ある ⇒ 連携先 ①患者のかかりつけ歯科医 ②地区歯科医師会からの紹介 ③医師 ④その他  
 連携の頻度 ①不定期 ② \_\_\_か月に1回程度 ③その他  
 連携のきっかけ ①貴ステーションからのアプローチ ②連携先からのアプローチ ③その他

4. 利用者の摂食・嚥下機能に関連した問題について、職員の話し合いの場や共通のマニュアルがありますか。

	ステーションで定期的な話し合いの機会が	職員が共通で使用するマニュアルが
1) 口腔ケア	①ない ②ある ⇒ 頻度 ___か月に1回程度	①ない ②ある
2) 摂食・嚥下	①ない ②ある ⇒ 頻度 ___か月に1回程度	①ない ②ある

問4 認知症を持つ在宅療養患者の口腔ケア、食事に関連した問題についてうかがいます。

1. 認知症のない方と比べ、口腔ケア、食事に関連した問題への対応は困難だと思いますか。

- 1) 常に困難 2) しばしば困難 3) ととき困難 4) 困難ではない 5) 経験がない

2. 貴ステーションの職員を対象に、認知症の方の口腔ケアや食事に関連した問題への対応等に関する研修を行ったり、受講をさせていますか。

- 1) 行っていない 2) 今後行いたい 3) 行っている ご協力ありがとうございました



かかりつけ歯科医機能推進のための調査 調査票

該当するものに○もしくはご記入の上、お手数ですが **10月31日(金)**までに ご返送ください。

送付先: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 田中・松岡 宛 FAX **03-5388-1436**

1 **8020運動** 貴院では、8020運動を周知していますか。 (注)は裏面参照

① 周知していない  ② 周知している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布 (3) 口頭で内容を指導  
 (4) 「あなたの歯の数 現状・将来(注1)」を用い、患者の状態にあわせて指導

2 **禁煙支援** 貴院では、患者の禁煙を支援していますか。

① 支援していない  ② 支援している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布 (3) 口頭で内容を指導  
 (4) 「かかりつけ歯科医禁煙支援プログラム」(注2)を実施 (5) 患者の禁煙支援のために内科医等に紹介  
 (6) その他 ( )

3 **歯周病と糖尿病の関係の周知** 貴院では、このことについてどのように取り組んでいますか。

① 取り組んでいない  ② 取り組んでいる ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布 (3) 口頭で内容を指導  
 (4) 糖尿病が疑われる患者を内科医等に紹介 (5) 糖尿病の患者の主治医と連携して治療  
 (6) その他 ( )

4 **口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防** 貴院では、このことについて周知等を行っていますか。

① 周知していない  ② 周知している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布 (3) 口頭で内容を指導  
 (4) 具体的に予防法を指導 (5) その他 ( )

5 **介護予防における口腔機能向上の事業やサービスの周知** 貴院では、このことについて周知等を行っていますか。

① 周知していない  ② 周知している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布 (3) 口頭で内容を指導  
 (4) 参加方法など具体的に説明 (5) その他 ( )

6 **貴院では下記の要請に対応しますか** 該当するものすべてに○をつけてください。

認知症患者の歯科治療	① 対応可能	② 対応が困難	③ 今後対応したい
障害者の歯科治療	① 対応可能	② 対応が困難	③ 今後対応したい
摂食・嚥下障害への対応	① 対応可能	② 対応が困難	③ 今後対応したい
訪問歯科診療	① 対応可能	② 対応が困難	③ 今後対応したい
周術期の口腔ケア	① 対応可能	② 対応が困難	③ 今後対応したい

7 問6で ②対応困難、③今後対応したいと回答した貴院での課題を教えてください。

( )

8 **フッ化物の応用** 貴院では、このことについてどのように取り組んでいますか。

① 推進していない  ② 推進している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) ポスターを掲示 (2) リーフレットを配布  
 (3) フッ化物歯面塗布を実施 (4) フッ化物配合歯磨剤の利用を推奨 (5) フッ化物洗口を指導  
 (6) フッ化物洗口の集団応用を指導 (7) その他 ( )

9 **歯科からの食育** 貴院では、このことについてどのように取り組んでいますか。

① 取り組んでいない  ② 取り組んでいる ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) 食育に関するポスターを掲示 (2) 日本歯科医師会による「窒息予防のチラシ・ポスター」(注3)を活用  
 (3) 食育のリーフレットを配布 (4) 「乳幼児の食べ方」(注4)を指導  
 (5) 「嚙ミング30(カミングサンマル)」(注5)を周知 (6) その他 ( )

10 **歯科からの子育て支援** 貴院では、「気になる親子」(注6)等を支援していますか。

① 支援していない  ② 支援している ⇒ 下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(1) むし歯の多い幼児や「気になる親子」に対し、親身に相談・指導  
 (2) 「気になる親子」に関し、子ども家庭支援センターや保健所・保健センター等の行政機関に相談・連絡  
 (3) その他 ( )

回答者(診療所の管理者等)についてご記入ください

①性別 男性・女性 ②年代 20・30・40・50・60・70歳以上  
 ③医療機関の所在地 \_\_\_\_\_ 区・市・町・村

区市町村における歯科保健医療事業に関する調査

1. 普及啓発について

テーマ	実施状況 あり→○ なし→×	事業名	使用媒体・方法	事業開始年度
例) 8020運動	○	8020よい歯の表彰式	区報による周知	平成18年度
8020運動				
食育・噛ミング30				
喫煙と歯周病の関係				
歯周病と糖尿病の関係				
誤嚥・窒息の予防				
誤嚥性肺炎の予防				
口腔機能向上 (地域支援事業によるものを除く)				
その他				
その他				
その他				

区市町村・部署名 :

電話番号 :  記入者名 :

記入者職種(番号を右記から選んで記入) :  1. 事務 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士 4. 保健師 5. その他 ( )

## 2. コミュニティケアとしてのフッ化物応用の推進について

### (1) フッ化物歯面塗布の行政による直接実施について

内容	実施状況 あり→○ なし→×	事業名	具体的な実施方法	事業開始年度
フッ化物歯面塗布の行政による 直接実施				

### (2) フッ化物歯面塗布についての「行政」と「かかりつけ歯科医」の役割分担や連携の実施について

内容	実施状況 あり→○ なし→×	事業名等	具体的な実施方法	事業開始年度
委託事業化				
協力医療機関一覧の作成				
その他				
その他				

区市町村・部署名：

電話番号：  記入者名：

記入者職種(番号を右記から選んで記入)：  1. 事務 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士 4. 保健師 5. その他 ( )

## 2. コミュニティケアとしてのフッ化物応用の推進について

### (3) フッ化物洗口（集団応用）の事業化について

該当箇所に○	事業化について	事業名	具体的な実施方法	事業開始（予定）年度
	事業化している			
	検討中			
	検討したことがある			
	今後検討したい			
	検討したことがない			
	必要性が低い			
	その他			

### (4) 保健主管課以外でのフッ化物洗口（集団応用）実施状況について

該当箇所に○	他部署の事業の把握	把握している場合は、実施団体（部署）・開始時期等について差支えない範囲で記入してください
	把握している	
	把握していない	

区市町村・部署名：

電話番号：  記入者名：

記入者職種(番号を右記から選んで記入)：  1. 事務 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士 4. 保健師 5. その他（ ）

### 3. 平成26年度に実施した下記の取り組み等で先駆的に実施、もしくは特に重点を置いている事業について

内容	実施状況 あり→○ なし→×	実施方法				事業名	事業対象・内容	事業開始年度	東京都の「医療保健政策区市町村包括補助事業」の利用 あり→○なし→×
		該当箇所に○			委託の場合				
	直接実施	委託	その他	委託先名称					
障害者・要介護高齢者(認知症含む)等に対する歯科保健医療									
摂食・嚥下障害への支援									
食育支援									
虐待予防・むし歯の多い子や発達障害児への子育て支援									
その他									
その他									
その他									

区市町村・部署名：

電話番号：

記入者名：

記入者職種(番号を右記から選んで記入)： 1. 事務     2. 歯科医師     3. 歯科衛生士     4. 保健師     5. その他（）

成人歯周疾患検診問診票（島しょ地区歯科疾患実態調査調査票）

実施日（場所）：H26.5.（神津島村）

この問診票は、神津島村で実施する歯周疾患検診と東京都で実施する歯科疾患実態調査の調査票を兼ねたものです。検診結果は検診後に皆様にお伝えします。また、歯科疾患実態調査は、皆様の日常の保健習慣などをお聞きし、口の中の状況を把握させていただくことにより、今後の都民の歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。ご協力の程よろしくお願いいたします。

神津島村・東京都福祉保健局



氏名	生年月日 T S H 年 月 日	歳	男・女	住所	番地
----	---------------------	---	-----	----	----

1 あなたは、御自身の歯・口や入れ歯の状態について、どのように感じていますか。

- (1) ほぼ満足している (2) やや不満だが日常生活には困らない (3) 不自由や苦痛を感じている

1-2 (2)(3)に回答した方、どんなことについて感じていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- (1) 歯が痛んだりしみたりする (4) 口臭がある (7) 歯や歯並びなどの見た目が気になる  
 (2) 歯ぐきから血がでる (5) 食べ物が歯と歯の間にはさまる (8) 入れ歯があわない  
 (3) 歯ぐきが腫れる (6) 噛む、味わう、飲み込む、話すことに不自由がある (9) その他( )

2 歯をみがくとき、1回に10分程度の時間をかけてみがくことがありますか。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) ほとんどない

3 デンタルフロス(糸ようじなど)や歯間ブラシを使っていますか。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3~4日 (3) 週に1~2日 (4) 使っていない

4 歯をみがくとき、フッ素入りの歯磨剤を使っていますか。

- (1) フッ素入りの歯磨剤を使っている (2) 歯磨剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない  
 (3) 歯磨剤は使っているが、フッ素入りではない (4) 歯磨剤は使っていない

4-2 どの程度、使っていますか。  
 (1) 毎日使っている  
 (2) ときどき使う

5 鏡を見て、歯や歯ぐきの様子を自分で観察することがありますか。

- (1) 週に1回以上観察している (2) 月に1回以上観察している (3) ほとんどない

6 最後に歯の治療を受けたのはいつ頃ですか。

- (1) 現在治療中 (2) 1年以内 (3) 3年以内 (4) 3年以上前・受けたことがない

6-2 (1)~(3)と回答した方、それはどちらの歯科診療所で受けましたか。  
 (1) 島内の歯科診療所 (2) 島外の歯科診療所

7 この1年間に歯の健康診査を受けたことがありますか。

- (1) 受けた (2) 受けていない

どんな理由で受診しないのですか。  
 (1) 歯が痛くないから (2) 歯科健診を知らなかった (3) 予約が面倒だから  
 (4) 治療に通っている(治療に通っていた)から (5) その他( )

8 この1年間に歯石をとってもらったり、歯の汚れを取り除いてもらったことがありますか。

- (1) ある (2) ない

9 永久歯は、「親知らず」が4本すべてはえると全部で32本です。あなたの歯の数は、現在、何本ですか。

わからない方は、空欄に「？」と記入してください。

約 本

10 抜けたままになっている永久歯はありますか。

- (1) ある (2) ない
- 抜けてしまった理由は何ですか。また、治療等をしない理由は何ですか。  
 (1) むし歯 (2) 歯周病 (3) その他( )  
 (1) 現在治療中 (2) 不自由を感じないから (3) 治療に行くのが面倒だから  
 (4) 治療費が掛かるから (5) 入れ歯が合わなくなったから (6) その他( )

11 喫煙は歯周病(歯ぐきの病気)を進行させる要因の一つですが、あなたはこのことを御存知でしたか。

- (1) 知っていた (2) 知らなかった

12 この島での居住年数は何年くらいですか。

- (1) 3年未満 (2) 5年未満 (3) 10年未満 (4) 10年以上

13 あなたは「8020(ハチマルニイマル)運動」という言葉を知っていましたか。

- (1) 知っていた (2) 聞いたことがある (3) 知らなかった

14 「8020(ハチマルニイマル)運動」とは8歳になっても自分の歯を20本以上保とうという運動です。

あなたは「8020」を御自身の目標にしたいと思いませんか。

- (1) 目標にしたい (2) できれば目標にしたい (3) あまり目標にしたくない  
 (4) 歯が20本ないので目標にできない (5) その他( )

# 口 腔 内 調 査 票 (成人用)

**現在歯・喪失歯の状況** (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

1 健全歯数 (ノ)	2 未処置歯数 (C)	3 処置歯数 (O)	4 現在歯数 (1+2+3)	5 要補綴歯数 (△)	6 欠損補綴歯数 (⊕)

**歯肉の状況**

	17または16	11		26または27	
右					左
	47または46	31	36または37		

- 0 : 健全
- 1 : 歯肉出血
- 2 : 歯石
- 3 : 浅いポケット
- 4 : 深いポケット

**口腔清掃状態** 良好 ・ 普通 ・ 不良

**その他の所見** なし ・ あり

歯 (楔状欠損等) ・ 歯列咬合 ・ 顎関節 ・ 粘膜

**CPI 個人コード (最大値)**

**判定区分**

- 1. 異常なし (CPI=0)
- 2. 要指導 (CPI=1)
- 3. 要指導・要精検 →
  - a. 歯石除去・経過観察等 (CPI=2)
  - b. 歯周治療 (CPI=3または4)
  - c. う蝕治療 (未処置歯あり)
  - d. 補綴処置 (要補綴歯あり)
  - e. その他
 (その他の所見・問診1の訴え等あり)

**診査歯科医師名**

**相談・指導内容** (口腔清掃、生活習慣・歯科保健行動など)

保護者の皆様へ

～歯科疾患実態調査へのご協力願い～

この調査は、島しょ地区のお子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の島しょ地区の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

島しょ地区歯科疾患実態調査 質問票(保育所 園児保護者用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】

- 1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない
- 2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない
- 3 夜、母乳を飲みながら、または、哺乳びんでミルク等を飲みながら寝る習慣がありますか。  
 (1) はい (2) いいえ
- 4 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 4-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない
- 5 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない
- 6 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。  
 ↓ (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない  
 6-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
 (3) その他( )
- 7 お子さんの、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
 ↓ (1) 決めている (2) 決めていない  
 7-2 「決めている」と回答した方、それはどちらの歯科医院ですか。  
 (1) 島内の歯科医院 (2) 島外の歯科医院 (3) 巡回歯科診療班  
 ↓ 7-3 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物歯面塗布\*  
 (3) フッ化物洗口の指導\*2 (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント処置\*3 (6) その他( )
- 8 お子さんの年齢、性別をご記入ください。 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 性別 : 男 ・ 女
- 9 10月に1歳6か月歯科検診又は3歳児歯科検診を受診し「幼児期・学齢期の歯科保健行動調査 質問票」に回答された方は□に✓をお願いします。 □

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記をお願いいたします。

問い合わせ先: 福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)



保護者の皆様へ

～歯科疾患実態調査へのご協力願い～

この調査は、島しょ地区のお子さんの日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の島しょ地区の子供たちの歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。  
調査結果は全体として集計いたしますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、以下の質問にご回答くださいますようお願い申し上げます。

東京都福祉保健局

島しょ地区歯科疾患実態調査 質問票(小学校第1学年～第3学年保護者用)

【下記の質問の該当する番号に○、または必要な事項や数字を記入してください。】

1 お子さんは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 お子さんは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
(1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 お子さんは、歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
(1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 3-2 どの程度、使っていますか。  
(2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
(3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
(4) 歯みがき剤は使っていない

4 保護者の方は、お子さんの口の中(歯や歯ぐきの様子)を観察することがありますか。  
(1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

5 保護者の方は、お子さんにゆっくりよく噛んで食べる習慣をつけるようにしていますか。  
└ (1) 習慣をつけるようにしている (2) 習慣をつけるようにはしていない

5-2 「習慣をつけるようにしている」と回答した方、どのようなことをしていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
(1) 適度に噛み応えのある食品をとり入れるようにしている (2) ゆっくりよく噛むように声をかけている  
(3) その他( )

6 お子さんの、かかりつけの歯科医院を決めていますか。  
└ (1) 決めている (2) 決めていない

6-2 「決めている」と回答した方、それはどちらの歯科医院ですか。  
(1) 島内の歯科医院 (2) 島外の歯科医院 (3) 巡回歯科診療班

6-3 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○をつけてください。  
(1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物<sup>かぶつしめんとふ</sup>歯面塗布<sup>\*1</sup>  
(3) フッ化物<sup>かぶつせんこう</sup>洗口の指導<sup>\*2</sup> (4) 歯みがき指導  
(5) シーラント処置<sup>\*3</sup> (6) その他( )

\*1 フッ化物歯面塗布：歯にフッ素を塗り、むし歯になるのを予防する処置のことです。  
\*2 フッ化物洗口の指導：むし歯予防のために、フッ素入りのうがい薬の使い方を習うことです。  
\*3 シーラント処置：むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する処置のことです。

7 お子さんの学年、性別を○で囲んでください。 学年：1年生・2年生・3年生 性別：男・女

\* ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先：福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

島しょ地区歯科疾患実態調査 質問票(小学校第4学年～第6学年児童用)

この調査は、あなたの日ごろの生活のようすなどをお聞きすることにより、これからの子どもたちの歯のけんこうづくりの参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。あなたにごめいわくをおかけすることはありません。ご協力をおねがいたします。

東京都福祉保健局

【つぎの質問のあてはまる番号に○、また、( )の中に必要なことを書いてください。】

1 あなたは、あめ・チョコレート・ガム・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

3 歯をみがくときは、1本ずついいねいに時間をかけていますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

4 歯をみがくときフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

4-2 どの程度、使っていますか。  
 (1) 毎日使っている  
 (2) ときどき使う

5 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない

6 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
 (1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
 (3) ときどきゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない

7 あなたは、いつも行く歯医者さんがありますか。  
 (1) ある (2) ない

7-2 「ある」と答えたひとは、それはどちらの歯医者さんですか。  
 (1) 住んでいる島の歯医者さん (2) 住んでいる島以外の歯医者さん (3) じゅん回して来る歯医者さん

7-3 その歯医者さんではむし歯をなおしてもらうほかに、次のようなことをしてもらっていますか。  
 当てはまる番号に、いくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期的に歯をけんさする(年1回以上) (2) 歯にフッ素をぬる  
 (3) フッ素入りうがい薬の使い方を習う (4) 歯みがきのしかたを習う  
 (5) シーラント処置\*<sup>3</sup> (6) その他( )

\*シーラント:むし歯になりやすいお歯のみぞにプラスチックなどをつめて、むし歯になるのを予防する処置のことです。

8 あなたの学年を○でかこんでください。 学年 : 4年生 ・ 5年生 ・ 6年生

9 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別 : 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

島しょ地区歯科疾患実態調査 質問票(中学校第1学年～第3学年生徒用)

この調査は、あなたの日常生活習慣などをお聞きすることにより、今後の生徒の歯の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的としておこなうものです。調査結果は全体として集計いたしますので、あなたにご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いいたします。

東京都福祉保健局

【次の質問の当てはまる番号に○、または( )の中に必要なことを記入してください。】

- 1 あなたは、あめ・チョコレート・アイスクリームなどの甘いお菓子を、1週間のうちにどのくらい食べますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない
- 2 あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちにどのくらい飲みますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない
- 3 歯をみがくときは、1本ずついねいに時間をかけていますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない
- 4 歯をみがくとき、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。  
 (1) フッ素入りの歯みがき剤を使っている → 4-2 どの程度、使っていますか。  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りかどうかはわからない (1) 毎日使っている  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ素入りではない (2) ときどき使う  
 (4) 歯みがき剤は使っていない
- 5 歯をみがくとき、デンタルフロス(糸ようじなど)を使うことがありますか。  
 (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) 使っていない
- 6 鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子を観察することがありますか。  
 (1) 週に1回以上している (2) 月に1回以上している (3) ほとんどない
- 7 あなたは食べるときに、ゆっくりよくかむようにしていますか。  
 (1) いつもゆっくりよくかむようにしている (2) だいたいゆっくりよくかむようにしている  
 (3) ときどきゆっくりよくかむようにしている (4) ゆっくりよくかむことはない
- 8 20本以上の自分の歯があると、ほとんどの食物をかんで食べることができます。「8020(ハチマルニイマル)」とは、80歳になっても20本以上の自分の歯を保つ、歯の健康の目標です。あなたは、「8020」を知っていますか。  
 (1) 知っていた (2) 知らなかった
- 9 あなたは、かかりつけの歯科医院がありますか。  
 (1) ある (2) ない  
 ↓  
 9-2 「ある」と答えた人は、それはどちらの歯医者さんですか。  
 (1) 島内の歯科医院 (2) 島外の歯科医院 (3) 巡回歯科診療班  
 ↓  
 9-3 その歯科医院ではむし歯などの治療を受けているほかに、次のような予防処置や指導を受けていますか。受けている場合は、当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。  
 (1) 定期健診(年1回以上) (2) フッ化物歯面塗布\*1  
 (3) フッ化物洗口の指導\*2 (4) 歯みがき指導  
 (5) シーラント処置\*3 (6) その他( )
- 10 あなたの学年を○で囲んでください。 学年： 1年生 ・ 2年生 ・ 3年生
- 11 あなたの性別を教えてください。(どちらかに○印) 性別： 男 ・ 女

\*ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先:福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

## 平成26年度第1回インターネット都政モニターアンケート

### 「歯と健康」について

東京都では東京都歯科保健目標「いい歯東京」を掲げて、歯の健康づくりを推進しています。この目標は、生涯にわたる歯と口腔の健康保持・増進を図り\*「8020」の実現を目指すものです。

現在の歯科保健目標の計画期間は平成27年が最終年となります。この度、計画期間終了を迎えるに当たり、目標の達成状況を把握するとともに、新たな歯科保健目標について検討することとなりました。

今回のアンケート調査結果は、今後の東京都の歯科施策の参考とさせていただきます。

\*8020(ハチマルニイマル)とは

「8020」運動とは、おいしく食べて、健康で長生きをするために一生自分の歯を保つことを目指して「80歳になっても自分の歯を20本以上保とう」という運動です。厚生労働省と日本歯科医師会の呼びかけで、平成元年から進められています。

#### <歯の健康への関心>

Q1 あなたは、ご自身の歯の健康に関心を持っていますか。次の中から1つ選んでください。

- (1) 関心がある
- (2) どちらかというに関心がある
- (3) どちらかというに関心がない
- (4) 関心がない

#### <歯の健康への満足度>

Q2 あなたは、ご自身の歯・口や入れ歯の状態について、どのように感じていますか。次の中から1つ選んでください。

- (1) ほぼ満足している
- (2) やや不満だが日常生活には困らない
- (3) 不自由や苦痛を感じている

#### <歯の健康に満足していない理由>

Q3 Q2 で「やや不満だが日常生活には困らない」、「不自由や苦痛を感じている」と答えた方にうかがいます。どんなことについて感じていますか。いくつでも選んでください。

- (1) 痛みや不快感、口臭などが気になる
- (2) 食べる、味わう、飲み込む、話すなどの面で不便である
- (3) 見た目(歯並び、噛み合わせ、歯の色)が気になる
- (4) その他( )

**<8020 の認知度>**

Q4 あなたは「8020(ハチマルニイマル)」ということばを知っていましたか。次の中から1つ選んでください。

- (1) 知っていた
- (2) 聞いたことがある
- (3) 知らなかった

**<8020 の情報源>**

Q5 Q4で「知っていた」「聞いたことがある」と答えた方にうかがいます。

「8020」をどこで知りましたか。次の中からいくつでも選んでください。

- (1) テレビ
- (2) ラジオ
- (3) 新聞
- (4) 雑誌
- (5) インターネット
- (6) 区市町村の配布物
- (7) 学校
- (8) 歯科診療所
- (9) 保健所・保健センター
- (10) その他( )
- (11) わからない

**<歯と口の健康を維持するために実行していること>**

Q6 歯と口の健康を維持するために実行していることがあったら、次の中からいくつでも選んでください。

- (1) 十分に時間(10分程度)をかけた歯みがきを1日1回は行う
- (2) 1本ずつ丁寧な歯みがきをほぼ毎日行う
- (3) フッ素(フッ化物)入りの歯みがき剤を使用する
- (4) フッ素の入った洗口液でうがいする
- (5) とときどき歯や歯肉の状態を自分でチェックする
- (6) 週1回以上、フロス(歯と歯の間を清掃する糸)や歯間ブラシを使用する
- (7) 甘い飲み物や食べ物のとり方に注意する
- (8) ゆっくりよく噛んで食べる(一口30回程度)
- (9) 定期健診を受ける
- (10) 歯みがき指導を受ける
- (11) 定期的にフッ素を塗ってもらう
- (12) 定期的に歯石除去や歯のクリーニングを受ける
- (13) 喫煙をしない
- (14) 口や舌の体操をする
- (15) 上半身の運動をする
- (16) 特に実行していない
- (17) その他( )

### <「歯と口の健康と全身の健康との関わり」の認知度>

Q7 歯周病は歯を失う原因だけでなく、様々な病気とも関連することが最近の研究からわかってきました。歯と口の状態や歯周病と関係すると思うものを、次の中からいくつでも選んでください。

- (1) 糖尿病
- (2) 動脈硬化
- (3) 低体重児出産・早産
- (4) がん
- (5) 心疾患
- (6) 胃潰瘍
- (7) 肺炎
- (8) 肥満
- (9) 骨粗しょう症
- (10) 喫煙習慣
- (11) 首・肩こり
- (12) 知らない
- (13) その他( )

#### 周術期の口腔ケアとは…

口腔内だけに限らず、がんなどの全身の手術において、“病気が判明した後、治療方針に沿って手術・治療を受け、その後回復するまでの期間”に行う口腔ケアのことを言います。

### <「周術期の口腔ケア」の認知度>

Q8 あなたは、周術期に口腔ケアを行うことが手術中や手術後の肺炎や感染のリスクを減らし回復を助ける効果があることを知っていますか。

- (1) 知っている
- (2) 知らなかった

### <「周術期の口腔ケア」の情報をどこで知りたいか>

Q9 Q8で「知らなかった」と答えた方にうかがいます。

どのようなところで情報を入手したいと思いますか。次の中からいくつでも選んでください。

- (1) 東京都などの行政機関のホームページでの情報
- (2) 保健所・保健センターなどからの情報
- (3) 都民向け講演会
- (4) 診療所や病院でのパンフレット配布・ポスター掲示
- (5) 主治医などからの直接的な情報提供
- (6) その他( )

### <かかりつけ歯科医の有無>

Q10 あなたは、常日頃から受診している、かかりつけ歯科医がいますか。

- (1) かかりつけ歯科医がいる
- (2) かかりつけ歯科医はいない

### <かかりつけ歯科医で受けていること>

Q11 Q10で「かかりつけ歯科医がいる」と答えた方にうかがいます。

むし歯や歯周病の治療、入れ歯の作成や修理以外に、かかりつけ歯科医で受けていることを、次の中からいくつでも選んでください。

- (1) 定期健診
- (2) 歯みがき指導
- (3) 食生活など生活習慣指導
- (4) 定期的な歯石除去や歯のクリーニング
- (5) 噛む、飲み込むなどの口腔機能のチェック
- (6) 特に何も受けていない
- (7) その他( )

### <かかりつけ歯科医での受診の頻度>

Q12 Q10で「かかりつけ歯科医がいる」と答えた方にうかがいます。

受診の頻度を、次の中から1つ選んでください。

- (1) 数年に1回
- (2) 年1回程度
- (3) 6か月に1回(年2回)程度
- (4) 4か月に1回(年3回)程度
- (5) 3か月に1回(年4回)程度
- (6) 2か月に1回(年6回)程度
- (7) 1か月に1回(年12回)程度
- (8) その他( )

**<歯と口の健康を保つために知りたい情報>**

Q13 歯と口の健康を保つために知りたい情報を、次の中から5つまで選んでください。

**【歯に関する医学的知識】**

- (1) 歯の役割やしぐみ
- (2) 噛むことの大切さ
- (3) 唾液の働き
- (4) 歯周病になるメカニズム
- (5) むし歯になるメカニズム

**【口腔ケアに関すること】**

- (6) 歯の年代別ケア
- (7) 歯周病の予防法とケア
- (8) 知覚過敏の予防法とケア
- (9) 口臭の予防法とケア
- (10) ステイン(歯の着色汚れ)の予防法とケア
- (11) ドライマウス(唾液の分泌量低下による口の渇き)の予防法とケア
- (12) フッ化物によるむし歯予防
- (13) 誤嚥性肺炎の予防方法
- (14) その他( )

**<行政が取り組むべきこと>**

Q14 あなたが、歯科に関して行政が取り組むべきだと思うことを、次の中からいくつでも選んでください。

- (1) かかりつけ歯科医の普及
- (2) 定期的な歯科健診
- (3) フッ化物を利用したむし歯予防
- (4) 訪問歯科診療の推進
- (5) 学校などでの歯科教育活動
- (6) 介護施設や障害者施設での口腔ケア支援活動
- (7) 障害者、高齢者などに対する歯科治療への支援
- (8) その他( )

**<歯と健康についての意見>**

Q15 歯と健康について、あなたのご意見をお聞かせください。



東京都における障害児(者)の歯科保健医療に関する実態調査(利用者編)  
調査票

東京都では、都民のすべてが歯と口腔の健康を保ち、健康寿命を延ばして豊かな生活ができるよう、東京都歯科保健目標「いい歯東京」を設定し、様々な施策を展開しています。  
この調査は、今後の歯科保健医療施策を推進するための基礎資料を得ることを目的として、障害児(者)の方を対象に東京都が実施するものです。御協力をよろしくお願いいたします。

本調査について

- ・調査対象は、東京都内の入所及び通所型の障害児(者)福祉施設の利用者の方です。
- ・調査方法は、この調査票により、利用者の方に歯科に関する状況をお聞きするものです。
- ・結果の公表は、ご回答者や施設が特定できない形で行います。
- ・調査内容は、集計にのみ利用し、他の目的には利用しません。

回答に際してのお願い

- ・質問に対しては、回答日現在の状況でご回答ください。
- ・調査票は、両面印刷2ページです。調査票に回答を記載してください。
- ・回答した調査票は、添付の封筒に入れ、施設の担当者に御提出ください。
- ・内容に関するご質問は、東京都福祉保健局医療政策部歯科担当あてにお願いします。

はじめに、ご回答いただく方についてお聞きします。

この調査票のご記入者は、施設利用者ご自身でしょうか。それとも家族や施設関係者の方でしょうか。

- ①利用者ご本人
- ②家族など(具体的に: \_\_\_\_\_)
- ③施設関係者(具体的に: \_\_\_\_\_)

I 施設利用者の方についてお聞きします。

1 性別をお答えください。

- ①男性      ②女性

2 年齢をお答えください。

( \_\_\_\_\_ ) 歳

3 主たる障害の種類をお答えください。

- ①主に身体障害      ②主に知的障害      ③主に精神障害      ④主に発達障害

II 歯や口の状態についてお聞きします。

1 現在、歯や口に関して困っていることはありますか。

- ① 困っている      ② 困っていることはない

2 1で①(困っている)とお答えの方にはうかがいます。(いくつかでも○で囲む)

(1) その内容をお答えください。

- ①むし歯や歯周病      ②歯並び      ③かみ合わせの異常      ④口臭      ⑤物がうまくかめない、飲み込めない
- ⑥言葉がうまく話せない      ⑦その他( \_\_\_\_\_ )

(2) その状態はいつからですか。

- ①1週間前ごろから      ②1か月前ごろから      ③3か月前ごろから
- ④6か月前ごろから      ⑤6か月以上前から

III 歯科健診についてお聞きします。

歯科健診を受けていますか。

- ①受けている      ②受けていない

①(受けている)とお答えの方にはうかがいます。  
歯科健診を受ける頻度をお答えください。

- ①3か月に1回程度
- ②半年に1回程度
- ③1年に1回程度
- ④不定期(平均すると \_\_\_\_\_ 年に1回程度)
- ⑤その他( \_\_\_\_\_ )

②(受けていない)とお答えの方にはうかがいます。  
歯科健診を受けていない理由をお答えください。

- ①必要と思われないため
- ②歯科健診を受ける歯科医療機関がわからないため
- ③通院が難しいため
- ④受診先の医療機関に断われたため
- ⑤その他(具体的 \_\_\_\_\_ )





4 施設利用者の定員をお答えください。

( )人

5 利用者の構成をお答えください。(該当する欄に数字を記入する)

年齢区分	主として身体障害	主として知的障害	主として精神障害	主として発達障害
18歳未満	人	人	人	人
18～64歳	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人

6 施設内に歯科診療施設を設置していますか。

- ①設置している                      ②設置していない

II 歯科健診の状況についてお聞きします。

1 利用者が歯科医師による歯科健診を受ける機会がありますか。

- ①機会がある                      ②機会がない

2 1で①(機会がある)とご回答の施設に伺います。

ア 受診の頻度をお答えください。(1つだけ○で囲む)

- ①年1回                      ②年2回                      ③年3回以上                      ④不定期(平均すると 年に1回)  
⑤その他(具体的に: )

イ 対象者をお答えください。(1つだけ○で囲む)

- ①全員                      ②希望者のみ                      ③必要と思われる利用者のみ

ウ 方法をお答えください。(1つだけ○で囲む)

- ①施設内の歯科施設を利用                      ②施設への歯科医師の訪問                      ③外部の歯科診療所を利用

エ 歯科健診について課題があると思われませんか。

- ①課題がある                      ②課題はない

オ エで①(ある)とお答えの施設に伺います。  
その内容をお答えください。

( )

III 利用者の歯や口腔の健康状態についてお聞きします。

1 利用者の歯や口腔の健康状態についてお答えください。

(1) 以下のような症状を訴えたり、職員が気づいたりした利用者は、年間、どのくらいいますか。

年齢区分	「歯が痛い」 (延べ人数)	「歯ぐきの腫れ ・出血」(延べ人数)	「硬いものを嫌ったり、 かみにくい」(実人数)	「飲み込みにくい」 (実人数)	その他(※)
18歳未満	人	人	人	人	人
18～64歳	人	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人	人

※ その他(具体的に: )

(2) 上記のような症状のある利用者に対して施設(職員)は、歯科医院への受診を勧めていますか。

	「歯が痛い」 (延べ人数)	「歯ぐきの腫れ ・出血」(延べ人数)	「硬いものを嫌ったり、 かみにくい」(実人数)	「飲み込みにくい」 (実人数)	その他(※)
積極的に勧める	人	人	人	人	人
行ったほうがよいと勧める	人	人	人	人	人
場合によって勧めることがある	人	人	人	人	人
勧めてはいない	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人

※ その他(具体的に: )

IV 食事、食べる機能(摂食機能)支援の状況についてお聞きします。

1 食事について

(1)施設での食事はどのような方法をとっていますか。(いくつでも○で囲む)

- ①施設が調理した食事を提供している      ②仕出し弁当などを提供している  
③利用者が弁当などを持参している

(2)(1)で①(施設が調理した食事を提供している)とご回答の施設に伺います。

利用者に提供する(できる)食事の形態をお答えください。(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、ペースト食を含む)

(3)利用者へ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。(1つだけ○で囲む)

- ①大変ある      ②ややある      ③あまりない      ④食事介助が必要な者がいない      ⑤その他

(4)(3)で①(大変ある)または②(ややある)とご回答の施設に伺います。

具体的にどのようなことに対し問題を感じているかお答えください。

[ ]

2 摂食機能支援について

(1)食べたり飲み込んだりすることに問題がある利用者に、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。

- ①実施している      ②必要性は感じているが実施していない      ③必要性を感じないので実施していない  
④その他( )

(2)(1)で①(実施している)とご回答の施設に伺います。

ア 実施している指導・訓練の内容をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①食環境(姿勢や食具など)の指導      ②食内容(食形態・物性など)の指導  
③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)  
④直接機能訓練(実際の食品を使った訓練)  
⑤その他(具体的に: )

イ 主に実施している職員の職種をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①医師      ②歯科医師      ③看護師      ④歯科衛生士      ⑤理学療法士      ⑥作業療法士  
⑦その他( )

(3)(1)で②(必要性は感じているが実施していない)とご回答の施設に伺います。

実施していない理由をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①実施できる人材(専門職)がない      ②評価や実施方法などの知識・技術が不足している  
③時間が確保できない      ④実施するスペース・設備がない      ⑤予算がない  
⑥他の機関が実施すべきだから  
⑦その他(具体的に: )

V 歯科受診の状況についてお聞きします。

1 受診先について質問します。

(1)施設として通常利用している受診先をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①施設内の歯科施設      ②施設への歯科医師の訪問  
③定期的に受診している歯科医院・口腔保健センターなど      ④その他の大学病院や歯科診療所

(2)その受診先を選ぶ理由をお答えください。

[ ]

2 受診方法をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①自分で(家族の介助含む)      ②職員の介助で      ③訪問診療      ④特に決まっていない

3 歯科受診について課題があると思われますか。

- ①課題がある      ②課題はない

4 3で①(課題がある)とお答えの施設に伺います。

その内容をお答えください。

[ ]



Ⅶ その他

1 東京都歯科保健目標「いい歯東京」を知っていますか。

- ①知っている                      ②知らない



2 東京都立心身障害者口腔保健センター(飯田橋)について

(1) 東京都心身障害者口腔保健センターを知っていますか。

- ①知っている                      ②知らない

(2)(1)で①(知っている)とお答えの施設に伺います。  
利用したことがありますか。  
①利用したことがある                      ②利用したことがない

(3)(1)で①(利用したことがある)とお答えの施設に伺います。  
どのような場合に東京都立心身障害者口腔保健センターを利用しますか。  
①歯科受診が必要となったときに最初に受診する  
②地域(または施設内)の歯科医師から紹介されたとき  
③利用者(またはその家族)の希望があったとき  
④その他(具体的に: )

(4)(2)で②(利用したことがない)とお答えの施設に伺います。  
その理由をお答えください。  
①地域(または施設内)で受診が可能であるため  
②通院するには遠距離であるため  
③その他(具体的に: )

3 地区の口腔保健センターについて

(1) 地区口腔保健センターを知っていますか。

- ①知っている                      ②知らない

(2)(1)で①(知っている)とお答えの施設に伺います。  
利用したことがありますか。  
①利用したことがある                      ②利用したことがない

(3)(2)で①(利用したことがある)とお答えの施設に伺います。  
どのような場合に地区の口腔保健センターを利用しますか。  
①歯科受診が必要となったときに最初に受診する  
②地域(または施設内)の歯科医師から紹介されたとき  
③利用者(またはその家族)の希望があったとき  
④その他(具体的に: )

《地区口腔保健センター》

	施設名称	住所
1	文京区保健所保健サービスセンター歯科室	文京区春日
2	三ノ輪口腔ケアセンター	台東区三ノ輪
3	八雲あいアイ館歯科診療所	目黒区八雲
4	世田谷区口腔衛生センター	世田谷区松原
5	渋谷区ひがし健康プラザ歯科診療所	渋谷区東
6	スマイル歯科診療所	中野区中野
7	杉並区歯科保健医療センター	杉並区荻窪
8	豊島区口腔保健センターあぜりあ歯科診療所	豊島区東池袋
9	北区障害者口腔保健センター	北区滝野川
10	板橋区歯科衛生センター	板橋区常盤台
11	練馬区つつじ歯科休日歯科休日急患診療所	練馬区豊玉北
12	足立区歯科医師会口腔保健センター	足立区千住
13	ひまわり歯科診療所	葛飾区青戸
14	たんぼ歯科診療所	葛飾区亀有
15	江戸川区口腔保健センターにこにこ歯科診療所	江戸川区江戸川
16	調布市小島町歯科診療所	調布市小島町
17	町田市口腔保健センター休日歯科・障害者歯科応急診療所	町田市原町田
18	さくら歯科診療所	国立市富士見台
19	八南歯科医師会休日応急・障害者歯科多摩市診療所	多摩市関戸
20	八王子市小児・障害メディカルセンター(八南歯科医師会休日応急障害者歯科八王子市診療所)	八王子市台町

(4)(2)で②(利用したことがない)とお答えの施設に伺います。  
その理由をお答えください。  
①地域(または施設内)で受診が可能であるため  
②通院するには遠距離であるため  
③その他(具体的に: )

4 障害者の歯と口の健康を維持・向上するために、東京都や行政機関に望むことはありますか。

[ ]

5 東京都立心身障害者口腔保健センターや地区の口腔保健センターに対し、望むことはありますか。

[ ]

～以上で質問は終わりです。多項目にわたる質問に御協力いただき、大変ありがとうございました～

# 聞き取りシート

## 《追加事項》

調査項目【Ⅶ その他】に付随する聞き取り項目

### 1 受診先について

(1) 施設利用者が受診する際、どこに行っているか。(おおよその人数、または割合)

(人程度)

東京都立心身障害者口腔保健センター	
地区の口腔保健センター	
歯科診療所	

(2) そこを選ぶ最大の理由はなにか。

( )

(3) その診療内容に満足しているか。

満足している / 満足していない

(4) その理由はなにか。

( )



在宅療養者を取り巻く口腔ケア・在宅歯科診療の状況調査(ケアマネジャー編)

このアンケートは、ケアマネジャーの皆様の歯科保健医療に対する認識、居宅サービス利用者様の歯科支援の実態を把握することにより、今後の都民の歯と口腔の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計しますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよ

該当する選択肢に○を記入してください。また、括弧の部分は記述をお願いします。

【ご回答いただく、ご自身について伺います。】(調査票記入日現在)

ケアマネジャー業務年数 ( )年	他の保有資格 ( )
事業所の主なサービス種別 ①居宅系サービス ②施設系サービス ③地域包括支援センター	

- 1 現在、ケアプランを担当している利用者さんは何人ですか。 ( )人
- 2 利用者さんのお口の中を見る機会はありますか。  
(1)常にある (2)ときどきある (3)あまりない (4)ない
- 3 担当する利用者さんの中で、歯科医師に診てもらった方がよいケース(歯科治療中、定期的に診てもらっているケースを含む)は、どのくらいありますか。  
(1) ( )人中、( )人程度である→3-1へ (2)わからない  
3-1 3で(1)を選んだ方に伺います。定期的に歯科医師に診てもらっているケースはどのくらいですか。  
( )人程度である
- 4 担当する利用者さんの歯や口腔の状況を把握していますか。  
(1)原則、全員把握→4-1, 4-2へ (2)必要と思われた利用者のみ把握→4-1, 4-2へ (3)ほとんど把握していない  
4-1 4で(1)、(2)を選んだ方に伺います。把握の頻度を教えてください。(複数回答可)  
①初回訪問時 ②不定期 ③ ( )か月に1回程度、定期的に ④その他 ( )  
4-2 4で(1)、(2)を選んだ方に伺います。把握の方法を教えてください。(複数回答可)  
①本人・家族から聴く ②口腔内観察 ③マニュアルや評価シートを利用 ④利用者がかかっている歯科医師から聴く
- 5 担当する利用者さんを歯科医師に診てもらいたいときは、どこに相談・依頼しますか。(複数回答可)  
(1)利用者のかかりつけ歯科医 (2)決まった歯科医師(個人開業医) (3)訪問専門の歯科診療所 (4)地区歯科医師会  
(5)行政の相談窓口(具体的な名称: ) (6)訪問看護師  
(7)その他 ( ) (8)特に依頼しない→5-1へ  
5-1 5で(8)を選んだ方に伺います。主な理由を教えてください。  
①本人・家族が希望しないから ②依頼先がわからないから ③依頼しづらいから ④本人・家族に任せているから  
⑤その他 ( )
- 6 歯科支援を必要とする利用者さんのケアプランを作成する際、歯科支援(口腔機能向上加算を含む)を提案していますか。  
(1)積極的に提案している (2)状況に応じて提案している (3)ほとんど提案していない→6-1へ  
(4)提案していない→6-1へ (5)歯科支援が必要かわからない (6)その他 ( )  
6-1 6で(3)、(4)を選んだ方に伺います。理由を教えてください。(複数回答可)  
①歯科支援に関する知識がないから ②ケアプランに歯科支援は必要ないから  
③利用者・家族が歯科支援を希望しないことが多いから ④その他 ( )
- 7 ご自身が利用者さんの口腔内の状況を把握するために必要と思うことを教えてください。(複数回答可)  
(1)チェックシート (2)マニュアル (3)研修 (4)相談できる歯科医師や歯科衛生士  
(5)その他 ( )
- 8 歯科支援について気軽に相談できる歯科医師や歯科衛生士はいますか。(複数回答可)  
(1)相談できる歯科医師がいる (2)相談できる歯科衛生士がいる  
(3)相談できる歯科医師、歯科衛生士がいない→8-1へ  
8-1 8で(3)を選んだ方に伺います。理由を教えてください。(複数回答可)  
①どこに相談したらいいかわからないから ②相談しにくいから ③相談内容を理解してくれなかったことがあるから  
④なにを伝えたらいいかわからないから ⑤歯科の専門知識がないから ⑥その他 ( )  
～アンケートへのご協力ありがとうございました～

在宅療養者を取り巻く口腔ケア・在宅歯科診療の状況調査(居宅サービス利用者編)

このアンケートは、ケアマネジャーの皆様の歯科保健医療に対する認識、居宅サービス利用者様の歯科支援の実態を把握することにより、今後の都民の歯と口腔の健康づくり対策の参考とさせていただくことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計しますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いします。

東京都福祉保健局

該当する選択肢に○を記入してください。また、括弧の部分は記述をお願いします。

【ご担当している利用者さんお1人ごとの状況についてご回答をお願いします】（調査票記入日現在）

年齢	( 歳)	性別	(1)男性 (2)女性	要介護度	1 2 3 4 5	同居者	(1)あり (2)なし
既往歴	(1)肺炎 (2)呼吸器系疾患 (3)脳血管疾患 (4)循環器系疾患 (5)糖尿病 (6)腫瘍性疾患 (7)関節疾患 (8)神経筋疾患 (9)認知症 (10)その他 ( )						
入院歴 (過去3か月)	(1)あり：①肺炎 ②呼吸器系疾患 ③脳血管疾患 ④循環器系疾患 ⑤糖尿病 ⑥腫瘍性疾患 ⑦関節疾患 ⑧神経筋疾患 ⑨認知症 ⑩その他 ( )						
	(2)なし						

【以下、利用者さんやご家族に聞き取ってご回答ください。】

- 1 日常の口腔ケアを主に行っているのはどなたですか。

(1)本人 (2)家族 (3)ヘルパー (4)訪問看護師 (5)だれも行っていない
- 2 定期的に歯科医師または歯科衛生士による口腔ケアを受けていますか。

(1)受けている→2-1へ (2)受けていない→2-2へ

2-1 どのような形態で受けていますか。(複数回答可)

(1)通院 (2)訪問：①以前からのかかりつけの歯科医院 ②訪問専門の歯科医院 ③行政や地域の歯科医師会から紹介を受けた歯科医院 ④ケアマネジャーから紹介された歯科医院  
(3)その他 ( )

2-2 受けていない理由を教えてください。(複数回答可)

(1)本人が希望しないから (2)家族が希望しないから (3)通院が難しいから  
(4)訪問してくれる歯科医院がわからないから (5)費用がかかるから (6)その他 ( )
- 3 デイサービスで口腔機能向上加算を利用していますか。

(1)はい (2)いいえ
- 4 食事の仕方について教えてください。(複数回答可)

(1)経口摂取→4-1へ (2)経管栄養 (3)胃ろう

4-1 4で(1)を選んだ方に伺います。介助の状況を教えてください。

(1)自立 (2)部分介助 (3)全介助
- 5 食事のときの状況を教えてください。(複数回答可)

(1)食事が十分に取れていない (2)食事中によくむせることがある (3)食べ物をよくこぼす  
(4)よだれが多い (5)飲込むのに苦労することが多い (6)固いものが噛みにくい  
(7)舌に白い苔のようなものが付いている (8)口が渇いている (9)口臭が気になる  
(10)入れ歯が外れやすい (11)歯が痛む (12)歯ぐきが痛む (13)その他 ( )
- 6 食事や口のことで、誰に相談していますか。(複数回答可)

(1)歯科医師 (2)訪問看護師 (3)行政の歯科相談窓口 (4)行政の栄養相談窓口 (5)ケアマネジャー  
(6)特に相談していない→6-1へ (7)その他 ( )

6-1 6で(6)を選んだ方に伺います。理由を教えてください。(複数回答可)

(1)相談等をする必要があると感じない (2)相談先がわからない (3)その他 ( )
- 7 口の中を清潔にしておくことで、肺炎を起こしにくくなることを知っていましたか。

(1)知っていた (2)知らなかった

～アンケートにご協力ありがとうございました～

歯と口腔の健康に関するアンケート

このアンケートは、皆様の日常の歯科保健習慣などをお聞きすることにより、今後の都民の歯の健康づくり対策の参考とさせていただきますことを目的として実施するものです。調査結果は全体として集計しますので、個人にご迷惑をおかけすることはありません。ご協力をよろしくお願いいたします。

東京都福祉保健局

学部	学部	性別	男・女	年齢	才	出身高校の所在地	都・道・府・県
----	----	----	-----	----	---	----------	---------

\*外国の方は国名を記載してください。

当てはまる番号に○をつけてください

1 あなたは、御自身の歯・口の状態について、どのように感じていますか。

- (1) ほぼ満足している (2) やや不満だが日常生活には困らない (3) 不自由や苦痛を感じている

(2)(3)に回答した方、どんなことについて感じていますか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- (1) 歯が痛んだりしみたりする (4) 口臭がある (7) 歯や歯並びなどの見た目が気になる  
 (2) 歯ぐきから血がでる (5) 食べ物が歯と歯の間にはさまる (8) 入れ歯があわない  
 (3) 歯ぐきが腫れる (6) 噛む、味わう、飲み込む、話すことに不自由がある (9) その他 ( )

2 最近『歯科医院』にかかれたのはいつですか。

- (1) 1ヶ月以内 (2) 1ヶ月～6ヶ月以内 (3) 6ヶ月～1年以内 (4) 1年～5年以内 (5) 5年以上前 (6) かかったことがない

3 その際にどのような処置を受けましたか。(複数回答可)

- (1) 虫歯の治療 (2) 定期健診 (3) 歯みがき指導 (4) 歯石除去・歯面清掃 (5) 矯正 (6) その他 ( )

4 かかりつけ歯科医を決めていますか。

- (1) 決めている (2) 決めていない

5 歯をみがくとき、フッ化物配合歯みがき剤を使っていますか。

- (1) フッ化物配合歯みがき剤を使っている  
 (2) 歯みがき剤は使っているが、フッ化物配合歯みがき剤かどうかはわからない  
 (3) 歯みがき剤は使っているが、フッ化物配合歯みがき剤ではない  
 (4) 歯みがき剤は使っていない

6 歯をみがくときは、1本ずついねいに時間をかけていますか。。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

7 デンタルフロス(糸ようじなど)や歯間ブラシを使っていますか。

- (1) ほぼ毎日 (2) 週に3～4日 (3) 週に1～2日 (4) ほとんどない

8 鏡を見て、歯や歯ぐきの様子を自分で観察することがありますか。

- (1) 週に1回以上観察している (2) 月に1回以上観察している (3) ほとんどない

9 喫煙習慣はありますか。

- (1) ある (2) ない

10 喫煙は歯ぐきの病気(歯周病)を進行させる要因の1つですが、あなたはこのことをご存じでしたか。

- (1) 知っていた (2) 知らなかった

11 糖尿病だと歯周病にもかかりやすく、歯周病が糖尿病に悪影響を及ぼすことを、ご存じでしたか。

- (1) 知っていた (2) 知らなかった

12 永久歯は、「親知らず」が4本すべて生えると全部で32本です。あなたの歯の数は、現在何本ですか。

分からない方は「？」と記入してください。

本

13 あなたは「8020(ハチマルニイマル)運動」という言葉を知っていましたか。

- (1) 知っていた (2) 聞いたことがある (3) 知らなかった

FAX送信票(このまま送信してください。)

大学における歯科保健に関する調査 調査票

送付先:東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 添田・田中 宛 FAX 03-5388-1436

【提出期限 平成28年1月15日(金曜日)】

1 大学について

名称	( キャンパス )		
所在地	〒		
電話番号			
連絡先 (記載者)	担当者部署		担当者名
	担当者電話番号		

2 健康診断実施の実施状況について(学生に対する健康診断についてご回答ください。)

(1) 実施している項目について✓してください。

- 学校保健安全法に基づく健康診断必須項目について実施
- 学校保健安全法に基づく健康診断必須項目以外についても実施
  - 座高
  - 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
  - 視力及び聴力
  - 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
  - 寄生虫卵の有無
- 学校保健安全法に基づく健康診断の外、貴大学における独自の検査項目を併せて実施  
実施している検査をご記入ください。

( )

(2) 歯及び口腔の疾患及び異常の有無(歯科健診)について実施した場合のみ回答してください。

- ア 実施時期  健康診断と同時(4月から6月)  毎年 月頃  
 不定期  その他( )
- イ 対象者  全学年  新入生のみ  希望者  その他( )
- ウ 平成27年度受診者数(集計が終了していない場合は、平成26年度実績をご記入ください)  
平成 年度  
対象者数 人  
受診者数 人

3 医務室(保健管理センター、健康管理室等)について

(1) 標榜している診療科目について✓してください。(医療法に基づく届出をしている場合のみ記載をお願いします。)

- 内科  外科  精神科  歯科  その他( )

(2) 歯科に関する相談の対応の状況について回答してください。

- 対応している  対応していない

4 学生に対する歯科保健の指導等について

学生に対して、歯科保健に関する指導、普及啓発等を実施している場合は、その内容をご記入ください。

事業	対象	内容
【記入例】 ホームページによる情報提供	全学生	健康管理センターのホームページに、歯周病が様々な疾患と関係があることを掲載している。

5 東京都が実施する事業への協力について

東京都では、若い世代に向けた歯科口腔保健の普及啓発事業を実施しております。

事業実施にあたり、御協力いただくことは可能でしょうか。

(平成27年度においては、御協力いただいた大学において、歯科保健に関するアンケートを実施し、普及啓発リーフレット、歯ブラシ等の配布を行いました。)

- 可  不可  内容によっては可

ご協力ありがとうございました。

都内歯科診療所における在宅歯科診療の取組状況調査 調査票

該当するものに○もしくはご記入の上、お手数ですが **5月31日(水)**までに ご返送ください。

送付先: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 田中・松岡 宛 FAX **03-5388-1436**

歯科診療所の管理者の方にご回答をお願いします。(時点は4月1日現在でお答えください。)

I 歯科診療所の属性

1 性別: ①男 ②女	2 年齢: ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥70代以上
3 開業年数: ①10年未満 ②10年以上20年未満 ③20年以上30年未満 ④30年以上40年未満 ⑤40年以上	
4 歯科診療所の所在地: ( ) 区・市・町・村	
5 歯科医師: ①常勤 ( ) 人 ②非常勤 ( ) 人⇒常勤換算 <sup>※</sup> ( ) 人	
6 歯科衛生士: ①常勤 ( ) 人 ②非常勤 ( ) 人⇒常勤換算 <sup>※</sup> ( ) 人	
7 在宅療養支援歯科診療所: ①届け出済 ②未届	

(常勤換算の考え方)

例えば、「常勤職員の勤務形態が1日の就業時間:8時間、週5日勤務、非常勤職員が1日8時間、3日勤務」の場合、非常勤職員の常勤換算は、8時間×3日÷8時間×5日=0.6人となる

II 在宅歯科医療の実施状況

1 訪問歯科診療を実施していますか。

①実施している⇒設問2へ ②実施していない⇒設問3へ

2 実施している方は、以下の設問にお答えください。

(1) 患者実人数 人数が少ない場合は、(イ)のみのご回答でも構いません。

- (ア) 先月1か月、または月平均で何人くらいですか。 1か月 ( ) 人程度
- (イ) 過去1年間で何人(実数)くらいですか。 1年間 ( ) 人程度(実数)
- (ウ) 過去1年間で何人(延べ)くらいですか。 1年間 ( ) 人程度(延べ)
- (イ) 訪問先はどこですか。(複数回答可)

- ①患者宅(居宅系施設を除く) ②居住系施設(有料老人ホーム、グループホーム等)
- ③介護保険施設(特養ホーム、老健施設、療養型医療施設) ④歯科標榜のない医科病院
- ⑤その他 ( )

(2) 訪問時の口腔衛生指導 ①実施している ②実施していない

(3) 食への支援、摂食嚥下障害への対応 ①実施している ②実施していない

(4) 歯科衛生士の訪問歯科衛生指導及び居宅療養管理指導 ①実施している ②実施していない

(5) 訪問歯科診療の依頼はどこからきましたか。(複数回答可)

- ①通院していた患者さんや家族から ②他の歯科医療機関から ③入居施設から
- ④行政から ⑤地区歯科医師会から ⑥ケアマネジャーから ⑦訪問看護ステーションから ⑧主治医から
- ⑨病院から ⑩その他 ( )

(6) 訪問歯科診療を始めようと思われたきっかけを簡単にご記入ください。

( )

3 実施していない方は、以下の設問にお答えください。

(1) 実施しない理由(複数回答可)

- ①時間がない ②診療報酬が少ない ③特に依頼がない ④保険請求の仕方がわからない
- ⑤在宅の歯科診療は難しいので不安 ⑥摂食嚥下障害への対応方法がわからない
- ⑦訪問に使う器材がない ⑧訪問診療に同行する歯科衛生士がいない
- ⑨自分がしなくてもよい ⑩面倒だから
- ⑪その他 ( )

(2) 実施していない状況

- ①今後、実施したいと考えている
- ②実施していたが、今は実施していない(過去1年間に実績がない) ③まったく実施したことがない

4 在宅に限らず、高齢者や基礎疾患のある患者さんの主治医と、情報の共有などの連携をしていますか。

①連携している ②あまり連携していない⇒設問4-1へ ③連携していない⇒設問4-1へ

4-1 連携していない理由ををお答えください。

- ①連携が必要と思わない ②連携の方法がわからない ③連携をする事例がない
- ④その他 ( )

**5 在宅歯科診療を行う場合、ケアマネジャーと、情報の共有などの連携をしていますか。**

- ①連携している ②あまり連携していない⇒設問5-1へ ③連携していない⇒設問5-1へ

**5-1 連携していない理由ををお答えください。**

- ①連携が必要と思わない ②連携の方法がわからない ③連携がとりにくい ④在宅歯科診療を実施していない  
⑤その他 ( )

**6 在宅歯科診療を行う場合、訪問看護師と、情報の共有などの連携をしていますか。**

- ①連携している ②あまり連携していない⇒設問6-1へ ③連携していない⇒設問6-1へ

**6-1 連携していない理由ををお答えください。**

- ①連携が必要と思わない ②連携の方法がわからない ③連携がとりにくい ④在宅歯科診療を実施していない  
⑤その他 ( )

**7 在宅療養患者さんを支える多職種（医師、看護師、ケアマネジャー、介護福祉士など）は、患者さんの口腔ケアや食べる機能について、理解が進んでいると思いますか。**

- ①理解している ②あまり理解していない⇒設問7-1、2へ ③理解していない⇒設問7-1、2へ

**7-1 その理由を簡単にご記入ください。**

( )

**7-2 理解を進めるために必要と思われることを簡単にご記入ください。**

( )

**8 在宅歯科診療に取り組むうえで、どのような情報があればいいと思いますか。（複数回答可）**

- ①研修の情報 ②参考となるマニュアル等 ③介護保険の活用に関するわかりやすい説明  
④訪問診療に適した器具・機器の紹介 ⑤ケアマネジャー等他職種との具体的な連携方法  
⑥その他 ( )

**9 在宅歯科診療に取り組むうえで、東京都や区市町村にどのような支援を望みますか。（複数回答可）**

- ①訪問診療や摂食嚥下障害への対応について相談できる歯科医師が身近にいてほしい  
②訪問診療や摂食嚥下障害への対応について、患者さんを紹介できる歯科医師が身近にいてほしい  
③訪問歯科診療に取り組むための初歩的な研修を実施してほしい  
④訪問歯科診療を行った事例を取り上げた研修を実施してほしい  
⑤ケアマネジャー等他職種との具体的な連携方法についての研修を実施してほしい  
⑥訪問歯科診療を行うための器材・機器等を揃えるための支援をしてほしい  
⑦患者さんを紹介してほしい  
⑧在宅歯科診療を実施する際、患者さんの情報を総合的に調整してほしい  
⑨在宅歯科診療に同行しその後の口腔ケアをしたり、多職種との情報のやり取りをする歯科衛生士を派遣してほしい  
⑩その他 ( )

**10 在宅にかかわらず、摂食嚥下障害のある患者さんに対して、摂食嚥下に関する指導や診療を行っていますか。**

- ①行っている ②行っていない⇒設問10-1へ

**10-1 行わない理由はどのようなことですか。（複数回答可）**

- ①知識や技術がない ②研修などの場がない ③一人に対応するのは不安  
④行うつもりがない  
→その理由 ①歯科医師が行わなくてもよい ②これから知識や技術を身につけるつもりはない  
③その他 ( )

**11 今後、要介護高齢者が急増すると予測されますが、それらの方々に対して、口腔ケアや食支援が十分に届くためにはどのようなことが必要だと思いますか。**

( )

**12 今後、要介護高齢者が急増すると予測されますが、それらの方々に対して、歯科はどのような役割を担っていくべきだと思いますか。**

( )

～ご協力ありがとうございました～