

■参考■

1 調査対象

下記事業所及び事業所へ通う利用者

(1) 障害児サービス事業所

児童発達支援事業所、福祉型児童発達支援センター、医療型児童発達支援センター、居宅訪問型児童発達支援事業所、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設

(2) 障害者サービス事業所

施設入所支援、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、就労移行支援、地域活動支援センター、グループホーム（入所施設併設等の事業所のみ）

2 調査方法

(1) 調査対象の事業所へアンケートを郵送

(2) 事業所が、事業所用回答用紙及び利用者用回答用紙をとりまとめ、返信用封筒にて返送

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(案)

調査票(利用者編)表紙

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、東京都歯科保健推進計画「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。御協力の程、よろしくお願い致します。

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（ ）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医療担当あてにお願いします。

この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いします。

問合せ先：東京都福祉保健局医療政策部医療政策課歯科医療担当（電話 03-5320-4433）

はじめに、本調査に、ご回答いただく方についてお聞きします。

調査票(利用者編)1枚目

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 ご家族など(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

4 利用している施設をお答えください。

- ① 通所施設 ② 入所施設

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。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

(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 物がうまかくめない、飲み込めない ⑥ 言葉がうまかく話せない
⑦ その他()

(2) その状態はいつからですか。

- ① 1週間前ごろから ② 1か月前ごろから ③ 3か月前ごろから
④ 6か月前ごろから ⑤ 6か月以上前から

III かかりつけ歯科医についてお聞きします。

1 あなたは、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

2 1で①「決めている」とお答えの方にはうかがいます。

(1) 直近でその「かかりつけ歯科医」にかかれたのはいつですか。

- ① 1か月以内 ② 1か月～6か月以内 ③ 6か月～1年以内 ④ 1年～3年以内 ⑤ 3年以上前

(2) その際、どのような処置を受けましたか。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 ② 歯石除去・歯面清掃 ③ 歯磨き指導 ④ むし歯の治療 ⑤ 歯周病の治療
⑥ その他()

(3) 普段、その「かかりつけ歯科医」では、どのような処置を受けていますか？

該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- ① 定期健診
- ② 歯石除去・歯面清掃
- ③ 歯磨き指導
- ④ むし歯の治療
- ⑤ 歯周病の治療
- ⑥ その他()

(4) (3)で「定期健診」とお答えの方には、どのくらいの間隔で受診していますか。

- ① 1か月に一回程度
- ② 3か月に一回程度(年4回)
- ③ 4か月に一回程度(年3回)
- ④ 半年に一回程度
- ⑤ 1年に一回程度
- ⑥ その他()

(5) その「かかりつけ歯科医」には、いつから通っていますか。

- ① 半年以内
- ② 1年以内
- ③ 2年以内
- ④ 3年以上
- ⑤ その他()

(6) その「かかりつけ歯科医」には、通院していますか、訪問診療を受けていますか。

- ① 通院
- ② 訪問歯科診療

(7) 「かかりつけ歯科医」をどのように決めましたか。該当する項目にいくつでも○をつけてください。

- ① 自宅から近いから
- ② 施設・職場から近いから
- ③ 通所・通勤途中にあるから
- ④ 子供のころから通っているから
- ⑤ 家族で通っているから
- ⑥ 評判が良いから
- ⑦ その他()

(8) その「かかりつけ歯科医」は、どのようなところですか。

- ① 歯科診療所
- ② 区や市の口腔保健(障害者歯科)センター
- ③ 都立心身障害者口腔保健センター
- ④ 都立病院
- ⑤ 市などの公立病院
- ⑥ 大学病院
- ⑦ その他の民間病院

3 1で②「決めていない」とお答えの方には、

(1) なぜ「かかりつけ歯科医」を決めていないのですか。

- ① 歯や口にトラブルがないから
- ② 忙しくて受診する時間がないから
- ③ 費用が負担に感じるから
- ④ どこに受診すれば良いかわからないから
- ⑤ 職場等で健診の機会があるから
- ⑥ 行きたい歯科医院が見つからないから
- ⑦ 歯科医院が苦手だから
- ⑧ かかりつけ歯科医を必要と思わないから
- ⑨ その他()

(2) 定期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

(3) (2)で①「受けている」とお答えの方には、どのくらいの間隔で、受診していますか。

- ① 1か月に一回程度
- ② 3か月に一回程度(年4回)
- ③ 4か月に一回程度(年3回)
- ④ 半年に一回程度
- ⑤ 1年に一回程度
- ⑥ その他()

4 歯科治療について、どのようなことを望みますか。

()

ご協力ありがとうございました。

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(施設編) 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、東京都歯科保健推進計画「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)施設を対象に、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

・調査対象施設は、東京都内の入所及び通所型の障害児(者)福祉施設です。

◎調査方法は、本調査票を基に、施設を訪問し聞き取り調査を行うものです。

・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。

・結果の公表は、施設及び回答者が特定できない形で行います。

回答に際してのお願い

・ご回答は、管理的立場の方または利用者の健康管理に携わる立場にある方にお願いします。

・質問に対して、すべて令和4年()月()日現在の状況でご回答ください。

・複数のサービスを提供している施設は、サービスごとにご回答ください。

・調査票は、両面印刷()ページです。

・内容に関するご質問は、東京都福祉保健局医療政策部医療政策課歯科医療担当までお願いします。

なお、下記 URL もしくは、QR コードよりご回答いただくこともできます。

URL :

QR コード

問合せ先 : 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課歯科医療担当

電話番号 03-5320-4433

はじめに、ご回答いただく方についてお聞きします。

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あります。

恐れ入りますが、ご回答いただく方を教えてください。

下記の表の各項目にお答えください。

施設名	
施設所在地	()区・市・町・村
所属及び職名	所属: 職名:
お名前及び職種	お名前: 職種:
電話番号	
電子メールアドレス	

※記載もしくは当てはまるものを○で囲ってください。特段質問文に記載がない場合は、一つ選択してください。

I 貴施設についてお聞きます。

1 施設種別をお答えください。(1つだけ○で囲む。複数ある場合は、種別にご回答ください。)

- ①医療型障害児入所施設 ②福祉型障害児入所施設 ③療養介護
④施設入所支援 ⑤自立支援(機能訓練・生活訓練) ⑥生活介護
⑦その他()

2 入所施設、通所施設どちらになりますか。

- ①入所施設 ②通所施設

3 施設職員について伺います。

下記の職種について、配置状況を教えてください。

歯科医師	①配置あり(常勤)	②配置あり(非常勤)	③配置なし
歯科衛生士	①配置あり(常勤)	②配置あり(非常勤)	③配置なし

4 施設利用者について伺います。

(1)施設利用者の定員をお答えください。

()人

(2)主にご利用される方の障害種別についてお答えください。(該当する項目に全て○をつけてください。)

- ①身体 ②知的 ③精神 ④発達障害 ⑤難病 ⑥その他

II 歯科健診や歯科受診の状況等についてお聞きます。

質問 I 2①で「入所施設」と回答された方に伺います。

※「通所施設」と回答された方は、質問 II 4にお進みください。

1 施設において定期的な歯科健診を実施、もしくは、利用者に定期的な歯科健診を受診させていますか。(

(該当する項目に全て○をつけてください)

- ①定期的な歯科健診を実施 ②定期的な歯科健診を受診させている
③定期的な歯科健診を未実施、受診させていない

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

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

2 歯科受診先について、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。(該当する項目に全て○をつけてください。)

- ①施設への歯科医師の訪問 ②定期的を受診している歯科医院・口腔保健センターなど
③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。

- ①原則、施設で紹介している ②原則、利用者に任せている(かかりつけ歯科医等)

(3)質問2(2)で、「②原則、利用者に任せている(かかりつけ歯科医等)」とお答えの方に伺います。

利用者の受診や健診受診の状況を把握していますか。

- ①把握している ②把握していない

3 利用者の歯科受診について、ご意見等がありましたら、お答えください。

{

}

質問 I 2①で「通所施設」と回答された方に伺います。

4 施設では、利用者の定期的な歯科健診の受診状況を把握していますか。

- ①全員把握している ②相談があった等一部の利用者のみ把握している ③把握していない

5 施設では、利用者の歯科治療の受診状況を把握していますか。

- ①全員把握している ②相談があった等一部の利用者のみ把握している ③把握していない

6 施設では、利用者のかかりつけ歯科医の有無を把握していますか。

- ①全員把握している ②相談があった等一部の利用者のみ把握している ③把握していない

7 施設では、個別支援計画に、歯科に関する項目が入っていますか。

- ①入っている ②入っていない

8 利用者の歯科受診について、ご意見等がありましたら、お答えください。

{

}

Ⅲ 食事介助、食べる機能(摂食機能)支援の状況についてお聞きます。

1 食事介助について

(1)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

(2)(1)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」と回答された施設に伺います。

ア 実施している指導・訓練の内容をお答えください。(該当する項目に全て○をつけてください)

- 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(嚙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」と回答された施設に伺います。

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:)

VI 施設での歯や口腔の健康管理の状況についてお聞きます。

1 歯磨きについて

(1)施設において、利用者が食後の歯磨きをするように、取り組んでいますか。

- ①取り組んでいる ②取り組んでいない ③取り組んでいない(食事の機会がないため)

2 口腔機能向上の取組みについて

(1)利用者の歯や口の健康状態の向上のため、今後取り入れたい活動をお答えください。

(該当する項目に全て○をつけてください)

- ①歯磨き指導や介助 ②歯によ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組み ⑥定期的な歯科健診の機会
⑦受診先や相談先の確保、連携強化 ⑧歯科衛生士などの専門職の採用 ⑨職員への研修
⑩その他(具体的に:)

V その他

1 ひまわり(東京都歯科医療機関案内)について

(1)ひまわりを利用していますか。

- ①利用している ②利用していない

(2)ひまわりに、障害者歯科に関する項目があることを知っていますか。

- ①知っている ②知らない

～以上で質問は終わりです。御協力いただき、大変ありがとうございました～