

障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ報告

平成30年度第1回 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ (東京都歯科保健対策推進協議会) 次第

日時：平成30年9月25日(火曜日)18時30分から20時00分まで
場所：東京都庁第二本庁舎31階 特別会議室26

1 開 会

2 議 事

(1) 報告事項

- ア 東京都歯科保健推進計画の概要及び計画に基づく事業推進について
- イ 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループの設置及び各会議体の検討事項等について
- ウ 障害者歯科医療を実施する医療機関リストについて

(2) 協議事項

障害者施設及び障害者施設利用者に対するアンケート調査(概要)について

3 閉 会

資 料

障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ委員名簿

- 資料1 東京都歯科保健推進計画 概要
東京都歯科保健推進計画に基づく事業推進について(協議会資料)
- 資料2 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループの設置及び各会議体の検討事項等について(協議会資料)
- 資料3 障害者歯科医療を実施する医療機関リスト等
- 資料4 障害者施設及び障害者施設利用者に対するアンケート調査(概要)

参考資料

- 参考資料1 東京都歯科保健対策推進協議会委員名簿
- 参考資料2 東京都歯科保健対策推進協議会設置要綱
- 参考資料3 東京都歯科保健推進計画検討評価部会委員名簿
- 参考資料4 東京都歯科保健推進計画検討評価部会設置要綱

平成30年度第2回 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ 次第

日時：平成30年12月11日（火曜日）18時30分から20時00分まで
場所：東京都庁第一本庁舎42階 特別会議室C

1 開 会

2 議 事

(1) 協議事項

障害福祉サービス事業所及び利用者に対する調査について

(2) その他

障害者（児）歯科保健医療の実態調査報告書について

3 閉 会

資 料

障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ委員名簿

資料1 - 1 障害福祉サービス事業所及び利用者に対する調査について

資料1 - 2 調査に関する委員からのご意見

資料1 - 3 調査用紙（案）

資料2 障害者（児）歯科保健医療の実態調査報告書

障害福祉サービス事業所及び利用者に対する調査について

1 調査対象

以下の事業所及び事業所へ通う利用者に対して調査を実施

(併設除いて2,114 箇所へ送付)

(1) 障害児サービス事業所

児童発達支援事業所(383)、福祉型児童発達支援センター(27)、医療型児童発達支援センター(5)、居宅訪問型児童発達支援事業所(1)、福祉型障害児入所施設(9)、医療型障害児入所施設(12)

(2) 障害者サービス事業所

施設入所支援(87)、生活介護(546)、自立訓練(機能訓練)(30)、自立訓練(生活訓練)(80)、宿泊型自立訓練(12)、就労継続支援A型(104)、就労継続支援B型(811)、就労移行支援(317)、地域活動支援センター(165)、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) 上記「1」の事業所へアンケートを依頼(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、返信用封筒にて送付

3 スケジュール

1月:調査依頼、2月末:調査提出期限、3月末:調査集計、4月~5月上旬:調査解析

5月中旬~6月上旬:第1回ワーキンググループ開催

平成31年3月28日現在、調査回答施設数1,120施設(回収率53%)

歯と口に関するアンケート調査(事業所回答用)

<本件をご回答いただいているご担当者様の情報についてお答えください。>

事業所名 ()

担当者名 () 職名 ()

電話番号 () メールアドレス ()

1 事業所の概要について、お答えください。※記載もしくは当てはまるものを○で囲ってください。

(1) サービス種別(施設区分)、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。

サービス種別 () 主な利用者 (身体・知的・精神・発達障害・難病等)

(2) 利用定員、事業所の登録利用者数、1日当たりの平均利用者数についてお答えください。

利用定員 () 名 ・登録利用者数 () 名 ・平均利用者数 () 名

(3) 事業所内における職員配置(歯科医師・歯科衛生士)についてお答えください。

歯科医師: 常勤()名・非常勤()名 歯科衛生士: 常勤()名・非常勤()名

(4) 事業所内に利用できる歯科診療所はありますか。 (ある ・ ない)

2 事業所における歯科健診の実施についてお答えください。

歯科健診の実施あり 頻度、実施場所、健診の実施者、対象者についてお答えください。

・頻度 1年に()回程度

・実施場所 (施設内 ・ 施設外(具体的に:))

・健診の実施者 (事業所内の歯科診療所・地域の歯科診療所・地区口腔保健センター・地区歯科医師会・
その他(具体的に:))

・対象者 (利用者全員・希望者のみ・必要と感じた利用者のみ・その他(具体的に:))

歯科健診の実施なし

・実施していない理由についてお答えください。(複数回答可)

(必要性を感じない・利用者に任せている・協力歯科医がない・依頼先が分からない・
職員不足・経営上の理由・その他(具体的に:))

・歯科健診を実施するに当たり、望むことについてお答えください。(複数回答可)

(適切な医療機関を紹介してほしい ・ 健診実施の手順について教えてほしい ・
事業所が実施するのではなく個人で健診に行くようにしてほしい ・
その他(具体的に:))

・今後、歯科健診の実施を予定したり、検討したりしていますか。 (している ・ していない)

3 利用者、ご家族等から歯科に関する相談を受けた場合の対応についてお答えください。

(1) 相談を受ける頻度、内容についてお答えください。(内容については、複数回答可)

・頻度 (ほぼ毎日・1か月に()回程度・1年に()回程度・あまり相談を受けない)

・内容 (歯が痛い ・ 歯並び ・ 噛み合わせ ・ 口臭 ・ うまく咀嚼できない ・ うまく飲み込めない ・
義歯が合わない ・ その他(具体的に:))

(2) 相談を受けた場合に、対応する方はどなたですか。(複数回答可)

(事業所職員(職種を記載ください:) ・ 訪問に来る歯科医師等 ・
その他(具体的に:))

(3) 歯科受診を勧める必要があると感じた場合、どの歯科医療機関を紹介しますか。(複数回答可)

(地域の歯科診療所 ・ 事業所内の歯科診療所 ・ 区や市の地区口腔保健センター ・
東京都立心身障害者口腔保健センター ・ 都立病院 ・ 公立病院 ・ 大学病院 ・
その他民間病院・どこを紹介すれば良いか分からない・その他(具体的に:))

(4) 上記(3)の歯科医療機関の情報をどのように入手しましたか。(複数回答可)

(訪問に来る歯科医師の紹介 ・ 区市町村からの紹介 ・ 関連のある医科の先生の紹介 ・
東京都医療機関案内サービスひまわりで検索 ・ 日本障害者歯科学会のホームページ ・
東京都立心身障害者口腔保健センターのホームページ ・
その他(具体的に:))

4 行政に求めることなど、歯科医療に関して何かご意見があればご記入ください。

[]

歯と口に関するアンケート調査

障害がある方の歯と口の状態がより良くなるよう、アンケート調査を実施いたします。

調査結果については、ご本人や施設名が特定されない形で公表させていただくとともに、東京都が取り組む事業の参考として活用させていただきます。ご協力をお願いいたします。

(東京都 福祉保健局 医療政策部 ・ 東京都立心身障害者口腔保健センター)

【施設職員記入欄】

お手数をおかけしますが、以下 (a) ~ (e) (この調査にご回答いただいた利用者様の状況) については、施設職員の方がお答えください。

(a) 性別をお答えください。

男性 ・ 女性

(b) 年齢をお答えください。

10代以下 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代 ・ 80代以上

(c) 障害の種別及び等級をお答えください。(複数回答可)

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 発達障害 ・ 難病等

身体障害者手帳()級 ・ 愛の手帳 第()種 ()度 ・ 精神障害者保健福祉手帳()級

(d) 所属されている事業種別をお答えください。(複数回答可)

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 ・

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 ・ いずれも利用していない ・ その他(具体的に:)

(e) 現在、一般就労されているかお答えください。

働いている ・ 働いていない

1 ここから先は、ご本人か施設職員、ご家族等がお答えください。

※当てはまるものを○で囲ってください。(アンケートは全部で4ページあります。)

(1) このアンケートについて、1人で回答していますか。

1人で回答している ・ 施設職員や家族など他の人に手伝ってもらい回答している

(2) 現在、歯や口に関して、困っていることはありますか。(いくつでも選択可能)

歯が痛い ・ 歯並びが気になる ・ かみ合わせが良くない ・ 口臭が気になる ・

歯肉のはれ ・ 歯肉からの出血 ・ 物がうまくかめない ・ 物がうまく飲みこめない ・

入れ歯が合わない ・ 特にない ・

その他(何かあればご記入ください:)

2 歯科診療所などの歯科医療機関に通っていますか。

通っている（（ア），（イ），（ウ），（エ），（オ），（カ）は、通っている人が答えてください。）

（ア）通っている回数はどれくらいですか。①～③のいずれかを選び、（ ）内に数字を記入してください。

① 月に（ ）回 ・ ② 年に（ ）回 ・ ③ 数年に1回

（イ）通っている理由は何ですか。（いくつでも選択可能）

定期的に通っている ・ むし歯の治療 ・ 歯石を取ってもらう ・ 歯の清掃 ・ 入れ歯の作製や調整 ・ 歯みがきの指導を受ける ・ 食べ方や飲みこみ方の訓練を受ける ・ その他（何かあればご記入ください： ）

（ウ）どの歯科医療機関に通っていますか。（いくつでも選択可能）

歯科診療所（ ） 家の近く ・ 施設の近く ・ 施設内（ ）
区や市の口腔保健（障害者歯科）センター ・ 都立心身障害者口腔保健センター ・ 都立病院 ・ 市などの公立病院 ・ 大学病院 ・ その他の民間病院

（エ）なぜ、その歯科医療機関に通っているのですか。（いくつでも選択可能）

歯科医療機関のスタッフについて（優しく丁寧だから ・ 多くいるから）
歯科医療機関について（バリアフリーだから ・ 設備が整っているから）
家族が通っているから ・ 施設職員などから紹介されたから ・ 家や施設から近いから ・ 大声を出してしまっても気にならないから ・
その他（何かあればご記入ください： ）

（オ）歯科医療機関へ通う時に、付き添いの人はいますか。（いくつでも選択可能）

1人で通っている ・ 家族 ・ 施設職員 ・ ヘルパー ・
その他（何かあればご記入ください： ）

（カ）歯科医療機関へ通う時に、どのようにして通っていますか。（いくつでも選択可能）

歩き ・ 自転車 ・ 電車 ・ 車 ・ バス ・ タクシー

施設か自宅に歯科医師が来てくれる（（キ）は、施設か自宅に歯科医師が来てくれる人が答えてください。）

（キ）その歯科医師をどのように知りましたか。（いくつでも選択可能）

施設に来ているため ・ 施設から紹介された ・ 自分や家族が探した ・
その他（何かあればご記入ください： ）

通っていない（（ク）は、通っていない人が答えてください。）

（ク）なぜ、通っていないのですか。（いくつでも選択可能）

必要ないから ・ めんどうだから ・ 歯科医療機関がどこにあるのか分からないから ・
1人で歯科医療機関に行くことができないから ・ 歯科医療機関に断られたから ・
その他（何かあればご記入ください： ）

3 歯科健診を受診していますか

受診している（(ケ)と(コ)は、受診している人が答えてください。）

(ケ) その回数はどれくらいですか。①～③のいずれかを選び、()内に数字を記入してください。

① 月に()回 ・ ② 年に()回 ・ ③ 数年に1回

(コ) なぜ受診しているのですか。

利用している施設で実施しているため ・ 区市町村から受診の案内が来るため ・ 個人的に受診している ・ その他（何かあればご記入ください：)

受診していない（(サ)は、受診していない人が答えてください。）

(サ) なぜ受診していないのですか。（いくつでも選択可能）

必要ないから ・ めんどうだから ・ 歯科医療機関がどこにあるのか分からないから ・ 1人で歯科医療機関に行くことができないから ・ 歯科医療機関に断られたから ・ 施設で実施していないから ・ その他（何かあればご記入ください：)

4 かかりつけの歯科医を決めていますか。

決めている（(シ) , (ス)は、決めている人が答えてください。）

(シ) どの歯科医療機関に通っていますか。（いくつでも選択可能）

歯科診療所（ 家の近く ・ 施設の近く ・ 施設内 ）
区や市の口腔保健（障害者歯科）センター ・ 都立心身障害者口腔保健センター ・ 都立病院 ・ 市などの公立病院 ・ 大学病院 ・ その他の民間病院

(ス) なぜ、そこに決めているのですか。（いくつでも選択可能）

歯科医療機関のスタッフについて（ 優しく丁寧だから ・ 多くいるから ）
歯科医療機関について（ バリアフリーだから ・ 設備が整っているから ）
家族が通っているから ・ 施設職員などから紹介されたから ・ 家や施設から近いから ・ 大声を出してしまっても気にならないから ・
その他（何かあればご記入ください：)

決めていない（(セ)は、決めていない人が答えてください。）

(セ) なぜ、決めていないのですか。（いくつでも選択可能）

決める必要がないと思っている ・ 歯科医療機関へ行きたくない ・ 歯科医療機関がどこにあるのか分からない ・ 1人で歯科医療機関に行くことができない ・ 歯科医療機関に断られた ・ その他（何かあればご記入ください：)

5 歯や口のことで困ったことがある場合に、誰に相談しますか。（いくつでも選択可能）

歯科医療機関の歯科医師 ・ 施設に来る歯科医師 ・ 施設職員 ・ 家族 ・
その他（何かあればご記入ください： ）

6 歯科医療機関に通う上で、大変だと感じることはありますか。（いくつでも選択可能）

1人で歯科医療機関に行くことができない ・ 車イスを利用しているため移動が困難 ・
歯科医療機関について（ 遠くて時間がかかる ・ バリアフリーでない ） ・
付き添いの方の手配が必要 ・ 車の手配が必要 ・
その他（何かあればご記入ください： ）

7 歯科治療を受ける上で、困っていることはありますか。（いくつでも選択可能）

じっと座ってられない ・ 口を長時間開けることが困難 ・ 治療の説明がわからない ・
治療が怖い ・ 歯科医療機関のスタッフの言動から嫌な気分になったことがある ・
他の患者が気になる ・ その他（何かあればご記入ください： ）

8 歯科医療機関に望むことはありますか。（いくつでも選択可能）

待合室を個室にしてほしい ・ 治療を受ける場所を個室にしてほしい ・
バリアフリーにしてほしい ・ 障害に配慮して丁寧に丁寧に対応してほしい ・
他の歯科医療機関等の情報を教えてほしい ・
その他（何かあればご記入ください： ）

アンケートについては以上となります。ご協力いただき、ありがとうございました。

なお、アンケートに関するご不明な点については、下記までお問い合わせください。

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

メール：S0000298@section.metro.tokyo.jp