

## 歯と口に関するアンケート調査(事業所用)

資料1-3

<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) 事業所内に歯科診療所は併設されていますか。 ( 併設されている ・ 併設されていない )

(3) 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

(4) 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

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か月に1回程度 ・ 3か月に1回程度 ・ 半年に1回程度 ・ 1年に1回程度 ・ その他(具体的に: ) )

・ 実施場所 ( 施設内 ・ 施設外(具体的に: ) )

・ 健診の実施者 ( 事業所の協力歯科医療機関・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)

( 経営上の理由・職員不足・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・その他(具体的に: ) )

・ 歯科健診を実施するのに当たり、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、実施を検討していますか。 ( している ・ していない )

3 利用者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 ( 毎日 ・ 週1回程度 ・ 月1回程度 ・ 3か月に1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 )

1 ご本人の状況について、お答えください。 ※当てはまるものを○で囲ってください。

(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) 性別を教えてください。

男性 ・ 女性

(3) 年齢を教えてください。

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

(4) 障害の種別を教えてください。(複数回答可能)

身体障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害 ・ 発達障害 ・ 難病等

(5) 利用されているサービス種別を教えてください。(複数回答可能)

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(何かあればご記入ください) )

(6) 現在、一般企業で働いていますか。

働いている ・ 働いていない

(7) 現在、歯や口に関して、困っていることはありますか。(複数回答可能)

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 ・

物がうまく噛めない ・ 物がうまく飲み込めない ・ 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）通っている頻度はどれくらいですか。

1か月に数回・1か月に1回・3か月に1回・半年に1回・1年に1回・数年に1回

（イ）通っている理由は何ですか。（複数回答可能）

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・

入れ歯の作成や調整・口の中をきれいに保つための指導を受ける・

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。（複数回答可能）

家の近くの歯科診療所・施設の近くの歯科診療所・施設内にある歯科診療所・

区や市の口腔保健センター・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。（複数回答可能）

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・

先生が優しく丁寧だから・歯科医療機関のスタッフが多くいるから・

歯科医療機関がバリアフリーだから・歯科医療機関の設備が整っているから・

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。

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。（複数回答可能）

歩き・自転車・電車・車・バス・タクシー

施設が自宅に歯科医師の先生が来てくれる（キ）は、施設が自宅に歯科医師の先生が来てくれる人が答えてください。）

（キ）その歯科医師の先生をどのように知りましたか。（複数回答可能）

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。（複数回答可能）

必要ないから・めんどうだから・どこに行けば良いかわからないから・

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) その回数はいくらですか。

1か月に1回 ・ 3か月に1回 ・ 半年に1回 ・ 1年に1回 ・ 2～3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。(複数回答可能)

必要ないから ・ めんどいから ・ どこに行けば良いかわからないから ・  
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。(複数回答可能)

家の近くの歯科診療所 ・ 施設の近くの歯科診療所 ・ 施設内にある歯科診療所  
区や市の口腔保健センター ・ 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。(複数回答可能)

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 ・  
先生が優しく丁寧だから ・ 歯科医療機関のスタッフが多くのから ・  
歯科医療機関がバリアフリーだから ・ 歯科医療機関の設備が整っているから ・  
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。(複数回答可能)

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 ・  
どこに行けば良いかわからない ・ 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。(複数回答可能)

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。(複数回答可能)

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である ・  
歯科医療機関が遠くて時間がかかる ・ どこに行けば良いかわからない ・  
歯科医療機関が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。(複数回答可能)

じっと座ってられない ・ 口を長時間開けることが困難 ・ 治療が怖い ・  
歯科医師や歯科衛生士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。(複数回答可能)

家や施設に近い所に通いたい ・ 障害に配慮して丁寧に対応してほしい ・  
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 ・ その他に通うことのできる歯科医療機関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