**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１１月１日現在の状況でご回答ください。

　　・ご回答は貴施設のうち、≪　　　　≫サービスについて、ご回答ください。

　　　ただし、当該サービスによる回答が難しい場合は、別のサービスとして、ご回答いただくことも可とさせていただきます。

　　・調査票は、両面印刷３ページ（本用紙を除く）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、下記二次元バーコードにより、Web回答用フォーム（東京共同電子申請・届出サービス）でご回答いただくこともできます。



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。



〔裏面へ続きます〕

※記載もしくは当てはまるものを〇で囲ってください。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します。**

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短期入所　　②施設入所支援　　③自立訓練（機能訓練）　　④自立訓練（生活訓練）

⑤就労移行支援　　⑥就労継続支援（Ａ型）　　⑦就労継続支援（Ｂ型）　　⑧就労定着支援

⑨宿泊型自立訓練　　⑩生活介護　　⑪療養介護　　⑫自立生活補助　　⑬医療型児童発達支援センター

⑭福祉型児童発達支援センター　　⑮児童発達支援(センター以外）　　⑯居宅訪問型児童発達支援事業所

⑰医療型障害児入所施設　　⑱福祉型障害児入所施設

⑲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します。**

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Ⅱ４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施設において、定期的な歯科健診を実施　　　②歯科診療所等で、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定期的に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

次ページの２（２）及び（３）、３へ続きます。

（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　２②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　　　②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　　　②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　　　②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　　③個別支援計画なし

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します。**

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問題がある利用者はいない　　⑤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（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）がいない　　　　　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します。**

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間食や甘味飲料等の摂取管理　　⑪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

２　利用者の歯科受診状況について、新型コロナウイルス感染症の影響がございましたら、具体的にお答えください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

～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～