

老人福祉施設及び障害福祉サービス事業所等における歯と口腔の健康づくり取組状況調査

該当するところに○をつけるか、御記入願います。

1 施設の名称及び入所者数

施設名	所在市区町村	入所者数（令和 年 月 日現在）

2 施設の種類について教えてください。

- 1 養護老人ホーム
- 2 特別養護老人ホーム
- 3 軽費老人ホーム（A型・B型）
- 4 軽費老人ホーム（ケアハウス）
- 5 認知症高齢者グループホーム
- 6 障害福祉サービス（共同生活援助）
- 7 障害者支援施設
- 8 障害児入所支援（福祉型）
- 9 障害児入所支援（医療型）
- 10 その他

3 施設に協力歯科医はいますか。

はい ・ いいえ

3-2 「はい」と答えた方に伺います。協力体制について教えてください。（複数回答可）

- 1 歯科健診
- 2 往診
- 3 緊急時の受診
- 4 口腔ケア

4 施設の口腔ケアに関与する歯科衛生士はいますか。

はい ・ いいえ

5 施設入所者の歯科健康診査を定期的実施していますか。

- 1 していない
- 2 年1回実施している
- 3 年2回実施している
- 4 年3回以上実施している

5-2 「実施している」と答えた方に伺います。

歯科健康診査の結果に基づいて保健指導・保健活動を行っていますか。

はい ・ いいえ

6 歯科保健について、日常的にどのような取組を行っていますか。(複数回答可)

- 1 口腔ケア(ガーゼ等による口腔内清掃・舌苔清掃等)
- 2 歯みがき(介助)
- 3 入れ歯(義歯)洗浄
- 4 歯みがき(本人)
- 5 歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔ケア
- 6 歯科医療機関定期受診
- 7 フッ化物歯面塗布
- 8 フッ化物洗口
- 9 講演会(入所者の家族等)
- 10 広報(施設だより等)
- 11 その他()
- 12 特に行ってない

7 過去1年間に歯科医師から、歯と口腔の健康に関する効果的な予防方法について情報提供はありましたか。 はい ・ いいえ

8 入所者が歯科医療機関の受診が必要となった場合、どのような支援を行っていますか。(複数回答可)

- 1 家族への通院依頼
- 2 歯科医療機関の紹介
- 3 受診付添・送迎
- 4 往診依頼
- 5 その他()
- 6 特に行ってない

9 入所者が歯科医療機関を受診する際に困難を感じたことはありますか。(複数回答可)

- 1 認知症や障害のため本人が拒否する
- 2 外来診療できる歯科医療機関が少ない
- 3 往診に来てもらえる歯科医療機関が少ない
- 4 病気や障害に関わらず受診可能な歯科医療機関の情報がない、探し方がわからない
- 5 往診に来てもらえる歯科医療機関の情報がない、探し方がわからない
- 6 歯科医療機関への通院が困難(遠い、交通手段がない等)
- 7 その他()
- 8 特にない

10 県が設置している「みやぎ訪問歯科相談室(在宅歯科医療連携室)」を知っていますか。

はい ・ いいえ

10-2 はいと答えた方に伺います。利用の有無について教えてください。

- 1 定期的に利用している
- 2 利用したことはあるが最近是利用していない
- 3 利用したことがない

10-3 「2 利用したことはあるが最近是利用していない」「3 利用したことがない」の理由について教えてください。(複数回答可)

- 1 協力歯科医がいるので利用していない
- 2 他の業者(サポート)を利用している
- 3 利用に手間がかかる
- 4 時間がかかる
- 5 歯科のことは利用者に任せている
- 6 特に歯科の問題がない
- 7 その他()

11 過去1年間に施設職員を対象とした研修や勉強会を実施しましたか。

はい ・ いいえ

12 過去1年間に施設職員を歯科保健に関する研修会へ派遣しましたか。

はい ・ いいえ

13 歯や口腔の健康のため、家庭・地域・医療機関の取組について、課題となっていることや要望がございましたら御記入願います。

--

回答者名		連絡先 電話番号	
------	--	-------------	--

御協力ありがとうございました