

令和4年度 滋賀県歯科保健調査票(高齢者等入所事業所)

市町名
<p>あてはまるものに○を付けて御回答をお願いします。</p> <p>1. この1年間に、利用者の歯や口のことで困ったことがありましたか？</p> <p>① ある ② ない</p> <p>1で①に○をつけられた方にお聞きします。</p> <p>困ったことについて教えてください。(複数回答可)</p> <p>ア. 歯や歯ぐきの痛みと思われる原因で食事ができなかった          イ. 歯や歯ぐきの痛みと思われる原因で眠れなかった          ウ. 介助する際、口の中の清掃方法が分からなくて困った          エ. 入れ歯が合わなくなったり、無くしたりして困った          オ. 歯科治療に連れて行けなくて困った          カ. その他( )</p>
<p>2. 歯みがき等、利用者の口の手入れを、職員が実施または介助することはありますか？</p> <p>① ある ② ない</p> <p>2で①に○をつけられた方にお聞きします。</p> <p>1)どのようなケースに介助を行うようにしていますか？(複数回答可)</p> <p>ア. すべての利用者 イ. 一人では手入れが困難な利用者          ウ. 歯科医師や歯科衛生士から指摘があった利用者          エ. 発熱が多い利用者 オ. 歯がたくさん残っている利用者          カ. 歯が少ない利用者 キ. 入れ歯を使用している利用者          ク. その他( )</p> <p>2)どのようなことを実施していますか？(複数回答可)</p> <p>ア. 歯ブラシで歯をみがく イ. フッ素入り歯磨き剤を利用する          ウ. ブラシやガーゼで口の中を清掃する エ. うがいをさせる          オ. 保湿剤を塗る カ. 唾液腺マッサージ キ. 嚥下体操          ク. 入れ歯を、入れ歯用ブラシや歯ブラシでみがく          ケ. その他( )</p>
<p>3. 職員を対象に、口の中の清掃や口腔機能向上のための取り組み等の研修会を実施していますか？</p> <p>① 定期的実施している ② 不定期で実施することがある ③ 実施していない</p> <p>3で①、②に○をつけられた方にお聞きします。</p> <p>1)研修会のテーマを教えてください(複数回答可)</p> <p>ア. 口の中の清掃方法 イ. 入れ歯の清掃方法 ウ. 誤嚥予防 エ. 誤嚥性肺炎予防          オ. 口の中の構造 カ. 口腔機能向上 キ. 訪問歯科診療 ク. 感染対策          ケ. その他( )</p> <p>2)研修会の講師は誰(どこ)に依頼しましたか？(複数回答可)</p> <p>ア. 相談医 イ. 相談歯科医 ウ. 地域の開業歯科医 エ. 歯科医師会          オ. 歯科衛生士会 カ. 自事業所の看護師・歯科衛生士          キ. 自事業所内の職員(看護師、歯科衛生士以外) ク. 市町の保健センター          ケ. その他( )</p>

4. 利用者に対する歯科健診を実施していますか。

- ① 定期的に実施している ② 不定期で実施することがある ③ 実施していない  
4で①、②に○をつけられた方にお聞きます。

歯科健診の実施主体について教えてください。

- ア. 事業所が企画、歯科医師に依頼して実施  
イ. 自治体の事業等を利用して実施  
ウ. 利用者の希望に応じて、歯科医師に依頼して実施  
エ. その他(

5. 利用者の口にトラブルがあった時の相談先はありますか？

- ① ある ② ない

5で①に○をつけられた方にお聞きます。

相談先について教えてください。(複数回答可)

- ア. 相談歯科医 イ. 近隣の開業歯科医  
ウ. 自事業所の歯科衛生士(常勤・非常勤問わず)  
エ. 自事業所の看護師 オ. 訪問看護師  
カ. その他( )

6. 利用者に歯科治療が必要と判断した場合、どのように対応していますか？(複数回答可)

- ① 事業所が訪問歯科診療を手配 ② 事業所が歯科医療機関に送迎  
③ 家族が訪問歯科診療を手配 ④ 家族が歯科医療機関に送迎  
⑤ その他( )

6で①、②に○をつけられた方にお聞きます。

歯科治療を受ける際に支障となったことについて教えてください。(複数回答可)

- ア. 訪問歯科診療をしている歯科医療機関が少ない  
イ. バリアフリー対応の歯科医療機関が少ない  
ウ. 送迎する際の事業所職員の人手不足  
エ. 家族からの理解が得られない(得にくい)  
オ. 本人が嫌がる キ. 認知症の進行のため本人の同意が得られない  
ク. 特に支障を感じたことはない ケ. その他( )

7. 貴事業所の利用者に対する歯科保健対策について、今後、実施したいこと、実施予定の取組等があれば教えてください。(自由記載)

御協力ありがとうございました。