

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(患者編) 調査票

参考資料1

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、東京都歯科保健目標「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)の方

本調査について

- ・調査対象は、東京都内の入所及び通所型の障害児(者)福祉施設の利用者の方です。
- ・調査方法は、この調査票により、利用者の方に歯科に関する状況をお聞きするものです。
- ・結果の公表は、ご回答者や施設が特定できない形で行います。
- ・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。

回答に際してのお願い

- ・質問に対しては、回答日現在の状況でご回答ください。
- ・調査票は、両面印刷2ページです。調査票に回答を記載してください。
- ・回答した調査票は、添付の封筒に入れ、施設の担当者に御提出ください。
- ・内容に関するご質問は、東京都福祉保健局医療政策部歯科担当あてにお願いします。

はじめに、ご回答いただく方についてお聞きします。

この調査票のご記入者は、施設利用者ご自身でしょうか。それとも家族や施設関係者の方でしょうか。

- ①利用者ご本人
②家族など(具体的に:)
③施設関係者(具体的に:)

I 施設利用者の方についてお聞きします。

1 性別をお答えください。

- ①男性 ②女性

2 年齢をお答えください。

()歳

3 主たる障害の種類をお答えください。

- ①主に身体障害 ②主に知的障害 ③主に精神障害 ④主に発達障害

II 歯や口の状態についてお聞きします。

1 現在、歯や口に関して困っていることはありますか。

- ① 困っている ② 困っていることはない

2 1で①(困っている)とお答えの方にはうかがいます。(いくつでも○で囲む)

(1) その内容をお答えください。

- ①むし歯や歯周病 ②歯並び ③かみ合わせの異常 ④口臭 ⑤物がうまかくめない、飲み込めない
⑥言葉がうまかく話せない ⑦その他()

(2) その状態はいつからですか。

- ①1週間前ごろから ②1か月前ごろから ③3か月前ごろから
④6か月前ごろから ⑤6か月以上前から

III 歯科健診についてお聞きします。

歯科健診を受けていますか。

- ①受けている ②受けていない

①(受けている)とお答えの方にはうかがいます。

歯科健診を受ける頻度をお答えください。

- ①3か月に1回程度
②半年に1回程度
③1年に1回程度
④不定期(平均すると 年に1回程度)
⑤その他()

②(受けていない)とお答えの方にはうかがいます。

歯科健診を受けていない理由をお答えください。

- ①必要と思われないため
②歯科健診を受ける歯科医療機関がわからないため
③通院が難しいため
④受診先の医療機関に断られたため
⑤その他(具体的に:)

IV 歯科受診についてお聞きします。

今までに歯科治療を受けたことがありますか。

- ① 受けたことがある ② 受けたことがない

②(受けたことがない)とお答えの方にはうかがいます。

受診しなかった理由をお答えください。

- ①受診する必要がなかったため
②どこに受診すればよいかわからなかったため
③歯科医療機関に受診を断られたため
④その他()

①(受けたことがある)とお答えの方にはうかがいます。

ア 一番最近はいつ頃ですか。

(年 月ごろ)

イ どこで治療を受けましたか。

- ①診療所(「～診療所」、「～クリニック」、「～医院」などという名称になっています。)
- ②地域の口腔保健センター
- ③都立心身障害者口腔保健センター
- ④病院(大学病院、大学附属病院を除きます。)
- ⑤病院、大学附属病院
- ⑥訪問診療
- ⑦その他()

ウ イの診療機関を受診した理由をお答えください。

- ①他の歯科医療機関からの紹介
- ②歯科でない病院・診療所からの紹介
- ③地区の口腔保健センターなどからの紹介
- ④区、市役所等からの紹介
- ⑤家族、知人などからの紹介
- ⑥自宅や施設の近く
- ⑥ホームページなどで自分で探した
- ⑦その他(具体的に:)

エ イの受診内容についてお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①歯石除去、歯面清掃
- ②入れ歯の作成や調整
- ③むし歯や歯周病の治療
- ④歯を抜いた
- ⑤口腔衛生指導(歯みがきの方法、口の中の病気などの対応方法の指導)
- ⑥食べ方・飲み方の訓練・指導
- ⑦その他()

オ 治療を受けてどのように感じましたか。

- ①とても満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満である
- ⑤とても不満である

カ オで④(不満である)、⑤(とても不満である)とお答えの方にはうかがいます。

具体的な内容をお答えください。

[]

V かかりつけ歯科医についてお聞きします。

1 かかりつけ歯科医を決めていますか。

- ①決めている
- ②決めていない

2 1で①(決めている)とお答えの方にはうかがいます。

ア その歯科医療機関はどのようなところですか。

- ①診療所(「～診療所」、「～クリニック」、「～医院」などという名称になっています。)
- ②地域のセンター
- ③都立心身障害者口腔保健センター
- ④病院(大学病院、大学附属病院を除きます。)
- ⑤大学病院、大学附属病院
- ⑥訪問診療
- ⑦その他()

イ かかりつけとしている理由をお答えください。

- ①障害者に適切に対応したり、障害者に配慮した施設だから
- ②自宅(施設)の近くだから
- ③知人や友人の紹介だから
- ④市町村や保健所等からの紹介
- ⑤その他(具体的に:)

VI 今後、歯科受診をするにあたり、どのようなことを望みますか。(2つまで○で囲む)

- ① どの歯科医療機関でも安心して診療が受けられる環境
- ② 専門性の高い歯科医療機関で安心して診療が受けられる環境
- ③ 治療器具や設備等が充実した環境
- ④ 治療に要する人員が充実した環境
- ⑤ 患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境

VII 歯科医療を受ける上で、お困りになっていることやご要望などがありましたら、ご記入ください。

[]

～質問は以上です。御協力いただき、ありがとうございました～

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)

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、東京都歯科保健目標「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。
- ◎調査方法は、本調査票を基に、施設を訪問し聞き取り調査を行うものです。
- ・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をお願いします。
- ・質問に対して、すべて平成25年10月1日現在の状況でご回答ください。
- ・複数のサービスを提供している施設は、サービスごとにご回答ください。
- ・調査票は、両面印刷5ページです。
- ・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担当までお願いします。

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。

表の項目にお答えください。

施設名	
所属及び職名	
お名前及び職種	職種()
電話番号	
電子メールアドレス	

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医療型障害児入所施設 ②福祉型障害児入所施設 ③療養介護
④施設入所支援 ⑤自立支援(機能訓練・生活訓練) ⑥生活介護
⑦その他()

2 開設者をお答えください。(1つだけ○で囲む)

- ①国 ②東京都 ③区市町村 ④社会福祉法人(社会福祉協議会)
⑤社会福祉法人(社会福祉協議会以外の社会福祉法人) ⑥医療法人 ⑦営利法人 ⑧非営利法人
⑨民法法人(社団、財団) ⑩その他()

3 施設職員について伺います。

(1)施設職員について、職種と人数をお答えください。(該当する欄に数字を記入する)

職種	常勤		非常勤		その他	
	人数	うち、歯磨きにかかわる人数	人数	うち、歯磨きにかかわる人数	人数	うち、歯磨きにかかわる人数
医師	人	人	人	人	人	人
歯科医師	人	人	人	人	人	人
看護師(保健師、助産師、准看護師を含む)	人	人	人	人	人	人
歯科衛生士	人	人	人	人	人	人
栄養士(管理栄養士を含む)	人	人	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
介護福祉士	人	人	人	人	人	人
上記以外の専門職(職名を記載)	()人	()人	()人	()人	()人	()人
その他	人	人	人	人	人	人

※非常勤、その他の人数は、実人数を記載してください。

4 施設利用者の定員をお答えください。
()人

5 利用者の構成をお答えください。(該当する欄に数字を記入する)

年齢区分	主として身体障害	主として知的障害	主として精神障害	主として発達障害
18歳未満	人	人	人	人
18～64歳	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人

6 施設内に歯科診療施設を設置していますか。
①設置している ②設置していない

II 歯科健診の状況についてお聞きします。

1 利用者が歯科医師による歯科健診を受ける機会がありますか。

①機会がある ②機会がない

2 1で①(機会がある)とご回答の施設に伺います。

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 ④不定期(平均すると 年に1回)
⑤その他(具体的に:)

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

ウ 方法をお答えください。(1つだけ○で囲む)

①施設内の歯科施設を利用 ②施設への歯科医師の訪問 ③外部の歯科診療所を利用

エ 歯科健診について課題があると思われませんか。

①課題がある ②課題はない

オ エで①(ある)とお答えの施設に伺います。
その内容をお答えください。

()

III 利用者の歯や口腔の健康状態についてお聞きします。

1 利用者の歯や口腔の健康状態についてお答えください。

(1) 以下のような症状を訴えたり、職員が気づいたりした利用者は、年間、どのくらいいますか。

年齢区分	「歯が痛い」 (延べ人数)	「歯ぐきの腫れ ・出血」(延べ人数)	「硬いものを嫌ったり、 かみにくい」(実人数)	「飲み込みにくい」 (実人数)	その他(※)
18歳未満	人	人	人	人	人
18～64歳	人	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人	人

※ その他(具体的に:)

(2) 上記のような症状のある利用者に対して施設(職員)は、歯科医院への受診を勧めていますか。

	「歯が痛い」 (延べ人数)	「歯ぐきの腫れ ・出血」(延べ人数)	「硬いものを嫌ったり、 かみにくい」(実人数)	「飲み込みにくい」 (実人数)	その他(※)
積極的に勧める	人	人	人	人	人
行ったほうがよいと勧める	人	人	人	人	人
場合によって勧めることがある	人	人	人	人	人
勧めてはいない	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人

※ その他(具体的に:)

IV 食事、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 食事について

(1)施設での食事はどのような方法をとっていますか。(いくつでも○で囲む)

- ①施設が調理した食事を提供している ②仕出し弁当などを提供している
③利用者が弁当などを持参している

(2)(1)で①(施設が調理した食事を提供している)とご回答の施設に伺います。

利用者に提供する(できる)食事の形態をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①一般食(常食) ②軟食(刻み食含む) ③流動食(ミキサー食、ペースト食を含む)

(3)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

(4)(3)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、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その他()

(2)(1)で①(実施している)とご回答の施設に伺います。

ア 実施している指導・訓練の内容をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- 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)とご回答の施設に伺います。

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:)

V 歯科受診の状況についてお聞きします。

1 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。(いくつでも○で囲む)

- ①施設内の歯科施設 ②施設への歯科医師の訪問
③定期的に受診している歯科医院・口腔保健センターなど ④その他の大学病院や歯科診療所

(2)その受診先を選ぶ理由をお答えください。

[]

2 受診方法をお答えください。(いくつでも○で囲む)

- ①自分で(家族の介助含む) ②職員の介助で ③訪問診療 ④特に決まっていない

Ⅶ その他

1 東京都歯科保健目標「いい歯東京」を知っていますか。

- ①知っている ②知らない



2 東京都立心身障害者口腔保健センター（飯田橋）について

(1) 東京都心身障害者口腔保健センターを知っていますか。

- ①知っている ②知らない

(2)(1)で①(知っている)とお答えの施設に伺います。
利用したことがありますか。

- ①利用したことがある ②利用したことがない

(3)(1)で①(利用したことがある)とお答えの施設に伺います。
どのような場合に東京都立心身障害者口腔保健センターを利用しますか。

- ①歯科受診が必要となったときに最初に受診する
②地域(または施設内)の歯科医師から紹介されたとき
③利用者(またはその家族)の希望があったとき
④その他
(具体的に:)

(4)(2)で②(利用したことがない)とお答えの施設に伺います。

その理由をお答えください。

- ①地域(または施設内)で受診が可能であるため
②通院するには遠距離であるため
③その他(具体的に:)

3 地区の口腔保健センターについて

(1) 地区口腔保健センターを知っていますか。

- ①知っている ②知らない

(2)(1)で①(知っている)とお答えの施設に伺います。
利用したことがありますか。

- ①利用したことがある ②利用したことがない

(3)(2)で①(利用したことがある)とお答えの施設に伺います。
どのような場合に地区の口腔保健センターを利用しますか。

- ①歯科受診が必要となったときに最初に受診する
②地域(または施設内)の歯科医師から紹介されたとき
③利用者(またはその家族)の希望があったとき
④その他(具体的に:)

《地区口腔保健センター》

	施設名称	住所
1	文京区保健所保健サービスセンター-歯科室	文京区春日
2	三ノ輪口腔ケアセンター	台東区三ノ輪
3	八雲あいアイ館歯科診療所	目黒区八雲
4	世田谷区口腔衛生センター	世田谷区松原
5	渋谷区ひがし健康プラザ歯科診療所	渋谷区東
6	スマイル歯科診療所	中野区中野
7	杉並区歯科保健医療センター	杉並区荻窪
8	豊島区口腔保健センターあぜりあ歯科診療所	豊島区東池袋
9	北区障害者口腔保健センター	北区滝野川
10	板橋区歯科衛生センター	板橋区常盤台
11	練馬区つつじ歯科休日歯科休日急患診療所	練馬区豊玉北
12	足立区歯科医師会口腔保健センター	足立区千住
13	ひまわり歯科診療所	葛飾区青戸
14	たんぼ歯科診療所	葛飾区亀有
15	江戸川区口腔保健センターにここ歯科診療所	江戸川区江戸川
16	調布市小島町歯科診療所	調布市小島町
17	町田市口腔保健センター-休日歯科・障害者歯科急患診療所	町田市原町田
18	さくら歯科診療所	国立市富士見台
19	八南歯科医師会休日急患・障害者歯科多摩市診療所	多摩市関戸
20	八王子市小児・障害メディカルセンター(八南歯科医師会休日急患障害者歯科八王子市診療所)	八王子市台町

(4)(2)で②(利用したことがない)とお答えの施設に伺います。

その理由をお答えください。

- ①地域(または施設内)で受診が可能であるため
②通院するには遠距離であるため

4 障害者の歯と口の健康を維持・向上するために、東京都や行政機関に望むことはありますか。

[]

5 東京都立心身障害者口腔保健センターや地区の口腔保健センターに対し、望むことはありますか。

[]

～以上で質問は終わりです。多項目にわたる質問に御協力いただき、大変ありがとうございました～