

令和4年度 滋賀県歯科保健調査票(高齢者等通所事業所)

市町名

あてはまるものに○を付けて御回答をお願いします。

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？

① ある ② ない

1で①に○をつけられた方にお聞きします。

困ったことについて教えてください。(複数回答可)

- 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( )

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？

① ある ② ない

3で①に○をつけられた方にお聞きします。

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)

- ア. すべての利用者
- イ. 一人では手入れが困難な利用者
- ウ. ケアマネージャーから指示があった利用者
- エ. 歯科医師や歯科衛生士から指摘があった利用者
- オ. その他( )

2)どのようなことを実施していますか？(複数回答可)

- ア. ブラシで歯をみがく
- イ. ブラシで入れ歯をみがく
- 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. その他( )

3. 直近3か月について、口腔機能向上加算(Ⅰ、Ⅱ問わず)の算定実績はありますか。

① ない ② ある

4で①に○をつけられた方にお聞きします。

加算していない理由を教えてください(複数回答可)

- ア. 施設のケアプランに含まれていないため
- イ. 事業所が加算の届出要件を満たしていないため
- ウ. 事業所として必要を感じていないため
- エ. 利用者からの希望がないため
- オ. 利用者の金銭的負担軽減のため
- カ. 職員の負担軽減のため
- キ. 口腔機能改善管理指導計画の作成が困難なため
- ク. その他(具体的に )

4. 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？

- ① 定期的を実施している ② 不定期で実施することがある ③ 実施していない

5で①、②に○をつけられた方にお聞きます。

1)研修会のテーマを教えてください(複数回答可)

- 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.その他( )

2)研修会の講師は誰(どこ)に依頼しましたか？(複数回答可)

- 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.事業所の看護師・歯科衛生士  
キ.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( )

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

6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.施設であらかじめ決めている歯科医 イ.近隣の開業歯科医  
ウ.事業所歯科衛生士(常勤・非常勤問わず)  
エ.事業所看護師 オ.訪問看護師 カ.市町の保健センター  
キ.保健所  
ク.その他( )

6. 利用者に歯科治療が必要と判断した場合、誰かに伝えますか？(複数回答可)

- ア.本人に伝える  
イ.ケアマネジャーに伝える  
ウ.家族に伝える  
エ.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。