

# 障がい者福祉施設利用者の口腔管理状況 に関するアンケート

障がいの有無に関わらず、歯科診療や専門的口腔ケアによる口腔管理は、人間の営みの基本である「食べる」「話す」「息をする」を維持するために大変重要です。とりわけ障がい児・者においては、ご自身で口腔内の異常を訴えることが困難なこともあり、周囲がその異常に気づけなかったり、異常が見つかった際には治療が困難な事例が多くなることから、平素からの口腔管理によって早期発見と疾病予防に努めることが極めて重要となりますが、実際には全ての方に必要な口腔管理が遂行されていないのが現状です。京都府の支援事業である地域療育等支援事業は年々縮小され、今後は廃止される可能性が高く、これまでこの支援事業によって支えられてきた定期的な歯科検診や歯科衛生士による施設口腔ケアを受けてこられた方々についても、今後の継続的な口腔管理について改めて検討する必要があります。

基本的には全ての方に定期的な歯科検診と口腔ケアを受けられるかかりつけ歯科があることが理想的ですが、それが困難な事例について検証し、障がいの有無で口腔管理ができないといった不利益を被ることがないように検討していきたいと考えています。今回のアンケートはその現状と問題点を抽出するために作成しておりますので、お忙しいところ大変恐縮ですが、趣旨をご理解いただきご回答いただくと幸いです。特に質問16は大変重要なご意見となりますのでぜひご記載ください。何卒よろしくお願いいたします。

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

\* 必須の質問です

質問1 ご回答いただく方\*

- ご本人
- ご家族
- その他:

質問2 ご本人のお名前を教えてください（イニシャル可）\*

回答を入力

質問3 ご本人の年齢を教えてください\*

- 0～9歳
- 10～19歳
- 20～29歳
- 30～39歳
- 40～49歳
- 50～59歳
- 60～69歳
- 70～79歳
- 80～89歳
- 90～99歳
- 100歳以上

質問4 利用施設名をご記載下さい（複数ある場合は全てご記載ください）\*

回答を入力

質問5 普段のお口の清掃は誰がしていますか？\*

- ご本人
- ご家族
- 施設職員
- その他:

質問6 1日何回お口の清掃をされますか？ \*

- 口腔清掃はほとんどしていない
- 1回
- 2回
- 3回
- 4回以上

質問7 口腔清掃のタイミングを教えてください。 \*

- 起床時
- 朝食後
- 昼食後
- 間食後
- 夕食後
- 就寝前

質問8 口腔清掃道具は何を使用していますか？ \*

- 歯ブラシ
- 電動歯ブラシ
- ワンタフトブラシ
- 歯間ブラシ
- デンタルフロス
- スポンジブラシ
- その他:

質問9 歯磨剤、含嗽剤など、補助的なデンタルケア製品をご使用の方は製品名を教えてください

回答を入力

質問10 現在、かかりつけ歯科はありますか？ \*

- ある
- ない

質問11 質問10で「ある」とお答えの方は受診方法を教えてください。 \*

- 通院
- 訪問
- 両方
- 「ない」と回答

質問12 質問10で「ある」とお答えの方は受診頻度を教えてください。 \*

- 月1回程度
- 2~3か月に1回
- 4~6か月に1回
- 年1回程度
- 何らかの症状がある時だけ
- 「ない」と回答

## Google フォーム

質問13 質問10で「ない」とお答えの方はその理由を教えてください。\*

- 考えたこともなかった
- 特に必要性を感じなかったから
- 通院手段がないから
- 定期的に歯科衛生士さんが磨きに来てくれるから
- 「ある」と回答

質問14 質問10で「ない」とお答えの方は今後のお考えをお聞かせください\*

- かかりつけ歯科をつくる予定
- かかりつけ歯科をつくりたいが受診手段がない
- 特にかかりつけ歯科をつくるつもりはない
- 「ある」と回答


質問15 かかりつけ歯科の必要性についてのお考えを教えてください。\*


- 特に必要性を感じない
- どちらかといえばなくてもいいと思う
- どちらかといえばあった方がいいと思う
- 絶対に必要だと思う

質問16 障がいのある方が、かかりつけ歯科を持つことを困難にする要因は何だ\*  
と思われるか？みなさまのお考えをお聞かせください。

回答を入力

送信

 編集権限をリクエスト

 編集権限をリクエスト