**施設における歯科保健アンケート**

**【該当する項目に○印又は✔、必要事項をご記入ください。】**

**＜貴施設について＞**

１　施設名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　区　）

２　施設の種類　　（　）入所　　（　）通所　（　）入所及び通所

**＜歯科診療について＞**

１　利用者のお口の状態を把握していますか？

　（　）している　　　　　　　　　　　　　　　　（　）していない

どのように把握していますか？把握方法をご記入ください。

２　利用者の個人的な歯科受診状況を把握していますか？

（　）把握している　　　　　　　　　　　　　　（　）把握していない

３　利用者は治療が必要になった時にどこで治療していますか？又はどこを勧めていますか？

　（　）近隣の歯科医院　（　）障害者歯科医療センター　（　）大学病院

（　）施設の嘱託歯科医師の診療所　（　）その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　）

**＜口腔ケアについて＞**

１　利用者は施設内で歯みがきを実施していますか？

　（　）実施している

　　　　 　（　）利用者が一人で磨く （　）利用者が磨くのを職員が介助する

（　）職員介助のみで磨く

　（　）実施していない

理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　施設職員は、障害児・者に対する歯のみがき方などについて講義や実習を受けたことはありますか？

　（　）ある　　　　　　（　）ない

３　施設における利用者の歯みがき支援で困っていることはありますか？

　（　）ある　　　　　　（　）ない

　　　　　　 具体的な内容をご記入ください。

　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　食事の時に「よくむせる」「うまく飲み込めない」など食べることに問題のある利用者はいま

すか？

　（　）いる　　　　　　（　）いない

　　　　　　 何か対応していますか？

　　　　　　　（　）している　　　　　　（　）していない

　　　　　　　　　　　　　どなたが行いますか？　（　）職員　（　）職員以外の専門職

　　　　　　　　　　　　　具体的に何をされているかご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**＜歯科保健の支援について＞**

１　歯科検診・歯みがき以外に歯科疾患の予防のため施設でおこなっていることはありますか？

２　障害者歯科保健について必要と思われることについてご記入ください。

例：職員・保護者への歯科研修会など

ご協力ありがとうございました。