

FAX:0980-72-8446 宮古福祉保健所 福祉班 嘉数行き

記入者 代表者 ・ 施設長 ・ ケアマネージャー ・ その他 ( )

■ 1 施設の基礎データ

申請者一名称			
事業所一名称			
事業所一所在地			
TEL		FAX	

※この調査の対象となる「障がい者等」は、口腔ケアに関し、他者による介助を必要とする身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)、発達障害者(児)、高次脳機能障害者(児)及び高齢者とします。対象に含まれていない障がい者等の事に関しては最下部の自由意見欄に記載をお願いします。

■ 2 質問です。

複数チェックOKです。

(1)利用者の口腔に関して、現在困っていることはありますか？

- ある⇒
  - ア 口臭が気になる
  - イ フラッシングを嫌がる
  - ウ 虫歯がある
- ない
  - エ 歯茎が炎症している
  - オ 受け入れてくれる歯科医院がわからない

その他

(2)利用者の日常的な口腔ケアについて、貴施設では何かしていますか？  
いいえの場合は理由も教えてください。

- はい⇒
  - ア 定期的に歯科健診を実施
  - イ フッ素塗布を実施
  - ウ ブラッシング訓練
  - エ 職員の研修等
- いいえ ⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒

その他

(3)利用者の歯科治療が必要となった(と思われる)とき、どう対処していますか？

- ア 家族で対応してもらう
- イ 往診に来てもらう
- ウ 歯医者に連れて行く
- エ 何もしていない

その他

(4)沖縄県障害者歯科地域協力医について知っていますか？

- ア 知っている
- イ 知らない

**沖縄県障害者歯科地域協力医とは**

沖縄県歯科医師会の講習・実習を修了し、又は日本障がい者歯科学会の認定医で構成され、障害のある方を積極的に受け入れている歯医者さんです。

(5)利用者の口腔ケアや治療に関して、取り組んでもらいたい事項はありますか？

- ある⇒
  - ア 歯科健診の実施
  - イ 歯科訪問治療
  - ウ ブラッシング指導
- ない
  - エ 職員への研修等を希望

その他

(6)歯科の嘱託医はいますか？ いない場合は、その理由を教えてください。

- いる
  - ア 嘱託医の必要性を感じていない
- いない⇒
  - イ 予算が確保できない

その他

■ 3 自由意見欄 口腔に関する、要望・質問などなんでも記載してください。

ご協力、ありがとうございました。