

障害者（児）施設における歯と口腔の健康に関するアンケート

I 施設のことについておうかがいします。

問1 施設で実施されているサービスの形態をお選びください。【複数回答可】

1. 入所
2. 通所

→あてはまるものに○をおつけください

就労継続支援（A型） ・ 就労継続支援（B型） ・ 就労移行支援
生活介護 ・ 自立支援（生活訓練）
児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス ・ 保育所等訪問支援
その他 〈 〉

3. その他 〈 〉

問2 施設の収容定員はどれくらいですか。

1. 50人未満
2. 50人以上 100人未満
3. 100人以上 150人未満
4. 150人以上

問3 現在の入所者の構成について人数をお答えください。

1. 知的障害 _____人
2. 身体障害 _____人
3. 精神障害（発達障害含む） _____人
4. その他 〈 _____ 〉 _____人

問4 歯科医師の配置はありますか。ありの場合には雇用形態もお答えください。

1. あり 常勤 ・ 非常勤 ・ 嘱託
2. なし

問5 歯科衛生士の配置はありますか。ありの場合には雇用形態もお答えください。

1. あり 常勤 ・ 非常勤 ・ 嘱託
2. なし

問11-3 問11-1で4を選択した方のみお答えください。

枚方市障害者（児）歯科診療機関は、どちらの施設を利用しましたか。

1. 枚方休日歯科急病診療所
2. 枚方療育園
3. 両方利用したことがある

問12 利用者の方が歯科治療を受ける際に支障となるものは何ですか。【複数回答可】

1. 歯科医院へ連れていく人手不足
2. 家族からの理解が得られない（得にくい）
3. 歯科医療機関の理解が得られない（得にくい）
4. 受け入れてくれる歯科医院がない（少ない）
5. どこに受診すればいいのか分からない
6. その他（ ）

問13 コロナ流行により歯科保健に関して苦労されたことや、工夫されたことはありますか。

1. ある
2. ない

【新設】

※ある場合は具体的にご記入ください

問14 歯と口腔の健康について、ご意見・ご提言などをご自由に記入してください。

なお、調査の性格上、個別の返答はいたしかねますことを、あらかじめご了承ください。

協力いただき、ありがとうございました。

ご回答後は、同封の返信用封筒に入れ（切手不要）、

令和 年 月 日（ ）までに、

投函してくださるようお願いいたします。