

歯科口腔保健についてのアンケート（2024ケアマネあまき）

* 必須の質問です

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素より本協議会支部活動へご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和5年度地域歯科口腔保健推進会議（大島支庁保健福祉部）の参考資料としてケアマネあまき会員のみなさまがご担当されているケースについてご意見をいただきたくアンケートを実施する運びとなりました。

年初のお忙しいこの時期に誠に恐縮ですが、ご回答のほどよろしくお願い申し上げます。なお、アンケート期限を1月31日（水）までとし、お答えいただいたアンケートの結果は後日お知らせいたしたいと思っております。

1. 口腔ケア・訪問歯科（施設への訪問も含む）などお口や歯に関するサービス内容をケアプランに記載したことがありますか？ *

1つだけマークしてください。

- ある 質問2にスキップします
 ない 質問4にスキップします

口腔ケア・訪問歯科などお口や歯に関する内容をケアプランへ記載している方

2. ケアプランへ記載している方に質問です。担当ケース（今月の要介護状態の方）で何件のプランに記載していますか？ *

【記述例】（ ）件 / （ ）件
または、約（ ）割

3. ケアプランへ記載している方へ、口腔ケア等に関して介護保険サービスやインフォーマルサービスで連携しているサービスは何ですか？【複数回答】 *

当てはまるものをすべて選択してください。

- ご家族
 訪問看護（看護師）
 訪問介護（ヘルパー）
 訪問歯科（歯科医師・歯科衛生士）
 通所系サービス
 その他: _____

質問5にスキップします

4. ケアプランへ記載していない理由としてあてはまるものを選択してください。*

1つだけマークしてください。

- アセスメントできていない
- 食事摂取に支障がなさそう（ケアマネ主観）
- 習慣になっていて自立している
- 家族または介護サービス以外の方で行っている
- 認知機能低下などで取り組みにくい
- 本人や家族の同意が得られない
- 以前記載して課題解決できた
- その他: _____

高齢者の歯科口腔保健の推進について

5. お口や歯に関して大島郡医師会在宅医療連携支援センター（大島郡医師会病院内）へ相談、連携をしたことがある。またはこれから相談したいと思いますか？*

1つだけマークしてください。

- 相談、連携したことがある。
- 知らなかった。これから相談したい。
- わからない

6. 高齢者の歯科口腔保健を推進するにあたり、ケアマネジャーとしての役割や課題を感じるがあればコメントください。

ご協力ありがとうございました。