

スペシャルニーズ専門歯科医院に関する アンケートへのご協力をお願い

初めまして。私は京都府長岡京市で歯科医院を営む大橋瑞己（現医療法人おおはし 歯科口腔外科クリニック副院長）と申します。この度はスペシャルニーズ専門の歯科医院に関するアンケートへのご協力を賜りたく、その経緯を説明させていただきます。

私は現クリニックで一般診療、口腔外科診療を行う傍ら、乙訓地域で重症心身障害児を含めた医療的ケア児の訪問診療に携わっており、微力ながらそういった子供たちのお口を中心とした発達や口腔ケア、摂食嚥下機能の獲得のお手伝いをさせていただいております。その中でこの地域には大人も含めて様々なハンデキャップを抱え、お口のケアが不十分になったり、歯科医院に受診することが困難であったり、遠方への診療を余儀なくされる方も多くおられる現状について知りました。歯科医師は全国に10万人以上、歯科医院は約7万件ありますが、そのような難しい状況を抱えた患者さんを専門的に診療するスペシャルニーズ専門の歯科医院はほとんどないのが現状です。

私はそういった一般歯科医院に受診することが困難な方にも、お口の健康ならびに安心安全な食事を礎とした、健やかで笑顔あふれる生活を支える歯科医療に携わりたいという理念に基づき、この乙訓地域でスペシャルニーズ専門の歯科医院を立ち上げたいと考えております。

そこで、この地域におけるスペシャルニーズ専門歯科医院の需要や、ご要望などについて調査させていただくことを目的として、このアンケートを実施しております。患者さまあるいはご家族さま、そして関連職員の方々におかれましては、日常の大変お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、皆さまのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※アンケートはご本人・ご家族さま用が9問、関連職員さま用が10問で、回答時間は5分程度です。

※メールアドレスの記入は任意ですが、アンケート内のご質問に対する回答や、開院時のご案内の連絡手段として使用させていただきますので、ご記載いただければ幸いです。

※当アンケートで聴取した個人情報は新規クリニック開設のための資料としてのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。

ご本人・ご家族さまへの質問

記入者	ご本人・母親・父親・祖父母・その他()	
ご本人の氏名	(ふりがな)	年齢
	イニシャル可	
記入者の氏名 (ご本人以外が記載される場合)	(ふりがな)	年齢
	イニシャル可	
メールアドレス		
電話番号		

1. 現在、お口の中や食事のことでお困りの事はありますか？

- ある
ない

2. 1で「ある」の方はその内容を教えて下さい。 ※複数選択可

- 歯の痛み
歯の揺れ
歯磨きや口のケアが難しい
食事が上手にできない
その他()

3. 現在受診、相談できるかかりつけの歯科医院はありますか？

- ある
ない

4. 3の質問で「ある」の方は通院頻度を教えて下さい。

- 月に複数回
1～3か月に1回程度
年2～3回程度
症状があるときだけ受診する
その他()

5. 3の質問で「ない」の方は、受診できない理由をお聞かせください。 ※複数選択可

そもそも受診・相談を希望していない。

本人が拒否している。本人の協力が得られない。

受け入れてもらえる歯科医院がない。または遠い。

問題があるかどうかわからない。

日常生活の多忙さで考える余裕がない。

その他()

6. 歯科受診、相談の希望または必要な時、どこに相談されますか？ ※複数選択可

保健師や相談支援員、介護職員などに相談して、歯科医院を紹介してもらう。

二条の歯科保健センターに受診する。

乙訓口腔サポートセンターを利用する。

わからない。

その他()

7. 様々な理由で受診が困難な方に対応したスペシャルニーズ専門の歯科医院が地域にあれば利用を希望されますか？

はい

いいえ

検討したい

8. 7の質問で「はい」の方は、受診の際はどちらをご希望ですか。

通院

訪問

9. スペシャルニーズ専門の歯科医院に期待すること、その他ご質問等があればご自由にご記載ください。

※ご質問がある場合はメールにてお答えいたしますので、メールアドレスのご記入をお願いいたします。