

開設者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）
「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」
調査実施要領

この度、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」を実施いたします。

このため、以下のものを同封させて頂きました。本要領に基づき、**施設票**（貴施設でご回答頂く調査票）、**患者票**（該当する患者に貴施設より配付頂き、患者・家族等がご回答頂く調査票）をご確認、ご回答下さいますようお願い申し上げます。

なお、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

I. 封入物一覧

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ① 調査実施要領（本状） | 1 通 |
| ② ご協力のお願い（貴施設向け） | 1 通 |
| ③ ご協力のお願い（患者向け） | 2 通 |
| ④ 施設票 | 1 通 |
| ⑤ 患者票 | 2 通 |
| ⑥ 返信用封筒 | 3 通（施設票分 1 通、患者票分 2 通） |

II. 回答方法

紙の調査票をお送りしておりますが、電子調査票で回答することも可能です。

<紙の調査票で回答する場合>

- 紙の調査票にご記入の上、同封の返信用封筒（切手不要）にてお近くのポストに投函してください。

<電子調査票で回答する場合>（※施設票のみ）

- 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトへアクセスし、画面上で ID 番号（調査票（表紙）の左上に記載）を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードしてください。回答後は、電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

| | |
|-----------|--|
| 電子調査票の入手元 | https://www.kensho2021.jp |
| 電子調査票の送付先 | jp_cons_kensho2021@pwc.com |

※eメールを送付頂く際は、件名欄に、**施設名、調査票送付**とご記入ください。

※紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

Ⅲ. 患者票の配付に際して

患者票は、貴施設の受診患者さんに、歯科医療の受診内容やお考えなどをお聞きするものです。大変恐縮ではございますが、下記の要領にて「患者票」「ご協力のお願い（※右上に「(患者票)」と記載のあるもの）」および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式）」を1部ずつお配りいただきますよう、お願い申し上げます。

<配付対象者>

令和3年8月11日（水）～8月25日（水）に貴施設を受診した患者のうち、「歯科疾患管理料」を算定した再診患者（受診した日時が早い順に最大2名）に配付をお願いします。

※上記期間に該当患者がいなかった場合は、患者票は破棄くださいますようお願いいたします（ご返送は不要です）。

<配付方法>

貴施設より、該当患者に「患者票」「ご協力のお願い（※右上に「(患者票)」と記載のあるもの）」および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式）」を1部ずつ配付頂き、患者・家族等が記入の上、直接、郵便で返送頂きたいことをご説明ください。

<患者票の返送方法>

ご回答者が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送頂く形となります。

[※患者向け依頼状では、以下の点をご説明しています。]

- 本調査のご回答内容はデータ化し、集計します。そのため受診した診療所に個人の回答内容をお知らせしたり、個人が特定される形で回答内容を公表することはありません。
- 患者票にご回答頂けない場合も、患者の方に不利益はございません。
- ご回答頂いた調査票は、返信用封筒を用いて、8月31日までにご投函ください(切手不要)。

Ⅳ. 回答期限

令和3年8月31日(火)まで

Ⅴ. お問い合わせ先

本調査につきましてご不明な点等がございましたら、下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー

PwC コンサルティング合同会社

E-mail :【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2021_04@pwc.com

【電子調査票の送付先】jp_cons_kensho2021@pwc.com(受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2021.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL:0120-947-276(受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)

Ⅵ. ご回答にあたっての留意点

回答者

【施設票】

- ・ 施設票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科医療の実施状況や医科医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。
- ・ 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出を行っていない歯科診療所においても、設問に沿ってご回答をお願いいたします。
- ・ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

【患者票】

- ・ 患者票は、貴施設の受診患者さんに、歯科医療の受診内容やお考えなどをお聞きするものです。（「Ⅲ. 患者票の配付に際して」参照）。

回答方法

- ・ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。
- ・ 特に断りのない場合は、令和3年7月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。
- ・ 特に断りのない場合は、『医療保険』の歯科診療に関してお答えください。

施設票記入要領

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

②標榜診療科

- ・ 歯科に関する診療科で、標榜しているものすべてに○をつけてください。医科の診療科は含みません。

2. 貴施設における歯科診療の実施体制および診療患者等についてお伺いします。

①職員数

- ・ 「5) その他」には、歯科助手、事務職員など、1)～4)に記載した職種以外の職員の人数をご記入ください。
- ・ 非常勤の職員数は、常勤換算をした人数をご記入ください。常勤換算後の職員数は「小数点以下第1位」までをお答えください。なお、常勤については実人数をご記入ください。

②医療機器等の保有台数、保有の有無

- ・ 「2) 歯科用ハンドピース」は、以下の一般的名称の機器の保有数をご記入ください
(初診料の注1の様式2の7に示されているもの)。
 - 歯科用ガス圧式ハンドピース
 - 歯科用電動式ハンドピース
 - ストレート・ギアードアングルハンドピース
 - 歯科用空気駆動式ハンドピース

3. 貴施設における、歯科診療に関する診療料及び管理料の算定状況等についてお伺いします。

④令和3年6月の1か月間における小児口腔機能管理料の算定回数等をお答えください。

- ・ 「2) (小児口腔機能管理料の算定回数が1回以上の場合) 小児口腔機能管理料を算定した患者が、算定時に該当していた症状」については、令和3年6月に受診した患者のうち当該管理料を算定した患者の中から無作為に5名(Aさん～Eさん)を選び、「患者1人につきそれぞれ縦1列」でご回答いただく設問です。
各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。
- ・ 該当する患者数が5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。

⑤令和3年6月の1か月間における口腔機能管理料の算定回数等をお答えください。

- ・ 「2) (口腔機能管理料の算定回数が1回以上の場合) 口腔機能管理料を算定した患者が、算定時に該当していた症状」については、令和3年6月に受診した患者のうち当該管理料を算定した患者の中から無作為に5名(Fさん～Jさん)を選び、「患者1人につきそれぞれ縦1列」でご回答いただく設問です。
各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。
- ・ 該当する患者数が5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。