

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.802 2023.12.26

医療情報ヘッドライン

**高齢救急患者の包括的対応を評価
新たな病棟機能の創設も視野に**

▶厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

**4月から全国統一の医療情報ネットが始動
医療機関の医療機能情報提供もG-MISで**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年12月22日号

診療報酬全体0.12%

引き下げへ、24年度改定

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費

(令和5年度4月~5月)

経営情報レポート

訪問歯科医療への取組み

今後の在宅歯科医療の行方

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:オンライン資格確認

オンライン資格確認導入のメリット

限度額適用認定証等の連携及び診療報酬上のメリット

高齢救急患者の包括的対応を評価 新たな病棟機能の創設も視野に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月15日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、高齢の救急患者への「包括的な対応」を診療報酬で評価する方針を明らかにした。介護やリハビリの機能に乏しい急性期病棟に搬送されることで、在宅要介護高齢者の要介護度が悪化する課題を解決することが狙い。

「包括的な対応」には救急対応からリハビリ、栄養管理、退院支援、在宅医療や介護との連携まで含まれており、現行の病棟機能や入院料に該当しないことから、新たな病棟機能や入院料が創設される可能性もありそうだ。

■新病棟の看護配置は10対1程度が有力

日本は、2007年に65歳以上の人口割合が全人口の21%以上を占める「超高齢社会」へと突入。以降も高齢者人口は増え続けている。それによって、高齢者の救急搬送人数も右肩上がりに増加。

しかも軽症および中等症が多いことから（2010年から2020年の10年間で軽症は27%、中等症は41%増加）、高コストな急性期病棟での対応を見直すべきという指摘が中医協総会で相次いでいた。

たとえば、診療報酬改定に向けた意見交換会で出たのは以下のような指摘だ。

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が

重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

これらを踏まえると、地域包括ケア病棟での受け入れを促す方向とるように見える。

しかし、地域包括ケア病棟は看護配置が13対1であるため、救急医療に対応するには体制が手薄だ。10月の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」でも、「高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要」との指摘がなされた。そのうえで、今回の「包括的な対応」を評価する方向性が示されたため、新たに病棟機能が創設されるとすれば、看護配置は10対1程度となることが想定される。

■多職種連携の実現がカギに

ただ、「包括的な対応」を念頭に考えれば、看護配置よりも多職種の配置が施設基準となる可能性が高い。

なぜならば、急性期病棟に搬送された高齢救急患者は、安静臥床となるため筋力や呼吸機能、ADL（日常生活動作）、栄養状態が低下する傾向にあるからだ。

他方で、病棟における多職種連携が進んでいるとは言い難い。特に栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士との連携は5%未満だった。

また、管理栄養士はそもそも配置されていない病棟も多い。これらの課題を解決するため、新たな病棟・入院料が創設されれば、多職種が機能的に連携できる施設基準が設けられることになるのではないかと。

4月から全国統一の医療情報ネットが始動 医療機関の医療機能情報提供もG-MISで

厚生労働省

厚生労働省は12月5日、「医療機能情報提供制度実施要領の一部改正について」と題した事務連絡を发出。来年度から医療機能情報提供制度が刷新され、全国統一的な情報提供システム（以下、医療情報ネット）を構築することを受け、都道府県に「病院等から報告された医療機能情報のG-MIS（医療機関等情報支援システム）での公表手続については令和6年3月31日までに完了するよう」依頼した。制度の刷新によって、医療機能情報の項目が増えるが、医療機関からの報告もG-MISによって行うよう推奨されている（紙媒体や電子媒体での調査票提出も認められている）。

■従来は都道府県ごとに異なる運用だった

医療機能情報提供制度は、住民・患者の適切な選択の支援が目的で、医療機関の機能を住民・患者に「分かりやすい形で提供する」制度だ。医療法第6条の3に基づいており、対象となる病院、診療所、助産所に都道府県知事への報告を義務付けている。

都道府県知事は「基本的に」報告を受けた情報をそのまま公表しなくてはならない。

制度の運用が開始されたのは2007年4月だが、都道府県ごとに情報提供システムの機能や公表方法、公表情報の粒度が異なるのが課題だった。厚労省は「病院等の報告負担の軽減、公表情報の正確性の確保等」も求められているとしている。

そこで、制度の見直しを実施。利便性の向上を目指し、都道府県ごとに個別に運用されている情報提供システムとそのデータを集約して医療情報ネットを構築することとした。

2023年5月19日には「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」を公布。

2024年度（2024年4月1日）から施行されることが決まっている。これまで、医療機関側がG-MISを使うことは少なかったが、他制度との報告の共通化を可能にすることで、報告負担の軽減も図っていく。

■サイトリニューアルとUI改善も進める

なお、医療情報ネットについては、11月20日の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」において、サイトリニューアルのうえ、UI（ユーザーインターフェース）を改善する方針が了承された。

用語解説にたどりやすくするほか、目的別検索として「在宅医療でさがす」「介護サービスでさがす」「緩和ケアでさがす」「認知症に対応できる」などのボタンを設定。

レスポンス Web デザインを採用し、スマートフォンでも利用できるようにする。

なお、構成員からは「一定の用語で検索すると大病院がヒットしやすい」との指摘もあった。機能分化の考え方にもとづけば、かかりつけ医機能を持つ診療所や中小病院が優先的に表示されるべきだが、法的にはあまねく公表することが求められるうえ、運営側による恣意的な情報操作は、フリーアクセスの観点からも望ましいとはいえない。実際に運用を開始してから他にもいろいろな問題が出てくることが想定されるが、今後、改修・バージョンアップを随時行う方針は概ね了承されているため、医療機関側もアジャイルな対応が求められることになりそうだ。

医療情報①
 政府
 決定

診療報酬全体0.12% 引き下げへ、24年度改定

政府は20日、2024年度の診療報酬の改定率について医療行為の対価に当たる本体部分をプラス0.88%とし、薬価・材料価格を計1.00%引き下げることを決めた。

これらを合わせた診療報酬全体ではマイナス0.12%とする。24年度政府予算案の編成を巡り、武見敬三厚生労働相と鈴木俊一財務相が20日午前、折衝を行い正式に決定。診療報酬本体は、2年前の前回から0.45ポイント増のプラス0.88%で決着した。改定率が決まったことで24年度の診療報酬改定は、中央社会保険医療協議会による点数配分に議論の舞台が移る。

●薬価マイナス0.97%

本体部分のうち、0.61%を医療従事者の賃上げに、食材費などの高騰への対応には0.06%をそれぞれ充てる。分野ごとの内訳は、医科0.52%、歯科0.57%、調剤0.16%のいずれもプラス。薬価は0.97%、材料価格は0.02%それぞれ引き下げる。

●介護、障害はプラス改定

一方、24年度の介護報酬改定の改定率を全体で1.59%引き上げ、うち0.98%を介護職員の処遇改善に充てる。障害福祉サービス等報酬改定の改定率はプラス1.12%とする。

●病院薬剤師のペア来年度2.5%促す

24年度の診療報酬改定を巡る20日の閣僚折衝では、看護職員や病院薬剤師のほか、40歳未満の勤務医や事務職員など、幅広い職種の賃上げを促すための財源を確保することで決着した。看護職員、病院薬剤師と「コメディカル」の賃上げには、診療報酬本体プラス0.88%のうち、0.61%分の財源を充てることになった。政府は、これらの職種のベースアップとして24年度2.5%、25年度2.0%を想定している。

一方、40歳未満の勤務医や薬局の薬剤師、事務職員の賃上げにはプラス0.28%分程度、入院時の食費基準額の引き上げ対応にプラス0.06%分の財源をそれぞれ確保する。

ただ、生活習慣病関連の管理料や、処方箋料の再編などで0.25%分を効率化・適正化することになり、これらを除く本体実質は最終的にプラス0.46%で決着した。

医療情報②
 武見敬三
 厚生労働相

24年度改定率「賃上げできる 水準を確保」、厚労相

武見敬三厚生労働相は20日に記者会見を開き、鈴木俊一財務相との折衝で決定した2024年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の各改定率について、「関係職員の賃上

げを実現できる水準を確保できた」と述べた。

24年度政府予算案の編成を巡って同日午前、武見厚労相と鈴木財務相が折衝を行い、24年度の診療報酬の本体部分の改定率をプラス0.88%とするとともに、介護報酬を1.59%、障害福祉サービス等報酬を1.12%それぞれ引き上げることを決めた。

折衝後の会見で武見厚労相が、介護報酬の改定率について外枠での処遇改善加算の一本化による効果などを合わせた場合、「実質的には2%台を確保できている」と強調した。

障害福祉サービス等報酬も同様に、外枠の処遇改善加算の一本化による効果などを含める1.5%を上回る改定率を確保しているとした。

その上で、各改定率を踏まえて今後、職員の賃上げや処遇改善につながる仕組みを構築するため関係審議会などで具体的な議論を進めていく考えを示した。

医療情報③
日医など
3団体

医療従事者の賃上げへ 基本診療料の増額を主張

2024年度の診療報酬改定で医療行為の対価に当たる本体部分を0.88%引き上げる政府の方針が正式に決まったのを受け、日本医師会など3団体が20日、合同で記者会見を開き、日医の松本吉郎会長は、医療従事者の賃上げには基本診療料の引き上げを中心に対応するのが望ましいと主張した。

24年度の診療報酬改定では、本体プラス0.88%のうち、0.61%分の財源を医療従事者の賃上げに充てることになった。

それを受けて松本氏は会見で、医療従事者の賃上げについて、「基本診療料を中心とする診療報酬の引き上げで対応するのが望ましい」と主張した。

日医では、初・再診料や入院基本料など基本診療料の引き上げによる対応をこれまでも訴えている。松本氏は、看護職員に限らず医療従事者全体の賃上げを診療報酬で実現させるのは、「簡単な話ではない」とも述べた。

合同記者会見では、松本氏のほか、日本薬剤師会の山本信夫会長と日本歯科医師会の高橋英登会長が政府の対応に一定の評価をそろって示した。

山本氏は「全ての薬剤師や薬局がかかりつけ機能を発揮して地域医療の一役を担う気概を持って、医療の質の向上に取り組む」と語った。

高橋氏は24年度の診療報酬改定が行われた後の2年間に経済状況を見守る必要性を指摘し、「これでひと安心というわけにはいかない」と強調した。

また、松本氏は、24年度の改定がこれまでにないインフレ下で行われる見通しであることへの受け止め方を問われ、診療報酬などの公定価格に物価の上昇をどう反映させるべきか、議論する必要があるという認識を示した。

週刊医療情報（2023年12月22日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向

/概算医療費 (令和5年度4月～5月)

厚生労働省 2023年10月6日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			本人	家族	本人				
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
令和4年度4～3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
4～5月	7.4	4.1	2.3	1.3	0.9	1.8	0.2	2.9	0.4
4月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
5月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4～5月	7.7	4.2	2.5	1.4	0.9	1.8	0.2	3.1	0.4
4月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2

- 注1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。
- 注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。(以下同)
- 注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療(第1公費)のデータを集計したものである。

●医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			本人	家族	本人				
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1
令和4年度4～3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3
4～5月	3.0	2.4	4.3	4.6	4.1	0.1	▲2.8	4.0	1.0
4月	0.7	0.4	2.5	3.3	1.7	▲2.3	▲4.7	1.3	▲1.2
5月	5.4	4.6	6.1	6.0	6.6	2.6	▲0.9	6.9	3.1
令和5年度4～5月	3.9	2.5	5.4	6.0	5.2	▲1.4	15.5	5.7	4.4
4月	2.8	0.9	3.4	4.2	2.6	▲2.4	10.9	5.1	5.1
5月	5.0	4.1	7.4	7.7	7.7	▲0.3	19.8	6.3	3.8

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計							
	医療保険適用							75歳以上
	75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者		
		本人	家族					
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度4～3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
4月	3.0	2.0	1.5	1.5	1.4	3.2	1.8	7.8
5月	3.0	1.9	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.9
令和5年度4～5月	6.2	4.0	3.2	3.0	3.1	6.5	4.5	16.0
4月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.1	7.9
5月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.4	8.1

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種別別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計										
	診療費	調剤			入院時食事療養等	訪問看護療養	(再掲)医科入院+医科食事等	(再掲)医科入院外+調剤	(再掲)歯科+歯科食事等		
	医科入院	医科入院外	歯科								
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
令和4年度4～3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
4月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.0	0.3
5月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
令和5年度4～5月	7.7	6.1	3.0	2.6	0.5	1.3	0.1	0.09	3.1	4.0	0.5
4月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
5月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。
 入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総 計										
	診療費	調剤			入院時食事療養等	訪問看護療養	(再掲)医科入院+医科食事等	(再掲)医科入院外+調剤	(再掲)歯科+歯科食事等		
	医科入院	医科入院外	歯科								
令和元年度	2.4	2.0	2.1	2.0	1.9	3.6	▲ 0.3	15.9	2.0	2.6	1.9
令和2年度	▲ 3.1	▲ 3.3	▲ 2.9	▲ 4.3	▲ 0.8	▲ 2.6	▲ 4.9	19.8	▲ 3.0	▲ 3.7	▲ 0.8
令和3年度	4.6	5.1	3.0	7.5	4.8	2.7	▲ 1.2	18.4	2.8	5.9	4.8
令和4年度4～3月	4.0	4.4	3.1	6.3	2.6	1.7	▲ 1.4	18.0	2.9	4.7	2.6
4月	0.7	1.1	0.3	2.0	0.6	▲ 1.8	▲ 1.4	14.6	0.2	0.7	0.5
5月	5.4	5.9	5.3	6.9	4.5	2.8	0.6	18.3	5.1	5.6	4.5
令和5年度4～5月	3.9	3.6	4.8	2.5	2.7	4.3	0.7	20.0	4.7	3.1	2.7
4月	2.8	2.9	6.1	▲ 0.1	1.0	1.4	1.7	18.9	5.9	0.4	1.0
5月	5.0	4.3	3.7	5.0	4.6	7.5	▲ 0.3	20.9	3.5	5.8	4.6

● **受診延日数**

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
5月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
令和5年度4～5月	4.1	4.0	0.7	2.6	0.7	1.4	0.08
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● **1日当たり医療費**

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
4月	18.3	38.9	40.6	10.0	8.0	9.4	11.8	15.1
5月	18.7	39.2	40.9	10.3	8.0	9.2	11.8	15.1
令和5年度4～5月	18.9	40.6	42.3	10.2	8.1	9.2	12.0	15.3
4月	18.9	40.5	42.2	10.2	8.2	9.4	12.1	15.4
5月	18.9	40.7	42.4	10.2	8.1	9.0	12.0	15.2

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

● **1日当たり医療費の伸び率(対前年同期比)**

(単位：%)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
令和元年度	3.2	2.4	2.3	3.5	1.7	3.7	1.1	4.1
令和2年度	5.9	2.8	2.7	6.5	6.6	7.3	0.6	7.1
令和3年度	1.3	4.0	3.9	2.9	2.2	▲ 2.0	1.6	1.3
令和4年度4～3月	2.0	4.2	4.0	3.1	2.8	▲ 2.6	2.0	1.6
4月	1.1	1.5	1.5	2.4	2.0	▲ 1.7	1.0	1.1
5月	1.8	4.3	4.1	2.4	2.3	▲ 2.0	1.0	1.2
令和5年度4～5月	2.1	4.0	3.8	0.6	1.8	▲ 1.3	1.6	1.2
4月	3.5	4.2	4.0	1.7	2.3	▲ 0.4	2.0	2.2
5月	0.6	3.8	3.6	▲ 0.4	1.3	▲ 2.2	1.2	0.3

最近の医療費の動向/概算医療費(令和4年度3月)の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

訪問歯科医療への取り組み

今後の在宅 歯科医療の行方

1. 歯科訪問診療の実施状況
2. 歯科訪問診療への取り組み
3. 歯科訪問診療における口腔管理について
4. 歯科訪問診療における連携等について



参考資料

【厚生労働省】：中医協総会「在宅（その4）より」「平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査」

1

医業経営情報レポート

歯科訪問診療の実施状況

令和5年7月に開催された中央社会保険医療協議会（医療保険の診療報酬や療養担当規則の改定に関する厚生労働大臣の諮問機関）総会において、2040年に向け、在宅医療の需要はさらに増大することが予想され、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要があるという意見が出されました。

また、在宅医療提供体制は医師・歯科医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要があり、在宅療養移行加算のような連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題との意見もあり、医科歯科ともに、積極的な取り組みが求められています。

その中でも、リハビリテーション・栄養・口腔衛生を連携させた取り組みは従来より非常に重要とされてきましたが、在宅では特に不足しているとされ、口腔衛生や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して、貴重な人材が地域で活躍できるような仕組みを作ることが強く望まれています。

■ 在宅歯科医療に関する近年の主な変遷

平成26年に「在宅かかりつけ歯科診療所加算」が新設され、歯科訪問診療2の見直しや歯科訪問診療3の新設等がなされ、平成28年の「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設、平成30年の「在宅療養患者専門的口腔衛生処置」の新設、令和元年の歯科訪問診療の消費税対応（10月）の見直しや令和4年の「歯科訪問診療料」のうち、診療時間が20分未満の評価への見直しが行われるなど、これまで様々な診療点数や施設基準等の新設、見直しがなされてきました。

■ 令和4年度診療報酬改定での20分未満の歯科訪問資料の評価の見直し

20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

- ▶ 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合について見直しを行う。

現行

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの**所定点数の100分の70に相当する点数**により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

改定後

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ**880点、253点又は111点**を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

2 医業経営情報レポート 歯科訪問診療への取組み

歯科医院が訪問診療を行うようになったきっかけは、自院に通院歴のある患者等からの依頼、介護保険施設や介護支援専門員からの紹介が多いのが現状です。

患者や地域からの要請により、訪問診療に取り組む歯科医院は増加傾向にあり、政府は在宅医療の提供体制を見直すなかで、急変時・看取り、災害時等における提供体制の明確化や在宅医療における各職種のかかわり等の明確化を進めています。

■ 第8次医療計画の見直しのポイント

政府は、今後見込まれる在宅医療の需要増加に向け、地域の実情に応じた体制整備を進めています。具体的には「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとしています。

また、在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進め、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供ができる体制づくりを進めていく計画です。

さらには、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供や、在宅医療における各職種の機能・役割についての明確化も進めるとしています。

■ 在宅医療の体制の見直しのポイント

在宅医療の提供体制

在宅医療の圏域の設定

在宅医療の提供体制に示される役割分担

- ① 退院支援
- ② 日常の療養支援
- ③ 急変時の対応
- ④ 看取り

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

〇〇への機能の確保に向け、積極的役割を担う

- ・ 24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・ 他医療機関の連携
- ・ 医師、介護、看護等職種の多職種連携の連携

在宅医療に必要な連携を担う拠点

〇〇への機能の確保に向け、必要な連携を担う

- ・ 地域の実情に応じた役割の明確化
- ・ 包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の連携
- ・ 関係機関の連携体制の構築 等

在宅医療連携推進事業

- ・ 在宅医療連携推進事業
- ・ 在宅医療連携推進事業

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- ◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- ◆ 災害時には、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。

在宅医療における各職種の関わり

- ◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- ◆ **歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。**
- ◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- ◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- ◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

厚生労働省：中医協総会 R5.10資料より

3

医業経営情報レポート

歯科訪問診療における口腔管理について

在宅における歯科衛生士による指導管理の実施状況は、ほぼ横ばいですが、居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数は緩やかに増加しています。

歯科訪問診療において歯科衛生士が訪問するケースでは、歯科衛生士が単独で訪問している割合は約 67%であり、複数名で訪問する場合の同行者は歯科医師が多く、次いで歯科衛生士が約 45%となっています。

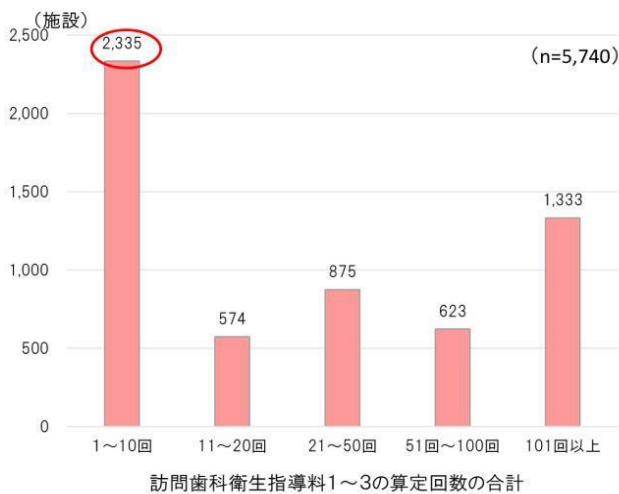
■ 1 医療機関ごとの訪問歯科衛生指導料の算定回数

訪問歯科衛生指導料の算定回数別医療機関数をみると、1か月当りの算定回数が1回～10回の医療機関が最も多く、約半数となっています。

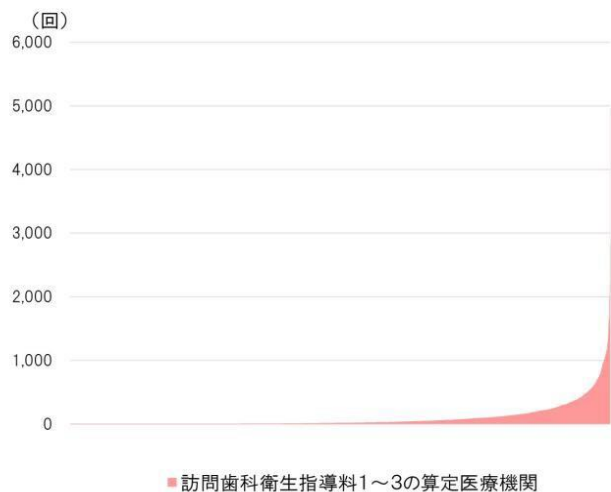
1医療機関当りの算定回数をみると、算定回数が多い医療機関も一定数存在しています。

■ 訪問歯科衛生指導料の算定回数

■ 訪問歯科衛生指導料1～3の算定医療機関数



■ 訪問歯科衛生指導料1～3の算定回数



厚生労働省：中医協 令和5年総会資料 NDB データ令和4年5月診療分

■ 訪問歯科衛生指導実施時におけるICTの活用に係る評価

令和4年度の診療報酬改定では、歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価が新設されました。

■ 歯科衛生士の訪問に関する評価

歯科衛生士の訪問に関する評価は、歯科訪問診療料の加算である歯科訪問診療補助加算と訪問歯科衛生指導料があります。

4

医業経営情報レポート

歯科訪問診療における連携等について

入院中の患者について、地域において退院後の在宅療養を担う医療機関と歯科医院の歯科医師や歯科衛生士が連携する際の診療報酬上の評価が増加する可能性があります。

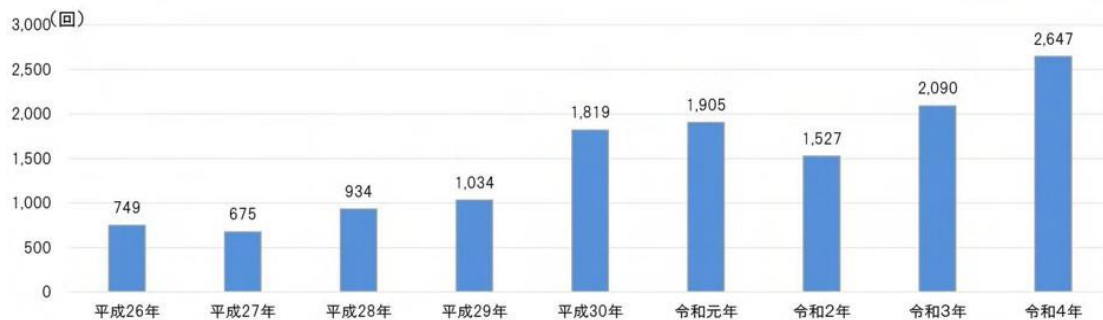
また、入院患者への栄養サポートチームと歯科医師との連携のほか、経口摂取への移行に際しても在宅における多職種連携が、今後ますます重要となります。

これらについても今後の診療報酬上の評価が手厚くなることが予想され、訪問歯科診療への取組みは歯科医院経営においてもさらに重要なポイントになると思われます。

■ 在宅医療における医科歯科連携の状況

歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料Ⅰ（医科点数表）の加算）は、平成30年と令和4年に対象歯科医療機関、対象医科医療機関及び対象患者の見直しを行っており、平成30年以降、算定回数は、令和2年を除き、増加傾向となっています。

■ 診療情報提供料（Ⅰ） 歯科医療機関連携加算1の算定回数と評価



B009 診療情報提供料（Ⅰ）250点 歯科医療機関連携加算1 ※医科点数表 100点

歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア（略）

イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科診療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

※令和4年度診療報酬改定において、紹介元医療機関の要件及び対象患者の見直し：

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院→医科又は医科歯科併設の保険医療機関
- 訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者→歯科訪問診療の必要性を認めた患者

厚生労働省：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）より

■ 病院（医科）との訪問診療の実施状況

在宅療養支援歯科診療所では、約24%で病院（医科）への歯科訪問診療が行われています。一方で、医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療は、在宅療養支援歯科診療所と病院（医科）で約1.1%、診療所（医科）で約2.1%にとどまっています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル：医業経営 > サブジャンル：オンライン資格確認

オンライン資格確認 導入のメリット

オンライン資格確認導入のメリットは、
 どのようなものでしょうか？

(1) 即時に資格確認ができることでレセプト返戻が減り、窓口の手間を削減できる

オンライン資格確認を導入することで患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が軽減されます。ただし、資格確認の対象となるのは、健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等の保険者がシステム管理している証類です。自治体が管理している公費負担・地方単独事業に伴う証類

は運用開始時点では対象にならず、引き続き検討することとしています。

◆オンライン資格確認による受付



(出典) 厚生労働省：オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～

(2) 薬剤情報や特定健診等情報を閲覧できる

常時、支払基金・国保中央会とオンラインで接続されるため、支払基金・国保中央会の情報を医療機関・薬局に提供することができるようになり、マイナンバーカードを用いて本人から同意を取得した上で、薬剤情報や特定健診等情報を医療機関・薬局で閲覧することが可能です。

薬剤情報は、レセプトから抽出された情報となります。

注意点としては、「マイナンバーカードによる資格確認」でなければ患者の薬剤情報・特定健診等情報を取得することができないという点です。

(3) 来院前に事前確認できる一括照会

一括照会では、事前に予約されている患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを把握することができます。なお、確認した保険資格が資格喪失等により無効である場合、受付時に資格確認を行う必要があります。



ジャンル：医業経営 > サブジャンル：オンライン資格確認

限度額適用認定証等の連携 及び診療報酬上のメリット

**限度額適用認定証等の連携及び
 診療報酬上のメリットについて解説してください。**

オンライン資格確認を導入すれば、加入者（患者）から保険者への申請がなくても自己負担の限度額情報を取得でき、患者は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなります。

（1）限度額適用認定証等の連携

◆医療機関・薬局で同意した場合に閲覧可能な項目

証の種類	概要	表示内容
限度額適用認定証	高額療養費制度の適用区分を表す証	適用区分
限度額適用・標準負担額減額認定証	高額療養費制度の適用区分及び入院時の食費等の減額の対象者であることを表す証	適用区分 （長期入院該当年月日）
特定疾病療養受療証	特定疾病の認定を受けたことを表す証	認定疾病名 （自己負担限度額）

適用区分：自己負担限度額を算出する際に適用する区分。適用区分は、被保険者等の標準報酬や前年度所得の水準に応じて設定される認定疾病：①人工透析治療を必要とする慢性腎不全②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生労働大臣が認める者に係るものに限る）※特定疾病療養受療証はマイナンバーカードによるオンライン資格確認の時のみ、本人が同意した場合、医療機関・薬局で閲覧可能とする。

（2）オンライン資格確認導入による診療報酬上のメリット

2022 年診療報酬改定に伴い、オンライン資格確認を導入していれば診療報酬で「電子的保健医療情報活用加算」を算定できます。ただし、マイナンバーカードによる資格確認でなければ患者の薬剤情報・特定健診等情報を取得することができないため、算定できるのは、2024 年3月31 日までの時限的措置である初診時の3点のみとなります。

◆電子的保健医療情報活用加算の概要

●算定要件

電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1 回に限り算定する。

●点数

・初診の場合：7 点（初診料に加算） ・再診の場合：4 点（再診料に加算）

●施設基準

- （1）電子情報処理組織の使用による請求を行っていること
- （2）電子資格確認を行う体制を有していること
- （3）電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること