

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.900 2025.12.23

医療情報ヘッドライン

**電子カルテ情報共有サービス
26年度冬頃をめどに全国で運用開始**

▶厚生労働省 検討会

**医師過多区域の新規開業で対応強化
地域で不足する医療の提供を要請へ**

▶厚生労働省 検討会

週刊 医療情報

2025年12月19日号

**介護の処遇改善加算、
ケアマネや訪問リハも対象に**

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7年度6月号)**

経営情報レポート

**令和8年度診療報酬改定
歯科医療についての議論**

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

患者説明時の同席者ルール

セカンドオピニオンの実施手順

医療情報
ヘッドライン
①

電子カルテ情報共有サービス 26年度冬頃をめどに全国で運用開始

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は12月10日に健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループを開催し、電子カルテ情報共有サービスについて、2026年度冬ごろをめどに全国での運用開始を目指す方針を示した。

今年2月から電子カルテ情報共有サービスのモデル事業を開始し、現在は10地域において実施中（9地域 22医療機関で運用開始済）で、システムや現場の運用、業務フローなどの検証を行っている。

その中で臨床情報の登録時に複数の課題が判明しており、今後システム改修と検証を経て、支障なく運用が可能となった文書・情報から段階的に運用を始めていく方針だ。

■情報共有サービスと電子カルテ両者のシステム改修が必要

電子カルテ情報共有サービスは、診療情報提供書、退院時サマリー、各種健診結果報告書の文書情報（3文書）と、検査（救急、生活習慣病に関する項目）、感染症、処方、傷病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等の臨床情報（6情報）を全国の医療機関で共有し、本人や保険者も含めて閲覧できるようにする仕組みだ。

モデル事業の進捗報告によると、まずは臨床情報（6情報）の登録から検証を開始しているが、その過程で課題が複数発生しており、原因の特定と解決が必要な状況であると説明した。登録と閲覧の双方について課題の把握・解消を図るとともに、医療現場の運用フローの検証も必要となると見込んでいる。

また、文書情報（3文書）についても、臨床情報の検証と並行し、準備ができた地域から実証を行う予定だ。

厚労省は課題に対応するため、電子カルテ情報共有サービスと、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、システムの動作確認や現場運用の検証を行うことを想定しており、改修後に協力地域を選定し、検証を行う考えを提示。これらの検証を踏まえ、運用開始は2026年度冬頃を目指すこととなった。

■標準型電子カルテの導入版は2026年度中の完成を目指す

同会では、電子カルテの普及についても議題に上がった。

電子カルテの導入状況をみると、2023年度時点で一般病院は65.6%（400床以上93.7%、200～399床79.2%、200床未満59.0%）、一般診療所は55.0%となっており、さらなる普及が必要な状況だ。

日本医師会が紙カルテ利用中の診療所へ電子カルテの導入可能性についてアンケート調査を行ったところ、54.2%が「導入不可能」と回答。「ITに不慣れ（電子カルテ操作に時間がかかる）」、「導入費用が高額」、「導入しても数年しか使用する見込みがない」といった理由が多かった。

厚労省は、遅くとも2030年にはおおむね全ての医療機関で電子カルテの導入を目指す方針を掲げており、目標達成に向けて、カスタマイズしているオンプレ型電子カルテからクラウドネイティブを基本とする廉価な「標準型電子カルテ」へと移行を図る考えだ。

現在、厚労省とデジタル庁が共同で標準型電子カルテの「導入版」を開発しており、2025年度中に標準仕様や基本要件を策定し、2026年度中の完成を目指している。

医療情報
ヘッドライン
②

医師過多区域の新規開業で対応強化 地域で不足する医療の提供を要請へ

厚生労働省 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

厚生労働省は 12 月 12 日に地域医療構想及び医療計画等に関する検討会を開催。12 月 5 日に参院本会議で成立した改正医療法に盛り込まれた「医師偏在是正に向けた総合的な対策」について、「外来医師過多区域における新規開業希望者への要請等」の仕組みに関する具体案を示した。

無床診療所への対応強化は 2026 年 4 月 1 日から施行され、外来医師過多区域での新規開業者に対し、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供が求められることとなる。

■外来医師過多区域での診療所の 新規開業を規制する内容

12 月 5 日、「地域医療構想の見直し等」、「医師偏在是正に向けた総合的な対策」、「医療 DX の推進」を主な柱とする改正医療法が参院本会議で可決し、成立した。

「医師偏在是正に向けた総合的な対策」では、外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化する方針を明記。新規開設の事前届出制が導入されるほか、要請勧告の公表や保険医療機関の指定期間を 6 年から 3 年に短縮するなどといった措置が設けられる。

また、「施行後 3 年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」としている。

実質的に外来医師過多区域における診療所

の新規開業を規制する内容になっているのだ。

■都道府県内外での医療提供や

全国マッチング支援への登録の要請も

検討会では、外来医師過多区域における新規開業希望者への要請について、詳しい制度設計の議論をスタート。外来医師過多区域の基準となる外来医師偏在指標について、以下の二次医療圏を候補区域とする案を提示した。

- 『全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍』以上かつ
- 『可住地面積あたり診療所数が上位 10%』

都道府県による指定の際は、二次医療圏の中に人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合に指定することも考えられるとしている。

現在公表している外来医師偏在指標で「全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍」を超える圏域は 7%であるというデータも示した。

次に、「地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」についても検討。厚労省は「夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、2 次救急医療機関の救急外来への出務等）」、「在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）」、「学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療」、「医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての診療等）」などを挙げた。

また、医師不足地域での医療として、都道府県内外の指定区域での医療の提供や、全国マッチング支援への登録も求める考えだ。

医療情報①
介護給付費
分科会

介護の処遇改善加算、 ケアマネや訪問リハも対象に

厚生労働省は12日、介護報酬改定を2026年6月に臨時で実施するとともに、「介護職員等処遇改善加算」の対象を居宅介護支援（ケアマネジメント）や訪問看護、訪問リハビリテーションなどに広げる案を社会保障審議会の介護給付費分科会に示し、大筋で了承を得た。

現行の加算の対象サービスについては、生産性向上や協働化に向けた要件を新設する。

介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇改善に関する3つの加算を一本化して24年度の介護報酬改定で新設された。ただ、ケアマネジメントや訪問看護事業所、訪問リハビリテーションなどは算定の対象外とされている。

厚労省は、介護支援専門員（ケアマネジャー）など専門職の不足が介護現場で深刻化していることや、介護職員等処遇改善加算の配分が介護職員以外にも行われている状況を踏まえ、26年度に算定対象の範囲を広げることにした。

新たに対象にするのは、ケアマネジメントのほか以下のサービス。

- | | | |
|------------------|-----------|--------------|
| ▼訪問看護 | ▼介護予防訪問看護 | ▼訪問リハビリテーション |
| ▼介護予防訪問リハビリテーション | ▼介護予防支援 | |

それらのサービスで介護職員等処遇改善加算を算定する場合は、加算Ⅳの取得に準じる要件（キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱと職場環境等要件）のクリアを求める。ただ、環境整備に一定の期間が必要なため、26年度中に対応することを誓約すれば同年度の当初から取得できるようにする。また、事務負担に配慮して、生産性向上や協働化に取り組んでいれば加算Ⅳの取得に準じる要件を整備しなくても算定を認める。

分科会では、厚労省案に異論はなかった。ただ、福祉用具貸与など介護職員等処遇改善加算の対象外のサービスが依然としてあることから、「介護分野の従事者の処遇を改善していくことが不可欠だ」といった意見が出た。

また、東憲太郎委員（全国老人保健施設協会会長）は、26年度の臨時報酬改定では25年度の補正予算案を上回る「思い切った手当て」が必要だと強調。全ての介護従事者を対象に月2万円、介護職員は最大で月2.9万円の賃上げを行うための財源の確保を求めた。

医療情報②
厚生労働省
検討会

急性期拠点機能、 遅くとも2028年までに決定

厚生労働省は12日、新たな地域医療構想に基づく医療提供体制の整備で、急性期拠点機能を担う地域の医療機関を遅くとも2028年に決定し、35年をめどに確保する案を示した。

公立や公的、民間病院などさまざまな設立主体の医療機関があり、経営状況が多様な中で、手術の実施や救急の受け入れ体制を大きく変える内容を 1-2 年で合意形成するのは現実的ではないという認識を示した。

厚労省案は、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」に出した。年度内に作る新たな地域医療構想のガイドラインに盛り込みたい考え。ただ、検討会の坂本泰三構成員（日本医師会常任理事）は「2028 年までというのはスケジュール的に厳しい」と指摘し、期限に幅を持たせるよう求めた。一方、伊藤悦郎構成員（健康保険組合連合会常務理事）は「時間的な制約がある」と述べ、スケジュールの可能な限りの前倒しを求めた。

●人口20万-30万人に1カ所目安に確保

厚労省案によると、急性期拠点機能は人口 20 万-30 万人に 1 カ所を目安に確保する。ただ、手術などの件数やほかの地域からの患者の流入が多い場合は2カ所にすることや、人口30万人超でも患者の流出が多く、症例数が少ない地域は1カ所を目安にすることを検討する。

急性期拠点機能の確保に向けた地域での調整は26年に始め、35年に必要な急性期拠点機能の医療機関数や、機能の集約化などを議論する。

医療従事者の雇用や患者のアクセスなどにも配慮し、医療機関の再編や連携、機能の集約化を35年までをめどに進める。厚労省によると、現在の人口規模が20万-30万人の二次医療圏は、東京など大都市を除き全国に40圏域あるが、それらのうち半数以上は40年に人口20万人以下になる見通し。急性期拠点機能の確保は、それも踏まえて議論する。

また、大学病院（本院）が三次医療圏を中心に医療を提供している地域では、本院との役割分担を踏まえた上で、急性期拠点機能をほかに確保することも「考えられる」としている。

厚労省は、急性期拠点機能の医療機関に急性期医療の提供に加え、感染症法に基づく医療措置協定の締結や、臨床研修・専門研修の実施などの役割を担わせる方針。人口減少が進む地域では、必要に応じて病床の適正化（ダウンサイジング）などを求める。

12日の検討会で伊藤伸一構成員（日本医療法人協会会長）は、病床稼働率を確保するため、急性期拠点機能が地域の救急搬送を独占しようとする可能性を指摘し、「拠点病院の病床数を制限しなければ医療機関機能を分ける意味がない」と訴えた。

医療情報③ 福祉医療機構 調査結果

認知症グループホームの 赤字割合が拡大 24年度

福祉医療機構は 11 日、認知症グループホーム 2,324 カ所の 38%が 2024 年度に経常赤字となったとする調査結果を発表した。赤字割合は前年度から 2.0 ポイント増え、経営状況の悪化が進んでいる。利用率は前年度比 0.5 ポイント増の 94.7%で推移した。

利用者 1 人 1 日当たりのサービス活動収益は 1 万 4,053 円と 1.6%増え、一定の伸びを見た。一方、費用面では、サービス活動収益に対する人件費率と経費率がそれぞれ 0.3 ポイント上昇し、69.3%と 22.9%となった。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年12月19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7年度6月号）

厚生労働省 2025年11月14日公表

<結果のポイント>

1 概算医療費とその伸び

- ・令和7年度6月の医療費は4.0兆円（対前年同月比 +3.8%）
- ・令和7年度（4月～6月）の医療費は12.1兆円（対前年同期比 +3.0%）
（令和6年度は48.0兆円、対前年度比 +1.5%）

2 「一日当たりの医療費」の伸び

- ・令和7年度6月の対前年同月比 +3.4%
- ・令和7年度（4月～6月）の対前年同期比 +3.3%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

3 「受診延べ日数」の伸び

- ・令和7年度6月の対前年同月比 +0.4%
- ・令和7年度（4月～6月）の対前年同期比 ▲0.2%（令和6年度は、対前年度比 +0.3%）

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					75 歳以上		
				被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険			(再掲) 未就学者
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		46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和 5 年度		47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
令和 6 年度 4～3月		48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
	4～6月	11.7	6.4	3.8	2.2	1.4	2.6	0.3	4.8	0.6
	4月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	6月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
令和 7 年度 4～6月		12.1	6.5	4.0	2.3	1.4	2.5	0.3	5.0	0.6
	4月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	5月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	6月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	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。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用						
		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				
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	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7
令和5年度	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5
令和6年度4～3月	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4
4月	3.2	2.1	1.6	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
5月	3.2	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
6月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	7.9
令和7年度4～6月	9.8	6.4	5.1	4.9	5.0	10.2	6.5	24.5
4月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	2.1	8.2
5月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.2	8.2
6月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	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. 診療種類別概算医療費

●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		46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
令和５年度		47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3
令和６年度４～３月		48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4
	４月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.5	2.1	0.3
	５月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	６月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
令和７年度４～６月		12.1	9.6	4.6	4.1	0.9	2.1	0.2	0.20	4.8	6.2	0.9
	４月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
	５月	4.0	3.2	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
	６月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	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。

●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3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
令和6年度4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
4月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
令和7年度4～6月	6.2	6.0	1.1	3.9	1.0	2.2	0.16
4月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.8	0.05
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05

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) 医科入院外+調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
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	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
令和6年度4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
4月	18.8	40.8	42.5	10.2	8.3	9.3	12.2	15.4
	19.0	40.9	42.6	10.3	8.2	9.1	12.2	15.4
6月	18.8	41.5	43.3	10.1	8.4	9.1	12.4	15.1
令和7年度4～6月	19.5	42.5	44.3	10.4	8.6	9.5	12.2	15.8
4月	19.5	42.4	44.2	10.4	8.6	9.6	12.2	15.8
	19.6	42.1	43.9	10.4	8.6	9.5	12.2	15.8
6月	19.5	43.0	44.8	10.4	8.7	9.5	12.2	15.7

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。

最近の医療費の動向／概算医療費 (令和7年度6月号)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

令和8年度診療報酬改定

歯科医療に ついての議論

1. 令和8年度診療報酬改定の基本方針
2. 生活の質に配慮した歯科医療をめぐる議論
3. 歯科医療における多職種連携
4. 歯科医療のデジタル化とCAD／CAM冠の適用拡大



■参考資料

【厚生労働省】：社会保障審議会 歯科医療その2 令和8年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

1

医業経営情報レポート

令和8年度診療報酬改定の基本方針

現在、厚生労働省の社会保障審議会等において、令和5年度および6年度の国民医療費の動向ならびに、令和6年度診療報酬改定の影響を調査したうえで、令和8年度診療報酬改定に向けた議論が行われています。

本レポートでは、次回改定への基本的な考え方と主な論点について解説します。

■ 令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)

(1)改定に当たっての基本認識

改定に当たっての基本認識(骨子案)としては、「日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性」「2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築」「医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現」「社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和」となっています。

まもなくこの骨子案から基本方針案が作成され、発表される予定です。

(2)改定の基本的視点と具体的方向性

①物価や賃金、人手不足等の医療機関を取り巻く環境の変化への対応

重点課題として、医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応と賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取り組み等が挙げられています。

■具体的方向性

- 医療従事者の処遇改善
- 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
- タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
- 診療報酬上求める基準の柔軟化

厚生労働省：令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案の概要)より

②2040年頃を見据えた医療機関の機能分化・連携と地域における医療の確保

かかりつけ医機能・かかりつけ歯科医機能・かかりつけ薬剤師機能の評価や、外来医療の機能分化と連携、医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取り組み等が議論されています。

生活の質に配慮した歯科医療をめぐる議論

診療報酬における歯科疾患・口腔機能の管理等には、「口腔機能管理料」「小児口腔機能管理料」「歯科疾患管理料」「歯科矯正相談料」等がありますが、次期改定にむけて評価の内容や説明方法、また、継続的・計画的な管理方法等において詳細な点まで議論されています。

歯科矯正においては、保険診療で行う歯科矯正や顎変形症治療について適切な運用が必要だとされ、歯周病については、「歯周病安定期治療」と「歯周病重症化予防」の違いと管理方法を、患者にもわかりやすい形に整理するべきとの意見が出ています。

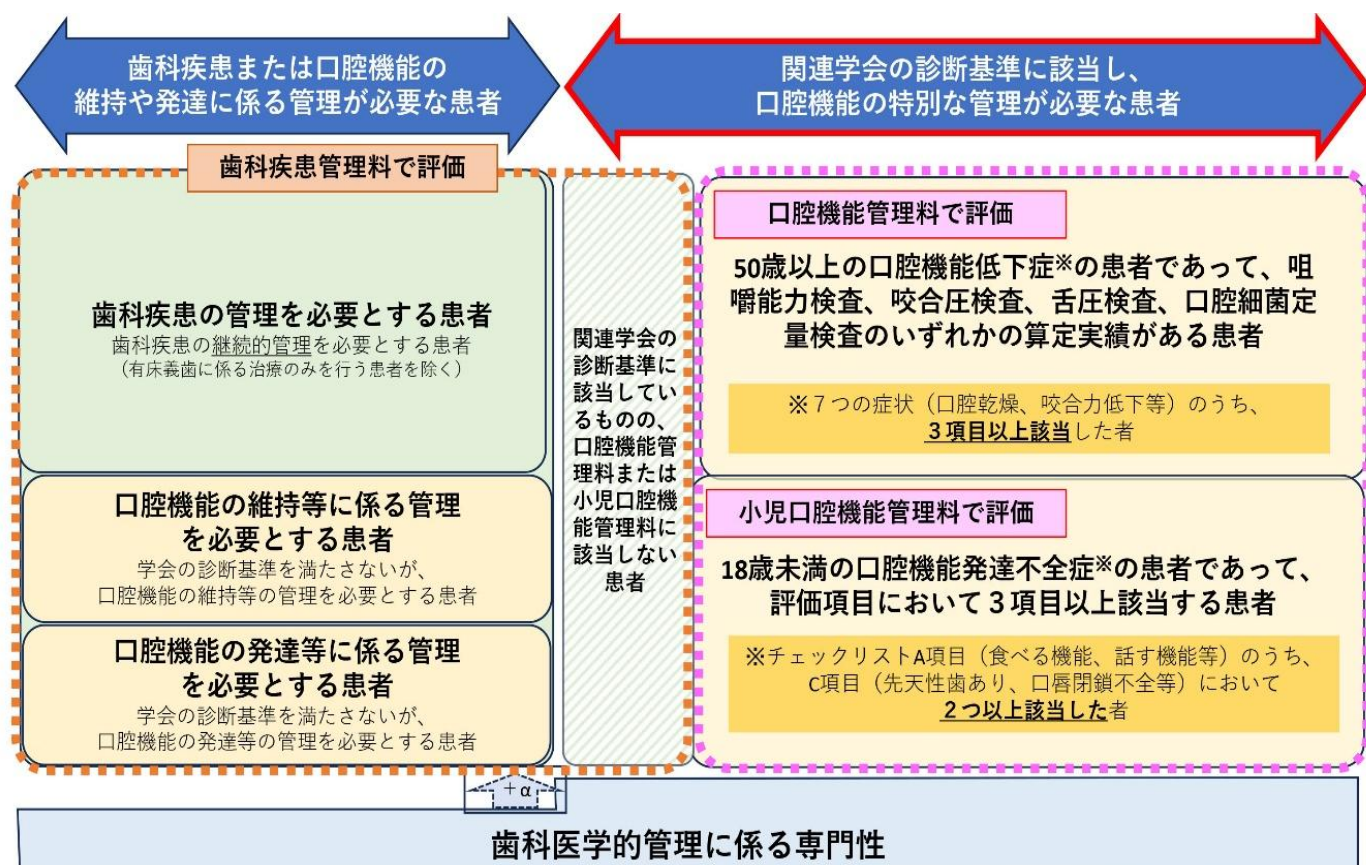
以下はその議論の具体的内容です。

■ 歯科疾患及び口腔機能の管理に係る診療報酬の位置づけ

歯科疾患及び口腔機能の管理については、歯科疾患や口腔機能の症状や状態に応じて、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料または口腔機能管理料で主に評価しています。

しかし、関連学会が示している口腔機能低下症や口腔機能発達不全症の診断基準に該当しているものの、口腔機能に特化した特別な管理が行われていない患者が存在しています。

■ 歯科疾患及び口腔機能の管理の評価



3

医業経営情報レポート

歯科医療における多職種連携

歯科医療における多職種連携とは、病診連携、医科歯科調剤薬局連携等が主なものとなっています。社会保障審議会での議論では、医科医療機関との糖尿病患者に対する連携や調剤薬局との連携が着実に推進できるように実効性のある双方向での評価を求めています。

また、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な取り組みにおいても歯科受診は不可欠とされており、要介護者にとっては、歯科を受診した方が誤嚥性肺炎の発症が減少するというデータも出ています。

■ 多職種による診療報酬上の評価

医科点数表においては、歯科医院や歯科医師との連携に対する評価が多く占めています。さらに、令和6年度診療報酬改定では、生活習慣病管理料の通知で糖尿病患者に対する歯科受診の推奨が追加されています。

さらに調剤点数表でも、一部の項目で歯科医院との連携に関しても評価されています。

■ 医科点数表にて評価されている、歯科医院や歯科医師との連携に関する主な項目

区分番号	項目名		内容	算定件数
A233-2	栄養サポートチーム加算	注3 歯科医療機関連携加算	栄養障害に対する治療を歯科医師が保険医と共同して診療した場合の評価	10063
B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）	通知（10）	糖尿病患者について、歯周治療のために歯科受診の推奨を要件化	176698
B001-3-3	生活習慣病管理料（Ⅱ）			
B009	診療情報提供料（Ⅰ）	注14 歯科医療機関連携加算 1	周術期口腔機能管理又は歯科訪問診療が必要な患者に関する情報提供を歯科医療機関に行った場合の評価	3608
		注15 歯科医療機関連携加算 2	歯科医療機関連携加算 1 の患者について歯科医療機関の予約をした場合の評価	534
B010-2	診療情報連携共有料		歯科医療機関からの求めに応じ患者の診療情報を提供した場合の評価	132
在宅通則	注15 在宅医療情報連携加算		他職種と電子情報処理組織もしくは、情報通信を利用して診療情報等を活用し、医学管理を行った場合の評価	150119
C005	在宅患者訪問看護・指導料	注8 在宅患者連携指導加算	歯科医療機関と文書等により患者の情報共有を行うとともに、共有を踏まえて指導を行った場合の評価	98
		注9 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	患者の状態の急変等に伴い、歯科医師等と共同でカンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った場合の評価	43
C010	在宅患者連携指導料		歯科医療機関と文書等により情報共有を行い、共有された情報を踏まえて指導を行った場合の評価	19
手術通則	注17 周術期口腔機能管理後手術加算		歯科医師による周術期口腔機能管理後に、手術を実施した場合の評価	17080

○調剤点数表にて評価されている、歯科医療機関や歯科医師との連携に関する項目

区分番号	項目名	内容	算定件数
15の3	在宅患者緊急時等共同指導料	患者の状態の急変等に伴い、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスに参加し、薬学的管理指導を行った場合の評価	335
15の5	服薬情報等提供料1	歯科医療機関に対して患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合の評価	84614

算定件数：令和6（2024）年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分

なお、項目全体の算定件数であり、項目によっては、歯科以外の連携も含まれている。

厚生労働省：社会保障審議会 歯科医療その2 より

■ リハビリテーション・栄養・口腔管理の連携体制やその連携に係る評価

医科の入院患者において、歯科受診の必要性があるにも関わらず、あまり連携が進んでいません。入院時に連携加算を受けた患者が、退院後に歯科受診した割合は 8.8%で、連携加算算定なしの患者が、退院後に歯科受診した割合は 8.7%とほとんど変わりません。

4

医業経営情報レポート

歯科医療のデジタル化とCAD/CAM冠の適用拡大

社会保障審議会では、歯科治療のデジタル化について、歯科治療の効率化や業務負担の軽減につながり、貴金属材料価格に左右されない安定的な歯科医療に資するということであれば、次期改定において適用を拡大することが望ましいと議論されています。

「CAD/CAM 冠」の適用範囲は広がっていますが、咬合力が強い症例では適用できないなど保険適用となる症例に制約がかかる部分があるため、その範囲を見直すことが求められています。ただし、「CAD/CAM 冠」に関しては、金属と比較して耐久性が低く、適用を拡げることで補綴物の破損が増えることも想定されることから、患者が不利益を被らないような対応も合わせて検討が必要との意見もありました。

また、光学印象は、患者負担の少なさ等がメリットである一方で、保険上の評価（点数）はまだ十分とは言えないとの意見もあります。

■ CAD/CAM プリンターを利用した3次元プリント有床義歯の概要

CAD/CAM 装置（3次元プリント有床義歯制作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された総義歯を3次元プリント義歯と言います。

この義歯は令和7年 12 月に保険適用される予定で、令和8年度改定までは、通常の「有床義歯」の評価が準用され、令和8年度の診療報酬改定で正式に評価されると思われます。

有床義歯制作をデジタル化することで、一般的な義歯制作に比べて、5時間程度の制作時間短縮効果があること等が報告されています。

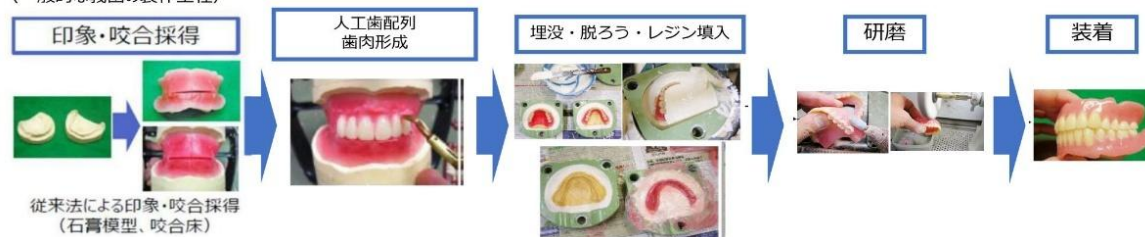
■ 3Dプリント(上)と一般的(下)な義歯制作工程

(3Dプリント義歯の製作工程)

写真：第626回中央社会保険医療協議会総会資料を引用



(一般的な義歯の製作工程)



厚生労働省：社会保障審議会 歯科医療その2 より

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:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

患者説明時の同席者ルール

病院側の患者説明時の 同席者ルールについて、教えてください。

病院機能評価では、病院側の患者説明時の同席者ルールについて、明確にすることが望めます。同席を必要とする場合の基準が明示されていると、医師や看護師の共通認識が保証されます。

■課題

- 治療や病状説明時の病院側の同席者ルールが明確でない点については検討する。
- 同席者を要する場合の基準を定め、リスクの高い医療行為を行う場合に、職員が確実に同席するように図ること。
- 手順書には同席者の署名を明記しているが、一部の同意書には同席者の署名欄がないものがあったため、同席者のルールについて検討する。
- 手順通りに同席できない場合も起こり得るので、その際の運用手順について何らかの工夫が望まれる。



■解決策

- 侵襲的検査同意書及びリスクの高い医療行為など、各診療部の医局長と協議し、それを基に同席を要する場合の基準を作成した。
- 説明と同意を得る際には、看護師が同席し、説明の内容の理解状況を確認し、診療録へ記載している。
- 患者の理解度を評価するシートが用いられ、理解が不十分な場合には看護師から再度説明を求める運用となっている。

同席者は看護師とは限らないので、同席者の役割を明確にしておくことも必要です。同席者の役割として、医師から伝えられた内容を把握し、その情報を受けた患者の反応を観察し、記録に残すことが重要です。

医療現場で行われるすべての説明と同意の場面に看護師等が同意することを原則としている病院においても、同席できない場合は、事後に患者・家族の状況を確認して、その理解度等を記録に残しておくなどの対応については、病院として決めておくことが望ましいでしょう。

同席者は、患者の権利擁護者として人権侵害を防ぎ、尊厳を守り、最善の選択ができるように支援する役割があります。

同席のルールは、患者が自分のニーズに即した選択と決定ができるよう、病院としていかに支援するか、その視点で検討されるとよいでしょう。

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

セカンドオピニオンの実施手順

セカンドオピニオンの実施手順は どのようなものでしょうか。

セカンドオピニオンについては、地域や患者の年代などにより認識や意識の差がみられ、病院の規模や機能により実施数も様々です。

しかし、セカンドオピニオンは、患者の知る権利や自己決定のプロセスにおいて重要な要素となります。

■課題

- セカンドオピニオンについては、患者権利の中に明示されているが、対応窓口や手順が明確になっていないので、自己決定の支援策として迅速に対応できるように手順の整備が望まれる。
- セカンドオピニオンの実施手順の整備が望まれる。
- セカンドオピニオンに係る対応マニュアルが作成されておらず、セカンドオピニオンに対する施設の方針・対応を明文化すること。



■解決策

- セカンドオピニオンの対応窓口を医療連携室とし、その対応手順を作成し明確にした。
- セカンドオピニオンについては、外来だけではなく病棟にも掲示し、患者・家族への周知とした。
- セカンドオピニオンについては、患者が希望したときの対応を流れ図で示している。

説明と同意の場面で、セカンドオピニオンを受けることができることを患者や家族に伝えることも重要です。セカンドオピニオンへの対応は、患者が最善の選択と決定を行う支援の役割の一部と考えられます。

患者や家族がセカンドオピニオンを求めた場合の対応手順を明確に定めておくとともに、職員がセカンドオピニオンについての正しい認識をもち、スムーズな対応を行うための教育・研修も重要だと考えます。

患者が理解できるように説明し、同意を得る際に患者の意思が尊重されているかは、説明と同意の極めて本質的かつ重要な部分ですが、これが不十分として評価「B」が付されているケースはほとんど見られません。しかしながら、これはその評価が厳しいことによるのかもしれませんが、すべての病院でわかりやすい説明ができているわけではないかもしれません。

平明な言葉、用語を用い、必要に応じて模型や絵図を活用するなどして、患者や家族にわかりやすい説明を行い、同意に際して患者の意思が尊重されていることの重要性を病院の共通認識として、その実践に努めることが大事です。