

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.723 2022.5.24

医療情報ヘッドライン

**「かかりつけ医の制度整備を行う」
岸田首相明言 機能分化をさらに推進**

▶ 全世代型社会保障構築本部

**電子カルテ情報の共有・閲覧は
オンライン資格確認のインフラを活用**

▶ 厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

週刊 医療情報

2022年5月20日号

骨太2022の骨子案を示し議論

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3年度10月)

経営情報レポート

令和4年度 診療報酬改定詳細解説

新設・変更された歯科診療報酬の概要

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

第三者評価の必要性と受審の効果

訪問審査終了後のスケジュールと認定留保

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

「かかりつけ医の制度整備を行う」 岸田首相明言 機能分化をさらに推進

全世代型社会保障構築本部

岸田文雄首相は、5月17日に開催した全世代型社会保障構築本部で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明言。

例年6月に閣議決定され、次年度の予算編成や今後の政策の方向性に大きく影響する骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）に盛り込まれることは確定的となった。

日本の医療の特徴だったフリーアクセスが崩れ、患者の「医療体験」のあり方が変わっていく潮目になるかもしれない。

■「地域完結型」の医療・介護提供体制のため

全世代型社会保障本部は、2021年12月に設置が閣議決定された。安倍晋三元首相のもと設置された全世代型社会保障会議を発展的に解消した形で、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築」を目的として企画立案および政策の総合的な調整を行う点は変わらない。本部長は岸田首相、副本部長は山際大志郎特命担当相、座長は日本私立学校振興・共済事業団理事長の清家篤氏が務めている。

この日の会議は、これまでの同会議の議論を中間整理するのが目的。「医療・介護・福祉サービス」については、医療高齢化と人材不足が今後さらに進展することを踏まえ、まずは「『地域完結型』の医療・介護提供体制」の構築を目指すとした。

この方針は、地域医療構想を推進して地域包括ケアシステムを整備する従来のものと変わらない。実際、「これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべき」としているが、コロナ禍で「総合病院に大きな負担がかかるなどの課題に直面した」こと

を問題視。かかりつけ医を制度化して「機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制改革等の国民目線での改革」を進めるべきだとした。

つまり、有事であっても過大な負担が総合病院にかかることのないように、診療所が最初の診療の受け皿となる仕組みをつくらうというわけだ。

■財務省は認定制度や患者の事前登録を提言

なお、開業医の会員が多い日本医師会は、かかりつけ医の制度化に明確な反意を表明。

中川会長は「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるということであれば認められない」と発言しており、4月22日には岸田首相と面談してその意を伝えている。そうした経緯がありながら、今回首相が制度化を明言した意味は大きいといえるだろう。

かかりつけ医の制度化が医療機関に与える影響は決して小さくない。要件に合わせたチューニングが随所に求められるだけでなく、患者の“動き”も変わることが予想されるからだ。とりわけ診療所は大きな変化への対応が迫られそうだ。

参考になるのが、財務省が4月13日の財政制度等審議会財政制度分科会で行った提言だ。

かかりつけ医機能の要件を法制上明確化し、医療機関の認定制度を設けるべきだとしたうえ、患者側にも「事前登録・医療情報登録を促す仕組み」を導入すべきだとしている。

制度の具体的な内容や実際の要件が決まるのはまだ先だが、医療機関は政府の意向を早めに察知して対応策を練るべきだろう。

電子カルテ情報の共有・閲覧は オンライン資格確認のインフラを活用

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、5月17日の健康・医療・介護情報利活用検討会で、今後目指す「電子カルテ情報の共有・閲覧」の仕組みはオンライン資格確認システムのインフラを活用する方針を示し、了承された。この基盤を構築するにあたって、レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を閲覧できる仕組みも整備する。運用開始は2025年度以降となる見通しだ。

■半数の診療所が電子カルテ未導入

オンライン資格確認とは、患者がどの医療保険に加入しているかを医療機関で確認することだ。従来は、保険証の資格が切れている患者が受診した場合、レセプト請求後に返戻されるまで事態を把握できなかった。しかし、オンライン資格確認ならば、専用のカードリーダーに健康保険証の機能が付いたマイナンバーカードをかざせばすぐに判明する。

医療機関とレセプト審査・診療報酬の支払を行う支払基金の双方にとって、事務負担を大幅に軽減する仕組みだが、「情報」の観点で見るとより大きな意味がある。レセプトに基づき、薬剤情報や特定健診情報、傷病名や手術をはじめとする治療内容などの医療情報が抽出できるからだ。これらと電子カルテ情報が組み合わせられれば、より適切な医療が実現することは想像に難くないため、今回示された方針はしごく妥当だといえる。

一方で、実現に向けては高いハードルがあるのも事実だ。まず、電子カルテの普及率が低い。厚生労働省の医療施設調査によれば、2020年時点での普及率は一般病院が57.2%、一般診療所は49.9%。病院は4割

強、診療所は半数が電子カルテ未導入なのだ。

さらに、そうした状況にもかかわらず「標準仕様」が存在していない。メーカーによって仕様が異なるため、データの共有・閲覧が困難なのである。

■標準規格搭載の電子カルテ導入に補助金

そこで厚労省は、医療機関同士でデータ交換するための規格として、国際的に使われている「HL7 FHIR」を今年3月に標準規格として採択。「診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書」の3文書で告知済傷病名、検査結果情報、アレルギー情報、画像情報の電子的仕様が定められた。

スモールスタートながら、これで共有・閲覧に向けた道筋がつけられたといえる。厚労省は、現在の3文書から適用範囲を広げ、要件化していく方針だ。

提示された工程表には、2023年度の前半に「標準コード・マスターの標準規格文書への格納を要件化」と記載されている。

さらに、標準規格搭載の電子カルテ普及を強力に後押しするため、医療機関規模に応じて「医療情報化支援基金」による補助金の交付も今年度中に開始すると明記されている。

「紙のカルテでも業務上支障がない」「サイバー攻撃など電子カルテはリスクが気になる」などと電子カルテ導入に消極的な医療機関も多いのは事実だが、国をあげてDX（デジタルトランスフォーメーション）を推進していることを考慮すれば、電子化は抗えない流れでもある。未導入の医療機関は、導入ラッシュでメーカーが対応に追われる前に検討を本格化するべきではないだろうか。

医療情報①
 経済財政
 諮問会議

骨太2022の骨子案を示し議論 ～「経済財政運営と改革の基本方針 2022」

政府の経済財政諮問会議（議長＝岸田文雄首相）は5月16日に会合を開き、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太の方針22）の骨子案について議論した。

骨子案は、以下の4章で構成される。

●第1章:我が国を取り巻く環境変化と日本経済

- ▼本基本方針の考え方
- ▼短期と中長期の経済財政運営

●第2章:新しい資本主義に向けた改革

- ▼新しい資本主義に向けた対応、以下は計画的な重点投資
 - ▼人への投資
 - ▼科学技術・イノベーションへの投資
 - ▼スタートアップへの投資
 - ▼グリーントランスフォーメーション（GX）への投資
 - ▼デジタルトランスフォーメーション（DX）への投資
- ▼国際環境の変化への対応
- ▼防災・減災、国土強靱化の推進
- ▼国民生活の安全・安心

●第3章:中長期の経済財政運営

- ▼中長期の視点に立った持続可能な経済財政運営
- ▼持続可能な社会保障制度の構築
- ▼生産性を高める社会資本整備
- ▼国と地方の新たな役割分担
- ▼経済社会の活力を支える教育・研究活動の推進

●第4章:当面の経済財政運営と2023年度予算編成に向けた考え方

- ▼当面の経済財政運営について
- ▼23年度予算編成に向けた考え方

この日の議論を踏まえ、岸田首相は骨太方針について、「岸田内閣が目指す新しい資本主義の実現に向けた経済財政政策の基本的な方向性をしっかりと示し、そのために必要な取り組みや改革の全体像を的確にまとめたものとするのが重要。骨子案では、具体的な柱として、人への投資、科学技術・イノベーション、スタートアップ、グリーン、デジタルへの投資を重点投資分野に位置付けた。これらの分野に官と民が連携して計画的かつ重点的に取り組む方針を示すことで、社会課題の解決を経済成長のエンジンとしていく」と述べた。

医療情報②
 後藤茂之
 厚生労働相

ワクチン廃棄、量など 調査の考えはない

後藤茂之厚生労働相は5月17日の閣議後の記者会見で、新型コロナウイルスワクチンの廃棄が全国で相次いでいることについて、記者の質問に答え、廃棄された量等について把握していないとしたうえで、「引き続き有効期限の近いワクチンから使用するなど、廃棄されるワクチンをできるだけ少なくしていただきたい」などと述べた。

後藤厚労相はワクチンについて、接種に必要な十分量を配送しており、有効期限の近いワクチンから使用するよう周知していると説明。そのような取り組みを行ったうえでもなお、有効期限を迎えて廃棄につながる事例があることは「承知している」とした。

さらに、一部の自治体から期限が切れそうなものを海外に供与するなどの対応をすべきとの声が上がっていることについて考えを聞かれ、「一度配付したワクチンを期限に合わせて回収して、それを新た利用するといったオペレーションというのはなかなか難しい」などと答えた。

理由として、接種現場は大変な負担となっていることを挙げ、現時点で対応する考えはないとした。

医療情報③
 厚科審
 疾病対策部会

指定難病189疾病の診断基準 見直しを了承

厚生科学審議会疾病対策部会指定難病検討委員会（委員長＝水澤英洋・国立精神・神経医療研究センター名誉理事長）は5月16日に会合を開き、指定難病189疾病の診断基準の見直し案について、委員長預かりで了承した。

診断基準等のアップデートについては、「難治性疾患政策研究事業を実施している研究班が、最新の医学的知見を踏まえ、指定難病の診断基準等のアップデートに関する検討に資する情報が整理されたと判断し、難病対策課に対して情報提供を行った疾病」について、同委員会で審議することとされている。

同委員会は昨年11月以降、非公開で疾病ごとの個別検討を進めてきた。今後、以下等の手続きを経て、来年にも指定難病に係る告示および通知の改正を行う見通し。（以降、続く）

- ▼自治体等への周知（オンライン説明会等を開催）
- ▼パブリックコメントの募集
- ▼疾病対策部会における審議・決定

週刊医療情報（2022年5月20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3年度10月）

厚生労働省 2022年2月28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					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			
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
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4～3月	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
4～10月	24.2	13.4	7.4	4.2	2.7	6.0	0.6	9.6	1.2
8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
令和3年度4～10月	25.5	25.5	14.5	8.2	4.6	3.0	6.3	0.8	9.9
4～9月	21.8	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.0
8月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	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、当該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				
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
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4~3月	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
4~9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	8月	2.8	1.8	1.4	1.3	2.9	1.4	7.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	3.0	1.5	7.6
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	3.2	1.7	8.1
令和3年度4~10月	20.3	13.6	10.5	10.1	10.0	22.0	13.4	54.6
4~9月	17.3	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	8月	2.9	2.0	1.5	1.4	3.1	1.9	7.7
	9月	2.9	1.9	1.5	1.4	3.1	1.7	7.7
	10月	3.0	2.0	1.6	1.5	3.3	1.9	8.0

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								
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
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4~3月	42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0	
4~9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4	
	8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和3年度4~10月	25.5	20.4	9.7	8.9	1.8	4.4	0.4	0.25	10.1	13.3	1.8	
4~9月	21.8	17.4	8.3	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.6	11.4	1.6	
	8月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
	9月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	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			
平成29年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度 4～3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
令和3年度 4～10月	14.0	13.7	2.5	8.9	2.3	4.7	0.21
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.03
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03

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
平成29年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
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 4～3月	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
8月	18.3	36.7	38.4	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
10月	17.8	38.0	39.7	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4
令和3年度 4～10月	18.3	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
4～9月	18.3	38.3	40.0	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
8月	18.8	38.4	40.1	10.3	7.9	9.7	11.7	15.4
9月	18.5	38.6	40.3	10.2	7.9	9.7	11.7	15.2
10月	18.3	39.1	40.8	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9

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を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を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3年度10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

令和4年度 診療報酬改定詳細解説

新設・変更された 歯科診療報酬の概要

1. 令和4年度 歯科診療報酬改定の概要
2. かかりつけ歯科医機能の充実と医科との連携強化
3. 重症化予防の推進とデジタル化への対応
4. 歯科固有技術の評価の見直し



■参考資料

厚生労働省：令和4年度診療報酬改定の概要（歯科）、厚生労働省保険局医療課

1

医業経営情報レポート

令和4年度 歯科診療報酬改定の概要

令和4年度の診療報酬改定において、様々な診療報酬点数が改定になりました。

算定要件や対象患者が見直されたものや診療点数が改定されたもの、新設されたもの等がありますので、改定項目を理解したうえで、要件や基準を再確認し、診療報酬請求を見直すことが急務です。

■ 令和4年度診療報酬改定率

令和4年度診療報酬の改定率は診療報酬本体ではプラス0.43%です。

各科の改定率は、医科がプラス0.26%、歯科がプラス0.29%、調剤がプラス0.08%となり、その一方で薬価はマイナス1.35%、材料価格はマイナス0.02%の改定となりました。

■ 令和4年度診療報酬改定～改定率

(1) 診療報酬本体 +0.43%

※1	うち、※2～5を除く改定分	+0.23%
	各科改定率	
	医科	+0.26%
	歯科	+0.29%
	調剤	+0.08%

※ うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%

なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

(2) ①薬価 ▲1.35%

②材料価格 ▲0.02%

(参考) 厚生労働省「診療報酬改定について」

■ 改定にあたっての基本認識

前回、令和2年度診療報酬改定の基本認識であった(2)健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現、(3)患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現、(4)社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和については、本改定に引き継がれました。

今回の診療報酬改定においては、コロナ渦の状況を受けて、新たに「(1)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応」が基本認識の柱として付け加えられました。

2

医業経営情報レポート

かかりつけ歯科医機能の充実と医科との連携強化

本改定の重点ポイントとして、「効率的・効果的で質の高い医療体制の構築」が掲げられました。具体的には、かかりつけ歯科医機能の充実、在宅医療の提供の推進、地域包括ケアシステム推進のための取組みです。これらに関連した改定項目について解説します。

■ かかりつけ歯科医・在宅歯科医療の充実

(1) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件が見直されました。

現行	改定後
<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略) (新設)</p> <p>ケ 自治体が実施する事業に協力していること。</p> <p>コ・サ (略)</p>	<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。</p> <p>コ 自治体が実施する事業(ケに該当するものを除く。)に協力していること。</p> <p>サ・シ (略)</p>

(2) 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、点数設定が見直されました。

現行	改定後
<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>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。</p>	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>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。</p>

(3) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象疾患に、口腔機能低下症が含まれることを明確化するとともに、評価が見直されました。

3

医業経営情報レポート

重症化予防の推進とデジタル化への対応

本改定の重点ポイントの2つ目は、患者・国民にとって身近で安心・安全で質の高い医療の実現です。口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進、医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応が掲げられました。

歯科外来診療における感染防止対策の推進やライフステージに応じた口腔機能の推進、歯科口腔疾患の重症化予防の推進、歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化、情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価など、様々な点で見直しが行われました。

■ 歯科診療における施設基準及び評価の見直し

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価が見直されました。

現行	改定後
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>261点</u></p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 <u>53点</u></p> <p>【施設基準】</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>264点</u></p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 <u>56点</u></p> <p>【施設基準】</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。</p>

【経過措置】

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

■ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療をさらに推進する観点から、歯周病安定期治療(I)及び(II)が、歯科診療の実態を踏まえて整理・統合されました。

■ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

ら、口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者が65歳以上から50歳以上に見直されました。

4

医業経営情報レポート

歯科固有技術の評価の見直し

今回の改定の中で、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進の中で、歯科固有技術の評価が新設され、一部見直しがなされました。

具体的な内容としては、口腔内検査や部分パノラマ撮影、3次元X線断層撮影、処置関係、手術関係、麻酔関係、補綴関連、歯冠修復及び欠損補綴関係等です。

以下に、その一部について解説します。

■ 検査や撮影に関する新設項目

(1) 口腔バイオフィルム感染症に対する検査の新設

口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施する口腔細菌定量検査の評価が新設されました。

- (新) 口腔細菌定量検査 (1回につき) 130点
 - 対象患者：①②どちらかに該当する患者に口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施
 - ①在宅等において療養を行っている患者 ②歯科診療特別対応加算のイ、ロ、またはこの状態
 - 算定要件：①舌の表面を擦過し採取されたものまたは舌の下部から採取された唾液を検体として、口腔細菌定量分析装置を用いて細菌数を定量的に測定することをいい、月2回に限り算定
 - ②1月以内に口腔細菌定量検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定
 - ③歯周病検査または歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。
- ※施設基準有

(2) 異常絞扼反射を有する患者に対する部分パノラマ撮影の新設

異常絞扼反射を有し、口腔内エックス線撮影が困難な患者に歯科パノラマ断層撮影装置を用いて、X線の照射範囲を限定し局所的な撮影を行った場合の評価が新設されました。

- (新)画像診断 通則5 二歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔1回につき) 10点
- (新)写真診断 2特殊撮影 口歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔1回につき)20点
- (新)歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

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:病院機能評価の概要

第三者評価の必要性と受審の効果

第三者評価の必要性と受審の効果について教えてください。

病院をはじめとした医療機関が提供する医療サービスは、医師、看護婦等様々な専門職種の職員の技術的、組織的連携によって担われていますが、医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供していくためには、組織体としての医療機関の機能の一層の充実・向上が図られる必要があります。

もとより、質の高い医療を効率的に提供するためには、医療機関の自らの努力が最も重要であり、そのため医療機関が自らの機能を評価するいわゆる自己評価が実施されているところですが、こうした努力をさらに効果的なものとするためには、第三者による評価を導入する必要があります。

■第三者評価の実施により、期待できる効果

1. 医療機関が自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものになります。
2. 医療機能について、幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができます。
3. 地域住民、患者、就職を希望される人材、連携しようとするほかの医療機関への提供情報の内容が保証されます。
4. 職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進されます。
5. 患者が安心して受診できる医療機関を増やすことになり、地域における医療の信頼性を高めることができます。

■公益財団法人 日本医療機能評価機構の役割

日本医療機能評価機構は、第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人です。日本医療機能評価機構の運営を維持するため、保健・医療・福祉に関する団体・企業、被保険者を代表する団体、一般企業、個人等から広く出捐を募り、基本財産を設けています。運営費は、基金の果実、評価を受ける施設が負担する審査手数料、医療機能評価等に関する委託研究の受け入れ、その他の収入によって賄われています。

■主な出捐団体

厚生労働省／日本医師会／日本病院会／全国自治体病院協議会／全日本病院協会／日本医療法人協会／日本精神科病院協会／日本歯科医師会／日本看護協会／日本薬剤師会／日本病院薬剤師会／健康保険組合連合会／国民健康保険中央会 等



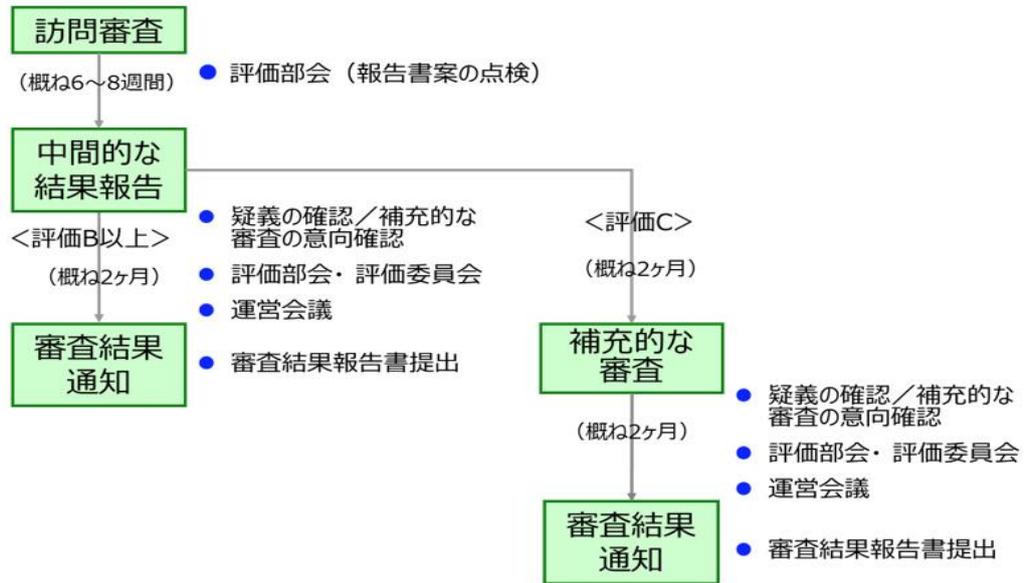
ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

訪問審査終了後のスケジュールと認定留保

受審を終えた後の流れについて教えてください。
また、どのような場合に認定留保となるのでしょうか。

訪問審査が終わってからの流れは、下図のとおりです。改善要望事項がなく水準を満たしていると評価された場合には、認定証が発行されます。
認定証の有効期限は5年間です。

【訪問審査終了後のスケジュール】



■認定留保について

改善事項と判断された項目が1つでもあると、認定が保留されます。この場合、審査結果報告書を受領してから6ヵ月以内に、改善要望事項に対して対応しなければなりません。尚、評点が「C」と判定されても、その取組み状況や、緊急性に鑑みて認定を受けられる例もあります。

【中項目における「評点C」の取扱い】

①報告書指摘事項(認定)	<ul style="list-style-type: none"> 中長期改善課題として認定
②留意事項(条件付認定)	<ul style="list-style-type: none"> 中期改善課題として認定 問題の重要性を指定する必要があるが、改善の緊急性は必ずしも高くない 改善に向けての注意、取り組みを喚起する意味で別掲し、病院に明示される
③改善要望事項(認定留保)	<ul style="list-style-type: none"> 緊急改善課題 問題の重要性、改善の緊急性が高い この項目が満たされていないと「一定水準以上」であるとはいえない 認定留保の病院に明示され、再審査の対象となる