

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.699 2021.11.24

医療情報ヘッドライン

初診からのオンライン診療、 「診療前相談」を義務付ける方針

▶厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

紹介状なし受診の定額負担を増額 新たに保険控除の仕組みを導入

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2021年11月19日号

地域包括ケア病棟の評価、 支払側は「3つの役割」を必然視

経営TOPICS

統計調査資料

令和2年度

最近の医療費の動向/概算医療費(年次版)

経営情報レポート

安心・安全で質の高い歯科医療の推進 2022年度診療報酬改定の方向性

経営データベース

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

税務調査が行なわれる時期 証拠書類と調査の重点項目

発行:税理士法人 常陽経営

初診からのオンライン診療、 「診療前相談」を義務付ける方針

厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

厚生労働省は、11月10日の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」で、初診からのオンライン診療の取り扱いについての方針を提示。

事前に患者が保有する医学的情報が得られなかったり、既存の医学情報だけで医師が実施の可否を判断できなかったりした場合、「診療前相談」（オンラインでのやりとり）の実施を義務付けるべきだとした。

■政府はすでに2022年度からの 初診解禁を閣議決定済み

従来、原則として再診からと決まっていたオンライン診療は、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、初診から受けられる特例措置がとられた。

その後、政府方針によって初診からのオンライン診療が解禁されたが、過去に受診歴がある「かかりつけ医」が原則で、それ以外は「過去の診療録」「診療情報提供書」「健康診断の結果」「地域医療情報ネットワーク」「お薬手帳」などが必要とされていた。

なぜここまで細かく考えるのか。そもそも、初診からのオンライン診療が解禁されなかった理由でもあるが、患者の医学的情報が把握できないことによるリスクが大きいからだ。

また医師は対面診療で、既往歴や服薬歴、アレルギー歴を診療前にチェックするほか、症状から勘案して問診・視診を行い、診断を下す。これがオンライン診療では難しいため、再診からにすべきというのが、厚労省および日本医師会の従来からの意見だった。

ただ、今回は政府が6月に閣議決定した規

制改革の実施計画に、初診からのオンライン診療を2022年度から恒久的に認めると盛り込んでしまった。そのため、結論ありきで要件を固めなくてはならず、「診療前相談」というステップを踏んだうえで医師・患者の双方が合意した場合のみ、オンライン診療に進めるルールとした次第だ。

■ルールの形骸化と

事務の煩雑化が予想される

とはいえ、同じ医師が「診療前相談」に臨むケースが多いと考えられるため、ルールが形骸化するおそれは十分にある。検討会の構成員からも「診療前相談も診療の一環」「診療前相談の費用を抑えるとコスト回収のためオンライン診療につなげるケースも出てくるだろう」などの指摘がなされた。

形骸化を防ぐための仕組みとして、「診療前相談で得た情報についても診療録に記載する（オンライン診療に至らなかった場合にも、診療前相談の記録は診療録に準じて保存しておくことが望ましい）」といった方向性も打ち出されたが、医師の手間が増えることは確実だ。

加えて、「診療前相談の結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等については医療機関のHP等で示す他、あらかじめ患者に十分周知する」といった項目を盛り込むことも検討されており、事務が煩雑になることも避けられない。

トラブル防止のための指針の見直しは、ただでさえ伸び悩んでいるオンライン診療の利用率低下につながる可能性もありそうだ。

紹介状なし受診の定額負担を増額 新たに保険控除の仕組みを導入

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、11月12日の中央社会保険医療協議会総会で、紹介状なしで大病院を受診したときの定額負担を増額する方針を提示し、了承された。

引き上げ額は「初診時 2,000 円程度、再診時 500 円程度」となるが、現行の制度と仕組みが変わり、引き上げ分を保険給付から控除する仕組みとなる。これは、政府が「公的医療保険の負担軽減」を目指すとしたため、すなわち医療機関の収益にはつながらないわけだが、難解な制度となったことで混乱を招くおそれもありそうだ。

■全世代社会保障検討会議で 盛り込まれていた内容

そもそもこの定額負担制度は、外来の機能分化を進めて医療の質を向上させるのが狙いだ。最初に診療所などの「かかりつけ医」を受診し、必要に応じて大病院の紹介を受ける流れをつくることで、病院勤務医の負担軽減も含めて医療資源の最適化を促そうとしている。1996年に200床以上の病院が任意で徴収の有無および金額を決定できる特別負担制度が導入され、2016年には特定機能病院および200床以上の地域医療支援病院で初診5000円以上の徴収が義務付けられた。

後者が近年の導入なのは、少子高齢化の進展が影響している。高齢者が増えれば必然的に患者も増えるため、できるだけ大病院へのアクセスを制限しようというわけだ。

2025年に、最大の人口ボリュームである「団塊の世代」が全員75歳以上後期高齢者となるため、さらなる対策が求められており、

政府は2019年12月の全世代社会保障検討会議（議長は当時の安倍首相）で一定以上の所得がある75歳以上の医療費窓口負担を2割に引き上げた。同時に、紹介状なし受診時の特別負担の金額引き上げが盛り込まれたのである。今回の厚労省による提示は、この政府案を踏襲した形だ。

■患者減少が想定されるため

診療報酬が見直される可能性あり

公的医療保険の負担軽減について、厚労省は提示した資料で次のように説明している。

「外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか」

そして、初・再診料相当額を目安に控除し、定額負担はそれと同額以上に増額するべきだとした。現行の定額負担5,000円は引き継がれるため、7,000円の支払いとなるが、医療機関の収益は増えないということになる。

つまり、収益は増えないのに患者は減ることが想定されるため、診療報酬改定で何らかのカバーがなされることが予想される。

また、大病院からかかりつけ医への「逆紹介」で本来算定されるべき診療情報提供料Ⅲが算定されないケースもあることが明らかになっているため、こちらも見直しがなされると考えられる。

医療情報①
 中医協
 総会

地域包括ケア病棟の評価、 支払側は「3つの役割」を必然視

11月12日の中医協総会では、入院（その3）として、回復期入院医療についても議論された。厚生労働省は論点として、以下を示した。

- ▼地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価のあり方
- ▼回復期リハビリテーション病棟入院料5・6のあり方
- ▼回復期リハビリテーション病棟入院料実績要件のあり方
- ▼回復期リハビリテーションを要する状態のあり方
- ▼特定機能病院におけるリハビリテーションのあり方

地ケア病棟入院料の評価については、入院医療等の調査・評価分科会が「求められる3つの役割について、役割の一部しか担えていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき」と見直しを求めている。

この指摘に対して城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「3つの役割を均等に評価するものではない」と反論。近隣に在支診や在支病があるか否かなど地域の医療提供体制の違いによって、受け入れ件数や自院からの転棟件数など3つの役割には濃淡が生じることを理由に挙げた。一方、支払側からは、眞田享委員（日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理）が「地ケアの3つの役割をどこまで担えているのかを評価すべきだ」と主張するなど入院医療等分科会の指摘に同意する意見が相次いだ。

●回リハ病棟入院料5・6のあり方で意見分かれる

厚労省が示したデータでは、回リハ病棟入院料5・6を算定している病院は実績指数が上がりず上位に移行できない例が多いとされた。これに対し城守委員は「回リハの入院料体系は2018年度改定で見直され、前回改定はリハビリ実施指数や入院患者要件などを見直したが、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮すれば大幅な見直しをすべきでない」と主張。「5・6から上位に行けない原因を分析すべきで、5・6を廃止する方向での議論は暴論に近い」と強調した。

これに安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は反論。「入院料5または6にとどまるなど実績要件を長期間満たせていない場合には、上限年数を設ける検討をしてはどうか」と提言した。（以降、続く）

医療情報②
 中医協
 総会

入退院支援加算への ヤングケアラー追加で意見一致

11月12日の中医協総会では、「入院横断的個別事項」がテーマとなった。
 厚生労働省は論点として、以下を挙げ、議論を求めた。

- ▼データ提出加算・診療録管理体制加算
- ▼医療情報システムの安全管理の評価
- ▼入退院支援加算の評価
- ▼入退院支援加算でのヤングケアラー支援評価
- ▼救急医療管理加算の判断基準
- ▼治療早期からの回復に向けた取り組み
- ▼病棟における栄養管理の評価
- ▼周術期における栄養管理の取り組み
- ▼褥瘡対策チームによる取り組みの評価

城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、データ提出加算の届出が困難な理由として、以下ことが調査で明らかになったとし、この実態を踏まえて「これらの対応には一定の時間を要するので、十分な配慮が必要」と主張。

医療情報システムの安全管理の評価は「医療機関全体の問題なので、診療報酬よりも補助金のほうがよいのではないか」と提言した。

- ▼電子システムを導入していない
- ▼診療録管理体制加算では要件を満たせない

入退院支援加算の評価については「入退院部門の設置や専従の人員配置などを理由に届出が困難な場合もあるので、要件の検討が必要」と指摘。入退院支援加算にヤングケアラーを追加する提案には「良い取り組み」と評価し、支払側も同意した。

厚生労働省保険局の井内努医療課長は、データ提出加算において提出されたデータの利活用に関し、「データは中医協での議論に資するように活用したい。委員からの示唆があれば利活用できるかどうか我々の能力の範囲内で考えてみたい」と答弁した。

●救急医療管理加算の判断基準明確化を

救急医療管理加算の判断基準については、城守委員の「JCS（意識レベル）ゼロの患者に緊急性の高い処置を行っていることを踏まえ、指標だけでなく治療も併せて、緊急入院の必要な患者を把握する方法の検討が必要」との意見に対して、支払側は基準の明確化を求めた。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「患者の状態を適正に評価すべく算定基準を明確化すべきだ」と主張、さらに松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「指標と治療を組み合わせた基準を検討してほしい」と訴えた。（以降、続く）

令和2年度 医療費の動向 / 概算医療費

厚生労働省 2021年8月31日公表

概算医療費の年度集計結果

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するため、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。

このたび、令和2年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

本資料における医療費は、速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。

概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当しています。

【調査結果のポイント】

- 令和2年度の医療費は42.2兆円となり、前年度に比べて約1.4兆円の減少となった。
- 医療費の内訳を診療種別に見ると、入院17.0兆円（構成割合40.4%）、入院外14.2兆円（33.7%）、歯科3.0兆円（7.1%）、調剤7.5兆円（17.9%）となっている。
- 医療費の伸び率は▲3.2%。診療種別に見ると、入院▲3.4%、入院外▲4.4%、歯科▲0.8%、調剤▲2.7%となっている。
- 医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は▲8.5%。診療種別に見ると、入院▲5.8%、入院外▲10.1%、歯科▲6.9%となっている。
- 1日当たり医療費の伸び率は+5.8%。診療種別に見ると、入院+2.6%、入院外+6.4%、歯科+6.6%、調剤+7.3%となっている。

【医療費の動向】

	28年度	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度
医療費（兆円）	41.3	42.2	42.6	43.6	42.2
医療費の伸び率（%）	▲0.4	2.3	0.8	2.4	▲3.2
受診延日数の伸び率（%）	▲0.7	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5
1日当たり医療費の伸び率	0.3	2.4	1.3	3.2	5.8

Ⅰ 制度別の概算医療費

● 医療費の推移

(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							
平成 28 年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
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
(構成割合)	(100%)	(56.5%)	(30.8%)	(16.6%)	(12.4%)	(25.7%)	(3.4%)	(38.5%)	(5.0%)
令和元年度①	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(55.9%)	(31.0%)	(17.0%)	(12.2%)	(24.9%)	(3.2%)	(39.1%)	(5.0%)
令和2年度②	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
(構成割合)	(100%)	(55.7%)	(30.9%)	(17.4%)	(11.4%)	(24.8%)	(2.7%)	(39.4%)	(4.9%)
②-①	▲1.41	▲0.90	▲0.49	▲0.06	▲0.48	▲0.41	▲0.27	▲0.41	▲0.10

- 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。
- 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人当たり医療費の推移

(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							
平成 28 年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
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	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	

- 注. 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。

II 診療種類別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成28年度	41.3	33.6	30.7	16.5	14.2	2.9	7.5	0.19	21.7
平成29年度	42.2	34.3	31.4	17.0	14.4	2.9	7.7	0.22	22.1
平成30年度	42.6	34.8	31.9	17.3	14.6	3.0	7.5	0.26	22.0
(構成割合)	(100%)	(81.8%)	(74.8%)	(40.6%)	(34.2%)	(7.0%)	(17.6%)	(0.6%)	(51.8%)
令和元年度①	43.6	35.5	32.5	17.6	14.9	3.0	7.7	0.30	22.6
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.6%)	(40.5%)	(34.1%)	(6.9%)	(17.8%)	(0.7%)	(51.9%)
令和2年度②	42.2	34.3	31.3	17.0	14.2	3.0	7.5	0.36	21.7
(構成割合)	(100%)	(81.3%)	(74.1%)	(40.4%)	(33.7%)	(7.1%)	(17.9%)	(0.9%)	(51.6%)
②-①	▲1.41	▲1.27	▲1.24	▲0.60	▲0.65	▲0.02	▲0.21	0.06	▲0.85

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
 注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成28年度	▲0.4	0.5	0.4	1.1	▲0.4	1.5	▲4.8	17.3	▲2.0
平成29年度	2.3	2.1	2.1	2.6	1.6	1.4	2.9	16.4	2.1
平成30年度	0.8	1.6	1.5	2.0	1.0	1.9	▲3.1	17.0	▲0.4
令和元年度	2.4	2.0	2.0	2.0	2.0	1.9	3.6	15.9	2.6
令和2年度	▲3.2	▲3.6	▲3.8	▲3.4	▲4.4	▲0.8	▲2.7	19.8	▲3.8



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

安心・安全で質の高い歯科医療の推進

2022年度診療報酬 改定の方角性

1. 2022年度診療報酬改定 4つの視点
2. 歯科医療機関の役割やあるべき歯科医師像が議論
3. 日本歯科医師会からの要望事項
4. 次期診療報酬改定に向けた議論



■参考資料

【厚生労働省】：中医協 審議会 令和4年度診療報酬改定に向けた議論の概要
次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方角性等について

中医協 審議会 令和3年8月4日 総会資料

【公益社団法人】：日本歯科医師会 令和4年度制度・予算要望書

1

医業経営情報レポート

2022年度診療報酬改定 4つの視点

2022年度の診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会総会（以下、中医協総会）において令和3年7月より議論が進められています。

2022年度の診療報酬改定は、これまで進めてきた医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進、医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進などを踏襲しつつ、コロナ・感染症対応を意識した改定内容となる見通しです。

また、日本歯科医師会では、歯科診療報酬関係で厚生労働省に対して「歯科診療報酬の充実と財源確保」という要望を出しています。

■ 2022年度診療報酬改定の基本的4つの視点

厚生労働省では、これまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症等への対応や、感染拡大により明らかとなった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携など、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築することと、医師等の働き方改革等を推進することが重要であることから、視点1及び視点2を重点に、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現と、効率化・適正化を通じた制度の安定性と持続可能性の向上という4つの視点で議論を進めています。

■ 改定の4つの視点

- 視点1：新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
【重点課題】
- 視点2：安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】
- 視点3：患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- 視点4：効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

（参考）厚生労働省：令和4年 診療報酬改定4つのポイント

■ 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる医療体制の構築

新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が出て、その中で各病院が機能に応じた役割を果たし、かかりつけ医を中心とした外来医療や在宅医療において、適切な役割分担から必要な医療を提供することの重要性も再認識されました。

今後は新型コロナウイルス感染症の対応は、平時でも感染拡大時でもその取り組み等について、地域の行政・医療関係者の中で議論・準備がなされていくことが必要です。

コロナ対応の経験やその影響も踏まえ、診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要です。

2

医業経営情報レポート

歯科医療機関の役割やあるべき歯科医師像が議論

2022 年度診療報酬改定で歯科医療体制の検討会では、歯科保健医療ビジョンの概要として、地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割やあるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能や役割、具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防策が議論されています。

■ 地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割

歯科医療体制の検討会では、高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制の目指すべき姿について、国や地方自治体、関係団体、歯科治療を行う病院や歯科診療所は、歯科医療従事者、医師等を含めた医療従事者、そして国民全体に向けて、目指すビジョンを発信する必要があると考えられています。

■ 地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割

- 国及び地方自治体は、各々の歯科医療機関の果たす役割や機能を明示し、地域保健活動や、訪問歯科診療を中心とした医科歯科連携を進める。
- 地域ケア会議等において、歯科医療従事者が中心となり、歯科保健医療の必要性を伝えていく事が重要。さらに、国や関係団体は、歯科医療機関とその他関係機関との調整を行う人材の養成を行うことが必要。
- 歯科診療所は、国民・患者からも様々な役割や機能が求められていることから、専門分野に応じた歯科診療所間の役割分担、複数の歯科診療所のグループ化、歯科診療所の規模の確保等を検討し、機能分化を図る。
- 歯科保健医療を提供する病院は、設置状況や規模に応じて、歯科診療所で対応できない、より専門的な技術を要する患者の対応や歯科医療従事者に対する定期的な研修を実施すること等が責務として求められる。

■ あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能・役割

かかりつけ歯科医の3つの機能として、「住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応」「切れ目のない提供体制の確保」「多職種との連携」とされています。

「かかりつけ歯科医機能評価の充実」として2018年度診療報酬改定（一部改定）が掲げられましたが、再度、確認されています。

■ 具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防策

医科歯科連携等の多職種連携を推進するには、医科や介護分野等からの歯科保健医療に対するニーズの把握が必要です。また、現状の医科歯科連携等の状況を評価するための方法や、歯科診療情報等の活用方法から連携を進めることの検討も重要です。

病院での連携は、周術期口腔機能管理センター等の連携部門の設置や、入院患者の ADL や QOL の向上のために、リハビリ部門等の機能回復部門への歯科保険医療の関与、ガンや脳卒中等の患者に対する口腔機能管理等の推進等が考えられます。

3

医業経営情報レポート

日本歯科医師会からの要望事項

日本歯科医師会では、2022年度の制度・予算に関して、厚生労働省、文部科学省、内閣官房、内閣府、歯科医療提供や歯科口腔保健、歯科診療報酬、医療安全、歯科医療機器・医薬品、医療情報、災害対策等の関係において、様々な視点から要望を出しています。

■ 2022年度診療報酬改定への要望事項

国民の健康増進、健康寿命の延伸を目的として、かかりつけ歯科医を中心とした健診や治療、重症化予防等の管理の流れを確立し、切れ目のない長期的視野に立った口腔健康管理は不可欠です。

さらに、介護予防や脳血管疾患等による摂食・咀嚼・嚥下機能の低下、認知症患者等の口腔機能低下への対応は重要であることから、日本歯科医師会では、2022年度診療報酬改定において、口腔機能管理をはじめとした歯科医療充実のため、これまで以上の十分な財源の確保を要望しています。

また、新たな感染症を踏まえたさらなる感染防止対策や診療体制についての適正な評価、医科歯科による多職種連携で、要介護者、周術期等患者、糖尿病患者、妊産婦等への対応について、医療情報の共有をはじめ、きめ細やかな配慮や連携ができるよう制度のさらなる充実を要望しています。

■ 歯科診療報酬の充実と財源確保(要望事項)

◎2022年度診療報酬への十分な改定財源の確保

- 歯科固有の技術の適切な評価
- 薬剤・材料の適正な評価と償還
- 一般臨床で活用が可能な新規技術や新規材料の保険収載
- かかりつけ歯科医機能の強化の充実
- 口腔機能の回復および管理のさらなる充実
- 新たな感染症への対応に係る適正な評価
- 歯科におけるオンライン診療の確立

◎地域における医療連携構築のための体制整備等

- 病院歯科の充実と歯科標榜のない病院と地区歯科医師会及び歯科診療所との連携による地域医療の質の向上及び効率化
- 患者ニーズに応じた質の高い在宅歯科医療のさらなる推進
- 医科医療機関や多職種との連携の推進
- 周術期等口腔機能管理の推進

(参考文献) 公益社団法人 日本歯科医師会：令和4年度制度・予算要望書 より

4

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定に向けた議論

中医協の総会において、2021年7月より2022年度診療報酬改定について、各項目の論点等に対して議論を行っています。

■ 在宅歯科医療についての論点と主な意見

歯科訪問診療を行っている歯科診療所と連携機能を強化している在宅療養支援歯科診療所は増加傾向にあります。

在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しや外来受診していた患者について、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価など、評価の充実を行ってきています。

また、歯科訪問診療料を算定した患者における、口腔機能の評価に基づく継続的な歯科疾患の管理についても評価の充実を行っています。

このような状況から中医協総会では在宅歯科医療についての論点と、論点に基づく歯科訪問診療推進に向けた意見が示されました。

■ 在宅歯科医療についての論点と主な意見

◎**論点**：患者のニーズにあわせた歯科訪問診療を推進するために、近年における診療報酬改定の内容を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

◎**主な意見**

- 歯科訪問診療を実施している医療機関は少なく、地域差も大きい。必要な機材や人材の不足への対応、ICTの活用も含め、歯科訪問診療の体制構築を推進するとともに、広く他職種や国民に認識される工夫を検討すべき。
- 薬局から歯科に情報共有を行うなど、歯薬連携の推進を検討すべき。
- 在宅で療養を行っている患者に対する口腔機能管理について、評価の在り方を検討すべき。
- 歯科訪問診療の回数が増加するよう、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所や在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しについて検討すべき。
- 在宅療養支援歯科診療所の施設基準は、歯科訪問診療が未実施の小規模な歯科医療機関が参入しやすくなるような工夫も必要。
- 要介護高齢者は受診につながっていないため、その要因を検証するとともに、要介護高齢者を訪問歯科診療につないでいく多職種連携が必要。
- 小児への歯科訪問診療も推進すべき。重度心身障害児施設も重要だが、児童養護施設入所者への対応を検討すべき。

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

税務調査が行なわれる時期

税務調査が行なわれる時期やタイミング、
 心得について教えてください。

(1) 主に税務調査のターゲットとして見られやすい先

■異常値の原因が不明や雑勘定残高の多い場合

経営数値が他に比べて異常で、しかもその原因が不明である場合や雑勘定の残高が多い時は、調査対象とされます。

■過去に重加算税などを課されたことのある

過去の申告について不正があったため、重加算税などを課税されたことのある場合は、3年以内に再度、税務調査が行なわれる可能性が大きいといえましょう。

＜参考＞ ～他の選定方法の例

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| ① 前回調査から3年以上経過している | ② 業績に著しい変化が生じた |
| ③ 大きな設備投資をした | ④ 個人借入金が特に増大したり、大幅に変動した |

(2) 法人税確定申告書および添付書類の分析

国税局・税務署では法人税確定申告書及び添付書類のほか、過去数年分の法人税申告書のファイル・従前の調査経緯などを記載した税歴表・各種資料せんを総合して、当該年分の申告書の審理・検討が行なわれます。

(3) 心得

① 金庫や引き出し、キャビネットなどの整理・点検

任意調査できた場合でもかならず金庫や担当者の引出まで検査されるものと考えて整理・点検しておくべきです。

② 手許現金と出納帳との照合

現金は日頃から確実に照合され、合致しているのが普通です。調査時点で食い違いが生じれば疑念を持たれ、不利な立場を招くことになります。

平素の管理体制が問われる問題ですので完全に合致させておきます。

③ 帳簿や伝票、証憑書類の整理

帳簿や伝票、請求書。領収書などは所定のファイルにして期別・年月を記入し準備をします。

帳簿書類の落書きやチェックについても十分説明できるようにしておく必要があります。



ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

証拠書類と調査の重点項目

揃えておくべき証拠書類と調査の重点項目について教えてください。

事前準備書類等としては、調査が、代表者の所得税を対象とするのか、医療機関の法人税を対象とするのかによって異なりますが、一般的には以下の参考資料、帳簿及び証票を準備しておくことが必要となります。

なお、通常の調査では今は時効の延長もあり過去 5 年分が調査対象となりますので、期別毎にダンボール等で区分保管しておくといいでしょう。

① 参考資料

- 法人の概況書
- 法人の商業登記簿謄本及び株主総会等議事録
- 株主名簿
- 役員、従業員名簿・組織図
- 関連法人を統括するグループ関連組織図

② 帳簿類

- 現金、預金出納帳
- 普通預金通帳
- 当座預金照合表
- 総勘定元帳
- 補助簿
- 申告書一式

③ 証票類

- 売上関連帳票
- 仕入関連帳票
- 棚卸表
- 領収書控え
- 請求書、受取請求書
- 給与台帳
- タイムカード
- 源泉徴収簿
- 各種契約書

■調査に立ち会う時の心得

- ① 経営者との連携
- ② 金庫や引き出し、キャビネットなどの整理・点検
- ③ 手許現金と出納帳との照合
- ④ いらざる疑いを招かないように
- ⑤ 一般従業員への注意
- ⑥ 経理担当者としての準備
- ⑦ IT 時代の調査なので、嘘は墓穴を掘る結果に