週刊WEBマガジン
医
Vol.944
医業経営
2026.11.24







医療情報ヘッドライン

重点医師偏在対策支援区域の医師手当事業 WGを設置し27年夏頃にとりまとめへ

▶厚生労働省　社保審部会

サイバーセキュリティ緊急対策パッケージ AIも活用し基本的な対策の徹底を

▶政府　厚生労働省

週刊 医療情報

2026年11月20日号
基幹インフラ制度、
29年度までに全国で病院指定

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8年度4~5月号）

経営情報レポート

人口減少・高齢化で変わる歯科医療
地域課題を踏まえた
連携・機能分化支援策

経営データベース

ジャンル：リスクマネジメント
サブジャンル：医療事故調査制度
センター調査の具体的な概要
医療事故調査の進め方

発行：税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報ヘッドライン ❶

重点医師偏在対策支援区域の医師手当事業 WGを設置し27年夏頃にとりまとめへ

厚生労働省　社会保障審議会医療部会

厚生労働省は 11 月 11 日に開催した社会保障審議会医療部会で、医師手当事業に関する今後の検討体制について議論した。

同事業は、医師の確保が困難な「重点医師偏在対策支援区域」において、対象医療機関に派遣される医師や勤務する医師への手当増額を支援するもの。財源は保険者から徴収する拠出金で賄われる。2025 年 12 月に成立した改正医療法に盛り込まれ、28 年度中の開始が見込まれている。

厚労省は事業の具体化に向け、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループ（WG）を設置し、医療の専門家や保険者等の有識者、自治体、学識者らとともに運用に係る事項の検討を進め、27 年夏頃をめどに取りまとめる方針である。

■「拠出者である保険者が関与できる体制の確保を」

医師手当事業は、医師の地域偏在を是正するための経済的インセンティブの一つとして検討されてきたもの。厚労省が 24 年 12 月に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」で重点区域の医師へ手当増額の支援を行う方針を示し、2025 年に成立した改正医療法では、都道府県知事が医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定められることとして、保険者からの拠出金による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設けることが規定された。

政府は、この事業を行うにあたり保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築を検討し、必要がある場合は所要の措置を講じることを明記。

衆議院・参議院の附帯決議において、拠出者である保険者協議会を含む保険者が、その実施状況について確認や検証を行い、意見を述べるなど、関与できる体制を確保することに触れた。

■財源確保の在り方は28年度改定において結論

厚労省は今年１月に開催した地域医療構想及び医療計画等に関する検討会で、手当増額支援の概要を提示。支援対象は重点区域の医療機関に派遣される医師および従事する医師として、国で事業費の総額を設定した上、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに按分する案を示した。

実施主体は医療計画の策定主体でもある都道府県とする一方、費用は保険者から徴収する拠出金を充てることとするため、支払基金を徴収事務の実施主体とすることを想定している。

厚労省は今回の部会で参考として、26 年における重点区域の候補区域も紹介。医師少数県の医師少数区域、医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位 1/4）、各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する 115 区域を挙げた。

同事業に関する診療報酬での財源確保の在り方は、28 年度診療報酬改定において結論を得ることとしている。同年度中の事業開始に向けて、厚労省は WG を設置し、有識者らと議論を進めた上、検討内容を踏まえて 2030 年度から開始する第９次（前期）医師確保計画に位置付ける方針だ。

医療情報ヘッドライン ②

サイバーセキュリティ緊急対策パッケージ AIも活用し基本的な対策の徹底を

政府　厚生労働省

サイバー攻撃による不正アクセスや情報漏えいの事案が相次いでいることを受け、政府は 11 月6日に「サイバーセキュリティ緊急対策パッケージ」を取りまとめた。

これを受けて厚生労働省は９日、パッケージを踏まえた対策強化についての事務連絡を発出し、医療機関等へ注意喚起している。

本パッケージは、早期に実施または着手できる施策を中心に４つの柱で構成され、予防から被害発生後の支援まで、一体的な対策が打ち出された。

1. AI も活用した基本的な対策の徹底
2. 情報収集・集約、捜査・分析体制の強化
3. サイバー攻撃への対処の戦略的な実施
4. 被害者支援・被害拡大防止策の強化

■基本的な対策の不備が多くの事案に共通

政府は昨今の漏えい事案について、「既知の脆弱性の放置、ウェブサイト等の設定不備、アプリケーション開発時のセキュリティ対策の不足などにおいて、自組織または委託先における基本的な対策が十分でなかった事例が多くみられる」と指摘。そのうえで、AI の進展により、こうした隙が短時間かつ大規模に突かれる時代となったという認識を示した。

被害を予防するため、発注者・委託先・経営層それぞれが責任を持ち、基本的な対策を「当たり前に」講じること、そして被害を最小限にとどめられるよう保有する情報を必要な範囲に絞る意識を持つことを求めている。

パッケージ施策一覧の1.では、医療分野の対策も明記。主な内容は次の３点だ。

(15) 医療現場における専門人材の活用・対策能力向上
(16) 医療機関向け支援基盤・研修等の活用促進
(17) 医療現場におけるサイバー防衛標準化に向けた支援

まず(15)について、IPA（独立行政法人情報処理推進機構）の「サイバーセキュリティ対策支援者リスト」等を活用し、外部専門人材による専門知見・技術の補完を推進するほか、医療従事者や経営層向けの実践的な研修や、サイバー攻撃を想定した BCP 訓練を含む演習を行う。

(16)では、医療従事者向けのオンライン研修コンテンツや、サイバー攻撃の疑いが生じた際の初動対応支援として厚労省の相談窓口を周知するとともに、IPA、警察の相談窓口も案内する。

(17)は、外部からの攻撃ルートの把握や、特に規模が大きく診療機能が停止した際の影響が大きい医療機関における対策の現状把握を急ぎ、病院の特性に合わせた侵入経路の集約・適正化への対策を支援する。

■上野厚労相「外部接続等の調査等のセキュリティ対策の現状把握を加速化」

上野賢一郎厚生労働大臣は 11 月 15 日、今年１月に発生したサイバー攻撃で、約 13 万人の個人情報が漏えいした日本医科大学武蔵小杉病院を訪問。被害後の対応や経験、今後の対策や課題について意見交換を行った。

その後の記者会見では「地域の主要な医療機関から外部接続等の調査等のセキュリティ対策の現状把握、これを加速化していきたい」とコメントした。

具体的な取り組みについて、ネットワークの外部接続点の点検等の取り組みを進めつつ、27 年度の予算要求では点検費用の補助に加え、医療機関の外部の専門人材を活用する仕組みの構築を検討していく考えも述べた。

ビズアップ週刊 医療情報
2026年11月20日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
社保審
医療部会

基幹インフラ制度、29年度までに全国で病院指定

厚生労働省は 11 日、社会保障審議会の医療部会で、経済安全保障推進法に基づく基幹インフラ制度に医療分野を追加することを受け、対象病院の指定方針を示した。

特定機能病院を念頭に、2027 年度は 8 地方でそれぞれ少なくとも 1 病院を指定。28 年度に約 20 病院を追加し、29 年度までに全都道府県で少なくとも 1 病院を指定する。

対象病院には重要設備の導入時などに国への事前届け出を義務付ける。委員からは設備更新などに伴う負担増を懸念し、国の財政支援を求める意見が相次いだ。

基幹インフラ制度は、国外からの妨害行為によって重要な社会基盤の機能が損なわれることを防ぐ仕組み。26 年 6 月公布の改正法で医療分野が追加され、27 年 4 月の施行を予定する。

指定された事業者（特定社会基盤事業者）は、国が定める「特定重要設備」の導入や維持管理などの外部委託に際し、事業所管大臣に計画を届け出て、原則 30 日間の審査を受ける。

国は妨害行為の恐れが大きいと認める場合、勧告や命令を行うことができる。

病院の指定では、病床数などの事業規模、地域医療での役割や救急・災害医療の拠点機能などから見た代替可能性、地域性を総合的に考慮する。27 年 12 月までに最初の病院を指定し、6 カ月間の経過措置を経て 28 年夏ごろから規制を適用する。

厚労省は 27 年春、個別の病院名を含む指定候補案を示す意向だ。委員からは、指定後の影響を検証しないまま機械的に対象を増やすことがないよう求める意見も出た。

規制対象となる設備は、電子カルテ、手術部門、集中治療部門に関連するシステムを候補とする。設備停止による社会的混乱や患者の生命への影響を踏まえ、対象をさらに絞り込む可能性もある。厚労省は特定機能病院 83 施設などを対象に調査を進め、27 年春に具体案を示す。

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構（DX 審査支払機構）も対象となり、電子カルテ情報共有サービスなど 3 システムの関連設備を指定する方針。病院に先行し、27 年 4 月の法施行後速やかに指定する。

この日の会合では財政負担が焦点となった。望月泉委員（全国自治体病院協議会会長）は、診療報酬が公定価格である病院の特殊性を指摘し、財政支援を要望。山本修一委員（地域医療機能推進機構理事長）は、対応費用が 10 数億円規模に膨らむ可能性に言及し、自身が大学病院長なら指定に手を挙げないことも考えられると述べた。

長島公之委員（日本医師会常任理事）も、病院には専門知識、人材、財源が不足しているとして、国の支援を求めた。

一方、厚労省は会議後の記者説明で、指定基準を満たす病院は指定を拒否できないとの認識

を示した。財政支援については現時点で具体的な計画はなく、今後の調査結果を踏まえて必要性を検討するという。

内閣府も、他分野を含め、指定自体を理由に財政支援する仕組みはないと説明した。

厚労省は、設備導入前の相談や審査を通じてセキュリティーを確保するとともに、導入後の追加改修による費用発生を防ぐ考えを示した。

指定病院の拡大に向け、規制の実効性と経営負担の両立が課題となる。

医療情報②
財務省
主張

MCDB、職種別給与の報告義務化を主張

財務省は、医療法人の経営情報のデータベース「MCDB」の見直しで職種別給与の報告を必須にして、「見える化」するべきだと主張している。財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が近くまとめる予算編成の提言（秋の建議）に盛り込み、実現を目指す。

ただ、日本医師会は人数が少ない職種の給与データは「個人情報に近い」と反論している。

MCDB の全国運用は 2023 年 8 月 1 日に始まり、医業損益などの報告が医療法人に原則として義務付けられた。

職種別の給与や人数の報告は当面、任意とされたが、25 年末の閣僚折衝で、報告の義務化を含めて見直しを検討し、26 年中に結論を出すこととされた。

財務省は 4 日、財政審の財政制度分科会で、医療従事者の賃上げをきめ細かく行うには職種別の給与・人数のデータが不可欠だと指摘し、報告を義務付けることを主張した。

「院長」「役員」「役員以外」にデータを細分化すべきだとしている。

一方、日医の松本吉郎会長は 11 日の記者会見で、「（院内に）1 人か 2 人しかいない職種の情報は個人情報に極めて近いものになる」と反論し、職種別給与の報告を仮に義務付けるなら、報告の範囲を慎重に判断するよう国に求めていることを明らかにした。

●個人診療所の経営情報も「見える化」を、財務省

財務省は、医療機関の正確な経営実態を把握するため MCDB の対象を個人立やその他の診療所に拡大し、経営情報を「見える化」することも求めた。

厚生労働省によると個人立の診療所は 25 年 10 月現在、全国に 3 万 8,292 カ所あり、全診療所の 36.3%を占めている。

しかし、MCDB の対象は医療法人に限られるため、それらのデータは反映されない。政府は、医療法人以外の経営情報との連携やデータの分析・公表の方法も検討する方針。

財務省は、診療報酬改定に活用するため国が 2 年ごとに行う医療経済実態調査の対象に個人立が含まれることを指摘し、MCDB も対象拡大を検討するべきだとしている。

週刊医療情報（２０２６年１１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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

最近の医療費の動向
／概算医療費（令和8年度4～5月号）

厚生労働省　2026年9月30日公表

＜結果のポイント＞

1　概算医療費とその伸び

- 令和８年度４月の医療費は４.１兆円（対前年同月比＋２.０%）
- 令和８年度５月の医療費は４.０兆円（対前年同月比▲０.７%）
- 令和８年度（４～５月）の医療費は８.１兆円（対前年同期比＋０.７%）

（令和７年度は４９.２兆円、対前年度比　＋２.６%）

2「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和８年度４月の対前年同月比　＋２.９%
- 令和８年度５月の対前年同月比　＋２.５%
- 令和８年度（４～５月）の対前年同期比　＋２.７%

（令和７年度は、対前年度比　＋３.３%）

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			国民健康保険	（再掲）未就学者		
				本　人	家　族				
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	48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
令和７年度　4～3月	49.2	26.5	16.4	9.7	5.8	10.1	1.3	20.3	2.4
4～5月	8.1	4.3	2.6	1.5	0.9	1.7	0.2	3.3	0.4
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
令和８年度　4～5月	8.1	4.3	2.7	1.6	0.9	1.6	0.2	3.4	0.4
4月	4.1	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
5月	4.0	2.1	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						75 歳以上
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者	
				本　人	家　族			
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	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.0	97.4
令和７年度4～3月	40.0	26.1	21.2	20.2	20.6	41.5	24.8	98.9
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
令和８年度4～5月	6.6	4.2	3.4	3.3	3.3	6.8	4.2	16.3
4月	3.4	2.2	1.7	1.7	1.7	3.5	2.1	8.3
5月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	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	48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4
令和７年度4～3月	49.2	38.9	18.8	16.5	3.5	8.8	0.8	0.82	19.6	25.3	3.5
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
令和８年度4～5月	8.1	6.4	3.1	2.7	0.6	1.4	0.1	0.15	3.2	4.2	0.6
4月	4.1	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
5月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	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。

●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	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
令和７年度4～3月	24.7	24.1	4.4	15.6	4.0	8.9	0.68
4月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.8	0.05
5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
令和８年度4～5月	4.0	3.9	0.7	2.5	0.7	1.4	0.12
4月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06
5月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.06

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	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
令和７年度4～3月	19.9	42.9	44.7	10.6	8.7	9.9	12.2	16.2
4月	19.5	42.4	44.2	10.4	8.6	9.6	12.2	15.8
5月	19.6	42.1	43.9	10.4	8.6	9.5	12.2	15.8
令和８年度4～5月	20.0	42.8	44.6	10.7	8.9	10.0	12.1	16.4
4月	20.0	43.3	45.1	10.7	8.9	10.1	12.1	16.5
5月	20.1	42.3	44.1	10.7	8.9	9.8	12.2	16.3

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８年度４～５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



人口減少・高齢化で変わる歯科医療

地域課題を踏まえた連携・機能分化支援策

1. 歯科医療を取り巻く経営環境と医療需要の変化
2. 歯科医療体制の現状と問題点
3. 多職種連携の重要性
4. 令和9年度　歯科医療体制構築支援事業



■参考資料

【厚生労働省】第 10 回 歯科医療提供体制等に関する検討会　第 14 回 歯科医療提供体制等に関する検討会
中央社会保険医療協議会 歯科医療その２

1 医業経営情報レポート
歯科医療を取り巻く経営環境と医療需要の変化

日本の人口は近年、減少局面に入っています。2070 年には総人口が 9,000 万人を割り込む一方で、高齢化率は今以上に高くなると推計されています。

こうした中、2040 年にかけて、85 歳以上の在宅医療需要が大幅に増加することが見込まれています。

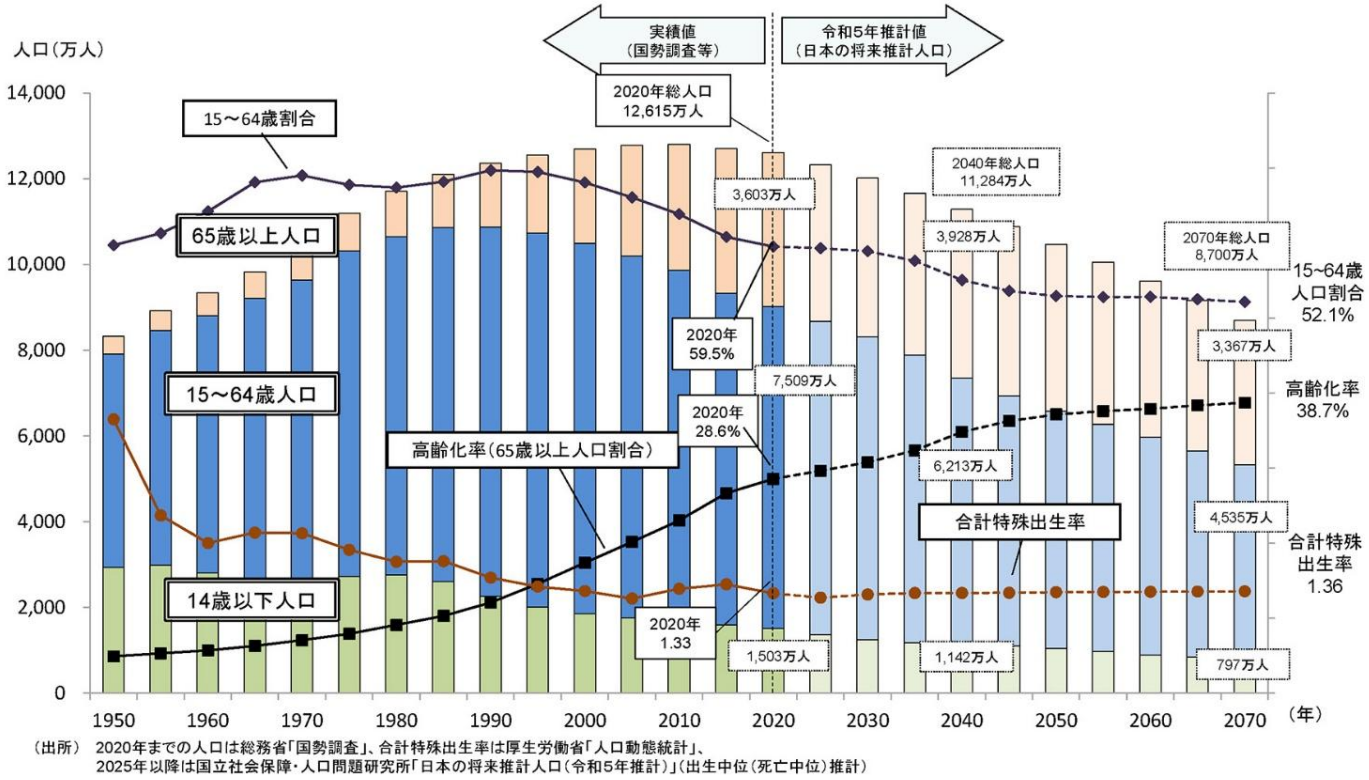
歯科医療に目を向けると、推計患者数は、平成 26 年をピークに減少する一方、そのうち 65 歳以上の割合は増加しています。

このような状況を踏まえ、今後は医科歯科連携・多職種連携を進め、新たな歯科医療提供体制を構築する必要があります。

■ 日本の人口と高齢化、医療需要の変化について

日本では、高齢化の進展に伴って要介護認定率も上昇し、特に、85 歳以上で大きく上昇します。また、2025 年以降、後期高齢者の増加は緩やかになっていますが、85 歳以上の人口は引き続き増加することが見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者が一層多くなることが予想されます。

■日本人口の推移



（出所） 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

厚生労働省：人口の推移、人口構造の変化より

2 医業経営情報レポート
歯科医療体制の現状と問題点

医療を取り巻く環境は、人口減少や少子高齢化、都市部への人口集中、都市部と地方との格差拡大、患者実人数の減少などにより変化しています。

歯科診療所や歯科医師を養成する大学の分布には地域差があります。歯科診療所は都市部に集中し、中山間地域やへき地等には歯科診療所のない地域もあります。

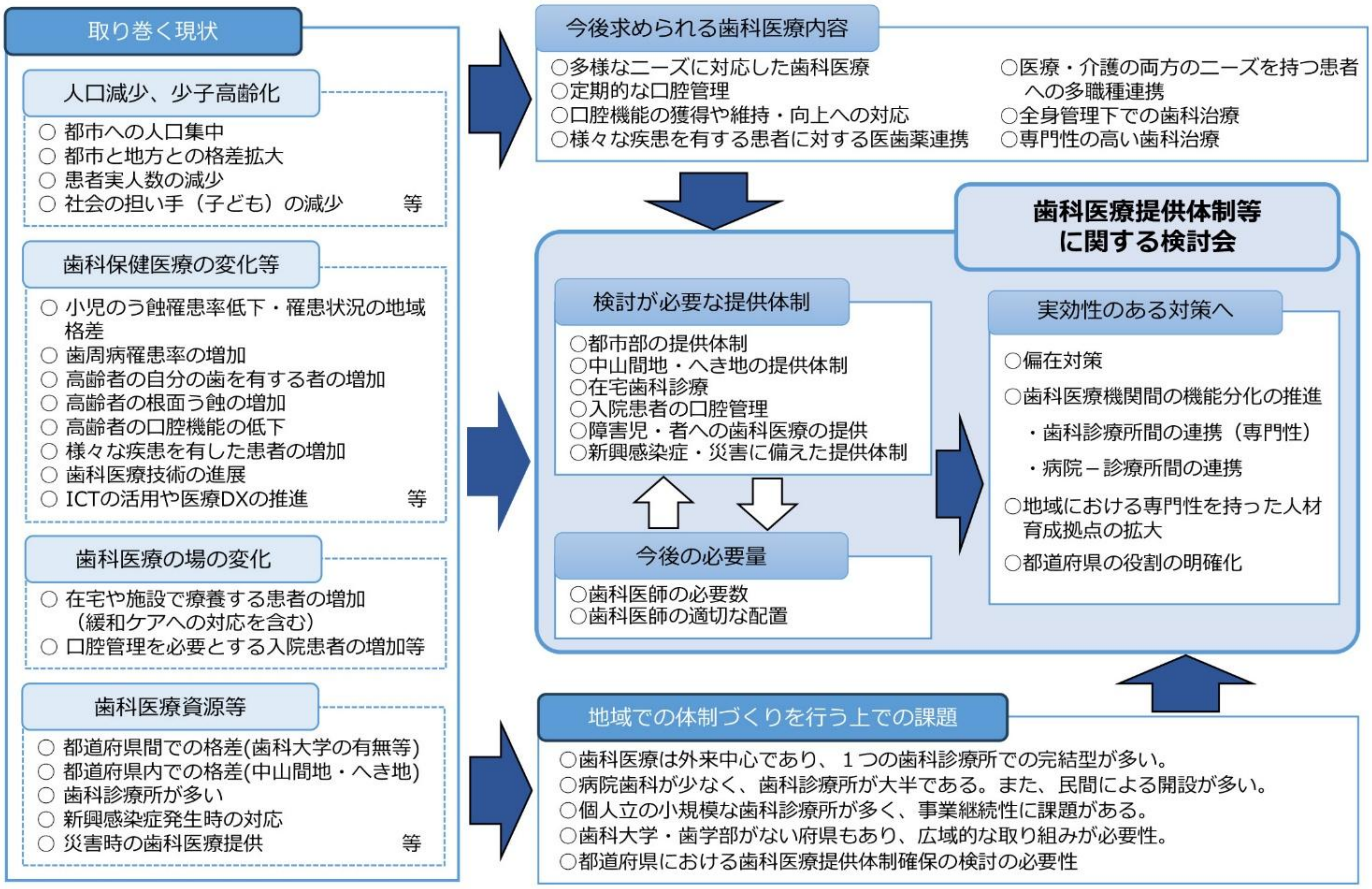
また、病院歯科の減少に伴い、災害時の歯科医療提供体制の確保も課題となっています。

■ 歯科医療を取り巻く現状や課題等について

歯科医療を取り巻く環境の変化に伴い、従来とは異なる経営課題が発生し、歯科医療における新たな取り組みが求められています。

これを受けて歯科医療提供体制等に関する検討会では、明らかになった課題に対する今後の対応策が検討されています。

■歯科医療を取り巻く現状や課題等について



厚生労働省：歯科医療提供体制等に関する検討会　本検討会における今後の議論について

3 医業経営情報レポート 多職種連携の重要性

口腔機能管理や口腔衛生管理、摂食嚥下障害への対応に加え、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取り組みを進める上で、医科歯科連携の重要性が認識されています。

また、糖尿病患者に対する歯周病治療の効果についても、論文等で報告されており、診療報酬上でも以下に示すとおり、連携に対する評価が設けられるなど、医科歯科連携の推進が求められています。

■ 多職種連携による診療報酬上の評価

医科点数表には、歯科医療機関や歯科医師との連携を評価する項目が設けられています。

また、令和６年度診療報酬改定では、生活習慣病管理料の通知に、糖尿病患者への歯科受診の推奨が追加されました。

さらに、調剤点数表においても、一部の項目で歯科医療機関との連携が評価されています。

■多職種連携による診療報酬上の評価

○医科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：中央社会保険医療協議会　歯科医療その２より

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と退院後の歯科受診率

入院患者全体でも疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定の有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い状況です。

このため、歯科診療所が病院と連携し、退院後も口腔管理を継続する必要性を患者や関係者に伝え、歯科受診につなげることが重要です。

4 医業経営情報レポート
令和9年度　歯科医療体制構築支援事業

厚生労働省は、歯科医療提供体制の構築を推進するため、令和９年度　歯科医療体制構築支援事業予算の概算要求を行っています。ただし、以下は概算要求段階の金額であり、確定したものではありません。

概算要求額は、調査検討・機能分化が２億７千万円、歯科医師偏在対策が５億９千万円、障害児・者歯科医療提供支援が１億３千万円、病院歯科体制強化支援が１億６千万円、医療提供体制施設整備交付金の関連分が８千２百万円です。

■ 調査検討・機能分化

少子高齢化の進展や歯科疾病構造の変化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化しています。

歯科医療資源の状況等は地域によって異なることから、地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制の構築を支援することが本事業の目的です。「骨太方針 2026」においても、「歯科医療提供体制の構築を図る」との方針が示されています。

■調査検討・機能分化：事業の概要・スキーム、実施主体　概算要求額2億7千万円

①　歯科医療提供体制構築調査検討事業

各都道府県における歯科医療提供体制の構築を推進するため、歯科医療提供体制の構築に向けた協議・検討を支援する。

なお、都道府県における歯科医師偏在対策や、歯科医療計画（仮称）の策定に向けた議論の場とする。

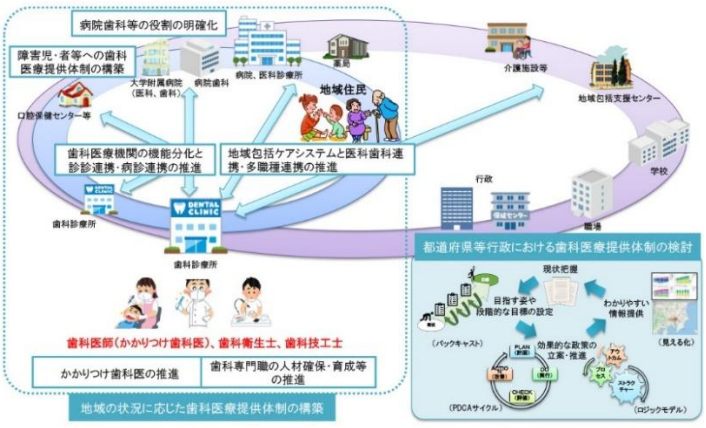
【実施主体】都道府県
【補 助 率】１／２相当定額

②　歯科医療提供体制構築支援事業

歯科医療提供体制の構築促進のため、各地域の課題解決に向けて具体的な取組を実施する事業を支援する。

【実施主体】＜１＞都道府県、市町村
＜２＞地域歯科医師会、大学等
【補 助 率】１／２相当定額

※「②」については、障害児・者歯科、病院歯科、歯科医師偏在関連は除く



厚生労働省：歯科医療提供体制等に関する検討会　本検討会における今後の議論について

■ 歯科医師偏在対策

歯科医師の高齢化や偏在により、歯科医師の確保が課題となっている地域があります。

本事業では、持続可能な歯科医療提供体制の構築に向け、歯科医師の偏在是正のための対策を総合的に実施することとされています。

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：リスクマネジメント ＞ サブジャンル：医療事故調査制度

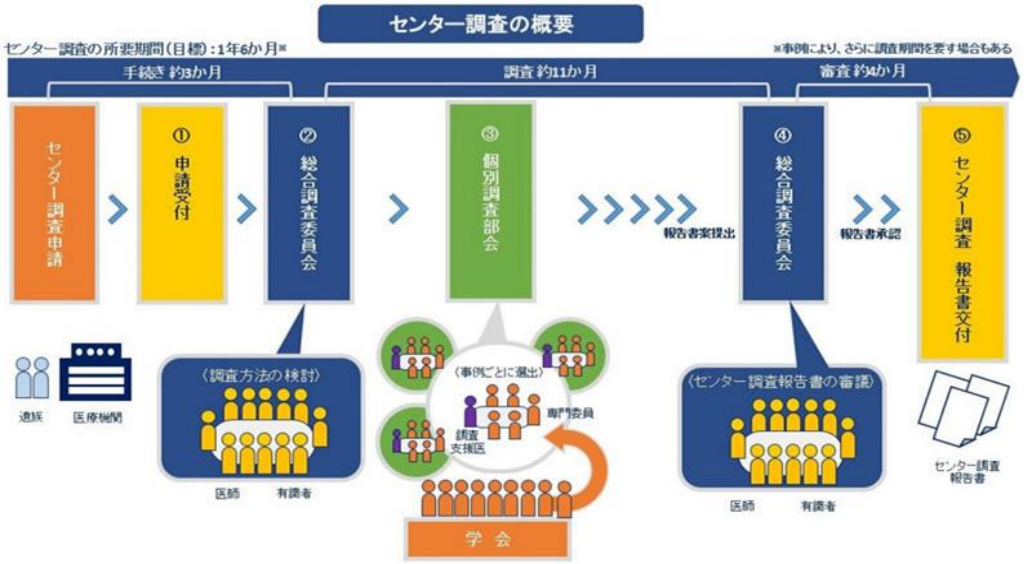
センター調査の具体的な概要

センター調査の具体的な概要について解説してください。

センター調査とは、医療機関が医療事故調査制度における対象として「医療事故」に該当すると判断し、すでに日本医療安全調査機構に報告した事例に対して、ご遺族または医療機関が日本医療安全調査機構に調査を依頼した場合に行う調査です。

センター調査は、院内調査結果の医学的検証を行うことにより事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質と安全の向上に資することを目的としており、個人の責任追及を目的とするものではありません。

◆センター調査の流れ



院内調査によって記録の検証が終了している場合が多いと考えられるため、原則、院内調査が終了してから調査を開始します。

また、おおむね３か月以内で院内調査の結果が得られることが見込まれる場合は、院内調査の結果を受けてその検証を行うことになります。

センター調査は、総合調査委員会や個別調査部会による調査や審議の後に報告書が交付されるまでが一連です。調査報告書は遺族と医療機関の双方に交付され、報告書交付後１か月以内に、医療機関または遺族から書面による質問を受け付けます。

この質問に対する回答をもって調査は終了となります。調査に要する期間は事例によって異なりますが、１年６か月程度を目標としています。

また、調査中もおおむね３か月ごとに医療機関と遺族に進捗状況を報告しています。センター調査の費用は「依頼者が誰か」によって異なります。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：リスクマネジメント ＞ サブジャンル：医療事故調査制度

医療事故調査の進め方

医療事故調査の進め方について、教えてください。

院内調査委員会は当該医療機関が主体的に設置・運営します。この委員会は当該事例について収集した情報を検証し、報告書にまとめます。

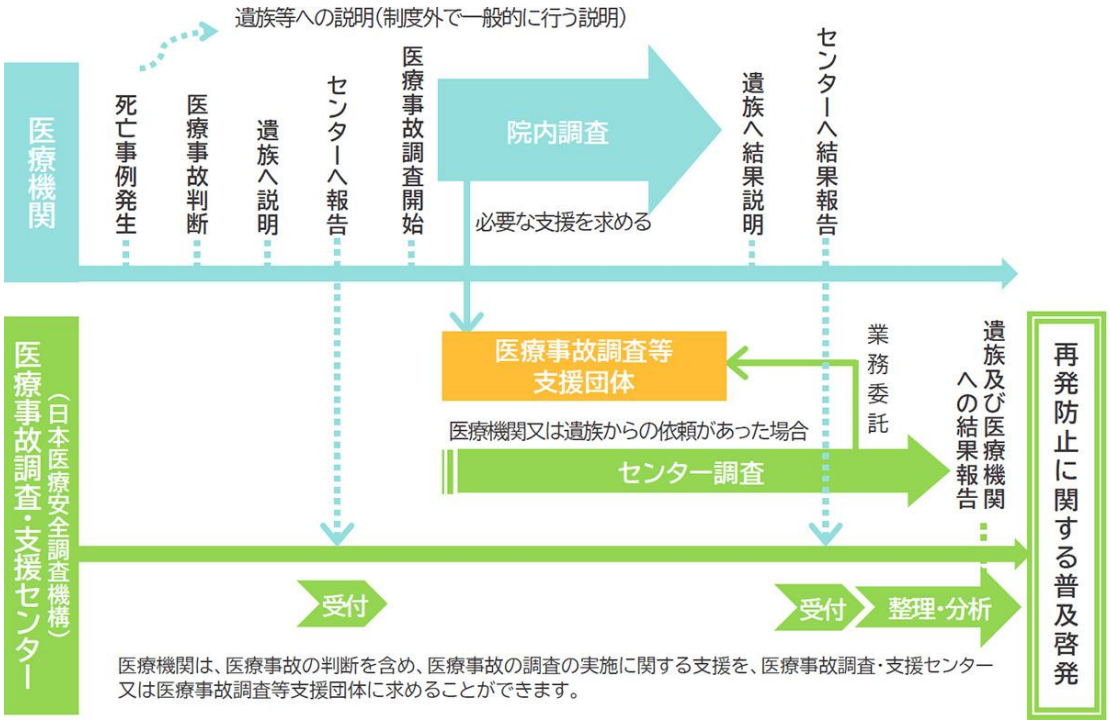
「中立・公正性」、「専門性」、「透明性」が求められることから、院外から当該事例の診療領域に精通した医療の専門家（外部委員）の参加が原則となっています。

次に、臨床経過を把握します。医療安全管理者が中心となり、関係した医療従事者とともに臨床経過をまとめます。

臨床経過をできるだけ正確に把握することにより、その後の精度の高い分析や再発防止策の立案が可能となります。

単純な事実の羅列ではなく、「行動の理由」「判断の根拠」などが含まれていることが必要です。

◆医療事故調査の流れ



以降は聞き取り調査を行い、得られた情報を基に死因を検証し、再発防止策を検討した後、医療事故調査報告書を作成します。

報告書はデリケートな内容を多く含むため、慎重に表現することが重要です。

研修資料の中には検証・分析に用いる表現例や医療事故調査報告書の記載例がありますので、万が一に備えて確認しておくとよいでしょう。