

経営情報レポート



注目の評価項目はどう変わるか 2010年度 診療報酬改定の ポイント

- ① 基本診療料をめぐる改定～加算と引き下げ
- ② 急性期・救急医療にかかわる改定項目
- ③ チーム医療と連携の充実を図る項目
- ④ 精神医療とその他の改定項目
- ⑤ 診療所および在宅医療関連の改定項目

1 | 基本診療料をめぐる改定 ~ 加算と引き下げ

2010年度診療報酬改定は、中央社会保険医療協議会（中医協）が本年2月12日に長妻昭厚生労働大臣に答申し、主要項目についての方向性が固まりました。次期改定では、本体部分のうち「医科」の改定率を1.74%引き上げ、これに伴う財源として約4800億円の予算の投入、また重点課題に位置付けた「救急、産科、小児、外科などの医療の再建」と「病院勤務医の負担軽減」に優先的に配分することが既に明示されていました。

2010年度診療報酬改定率 ~ 10年ぶりのネットプラス改定

全体改定率	+ 0.19%
診療報酬改定（本体）改定率	+ 1.55%
医科	+ 1.74%（入院：+ 3.03%、外来：+ 0.31%）
歯科	+ 2.09%
調剤	+ 0.52%
薬価改定等 改定率	1.36%
薬価改定	1.23%（薬価ベース：5.75%）
材料価格改定	0.13%

最大の焦点は再診料の「病診」統一

(1) 初診料・再診料～外来管理加算「5分ルール」の撤廃

次期改定の最大の焦点であった再診料は、診療所（71点）を2点引き下げると一方、200床未満の病院（60点）を9点引き上げることで、69点に統一されます。また、再診料に対する「外来管理加算（52点）」は、2008年度改定で導入された「5分ルール」を廃止する代わりに、いわゆる“お薬外来”に対する評価を回避するため、診察に基づく医学的判断などの要件を加えることとしました。

外来管理加算と再診料の見直し

外来管理加算

時間的概念要件（いわゆる5分ルール）の廃止

「懇切丁寧な説明に対する評価」の明確化の観点から医学的判断等の要件追加

再診料

再診料（診療所） < 現行 > 71点

再診料（病院） < 現行 > 60点



< 改定後 > 再診料 69点

中医協における議論では、再診料の統一と外来管理加算の「5分ルール」の取り扱いをめぐって診療側と支払側が激しく対立し、中立の公益側による裁定に持ち込まれた結果、診療所を2点引き下げる公益案が示されたという経緯がありました。

一方で、診療所に対する新たな評価として、「地域医療貢献加算(3点)」と「明細書発行体制等加算(1点)」が新設されています。

(2) 一般病棟入院基本料

一般病棟の15:1入院基本料(1日:954点)は20点引き下げた(934点)一方で、一般病棟での入院早期加算を428点から22点引き上げることとしました(450点:14日以内)。なお、2008年度に新設された「準7:1入院基本料」は廃止されます。

また、一般病棟や結核・精神病棟のうち7:1と10:1の看護配置を採用している病棟で、「72時間ルール」だけを満たせない場合に算定できる「7:1、10:1特別入院基本料」を新設し、公平性を保つために一定の条件(*下記)を付したうえで、所定の入院基本料の80%の算定を3か月間だけ認めることとしました。看護職員の夜勤問題に悩みを抱えるケースは少なくなく、この評価により救済される病院も多くなると予想されます。

(*) 算定期間中も引き続き看護師の確保に努力し、その旨を毎月地方厚生局などに報告している最後に算定してから1年以内は当該基本料を算定できない 等

このほか、現在は7:1入院基本料に導入している入院患者の「看護必要度・重症度」の概念を10:1入院基本料にも拡大し、全入院患者の状態を継続的に測定・評価している場合、新たに「一般病棟看護必要度評価加算(1日:5点)」を算定できることとしました。

一般病棟看護必要度評価加算で用いる「評価票」

【一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票】

A: モニタリング及び処置等

- 1 創傷処置
- 2 血圧測定
- 3 時間尿測定
- 4 呼吸ケア
- 5 点滴ライン同時3本以上
- 6 心電図モニター
- 7 シリンジポンプ使用
- 8 輸血や血液製剤の使用
- 9 専門的な治療・処置

B: 患者の状況等

- 1 寝返り
- 2 起き上がり
- 3 座位保持
- 4 移乗
- 5 口腔清潔
- 6 食事摂取
- 7 衣服着脱

(3)療養病棟入院基本料における評価区分の見直しと適正化

療養病棟入院基本料は、入院患者の医療ニーズの高さ（医療区分）や日常生活動作の状況（ADL区分）などに応じてA～Eの5パターン（750～1709点）を設定している現在の形から、看護配置と重症度に応じた2段階に変更されます。

具体的には、看護職員および看護補助者が「20対1」配置以上、医療区分2または3の患者が全体の8割以上の2点を満たす場合に算定できる「療養病棟入院基本料1」と、看護職員および看護補助者が「25対1」配置以上の「療養病棟入院基本料2」に再編し、それぞれについて9区分の点数を設定しました。

療養病棟入院基本料の再編成 ～評価区分の見直しと適正化

【現行】

算定要件 25:1配置(医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885	1,320	1,709 (最高額)
ADL区分2	750		
ADL区分1	(最低額)	1,198	



【改定後】

<療養病棟入院基本料1> 算定要件 20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934	1,369	1,758 (最高額)
ADL区分2	887	1,342	1,705
ADL区分1	785	1,191	1,424

<療養病棟入院基本料2> 算定要件 25:1配置

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871	1,306	1,695
ADL区分2	824	1,279	1,642
ADL区分1	722 (最低額)	1,128	1,361

また、現在は記録だけが求められている患者の状態像などについては、これらに関するデータの提出を要件に組み込むほか、急性期病院の一般病床、介護老人保健施設や自宅などから患者を受け入れた場合に算定できる「救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点:14日以内)」が新設されます。

2 | 急性期・救急医療にかかわる改定項目

重点課題に位置づけられた「救急、産科、小児、外科などの医療の再建」の具体策としては、救命救急センターと二次救急医療機関への評価、ハイリスク妊産婦管理の充実、手術料の引き上げ - などが柱となっています。

重点的に配分される領域の評価項目

(1) 救急医療

入院をめぐる評価

「救命救急入院料」は、充実度が高いセンターへの加算が 500 点から 1,000 点に倍増されました。一方で、二次救急医療機関による算定を想定している「救急医療管理加算（現行 600 点）」と「乳幼児救急医療管理加算（同 150 点）」は、それぞれ 800 点と 200 点に引き上げられます。

手厚い看護配置で高度な急性期医療を提供する病床を評価する「ハイケアユニット入院医療管理料」も、3,700 点から 4,500 点に 800 点のアップとなりました。

また、現行の「入院時医学管理加算」（1 日：120 点）は「総合入院体制加算」に名称変更され、総合的かつ専門的な入院医療が常時提供可能な病院に対する評価として明確化が図られましたが、点数や要件は見直されていません。

地域の連携による救急外来の評価

病院と診療所の小児科医の連携による救急外来を評価する「地域連携小児夜間・休日診療料 1」（24 時間対応なし）および「同診療料 2」（同対応あり）は、それぞれ 50 点ずつアップとなりました（1 日：400 点、550 点）。また、小児以外への救急外来での連携を評価するため、「地域連携夜間・休日診療料（100 点）」が新設されています。

手術料の適正な評価

主に病院が実施するもののうち、難易度が高く人手を要する大動脈瘤切除術などについて、現行点数を 30～50% 増とすることを目安としており、約 1,800 項目のうち約半数程度の評価が引き上げられます。

(2) 産科・小児医療

周産期と小児医療をめぐる評価では、ハイリスク分娩管理と新生児に係る集中治療の評

価を充実・拡大する内容の改定となりました。点数の引き上げと対象疾患の拡大によって、産科医療の充実を図ろうとする意図です。

ハイリスク妊産婦管理の評価

ハイリスク分娩管理加算

< 現行 > 2,000 点 < 改定後 > 3,000 点 (1 日)
 + 対象拡大 (「多胎妊娠」「子宮内胎児発育遅延」)

妊産婦緊急搬送入院加算

< 現行 > 5,000 点 < 改定後 > 7,000 点 (入院初日)
 + 対象拡大 (「妊娠関連異常以外の場合」)

新生児集中治療の評価

ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 < 現行 > 8,500 点 < 改定後 > 10,000 点

NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

< 新設 > 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400 点

一方、地域の小児救急入院を担う医療機関による算定を想定して、「小児入院医療管理料」に、常勤小児科医（小児外科医）を「9人以上」配置した場合の評価を新設し、この区分を「同管理料2」として位置付け、1日につき4000点の算定を認めています。

病院勤務医の事務負担軽減を推進する評価

勤務医の負担軽減計画の策定は、現在は「入院時医学管理加算」と「ハイリスク分娩管理加算」「医師事務作業補助体制加算」の要件になっていますが、次期改定で、「急性期看護補助加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「小児入院医療管理料」「救命救急入院料」にも拡大されます。勤務医の勤務状況の具体的な把握や、勤務状況の改善策を提言する責任者の配置、業務の役割分担を推進する多職種による委員会の設置などが求められるようになります。

勤務医の負担軽減を図るとして、前回改定において新設された「医師事務作業補助体制加算」(入院初日)は、医師の事務作業を補助する医療クラークを手厚く配置した場合の評価が設けられました。同加算は、中医協の診療報酬改定結果検証部会が行った調査で一定の効果を上げていると評価されたため、引き続き普及を図ることとしたものです。

新たに「15:1補助体制加算(810点)」と「20:1補助体制加算(610点)」の2区分が新設され、これにより同加算の区分は現在の4パターンから6パターンになります。

医師事務作業補助体制加算(入院初日)の評価の充実

	現 行		改定後
15 : 1	(新設*1)		810点
20 : 1	(新設*1)		610点
25 : 1	355点		490点(*2)
50 : 1	185点		255点
75 : 1	130点		180点
100 : 1	105点		138点

- (* 1) 15 : 1、20 : 1 補助体制加算の施設基準：三次救急病院や小児救急医療拠点病院のほか、緊急入院患者が年間 800 人以上の病院による算定を想定
 (* 2) 要件に「全身麻酔による手術件数が年 800 件以上」を追加

DPCにおける新たな機能評価係数の導入

DPCにおいても、入院基本料の早期加算の引き上げ等、急性期医療のさらなる評価については、診断群分類点数表や医療機関別係数に反映させることとしています。

また、段階的に廃止する調整係数に代わる新たな機能評価係数として、「効率化に対する評価」(効率性指数)など6項目を初年度に導入することとなります。

DPCにおける新たな機能評価係数の導入

【導入する6項目】

データ提出指数
カバー率指数

効率性指数
地域医療指数

複雑性指数
救急医療指数

新たな調整係数は、次期診療報酬改定以降、段階的に廃止することが決まっているものの、「全廃」までのスケジュールは次年度の検討事項となっています。

中医協ではこれまで、初年度に調整係数による「上積み相当部分」の4分の1を新係数に置き換え、その分の診療報酬を「救急医療の入院初期診療」を除く5項目に均等配分することを決定しています。

診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類分岐のさらなる精緻化
 点数設定の階段見直し(2種類 3種類)
 DPCにおける包括範囲の見直し

3 | チーム医療と連携の充実を図る項目

チーム医療を推進する改定項目

(1) 看護補助加算の充実

急性期病棟の看護職員の勤務環境を改善する取り組みを推進するため、一般病棟（特定機能病院を含む）や専門病棟のうち、「7：1」あるいは「10：1」病棟を対象として、「急性期看護補助体制加算」が新設されました。看護補助者の配置数が50：1以上の場合の「加算1（120点）」、75：1の「加算2（80点）」の2区分を設定し、共に14日を限度に算定できるうえ、特定の時間の配置を手厚くするなど看護補助者の傾斜配置が可能です。

算定要件

緊急入院患者数が年200人以上の病院、あるいは総合周産期母子医療センター
「重症度・看護必要度」の基準患者が、「7：1」で15%以上、「10：1」で10%以上
急性期看護の適切な看護補助に関する看護補助者対象の院内研修会を開催

(2) 他職種によるチーム医療に対する評価の導入

栄養サポートチーム（NST）に対する評価

新設された「栄養サポートチーム加算（200点：週1回）」は、一般病棟（特定機能病院を含む）や専門病棟のうち「7：1」か「10：1」配置の病棟による算定を想定しており、「栄養管理実施加算」の対象で、かつ栄養障害があると判定された患者ごとに算定できます。

算定要件

対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の実施（週1回以上）
栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム医療の実施
1日当たりの算定患者数が1チームにつきおおむね30人以内 等

(*) 栄養管理に関する研修を修了した常勤医や看護師、薬剤師、管理栄養士で構成する専任チームの設置や、うち1人を「専従」にすることを求め、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師などをチーム内に配置するのが「望ましい」とする。

人工呼吸管理に対する評価

「呼吸ケアチーム加算（150 点：週 1 回）」は、一般病棟（特定機能病院を含む）か専門病棟の入院基本料の届け出病棟に入院し、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者ごとに算定できます。現在の同管理料 2 を同管理料 3（3600 点）に変更するなどして、評価を計 5 区分に再編しました（既存の区分点数は変更なし）。また、特定機能病院に対しても同管理料の算定を新たに認めています。

算定要件

人工呼吸器装着をした後一般病棟での入院期間が 1 か月以内
人工呼吸器離脱のため、医師・看護師等で構成する専任チームによる診療等の実施

- （*）呼吸器管理専任チーム：
人工呼吸器管理などの十分な経験がある医師や、人工呼吸器管理の 6 か月以上の研修を受けた看護師、人工呼吸器の保守・点検の経験が 3 年以上の臨床工学技士、呼吸器リハビリテーションなどの経験が 5 年以上の理学療法士らの参加

医療・介護の連携、高齢者医療をめぐる改定

(1) 医療と介護施設との連携を評価

現行では、急性期および回復期の 2 段階で実施している地域連携診療計画（地域連携パス）に対する評価を、回復期病院の退院後の療養を担う中小病院や診療所、介護施設を加えた 3 段階の評価に改められました。これは、医療サービスを担う病院や診療所から、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画の運用により、退院後も切れ目ない医療を提供できるという考え方によるものです。

介護との連携・情報提供に対する評価

現 行	改定後
地域連携診療計画退院時指導料 （退院時 1 回） 600 点	地域連携診療計画退院時指導料 1 （退院時 1 回） 600 点 地域連携診療計画退院計画加算 100 点 地域連携診療計画退院時指導料 2 （退院後初回月に 1 回） 300 点

このほか、患者が入院している医療機関の主治医をはじめとする医療スタッフとケアマネジャーとの連携を促進し、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行うなど、退院後のスムーズな介護サービスの導入につなげる「介護支援連携指導料（300 点：入院中 2 回）」を新設しています。

(2) 後期高齢者医療制度との関連項目

後期高齢者医療制度について設定されていた診療報酬点数については、廃止を中心として主に次の3点の改定が行われます。

後期高齢者診療料	廃止
後期高齢者終末期相談支援料	廃止
対象年齢を拡大し、「後期高齢者」名称をすべて削除	

後期高齢者診療料関連点数の廃止

患者の心身を全体的に管理する担当医が算定できる「後期高齢者診療料」(600点)や、「後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料」(180点)は廃止されます。

「後期高齢者診療料」に代わり、これと機能が重複している「生活習慣病管理料」の対象が全年齢に拡大されます。

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

関係団体や社会からの反発が強く、07年7月以降は算定が凍結されている「後期高齢者終末期相談支援料(200点)」は、診療報酬上評価することに国民的合意が得られていないとして廃止されます。

その他の後期高齢者医療関連の点数

このほか「後期高齢者特定入院基本料(入院90日超)」は、「後期高齢者」の文言を削除して「特定入院基本料」と名称を変更し、さらに75歳以上という対象年齢要件を廃止して全年齢に拡大することとなりました。ただし、退院支援状況報告書を提出することにより、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおり出来高による算定も可能です。

その他の見直し項目 ~対象年齢拡大と廃止等

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	歯科疾患在宅療養管理料
後期高齢者退院時薬剤情報提供料	退院時薬剤情報管理指導料(全年齢)
薬剤管理指導料退院時服薬指導加算	
後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	廃止(栄養サポートチーム加算で対応)
後期高齢者退院調整加算	急性期病棟等退院調整加算 (介護との連携促進のため、65歳以上等を対象)

4 | 精神医療とその他の改定項目

精神医療をめぐる改定項目

精神病棟入院基本料では、新入院患者のうち重症者（GAFスコア 30 以下または身体合併症患者）の割合が 4 割以上、身体疾患への治療体制の確保、平均在院日数が 80 日以内の場合に算定できる「13：1 入院基本料（920 点）」を新設します。また、思春期の子ども心の診療の特性に応じた入院医療を評価する「児童・思春期精神科入院医学管理料」は、650 点から 800 点に引き上げられました。

このほか、次のような専門性の高い精神医療に対する評価項目が新設されます。

新設された専門性の高い精神医療の評価

うつ病に対する精神専門両方の評価

< 新設 > 認知療法・認知行動療法 420 点

アルコール依存症に対する専門的治療の評価

< 新設 > 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200 点（30 日以内）
100 点（31 日以上 60 日以内）

その他重点項目の改定内容

(1) 疾患別・早期リハビリテーションの充実

疾患別リハビリテーションの充実

大腿骨頸部骨折などの患者に提供する「運動器リハビリテーション料」に、手厚い人員配置を評価する区分として「運動器リハビリテーション料（ ）」（1 単位：175 点）が新設され、現在の「運動器リハビリテーション料（ ）」が「同リハビリテーション料（ ）」となります。

脳卒中などの「脳血管疾患等リハビリテーション料」は現在、常勤の医師や理学療法士らの人員配置などに応じて 3 区分し、廃用症候群のリハビリに対する評価は包含していませんが、次期改定では、これらをそれぞれ廃用症候群とそれ以外の場合に分けて評価するものとなりました。

また、各疾患の「早期リハビリテーション加算」は、30 点から 45 点（1 単位）に引き上げられます。

回復期・亜急性期リハビリテーション等の推進

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」は1690点から1720点(1日)に引き上げられ、1人1日当たり2単位以上のリハビリテーションの提供、新規入院患者の2割以上が重症患者の2点を、要件として新たに求められることとなりました。また、「入院料2」でも2単位以上の実施を求めることとし、点数は5点引き上げとなりました。

<新設> 亜急性期リハビリテーションの評価

亜急性期病床における充実したリハビリテーション提供に係る評価

<新設> リハビリテーション提供体制加算 50点(1日)

(*) 1週間に平均16単位以上の疾患別リハビリテーションを提供すること

(2) がん対策の強化

がん医療の推進については、がん診療連携拠点病院とがん治療、そしてがん患者リハビリテーションについての評価を充実させる改定が行われました。

がん診療連携拠点病院に係る評価

がん診療連携拠点病院における「がんセンターボード」「院内がん登録」等の充実

がん診療連携拠点病院加算 (現行) 400点 (改定後) 500点

がん診療に係る地域連携(地域医療機関が拠点病院と適切な情報交換を実施)

<新設> がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

<新設> がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

がん治療の評価

複雑化、高度化する外来化学療法

外来化学療法加算1 (現行) 500点 (改定後) 550点

放射線治療病室におけるR I内用両方等の管理

放射線治療病室管理加算 (現行) 500点 (改定後) 2500点

がん患者リハビリテーションの評価

<新設> がん患者リハビリテーション料 200点(1単位)

患者への情報提供などの改定項目

(1) 後発医薬品のさらなる使用促進

後発医薬品の使用をさらに推進するため、医療機関における取り組みの評価として、「後発医薬品使用体制加算」(入院基本料に 30 点加算。採用品目数の割合 20% 以上)が新設されました。これは、後発品の品質や安全性などに関する情報を収集し、それを評価した上で後発品の使用を進める体制を評価するものです。

このほか、薬局における取り組みや調剤料についても見直しが見直しが実施されています。

(2) 医療費明細書発行の推進

診療報酬明細書(レセプト)並みの医療費の明細書に関しては、レセプトを電子請求している医療機関について、全患者に対する無料発行が原則として義務化されます。

現在、明細書の取り扱いについては、レセプトを電子請求している病院に対し、患者が希望した場合に発行を義務付けていますが、次期改定後は「正当な理由(下記)」がない限り、原則全患者への無料発行が義務化され、明細書を必要としない患者が個別に医療機関の窓口申し出る形となります。

また、前述したように、明細書の無料発行等を行っている診療所については、再診料に「明細書発行体制等加算(1点)」を加算することができます。

尚、院内処方の場合には病名告知と治療への影響の問題を指摘する声もあり、詳細な医療費明細書の取り扱いについては、検証の上で方針が明確となると思われます。

明細書無料発行が免除される「正当な理由」

明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合

自動入金機の改修が必要な場合

(*) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない患者には、その旨の申出を促す院内掲示実施などの配慮を行う。

電子請求が義務付けられていない病院・診療所

自院における明細書発行に関する状況を院内掲示

【内容】

明細書発行の有無と手続

費用徴収の有無、その金額 等

5 | 診療所および在宅医療関連の改定項目

地域医療を支える診療所に対する評価

有床診療所については、特に一般病床に対する評価の見直しが行われ、実態を踏まえて評価区分が改められています。これまで看護職員数によって2つに区分されていましたが、これを診療所の看護体制の実態に合致させるものとして3区分に見直し、さらに在院日数による点数区分を3つに改め、計9区分としました。この結果、最低点数は底上げになったものの、各点数は全体的に引き下げられています。

また、初期加算においても評価の新設や見直しが行われ、地域医療を支援する機能を果たす有床診療所については、これを評価する方向の改定となっています。

有床診療所入院基本料の再編成

【現行】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員5人以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15～30日	490点
	31日～	450点

有床診療所 入院基本料2 (看護職員1～4人)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15～30日	320点
	31日～	280点



【改定後】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員7人以上)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点

有床診療所 入院基本料2 (看護職員4～6人)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点

有床診療所 入院基本料3 (看護職員1～3人)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点

有床診療所に関連する初期加算の見直し

後方病床機能の評価

<新設> 有床診療所一般病床初期加算	100 点 (7 日以内)
<新設> 救急・在宅等支援療養病床初期加算	150 点 (14 日以内)

医師配置加算の見直し

医師配置加算 (現行) 60 点	(改定後) 同加算 1 :	88 点
	同 2 :	60 点

入院基本料等加算の拡充

「無菌治療室加算」等を有床診療所でも算定可能に

在宅医療を支援する医療機関の評価

民主党を中心とする現政権下の医療政策においても、在宅医療に対する支援は引き続き重視されています。そのため、主に診療所が担う在宅医療支援について、評価の見直しが行われています。患者やその家族のニーズに応える訪問診療や、退院後の在宅医療移行に対する支援など、細かな点数設定で評価されています。

また、在宅医療の担い手として設置された施設基準「在宅療養支援医療機関」は、2008 年度改定において、診療所に加え一定の要件を満たす病院についても認められることとなりましたが、この要件も拡大されました。

訪問診療の評価見直し

患者の求めに応じ居宅に赴いて行う診療に対する評価

往診料 (現行) 650 点	(改定後) 720 点
----------------	-------------

小児に対する在宅医療の評価 (加算)

<新設> 在宅患者訪問診療料	乳幼児加算	200 点
<新設> 退院時前在宅療養指導管理料	乳幼児加算	200 点

在宅移行を支える医療機関の評価見直し

365 日・24 時間体制で地域在宅医療を支える病院に対する評価

「在宅療養支援病院」の要件見直し

半径 4 km 以内に診療所が存在しないもの

半径 4 km 以内に診療所が存在しない又は 200 床未満の病院

入院から在宅医療移行患者の早期の医学管理に対する評価（加算）

< 新設 > 在宅移行早期加算 100 点

診療所のみ認められる新たな加算

病院勤務医の負担軽減や救急、産科・小児科医療への重点配分がなされた結果、診療所にとって最も影響が大きい再診料の 2 点引き下げを補うべき新設項目には、次のようなものがあります。

(1) 地域医療貢献に対する評価

患者からの電話照会に対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所に対する評価（加算）

< 新設 > 地域医療貢献加算 3 点（再診料に加算）

「地域医療貢献加算」は、再診料に 3 点を加算できるものとし、標榜している診療時間以外にも患者からの電話の問い合わせに対応して、必要に応じて診察したり、専門医を紹介したりするなど、積極的に地域医療への貢献が認められる診療所については、算定することができます。

(2) 明細書発行推進にかかる診療報酬上の支援

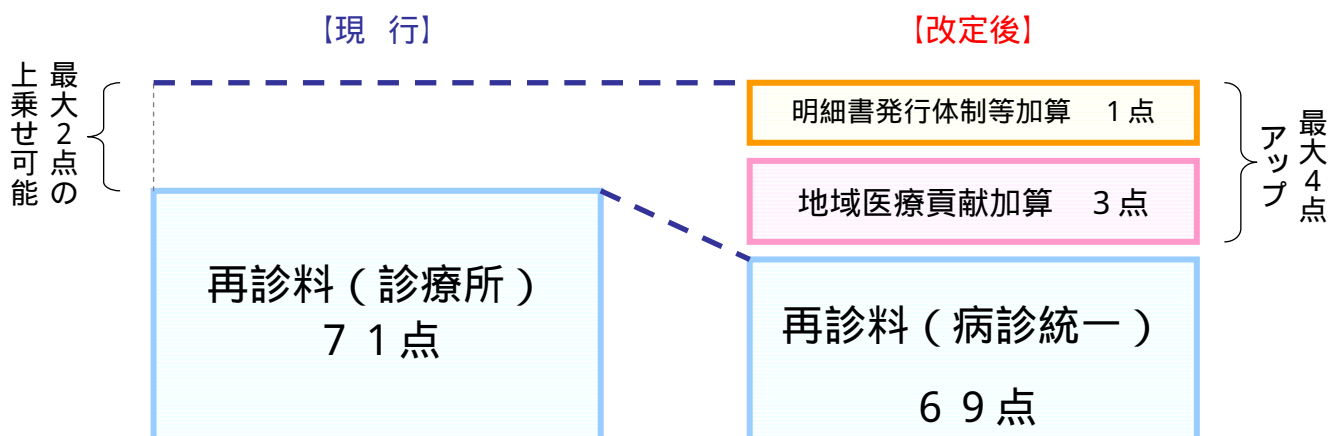
診療報酬明細書の無料発行等を実施している診療所に対する評価（加算）

< 新設 > 明細書発行体制等加算 1 点（再診料に加算）

レセプト並みの明細書を無料発行している診療所には、「明細書発行体制等加算（1 点）」の算定も認められます。厚生労働省は、当初は再診料に月 1 回加算する案を示していましたが、最終的に再診料ごとに算定できるとされました。

これら2つの加算新設に伴って、診療所における再診料算定では、施設基準充足により、引き下げ分を上回る最大4点を上乗せできることとなります。しかし厚生労働省では、地域医療貢献加算を算定できるのは、全診療所の3割程度にすぎないと見込んでおり、再診料2点引き下げのマイナス影響を吸収できるのは、一部にとどまるだろうと予測されます。

診療所の再診料、同加算の算定変更イメージ ~ 現実には3割程度



今次診療報酬改定が積み残した課題

2010年度診療報酬改定については、その答申に際し、中医協から16項目にわたる意見が付記されていました。

そのなかには、再診料は外来管理加算・入院基本料等の基本診療料について、そのあり方を検討し、さらに財政影響も含めて次期改定における見直しの影響を検証することを求めるもの、また、訪問看護に関し、介護報酬との同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方についての検討を求めるという項目が含まれています。

その他、次期改定の影響を検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させることを求める意見項目がありましたが、病院をはじめとする重点課題として位置づけられた分野への配分を見る限り、診療所については置き去りにされている印象もあります。

療養病床再編計画の凍結が明らかとなって以降、初めて迎えた診療報酬改定ですが、状況によっては施設等転換と診療所併設を選択肢としていた病院にとっても、2010年度改定における種々の見直しの影響は、今後の方針策定にも大きな意義をもつといえます。

医業経営情報レポート 3月号

注目の評価項目はどう変わるか 2010年度診療報酬改定のポイント

【著 者】中川隆政税理士事務所

【発 行 者】中川 隆政

【発 行】中川隆政税理士事務所

福岡県春日市光町3丁目131番地

TEL : 092-502-5206 FAX : 092-502-5226

落丁・乱丁本はお取り替え致します。本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。その場合は、あらかじめ小社あて許諾を求めて下さい。

