



経営情報レポート

「診療所」における 2010年 診療報酬改定の 影響

- 1 診療所における今次改定のポイント
- 2 初・再診料と関連加算の改廃による影響
- 3 診療科別にみる今次改定の影響
- 4 「明細書」発行をめぐる加算と義務化への対応

1 | 診療所における今次改定のポイント

2010 年診療報酬改定のキーワード

2010 年度診療報酬改定は、10 年ぶりにプラス改定（0.19%）となりました。全体の特徴として挙げられるのは、急性期入院医療が重点的に評価された点です。同時に「実績重視」の報酬体系がキーワードとなっており、「中身を伴っているかどうか」について問う算定要件を付した加算など、実績を残せない医療機関にとっては、収入減につながってしまう可能性も抱えているといえます。

診療所に関わる改定項目をみると、従前の予想どおり、診療所の収入の柱となる再診料の引き下げを筆頭として、初診料電子化加算の廃止など、急性期入院医療に重点配分されたあおりを受けて厳しい内容となりました。一方で「地域医療への貢献」という視点での評価が設けられ、新たな加算も誕生しました。

今次改定は、プラス改定のメリットを享受する医療機関と、享受できない医療機関との格差を加速させる結果が予測されます。

2010 年診療報酬改定のキーワード ~ 診療所は「地域医療貢献」へ

実績を重視する報酬体系：急性期看護補助体制加算の新設、D P C 新機能評価係数 等
 病院勤務医の負担軽減策を拡大：算定要件に含む項目の拡大、チーム医療推進
 外科医療の再建：手術料の大幅引き上げ（外保連試算に基づく）
 事業仕分け結果の反映：再診料の病診統一、検査・処置の一部引き下げ
 診療所の地域医療貢献への期待：地域医療貢献加算の新設、有床診療所入院基本料再編
 患者の視点の重視：明細書原則無料発行の義務化

診療所に影響を及ぼす主要改定項目

(1) 初・再診料と加算の変更

診療所における外来分野では、再診料の引き下げが最も大きな影響を及ぼす項目です。激しい議論が続けられた結果、診療所の再診料が 2 点の引き下げ、200 床未満の病院が 9 点引き上げられたことによって、69 点に統一されました。

一方、初診料に変更はないものの、従来初診料に加えて算定していた「電子化加算（3 点）」が廃止となったため、これを算定していた診療所には事実上のマイナスだといえます。

また、外来管理加算の時間的概念要件（いわゆる「5分要件」）の撤廃によって、算定件数が増える診療所は多いものの、2008年改定以前の状態に戻るにすぎません。しかし、薬の処方をする外来患者については算定できないとする要件が追加されているため、診療所全体の回復割合は、前回改定時減収額の15%と予測されています。

「地域医療貢献加算（3点）」と「明細書発行等体制加算（1点）」の算定も、実際に算定できる診療所が少なく、増収への期待はできないと思われます。

(2) 外来関連の処置・検査の見直し

「静脈血最終検査」等で引き上げられているものの、特定分野の処置・検査の適正化により、生態的検査については眼科と耳鼻咽喉科の基礎的検査の評価が大きく引き下げられたほか、皮膚科でも基本的な処置で引き下げとなりました。

また、画像診断でも、デジタル映像化処理加算が見直しされ、「撮影料」において新たに「アナログ」「デジタル」という撮影区分が設けられています。旧点数から引き下げられたアナログに対し、点数アップとなったデジタル撮影の点数では10点の差がつかしました。画像診断算定件数が多いほど、その影響が大きいものになります。

(3) 有床診療所入院基本料の再編

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ました。看護職員数による2区分（1から4人と5人以上）が、手厚い看護職員の配置を行なっている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段階に改め、計9区分となっています。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。

2010年改定で見直された内容

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

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、これを評価することとされました。

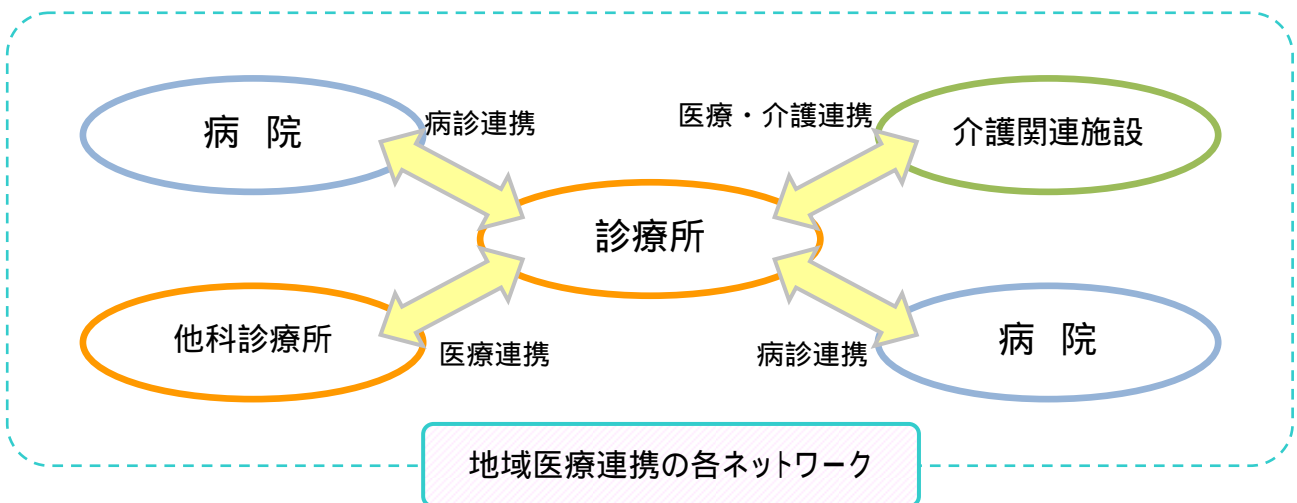
「連携」と「加算」算定への取り組みがカギ

改定項目を見る限り、診療所における今次改定のキーワードは、「連携」と「加算」だといえます。紹介・逆紹介という医療機関同士の連携から、地域医療連携、医療・介護の連携と、「連携」は様々な形に広がっています。一方、「加算」においては、「地域医療貢献加算（3点）」と「明細書発行等体制加算（1点）」が新設され、診療所の地域医療貢献への期待や患者の視点の重視が、キーワードになっています。

厚生労働省は、診療所の姿と担う役割として、在宅・地域医療を支える柱としての存在という方向性を打ち出しています。今回の改定も、この方向性に沿った項目について、手厚く配分されたといえます。

昨今、改定率の上下に左右されない経営基盤を築くことが重要とされています。改定内容を十分に把握したうえで、自院が算定できる加算や上位の施設基準の充足に向けた取り組みへは、積極的に舵を取るべきでしょう。

診療所が担う役割と「連携」の範囲拡大



医療施策の方向性を早期に読み解き、診療所にとって厳しい内容が続く診療報酬改定の影響を最小限にとどめるためには、自院の現有資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、連携を通じた地域医療への密着、そして算定可能な加算・施設基準の取得によって、安定した経営基盤を確立することが重要です。

2 | 初・再診料と関連加算の改廃による影響

再診料の引き下げと関連加算の見直し

外来分野において最も影響が大きいのは、病診での再診料の一本化とともに、プラス要素である加算の新設、そして初診料電子化加算が廃止された点です。

診療所の外来分野では、「外来管理加算」の 5 分要件の撤廃のほか、「地域医療貢献加算」と「明細書発行体制等加算」が新設されました。尚、「明細書発行体制等加算」については、第 4 章で詳説します。

(1) 再診料引き下げと電子化加算の廃止

再診料の 2 点引き下げは最も直接的なマイナス影響要素であり、また、これまで初診料と算定していた電子化加算（3 点）の廃止も、一般的な算定率からみても、実質的な引き下げといえるものです。初・再診料は、診療所におけるマイナス改定の象徴でもあります。

(2) 外来管理加算の要件撤廃

外来管理加算については、「5 分要件」の撤廃により、診療時間が 5 分未満という理由のみで算定できなかった件数については取り戻せるようになりました。しかし、「懇切丁寧な説明」を求める趣旨は変わらず、「お薬外来」と呼ばれているような、薬の処方为主要な目的とする外来患者については算定できないとする要件が追加されています。そして、診療所では、患者一人当たりの診療時間を大幅に短縮できない以上、件数増加について大きなメリットも期待できないと言えるでしょう。

このため、前回改定によって外来管理加算に 5 分要件が導入された結果、診療所の減収総額は 800 億円とされており、一方で今次改定による見直しの戻り分は 120 億円程度にとどまる見通しです（いずれも厚生労働省の試算による）。

(3) 地域医療貢献加算の新設

地域医療貢献加算は、夜間や休日などの時間外に患者から問い合わせがあった場合、必要な指導を行える体制を備えていることに対する評価です。具体的には、こうした体制があることを患者に周知するほか、患者からの問い合わせ電話には、原則として常に応じることとされています。しかし、この点に関する混乱は多く、要件については質疑集によって、より具体的場面を想定した算定例として示されています。

地域医療貢献加算の算定要件

算定要件

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診などに対応可能な体制を確保
緊急時の対応体制や連絡先を院内掲示や診察券への記載などにより周知



標榜時間外においても問い合わせに応じて必要な指導を行うこと。連絡先が診療所の場合は電話の転送が可能な体制をとる等、原則として常に電話に応じること。
患者に緊急対応を要すると判断された場合、外来診療、往診、他医療機関との連携または緊急搬送等医学的に必要と思われる対応を行うこと。
電話再診の場合、標榜時間内の再診でも算定可。

Q & A ~ 回答からの抜粋

電話等の対応を要する時間帯

コアとなるのはいわゆる準夜帯（夜間の数時間）であり、他の職員の協力も得るなどして、原則として標榜時間外でも連絡が取れる体制を確保することが必要

複数医療機関による連携の可否

原則として自院での対応とするが、やむを得ない事情がある場合は、事前に患者及び関係者に連携医療機関でも対応となることを伝えた上で、2～3の医療機関の連携による対応も可能

留守番電話等による応答のコールバック

少なくとも日中や準夜帯においては、速やかに患者にコールバックが必要であり、深夜・休日等における緊急時には、留守番電話等で地域の救急医療機関等連絡先の案内を行うなど対応に配慮

携帯メール等での対応の可否

電話による対応を原則とするが、患者の同意を得た上で、できるだけ速やかに応答することを条件として携帯メール等の併用も認める

365日24時間対応の要否

必ずしも携帯電話による対応に限定するものではなく、できるだけ速やかに対応する体制であればよい（例：転送電話、職員による対応後の連絡など）

事前改定シミュレーションとの検証

今次改定後、4月に初めての診療報酬請求を終えて、その内容について検討される診療所もあると思います。事前に改定後のシミュレーションを行っている場合には、特に新設加算や要件の変更が多かった外来分野について、その検証を行うことが必要です。

A 内科クリニックの外来シミュレーション結果

- 【前提条件】 外来管理加算の算定件数 40 件増加
 後期高齢者診療料算定件数 50 件
 生活習慣病管理料算定 30 件、出来高算定 20 件 に各移行
 後期高齢者対象に実施していた検査点数 1 件当たり 400 点と仮定

	点 数		件 数		月間 増減額
	改定前	改定後	改定前	改定後	
再診料	71	69	1,000	1,000	-2,000
外来管理加算	52	52	700	740	2,080
地域医療貢献加算	-	3	-	1,200	3,600
電子化加算	3	-	200	-	-600
明細書発行等体制加算	-	1	-	1,000	1,000
後期高齢者診療料	600	-	50	0	-30,000
生活習慣病管理料					
（脂質異常症）	650	650	0	10	6,500
（高血圧）	700	700	0	10	7,000
（糖尿病）	800	800	0	10	8,000
後期高齢者に実施していた検査等	400	400	0	20	8,000

- 【合 計】 地域医療貢献加算・明細書発行等体制加算を算定した場合 3,580
 同加算 2 件を算定しない場合 - 1,020

上記シミュレーションでは、後期高齢者診療料の廃止に伴って、生活習慣病管理料の対象患者が 75 歳以上に拡大されたため、うち 6 割を同管理料の算定に切り替えたとして試算しています。診療科によっては初診料算定件数率が高いため、再診料の新設加算を全て届け出てもマイナス分を解消できないケースも想定されます。つまり、電子化加算の廃止による減収と、地域医療貢献加算の算定の可否により、全体の増減率が大きく異なることとなります。

再診料の引き下げ分をどう賄うかは、外来管理加算の算定回数が、再診料算定回数のうち、どの程度確保できるかにかかっているといたえるでしょう。4月の診療報酬請求状況を精査して、シミュレーションとの差異を確認しておくべきです。

3 | 診療科別にみる今次改定の影響

診療科別にみる収支への影響度

診察料によるものを除いて、診療科別に今次改定内容の影響度を予測すると、検査・処置や画像診断、リハビリテーションなどにおいても、各関連項目では実質マイナス改定の状況がみられます。

(1) 内科系

初診料と再診料以外の項目では、主として、検体検査の引き下げ、X線撮影料関連の改廃によって、減収への影響が大きくなると予測されます。その一方で新設された加算については、機器や人員範囲など施設基準のハードルが高く、診療所が算定することは困難なものとなっており、結果としてマイナス要素を補うポイントが限られています。

画像診断については、デジタル撮影でもデジタル映像化処理加算（15点）が廃止されたため、算定件数が多い場合には、大きな減収になると予測されます。

画像診断改定による影響 ~ X線診断料:大角1枚撮影の場合

	点数		件数	月間増減額
	改定前	改定後		
胸部1枚単純撮影：X線診断料 デジタル撮影フィルム デジタル映像化処理加算 含む	178	164	30	-420
胸部1枚単純撮影：X線診断料 電子画像管理加算	210	210	30	0
胸部1枚単純撮影：X線診断料 アナログ撮影フィルム	163	156	30	-210

これら減収につながる項目の影響を小さくするためには、下記の2点がカギです。

生活習慣病管理料の算定件数の増加
診療情報提供料の新設加算の算定

対象年齢制限撤廃により算定患者を拡大
病院との連携を強化し、新設加算の算定増

(2) 整形外科を含む外科系

外科・整形外科診療所においては、算定頻度の高い注射等の手技料が据え置きとなった

ため、内科と同様に検体検査やX線撮影等で減収項目が挙げられます。

ただし、リハビリテーションを実施している無床診療所にとっては、運動器リハビリテーション料の再編が大きなマイナス要因となるほか、介護保険における通所・訪問リハを実施している場合には、新設された地域連携診療計画退院時指導料（ ）：300点）の算定の可否が収入確保の分岐点になると思われます。ここでも、地域医療連携の強化は、重要なポイントになります。

運動器リハビリ料（ ）への転落

（ ）は入院医療機関のみ届出可、 5点

地域連携診療計画退院時指導料（ ）の算定

算定要件である計画策定病院からの紹介確保のため地域医療連携強化を促進

(3)眼科・耳鼻咽喉科

特に眼科では、初診患者を対象とし、かつ頻度が高い検査（屈折検査等）が引き下げられ、また新設項目では患者や実施機器により算定ケースが限定されるため、マイナス影響を解消する方法が少なくなっています。

同様に耳鼻科でも、実施頻度が高い検査の評価が引き下げられ、減収が予測されます。

(4)小児科・皮膚科

小児科診療所では、「小児科外来診療料（3歳未満）」が据え置かれ、訪問診療料で「乳幼児加算（200点）」の新設、訪問看護についての評価など、出来高算定と比較すると結果的にマイナス改定ともいえる状況です。一方で、在宅小児患者に関連する評価や加算が算定できるようになったため、小児科を標榜する内科系診療所を含めて、在宅医療支援が減収を補う手段になっているといえます。

皮膚科では、頻度の高い処置点数の引き下げ、および一部を除く衛生材料の所定点数包括化による減収が予想されますが、在宅医療分野で皮膚処置を行っている場合の指導管理料が算定可能となりました。在宅医療サービスの拡大は、ここでも有効策になります。

(5)精神科

精神科では、再診料と同様、「通院・在宅精神療法（再診30分未満）」が20点の大幅引き下げとなり、40点アップとなった「同30分以上」での算定は、患者数に応じた診療時間から多くの件数増は困難であり、減収となる診療所が多いと予測されています。

また、新設の「認知療法・認知行動療法（420点）」は、精神科標榜以外の医療機関（心療内科等）でも算定できますが、要件を確認し、積極的に算定件数を増やすべきでしょう。

在宅医療はプラス改定

(1) 在宅医療支援強化は継続

前回改定に引き続き、在宅医療に関連する評価はプラス要素が多く見られるため、要件を確認して、機会損失とならないような注意が必要です。

既存項目の点数引き上げのほか、加算の新設、要件緩和などの明るい材料があるのは、在宅医療分野のみといっても過言ではありません。また、多くの項目で在宅患者に対する指導管理料の新設や評価引き上げと要件緩和があり、診療所にとっては病院連携強化を進めて患者・収入の確保を図ることが、今次改定をプラスに変える最大のキーポイントになるはずです。同時に慢性期透析患者も在宅医療へ移行させようとする政策誘導がうかがわれるほか、介護保険との併用ケースも増加していくと予想されることから、地域におけるあらゆる連携の姿を模索していく必要があるでしょう。

(2) 「往診」の再評価と訪問診療料の算定要件

今次改定では、患者の求めに応じて実施する「往診」が評価されることとなり、70点という大幅な点数引き上げとなりました。一方で、同一建物内への訪問診療料は大幅な評価ダウン（630点）となりました。前回改定で引き下げられた居住系施設入居者患者対象の点数が、一般のマンション居住患者への訪問にも適用されることとなったため、場合によっては減収要因となるケースもでてきます。

自院で実施している訪問先や1日訪問件数を十分に検証して、個別の算定には留意する必要があります。

在宅医療分野における主要改定項目 ～ 往診と訪問診療

	点数		件数	月間 増減額	増減率 (%)
	改定前	改定後			
往診料	650	720	40	2,800	10.8
訪問診療料2(*)居住系施設入居者患者	830	200	5	3,150	-75.9
在宅移行早期加算<新設>	-	100	10	1,000	100.0

(*)【前提条件】 在宅療養支援診療所：往診 40 件、同一日訪問診療 5 件、在宅時医学総合管理料 10 件 を各算定中

訪問診療料1 830点
(居住系施設入居者以外の患者)

患者の要求に
応える対応の重視

往診等 841点
再診料 69点 + 外来管理加算 52点
往診料 720点

【例 2】 診療明細書

診療明細書(記載例)			
入院外		保険	
患者番号		氏名	
受診日			
受診料			
部	項目名	点数	回数
基本料	* 外来診療料		1
在宅	* 在宅自己注射指導管理料		1
	* 在宅自己注射指導管理料血統自己測定器加算(月100回以上) (1型糖尿病の患者に限る)		1
処方	* 処方せん料(その他)		1
検査	* 生化学的検査(1)判断料		1
	* 血液学的検査判断料		1
	* B-V		1
	* 検体検査管理加算(1)		1
	* 血中微生物		1
	* 生化学的検査(1)		1
	ALP LAP - GTP		

(2) 明細書発行義務が免除されるケース

レセプトを電子請求している医療機関については、今次改定によって「正当な理由(下記)」がない限り、原則として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に変更されました。

これにより、明細書の無料発行等を行っている診療所は、再診料に「明細書発行体制等加算(1点)」の算定が可能となりましたが、この要件の解釈をめぐっては混乱も生じています。よって厚生労働省は、診療報酬算定方法をQ & A形式でまとめた「疑義解釈資料その1・同その2」によって算定可能なケースについて見解を示しています。

義務化対象除外の「正当な理由」の考え方 ~平成22年3月5日付厚生労働省通知

レセプト電子請求を行っている保険医療機関については、以下の正当な理由のない限り、原則として明細書を無料発行することとする

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。

上記2項目に該当する診療所は、患者が希望する場合のみの発行で良く、有料でも差し

支えないという解釈が示されていましたが、これをめぐっては、「疑義解釈資料その 2」(平成 22 年 4 月 13 日付)において、明細書発行機能のない自動入金機の利用者が大半となっている場合にも、当面は窓口でも患者の求めに応じた発行で差し支えないものとし、有料での交付も可能という見解が明らかとなりました。

療養担当規則の変更にも留意

明細書発行体制等加算は、下記のような要件を満たすことで算定が可能です。

「明細書発行体制等加算」の算定要件

診療所であること

レセプトオンライン請求を行っていること (*MOなどの電子媒体での請求でも可)

明細書を無料で発行しており、その旨の院内掲示を行っていること

これを地方厚生局などに届出することにより再診料加算 1 点を算定することが可能となります。注意すべきなのは、今次診療報酬改定では診療報酬だけでなく、療養担当規則(療担規則)も改正されている点です。つまり、明細書の発行そのものは、本年(2010 年)4 月 1 日以降は療担規則に規定された義務であって、本加算の算定の有無に関わらず、発行しなければならないことを意味します。この点については十分に理解しなければなりません。

尚、基本的に倫理規定でペナルティーが課せられることは少ないものの、療担規則に違反した場合には、保険医療機関・保険医の停止や取消という処分が行われる可能性があるということになります。

< 参考文献 >

日経ヘルスケア 2010 年 4 月号「徹底分析 2010 年度診療報酬改定」

クリニックばんぶう 2010 年 4 月号「2010 年度診療報酬改定のポイント解説」

クリニックばんぶう 2010 年 5 月号「診療科別経営シミュレーション」

医業経営情報レポート 5月号

「診療所」における 2010 年診療報酬改定の影響

【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。

