

# 2008年度診療報酬改定 診療科目別に見る影響度と対応策

## Contents

- 1 今次診療報酬改定のインパクト  
.....
- 2 内科系診療科目の影響度と対応策  
.....
- 3 外科系診療科目の影響度と対応策  
.....
- 4 専門診療科目と在宅医療における影響度と対応策



# 1 | 今次診療報酬改定のインパクト

## 今次改定のインパクト 診療所 3.04%

社団法人日本医師会が実施した「2008年4月改定 緊急レセプト調査」の結果報告が5月28日速報値として報告されました。それによると全体のインパクトは0.52%、病院は1.65%のプラスだったのに対し、診療所は3.04%のマイナスという結果となり、今次改定は診療所に対して非常に厳しい改定であったといえます。

下記に示した今次改定の内容にあるように、診療所は約1.4%のマイナスと設定されていましたが、実際には設定を上回る大幅なマイナスとなっており、病院と比較してもその差は歴然です。総点数の内訳を見ますと、特に入院外の減少が大きいことがわかります。

### 今次改定の内容（薬価・材料も医療費ベース）

	医科本体		薬価・材料	+
診療所	+ 0.42%	約 1.4%	1.20%	約 1.4%
病院		約 0.6%		約 0.6%

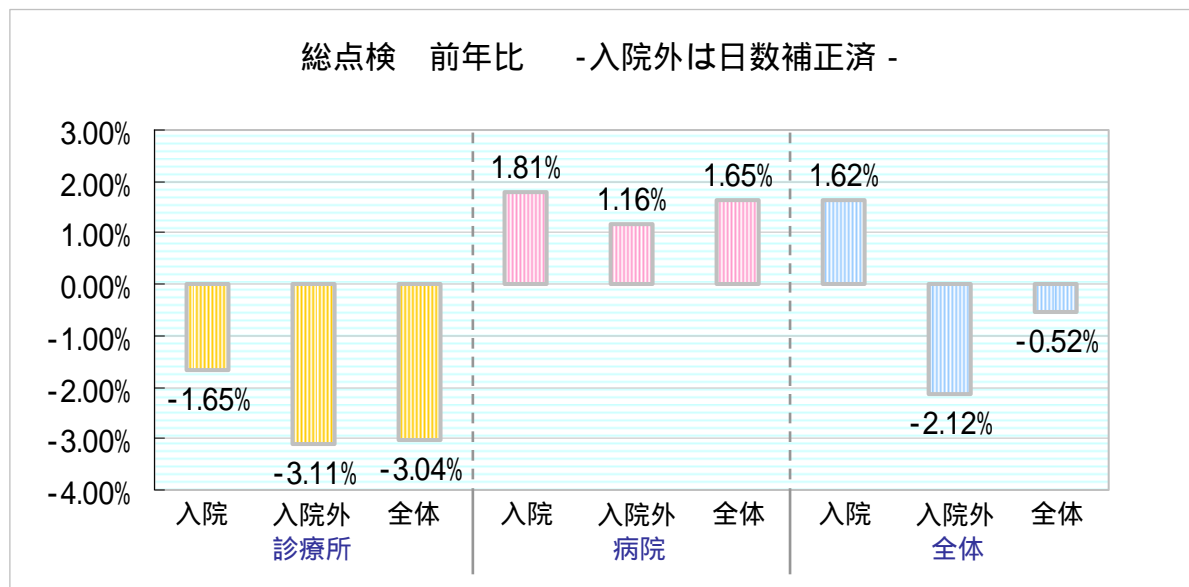


### 日本医師会緊急レセプト調査 4月速報値の結果（総点数）

診療所	3.04%	病院	+ 1.65%	全体	0.52%
-----	-------	----	---------	----	-------



### 同 総点数の内訳



## 診療所が大幅なマイナスとなった要因

診療所が大幅なマイナスとなったと前述しましたが、その要因は、大きく2点です。1点は、外来管理加算の算定要件変更（いわゆる5分ルール）により、多くの診療所で算定件数が減少したこと、もう1点は勤務医の負担軽減等政策的な点数配分により手厚くした分を検査料の引き下げや廃止等で調整されたためです。以下に下記項目を解説します。

### (1) 要件変更による算定件数の減少

改定項目の詳細が判明した時点で、最も注目されたのが再診料・外来管理加算の要件変更（時間的概念の追加）であったように、日々の診療において、診療内容や患者と直接対応する診療時間などに配慮する必要性が生じた算定要件変更・追加がありました。

これにより現場での混乱がしばらく続いたうえ、要件を満たすことを優先して、従前の算定件数を維持できなくなり、結果的に収入減となっています。

「外来管理加算」の要件変更  
 時間的概念の導入（患者入室から退室までの診療時間の目安：概ね5分以上）  
 ＊患者からの聴取事項と診察所見要点の診療録記載に要する時間を含む  
 全区分で点数統一（診療所：老人 57点 52点に引き下げ）

### (2) 点数設定変更による収入の減少

改定となった個別点数を見ると、前述した外来管理加算の他に、下記の項目が引き下げ、廃止となっており、提供している医療によって差が生じる結果がみられています。

評価引き下げ及び廃止となった項目  
 生活習慣病管理料【内科】  
 特定施設入居時等医学総合管理料【施設向け在宅医療：診療科目不問】  
 生化学等血液検査全般【全診療科目】  
 デジタル映像化処理加算【電子画像管理加算併算定不可：全診療科目】

（＊【 】は影響大の診療科目）

## マイナスの影響を最小限にする対応策

医療制度改革大綱を受けた施策として、2008年度は種々の医療政策・制度がスタートする「制度改革元年」ともいわれるなか、次期診療報酬改定や今後の医療政策の推進に向けた加算等の点数設定がなされました。これらは、施策の方向性に合致した点数など、早期にインセンティブを設けて対応を推進・強化しようという動きであり、自院における現状の診療提供体制や診療・運営方針や将来のビジョンなどをよく検証して、今後の自院のあり方を見直すことが減収を防止するポイントといえます。

## (1) 新設「夜間・早朝等加算」の運用

今次改定項目のうち、診療所の全科共通として算定が検討できるのは、従来の「時間外加算」とは別個に新たに設けられた「夜間・早朝等加算」であり、下記の要件を満たしている場合には、届け出ておくべき項目のひとつです。下記調査結果のとおり、4月現在で、44.8%の診療所が届出を行なっています。

【夜間・早朝等加算の算定要件】初診・再診料ともに50点  
週30時間以上の診療を実施 開業時間をわかりやすい場所に掲示

### 夜間・早朝加算調査（2008年4月現在）

	医療機関数	
		構成比
届出あり	520	44.8%
届出なし	641	55.2%
今後予定あり	25	2.2%
今後予定なし	616	53.1%
計	1,161	100.0%

（日本医師会緊急レセプト調査 2008年4月速報値より）

## (2) 後期高齢者医療への取り組み

今年4月の制度創設に伴い、診療報酬も一部後期高齢者向けの点数が設定されました。制度については、混乱が続けていますが、基本的な枠組み変更はないと思われます。後期高齢者の心身特性を踏まえて、生活全般に関わる患者の総合的管理が重点評価されていますが、厚生労働省の速報値では、後期高齢者診療を届出している診療所は、約15%となっていますので、まだ慎重に対応している状況と思われます。

### 「後期高齢者診療料 600点」の算定

#### 主な算定要件

慢性疾患を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動、日常生活に関する指導、その他療養上必要な指導及び診察を行った場合に、患者1人につき月に1回に限り算定する。

#### 対象疾患

結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

### 後期高齢者診療料届出件数（2008年4月現在）

	日医調査		厚生労働省4/14速報値	
	医療機関数		医療機関数	
		対総数		対総数
届出あり	184	15.8%	8,876	14.0%

（日本医師会緊急レセプト調査 2008年4月速報値より 診療所有効回答数 1,161件）

## 2 | 内科系診療科目の影響度と対応策

### 外来管理加算算定要件厳格化が減収に大きく影響

新たな要件とされた「診療時間が概ね5分以上」の時間的概念導入によって、必然的に算定できる件数（患者数）が制限される結果を招いたことから、収入において外来管理加算の構成比が高い内科を標榜する診療所にとって、収入減の最大要因になっています。

この要件変更の改定は、財源確保策として当初準備された「再診料見直し」案の実施を見送ったことと引き換えに設定されたといわれていますが、算定件数が多いことから、下記のようなケースであれば、年間約600万円の減収が生じる結果が予測されます。

### 外来管理加算～改定による影響シミュレーション

#### A診療所のケース

加算点数：52点

診療時間： 9:00～12:00 <昼休憩1時間>  
13:00～17:00 計7時間  
患者数： 100人（1日当たりの外来診療患者数）

\* 算定対象外患者の診療時間：3分

算定対象外患者の外来患者に占める割合：40%

\* 老人の算定対象患者は、改定前後を含めていないものと仮定

	改定前 ( )	改定後 ( )
算定対象数	2,400	1,440
加算点数	124,800	74,880

$$\begin{aligned}
 &100 \text{ (人)} \times 24 \text{ (日)} \\
 &= 2,400 \text{ (件)} \\
 &2,400 \text{ (件)} \times 52 \text{ (点)} \\
 &= 124,800 \text{ (点)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &100 \text{ (人)} \times (1 - 0.4) \times 24 \text{ (日)} \\
 &= 1,440 \text{ (人)} \\
 &1,440 \text{ (件)} \times 52 \text{ (点)} \\
 &= 74,880 \text{ (点)}
 \end{aligned}$$

【改定前後の差異】 - = 49,920 (点) 499,200 円の減収

目安とされた「概ね5分以上の診療時間」は、患者が診察室に入室してから退室するまでの間、医師が直接診察している時間を意味するものであり、一人医師診療体制の診療所では、最大でも1時間当たり12人までしか算定対象にならない計算です。

上記シミュレーションでは、1日当たり100人の外来患者を診療した場合であっても、外来管理加算は4,369点/日、月に104,832点(下記参照)が算定可能な最大値となるため、増患策だけで減収相当分を補完することは困難と考えられます。

【1日当たり算定点数】  $12(\text{人}) \times 7(\text{時間}) \times 52(\text{点}) = 4,368(\text{点})$



【1ヶ月当たり算定点数】  $4,368(\text{点}) \times 24(\text{日}) = 104,832(\text{点})$

また、診療所においては「老人」の外来管理加算が引き下げられて一般と同様の52点に統一されたこともあり、改定前にこの加算を算定していた対象患者のうち、老人の患者割合が大きい場合には、この「マイナス5点」も大きく響いています。

### 対応策は後期高齢者診療料の算定

4月施行となった後期高齢者医療制度ですが、地域医師会の反発の声も多く、本制度をめぐる混迷はしばらく続くと予測されます。しかし、制度導入に伴って新たに設けられた後期高齢者医療にかかる診療報酬体系は、診療所の経営にとっては重要性を持つものだといえます。制度自体の是非は別個の議論に譲るとし、今後何らかの修正が加えられた場合であっても、基本的な枠組みの変更はないものと考えられることから、診療所に求められた役割を果たし、安定した患者層の獲得と収入に結びつける手段としての認識は持たねばなりません。

よって、新たに設定された点数である後期高齢者診療料は、医学管理や検査・画像診断・処置等が包括化されていますが、その算定については、対象患者と算定しない患者の混在が認められていることから、算定対象患者の選択が収入増のカギになるといえます。

### 後期高齢者をめぐる点数算定シミュレーション～主要項目

#### モデル対象患者

主 病 : 高血圧(状態は安定している)  
 来院回数 : 月1回  
 検査回数 : 年6回(診療計画期間1年:隔月実施)

項目 < >は評価引き下げ	所定点数	所定点数 改定後	年間算定点数		
	改定前		改定前	改定後	
				出来高	包括 (*)
再診料	71	71	852	852	852
後期高齢者診療料	-	600	-	-	7,200
外来管理加算	57	57	684		684
特定疾患療養管理料	225	225	2,700	2,700	-
尿一般検査< >	28	26	168	156	-
末梢血液一般検査< >	23	22	138	132	-
生化学( )< >	130	129	780	774	-
検査判断料(尿等)< >	324	303	1,944	1,818	-
心電図< >	150	130	900	780	-
		合計	8,166	7,212	8,736

(\*) 包括：加算を除き「後期高齢者診療料」のみ算定

「モデル対象患者」として仮定した同一患者にかかる診療報酬について、今次改定の前後における算定状況の変化、および現在（改定後）出来高・包括（後期高齢者診療料）で算定した場合を比較すると、上記条件では、年間算定点数で見ると後期高齢者診療料で算定したケースの方が高くなったことがわかります。しかし、来院回数が月2回以上の場合には、特定疾患療養管理料の出来高算定は月2回まで可能であるため、包括される後期高齢者診療料よりも出来高を選択すべきといえるでしょう。

さらに検査回数・内容によっては、診療所負担が大きくなることが想定されますし、急性増悪時に出来高算定できる検査項目（550点以上）については、1回で算定すると仮定するとMRIや胃・大腸カメラなどに限られてしまうため、これらの医療機器を持たない診療所にとっては、出来高算定も困難ということになります。

患者状態をよく把握し、予め算定対象となる患者を決定しておく方が賢明な選択です。

### 後期高齢者診療料の算定基準～包括と出来高の選択

主病の種類	生活習慣病、認知症等の13疾患（厚生労働省告示） < 具体的対象疾患例 > 糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患等
来院の頻度	1ヶ月に1回程度 * 2回以上では出来高算定選択の際に高点数となるケースあり
検査の頻度	隔月実施（検査計画を最長1年間とした場合、6回まで）

### 3 | 外科系診療科目の影響度と対応策

#### リハビリ関連項目の評価ダウンが減収に直結

外科系診療科目のうち、特に大きな影響がみられたのは整形・リハビリテーション科という状況が明らかとなりました。リハビリをめぐっては、前回診療報酬改定における混乱の修正のために翌 2007 年度に再改定が実施されていますが、その際に導入された「疾患別リハビリテーション料」の逓減制および「リハビリテーション料医学管理料」の廃止の2点が要因だといえます。

一看すると、算定可能月の増加等要件が緩和されるなど好条件であったため、微減で落ち着くと予測されていましたが、特にリハビリテーション総合計画評価料は180点の引き下げとなっており、算定件数増加につながっても事実上の引き下げに等しい改定内容であったことが明らかとなりました。

#### (1) 疾患別に表れたリハビリテーション料算定状況の差異

2007年度の再改定において設けられた疾患別リハビリテーション料の逓減制が廃止され、今次改定では点数設定が統一化されたほか、「脳血管疾患等リハビリテーション料」については3段階に分類されたことで、従来の「同リハビリテーション料」の施設基準が緩和された「」は、診療所でも算定可能な内容となりました。

したがって、脳神経外科などを中心に、診療所でも算定できる選択肢が増えたはずですが、外科系診療科目全般としては、リハビリテーション料の評価が引き下げられたことによって収入減になったケースがみられます。

#### 改定後の疾患別リハビリテーション料点数設定

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料	200点( 50)	235点( 15)	170点( 10)	170点( 10)
リハビリテーション料	100点	190点	80点	80点
リハビリテーション料		100点		
標準的リハビリテーション実日数	150日	180日	150日	90日

逓減制の廃止によって、算定日数の上限まで一律の点数を算定することができるようになったものの、実際には点数の引き下げや他の関連項目の廃止などの影響が大きく、実質的マイナスの印象は否めません。

**(2)リハビリテーション医学管理料および関連加算廃止の影響大**

維持期リハビリを対象としていた「リハビリテーション医学管理料」の廃止によって、代わりに疾患別リハビリテーション料の算定継続が可能となりましたが、1ヶ月当たり13単位までに算定回数を制限しています。よって、14単位以降は選定療養として実施できるのみであり、この対応に苦慮しているケースも聞かれます。

さらに、リハビリテーション総合計画評価料についての要件が緩和（定期的算定の導入）された反面、評価が引き下げられたことは、実質的な削減とコスト負担が増加する結果にもつながっています。

**整形外科の影響シミュレーション～リハビリテーション重視の診療所**

項目	改定前(点)	改定後(点)
初診・再診料	121,490	121,047
医学管理料	23,450	23,381
検査料	16,296	15,912
画像診断料	37,334	37,334
投薬料	29,363	29,194
注射料	12,938	12,938
リハビリテーション料	34,479	30,824
処置料	31,011	30,901
合計	306,361 ( )	301,531 ( )

(\*) 1日当たり外来患者数：50人と仮定

運動器疾患・脳血管疾患等リハビリテーションを中心とする

【改定前後の差異】 - = 4,830 (点/月)

【算定点数の変動】 4,830 (点) ÷ 306,361 (点) 0.015

約1.5%の減収

## 対応策は外来リハビリから訪問リハビリへの転換

前述のとおり、算定上限日数を越えた後の疾患別リハビリテーション料は、1ヶ月当たり13単位までと制限されていますが、これが退院後3ヶ月以内の患者に対する「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」であれば週12単位、また3ヶ月以降の患者の場合は週6単位まで実施可能となり、これと外来でのリハビリテーション実施と比べて、算定点数を計算すると、大きく収入が異なることがわかります。

また今次改定では、居住系施設への訪問リハビリテーションが可能となったことにより、リハビリ評価引き下げの減収分を補完する選択肢として検討する余地が生じました。維持期のリハビリ実施は、変わらず介護保険を優先すべきとの考え方で行われていますが、有料老人ホームや特養などの居住系施設における在宅患者については、一定の範囲で医療保険レベルの施術が求められる場合もあり、かつ患者のニーズに応じて介護との連携も図りつつ、外来リハビリから訪問リハビリへの転換を今次改定による影響対応策として検討することも、今後は必要となるでしょう。

### 算定上限日数超の患者を対象としたリハビリテーション実施の選択肢

実施単位数	算定点数（月間）			
	脳血管疾患 （235点）	運動器 （170点）	在宅患者訪問1 在宅療養患者 （300点）	在宅患者訪問2 居住系施設入居者 （255点）
1～13単位	3,055	2,210	3,900	3,315
14単位以降			10,500	8,925
合計（月間）	3,055	2,210	14,400	12,240



退院日から起算して3ヶ月以内のケース

「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」は週12単位まで算定可能

12（単位） × 4（週間） = 48（単位）

最大で1ヶ月当たり48単位を算定できる

## 4 | 専門診療科目と在宅医療における影響度と対応策

### 重点評価領域の小児科はプラス結果

今次改定では、産科医療とともに重点評価領域となった小児科では、とりわけ「小児科外来診療料」の引き上げ（10点）が大きなプラス要因となり、検査料など他の関連改定項目による収入減を補うことができる結果となりました。

#### (1) 小児科診療所の改定シミュレーション（1日当たり患者数：70人と仮定）

項目	改定前（点）	改定後（点）
初診・再診料	368,188	367,855
医学管理料	357,234	362,311
検査料	72,979	72,228
画像診断料	3,709	3,513
投薬料	102,350	101,731
注射料	5,030	5,030
処置料	5,023	5,196
合計	914,513（ ）	917,864（ ）

【改定前後の差異】 - = 3,351（点/月）

【算定点数の変動】 3,351（点） ÷ 914,513（点） 0.003

約0.3%程度の増収

#### (2) 小児科における対応策

メンタル面に取り組む

「小児特定疾患カウンセリング料」については、算定の期間撤廃と回数緩和。

「地域連携小児夜間・休日診療料」の算定

算定要件は変わらず、1，2ともに50点ずつ引き上げ。

### 耳鼻咽喉科は総体的にプラスの改定

専門的技術の評価という観点から、「耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料」が新設されるなど、プラス要素が多い耳鼻咽喉科ですが、外来管理加算の算定状況によって、改定前後における収入の増減が左右されています。基本診療料に含まれることとなった処置がいくつかあったものの、概ね増収要因が多い改定になったといえそうです。

## (1) 耳鼻咽喉科診療所の改定シミュレーション (1日当たり患者数: 80人と仮定)

項目	改定前(点)	改定後(点)
初診・再診料	272,010	294,571
(再掲)外来管理加算	6,299	25,996
(再掲)老人 外来管理加算	1,036	3,900
医学管理料	13,363	16,347
検査料	120,456	119,981
投薬料	59,068	58,098
注射料	2,068	2,068
処置料	110,788	114,534
合計	577,753 ( )	605,599 ( )



【改定前後の差異】 - = 27,846 (点/月)

【算定点数の変動】 27,846 (点) ÷ 577,753 (点) 0.048

約 4.8% 程度の増収 (但、軽度処置者に外来管理加算を算定した場合)

## (2) 耳鼻咽喉科における対応策

「耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料」の算定  
耳鼻咽喉科専任の医師による診療が算定要件。医師1名体制の単科診療所であればOK。  
「外来管理加算」の算定  
基本診療料に含まれる軽度の処置を行った患者について算定。

## 眼科はコンタクトに依存していなければ大きな影響なし

一般眼科への影響は大きくないものの、コンタクトレンズ検査料の見直しが図られたことで、コンタクトレンズ診療に依存する診療所にとっては最大のマイナス要因になる結果になりました。全体として、投薬料・処置料の減収が響いたといえます。

## (1) 眼科診療所の改定シミュレーション (主要項目のみ、1日当たり患者数: 50人)

項目	改定前(点)	改定後(点)
初診・再診料	177,118	176,839
医学管理料	8,173	8,173
投薬料	50,094	49,543
処置料	8,437	7,534
合計	243,822 ( )	242,089 ( )



【改定前後の差異】 - = 1,733 (点/月)

【算定点数の変動】 1,733 (点) ÷ 243,822 (点) 0.007

約 0.7% 程度の減収

## (2) 眼科診療における増収策

夜間・早朝等加算の算定  
 コンタクトレンズ検査料の減収分を少しでもカバーする。  
 「外来管理加算」の算定  
 基本診療料に含まれる軽度の処置を行った患者について算定。

### 在宅医療は引き下げ幅大きく、施設依存型にダメージ

今次改定の注目点としては、居住系施設への訪問診療・訪問看護等が項目として認められたことと、関連施設間の連携の重視でしたが、改定前まで居住系施設に入居する患者を対象に注力してきた診療所にとっては、大幅な評価ダウンによる減収傾向がみられます。

ただし、新設された「在宅患者訪問診療料2(200点)」は、算定要件の緩和(2人目以降も算定可能)を受けて、5人以上診療の場合に限っては増収につながる結果となりました。一方、居宅訪問を中心としていた診療所のなかでも、比較的重度の在宅患者を抱えているケースではわずかに増収傾向となっている状況です。

### (1) 在宅医療中心診療所における影響度シミュレーション (患者数:100人と仮定)

項目	改定前		改定後	
	患者数	点数	患者数	点数
在宅患者訪問診療料1	200	166,000	200	166,000
在宅時医学総合管理料	100	420,000	100	420,000
在宅患者緊急時等カンファレンス料			10	2,000
在宅患者連携指導料			5	4,500
退院時共同指導料			10	10,000
酸素濃縮装置加算(在宅酸素)	10	46,200	10	40,000
携帯用酸素ボンベ加算	10	8,800	10	8,800
同調器加算			5	1,500
合計	641,000 ( )		652,800 ( )	

【改定前後の差異】 - = 11,800 (点/月)

【算定点数の変動】 11,800 (点) ÷ 641,000 (点) 0.018

約1.8%程度の増収

### (2) 在宅医療における対応策

訪問先と外来診療とのバランスをとる  
 居宅、居住系施設のいずれかに訪問先を偏らせず、外来診療ともバランスをとる  
 算定要件と自院状況の再確認  
 時間的・作業的コスト負担が大きい点数よりも、確実に収入に繋がる要素を確保