

日医総研ワーキングペーパー

日本医師会「平成22年度レセプト調査」(2)
—再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算
および明細書発行体制等加算の分析—

No. 219

2010年8月11日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子・佐藤和孝・法坂千代

日本医師会「平成 22 年度レセプト調査」(2)

－再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算および明細書発行体制等加算の分析－

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子・佐藤和孝・法坂千代

研究協力者 日本医師会保険医療課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 診療報酬改定
- ◆ 再診料
- ◆ 外来管理加算
- ◆ 地域医療貢献加算
- ◆ 明細書発行体制等加算
- ◆ 入院外 1 件当たり日数

ポイント

- ◆ 2010 年度の診療報酬改定で、診療所と病院の再診料が 69 点に統一された。外来管理加算（52 点）については、いわゆる 5 分要件が撤廃され、投薬のみの要請（いわゆるお薬受診）は算定できないことが明文化された。また診療所では地域医療貢献加算（3 点）が新設された。
- ◆ 地域医療貢献加算の届出をしている診療所は、本調査では 29.2%であった。前年の「再診料＋外来管理加算」合計点数を 100 としたとき、今年の「再診料＋外来管理加算＋地域医療貢献加算」合計点数は、地域医療貢献加算届出ありの診療所で 100.5、地域医療貢献加算届出なしの診療所で 99.4 であった。
- ◆ 厚生労働省は要件の変更により外来管理加算の算定回数が 6%弱増加すると予測していたが、本調査では 4.2%の増加に止まった。
- ◆ 再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数の割合は、脳神経外科では 8 割台、内科、小児科では 7 割強であった。外来管理加算のような無形の診療行為について患者が具体的なイメージをもてるような情報を提供していく必要がある。
- ◆ 総点数に占める再診料算定点数の比率は、無床診療所院外処方 8.9%、無床診療所院内処方 7.5%、有床診療所 5.6%、病院 20～99 床 2.2%、病院 100～199 床 1.4%であった。また総点数に占める再診料と外来管理加算の合計点数の比率は、無床診療所では 1 割以上であった。

目 次

1.	再診料および外来管理加算について	1
1.1.	再診料および外来管理加算の変遷	1
1.2.	2010年度の診療報酬改定にむけての議論	4
1.3.	2010年度診療報酬改定のポイント	8
2.	再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算等の分析	10
2.1.	分析方法	10
2.2.	分析結果の見方	11
2.3.	分析結果	12
2.3.1.	再診料算定点数の前年同期比	12
2.3.2.	外来管理加算算定回数の前年同期比	14
2.3.3.	地域医療貢献加算の届出状況	18
2.3.4.	再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数	24
2.3.5.	総点数に占める再診料・外来管理加算算定点数の比率	32
2.3.6.	入院外の1件当たり日数	34
2.3.7.	再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数	36
2.3.8.	明細書発行体制等加算の届出状況	38
3.	まとめと考察	42
3.1.	再診料	42
3.2.	外来管理加算	44
4.	集計表	48
4.1.	再診料算定回数および算定点数	48
4.2.	外来管理加算算定回数	49
4.3.	地域医療貢献加算の届出状況	50
4.4.	再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算算定状況	52
4.5.	総点数に占める再診料・外来管理加算算定点数の比率	54
4.6.	入院外1件当たり日数	55
4.7.	再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数の比率	55
5.	調査票	56

1. 再診料および外来管理加算について

1.1. 再診料および外来管理加算の変遷

1958(昭和 33)年、現在の診療報酬点数表のもとになる新点数表が整備され、1967(昭和 42)年に、内科加算が新設された。内科加算は 1970(昭和 45)年に廃止され、内科再診料が新設された。

また、1972(昭和 47)年に新設された慢性疾患指導管理料は、1988(昭和 63)年に、慢性疾患外来医学管理料と慢性疾患指導料に分離された。さらに 1992(平成 4)年に、内科再診料と慢性疾患外来医学管理料が統合されて、外来管理加算が創設された(表 1.1.1)。

再診料は、1985(昭和 60)年に、診療所、病院に区別され、その後、診療所の再診料に対して、より手厚い評価が行われてきた。1998年には、再診料は診療所 74 点、病院 59 点であり、その格差は 15 点であった。

2002年には再診料の月内逓減制が導入され、月 1 回目の再診料は診療所 81 点、病院 65 点になり、病診格差は 16 点に拡大した。

2003年には月内逓減制が廃止され、2004年には、診療所の再診料が 73 点、病院が 58 点になって、病診格差は 15 点に縮小した。

2006年度の診療報酬改定率は全体で▲3.16%、医科本体で▲1.50%であった。初診料は、それまで診療所 274 点、病院 255 点であったが、このとき 270 点に統一された。再診料は診療所では 73 点を 71 点に、病院では 58 点を 57 点に引き下げられた。いずれも引き下げであったが、病診格差は 14 点に縮小した。

2008年度の診療報酬改定では、引き続き再診料の格差是正を進めるべきとの意見があり、診療所の再診料が据え置かれた一方、病院の再診料が 57 点から 60 点に引き上げられ、病診格差は 11 点に縮小した。

そして 2010 年度改定では、診療所の再診料 71 点を 69 点に引き下げ、病院の再診料を 60 点から 69 点に引き上げて再診料が統一された。

なお、特定機能病院は再診料ではなく特定機能病院外来診療料を、大規模病院（200 床以上）は外来診療料を算定するが、いずれも 70 点で変更はない。

表 1.1.1 再診料および外来管理加算点数の変遷

(点)

年	医科 改定率 (%)	再診料				外来 診療 料 ^{※1)}	外来管理加算						
		診療所		病院			診療所		病院				
		甲表	乙表	甲表	乙表		甲表	乙表	甲表	乙表			
1984	S59	+3.0	甲表 65 / 乙表 38					(1992年に内科再診料、慢性疾患外来医学管理料を統合し、外来管理加算を創設)					
1985	S60	+3.5											
1986	S61	+2.5											
1987	S62												
1988	S63	+3.8	70	39	66	38							
1989	H1	+0.11											
1990	H2	+4.0											
1991	H3												
1992	H4	+5.4	55	53	45	43	42	42	42	42			
1993	H5												
1994	H6	+1.7	61		50		42	42					
1995	H7												
1996	H8	+3.6	70		59								
1997	H9	+1.31											
1998	H10	+1.5	74		59	90							
1999	H11												
2000	H12	+2.0						70					
2001	H13												
2002	H14	▲1.3	81/74/37 ^{※2)}		65/59/30 ^{※3)}		68	52 ^{※3)}		52 ^{※3)}			
2003	H15												
2004	H16	±0.0	73		58		72						
2005	H17												
2006	H18	▲1.5	71		57	70	52		52				
2007	H19												
2008	H20	+0.42											
2009	H21												
2010	H22	+1.74	69		69								

改定率: 1994年までは診療報酬点数表(乙)の改定率

甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払う

※1) 1998年から特定機能病院外来診療料導入、2000年から外来診療料(200床以上)導入

※2) 月内通減制。左から1回目、2~3回目、4回目以降。2003年5月末で廃止。

※3) 4回目以降26点。2003年5月末で廃止。

1.2. 2010年度の診療報酬改定にむけての議論

2010年度の診療報酬改定率は、全体で+0.19%（医療費ベース 700 億円）、医科本体+1.74%（同 4,800 億円）であった。また医科の内訳は入院+3.03%（同 4,400 億円）、外来+0.31%（同 400 億円）であった（表 1.2.1）。

表 1.2.1 最近の診療報酬改定率

	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	医療費(億円)	
					急性期	その他
入院	(入院・外来の区分なし)			+3.03%	4,000	
						400
外来				+0.31%		400
医科本体	±0%	▲1.50%	+0.42%	+1.74%		4,800
歯科	±0%	▲1.50%	+0.42%	+2.09%		600
調剤	±0%	▲0.60%	+0.17%	+0.52%		300
診療報酬改定(本体)	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%		5,700
薬価・材料改定等	▲1.05%	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%		▲ 5,000
診療報酬全体(ネット)	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%		700

初診料は 2006 年度改定において、診療所と病院とで統一されており、2010 年度改定では、再診料の統一が課題であった。再診料を一物一価にするという点については、2009 年 12 月 16 日の中央社会保険医療協議会（以下、中医協）基本問題小委員会で合意が得られた。しかし、1 号側（支払側）が、「病診格差がある再診料は、診療所を引き下げ、病院を引き上げる形で統一を図るべき」¹と主張したのに対し、2 号側（診療側）は、病院の 60 点を診療所の 71 点に引き上げて統一するべきであると主張した²。

一方、外来管理加算については、2008 年度改定で、時間の目安を導入するこ

¹ 2009 年 12 月 22 日，中医協総会提出資料

² 2010 年 1 月 13 日，中医協総会議事録

とについて、もう少し議論をすべきではないかとの意見もあったものの³、いわゆる「5分要件」が導入された。その後、2009年8月の衆議院選挙において、民主党の公約⁴に5分要件の撤廃が掲げられた。

これらを受け、2010年度改定にむけて、5分要件の廃止については早々に合意が得られた。しかし、算定回数が増加することが予想され、外来の改定財源400億円を使い果たすことが懸念された。そのため、新たな要件が必要ではないかとの意見があがった。

これに対して、2号側（診療側）は、投薬のみの要請（いわゆるお薬受診）は算定できないという要件を入れれば、5分要件を外しても、算定回数はそれほど増加しないのではないかとの提案を示した⁵。

ここで問題になったのは、どのくらいの財政影響があるのか、具体的な数字が示されていないことであった。従来、中医協では、診療報酬の中味の議論以前に、財政影響を開示することはしていない。

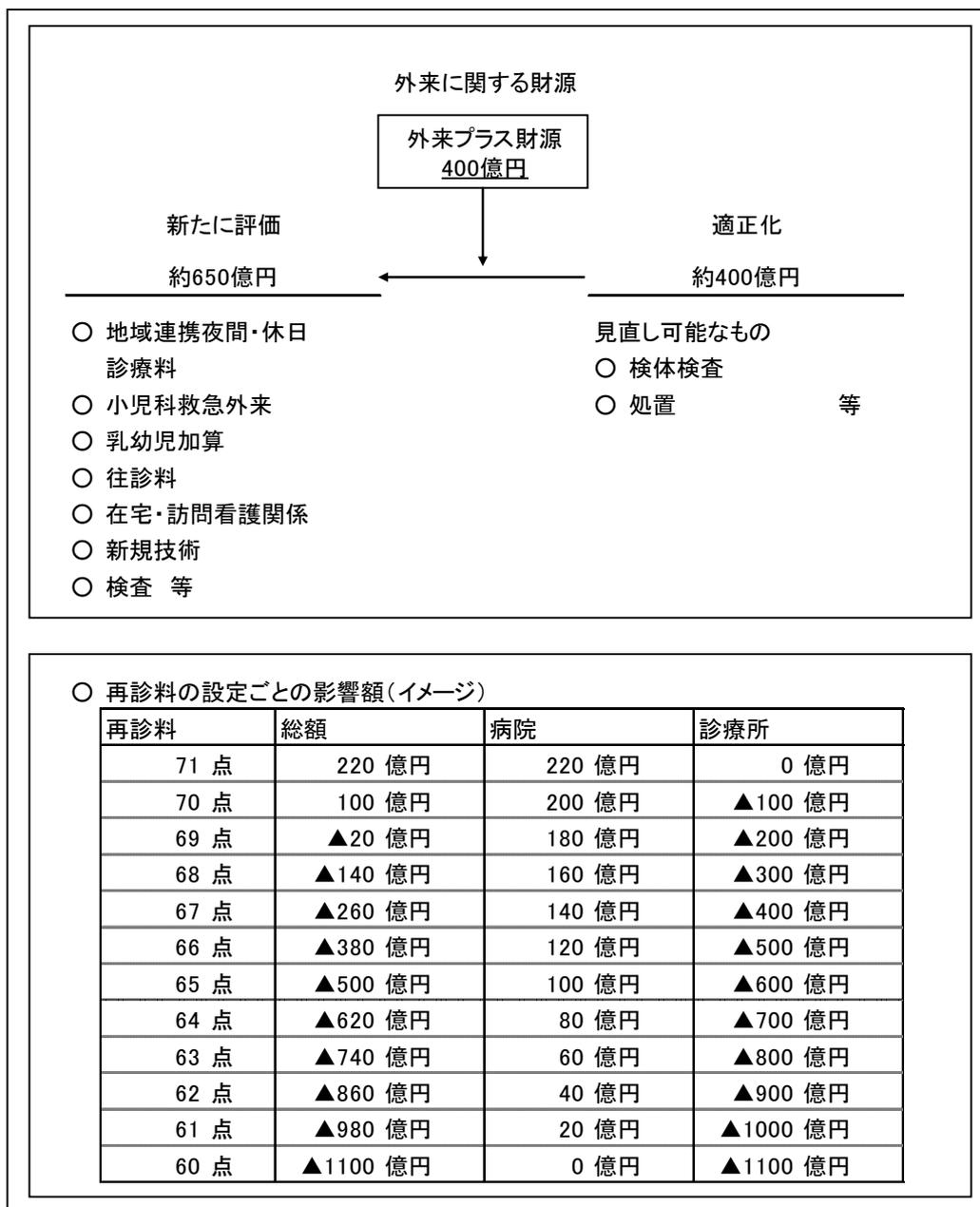
しかし今回は、再診料、外来管理加算の議論が進展しなかったため、2010年2月5日、中医協総会に、外来プラス財源の内訳等が示された。その内容は、外来プラス財源は400億円であるが、新たに評価する項目が約650億円ある一方、適正化する項目は400億円しかなく、残りは150億円であること、再診料は診療所1点分が医療費ベースで約100億円、病院1点分が約20億円であるというものであった（表1.2.2）。

³ 『「5分以上という時間の目安」がいいかどうかは、やはりもう少し議論をする必要があるだろう』2008年1月16日、中医協基本小委議事録

⁴ 民主党「民主党政策集 INDEX2009」2009年7月

⁵ 2010年1月10日、中医協総会議事録ほか

表 1.2.2 2010年2月5日 中医協総会提出資料



この影響額の提示によって、財政的な制約が厳しいことがいっそう明らかになった。再診料、外来管理加算については合意形成にいたらず、公益裁定に持ち込まれた。2010年2月10日の中医協総会における公益裁定の結果は、以下のとおりである⁶。

「外来管理加算については（中略）、次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数（52点）は据え置くこととする。」

「重点課題への対応、及び外来管理加算の要件の見直しに伴う費用増の予測困難性を鑑みれば、限られた財政枠の下では診療所の再診料は一定程度下げざるを得ないと判断した。具体的な水準については、財政影響を考慮しつつ、69点とする。」

このように外来プラス財源にはめられた枠は非常に重く、公益裁定にもあるように、財政影響を考慮した結果にならざるを得なかった。

また、外来管理加算については、2号側（診療側）の提案を踏まえて、「簡単な症状の確認を行なったのみで継続処方を行なった場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない」ことが明文化された。

⁶ 2010年2月10日、中医協総会議事録

1.3. 2010 年度診療報酬改定のポイント

2010 年度の診療報酬改定における外来プラス財源は 400 億円であり、その内訳は、新たに評価されたもの+700 億円、再診料（病院分）および外来管理加算の見直し+300 億円、適正化されたもの▲400 億円、再診料（診療所分）▲200 億円であった（表 1.3.1）。2010 年 2 月 5 日に中医協総会に提出された資料（表 1.2.2）と比べると、新たに評価されたものが 650 億円から 700 億円に増加しているが、この間に、地域医療貢献加算と明細書発行体制等加算とが追加された。

表 1.3.1 2010 年度改定における外来プラス財源の内訳

外来プラス財源 400億円			
新たに評価	約700億円	適正化	▲約400億円
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域連携夜間・休日診療料 ○ 小児科救急外来 ○ 乳幼児加算 ○ 往診料 ○ 在宅・訪問看護関係 ○ 新規技術 ○ 検査 ○ 明細書発行体制等加算 ○ 地域医療貢献加算 等 		見直し可能なもの	
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 検体検査 ○ 処置 等 	
再診料(病院分)・外来管理加算見直し	約300億円	再診料(診療所分)	▲約200億円
再診料(病院分)	約180億円		
外来管理加算見直し	約120億円		

*出所:2010年2月5日および2月10日 中医協総会資料「外来に関する財源」

(参考)外来管理加算の医療費(2009年度)

2008年 社会医療診療行為別調査	2,047億円
2009年 社会医療診療行為別調査	2,117億円

*出所:厚生労働省「社会医療診療行為別調査」より6月審査分の点数を単純に12倍

地域医療貢献加算は、標榜時間以外にも、患者からの電話問い合わせに対応できる体制を有している診療所を評価したもので、要件を満たし届出を行えば再診料に3点が加算される。2010年2月10日に中医協総会に提出された資料では、かかりつけ医加算という名称になっていたが、当日2号側（診療側）委員から、現時点では「かかりつけ医」の定義が確立していないため、地域医療貢献加算にしてはどうかとの提案があり、合意にいたった。

明細書発行体制等加算は、電子レセプト請求を行なっている診療所において、明細書の無償発行を行なっている場合に評価されるもので、再診料に1点が加算される。一方で、2006年度に新設された電子化加算（電算処理システムを導入し、個別の費用がわかる領収書を無償発行していること）の3点は、2010年度改定で廃止された。

表 1.3.2 外来に係る主な診療報酬項目

(点)

		改定前	2010年度 改定
初診料		270	270
	電子化加算	3	—
再診料	病院	60	69
	外来管理加算	52	52
	診療所	71	69
	外来管理加算	52	52
	地域医療貢献加算	—	3
	明細書発行体制等加算	—	1

2. 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算等の分析

2.1. 分析方法

日本医師会が行なった「平成 22 年度レセプト調査」を用い、再診料、外来管理加算等に着目して分析を行なった。

「平成 22 年度レセプト調査」は、日本医師会が 2010 年度の診療報酬改定の結果を検証する目的で実施したものである。調査対象として、日本医師会会員のうち、医療機関の開設者および管理者を都道府県ごとに診療所、病院それぞれ 20 分の 1 ずつを無作為抽出し、郵送で調査票を送付して、FAX で回答を受け付けた。調査の内容は、医療機関の施設情報、前年と今年の 4 月、5 月、6 月のレセプト情報（点数、件数、日数等）等である。地域医療貢献加算の届出状況、電子レセプト請求への対応状況等についても、あわせてアンケート調査を行なった。

本分析は、「平成 22 年度レセプト調査」の有効回答から再診料、外来管理加算、地域医療貢献加算については、そのすべてに有効回答がある医療機関、明細書発行体制等加算については、当該加算について有効回答がある医療機関を抽出して行なった。

2.2. 分析結果の見方

厚生労働省は、最近でも、診療報酬改定の影響がなければ、「医療費の伸び率は、概ね従来と同程度の水準（3%台）」⁷と述べている。これをもとにこれまで医療費は厳しく抑制されてきた。

厚生労働省の説明にしたがえば、医療費（総点数）は「改定率+3%台」の伸びになるはずである。このことを踏まえて以下の分析結果を見ていきたい。

⁷ 2009年7月29日 中医協総会資料「平成20年度の医療費について」

2.3. 分析結果

2.3.1. 再診料算定点数の前年同期比

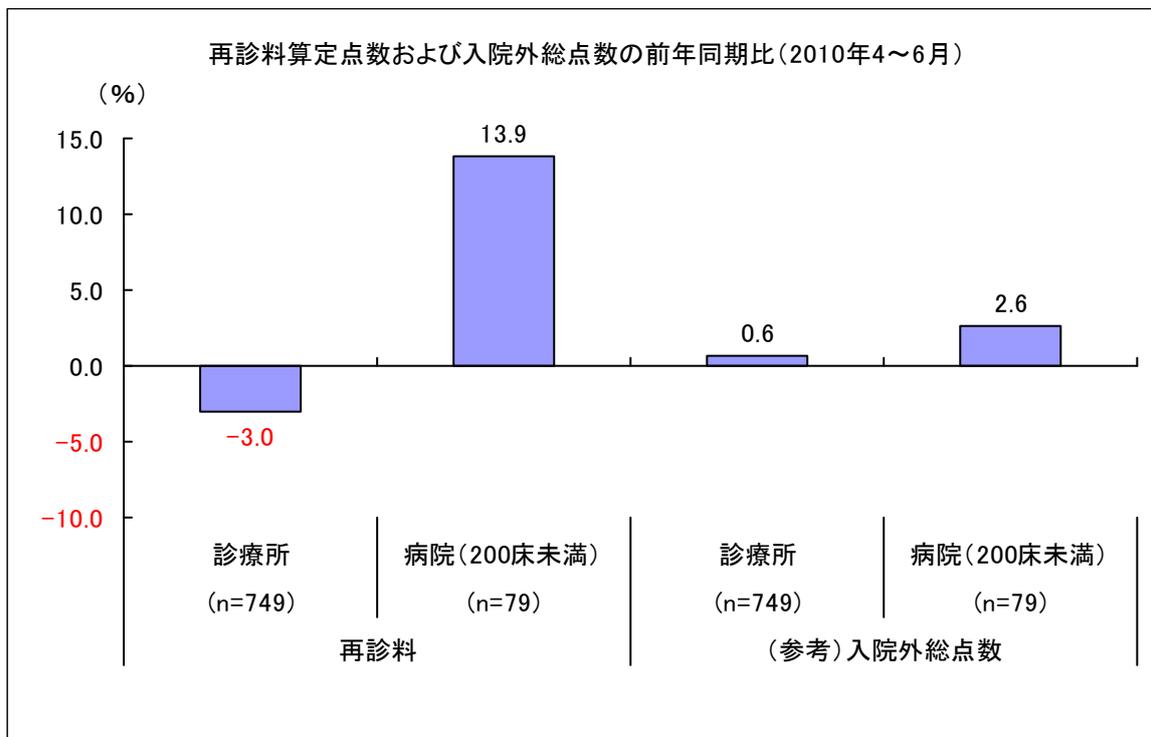
2010 年度改定では、再診料は診療所では 71 点から 69 点に引き下げられ、病院（200 床未満）では 60 点から 69 点に引き上げられた。診療報酬改定による再診料の増減率は、診療所▲2.8%、病院+15.0%である。

実際の再診料算定点数の前年同期比は、診療所▲3.0%、病院+13.9%であった（図 2.3.1.1）。診療所は改定率より大きいマイナス幅、病院は改定率より小さいプラス幅であったが、再診料算定回数が減少しているためと推察される。

また 2010 年度改定における外来の改定率は+0.31%であった。そして、実際の入院外総点数の前年同期比は、診療所では+0.19%、病院では+2.36%であった。

厚生労働省の説明にしたがえば、年 3%台の自然増（人口増減・高齢化を含む）があるはずであるが、診療所の入院外総点数の伸びは 1%未満であり、自然増はまったく期待できない現状である。

図 2.3.1.1 再診料算定点数および入院外総点数の前年同期比



※注)「日本医師会『平成22年度レセプト調査』(1)ー総点数・総件数・総日数等の動向ー」では、入院外総点数の前年同期比は、診療所+0.19%、病院+2.36%である。本稿分析とは結果が異なっているが、本稿では再診料、外来管理加算の回答があった医療機関のみを抽出しているため、および病院については再診料を算定する200床未満のみを対象にしているためである。

2.3.2. 外来管理加算算定回数の前年同期比

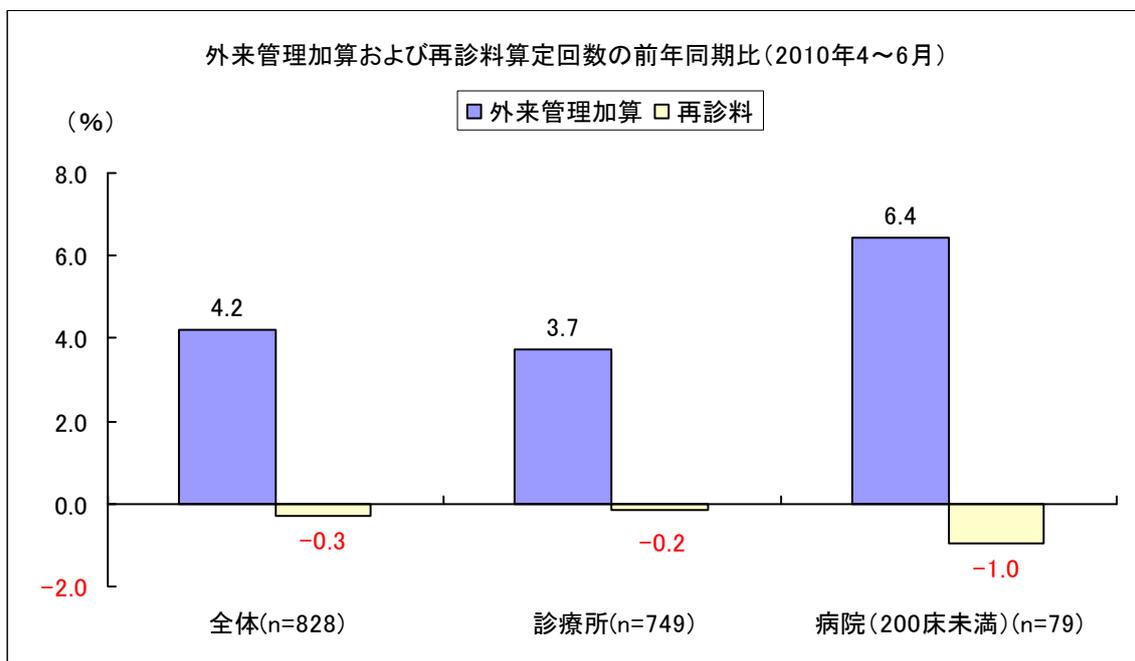
外来管理加算については、2010年度改定で、いわゆる5分要件が撤廃され、投薬のみの要請に対する算定はできないという要件が明文化された。そして、これらの変更の結果、算定回数が増加し、影響額が約120億円になると見込まれていた⁸。

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」によると、外来管理加算算定金額は、2008年には2,047億円（調査月のデータを単純に12倍して年換算）、2009年には2,117億円（同）である。外来管理加算の算定要件変更に伴う影響率は、2008年を分母に計算すると5.9%、2009年を分母に計算すると5.7%である。外来管理加算は、診療報酬点数には変更がなかったため、算定点数も、算定回数も影響率は同じである。

本調査では、外来管理加算の算定回数の前年同期比は全体で+4.2%、診療所で+3.7%、病院で+6.4%であった（図 2.3.2.1）。再診料算定回数が減少しているため、その点も考慮する必要はあるが、厚生労働省の見込み（6%弱）よりは低い伸び率であった。

⁸ 2010年2月10日、中医協総会資料「外来に関する財源」および中医協総会議事録

図 2.3.2.1 外来管理加算および再診料算定回数の前年同期比

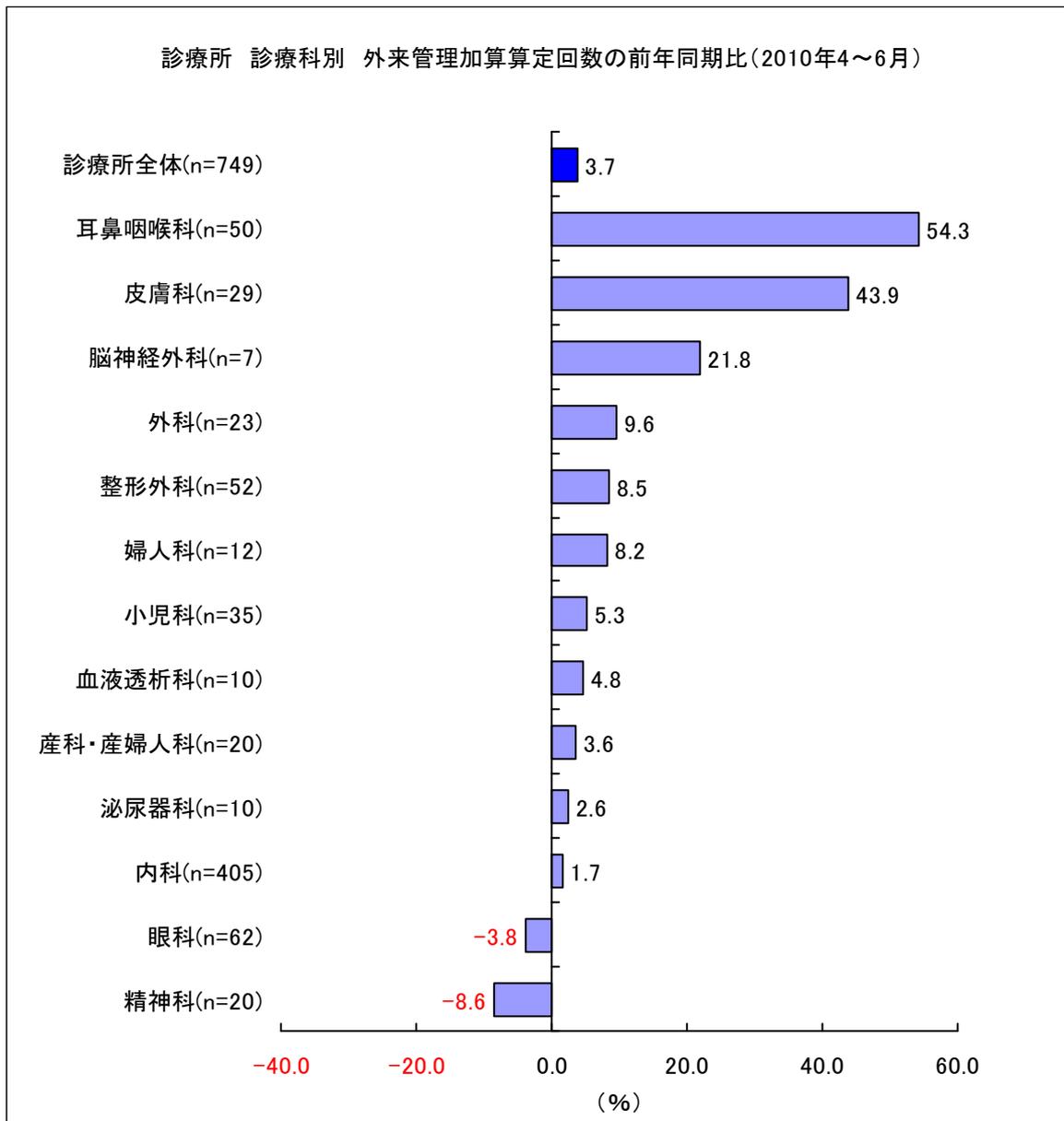


外来管理加算は、慢性疾患疼痛管理、検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行なった場合には算定できない。

診療所の診療科別で、外来管理加算算定回数の増加率は、耳鼻咽喉科+54.3%、皮膚科+43.9%の順に高かった（図 2.3.2.2）。内科では+1.7%であり、ほとんど変化がなかった。また眼科では▲3.8%、精神科では▲8.6%であった。

なお個別に見ると、2010年度から外来管理加算の算定をはじめた診療所、外来管理加算ではなく処置等を行なうことによって外来管理加算の算定を止めた診療所などがあり、前年同期比が非常に大きく出ているところもある。

図 2.3.2.2 診療所 診療科別 外来管理加算算定回数の前年同期比



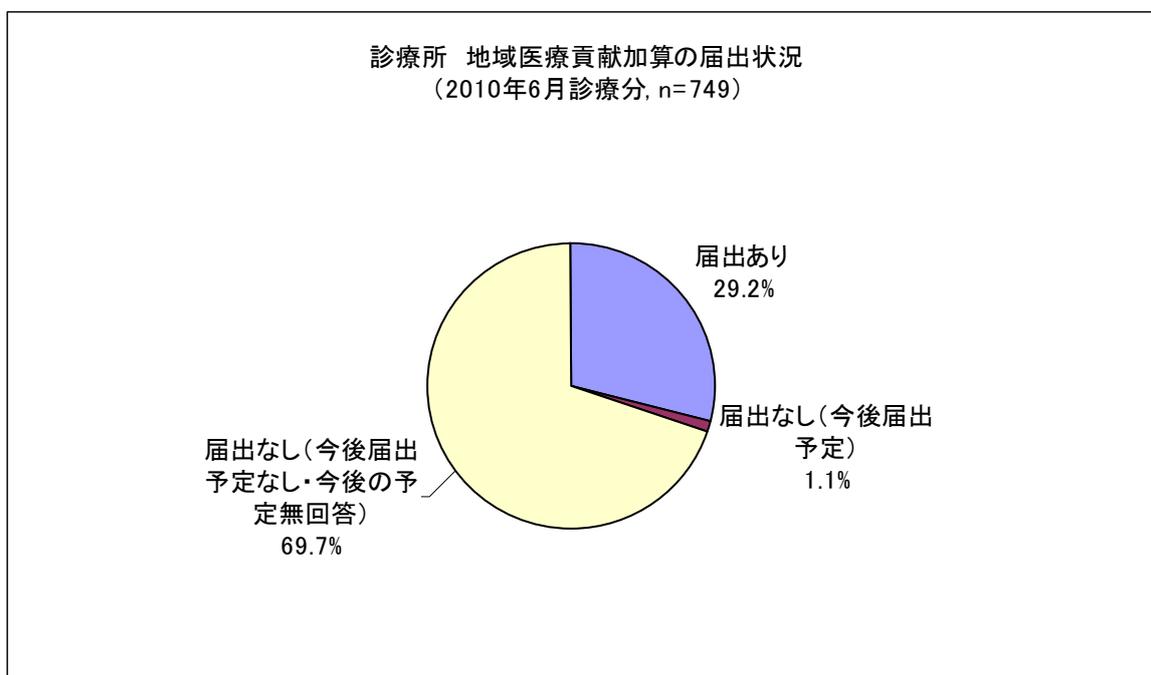
※注) 診療科: 本調査においては、「保険診療報酬請求のもっとも大きい診療科を1つだけ選んで下さい」とした。

2.3.3. 地域医療貢献加算の届出状況

2010年度改定で、地域医療貢献加算が新設された。地域医療貢献加算は、標準時間以外にも、患者からの電話問い合わせに対応できる体制を有している診療所を評価するもので、再診料に3点が加算される。再診料が包括されている小児科外来診療料や在宅患者訪問診療料などを算定した場合には、地域医療貢献加算は算定できない。

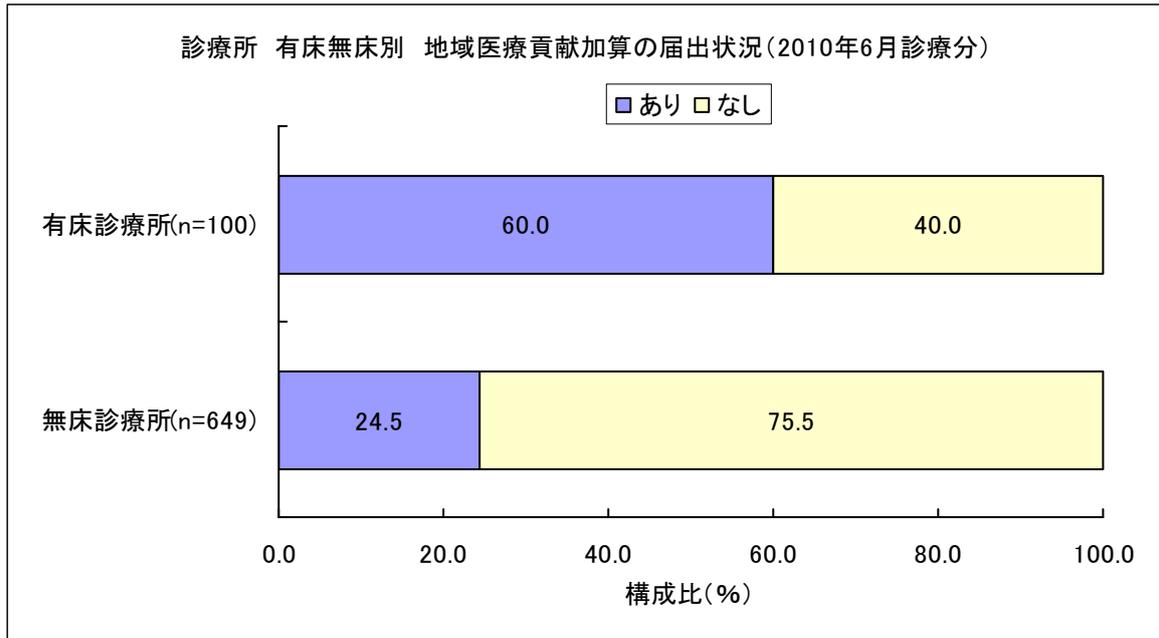
2010年6月診療分において、地域医療貢献加算の届出をしている診療所は29.2%であった。また、今後、地域医療貢献加算の届出を予定している診療所が1.1%あり、現在届出ありと合わせて約3割(30.3%)であった(図2.3.3.1)。

図 2.3.3.1 診療所 地域医療貢献加算の届出状況



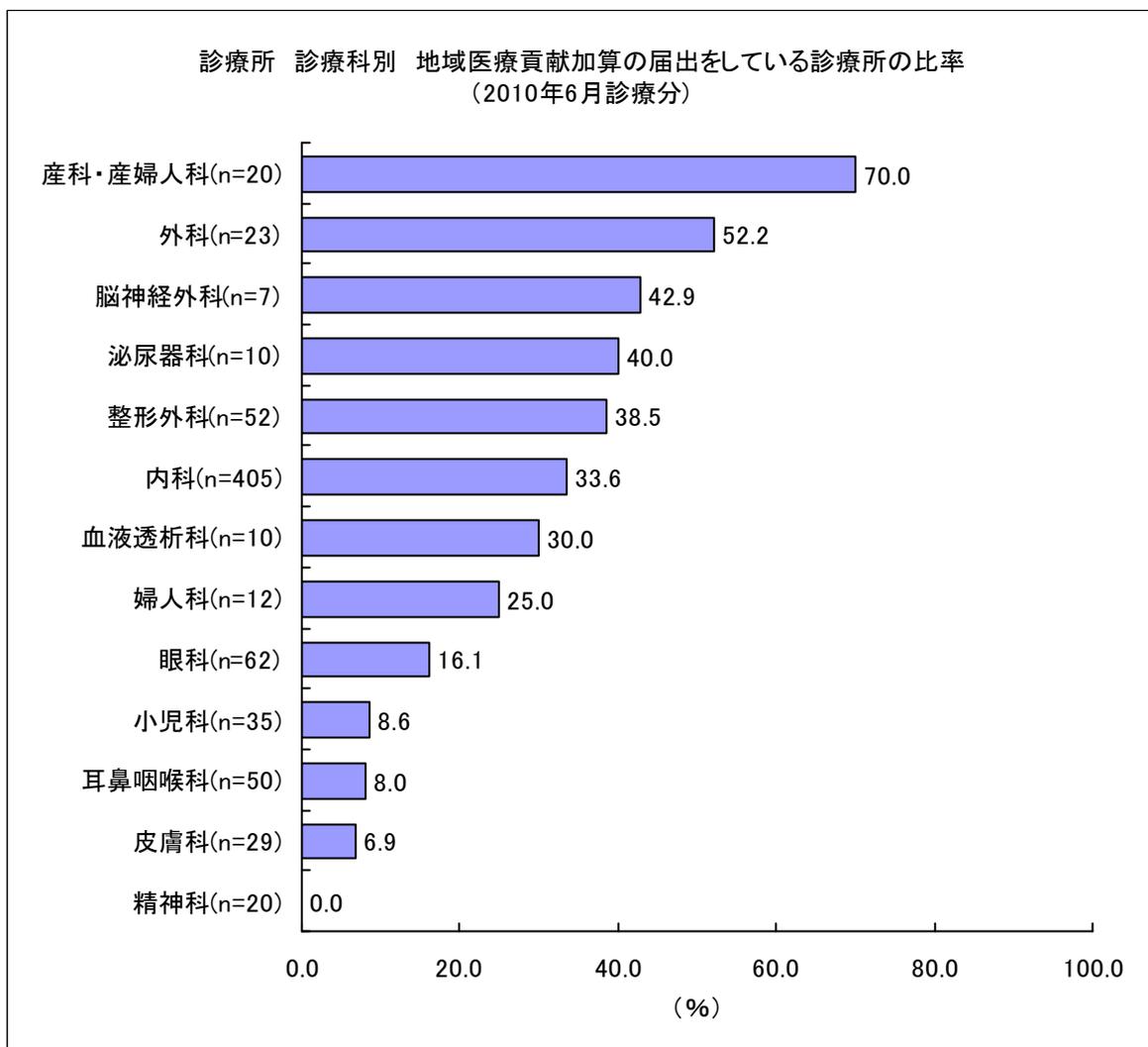
有床・無床別では、有床診療所の60.0%、無床診療所の24.5%が地域医療貢献加算の届出を行っていた（図 2.3.3.2）。

図 2.3.3.2 診療所 有床・無床別 地域医療貢献加算の届出状況



地域医療貢献加算の届出比率は、診療科別では、産科・産婦人科 70.0%がもっとも高く、ついで外科 52.2%、脳神経外科 42.9%、泌尿器科 40.0%の順であった（図 2.3.3.3）。小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科は 10%未満、精神科は届出がなかった。

図 2.3.3.3 診療所 診療科別 地域医療貢献加算の届出状況



有床・無床別にみると、有床診療所では、地域医療貢献加算の届出をしている診療科は、整形外科がもっとも多く85.7%であったほか、他の科でも無床診療所に比べると届出を行なっている比率が高かった（図 2.3.3.4）。

無床診療所では、脳神経外科が60.0%、外科56.3%の順に高く、整形外科、内科が3割前後であった（図 2.3.3.5）。

図 2.3.3.4 有床診療所 診療科別 地域医療貢献加算の届出状況

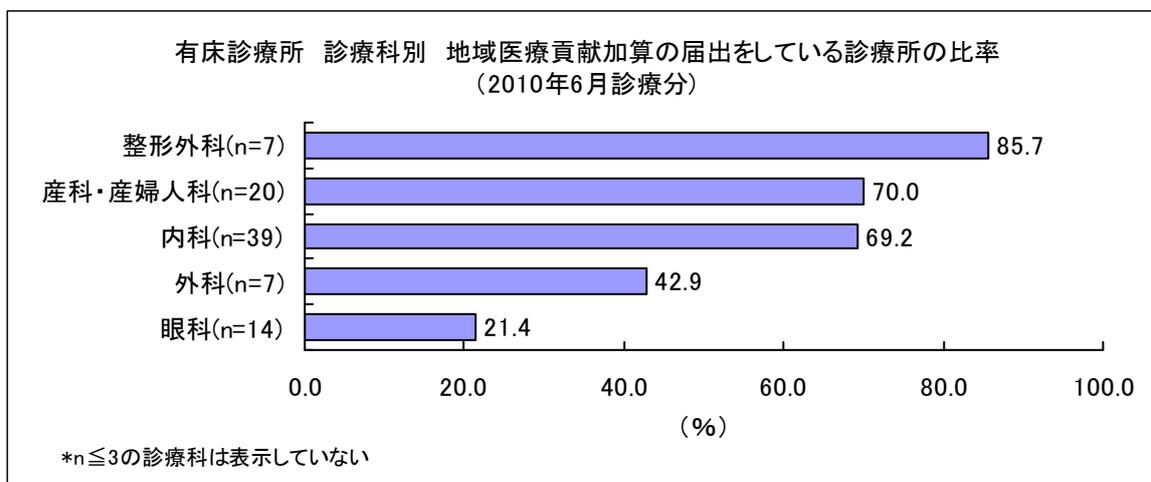
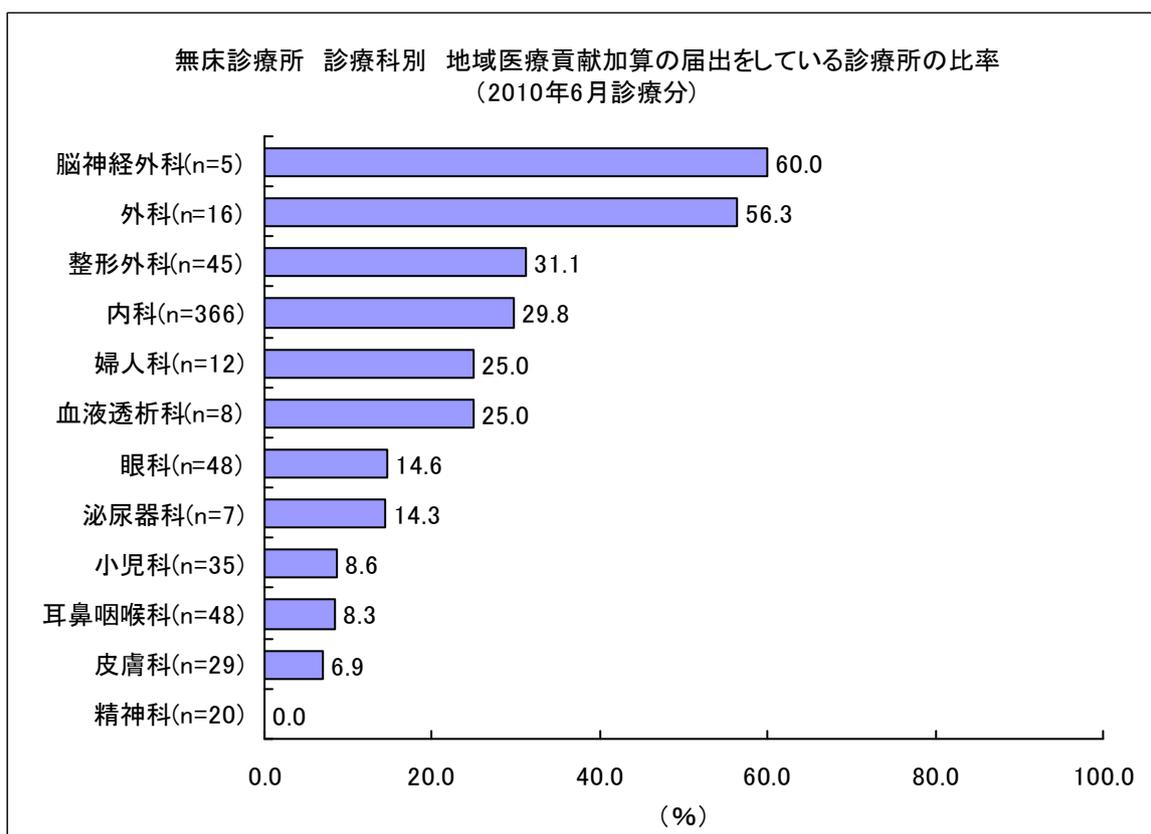


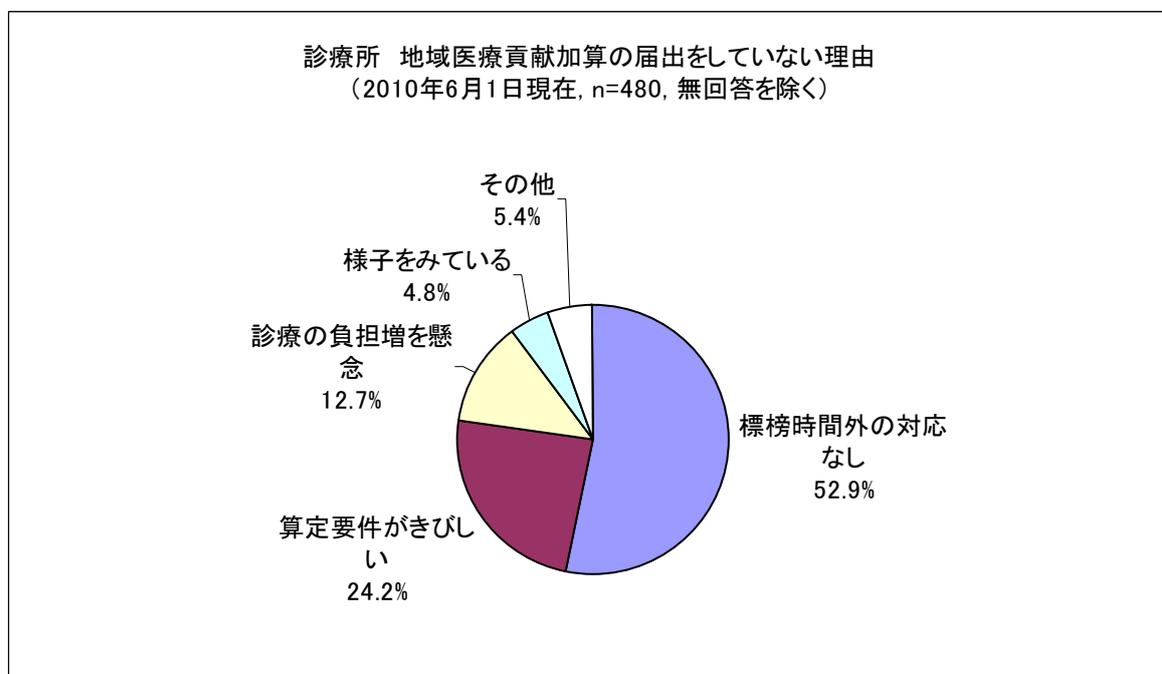
図 2.3.3.5 無床診療所 診療科別 地域医療貢献加算の届出状況



地域医療貢献加算の届出をしていない医療機関に対して、その理由を質問したところ、「標榜時間外対応を行っていない」が 52.9%ともっとも多かった（図 2.3.3.6）。標榜時間外の対応を行なっているにもかかわらず、算定要件が厳しいとして届出を行っていない診療所も 24.2%あった。

またその他の理由として、加算の考え方自体に同意できないという回答（自由記述）も少なくなかった。

図 2.3.3.6 診療所 地域医療貢献加算の届出をしていない理由



標榜時間外の対応なし：標榜時間外の対応を行っていないため

算定要件がきびしい：標榜時間外の対応を行なっているが、算定要件がきびしいため

診療の負担増を懸念：標榜時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、届出し、周知することにより、時間外診療の負担が大きくなるおそれがあるため

様子をみている：診療時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、今のところ様子をみているため

※本調査は6月1日現在で行った追加調査によるものであり、6月診療分とは異なる。

2.3.4. 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数

2010年度改定では、診療所の再診料が71点から69点に引き下げられた。また外来管理加算のいわゆる5分要件が撤廃され、投薬のみの要請に対する算定ができなくなった。

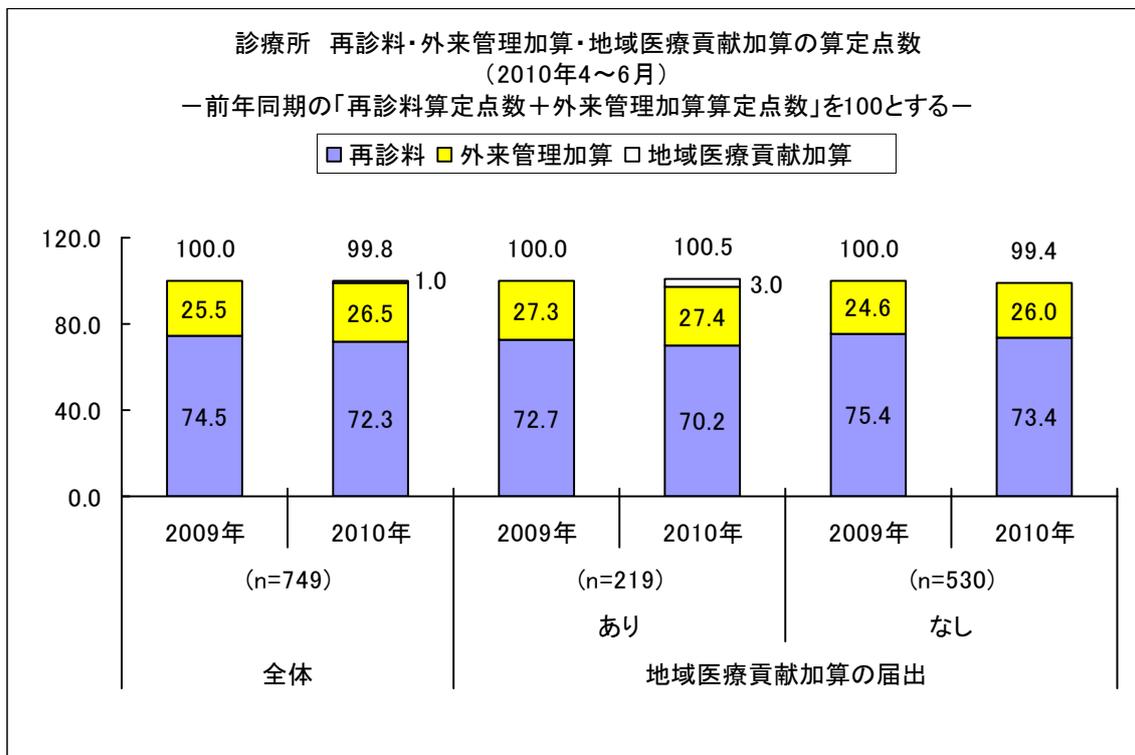
一方、診療所に地域医療貢献加算が新設された。再診料と加算を同じ土俵で比較すべきではないが、あくまで目安として、それらの合計を示しておく。

2009年の「再診料＋外来管理加算」の合計点数を100としたとき、2010年の「再診料＋外来管理加算＋地域医療貢献加算」の合計点数は、地域医療貢献加算届出ありの診療所で100.5、地域医療貢献加算届出なしの診療所で99.4であった（図2.3.4.1）。

地域医療貢献加算届出ありの診療所では、前年に比べて、再診料が減少したが、地域医療貢献加算によって前年並みを維持した。

地域医療貢献加算届出なしの診療所では、外来管理加算の相対的割合がやや拡大したが、合計で前年を上回ることはできなかった。

図 2.3.4.1 診療所 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数



内科では、地域医療貢献加算届出ありの診療所では、合計点数の前年同期比は 99.8 であり、地域医療貢献加算で、再診料等の落ち込みをカバーできなかった（図 2.3.4.2）。届出なしの診療所では、外来管理加算の相対的割合がやや拡大したが、合計点数の前年同期比は 99.1 に止まった。

小児科では、地域医療貢献加算届出なしの診療所では、再診料、外来管理加算の相対的割合が拡大し、合計点数の前年同期比は 102.7 であった（図 2.3.4.3）。

図 2.3.4.2 内科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数

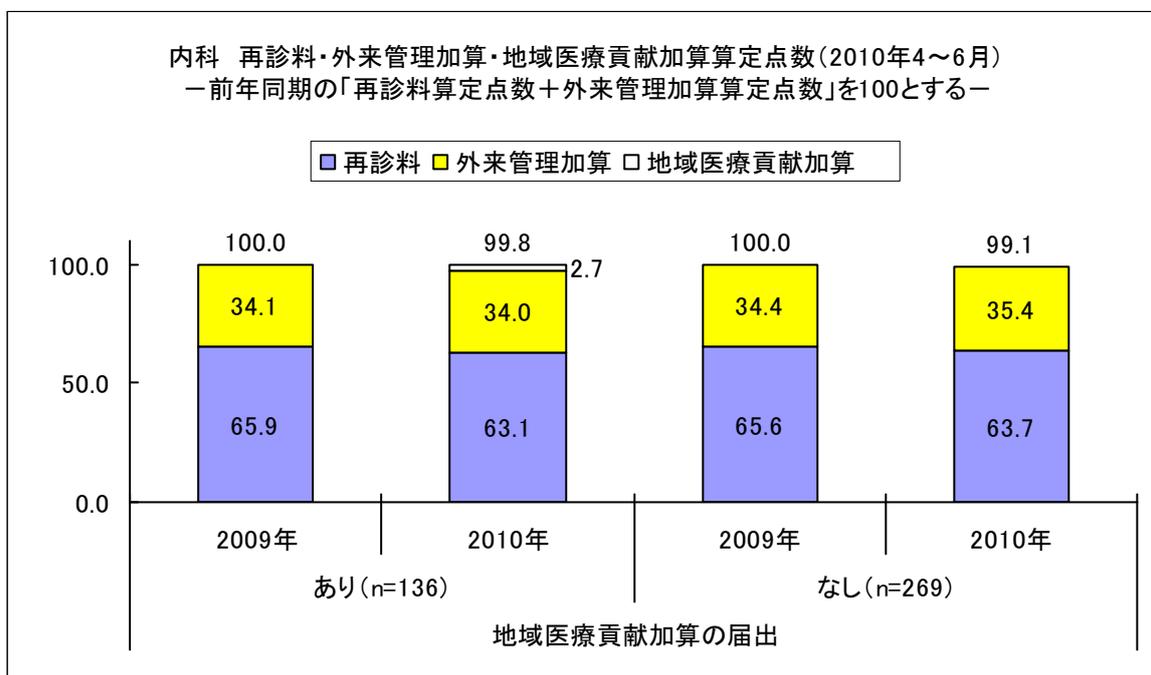
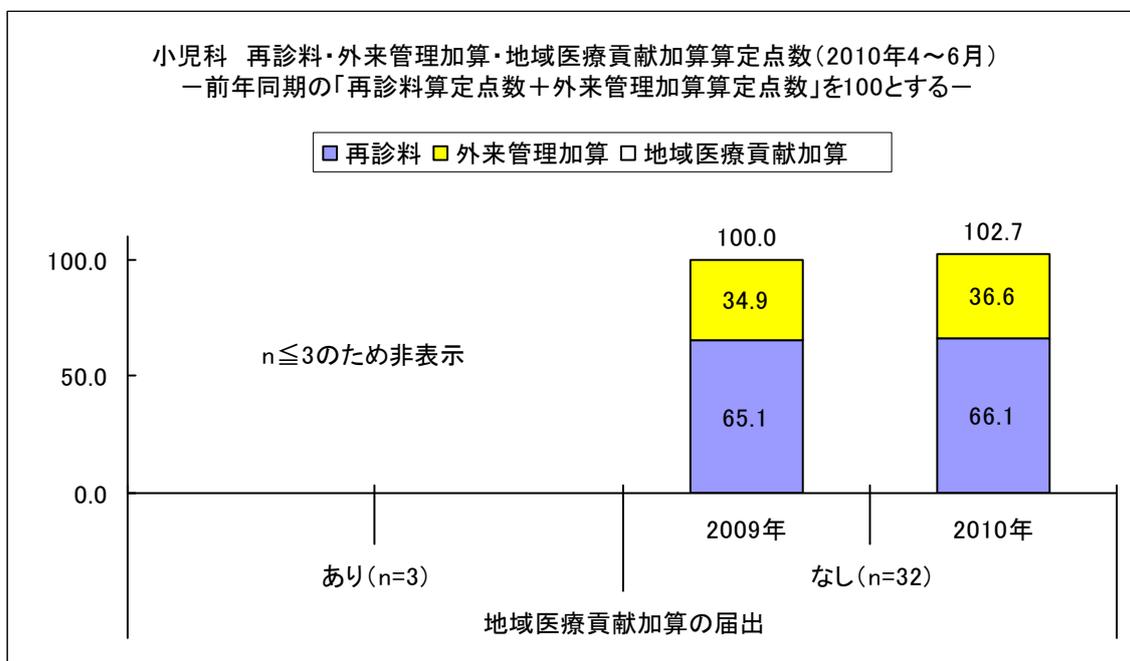


図 2.3.4.3 小児科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数



外科では、地域医療貢献加算届出ありの診療所では、再診料の減少を地域医療貢献加算がカバーして、合計点数の前年同期比は103.3であった(図 2.3.4.4)。届出なしの診療所では、外来管理加算の相対的割合が高くなったが、合計点数の前年同期比は99.0であった。

整形外科では、地域医療貢献加算届出ありの診療所は、再診料の減少を地域医療貢献加算がカバーし、合計点数の前年同期比は102.0であった(図 2.3.4.5)。届出なしの診療所では、再診料の減少が大きく、前年同期比は95.9であった。再診料算定回数も減少したのではないかと推察される。

図 2.3.4.4 外科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数

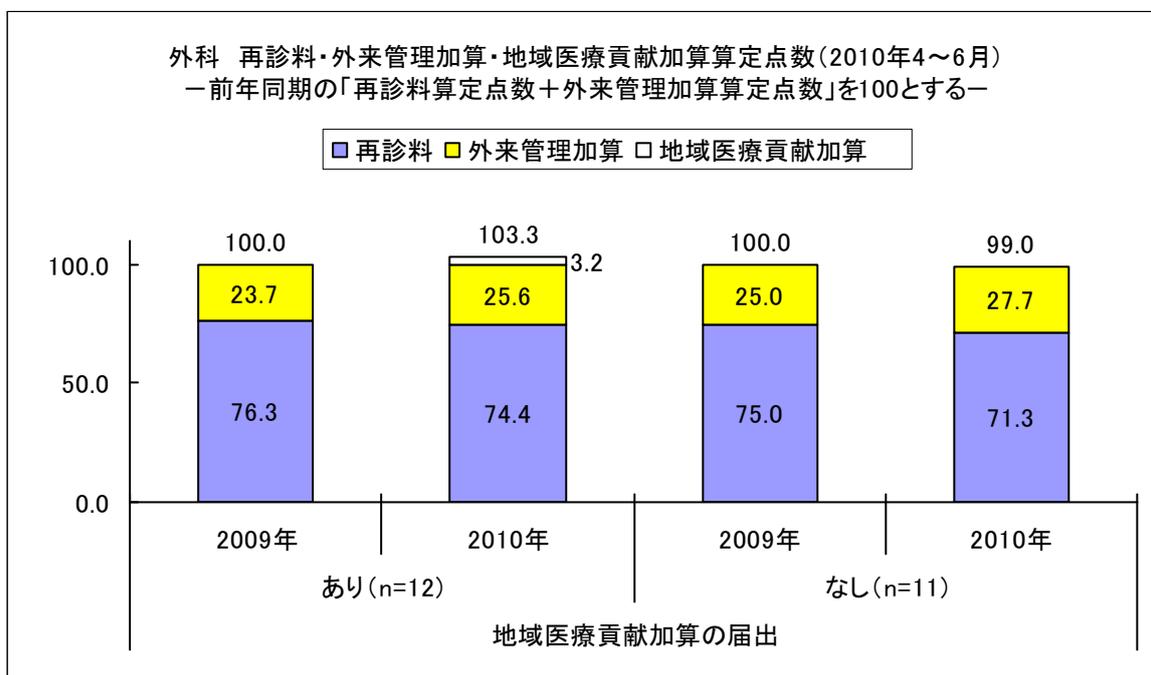
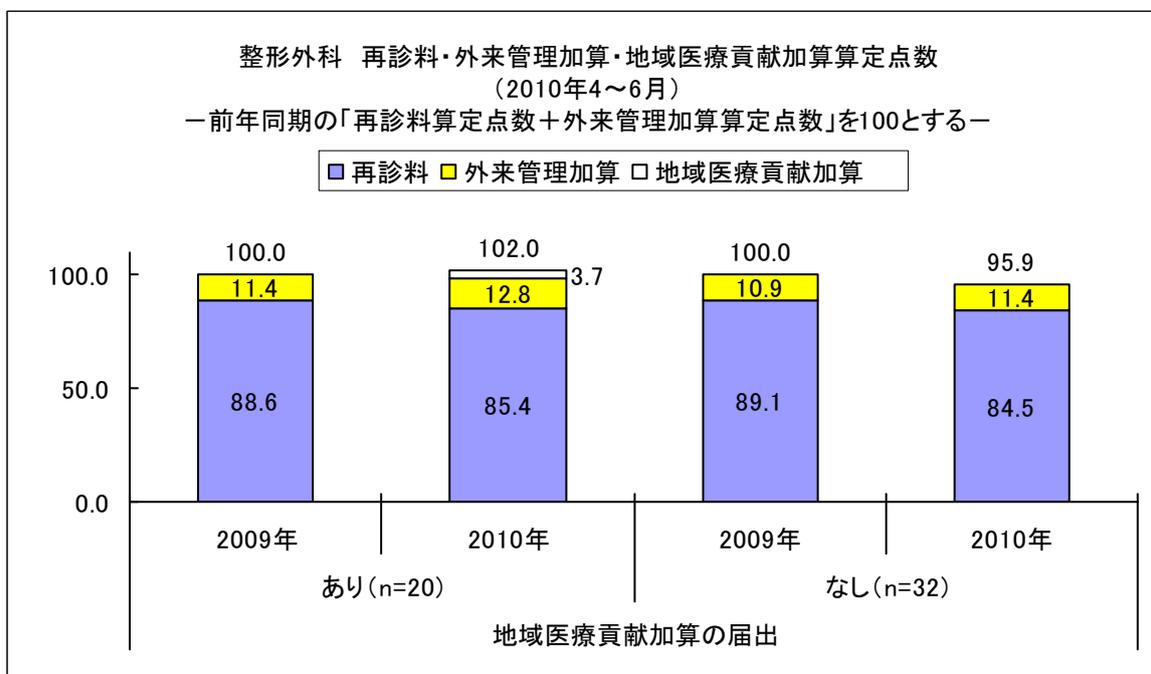


図 2.3.4.5 整形外科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数



眼科では、もともと外来管理加算の算定が少ないので、再診料引き下げの影響を直接的に受けている（図 2.3.4.6）。地域医療貢献加算届出ありの診療所では、合計点数の前年同期比は 100.9、届出なしの診療所では 94.2 であり、他の診療科に比べて、届出なしの減少率が大きかった。

耳鼻咽喉科では、地域医療貢献加算届出ありの診療所では、再診料、外来管理加算ともに相対的割合が高まって、合計点数の前年同期比は 120.6 とかなり増えたが、客体数が少ない（n=4）ので、注意が必要である（図 2.3.4.7）。地域医療貢献加算の届出なしの診療所では、合計点数の前年同期比は 101.1 であった。

図 2.3.4.6 眼科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数

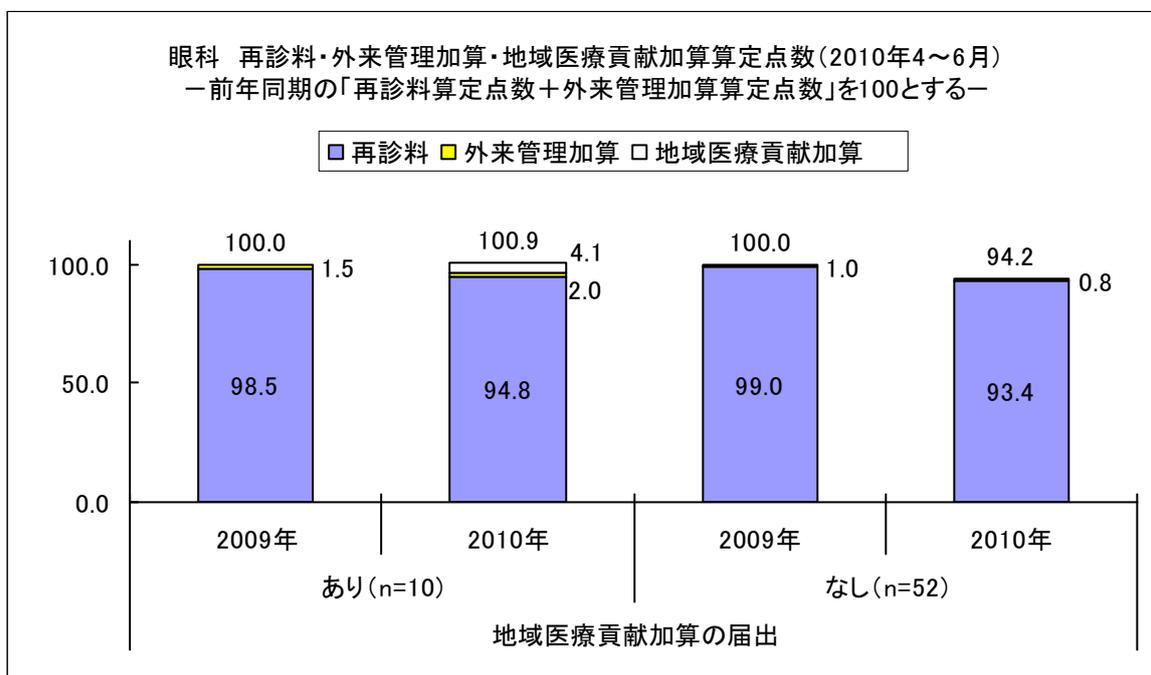
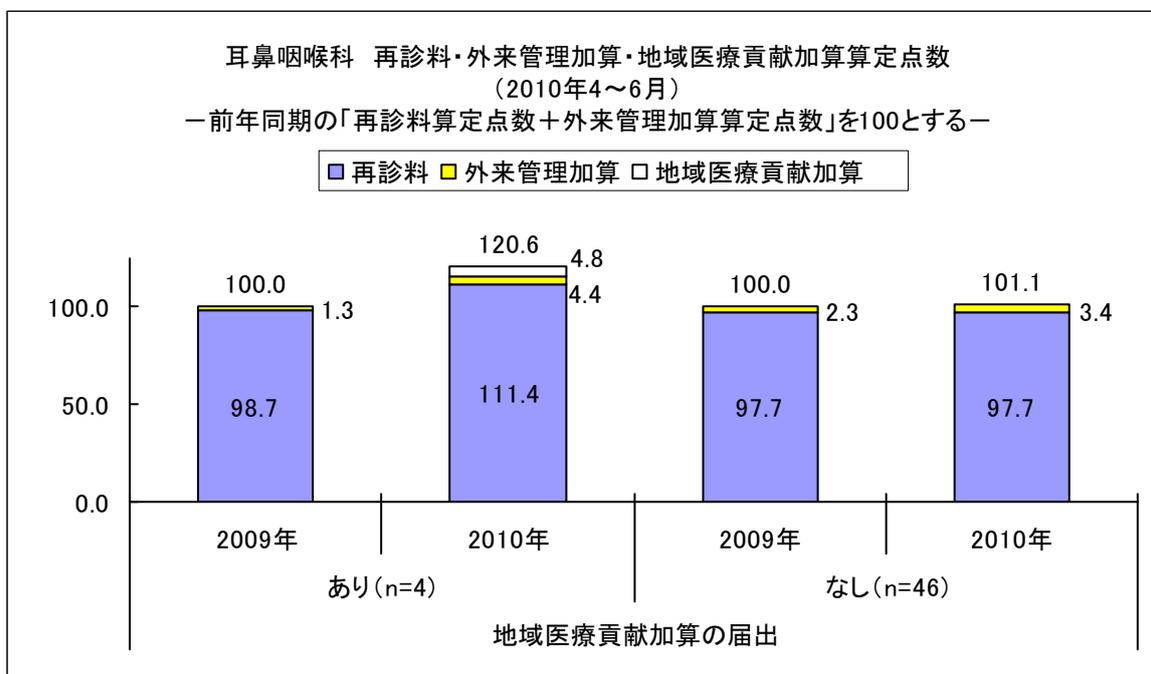


図 2.3.4.7 耳鼻咽喉科 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算の算定点数



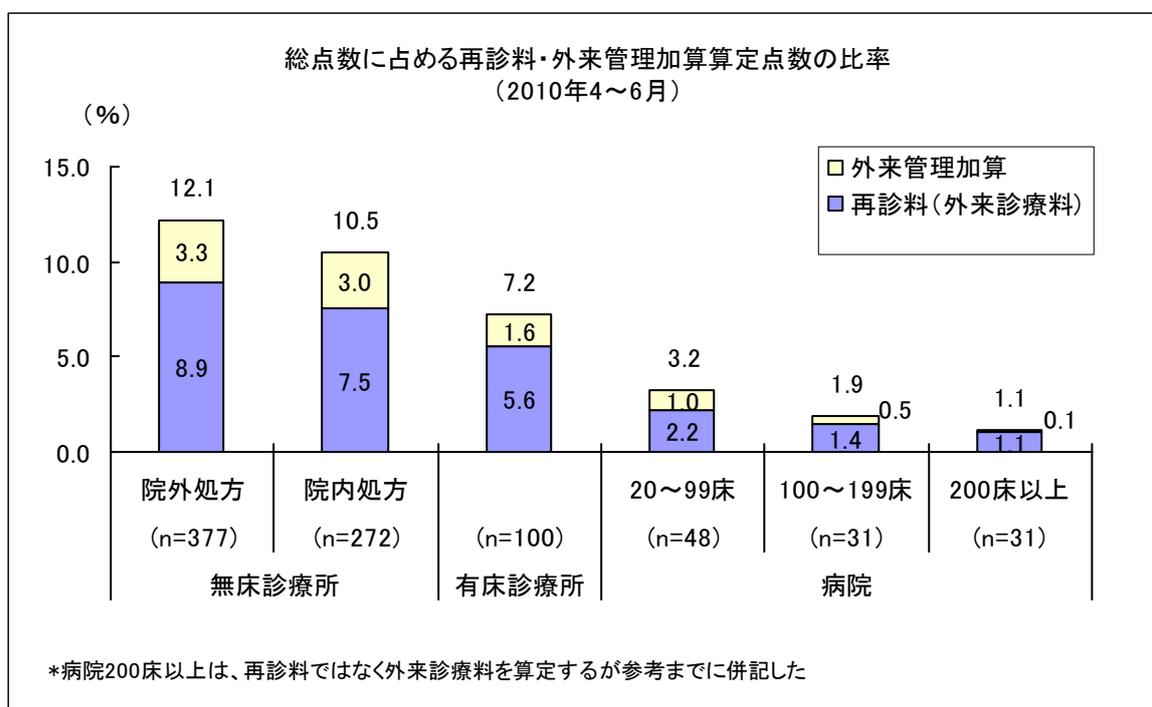
2.3.5. 総点数に占める再診料・外来管理加算算定点数の比率

2010年度の診療報酬改定の過程で、中医協において、「再診料とはそもそもどのような報酬であるかという点において理解が同じでない」⁹との指摘があった。

そこで、再診料の重みを、総点数に占める再診料算定点数の比率（再診料の算定点数÷総点数）で見ると、無床診療所院外処方 8.9%、同院内処方 7.5%、有床診療所 5.6%であった（図 2.3.5.1）。病院では、20～99床 2.2%、100～199床 1.4%、200床以上 1.1%（外来診療料の割合）であった。

総点数に占める再診料と外来管理加算を合計した算定点数の比率は、診療所では、無床診療所院外処方 12.1%、同院内処方 10.5%、有床診療所 7.2%であり、無床診療所では1割を超えていた。病院では、20～99床 3.2%、100～199床 1.9%、200床以上 1.1%であった。

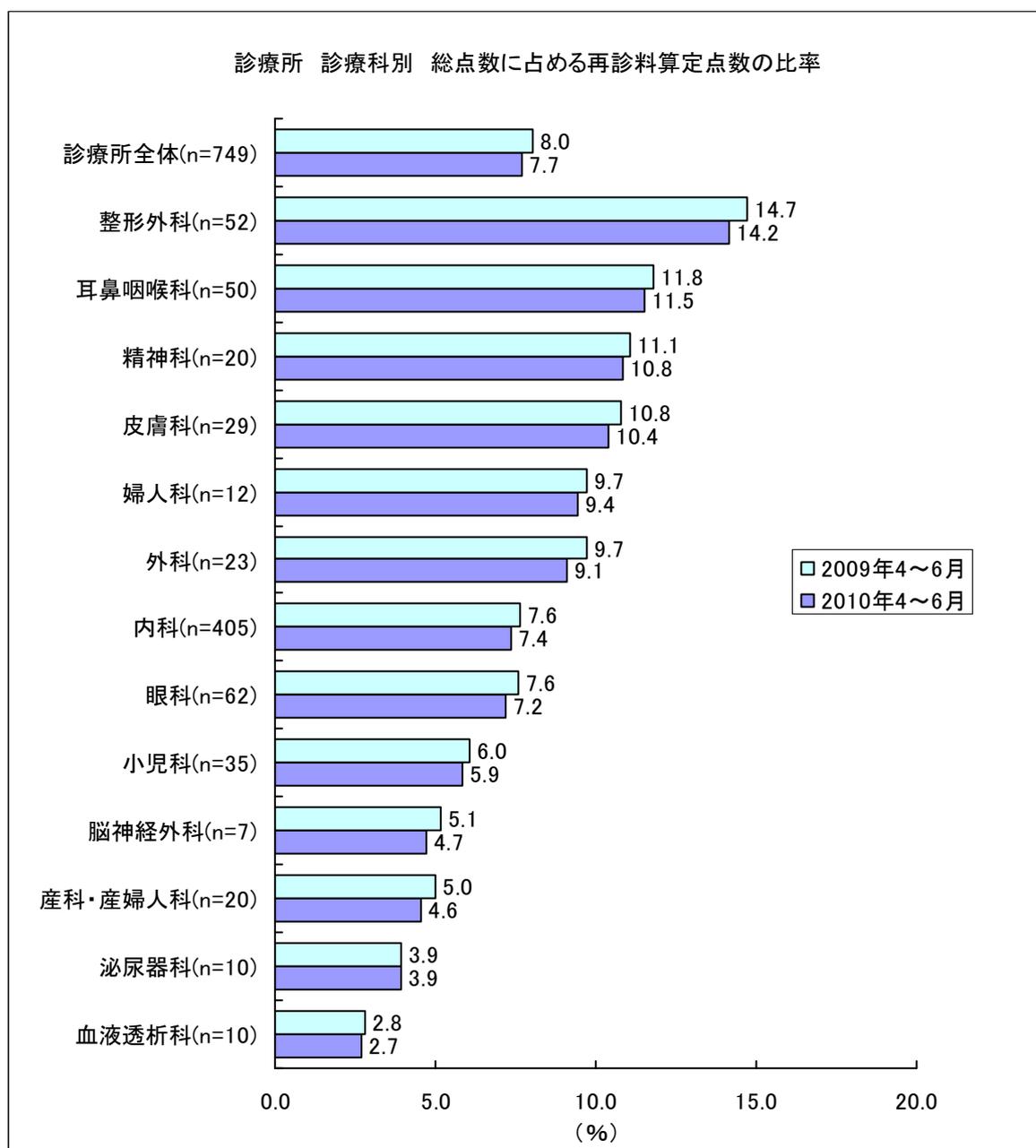
図 2.3.5.1 総点数に占める再診料・外来管理加算算定点数の比率



⁹ 2010年2月5日、中医協総会議事録

診療所の診療科別では、2010年4～6月診療分において、総点数に占める再診料算定点数の比率がもっとも高いのは整形外科の14.2%であり、耳鼻咽喉科、精神科、皮膚科で10%を超えていた（図 2.3.5.2）。また、泌尿器科を除くすべての診療科で、前年に比べて総点数に占める再診料算定点数の比率が減少した。

図 2.3.5.2 診療所 診療科別 総点数に占める再診料算定点数の比率



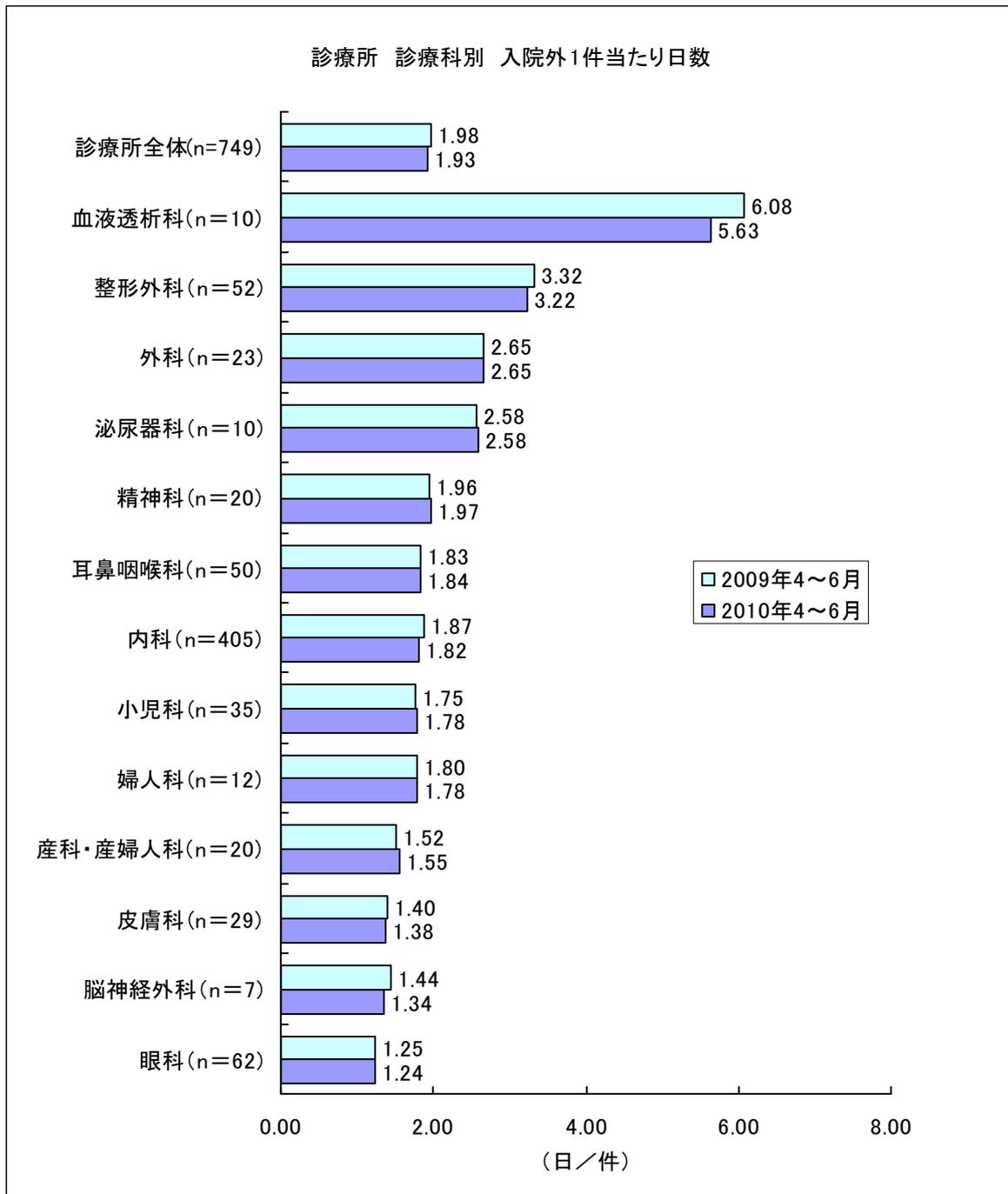
2.3.6. 入院外の1件当たり日数

総点数に占める再診料算定点数の比率は、再診患者が多ければ高くなる。再診患者が多いかどうかは、レセプト調査からは、入院外1件当たり日数（1か月当たりの通院回数に相当。ただし初診のみも含んだ平均値）でうかがうことができる。

2010年4～6月診療分については、入院外の1件当たり日数は、血液透析科5.63日、整形外科3.22日の順に高かった（図2.3.6.1）。整形外科は、他に比べて、総点数に占める再診料算定点数の比率が高いが、入院外1件当たり日数が多いことから、再診患者自体が多いのではないかと推察される。

なお、入院外1件当たり日数は、長期処方拡大にも影響を受け、長期処方であるほど低くなる指標である。

図 2.3.6.1 診療所 診療科別 入院外1件当たり日数



個々の医療機関の4~6月分の入院外1件当たり日数を単純平均して計算

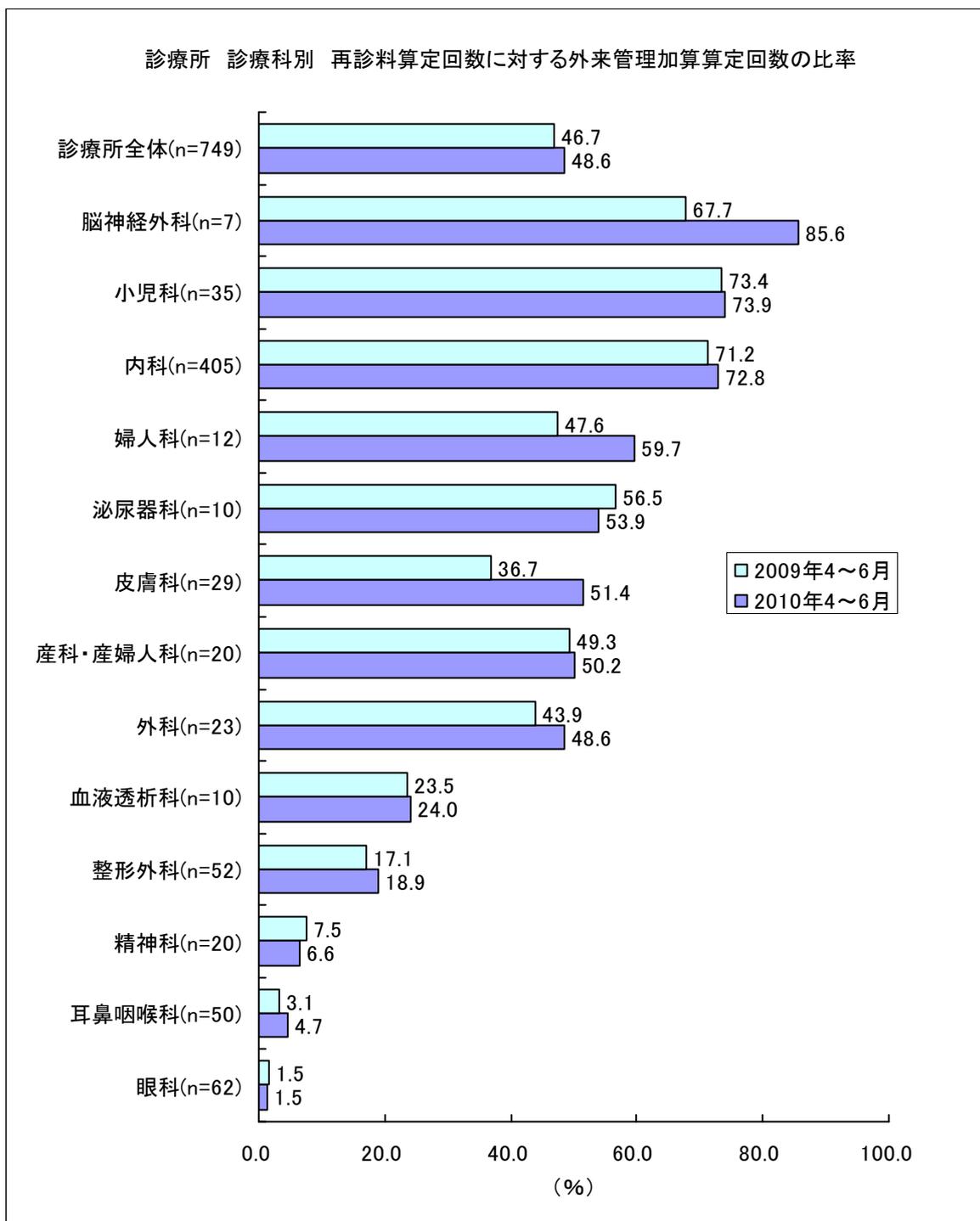
$$\text{入院外1件当たり日数} = (\text{4~6月入院外総日数の合計}) \div (\text{4~6月入院外総件数の合計})$$

2.3.7. 再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数

外来管理加算は、慢性疾患疼痛管理、検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行なった場合には算定できない。

再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数の比率（外来管理加算算定回数÷再診料算定回数）は、脳神経外科 85.6%、小児科 73.9%、内科 72.8%の順に高かった（図 2.3.7.1）。精神科、耳鼻咽喉科、眼科では外来管理加算はほとんど算定されていない。

図 2.3.7.1 診療所 診療科別 再診料算定回数に対する
外来管理加算算定回数の比率

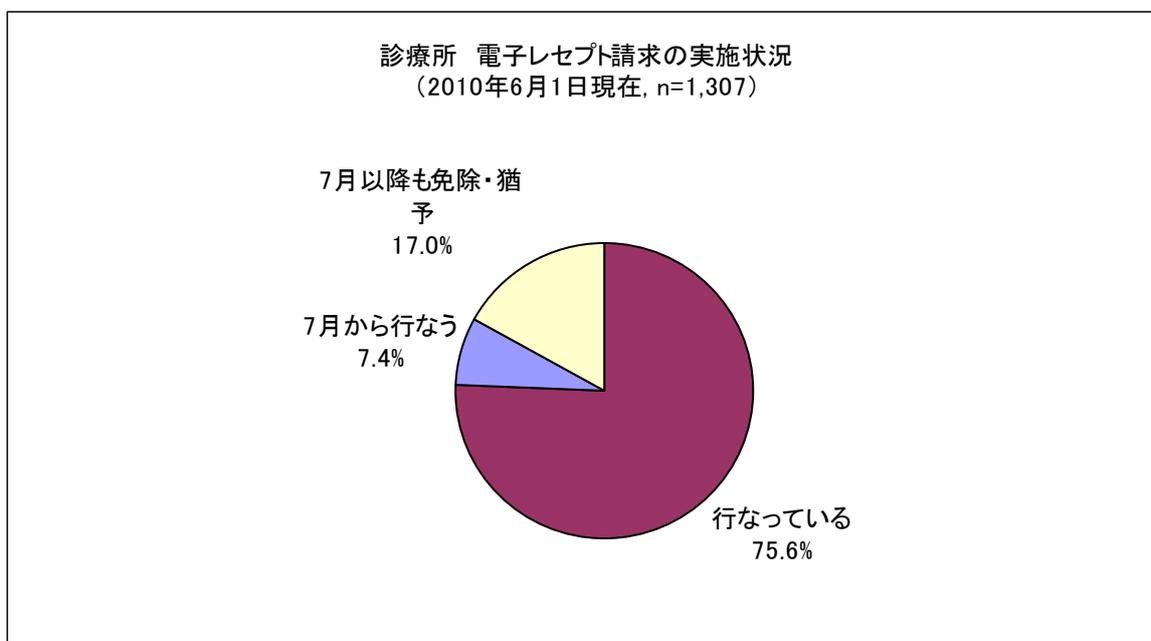


2.3.8. 明細書発行体制等加算の届出状況

2010年度改定において、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所、薬局は、原則として明細書を無償で発行することになった。診療所においては、電子レセプト請求の義務化は2010年7月診療分からである。

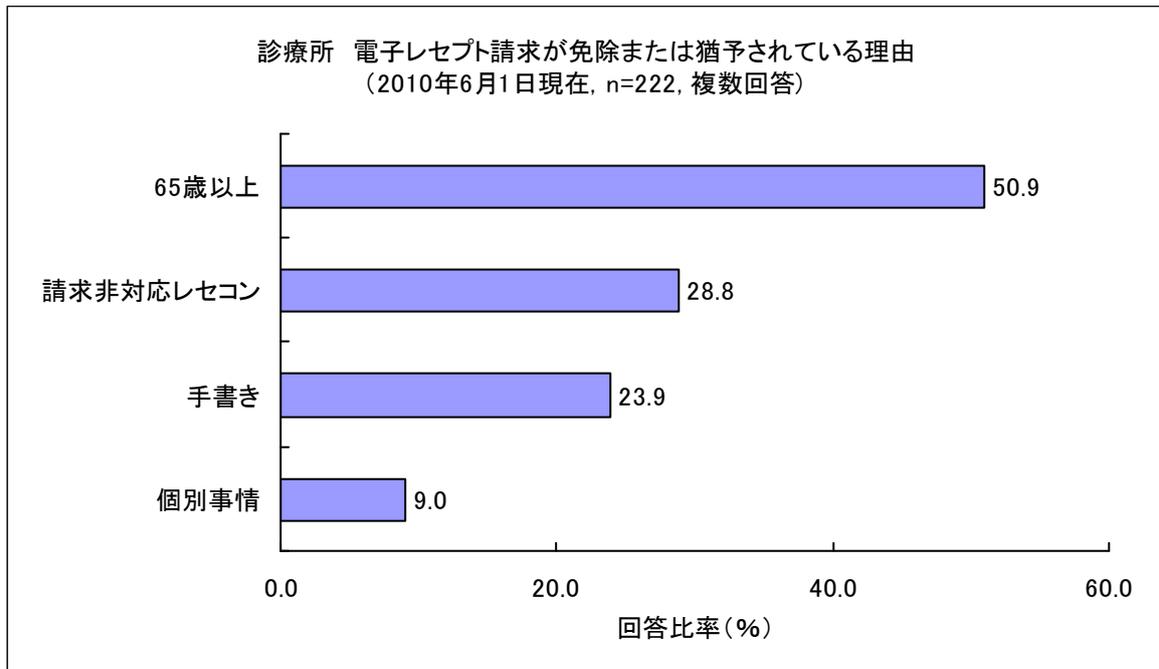
義務化前の6月1日時点の状況であるが、すでに診療所の75.6%が電子レセプト請求を行っていた（図 2.3.8.1）。

図 2.3.8.1 診療所 電子レセプト請求の実施状況



電子レセプト請求を免除または猶予されている理由は、「常勤の医師がすべて65歳以上であるため」が50.9%であり、もっとも多かった（図 2.3.8.2）。

図 2.3.8.2 診療所 電子レセプト請求の免除または猶予理由



65歳以上：常勤の医師がすべて65歳以上のため。

請求非対応レセコン：電子レセプトに対応していないレセコンのリース期間中または減価償却期間中のため。

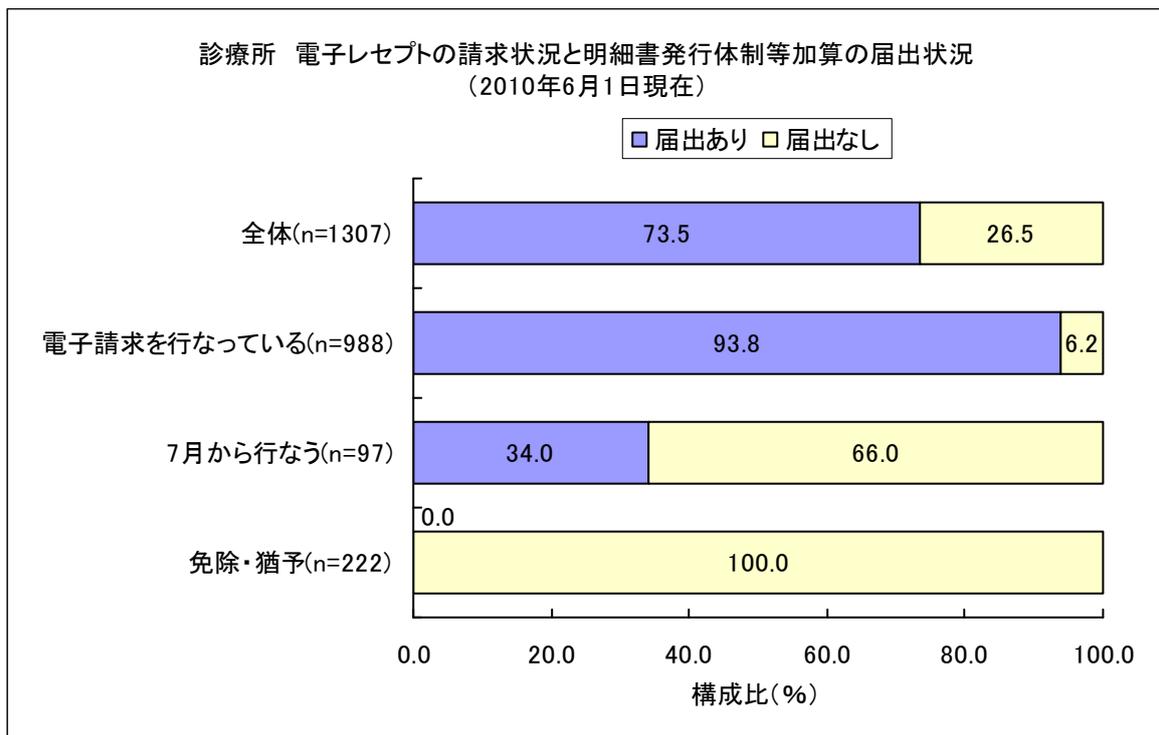
手書き：レセコン未使用（手書き）のため。

請求困難：個別の事情により電子レセプト請求が困難なため。

2010年度改定で、明細書発行体制等加算が新設された。明細書発行体制等加算は、電子レセプト請求を行なっている診療所において、明細書の無償発行を行なった場合に、再診料に1点加算される点数である。再診料が包括されている小児科外来診療料や在宅患者訪問診療料などを算定した場合には、明細書発行体制等加算は算定できない。

2010年6月1日現在で、明細書発行体制等加算の届出を行なっている診療所は、全体で73.5%、行っていない診療所は26.5%であった(図2.3.8.3)。また、電子レセプト請求を行なっている診療所のほとんど(93.8%)は、明細書発行体制等加算の届出を行なっていた。

図 2.3.8.3 診療所 電子レセプトの請求状況と明細書発行体制等加算の届出状況

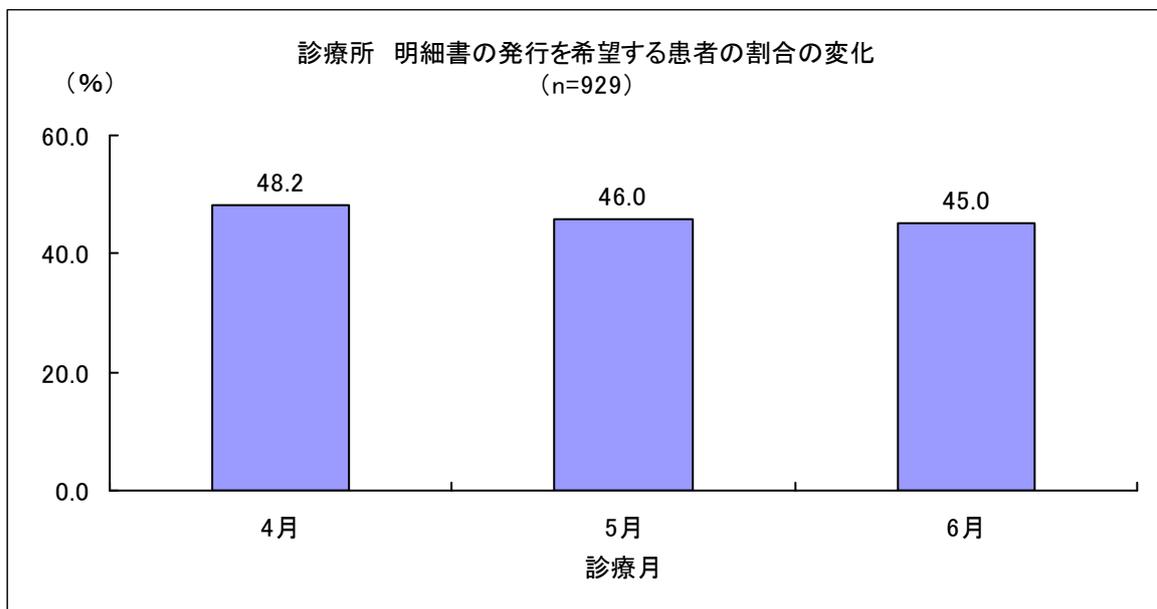


今回の調査では、「明細書の発行を希望されなかった患者の割合」を質問した。レセプト等からの実績ではなく、あくまで、回答者の概算であり主観であることを断っておく。

また質問および回答は、「明細書の発行を希望されなかった患者の割合」であるが、この残りを「明細書の発行を希望した患者の割合」として以下に図示した。

明細書の発行を希望した患者の割合は、6月診療分については平均45.0%であった(図2.3.8.4)。また、明細書の発行を希望した患者の割合は、4月以降若干減少しつつある。4月当初は明細書を受け取って見たものの、内容がわかりづらかったこと等が考えられるが、今後の動向を注視したい。

図 2.3.8.4 診療所 明細書の発行を希望する患者の割合の変化



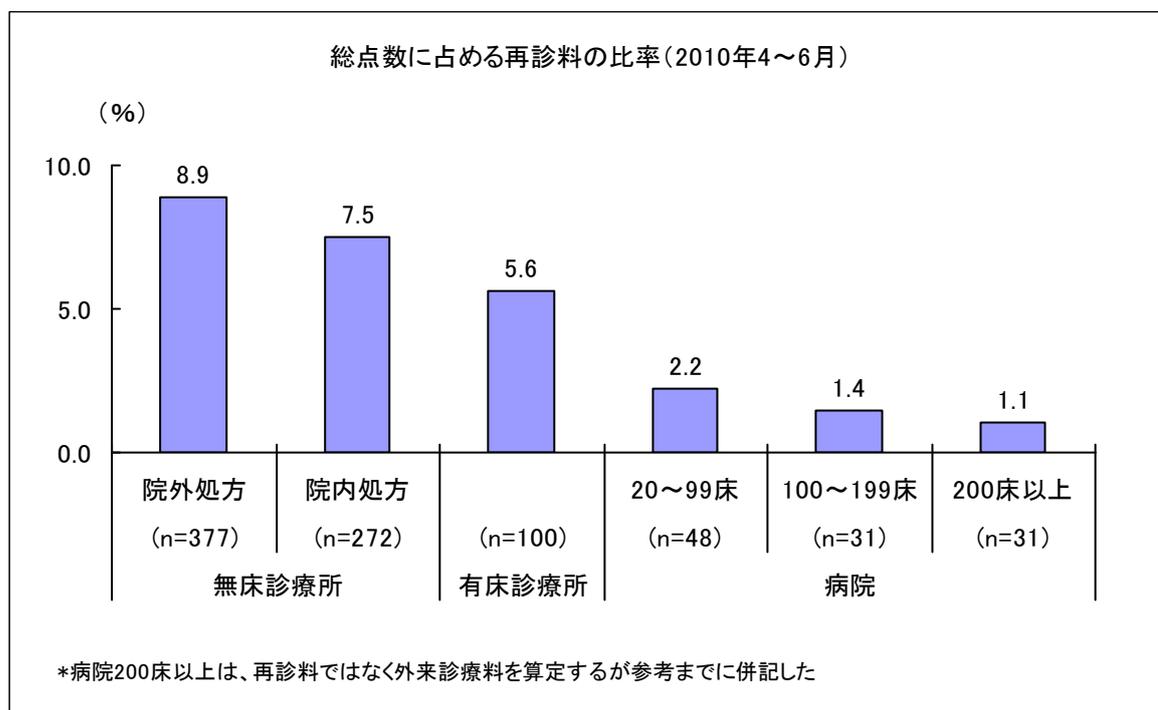
3. まとめと考察

3.1. 再診料

総点数（ほぼ医業収入に相当）に占める再診料算定点数の比率は、無床診療所院外処方 8.9%、無床診療所院内処方 7.5%、有床診療所 5.6%である（図 3.1.1）。

診療所、特に無床診療所の院外処方では、再診料は総点数の 1 割近くであり、医業経営上の重要な原資である。これに比べて、病院は、診療所に比べてはるかに再診料以外の収入が多く、総点数に占める再診料の比率は、20～99 床 2.2%、100～199 床 1.4%、200 床以上 1.1%（外来診療料の比率）であった。

図 3.1.1 総点数に占める再診料の比率



3.2. 外来管理加算

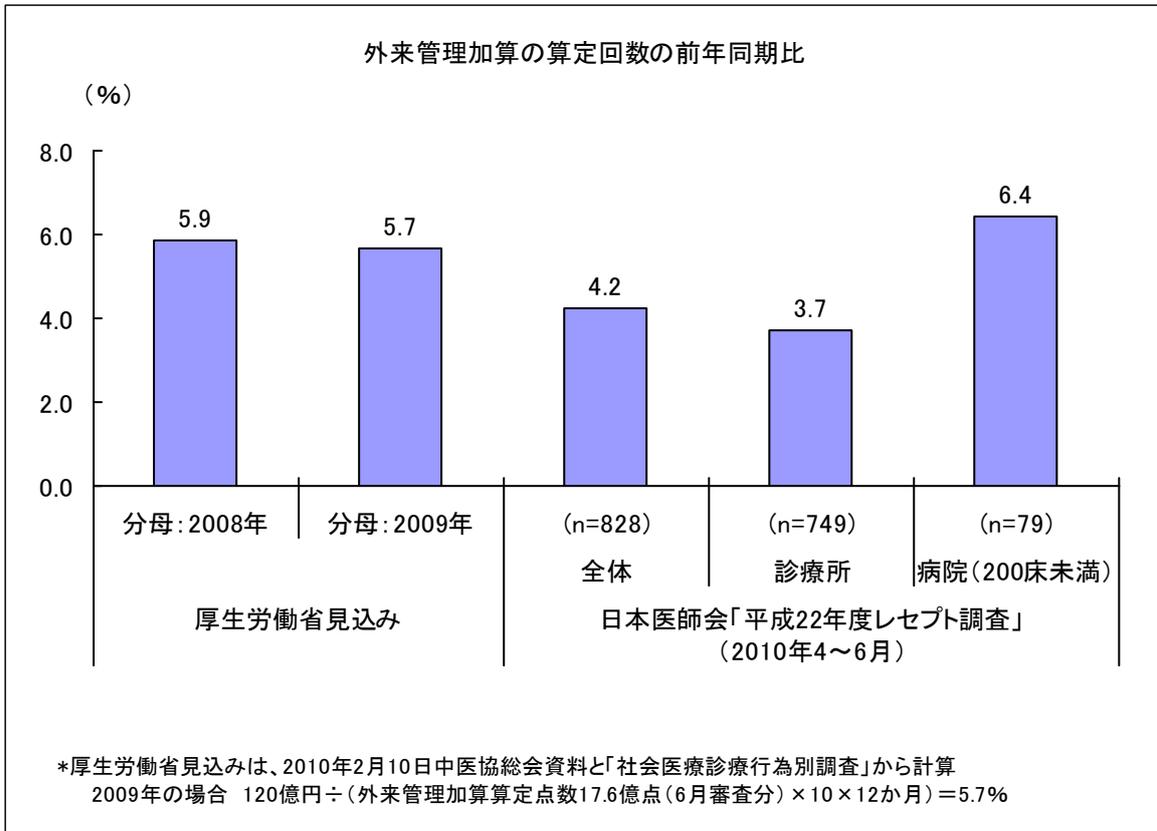
外来管理加算については、いわゆる5分要件を撤廃し、投薬のみの要請（いわゆるお薬受診）に対する算定ができないことを明文化したことで、算定点数が約120億円程度増加すると見込まれていた。厚生労働省「社会医療診療行為別調査」によると、2008年の外来管理加算算定点数は2,047億円（調査月のデータを単純に12倍して年換算）、2009年の外来管理加算算定点数は2,117億円（同）である。外来管理加算の算定要件変更に伴う影響率は、2008年を分母に計算すると5.9%、2009年を分母に計算すると5.7%である。外来管理加算は、診療報酬点数には変更がないので、算定点数も、算定回数も影響率は同じである。

実際には外来管理加算の算定回数の増加率は4.2%であった（図3.2.1）。

今回の外来管理加算の要件の見直しは、決められた外来改定財源に収めるために調整されたものであるが、2010年4～6月診療分の算定回数の伸びは予想を下回っており、その分の改定財源が使われていないことになる。

診療報酬改定の影響を予測することはかなり困難であり、予測と実態に乖離が出ることはやむを得ない。上方に乖離する場合も、下方に乖離する場合もあるが、今後、乖離をどの時点で把握し、乖離が出た場合にどのようにフォローするか（あるいは、しないのか）について、あらかじめ診療報酬改定時点で合意しておく必要があるのではないかと考える。

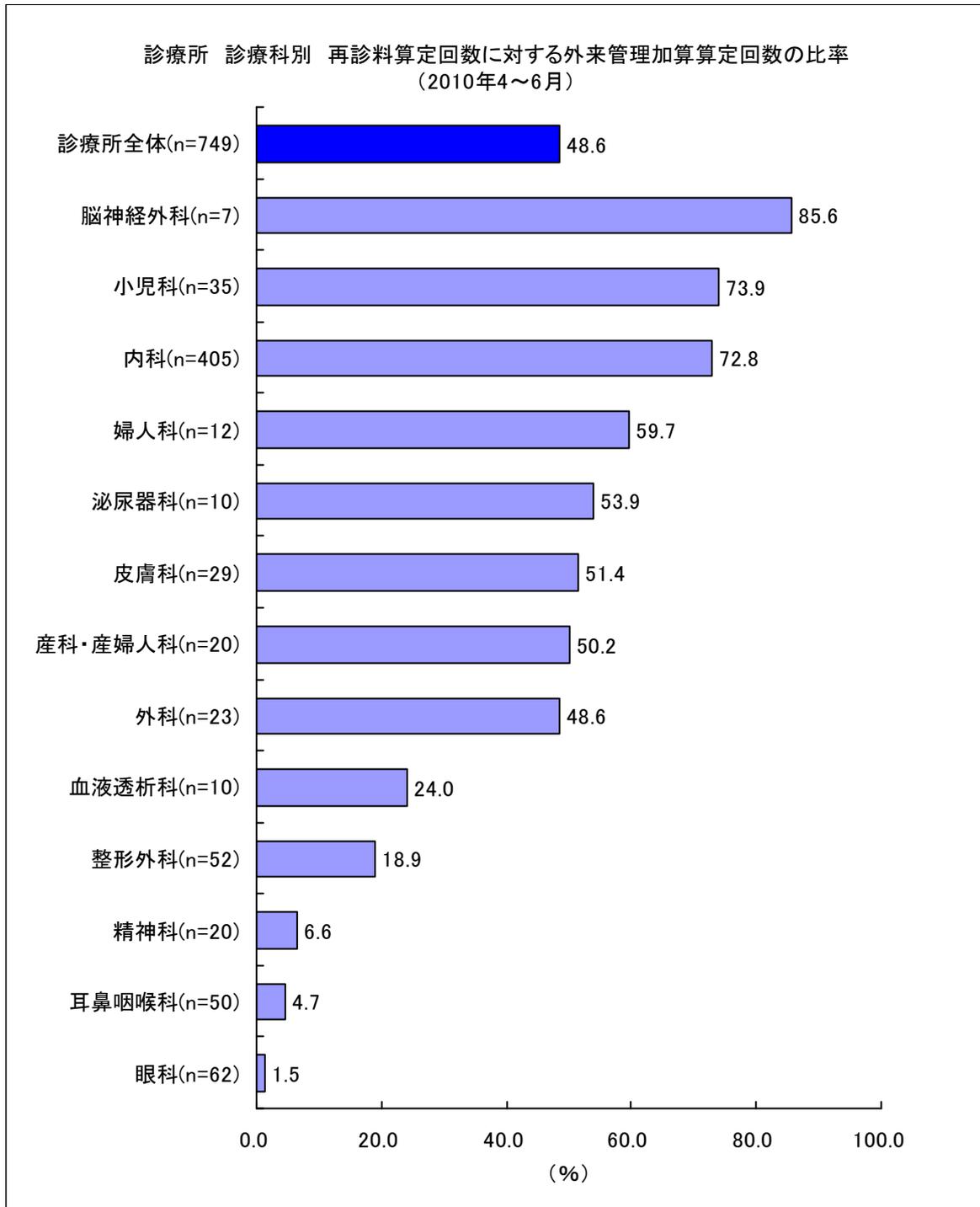
図 3.2.1 外来管理加算の算定回数の前年同期比



外来管理加算は、診療所および一般病床 200 床未満の病院で、処置、リハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行なった場合に、再診料に加算できる点数である。もともと内科再診料に端を発していることもあり、内科、小児科で算定割合が高い（図 3.2.2）。逆に処置の多い耳鼻咽喉科、眼科は、あまり算定されていない。

患者ニーズが多様化する中、計画的な医学管理のような無形の診療行為もますます増えると思われる。外来管理加算の議論を機に、無形の診療行為を洗い出し、患者が具体的なイメージを持てるような情報を提供していく必要があると考える。

図 3.2.2 診療所 診療科別 再診料算定回数に対する
外来管理加算算定回数の比率



4. 集計表

4.1. 再診料算定回数および算定点数

再診料算定回数 4～6月累計 (回)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
診療所	749	2,258,409	2,254,521	-0.2%
病院(200床未満)	79	491,157	486,340	-1.0%
全体	828	2,749,566	2,740,861	-0.3%

診療所 診療科別 再診料算定回数 4～6月累計 (回)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
内科	405	1,124,242	1,117,405	-0.6%
小児科	35	52,900	55,266	4.5%
精神科	20	46,974	48,758	3.8%
外科	23	76,178	75,488	-0.9%
整形外科	52	323,538	318,308	-1.6%
皮膚科	29	80,490	82,821	2.9%
婦人科	12	23,944	20,641	-13.8%
産科・産婦人科	20	24,631	25,066	1.8%
眼科	62	187,983	183,118	-2.6%
耳鼻咽喉科	50	179,408	186,448	3.9%
泌尿器科	10	30,787	33,167	7.7%
脳神経外科	7	25,366	24,442	-3.6%
血液透析科	10	40,657	41,713	2.6%
その他	14	41,311	41,880	1.4%
計	749	2258409	2254521	-0.2%

再診料算定点数 4～6月累計 (点)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
診療所	749	160,347,039	155,561,949	-3.0%
病院(200床未満)	79	29,469,420	33,557,460	13.9%
全体	828	189,816,459	189,119,409	-0.4%

入院外総点数 4～6月累計 (万点)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
診療所	749	190,044	191,243	0.6%
病院(200床未満)	79	48,669	49,956	2.6%
全体	828	238,712	241,199	1.0%

4.2. 外来管理加算算定回数

外来管理加算算定回数 4～6月累計 (回)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
診療所	749	1,055,796	1,094,993	3.7%
病院(200床未満)	79	248,375	264,320	6.4%
全体	828	1,304,171	1,359,313	4.2%

診療所 診療科別 外来管理加算算定回数 4～6月累計 (回)

	有効回答数	2009年	2010年	増減
内科	405	800,179	813,868	1.7%
小児科	35	38,806	40,844	5.3%
精神科	20	3,513	3,210	-8.6%
外科	23	33,471	36,679	9.6%
整形外科	52	55,309	60,022	8.5%
皮膚科	29	29,569	42,558	43.9%
婦人科	12	11,387	12,320	8.2%
産科・産婦人科	20	12,148	12,580	3.6%
眼科	62	2,823	2,715	-3.8%
耳鼻咽喉科	50	5,643	8,708	54.3%
泌尿器科	10	17,409	17,862	2.6%
脳神経外科	7	17,169	20,913	21.8%
血液透析科	10	9,573	10,030	4.8%
その他	14	18,797	12,684	-32.5%
診療所全体	749	1,055,796	1,094,993	3.7%

1施設当たり 診療所 診療科別 外来管理加算算定回数
4～6月累計 (回)

	2009年	2010年
内科	1,976	2,010
小児科	1,109	1,167
精神科	176	161
外科	1,455	1,595
整形外科	1,064	1,154
皮膚科	1,020	1,468
婦人科	949	1,027
産科・産婦人科	607	629
眼科	46	44
耳鼻咽喉科	113	174
泌尿器科	1,741	1,786
脳神経外科	2,453	2,988
血液透析科	957	1,003
その他	1,343	906

4.3. 地域医療貢献加算の届出状況

2010年6月診療分

	あり	なし	(再掲) 今後届出 予定有	計
有床診療所	60	40	3	100
無床診療所	159	490	5	649
全体	219	530	8	749

診療所 診療科別 地域医療貢献加算の届出の有無 2010年6月診療分

	全体			有床			無床		
	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計
内科	136	269	405	27	12	39	109	257	366
小児科	3	32	35	0	0	0	3	32	35
精神科	0	20	20	0	0	0	0	20	20
外科	12	11	23	3	4	7	9	7	16
整形外科	20	32	52	6	1	7	14	31	45
皮膚科	2	27	29	0	0	0	2	27	29
婦人科	3	9	12	0	0	0	3	9	12
産科・産婦人科	14	6	20	14	6	20	0	0	0
眼科	10	52	62	3	11	14	7	41	48
耳鼻咽喉科	4	46	50	0	2	2	4	44	48
泌尿器科	4	6	10	3	0	3	1	6	7
脳神経外科	3	4	7	0	2	2	3	2	5
血液透析科	3	7	10	1	1	2	2	6	8
その他	5	9	14	3	1	4	2	8	10
全体	219	530	749	60	40	100	159	490	649
構成比	29.2%	70.8%	100.0%	60.0%	40.0%	100.0%	24.5%	75.5%	100.0%

地域医療貢献加算を算定していない理由 2010年6月1日

	回答数
標榜時間外の対応を行っていないため	254
標榜時間外対応を行っているが、算定要件がきびしいため	116
標榜時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、今のところ様子を見ているため	23
標榜時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、届出し、周知することにより、時間外診療の負担が大きくなるおそれがあるため	61
その他	26
計(無回答を除く)	480

4.4. 再診料・外来管理加算・地域医療貢献加算算定状況

診療所 有床・無床別 診療科別 4～6月累計

(点)

	地域医療 貢献加算	診療科	有効 回答数	再診料		外来管理加算		地域医療 貢献加算	
				2009年	2010年	2009年	2010年		
有床診療所	あり	内科	27	7,421,417	7,035,999	3,649,048	3,516,136	305,913	
		小児科	0	-	-	-	-	-	
		精神科	0	-	-	-	-	-	
		外科	3	-	-	-	-	-	
		整形外科	6	4,112,178	3,902,502	489,320	588,744	169,674	
		皮膚科	0	-	-	-	-	-	
		婦人科	0	-	-	-	-	-	
		産科・産婦人科	14	1,453,796	1,417,536	484,952	492,336	60,378	
		眼科	3	-	-	-	-	-	
		耳鼻咽喉科	0	-	-	-	-	-	
		泌尿器科	3	-	-	-	-	-	
		脳神経外科	0	-	-	-	-	-	
		血液透析科	1	-	-	-	-	-	
		その他	3	-	-	-	-	-	
		計	60	12,987,391	12,356,037	4,623,320	4,597,216	535,965	
		なし	内科	12	3,597,286	3,289,506	1,377,636	1,222,936	0
			小児科	0	-	-	-	-	-
			精神科	0	-	-	-	-	-
			外科	4	791,011	772,455	218,296	224,276	0
			整形外科	1	-	-	-	-	-
	皮膚科		0	-	-	-	-	-	
	婦人科	0	-	-	-	-	-		
	産科・産婦人科	6	295,005	312,018	146,744	161,824	0		
	眼科	11	3,989,348	3,810,456	20,072	1,300	0		
	耳鼻咽喉科	2	-	-	-	-	-		
	泌尿器科	0	-	-	-	-	-		
	脳神経外科	2	-	-	-	-	-		
	血液透析科	1	-	-	-	-	-		
	その他	1	-	-	-	-	-		
	計	40	8,672,650	8,184,435	1,762,748	1,610,336	0		

*n≤3は非表示

診療所 有床・無床別 診療科別 4～6月累計

(点)

	地域医療 貢献加算	診療科	有効 回答数	再診料		外来管理加算		地域医療 貢献加算
				2009年	2010年	2009年	2010年	
無床診療所	あり	内科	109	22,147,740	21,276,840	11,653,928	11,723,868	912,789
		小児科	3	-	-	-	-	-
		精神科	0	-	-	-	-	-
		外科	9	1,932,904	1,924,341	591,552	628,108	83,667
		整形外科	14	6,912,347	6,727,776	927,160	1,007,240	292,512
		皮膚科	2	-	-	-	-	-
		婦人科	3	-	-	-	-	-
		産科・産婦人科	0	-	-	-	-	-
		眼科	7	1,329,830	1,297,200	10,712	18,720	56,400
		耳鼻咽喉科	4	981,291	1,107,795	13,260	43,940	48,165
		泌尿器科	1	-	-	-	-	-
		脳神経外科	3	-	-	-	-	-
		血液透析科	2	-	-	-	-	-
	その他	2	-	-	-	-	-	
	計	159	33,304,112	32,333,952	13,196,612	13,421,876	1,393,533	
	なし	内科	257	46,654,739	45,498,600	24,928,696	25,858,196	0
		小児科	32	3,546,237	3,600,420	1,897,428	1,991,756	0
		精神科	20	3,335,154	3,364,302	182,676	166,920	0
		外科	7	1,901,593	1,788,135	680,472	772,148	0
		整形外科	31	11,644,355	11,040,897	1,442,792	1,504,828	0
		皮膚科	27	5,582,091	5,505,234	1,471,912	2,123,992	0
		婦人科	9	1,013,525	967,863	504,816	496,080	0
		産科・産婦人科	0	-	-	-	-	-
眼科		41	6,991,938	6,547,272	90,376	91,832	0	
耳鼻咽喉科		44	11,053,067	11,033,652	278,148	404,924	0	
泌尿器科	6	755,511	847,803	359,476	395,252	0		
脳神経外科	2	-	-	-	-	-		
血液透析科	6	1,837,196	1,816,425	283,244	294,268	0		
その他	8	1,171,855	1,126,425	210,912	219,024	0		
計	490	95,487,261	93,137,028	32,330,948	34,319,220	0		

*n≦3は非表示

4.5. 総点数に占める再診料・外来管理加算算定点数の比率

総点数に占める再診料・外来管理加算点数の比率 4～6月平均 (%)

	有効 回答数	再診料		外来管理加算		計	
		2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年
診療所	749	8.01	7.70	2.74	2.82	10.75	10.52
病院(200床未満)	79	1.66	1.80	0.73	0.74	2.38	2.54

診療所 有床無床別 院内処方院外処方別 4～6月平均 (%)

	有効 回答数	再診料		外来管理加算		計	
		2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年
有床	100	5.87	5.60	1.66	1.64	7.53	7.24
無床	649	8.66	8.34	3.07	3.18	11.72	11.51
院外処方	377	9.19	8.87	3.20	3.28	12.39	12.14
院内処方	272	7.82	7.51	2.87	3.01	10.68	10.52

診療所 診療科別 4～6月平均 (%)

	有効 回答数	再診料		外来管理加算		計	
		2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年
内科	405	7.64	7.38	3.98	4.05	11.62	11.43
小児科	35	6.05	5.85	3.25	3.26	9.30	9.12
精神科	20	11.06	10.83	0.61	0.54	11.67	11.37
外科	23	9.70	9.09	3.12	3.33	12.82	12.41
整形外科	52	14.69	14.17	1.84	2.01	16.53	16.18
皮膚科	29	10.78	10.41	2.90	4.03	13.67	14.44
婦人科	12	9.70	9.44	3.38	4.25	13.08	13.69
産科・産婦人科	20	4.98	4.58	1.80	1.73	6.78	6.31
眼科	62	7.57	7.17	0.08	0.08	7.65	7.25
耳鼻咽喉科	50	11.79	11.53	0.27	0.41	12.07	11.94
泌尿器科	10	3.91	3.94	1.62	1.60	5.53	5.54
脳神経外科	7	5.14	4.73	2.55	3.05	7.69	7.78
血液透析科	10	2.79	2.70	0.48	0.49	3.27	3.19
その他	14	4.23	4.11	1.41	0.94	5.64	5.04

4.6. 入院外 1 件当たり日数

入院外 1 件当たり日数

診療所 診療科別

(日)

	有効回答数	2009年	2010年
診療所全体	749	1.98	1.93
内科	405	1.87	1.82
小児科	35	1.75	1.78
精神科	20	1.96	1.97
外科	23	2.65	2.65
整形外科	52	3.32	3.22
皮膚科	29	1.40	1.38
婦人科	12	1.80	1.78
産科・産婦人科	20	1.52	1.55
眼科	62	1.25	1.24
耳鼻咽喉科	50	1.83	1.84
泌尿器科	10	2.58	2.58
脳神経外科	7	1.44	1.34
血液透析科	10	6.08	5.63
その他	14	2.12	2.08

4.7. 再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数の比率

再診料算定回数に対する外来管理加算算定回数の比率

診療所 診療科別

(%)

	有効回答数	2009年	2010年
診療所全体	749	46.75	48.57
内科	405	71.17	72.84
小児科	35	73.36	73.90
精神科	20	7.48	6.58
外科	23	43.94	48.59
整形外科	52	17.10	18.86
皮膚科	29	36.74	51.39
婦人科	12	47.56	59.69
産科・産婦人科	20	49.32	50.19
眼科	62	1.50	1.48
耳鼻咽喉科	50	3.15	4.67
泌尿器科	10	56.55	53.85
脳神経外科	7	67.69	85.56
血液透析科	10	23.55	24.05
その他	14	45.50	30.29

5. 調査票

「日本医師会 平成 22 年度レセプト調査」の調査票本体については、「日本医師会『平成 22 年度レセプト調査』（1）－総点数・総件数・総日数等の動向－」を参照されたい。次頁は、レセプト調査に追加して行なった地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算についてのアンケート調査票である。

日本医師会 平成22年度レセプト調査
追加依頼

2010年5月

社団法人 日本医師会

この追加依頼シートは、すでにご提出いただいている調査票と共にご返送下さい。
日本医師会 総合医療政策課
FAX 03-3942-6507 / TEL 03-3942-6504

下記の2項目は、現在ご提出いただいている本年4～6月の調査票「2-2. 入院外」の部分再度、細かくお聞きしています。なお、**ご回答は本年6月1日現在の状況**でお願いいたします。

I 地域医療貢献加算について

(1) 貴院は地域医療貢献加算の届出をされましたか。

- 1 はい → 終了です。ありがとうございました。
- 2 いいえ → **(2)へお進みください。**

(2) **届出をされていない医療機関**にお伺いします。その理由を選択してください。

- 1 標榜時間外の対応を行っていないため。
- 2 標榜時間外の対応を行っているが、算定要件がきびしいため。
- 3 標榜時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、今のところ様子をみているため。
- 4 標榜時間外の対応を行っており、算定要件も満たしているが、届出し、周知することにより、時間外診療の負担が大きくなるおそれがあるため
- 5 { その他 }

II 明細書発行体制等加算に関わる電子請求の状況について

(1) 貴院は電子レセプト請求(オンラインまたは光ディスク等)を行っておられますか。

- 1 行っている。→ 終了です。ありがとうございました。
- 2 現在は行っていないが、本年7月から行う。→ 終了です。ありがとうございました。
- 3 現在、行っておらず、本年7月以降も免除または猶予されている。→ **(2)へお進みください。**

(2) **免除または猶予されている医療機関**にお伺いします。その理由を選択してください。

- 1 レセコン未使用(手書き)のため。
- 2 常勤の医師がすべて65歳以上のため。
- 3 電子レセプトに対応していないレセコンのリース期間中または減価償却期間中のため。
- 4 個別の事情により電子レセプト請求が困難なため。

ありがとうございます。引き続き調査にご協力のほど、よろしくお願いいたします。