

200500009A

平成17年度厚生労働科学研究費補助金

(政策科学推進研究事業)

診療報酬における医師技術評価に関する研究

内保連・外保連方式 (H15-政策-020)

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 茅野 眞男

国立病院東京医療センター 外来診療部長

平成18年3月

## 目次

### 総括・主任研究報告書

1. 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告概要 3p
2. 実態調査詳細解析;再診での診察時間に関する検討 5p
3. 実態調査詳細解析;内科専門医と循環器専門医の診察時間に関する検討 19p
4. 班会議報告書; 31p

### 総括・分担研究報告書

1. リハビリ部門; 石田 61p
2. 透析腎血液浄化部門; 高橋 97p
3. 診療所部門; 清水 103p
4. 生体検査部門; 伊東 105p

### 総括・研究協力者報告書

- 方法論に関する考察; 橋本 121p

### 資料

1. 実態調査;内科系外来技術の難易度及び時間に関する調査 概要版 135p
2. 日本病院管理学会抄録 137p

# 総括・主任研究報告書

## 総括研究報告書 概要版

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)研究成果抄録(H17 年度終了課題)

研究課題名：診療報酬における医師技術評価に関する研究

課題番号：H15-政策-020

国庫補助金精算所要額：8,700,000 円

主任研究者名：国立病院東京医療センター 循環器科 茅野眞男

分担研究者名：

日本大学大学院グローバルビジネス研究科教授

高橋 進

東海大学医学部専門診療学系教授

石田 暉

近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科教授

青木 矩彦

(財)日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院

伊東 春樹

阿部医院院長

清水恵一郎

研究目的=本邦で過去になされたことのない内科系医療技術評価をおこない、米国 RBRVS で使われた総合負荷が使用できるかを検討した。

方法=平成 18 年度診療報酬改定に役立つ資料となることを目指した。大学病院や大病院（病床 200 床以上）の勤務医が所属する学会の連合体である内科系学会社会保険連合（内保連）の協力を得て行った。

結果及び考察=外来診療を重点的に解析し、専門家による Delphi 法に基づく診療所要時間計測データから、診療時間と難易度（経験年数）と診療報酬の関係を探索的モデル式で評価してきた。第三年度では本研究班を解析、外来診療、生体検査、診療所、リハビリ、ハイテク在宅（血液濾過）の 5 つのグループに分けた。1) 複数の統計・行動計量学者に参加してもらい、心理尺度比率の面から内科系 9 部門間の外来診療データ格差に関して検討した。2) 中医協外来診療全国実態調査データと本 Delphi 法データの整合性を検討したが、難易度に関して結局統一的基準は作成できなかった。3) 米国 RBRVS が総合負荷結果を診療実時間提示してきたので、それと比較して問題となっている病院診療所格差の、紹介・再診・入院診療といった部分の指導管理料まで含めた原価計算を行ない、格差を明らかにした。4) 生体検査において伊東が上述の内保連方式で調査する対象技術を再調査して外保連試案を補完するデータを提示した。5) リハビリ分野では、医師技術としての「リハビリ処方」を石田がとりあげた。

リハビリ処方にあつかる時間は初診で平均 10 分（整形外科）から 18 分（リハビリ）、処方作成行為そのものが治療と考えられた。心臓リハビリでは運動処方の記載および説明に合計 35 分が費やされるなど処方とそれに続く説明は重要な医療行為であり評価が必要である。

結論=内科系医療技術評価に関し、1) 外来診療では計量心理学的測定値である総合負荷、あるいはそれに替わるものとして実時間測定が重要である。2) 診察実時間以外に症例難易度も総合負荷（医師技術料）に大きな影響があることが分かったが、それらを外来診療報酬に反映させるのは難しい。3) 平成 18 年度診療報酬改定に対してはいろいろな提案が可能であったが、まずは時間当り診療報酬額の病院診療所間格差の是正と、神経内科診察時間に対する早急な対処の二つを、内保連から厚生労働省へ提出した。4) グループ診療におけるリハビリでは、リハビリ処方は初診でも 10 分以上の時間を要し、診療報酬の中にドクターフィーとしての処方料の新設がなされるべきである。

内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査  
－再診での診察時間に関する検討－

茅野 真男 国立病院東京医療センター

## 1. 目的

厚生労働科学研究費補助金を受けて、内科系学会社会保険連合(内保連)で内科系医療技術の評価に関する研究が行われている。そこでは、医師の行為に対して必要とする負担感(=総合負荷)、時間(=必要時間)、経験(=責任卒年)等がアンケート調査で得られ、総合負荷を必要時間と責任卒年で説明するモデルが検討されている。ここに、必要時間は実態時間でなく、必要と考えられた時間として得られていることから、そのズレが問題となっている。したがって、実態時間がどのような要因によって影響を受けているのかを調査する必要があった。そこで、中央社会保険医療協議会(中医協)診療報酬基本問題小委員会が行ったアンケート調査のデータを用いて、検討を行うこととなった。ここでは、先に報告した「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査－5つの検討事項に対する統計解析－」(H2005-272)、「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査－内科専門医と循環器専門医の診察時間に関する検討－」(H2005-336)に引き続いて、以下の3つの検討課題に対する統計解析結果を報告する。

### 1. 大病院において、再診における

難病外来指導管理対象患者と非難病外来指導管理対象患者で診察時間が異なる。

2. 大病院において、再診における神経難病外来指導管理対象患者、非神経難病外来指導管理対象患者、非難病外来指導管理対象患者で診察時間が異なる。

3. 診療所において、再診(診断確定後継続行為)における糖尿病・高血圧・高脂血症いずれかの患者とそれ以外の患者で診察時間が異なる。

## 2. 解析データ

### 2.1. アンケート調査の対象と方法

アンケート調査は、回答医師に対する調査票(医師調査票)、および診察患者に対する調査票(患者調査票、医師が記入)により構成される調査票一式を内保連加盟学会の保険委員が所属する病院、診療所へ送付して行われた。医師調査票では、医師のプロフィール(経験年数、専門性)、作業環境(初診再診および予約の有無、助手数、独立して定期的に診察している一番若い医師の卒後年数、診察に影響を与えると思われる診察室外のシステム)に関する設問が設定されている。また、患者調査票では、

診察医師との対応付けを明確にした上で、患者のプロフィール(性別、年齢、当日紹介の有無、初診再診の別)、診察の内容(診察合計時間、診察時間の内訳、疾患名)、重症度、医師満足度、診察の難易度に関する設問が設定されている。

回収されたアンケート票の施設数、参加医師数、患者数を大病院、リハビリ、中小病院、診療所ごとに集計した結果を表 1 に示した。ここに、病床数が 200 以上を大病院、1 以上 200 未満を中小病院、0 を診療所とし、診療科がリハビリテーション、リハビリテーション科、循環器科・心臓リハビリテーション、心臓リハビリテーション、リハビリテーション科専門医となっている施設をリハビリとした。

## 2.2. 医師調査票と患者調査票の対応付け

医師調査票と患者調査票があることから、医師コードで患者調査票とその調査票を記入した医師の医師調査票とを対応付けた。対応付けられない調査票もあったので、それぞれの医師コードを表 2 のように対応付けた。明らかなコードの作成ミス、医師調査票にある総患者数と対応付けられない患者調査票数を根拠に設定した。

## 2.3. 患者調査票の難易度区分

各患者調査票に対して、当日紹介の有無と初診再診の別を用いて、表 3 のよ

うな難易度指標 4 区分を設けた。これは中医協の報告書と同じ定義である。

## 3. 再診での診察時間に関する検討

### 3.1. 難病外来指導管理対象患者の診察時間に関する検討

ここでは、以下の課題について検討した。

大病院において、再診における難病外来指導管理対象患者と非難病外来指導管理対象患者で診察時間が異なる。

12,012 枚の患者調査票のうち、施設が大病院、診察合計時間の区分が調査票にある 1~11、難易度指標が「再診:初期の診断治療行為」または「再診:診断確定後継続行為」である 5,234 枚を対象に解析を行った。難病外来指導管理対象患者(以下、難病患者)と非難病外来指導管理対象患者(以下、非難病患者)で診察時間に差があるか否かを検討するため、両患者群間で診察時間を Wilcoxon の順位和検定で比較し、結果を表 4 に示した。また、診察時間に影響を及ぼすと考えられている患者調査票の難易度の分布を難病患者と非難病患者でまとめた分割表を表 5 に示した。表 4 から、有意水準 0.05 で難病患者と非難病患者で診察時間に差があると言えた。よって、非難病患者よりも難病患者の方が診察時間は長いと考えられた。

次に、各難易度区分で難病患者と非難病患者ごとに、診察合計時間を集計した分割表を表 6 に、ヒストグラムを図 1

に示した。そして、各難易度区分で難病患者と非難病患者で診察時間に差があるか否かを検討するため、各難易度ごとに Wilcoxon の順位和検定を行った。その結果を表 7 に示した。ここに、多重性を調整するため、Bonferroni の方法で p 値を調整した。表 7 より、有意水準 0.05 で各難易度区分において、難病患者と非難病患者で診察時間に有意差が認められた。よって、各難易度区分で、非難病患者よりも難病患者の方が診察時間は長いと考えられた。

しかし、これらの結果は例数が多いことにより、難病患者と非難病患者の診察時間にあるとても短い時間の差を検出している懸念があったため、診察合計時間の各カテゴリを便宜的に 1.5, 5, 8.5, 13, 18, 25.5, 35.5, 45.5, 55.5, 75.5, 100 分として、各難易度区分での難病患者と非難病患者の平均診察合計時間を求めた。その結果、平均診察合計時間は「再診:初期の診断治療行為」において、難病患者で 22.86 分、非難病患者で 12.62 分であったことから、Wilcoxon の順位和検定では 10.24 分に相当する差が検出されたと考えられた。同様に、「再診:診断確定後継続行為」において、難病患者で 12.62 分、非難病患者で 9.32 分であったことから、Wilcoxon の順位和検定で検出された差は 3.30 分に相当していると考えられた。

### 3.2. 神経難病外来指導管理対象患者の診察時間に関する検討

ここでは、以下の課題について検討した。

大病院において、再診における神経難病外来指導管理対象患者、非神経難病外来指導管理対象患者、非難病外来指導管理対象患者で診察時間が異なる。

12,012 枚の患者調査票のうち、施設が大病院、診察合計時間の区分が調査票にある 1~11、難易度指標が「再診:初期の診断治療行為」または「再診:診断確定後継続行為」である 5,234 枚を対象に解析を行った。ここに、難病外来指導管理対象患者のうち診察時間を最も費やした病名が ICD-10<sup>1</sup> の I60-I69 と G00-G99 に該当する場合を神経難病外来指導管理対象患者(以下、神経難病患者)とし、それ以外を非神経難病外来指導管理対象患者(以下、非神経難病患者)とした。神経難病患者、非神経難病患者、非難病外来指導管理対象患者(以下、非難病患者)で診察時間に差があるかを検討するため、各患者群間で診察時間を Kruskal-Wallis 検定で比較し、結果を表 8 に示した。また、診察時間に影響を及ぼすと考えられている患者調査票の難易度の分布を神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者でまとめた分割表を表 9 に示した。表 8 から、有意水準 0.05 で神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者で診察時間に有意差が認められた。どの患者間で診察時間に差があるかを調べるため、Tukey 法による多重比較を行い、得られた p 値を

<sup>1</sup> ICD-10 とは疾患、傷害および死因統計分類概要を示す。



表 8 に示した。有意水準 0.05 で、すべての患者群間で診察時間に差が認められた。

次に、各難易度区分で神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者ごとに、診察合計時間の分割表を表 10 に、ヒストグラムを図 2 に示した。そして、各難易度区分で神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者で診察時間に差があるか否かを検討するため、各難易度ごとに Kruskal-Wallis 検定を行った。その結果を表 11 に示した。ここに、多重性を調整するため、Bonferroni の方法で p 値を調整した。表 11 より、有意水準 0.05 で各難易度区分において、神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者で診察時間に差があると言えた。どの患者間で診察時間に差があるかを調べるため、Tukey 法による多重比較を行い、得られた p 値を表 11 に示した。有意水準 0.05 で、「再診:初期の診断治療行為」において、神経難病患者と非難病患者で診察時間に差があると言え、「再診:診断確定後継続行為」において、神経難病患者と非難病患者、神経難病患者と非神経難病患者で診察時間に差があると言えた。

しかし、これらの結果は例数が多いことにより、神経難病患者、非神経難病患者、非難病患者の診察時間にあるとても短い時間の差を検出している懸念があったため、診察合計時間の各カテゴリーを便宜的に 1.5, 5, 8.5, 13, 18, 25.5, 35.5, 45.5, 55.5, 75.5, 100 分として、各

難易度区分で患者ごとの平均診察合計時間を求めた。その結果、平均診察合計時間は「再診:初期の診断治療行為」において、神経難病患者で 25.70 分、非難病患者で 12.62 分であったことから、13.08 分に相当する差が検出されたと考えられた。同様に、「再診:診断確定後継続行為」において、神経難病患者で 15.02 分、非神経難病患者で 10.57 分、非難病患者で 9.32 分であったことから、検出された差は神経難病患者と非難病患者間で 5.71 分、神経難病患者と非神経難病患者間で 4.45 分に相当していると考えられた。

### 3.3. 糖尿病・高血圧・高脂血症患者の診察時間に関する検討

ここでは、以下の課題について検討した。

診療所において、再診(診断確定後継続行為)における糖尿病・高血圧・高脂血症いずれかの患者とそれ以外の患者で診察時間が異なる。

12,012 枚の患者調査票のうち、施設が診療所、診察合計時間の区分が調査票にある 1~11、難易度指標が「再診:診断確定後継続行為」である 540 枚を対象に解析を行った。糖尿病・高血圧・高脂血症いずれかの患者(以下、特定患者)とそれ以外の患者(以下、非特定患者)で診察時間に差があるか否かを検討するため、特定患者と非特定患者ごとに診察合計時間の分割表を表 12 に、ヒストグラムを図 3 に示した。そして、両患者群間で診察時間を Wilcoxon の順位和検

定で比較し、結果を表 13 に示した。有意水準 0.05 で、特定患者と非特定患者で診察時間に差があるとは言えなかった。

#### 4. 結論

大病院での再診において、非難病外来指導管理対象患者よりも難病外来指導管理対象患者の方が診察時間は長いと考えられ、難易度区分が「再診:初期の診断治療行為」では 10.24 分の差が検出され、「再診:診断確定後継続行為」では 3.30 分の差が検出されたと考えられた。また、難病外来指導管理対象患者を神経難病外来指導管理対象患者と非神経難病外来指導管理対象患者へ分けた場合においても診察時間に差があると考えられた。難易度区分が「再診:

初期の診断治療行為」では神経難病外来指導管理対象患者と非難病外来指導管理対象患者間で 13.08 分の差が検出され、「再診:診断確定後継続行為」では神経難病外来指導管理対象患者と非難病外来指導管理対象患者間で 5.71 分、神経難病外来指導管理対象患者と非神経難病外来指導管理対象患者間で 4.45 分の差が検出されたと考えられた。

診療所での再診(診断確定後継続行為)において、糖尿病・高血圧・高脂血症いずれかの患者とそれ以外の患者で診察時間に差があるとは言えなかった。

以上

長谷川 貴大

塩野義製薬(株) 解析センター

表 1 回収されたアンケート票の構成

	大病院	リハビリ	中小病 院	診療所	合計
施設数	58	5	19	28	110
参加医師数	515	26	62	29	632
患者数	8,617	890	1,407	1,098	12,012

表 2 対応付けた医師コード

医師調査票	患者調査票	n
CB04	CB02	51
BW07	BW99	34
CG07	CG99	19

表 3 難易度指標 4 区分

難易度指標	当日紹介の有 無		初診再診の別
	有	無	
初診:当日紹介状有	有	無	初診
初診:当日紹介状無	無	有	初診
再診:初期の診断治療行為	—	—	再診(初期の診断治療行為)
再診:診断確定後継続行為	—	—	再診(診断確定後継続行為)

表 4 非難病患者と難病患者の診察時間:Wilcoxon の順位和検定

	平均スコア	検定統計量	p 値
非難病患者	2554.21	10.1036	<.0001
難病患者	3277.44		

表 5 難病患者と非難病患者における難易度の分布

	再診:初期の診断治療 行為	再診:診断確定後継続 行為	合計
非難病患者	822 17.21%	3954 82.79%	4776
難病患者	67 14.63%	391 85.37%	458

表 6 各難易度区分に対する難病患者と非難病患者の診察合計時間の分割表

難易度区分	診察合計時間											合計
	0-3分	4-6分	7-10分	11-15分	16-20分	21-30分	31-40分	41-50分	51-60分	61-90分	91分以上	
再診: 非難病	44	167	224	177	97	76	23	7	4	3	0	822
初期の診断治療行為	5.35%	20.32%	27.25%	21.53%	11.80%	9.25%	2.80%	0.85%	0.49%	0.36%	0.00%	
再診: 難病	0	7	13	9	8	12	10	4	1	3	0	67
診断	0.00%	10.45%	19.40%	13.43%	11.94%	17.91%	14.93%	5.97%	1.49%	4.48%	0.00%	
再診: 非難病	279	1301	1264	673	269	113	24	16	7	3	5	3954
診断	7.06%	32.90%	31.97%	17.02%	6.80%	2.86%	0.61%	0.40%	0.18%	0.08%	0.13%	
確定後	11	80	111	84	54	37	10	3	0	1	0	391
継続行為	2.81%	20.46%	28.39%	21.48%	13.81%	9.46%	2.56%	0.77%	0.00%	0.26%	0.00%	

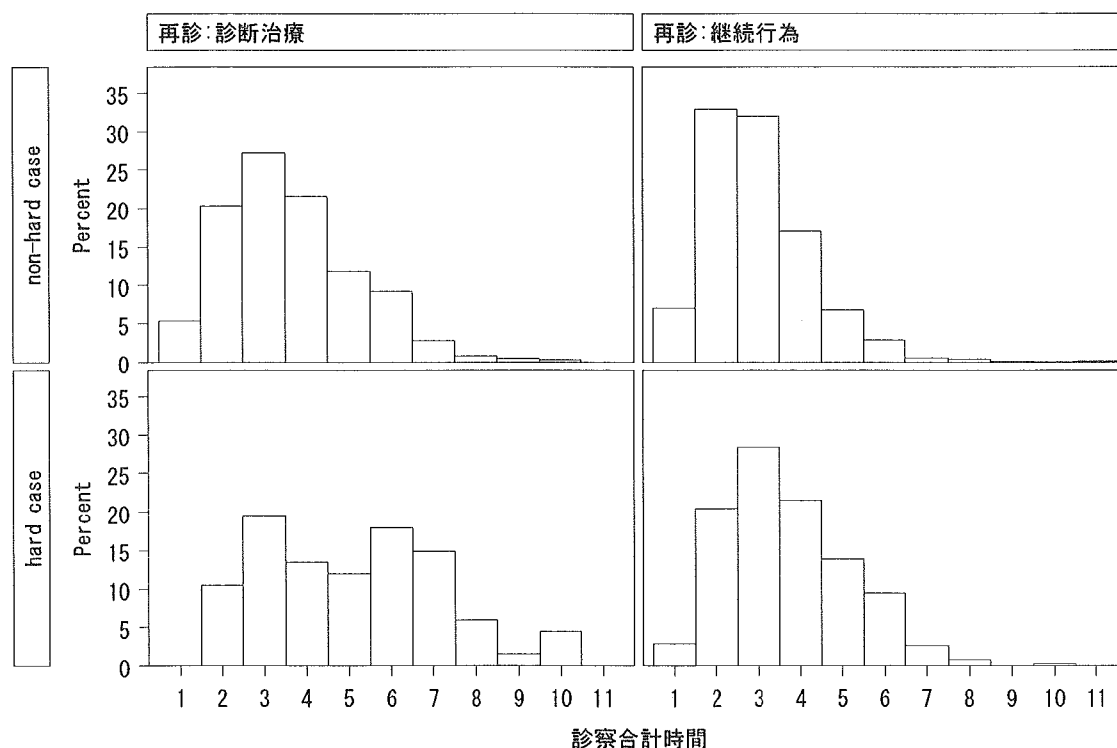


図 1 各難易度区分に対する難病患者と非難病患者の診察合計時間のヒストグラム

表 7 難易度区分ごとの非難病患者と難病患者の診察時間:Wilcoxon の順位和検定

難易度区分	平均スコア	検定統計量	p 値
再診:初期の診断治療行為 非難病患者	431.61	5.5518	<.0001
難病患者	609.23		
再診:診断確定後継続行為 非難病患者	2119.94	9.1925	<.0001
難病患者	2709.54		

表 8 神経難病患者, 非神経難病患者, 非難病患者の診察時間:Kruskal-Wallis 検定

	Kruskal-Wallis 検定				Tukey 法による多重比較	
	平均スコア	検定統計量	自由度	p 値	非難病	非神経難病
非難病患者	2554.21	137.537	2	<.0001		
非神経難病患者	2902.79				0.0446	
神経難病患者	3719.88				<.0001	0.0012

表 9 神経難病患者, 非神経難病患者, 非難病患者における難易度の分布

	再診:初期の診断治療行為	再診:診断確定後継続行為	合計
非難病患者	822 17.21%	3954 82.79%	4776
非神経難病患者	37 14.92%	211 85.08%	248
神経難病患者	30 14.29%	180 85.71%	210

表 10 各難易度区分の神経難病患者, 非神経難病患者, 非難病患者の診察合計時間の分割表

難易度区分	診察合計時間											合計
	0-3分	4-6分	7-10分	11-15分	16-20分	21-30分	31-40分	41-50分	51-60分	61-90分	91分以上	
再診: 非難病	44	167	224	177	97	76	23	7	4	3	0	822
初期の診断治療行為	5.35%	20.32%	27.25%	21.53%	11.80%	9.25%	2.80%	0.85%	0.49%	0.36%	0.00%	
再診: 非神経難病	0	6	10	6	2	5	3	2	1	2	0	37
初期の診断治療行為	0.00%	16.22%	27.03%	16.22%	5.41%	13.51%	8.11%	5.41%	2.70%	5.41%	0.00%	
再診: 非難病	279	1301	1264	673	269	113	24	16	7	3	5	3954
初期の診断治療行為	7.06%	32.90%	31.97%	17.02%	6.80%	2.86%	0.61%	0.40%	0.18%	0.08%	0.13%	
再診: 非神経難病	9	57	64	49	18	9	3	2	0	0	0	211
初期の診断治療行為	4.27%	27.01%	30.33%	23.22%	8.53%	4.27%	1.42%	0.95%	0.00%	0.00%	0.00%	
再診: 非難病	2	23	47	35	36	28	7	1	0	1	0	180
初期の診断治療行為	1.11%	12.78%	26.11%	19.44%	20.00%	15.56%	3.89%	0.56%	0.00%	0.56%	0.00%	

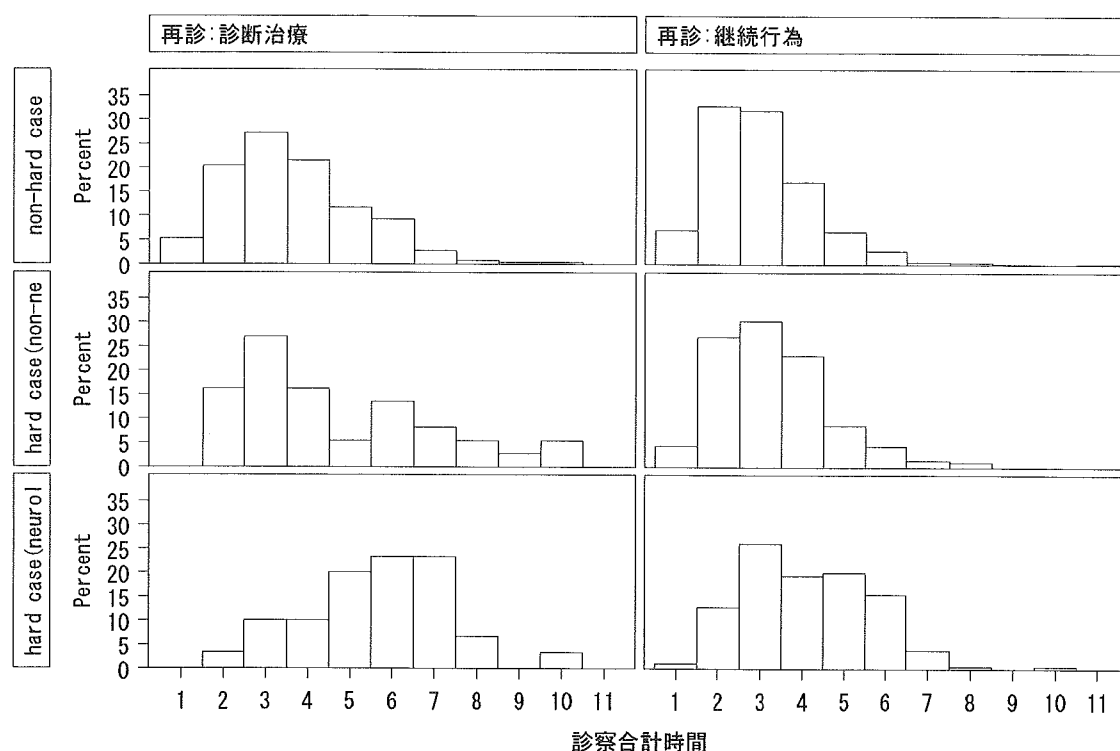


図 2 各難易度区分の神経難病患者, 非神経難病患者, 非難病患者の診察合計時間のヒストグラム

表 11 難易度区分ごとの神経難病患者, 非神経難病患者, 非難病患者の診察時間: Kruskal-Wallis 検定

難易度区分	Kruskal-Wallis 検定				Tukey 法による多重比較		
		平均スコア	検定統計量	自由度	p 値	非難病	非神経難病
再診: 初期の	非難病患者	431.61	38.2789	2	<.0001	0.4618	
	非神経難病患者	702.50					
診断治療行為	神経難病患者	533.61	114.201	2	<.0001	0.0038	0.3180
	非難病患者	2119.94					
再診: 診断確定後	非難病患者	2119.94	114.201	2	<.0001	0.1490	
	非神経難病患者	2401.57					
継続行為	神経難病患者	3070.54				<.0001	0.0054

表 12 特定患者と非特定患者の診察合計時間の分割表

難易度 区分	診察合計時間											合 計
	0-3分	4-6分	7-10分	11-15分	16-20分	21-30分	31-40分	41-50分	51-60分	61-90分	91分以上	
再診: 非特定	56	101	76	30	14	3	4	1	2	0	0	287
診断 患者	19.51%	35.19%	26.48%	10.45%	4.88%	1.05%	1.39%	0.35%	0.70%	0.00%	0.00%	
確定 特定	36	119	67	25	5	1	0	0	0	0	0	253
後 患者	14.23%	47.04%	26.48%	9.88%	1.98%	0.40%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
継続 行為												

表 13 特定患者と非特定患者の診察時間: Wilcoxon の順位和検定

	例数	平均スコア	検定統計量	p 値
非特定患者	287	276.53	-1.0036	0.3156
特定患者	253	263.66		

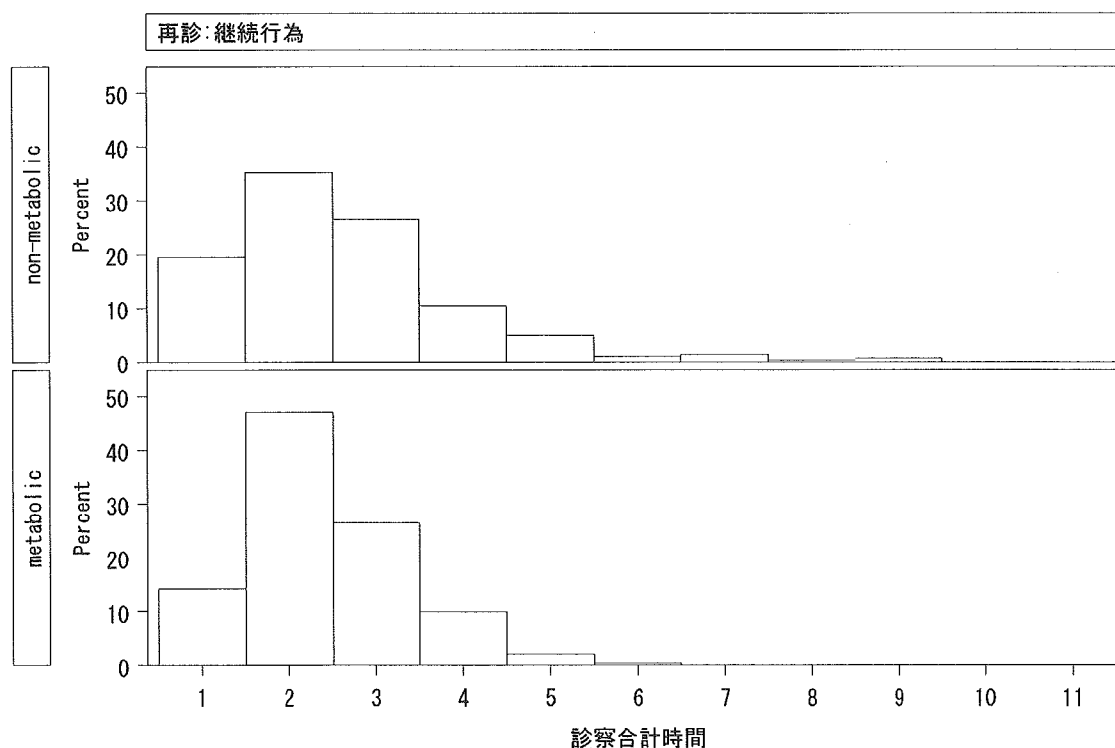


図 3 特定患者と非特定患者の診察合計時間のヒストグラム



## 【医師調査票と項目番号】

外来診察に係る調査 (1 医師 1 枚、複数日調査の場合は分けてご記入ください)

A 貴医療機関名：	B 貴診療科：
C 診察医師番号*：	
*診察医師番号は貴病院で協力いただいた医師の通し番号を 1 から順に記入	

D 調査診察日と診療時刻：
2005 年 ____ 月 ____ 日 ____ 曜日 ____ 時 ____ 分 から ____ 時 ____ 分
E 該当診療室の上記時間の総患者数： ____ 名

F 貴兄の経験年数 (医師免許取得からの年数)： ____ 年
G 専門性： _____
※H お持ちの場合は、先生にとって重要と思われる学会資格 (略称でなく正式名称) を順番に最高二つまで記載してください。それが次ページ (裏面) リストの標榜可能資格に該当する場合は、○で囲ってください。

I 貴診察室内での作業環境
1) 初診専用、再診専用、予約無専用、初診再診混在、その他
2) 助手数：
医師 (含む予診係) ____ 名、看護師* ____ 名、事務員 (診察室内の入力係等) ____ 名
*ブロック内の医師二人に 1 人の看護師がついているなら 1/2 と表記
3) 貴科における、一番若く独立して定期的に診察している医師の卒後年数： ____ 年
4) 診察時間に影響すると思われる診察室外のシステム
(予約センター (診察室内外は問いません)、検査説明係り、その他 ( _____ ))

貴医療機関に関する質問
J 許可病床数： ____ 床
K 貴院での紹介状無し患者から徴収する特定療養費額： ____ 円
L 自費診察しているセコンドオピニオン外来： 無 ・ 有
( 有の場合 ) 時間： ____ 分 で 料金： ____ 円
M 外来カルテは 手書き ・ オーダリングは電子化 ・ 電子カルテ ・
その他 ( _____ )

備考欄 (調査方法に関する問題点があればお書きください)：

## 【患者調査票と項目番号】

外来診察に係る調査 (患者1人1枚ご記入ください)

1. 診察医師番号 :	2. 患者番号(任意) :
3. 診察開始時刻 : _____ 時 _____ 分	4. 診察終了時刻 : _____ 時 _____ 分
※診察医師番号は、医師調査票で定めた番号をご記入ください。	
※患者の診察室入室からその日の診療が終わって最終的に退出までの時間をご記入ください。	
5. 患者年齢 : _____ 歳	6. 患者性別 : 男 ・ 女
7. 当日紹介の有無 : 有 ・ 無	
8. 診療報酬上の初診再診の別 :	
初診 ・ 再診 (再診区分 : ①初期の診断治療行為、②診断確定後継続行為)	
※ 初期の診断治療行為とは確定診断を得て治療処方をするまでの行為を指します。	

9. 診察合計時間に○をつけてください。					
※ 診察室外検査や待ち時間等で中断された時間は除きます。					
①0-3分	②4-6分	③7-10分	④11-15分	⑤16-20分	
⑥21-30分	⑦31-40分	⑧41-50分	⑨51-60分	⑩61-90分	⑪91分以上

10. 可能な範囲でその時間を下記に細分化して○をつける、但し網掛け部分は数字を記入 (単位 : 分)					
	0-3分	4-6分	7-10分	11-15分	15分以上
脱衣・問診・診察・説明					
処方					
生体検査					
処置					
informed consent					
その他					

時間調査は、診察室内で医師と対面している時間を想定しています。

- ・患者さんと対面していない所での予習時間や診断書紹介状作成時間は含みません。
- ・生体検査には診察室外の検査は含みません。
- ・informed consent とは別日に、別室で診断説明を行なった場合、家族にも説明を行なった場合、患者署名を行なった場合のいずれかを満たすものです。
- ・second opinion とはここでは自費診療と定義されます。医師調査票にお書きください。
- ・入院患者であっても外来診療室にて診察する場合は調査対象に含まれます。

11. 疾患名 : (複数可、但し本日の時間を1番費やした病名を頭書にお書きください、疑い病名可能)
12. 重症度 : 当日入院、入院予約、次回外来予約、当日で終了、他
13. 診察時間に関する医師満足度 : 充分を5、非常に不足を1とする5段階で判定ください 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
14. 対象が A. 200床以上の大病院における専門的機能を必要とした B. どちらともいえない C. 一般診療所機能にふさわしい
15. 当日他科受診の有無 : 有 ・ 無

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
平成17年度 研究報告書

内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査  
ー内科専門医と循環器専門医の診察時間に関する検討ー

茅野 真男 国立病院東京医療センター

## 1. 目的

厚生労働科学研究費補助金を受けて、内科系学会社会保険連合(内保連)で内科系医療技術の評価に関する研究が行われている。そこでは、医師の行為に対して必要とする負担感(=総合負荷)、時間(=必要時間)、経験(=責任卒年)等がアンケート調査で得られ、総合負荷を必要時間と責任卒年で説明するモデルが検討されている。ここに、必要時間は実態時間でなく、必要と考えられた時間として得られていることから、そのズレが問題となっている。したがって、実態時間がどのような要因によって影響を受けているのかを調査する必要がある。そこで、中央社会保険医療協議会(中医協)診療報酬基本問題小委員会が行ったアンケート調査のデータを用いて、検討を行うこととなった。ここでは、先に報告した「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査ー5つの検討事項に対する統計解析ー」(H2005-272)に引き続いて、以下の2つの検討事項に対する統計解析結果を報告する。

1. 大病院において内科専門医が診ると時間が短い。
2. 大病院において循環器専門医が循環器患者を診ると時間が短い。

## 2. 解析データ

### 2.1. アンケート調査の対象と方法

アンケート調査は、回答医師に対する調査票(医師調査票)、および診察患者に対する調査票(患者調査票、医師が記入)により構成される調査票一式を内保連加盟学会の保険委員が所属する病院、診療所へ送付して行われた。医師調査票では、医師のプロフィール(経験年数、専門性)、作業環境(初診再診および予約の有無、助手数、独立して定期的に診察している一番若い医師の卒後年数、診察に影響を与えると思われる診察室外のシステム)に関する設問が設定されている。また、患者調査票では、診察医師との対応付けを明確にした上で、患者のプロフィール(性別、年齢、当日紹介の有無、初診再診の別)、診察の内容(診察合計時間、診察時間の内訳、疾患名)、重症度、医師満足度、診察の難易度に関する設問が設定されている。

回収されたアンケート票の施設数、参加医師数、患者数を大病院、リハビリ、中小病院、診療所ごとに集計した結果を表1に示した。ここに、病床数が200以上を大病院、1以上200未満を中小病院、0を診療所とし、診療科がリハビリテーション

オン, リハビリテーション科, 循環器科・心臓リハビリテーション, 心臓リハビリテーション, リハビリテーション科専門医となっている施設をリハビリとした。

## 2.2. 医師調査票と患者調査票の対応付け

医師調査票と患者調査票があることから, 医師コードで, それぞれの患者調査票を記入した医師の医師調査票と対応付けた。いくつかの調査票で対応付けられないものがあつたので, それぞれの医師コードを表 2 のように対応付けた。明らかなコードの作成ミス, 医師調査票にある総患者数と対応付けられない患者調査票数を根拠に設定した。

## 2.3. 患者調査票の難易度区分

各患者調査票に対して, 当日紹介の有無と初診再診の別を用いて, 表 3 のような難易度指標 4 区分を設けた。これは中医協の報告書と同じ定義である。

## 3. 内科専門医と循環器専門医の診察時間に関する検討

### 3.1. 内科専門医の診察時間に関する検討

ここでは, 以下の検討事項に対して統計解析を行った。

大病院において内科専門医が診ると時間が短い。
------------------------

12,012 枚の患者調査票のうち, 施設が大病院, 診察合計時間の区分が調査票にある 1~11, 当日紹介の有無・初診再

診の別が欠測でない 6981 枚を対象に解析を行った。また, 医師の一番の専門が一般内科, 社団法人 日本内科学会, 総合内科, 内科, 内科(認定医), 内科一般, 内科学, 内科学会専門医, 内科学会認定医, 内科専門医, 内科認定, 内科認定医, 内科認定医専門医, 内科認定専門医, 日本内科学会, 日本内科学会専門医, 日本内科学会内科専門医, 日本内科学会認定医, 日本内科学会認定医専門医, 日本内科学会認定医内科医, 日本内科学会認定専門医, 日本内科学会認定内科医, 日本内科学会認定内科専門医, 日本内科学会認定内科認定医, 日本内科認定医, 日本臨床内科認定医, 認定内科医のいずれかである場合を内科専門医とし, それ以外を非内科専門医とした。内科専門医と非内科専門医で診察時間に差があるかを検討するため, Wilcoxon の順位和検定を行った。その結果を表 4 に示した。また, 診察時間へ影響を与えると考えられている患者調査票の難易度の分布を内科専門医と非内科専門医でまとめた分割表を表 5 に示した。有意水準 0.05 で, 内科専門医と非内科専門医で診察時間に差があると言えた。よって, 非内科専門医よりも内科専門医の方が診察時間は長いと考えられた。

図 1 各難易度指標に対する内科専門医と非内科専門医の診察合計時間のヒストグラム

次に, 各難易度指標で内科専門医と