

6. 研修医人件費

研修医（修練開始後1年、2年）は手当、賞与、厚生費、退職金などが支給されないことより別途算出した。

医師年間勤務日数、勤務日1日の実働時間、年間実働時間など基本的算出項目は常勤医師と同じである。俸給（1級2号俸）の月額は241,900円で年間総給与額は2,902,800円となる。これを年間実働時間で1,744時間で除すと1,660円/時となる（表3）。

7. 経験年数と技術度区分

外科医の技術度は修練と経験により年々向上する。従って医師の時給も経験年数の増加により昇給するのは当然である。

手術試案第4版では技術度を研修医を除き、普通群を1～10群、仮設（特）群を6群の計16段階設けてあった。これを今回は、外保連3試案は人件費、技術度区分も共通との立場から13段階とした。そしてその技術度区分の表現も統一した（表4）。

8. 技術度指数

外科医の技術は修練と努力により日々向上する。しかし給与指数で見る限り初任医師（修練開始後3年）が10年を経ても約1.6倍にしかならず技術の向上に見合うだけの報酬が算定されてない。実際には個人差はあるにしても数倍の技術力を体得しているはずである。そこで給与指数を技術力に近い指数に補完するために設けられたのが技術度指数である。

技術度指数は修練開始1年を1とした。この技術度は手術、処置、生体検査で技術の関与する度合が異なることから各委員会で下記4案の中から合理的かつ現実的な技術度指数を採用することとした。

技術度指数

A案：0（表5）

B案：1年で0.167上げる（手術試案第4版）（表6）

C案：1年で0.25上げる（表7）

D案：1年で0.5上げる（表8）

0.5は2年で、0.25は4年で、0.167は6年で技術力が2倍になるとして設定した値である。

9. 協力者人件費

協力医師（助手）は執刀医・施行医より2年修練の少ない医師を第1助手とし、以下助手の人数が増すごとに、2年ずつ修練の少ない医師を当てた。そして各助手の人件費/時の合計を協力医師人件費/時とした（表9、10、11、12、13）。

10. 俸給表上の‘とび’は医師7年、12年、技師（士）は2年とした。

11. 看護師、技師（士）等の人件費は卒後5年目で算定した（表14、15）。

日本心臓病学会一般演題抄録

生体検査に於ける医師技術料の評価

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター
循環器科-茅野眞男 ID:8901008

心臓血管研究所附属病院
伊東 春樹 7803003

【背景と目的】DPC を初めとする診療報酬議論では現在、データは従来の保険診療点数との比較で論ぜられている。しかし現在の診療報酬点数は原価積算で決められた訳ではないので多くの非難がある。原価積算をする場合に、医師技術料をどう評価すべきかに関しては十分な検討がない。外科系学会社会保険連合（外保連）は医師技術料は時間と経験年数の関数として、さらに経験年数一年当り最高 4 倍の調整係数をつけているがその根拠は明らかではない。【方法】我々は厚生労働科学研究補助金と内科系学会社会保険連合（内保連）の協力のもとに、外来の 304、生体 178、手術処置 53 設問を Delphi 法で調査した。内科系医師技術料のモデル式として、 y ; 総合負荷をいわゆる相対的医師技術料と考え、 x ; 必要時間（実態時間と異なり、専門家が必要と認める時間） $\cdot z$; 症例難易度として責任卒年（行為に対して責任のとれる経験年数つまり難易度） $\cdot m$; 必要助手数（医師と検査技師を加えた必要助手数の 3 つの説明因子から線型一次式回帰式を算出した。【結果】自由度調整済み決定係数 0.70 以上の良いモデル式を得た。外来診療 $y=0.17x+0.8z-1.7$ ($x \leq 60, y \leq 14$ 、生体検査 $y=0.04x+0.9z+3.1m-0.6$ 、手術処置 $y=0.06x+0.6z+7.2m-0.6$ 。助手を必要とする生体検査処置手術を外来診療と比較すると、時間係数より助手係数の関与が大きかった。外保連方式と比較して、助手数（助手の原価とは異なる）、つまり多くの人数を監督するのに総合負荷が高いのは妥当と考えられる。しかし助手係数は手術は検査の二倍にしかならず、外保連調整係数とは異なった。【考察】本技術料にはいわゆる検査技師の技術料は含まれておらず、それをどのように評価するのかが今後の課題である。

2005年9月3日

厚生労働科学研究医師技術評価議事予定

第3回 inter-specialty panel

出席者（敬称略）：青木・岩男・荻野・清水・高崎・高沢・高柳・田倉・茅野・中瀬・西山・橋本

共通設問を作ったのであるが共通設問に対する理解の不一致があったものと思われる。

中医協外来診療全国調査データベースを利用目的を明示した研究者に配ることが提案された。

橋本意見：総合負荷に影響を与える因子として、まず設問の構成要素がバラバラであること。症例難易、重症、緊急といった環境問題等が挙げられた。前者の2つを固定して行った。茅野から各部門でも候補を挙げられた。それを橋本が以下の3つのレベルでまとめ、それぞれがブリッジ可能という案を出した。一番易しいものとしては風邪。

以下番号は設問番号

11020・高血圧再診

21010・チラジンS投与

81338・インフルエンザ症例10（清水）も同等

またこのような問題を神経の再診、消化器の胃炎で作ることとなった。

設問作成にあたっては病名を当初に書くと難易度が変わってきてしまう。

中等度の問題としては、

83510・肺癌、55210・肝臓癌、21030・循環器狭心症、11210・内分泌・甲状腺が同等とされた。

神経の場合は意識障害の方、45111・神経難病の方が時間がかかるとされた。

消化器の下血問題に関しても問題改定が必要。

重症に関しては内分泌の副腎・新しい設問および循環器の25010・心不全および消化器の重症膵炎も問題の作り直しが必要。

55410が適当とされた。

2週間おきと3ヶ月おきで高血圧を管理するのに Out-come を含む満足度が違う

というデータが必要。

患者の説明は入れていないが Bad News Telling の場合に？が難しくなるのか？

米国 CPT2005 の EM の説明があった。

しかし、Resource based の限界も議論された。しかし、病院内？においては必要なのではないか。もらうのは DPC のように一括で構わないが。

外来診療報酬に関係なく、生体検査は含まず。

1. 既設外来診療設問から選んで inter-specialty panel をおこなう。

2. 対象とする医師診療技術（設問）の再検討。

1. 各部門比較のため“問診から検査オーダーまで”に統一します。

別冊の既設設問で各部門の負荷大中小候補を挙げますので、妥当かを決めて下さい。診療所と内分泌は別紙[資料]。診察の流れが完結していなくてよいので、他部門が理解しえる設問かがポイント。

総合負荷点数をつけずに、他部門のどの設問と似ているのかを言ってください。

設問決定での問題点；

最小単位は再診降圧剤処方 21010。

緊急の扱い。51110；論点は時間外か、急性腹症か。理学所見に腹膜炎が必要では。

入院コンサルも含んでよい（データが揃っている患者の判断）。

神経内科診察は医師が1人でおこなう生体検査と位置づけては。

内分泌の ACTH 結果は検査判定（判断料）、

2. 米国 CPT 2005 の Evaluation and management (EM) 1-32 頁を参照 [資料；米国 CPT 2005]。外来時間内診療に限定せず、入院患者診療 consult、緊急を含んだものを議論。

問題点；hospital の observe と care はどう違うのか。

Emerg. Visit の方が安いのはなぜか。

今後のために必要だが、部門毎の設問は不要では？医師の判断 E&M とは、Pretest probability を見極める。

米国との医療環境差異、生体検査への access の違い。

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター茅野

補足：橋本研究協力者と主任研究者茅野のやりとり

- 「医師技術評価という大問題を議論する前に、厚生労働科学研究医師技術評価で最終年度としてできることを限定しなくてはと思います。」
- 「外来診療改訂は平成 18 年度診療報酬改訂に要求しないことになったので、本厚生科研は無理に成果を出すことを考えず、純粹に研究としてご検討ください。つまり、今後この問題を引き継ぐ研究者に役立つように、方法論のどこに問題があるのか、どの範囲まで検証が済んだのか、次に何をすべきなのか、等をご示唆いただければと存じます。」

厚生科研としての落としどころについて上記ご指示を踏まえ、以下コメント申し上げます。（正直、ちょっとほっとしました）

- 「作業仮説として、“初診における問診身体所見・検査オーダー・非専門家による画像診断・医師による科別特殊検査・処方・説明 (informed consent?) はそれぞれ独立した技術とみなされる”」

これは検証する仮説というよりは、これを前提として分析を進めるモデルになるかと思います。つまり、「独立である」ということを「検証・証明」することはできません。独立した技術であるとみなした上で、どうそれを数量化するか、という問題になります。→

独立した技術であると証明できないなら、同じだ。独立とは、モデル式の係数が違う。

方法論として、生体・手術ではどうなるか？

- 「積み木（技術）に例えるなら、外来診療は、問診・身体所見・検査オーダー・処方・説明 (informed consent) という積み木の集合です。目的変数たる外来診療総合負荷量を説明するに、積み木の数（独立技術）、一つの積み木が大きい（時間が長い、または症例難易度が高い）、積み木の材質による

比重（科による心理比例尺度の違い？）という要素があるかと思います。」

上記は感覚的に仰せのとおりだと思います。ただし問題は、技術の種類、科による違い、症例の難易度という3つの要素が同時に動いたのでは、複雑すぎて推計はできないということです。今回の研究では当初、総合負荷を全科共通のものさしで見れるようにすること（RBRVSと同じように）が目的であったと理解していました。そこで前回会議でご提案したように、技術については内容を固定して、問診・身体所見・処方・説明をワンセットにし全科統一規格でシナリオを仕上げていただき（つまり技術種類自体は全科共通の構成で）、難易度についても高いもの、中程度、低いものの3つをいずれの科についても参照点として示していただいた上で、残る第3要素となる「科による比重の違い」について inter-subspecialty board で調整作業を行いましょ、ということでした。つまり構成要素と難易度は固定したうえで、科間の調整だけ行うということでお話が進んでいたと記憶しています。

今回、私が記憶する限りでは初めて明示的に、先生の「積み木仮説」を示していただいたかと思います。個々の診療技術を独立した「積み木」に見立てて、その積み重ねで総合負荷を考える、ということをお考えだったとすれば、前回までの作業とは異なったものが必要になります。独立した技術であると証明できないなら、同じだ。独立とは、モデル式の係数が違う。「問診・身体所見・検査オーダー・処方・説明というそれぞれの積み木が、材質と大きさを補正したあとでも独立した積み木なのか。」に答えを出さなくてはならないのであれば、ひとつの方法は以下の式のようになります。

総合負荷 = 切片 + a1*問診 + a2*身体所見 + a3*検査オーダー + a4*処方 + a5*説明

ただし a1~a5; 回帰係数、各変数はありなしのダミー変数

このモデルでは上記診療行為は全科通じて一定のベースラインがあることを前提にしています。その上で材質（科による違い）や大きさ（難易度）の違いだけを加算をするだけ、という風に考えるのであれば、上記基本モデルにさらに科・難易度の項を追加して、

総合負荷 = (基本モデル) + (b1*神経+b2*内分泌+b3*外科+..) + (c1*中難易度+c2*高難易度) 　ただし b1,b2,b3,..... 科の回帰係数 (各科は0-1のダミー変数)

　　　　　　　　　c1, c2 　　　　　難易度の回帰係数 (シナリオ難易度はダミー変数で)

このモデルでは b1,b2,...が診療所をベースにした場合の各科の加算分を表し、c1,c2 が低難易度をベースにした場合の難易度ごとの加算分を表す、という形になります。

もし各積み木 (診療技術) ごとに科によって違いがあると想定するとモデルははるかに複雑になります。たとえば同じ問診でも診療所の問診と内分泌の問診では長さや負荷が異なるとなると、

総合負荷 = (基本モデル) + (b1*神経+b2*内分泌+b3*外科+..
　　　　　　　　　+(d1*問診*神経+d2*問診*内分泌+d3*問診*外科+...)
　　　　　　　　　+(e1*身体所見*神経+e2*身体所見*内分泌+e3*身体所見*外科+..
　　　　　　　　　+(f1*検査オーダー*神経+f2*検査オーダー*内分泌+f3*検査オーダー*外科+..
　　　　　　　　　+(g1*処方*神経+g2*処方*内分泌+g3*処方*外科+..
　　　　　　　　　+(h1*説明*神経+h2*説明*内分泌+h3*説明*外科+..
　　　　　　　　　+(c1*中難易度+c2*高難易度)

上記のモデルとの違いは、各診療行為ダミーと専門科ダミー変数の交互作用項が加わったことです。さらに難易度によっても神経の重症と外科の重症では負荷が違うとなれば、さらに難易度と科の交互作用項が加わり、とても推計できるような式にはなりません。

- 「例えば神経内科の実測時間が長かったのは、身体所見積み木が問診積み木より特別大きいのか、別な積み木なのか。診療報酬提出した神経加算とは、同じ技術で時間が長いからか要求するのか、神経診察という独立技術 (いわゆる生体検査扱いで外来診療とは別 code) で要求するのか。少なくとも中瀬先生はその区別を明確に意識していませんし、政治的に決めてもいいのですが、本研究はそれを支持する根拠資料にはなると思います。」

さらに中医協調査の実測時間とこれまでの厚生科学研究で収集してきた「必要

理想時間」、そして「総合負荷」を結びつけてものをいうのは、これまでのデータの取り方からいって、困難であるし、慎重にしたほうがいいと私は感じています。まずは実測時間と必要理想時間とがどの程度一致しているのか、していないのか、実測した診療行為の構成内容（診療行為種類、積み木の構成種類）と、必要理想時間を導いたシナリオで問われている診療行為の構成内容が同じなのか、違うのか、などがわからないと上記の問いに対する回答を、本研究のデータから導くことは不可能であると思います。

- 「積み木の数つまり分解型設問の問題点として、それぞれの積み木の負荷を合計すると、とんでもない大きな数字になってしまい、社会的に認知されない。中医協実態調査と比較もできない。」

先に述べましたように、私もそうした観点から見て、「独立積み木の積み重ねモデル」は、実態調査との乖離、ならびにそれに沿った形の実行可能性の高い支払いスキームが浮かばないことから、モデルとしては面白いのですが、それにこだわるのは難しいかと存じます。それゆえ、積み木の構成と、重症度は固定して、科間の心理学尺度的調整だけに集中しなおしたほうがよろしいかと存じます。

上記の本質論とは一線を画して以下の技術的問題についてコメントしますと；

➤ 「パネル中央値をとることが妥当かは最終年度では間に合わず、標準偏差か変動係数が大きい設問は削除してはどうでしょう。」

→ 前回お話ししましたように、分布が大きく変動係数が大きいものはパネルが「合意にいたらなかったもの」ですので、その理由が「シナリオのあいまいさ、不備によるもの」なのか、「パネルの間の意見の相違」によるものなのか、を明らかにした上で、今回の推計からははずすことを私もお勧めします。そして上記の「分布不備の原因」について考察した上で、研究方法についての反省点としてまとめることをお勧めします。

➤ 「重い積み木（つまり問診・身体所見という一般基本診察で緊急性の高い精神的な高負荷）を希望でしたが、班員は作れなかった。診療所部門とは議論しましたが、最近の参加班員の状況が様々（高度専門家から高齢者）で意見の統一は無理。」

診療所などで無理に作れないところは必要ありません。要は1) 診療所部門の複数シナリオの間で相対的な位置づけが明確にできていること、2) その上で、その中で最高点をマークしたシナリオについて、他科のどのシナリオと同程度の負荷に相当するのか、について inter-specialty パネルで合意が取り付けられること、以上が満たされれば結構です。

➤ 「仕方ないので、共通設問を見ればよいと思います。既に検討されており（添付；長谷川の例えば設問 1180）、診療所が低い、内分泌が高いとでています。共通設問以外の各部門設問一般基本診察でも、総合負荷の値は同じく 3-5 程度です。」

これは inter-specialty 間の調整とは全く別の問題ですので、混同しないでください。inter-specialty パネルでやるべきことは、それぞれの科の代表的シナリオ（一番重いものと、中くらいのもの）について、どの科のどのシナリオが、別の科のどのシナリオに相当するのか、を合意してもらうことです。一方上記のように同じ共通設問でも科間で負荷回答が異なる、というのは、1) 科によって同じシナリオでも別の作業を想定している（つまり同じシナリオな

のに積み木の数構成が科によって異なって認知されている)、もしくは2) 専門科と診療所医師とで負荷の感じ方が同じ作業なのに異なる、かのどちらかになります。前者であればシナリオが不備であるので修正が必要ですし、もし後者だとすれば、そもそも inter-specialty の調整が不可能であることを意味します。いずれにせよ、科間の調整の役には立ちません。

- 「最終報告では診療所は切り離すしかないのでは。尺度は、外科内科の差といった場合に重要で、内科のなかではこれでいいのでは。ここらへんで科別の差は考えずに、内科外来診療で方向が出せないか。」

すでに上述したように、科の間で異なる作業が想定されているのかが問題です。同じ作業なのに専門科によって負荷が異なるというのでは、技術料は決められません。

- 「症例難易度 case mix は責任卒年で表されていますので、検討可能と思います。あるいは、そもそも初診と再診は別な医療技術なのかも検討できます。」

これは可能と私も思います。

では27日にさらにお話しさせていただければと存じます。

橋本 拝

資料番号 3-1

ファイル名=中央値消化器k408.xls

Sheet名=共通全科 (3)

管理番号	共通全科設問
11010	23歳男性が、鼻水、咽喉の痛み、咳を呈したため仕事前に初診来した。特筆すべき既往歴はない。
	内 容
11020	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は37.2℃だった。
11030	同日、上記患者に付いて「普通感冒であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示出しを含む)
11040	同日、上記患者に「総合感冒薬等の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。必要な副作用説明を含む。
11050	37歳男性、気管支喘息にて他院を通院加療中であったが、2日前から咳、痰、喘息が増悪したため初診来院した。なおチアノーゼは認めない。
管理番号	内 容
11060	上記患者について「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は38.0℃だった。
11070	同日、上記患者に対して「胸部X線単純写真の読影診断」を行った(記録を含む)。
11080	同日、上記患者に対して「上気道感染症であるという診断・治療方針の決定」を行った(カルテ記録、指示出しを含む)
11090	同日、上記患者に対して「抗生物質の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)
11101	62歳男性、突然に呼吸困難を呈したため外来診療時間帯に初診来院、チアノーゼを認めるために優先診療とした。
管理番号	内 容
11110	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。
11120	同日、上記患者に対して「心電図検査」を医師自ら行った(そばにいる協力スタッフへの指示を含む)。
11130	同日、上記患者に対して「心電図検査の判定」を行った(記録を含む)。
11140	同日、上記患者に対して「急性心筋梗塞症であるという診断・治療方針の決定」を行い、次の担当医に引き継いだ(指示出しやその後に行うカルテ記録を含む)。
11150	61歳男性、4日前より排便なく、昨日より左下腹部痛、嘔吐が出現したため初診来院した。
管理番号	内 容
11160	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。
11170	同日、上記患者に対して「腹部単純X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。
11180	同日、上記患者に対して「腸閉塞症で入院が必要であるという診断・治療方針の決定と説明」を行い、次の担当医に引き継いだ(カルテ記録、指示出しを含む)。

48歳女性、最近2年間で急に肥満気味になる。住民健診で空腹時血糖145mg/dl、コレステロール244mg/dl、血清K 3.2mEq/l、血圧152/92mmHgを指摘され市役所から糖尿病と高脂血症、高血圧など生活習慣病及び内分泌疾患についての精密検査を医師のもとでうけるようすすめるられ来診した。住民健診のデータが依頼書に添えられてあった。身長170cm、体重83kg。

評価対象 技術	行為	内容
<p>外来初診と (問診)検査 も実施 す た むが 実施 は含 ま ず</p>	<p>①問診をとって糖尿病、高脂血症、高血圧症について、家系図を作成し、糖尿病が母方のおじ、おばにあることと、高血圧と脳卒中に父方のおじにあることをそれぞれ確認した。兄弟は3人であるが、他の二人(兄、妹)は健康であることを聞き、この患者の肥満と高血圧、どの病気をすべて2年前に始まっていることを確認した。2年前から生理がないことを聞き、また常用薬について聞き出した。また常用薬に聞こえなかったところ、漢方薬を愛用しているが他に薬は用いていないことが判明した。薬局に問い合わせたところ漢方薬には小柴胡湯が含まれていて、診察所見として顔面が少々紅潮していることと、眉毛が男性的で太い。肝二横指触知(右鎖骨中線)、軟。握力低下。胸部・背部のにきび様発疹を認めたらが皮膚線条は腹部に認めない。膝蓋腱反射の低下を認めた。血圧162/98mmHg、脈拍78/分。</p> <p>②以上のこと①②を診察録に記録し、紹介状に対する返書を書き、今後の検査方針を報告すると共に患者にも説明した。</p> <p>④検査を右の内容で行うよう指示した。 (腹部CTは肝腫大の精査副腎腫大の有無の判定を兼ねる)</p>	<p>住民健診の結果に低K血症の所見があったので、この関係の高血圧をまず除外しなければならないと考え、その頻度の高いアルドステロン症とCushing症候群の除外診断のため診察計画をたてた。</p> <p>全身診察、特に全身皮膚の視診を詳細に行った。握力測定、腱反射測定。</p> <p>今後の検査予定を述べて患者のインプフォームド・コンセントを得る。紹介状に対する返書を書く。</p> <p>①血清Na、K、Cl、Ca、P、血糖、CHO、など生化学検査</p> <p>②内分泌学的検査(血液) レニン活性、アルドステロン値、コルチゾール、ACTH、IRI</p> <p>③内分泌学的検査(尿) 24h尿：糖、CRN、アルブミン、1700HCS、17KS、free cortisol</p> <p>心電図、胸部X線、腹部CT</p>
<p>二週間 後に患 者は 再診</p>	<p>二週間後に患者は検査の結果を聞くため来診した。夜間多尿と握力低下はなおみられた。ACTH(朝)64pg/ml、コルチゾール(朝)24ug/dl、アルドステロン(安静)10ng/dl、レニン活性(安静)正常、K 3.0mEq/l、Na 146mEq/l、空腹時血糖 128mg/dl、空腹時IRI 12uU/ml、尿中free cortisol 160ug/day、尿糖 7gm/day、尿アルブミン</p> <p>これらのデータのもつ意味を説明し、低K血症の原因がCushing症候群や小柴胡湯の副作用も考えられるため、これらの鑑別を要することとを述べた。鑑別のため漢方薬をやめることと、副腎シンチグラフィ(アドステロール)下垂体MRIが必要であることとを述べ患者の了解を得て、検査指示した。糖尿病については、インスリン抵抗性を示していることと、これはCushing症候群でもアルドステロン症でも合併症として生じ得ることを説明した。とりあえず、Kの多い食物、食事のカロリー制限を行うよう指示した。</p>	<p>①考えられる病気について説明 ②食事指導(医師みずから行う) ③検査指示：副腎シンチグラフィ(アドステロール)、下垂体MRI、デキサメサゾン(1mg)、負荷試験(外来実施)</p>
<p>更に二週間 後に最終 診断を 聞くため 来診した。</p>	<p>診断・治療方針決定を行った。 とりあえず、降圧前とK製剤を処方した。</p>	<p>Cushing病であることを説明し、治療法について説明。手術については患者は時間がほしいと言った。 内科の処方を指示。</p>

診療所清水 平成17年版

症例10) 38歳 男性・39度の発熱と咳を主訴として初診となる。患者の子供(6歳)が2日前に、当院にてインフルエンザの診断で治療中であった。

問診・診察を行い、インフルエンザの家庭内感染を疑い、迅速診断法を医師自ら行った。 3

症例11) 年齢不詳(推定70歳以上) 男性・当院近くの路上にて倒れているのを、当院へ通院途中の患者が見つけた。助けを求めに来た。

診察を一時中断し、救急隊生用バックを持参し、スタッフとともに駆けつける。 呼びかけに反応なく、意識レベル300、明らかな外傷は認められず、血圧縮診にて60mmHg、自発呼吸も微弱となり、

アンビューマスクにて補助呼吸を行うとともに、スタッフに救急車を呼ぶように指示する。 5

21 症例中、症例10以外はほとんど総合負荷中央値5

多くの症例は検査を医師自ら施行している。

症例1) 76歳 男性以前より、高血圧・糖尿病・心房細動・高脂血症にて通院加療中の患者である。歩行時の咽喉部かわき感と胸部つかえ感を主訴として、独歩で来院する。

問診・診察をおこなった。 意識は清明、体温36.5度、血圧104/80mmHg、脈拍96bpm不整あり、酸素飽和度97%である。

上記患者に対し、血糖値を含む血液生化学検査・尿検査・心電図検査を施行した。(スタッフへの指示も含む)

米国RBRVS2005

CPT Code	Description	Work RVU	Total Facility RVUs	CPT2005Time (min)
Evaluation and Management: Office or Other outpatient Services				
99201	Office/outpatient visit, new	0.45	0.63	10
99202	Office/outpatient visit, new	0.88	1.24	20
99203	Office/outpatient visit, new	1.34	1.91	30
99204	Office/outpatient visit, new	2	2.83	45
99205	Office/outpatient visit, new	2.67	3.76	60
99211	Office/outpatient visit, est	0.17	0.24	5
99212	Office/outpatient visit, est	0.45	0.64	10
99213	Office/outpatient visit, est	0.67	0.94	15
99214	Office/outpatient visit, est	1.1	1.56	25
99215	Office/outpatient visit, est	1.77	2.5	40
Evaluation and Management: Hospitalization Observation				
99217	Observation care discharge	1.28	1.87	
99218	Observation care	1.28	1.78	
99219	Observation care	2.14	2.96	
99220	Observation care	2.99	4.16	
Evaluation and Management: Hospital Inpatient Services				
99221	Initial hospital care	1.28	1.8	30
99222	Initial hospital care	2.14	2.98	50
99223	Initial hospital care	2.99	4.15	70
99231	subsequent hospital care	0.64	0.9	15
99232	subsequent hospital care	1.06	1.47	25
99233	subsequent hospital care	1.51	2.09	35
99234	Observ/hosp same date	2.56	3.58	
99235	Observ/hosp same date	3.41	4.72	
99236	Observ/hosp same date	4.26	5.89	
99238	Hospital discharge day	1.28	1.87	30
99239	Hospital discharge day	1.75	2.55	30
Evaluation and Management: Consultations				
99241	Office consultation	0.64	0.91	15
99242	Office consultation	1.29	1.85	30
99243	Office consultation	1.72	2.48	40
99244	Office consultation	2.58	3.66	60
99245	Office consultation	3.42	4.87	80
99251	Initial inpatient consult	0.66	0.95	20
99252	Initial inpatient consult	1.32	1.91	40
99253	Initial inpatient consult	1.82	2.61	55
99254	Initial inpatient consult	2.64	3.75	80
99255	Initial inpatient consult	3.64	5.17	110
99261	Follow-up inpatient consult	0.42	0.59	10
99262	Follow-up inpatient consult	0.85	1.2	20
99263	Follow-up inpatient consult	1.27	1.78	30
99271	Confirmatory consultation	0.45	0.64	
99272	Confirmatory consultation	0.84	1.21	
99273	Confirmatory consultation	1.19	1.74	
99274	Confirmatory consultation	1.73	2.49	
99275	Confirmatory consultation	2.31	3.29	
Evaluation and Management: Emergency department Services				
99281	Emergency dept visit	0.33	0.44	
99282	Emergency dept visit	0.55	0.73	

99283	Emergency dept visit	1.24	1.64	
99284	Emergency dept visit	1.95	2.56	
99285	Emergency dept visit	3.06	4.01	
Evaluation and Management:pediatric Critical Care Patient Transport				
99289	Ped crit care transport	4.79	6.48	30-74
99290	Ped crit care transport addl	2.4	3.33	30
Evaluation and Management:Critical Care Service				
99291	Critical care, first hour	3.99	5.48	30-74
99292	Critical care, add'l 30min	2	2.74	30
99293	Ped Critical care, initial	15.98	21.82	
99294	Ped Critical care, subseq	7.99	10.84	
Evaluation and Management:Neonatal intensive Care				
99295	Neonate crit care, initial	18.46	24.98	
99296	Neonate critical care subseq	7.99	10.85	
99298	Ic for Ibw infant <1500gm	2.75	3.84	
99299	Ic, Ibw infant 1500-2500gm	2.5	3.52	
Evaluation and Management:Nusing Facility Services				
99301	Nursing facility care	1.2	1.75	30
99302	Nursing facility care	1.61	2.32	40
99303	Nursing facility care	2.01	2.86	50
99311	Nursing fac care, subseq	0.6	0.9	15
99312	Nursing fac care, subseq	1	1.49	25
99313	Nursing fac care, subseq	1.42	2.1	35
99315	Nursing fac discharge day	1.13	1.63	30
99316	Nursing fac discharge day	1.5	2.16	30
Evaluation and Management:Domiciliary, rest home(eg, boarding home), or custodial care services				
99321	Rest home visit, new patient	0.71	NA	
99322	Rest home visit, new patient	1.01	NA	
99323	Rest home visit, new patient	1.28	NA	
99331	Rest home visit, est pat	0.6	NA	
99332	Rest home visit, est pat	0.8	NA	
99333	Rest home visit, est pat	1	NA	
Evaluation and Management:Home services				
99341	home visit, new patient	1.01	NA	20
99342	home visit, new patient	1.52	NA	30
99343	home visit, new patient	2.27	NA	45
99344	home visit, new patient	3.03	NA	60
99345	home visit, new patient	3.78	NA	75
99347	home visit, est patient	0.76	NA	15
99348	home visit, est patient	1.26	NA	25
99349	home visit, est patient	2.02	NA	40
99350	home visit, est patient	3.03	NA	60
Evaluation and Management:Prolonged service, Office				
99354	Prolonged service, Office	1.77	2.51	
99355	Prolonged service, Office	1.77	2.46	30
99356	Prolonged service, inpatient	1.71	2.4	
99357	Prolonged service, inpatient	1.71	2.42	30
Evaluation and Management:Care plan oversight services				
99374	Home health care supervision	1.1	1.57	15-29
99375	Home health care supervision	1.73	3.35	30
99377	Hospice care supervision	1.1	1.57	15-29
99378	Hospice care supervision	1.73	3.74	30

99379 Nursing fac care supervision	1.1	1.56	15-29	
99380 Nursing fac care supervision	1.73	2.45		30
Evaluation and Management:Preventive Medicine Services				
99381 Prev visit, new, infant	1.19	1.69		
99382 Prev visit, new, age 1-4	1.36	1.93		
99383 Prev visit, new, age 5-11	1.36	1.93		
99384 Prev visit, new, age 12-17	1.53	2.18		
99385 Prev visit, new, age 18-39	1.53	2.18		
99386 Prev visit, new, age 40-64	1.88	2.67		
99387 Prev visit, new, age 65 & over	2.06	2.92		
99391 Prev visit, est, infant	1.02	1.45		
99392 Prev visit, new, est 1-4	1.19	1.69		
99393 Prev visit, new, est 5-11	1.19	1.69		
99394 Prev visit, new, est 12-17	1.36	1.93		
99395 Prev visit, new, est 18-39	1.36	1.93		
99396 Prev visit, new, est 40-64	1.53	2.18		
99397 Prev visit, new, est 65 & over	1.71	2.43		
99401 Preventive counseling, indiv	0.48	0.68		15
99402 Preventive counseling, indiv	0.98	1.37		30
99403 Preventive counseling, indiv	1.46	2.06		45
99404 Preventive counseling, indiv	1.95	2.75		60
99411 Preventive counseling, group	0.15	0.22		30
99412 Preventive counseling, group	0.25	0.36		60
Evaluation and Management:Newborn care				
99431 Initial care, normal newborn	1.17	1.6		
99432 Newborn care, not in hosp	1.26	1.73		
99433 Normal newborn care/hospital	0.62	0.84		
99435 Newborn discharge day hosp	1.5	2.15		
99436 attendance, birth	1.5	2.03		
99440 Newborn resuscitation	2.93	3.98		
Evaluation and Management:Special evaluation and Management Services				
99455 Disability examination	0	0		
99456 Disability examination	0	0		
99499 Unlisted e&m service	0	0		

requiring direct(face-to-face)patient contact beyond the usual service (acute asthmatic patient in an output inpatient setting, requiring direct(face-to-face)patient contact beyond the usual service(prolonged care of Before and/or after direct((face-to-face)patient care(eg, review of extensive records, communication with ot requiring prolonged physician attendance, each 30 minutes(eg, operative standby, standby for frozen section, home health agency (patient not present) domiciliary

西暦 2006 年 3 月 8 日

厚生労働科学研究医療技術生体班生体班会議議事録

第 4 回

出席者：（敬称略）高柳、岩男、斎藤、高崎、小林、高沢、茅野、田倉、文中

1. 生体検査の共通問題を検討した。卒年はわりと一致した。時間がバラツいている理由に関して、CPT code のような厳密な定義が無いからと思われる。呼吸器・神経にも CPT code 原本を送り、該当定義内容をお互いに周知した上で作りなおすことになった。田倉が各専門分野に配った該当 CPT code 表を全員にくまなく配り、共通問題の再評価をすることとした 3/18 までに行い、田倉に送る。
2. この結果を含めて外保連試案の改訂となるものは、伊東が 3 月末までに報告書として茅野に提出する。
3. GS と PS の定義に関してもお互いの理解が不足。GS の場合は医師の実施時間というものはありえない。PS に関しては Package 概念、すなわち術前説明及び術後説明も含めることにしている。大学病院等で分業化されて術前説明・実施・報告・術後説明等が全て別な医師である場合の対応が問われたが、本研究では典型的には一人の医師が全て施行するとの前提で作ってもらうこととした。
4. 今回の第 3 回外保連試案は、ホルター 8 時間以上（80 ページ 40-11）が 16 万円、超音波内視鏡カラードップラーが 8 万円（86 ページ 50-5）とか信憑性を疑われる記載があり、ここを突かれるとデータ全体の信憑性が問題になるのではないか？
5. 心エコードップラーが 1 万円、胃カメラ 11400 円、気管支鏡ファイバースコープ 15000 円と後者が不当に安い、それが表現されていない。
6. 学会ガイドラインの扱いが議論となった。世界でも問題になっているが、ガイドラインに医療経済的視点からの優先順位が盛り込まれるべきではないか？その他、現在健康診断脳ドックの代わりに患者の求めで保険診療でおこなうとか、施行 PCI の 40%に虚血証拠が無いとかいった、医師自身の医療経済的視点に乏しい職業倫理的問題も議論された。
7. 3 月に送付された厚生労働科学研究中間評価に関しては高柳先生が反駁を書

くこととした。

8. 内保連向き戦略的議論。改訂すれば診療報酬額も安くなるというところから優先的に採用される傾向にあるので、対象を絞るべきだ。
9. 方法論への質問に対しての茅野の回答；複数の専門家の値を一つで標記する方法に関しては、デルファイ法で決着することを理想としていたが、とりあえず中央値を提示した。

2006年3月9日

文責 国立病院東京医療センター 循環器科 茅野 眞男

総括・分担研究報告書

医師の技術としての「リハビリテーション処方」

石田 暉 東海大学医学部専門診療学系教授

はじめに

リハビリテーション（以下リハビリ）処方も処方（prescription）であるからには薬物の処方で見られる「どんな薬物を、どれだけ、1日何回、いつまで」と同様に「どのような内容の訓練を、どのくらいの時間あるいは回数、何日間あるいは週何回」などを明示して出されなければならない。薬物の処方では、患者の病態をよく把握して内容が決定される。また処方後も、定期的に診察して処方が患者にあっていないか、患者の病態の変化についているかなどを判断して適宜内容が見直される。リハビリ処方も定期的に、あるいは変化の激しい患者には頻りに診察を行い、その時点で必要な処方が出される。このようにリハビリ処方はリハビリ医師の医療行為としてここメディカルとの間を結ぶ重要な位置づけがある。

1 研究の目的

処方は医師とメディカルの協業の1つである。リハビリ治療の多くは処方・指示の下にメディカルスタッフが実際患者に治療行為を行うという特殊性がある。これは前述の

如く内科治療における処方と薬剤の関係に類似し、薬品名（リハビリの治療項目・目的）、用法・用量（治療部位、治療テクニック、器具の使用、頻度、リハビリ単位数）、日数（治療期間）等が明示されなければならない。また、行為中の禁忌、注意事項、リスク管理にも医学的技術を要する。処方は定期的に見直され、内容が変更されることも薬剤の処方に類似する。

現在リハビリ処方の内容は各医療機関で不統一で、上記に示される最低限の要件も満たしていないものが散見される。医療の質の向上のためにも規格化されたリハビリ処方の提示が必要となる。研究の成果として統一的な「処方のフォーム」の作成を目指す。

2 調査方法

アンケート用紙を各学会に所属する研究協力者の提出した施設名簿に従って郵送し、回収し、学会ごとに集計し報告書を作成する。

3 調査内容

主な医療機関で使用されている処方の形式、1処方に要する時間、処