

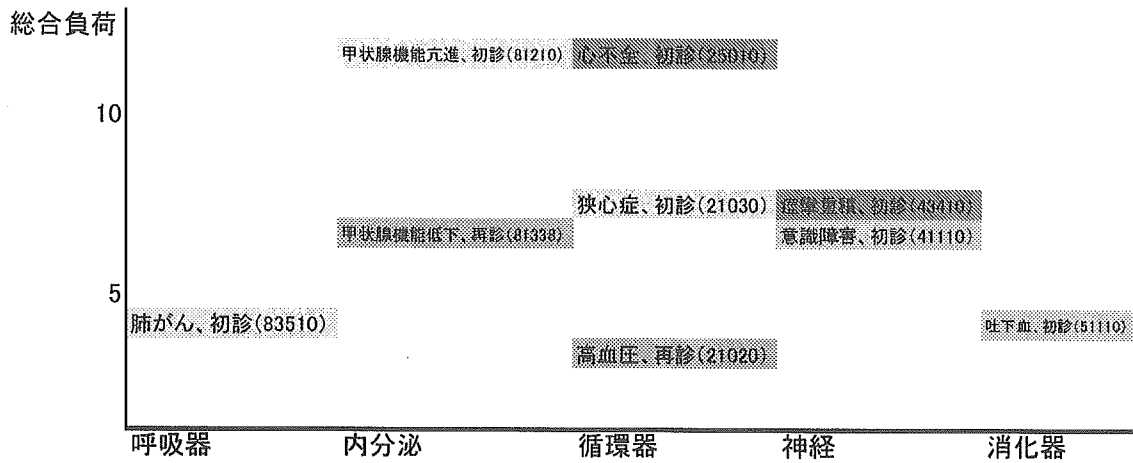
表1 科ごとのシナリオ数と、パネル内のばらつきの程度

科	CV>=0.5	CV<0.5	Total
診療所	14 43.75	18 56.25	32 100.00
消化器	41 42.27	56 57.73	97 100.00
循環器	25 65.79	13 34.21	38 100.00
内分泌	63 71.59	25 28.41	88 100.00
腎臓	2 3.45	56 96.55	58 100.00
神経	79 57.25	59 42.75	138 100.00
呼吸器	5 2.07	237 97.93	242 100.00
心臓リハ	3 5.17	55 94.83	58 100.00
リハビリ	8 8.51	86 91.49	94 100.00
Total	240 28.40	605 71.60	845 100.00

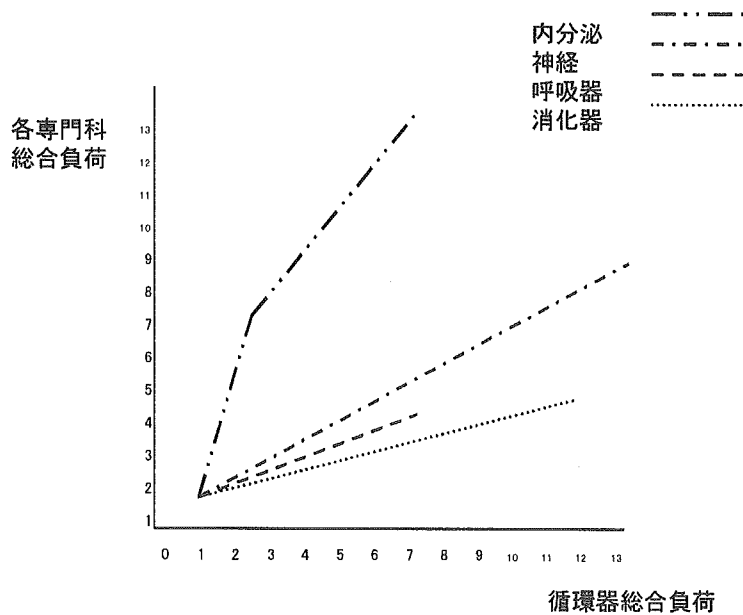
Pearson chi2(8) = 310.1573 Pr = 0.000

6. 専門科間のスコア補正についての試み

専門科間での橋渡しとなる参照シナリオは、CV<0.8 は満たすものの、ひとつ(肺がん初診、8310)を除いてすべて CV>0.5 となっていた。したがって現時点ではこのデータを用いて専門間の調整を行うことは困難と判断された。しかし、今後の研究の発展に向けて知見を集積するために、上記専門科間パネルの合意結果に基づいて調整を以下に試みる。まずパネル合意の結果を図示すると図1のようになる。



図で同じ色の行為は専門間パネルで同等と合意された行為となっている。循環器が全科をつなぐ上で豊富な情報を持っていることになるので、循環器の判定を基準として残る4科の総合負荷の傾きを図示すると次のようになる。なお内分泌は2点とれたが、その他の科については、1点だけなので、線形関係があることを強い前提として図示することをあらかじめ断っておく(その仮定が妥当か否かは議論の余地がある)。



図に示されたように、循環器の総合負荷を基準に見てみると、内分泌の総合負荷は循環器のそれよりも比率にして1を超えている(1.73~2.80)のに対し、その他3科は循

循環器の総合負荷との比率は 1 未満となっている(神経 0.60、呼吸器 0.44、消化器 0.31)。つまり内分泌パネルの総合負荷1単位は循環器パネルの総合負荷1単位よりも負荷程度が軽度となっているのに対し、他の3専門科パネルの総合負荷1単位は循環器パネルの総合負荷 1 単位よりも負荷程度が重くなっている。仮に総合負荷の単位あたり比率は特定の科間では一定(線形関係にある)と仮定した場合、補正前後で以下のように分布はかわる。

専門科	行為数	補正前最低	補正後最低	補正前最大	補正後最大
循環器	33	2.4	NA	39.4	NA
内分泌	82	2.7	1.2	16.1	7.1
神経	128	2.2	3.7	15.7	26.1
呼吸器	242	2.4	5.3	12.9	29.2
消化器	90	2.4	7.6	24.7	79.8

たとえば神経内科では筋萎縮側索硬化症患者への告知、説明(43291)で負担が大きく、補正前の総合負荷は 15.3 であったものが 25.5 となった。補正前だと 15 付近にある該当循環器診療行為は労作性狭心症患者に対する冠動脈造影検査(21090、総合負荷 16.0)に該当したが、補正後は WPW 症例に対する EPS 実施(25091、総合負荷 25.0)に該当することとなった。

一方内分泌では MEN2 型症例で遺伝子変異(RET 陽性)患者に対する説明が補正前の負荷 16 で、やはり労作性狭心症患者への冠動脈造影検査に該当していたが、補正後の値では同じ患者の初診時間診とカルテ記載に該当(総合負荷 7.5)に該当することとなった。

呼吸器ではサルコイドーシスの確定診断のための局所麻酔下胸腔鏡下胸膜生検(84328)が総合負荷 12.9 でもっとも高く、心不全患者初診(25010、総合負荷 13.0)に該当していたが、補正後は 29.2 となり急性心筋梗塞患者に対する緊急ステント留置術(23040、総合負荷 27.9)に該当することとなった。

消化器では補正前は経皮的胆汁ドレナージ(55392、総合負荷 24.7)が最高ランクにあり、これは WPW 症例に対する EPS 実施(25091、総合負荷 25.0)に該当していたが、補正後は 79.8 とスケールアウトし、循環器シナリオで最大であった心室頻拍の経皮的心筋焼灼術(39.4)を上回ってしまった。

以上の結果から、補正によって専門科間でのバランスが取れた部分も見られるが、消化器のように、明らかに補正後の値のほうはずれてしまったものも見られた。その原因としては、それぞれのパネル内でのスコアの整合性が取れていなかった可能性、基準となる循環器診療行為の点数の信頼性・一致度などの問題、そしてなによりも消化器は低い総合負荷の 1 行為のみが、専門科間調整に使われていたために、誤差

が大きく出やすかったことなどがあげられる。冒頭でも断ったように、線形関係を仮定できる根拠はない。現に、2科間で2つ以上の診療行為についてブリッジ参照点を持たせた循環器と内分泌では、線形関係ではなく、むしろ負荷が重くなるにつれ傾きが緩くなる、非線形関係が示唆された。よって今後科間調整を行ううえでは、科内パネルで負荷が中程度のもの、重いものなど複数をあげてもらって、科間パネルによる合意形成をより緻密なものにする必要があると思われた。

5. まとめ、および今後に向けた反省点と展望

3年にわたり検討されてきた診療技術行為の評価手法は、本邦において依然として数少ない系統的試みであり、その意義は大きい。しかし一方で、米国 RBRVS などの先行研究の手法や問題点を踏まえて、より精緻な検討を行うには、まだ道のりが遠いことも明らかになった。技術的な問題として本報告では、

- ・ シナリオの構成内容(具体性、限定性、解釈のゆらぎのないこと)
- ・ 測定者の視点の合意形成
- ・ 測定方法(デルファイ法)およびパネルの設計(パネラーの数や手順)
- ・ 専門科間での調整方法(ブリッジ参照点の合意形成)

などを検討してきた。これらの「反省点」は今後これに続く期待される本邦における技術料評価の研究において、活かされることが望ましい。技術評価の手法は依然さらなる精緻な研究を必要としており、本研究事業を通じて得られたデータが、政策的ないし制度的成果(たとえば支払い方法や点数に対する提案など)を直接もたらすには至らない。

またこうした技術的問題も去ることながら、本研究事業での最大の成果(もしくは反省点)は、どのような視点から医療技術をモデル化し、どのようにだれが評価するのか、といった根本的な問いかけが先立つということになる。もし仮に技術を積み木(技術)に例え、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ある、などと想定するのであれば、本事業がこれまでやってきたようなRBRVSで用いられたシナリオを用いて、パネルの合意形成による心理学的尺度手法では取り扱いは大変困難なものとなる。こうした「積み木モデル」では積み木の数(独立技術の種類)、積み木が大きさ(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など)という要素が問題となり、また評価方法だけでなく、支払い方式なども出来高を強く意識したものとなる。ただし、それを実証的に行うには、大規模なタイムスタディと複雑な統計処理などが必要となる。そうした手法を今後の研究で採択してみる意義はあるだろうが、困難も同時に予測される。一方、本事業で行ってきたような方法を用いるのであれば、まず外来診療における「行為」の定義を明確にする作業が並列して進められる必要

がある。

一方で、本事業を通じて、異なる専門科の間での認識の相違が浮かび上がったことは大変興味深い。またこうした検討を通じて「医療行為」と一口に言われているものが、どのような物理的、認知的、精神的作業を含んでいるものなのかについて、一定の考察が深められたことも技術評価を深化させる上で貴重な知見を提示できたと考ええる。

資料

資料 1

内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査 概要

平成 17 年 6 月 16 日

「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」

調査実施委員会 委員長 茅野 眞男

本調査の目的は、内保連が中心となって、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会から依頼された“内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査”を実施することである。本調査により根拠のある時間区分と難易度指標を提示できれば、受給者・診療側の不満を改善する方式が透明に検討でき、また医事請求コストの削減につながることを期待される。

調査実施は平成 17 年 1 月下旬であり、参加医師数 560 人の内訳は、主に 200 床以上の大病院からの 493 人と診療所からの 67 人であった。診療所はパイロットケースとして扱った。参加医師の標榜可能専門医資格に関しては、内科専門医が複数勤務する病院を中心に行なわれ、また循環器専門医、神経内科専門医、リハビリテーション科専門医が他の専門医より相対的に多数調査に関わった。患者個票 11,707 枚(速報値集計は 10,644 枚、内訳は 200 床以上の大病院 8,101 枚、リハビリ 668 枚、診療所 1,875 枚)であった。

外来診察医師技術料を規定する因子は、厚生労働科学研究医師技術評価では、診察時間と難易度とされている。難易度に関しては今回、診療報酬上の初診再診を更に、初診を紹介状有無、再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分けて、4 区分とした。難易度分布に差がある場合は、難易度別に検討した。

集計の結果、診察合計時間に大きなばらつきがあることがわかった。診察合計時間を 15 分以下、16 分以上 30 分以下、31 分以上の 3 区分表示とし、難易度指標は上記初再診 4 区分としたクロス集計結果(図 1)がそれを明瞭に示している。診察合計時間を考慮せず初再診の 2 区分しかない現在の報酬体系は不合理であり、医療技術の面からは再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分ける意義は明瞭である。大病院における診察時間の中央値は、紹介有初診で 20 分、診断確定(継続)再診で 8 分と短い。しかし、本邦患者の通院回数は世界標準の 2.2 倍ゆえ、年間診療時間としては世界並と思われる。しかし、患者と対面する直接時間しか測定していないため、直接時間のみを基にコスト計算すると誤解を招く恐れが有る。また、大病院において、大病院の専門機能を必要と判断される患者は半数以下で、診断確定再診患者が多かった。

個別の作業仮説としては、「神経内科疾患患者は診察時間が長い」、「再診における神経難病外来指導管理対象患者は時間を要する」という両仮説が明らかに支持されており（図2）、神経内科診察時間に対する早急な対処が必要である。

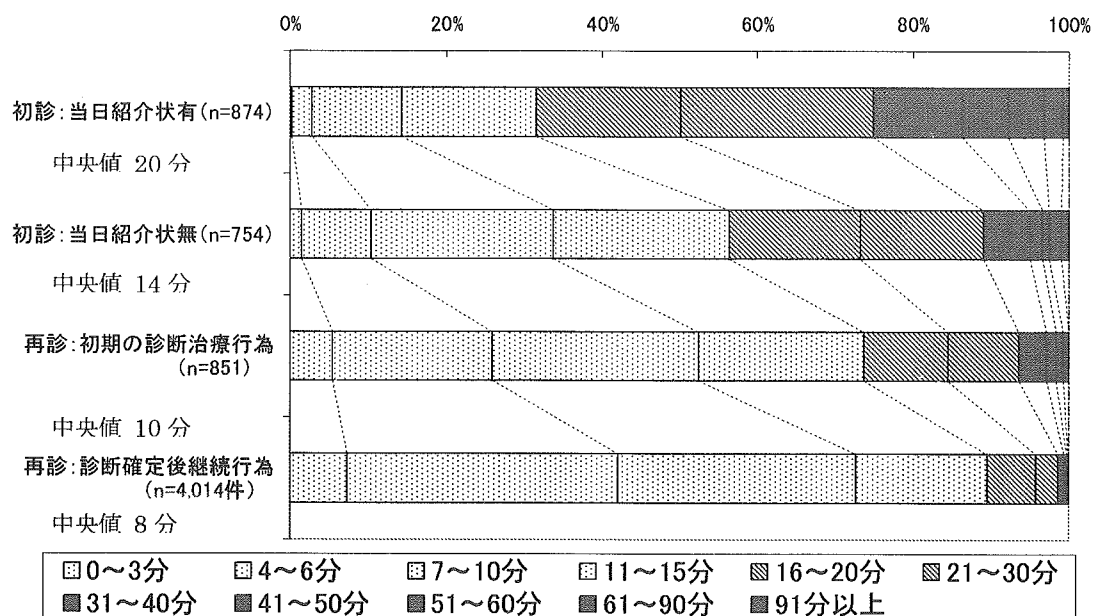


図1 診療報酬上の初診再診の別と診察合計時間（大病院）（n=7,862）

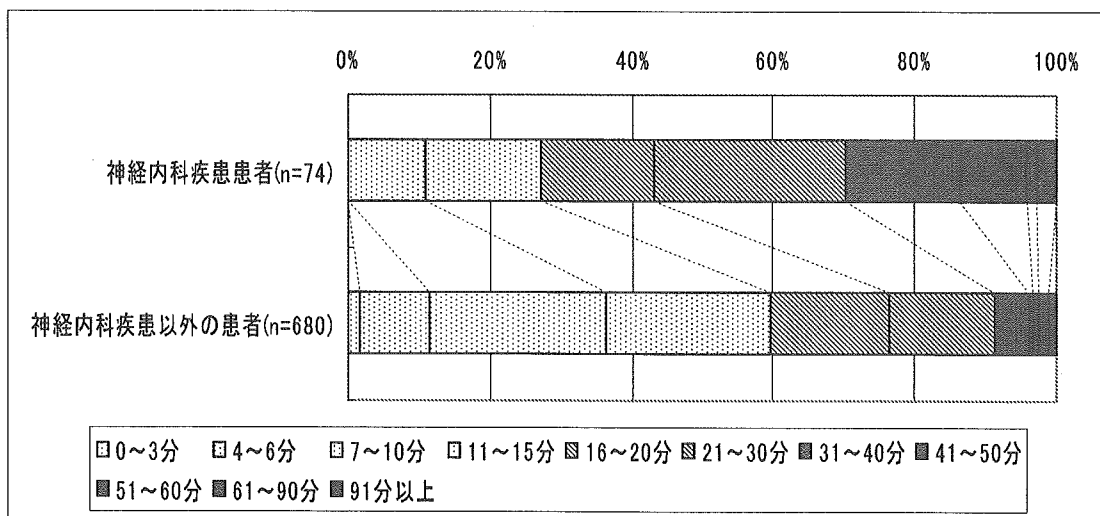


図2 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（大病院紹介無初診）（n=754）

資料 2

日本病院管理学会 1200 字抄録

「診察医師の経験年数は外来診察時間に影響を与えない」

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター外来診療部長-茅野眞男

【背景と目的】内科系医師技術料評価において、診察する医師の経験年数が増えれば診察時間が短くなるはずであるから、それを加味すべきだという意見が医師の間で根強い。そこで“200床以上の大病院では医師の経験年数が増えれば、同じ難易度なら診察時間が短くなる”という仮説を、“内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査”を使用して検証した。【方法】同調査は診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会から依頼されて内科系学会社会保険連合が中心となって行なった（委員長茅野眞男）。調査実施は平成17年1月下旬であり、参加医師数560人の内訳は、主に200床以上の大病院からの493人と診療所からの67人であった。患者個票11,707枚で、うち200床以上の大病院8,101枚を解析した。外来診察医師技術料を規定する因子は、厚生労働科学研究医師技術評価では、診察時間と難易度とされている。難易度に関しては今回、診療報酬上の初診再診を更に、初診を紹介状有無、再診を診断未確定（初期）と診断確定（継続）に分けて、4区分とした。初再診4区分分布別に、回答者属性としての医師の経験年数均等4区分と時間分布のクロス集計を行った。医師の経験年数は医師免許取得からの年数である。診察時間は申告値であるが、その正確なことは同報告書の中で検証されている。【結果】紹介有初診(n=870)のそれぞれの診察時間中央値は、経験16年以下14分、17-22年14分、23-27年15分、28年以上17分。紹介無初診(n=745)の時間中央値は、経験16年以下15分、17-22年13分、23-27年15分、28年以上14分。診断未確定初期再診(n=849)の時間中央値は、経験16年以下10分、17-22年11分、23-27年9分、28年以上10分、診断確定継続再診(n=3,971)の時間中央値は、経験16年以下7分、17-22年9分、23-27年8分、28年以上9分。【考案】診察合計時間と経験年数の間には、医師の経験年数均等4区分で有意差が認められない。仮説とは逆に28年以上の経験医師において紹介有の診察時間は少し長い。【議論】難易度が高い患者が、経験医師に振られている可能性が有る。はい。難易度が高い患者で逆に時間がかかるのは、

診断以外の検査治療説明が含まれているからでは。紹介無しでは差がなし、だから特別課金の根拠なし。【結語】医師の経験年数は診察時間中央値に影響を与えない。

内科系外来診療において医師 経験年数が多くても 診察時間は短くならない

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター外来診療部長
茅野 眞男

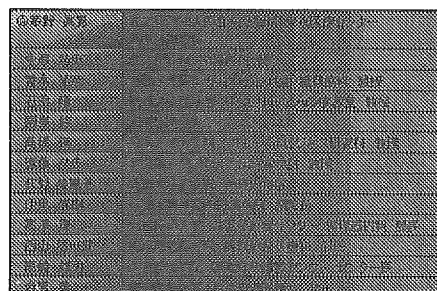
背景

- 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で、診療報酬の評価のあり方について現在検討中。
- 診療報酬の議論において、“診察医の経験年数が増えると診察時間は短くなることが予想され、診察時間だけで診療報酬を評価すべきでない”という意見が多い。

方法 調査法

- 中央社会保険医療協議会(中医協)診療報酬調査専門組織の行った実態調査データをもとに集計解析を行った。
- 大病院の医師632名を受診した連続する外来患者10~20例を対象に調査を実施。
- 大病院の定義: 200床以上の総合病院もしくは専門病院
- 実施期間: 2005年2月の任意の一日

方法 調査実施体制



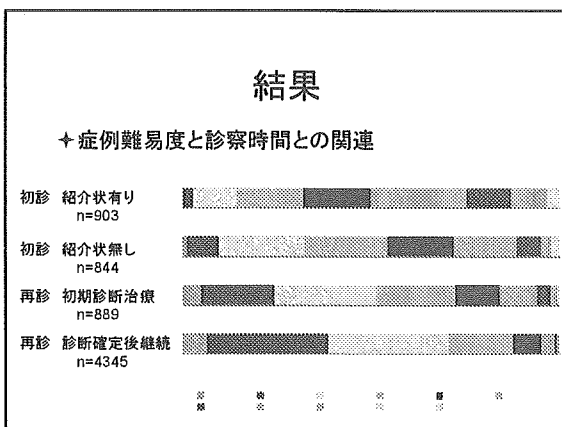
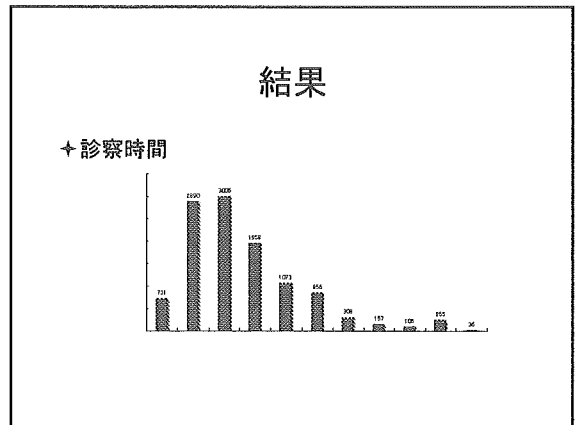
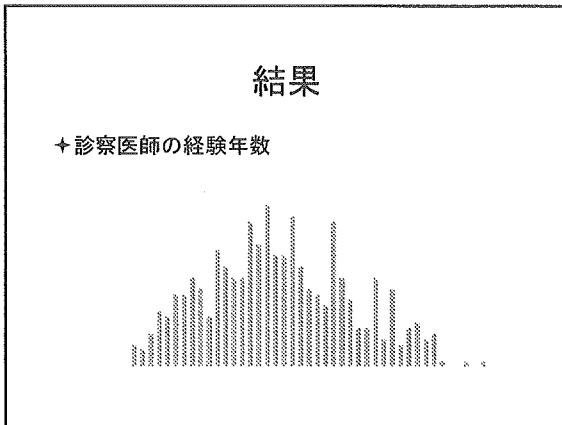
方法 データ解析

- 診察時間は、患者調査票の申告値である診察合計時間とし、11区分に分類。
- 医師の経験年数は、6区分に分類。
- 症例難易度の影響を越えて、医師経験年数と診察時間に関連があるかを検討。
- 症例難易度は、初診・再診、紹介状の有・無に基づき、初診紹介状有り、初診紹介状無し、再診初期診断治療、再診診断確定後継続の4区分に分類。
- 診察合計時間を応答変数、医師経験年数を説明変数として、単回帰モデルを用いて解析。

結果

- 回収された調査票の構成

大病院で回収された8617票のうち、欠測値を認めた1783票を除く6834票を対象解析

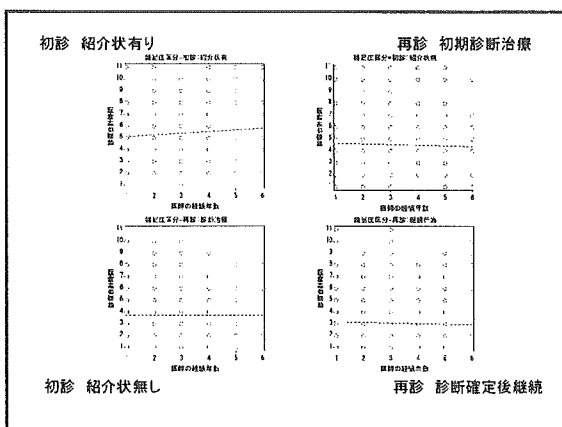


結果

- ✦ 症例難易度区分: 初診 紹介状有り、初診 紹介状無し、再診 初期診断治療、再診 診断確定後継続の順で診察時間が短くなった。
- ✦ 症例難易度と診察時間に相関があり、本検討での症例難易度区分は妥当であった。

難易度と診察合計時間 傾向性のχ2検定

紹介状の有無、初診再診の別に欠測のない6981票を解析対象



考案

- ✦ 症例難易度の最も高い“初診紹介状有”では、診察時間と医師経験年数に正の相関がみられ、医師の経験による診察時間は、仮説とは逆に長かった。診断以外のことをするからだ。
- ✦ 症例難易度の最も低い“再診確定診断後継続”では、診察時間と医師経験年数に負の相関がみられたが、その決定係数は極めて小さく、寄与度は低かった。
- ✦ それ以外の症例難易度でも、医師経験年数と診察時間に有意な相関性は確認できなかった。
- ✦ 経験年数は難易度4区分に均等分布していないが、結論には関係ない。

結語

- ✦ 医師経験年数と診察時間には関連性はみられず、医師経験年数を診療報酬を決める要因に含めるべき妥当な根拠は確認できなかった。
- ✦ 本調査では、診断時間でなく診察時間を用いて解析を行っており、経験年数の多い医師の診断時間が短いかについては、今後検討を要する。