

て(施行医) 6,150 円、診断に関して(報告書作製を含む)が 1,538 円、合計 7,688 円となった。

循環器では中央値 3,198 円となる 29 の生体検査項目について設定された。計算の結果、例えば「超音波(パルス)ドプラ-法検査」が、検査実施に関して(施行医) 1,025 円、診断に関して(報告書作製を含む)が 1,533 円、合計 2,563 円となった。

消化器では中央値 5,515 円となる 24 の生体検査項目について設定された。計算の結果、例えば「消化器透視/造影・撮影 胃・十二指腸(無管)検査」が、検査実施に関して(施行医) 1,463 円、診断に関して(報告書作製を含む)が 1,025 円、合計 2,488 円となった。

外保連試案との比較では、算出したのは医師が関わる時間に対しての時給換算の人件費のみであったため、当然、外保連試案に比しすべての項目で低くなっ

た。

【考察】今回の調査はあくまでも医師の技術料のみであり、そのまま診療報酬と比較できるものではない。しかし、運動負荷心電図(トレッドミル負荷試験)のように、診療報酬点数が 700 点に対し、医師の技術料だけで 6150 円と明らかに採算のとれないものも散見された。さらに米国の Medicare -RVRBS2005 との比較においても時間だけを根拠に計算される技術料は、医師にかかる負荷を包括していないために概して安価なものとなっている。総合負荷を何らかの係数に置き換えて技術料に乗じる必要もアルト考えられる。さらに、コメディカル技術料、検査室に係わる費用、検査機器に係わる費用、消耗品、間接経費などを算定し、生体検査に関わる費用を算出する予定である。

# 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

茅野 眞男

タイトル	編集者	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
連載特集 06 年改定を予測するⅦ 「医療技術・診察時間をどう評価するか：外来診察料の大病院・診療所格差」		月刊／保険診療		東京	2006	34-38
「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」		内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査報告書		東京		
医師技術評価と外来診療報酬支払い		「呼吸と循環」	医学書院	東京	2005	671
病院の診療時間にばらつき・診断確定の前後などで格差			日経メディカル	東京	2005	41-42

# 資料

連載特集

06年改定を

予測する

VII

医療技術・診察時間をどう評価するか：  
外来診療料の大病院・診療所格差……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  
内科系学会社会保険連合副代表／茅野眞男

## 1. なぜ大病院が混むのか

大病院の外来診療に限って言えば、患者はもっと医師と話がしたいのに、3時間待ちの3分診療と揶揄されている。

大病院の外来混雑には、①疾病構造が感染症から生活習慣病に変化していて、診断には高額な機器が必要である<sup>(1)</sup>、②日本の患者の年間通院回数は、フリーアクセスと応召義務という日本の特殊事情のため、世界標準の2.2倍と多い（これが是正されるべきか否かは、医療供給側だけでは決められないことで、国民的議論が必要である）、③大病院は、外来診療費が診療所より安い（病診格差）、同日に複数科受診しても同じ料金、長期処方投与をする傾向があるなどにより患者自己負担が診療所より少ない——など複数の要因がある。これは病診機能分担を政策誘導しようとしている厚労省の意図とは逆の方向だと言える。

現行では、フリーアクセス堅持の前提下に、①入院外来比率1.5以下の病院に入院時医学管理加算、②紹介状なし患者からの特定療養費に係る特別料金徴収——などの対策がとられている。

## 2. 2006年度診療報酬改定要望のポイント

医療技術の適正な評価が叫ばれて久しい。現行の診療報酬点数表は、ホスピタルフィーとドクターズフィーが混在し、さらには行政による誘導点数なども付加され、医療コストや医療技術を適正に評価したものとは言いがたい。

では、適正な評価とは何か。本論では、①セ

カンドオピニオン制度新設、②時間を診療報酬に反映させる大臣合意、③矛盾した外来診療費の病診格差——の3つを取り上げて検討する。

また、診療報酬請求制度については、①医療技術でなく医療技術料を論じている、②医療技術料とは医師技術料を意味している、③技術難易度とは患者（症例）難易度を指し、診察する医師技術レベルは同一と仮定している、④診察時間とは患者と対面している直接時間を意味し、いわゆる原価計算で使う準備時間を含めた医師拘束時間ではない、⑤医師技術料は必要経費を含めたコストに対して支払われていると解釈している、⑥診察コストには事前と事後があり、診療報酬請求事務は後者であるが、診療報酬は事前コストしか考慮していない——という前提と問題点に則り、論を進めることとする。

## 3. セカンドオピニオンは同床異夢

近年特に声が高いセカンドオピニオン制度の新設では、医師視点と患者視点は大きく異なっている。そもそも現行制度はフリーアクセスなのだから、セカンドオピニオンを得ることは可能である。患者から主治医にセカンドオピニオンを受けたいとは言出しにくい心理状況が、診療報酬点数の改定で解決できるとは思えない。

一方の医師視点としては、セカンドオピニオンは患者を送るにも受けるにも時間がかかるのに、時間をまったく考慮していない現行の診療報酬体系は不合理であるという意見が根強い。本論は後者の意見に立ち、セカンドオピニオンのみでなく外来診療全体の診察時間問題を検討する。

茅野 眞男 (ちのまさお)

1947年東京生まれ。慶應義塾大学医学部卒業、慶應義塾大学医学部内科学客員助教などを経て現在国立病院機構東京医療センター外来診療部長、地域医療連携室長。内科系学会社会保険連合副代表、中医協診療報酬調査専門組織・医療技術分科会専門委員などを務める。



#### 4. 適正な評価とは時間と難易度

外来診察医師技術料を規定する大きな因子は、診察時間と難易度とされている<sup>(2)</sup>。そこで中央社会保険医療協議会（中医協）・外来実態調査では難易度別に診察時間分布を調査した（図1）。同調査は、中医協の下に作られた診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会から内科系学会社会保険連合（内保連）に依頼された「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」（05年6月29日に中医協基本問題小委員会に報告）のことである<sup>(3)</sup>。

調査期間は05年1月下旬で、参加医師数560人、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。患者個票は1万644枚、内訳は200床以上の大病院8101枚、リハビリ668枚、診療所1875枚であった。診療所は少数サンプルであり、パイロットケースとして扱った。

現行診療報酬上は初診・再診の2区分だが、同調査においては図1のように、初診を紹介状

の有無、再診を診断未確定（初期）と確定（継続）の4区分とし、上記順に易しくすると仮定した。

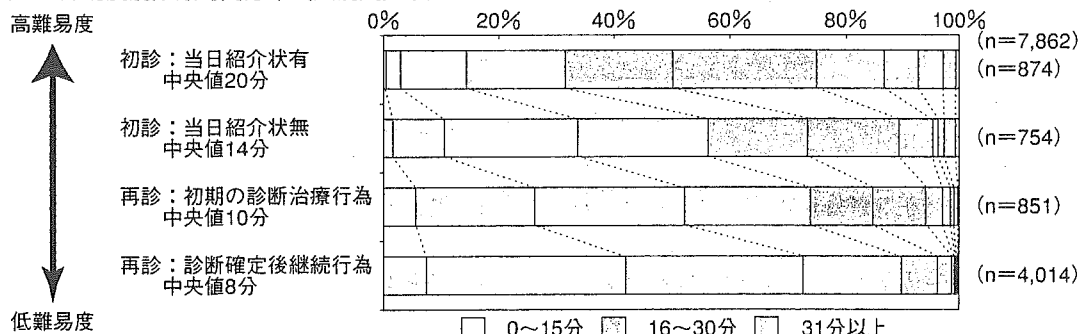
診察合計時間は15分以下、16分以上30分以下、31分以上の3区分表示とし、難易度指標は上記初・再診4区分のクロス集計としたが、区分ごとに診察時間に大きなばらつきがあることがわかる。

これに基づいて診療時間別、例えば診察合計時間15分以下、16分以上30分以下、31分以上の3区分を診療報酬に導入した場合の問題は、①冒頭命題の患者不満足3時間待ちの3分診療では、診察時間より待ち時間のほうが不満足度により関与している可能性がある、②診察時間に関係ない現行の同一料金体制下では病院にとって、診察時間の短い患者はコストパフォーマンスが良いともいえる、③患者から容易に測定できる対面診察時間をもとにすると、料金支払いにおいてクレームが多発すると言われてい

#### 5. 大病院・診療所のコスト格差

中医協調査での診察時間の大きなばらつきには目をつぶり、その中央値を使って大病院・診療所診察料格差問題を検討した。比較には単位時間当たりのコスト計算が必要であり、今回の時間調査で初めて可能となった。医療コストとしての診察料金を考えるには、初・再診料だけ

図1 難易度別診察時間分布（大病院）（中医協外来実態調査）



0～15分は4区分、16～30分は2区分、30分以上は5区分になっている。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、難易度指標は初・再診4区分のクロス集計。



表1 初診患者の外来診察料の大病院・診療所比較（日米単位時間当たり費用）

日本								
	分類	初診料	指導管理料等	処方せん料	コスト合計	診察時間中央値	1時間換算円	比較係数
大病院	紹介状有	2550	1500	690	4740	20	14220	1.4
大病院	紹介状無	2550	2150	690	5390	14	23100	2.3
大病院	紹介状無	2550	2150	0	4700	14	20143	2.0
診療所	紹介状無	2740	0	860	3600	9	24000	2.4

アメリカ (medicare RBRVS2005)

\*病院支払を含む

			合計点数	\$換算	円換算\$110	所要時間(分)	1時間換算円	比較係数*
診療所	初診	outpatient new	1.72	65.2	7170	20	21511	2.2
診療所	初診	outpatient new	2.56	97.0	10672	30	21344	2.1
病院	初診	outpatient new	1.24	47.0	5169	20	15508	3.3
病院	紹介状	consultation	0.91	34.5	3794	15	15174	3.0
病院	紹介状	consultation	1.85	70.1	7712	30	15424	3.1
病院	紹介状	consultation	2.48	94.0	10339	40	15508	3.1

比較係数は1時間換算値を単位時間当たり万円として表示した。アメリカの病院の場合はRBRVS点数（医師に支払う料金）のほか、病院に支払う料金を含む。算出根拠詳細は本文参照。

でなく指導管理料、処方箋料、紹介なし患者が自己負担する特定療養費に係る特別料金まで含めるべきである。外来診察料であるから、検体・生体検査の時間や費用は含まれていない。診察時間調査では処方時間や検査判断料を分離することは不能であり、それらは含まれると解釈される。

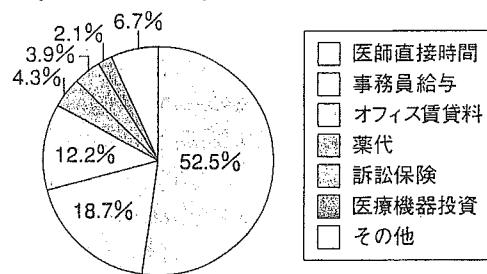
(1) 初診患者のコストの病診日米比較

初診患者の単位時間当たりにかかるコストについて、日本とアメリカ、大病院と診療所で比較した(表1)。

日本における大病院とは200床以上の病院である。コスト計算においては、初診料2550円の外に、紹介患者加算は紹介率30-49%で計算した(1500円)。特定療養費に係る特別料金は過去に調査がなかったが、今回の2150円は中医協調査の中央値である。処方せん料の計算方法は大病院では6剤以内・後発品なし・28日以内で690円、診療所は6剤以内・後発品あり・14日以内で71+15=86点、860円とした。

アメリカのデータは、国民的保険と言えるMedicareのRBRVS(resource based relative value scale)05年から得た<sup>(4),(5)</sup>。アメリカで病

図2 アメリカの診療所での必要経費 (RBRVS2005)



院診療を受けた場合は、医師に払う料金(RBRVS)の外に、さらに病院費用が発生する。初診(CPTcode99202)の場合の病院費用はAPC(Ambulatory Payment Classification)では5909円であり、医師料金とほぼ同額なので、アメリカの病院診療合計料金は医師支払いの倍として算出した<sup>(6)</sup>。

診察時間を同じにして比較できるように1時間換算値(単位万円)を比較係数として算出した。比較係数2.0、つまり1時間2万円の意味は、患者対面1時間以外の準備時間や必要経費を含んだコストに支払われていると解釈される。ちなみにアメリカのデータでは医師部分以外の必要経費部分は総支払額の47%である

医療技術・診察時間をどう評価するか：外来診療料の大病院・診療所格差

表2 再診患者の外来診察料の大病院・診療所比較（日米単位時間当たり費用）

日本 月2回受診 モデルは日本経済新聞05年6月19日日曜版に基づく（算出根拠詳細は本文参照）

	再診料	指導管理料	処方せん料円	診察時間（分）	診察時間月2回	コスト合計円	1時間換算円	比較係数
大病院	720	なし	690	8	16	4630	17363	1.7**
診療所	720	なし	840	6	12	6890	34450	3.4
診療所	1250	2250*	840	6	12	11090	55450	5.5

\* 特定疾患療養指導料

\*\* 複数科受診補正前

アメリカ（medicare RBRVS2005）

\* 病院支払を含む

	code		合計点数	\$換算	円換算\$110	診察時間（分）	1時間換算円	比較係数*
診療所	99211	外来再診	0.57	21.6	2376	5	28512	2.9
診療所	99212	外来再診	1.02	38.7	4257	10	25542	2.6
診療所	99213	外来再診	1.39	52.7	5795	15	23180	2.3
病院	99211	外来再診	0.24	9.1	1001	5	12012	2.4
病院	99212	外来再診	0.64	24.3	2673	10	16038	3.2
病院	99213	外来再診	0.94	35.6	3919	15	15676	3.1

（図2）。

日本での大病院初診紹介ありの比較係数は1.4と一番低く、現在の紹介加算では不十分と言える。一方、大病院紹介なしの初診の係数は2.3で、自費徴収する特定療養費に係る特別料金は制度の歪みの補正に役立っていると評価できる。

（2）再診患者のコストの病診日米比較

再診患者の大病院・診療所間不均等問題は今回の診療報酬改定において日病協からも指摘されている。表2の日本における再診患者の大病院・診療所比較計算方法は、日本経済新聞05年6月19日日曜版の月2回受診、採血月1回モデルに基づき、診察時間は中医協調査に基づいた。

診療所コスト11090円の内訳は、特定疾患療養指導料2250円の該当患者において、再診料1250円と処方箋料840円を加えた4340円を、月2回受診モデルのため2倍し、月1回の継続管理加算50円、尿検査280円、血液検査270円、検査判断料1690円、血液採取料120円を合計した金額である。大病院の4630円の内訳は、外来診療料720円と処方箋料690円を加えた1410円を、月2回受診モデルのため2倍し、検査判断料1690円、血液採取料120円を合計した金額であり、その他診療所に該当する項目は外来診療料に包括されている。

そもそも診療所データはパイロット的なものであり、特定疾患療養指導料の有無で診察時間が異なるかは調査していなかったため、再診出来高モデルでの単価は高く見積もられている可能性がある。

日本は月2回受診で算出され、アメリカは月1回の数値になっているが、年平均受診回数が日本はアメリカの2.2倍になっていることが考慮されている。いずれにせよ1時間換算値で見れば同じことである。以上から、外来診察コストは日本では診療所が高く病院が低いが、これはアメリカでは逆であることがわかる。

中医協調査では、同日複数科受診は約10%とされ、同日複数科受診無料を補正すると大病院再診比較係数は1.74でなく、1.57とさらに低くなる。



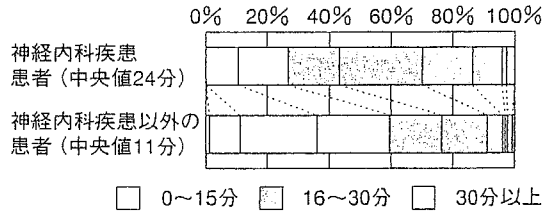
6. 神経内科疾患は時間がかかる

診察時間の大きなばらつきには目をつぶるとはいっても、神経内科疾患の外来診察は長い時間がかかることは中医協調査（図3）より明らかである。しかし、診断に要する神経診察という特殊技術のために長いのか、診断以外の部分のためかは中医協調査からはわからなかった。今回改定で要求している加算を、同特殊技術につけるのか、時間の長さにつけるのかは今後の





図3 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間(中医協調査) 紹介無初診 (n=754)



流れの試金石となる。

### 7. おわりに

本論では中医協調査に基づき、診察時間と病診格差を検討した。診察時間に大きなバラツキがあることはわかったが、時間別診療報酬の導入が問題解決になるかは不明である。内保連ではとりあえず神経内科部門だけでも改定要求を出した。RBRVSでは05年から必要患者対面時

間を明記するようになり、興味深い。

診察時間中央値を使ってコストを算出した。日米比較をみても、日本の大病院の外来診察料を診療所並みに近づけることが、病診機能分担推進のために必要と思われる。

#### 【参考文献】

- 1) 広井良典『日本の社会保障』岩波新書, 1999.
- 2) 茅野眞男「平成16年厚生労働科学研究費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；外来診療と生体検査」2005.
- 3) 内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査実施委員会委員長・茅野眞男「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査報告書」2005.
- 4) Patrick E, Todd K, Sherry L.S "RBRVS2005, Medicare RBRVS : The Physicians' Guide 2005" American Medical Association, AMA Press, 2005.
- 5) Michael B, Joyce A.D, Catherine D, et all "CPT. Current procedural terminology CPT 2005 professional edition" American Medical Association. AMA Press, 2005.
- 6) 福田敬「平成13年度その他老人保健制度の基盤の安定化に資する保健福祉事業 APC (入院外患者分類) の検証・評価など外来患者のケースミックス分類に関する調査研究報告書」2003.

# 医療技術に関する調査研究 報告書

(内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査編)

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

# 内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査 確定版報告書 目次

1	目的	1
2	方法	1
2.1	調査対象及び調査方法	1
2.2	調査対象	2
2.3	調査実施体制	2
3	結果	3
3.1	全体概要	3
3.1.1	分析対象事例	3
3.1.2	解析の原則	6
3.1.3	単純集計結果	7
3.2	作業仮説の検討	15
	<申告時間の正確さ>	15
	<難易度指標>	16
	<患者属性>	18
	<所属医療機関属性>	31
	<回答者属性>	36
	<事前コスト関連>	43
4	まとめと今後の課題	45

## 1 目的

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は、診療報酬の評価のあり方について現在検討を行っており、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会にその基礎となる調査を依頼している。

受診行動調査で明らかとなっている”短い診療時間”は、十分な説明時間がもらえない患者からも不評だが、診察医師にとっても必要な診察時間が得られないため不満であり、CT・MRといった機械ばかりに報酬が取られ技術評価がなされていないとする意見もある。

大学病院や大病院（病床数 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）は、これまで厚生労働科学研究補助金を受けて、構成員からデータを収集・分析し、医師技術料評価の検討を行なってきた。

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。内保連として納得でき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。

## 2 方法

### 2.1 調査対象及び調査方法

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、診療所に送付、回収した。送付医療機関数は、149 施設であった。

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）に関する設問を用意した。

また、患者調査票は、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を用意した。診療合計時間において、診察が一時中断された場合には合計診療時間を申告してもらった。

## 2.2 調査対象

調査対象数は、200床以上の病院においては、連続する10～20例の患者、200床未満の病院及び診療所については最大連続する30例の患者として、各施設の回収目標（病院100例、診療所30例）を設定して調査を依頼した。本アンケートでは初診を多く含むように、特別に依頼した。

## 2.3 調査実施体制

調査の実施・分析に先立ち、以下のメンバー（順不同）からなる委員会を組織した。

委員	所属
◎茅野 眞男	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
中瀬 浩史	虎の門病院 神経内科部長
青木 矩彦	近畿大学医学部 内分泌・代謝・糖尿病科 教授
石田 暉	東海大学医学部 リハビリテーション学教室 教授
國島 修	国島医院 院長
高橋 進	日本大学大学院 グローバルビジネス研究科 教授
遠藤 久夫	学習院大学 経済学部経営学科 教授
荻野 美恵子	北里大学医学部 神経内科学
伊東 春樹	心臓血管研究所付属病院 副院長
高澤 謙二	東京医科大学 八王子医療センター 循環器内科 部長
西山 信一郎	虎の門病院分院 内科総合診療科 部長
高崎 雄司	太田記念病院 睡眠呼吸障害センター センター長
岩男 泰	慶應義塾大学 包括先進医療センター

※ ◎は委員長

### 3 結果

#### 3.1 全体概要

##### 3.1.1 分析対象事例

調査対象施設 149 施設のうち、111 施設（75%）から回答があった。

内訳	回収数
医師調査票	869 枚
患者調査票	12,012 枚

分析対象は、以下の 100 施設における回答票であり、内訳は以下のとおりであった。大病院とは、200 床以上の大病院及び専門病院によって構成されており、診療所等とは、200 床未満の病院および診療所によって構成されている。

項目	大病院	リハビリ	診療所等	合計
施設数	55	6	39	100
参加医師数	478	23	67	568
延患者数	8,101	668	1,875	10,644

医療機関属性（医師調査票 A, B, J）により、大病院・診療所・リハビリを独立に扱った。200 床以上の大病院・専門病院の専門病院の定義とは、200 床未満でも専門性が高く、大病院と同等の機能を有しているものことである。大病院のうち、リハビリテーション専門の診療科を標榜する医療機関（2 施設）については、当該診療科のみをリハビリとして扱った。

リハビリにおいては、S 病院（医師票 5 例、患者票 200 例）を集計対象から除外した。除外した理由は、診察でなく指導の要素が大きいためである。

【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

【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）：



## 【医師調査票項目の裏面】

### H 標榜可能学会専門医資格：

(下記の標榜可能資格に該当する場合は、○をつけてください。最大2つまで記入してください。)

整形外科専門医	皮膚科専門医	麻酔科専門医
放射線科専門医	眼科専門医	産婦人科専門医
耳鼻咽喉科専門医	泌尿器科専門医	形成外科専門医
病理専門医	内科専門医	外科専門医
糖尿病専門医	肝臓専門医	感染症専門医
救急科専門医	血液専門医	循環器専門医
呼吸器専門医	消化器病専門医	腎臓専門医
小児科専門医	口腔外科専門医	内分泌代謝科専門医
消化器外科専門医	超音波専門医	細胞診専門医
透析専門医	脳神経外科専門医	リハビリテーション科専門医
老年病専門医	心臓血管外科専門医	呼吸器外科専門医
消化器内視鏡専門医	小児外科専門医	神経内科専門医
リウマチ専門医		

### 3.1.2 解析の原則

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。難易度指標は初再診4区分(患者調査票7-8)すなわち紹介有初診・紹介無初診・(診断未確定)初期再診・(診断確定)継続再診を採用した。難易度分布に差がある場合は、難易度別に検討した。

また、目的を明瞭にするために作業仮説を設けた。なお、判定は視覚的であり統計処理はしていない。

### 3.1.3 単純集計結果

#### (1) 診察医師の経験年数 (医師調査票項目 F)

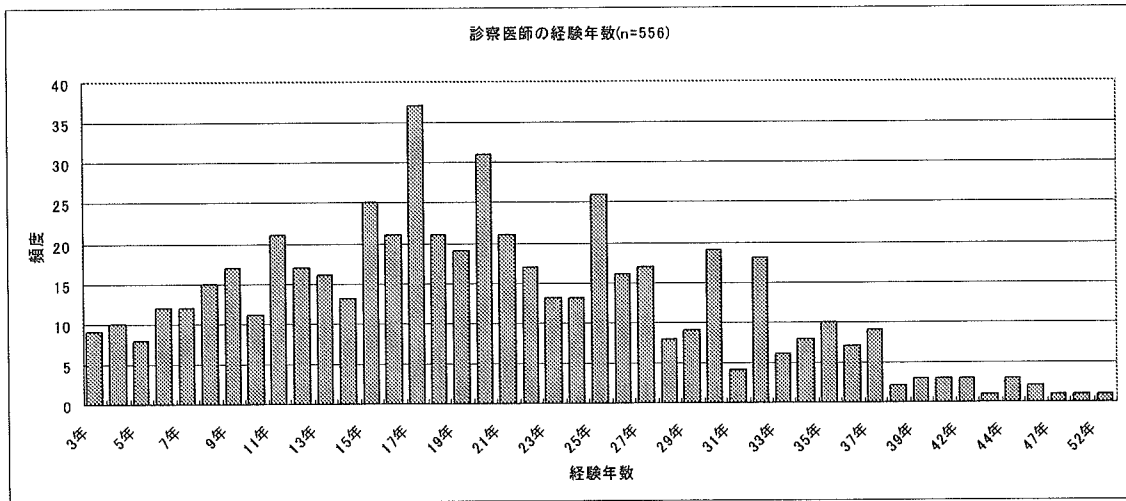


図 1 診察医師の経験年数

#### (2) 患者年齢 (患者調査票項目 5)

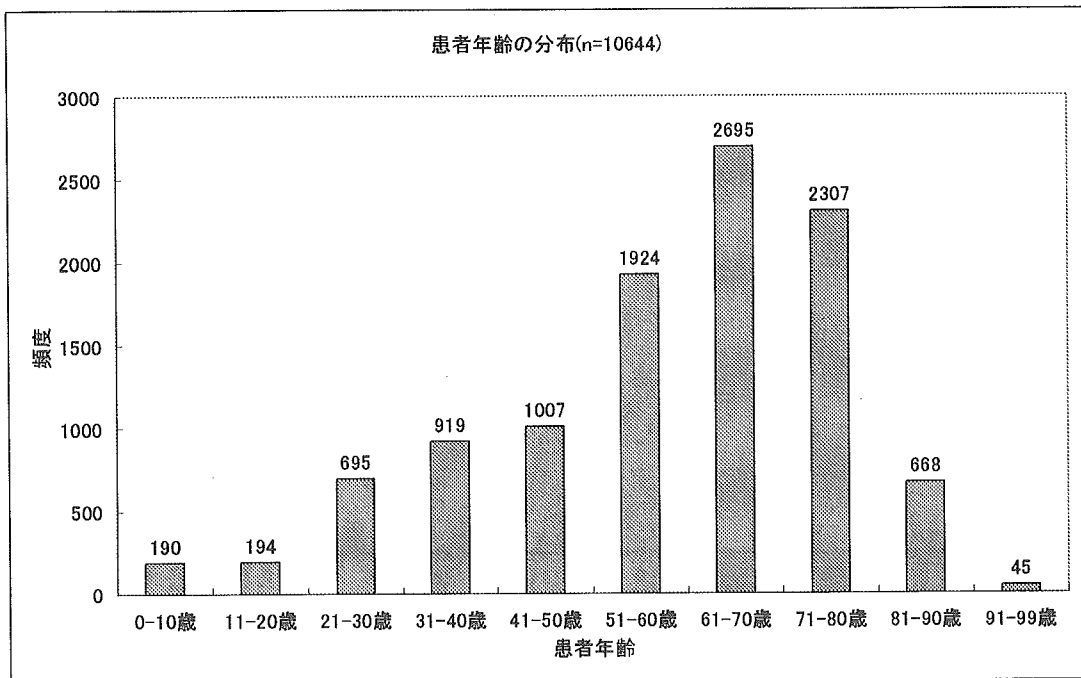


図 2 患者年齢の分布

(3) 診療報酬上の初診・再診の別 (患者調査票項目 8)

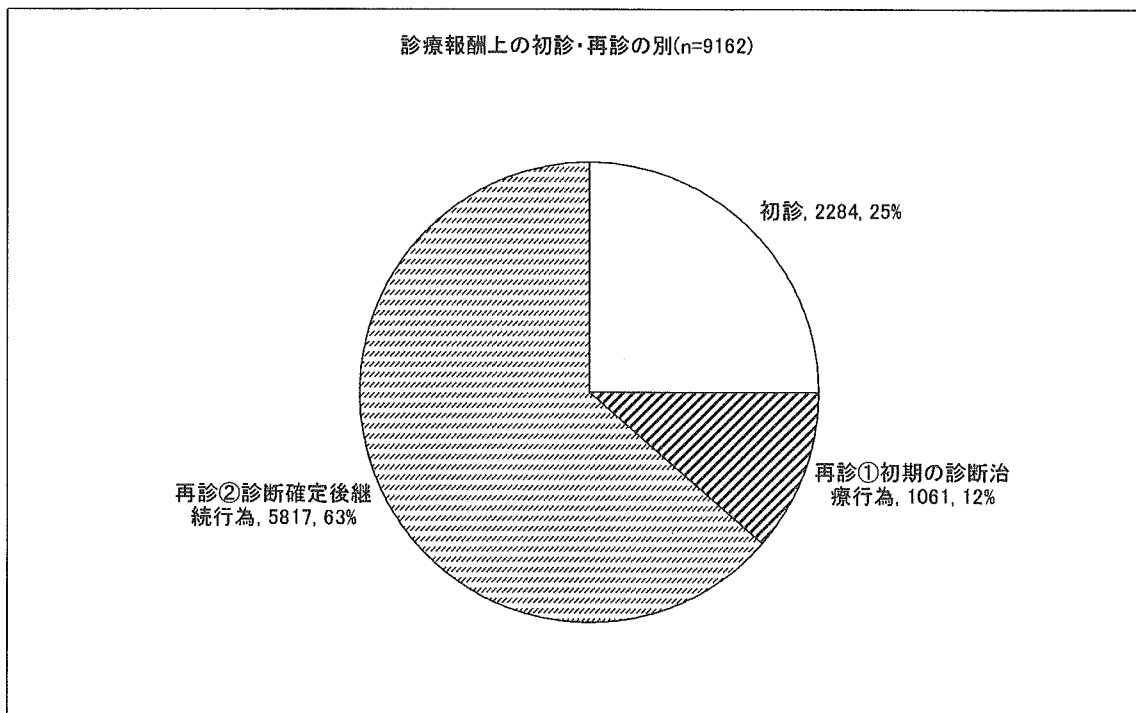


図 3 診療報酬上の初診・再診の別

(4) 診察合計時間 (患者調査票項目 9)

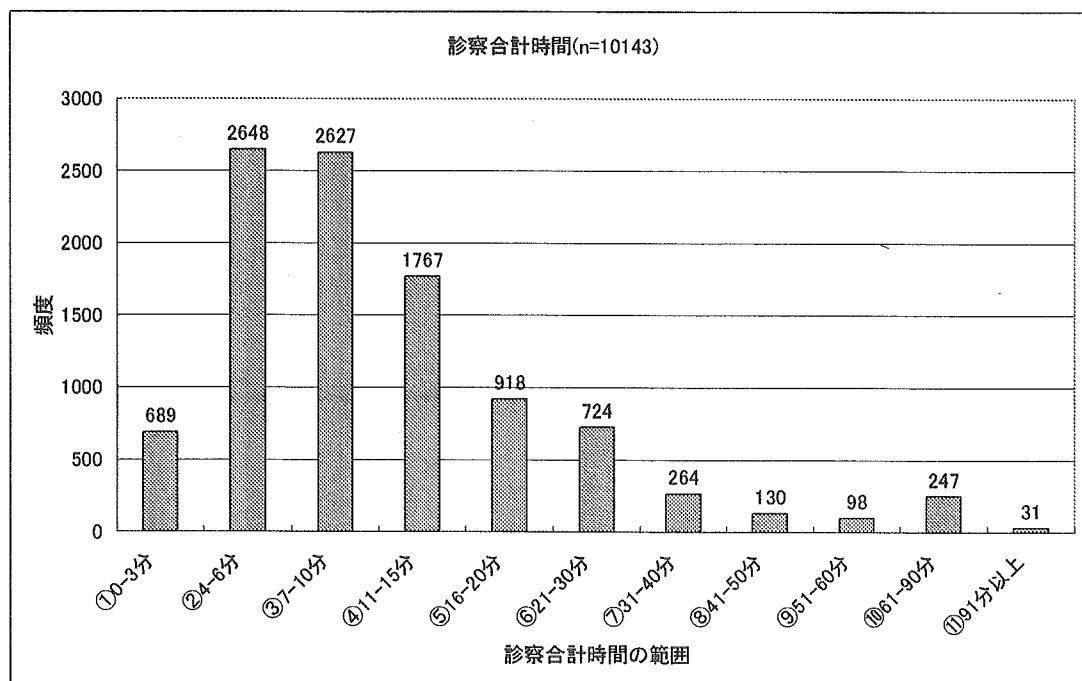


図 4 診察合計時間

(5) 患者重症度（患者調査票項目 12）入院となる患者の頻度

【結語】入院予約は当日別日合わせて3%であった。

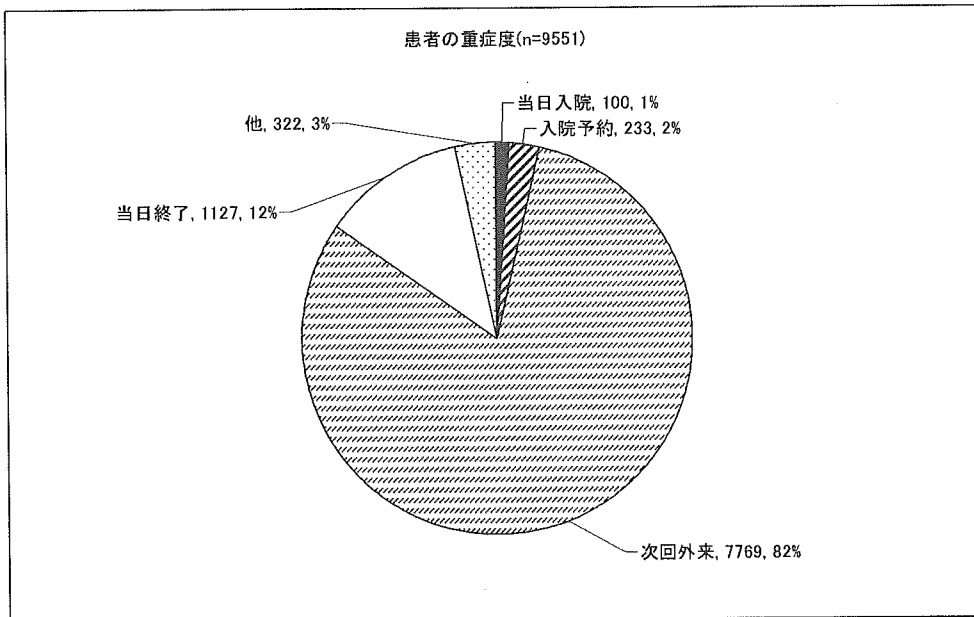


図 5 患者重症度

(6) 機能別分類（患者調査票 14）。大病院での「診療所機能にふさわしい」とする患者比率

【結語】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ある。

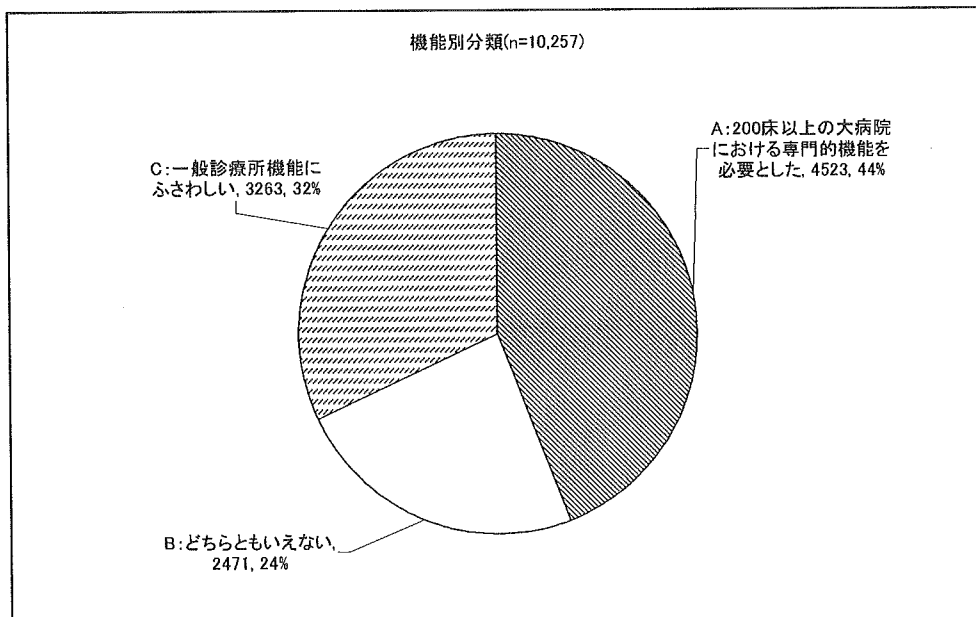


図 6 機能別分類