

(7) 調査に参加した標榜可能専門医数の分布（医師調査票項目 G）

専門性	人数	割合(%)
内科	259	32.8
循環器	113	14.3
神経内科	94	11.9
消化器	47	5.9
呼吸器	38	4.8
腎臓	32	4.1
リハビリテーション	30	3.8
糖尿病	26	3.3
血液	18	2.3
内分泌代謝科	17	2.2
その他	116	14.7
合計	790	100

註: 複数回答のため、調査に参加した医師数よりも合計人数が大きくなっている。

図 7 調査に参加した標榜可能専門医数

(8) 当日紹介の有無（患者調査票項目 7）

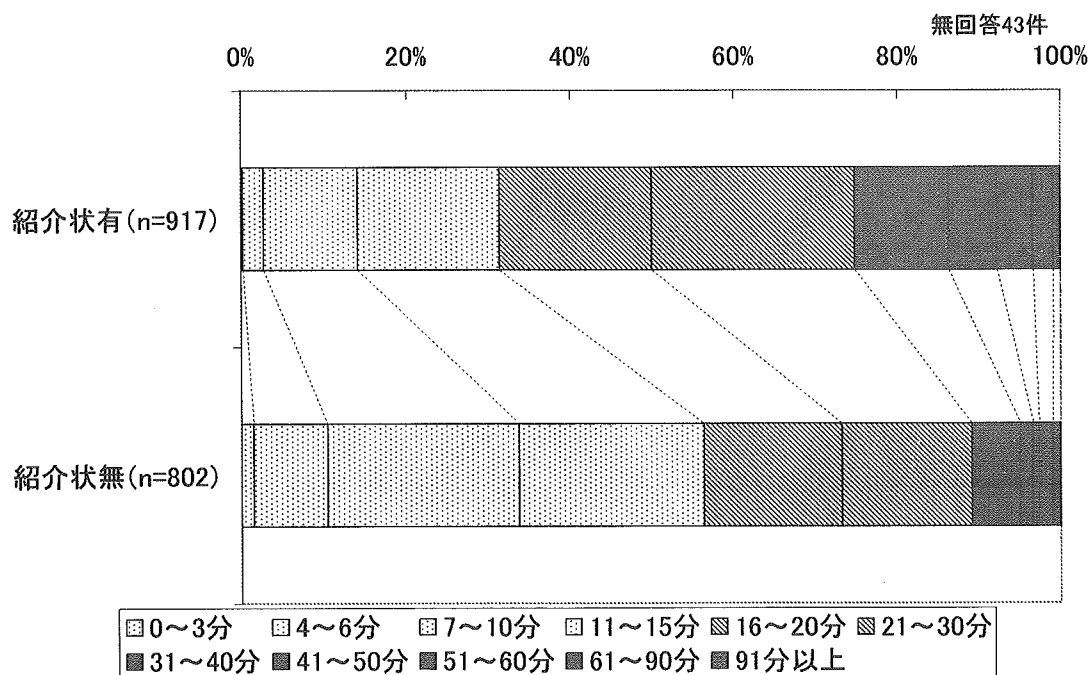


図 8 当日紹介の有無（大病院）(n=1,762)

(9) 診療所向き上位 10 疾患

総合診療向きの疾患とは、診療所の患者個票の上位 10 位疾患(図 9-1)と、大病院で診療所機能にふさわしいとされた患者の上位 10 位疾患(図 9-2)のなかで、重複している 7 つの疾患(高血圧・高脂血症・糖尿病・急性上気道炎・急性咽頭炎・インフルエンザ・感冒)とする。

ICD-10 コード	件数	全体(1,789 件)に占 める割合	疾患の一例
I10	395	22.1%	高血圧症
E14	103	5.8%	糖尿病
J11	73	4.1%	インフルエンザ B 型
J00	64	3.6%	感冒
J20	62	3.5%	急性気管支炎
J06	53	3.0%	急性上気道炎
F20	50	2.8%	統合失調症
E78	46	2.6%	高脂血症
M51	34	1.9%	腰椎椎間板ヘルニア
F32	33	1.8%	うつ病疑

図 9-1 診療所の上位 10 疾患 (n=913)

主病名の ICD-10 コード	件数	全体(1,464 件)に 占める割合	疾患の一例
I10	251	17.1	高血圧症
J45	77	5.3	気管支喘息
E14	75	5.1	糖尿病
E78	57	3.9	高脂血症
I25	56	3.8	陳旧性心筋梗塞
I20	48	3.3	狭心症
J06	40	2.7	急性上気道炎
I63	37	2.5	脳梗塞
J00	34	2.3	感冒
I48	32	2.2	心房細動

図 9-2 大病院で「診療所機能にふさわしい」とされた患者の上位 10 位疾患 (n=707)

(10) second opinion (医師調査票項目L)

【結語】 診療医師 458 名のうち、36%の医師でセカンドオピニオン外来の実施が見られた。(医療機関数 100)。1 時間換算にした場合の金額の中央値は 1 万円であった。

【コメント】セカンドオピニオン外来の有無は DPC 病院よりも非 DPC 病院で実施している傾向が認められた (DPC 病院 n=200、27.5%、非 DPC 病院 n=293、38.6%)。これは、DPC 病院においては、診療時に複数の医師によるコンサルテーションが実施されている可能性があると考えられる。200 床未満の病院および診療所 (n=67) ではセカンドオピニオンは 2 施設以外では、実施されていない。

セカンドオピニオン外来の診療時間は DPC 病院では平均 38.6 分及び非 DPC 病院は平均 53.9 分で共に 60 分以内である。

料金については、DPC 病院では 60%は 12,000 円以下 (平均 10,045 円) であり、非 DPC 病院では 80%が 12,000 円 (平均 12,152 円) で有り、若干非 DPC 病院の方が低廉な傾向があるが、中には 15,000 円を超える施設が 18.6%混在していた。

セカンドオピニオン用の紹介状を提供する側の時間と費用 (いわゆる診断情報提供料) については検討されていなく、今後の課題である。

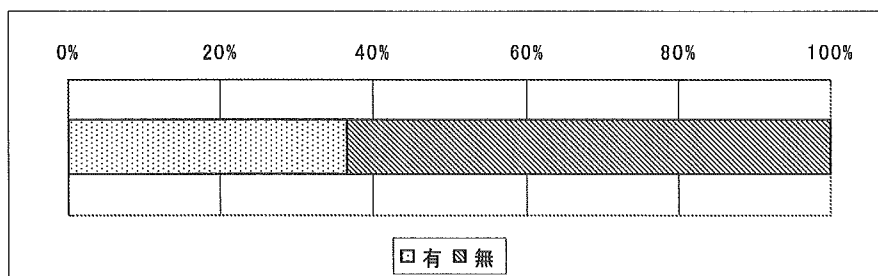


図 10-1 セカンドオピニオン外来の実施の有無 (大病院) (n=458)

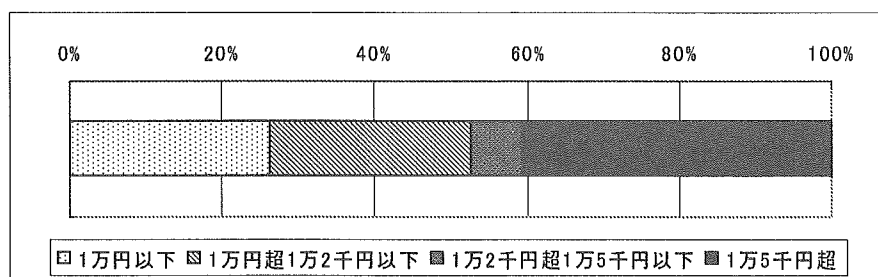


図 10-2 セカンドオピニオンの料金 (1 時間あたりに換算した場合) (n=145)

(11) Informed consent 有例での単純集計

【方法】診察時間の内訳（患者調査票 10）と、診察合計時間が 30 分以下の例を除いた上で、Informed consent 有例での時間と、実診察時間との傾向を検討した。

【結語】Informed Consent の定義は、診察医師によって解釈が異なるとの委員からの指摘もあり、今後は、この定義の統一も踏まえて検討する必要がある。

【コメント】調査票においては、Informed Consent の定義を「【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・患者が説明文書に署名を行なった場合】のいずれかを満たすもの」と定義した。図 11 は、Informed Consent にかかった時間が 7 分以上の例について、実診察時間との散布図を示したものであるが、実診察時間との関係に顕著な傾向は見られないが、Informed Consent にかかった時間が長くなるほど、実診察時間にばらつきが出るようである。また、図には示されていないが、0-6 分を Informed Consent にかかった時間とする回答も散見されたことは、定義の不理解を意味すると思われる。

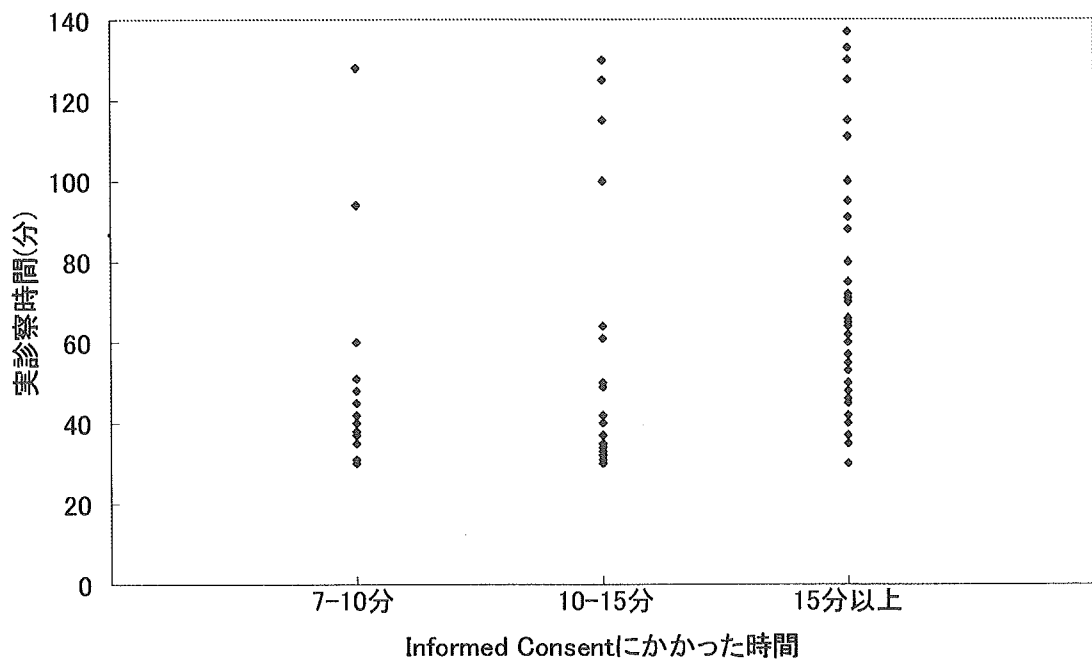


図 11 Informed Consent 有例での実診察時間 (n=133)

(12) 同日複数科受診（患者調査票項目 15）の比率集計

【方法】他科受診の有無（患者調査票項目 15）の比率を集計した。

【結語】紹介有初診で他科受診が多いのは、診察医師が依頼するからか、紹介元が複数紹介かが、不明である。

【コメント】紹介状ありの場合にはすでに他医において、病態が一部とはいえ正確に把握されており、一層の精査や専門的治療を要望して送られてくる。したがって、経験のある専門医が診たとき更に広い背景病態あるいは合併症について思いをはせるのは当然である。まして、大病院であれば院内に多科機能をそなえている。その為、大病院では専門医は広い視点に立つことができ、念の為に他科でのチェックもお願いするものである。例えば、糖尿病であれば眼科医の所見を要請することは専門医であれば初診時の基本診療の一部である。診察医師が把握していないので過小評価の可能性はある。

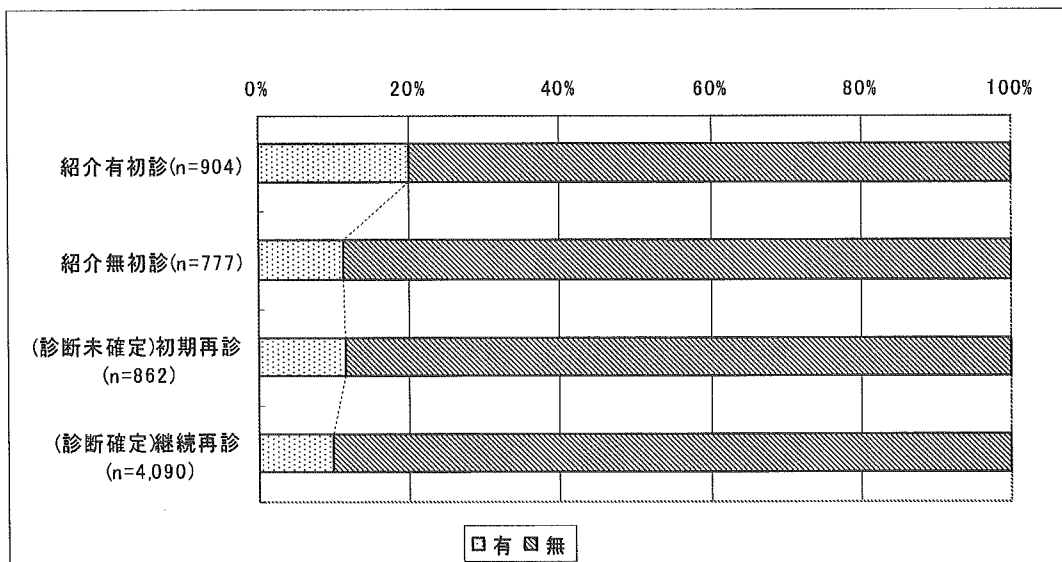


図 12 初再診 4 区分ごとの他科受診の有無 (n=6,633)

3.2 作業仮説の検討

特に断りがない限り、対象は大病院に限定した。

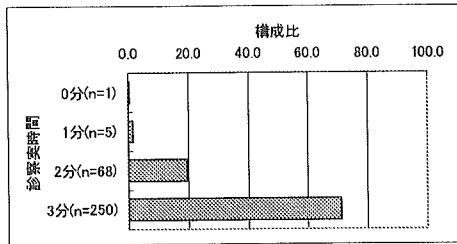
<申告時間の正確さ>

1. 診察合計時間（患者調査票 9）は、申告値だが正確である。

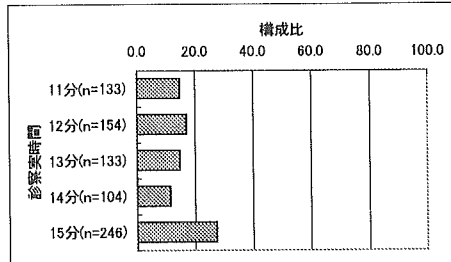
【方法】診察合計時間（患者調査票項目 9）と、実測時間（患者調査票項目 3-4）の対比；患者調査票 10 の上段、問診・処方 whichever にチェックがある例に限定する。

【結語】診察合計時間 30 分以下は正確である。30 分以上も問題はない。

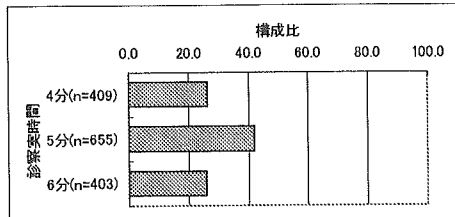
診察合計時間 ①0-3分 (n=324)



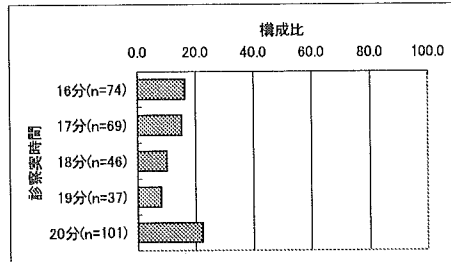
診察合計時間 ④11-15分 (n=770)



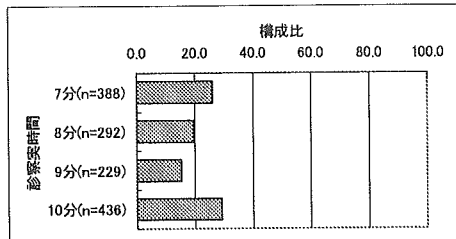
診察合計時間 ②4-6分 (n=1,467)



診察合計時間 ⑤16-20分 (n=327)



診察合計時間 ③7-10分 (n=1,345)



診察合計時間 ⑥21-30分 (n=218)

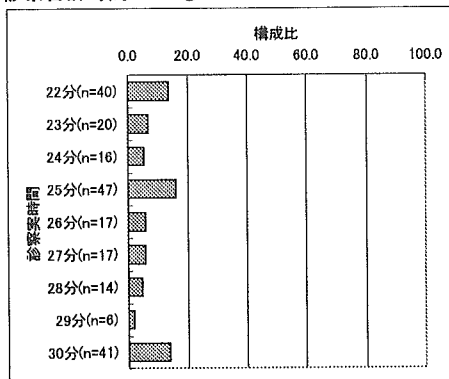


図 13 診察合計時間ごとの実診察時間の構成比 (n=4,451)

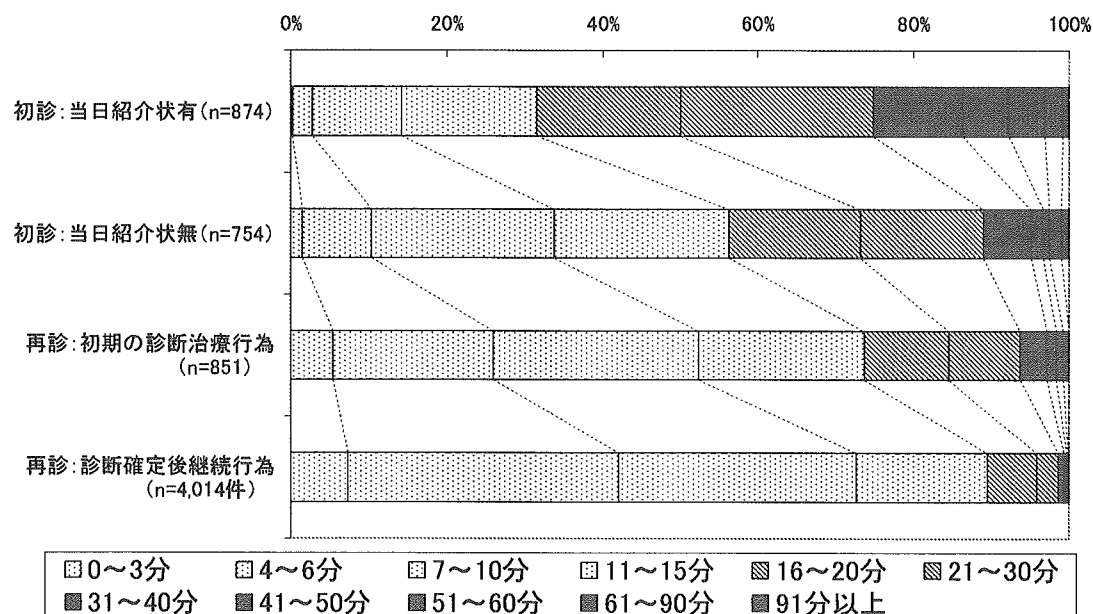
<難易度指標>

2. 難易度指標と仮定した初再診4区分（患者調査票8）では、紹介有初診・紹介無初診・（診断未確定）初期再診・（診断確定）継続再診の順に時間がかかる。

【結語】仮説は支持。特に再診を診断未確定（初期）と確定（継続）に分ける意義があることは、今回初めて証明されたと言える。大病院における診察時間中央値は紹介状有初診で20分、紹介状無初診で14分、診断未確定（初期）再診で10分、診断確定（継続）再診で8分であった。

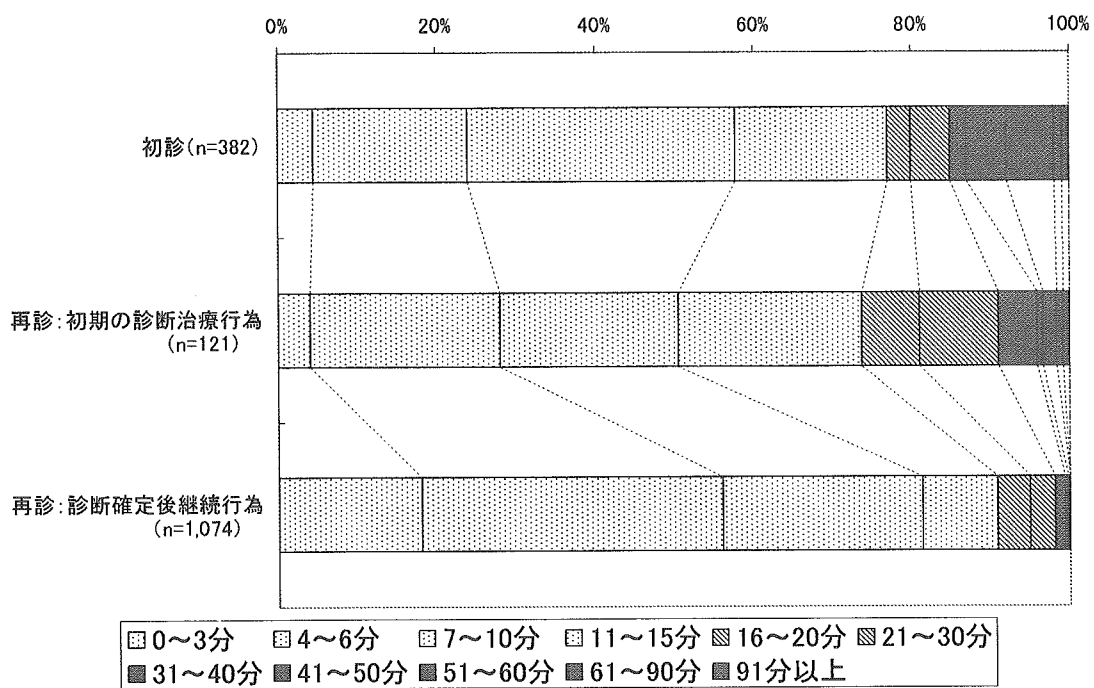
【コメント】この難易度指標が正確かどうかは本調査から分からないが、時間・難易度の交互作用が大きいことは分かっているので、紹介有初診の方が、時間が長いはずである。

初再診4区分の患者数比率は全国傾向ではなくて、本調査の属性に過ぎない。



※無回答 1、369 件

図 14 診療報酬上の初診再診の別（大病院）（n=7,862）



※無回答=298 件

図 15 診療報酬上の初診再診の別 (診療所等) (n=1,875)

<患者属性>

3. 大病院では、患者年齢（患者調査票 5）が高くなると診察合計時間（患者調査票 9）が長くなる。

【方法】患者年齢の均等 4 区分と診察時間分布を紹介有初診・紹介無初診・初期再診・継続再診に分けてクロス集計を行い、検討した。

【結語】患者年齢は診察時間に影響するとはいえない。

【コメント】患者年齢が高いと、難聴・認知症患者が増え、診断に時間がかかると予想されたが、結果として、各属性内では45歳以下・46～60歳・61～71歳・72歳以上の各群の間で診療時間に視覚的差は認められなかった。更に、疾患を考慮した検討が必要である。

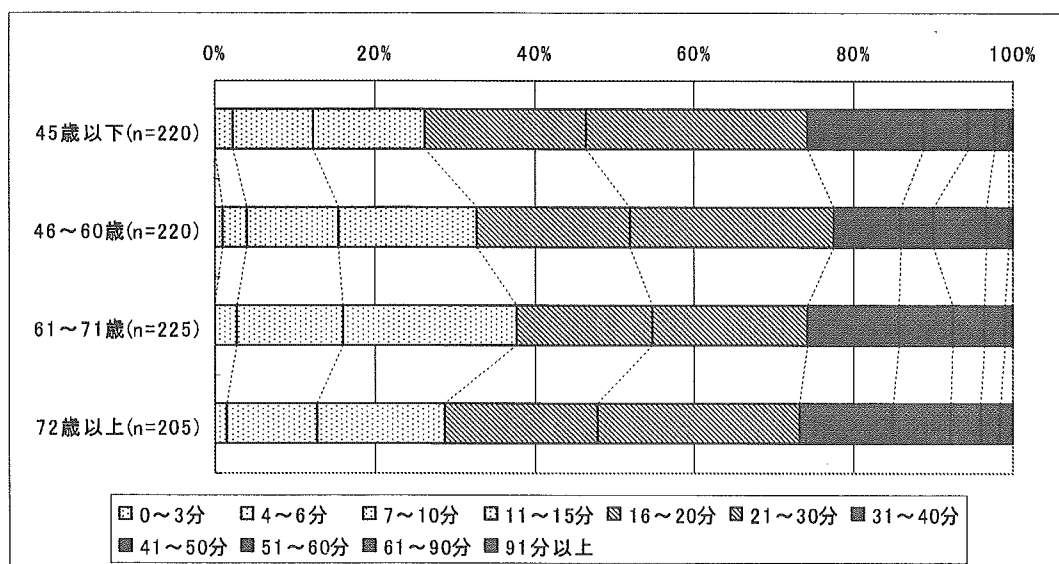


図 16 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（紹介有初診）（n=870）

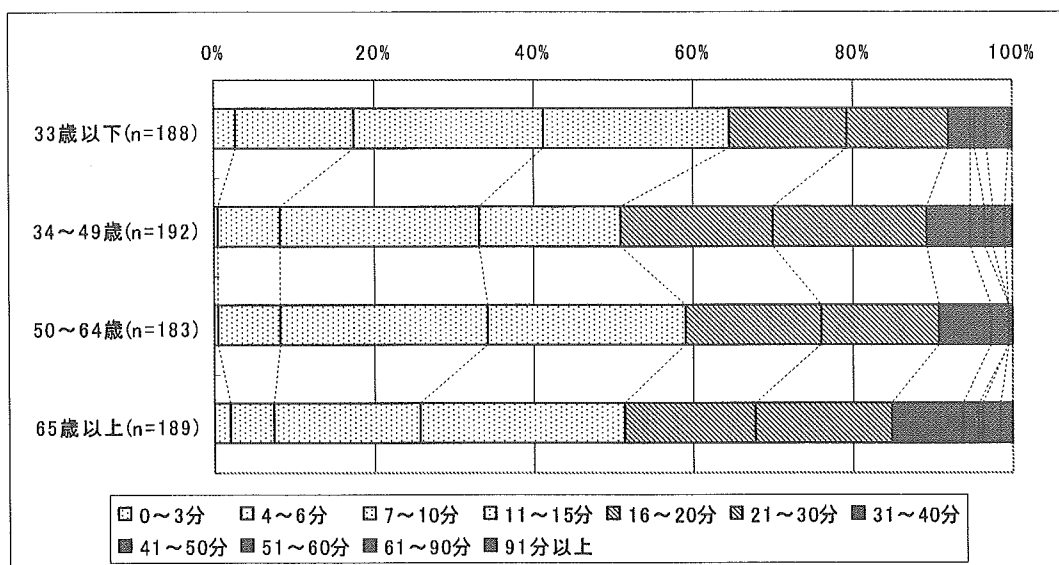


図 17 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（紹介無初診）（n=752）

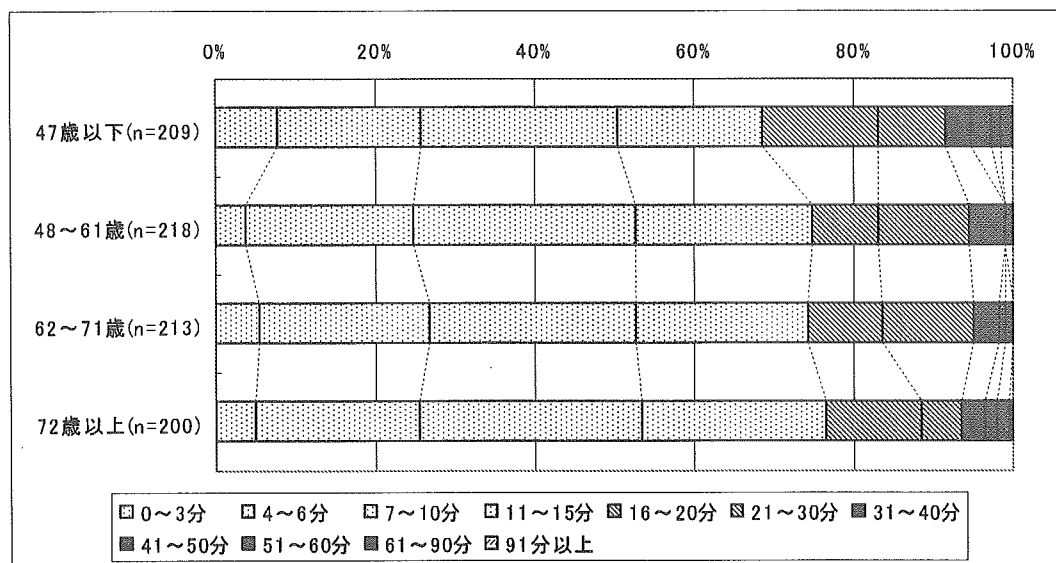


図 18 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（（診断未確定）初期再診）（n=840）

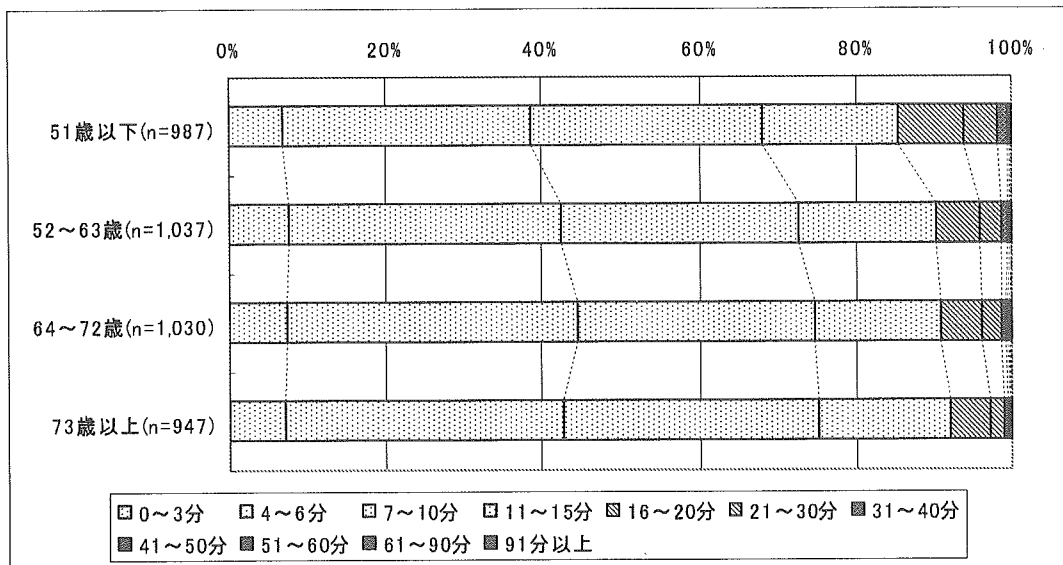


図 19 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=4,001)

4. 大病院において、女性患者（患者調査票 5）は診察合計時間（患者調査票 9）が長い。

【方法】女性の方が継続再診比率は少なかったもので、紹介有初診・紹介無初診・初期再診・継続再診の難易度別にクロス集計を行い、検討した。

【結語】患者性別は診察時間に影響するとは言えない。

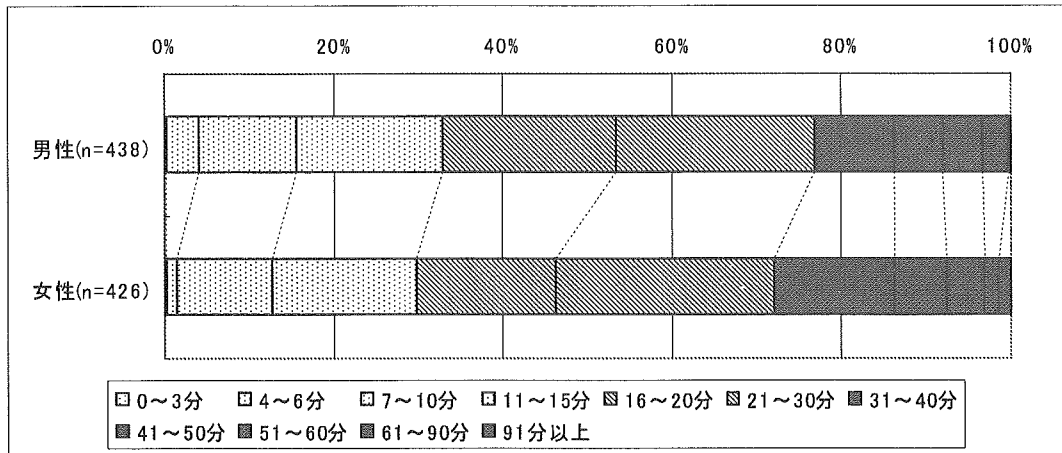


図 20 性別による診察合計時間（紹介有初診）（n=864）

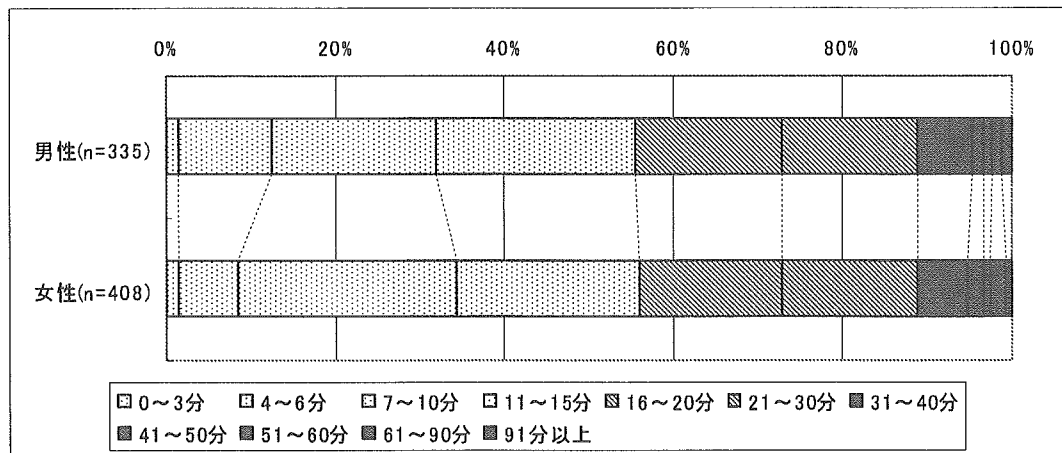


図 21 性別による診察合計時間（紹介無初診）（n=743）

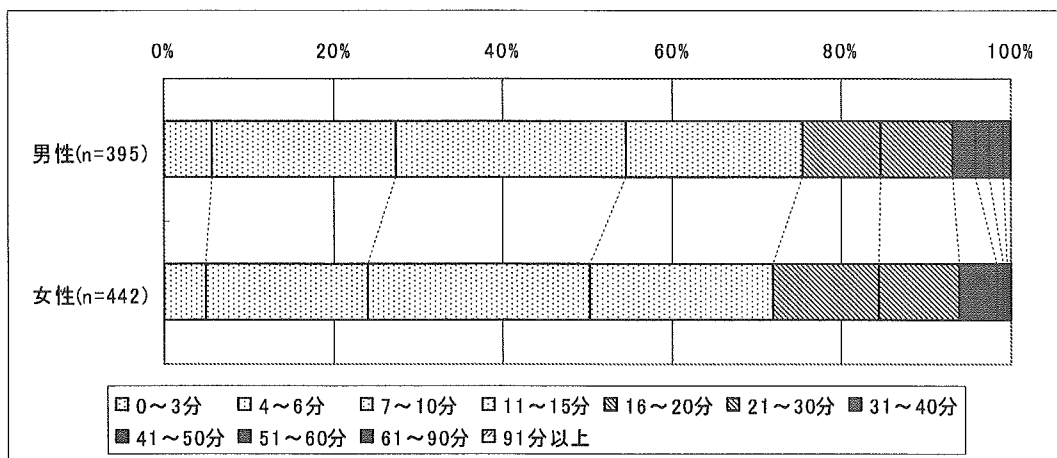


図 22 性別による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=837)

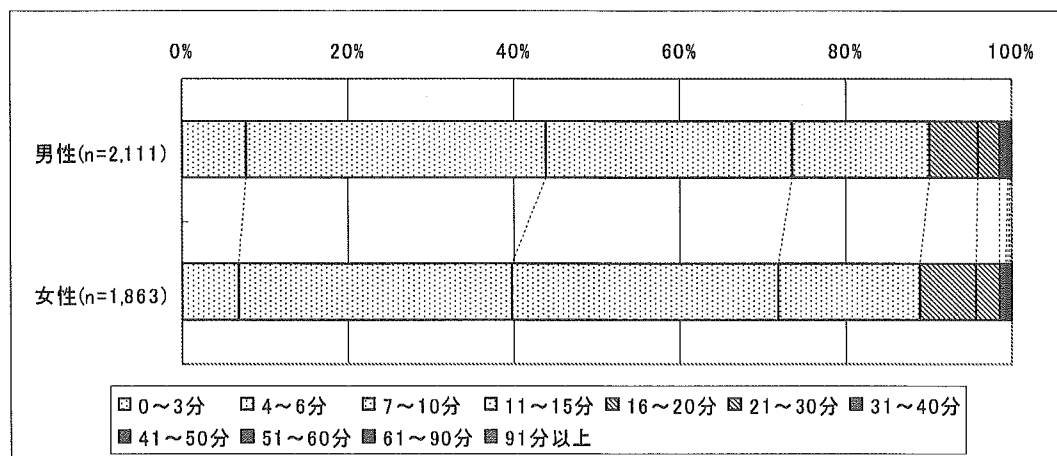


図 23 性別による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=3,974)

5. 診療所機能向き（患者調査票 14a）とされた7疾患は、難易度指標として妥当である。

【結語】否定。糖尿病、気管支喘息(疾患、傷害および死因統計分類概要 ICD-10 準拠の J45)を”総合診療向きの疾患”つまり診療所機能向きとすることは妥当でない。

【方法】当該7疾患は、”総合診療向きの疾患”と呼び、”専門診療向きの疾患”と区別する。(定義：総合診療向きの疾患とは、規模別分類診療所の患者個票の上位10位疾患と、大病院で診療所機能にふさわしいとされた患者の上位10位疾患のなかで重複している7つの疾患（高血圧・高脂血症・糖尿病・急性上気道炎・急性咽頭炎・インフルエンザ・感冒）とする)

【コメント】ICD-10 番号 E1 の場合には、インスリンの有無で難易度が異なるはずである。ICD-10 の糖尿病で診療所向きとされた割合がどの程度か、また第二病名（つまり合併症）が記載されている比率はどの程度かを確認した。合併症が軽微であるものは、原則的に診療所向きとし、定期的に専門医（合併症の治療）の診療を受けるべきとすればよい。

インスリンの使用に関しては、現在簡便化されており、コメディカルも含めてその使用法については正しい知識が普及しつつあるので、インスリンの使用・不使用をもって大病院向けと診療所向けとを区別する必要はない。言い換えれば、診療所の医師はインスリン治療の基本的な知識を備えて糖尿病診療を行うものとする。

調査結果では、ICD-10 番号 E14（糖尿病及び糖尿病合併症）の約2割は診療所向きと評価されていた。これは、糖尿病の初期は合併症も少ないので、もっぱら生活習慣病の管理・指導的な意味合いがある。このような初期段階の患者は、むしろ一般診療機能の診療所向きと考えてよい。しかし、合併症（腎、眼、神経等）が進行した場合などは、その管理・治療は様々な理由で大病院・専門病院での診療がより適切である。約2割に診療所向きと評価されているのは前者に該当すると考えられる。

また、糖尿病のうち、第二病名を含むものが4割弱であった。糖尿病は合併症の多い病気である。未治療で5年を過ぎれば、何らかの合併症が生じる。糖尿病を診断した時に、すでに複数の合併症が成立しているというケースは、残念であるが日本でも多い。もう一つはメタボリック症候群(シンドロームX)の新概念が世界中で今確立中であり、糖尿病は高脂血症・高血圧・虚血性心疾患・高尿酸血症等と同根で発生すると考えられ始めている。これらの理由で糖尿病は元来第二病名の多い病気である。むしろ、なしと考えられた中にもよく検査すれば他の病名が潜んでいる可能性があると考えた方がよい。

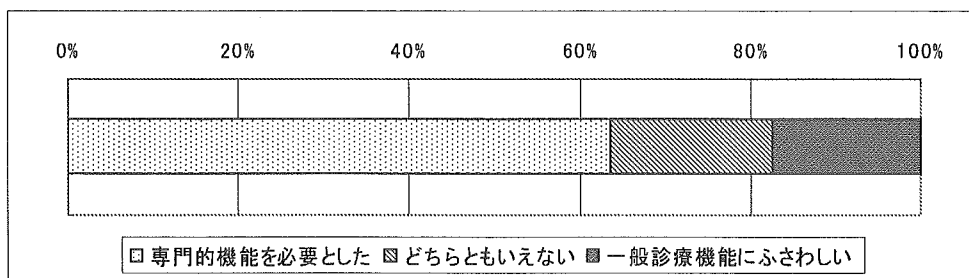


図 24 糖尿病疾患の機能分類 (大病院) (n=496)

6. 気管支喘息（患者調査票 11a）は患者年齢によって、難易度や所要時間が異なる。

【結語】気管支喘息(J45)は、”総合診療向きの疾患”とされたが、患者比率は大病院・専門病院の3.2%、診療所1.3%と、診療所で多くはない。そもそも両施設で同じ重症度の患者を見ているとも思えない。

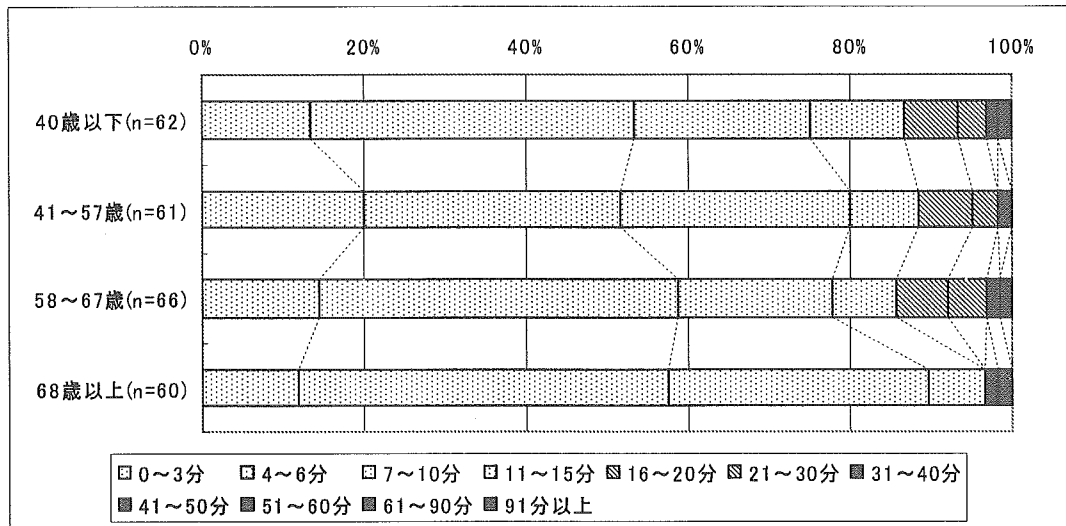


図 25 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（大病院）（n=242）

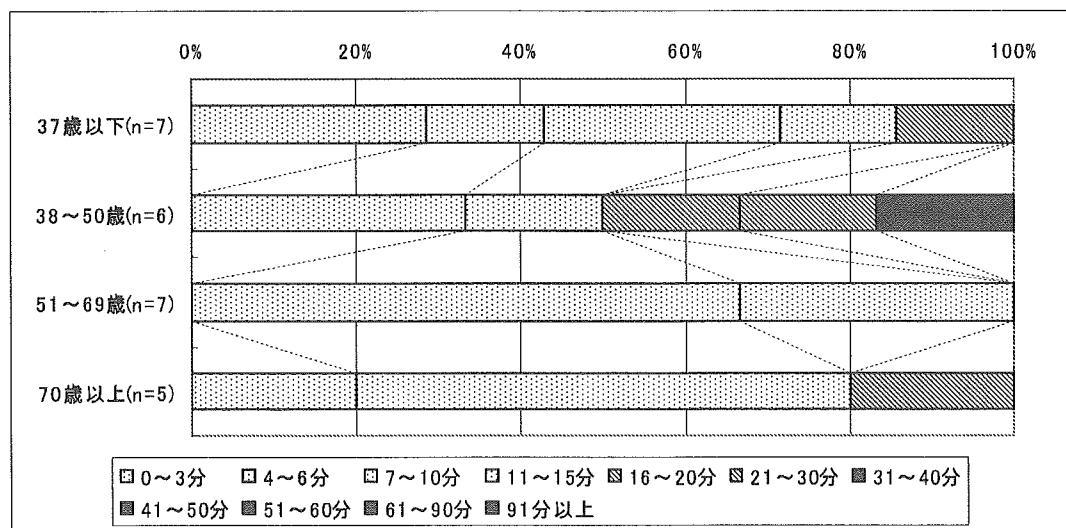


図 26 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（診療所）（n=24）

7. 再診における難病外来指導管理対象患者（患者調査票 11a）は難易度が高いので診察時間がかかる。

【方法】 難病外来指導管理対象疾患を ICD-10 コードから抽出し、診察合計時間とのクロス集計を行なった。難病外来指導管理対象患者のため、初診患者は除いて検討した。

【結語】 難病は時間がかかり、指導管理料の加算は妥当である。従来から外来指導管理料が設定されていることの理由の一つとして、診療時間の要素を無視できないことが示された。

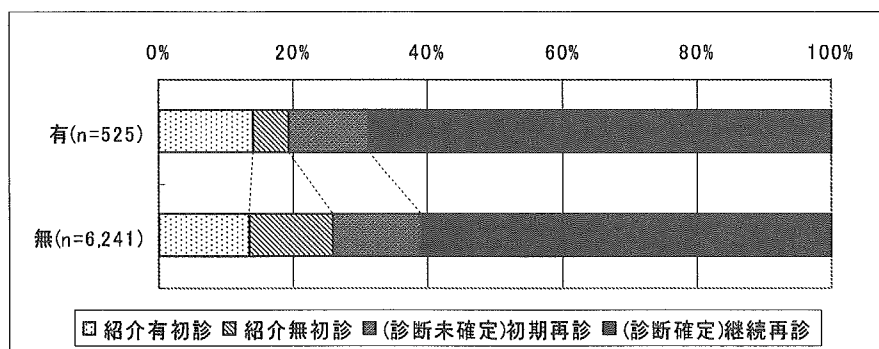


図 27 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 (n=6,766)

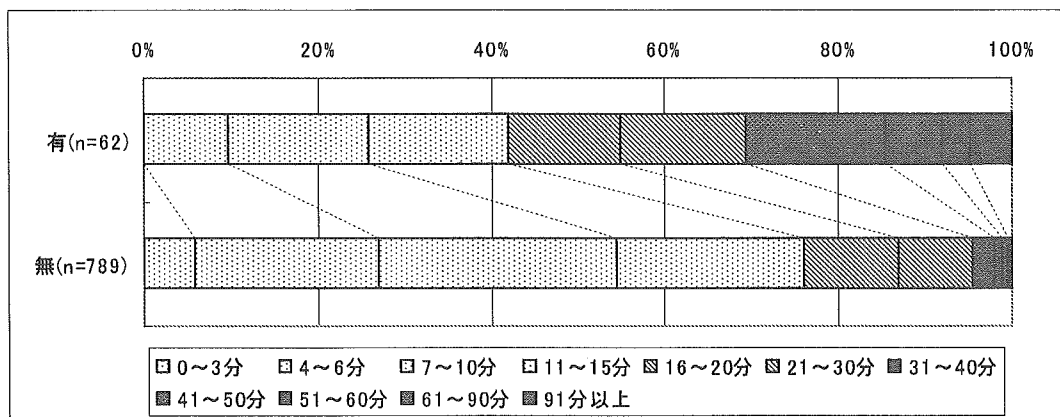


図 28 難病外来指導管理対象疾患の有無による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=851)

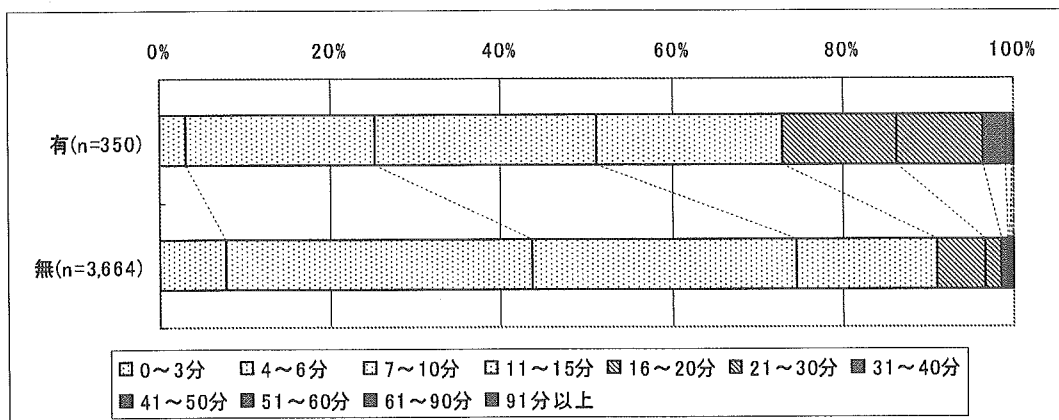


図 29 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 (診断確定) 継続再診 (n=4,014)

8. 神経内科疾患患者 (患者調査票 11) は診察合計時間が長い。

【方法】神経内科疾患として ICD-10 の I60-I69 (脳血管疾患) と、ICD-10 の G00-G99 に該当する患者を抽出した。神経内科疾患以外の患者を非神経内科疾患として、神経疾患患者の診察合計時間とそれ以外の患者の、患者外来属性を紹介有初診・紹介無初診・初期再診・継続再診に分けて診察合計時間分布の比較をした。

【結語】神経内科疾患は時間がかかる。

初診において、紹介状有初診での神経内科疾患患者における中央値が 26 分となるのに対し、神経内科疾患以外の疾患患者では 19 分であり、中央値においても約 7 分長い。30 分以上かかった患者の割合もおおの約 34%と約 21%、15 分以下は逆に約 20%と約 33%と神経内科疾患患者が長い傾向は明らかである。紹介状無し初診患者はこの傾向はさらに明らかで、中央値はおおの 24 分と 13 分と約 11 分長く、30 分以上かかった患者の割合は 28%と 9%、15 分以下の患者は 25%と 56%で神経内科疾患患者との差はさらに広がっている。この傾向は初期再診・継続再診においても同様に認められるが、最も差が際だったのは初診時である。この差は紹介状の有無において生じているのではないので、神経学的診察がこの時間差の要因であると推察される。

【コメント】神経内科疾患とそれ以外との比較では対象患者数が両者で著しく異なるが、これを無視すれば、neurology と internal medicine との比較となる。これは従来から言われてきたことであり、神経は他の内科系以上に時間が掛かるということである。これは初診、再来とも同様である。このような結果がデータとして得られたことは、大変貴重である。

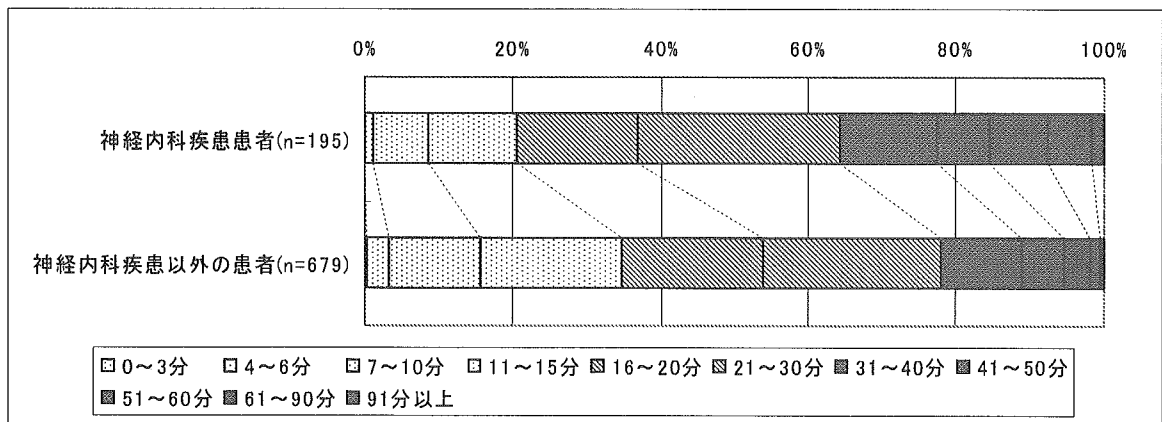


図 30 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介有初診）（n=874）

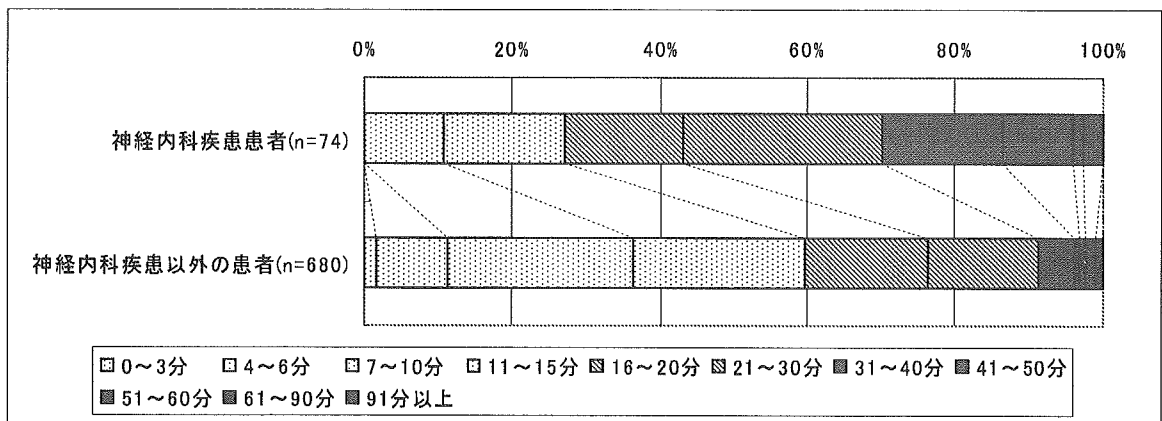


図 31 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介無初診）（n=754）

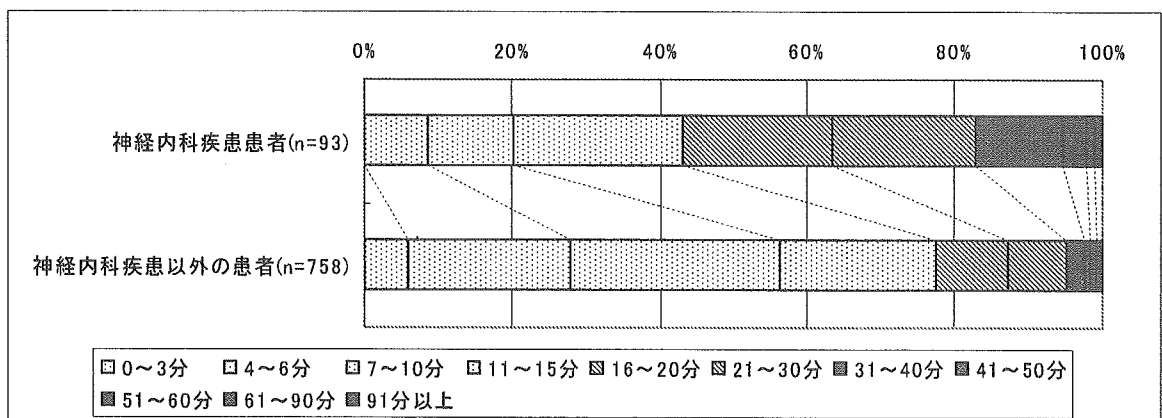


図 32 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（（診断未確定）初期再診）（n=851）

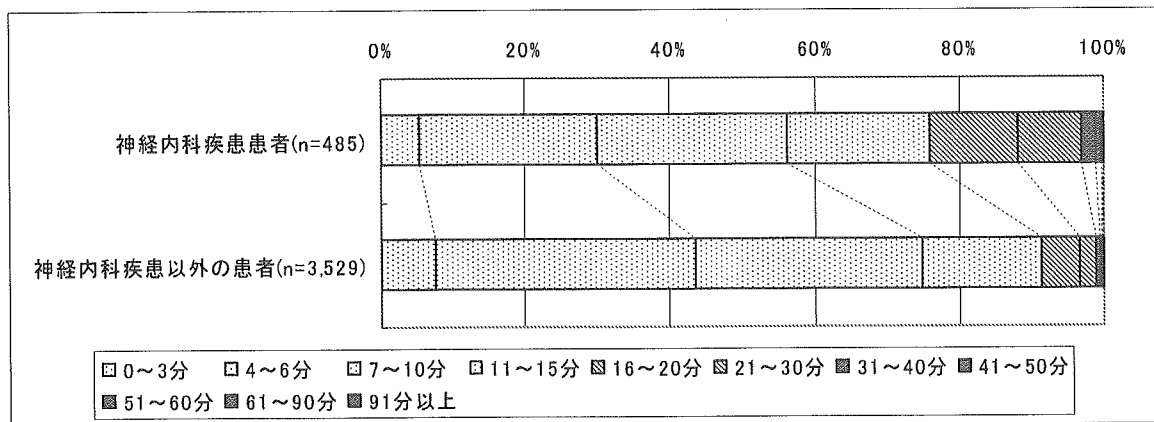


図 33 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（(診断確定)継続再診）(n=4,014)

9. 再診における神経難病外来指導管理対象患者(患者調査票 11)は、時間がかかる。

【方法】再診 2 区分において、神経難病外来指導管理対象患者、非神経の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の 3 群の診察時間分布を検討した。

【結語】神経難病外来指導管理対象患者の診療時間の長いことは明確となっている。初期再診においては神経難病外来指導管理対象患者の中央値は 22 分、神経疾患以外の難病外来指導管理対象患者は 14 分、難病外来指導管理対象となっていない患者は 9 分と明らかな差があった。難病外来指導管理対象患者の診療時間は全体でみても長いですが、神経難病外来指導管理対象患者はそれ以外の難病外来指導管理対象患者と比較しても特に長いことが明らかになった。15 分以上かかった患者の割合はおのおの約 74%、約 47%、約 26%と明らかな差が認められた。

継続再診においては全体として診療時間は短縮されているが、初期再診においてみられた傾向は明瞭である。中央値ではおのおの 14 分、9 分、7 分であり、15 分以上かかった患者の割合はおのおの約 42%、約 15%、約 8%と明らかな差が認められた。継続診療においては特に神経難病外来指導管理対象患者の診療時間の長いことは明確となっている。