

図 34 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診)
(n=851)

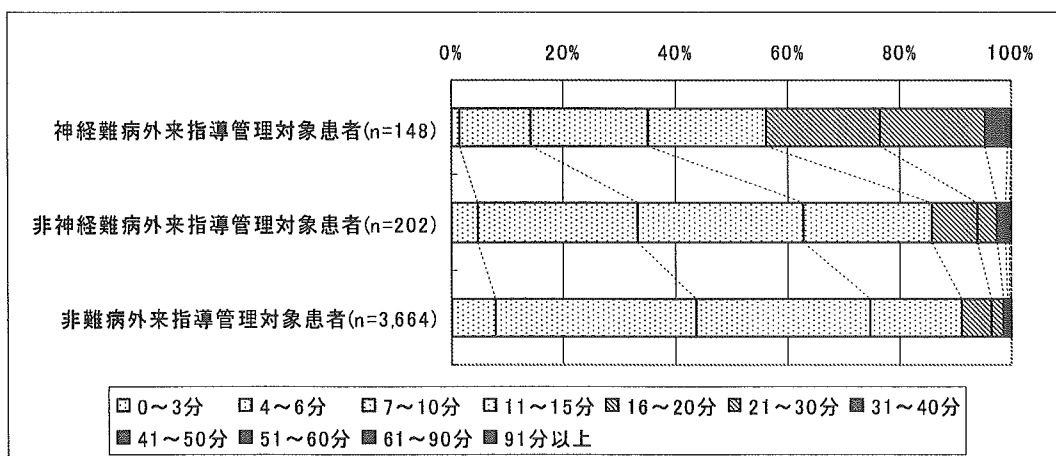


図 35 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断確定)継続再診)
(n=4,014)

<所属医療機関属性>

10. 大病院・診療所・リハビリテーション専門病院（医師調査票 B, J）では、時間分布に差異がある。

【方法】大病院・診療所・リハビリテーション専門病院で初再診4区分分布に視覚的差がないことをはじめに確認し、診察合計時間分布を検討した。診療所においては紹介有初診のサンプル数が少ないので、グラフからは除外した。

【コメント】4区分中、紹介有りを除いて他の3区分で診察合計時間が10分以下の割合がいずれの施設においても最も大きい。大病院およびリハビリテーション専門病院の時間分布は両者の間に差はない。一方、紹介無しの場合、診療所で診察合計時間が10分以下の割合は70%強と依然として多いが、紹介有りに比べ大病院およびリハビリテーション専門病院との差は減少する傾向にある。

診断未確定初診再診および、診断確定継続再診においては大病院およびリハビリテーション専門病院で診察合計時間が10分以下の割合が増加し、3群の間に大きな差はなくなった。

リハビリ外来の特殊性としていわゆるリハビリ外来患者には1) 超急性期の脳卒中、外科術後ほかの疾患で、診察及びリハビリがベッドサイドから始まるもの、2) 初診からリハビリ外来に出られる入院患者、3) 入院では無いリハビリ外来患者の3種類に分かれる。今回の調査は1)は除くと言うことで、2)と3)に絞られたが、今後は早期リハビリの比率の上昇と共に1)の割合が急性期病院では増えることが予想される。診察時間は1>>2>3の順になり、(1)が圧倒的に診察時間は長くなる。また、今回の調査2)と3)の割合により平均診察時間が変わる。さらにリハビリテーション専門病院では急性期の患者は原則としておらず3)の比率が圧倒的に多くなる。そのため、それぞれの病院の特性に応じて検討する必要がある。

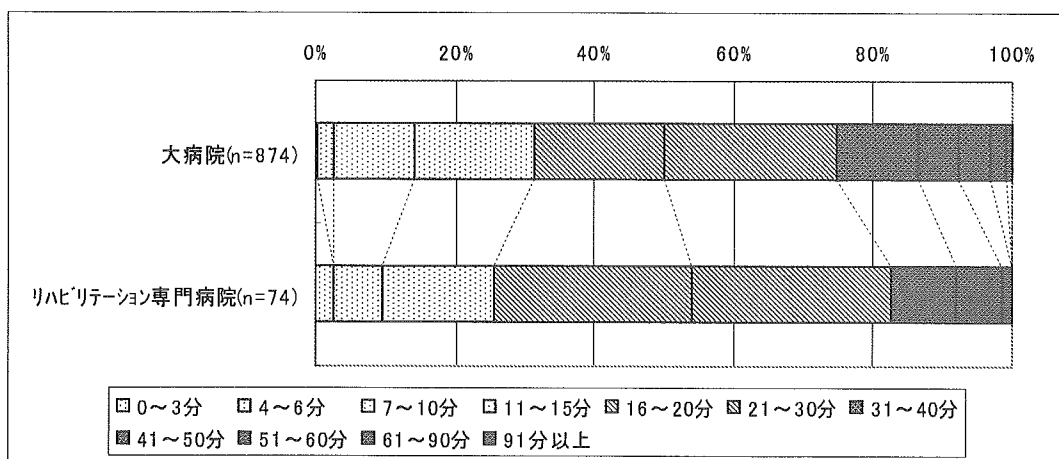


図 36 所属医療機関属性による診察合計時間（紹介有初診）(n=954)

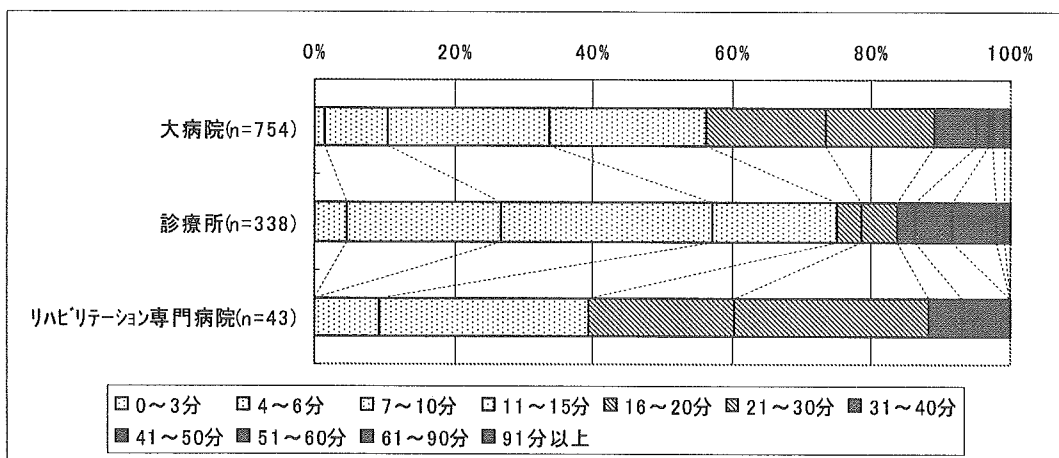


図 37 所属医療機関属性による診察合計時間（紹介無初診）(n=1,135)

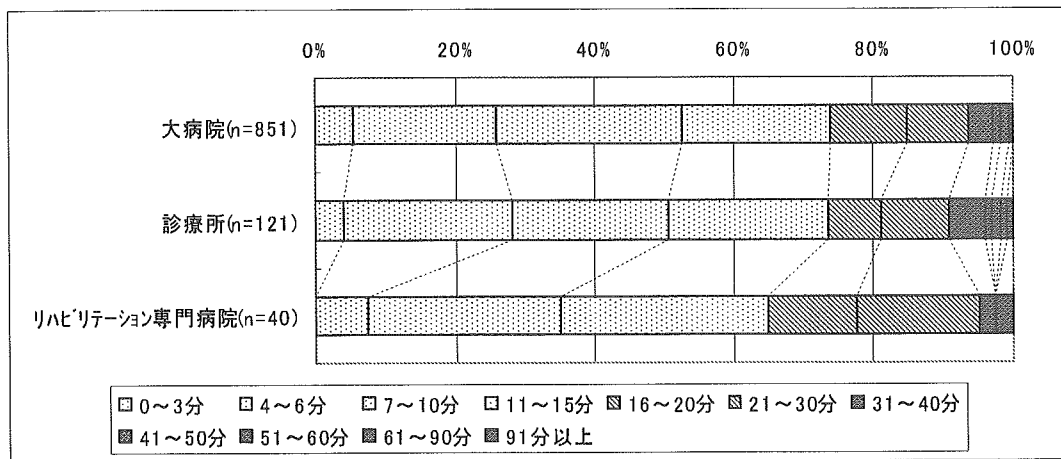


図 38 所属医療機関属性による診察合計時間（(診断未確定)初期再診）(n=1,012)

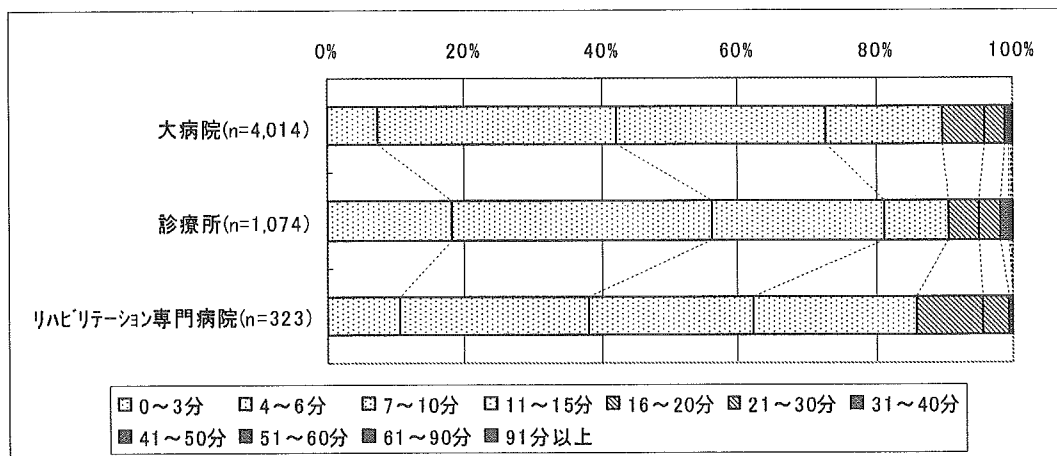


図 39 所属医療機関属性による診察合計時間（(診断確定)継続再診）(n=5,411)

11. 大病院のうち DPC 施行病院（医師調査票 A）の患者は難易度が高い。

【方法】 DPC 施行の有無による難易度指標初再診 4 区分の分布を検討した。

【結語】 DPC病院では診断確定再診が多いので、仮説は支持されなかった。

【コメント】 初再診患者分布は、本アンケートでは初診を多く募ったので実態の反映ではない。

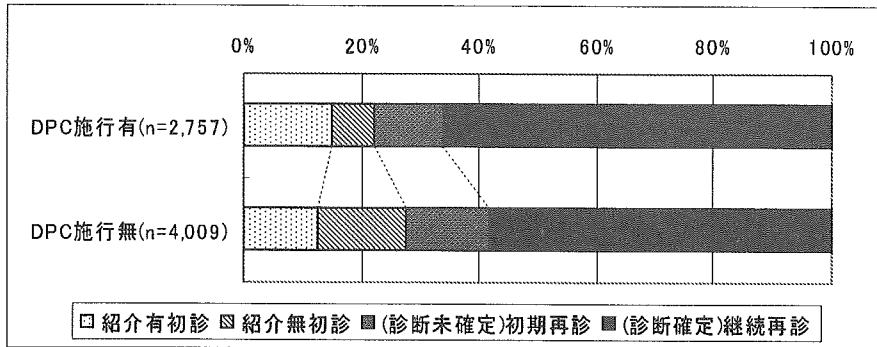


図 40 DPC 施行有無による初再診 4 区分 (n=6,766)

12. 大病院のうち DPC 施行病院（医師調査票 A）は、同じ難易度の場合、診察時間は短い。

【方法】 同じ難易度指標初再診 4 区分における、DPC 施行有無別の患者診察合計時間分布を検討した。

【結語】 DPC 病院で診察時間中央値が僅かに長い

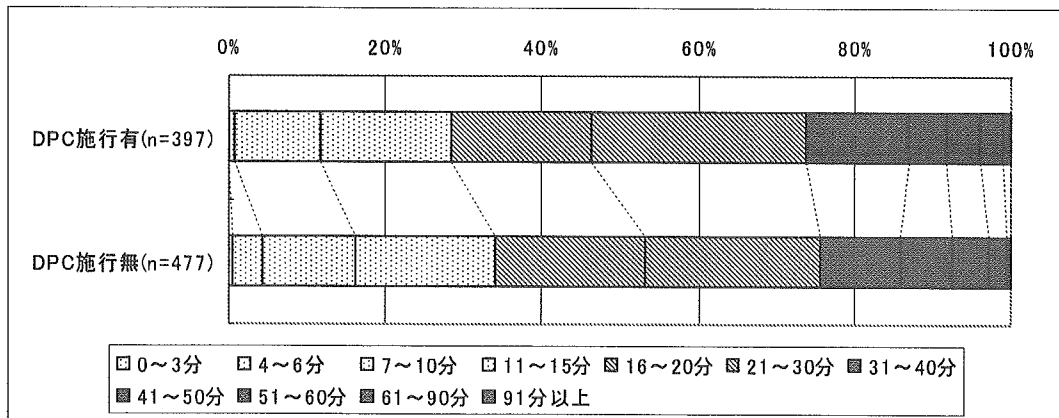


図 41 DPC 施行有無による診察合計時間（紹介有初診）(n=874)

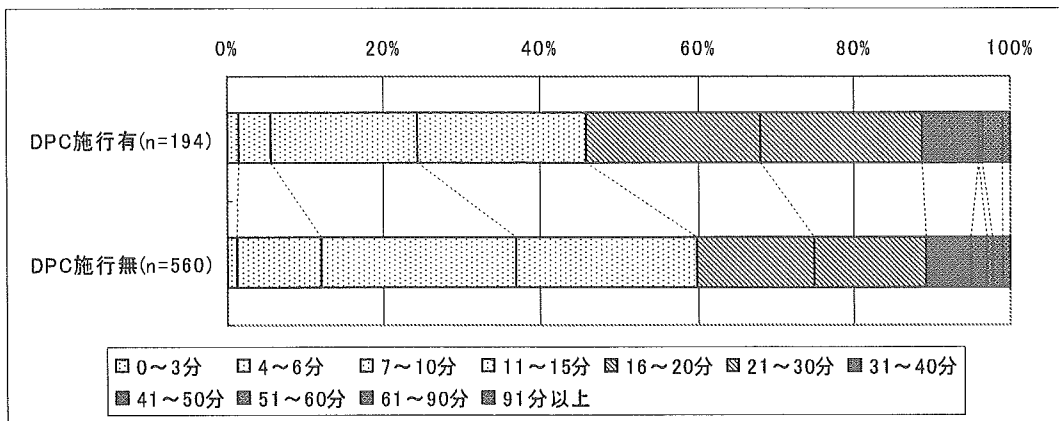


図 42 DPC 施行有無による診察合計時間（紹介無初診）(n=754)

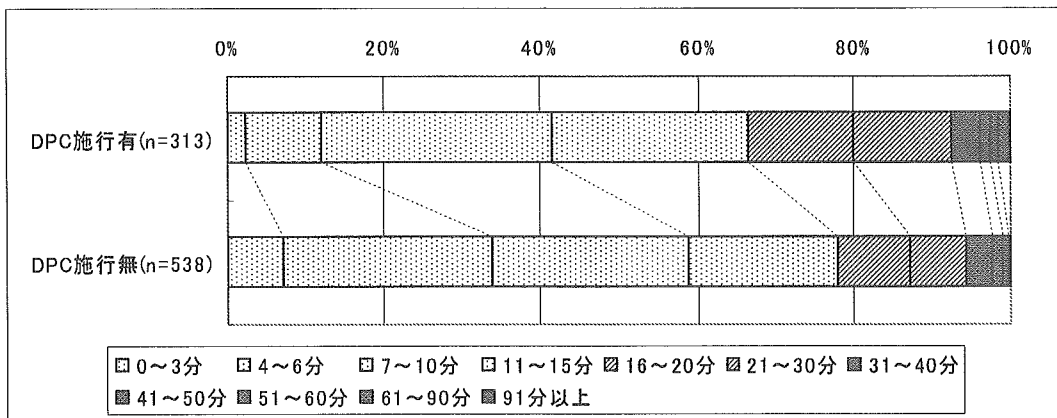


図 43 DPC 施行有無による診察合計時間（(診断未確定)初期再診）(n=851)

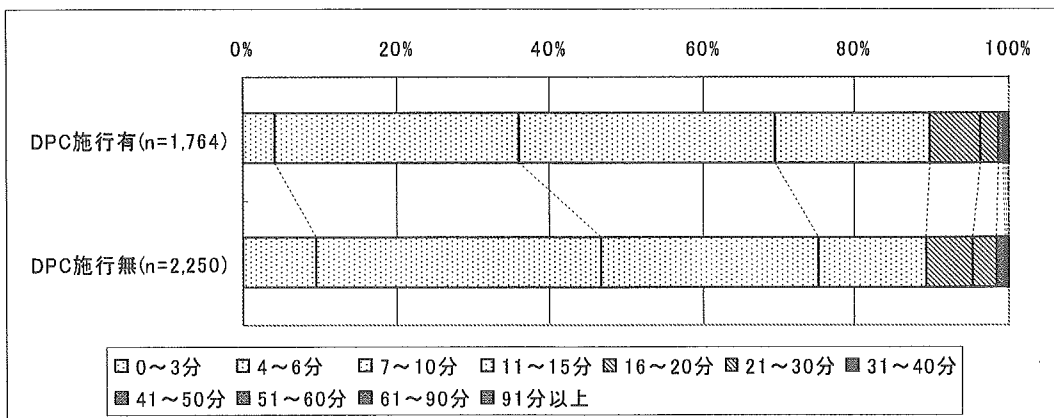


図 44 DPC 施行有無による診察合計時間（(診断確定)継続再診）(n=4,014)

<回答者属性>

13. 大病院では医師の経験年数（医師調査票F）が増えれば、同じ難易度でも診察時間が短くなる。

【方法】初再診4区分分布別の、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い、検討した。

【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。

【コメント】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区分では紹介の有無によっては、概して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長い。また診断未確定の初期再診及び診断確定の継続再診において医師の経験年数均等4区分ではいずれも有意差が認められない。

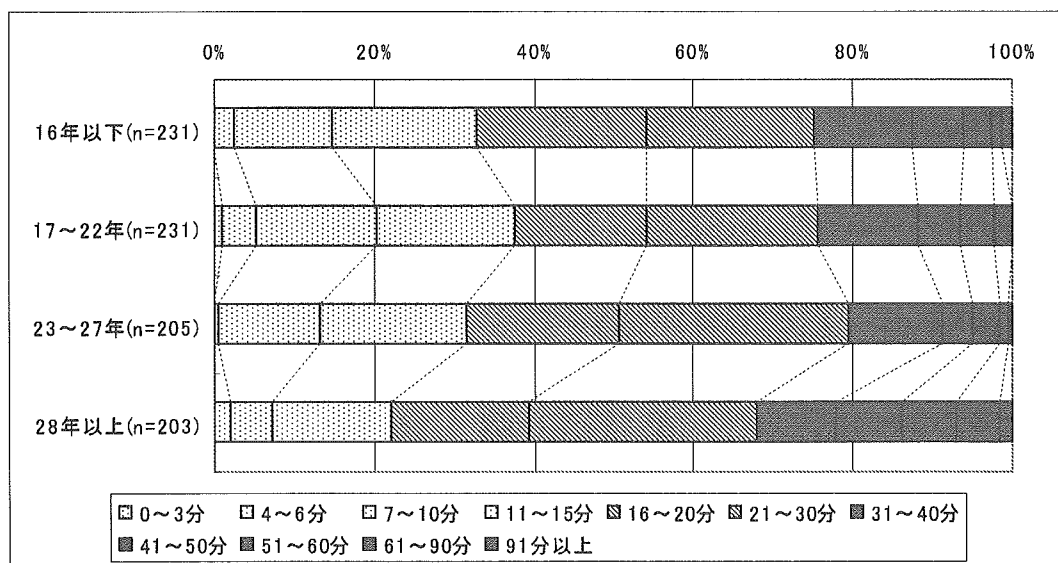


図 45 医師経験年数の均等4区分による診察合計時間（紹介有初診）（n=870）

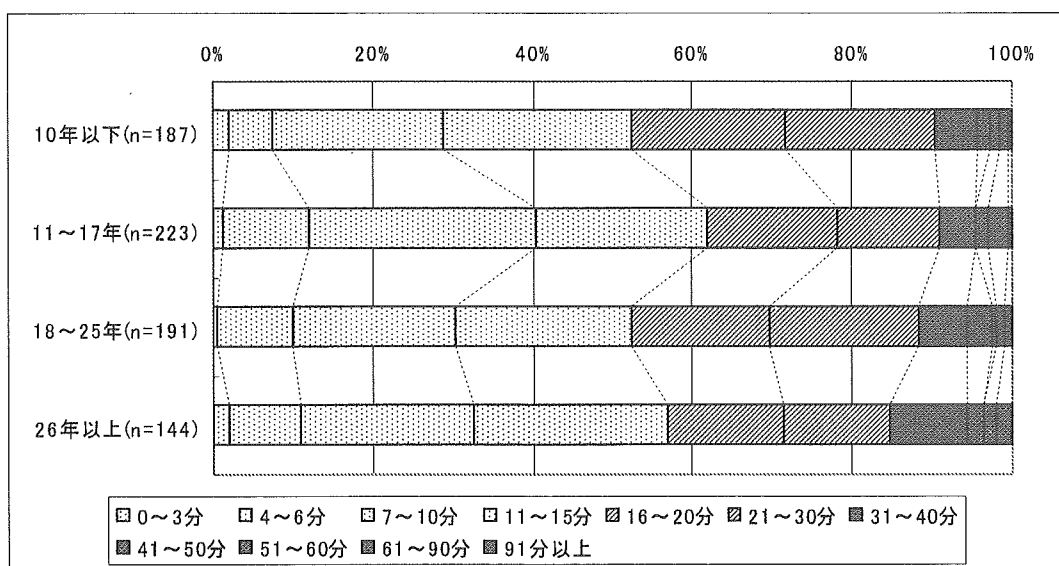


図 46 医師経験年数の均等 4 区分による診察合計時間（紹介無初診）（n=745）

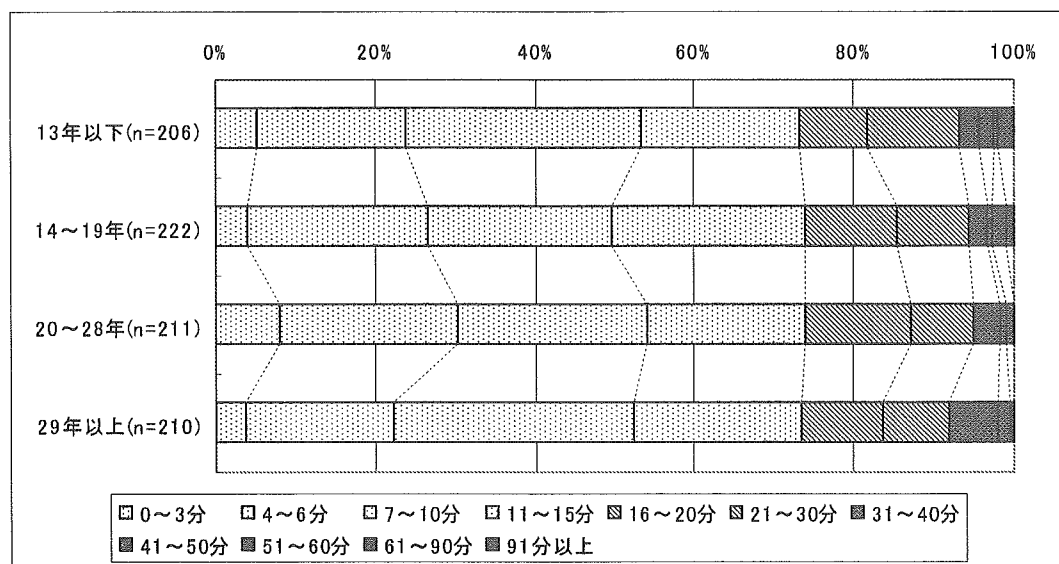


図 47 医師経験年数の均等 4 区分による診察合計時間（（診断未確定）初期再診）（n=849）

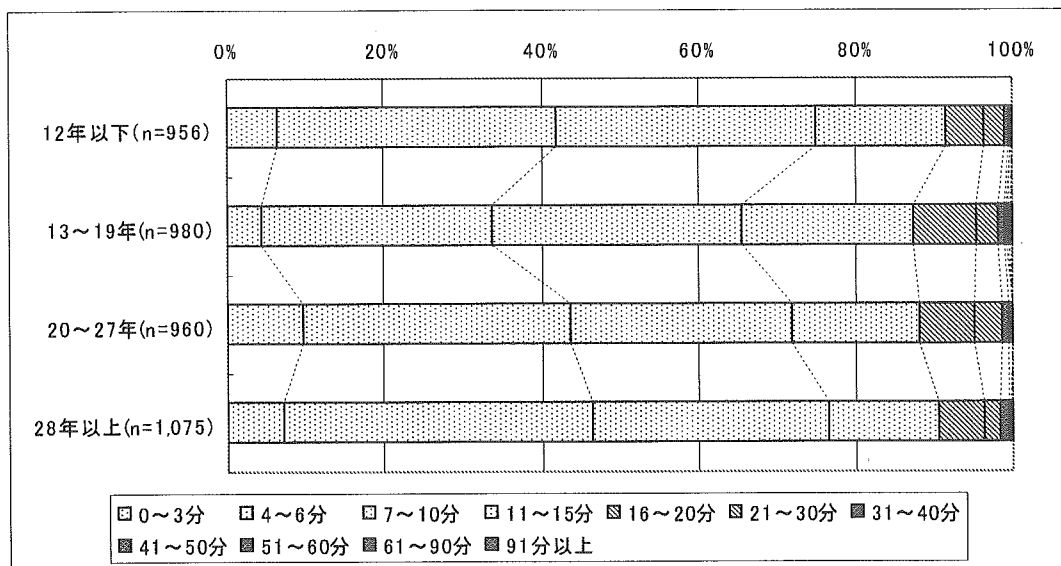


図 48 医師経験年数の均等 4 区分による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=3,971)

14. 仮説：医師調査票 E（診察医師の多忙度）多忙な医師は診察時間が短い。

【方法】多忙医師とは時間当たりの診察患者数が多い医師のことである。診察医師ごとに1時間あたりの診察患者数を集計し、このうち、1時間あたり10名以上の医師（全体の約14%）を多忙医師と定義した。

【結語】多忙医師は、いずれの難易度でも診察時間が短い、継続再診においてその傾向が顕著であった。当然ながら、多忙医師の内容については病名確定後の再診が多い。

【コメント】特に高血圧再来のような安定した疾患が多いのではないかと、つまり一般診療所向けの疾患が多いのではないかとということを検証する必要がある。

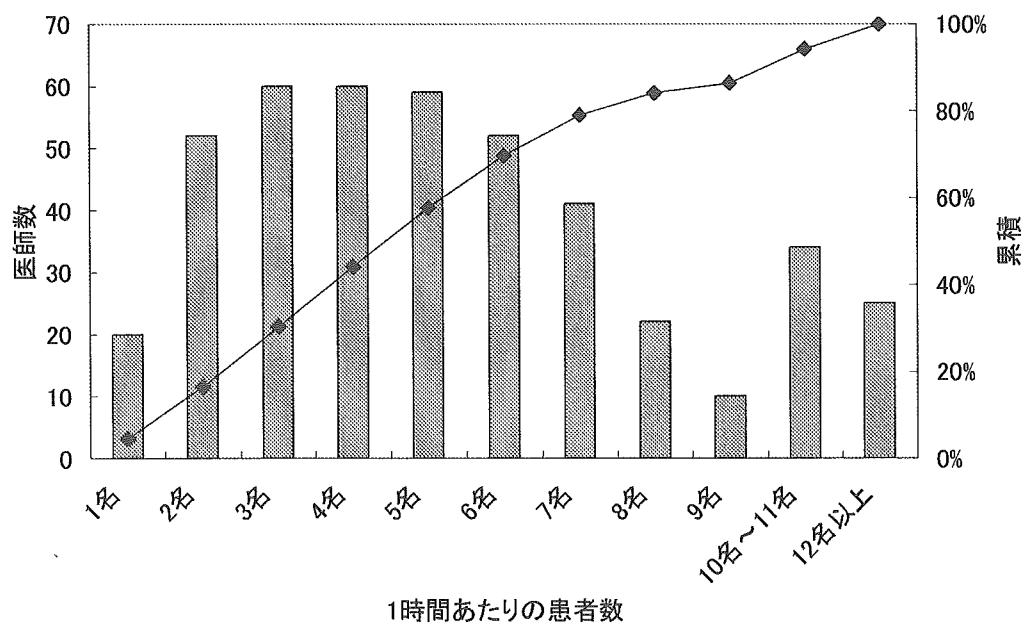


図 49 1時間あたりの診察患者数 (n=435)

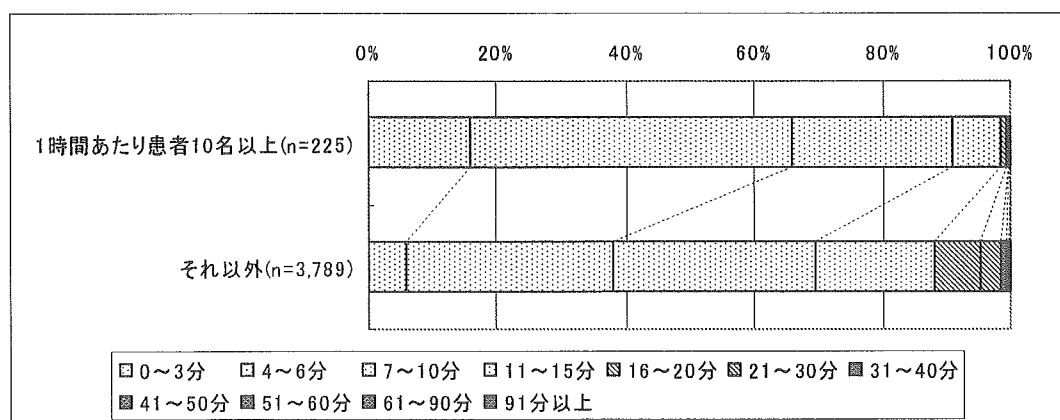


図 50 多忙度による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=4,014)

15. 助手医師（医師調査票 1-2 作業環境）がいると診察時間が短い。

【方法】 助手医師が 0 名の場合、1 名の場合、2 名以上の場合を比較した。

【結語】 助手数が増えると再診では少し短くなる。但し患者絶対数比率は助手 2 ; 1 ; 0=1 ; 10 ; 30 と 2 名以上は母数が少ないこと、回答医師の勘違いにより診療科全体の助手数を申告している可能性も否定できない。助手が 1 名のときに、処方などで、短時間の作業（0-3 分、4-6 分）であるときに短縮される傾向がうかがえる。大まかな傾向として助手数の有無が診察合計時間に影響していることが推察される。今後、同一疾患や同一年齢などで深掘した分析を進めていく必要がある。

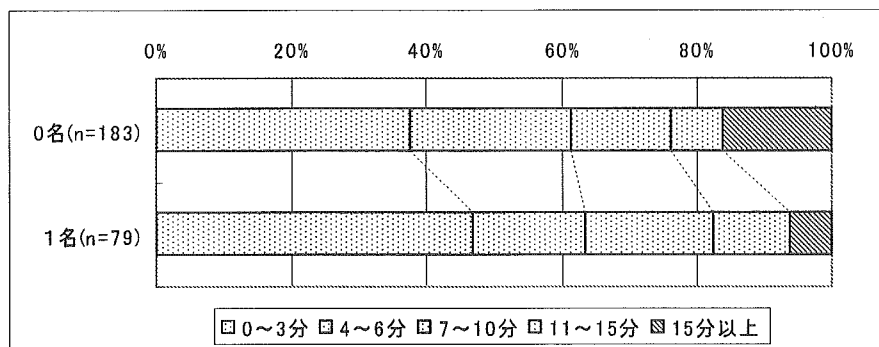


図 51 助手医師の有無による診察合計時間(n=262)

16. 神経内科疾患患者（患者調査票 11）を神経専門医（医師調査票 G）がみると診察時間が短くなる。

【方法】 対象は、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 に該当する患者において神経専門医（含む神経内科専門医）とそれ以外の全医師（非神経専門医、つまり循環器専門医等）で神経専門医と非神経専門医での診察合計時間分布の比較を行なった。

【結語】 神経専門医が診療を行ったとしても診療時間の短縮傾向を認めるわけではないことが示された。

神経内科疾患を専門医が診療した場合と専門医以外が診療した場合とを比較してみると、紹介状有初診では診療時間の中央値はおのおの26分と30分とで短縮がみられるが、紹介状無初診では23分と22分と差がなくなり、初診再診では18分と13分と逆転し、継続再診においても10分と8分と差はそのままである。

したがって中央値で見ると明らかな傾向を認めることは困難である。逆に30分以上診療時間にかけている患者の割合は紹介状有初診でおのおの約32%、約32%と差がなく、

紹介状無初診では約31%と約17%と逆転し、初期再診でも約19%と約12%、継続再診においても約5%と約4%と逆転あるいは差のない結果であった。

【コメント】非神経専門医が神経専門医の数の約3分の1と少ない点は注意を要する。紹介患者を非神経専門医が診ると、効率が落ちるため時間が多く掛かるのは、むしろ当然である。また、初診と再来共に専門医の方が考える内容が深く、慎重に診療するため、このような結果となったと推察される。

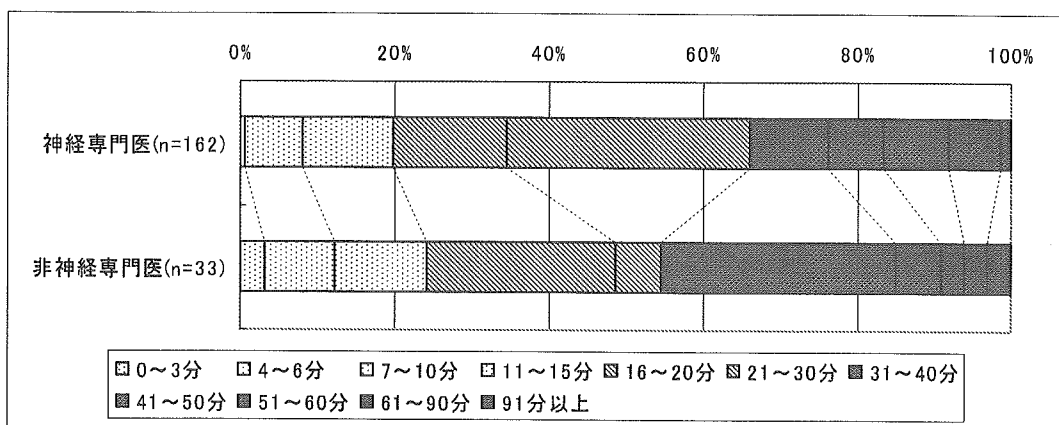


図 52 神経専門医による診察合計時間（紹介有初診）(n=195)

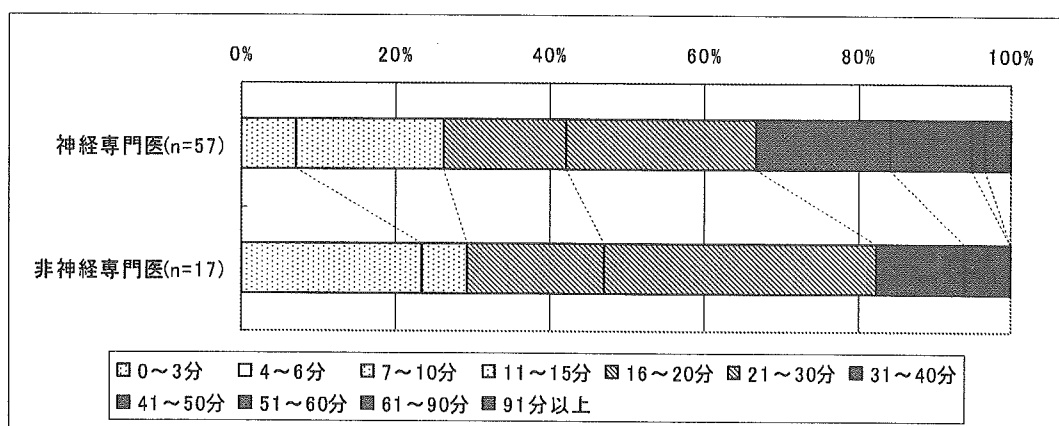


図 53 神経専門医による診察合計時間（紹介無初診）(n=74)

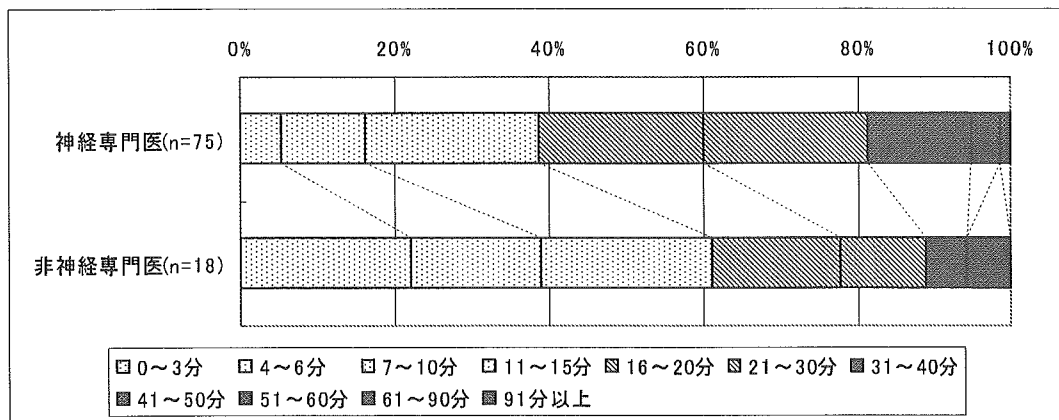


図 54 神経専門医による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=93)

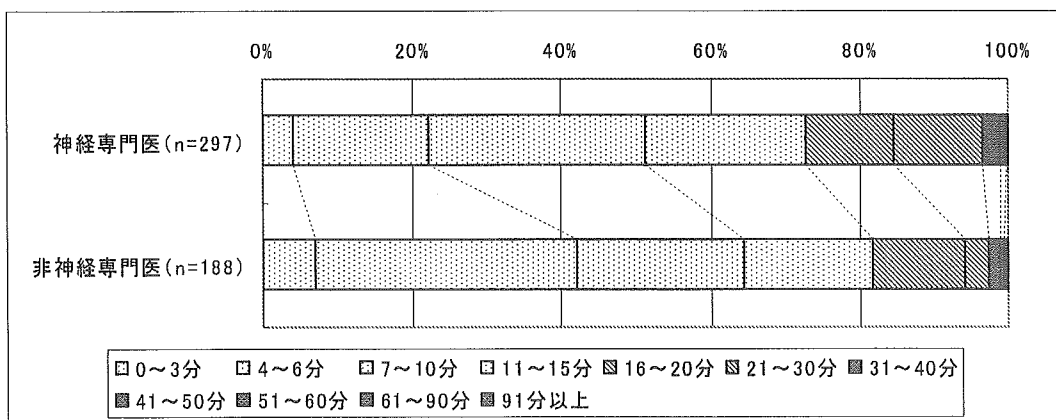


図 55 神経専門医による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=485)

<事前コスト関連>

17. 初診紹介状無し患者から徴収する特定療養費（医師調査票 K）が高額だと診察合計時間が長い。

【方法】初診紹介状無し患者に限定して、特定療養費（医師調査票 K）と合計時間の散布図により比較、検討した。

【結語】特定療養費額が高額だと、診察時間 15 分以下が減り、診察時間中央値が僅かに長くなる。

	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
0円	3	11	22	10	7	14	4	3	1	1	
1,000円	2	3	3	10	2		3				
1,050円	1	14	24	17	8	5	5				
1,500円		8	17	16	12	21	3	1		1	
1,575円	2	7	21	14	5	7		2	2	2	1
1,580円				1	1	6		2			
2,000円	2	5	7	5	1	1	1	1			
2,100円			1	6	5	7	4			1	
2,625円			1	2	2	1					
3,000円		1	2	2	3	4	7	1		2	
3,150円	1	18	70	78	67	41	16	2	3	5	5
3,500円				2	2	2					
4,830円			6	4	6	9	2				1
5,000円			2	4	5	2					

図 56-1 特定療養費額と診察合計時間 (n=753)

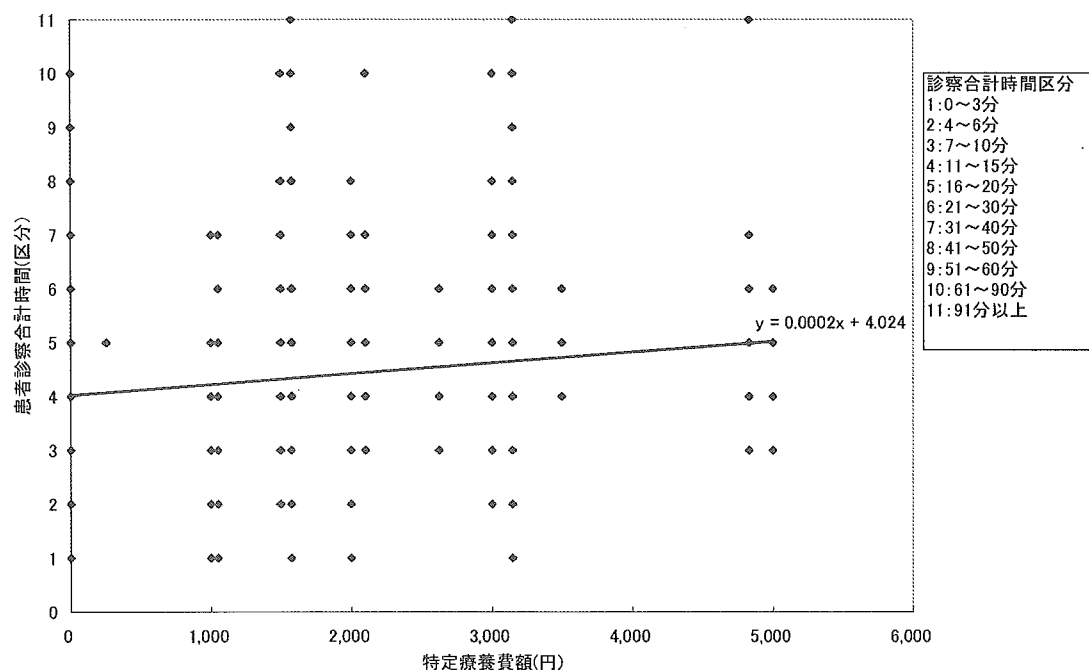


図 56-2 特定療養費額と診察合計時間との散布図 (n=753)

18. 大病院では「診療所機能にふさわしい（患者調査票 14）」とする患者比率が低い。

【方法】機能別分類のうち、診療所機能にふさわしいと評価された比率を検討した。

【結語】大病院を受診する患者で、大病院の専門機能を必要と判断される患者は半数強であった。特に紹介無初診ではその比率が低かった。

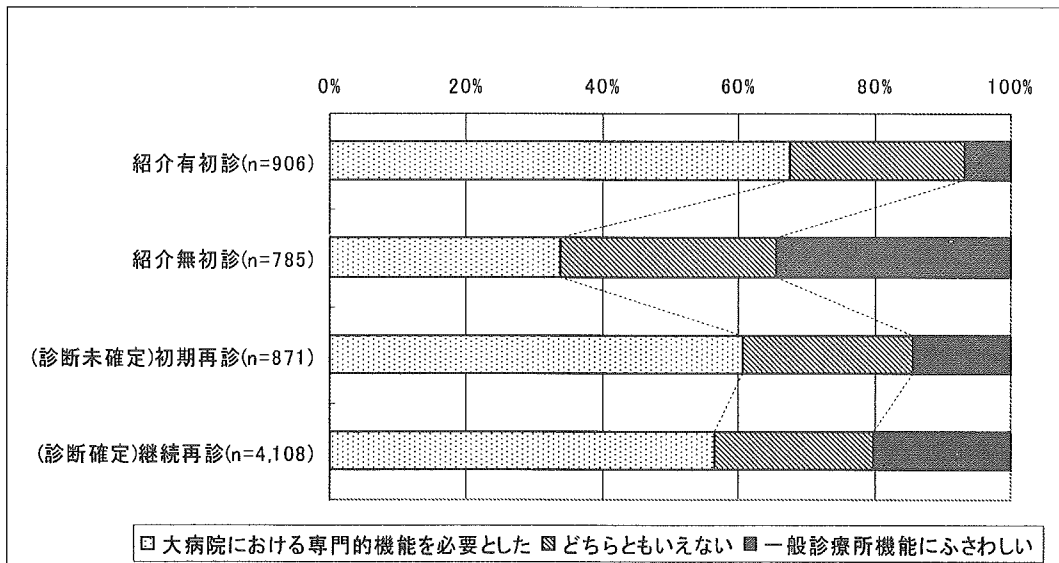


図 57 初再診 4 区分による機能分類 (n=6,670)

4 まとめと今後の課題

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8101枚、リハビリ668枚、診療所1875枚)であった。

調査は、3回にわたって開催された実施委員会において、委員と集計方法の検討を行なうとともに、仮説の検証を行った。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。差の判定は視覚的であり、今後統計的解析が必要である。

調査票では各患者の診察合計時間やその内訳の申告とともに、診察開始・終了時刻の記載を求めた。この両者の差異からは、申告時間(分)の正確さが認められ、診療実態に近いデータが収集できたものと思われる。しかし、初再診患者分布に関しては、本アンケートでは初診を多く募ったために、実態の反映ではない。

集計結果では診察合計時間には大きなばらつきがあった。診察合計時間を15分以下、16-30分、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8)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る。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だが、レセプトに反映されていないために、報酬体系にどう反映させるかは難しい。

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。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ある。

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、神経内科診察時間に対する早急な対処が必要である。

また、回答者属性では、従来決着のついていなかった診察医師の経験年数を初め、多忙医師の診察合計時間について、興味深い結果が得られた。従来データのなかった、紹介状無初診に対する特定療養費、自費セカンドオピニオン等でも、データが得られており、これらのデータの更なる活用により有益な知見が得られることも期待される。

リハビリ部門では、診察合計時間に大きな影響を与える要素である”初診からリハビリ外来に出られる入院患者と、入院では無いリハビリ外来患者”が、調査段階で区別されていなかったため、正確な解析が出来なかった。また、診療所部門にとって、このような時間調査は初めての試みであり有意義ではあるが、サンプル数が少ないこと、調査票デザインが大病院向けとなっていること、調査日数が限られていたことなどから、解釈には注意を要する。

以上のように、本調査からは多くの知見が得られたが、Informed consent 等の診察内容記載の正確性、結果解釈の不一致、アンケート設問中の表現の問題点なども指摘された。また、診察医師の最低卒年や診察医師の満足度等では、結論を得ることが出来なかった。これらは今後の課題である。