

内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査

確定版 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(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。

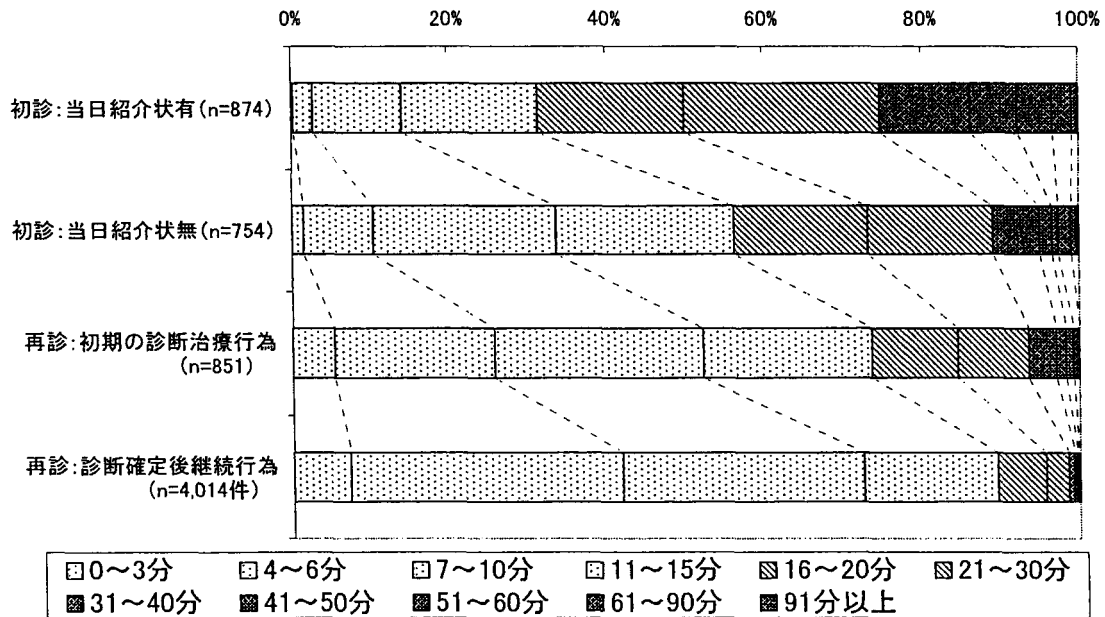


図 1 診療報酬上の初診再診の別と診察合計時間（大病院）（n=7,862）

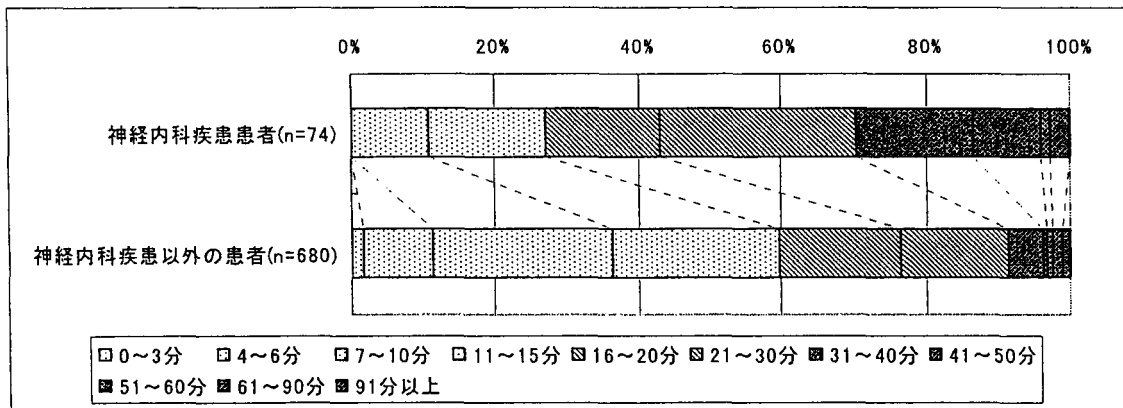


図 2 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（大病院紹介無初診）（n=754）

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

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	心臓血管研究所附属病院 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