

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 床以上的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 床以上的大病院・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からである。

【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ず。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)

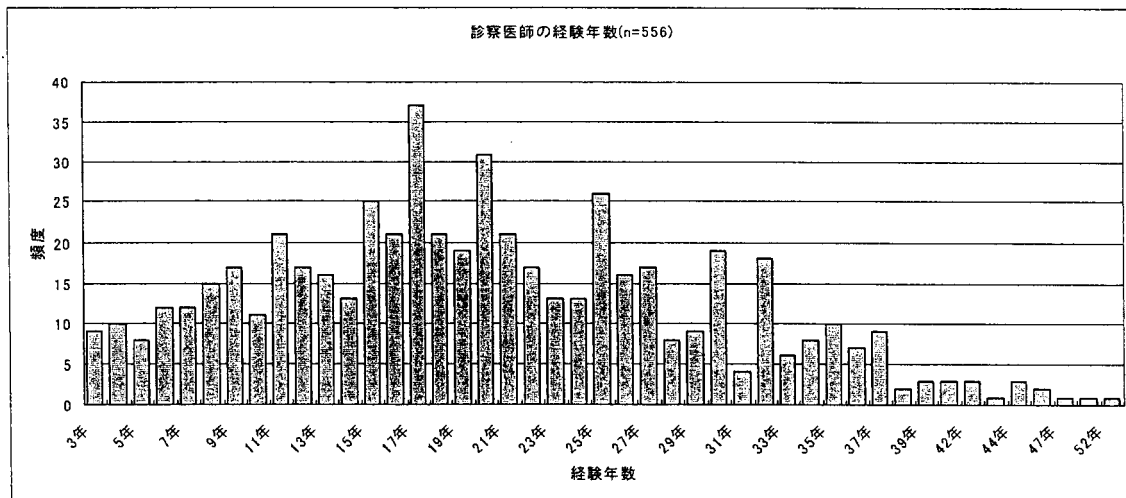


図 1 診察医師の経験年数

(2) 患者年齢 (患者調査票項目 5)

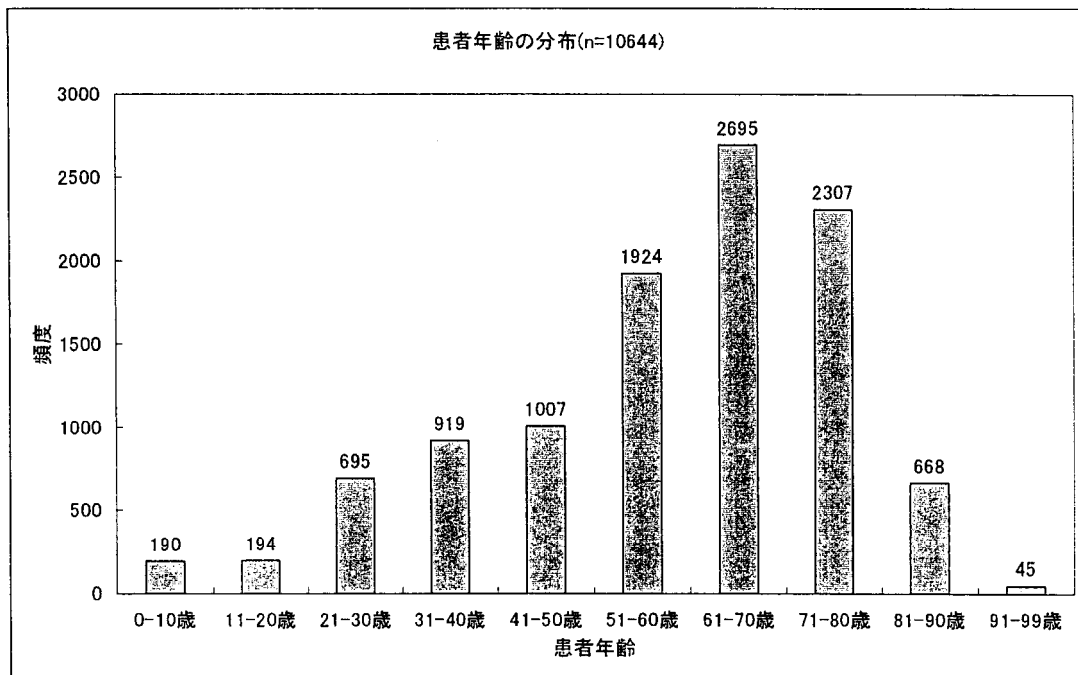


図 2 患者年齢の分布

(3) 診療報酬上の初診・再診の別 (患者調査票項目 8)

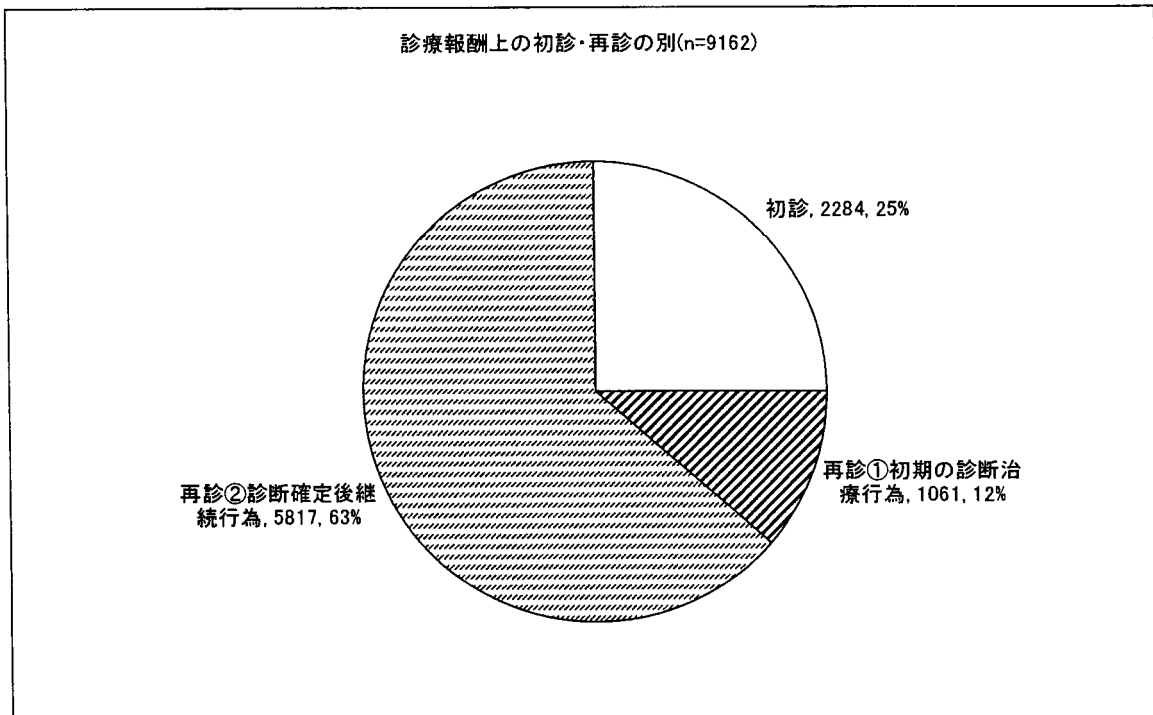


図 3 診療報酬上の初診・再診の別

(4) 診察合計時間 (患者調査票項目 9)

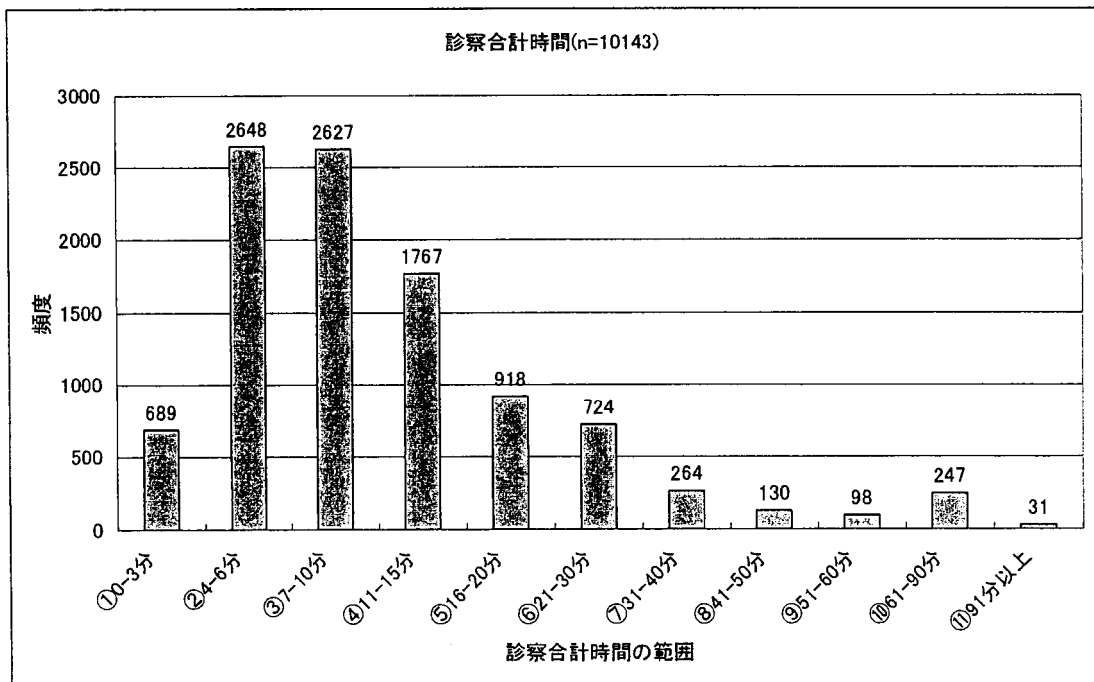


図 4 診察合計時間

(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。

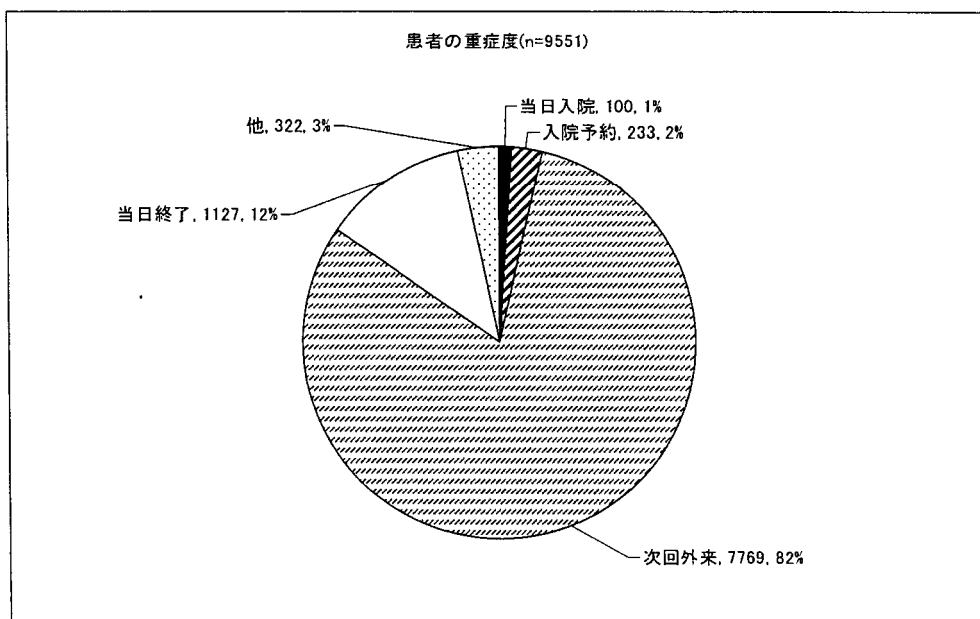


図 5 患者重症度

(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。

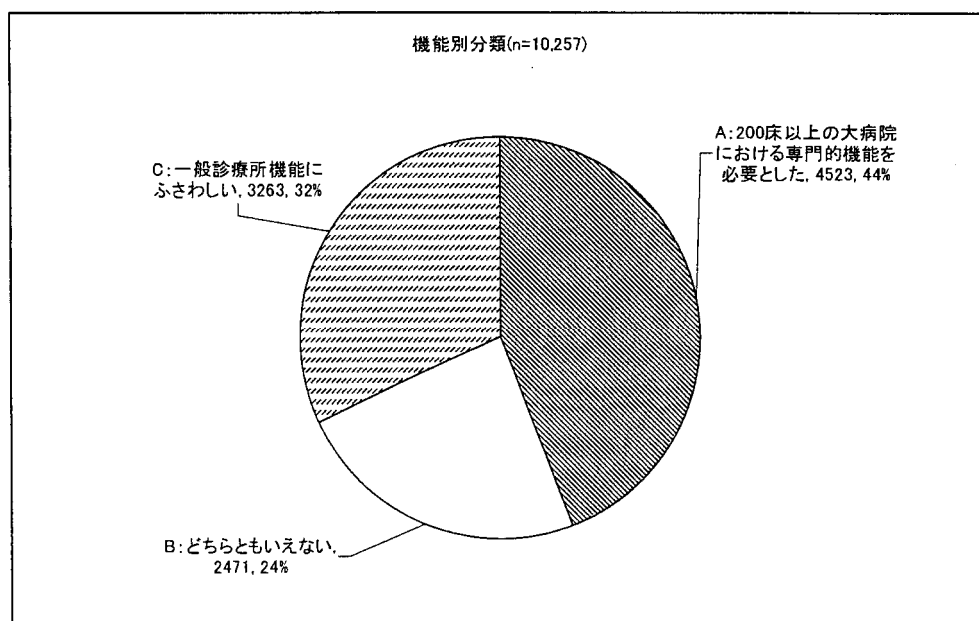


図 6 機能別分類

(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

注：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）

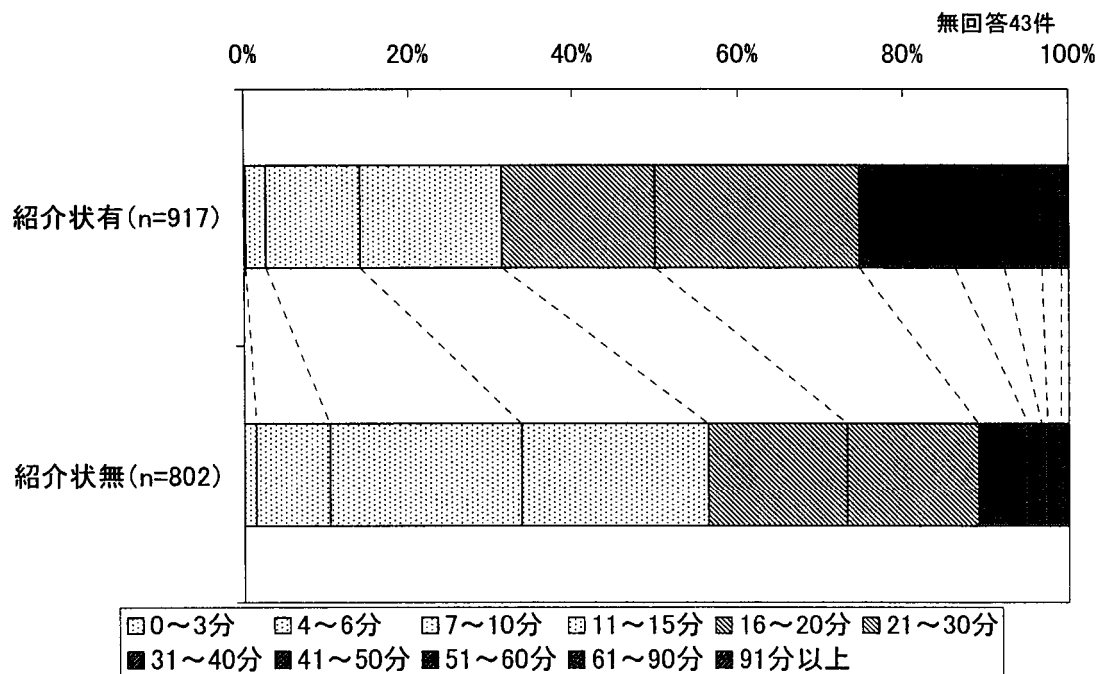


図 8 当日紹介の有無（大病院）(n=1,762)

(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) セCONDオピニオン（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COND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COND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CONDオピニオンは 2 施設以外では、実施されていない。

セCOND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COND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。

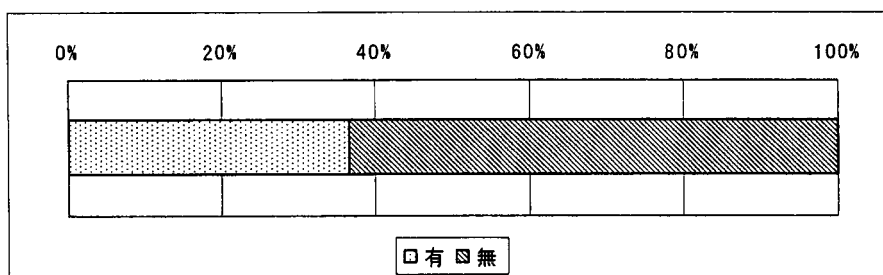


図 10-1 セCONDオピニオン外来の実施の有無（大病院）（n=458）

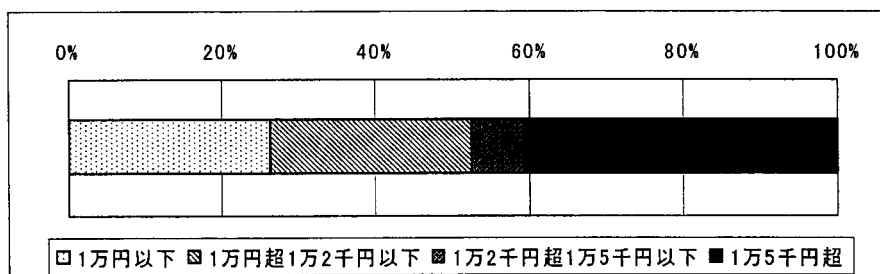


図 10-2 セCONDオピニオンの料金（1 時間あたりに換算した場合）（n=145）

(11) インフォームドコンセント有例での単純集計

【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、インフォームドコンセント有例での時間と、実診察時間との傾向を検討した。

【結語】インフォームドコンセントの定義は、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、インフォームドコンセントの定義を「【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、インフォームドコンセントにかかった時間が 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、インフォームドコンセント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 分をインフォームドコンセント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。

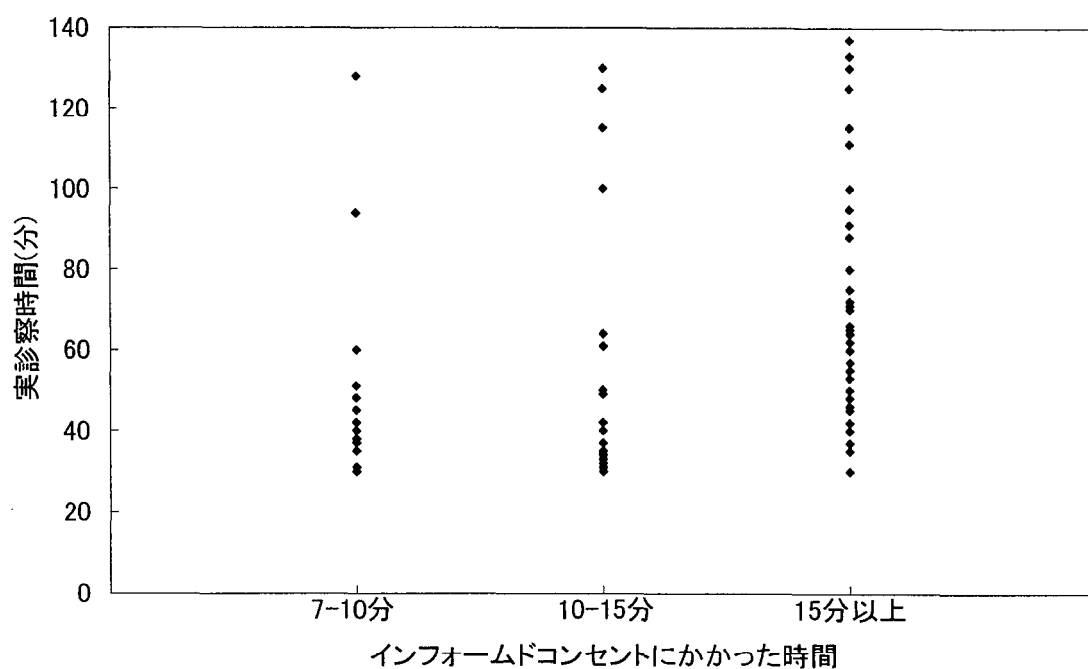


図 11 インフォームドコンセント有例での実診察時間 (n=133)

(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。

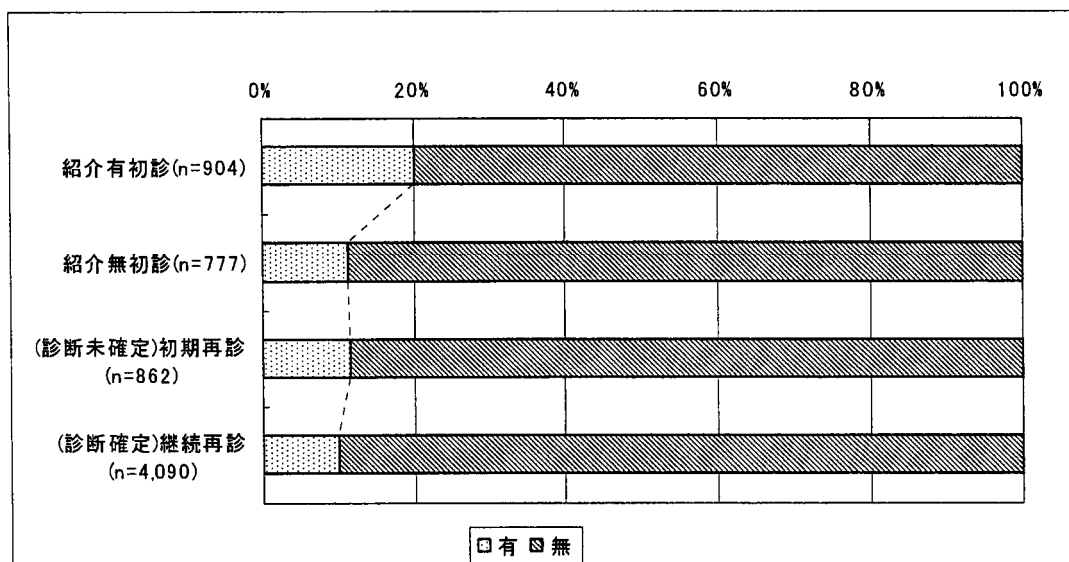


図 12 初再診 4 区分ごとの他科受診の有無 (n=6,633)

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。

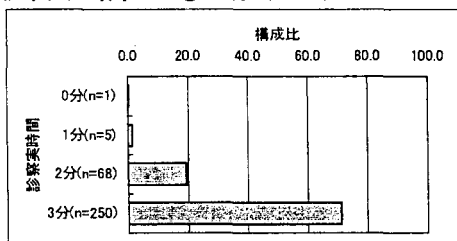
<申告時間の正確さ>

1. 診察合計時間（患者調査票9）は、申告値だが正確である。

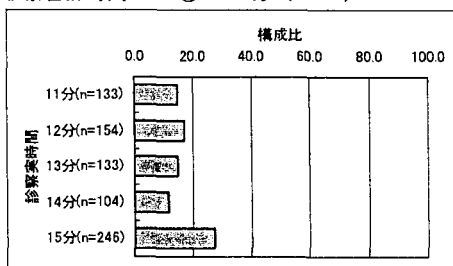
【方法】診察合計時間（患者調査票項目9）と、実測時間（患者調査票項目3-4）の対比；患者調査票10の上段、問診・処方 whichever にチェックがある例に限定する。

【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。

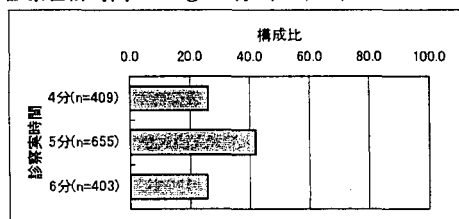
診察合計時間 ①0-3分 (n=324)



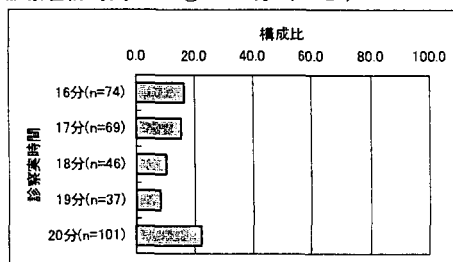
診察合計時間 ④11-15分 (n=770)



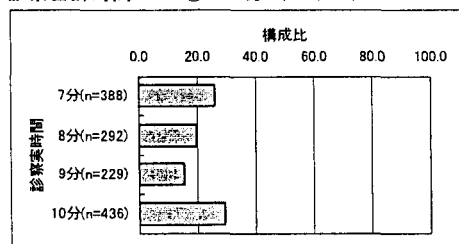
診察合計時間 ②4-6分 (n=1,467)



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)

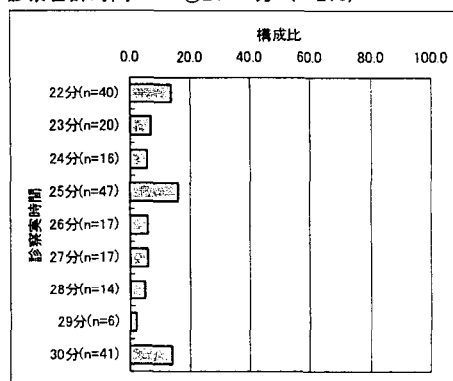


図 13 診察合計時間ごとの実診察時間の構成比 (n=4,451)

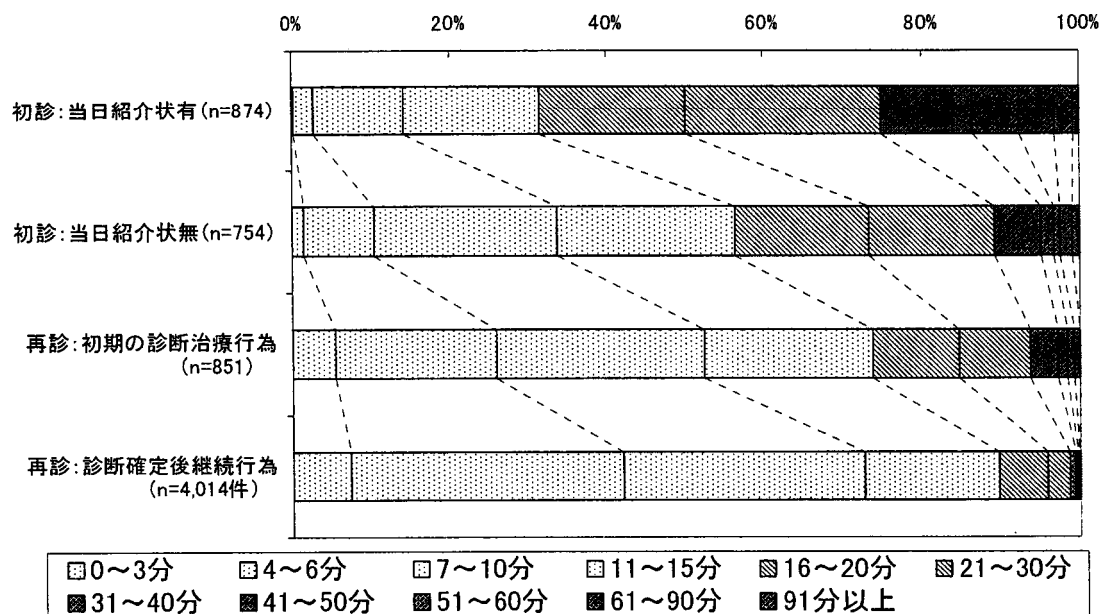
<難易度指標>

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。

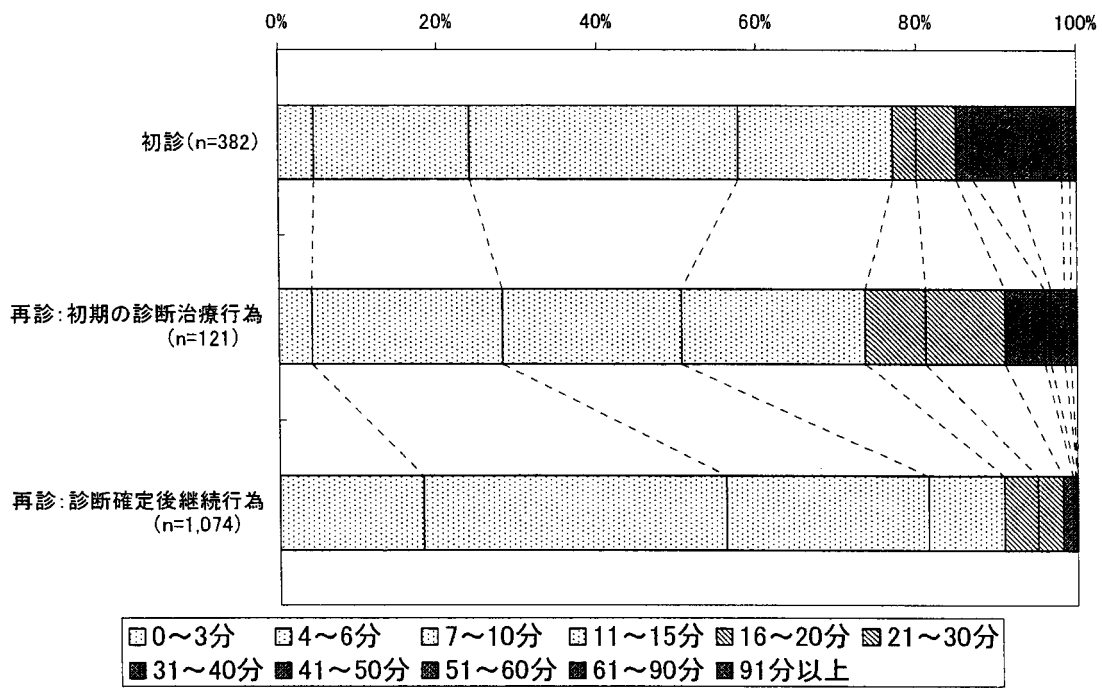
【コメント】この難易度指標が正確かどうかは本調査から分からないが、時間・難易度の交互作用が大きいことは分かっているので、紹介有初診の方が、時間が長いはずである。

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。

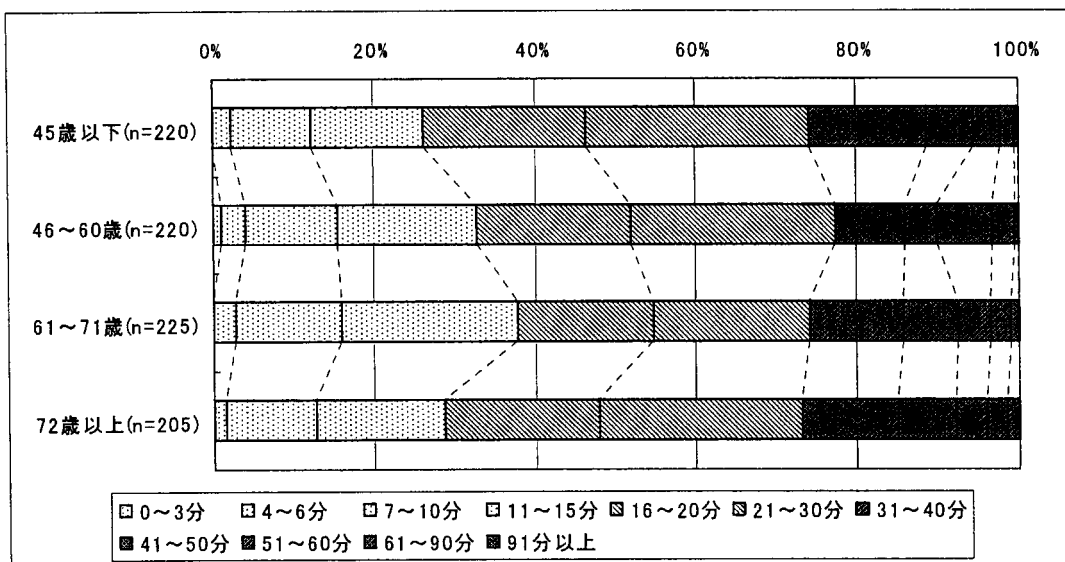


図 16 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（紹介有初診）(n=870)

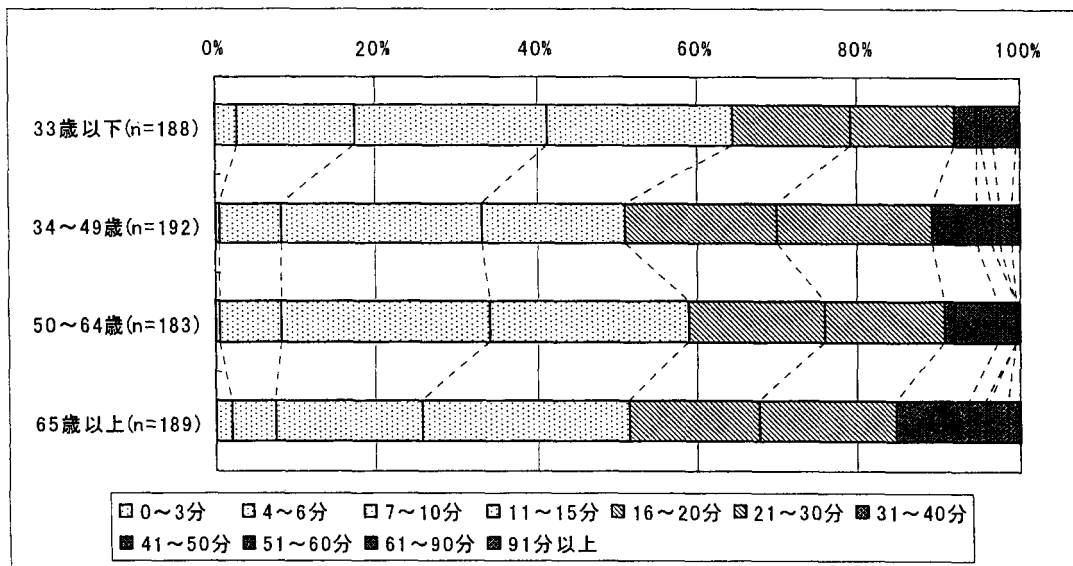


図 17 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（紹介無初診）（n=752）

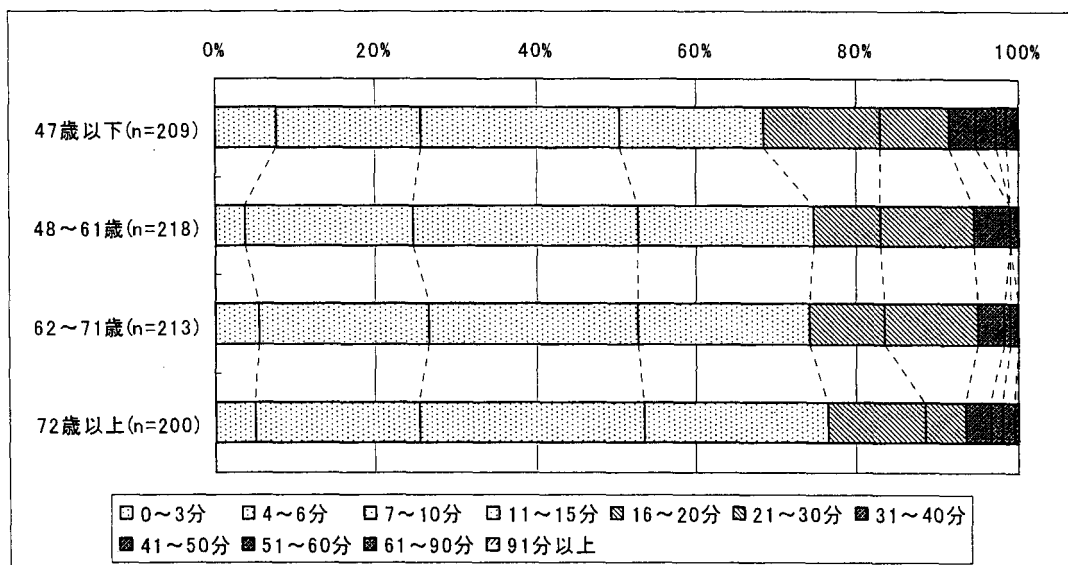


図 18 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間（（診断未確定）初期再診）（n=840）

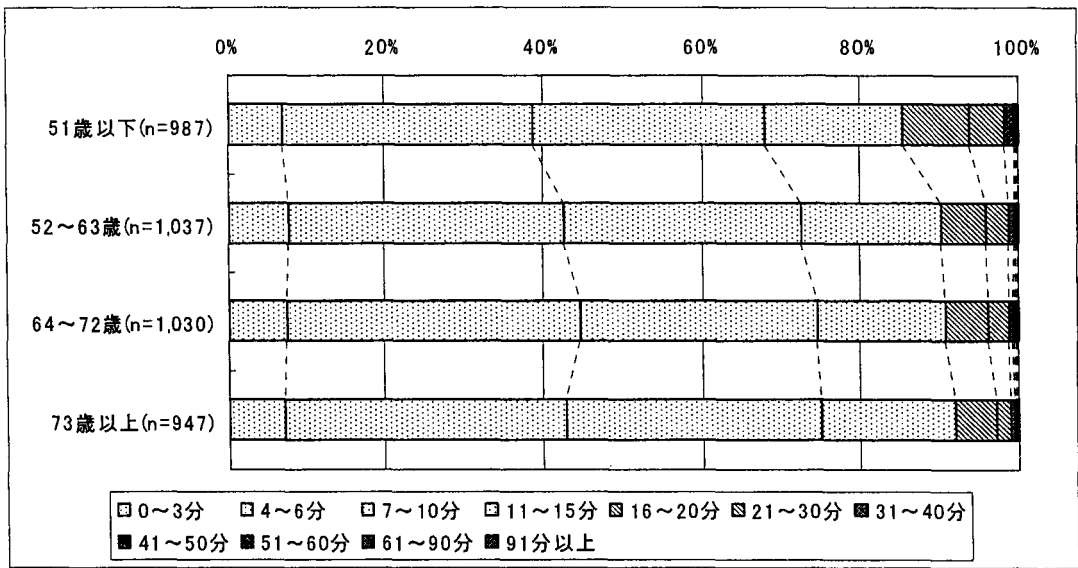


図 19 患者年齢均等 4 区分による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=4,001)

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ため、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。

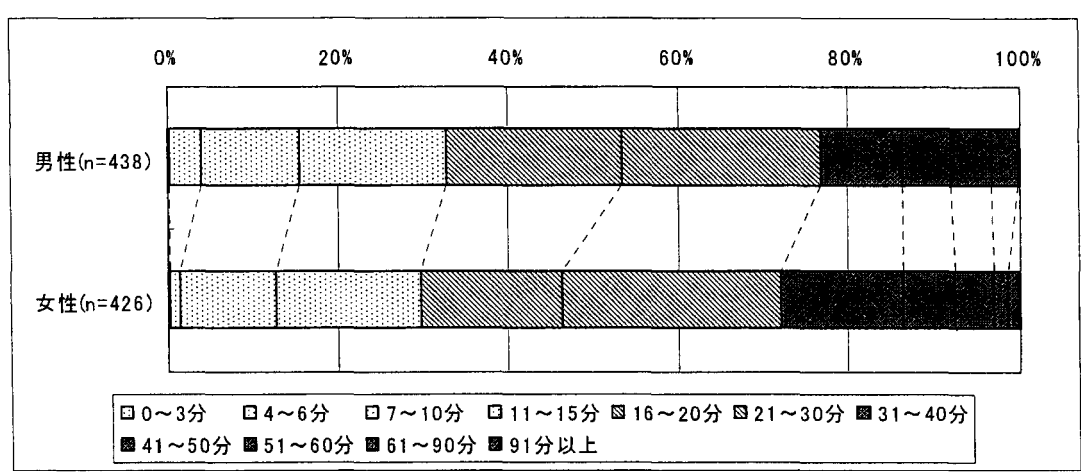


図 20 性別による診察合計時間（紹介有初診）（n=864）

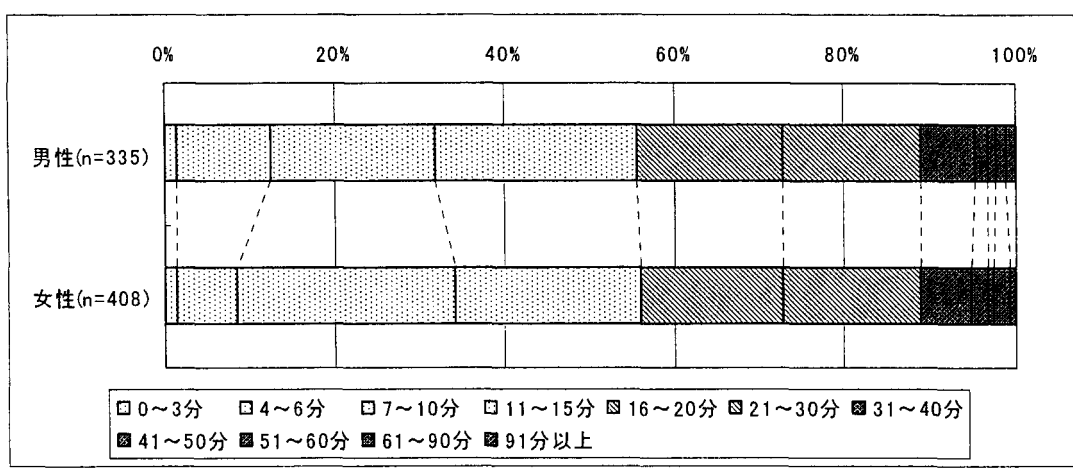


図 21 性別による診察合計時間（紹介無初診）（n=743）

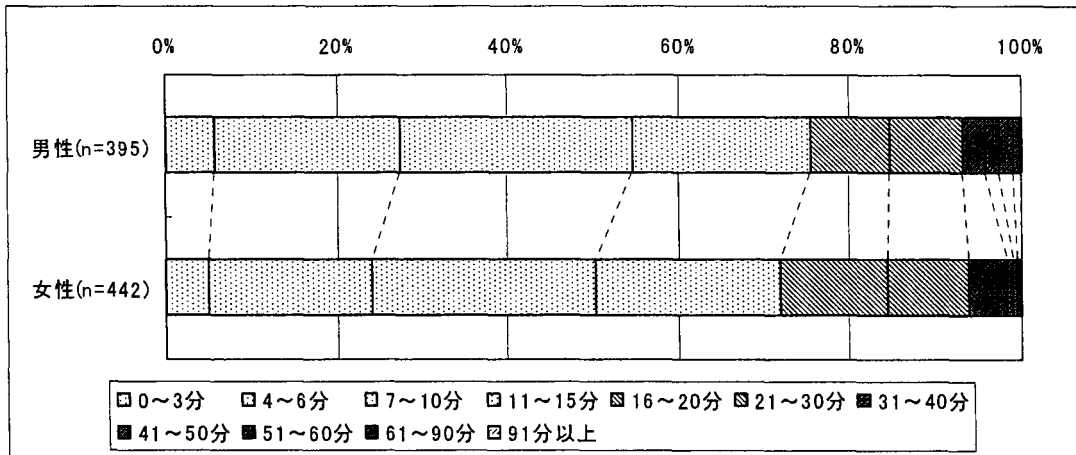


図 22 性別による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=837)

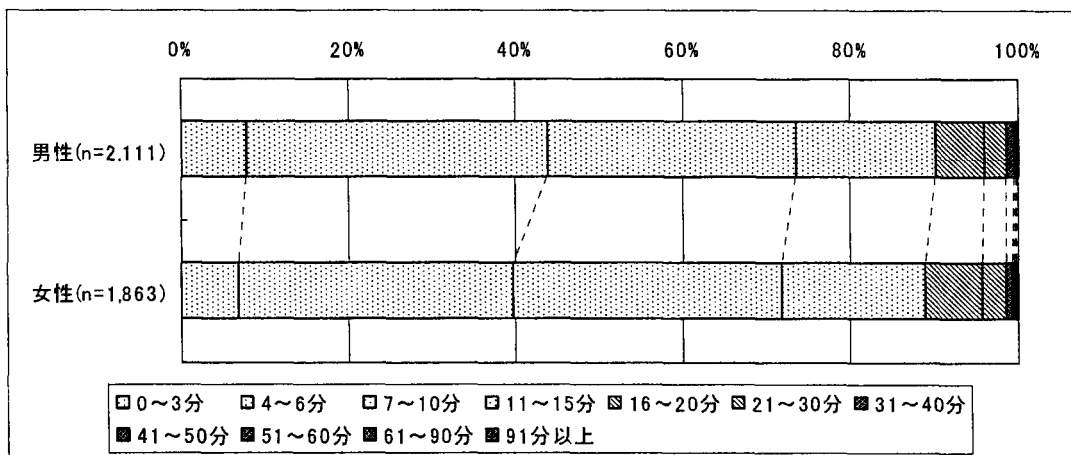


図 23 性別による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=3,974)

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。

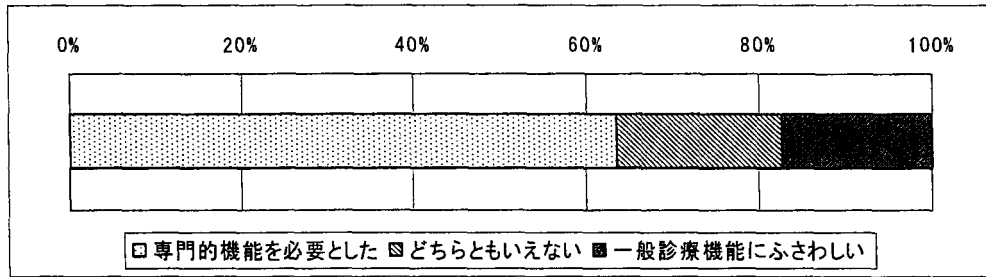


図 24 糖尿病疾患の機能分類 (大病院) (n=496)

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。

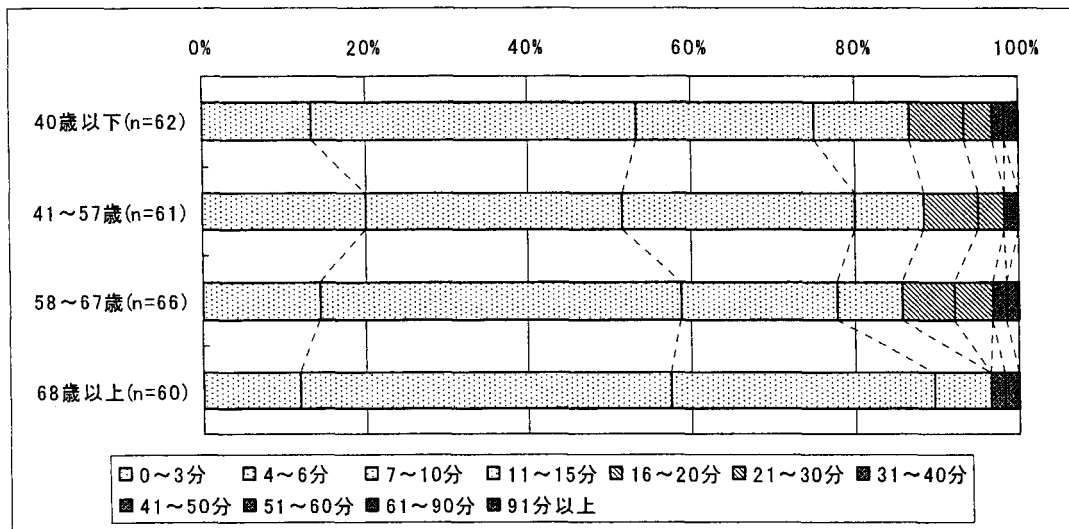


図 25 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（大病院）（n=242）

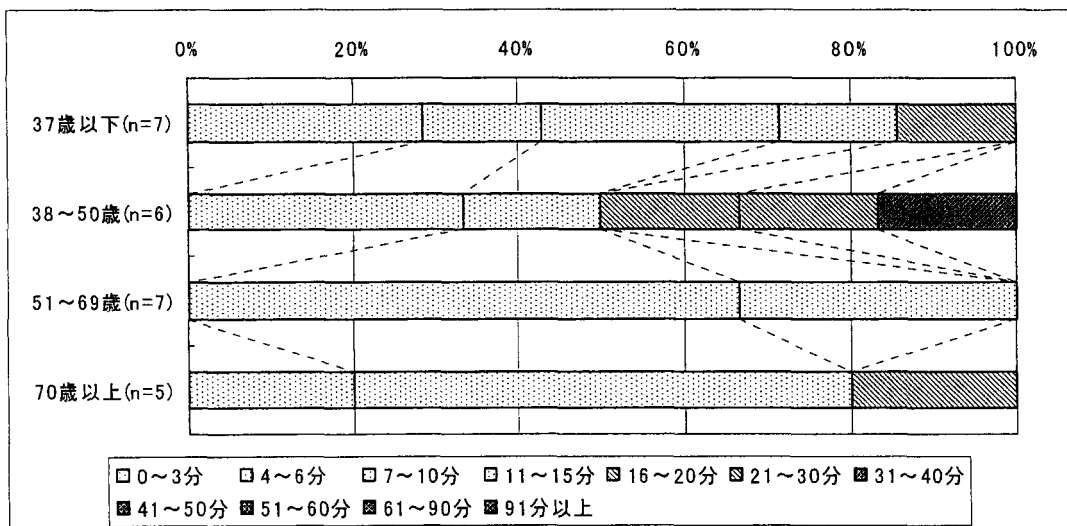


図 26 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（診療所）（n=24）

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。

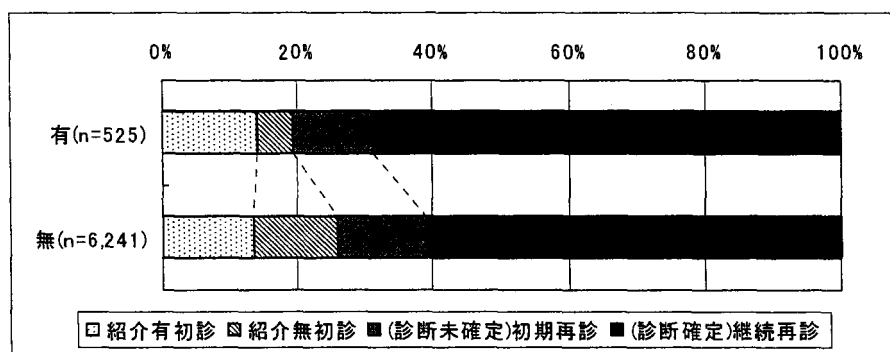


図 27 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 (n=6,766)

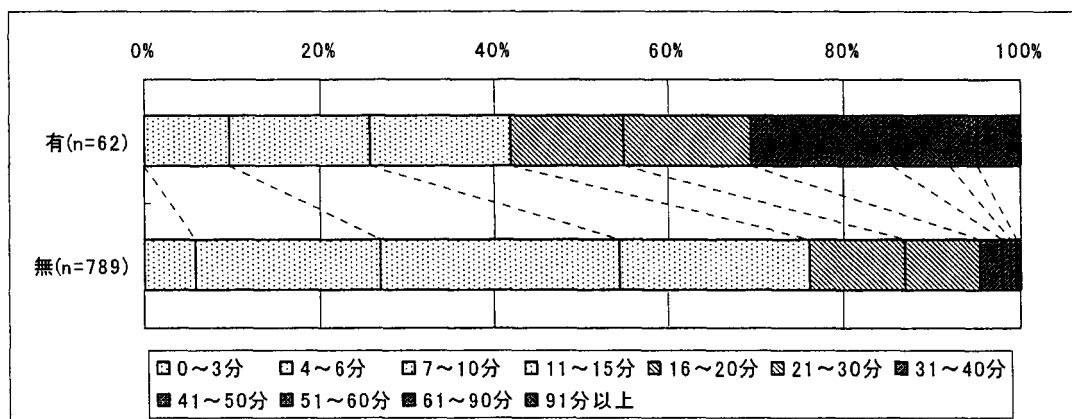


図 28 難病外来指導管理対象疾患の有無による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=851)

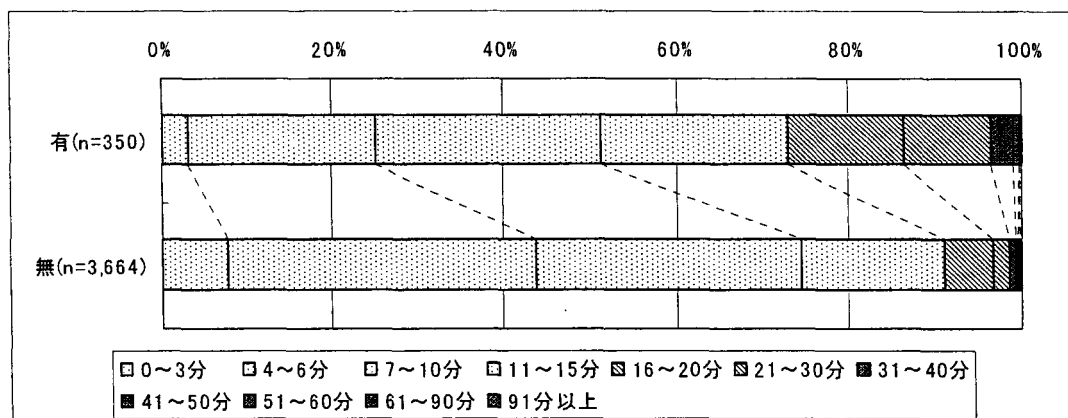


図 29 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 ((診断確定)継続再診)
(n=4,014)

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のおの約 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、中央値はおのおの 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。

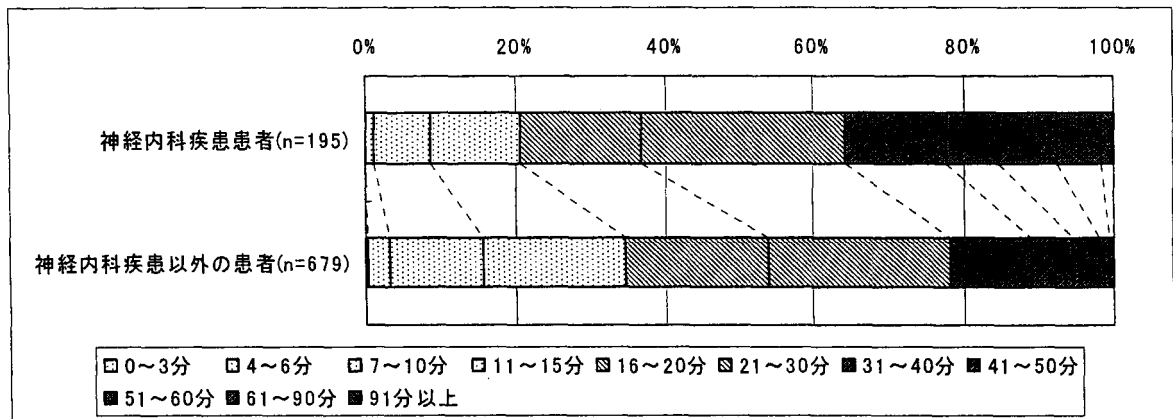


図 30 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介有初診）(n=874)

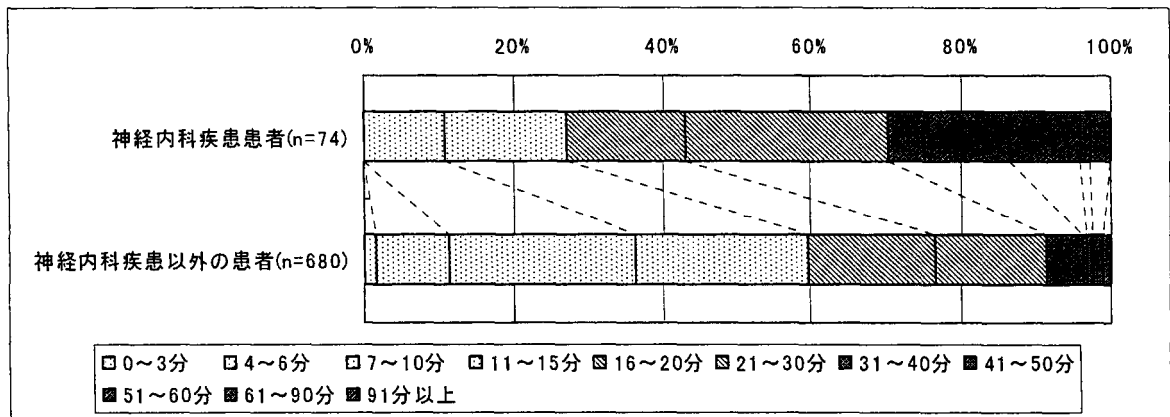


図 31 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介無初診）(n=754)

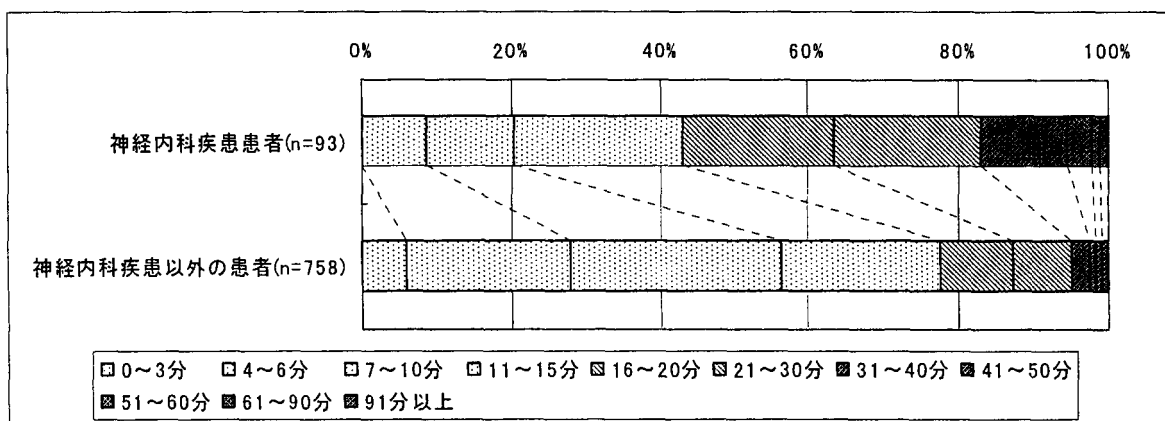


図 32 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（(診断未確定)初期再診）(n=851)

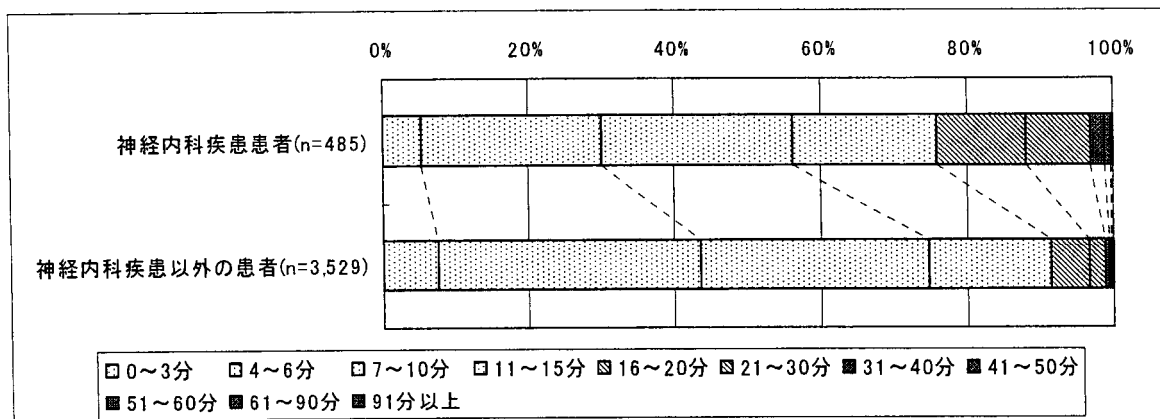


図 33 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（(診断確定)継続再診）(n=4,014)

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。

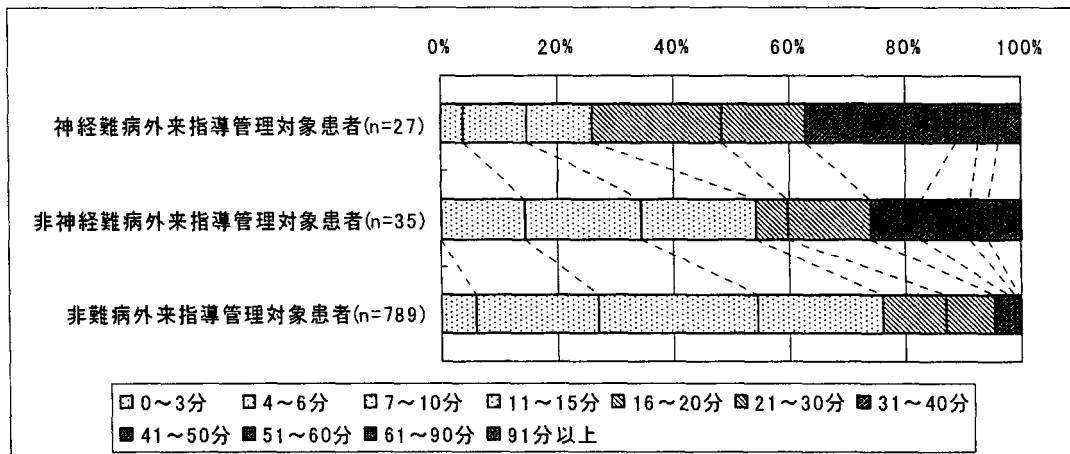


図 34 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診)
(n=851)

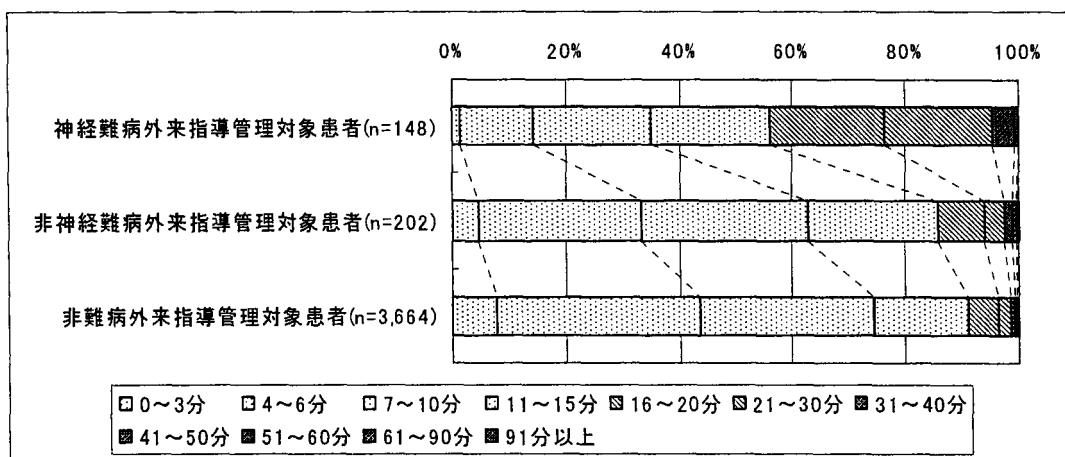


図 35 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断確定)継続再診)
(n=4,014)