

#### 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。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、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、自費セコ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、インフォームドコンセント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。