

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。

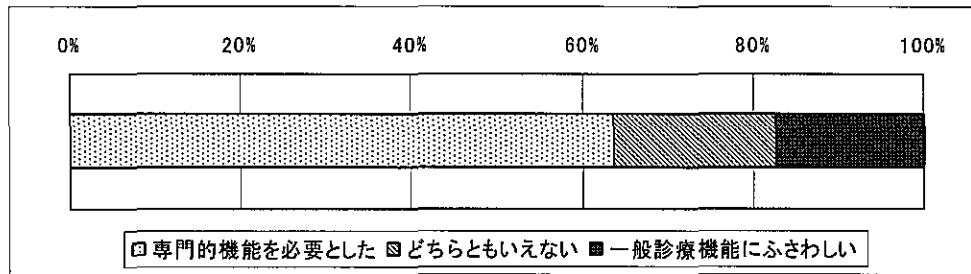


図 24 糖尿病疾患の機能分類 (大病院) (n=496)

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。

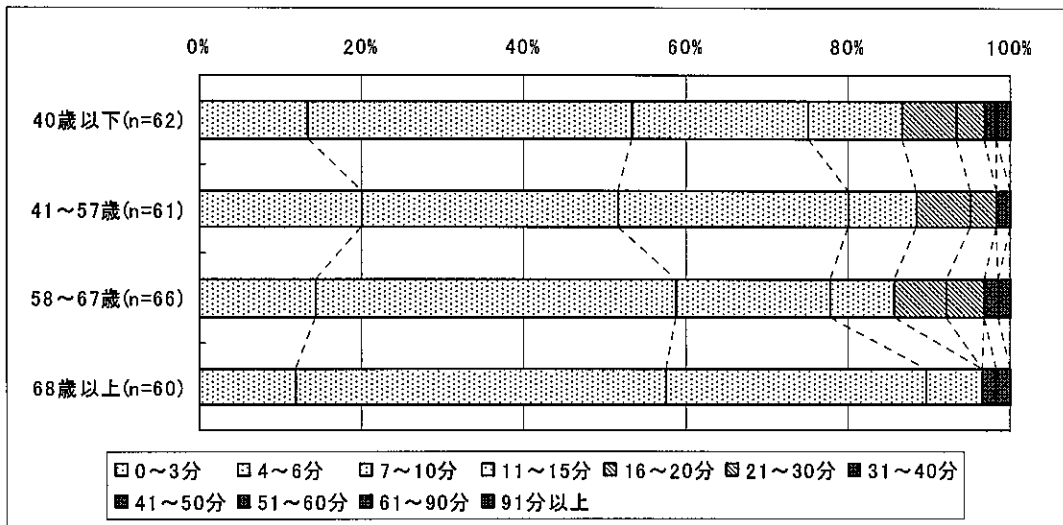


図 25 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（大病院）（n=242）

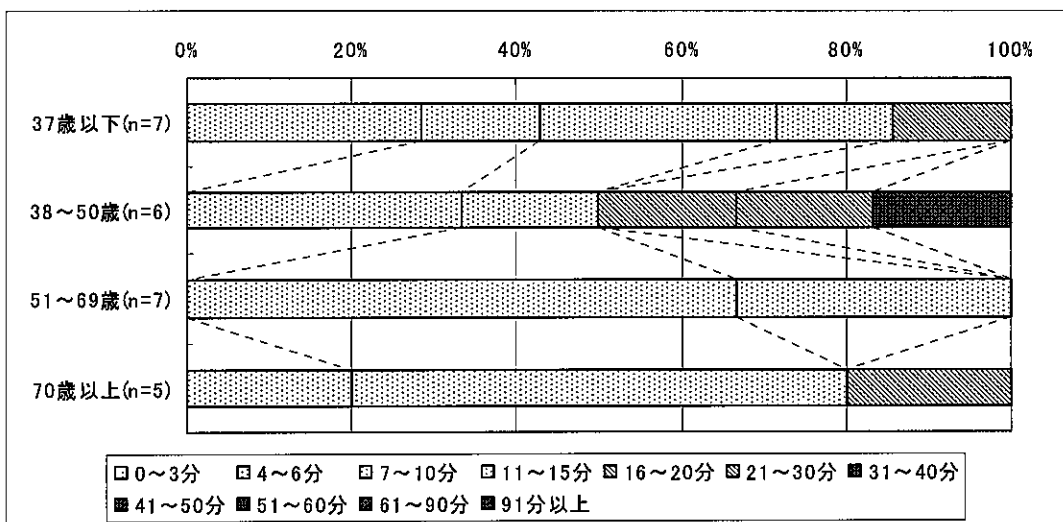


図 26 気管支喘息疾患の年齢均等 4 区分（診療所）（n=24）

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。

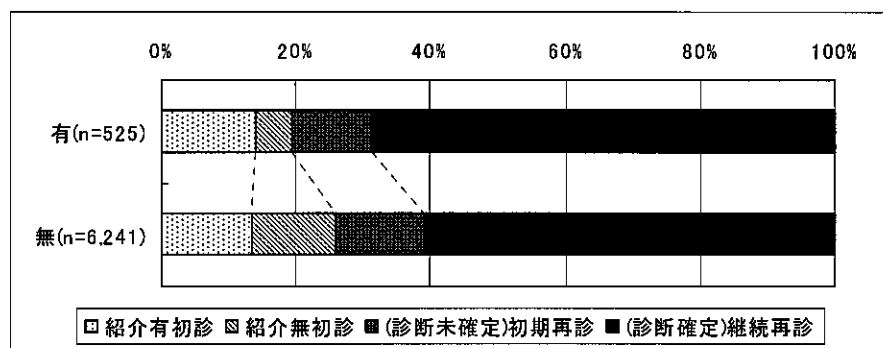


図 27 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 (n=6,766)

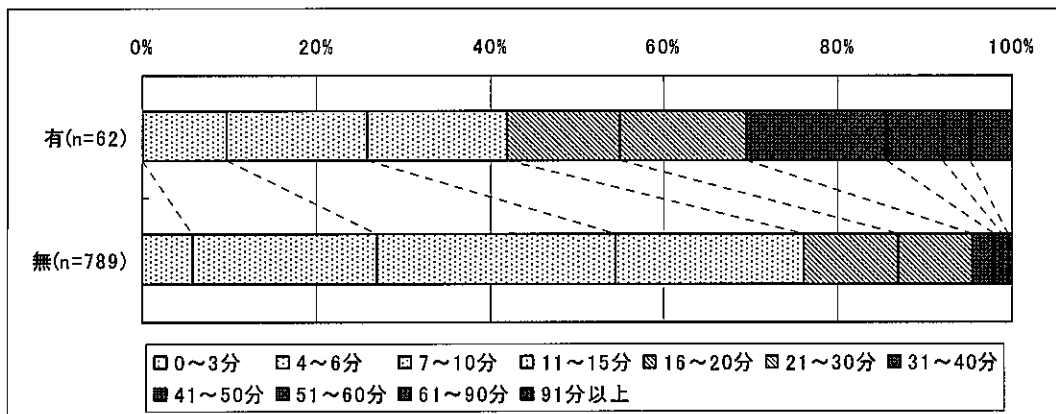


図 28 難病外来指導管理対象疾患の有無による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=851)

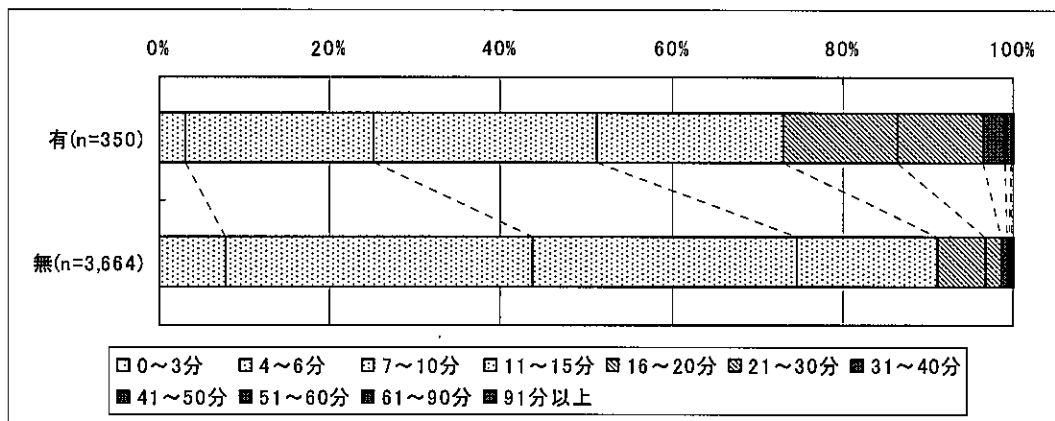


図 29 難病外来指導管理対象疾患の有無による初再診 4 区分 ((診断確定)継続再診)  
(n=4,014)

#### 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。

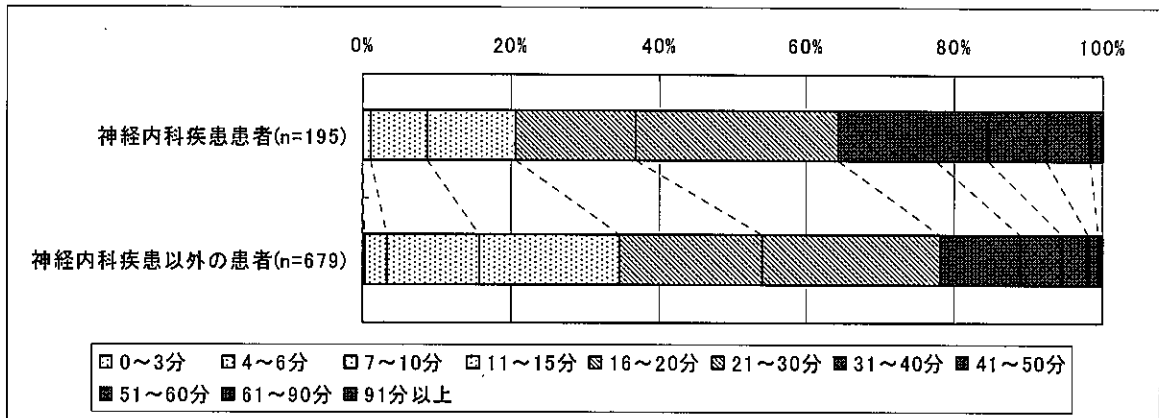


図 30 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介有初診）(n=874)

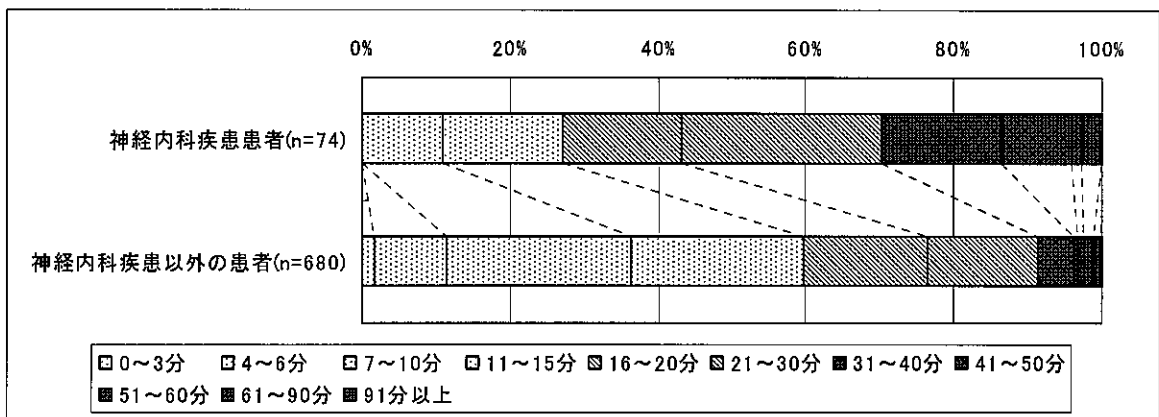


図 31 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（紹介無初診）(n=754)

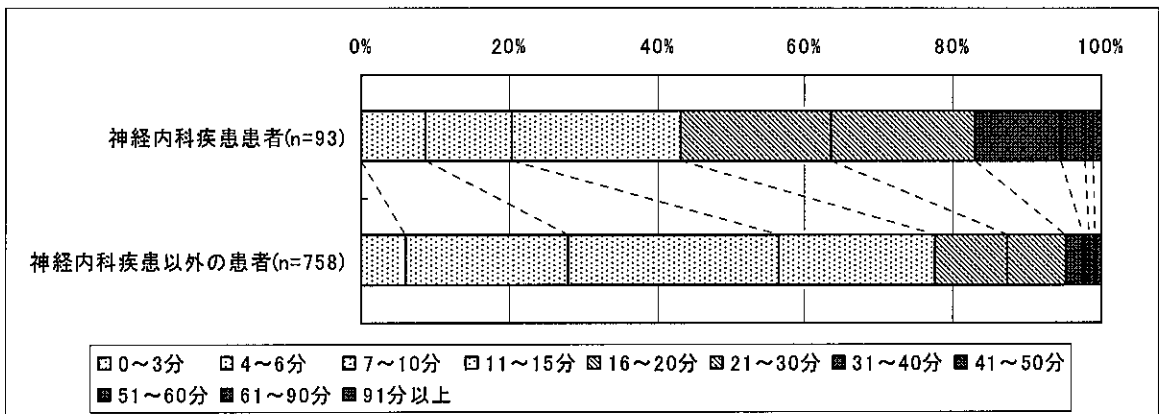


図 32 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間（(診断未確定)初期再診）(n=851)

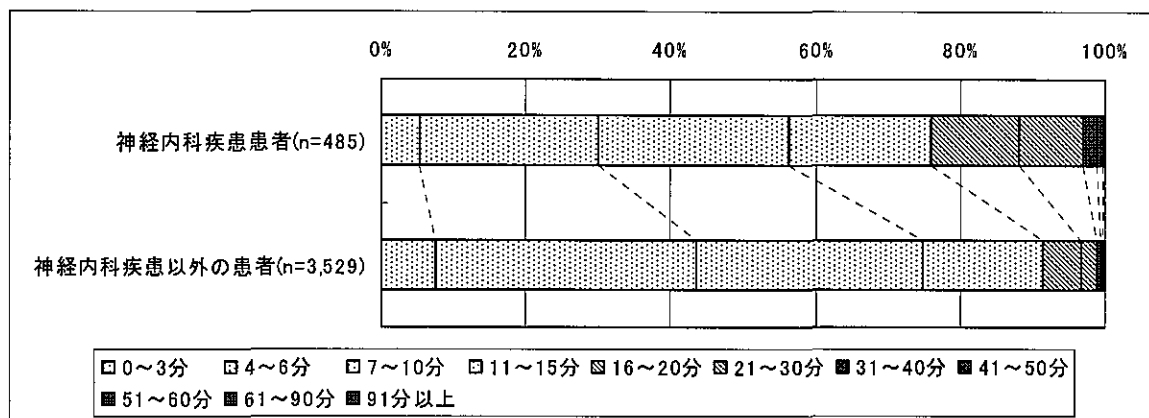


図 33 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=4,014)

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みても長い、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。

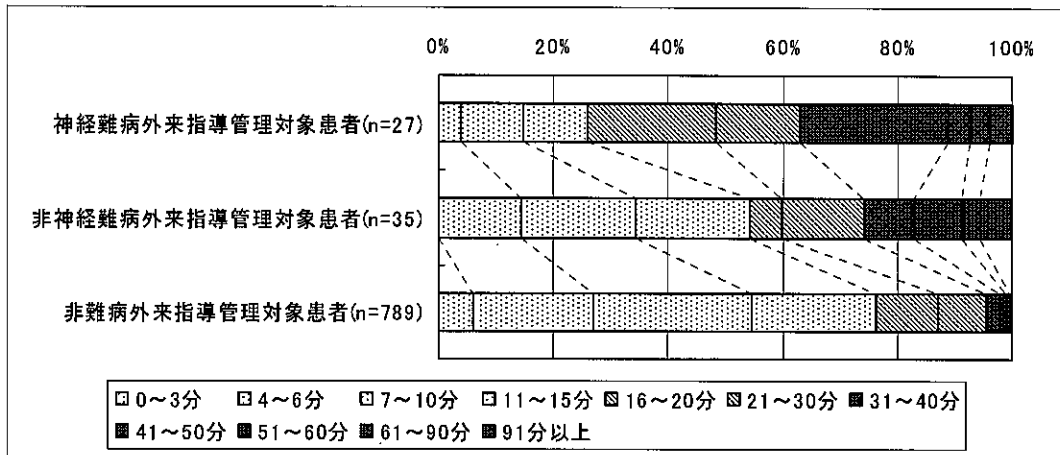


図 34 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診)  
(n=851)

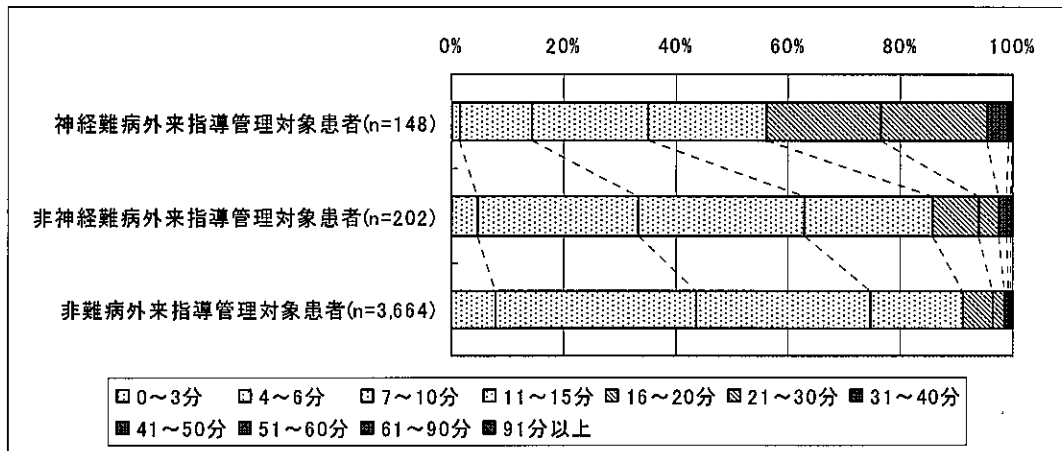


図 35 神経難病外来指導管理対象患者による診察合計時間 ((診断確定)継続再診)  
(n=4,014)



<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、紹介無しの初診の場合、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。

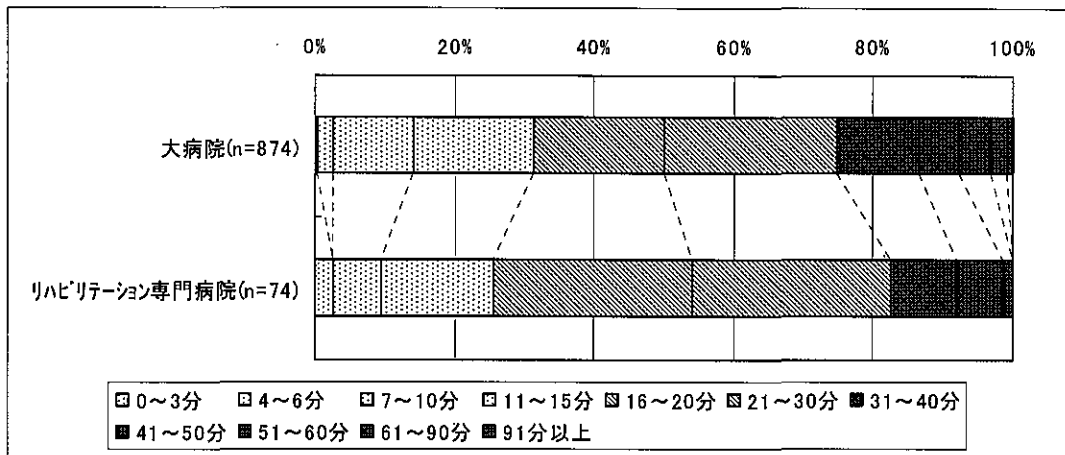


図 36 所属医療機関属性による診察合計時間（紹介有初診）（n=954）

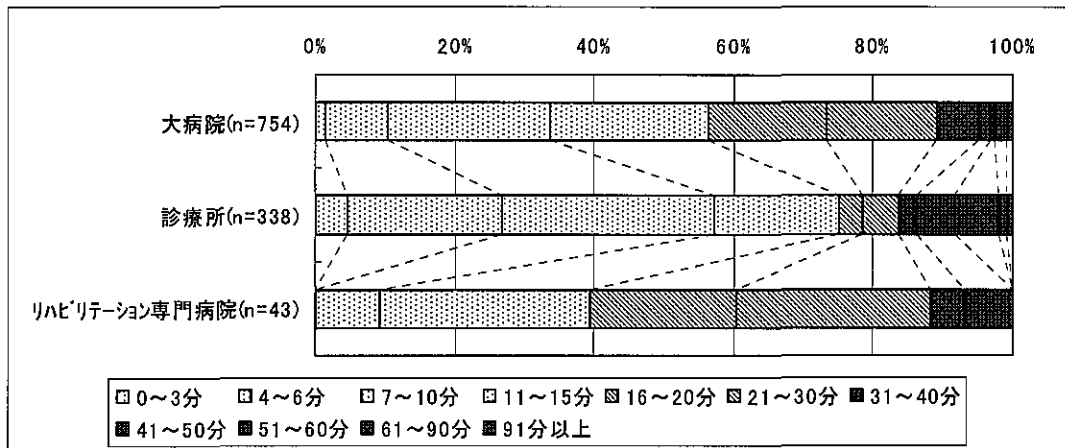


図 37 所属医療機関属性による診察合計時間（紹介無初診）（n=1,135）

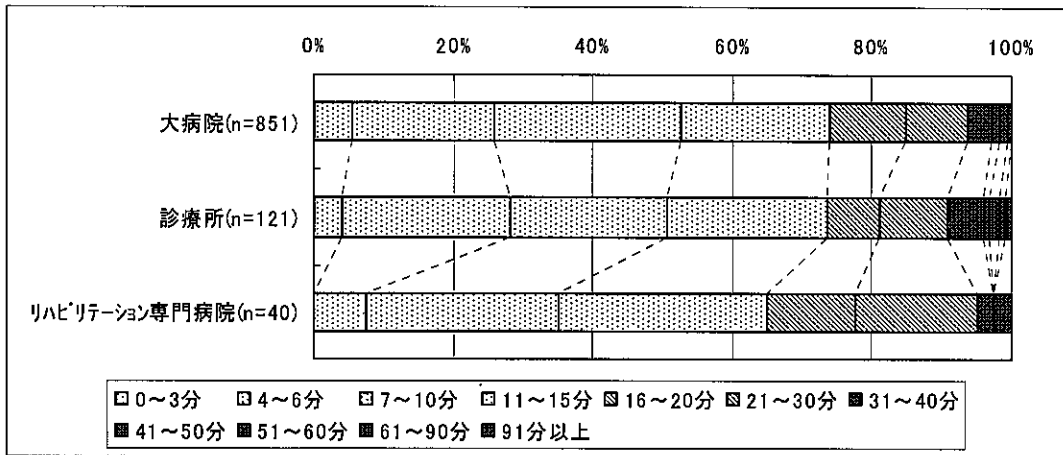


図 38 所属医療機関属性による診察合計時間 ((診断未確定)初期再診) (n=1,012)

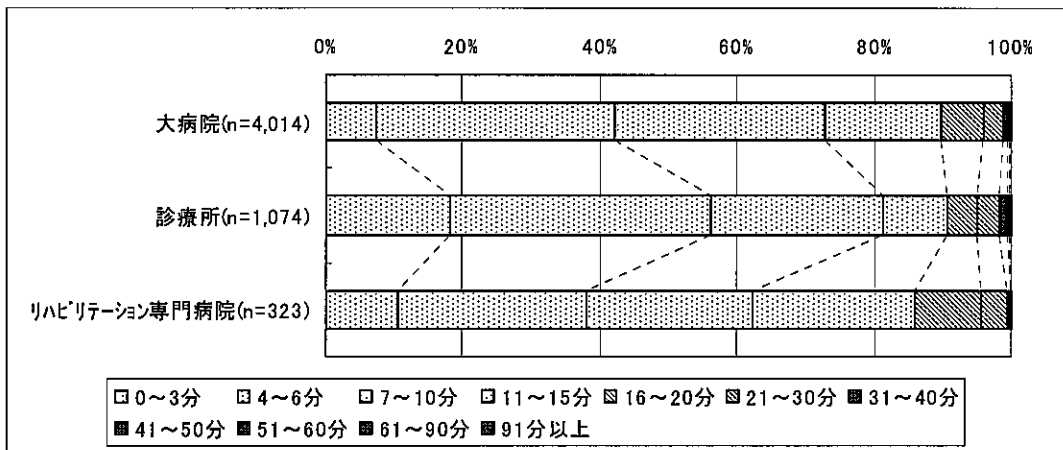


図 39 所属医療機関属性による診察合計時間 ((診断確定)継続再診) (n=5,411)

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。

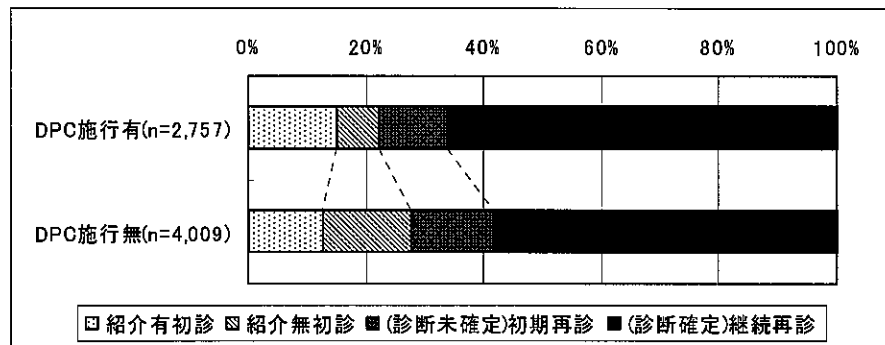


図 40 DPC 施行有無による初再診 4 区分 (n=6,766)

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

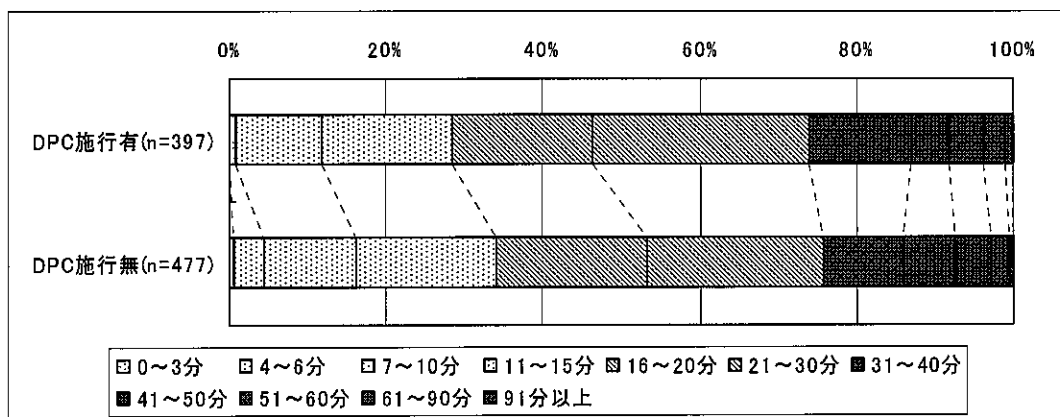


図 41 DPC 施行有無による診察合計時間（紹介有初診）(n=874)

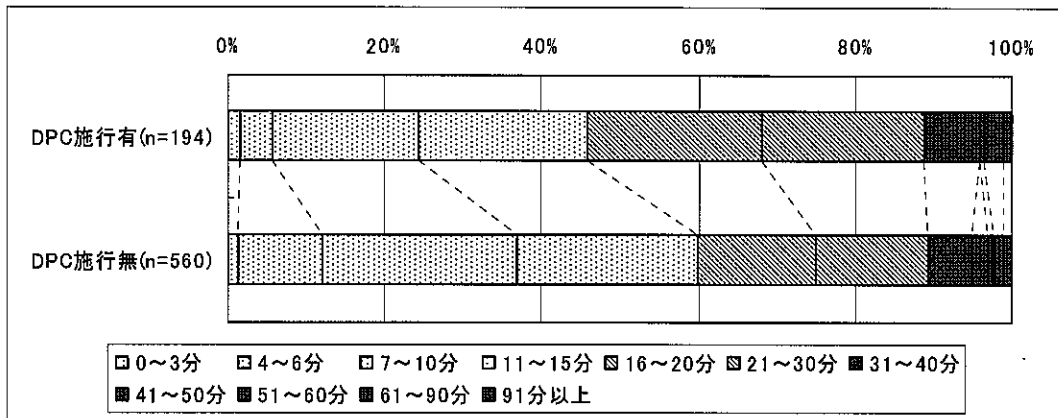


図 42 DPC 施行有無による診察合計時間（紹介無初診）（n=754）

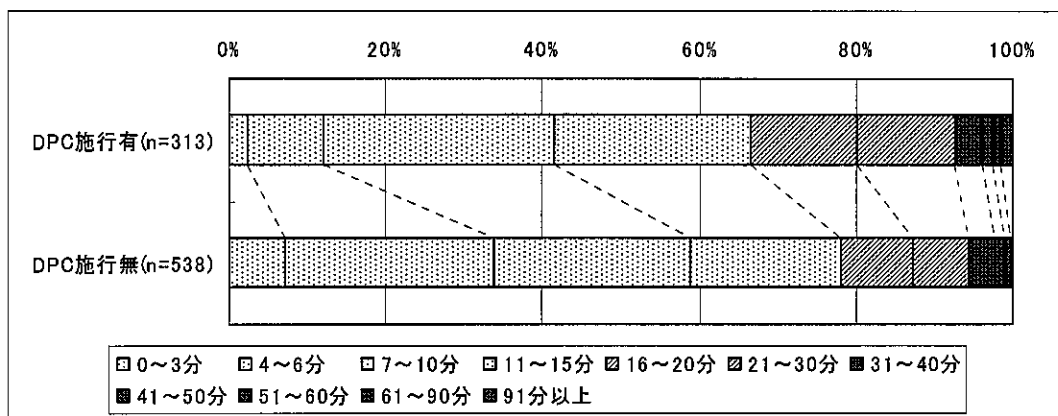


図 43 DPC 施行有無による診察合計時間（（診断未確定）初期再診）（n=851）

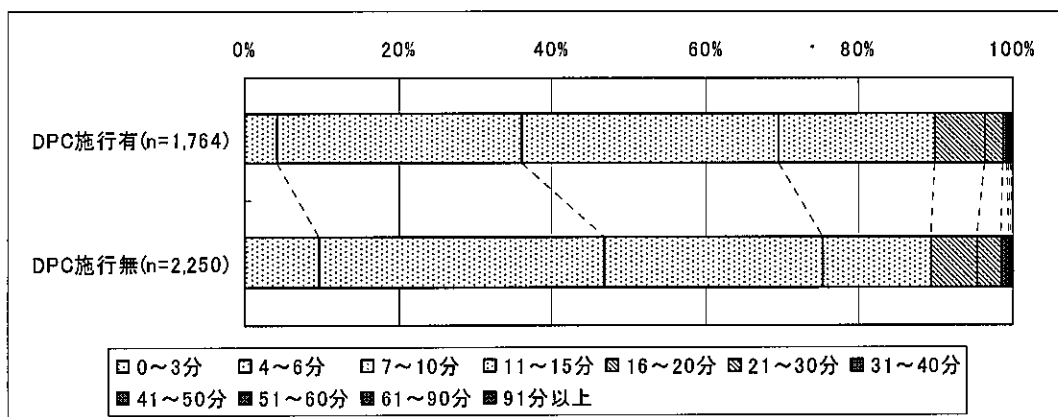


図 44 DPC 施行有無による診察合計時間（（診断確定）継続再診）（n=4,014）

<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。

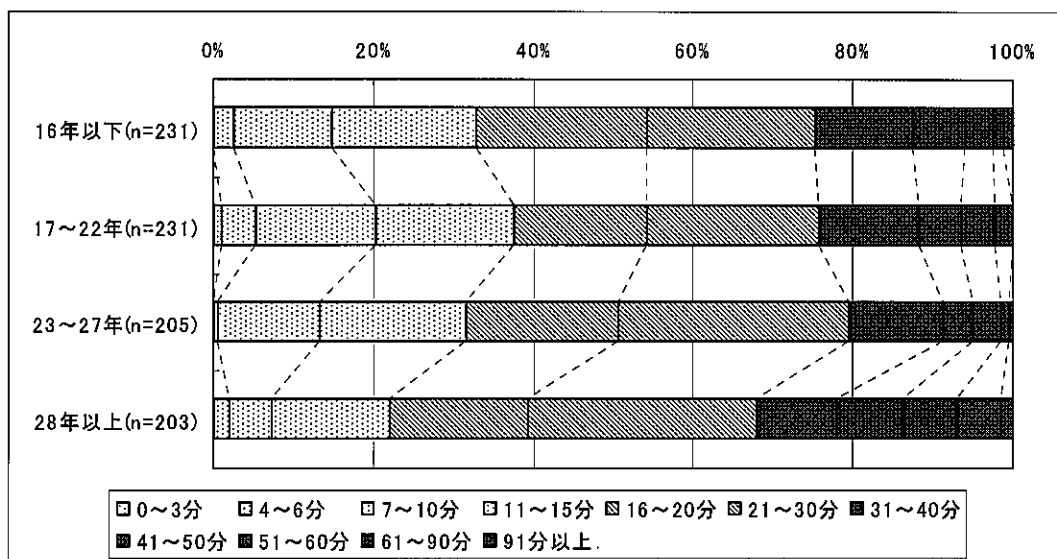


図 45 医師経験年数の均等4区分による診察合計時間（紹介有初診）（n=870）