

次期診療報酬改定における再診料の取扱いに関するこれまでの議論

1号側(支払側)

(1) 「平成20年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)の意見」(平成19年12月14日)(抜粋)

1. 病院・診療所の役割分担と財源配分の見直し

- ① 基本診療料は、医療機関の機能に応じたものとするのが重要であり、見直していく必要がある。当面は、再診料について初診料と同様、病診間の格差是正をはかるほか、医師の指導により患者本人が行うことができる処置や軽微な処置等は基本診療料に含めるべきである。(後略)

(2) 中医協における発言(主なもの)

- ア 小児科・産科等の医師不足対策のためにも、再診料の引下げにより財源を捻出すべきではないか。
- イ 勤務医と開業医の待遇の格差解消のためにも、再診料を引き下げ、勤務医の待遇改善等につなげるべきではないか。
- ウ 患者の視点や、前回改定時からの格差是正の流れを踏まえれば、再診料は、病院と診療所で同一とすべきではないか。

2号側(診療側)

(1) 国民が望む安全・安心で良質な医療を安定的に提供するための診療報酬改定に関する診療側の意見(平成19年12月14日)(抜粋)

3. 適正な技術料評価の診療報酬体系の確立

- (1) 医師の基本技術に対する適正評価
初・再診料の引き上げ

(2) 中医協における発言(主なもの)

- ア 医療技術を適正に評価することが求められる中で、再診料の引下げは、この基本的な流れにそぐわないのではないか。
- イ 病院は入院、診療所は外来という役割分担の中で、診療所の再診料が高く設定されてきた経緯を踏まえなければならないのではないか。
- ウ 地域医療を守る観点からは、むしろ、初再診料の引上げが必要ではないか。また、処置を包括化するなら、更に引き上げる必要があるのではないか。

病院における再診料の評価の見直し

骨子【緊急課題-2-(1)】

第1 基本的な考え方

病院と診療所との再診料の点数格差については、患者の視点に立てば、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることや、病院と診療所の格差是正を進めるべきとの指摘を踏まえ、再診料の病診格差の是正を行う。

第2 具体的な内容

再診料（病院の場合）の評価の見直し

現行 57点 → 改定案 60点

（診療所の場合については、引き続き71点）

勤務医の負担軽減策について②

- 初再診等の外来医療について -

第1 外来医療（救急）における現状

- 1 救急車による全搬送人員の数は近年大幅に増加しており、そのうち軽症者が約半数を占めている（参考資料1頁 図表1）。一方、救急医療機関（病院輪番制病院や共同利用型病院等）の施設数はおおむね横ばい状態である（参考資料2頁 図表2）。
こうしたことから、救急医療機関では増え続けている重症者の診療を行いながら、併せて軽症者の診療も行っていることが分かる。
- 2 急病による救急搬送は日中の診療が終了する18時にいったん増加し、その後漸減傾向となっている（参考資料2頁 図表3）。
- 3 18～20時において、開業している診療所数の割合が多い地域は、第二次・第三次救急医療機関における患者数の割合が少ないという結果であり、診療所が閉じた後に受診できなかった患者が救急医療機関の救急外来を利用している状況がうかがえる（参考資料3頁 図表4, 図表5）。
- 4 18時以降に第二次・第三次救急医療機関を時間外受診した患者にアンケート調査を実施した結果、休日夜間に近隣で開いている診療所があればそちらを受診すると回答した人が60%近くに上った（参考資料4頁 図表6）。

第2 開業医等の初期救急医療体制への協力

- 1 医療計画においては、二次医療圏単位で医療関係者と救急搬送関係者等によって構成される「救急医療対策協議会」を設置し、地域の救急医療体制の評価、住民に対する救急医療に関する適切な情報提供、医療機関と消防機関との連携の推進、救急搬送の充実などを図ることとしている。

- 2 重症の救急患者以外にも休日夜間の救急患者への医療を確保するため、昭和47年度から地域の医療関係者の協議による「在宅当番医制」が、昭和49年度から比較的軽症な救急患者の診療を受け持つ休日夜間専門の診療所である「休日夜間急患センター」の整備が開始された。
- 3 現在、在宅当番医制が654地区で運用されており、休日夜間急患センターは511カ所に設置されている（参考資料2頁）。

第3 診療報酬上の評価

1 診療所の評価

A000 初診料 270点

A001 再診料（診療所の場合） 71点

各種加算^{※1}

	初診	再診
時間外加算 ^{※2}	85点	65点
休日加算	250点	190点
深夜加算 ^{※3}	480点	420点

※1 時間外加算等は、保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う体制を準備しなければならないことを考慮して設けられたもの。

※2 時間外の目安は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関の当該休診日である。

※ 3 深夜加算は、いずれの季節においても午後 10 時から午前 6 時までの間に診療が開始された場合に算定できる。ただし夜間開業の保険医療機関等において、診療時間又は診療体制が午後 10 時から午前 6 時までの間と重複している時間帯には深夜加算を算定できない。

2 小児救急の評価

(1) 初・再診料の小児科標榜医療機関の時間外加算等に係る特例
小児科又は小児外科を標榜する保険医療機関にあつては、6 歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜が診療時間である保険医療機関において診療したものについて時間外加算等が算定できる。

(2) 地域連携小児夜間・休日診療料

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

1	地域連携小児夜間・休日診療料 1	300 点
2	地域連携小児夜間・休日診療料 2	450 点

地域の保健医療機関の小児科医と当該保健医療機関の小児科医が連携して、6 歳未満の乳幼児を夜間・休日に診療する体制を評価している。

※ 地域連携小児夜間・休日診療料 1 と 2 の違いは輪番等で小児医療を担う体制と、365 日 24 時間小児医療を担う体制との違いである。

第4 課題

- 1 ライフスタイルの変化等によって、第二次・第三次救急医療機関の救急外来が本来の目的とは異なり軽症者の時間外外来として利用されている。

勤務医の負担軽減の観点から、増え続けている時間外の軽症者受診を踏まえた診療所の開業時間のあり方を検討する等、第二次・第三次救急医療機関の勤務医以外の医師により軽症者を診療する体制を今後整えていく必要がある。

- 2 さらに、日中就労している慢性疾患を有する患者にとっては、18時以降も開業している診療所が増えることで定期的な受診が容易になる。

このような患者の生活実態に応じた医療提供体制についても検討する必要があるのではないか。

第5 論点

- 1 第二次・第三次救急医療機関に勤務する医師の負担となっている時間外軽症者の受け入れを軽減するために、診療所における開業時間の夜間への延長など時間外診療に対する評価を重視してはどうか。

併せて、診療所の初・再診料を見直し、診療所における一定の開業時間の確保を前提として、時間外診療の評価体系を見直してはどうか。

- 2 医療機関の院外処方率が過半数を占めていることから、薬局についても、地域の救急医療体制や診療所の診療時間の延長に対応した調剤の体制を整えるため、時間外調剤の評価体系について見直しを検討してはどうか（参考資料4頁 図表7）。

外来管理加算について

第1 現状

- 1 外来管理加算は、一定の処置や検査等を必要としない患者に対して、懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等といった医療行為を行うことを包括的に評価したものであり、一定の処置や検査等を実施せずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるとされている。
- 2 このため、点数が個別に評価されている処置を実施した場合よりも、それらを実施しないで外来管理加算を算定した場合の方が高い点数となることがあるとの指摘がある（参考資料1～3頁）。
- 3 また、受診した患者にとって、目に見える処置などをするよりも、しない方の自己負担額が高くなり、患者にとって分かりにくいとの指摘もある。

第2 診療報酬上の評価

- 1 現在の点数 52点
(老人保健：病院 47点、診療所 57点)

※ 慢性疼痛疾患管理並びに別に定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合。

2 経過

昭和42年12月	内科加算新設	2点	(再診料3点に加算)
昭和45年2月	内科再診料新設	5点	(再診料4点) 内科加算廃止
平成4年4月	外来管理加算新設	42点	(再診料43点)
平成12年4月	外来管理加算	52点	(再診料74点)

第3 論点

患者にとって分かりやすい診療報酬体系とするためにも、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要する時間の目安を設けてはどうか。

(修正後)

外来医療に係る評価体系について

1 現行の診療報酬上の評価の概要

(1) 現行点数（加算点数等詳細は別紙1）

初診料	病院の場合	255点
	診療所の場合	274点
再診料	病院の場合	58点
	診療所の場合	73点
外来診療料（200床以上の病院）		72点

* 同一医療機関において複数診療科を同一日に受診した場合は、初診料又は再診料等を1回のみ算定

(2) 診療報酬上の評価の変遷（別紙2）

昭和60年	再診料について病院と診療所に区分し点数を設定（甲表及び乙表）
平成4年	初診料について病院と診療所に区分し点数を設定（甲表及び乙表）
平成6年	甲表及び乙表の一本化
平成10年	特定機能病院外来診療料を新設し、特定機能病院における再診を一部の検査等を含め包括的に評価
平成12年	特定機能病院外来診療料を廃止し、外来診療料を新設。対象医療機関を200床以上の病院に拡大し、再診について一部の検査等を含め包括的に評価
平成14年	再診料等について、月当たりの受診回数に応じた逡減制を設定
平成15年	再診料等に関する逡減制を廃止

(3) 平成16年度診療報酬改定

○初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料

の評価の見直しを行った。

初診料	病院の場合	250点	→	255点
	診療所の場合	270点	→	274点

○外来診療料の見直し

外来診療の医療機関の機能分化と請求事務の簡素化の観点から、外来診療料の包括範囲を拡大した。

外来診療料 68点 → 72点

*尿検査、糞便検査及び血液形態・機能検査について包括範囲を拡大

2 現行の診療報酬上の評価に係る課題

「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（平成15年3月28日閣議決定）において、「外来医療については、大病院における専門的な診療機能や紹介・逆紹介機能等を重視した評価を行うとともに、診療所及び中小病院等における初期診療、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の機能、訪問看護、在宅医療等のプライマリケア機能等を重視した見直しを進める」とされている。

これを踏まえ、病院と診療所の機能分化・連携を進めていくことが課題となっている。

3 論点

(1) 外来医療の評価体系の見直しについて

初診においては、問診に始まり視診、触診等の全身にわたる診察が必要であり、あらゆる疾病の可能性を考慮しつつ、細心の注意を払い疾病の診断、治療方針の決定等を行うことが求められる。また、患者の不安を軽減し、医師と患者の信頼関係を構築する観点から、十分な説明が必要であり、時間を要するとともに、医師にかかる負担は大きい。

一方、診断が確定し治療方針が決定した後の再診においては、

治療経過の観察や指導管理等、継続的な管理に重点が置かれる。
こうした状況や上記「2」の現行の診療報酬上の評価に係る課題を踏まえ、以下のとおり外来医療の評価体系の見直しについて検討することとしてはどうか。

ア 初診料の評価について

初診料を適正に評価することを検討してはどうか。

イ 初診後の診療の評価について

再診料等の在り方について根本的に見直しを行うとともに、適正に評価することを検討してはどうか。

(2) 病院及び診療所における外来医療の評価の格差について

ア 初診料

- 大病院においては専門的な診療機能、診療所及び中小病院等においてはかかりつけ医等の機能及びプライマリケア機能と、各々の有する機能は異なるものの、初診として十分な診察が必要であるとともに、特に患者への説明が重要であることなど、共通する点が多い。
- このような観点を踏まえ、大病院における初診と診療所及び中小病院における初診の評価の在り方について検討してはどうか。
- しかしながら、大病院における紹介なし患者の初診については、特定療養費制度の対象とされているところであるが、患者からの特別の費用の徴収はあまり行われていない現状（別紙3）にある。大病院を紹介なしで受診することは患者の選択に係るものであり、診療に係る費用は患者が負担すべきであるという考え方もあることを踏まえ、その評価の在り方について根本的に見直すことを検討してはどうか。

イ 再診料等

再診料等についても、初診料の場合と同様の観点から、評価の在り方について検討してはどうか。

(3) 同一医療機関における同一日の複数診療科受診に係る評価について

- 同一医療機関において、同一日に複数診療科を受診した場合は、初診料等を1回のみ算定することとされている。このような取扱いについては、2つ目以降の診療科にあっては初診料等を算定できず、2つ目以降の診療科におけるコストが適切に評価されていないため、不合理ではないかとの指摘がある。
- ついては、同一医療機関における同一日の複数診療科受診について、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点を踏まえ、評価の在り方を検討することとしてはどうか。
- 具体的には、同一医療機関における同一日の複数診療科受診は、
 - ・ 高い専門性を有する複数の医師が有機的連携の下に各々の疾患について診察を行うものであり、質の高い医療が提供されていると考えられること
 - ・ 診療に要する費用についても、複数医師が診療を行うことから同一医師が診療を行う場合と比較して多大であると考えられること
 - ・ 患者の利便性の観点からも有益であると考えられることを踏まえつつ、評価の在り方について検討してはどうか。
- その際は、仮に新たに評価することとした場合、安易に他科受診を勧奨することの可能性を必ずしも否定できないこと等にも留意することとしてはどうか。

(4) 大病院の病床規模について

- これまで診療報酬においては、200床以上の病院を大病院とみなし、再診時は外来診療料を算定することや、初診時の紹介なし患者については特定療養費制度を適用することが可能であること、また特定疾患療養指導料については算定できないことなど、200床未満の病院とは異なる評価をして

きたところである（別紙4）。

- 現在、病床規模別の医療機関の医療従事者数、外来患者数の占める割合等の実態は別紙5のとおりとなっているが、これを踏まえ、医療機能の分化・連携を適切に推進する観点から、中小病院と大病院とを区分する病床規模の在り方についても検討することとしてはどうか。

(5) 神経内科疾患の患者に係る診療の評価について

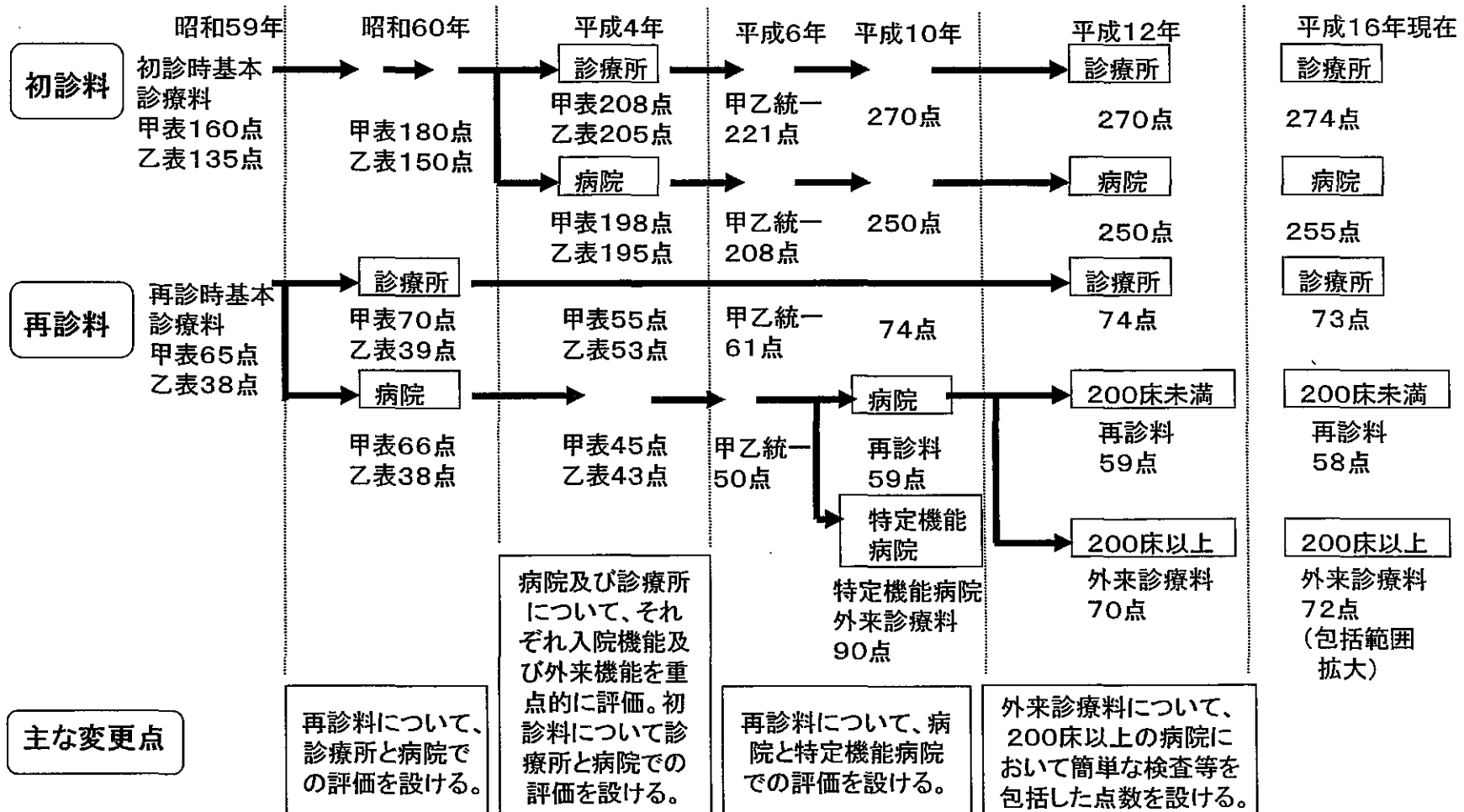
- 医療技術評価分科会で取りまとめられた「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」において、神経内科疾患の患者に係る診察は、筋力、腱反射等について神経学的検査を実施するなど他の内科系疾患の患者に係る診察と比較して時間を要することが明らかになっている（別紙6）。
- ついては、特に初診においてその差が顕著であったことを踏まえつつ、神経内科を専ら担当する医師の初診の評価の在り方について検討することとしてはどうか。

(別紙1)

初再診の比較

初診		再診		外来診療料	
病院	255	病院	58		
診療所	274	診療所	73		72
乳幼児加算	72	乳幼児加算	35	乳幼児加算	35
(時間外加算等を算定する場合)	115	(時間外加算等を算定する場合)	70	(時間外加算等を算定する場合)	70
時間外加算	85	時間外加算	65	時間外加算	65
休日加算	250	休日加算	190	休日加算	190
深夜加算	480	深夜加算	420	深夜加算	420
時間外加算の特例	230	時間外加算の特例	180	時間外加算の特例	180
小児科標榜医療機関の特例		小児科標榜医療機関の特例		小児科標榜医療機関の特例	
乳幼児育児栄養指導加算	130				
診療所の紹介患者加算	50				
病院の紹介患者加算					
紹介患者加算1	400				
紹介患者加算2	300				
紹介患者加算3	250				
紹介患者加算4	150				
紹介患者加算5	75				
紹介患者加算6	40				
		外来管理加算	52		
		継続管理加算	5		

初診料・再診料の評価



(被用者本人) 昭和59年～ 1割負担 平成9年～ 2割負担 平成15年～ 3割負担

- 平成 4年 総合病院において、複数科受診時に初再診料を別に算定できる取扱いを廃止
- 平成 4年 慢性疾患外来医学管理料及び慢性疾患指導料を廃止し、特定疾患療養指導料を新設
- 平成 8年 200床以上の病院の初診(他の医療機関からの紹介の場合等を除く)を特定療養費化
- 平成14年 200床以上の病院の再診(他の医療機関への紹介を行っていない場合等を除く)を特定療養費化
- 平成14年再診料等について月内逓減制を設定、平成15年に廃止

(別紙3)

病床数が200以上の病院について受けた初診

(1) 報告医療機関数の推移

	平成14年7月1日現在	平成15年7月1日現在	平成16年7月1日現在
報告病院数	1,283	1,199	1,138

(2) 金額階級別医療機関数 (平成16年7月1日現在)

	～ 500円	～ 1,000円	～ 1,500円	～ 2,000円	～ 2,500円	～ 3,000円	～ 3,500円	～ 4,000円	～ 4,500円	～ 5,000円	5,001円 以上	合計
病院数	118	167	366	230	123	69	43	3	12	3	4	1,138

注：平成16年病院調査において200床以上の病院は2,916施設

200床未満又は200床以上の病院を
評価している診療報酬項目

【診療報酬項目】

- 外来診療料(200床以上の病院の再診)

- 特定疾患療養指導料(診療所又は200床未満の病院において算定)

- 生活習慣病指導管理料(診療所又は200床未満の病院において算定)

- 診療情報提供料(B)注2の加算(200床以上の病院から診療所への逆紹介を評価)

- 診療情報提供料(C)注2の加算(200床以上の病院を退院する患者について、診療所又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設へ入所する際の情報提供を評価)

- 診療情報提供料(D)(地域医療支援病院又は特定機能病院から診療所又は200床未満の病院への紹介を評価)

- 処方料 特定疾患処方管理加算(診療所又は200床未満の病院における特定疾患患者への処方を評価)

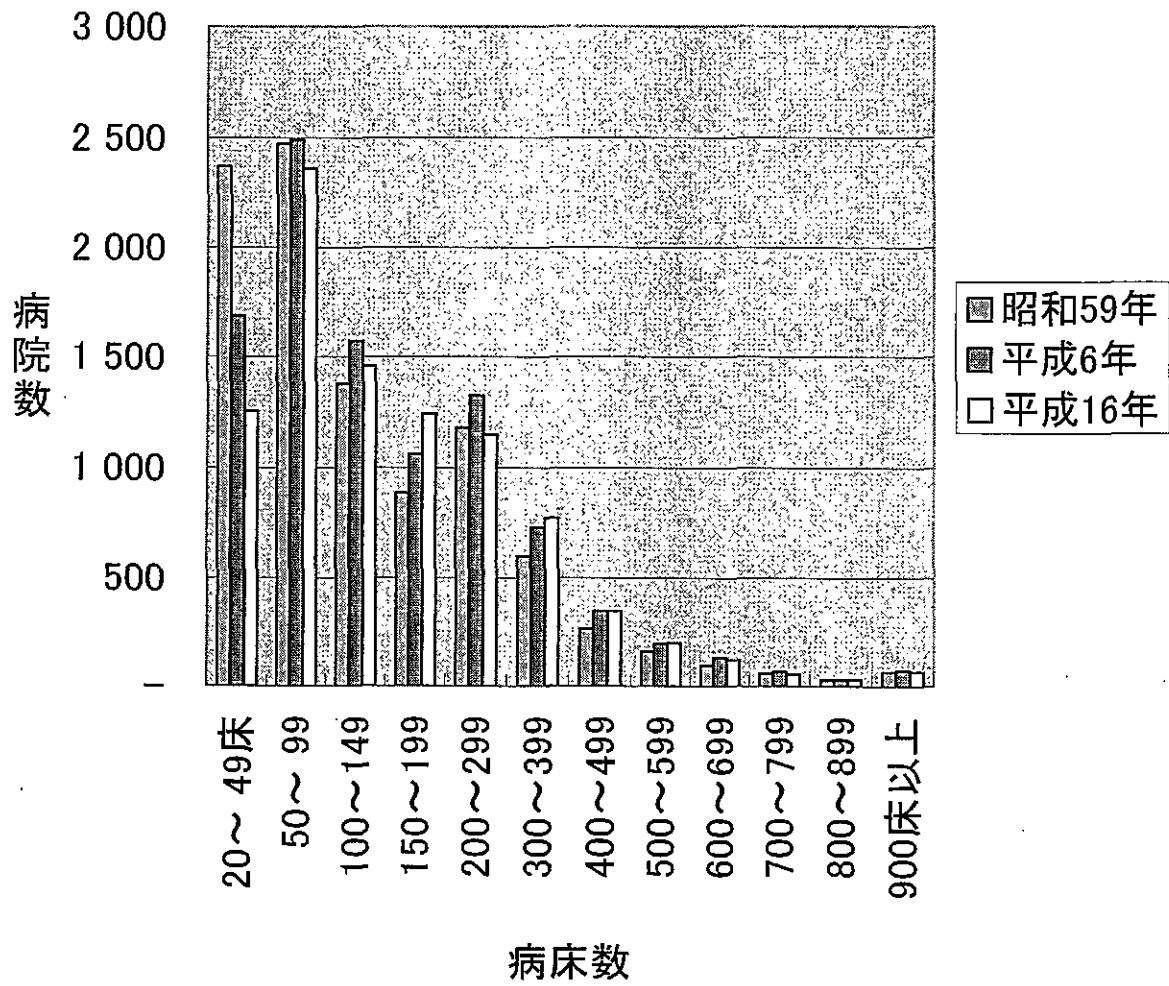
- 処方せん料特定疾患処方管理加算(診療所又は200床未満の病院における特定疾患患者への処方を評価)

【特定療養費】

- 200床以上の病院における紹介なし患者の初診

- 200床以上の病院における再診

病床規模別病院数



平成15年 病院報告

年間外来患者延数、年間在院延患者数、病院の種類・病床規模別

	外来患者延数		入院患者延数		外来患者／入院患者		病床利用率(%)		在院日数	
	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院	総数	一般病院
総数	606,399,536	589,150,131	506,883,899	417,084,250	1.2	1.4	84.9	83.3	36.4	30.4
20～29床	5,553,930	5,517,416	1,073,459	1,055,367	5.2	5.2	62.3	62	17.4	17.2
30～39	12,826,326	12,816,649	3,888,111	3,875,415	3.3	3.3	72.8	72.8	24.5	24.4
40～49	20,531,858	20,511,316	8,314,887	8,266,375	2.5	2.5	77.2	77.1	29.7	29.5
50～99	83,375,787	82,841,793	51,595,647	50,278,478	1.6	1.6	82.7	82.5	40.4	39.5
100～149	59,424,215	57,734,189	55,377,100	48,149,613	1.1	1.2	86	84.8	50.3	44.6
150～199	67,459,624	64,625,230	68,338,256	54,805,357	1.0	1.2	86.9	85	50.4	41.5
200～299	73,140,835	67,728,035	88,845,336	61,182,772	0.8	1.1	87.1	84.4	50.8	36.4
300～399	86,339,326	82,942,654	78,923,538	59,222,810	1.1	1.4	85.9	84	35.1	26.9
400～499	58,116,280	56,396,389	48,500,134	37,927,399	1.2	1.5	85.4	83	30.1	23.9
500～599	42,944,447	42,091,335	32,387,654	26,930,500	1.3	1.6	83.8	82.1	25.7	21.6
600～699	33,564,104	33,152,335	26,089,115	23,818,006	1.3	1.4	85	84.3	25.4	23.3
700～799	16,819,574	16,623,937	12,720,985	11,440,215	1.3	1.5	84.7	83.6	24.3	22
800～899	12,663,909	12,626,752	8,352,296	7,999,901	1.5	1.6	82.8	82.6	21.6	20.7
900床以上	33,639,321	33,542,101	22,477,381	22,132,042	1.5	1.5	79.2	79.3	25.1	24.7

※一般病院(精神病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院以外の病院)には、全ての種類の病床を含む

平成15年

病院報告 平成15年10月1日現在

上巻 第57表 100床当たり従事者数, 職種・病床規模・精神病院—一般病院(再掲)別

	常勤換算						
	総数	医師	看護師	准看護師	看護業務 補助者	診療放射 線技師	臨床検査 技師
総数	100.8	10.8	33.6	11.9	12.2	2.1	2.8
20~29床	165.8	16.6	28.1	27.3	15.8	3	3.2
30~39	135.1	12.6	22.8	25.2	15.5	2.3	1.8
40~49	123.8	12.2	23.9	22.7	15.9	2.5	2.1
50~99	106.5	8.9	22.2	19.3	17.7	2.3	2
100~149	97.2	7.4	24.1	15.9	16.7	1.9	2.1
150~199	94.3	7	25.6	14.9	15.4	1.8	2
200~299	87.1	6.8	27.3	12.7	12.7	1.5	2
300~399	94.9	9	36.1	10.1	10	2	2.8
400~499	99	10.8	41.3	8.3	8.4	2.2	3.3
500~599	103.5	12.5	46.5	6.6	7.4	2.5	3.7
600~699	114.5	19.4	51.1	4.5	6.7	2.6	4.1
700~799	118.6	20.7	52.1	4.2	7.4	2.6	4.1
800~899	129.9	27.2	58.5	3	4.9	3.1	5.3
900床以上	131.1	29.9	52.6	3.4	8.3	3.2	5.5

一般病院(再掲)

総数	108.9	12.3	37.1	11.4	12.5	2.5	3.2
20~29床	162.9	16.2	27.4	27.5	15.9	3	3.2
30~39	135.4	12.6	22.8	25.3	15.5	2.3	1.9
40~49	124	12.2	23.9	22.7	15.9	2.5	2.1
50~99	107.6	9	22.4	19.4	17.9	2.4	2.1
100~149	102.1	7.9	25.5	16	17.5	2.2	2.3
150~199	101.8	7.8	28.2	14.6	16.4	2.1	2.4
200~299	98.8	8.3	32.7	11.7	13.6	2.1	2.7
300~399	106	10.8	42.1	8.9	10.2	2.5	3.5
400~499	108.7	12.8	47.2	7.2	7.9	2.7	4
500~599	112.1	14.3	52.3	5.1	6.9	2.9	4.3
600~699	118.8	20.8	53.6	3.9	6.5	2.8	4.4
700~799	124.5	22.5	55.5	3.3	7.1	2.8	4.4
800~899	132.5	28	60.1	2.6	4.7	3.2	5.5
900床以上	132.5	30.3	52.9	3.4	8.5	3.2	5.6

7

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。

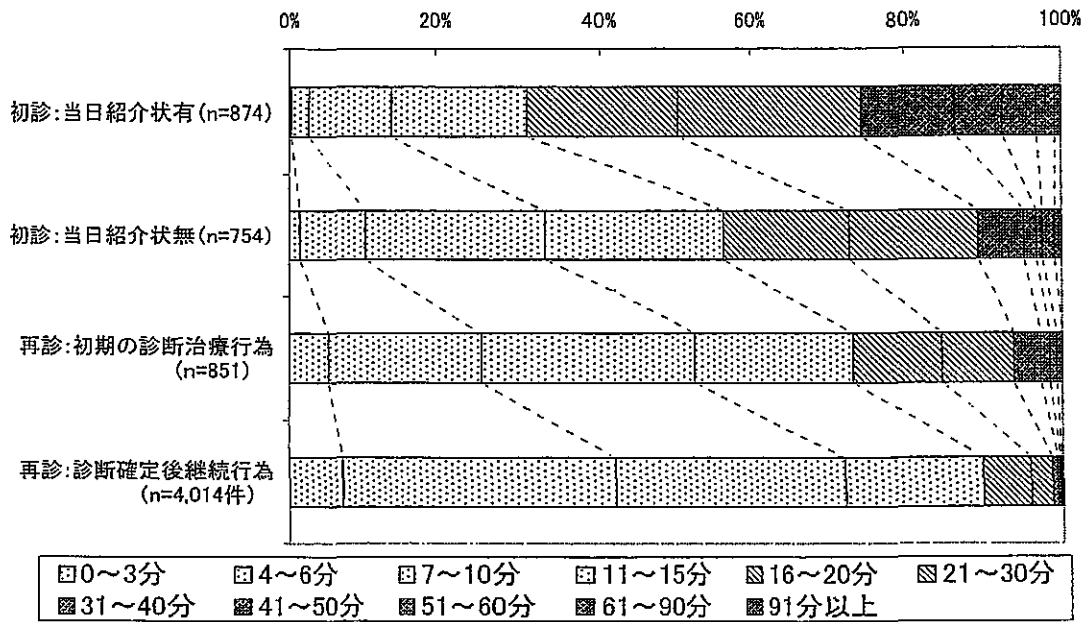


図 1 診療報酬上の初診再診の別と診察合計時間 (大病院) (n=7,862)

6

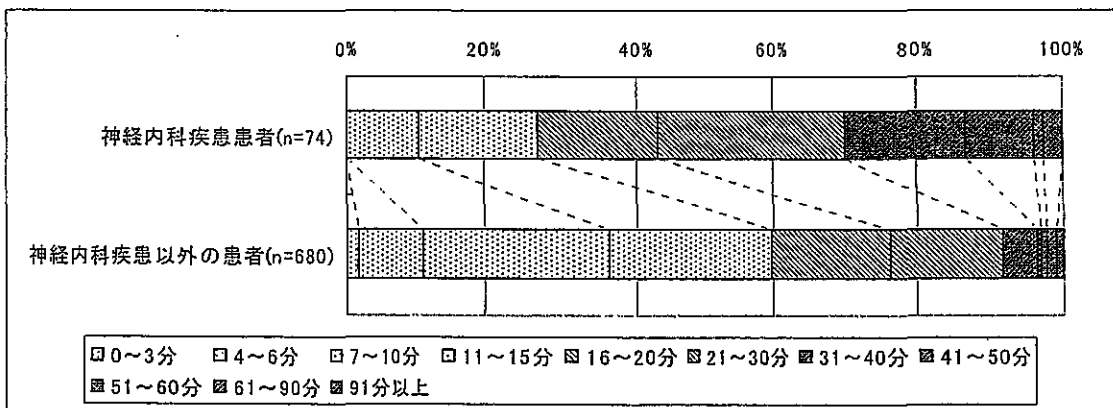


図 2 神経内科疾患患者の有無による診察合計時間 (大病院紹介無初診) (n=754)