

方の頻度などを調査する。調査の対象は心臓リハビリ、温泉療法などリハビリ関連領域における同様の行為にも拡大し、検討を加える。

1) 処方箋の形式は 共通部分
+領域独自とする。

2) コメディカルへ直接アンケートを出すことはせず、アンケート依頼の中でお互いに意見交換することをお願いすることに留める。

3) 処方に入れるべき項目

共通部分

基本情報 (ID,氏名、年齢、性別、診療科、入外区分、主治医名、処方医名、発症日、入院日、依頼日、診断名、障害名)

経過、手術の有無 (ありの場合
は手術法と手術日)

感染症の有無 (ありの場合の内容)
合併症、併存症、禁忌、注意事項

各領域独自

処方 は記述式として、ゴール (目標) 等は記述式の欄に入れ、共通の項目に入れない

コメディカル個々の枠組みは
領域独自に決める。

4) 記入に要する時間

初診と再診と別々に記載する。

アンケートを答える医師の経験に基づき大凡の時間 (分) を

記入する。

(time study を行わない)

何分刻み 1~3分 最大は

5) 処方箋の効果をどのような項目で見えるのか

a : A D L改善、在院日数の短縮

b : 効果は問題としない。事故防止・リスク管理上必要

リハビリは a を指標にすることが多いが、他の領域 (温泉療法など) は b が主になる。

技術的に本研究の中で示すのは困難。アンケートの質問に入れない。

6) 更新頻度

原則は随時だが処方料金を考えると上限あり。

最低どの間隔で処方を出すかを問う。

a:1 週毎、b:2 週毎、c:月 1 回、
d:2 ヶ月毎、e:3 ヶ月毎、f:1,
2,3,6 ヶ月 (総合実施計画書と一致)

4 アンケートの作成

別紙資料 (1-1~3) に示すアンケート (例 ; リハビリ、整形外科、心臓リハビ

リ、温泉気候物理学会用) を作成する。

5 処方箋の雛形の作成

別紙資料 (2-1~2)

6 研究員の構成

分担研究員

石田 暉（日本リハビリテーション医学）東海大学医学部リハビリテーション科学

研究員

猪熊 茂子（温泉気候物理医学会）東京都立駒込病院アレルギー膠原病科

上小鶴正弘（日本整形外科学会）埼玉県総合リハビリテーションセンター整形外科

長山 雅俊（心臓血管）榊原記念病院循環器科

尾花 正義（日本リハビリテーション医学会）都立荏原病院リハビリテーション科

7 領域別調査結果の概要

1) リハビリテーション領域

a 共通項目

リハビリテーション医学会の全国専門医名簿の中から 150 名を無作為に抽出し発送した。

発送数は 150、回収数は 96 で、回収率 64%であった。

b アンケート各項目集計結果とそれぞれの項目に対するコメント

I. 対象医師の勤務医療機関に関して

図 1) - 1・2 から明らかなように、リハビリテーション医学会専門医（以下、専門医）にアンケートを発送したために、専門医が勤務して

いる医療機関として多い「大学病院」、「自治体病院」、「医療法人病院」が多くなり、「個人（診療所）」などは少なくなった。

II. 処方の有無に関して

図 1) - 3 より、専門医が勤務する医療機関では、ほぼ 100%近くリハビリテーション処方が作成されていた。

III. 処方の対象患者に関して

図 1) - 4 より、リハビリテーション処方は、入院・外来患者双方をほぼ対象としていた。

IV. 一日あたりの平均処方件数に関して

図 1) - 5 示すように、初診と再診の患者合わせて、平均一日 25 件のリハビリテーション処方がされていて、専門医のリハビリテーション処方に係わる労力の大きさを示している。

V-1. 処方に記載されている内容に関して

図 1) - 6 から、リハビリテーションを実施していく上での必要な情報は、ほぼ記載されているが、病状の経過、感染症や併存症などの記載が少ない処方があった。

V-2. 処方内容に関して

図 1) - 7 に示すように、訓練の項目・内容 目的・目標は、ほぼ記載されているが、訓練の単位数・時間

帯・頻度などに関しては、実際に訓練を担当する療法士との調整が必要となるため、記載が少なくなっていた。

VI. 処方に記載する時間に関して

表 1) - 3 から明らかなように、患者を診察後、初診患者では平均 18 分、再診患者でも平均 8 分の時間をかけて処方しており、IV. の「一日あたりの平均処方件数」の結果を考慮すると、専門医のリハビリテーション処方に係わる労力の大きさを示している。

VII. 処方を更新する頻度に関して

図 1) - 8 から明らかなように、初回処方後 1 ~ 3 ヶ月の間に更新されている場合が多かったが、患者の状態の変化などから、初回処方後 1 ~ 2 週間の間に更新されることもあり、処方の更新頻度は様々であった。

VIII. リハビリテーション処方料として医科診療報酬点数表に新設するための条件に関して

図 1) - 9・10 から、リハビリテーション処方を医科診療報酬点数表に新設するための条件としては、決められた形式の処方箋を使って、一定以上の資格を持った医師が記載した場合に設定できるとした回答が多かった。

c 今回の処方箋案への意見のまとめ

本来、リハビリテーション処方箋は、

リハビリテーション診療が対象とするすべての疾患に対して、使用できるものが望ましいと考える。今回のアンケート結果（特に、アンケート結果の V-1・2）からも、今回の処方箋案は、リハビリテーション処方箋としての最低限の要件を満たしたものと考えられる。

d 小括

全国のリハビリテーション医学会の専門医の中から無作為に選択した医師に対して、リハビリテーション処方に関するアンケート調査を行ったが、「専門医」という条件から、大病院や規模の大きい病院に勤務している医師がほとんどで、リハビリテーション処方箋は、入院・外来にかかわらず、ほぼ 100%実施されていた。また、実際のリハビリテーション処方箋の記載内容や処方内容に関しても、リハビリテーション診療を行う上での最低限の情報は記載されており、今回の処方箋案の内容も、現状の「専門医」の処方箋にほぼ近いことが確認された。

今回の「専門医」では、リハビリテーション診療の中で処方箋を記載する行為は、患者の診察後、初診患者では平均 18 分、再診患者では平均 8 分の時間を要し、しかも、医師一人が一日平均初診患者では 6 件、再診患者では 19 件処方することから、リハビリテーション処方を行う医師にとって、多くの時間と労力を要していることが確認された。その意味か

らも、リハビリテーション処方料をドクターフィーとして、医科診療報酬点数表に新設することが望まれる。なお、医科診療報酬点数表にリハビリテーション処方料を新設するためには、特定の疾患に偏らないリハビリテーション診療が対象とするすべての疾患に対して使用できる決められた形式の処方箋が必要であり、今後の医療費削減の中では、一定以上の施設（施設基準）や一定以上の資格の医師（専門医）などの条件も設定する必要が生じると考える。

2) 整形外科領域

a 共通項目

関東地区整形外科勤務医会に加入している各病院の整形外科代表者宛に発送した。

発送数と回収率

配布数 244、回収数 93、
回収率 38%

b アンケートの各項目集計結果

I 対象医療機関の分析

勤務医会の構成メンバーにアンケートをとった結果、公的病院や規模の大きい病院に勤務しているものが殆どを占めている。大学病院は少なくまた診療所勤務のものは無かった。
(図2) - 1. 2)

II. 処方の有無

公的病院や規模の大きい病院が主体であるため、現状でもリハビリテー

ション処方・指示書は作成されているものが殆どである(図2) - 3)。

III. リハビリテーション処方の対象患者

当然のことながらリハビリテーション処方、入院、外来患者双方を対象としているところが多い(図2) - 4)。

IV. 一日あたりの平均処方件数

処方件数も多く、リハビリテーション処方に係わる労力の大きいことが示されている(図2) - 5)。

V-1. リハ処方に記載されている内容

図2) - 6)に示されるように、リハビリテーションを実施し、診療報酬請求にあたって必要な情報は、ほぼ満たされているものが多いが、症状経過や感染症・合併症などやや不十分なものもみられた。

V-2. 処方内容

図2) - 7)から訓練項目や、目的・目標に関しては処方されるが、単位数・頻度など訓練担当者の人数により変わってくる部分に関しては、処方には表現されず、調整の上実施しているものも多いと考えられる。

VI. 処方記載する時間

初診 平均 10分

再診 平均 6分

診察時間に加えて、リハビリテーシ

ョン処方を作成するのに、これだけの時間、労力を要していることが分かる。

Ⅶ. 処方を更新する頻度

処方の更新は、評価・再診の際に行われ、頻繁に行われるものではないが、1~3ヶ月の間で実施されることが多いと考えられる。処方料は、初回は当然、評価に基づいた更新の時にも算定される様になるのが望ましい(図2) - 8)。

Ⅷ. リハビリテーション処方料として医科診療報酬点数表に新設するための条件(図2) - 9)

決められた形式の処方せんに記載した場合のみ	47件(41%)
一定以上の資格を持った医師が記載した場合のみ	18件(16%)
一定以上の施設の医師が記載した場合のみ	31件(27%)
一定条件の患者に対して記載した場合のみ	10件(9%)
その他	8件(7%)
未回答	3件(3%)

図2) - 9に示されるように、診療報酬点数表に新設するための条件として、決められた形式で、一定以上の施設の医師が記載した場合設定出来るとした回答が比較的多かった。

c 添付した処方箋案の意見のまとめ

特定の疾患モデルに偏らない形の処方箋が望ましく、アンケート結果

のV-1. およびV-2. の項目から見て、添付された処方箋案で良いと考えられる。

d 小括

関東地区整形外科勤務医会の構成メンバーにアンケートを採った結果、公的病院や規模の大きい病院に勤務しているものが殆どであり、既にリハビリテーション処方料は、入院、外来にかかわらず実施されているところが多かった。

現在でも、処方内容は、リハビリテーションを行うにあたって必要な情報は、ほぼ満たされているものが多かった。処方内容は漏れが無いように考えておく必要があり、その意味でも、今回呈示された処方箋案は、特定の疾患モデルに偏っておらず、内容は妥当なものと考えられる。

通常診察時間に加えて、リハビリテーション処方料を作成するのに、初診で平均10分、再診で平均6分の時間と労力を要しており、また評価により更新も行われている。診療報酬点数表にリハビリテーション処方料の新設が望まれる。

診療報酬点数表にリハビリテーション処方料を新設するためには、特定の疾患に偏らない決められた形式の処方箋が必要であり、一定以上の施設の医師が記載した場合を条件として設定出来るのが良い。診療を担当している医師であれば、リハビリテーション処方料は、当然作成するものであり、内容的に条件が満たされ

ていれば処方医師の資格に制限を加えることは難しいと考える。

3) 日本心臓リハビリテーション学会領域

- a 過去の調査において心臓リハビリテーション（以下リハ）を実施していると回答のあった 86 施設に郵送法によるアンケート調査を行った。回収数は 46 施設であり、回収率は 53%であった。
- b 調査対象となった医療機関は、大学病院 17 施設(37%)、自治体、医療法人、財団法人がそれぞれ 6 施設(13%)、公立 5 施設(11%)、その他 6 施設(13%)であった。このうちリハ処方箋は 42 施設(91%)で行われており、4 施設(9%)は処方箋が行われていなかった。

リハ処方箋の対象患者の入退院種別は、入院・外来患者の双方を対象にしている施設が 31 施設(67%)と多く、入院患者のみを対象が 10 施設(22%)、外来患者のみを対象にしている施設は 1 施設(2%)と少なかった。一日あたりの平均処方箋件数は、初診 3.9 件、再診 17.0 件であった。処方箋への記載内容は図 3) - 1 の通りであり、入院日や障害名、経過、感染症の有無、併存症は省略される傾向が強かった。

処方箋の内容は図 3) - 2 の通りであるが、訓練項目、訓練内容については、記載される割合が当然高かつ

たが、それ以外は省略される傾向であった。また、処方箋記載に要する時間（平均）は、初診 12.7 分、再診 9.1 分であった。

処方箋を更新する頻度は図 3) - 3 の通りであった。これによると、多くは 1~6 カ月に更新されているようであるが、その他が多数を占めたため、全体的な傾向がつかめなかった。

リハビリテーション処方箋として医科診療報酬点数表に新設するための条件は、下表の通りであるが、一定以上の施設で、一定以上の資格を持った医師が、決められた形式の処方箋に記載した場合に算定が可能であるという意見が多かった（表 2） - 1。

運動処方箋を作成する場合に参考にする指標は、病歴(80%)、理学的所見(74%)、心電図(78%)、胸部レ線(59%)、心エコー図(83%)、心臓カテーテル検査(76%)の他、運動負荷心電図(70%)、心肺運動負荷試験(78%)と予想以上に心肺運動負荷試験を参考にしている施設が多かった。運動処方箋の作成から説明までの必要とする時間（平均）は、臨床指標の作成から運動処方箋記載までが 19.4 分、運動処方箋の説明に掛かる時間が 16.0 分で、合計 34.6 分であった。

運動処方箋に記載する内容の割合を図 3) - 4 に示す。運動負荷試験結果、運動時目標心拍数の記載の割合が高く、これらを中心に運動処方箋がなされていることが窺われた。

最後に、責任をもって運動処方箋が

できる医師の卒後年数は、平均 6.3(2～15)年であった。

c 添付した処方箋案の意見のまとめ

自由意見として記載されたが、概ね「心リハでは運動負荷試験に基づいて処方されることが多く、試験結果と具体的な運動処方内容が簡単に記載できるような、専用の書式を望む。」という意見が多かった。

d 小括

心臓リハビリテーションのためのリハビリテーション処方の実態を調査するため、心リハについての実施実績のある施設へのアンケート調査を行った。調査対象は大学病院や自治体、法人など比較的公的な病院が多くを占めた。リハ処方の対象となる入退院種別は入院・外来の双方を対象にしている施設が多かったが、外来患者のみを対象としている施設は 1 施設と少なく、心リハにおけるリハ処方が入院に偏っている傾向といえた。これは本邦における外来通院型リハの普及度の低さを物語っているものと思われる。一日あたりの平均処方数は、初診再診合わせて平均 20 件程度であり、医師一人の仕事量として概ね適当な数といえる。処方箋への記載内容は、必要不可欠のもの以外は省略し、簡潔性が求められているようであった。また、処方箋記載に要する時間は、5 分から 15 分と答える施設が多く、平均時間は初診 12.7 分、再診 9.1 分であった。

処方箋作成の際に参考とする指標は、病歴から詳しい検査まで、使用可能な情報は全てと考えて良く、特に心肺運動負荷試験は 78%の施設で有用な情報として利用されていた。そして、処方箋の形式については、心リハ専用の書式を望むという意見が多く、責任をもって記載するためには、医師としての 6 年程度の経験が必要であり、一定以上の資格が必要であるとの意見が多かった。

4) 温泉気候領域

a 発送数と回収率

認定医資格を有する 177 名のうち、名誉会員・功労会員を除いた 147 名に送付した。回収 56 名、回収率 38%。回答を寄せた会員の診療施設は下記のとおりで、大学・国公立・社保病院が 21、その他が 34 施設であった(表 4)

-1

b アンケート集計結果

リハビリテーション処方を行っている医師は回答 55 名中 28 名、約半数であった。大学および国公立病院は 19 回答中処方あり 11、法人および個人施設は 34 回答中処方あり 18 施設、いずれでも半々であった。

以下、アンケート項目毎に結果を記す。

I リハビリテーション処方の対象患者は、

入院、外来患者両者	15名
外来患者のみ	10名
入院患者のみ	2名
未記入	1名

入院患者のみをリハビリテーション処方対象としている施設は少ない。93%の施設で少なくとも外来患者を対象としている。外来患者のみを対象としている施設は、法人4施設、個人4施設で、大学および国公立病院では1施設のみである。

II 一日あたりの処方件数の平均は、再診患者が初診患者の10倍で、すなわち平均10回療法を繰り返していると思定される。

初診患者	2.5例/日
再診患者	24.8例/日

III リハ処方に記載されている内容は、表4) - 2のとおりで、i) 患者個人の特定、ii) 性別と年齢、iii) 疾病診断および障害名と合併症、iv) 主治医名(連絡先)がほぼ必須とされると考えられる。

主治医・処方医とも記載を要しないのは、個人施設12のうちの9施設を含み、ここでは医師が限られているため不要と想定される。しかし大学・国公立病院でも9施設で記載項とされていなかった。単純な記載漏れか否かは明らかでない。

IV リハ処方に記載されている処方内容は表4) - 3のとおりで、i) 項目(内容)、ii) 目的とiii) 目標が基本とされて

いる。

V リハ処方による治療内容は、温浴水浴を利用した療法であるが、高温浴は避けられ、通常温浴が多く、半身浴、浴中運動が採り入れられている。効果判定は、i) QOL改善、ii) 内服薬減量・変更で診られている(表4) 4~7)

VI 処方箋記載に要する時間は、初診で12.4分、再診でも9分で、処方の度に患者の変化を診て改めて記載している様子が覗える(表4) - 8)

VII 処方更新頻度は、3ヶ月が最も多く、1ヶ月が続く。温泉・物理療法が奏効するには一定の期間を要すると認識されているためと思われる(表4) - 9)

VIII 処方料を診療報酬点数表に新設するための条件については、医師の資格規準を挙げた者が約半数、処方箋の規格規準を要するとした者が4分の1、施設規準を挙げたのは、1割強であった。温泉・物理・気候療法に関しては、自前の施設を有しない場合でも、専門知識と経験をもって患者を診察し、処方とその後の評価をし得るとの考えによるものと

思われる（表4）-10)

c 温泉・気候・物理療法処方箋に関する自由記載意見

処方箋書式については、「簡易なものの方が応用が利いて使い勝手が良い」とする意見と、「例えば温浴について、温度、姿勢、時間、水分補給など細分項があった方が、チェックのみで済み、良い」とするものの両者があった。期待される効を得る化学成分を記す案も提示された。

形式の細項で、特定疾患認定欄を設ける、診療科／病棟欄は下方に置く、などの指摘があった。

また、コンピューター入力（電子カルテを含む）を想定した形式をとるよう提案があった。

「温泉気候物理医学会の専門医であっても勤務機関に温泉治療施設がなく温泉治療は出来ない」場合、専門医が処方箋を記載して、実地は温泉施設で行う法と、温水浴とリハビリテーションを組み合わせた処方について処方箋を用意する法とが提案された。特に前者をドクターフィーとして強く押す意見があった。

d 小括

アンケート回収率が38%と低かったのは、会員への周知が十分でなく、またその目的が理解されなかったことにあると思われる。その基には、温泉・気候・物理療法が現在保険診療体系に記載されておらず、保険請求とリンクした形式の処方箋が無い

ことがある。

温浴・水浴に限ってみると、39～41℃の温浴を症例によっては半身浴とし、また水中運動を併用している実態が見える。評価は月の単位で行ない、再診で再評価して再処方がされる。

温泉・気候・物理療法の処方箋に要する時間は、初診で12～13分を要している。再処方にかかる時間は著しく短縮はされず、初診時の7割の時間である。禁忌症、要注意症、感染等合併症のチェックを行った上で、対象病態に最も適切と思われる処方箋をし、再診では効果の評価はもとより、有害事象の潜在的発症を見逃さずに再処方をするのは、単純化し難い行為と想定される。

このアンケートでは、これらの医療行為は専門の知識と経験を有する医師に帰属する比重が大きく、必ずしも施設にはよらないとされた。温泉・気候・物理療法を保険診療対象とするには、専門医によることに継ぎ、必要事項の漏れのない書式に記すことを要件とすることが、次に挙げられている。

「温泉療法」が診療報酬に記載がない現在の診療体系のもとでは、専門医が処方箋をするに当たって、保険適応となっている物理療法の枠に入れることが考えられている。しかしまた、温泉施設がない医療機関の専門医でも処方箋を記載発行して、その行為にドクターフィーが支払われるべきとする意見があった。

このアンケート結果からは、日本温泉気候物理医学会認定医を中心に、温泉・気候・物理療法の処方が見なされている実態が明らかになった。また、専門医によって処方箋が発行されれば、その行為単独で独立したドクターフィーが支払われるべきとする意見は今後の重要な課題である。

結果および考察

処方および処方箋への記載は4領域とも入院および外来双方に大多数の症例において実施されていた。処方箋の形式はリハビリ領域や整形外科領域では別紙資料(2)で示される形式を妥当とするものや、心臓リハビリ領域では訓練項目、訓練内容は必須であるが患者情報(入院日、障害名、併存症など)は省略してもいいとする、あるいは温泉気候物理学会のように、患者個人の特定、性別と年齢、疾病診断および障害名と合併症、主治医名(連絡先)は必須とするなど各領域で内容に若干の相違を見た。しかし、何らかの統一的な処方箋の必要性があることは一致した意見であった。処方に要する時間は初診で平均10分(整形外科)か

ら18分(リハビリ)、再診で平均6分(整形外科)から9・1分(心臓リハビリ)と勤務時間のうちかなりの労力が処方に費やされていた。特にリハビリ領域では1日あたりの件数は初診で6件、再診で19件となり、処方作成行為そのものが治療と考えられる点や心臓リハビリでは運動処方の記載および説明に合計34・6分が費やされるなど処方とそれに続く説明は重要な医療行為との認識がなされていた。処方が可能とする条件には意見の相違があり、資格をつけるのは困難(整形外科)とするもの、一定以上の経験(6年)・資格を必要とするもの(心臓リハビリ)、施設と医師の資格双方に条件を加えるべきであるとするものに分かれた。

まとめ

処方および処方箋への記入は初診において最低でも10分以上の時間を要し、医師の医療行為の一つと考えられ、それを正當に反映するために診療報酬の中にドクターフィーとしての処方料の新設がなされるべきと考える。

図1)－1.

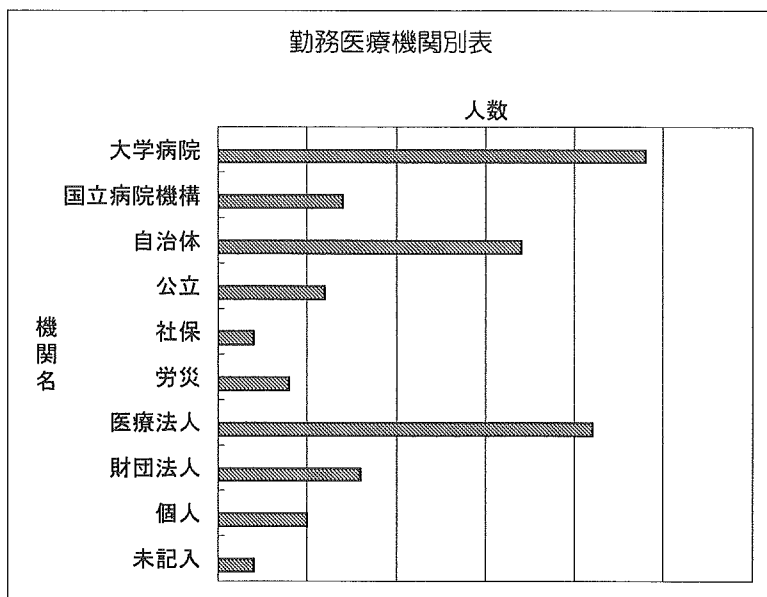


図1)－2.

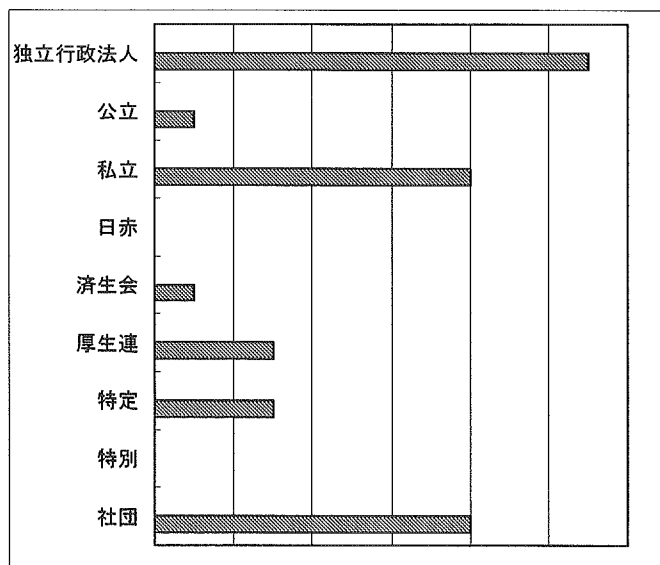


図1)－3.

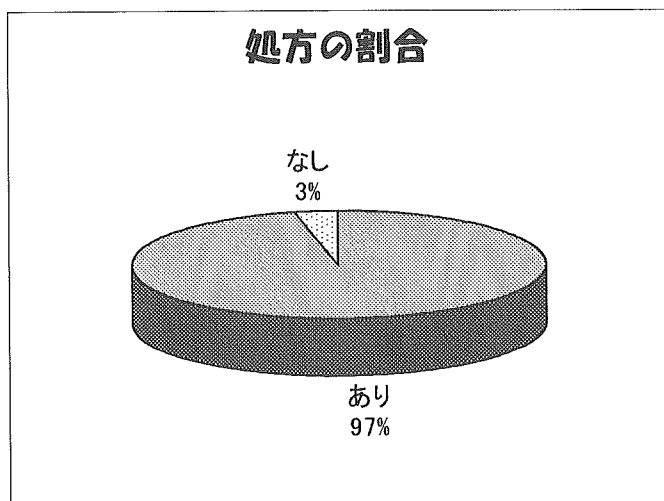


図1)－4.

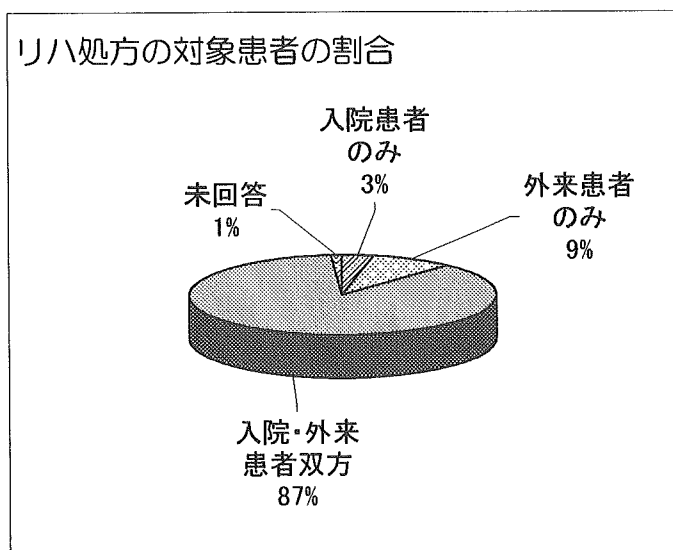


図1)-5.

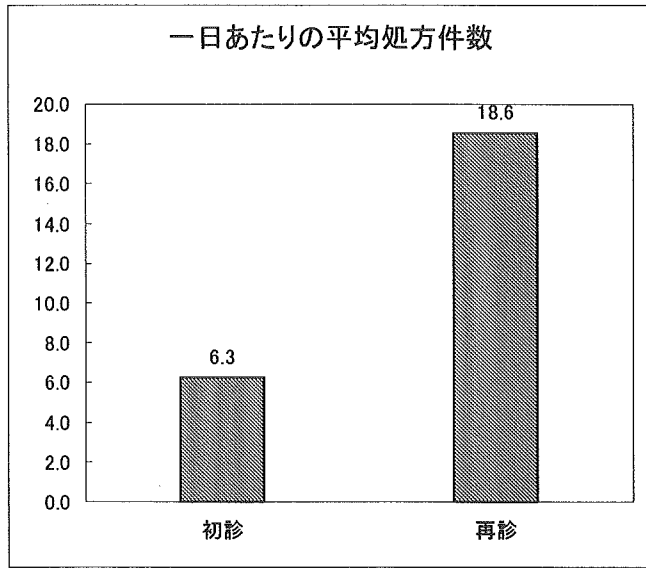


図1)-6.

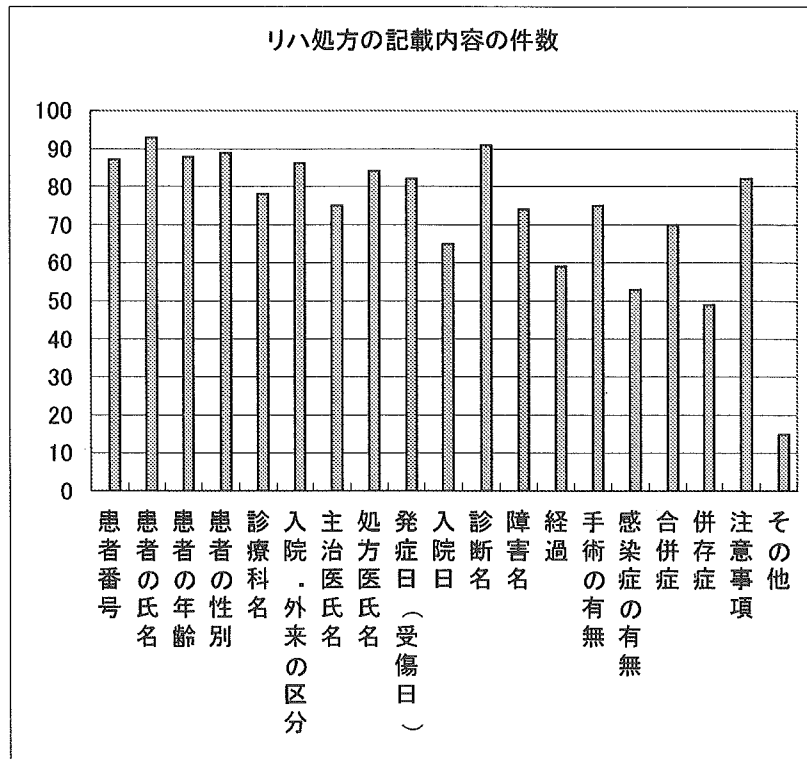


図1)－7.

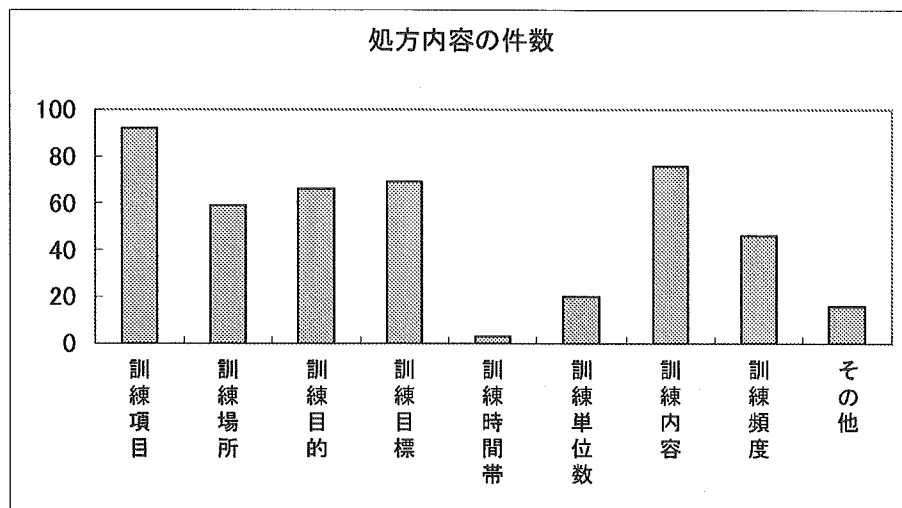


図1)－8.

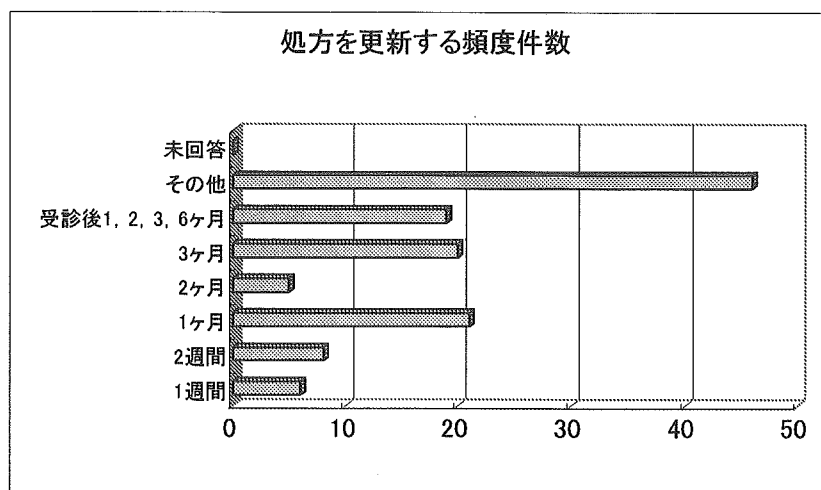


図1) - 9.

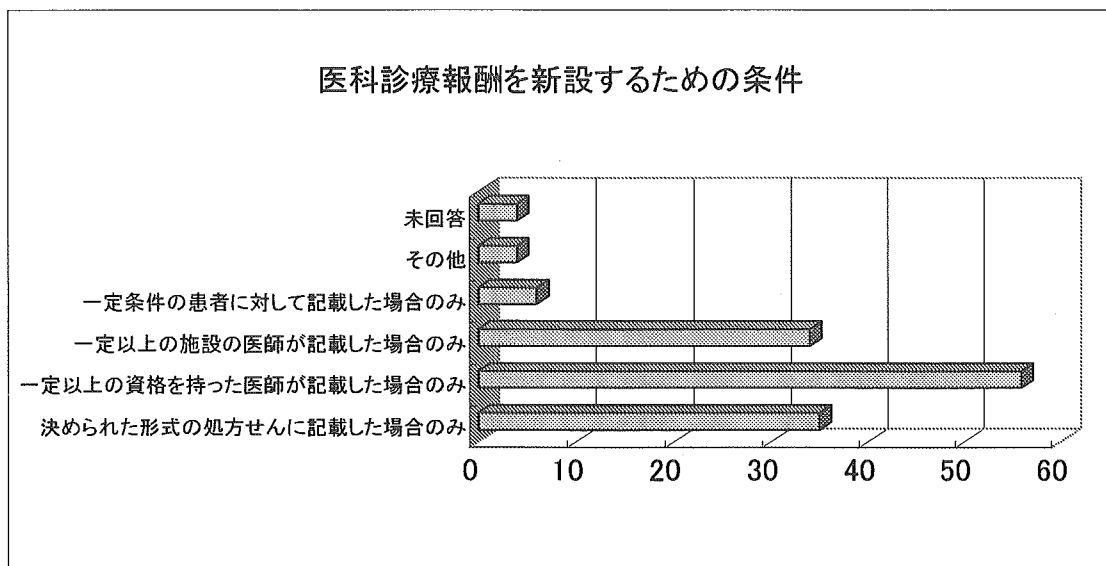
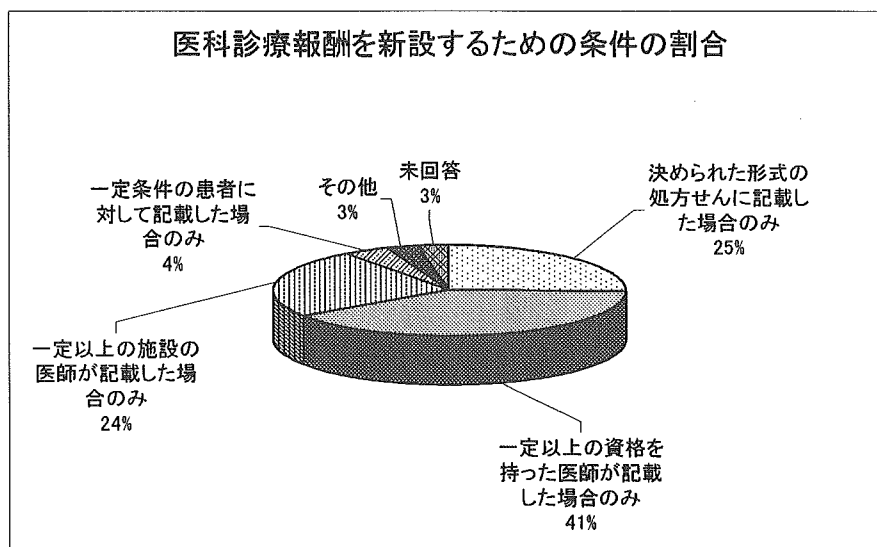


図1) - 10.



(図2)－1

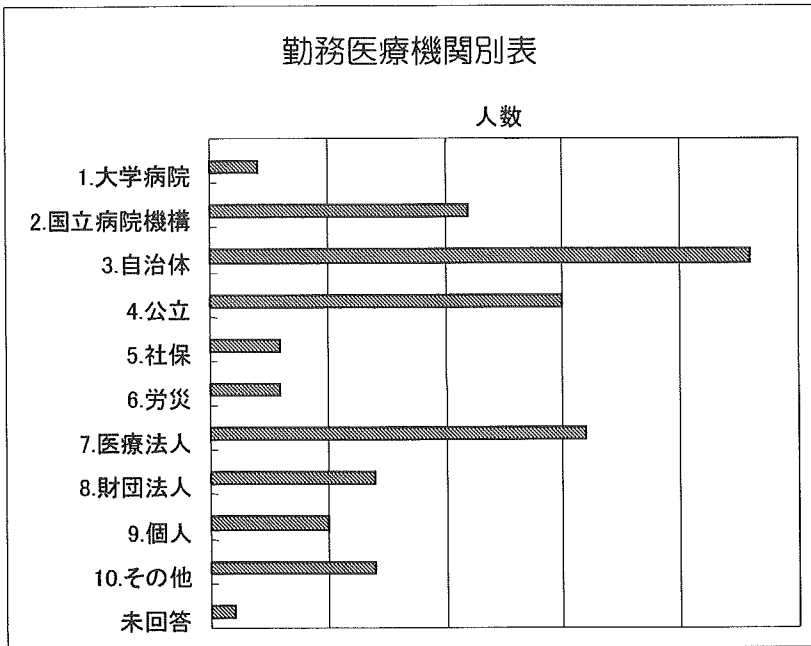
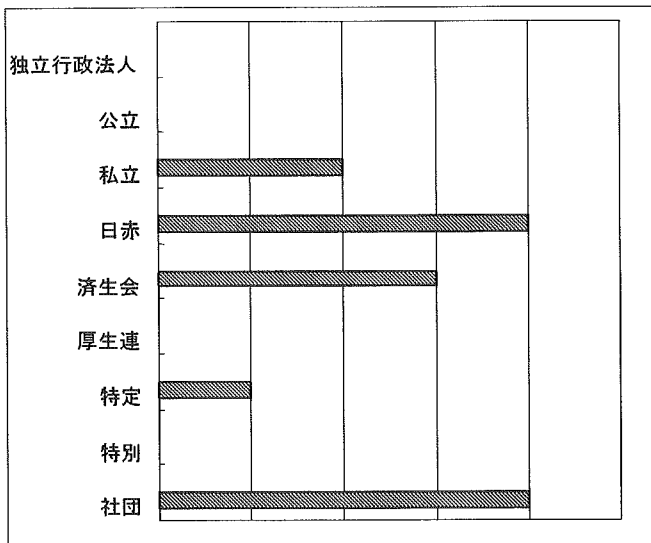
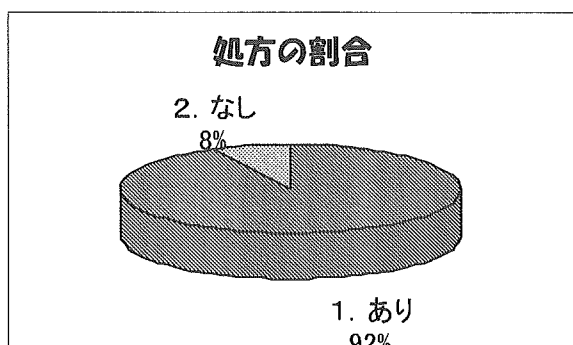


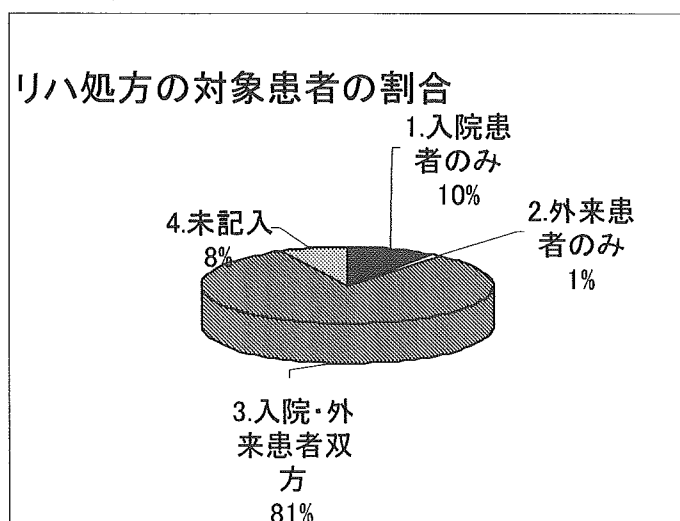
図2)－2



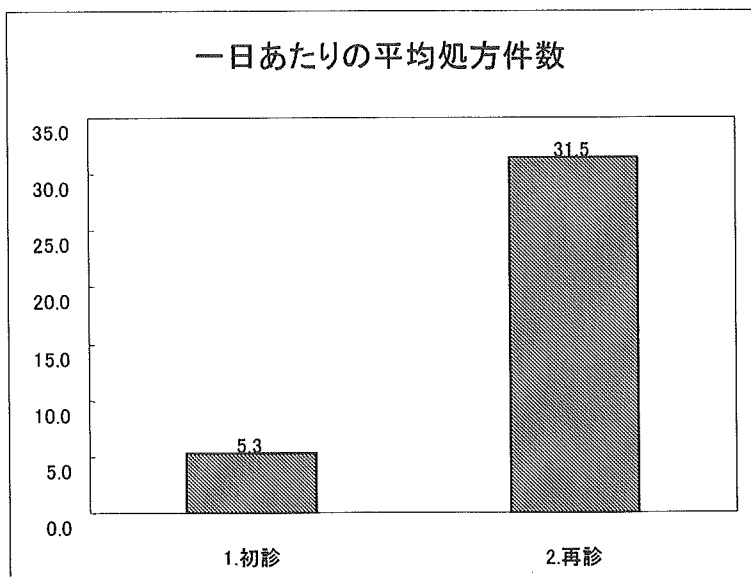
(図2)－3)



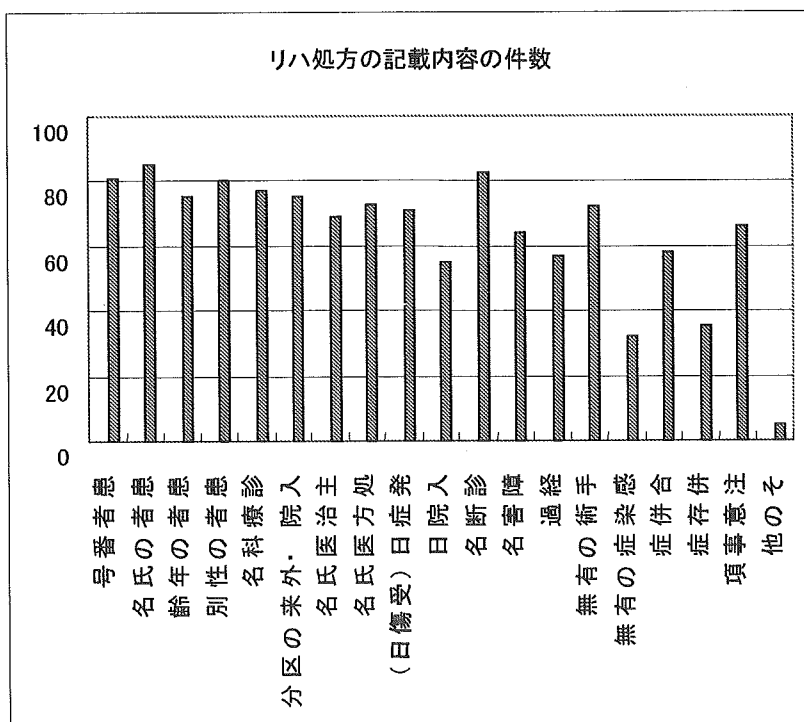
(図2)－4)



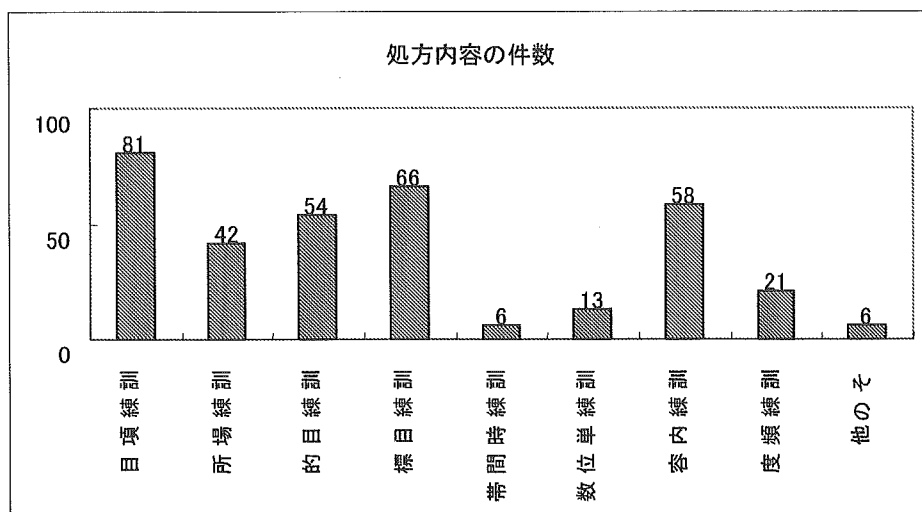
(図2) - 5)



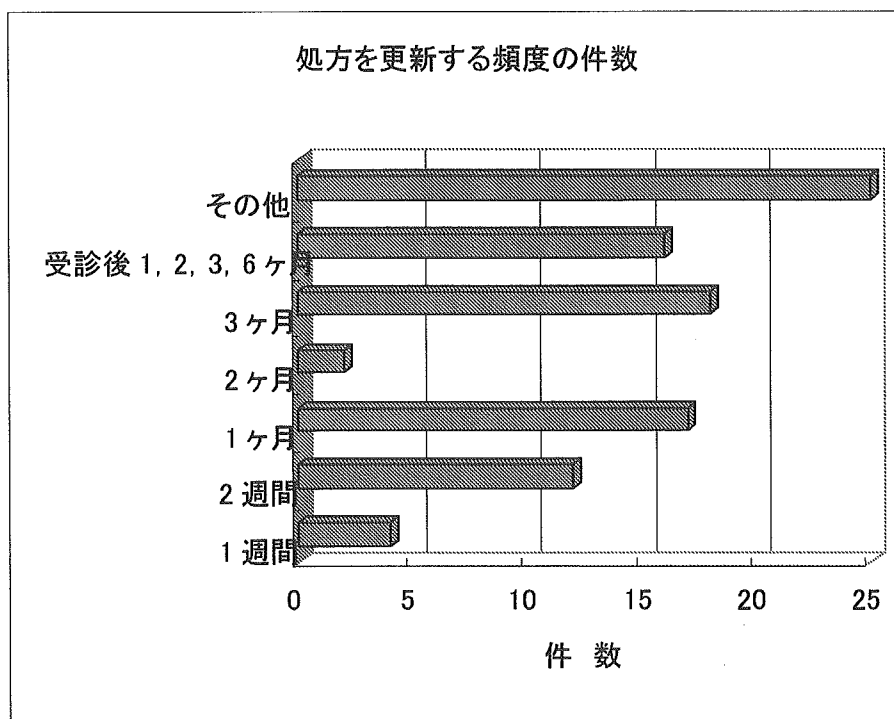
(図2) - 6)



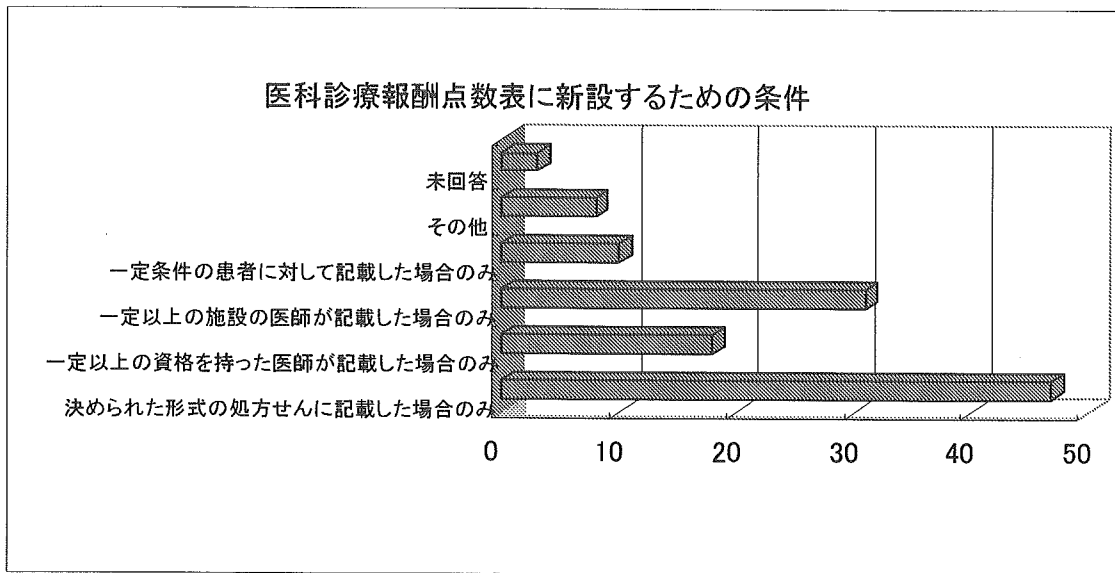
(図2) - 7)



(図2) - 8)



(図2) - 9)



(図3) - 1

