

資料 3 - 1

平成 15 年 3 月 31 日 医政発第 0331020 号

1 基本的考え方

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである。

医師法第 20 条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。したがって、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第 20 条等に抵触するものではない。

なお、遠隔診療の適正な実施を期するためには、当面、下記「2」に掲げる事項に留意する必要がある。2 留意事項 (1) 初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。

(2) 遠隔診療は、直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性期疾患の患者など、病状が安定している患者に対して行うこと。

(3) 遠隔診療は、直接の対面診療を行うことが困難である場合(例えば、離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合)に行われるべきものであり、直接の対面診療を行うことができる場合や他の医療機関と連携することにより直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること。

(4) 遠隔診療は、患者側の要請に基づき、患者側の利点をも勘案して行うものであり、直接の対面診療と適切に組み合わせて実施するよう努めること。

(5) 遠隔診療の開始に当たっては、患者及びその家族等に対して、十分な説明を行い、理解を得た上で行うこと。特に、情報通信機器の使用法、特性等については丁寧な説明を行うこと。

(6) 患者のテレビ画像を伝送する場合等においては、患者側のプライバシー保護には慎重な配慮を行うこと。特に、患者の映像の撮影、情報の保管方法については、患者側の意向を十分に斟酌すること。

(7) 情報通信機器が故障した場合における対処方法について、あらかじめ患者側及び近隣の医師又は歯科医師と綿密に打ち合わせ、取り決めを交わしておくこと。

(8) 診療録の記載等に関する医師法第 24 条及び歯科医師法第 23 条の規定の適用についても、直接の対面診療の場合と同様であること。

(9) 遠隔診療においても、直接の対面診療と同様、診療の実施の責任は当然に診療を実施した医師又は歯科医師が負うものであること。

(10) 遠隔診療を行うに当たり、医師又は歯科医師が患者又はその家族等に対して相応の指示や注意を行っているにもかかわらず、これらの者がその指示や注意に従わないため患者に被害が生じた場合には、その責任はこれらの者が負うべきものであることについて、事前に十分な説明を行うこと。

第4章 総括

『治らない人が住む国』日本において生きるための生活の場や終焉の場に関する希望はどのようであろうか。

生活の場や終焉の場に関する希望のアンケート調査はすでに数多く行われている。結果は、60～80%の国民は最期まで自宅で暮らし終焉を迎えたいと希望している。

生の終わりを迎える理想の場所
 病院医療と在宅医療双方のメリット・デメリットが分かると患者も医者も在宅医療を選ぶ

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
胃瘻栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
人工呼吸	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3%	11.1
中心静脈	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4%	18.4
在宅医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

※平成17年6月厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係わる調査」補足調査結果

図4

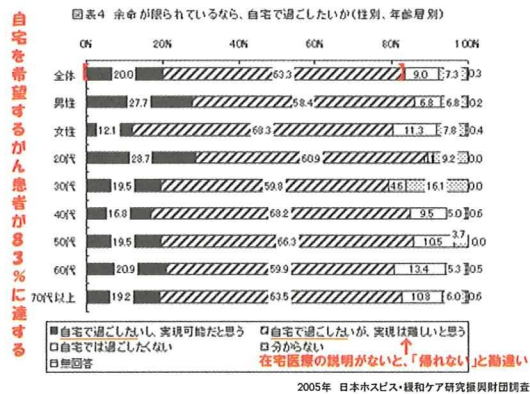


図5

しかし実態は78%の国民が病院死している。特に死亡原因一位の悪性新生物では90%が病院死である。**国民のニーズと医療のサプライが完全にミスマッチ**となっているのである。

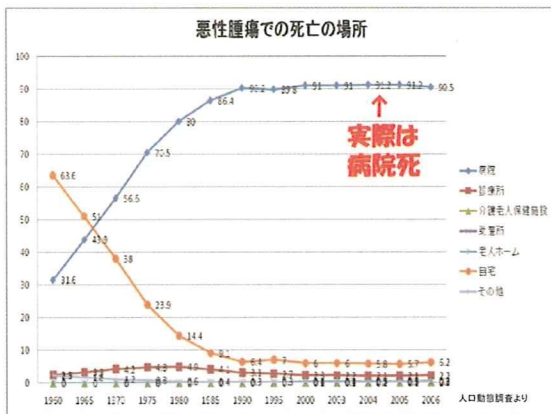


図6

【最期はどこで? = 国民のニーズ】
 この手のアンケート調査はすでに沢山行われた結果: 国民の60~80%は居宅生活で看取り希望

ところが、医療のサプライは病院死!
 がん死の90%・全体では78%が病院死

このミスマッチが病院医の疲弊の原因!

図7

【2】在宅医療に対する医師の認識と医療の現状

結果として病院死を作り出している医師は、国民のニーズである在宅復帰と最期までの生活について、これを支援する在宅医療と在宅介護・福祉について十分な知識を持ち、かつ説明しているだろうか。

そもそも医学部におけるほとんどの授業は身体論を基礎とした『治す医療』の教育である。したがって、病気を治すことには長けていても、治らなくなった状態への対処法を学んでいない。そのためにがん難民が生まれ、老人は見放され、障害者は打ち捨てられかねない状態となる。重要なことは、治すことはもとより、治らなくとも『より良い生き方』が構築されるように支援できる体制整備が医療において説明され、かつ実施されているか

否かである。

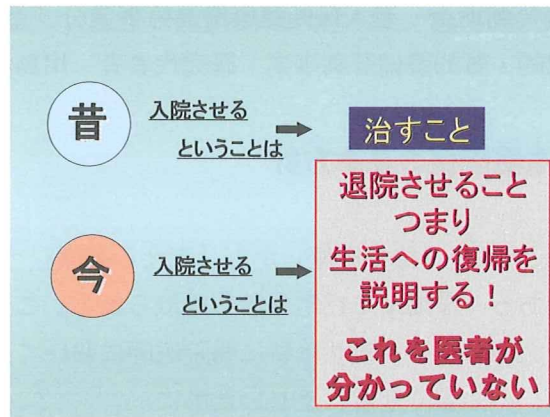


図 8

しかし実際は程遠い。残念ながら、がんセンター医師の 63%、臨床研修指定病院医師の 73%が、在宅医療についての十分な知識や理解がないままに患者に対する説明を行っているのである。これでは「帰宅できない」と不安に思ったり、「見捨てられた」と思うだろう。

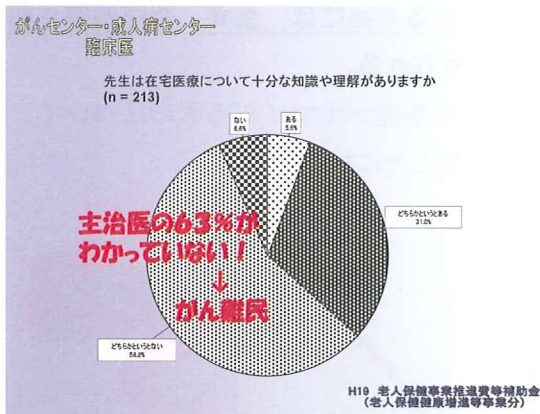


図 9

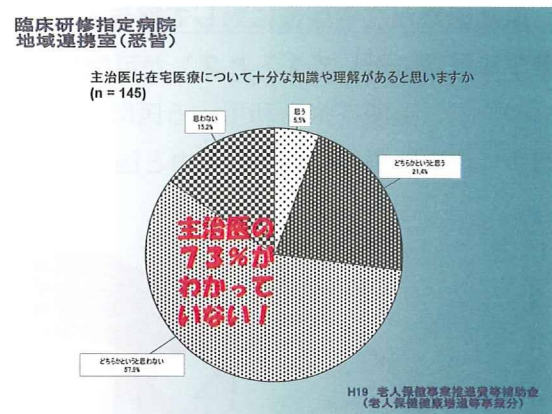


図 10

その結果、本来在宅医療の適応となる患者が、在宅復帰できないままに 48.8%は転院を繰り返すことになっている。帰宅できても状態悪化のたびに再入院を繰り返す (21.1%)。



図 11

最終的には、在宅医療の適応者の最大 70%が病院死する可能性がある。(出典：平成 19 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」研究代表者 川島孝一郎)

【3】在宅医療における遠隔医療の基本方針

以上から、

- 1) 少子・高齢化を基礎として、「治す医療」から「支える医療」への転換
- 2) 国民共通のニーズである「最期まで在宅生活し看取られる」ことが可能となること
が求められているのも係わらず、現状は特に病院医師において
- 3) 医師が「支える医療」の知識や理解に乏しいために
- 4) 帰宅できずに病院死する患者が多数であること
したがって、
- 5) 国民のニーズと医療のサプライのミスマッチが歴然としてあること
が判明している。このことから、

遠隔医療が在宅医療に対して寄与することが可能となるためには、まず、遠隔医療を利用する医師に対して 1) と 2) が可能であることが求められる。

つまり、遠隔医療を利用する医師の側に、1) 2) の基礎がすでにあるものについて、初めて遠隔医療を利用する理由と国民の利益が一致することになる。



図 11

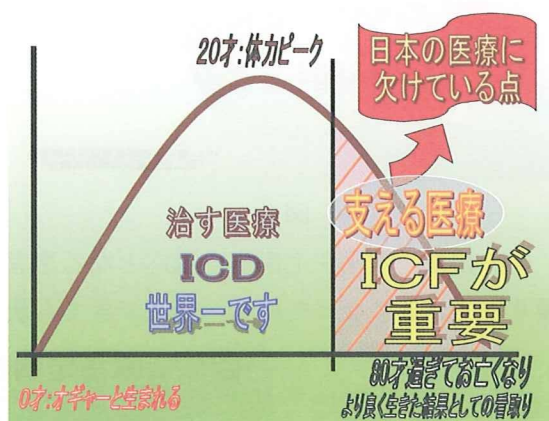


図 12

支える医療に不可欠な要素は ICF (国際生活機能分類) である。ICF は 2001 年に WHO が提唱した、その人の生活機能=生きることの全体、を把握し改善することによる「生きて良かった」と思える生活提供が医療・介護・福祉のすべての面において可能となるための分類である。

従来の ICD による「身体を治す」に固執せず、ICF により「人を癒す」ことが可能となる。

⑤ さらに、当該ツールを利用していない現状に比べ、テレビ電話等が十分な利用価値を更に生み出すものであるか否か

について検証した。

結果は、

- 遠隔医療は、在宅療養支援診療所・自治体病院のいずれの医師においても、**あくまでも対面診療の補助である**と考えている。
- テレビ電話利用の最中における**トラブルへの対処は普通電話の対応が多く、普通電話で対応可能なやり取りをテレビ電話利用に変更する意義は希薄**であることが推定された。
- 遠隔医療のメリット・デメリットは依然として払拭されてはならず、**コスト・機能維持のための整備・人員配置の問題・24 時間対応の問題・プライバシー保護の問題・訴訟への対応等の解決されていない分野が多い**ことが判明している。
- 病院医師は医師—医師間のデータ授受に最も利用価値が高いと考えている。
- 一方で**在宅療養支援診療所医師は、医師—患者間での利用価値が高い**と考えている。
- 病院（85.9%）・在宅療養支援診療所（69.3%）ともに **24 時間対応はその場に居続けなければならないので難しい**と考えている。
- 24 時間緊急往診している医師は、**在宅療養支援診療所(74.9%)**に対して、病院（12.6%）であった。病院でテレビ電話対応を行っても通院困難者を救急搬送することになる。一方、在宅療養支援診療所は**緊急往診による医療提供が可能**である。
- テレビ電話の導入による 24 時間往診は、在宅療養支援診療所 39.5%に対して、病院 9.2%であった。
- 在宅療養支援診療所・病院のいずれも、**遠隔医療を導入しても医師の在宅訪問診療への影響はあまり変わらない**。
- 在宅療養支援診療所・病院のいずれも、遠隔医療を導入しても**在宅での看取りと遠隔医療は関連しない**。
- **対面診療と遠隔診療の差異は大きく(p15)**、あくまで対面診療の補助手段とすべきである。

以上から、

結論としては遠隔医療、特に

- ① 在宅医療の適応患者に対して
 - ② テレビ電話形式の遠隔医療を行うことによる
 - ③ 十分なメリットを生む理由はないと考える。
- しかし、もし利用を試みるのであれば
- ④ 疾病・傷病による**通院困難者**に対して
 - ⑤ 常に**医師が往診可能な在宅療養支援診療所**に関して
 - ⑥ 限定的に人材を選択し
 - ⑦ **緊急往診および在宅看取り**について
 - ⑧ より**有効性が検証されるか否かを**確認すべきものとする。

在宅医療の適用とならない一般外来通院対象者は、p 15 に示すように対面診療と遠隔医療の差異が大きいため、出来る限り外来通院を行うことが望ましい。日常的なバイタルチェックのデータは、異常値があれば対象者から連絡されるものであり常時監視を必要としない。当該対象者における遠隔医療は『医療』の文字が不適當である。『遠隔健康相談』と目される日常生活支援の枠にとどまるのであり、対象者・医療者の実費負担が相応である。

【5】在宅における遠隔医療を十分に利用可能な医師の分類

それは在宅療養支援診療所の医師である。

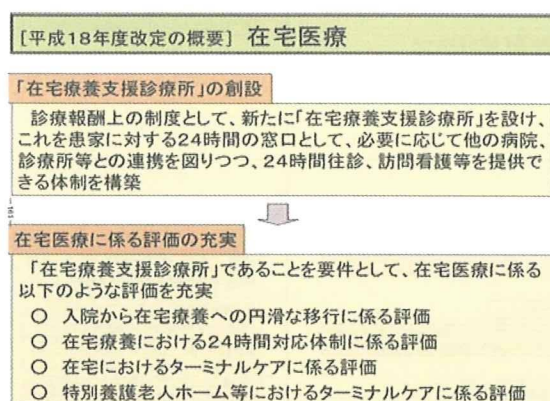


図 15

在宅療養支援診療所の医師は、

- 1) 在宅療養への円滑な移行ができるための介護・福祉制度に精通し
- 2) 24時間緊急の訪問診療が可能であり
- 3) 在宅における看取りが可能である

医師である。

在宅療養支援診療所医師は、病院医師に比べ I C F の環境因子に属する生活環境の提供に優れていることがすでに判明している。さらに、在宅療養支援診療所 12,140 ヶ所（平成 21 年 12 月現在）のうち、

- ① 在宅医療に特化している（診療報酬の 50%以上が在宅医療）診療所が約 1,000 ヶ所
- ② 一日あたり約 10 ヶ所の訪問診療を行っている診療所が約 1,000 ヶ所
- ③ 年間 10 名以上の在宅看取りを行っている診療所が約 1,000 ヶ所

である。（出典：平成 18 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分「地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業」研究代表者 川島孝一郎）

①②③はいずれも約 1,000 ヶ所であり、ほぼ同一診療所と考えられている。

まず、**在宅医療に遠隔医療を応用するのであれば、【3】に精通する約 1,000 ヶ所の診療所から更に数を選択し、利用を開始することが最も国民のニーズに合っている。これにより、更なるデータ**

を収集することによって、『真の意味での遠隔在宅医療の必要性』が在宅医療の専門家集団である
 ①②③の診療所医師によって判断されるのである。

<p style="text-align: right;">資料2</p> <p style="text-align: center;">遠隔医療等推進ワーキンググループ報告</p> <hr/> <p style="text-align: center;">平成22年5月11日</p> <p style="text-align: center;">グローバル時代におけるICT政策に関するタスクフォース 地球的課題検討部会 遠隔医療等推進ワーキンググループ</p>	<p style="text-align: center;">総務省・グローバル時代におけるICT政策に関するタスクフォース地球的課題検討部会 「遠隔医療等ワーキンググループ」部会報告</p> <p>結論：遠隔医療の必要性、医療の課題についてのICTの活用的重要性</p> <p>医療費の増大、医師不足、地域格差、市民の不安などの国民的な医療課題を解消するには、遠隔医療・遠隔相談の推進、医療データ共有システムの構築など、ICTを積極的に活用することで、医療サービスの質の向上、効率化、全体としてコスト削減を図ることが重要である。</p> <p>保健や福祉との連携、異なる職種間のギャップの解消、市民参加やコミュニティとしての取り組みなど、ICTによるコミュニケーション促進効果を活用することが有効であり、また、実態の把握や事業評価なども重要である。</p> <p>もとより、ICTは手段であり、ICTそのものが医療問題を解決するわけではないことに留意する必要がある。しかし、ICTは医療課題の解消に向けた大きな変革を起こしうる重要な手段である。</p>
<p>(1) 遠隔医療が容認される動向の明確化</p> <p>遠隔医療が十分に効果を発揮するためには、また、事業として成立するためには、「対面診療原則」の見直しが必要。</p> <p>(2) 遠隔医療の継続を可能とするインセンティブ付与制度の見直し</p> <p>遠隔医療の効果が大きいと認識していても、現行制度の下では、臨床現場として遠隔利用システムを継続的に維持することが困難であり、診療報酬制度などインセンティブ付与に関する制度の見直しが必要。</p> <p>(3) 高度医療、予防医療、リハビリ段階の在宅医療への遠隔医療活用の推進</p> <p>遠隔システムによる予防医療や健康向上への効果が大きいことは、かなりのエビデンスによって実証されているが、これまでのよう、個別的なケースにおける実証に留まっており、今後、より広範囲の対象についての包括的なエビデンス収集が必要である。</p> <p>遠隔医療については、現在は、実証の段階は終わり、これからは実用システムとして普及させる段階に入っているという意見もあった。高度医療へのICTの適用については、既にさまざまな取り組みがなされ、効果が確認されている。</p> <p>ICTタスクフォース地球的課題検討部会による「今後の方向性(案)」に示されたように、当委員会は、国民が直接そのメリットを実感しやすい、Dxや医師对患者・利用者や在宅モニタリングなどの分野が重要になる、ないし、それらの分野の優先度が高いと思われる。</p>	<p>(4) 健康情報活用基盤(医療健康クラウド)等の情報インフラ整備の推進</p> <p>健康・医療情報や生体情報の蓄積、アクセス、管理を行うための情報共有システムの構築が重要であるとともに、既に整備されている情報・データ、センサ機器、通信の標準規格の活用を原則化し、整備されていない分野での更なる標準化を進めることが必要。</p> <p>(5) 医療福祉資源の最適配分に向けた現場データの全数把握</p> <p>医療サービスの提供側と利用側の相互連携の欠如が重大な問題であり、その修正に向け、ERP型電子カルテや医療POS等のICTを活用して医療福祉現場で発生するデータの全数把握、収集分析を可能とすることが必要であり、また、市民参加、透明性確保、アウトカム提示などが必要である。</p> <p>(6) これらの実証・検証に資するモデル事業の実施</p> <p>ICTタスクフォース地球的課題検討部会の「これからの議論の方向性(案)」にあるように、遠隔医療等ICTの医療分野への活用については、まず、モデル事業によって地域課題を解決する「成功例」を作り、それを地域に普及させるというアプローチが必要。</p> <p>そのためには、社会イノベーションを促進する特恵などの活用が有効である。ICTをはじめとしたイノベーションの活用は経済成長を伴った社会福祉の拡大を可能とする。特に、グローバルな視点と世界の貢献を重視すべき。</p> <p>また、分野横断的な視点と専門的知見を駆使し政策に反映させる政策人材の育成や、地域での遠隔医療を支援する人材やProviderの育成も重要である。その際、医療費の増大を回避する観点から、ICTへの投資や遠隔医療推進のためのコスト増大と政策効果のバランスによる政策の優先順位を考慮する必要がある。</p>

上記のように、遠隔医療ワーキンググループの検討部会においても黄色で示されるように、

- ICTは手段であり、ICTそのものが医療問題を解決するわけではないこと
- 国民がそのメリットを実感しやすい医師—患者等の分野の優先度が高い
- モデル事業によって成功例を作り普及させる
- 医療費の増大を回避する観点

このいずれにも該当するのは在宅療養支援診療所でのモデル事業である。理由は、

- 1) 国民のニーズ「在宅生活で看取り」がまったく整っていない病院医療のサプライの中で、このニーズを叶えることが唯一可能な**在宅医療に特化した在宅療養支援診療所等の医師が使用することが、国民のニーズに沿いメリットを実感しやすいこと。**
- 2) 医療費の増大を抑制するためには、病院偏重型の医療形態を分化させることが先決であり、そのツールとしての在宅医療の進展が序列の第一である。したがって医師—患者間の**テレビ電話等の利用のモデル運用についても当該在宅療養支援診療所においてなされることにより有効性を分析しやすいものである。**
- 3) 2) の基礎データを図 16～28 に示すので参照のほど。

【6】遠隔医療を利用しやすい在宅療養支援診療所の機能

在宅医療が自宅でできる医療は多い。わざわざ病院に入院する必要がないにもかかわらず、在宅医療と看取りの経験がない医師にかかるるとすべて自宅から搬送され入院になる危険性がある。

すでに全国で2,300名の在宅人工呼吸器患者を在宅療養支援診療所は受け持っている。

【在宅医療ができること】
 採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
 気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

↓

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
 胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

↓

できないこと：手術・CT/MRI検査・放射線治療等を
 除けばほとんどのことができると考えてよい

図 16

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者 (2006年12月)				
	在宅人工呼吸療法 (HMV)	在宅酸素療法 (HOT)	在宅中心静脈栄養法 (HPN)	在宅成分栄養経管栄養法 (HEN)	
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち在宅時医学総合管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

**この患者を病院へはもどせない！ → 病院依存
在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう**

出典：平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（回収率を元にして全国総数を推計）

図 17

年間救急車による病院搬送件数をみると、入院が必要とは限らない3,360,000人の搬送に対して、在宅で治療を施し入院せずに済んだ在宅患者数は588,000人にのぼり、これは救急搬送人数の17.5%に相当する。在宅医療による救急往診が進展すれば相対的に救急搬送数を減少させることができる。夜間においても同様である。

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回
 救急搬送人員^{※1} 4,677,225人/年 … A
 そのうち「手術を要する入院・生命の危険がある入院」^{※2} 1,314,000人/年 … B
 A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送 3,363,225人/年 … C

在宅療養支援診療所(11,674件)による往診件数^{※3} **588,383件/年 … D**

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は
救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1 平成20年 救急・救助の概要(速報) 総務省消防庁
 ※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
 ※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 18

【夜間】救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車による^{※1} 救急時刻別搬送人員(平成17年中) 4,955,976人/年 … A

そのうち18時～8時の救急搬送人員^{※2} → 1,639,765人/年 … B
(手術を要する入院、生命の危険がある入院を除く)^{※2}

在宅療養支援診療所(11,674件)による夜間の往診件数^{※3} **226,837件/年 … C**

在宅療養支援診療所・医師による夜間往診回数は
救急搬送人数の約13.8%に相当する

※1 平成15年 救急・救助の概要(速報) 総務省消防庁
 ※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
 ※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 19

新宿Hクリニックの往診内訳→救急搬送が減る

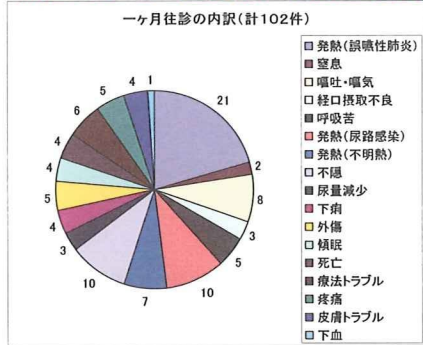


図 20

本来なら搬送されるはずの症状の多くが、救急往診で治療が施され搬送が回避されているのである。

がんの看取りについては、すでに現状でホスピスに比べ在宅でのがんの看取りのほうが多い。ベッド数に換算するとホスピス病棟のベッド数 3,776 床よりも多く 4,942 床が在宅において機能している。

そして在宅療養支援診療所が平成 18 年に発足して以来、がんの在宅看取り数・全体の在宅看取り数ともに増加している。

ホスピス緩和ケアと在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数*1 193施設3,766床

緩和ケア病棟平均在院日数*2
(調査に回答した96施設中) ~20日 57%
~25日 95%
~28日 98%

在宅療養支援診療所によるがん患者の在宅看取り*3 (全国推計・年換算) 30,062人

在宅におけるがん末期の平均日数を 60日と仮定すると

すでに**4,942床分の機能を持つ**

*1: 日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/5/1現在
*2: 財団法人日本ホスピス緩和ケア研究会資料 2005年度調査研究報告における 88%の施設
*3: 長寿 国民栄誉賞にちなんで全国結核数を推計

図 21

在宅療養支援診療所発足前後の在宅死亡率

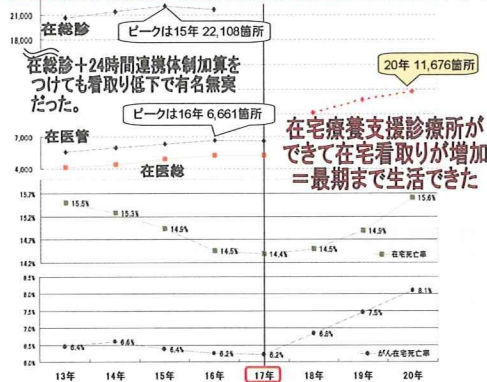


図 22

病院での死亡率と在宅での死亡率
在宅看取り=最後まで家庭生活

	平成 15年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
病院での死亡率	78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%
在宅での死亡率	14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとす
※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

図 23

遠隔医療を利用するのであれば、今後日本の医療が直面する

- ① ICFを基本とした生活機能=生きることの全体を支える医療の展開
- ② 日本国民が希望する最期までの在宅生活と看取り

を叶えるために重要なツールとして機能することが求められる。そのためには①②に精通した集団である在宅療養支援診療所で、特に在宅医療に特化した約 1,000ヶ所の診療所から更に選別し、モデル事業として試験配置されることが望ましい。

在宅医療は、医療保険点数上では病院入院に比較して患者負担が低いことがすでに判明

している。社会保障国民会議における在宅医療費用のデータを見ても、悪性新生物・ALS等人工呼吸器・脳卒中後遺症等臥床状態の療養者のいずれもが、入院医療に比べて安価である。

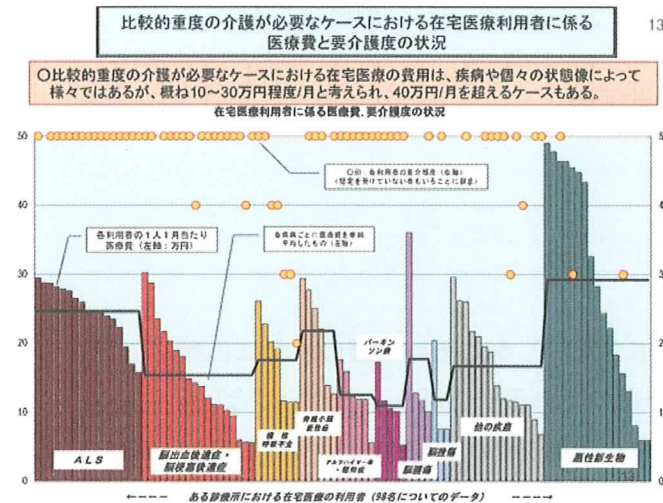


図 24

がん末期	ホスピス:100万円/月
(病院の1/2)	在宅医療:在医総・45万円+麻薬
人工呼吸器	病院: 80万円~100万円/月
(病院の1/3)	在宅医療:25万+訪問看護(医療)
寝たきり	病院: 40万円/月
(病院の1/5)	在宅医療:6万円~10万円/月

【医療保険分のみ】

図 25

全医療費の内訳をみると、図 16~23 の機能を持ちながら在宅医療のコストはわずかで

在宅医療費は少ない→少ない医療費で高い効率 訪問し、最期まで生活支援と看取り

国民医療費 (34.1兆円*1)

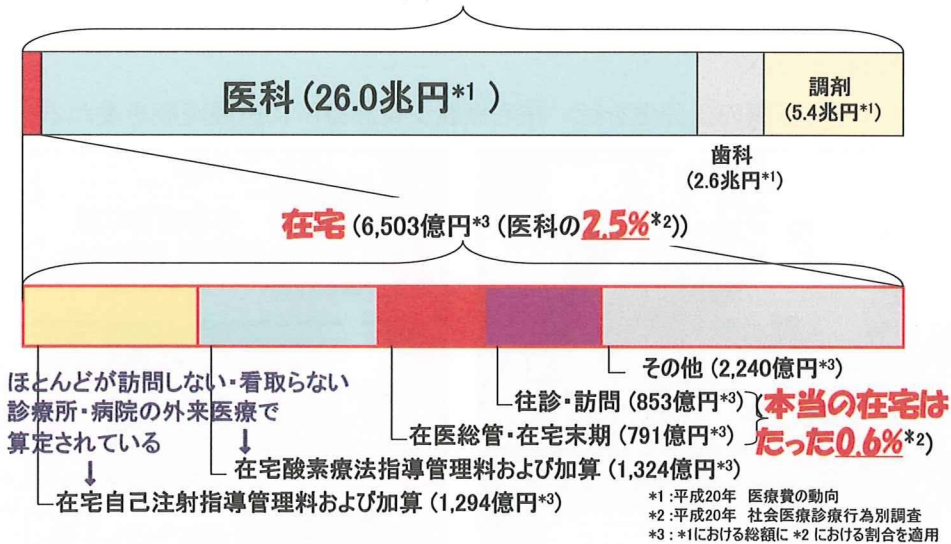


図 26

医科の全医療費のわずかに 0.6%に過ぎない。

一方、在宅医療に包括されているものの、ほとんどが実際には在宅往診をしない病院や診療所で算定されているインシュリンの在宅自己注射指導管理料および加算と、在宅酸素

療法指導管理料および加算等がより多い点数となっている。今後は実際に定期訪問＋緊急往診の実績を基にした費用配分が必要であろう。

遠隔医療を導入したら病院医師が果たして緊急往診をするであろうか。否である。生活を知らない、在宅で看取れない医師にはモデル事業の遂行は無理である。

【7】遠隔医療を利用しにくい病院医療機能

1999年までの従来型病院は

- ① 外来診療
- ② 入院治療
- ③ 在宅復帰が困難な事例の生活空間

の三者を一括して同一病院内で処理してきた。しかしその弊害はすでに山積し、だからこそ2000年からの病院医療の再編となったのである。逆戻りしてはいけない。

病院はその機能を分化し、外来機能・在宅機能は病棟機能から切り離していくことが望ましい。

分化されない状況下では医師は

- ① 午前中に外来
- ② 午後からやっと入院検査と治療
- ③ 仕事が終わったと思えば在宅にいる患者が急変して救急治療をしているのである。疲弊しないはずがない。

原因は病院機能の構造自体にある。

この構造を保持したままの病院に『遠隔医療を導入した在宅医療』を持ち込んでも十分な機能展開は行えない。

病院はすばやく医療の三分化を行い在宅療養支援診療所に遠隔医療を委ねるべきである。

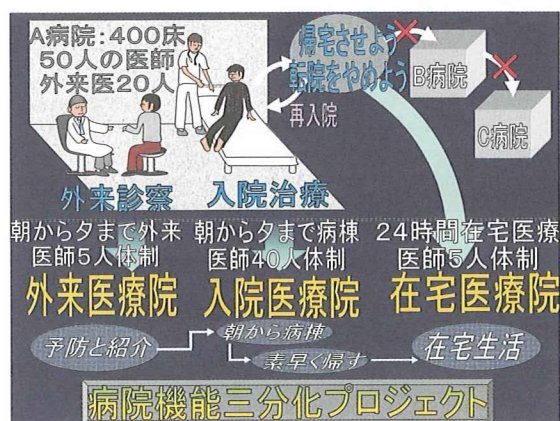


図 27

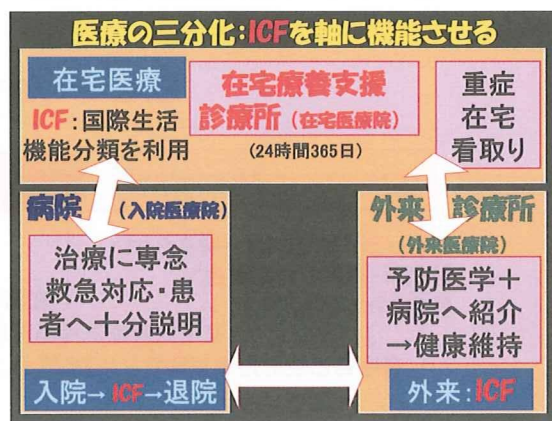


図 28

病院は病棟機能を充実させることによって、朝から入院患者の検査と治療に専念し、十分な説明責任を果たすとともに、すばやく帰宅させることが可能となる。

生活機能＝生きることの全体を見据えて直接的に生活に関与するのは在宅医療である。

看取りを含めた生活機能を知り尽くしている在宅療養支援診療所に遠隔医療のニーズを判断・吟味してもらうことが望ましい。

看護・介護・福祉の各分野との関係のツールとしての利用、脳機能との連動・障害者の意思伝達のツールとしての利用等についても、実情に詳しい在宅療養支援診療所が担うべきである。

【8】遠隔医療と在宅医療

すでに「遠隔医療等推進ワーキンググループ報告」が出された。しかし在宅医療に関するその内容は、種々の医療の課題について深く言及したものではなく、唐突に『医療の改善につながる遠隔医療導入』とするものである。

特に在宅医療への導入においては序列を取り違えている。在宅医療に深く関与し看取りを積極的に行っている診療所のデータが明らかに不足しているためである。

序列ははっきりしている。

第一に、

- ① 国民のニーズ（在宅での生活機能＝生きることの全体を最期まで支える）
- ② 国民のニーズ（在宅での看取り）

①②を十分に行い得る在宅療養支援診療所にそのツールとして利用させることである。

病院は在宅医療に手を出す以前に、まず部門の三分化を促進し、機能の円滑な運用が成されるように計らうべきである。

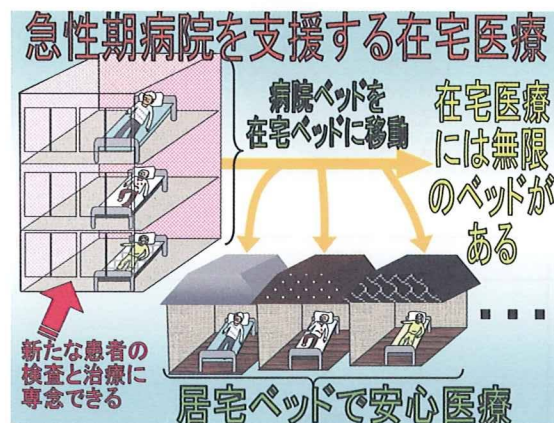


図 29

【医療問題の解決策】

「人口増加を想定した治す医療」はもはや過去
在宅医療は無限の後方ベッドになる

短期計画：①急性期病院の充実→治療してすぐ帰す
②在宅医療の充実→重症者の帰宅と看取り

国民の60～80%は居宅看取り希望
これが国民のニーズに応える医療
長期：③医療構造の三分化の促進

図 30

【9】在宅医療における遠隔医療の今後の展開

全国在宅療養支援診療所連絡会との共同作業を行い、在宅医療における遠隔医療の導入が、

- ① ICFの生活機能＝生きることの全体、を支える在宅医療・介護・福祉の機能のどの分野と部分に活用されるかを検討すること
- ② 看取りの促進につながる遠隔医療の機能に関する分析を開始すること

が喫緊の課題である。

詳しい理由については、第3章3. 分析 に述べてあるので参照のこと。

【10】資料

遠隔医療の、病院への導入よりも、在宅療養支援診療所への導入および調査・研究への活用がより国民のニーズに対して有効であるデータを以下に示す。

(在宅医師・病院医師・訪問看護師、病院看護師の知識と理解に関する自己評価：平成20年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業 研究代表者 川島孝一郎)

問： ICF（国際生活機能分類）について知っているか

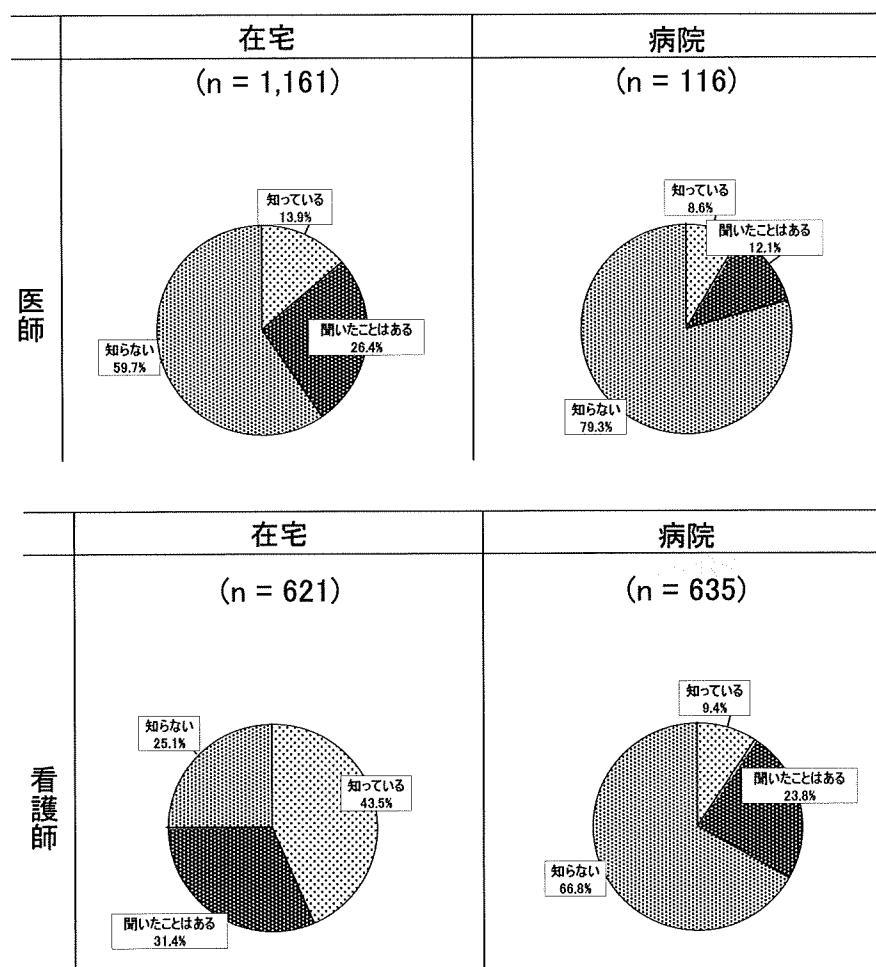


図 3 1

個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。

【在宅医療ができること】

検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定

処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

【在宅医療でできないこと】

全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等

(これらを除けばほとんどのことができると考えてよい)

図 3 2

問： 在宅医療でできること (図 3 2) を知っているか

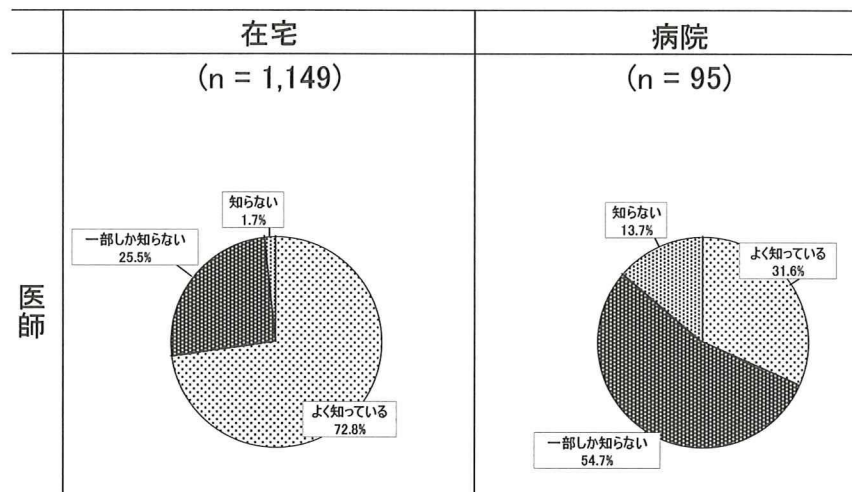


図 3 3

問： 心身障害者医療費助成制度を知っているか

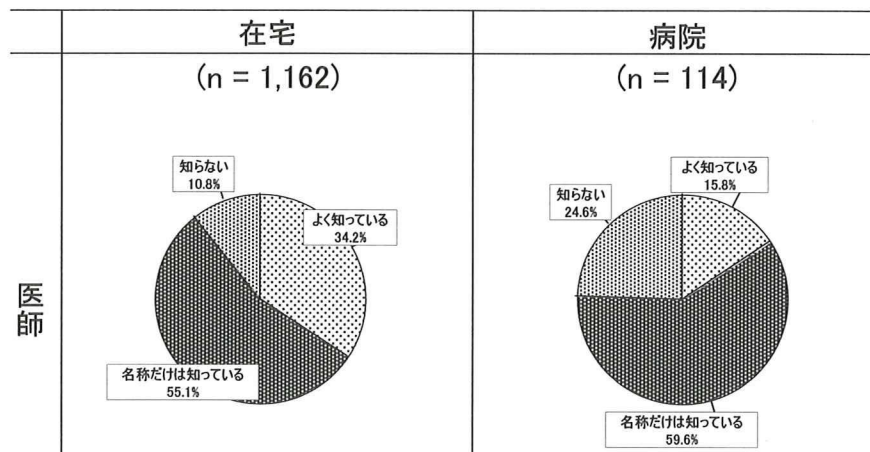


図 3 4

問： 24時間365日の介護提供について知っているか

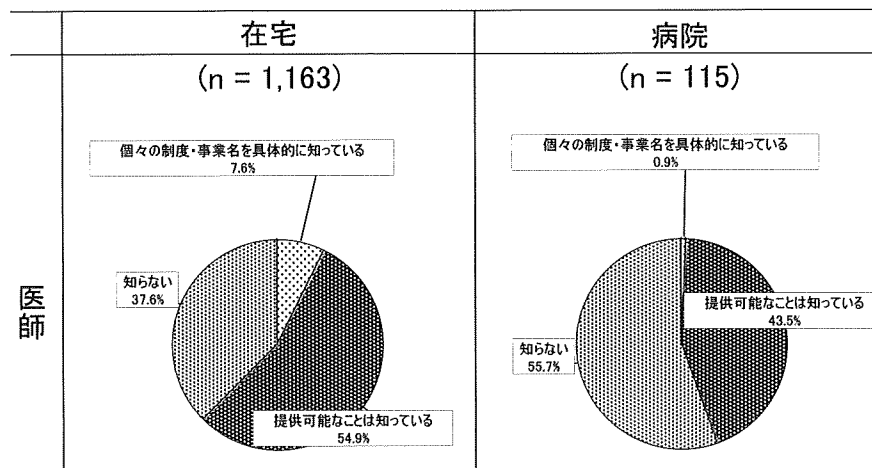


図 3 5

第5章 資料編

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

平成 20 年度に実施された厚生労働科学特別研究事業「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」（主任研究者：川島孝一郎）の結果より、遠隔医療技術の導入が医療現場に及ぼす影響についてのエビデンスの不足、遠隔医療技術導入により在宅へ『往診しない・訪問しない医師』を増加させる可能性、が示唆されております。

そこで本調査では、①遠隔医療の概念を整理し、②在宅医療への遠隔医療技術導入の限界および遠隔医療の適正な利用、③医療提供体制における連携及び介護提供体制における連携の有無、について皆様のご意見をお聞かせ頂きたいと存じます。

図表を参照のうえ内容をご理解頂き、各設問にお答え頂きたいとお願い申し上げます。

本調査をご記入頂くにあたり

※ご自身が遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

《注》

遠隔医療は、「映像を含む患者情報の伝送に基づいて遠隔地から診断、指示などの医療行為及び医療に関連する行為を行なうこと^{※)}」と定義され、医師－医師、医師－看護師等医療関連職種、医師－患者に大別されます。本調査では主として医師－患者で行なわれる遠隔医療についてお尋ねします。

※) 厚生労働省遠隔医療研究班「総括班最終報告書」（平成 9 年）