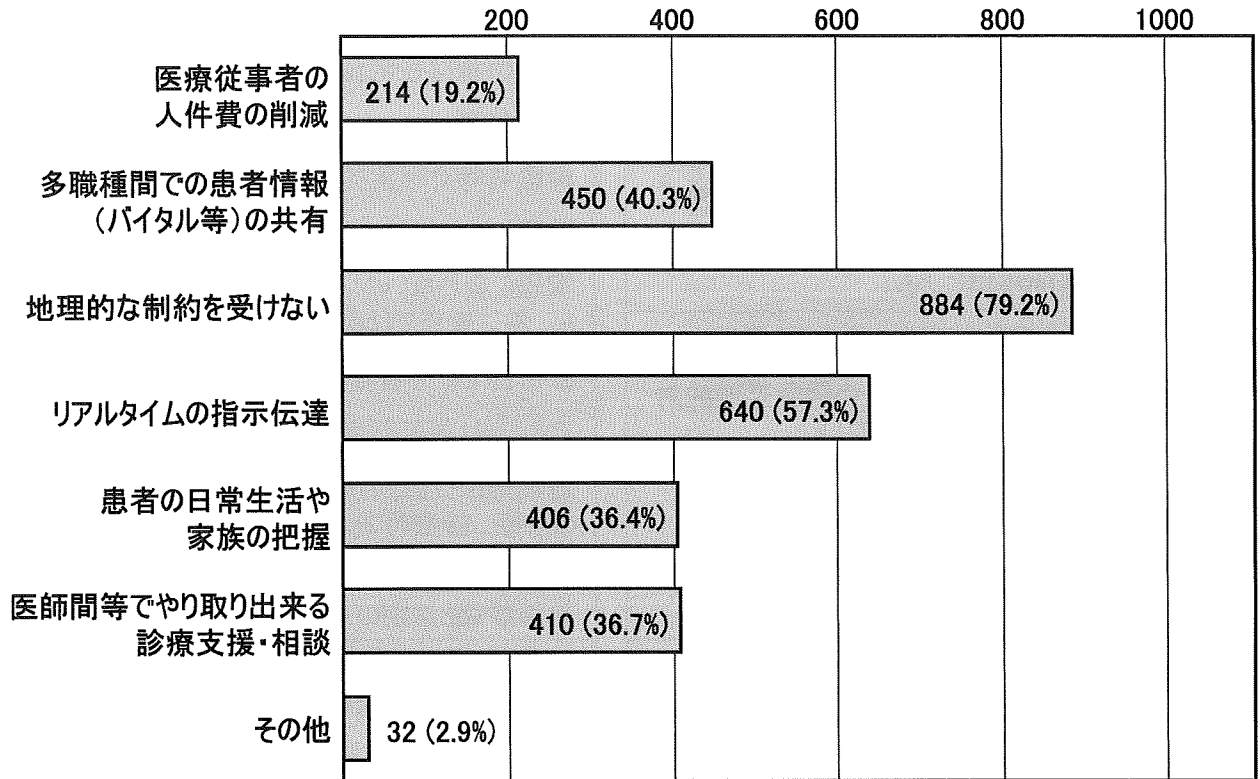


問C-1 医療者側にとっての利点

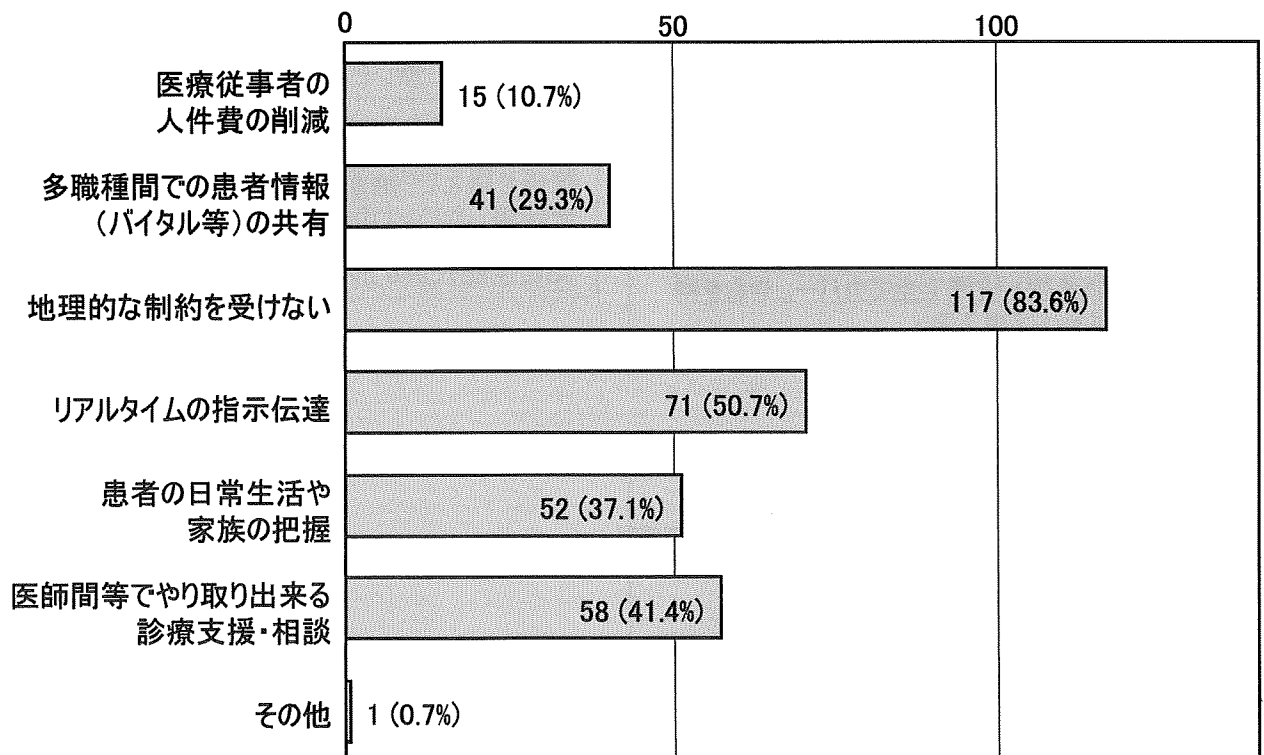
図診-C-1

診療所
(n = 1,116, 複数回答)



図病-C-1

病院
(n = 140, 複数回答)



問C-1 医療者側にとっての利点 — その他(「利点はない」なども含む)

表診-C-1 診療所

なさそうに思います	患者の通院手段が保てる
電話のみより状態の把握が良くなる可能性がある	移動の時間がかからない
外に出なくて良い	時間の節役
画像を中心として会話ができる	イメージできない
多職種間での患者対応の相談	往診に医師が行かなくてもすむ時がある。無医地区解消。
今の訪問診察よりも多数の患者を診ることができる	わからない
夜間の軽減	解からない
往診にかかる時間、ガソリン(CO2排出)の無駄をなくせる。	患者の状態についての情報が得られる
大きな間違いのもとになると思います。	利点はない。費用もかかるし実現性もない
視診可	患者さんの症状を目、声、数字で確認できる。医師が地元を離れることが可能
利点はない。	わかりません
診療時間の確保	以前(約15年前)厚生省の委託研究で行ったことがあるがほとんどメリットはない。特に都市部では
最も適して医療はできない	医療の崩壊はあっても利点はない。
支払請求の方法 支払がとどこおった際に中止出来ない	実際多忙な医師間でリアルタイムの指示は不可能で、メリットは乏しい。
荒天時でも対応できること、ガソリン代	患者から感染症をもらわない。
やったことがないからわかりません。	とくになし
移動時間が大巾に節約	なし
よくわからない点多い	██████クリニックでは、使っていませんが、一般的な判断です。
訪問診療の簡易型導入	なし
利点はない	わからない
わからない	今のところメリットはわかりません
離島、遠隔地でのメリット	直接、患者を診ない医療は医療とは云えない。
ない	患者さんにかかわるすべての職種が同時にテレビ会議などを行ってカンファレンスなどを行う事ができる。という点では便利と思う。
患者は人←→人を希望。テレビを希望しているのではないので利点は少ない	あくまで例外的臨時的なものと考えています
直接医師の診療が受けられない方の診療	利点がみえません
なぜ医療者側の利点が必要?これは遠隔患者のためのシステムではないのか	行く時間の節約
利点はほとんどない	
患者側の都合(時間的)と医師の都合とで診察時間がある程度自由に決めることができる。	

問C-1 医療者側にとっての利点 — その他(「利点はない」なども含む)

表診-C-1 診療所

患者家族のおまもりになる
なし
(注記) 2,4,5は現在の往診でも可能と思われます
わからない
移動時間の有効活用
田舎では往診距離が長く時には20km(片道)もある事あり時間の節約が出来る
ない
高令者(独居)が余りにも多い現状では機械の扱いのできない人が殆んどであり、現実的ではない

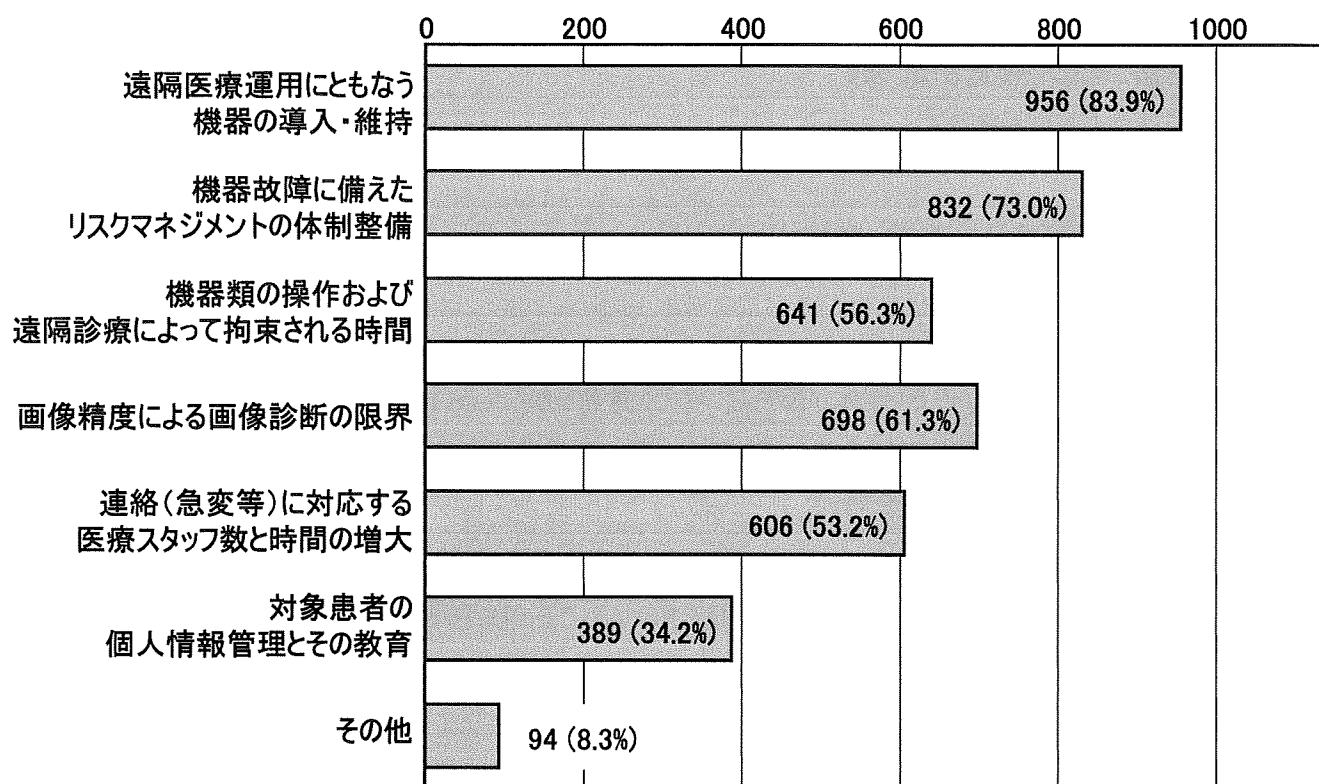
表病-C-1 病院

よくわかりません。利点がありますか？
メリットはないと考える。
移動時間がいらぬ

問C-2 医療者側にとっての欠点

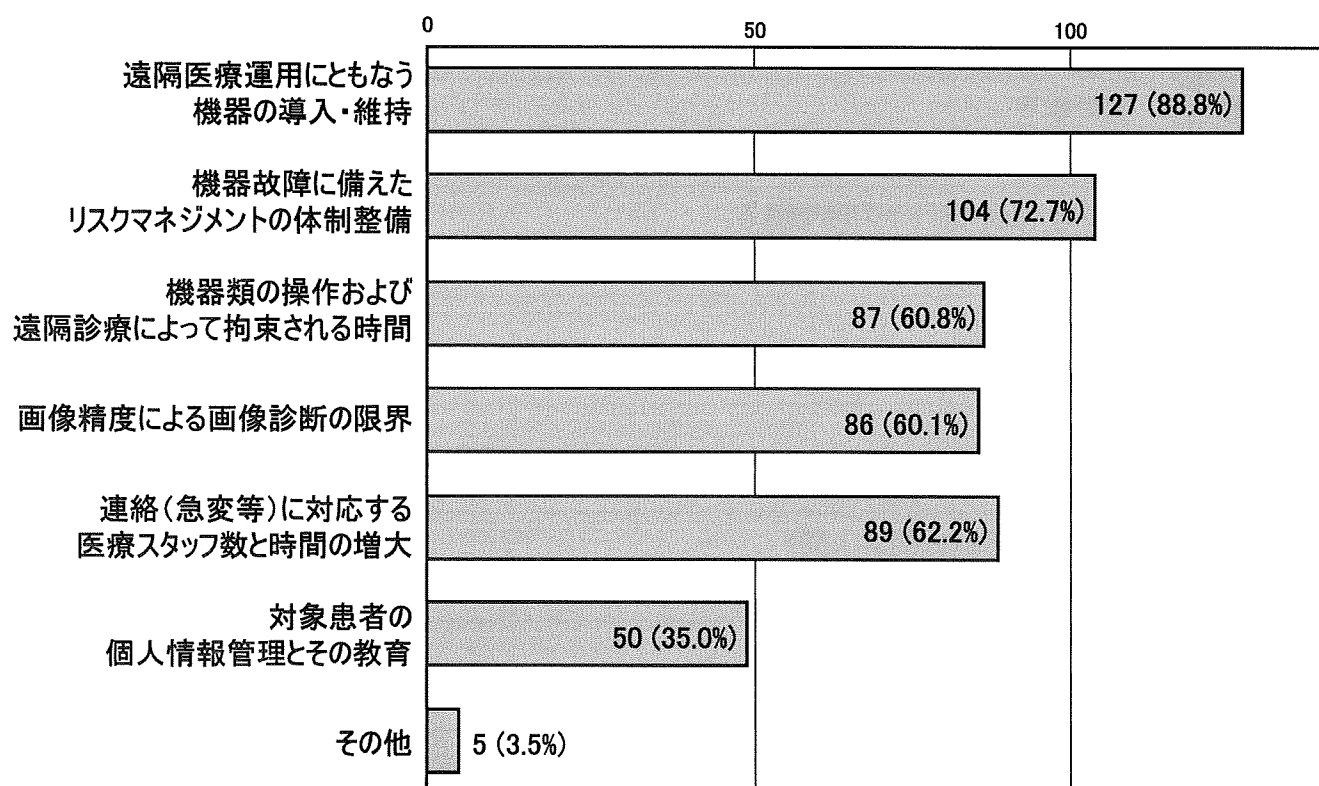
図診-C-2

診療所
(n = 1,139, 複数回答)



図病-C-2

病院
(n = 143, 複数回答)



問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

誤診の増加、医療裁判の増加若い医師の場合「患者を診る」という基本的なことが身につかなくなる。
診断は触診、聴診や嗅覚も使います
医療の手抜きの影響を受ける
触診不可
身体所見情報の不十分さ(触診、聴診が出来ない)
なし
技術、診察etcの低下
画面上でしか把握できないので(全体が診れないので)見落としがふえる(誤診が)
急変時にどう対応するか決めておかなければならないこと。医師側の不正な請求をどう防ぐか
実際に診ないことによるミスが危惧される。
患者に理解してもらえるかどうか？
コミュニケーションレベルの低下、内科的な診察ができないので正確な診断が出来にくい。検査ができない。病気や変化を見逃す可能性が高まる。
コスト
誤診のdemeritが大きいと心配される
絶対的診断力低下
①生で診る患者に換えられない ②緊急対応が困難→臭い、暖かさ等、微妙な変化はわからないでしょう！
視・触診等が充分できない
医療行為の質の低下
直接診ていないrisk
関係する人間が増える分だけトラブルが増える。
診断はできない
処置はできない
スキンシップの減少
あくまでも対面でないこと
新しいモデルの医療者－患者関係が必要
真のコミュニケーションの不足(人間対人間)
1～6は全てむしろ利点
在宅医療のコンビニ化
時間外対応、自院での他の患者を診ている時にはできない
患者に触れずに診断、治療をする不安

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

患者さんと家族のその時の様子がわからない
わからない
ポディーランゲジ肌のぬくもりは伝わらない。コミュニケーション不足
専門知識を持たない人(家族や患者)と医師の情報伝達のすれちがい
患者は医師、看護師等との対面でのコミュニケーションがとりたいはずである
責任の問題、急変時の応急処置等
診療の質が低下する
直接患者を診ない。金がかかる。
実際に目の前で診察した時と比較して、診療内容のレベルが低くなる可能性がある。
画像と音声しか得られず5感すべてを使って診察できない
精度が低い(テレビモニタやカメラの)
診療がいいかげんになる 触診ができない。視診もいいかげん
実際に対面するのとは違って、診察できない部分があるので、診断、治療に不安が残る。
遠隔医療による安易な患者件数増による質の低下、拝金主義商業主義の横行、ビジネス化
通常でない状態になった時に、患者の状態を的確に把握できない。直接診察しない不安がある
災害時、停電時etcの対応
光ファイバーetc、インフラの未整備それに伴う地域格差(不平等) 現実に遠隔医療の必要性の高いへき地ほど、光ファイバetcインフラがpoorです
触診、聴診、打診など理学所見がとれないこと。
わからない
処置ができない
時間にしばられ動きがとれない
診療精度が不十分になるおそれ
解からない
高齢者ではTV電話による診察など不可能。医師が1人1人の患者さんを覚えられなくなる。
システムエンジニアの不足、購入価格と維持メンテナンス費用。1人医師は24hr、365日医師は拘束されて、逃げ場がなくなる(笑)可能性あり。
対面がベスト…
患者とのコミュニケーションの低下、信頼関係を築けない可能性
当日の検査結果による治療方針の決定ができない。
身体情報の不足(触診不可にて)
システム立ち上がりスピード。通信スピード。何よりも問題なのはコンピューターのバージョンが変わるとすべて変えなくてはいけない。互換性の問題

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

誤診
診断としての打・聴診もしないでどうやって確定する？
実際に診察しないと不明なことも多々ある。診察しないで状態を把握するのは困難である。
実際現場に行って自分で感じとらないと誤解や誤診につながる危険がある。
触覚、臭覚およびその他の雰囲気等の情報が伝わらない
訪問診療で得られる情報量と比較した場合の情報不足
医師診察能力の低下
十分な診察ができない
すべて、欠点ではなく、当然の負担です
情報量が少ないため見落とし等、診療ミスへ連がる事項の増大が考えられる
わからない
患者リテラシーによるバリエーションと限界
直接診察できないこと
トラブル発生のリスク、しつこい方の断れないこと。
わかりません
視て、聞いて、触って、という診察の基本が、瞬時にできない聴診、腹部エコーなど、すぐに対処できない
医師、患者関係の希薄化、理学所見不完全
手でさわるといふ行為がおとろえる！！(手当て×)直接行くからこそ人として感情がうまれるのである一定の力のある医師以外は危険と思う。
そこまでTVTELLしなくてもいい
対面診療がつい疎かになってしまうのではないか
顔が見えることと顔を見て話すこととは違うので誤解もできると思われる
対面での「医療従事者が患者に触れること」で患者が得られる安心、信頼感に欠ける
法的なうらづけが全くないため国が認めなければ診療としてもらえないおそれがある
直接触れなくても医療は十分成立する、という勘違いを医療者も患者も感じる事。
直接見る、聞く、触わるの診療に代わるものとは思わない
実際に患家の訪問が難しくなる
法的なうらづけが全くないため国が認めなければ診療としてもらえないおそれがある
聴、触診なしにバイタルのみで患者はみれません
テレビと音声で伝わる患者さんの情報は、現地で実際に診た場合の一部と思われます。
医師－患者間の患者の選定に患者は家人たちが納得するか？ ex: 来院できるのにシステム利用し来院をしなくなったり…

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

人一人の対面診療が基本の筈
実際の診察触診聴■ができないこと
聴触診が出来ないので誤診する可能性あり
NSAとSIS
ナースコール替わりになり呼び出しコールが異常に多くなる可能性。
聴診、触診、打診ができない。感情面がわかりづらい非■ ■コミュニケーションがうまくとれない
診療とはface-faceが原則
外来に急患が来た時の対応をfollowするのに人が要る
往診に頻回に行けない地域、離島など以外でのテレビ電話による診察のメリットはないと思う。さっさと往診に行って実際に診察した方が患者さんも医師もお互いに安心である。
何か異常が患者さんに発生してもすぐに行ってあげられないことが心配です。遠いから。
患者側はまったくこの方法に慣れていないので、必ず患者宅へスタッフを派遣しなければうまくいかない

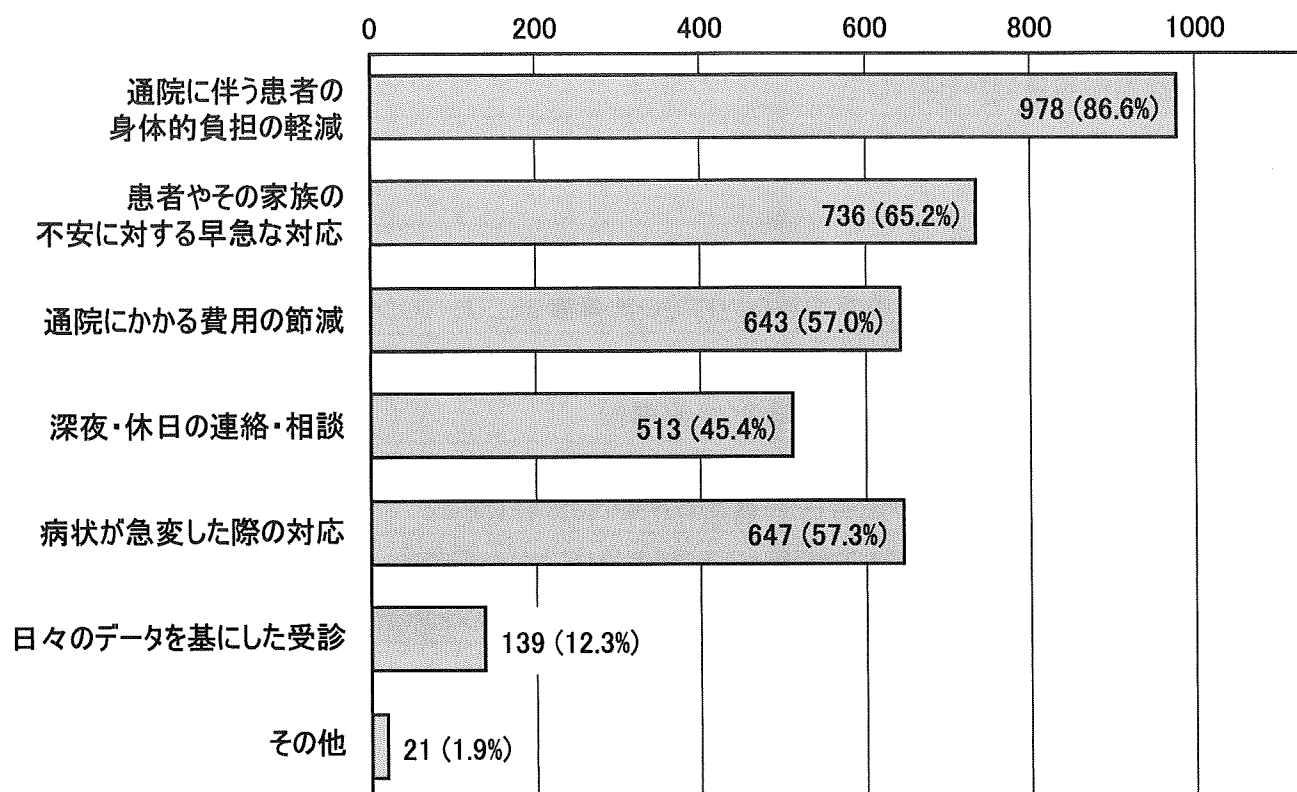
表病-C-2 病院

診察、検査、治療、与薬できない。
病院の現体制の変更は考えられず、負荷が大きい。患者の全体像がつかみにくい
最悪の場合2度手間になる可能性がある。
安易に使用されすぎるのではないか

問C-3 患者側にとっての利点

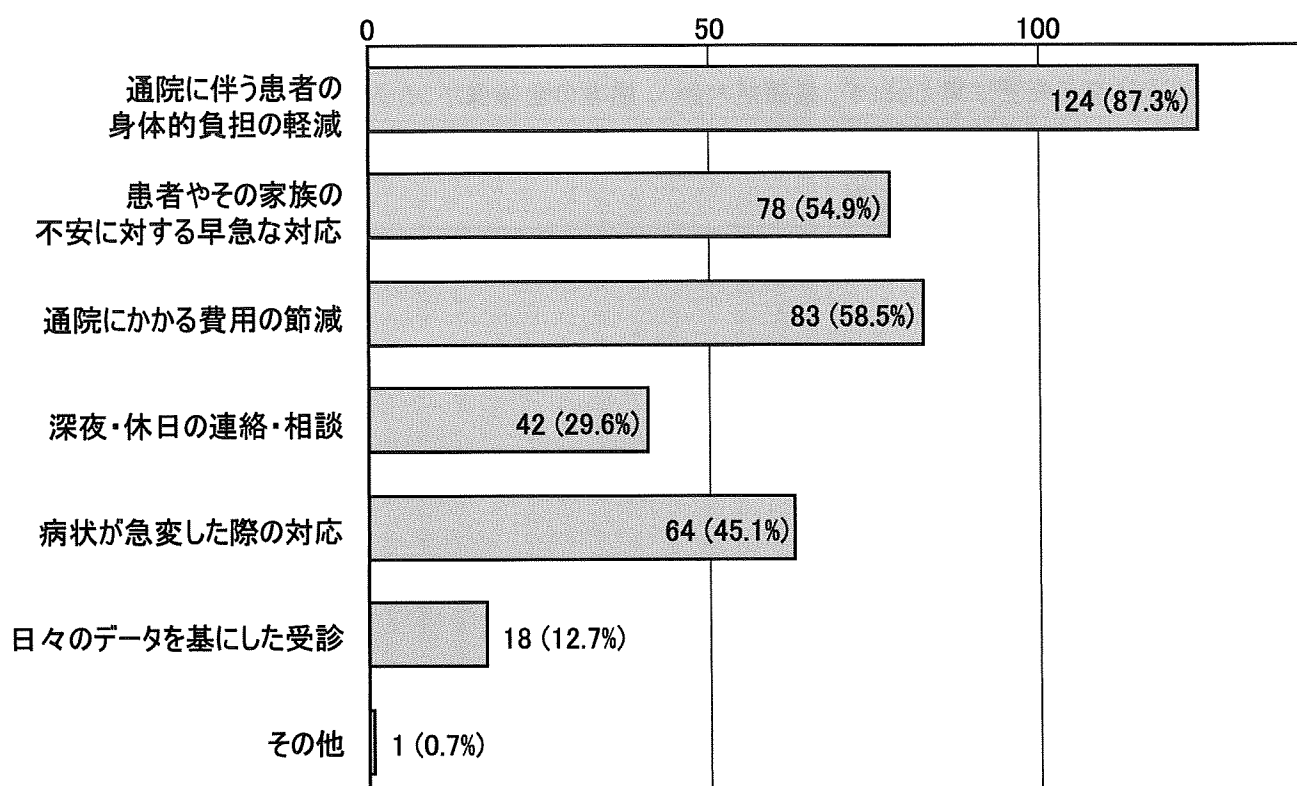
図診-C-3

診療所 (n = 1,129, 複数回答)



図病-C-3

病院 (n = 142, 複数回答)



問C-3 患者側にとっての利点 - その他（「利点はない」なども含む）

表診-C-3 診療所

利点はない	導入についての助成があれば利点となるが…。
自分専用の安心感	働きざかりで、昼間定期受診が困難な、メタボの人の定期処方の場合には有用かもしれない。
テレビで指示して治る様な病気ならはじめからその必要はない。重症、判断不能なら来院してもらう以外にない	遠隔地で受診不可の時に補助治療
救急搬送増加の可能性	医師の能力以上の精度による判断が使われている
利点のように見えるが、利点でない。『似而非』なるものである。	わからない
なし	わかりません
わかりません	Ptを見ずに医療はなされず。
離島などで必要	家でくつろいだ状態での診察(くつろいだ状態での血圧測定など)付き添いの人の手間軽減
気軽に相談出来る	利点の裏の欠点の方が多(私が診た場合)
担当の医師次第	通院困難の方の診察が可能
電話してすぐ訪問に来てもらえる方がよいと思う	へき地医療の場合、全体的にみんなに利点あり
DrとPtの顔が見える安心感が一番のメリット	往診、訪問した医師への気がねが減る
受診にかかる時間の軽減	なし
ちょっとした医療相談をしやすい	患者側には利点ばかりでしょう。利点の方がやや多いように思います。
(5に追記)〜と処置	(4〜5欄に追記)往診でもかなり対応は出来ると思います
原則として対面診療だけにする	利点はあまり無い
解からない	通院時に付き添う家族の負担が軽減される
医療サイドといつでも連絡可能、安心できる。	ない
わかりません。	おそらく使いこなせない患者が殆んどであり非現実的である
非常に遠くの人がみてほしい、薬をほしいというのに	
何となくの安心感。それも当初だけ	

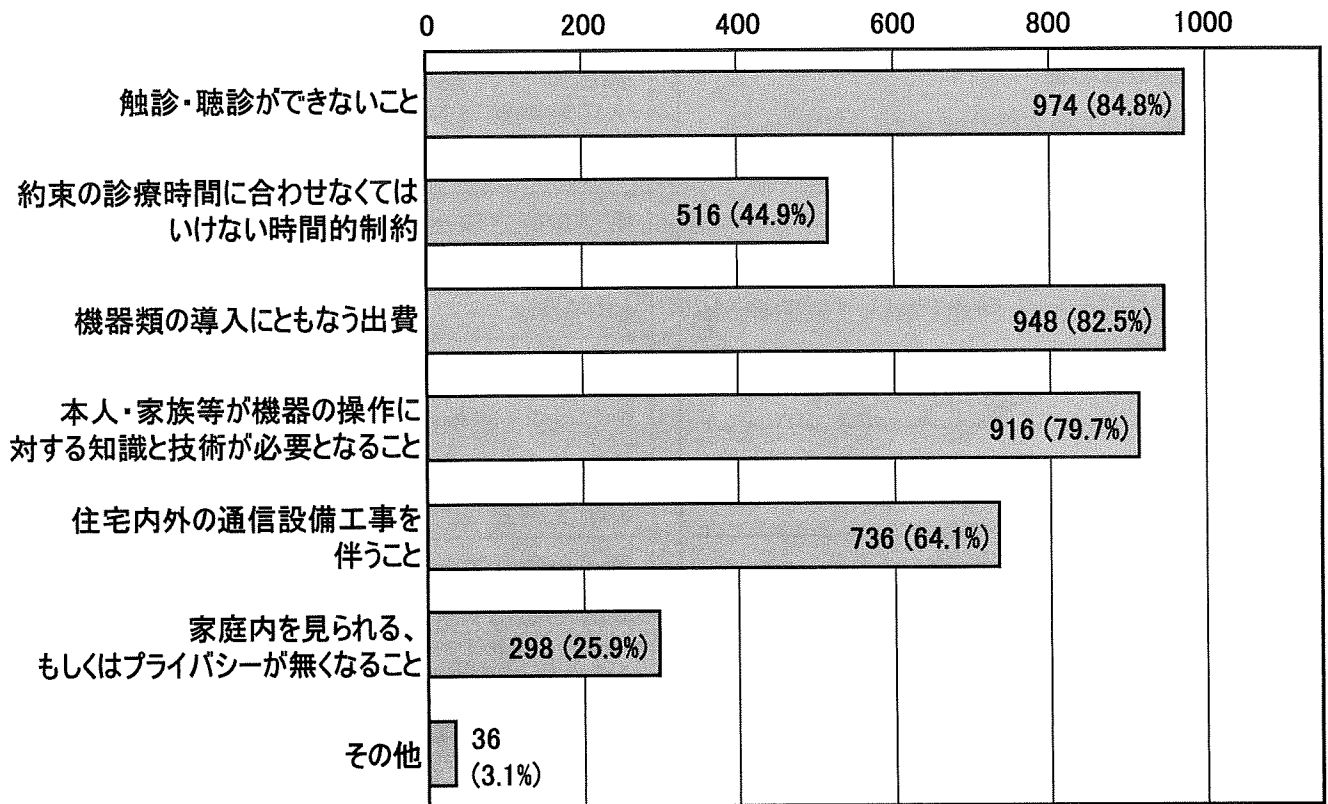
表病-C-3 病院

いつもつながっている安心感

問C-4 患者側にとっての欠点

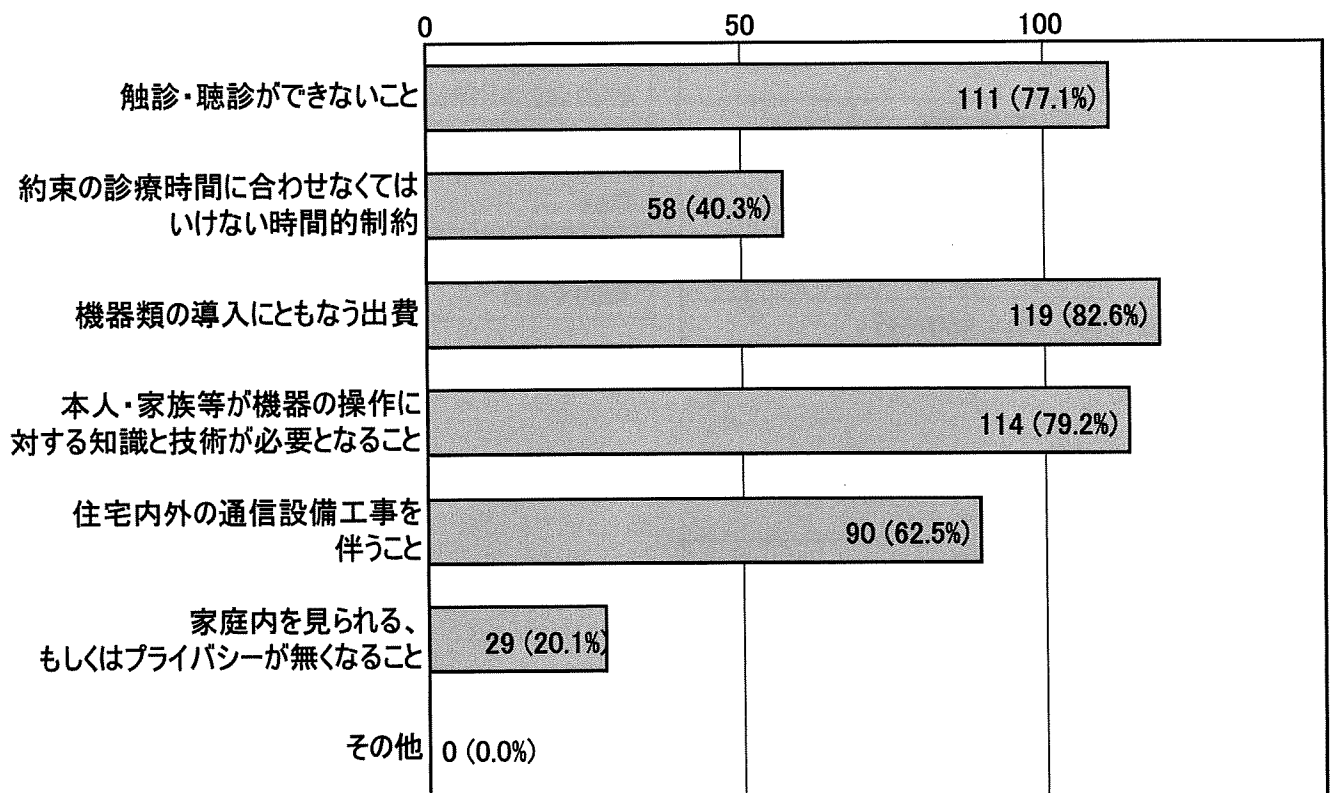
図診-C-4

診療所
(n = 1,149, 複数回答)



図病-C-4

病院
(n = 144, 複数回答)



問C-4 患者側にとっての欠点 - その他

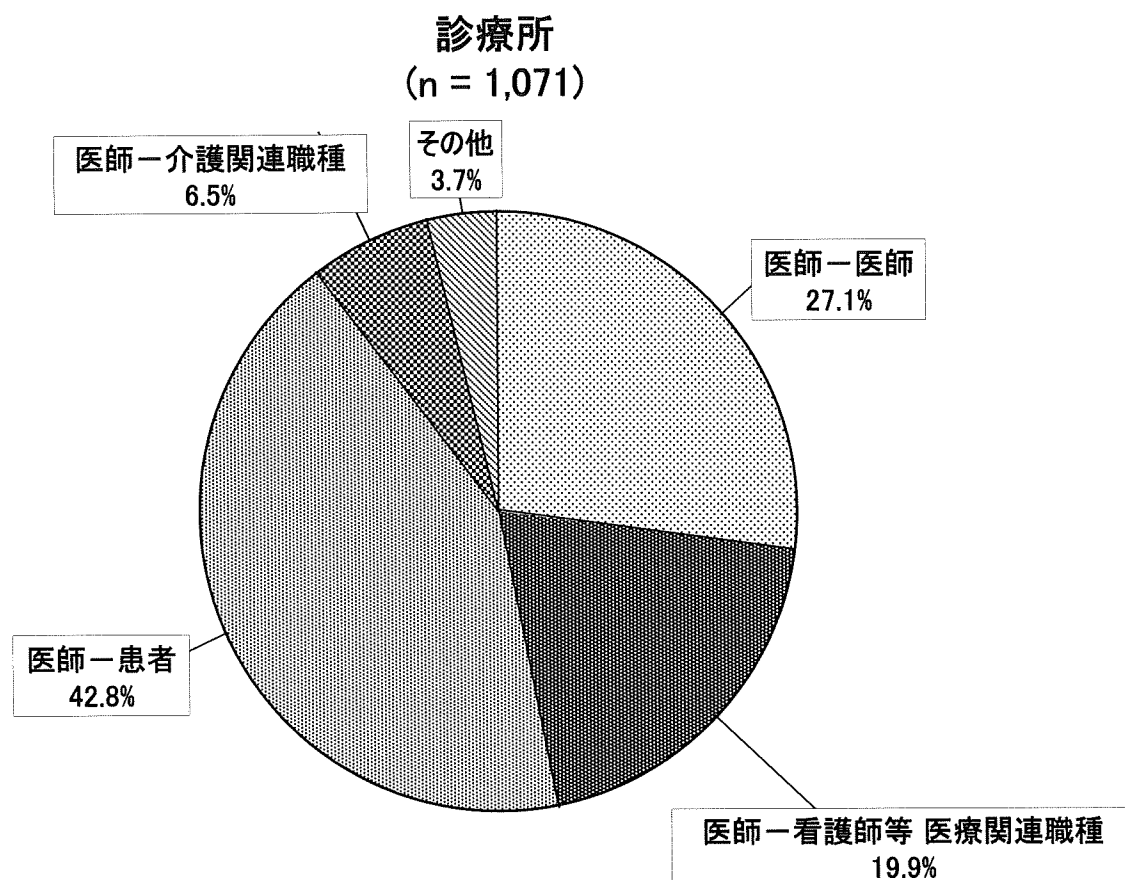
表診-C-4 診療所

推測にもとづく医療をうけること不幸
照度が足りない。
正しい診断は保証されないし、まちがったときどこに責任を問うべきか？
応体する医師の診察が受けられないこと
その場ですぐに処置を受けられない。緊急対応が困難
医師や看護師がそばに居ないこと
小学校でコンピューター教育を受けた世代は30才に達した程度でないか？
本来(インフラの整備、交通手段等)の医療はできない
支払請求の方法支払がとどこおると中止される場合
患者と直接対話し感情等を察知しにくい
日本人、高齢者は機器になじまない
新しいモデルの医療者-患者関係が必要
B5の設問の返答に項目2を選んでいる理由はそこにあり、その意で1~6は承知の上での対応であるが故「欠点」とはなり得ない
わからない
コミュニケーションをとる時間が制限される。愛情が感じとれない
光ファイバー工事にかかる費用とパソコン機器(又は映像TV)
実際に診察を受けられないことに対する、精神的な不満足感。
ほんとうに往診を必要としている人にテレビカメラの前に座って診察できることは少ない
医療側との信頼関係が築きにくい
①診療内容の低下 人間的交流の内容低下②バーチャル化に伴うコミュニケーション内容の変化(心理学的検討要!!)
(5欄に追記)維持管理費
当院は原則として対人診療としたい
解からない

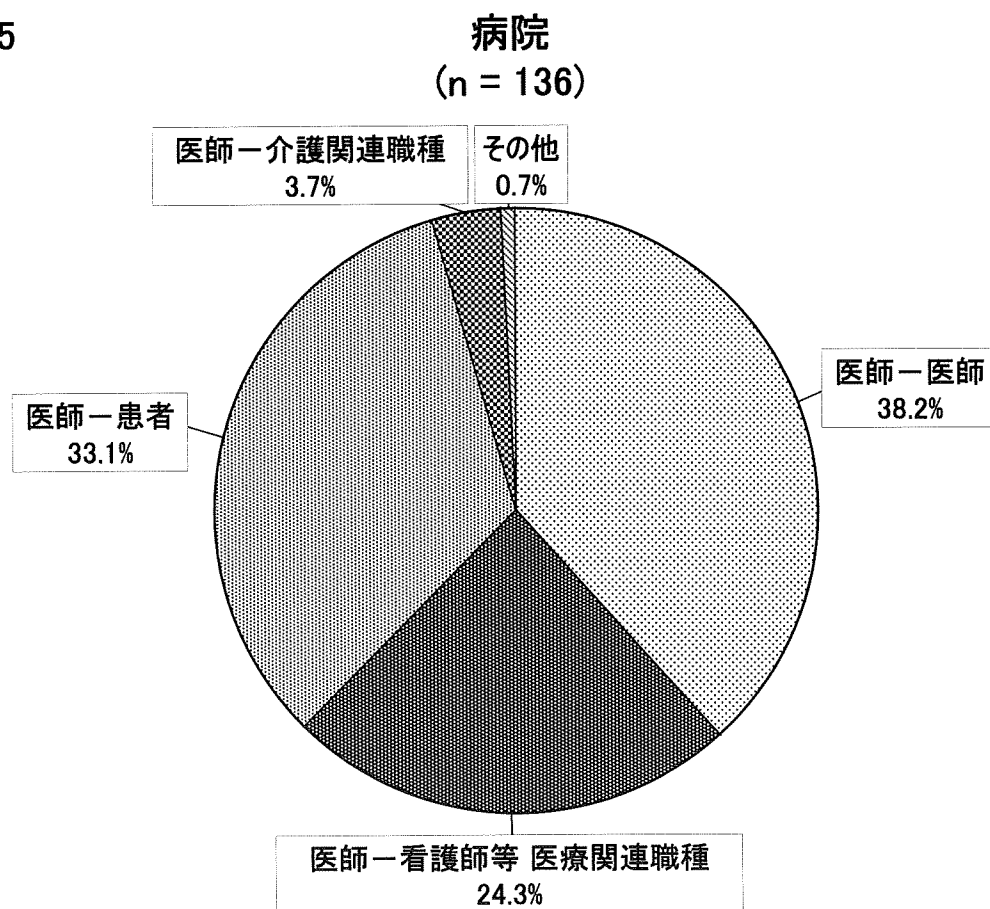
ふれあいがなくなること
費用と、メンテナンス費用、使用者が高齢であり、キカイに弱い。
人間的ふれあいがなくなること
患者側がTVデンワのみでは納得しない
検査が受けられない可能性あり
ごく常識的な機器の操作能力が必要
遠隔医療では対応困難だった場合の時間的ロスが生じる
わからない
わかりません
医師患者の信頼関係が築けない
診療を含めたスキンシップに難がありそう
不明
感情の行き違いが生じる。
診療とはface-faceが原則
血液検査等ができない
動かなくなってしまう時、老々介護だとパニックになってしまうのでは？
東洋医学的診断(脈診)が困難となり、漢方薬の正確な処方ができない
医師と患者が直接、会う事ができない
認知症を多くの患者が有しており操作困難

問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態

図診-C-5



図病-C-5



問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態 - その他

表診-C-5 診療所

地方の場合は往診にかかる時間が問題となるが都会(都市部)では患者←→医師との対面の診察が望ましい。画像だけでは患者の全体がわからない
止めた方がよいと思います。今の社会情勢、訴訟状況を考えるなら残念ながら「君子危うきに近よらず」と思う。早く「情は人のためならず」と考えられる医療情勢になってほしいと思います。
実際に運用してみないとよくわかりません。
止むを得ず行う補助的なもので依存すべきでない。
医療技術で医術はできない
(3に追記)間に教育を受けていない又は経肯が浅いNs、介護関連職種が入るといつももめる。1番は③ 2番は① 3番目はNsへの以来 4番目も依頼のみにしたい
1~4の全てに有効と思います。が、使用する医師がどのように利用(運用)するかによると思う。
以下に限ってテストを重ねてから後慎重に範囲拡大について検討してほしい ①画像情報の共有②へき地対策③救急施設と救急車との連絡④災害時拠点と拠点でのコミュニケーション
(3に追記)患者さんは高齢で通院できなくなっているので{在宅 施設 自宅}で医師とコンタクトとれるのはいいことだ。
導入そのものに欠点が多すぎ、どの組み合わせでも不可

(1と2の複数選択)	(1、3、4の複数選択)	(1、3、4の複数選択)
(1~4の複数選択)	(1と3の複数選択)	(1と3の複数選択)
(1と2の複数選択)	わかりません	(1~3の複数選択)
(2と3の複数選択)	(1と3の複数選択)	(1と2の複数選択)
(2と3の複数選択)	わからない	(3と4の複数選択)
デモンストレーション	(1と2の複数選択)	電話で充分
(1と2の複数選択)	どれもむりだろう	医師-巨大介護しせつ
(1と3の複数選択)	やるなら全て	(3と4の複数選択)
(1~4の複数選択)	(1と2の複数選択)	(1、2、4の複数選択)
不明	(1と4の複数選択)	(2と4の複数選択)
(3と4の複数選択)	(2と3の複数選択)	(3と4の複数選択)
(1、2、4の複数選択)	わからない	(1~4の複数選択)
(2と4の複数選択)	行政、主導で	(1~4の複数選択)
(1~4の複数選択)	特になし	特に有効だと考えていない
(1と3の複数選択)	(3と4の複数選択)	介護関連-患者
(1と2の複数選択)	(1と2の複数選択)	(1と2の複数選択)
(2と4の複数選択)	(2と4の複数選択)	(1と2の複数選択)
わかりません	(2と4の複数選択)	(3と4の複数選択)

問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態 - その他

表診-C-5 診療所

(2～4の複数選択)	(1～4の複数選択)
(3と4の複数選択)	(1と3の複数選択)
医師－公民館など公共施設。	わかりません
余り有効とは思わない	医師－病院
一部の医師－患者のみ	不明
(2と4の複数選択)	(2～4の複数選択)
(3と4の複数選択)	(2と3の複数選択)
(3と4の複数選択)	わからない
(2、3、4の複数選択)ひとつに○は無理です	なし
(1、3、4の複数選択)	(1と4の複数選択)
(1～3の複数選択)	(1、2、4の複数選択)
わからない	不明
(1と3の複数選択)	(3と4の複数選択)
(1、3、4の複数選択)	(1と3の複数選択)
(1と2の複数選択)	(1、2、4の複数選択)
わかりません	(1～3の複数選択)
(3と4の複数選択)	(1と3の複数選択)
在宅医療なら②遠隔診療所間も考慮すると①	よくわからない
(2と4の複数選択)	(1～4の複数選択)
(4に追記)老人ホーム■ ■	(三角形)医師－患者－看護師
(1、2、4の複数選択)	(1と3の複数選択)
(1と2の複数選択)	特殊な件を除き遠隔医療は不必要
(3に追記)へきち等では有効だと思います。	(1と2の複数選択)
(2と3の複数選択)	(1～4の複数選択)
私は遠隔医療なるものに反対です。	(1と3の複数選択)
(3と4の複数選択)	現状ではどちらにも殆んどメリットなし
わかりません	(1～3の複数選択)
(1と2の複数選択)	

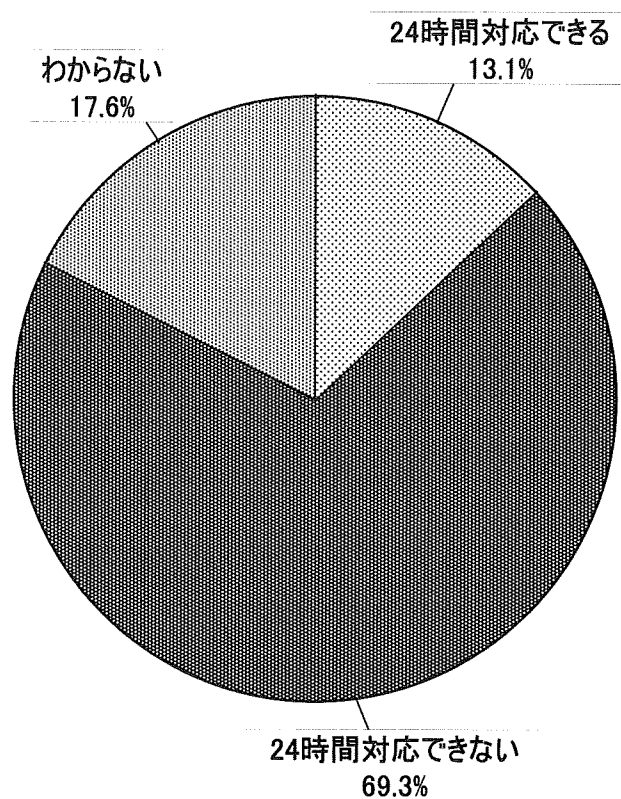
表病-C-5 病院

医師－看護師－介護職

問D-1 テレビ電話で24時間対応できるか

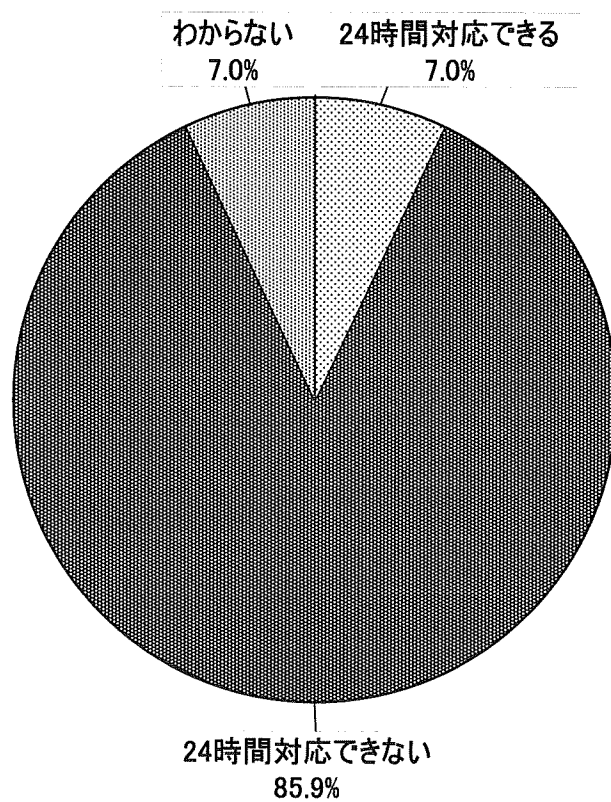
図診-D-1

診療所 (n = 1,141)



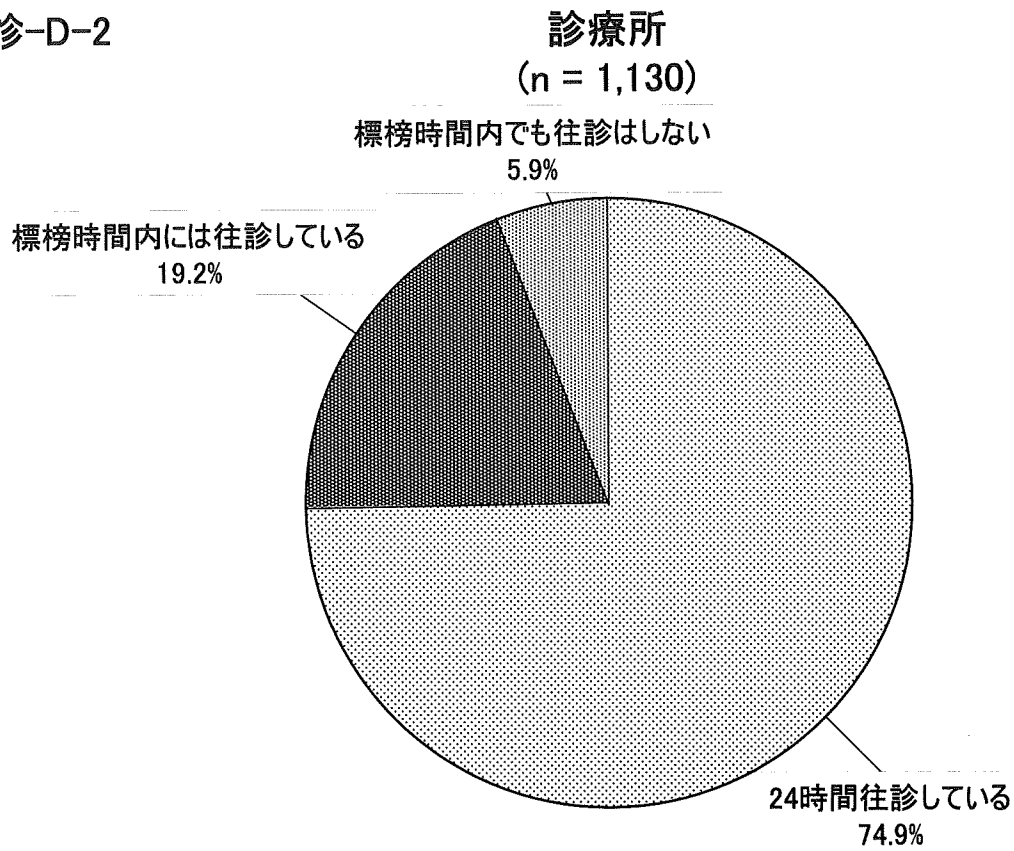
図病-D-1

病院 (n = 142)

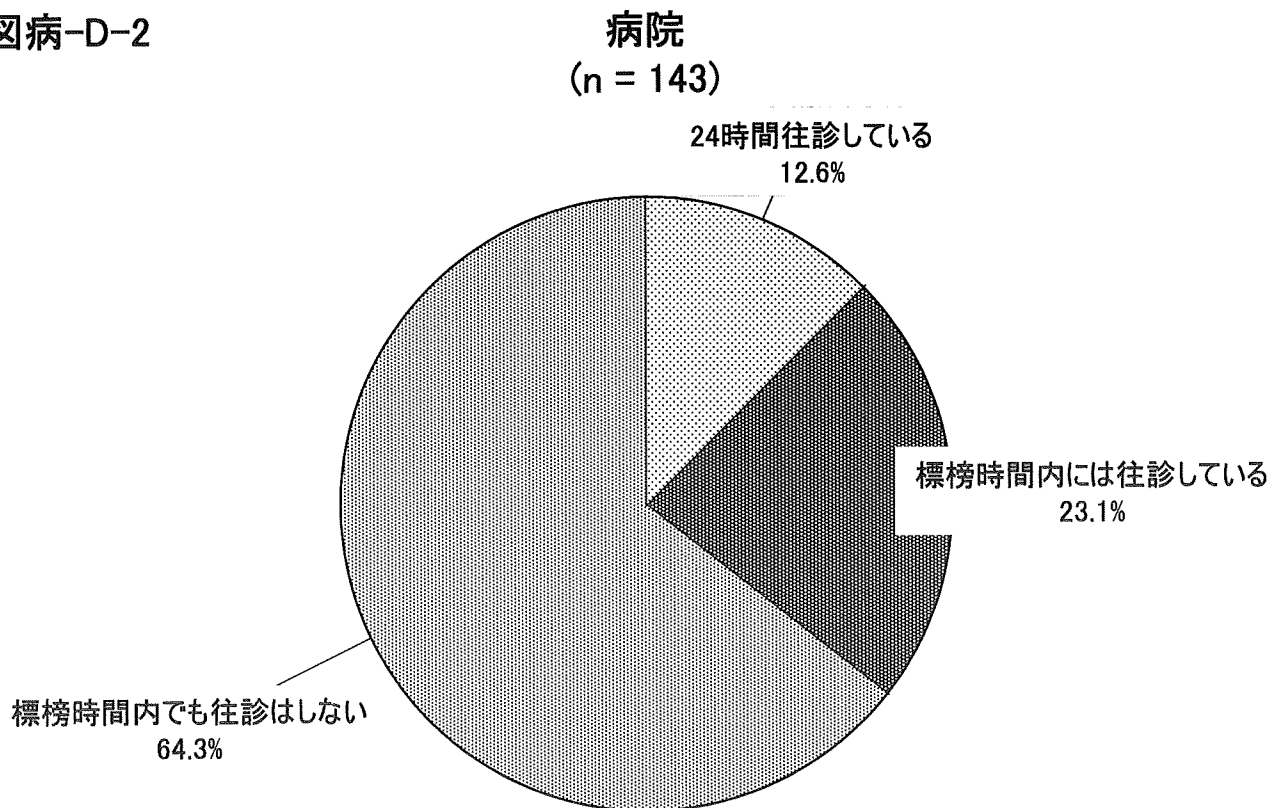


問D-2 24時間いつも緊急往診しているか

図診-D-2

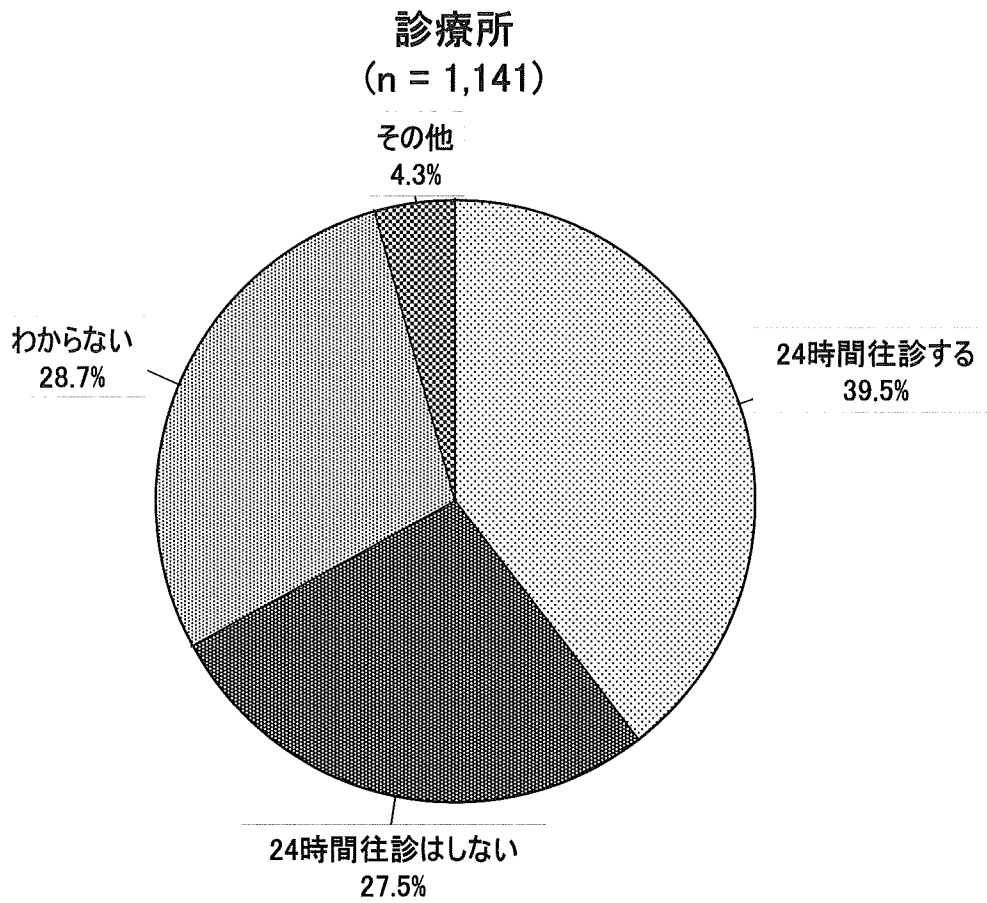


図病-D-2

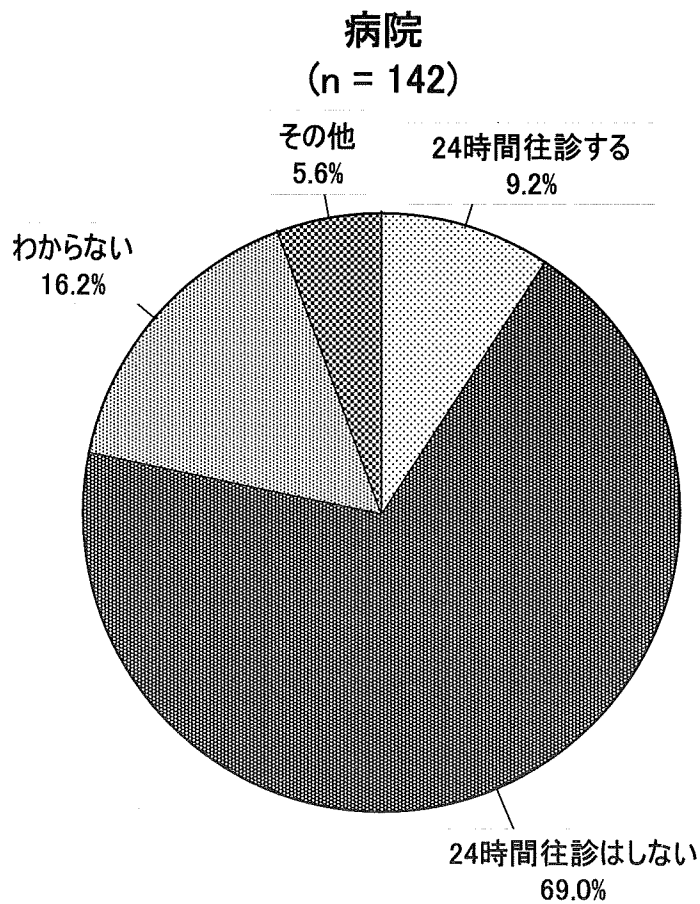


問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか

図診-D-3



図病-D-3



問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか - その他

表診-D-3 診療所

(3に注記) かかりつけ医となって、信頼関係があり、他の患者さんの診療中でなければ、往診しています。
(2に注記) (多分、かなり遠いところと思うので 往診しない)
(無回答に注記) 婦人科が主ですので往診例がなく回答保留とします
(無回答に注記) 対応できる限りしている。(でかけていて不在のときは不可能)
(3に注記) 場合による／いける場所か否か(時間 距離)
電話により指示する
(1に注記) (可能な限り)
明らかに悪い場合、遠隔で紹介救急車の要請してもいいのでは。
しない
24時間いつも患者へ往診できるのであれば遠隔医療にならないのでは
(2に注記) はじめからしない
導入する事は上記設問の必要性を軽減させる目的の為と思うが…?
導入するつもりなし
いつもはできない
D-5には増えますが医師は1人ですので
(2に注記) (できないだろう)
来院できれば来てもらう
導入しない
2名のDrとのdateと1日毎又は2日毎に24時間対応をするしかない
24時間往診対応はできないと思います
医学総合管理料をもらうなら往診する
状況による
できない状況は必ず出てくる。
その時々のお患者さんの状況、状態
(2に注記) D-2と反対の回答ですが頻回に往診を依頼するでしょう
(1に注記) 症例による
可能であれば
スタッフが充足すれば。一人医師では無理
(1に注記) (在宅患者に限り)
救急病院へ搬送
状況による
時間があれば往診する

問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか - その他

表診-D-3 診療所

医院開設時間は往診できない
遠隔医療を要する程、遠い患家なら、行けない。
可能な範囲で24hrs
24時間往診は出来ない
緊急対応が必要な時は、救急搬送が第一選択と考える
医師がなまける習慣がつく。
自分で対応できない場合は関連病院へ相談
まず画像でfirst look行い必要時のトリアージができる。
(3に注記) 身体が持たないでしょう(交代性かなにかしないと)
(2,3に注記) 看取りと急変時、他院への紹介の時など色々なケースがありケースバイケース
回数がへると思う
飲酒その他でできない場合もある。それ以外では往診できる。
子供の(1才、3才、5才の3人)の保育が確保されれば24時間可能
(2を選択、1,2欄に注記) 1に注記:(できるときは) 2に注記:緊急時は
Drがふえれば考えることも可能
(2に注記) (できる時とできない時がある)
在宅患者には対応するが、テレビ電話患者全てとなると物理的に不可能
入院等救急搬送が適切と判断する場合もありか。
救急車or救急外来
(1に注記) (なるべく)
(3,4の複数選択) 離島との遠隔医療を想定している
そもそも電話がつながって話をすれば、必要なら往診し電話でのアドバイスで解決する場合はそうしているので、テレビ電話だからどうこう、という事での質問はまとを得ていない。
病状を判断するか、今後悪化するものかわかりにくい
したいが、現実にはできない
(1に注記) (できるだけ)
(2に注記) できない
状況によって
しない
(2に注記) 一人ではムリ
患者宅-医院間の距離によります
(2に注記) 状態がはっきりわからない老々介護の場合はなおさら対応できない