

## 遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究

研究代表者 酒巻哲夫  
高崎市医師会看護専門学校・群馬大学

### 研究分担者

本多正幸<sup>2</sup>, 中島直樹<sup>3</sup>, 岡田宏基<sup>4</sup>, 石塚達夫<sup>5</sup>, 森田浩之<sup>5</sup>, 辻 正次<sup>6</sup>, 吉田晃敏<sup>7</sup>, 斉藤勇一郎<sup>1</sup>, 大熊由紀子<sup>8</sup>, 郡 隆之<sup>9</sup>, 煎本正博<sup>10</sup>, 土橋康成<sup>11</sup>, 小笠原敏浩<sup>12</sup>, 小笠原文雄<sup>13</sup>, 太田隆正<sup>14</sup>, 松井英男<sup>15</sup>

<sup>1</sup>群馬大学, <sup>2</sup>長崎大学, <sup>3</sup>九州大学, <sup>4</sup>香川大学, <sup>5</sup>岐阜大学, <sup>6</sup>兵庫県立大学, <sup>7</sup>旭川医科大学, <sup>8</sup>国際医療福祉大学, <sup>9</sup>利根中央病院, <sup>10</sup>イリモトメディカル, <sup>11</sup>ルイバスツール研究センター, <sup>12</sup>岩手県立大船渡病院, <sup>13</sup>小笠原内科, <sup>14</sup>太田病院, <sup>15</sup>川崎高津診療所

### 研究協力者

守屋 潔<sup>7</sup>, 長谷川高志<sup>1</sup>, 鈴木 亮二<sup>1</sup>, 谷合 久憲<sup>16</sup>, 吉嶺裕之<sup>17</sup>  
<sup>1</sup>群馬大学, <sup>7</sup>旭川医科大学, <sup>16</sup>本荘第一病院, <sup>17</sup>井上病院

### 研究要旨

先年度研究を受けて、遠隔医療推進のロードマップ作りのための調査研究を継続した。曖昧なニーズ調査を避け、疾病・診療手法の領域別に、詳細な識者意見を聞き取る、遠隔診療の制度化の議論を進める、地域行政・運用体制・技術などの総合的課題の調査を行った。その結果、遠隔医療が抱える様々な課題と様々な検討が進んでいることがわかった。各疾病毎の手法、遠隔医療の価値・質・エビデンス等に関するモデル、遠隔医療に関する認識が低いまま留まる各地域の実態、市民や患者の遠隔医療への理解と今後の啓発などについて、貴重な情報が得られた。今後遠隔医療を発展させるには、地域の人材育成、モデル（エビデンス）の開発、高い医学的価値を示す対象行為の定位などが欠かせないことがわかった。

### A. 研究目的

#### 1. 背景

遠隔医療は医療崩壊の緩和の一手段と期待されているが、その伸びは予想に比べて遅いと言われている。平成23年3月31日発行

の医師法20条の解釈に関する通知[1]の再改正など、様々な緩和を進めた結果が伸び悩みの原因と言えなくなった。また技術的課題の多くが解決され、コストダウンも進み、技術開発が推進策として有効とは考えにくくなった。また診療報酬化に視する具

体的かつ有効な提案も少なかった。そもそも伸び悩んでいるのか否かも定量的にはわかっていない。国内の遠隔医療の現状としてわかっていることを、資料1に示す。

## 2. 目的

遠隔医療の推進には深い実態把握に基づいた振興手順（ロードマップ）の策定と遂行が必要である。従来、推進手段の調査では、医療ICT識者への聞き取りが主な研究方法だったが、伸び悩むとされる実情を鑑みるに、そうした研究が功を奏したとは考えにくい。そもそも識者が有効な情報を持っているか、それさえ不明である。

そこで遠隔医療の実情について、新たな手法で調査を行い、ロードマップ立案を目指す。その中では遠隔医療推進に必要なステップを示し、各領域の専門的研究などへの活用を目指すものである。また、ロードマップ遂行を支える社会的推進体制を検討することも狙う。

## B. 研究方法

### 1. 方法

#### (1) 基本構想

遠隔医療の課題を調べる従来研究手法は効果が薄れ、新たな研究手法が必要である。しかし問題点の捉え方への再検討が必要で、定量的研究には着手できない。本研究では、遠隔医療が現実的に実施・検討された場のキーパーソンを「新たな識者」として、基本的な聞き取りや議論・検討を行うこととした。従来の「遠隔医療の推進策」も「識者」も、いちどリセットすることとした。それほど従来からの遠隔医療の推進策検討

の土台は脆かったと考えている。

本研究の目標は遠隔医療推進のロードマップ作りだが、前提となる情報が揺らいでおり、先行度研究[2][3]に続き、課題の掘り出しを続けた。

各対象は、具現化済み（問題を孕んでいるが、診療報酬化などの社会的形態が整ったもの）、地域展開中（臨床的に意味があるが、具現化まで至らず、実証事業等を継続しているもの）、実験的モデル（手法開発中、エビデンス収集中）の三分類に分けて検討した。単なる技術開発などは、「実験的モデル」にも含めていない。地域に適用できるモデルが開発されていないもので、いわば「治験以前の研究」である。少なくとも、この三分類に入れば、「治験対象」と似た位置づけである。

#### (2) 専門知見の収集

これまでの調査の問題点は、調査対象者、調査事項の各々に層別化や定量的尺度が弱いまま要不要を問うなど、状況を深掘りする意識が欠如していた。もちろんニーズ意識の問いかけは重要だが、層別化なく全般的に質問すれば、曖昧な回答しか得られない。適切な質問の構築には、予備的ヒヤリングを行った上での調査デザインが欠かせない。そもそもアンケートの必要性さえ不明である。いわゆる識者への聞き取りも調査手法として多い。課題も識者も層別化されなければ、どの個別課題の調査か曖昧で、的を絞れず、ロードマップ策定には役立つ情報を得にくい。予備的調査の前提として、下記を考えた。

全体構造として、遠隔診療・モニタリング・テレラジオロジー・テレパソロジー

の枠に沿って調査した。

上記枠の中で、更に循環器、呼吸器、糖尿病等の領域毎に識者を立てた。

質問項目として、「要不要」などの曖昧な項目では無く、先年度研究[2][3]で用いた下記の項目を発展させた調査用紙（表1）を用いた。

- |                        |
|------------------------|
| 1. 遠隔医療の適用対象（疾病、地域、患者） |
| 2. 実施手法（医学的手段）         |
| 3. 効果のエビデンスと実証手段や実証状況  |
| 4. 運用体制（関係職種の役割や仕事の流れ） |
| 5. 普及方策、手段             |
| 6. 関連制度や財源（診療報酬、他）     |
| 7. 関係者・団体と役割や権利、能力     |

### （3）遠隔診療の位置づけの検討

遠隔診療は、診療報酬上「電話等再診」として位置づけられている。それは中途半端な診療形態である。（図1参照）

厚労省通知上[1]も、通念上も初診が対象とは考えにくい。再診、訪問診療、往診のどこかに位置づけて、本格的診療扱いに置き換え、各種の加算の追加を可能としたい。対象となる加算の中で、各種疾病をカバーする特性疾患利治療管理料等について、診療報酬項目の種類と、これまでの遠隔医療研究での取り組み実績の有無を表2(a)(b)(c)に示す。

社会保障上の役割を定め、診療報酬のあり方を明らかにすることで、エビデンス収集のための研究デザインの方向付けを示せる。「これだけ判れば十分」とのエビデンス実証のゴール設定につながる。漠然とした方向付けは以上の通りだが、具体的に何を定めれば、位置づけが定まるか検討すべきである。診療報酬は、診療上の価値に対

する給付だが、何を価値と捉えるべきか、まだ未確定とわかった。テレビ電話診療が「診療」としての価値か、遠隔医療の先にいる医療者への指導手段なのか、そこから再検討が必要とわかった。どの事柄について、どの程度の有効性や優位性で社会保障上の位置づけを与えるか、症例比較研究と別に政策的に定める必要がある。

社会保障上の位置づけ検討のため、どのような優位性が実証できるか、遠隔診療の価値の分析を行った。課題の検討なので、識者からの意見収集や小グループによるブレインストーミング等の手法で進めた。

### （4）社会的視点、外部視点の調査

従来からの遠隔医療の研究者の枠内で検討する限り、調査に限界があることが平成25年度の調査からわかってきた。そこで下記の視点からの検討を行った。

#### 患者、一般市民視点

患者主催の活動など、一般市民への普及啓発を行い、その反応を調べた。ニーズ意識、普及展開のための課題を洗い出した。

#### 研修活動からのフィードバック

遠隔医療の普及展開には従事者育成が欠かせない。本研究と近い別活動として、厚生労働省事業遠隔医療従事者研修を、本研究班の成果や研究者もフルに活用して実施した。そこで得られた知見から重要な課題を見いだした。

#### 外部メディアの視点

患者、一般市民、従事者研修受講者に続く外部視点として、新聞・メディアがある。遠隔医療を“産業振興”と考えると、患者視点に立たず、突飛な技

術話題紹介に走るメディアもあるが、一方で地道な社会的視点から良質な批判的視点を向けられることもある。そうした外部意見を収集した。

#### 近隣の医療課題の調査

医療提供手段としては外部と言えないが、遠隔医療の立場からは「異なる」医療サービスや技術がある。対象としては、「見守り」と「コミュニケーション障害がある患者の支援手段」である。それらの研究活動を紹介する機会を本研究班の場に設けて情報を収集した。

### （５）総合的課題の調査

遠隔医療は、診療手法上の検討が第一義的にあるが、医療アクセス改善の目標（社会システム上のモチベーションとイニシアティブ）、実施体制（提供インフラとしての技術および業務形態）も重要な検討課題である。

医療アクセスの検討は、実施する各医療機関に訪ねても、「点の情報＝自分の施設での取り組み、当該医療者の意識」は得られるが、「地域として何を重視して、何を推進する必要があるか？」は得られない。そのため「地域の医療行政」の第一線からの情報収集が必要となる。研究の定式化を図る以前の状況なので、まず試験的に少数の「医療ICTの先行者」から、聞き取りを行うこととした。他に地域全体を対象とした先行事例の取り組みにも聞き取りを行った。

実施形態（提供インフラ）の検討も最近の議論である。これまで渾然一体として「ナントカ遠隔医療システム」という機器なのか人的サービスか曖昧な取り組みが多かつ

た。しかし最近の安定的な実施事例では、チーム医療体制の充実が目立っている。そこで、遠隔医療を回す業務体制とその構築に目を向けた。そこで成功事例の調査、聞き取りを行った。

#### 周辺課題にも調査を進めた

もう一つの提供インフラとして、技術にも目を向けた。技術は、これまで安価高性能な技術研究に目を向けていたが、背景事情で検討の通り、現状必要な技術は揃っている。むしろ各地域への技術導入、インテグレーションに課題があると考えられる。

「技術者が医療を理解していない」との言説もあり、随所で求められる遠隔医療（広くは医療ICT）が入らないと言われている。逆に成功事例と言われるが、実態が不明なものもある。また技術者でも医療の事情に通じている人材も少なくない。それなのに技術者と医療者のギャップも相変わらず残っていると考えられる。それが昂じて、「医療の規制を緩和しないと、有益なはずの遠隔医療が伸びない」との産業界側の言説に火をつけることになる。研究の定式化を図る以前の状況なので、試験的に少数の「医療ICT導入の先行者」から、聞き取りを行った。

合わせて、「伸び悩む遠隔医療を推進できる切り札」と称される最新技術動向にも聞き取り調査を行った。

#### （倫理面への配慮）

本研究では患者を対象とした研究は行わなかったため、倫理面の配慮は不要だった。

## C．研究結果

### 1. 全容

具現化・地域展開中・実験モデル毎の

状況と関係を図 2(a)~(c)に示す。また現状のサマリとして図 3 を示す。

## 2. 各領域調査 [2]

### 1) 遠隔診療

概論：医師による診療行為をテレビ電話を介して行うもので、大きく広がりそうなものとして、在宅医療向けのものがある。他にも救急、特定診療科などの試みが進んでいる。

在宅医療（テレビ電話診療）：在宅医療の医師不足地域で、計画的訪問診療の一部を遠隔診療に置き換えて、地域でより多くの在宅患者をカバーする取り組みが行われている。在宅医の指導医を遠隔で行うことや、訪問前問診などに活用する事例もある。安全性や有効性の報告は文献[4][5]にあり、対面診療のみと同等の安全性、実診療時間（移動等を除いた、診療に掛けられる時間数）について有効性が示唆された。また日本遠隔医療学会がガイドラインを示している。[6]

眼科：旭川医科大学などで進み、診療報酬もある。医師不足地域や通院負担の大きい遠隔地などで有効である。

皮膚科：岩手医科大学で研究を続けており、安全性・有効性の検討途上である。（H24-医療-指定-049）[7] 沿岸部（被災地）医師不足地域向けトライアルとして進められている。

産科（妊婦健診）：岩手県立大船渡病院で実施中である。テレビ電話・胎児心拍モニタリングなどを組み合わせて実績がある。[8] ただし健診なので診療報酬対象外である。

糖尿病：本報告の中で遠隔診療による糖尿病専門医不足地域でのコントロール低下を抑えるための遠隔診療が提案されている。[9]岩手医大でも県立宮古病院との間でトライアルが進んでいる[10]。

救急（プレホスピタルケア）：心不全患者の救急搬送時に、病院到着前に情報を送ることで、到着後の治療開始時間を短縮する試みが国立循環器病センターで行われている。[11]

救急（トリアージ）

専門医の少ない病院での救急患者の他院紹介（救急搬送）に際して、DtoDtoP形式の遠隔医療によるトリアージで、不要な搬送の抑制、搬送の意思決定の時間短縮化などを可能にした。約6ヶ月の試験機関で79件の遠隔トリアージ、うち16件が搬送せずに済んだとの評価を得た。医師の極端な不足する地域で、更なる医療崩壊を食い止める手段となっている。[12]

### 2) モニタリング

概論：

医師による診療行為、もしくは保健師による保健活動の双方がある。いずれも計測・通信機器を用いて、管理チーム（看護師・保健師体制）が運営する。コストや基盤が必要となる。軽症患者の通院負担を減らす、一般的健康管理対象者の日常の管理負担を減らすなどの期待がある。しかし高コストから重度患者やハイリスク対象者で、コストを掛ける必然性がある場合が対象となる。（世間一般では意識を変える必要がある。）  
価値としては、医療として重症化予防、

急性増悪・緊急入院抑制、保健活動としてハイリスク対象者のモニタリングの負担軽減などがある。また僻地向けだけではなく、高頻度な介入や観察が必要な疾病なら市街地でも対象となる。

厚労省のデータヘルス計画など、社会保障と組んだ疾病管理による重症化予防のツールとして期待している。

循環器：[9]

- ・心臓ペースメーカーモニタリングとして、エビデンスもあり、診療報酬もあり、適用患者数も増えている（重度心疾患）。運用体制構築は検討の余地がある。
- ・慢性心不全（非植え込みデバイス患者）：大規模治験中。診療報酬などの課題は今後の検討である。対象者の重症度、手順のわかりやすさ、大規模臨床データの収集状況などから、筋が良さが推測される。
- ・高血圧：血圧管理だけでは新たな診療報酬化は難しい。血圧測定と指導だけで重度疾患扱いは難しく、保健指導と区別がつかない。つまり診療報酬対象、重症患者治療とは異なる。既にある生活習慣病指導管理料が、これをカバーするものと言われるかもしれない。

呼吸器：[9]

- ・喘息：重度喘息向けに診療報酬がある遠隔医療あり。エビデンスもあり。報酬額が高すぎて、適用条件限定が厳しい上に良い薬が出て、患者がいなくなった。報酬額の引き下げにより対象を拡大しても、ニーズがある。
- ・在宅酸素療法（慢性肺気腫）：遠隔医療サービス（機器によるモニタリングのみ、看護師運用などは無し）はあるが、自費で利用者は皆無。急性増悪防止として有

効性はある。

- ・睡眠時無呼吸症候群：遠隔医療サービス（機器によるモニタリングのみ）はあるが、遠隔医療として診療報酬は認めていない。現場医療者から、遠隔での実施の提案があり、今後の検討推進が望まれる。

糖尿病：[9]

- ・概論：ICTの活用が有望と言われつつ、意外と手法の開拓は強くなかった。参照事例は別記したが[9]、模索中である。下記のような対象が考えられる。
- ・手法1：指導の間が伸びないように通院負担が大きい患者（医療機関とのアクセスが悪い）向け「遠隔診療所」がある。
- ・手法2：高頻度な介入が必要な不安定な患者向けに在宅モニタリング
- ・外国でのモニタリングでのエビデンスは少ない。ただし社会保障や重症化予防に関する国内状況の差異があり、活かすための工夫が必要である。これに近い活動として、テレナーシングによる保健指導＝疾病管理事業が日本国内でも始まっている。[13]
- ・医療過疎地からの訴えとして、糖尿病専門医～プライマリケア医～患者とつなぐDtoDtoP型の遠隔診療を糖尿病治療に期待する声がある。地域医療の中での現実的手段として、今後の検討を期待する。

服薬モニタリング：[9]

在宅患者の服薬状況の管理への関心が高まっている。意外と呑み漏れは多い。これまでにスタンドアロンの服薬緩衝装置（薬箱）はあったが、状況を把握しての管理は難しかった。それに対応する研究開発が進み、地域トライアルも行われて

いる。

### 3) テレラジオロジー：[9]

- ・国内で最も普及した遠隔医療である。
- ・日本の遠隔医療の中で、診療報酬ベースではほぼ大半を占めていると推測される。（資料1参照）
- ・商用事業者による取り組みが多いことも特徴である。画像診断料による実施が大半で、画像管理加算によるものは少ないと考えられる。調査会社等の調査によれば画像診断料を請求する読影の1割を越える研修が扱われていると言われる。
- ・医療上の仕組みの整備が求められる。例えば施設間にまたがる診療報酬配分の仕組みが定まっていない、施設間での診療記録のあり方も未確定（特に商用事業者は医療施設としての管理対象ではない）。品質保証の公的な枠組みが無い（専門学会や事業者団体のコントロールが不明）。事業者では保険会社による医療過誤保険で対応が進んでいるが、社会的保証体制には至らず、個別防衛である。質の評価と管理の仕組みの社会的検討を進めて、テレラジオロジーを医療者が安心して提供できる形態の構築が望まれる。
- ・地域医療情報連携で大きく活用されていると考えられる。そこでの実態情報収集と評価の仕組みが求められる。この問題意識に関わる事態として、画像管理加算1の報酬請求について、外部事業者に読影を委託する施設からの算定を認めないと平成26年4月に改定された。実態として外部委託無しには立ち行かない時代なので、望ましくない改定との意見があり、事業者団体からの要望書が厚生労働省に

提出された。一方で委託をする医師もされる医師も、「地域医療情報連携」として質を示せるエビデンス（診療記録や連携の価値評価）を整える必要があると考えられる。質の議論が今後も深められる必要がある。

### 4) テレパソロジー

- ・悪性腫瘍手術の術中迅速診断が主な対象だが、バーチャルスライドシステムによるコンサルテーションも始まっていると考えられる。
- ・実態を詳細に捉えられないことは、テレラジオロジーと同様である。
- ・電子的な画像に十分でないとの意見もあり、技術水準も再度評価する必要がある。（バーチャルスライドシステムも含め）
- ・日本テレパソロジー/バーチャルマイクロコピー研究会での検討の活動がある。
- ・地域医療情報連携で大きく活用されていると考えられる。実態情報収集と評価の仕組みが求められる。
- ・病理医の不足は、他科よりも深刻と言われ、既に遠隔医療による効率化も上限に到達したとの意見がある。遠隔で病理診断と依頼したい施設と病理医を一对一でつなぐだけでなく、複数の病理医を一元的に調整・管理できるスキームの構築が必要と考えられる。滋賀県成人病センターなどの取り組みが今後の注目となると考えられる。

## 2 . 遠隔診療の位置づけの検討[14]

診療手法の効果は症例比較研究で実証するが、遠隔医療の優位性を示す場合、目標設定が難しい。遠隔医療の方が対面診療よりも治療効果が高いことを示す際、「医師が

いない方が治療が進む」ことを目標にする愚が起こりうる。（医療ではない）

日本国内では医師不足が深刻と言えども、テレビ電話での診療で十分満足するほど深刻な地域は、一部離島に留まる。

医師の直接の診療機能ではなく、患者側の医療者（看護師、非専門医、被指導医など）を上級の医師が指導・管理の介入を行うことが、日本で遠隔医療を活用して、医療提供への改善を行う最適目標と考えられる。あるいは、通常手段では高頻度にはできない介入を可能にすることも目標と考えられる。ただし「医師が出来ない介入」とは、現状では負担が大きくて現実的でない診療方法である。そのような負担を社会が負うか、医療供給の政策的課題となる。具体的には下記のようなケースである。

医師不足地域の医師指導のアプローチは、出先側（訪問看護師等）の質評価に関するゴール設定での研究が必要である。

慢性疾患の重症化予防は、施設での目標よりも、社会全体の目標である。一施設としては重症患者を多く診療する方が経営上有利なのである。

上記への評価を症例比較研究で示すには、研究手法自体も再検討する必要がある。

### 3．従事者研修[15]

本研究の外で、厚生労働省事業として遠隔医療従事者研修事業を特定非営利活動法人日本遠隔医療協会が実施した。その研修では、本研究の成果および研究班員が全面的に協力した。

平成26年11月に東京と大阪で各3日間ずつ開催した。合計75名（東京45名、大阪30名）

が受講して、医師が全体の三分の一と多かった。都道府県医師会、看護協会、都道府県庁を通じた募集を行い、これまでの遠隔医療コミュニティと異なる層の受講者も開拓した。受講者の反応は好評だった。なお教育手法の研究は存在しない。平成26年度に初の遠隔医療従事者研修が実施されたが、そこで得たノウハウ、問題意識を関係者で共有する必要がある。また研修講師の確保も厳しい状況である。

一部受講者より、地域の事情が追いついていないことを示唆する意見を得た。それによる遠隔医療の地域事情への見直しのきっかけとなった[15]。

### 4．患者・一般市民・外部アプローチ ・市民向け広報機会[23]

これまでのトライアルでは一部被験者しか患者に対応していなかった。研究者意向によるバイアスが大きかった。患者や一般市民の偏りの無い反応を見ること、一般市民向けに「産業振興色の無い」説明の機会を作った。平成26年8月と平成27年1月に各々難病患者・一般市民30～40名ほど集まった。かなり専門的な講演だったが、一般向けとして質問や討論の時間を工夫したので好評だった。従来の工法機会は玄人向けで、一般には馴染みが薄かったが、近しい印象に変わったとの意見があった。

#### ・患者向け

難病患者の通院負担軽減（体調への配慮）のための遠隔医療機会作りを支援した（継続中）。その患者の居住地県庁担当者や患者団体関係者などとの意見交換を続けている。良い機会作りとなった。

・新聞[22]

従来、遠隔医療は産業メディアが多く取り上げた。しかし、産業振興の視点に偏るので、地域医療の視点、患者の視点とは遠いものとなる。今年度に入ってから朝日新聞の特集など、一般視点で取り上げられる機会が増えた。産業進行視点ではなく、「地域を考えることが重要」などの貴重な見識が入ってきた。

・見守りとコミュニケーション支援（ICTの活用が共通的に高い分野）

もう一つの試みとして、遠隔医療の外縁・近隣関係にある試みとの情報共有を始めた。一つは「遠隔医療通訳」など、医療へのコミュニケーション障害（外国人、聾啞等の身体障害）がある患者と医療者のアクセス支援である。コミュニケーション障害も一種のアクセス不良であり、遠隔医療と共通する課題である。技術の共通性が高く、支援基盤には共通性が高かった。もう一つの対象として「見守り」を取り上げた。見守りには保健師による高齢者の健康管理、医療では慢性疾患のモニタリングやメンタルヘルス、介護での関係者情報共有、福祉での孤独死早期発見など種々の取り組みがある。一部は遠隔医療と重複する。特に慢性疾患のモニタリングおよび地域包括ケアの見守りと在宅患者向け遠隔医療に重複がある。逆に遠隔医療が、保健・介護・福祉の見守りとつながることもある。関連性を常に意識する必要がある。ちなみに本研究でも取り上げた服薬指導モニタリングは元々医師による遠隔医療ではなく、見守りの発想で開始した。[19]

5. 総合的課題

1) 地域実情

- ・ 医療ICT導入の成果は、大きく宣伝される地域もあるが、実態はアピールほど大きくないと考えられる。
- ・ 医師不足地域ほど熱心である。各県事情による必要意識の間には差異が小さい。
- ・ 遠隔医療研究者の期待ほど、地域行政からの評価(ニーズ希求)は高くない。
- ・ 地域医療行政では、遠隔医療など医療ICTについて、優先的政策目標と考えていない。実態として医師確保できない場合の「第二選択」の手段である。地域で重要なことは、専門診療科の分化進行による専門医不足、在宅医療に取り組む医師、看護師不足による地域ケア提供体制不足であり、その裏には研修医、若手医師の地域での支援の不足などもある。ところが医療ICTは、これらに対して直接的な解決策を示していない。医師不足の厳しくない地域が関心を持たない背景には、この事情がある。国や遠隔医療を推進したい人々は、この事情を十分に認識して、産業政策的推進ではなく、地域医療推進策として考えるべきである。
- ・ そもそも現場医療者が関心を持つ遠隔医療手法は少ない。
- ・ 有効な取り組みが進む地域もある（深刻な医師不足地域など）。患者数が多い地域での実施が多くなると考えられる。地域モデル維持は一施設で可能な課題ではない。全国共通の仕組みだけでなく、地域で運営できる仕組みが求められる。そのためにも地域の評価

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）  
平成26年度研究 総合報告書

- 確立が欠かせない。
- ・ ニーズが無いと言うより、「良いと思うが何が良いか不明」との意見があり、地域で手法を研究開発が難しいことがわかった。
- 2) 質評価の仕組みが不足
- ・ 測定対象・改善対象のモデル化が不足しており、評価にならない。[14]
  - ・ 実施の実態に関して、測定できる情報も大きく不足している。
  - ・ 実態を明確に示せる診療報酬からデータ測定できることが重要である。制度側の改善が欠かせない。期待はあるが、エビデンスが無い。
  - ・ 地域的課題も評価因子に含める必要がある。地域行政が評価できない現状に問題が多い。対象地域の条件整理や報酬コード化について、米国制度に参考となるものがある。[16]
  - ・ 地域で手法を開発できないことが、質評価不足にもつながっている。
- 3) 医療安全と質の保証が弱い。
- ・ 遠隔医療の医療過誤を防ぐ、日常体制が無く、事前予防、事後対応などの手段が無い。
  - ・ 施設にまたがる記録方式が弱い。事故時に遠隔医療の実施記録が埋もれることも起こりうる。隠蔽との誤解を招く危険性もある。
- 4) 支援体制（チーム医療）が弱い[17]
- ・ 遠隔診療のインフラとしてのチーム医療体制（看護師による日常運用システム）が欠かせない。
  - ・ 遠隔診療：患者側で「医師の目や手」として、診療を支援する訪問看護師。
  - ・ モニタリング：収集されるデータの監
- 視や管理を行い、医師に情報を集約して示す看護師。
- ・ 保健も同様で、保健師体制で運用する。
  - ・ 体制構築の負担が大きく、遠隔医療の臨床研究が進まないことも起こる（研究従事医師一人への負担の集中等）
  - ・ 遠隔医療を支援する看護師の育成、チームのプロトコル開発、必要コストの確保などの検討が重要である。
- 5) 手法や医療者の導入の仕組み不足
- 先進県では、システム導入をどのように評価するか、診療報酬につなげるか模索している。県内の大学や医療機関にノウハウが無い場合があり、県内体制を県単体で構築できない。前述の通り、モデル不足しているが、さらに専門研究者や医療者と県行政がつながるチャンネルも不足しており、新たな手法やモデルの導入にも支障がある。
- 6) 技術の現状
- ・ 産業界から技術水準が向上すれば遠隔医療が可能となるとの意見がある。実態と乖離するが、医療界と産業界を埋める活動が少なかった。医療・行政・産業のコミュニケーションが悪い。
  - ・ 医療の実態を知らないまま、曖昧な知識で「技術待望論」が出ることが多く、ミスリードを起こしている。
  - ・ 高度技術の企画・評価できる産業側人材も少なく、産業界内部で技術的実態と「技術待望論」に乖離がある。技術専門家が産业内で説明し切れていない。
  - ・ 結果として補助事業等でも順調でない案件が存在するらしい。発注者（医療・行政）側の要件絞り込み不足などの不満を産業界で感じる人が多い。必ず

しも産業側の人材不足や能力不足とは言えない。

高度技術（4K/8Kの高画質画像等）  
「画質がよくなれば、遠隔医療が進む」との言説があるが、「画質」「画像」の技術要件の摺り合わせの議論不在のまま進んでいる。大きなデータサイズなので、画像符号化（圧縮）が欠かせず、圧縮技術と医療ニーズを摺り合わせできる人材も不足している。医療側でも、画質不足を問題とする遠隔医療は無く、現状技術に満足している。結論として、4K/8Kになれば遠隔医療ができるとの説は現実的でない。将来に高度な技術が安価に使えることは、たいへん有用である。見据えた技術推進策を考えないと、単なる「高額研究費が欲しい症候群」扱いされて、好ましくない誤解が広まる。

#### 7) 海外との比較[16]

「日本の遠隔医療は遅れている。海外は進んでいる」などの言説は時折見かける。そのため諸外国との制度比較等を行った。結果として、制度上は米国と日本が診療報酬制度上で最も明確になっていること、欧州では制度的検討が少ない、アジア等ではそもそも制度が進んでいないなどの状況がわかった。また利用状況では「広大な国」では医療アクセスが悪いので活用されていた。良好な医療提供体制があるのに、ICTによる活性化まで進めていたとは言えなかった。何らかの医療アクセスの悪いところが無い限り、遠隔医療を活用するとは限らないことがわかった。

## 4 . 考察

### 1) 推進理念

遠隔医療は「医師不足の解消」「医療費高騰の抑制」など、種々の利点を推進理念としている。しかし従来試行の多くで、必ずしも効果実証の取り組みは進まなかった。各施設がボトムアップの努力では実証が難しい。また個別施設の経営上は、医療費の高い患者が望ましく、遠隔医療は不利である。それにも係わらず各施設からの研究成果提案を待つことに矛盾がある。理念の内容の整理や充実を行い、地域の理解が進みやすいよう、社会からトップダウンの理念で再誘導すべきと考える。[14]

### 2) 現場で価値を感じる手法・対象の開発[14]

遠隔医療に関心を持たない医療者は多い。面倒・負担が大きい・無理・無駄との悪印象がたいへん多い。一つには前述のトップダウンの推進理念も必要だが、他にも遠隔医療研究者が臨床医療での価値を考えて、筋の良いターゲットを狙うことが求められる。遠隔医療研究者、産業界を含めて、「技術的に取り組みやすい研究開発課題」「省庁補助金テーマとして受けやすい課題」に目を向けすぎている。「出来たものは優れている筈だから、使ってくれ。使い方は考えてくれ」との地域ニーズに根ざさない意識が無いだろうか？ 現場医療者の声に耳を傾けているだろうか？ 耳を傾けない人に対して、誰も耳を傾けない。

また、このためには臨床系学会とICT系学会のラウンドテーブルの設置が望まれる。トップダウンの推進理念と近い意味で、国レベルのトップダウンによる研究推進体制の構築が望まれる。

難病患者など、医療へのアクセス難度が

非常に高い対象を見いだしたこと、遠隔医療コーディネータの必要性を明らかにしたことは、一歩前進である。よほどの医療不足地域でない限り、中々遠隔医療に意識が向かないので、まず現場が価値を感じる目標設定ができた。

### 3) 質の評価と改善の枠組み整備[14]

多くの遠隔医療の取り組みが、「新技術を作り、新システムで、新たな患者対応を可能にした」との報告を行うことが多い。前々からの取り組みの、質の改善、利用者（医師や患者の増加）を報告するものが少ない。科学研究費など国からの事業資金を研究の土台とする限り、「新規性の追求」が避けられない。しかし弊害として、下記の四点が起きている。

継続的な改良の研究が非常に少ない。一つ作れば、すぐ次に行くので、現場医療者が満足しないうちに研究者の気が移ってしまう。これでは現場が喜ばない。常に新しいテーマに軸足を移すので、現場医療者が使えない技術や意識に発展してしまう。

遠隔医療は地域毎の課題解決が重要対象だが、地域課題と新技術が必ずしもリンクしない。地域事情を追い越した技術では、地域展開が望めない。

改善が研究課題でないので、質や数量のデータ収集、評価手法、改善行動などの品質向上モデルを誰も研究しない。

現場を見ない研究者に対して、現場も関心を持つことは無い。

### 4) 質と安全を守る仕組み[14]

医療安全に関する検討は、まだ遠隔医療には存在しない。産業界に対して「安全性」を求めれば、感電・破損・通信障害等の防

止を考慮する。しかし、医療安全はそのレベルに留まらない。機器のトラブルが診療手順に悪影響を及ぼして患者に有害な事象を引き起こすこと、運用上のミスで患者被害が出ること、そもそものシステム設計時の想定外状況による事故などを想定して、防止の仕組み、発生時の被害拡大・復旧・賠償の仕組み、責任のあり方などを検討しなければならない。

例えば地域医療情報連携での情報抜け落ち起きて、テレラジオロジーでの診断ミスが発生すると、現時点では情報抜け落ち等の問題を解明するための情報の蓄積・医療安全体制・患者への賠償の全てについて、何ら社会的枠組みがない。診断医が医療過誤保険に加入する程度の仕組みだけである。今、遠隔医療で医療事故が発生したら、今後の推進上の大きな足かせとなる。公的な対応体制の早急な確立が求められる。

### 5) 実施基盤[17]

看護師によるチーム医療基盤の検討が現場で始まっている。これに加えて、今後は大学レベルの教育（医学部、看護学部）、現場医療者教育の仕組みが望まれる。特に推進理念レベルでの意識向上が重要となる[14]。

### 6) 産業界との意識差の解消[20]

医療者、行政、産業界の間のギャップは大きい。具体的な争点は参考文献に譲るが、この三者間の意識の差が埋まらない限り、医療ICTの進展にも悪影響があるし、そもそも不毛な規制緩和議論などの、互いの足の引っ張り合いが収集しない。

### 7) ロードマップについて

これまでロードマップは「技術的開発目

標」「インフラ設備整備」「制度変更」などトップダウンの目標設定が多かった。「現場は望んでいる。提供側の不足を改善するのがロードマップである」との考え方に立つ。しかし実態は行政では「遠隔医療を最優先策にしにくい」、現場では「追い詰められた地域が取り組む」、患者や一般市民は情報が不足など、遠隔医療への認識醸成が難しいとわかった。また遠隔医療の実施モデル（エビデンス）の不足も大きい。技術的システムはあるが、具体的なアプリケーションや教材が無い。さらに遠隔医療の価値の共通理解も無い。能力に限界がある遠隔からの診察が重要か、遠隔から指導や管理することが重要か、合意が無い。例えるならば調理器具はあるがレシピが無い、調理器具の使い方も価値も知られていない状態に相当すると考えられる。

ロードマップの関係者が複数となり、時間的見通しを示せないので、マイルストーンとすべき課題を示す。ハードから、ソフトな推進策に軸足を移した推進が望まれる。

#### 遠隔医療の価値の再定義

遠隔からの“能力が限定される診療”の価値を求め続けたことで、社会的有用性の評価が遠回りした。これからは開発者の理屈ではなく、社会のメリットを重視すべきである。言い換えれば、場所や時間に制約されず、医学的管理や指導を提供して、地域の医療水準を向上することが重要となる。つまり遠隔医療とは、「距離や時間を越えて、地域全体の医療の質の向上を支援する手段」である。単に高度技術が際立たただけで、社会的価値を説明しきれない遠隔診療技術は重要ではない。つ

まり遠隔からの“診断”や“治療”に価値を絞り込む必要性は無い。有用な形態の一つは、患者を前にした医師や他医療者（訪問看護師等）を専門的、指導的医師が支援することである。二つ目の形態は患者の時間・位置に関わらず身体状況を把握して、必要な指導や管理を行うことである。その際にICTを活用することで、位置・時間に関する能力を拡大することが遠隔医療の利点である。

もう一つ考えるべきは、遠隔医療は地域医療のゴールではなく、支援策、バックアップ策である。常によりよい手段が無い、質の向上を考えて実施すべきであり、恒久的手段とは限らない。地域の医師の能力が向上したり、能力ある医師が赴任したら、遠隔医療は不要となる。地域の医療供給能力が低下したら、再開する。つまり地域で提供できる医療の質とのバランスで遠隔医療の活用を調整すべきである。遠隔医療が、地域の医療提供能力のバツファとなることで、地域医療の安定度を高めれば、質の低い遠隔からの限定的診察よりも、地域は評価する。

この定義は遠隔医療研究者だけでなく、一般の医療者、患者、行政に広げる必要がある。行政をはじめとする地域のイニシアティブが遠隔医療への価値観を持たないと、地域に有用となる遠隔医療を展開できない。

この定義では一見、テレラジオロジーやテレパソロジーが含まれないが、実は含まれている。テレラジオロジー等では主治医が専門的診断知識を求

め、それを専門の放射線科医、病理医が提供することで、指導・管理を行っている。つまり、画像診断という行為に留まらず、地域の医療提供能力を向上している

管理モデル作り

遠隔医療はバックアップとしての扱い、活用調整など管理手法が必要となる。また難病患者や新規管理対象など、地域で扱い方が確立していない手法の導入や仲介なども必要となる。これら手法を管理モデル化して、各地の行政や医師会が使えることが望まれる。地域モデル作り（エビデンス作り）

指導・管理の提供を狙うので、臨床行為だけでなく、地域医療体制（医学的管理・指導システム）が遠隔医療による活性化対象となる。各地域で取り組むにはモデルを示し、学べることが欠かせない。本研究の調査結果から、救急支援（北海道道北部）、専門支援（旭川医科大学、岩手医科大学）、地域ケア体制拡充（岡山県新見市）、商用テレラジオロジー事業者では画像診断（疾患の特定）だけでなく、地域の中での次の診療手段への助言（域内他施設への紹介の提案等）など複数のモデル候補を見出した。

例えばこれらは地域の専門医師数のリバランス、地域連携の改善、プライマリケアの広域展開などの良い手段である。今後の課題として、これまでの遠隔医療研究で、地域全体での慢性疾患の管理能力向上（例えば、地域の糖尿病管理等）の明確なモデルが少なかったことから、新たなモデル開発

が期待される。

地域としての推進は、施設の医師からの発案でのボトムアップからの推進は難しい。医療行政、医師会などが、地域医療状況を鑑みて、地域としての意思決定と指導が必要となる。新たな意識作りが必要である。

有効性立証は、「行政的エビデンス」として重要である。しかし疫学の研究対象とは言えず、実証手法の開発が求められる。臨床医などの意識とは乖離する点もあり、その開発が課題である。臨床モデル作り（エビデンス作り）

前述の実施モデルとは、地域体制である。それに加えて、個々の医療者が行うこと、臨床手法の実施モデルとして、身体評価や介入手法、薬剤等の重要性は高い。具体的な手法、薬剤、臨床的效果測定が欠かせない。重度喘息や COPD の重症化（再入院抑制）、CPAP、心臓ペースメーカーモニタリング、在宅患者のテレビ電話診療等のモデルがある。効果の実証はコントロールスタディなど、通常臨床研究手法による。

臨床モデルは実際の診療手法であり、地域モデルに比べて、個々の医療機関でも取り組みやすい。しかし人的体制を組める、他施設を支援できるなど、小規模な施設では難しい点がある。また専門性でも、地域の指導的医療機関でないといけない。

支援体制

医学的な指導と管理がターゲットであり、医療機関、行政組織共に体制構築が欠かせない。必要な体制として、

遠隔医療の評価支援と業務実施支援の二つがある。

個別の施設での診療や診断の実施だけでなく、地域全体での実績評価と質改善（PDCA サイクルを回す）には、実施データ収集や臨床的評価が必要になる。それは行政の力だけでは不足で、継続的に取り組む専門担当者が欠かせない。その業務は、行政などで珍しくないコンサルタントへの外注では、医療業務への専門性が低く満たせない。診療情報管理士などの有資格者の体制構築が望まれる。エビデンスについても、臨床・行政（地域モデルや管理モデル等）の双方の評価尺度開発が必要である。

実施についても、システムの安価な利用や管理、モニタリング支援などが求められ、何らかの支援事業者の確立が望まれる。それは特定医療機関のみに従属せず、複数の医療機関を支援できる体制であり、クラウドなどの設備共有、患者宅対応やモニタリングあんど人的サービスなど多面的となる。地域としての事業体立ち上げなどが必要と考えられる。

#### 財源確保

臨床モデルの実施には個別の診療行為があり、診療報酬で支えることがスキームに合う。報酬項目を作りには、臨床的エビデンスとして診療効果と医療経済の双方が重要となる。それらを揃えて、個別に中医協などで協議、推進する。

地域モデルは、個別の診療行為と離れたものがある。それらの運用費用は

診療報酬からカバーしても、基本費用は診療報酬にそぐわないかもしれない。それらは地域医療介護総合確保基金など、地域として重要な事業を支えるスキームでの対応が似つかわしい。各地域で別個に考えるのではなく、「地域包括モデル」としての開発が望まれる。モデルを求める声はあるが、具体的な提案は無い。これからの重要課題である。

#### 人材開発（研修等）

モデル（エビデンス）が必要と理解されても、内容が社会的に確立されなく、個別の医療者や行政担当者が考案することは難しい。モデル開発と併せて、従事者育成が求められる。地域や管理モデルと臨床モデルの全ての育成プログラム開発が望ましい。（図4）

## 5 . まとめ

これまでの遠隔医療研究は地域医療よりも産業振興に近い視点で推進されてた。しかし技術の整備が進み、技術進展だけで遠隔医療を推進することが不可能となった。遠隔医療の実態と臨床現場や地域医療行政の意識などを捉えて、推進しにくい現状を明らかにした。取り組むべき課題を抽出でき、ロードマップの展望を作った。

## 6 . 参考文献

- [1]厚生労働省。「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」（平成23年3月31日）、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/johoka/dl/h23.pdf>（2014年3月17日 アクセス）
- [2]遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究ホーム

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）  
平成26年度研究 総合報告書

- ページ <http://plaza.umin.ac.jp/~tm-research/> (2014年3月17日アクセス)
- [3]長谷川 高志 酒巻 哲夫 齋藤 勇一郎. 遠隔医療の更なる普及・拡大方策の検討のための調査研究、日本遠隔医療学会雑誌 9(2), 118-121, 2013-10
- [4]長谷川高志、酒巻哲夫、郡隆之他. 訪問診療における遠隔診療の効果に関する多施設前向き研究、日本遠隔医療学会雑誌 8(2), 205-208, 2012-10
- [5]郡隆之, 酒巻哲夫, 長谷川高志他. 訪問診療における遠隔診療の事象発生、移動時間、QOLに関する症例比較多施設前向き研究、日本遠隔医療学会雑誌 9(2), 110-113, 2013-10
- [6]遠隔診療の指針、日本遠隔医療学会、<http://jttta.umin.jp/pdf/14/indicator01.pdf> (2014年3月17日 アクセス)
- [7]赤坂 俊英 高橋 和宏、三陸沿岸部震災被災地域との皮膚科遠隔診療の試み-陸前高田診療所(岩手県医師会)と岩手医科大学皮膚科との遠隔皮膚科診療-、日本遠隔医療学会雑誌、9(1)、4-5、2013-05
- [8]小笠原 敏浩, 秋山 正史, 原 量宏. 遠隔地でのモバイル胎児心拍転送システム・周産期電子カルテの統合による周産期連携システムの構築、日本産科婦人科学会雑誌, 59(2), 2007-02
- [9]長谷川他、遠隔医療の各種手法の研究に関する研究、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [10]高橋 義彦 佐藤 譲. 岩手医科大学と県立宮古病院の間の糖尿病遠隔医療支援、日本遠隔医療学会雑誌、9(1)、6-7、2013-05
- [11]横山 広行, 大塚 頼隆, 野々木 宏. 急性心筋梗塞と脳卒中に対する急性期診療体制の構築に関する研究 循環器救急医療体制におけるモバイル・テレメディシンの現状、日本遠隔医療学会雑誌 5(2), 143-144, 2009-10
- [12]昆 貴行、酒井 博司 他、道北北部医療連携ネットワークについて-医療連携ネットワークを用いた遠隔救急トリアージの試み-、日本医療情報学会、第33回医療情報学連合大会抄録集, 888-889, 2013-11
- [13]疾病管理サービスについて、株式会社DPPヘルスパートナーズ、<http://dpphp.jp/>
- [14]長谷川他、遠隔医療のモデル、価値と質、評価に関する検討、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [15]長谷川他、遠隔医療従事者研修実施報告、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [16]長谷川他、遠隔医療に関する米国の制度の概況、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [17]長谷川他、遠隔医療のためのチーム医療体制の必要性と育成に関する検討、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [18]長谷川他、遠隔医療の地域の取り組みの調査、平成25年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2014-03
- [19]長谷川他、見守りの現状と遠隔医療との関連、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [20]長谷川他、遠隔医療への技術開発と産業界の支援に関する検討、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [21]長谷川他、患者アクセスの改善の検討、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03
- [22]長谷川他、社会からの視点、平成26年度厚生

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）  
平成26年度研究 総合報告書

労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03  
[23]長谷川他、遠隔医療の普及と啓発、平成26年度厚生労働科学研究「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」総合報告書、2015-03

237, 2014-10

(2)煎本正博、石垣武男.社団法人遠隔画像サービス連合会の活動、日本遠隔医療学会雑誌 10(2), 238-239, 2014-10

D.健康危険情報

なし

E.研究発表

1. 論文発表

(1)長谷川 高志 酒巻 哲夫 齋藤 勇一郎他.遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究、日本遠隔医療学会雑誌 10(2), 234-

F.知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

表1 専門知識収集のための調査用紙

番号	項目	内容
1	対象疾患	
2	対象地域	
3	対象患者	
4	対象とする課題	
5	手法(概要)	
6	安全性と有効性	
7	普及手段	
8	普及状況	
9	ガイドライン	
10	診療報酬	
11	その他財源	
12	関係者(団体)と役割	
13	推進要因	
14	阻害要因	
15	主要研究者	
16	主要論文や刊行物	
17	その他情報	

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）  
平成26年度研究 総合報告書

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）  
平成26年度研究 総合報告書

表 2(a) 特定疾患治療管理料の遠隔診療適用可能性

コード	名称	遠隔医療向け診療報酬	遠隔医療実施可能性
B001-1	ウイルス疾患指導料		
B001-2	特定薬剤治療管理料		
B001-3	悪性腫瘍特異物質治療管理料		
B001-4	小児特定疾患カウンセリング料		
B001-5	小児科療養指導料		
B001-6	てんかん指導料		
B001-7	難病外来指導管理料		
B001-8	皮膚科特定疾患指導管理料		
B001-9	外来栄養食事指導料		
B001-10	入院栄養食事指導料		
B001-11	集団栄養食事指導料		
B001-12	心臓ペースメーカー指導管理料	あり	
B001-13	在宅療養指導料		
B001-14	高度難聴指導管理料		
B001-15	慢性維持透析患者外来医学管理料		
B001-16	喘息治療管理料	あり	
B001-17	慢性疼痛疾患管理料		
B001-18	小児悪性腫瘍患者指導管理料		
B001-20	糖尿病合併症管理料		
B001-21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料		
B001-22	がん性疼痛緩和指導管理料		
B001-23	がん患者カウンセリング料		
B001-24	外来緩和ケア管理料		
B001-25	移植後患者指導管理料		
B001-26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料		
B001-27	糖尿病透析予防指導管理料		

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）  
平成26年度研究 総合報告書

表 2(b) 在宅療養指導管理料の遠隔診療適用可能性

コード	名称	遠隔医療向け診療報酬	遠隔医療実施可能性
C101	在宅自己注射指導管理料		
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料		
C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料		
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料		
C102-2	在宅血液透析指導管理料		
C103	在宅酸素療法指導管理料		
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料		
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料		
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料		
C106	在宅自己導尿指導管理料		
C107	在宅人工呼吸指導管理料		
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料		
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料		
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料		
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料		
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料		
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料		
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料		
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料		
C112	在宅気管切開患者指導管理料		
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料		
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料		
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		

表 2(c) 生活習慣病指導管理料の遠隔診療適用可能性

コード	名称	遠隔医療向け診療報酬	遠隔医療実施可能性
B 001-3 イ	脂質異常症を主病とする場合		
B 001-3 ロ	高血圧症を主病とする場合		
B 001-3 ハ	糖尿病を主病とする場合		

図1 遠隔診療の保険上の位置

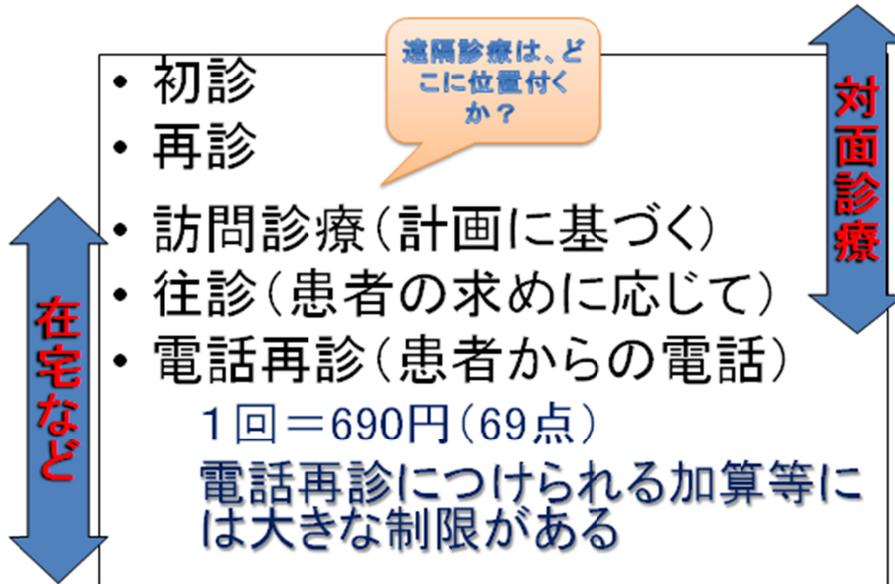


図2(a) 遠隔医療の概況

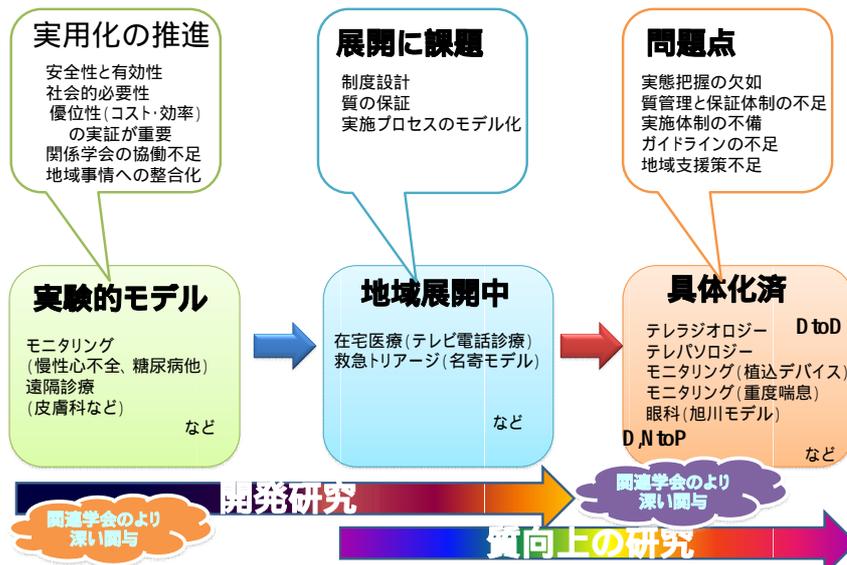


図2(b) 遠隔医療の概況（課題）

種類	D to D 商用テレラジオロジー テレパソロジー 地域医療情報連携	D to D to P 救急トリアージ 眼科(旭川モデル)	D to N, P 在宅医療 (テレビ電話診療)	D, N to P モニタリング
現状	具体化済み、 全国で展開中	地域展開中 一部具体化済み	地域展開中	具体化済みがある。 有望な研究もある。
利点	専門医不足の緩和	医師不足の緩和	医師不足の緩和	慢性疾患の 管理向上
課題	・質の保証 ・評価が未確立	・地域(医療機関間)の 合意と手順確立 ・展開が弱い ・評価が未確立 ・市域支援策	・展開が弱い ・評価が未確立	・展開が弱い ・実施体制
解決方法	・実態把握 (手段確立、実施、改善) ・診療報酬に 遠隔医療コード ・エビデンス	・制度的解決 ・エビデンス	制度的解決	・チーム養成 ・制度化 ・エビデンス

図2(c) 遠隔医療の概況（一覧）

具現化	 <p>重度喘息モニタリング (特定疾患治療管理料)</p>  <p>心臓ペースメーカー モニタリング (特定疾患治療管理料)</p>  <p>テレラジオロジー (画像管理加算 画像診断料)</p>  <p>テレパソロジー (術中迅速病理標 本作成料断料)</p> <p>D, N to P</p> <p>DtoD</p> <p>DtoD to P</p>  <p>遠隔眼科検査</p>  <p>ホルター心電図検査(遠隔読図)</p>
地域展開中	<p>DtoD to P</p>  <p>救急トリアージ</p>  <p>在宅医療(テレビ電話診療)</p> <p>Dto N, P</p>  <p>遠隔妊婦検診</p> <p>DtoD</p> <p>地域医療情報連携 (あじさいネット他)</p>
実験的モデル	 <p>慢性心不全管理</p>  <p>在宅酸素療法</p>  <p>服薬状況モニタリング</p> <p>D, N to P . . . . .</p>

図3 遠隔医療の現状

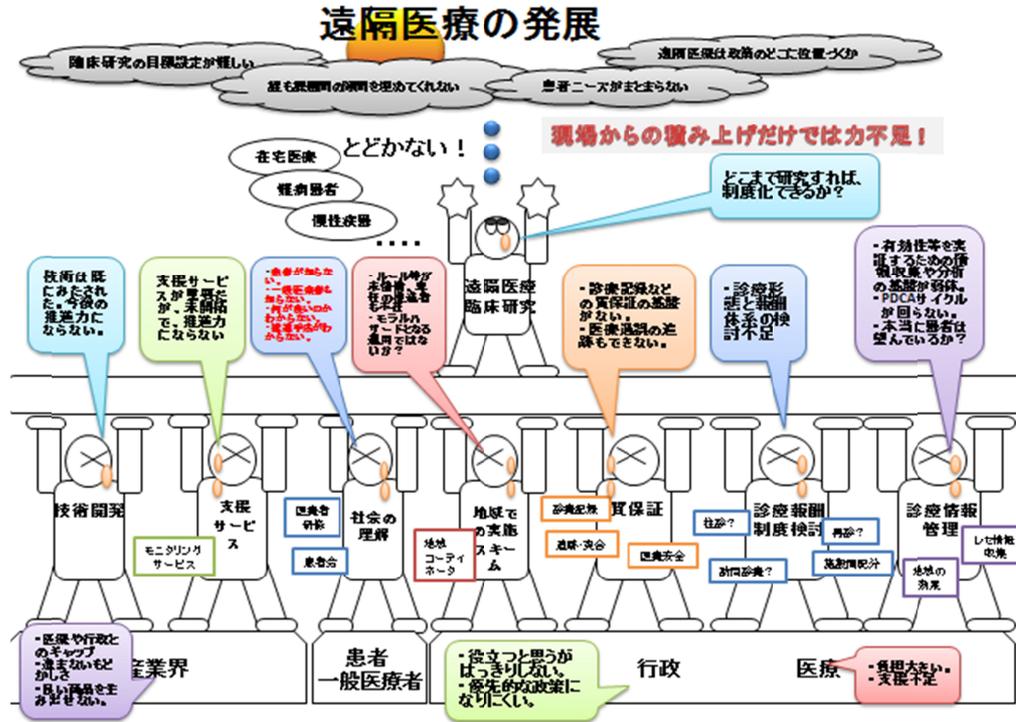


図4 遠隔医療推進のロードマップ(フレームワーク)

