

オンライン診療の診療手法、教育、臨床研究、ガイドライン作成手法の検討

研究分担者 森田 浩之
岐阜大学大学院

研究要旨

オンライン診療は、今後様々な領域で発展すると期待されるが、基本的知識（診療手法）、臨床研究手法、エビデンスを報告する学術活動、医学教育手段などの検討が遅れていた。そのための基礎知識をまとめた。

A. 研究目的

オンライン診療について、様々な推進努力が為されているが、診療手法の整理、臨床研究の狙いや手法、教育手法、臨床ガイドライン作成に関する系統だった検討は無かった。そこで、今後のオンライン診療従事者や参入者への基礎知識となる情報を整理した。

B. 研究方法

治療の現場において、医師教育や臨床研究に長年の経験を有し、日本遠隔医療学会の関係する立場で指導する研究分担者により、手引き書として執筆した。

（倫理面への配慮）
患者情報は扱わない。

C. 研究結果

1. 従事者の拡大のための診療技法の整理

① 診療手法の知識と共有

a. オンライン診療による医療面接

オンライン診療の最初にするべきことは、挨拶と本人確認である。回数を重ねれば医師・患者とも相互に画面での本人確認は簡単であるが、開始後数回は氏名や生年月日などで患者と診療録が一致しているかを必ず確認する必要がある。

スマートフォンなどの比較的小さいデバイスを用いた時には問題がないが、デスクトップパソコンなど画面が大ききものを用いた場合、カメラが画面の外に設置されているため、医師が画面の患者を見ながら話すと患者側から見ると医師の眼が少し下を向いたように見えるため、患者との視線が合わないことを知っておく必要がある。

オンライン診療を行っている場所に注意が必要である。医師側が診察室である場合には静粛性が問題となることは少ないが、患者側は場所によっては静粛性やプライバシーへの配慮が必要となる場合がある。そのため、患者の居場所がどこであるか、周囲に他人がいないかどうかの確認が最初に必要になる。場合によっては、患者側にはイヤホンやヘッドフォンなど医師側の声が周囲に聴こえない工夫が必要となる。画面や音声クリアで

視聴に問題がないことも、医師・患者双方で最初に確認が必要である。

医師は、予め患者毎に患者との間でオンライン診療中に確認する事項を決めておくことと良い。診療計画書に記載し患者と共有しておくことで、滞りなくオンライン診療を終えることができるし、研究をしている場合、評価項目の聞き忘れがなくなる。

b. オンライン診療におけるモニタリング

モニタリングデータは、クラウド上にデータが保存されている場合には、予め医師が閲覧しておくか、オンライン診療の最中に閲覧して、患者にその結果に対してフィードバックすることになる。オンライン診療に於いてモニタリングは極めて重要で、オンライン診療を推進するものである。モニタリングデータは診察と診察の間を線で繋ぐもので、診察の間にその疾患が安定した状態にあったことを保証し、診察時の1点の生体情報に比較してより価値のあるものであることが多い。

モニタリングは、できれば血圧測定など患者自身の能動的な行動を伴って得られるものでなく、例えばすでに保険適応がある持続血糖モニタリングや植込型心電図検査のように、患者が意識しなくても自然にデータがサンプリングされるものが望ましい。最近では、正確性がどの程度であるかは不明であるが、腕時計型血圧計も販売されている。今後もこのような存在をさほど意識することなく、自動で生体情報をサンプリングできるモニタリング機器が種々開発されることを期待している。

c. オンライン診察による視診

身体診察には、視診、聴診、打診、触診という4診察法がある。このうち、オンライン診療において対面診療と遜色なく行えるのは現在では視診のみである。現在の保険診療では、オンライン診療は比較的安定した患者に対して行い、3回に1回は対面診療が必要である。そのことを考えれば、オンライン診療で取って視診以外の3診察法を行う意義は少なく、必要なら対面診療の際に行えば良い。

視診とは、医師が患者の体表面や粘膜を直接眼で見、正常との変化を確認する診察法である。

厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）
平成30年度総括研究報告書

異常と判断できるものに、皮膚・粘膜表面の凹凸の他に色調の変化がある。対面診療では医師は2つの眼で立体的に凹凸を判断しているが、現在のオンライン診療ではカメラは1つのため表面の立体認識ができない。そのため正確に凹凸を判断するにはカメラを動かして多方向から観察する必要があり、医師の想像力も重要になる。

もう1つの課題は色調の変化をオンライン診療でいかに的確に捉えられるかである。それにはカメラの色調に対する性能に加えて、照明が重要である。ただ、実際には色調が正確でなくても、周囲の正常な皮膚や粘膜と病変部が異なることが認識できれば大きさは判断できる。また、患者が照明や場所を変えて、患部を写真に撮って医師に送ってもらうことも可能であり、正確な診断に困る場合には対面診療を勧めることになる。要するに、視診でも病変のある程度の状況が把握できれば十分と言える。

一方、発疹もいつまでも同じ状態ということはありません。皮疹が出たらそれをカメラで撮影しておくなど、日々の変化を写真に記録しておくことも医師は日頃から患者に指導しておきたい。また、てんかんや不随意運動など発作的にしか出現しないものでは本人もしくは家族による動画撮影が診断に大きく寄与することが多い。

d. オンライン診療におけるその他の診察

前にも述べたように、現在の診察ツールでは聴診、打診、触診を敢えてオンライン診療で行う意義は乏しく、対面診療で医師が直接行うべきである。将来的にオンラインでこれらの診察ができるツールが開発される余地は十分にある。しかし、オンラインでの診察が対面診察を超えることは想像しがたい。医師は日頃から対面診療での診察力と正確性を磨いておく努力が必要である。

2. 臨床研究の推進

(1) オンライン診療の形態および地域の医療者によるエビデンス蓄積への役割

a. オンライン診療の形態

オンライン診療の形態として、医師・患者間での診療(D to P)が現在保険診療として行われている。特定疾患療養管理料などを算定しており、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者のみが対象となっている。このほかに、通院が困難な患者に対して、自宅で訪問看護師が患者の補助をすることによってD to Pを行うD to P with Nや、医師が訪問看護師にオンラインで指示をして、訪問看護師が診察や処置を医師の代わりに行って結果を伝えるD to N to Pがある。これらは現在、オンライン診療として保険適応の範囲ではないが、今後の在宅医療には必要な手法であり、適応の拡大が計画されている。

b. 地域の医療者によるエビデンス蓄積への役割

平成30年3月に厚生労働省から出された「オンラ

イン診療の適切な実施に関する指針」¹⁾でも、23ページには「エビデンスの蓄積」と題して以下の記載がある。「オンライン診療の安全性や有効性等に関する情報は、個々の医療機関で保有されるだけでなく、今後のオンライン診療の進展に向け社会全体で共有・分析されていくことが望ましい。そのためにも、医師は、カルテ等における記録において、日時や診療内容などについて可能な限り具体的な記載をするよう心掛けるとともに、オンライン診療である旨が容易に判別できるよう努めることが望まれる」。つまり、前向き研究はもちろんであるが、今後行われる可能性のあるオンライン診療の有効性や安全性を証明する後ろ向き研究に配慮して、少なくともオンライン診療の期日、開始時刻と終了時刻、通信などのトラブルの有無、診療内容などを遅滞なく正確に診療録(カルテ)に記載しておく必要がある。

オンライン診療は、2018年4月に保険診療として始まったばかりである。「オンライン診療の適切な実施に関する指針」¹⁾によると、対象患者もオンライン診療をする場所も限られている。制度上の不具合や診療報酬上の問題など、実際に行ってみて初めて明らかになることもあるため、こうした限定的なスタートは初期の段階では止むを得ないと考えられる。ただ、地域のできるだけ多くの医療者がオンライン診療に参加することによって、こうした問題点が早期に明らかになり、オンライン診療システムの改良や改善、注意喚起に繋がると考えられる。薬の開発は、治験終了後に薬事承認、製造販売承認と進むが、販売後速やかに市販後調査が開始され、安全性情報を中心に有用性情報も収集される。オンライン診療に関しても、全国的な実態調査は速やかに行っていく必要がある。

c. 学会等の役割

学術団体である日本遠隔医療学会では、2018年度以降の学術総会・スプリングカンファレンスでオンライン診療に関するセッションを開催し、厚生労働省、学識経験者、オンライン診療経験者に発表の機会を積極的に作り、会員・非会員を含めた参加者からの質疑応答を含めてオンライン診療に関する情報提供を行っている。今後もこれを継続するとともに、日本遠隔医療学会雑誌やホームページを通じて、オンライン診療に関する話題を提供していく予定である。

さらに今後、日本遠隔医療学会の役割として求められるのは以下の点と考えられる。

1) オンライン診療に関するエビデンスの創出のための研究の立案と主導

これまで、主に日本遠隔医療学会の学会員で構成された厚生労働科学研究補助金「遠隔診療研究班(酒巻班)」では、在宅患者を対象とした遠隔医療の有効性・安全性に関するエビデンスを後ろ向き研究²⁾、前向き研究³⁾を行い、論文として発表してきた。同様にオンライン診療に関してもこれらの経験を生かして研究計画を立案し、経験の豊富

厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）
平成30年度総括研究報告書

な施設との多施設共同研究を行い、オンライン診療の有効性と安全性を証明することを主導してゆく立場にある。

2) オンライン診療に関する研究計画の募集と助成

学会主導以外に、個人や団体からオンライン診療に関連する臨床研究を公募し、学会で審査を行ってエビデンスに繋がる有望な研究に対しては研究費の助成を行うこともありうる。特に、若手医師からの斬新なアイデアを期待したい。

3) オンライン診療に関する医師への教育的企画の開催

オンライン診療の裾野はまだ狭く、現実利用している医師も少ない。そうした医師が増えなければエビデンスも生まれてこない。そのため、開始するのに最低必要な知識（保険診療、指針、セキュリティ、導入手順など）や実際のオンライン診療を見てもらう企画が必要である。

4) 患者と医師との合同カンファレンスの開催

医療は患者のためのものである。患者側からの要望やニーズを医師側が知り、制度やハードウェアを含めた改善や改良にも取り組む必要がある。学術総会などの場で患者からの意見を聴くことができる機会は貴重と思われる。

5) 診療報酬改定への参画

2019年2月から社会保険委員会を学会内に設置した。これに伴い2019年4月から一般社団法人内科系学会社会保険連合に加盟し、遠隔医療検討委員会（仮称）に委員として参加することになった。同様に、看護系学会等社会保険連合にも加盟し、遠隔医療に関する診療報酬改定に専門的な立場から関与して行く。

d. 研究の立案

臨床研究を開始する前に、EBM実践の最初のステップとして行われる臨床疑問の定式化に従い、以下の4項目を明確にしておく必要がある。

P: Patients (患者)

I: Intervention (介入)

C: Comparison (比較対照)

O: Outcome (成果)

つまり、どのような患者に、どのようなこと（ここではオンライン診療）をすると、どのような患者と比較して、どのような成果が生まれるか（ここではオンライン診療の有効性と安全性）、を良く考えて研究計画を立てるということである。研究によっては、オンライン診療前後での同じ患者での比較という場合もあり得るが、できる限り同じ疾患患者群を無作為に2群に分けて、オンライン診療を行った群と行わなかった群に割り付け、それら2群で有効性と安全性を比較すべきである。

2群で比較する場合に必要な患者数の推定に関しては、いろいろな統計学の教科書等に記載があるので是非参照されたい⁴⁾。次に有効性と安全性の評価指標を考える必要があるが、これに関しては(3)にまとめて記載した。

(2) オンライン診療に関する症例報告および臨床研究論文の書き方

臨床研究に関する医学論文の構成は、一般的には以下の項目である。

a. タイトル、ランニングタイトル、著者と所属、連絡先、キーワード

b. 要旨

c. はじめに（目的を含む）

d. 方法

e. 結果

f. 考察

g. まとめ（結論を含む）

h. 利益相反 (conflicts of interest: COI)

i. 謝辞（研究協力者に対してや外部資金など必要な場合）

j. 参考論文

k. 図表のタイトルおよび説明

l. 図表（本文とはファイルでも可のことが多い）

このうち、d. 方法では以下の項目が一般的に必要なものである。

ア. 対象患者の人数、性、年齢、必要なら職業

イ. 対象患者の症状もしくは診断名

ウ. オンライン診療を行った期間、頻度もしくは回数、曜日や時刻、1回の診療時間、医療者と患者のそれぞれの場所

エ. オンライン診療で医療者と患者が用いた通信機器や通信環境

オ. 情報セキュリティおよび個人情報の保護への配慮

カ. オンライン診療の予約および開始方法

キ. オンライン診療の有効性や安全性の評価に用いた臨床指標

ク. 統計解析の方法

ケ. 対象患者への研究同意の取得方法

コ. 倫理審査委員会での研究計画書の承認およびその番号

なお、前向き観察研究や介入研究など研究方法によっては、アからウについてはe. 結果に記載すべき場合がある。つまり、ある方法で研究を開始して、初めて対象者が決まる場合である。また、方法に結果が混入したり、結果に方法が混入したりしないように、この2項目をしっかりと分けて記載することが重要である。

前向き研究の場合は事前の倫理審査委員会の審査が必須なのは言うまでもないが、後ろ向き研究の場合でも一般的には学会発表や論文執筆の際には必要で、倫理審査委員会等による研究計画承認を受け、承認されたことを明記する必要がある。これが無いと、発表ができない。一方、症例報告（事例報告）の場合には倫理審査は不要であるが、一般的には10例以上まとめた症例報告は、ある条件で2群に分けて統計解析が可能となるため、症例集積研究とみなされ倫理審査が必要となる。

日本遠隔医療学会雑誌では、学会のホームページに投稿規定と投稿書式が、原著と短報（事例報告）

厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）
平成30年度総括研究報告書

告)に分けて用意されている。それぞれ、記載すべき項目が異なっているためである。投稿規定を精読し、投稿書式に沿って正しく記載する。投稿規定で不明な点は、過去の掲載論文数編を参照するか、編集委員会へ問い合わせると良い。

一方、学会発表抄録の場合も論文の要旨と同様である。日本遠隔医療学会学術大会での研究報告の抄録は、【目的】、【方法】、【結果】、【考察】の各項目に分けて記載・提出することになっている。同学術大会のホームページに投稿書式が用意されている場合は、その書式で記載し投稿すればよい。無い場合にも、必要な項目や字数制限がホームページに記載されている。

(3) オンライン診療の有効性・安全性評価手法

オンライン診療に関する臨床研究を立案する場合、対照（コントロール）群が対面診療のみを行った患者群となることを考えると、オンライン診療の有効性と安全性が対面診療のそれらを上回ることは考えにくく、オンライン診療群の対照群に対する非劣性を証明することで十分であると思われる。後ろ向きに研究を行うより、前向きに研究を行う方がデータの欠落が少なくなり、研究の価値が高くなる。いずれの場合も、事前に研究計画書を作成し、倫理審査委員会で審査を受け、UMIN臨床試験登録システム（UMIN-CTR）⁵⁾などに事前登録しておく必要がある。また、原則として研究対象者（通常は患者）全員に対し、研究参加に関する説明と同意を書面で行う必要がある。

a. 対象疾患

研究開始時点でのオンライン診療対象疾患に限定して行うべきである。たとえ有用性が示されることが十分に予想される疾患であっても、保険適応外疾患の場合は慎重に行うべきである。

b. 患者の2群化

オンライン診療の有効性と安全性を評価するためには、対面診療のみの患者群と、対面診療とオンライン診療の組み合わせの患者群の2群に分ける並行群間比較試験が一般的な方法である。患者がどちらの群になるかは、患者登録後に第3者による無作為（ランダム）割り付けが望ましいが、それができない場合には、少なくとも2群で性、年齢、疾患重症度などは揃えるようにする工夫が必要である。

もう1つの手法は、クロスオーバー比較試験である。1群では第1期として対面診療のみを行い、第2期では対面診療とオンライン診療の組み合わせを行う。もう1群では第1期として対面診療とオンライン診療の組み合わせを行い、第2期では対面診療のみを行うというものである。どちらから行うかは無作為割り付けが望ましい。

どちらを選ぶかは、対象患者数と研究期間を勘案して決めることになる。事前に研究に必要な患者数を統計学的に計算しておき、その人数が確保できそうなら並行群間比較試験が望ましい。クロ

スオーバー比較試験の利点は、同一の対象者についてオンライン診療の有無での効果・安全性を比較することができる点で、並行群間比較試験で問題となる対象者間のばらつきを除くことができるため、並行群間比較試験に比べて少ない症例数で試験が実施可能である。一方、クロスオーバー比較試験の欠点は、並行群間比較試験に比べ2倍の時間がかかることと、持ち越し効果があることである。持ち越し効果とは、先行する試験治療が次に続く試験治療期間に及ぼす残存効果である。このため、上記の1期と2期の間に一定期間対面診療のみの期間を置く必要がある。

c. 診療目標とデータ収集

前にも述べたように、オンライン診療の有効性に関しては対面診療に対して非劣性が証明できれば十分であるが、診察待ち時間などでは優越性が証明できる可能性がある。そういった意味では、医師側だけでなく、患者側のデータの収集も必要となる。患者側のデータ（症状の程度や発熱の回数、患者の診察待ち時間など）や有害事象などを患者が必ず記録に残す工夫が必要になる。一方、医師側も検査データ以外に、診察時間といった通常では測定しない項目を評価項目に入れた場合、それを忘れずに測定・記録するための工夫（評価項目のチェックシートの利用や、リアルタイムによる医師以外の研究補助者によるデータ取得チェックなど）が必要になる。

データサンプリングの頻度は、対面診療、オンライン診療毎に行うことになると思われる。モニタリングデータでの評価項目も、それぞれの時点で収集しておく方がデータの欠損が少なくなる。

d. 有効性評価項目

オンライン診療の有効性の評価指標としては、現時点では以下のものが考えられるが、今後オンライン診療が進歩・拡大して行けば、これらの指標もさらなる増加が予想される。

患者満足度などのアンケート、痒みや痛みなどの症状の程度、発熱や痛みの回数、費用（医療費を含む）、診察時間、診察待ち時間、身体所見（体重、血圧、酸素飽和度、皮疹の程度など）、視診所見の正確度、血液などの検査所見、モニタリングデータ、診療継続率など。

e. 安全性評価項目

安全性の評価指標も同様で、現時点では以下のようなものが考えられる。

患者の有害事象、予約システムのトラブル、通信機器のトラブル（繋がらない、画像が不鮮明、音声聞き取れないなど）、個人情報漏洩、医療費支払いのトラブル、処方でのトラブル、モニタリング機器のトラブルなど。

(4) これまで対象でなかった疾患について、有効性・安全性の評価手法

オンライン診療の対象疾患は今後も緩和され増

厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）
平成30年度総括研究報告書

えてくることが予想される。特に、対面ではなくてもオンラインでも同等の有効性・安全性が得られそうな疾患が多く存在する。その多くが慢性の経過を取り、急変する可能性が少ない疾患である。例えば、①問診が診察のほとんどである疾患（花粉症、睡眠障害、EDなど）、②視診が診察のほとんどである疾患（アトピー性皮膚炎、AGAなど）、③モニタリング機器が存在し、その有用性が証明されている疾患（高血圧症、糖尿病など）、④薬物治療効果の判定のための検査が年1回程度で十分な疾患（骨粗鬆症など）等である。ただし、前述したように、新たに保険診療適応となった場合には問題がないが、保険診療適応外の場合の研究に関しては、患者にも保険者にもオンライン診療の診療報酬を請求することができない。研究計画を含めて慎重に行う必要がある。

3. 新規参入者への導入資料、医学生等の教材のために必要な情報や教材の作り方

①診察方法を伝える方法や資料

診察方法を書面での確に伝えるには限界がある。また、正しい診察手技の習得は簡単ではなく、日頃の診療で診察を繰り返して初めて身に付く手技である。医学生への教育に際しては、的確な診察方法を記録したビデオが有用である。また、診察が上手な医師の手技を回診などで観察することや、その指導の下に実際に患者の診察を行ってみることがスキルアップには有用である。

一方、学生同士で診察のトレーニングを積んでも正常の診察が理解できても、異常がどのような異常なのかの判断はできない。そのために、心聴診や肺聴診などの診察シミュレータが用意されている。聴診シミュレータの良い点は、能動的に聴診器を用いて聴きに行かないと聴診できないため、決して眠くならないこと、色々な疾患での異常音を比較しながら短時間で聴くことができることである。欠点は、聴診シミュレータが概して高価なことである。また、打診や触診のシミュレータはほとんど存在しない。今後、これらの手技に特化した安価で場所を取らないシミュレータの開発が診察スキルアップの一助として望まれる。

②医学生等への遠隔医療の教育方法

スマートフォンやパソコンなどの現代の通信機器に習熟した若い世代へのオンライン診療への導入は比較的容易であると考えられる。ただ、遠隔診療が対面診療を超えてできない現実を考えると、対面診療による医療面接や身体診察をしっかりと正しい方法で繰り返し教育することが何よりも重要である。また、オンライン診療の適切な実施に関する指針¹⁾に基づいて、遠隔診療の意義、医師法・個人情報保護法等の法律、通信システム、情報セキュリティ、遠隔診療に関する医療保険制度および地域包括ケアを含めた在宅診療まで幅広く講義をする必要がある。一方、学生同士によるD to Pでの医療面接と身体診察を含めたロールプ

レイ、動画などの画像転送を伴う場合は、その機器の操作を含めた実習を行う必要がある。

これらの講義や実習を行った後、医学生だけでなく、看護学生や薬学部学生など多種の医療系学生を交えたワークショップ形式で遠隔診療の課題と未来を考えるような機会を作ることも、医学生やコメディカルの学生たちに遠隔医療に関心を持ってもらい、将来の遠隔診療の発展と普及の良い機会になると考えられる。こうした教育を全国の医療系大学で標準化して行うには、遠隔診療に関するアップデートな教科書が必要で、「遠隔診療マニュアル⁶⁾」などの定期的な改定や、新たなインターネット教科書などの編纂が必要である。

③参入者への遠隔医療の教育方法

情報通信の急速な進歩に伴ってオンライン診療等に関する保険診療制度やこれに関する指針は今後も定期的に見直すことが決まっている¹⁾。したがって、新規参入者はもちろんのこと、実際に遠隔診療を実施している医療関係者にも、定期的な遠隔診療に関する情報提供の場を設けることが必要である。こうした講演会等は、全国で標準化した企画が望ましい。社会的に問題がある遠隔診療の利用を防ぐためにもこの受講を義務付け、厚生労働省もしくは日本遠隔医療学会等の団体がこれを担い、受講者には公的な資格の付与もしくは受講証明書を発行することが望まれる。

4. 診療ガイドライン作成の概要

診療ガイドラインの定義は、一般的には以下の通りである。「診療上の重要な高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」⁷⁾。診療ガイドラインは、科学的根拠に基づき、系統的な手法により作成された推奨を含む文章で、患者と医療者を支援する目的で作成されており、臨床現場における意思決定の際に、判断材料の1つとして利用することがある⁸⁾。

診療ガイドライン作成の概要は、公益財団法人日本医療評価機のホームページに「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル2017⁹⁾」として詳しく記載されているので、是非参照して欲しい。なお、MindsとはMedical Information Network Distribution Systemの略語で、「EBM普及推進事業」のことである。これによると、ガイドライン作成の手順は図1⁹⁾に示すとおりである。作成プロセスの不偏性を担保するために、「ガイドライン統括委員会」、「ガイドライン作成グループ」、「システマティックレビューチーム（SRチーム）」の三層構造の担当組織が必要で、益と害のバランスに配慮したエビデンス総体の評価が重要であるとされている⁹⁾。この3つの組織は原則として独立してそれぞれの作業を進めることで、作成過程の透明性を確保する。「ガイドライン統括委員会」は作成

厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）
平成30年度総括研究報告書

主体（学会等）を代表する組織であるのに対して、「ガイドライン作成グループ」は、学会員に限らず患者・市民も含めて様々な背景を持つ人たちが参加すべきであり、「ガイドライン統括委員会」とは異なる組織構成となる。また、SR チームは、システマティックレビューが実施できる技能を有することが求められるために別組織となることが想定されている。詳細は、この「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル2017⁹⁾」を参照されたい。

指針とは異なり、診療ガイドライン作成には少なくとも複数のエビデンスが必要である。Mindsガイドラインライブラリを検索すると、「遠隔医療」や「遠隔診療」はないが、「モニタリング」や「家庭血圧」に関しては複数の箇所に記載がみられる。遠隔診療のガイドラインを作成しようとする、上記の3つの担当組織を構成に関して、これまで他のガイドライン作成に実績のある関連学会等との協力が不可欠である。

D. 健康危険情報

なし

E. 参考文献

- [1] オンライン診療の適切な実施に関する指針、平成30年3月、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyo-ku-Soumuka/0000201789.pdf>（2019年3月4日閲覧）
- [2] 森田浩之、岡田宏基、辻正次、郡隆之、柏木賢治、齋藤勇一郎、長谷川高志、滝沢正臣、太田隆正、峰滝和典、米澤麻子、酒巻哲夫。在宅脳血管疾患・がん患者を対象とした遠隔診療 多施設後ろ向き症例対照研究。日本遠隔医療学会雑誌、7（1）、39-44、2011。
- [3] 郡隆之、酒巻哲夫、長谷川高志、岡田宏基、森田浩之、齋藤勇一郎、石塚達夫、辻正次、小笠原文雄、太田隆正。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。
- [4] 磯博康、嶋本喬。統計学的にみて必要なサンプル数について。日循協誌、34（3）、262-265、2009。 https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjcdp1974/34/3/34_3_262/_pdf（2019年3月4日閲覧）
- [5] UMIN臨床試験登録システム（UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)）。 <https://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>（2019年3月17日閲覧）
- [6] 一般社団法人 日本遠隔医療学会編集委員会監修。遠隔診療実践マニュアルー在宅医療推進のために。篠原出版新社、2013年3月発刊。
- [7] 福井次矢、山口直人監修。Minds診療ガイドライン作成の手引き2014、医学書院、3、2014。

[8] 公益財団法人日本医療評価機構編、Mindsガイドラインライブラリ。 <https://minds.jcqh.or.jp/>（2019年3月22日閲覧）

[9] 小島原典子、中山健夫、森實敏夫、山口直人、吉田雅博編。Minds 診療ガイドライン作成マニュアル2017。 http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/pdf/manual_all_2017.pdf（2019年3月22日閲覧）

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 無し（非対象）
2. 実用新案登録 無し（非対象）
3. その他 無し（非対象）