

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した 将来のへき地医療
体制の構築に資する調査研究」
令和6年度 分担研究報告書

「へき地医療の持続可能性に向けた要件緩和の提案」

研究協力者 杉山賢明¹⁻³

¹新潟大学大学院医歯学総合研究科、²東北大学大学院歯学研究科、

³一般社団法人みんなの健康らぼ

要旨

令和5年度厚生労働科学研究班は、国内の医療過疎地域におけるオンライン診療の活用状況を調査し、「人材確保」「交通手段整備」「資金確保」の3つの課題を抽出した。とくに、看護師の積極的な関与（D to P with N）によるオンライン診療の推進や、医療 MaaS の整備が有効とされる一方、導入コストや人材負担が課題とされる。資金面では、デジタル田園都市国家構想交付金等の活用可能性が指摘された。

本研究では、厚生労働省の資料に基づき、へき地における遠隔医療の実施状況と課題を整理し、持続可能な医療提供体制に向けた要件緩和の提案を行う。令和3年度、へき地医療拠点病院の主要3事業（医師派遣・代診・巡回診療）実施率は74.2%、遠隔医療を含む必須事業の実施率は87.8%であり、平成29年度と比べて大きな変化はなかった。遠隔医療の年1回以上実施病院は全体の5.2%にとどまり、導入が進んでいない現状が明らかとなった。

課題の一つは、定期的なオンライン診療において3か月に1度の対面診療を求める現行制度であり、これが人的・物的コストを増加させている。対策として、へき地に限り対面頻度を6か月に緩和することが提案される。

もう一つの課題は遠隔死亡診断の普及の停滞であり、制度化以降の実施例は全国で約10件にすぎない。主な要因は、看護師に対して法医学研修など過度な研修要件が課されていること、全身観察や写真撮影の負担が大きいことである。これに対し、研修のオンライン化や、体幹後面の観察に代替可能な情報が得られる場合に要件を緩和することが望まれる。これらの制度見直しにより、へき地における医療の持続性を高めることが期待される。

A. 研究目的

昭和30年のへき地保健医療計画の策定を経ても、依然として、全国のへき地では、医師の確保が困難な現状にある。そのなか、令和5年度厚生労働科学研究班では、国内の医療過疎地域におけるオンライン診療の活用事例について情報収集を行っていた[1]。その結果を踏まえ、「人材の確保」「ハード面・交通手段の整備」「資金確保」の三点について考察がなされた。具体的には、第一に、へき地診療所における対

面診療や、診療所または公民館への巡回診療に加えてオンライン診療を展開する際、とりわけ看護師の積極的な参画（D to P with N）が期待されることが指摘された。ここで想定されるのは、タスクシェアリングに比較的余裕のある病院看護師や、特定行為を担うことができる診療看護師の役割である。第二に、交通手段が限られる地域で医療アクセスを確保するため、医療 Mobility as a Service (MaaS) の整備が有効であるとされるが、その導入に

は数千万円規模の初期費用という課題がある。第三に、これらの課題を克服するための方策として、デジタル田園都市国家構想交付金などの外部資金の活用可能性が示唆された。

本研究では、これらの議論を踏まえ、現在のへき地医療において遠隔医療がどの程度寄与しているのかを、厚生労働省の資料をもとに整理する。次に、遠隔医療に関する課題を明らかにし、最後に、へき地医療の持続可能性を確保する遠隔医療の活用拡充の観点から、遠隔医療の活用拡充に向けた要件緩和について提案を行う。これにより、今後のへき地医療の施策に資することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 現在のへき地医療の実施状況

上記を厚生労働省の公表資料から簡潔に情報収集する。

(2) へき地における遠隔医療の活用に係る課題

定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する障壁、および、へき地における地域包括ケア体制の整備にあたって選択肢となる遠隔死亡診断の課題について整理する。

C. 研究結果

(1) 現在のへき地医療の実施状況

へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣・代診医派遣・巡回診療をあわせて主要3事業と称する。令和3年度において、これを実施した割合は74.2%であった。これに、年間1回以上遠隔医療を加えた必須事業の実施割合は87.8%であった(図1)[2]。

一方で、令和3年度における必須事業の実施状況は、平成29年度と比較して、ほぼ変わっていない(87.8%対84.2%)[2]。また、遠隔医療を年1回以上実施した医療機関は18病院(全体の5.2%)にとどまった。また、遠隔医療を

年1回以上実施していた割合も、平成29年度の29.7%から令和3年度の33.3%へとわずかな上昇がみられるのみであった。

(2) へき地における遠隔医療の活用に係る課題

①定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件がもたらす障壁：

現在、定期的なオンライン診療を実施する際、3か月に一度は対面診療を行うことが要件とされている(図2)[3]。そのため、医療MaaSが導入されている地域でも、自治体等がバス等を手配して患者を医療機関へ送迎しており、少なからぬ人的・物的コストが発生している[4]。これは少なからぬ人的・物的コストを求められる。

②遠隔死亡診断の課題：

医療は単独で完結するものではなく、介護、福祉及び保健と連携し、生活全体を支える役割を担っている。この概念を体系化したものが地域包括ケアであり、医療はその一構成要素として位置付けられる。特に、へき地においては、医療及び介護資源が限られていることから、地域包括ケアの重要性が一層顕在化する。このような地域特性を踏まえれば、終末期ケア及び看取り体制の整備は、へき地医療における不可避の課題であると整理できる。その終末期ケアの一事項として、死亡診断は、医師が行うべき重要な医療行為の一つと位置づけられる。しかしながら、医師の不在により看取り体制が構築されておらず、人生の晩年において住み慣れた地を離れざるを得ない状況が生じているのが現状である。この課題を解決するための一つの方策として、2018年に遠隔死亡診断が制度化された[6]。しかしながら、現時点において、当該技術の実施例は全国で約10件にとどまっている旨が指摘されている(引用文献なし)。全国で初めて遠隔死亡診断を実施した筆者[7]は、本技術が普及に至っていない要因として、次の2点を指摘する。

第一に、看護師に求められる研修要件が過度に厳格である点が挙げられる。ガイドラインにおいては、看護師に対し、事前に法医学に関する教育・研修を修了していることを第一の要件として求めている[6]。この背景には、現時点において看護学士課程の教育カリキュラム[8]に「死亡診断等」に関する項目が含まれていない現状がある。このため、ガイドラインが看護師に対して法医学等に関する講義及び実地研修の履修を求めていることには、一定の合理性がある。一方で、これらの教育・研修を受講するためには、看護師に相応の費用負担及び時間的拘束が生じる。すなわち、離島やへき地に勤務する看護師においては、研修実施地までの距離が長くなる傾向にあり[9]、加えて、慢性的な人員不足のため、勤務先を一時的に離脱することが困難であると推察される。第二に、遠隔死亡診断の際の身体診察が厳格な点が挙げられる。本技術の実施に際しては、外因死（転落、自殺、他殺等）の可能性を適切に検索するため、全身観察及び写真撮影が必要とされている。しかしながら、特に体幹後面の観察を必須とする点は、看護師に身体的負担を強いるのみならず、人手不足のへき地の現状にそぐわない。また、撮影行為自体が看護師にとって心理的負担となる可能性も指摘できる。

D. 考察

(1) 現在のへき地医療の実施状況および(2)へき地における遠隔医療の活用に係る課題 (①定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件の緩和

平成29年度と比べた、令和3年度の必須事業の実施割合の約4%弱の上昇は、遠隔医療の実施割合の上昇によって説明できるかもしれない。しかしながら、その上昇はわずかにとどまった事実や、オンライン診療を実施している医療機関は18病院にとどまったという結果は、オンライン診療の導入のしにくさを示唆している。その要因は、(2) ①定期的なオンライン

診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件がもたらす障壁が挙げられる。

また、現状では、主要3事業がへき地医療の主体(74.2%)となっているとはいえ、必須事業を加えると、9割弱の実施割合に上昇することを考慮すると、今後ますます医療者の確保が困難になる状況を加味すれば、遠隔医療のニーズは確実にある。その障壁となるオンライン診療の要件を緩和することを提案する。具体的には、へき地に限り、対面診療の頻度を、現状の3か月に一度から、6か月に一度などに緩和する方策を提案する。現に、なお、財務省財政制度分科会（令和7年4月23日開催）においても、疾患が安定している患者について、外来診療の間隔を3-6か月にしている海外のガイドラインを紹介しており[5]、本提案はこれと整合性を有する。

②遠隔死亡診断に関する要件緩和：

第一の課題である看護師の研修要件については、集合研修のオンライン化を導入すること等の対応が求められる。

第二の課題である遠隔死亡診断の際の身体診察については、死後診察において外因死を見逃さないことは極めて重要であるが、「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」[6]状況が認められる場合には、対面による死後診察と同様に、死の三兆候及び一般的な全身観察をもって必要十分とする等の要件緩和を検討することが望まれる。

E. 結論

以上の通り、へき地医療の持続可能性の方策として、定期オンライン診療と遠隔死亡診断の要件の緩和について提案した。これにより、医療資源が限られた地域でも、医療者の負担を軽減しつつ、患者の必要最低限の医療アクセスを確保することが期待される。今後は、これらの実施に向けた、地域における具体的な取り組みに

ついて、さらなる情報収集を行っていく。

F. 参考資料

1. 令和5年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業） 「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」総括研究報告書。
2. 厚生労働省医政局地域医療計画課。へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績。令和4年7月27日第11回第8次医療計画等に関する検討会資料 1 一部改。へき地の医療体制について（令和5年度第1回医療政策研修会）。
3. 厚生労働省保険局医療課。令和2年度診療報酬改定の概要（外来医療・かかりつけ機能）令和年度診療報酬改定Ⅱ-11 医療におけるICTの利活用 ① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①。
4. 鳥羽市健康福祉課健康係。鳥羽市のへき地医療DXの取り組みについて。
https://www.city.toba.mie.jp/soshiki/kenko/gyomu/iryo_kenok/7967.html. Accessed 28 Apr 2025.
5. 財務省。財政制度分科会（令和7年4月23日開催）資料一覧。2025。
https://www.mof.go.jp/about_mof/coun

cils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/20250423zaiseia.html. Accessed 27 Apr 2025.

6. 厚生労働省。情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン。
7. Sugiyama K, Yanaka S, Yasuda T, Watanabe T, Yamashiro A, Narita J, et al. Remote Death Certification Using Telemedicine in Japan. Intern Med. 2022;61:1291-4.
8. 文部科学省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」。看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～。
9. 日本医師会。令和5年度在宅看取りに関する研修事業「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」。
https://www.med.or.jp/people/info/doctor_info/010774.html.

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願、登録状況

該当なし

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等に
関する検討会資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和3年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の74.2%。

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和3年度）

うち、オンライン診療を実施している
医療機関は18病院（5.2%）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	256(74.2%)	303(87.8%)	88(25.5%)	134(38.8%)	55(15.9%)	115(33.3%)
未実施施設数	89(25.8%)	42(12.2%)	257(74.5%)	211(61.2%)	290(84.1%)	230(66.7%)
計			345※1			

(参考)平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計			316※2			

※1 令和4年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数。

※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

図1 へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績（文献2より）

令和2年度診療報酬改定 II-11 医療におけるICTの利活用 -①

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

- オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行		改定後	
オンライン診療料 [算定要件] (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。	➔	オンライン診療料 [算定要件] (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、 オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。) 。	
現行のイメージ (初診から最短でオンライン診療を開始する場合)		改定後のイメージ	
1月目 2月目 3月目 4月目 5月目 6月目 7月目 8月目 9月目 10月目 11月目 12月目 初診 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ● ● ○ ● ●		1月目 2月目 3月目 4月目 5月目 6月目 7月目 8月目 9月目 10月目 11月目 12月目 初診 ○ ○ ○ ● ● ○ ● ● ○ ● ●	
6月の対面診療		3月の対面診療	
オンライン診療を組み合わせる		オンライン診療を組み合わせる	

図2 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①（文献3より）