

# 規制改革推進会議 投資等WG 資料

2017年3月13日

特定非営利活動法人日本遠隔医療協会

長谷川高志

# 遠隔診療の現状

## < 国内の多くの地域を調査した実感 >

- 取り組む施設はまだ多くない 一般的診療に使えるか、検証のために多くの事例報告を期待している。
  - 関心がある施設でも、立ち上げ支援不足等でスタートできないことが珍しくない。
  - 価値を認めて(対象を定めて)、体制が整い、ルーチン業務化すると、長続きする施設がある。
  - 異なる診療科の間の連携の形態は検討課題が残されている。学会には同一科の技能指導の取り組みが多い。
  - 従来トライアルでも、継続しない事例は多かった。
  - 日本遠隔医療学会でも、事例収集は進んでいない。
- 法的制約 当面の優先的課題ではないと考えている。現場トライアルの不足で、課題を抽出できない。
- 財源 診療報酬不足と言われるが、課題の絞り込みが進んでない。
  - 臨床事例の蓄積が大幅に不足。電話等再診でさえ報告事例数は少ない。
  - 「初診で請求できない」等で遠隔診療をためらう施設は見たことが無い。
  - 心臓ペースメーカーモニタリングは実施件数が増加している。
  - 価値を感じる医療者が、まだ多くない。(関心は高まってきたが、身近ではない)
- 医療の質や倫理 患者や医療者増加に伴いモラルハザードやトラブル発生の恐れが大。
  - 医療の質向上・医療事故防止等のスキーム整備、倫理上の課題検討がたいへん不足している。
- 地方に於ける遠隔医療の扱い 情報不足で効用不明、推進者も不足。
  - 地域の医療行政は遠隔医療を優先課題と扱うか不明。リアルな医師や看護師確保が最優先課題。
  - 地元医療者(地域医師会等)は警戒心が大。地域の医療供給能力の攪乱を懸念している。
  - 地域の具体的な仕事のモデル、イメージが少なすぎる。(遠隔医療研修受講者からチャレンジャーは登場しているが?)
- 学術活動 研究手法や意識も体制も再考が必要
  - 臨床研究モデルが不足、研究者も不足。エビデンス作りは厳しい状況
  - 診療報酬の論点整理は進んでいる。それに適応した臨床研究手法が必要だが、多くの研究者が知識不足。
  - 臨床系学会(個別対象領域)では遠隔医療は後回しの課題(当然ながら)、課題への認識も低い。
- 遠隔医療を支援する産業 重要だが発展途上。新興の医療系企業以外は臨床現場への注力に期待薄。
- 地域で推進できる人材がいらない 地域を俯瞰する多施設・多職種の調整者が払底
- 誰か(人)、何か(制度)が意図的に止めているとは思えない。普及展開する力が危機的に少なすぎる。
  - それでも医療崩壊地域の医療者、関連学会等の一部の推進者、新興企業の若手医療者が頑張っている。
  - **人のインフラ=ソフトと各地の普及展開者の不足が大きいように思える。**

# 展開事例の紹介

## 遠隔診療サイトを同時並行して立ち上げ指導中

### 2017年1月～2月

徳之島(鹿児島)



遠隔診療開始のチーム  
会議、ドキドキ

テレビ電話がつながりました。  
院長先生会えて嬉しい!

徳之島(鹿児島)



沼田(群馬)



ID-Linkで在宅でも情報  
ばっちり!

私達がチームで遠隔診療に  
取り組んでいます。

日南(宮崎)



由利本荘(秋田)



臨床研究調査票、しっかり  
書けたかな?

親切な先生が尿酸値を上  
げない指導!

牛久(茨城)



# 厚生労働省事業遠隔医療従事者研修 2016年11月25日～27日、東京会場



最初の挨拶



受講経験者  
によるトライ  
アルが複数  
登場



実習(モニタリング)



長谷川 講義



討論の時間



熱心な質問



レポート回収



実習(遠隔)聴診

# 問題の指摘

- 遠隔診療の多施設臨床研究(群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員会 1480番)の経験より
  - はじめて取り組む施設に細目に至る立ち上げ指導を実施して、研究が円滑に始まった。
  - 制度の問題だけでなく、人や組織や地域の準備不足の問題が大きい。
- 遠隔診療のモデルが不可欠
  - モデルは診療行為の種類の数だけ必要(今はモデルが少なすぎる)
  - モデルの大分類は下記二つ
    - 地域の医療提供体制の支援(指導管理) : 専門医療、チーム医療、
    - 慢性疾患患者の重症化抑制(モニタリング) : 上記との混合モデルも考えられる。
  - 疾病毎、チーム形態毎、地域医療状況毎の個別モデルが必要となる。
    - ひとつのモデルを適用できる患者数は多くないことが一般的(医療の特性)。= 典型的な多品種少量型
    - わかりやすいモデルが多ければ、幅広く遠隔医療を実施できる。
- 地域や施設に支える人材が不可欠
  - ビジネスの世界では、プロダクトやエリア毎のマーケティングで市場を拡大している。
  - 医療はルールや報酬項目の発布だけで、各地の医療者が自律的自発的に進められるか??
  - 専任者のいない仕事が発展するのか?
- モデル作りを支える **人材の育成が最重要課題**である。
  - 遠隔診療モデルや研修の専任研究者は皆無、専任医師も少ない。専任組織も希。
- 遠隔診療を各地で政策的・組織的推進することが欠かせないが、非常に不足している。
  - 地域医療提供体制の支援は、個別施設で主導できない。
  - 地域行政に於ける遠隔医療の明確な役割と機能の定義が重要
  - 施設内でもICTの意味を認識したトップマネジメントが重要
- 私見として、各地で遠隔医療従事者研修を開催したい。
  - 各地域で、対象者を分けて、時間を絞り込んで、頻繁に開催したい。
  - 資金も講師も講義内容開発者も不足の極み
- **普通の努力の蓄積で進むことが少なくない。普通の努力さえ不足している。(方向が外れている?)**

# 推進方策への私見

- **総論としての遠隔診療**を推進する **総論としての対策**が求められてきた。 **医療は各論が重要**
  - 新しいSNSのサービスのよう、自発的に爆発的に伸びると期待していませんか？
  - 多くの医療者は、現実的手段とっていないとご存じですか？
  - 限られたチャンピオンデータだけを見ていませんか？
  - 医師が目の前にいなくとも可能な医療行為とは何か、具体的にご存じですか？（医師不在で済むなら、もはや医療でない）
  - 現状を知り、具体的な課題の絞り込みと分析は進んでいますか？ **曖昧な問題設定で苦労してきました。**
- 「遠隔診療」とは何だろうか？
  - 対象疾病は？ 対象患者は？ どんなステージに摘要できるか？
  - どのような医療提供システムを支えるのか？ 在宅医療？ 救急？ 総合診療への専門的支援？
  - どのような地域を支えるのか？ 過疎地？ 都市圏はどうか？ 他のモデルか？
  - どのような原理の医療行為か？ 薬、手技、専門検査でない。 **参考資料1**
- 目的は何だろうか？
  - 遠隔医療の実施が目的か？ 医療上の課題の改善手段ではないか？
  - 単なる受診抑制（無駄な診察を減らす）は良い目的ではない。（医療の質低下の負のスパイラル。）
  - 何が無駄な診療かわからない。コストを掛けてコストダウンを狙うには定量的根拠が不足。失敗すれば単なるコスト増
  - 医療の質を落とさず効率化 質と効率の双方の向上を狙うのが遠隔医療研究者
  - 課題の中には、表面上の姿と真の姿が異なるものがある。誤解が誤解を増長する。 **参考資料2**
- 遠隔医療の形態や機能、効用のモデルの研究は進んでいない。 **参考資料3、4**
  - 有効性や安全性も、限られた対象しか定量的に研究されていない。
  - 技術インフラの不足から脱却して、広く研究が可能になったのは、2010年頃からにすぎない。
- 遠隔医療は、まだまだ現場医療者には不安で自信がない事柄。
  - 医療上の助言や支えが欠かせない。 何に使えるか、どう実施できるか、どこまで診療可能か
  - 機器が安価に普及しても、自然に出来ることではない。
  - 多様な実施モデル、地域の臨床的な指導・支援者が欠かせない

- **課題を具体的に捉えていますか？**
- **目的と手段を取り違えていませんか？**
- **地域の推進体制を誰が作りましたか？**
- **現状認識を深める論点整理が最初の一步と思います。**
- **善意と意欲だけでは適切な推進策になるとは限りません。**

# 推進方策への私見

- 遠隔医療推進者から見た診療報酬制度
  - 法律と似た精緻な構造を持つ実施可能診療行為体系
  - 臨床医療への定量的評価を金額で示す価値体系
  - 診療報酬点数与 = 多種多様な医療行為中の社会的・定量的評価の獲得
  - 定量的評価の伴わない推進策は持続しない。(多くの事業が消滅し続けてきた)
  - 制度を知る研究者、実施者が増えないと、本格的な推進につながらない。
- 推進のためのモチベーション … 診療報酬点数が付かないと発展しない？
  - 定量的評価を得る前の試行でも、臨床家が価値を感じれば広がる筈。
  - 「臨床家が価値を感じる」プロモーションを行ってきたか？
  - 価値を感じないので、インセンティブ提示を先行(お金をつけるの)ではないか？
  - 地域での警戒感や低評価が解消できていないことも大きな阻害要因。
  - 価値が低いことを実証されたら、インセンティブが“モラルハザード”に急転直下する。
- 機能・原理毎に遠隔診療推進の源が異なる。
  - モニタリングならば、疾病毎のモデルがあれば施設や医師毎の自立推進も可能
  - 指導管理(=地域・施設・職種間連携)ならば、トップダウン推進が必要
  - 診療報酬に加え、地域包括ケアの推進も重要(地域医療介護総合確保基金事業)
- 推進の方向付けを整理する必要がある。
  - 専任推進者を配置して、モデルや考え方を整理、踏襲、展開すべきでないか？
  - 単に遠隔医療の推進だけで考えては無理や限界がある。(目標と手段の取り違い)
  - 大目標が必要 = 地域の専門医療確保、慢性疾患の重症化抑制の社会的推進、、、
- 冒険過剰には陥らないでほしい。
  - 遠隔医療の無理なトライアルで医療事故が起きないか？
  - 生半可なインセンティブで、反社会的行為、地域医療に不信を与えるトライアルなどが起きないか？
  - 想定外の好ましくない請求を誘発する診療報酬にならないか？(既に不安例はある)
  - 今の社会は遠隔医療に期待感を持っている。社会的不信が起きて、潰されたくない。(全国を回る立場から)

# 参考資料



- **DtoD = 指導・管理(スーパーバイジング)**
  - 専門医療を地域医療に提供する D D(toP) : 救急、専門診療科
    - 地域推進枠が必要(トップダウン) … 地域医療介護総合確保基金等、北海道・岩手…
  - 地域医療から専門医療に照会する D←D( toP) : 皮膚科、眼科
    - 提供者がいれば、自立的展開可能(ボトムアップ) … ヒフミル、メミル
  - 専門家からの遠隔診断や管理 DtoD : テレラジオロジー・テレパソロジー
    - 専門診療科からの供給能力維持として、自立的展開してきた(ボトムアップの実績)
  - 診療報酬上は“管理加算”など
- **DtoN = 指導・管理 (オーソライジング)**
  - 患者のケア(DtoNtoP) : 医療・介護: 在宅医療の多職種連携指導
    - 地域推進枠が必要(トップダウン) … 厚生労働行政推進調査事業等
    - 診療報酬上は在宅医療等の情報管理など? 電話等再診?
- **DtoNtoP = 患者の状態を把握する。(モニタリング)**
  - 再入院抑制(重症領域): 専門診療
    - モデルが増えれば、自立的展開可能(ボトムアップ)
    - 地域や施設をまたぐ取り組みが今後、必要になる‘専門患者の地域復帰 = 地域枠が必要(トップダウン)
  - 重症化予防(保健領域); 保健から医療や介護への連携
    - モデルが作られれば、自立的展開も可能?(ボトムアップ)
  - 診療報酬上は“特定疾患治療管理料”など外来系の枠済み?
- **DtoP = モニタリング (遠隔診療でもモニタリング?)**
  - 慢性疾患患者の診療の脱落防止
    - モデルが存在するか? その成否でボトムアップ推進の可否が決まる? 特定疾患治療管理系?
  - 急性期治療後のフォロー
    - 電話等再診で、現状も可能、それ以上はモデル開発にかかる。
- **単なる形態論だけでは具体性に欠ける。疾病別、病態生理別の研究進展を期待する。**
  - 疾病別、ステージ別、退院・急性期治療後のパス毎のエビデンスが必要
  - 多くのモデルが作られ、エビデンスを収集すれば、次のステップ(報酬化等)に進むことができる。

# 参考資料2 論点整理の試み

- 臨床課題としての検討事例
  - － よく言われる問題意識 = 忙しくて通院できない人のために遠隔診療が必要
- 疑問点1
  - － 通院しなくても済むような体調ですか？
  - － 通院させてもらえない職場(ブラック?)ですか？
  - － ブラック職場を支えるために社会保障費を使うのですか？
- 疑問点2
  - － 通院すべきか、専門家に判断してほしいのではありませんか？
  - － それはトリアージ(診療以前の行為)です。診療報酬とは異なる支援の枠組みを考えるべきです。(診療報酬で扱うには問題が大)
  - － トリアージでも判断が付かないことは少なくありません。その場合は通院を勧めます。(遠隔診療は二度手間になると警戒する医師もいます)
  - － 小児科など、過度に受診集中する診療科では、すでに遠隔トリアージが始まっています。
- 疑問点3
  - － 目立った症状が無く、通院意欲が湧かないのではありませんか？
    - 医師は通院すべきと考えていますが、相互理解に至っていないかもしれません。
  - － 健康意識の醸成の問題かもしれません、
    - 慢性疾患(高血圧、高尿酸血症等)も治療からの脱落防止で重症化を抑えたい。
    - 通院間隔を伸ばし、間を遠隔診療で埋めて、モチベーションを継続できないか？
  - － 慢性疾患への対応策を改めて考える必要？
- 丁寧に問題を分析してゆくと、遠隔医療とは異なる本質が見えてきます。
  - － 丁寧な分析を怠ると、真の問題を見落とし、誤った方策に転落する。
  - － 実は遠隔医療研究者も論点整理は進めていなかった(苦手だった)。

対象	提供者	被支援者	利点	実施状況	財源
へき地、離島等に域外から専門診療提供 (指導)	都市部専門施設 (医師)	地域の看護師 (医師?)	地域で 診療できる	実施事例報告が少なく定量的評価無し。施設間関係に不明点あり。実態は多いと推測	検討課題あり
地域の在宅医療推進 (指導)	地域の診療所医師	地域の 訪問看護師等	医師判断や 指示の頻度向上	実施例多数(岡山県新見市、岐阜県岐阜市他) <b>厚労科研の多施設研究</b>	電話等再診、処方せん発行(それ以上は、現時点でエビデンス不足)
地域の在宅医療での専門的診療 (指導)	都市部専門施設 (医師)	地域の在宅医、 一般医	地域の医師の 専門的支援	実施事例、 定量的評価 少ない	同上
重度の慢性疾患診療 (モニタリング)	専門医師および モニタリング看護師	患者	再入院抑制	実施例多数	心臓ペースメーカー、 重度喘息に 特定疾患治療管理料、 いずれCPAP?
地域の専門医不足 (指導)	大学病院医局等 (指導医)、 二次救急病院等	被指導医(研修医、地 域派遣の若手、一次 救急の医師など)	医師不足・ 専門医偏在への 強力な支援策	旭川医大、岩手医大、名 寄市立総合病院等 <b>テレラジオロジー、 テレパソロジー</b>	テレラジオロジー、 テレパソロジーは 診療報酬あり 救急では 基金活用地域あり
慢性疾患等の 通院脱落防止 (指導か? モニタリングか?)	市中(大都市圏等) 診療所医師	患者	重症化予防?	提案多数、実証は これから。 精神科等では有望	電話等再診のみ
高齢者等の健康管理 (地域、施設) (モニタリング)	地域や施設を見守る病 院・診療所および地域の 保健師、施設スタッフ	地域・施設住民	重症化予防や 再入院抑制	福島県西会津町、 筑紫南が丘病院等	自治体や 施設の事業

# 参考資料4 診療ステージモデル

