

JITA

遠隔医療の制度化の経過 と今後の展望

日本遠隔医療学会
長谷川高志
2012年2月20日

JITA

遠隔医療の制度化の流れ

- 厚生省健政局通知「医師法の解釈通知」1997年12月24日
 - 医師法で禁止されている「非対面診療」に相当しない。
 - **遠隔診療(テレビ電話診療への規制緩和)**
- 厚生省保険局発第30号 1998年3月16日
 - テレビ画像を通じた再診に再診料請求を認めた。
- 厚生省健政発第517号 1999年4月22日
 - 診療録等の電子媒体による保存について(見読性、真正性、保存性)
 - **テレラジオロジー、電子カルテへの制約の緩和**
 - **これが医療情報システムガイドラインV4.1のルーツ**
- 厚生省保険局第30号 2000年3月17日
 - テレラジオロジーへの画像管理加算の支払
 - テレラジオロジーへの術中迅速診断組織標本作製料の支払
- 厚生省医政局通知0331020号 2003年3月31日
 - 1997年12月24日の通知の改正
 - 適用対象の別表が示された。(規制との勘違いが多かったが)
- **厚生省医政局通知医政発0331第5号 2011年3月31日**
 - **2003年3月31日の通知を更に改正**
 - **適用対象の症例が7から9に増加。この症例もサンプルと明記**
 - **適用対象の制限や地域制限が無くなった。**

診療を遠隔で行う。

画像診断やカルテ情報

JITA

制度化と関係する出来事

- 1996年 厚生科研・遠隔医療研究班(主任研究者 開原成允東大名誉教授)
 - **1997年健政局通知(医師法20条解釈)につながった。**
- 2003年 遠隔医療研究会幹事を中心に「厚生科研・遠隔医療調査研究班」(主任研究者 村瀬澄夫信州大学教授、当時)が発足
 - **2003年医政局通知改正を支援**
- 2007年 遠隔医療学会幹事を中心に「厚生科研・遠隔医療研究班」(主任研究者 酒巻哲夫群馬大学教授)が発足
- 2008年 総務省・厚生省「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」に協力、委員参加。各省事業への学会の支援スタート
- 2010年 「**規制・制度改革に係わる対処方針**」(遠隔医療の推進に言及)
- 2011年 **2003年医政局通知の再改正**
 - 厚生科研・遠隔医療研究班(主任研究者 酒巻哲夫群馬大学教授)の研究成果が、再改正につながった。
 - 日本遠隔医療学会、遠隔診療の指針を発表
- 2011年 東日本大震災に際しての遠隔診療関連の事務連絡
 - 初診への遠隔診療の適用も認めていた。
 - 適用期間は終了した。

JITA

規制と緩和 遠隔診療を素材として考える。

医師法第20条

医師は、**自ら診察しないで**治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。<以下略>

遠隔診療に関する厚労省通知

- 医師法第20条等における「診察」とは
 - 問診、視診、触診、聴診、その他手段
 - 疾病に対して一応の診断を下し得るもの
- **代替し得る程度の有用な情報が得られる場合**
- **遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない**

遠隔医療を禁止する目的で定めた条項ではない。

- 制定時期に存在しない医療形態なので、事態が判明した時期に考えざるを得ない。(当初から盛り込むことは不可能)
- 利用状況を想定しきれないので、全国一律のルール化するには躊躇する。
- 起こりうる事態と対応がイメージできるようになれば、制約も緩和できる。
- 先走りして事故を起こせば、信用回復は容易ではない。



規制緩和と診療報酬は別物

- 医政局通知は、遠隔診療を合法と示した。
- 合法でも、報酬をつけるか否かは**別物**
- 世の中で必要性の高い医療行為に対する弁済手段が「診療報酬」
- 安全性の見通しが立ち、通知が発行された。
- 大きな必要性和確実の有効性が示され、関係団体での協議を経たものが、診療報酬の有無を判断する組上に乗る。
- この通知は、まだ入り口
- 規制に近いところで語られる話題なので、一考すべきである。



遠隔診療に対する報酬？

- 初診？
- 再診？
 - 特定疾患療養管理料
 - 在宅酸素療法、喘息、糖尿病などの処方
- 電話再診？
 - 加算、処方に制限
- 往診？
 - 必ずしも計画性には縛られない。再診でなくても可？
- 訪問診療？
 - 計画的な在宅医療の一環(初診ではない)
- 訪問看護
 - テレナーシングをターゲットにできるか？
- 現場の必要性和運用から考えなければならない。
 - 遠隔医療は、現場での意識からかけ離れて考えていないか？
- 安易な点数化は、将来を縛る恐れがある。(そもそも電話再診……)



制度化？ 規制緩和？ 特区を計画する。

- 遠隔医療は従来形態と異なる医療である。
 - 待ちの医療からアウトリーチの医療へ
 - ハコの中の医療からソトの医療へ
- 医療制度として考えるべきこと、課題を医療者も行政も患者・市民も模索を続けている。
 - 従来制度には、遠隔医療の利点を損ねるものがある。
 - 遠隔医療により意味を失う従来制度もある。
- 新たな社会規範が必要となる。
- **不都合な制度をぶっ壊す**は、必要な制度も破壊する。
 - 制度の全てが悪しき抑制ではない。
 - 規制緩和とは新たな制度作りである。
- 規制緩和とは、制度作りのための緻密な作業である。
 - 担当官庁でのスタディ、関係団体との調整など
 - **ぶっ壊す**感覚での取り組みは有害無益である。(素人！)
 - 現行制度がスタート点、規制作りと行うことは変わらない。
 - 精密な検討と計画がなされたモノ以外は使えない。
- 採択される**特区申請資料**は、**新規の省令や通知**などと**同水準の計画と検討**が為されている。



地域の制度を考える

- 全国共通の制度は難しい。
 - 地域ニーズ、条件は異なる。
 - 地域に適合しない制度は、使われないか、モラルハザードを生む。
- 社会システムのソリューションを作る
 - 地域の各種条件(施設種類、地理の特徴、医療者の数と水準……)
 - 適用される制度や条件：**ここでの制約が規制緩和対象**
 - 地域で投入できる資源：各種事業資金、人材、科学技術
 - 運用と教育
 - 地域でも解は一つとは限らない。
 - 行政とヘルスケア事業者の企画・実行能力による。
- 高い観点から制度設計できる人材が重要。
- 地域の事情に精通した人材が必要。(地元主導が一番)
- 机上の理屈だけで考えたものは、現実として使えない。
- トップダウンでのルール創造も必要だが、ボトムアップでのルール改正も必要
- 革命期でさえ、前体制の秩序からスタートする歴史が少なくない。
 - 前体制秩序の完全破壊を行うと、革命後に「死人が増える」。