

平成 21 年度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

遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究

(H21－医療－指定－013)

平成21年度 総括研究報告書

研究代表者 川島 孝一郎

平成22(2010)年 3月

目次

第1章 研究の背景と目的

1. 研究の背景	1
2. 研究の目的	2

第2章 研究の概要

1. 研究検討委員会による会議開催とその経過	5
2. 調査概要	6

第3章 結果と分析

1. 回収結果	9
2. 集計結果	9
3. 分析	14
4. 補足—対面診療と遠隔診療の差異	15

第4章 総括

【1】在宅における遠隔医療導入の時代背景	19
【2】在宅医療に対する医師の認識と医療の現状	20
【3】在宅医療における遠隔医療の基本方針	22
【4】本研究結果と分析から見えること	23
【5】在宅における遠隔医療を十分に利用可能な医師の分類	25
【6】遠隔医療を利用しやすい在宅療養支援診療所の機能	27
【7】遠隔医療を利用しにくい病院医療機能	30
【8】遠隔医療と在宅医療	31
【9】在宅医療における遠隔医療の今後の展開	31
【10】資料	32

第5章 資料編

1. 在宅療養支援診療所用 調査票	35
2. 自治体病院用 調査票	49
3. 調査結果 (図表)	61
4. 調査結果 自由記載 (在宅療養支援診療所)	143
5. 調査結果 自由記載 (自治体病院)	177
6-1. 追加調査 調査票 (①②群)	183
- 2. 追加調査結果 自由記載 (①②群)	187
7-1. 追加調査 調査票 (①②群以外)	197
- 2. 追加調査結果 自由記載 (①②群以外)	201

第1章 研究の背景と目的

1. 研究の背景

総務省・厚生労働省合同で開催された「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」は、20年7月に中間とりまとめ（http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/2008/pdf/080731_7_bt1.pdf）を公表したが、その中で遠隔医療の適応範囲の例として、「慢性期疾患（在宅）への支援、病状安定患者（在宅）への支援」があるという意見が出された。一方厚生労働省では従前より在宅療養支援診療所等の取り組みを始めとして、在宅医療の推進にも力を入れている。遠隔医療の推進が在宅医療の進展に寄与するか、逆に在宅医療の障害になるかについての検討が、今後の在宅医療の展開に重要な影響を与えるため、必要にして十分な根拠を得ることが喫緊の課題である。中間とりまとめの中で「情報機器の利用が、本来あるべき対面診療を“なしで済ませるための方便”にならないようにすべき」と指摘しているが、遠隔医療の実施によって「在宅に赴かない医師が増加する」ことはあってはならない。

21年度も引き続き開催予定の「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」は、20年度に実施されるモデル事業の成果報告を受けて最終報告を取りまとめる予定になっている。この報告がいたずらに医療従事者に混乱をもたらすことのないように、遠隔医療技術の導入が医療現場に及ぼす影響についてのエビデンスを、早急にまとめる必要がある。

すでに平成8年度電気通信普及財団補助金による研究調査報告書「マルチメディア通信によるバーチャル診療所の試行」の研究においては、医師が在宅医療の説明を十分に行い、かつ患者に赴く体制を堅持することにより、75%の患者が医師－患者間におけるテレビ電話を「不要」としている。

在宅医療は疾病・傷病による通院困難な者に対して、

- 1) 医師が直接居宅に赴いて医療提供を行う場合と、
- 2) 外来での医師の指示に従って、患者・家族が在宅での医療を行う場合がある。いずれの場合にも、

- ① 医師による「在宅医療と在宅ケアの十分な説明」がなされることによって、
- ② 生活者の生き方に沿う在宅医療と在宅ケアが選択可能となる。

つまり、在宅医療と在宅ケアが生活者において成り立つためには明確な序列があり、第一に①がなされること、その上で②が満たされることによって安心・安全な生活が保障されるのである。

ところが、平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業「在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会」報告書において、医師の在宅医療に関する説明内容の不備が指摘された。

さらに、平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」の研究報告（全346頁、研究代表者：川島孝一郎 仙台往診クリニック院長 参照URL：<http://www.oushin-sendai.jp/download/pdf/c03/research/03.pdf>）においては、全国の臨床研修指定病院810ヶ所の医師、及びがんセンターの医師2,750名に対する在宅医療の意識調査を行い、臨床研修指定病院医師の75%・がんセンター医師の70%が、在宅医療に関する説明を患者に行わないで退院させている。このような現状では、

- ③ ①が不十分な状況下で在宅医療に対して遠隔医療を普及させた場合には、医師は遠隔医療に頼り在宅に赴かず、対面診療を怠る可能性が高い。
- ④ 問題が起これば患者はすぐに病院受診を勧められるため、訪問診療の選択肢を閉ざされる。これでは、遠隔医療の導入の意味が無くなり、疾病・傷病による通院困難者にとっては、受診することも入院することも生活全体に多大な影響を受けることとなる。等の問題があり、在宅医療の推進にとって遠隔医療が阻害要因となりかねない。

2. 研究の目的

上記を踏まえ、本研究では医療計画・地域ケア計画・医療費適正化計画等の各計画に照らし合わせつつ、在宅医療への遠隔医療技術導入の限界および遠隔医療の適正な利用について、早急な情報を得るために以下の内容を検討する。

①高齢者の60%、がん患者の80%が在宅療養を希望し（図A）、かつ在宅での終焉を希望している。国民のニーズである「在宅での終焉」を遠隔医療技術が補佐するか妨げるかについて、医療従事者へのアンケート調査を通じて詳細な検討を行う。

②全国11,881ヶ所の在宅療養支援診療所が円滑に運用されるための方策として、遠隔医療技術の必要性について、在宅療養支援診療所の医師に対してアンケート調査等を実施する。

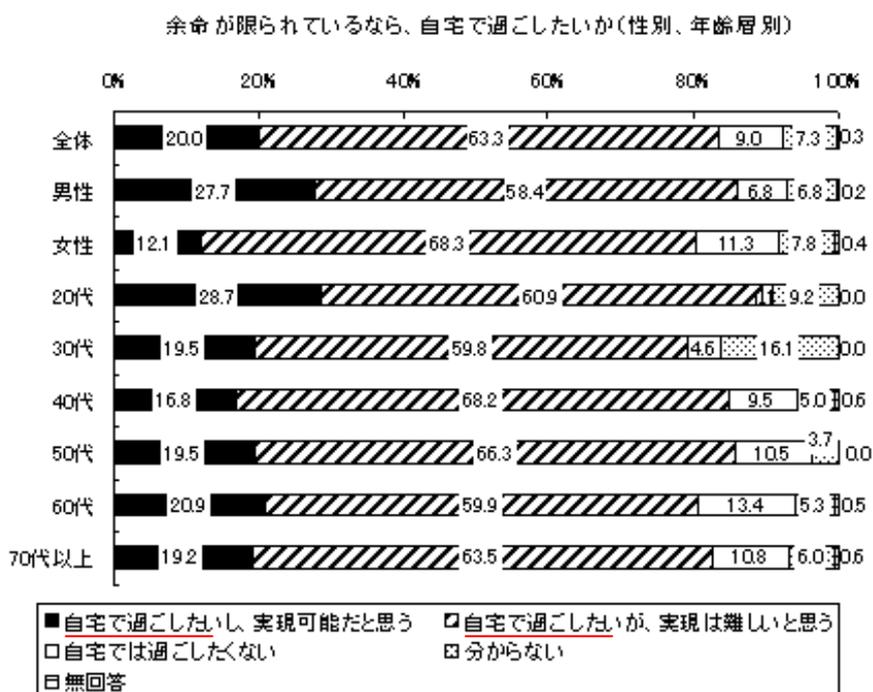
また病院・診療所間の遠隔医療導入の想定も必要であることから、同様の調査を全国 959ヶ所の自治体病院に対し実施する。

さらに②の調査において協力を得た在宅療養支援診療所のうち、回答者名、施設名、所在地等が記入されている診療所に対し、遠隔医療の運用と在宅看取り実施との関連について追加調査を実施する。

③アンケート調査の結果を分析し、医療計画・医療費適正化計画・介護保険事業支援計画等との整合性を計り、在宅医療を妨げずかつ最大の費用対効果を生み出す「遠隔医療適正化戦略」を提案する。

遠隔医療が在宅医療の進展の阻害要因となってはならず、病院医療・病院医師の視点とは異なる、在宅医療・在宅医師の視点から本研究を実施する。

医療提供体制における連携及び介護提供体制における連携、情報共有に寄与する遠隔医療技術の適正使用について考察を行い、在宅医療を妨げずかつ最大の費用対効果を生み出す「遠隔医療適正化戦略」を策定し、提言を行うことを目的とする。



2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

図A 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別・年齢層別)

日本ホスピス・在宅ケア研究振興財団資料 2005

第2章 研究の概要

1. 研究検討委員会による会議開催とその経過

<研究検討委員>

川島孝一郎 (主任研究者) 仙台往診クリニック 院長／医師
伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 講師
小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授／医師
武吉宏典 合資会社テディーズ・コンピュータ・サポート 社長

<事務局>

伊藤裕子 有限会社ポーの一族 事務部門
千葉宏毅 仙台往診クリニック 研究部門
白鳥夏美 仙台往診クリニック 研究部門
青柳彩子 仙台往診クリニック 研究部門
須田山応実 株式会社 アルプス技研

<研究検討会議開催日および出席者数>

会議開催数 計8回

第1回	平成 21年 7月 3日(金)	出席者 6名
第2回	平成 21年 7月 8日(水)	出席者 5名
第3回	平成 21年 8月 4日(火)	出席者 8名
第4回	平成 21年 8月 17日(月)	出席者 8名
第5回	平成 21年 8月 25日(火)	出席者 8名
第6回	平成 21年 9月 1日(火)	出席者 8名
第7回	平成 21年 9月 8日(火)	出席者 9名
第8回	平成 21年 9月 15日(火)	出席者 10名

2. 調査概要

1) 遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究 [在宅療養支援診療所]

<調査対象地区>

全国

<調査対象者>

在宅療養支援診療所 院長

<調査対象者情報の収集方法>

各厚生局（北海道厚生局、東北厚生局、関東信越厚生局、近畿厚生局、中国四国厚生局、四国厚生局、九州厚生局）がホームページ上で公開する「厚生局管内の施設基準の届出受理状況」より、平成 21 年 8 月現在の在宅療養支援診療所の「施設名称」、「所在地」を抽出。ただし東海北陸厚生局管内の届出受理医療機関名簿に関しては、ホームページ上の情報公開時期が異なっていたため、行政文書の開示請求手続きによって名簿を取得した。

<調査対象者数>

悉皆／全国 11,881 ヶ所（平成 21 年 8 月現在）の在宅療養支援診療所の院長、11,881 名

<調査内容>

- 1：施設属性（医師数、施設携帯 [有床・無床]、遠隔医療の実績とその形態、)
- 2：患者数（総数、外来患者数、訪問診療算定患者数、在宅末期総合診療料算定患者数、在宅時医学総合管理料算定患者数、重症者加算算定患者数、在宅人工呼吸指導管理料を算定した患者数、)
- 3：訪問診療もしくは往診の回数（月平均回数、往診の月平均回数、早朝・夜間・深夜、祝祭日の往診月平均回数）
- 4：在宅での看取り総数、夜間・休日の在宅看取り数、がんの在宅看取り数
- 5：平成 21 年 7 月現在の診療報酬点数に占める在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料算定の割合
- 6：医師 - 患者間の遠隔医療実施にともなう、具体的設問（機器の不具合時の対応方法、診察のAppointment変更時の対応、遠隔医療実施中の緊急対応等）
- 7：遠隔医療実施の施設体制（実施頻度、対応可能時間帯、対応可能な人数と職種等）
- 8：遠隔医療運用にともなう医療者側の利点・欠点、患者側の利点・欠点
- 9：遠隔医療導入・運用の有効と思われる二者間
- 10：遠隔医療の導入・運用と 24 時間対応、医師の看取り

- 1 1 : 遠隔医療と在宅療養に関する自由記載
- 1 2 : 施設所在、記入者役職等

<調査実施期間>

平成 21 年 10 月

2) 遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究 [全国自治体病院]

[調査対象地区]

全国

[調査対象者]

全国自治体病院 院長

<調査対象者情報の収集方法>

全国自治体病院協議会が取りまとめる会員施設情報データベースに掲載（平成 21 年 9 月現在）された病院の「施設名称」、「所在地」を抽出

<調査対象者数>

悉皆／全国 959 施設（平成 21 年 9 月現在）の全国自治体病院 院長 959 人

<調査内容>

- 1 : 施設属性（医師数、病床数、平均在院日数、遠隔医療の実績とその形態、）
- 2 : 患者数と割合（1 日平均外来患者数、医療連携室を介して退院した患者の割合）
- 3 : 医師 - 患者間の遠隔医療実施にともなう、具体的設問（機器の不具合時の対応方法、診察のアポイント変更時の対応、遠隔医療実施中の緊急対応等）
- 4 : 遠隔医療実施の施設体制（実施頻度、対応可能時間帯、対応可能な人数と職種等）
- 5 : 遠隔医療運用にともなう医療者側の利点・欠点、患者側の利点・欠点
- 6 : 遠隔医療導入・運用の有効と思われる二者間
- 7 : 遠隔医療の導入・運用と 24 時間対応、医師の看取り
- 8 : 遠隔医療と在宅療養に関する自由記載
- 9 : 施設所在、施設種別、記入者所属、記入者役職等

<調査実施期間>

平成 21 年 10 月

3) 遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究（在宅療養支援診療所 追加調査）

<調査対象地区>

全国

<調査対象者>

1) の調査で調査協力を得た在宅療養支援診療所 医師

<調査対象者情報の収集方法>

1) の調査により回答を得た在宅療養支援診療所のうち、任意で施設名・所在地の記入のあった診療所

<調査対象者数>

抽出／全国 11,881 ケ所（平成 21 年 8 月現在）の在宅療養支援診療所の医師のうち、1) の調査により回答を得た在宅療養支援診療所 1,288 ケ所のうち、任意で施設名・所在地の記入のあった在宅療養支援診療所 994 ケ所

<調査内容>

1) の回答結果より得られた

①「遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらない」と回答しながら「看取りはしやすくなる」、②「遠隔医療を導入すると医師が訪問しなくなる」と回答しながら「看取りがしやすくなる」とした①②群とそれ以外の群による、遠隔医療の導入と在宅看取りに関する自由記載

第3章 結果と分析

1. 回収結果

診療所

全国 11,881 箇所の在宅療養支援診療所に調査票を送付し、1,288 件の回答を得た。そのうち 1,194 件を有効回答とした（有効回答回収率 10.0%）。

病院

全国 959 箇所の自治体病院に調査票を送付し、171 件の回答を得た。そのうち 149 件を有効回答とした（有効回答回収率 15.5%）。

追加調査

在宅療養支援診療所の回答のうち、回答者名が記入されていた 994 件に調査票を送付し、424 件の回答を得た。そのうち 415 件を有効回答とした（有効回答回収率 41.8%）。

2. 集計結果

【問1～5 施設状況】

診療所

常勤医は平均 1.3 人であった（図診-1-a-1）。訪問診療の月平均回数は 61.0 回（図診-3-a）、
住診は 12.2 回（図診-3-b）、半年間の看取り総数は 3.6 人であった（図診-4-a）。
遠隔医療の実施は、医師－医師間が 4.4%（図診-1-c-1）、医師－看護師間が 5.8%（図診-1-c-3）、
医師－患者間が 4.7%（図診-1-c-5）であった。

病院

常勤医は平均 31.4 人であった（図病-1-a-1）。1 日平均外来患者数は 491.9 人であった（図病-2-a）。
遠隔医療の実施は、医師－医師間が 7.2%（図病-1-d-1）、医師－看護師間が 3.6%（図病-1-d-3）、
医師－患者間が 2.8%（図病-1-d-5）であった。

【問A トラブルへの対応】

問A-1 仮に雑音や音声の途切れによって、十分なコミュニケーションが取れない場合

診療所

「そのまま診察を進める」が 3.9%、「電話を併用し、診察を続ける」が 81.6%、「診察を中断し、システムの復旧作業を行う」が 10.8%であった（図診-A-1）。

病院

「そのまま診察を進める」が 4.2%、「電話を併用し、診察を続ける」が 74.3%、「診察を中断し、システムの復旧作業を行う」が 16.7%であった（図病-A-1）。

問A-2 仮に雑音や音声の途切れによって、十分なコミュニケーションが取れない場合

診療所

「次の患者の診察時間になるまで待つ」が 1.6%、「患者宅へ電話をかけ、確認する」が 84.4%、
「次の患者へ連絡し、先に進める」が 11.8%であった（図診-A-2）。

病院

次の患者の診察時間になるまで待つ」が 4.9%、「患者宅へ電話をかけ、確認する」が 70.8%、「次の患者へ連絡し、先に進める」が 23.6%であった（図病-A-2）。

問A-3 患者から診察の時間を早めて欲しいと連絡がはいった場合

診療所

「診察順番を調整するために、それぞれの患者へ電話する」が 26.1%、「調整が困難なため、別な診察日を提案する」が 33.4%、「別な医師（もしくは看護師）に対応してもらおう」が 29.7%であった（図診-A-3）。

病院

診察順番を調整するために、それぞれの患者へ電話する」が 10.5%、「調整が困難なため、別な診察日を提案する」が 43.4%、「別な医師（もしくは看護師）に対応してもらおう」が 37.8%であった（図病-A-3）。

問A-4 一度診察が終了した患者から「見て欲しいことがあったのでテレビ電話にて再診をしてほしい」との電話があった場合

診療所

「あらためて診療の予約を入れてもらうように伝える」が 11.3%、「すぐにテレビ電話で再診する」が 22.0%、「そのまま電話で用件を聞き、回答する」が 55.9%であった（図診-A-4）。

病院

「あらためて診療の予約を入れてもらうように伝える」が 17.6%、「すぐにテレビ電話で再診する」が 14.1%、「そのまま電話で用件を聞き、回答する」が 59.2%であった（図病-A-4）。

問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合

診療所

「患者に連絡した上でテレビ電話を中止し、往診をする」が 50.6%、「他の医師もしくは看護師に緊急対応を依頼しテレビ電話の診察を続ける」が 34.2%であった（図診-A-5）。

病院

「患者に連絡した上でテレビ電話を中止し、往診をする」が 72.7%、「他の医師もしくは看護師に緊急対応を依頼しテレビ電話の診察を続ける」が 23.1%であった（図病-A-5）。

問A-6 テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方したが、後日症状が悪化したと患者から連絡があった場合

診療所

「患者宅を訪問する」が 51.0%、「患者が貴院へ来るよう伝える」が 28.3%、「再度テレビ電話等による遠隔診療を実施する」が 13.0%であった（図診-A-6）。

病院

「患者宅を訪問する」が 15.4%、「患者が貴院へ来るよう伝える」が 62.9%、「再度テレビ電話等による遠隔診療を実施する」16.1%であった（図病-A-6）。

【問B コスト・利用頻度・位置付け】

問B-1 患者負担（医療費のほかに2,830円/月）について

診療所

「高いと思う」が29.1%、「安いと思う」が28.5%、「分からない」が42.4%であった（図診-B-1）。

病院

「高いと思う」が25.9%、「安いと思う」が35.0%、「分からない」が39.2%であった（図病-B-1）。

問B-2 患者30名《月2回》の場合の、遠隔診療実施の頻度

診療所

「2週間に1回程度」が27.8%、「週1回程度」が28.2%、「週3回程度」が19.2%、「ほぼ毎日」が18.4%であった（図診-B-2）。

病院

「2週間に1回程度」が25.4%、「週1回程度」が39.4%、「週3回程度」が21.1%、「ほぼ毎日」が6.3%であった（図病-B-2）。

問B-3 遠隔診療実施に割り当てる時間帯

診療所

14時をピークとし、また、他の時間帯全てについて回答者があった（図診-B-3）。

病院

14時をピークとし、7～8時、12～13時、20～23時については回答者が極端に少ないか、または回答がなかった（図病-B-3）。

問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数

診療所

医師は平均1.2人、看護師が1.6人、事務職員が1.3人であった（図診-B-4）。

病院

医師は平均1.8人、看護師が1.7人、事務職員が1.1人であった（図病-B-4）。

問B-5 遠隔医療の位置づけ

診療所

「遠隔医療は、対面診療の代替となりうる」が7.8%、「遠隔医療は、あくまでも対面診療の補助である」が78.7%、「わからない」が10.3%であった（図診-B-5）。

病院

「遠隔医療は、対面診療の代替となりうる」が12.6%、「遠隔医療は、あくまでも対面診療の補助である」が79.0%、「わからない」が6.3%であった（図病-B-5）。

【問C 利点と欠点】

問C-1 医療者側にとっての利点

診療所

「地理的な制約を受けない」が最も多く、79.2%が回答した（図診-C-1）。

病院

「地理的な制約を受けない」が最も多く、83.6%が回答した（図病-C-1）。

問C-2 医療者側にとっての欠点

診療所

「遠隔医療運用にともなう機器の導入・維持」が最も多く、83.9%が回答した（図診-C-2）。

病院

「遠隔医療運用にともなう機器の導入・維持」が最も多く、88.8%が回答した（図病-C-2）。

問C-3 患者側にとっての利点

診療所

「通院に伴う患者の身体的負担の軽減」が最も多く、86.6%が回答した（図診-C-3）。

病院

「通院に伴う患者の身体的負担の軽減」が最も多く、87.3%が回答した（図病-C-3）。

問C-4 患者側にとっての欠点

診療所

「触診・聴診ができないこと」が最も多く、84.8%が回答した（図診-C-4）。

病院

「機器類の導入にともなう出費」が最も多く、82.6%が回答した（図病-C-4）。

問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態

診療所

「医師－患者間」が最も多く、42.8%が回答した。次いで「医師－医師間」（27.1%）、「医師－看護師等 医療関連職種間」（19.9%）であった（図診-C-5）。

病院

「医師－医師間」が最も多く、38.2%が回答した。次いで「医師－患者間」（33.1%）、「医師－看護師等 医療関連職種間」（24.3%）であった（図病-C-5）。

【問D 往診・看取りとの関係】

問D-1 テレビ電話で24時間対応できるか

診療所

「24時間対応できる」が13.1%、「24時間対応できない」が69.3%、「わからない」が17.6%であった（図診-D-1）。

病院

「24 時間対応できる」が 7.0%、「24 時間対応できない」が 85.9%、「わからない」が 7.0%であった（図病-D-1）。

問D-2 24 時間いつも緊急往診しているか

診療所

「24 時間往診している」が 74.9%、「標榜時間内には往診している」が 19.2%、「標榜時間内でも往診はしない」が 5.9%であった（図診-D-2）。

病院

「24 時間往診している」が 12.6%、「標榜時間内には往診している」が 23.1%、「標榜時間内でも往診はしない」が 64.3%であった（図病-D-2）。

問D-3 テレビ電話導入すれば 24 時間往診するか

診療所

「24 時間往診する」が 39.5%、「24 時間往診はしない」が 27.5%、「わからない」が 28.7%であった（図診-D-3）。

病院

「24 時間往診する」が 9.2%、「24 時間往診はしない」が 69.0%、「わからない」が 16.2%であった（図病-D-3）。

問D-4 遠隔医療を導入・運用することによる医師の在宅訪問への影響

診療所

「医師が訪問するようになる」が 7.8%、「あまり変わらない」が 38.0%、「医師が訪問しなくなる」が 31.8%、「わからない」が 22.4%であった（図診-D-4）。

病院

「医師が訪問するようになる」が 3.5%、「あまり変わらない」が 45.1%、「医師が訪問しなくなる」が 20.4%、「わからない」が 31.0%であった（図病-D-4）。

問D-5 遠隔医療を導入・運用することによる医師の在宅看取りへの影響

診療所

「医師が在宅で看取りをしやすくなる」が 30.4%、「医師が在宅で看取りをしにくくなる」が 4.1%、「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」が 48.8%、「わからない」が 16.7%であった（図診-D-5）。

病院

「医師が在宅で看取りをしやすくなる」が 35.2%、「医師が在宅で看取りをしにくくなる」が 2.8%、「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」が 44.4%、「わからない」が 17.6%であった（図病-D-5）。

【問F／E 属性】

診療所（問F）

標榜診療科（複数回答可）は「内科」が最も多く、86.1%であった。次いで「外科」が27.7%、「小児科」が24.4%であった（図診-E-1）。

病院（問E）

病院種別（複数回答可）は、「地域医療支援病院」が12.3%、「臨床研修指定病院」が38.5%、「へき地医療拠点病院」が23.8%、「都道府県がん診療連携拠点病院」が4.9%、「地域がん診療連携拠点病院」が16.4%であった（図病-E-1）。

標榜診療科（複数回答可）は「内科」が最も多く、87.3%であった。次いで「外科」「整形外科」がともに82.8%であった（図病-E-2）。

所属診療科は「内科」が最も多く、36.8%であった。次いで「外科」が16.2%であった（図病-E-3）。

3. 分析

問B-5の結果から分かるとおり、在宅療養支援診療所・自治体病院の医師のほとんどは、「遠隔医療はあくまでも対面診療の補助である」と考えていることが分かった。平成15年当時の医政局通知（資料3-1）における基本的考え方を逸脱しない運用がこれからも望まれることだろう。

問Aの結果からは、何らかのトラブルが発生した場合には遠隔診療に拘泥せず、即座に電話対応・直接対応に切り替える考えが多いことが分かった。

問Cからは、当方で提示したメリットデメリットともに肯定的な意見が多く、普及までに解決すべき課題、または、導入前に確認すべき事項の多いことが分かった。

問E／Fの自由記載欄では、技術発展と普及に期待を寄せる声がある一方、現状での電話等の利用のみで不自由と感じていないという意見や、患者・家族に直に接することの出来ないツールは使おうとも思わないという意見もあった。

問E／Fの記載例（抜粋）

○特にへき地であるので、地理的に往診にすごく時間がかかるので、一般診療に障害がでてきている現実。これを少しでも解消できることを期待しています。

○在宅医療を行っていて、電話対応による問題解決はしばしばみられる診療形態です。ですから、テレビ電話による診療もその電話対応の延長線上にあると理解しました。ですが、在宅医療では介護者である御家族が、その現象をどのようにとらえているかが大切であることを考えると、かならずしも画像による所見は必要でないことが多いです。つまり、画像（テレビ電話）でみなければ、状況をつかめないということは、御家族に状況を説明する力がないことを示し、ひいては、診療後にこちらの指示通りに御家族が対応できない可能性が高いと考えられます。

○患者さんとの肌の触れ合い（手を握ったり足をさすったりすること）や、時間や空間の共有（話しはしなくてもその場に共にいること）ができない遠隔医療は私にとって医師－患者間のツールとして使用しようとは思えません。

問Dからは、在宅訪問については「今と変わらない」か「減る」と考えている医師が多い一方で、看取りについては「遠隔医療と関連しない（≒変わらない）」か「しやすくなる」と考えている医師が多いことが分かった。

この詳細については、追加調査により、以下のような点を指摘する医師が多かった。

- ・「情報量が増える」といったメリットがあり、体勢が強化される
- ・しかし、患者や家族の安心・医師自身の意識などにより、直接訪問は依然減らない
- ・ただし、患者・家族の求めに応じていた頻回な訪問は、テレビ電話などにより患者側に安心が生まれることで減る可能性がある

追加調査の記載例（抜粋）

○遠隔医療を行ったとしても、あくまでも補助的な役割でないでしょうか。

やはり時間が許せば、医師自ら患者宅へ訪問し、本人、家人との関わりあいをもつべきと思います。

そう言った意味では、医師の訪問は変わらず、看取りはしやすくなります。

あくまでも遠隔医療は医療従事者へのサポート的役割と思われます。

○まず私としては遠隔医療を導入する効果は、電話やFAXによる連絡とあまり変わらないと考えています。

①について、遠隔医療は実際の訪問に決して代替できるわけではない。しかし、患者や家族の一部はテレビ電話で一定の安心感をもつことも可能だと思う。要するに家族の重圧の軽減効果を期待して、看取りはし易くなるということだろう。

②について、恐らく在宅医療の本質をよく理解していない人が、このように答えたのだろう。病院で医師が診察する時に、触診を行ない質問、疑問に答えて、不安をよく聞いてくれる医師が必要だ。②のような安易な考えで診療する医師が増えることを危惧します。

いずれにしろ遠隔医療に過度に期待することは無理なので、どうしても職場を離れて訪問できない様な場合に限って利用すべきだと思う。やはり電話やFAXとあまり変わらない。

映像伝送などの、高速回線を必要とする遠隔医療の実現には、電話・携帯電話とは別に通信インフラの整備が必要となる。しかし、主に遠隔医療の導入が求められるであろう地域（山間部・島嶼部）は、一般的に通信インフラが未整備である。また、上記のような地域は人口が少なく、インフラ整備にかかるコストに対して利用者数が極端に少なくなるため、費用対効果が良くない。

加えて、1次調査・追加調査の結果、在宅療養者への直接訪問自体がまったくなくなりはないであろうことを考えれば、直接対面診療を補助するシステムづくり（複数診療所によるサポート体制、看護・介護事業所の拡充と医師－看護－介護間での情報共有システムなど）も、地域医療改革の重点項目として視野に入れるべきであるだろう。

問E/Fの記載例（抜粋）

○遠隔診療自体が対面診療の要件を満たさないとの認識論で補助手段に過ぎなくて診療とは見なされず、同じ診療者が行為として往診を行っていることで診療としての担保としなければならぬのであればこうした運用は医療とみとめられないのかもしれませんが、それならやはり各地域に何とか往診も含め地域在住で過疎地での在宅に対応しうる医師配置をあきらめないで追求することがITを挟むより行政の目標設定としては望ましく、ITを挟んだ地理的要因を除外した診療システムはセキュリティー関連企業の業務戦略と近いイメージで捉えてコスト等をもみながら民間の業態として昇華していく方向性が健全という結論にならないでしょうか。

4. 補足－対面診療と遠隔診療の差異

観察者である人間がある対象物を観察する場合、用いている情報は「映像」と「音声」のみで

はなく、また、そういった言葉で端的に示せるような単純なものではない。

人間は、自身もつ五感を必要に応じて活用することで、あるいは、自身が意識的に必要としていなくとも感覚器官に自然に入ってくる情報を活用することで、対象物についての分析を行う。

実際に患家に赴く対面診療に代わって、映像・音声伝送を用いた遠隔診療を行った場合、どのような情報が失われているかを以下にまとめる。

感覚器官に代わるものが無いために失われる情報	
触覚	本人や看護者・介護者の口頭による表現に頼ることとなる
温度、湿度	同上。数値を知ることは可能であるが、「気付く」ことはできない
匂い	同上。
画像精度の限界によるもの	
立体感・奥行き	目視の場合は視差があることにより立体感を得ることができるが、カメラでは不可能
細部	一般的なシステムでは地上波アナログの画質よりも劣る 高品質を実現するためには光ファイバー程度の高速回線などが必須となる また、患部の撮影などに際しては接写に対応したカメラであること
撮影環境などによるもの	
色合い、光量	カメラの機種や品質、撮影環境、時間帯と窓の向きによって異なる。
療養環境全体	画角に移りこむ「背景」として見ることは出来るが、対象物として観察することは難しい（後述）。
角度	据え置きカメラで撮影可能な部位は上半身・手足程度。

色合い、光量などを一定に保つためには、導入時にしっかり調整を行い、その後著しい変更が無いようにしなければならない。しかしその一方で、据え置きのままでは撮影しにくい部位や、療養全体の様子、在宅療養時に使用している医療機器（特に、テレメトリ機能の無いもの）の設定状態などを知ることが困難になってしまう。

3Dテレビなどが普及の兆しを見せているが、これを活用するためには、対応するカメラおよび伝送システムが必要となる。将来の技術として期待されているところだが、実現・普及・低廉化にはまだ時間が必要であると考えられる。

資料 3-1

平成 15 年 3 月 31 日 医政発第 0331020 号

1 基本的考え方

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである。

医師法第 20 条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。したがって、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場合には、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。

なお、遠隔診療の適正な実施を期するためには、当面、下記「2」に掲げる事項に留意する必要がある。2 留意事項 (1) 初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。

(2) 遠隔診療は、直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性期疾患の患者など、病状が安定している患者に対して行うこと。

(3) 遠隔診療は、直接の対面診療を行うことが困難である場合(例えば、離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合)に行われるべきものであり、直接の対面診療を行うことができる場合や他の医療機関と連携することにより直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること。

(4) 遠隔診療は、患者側の要請に基づき、患者側の利点をも勘案して行うものであり、直接の対面診療と適切に組み合わせて実施するよう努めること。

(5) 遠隔診療の開始に当たっては、患者及びその家族等に対して、十分な説明を行い、理解を得た上で行うこと。特に、情報通信機器の使用法、特性等については丁寧な説明を行うこと。

(6) 患者のテレビ画像を伝送する場合等においては、患者側のプライバシー保護には慎重な配慮を行うこと。特に、患者の映像の撮影、情報の保管方法については、患者側の意向を十分に斟酌すること。

(7) 情報通信機器が故障した場合における対処方法について、あらかじめ患者側及び近隣の医師又は歯科医師と綿密に打ち合わせ、取り決めを交わしておくこと。

(8) 診療録の記載等に関する医師法第 24 条及び歯科医師法第 23 条の規定の適用についても、直接の対面診療の場合と同様であること。

(9) 遠隔診療においても、直接の対面診療と同様、診療の実施の責任は当然に診療を実施した医師又は歯科医師が負うものであること。

(10) 遠隔診療を行うに当たり、医師又は歯科医師が患者又はその家族等に対して相応の指示や注意を行っているにもかかわらず、これらの者がその指示や注意に従わないため患者に被害が生じた場合には、その責任はこれらの者が負うべきものであることについて、事前に十分な説明を行うこと。

第4章 総括

【1】在宅における遠隔医療導入の時代背景

今後約50年の日本の人口構成を見てみよう。わずか20年後には約1,300万人減少する。これは東京都の全人口であるとともに、北海道（約500万人）と東北六県（約800万人）のすべての人口でもある。つまり福島県から以北は人っ子一人いない焼け野原となる公算である。

50年後には4,000万人減少し、東京・神奈川・千葉・埼玉はおろか栃木・群馬・茨城の関東すべての人口が完全に消失する。

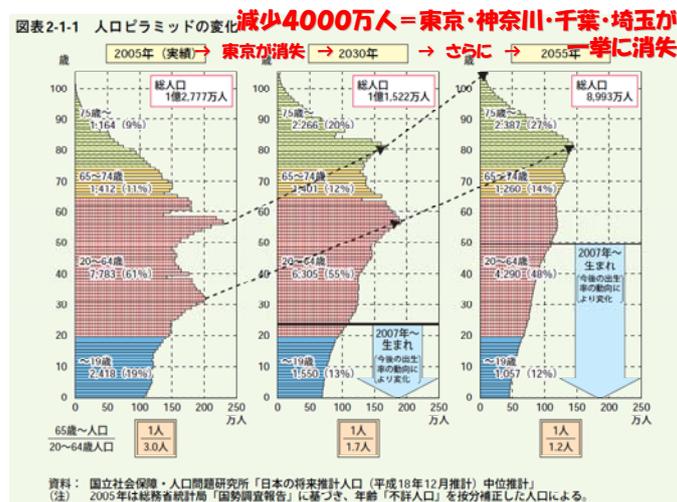


図1

老化は治らない。老人が増加すれば免疫機能低下人口が増え、がんの発生率が高まる。およそ30年後死亡者数が最大値170万人に達するときには、死亡原因の約4割強ががんと考えられるという報告がある。



図2

【人口動態からの未来予測】
 老化は治らない・末期がんは治らない
 難病・重症者も治らない

↓

治らない国日本。治す医療だけでなく
 障害を持って、より良く暮らせる国を創る

↓

急性期病院の治療が終了したら
 すばやく在宅に帰す！！

図3

治す医療は必要であるが、これからは治らない人が増加することに対応できる『支える医療』『より良く暮らせる医療』が喫緊の課題である。

『治らない人が住む国』日本において生きるための生活の場や終焉の場に関する希望はどのようであろうか。

生活の場や終焉の場に関する希望のアンケート調査はすでに数多く行われている。結果は、60～80%の国民は最期まで自宅で暮らし終焉を迎えたいと希望している。

生の終わりを迎える理想の場所
 病院医療と在宅医療双方のメリット・デメリットが分かると
 患者も医師も在宅医療を選ぶ

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅医療	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
胃腸栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
人工呼吸	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3%	11.1
中心静脈	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4%	18.4
在宅医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

※平成17年6月厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係わる調査」補足調査結果

図 4

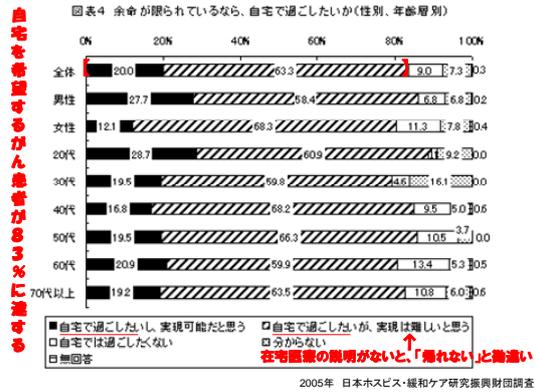


図 5

しかし実態は78%の国民が病院死している。特に死亡原因一位の悪性新生物では90%が病院死である。**国民のニーズと医療のサプライが完全にミスマッチ**となっているのである。

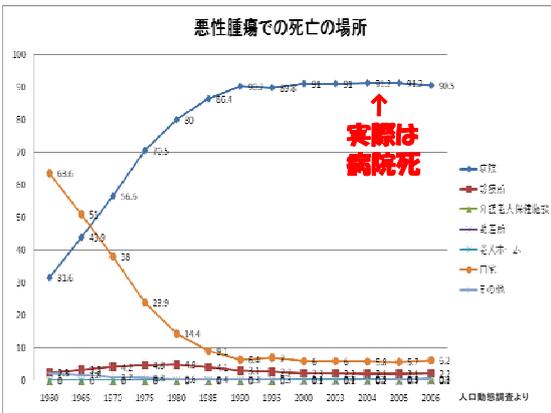


図 6

【最期はどこで? = 国民のニーズ】
 この手のアンケート調査はすでに沢山行われた
 結果: 国民の60~80%は居宅生活で看取り希望

ところが、医療のサプライは病院死!
 がん死の90%・全体では78%が病院死

このミスマッチが病院医の疲弊の原因!

図 7

【2】在宅医療に対する医師の認識と医療の現状

結果として病院死を作り出している医師は、国民のニーズである在宅復帰と最期までの生活について、これを支援する在宅医療と在宅介護・福祉について十分な知識を持ち、かつ説明しているだろうか。

そもそも医学部におけるほとんどの授業は身体論を基礎とした『治す医療』の教育である。したがって、病気を治すことには長けていても、治らなくなった状態への対処法を学んでいない。そのためにがん難民が生まれ、老人は見放され、障害者は打ち捨てられかねない状態となる。重要なことは、治すことはもとより、治らなくとも『より良い生き方』が構築されるように支援できる体制整備が医療において説明され、かつ実施されているか

否かである。

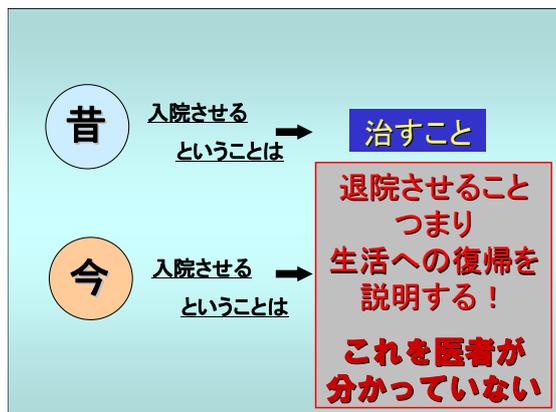


図 8

しかし実際は程遠い。残念ながら、がんセンター医師の 63%、臨床研修指定病院医師の 73%が、在宅医療についての十分な知識や理解がないままに患者に対する説明を行っているのである。これでは「帰宅できない」と不安に思ったり、「見捨てられた」と思うだろう。

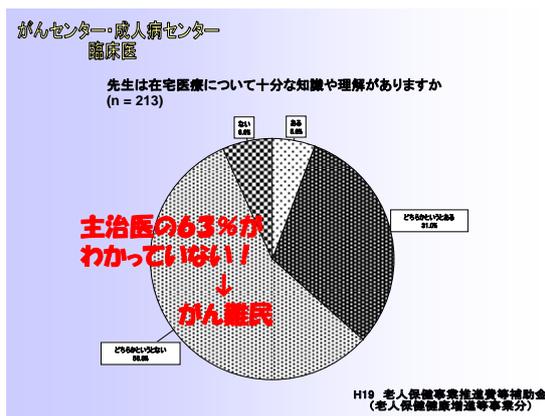


図 9

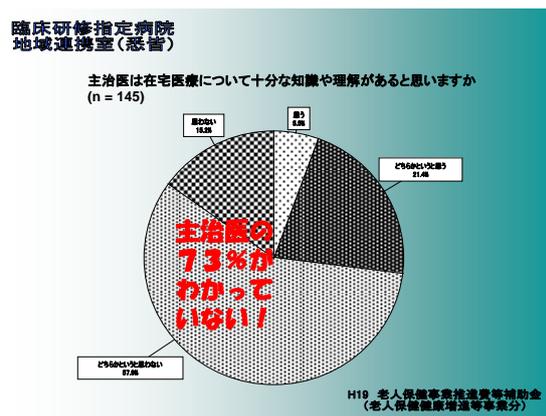


図 10

その結果、本来在宅医療の適応となる患者が、在宅復帰できないままに 48.8%は転院を繰り返すことになっている。帰宅できても状態悪化のたびに再入院を繰り返す (21.1%)。

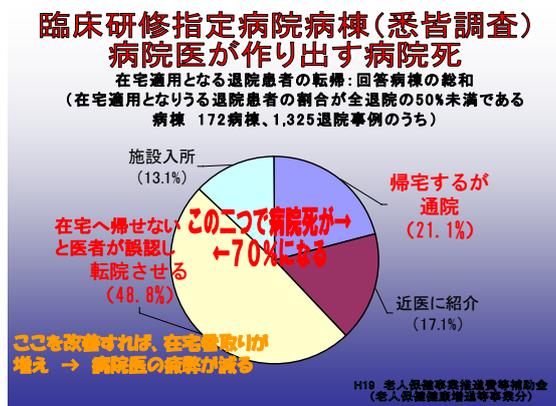


図 11

最終的には、在宅医療の適応者の最大 70%が病院死する可能性がある。(出典：平成 19 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」研究代表者 川島孝一郎)

【3】在宅医療における遠隔医療の基本方針

以上から、

- 1) 少子・高齢化を基礎として、「治す医療」から「支える医療」への転換
- 2) 国民共通のニーズである「最期まで在宅生活し看取られる」ことが可能となること
が求められているのも係わらず、現状は特に病院医師において
- 3) 医師が「支える医療」の知識や理解に乏しいために
- 4) 帰宅できずに病院死する患者が多数であること
したがって、
- 5) 国民のニーズと医療のサプライのミスマッチが歴然としてあること
が判明している。このことから、

遠隔医療が在宅医療に対して寄与することが可能となるためには、まず、遠隔医療を利用する医師に対して1)と2)が可能であることが求められる。

つまり、遠隔医療を利用する医師の側に、1) 2) の基礎がすでにあるものについて、初めて遠隔医療を利用する理由と国民の利益が一致することになる。

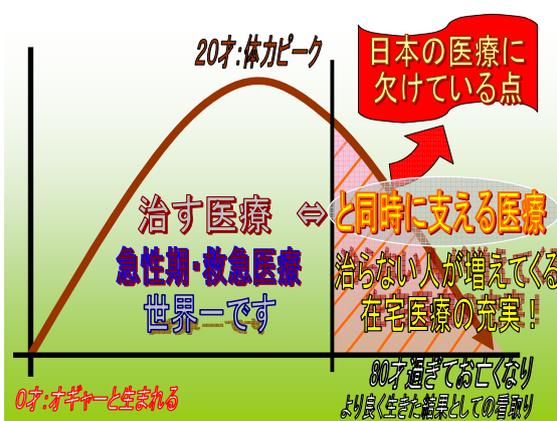


図 11



図 12

支える医療に不可欠な要素は ICF (国際生活機能分類) である。ICF は 2001 年に WHO が提唱した、その人の生活機能＝生きることの全体、を把握し改善することによる「生きて良かった」と思える生活提供が医療・介護・福祉のすべての面において可能となるための分類である。

従来の ICD による「身体を治す」に固執せず、ICF により「人を癒す」ことが可能となる。

ICFによる「健康状態」は単に身体的健康を意味しない。本人の健康は、心身機能・活動・参加の統合された全体構造で決定されるものである。したがって、たとえ半身麻痺であっても介護保険で入浴でき、ホームヘルパーとともに車いすで選挙の投票に行くことが可能となれば、その全体像を健康と呼ぶのである。

ICFの健康状態は、それを支える環境因子・個人因子等が複雑に絡み合って維持されるものであり、その全体を『生活機能＝生きることの全体』という。生活機能＝生きることの全体を支えれば、より良く生きた結果として次の瞬間に誰しもが迎える「生の終焉」を看取ることが可能となる。

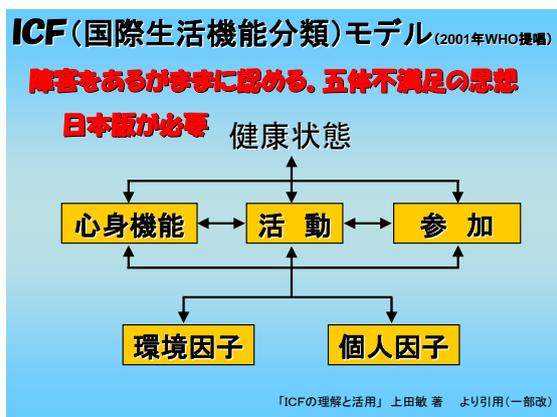


図 13

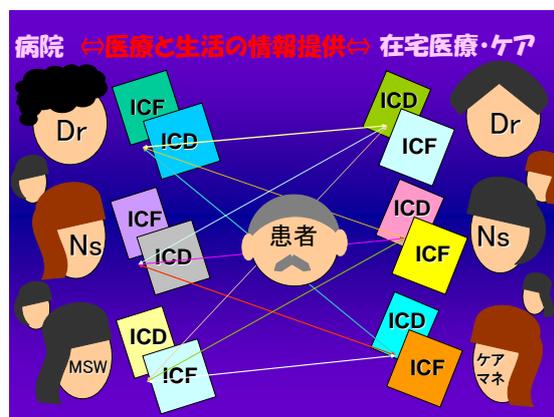


図 14

医療はICDのみならずICFを駆使し、医療間において両者の情報が授受されなければならない。

まず生活を支える視点がある医師であること、次に在宅での看取りができることが求められる。(出典：上田敏「ICFの理解と活用」2005、平成20年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」研究代表者 川島孝一郎)

【4】本研究結果と分析から見えること

第3章結果と分析を参照のこと。

本研究は、

- ① 在宅医療の適用患者（疾病・傷病による通院困難者およびがん末期と認知症）に関して
- ② 遠隔医療のうち特に医療の基本となる医師—患者間における対面形式のテレビ電話等のコミュニケーションツールの利用について
- ③ 具体的な利用の現場に起こり得る種々の場面を想定し
- ④ 各場面における医師の対応が、テレビ電話等の十分な利用価値を保持できるものであるか否か

⑤ さらに、当該ツールを利用していない現状に比べ、テレビ電話等が十分な利用価値を更に生み出すものであるか否か

について検証した。

結果は、

- 遠隔医療は、在宅療養支援診療所・自治体病院のいずれの医師においても、**あくまでも対面診療の補助である**と考えている。
- テレビ電話利用の最中における**トラブルへの対処は普通電話の対応が多く、普通電話で対応可能なやり取りをテレビ電話利用に変更する意義は希薄**であることが推定された。
- 遠隔医療のメリット・デメリットは依然として**払拭されてはならず、コスト・機能維持のための整備・人員配置の問題・24 時間対応の問題・プライバシー保護の問題・訴訟への対応等の解決されていない分野が多い**ことが判明している。
- 病院医師は医師—医師間のデータ授受に最も利用価値が高いと考えている。
- 一方で**在宅療養支援診療所医師は、医師—患者間での利用価値が高い**と考えている。
- 病院（85.9%）・在宅療養支援診療所（69.3%）ともに **24 時間対応はその場に居続けなければならないので難しい**と考えている。
- 24 時間緊急往診している医師は、**在宅療養支援診療所(74.9%)**に対して、病院（12.6%）であった。病院でテレビ電話対応を行っても通院困難者を救急搬送することになる。一方、在宅療養支援診療所は**緊急往診による医療提供が可能**である。
- テレビ電話の導入による 24 時間往診は、在宅療養支援診療所 39.5%に対して、病院 9.2%であった。
- 在宅療養支援診療所・病院のいずれも、**遠隔医療を導入しても医師の在宅訪問診療への影響はあまり変わらない**。
- 在宅療養支援診療所・病院のいずれも、遠隔医療を導入しても**在宅での看取りと遠隔医療は関連しない**。
- **対面診療と遠隔診療の差異は大きく(p15)**、あくまで対面診療の補助手段とすべきである。

以上から、

結論としては遠隔医療、特に

- ① 在宅医療の適応患者に対して
- ② テレビ電話形式の遠隔医療を行うことによる
- ③ 十分なメリットを生む理由はないと考える。

しかし、もし利用を試みるのであれば

- ④ 疾病・傷病による**通院困難者**に対して
- ⑤ 常に**医師が往診可能な在宅療養支援診療所**に関して
- ⑥ 限定的に人材を選択し
- ⑦ **緊急往診および在宅看取り**について
- ⑧ より**有効性が検証されるか否かを確認**すべきものとする。

在宅医療の適用とならない一般外来通院対象者は、p 15 に示すように対面診療と遠隔医療の差異が大きいため、出来る限り外来通院を行うことが望ましい。日常的なバイタルチェックのデータは、異常値があれば対象者から連絡されるものであり常時監視を必要としない。当該対象者における遠隔医療は『医療』の文字が不適當である。『遠隔健康相談』と目される日常生活支援の枠にとどまるのであり、対象者・医療者の実費負担が相応である。

【5】在宅における遠隔医療を十分に利用可能な医師の分類

それは在宅療養支援診療所の医師である。

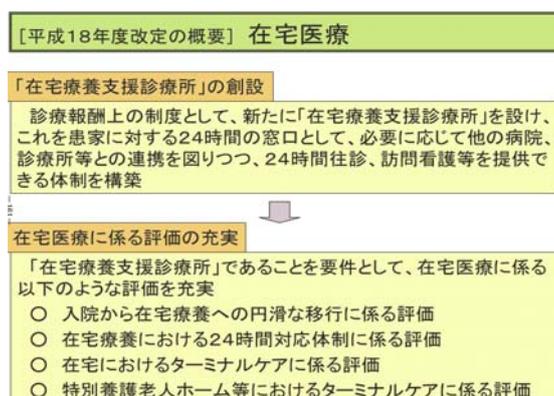


図 15

在宅療養支援診療所の医師は、

- 1) 在宅療養への円滑な移行ができるための介護・福祉制度に精通し
- 2) 24 時間緊急の訪問診療が可能であり
- 3) 在宅における看取りが可能である

医師である。

在宅療養支援診療所医師は、病院医師に比べ I C F の環境因子に属する生活環境の提供に優れていることがすでに判明している。さらに、在宅療養支援診療所 12,140 ヶ所（平成 21 年 12 月現在）のうち、

- ① 在宅医療に特化している（診療報酬の 50%以上が在宅医療）診療所が約 1,000 ヶ所
- ② 一日あたり約 10 ヶ所の訪問診療を行っている診療所が約 1,000 ヶ所
- ③ 年間 10 名以上の在宅看取りを行っている診療所が約 1,000 ヶ所

である。（出典：平成 18 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分「地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業」研究代表者 川島孝一郎）

①②③はいずれも約 1,000 ヶ所であり、ほぼ同一診療所と考えられている。

まず、**在宅医療に遠隔医療を応用するのであれば、【3】に精通する約 1,000 ヶ所の診療所から更に数を選択し、利用を開始することが最も国民のニーズに合っている。これにより、更なるデータ**

を収集することによって、『真の意味での遠隔在宅医療の必要性』が在宅医療の専門家集団である

①②③の診療所医師によって判断されるのである。

<p style="text-align: right;">資料2</p> <p style="text-align: center;">遠隔医療等推進ワーキンググループ報告</p> <hr/> <p style="text-align: center;">平成22年5月11日</p> <p style="text-align: center;">グローバル時代におけるICT政策に関するタスクフォース 地球の課題検討部会 遠隔医療等推進ワーキンググループ</p>	<p style="text-align: center;">総務省・グローバル時代におけるICT政策に関するタスクフォース地球の課題検討部会 「遠隔医療等ワーキンググループ」部会報告</p> <hr/> <p>総論：遠隔医療の必要性、医療の課題についてのICTの活用的重要性</p> <p>医療費の増大、医師不足、地域格差、市民の不安などの国民的な医療課題を解消するには、遠隔医療・遠隔相談の推進、医療データ共有システムの構築など、ICTを積極的に活用することで、医療サービスの質の向上、効率化、全体としてコスト削減を図ることが重要である。</p> <p>保健や福祉との連携、異なる職種間のギャップの解消、市民参加やコミュニティとしての取り組みなど、ICTによるコミュニケーション促進効果を活用することが有効であり、また、実態の把握や事業評価なども重要である。</p> <p>もとより、ICTは手段であり、ICTそのものが医療問題を解決するわけではないことに留意する必要がある。しかし、ICTは医療課題の解消に向けた大きな変革を起こしうる重要な手段である。</p>
<p>(1) 遠隔医療が容認される範囲の明確化</p> <p>遠隔医療が十分に効果を発揮するためには、また、事業として成立するためには、「対面診療原則」の見直しが必要。</p> <p>(2) 遠隔医療の継続を可能とするインセンティブ付与と制度の見直し</p> <p>遠隔医療の効果が大きいと認識していても、現行制度の下では、臨床現場として遠隔利用システムを継続的に維持することが困難であり、診療報酬制度などインセンティブ付与に関する制度の見直しが必要。</p> <p>(3) 高度医療、予防医療、リハビリ段階の在宅医療への遠隔医療活用の推進</p> <p>遠隔システムによる予防医療や健康向上への効果が大きいことは、かなりのエビデンスによって実証されているが、これまでのところ、個別的なケースにおける実証に留まっており、今後、より広範囲の対象についての包括的なエビデンス収集が必要である。</p> <p>遠隔医療については、現在は、実証の段階は終わり、これからは実用システムとして普及させる段階に入っているという意見もあった。高度医療へのICTの適用については、既にさまざまな取り組みがなされ、効果が確認されている。</p> <p>ICTタスクフォース地球の課題検討部会による「今後の方向性(案)」に示されたように、当面は、国民が直接そのメリットを実感しやすい、D to P(医師对患者・利用者)や在宅モニタリングなどの分野が重要になる。ないし、それらの分野の優先度が高いと思われる。</p>	<p>(4) 健康情報活用基盤(医療健康クラウド)等の情報インフラ整備の推進</p> <p>健康・医療情報や生涯情報の蓄積、アクセス、管理を行うための情報共有システムの構築が重要であるとともに、既に整備されている情報・データ、センサ機器、通信の標準規格の活用を原則化し、整備されていない分野での更なる標準化を進めることが必要。</p> <p>(5) 医療福祉資源の最適配分に向けた現場データの全数把握</p> <p>医療サービスの提供側と利用側の相互信頼の欠如が重大な問題であり、その是正に向け、ERP型電子カルテや医療POS等のICTを活用して医療福祉現場で発生するデータの全数把握、収集分析を可能とすることが必要であり、また、市民参加、透明性確保、アウトカム提示などが必要である。</p> <p>(6) これらの実証・検討に資するモデル事業の実施</p> <p>ICTタスクフォース地球の課題検討部会の「これからの議論の方向性(案)」にあるように、遠隔医療等ICTの医療分野への活用については、まず、モデル事業によって地域課題を解決する「成功例」を作り、それを他地域に普及させるというアプローチが必要。</p> <p>そのためには、社会イノベーションを促進する特区などの活用が有効であろう。ICTをはじめとしたイノベーションの活用は経済成長を伴った社会福祉の拡大を可能とする。特に、グローバルな視点と世界への貢献を重視すべき。</p> <p>また、分野横断的な視点と専門的知見を駆使し政策に反映させる政策人材の育成や、地域での遠隔医療を支援する人材やPeviercerの育成も重要である。その際、医療費の増大を回避する観点から、ICTへの投資や遠隔医療推進のためのコスト増大と政策効果のバランスによる政策の優先順位を考慮する必要がある。</p>

上記のように、遠隔医療ワーキンググループの検討部会においても黄色色で示されるように、

- ICTは手段であり、ICTそのものが医療問題を解決するわけではないこと
- 国民がそのメリットを実感しやすい医師一患者等の分野の優先度が高い
- モデル事業によって成功例を作り普及させる
- 医療費の増大を回避する観点

このいずれにも該当するのは在宅療養支援診療所でのモデル事業である。理由は、

- 1) 国民のニーズ「在宅生活で看取り」がまったく整っていない病院医療のサプライの中で、このニーズを叶えることが唯一可能な**在宅医療に特化した在宅療養支援診療所等の医師が使用することが、国民のニーズに沿いメリットを実感しやすいこと。**
- 2) 医療費の増大を抑制するためには、病院偏重型の医療形態を分化させることが先決であり、そのツールとしての在宅医療の進展が序列の第一である。したがって医師一患者間の**テレビ電話等の利用のモデル運用についても当該在宅療養支援診療所においてなされることにより有効性を分析しやすいものである。**
- 3) 2) の基礎データを図 16～28 に示すので参照のほど。

【6】遠隔医療を利用しやすい在宅療養支援診療所の機能

在宅医療が自宅でできる医療は多い。わざわざ病院に入院する必要がないにもかかわらず、在宅医療と看取りの経験がない医師にかかるとすべて自宅から搬送され入院になる危険性がある。

すでに全国で2,300名の在宅人工呼吸器患者を在宅療養支援診療所は受け持っている。

【在宅医療ができること】
 採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
 気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

↓

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
 胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

↓

できないこと：手術・CT/MRI検査・放射線治療等を
 除けばほとんどのことができると考えてよい

図 16

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者 (2006年12月)				
	在宅人工呼吸療法 (HMV)	在宅酸素療法 (HOT)	在宅中心静脈栄養法 (HPN)	在宅成分栄養経管栄養法 (HEN)	
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち在宅時医学総合管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

**この患者を病院へはもどせない！ → 病院療養
在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう**

出典：平成18年度 厚生労働省老人保健医療推進等事業（国収率を元にして全国総数を推計）

図 17

年間救急車による病院搬送件数をみると、入院が必要とは限らない3,360,000人の搬送に対して、在宅で治療を施し入院せずに済んだ在宅患者数は588,000人にのぼり、これは救急搬送人数の17.5%に相当する。在宅医療による救急往診が進展すれば相対的に救急搬送数を減少させることができる。夜間においても同様である。

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回
 救急搬送人員^{※1} 4,677,225人/年 …A
 そのうち「手術を要する入院」「生命の危険がある入院」^{※2} 1,314,000人/年 …B
 A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送 3,363,225人/年…C

在宅療養支援診療所(11,674件)による往診件数 **588,383件/年…D**

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は
救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1 平成20年 救急・救急の概要(速報) 総務省消防庁
 ※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
 ※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 18

【夜間】救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車による
 覚知時刻別搬送人員(平成17年中) **4,955,976人/年…A**

そのうち18時～8時の
 救急搬送人員 **1,639,765人/年…B**
(手術を要する入院、生命の危険がある入院を除く)^{※2}

在宅療養支援診療所(11,674件)による夜間の往診件数 **226,837件/年…C**

在宅療養支援診療所・医師による夜間往診回数は
救急搬送人数の約13.8%に相当する

※1 平成18年 救急・救急の概要(速報) 総務省消防庁
 ※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
 ※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 19

新宿Hクリニックの住診内訳→救急搬送が減る

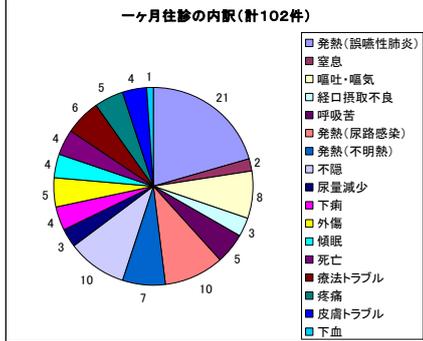


図 20

本来なら搬送されるはずの症状の多くが、救急往診で治療が施され搬送が回避されているのである。

がんの看取りについては、すでに現状でホスピスに比べ在宅でのがんの看取りのほうが多い。ベッド数に換算するとホスピス病棟のベッド数 3,776 床よりも多く 4,942 床が在宅において機能している。

そして在宅療養支援診療所が平成 18 年に発足して以来、がんの在宅看取り数・全体の在宅看取り数ともに増加している。

ホスピス緩和ケアと在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数*1 **193施設3,766床**

緩和ケア病棟平均在院日数*2
(調査に回答した96施設中) ~20日 57%
~25日 95%
~28日 98%

在宅療養支援診療所による
がん患者の在宅看取り*3 (全国推計・年換算) **30,062人**

在宅におけるがん末期の平均日数を 60日と仮定すると

すでに4,942床分の機能を持つ

*1: 日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/3/1現在
*2: 財団法人日本ホスピス緩和ケア研究会調査 2005年度調査研究報告における 96%の施設
*3: 長寿 医療を元にして全国推計を推計

図 21

在宅療養支援診療所発足前後の在宅死亡率

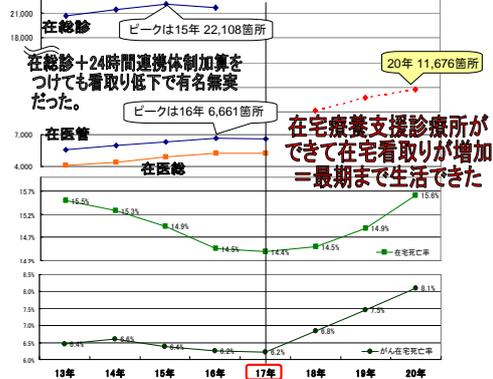


図 22

病院での死亡率と在宅での死亡率
在宅看取り=最後まで家庭生活

	平成 15年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
病院での死亡率	78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%
在宅での死亡率	14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものである
※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

図 23

遠隔医療を利用するのであれば、今後日本の医療が直面する

- ① ICFを基本とした生活機能=生きることの全体を支える医療の展開
- ② 日本国民が希望する最期までの在宅生活と看取り

を叶えるために重要なツールとして機能することが求められる。そのためには①②に精通した集団である在宅療養支援診療所で、特に在宅医療に特化した約 1,000 ヶ所の診療所から更に選別し、モデル事業として試験配置されることが望ましい。

在宅医療は、医療保険点数上では病院入院に比較して患者負担が低いことがすでに判明

している。社会保障国民会議における在宅医療費用のデータを見ても、悪性新生物・ALS等人工呼吸器・脳卒中後遺症等臥床状態の療養者のいずれもが、入院医療に比べて安価である。

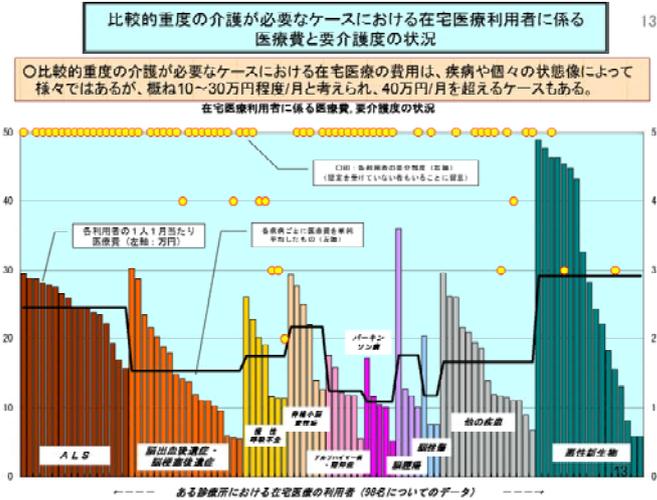


図 24

がん末期	ホスピス:100万円/月 (病院の1/2) 在宅医療:在医総・45万円+麻薬
人工呼吸器	病院: 80万円~100万円/月 (病院の1/3) 在宅医療:25万+訪問看護(医療)
寝たきり	病院: 40万円/月 (病院の1/5) 在宅医療:6万円~10万円/月

【医療保険分のみ】

図 25

全医療費の内訳をみると、図 16~23 の機能を持ちながら在宅医療のコストはわずかで

在宅医療費は少ない→少ない医療費で高い効率 訪問し、最期まで生活支援と看取り

国民医療費 (34.1兆円*1)

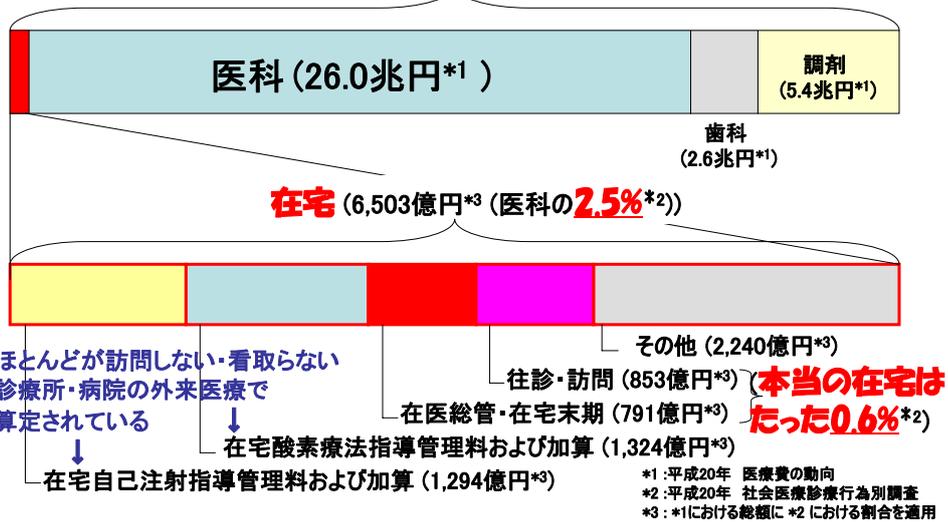


図 26

内科の全医療費のわずかに 0.6%に過ぎない。

一方、在宅医療に包括されているものの、ほとんどが実際には在宅往診をしない病院や診療所で算定されているインシュリンの在宅自己注射指導管理料および加算と、在宅酸素

療法指導管理料および加算等がより多い点数となっている。今後は実際に定期訪問+緊急往診の実績を基にした費用配分が必要であろう。

遠隔医療を導入したら病院医師が果たして緊急往診をするであろうか。否である。生活を知らない、在宅で看取れない医師にはモデル事業の遂行は無理である。

【7】遠隔医療を利用しにくい病院医療機能

1999年までの従来型病院は

- ① 外来診療
- ② 入院治療
- ③ 在宅復帰が困難な事例の生活空間

の三者を一括して同一病院内で処理してきた。しかしその弊害はすでに山積し、だからこそ2000年からの病院医療の再編となったのである。逆戻りしてはいけない。

病院はその機能を分化し、外来機能・在宅機能は病棟機能から切り離していくことが望ましい。

分化されない状況下では医師は

- ① 午前中に外来
- ② 午後からやっと入院検査と治療
- ③ 仕事が終わったと思えば在宅にいる患者が急変して救急治療をしているのである。疲弊しないはずがない。

原因は病院機能の構造自体にある。

この構造を保持したままの病院に『遠隔医療を導入した在宅医療』を持ち込んでも十分な機能展開は行えない。

病院はすばやく医療の三分化を行い在宅療養支援診療所に遠隔医療を委ねるべきである。



図 27



図 28

病院は病棟機能を充実させることによって、朝から入院患者の検査と治療に専念し、十分な説明責任を果たすとともに、すばやく帰宅させることが可能となる。

生活機能=生きることの全体を見据えて直接的に生活に関与するのは在宅医療である。

看取りを含めた生活機能を知り尽くしている在宅療養支援診療所に遠隔医療のニーズを判断・吟味してもらうことが望ましい。

看護・介護・福祉の各分野との関係のツールとしての利用、脳機能との連動・障害者の意思伝達のツールとしての利用等についても、実情に詳しい在宅療養支援診療所が担うべきである。

【8】遠隔医療と在宅医療

すでに「遠隔医療等推進ワーキンググループ報告」が出された。しかし在宅医療に関するその内容は、種々の医療の課題について深く言及したものではなく、唐突に『医療の改善につながる遠隔医療導入』とするものである。

特に在宅医療への導入においては序列を取り違えている。在宅医療に深く関与し看取りを積極的に行っている診療所のデータが明らかに不足しているためである。

序列ははっきりしている。

第一に、

- ① 国民のニーズ（在宅での生活機能＝生きることの全体を最期まで支える）
- ② 国民のニーズ（在宅での看取り）

①②を十分に行い得る在宅療養支援診療所にそのツールとして利用させることである。

病院は在宅医療に手を出す以前に、まず部門の三分化を促進し、機能の円滑な運用が成されるように計らうべきである。

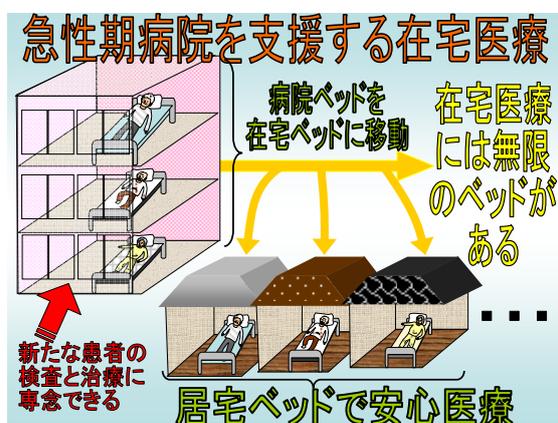


図 29

【医療問題の解決策】

「人口増加を想定した治す医療」はもはや過去
在宅医療は無数の後方ベッドになる

短期計画：①急性期病院の充実→治療してすぐ帰す
②在宅医療の充実→重症者の帰宅と看取り

国民の60～80%は居宅看取り希望
これが国民のニーズに応える医療
長期：③医療構造の三分化の促進

図 30

【9】在宅医療における遠隔医療の今後の展開

全国在宅療養支援診療所連絡会との共同作業を行い、在宅医療における遠隔医療の導入が、

- ① **ICFの生活機能＝生きることの全体、を支える在宅医療・介護・福祉の機能のどの分野と部分に活用されるかを検討すること**
- ② **看取りの促進につながる遠隔医療の機能に関する分析を開始すること**

が喫緊の課題である。

詳しい理由については、第3章3. 分析 に述べてあるので参照のこと。

【10】資料

遠隔医療の、病院への導入よりも、在宅療養支援診療所への導入および調査・研究への活用がより国民のニーズに対して有効であるデータを以下に示す。

(在宅医師・病院医師・訪問看護師、病院看護師の知識と理解に関する自己評価：平成20年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業 研究代表者 川島孝一郎)

問： ICF（国際生活機能分類）について知っているか

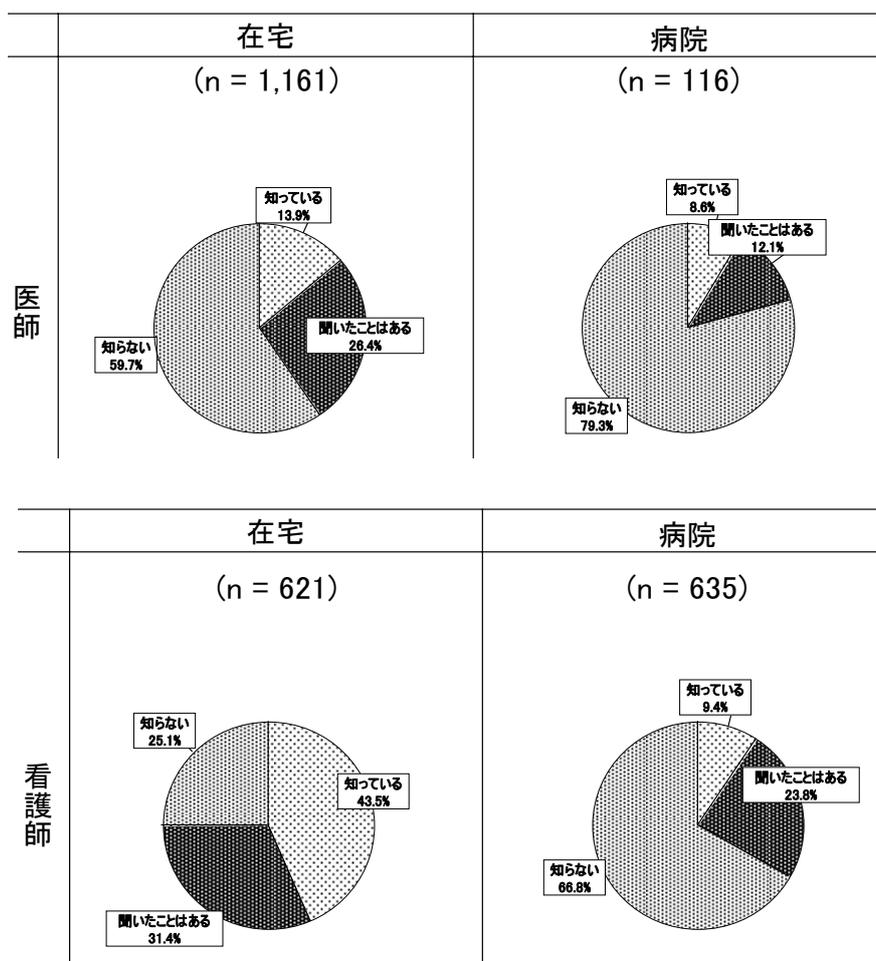


図 3 1

個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。

【在宅医療ができること】

検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定

処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

【在宅医療でできないこと】

全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等

(これらを除けばほとんどのことができると考えてよい)

図 3 2

問： 在宅医療でできること（図 3 2）を知っているか

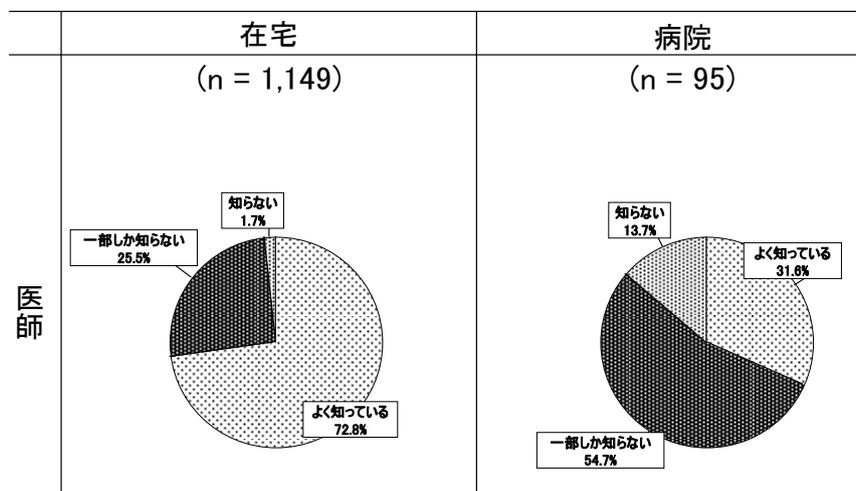


図 3 3

問： 心身障害者医療費助成制度を知っているか

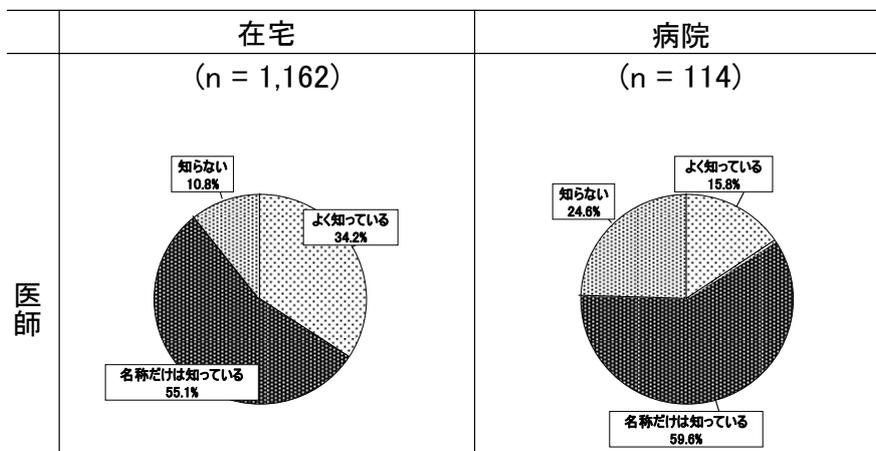


図 3 4

問： 24時間365日の介護提供について知っているか

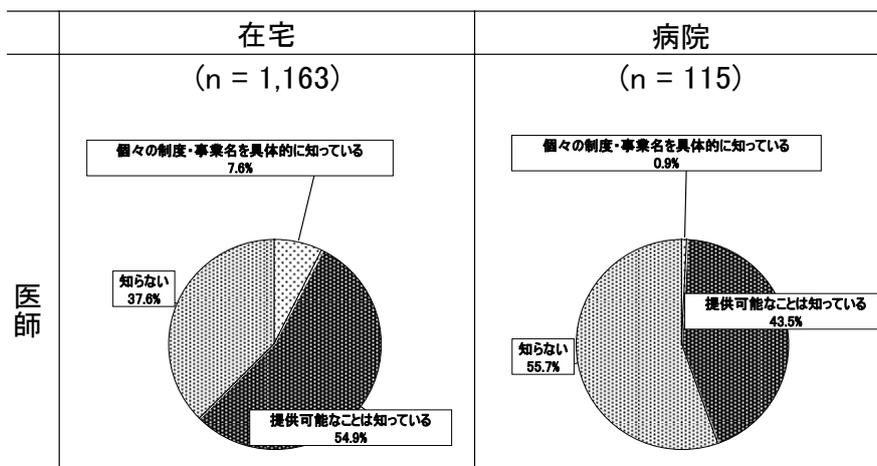


図 3 5

平成 21 年度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）

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

平成 20 年度に実施された厚生労働科学特別研究事業「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」（主任研究者：川島孝一郎）の結果より、遠隔医療技術の導入が医療現場に及ぼす影響についてのエビデンスの不足、遠隔医療技術導入により在宅へ『往診しない・訪問しない医師』を増加させる可能性、が示唆されております。

そこで本調査では、①遠隔医療の概念を整理し、②在宅医療への遠隔医療技術導入の限界および遠隔医療の適正な利用、③医療提供体制における連携及び介護提供体制における連携の有無、について皆様のご意見をお聞かせ頂きたく存じます。

図表を参照のうえ内容をご理解頂き、各設問にお答え頂きたくお願い申し上げます。

本調査をご記入頂くにあたり

※ご自身が遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

《注》

遠隔医療は、「映像を含む患者情報の伝送に基づいて遠隔地から診断、指示などの医療行為及び医療に関連する行為を行なうこと^{※)}」と定義され、医師－医師、医師－看護師等医療関連職種、医師－患者に大別されます。本調査では主として 医師－患者で行なわれる遠隔医療 についてお尋ねします。

※) 厚生労働省遠隔医療研究班「総括班最終報告書」（平成 9 年）

【調査票配布対象先】

- ①全国自治体病院 (悉皆 959 件)
- ②在宅療養支援診療所 (悉皆 11,881 件)

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されたりしても今後貴施設に何らかの不利
益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しく
お願い申し上げます。

調査の趣旨を理解しました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。

2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、

10月30日(金)までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。

3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

問い合わせ先

「遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究」事務局

（仙台往診クリニック内） 担当：千葉・伊藤

TEL：022-212-8501（平日13～17時） FAX：022-212-8533（24時間）

e-mail：doctork@oushin-sendai.jp

仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にお願いいたします。

問 1

貴施設についてお尋ねいたします。

a) : 貴施設の常勤医師数、非常勤医師数

常勤医	人
非常勤医	人

b) : 施設形態（有床、無床）

有床	無床
----	----

c) : 実際に遠隔医療を行っていますか、
またその人数

医師－医師	有 ・ 無	人
医師－看護師等 医療関連職種	有 ・ 無	人
医師－患者	有 ・ 無	人

問 2

患者数について／平成21年7月（1ヶ月）のうちでお尋ねいたします。

a) : 患者総数（レセプト件数）

問 2 a)	人（件）
--------	------

b) : 患者総数のうち、外来患者数

問 2 b)	人
--------	---

c) : 患者総数のうち、実際に訪問診療を算定した患者数

問 2 c)	人
--------	---

d) : 患者総数のうち、在宅末期医療総合診療料を算定した患者数

問 2 d)	人
--------	---

e) : 患者総数のうち、在宅時医学総合管理料を算定した患者数

問 2 e)	人
--------	---

f) : e)のうち重症者加算を算定した患者数

問 2 f)	人
--------	---

g) : 患者総数のうち、在宅人工呼吸指導管理料を算定した患者数

問 2 g)	人
--------	---

問3

平成21年1月から6月までの**半年間**についてお尋ねします。

a) : 訪問診療の月平均回数

問3 a)	回
-------	---

b) : 往診の月平均回数

問3 b)	回
-------	---

c) : b)のうち、早朝・夜間・深夜、祝祭日における**往診の月平均回数**

問3 c)	回
-------	---

問4

平成21年1月から6月までの**半年間**についてお尋ねします。

a) : 在宅(居住系も含む)での看取り総数

問4 a)	人
-------	---

b) : a)のうち、夜間・休日の在宅看取り数

問4 b)	人
-------	---

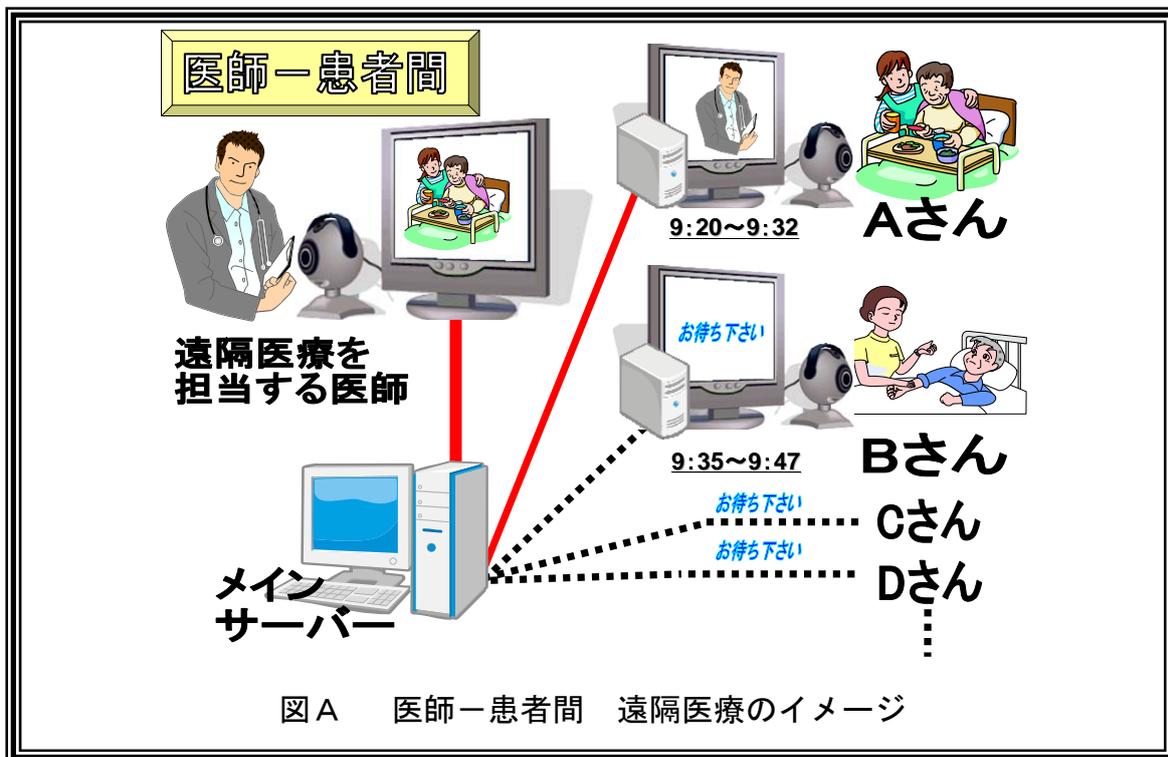
c) : a)のうち、**がんの在宅看取り数**

問4 c)	人
-------	---

問5

平成21年7月において、在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、貴施設の診療報酬に占める比率はおよそ何%でしたか

問5	%
----	---



※以下をご回答頂くにあたり、医師—患者間の遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

◇ テレビ電話の前にすわり、診察を始めました。

問A-1：これまでADSL回線、パソコン端末等を利用した場合、画像が動かなくなったり、雑音や音声途切れる等の指摘が研究結果として報告されています。

仮に雑音や音声の途切れによって、十分なコミュニケーションが取れない場合、その後どのように診察を進めますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	そのまま診察を進める
2	電話を併用し、診察を続ける
3	診察を中断し、システムの復旧作業を行う
4	その他 ()

問A-2：テレビ電話の映像も音声も順調です。しかし患者さんが約束の診察時間になってもモニターの前に現れません。その後どのように診察を進めますか。

もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	次の患者の診察時間になるまで待つ
2	患者宅へ電話をかけ、確認する
3	次の患者へ連絡し、先に進める
4	その他 ()

問A-3：テレビ電話等による診療中、順番待ちの患者さんから診察の時間を早めて欲しいと連絡がはりました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	診察順番を調整するために、それぞれの患者へ電話する
2	調整が困難なため、別な診察日を提案する
3	別な医師（もしくは看護師）に対応してもらう
4	その他（ <input type="text"/> ）

問A-4：テレビ電話による診察中、一度診察が終了した患者さんから診てほしいことがあったのでテレビ電話にて再診をしてほしい、との電話がありました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

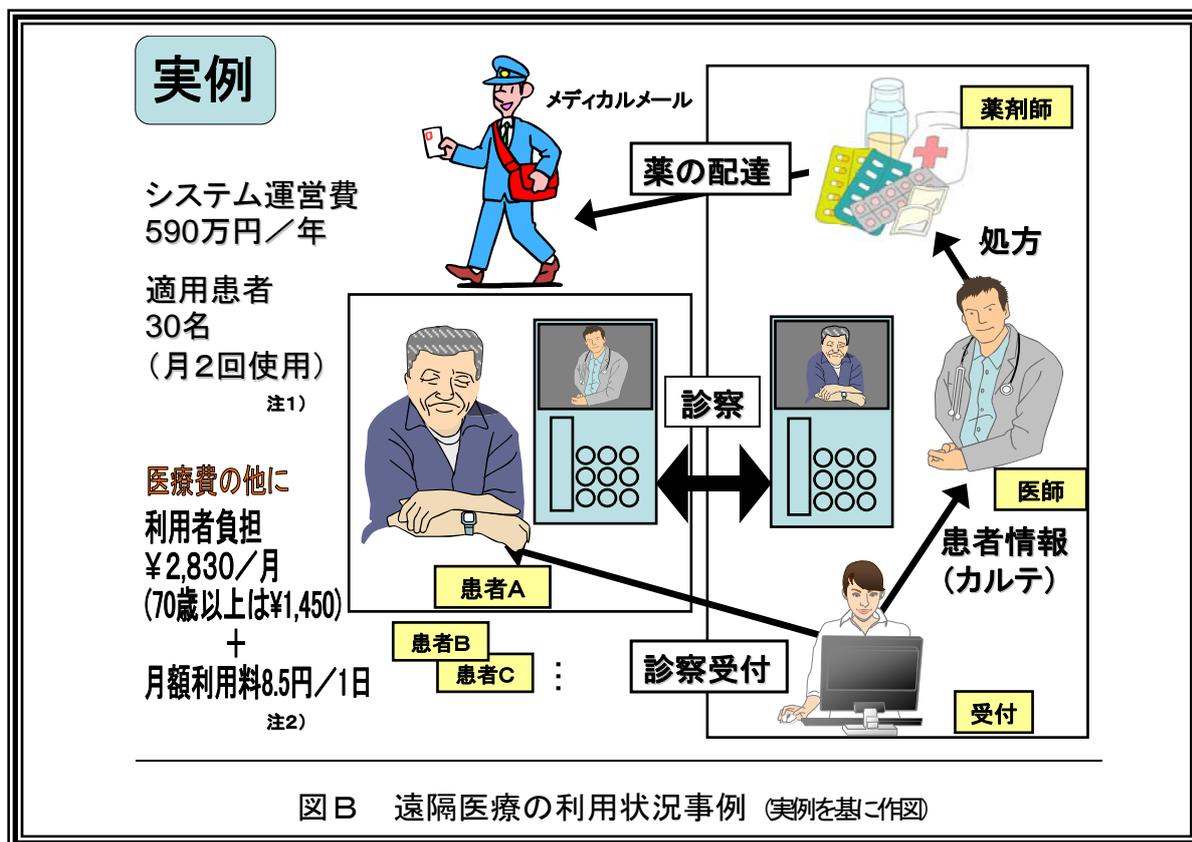
1	あらためて診療の予約を入れてもらうように伝える
2	すぐにテレビ電話で再診する
3	そのまま電話で用件を聞き、回答する
4	その他（ <input type="text"/> ）

問A-5：テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがありました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	患者に連絡した上でテレビ電話を中止し、往診をする
2	他の医師もしくは看護師に緊急対応を依頼しテレビ電話の診察を続ける
3	その他（ <input type="text"/> ）

問A-6：テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方しましたが、後日症状が悪化したと患者から連絡がありました。その後どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	患者宅を訪問する
2	患者が貴院へ来るよう伝える
3	再度テレビ電話等による遠隔診療を実施する
4	その他（ <input type="text"/> ）



※以下をご回答頂くにあたり、医師－患者間の遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

◇ 患者が在宅テレビ電話を運用する場合、医療費のほかに 2,830 円／月の患者負担が必要となります (図Bより)。

問B-1：患者が負担する場合、上記の金額をどのように思われますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	高いと思う
2	安いと思う
3	分からない

◇ テレビ電話使用時の平均通話時間は 11.6 分／1 回 (5 分 20 秒～23 分 10 秒) という報告がなされています^{注3)}。図Bを参考に貴施設で遠隔医療を実施し、患者 30 名 (月 2 回) の診察をする場合、

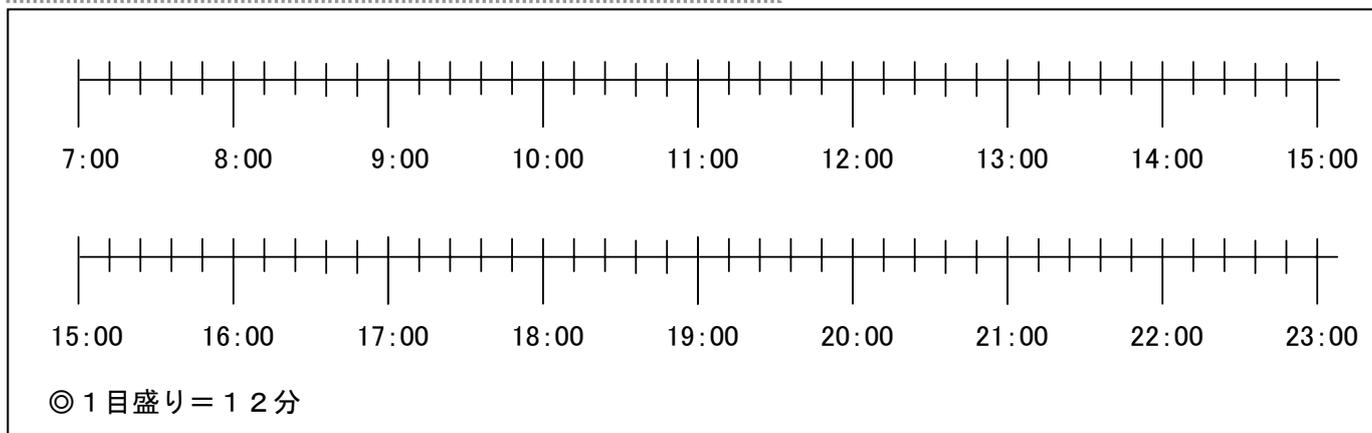
問B-2：遠隔医療技術を用いた診療はどの程度の頻度で実施できるでしょうか。

1	2 週間に 1 回程度	(例：第 1、3 水曜日に 30 名ずつ)
2	週 1 回程度	(例：毎週水曜日に 15 名ずつ)
3	週 3 回程度	(例：月・水・金曜日に 5 名ずつ)
4	ほぼ毎日	(例：月～金に 3 名ずつ)
5	その他 ()	

問B-3：遠隔医療技術を利用した際の貴施設における診察可能な時間帯と回数を下図にお示し下さい。

【 回答例 】

右図は午前 9:00 から 10:00 までのうち、1日5名の診察が可能な場合の例



◇ 図Bを参考に貴施設で遠隔医療を実施し、患者30人（月2回）の診察をする場合、
問B-4：遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数をお答え下さい。

医師	人
看護職	人
ソーシャルワーカー	人
事務職員	人
その他（ ）	人

問B-5：遠隔医療の位置づけについてお考えをお尋ね致します。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	遠隔医療は、対面診療の代替となりうる。
2	遠隔医療は、あくまでも対面診療の補助である。
3	わからない
4	その他（ ）

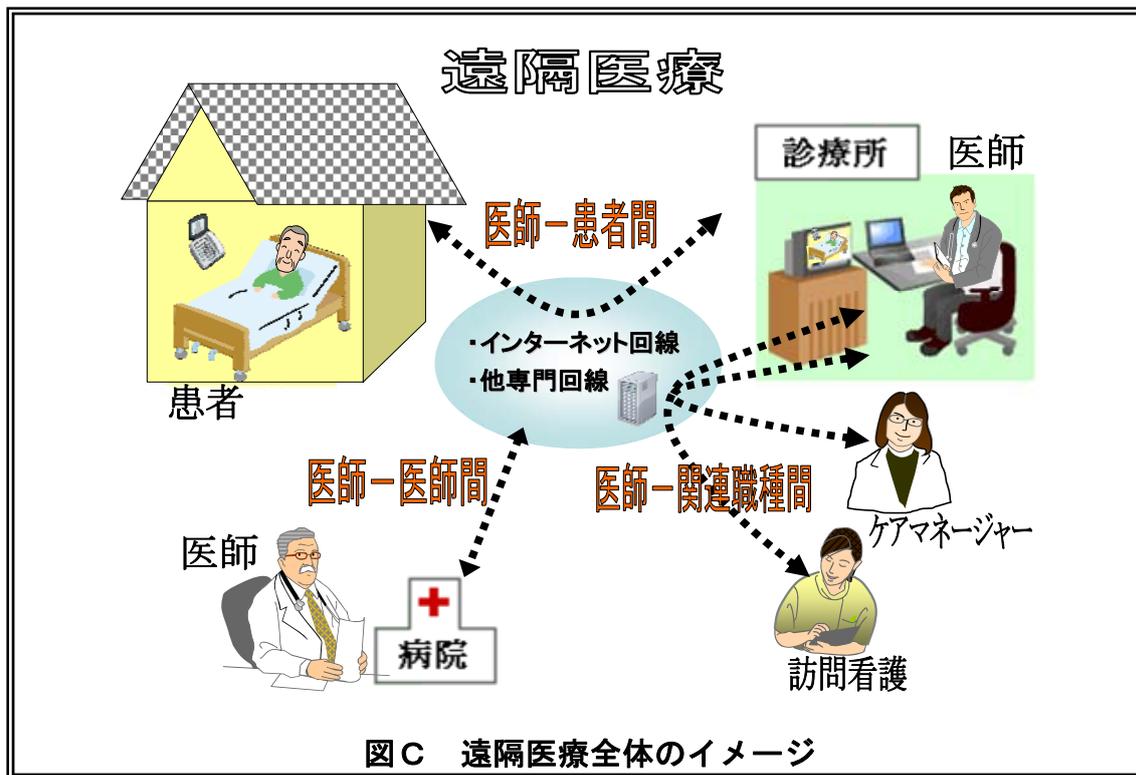
注1) 総務省東北総合通信局 ブロードバンド利活用先進事例集

http://www.soumu.go.jp/soutsu/tohoku/joho/2007_03chiiki/bb_parts/bb_01_14.pdf

注2) 遠隔医療の類型と取組例（追加調査）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0425-13c.pdf>

注3) 酒巻哲夫 遠隔医療の概念と実例(2009.3)

<http://square.umin.ac.jp/jtta/news/20090313telemedicine.pdf>



問C-1：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**医療者側にとっての利点**についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	医療従事者の人件費の削減
2	多職種間での患者情報（バイタル等）の共有
3	地理的な制約を受けない
4	リアルタイムの指示伝達
5	患者の日常生活や家族の把握
6	医師間等でやり取り出来る診療支援・相談
7	その他（ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ）

問C-2：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**医療者側にとっての欠点**についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	遠隔医療運用にともなう機器の導入・維持
2	機器故障に備えたりリスクマネジメントの体制整備
3	機器類の操作および遠隔診療によって拘束される時間
4	画像精度による画像診断の限界
5	連絡（急変等）に対応する医療スタッフ数と時間の増大
6	対象患者の個人情報管理とその教育
7	その他（ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ）

問C-3：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**患者側にとっての利点**について
 あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	通院に伴う患者の身体的負担の軽減
2	患者やその家族の不安に対する早急な対応
3	通院にかかる費用の節減
4	深夜・休日の連絡・相談
5	病状が急変した際の対応
6	日々のデータを基にした受診
7	その他 ()

問C-4：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**患者側にとっての欠点**について
 あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	触診・聴診ができないこと
2	約束の診療時間に合わせなくてはいけない時間的制約
3	機器類の導入にともなう出費
4	本人・家族等が機器の操作に対する知識と技術が必要となること
5	住宅内外の通信設備工事を伴うこと
6	家庭内を見られる、もしくはプライバシーが無くなること
7	その他 ()

問C-5：遠隔医療技術の導入・運用は、どの両者間が**最も有効**だと思いますか。
 当てはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	医師－医師
2	医師－看護師等 医療関連職種
3	医師－患者
4	医師－介護関連職種
5	その他 ()

問D-1：「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、遠隔医療のシステムを利用して 24時間いつも 患者の相談に対応できるでしょうか。

1	24時間対応できる
2	24時間対応できない
3	わからない

問D-2：現在、緊急対応が必要なときに 24時間いつも 患者宅へ往診をしていますか。

1	24時間往診している
2	標榜時間内には往診している
3	標榜時間内でも往診はしない

問D-3：「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに 24時間いつも 患者へ往診するでしょうか。

1	24時間往診する
2	24時間往診はしない
3	わからない
4	その他（ ）

問D-4：遠隔医療を導入・運用することによって、

1	医師が訪問するようになる
2	あまり変わらない
3	医師が訪問しなくなる
4	わからない

問D-5：人生の終末において、次第に衰えていく患者とそれを見守る家族を支え、たとえ急変しても在宅で適確な説明と医療を行い、看取りの場におもむいて死亡診断を行うことが、遠隔医療を導入・運用することで、

1	医師が在宅で看取りをしやすくなる
2	医師が在宅で看取りをしにくくなる
3	在宅での看取りと遠隔医療は関連しない
4	わからない

問F：回答者ご自身について、以下の項目にお答え下さい。なお、所在地（都道府県と市区町村名）、役職は、必ずお書き下さい。（選択は複数回答可）

施設名					
所在地	〒	—	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県	市区町村
電話番号					

標榜している診療科目に○をつけて下さい。また主たる診療科目1つに◎をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科	
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科	
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科	
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科	
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科	
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科	
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科	
	29	放射線科	30	麻酔科	31	歯科	32	口腔外科	
	33	その他（ ）							
	役職 (必須)								

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

平成 21 年度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）

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

平成 20 年度に実施された厚生労働科学特別研究事業「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」（主任研究者：川島孝一郎）の結果より、遠隔医療技術の導入が医療現場に及ぼす影響についてのエビデンスの不足、遠隔医療技術導入により在宅へ『往診しない・訪問しない医師』を増加させる可能性、が示唆されております。

そこで本調査では、①遠隔医療の概念を整理し、②在宅医療への遠隔医療技術導入の限界および遠隔医療の適正な利用、③医療提供体制における連携及び介護提供体制における連携の有無、について皆様のご意見をお聞かせ頂きたく存じます。

図表を参照のうえ内容をご理解頂き、各設問にお答え頂きたくお願い申し上げます。

本調査をご記入頂くにあたり

※ご自身が遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

《注》

遠隔医療は、「映像を含む患者情報の伝送に基づいて遠隔地から診断、指示などの医療行為及び医療に関連する行為を行なうこと^{※)}」と定義され、医師－医師、医師－看護師等医療関連職種、医師－患者に大別されます。本調査では主として 医師－患者で行なわれる遠隔医療 についてお尋ねします。

※) 厚生労働省遠隔医療研究班「総括班最終報告書」（平成 9 年）

【調査票配布対象先】

- ①全国自治体病院 (悉皆 959 件)
- ②在宅療養支援診療所 (悉皆 11,881 件)

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されたりしても今後貴施設に何らかの不利
益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しく
お願い申し上げます。

調査の趣旨を理解しました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

- 1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「ひとつ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意下さい。「その他」等のところは具体的にご記入下さい。
- 2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、

10月30日(金)までにポストに投函して下さい(郵送料はかかりません)。

- 3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

問い合わせ先

<p>「遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究」事務局</p> <p>(仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤</p> <p>TEL：022-212-8501(平日13~17時) FAX：022-212-8533(24時間)</p> <p>e-mail：doctork@oushin-sendai.jp</p> <p>仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/</p>

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にお願いいたします。

問 1

貴施設についてお尋ねいたします。

a) : 貴施設の常勤医師数、非常勤医師数

常勤医		人
非常勤医		人

b) : 貴施設の病床数

	床
--	---

c) : 貴施設の平均在院日数

	日
--	---

d) : 実際に遠隔医療を行っていますか、またその人数をお答え下さい

医師－医師	有 ・ 無	人
医師－看護師等 医療関連職種	有 ・ 無	人
医師－患者	有 ・ 無	人

問 2

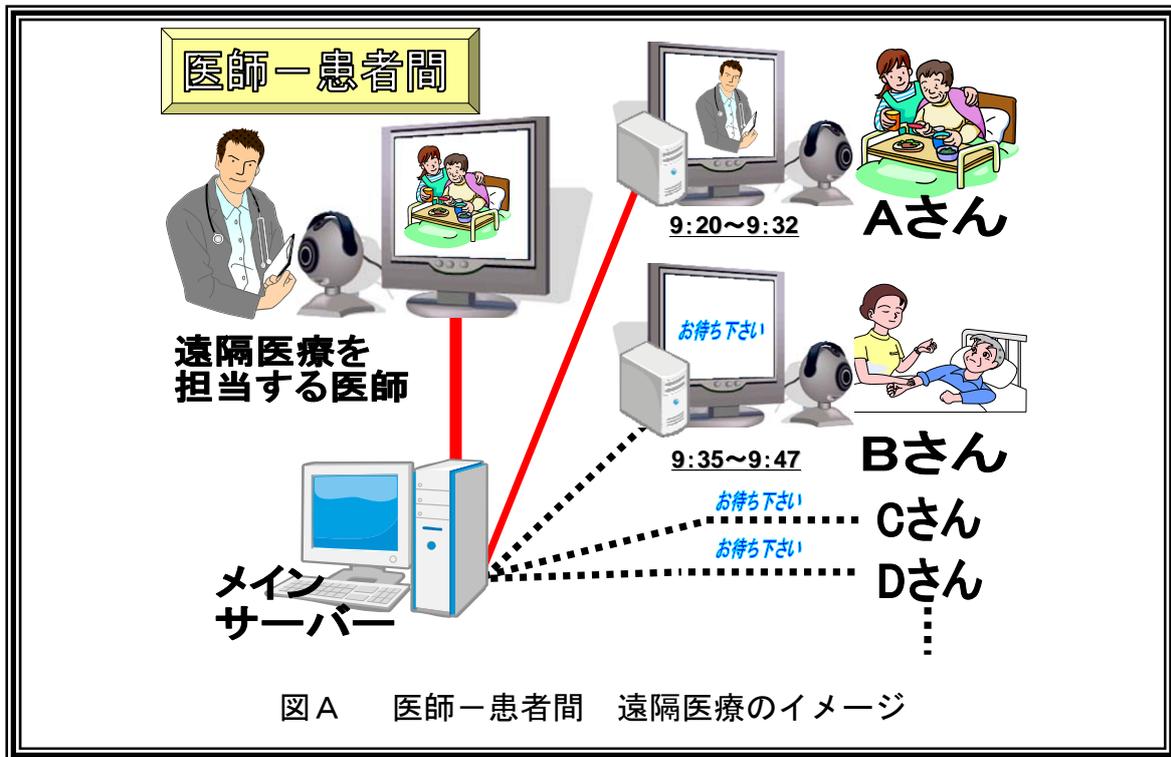
患者数について / 平成 21 年 7 月 (1 ヶ月) のうちでお尋ねいたします。

a) : 1 日平均外来患者数

問 2 a)	人
--------	---

b) : 退院総数のうち、医療連携室を介して退院した患者の割合

問 2 b)	%
--------	---



※以下をご回答頂くにあたり、医師-患者間の遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

◇ テレビ電話の前にすわり、診察を始めました。

問A-1：これまでADSL回線、パソコン端末等を利用した場合、画像が動かなくなったり、雑音や音声途切れる等の指摘が研究結果として報告されています。

仮に雑音や音声の途切れによって、十分なコミュニケーションが取れない場合、その後どのように診察を進めますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	そのまま診察を進める
2	電話を併用し、診察を続ける
3	診察を中断し、システムの復旧作業を行う
4	その他 ()

問A-2：テレビ電話の映像も音声も順調です。しかし患者さんが約束の診察時間になってもモニターの前に現れません。その後どのように診察を進めますか。

もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	次の患者の診察時間になるまで待つ
2	患者宅へ電話をかけ、確認する
3	次の患者へ連絡し、先に進める
4	その他 ()

問A-3：テレビ電話等による診察中、順番待ちの患者さんから診察の時間を早めて欲しいと連絡がはりました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	診察順番を調整するために、それぞれの患者へ電話する
2	調整が困難なため、別な診察日を提案する
3	別な医師（もしくは看護師）に対応してもらう
4	その他（ <input type="text"/> ）

問A-4：テレビ電話による診察中、一度診察が終了した患者さんから診てほしいことがあったのでテレビ電話にて再診をしてほしい、との電話がありました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

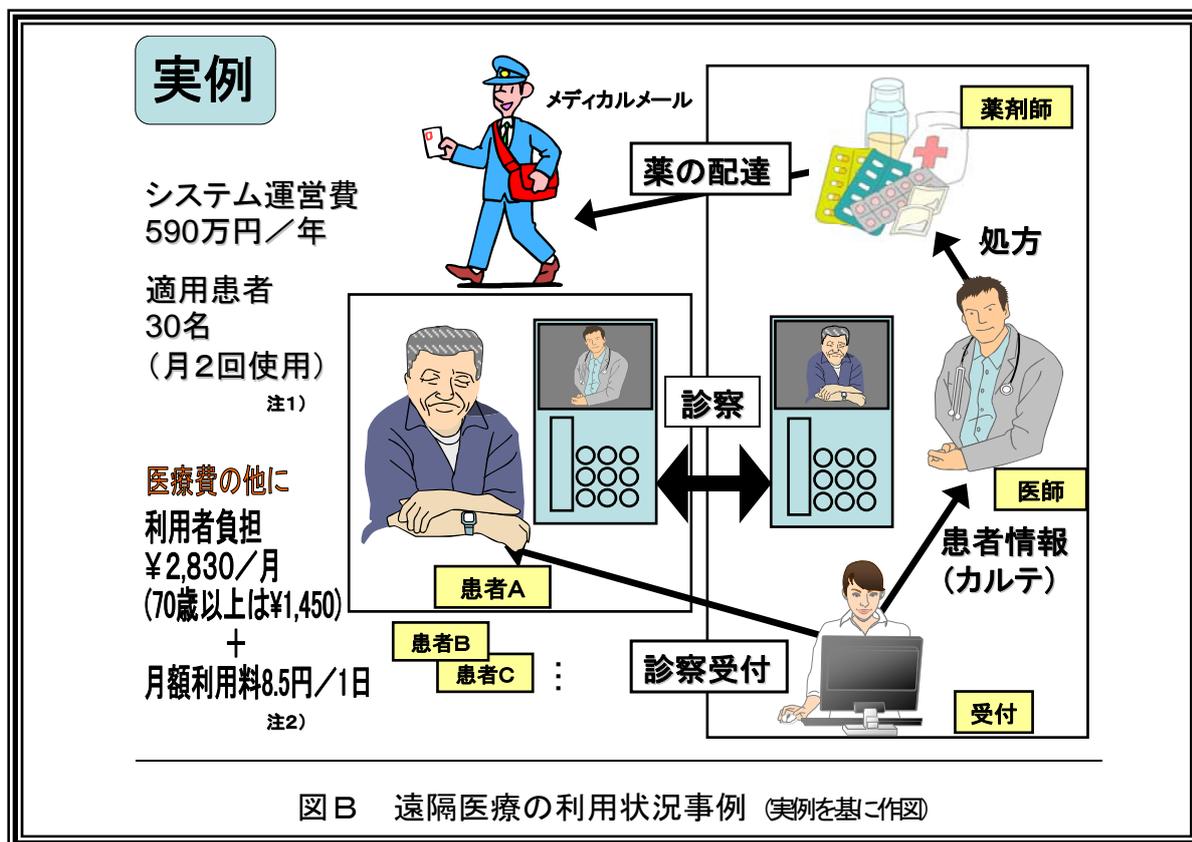
1	あらためて診察の予約を入れてもらうように伝える
2	すぐにテレビ電話で再診する
3	そのまま電話で用件を聞き、回答する
4	その他（ <input type="text"/> ）

問A-5：テレビ電話による診察中、緊急の呼び出しがありました。どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	患者に連絡した上でテレビ電話を中止し、緊急対応をする
2	他の医師もしくは看護師に緊急対応を依頼しテレビ電話の診察を続ける
3	その他（ <input type="text"/> ）

問A-6：テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方しましたが、後日症状が悪化したと患者から連絡がありました。その後どのように対応されますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	患者宅を訪問する
2	患者が貴院へ来るよう伝える
3	再度テレビ電話等による遠隔診療を実施する
4	その他（ <input type="text"/> ）



※以下をご回答頂くにあたり、医師－患者間の遠隔医療を実践する場合を想定下さい。

◇ 患者が在宅テレビ電話を運用する場合、医療費のほかに 2,830 円／月の患者負担が必要となります (図Bより)。

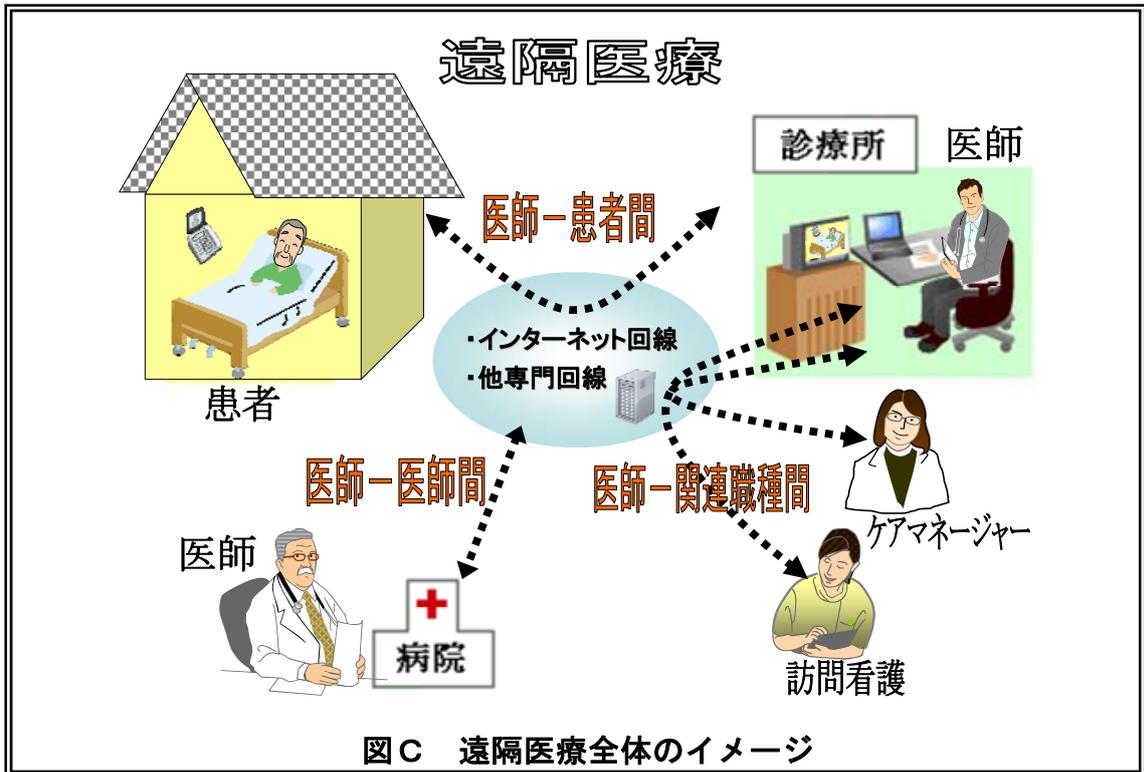
問B-1：患者が負担する場合、上記の金額をどのように思われますか。もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	高いと思う
2	安いと思う
3	分からない

◇ テレビ電話使用時の平均通話時間は 11.6 分／1 回 (5 分 20 秒～23 分 10 秒) という報告がなされています^{注3)}。図Bを参考に貴施設で遠隔医療を実施し、患者 30 名《月 2 回》の診察をする場合、

問B-2：遠隔医療技術を用いた診療はどの程度の頻度で実施できるでしょうか。

1	2 週間に 1 回程度	(例：第 1、3 水曜日に 30 名ずつ)
2	週 1 回程度	(例：毎週水曜日に 15 名ずつ)
3	週 3 回程度	(例：月・水・金曜日に 5 名ずつ)
4	ほぼ毎日	(例：月～金に 3 名ずつ)
5	その他 ()



問C-1：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**医療者側にとっての利点**についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	医療従事者の人件費の削減
2	多職種間での患者情報（バイタル等）の共有
3	地理的な制約を受けない
4	リアルタイムの指示伝達
5	患者の日常生活や家族の把握
6	医師間等でやり取り出来る診療支援・相談
7	その他（ ）

問C-2：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**医療者側にとっての欠点**についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	遠隔医療運用にともなう機器の導入・維持
2	機器故障に備えたりリスクマネジメントの体制整備
3	機器類の操作および遠隔診療によって拘束される時間
4	画像精度による画像診断の限界
5	連絡（急変等）に対応する医療スタッフ数と時間の増大
6	対象患者の個人情報管理とその教育
7	その他（ ）

問C-3：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**患者側にとっての利点**について
 あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	通院に伴う患者の身体的負担の軽減
2	患者やその家族の不安に対する早急な対応
3	通院にかかる費用の節減
4	深夜・休日の連絡・相談
5	病状が急変した際の対応
6	日々のデータを基にした受診
7	その他 ()

問C-4：テレビ電話を含めた遠隔医療の運用にともなう**患者側にとっての欠点**について
 あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1	触診・聴診ができないこと
2	約束の診療時間に合わせなくてはいけない時間的制約
3	機器類の導入にともなう出費
4	本人・家族等が機器の操作に対する知識と技術が必要となること
5	住宅内外の通信設備工事を伴うこと
6	家庭内を見られる、もしくはプライバシーが無くなること
7	その他 ()

問C-5：遠隔医療技術の導入・運用は、どの両者間が**最も有効**だと思いますか。
 当てはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	医師－医師
2	医師－看護師等 医療関連職種
3	医師－患者
4	医師－介護関連職種
5	その他 ()

問D-1 : 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、遠隔医療のシステムを利用して 24 時間いつも 患者の相談に対応できるでしょうか。

1	24 時間対応できる
2	24 時間対応できない
3	わからない

問D-2 : 現在、緊急対応が必要なときに 24 時間いつも 患者宅へ往診をしていますか。

1	24 時間往診している
2	標榜時間内には往診している
3	標榜時間内でも往診はしない

問D-3 : 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに 24 時間いつも 患者へ往診するでしょうか。

1	24 時間往診する
2	24 時間往診はしない
3	わからない
4	その他 ()

問D-4 : 遠隔医療を導入・運用することによって、

1	医師が訪問するようになる
2	あまり変わらない
3	医師が訪問しなくなる
4	わからない

問D-5 : 医師が人生の終末において、次第に衰えていく患者とそれを見守る家族を支え、たとえ急変しても在宅で適確な説明と医療を行い、看取りの場におもむいて死亡診断を行うことが、遠隔医療を導入・運用することで、

1	医師が在宅で看取りをしやすくなる
2	医師が在宅で看取りをしにくくなる
3	在宅での看取りと遠隔医療は関連しない
4	わからない

問F：回答者ご自身について、以下の項目にお答え下さい。なお、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種類、所属、役職は、必ずお書き下さい。（選択は複数回答可）

施設名					
所在地	〒	—	都道府県	都道	市区
			市区町村名 (必須)	府県	町村
電話番号					
施設種類 (必須)	地域医療支援病院	臨床研修指定病院	へき地医療拠点病院		
	都道府県がん診療 連携拠点病院	地域がん診療 連携拠点病院	その他 ()		

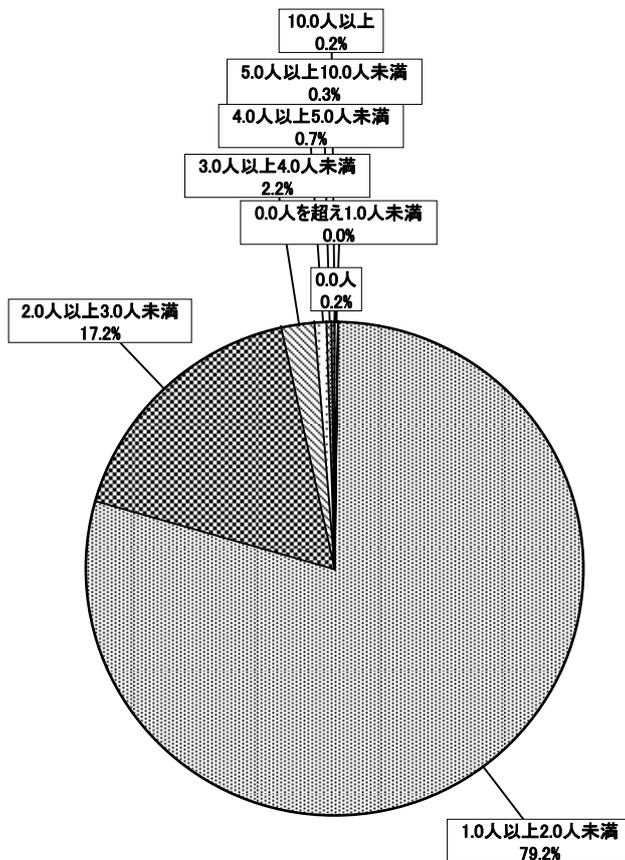
標榜している診療科目に○をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科	
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科	
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科	
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科	
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科	
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科	
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科	
	29	放射線科	30	麻酔科	31	歯科	32	口腔外科	
	33	その他 ()							
所属 (診療科) (必須)									
役職 (必須)									

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

診療所 問1 施設状況

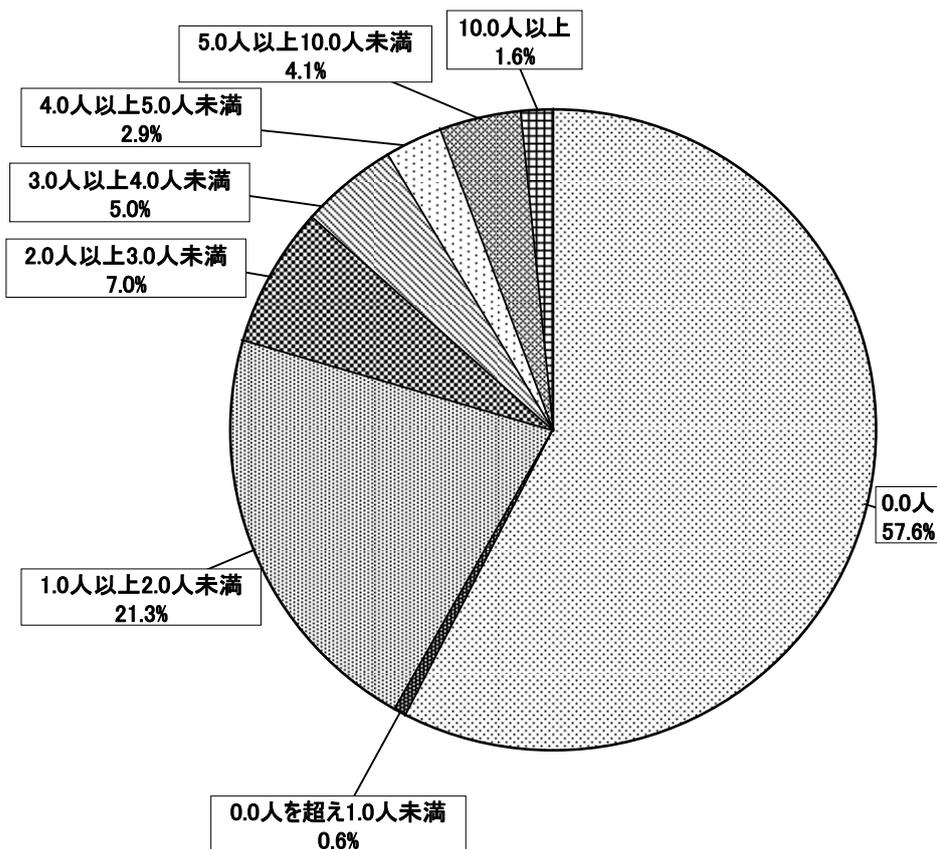
図診-1-a-1

a) 医師数—常勤医
($n = 1,175, m \pm \sigma = 1.3 \pm 0.7$)



図診-1-a-2

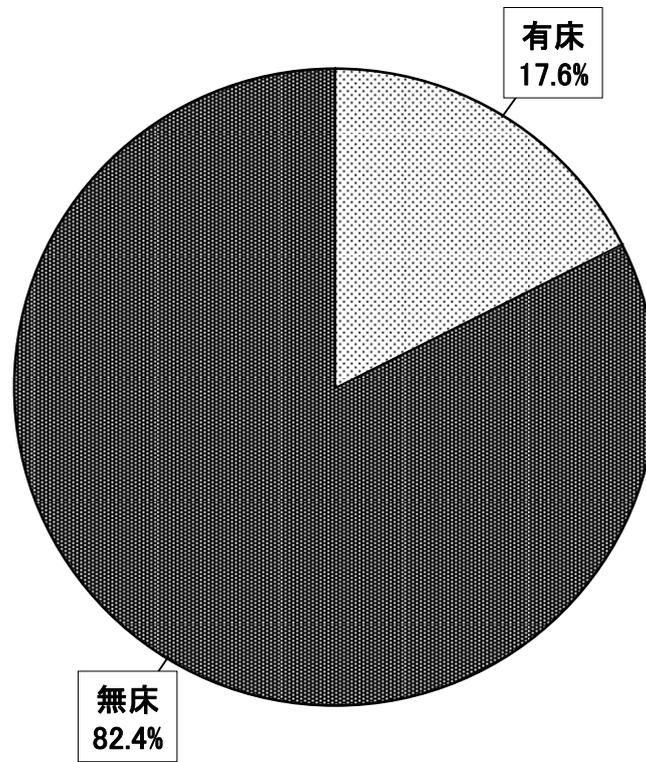
a) 医師数—非常勤医
($n = 1,009, m \pm \sigma = 1.2 \pm 3.5$)



診療所 問1 施設状況

図診-1-b

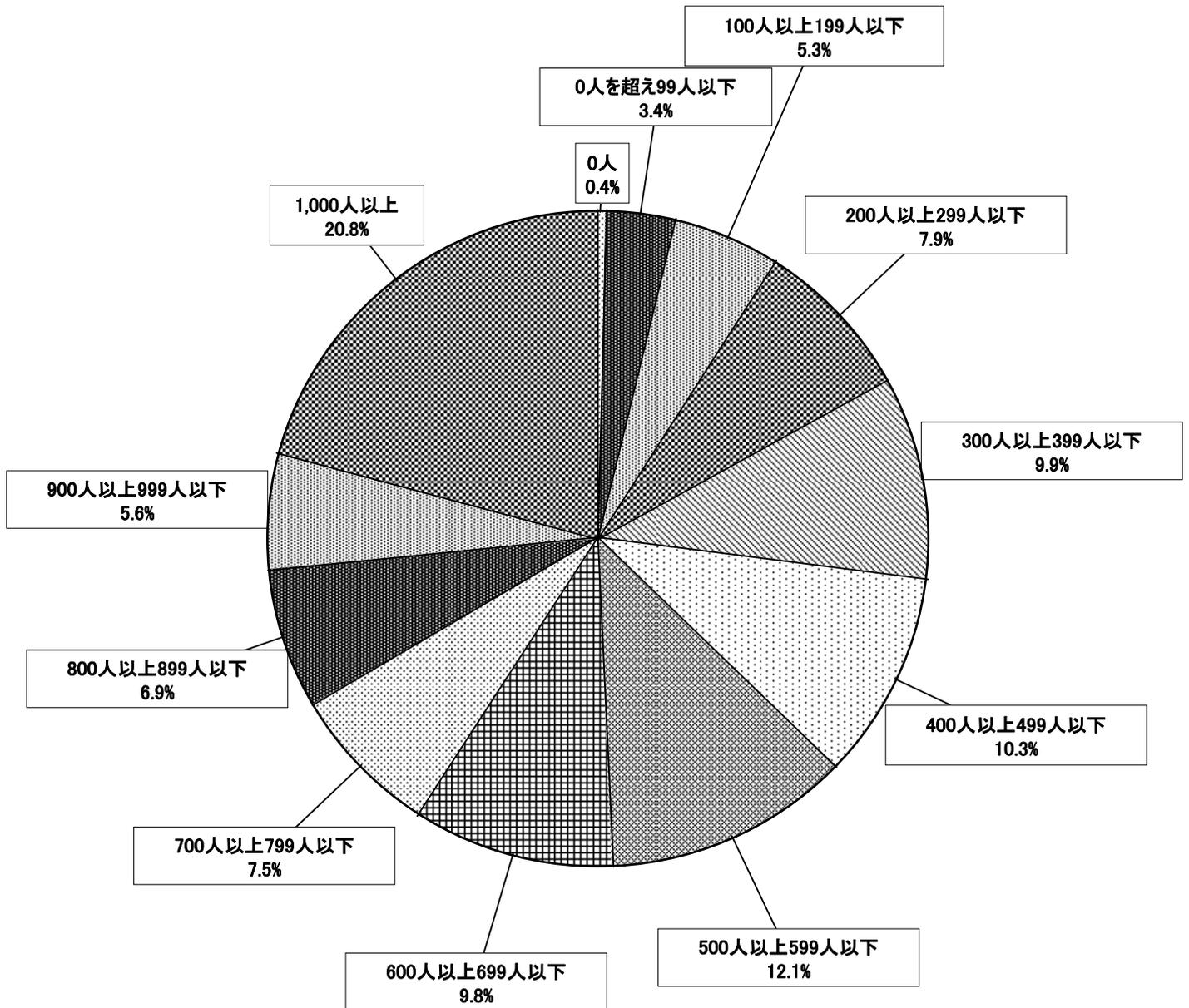
b) 施設形態(有床、無床)
(n = 1,173)



診療所 問2 患者数(平成21年7月)

図診-2-a

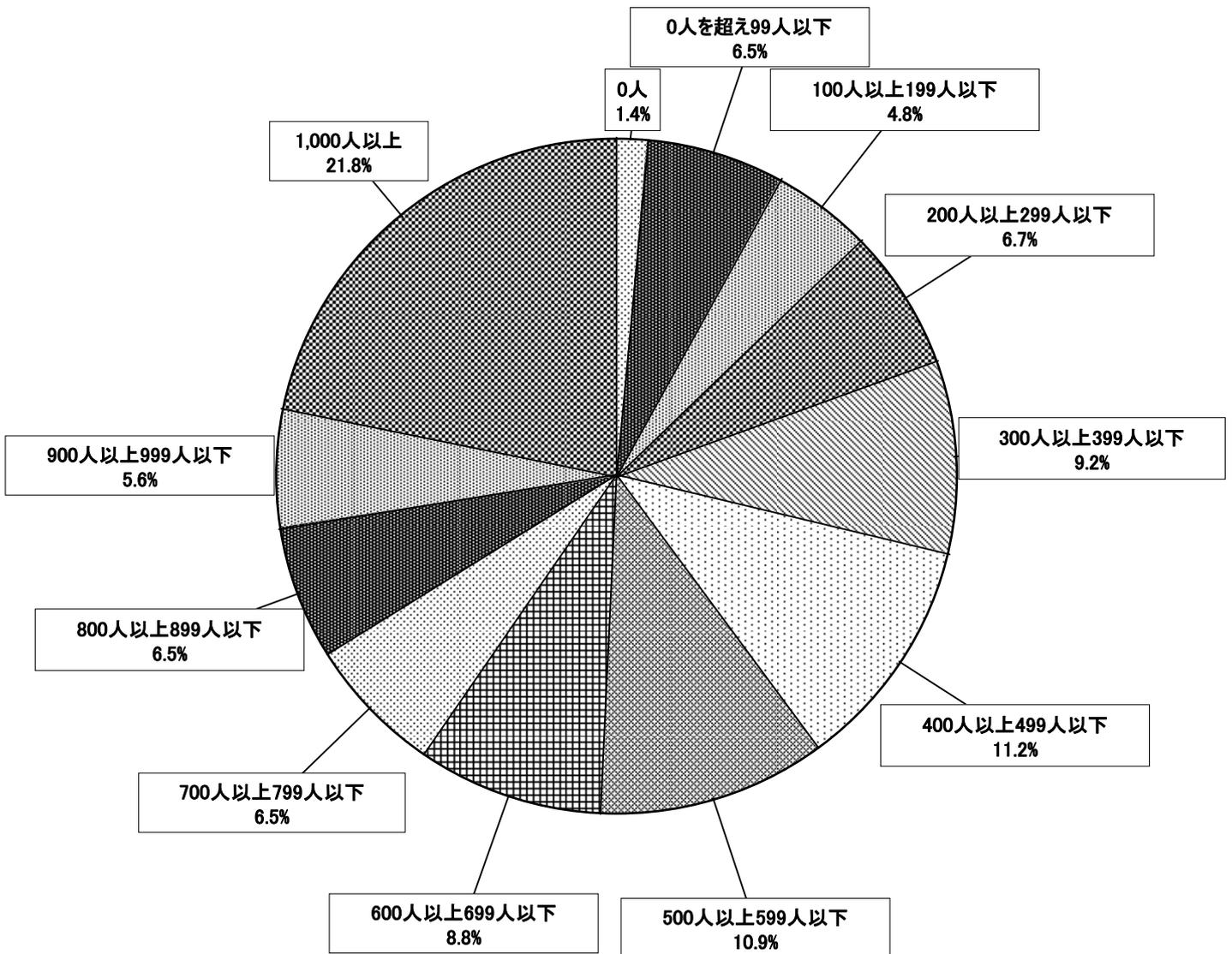
a) 患者総数
($n = 1,137$, $m \pm \sigma = 715.9 \pm 789.5$)



診療所 問2 患者数(平成21年7月)

図診-2-b

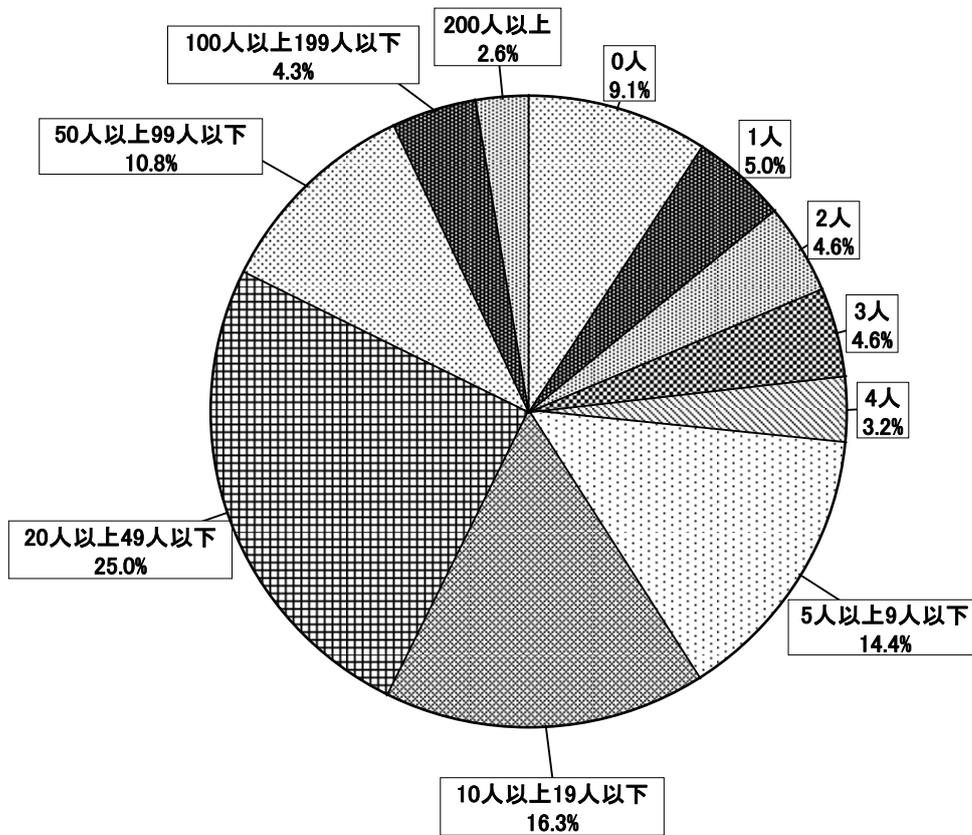
b) 外来患者数
($n = 1,131$, $m \pm \sigma = 736.9 \pm 1,118.5$)



診療所 問2 患者数(平成21年7月)

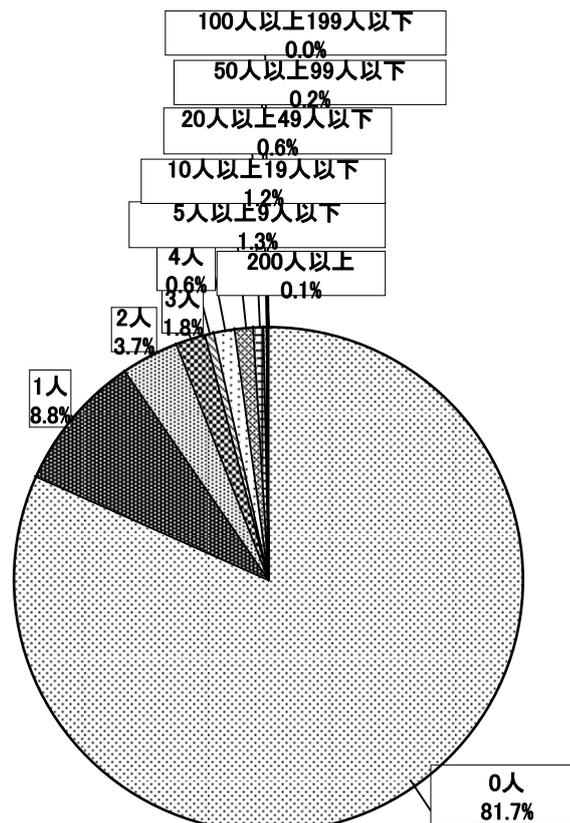
図診-2-c

c) 訪問診療を算定した患者数
(n = 1,150, m ± σ = 33.1 ± 69.6)



図診-2-d

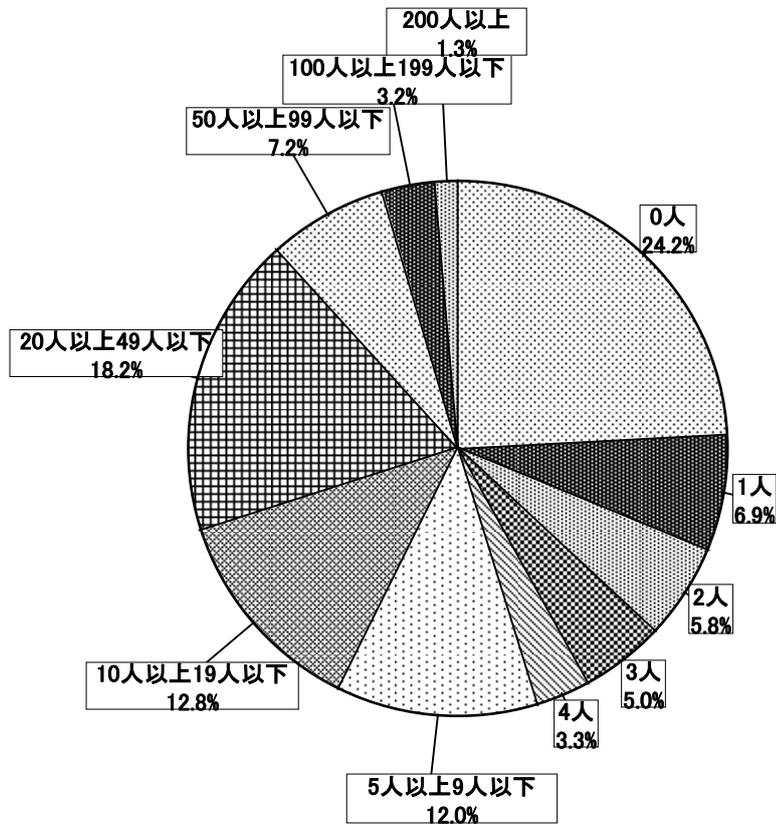
d) 在宅末期医療総合診療料を算定した患者数
(n = 1,148, m ± σ = 1.0 ± 9.6)



診療所 問2 患者数(平成21年7月)

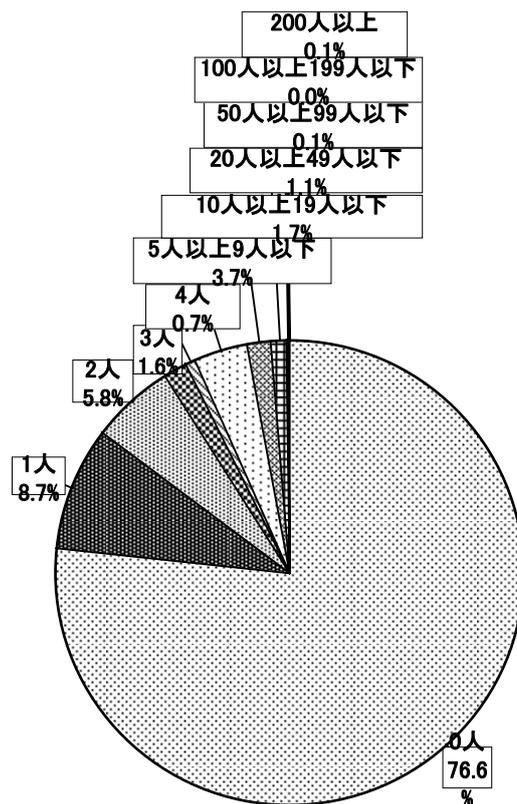
図診-2-e

e) 在宅時医学総合管理料を算定した患者数
(n = 1,140, m ± σ = 22.1 ± 48.7)



図診-2-f

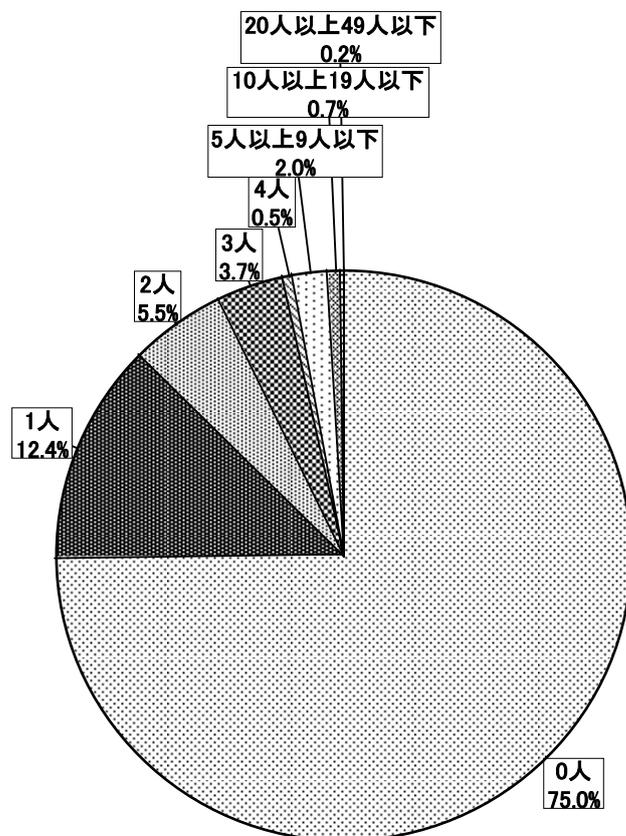
f) e) のうち重症者加算を算定した患者数
(n = 1,138, m ± σ = 1.3 ± 9.7)



診療所 問2 患者数(平成21年7月)

図診-2-g

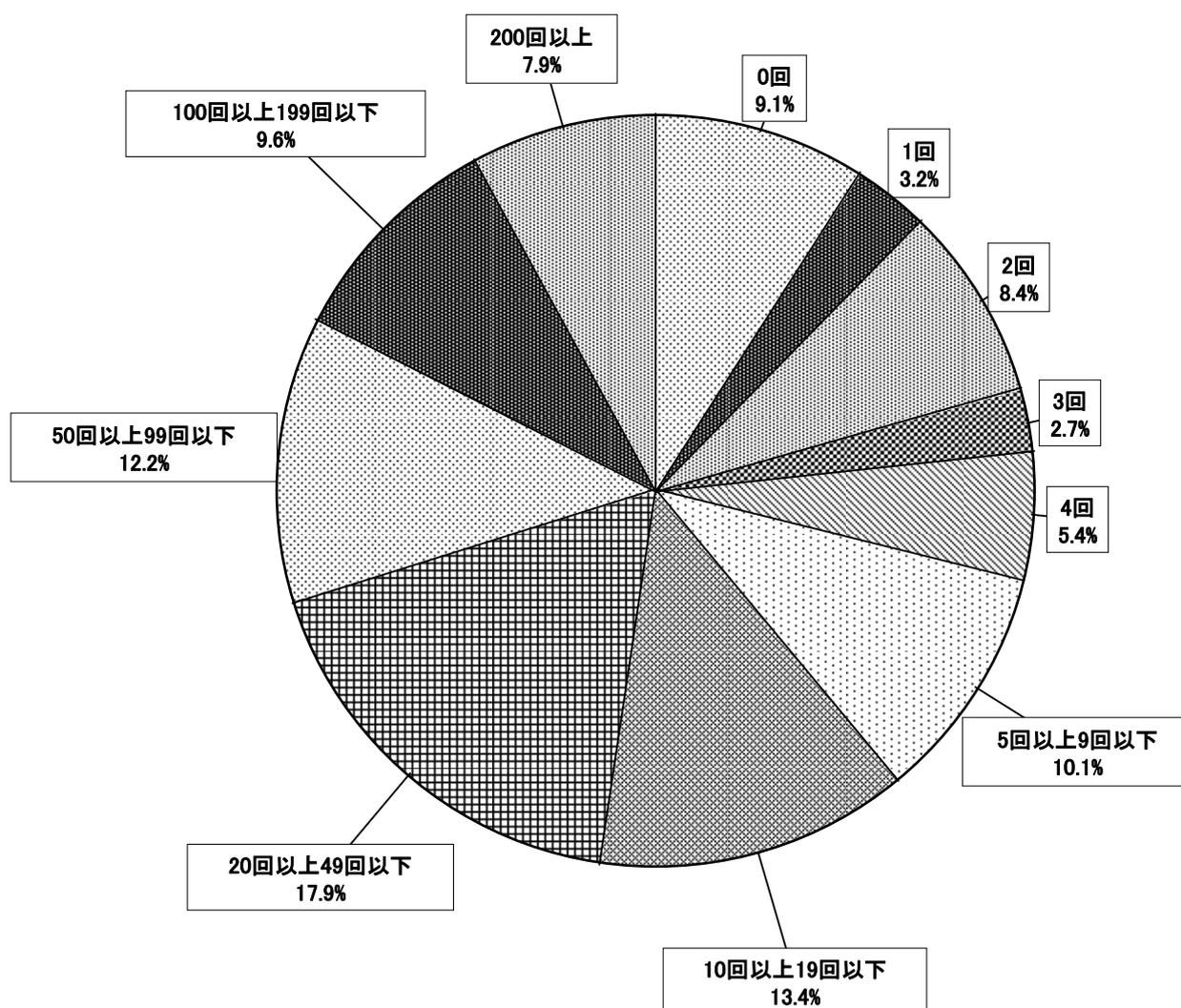
g) 在宅人工呼吸指導 管理料を算定した患者数
($n = 1,150$, $m \pm \sigma = 0.6 \pm 2.0$)



診療所 問3 訪問診療・往診の月平均回数(平成21年1～6月)

図診-3-a

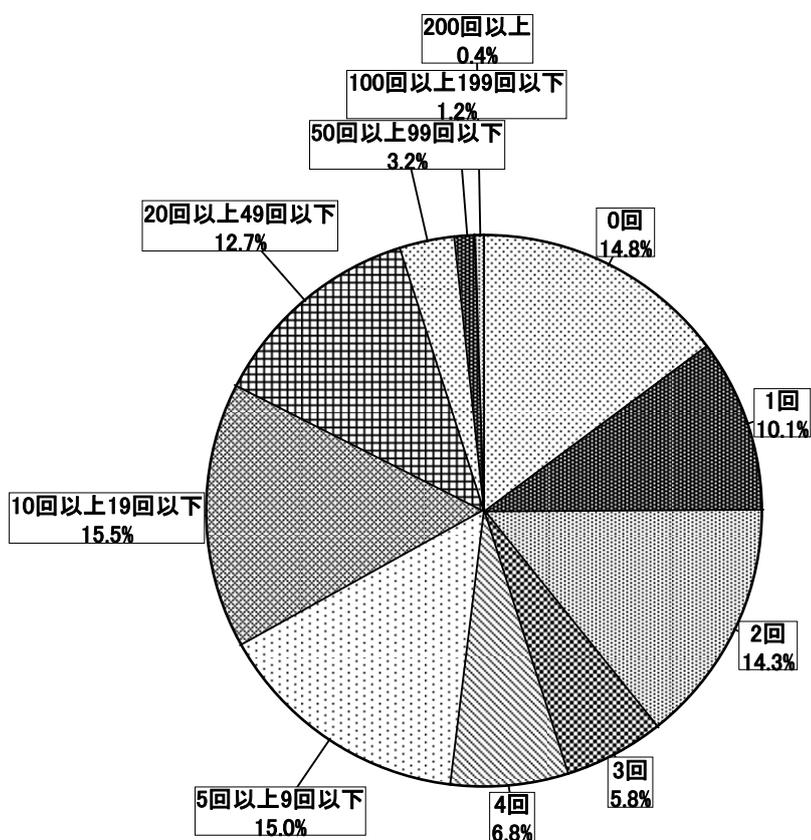
a) 訪問診療
(n = 1,146, m ± σ = 61.0 ± 120.0)



診療所 問3 訪問診療・往診の月平均回数(平成21年1～6月)

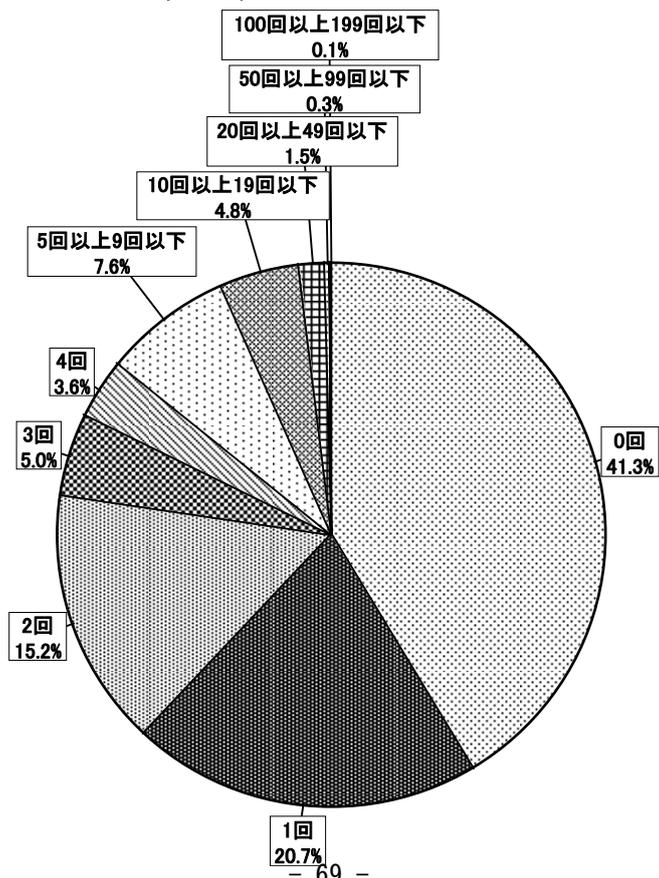
図診-3-b

b) 往診
($n = 1,146, m \pm \sigma = 12.2 \pm 28.3$)



図診-3-c

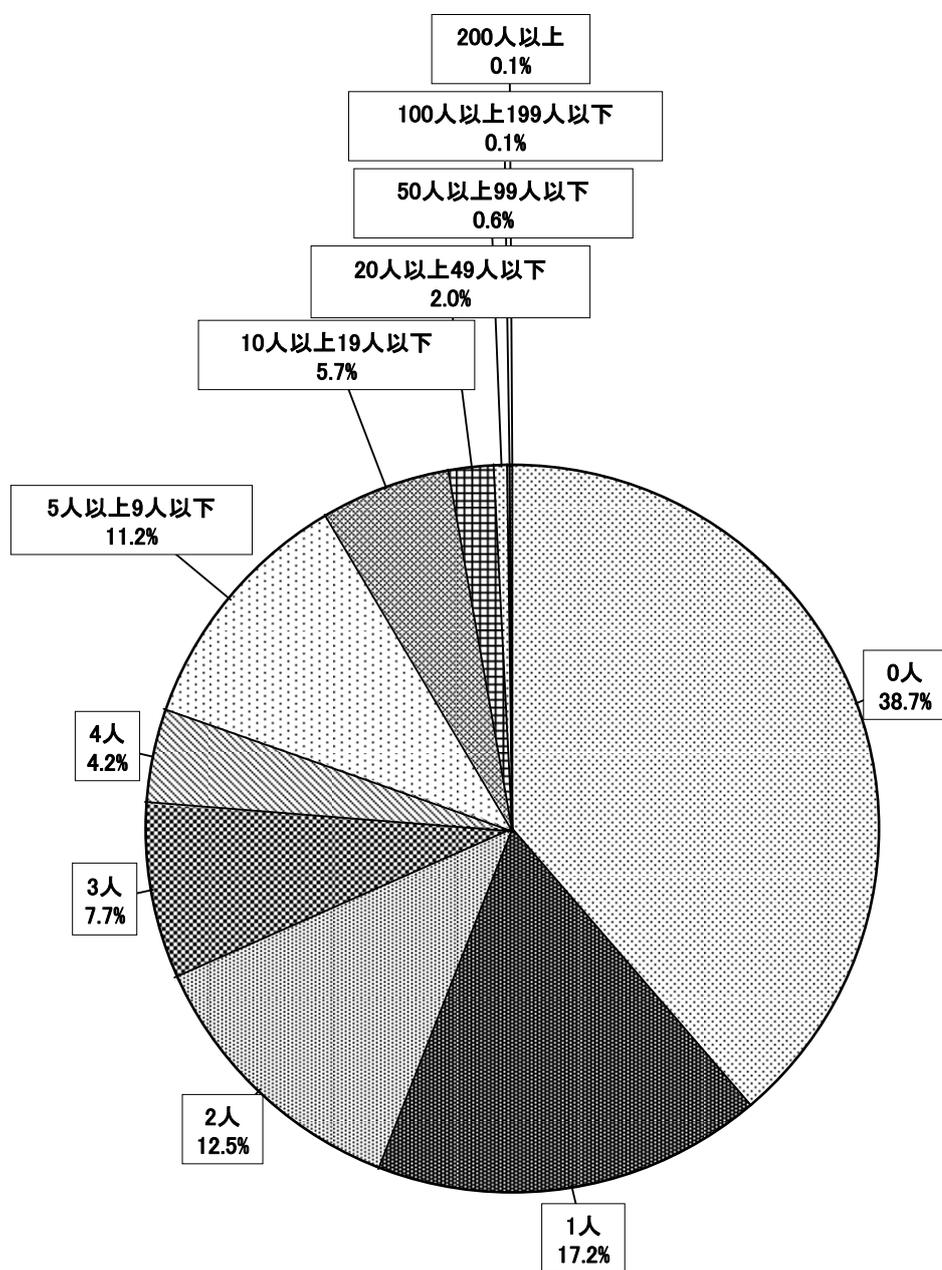
c) 早朝・夜間・深夜、祝祭日における往診
($n = 1,147, m \pm \sigma = 2.6 \pm 6.7$)



診療所 問4 在宅看取り(平成21年1~6月)

図診-4-a

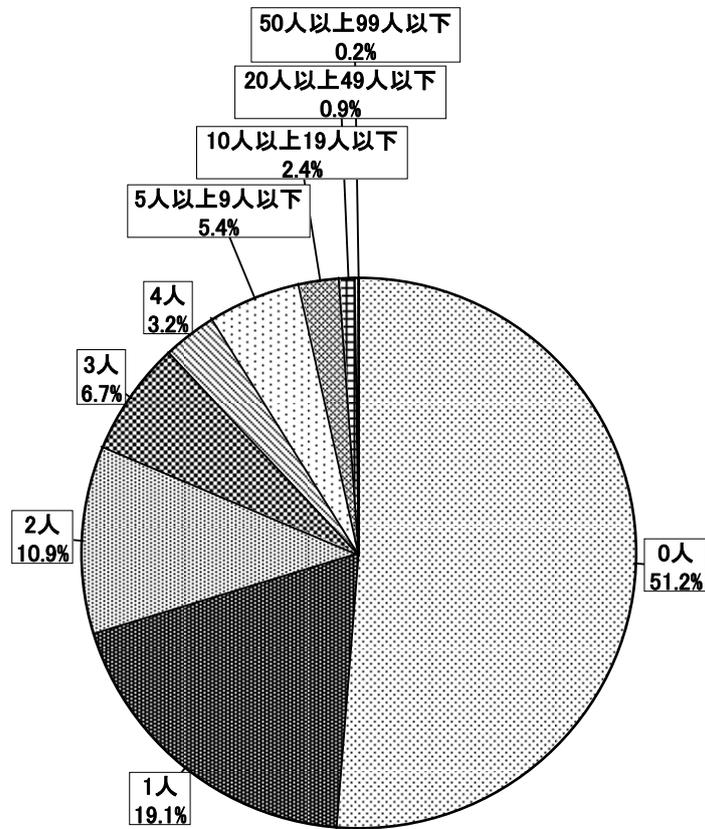
a) 在宅(居住系も含む)での看取り総数
($n = 1,154$, $m \pm \sigma = 3.6 \pm 12.8$)



診療所 問4 在宅看取り(平成21年1~6月)

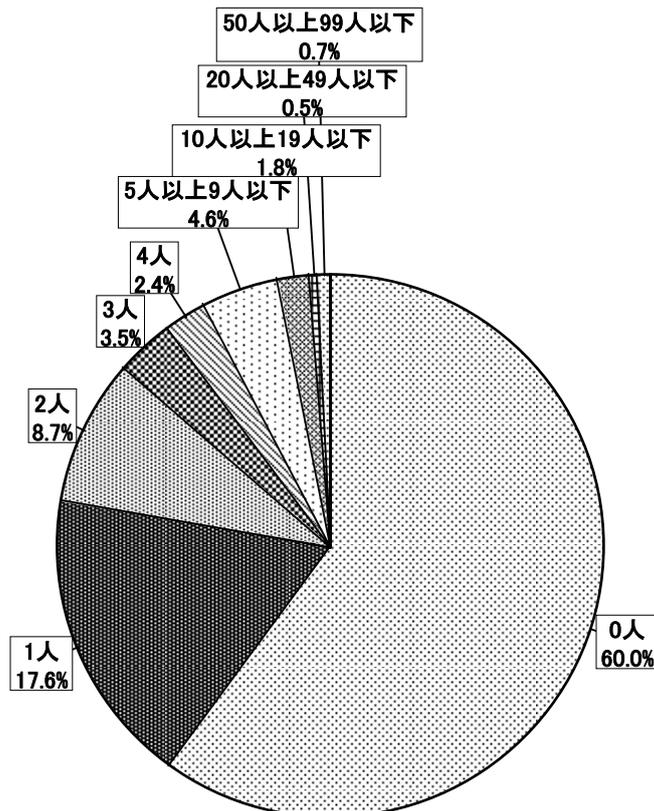
図診-4-b

b) a) のうち、夜間・休日の在宅看取り数
($n = 1,142$, $m \pm \sigma = 1.7 \pm 4.4$)



図診-4-c

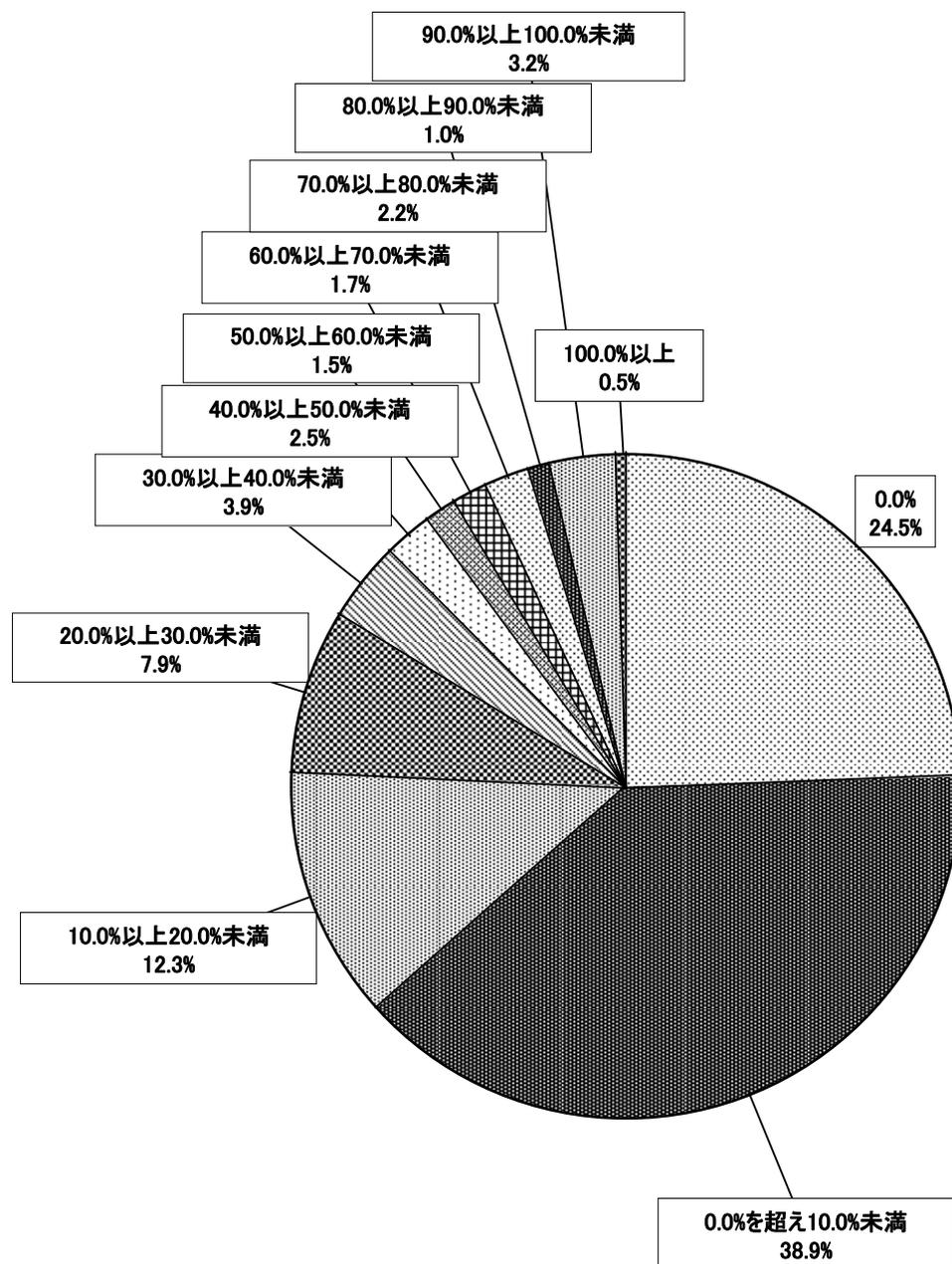
c) a) のうち、がんの在宅看取り数
($n = 1,143$, $m \pm \sigma = 1.7 \pm 6.1$)



診療所 問5 診療報酬(平成21年7月)

図診-5

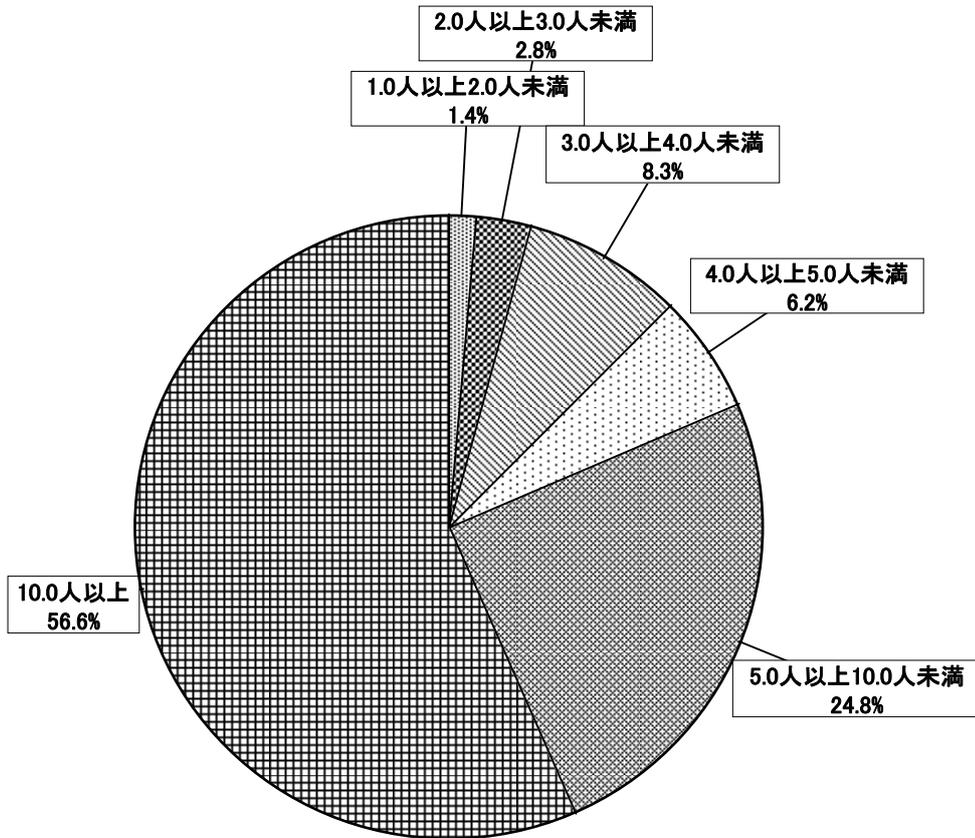
在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、診療報酬に占める比率
(n = 1,060, 中央値 : 4%)



病院 問1 施設状況

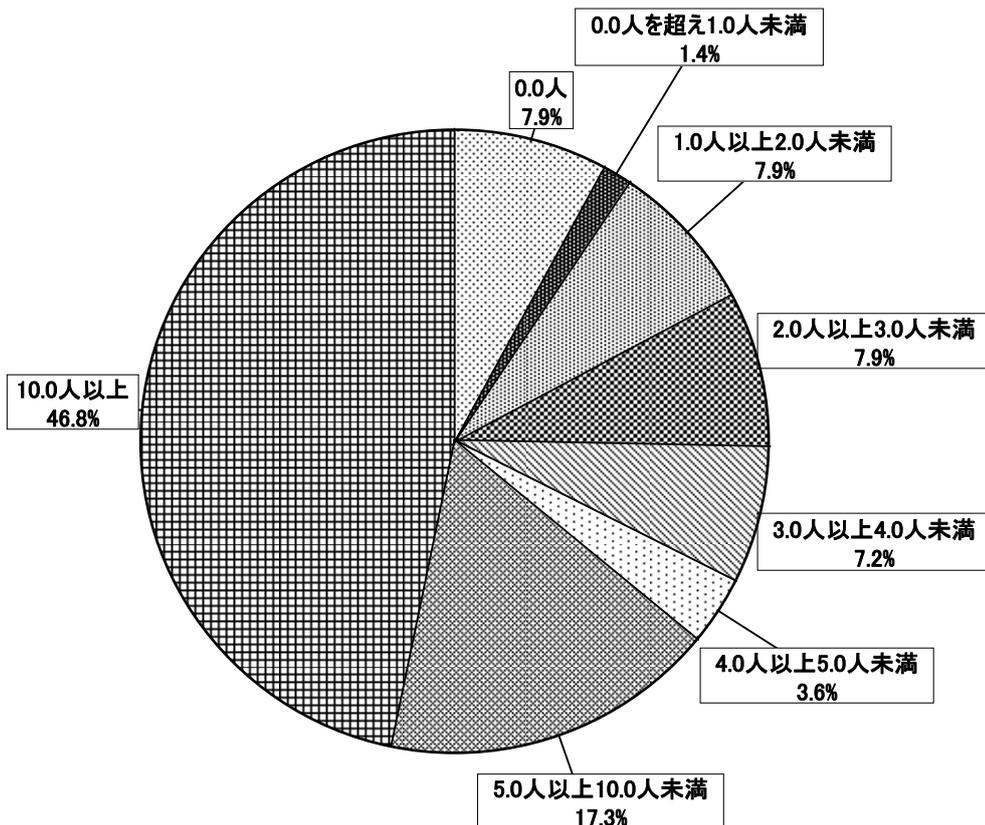
図病-1-a-1

a) 医師数—常勤医
(n = 145, m ± σ = 31.4 ± 41.1)



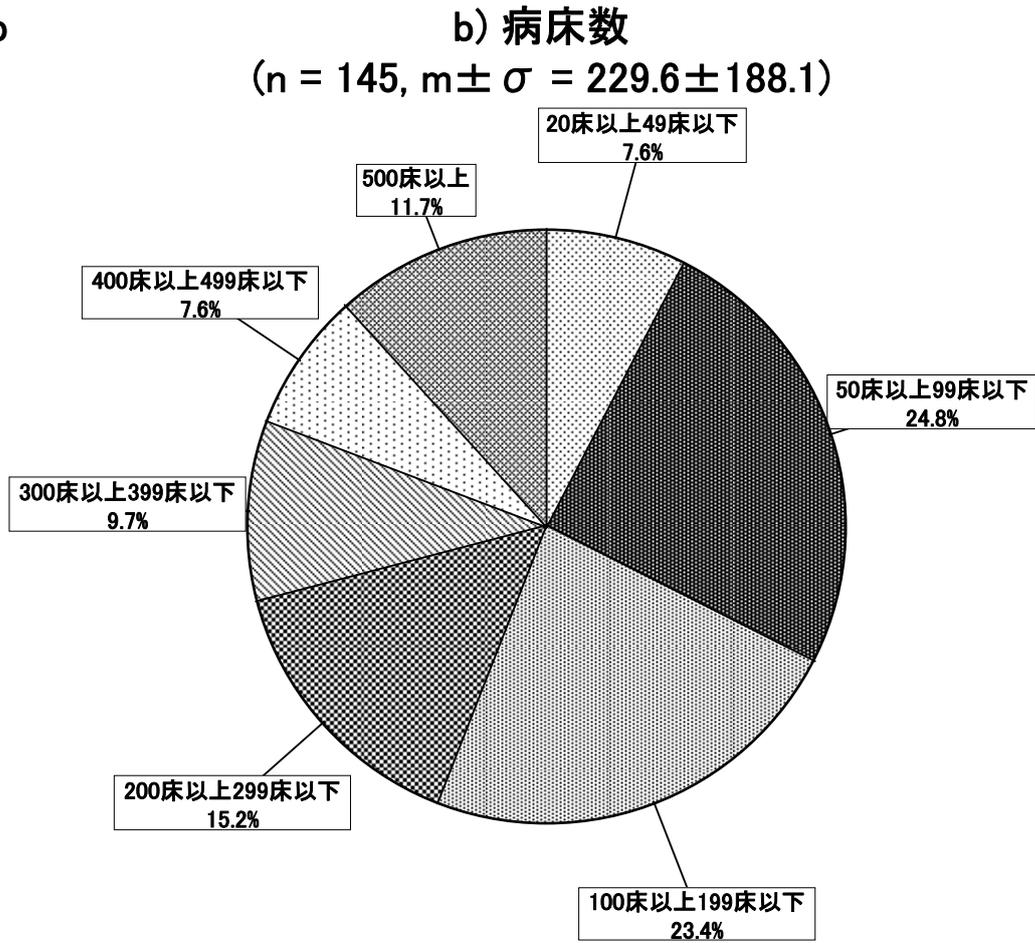
図病-1-a-2

a) 医師数—非常勤医
(n = 139, m ± σ = 16.4 ± 26.7)

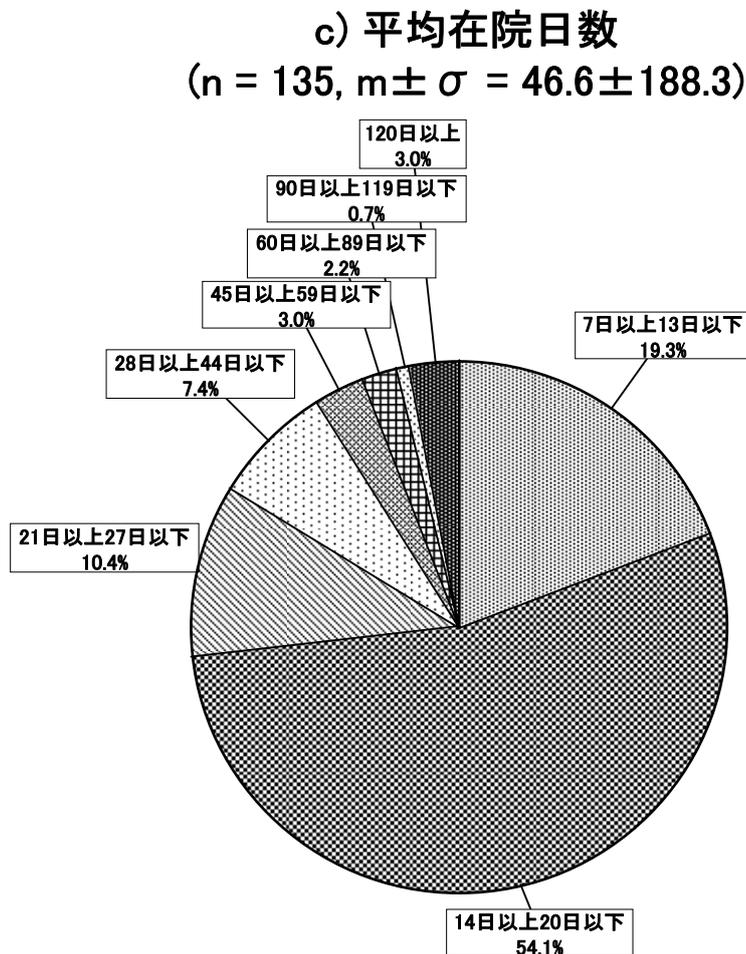


病院 問1 施設状況

図病-1-b



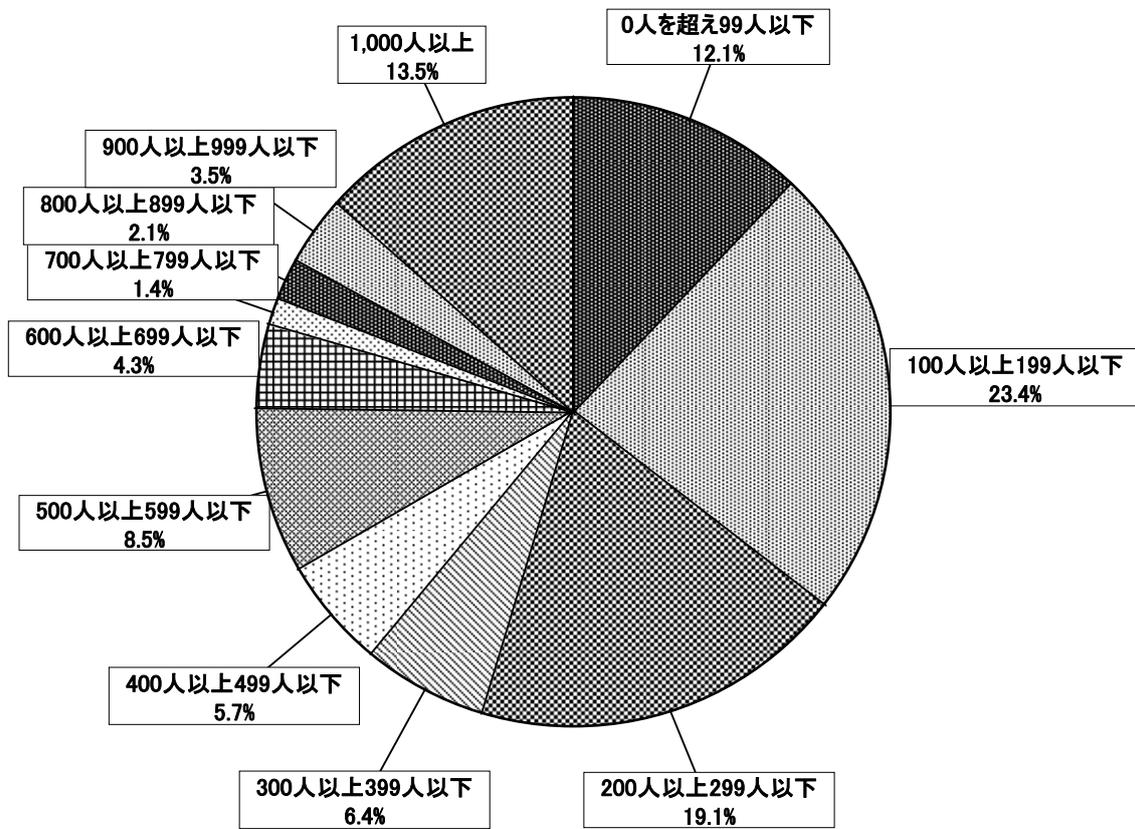
図病-1-c



病院 問2 患者数 (平成21年7月)

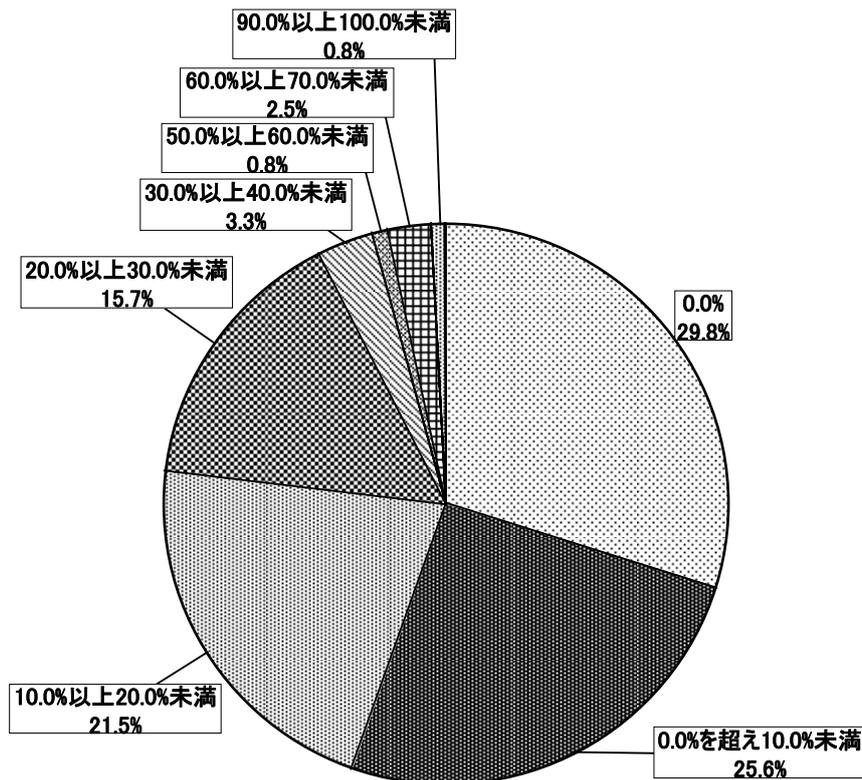
図病-2-a

a) 1日平均外来患者数
($n = 141, m \pm \sigma = 491.9 \pm 634.9$)



図病-2-b

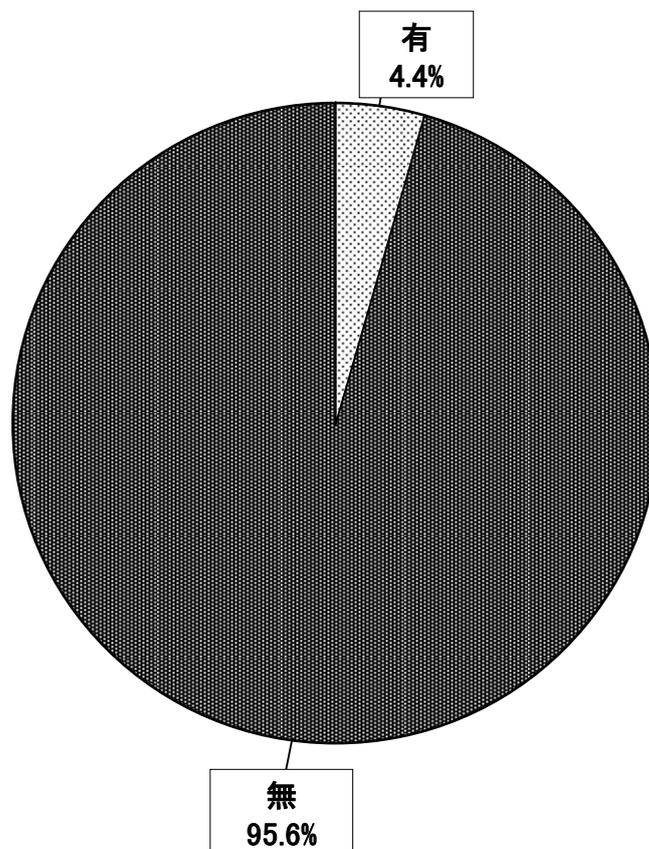
b) 医療連携室を介して退院した患者の割合
($n = 121, m \pm \sigma = 11.6 \pm 14.6$)



問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-医師間(実施の有無)

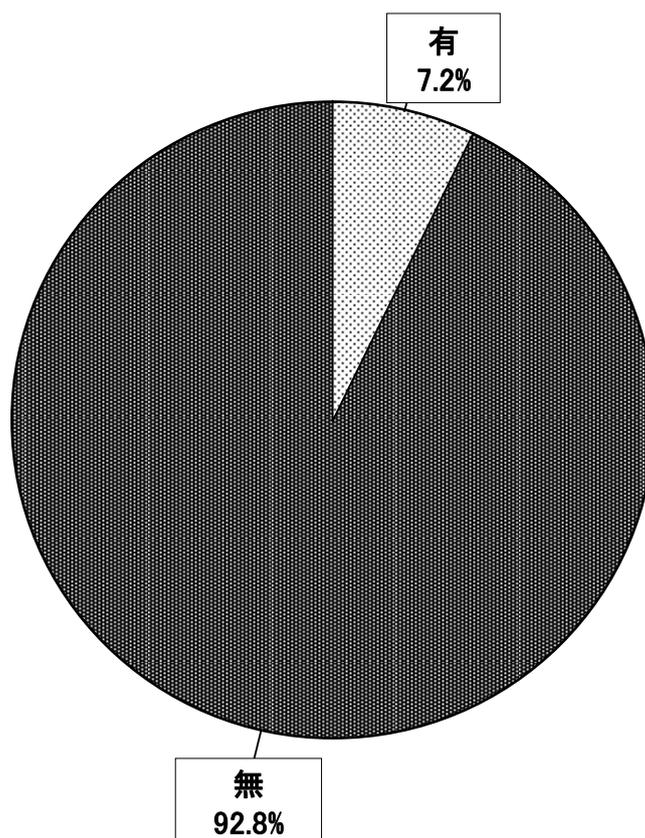
図診-1-c-1

診療所(問1-c)
(n = 1,047)



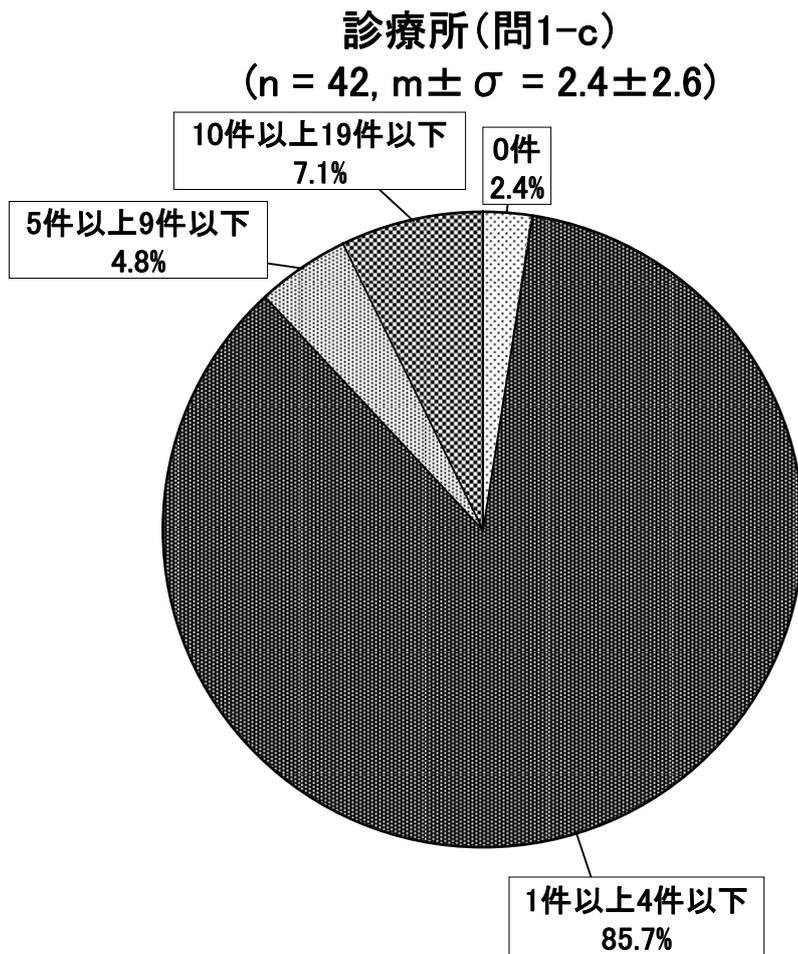
図病-1-d-1

病院(問1-d)
(n = 139)

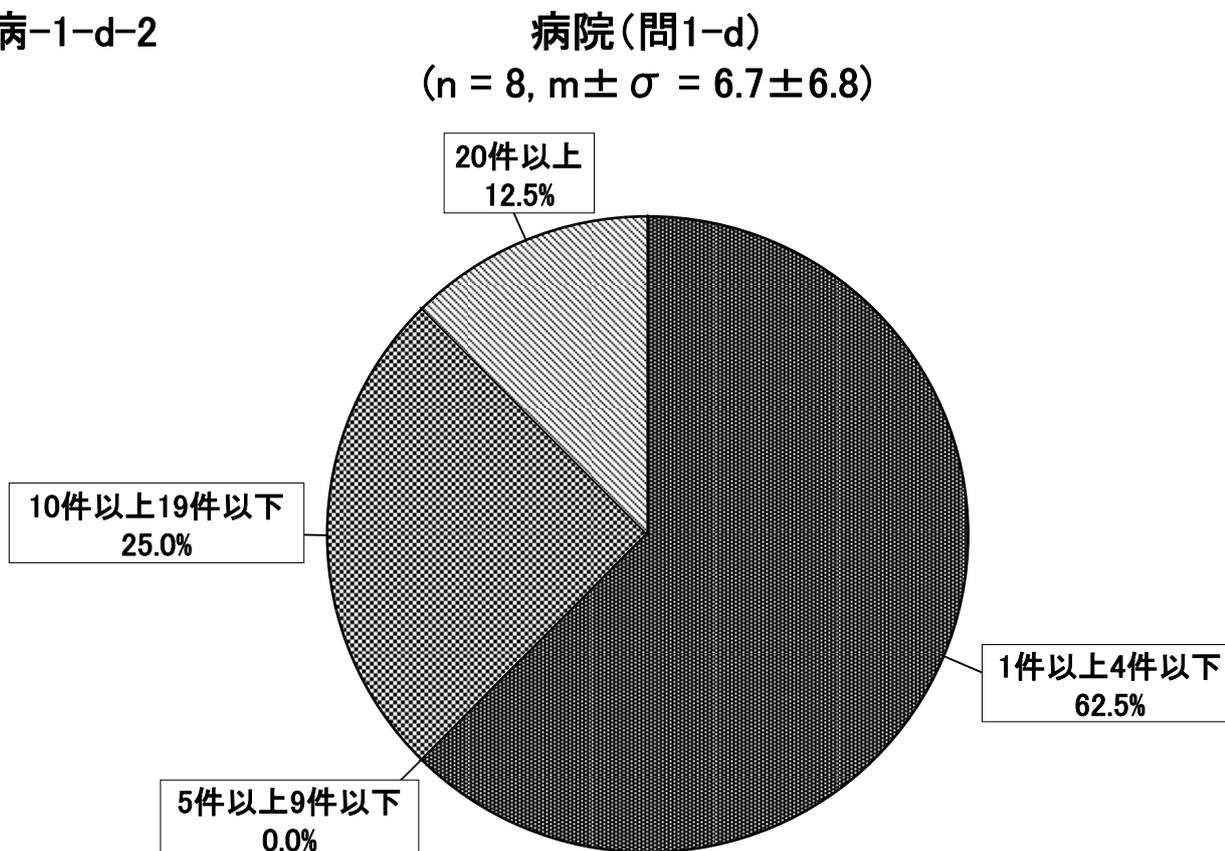


問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-医師間(実施件数)

図診-1-c-2



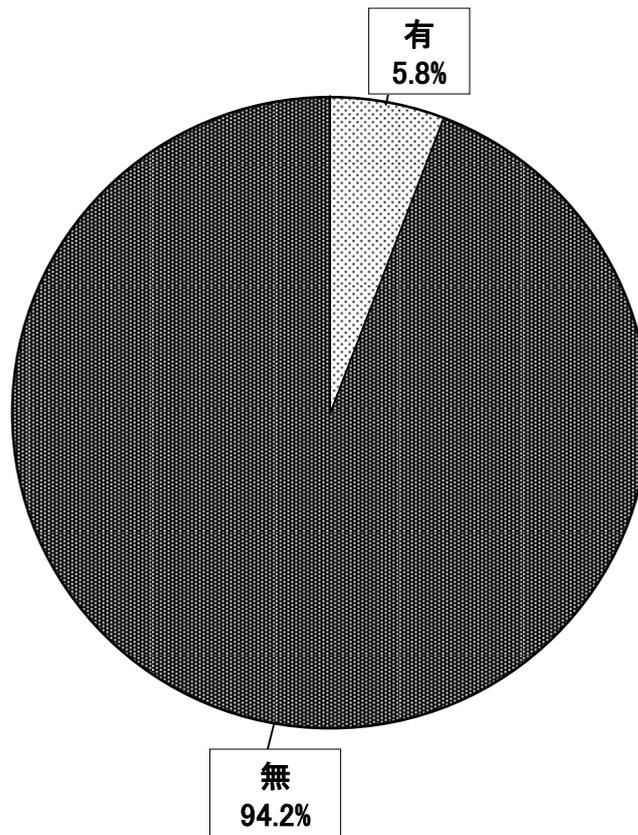
図病-1-d-2



問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-看護師間(実施の有無)

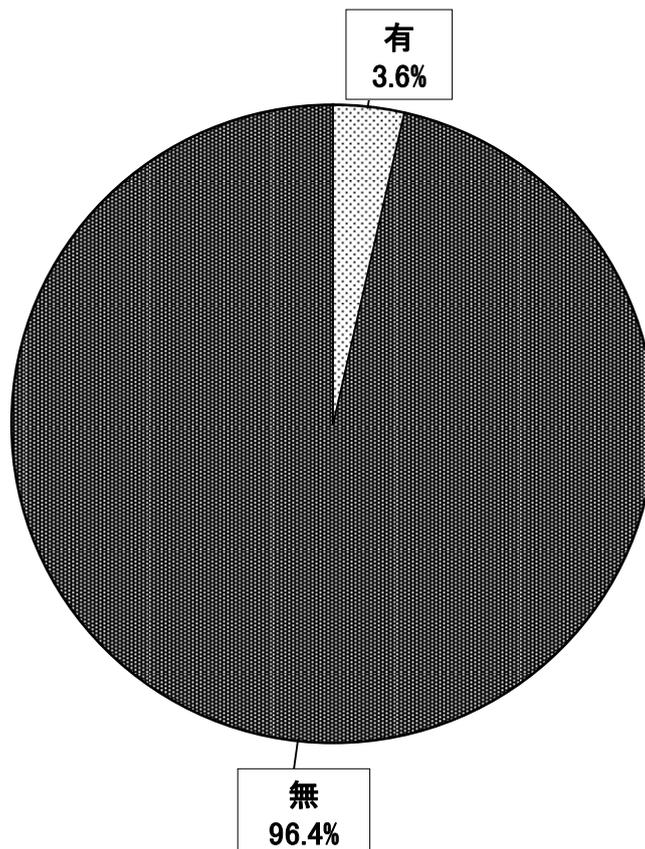
図診-1-c-3

診療所(問1-c)
(n = 1,036)



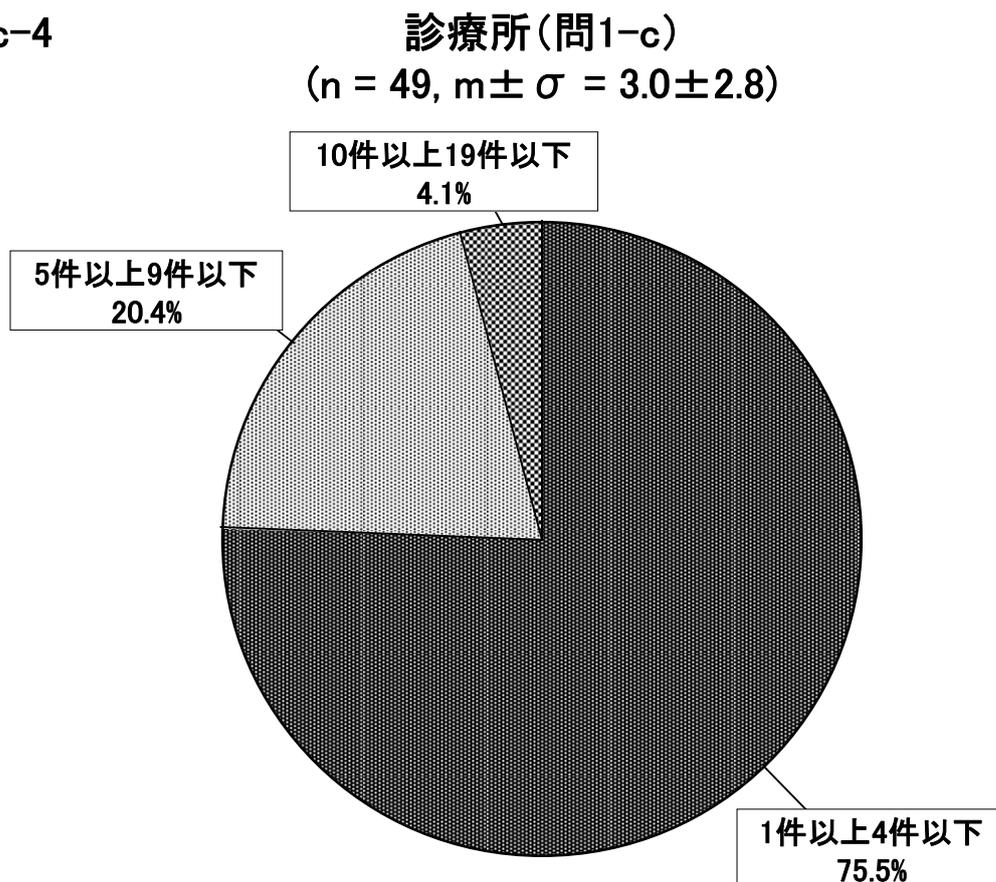
図病-1-d-3

病院(問1-d)
(n = 140)

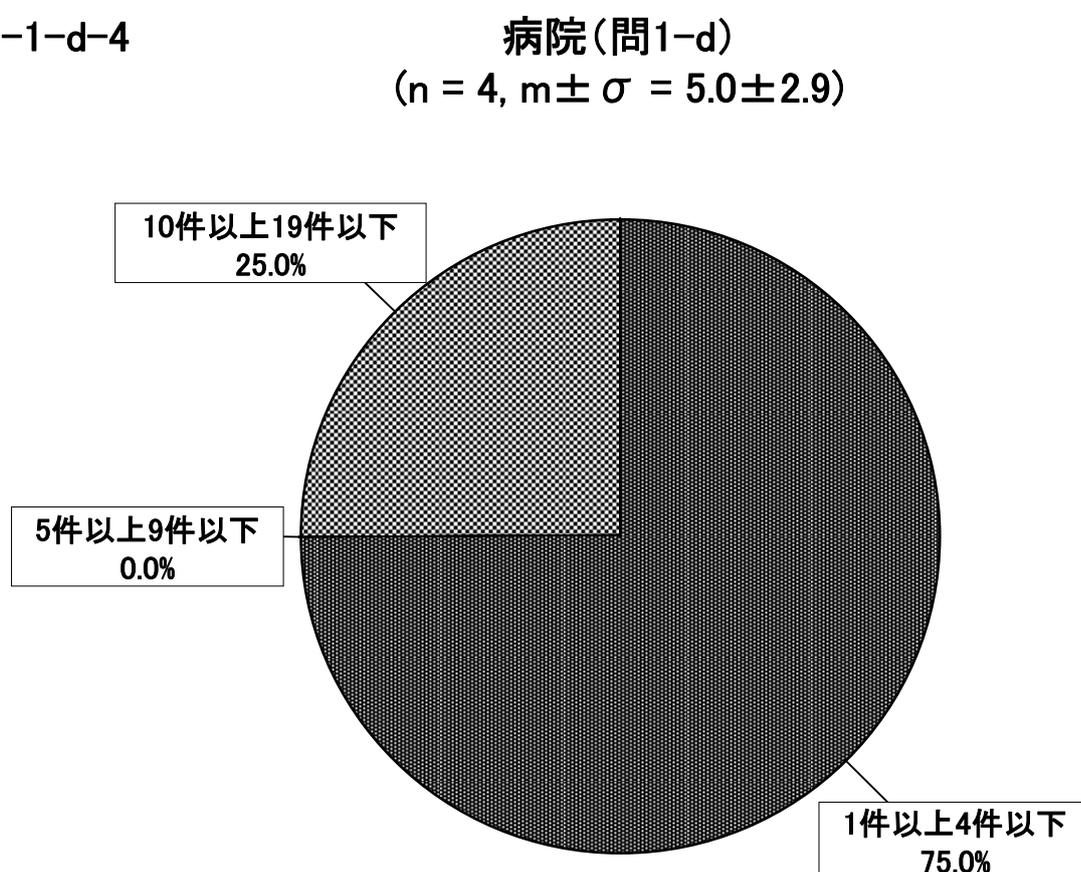


問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-看護師間(実施件数)

図診-1-c-4



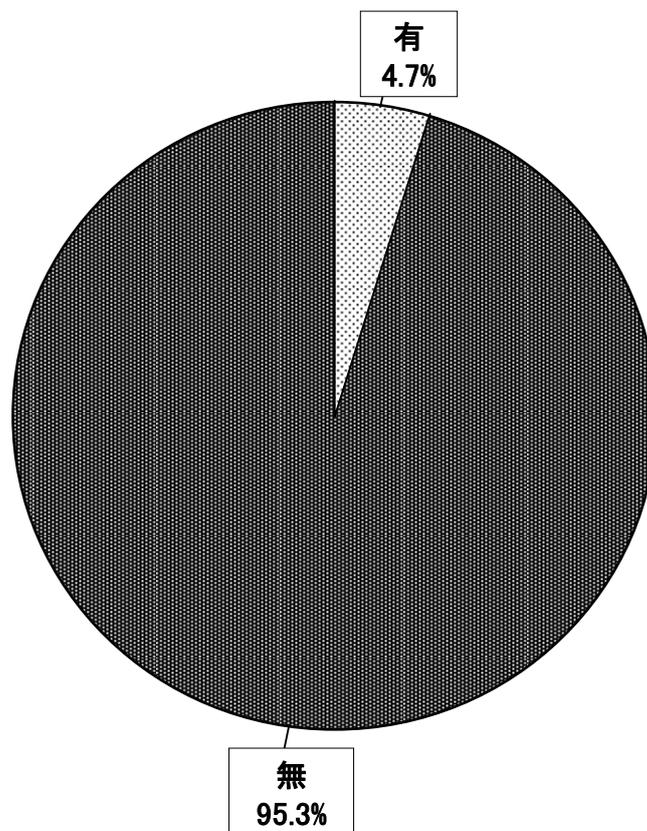
図病-1-d-4



問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-患者間(実施の有無)

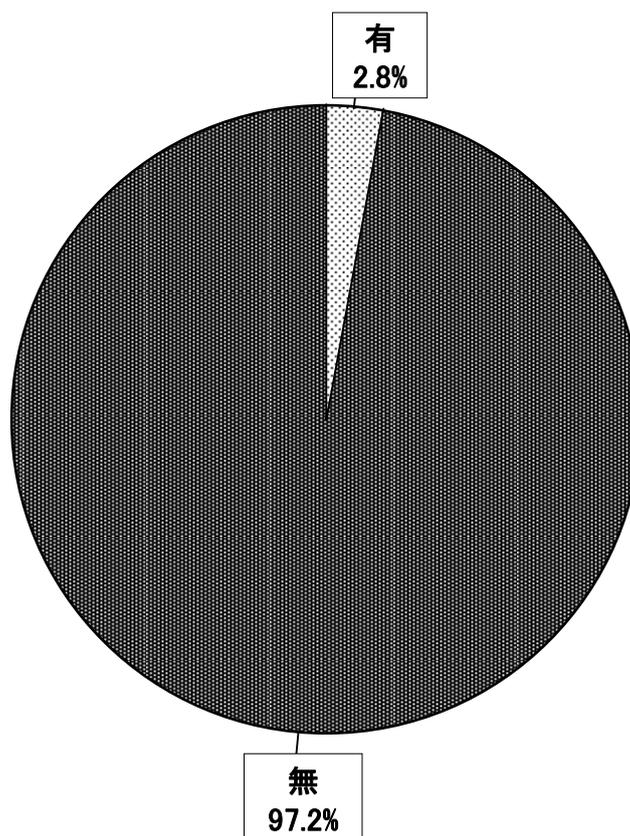
図診-1-c-5

診療所(問1-c)
(n = 1,041)



図病-1-d-5

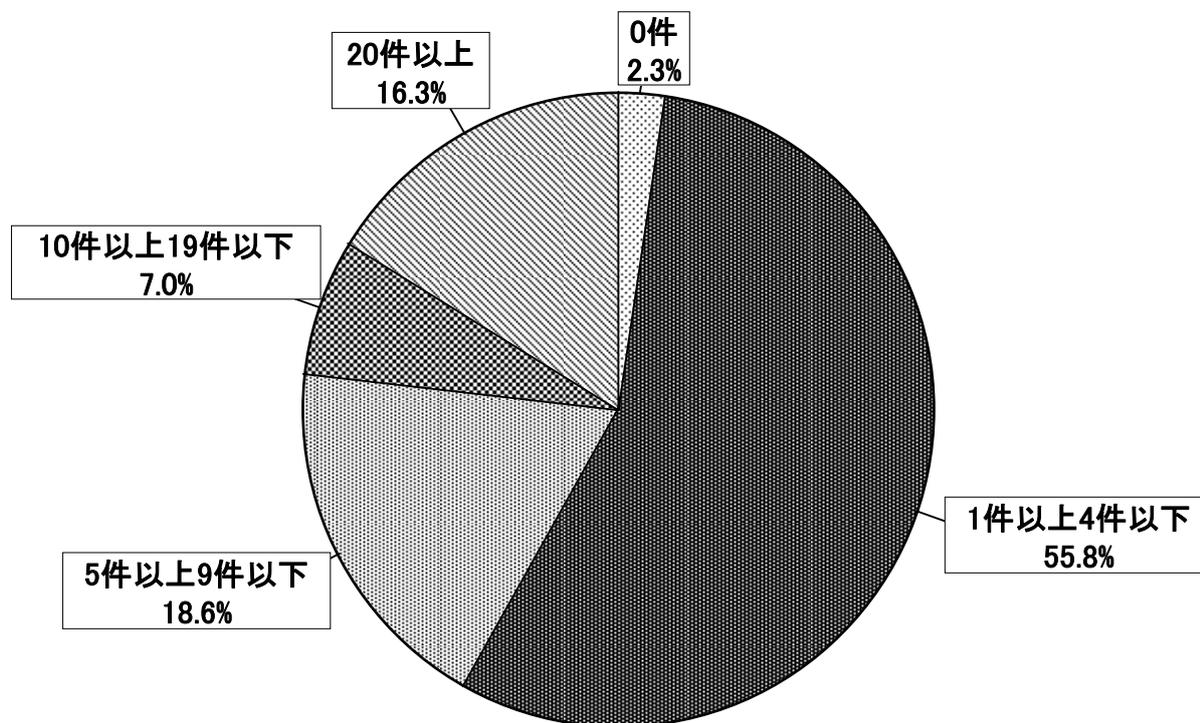
病院(問1-d)
(n = 141)



問1 施設状況 遠隔医療の実施 — 医師-患者間(実施件数)

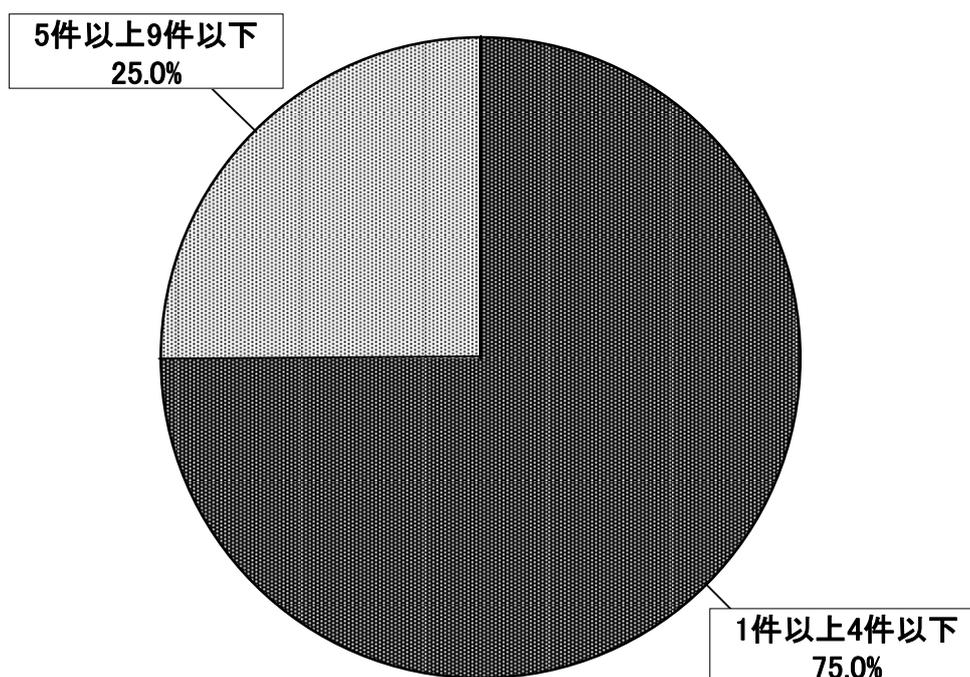
図診-1-c-6

診療所(問1-c)
($n = 43, m \pm \sigma = 20.3 \pm 55.0$)



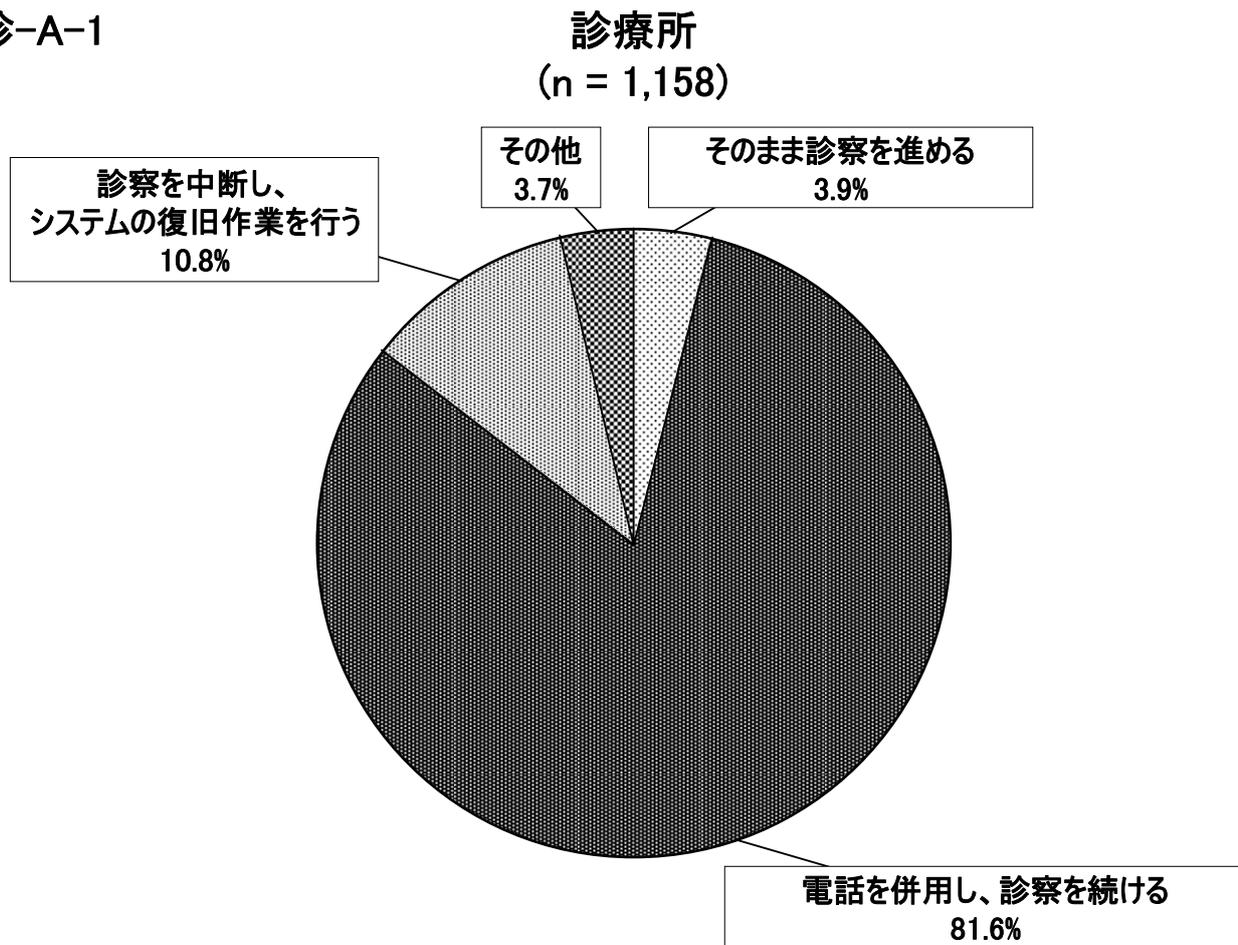
図病-1-d-6

病院(問1-d)
($n = 4, m \pm \sigma = 2.9 \pm 1.4$)

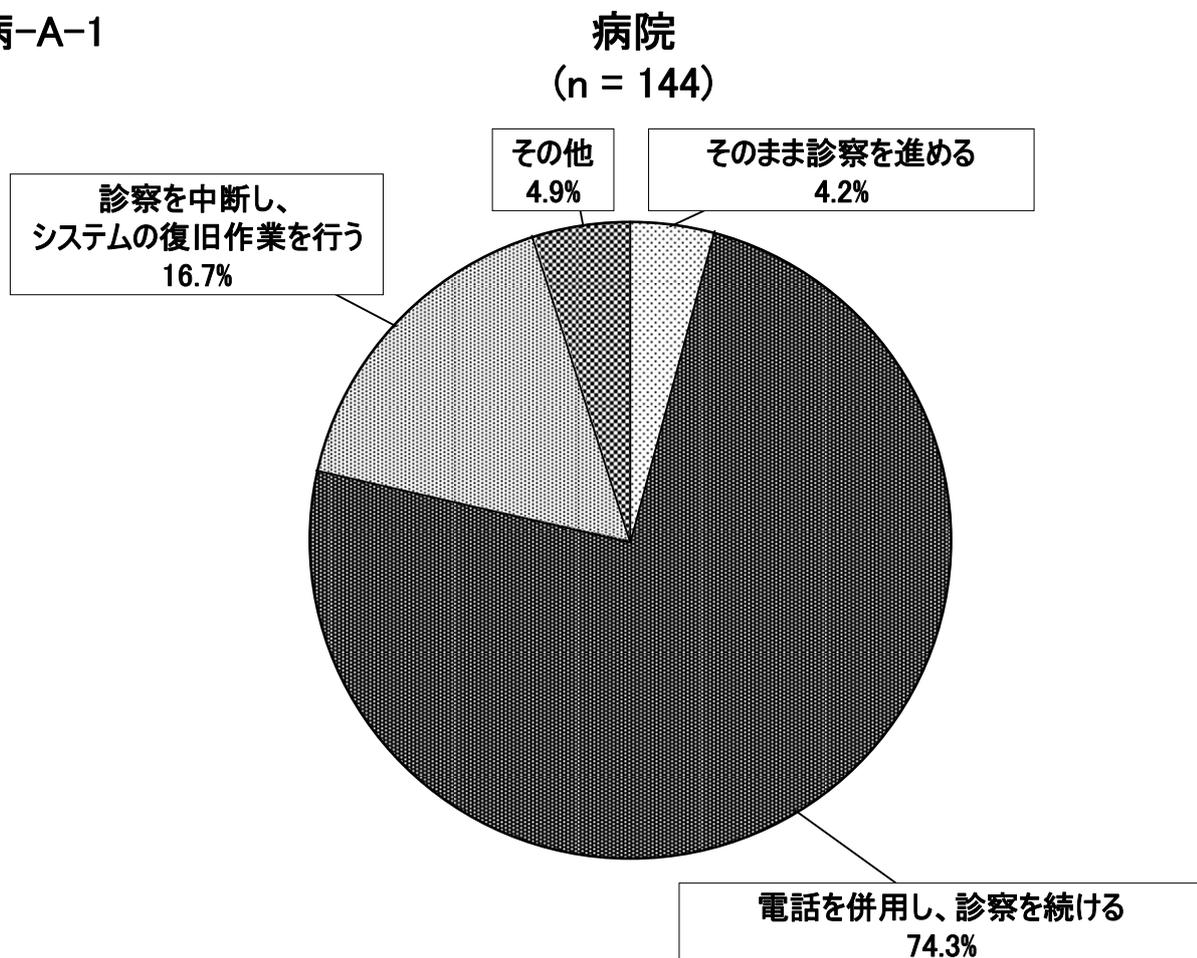


問A-1 仮に雑音や音声の途切れによって、十分なコミュニケーションが取れない場合

図診-A-1



図病-A-1



問A-1 仮に雑音や音声の途切れによって、
十分なコミュニケーションが取れない場合 — その他

表診-A-1 診療所

(2に注記) とにかく、相手に音声・画像が不■であることをつたえる。
往診に行く
②と③を同時に進行させる
往診する
往診
遠隔医療は大きな誤診につながるのでしたくありません
直接訪問し診察する。
直接訪問
そもそも参加しない本来の診療(国が決めている)無診察診療ではないか
TVパソコンなし
自分が患者の家へいく。
全く想定できない
その時の状態により1～3の選択する
(2に注記) 経験したことはありません
(1と2の複数回答)
往診する
直接往診する
訪問する
近くなら往診する
(2に注記) 緊急性がなければ後(その日■で)往診
対面最初の印象に重篤感あれば患家へ行く又は電話連絡する
電話のみ
家族がいれば電話等で状態を確認するか、できる限り直接診察をする。
自分で調べるかと思う。
自分の車で往診に行く
事務員、もしくは看護師に訪問してもらい、確認しつつ診察
触診のない診療は考えられない

患者宅を実際に訪問するよう調整する
(2と4の複数回答) FAXをおくりコミュニケーションの確認をする。
往診に切りかえる
テレビ電話は使いません
ADSL、パソコン未導入
雑音の程度や、診察の緊急性により1～3は変化する
担当の看ゴ師を決めてあるので、すぐ見に行く
(3に注記) 3と同時に往診す
実際に患者のところに往診し対面診察を行う
可能であれば往診にきりかえる
往診する
(2に注記) 2か3か、状況により異なるでしょう
(2に注記) あまりにTV画像がひどい状態であれば、中断の必要もあるかもしれません。
診療中止し、来院ないしは、他院受診、あるいは往診する
case by case
訪問診療にきりかえる。訪問の予定をたてる
行っていない
(3と4の複数回答) 電話では無理である。患者の状態わからない
(2と4の複数回答) 他の電話やPCからかけ直す
訪問
(2と4の複数回答) 具合悪そうならできるだけ往診する

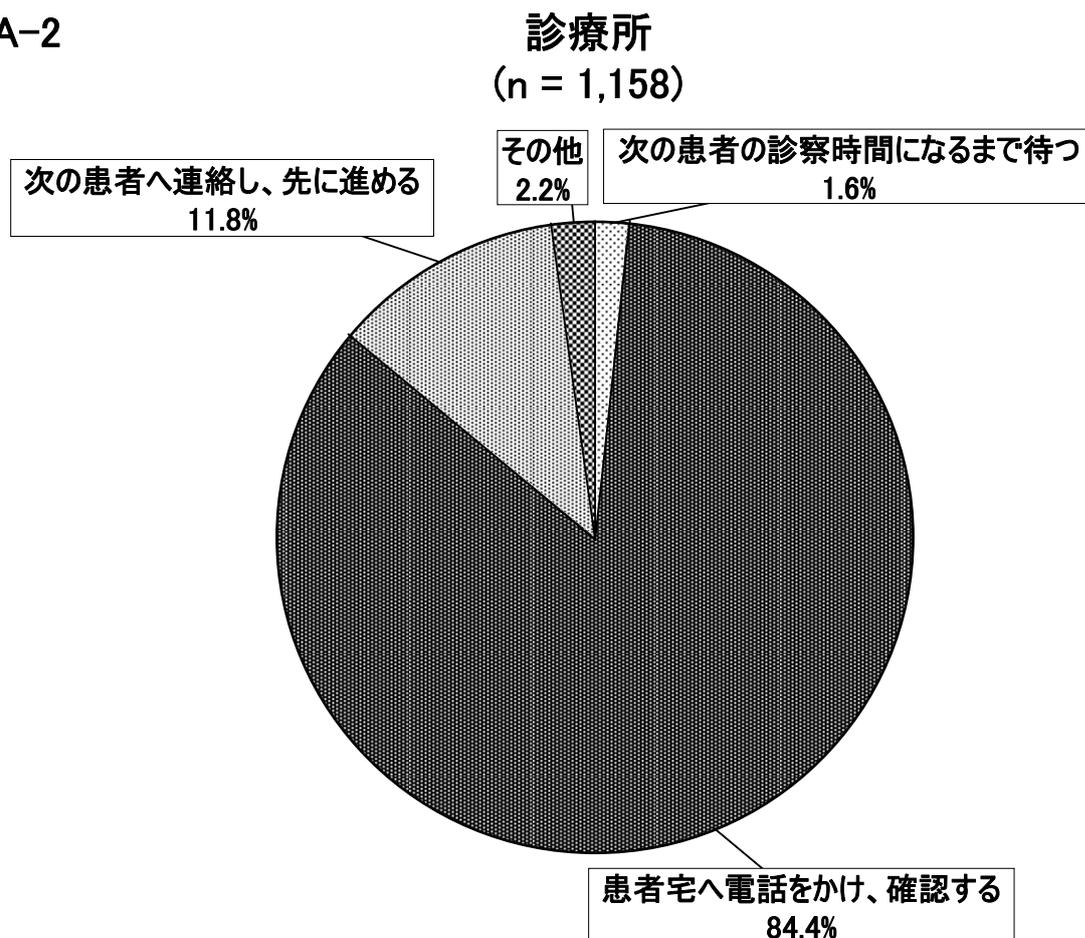
問A-1 仮に雑音や音声の途切れによって、
十分なコミュニケーションが取れない場合 - その他

表病-A-1 病院

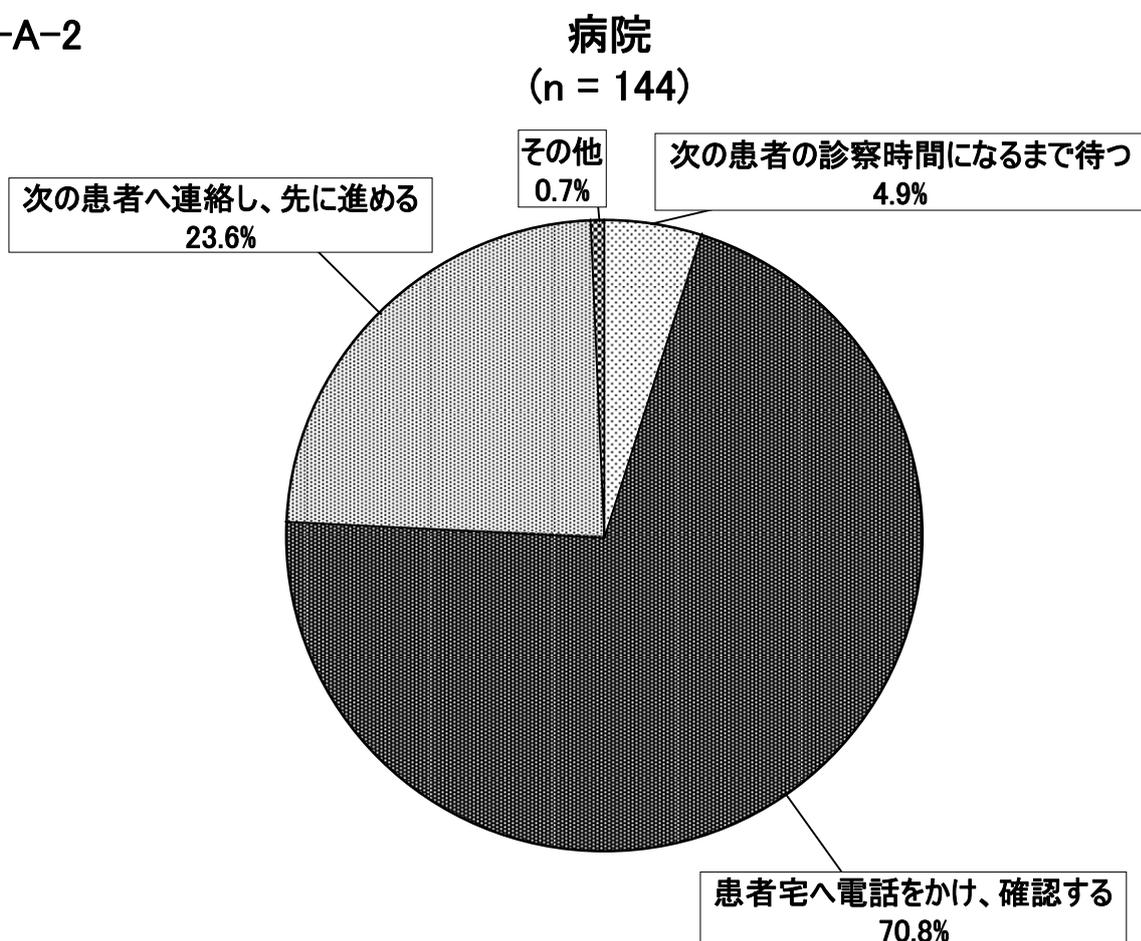
③+不調になるまでの状況判断で②にて後の指示
(2に注記) 別のパソコンによる e-mail
(2,3の複数選択に注記) 緊急性があれば2 緊急性がなければ3を待つ
あらためて時間を設定する
病状により対応異なる
その時の状況により判断する
他の人に復旧作業を行なってもらう。
来院してもらう

問A-2 患者が約束の診察時間になってもモニターの前に現れない場合

図診-A-2



図病-A-2



問A-2 患者が約束の診察時間になってもモニターの前に現れない場合 — その他

表診-A-2 診療所

(2に注記) 患者の電話番号がわかっているならば、まず連絡をするのが、筋だろう。
(1と2の複数選択)
遠隔医療は大きな誤診につながるのでたくありません
(2と4の複数選択) 相手の都合が確認出来たらそれに従う。
(2と3の複数選択)
中止する
国の保険指導を約半年間行った立場として法律的な改正をしては…！！
TVパソコンなし
ナースにいったんまかせる
容態に変化があったのか確認する。患者宅or近所に電話をかけて安否を確認する
安否の確認をとる(独居の場合等)
(2と4の複数選択) 往診する(訪問看護に連絡する)
電話を待つ

状態の急変も考えられるので電話等で確認する
触診のない診療は考えられない
(2と4の複数選択) A-1 と同様
TV電話なし
(2に注記) 連絡とれなければ事務員をハケンする
担当の看護師が見に行く
(2に注記) TE出なければ看護師を行かせる or 近くに家に TELして様子を見てもらう。
(2と4の複数選択) 往診する
(2と4の複数選択) その上でいなければ次の患者さんへすすむ
case by case
スタッフに患者さんと連絡をとるように指示し、自分は次の仕事をする
行っていない
(2と3の複数選択)
患者宅へ行く

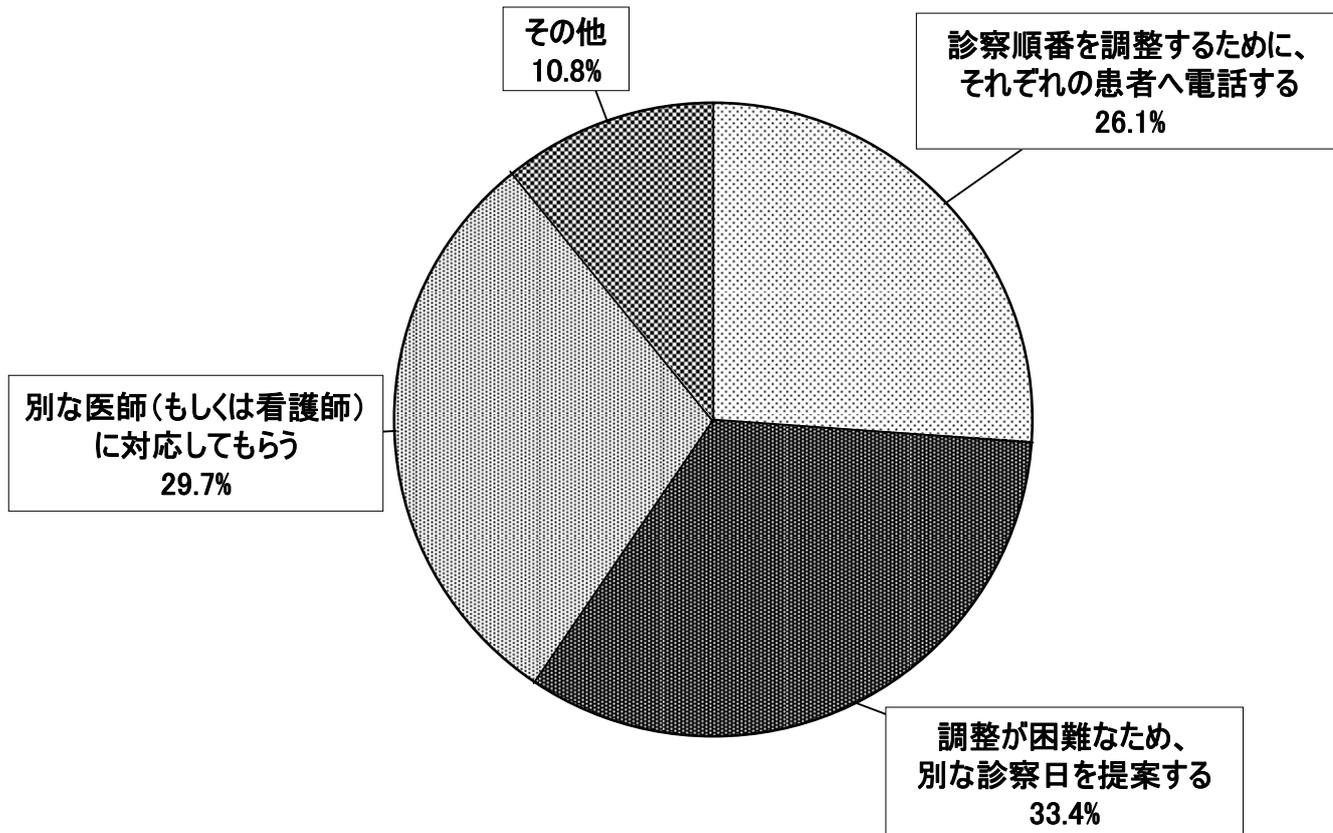
表病-A-2 病院

その患者の診療は中止とする

問A-3 患者から診察の時間を早めて欲しいと連絡がはいった場合

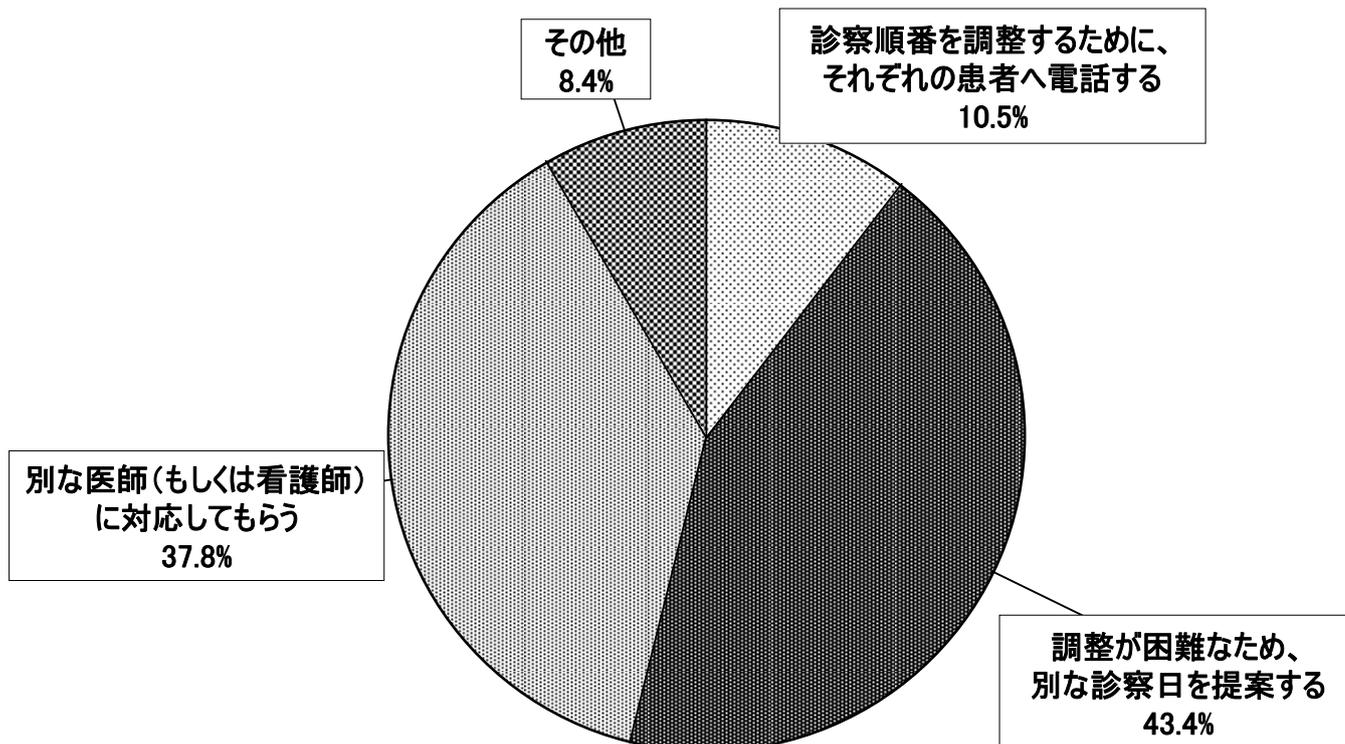
図診-A-3

診療所 (n = 1,155)



図病-A-3

病院 (n = 143)



問A-3 患者から診察の時間を早めて欲しいと連絡がはいった場合 — その他

表診-A-3 診療所

外来診療の状態でケースバイケースで対応	患者の状況、状態により1～3を選択
早く診療する	病状により判断
何とか希望をかなえる	緊急度により1、2、3全てあり得る
診察のスピードを早くする。	3の後に医師対応
早めてもらいたい理由により、No1かNo2で対応する	理由を聞き、状況によって対処する
順番を待ってもらう	理由をきく。緊急性があるならすぐ対応する。家族の都合など緊急性がなければ別の日を設定する
その時の体の調子が良ければ後日へ変更する。	看護師にその内容を確認してもらい内容によっては調整する
■間に得心したらむりやり調整する	ことわる
緊急性がなければ予定通りとする～後から調整	緊急なら対応でなければ2
ケースバイケース	事情を確認する
緊急性がある場合のみ対応する	原因を聞く
特別なことがなければ待ってもらう	少し待ってもらう説明して
遠隔医療は大きな誤診につながるのでしたくありません	状態を確認し、重症度とみて、1～3を検討する
電話での対応で決める 緊急性の有無など	早めて欲しい理由により、対応は異なる。
状態が悪ければ① 具合がよいなら②	要点を聞き、トリアージする
早めにする理由による	一番最後する。それも難しければ別に変更。
当院は完全予約制なので設定外です	早める必要のある症状かどうかにより、順番を調整します
早めて欲しい理由を聞き、急患ならば先に診察する	早める理由により対応する
(2)に注記) 早めて欲しい理由による。緊急なら当然すぐ対応する。それ以外は2番	順番待ちの患者さんを優先する
早めて欲しい理由を確認しそれによって調整する	状態が安定している時は定期のくすりだけ処方し、診察日は後日提案する
心のない診療である	調節の可能な範囲で対応する
TVなし	状況により早める
その日の状況で①—③を考える	複数の患者を同時に診察する
あらかじめ病状以外で順番を早めることはないことを通知しておく	現在診察中の患者さんを早めにきりあげ、次にその人の診察を優先する。(しかし診察は極めて手短かに)
緊急であればできるだけ早く対応。そうでなければお待ちいただく	TV電話診察と外来は、全て順番通り
緊急でなければお待ちいただく(急変など)	理由により必要なら入れかえる
よくわからない(対応が)	重症な患者さんであれば調整する

問A-3 患者から診察の時間を早めて欲しいと連絡がはいった場合 — その他

表診-A-3 診療所

できる限り、希望に近い状況で診察する必要がある。状態が悪い事も考えられるので…	早めなければいけない理由をきく
あらかじめ、変更に対応できるように予定を組む	早めて欲しい理由を問い合わせる。その上で必要であれば調整する。
同時に対応する	ケースバイケース生命にかかわることがおきていけばくり上げも必要
緊急性(必要性)の度合いによって対応が変わる	調整して早められるものは早める。その上で他への連絡が必要ならば他へ連絡する
状態が悪い様ならば看護師に対応してもらおうが安定していれば別の日を提案する。	理由による
重症度により診る	緊急なら1、そうでなければ2
早めない順番通り	順番を守る様lec
1~3case by case	当日の対応は困難の■お話し予定通り行う以降は日時変更をする
緊急性があるかどうか確認して対応	case by case
(1と2の複数選択)	看護師がトリアージする(事情を聞いて対応する)
最初からテレビ電話の時間帯をわける	(3に注記) 早める理由の確認
・理由を確認。・緊急を要するかどうかみて判断	別の日にする
順番まち患者数により対応はかわります	早める必要があるか否かよく聞いてから判断
途中わり込むようにする	ケース・バイ・ケース
状態の変化によるものであれば1に沿う形で調整。時間的な問題だけであれば2または3	診察時間を早めて欲しい理由を聞いて対応を考える
病状によるものであれば早める。用事等であれば別日に診察する。	行っていない
急変以外は対応できない、しない	容態により考慮
病状により柔軟に対応	病状によって対応をかえる。病状悪化等で急を要する場合は早める様に調整するか、他医に対応(訪問看護など)してもらおう。安定していれば、待つて頂くか、他の日を提案する。
case by case	看護師に対応してもらおう(緊急度を測る)
電話にて時間までまつ様に説得する(Nsなどが)	緊急でなければ2
テレビ電話は、患者の少い午後にする	わからない
具合わるいのか、患者さんの都合によるのか、によって対応異なります	診療が終わってから調整する
ケースバイケース	(1,2,3の複数選択)
緊急性があれば、短時間の割りこみで診療する。そうでなければ待つていただくか別の日にしていただく	症状によっては、時間を早める
緊急性の有無を確認する	別な時間又は診療終了
早めてほしい理由次第によります	(2と3の複数選択)
診療中である旨を告げ、待機してもらおう	

問A-3 患者から診察の時間を早めて欲しいと連絡がはいった場合 — その他

表診-A-3 診療所

状態により対応を図る
状況により1、2(急を要する状態か否かによる)
理由により対応するかどうか決定
緊急度を聞いて緊急であれば①に個人的な用事であれば②にする
そのままテレビ電話をつづける。順番待ちの患者さんにはもう少し待ってくれるように言う
わからない
緊急があきらかなケースは1となるがそれ以外は2
内容による
今診察中の人を早くして、間に入れる
早める理由を確認。内容によって1～3を選択
可能なら早く対応する
(1と3の複数選択)
事務職員か看護師に調整してもらう

待ってもらう。緊急性の確認をする
同行の事務員がいるのでその人に①の調整してもらう
理由を聞いて必要な場合はあいだに入れる
可能ならば早める。無理なら後回しにする

表病-A-3 病院

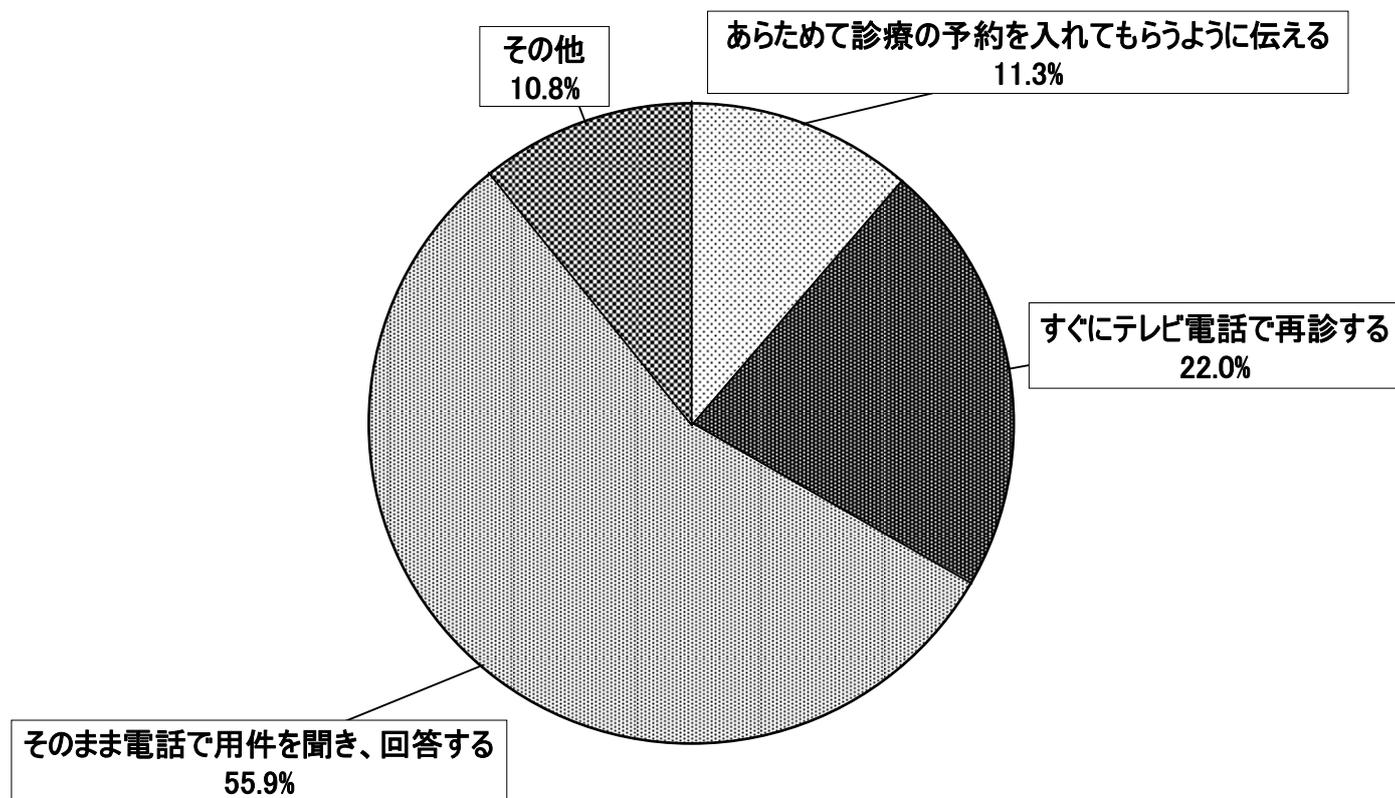
②に緊急性確認
受付で時間の調整してもらう
順番待ちの患者が数人なら1。多数であれば2
少しずつずらして調整
ケースバイケース
患者さんの状況を聞いてから判断する。
(3に注記) “待つように”
患者さんの希望時刻を聞き看護師が時間調整をする。
通常は②と考えるが、時間を早める理由による。別対応者のサポートが必要と考える
変化がなければ、簡単な診察で済みます。
早めて欲しい理由にもよるが、診察中の旨話し、すぐに伺う事を話す。

早める理由を電話で聞き、相当の理由あれば調節する
イメージが定まりませんが文面上は緊急の事なさそうですから、断るという選択があると思います。

問A-4 一度診察が終了した患者から「見て欲しいことがあったので
テレビ電話にて再診をしてほしい」との電話があった場合

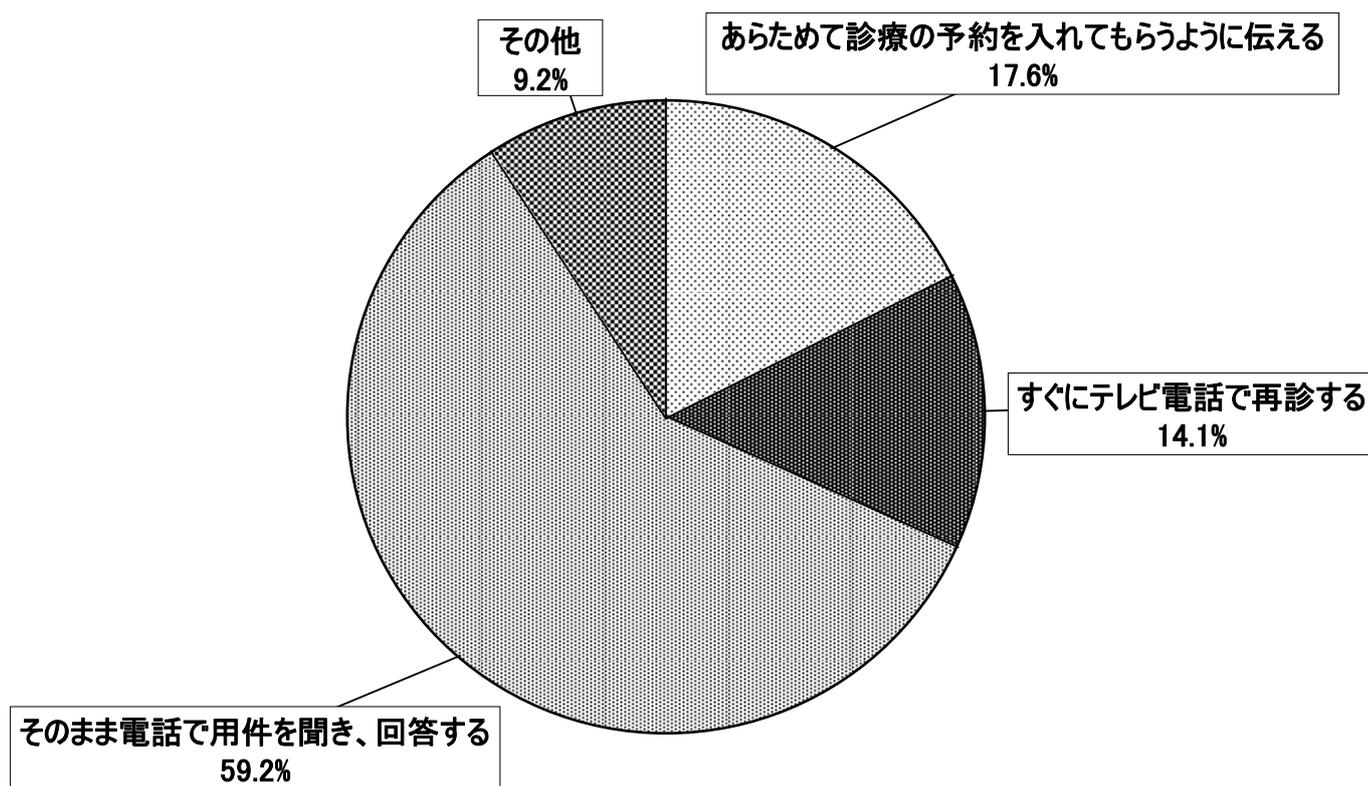
図診-A-4

診療所
(n = 1,155)



図病-A-4

病院
(n = 142)



問A-4 一度診察が終了した患者から「見て欲しいことがあったので
テレビ電話にて再診をしてほしい」との電話があった場合 — その他

表診-A-4 診療所

(1に注記)これが遠隔医療のマナーであり、この原則は変えられないであろう	他の患者の診察の間にもう一度テレビ電話再診する
後で連絡し、再診	電話で用件を聞いてから、どうするか判断
あとでこちらから連絡する旨を伝えてもらう	とりあえずの用件をうかがい、後で対処する
外来診療の状態でもケースバイケースで対応	(1と4の複数選択)内容が急ぎでなければ1を選択。急を要する内容であれば2。
緊急でなければ1とする	今の診察が終ってから電話する
診察のきれめにて再診する	しばらく待っていただき間の順に入れる
その日のうちに対応する	想定できない
(3に注記)だめそうなときは再診	緊急度により1、2、3全てあり得る
(2と3の複数回答)	Ns対応
電話で緊急性を判断して必要性があったらテレビ電話、再診する	(3と4の複数選択)そのまま電話で用件を聞き、予定患者の診察終了後に、再診する。
電話で用件を聞き、必要であれば、テレビ電話で再診する。至急の用でなければ別の時間に予約してもらう。	内容による
緊急性の有無によって判断	緊急なら対応でなければ1
職員に要件を聞いてもらい、対応を考える	看護師がまず対応
3と2の併用で対応	病状による
ケースバイケース	時間が空いた時十分なテレビ電話する
時間に余裕があれば2、無ければ3	すこし待っていただいて、あいた時間(その日のうちのなるべく早くに)診察する。
当日の最終に回す	ケースバイケース
時間があれば2、3ですめは可	まずは患者様のお話を聞き、1、2、3かを決定させていただく
遠隔医療は大きな誤診につながるのでしたくありません	できるだけ早い診察の間に予約を入れる
電話→テレビ電話で対応	状況ですぐにするか後日にするか判断する
(1と3の複数選択)	他の予定が終了してから
一番最後に	診察中の患者が終ってから電話をかける
場合による	当日の最後あるいは空き時間に入れる。
医師は本来「気」が通う位置にて診療する	全ての診療が終了次第、電話もしくは、テレビ電話で連絡する
TVなし	ケースバイケース
合い間をみて診察したり、他の医師にかわってもらう	「現在、テレビ電話で診察中のため後程連絡する」と伝える
別な医師又は看護師に対応、用件のチェック	理由により必要なら再診

問A-4 一度診察が終了した患者から「見て欲しいことがあったので
テレビ電話にて再診をしてほしい」との電話があった場合 — その他

表診-A-4 診療所

再診の時間を伝え、了承を得る。	診療中である旨を告げ、待機してもらう
あき時間にテレビ電話	診てほしかった内容をきく
(2と3の複数選択)	現在診療中の方が終って再診
電話で内容を聞き、緊急度に応じて対応する	まず看護師に対応させる
看護師に用件を聴いてもらい、後からこちらから電話(テレビ電話含)する	可能な状態であれば再診
最後の順番にする	こちらの時間の空き次第で対応は異なる。なるべくならテレビ電話再開するが、同じような内容なら、同日再診とならないでしょうから、1回として考えるしかないでしょう。
後日2とする	他者診療中であればその方の診療終了後の再診とします
(3に注記) 電話再診(同日再)	すぐできる時はすぐ再診し時間を要する場合は次にづらす、早めに診る。
内容により対応	現在診察中の患者さんの診療が終るまで待ってもらう
来院する様つける	電話で用件を聞き、緊急性があればすぐ対応。なければ予定の患者さんが終わった後に再診する
こちらから空き時間ができればなるべく早く再診するよう連絡をすると話をして待機してもらう。	何か問題が生じていると思われるため、受診又は往診を予定する
・理由を確認。・緊急を要するかどうかみて判断	予約患者終了後に再度診察する事を伝えて一旦電話を切る
緊急性を確認の上、対処方法を決める。	case by case
Ns対応とし、用件内容によって直接電話で回答するか、再診とするか、あらためて予約を入れてもらうか検討する。	可能なとき対応する
現在の診察がおわってから再診する	簡単な物なら③でそれ以外は①
状態の変化によるものであれば1に沿う形で調整。時間的な問題であれば2または3	その日の最後に再診する
手が空いたら連絡を入れる	現在診察中の患者さんの診察を終了してから、当該患者さんをテレビ電話で診察する
用件による	電話で用件が済むものかテレビ電話で状態を確認する必要があるのか確かめる。
落ち着いてからかけ直す	行っていない
予約の間に入れる	看護師に対応してもらい、後でこちらから連絡する
ケースバイケース	看護師等に対応してもらう
ケースバイケース。電話で対応可なら電話ですます時間に余裕があればNsに緊急性を確認させ緊急なら即時対応、そうでなければ時間空き次第対応	時間があき次第、Telすると伝え、少し待ってもらう。
用件を確認した後で内容により2or3	無理とことわる
上記3＋必要に応じてテレビ電話にて患者の状態を確認	まず電話で用件を聞き、テレビが必要ならテレビ電話で対応
現在診療中の患者が終了後に連絡して再診する	

問A-4 一度診察が終了した患者から「見て欲しいことがあったので
テレビ電話にて再診をしてほしい」との電話があった場合 — その他

表診-A-4 診療所

一番最後にもう一度診察する。
まずは電話で再診し、必要あればテレビへ
仕事の調整後テレビ電話で再診する
看護師さんの対応をお願いして緊急性の判断をして対処
看護師にて、用件を聞き、判断する
すぐ再診できれば対応し、不可なら時間の調整をする
とりあえず状況のわかるコメディカルに対応してもらう
診療の空きそうな時間(同日)に再度電話連絡をするように説明する
3もしくは2。その時の状況診てほしいことの内容によります
理由により対応
ケースバイケース
他の患者さんに迷惑かけないように調整し、今日中にテレビ電話で対応する。

内容を聞き、1~3を選択
(2に注記) 他のDr、Nsに聞きとりを任かせる。
別な医師、又は看護師に対応してもらう
看護師に現在の診察が終わったらTelする旨伝えてもらう
患者さんの状況により1、2、3で対応する
看護師に、内容を聞いてもらい緊急性があれば直ちに対応する
どちらが緊急性が高いか検討をし1又は2の対応をする
次の順番の人の前に連絡を入れる。内容により電話で即対応または同日中に再診する
再診理由により1、2、3と対応が異なる
用件をNsに聞いてもらってから必要なら電話で回答する
時間の都合がついた時電話をかけた上で診察をする

表病-A-4 病院

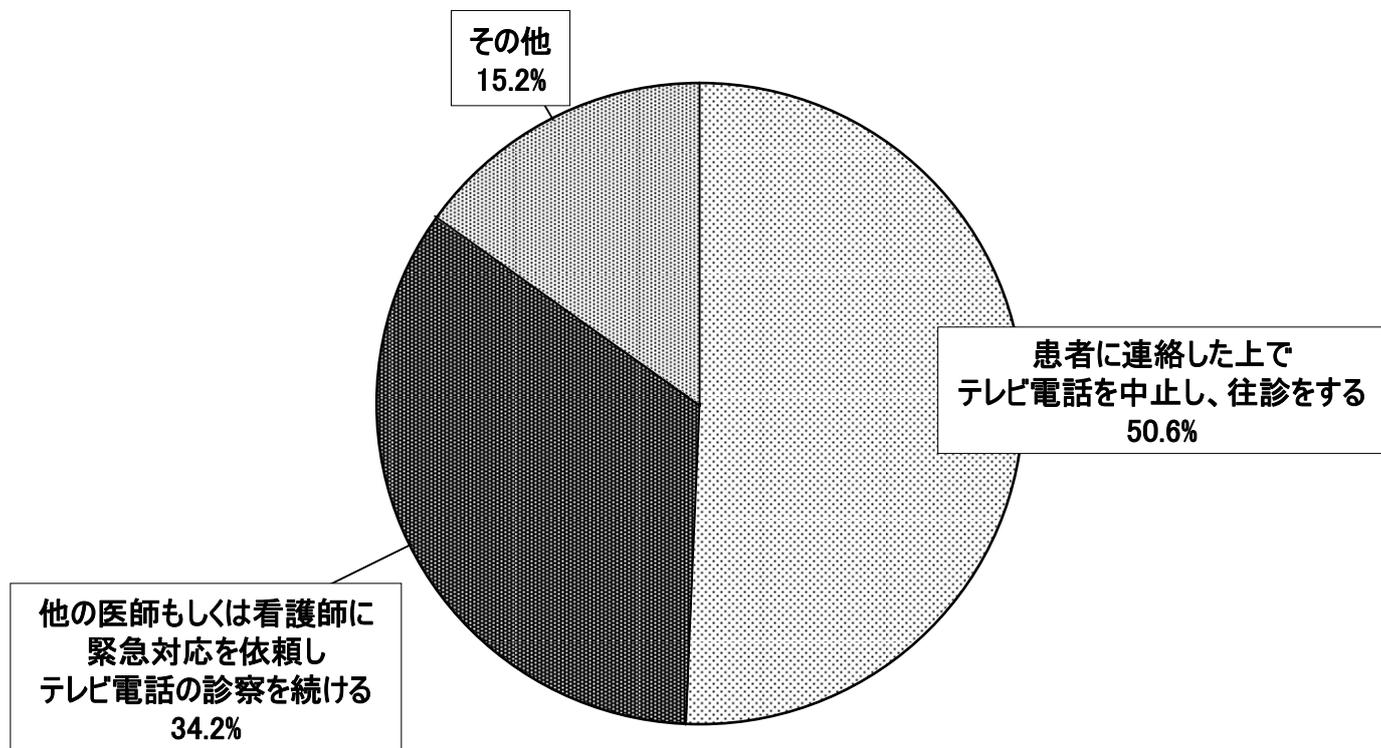
(1に注記) 急変時は対応
他者に対応を依頼
時間に余裕があれば再度TV電話に出る
診てほしい内容を看護師に聞いてもらい、必要性があるなら電話再診する。
受付で調整してもらう
終了後再診する
区切れのいいところまで待ってもらう
病状により決める
病状等に応じて1~3または、看護師に対応してもらう。
その日の最後に別枠で対応
患者さんの状況を聞いてから判断する。

(3に注記) Nsが「〇〇分後に再診しますのでお待ち下さい」などと伝える
別対応者で対応し決める
患者さんの状態による
その日の最後に診察する

問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合

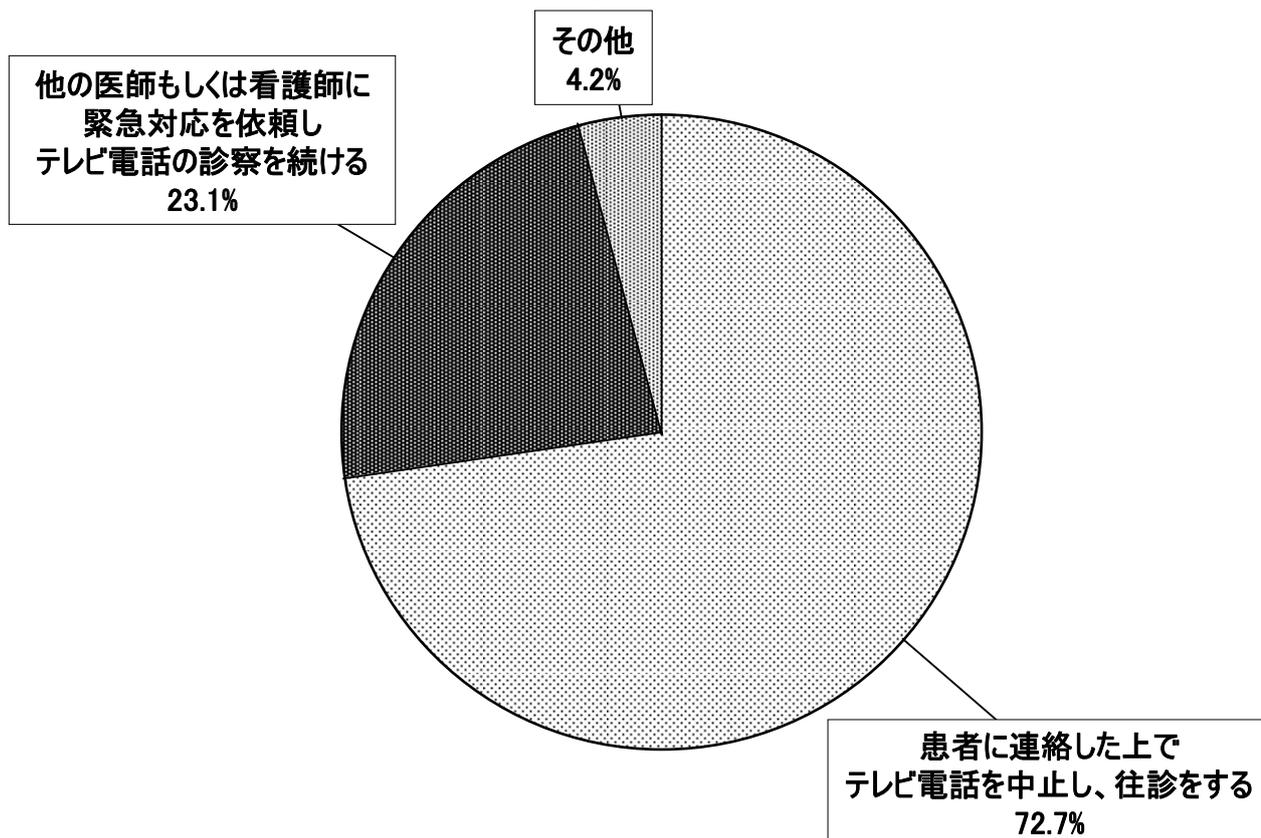
図診-A-5

診療所
(n = 1,152)



図病-A-5

病院
(n = 143)



問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合 — その他

表診-A-5 診療所

わかりません	上記2のうえ、終了次第呼び出しの患者さんの所にむかいます。
訪問Nrsを依頼する	緊急性があればすぐに往診しますがそうでなければ診察が終るまで待ってもらいます。
状況に応じ判断	緊急度が高い方を優先
状況を確認し緊急対応が必要なら救急車 ■ ■ 緊急対応不要なら往診する	緊急度による
緊急度による。	ケースバイケースである。
診察の内容により対応する	より重要、緊急性のある方を優先し他は後で診察
他の医師にテレビ電話診察を依頼し、往診に行く。	場合による
緊急性のある往診の場合は①	緊急性の高い方を優先
緊急度により判断する	大病院での3分間診療を始めたくない
終了してから往診をする。心肺停止や胸痛発作なら救急車を使うようすすめる	TVなし
終了後往診する	内容による
テレビでの診察と終了してから往診に行く	往診の呼び出し内容を確認して決める
患者の状態による対応とする	患者の状態により判断する
往診の緊急性により上記1、もしくは2とする。	テレビ電話を優先するか往診を優先するか、緊急性の度合いによるのでケースバイケース。
わかりませんケースバイケースでしょう	その患者さんのそれまでの状況、緊急度により1、2両者どちらもあり得る。
診察中の患者の診察を終了してから往診をする。	症状により往診等対応する
どちらがより緊急性が高いか考えてみる	依頼内容を電話で確認→緊急性の判断を先にする
往診の呼び出しの重要性、緊急性によります。	患者の状態に応じる
待てる往診は待ってもらう、緊急処置が必要な往診コールなら救急車要請してもらう	往診クリニックに電話
(1,2の複数選択に注記) ケースバイケースです。往診内容による	(1に注記) 往診が緊急性があるか否かを確認した上で対応する
緊急性がなければテレビ電話診療の後、緊急度が高ければ1。	内容により選択肢1又は2両方ある
緊急性があれば①なければ②	往診依頼の内容によって考慮
往診の依頼の内容によるがテレビ電話を優先	内容による
遠隔医療は大きな誤診につながるのでたくありません	状況により対処する
緊急性の有無で対応を考える	(1に注記) 他の医師かも知れません
往診はしない事になっています	病状による
どちらが重症かで判断する。	往診の緊急性による

問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合 — その他

表診-A-5 診療所

緊急度により1もしくは2の対応を考える	まずは看護師により電話対応し、患者の緊急度に応じ優先順位を決定する。
往診依頼者の重症度を確認する。	状況を判断し、優先順序を考慮する。
case by case	テレビ電話を終了した後、往診に行く。
テレビ電話の患者の状態と往診の患者の状態をてんびんにかけ緊急の方を先に行う	往診の内容により判断する
患者の状態に応じて対応する	往診の緊急性による
往診依頼者の重症度によって対応は変わる	往診の依頼の緊急性によって判断する。緊急度が高ければ往診に。待ってる様なら待ってもらう
往診に対する考えが設問からすると私の考えと違うため答えようがない	テレビ電話終了をまって往診する。電話を手短にすます。
まずはスタッフが対応、往診する時間が有れば出掛ける	1 or 2
患者様のお話を聞き緊急性等による	状態をたずねすぐに対応が必要かどうかたずね後でもよければ終了後に往診。急ぐ場合は看護師を先にやり報告をうけて決める
その患者さんの診察を終えてから往診する	往診の内容を確認してから決める。緊急性が有るか無いか。
往診必要性(緊急度)による	病状による
待ってもらう、緊急の場合救急車を。	状況に応じて対応はかわる
緊急性の程度によって4、2を判断する	内容を確認。急ぐ理由があるか確認
ケースバイケース	その時の状況により1、2を選択
診察が終了してから往診す。	往診内容の確認して対応を考える
理由により必要なら往診Nsは他の人へ連絡	医師が一人なら1。複数いるなら2。
緊急性があるか否かを確認した上で、1か、2かあるいはテレビ電話診察終了後に往診する	診療終了後往診する
緊急性の高い方へ対応し他方が往診ならTV電話終了後に往診、往診の緊急なら往診へ行きTVは看護師に変わる	状況次第
後にするor他の病院へ	往診の呼び出しの内容にもよる
往診用の時間帯を確保しておく	病状により柔軟に対応(往診依頼といえどもすべてが超緊急とは限らないし、テレビ電話の方が安定していると限らない)
往診依頼の内容について確認し、対応する(自分で)	事情を聞き緊急性がある場合は救急車で病院受診するよういいう
テレビ電話終了後往診する	看護師にテレビ電話の対応し状況は1度確認させる
重症度により診る	往診の状況による
順番の最後に往診する	症状により、より重症な方を優先する
TV診終了後(往)へ行く	ケースバイケース
(1に注記) 緊急性があれば1	

問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合 — その他

表診-A-5 診療所

テレビ電話の診察が終わってから往診する	往診を求めた患者の緊急度により1か2で対応する
(1に注記) 緊急性による Ns対応してもらう事もあり得る	優先性の高い方を選択する(緊急性)
電話で状態を確認して、急を要しなければ遠隔診療ない。終了するまで待ってもらう。	状況次第
往診の依頼理由によります	別の時間でよいか、ダメな場合他医療機関への受診を
往診依頼の内容により判断する	往診の緊急性を考慮して対応する。
往診の緊急性についてNsにきいてもらう	行っていない想定、予定なし
往診の内容が緊急を要するものかを確認して対応する	往診理用の内容によって判断する
往診の緊急性を確認する	テレビ電話を看護師へ依頼し自分は往診
(2と3の複数選択) 往診依頼患者の状態により対応を考える(例) 緊急な場合と慢性症状の場合	病状によって対応をかえる。急を要する病状なら、他の患者を調整して往診する。待てそうなら待って頂きあとから往診する。どちらも困難なら、他医や看護師に対応を依頼する
緊急性をまず看護師に確認してもらい、優先順位をつける	状況による。
(1に注記) これも状態によりけり。救急の状況、他の医師がいるかどうかで違ってくる	患者の状態により、1. 2を判断する
状況による	無理とことわる(24時間対応は無理)
往診依頼の状況を確認し、往診かテレビ電話の診察か、優先される様をとる。	診察が終わってから往診する
緊急なら1、そうでなければ2又は終了後	往診を最後に行く(緊急の場合は最優先にする。)
1時TV電話を中断、往診の緊急性があれば往診なければ診さつ後往しん	その緊急性による
往診の内容により優先順位を決定	往診が緊急であるかを判断し、待てるなら往診を待ってもらう
往診の呼び出しの内容を確認して対応を考える	緊急度によるがテレビ電話診察後に往診に行く
(1に注記) 緊急の場合	電話で内容を訊きその内容次第で往診
病状により対応	患者の状態によってTVtel中止し、往診する
その場の状況による。	往診の緊急性にて判断する
case by case	上記1、2の選択肢の併用で、その時による
状況による緊急性があるかどうかとか	重症でない限り診察を続行し、後に往診
往診の内容によると思いますが…	双方のptの状態による
往診の内容により1または2の対応をとる	場合による
往診が緊急か否かをまず確認する	緊急性の有無により対応を考える
	まず看護師に状態を診てもらい、必要であれば診察が終わった後往診に行く。緊急であれば、状況に応じて診察を中断し、往診する

問A-5 テレビ電話による診察中、往診の呼び出しがあった場合 — その他

表診-A-5 診療所

緊急であれば①に少し待てるのであれば診察を終えて往診する
往診の依頼のあった患者の状態により1、と2を使い分ける。
テレビ電話が終了次第往診する
往診患者の緊急度により対応が異なる。
ケースバイケース
数分もまてないケースは非常にまれなので終了してから往診する
往診の内容による
用件を確認し、程度により1、2を選択
↑2で他のDr. NsにテレビTelをお願いし、往診へ行く。
(1,2,3の複数選択) 往診の内容が緊急の場合は、そちらを優先 待てそうな状況なら現在の診療が終わってから
患者さんの状況により1、2で対応する

緊急の程度をみきわめて、1or2とする
基本的に往診は行っておりません
看護師に、理由を聞いてもらい緊急性があれば直ちに対応する
どちらが緊急性が高いか検討し1又は2の対応をする
診察がすむまで待ってもらう
電話で重症度を把握した上で

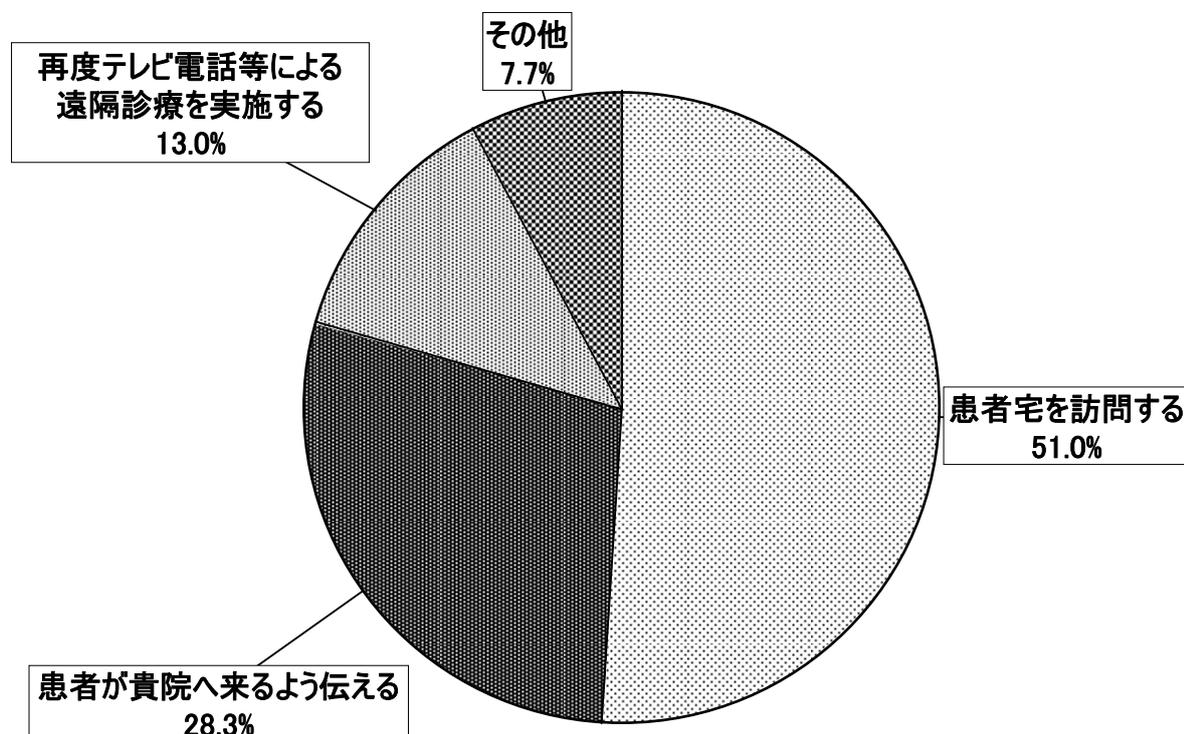
表病-A-5 病院

そのときの病院の状況に応じて判断する。
用件を聞いて、対応を考える。
緊急度による対応が必要で、①or②の選択となる。
他の医師もしくは看護師にテレビ電話の診察を依頼し緊急対応をする。
②の対応をしそれが困難であれば①の対応になる
現実に取り決める事の出来た緊急呼び出し時の対応法に規定されます。1とせざるを得ない場合が多いと思います。

問A-6 テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方したが、
後日症状が悪化したと患者から連絡があった場合

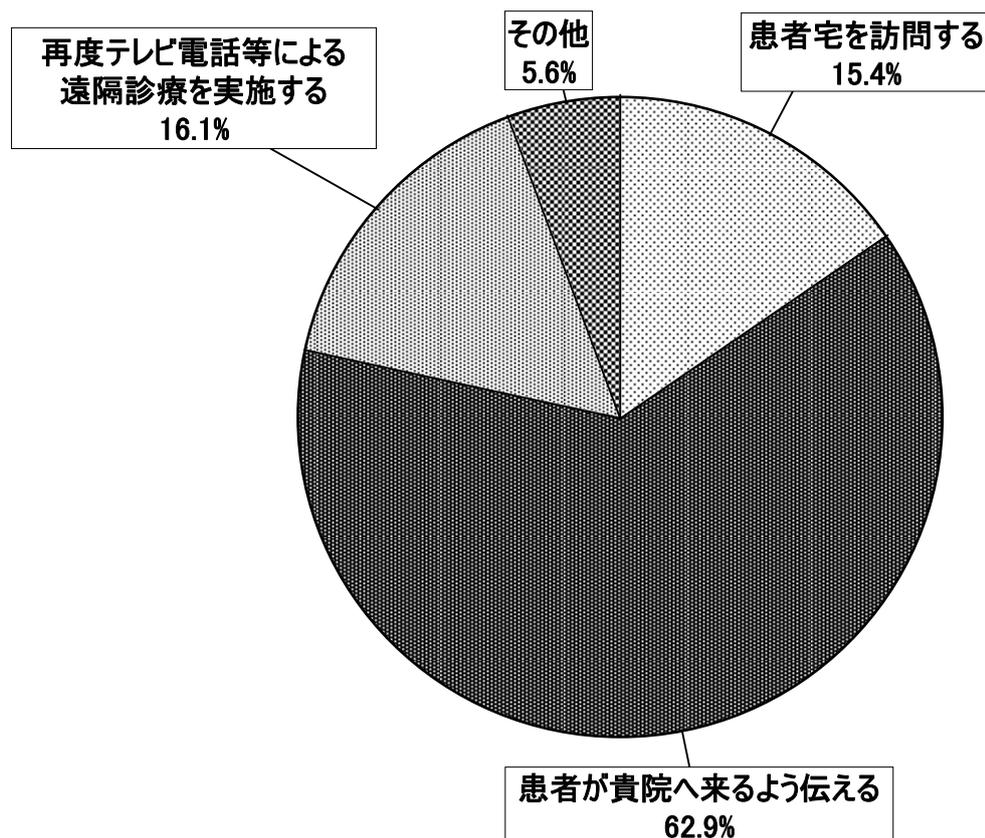
図診-A-6

診療所
(n = 1,154)



図病-A-6

病院
(n = 143)



問A-6 テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方したが、
後日症状が悪化したと患者から連絡があった場合 — その他

表診-A-6 診療所

専門医受診をすすめる	(1と2の複数選択)
皮膚科専門医受診を勧める	皮膚科へ紹介する
もともと処方はない	症状により1、2を選択する
皮膚科受診の紹介する	その患者さんのこれまでの状況、緊急度により1の場合2の場合があり得る
専門科へ紹介する	悪化の程度、原因等を電話連絡で確認し次の対処を考える
専門医へ診療依頼する	他院を紹介
直視する必要有と思ひ(2)が可能なら(2)ダメなら(1)	(1と4の複数回答) 1かつ皮膚科医にコンタクトする
(1,2,3の複数選択)	(1と2の複数選択)
他医師と相談の上、こちらから連絡する	(2に注記) できれば■ ■をすすめる
皮膚科受診をすすめる。実践不可能であれば①訪問する	患者と話あう(どうするかを)
専門医に紹介する。	移動出来れば②不可なら①
専門医受診をすすめる	まず電話にて話を聞く
皮膚科を紹介する	皮膚科へ依頼
皮膚科への受診を説明し、又は紹介状を書きます	来れば来てもらう来なければ往診する
専門医へ紹介	患者さんが来院可能であれば来院させる
皮膚科へ相談するなどの対応する	1or2状態に応じて対応する
遠隔医療は大きな誤診につながるのでしたくありません	ケースバイケース
皮膚科専門医受診を勧める	直接診たいので1又は2で対応する。
可能であれば、来院してもらうよう伝える	悪化した状況により、往診orテレビ電話を決める。
皮疹の状態をテレビ電話でみせてもらった上で判断する	受診をすすめるが、来れない時は往診する
可能なら皮膚科のDrを紹介する→勿論Drにもその旨、連絡しておく	皮膚科に紹介する
視診だけで診断するのは本来の医療でない	(2に注記) 又は往診して実際に皮膚を見る
TVなし	患者の状態(動けるか否か等)、患者宅までの訪問時間などによりケースバイケース
皮膚科受診をすすめる	(3,4の複数回答) 上記の後薬を変更する
(1と2の複数選択)	1or2患者さんの原状による
再度テレビ電話等による遠隔診療し、出向く必要がありと判断すれば出向く。悪化していると言われても、必ずしも本当に悪化しているとは限らないので。	病状により対応が異なる。
	電話等れんらくし、必要に応じた方法を考える
	皮膚科でないのでわからない
	皮膚科に往診いらいする

問A-6 テレビ電話の画像で皮膚を診て診断し薬を処方したが、
後日症状が悪化したと患者から連絡があった場合 — その他

表診-A-6 診療所

他院紹介の旨、伝える
皮膚科受診をすすめる。
皮膚科に紹介する
皮膚科専門医に紹介する
皮フ科受診が可能かどうかによる。
専門医(皮膚科)を紹介し往診を依頼する
来院できれば来てもらい、できなければ切りのよい時間に訪問
紹介状を書く
皮フ科受診を勧める
病状による
他の皮フ科を紹介する
①または②
③を行ない②にするか判断
TV電話しているCという条件は来れない、来れない程悪いと思うので往診す
(1と2の複数回答に注記) 患者の状況でどちらか決める
その症状による
皮膚科へ紹介する
ケースバイケース。TV電話再診だけで判断できないものは直接見るべきだし必要なら皮フ科コンサルトも行うべきと思われる
case by case

状況によるその人が受診できそうかとか湿疹か褥瘡か皮フ腫瘍うたがいかにもよる。
患者さんのADL等で①か②
(3に注記) その後の状況に応じて対応する
来院できるものであれば受診を勧め、無理であれば往診する。
想定予定なし
皮膚科のDrに診てもらうように配慮する
皮フ科へ紹介する
皮フ科受診をすすめる
悪化の程度による
専門医受診をすすめる
他院を紹介する
(2に注記) 来れない人は1
患者の状態を聞き①か②かを選択する
皮フ科受診を指示する
(1に注記) 来院できる方には来て頂く
近くの皮フ科へ受診するよう患者に説明する。できれば、その皮フ科へもTelで連絡をとり、情報交換しておく。
通院可能かどうかで1、2を選択
皮フ科を紹介する
(2に注記) 可能であれば

表病-A-6 病院

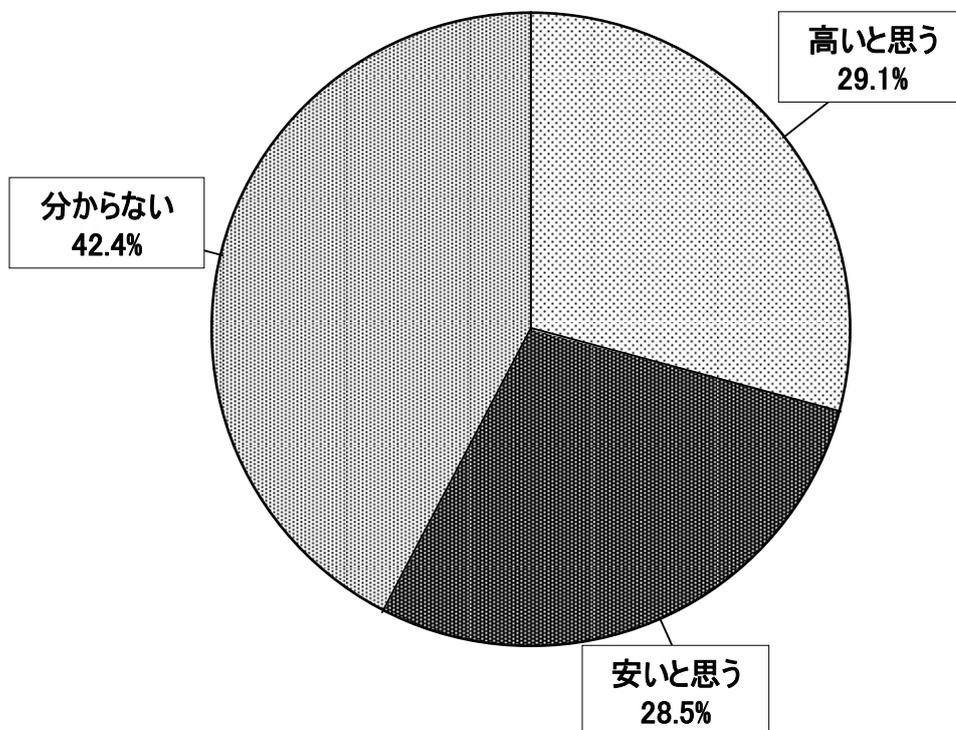
寝たきり等で、来院が困難であれば、訪問するが、出来るだけ、病院に来ていただくように願います。
受診可能なら受診を、不可能なら訪問する。
状況による
当院を含めてアクセス可能な医療機関受診を伝える
専門医受診をすすめる

連携医療機関の在宅医や訪問看護ステーションと調整し症状を確認する
(3と4の複数選択) 再度テレビ電話による遠隔診療を行い、必要なら外来受診をすすめる。
患者の意向が専門性の高い診療希望なら紹介します。

問B-1 患者負担(医療費のほかに2,830円/月)について

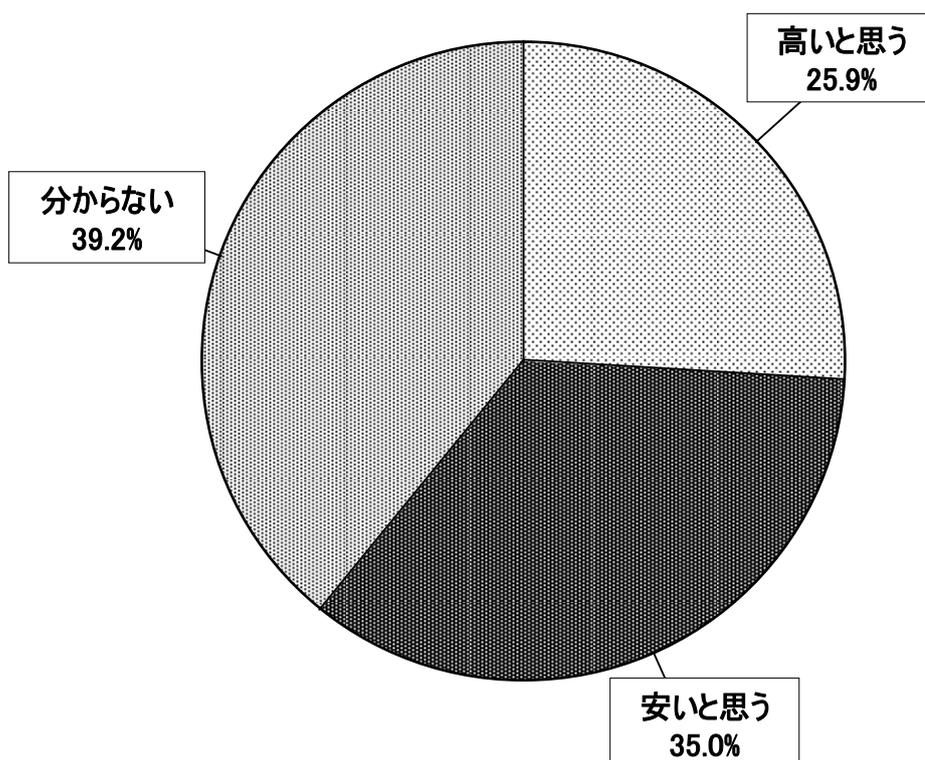
図診-B-1

診療所
(n = 1,151)



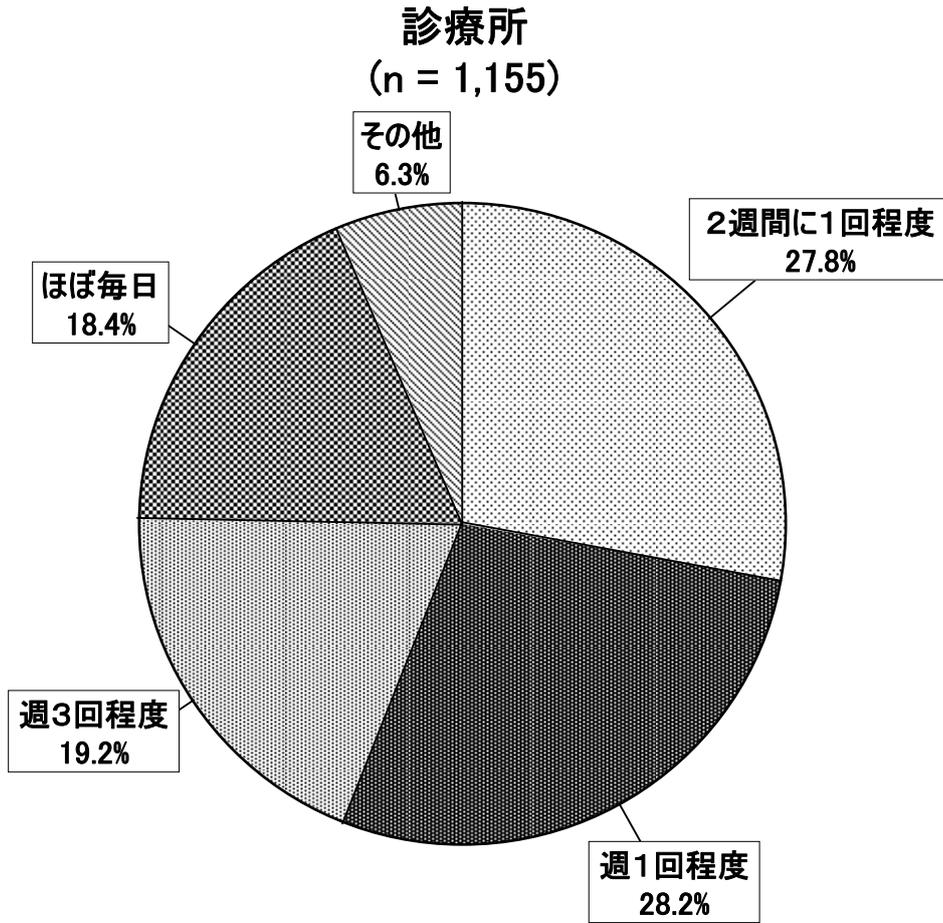
図病-B-1

病院
(n = 143)

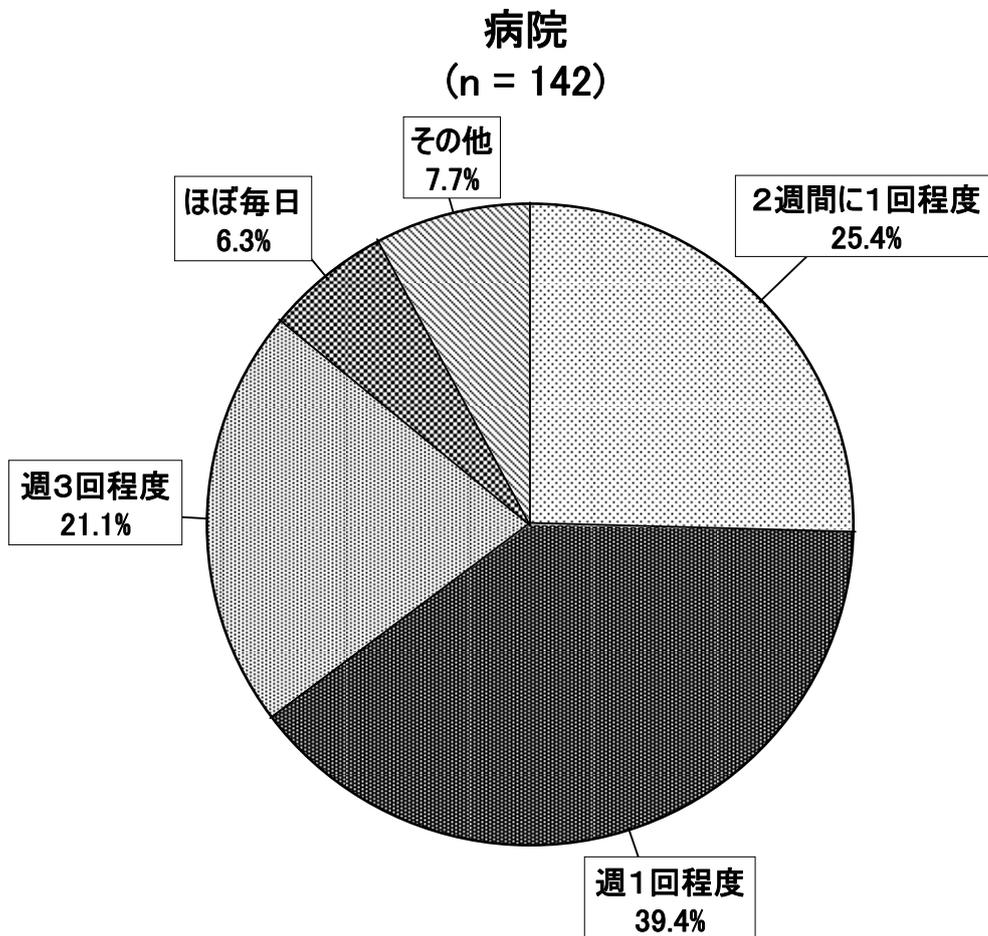


問B-2 患者30名《月2回》の場合の、遠隔診療実施の頻度

図診-B-2



図病-B-2



問B-2 患者30名《月2回》の場合の、遠隔診療実施の頻度 - その他

表診-B-2 診療所

分かりません	曜日、時間をきめた上で2-3名/日
月に1回	たぶんできない
週2回	現在ひきうけることはきびしい
これだけの時間はさけない(週1回1時間)	週2回
実施しない	患者の病態による 週1回から2週に1回
実施不可能	基本的には受けない。訪問しているので
不明	月1回
状況に応じて	対応は困難
週2回程度:月、木曜日に7~8名ずつ	実施できない
不可能。4~5人でしょう	できない。直接診ないと判断できない
出来るだけ夜の時間を利用する	月1回がせいぜい。こんなに時間がかかると負担
(4に注記)時間を決めれば良い。手の空いてるときに	週2回程度
(4に注記)月~金 ■2名ずつ	現時点で30名はムリ
月1回	出来ない 患者数が多い
遠隔医療は否定的です。	回答不可能
日常業務の量によりケースバイケースで異なる	週1回 毎週水曜5名ずつ
月1回	わからない
基本的に設定外の人数です。当院は外科ですので、大量の遠隔医療は行いません。せいぜい1~2人まで!	現在の受け持ち患者数ではイメージできません
できない	30名もはしないとと思う
月1回程度	自院では、遠隔医療を行う環境ではない
不可能	(2に注記)毎週木曜日に30名
診察ではない	常時遠隔医療する気はない。何かあったとき
遠隔医療は行なわない	(2、3、4の複数選択)
患者30名(月2回)の対応は無理です	現在の診療維持しつつ追加で行うのであれば土曜午後か休日を当てるしかない。月~金9-12、16-19診療。月、水13-15往診(水は隔週で介護保険認定診査会あり)火、金13-15特養往診。木曜13-15エコー検査
(4に注記)専門科に依って異なるだろう	1/月位なら無理すればできるかも。実際には忙しく無理。
わからない	(2、4の複数選択)
症状病状による。すべて同じというわけにはいかないと思う。	(2に注記)午後休診日(毎週水曜の午后に集中して診療する)
現在の当院の外来患者数に対して 1回/W 5名~10名	

問B-2 患者30名《月2回》の場合の、遠隔診療実施の頻度 - その他

表診-B-2 診療所

毎日 10名
困難
1はつかれそうなので嫌ですができかどうかと言われると1～4まで可能
週に2回 7～8名
(2に注記)おそらく当院では月30名は困難！ 現在遠隔医療ができる体制になり
できない 多すぎる
30名などとうい無理10人／月が限度
(2に注記)するつもりはないので判らない
ほとんどする時間がない。
実施する予定なし
週に2回程度 毎週水曜日に10名ずつ毎週土曜日に5名ずつ
診療体制が不明なので回答困難
(3に注記)困難です

週2回 5名ずつ
患者さんの重症度により異と思う
毎週 木、2人 土、5人 日、5人
する予定がない
(4に注記)今の往診患者さんをすべてテレビ電話にふりかえるということなら、どういう曜日でも頻度でも可能ですが今の往診患者さんは今までどおり診て、さらにテレビ電話の患者さんをふやすというのなら、1日に1名しか診られません。
(4に注記)1～3名
積極的にするつもりはなく、患者さんの利便性を考えて、午後休日に行っている水、土曜日の午後各10名くらいでしょうか
月1回

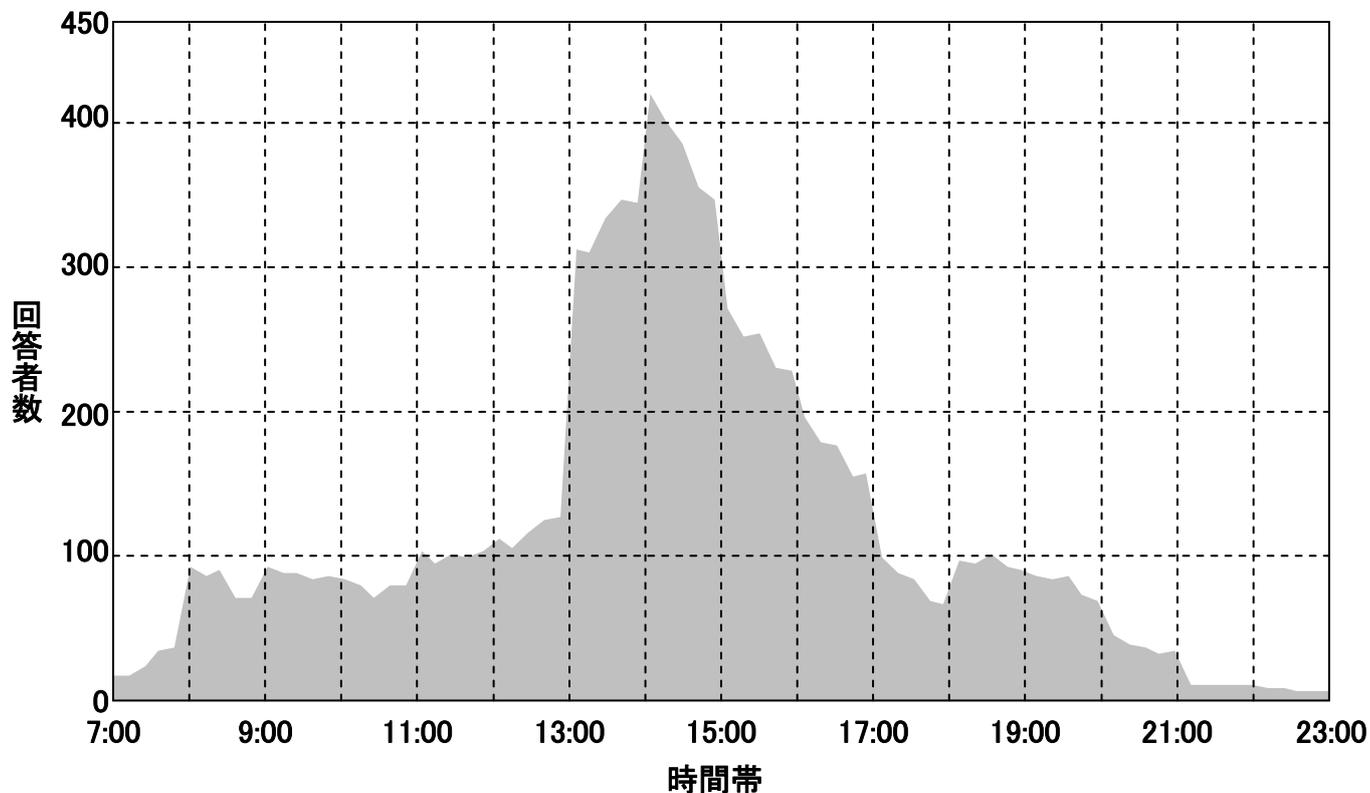
表病-B-2 病院

医師が不足しており対応はかなり困難である。
(1と5の複数選択)症状によれば月一回でもよいのでは
実施してみないとわからない
病院の性格上難しいと思います
1回／月
分からない
不明
月に1回
医師不足により対応困難である。
現時点では対応不可でしょう

問B-3 遠隔診療実施に割り当てる時間帯

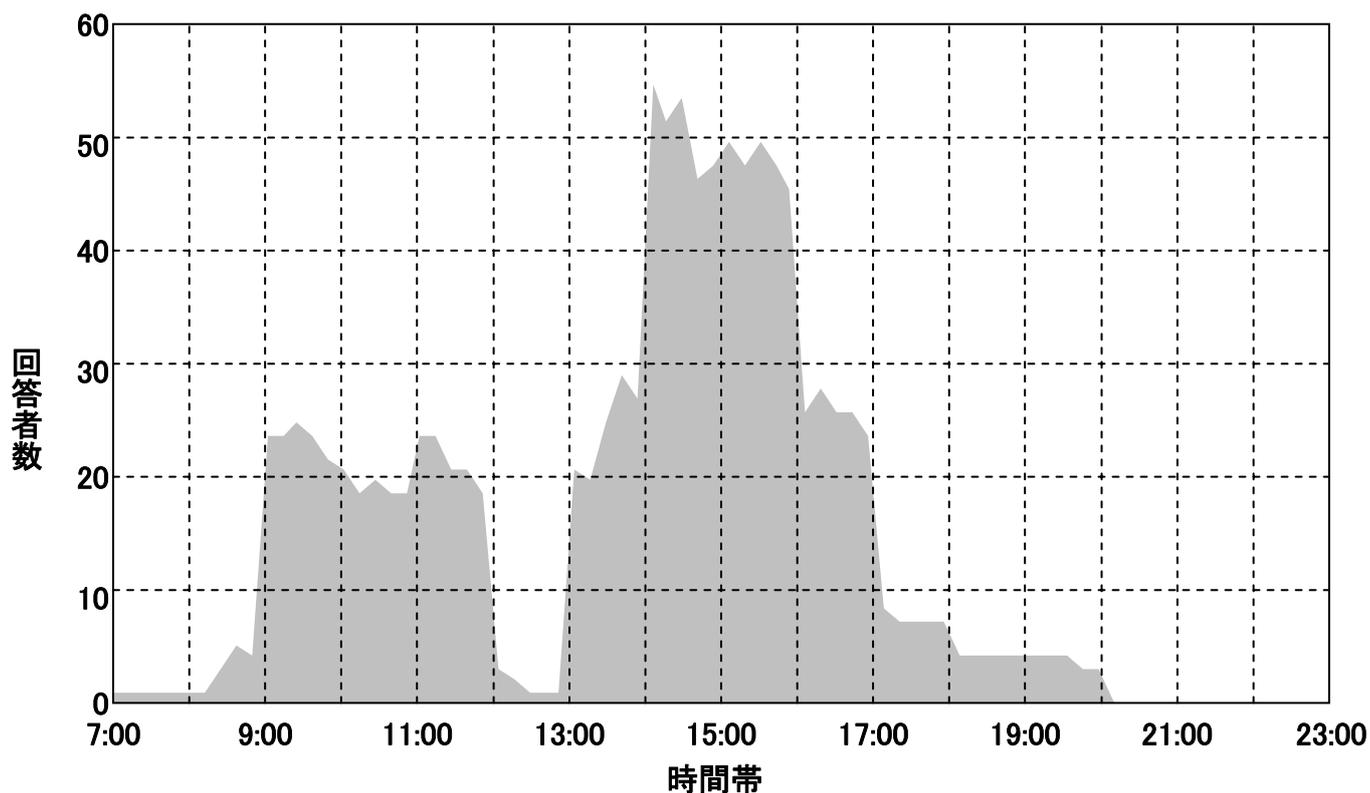
図診-B-3

診療所
(n = 1,108)



図病-B-3

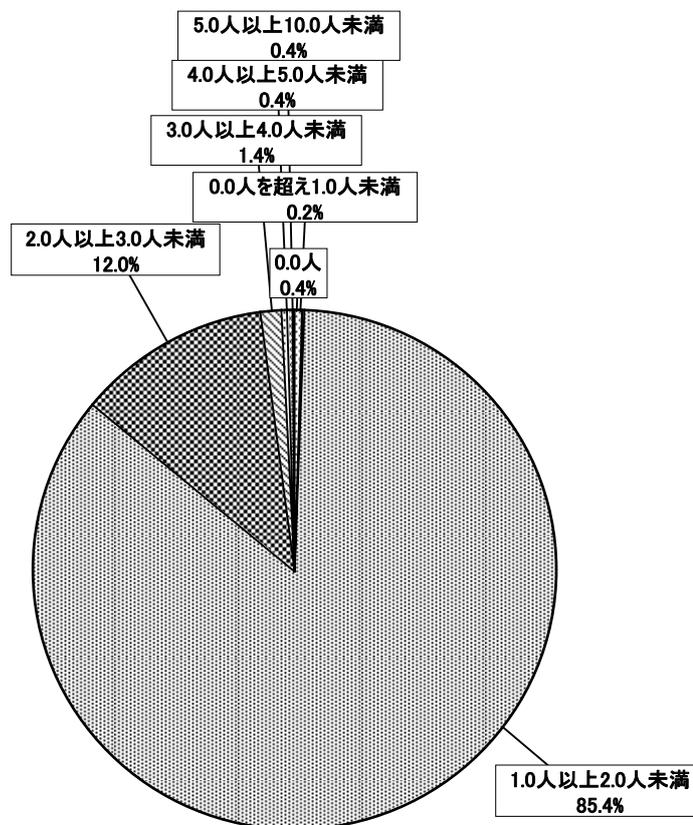
病院
(n = 129)



問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 — 医師

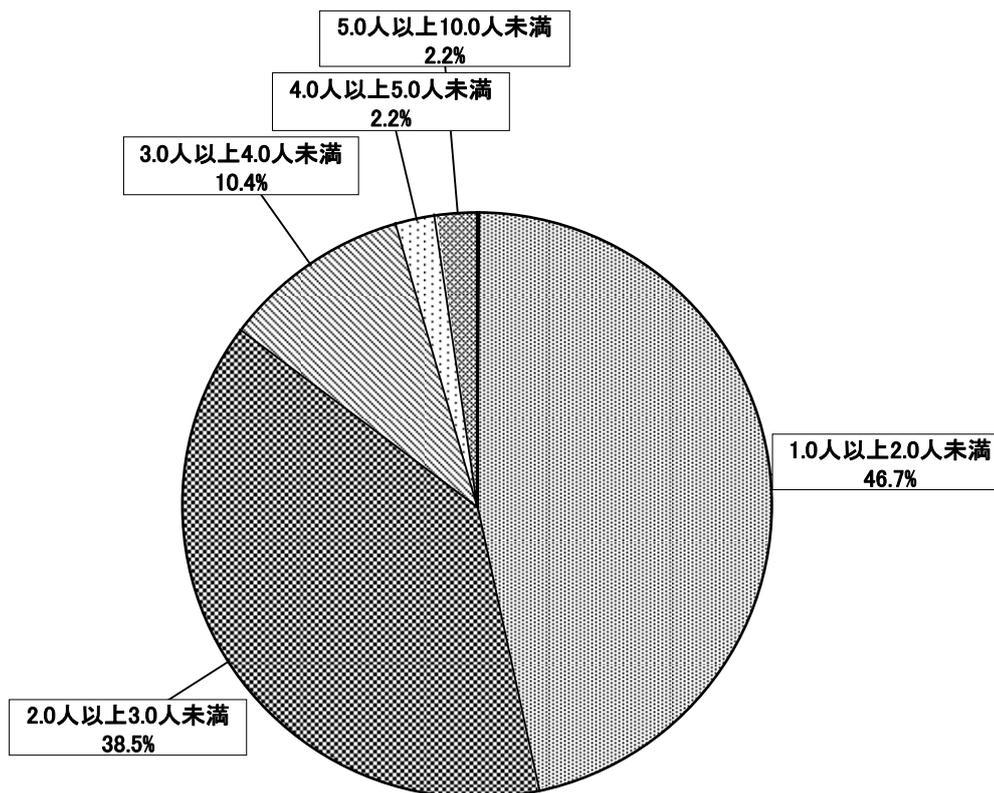
図診-B-4-1

診療所
($n = 1,108, m \pm \sigma = 1.2 \pm 0.5$)



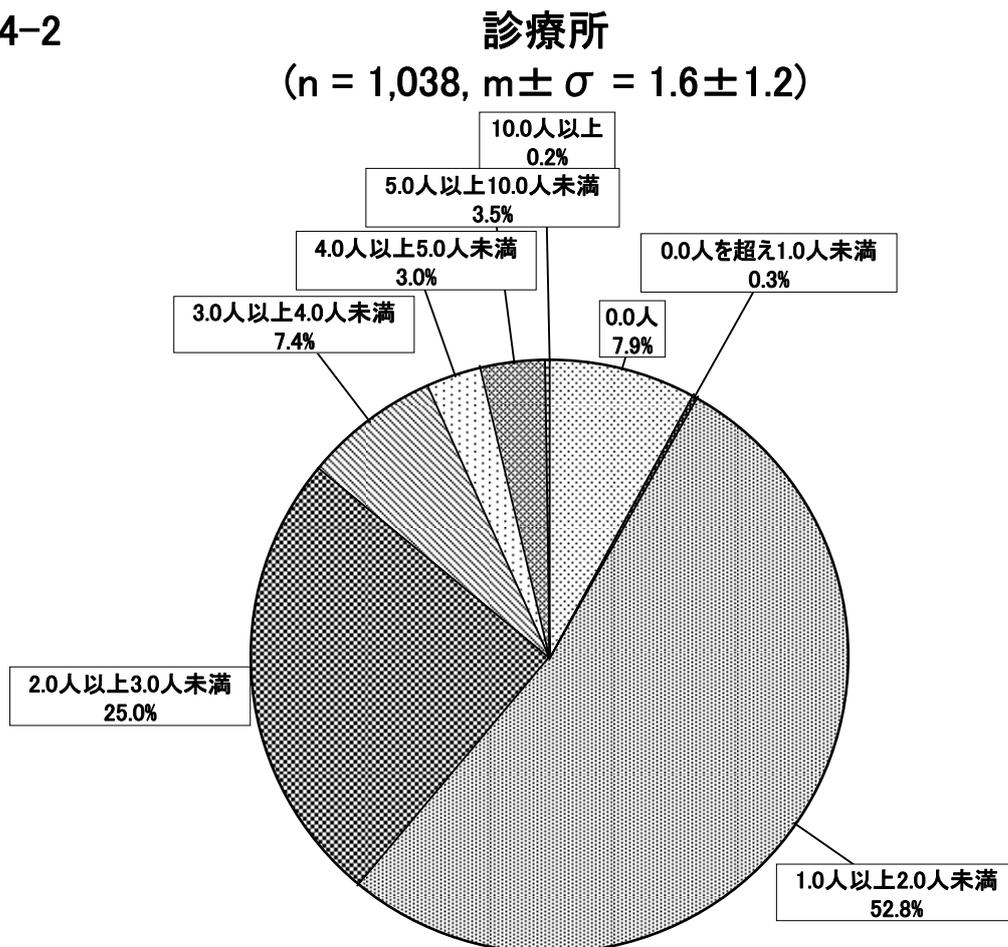
図病-B-4-1

病院
($n = 135, m \pm \sigma = 1.8 \pm 1.0$)

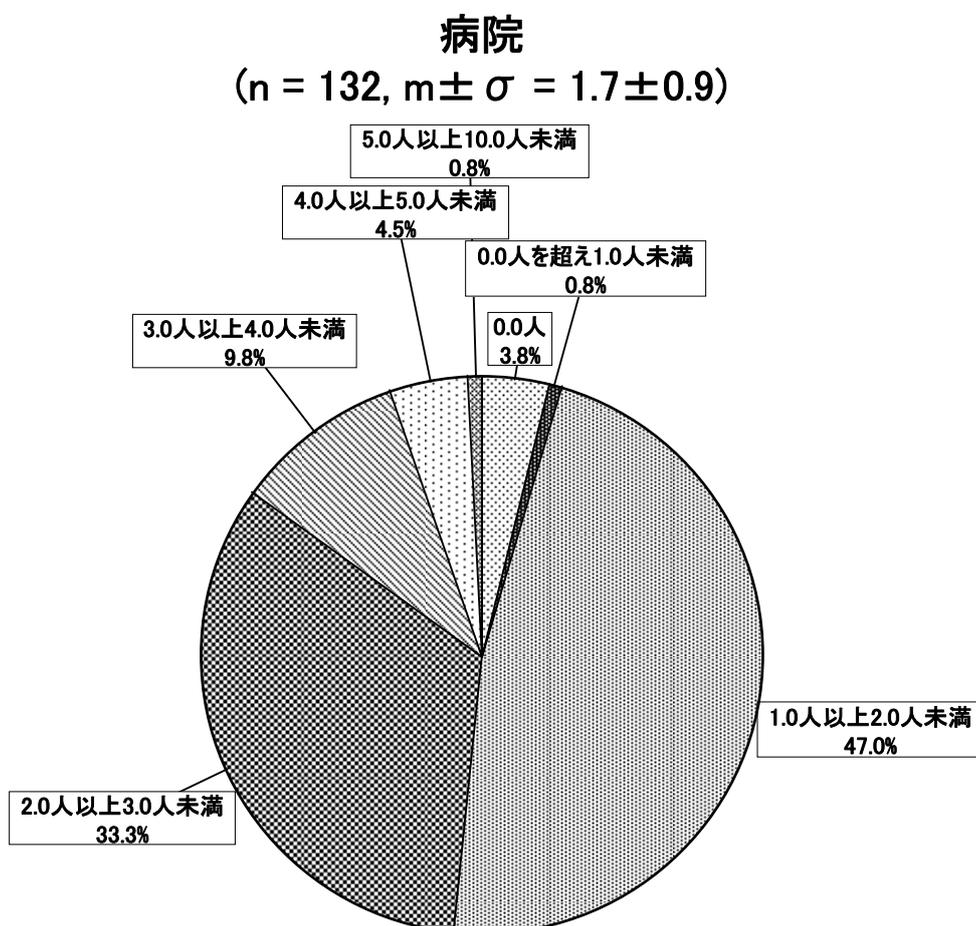


問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 — 看護師

図診-B-4-2

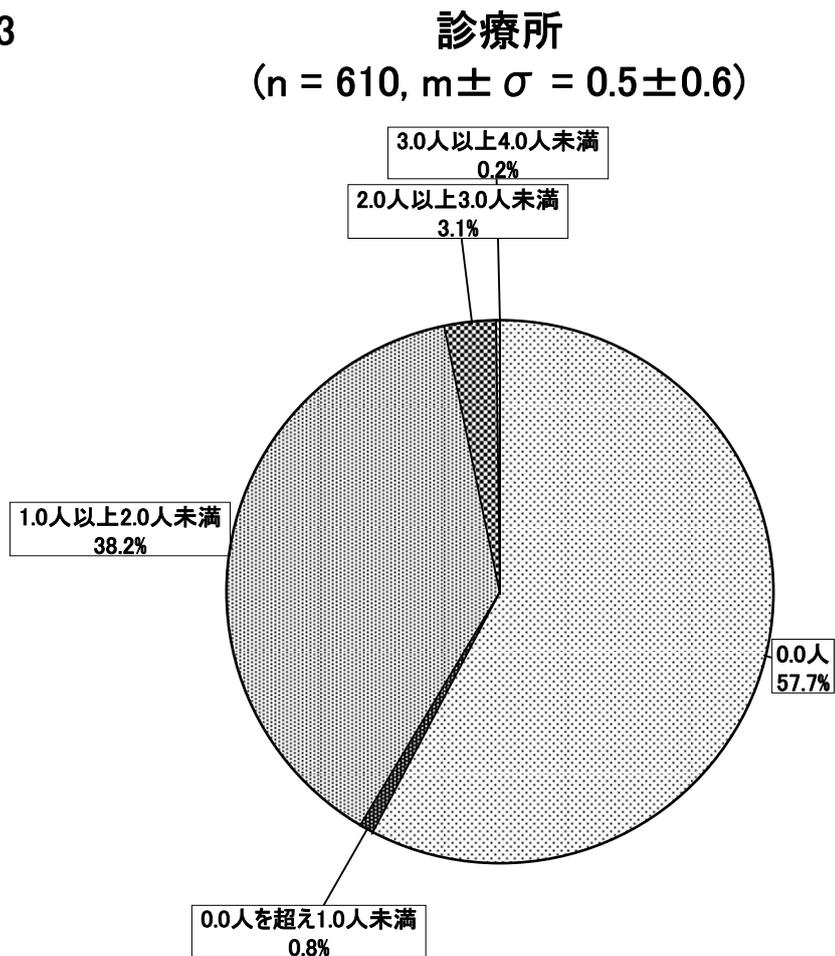


図病-B-4-2

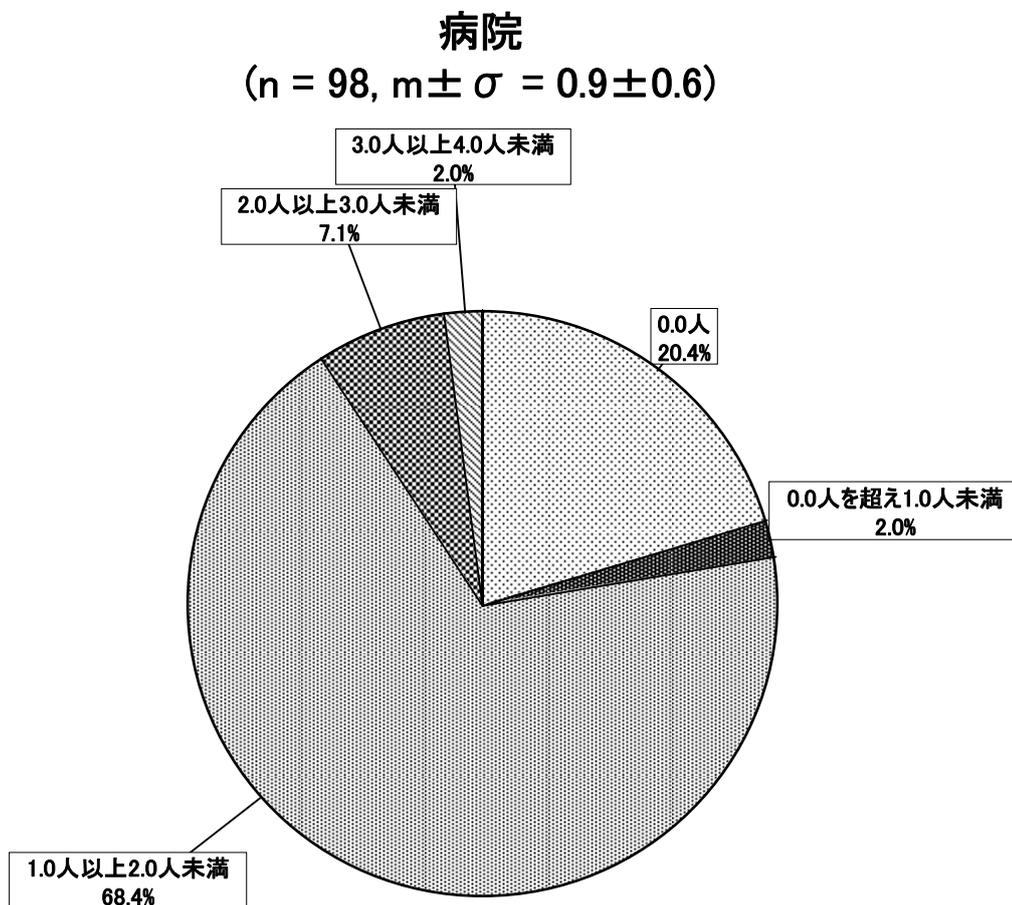


問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 - SW

図診-B-4-3

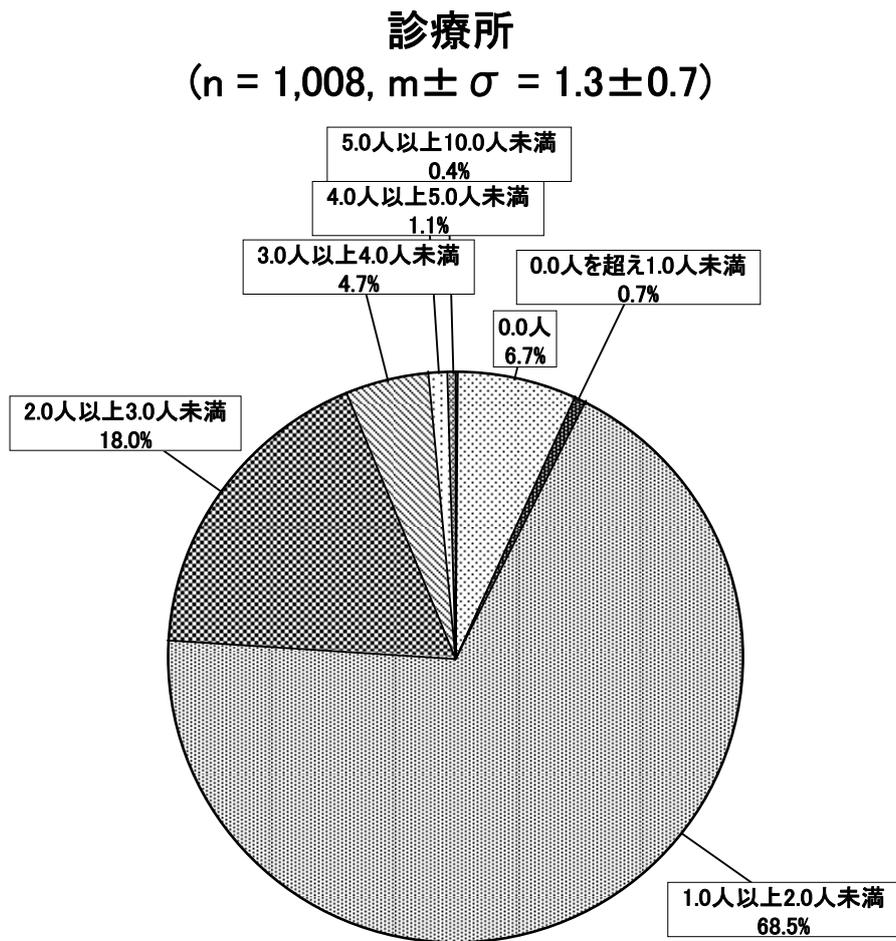


図病-B-4-3

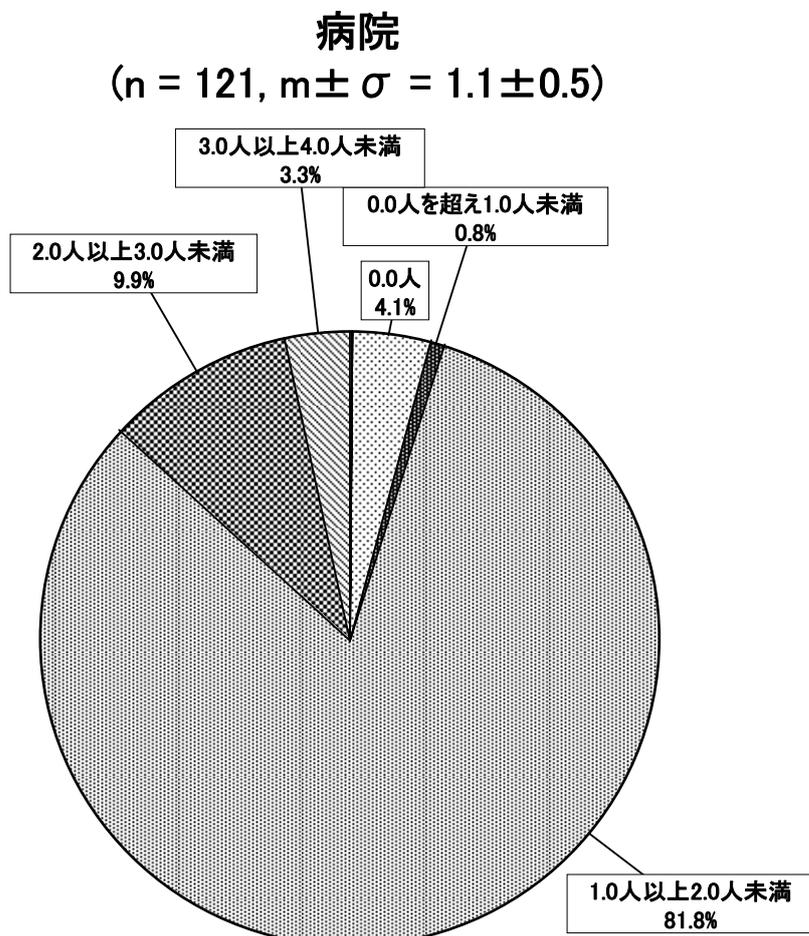


問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 - 事務職員

図診-B-4-4

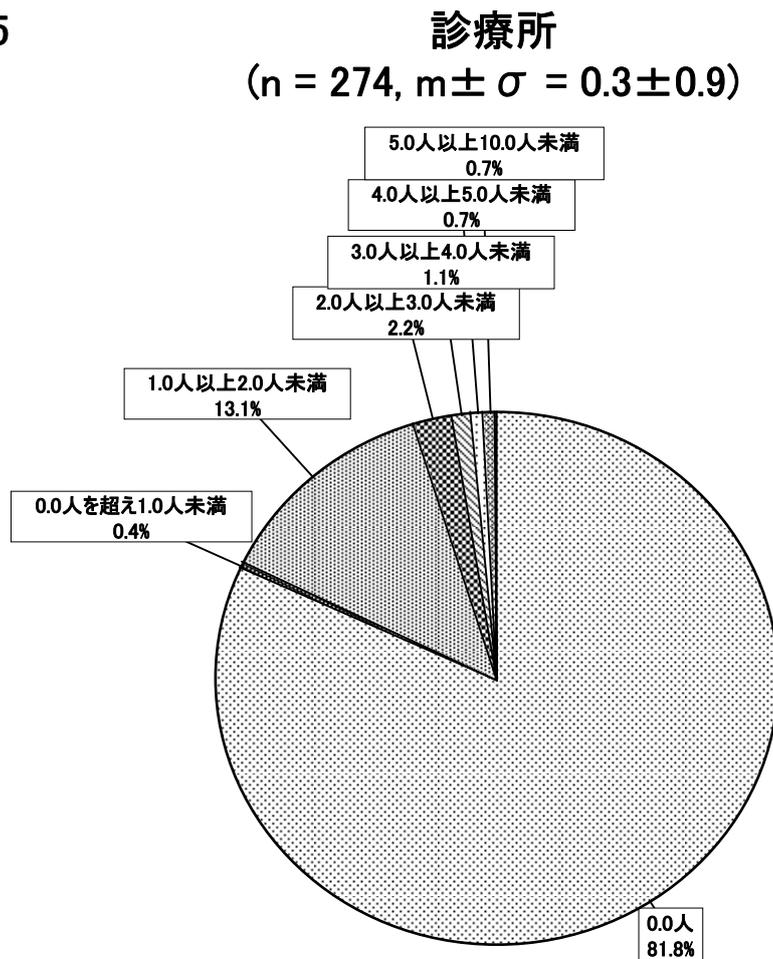


図病-B-4-4

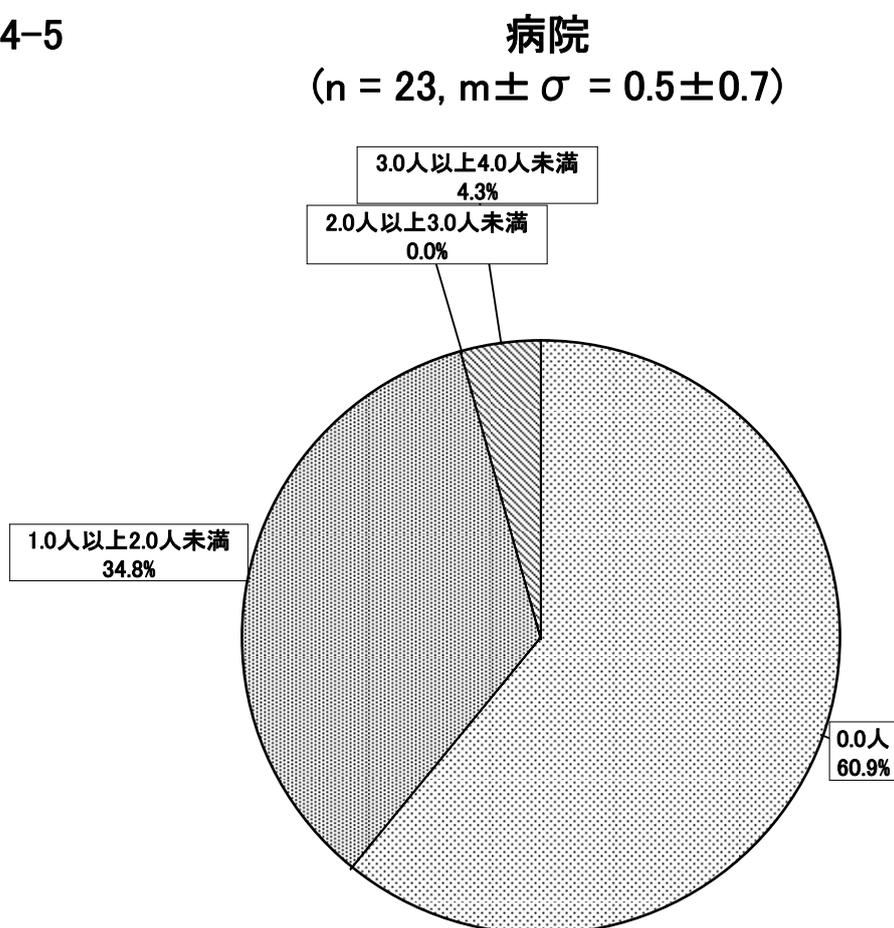


問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 - その他

図診-B-4-5



図病-B-4-5



問B-4 遠隔医療を担当する医師数とそれを補佐する職種と人数 - その他

表診-B-4 診療所

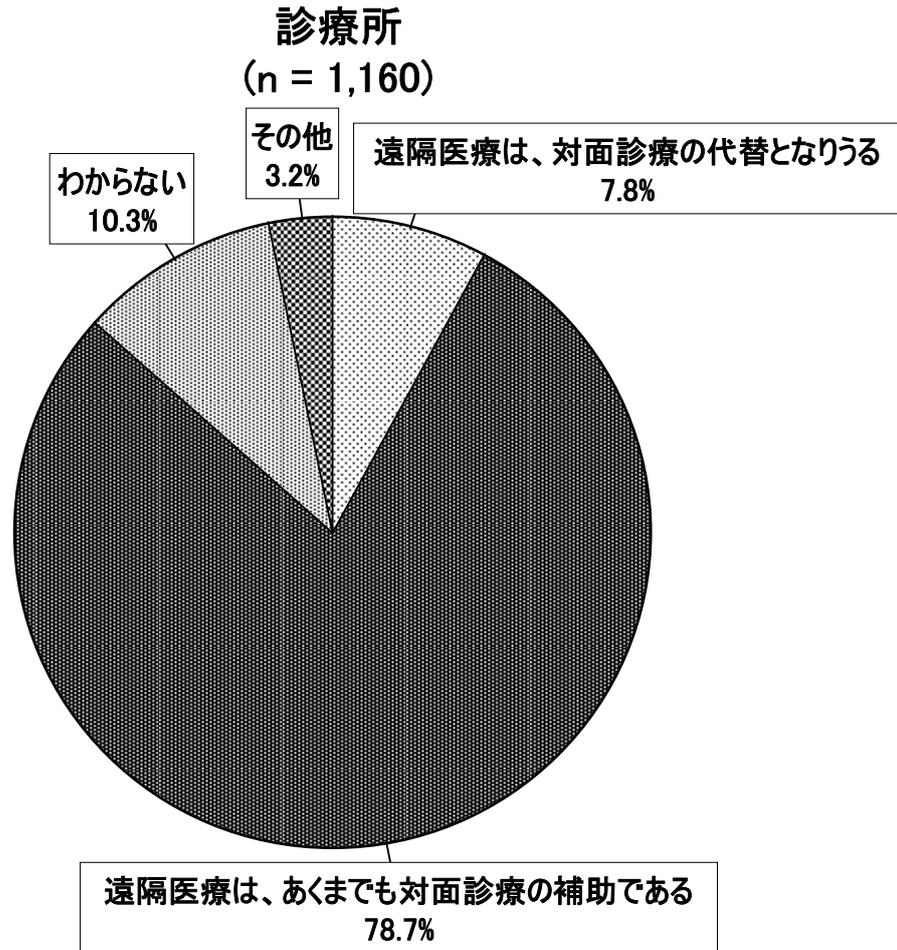
わかりません	理学療法士	理学療法士
技師さん	薬剤師	MEスタッフ
臨床検査技師	看護補助者	ケアマネージャー
ボランティアスタッフ	エンジニア	メディカルクラーク
30人も遠隔医療で診ません！	わからない	ケアマネ
したくない	ソーシャルワーカー、事務職員の補助	薬剤師
リハビリ	システム担当	コンピューター関連職
PT、OT、ST、栄養士、薬剤師	ケアマネ	薬剤師
わからない	薬剤師	栄養士
薬剤師	ソフト開発エンジニア	
ケアマネージャー	薬剤師	
ドライバー	わからない	
薬剤師	わからない	
薬剤師	療法士	

表病-B-4 病院

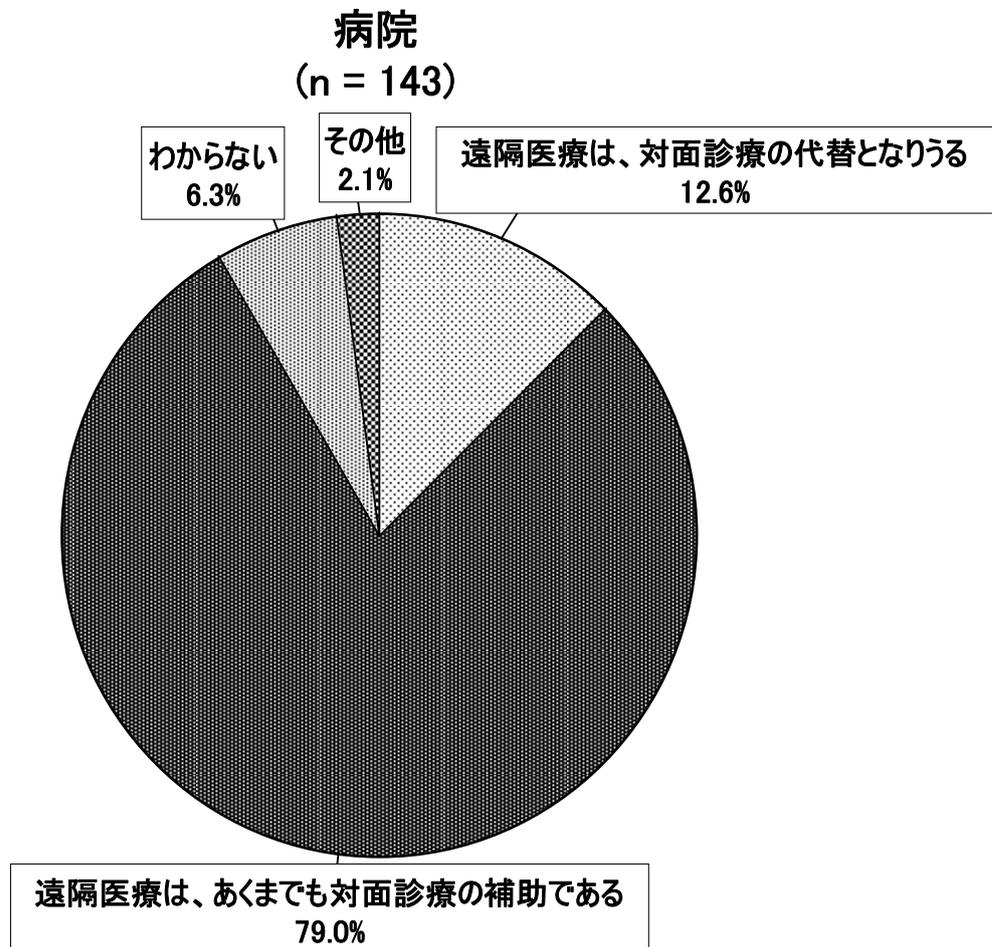
クラーク等
訪問看護職員
薬剤師
メディカルクラーク
訪問看護
薬剤師
薬剤師
回答不可

問B-5 遠隔医療の位置づけ

図診-B-5



図病-B-5



問B-5 遠隔医療の位置づけ — その他

表診-B-5 診療所

遠隔医療は形式上のものでいわば「ラジオ健康相談室」と同じ。不安！！無責任な上、誤診を多くして、医療費が、どんどん高くなる。
遠隔地でも往診する
慢性疾患のフォローには良いが急性疾患の対応には不安がある
(3に注記)法的根拠による
基本的にはあり得ない医療の手抜きと思う
対面診療がかなり困難な場合の緊急避難的対策で同等に近い代替とは思えない
遠隔医療を実際に考えたこともないので往診や訪問診療に代わりうるものではないと思える。
遠隔地に看護師が往診できる場合は対面診療となりうる
遠隔医療はしない方がよいと思います。
最後の手段である
対面診療の教育しか受けておらず、さわって聞(聴)いてわかる診療しか知らない。
お金がかかりすぎて手が出ません。
往診や電話相談で対応可能。対象が高令者であることが多く、システム利用は困難でしょう
本来の医療でない
(1と2の複数回答に注記)科と疾患による
診療ではない
触診ができない。コミュニケーション法としてギモン
基本的には通院と訪問で全てカバー。やむを得ない理由があれば導入も。

ケースバイケース
在宅医療は在宅医療には向いていない。
絶対無理
無医村等で限定的にすべき
診察にはあたらない。状況把握程度
実際に会わないのに診察できる自信はありません。特に東京では必要ありません。
都市部では必要ない
できるだけ対面診療が必要と考えます
遠隔医療は診断技術の低下につながり、医師の診断、診療行為の崩壊につながる。他覚的所見がえられない。聴打診は？
対面診療とは別のトレーニングを要する
対象の患者さんが軽症の方であれば、代替となりうる。対象の患者さんが中等症以上であればあくまでも補助。
現状では無理
良い医療とは思わない。
訪問診療、往診の替りにならない
無理である。遠隔医療はできない。
必要はあまり無いと思う。離島や避地のみ必要。
病状安定時のみ対面診療の代替となりうる
腹痛を訴えたり胸痛頭痛を訴えた場合私の場合診療しないとわかりません
(3に注記) case by case

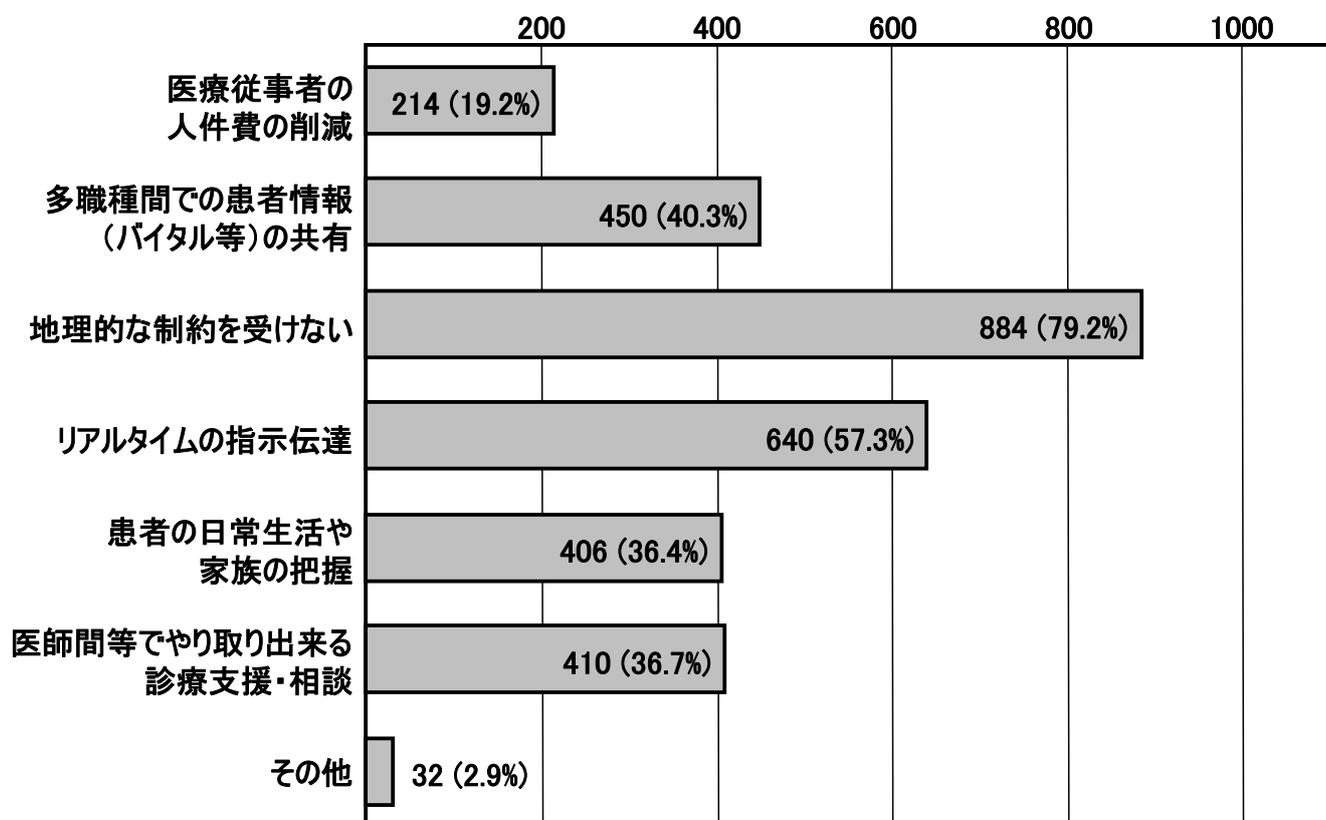
表病-B-5 病院

役に立たない。IT産業におどらされているだけ
現状、電話以上の事ができるように思えず必要性を感じられません
実際に患者と接する訪問看護が必要であり、専門的な情報があった方がよい

問C-1 医療者側にとっての利点

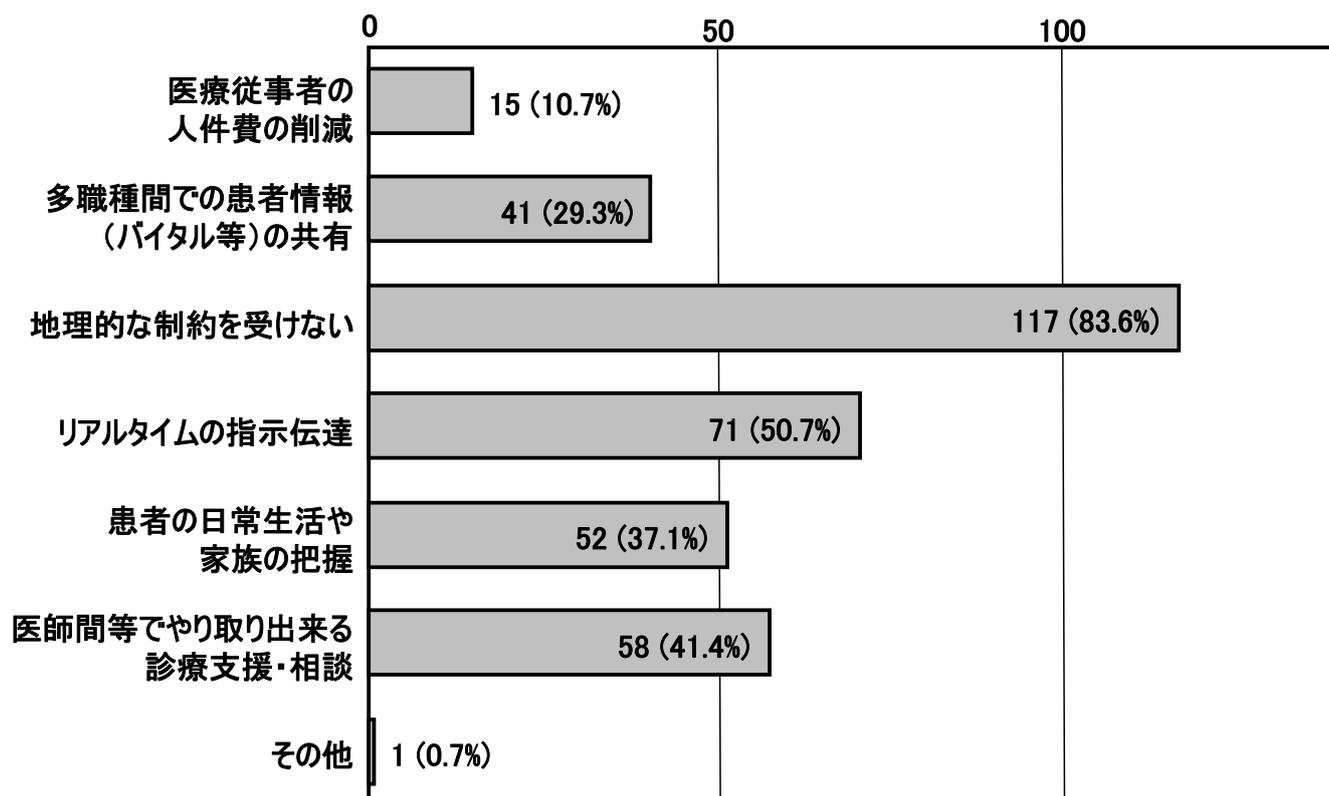
図診-C-1

診療所
(n = 1,116, 複数回答)



図病-C-1

病院
(n = 140, 複数回答)



問C-1 医療者側にとっての利点 — その他(「利点はない」なども含む)

表診-C-1 診療所

なさそうに思います	患者の通院手段が保てる
電話のみより状態の把握が良くなる可能性がある	移動の時間がかからない
外に出なくて良い	時間の節役
画像を中心として会話ができる	イメージできない
多職種間での患者対応の相談	往診に医師が行かなくともすむ時がある。無医地区解消。
今の訪問診察よりも多数の患者を診ることができる	わからない
夜間の軽減	解からない
往診にかかる時間、ガソリン(CO2排出)の無駄をなくせる。	患者の状態についての情報が得られる
大きな間違いのもとになると思います。	利点はない。費用もかかるし実現性もない
視診可	患者さんの症状を目、声、数字で確認できる。医師が地元を離れることが可能
利点はない。	わかりません
診療時間の確保	以前(約15年前)厚生省の委託研究で行ったことがあるがほとんどメリットはない。特に都市部では
最も適して医療はできない	医療の崩壊はあっても利点はない。
支払請求の方法 支払がとどこおった際に中止出来ない	実際多忙な医師間でリアルタイムの指示は不可能で、メリットは乏しい。
荒天時でも対応できること、ガソリン代	患者から感染症をもらわない。
やったことがないからわかりません。	とくになし
移動時間が大巾に節約	なし
よくわからない点多い	■■■■クリニックでは、使っていませんが、一般的な判断です。
訪問診療の簡易型導入	なし
利点はない	わからない
わからない	今のところメリットはわかりません
離島、遠隔地でのメリット	直接、患者を診ない医療は医療とは云えない。
ない	患者さんにかかわるすべての職種が同時にテレビ会議などを行ってカンファレンスなどを行う事ができる。という点では便利と思う。
患者は人←→人を希望。テレビを希望しているのではないので利点は少ない	あくまで例外的臨時的なものと考えています
直接医師の診療が受けられない方の診療	利点がみえません
なぜ医療者側の利点が必要?これは遠隔患者のためのシステムではないのか	行く時間の節約
利点はほとんどない	
患者側の都合(時間的)と医師の都合とで診察時間をある程度自由に決めることができる。	

問C-1 医療者側にとっての利点 — その他(「利点はない」なども含む)

表診-C-1 診療所

患者家族のおまもりになる
なし
(注記) 2,4,5は現在の往診でも可能と思われます
わからない
移動時間の有効活用
田舎では往診距離が長く時には20km(片道)もある事あり時間の節約が出来る
ない
高令者(独居)が余りにも多い現状では機械の扱いのできない人が殆んどであり、現実的ではない

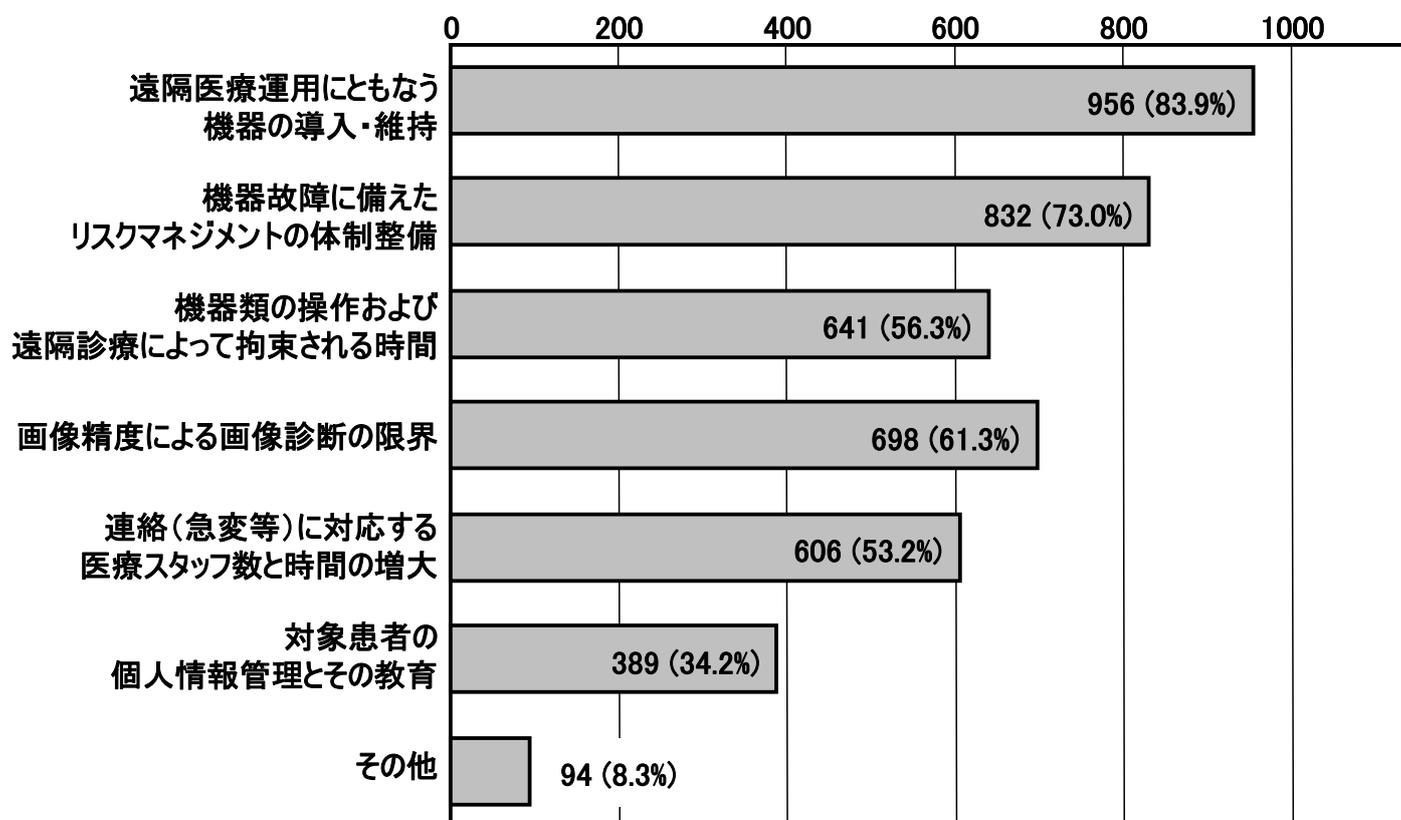
表病-C-1 病院

よくわかりません。利点がありますか？
メリットはないと考える。
移動時間がいらぬ

問C-2 医療者側にとっての欠点

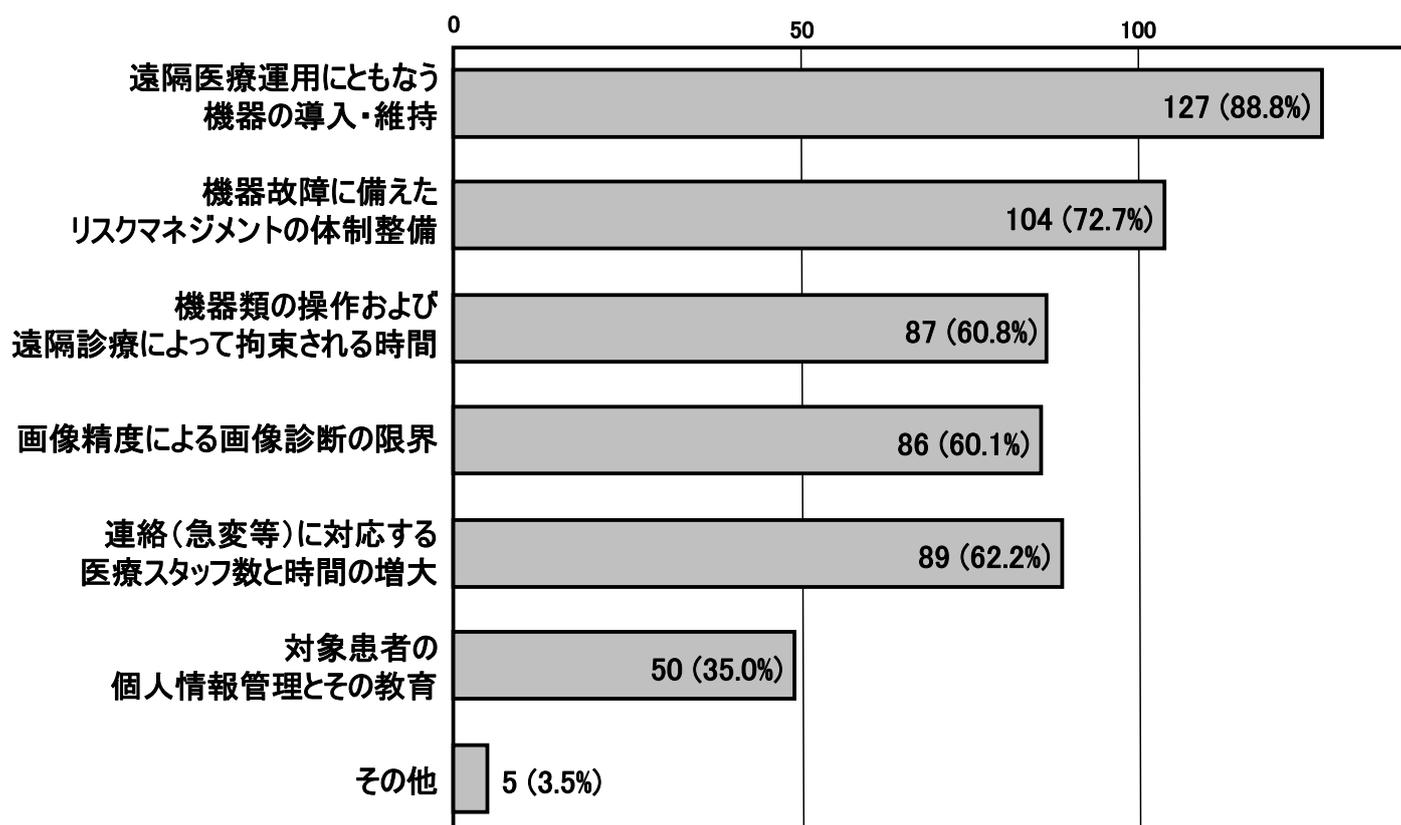
図診-C-2

診療所
(n = 1,139, 複数回答)



図病-C-2

病院
(n = 143, 複数回答)



問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

誤診の増加、医療裁判の増加若い医師の場合「患者を診る」という基本的なことが身につかなくなる。
診断は触診、聴診や嗅覚も使います
医療の手抜きの影響を受ける
触診不可
身体所見情報の不十分さ(触診、聴診が出来ない)
なし
技術、診察etcの低下
画面上でしか把握できないので(全体が診れないので)見落としがふえる(誤診が)
急変時にどう対応するか決めておかなければならないこと。医師側の不正な請求をどう防ぐか
実際に診ないことによるミスが危惧される。
患者に理解してもらえるかどうか？
コミュニケーションレベルの低下、内科的な診察ができないので正確な診断が出来にくい。検査ができない。病気や変化を見逃す可能性が高まる。
コスト
誤診のdemeritが大きいと心配される
絶対的診断力低下
①生で診る患者に換えられない ②緊急対応が困難→臭い、暖かさ等、微妙な変化はわからないでしょう！
視・触診等が充分できない
医療行為の質の低下
直接診ていないrisk
関係する人間が増える分だけトラブルが増える。
診断はできない
処置はできない
スキンシップの減少
あくまでも対面でないこと
新しいモデルの医療者—患者関係が必要
真のコミュニケーションの不足(人間対人間)
1～6は全てむしろ利点
在宅医療のコンビニ化
時間外対応、自院での他の患者を診ている時にはできない
患者に触れずに診断、治療をする不安

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

患者さんと家族のその時の様子がわからない
わからない
ポディーランゲジ肌のぬくもりは伝わらない。コミュニケーション不足
専門知識を持たない人(家族や患者)と医師の情報伝達のすれちがい
患者は医師、看護師等との対面でのコミュニケーションがとりたいはずである
責任の問題、急変時の応急処置等
診療の質が低下する
直接患者を診ない。金がかかる。
実際に目の前で診察した時と比較して、診療内容のレベルが低くなる可能性がある。
画像と音声しか得られず5感すべてを使って診察できない
精度が低い(テレビモニタやカメラの)
診療がいいかげんになる 触診ができない。視診もいいかげん
実際に対面するのとは違って、診察できない部分があるので、診断、治療に不安が残る。
遠隔医療による安易な患者件数増による質の低下、拝金主義商業主義の横行、ビジネス化
通常でない状態になった時に、患者の状態を的確に把握できない。直接診察しない不安がある
災害時、停電時etcの対応
光ファイバーetc、インフラの未整備それに伴う地域格差(不分平) 現実には遠隔医療の必要性の高いへき地ほど、光ファイバetcインフラがpoorです
触診、聴診、打診など理学所見がとれないこと。
わからない
処置ができない
時間にしばられ動きがとれない
診療精度が不十分になるおそれ
解からない
高齢者ではTV電話による診察など不可能。医師が1人1人の患者さんを覚えられなくなる。
システムエンジニアの不足、購入価格と維持メンテナンス費用。1人医師は24hr、365日医師は拘束されて、逃げ場がなくなる(笑)可能性あり。
対面がベスト…
患者とのコミュニケーションの低下、信頼関係を築けない可能性
当日の検査結果による治療方針の決定ができない。
身体情報の不足(触診不可にて)
システム立ち上がりスピード。通信スピード。何よりも問題なのはコンピューターのバージョンが変わるとすべて変えなくてははいけない。互換性の問題

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

誤診
診断としての打・聴診もしないでどうやって確定する？
実際に診察しないと不明なことも多々ある。診察しないで状態を把握するのは困難である。
実際現場に行って自分で感じとらないと誤解や誤診につながる危険がある。
触覚、臭覚およびその他の雰囲気等の情報が伝わらない
訪問診療で得られる情報量と比較した場合の情報不足
医師診察能力の低下
十分な診察ができない
すべて、欠点ではなく、当然の負担です
情報量が少ないため見落とし等、診療ミスへ連がる事項の増大が考えられる
わからない
患者リテラシーによるバリエーションと限界
直接診察できないこと
トラブル発生のリスク、しつこい方の断れないこと。
わかりません
視て、聞いて、触って、という診察の基本が、瞬時にできない聴診、腹部エコーなど、すぐに対処できない
医師、患者関係の希薄化、理学所見不完全
手でさわるといふ行為がおとろえる！！(手当て×)直接行くからこそ人として感情がうまれるのである一定の力のある医師以外は危険と思う。
そこまでTVTELしなくてもいい
対面診療がつい疎かになってしまうのではないか
顔が見えることと顔を見て話すこととは違うので誤解もでると思われる
対面での「医療従事者が患者に触れること」で患者が得られる安心、信頼感に欠ける
法的なうらづけが全くないため国が認めなければ診療としてもらえないおそれがある
直接触れなくても医療は十分成立する、という勘違いを医療者も患者も感じる事。
直接見る、聞く、触わるの診療に代わるものとは思わない
実際に患家の訪問が難しくなる
法的なうらづけが全くないため国が認めなければ診療としてもらえないおそれがある
聴、触診なしにバイタルのみで患者はみれません
テレビと音声で伝わる患者さんの情報は、現地で実際に診た場合の一部と思われます。
医師－患者間の患者の選定に患者は家人たちが納得するか？ ex: 来院できるのにシステム利用し来院をしなくなったり…

問C-2 医療者側にとっての欠点 — その他

表診-C-2 診療所

人一人の対面診療が基本の筈
実際の診察触診聴■ができないこと
聴触診が出来ないので誤診する可能性あり
NSAとSIS
ナースコール替わりになり呼び出しコールが異常に多くなる可能性。
聴診、触診、打診ができない。感情面がわかりづらい非■■コミュニケーションがうまくとれない
診療とはface-faceが原則
外来に急患が来た時の対応をfollowするのに人が要る
往診に頻回に行けない地域、離島など以外でのテレビ電話による診察のメリットはないと思う。さっさと往診に行って実際に診察した方が患者さんも医師もお互いに安心である。
何か異常が患者さんに発生してもすぐに行ってあげられないことが心配です。遠いから。
患者側はまったくこの方法に慣れていないので、必ず患者宅へスタッフを派遣しなければうまくいかない

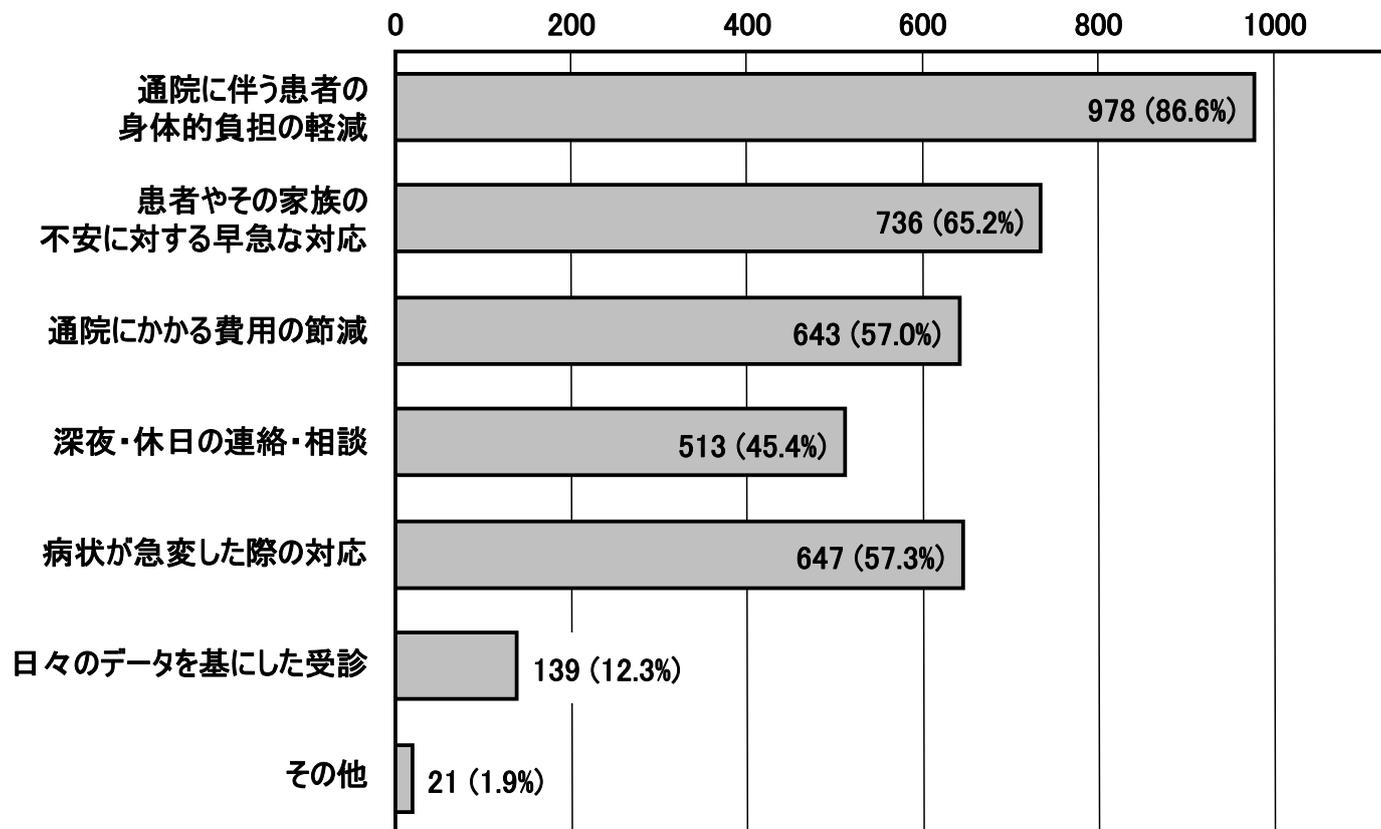
表病-C-2 病院

診察、検査、治療、与薬できない。
病院の現体制の変更は考えられず、負荷が大きい。患者の全体像がつかみにくい
最悪の場合2度手間になる可能性がある。
安易に使用されすぎるのではないか

問C-3 患者側にとっての利点

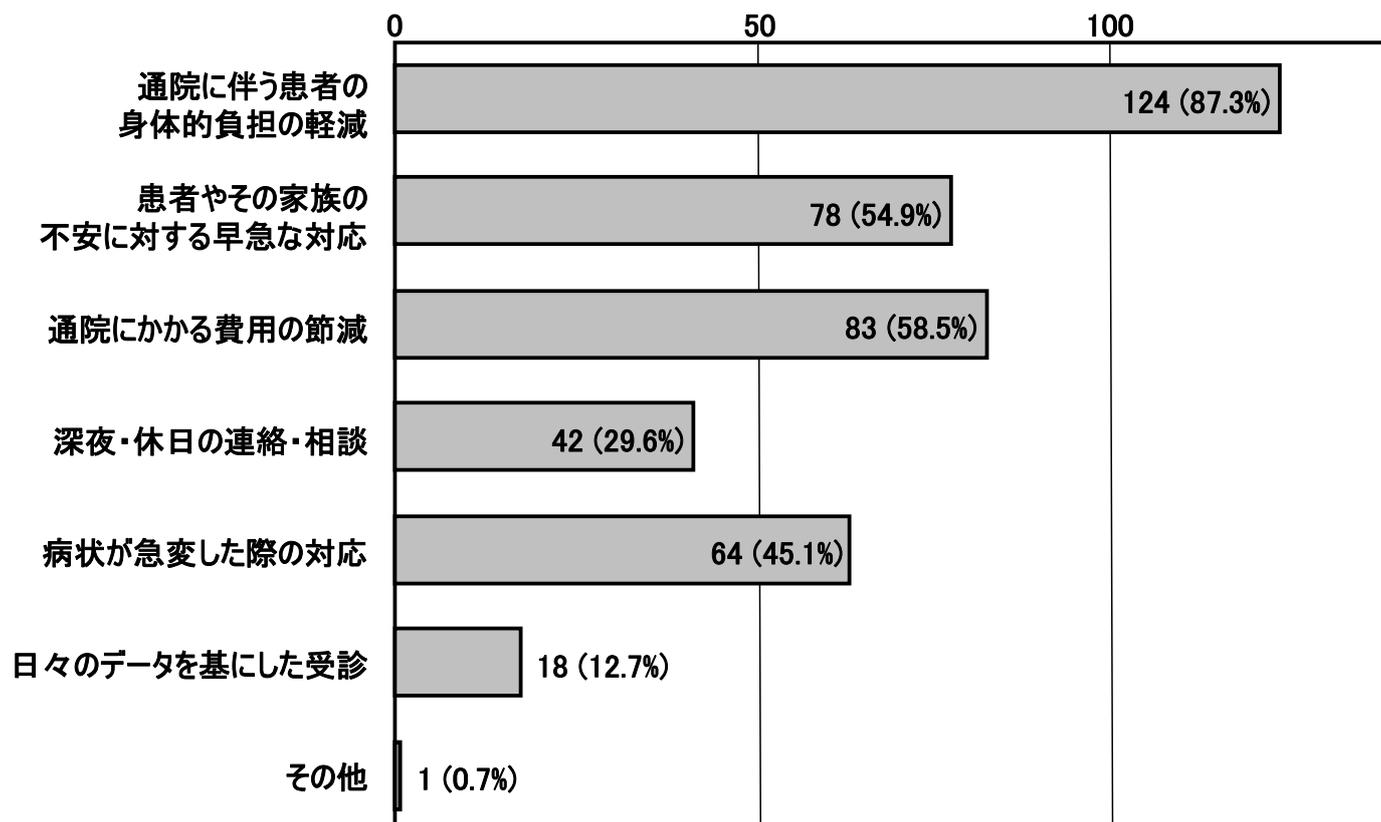
図診-C-3

診療所
(n = 1,129, 複数回答)



図病-C-3

病院
(n = 142, 複数回答)



問C-3 患者側にとっての利点 - その他（「利点はない」なども含む）

表診-C-3 診療所

利点はない	導入についての助成があれば利点となるが…。
自分専用の安心感	働きざかりで、昼間定期受診が困難な、メタボの人の定期処方の場合には有用かもしれない。
テレビで指示して治る様な病気ならはじめからその必要はない。重症、判断不能なら来院してもらう以外にない	遠隔地で受診不可の時に補助治療
救急搬送増加の可能性	医師の能力以上の精度による判断が使われている
利点のように見えるが、利点でない。『似而非』なるものである。	わからない
なし	わかりません
わかりません	Ptを見ずに医療はなされず。
離島などで必要	家でのくつろいだ状態での診察（くつろいだ状態での血圧測定など）付き添いの人の手間軽減
気軽に相談出来る	利点の裏の欠点の方が多い（私が診た場合）
担当の医師次第	通院困難の方の診察が可能
電話してすぐ訪問に来てもらえる方がよいと思う	へき地医療の場合、全体的にみんなに利点あり
DrとPtの顔が見える安心感が一番のメリット	往診、訪問した医師への気がねが減る
受診にかかる時間の軽減	なし
ちょっとした医療相談をしやすい	患者側には利点ばかりでしょう。利点の方がやや多いように思います。
（5に追記）～と処置	（4～5欄に追記）往診でもかなり対応は出来ると思います
原則として対面診療だけにする	利点はあまり無い
解からない	通院時に付き添う家族の負担が軽減される
医療サイドといつでも連絡可能、安心できる。	ない
わかりません。	おそらく使いこなせない患者が殆んどであり非現実的である
非常に遠くの人がみてほしい、薬をほしいというのに	
何となくの安心感。それも当初だけ	

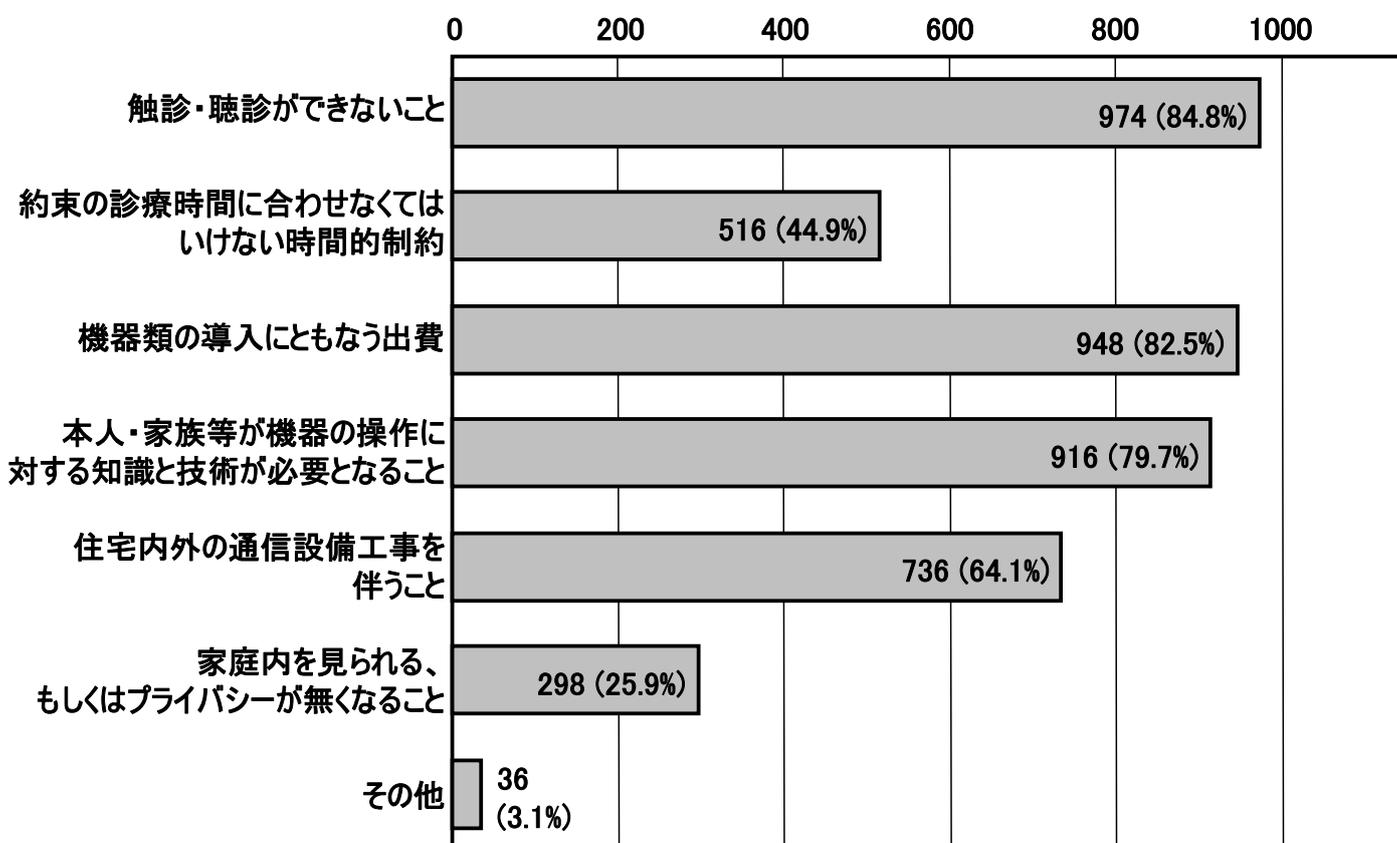
表病-C-3 病院

いつもつながっている安心感

問C-4 患者側にとっての欠点

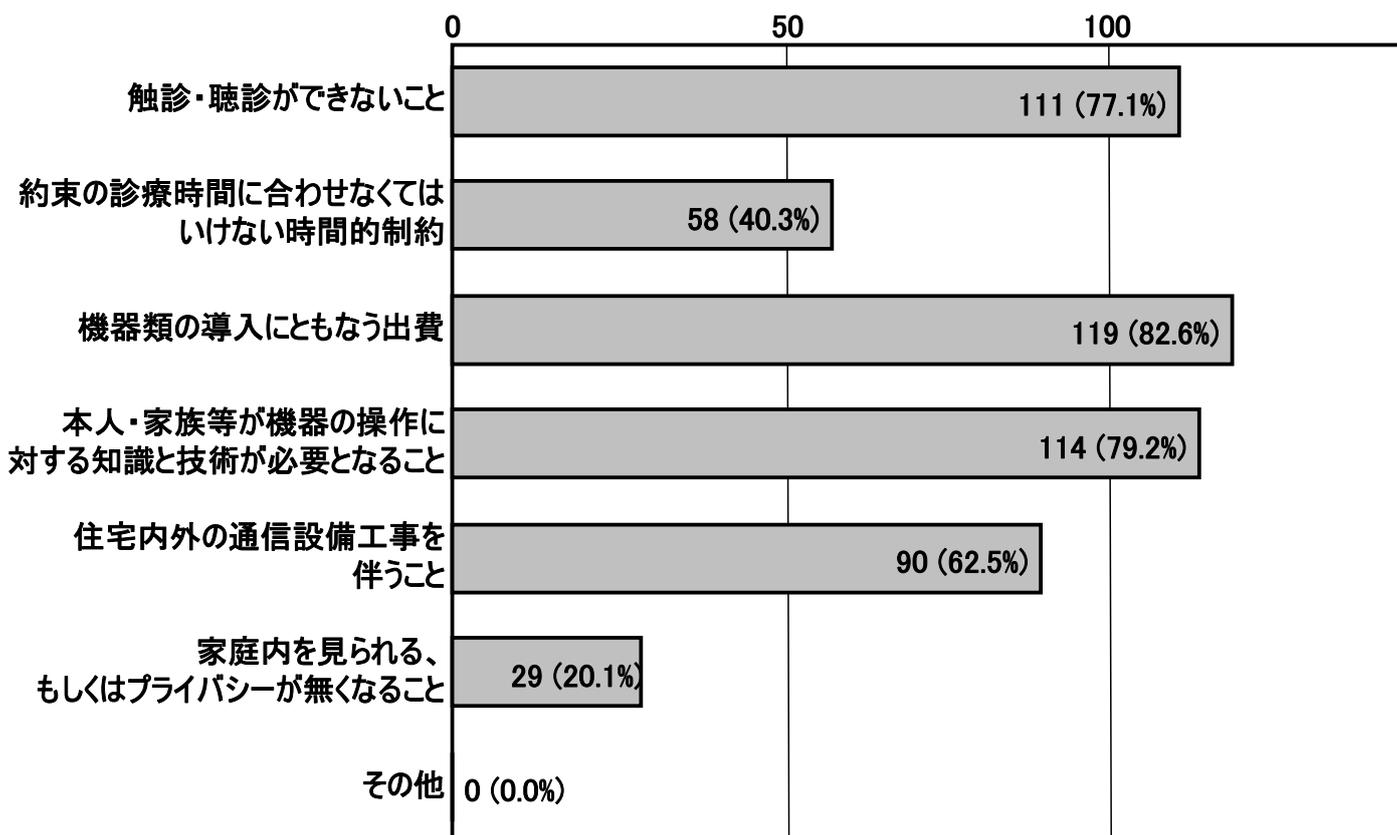
図診-C-4

診療所
(n = 1,149, 複数回答)



図病-C-4

病院
(n = 144, 複数回答)



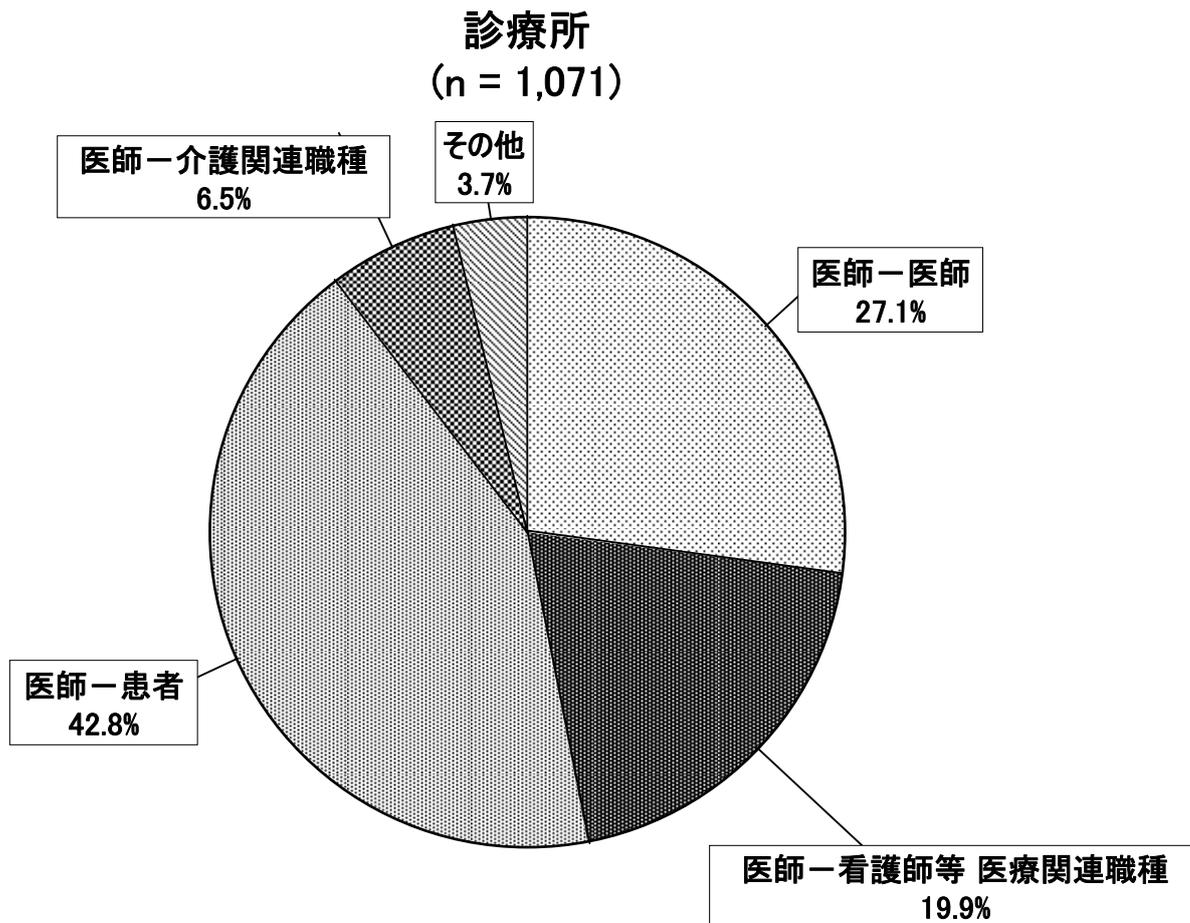
問C-4 患者側にとっての欠点 - その他

表診-C-4 診療所

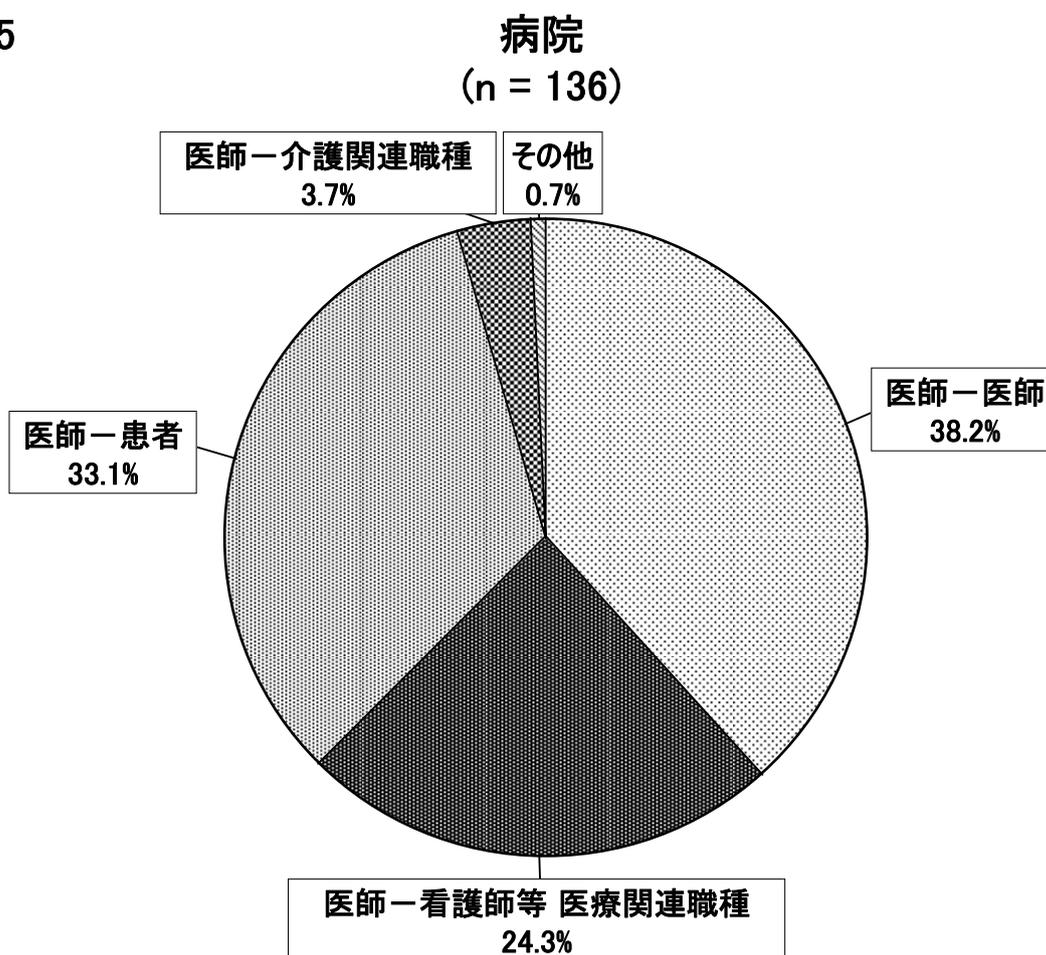
推測にもとづく医療をうけること不幸	ふれあいがなくなること
照度が足りない。	費用と、メンテナンス費用、使用者が高齢であり、キカイに弱い。
正しい診断は保証されないし、まちがったときどこに責任を問うべきか？	人間的ふれあいがなくなること
応体する医師の診察が受けられないこと	患者側がTVデンワのみでは納得しない
その場ですぐに処置を受けられない。緊急対応が困難	検査を受けられない可能性あり
医師や看護師がそばに居ないこと	ごく常識的な機器の操作能力が必要
小学校でコンピューター教育を受けた世代は30才に達した程度でないか？	遠隔医療では対応困難だった場合の時間的ロスが生じる
本来(インフラの整備、交通手段等)の医療はできない	わからない
支払請求の方法支払がとどこおると中止される場合	わかりません
患者と直接対話し感情等を察知しにくい	医師患者の信頼関係が築けない
日本人、高齢者は機器になじまない	診療を含めたスキンシップに難がありそう
新しいモデルの医療者-患者関係が必要	不明
B5の設問の返答に項目2を選んでいる理由はそこにあり、その意で1~6は承知の上での対応であるが故「欠点」とはなり得ない	感情の行き違いが生じる。
わからない	診療とはface-faceが原則
コミュニケーションをとる時間が制限される。愛情を感じとれない	血液検査等ができない
光ファイバー工事にかかる費用とパソコン機器(又は映像TV)	動かなくなってしまった時、老々介護だとパニックになってしまうのでは？
実際に診察を受けられないことに対する、精神的な不満足感。	東洋医学的診断(脈診)が困難となり、漢方薬の正確な処方できない
ほんとうに往診を必要としている人にテレビカメラの前に座って診察できることは少ない	医師と患者が直接、会う事ができない
医療側との信頼関係が築きにくい	認知症を多くの患者が有しており操作困難
①診療内容の低下 人間的交流の内容低下②バーチャル化に伴うコミュニケーション内容の変化(心理学的検討要!!)	
(5欄に追記)維持管理費	
当院は原則として対人診療としたい	
解からない	

問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態

図診-C-5



図病-C-5



問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態 - その他

表診-C-5 診療所

地方の場合は往診にかかる時間が問題となるが都会(都市部)では患者←→医師との対面の診察が望ましい。画像だけでは患者の全体がわからない
止めた方がよいと思います。今の社会情勢、訴訟状況を考えるなら残念ながら「君子危うきに近よらず」と思う。早く「情は人のためならず」と考えられる医療情勢になってほしいと思います。
実際に運用してみないとよくわかりません。
止むを得ず行う補助的なもので依存すべきでない。
医療技術で医術はできない
(3に追記)間に教育を受けていない又は経ケンが浅いNs、介護関連職種が入るといつももめる。1番は③ 2番は① 3番目はNsへの以来 4番目も依頼のみにしたい
1～4の全てに有効と思います。が、使用する医師がどのように利用(運用)するかによると思う。
以下に限ってテストを重ねてから後慎重に範囲拡大について検討してほしい ①画像情報の共有②へき地対策③救急施設と救急車との連絡④災害時拠点と拠点でのコミュニケーション
(3に追記)患者さんは高齢で通院できなくなっているので[在宅 施設 自宅]で医師とコンタクトとれるのはいいことだ。
導入そのものに欠点が多すぎ、どの組み合わせでも不可

(1と2の複数選択)	(1、3、4の複数選択)	(1、3、4の複数選択)
(1～4の複数選択)	(1と3の複数選択)	(1と3の複数選択)
(1と2の複数選択)	わかりません	(1～3の複数選択)
(2と3の複数選択)	(1と3の複数選択)	(1と2の複数選択)
(2と3の複数選択)	わからない	(3と4の複数選択)
デモンストレーション	(1と2の複数選択)	電話で充分
(1と2の複数選択)	どれもむりだろう	医師－巨大介護しせつ
(1と3の複数選択)	やるなら全て	(3と4の複数選択)
(1～4の複数選択)	(1と2の複数選択)	(1、2、4の複数選択)
不明	(1と4の複数選択)	(2と4の複数選択)
(3と4の複数選択)	(2と3の複数選択)	(3と4の複数選択)
(1、2、4の複数選択)	わからない	(1～4の複数選択)
(2と4の複数選択)	行政、主導で	(1～4の複数選択)
(1～4の複数選択)	特になし	特に有効だと考えていない
(1と3の複数選択)	(3と4の複数選択)	介護関連－患者
(1と2の複数選択)	(1と2の複数選択)	(1と2の複数選択)
(2と4の複数選択)	(2と4の複数選択)	(1と2の複数選択)
分かりません	(2と4の複数選択)	(3と4の複数選択)

問C-5 遠隔医療技術の導入・運用が最も有効な形態 - その他

表診-C-5 診療所

(2~4の複数選択)
(3と4の複数選択)
医師—公民館など公共施設。
余り有効とは思わない
一部の医師—患者のみ
(2と4の複数選択)
(3と4の複数選択)
(3と4の複数選択)
(2、3、4の複数選択)ひとつに○は無理です
(1、3、4の複数選択)
(1~3の複数選択)
わからない
(1と3の複数選択)
(1、3、4の複数選択)
(1と2の複数選択)
わかりません
(3と4の複数選択)
在宅医療なら②遠隔診療所間も考慮すると①
(2と4の複数選択)
(4に追記)老人ホーム■■■
(1、2、4の複数選択)
(1と2の複数選択)
(3に追記)へきち等では有効だと思います。
(2と3の複数選択)
私は遠隔医療なるものに反対です。
(3と4の複数選択)
わかりません
(1と2の複数選択)

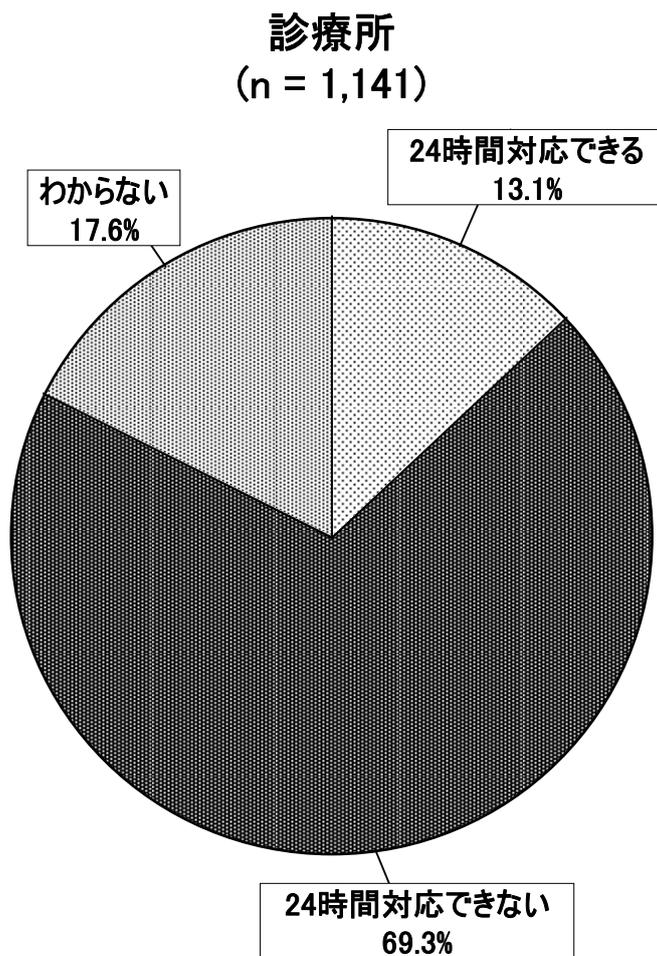
(1~4の複数選択)
(1と3の複数選択)
わかりません
医師—病院
不明
(2~4の複数選択)
(2と3の複数選択)
わからない
なし
(1と4の複数選択)
(1、2、4の複数選択)
不明
(3と4の複数選択)
(1と3の複数選択)
(1、2、4の複数選択)
(1~3の複数選択)
(1と3の複数選択)
よくわからない
(1~4の複数選択)
(三角形)医師—患者—看護師
(1と3の複数選択)
特殊な件を除き遠隔医療は不必要
(1と2の複数選択)
(1~4の複数選択)
(1と3の複数選択)
現状ではどちらにも殆んどメリットなし
(1~3の複数選択)

表病-C-5 病院

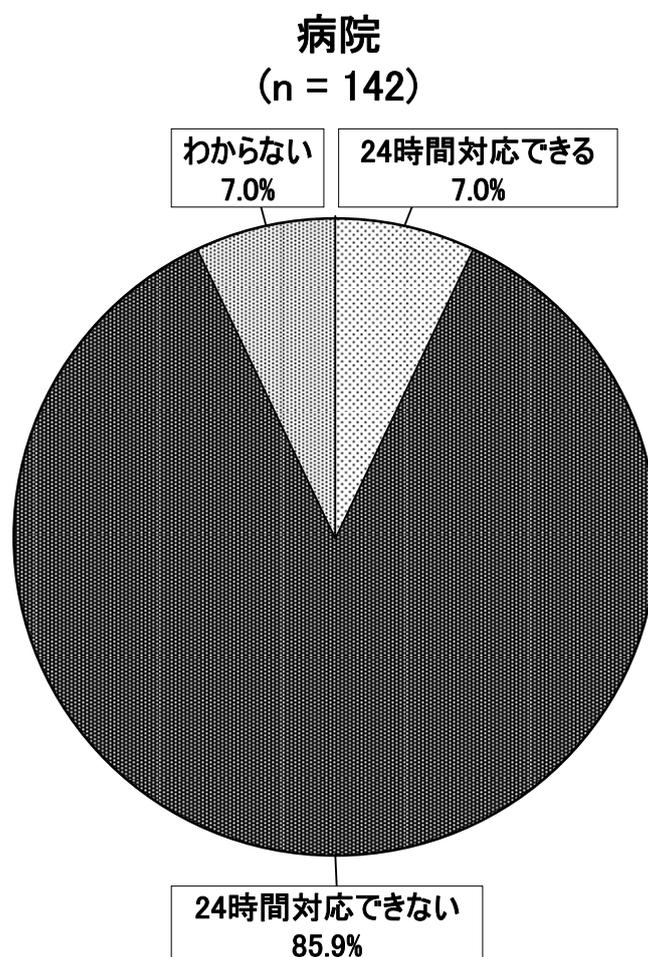
医師—看護師—介護職

問D-1 テレビ電話で24時間対応できるか

図診-D-1

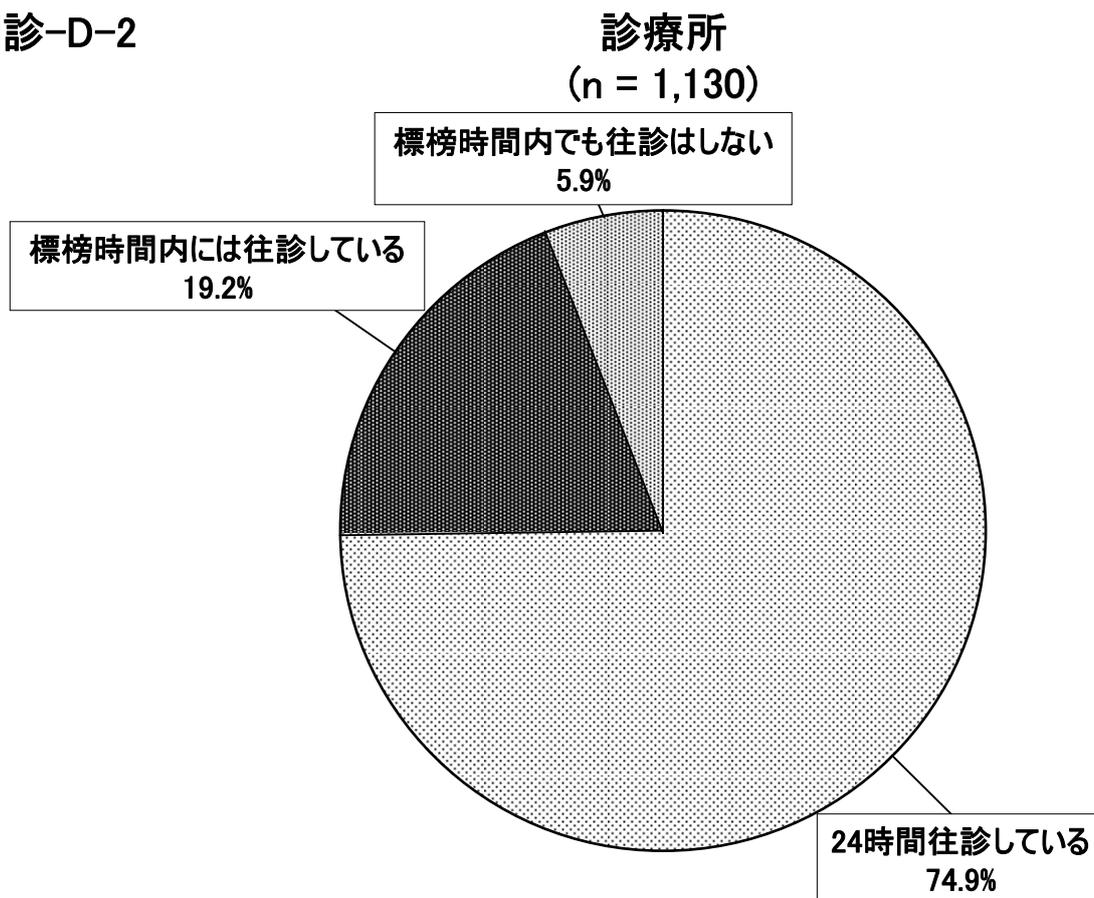


図病-D-1

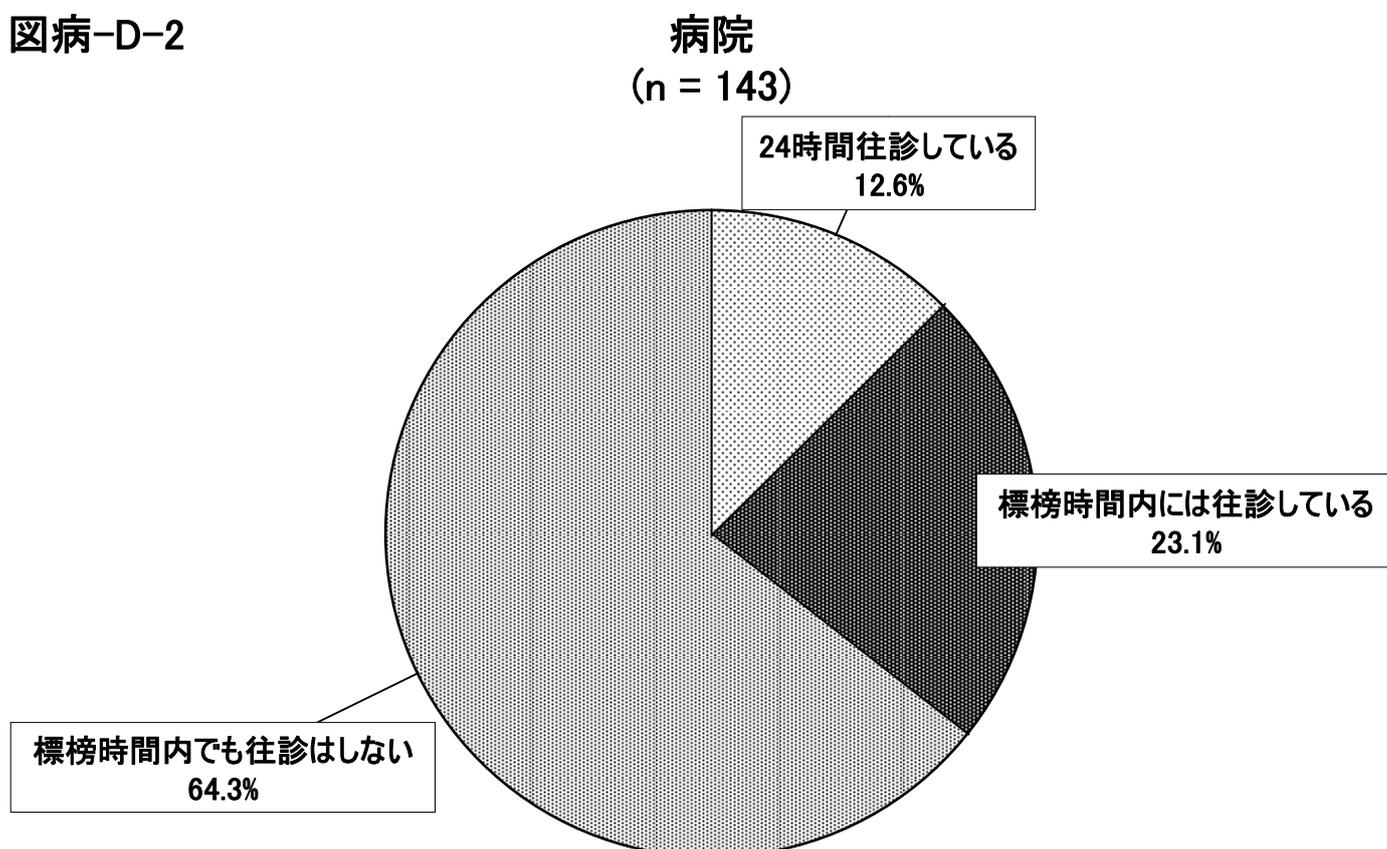


問D-2 24時間いつも緊急往診しているか

図診-D-2

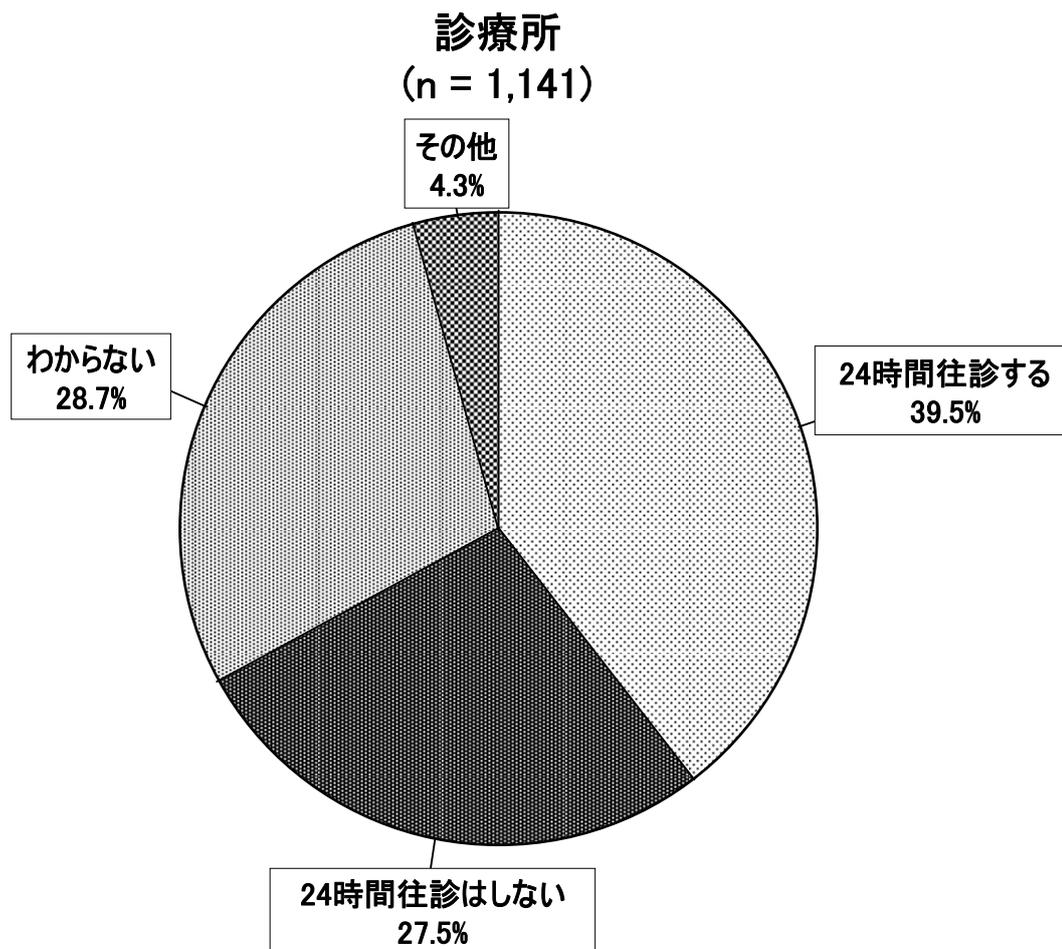


図病-D-2

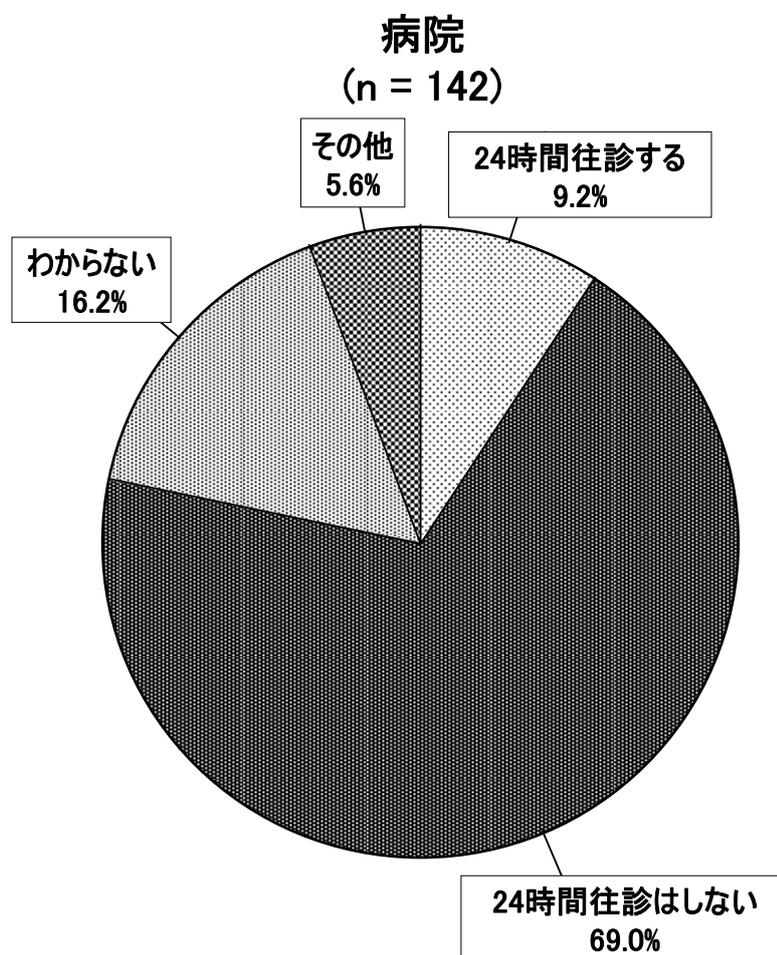


問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか

図診-D-3



図病-D-3



問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか - その他

表診-D-3 診療所

(3に注記) かかりつけ医となって、信頼関係があり、他の患者さんの診療中でなければ、往診しています。
(2に注記) (多分、かなり遠いところと思うので 往診しない)
(無回答に注記) 婦人科が主ですので往診例がなく回答保留とします
(無回答に注記) 対応できる限りしている。(でかけていて不在のときは不可能)
(3に注記) 場合による／いける場所か否か(時間 距離)
電話により指示する
(1に注記) (可能な限り)
明らかに悪い場合、遠隔で紹介救急車の要請してもいいのでは。
しない
24時間いつも患者へ往診できるのであれば遠隔医療にならないのでは
(2に注記) はじめからしない
導入する事は上記設問の必要性を軽減させる目的の為と思うが…?
導入するつもりなし
いつもはできない
D-5には増えますが医師は1人ですので
(2に注記) (できないだろう)
来院できれば来てもらう
導入しない
2名のDrとのdateと1日毎又は2日毎に24時間対応をするしかない
24時間往診対応はできないと思います
医学総合管理料をもらうなら往診する
状況による
できない状況は必ず出てくる。
その時々のお患者さんの状況、状態
(2に注記) D-2と反対の回答ですが頻回に往診を依頼するでしょう
(1に注記) 症例による
可能であれば
スタッフが充足すれば。一人医師では無理
(1に注記) (在宅患者に限り)
救急病院へ搬送
状況による
時間があれば往診する

問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか - その他

表診-D-3 診療所

医院開設時間は往診できない
遠隔医療を要する程、遠い患家なら、行けない。
可能な範囲で24hrs
24時間往診は出来ない
緊急対応が必要な時は、救急搬送が第一選択と考える
医師がなまける習慣がつく。
自分で対応できない場合は関連病院へ相談
まず画像でfirst look行い必要時のトリアージができる。
(3に注記) 身体が持たないでしょう(交代性かなにかしないと)
(2,3に注記) 看取りと急変時、他院への紹介の時など色々なケースがありケースバイケース
回数がへると思う
飲酒その他でできない場合もある。それ以外では往診できる。
子供の(1才、3才、5才の3人)の保育が確保されれば24時間可能
(2を選択、1,2欄に注記) 1に注記:(できるときは) 2に注記:緊急時は
Drがふえれば考えることも可能
(2に注記) (できる時とできない時がある)
在宅患者には対応するが、テレビ電話患者全てとなると物理的に不可能
入院等救急搬送が適切と判断する場合もありか。
救急車or救急外来
(1に注記) (なるべく)
(3,4の複数選択) 離島との遠隔医療を想定している
そもそも電話がつながって話をすれば、必要なら往診し電話でのアドバイスで解決する場合はそうしているので、テレビ電話だからどうこう、という事での質問はまとを得ていない。
病状を判断するか、今後悪化するものかわかりにくい
したいが、現実にはできない
(1に注記) (できるだけ)
(2に注記) できない
状況によって
しない
(2に注記) 一人ではムリ
患者宅-医院間の距離によります
(2に注記) 状態がはっきりわからない老々介護の場合はなおさら対応できない

問D-3 テレビ電話導入すれば24時間往診するか - その他

表診-D-3 診療所

(3に注記) (距離的な問題)
標榜時間内が優先
(2に注記) 距離による
頻度と医師側の当番体制のあり方によって違います。
遠隔医療は不必要
(1に注記) 遠いところは物理的に無理ですが。
救急車搬送となる件もありうる
原則します。しかし出来ない時もあります。1人の医師が365日、24hrは難しい
(1に注記) 新患はだめ
(3に注記) (依頼件数が増加し対応できなくなる。)
(2に注記) テレビ電話でみた状況で判断します

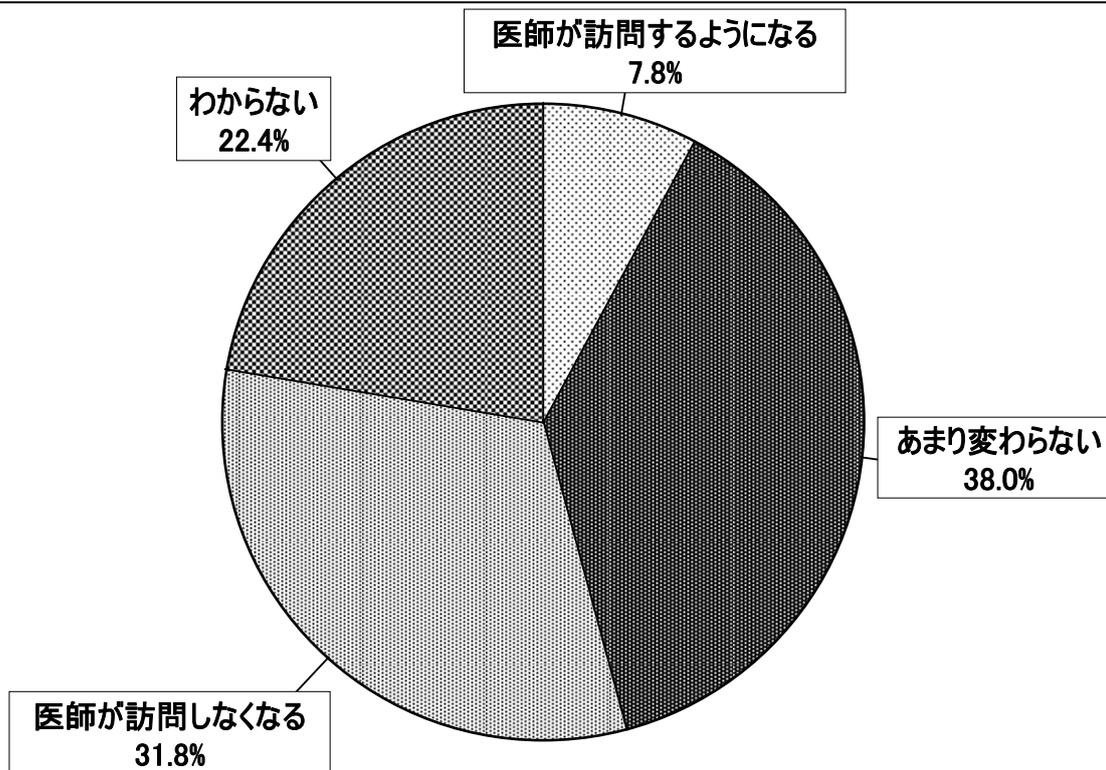
表病-D-3 病院

あくまで自院を離れられる時間帯のみ対応
できない
必要があれば来院してもらう
救急車利用 - 緊急時往診では対応困難
QQ車で搬入する。
即時往診不能な遠隔地を対象に■ ■のではありませんか？
救急車での受診を勧める
病院なので救急受診してもらう

問D-4 遠隔医療を導入・運用することによる医師の在宅訪問への影響

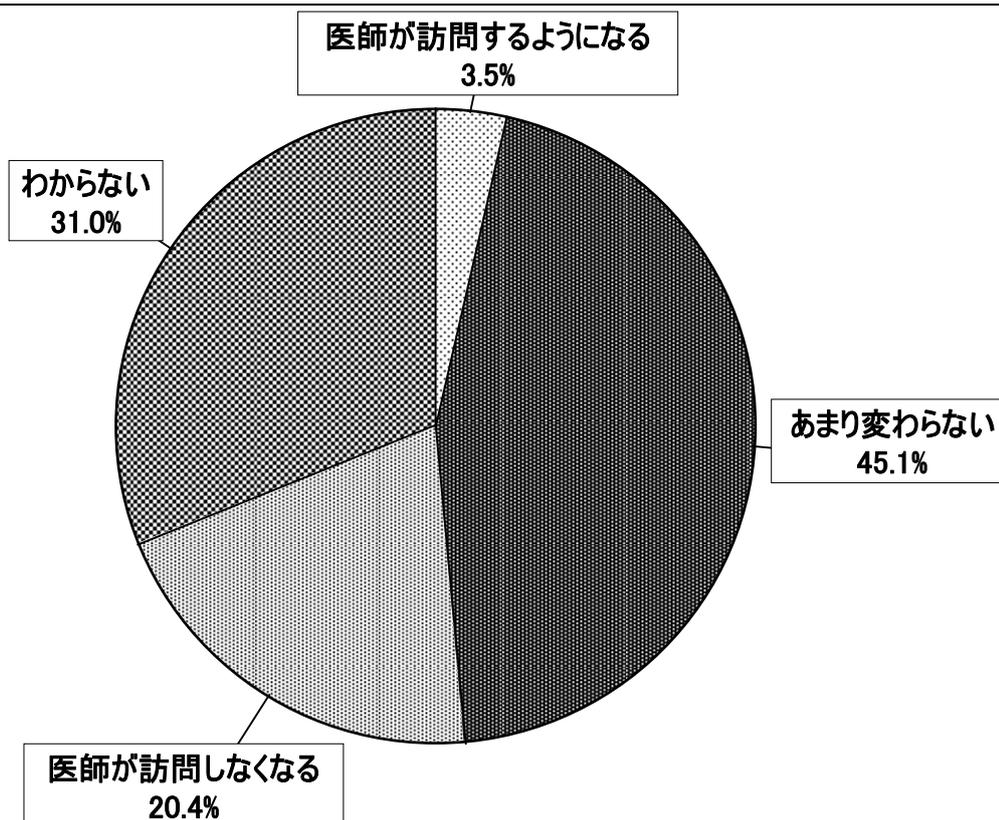
図診-D-4

診療所
(n = 1,136)



図病-D-4

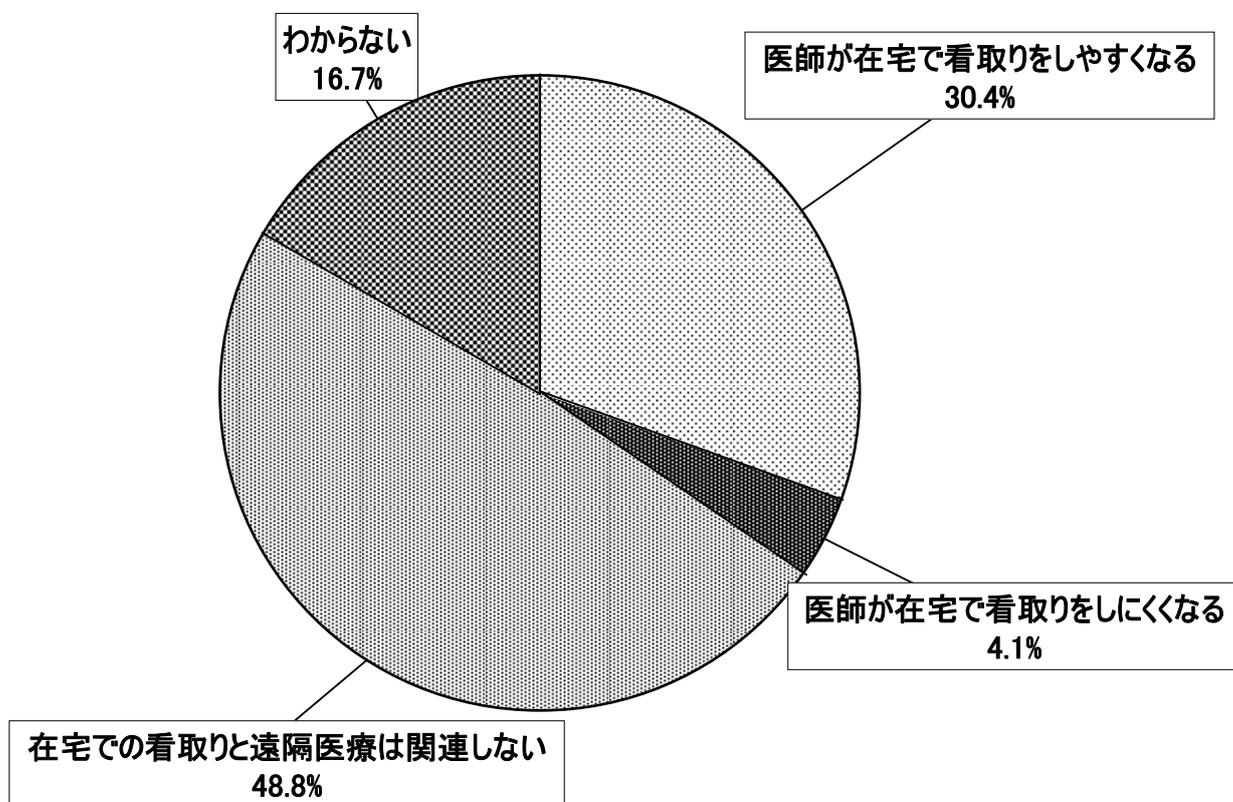
病院
(n = 142)



問D-5 遠隔医療を導入・運用することによる在宅看取りへの影響

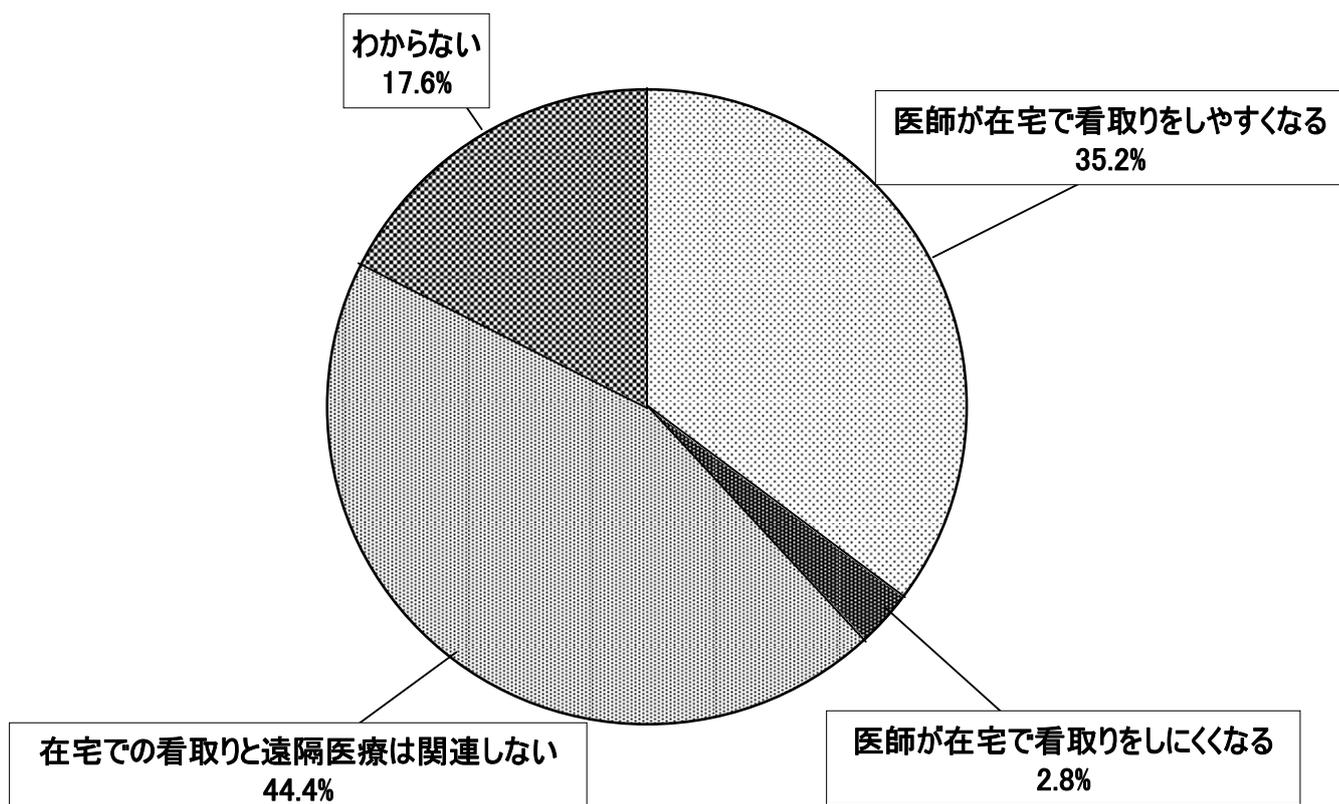
図診-D-5

診療所
(n = 1,138)



図病-D-5

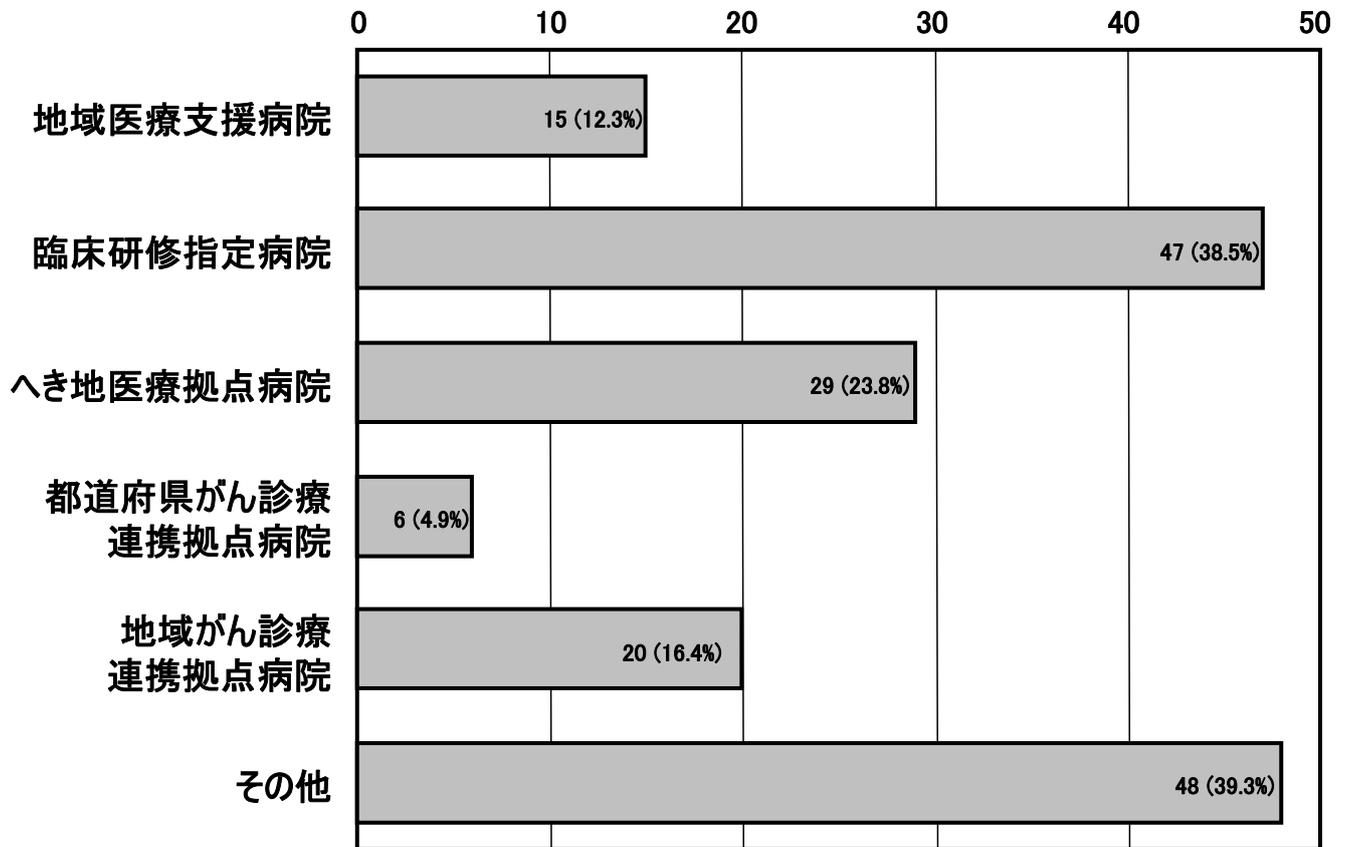
病院
(n = 142)



属性 施設種別(病院のみ)

図病-E-1

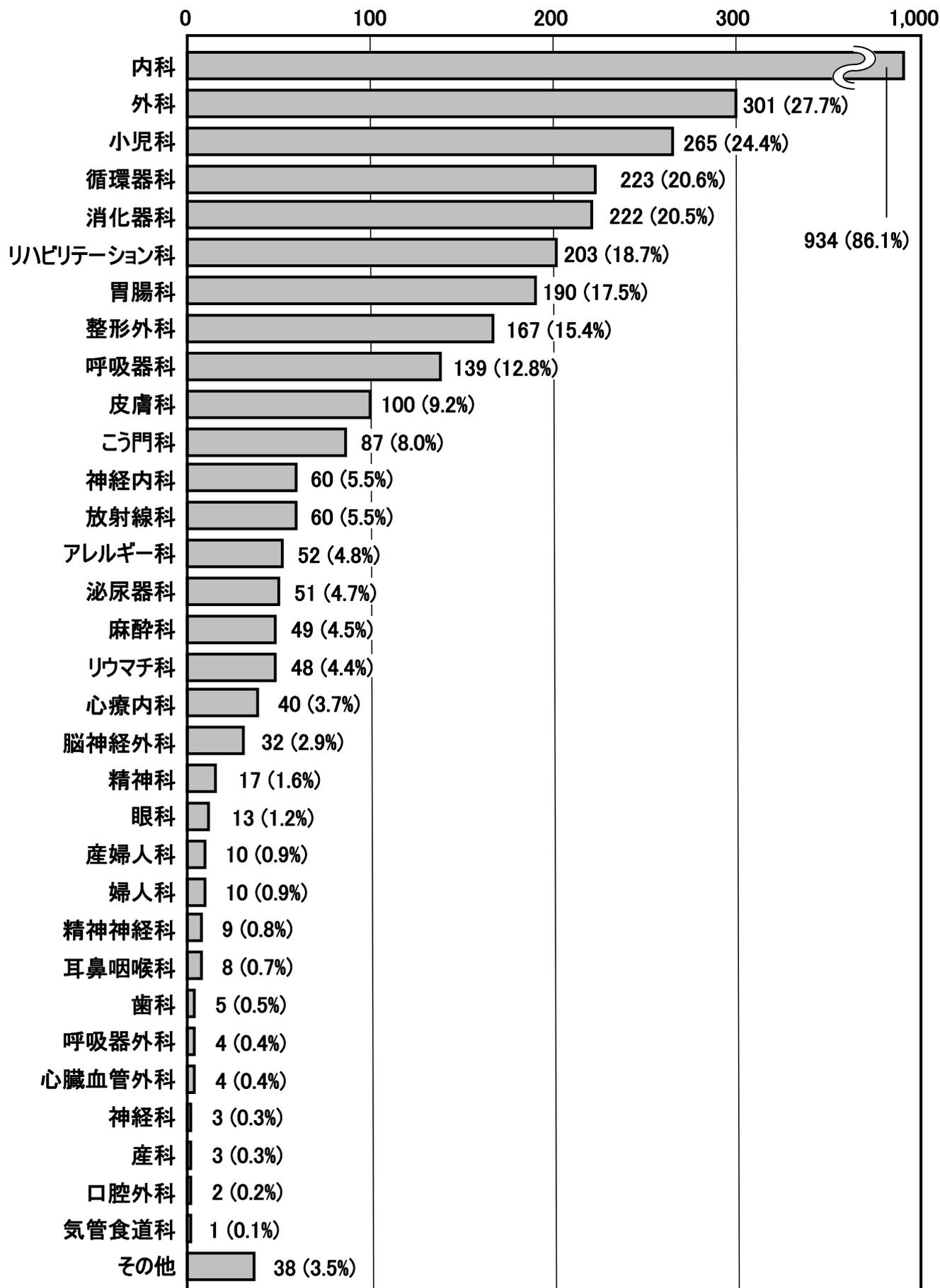
病院
(n = 122, 複数回答)



属性 標榜診療科

図診-E-1

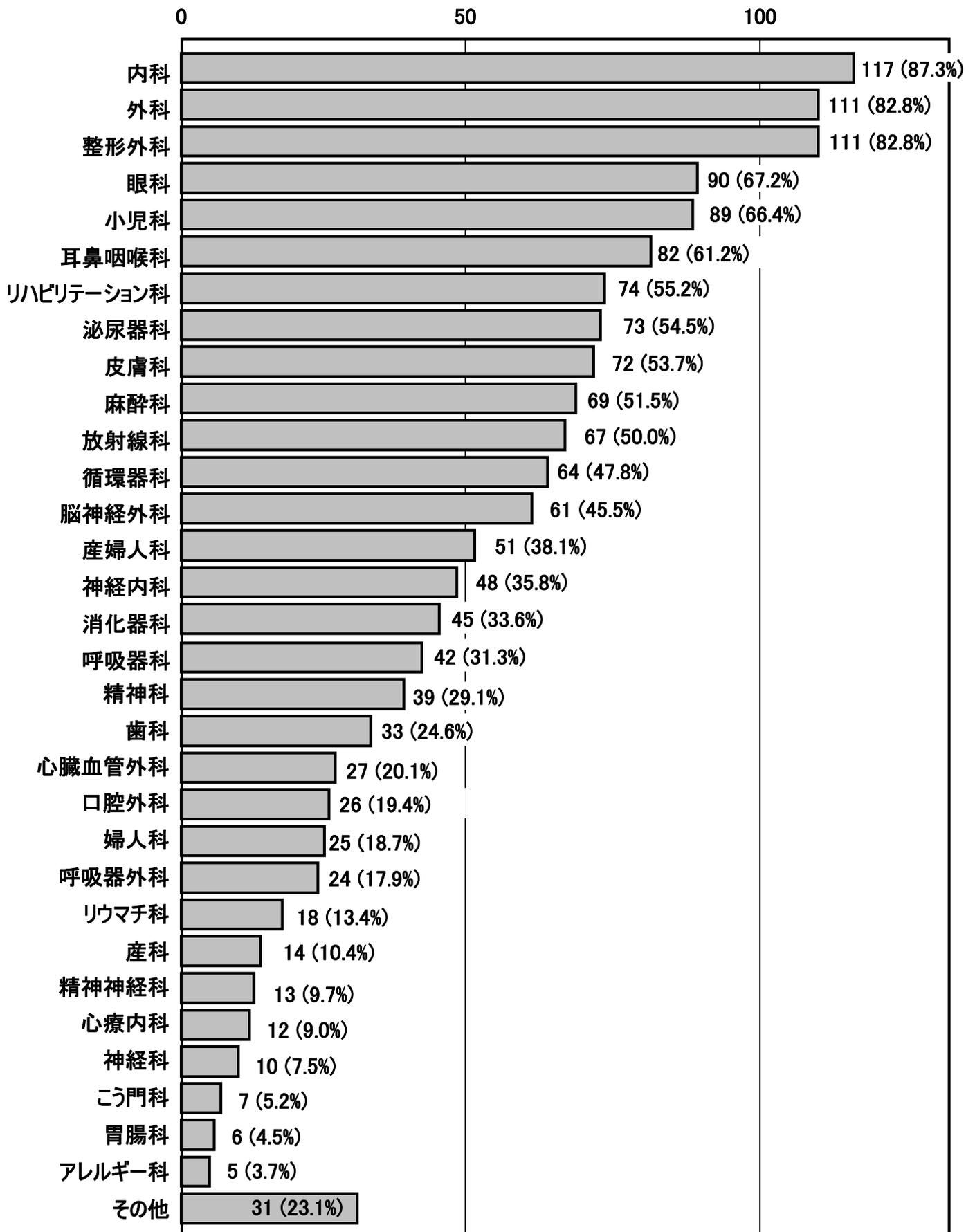
診療所
(n = 1,085, 複数回答)



属性 標榜診療科

図病-E-2

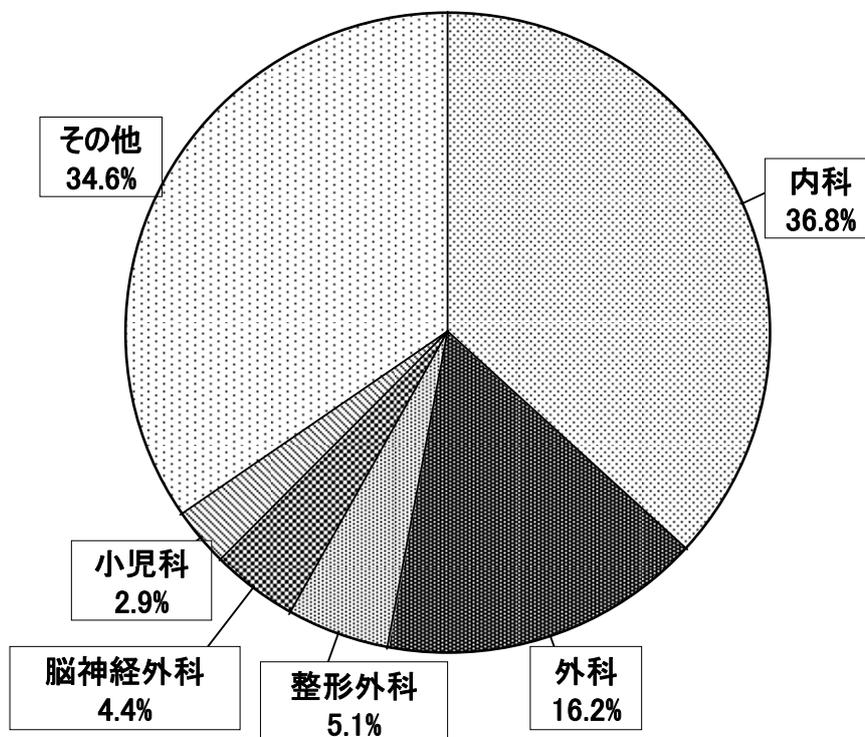
病院
(n = 134, 複数回答)



属性 回答者所属診療科(病院のみ)

図病-E-3

病院
(n = 136)



4. 調査結果 自由記載（在宅療養支援診療所）

診療所 問E 遠隔医療と在宅療養に関連したご意見、ご要望、アイデア等自由にお書き下さい

記載内容（原文のまま）
あくまで医師－医師間で画像やテープなど資料をもとに「カンファレンス」「参考意見聴取」するためのもので、医師が患者に対して行うものではない。 「医療」ではなく、「お医者さんごっこ」「お医者様気分」でしかない。従って家族の安心にもつながらない。
私自身78才で、そろそろ引退を考えてるので、現実的ではない様です…参考に
よほどの辺地でない限り医師は実際に■家に住むべきだと思う。遠隔医療はメリットなし。世の中が全て電話かテレビ電話に変わった時は、その必要性は変わると思うが、緊急時の対応等や連絡は電話で十分と考えます。
安定している患者さんは良いかもしれないが、数日から数週で看取りになる患者さんが多く患者や家族が心配して電話をしてきたら往診してから説明しないと問題が生じる可能性が高いと思います。インターネット、携帯電話の対応で不自由を感じていません。
都市部における遠隔医療の意義については今ひとつはっきりしない。10km以上の訪問診療はなるべく受けず、患者宅付近の医療機関を紹介するようにしている。在宅支援診療所が充足している地域では遠隔医療は必須とはいえない。
高令な患者が、緊急時に機器を操作できるかギモンです。 無医村などでの定期的な受診にはよいと思います。 当院は町中で距離も近いので電話と往診だけで充分と思います。
・患者、家族は医師が患家に出向くことで安心するものでありテレビ電話では老人は納得しないし安心できない ・Doctor間の情報提供や診断治療方針などは紹介状よりリアルタイムでの情報が得られ非常に有用であると思われる。
医師－患者間での導入は訴訟のもとになると考えます。 絶対にやるべきではないと考えます
遠隔医療はあくまでも医療資源が少ない地区で補助的におこなわれるものと考えています。 開業している■■では病－診連携が充実してきており、緊急時の対応は連絡がつけば自分が往診をし、つかないまたは対応できない病態では周辺の病院にお願いしています。あれば便利かと思いますが必ずやっていきたいというところまでは考えていません。
在宅医療と遠隔医療はまったく別のもの
○患者さんを視て、触って診察して行うのが医療と考える。TV電話等での診察は、患者に対して行うべきでない。 医師間でデータのやりとりや相談はメールに添付し行っている現在の姿で良いと思う。 ○必要があれば、いつでも往診したり、電話指示を行い受診していただいたり救急指定病院に受診していただいている。 （その時は当院から状報提供している。） ○在宅医療等について在宅末期医療総合診療料や在宅時医学総合管理料等在宅支援診療所として算定しにくい条件設定である。 ○遠隔地の医療を機械にたよるのではなく、人にたよって行なえるような医療行政のレベルアップを期待する。 ○個人的にはテレビ電話により遠隔医療には参加しない。
地域性が強い。経済的負担大。 今の診療報酬性では困難（安くて）
遠隔医療は在宅療養の一助となる可能性大である。 但しセキュリティ導入費が問題と考えられる。 外来診療の間にも遠隔医療ができるため、往診にわざわざ行かなくてもある程度病状が把握できるのがメリットである。
・コストの問題。 ・対象者が高齢の可能性があるため、機器使用の可否。

<p>遠隔医療は訪問診療、往診の代用となると思うが、終末医療に関しては遠隔医療は困難と思う。</p>
<p>私はテレビを用いていない。 (ケータイ電話の写メールを中心としている。緊急往診することはないし、ケータイを使うことは今のところ若い世代に限られる。 しかしかなり有効(相互に)で便利である。</p>
<p>遠隔医療はあくまで、対面医療がどうしても不可能な場合に限られた代替方法であって、対面医療が可能な case は、遠隔医療を行わない方がよいと思う。 となると、件数が少なくなりシステムへの投資費用対効果がうすれ、けっきょく維持できなくなる施設が多くなる可能性が高い。 件数を増やすことによる医療施設側の経済的負担の軽減はあってはならないことだと思う。 となると実現しにくいのか…</p>
<p>遠隔医療を往診の代替として使用するのではなく、手助けの一つとして考えればよろしいのではないのでしょうか。 便利なものはどんどん取り入れてみて、使って駄目なら次のことを考えてみてはいかがでしょうか。 ただし、画像の情報が、電話の音声情報に加わったとしても、得られる診療情報に大きな差はあまりないような気がします。 私の場合、患者宅にすぐに電話して、お話を直接するので、ニーズは少ないでしょう。 新しい機械はよっぽど困らないとすたってゆくものだと思います。 まあ、患者さんは医師の顔が見られて喜ぶ(?)でしようが…。</p>
<p>医療の基本は、話を聞いて体に触って診断するということ。アンケート内の遠隔医療はイメージがわからない。 状態が安定している時は、キョリのバリアを越えられるが、不安定な時は、患者さんを実際はみないと判断できないのでは？ このイメージは、単なる医療相談くらいのものに感じる。 ヒトとヒトとのおつきあいが基本ですね。</p>
<p>終末医療では、医師が直接患者さんと接することが不可欠だと思う。 遠隔医療のシステムのための診療では、本人及び家族の不安に対するケアが不十分になると考えます。</p>
<p>・遠隔医療は現在のところ非現実的である。</p>
<p>患者さんとの肌の触れ合い(手を握ったり足をさすったりすること)や、時間や空間の共有(話しはしなくてもその場に共にいること)ができない遠隔医療は私にとって医師-患者間のツールとして使用しようとは思えません。ただ、普段電話のみで顔を合わせない、病院の医師や、遠方に住む患者家族とのコミュニケーションツールとしては使えそうに思います</p>
<p>・遠隔医療は手段の1つであって全てではない。利用してうまくいく患者もいれば、全く役に立たない患者もある。遠隔医療を増やせばいいというものではないでしょう。</p>
<p>在宅療養支援診療所として運営している医院ではほとんどが、チームではなく医師1人での対応になっているのが現状であると報告がある。 現在24時間対応で診療をしているが、これは例えば緊急連絡がない時の休日は家族サービスが可能であり、その際に緊急の電話が入ればその時から緊急の往診に向うことすべてがうまくいくが、この24時間テレビ診察は医師1人での運営は不可能である。診察時間中のみのテレビ電話診察ならば、時間外は電話対応ならば可能であろう。図Cにある様にいつかかってくるかわからないテレビ電話のためにデスクの前で24時間待つことは不可能である。 ならば現状の電話対応で必要あれば24時間往診する体制の方がよいのではないだろうか。 軽症の場合は時間の削減となり大変有益な方向と考える。</p>
<p>・遠隔医療により、患者状態の緊急性のある程度判断しやすくなる(目で確認できること) 電話連絡のみで不明であれば患者宅に行って確認しなければならなくなるので、医師側にとっては労力削減につながる。訪問看護師との直接のやりとりも可能であるから情報量は増えると思われる。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・初期導入時の良好なシステム維持がどの程度できるかが問題。機器不良になる診察遅延は避けられないだろうから。 ・遠隔診察に従事できる時間は、2時間以内/日、1日8名とすれば40名/週。2回/月診察は可能。
<p>後方支援病院との検査データの共有化。 MRI、CT、その他の画像の共有化により患者が病院へ何度も行かなくてはならない状況を変えたい。</p>
<p>病診連携にTVが一番必要なのでは？ TELで雑に扱われることが多く、救急Ptの紹介で困ることが少なくない。 21世紀に電話でやりとりなんて時代遅れですよ。 Skypeなら世界中ただでTV電話で話せるのに。</p>
<p>遠隔医療は在宅療養を普及させ、質を向上させると思われる。</p>
<p>患者さんがそれほど遠くから来院をしていませんので遠隔医療はそれほど身近には感じていません。これから必要になってくるとは思いますが一開業医としては近くに大病院が2ヶ所ありますので、必要を感じれば紹介又は電話で対応し紹介しています。</p>
<p>診療に不公平がないように</p>
<p>遠隔医療はまだイメージがわからない。もしもの条件下で想像して自分ならという立場です。</p>
<p>医療、介護サービスが少ない。過疎の地域では、遠隔医療の推進は確かに患者さんにとってメリットがあるように思われる。 しかし、小生の年代（60才台）において往診、訪問診療を行ってきたものにとって電子カルテを含めたIT化にはなかなかなじまないし、遠隔医療に関しては、現実的に問題も多く個人的意見としては実施したくないし、賛同できない。</p>
<p>川島先生のご高名はよく拝読させていただいております。現在私どもは、北は■■■■、南は■■■■まで12棟の高専貸を運営し■■■■市（■■■■県）から医療システムを作り始めております。テレビ電話は月2回全国のスタッフとともにミーティングをしております。医療スタッフと介護スタッフ、経営している会社スタッフがコミュニケーションし、問題を共に考え、学ぶ場となっています。 患者さんとのテレビ電話はまだ経験したことがありません。また現在のところ、必要も感じません。（すみません…） 私の使命は在宅の患者さんではなく、病院から自宅に帰ることができない患者さんの受け皿作りではないかと考えています。 高齢者がたくさん住む場所には、医療介護だけではなく、その人がその人らしく生きていけて、周りの人に影響を与え、また人から影響を受けていく生活空間をうまく演出していくことが大切だと思っています。そのためのモデルケースを作っています。 また学ばせてください。なにか学びの場や機会があればお声をかけてください。老人ホームの運営や経営に関してもっと学びたいし、在宅の医療技術やチームの作り方も学びたいです</p>
<p>24時間対応すると表向きは在宅療養支援診療所を標榜しているが、一人医師体制にて現実には24時間対応は不能。 緊急で医療処置を希望されても、医療器具などなく何もできない。院外処方にて緊急投薬もできない。それらが本当に必要であれば救急車要請や救急外来受診をしてもらう他ない。 よって特別な医療を必要とせず、在宅で看取するという患者を対象に24時間対応としている。ただし他の用事で、特に休日はすぐに往診に行けないことが多い。家族には呼吸確認と脈確認の方法を教えておき、すぐに往診に行けない場合は家族が看取った時刻を死亡時刻としてもらうことで了承してもらっている。 電話は原則24時間つながるようにしているが、出られない時は留守番メッセージに入れてもらい、折り返し電話をしている。これがTV電話になるからといって変わりが出てくるようには思えず正直メリットは感じられない。</p>
<p>遠隔の定義 離島や山間部に限定すべきである。 例えば病院が近くにあるのに遠くの有名な先生に遠隔医療をお願いするのはおかしいと思う。</p>

小生は父親のはじめた診療所を9年前に継承しました。三方を山に囲まれ西方を海に面した小さな集落で1つだけの診療所で限られた人達のための一般診療を細々と営んでいます。診察券など不要な、いわゆる「顔パス」ですべてわかる状況です。出入りの業者にすすめられるままに4年前にレセコン、電子カルテ、等導入しレントゲンもデジタル化しましたが扱う患者数は減小する傾向にあります。患者の平均年齢は75才位です。患者の家族は患者が手のかかる状況になるとすぐに入院や、施設収容させたりします。高令者になるほど在宅での介護をきらい傾向があります。遠隔医療は現実のものになりうるのか？と単純に思います。小生にとっては今のところ夢のような話です。

核家族化が進行し家族による在宅介護能力の低下を痛切に感じます。在宅医療を望む患者の意向とは逆の方向に進んでいるように昨今感じます。

・実際にシステムを使用している患者さんやその家族はどのように感じているのか本音が知りたいと思います
・患者さんの疾患によっては有効なシステムかもしれませんが複数の疾患をかかえている方の場合は関係するスタッフの連携が難しい印象をもちました。
・現在のところ私どもの施設においては、電話対応で不十分な場合は実際に患者宅まで応診することを原則としておりますので、お金をかけての導入は現実的ではありません。

- ①いつもお名前うかがっています。ごくろうさまです。
- ②放射線科専門医としてやっていますが、この領域においてはデジタル画像の quality は満足すべきものと考えています。
- ③慢性疾患のPtには良いシステムと考えます。
- ④末期のみとりまでこのシステムは不可と考えます。小生は全く反対です。これをやったら在宅医療そのものを否定することとなり、やがて患者の信頼も失なうことになると考えます。
- ⑤他のことは協力させて頂きますが、この点だけは最後まで反対の立場をとります。
- ⑥今後ともよろしく御指導下さい。

医師—患者間の遠隔医療は患者さんとの信頼関係を高めることが普通の診療に比べて出来にくい。病気の早期発見、痛みでの変化を見逃しやすい。検査が迅速にできない…等々から実際の診療に関して医師、患者双方にとってメリットはないと思います。

TVで診察してはいけないのでは？

患者さんのところに足を運んで、初めて診察ができると思います。

特に無し。

現在の医療をとりまく社会情勢、裁判などを考えるとまちがいはどんな小さいものでも大きく取り上げられ、必要以上に不利な判決となっている。

もしテレビで指示まちがっていたら誰が責任を負うのか？までそれをキチンと決めて（法律にて！！）から実行を考えるべきである。

現代は「情は人のためならず」、という情勢になっております。

私は40年近く医師をしておりますが昔と今の大きな変化を感じております。

「常に何かあったら訴えてやろう」という感じの患者さんが多くなっております。又、医療費未払いも急増しております。個性、自由、権利、平等 etc などおかしい事よりも義務、道徳、つながり規律、言葉使いをキチンと教えていかなければいけないと思います。

地域の状況による。

私は■■■■県■■■■市で公立病院の院長として働いておりましたが（S58～H10）その間に在宅医療を手掛け数百名の看取りを行いました。そしてH■■■■年頃、■■■■と協力して今回のテーマと成っている遠隔医療の工夫を行いました。そして相手の検査（血圧測定、両手で検査する心電図、+5問の設問に答える対応機器+緊急時のコールボタン etc）が在宅で可能な装置のテストを行いました。（約1年）その結果、受ける側は直接の医療者との接触を求めている事が判明し、それ以後の開発を断念した経緯があります。デジタル時代に成っていますが年配の人はこの様なアナログな対応を希望しているのではないのでしょうか？

一応の私の在宅医療27年間の経験と考え方をお伝えします。参考にして頂ければ幸いです。

<p>全く新しいシステムだからわかりません。 モデル地区の報告が参考となります。</p>
<p>イメージとしては、電話再診に画像が加わる感じだと思います。 コストも電話再診→画像再診にかわるのでしょうか？ 相手の画像が見えるのはとてもうれしいですが、こちら側が見られるのは、問題かも知れません。(入浴中とか、家族という時間とか)</p>
<p>遠隔はあくまで補助で基本は対面診療である。画像通信情報は生情報を越えることはない。 往診不能な遠隔地域と遠隔に耐える病状及び、後方支援が併う場合有効である。 往診可能な患者は直接診療する。 チョットした相談指示には有効であろう。 又患者の精神面の follow には有効だ。</p>
<p>当院において必要性を感じた事は過去50年間一度もありません。 外科的患者はあまり対象にならないと思います。</p>
<p>遠隔医療と在宅を結ぶシステムを先日 〇〇県と当地の 〇〇町(行政)をとおしてシステムづくりのため 〇〇〇の医師よりの紹介がありました。 NTT回線使用による医療機関-患者宅-訪問看護ステーションを結ぶシステム作りのモデルケースとのことです。 システム作りの中で、どこに焦点をあてて発展させていくのかがあり、患者の利便性なのか、看護師の利便性なのか医師の負担軽減なのかがはっきりしません。参加はむずかしいとお答えしました。 今回のアンケートにても医師である私の負担軽減がはかられるのであればいいと思いますし、調査の対象が患者であれば、その方を中心にしたシステム作りがはかられるはずで。医療スタッフの方に聞けば同上です。しかし、私個人のおもいはやはり患者と対面して患者をみて、さわって、話をして、その表情からさっした患者の思いを知ることが臨床医といつも思っています。家族が在宅をしていれば必ずいますし、同様です。画像のやりとり、手術に関するコメント、スタッフの情報交換は遠隔システムがつけられれば必要ですが古いかもしれませんが、私にとっては、1人の医師と患者の関係はいつまでも続けていく(実際、対面してその人の顔を見る)ことが必要であると思います。すくない在宅患者をかかえ、在宅医療を毎日しながら、いつも上記のことを思いワゴンにてとびまわっています。</p>
<p>若い時は在宅療養に情熱を燃やした時もあったが、高令になったら情熱もなくなった。自分がやっかいにならなければならない年令となってしまった。</p>
<p>遠隔医療はコストがかかるわりに利が少ないし、日本の人口は減少してきているのでわざわざ遠くに住む必要はなくなっているのでは？ 時代が変わるように医療における遠隔医療の必要性を見直すべきではないか？ D-1、D-2、D-3、の質問を見ると医者は24時間働ける人でないといけないの？ と思えてくる。そんな人間は存在しません。</p>
<p>①機器の導入、維持の費用が回収できるのでしょうか？ 基幹病院が開始することになると考えますが、導入はできても、維持は可能でしょうか。 ②遠隔医療で医師対医師であれば可能性は十分にあると考えますが、医師と患者では診断レベルの維持に疑問が残ります。 遠隔医療にかかわる医師にも相当の訓連と遠隔医療における診断治療技術の構築が必要。 ・医療過疎地が今後増加すると考えられるので遠隔医療と在宅療養は重要になるがどの程度の数の医師看護師が参加してくれるかが問題になるのでは</p>
<p>私個人としては遠隔医療についてはやる意思はありません。</p>
<p>患者の安心には便利(安心のみ) 在宅療養の質・量は変らない。 医療サイド、患者サイドともコスト(大) (保険財政上無用の長物) 医療安全の原点、医療の原点は見て、聞いて、触って、話し合っただけではないでしょうか？ 私はテレビ電話等で見て、話を聞くだけで投薬等の治療を行なう様な勇氣はありません！</p>

情報管理はどんなに技術が進歩しても更にそれを破るハッカーの存在が気になる。
地域によっては必要なシステムだと思うが限定的なものだと考える。
便利な道具であることには違いないが、その便利さに慣れてよいものか？ 本来の医療環境整備を目ざすべきと考えます。 安易さが却って医療環境整備をおくらせる結果になることを心配します。 死亡診断を遠隔医療で行う事は許されるのか？ 余りにもデジタル的ではないか。 日本の一般的住宅事情を考えると、在宅療養を無理やり押し進めることに疑問を感じます。
あくまでもツールですので目的ではなく手段である事を利用者が自覚する事が大切です。
高齢化、過疎化地に家業として継承して来た以上地域への協力は逃れることは出来ません。 近医又は高症例は連携、転送は現実となっております。 受診（外来）者の送迎は福祉施設に習って無料で実施しております。 診療報酬は赤字となり現在苦慮しております。 次世代に就いてのスタッフ確保し経営可能か否か考える余裕はありません。 ヒポクラテイスの理念を再考し患者の心に近づくためシステム規則は余り複雑にしない努力が必要かと存じます。
遠隔医療は必要であり、へき地の医療体制が充分整っていない地域にとって意義あることと思いますが開業医一人ではとうてい出来ないし開業医同志のチームワークが不可欠である。しかし、現在のように開業医毎に取り組み姿勢が異なり、平等に患者をみることはできない。束縛時間の問題それに対するコストの問題等事前に話し合いが必要であり、全員が納得する方法は困難と思う。現実的にはむずかしい。 ホームドクター制が完全に出来上がり医師一人当り何名の住民をみるか登録制にし、その数によって給料が支払われるようになれば可能かもしれないが、そのテリトリーの決め方は行政指導がないと医師の自由意志にまかせたら都市では患者の取り合いになり農村や過疎では誰れも医師が登録しなくなり、格差が出てしまう。医療が国営にでもならないと平等な医療を受けれるようにはならないと思う。
face to face がさげられる中 時代と逆行するのでは（？） やはり医師が足をはこぶのが良い。
インターネットを介した地域連携が構築されるようになれば在宅医療に対してもメリットが大きいと考えます。 当院がある大牟田市では比較的、診療所が多く今后は診療時間のネットワークも必要です。 そのネットワークにより患者情報を共有できればより在宅医療も進んでいくのでは？
遠隔医療は病院が担当すべきこと柄かと。 唯、医師の死亡診断書の発行はいかがと（法的に） 国はそれについて開示すべきである。 医師が医療法を逸脱するとペナルティーを課す（個人指導） 16km往診ルール有 私は半年近く指導うけた（過そ地でも） それに対し病院が無診療、投薬しても？？？ 法的整備の開示をしてほしい。
1. TVでの死亡見取は法律的に出来るか、どちらにしても脈等の Vital check にて死亡診断をしないとイケないのではないのか。 2. 医師の間での主動権問題もあるが、医師が主体で形成しないといつも家庭と医師の間でもめる。ジク瘡の治療1つにしても。 3. 金銭での問題どのように支払い受け取りをするのか。 月に2～3万の未払がでる。国は保障しない。保ケン証の確認はどうするのか。 以上
現時点では、離島以外での遠隔医療は必要ないと思われます。当院としては、遠隔医療のメリットよりも対面医療のメリットを重要視しており、対面医療に対するデメリットに対しても、スタッフ一同でよりよくしていく努力を続けております。
天下りの温床になりそう。

<p>メーカーとのあやしい関係が発生？ いずれにしろ厚労省・医師会主導なら静観するしかない。 最後に「金なら無い！！」です。</p>
<p>遠隔医療に対する知識が全くないので、わかりませんでした。</p>
<p>普段から往診や訪問をしている方で、よく状況が分かっている方の頻回の受診・状態のはあくに関しては遠隔はメリットはあると思いますが、普段の診療に取ってかわれるものではないと思います。</p>
<p>医療事故があった時責任をもてない</p>
<p>このアンケートは、実際に少しでも、そうしたことをやっている人にむけて行なうべきです。</p>
<p>主に離島などの医療のない所で行っていると考えている。 車で往診できる所に遠隔医療は増加しないと思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・現時点で遠隔医療の必要がないと思います。 ・顔、声の直接的な関係は遠隔では代用できない。 ・以前東京都内で小児救急を遠隔で行うアイデアがあったが、みごとにつぶれた経験があります。在宅医療はちがうでしょうか。 ご老人にうけいれられない気がします。
<p>遠隔医療は現在行なわれている医師と専門医間、医師と看護の分野においては今以上の発展を望みますが、医師－患者間での遠隔医療は往診が厳しいなら遠い場合や看護師、介護士が訪問時に利用することは良いと思いますが、定期の診察の基本は受診あるいは往診による視・触診を含めたメディアを介さないコミュニケーションにあると考えます。又、看取りの場においては死亡確認に至るまでの患者様御家族との直のかかわりが大変重要と考えます。 そのため現状での遠隔医療の導入、運用は慎重に行なうべきと思います。単に利便性や効率化という机上での議論だけでの導入には反対です。 導入にあたっては、遠隔医療の利点欠点につき広く国民に開示、説明し運用にあたっての理解を得る必要があると考えます。</p>
<p>当院では一般外来患者さんも多くいます。 在宅へ往診をしている分を遠隔医療でということでしょうか？ 外来通院している人でも「受診しなくて良いなら…」と遠隔医療を希望される方が多くなるような気がします。 いまひとつ位置付けがはっきりしない感じです。 外来通院 ↓ 遠隔医療 ↓ 在宅</p> <p>高齢者等はこのように受ける医療が変わってくるのか？</p>
<p>在宅療養、在宅医療の利点はまさに時間をかけた対面診療から生じる。 効率性を求めた遠隔医療を導入することは、この利点にまさに逆行する動きと思われる。</p>
<p>遠隔医療に関しては、地方の山奥、離島、過そ地に居る医師が専門の大家、救急医家などの特殊な場合で大多数の医師には関係ないものと思っていたのですが、今後はもっと関心を持たなくてはなりませんでしょう。 在宅療養という言葉がおかしいのでこれまでは宅診・往診といって「宅」というのは医師のいる処つまり診療所のことであったのが国語の乱れから「患者宅」ということになった 厚生省の役人の考えだと「在宅」というのは「入院」でないという意味であって「自宅」とは違うそうであるつまり入院以外の自宅、老健、ケアハウスなどはすべて在宅ということになるので例えば留置場、拘置所、刑務所もすべて在宅に含まれる向です。 医師の診療には患者、医師以外に第三者（家族、ナースなど）が必要であって在宅孤老のところへ医師がひとりで往診することは原則としてよくないことです。医師がひとりで行ったために痴呆だった老人が「あの医者に家財を盗まれた」と言いふらされたケースさえあります。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) 医師は1人で診療しているので、診療室にそのような設備をするつもりはありません。又患者は老人が多いので、若い人のようにパソコンは使えないと思います。 2) 在宅療養は患者が一人でしかも痴呆がではじめていたら、危険なため在宅医療をするつもりはありません。

<p>3) 誰か家族が24時間在宅患者とくらしている場合だけ往診するつもりです。 患者の他に人がいても勤めにでて、患者が一人になる場合は危険なため、在宅医療は行いません</p>
<p>一部では遠隔医療、在宅にテレビ電話などを利用されている所もあると思いますが、私の地域では今の所必要ないように思います。 在宅でも老人世帯などもあり機器の扱いの点など困難な面も多く基本としては往診と訪問看護を主体としたチーム医療をと考えています。 当地域では在宅への関心も不十分な状況です。まず医師サイドからの変革が先欠です。</p>
<p>市では市内いたる所に医療機関が存在し、中核病院の24時間体制の他に医師会が中心となった夜間診療も行われ空間的にも、時間的にも全国一の密度で医療がいき届いています。 だから生活上、市民は医療過疎とか、遠隔でかかれないというような実感に乏しく、この種のアンケートは、我々の狭い地域ではありえない想定です。よって直観的に、理解しづらいアンケートでした。</p>
<p>当地方ではあまり現実味がないのでよくわかりません</p>
<p>まだまだパソコンなどが老人にはむづかしく遠隔医療はむりだろう</p>
<p>街中なので遠隔地の感覚がうすく、むしろ休日、時間外、緊急などの対応が常時頭から離れない。 テレビ電話の対応は現状ではどうも馴染まない。 電話とくにケイタイでのコミュニケーションで充分に対応できていると考える。</p>
<p>D-5にあるように、人生の終末において遠隔医療を導入すると看取りがしやすくなるのではないかとこの考えも確かに一理はありますが、人生の終末において患者及び家族と医者とのface to faceの関係が絶対に必要と思われまます。頻回の往診によりターミナルの患者にも家族にも医者が真剣に取り組んでいる姿勢が十分理解してもらえと思わます。 遠隔医療は医師の負担減になり、在宅での看取りがより容易になると思われまます、トラブルが増えるのではないかと思われまます。看取りの場において今まで一度もあつたことがない人が色々と口をはさむケースが多いと思わます。そのような人々に納得出来る説明をするのはface to faceの面談様式が最善と思わます。</p>
<p>医師と患者とのスキシップ、云ゆる手当ての問題をどうするか？難問です。</p>
<p>これだけメディア、通信ツールが整っている今「遠隔医療」という単語は死語化していると思わます。</p>
<p>地域での開業40年以上になります。 老令化にともない、24h対応はいささかきついです。 小さな区域地域での対面看取りが限界でしょうか。 希望事項 時代の移り変り、医師の老令化に対応してそれぞれが充分に働ける様な在宅治療の方策を考えて頂きたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・時期尚早 ・コストがかかりすぎる ・「SECOMしてますか」で導入されても現場の在宅医では対応不能。 現状では安否確認に利用できる程度。 ・コンビニ化するなら専任の医療チームが必要。 (24時間対応のコストが低過ぎる。要求レベルを上げるのなら相当の費用がかかる) ・川島先生が頑張っておられるのは理解しておりますが、この研究も天下り団体からの委託だと思わますし、この結果がIT事業者、警備関係等に悪用される事を懸念しております。
<p>地域医療に携っておりますが在宅看護は老々看護になり、施設へ入所される方が多くなつてきました。 遠隔医療もそのことを考えると核家族化今を思うとむづかしいと思わます。私どもは、県の農村地帯の診療所ですが、往診といつても薬を届けてお話しをしたりそうゆう方の方が多いです。</p>
<p>1) 都会では遠隔医療は不要。5分もあれば往診可能 2) 在宅テレビだけでは所見の見逃しがある。</p>

<p>遠隔医療は、訪問診療の補助として使えると思う。 訪問1回/月+遠隔3回/月など。 看取りでは、終末期の家族のケアが重要である。 遠隔医療で家族ケアができるかどうか。</p>
<p>在宅専門医にとっては楽になると思う 当院みたいに通常で1日100人強→max200強患者が来院する医院は不可能。 開業前田舎の県立病院に勤務していた時病院の方針で在宅をしていた。病院が行う在宅は行かなくてもすむ、すぐに入院させることができるので価値はあると思う</p>
<p>病理検査やX線フィルム、CT、MRI等の画像の診断は遠隔医療でも可能でしょうが、診療とくに終末期の看取りの際…最期が近づいている時にテレビ電話での応待は患者さんに不信感を抱かせるのではないかと考えます。 時々県医師会とテレビ会議をしますが装置が旧式なのかもしれませんが、いまひとつ臨場感に欠けており、おたがいの意志の疎通も充分ではないような印象があります。 問A-6の場合、1度はテレビでの診察と処方でよいと思いますが症状が変らないあるいは悪化しているときには患者さんはかなり不安と思いますので不安感を除くためにも絶対に訪問すべきと考えます。 テレビ電話システム導入の費用はだれが負担するのか問題がある。 患者が死亡したら不要になる。次の世代が在宅で必要になるまでに数年かかると思われるがそれまでに新しいシステムができる可能性もあり、設置の費用がムダになる可能性が大きい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔医療は診察の一助であり定期的な訪問診療は必要である。 ・装置を使用することにより専門医に相談できたり訪問看護に処置の指示をだし易くなる。 ・約10年前にPCとカメラを組み合わせて在宅医療に取り組んだが手間がかかるばかりであった。
<p>システム運営費が590万円/年は高すぎる</p>
<p>正直わかりません。 人と人のふれあいが大切と思うので、遠隔医療はどうもなじめません。 しかし私、医師一人でやることには限界があるので、もっとNrsが中心になっての看取り（極端な話、Nrsにての看取り…その場合遠隔医療でNrsの不安をへらせるかな？）これをすすめていくような時もあるかなと思います。 こちらこそますます御指導のほどをお願いします。</p>
<p>医師が訪問診療していないエリアへのせっち。 自己責任、不十分なのは理解した上での遠隔医療ならば、意義はあると考えます。</p>
<p>非常に手間ひまのかかる事と思われる。 診療所では目で見手でふれられる範囲での活動が限度と思う。 患者情報の医師会医師で共有し主治医不在等は当番で対応している。 システムを作動しているが利用度は少ない。医師間の安心安全には寄与しているが対称患者さんからの満足度等の調査はしていない。 いずれにしても維持管理等の問題が現実には大きいと思う。</p>
<p>遠隔医療は遠隔地で必要性が出てくる医療である。 一般的な在宅医療では、遠隔モニターは必要なく、医師・患者関係を遠ざけるものと思います。 離島等では必須アイテムだと思いますが…</p>
<p>遠隔医療を用いてDrとNsが連らくを取り合いNsに死亡診断ができる様になるとやる気のある在宅医がもっと看取る事ができる。夜間、深夜の往診はほとんどが死亡確認のため。 Nsの死亡診断は遠隔医療がなくてもいい気がしますが…</p>
<p>診療所間での連絡体制をつくり、地域全体で在宅を支えるシステムづくりが望ましい。 すべて1人でこなすことは困難だから</p>
<p>ナースが患者宅で死亡確認（医師がテレビ電話で確認しながら）を可能にするとよいと思う。</p>
<p>医療は機械ではできない。 機械を中介にする考えは全く賛成できない。 医療は人と人との心の通いである。</p>

<p>コンピュータ一屋、画像屋の考えにふりまわされないよう注意してほしい。 仮定の質問でしたから答えましたが限りなく不愉快なアンケートでした。 ついで乍ら申しますと32-34才2年間（XXXXXXXXXX→ム医村）九州のどまん中の無医村で勤務したことがあります。古い医師と患者の関係の保たれているすばらしい2年間でした。 現今の医師も機会があるなら、そういう所で働いてみるとよろしいかと存じます。 医師である喜びはそういう所で得られるものです。 たぶん映像ではむりでしょう</p>
<p>医療従事者の負担軽減ができれば良いが、実際はどうなのでしょう？ IT化も結局、負担増となっている方が多いと思います。</p>
<p>10年前に実験的にテレビ診察を試みたが実際には殆んど使われなかった。 技術的に慣れない■ ■で起る等の理由。 医師病院間がメリットが大きいが本人忙がしく難かしいと思う</p>
<p>対象が一般診療か在宅医療（来院が困難な場合）か、全てを含むのかよくわからない。 一般診療においては、やるべきではないと考えています。診療は対面で診察するが大原則です。在宅でも安易にこの原則を変えるべきではない。 特別の事情がある時に限定して考えるべきと思います。医師、患者の両者に何のメリットもない。</p>
<p>過疎地では、非常に有用なシステムと考える。 都会では、それほど有用ではないと考える。 なぜなら、患者宅に訪問する方が確実であり、速いと考えるから。また、対面診療が患者さんが安心する。</p>
<p>遠隔医療をやったことがないのであまりイメージがつきません。 行ってみないとわからないことが多く、診ることで患者様ご家族が安心して下さることはよく経験され、これが遠隔医療でおきかえることが可能かどうか。 たとえば看取りも遠隔医療で行うとなると、うまく信頼関係が保てないかもしれません。</p>
<p>○機能的、有機的、効率的に連携できれば非常に便利と思います。 ○テレビ電話の中心（core）となるステーションみたいなものがあれば、各事業所の労働量軽減ができるかもしれない ○使い方によれば、色々夢があっっておもしろい 10年前開業時 f a x が目新しかったが今けっこう役だつ普通の道具になっている ○10年～20年后きっとテレビ電話もどのような tool になっているか楽しみです。</p>
<p>当院では、高額なみとり料を含め、なるべく加算のない算定をしています。 皮膚の状況は、画像で90%把握で来るとは思いますが、その他のデータは不足と思います。 訪問看護の訪問時に協診する型なら十分な情報がとれるので意味があると思えますが。</p>
<p>同一職種で代替人の確保ができ人的余裕が保証されることが必須である。</p>
<p>遠隔医療のイメージがまだ湧かないが必要とする地域、導入すべき地域が全国には多数あると思われる。</p>
<p>なし</p>
<p>基本は医師は患者を直接触診、視診、聴診すること。 急変など変化を認めた際にテレビ電話は有用となる。 又、遠隔地ですぐに又頻回に見に行くことが出来ない場合には非常に役立つ事が多くメリットとなると思う。</p>
<p>患者、家族は医師やNsが訪問に来てくれるのを楽しみに待っています。私達の顔をみることで、おしゃべりすることで、患者の体にふれることでいっしょにお茶をのむことでいっしょに泣いたり笑ったりすることで…患者は安心し、いやされていると思います。 日頃の訪問診療をしっかりとやっていれば緊急往診もほとんどなく、家族や患者は待っててくれます。 遠隔医療は、Nsから皮フの状態を報告してもらったり、その程度で使うことができるかもしれません。それにより次回訪問時に持っていくものの準備もできるからです。 あとはNs一介護関でも多少役に立つかもしれませんが…その程度だと私は思います。</p>
<p>患者は人との触れ合いを希望している。 在宅療養はその際たるもの。なるべく他人は入らないで家族間のみとりを大切に。医療</p>

<p>側はもっと黒子に徹すべき。 治療は病院を希望している患者や家族が多い事を医師側は感じるべき。 療養に家族が main で医療は従であり、必要な知識を与えるのだ。</p>
<p>実践する場と想定して答えたが本来、患者の熱、息、視先、動作 etc を直視し、肌で感じて医療を行うべきで、TV画面からの診察ではその空気は感じられないと思う。 軌道に乗る様な事があっても、やる気は無い。</p>
<p>1. 動画でリアルタイムで患者と医師の対応ができるようになり安心（安全）の医療の絆がより強くなる。 訪問看護ステーションのナースの数と質が決め手になる。ナースが対応できなければ医師、患者の溝は埋まらない。 在宅患者のベッドサイドに （①酸素濃度モニター／脈拍②心電図モニター③血圧計付き を設置してターミナルケアを実施しているが、その上に遠隔医療の画像送信受診装置が加われば在宅医療が進化すると思う。 携帯電話が情報交換ツールとして有用性が高いので、医療用に特化した器種も発売（開発）されればと思う。</p> <p>2. 今電子カルテの画像（パソコン）と並列してインターネット用のパソコン（TVも可）があるが、その上に遠隔医療用の [] の音声マイク付きモニターを設置中（H15年に導入）である。患者宅に設置して頂いていたが、費用やプライバシー保護の問題が発生して回収した経緯がある。携帯電話（テレビ）であればよかったかも知れないと思っている。</p>
<p>医師←→患者関係は直接面接することでのみ信頼関係が成立する。 画像は色調語調など“正確”には伝わらない。 ※医師の仕事は視、触、聴診が基本である。 “データ”の“遠隔”導入は可能性大だが“診察”はやるべきではない。 医師の基本、原則を無視し、簡便さのみが強調されてしまう。</p>
<p>安定した状態では遠隔医療はなりたつと思われるが急変時や皮膚科疾患、聴診を必要とする疾患には対応が困難。</p>
<p>1) できる限り電子機器を用いることで画像を含め、医師患者の距離を短縮する。リアルタイムの診療可能</p>
<p>遠隔医療は在宅医療に導入する事は患者、医療関係者にとってメリットは少ないと思います。在宅医療はクリニックから片道15分程度の近場で行われる事が夜間、時間外の往診にとっても大切な要件と思われます。 10年程前に東京で [] の依頼でモデル事業に関わった事がありましたが、メリットがない為利用者はほとんどなかった。</p>
<p>現在、在宅医療を担当していますが、やはり医師が実際に患者の自宅へ出向いて診療を行なうことが大切だと考えます。 それによって医師にも自覚と責任感が強められる利点もあり、在宅での診療によって、家族とも十分にコミュニケーションが取れます。 また、患者にとっても、何でも相談することが出来き、精神的な満足が得られると思います。 遠隔医療は、離島や、厳寒地の冬期間には適切と考えますが、やはりできるだけ、実際に医師や看護師が出向いて診察することが一番だと思います。</p>
<p>本人、もしくは家族と本人のみが現場にいるだけでは遠隔医療には限界があると思われます。 通常の通院している人が受診するのであれば十分と思われますが、状態の悪い人には無理が多そうです。 訪問看護との組み合わせであれば、ある程度の成果は得られそうです。 しかし、末期における診察は、実際に訪問すべきと思います。</p>
<p>地域によっても差がありそれぞれのニーズにあった形をつくるべきと思われる。</p>
<p>実際に、在宅で診療をおこなっていて、その補助的手段として遠隔を利用するのは意味があると思います。 新たな患者さん、診たことない方を医師－患者間で遠隔医療するのはどうかと思います。判断に迷う様な内容を医師－医師間でへき地において遠隔医療するのは意味あり必要かと思っています。</p>

<p>おちついている患者さんの2回の診療のうち一回を遠隔にし、緊急時の対応などにも活用するというのがよいのではないのでしょうか。</p>
<p>メール機能が付いての方がよいかもと思う</p>
<p>へき地のみで有用かもしれないが、それ以外はムダ。 エンジニアの自己満足でそれに一部の医者がおどらされているだけの技術です。</p>
<p>遠隔医療は（現在の私の診療方針においては）本当の意味で遠隔地の方に適用されるべきものと考えます。 現在往診に30分以上かかる患者にはすぐに対応できないこともありえ、また1時間以上かかる患者には月に1回の往診がやっとです。こういったケースには有効であるのかもしれませんが。但し、大概、遠隔地の患者は処置を要することが多く、結局は往診が必要なのですが…。 こういった遠隔地の患者への急な場合の対応に往診すべきかどうかの判断には役立つものと思います。実際にはTELだけの対応では結局病状がわからず、往診せざる得ないことが多いからです。 →よって近隣患者への往診をしなくなる医師を増やさないためにも、遠隔地に限定した導入が望ましいと考えます。</p>
<p>現在すでにグループホーム（併設、9名）と診療所間に夜間の状態の鑑察を目的としたものがある。 しかし、その目的は診療とは異なり、主に職員の物を持ち出す防犯防止のものであり、診療に使おうとは思っていない。患者の状態は電話で連絡を受けても充分にはわからず直接往診で診た方が早いし、確かである。 従って、大規模ならば重症例の監視が必要かも知れないが、今の施設では必要ないと思う。 むしろ、在宅患者で独居又は家族の不在の際の連絡に支障を来たすことがあるので、その様な場合には有用と思う。 が一对一の対応となり、双方24時間連絡OKとも行かない。端末を複数にして受像側を複数にすれば良いと思うが双方向の連絡システムにするには双方共同程度の送受診装置が必要。また1日2回位の当時の交信の様になると思う。緊急時はアラームなどで知らせるしかない。</p>
<p>通院困難な事例に限定しないと外来診療が混乱する。</p>
<p>遠隔医療という言葉のイメージは“遠隔地”であり、一定の近接性を必要とする在宅医療とは相反するイメージがある。在宅医療における遠隔医療は補完的なものに限定して促さるべきと思われる。現在の在宅診療の条件を備えての訪問診療は、診療所よりある程度近い事（訪問看護ステーションからも近い）が条件となっている為、遠隔医療導入の必要性は距離ではなく、モニタリングの必要度等によると考えられ、実施の訪問診療を前提とすべきである。在宅看取りにおいても同様と思われる。 一方、山間部やへき地では、医療機関自体が不足しており、いわゆる遠隔医療（訪問診療が困難、遠距離が条件）の対象となるであろう。 これらを同列や同一条件での導入条件としてはならないと思う。 また、実際に遠隔医療を行なう医療機関側の条件も限定的にした方がよい。これは、定期訪問、往診を前提とした場合は、モニタリングの必要度と、医師、医療機関の実績や研修参加など。また遠隔地での実施の場合でも、実際の訪問診療（又は通院）を条件とすべき（頻度は少なくとも）であろう。 イメージ的には、遠隔医療は両刃の刀と思われる。慎重な実施への過程を経る必要がある。 * 現在、月1回の訪問看護報告書は役に立たないか限定的である。画像を含め、訪問毎の記録を直接在宅主治医に転送・送信可能となるシステムの普及を希望します。</p>
<p>情報インフラの整備…マスター、書式等の規格化</p>
<p>遠隔医療の機器（ECG、血圧測定、S u O 2測定が可）を2セット行政の方からの補助金で購入させて頂きました。診療所と患者間をインターネットでつなぎ遠隔操作にて在宅訪問診療の（在宅の）補完をしようと考え始めましたが、まずINDSを設置しなければならないこと。維持経費が毎月発生することから、断念せざるおえない事があり、次いで導入しても高令者家族ではその操作に大変な困難が伴うことが分かりました。そのためやむなく中断したケースもあります。</p>

<p>又山間部等の遠方では、若者そのものが流出しインターネットの設置そのものも難しいものがありました。時期が早尚でありキカイの操作がもっと簡便になれば可能かもしれません。</p> <p>ただ現場で思うことは、病院で看取るのではなく、在宅で看取るとなれば、様々なモニターをつけ、電子音に囲まれた終末期は如何なものかとの思いが残りしました。よって現在は遠隔装置は休眠状態です。</p>
<p>想像出来ないことです それ故御返しが十分に出来ません。 H■施設の為現在は実施不能です。</p>
<p>保険医療上の位置付けが最大の問題と思います。</p>
<p>テレビ電話を導入しても、直接の診察はなくせない。 ただ、現在2回／月行っている人で状態が変わらない人は1回／月や1回／2月にして、その間をテレビ電話にすることが出来るかもしれない。 ちょっと熱が出た時など軽症の異変はテレビ電話でもすむかもしれない。 テレビ電話での会話や影像がそのままカルテとして利用できるなら、カルテ記入の手間がなくなる。 直接の医師の診察を受けなくて、患者が満足するかどうかは、わからない。(言わなくても不満はたまると思う) 結局影像付きの電話以上のツールにはなれない様に思う。</p>
<p>対面診療を心がけたいと思う。</p>
<p>平成21年8月3日に開設したばかりですのではじめの方の質問は人数が0になっています。</p>
<p>ある程度の接続時間を許せるのであれば、外来受診者の間に順次対応できると思われる。現在も外来診察中に、在宅の患者さんから電話がありその都度対応している。 遠隔医療についてあまり細かい取り決めは行ない方が良いと思う。 例えば何分以上の接続(診察)時間でないと診療報酬が低くなるとか……</p>
<p>遠隔医療の導入は経済的に当診療所では難しいと思われます。</p>
<p>遠隔医療は行っていない</p>
<p>24時間診療がない時間は携帯電話への転送によって患者と連絡とれるようにしているが、遠隔医療で機器の前にいつもいるわけではないし、診療所と自宅は分離しているので現在より不便であると考えている。 患者を実際に診察しない医療が成立するのか不明。医師として役目があるのか疑問</p>
<p>遠隔医療による診療は補助的なものであり、やはり往診による対面診療が不可欠と考える。 患者情報を得るといふ点では非常に有効な「ツール」でしょう</p>
<p>①肝心のLife Lineである通信回線(光ファイバーネットワークetc)は人口密集地のみ整備されており、遠隔医療を早急に一般化すると、地域較差(不公平)は更に拡大する現実。 ②人間同志の全ての感覚・周知能力を無理なく発揮できる対面診療にはとても置き換えられない。 ③ビデオ回線・画像操作・ネットワーク介入に伴う個人情報保護の困難さ。 (Internet etc virtual worldのハッカーの能力は、私個人の印象では想像を超えたものがあります) 以上より遠隔医療の応用は現時点では</p>
<p>①画像情報共有(医療者間)評価 ②離島・へき地・超高齢者の在宅みとり災害時、限界集落に限定した方が良いのでは?と考えています。 医療情報化は、トップランナーに合わせるのではなく情報社会の最も後方を走るランナーに合わせて構築すべき性質のものと考えています。</p>
<p>理学所見がとりにくく医療の質は劣ると考えられますが、24hrs体制がとりやすく、患者及びその家族の安心感はさらに向上しやすいと思います。 在宅療養のニーズが高く、提供側(医療サイド)が少ない地域においては有効なのかもしれませんが、そうでない都心では十分な医療が施されないのではと危惧します。つまり過疎地や離島などでなら有効なのかと思ひます。</p>

<p>テレビ電話などで遠隔医療をする場合、患者本人と家人とわけて説明、指示したいケースが出てくると思いますが、そういった面で不自由かなと思います。別室で2画面、2音声などあればいいのですが…。</p> <p>在宅医療で訪問しておりますが、食事内容などが把握しにくく、テレビ電話があればチェックしやすいのではと考えます。</p>
<p>都市部ではなじまない気がします</p>
<p>地方において遠隔医療と在宅療養の必要性は、医-医間の data の共有以外にメリットを感じない。</p> <p>必要なら毎日でも夜間でも休日でも往診している。</p> <p>これは今後も変わりがなしと思う。</p> <p>P4-5については、いつも思うのですが、レセ数や患者数は本当に必要ですか？</p> <p>毎年、同じような項目の調査が、県や厚生省などいろいろなところから大量にかつ複数おくられてきます。少なくともP1~4については各県に問い合わせればPCに入った素晴らしいデータが送られてくるのではないのでしょうか。</p> <p>遠隔医療は医-医ならともかく狭い国土の日本で、このために時間やお金をかける気はありません。</p> <p>気軽に患者さんの往診をして顔をみればと考えています。</p> <p>医-患者間のテレビ電話なんて意味がない。</p> <p>最近の貴クリニックのアンケートは、調査のための調査のようで、お役所のアンケートとかわりがない。今後は、あまりかかわりたくない。</p>
<p>医師、患者の直接の対面、ふれあいが基本と考えている。</p> <p>遠隔医療における医師、患者の人間関係のイメージがわいてこない。</p>
<p>導入費用、ランニングコストを考えると患者にすすめるのは、気がすすみません。</p> <p>また、1人10分間というのは長いので効率化という面ではあまり改善しないと思います。</p> <p>もっと安く、気軽に話せる（短かくても）システムがいいと思います。</p>
<p>Vertical question は意味がない。</p> <p>人間は往診してみないと問題点は不明である。</p>
<p>昨年、大病を患い、1年間休診。</p> <p>そのため元々少なかった患者数が激減。</p> <p>又現在体調万全でなく、月水金曜のみ診療。</p> <p>訪問診療往診等に関しては患者さん（家族）が私の体調を気遣い殆んど無し。</p> <p>←なお休診前に訪問診療中だった患者さんは連携医に依頼。診療再開後も当該医にて訪問診療を続行。私は相談のみ。</p> <p>上記のため、私のは参考にならないと思います。カットしていただいて結構です。</p> <p>注) 〇〇市の中心に位置するため、遠隔医療には興味なし</p>
<p>小生の場合遠隔地の患者さんとの往診がない為（全んどが近所）あまりピンときません。</p> <p>TELで十分対応できていると思いますが…</p> <p>遠隔医療になった場合、医師と患者の関係が疎遠にならないか？ 不安です。患者に触わり、目を見、肌の色をじかに診、息づかいを感じとり、といった診療はどうなるのでしょうか？</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・無医地区解消になる。 ・都会では、高齢者、障害者（歩行障害）が対象となるべき。余りこのシステムで済ましたら、お金を支払わない人が増加する。隣人が使用して……。医者は、ボランティアか？
<p>全くTV電話、在宅診療は考えない</p> <p>電話で十分と考えている</p> <p>24時、365日</p>
<p>医師側の端末をケイタイで可能にすればネットワークはさらに軽くなる。</p> <p>患者側もケイタイで良いのでは。そうすれば即日実行可能と考えますが…。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆遠隔医療は対面診療の補助的役割を担うと考える ◆患者・家族のより安心できる在宅療養の一助となる ◆遠隔医療が患者・家族の生活がプライバシー侵害にならぬ様、あらかじめ定められた日時でおこなうべきである ◆緊急対応には時間と場所を制約することから不適である。電話で十分である。

◆現状を伝達する際に有効と思われる ◆設置の経費はデメリットであるが、誰が担保するのかイメージできない
第1には患者さんの金銭負担がどのくらいになるかが問題になると思います。 第2にテレビ電話の可動性が問題になると思います。 疾患によっては近接像が必要で歩行状態等みるには遠影が必要となります。
遠隔医療について診療場面にはモニターごしでは十分とは言えないでしょう。介護上のアドバイスとかは有効ですが急変時にはあわててしまい、なかなかうまくは行かないのではないのでしょうか。
遠隔医療はとてもすばらしいことだと思います。 しかし、今の世の中、大変わがまま（私達のエゴと思われたらすいません）で、軽症というか、今しか時間がないから今すぐ来てほしい。 お会計を絶対支払いに来ない など、ひへいしてしまいそうな現実もあります。 本当に困っている患者様が、少しでも安心した医療が受けられる世の中になってほしいと思います。
平成18年4月1日～在宅療養支援診療所の受理はいただいておりますが10月22日現在まで対象の患者さんはいません。又、今後も未定です。
遠隔医療はあくまでも安定期に行い、急変時は往診又は受診が望ましいと思う。患者本人のみでは高令者の場合操作も困難と思われるので、訪問看護師と一緒に受信が望ましいと思う。 当院は豪雪地域で冬期間は交通手段の確保や患者の肉体的負担が多く、安定した病状であれば非常に患者さんにとって有効な手段になると思うが、受診、往診に変わるものではなく、あくまで補助的なシステムと考える（当院においては） 機器のサポートをする業者が少ない地域であることも不安である。
現在訪問診療は昼休み中にナースを1人つけて行っている。3人回ると昼食がとれないときがある。極力外来数をへらすように28日、35日、42日、処方を中心であるが、緊急以外は外来時間をけずって、訪問診療をする時間はない。この時間は遠隔医療を行ってもやはり昼休みしか時間がとれない。顔をみて話をし、医師と患者も安心はするが時間の節約にはなりえないと思う。今後、徐々に患者が減少してきたら（実際に減少してある）1回、午後から訪問診療の時間を作ってもよいと思っている。
実際に遠隔医療を前病院でもしておりました。 腸瘻の大腸ガンの方でした。不安な時は直接お話もでき、つまった様子なども確認し、指導もできていました。 しかし、それ以上には発展せず、こちらの想いとは何か一方通行な気がしました。 設置する費用や利用費用も負担となりました。
1990年代のテレメディスン研究会に始まり、無線によるSSTV、衛星通信マイクロ波、携帯電話、テレビ電話、FOMA、インターネット、スカイプ等めまぐるしくインフラは整備されたが、行政やコスト収入がともなわずいまだ実用にはほど遠い実情がある。 学生時代に■■■■基金による研究にかかわったが、生体情報の伝送プロトコルすら標準化されていない。 離島や遠隔地だけでなく「社会的孤立」した独居老人や障害者にとっても非常に有役となると考えるが、ニーズだけでは動かないものだなあと雑感した。 また、テレメディスンにより「触れる」医療のニーズも深まり、差別化されるべき事で表記されている様な非難には当たらないと考える。
在宅医療を行っていて、電話対応による問題解決はしばしばみられる診療形態です。ですから、テレビ電話による診療もその電話対応の延長線上にあると理解しました。ですが、在宅医療では介護者である御家族が、その現象をどのようにとらえているかが大切であることを考えると、かならずしも画像による所見は必要でないことが多いです。つまり、画像（テレビ電話）でみなければ、状況をつかめないということは、御家族に状況を説明する力がないことを示し、ひいては、診療後にこちらの指示通りに御家族が対応できない可能性が高いと考えられます。 在宅医療では、遠隔診療云々という前に御家族の介護力（理解力、実行力）などが不可欠になりますので、従来の電話対応にテレビ電話が加わることで、大きなメリットは期待できないと考えます。

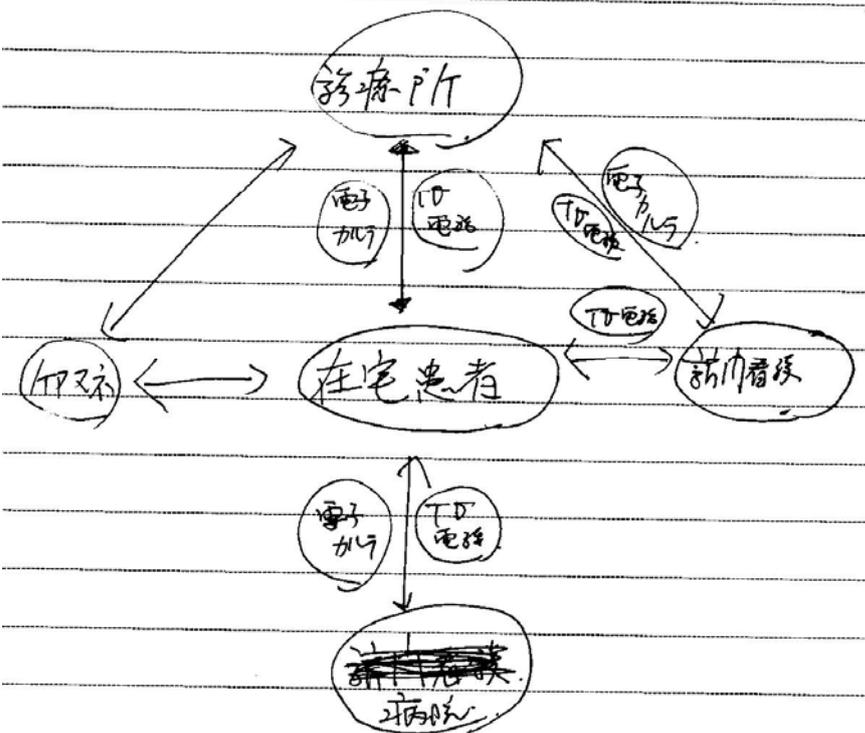
<p>ただし、医師・医師間の情報共有や、併診などの際には電話に加えて画像のやり取りをすることで大きなメリットはあると考えます。しかし、この場合もあくまで在宅主治医が責任者として対応する必要があるでしょう。</p> <p>このアンケートに取り組むなかで、「緊急時」という表記が数箇所に見られましたが、在宅医療における「緊急時」とは病院医療における緊急時とはまったく質を異にします。「緊急」とは言っても半日程度は様子を見られるような状況でなければ、在宅における対応は事実上困難です。ですから、遠隔診療を行っている最中に緊急の依頼が来る…云々というのは、常に定期の訪問診療を行っている立場から考えると、なんら珍しいことではなく、電話対応を行いながら、しばらくお待ちいただき臨時の往診にうかがうという形になるわけです。</p>
<p>実際に対面して診察しないことに少しばかり不安が残りますが対応を密にすることはできるかと思えます。あまり機械は好きではありませんが。</p>
<p>遠隔医療に関しては全く経験がありませんので何ともコメントできませんが、将来的にはうまく活用して在宅療養にも生かしていけるようにも思います。</p>
<p>問C-5：遠隔医療システムの利点は、特定の両者間にあるのではなく、1、2、3、4のすべての両者間の連携がリアルタイムで可能になることだと思われる。</p> <p>問D-3、D-4、D-5：患者宅までの距離次第である。車で15分以上を要する場合往診、訪問は受入れ難い。</p> <p>実際には、現在24時間往診を旨としているが、回数は多くはない。均せば、2～3ヶ月に1回というところであろう。深夜0：00～早朝6：00までの往診の依頼はほとんど経験したことはないから、24時間往診を標榜することも不可能ではないかもしれない。</p> <p>1人常勤医による医院では、おのずと対応に制約がある。</p>
<p>遠隔医療は対面診療の補助となるものであって、それを行う場合でも必要に応じ対面診療を行うべきである。対面診療に対する十分な診療報酬が保障されなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当診療所は、自宅とは別なので、遠隔医療システムを診療所に設置しても、夜間休日に対応できない。 ・医師一人なので、遠隔システムのメリットが少ない。 ・外出（医師が）していても携帯電話に転送できればよい。 ・在宅医療を主にしている病院や診療所にはすばらしいシステムと思う。 ・逆に、現在の当診療所のような、予約制ではないところでは現実味が感じられない。 ・医師がいない地域と基幹病院の間にシステムをつくるのは大変よいと思う。 ・一人ぐらしの高齢者やねたきりの人の家族が同居していないかヒル間仕事でいない時など、どおするか。 ・一旦機器を購入し設置しても状態により入院してしまったり死亡してしまっただけの場合のことも考えて、リースにする方がよいと思う。
<p>A Vを使う診療はあくまで代用品と考え、基本は人←→人の直接肌の触れ合う診療であろうと思います。</p> <p>24時間診療往診は55才の体には時にはつらいけれど、「直ちに」の場合で、当地にいない時は、医師会内に緊急対応Drが、順番で決められている「在宅療養支援診療所、医師待機により」ため。</p> <p>一方、医師会+市のシセツでやっている訪問看護ステーションに連絡しておくとも看取りも可能です。</p> <p>この地にA V診療は、まだ必要ないかもしれません。</p>
<p>遠隔医療で在宅療養と同程度の医療を望むのには無理がある。患者、家族と話し合い説明をして納得して遠隔医療を受けてもらうことにしないと患者家族の期待と医療者側が出来る範囲（時間的制約）があって期待に応えられないこともあることを理解させておくことも重要。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者さんと医師は、面と向かい、話し合い、聴診器を当てるのが基本である。TV電話などの診察を導入すると「患者－医師」間の信頼関係が養われないでしょう。 2. 確か、これ迄、「TV電話を使った遠隔医療」のスタディがあった筈 <ol style="list-style-type: none"> ①その結果の総括を知りたい ②そのパイロット事業が、その後も自律的に（補助金なしで）続いているものがあるのかどうか

も明らかにして下さい。

3. こういう「TV電話～遠隔医療」に在宅医療に携っておられる、川島先生が関心・興味を持っておられるとすれば、氏の在宅医療の質が問われると考えます。(国の官僚から提案されているのなら、まだ理解できますが)
4. TV電話がこういう見守りとか「診療」に有用なら、セコムや総合警備保障が当然進出しているでしょう。医療の原点を放棄してはいけないと考えます。

○在宅医療を推進する際に遠隔医療を積極的に利用したい。
医師不足、ナース不足の解消、患者家族への安心感。

2018/10/10



- 「多死の時代」を迎える際に「自宅での自然死」「自宅での病死」を増やして、病院への負担軽減をはかる必要を強く感じている。
- 診療所の外来主体の医療からの脱きやくを強力におしすすめるべき。その際に遠隔医療も含めITを積極的に利用したい。
- 訪問看護や自宅での看取りの際「ケアマネの理解不足」「包括支援センターの独断」で困っている。医療と介護を分離するか、ケアマネのけんげんや包括のけんげんを限定してほしい。抱括支援センターやケアマネは、主治医に関係なく、病院を決めたり自宅での看取りを前提に往診していた方が、ケアマネや、抱括の職員が救急病院に搬送したりすることがある。
「助ける医療」「看取る医療」との違いを理解できていない。
ケアマネの90%は介護福祉系出身であり、根本的なところではずれちがいがある。ぜひ、「介護」と「医療」を分離してほしい

現在の私のやり方においては、あまり現実的ではありません。

患者さんにとってもそうだと思います。

カッコよさとかに流れてしまうような気がします。

アナログ人間のひがみかもしれませんが、直接さわって目でみないと、診断に自信がもてないと思います。

まず在宅中心にした診療所と、外来の比重の大きいところでの差がこのアンケートではあまり考えられていないように思われる。

在宅医療中心で増悪時には協力病院を利用している施設と、自院で完結しているところとは、ITのとりにくみ自体かわってくると思われれます。

ブロードバンドの利用は便利と思われれますが老人の一人暮らしなどでは、機器のとりにくみ

<p>あつかいが難しいかと思われまじし、在宅訪問は診察だけではなく、心のふれあいが大切で間にハードが入りこむことによる断絶間ははかりしれないと考えます。</p> <p>Drどおしで情報共有は実現して欲しいと思います。</p> <p>緊急以外での機器の介在は賛成できません。</p> <p>もっとも自院が病院、医院の過密地域にあるために遠くへでむく必要がないことも大きな理由かもしれまじせん。</p>
<p>地域の医療崩壊は著しく、医師個人の肉体的精神的疲弊していて、新しい投資には消極的とならざるを得ない状況です。</p> <p>しかし、医師－医師間の情報交換、データ共通化、などは専門外の疾患や急性増悪時などに専門医のコンサルテーションを受ける事が可能になるなど、大きなメリットを感じまじす。孤立した地域の開業医の先生方には特に役に立つ事と思いまじす。医師－患者間の遠隔医療推進にはお互いの信頼関係も希薄化し、医療過誤訴訟の増大なども危惧されるのではないでしうか。</p>
<p>手ざわり肌ざわりというふれあう、よりそう医療、看護介護が中心であるべきで遠隔医療はあくまでも補助的なものにとどめるべき。</p> <p>医師－医師間の情報交換には多いに役立てるべき。</p>
<p>遠隔医療はある程度患者の状態をはあくすることが可能であるが、十分には観察できないと思う。</p> <p>簡単な処置や、指示はずいぶん可能になると思う</p>
<p>医師患者間の遠隔医療を考えた場合、隔地での医療が頭にうかぶ。たとえば離島の患者の場合など。私自身の医療現場を考えた場合、適用は少ないよう思われる。また実際の遠隔医療を考えた場合、患者の顔色とか、何か変でどこかに異常があるなというような微妙な情報が擦知できない可能性がある。そういう場合も考えると、家族だけではなく、ナースが、患者のそばにいて補助的情報を送ってくれる場合の想定も重要と思われる。また画像上で明らかに緊急性が考えられる場合、入院できる施設との前もった連携上の契約も構築する必要があると考えられる。最後に遠隔医療の適用は諸事情によりどうしても必要な患者にしぼるべきでありコンビニ診療の手段の1つとなってはいけないうと考える。</p>
<p>遠隔医療の対象を在宅患者の病状が変化した時に利用すること主にするのか、病状が安定しておりその確認を主として利用するかによって諸条件が異ってくると思う。診療圏の比較的限局された都市部においては、遠隔医療をどのように行うかいろいろな状況を想定して慎重に運用する必要があるのではないか。</p> <p>患者さんと直接接することで、五感をフルに活用し診療すべきであり、地理的、時間的な障害がなければ訪問診療往診をすべきであり、あくまで患者、家族の不安を解消する目的など補助的に使用すべきではないかと思う。</p> <p>医療機関と患家の距離がある田舎やへき地ではまた話がちがってくると思いまじすが、具体的なイメージには乏しいため、コメントに書きにくい状態です。</p> <p>テレビ電話を電話＋視覚情報と考えると対費用効果に乏しいと考えまじす。</p>
<p>以前スタンフォード大学で当時日本が、ISDNすら導入されていなかった頃、マイクロソフトが、通信の実験を病院内でしているのをみまじした。帰国して同じことができないか調べてみたら、厚生省が研究費を出してくれるとのことなので実験をしてみました。当時の感覚では役に立ちまじせんでした。まず、通信スピード、立ち上がり速度、が問題。システムのスピードはその後何とかなると思われまじましたが互換性やバージョン間の問題等逆に進化することによる問題も出てくることもわかりまじした。確かに導入したときは何となく良いようにも思いまじすが、長く使っているとTELしたほうが早いし、そんなケースはめったにないように思いまじす。</p> <p>ただ、家族にとっては何かわからないけど先進技術で守られているという安心感が出てくると思いまじす。現実に患者さんが、心筋梗塞を起こしたとき遠隔の画像が動かなかったのですが、音声のみOKだったことがあります。音声のみでAMIと診断できたのですが家族は画像もわかっていると思って安心していたケースがあります。</p>
<p>①遠隔医療などというものを真剣に考えることがわからない。</p> <p>②医療技術の低下かつ診断能力の低下にもつながり、保険会社参入の道をひらくものであろう。</p> <p>③保険会社が非営利であればいいのだが、遠隔医療というものに対しては医学上の問題点も大きい</p>

<p>④コンピュータ画像からの判断をするならば統一した画素数、統一した音響特性のスピーカーなどを考えねばいけません。何故ならば、肉眼では見のがさなかった様なものもみのがすことも考えた場合に個人個人のものでは非常にRiskyである。</p> <p>⑤遠隔医療で医師でないものがおこなうことも可能なわけで、診療報酬の不正請求も可能となって来るという愚策にしか私には考えられない。</p> <p>⑥逆に言えば上記⑤の様なことが出来るものであろうと仮定すると、医師自身の訪問・往診はまちがいなく減少すると思われる。</p>
<p>現代家族のあり方が核家族を中心にしたものになりつつあり、夫婦+子供2人、伴働き、がモデルケースとするならば、この家庭に在宅の老人を挿入した場合、①奥さんのパートが不可→教育費の抑制 ②奥さんパート疲れで倒れる→御主人も休業せざるを得なくなる→会社をクビになる→家族全員が路頭に迷うという想定が成り立つ（現実化している）</p> <p>これに比較し、寝た切りになってしまった老人をある程度集中管理できる入院病床に入って頂く→老人本人にとっては最上のQOLではないにせよ、逆に他の4人の家庭そのものの崩壊を防ぐことが可能となる。</p> <p>家庭毎に崩壊しては社会そのものが崩壊する税金も減ると社会インフラの維持もできなくなる。</p> <p>どのみち公費を使うのならば、社会の根本を維持できる方法論（みかけ上すばらしいものではないかも知れない）を採るべきである。</p>
<p>現在は家族の要望に応じて、往診しているが、モニタを通し、ある程度重症度が判断できれば、往診する回数を減らせる可能性はある。現在でも電話応待ですむことが多く、電話とテレビ電話との差がどの程度あるかは少し疑門が残る。</p> <p>電話とFAXの発展形という認識以上のものではないと思われるが、有効に活用したい。</p>
<p>在宅診療経験が浅いので、お役に立つことが少ないと思います。申し訳ありません。</p> <p>当方の在宅診療は、外来診療の急性疾患を抱えているため、昼休みを長くとり、その時に在宅診療に回るようにしています。従って多人数は受け持てませんので、在宅が盛んになると、お断りすることもあるかも知れません。また、こまめに対応するには、遠距離は難しいので、医院周辺のどのあたりまでとだいたい決めていきます。近くに医療機関が多い地域なので、競合が激しいので、こういうことが可能です。</p> <p>実際のやり方は事前に十分な話し合いをして患者さんへ急変時、診療で手を離せない時は代理でとりあえずナースが行き、状態把握し、後で医師が行くなど、説明しておきます。患者の状態、経過をみて、慢性的な人は月2回（ただ通院困難で全身状態はよい人）は最低でも訪問、状態が不安定な人は週3回週6回と状態に応じて訪問します。時には、昼と、夜一回顔を見に行く程度というふうに訪問しますが、外来診療の忙しさに応じ訪問看護と合せ、毎日誰れかが行くというスタイルもとります。密に訪問し、説明と会話を十分にしながら行くと、ほとんど計画的訪問で済み、往診が必要なのは末期と、病状悪化の不安定期のみとなっています。</p> <p>まず、不安がらせないことが不要不急の往診依頼とならないようなので、そのことを心がけ、病状の確実な把握もしっかりやっていくようにしています。テレビ電話も新しいツールとして役立てれば、もっと在宅は広がるかも知れないと思います。</p>
<p>まず、在宅というよりは、介護施設（特定、老健）等から行ってみた方がよいのではないのでしょうか。その都度、t e lがあつて往診に行き、そして必要な時にはそのまま患者さんを連れてきたり、又、病院に必要なものをとりにもどつて又、行く等の手間を省く為に！！</p> <p>介護施設は多人数なのでコスト的にも在宅より安くつくと思います</p>
<p>感染症の拡大した際など医師が患者から感染症をもらうriskが少なくなり、望ましいのでは？</p> <p>自分自身は拘束される時間が長びくことは嬉しくない。</p>
<p>遠隔医療は患者さんの顔が見える。（いつでも）テレビ電話でしかし、人間として必要な“スキン・シップ”が減少してしまう欠点も合わせもってしまう。</p> <p>今現在の考えとしてはやはり同じ場において同じ空気をすうことが望ましいと思う。</p> <p>しかし往診出来る患者数、移動距離は限られてしまい将来的にはやはり必要となるのか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在～将来も、遠隔医療は不可能であり、来院患者の診療で手一杯です。 ・ 往診は外来患者を待たせるので、困難なことが多い。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 往診で十分な医療は出来ず結局病院に送ることになるー検査、診断が出来ない。 ・ 患者を治療しようと思えば、病院に運ぶしかない。救急車の利用がよい。 ・ 何もしないで格好をつけるだけの往診をよしとしない。以上経験に基くものです。
遠隔医療は従来の医療と異なる医療なのでそのための研修が必要
<p>医師ー患者間でテレビ電話を利用した、診療で得られる利点は、一部の場合に限られると思われる。</p> <p>又、定期訪問診療で得られる患者情報に比べると情報量が減ることが否めない。</p> <p>状態安定した、高血圧、高脂血症、DMのPtで働きざかりで仕事をもつ方が時間外に利用するのは有益かもしれない。(昼間定期受診が難しい場合)</p> <p>状態不安定、あるいは高齢者の場合は患者にとって不利益が多い。益が上回る場合のみ、利用もあると思う。併用が原則と思う。</p> <p>職種間の連絡は通常の電話で十分。</p> <p>画像遠隔読影は、インターネットで十分。</p> <p>テレビ電話の必要性は思いません。</p>
<p>① 医師チームの構築(地域をこえた)24時間対応にむけて</p> <p>② あくまでも遠隔医療は患者にとって補助的なものである事に対する認識を忘れないこと。</p> <p>お疲れ様です。非常に大切な分野と考えてます。</p> <p>一日もはやく患者さんたちが自分の意志で生き抜ける場所作りができることを祈っております。</p>
<p>現在導入は考えていませんが、患者さんたちが携帯電話などで写真をとってきてくれる事があり非常に便利な事があり、有効有用と思います。</p> <p>私は手当てをしたい。便利さだけを求めて遠隔医療を求められるならば、参加したくない。末期患者さんの対応には、お互い信頼と安心感があると思うが…。患者さん及びその家族とのコミュニケーションを通常よりしっかり出来てる方については遠隔医療出来るが、無差別に誰でも受け入れようとは思わない。</p> <p>通常末期在宅の場合、少しの医療器機をお宅へと運び入れ、ハートモニターを導入しご家族に指導、連絡すべき時を約束し、深夜、早朝、いつでも対応出来る様身体にケイタイ電話をおいて対応している。多少のわずらわしさあるが、長年付き合った患者さんには、全てその様な対応(急変時にも)をしている。</p>
<p>在宅医療は人と人との関わりがあることが利点だと考えますので遠隔医療は僻地医療など特別な例を除いて在宅医療には適さないと考えます。</p> <p>一方、医師ー医師、医師ー看護師間で情報を共有するという点では(遠隔医療と言ってよいのか?)有益だと考えます。</p>
<p>テレビ電話が高性能となってきており、ケイタイT e lを活用すれば良い遠隔医療在宅療養ができると思う。特にへき地であるので、地理的に往診にすごく時間がかかるので、一般診療に障害がでてきている現実。これを少しでも解消できることを期待しています。</p> <p>24時間対応を1人でやっているの、体がへつへつですので、気軽にTV電話で24h対応で健康相談されると身がもたないので、センターをつくる、当番制にするなどの配慮が必要になると思います。(24h対応している、診療所医師より)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. サポートツールとしては有用と思うが、診察(医療行為)そのものに代替するものとしての位置付けには疑問… 2. 患者情報共有や伝達面でのIT利用促進は急務ですが、遠隔医療の特性や限界を充分吟味の上の対応が望まれます。 (安易な導入による医師ー患者間の好ましくないコミュニケーションの質的変化が心配) 3. 遠隔医療の診療報酬評価についてはそれ単独に対する点数付与でなく、あくまでも外来診療、訪問診療の加算項目として扱って頂きたいと思えます。
<p>書ききれません。[]をご覧ください。</p> <p>心電図だけのように見えるかもしれませんが、患者の体調全体をつかめます。</p> <p>名医以上の精度の解析ができます。</p> <p>症例数：約 []</p> <p>測定数：約 [] (1人の人が数回検査するため)</p>
<p>どのようにシステムが進歩しても、やはり診察の為臨時往診する場合はなくならないと思うので(特に在宅末期)導入してもあまり変わらないように思います。</p>

<p>当院は、現代の医学では積極的治療法のなくなった方の自宅での療養を支援するために設立したものです。</p> <p>人と人が身近にふれ合うことで、お互いのぬくもりを感じられる医療をめざしています。</p> <p>ITを利用した遠隔医療はなじまないと思います。</p> <p>基本的に在宅療養は、医療技術の切りうり、あるいは、ことばだけのコミュニケーションだけでなく、息づかい、ぬくもりを感じる中で行なわれるものであろうと存じます。</p>
<p>一例だけ遠隔医療の経験があるが、安定期は良いが、急変時や終末期は使う事は無かった。完全な遠隔地ではなかった事も一因ではあるが、介護者や訪問看護師との電話のやり取りで十分だし、電話で不十分な場合は訪問する必要があると思われる。</p> <p>世間にどのように認知されるかによって普及するかどうかとも変わってくると思われるが、私は対面診療を大事にしたい。</p> <p>離島診療を行っているが、離島の人たちは夜間やシケの時などに急変した場合、それを受け入れる準備は出来ていると思われる。</p> <p>その中に遠隔医療を導入する事が良い方向に行くのか、離島が離島として保っているバランスを崩してしまうのかは分からない。今後の動向を見守りたい。</p>
<p>患者を直接2つの目で診て（見てではなく）認識しくわしく視診問診を行いさらに触診などの必要診察を行うことなく診察医療とは云えないと思っています</p> <p>それにテレビやカメラの実画をみての診療はあり得ないと思います</p> <p>（勿論テレビや実画をみてどう批判したりするのも自由ですが）</p> <p>いわゆる遠隔医療は医療行為とはならないと考えている</p> <p>ただ患者が絵をみせて（実画を含めて）いろいろ医師に助言してもらって満足していただければいいのではないでせうか。相談にのるだけで医療行為とは考えられません</p>
<p>医療者側の機器が携帯化しなければ、夜間もクリニックへ訪問しなくてははいけなくなり、往診する手間とあまり変わらなくなる。</p> <p>FOMAなどのテレビ携帯電話の機能強化の方が有効なのかもしれません。</p> <p>費用負担が最大の障害に思えます。</p>
<p>遠隔医療と在宅に関しては、在宅療養者及び家族の理解が大前提であると思う。</p> <p>訪問が少くなるとの懸念があるとの事だが、訪問が少くなるのは極めて当然の事で、訪問も行い遠隔医療も行うというのがあればそもそも遠隔医療は不要。屋上屋である。</p> <p>遠隔医療を行うのであれば、遠隔医療を中心にしつつ必要な時に訪問を行うのでなければ無意味。</p> <p>「訪問しない…往診しない」医師を増加させる…という人がおれば遠隔医療に対する見方がそもそも間違っている。どこかおかしい人である。</p>
<p>遠隔医療のうち医師－患者というのはいわゆる無医村で考えるべきモデルと思う。たとえば離島とか。</p> <p>少なくとも都市部では24時間いつでも往診できるし、おこなっているので不要なのです。</p> <p>離島対策、無医村対策としておこなうものであるならば、初期投資や維持費用は国／自治体が負担すべきものであって医療機関や患者が負担すべきものではない。と考えます。</p>
<p>・ 今後高齢化がますます進行していくと考えられる。独居老人が増加していくが、これらを集合住宅施設に集約し、それらにかかる労力を一点に集中した方が、効率が良いのではないか。それらの施設にフリーターやニートを採用して就労させてはどうか。</p> <p>また老人中心にコミュニティーを作成し周囲に田や畑を作り自給自足的に生活できる様にしてはどうか。</p>
<p>患者さんとの対話に使用することは技術的に難しい側面が多いと思います。医師同士、あるいは多職種のカンファレンス、会議から始めるのが、ハードルが低いように思います。</p>
<p>遠隔医療はCT画像や病理プレパラート診断が有用だと考えていました。</p> <p>在宅療養においては医師が患家に往診する事そのものが患者や家族の安心につながっているのので、テレビ電話がその安心感につながるのかわかりません。</p> <p>しかし、現実的には往診に片道1時間かかるような場合や、離島などで医師がいない場合には、テレビ電話による対応もある程度やむを得ないと思います。</p> <p>また、がん末期など重篤で家族が不安を強く訴える場合などは遠隔医療は難しいと考えます。</p> <p>これは遠隔医療とは少し違うかもしれませんが、独居の人や、昼間独居状態の在宅療養</p>

者にはテレビ電話が不安を除く役割をしたいと思います。
患者の入浴時の様子などを介護職が、Nrs or Drにみてもらえればデイサービスなどでの有効利用可か？
恐らく負担軽減策として取り入れられた制度と理解していますが、はっきりいって診察を全くせずにテレビ電話のみでお金を稼ぎ、急変時は近隣で対応などもっての他である。 クレーマーやモンスター患者が増えることも考えられ、余計疲弊する上実務をしないダメ医師が増える愚策であろう。都市部ではまず中止することを前提にして、山間部や過疎地、無医村や離島のように限定すべきと考える。24時間対応しないくせに横着すぎる。
・物理的に通院、往診がむずかしい「真の遠隔」ならば少しは役に立つように思う。
当院では医師とナースが写真（患部など）を積極的に撮って、カンファでの検討材料にしています。ビジュアルなツールがもてるということは、より具体的な把握につながっていると思っています。 遠隔医療は、顔が見えることで患者に安心感を与え、一定の医療の達成感、電話よりはいいと思われそうですが、医師の診察が問診視診（？）のみとなる故、落とし穴も沢山出てくる危惧があります。 夜間往診の補助として機能をさせることは大いに意味がありますが、あくまで補助としての役割に徹するべきで、往診に変わるものであることではないと考えます。
イメージがわからないため、アンケートの回答が難しかったです。 往診と外来の中間的な存在をイメージしてしまっていますが、コミュニケーションのとれぐあいや、触診・聴診できないことのデメリットが想像できません。
在宅のみを行っている診療所です。患者さんの状態をTVでみるというのはそもそも在宅診療にはそぐわないと思います。 遠隔は、離島や山間などどうしても交通、時間の制限がある地域限定での運用になるのではないのでしょうか？ すくなくとも都市部ではありえません。国の理念に反する部分もあると考えます。
在宅患者宅、持家）とテレビ電話 大学とケーブルテレビ（ ）とつないでやってみました。 新聞添付します。 結局はうまくいかず（皮フ疾患…帯状疾患には有効でした。今は老人ホームでデジカメで撮ってメールで送ってくる方法があります）やめました。 医師又は看護師が飛んでいく方が早く、良い結果がでます。
遠隔医療では、診療の質の維持が困難なような気がします。臨床医としての直感的な診断が困難となりそうです。 しかし、緊急時の対応等において機器をうまく使いこなせれば、緊急連絡手段としては有効であると考えます。
終末期の在宅医療は今後増加すると思われ、家族・本人が不安の中自宅ですごすことを少しでも軽減できるツールとして有効と思われる。 しかし、医療費による経済的負担が大きく、レンタル等でより安価なシステムができれば良いかと。 又、高齢者が高齢者を介護するケースも多く、機器がより簡単な操作で使える必要もある。
医師が1人では24時間対応には、限界があると思います。
遠い遠い先の話し SKin shipなしで対応できず。 厚生省の医療費軽減か。
現在都市部で必要性に感ませんので回答できない質問が多くほとんど白紙で返答しました。
往診靴ぶらさげてトコトコ歩いて行く type の零細開業医でして、とても遠隔医療なぞ出来そうもありません。（考えられません） もどかしさでイライラが募りそうです。
医療環境に恵まれた中で、遠隔医療を考える時、医師一人の前提で地域の広さ往診距離、緊急事態への対応、医療従事者との連携等の条件を考え、一方患者さんへのメリットの

<p>是々非々を考える反面、案ずるよりも生むが易し、もありきとと思っている。</p>
<p>条件として</p> <ul style="list-style-type: none"> ・音声が明確に聞きとれること ・画像が鮮明であること ・薬剤指導が十分に出来ること ・処置が適切に行える技術を提供出来る事
<p>いくら画像が鮮明になっても、診療に患家で患者、介護人の居る空間に行かないと介護がうまくいっているのかどうか雰囲気がわからないと思う。 また触診しないとわからない情報がたくさんあり、TV電話は、現行の電話再診程度の役にしか立たないと思う</p>
<p>遠隔医療を利用することで、在宅療養の可能性がより拡大し訪問診療への移行が速やかとなる。 さらに在宅看取り、緊急時の対応もやり易くなるように思われる。反面高齢者家族対象の医療が多く、機器の維持管理には大きな不安を感じます。</p>
<p>老人ホーム、グループホーム等との連携に、テレビ電話等は有用と思われる(補助的に)。自宅にテレビ電話設置しても、高令者世帯等では使用できないと思われる。</p>
<p>医師一患者間の使用が最も有効と思う。患者の容態が安定している時は訪問回数を減らすことになる。急変時も、大体の状況把握がリアルタイムに行えるので、当方が準備すべき医薬品、処置、装備の選択に有効と思われる。 モバイルパソコン等でも遠隔医療が可能であれば、相互に決めた時間でコミュニケーションを取り易くなる。訪問看護師への指示もリアルタイムに行えるので、患者、訪問看護師、医師共に待ち時間の節約にもなり、事案の即断、即決による効率化が可能となる。 但し遠隔医療の診療報酬上の点数づけをもっと広範に行い易くしないと普及しにくい。器具(装置)や通信費も行政あるいは保険への支援が必要である。また専門医の対診をもっと拡大すると期待できる。 今後これが普及すれば地区医師会内での当番医制も可能であり、必要時に主治医の意見も聞くことができれば患者の安心にもつながることが出来る。</p>
<p>最初は特殊な症例のみを対象とする事になるので最初から大きな投資は無理。導入方法を考えないとうまくいかないし普及しないと考えます。</p>
<p>人口3000人位の過疎地域で開業しております。訪問診療往診を行っているところのほとんどが老人世帯であります。 長年のつきあいで診察させていただいておりますので、ふれあいを大切にしたい地域医療をもうしばらく続けていくことができれば良いと考えています。</p>
<p>遠隔医療導入により、実際に訪問しないとわからないptの状態がある程度把握でき訪問する緊急性があるかどうか分かるかもしれません。 医師の訪問日数、時間の負担が減少するかも。その分電話対応にとられる時間が多くなると思いますが…</p>
<p>なるべく協力していきたいが、毎年時期が悪い。比較的、外来患者の少ない、夏場にかけてアンケートを集計するなど、もっと現場目線をもっても良いと思います。10月～4月までは協力したくてもできません。 公金を使用している者として必ず結果を出して、協力にこたえて頂きたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・直接患者を診察(触診、聴診など)することなく、TVモニターによる視診のみでは診断、治療を行うには不十分になる可能性がある。患者及び家族の要求が無制限に大きくなっており、医療不信、増大する医療訴訟の現実を考えると、安易に遠隔医療の導入が増えてくると、医療者側の被るリスクが増すのではないか。 ・基本は往診、補助としてモニターを使った遠隔医療を行うことは、患者の状態をリアルタイムで把握する上で有利かもしれない。 ・しかし、従来の日常診療+往診に加えて遠隔診療となると、医療者側の負担が増えきついのでは。 24時間対応で行った場合、山間部に住む軽症患者が深夜に連絡してくるなどコンビニ受診の傾向を増悪させることにならないだろうか。
<p>遠隔医療を導入しても、月に1度の訪問は必要である。</p>
<p>補助的な手段としか考えられない。</p>

<p>顔と顔を会わせること触れることが信頼感を増す。 テレビの中の医師がいくら説明しても高齢者には通じないと思われる。</p>
<p>遠隔医療は無診察診療とどう線引きするのか？ 実際の訪問診療とは別の概念で無診察診療とならない基準が必要と思います。</p>
<p>離島や遠隔地であれば必要ですが、結局往診の必要性がある場合は（公のサービスとして）（仮住所）を病院に近接して作る方がコストは少ない。 都会の“足のない人達”が便利になるだけ。</p>
<p>① 〇〇県は離島が多く、無医村も多く存在する通院に数時間を要する患者が多く通院の為の費用も莫大となる ② 離島の診療所の医師、看診師より整形外科的患者に関する治療依頼、治療方法の相談が多い為、医師－医師・看診師間の遠隔医療を単独（独自）で構想中である ③ 整形外科的な疾患が対象となる為往診等の対応は不可。と考えている。</p>
<p>実際はもっと簡単に画像や情報のやりとりをしているし、またローコストでも可能です。（診療報酬でのカタイ条件をクリアするためにこんな重装備と費用になっているのでしょうか） その時すでに返答が必要でないものは携帯の写真に入れて持って検討します。（皮疹や褥瘡の判断など） 写メールをすれば、けっこうリアルタイムに相談できるし動画でもかなりの情報は送れます。 スカイプなど私はまだ使っていませんがハード的な問題はクリアされている印象です。ただ、回答にも書きましたが、実際の診察のあくまで補助的役割だと思っております。</p>
<p>機器を導入しても、入退院くりかえして、使用頻度があまり無かったり中止となったあとの再利用など無駄が多い気がします。 在宅療養と考えるのであれば、エリアを分けた診療（往診）システムを地域で考えたりする方が自然でしょう。 今は携帯電話でもテレビ電話が簡単にでき、低コストで柔軟性のあるものを補助的に使うのであれば意味あるでしょう。</p>
<p>私は、自分で見て、さわってしないと不安である。 あくまで、テレビ電話は補助手段であって、それで、診療というのは恐ろしい。 それですませる医師があってはならないと思う。 ただ、緊急的往診に行きつくまでに家族にアドバイスする為とか、入院の必要を決めるのにむいているかとは思ふ。</p>
<p>まだ机上の空論じみとかんじます。 末期患者をかかえたら、ふとんよこに（Te1）をおいて、夜中の急変にそなえていました。往診は状況により急によばれて行くこともあります。外来診療をかかえてもいるため、思いどおりには動けないこともしばしばです。 TVで24hいつでも対応となった場合、本当に“いつでも”対応を出来るのでしょうか？ 医療費↓をめざしている国が認めるのでしょうか？ 制限がついてくるかもしれません。又、みとりにせよ診療にせよ現在は“診ていなければ無診療処方や空診療の診療費請求は認めません”と法でうたわれている以上、TVで対応を行うとなった時の法的なうらづけがなく、何らかの問題が生じた時の関係者の（TV診療の限界をどこで判断するか）、レスキューも何もない状態では、困難です。 まだまだ、いろいろな問題をクリアーしていかないとならないものと思われまます。</p>
<p>すぐにでも足を運ぶ事のできない地域 例えばかりかかっている医療機関から1時間以上離れている、とか中山間地域に在住とか離島在住で医師不在とか、といった場合にはテレビ電話での診療は話としてわかる。また他県の専門医の遠隔医療にアクセスして画像を含めて相談できる、といった事は理解できる。 ただ、テレビ電話で顔が見えるといった事がなくても、現実には携帯電話などで24時間連絡がつく体制をつくり、実際に緊急時などは往診にも行っている現状を考えるとテレビによる動画が見える事が、在宅医療において、看取りが増減するとか、往診するかしないか、といった話にはあまり直結しない様に思われる。 それから、H21年1月～6月、とあるが、6月に開業して、診療開始したばかりなので、数値はあてにならない。</p>
<p>通信機器など取り扱いが苦手なので大変だなと思う。</p>

<p>1. 在宅療養に於ては24時間対応が問題になるがこれを解決するためには近医同志のグループ（数人の）診療が必要でしょう（問D-1）</p> <p>2. 終末期医療は在宅でいわれているが、患者を介護しているグループの中では必ず入院をすすめる人の意見が強くなり、いつも主治医は困っている。看取りはほとんど病院で行われている。</p> <p>3. 厚労省は在宅をすすめているが、保険上の複雑さから最近ではあまり積極的に在宅医療をしたくない気持ちになっています。</p>
<p>インターネットテレビ電話は通信にかんしてスカイプを利用すればパソコン代とインターネットの費用のみですむが、画像がまだまだ不十分と思われる。</p> <p>画質の向上がポイントと思われる。</p> <p>筋力や感覚、反射をみる神経内科には向いてない</p>
<p>在宅遠隔医療の現実味が無く、経験も無いために、イメージがわきません。</p> <p>どういう状態の人に対しての在宅遠隔医療を想定しているのかがはっきりしないので、設問に対しても、すっきりと答えられません。</p> <p>急速にIT化の進む医療現場ですが、当地域では、やっと中核病院が電子カルテの導入等進めているような段階で、遠隔医療は、まだまだ遠い先のものという気がします。</p>
<p>遠隔医療は患者さんのデータの共有や、医師間での画像：データのやりとりには大きな期待が持てる。</p> <p>一方、テレビ電話での診察？は問診視診のみで得られる情報は限られるので、相談程度の位置づけだと思う。緊急時や夜間の臨時往診が必要か。医療機関への搬送が必要かどうかを決定するための病状把握には役だつかもしいない。が有能な訪看の電話連絡の方が患者さんとのテレビ電話よりも効果的と思う。</p> <p>テレビ電話での定期診察は診察になりえない。むしろ独居でねたきりの患者さん宅と家族やケアマネとをつなぐ画像モニターがあればいいと感じている。</p> <p>遠隔医療は対面診療の代替にはなりえない。あくまでも補助的な役割、電話で話しはできるのでテレビ電話は無駄ではないだろうか。</p>
<p>特になし。</p> <p>自分の地域ではあまり必要性はない。</p>
<p>現在当院ではテレビ電話（ドコモホーム）を利用した遠隔地患者観察システムを導入している。3件</p> <p>家人が遠方に在住の方もテレビ電話を利用して状況の観察やコミュニケーションに利用してもらっている。</p> <p>初期導入費用は1件8万～10万利用料は基本で2400円/月程度あとは利用分が加算される。</p> <p>大へん便利です。</p>
<p>在宅医療において遠隔医療がここまで進んでいるとは知りませんでした。今後この分野についても大いに勉強したいと思っております。</p>
<p>うまく利用できるといいですね。</p> <p>医師－患者と考えるとむづかしい面もあるかもしれませんがスタッフの情報共有にはいいですね。</p> <p>スタッフ間の情報共有というのはある意味では非言語コミュニケーションが多いと思います。たとえば言わなくても、こういう指示だしそうとかは訪看は分かっているし、このステーションならこのようにやってくれそうとか思っています。</p> <p>ある意味ではこういうコミュニケーションは“同じカマのメシを喰う”ということがあって成立するようにも思います。</p> <p>同じカマのメシを喰うことと遠隔で情報共有するということとをどうリンクさせるかというのは、新しい時代のテーマなのかもしれないと思いました。</p> <p>質問項目はたとえば7月に社保事務所に提出する項目とかだと書きやすいのですが、それとは違うので統計をとりなおさなければならないので大変でした。この点簡単にすれば回収率が上がるのではと思いました。</p>
<p>離島等を除けば遠隔医療と在宅療養との間に関連はないのではないのでしょうか。</p> <p>医療スタッフが出かけられないからTV受診をするのでしょうか、あまりにメリットが少なすぎます。</p> <p>画面でみられる、生活環境か、患者さんの状態のごく一部から推し測れる事など知れています</p>

<p>当クリニックの在宅診療は都市型つまりクリニックー患者宅訪問にかかる時間は10分圏内なので、訪問した方がはやい。ただ診療中（外来）の在宅患者急度時の対応としては遠隔医療は有効かな？と思われる（ただ、緊急時は救急車対応の方がいいと思われる）むしろ自分にとっては医師ー医師間の遠隔医療の方に興味があり当クリニックの存在価値（存在環境）から考えると医師ー患者間の遠隔医療についてはそれ程積極的に考えてはいない</p>
<p>百聞は一見にしかずと言いますが、映像が見られるメリットは大きいと思います。電話のみの対応よりはるかに情報量は大きいからです。その分往診する回数は少し減らせるかも知れません。ただ患者との絶対的な距離が遠ければ、断わりやすい状況を作りやすいとも考えられます。電話と往診の中間的な手段ができることで往診のfootworkを鈍らせてはいけないと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在、訪問診療における距離の問題は許容内であり、遠隔医療の必要性を感じていない。 ・ むしろ、医師ー医師でのコンサルトならありうると思われる。ただし不定期な利用となると思われる。
<p>当院でも高専賃との間で遠隔医療を予定しています</p>
<p>そもそも遠隔医療のイメージがつかめません。 また、このアンケートとは全く別物でしょうが、患者宅に専用電話を医院の負担で設置し、何かあったときにcallするようなシステムを言ってくるアヤシイ業者もおります。世の中の流れが相当に変化したら考えますが、現状の対面の診療を地味にポチポチやっていこうと思っています</p>
<p>当院では必要性を感じていません。 当院から遠いところにお住いの方であればお近くの先生におねがいします。 将来けいたいでんわのカメラでのテレビ電話があたりまえの世の中になればそれなりに有用な方法になると思います。</p>
<p>単にT e lのやりとりでなく画像があり密接な関係となり在宅医療の向上につながる。ただ医師がそれに応えうるかどうかである。</p>
<p>高齢化社会で当地区の過疎地域での最大の課題は老老介護、独居というマンパワー不足である。このシステムがそれをどの程度解消してくれるか疑問である。 又、当地区は過疎地域には市立、町立の診療所があり（離島も含め）往診等で十分対応できているので現時点では不安と思われるが、唯一離島の■■■■では市民病院との間に画像連送システムを利用したネットワークを構築、■■■■大学を含めた画像診断・情報提供システムができ利用されている。</p>
<p>実際に行っていないし、想定したこともありませんのでよくわかりません。 （整形外科有床診療所開設）70歳</p>
<p>D-5に関連して 死亡確認にNsを派遣して、死亡診断書をFaxで送信すればよいようになれば在宅医療在宅死も増えてよき事になるであろうが、今の法律のままではどうにもならないと考える。 遠隔医療の現状の努力は多とするも、今の老人を対象にする限りムダだと思う。今の老人はジメジメした人間関係を望むのである。最期は家族共ども手を握る事が求められる。後20年くらいしてインターネットがあたりまえの老人が最期を迎えるようになったら役立つかもしれない。私はイヤだけど！</p>
<p>緊急災害時にはテレビ電話等通信機器が使用困難となってしまう可能性があります、この様な点も含め、しっかりとハード面のサポートが出来ていれば遠隔医療、在宅療養も可能となると考えますが、この様な考えは医療者側の考えで、患者側はやはり「生」の診療を希望するのではないかと予想します。この点について患者側のリサーチは行う必要があると思います。 医療者側ー医療を受ける側ともに「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」に理解を示し違和感を感じない時代がやがてやってくるかもしれませんが、啓発活動を行わないといけないのでしょうか。 整備するための資金を国がサポートして頂けるのでしょうか。 又、自己整備でレセプトオンライン化と同じになるのではないのでしょうか、心配です。 案ばかりが先行して現場でインフラが追いつかない状態にならない様にして頂きたい。</p>

<p>CATV回線を使用し、ご本人、ご家族了解の下にベッドサイドにカメラを設置し、一日3回看護師が院内モニターから安否確認を数年間継続した事例があります。 見守りTVと院内では称していました。 独居の方の一つのモニターにありうると考えますが、双方に相当の倫理性と理解が必要です。</p>
<p>当地域での遠隔医療は考えたことがないのでよくわかりません。あくまで地域に応じた限定的なものと思います。 在宅医療は大変重要なテーマですが、個人で対応するには厳しい面があると痛感しています。</p>
<p>原則、遠隔医療の導入に反対します</p>
<p>遠隔医療では、問診と視診はできても、バイタルサインのチェック、理学所見神経学的所見の確認、聴診、触診などができない。 在宅療養（訪問診療）ではいつでも、何でも検査ができる訳ではなく、むしろ検査に依存しない、基本的な診療手技で、病態の把握を行ない診断、治療を行っていくため、遠隔医療（テレビ電話など）は補助的な役割しか担えないと思われる。 むしろ、データ・画像をやりとりしての医療者同士のコンサルテーション画像診断などに有用と考える。</p>
<p>医師が患者さんを訪問することでほとんどの問題は解決している。医療の基本はスキップであり、それが患者さんに安心感を与えています。 医師と患者さんの間に機械（器械）が入ることでその関係は稀薄になると考えています。 私は実に「まず現場に行って見る」ことを基本にしています。</p>
<p>末期の医療では、特に患者に会いコミュニケーションをとることが必要であると思います。 遠隔医療は患者さんより、むしろ家族の為にあるのではないのでしょうか。訪問看護、介護の方からも情報がある程度得られますし、家族からはテレビなしの電話でも十分、変化は読みとれます。 そして、その状況に応じて定期的な往診以外に、今こその目で診察し声をかけて（患者さんと家族に）あげなければというタイミングがはかれるのではないのでしょうか。 私としては医師の過度な疲弊を防ぎ正確な情報を得るため、遠隔医療は、医師と看護、介護間がいいのではないかと思います。 遠くても、月に1度は現場に行ける範囲内の距離に患者は限定しておくべきと考えています。 当院は■■■■の旧市街地にありますが、冬の■■■■の山頂付近の患者さんの家にも緊急時には往診しています。（齢をとったらムリとなりますが…）</p>
<p>特になし</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病状悪化、緊急と判断された場合の対応をどうするかが問題と思われる ・病状が安定している時はあまり問題なく運用できると思われます
<p>耳あたりはよさそうだが、楽な方へ、全ての関係者が流れることが危惧される。ただでさえデータ重視で患者を診ない傾向は、軽視できないと考えている。 在宅診療は、私自身は自分の手と目の届く範囲と規定しており、時代に遅れているとしても、それはそれでよいと思うことにしている。限界があることも事実、システム構築の利点も承知の上で、オファーに最大限の誠意で応えることが、一医師としての私の理念（という程でもないが）として崩したくない。 システムは、施設、建物と同じくハードウェアであり、要はその運用にどれだけのソフトが導入できるか。これまで全ての行政、施策が結局は判りやすいハードウェアにのみ走ってきた結果が、評価を問われているのではないか。 それとも、全体としてはよい方向への半歩づつが動いているのか、迷うところなのも、事実ではある。 ソフトウェアを走らせるための調査、データ収集であることを信じ、期待しています。</p>
<p>一人医師体制では運用に困難が伴うものと思われる。 「ナースプラクティショナー」制度が採用されれば、医師の負担軽減になると考えられるが、現状で導入した場合負担が増加する一方だと思われる。</p>
<p>特になし</p>

<p>いいアイデアですが、遠隔医療をやってみなければわかりません。</p>
<p>遠隔医療というものが実感できていないので充分なお答えができません。 あまり遠隔の人は対応していません（現在のところ）ので環境を整えたいとは思いますが…。 機器設置のスピード、簡便化、特に機器に弱い田舎の高令者などにとって。 私自身も高令（59才）ですので、機器への順応が不安ではあります。</p>
<p>都会の開業で、移動距離が短く、病診連携もあり、電話で済むことなので、特別テレビ画像通信を必要としない。 準備も大変だし費用もかゝる。携帯電話で十分。</p>
<p>在宅療養する人は老衰とか疾患の末期であり、死に近い状態であることが多い。死の準備をしている（天国、極楽へ行く準備）とも言える。従って在宅（療養）医療は死の準備のお手伝いとも言える。それは良きお手伝いでなければならない。その為には月に1～2回は患者宅へ出向き、患者や家族と対面し脈を取り、聴診器を胸に当て、生の会話をし、温い雰囲気を作ることが大切である。遠隔医療は医師－患者、家族間の信頼関係、温い雰囲気心の交わり等在宅医療の基本的で重要な精神的面の構築には不十分と思われる。 Not doing but beingと言われる様に生命、人生の終末にある人に対しては患者へ出向き、対面し患者、家族に安心感を与える事が大切である。テレビ画面をみて、正確な医学的指示を与える事では無い 遠隔医療を導入するとすれば対面診療を補助であって対面診療の代役とはならない。</p>
<p>患者の症状に対応した診療時間の変更をスムーズにしたいが、そのことを他患者に連絡することがむずかしい。</p>
<p>遠隔医療を上手くくみ入れることで在宅医療の質は上がっていくと思います。</p>
<p>①設備に医師、患者共に費用がかかる。どの位の出費になるのか示す必要あり ②往診や患者を受診させるための時間、費用の節約になる ③緊急状態を即刻知らせ医師に大体の病状を知らせる事が出来対応が早く正確に出来る ④当地では大きな収容施設が多くねたきり老人は殆んど収容されていて開業医が往診する必要のある患者は大変少なくなった。 それで実際問題として遠隔医療システムは必要でないと思われる ⑤在宅で死を迎える事が出来れば幸せではないかと思う。家族の人が患者に深い愛情をもち又在宅で介護出来るだけのマンパワーがあれば恐らく施設で死なす様な事はしないと思う。勿論病状により苦しみをとる処置が必要な人は病院がよいと思うが単に老衰で自然死を迎える様な人は在宅の方が幸せと思う ドイツでは在宅で介護する人には国から介護手当が介護人にその労力に見合っ支給されるとの事。 日本もその様な配慮があれば老人にとって幸せな事となるであろう。 施設に入れるだけの経済力がなく又どうしても働きに出なければならず老人だけ家に放置されている様な事例を見ると心が痛む。 ⑥最近の若い人だけでなく一般の風潮として老人は施設にほうりこんでわづらわしい介護をしなくなった。親孝行という美德が失われつつあり教育がまちがっているのではないか。</p>
<p>以前■■■■の■■■と■■■で■■■■を経由して画像データを交換したことがあります。けっこうさんこうにはなったが、ほとんど利用しませんでした。少し前のだと3-D画像つくれなかつたりしたため。 進行性筋無力症の患者がいて定時薬はいらぬが、ときどき屯用で眠剤、胃薬を必要としている。患者は移動が大変なストレス。往診しても変化はなく、PC画面でも十分になりたそう。</p>
<p>遠隔医療と言っても、いざ必要な時には、医師の24時間対応が必要であり、そうした在宅療養をするには、医療者側に余裕が必要である。現在、通常の外来業務に追われており、なかなか対応が困難と感じている。 ただし、現在外来通院中の患者さんが、往診対応となった場合、今でも24時間対応はしているので、それらの方々に対し遠隔医療ができれば便利かもしれない。</p>
<p>普段外来に来院して受診している患者が何かの時に指示をもらいたいとか、確認したい事、質問等が生じたなどの電話があった場合は対応しているが、常に遠隔医療を受ける患者というのは思いちがいや診落としなどが生じ易いのではないかと大変不安。</p>

<p>医師と医師をつなぐというのは、より専門性の高いアドバイスを受けられる可能性が拡がり、地域医療の助けにもなると思う。</p> <p>終末期に関しては、遠隔でとりあえずの対応は可能でも患者本人、家族ともに不安がとて大きく強い為、それだけで対応しきれるとは考えにくく、緊急往診等が必要になると思われる。</p> <p>実際に麻薬使用を開始した癌末期の在宅患者様のケースでは、毎日の訪問も次第に複数回に増え、夜間の緊急往診も頻回であった。</p> <p>次第に衰弱していく老衰のケースと日々刻々と症状が悪化し病態の変化も著しい癌末期のケースとを分けて考える必要があるのではないか。</p>
<p>今の所遠隔医療導入の予定はなく、今後も当分行なう事はないと思います。</p> <p>今後在宅医療の比重も増やしたいとは思いますが一人でどこまで対応できるか不安です。</p> <p>現在でも外来診療時間中の老人施設入所者等の急変等に十分対応出来ない状態です。</p>
<p>遠隔医療自体は良いことと思いますが、それを導入する際維持する際に発生する費用をどのように賄っていくのが心配です。</p>
<p>遠隔医療を在宅療養と一緒にはいけない。ただの医療費をへらすための道具である。基本的に遠隔医療とは家庭と医療機関をつなぐことではない</p>
<p>今後在宅療養される方々は増加すると思いますが、遠隔医療が充実すれば選択する側は色々な選択をすることが出来るので家で生活される患者さんにはいいと思います。</p>
<p>今後遠隔医療が充実して選択枠の一つになれば医療の幅が広がるがっていくと思います。</p>
<p>在宅医療がなかなか増えない原因のひとつに、患者家族の不安というものがある。その不安も漠然としたものから具体的に急変時の対応、機器の不具合など様々であり、いつでもすぐ医師または医療スタッフと相談できるというシステムが側にあれば、安心感を得やすいと推測できる。</p> <p>そのことによって、病院や介護施設からの在宅復帰も今よりスムーズにいくことが予想される。</p> <p>しかしその反面ひとり診療にあたる医師、少ない人数の看護職しかいない診療所のスタッフのストレスが増えることになり、結局在宅医療を敬遠する医師が増えることも懸念される。この場合の解決策は、グループ診療や、複数医師の配置が考えられるが、現状では医師の地域偏在が改善されておらず地方では難しい面もある。</p>
<p>当方は診療所が効外の為どうしても在宅医療における移動時間がかかることが多くこれを少しでも減らすことが出来る意味での遠隔医療のメリットは感じられるが、やはり実際目で診て肌で感じないと判らない患者さんの状態というものはあると思われ、これについてのカバーは不完全ではないかと思われる。</p> <p>遠隔、在宅の併用は意味があると思います</p>
<p>現時点ではやはりモニター上の医師の姿はP t側からみれば通常のテレビ感覚だと思います。(臨場感なし、リアリティー少な)</p> <p>よって私は診療の補助的な役割が限界と思う。</p> <p>(飽くまで医-P t間の運用の場合、D r-D r間なら別です)</p> <p>診療は飽くまでP tとの「触れあい」を中心に考えるべきであるが、それが困難な時には有効なツールとなる。しかし飽くまで「触れあい」が診療の中心であるを原則にすすめないと、I T化が先走る可能性(危険性)があり、この先危惧される。(医療の原点(人一人)が忘れられない様にするのが大切ではないでしょうか)</p> <p>→この意味で、人の死は「看取り」というsystemに入れるべきではないと思います。その人の人生を尊い、看送りの場は厳しゆくなものだと思いますので、私はモニター参加ではなく、一応できるだけは出向きたいです。</p> <p>◎遠隔医療が保険点数に収採されれば、必らず訪問しない(往診しない)医師は増えます。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 24hr体制とするのであれば受信機は医師が常に携帯できるものでなければ遠隔医療の大きな利点である即時性が全く活かされないと思います。受信機を電話に置き換えて考えると理解し易いと思いますが診療所に固定した電話機では携帯電話と比べはるかに機動力は劣ると思います。 受信機を携帯化して双方に使い勝手が良くなれば休日・深夜帯のコールが多くなる可能性あると思いますが、コールを適正化するよう抑制的な手段を取らなければコ

<p>ールに対応できるだけの体制（人的）が必要になる可能性が生じないでしょうか。実際にコールが多くなれば医師側は腰が引けるかも知れません。</p>
<p>都市部で遠隔医療は必要ないのでは。</p>
<p>遠隔医療に大きな期待はない。</p>
<p>在宅医療はあくまで対診と思います。 身体的の事だけでなく、家族も含めたトータルな診療と考えます（skin シップも絶対必要） あくまで遠隔医療はその補助であるべきと考えます。 テレビ電話が主で診察になってしまうと“医”とは何かというところに通じると思います。</p>
<p>現在遠隔医療を実施していないのに想定して設問に回答しなさいといわれても、実施している場合の回答と一致しない事があると思います。</p>
<p>遠隔医療によって「ちょっとした病状変化が心配ごと」「病状説明」がより容易にできる、といったメリットは得られると思います。ただ、身体所見がとれないといったデメリット「往診しない医師」の増加といった緊急は確かに生ずるかとも思います。実際には、往診の補助的な役割に留めておけば非常に有用なツールになり得ると期待しています。</p>
<p>訪問診療を行なっている患者さんは多くの場合、高齢であり、家族も十分に介護できる（できている）とは限らないと思います。老人のみの家庭でケアマネージャー、訪問看護師、ヘルパーなどのサポートでなんとか生活している方も多い。 このような方で操作のむづかしい、パソコン端末を作ってもらうのは困難かと考えます。私の関与している方の半数以上は無理ではないかと思えます。</p>
<p>遠隔医療の形であるが、現在の私の様な、医療環境、訪問看護体制の整った地域では余り典型的なニーズは無いと考える。 現在、30～40人の在宅患者さんを、訪問看護師、ヘルパーとの連携で診ているが、FAX、電話、メールでの画像による情報提供により、現場に行く事なく、適応できることにより可能になっている。 勿論、24時間対応も行っている。</p>
<p>まだ当医院、当地域では医師－患者間の遠隔医療は困難である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 遠隔医療は慢性疾患で通院困難な患者さんには有効と思われるが経済的負担を増やさない様に月300～500円程度の（自己負担）料金にすべきと思う。 ・ ハード面で法外なコストを強いられると普及しないと思われる。 ・ 診療はあくまで医師が患者を直接診療すべきで遠隔医療の再診料は外来診療の場合より安く設定すべきである。（あくまで補助的なものと思います） ・ 末期癌患者の診療にはなじまない（医師が直接診察するあたたかさが必要）
<p>遠隔医療が安価にできるのであれば、役に立つと思う。</p>
<p>遠隔医療は一時的な不安をとったり、簡単なアドバイスは可能と思われるがまだまだ画質など、向上しなければならないこともあり、実際の訪問にとってかわるものではない。お年寄りも多いことから、お互いの空間そのものが大事であるところから、あくまでも補助手段と考えるべきものと思われる。</p>
<p>遠隔医療は特殊な場合（全くの無医村など）を除き、不必要。 今の事業仕分けから言えばかかるアンケートは優先順位低くもっと予算を大切なことに使ってください</p>
<p>遠隔医療は在宅患者とのコミュニケーション、特に家族とのそれに便利だが、また緊急時の予備的手段に有効だが、決して対面診療の代替にはならず、補助手段と考えます。そのような観点からはとても有効で、その限界性を意識（共通理解）して運用すれば、とても有効な手段、ツールとなると考える。</p>
<p>キョリの制限はありますか？ 患者、家族との信頼関係が必須。</p>
<p>当院では看護職員や介護職員と携帯のテレビ電話で皮フや意識レベルを確認する事があります。 これでもかなり役に立ちます。 もっと画像がよくなれば更にいいと思いますが</p>
<p>遠隔地医療と一言で表現しても急変時の対応など考えると医院と患者宅までの距離など問題は多い。医師も1人では難しい。</p>

<p>在宅療養は医師、看護師と家族の信頼関係、不安の緩和（安心感）がポイントとなり、患者様とのコミュニケーションはもちろんだが、受け入れる家族への対話が重要となる。がんなどでは痛み、呼吸困難など予想以上の強い症状が出ることも考えられるので、入院施設への受け入れ体制を整えておくことも必要と思う。</p> <p>24時間体制による、医師、看護師のストレス（束縛感？）の精神的ケアも問題となる可能性あり</p>
<p>問D-1. 3もそうだが、どのくらいの距離をもって遠隔医療と定めているのかが不明</p> <p>緊急往診困難な場所なら、対応できないし、隣近所なら往診すれば良いだけのこと。テレビ電話を用いなければならない状況が現時点では想像できない。</p> <p>離島や山間部以外での使用はどうか？</p>
<p>患者宅にいる訪問看護から、皮膚トラブルや褥瘡の度合を画像診断し、早い指示が出せるのであれば良好。</p> <p>しかし、写メールで対応することもあるので、安定はしている。</p> <p>患者と、Dr. どうしは、処置等は難しいと思われる。</p> <p>メンタル的なものや、相談ごとや、軽度の疾患に感しては、何とか対応できると思われる。</p> <p>在宅患者に対しての遠隔医療は、特に急変時は実際に診てみないと判断しにくいので、直接、自宅へ向かってしまうと思う。</p> <p>セカンドオピニオンや、単純な画像診断等は効果ありかもしれない。</p>
<p>遠隔医療は24時間体制で往診に行ける体制が可能ならば必要ないものである。</p> <p>離島のように、すぐに往診に行けない地域や、往診すべき患者さんに対して、医師が足りない地域等ではあくまでも、往診を補うものとして役に立つかもしれない。</p> <p>ただし、在宅医が、専門医にコンサルトしたい時には、遠隔医療のシステムがあれば、相談しやすいと思う。</p>
<p>患者さんのバイタルサインが送られてきているとしてもそのデータを見ていなければ異常が生じていることも気付くことはないということになります。何十人という患者さんのデータをリアルタイムで見に行くことは不可能でしょう。しかし患者さんとしてはずっとデータを送っていて異常を報告しているのに担当医はそれを見のがしていた。ちゃんと見てくれていなかったから手遅れになってしまった！！ みたいことを言われても責任はとれないですよネ。証拠もずっと残ることでしょしネ。</p> <p>在宅にて行なう医療は病院の医療の様にデータデータとせずいろいろな具合に悪いことがあってもある程度目をつぶり見て見ぬ様にしてよけいな不安を感じさせないというテクニックがあると思います。特に癌の末期など良いデータが出る訳ではないのでその悪いデータに対して対処することも必要とされていないと思います。しかし毎日数回バイタルサインを測定することでだんだん血圧が低下してきたとか血中酸素濃度が低下したなどわかってしまうと何とか対処して欲しいと思うでしょう。だんだん不安が大きくなればいよいよ看取りというところで病院に行きたいなど言い出すかもしれません。</p> <p>だから分からなくていいことは分からないでいいと思いますのでどうしても遠方で往診に行けないメリットデメリットを十分理解している人で覚悟できている人ならやってもいいでしょう。そうでない人には利用しない方がいいと思います。死亡確認の時ECGしないでしょ！！</p>
<p>私が在宅医療を始めた10年前より遠隔医療の話題は出てくるが、あまり進んでいない。コスト、手間がかかる、ことも一員。</p> <p>近隣の往診しかしていないドクターにとっては往診に行った方が早い。</p> <p>地方の遠隔地（雪の日等）は有効かもしれませんね。</p> <p>システム構築応援しています</p>
<p>テレビ電話をはじめとする遠隔医療を開始するにあたって患者や家族の方がテレビカメラに向かって、こちらが見たい部位をちゃんと写せるのでしょうか？</p> <p>撮影が充分可能になるまでに知識と技術を得るのに時間が短縮されることを望みます。</p>
<p>年々、インターネットなど普及しているので遠隔医療・在宅療養など、将来は、大きくなるのではないのでしょうか。</p>
<p>遠隔医療についてあまり知識がなく、最近テレビなどのマスコミで報道されている程度</p>

のことしか知りませんので、アイディアも思いうかびません。

在宅療養の補完的な役割として、遠隔医療の利用価値があるかもしれないと思われる。(往診するほどでもない重症度ではあるが、フォローが必要な方、独居などでコミュニケーションが難しい方など)。ただし、機器類の初期費用やレンタル料などの問題があり、実現性は価格にもよると考えられる。

電話よりは視覚的なことがあり有用とは思いますが往診して実際に診察することとは大きな違いがあり、それはなくすことは難しいと思います。無医地区などなら必要性がありますが、私のところはそれ程遠いところの往診は行なっておりません。したがって、私はあまりテレビ電話での診察は考えておりません。

当院は高齢化率50%を越える地域で約50人の在宅患者を診させてもらっている。独居の方の割合は30%を越える、残りの方の7割は配偶者が介護者で、若い人の同居はない。このような状況で、様々な機器を使った遠隔医療は余りメリットを生まないと考えている。エアコンが設置されていても使いこなせる高齢者は皆無である。どうしても遠隔医療をすれば、必ず当院スタッフ、あるいはケアマネージャーがその時間に患者宅を訪問し、補助にあたらなければ到底無理である。

ホームヘルパー訪問時に行っても良いが、定期的に行うとなるとヘルパー本来の業務がまったくこなせなくなる。又、遠隔医療の必要性を説明しても多くの患者は最近の医師は往診したがいなくなってしまうと言って嘆くと思われる。

最後に、医師と患者の診療というのはやはり同一空間で、近距離で行うべきである。テレビを通してでは医師の5感はまったく働かなくなる可能性大である。小生は東洋医学を専門(専門医、指導医)としているが脈がじかにとれず、舌を直接観察できなければ正確な診断は下せない。

画像診断は相手が人間ではないのでテレビでも可能なのである。

以上より遠隔医療は余りにも問題が多く、非現実的と考える次第である。

診察については画像を通したものが有効な場合(たとえば時々みられる不随意運動 etc)もあるが通常は直接患者様に触れる事が何よりも大事だと思います。したがって遠隔医療はあくまでも補助的なものであるべきだと思います。

また現在は24時間対応していますが往診にうかがっている間は次の方は可能な状態であれば待つて頂かなければなりません。

この点については遠隔医療も同様だと思います。

また往診をする地域が広がる事により逆に対応がおくれてしまう事も考えられますので、遠隔医療といえども往診できる範囲内か否かは特に重要と考えます。

しかし、医師-医師間で専門医に意見を求める時などは非常に有効な手段であろうと思います。

5. 調査結果 自由記載 (自治体病院)

病院 問F 遠隔医療と在宅療養に関連したご意見、ご要望、アイデア等自由にお書き下さい

記載内容 (原文のまま)
在宅医療を行っていない自治体病院医師に対する医師－患者間遠隔医療についてのアンケートは想定に限界あり
<p>○医師数人口10万対80以下で香川県と同じ面積の医療圏をたった一つの有床病院で24時間365日支え続けているスタッフにこういった表面だけの遠隔医療等々がからかっているように思われてならない。もっと専門医の手と専門スタッフの手がほしいのである。</p> <p>○気軽にアンケートすることが多すぎる。そんなヒマがあるなら現地に来て診療手伝うべきでは。</p>
<p>①当地区 (二次医療圏) では在宅医療に携わる診療所のDrが少なすぎます。当院はがん連携拠点病院となっておりますが終末になると又、戻って来ます。在宅医療に関する医療費がもう少し高く設定され、在宅医療に携わるDrが増えて過重労働にならない様なシステムを構築する必要があります。現在5大がんに関する地域連携パスの検討が行なわれており、在宅医療も進化することを期待しております。</p> <p>②看取りに関しては、ご指摘の遠隔医療を導入することでDrへの負担が減ってくるのでは、ないでしょうか。Drが死亡宣言をし、Nsが出向いて立ち会うという方向にしないと、Drが疲弊しすぎます。Drが看取りの場におもむいて死亡診断書を書く必要がなくなることが大事だと思っています。(特に癌患者の末期の場合)</p> <p>③当院の医療連携室は非常に貧弱です。MSWが3名しかおらず、又、Dr-Dr間のつながりで患者さんを逆紹介してる様な現状です。昔からの風習でそうなっていることありますが、後方病床が少ないことや在宅医療に熱心な診療所のDrが少ないこともあります。</p>
<p>医師のいない高山の山小屋などで、テレビ電話などで相談する場合には有効と思われるが、一般の医療機関、患者間では限界がある。たとえば腹がいたい、とか熱が出た、などの場合、実際に診察しなくては判断できないと思われる。実際に診察しなくては医師として不安である。</p>
<p>残念ですが、目的が良く理解できません。明らかに個人診療所向けと思います。病院では導入してもメリットは少ないように考えます。厚生省が何故このような調査を行なっているのか本意がわかりかねます。都合の良い(役人にとって)データを加工するような気がしてなりません。</p>
<p>設置型のテレビ電話だと、時間的制約、画面の前に双方が坐ってスタートしなければならないなど、デメリットが多いと思う。</p> <p>携帯できる電話型テレビ電話、モバイルであれば、医療スタッフが携帯して動けるのでメリットは大きいと考える。</p> <p>終末期の患者さんを自宅で看取る際には、携帯型テレビ電話に、患者の心拍等のモニターも確認できるようにしていただければ、非常に有用なツールになると考える。</p> <p>今後のITの小型化、進化発展が望まれる。</p>
<p>急性期医療には向いていない。</p> <p>在宅でのターミナル医療や療育などには適している</p>
<p>1)へき地にある病院で人口の45%が高齢者です。また一人暮らしも多く、装置の操作を必要な患者にしてもらう事は無理と認識しています。</p> <p>2)医師不足であり病院へ来る患者の対応に時間をとられるため、往診の数は制限せざるを得ません。また24h対応は医師は現実的には不可能です。翌日が休めるなどの制度も取り入れられず、当直明けも通常勤務ですし、20年位前に診療所での連携をした事があるのですが、医師同士でも必要とされる事がなく、機械は廃棄しました。</p>
<p>・肢体不自由児施設でいわゆる通常の病院ではないため、判断し難い部分が多いです。</p> <p>・以前、県内の遠隔地の患者さんの自宅(重症児者)へ10台ほど、特別支援学校へ1台テレビ電話を設置して相談したことがあります。1年～1年半ほど続きましたが(1月に数回時間外で)、相談回数は徐々に減り現在は中止しています。障害者とくに重度障害者の方や家族、学校の先生との訓練や特殊な椅子の相談が主で「医療連けい」とは言えないものかもしれませんが、一応ご報告させて頂きました</p>

<p>当方離島で周囲48kmの小さな島、遠隔よりも訪問診療の方が实际的。又高齢化率が高く、患者の多くは高齢者、遠隔医療に必要な機器を扱える人が、ほとんどいない。遠隔医療が全国に普及するにはIT技術を苦もなく扱える世代が高齢化するまで待たねばならないでしょう。</p> <p>現状で効果的と思われるのは、たとえば難病で専門医が少なく、患者も移動が容易ではなく、医師に診察してもらう機会が少ない患者には効果的でしょう。その場合は公的補助等で環境を整備するべきでしょう。</p> <p>あるいは大都会で、来院して待時間を考慮するとなかなか時間がとれない超多忙な職種の人達が内服薬の継続を求める様な場合は、便利かも知れません。</p>
<p>遠隔医療とは少し異なりますが遠隔で行う地域看守りシステムを今年度から3年かけて構築中です</p>
<p>遠隔医療は高令化の進んだ過疎地では、医師－医師、医師－看護師等医療関連職種、医師－患者、医師－介護関連職種の全てにとって、メリットがあると考えますが、それよりも過疎化対策、高令者対策などの地域活性化対策や医師不足（特に地方＝地域医療）看護師確保対策等、地域確差、医療の地域確差をなくす為の政策の根本的な転換が必要と考えます。（例えば、医師の地域医療従事を義務化する等）このまゝでは、地方（田舎）には人は住めなくなり、人はいなくなる。</p>
<p>遠隔診療はあくまで訪問診療や、対面診療の補助と考えるべきです。 困ったらすぐにかけつける体制をつくってから開始すべきと思います。 すなわち緊急時の体制が整っていなければ開始してはいけないと思います。</p>
<p>■■■■県は山間部が多いので病院まで通院できない患者さんや往診の補助としての活用が適していると考えます。患者さんにとっては声だけでなく顔も見られるという安心感があると思います。 褥創処置（看護師と連携）、糖尿病患者の血糖管理などに特に有用と考えて居ります</p>
<p>正確な情報伝達がどこまで可能かによって利用価値が異なる。 情報を送る側と受けとる側両方に医師が関与するなら有意義なものになると思うが患者と医師では実のある医療は難しいのでは。</p>
<p>問A～Eまでの設問の設定があまりにも漠然としていて回答できないものが多いように思われました。</p>
<p>現在医師数が不足している為現状維持に手いっぱいである！ 新しい事柄に仲々手をつけられない状況にあるので常勤医師数が増えて、在宅医療にまで手が回る様になった際には遠隔医療も選択肢の1つであると考えている。 今は全く導入は考えていない（余裕が無い）</p>
<p>近い将来、このような遠隔医療が現実になると思います。 費用や負担の問題があります。 利用者、運営者とも、効率的な型、協同利用、集会所での集団利用など。又、どの程度のスケールで採算がとれるのかなど…気になります。</p>
<p>○IT利用し患者情報の共有化有益。 病院と患者さんと施設スタッフ、御家族、かかりつけ医での情報共有化は今後益々必要。 ○一番の利点は医療レベルの向上が期待できその恩恵を患者さんが受けられる。 ○欠点は個人情報保護が一番の問題。 ○当院では病診連携に利用する患者さんの情報（紹介状、検査、画像データ）を地域連携パスノートとして患者さん個人が持てるようにして病院の地域連携パスとして利用試みています。 又インターネット利用して治療所の先生方と地域連携ネットワークも活用しています。</p>
<p>遠隔医療では患者さんが安心感・満足感を得にくいのではないかと考えられます。</p>
<p>離島などの医療レベルを維持するために遠隔医療は開発されたものと思う。約■■■■年前■■■■島←→■■■■島で試験的に立ち合ったが、当時に比べてITの進歩は実用レベルの医療が行えることに関しては問題がないと思う。しかし「医の心」を考えた場合、看取りを含め遠隔医療で人々の「医の満足」が得られるとは思わない。あくまで緊急避難的な側面でしかないと思われる。 現在のITレベルではこの遠隔医療をすすめるより電子カルテの病院連携、病診連携の取り組みの方がより実用的であると思われる。</p>

<p>医療は人と人との関係が base。 ITが進んだ現在でも対面に優る技術はないのでは？ 遠隔医療を行なう場合目的をはっきりさせないで導入する事は非常に危険と考えます</p>
<p>医師不足が僻地で特に深刻であり遠隔医療はその対策として期待している</p>
<p>現在、病院としては医療者の負担軽減の意味からも掛かりつけ医制度の充実を図っており、外来診療は縮小し入院治療、救急医療に重点を置く方向で進んでいます。したがって遠隔医療に関しては当院で積極的に行う予定はありません。ただ、掛かりつけ医との連携は重要視しており、インターネット回線を通じての診療所との情報交換を積極的に進めて行こうと考えています。</p> <p>つまり、患者さんと医療者間の遠隔医療は患者さんと診療所の間で進めていただくもので、当院としては病院医師と診療所医師の間での遠隔医療連携を進めていきたいと考えている次第です。</p> <p>現状に詳しくないままに意見を述べさせていただきましたが、御理解の程よろしくお願ひします。</p>
<p>遠隔医療が通常の疾患治療にどれだけ有効かはわかりません。一方、人口高齢化に伴って、今後患者さんにとっては自身のかかえる疾病不安や機能低下が問題となります。これらの訴えに対して、受診先の病院・医院で十分に対処されていないのが現状とされます。私の立場（リハビリテーション科専門医）からは、障害の三次予防、加齢に伴う運動などの不足→廃用症候群の発生による機能低下、等を早く発見し対処することが大切と考えています。遠隔医療は普通の医師が見逃すこれらの状態を数少ない専門医が問診し、患者のパフォーマンスを診察・観察することにより、リハビリテーション専門病院受診や入院の必要性の判断、日常生活へのアドバイスでの対処、などがある程度可能となると考えます。遠隔医療はこれら慢性疾患の維持期診療へ応用可能であり、在宅患者・施設入所者、かかりつけ医受診患者などへの有効な手段となりえると考えています。</p>
<p>とくにありません。 病院は導入困難</p>
<p>わからない。</p>
<p>遠隔画像診断、病理診断を行っています。 診察する場合はテレビ電話で十分な情報をえることは困難と思います。医療機関の地域における位置づけにより可能な病院とそうでない病院にわかれるのではないのでしょうか。</p>
<p>病院専門医による診療所医師（かかりつけ医）の支援を主とした遠隔医療がより実現性があるように思われる。</p>
<p>医療従事者（特に医師）不足と医療費抑制を改めなければうまくいかないであろう（全てが）。地域差がさらに大きくなると思われる。 国民と行政の意識にかかっている。 当分の間は地域でそれぞれ、対応して医療制度が改善されまでもちこたえるしか方法はない（崩壊したらそれまでで消えてしまうまでか？） その方法の一つとして遠隔医療と在宅療養は意味があり進めることは良いことだと思う。</p>
<p>①専門医との連携。 EKG画像を母体となる病院で見て、必要な処置をリアルタイムに専門医が指示するという芸当も出きると思います。</p> <p>②介護職との連携。 ケアカンファランスを居宅での状況を見ながら行うことが可能。一般に医学知識に乏しい福祉職の現場での疑問に、その場で答えることが出来る。</p> <p>③ターミナルケア、急変時の対応。 家人からの状態報告は電話のみでは不正確なことが多いため、実際の様子を見ながらの報告が可能となれば、居宅に赴くタイミングが図れる。</p>
<p>このアンケートは、今の医療では実際的でないと思われます。 往診クリニックとしては良いかもしれないが、病院としてはこの体制は成り立たないと思います。</p>
<p>ITハードウェアを間に介在させ遠隔でクライアントとの間での介入を図るというものをイメージしますと、このアンケートで提示されているあたかも個々の医療機関が遠隔</p>

診療（医療機関から遠いイメージ的には過疎地在住の人々のために医療がカバーされているというロジックを満たす目的で）の当事者になりかつ実務当事者が往診にも対応するというスキームは普遍化を期待するのはナンセンスであると感じます。

ITのデータ処理能力と個々の往診実地の対応期待数がオーダーのそろわない実務であると考えからです。

逆にITを介した介入はそもそも地理的な要素を無視することで最大限の処理数を発揮するわけですから、クライアント確保に勝算があれば中央的な（サーバー管理所有者でもある企業？）医療者が無限大の地域から遠隔診療関係をクライアントと結ぶことと並行して往診実務を請け負うべき地域の医療者とも情報共有、往診対応についての契約を結ぶというイメージで往診実地診療者と遠隔での情報収集者は別個で稼働という形がITの機能を最大活用するには有益に見えます。もちろんサテライトとして往診実地部隊を重要拠点に配置するところまでをイメージした企業戦略もあると思います。（当然それが上記の「医療機関から距離的に遠い過疎地の医療維持」につながらないことは予想されますが）

アンケートでご呈示のパターンでは個別に地域地域である種あるべき水準等細目を定めた運用規程を満たすプログラムをさだめ一つの補助金事業形態として行政側からそのパッケージ導入を推進支援するという形で地域の診療圏ごとにまかれるというイメージになってしまうとそれぞれが長期に安定した活用実績を維持するものになるのかどうか不安は抱きます。コストが担保できるか疑問です。

自身往診診療に携わる実務者として実際面遠隔での情報収集のツールを自分の往診対象の人々との間でどの水準のハードウェアで持つのが相互の安心につながるかということを実践している内容によって幅もでてくると思います。携帯電話の機能で期待できる支援のほうアンケートの中で指摘されている光ではカバー出来ていないような過疎地での場合は取り回しが優れているような事も現時点では十分あるでしょうし、地域で閉じた中での遠隔での情報収集（50ほどのクライアントになるのでしょうか？）規模に個別にサーバー配置は過剰投資だと思います。そうであればやはり中央にサーバー設置されていて共通のフォーマットで遠隔情報収集する業務が24時間稼働出来るスタッフ配置で専任でなされる部門に情報の収集は特化させ、その情報も活用しながら往診実務は何か距離的に届く個々のクライアントと契約関係を結んだ地域の医療者が請け負い中央から得る情報、クライアントからの要請に応じて稼働する、もちろん必要に応じて中央と地域の医療者地域の医療者と各クライアントの通信も随時自由とするようなネットワーク構築にはするものの必ずしも往診当事者が遠隔診療行為自体を行う事を前提とはしない運用が検討されても良いのではないかと思います。契約のコスト管理が妥当であれば成り立つ事業でしょうか。遠隔診療自体が対面診療の要件を満たさないとの認識論で補助手段に過ぎなくて診療とは見なされず、同じ診療者が行為として往診を行っていることで診療としての担保としなければならないのであればこうした運用は医療とみとめられないのかもしれませんが。それならやはり各地域に何とか往診も含め地域在住で過疎地での在宅に対応しうる医師配置をあきらめないで追求することがITを挟むより行政の目標設定としては望ましく、ITを挟んだ地理的要因を除外した診療システムはセキュリティ関連企業の業務戦略と近いイメージで捉えてコスト等をもみながら民間の業態として昇華していく方向性が健全という結論にならないでしょうか。

もちろん個々のモデル事業地域の研究者がアンケートに提示されている運用で実務実績を上げ遠隔診療の一つの位置づけとして在宅支援に生かされているのだという事は理解し、強く敬意を抱くものです。大変精力的なお働きに驚かされます。

とくに高齢者、看取り医療に際しては面談して表情を見て短時間でも心の通い合いを大切にしている。

電話、映像を介しての医療では無理なように思う。設備投資、保守管理の費用も莫大なものになりそうに思われる。その資金を捻出する前に必要な投資は数多くある。

実用的ではない。

- ・ 器械の性能的に遠隔診療の限界があることの認識は必要かと思います（画像が粗い、被写体がカメラ範囲内に入らないなど）
- ・ 患者側の取扱者の大半は高齢者で、器械操作、回線などの知識に乏しく、説明しても理解してもらえないことも多い。対象者は限られるように思います。（特に回線システム、回線利用料金、回線工事などの基本的な説明において）
- ・ プライバシーの問題から、電話での相談に比べるとカメラを使用することのためらい

ありました（身だしなみを整えないとカメラに写れない）

- ・費用が診療報酬にほとんど反映されない以上、医療機関にとっても利用者にとっても負担が大きい割りに効果を感じにくい。特に離島などすぐに医療機関に受診できないような地域以外では特にその傾向があるように感じます。（多少遠くても、医療機関に行った方が安心を感じるようです）
- ・安定期・慢性期の変わりがないことの確認、軽度の状態変化には、利用効果があると思います
- ・ランニングコストが高いので、医療者と患者よりも、医師同士（テレビ電話での情報共有）や、医療機関と行政機関との定期連絡用などの方が、まだ利便性はあるようにも思います

遠隔医療を安全に訪問診療の代替と考えるのではなく、このシステムによって普段は診療を受けることが難しいような専門的な診療科の医師とテレビ電話で直接話ができる、などの利用法を中心に考えた方が良いと考える。

耳鼻咽喉科の性質上、診療の特殊性があるため、遠隔医療のメリットは少ないと考える。

基本的にプライマリ医療機関が担うべきと考える。

平成 21 年度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)

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』

【追加】アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

向春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

昨年 10 月にお送りさせて頂きましたアンケートでは、ご多忙中にも関わらず、貴重なご意見、ご指示を賜りまして、誠にありがとうございました。お陰さまをもちまして、現在集計を進めている最中でございます。

この度、先のアンケート中の「遠隔技術の導入・運用」と「在宅における医師の看取り」の関係について、改めてご意見を賜りたく、追加調査票をお送りさせて頂きました。

大変お忙しい中、大変お手数をおかけしておりますことを重々承知しておりますが、先生方のご意見を賜りたく、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

謹白

2010 年 3 月

主任研究者 川島 孝一郎

【調査票配布対象先】

21 年 10 月に実施した『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』アンケート調査にご回答下さり、ご記名頂きました在宅療養支援診療所 994 ヶ所

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されたりしても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は貴施設の情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は、承諾無く公表することは一切ございません。

◇この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

【回答にあたってのお願い】

1. 自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、
3月12日(金)までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

問い合わせ先

「遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究」事務局

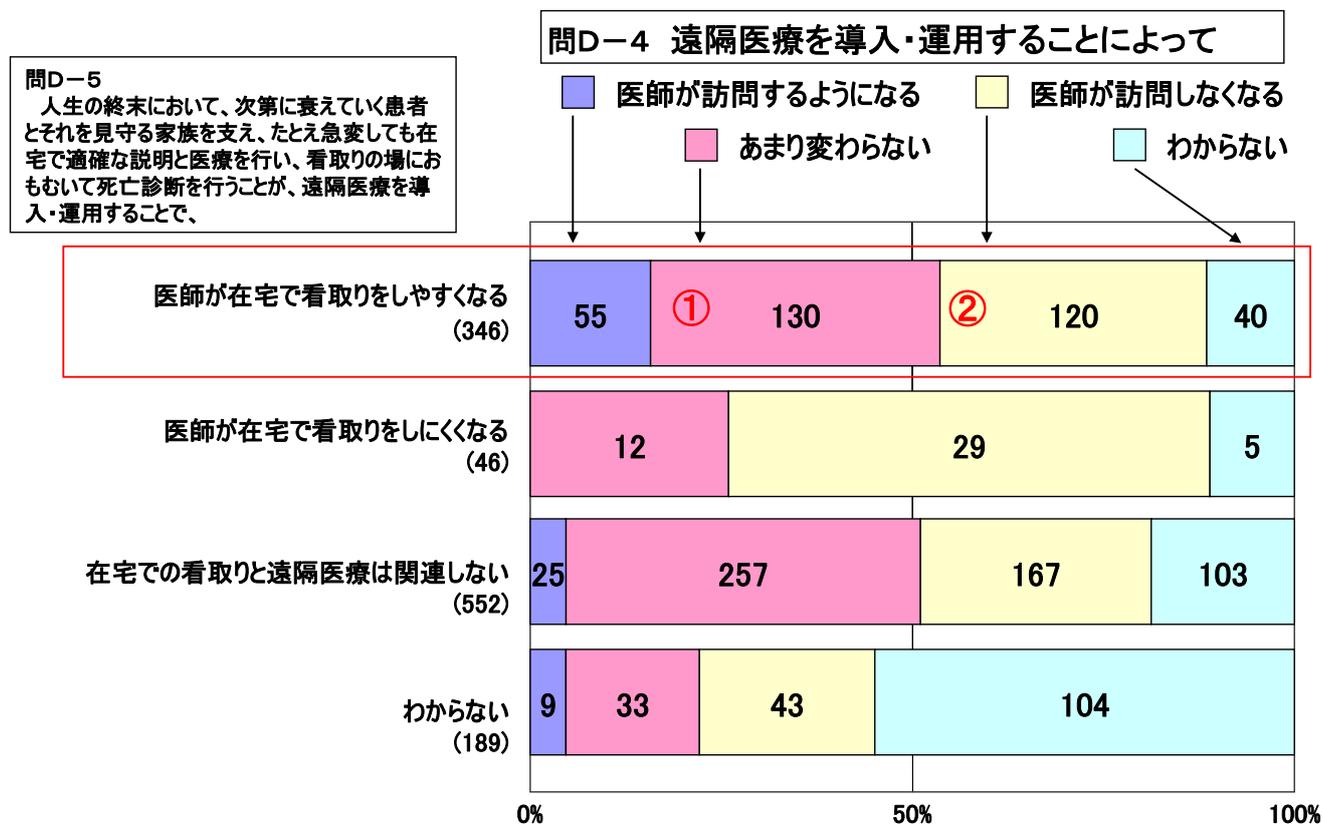
(仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤

TEL：022-212-8501(平日13~17時) FAX：022-212-8533(24時間)

e-mail：doctork@oushin-sendai.jp

仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/

下図は、先般ご回答頂きましたアンケートの問D-4・問D-5の回答状況を示したものです（診療所の回答のみ集計、n = 1,132）。



①部（問D-5で「医師が在宅で看取りをしやすくなる」と答えたグループ）にご注目下さい。

問D-4

問D-5

- | | | | | |
|---|-----------------------------|--------|------------|--------|
| ① | 遠隔医療を導入しても
医師訪問はあまり変わらない | と答えながら | 看取りをしやすくなる | と答えている |
| ② | 遠隔医療を導入したら
医師が訪問しなくなる | と答えながら | 看取りをしやすくなる | と答えている |

①、②は、いずれも医師訪問と在宅看取りとの関連性が明確ではありませんでした。

問D-5で「医師が在宅で看取りをしにくくなる」と答えたグループの中では、問D-4では「医師が訪問しなくなる」と答えた方が最も多く、訪問と看取りとの間に関連性が認められます。

同様に、「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」は「あまり変わらない」が多く、「わからない」は「わからない」が多くなり、これらも関連性が認められます。

この結果を踏まえた上で、次ページの設問にお答え下さい。

6-2. 追加調査結果 自由記載 (①②群)

記載内容 (原文のまま)
遠隔医療を導入すると、患者から連絡があった場合緊急性の判断ができる点で有利である。緊急性がある場合も準備等を含めて心の余裕ができる。 緊急性がない場合も、優先順位が付け易いので他の患者にも迷惑がかからないで済む。 患者から連絡がない場合、確認手段として有用である。
どちらも正しいと思う。 ①、②共に遠隔医療の導入で、看取りはしやすくなるのだから。 ケースバイケースで医師の訪問が変わるケースも変わらないケースもあって良い。患者が安定している状態かどうかにもよるし、遠隔医療の装備がどの程度かにもよる。 遠隔医療の内容がよくわからない。
②いざという時医師の力が本当に必要な時、死亡診断書が必要な時、緊急搬送が必要な時の判断がしやすくなると思うので、遠隔医療を導入するのはいいことです。 最期の看取りの段階で「息がとまっていると家族から連絡うけて訪問してみても、まだ看取りの前の段階だったりすることが多く、遠隔医療を導入することのメリットは大きい。しかし無診療にて(診察なしで)診断することキケン性も大きくなるので、あくまでも夜間や在宅(ヒル、夜間、祝祭日)に最初は限定して認証システムも入れてセキュリティをしっかりとすれば大丈夫と思いました。
何か小さな変化があると家族が不安に感じ診察を依頼する。 結局は医師が訪問し、状態の把握と病状説明を家族から求められるので「訪問は変わらず」、しかし遠隔医療にて間接的に病状をみられるので、その後の指示や予測が立てやすくなり「看取りはしやすくなる」と考える。
①についてですが、遠隔医療の導入は患者様や家族の精神的な安心感につながると思います。 24時間医師又はナースに相談ができたり、医療の面でも指示をもらうことができるという良い面もあると思いますが、画面上だけでは診療できないこともあります。 実際に胸や腹部の聴診や打診ができないことや浮腫の状態皮膚の状態は肉眼的な診察が必要になると思いますので導入しても医師の訪問の回数は大幅に減少することはないと思われます。 ただ今現在どういう状態であるかは、常に確認することができるので在宅での看取りはしやすくなると思います。
②については答えてませんのでわかりません。
①「遠隔医療」はどの程度医師に情報が正確に伝わるようになるかわからないので、結局、訪問しなければいけないと思います。しかし、いよいよという時までの状態をリアルタイム、あるいは見しく医師は知ることができるので看取りはしやすくなるのでは？と考えました。 ②一方、「遠隔医療」が正確に細かい情報が医師に伝わる可能性があれば医師の訪問が少なくなり、看取りがしやすくなります。いずれも「遠隔医療」をどう利用するかによると思います。
①について 遠隔医療によって家族や患者にきめ細かい対応が随時できるようになり、医師の訪問回数はかわらなくとも看取りのコンセンサスが得易くなるという意味で看取りはしやすくなる。 ②について 上記①と同様の理由で、医師の訪問がなくても、遠隔医療によって、患者・家族とのコミュニケーションができるため、患者・家族は安心して看取りしやすくなる。
遠隔医療を導入しても、医師の死亡時看取りは変わらないと思われる。 又法律的にて無理ではないか
②遠隔医療をすることで家族が安心して、すぐに呼ばれることが少なくなるため訪問回数が減る。 直接会わなくても信頼関係がために連絡することできづければ看取りはしやすくなるという意味です。
現在の患者さんの状況が把握しやすい

<p>状況がわかると当然家族にも説明しやすいし、看取りがしやすくなると思います （前回のアンケート忙しく出していません申し分ありません記載事項が多すぎます。 簡単に答えられる形式にしてください。）</p>
<p>訪問するタイミングが即の場合と、訪問が5時間位後とでもよいかで違うと思います。 遠隔医療で観察はしやすくなります。数時間後に看取りに行けます。訪問するか否かは 遠隔医療でわかりますが自宅で遠隔医療するわけでないのでタイミングです。</p>
<p>EKGモニター CCDカメラ) etcで患者の状態がわかればすぐ訪問が必要かどうかを 判断しやすくなると思います。</p>
<p>遠隔医療を導入すればわざわざ医師が訪問しなくても良くなるので効率的に在宅医療が できると考えます。</p> <p>在宅医療で適確な説明と医療を行ない、遠隔医療の運用ができている場合には、患者 さんの容態を電話で聞くと同時に携帯電話による写真のE-mail、vitalsigns電送で把握 できていると看取りがしやすくなります。</p> <p>また遠隔医療で定期的に患者さんの写真E-mail、vitalsigns電送などで患者さんの状 況が把握されていれば医師の訪問回数を減らすことができます。</p> <p>遠隔医療の説明・用意がなければ電話のみの情報しかなく患者さんの容態を把握しに くくなり末期医療できず看取りできない場合が生じます。</p> <p>遠隔医療の導入で医師の訪問少なくとも看取りしやすくなるのは当然ではないでしょ うか。</p>
<p>「遠隔医療を導入する」のいみがわかりません。「看取りがしやすくなる」のいみもわか りません。アンケートの意味不明です。 独断的なアンケートで、アンケートに協力したくても意味わかりません。 何かをしたいのでしょうか、何をしたいのでしょうか</p>
<p>遠隔医療を行うことにより定期的な医師の訪問を減らす事は可能だと思います。実際 に減らすかどうかはその医師の時間的な余裕の有無で決まると思うのですが。 看取りについては家人とDrの連絡が密にとれるようになるので、家人、医師共に不安 を感じる事も少なくなると思います。</p>
<p>遠隔医療を導入しても、患者やその家族は医師の訪診を待っていることに変わりはなく、 訪門には変わらないと考えます。</p> <p>ただ、遠隔医療により患者の病態が把握しやすく患者家族への説明、予後のみやすさ から看取りはしやすくなると考えます。</p>
<p>遠隔医療により、緊急の往診回数が減少する可能性がある。本人や家族の不安や往診 まで必要のない症状に対し、電話等で対応できる。</p> <p>このことは医師の負担を軽減し、一人の医師が担当できる患者数が増える可能を示 すと考えられる。</p> <p>よって看取りやしやすくなると思われる。</p>
<p>遠隔医療という、新たなツールが導入されることで単純に看取りが容易になると考えた のではないのでしょうか？ 在宅での看取りは、医師にとってはたった1人ですべての状 況を判断し、決断しなければいけない場合がほとんどではないのでしょうか。その際に遠 隔医療が存在すると多数の意見により判断できるメリットが大きいと考えたと思いま す。</p> <p>その反面医師がわざわざ出て行かなくても遠隔ですませることはそれでよいのではない かという考えも、当方でしてくるのではないのでしょうか。</p> <p>従来なら、訪問して対処すべき事が遠隔が対応できるのではないか！ 極端な事を言え ば亡くなれた事も診断可能ではないか！（法的にも問題あると思いますが…）という考 えが頭に浮かんで来るのではないのでしょうか。実際、往診を1人でやっている、状況 により負担が大きくやめてしまうかと思うことも多あります。本来なら在宅も複数の医 師によるグループ化が良いと考えますが、現実の事を考えると継続は困難と考えます。</p> <p>「在宅での看取りは辛い」現場の開業医にとって、この一言で表現できるのではないで しょうか。</p>
<p>①医師の訪問は、慢性疾患で急を要しない場合は、在宅で定期的に訪門あるから訪問回 数はかわらないが、遠隔医療により患者の症状等が随時、連絡がくるから看取りはし やすくなると思われれます。</p> <p>②に関しては遠隔医療により患者の家族の話より状態がくわしくわかるから余分な訪問 回数へると思いますし忙しい時は遠隔医療のみに今回は訪問を中止して連絡をとり</p>

<p>あい必要な時に訪問するから医師の訪問しなくなるにもかかわらず看取りがしやすくなると思われます。</p>
<p>①訪問診療せずに保険点数が遠隔医療のみでつくかどうか不明なので、訪問回数は変わらないと思う。しかし夜間に呼ばれたりする回数は減ると考えられるので看取りはしやすくなると思う。</p> <p>②保険点数が遠隔医療でもらえるなら看取りはしやすくなると思えます。</p>
<p>①遠隔医療を導入すれば患者家族の情報が得やすく、医師からの指示・説明も直接訪問しなくても良いから看取りはしやすい。 それでもやはり必要な場合は訪問して直接診察することになるから訪問回数は変わらない。</p> <p>②場合によっては訪問するかわりに遠隔医療で用がたせることもあるかもしれない。老衰に近い状態とか、意識がなく苦痛もない状態の看取りであれば、遠隔での情報交換だけで十分で、最期の確認のみ訪問という形が可能であろう。 要するに、遠隔医療を導入することで看取りがしやすくなることは確かであり、医師の訪問はケースバイケースで、症例によっては頻回に訪問する必要があることもあり、逆に省略できることもあると思えます。</p>
<p>①訪問診療は予定が組まれていることが多いため、遠隔医療導入により訪問回数、内容は変えることはないと思えます。また看取りに関しては死亡前の状況、死期が近そうであることを把握しやすくなるため、医療者側の看取り準備に余裕ができると思えます。(死亡診断書の準備、緊急訪問に対して予定を空けておくことが可能) したがって②の訪問せずとも死期の予測が可能となり前もって看取りの準備ができるため、看取りやしやすくなると思えます。</p> <p>ケースバイケースで、きちんと答えられないというのが本当の気持です。 家庭の状況や、家族構成によっても遠隔医療導入できるかどうか異なると思えます。</p>
<p>1. 患者の状況が速時把握できるので往診の回数は減ると思われる。 また患者側からの要請も少なくなる。患者側は必要最小限の訪問を望む。 (金と時間がかかるため)</p> <p>2. 医師も状況が安定していれば、敢えて往診しなくなる。</p> <p>3. 国も費用削減に導入を検討するであろう。</p> <p>4. 遠隔の老人の看取りは訪問せずに医療費をかけずにする方向なのか静かな看取りの合意が得られるか。</p> <p>遠隔医療のイメージを3～4ヶ提案してのアンケートにしてほしい。地域間、医師間の全く異なるイメージでは目的がみえてこない。</p>
<p>①正確な情報が得られやすくなるため医師が対応しやすくなると思えます。</p>
<p>Vital signs の変化率 (例: ECGモニター、SpO2) により、急変の予想が付けやすくなる。</p>
<p>①の場合は遠隔医療に患者情報を詳細に把握することで医師の訪問は変わらないが、訪問時の病状把握と診察がしやすくなり、看とりしやすくなると思われる。</p> <p>②の場合は、患者情報把握にて訪問頻度が少なくなり、看とりのときのみの訪問などで対応できるようになるものと思える。(看とりやすくなる)</p>
<p>遠隔医療の導入により通常の診察(訪問)の回数が変わらないあるいは減少するのは、訪問を直接しなくても情報が得られるためだと思えます。 たとえ訪問の回数が減っても蓄積された情報が多ければ、在宅での看取りがしやすくなるのではないのでしょうか。もちろん現在の24時間内に診察していることが条件となると看取りは難しくなるかもしれません。</p>
<p>遠隔医療により、患者の状態にあわせてタイミングよく訪問診療を行うことができ、それが看取りをしやすくなることにつながると思われます。</p>
<p>「看取りのしやすさ」は、ひとつに医師と患者およびその家族との十分な説明にもとづいた信頼関係に関連するものと考えています。 従って</p> <p>①遠隔医療を導入しても医師の訪問回数に変わりがないケースと</p> <p>②遠隔医療を導入し、医師の訪問回数が減少ないしはしなくても可能なケースがあるものと思われます。 しかし、</p>

②の意見には同意しかねます。
①様子がよくわかり状況に応じた対応をとりやすくなる。看取もしやすくなる。 ②様子がよくわかり、患家の希望により状況説明におわり、訪門診療は費用もかかり回数が減るが、看取りの時期とか対応はしやすくなる。
私が①、②どちらを答えたか記憶は定かではありませんが、改めて問について考えるに、①②は医師の訪問と在宅看取りの関連性は明確でないと考えます。申し分け有りません。①②と答えた理由はわかりません！ しいて上るなら、設問の意図がはっきりしていなかったのだと思います。また設問も誘導的で複雑で理解しづらかったのかと思います。削除（アンケート結果のnから）しておいて下さい！
遠隔医療を導入することで患者の状態がより正確に把握できるようになるためだと思えます。
遠隔医療を導入すれば、それでも医師の訪問は変わらないが、状況をよりつかめるので、看取りをしやすくなると思えます。 遠隔医療を導入すると医師は訪問しなくなるというような医師もいるでしょうが、状況をつかめるので看取りしやすくなると思えます。
①と答えた様な気がするので①に答えます。 在宅医療で一番大切なのは病院に入院している時の様に調子の悪い時医師や看護師がすぐみてくれるという安心感でありモニターを通しての病状把握だけでは安心感を得られず医師などスタッフが目の前にいて体に触れ何とかしてくれる安心感を与える必要があります。一方、病院から在宅に移る人時に癌末期の人や退院を望まないのに在宅に移行せざるおえなかった人は病院の高度医療から見捨てられた感覚をもっているため訪問で安心感を得てさらに遠隔医療で高度医療を受け続けられれば本人、家族とも安心と満足感を得られ結果的に在宅での看取りがしやすくなると思えます。
D-4とD-5の質問の意味がよく理解できない。わかりにくいアンケートになっている為おかしい解答になっているのではないのか？ D-4で遠隔医療導入にて医師の訪問はおのずと減少して在宅での看取りは減少し、しにくくなると思われる。
①実際に診療しないと不明な点も多い（ex. 発疹、圧痛、腫痛） ②看取りが近づけば、連日訪問していたものが、多忙な際は具合が落ちついていけば、1日2日は訪問しなくてもよい日が出てくる可能性がありつまりは看取りがしやすい事につながる。
①は医師の訪問の変わらないのは、最終確認及び遠隔医療停止又は終了のため訪問は不可欠また病状の説明、異変の注意点などの説明及び注射、酸素投与、吸入など訪問しなくては出来ない事が多数あり、その為の回答と思われる。 ②これは（A）遠隔が自分の所以外の所で行なわれ、こちらには通信で連絡が入るような場合直接患者宅に行く前に連絡先に連絡することが多くなり訪問はしなくなる。（B）として画像等の情報又は血圧や脈拍等の情報が入れば午前と午後の2回往診などは無くなり往診は減ると思う。入力の問題、モニターの能力にもよるが少なくとも終日観察しなくてもよくなり看取りはやり易くなると思う。 ただ実際には家族の方の能力もあり、病院に由ねた方がよいという意見が1人でも出るとそちらに傾く傾向あり、在宅で看取る方が自然であるという社会通念が広まる必要があると思う。遠隔医療の普及とも関連すると思う。
在宅の場合、癌が脳疾患等にて寝た切りの場合は別として、余り確定診断が無い方が、何となく看取りがし易いと思われる。 遠隔医療が、患家宅に出向くのならば話は別だが、大部分の患者は検査等の確定診断は行なわれていないのが当院の実情である。 又貴院の場合は訪問看ゴが、24時間365日行われているのであろうが当院の場合は自院の看ゴ師によるみなし訪問看ゴは24時間365日行なえるが■■■■市の訪問看ゴステーションは総て土日際日休み、午後5時迄である。 看取り、訪問診察、往診の調査も良いが、まず周辺の整備、特に訪問看ゴステーションの実態を改善するのが先ではないでしょうか。 厚生省の補助金研究らしいので厚生省にも御一考していただき時には医師の休みが取れる様頑張りたい。

<p>私はここ15年間休んだ事がない。</p>
<p>①については、遠隔医療が導入される状況を回答者がどの様に連想・想定したか？ということにつきると思う。 当地では、北海道や四国の山間部とは異なり安定している患者への導入は、プライバシー保護等の観点から必ずしも望ましくなくむしろある程度死期が迫った患者を連想・想定した可能性が高いと思われます。その際、病状を把握した患者なら遠隔医療でも看取りのタイミングを測りやすいと思います。しかしながら、患家にどの様に説明するかは単純な物理的寿命で決まるものでもなく、“心配だから来てほしい”等々の要望は消えるものではないと思います。よって①②共にありえる、という回答になるかと思われます。</p>
<p>臨死期に家族（主介護者）が不安を感じていることが多いように思います。 不安が強い場合、看護師や医師が頻回に電話対応や訪問を行う必要があります。 遠隔医療により、経過についてより具体的な説明が可能となり、同時に医療者の訪問が減らせる可能性があると考えます。</p>
<p>これはケースによって異なると思いますが、遠隔医療によって、訪問回数が減っても患者とのコミュニケーションがとれ、人間関係が構築される事によりスムーズに看取りまで移行できると考えているのではないのでしょうか？</p>
<p>①遠隔医療の定義があいまいなためと思われるが例として、遠隔医療を行う医師が大病院とすると訪問する医師とは別であり、患者さんの信頼もあるので看取りを希望する患者は安心し、看取りの際にもトラブルはない。一方で訪問を直接する医師は特に変わる事はなく（訪問回数や相談など）ただ看取りがし易くなると思うからではと推測します。</p> <p>②①同様に、例として遠隔医療で患者さんが信頼される先生に直接相談できるシステムであると不必要な訪問診療（臨時）が減少できるし、信頼あるため看取りに対する抵抗もないため看取りがし易くなると思う方が多いのではないのでしょうか？ 遠隔医療のモデルが各個人バラバラでどこまでできるかがよくわからない事が要因と思われる。</p>
<p>①遠隔医療ということで患者の家族が、医師の訪問が頻回でなくてもよいという印象を持ち、結果的に亡くなるまで臨時の往診等は少なくなるのではないかと。</p> <p>②も同様で医師が遠隔医療で訪問しなくても、仕方ないと家族が思うようになるのではないかと、と思います。</p>
<p>①②についての回答です。 D-4は医師が訪問しなくなる。 D-5は看取りをしにくくなるに訂正いたします。 設問文章を誤解していました。</p>
<p>誠に無責任な話で申し訳ございませんが前回どのような回答をしたのか記憶しておりません。今回のこのアンケートは①②の回答をされた医師に送られたものでしょうか？その前提のもとに私なりの理由を考えてみました。</p> <p>②恐らく遠隔医療を通じて訪問先との連絡が密に行なわれているので容態が変わる度に訪問を依頼される事がなくなり、最後の看取りだけ訪問すれば良いという事になる可能性が考えられる。</p> <p>①遠隔医療を導入しても、従来の訪問が必要最小限の回数であった場合はそれを維持する事になり、終末期に近づいた場合は①と同じになるのではないだろうか。</p>
<p>常にK r a n k eの病状を把握したり、患者背量を理解することは、お互いに信頼関係を構築することに有効な手段となる。 相互に信頼関係ができあがると医療行為、在宅での看取りも円滑となる。</p>
<p>遠隔医療の導入により本人宅へ訪問しなくても診療所にいながら患者の状態を把握できる為訪問する回数は同じか減る可能性があるが、状態は把握しやすい為看取りはしやすく状態悪化してすぐに訪問できると考えました。 遠隔医療の利点を生かせばこの様な選択になると思います。</p>
<p>御質問の主旨が分かりづらいのですが多分 opinionが多くなる程、家人が納得し易くなるからでしょうか。 患家の権利意識の高まりは我々の義務の範囲をとうに越えておりますので。 我々の正義感と volunteer 意識に頼る時代はとうに過ぎ去ったものと考えております。</p>

<p>①意思疎通が円滑になり病状が把握しやすくなるため、連絡が頻回になるのが大きな要因</p> <p>②①と同様医師の考え方もあるが間接的でも情報が入れば訪問を減らす医師も有ると思う。</p>
<p>一番大きな要因と考えられることは、解答者が遠隔医療を経験していないため、すべて想像で解答している点にあると思われます。</p> <p>遠隔医療の実態が把握できていなかったり、実経験が無いと遠隔による簡便さのため、訪問する手間を省けることから訪問しなくなると予想したのではないのでしょうか。あるいは、それとは関係なく訪問時以外の情報が単に増えるだけで、直接会って診察することを重要視して、その手間を省くことはしないと判断されたにしてもいずれも情報（患者さんの）が、増えることで看取りする際の判断材料が増えることになり、色々と医療側にとって、便利と考えたのではないかと思います。</p> <p>この解答も、想像した内容と想像して解答してます。</p> <p>どれほど、今後の遠隔医療の実施に向けて、考える材料となるかはなはだ疑問に思いますが、他に方法が無ければ仕方ないのかもしれないかもしれませんね。</p>
<p>臨終近い患者の家族は、症状の変化に敏感になりがちで頻回にTELして来られるケースがあるその場合そのつど様子を見に行けない遠方の患家であれば話しかけ聞いて落ちつくよう話す事になるが遠隔画像でDrも一緒に診ているという安心感を与え看取りのタイミングが取りやすい。</p>
<p>遠隔医療を介して患者の状態を把握しやすく、変化があれば訪問する必要が出てくるため、訪問の回数は増えるか又は変わらないと思う。患者や、その家族の不安をとりのぞくのには有用と考える。</p> <p>又、状態が安定していれば遠隔医療で状態を確認するのみで患者、家族の安心につながり訪問回数は、減る事が予想される。</p> <p>状態の変化の有無で、訪問回数は変化するので、ひとまとめにするのは難しい質問と思います。</p>
<p>遠隔医療を行ったとしても、あくまでも補助的な役割でないでしょうか。</p> <p>やはり時間が許せば、医師自ら患者宅へ訪問し、本人、家人との関わりあいをもつべきだと思います。</p> <p>そう言った意味では、医師の訪問は変わらず、看取りはしやすくなります。</p> <p>あくまでも遠隔医療は医療従事者へのサポート的役割と思われる。</p>
<p>遠隔医療を導入しても医師の訪問回数は変化なく、看取り期の状態の変化に対応して臨時訪問を行う判断材料となりうると考えます。</p> <p>この点で、24時間以内という事を考えて在宅看取りがより行いやすくなると考えられます。</p>
<p>何を聞きたいのか？よくわからないが…</p> <p>根底には遠隔医療のイメージがよくわからないのではないかと？webカメラなどでやりとることだけで看取りができるとは考えられない。たとえば訪問看護師が現場にいて、それからやりとり(webカメラ)するのだったらある程度は医師の訪問は減り、看取りがしやすくなると思う。</p> <p>しかし原則は人(医者)の手の暖かさによる看取りは必要であるので、医師の訪問は変わらないとも考えられる。</p>
<p>遠隔医療の導入→看取りがしやすくなるとの解釈でいいのでは、その理由として医師の訪問に原因を求めるような質問が適切でないような気がします。</p> <p>また、統計学的な問題によものではないでしょうか？</p> <p>遠隔診療などを行った経験がない医師がほとんどでしょうからこのような結果(わからない)になってしまったと思います。</p> <p>あえて、理由をあげれば、医師の診察の手助けになる遠隔医療は看取りに対しても手助けになると考えます。顔色をみて、訪問診療を行う機会が増加するばあいもあれば、逆に医師が安心して、訪問回数が減少する可能性も考えられます。</p>
<p>②離島やへき地に暮らす患者および、家族を考えた場合、遠隔医療の導入は、進んでいくものと考えられる。ただし、看取りを考えた場合、特に家族と主治医との間の十分な信頼関係の構築が不可欠と考えられる。すなわち、実際の患者の死をむかえた場合の想定される状況、家族のとるべきやり方などこまかに説明し同意を得ることができたなら遠隔医療の導入による看取りのしやすさが、推進されるのではないかと考えら</p>

れる。
確かに、医師の訪問する、しないには矛盾を感じるが遠隔医療により患者との状態把握が密になり看取りがしやすくなると考えております。
両方の可能性があります。 ①なら不要・不急の訪問が減少するだけの意味での回答であるし、優秀なNs Stationと連携しているDrならタイミングは逃さないで訪問していますのでたとえTVシステムが導入されても今まで通りです。手段が増えたのでWelcome ②Ns Stationと上手く連携してなくて、今まで大した事がないのに呼ばれてしまうことが多いと感じているDrならこちらです。 つまり、回答したDrがどういうPositionで仕事をしているか、立つ位置が違えば回答が違いうけど、お互いに楽になると思う訳ですよ。
医師の訪問回数には、限度がある。遠隔ならなおさらである。 しかし、患者や家族に適切な説明をして必要なら訪問看護の回数を増やすことで何とかカバーしてゆくことが現在の状況からはそれが勢一杯と思います。 小生が①と答えたか②と答えたか少し忘れましたが（恐らく①）いずれにせよ、在宅を希望する患者にできる限りかなえてあげるよう努力することが大切です。 幸い当地域は、開業医の数も足りていて、病診連携もうまくいっているように思います。
当院の守備範囲は過疎地でもなく、電話も利用できます。 遠隔医療（診断、治療）の必要性をあまり感じません。 この2～3ヶ月で3人を在宅で看取りましたが、1回／日の往診と電話連絡で家族に看取られながら皆さん旅立っていかれました。 結局、遠隔医療が必要な状態では情報が集約され、訪問しなくても看取りが必要か否かを判断できるので医師の訪問が減っても看取りがし易くなるのでは？ 極論をいうと、医師の使命感ではないのでしょうか。 在宅医療をしていて最後には家族が家での看取りを希望しているにもかかわらず、病院へ送る医師もいるようです一患者さんの訴えより。 でもこれでは医師が疲弊するだけですわね！
①血圧や心電図等の電送で、変化の予測がしやすくなる。 ②血圧等の所見を取るための往診が減る。
遠隔医療をME機器管理、ハイテク技術導入でカバーするというだけでなく、マンパワー一同士の連携に基く遠隔医療としてとらえるならば医師にとって遠隔地での看取りは一般的にしやすくなると思う。 今までの経験では通常の診療圏から30km以上離れた地域で2例がん患者の看取りが可能であった そこには24時間体制の訪問看護もなく、診療所はDaytimeのみの診療で訪問対応は不可とのことであった たまたま患者担当のケアマネが看護師であり、1日2度（朝夕の訪問）急変時の状況報告をお願いし、医師が現場に向う約80分の間を携帯電話による指示で患者・家族を支えることができた。こうした遠隔地においても、連携できる医療者がいれば、何とか広域活動も可能であると考えている。
①② 医療の基本である「直接の診察による患者の状態はあく」の一部を遠隔医療が代替できるであろう。医師の訪問が減るかどうかはわからないが、情報量は増えるので看取りはしやすくなると思う。今考えられている遠隔医療は情報伝達法の向上であり、それ以上でもそれ以下でもないと思われず。
遠隔医療を導入すると医師が訪問しなくなる。否、訪問回数が少なくなって当然であると考えています。その理由は以下の通りです。 1) 訪問もして遠隔医療も付け加えるというのであれば、それで大変な時間を重ねる事になり現実的ではありません。屋上屋を重ねる事になると考えます。 2) 訪問は到着までの時間が随分かかり、家族乎看取られる者との意志疎通の時間はそう取れるものではありません。 3) その点遠隔医療では到着までの時間を大幅に節約出来、コミュニケーションの時間を充分取る事が出来るようになります。 4) その結果全体の状況をより充分に把握出来るようになり、又家族■看取られる者に別の意味で安心感を与えるようになると思われず。

<p>5) 又、不安な準備（心の準備）も互いに取る事が出来ると考えます。</p> <p>6) 従って看取りに於いては遠隔医療は、現在の電話連絡よりもはるかに訪問に近い効果が得られると考えます。</p> <p>繰り返しになりますが、訪問も従来と同じように実施し、その上に遠隔医療というのであれば遠隔医療が普及する事は望めません。（時間的な問題です）</p> <p>遠隔医療を導入するのであれば、遠隔医療を主にし訪問を従にするという体制を構築すべきです。時間の節約とコミュニケーションが充分取れる可能性があるという遠隔医療のメリットを頭初から生かすべきと考えています。</p> <p>訪問が減るとか減らないとかの視点でなく、訪問のメリット、デメリット、遠隔医療のメリット、デメリットを考慮し、看取る方、看取られる方、両者がうまく噛み合っ、良い看取りが可能となるよう考慮すべきです。</p>
<p>遠隔医療を導入することにより患者の予後評価が適確になる。（死亡時刻の予測が容易になるため）</p>
<p>自分がどのように回答したかももうすでに記憶にありません。</p> <p>このアンケートが来るということは、130+120名の中に入ることでしょう？自分がどう回答したかよく覚えていない前提で書きます。</p> <p>1) D4. 医師が訪問するようになる。-D5看とりしやすくなる55名。</p> <p>12は有意な関連は統計学にはないでしょうか？</p> <p>あれば他の質問同様に考えてもいいように思います。</p> <p>D4-訪問するようになる×D5-しにくくなる 12名、D4-訪問する×D5-関連しない 25名、D4-訪問しにくくなる×D5-関連しない 167名</p> <p>…などにも同様の質問をする必要があるのではないかと思います。</p> <p>2) ①、②のように答えるのは遠隔医療というものが訪問しなくても患者や家族と会話ができたりするツールなので、看とりの場面でも使い方によっては、うまくゆく＝看とりしやすくなると感じるのはある意味では奇異には感じません。</p> <p>たとえばケータイ電話がない時代に、D4ケータイ電話を使うことでD5看とりの現場でケータイ電話を使って…という説問でアンケートすると、『ケータイがあると訪問しなくても患者や家族と話ができるし、使い方によっては看とりがしやすくなるかもしれない』と感じる人がある程度はいるような気がします。</p>
<p>外来診療中ですぐに行けないとき、遠隔で看取りを行なっておき、あとから訪問できるのなら患者にとっても良いかもしれない。</p> <p>（遠隔医療を導入→）地域性によると思う。</p> <p>過疎地のような場所では、いいと思う。</p> <p>しかし、利便性ある地域では、近年患者が我がままになっているので、デメリット部分が目立ちそう。</p>
<p>①患者さんの状態か電話での家族への病状聞きとりだけでなく把握できるのではないかと思います。</p> <p>“遠隔医療：モニター等での realtime の監視と定義” 電話での症状聞き取りは夜間は家族への配慮から、遠慮するので</p> <p>②訪問しなくなるのではなく訪問の回数が減る①の理由で</p>
<p>遠隔医療を導入しても、看取りに関しては家族との説明、信頼関係によって成り立つため、医師の訪問にあまり関係がないのではないのでしょうか？</p>
<p>現在看取りは、家族に心停止の判断をゆだねることは困難であり、最終的に24hr以内に死亡する可能性が高まった時に、万が一その時は呼吸停止を確認し、その時刻を記録するように指示をすることが多い。遠隔医療が可能となればECGモニター、呼吸回数などより客観的に判断する情報がふえる可能性がある。結果的に、死亡確認や本人の苦痛を取り除くための訪問は欠かせないが、患者、家族、医師、訪看等が共有できる情報が増えることにより看とりがしやすくなると考えられる。</p>
<p>①について、</p> <p>医師の訪問日数に関しては変化されないと思われるが遠隔医療を導入することにより、より病態を主治医も家族・本人も明確に知り得る可能性があり、特にターミナルの状況下においては家族の心の準備・受け入れがしやすくなることも予想され、看取りがしやすくなると考えられる。</p>
<p>・遠隔医療導入により、訪問してもしなくても患者の状態を把握しやすくなる。医師が訪問となると、診療時間との関係など難しい面もあるが、遠隔医療があると医師が気</p>

<p>になる患者を気になる時に、診察することができ、独居などの方にも他サービスとの併用（介護サービス）により、入院加療ではなく在宅での診療を継続し看取りまで行えるのではないのでしょうか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の訪問回数については遠隔医療との保険点数にも左右されるのではないのでしょうか ・遠隔医療導入により独居の方の検視が減るのは良いと思う
<p>遠隔医療の導入により、医師が直接訪問しなくても訪問した際に近い情報が得られると考える。 訪問看護と組み合わせれば、なお一層情報が得られやすく、頻回の訪問が必ずしも必要ではない。</p>
<p>①に賛成 遠隔医療導入しても医師と患者が対面したり診療だから、やはり往診して納得の行く診療をしたくなると思う。当然の事ながら看取りの際も落ちついて診療出来るでしょう。患者の事が、遠隔医療・往診と近い病状も理解こそなされる。</p>
<p>遠隔医療を導入する事で、それに付随する周りの環境特に（訪問看護 e x）が整備されるので看取りがし易くなると思われる。 私も看取りを行いたいが24時間体制の訪看が少なく、医師である自分の体力、気力、時間をすり減らしているだけの状況である。コストも伴わない自費のオペの方が点数がよい。周りの環境の構築が必要である。</p>
<p>遠隔医療の導入はFace to Faceの関係やリアルタイムに患者の診察が可能となり医師の訪問回数の軽減につながって有効だという意味。看取りにも状態把握しやすく有用な情報を居ながらにしてつかめる。</p>
<p>患者の急変前から、家族に「セカンドオピニオンとしての役割を遠隔医療に負ってもらおう」ことにより、説明しやすく、納得してもらいやすくなるため、看取りはしやすくなる。</p>
<p>私は医学部卒業後33年が経過しました。この間の医学の進歩は想像できない位顕著であります。従って、最新の知識をもった先生に様々なアドバイスをいただく機会があればうれしくおもいます。 遠隔医療によりアドバイスをいただきながら在宅患者さんを訪問できれば心強く感じることができると思います。 従って医師の訪問は変わらず看取りは、一人で行っているのではないと思えるのでしやすくなると思います</p>
<p>定期の訪問の回数はへっても、モニターetcでP tの容態の変化はcheckできることが看取りできる環境をつくれるのではないのでしょうか？</p>
<p>①遠隔医療を導入しても、訪問、診察が基本的に重要と考える先生が多いのでは。 御家族との情報共有に関しては、遠隔医療は有利なのは。 いつでも連絡できるとわかれば、御家族も在宅でも看取りやすいのでは。</p>
<p>②遠隔医療の導入により、これまで、在宅での看取りに消極的だった先生が、参入しやすくなるのでは。</p>
<p>在宅死の場合、家族を安心させるためだけの往診があり、画像システムがあればそのうちの何パーセントかだけでも少なくすることができるということ。以前、厚生省に提出した委託研究報告書にも同様のことを明記しています。 特に当たり前のことだと思のですが、なぜ疑問なのでしょう？データ解析報告時にご教示下さい。質問の意図を勘違いしていれば申し訳ありません。</p>
<p>ご無沙汰しております。開業前に先生のところで見学させていただき刺激をうけ、感動して帰ってきたことを昨日のように思い出します。ありがとうございました。 アンケートの答えですが、もし看取りではなく死亡診断という言葉にするなら、①医師の訪問は変わらないが死亡診断はしやすくなるとする答えは、恐らく遠隔医療を一つの道具としてとらえている方々であろう（善意にとれば、つまり基本は見守りであるというスタンス）と考えられます。②訪問しなくなるにもかかわらず死亡診断がしやすくなるとの考えは、恐らく死亡診断という事実のみをとらえるという考え方であろうと思います。 アンケートの答えにならないのですが、設問と関連すると思われるので（屁理屈であるかもしれませんが）質問させてください。 つまり、看取りという言葉の定義についてです。狭義には、死のそばで付き添う、広</p>

義には死ぬ人を看護するとあります。この昔からある言葉ですが、現在の制度下での在宅医療の現場とのギャップを感じています。それは、この言葉のイメージです。多くの人は狭義にとらえていると感じています。ところが、開業して、実際に看取りをしているのは、医療者でなく、家族（身の回りの人）である場合がほとんどです（昔からそうだったのかも知れませんが）。死後に呼ばれて、死亡確認し診断書を書くのが現実だと思います。つまり、看取りは、今も昔も実際は、ほぼ家族がしているのではないかと思います。しかし、在宅医療支援診療所という制度になり、学会発表や、講演の発表でも、看取りを何人しているといった表現、公の届出でも年間何人看取ったといった表現がされています。どのようにとらえるかですが、看取り医者だといった表現を使用し、誇らしげにいう人までいます（問題は看取りの内容なのですが）。どうも、日本的感覚の私にはしっくりしません。たとえば、遠隔モニターでみて、死亡診断書を書いてもOK（現在でも24時間以内なら見に行かなくてもOKとのことで、つまりそれまでの信頼関係が大切なのですが）ということも今後起こり得ると思います。これからの日本人がどの方向へ向かうのか、患者家族が何を必要とするのかが、最も大切と思いますが、看取りを商業化してしまうような動きがもしあるとすれば、是非ブロックをして欲しいと願っています。将来のためにも良い方向へ向かって欲しいという気持ちが私の中にあります。つまり看取りという言葉はそういう日本的な感情のこもった文化そのものと解釈しています。本人、家族は、医療者に何を期待するのか。出来る限りの苦痛を緩和し、しっかりと向き合うといったいわゆる見守り、その先に看取り、死があるというのが、在宅医療にとって望ましい姿ではないかと思っています。実際は、見守りであると思いますが、この言葉を変えた方がいいのか、今のままぼかしておいた方がいいのか実は私もわかりません。いずれ、外国のように医師以外の方が死亡診断をする日、診断書を誰が書くかさえも変わるかもしれない。だからこそ、日本の看取りとは何か、その言葉の定義をどう考えたらいいか、人々がいったい何を必要とするのか、新しいシステムに対応した言葉が必要なのか、未熟で申し訳ありませんが、在宅医療をリードする川島先生に教えていただきたく、長々と書いてしまいました。

遠隔医療を導入することにより、患者の病状の把握が容易になり、情報量が増え、看取りはし易くなるということとされます。

遠隔医療を利用して患者の状態把握は、ある程度行なえるようになると思われる。その事により看取りはしやすくなると思う。しかしながら医師の訪問は別次元のものとして必要であろうと考えます。

自宅である程度患者さんの状態を把握できるので必要以外の訪問はする必要がなくなり、最後の看取りの時期を予想できるため。

単に、患者家族がつながっているという安心感と、司法解剖の対象にならない点において、在宅での看取り希望が増えると考えているからだと思います。

僻地や医師不足の地域でなければ遠隔医療には感じません。

①テレビ電話（携帯電話）を使用する事により近々の患者の状態がライブで認識できる様になり、終末時期直前に往診しやすくなるため。

②普段の訪問診療の移動時間が節約され、より多くの患者を診る事が可能となり、さらに患者の状態をライブで把握でき、死亡直前に往診が可能となるため。

平成 21 年度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)

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』

【追加】アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

向春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

昨年 10 月にお送りさせて頂きましたアンケートでは、ご多忙中にも関わらず、貴重なご意見、ご指示を賜りまして、誠にありがとうございました。お陰さまをもちまして、現在集計を進めている最中でございます。

この度、先のアンケート中の「遠隔技術の導入・運用」と「在宅における医師の看取り」の関係について、改めてご意見を賜りたく、追加調査票をお送りさせて頂きました。

大変お忙しい中、大変お手数をおかけしておりますことを重々承知しておりますが、先生方のご意見を賜りたく、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

謹白

2010 年 3 月

主任研究者 川島 孝一郎

【調査票配布対象先】

21 年 10 月に実施した『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』アンケート調査にご回答下さり、ご記名頂きました在宅療養支援診療所 994 ヶ所

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されたりしても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は貴施設の情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は、承諾無く公表することは一切ございません。

◇この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

【回答にあたってのお願い】

1. 自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、
3月12日(金)までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

問い合わせ先

「遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究」事務局

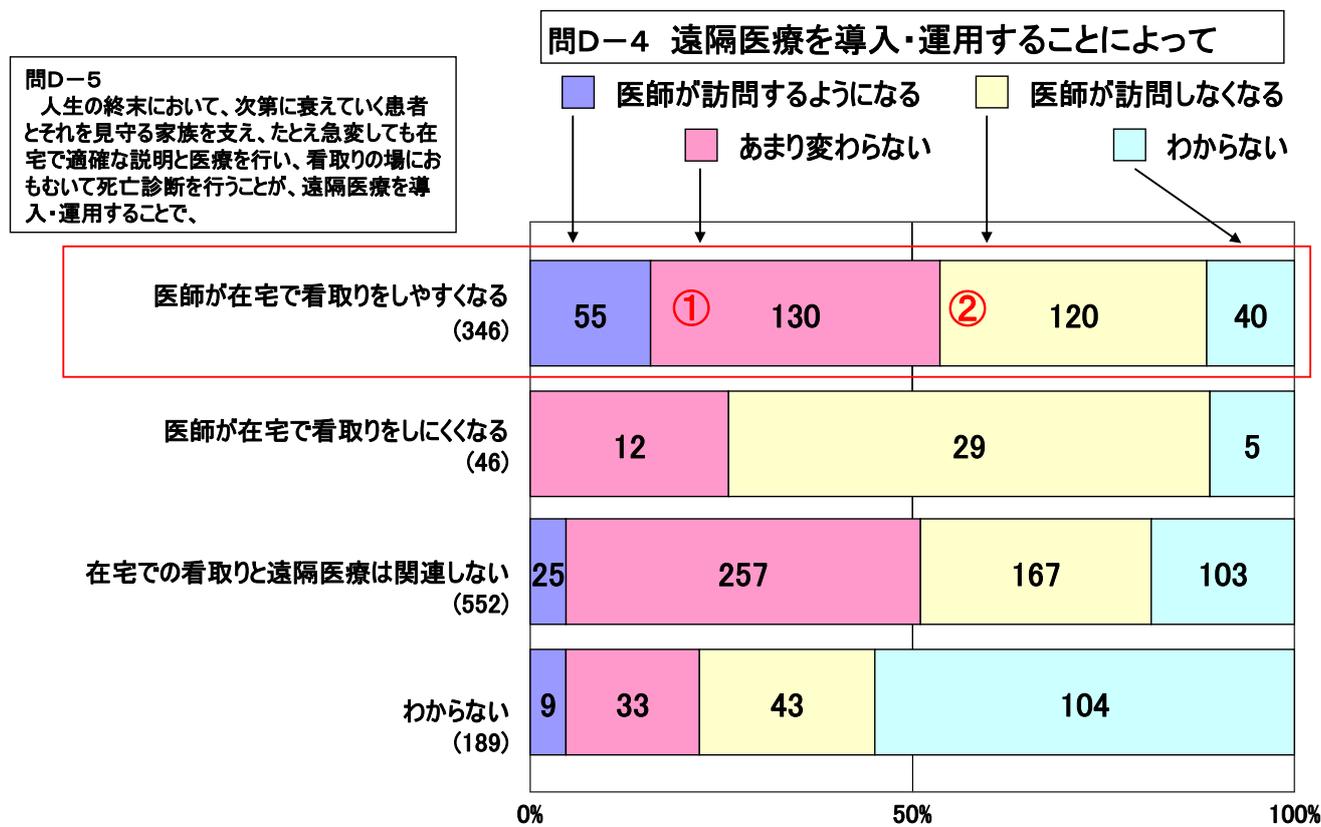
(仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤

TEL：022-212-8501(平日13~17時) FAX：022-212-8533(24時間)

e-mail：doctork@oushin-sendai.jp

仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/

下図は、先般ご回答頂きましたアンケートの問D-4・問D-5の回答状況を示したものです（診療所の回答のみ集計、n = 1,132）。



①部（問D-5で「医師が在宅で看取りをしやすくなる」と答えたグループ）にご注目下さい。

問D-4

問D-5

- | | | | | |
|---|-----------------------------|--------|------------|--------|
| ① | 遠隔医療を導入しても
医師訪問はあまり変わらない | と答えながら | 看取りをしやすくなる | と答えている |
| ② | 遠隔医療を導入したら
医師が訪問しなくなる | と答えながら | 看取りをしやすくなる | と答えている |

①、②は、いずれも医師訪問と在宅看取りとの関連性が明確ではありませんでした。

問D-5で「医師が在宅で看取りをしにくくなる」と答えたグループの中では、問D-4では「医師が訪問しなくなる」と答えた方が最も多く、訪問と看取りとの間に関連性が認められます。

同様に、「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」は「あまり変わらない」が多く、「わからない」は「わからない」が多くなり、これらも関連性が認められます。

この結果を踏まえた上で、次ページの設問にお答え下さい。

7-2. 追加調査結果 自由記載 (①②群以外)

記載内容 (原文のまま)
単なる勘違いと思われる。
<p>遠隔医療した場合、医師が訪問するのは最後だけ…制度がある程度確立されると、最後の看取りだけになるので…</p> <p>今の現状だと 訪問看護となっていますが、患者→看護師によって対応がばらばらで癌の末期の患者が少し呼吸がなくなりました、どうしたらよいでしょうか…</p> <p>見舞の人が、付きそいが少し変わっただけでどうしようかーとの対応が非常に多い。キーパーソンに話をしていけばこれがなくなるので訪問しなくてもよくなる場合がふえてくる。</p> <p>但し、ある程度は～が帰ってきたので（半年ぶりに息子がきたから話をききたいとか…帰る際に話をきかせてくれとかいって引合は変わらず訪問必要だと考えている。</p> <p>最後の看取りはしやすくなるが 他の場合…看護人、訪問看護施設等の負担は変わらないが増える可能性もあります</p>
<p>遠隔医療を導入すると患者と医院の間での遠隔連絡が回数増となることが想定される。そうなれば、訪問回数を減らす（容態に変化ないとわかっている場合）医院があるかもしれない。一方、連絡が密になっても、自分の判断が必要と考える主治医は定期訪問を続けるかもしれないと思われる。</p> <p>連絡が密になる分、終末期の状態が把握しやすくなるため看取りはしやすくなると答える医師がいてもおかしくないと思う。</p> <p>それが①②と答えた医師の考えだと思います</p>
<p>遠隔医療の内容がはっきりしないため、答えにくいと思われる。</p> <p>モニターなどが在宅にあり、それを離れたクリニック等で確認できるシステムなら訪問は減少しても、看取りがしやすくなると感じるかもしれない。</p>
<p>遠隔医療として、EKGとか血圧を考えるなら、予想通りの変化に対しては、ワザワザ訪問しなくてもよいと思うでしょう。そうだとすると看取りが容易になることはもちろんです。</p> <p>血糖値やSpO2でもほぼ同じことが言えませんが、リアルタイムのデータが得られればコントロールは容易になるでしょう。</p> <p>看取りとは単なる生命の終了ではなくそのプロセス全体への関与であって、本人には不安の除去、苦しみ除去、家族に対しては、未経験の出来事に向い合う不安を和らげ、かつ家族による介護が専門家から見て充分であることの保障を与えるなどの役割が考えられます。この様な看取りが多く情報を必要とするのは当然で、遠隔医療があればある方がもちろんよいと考えられるでしょう。</p>
トータルの訪問回数が少なくなるため急変等の対応がしやすくなると考えられる。
<p>どちらの答も医師の資質によると考えます。</p> <p>①は遠隔医療をしても訪問しないと気が済まない医師はいると考えます。看取りは危険な状況がわかるので看取りしやすくなると考えます。</p> <p>②遠隔医療で十分と考える医師は訪問しなくなると考えます。しかし、危険な状況ならば看取りに行くと考えます。</p>
<p>患者は医師との直接の接触を望んでいるのでは。</p> <p>(いわゆる顔を見て、手を握ってのコンタクトを望んでいるのでは私は思います。寝たきり、末期の患者で必要なのはケアしてくれる人と環境なのではないでしょうか。遠隔医療＝モニター監視ではいけないと考えます。</p>
<p>遠隔医療についての理解がまだ不十分なのが理由の一つかも知れません。現実に導入してもどうなるかわからないのであやふやな回答になってしまっているのかも知れません。</p> <p>遠隔医療がもっとみじかになればまた変わってくるかと思えます。</p>
コストがかかるから
遠隔医療を導入しても基本的には在宅医療に積極的な医師しか訪問件数は増えないと思われる。

<p>看取りがしやすくなると記載したのはそれ以外のパラメディカル（看護師を含めた）が積極的にかかわってくださるという条件の元で成り立つ事だと思われる。この質問の解答にはそぐわないと思われます。大変失礼致しました。</p>
<p>遠隔医療により訪問しなくても患者の状態が把握しやすくなり訪問の回数が変わらないか、しなくなっても看取りできると感じられたのではないかと思います。</p>
<p>遠隔医療を導入しても訪問に常に行けるとは限らない。 しかし、他の専門医よりアドバイス etc あれば家族にも理解が得られることから看取りはしやすくなるということではないか。 また導入によって責任の所在がアイマイとなって、訪問を自分がしなくても専門医のアドバイスを優先にと考えてしまうために訪問回数がへることが考えられる。看者側にしてもどちらに重きをおくか迷うことになるのではないか</p>
<p>まず私としては遠隔医療を導入する効果は、電話やFAXによる連絡とあまり変わらないと考えています。 ①について、遠隔医療は実際の訪問に決して代替できるわけではない。しかし、患者や家族の一部はテレビ電話で一定の安心感をもつことも可能だと思う。要するに家族の重症の軽減効果を期待して、看取りはし易くなるということだろう。 ②について、恐らく在宅医療の本質をよく理解していない人が、このように答えたのだろう。病院で医師が診察する時に、触診を行ない質問、疑問に答えて、不安をよく聞いてくれる医師が必要だ。 ②のような安易な考えで診療する医師が増えることを危惧します。 いずれにしろ遠隔医療に過度に期待することは無理なので、どうしても職場を離れて訪問できない様な場合に限って利用すべきだと思う。やはり電話やFAXとあまり変わらない。</p>
<p>①頻回訪問が減り、それによる負担が減った分楽になると言う事。 ②看取りに費やす時間、労力を減らす事が出来、結果「しやすさ」につながる感覚だと言う事。 ③言葉以外のコミュニケーションの方が伝え安い事も多々あると思われる事などが理由ではないか！？ 良い意味での家族との距離感が得られるのではないのでしょうか！？</p>
<p>死亡につながるような悪化の状態がわかりやすくなることで、効率のよい訪問が可能になり、看取りやすさにつながるのではないのでしょうか。</p>
<p>遠隔医療により患者およびその家族の病識や死に対する認識が高まる事より、 →医師の訪問が変わらなくても看取りはしやすくなる →また訪問しなくても、遠隔医療の効果で患者および、家族の医療知識が高くなる事で看取りがしやすくなると考えます。</p>
<p>①の方の遠隔医療を導入しても、定期的な医師の訪問があれば、看取りはしやすくなると言うように解釈します。 ②の方は、医師の定期的な訪問が少なくなっても、遠隔医療を導入すれば、看取りがしやすくなるとの意見とします</p>
<p>①遠隔医療の導入で患者の状態は把握しやすくなる ②状態が悪いと判断すれば医師は訪問する。これは電話による往診要請でも同様で、結果「訪問は変わらない。」 ③状態に変化ない、もしくは重篤でない判断すれば医師は訪問しない。（電話では状態がわからなかったから、とにかく訪問する）結果「訪問しなくなる」 →患者の状態を把握しやすくなると判断した結果が表われているのではないのでしょうか？</p>
<p>①遠隔医療ではあくまで医療用ツールの充実の話しであって、これをもって医療行為の代替とすべきでないと考え。ツールが充実すれば医療行為はやりやすくなるので、看取りはし易くなると考えられる ②これも同様で、遠隔医療の機器導入によって患者の様子がより正確に把握出来るようになるので、わざわざ現場に向いて診察をしなくてすむ場合が出てくるであろうと予想されるので、患者からの電話のみでは状況が判らないので往診し、結局大したことではなかったということが少なくなる。その為看取りの時期を以前よりは適確に把握できるようになるので、訪問回数が減り看取りがし易くなると考える</p>
<p>遠隔医療を導入すると無理に訪問しなくても看取りができると解釈する医師が増えてく</p>

<p>るかも知れません。 どうしても訪問できない場合に限るという条件が必要に思います。</p>
<p>医師が現場で立ち会わなくても、看取りはできる（TVモニター、PC画面もしくはt e lなどをとおして）ようになるが、死亡確認のために時間をおいて訪問を行う状況はかわらない、という意味にもとれるのでは…？ 夜間や、外来診療時間内に亡くなるようなケースの場合は、遠隔医療というシステムをあえて介さずとも、電話連絡（家族もしくは訪問Nsより）にて対応し、空いた時間で訪問、死亡確認することもあります。もちろん、事前にご家族や訪問コメディカルスタッフへの説明をふまえた上で行う対応であると考えます。 また往診専門医と外来診も行う医師とでも、対応差はあるように考えます。</p>
<p>遠隔医療をテレビ観察出来ると考えたなら急性期及び Terminal の状況が比較的モニター上で確認でき易いので訪問及び緊急時往診の回数が減ると思われるそれ以外の関連性については理解しかねます。</p>
<p>私は①の考えに同じで、遠隔医療のみでは十分に患者の状態はわかりませんので訪問は変わらないが、ほんとに死亡直前の様な状態は話しより、遠隔医療がわかりますので看取りはしやすくなると思います。（その時期が推定しやすくなる） ②と答えた人は遠隔医療で患者状態を十分に把握できるので訪問しなくなり、又状態は良くわかっているの、上記の理由と一緒にみ取りはしやすい、とっていると思います。 ①、②の違いは遠隔医療で患者の状態をどの程度把握できるかの認識の差ではないでしょうか。</p>
<p>遠隔医療を導入する事で、医師の訪問回数は減らないと思います。 しかし、急変時の対応がうまくいくと思うので、訪問医師の看取りがしやすくなるのではなく、家人にとって、看取りが安心してできる事だと思います。</p>
<p>遠隔医療を導入—という設定に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのような医師患者関係の場合か ・どのような病態の患者が対象か ・どのような在宅療養状況、看取り希望かどうか。 <p>また医師の訪問と看取りをする、しやすいとは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのような状況での訪問か ・看取りがしやすい、しやすくないという判断は何を根拠にするか。 <p>以上の項目などについて、変動要素が多すぎることで、各々の医師の理解・どう考えているかについての内容が、非常に大きいこと、と思われます。 従って、前記のようなアンケート結果になりますことは予想されることです。 結局、訪問診療と遠隔医療とは相変れないものというイメージがあるのではないのでしょうか。</p>
<p>導入されると結構ドライな考え方になり訪問も形式通りでよって最期も形式通りとなり気が楽になるのか。 要は責任感、やる気が薄らいでいるのではないだろうか。</p>
<p>設問の意味がわからない！</p>
<p>①と②で医師の訪問に関する見方が分れている。終末期においては医師の訪問が非常に重要だとは考えられていないためかもしれない。つまり、訪問診療で積極的に医師ができることが限られているためかもしれない。 いずれの場合も看取りがしやすくなる。これは、遠隔医療によって、死亡へ至った過程に対して訪問する医師の責任が軽減するよう感じられるためかもしれない。</p>
<p>遠隔医療の内容次第でしようが、やはり導入することにより、“最後の日”を予測する判断材料が増え（訪問しなくてもわかる部分）全体の訪問回数が仮に減っても（減らせても）看取りの日、その瞬間だけは訪問に（呼吸などモニターなどで見ていて…）行けると思ったからではないでしょうか。</p>
<p>Skyp などを使用したコミュニケーションを持てば、医師は診療の達成感を覚え、遠隔地への往診はしなくなると思うが、患者さんとの関係は保たれるので、急変した際には駆けつけることが多くなり看取りは増えると思う。 <遠隔画像コミュニケーションについての私見> ※個人的には人と人との関係は不協力的なものであると思うので、ビジネスなどの会議ではいいツールになると思うが、診察に関しては大いなる危険性を含んでいる。</p>

在宅での診察は患者さんだけを見ているのではない。
遠隔医療はTVモニター付きの又患者モニター付きの治療になると思う。 例えば、痰の吸引は家族へさせる。O ₂ 吸入も家族にさせる。 この時家族が十分納得できるなら遠隔医療できるが家族の“不安”が強いなら医師が訪問しない在宅の看とりはできない。 →家族が病状を十分理解できているかと患者の苦しみがなさそうかにかかってくる。
遠隔医療が導入され、これを診察行為と考えていただければ24hr以内の医師の診察ありということで看取りはしやすくなるのではないのでしょうか。 あくまで遠隔医療（テレビ電話など）での連絡を診療行為として点数をつくってくださればの話だと思いますが。 少なくとも無用の検死はへるのでは？
「遠隔医療」と「医師の訪問診療」の位置付けが全く違うものであるという考え方からアンケートの主旨が理解できなかったからではないのでしょうか？ 在宅医療者において、何よりも重要な事は訪問活動であり、患者さんの住み家の雰囲気、匂い、等々訪問でしかわかり得ない多くの情報のもと診療がなり立っているとします。 医師の訪問と遠隔医療は全く時元の違うものであると感じずにはおれません。
1) 定期的な訪問診療：月2～4回は変わらない。 2) 急変時にも遠隔医療で概容は把握し易くなり行ってみないとわからないというケースは減る。 3) モニターも観察できるのであれば家人に状況を説明し易く看取りはしやすくなる。
遠隔医療の利用で患者家族との連絡が密にとれ適切な指示等出せると医師患者の信頼関係が築きやすい。したがって訪問の頻度を減らすかもしれないのではないかと。 基本的には必要があれば訪問するし、なければしないということだと思います（又医療費が患者にどのくらい負担になっているか考慮する場合もある。）
混乱されているのでは？ よく考えても私には判りません。
質問の意図がわからなかったためと思われる。 あるいは「在宅ターミナルケア加算」に遠隔医療は想定されていない。保険診療上どういう扱いになるのか不明。
“看取り”の定義がハッキリしない。 “看取り”は医師が現場に行って診察する事なのか。 医師が現場に行かなくても、テレビモニター越しに、いわゆる見る事を言うのか？ 後者でしたら、簡単になると違いますが？
①遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらない。 →正直、本音と建前ではと感ずります。絶対訪問回数は減るでしょう。 看取りはしやすくなる。 →いつでも連絡とりやすくなるので、しやすくなるということでしょう。 ②遠隔医療の導入で医師が訪問しなくなる。 →離れていても対応出来るということなので当然と言える。 看取りがしやすくなる。 →訪問回数を減らすことが出来るので、遠隔での在宅診療を行う医師数が増える。すなわち看取りがしやすくなるのでは…。
遠隔医療の導入により、看取りの時期が近づいてきたと判断しやすくなる可能性があります。医師はその時期が近づいたと感ずれば、在宅で看取するという精神的準備を自ら整え、待機状態に入ると思われます。よって訪問の有無にかかわらず看取りやすくなる可能性はあると考えます。
①遠隔医療を導入する事によって患者での病状変化がこれまでよりもより細かくとらえられるようになるので、最後の時に訪問するタイミングがはかり易くなるからではないのでしょうか。 ②それ以外に、本アンケートに答えられた方が、あまり深く考えずに直感的に答えていかれた事によるヒューマンエラーもあると思います。
①遠隔医療を実施している医師と実際に訪問診療をしている医師が別で、お互いの意見交流が密となる為に看取りがしやすくなるのではないかと考えます。一人の能力より、別の示唆や観察のあり方でよりよい方向の治療が得られる可能性を考えます。 ②遠隔医療で一人の医師と患者のみの場合でも、訪問の時間がなく忙しい時にでも機器

<p>を通してであっても、その様子を他覚的にみられるのであれば訪問の回数がたとえ減っていても、経過をみているという事で細かく情報が得られる利点より看取りやすくなると考えると思います</p>
<p>いわゆる遠隔医療を Kranke の状態確認、それも生きてるか死んでいるということ確認するのみで使用すると考えると①、②の後半分は理解しやすい。 そして②については医師訪問の頻度が減らせられるという意味で考えればよろしいのでは？</p>
<p>遠隔医療の定義と具体的な内容がよく分らないが、インターネットを通しての在宅患者をフォローアップする方法と考える。 ①の場合、数回の往診を遠隔医療で代替し、医師側の負担をへらし、看取りのみに労働を集約できるという事で看取りがしやすくなるという事ではないでしょうか ②の場合も同じ意味で、看取りのタイミングというものは実際には予想がつかないものであり多くの労力がそがれる可能性がある。したがって、普段は遠隔医療でフォローしておくという意味ではないだろうか。 ただし、遠隔医療といってもPCが処置をしてくれるわけではないので、詳細な診断、治療にはおのずから限界があるのは自明です。</p>
<p>①ケースにより死亡確認だけを望んでいる場合は遠隔医療でも可な場合もあるのでは。 深夜に呼吸停止、翌朝に診断書作製等 ②症状等により投薬や家人来院ですむ場合もあるのでは？ 看取りに対する時間的束縛が軽くなるのでは？</p>
<p>患者の在宅での状態の把握がうまくいくようになるから。</p>
<p>遠隔医療を導入しても、病院（遠隔側）と訪問医間の連携が必要と思われれます。 現在を考慮すると、病診連携により紹介された患者さんは在宅医の管理の下に看取りを行ってうまくいっています。 遠隔医療がどのようなスタンスで機能していくのかははっきり分かりません</p>
<p>①遠隔医療を導入すると医師の訪問はしにくくなると私は考えるので必然的に看取りは困難となると考えるのがだ当と思う ②遠隔医療を導入すると医師の訪問はしにくくなると私は考えるので①と同じ結果となる</p>
<p>「遠隔医療」が常時、日頃きちとなされ家族との間に信頼関係が一層強く、一層深くなり、訪問の頻度も減らせると看取りの時の手続き、説明もよりスムーズになると考えられます</p>
<p>①NB Mを重要視する医師は、①と答えている理由) 直接の診察やコミュニケーションを大切にす為、遠隔操作では代用できないと考えているのではないか。 看取りは状況が把握しやすいので、不要な往診（NB Mの観点からは家族だけで看取することも大切）を減らせるとかंगाえているのではないか。 ②①と同じ。NB Mを重要視しない医師は診察を遠隔操作で代用可能と考え、医師の時間短縮につながると考えているのではないか。</p>
<p>市においては、病一診、診一診の連携が良い状態であるので、遠隔医療そのものが必要ありません。 最後は主治医が看取るか、患者家族の希望があれば病院で看取ってもらっています。</p>
<p>①に関しては遠隔医療を導入しても通常の患者の状態をきちんと診察して医師自身の目で表情等を確認し、血圧、体温、疼痛の程度、意識状態等を把握するために訪問することは医師というよりは、一人の人間として当たり前の行為であるから、これまでと何も変わらないが、死亡時に患者宅に行く前からモニターリングで客観的なデータ等がわかっていれば到着時には看取りがしやすいということではないでしょうか。 ②に関しては、多分「遠隔医療というものが社会的に認知された場合には」という仮定を勝手に考えついて答えたものと思いますが、そのようなものが大っぴらに導入、活用して良い風潮であれば、普段から患者宅に訪問して診察することは回数として減ってしまうだろうし、死亡時にも患者宅に行く前から予備データが入手しやすくなっているため看取りがしやすいということではないでしょうか。 画像診断など誰が読約してもある程度、同じ結果になる不偏的なものであれば遠隔技術は生かせると思うが、人の生き死にに関する事に遠隔技術を導入するなどということは、人命軽視も甚だしい。一人の人間の最後を、死というものを、心電図カーサチュ</p>

<p>レーションモニター、ライブ映像など、モニターだけで判断は可能と思うが、可能だからといって、それを人間の死に活用するかどうかというのは別問題。そのような発想が出てくる時点で、その医師の余裕の無さ、医師としての人間性の貧困さが出ているとって良いだろう。なんでもIT化すれば良いというものではないことを肝に命ずるべし。医療とは、もっと人間くさく、温かいものであってほしいと誰もが思っているはず。 大先生へ</p>
<p>患者の状態把握がしやすくなることを期待されての回答かと思えます。</p>
<p>①医師の訪問回数は変わらないが、訪問診療の間の遠隔医療にて病態がより理解でき不安の往診が減り、看取りがしやすくなる ②よく解りません</p>
<p>当然ありうるでしょう。 そもそも『D-4とD-5の回答に関連性があるはず』という前提自体が問題ではないでしょうか？ 遠隔医療にて得るデータ（情報）と実際に訪問することによって得るそれとは、異質のものと思えます。 ①と答えた方は、遠隔医療に基づく情報はあくまでも参考程度であるから、実際に訪問する回数、頻度をそのためにへらす（ふやす？）ことはないと考え回数は変わりませんが、参考程度ではあれ、情報量がふえるのと同じですが当然スムーズな看取りにもつながるのでしょう。入院患者さんの主治医が看護記録もきちんとみることで日常診療の中が出てくるのと全く同じことと思えます。 ②と答えた方は遠隔医療の情報が訪問による情報と同じかそれよりも勝ると考えている方だと思えます。ですが10回訪問するところを5回の訪問+5回の遠隔医療（計10回）で代用できるとお考えだと思います（当然Dr訪問はへりますね） 「同等かそれ以上」と考えていますが、看取りへむけての情報の総量がふえることで看取りがやりやすいということでは？ 以上全くムジユンしない結果と思えますが……</p>
<p>遠隔医療を導入し、在宅患者の診療をすることで在宅の患者のすそ野を広げることが可能だが、看取りについては、直接の訪問の必要性があり、死の直前のみ患者宅へ訪問し、看取ってくれる医師がいるか疑問である。現在の診療報酬では、メリットが少ない。遠隔地域・および無医地域での有用性はあると思うが都心ではどうか？ また遠隔医療の提供のための設備投資や、コンピューター等のスキルの問題もあると思う。</p>
<p>訪問変わらない→看取りはしやすくなる。 現状の訪問でも当り前の様に看取りをしているが遠隔医療の導入により、患者家族とのコミュニケーションが今まで以上にとり易くなるので看取りをする際の心身の負荷が減るから でしょうか？ 訪問減る→看取りはしやすくなる。 不必要な訪問がなくなるが、コミュニケーションは遠隔医療の導入によりある程度は保たれるため でしょうか？ 看取りは、その家族にとっても本人にとってもたった2回しかおきないことなので（人として）できる限りのことはしたいと思うので、私は訪問回数は減らないと思えますが遠隔医療の導入により、今以上にコミュニケーション量が増えると思うのでよろしいかと思えます。</p>
<p>看取りをする前の患者の状態は変化しやすく、平常時以上に状態観察が必要となる。遠隔医療をすることにより、訪問回数を減らし、情報収集をすることが可能となり、医師側としても看取りの心がまえができ、対応しやすいのでは…。</p>
<p>遠隔医療を行っているところが非常に少いので、実際に行っていない医師からの意見を聞いても、関連性はわからないのではないかと思う。（頭の中で考えていることなので）</p>
<p>遠隔医療行為と医師の看取りとは別的手段ではないのでしょうか？ そのように理解しています</p>
<p>遠隔医療によって訪問しなくても患者さんの情報が入手できるのであれば、訪問回数がへっても十分な情報を得られて病状がよくわかるので、看取りがしやすくなると思えました。</p>
<p>1. 当地は遠隔技術を導入すべき地域ではなく、将来も導入する意志はありません。しかし僻地に2年間勤務した（昭42-44年）経験から申します。（■■■■村でも） 2. 医療は患者とその家族と医師が顔を会わせて行われるべきものであることは当然で</p>

<p>すが、それが不可能に近い場合に医師の判断、考えかたを前もって家族に伝えておく方法として遠隔医療は価値があるでしょう。</p> <p>3. この点で訪問数は変らなくても看取りはしやすいと考えます。</p> <p>4. 多忙な僻地の医師が訪問に代えて遠隔医療で一時的な代用とすることもあるでしょう。</p> <p>この点で訪問しなくなるけれども前もって医師の判断が伝えられているので看取りしやすくなることは充分考えられます。</p> <p>5. 遠隔技術で医師の考えを受取り、患者と家族に伝える医療技術者の質が十分であるよう配慮されるべきと思います。</p> <p>6. 念押しです。</p> <p>医師の考え、死生観を前もって伝える手段として有意義と思います。</p>
<p>遠隔医療を導入すると平常時は医師の訪問は確かに病態が安定していることを確認出来れば減るか変わらないでしょう。</p> <p>看取りに関しては、例えば血圧の低下が長くつづく場合とかは、1～2日看取りの1人の患者さんに手をとられて動きがとれなくなることがありますが、遠隔医療で確認したい時間に確認がとれ、家族との同意がきちんととれていれば看取りの時間だけ訪問ということが可能ということではないでしょうか</p>
<p>申し訳ありませんが、先日お伝えした通り、当院は3月末で閉院いたしますので、御協力いたしかねます。</p>
<p>家族の安心感が得られることが最も大きな理由ではないか。いつでも医師に相談できるという安心感があれば、実際に訪問しなくとも看とることは容易である一と考えている回答者と…報酬の点である程度は訪問しなければならない一と考えている回答者がいるのではないか。</p> <p>もっとも、遠隔医療はひとつのツールであり、実際看とりをするのは家族や医療者であるわけだから、それらの関係性が最も重要であることはいうまでもなく、“ツール”が看とってくれるわけではない。もう少し具体的に、遠隔医療が、看とりの場にどのように関ってくるのか説明があるとよかったのではないだろうか。</p> <p>わからないと解答を保留したものが多いこともこの設問が分かりにくいと感じたことを反映していると思われる。</p>
<p>①→訪問回数をへらすつもりは、もともとないが、遠隔医療でモニターすれば、病状変化はつかみやすいので、看取りの用意をしやすい</p> <p>②→訪問回数をへらすことで、より多くの患者をかかえることができ、遠隔医療で死期のタイミングをモニターしやすくなる。と考えているものでしょう。</p>
<p>家族背景があると思われる。</p> <p>急変時に何らかの処置をしてもらわないと不満にかかります。</p> <p>これまで、訪問診療が円満であったとしても一瞬で壊されてしまうと思います。</p> <p>遠隔医療をとり入れることで、家族がそのシステムに納得していれば仮に急変時に、かけつけなくても指示があれば家族の不満は少なくとも減少すると思われる看取りがしやすい環境になると思われます。</p>
<p>①医師の訪問が変わらないのは、医師の信念に基づくものであり、遠隔医療の導入の有無に関係のないものと思われる。</p> <p>在宅の看取りを推進するために、遠隔医療を導入することは、一度も在宅診察をしないまま看取りを行なうことも有り得ることとなり、倫理上いかがなものかと思われます。遠隔医療（画像提供など）分の家族負担（経済的）にも抵抗を感じます。</p> <p>②「遠隔技術が導入されれば、画像などで患者の状況が確認できるため、わざわざ家へ出向かなくても死亡認定ができるのではないか」という考えに依るものと思われる。</p> <p>遠隔技術の推進には、限界があり、デメリットも生ずるものと思われる。正確な死亡認定には医師の立ち合いが不可欠と思われる。</p>
<p>わかりません。</p>
<p>上記の問についての説明はある程度可能だが、その意味はあまりないと思われる。</p> <p>遠隔医療を導入→看取りはしやすくなるは一致。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の訪問は月に2回が最低保障回数。 ・それ以上行っていた場合は減らせる、あるいは医師によっては変わらない。 ・医師の訪問あるいは遠隔であっても、 <p>①医学的診療の必要性</p>

<p>②いやし 看取りに近づけば近づく程①→②へ。 その場合、液晶画面では難しい。</p>
<p>患者の状態について逐一看守れると肝腎な場面での適切な看取りがしやすくなる。</p>
<p>まず、遠隔医療というものに対する不信があってその上で医師が直接みなければ医療サイドも患者サイドも納得しないという当然の理由があるだろう。 次に医療へのコンピュータ推進派(?)からみればコンピュータあるいは遠隔医療でも充分であるからと医術軽視とも言える思考があるのではなかろうか? つまり①は遠隔医療を導入すると看取り直前の状況までわかるので訪問自体に変化しないにもかかわらず看取りのタイミングがわかる ②は遠隔医療にまかせっきりで医師は訪問しなくなるが、①と同様にタイミングはわかるので看取りはしやすくなる。 という事であろう。 ただ、これはまず「看取り」ありきの議論で本来の「医療」とはかけはなれている印象を受ける。</p>
<p>①終末期における医師と家族、患者との関係を深めるためには頻回の自宅訪問が必要となってくる。このため遠隔医療を導入しても、医師の情報量は増加するが、自宅への往診、訪問は変化しないであろう。 ②上記のごとく患者の情報量が増加すれば状態把握が充分となり、訪問の回数が減ると考える医師がいるのであろう看取りは情報量が増加すれば判断が良好となるためではないか。いずれにしても在宅緩和ケア、ホスピスのことを考えると遠隔医療が充分となれば患者にとってプラスの事柄がふえると思われる</p>
<p>看取る直前の状態を、遠隔医療にて情報収集しやすくなると考えるから。…でしょう。</p>
<p>看取りをすることを前提に医療を行うケースでは、多分積極的な医療を希望していないことが多いと思われ、医師も訪問する場合は必要最小限となるのではないのでしょうか。(このケースの場合医師と患者、家族間では信頼関係ができていないことの必要)</p>
<p>①現在も最低限しか訪問していない医師では、遠隔医療を導入しても訪問回数はいくら減らせない(減らせない)。しかし、連絡手段が増えたので、家族は少しは安心するかなと思う。 ②何回も呼ばれる患者に対して、遠隔医療の場合、患者家族により説得力をもって説明できるので訪問回数を減らせ、看取がしやすくなると思います。</p>
<p>数十秒間程度の動画をみることができれば呼吸状態は、はあくでできることになります。下顎呼吸であるとわかればあと数時間～数日と予測できるし、まだ下顎でないとなればあわてることはない、と予測できます。 →この場合、家族が心配してT e lしてきても、あわてて訪問する必要はないわけです。アドバイスだけで足ります。 定期訪問+アドバイスで対応できるケースが増えると思います。 T e lがあるたびに毎回訪問していた場合には、訪問回数が減るということもありえるでしょう。</p>
<p>①患者家族の不安に伴う、必要以上の訪問要請をいなくすることができるの予想に基づく判断か?と思います。 ②組織的な Group に力を与える方向であるから? (効率的であるから…?)</p>
<p>①に関しては、遠隔医療を導入することにより、患者さんや家族とのコミュニケーションはとりやすくなるため、看取りに関する心理的負担が軽減される可能性があるように思います。しかし医師はやはり直接診察して治療を行なうことが原則であるため、訪問に関してはよほどの制約がない限りは変わらないということになるのだと思います。しかし、現在、訪問診療をあまり積極的に行なっていないDrは、遠隔医療が導入されることにより、より訪問診療から遠ざかるもしくは腰が重くなる、というようなことがおこるのでしょうか?それとも現在積極的に行なっているDrから見るとそういうDrが多いと思われるのでしょうか?②と回答された医師たちの現在の訪問診療の回数などでその考えがわかるのかもしれませんが。</p>
<p>遠隔医療と訪問にはあまり関連が無いと本来考えますが、質問の意味がよくわからず看取りがしやすくなると回答したものと思います。 本来は「わからない」とすべきでした。</p>

すいません
・遠隔医療の対象者がなく、実感しないので、回答が十分できないと思います。
当院は、医師の訪問は“あまり変わらない”“在宅での看取りと遠隔医療は関連しない”と回答致しました。 他院でのご判断につきましては、経験したケースによるものと相察致します。 当方の勝手な相像ではございますが、患者、家族ともに死を迎えるにあたっての不安が少なく、又、癌性疼痛等苦痛の著しい症状がなければ遠隔医療の提供が多くかつ訪問が減っても特に問題を生じなかった、というケースがあったのかも知れないと考えます。 ex. 純粋な老衰等により安らかに最期を迎えられるケース etc。
遠隔医療を導入したから、すぐ訪問診療回数を減らすというのは医療側の都合の良い話であって患者さん、とくに高令者などはやはり膝をつき合わせた診療を希望されており、今まで訪問できていたのに理由もなく（患者さんには理解していただいても）できなくなるとか訪問回数が減るといのは納得し難たいのでは？ ただ、訪問診療に加えて、末期のいよいよという時の情報入手がしやすくなり、看取りのタイミング（言い方は不適切か？）はとりやすいと考える。
診断に確信が持てるからだと思います。訪問は不可欠だと思いますし、看取りに必要な訪問に関しては変わらないと思います。
看取りは、医療者・患者（家族）間の信頼関係がなければ成立しない。従って遠距離であれば信頼関係を構築する機会が少なくなる。そこに遠隔医療が介入すれば、接触はないが、言語によるコミュニケーションはとれるようになり、信頼関係の構築に役立つ。 従って、遠隔医療を有効に使えば、看取りがしやすくなる事は不可能ではない。 離島、遠隔地には有効であるが、費用対効果に不明瞭である。 在宅医療での看取りの基本は、スキンシップであり、非言語的コミュニケーションが最重要である。これが不可能な遠隔地では、次の手段として遠隔医療がある。 私は過去にテレビ電話を一度使った事はあったが、上記理由により以後は実施していない。
訪問看護などの情報が入りやすくなるから訪問看護など増えることは（医師の訪問が増える必要性はない）望ましいが。
終末期の患者さんは症状の変化、苦痛の変化が多く、また精神的な follow up など頻回の往診が必要である場合が多い。 その時臨時の診察が遠隔医療で行なうことで十分と思われる場合には往診担当医の負担が軽くなると思われる。
①②共に、遠隔医療により、訪問前の患者情報が得易くなり、看取り前の訪問のタイミング etc を見計らい易くなるということだと思います。 ①と答えた医師は、遠隔医療で情報を得ても、訪問回数は減らさないと考え、②と答えた医師は遠隔医療で訪問の代りにできると考えているのではないのでしょうか。
①在宅での患者の状態が随時把握出来る様に成るからではないかと思えます。 ②は①と同様の理由で診療所に居ても利用者の状態が把握し易く成る為、訪問は後回しと成る可能性が大きく成るのではないかと思われます。
①遠隔医療を導入することで、リアルタイムで患者の状況、特に死期が近いのか、すでに息をひきとったかが診ることが可能となる。その結果で医師として死亡宣告が患者宅に到着と同時にあるいは短時間内ですませることができる。医師にとって待機する時間の短縮になり、看取りもしやすくなる。と考える。 ②遠隔医療の情報で、即ちの往診か待機するか判断がしやすくなる。その結果、医師訪問はかわらないか、あるいは回数は減ることも可能と考える。さらに①の解答にも関連して、看取りもしやすくなる。 以上から遠隔医療は医師にとって患者宅と自院との往診の回数さらに待機の時間の短縮に役立つものとする。しかし、その導入コストをだれが負担するのか多くの課題があると考える。
①動画やバイタルサインチェックで看取りのタイミングが（表情等）今よりも予測可能になりしやすくなる。と考える。 ②遠隔チェックで往診（診察）した気になり医師が訪問しなくなるが他の医療者（Ns）のフォローで看取りの事実は遠隔チェックで可能と考える。
①に関して、

遠隔医療の限界+遠隔医療だけでは本人、家族も十分安心はしないため、訪問回数は変わらないが遠隔医療という受診手段が確保されたことにより本人・家族が多少の安心感を感じる可能性があり、その点で看取りはしやすくなるのではないかと思います。

②に関して、

上記①の場合以上に遠隔医療が有用な場合は医師の訪問回数がへっても看取りがしやすくなることもあり得るのでは？

患者とその家族がDrの訪問の有無（or訪問の回数の減少）に関わらず、状況をうけ入れやすくなるのが、遠隔医療を導入することで、期待される（予想される）であろうから。

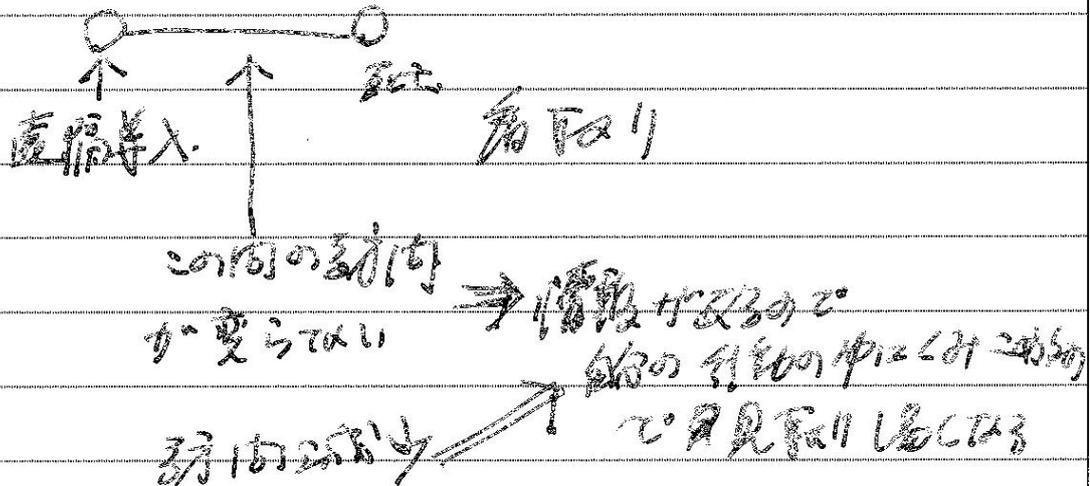
患者宅へ直接行っても行かなくても、電話等で状況を聞く以上には患者の状況がわかる様であれば少くとも、終末時の経過がわかることから対応や亡くなった後の説明等の対応は改善するためと考える

・オンライン診療によって往診医の負担（へき地への移動）が減るあるいは終末期でも負担が増えない…というイメージを持てれば看取りまでの終末期医療に取り組む医師の数が増えるだろう。

訪問の回数が横バイか減少かどちらになるかは症例次第だが、オンラインの対応という選択肢は在宅終末期医療への参入ハードルを下げるポテンシャルがあると思う。

①訪問診療を行う医師が、専門外の疾患経験の少ない症状、所見について遠隔医療を用いて専門医にコンサルテーションをすることができれば看取りはしやすくなるかと思えます

訪問の意味ある所



と考えると、看取りにいいところと見えます。

家族に医療の情報量が増加するため。

遠隔医療により家族が、血圧管理、モニター管理等可能になれば、個々の患者の終末期の病状が把握しやすくなる為、その時々での医者への往診回数が減り、終末期への看取りがしやすくなると思われる。

その場合遠隔医療がどのような形がいいのかを考える必要がある。

私が前①②の解答をしたのでしょうか。

遠隔医療の言葉の理解を間違えていたのかもしれませんが。

遠隔医療を異なる意味にとっていたとすれば判り易い言葉で示して下さい。

最近何でもかんでもアンケートだらけで私の所にも10数ヶ所のアンケートが来ていま

<p>す。 アンケートはむしろ迷惑ですのでご遠慮したいと思います。宜しく…</p>
<p>終末期である旨を家族に説明し、理解が得られていれば看取りの場におもむく必要もなく、待機時間に束縛されなくなり遠隔医療を導入することで訪問しなくなるが多くなると思われる。</p>
<p>設問の意図不明です。 どう回答すればよいのかまた、何をねらっているのか不明。</p>
<p>設問が難しく、非常に答えにくいものだったため、解答に困っている姿がうかびます。前回（2010年2月）のものも同じですが、答えようがないような設問ばかりで途中でなげ出したくなります。</p>
<p>“看取りのための往診”をする時期の予測、判断がし易くなるためではないでしょうか。</p>
<p>いわゆる“ナチュラル”の場合、死亡確認の前の訪問診療が少なくなるという意味ではないか。 何回も看取りと思って訪問したが、死亡確認に至っていないというケース（回数）が少なくなるという意味と思う。</p>
<p>遠隔医療の導入によって患者さんの状態が頻繁に自分の目で確認できるので看取りはしやすくなると思いますが、医師の訪問は家族の希望等が反映されるため（医師への訪問依頼負担金額等）医師の訪問は変わらないか訪問しなくなるどちらとも考えられると思います。</p>
<p>医師が訪問をすること＝自宅に出向くこと、 ととらえた場合、遠隔医療（TV tel 等で対処＝訪問にカウントせず）を行えば訪問数は減らすことが出来る。 しかしPt、Familyとの関係が良行になること（Pt側で相談しやすいなど）、familyの不安等を取り除きやすくなると思われるので「最後まで家で」というPt、Familyが増えると予想される。ということではないでしょうか？ （もちろん看取りの時には訪問されるでしょうが、「それまでの訪問回数が減る」という回答と思います。）</p>
<p>地域性の問題かな？遠隔医療をテレビ電話などによる、フォローとすれば、広い地域をカバーしている医師は②となるのでは？狭い地域の医師は①となるのでは？ 関連しないと答える医師は、そもそも、看取りというのは、ただ単に医療技術がどのということよりも、もって様々な要素、地域としての触れ合い、家族との触れ合い、患者との触れ合いを、もっと高いレベルで考えているのでしょうか。 そもそも、看取りの現場は、全国画一的なものではなく、一つ一つが各論で、アンケートではなかなか“こうだ”というものがでにくいのでは？</p>
<p>患者情報の伝達、把握がより早く、正確になる可能性が大だからでしょう</p>
<p>①は遠隔医療を導入にて日中夜間の状況ハイクはしやすくなると思いますが、当地域で私しが担当している患者さんの状況をふまえて考えますと、往診訪問診療の回数負担が軽減する状況にないと考えているためと思います。 また②の問に関しては私しが内容のかんちがいをしている可能性ありと思います。②は訪問したくなると看取りしにくくなると考えていると変更します（現在の状況私しの患者さんの現状では） （ただその質問をさいしょに読んだときは遠隔医療を導入することで医療コストが訪問しんさつ往診より軽減できるのであればきちんとしたフォローもでき、看取りしやすくなると思った部分もありますが当地域では私しの担当している患者様でそういう人はいままでいません）</p>
<p>はっきりとした理由はわかりません。 ただ、医師と患者様御家族との信頼は、適確な説明は当然であり、それ以上に訪問の回数、時間に比例するように思えます。 遠隔医療の導入で医師の訪問回数が減少し負担がへるよう思えても、信頼関係の面ではマイナスの面も多いように思えます。 まだまだ国民の気持ちの中には、在宅での看取りに対して、結果が同じであっても病院とは死までのプロセスがちがうと考えている方が多いように思えます。 このことは小人期からの教育の場でも教える必要性を感じます。 病院で最後をむかえる医療が慣習化してただけに、簡単には意識、気持ちが変わるこ</p>

とはできないように思えます。
患者家族の問題があると思われる。 看取りをする予定が突然、家人が入院希望等の問題等。 訪問に関しては、本人、家の希望あるなら行なえますが最終的に入院治療を希望する事があり遠隔医療についてはコスト面での問題等について不明。
・在宅診療における遠隔医療のイメージがはっきりつかめない ・死亡時にただちに医師が訪問しなくても済むイメージだから
患者までの距離、天候、患者の家族のインテリジェンス、看取りに対する考え方等色々な条件があり一概に理由を述べる事不能と思われます。
遠隔医療は実際にどういうものか分からないから
よくわからない。 遠隔医療の経験がない。
①、②に対して Ptだけでなく、在宅医療ができるか否かは、家族の協力なしではあり得ない。その家族が一番心配しているのは、急変時の対応である。 看取りはしやすくなるのは、家族の受け入れが「スムーズに行なわれる」と考えるからである。
全く不可解です。 遠隔医療の経験はありませんが実際に触診、視診（問診）聴診等患者におもむかなければ画像で診断できる程私は名医ではありませんので。 またみとりについてはやはり頻ばんな訪問あるいは訪問看護の報告等をふまえて、みとりにむかう方針を立てていかねばなりません。 訪問が少なくてすむようになるという考えはみとりに関して間違っていると思います。
実際に訪問せずとも患者さんの状況がある程度把握できるからでしょう。 但し、これはあくまでも診療側の事情であって、患者側からみれば不安が募ることになりはしないかと案じます。 私が患者ならば医師でも看護師でもいい、みに来て欲しいと思うでしょう。
遠隔医療のイメージが具体的につかめないため、なんとも答えようがありません。 自分としては医療は現場で診察をすることから…と思っています。また十分なムンテラによってコンセンサスを得ることにより、看取りの労力は減らすことができると思います。
医師の訪問診療の形態は遠隔医療を導入することによっても変わらない…①、もしくは訪問しなくなるかもしれない…②とあるが、これは普段の訪問診療での形態を考えたものであって、急変時を念頭にいったものではないのではないのでしょうか。 急変時などは家族もあわてますし、その様な時に遠隔医療があれば安心して相談でき、救急車を呼んでしまうことが少なくなるということではないかと考えます。
市では遠隔医療を1人していたDrおりましたがすぐやめているようです。 私は、医師会会務が忙しく、時間的に無理なため、経験もなく、意見が出ません悪しからず
医師は患者を診て、見て、視て診断、対応するもの画像など半直接的やり方では、なじまない。 遠隔医療の具体的なイメージができないうちにアンケートがきたのではないか。 訪問診療は“患者の要請”に応じるもの。 但し、1人診療所では自由に動けない時間もあるなど困難な課題が残る。
遠隔医療は、直接訪問なしでの診療行為であり、離島など（大規模な医療設備（環境）等が充分でない場所）には、データや画像での診断をより専門性の高い機関より助言や、診断を受けることにより、患者さんが適切な医療等を受けることが出来、特に高齢者の看取りの場面では、しやすくなるを考える。 同様に現に訪問看護等の充実の方向があることにより、医師は直接訪問せずとも、診断・治療の方針が現場に届くことによって、看取りはしやすくなるのではと考える。
遠隔医療を導入すれば患者さんの状態が逐一、より判るので「看取りはしやすくなる」ということに繋がります。 医師の訪問が「変わらない」か「訪問しなくなる」かは「遠隔医療の導入」と関連しないということでしょう。何故ならば、これはその医師の「姿勢」の問題、即ち、在宅医

<p>療に取り組むときに何か大事かというポリシーの問題だからです。 「遠隔医療の導入」は医療の情報が手に入りやすくなるという話であって医師の医療に対する姿勢には影響しないということでしょうし、当然のことです。 次元の違う問題だからです。</p>
<p>①遠隔医療は直接患者に接しないということは看取りまでの間の手数が減るので看取りしやすくなると思うと考えました。遠隔医療は患者に接することなく、保険請求は出来ないと考えますが！ 社保審査委員としての考え。 ②①と重複しますが終末になると頻回の往診がありこの回数が減るということで看取りがしやすくなると思えました</p>
<p>遠隔医療導入にて、患者医師関係が改善することがあげられると思います。 いろいろ手をつくし、患者の家族、患者本人への負担（物理的負担金銭的負担）がへることについて理解し、看取りはしやすくなると思います。 医師が訪問しなくなるにもかかわらず、その状況把握がしやすくなり患者の状態悪化を知ることが容易となりその結果看取りがしやすくなると思います。</p>
<p>訪問しなくても患者さんの様態がある程度わかるので患家からの往診要請があっても電話等により家族に適切な指示ができるため。訪問回数は減っても看取りがしやすくなるという事と思われます。</p>
<p>看取りがしやすくなる、しにくくなるの意味が明確でなかったのでは、看取りをしなくなるとの混同もあったのではないのでしょうか。 訪問しなくなる先生が看取りをしなくなるならわかります。 患者家族が在宅での看取りを望んでおれば遠隔医療を導入する、しないにかかわらず看取りをします。 導入することにより状態に変化がなければ訪問する回数が少なくなることはあるでしょう。しかし、状態が悪くなった場合、遠隔医療導入により状態の把握がしやすくなれば看取りがしやすくなると考えられる先生もおられるのでは。 私の場合は導入しても訪問は変わらないと思いますが、電話想談よりもテレビ画面で状態がわかれば看取りはしやすいと考えると思います。</p>
<p>遠隔医療についての概念が不明（？）あるいは理解していないのでは。 地域にいる医師としては、悪い患者さんとの付き合いの起線上にただ終末期医療があるものと考えているし、また人間としての付合上、出来る限りの努力をして終末をみるものと考えている。 故に、終末期のみの対応は出来る限りの事はしている。</p>
<p>遠隔システムのイメージに関連しているのではないのでしょうか。 たとえば画像で患者の状態の確認ができれば実際に訪問しなくても患者や家族を安心させることが音声だけよりも容易にできるように思います。そうすると夜間や他の訪問先から駆けつけるなどの負担が軽減できるように思います。患者と家族との人間関係がしっかりと築かれていてムンテラや指導により看取りまでの間の対応がしっかりと伝えられていれば問題ないのですが、その関係が夜間の急変により救急車で移送されるケースも少なくないですから、安心を与えやすくなるイメージではないかと思いますが。</p>
<p>医師の訪問と遠隔医療のバランスの問題だと思います。 ①遠隔医療＋医師の訪問＝当然患者宅とのコミュニケーションはとりやすくなり、看取りがしやすくなる。 ②遠隔医療は医師の訪問よりも回数多くコンタクトできるので訪問回数が減ってもコミュニケーションはとりやすい状況がつけれる。よって看取りがしやすくなる ただし、訪問回数が減ってなおかつ遠隔医療によるコンタクトが少なければ看取りはしにくくなると思います。 でも、これは医療側の立場からの見地であって、実際問題として、訪問診療をしてもらう家族の立場としては遠隔医療よりも医師に訪問してほしいと思うのですが、どうでしょう。 ②は遠隔医療に対する患者さん側の理解が十分深まってから成り立つことかと思いません。</p>
<p>①より適切な看取りへの対応が可能となるから ②より自信を持って対応ができるようになるから。</p>
<p>よくわかりません。 いずれにしても、最後の看取りは、訪問して行うわけですから、同じなのではないでし</p>

<p>ようか。</p> <p>訪問看護ステーションが24時間365日対応しているので遠隔医療を在宅ケアに導入する意義が大きいと思われる。</p> <p>遠隔医療を導入すると、医師の負担がかえって増すおそれがあります。</p> <p>当院では夜間でも死亡診断に行っていますが、遠隔医療での死亡診断が認められれば…（そんな事はないと思いますが）看取りが楽になってくると思われます。</p>
<p>①患者の状態の変化が把握しやすくなり、家族により適切なアドバイスが可能となれば、急変時に家族が救急車を呼んでしまうことが少なくなれば看取りがしやすく（多く）なる。</p> <p>②①と同じ理由で訪問しなくても状態に変化がないか把握できることが多くなるためでしょうか。</p> <p>高齢で老衰に近ければ近い程、看取りのタイミングを予想したり、家族に説明するのは難しいのが現実です。</p>
<p>①看取りをすると決めた時点でその患者と心を通わせるということなので、訪問は当然のこと。</p> <p>②基本的に遠隔医療はデータのやり取りであって、患者の側に居ない。例えば、医師からすれば状況やデータは、多少なりとも得られても、画像等が送られている時に訪問看護やヘルパーが患者と共に居ると考えているならば医師が頻りに訪問しなくても、看取りの際に家人とのコミュニケーションがとれていたりするのではないかと考えます。</p> <p>☆医は、多種の医療人を投入して、成立します。宅配便が届く地域ならば必ず、だれかが医療を提供できます。医療を担う人材の育成をすることも医師の役目であり、反面、人材が不足すれば輸送手段を考えて、自院へ搬送することもできるでしょう。社会資源の活用がまだまだ不足していると思われます。</p>
<p>わかりません。</p> <p>看取り（在宅死）だと思いますが、病院にて治療中自宅で亡くなったので往診（初めて）してと家人よりの依頼あり。検死となるが国は以前は2週毎の診療を医療としていた（と思いますが）現時点病院での治療は3ヶ月投与（薬剤のみで受診ないことも、ADL低下の患者さんにはあっても可能となっていると思います。その状況での在宅死（孤独死）及病院の疲労かと。</p> <p>つまり病院での機能と診療所（往診可能）の機能の明白な方針を必要と思われます。つまり最先端医療は病院（大・小をとわづ）でその連携を要すケースは診療所との連携が必要と思われ、高齢化時代、事業仕分（？）の対象かと。</p> <p>孤独死もしくは初診にならない在宅死（電話にて相談あり）の時、救急車にてかかりつけの病院にと指示しております。そうでない時は警察に依頼して検死をしています。</p>
<p>当院は██████にあり、遠隔医療の導入の必要性を感じず、その操作も習得が面倒なので何と返答したか忘れてしまいましたが、導入する気がないのでこの設問への返答は出来ません。想像での返答です。</p> <p>①もしこれに該答する答えをしたとすれば、遠隔医療導入しても訪問は変わらず、遠隔医療を訪問の前にしておけば看取りには役立つと思います。</p> <p>②遠隔医療で患者の状態が判れば、訪問しなくてもよい場合も出て来ると思われるが、万一急変しても看取り前にいちおう状態を見たということで死亡診断書も書きやすくなると思う。</p> <p>といったところです。</p>
<p>訪問回数と看取り率は別</p>
<p>遠隔医療の機具（ITなど）があれば、家族の不要解消のための訪問が減少するため、看取の実態はかわらないが、全体の訪問はへるからではないか？</p>
<p>遠隔医療に情報が多くなれば①となると考えます。</p>
<p>遠隔医療の導入の理解不足と考えます。</p>
<p>①情報量が増える事で看取りはしやすくなるのではと思い回答した。</p> <p>②一般論として、医師の訪問回数が減る可能性があると考えた。</p>
<p>上記①、②については遠隔医療の概念そのものに誤解があると考えます。遠隔医療は在宅での看取りとあい対する考え方です。</p> <p>川島先生は上記の問をあまり気にすることはないと考えます。</p>

<p>遠かく診療が在宅診療のツールとなりうるので訪問看ごなどの診療より頻回に状況を直接把握できるメリットがあると評価できるのでは？ とはいっても訪問して診察する今までのやり方は変えないと思う医師とそう思わずへらすと思う医師があるものと思います。 いずれにしてもツールがふえた分だけ看取りというか在宅診療の内容がよくなるかもしれないという期待につながっているのではと思います。</p>
<p>①について、 遠隔医療を行う事により、本人を含めた家人の安心感が得られ（いつのまにか死亡する等への不安感）、結果的には、在宅での看取りが増えるのではと推測される。しかし、診療行為での本人・家人の得られる安心感には在宅医療には重要。</p> <p>②について、 vital 等の情報で訪問の必要性を考慮し、家人からの問い合わせに対する情報ともなるので、診療行為が少なくなるが、家人もその都度の対応に安心し、結果的に在宅での看取りが増えるのではないかと推測される。</p>
<p>よくわかりません。 遠隔医療じたいがまだはっきりイメージしにくく、また、それにより医師と患者と家族の関係がどうなるのかみえてこないのが実際なのだと思います。</p>
<p>遠隔医療を導入することにより、在宅での看取りのために頻繁に訪問をしなくても、対応出来る（遠隔で得られる情報で対応出来るが増える）ために、看取りがしやすくなると考えます。</p>
<p>①直接診察して状態を観察するのが基本であると考えてるので訪問の回数を減らす事にはならないと思います。直接本人及び家族に話を聞く事が重要と考えますが、遠隔医療の導入によりある程度状態の把握が可能となり看取りはしやすくなると思います。</p> <p>②最近の傾向として直接本人に会わずにメール、インターネット等で要件をすます事が多くなっており遠隔医療を導入する事により訪問回数を減らし、最期の看取りのみ行なう様になっていく可能性があると考えました。</p>
<p>遠隔医療の具体的例がなく、想像の為、いろいろな不均衡なデータが出現したと思います。</p> <p>遠隔医療を経験されている先生の意見をまとめて欲しいと思います。</p> <p>愚問かもしれませんが、遠隔治療をすると、在宅医の点数が下げられ看取りが多くなる可能性もあります。</p> <p>チームで在宅医療をしているケースの時、最後に看取りをされた先生が点数を算定されます。それと同様かと思えます。</p>
<p>私は地元の警察医をしております。年間30～80人の変死を扱っております。 胃瘻や気切があり decubitus もあり、寝たきりの状態の方も在宅で変死扱いになります。看取りを行うという状況下で、性善説に基づき家族による殺人や看護放棄があっても結果的には亡くなる、のであり、それを医師以外の人が主となり看取ることにより助長することにならないでしょうか？ 医師の訪問は、週2回、訪問看ごが週3～4回、終末時に患家を訪れても死の24h前の診察に間に合わないケースは生じます。必然的に変死扱い、検案扱いの症例になります。また、その場で集合した、訪問看ごスタッフの力量、知識も統一されておらず「死」の判定、そのものが医師から他へ移ることとなります。また死亡診断書の午前・午後の日時の決定など、役所的には大きな問題もあいまいになりやすいと考えます。②は死の直前24h以内の往診をしなくても、看取りがしやすくなる、と考えれば何らおかしくありません。この2度のアンケートは不愉快であり、自分達の意見と考え通りにはならないデータの消却や予算取りのためのものではないでしょうか？今後協力しません。このアンケートまた追加あるのでは？</p>
<p>末期状態になると家族は不安になり、ちょっとした状況の変化でも往診を依頼されます。その際に遠隔医療によってそのたびに往診することなく、対応できるということではないでしょうか。</p>
<p>ターミナルケアの時期にもよりますが、ターミナル後期から、死亡直前期は訪問看護師の関わり合いの比重が大きいと思います。遠隔医療を導入にも、患者、家族と医師、看ご師の人間関係が重要ですので遠隔医療のターミナル期に果す役割は小さいと思います。</p>
<p>在宅担当のナースに死亡を確認してもらい、同日又は翌日ドクターが往診して診断書を出せるからだと思えます。</p>
<p>訪問診療の意義はまず医師／医療側からは、患者の生活や家族環境の理解を行なうべ</p>

<p>き、あるいは行いうる医療へ介護支援のイメージづくりにあると思うが、遠隔医療手段によっても、これらの相当部分はまかなえると思われる点、又、みとりに関しても終末期病状や、状況確認の上でのメリット（リアルタイムな観察が可能）を生かした遠隔確認が出来る点で、訪問有無にかかわらない、あるいは訪問することなく実践出来るみとりに医療としての可能性が示唆されているのでは？</p> <p>医師のみとりに関する存在価値は、“それ”は法的安全、医療的に安心な状況において行なわれるべきであることの啓蒙教育（あるいは指導）の役割りと、最終的な死亡診断書を作成出来る唯一の役職であることの二点に集約されると思う。</p>
<p>いずれも遠隔医療についての具体的イメージが不明確、理解できていないので、訪問医にとって、訪問回数にかかわらず、看取りやすくなるという印象ではないでしょうか？</p> <p>→この場合の「看取りがしやすい」は、時間的とか肉体的とかの物理的に容易になるという事を指しているのではなく、家族、医療スタッフの心情的に看取りが容易となるという事だと思います。</p>
<p>末期の場合1日複数回訪問することがあるが、遠隔医療により訪問回数は減ると思われる。</p> <p>医師が本当に末期と判断した時に看取れば良い。</p>
<p>①日常診療に追われている毎日であるので、これ以上訪問診療の回数を増やすことはできないが、看取りはしやすくなるからだと思います。（コミュニケーションが増すために）</p> <p>②遠隔医療に依り、病状が把握しやすく、対応も頻回にできるので、訪問回数は減少する可能性がある。しかし、コミュニケーションがとり易く看取りがしやすくなるからではないでしょうか。</p>
<p>①現在の医療制度になって、老人の死場所が自宅になる確立が高くなっているためでしょう。</p> <p>②1人の医師が、昼夜なく働いて何人の在宅患者を診れるのでしょうか。遠隔医療の導入目的が救急医師の負担を軽減するためとのことですが、本来は開業医は比較的高令のため夜勤はできにくいとのことだったのではないのでしょうか。私も若い頃は社会的貢献と思いながら当直していました。医療現場をみずに机上で人の頭数だけ合わそうとする、非常に安易で無責任な官僚的計画と思います。</p>
<p>①→訂正です。（スイマセン）</p> <p>遠隔医療を導入すると、その分訪問診療が減少し、看取りがしやすくなると思います。家族が死亡する前の状態（自宅で見看する時）は不安がると思われ（実際しょっちゅう電話がかかってきた）、遠隔医療により、わざわざその度呼ばれて患者宅にしょっちゅう訪問する回数が減ると思います。</p>
<p>わかりません。</p> <p>ただ、医療の原点は人対人だと思いますし、看取りは人の内でしたいと思うし、自分も人に見て看取りされたいと思います。機械の進歩で死亡の時期、原因等その人以外のわずらわしさはなくなり、死亡確認はしやすくなると思いますが、看取りはしにくくなると思いますので。</p>
<p>遠隔医療等の定義がよくわからない。</p> <p>現状は地域訪問看護ステーションと連携をとりながら在宅の看取りを行っている。訪問回数に関しては、医学的立場、家族側の意向でそれ程、増減はないと思うのですが。今回のアンケートの主旨がよくわかりません。</p>
<p>在総管で算定している患者さんで、月2回の往診が必須なため、</p> <p>①月2回の往診がメインの方は訪問回数は同じだが、在宅管理しやすいので看取りはしやすくなります。</p> <p>②月2回以上特に頻回に往診している方は訪問回数がへり、又、患者の状態がはあくしやすいため見取りがふえるのだと思う。</p>
<p>遠隔医療が将来どうなるか判らない。看護師の権限の拡大により現場の看護師が医師の指示により、検査報告を電送して適切な処置を行えば、正当な医療行為と見なされる時がくれば訪問（医師）は減ると思う。</p> <p>但し、それは無医村や過疎地に限定すべきこと。</p> <p>地方の中核病院にデータを送り（常に対応可能な状態が確立していることが条件）それに対して意見を受け取るシステムでは再往診の頻度が増加する</p> <p>（注）小生はまだ遠隔医療を理解してないかも！</p>

<p>遠隔医療を実施中でも患者さん及び家族によってはちょっとした変化に過剰に反応される方があり医師の訪問を要請される事がある。またこれとは逆に遠隔医療の実施により家族の方も落ちついて最後の時をむかえられるケースもある。</p>
<p>D-4の設問内容がアバウトでD-5の設問が複雑すぎるためのgapによって起こったものとする。 それぞれにどれかを選択する必要があり矛盾がでるのだと思います。</p>
<p>質問の意図が不明です。 遠隔医療と看取りとの関連を現在の状況では判断は困難と思われまます。 まず試験的に開始して結果を分析すればいいのでは？ 机上の議論をいくらしても想像の世界の話になるだけだと思います。患者、家族との関わりの中、いかに精神的な支援をしていくかが重要な点だと思います。もし私が訪問を受ける側では医師の訪問が少なくなり、遠隔医療が大きなウェイトを占める状況では看取りは受けたくないと考えます。</p>
<p>在宅医療の患者、看取りの数も少ないため、参考にならないかもしれませんが、お書きしました。 今までは病状の変化、急変については、家族から直接あるいは訪問看護師からの連絡を受け、医師が訪問するかどうか決めていたものが、遠隔医療を導入することで、より多くの患者情報が得られることにより、患者の病態把握、評価がしやすくなり、さらには家族への説明や看取りもしやすくなるのが予想されます。 しかしながら、医師が訪問する、しないの判断については、実際に導入してみないとわかりませんし、また、導入した当初は変わらなくても、その後の利用により訪問回数が減ったり、場合によっては、逆に増えることもあるのではないのでしょうか。いずれにしても、導入してみないことにはわかりません。</p>
<p>①遠隔医療により情報量は増し間接的接触は増えるもやはり直接患者・家族とのコンタクトが必要な場合があるのでは。 ②遠隔医療により情報が増せば直接訪問が少なくてもO。Kの患者さんもあるように思う</p>
<p>遠隔医療はどこまでの範囲を含めているかの定義ですが、小生はバイタルチェックの測定と考えております。 本来医療特に在宅での看取りを含めた在宅医療は患者様の本来は最後まで自分の終いの住みかとしての自宅又はそれに近い所を選らばれ家族を含め医療の温かみを提供するものと考えております。地域的条件もあると存じますがバイタルチェックの遠隔医療の経過をみる上の目安を知る1つの手段でありバイタルの変化があれば訪問看護師が出かけ直接拝見する。更に必要であれば医師が往診をする事が医療の温かみであると考えますし在宅の患者さん自体心の安らぎになるのではないのでしょうか。確かに看取りにバイタルチェックの作動が役に立つ事になると考えます</p>
<p>状態をきちんと見える事により、病態を把握する事が出来る緊急性があるかどうかの判断が出来ること。 家族本人にきちんとした説明が可能である。 本人宅にいるのと同じ状態で見ることが出来る。</p>
<p>1. 遠隔医療ですべてが解決するわけではない。 往診訪問は人間関係、医療にとって必ず必要である 必要外の医療は遠隔医療で充分。 2. 遠隔医療にすべてたよりすぎているため</p>
<p>訪問回数とは別に「何かでつながっている」ことが看取りに関するコミュニケーションを取り易くしてくれるのではないかと期待されるのではないのでしょうか？</p>
<p>私が前回どのように回答したか覚えていませんが、本書をみて、川島先生が「遠隔医療を導入することで看取りがしやすくなる」という結論を導き出したというお気持ちはよくわかります。しかし前回のアンケートで遠隔医療を導入することで看取りがしやすくなると考える医師は30%であり、関連がないと答えた医師は50%わからないという医師をそれに加えると65%になります。この結果は現実として受けとめていただきたいのですが、おそらく川島先生は、多くの医師が「遠隔医療の有用性等を理解していない」とお考えなのかなと感じます。 私がおります、■■■■は在宅看取りの数は少ないのですが、逆に救急車を断られることはありませんし、画像診断等も比較的スムーズに受けることが可能です。たしかに病</p>

院から在宅への移行や死亡確認のための救急搬送が行われることなどは問題だと思えますが、いざとなれば有床診療所に短期入院することも出来ますし、病診連けいで多くの問題を解決することもできます。それよりも訪問看護師がもっと増えて、仕事がしやすいように診療報酬を増すなどの努力が大切のように思います。東北などと医療資源、連けい交通アクセス等の違いが認識の違いなのだろうと考えています。

遠隔医療の具体的な内容がはっきりしないため、あいまいな答えになるのだと思います。

遠隔医療導入によりDr訪問以外の情報も入る（患者の状態が経時的に把握できる）ので結果的に看取りやすくなる。

しかしptが来宅していると判断できる場合、訪問回数が減らす場合があるのでは。経験も、末期癌の患者でも当日や前日訪問していても急変により看取りのタイミングが遅れた場合もあります。

私はD-4は2、あまりかわらない。

D-5は3、在宅での看取りと遠隔医療は関連しないと答えています。

従って上の様に回答した方の真意はわかりません

①遠隔医療を導入しても直接医師が、訪問しても患者を診察する事には変化なしと思う。やはり実際にあって患者の顔色や、浮腫の状態、質問に対しての受け答え時の声の大きさや顔の表情を直接見たいと思います。又看取りには遠隔医療の導入は大変利便性があります。もし患者が死亡した場合、すぐに対応して訪問出来れば良いが、時間的に無理な場合、遠隔医療は開業医にとって都合が良いと思います。

②遠隔医療導入により、時間的に訪問が出来ない場合、訪問せずに診察可能なこの制度は多いに利用出来るし、時間の余裕がある時も訪問せずにその時間を他の事に有効に利用出来る、又看取りは①と同様に非常に医師にとっては好都合である。ただしガンのターミナルのように死亡する時期が前もって判っている場合は良いが、突然死亡された場合は直接の死因を判断するには、遠隔医療では出来るかどうか疑問である。やはり訪問して直接患者宅にうかがい、患者を診察したり、家族からの話を直接聞く事が非常に大切な事と思います。

遠隔医療経験がないため、考えが浮びません。簡単なテレビ電話は導入してみました。その理由は患者負担軽減と安心のためです。

その経験からも述べます。

解答①についても②についても想像ですのでよくわかりません。私の想像では、訪問回数削減には役立つ。

看取り予想はしやすくなる。結果として医師負担には役立つと思う。

現在、某企業のスタディーでテレビ電話にて患者の状態また家族の状態、訪問看護ステーションよりの状態について検討をしています（つい最近1~2日前よりはじめました）

遠隔医療が看取りをしやすくなったりするのは、状態が変化しているときにどこでも指示が出せるということにつきます。

在宅にて病状が家族や看護師などの情報より、より変化が手にとるようになってくれば在宅医療はもっと進んでくると思います。

看取りはいずれにしろ、しやすくなるのは、おそらく医師としての安心感があるのではないかと考えています。

このテレビ電話だけでもそのように思いますので、画像がすすみ、又情報（血圧、脈拍、体温、いわゆるバイタルというもの）が手にとるようになればより医師としての安心感が出てくるのではないかと考えています。

ただ、それが家族やステーションの看護師にとっていいものかどうかだと思います。そのため教育も必要ではないかと考えています。

また、そのように教育もしています。とりとめのない文書ですが上記の様に考えているのでこのように記入して郵送します。以上

①在宅患者が存在価値をどの様なかたちであれ（遠隔医療で認められ+医師の訪問もあり）認められ、自分の死を他者が（家人が一番多いが）認めてもらえれば看取りはしやすい。

②遠隔医療が導入され、医師が訪問しなくても、自分が医療を受けた（一人ではない。また自殺、他殺であるなど自己の存在が他者に認められており、証拠があれば）家人もできるだけの事はされたとの思いもあり、看取りはしやすい。（仮に医師の訪問が遅っても、遠隔で診てもらった気しない）

③遠隔医療＋訪問あれば better だが。
④看護される者の立ち場で考えれば本人＋家人
訪問しなくても患者情報が遠隔通信によって医師に伝わるため、指示（電話やメール）のみで済むことが多くなるのでないでしょうか。
遠隔医療が充実すれば患者さんの側に在宅看取りに対する安心感が強まり理解も深まるのではと思います。
地域による風土、習慣も関係あるかもしれません。 以前、■■■■の大学病院に勤務していた時も大学病院で死亡する事が（良）とした考え方が家族に多々認められました。 当方■■■■ですが、海方面の農村部では家で死亡する事を（良）とする家族がかなり多く認められますが、中心部方面の方はやはり市民病院が（良）とする方が多いです。 私は2代目ですが、往診依頼はここ10年で1／10以下となっており先代の時の1／20です。 時代の変化と共に、老健入所がなくなってきました。一昔前なら家族総出で面倒を見ましたが、仕事におわれ、しだいに家では見取りができなくなった様な気がします。
①すでに病診連携を十分に行っており、訪問は変わらないが、より連携が強固になり、患者さん側が、在宅での看取りを希望する可能性が増す。
②十分な緩和医療が遠隔医療導入で行えるようになれば、訪問せず通院ですごせる期間が長くなり、訪問は減少するが看取りはしやすくなる。
①遠隔医療の詳細、利用方法が実体験がなく、良くわからないため。 ②遠隔医療の実施に対しての保険点数等の収入面での問題が明らかにされてない。 ③看取りに関しては、遠隔医療のみでも可能なら（点数がとれるなら） （患家におもむかなくても）しやすくなるとも考えられる。 ：現状では、往診（死亡診断）できないと←→（諸事情等で）（患家におもむかないと）点数とれない。
④死亡診断と訪問診療がともに遠隔で可能かどうか。（実際面で）よくわからない。 （実際に実施できるものかどうか？） （以上）
実際の訪問がなくても患者さんの状態の把握がしやすくなるので、看取りに行く際に準備、心がまえができるようになると思われる。
①遠隔医療を導入する事により、介護側の教育及び支持を提供できるようになるが医師の訪問は（回数や時間）大きな変化をもたらすまでではないとおもう。ただし、看取りは教育及び精神的支持でしやすくなると考えられる。
②遠隔医療を導入すると、訪問するのは最小必要限度になる可能性がある（回数時間の減少）それにもかかわらず、看取りに対しては、同等の効果があると思われる。
終末期においては、家族はまれな経験故、様々に対処しなければならない事象に遭遇しますので、その都度医師が訪問することは不可能でありまた大変な思いをして病人を搬送し長時間待たせる必要もなくなるのでIT機器で対応可能な場合はそうしたほうがどちらにもメリットがあると思います。臨終にあたって死亡確認は十分可能です。不本意な延命処置をうけることなく静かに旅立つことが可能になります。
問4で 「遠隔医療導入運用で医師の訪問はあまり変わらない」と答えた集団の中には、 ・遠隔医療導入運用が（看取りも含め）訪問回数が増えたり減ったりしないと考えている人と、 ・遠隔医療導入運用が在宅医療に有効性を見い出せないと考えている人がいるのではないかと。 前者は訪問回数は変わらない（例えば週1回の訪問回数は変わらない）が、テレビ電話など遠隔医療により日々の患者の状況が把握しやすくなり診療内容がより充実すると考えている。よって問5設問にある「たとえ急変しても在宅で適確な説明と医療を行い、見取りの場におもむいて死亡診断を行うことができる」と考え、「医師が在宅で看取りをしやすくなる（＝的確に死亡診断できるという意味で）」○をつけたのではないかと（130／346） 後者の考えの人はしかし結果的に多かったためグラフ3段目「あまり変わらない」と問4で答えた人の大半が「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」と問5で答えている。（257／552）

<p>「遠隔医療導入運用で医師が訪問しなくなる」と答えた集団の中には</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遠隔医療導入運用を文字通りに、(例えば今まで週1回、往復時間をかけて訪問診療していたのが)「訪問しなくてよくなる。テレビ電話で用が足せる」と考えたのではないか。しかし最後の看取りの時は必ず訪問するつもりなので往診しなくなったからといって、最後の死亡時に行く行かないは関係ない。よって問5の3段目「在宅での看取りと遠隔医療は関連しない」と考えている。(167/552) さらに遠隔医療導入運用に慣れてしまうとテレビ電話で済ませられる世の中になり看取りに行くモチベーションが下がる(訪問しにくくなる)と解釈している人が(29/46)いるのかもしれない。 ・遠隔医療導入運用によって訪問の回数は減るものの、内容の濃い在宅診療が出来るので看取りの場に赴いても「より適確な死亡診断が出来る」。そういう意味で「医師が在宅で看取りしやすくなる」と考えているのではないか。(120/346)
<p>1) 遠隔技術を導入すると在宅での患者さんの全身状態がわかるのでいつどのようなタイミングで訪問すれば良いか判断し易くなる。この判断の下に訪問回数が増えたり減ったりすると思われるので訪問回数は症例により様々だと思ふ。</p> <p>2) 1)と同じく最後の看取りはいつ行くべきか判断し易い。看取りがし易くなると考えられる。</p>
<p>①遠隔医療により、通常は往診が困難であった地域にまでサービスを提供できるようになり、田舎(僻地)にも医療を届けることができる。だが実際には診察を直接しなければ病態が判断しづらいことには(遠隔医療だけでは判断できない)違いはなく、結局は判断できない場合は訪問が必要となるので(もちろん電話で済む場合もあり、その時は遠隔医療も同じ)、訪問は変わらないが、看取りに関しては患者さん、御家族は病院に頼っていた方も、情報サービスの質が向上、モニターで顔がみれることで安心されることで在宅での看取りを選択する方がでてくると予想される。</p> <p>②遠隔医療により今まで往診しなかった僻地にまで医療サービスを届けることができるようになる。</p> <p>ある程度、軽い病状の変化であれば遠隔医療で対応することで訪問回数を減らすことができるが、広い範囲の地域の多くの方の訪問をすることになるので看取りは増える。</p>
<p>最近のいろんな会議でよく言われていることですが、ITによる連携(診療所と病院間の連携や医療機関と介護保険施設との連携)が存在しても最終的に頼りになるのは、顔の見える連携と言われています。</p> <p>それと同様に医師と患者の関係も、モニタを通しての繋がりだけでは患者は不信感を持つだろうと思いますし、直接訪問することが最も大切なことと思われれます。ですから体力的に少々キツイ面もありますが、私は訪問回数は減らさず現状維持だろうと思います。訪問診療をしたうえでの「遠隔医療」は、いつも患者と医師が繋がっているという安心感がえられ、患者や患者家族にとっても看取りがしやすくなると思っています。</p> <p>一方、訪問診療について異なった見方もあると思います。具体的なことについて仲間と議論したことはありませんが、「遠隔医療」が現在のICUのような形で、心電図や酸素飽和度、血圧計などを装着した状態の患者の状況を開業医が自宅にあるモニターで集中的に管理し、なにか変化があれば訪問看護師に指示を出して対応させる。そのようなイメージも考えられるのかもしれませんが。</p> <p>医師不足が伝えられる昨今の状況下で、医師の訪問回数を減らし医師の負担を少なくすることは可能でしょう。しかしこのような場合でも、医師と患者の顔の見える関係とともに、訪問看護医師と患者との顔の見える関係が大切だと思いますし、医師の訪問回数の減少に反比例して訪問看護師の訪問回数は増やすべきだと思います。相手が医師であれば訪問看護師であれば患者との間に顔の見える関係、信頼関係が構築されていれば在宅看取りはしやすいと思います。</p> <p>いずれにしても、「遠隔医療」は今後ハイテク化してゆくかもしれませんが、「遠隔医療」とは関係なく、患者と医師、訪問看護師との顔の見える関係が構築できていれば、在宅看取りはおそらく問題ないと思います。</p>
<p>私は①と答えました。</p> <p>☆モニターで映像情報があれば、訪問のタイミングが測りやすくなります。</p> <p>ある意味で無駄?な訪問が減らせると思っています。</p> <p>☆「行ってあげたいが、往診専門でもなく、一人の患者につきっきりという訳にもいかない」</p>

<p>という事だと考えます。</p>
<p>質問の趣旨がわかりづらかったため、このような結果になったのではないのでしょうか。私は遠隔医療と在宅での看取りの間には余り関係がないと思いますが…。</p>
<p>遠隔医療は、やはり見るだけで、実際の訪問回数はかわらないと思う。本人だけでなく、家族も、医師と会うことにより、安心したりすると思う。ただ、まったく何もないより情報量が増えるため、看取りはしやすくなると思う。</p>
<p>遠隔医療を導入することにより毎日のデータが分かれば頻回の訪問診療が必要なくなる。ただ頻回のデータ観察ができることにより、指示が出しやすくなり頻回に訪問診療をしなくても看取りはしやすくなる。</p>
<p>訪看のナースが在宅におもむいて臨終の時刻を確認する。そして、遠隔医療で医師に連絡する。医師は必要な指示を与えたり、家族に話をすることができる。そして、医師の都合のよい日時に訪問できる。死亡診断書もあらかじめ作成できる。当院では私1人といくつかの訪問看護ステーションと連携して在宅医療をしています。上記の様な看取りのあり方が想定できます。</p>
<p>遠隔医療の実際が把握出来ず（イメージ出来ない）、回答に差が出るものと考えます。又各症例により、医師・患者・訪問Ns、etcとの相互信頼関係に差異を生じますので、一般論として回答しにくいのではないかと思います。</p>
<p>患家の不安が少しでも軽減する為と考えられる。患家の介護をする人にとって経済的・人的余裕があれば自宅での見取りが理想であるが、突然に生じる症状に対しての対応の仕方に不安が常時ある為遠隔であっても連絡指示を得られることが不安を軽減することにつながると考えられる。</p>
<p>現在約30名の在宅訪問医療を致しております。そのうちターミナル看取りは2名で、いよいよの終末には遠かろうが近かろうが、日に何回であろうが訪問するつもりです。全員が2-3km以内で今迄遠隔地としてのイメージは想像でしか考えられず、実感としての矛盾点がよくわかりません。平穏時が大半で、さほどの労力は看取りに対する比重としてはかかっておりません。過去数名の在宅看取りがありました泊まりこんだり、常時オンコールであったりと、いよいよの終末に全力投球を致しました。これが概略であります。以上</p>
<p>① 医師の訪問は患者の病態判断、確認のみでなく、必要な医療処置もある。訪問診療回数は必要にして最小限の回数で済ませたいのが本音であり、(患者の自己負担等の負担も考慮すれば、なお更) 遠隔医療導入でより患者の状況判断が適確になれば看取りはし易くなり本当に医師が必要な時の訪問診療、往診で済ませられる。往診・訪問回数の多さは必ずしも患者側より親迎されているとは限らない。それを専門にしている医師以外は通常の診療、医師会活動(保健、健診活動、学術活動)の合間にそろりものであり在宅医療に参加できる医師の底辺を拡大するためには、各医師の在宅医療に割いた時間に応じて参加できる形態を多様にとる方が在宅医療の普及にし好都合である。</p> <p>② 遠隔医療の導入によって、医師が必ずしも往診しなくとも患者の状況把握が可能となり、患者の安心感確保にも連がる。医師の訪問回数は減少させられる分、他の在宅患者にその余力をまわされる。従って看取りの終末期に訪問し、患者のところに居ることで安心な看取りとなる以外は訪問回数を減らすことは可能である。むしろ訪問看護の方が多分大切であろう。</p>
<p>「遠隔医療で看取りがしやすくなる」という事に両者共なりましたが、遠隔医療の実態にもよると思います。</p>
<p>1) 患者の状態把握が適格で、看取りしやすくなると思われる。 2) 医師の訪問はできなくても、患者の状態は把握でき看取りは可能と思われる。但し、患者、及び家族が納得するかどうかは別問題である。</p>
<p>遠隔医療での概念、意味がわかりにくいからでは。</p>
<p>遠隔医療というものの概念がどういう行為をさすものかいくら考えてもわかりません。 車で1時間も2時間もかかる所へ往診で行くことですか。 患家の近くの医院の先生と連携するということですか。 それに保健の点数をどの様につけるのですか。</p>

<p>いくら考えても意味がわかりません。従って答えようがなく、わからない、が答えです。ちなみに私は、遠い所で片道車で40～50分の所までは時々往診しています。末期医療だとほとんど毎日行かなくてはなりません。</p>
<p>遠隔医療の質にもよると思いますが、病院のベッドやベッドサイドの機器をそのまま在宅に持ちこむイメージがあるのではないのでしょうか。 看取りにハイテク医療はそぐわない気がするのですが如何でしょうか。</p>
<p>こう言うのは、アンケートに返事した方に失礼とは思いますが、質問内容を十分理解せずに、適当に答えたのか？ 又は、実際質問内容が、わかりにくかったのか？ 遠隔医療に直接関係ないような、都市部の医師が出した返事が、比重の中で多く占めてしまった結果かもしれません。 アンケートの結果が、つじつまが合わない様なものになったことは、参加した医師としては残念な気がしました。</p>
<p>遠隔医療によって専門医の意見や、治療方針及び予後などが患者さんも含め、家族が“かかりつけ医”の意見も聞いて現在の病状容態を共有できますので看取りは容易になるとの考え方です。 又、患者訪問も容態の急変時はともかく、安定期は、患者側の理解が得やすい分、訪問回数は減少すると思われる。</p>
<p>遠隔医療を導入すると「医師の訪問回数が減ったとしても」看取りがしやすくなる。という解釈ができる。 つまり遠隔医療を導入すると看取りがしやすくなると、ということが分かる。 この意味は遠隔医療を導入すること、そのことの効果が看取りのしやすさにつながる。即ち、遠隔医療を導入するに際して、いろいろな患者さんへの説明が必要となり、そのことが患者さん及び患家の人々の看取りへの理解へつながるのではないのでしょうか。</p>
<p>①遠隔医療を導入しても、やはり最終的には自分の目で確かめないと自分の中で納得がいかない先生は遠隔医療で大体の状況を把握したうえで、さらに訪問をすると思うので訪問自体は変わらないのだと思います。しかし訪問するまでの間に、すでに遠隔医療で病状把握ができていますので看取りの場合は家族に待ってもらう前に大体の病状（亡くなっていること）を説明して、慌てずに行く側も待つ側も待てるというメリットがあり看取りはしやすくなると言われているのではないのでしょうか。 ②元々何事も簡便に済ませたいとお考えの先生は遠隔医療が入ることでわざわざ訪問しなくても、それで指示を出して終わられると思います。また看取りさえも遠隔医療で済ませてしまわれるのかもしれませんがね。そうだとすると遠隔医療で医師が訪問しなくなるうえ、看取りは簡単にできるようになるということが起きるのではないのでしょうか。私的にはあり得ませんが…。</p>
<p>遠隔医療についてのアンケートですが、当院が行う遠隔医療とは遠隔画像診断です。患者さんとのクリニック間で行うものではなく、病診連携に伴う遠隔画像診断です。在宅で診ている、患者さんにMRI、CTなどの検査が必要となった時に、後方支援病院へ搬送し検査しますが、当院では、遠隔画像診断を行っている為、搬送先病院から、画像診断を当院へ戻しています。セカンドオピニオン機能として、遠隔医療を取り入れています。 アンケートの遠隔医療はテレビ電話をイメージした設問と予想しますが、当院の遠隔医療は画像診断の為、回答に矛盾があるかもしれません。 アンケート結果に混乱を生じさせてしまい、申し訳ありません。</p>
<p>私の推測 ①の場合 遠隔医療の導入によって、患家への到着は当然おそくなるので看取りがしやすくなるという回答はむりに考えますと、在宅医のネットワークにて患家の近くの医師がさきに到着して、その後家族の方がややおちつかれた所へ到着するという想定以外に間違いとしか考えられないように思います。 ②の場合、医師と患者との間に距離ができて、医師の方の感情移入が少なくなり責任の重さをあまり感じなくてすむという事でしょうか。</p>
<p>1について、医療機関において来院患者の来院動向は不確実な要素が多く、診療を行う時間が不確定要素として存在します。遠隔医療をシステムと考えた場合はその合間にうまく時間的調整ができ、その後訪問をし、看取りが緊急の場合にも時間調整がしやすいという理由ではないかと思えます。</p>

2について、上記の理由から、緊急以外は訪問の時間調整で対応し、遠隔医療により看取りが必要な場合の判断が出来る為、看取りがしやすくなると考えられます。

残念ながらわかりません。

遠隔医療の具体的内容がしっかりと把握されていない、理解されていない、ピンときていない為ではないでしょうか。

患者さんが、いつの時点でも診断を望む傾向にあるので、その要求を満たす事になるが一応その事が静かな看取りを阻害する可能性もあり。

ケースバイケースで何とも言えない

遠隔医療ということばの意味をとりちがえているのかもしれませんが、私自身、「医師の訪問」ということばを、実際に「訪問する」ことをいうのか、あるいは、遠隔医療でパソコン上で訪問するのか、何が何だかわからなくなってきました。

実際の訪問は、減少傾向にあっても、パソコン上でいろいろできれば、看取り（これは看護師訪問や死亡時のこと）はしやすくなると思います。

医師の訪問は変わらないが看取りはしやすくなる理由。

(答) 患者さんの情報が入手しやすいため、医療側の態勢が整えやすいため。

①死亡確認は往診しなくては看取りでできない。

ただ遠隔医療を導入すれば、多少細かい確認はしやすくなるため、不要な往診がへるので看取はしやすくなると思う

在宅看取りの段階で訪問診療がおこなわれている最大の理由は、治療方針の変更などではなく家族へのサポートであろうと考える。

実際に看取りを何度もおこなっている医師にとって現状でも頻回に訪問をくりかえすことはないだろうから。たとえ遠隔医療が導入されてもそう頻度としては変わらないだろうと考える。つまり医師が必ずしもサポートしなくても、現在でもNsやスタッフによりそれがなされているからである。

遠隔医療導入により、患者把握がよりリアルタイムにできるようになれば、看取りのストレスがいく分でも減るので「看取りはしやすくなる」だろうと考えると思われる。

遠隔医療によって、事前の患者様の状況把握が進み不必要な訪問が減らすことが出来、また訪問以上に患者様の情報収集が進み看取りはしやすくなると思われる。

DrとPtとの相互理解又はインフォームドコンセントの充実によりPt間の看とり後に訪問が行えるとよいと考えられる。

当院では、終末期に入って4カ月をこえると思われる場合はPtの家族の健康も考え、一度入院させることにしているため、在宅での看取りは少ない。

又、急変時はどんなに説明していても入院させてくれと言う家族がほとんどである。

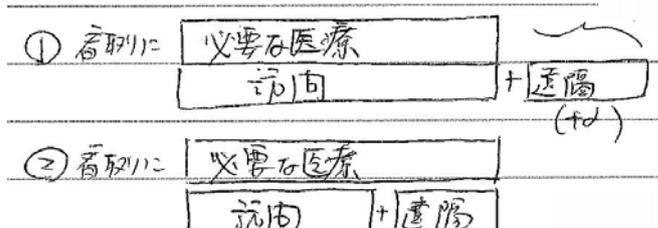
すみません。

①②のどれにも該当せずわかりません。

①遠隔医療を導入してもしなくても家族は医師が訪問しないと納得しないと思います。ただ医師の負担は軽減するので看取りはしやすくなるのかもしれませんが。また記録にも残せると思います。

①は遠隔医療を補完的なものにとらえ(+α)、必要な訪問を減らすことを自ら拒む使命感を持つ医師の意見と思われる。それに対し②は自分を含め一定の部分で医師は訪問を減らし、その減らした部分を遠隔医療で埋めるイメージなのではないか。物理的に時間のない医師のキャパが増えるため看取りがしやすくなると思われる。

この部分で看取りしやすくなるを考える。



②: ①に比し、訪問に割く時間が短くて済む分、この分野に参入出来る医師が増えると考えられる。

<p>個人的には現状の医師（自分の）の訪問回数について、十分あるいは過剰と思っている医師は殆どいないであろう。訪問が少ないと思えば思うほど①に傾き、+αをもってそれを補おうとする。システム的には②の考えをとり、在宅医、あるいは看取りを行い得る医師、医療機関を増やす方策が必要。しかし、質をどう担保し高めていくのか、モラルも問われる。また、医療事故等の紛争時に訪問と遠隔との妥当性、法的証拠能力も問われる。その意味で遠隔医療を呼ぶことに危惧を感じる。遠隔モニターシステムとか遠隔サポートシステムやツールと呼ぶべきではないか。</p>
<p>遠隔医療ができる機能を持っていないし、持てるようになるには時間が必要で導入に関してのアンケートには答えられません。</p>
<p>看取りに関しては医師の訪問に関係なくしやすくなるということで矛盾しないと思う。</p>
<p>現時点での遠隔医療の実態が不明瞭である為。</p>
<p>看取りの場において医師の役割よりも訪問N r sの役割が重要であることを現場で感じているからではないでしょうか。看取りの場では「Cure」よりも「care」が大切であり、現医学教育を受けてきた医師では「Cure」の出番のなくなった看取りの場にしげく足を運ぶことや、直接触れることへの重要性を認識していないかもしれません。</p>
<p>考え方だと思う。 遠隔医療を導入しても、医療はやはり人と人との信頼関係だと考えれば、やはり訪問は必要だと、しかし遠隔で家族・患者との接触が増えれば、看取りはしやすい。 遠隔医療を導入すれば、家族・患者との連絡が取りやすくなれば、看取りやすいと考えているのだと思う。私としては、どちらかといえば、テレビは便利だがテレビはテレビだと思う。</p>
<p>設問が不適切だったのか、理解不能（困難）だったのではないのでしょうか。 その理由を概念整理に求めるのは、難しいと思います。</p>
<p>私が①又は②とお答えした記憶はありませんが、 看取りは、医師にとって24時間拘束され、何日に続く（何時終わるかわからない）つらい仕事です。遠隔医療がこの看取りにどう役立ってくれるかわからないが、前述の拘束を少しでも緩和してくれるのであれば、医師の看取りをしようとする数は増すでしょう。 （D-5の答） そこで訪問診療を減せる（②）と考えた医師と、往診の回数（①）は減せないと考えた医師、がほぼ半数いたのでしょうか。 回答を誘導するようなアンケートはやめた方がよい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・元来看とりを現場から離れて逐一実況することの意味がよく理解出来ない ・人の死は最後は人が診ることに意味があると生死観を持っているため看とりの普及のために凡ゆる便宜を図ることがいいのかギモンです。 ・昨今の直葬の是非も含めて合理化必ずしも同意できず古い殻で仕事をしている立場です。 ・津波の到達をTVで観ながら避難をしない状況とよく似ておりだんだん人の死を実況中継することは賛成しかねます。 <p>以上より設問に対し 看とりのための便宜を図っても訪問する医師は現場に赴くし訪問をしない医師、好まない医師を育てることになるでしょう。家での療養が本来の在宅療養であり便宜のあまりに安易に導入すべきものではないと感じます。</p>
<p>遠隔医療が患者さんのバイタルや状態をモニターできるものであれば急変に対してもすぐ対応できるようになるので医師の訪問が変わらなくても訪問しなくなっても対応がしやすくなると思います。</p>
<p>今までは 医師が、直接患者家に行き、たとえ行の役に立たなくても医師が行く事が患者の気持ちの和らぎと考えられる風潮が強かったが、遠隔医療を導入して、そういう概念が定着すれば、医師の負担がへるので、気持的には看取りがしやすくなるかと答えたのではないかと？ とにかく、医師でも同じ人間で、労力は一般の人と同じであるので、患者にて長時間滞在する事は非常に苦痛であるのではないかと？</p>
<p>①看取りの時期が明確に把握可能となるため ②看取りを遠隔で行ない、後日死亡診断書を作成する？</p>
<p>関心ありません</p>

<p>遠隔医療導入によって、訪問回数がへるだろうと考えるDrもおられるし、遠隔医療導入しても訪問回数はいらないだろうと思われるDrもいる。</p> <p>どちらのお考えの方も、遠隔医療により看取りがしやすくなるとお考えなのではないでしょうか。</p> <p>ご質問の意図に合った答えになっているかどうかは分かりませんが、つまり、遠隔医療の導入で、訪問診療回数をへらせるとは限らないが、在宅での看取りに何らかの役に立つだろうと思われるということです。</p> <p>乱筆で申し訳ありません。</p>
<p>患者さんの家族への説明が、医師が訪問した時だけでなく、遠隔医療としてテレビ電話等で家族に説明する機会が増えれば訪問する回数が減っても家族とのコミュニケーションをとる回数は増える。</p> <p>看取り前の信頼関係がきちんとできていれば看取りはしやすくなると考える。</p>
<p>点滴や検査が必要な患者は遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらないと思われる。安定している患者は訪問回数は減るかもしれません。</p>
<p>①について：導入しても患者の変化に対応して、必要があれば患家に赴き診察する事になるので医師の訪問は変わらず、又その状態を見極める事がしやすくなるので看取りはしやすくなると考えられます。</p> <p>②について：導入により患者の変化を把握しやすくなり、患者家族へのムンテラのみで終える事のできる場合も多くなるので、訪問回数は減少するが、状態把握により看取りはしやすくなると考えられます。</p>
<p>①②)とも理由は不明です。</p>
<p>遠隔モニター管理が行なわれれば最終末期に家族からの求めに応じて訪問する頻度は若干下がると考えます。TELで頻回に呼ばれ夜中に何度も訪問するケースもありこれが若干でも解消すれば看取りやすくなると思います。</p>
<p>設問の内容が観念的で具体性に乏しい事が解答のバラツキの原因ではないかと思いません。</p> <p>この様なアンケートの解析が恣意性を排除しうるのか懸念します。</p>
<p>①患者の状態を把握しやすくなる為</p> <p>②同上</p>
<p>全くの私見を述べます。物事の2面性でしょうか。遠隔医療を、訪問看護や家族の連絡と同じように、医師が死亡診断書を書くための基礎的コミュニケーションの一部と考える前提とします。</p> <p>そのコミュニケーションにより医師の訪問をしなくても相手の看取りの関係がスムーズに行っていると思えば、「医師が訪問しなくなるにもかかわらず」（医師がジャマをしなくてもいい状態で、あるいは余計な節介なしで）看取りのプロセスが進み、家族の看取りの後で医師が診断書を書くまでの「時のゆとり」が出来る場合もあると考えます。</p> <p>コミュニケーションが増えても、医師が介入すべきポイントが逆に明確になる場合もあります。良いポイントでも困ったポイントでも「今ゆきたい」と医療者が考える機会が増えるなら、医師の訪問は減るというより「医師の訪問は（結果的に）変わらないが」アクティブな対応可能となり、ストレスが減って、その結果「看取りのしやすい」感情が生まれると思います。</p>
<p>僭越ですがわたくしの意見を述べさせていただきます。</p> <p>質問D-4とD-5は本来異なる事項であるが、質問者は因果関係（あるいは相関関係）があるという前提のもとに解析をしようとしているので、このような問題が起こっている。すなわち、「遠隔医療導入」と「医師の訪問」と「看取りのし易さ」の関係について、質問者は、</p> <p>「遠隔医療導入」が進めば「医師の訪問」が減る</p> <p>「医師の訪問」が減れば「看取りのし易さ」が減じる</p> <p>というただの仮定を確定された三段論法として捉えていると思われる。</p> <p>しかし実際には回答者は、</p> <p>「遠隔医療導入」されれば「医師の訪問」が減ったとしても「看取りのし易さ」が増す</p> <p>と考えたとしてもおかしくない。少ない訪問回数でも患者の様態を把握できるため、死亡前の訪問を減らすことが可能と考えるかもしれないからである。</p> <p>今回の質問では</p>

<p>「医師訪問と在宅看取りとの関連性が明確ではありませんでした」と記載されているが、それは当然である。なぜならば、「医師訪問」と「看取りのし易さ」の関係性を調査する質問が無かったからである。</p> <p>わたくしは以前は胃癌治療が専門であったが、術後のQOLを評価する上でのアンケート調査の難しさを強く感じていた。質問の文言や回答選択肢の設定により結果が異なってくるだけでなく、解析の仕方も結果に大きく影響するからである。</p> <p>実際に国際的にはQOL評価のためのアンケートは十分に検討され評価された確立したものが、それを使わない任意に作成した質問票によるアンケート調査は学術的にほとんど評価されない。</p> <p>本事業での事務局の労力が大変なものであることは容易に想像でき誠に頭が下がる思いであるが、できれば、アンケート調査と並行して可能な限り事実の調査（各医療機関からの自己申告ではなく、保険者の保有する診療報酬明細書などによる訪問診療回数など）も行えればよりクオリティーが高く広く認められるスタディになると考えている。</p>
<p>遠隔医療により、訪問と訪問の間にも病状の変化を把握しやすく、そのつど必要な指示をしたり方針変更を行ったり、御家族とコミュニケーションをとったりできると予想されるからではないでしょうか。</p>
<p>患者ないし御家族と情報を共有しやすくなり治療方針を決定するためのプロセスを共有しやすくなるのが考えられる。</p> <p>患者を診る視線が家族と同じ高さななり病状についてお話する内容が家族と近接してお話している気持ちになれる。</p> <p>離れていてもいつでも診てもらえるという家族からみた近接性もあると思う。医師が帰ってしまった後も継続して診て頂けているという安心感が生まれ死を受け容れやすくなると思う。診ていない医師に死ぬ状況を説明されて頭では理解しても気持ちは納得できないであろう部分を補うことになると思う。</p>
<p>①患者を在宅で診ることは、機械器具を用いる検査、その他の検査に頼れなくなり、自分の五感と、基本的な診察行為、患者の話を聞き、患者の感じている病状を見きわめていくことが中心となるため、客観的な証明は少なくなるので、いつも、これでいいのかと自問自答しているという状況なのでこの悩みは尽きず、在宅医療は患者のところへ足を運ぶ、運ばないということより、こういう拘束状態がとてつきつ。しかし、遠隔医療がもし、客観的支援や助言につながるものであれば肩の荷はとて楽になる。連携を地域でとるといっても競合し合う相手には真に話し合うことは難しいと思う。その結果、自分で悩みを貯めていく結果になっているので。</p> <p>②遠隔医療によって助けられる部分があると、ちょっとしたことは患者のところまで足を運ばずに確認できることが出てくると思う。そうなると訪問回数は減るケースも出てくる。</p> <p>※遠隔医療は、医師と患者、医師と患者を支援する支援病院との連携が具体的にどのようになされるかで、地域在宅医療の広がり方が違ってくるように思われる。</p>
<p>①遠隔医療が実際に診療したことになるならば死亡診断書の24時間ルールが適用しやすくなり在宅看取りがしやすくなるということではないかと考えます。</p> <p>②上記と同じ理由で直接触れたり、聴いたりなどの必要がなくなれば訪問回数が減る可能性が高いにもかかわらず在宅看取りはしなくなるということではないでしょうか。</p>
<p>在宅終末期において、遠隔医療により患者情報が増え多いほど、家族への説明がしやすくなる小さな変化など患家まで訪問せずに把握できるのはありがたい。</p>
<p>まず基本として</p> <p>遠隔医療に対して、具体的にどのようにしていくのかわかりにくい。これをふまえての解答なのできとうに読んで下さい。</p> <p>例えば vital sign 等を遠隔にてモニターすれば呼び出し（患家から何となく顔色が悪い等）に対してHR、Sat、BPをモニターで確認できるので何度も訪問せずに管理できる。</p> <p>看取りのタイミングもつかみやすい為、しやすくなると思ったのでは…</p>
<p>遠隔医療をモニターで家族の協力が濃密得られた場合は、患者情報が逐次医師に報告されることにより受動的に医師が情報を受けることができるようになり、看取りのタイミングがとり易くなるというような場合を想定すると①のような回答も有り得ると考えられる。</p> <p>要は、遠隔医療に使われるインフォメーションツールをいかに充分使いこなせるかとい</p>

うことに看取りのしやすさがかかってくると考えられる。
①医師が患者・家族及び訪問看護師、ヘルパー等とのコミュニケーションの密度がより濃くなるためのツールとして遠隔医療は有用である。 診療所又はドクターカーとの連結ができれば移動中、又はクリニックで仕事中でもデータ交換ができるので、患者の安心・信頼感が高まる。従って看取りの瞬間の予測が容易につく。
遠隔医療を導入することにより、在宅患者さんの病態がより客観的に把握することが可能になれば、終末期で為すべき医療がより明確になる。看取りに対しての準備がととのうことにつながる。 しかし、医師の訪問がそのことによって減ることにはつながらない。緩和医療として為すべきことがはっきりみえて訪問診療の質も向上すると考える。
①遠隔医療を導入すると、医師の月1～2回の定期訪問を止めるわけにはいかないが、急変による病状の変化や、皮フの病変、じょくそうなどの病状を確認し訪問看護師や他の専門職に指示しやすくなり、対応がすばやくできる。往診専門でない、多くの開業内科系医師にとって、頻回の往診は負担が大きい。遠隔医療などの導入によって、医師の負担を減らし、他の専門職に頑張ってもらうことにより、看取り等の医療密度の濃い、在宅医療をうけ入れやすくなると考えます。 ②遠隔医療等の導入により、医師の緊急往診を訪問看護師等がかわることができる頻度が増えれば、結果として、医師の訪問は減ると思われる。しかし、多くの専門職の協力により、総合力としての在宅医療を行なう能力が向上し、看取り等にも対応しやすくなると考えます。
病状の把握が、遠隔医療実施でつかみ易くなり、家人に随時、説明納得してもらい易いことが、考えられる。それで看取りがスムーズになると考えた方がいたのではないでしょう。自分自身としては、訪問診療を通じた、患者さん、家人とのふれあいが、一番重要と考えています。
①遠隔医療の内容がイメージしにくい。 ②看取りのしやすさと医師の訪問の関係がはっきりしない。主語がはっきりしない。 →医師としては、家族と患者の関係がしっかりしていて、患者が家族と共にすごしたいという、意志があり、家族の方もそれを受け入れる余裕があれば看取りがしやすいと考える。この際、遠隔医療は医師にも家族にも非常に役立つ方法と考える。 →家族としては、多くの場合、患者の状態が安定しており、投薬により疼痛も管理され、共にすごしていてもおだやかに過ごせれば看取りは容易である。その際の遠隔医療は家族に安心感を与えるものと考えられる。 →しかしながら、多く看取り場面では、家族が看るに耐えられないぐらい、患者が苦しんでいる場合があり、家族もそのためうつ状態になったりすることがある。医師も病状が悪化するにつれ、一人では解決できない問題が多く専門医にまかせたいと考える。従って遠隔医療を導入すれば主治医が訪問しなくても、家族だけで看取りしやすくなると考えたのではないか？ →本アンケートは短絡的でもう少し質問の内容を示してもらいたかった。
遠隔医療を導入すれば医師が訪問しにくくなり、看取りもしにくくなる。 〔遠隔地に居住しておりました。祖父母、両親の看取りを行った事があります。遠隔地と云っても■■■■市から■■■■市と■■■■市から■■■■市の距離でした。〕
遠隔医療支援システムは後方支援病院と患者との関係で行われることが多くなると思います。そうすると、日々の診療や患者の状況報告は後方病院との関係となり、診療所医師の訪問回数は減少すると思われ、診療所医師の仕事は死亡確認が中心になるであろう。そのため在宅看取りは数は増えて、訪問診療回数は減少することになるであろう。
遠隔医療と訪問は直接は関係なく訪問の補助的な役割だと思います。訪問にプラスされる形であれば連絡をとる回数が増加する訳ですから看取りがしやすくなると思います。また、家族が医師と連絡をとる域値が低くなることも要因の一つだと思います。関連性をいうなら、医師の訪問も一つのパラメーターだと思いますが、訪問+連絡の回数がどう関連すると思われるかと尋ねた方がはっきりするのではと感じています。
現在、看取り期になると、バイタルの密なチェック（呼吸状態など）が必要なため一日に数回訪問しています。 訪問すること自体はかわりないですが、遠隔医療が上手に導入されると頻回な訪問はなくなり看取りしやすくなるのかと考えます。

<p>もちろん、家族との関係性もありますが、私は訪問はかわらず行いますが気持ち的に常にアクセスができれば楽です。</p>
<p>よくわかりません。 遠隔医療が発達すると患者へ行かなくても病状は把握可能です。その結果往診回数が減り介護者との心のかよった会話の機会が減り、わざわざ看取りに行かないで死亡診断書を書くことになると思います。 医療は患者、介護者を直接診る（見る）ことが原点です器械が入ると（介在すると）人間関係が希薄になります。</p>
<p>よく分からない</p>
<p>遠隔医療を導入することによって患者の状態を把握しやすくなり、訪問看護師に指示を出しやすくなり、何度も訪問する必要がなくなると思われます。しかし、看取りは大部分の患者家族にとって何度も経験するものではなく、ちょっとした変化でも医師が診察することにより、不安が軽減されると思います。 したがって、必ずしも訪問診療をする必要はないものの、人間としてはできうる限り、診てあげたいと思うという矛盾が data 上にあらわれているのではないのでしょうか。</p>
<p>画像で患者さんの状態、たとえば呼吸状態などが把握できると、頻回に訪問しなくても死亡時刻の予測がしやすくなるからではないのでしょうか。 また、画像で状態をみておくことにより、家族へいろいろ説明しやすくなる事も要因ではないのでしょうか。</p>
<p>看取りをしやすくなるのは、訪問回数にかかわらず、在宅患者さんの病態を必要に応じて把握できるからだと考えます。 ただ、訪問回数については、患者さん宅への距離の問題はありますが、ケースバイケースで在宅医の熱意の問題と考えます。</p>
<p>①遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらないが看取りはしやすくなると回答された理由（推定） 遠隔医療により、患者さんの容態がより詳細に把握できるため、訪問のタイミング等が判断しやすくなると考えられた方が多かったのかもしれない。 ②遠隔医療を導入すると医師が訪問しなくなるにもかかわらず看取りがしやすくなる理由（推定） 上記と同じく、患者さんの容態がより詳細に判断できれば、今あえて訪問をする必要がないということも判断できるため…と考えられます。結果、負担が減って看取りがしやすくなると考えられたのかもしれない。 私個人の考え方を述べさせてもらえば、医師が患者さんに出向き、さまざまなことで話し合いを重ねることにより、患者さん、あるいはご家族との結びつきが強くなり、それこそが在宅医にとって、言葉は悪いかもしれませんがある意味、大きな武器になっていると考えます。 もし遠隔医療（具体的にまだイメージできませんが）により訪問回数が減少するようなことがあれば、それがいい看取りに繋がっていくのかどうか、今の時点ではどちらかと言えば否定的な印象を持っています。</p>
<p>医師の訪問の有無にかかわらず、遠隔医療で患者の状態が把握（？）できるため、看取りがしやすくなるのではと考えます。</p>
<p>医師（医療従事者）と患者間の意思疎通が緊密になり、患者や御家族の気持ちの中に何かあればすぐに医師（医療従事者）に連絡をとることが可能といった意識が生じることから終末期にみられるいろいろな症状に対して、患者や御家族がパニックになって、直ちに救急車を呼んでしまうことが少なくなり、結果として、在宅での看取りが増える事になるのではないのでしょうか。</p>
<p>医師の訪問は不変もしくは減少しても、終末期の観察を遠隔システムで行なうことができれば、看取りをもっと積極的に受け入れようとする医師もいるのではないかと思う。具合が悪いと連絡が入れば、往診するのが一番ではあるが、それがすぐには対応できない時には、電話よりは情報量が多く、判断するための材料にはなり得ると思う。</p>
<p>遠隔医療を導入すれば患者が来院するのと同じように身近に感じるであろう。医師としても患者の状態把握が簡単にできるのでより積極的に在宅医療に参加できる。患者家族との連携も密になる。 そこで1は在宅で看取るといっても“大事を取って”急変時に病院に搬送してしまうことがあるからではないか。訪問回数は変わらなくても遠隔医療で常に患者の状態を把握</p>

<p>し家族と密に連携していれば“心置きなく”自宅で診取れると考えているのか？（家族との意思疎通が悪いと後で普段いない家族にああすれば良かったのこうしておけば良かったのと文句を言われることがある）</p> <p>2は、実際に訪問しなくても良いのだろうと思っているのでしょうか。</p>
<p>①結局最後には直接話しをする事手で触れて診察するが一番であるが、状態の把握はより客観的に知る事ができるという点で緊急往診等の判断がしやすくなるという事ではないでしょうか。</p> <p>②についても同様緊急往診の必要性の判断がしやすくなるため訪問回数が減る事もあり得る。しかし最後には往診をするというスタンスはかわらず看取りがしやすい…という事でしょうか。</p>
<p>遠隔医療によって在宅で死亡してから死亡診断する場合が多くなる。</p> <p>遠隔医療によって患者さんが死亡する前、場合によっては（私の場合、その患者さん宅に36時間付き添っていたことがあるが）何度も往診したり、付きっきりで看ていることがなくなる。</p>
<p>看取る前に患者家族とのコミュニケーションが頻回にとれるため、たとえ訪問回数が減ったとしても理解が得やすい。</p>
<p>1 質問が多すぎる。</p> <p>2 答えに苦慮する事が多すぎる。</p> <p>3 役所である。</p> <p>遠隔医療ということが不明である。</p> <p>もう一つ当院やこの地域ではその様な症例がない。</p> <p>更に質問が同時に多過ぎるので答えにくい。</p> <p>「質問多く」誘導された答えが既にある様に感じられた。</p> <p>先生のような地域では山越え、谷越えの地域であるが、まず誰かがおり「看取り」自体放置か病院での対応になっているようである。</p> <p>いずれにしても質問も意味不明があるようでそもそも遠隔医療などというもの自体なん定義もされておらず全く?????である。</p>
<p>#①について、医師の訪問回数は変わらなくても、遠隔医療を併用することで、もっときめこまかい状態が把握できる為に、看取りはしやすくなることも考えられます。（状態の変化が時系的にわかるように思います）</p> <p>#②について、医師の訪問回数の一部を遠隔医療に割りあてて、時間の節約ができる為、看取りしやすくなると思えます。</p> <p>症例、病態（癌、その他）により#①、#②が考えられると思います。</p>
<p>遠隔医療を導入することで、最期に近くなるにつれて、必要となる頻パンなやりとりの情報が得やすくなる可能性が考えられます。</p> <p>医師が訪問することは、家族、患者の不安の軽減への効果は絶大。</p> <p>不安がまだ多い家族には、訪問回数は減らせないと思います。</p> <p>状態（身体的、精神的）が安定している時期や、ケースでは、遠隔医療によって、訪問回数が減らせることが考えられます。</p> <p>時期やケースによって密に訪問が必要な場合とそうでない場合がありますので、すべてにおいて画一的には出来ないと思われれます。</p> <p>訪問の回数が少なく、疎遠にお互いが感じない程度に、遠隔は導入できます。</p>
<p>①遠隔医療が訪問診療の代替医療ではない。なので訪問回数などの変化はない。しかし、病院志向のある患者・家族であったりすると、遠隔医療で病院の専門医の判断を仰げば入院が減る、すなわち看取りが増える事につながるのではないかと。</p> <p>②不明です。看取りのためには訪問が絶対に必要と思われる。</p>
<p>①について最終的に在宅医が確保されている安心感を患者が持つことで、気持ちに余裕が生まれるということではないか。必ずしも訪問されなくても相談できる体制があることが家族にとっては重要であると考えられる。</p> <p>②については理解できないので…</p>
<p>①は、医療はやはり人と人が対面して行う仕事であり、本人又は家人も遠隔医療ではなく直接の訪問での処置や指示を希望するので医師の訪問は変わらないが、遠隔で適時指示を出せるので治療を進める上では看取はしやすくなる。</p> <p>②は①の状態が慢性化すると（それに慣れてくると）、わざわざ訪問しなくても事が進むので医師の訪問が（家人や本人は求めているが）減ってきて看取りをする様になるか</p>

らである。
①の場合は元々遠隔医療を行う気がなく、今まで通りの訪問診療の形をとっていく先生方の意見だと思います。遠隔ですむものを“わざわざ訪問してくれる”とPtの家族に印象付けられるためしやすくなるのではないのでしょうか。 ②は遠隔医療をすることによって“移動時間”がなくなり看取りに時間を割きやすくなるというものだと思います。
遠隔医療の概念は理解出来るものの、実感は無く、対面式の従来の診療に比べて、どれくらいの情報量（ことに理学的所見）が得られ、また十分なコミュニケーションが成立するのか未知数のため、殊に繊細な看取り医療に導入できるのか否かで、不安や、混乱がアンケート結果に出たのではと考えました。（実のところ良くわかりません…）
一般的な考え方はわかりませんが…私は遠隔医療を導入しても今診ている患者さんについては、自分の目、手、鼻、耳その他を使った視診、触診、聴診等は今まで通りにしたいと思っています。やはり直接見たものが必要だと考えるからです。でも遠隔医療の導入で今まで以上の情報が得られる訳ですから看取りはしやすくなると思います。また新たな患者さんで、遠隔医療導入後に初めて診る様な場合、今までなら遠隔を理由に診療不能であったのが、診療できる様になり、看取りも可能になると思います。その場合、今までの診療に較べて訪問回数は減ると思いますが、今までなら診療できなかった患者さんですので、得むえないことだと思います。
遠隔医療の導入計画はなく、特に考えた事がないので特に意見なし。
次第に衰弱していく姿を、在宅で看守る家族は、悲しみはさることながら、不安、抑うつの中にあり精神的にも不安定な状況に陥り易い。そのような家族は、症状の把握と対処の仕方に対して、医療者からの何らかの助言を得たいと切に思っており、臨終に近づくにつれ、その思いは高まっていくものである。医師の実際の訪問診療をすることにこしたことはないが、スカイプ、TV等を用いた医療者と患者とのコミュニケーションが図られれば、家族は、在宅療養を支える安心感、医療者との一体感が得られ、看取りはしやすくなるかと推察する。
結局、その医師の考え方一つだと考えられます。 ①は積極的に在宅医療にとり組んでいるところで、より質を上げるためにこのように答えたものと思われます。 ②は、在宅医療を主より従と考えるかシステム的に動かすことを重視しているところと考えられます。 個人的に遠隔医療と看取りはあまり関係ないと思います。いくらおこなっても患者（家族）の考え、気持ちで決定されるものとの理由からです。
正直なところ返答に迷う御質問と思います。 遠隔医療が、在宅医療を支えるツールとなるのであれば、訪問回数が減ってもむしろ在宅での看取りはしやすくなるのでしょうか？ 一方、在宅看取りはPtの生活環境が大きく左右すると思うので遠隔医療が発達しても、家族を含めた受け入れがすまなければ進展しないとも思われます。 返答がまとまらず、申し訳ございません。
医師側の問題ではなく患者側の問題であると思う。 遠隔医療を導入するとより病院での入院を好むようになる人もいるし、逆に医師が訪問しなくても理解をして看取りを希望する人もいる。 患者に対する啓蒙がすべてである。 個人では無理なので国、自治体がしょうもない疾患では、大病院に行かない等をしっかり啓蒙することが大事と思う
①色々なデータが遠隔医療で送られて来ると考えた医師は、データを見ながらそろそろ生命寿命が悪くなると考えると早めに御家族に説明出来れば看取りはしやすくなるかと回答されたのではないかと思います。 つまり遠隔医療がどのようなものか、私自身、今10月に回答した設問がわからないのでありきりな答となっていると思います。（忘れてます） ②遠隔医療が、メール、PCなどでデータが送られてくるなら、訪問回数をへらしても看取りがしやすくなるかと回答すると思います。
①医師は情報、知識を獲得し看取りに生かせる。 ②第三者の情報判断を得られると共に安心感も得られる。

<p>①時間が許せば、訪問する用意がある。そのため訪問回数不変と解答、しかも遠隔医療により患者家族との意志疎通がとれるため、見取りが多くなる可能性があると考え。</p> <p>②遠隔医療導入により、状況が良くわかり、往診の回数も少なく出来る可能性あり。しかも患者さん側とのコンタクトの機会が増え、同様の理由により、見取りの含みを大きく残しているものと、判断している。</p>
<p>在宅医療をするときに、終末期の患者を引き受ける場合、状態把握が常にできない不安を感じています。もし遠隔医療という手段で患者さんの状態が容易にわかるようになると、看取りまで責任をもって診ることができると思うので、看取りの患者さんを引き受けやすいと思います。</p>
<p>遠隔医療の実態を小生はまだ実際に経験がないので正確な答えが出来ません。遠隔医療を取り入れられれば医師が訪問しなくても判断出来るので訪問回数は減らしても良いのかなと感じ又看取りはやはり最終的には訪問しなくてはならないと思います。訂正させて頂きます。</p>
<p>①看取りの時期をある程度は推測しやすくなり、その意味で看取りはしやすくなると思われるが、必要な場合に医師が訪問することに変化はなく、医師の訪問を不要とする状態に遠隔医療の導入がはたす役割は少ない。極端に言うとも遠隔医療のみで看取り、死亡診断をおこなうことが認められるような状況にならなければ医師の訪問の質量とも変化はない。</p> <p>②遠隔医療により客観的な状態把握が可能になり医師の訪問もなくなる可能性があり、状態を迅速に把握し心身両面、また物理的に日常の医療活動の看取り以上の部分に与える影響が少なくなり看取りがしやすくなるのでは。個人的に具体的に例をあげると病状悪化し臨終が近いと思われる患者さんがおられると私的なこと（遠距離への外出など）や公的な諸行事（介護認定審査会や医師会の諸会議その他）の出席等の段取りについても制限をしたり、また会に出席中に連絡がはいり中坐するようなことを心配するストレスが個人的には大きいのでその負担がなくなることは看取りがしやすくなります。</p>
<p>遠隔医療を導入・運用しても医師の訪問はあまり変わらない。また、在宅での看取りと遠隔医療は関連しないと記入した者です。 訪問診察をしている患者さんは当院半径2～3kmの範囲に居住されている人で、遠隔医療導入対象者はそれ以遠の人が対象となると考えますので、上記の記入になりました。現在の訪問診察中の患者さんに対しては電話のみで十分対処できています。</p>
<p>看とりでは、あらかじめこうなればこうする、この薬を飲む、このテープを追加する、など約束ごとを決めている。なので患者宅へ医師がおもむくのは、患者さん、家族への安心のための訪問である割合が高い。 それが遠隔医療で一言、医師が顔をみながら“こうすれば大丈夫ですよ”というだけで安心され、患者宅へ行く回数が減り、結果より多くの患者をみれるようになる可能性を感じます。 それ故、看とりをしやすくなるのではないのでしょうか。</p>
<p>遠隔医療が想像の域を出ず、実感出来ないのが、理由の一つだと考えます。心のこもった看取りを進めたいと思っていますが、そのためには人によるぬくもりを伝えること以外には無く、どれだけの多くの人がかかわれる体制作りを考えるべきではないでしょうか。</p>
<p>在宅での看取りに関して家族が受け入れる決意を示していても最後の段階になるとオロオロしてしまい、ちょっとした事で医師に連絡したりする事がおこるが、その際遠隔医療を活用することにより、わざわざ訪問する必要性がなく最後の看取りまでできると考えます。</p>
<p>①遠隔医療を導入することによっていろいろな情報がたくさん患者側から入ってくると考えられる。その都度対応しなければならぬケースも増えてくると思われ訪問回数は変わらないかもしれない。遠隔医療を導入しても状態把握等はしやすくなるが、実際に患家へ訪問しないと患者や、家族は安心できないと思う。</p> <p>②遠隔医療を導入することによって患家へ訪問しなくても状態把握ができ、訪問回数を減らせることができる看取りの患者を多く持つことができる①、②両方の考えを持つ医師が、同じくらいいるのではないか</p>
<p>①遠隔医療の導入により、より専門的な診断、知見が得られ、訪問患者の管理には役立ち、家族にも大くの情報を提供でき、終末状態時期も正確に判断できるようになると</p>

<p>考えられる。そのため看取りはしやすくなる。さらに在宅医療の継続か、入院が適切かの判断も正確となると思われます。反面、訪問診療は正確な医療だけではなく、患者及び家族との精神的なつながりが非常に重要であり、訪問は特にかわらないと考えました。</p>
<p>(遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらない。看取りも変わらないと考えているのでよくわかりません。) 看取りはやはり bed side に行き家族をサポートしご本人やご家族と人生を共有する部分も大きい為、上記のように考えています。</p>
<p>①遠隔医療を導入すれば、患者の状態変化をより細かく察知できるようになるため、たとえ医師の訪問の頻度が変わらなくても看取りのタイミングや家族の状態なども考慮しやすくなり、在宅看取りをしやすくなるのではないかと考えられる。 ②①と同様に、遠隔医療を導入して患者や家族の状況判断が正確にできるようになれば、たとえ医師の訪問が減ったとしても状況把握の精度が高くなれば在宅看取りがしやすくなるといえるのではないかと。</p>
<p>私は遠隔医療を導入しても医師の訪問は変わらず看取りも関係しない、に答えたので①②の理由がわからない。あまり深く考えずに印をつけられたのではないかと？ ②の理由として考えられるのは、患者の状態が安定している時は、遠隔ですませて訪問しないが看取りとなると常に状態が変化するので、いちいち患家へ赴かなくても、遠隔で状況を判断できるので看取りがしやすくなると考えられたのではないかと？</p>
<p>①について 病態によっては、遠隔医療においては、診療手段に限られるケースが出ると考える。 ②について 遠隔医療を導入されても、医師の訪問は必要である。 (理由は①に同じ)</p>
<p>死亡診断書の24h規定の問題ではないか？ 診察後24h以上の場合検案書となり念のため警察に連絡しないといけませんが、遠隔医療ではTVモニターで死亡直前にTVで診れば死亡診断書の記入が容易となると考えたためではないか。</p>
<p>看取りの時間は診療時間中であつたり夜中であつたりするため(特に夜中の看取りは難かしいと思う人が多いのではないかと)訪問診療に手を出さない医師がいるのではないかと。その看取りを代わってもらえれば訪問診療をしても良いと思っている医師はいると思う</p>
<p>①②ともよく分かりません</p>
<p>遠地へ医師自体がいなくても、看護師(訪看を含む)や時に他スタッフによる現地対応で、遠隔医療のシステム利用により、医師の指示が出せたりが、症状の情報収集で判断できる場合が多くあると思われる。 遠地医療を支える為にも、遠隔医療システムの構築は必須と思うが、 1) 技術的な品質の確保-特に画質 2) 医療制度上の確立→診療報酬上の点数化 をぜひとも確立して欲しい。実験ばかりでなく実用化、継続運営できる基盤整備をお願いします</p>
<p>遠隔医療を導入してもコスト的な面からして訪問しなければ収入にならないからと思われる。しかし、急変時は遠隔医療で状態を聞きながら訪問できるので、看取りは楽になるのではないかと。 遠隔医療で今後訪問なくとも医療報酬が得られるなら訪問しなくなるのかも知れない 看取りは、バイタルなど徐々に低下していくため、いまの家族からの電話の状態で判断しなければならぬため、死期に近いかどうか判断するのはむずかしい。だが、遠隔医療でバイタルやモニターなどしっかりとデータがあれば看取りは楽になると思う。</p>
<p>申し訳ございません。わかり兼ねます。</p>
<p>人それぞれのとらえ方が違うため、このような結果になったと思われます。 再度、わかりやすいような、明解なアンケートが必要と思われます。</p>
<p>遠隔医療により、患者様の終末期の状態が良くわかるようになり、ムダな訪問診療が減ります。 より効率的な訪問診療がおこなわれ、訪問回数は減っても、看取りの時間にまに合うようになります。</p>

私の今の診療環境状況に基づいて意見を述べます。
遠隔医療の導入は、いわゆる「陸の孤島」と呼ばれる山間僻地や島山奥部で必要となるシステムと解釈します。それならば、いわゆる無医地区診療又はそれに近い状況ですが遠隔医療の導入で医師の訪問診療が減ったり、しなくなったりはしないと思います。全国レベルで考えれば、この遠隔医療のシステムが必要な場所は多いと思います。
(P. S) 現在私も在宅療養支援診療所として、かかりつけの方には文字通り24時間×365日対応しています。問題は田舎で、何故在宅医療が伸びないか、だと思えます。厚生省は診療点数を高くして経済誘導をしています、実際は家庭と家族の「介護力の乏しさ」が最も大きな問題です。
又、我々の田舎では今も病院志向・大病院志向が大変根強い為、我々でも十分対応可能な患者も多くが病院へ受診し、すぐ入院しがっています。
こうした実態を十分踏えた対策を講じなければ、在宅医療の発展は困難なのではないかと考えています。

理由はわかりません。
遠隔医療を導入すれば、医師の訪問回数は減ることが予想されますが、遠隔医療導入や訪問が減ることで、看取りがしづらくなったり、しやすくなったりといった影響はあまりないと思います。

本来看取りは遠隔医療で出来るものではないと考えておりますので、遠隔医療は訪問を参考にする程度であるので、本来の医師の訪問回数は変わらないと思います。然し事前(医師の訪問)の参考判断材料にはなり得ると考えますので看取りはしやすくなると思います。
企上の様な状態で看取りを行うにあたって医師の訪問とって変わる事はないと思われるが医師の手助けはしてくれるものと思いますし、医師が忙しくてどうしても訪問出来ない時は遠隔医療ですまさざる得ない時もありますので訪問回数は若干へるものと思います。然し絶対に訪問が必要なタイミング等が遠隔医療で判断がつくので看取りはし易くなると思います。

末期的状態で刻々と病状が変化する際に頻回に訪問をしなくても遠隔医療により状態が把握でき、家族(患者)に対して病状説明や対処法を指示できるようになると思われる。このため、訪問頻度は不変(定期的な訪問のみ)や、むしろ訪問回数を減らしても、病状の把握は容易になり、看取りはしやすくなると思われる。

①は矛盾ないと考える。
遠隔医療で状況の報告をもらいながらなるべく早急に看取りに訪問するので遠隔医療導入で看取りはしやすくなると思います
②は完全に矛盾していると思われれます。

よくわかりません

遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究
総括研究報告書

平成 22 年 3 月

平成 21 年度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)

(H21-医療-指定-013)

研究代表者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック
〒980-0013
宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1 番 7 号
TEL:022-212-8501
FAX:022-212-8533
