

外来(その2)

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

2. 情報通信機器を用いた疾病管理

3. へき地における情報通信機器を用いた診療

4. 遠隔連携診療料

情報通信機器を用いた診療に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年5月17日 中医協総会 医療計画について >

- へき地医療については、資料の52ページ、53ページで紹介されている成功事例を参考にしながら、質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携を推進することが必要。
- へき地においては、オンライン診療としてD to P with Nが有効であるということはもちろんだが、それ以外にも遠隔医療として、看護師によるオンラインを活用した療養指導の取組や、へき地にいる看護師が、専門性の高い看護師に支援、助言を求めるNtoNの形もあり、今後、遠隔医療及びオンライン診療の推進に向けては、幅広く検討していくべき。

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1） >

- オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。
- 不適切なオンライン診療を防ぐためには、本年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されたため、これらが遵守されているのかも評価する際の重要な視点となる。
- オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。
- オンライン診療において、かかりつけ医と薬剤師薬局が適切に連携し医療を提供することが重要。
- オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、動向を注視していくべき。
- 遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会 >

- オンライン診療について、オンライン診療の適切な実施に関する指針には、睡眠薬の処方初診では行わないこととされているにもかかわらず、情報通信機器を用いた初診に係る傷病名では不眠症が上位にあるなど、不適切な運用がなされている可能性が示唆されているため、更なる分析を進め、健全な形でオンライン診療を普及させるべき。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）＞

- ・ 患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないか、との指摘があった。
- ・ 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方を行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないか、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。
- ・ 患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。
- ・ また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

オンライン診療にかかる評価の経緯

- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。
- その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度(医師法など)	診療報酬
平成30年3月 4月	<p>「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。 	<p>平成30年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「オンライン診療料」を新設(対象は再診のみ) ・対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和2年4月	<p>新型コロナの時限的・特例的取扱い (4月10日付け事務連絡)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。 	<p>新型コロナの診療報酬の特例措置 (4月10日付け事務連絡)</p>
令和3年6月	<p>「規制改革実施計画」閣議決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療の特例措置の恒久化の方針 	
令和4年1月	<p>指針の一部改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。 	
令和4年4月		<p>令和4年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 <ul style="list-style-type: none"> ➢初診:診療報酬の評価を新設 ➢再診:対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回—19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

- 初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

- 診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたりリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。
- 診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。
- 診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

- 現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。
- 患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

- 「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。
- オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

- 適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。
- オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

- 初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、2種類以上の身分証明書をを用いる、あるいは1種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。
- オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。
- オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

- 医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む。）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。
- オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。
- 医療機関は、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。
- 医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。
- オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。
- 医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。
- 医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。 等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

- 事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。 等

遠隔医療の更なる活用について

現状

- 直近では、医師法第20条（無診察治療の禁止）との関係を中心に、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、指針の見直しについて議論を行い、今年1月に改訂を行った。
- 今後は、地域において、オンライン診療を含めた遠隔医療が幅広く適正に実施されるよう、取組を進めていく必要がある。



今後の取組

- 遠隔医療の更なる活用に向けた「基本方針」について検討。（本医療部会において協議）
【検討の視点（例）】
 1. 地域の医療提供体制の確保において、遠隔医療が果たす役割
 2. 国、都道府県、医療関係者、それぞれが取り組むべき内容
 3. 患者・住民の理解を進めるための取組
 4. 個人情報への取扱いや情報セキュリティの在り方 等
- 地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、遠隔医療の活用に関する好事例を収集するとともに、横展開に向け、都道府県等を通じて周知。

I 基本方針の目的

- ・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
- ・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

II オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨（患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為）

期待される役割

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

- ・D to P
- ・D to P with D
- ・D to P with N
- ・D to P with その他医療従事者
- ・D to P with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

現状の課題

- ・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
- ・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
- ・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
- ・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する 等

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

期待される役割

- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
- 効率的・効果的な医療提供体制の整備
- 医療従事者の働き方改革等への寄与

様々な形態

- ・D to D
- ・D to N、D to その他医療従事者
- ・N to N、N to その他医療従事者、その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

現状の課題

- ・遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
- ・個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
- ・遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討 等

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
- ・遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する 等

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

- 1 地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
- 2 医療従事者教育／患者教育の充実
- 3 質評価／フィードバック
- 4 エビデンスの蓄積
- 5 新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせることが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせで行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) (8) 略

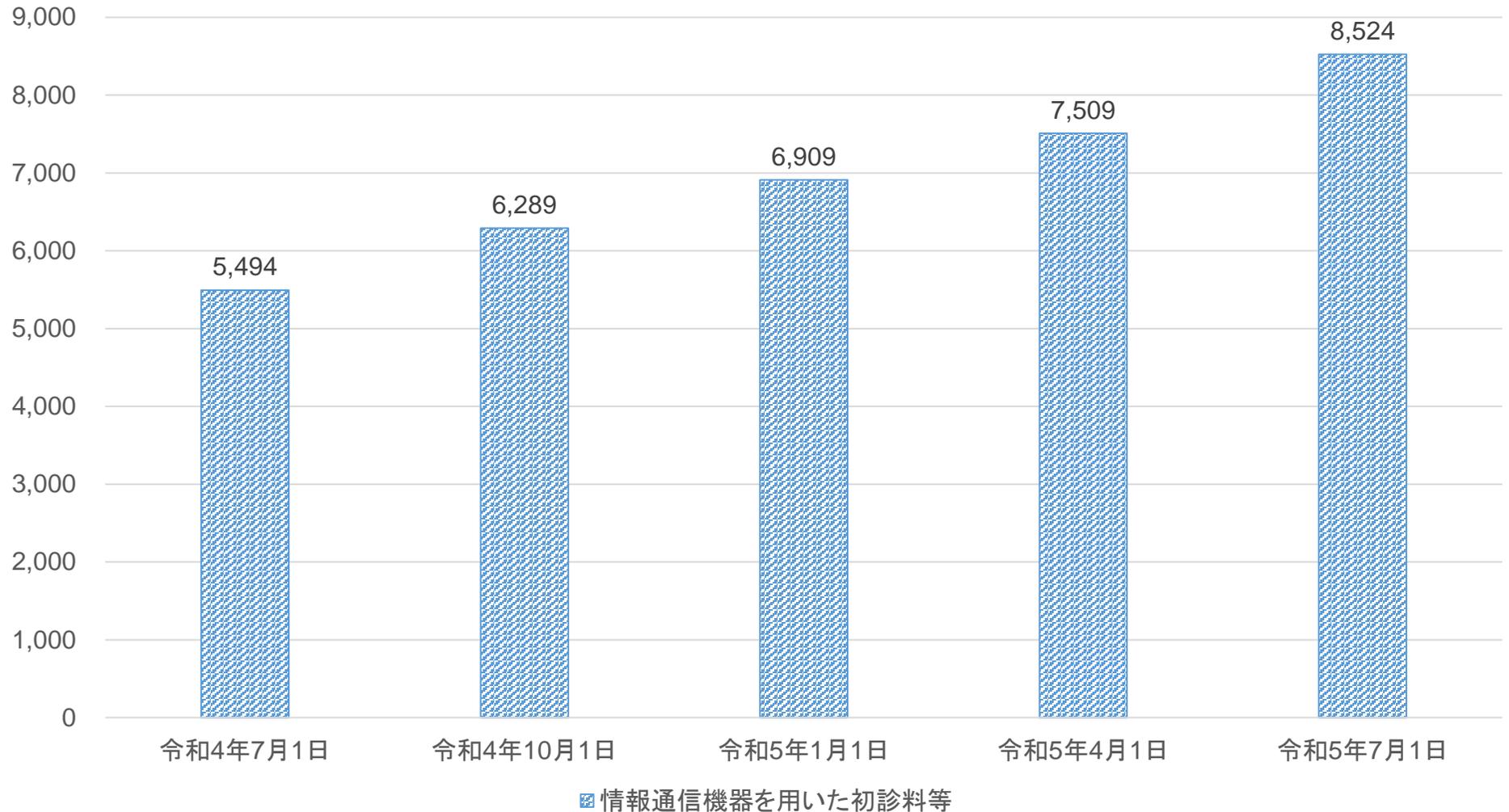
[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

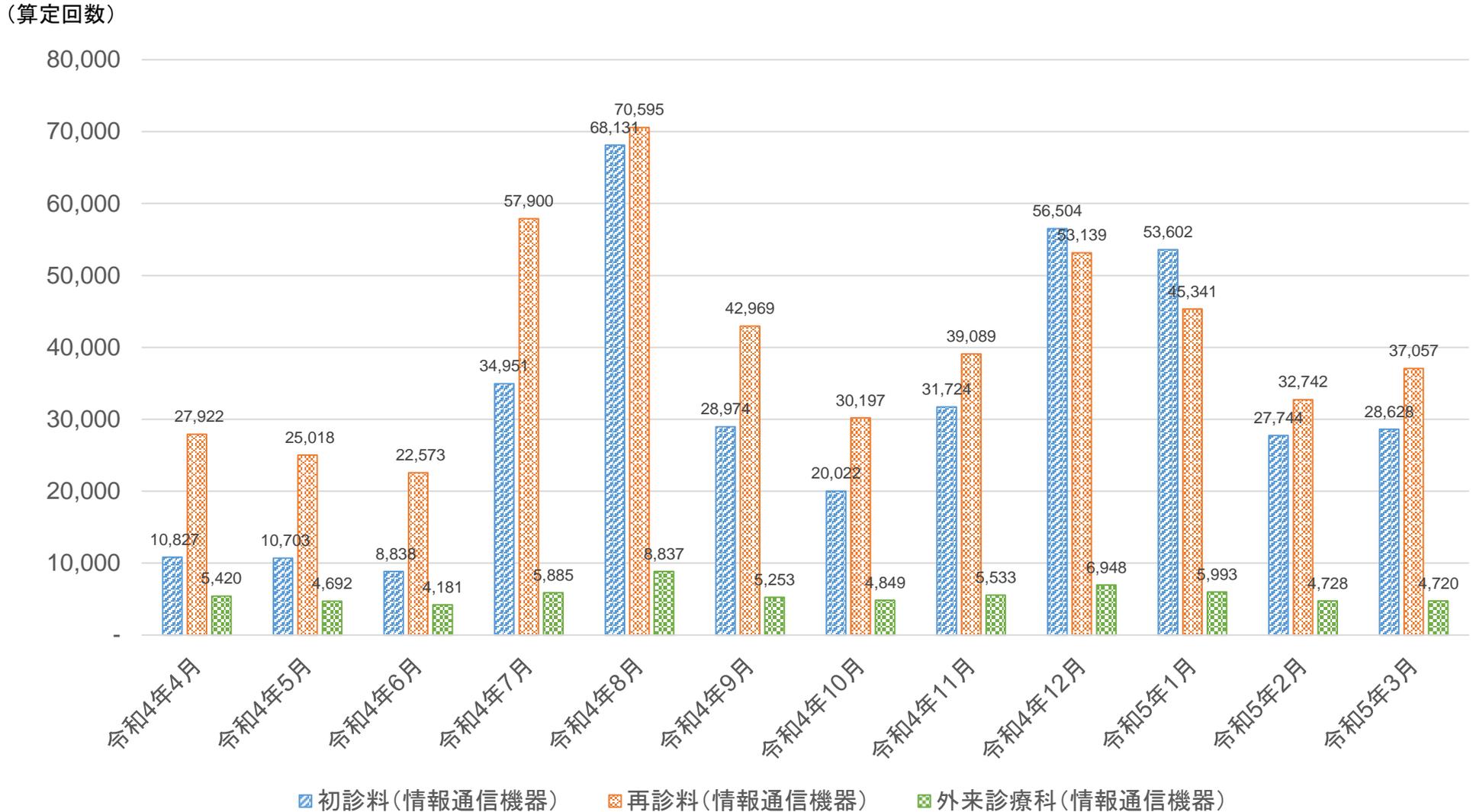
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年7月1日時点において約8,500医療機関となっている。

(届出医療機関数)



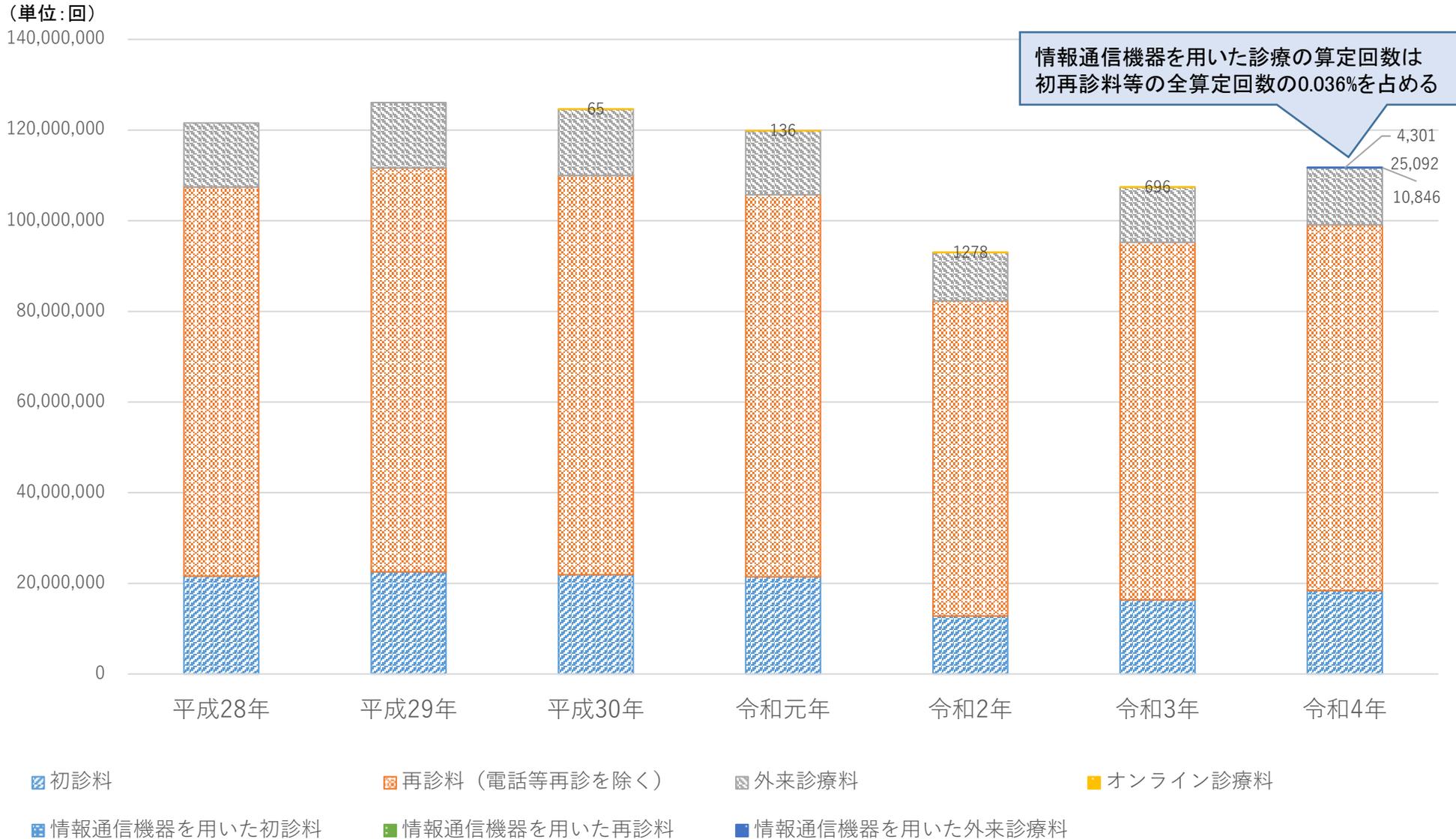
情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は以下のとおり。



初・再診料の算定回数 of 年次推移

○ 令和4年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.036%を占める。

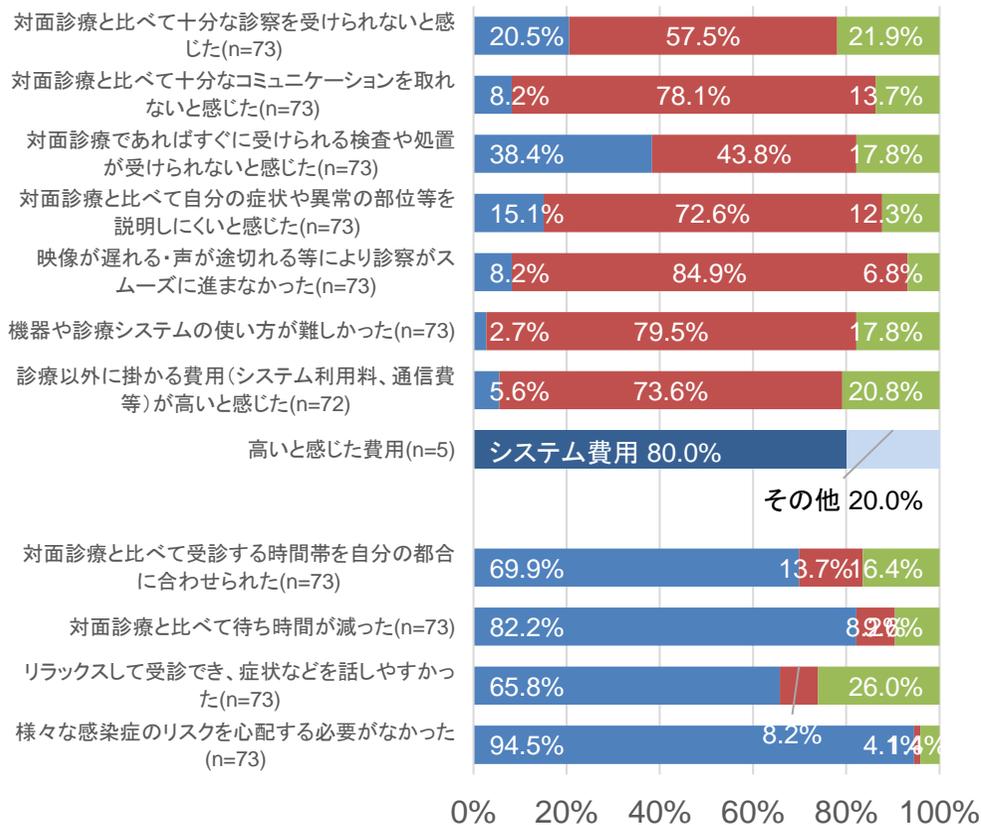


オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

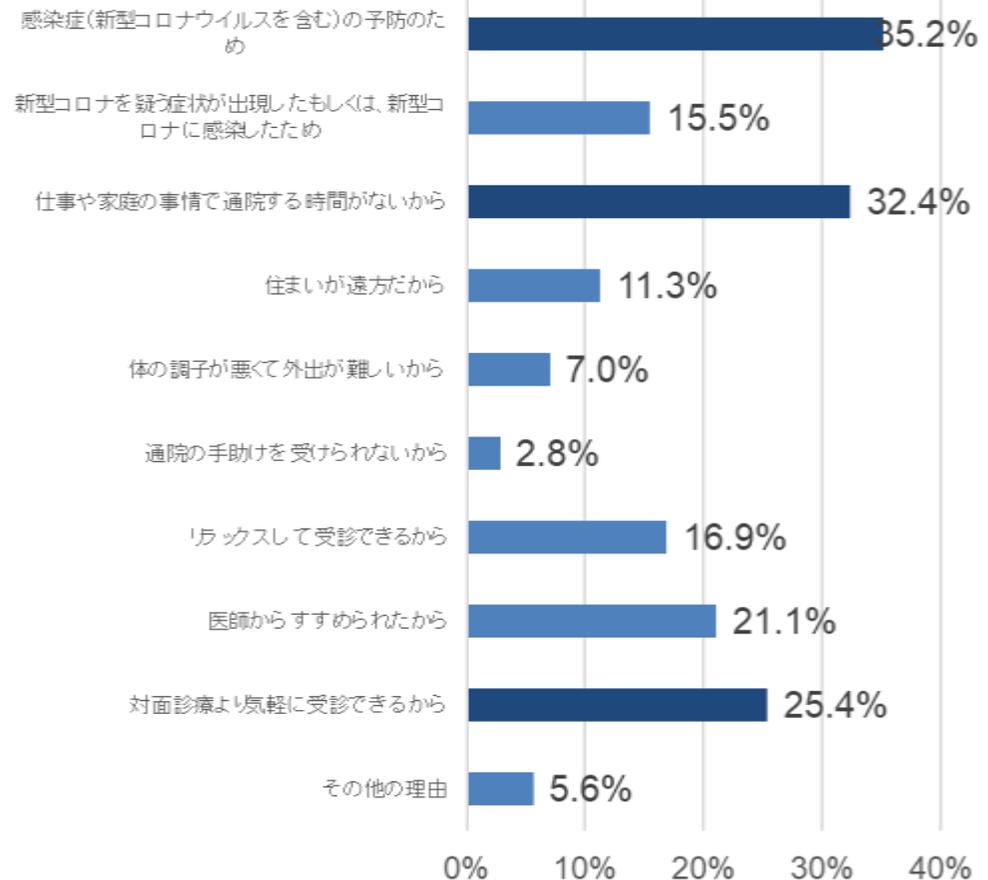
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

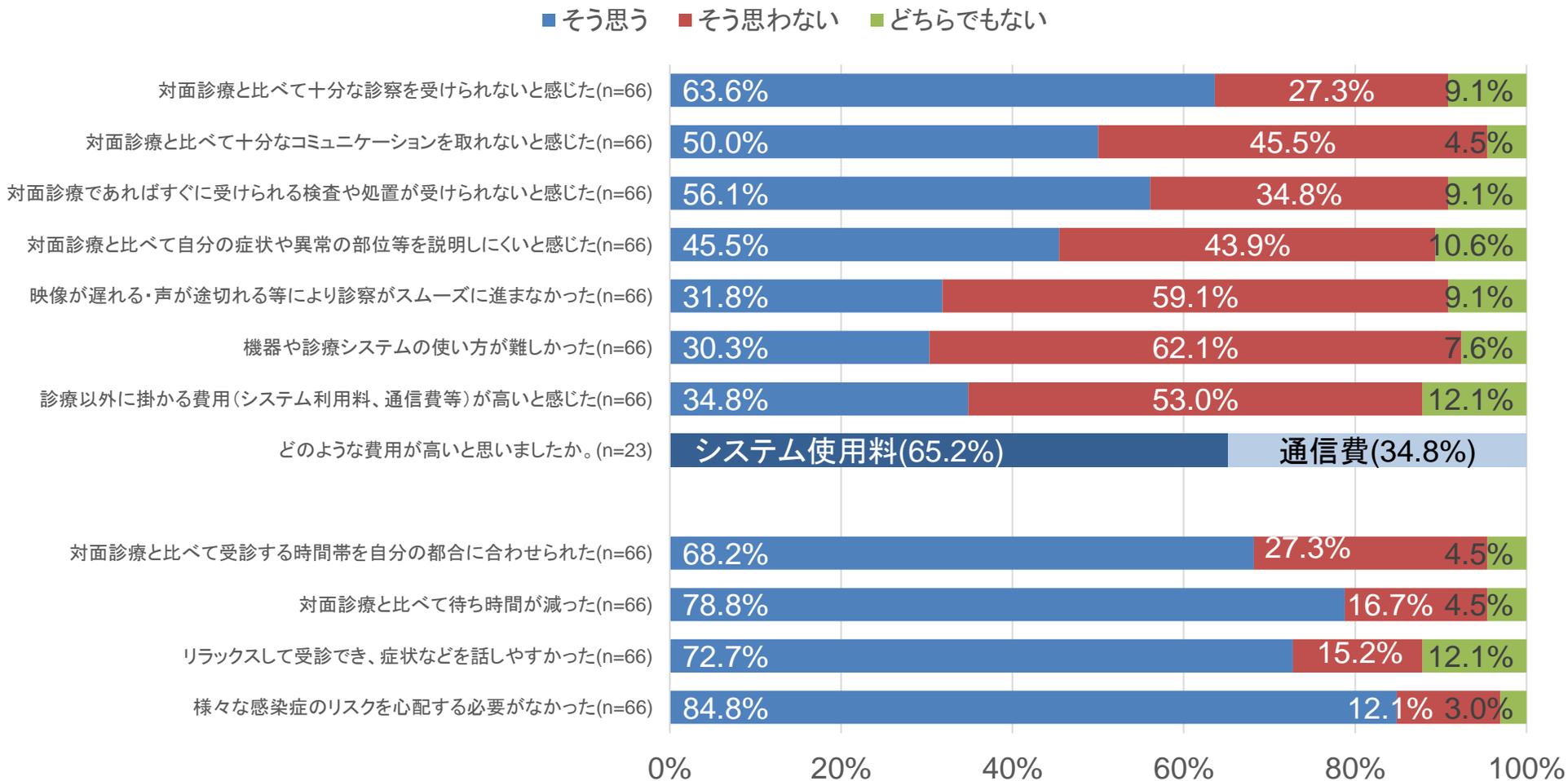
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



オンライン診療を受けた理由(n=71)

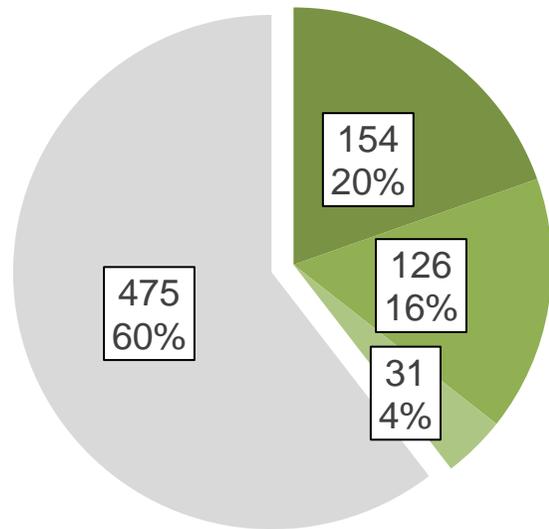


○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。



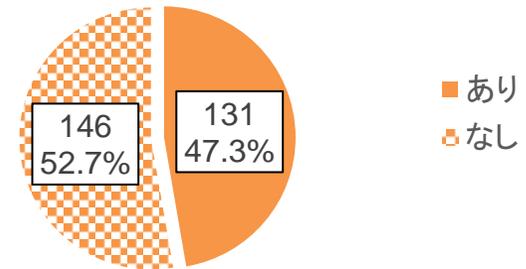
- オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設(20.3%)、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設(16.6%)であった。
- システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

利用しているシステムの概要 (n=758)

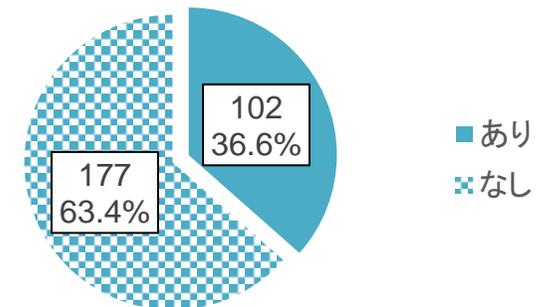


- オンライン診療に特化したシステム
- オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム (SNSアプリ等を用いたビデオ通話)
- その他
- 非該当 (情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)

システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い (n=277)

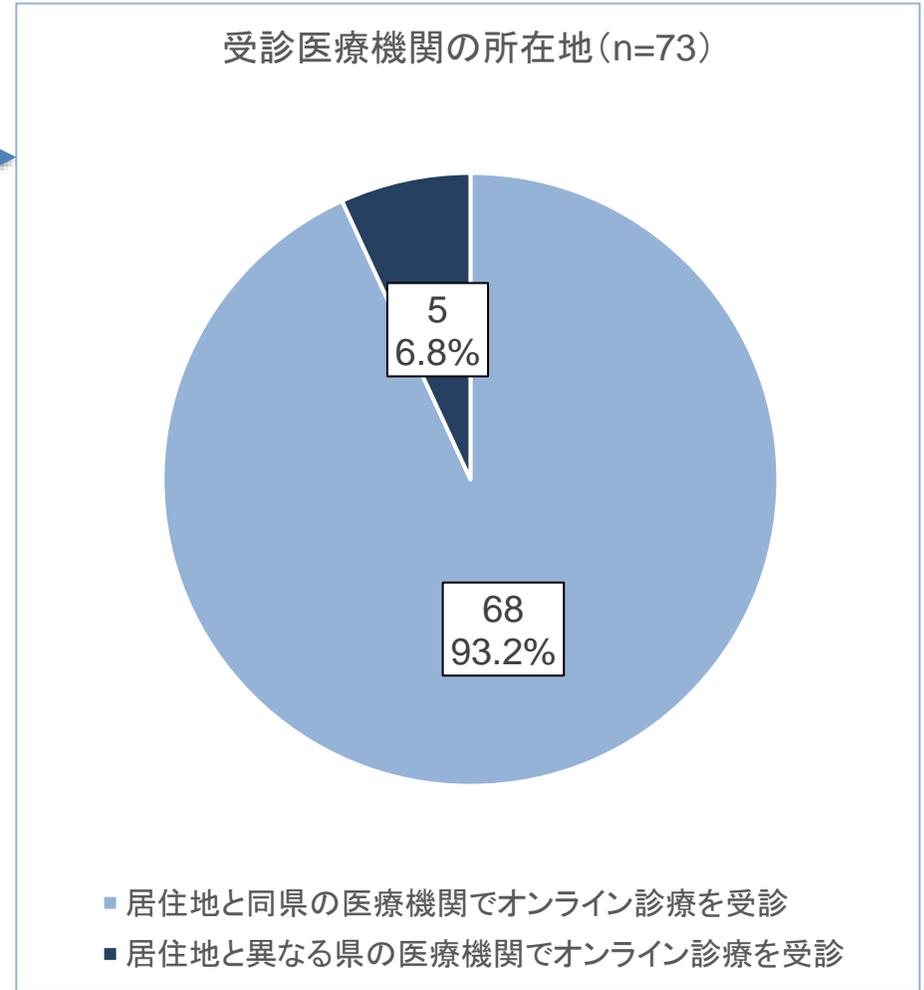
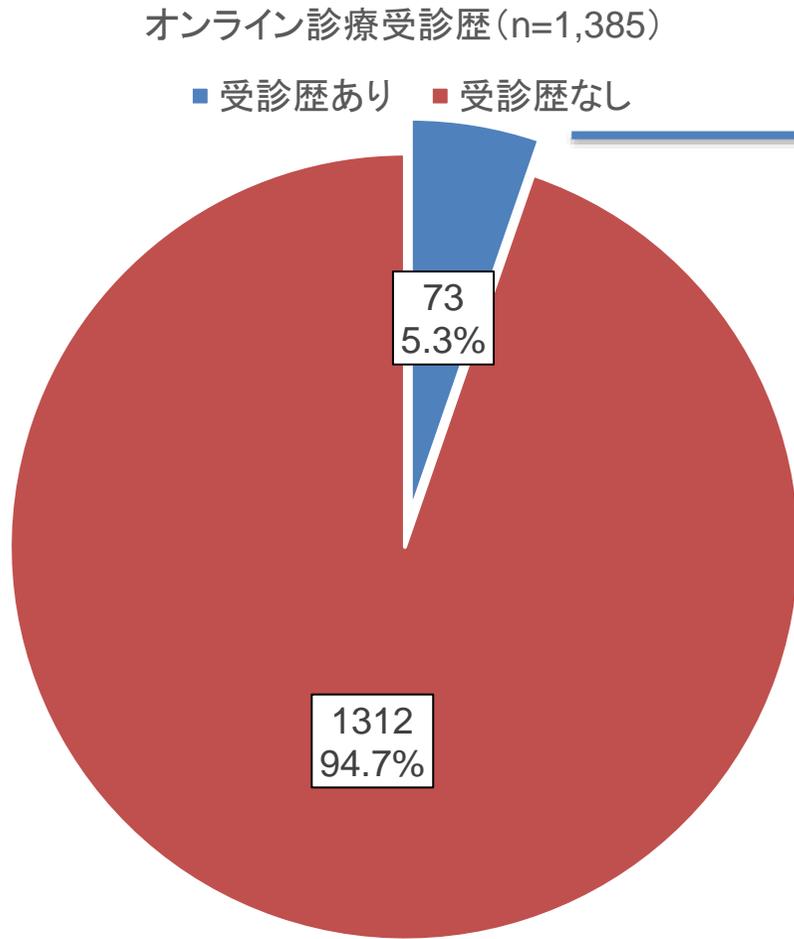


システム利用に係る患者からの費用徴収の有無 (n=279)



回答数	平均	四分位数		
		25%Tile	中央値	75%Tile
24 件	773.3 円/月	275.0 円/月	500.0 円/月	910.0 円/月

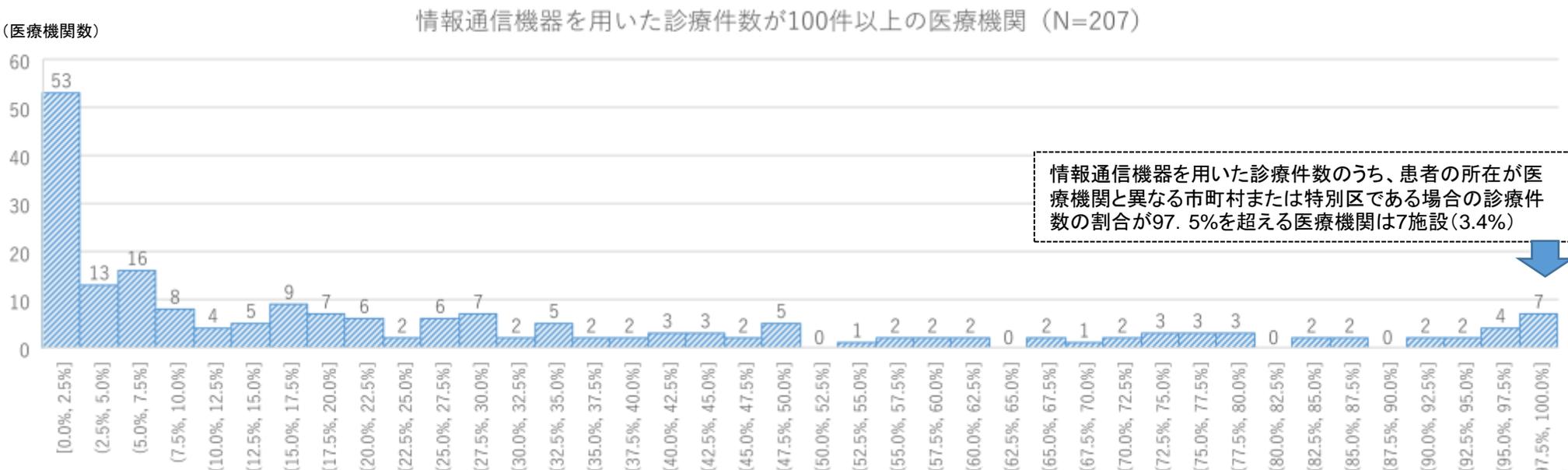
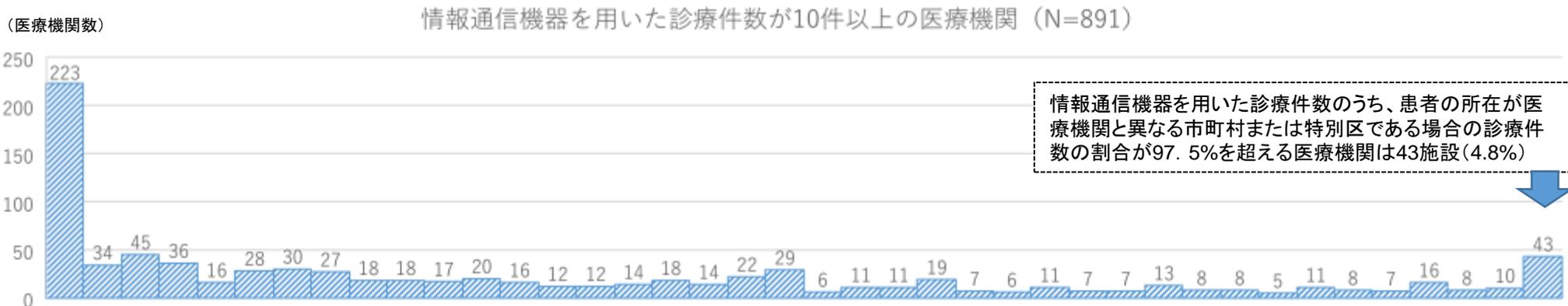
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

患者の所在について

○ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。



オンライン診療の提供体制

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。

2. オンライン診療の提供体制に関する事項

(1) 医師の所在

① 考え方

医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はないが、騒音のある状況等、患者の心身の状態に関する情報を得るのに不適切な場所でオンライン診療を行うべきではない。また、診療の質を確保する観点から、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を確保しておくべきである。また、オンライン診療は患者の心身の状態に関する情報の伝達を行うものであり、当該情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではない。

なお、患者の急病急変時に適切に対応するためには、患者に対して直接の対面診療を速やかに提供できる体制を整えておく必要がある。また、責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

② 最低限遵守する事項

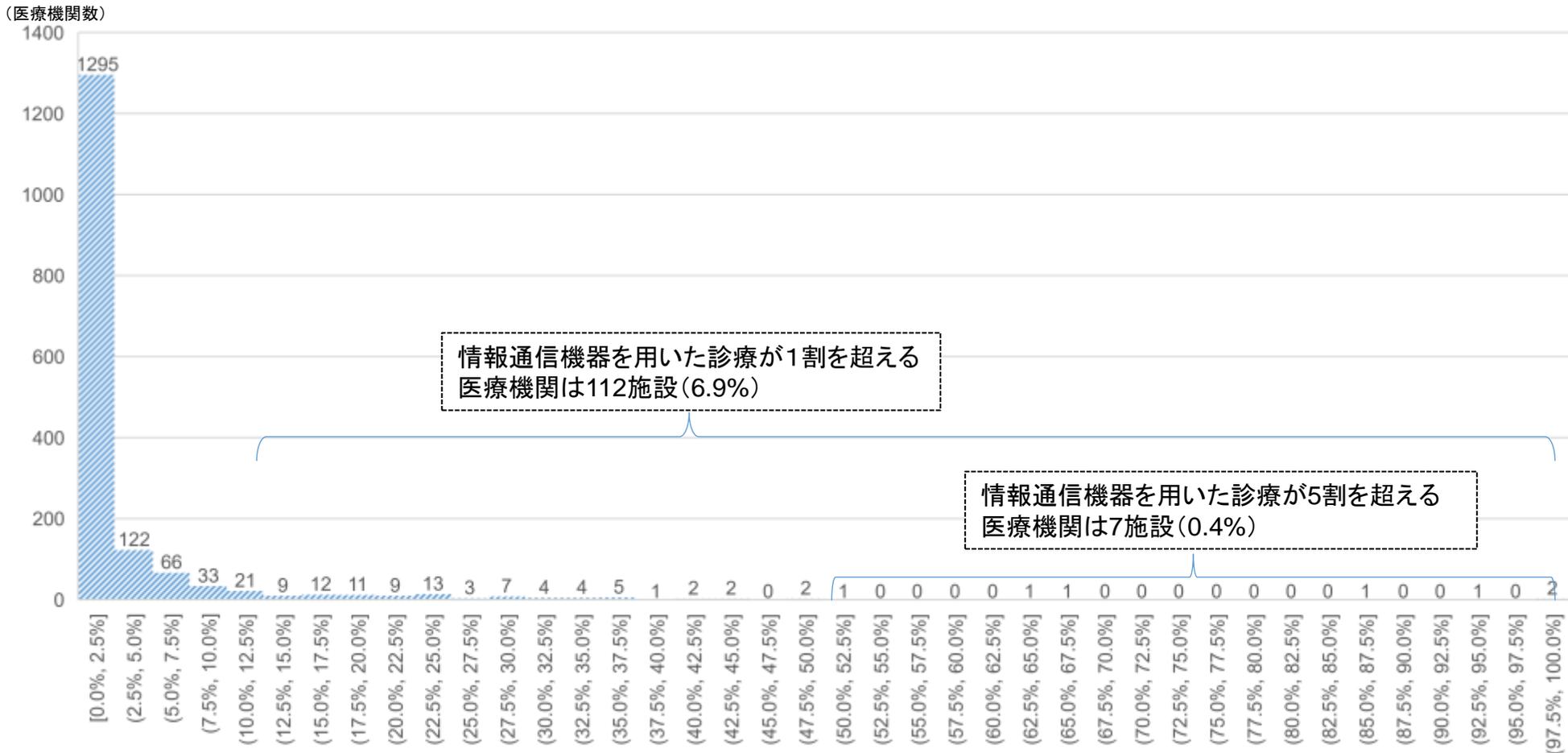
- i オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにしていること。
- ii 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。
- iii 医師は、騒音により音声聞き取れない、ネットワークが不安定であり動画が途切れる等、オンライン診療を行うに当たり適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない。
- iv オンライン診療を行う際は、診療録等、過去の患者の状態を把握しながら診療すること等により、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を整えなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、この限りでない。
- v 第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない。
- vi オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

③ 推奨される事項

オンライン診療を行う医師は、② ii の医療機関に容易にアクセスできるよう努めることが望ましい。

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった。



情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料を算定した1628医療機関を対象
初診・再診・外来診療料に占める情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料の割合を算出

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	10,682	100.0%
1	COVID-19	6,035	56.5%
2	急性上気道炎	2,120	19.8%
3	急性気管支炎	1,756	16.4%
4	アレルギー性鼻炎	1,083	10.1%
5	急性咽頭炎	669	6.3%
6	発熱	646	6.0%
7	咽頭炎	642	6.0%
8	コロナウイルス感染症	542	5.1%
9	気管支喘息	420	3.9%
10	急性胃腸炎	377	3.5%
11	扁桃炎	306	2.9%
12	湿疹	268	2.5%
13	急性咽頭喉頭炎	234	2.2%
14	不眠症	232	2.2%
15	感冒	226	2.1%
16	咽頭喉頭炎	211	2.0%
17	頭痛	177	1.7%
18	急性胃炎	154	1.4%
19	じんま疹	152	1.4%
20	下痢症	151	1.4%
21	廃用症候群	134	1.3%
22	皮脂欠乏症	134	1.3%
23	急性扁桃炎	129	1.2%
24	皮脂欠乏性湿疹	128	1.2%
25	嘔吐症	121	1.1%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数	18,097,507	100.0%
1	COVID-19	2,226,897	12.3%
2	アレルギー性鼻炎	1,562,467	8.6%
3	近視性乱視	1,138,705	6.3%
4	急性気管支炎	975,795	5.4%
5	急性上気道炎	892,046	4.9%
6	湿疹	742,671	4.1%
7	急性咽頭喉頭炎	678,311	3.7%
8	アレルギー性結膜炎	548,146	3.0%
9	糖尿病	524,424	2.9%
10	耳垢栓塞	519,903	2.9%
11	急性副鼻腔炎	498,260	2.8%
12	気管支喘息	461,144	2.5%
13	急性咽頭炎	443,514	2.5%
14	皮脂欠乏症	428,591	2.4%
15	高血圧症	404,342	2.2%
16	遠視性乱視	385,952	2.1%
17	アトピー性皮膚炎	381,011	2.1%
18	慢性胃炎	365,715	2.0%
19	発熱	356,222	2.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	350,153	1.9%
21	胃炎	315,687	1.7%
22	腰痛症	312,640	1.7%
23	ドライアイ	298,589	1.6%
24	頭痛	296,906	1.6%
25	肝機能障害	295,340	1.6%

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数	24,880	100.0%
1	COVID-19	6,765	27.2%
2	アレルギー性鼻炎	6,702	26.9%
3	高血圧症	3,884	15.6%
4	急性上気道炎	3,657	14.7%
5	気管支喘息	3,340	13.4%
6	便秘症	2,805	11.3%
7	急性気管支炎	2,791	11.2%
8	不眠症	2,754	11.1%
9	アレルギー性結膜炎	2,113	8.5%
10	皮脂欠乏症	2,071	8.3%
11	慢性胃炎	2,061	8.3%
12	高コレステロール血症	1,973	7.9%
13	糖尿病	1,791	7.2%
14	湿疹	1,734	7.0%
15	腰痛症	1,687	6.8%
16	急性咽頭炎	1,405	5.6%
17	高脂血症	1,396	5.6%
18	鉄欠乏性貧血	1,345	5.4%
19	アトピー性皮膚炎	1,256	5.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	1,210	4.9%
21	コロナウイルス感染症	1,128	4.5%
22	骨粗鬆症	1,113	4.5%
23	逆流性食道炎	1,108	4.5%
24	胃潰瘍	1,079	4.3%
25	頭痛	1,007	4.0%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診・外来診療料の算定回数	62,206,981	100.0%
1	高血圧症	19,348,105	31.1%
2	アレルギー性鼻炎	8,944,790	14.4%
3	不眠症	8,730,208	14.0%
4	便秘症	8,206,032	13.2%
5	糖尿病	8,024,647	12.9%
6	高コレステロール血症	7,770,380	12.5%
7	慢性胃炎	7,157,835	11.5%
8	高脂血症	7,092,086	11.4%
9	腰痛症	6,844,633	11.0%
10	骨粗鬆症	5,421,005	8.7%
11	変形性膝関節症	4,636,653	7.5%
12	逆流性食道炎	4,552,906	7.3%
13	2型糖尿病	4,465,986	7.2%
14	脂質異常症	4,446,350	7.1%
15	高尿酸血症	4,366,523	7.0%
16	アレルギー性結膜炎	4,248,100	6.8%
17	気管支喘息	4,179,183	6.7%
18	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	4,048,947	6.5%
19	湿疹	3,521,267	5.7%
20	狭心症	3,318,654	5.3%
21	近視性乱視	3,202,902	5.1%
22	鉄欠乏性貧血	3,141,966	5.1%
23	皮脂欠乏症	3,079,372	5.0%
24	胃潰瘍	3,032,102	4.9%
25	肩関節周囲炎	2,897,913	4.7%

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割未満)

○ 対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

No.	初診料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	COVID-19	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頸肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	COVID-19	143	14.7%
9	2型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頸肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

- 日本医学会連合による提言において、オンライン診療の初診に適さない症状については例えば以下のように示されている。発熱については重症化のリスク因子等がなければオンライン診療は可能とされている。

「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言(2022年11月24日版)」より抜粋

I 内科系の症状

1. 緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態

(1) 呼吸器系の症状

ア 急性・亜急性に生じた息苦しさ、または呼吸困難 イ 安静時の呼吸困難 ウ 喀血(大量の血痰)

エ 急性の激しい咳 オ 喘鳴 カ 急性・亜急性に生じた嚔声

(2) 循環器系の症状

ア 強い、あるいは悪化する胸痛/胸部圧迫感 イ 突然始まる動悸 ウ 症状を伴う血圧上昇

(3) 消化器系の症状

ア 強い腹痛 イ 強い悪心/嘔吐 ウ 吐血 エ 血便/下血

(4) 腎尿路系の症状

ア 発熱を伴う腰痛、排便障害、下肢の症状を伴う腰痛

(5) その他

ア 強い痛み

2. 情報量や対応手段の問題で初診からのオンライン診療に適さない状態

発熱、咳嗽、咽頭痛などのいわゆる「かぜ症状」のうち、下記の重症化のリスク因子に該当するもの→ 新型コロナウイルス感染症の拡大を受けたオンライン診療の議論の出発点が、感染症患者在医療機関の待合室に集まることを回避することにもあるとすると、発熱こそまずオンラインで診療すべきと考えられ、実際に実績の検証においても、初診からのオンライン診療の症状は発熱やかぜ症状が多い。一方、発熱の鑑別診断は、範囲が広くそれぞれ評価が必要になってくるので、オンライン診療で行えることには限界がある。これらに鑑み、新型コロナウイルス感染者との曝露、感染地域への渡航、重症化のリスク因子(下記参照)、重篤な症状がなければ、適切な自宅療養と対面診療のタイミングを指導し、オンライン診療を行うことは可能と考える。

【重症化のリスク因子】

- ・高齢者(65歳以上)・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患・肥満(BMI 30以上)
- ・数日間で進行する体重減少又は増加、浮腫・持続性または増加傾向の血痰

○ オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5) 薬剤処方・管理

① 考え方

医薬品の使用は多くの場合副作用のリスクを伴うものであり、その処方に当たっては、効能・効果と副作用のリスクとを正確に判断する必要がある。このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに、適切な用量・日数を処方し過量処方とならないよう、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が払われるべきである。

② 最低限遵守する事項

i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③ 推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④ 不適切な例

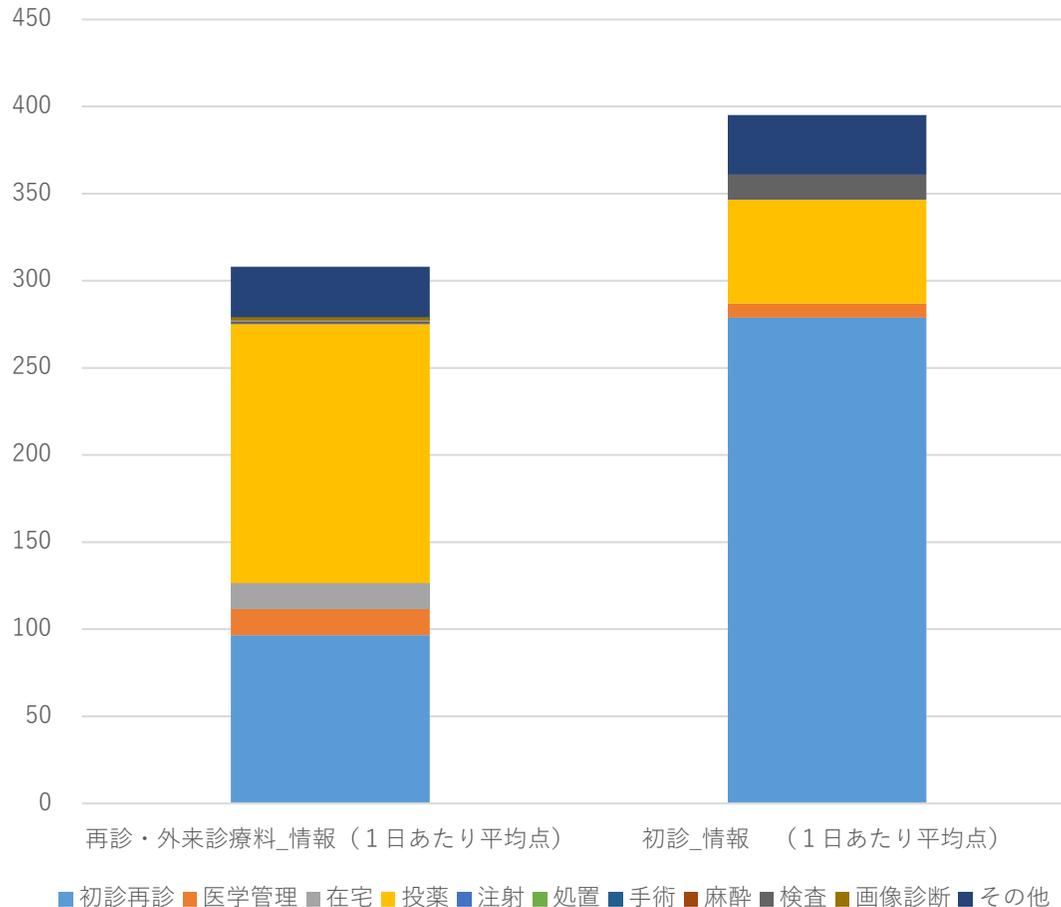
i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

ii 勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例。

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値(令和4年12月診療分)



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数(処方料のみ、令和4年10~12月診療分)

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

2. 情報通信機器を用いた疾病管理

3. へき地における情報通信機器を用いた診療

4. 遠隔連携診療料

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

- 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

➤ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和4年度改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。
- 令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和4年度改定前から算定可能な医学管理料

	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

令和4年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点
- 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点

【対象患者】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1

以下の全ての基準に該当する患者

- ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの
- イ CPAP療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が15以下にならない者に対してASV療法を実施したもの

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2

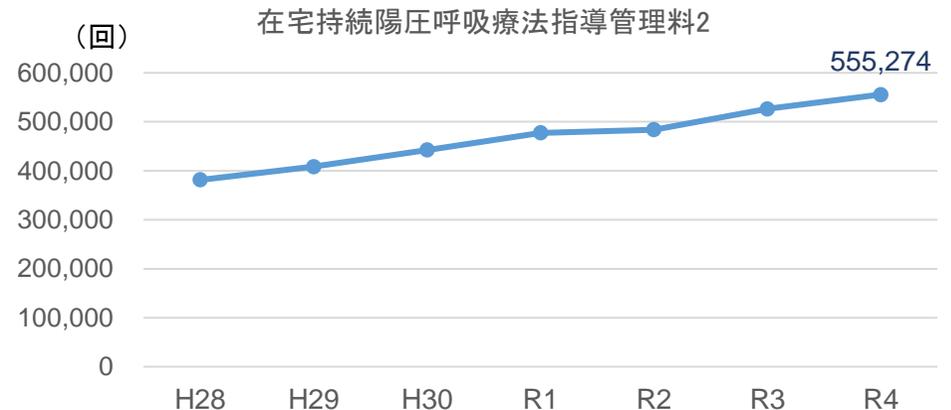
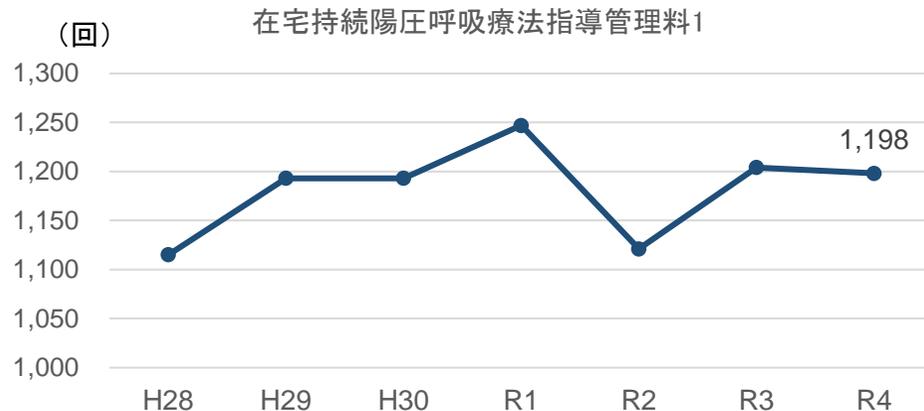
以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者。

- ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象患者以外にASV療法を実施した場合
- イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ない場合
- ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。

※ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。

- (イ) 無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上
- (ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- (ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

<算定回数の推移>



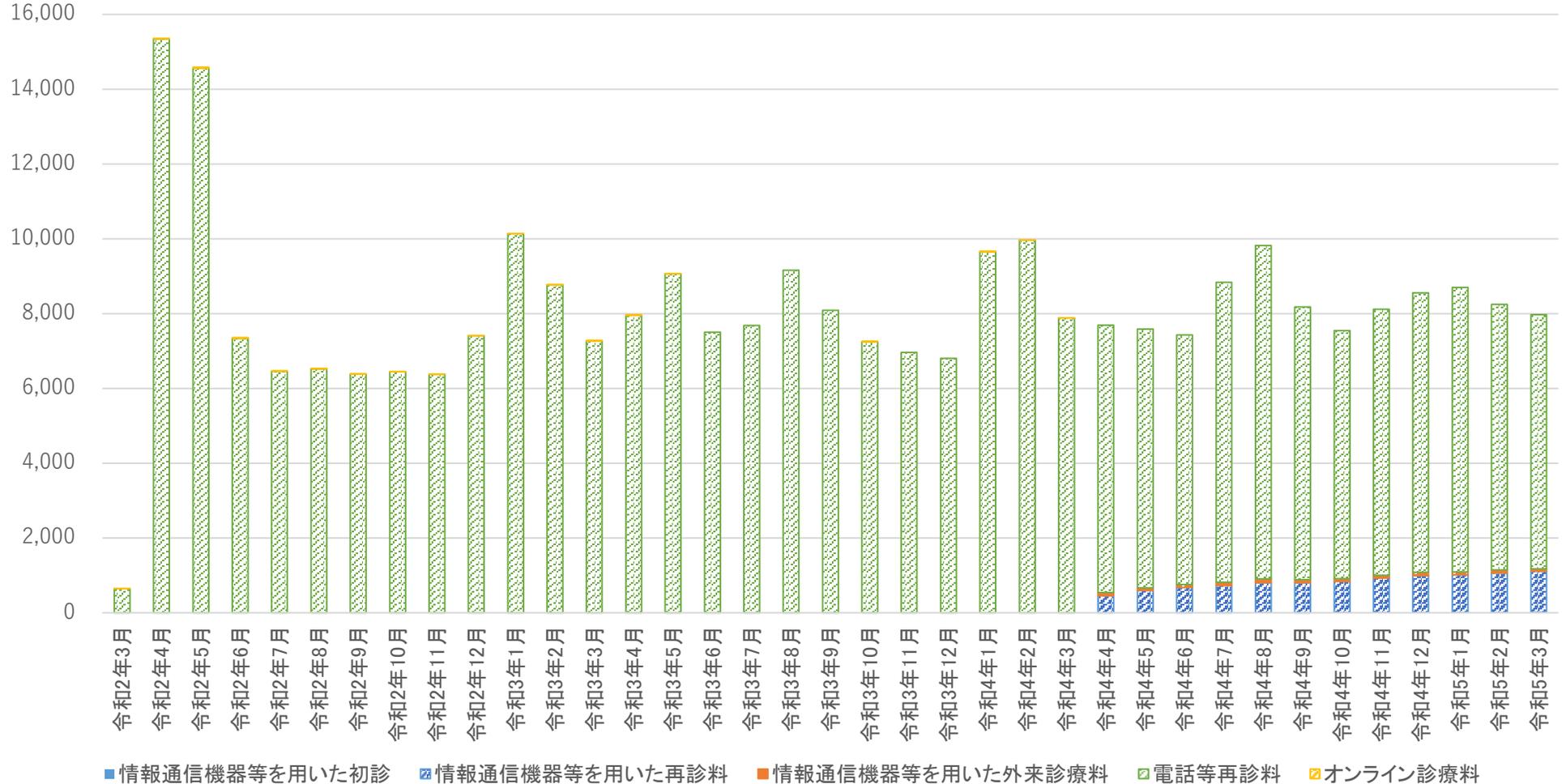
コロナ特例としての在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2

○ コロナ特例における情報通信機器等を用いた診療による在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2は1月あたり約8千件程度算定されていた(※)。

(※)当該特例は令和5年5月8日をもって廃止

(算定回数/月)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2



■ 情報通信機器等を用いた初診 ■ 情報通信機器等を用いた再診料 ■ 情報通信機器等を用いた外来診療料 ■ 電話等再診料 ■ オンライン診療料

持続陽圧呼吸療法に係る診療

- 持続陽圧呼吸療法(CPAP)に係る診療として実施する内容として、CPAP記録の管理、睡眠状態の確認、マスクの適合の確認、身体状況の確認が求められる。

【持続陽圧呼吸療法に係る診療において実施する内容】

1. CPAP記録の管理

- ・ 使用状況(使用日数, 使用時間など):生活状況に合わせて最大限CPAPを使用できるようにサポートを行う。睡眠時間が十分に確保できているかと合わせて、実際にCPAPを使用している時間を確認する。
- ・ リーク:マスクが適切に利用できているかどうかの指標となる。
- ・ 治療効果(AHIなど):治療のための設定が適切であることの指標となる。

2. 睡眠状態の確認

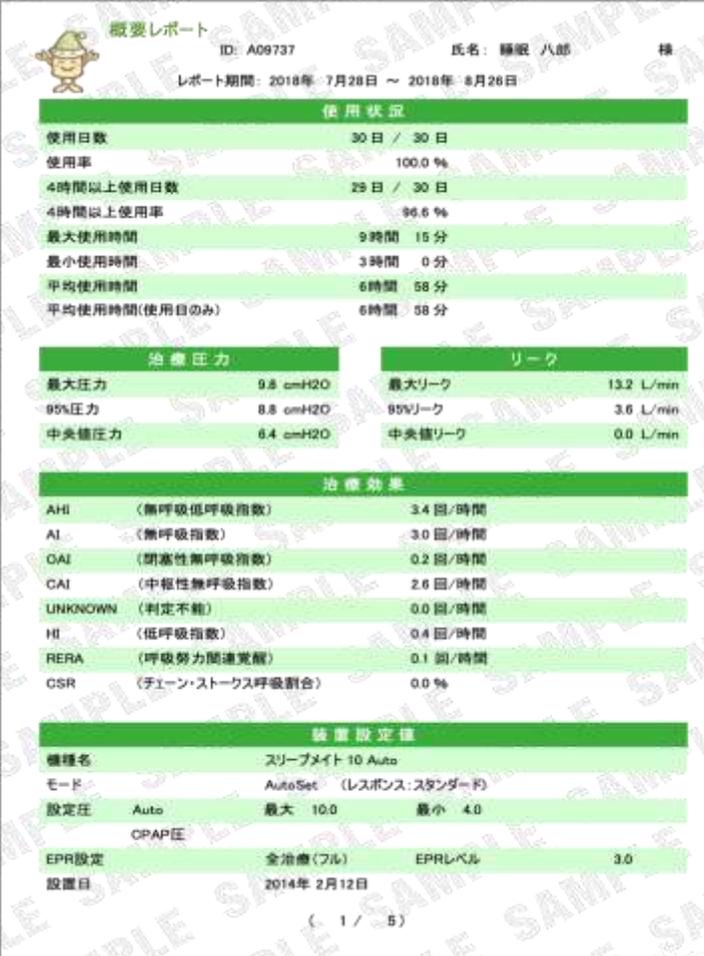
- ・ CPAP記録の管理と合わせて、日中の生活に支障のない十分な睡眠時間が確保できているか、規則正しい睡眠が取れているかを確認する。睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどの症状が改善していることを確認する。

3. マスクの適合の確認

- ・ CPAP記録の管理と合わせて、使用しているマスクが適切に利用できているかを確認する。

4. 身体状態の確認

- ・ 体重の推移, 必要に応じて血圧の推移などを確認し, 生活指導を行う。



概要レポート
ID: A09737 氏名: 藤原 八郎 様
レポート期間: 2018年 7月28日 ~ 2018年 8月26日

使用状況	
使用日数	30日 / 30日
使用率	100.0%
4時間以上使用日数	29日 / 30日
4時間以上使用率	96.6%
最大使用時間	9時間 15分
最小使用時間	3時間 0分
平均使用時間	6時間 58分
平均使用時間(使用日のみ)	6時間 58分

治療圧力		リーク	
最大圧力	9.8 cmH2O	最大リーク	13.2 L/min
95%圧力	8.8 cmH2O	95%リーク	3.6 L/min
中央値圧力	6.4 cmH2O	中央値リーク	0.0 L/min

治療効果	
AHI (無呼吸低呼吸指数)	3.4 回/時間
AI (無呼吸指数)	3.0 回/時間
OAI (閉塞性無呼吸指数)	0.2 回/時間
GAI (中軽性無呼吸指数)	2.6 回/時間
UNKNOWN (判定不能)	0.0 回/時間
HI (低呼吸指数)	0.4 回/時間
RERA (呼吸努力関連覚醒)	0.1 回/時間
CSR (チェーン・ストークス呼吸割合)	0.0%

装置設定値	
機種名	スリープメイト10 Auto
モード	AutoSet (レスポンス:スタンダード)
設定圧	Auto 最大 10.0 最小 4.0
CPAP圧	
EPR設定	全治療(フル) EPRLレベル 3.0
設置日	2014年 2月12日

(1 / 5)

※概要レポートの例:使用日数、使用率、治療圧力、リーク、治療効果(AHI等)、装置設定値が確認可能。

睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法についての学会声明

睡眠時無呼吸症候群患者のCPAPをオンライン診療で管理することに関する声明

一般社団法人 日本遠隔医療学会 令和5年10月26日公表

2022年4月に医学会連合が公開した『オンライン診療による継続診療が可能な疾患／病態』には、症状が安定している「睡眠時無呼吸症候群」がオンライン診療の対象として挙げられている。2022年度の診療報酬改定、オンライン診療指針の改定はオンライン診療の制限(初診制限, 疾患制限など)を緩和する方向で進められ, 多くの医療機関がオンライン診療を行うための準備を整えてきた。実際にCOVID-19流行期には, 対面診療の代替としてオンライン診療(あるいは電話診療)を用いて経鼻的持続陽圧呼吸療法(Continuous positive airway pressure: 以降, CPAP)を継続した患者は少なくない。そのため, 2023年5月8日より時限的・特例的措置が中止されたことにより, CPAPについてオンライン診療による支援ができなくなった。

前述の「症状が安定している」という記載を踏まえて, 当学会としては閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するCPAPをオンライン診療で実施する場合には以下の条件の下で行うべきであると考えます。

- ・睡眠時無呼吸症候群の診断が確実であること
- ・CPAPを開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどの症状が改善していること
- ・通常の対面診療で確認するCPAP管理に係るデータについて, 情報通信機器を用いた診療(オンライン診療)においても確認すること
- ・睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること

上記の診断, 症状の改善およびCPAPの使用状況の確認できるまでは対面診療を実施すること, オンライン診療を開始した後も何らかの疑念が生じる場合には, 速やかに対面診療に切り替えることを, CPAPのオンライン診療を継続する際には遵守してもらいたい。

上記の条件を満たす場合については, CPAPの管理においてオンライン診療は対面診療を代替することが可能である。とくに勤労者世代に患者の多いCPAPの管理においては他の身体疾患と比べてもオンライン診療による利便性を享受できる患者は多く, 対面診療に充てられる限られた医療資源を適切に配分することにも繋がるため, CPAPのオンライン診療は保険収載されることが望ましいと考える。

花粉症対策の全体像

令和5年5月30日 花粉症に関する関係閣僚会議決定

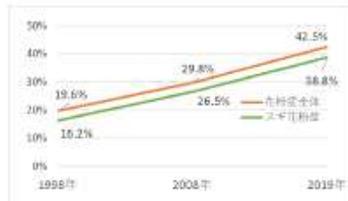
I はじめに

- 花粉症は未だ多くの国民を悩ませ続けている社会問題
- 省庁の縦割りを排し、様々な対策を効果的に組み合わせて実行していくことが重要。また、息の長い取組が必要。

→ 今後10年を視野に入れた施策も含めて、花粉症という社会問題を解決するための道筋を示す

II 花粉症の実態と人工林の将来

▶ 有病率：約10年ごとに10ポイント程度ずつ増加



出典) 日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会のデータより作成

▶ 医療費 (花粉症を含むアレルギー性鼻炎)
→ 保険診療：約3,600億円、市販薬：約400億円

▶ 花粉発生源となるスギ人工林 (20年生超) は431万ha



▶ 「発生源対策」の取組を集中的に進めて花粉量の削減を加速化

III 花粉症対策の3本柱

1. 発生源対策

10年後には花粉発生源の**スギ人工林を約2割減少**させることを目指す。スギ人工林由来の花粉が約2割減少すれば、花粉量の多かった今シーズンであっても**平年並みの水準まで花粉量を減少させる効果が期待**できる。また、**将来的 (約30年後)**には**花粉発生量の半減**を目指す。

● スギ人工林の伐採・植替え等の加速化

スギ人工林の伐採を約5万ha/年→(10年後)約7万ha/年まで増加させるとともに、花粉の少ない苗木や他樹種による植替え等を推進
⇒花粉発生源となる**スギ人工林の減少スピードを約2倍**
(「花粉発生源スギ人工林減少推進計画 (略称: スギ伐採加速化計画)」)

● スギ材需要の拡大【林野庁・国土交通省】

住宅分野でのスギ材製品への転換促進、木材活用大型建築の新築着工面積の倍増等
- スギ製材・合板・集成材等のJAS材の増産に向けた**加工流通施設の国内整備の支援**、**国産材の利用割合の低い構築材等について輸入材を代替可能な製品を製造する技術の普及等**、安定供給体制の構築
- **JAS規格・建築基準**の合理化
- **国産材を活用した住宅に係る表示の仕組みの構築** (花粉症対策への貢献度を明示)
- **建築物に係るライフサイクルカーボン**の評価方法の構築 (3年を目途)
- **住宅生産者による花粉症対策の取組の見える化** 等
⇒需要を1,240万㎡→(10年後)1,710万㎡ (470万㎡増)に拡大

● 花粉の少ない苗木の生産拡大【林野庁】

- 国・自治体等における苗木生産体制の短期的かつ集中的な整備
⇒10年後には花粉の少ないスギ苗木の生産割合を**スギ苗木全体の9割以上に引上げ**

● 林業の生産性向上及び労働力の確保【林野庁】

労働力の大幅な減少が見込まれる中、
- 高性能林業機械の導入支援等により**生産性を向上**
- 外国人材の受入れ拡大、新規就業者の確保・育成、処遇の改善、農業など他産業との連携、地域おこし協力隊との連携等により、労働力の減少に歯止めをかけ、**10年後も現在と同程度の林業人材を確保**

→ 年内に「林業活性化・木材利用推進パッケージ」(仮称)を策定【林野庁・国土交通省】

2. 飛散対策

● スギ花粉飛散量の予測

- ▶ 精緻化されたデータを民間事業者に提供すること等により、**民間事業者が実施する予測の精度向上を支援**
- ・ スギ雄花花芽調査の強化 (34都府県→**全国に拡大**、調査地点数の倍増)等【環境省・林野庁】
- ・ 航空レーザー計測による**スギ人工林の分布、森林地形等の情報の高度化**、それらのデータの公開の推進【林野庁】
- ・ **スーパーコンピューターやAIを活用した、花粉飛散予測に特化した詳細な三次元の気象情報の提供**【気象庁】
- ・ 花粉飛散量の**実測データの提供、画像解析**を活用した花粉飛散量の測定手法の開発【環境省】
- ・ 花粉飛散量の**標準的な表示ランク**の設定・周知【環境省】

● スギ花粉の飛散防止

- ▶ 効果的・効率的な散布技術の開発、薬剤の改良を進めるなど、**スギ花粉の飛散防止剤の開発を促進**し、5年後に実用化の目処を立て、速やかに実行することを目指す【林野庁】

3. 発症・曝露対策

● 花粉症の治療

- ・ 診療ガイドライン改訂や**対症療法等の医療・相談体制の整備を推進**【厚生労働省】
- ・ **アレルゲン免疫療法 (舌下免疫療法等)**の開始時期等について、医療機関等における適切な**情報提供や集中的な広報**を実施【厚生労働省】
 - 学会等を通じた医療機関等への協力要請
 - 実施医療機関のリスト化・周知
 - **オンライン診療可能な医療機関の周知**
- ・ **森林組合等への協力要請や企業への要請**等に着手
⇒**舌下免疫療法の治療薬を25万人/年→(5年以内)100万人分/年に増産**【厚生労働省】
- ・ 治療法・治療薬の開発に資する大学や国立研究機関等での**研究開発**等を支援【文部科学省・厚生労働省】

● 花粉症対策製品など

- ・ 花粉対策に資する商品に関する**認証制度**について、関連業界と連携し、消費者への認知拡大、**認証取得製品 (網戸、衣服等)**の拡大・普及の推進【経済産業省】
- ・ **スギ花粉米の実用化**に向け臨床研究等を実施【農林水産省】

● 予防行動

- ・ 花粉への曝露を軽減するための**花粉症予防行動**について、自治体、関係学会等と連携して**広く周知**【環境省・厚生労働省】
- ・ 花粉曝露を軽減する柔軟な働き方等、**企業等による従業員の花粉曝露対策**を推進する仕組みの整備【経済産業省】

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について
2. 情報通信機器を用いた疾病管理
- 3. へき地における情報通信機器を用いた診療**
4. 遠隔連携診療料

へき地の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。
- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進める。

へき地で勤務する医師の確保

- へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。



へき地医療拠点病院の事業

【遠隔医療の活用】

- 都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

【主要3事業の評価】

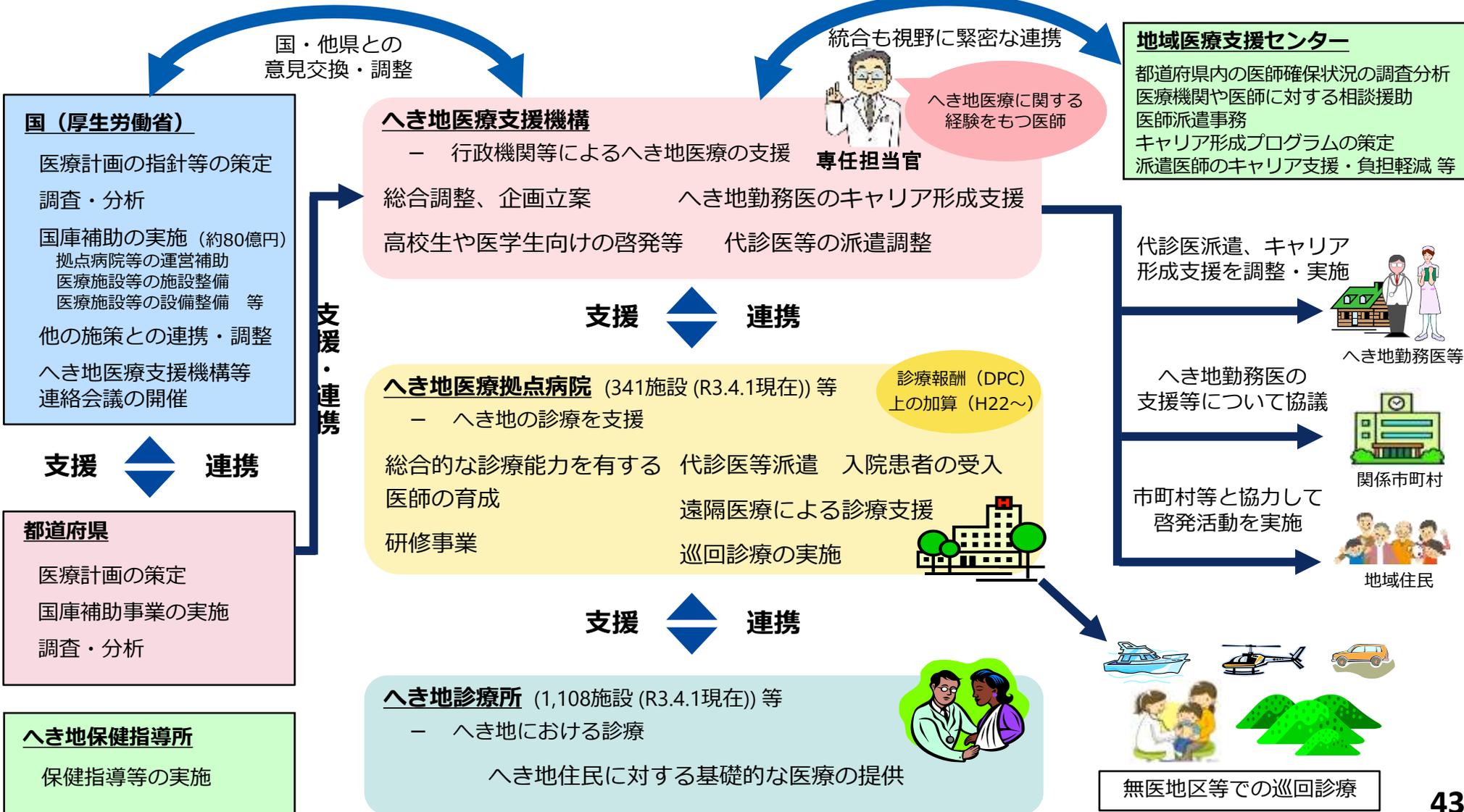
- オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計			336 ^{※1}			

※1 令和3年度実況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。42

へき地における医療の体系図

○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等
に関する検討会 資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和2年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の65.8%。

うち、オンライン診療を実施している
医療機関は15病院（4.5%）

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和2年度）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計			336※1			

(参考)平成29年度実績

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

※1 令和3年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

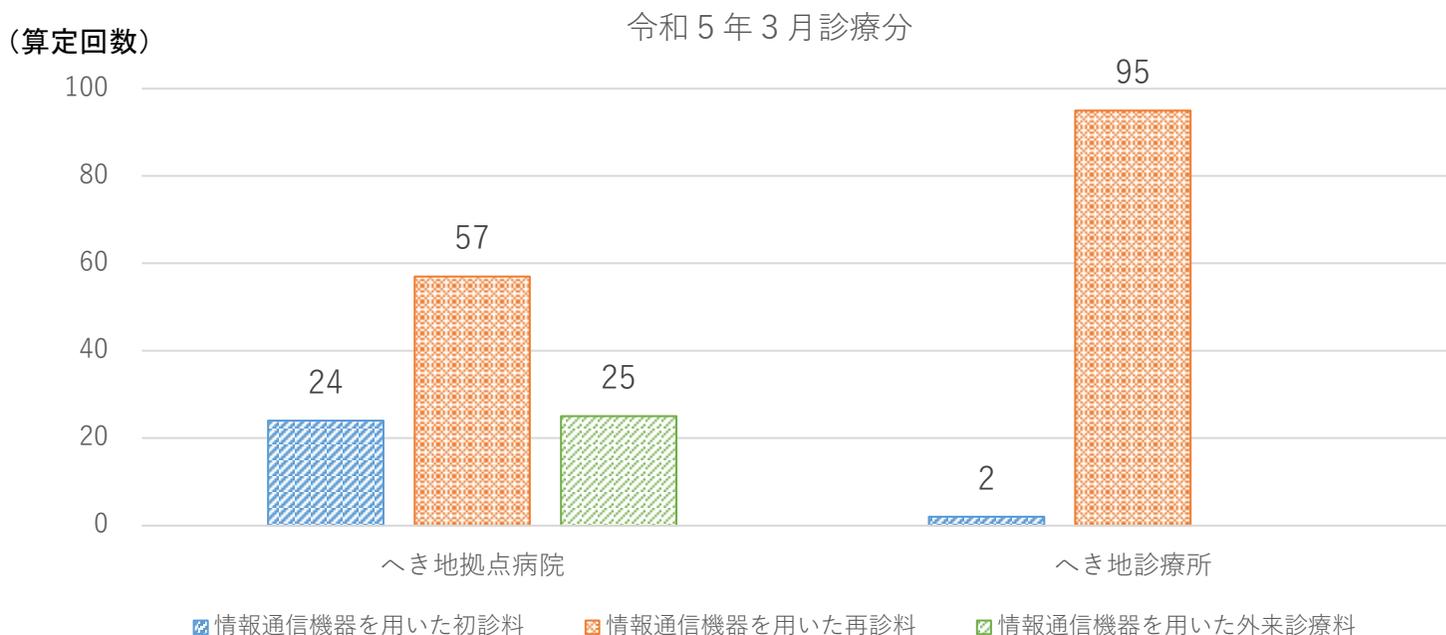
※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

へき地医療拠点病院等における情報通信機器を用いた診療実態

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は54施設、へき地診療所は75施設。
- へき地医療拠点病院およびへき地診療所において、情報通信機器を用いた診療の算定回数はそれぞれ約100回であった。

	施設数(※1)	情報通信機器を用いた診療の届出数(※2)
へき地医療拠点病院	345施設	54施設
へき地診療所	1,117施設(※3)	75施設

※1 令和4年4月1日時点、※2 令和5年7月1日時点、※3 全体の施設数には歯科診療所を含む



オンライン診療を実施しているへき地医療機関ではD to P with Nの様式が主流である。調査回答の中で、移動コストの短縮をはじめとして**巡回診療**や**医師・専門医派遣**への有用性が示唆された。



A施設; D to P or D to P with N

診療所までの**移動時間**や、診療までの**待ち時間**が**短縮**された。
患者負担や介助者負担が軽減され、大変役立つ仕組みであるとの声がある。

B施設: D to P with N

(コロナで)**巡回診療**ができなくなり、オンライン診療で代替した。
これから使用することが増えるだろう。

D to Dに対するニーズも潜在している。

※ 現況調査でもへき地医療拠点病院やへき地診療所での実践が少数ながらうかがえる。

オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等といる場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等といる場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

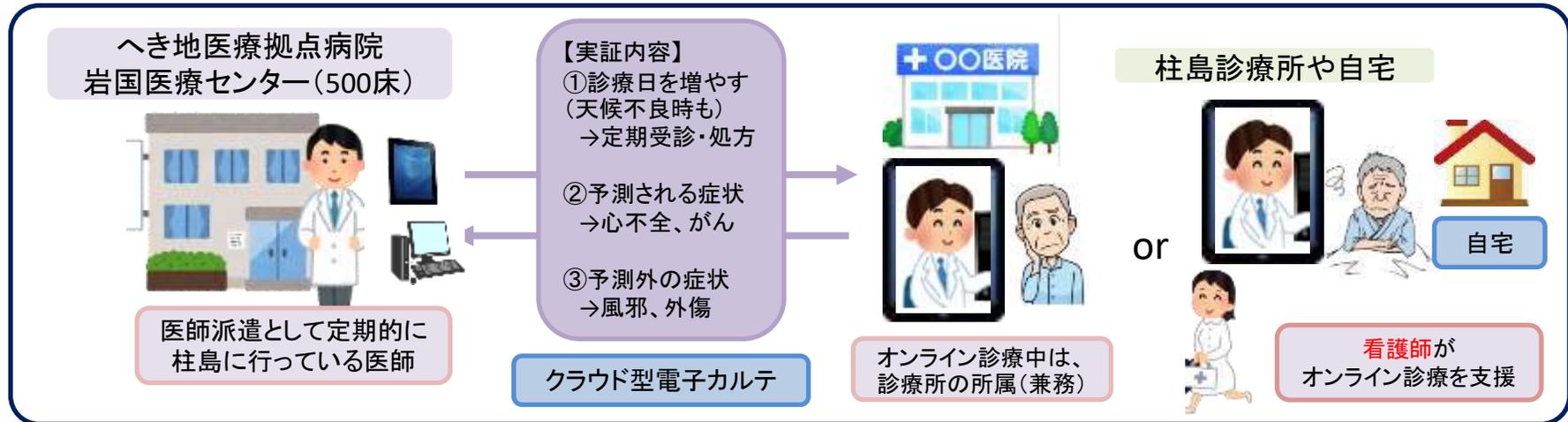
3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について
2. 情報通信機器を用いた疾病管理
3. へき地における情報通信機器を用いた診療
- 4. 遠隔連携診療料**

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

(新) 遠隔連携診療料 500点

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診も可)



知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】

500点

[算定要件]

注1 略
(新設)

[施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者

改定後

【遠隔連携診療料】

(改) 1 診断を目的とする場合 **750点**

(改) 2 その他の場合 **500点**

[算定要件]

注1 略

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**てんかん(知的障害を有する者に係るものに限る。)**の**治療を行うことを目的**として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

[施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかん及び**知的障害を有する者に係るもの**を含む。)の疑いがある患者

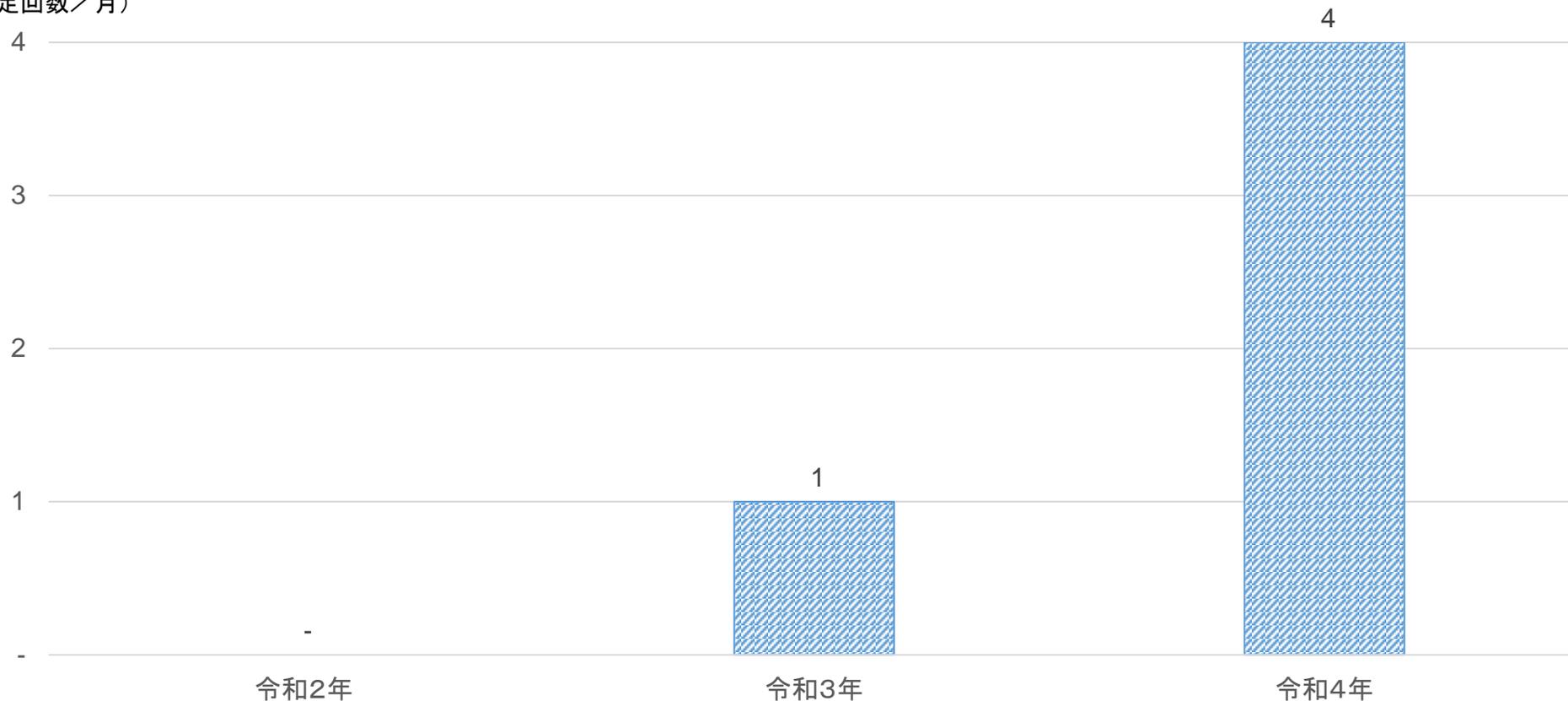


遠隔連携診療料の算定回数

中医協 総-8
5. 6. 21

○ 遠隔連携診療料の1月あたりの算定回数は以下のとおり。

(算定回数/月)

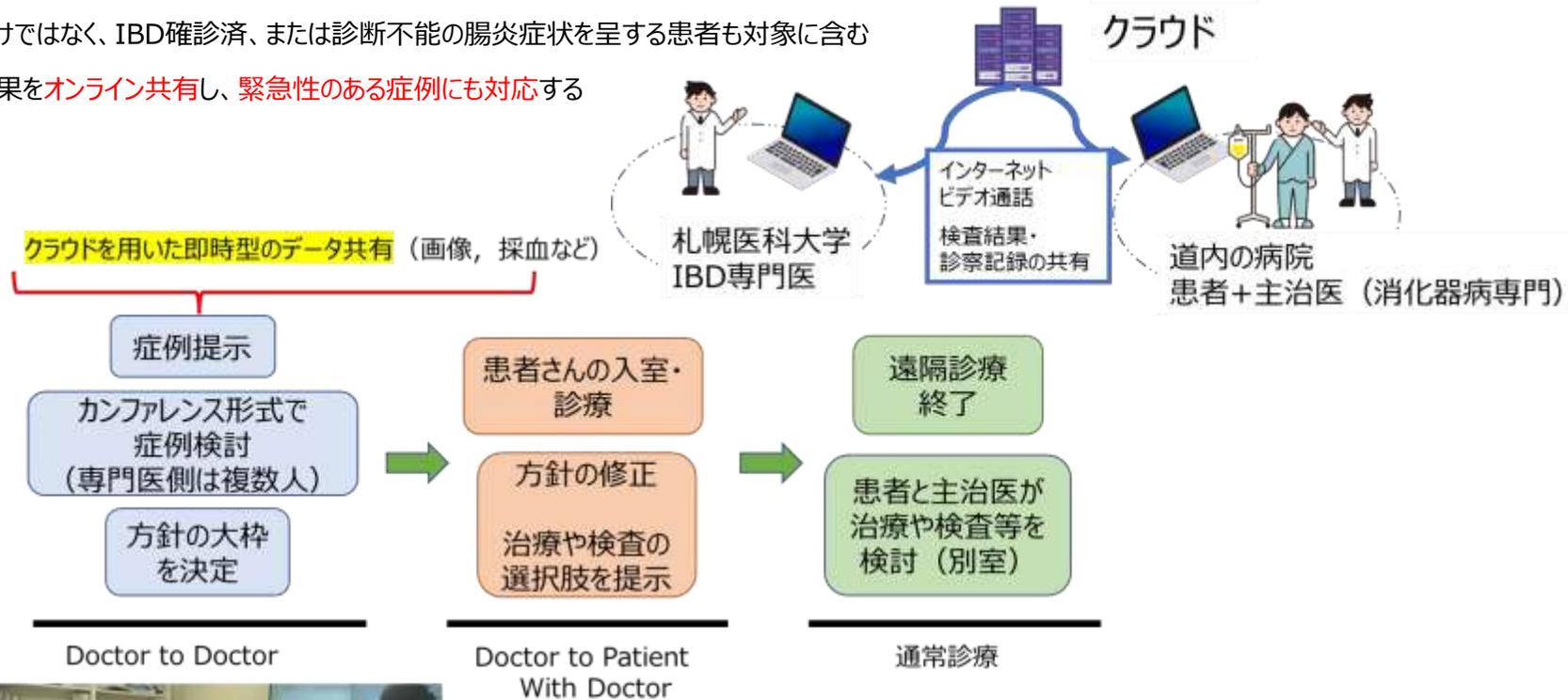


D to P with Dの実践例

○ D to P with Dを炎症性腸疾患の診療に実践している事例がある。

【札幌医科大学のモデル診療体制の特徴】

- 札幌医科大学と、道内4病院をクラウドで接続し、炎症性腸疾患（IBD）の専門医療を提供する
- 対象患者：IBD疑いだけでなく、IBD確診済、または診断不能の腸炎症状を呈する患者も対象に含む
- 画像を含む各種検査結果をオンライン共有し、緊急性のある症例にも対応する



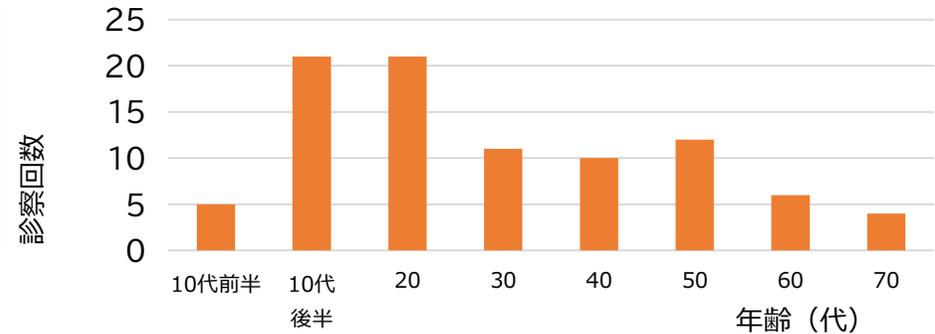
医療の均霑化につながっているとともに、
研修医のスキルアップに有効

診察前準備（事前提供の診療情報のチェック）：15-30分
D to Dのカンファレンス：10-15分
D to P with D：10-15分
専門施設側のカルテ記載処理等：10分
専門医1-2人体制で1診察あたり合計：45-70分

D to P with Dの実態①

○ D to P with Dの対象患者のうち、確定診断後の患者が診療件数の75%を占めたとの報告がある。

- ・実施期間：2021年4月～2023年9月（30ヶ月間）
- ・参加施設：4病院， 症例数：56症例， 診察回数：90回
- ・ネットワークのトラブル 0件



診断名と診察回数 の内訳	UC	CD	IBD-U	腸管BD	MEFV 関連腸炎	その他腸炎	合計
確定診断済み	36	29	0	3	0	0	68
疑い診断	0	5	2	5	1	9	22
診療後の診断名		腸管BD (1) CD (3) CD疑い (1)	MEFV関連腸炎(1) CD (1)	腸管BD (1) 腸管BD疑い(3) IBD-U (1)	MEFV 関連腸炎 (1)	薬剤性下痢症(1) 原因不明の腸炎 (漿膜炎) (3) 虚血性小腸炎疑い (2) 過敏性腸症候群疑い(1) IgA血管炎腸炎疑い(1) IBD-U(1)	

※ 確定診断済患者が75%を占める。

UC: 潰瘍性大腸炎
 CD: クロウン病
 IBD-U: 分類不能腸炎
 腸管BD: 腸管ベーチェット病
 MEFV関連腸炎: 家族性地中海熱遺伝子関連腸炎

D to P with Dの実態②

○ D to P with Dを実施することにより、患者の安心感が高まり、適切な治療につながった報告がある。

医療従事者の40歳代男性。20歳代から2-3行/日の水様便を繰り返していたが放置していた。30歳代で痔瘻手術が実施された。**5年前頃から1日7-8行/日の下痢の悪化がみられ、腸閉塞症状**にて相談元病院を受診。CTでは回腸で複数個所の狭窄あり、**内視鏡を含む精査を打診したが本人が拒否**され実施せず。その後も、腸閉塞症状を繰り返し、散発的な外来治療、入院治療を行っていた。6ヶ月前に下部消化管内視鏡検査の同意が得られ、回腸末端に内視鏡通過不能の狭窄を認め、病理学的にもクローン病に矛盾の無い所見であった。メサラジン3000mg開始と、狭窄部の内視鏡的バルーン拡張術を施行した。その後、CTで腹腔内膿瘍が出現し遠隔連携診療の依頼となった。



相談内容（医師4年目の消化器内科医から札幌医科大学へ）

- ・腸管狭窄病変の治療法
- ・薬物療法の選択
- ・患者の理解が十分に得られず、医療者の提案する検査・治療が進まない



遠隔連携診療（D to P with D）を実施し、大学専門医から現在のクローン病の状態、治療方針について説明を時間をかけて行った（積極的な薬物治療による腸管病変進行抑制の意義など）。



患者さんは、専門医を受診したことによる安心感、意識の変化により、検査・治療について医療者の提案に歩み寄るようになった。



具体的な治療方針：

- ・抗菌薬で膿瘍改善が得られた後、狭窄と腸炎の治療強化（具体的な抗菌薬処方量、投与期間について）
- ・生物学的製剤を導入
- ・狭窄は定期的な内視鏡的バルーン拡張術
- ・特定疾患（指定難病）を申請

課題①

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料を新設し、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等を見直しを行った。
- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年7月1日時点において約8,500医療機関となっている。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった(NDBデータ)。
- 情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が最多であった。対面診療の割合が5割未満の医療機関における傷病名としては初診ではCOVID-19、再診料・外来診療料では不眠症が最多であった。
- オンライン診療における薬剤処方・管理については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」で規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。
- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療において、限られてはいるが初診から向精神薬が処方されている実態があった。

課題②

(情報通信機器を用いた疾病管理)

- 令和4年度診療報酬改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が1月あたり277回と最多であった。
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は睡眠時無呼吸症候群等の患者に対し、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定するものである。コロナ特例の情報通信機器等を用いた診療における在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2は1月あたり約8千件程度算定されていたが、当該特例は令和5年5月8日をもって廃止されている。
- 持続陽圧呼吸療法(CPAP)に係る診療として実施する内容として、CPAP記録の管理、睡眠状態の確認、マスクの適合の確認、身体状況の確認が求められる。
- 情報通信機器を用いたCPAP診療について、CPAPを開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどが改善していることを確認した上で実施すること等の遵守すべき具体的な条件が関係学会から提示されている。

(へき地における情報通信機器を用いた診療)

- へき地の医療体制(第8次医療計画)構築のための指針において、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行うこと等のへき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進めることとしている。
- 令和5年7月1日時点において、情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は54施設、へき地診療所は75施設であった。へき地医療拠点病院およびへき地診療所における、情報通信機器を用いた診療の算定回数はそれぞれ約100回であった(令和5年3月診療分)。
- オンライン診療を実施しているへき地医療機関では患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)の様式が主流である。調査回答の中で、移動コストの短縮をはじめとして巡回診療や医師・専門医派遣の有用性が示唆された。D to P with Nがへき地や在宅の場面で活用されてきている。

(遠隔連携診療料)

- 遠隔連携診療料について、令和4年度診療報酬改定では知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設した。
- 遠隔連携診療料の1月あたりの算定回数は月4回(令和4年5月診療分)となっている。
- 遠隔連携診療(D to P with D)を炎症性腸疾患(IBD)の診療に実践されている事例において、遠隔連携診療の対象患者のうち、確定診断後の患者が診療件数の75%を占めたとの報告がある。また、遠隔連携診療を実施することにより、患者の安心感が高まり、適切な治療につながったとの報告がある。

情報通信機器を用いた診療についての論点

【論点】

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- オンライン指針上、直接の対面診療を行う体制が求められている一方で、診療するほぼ全ての患者が他の市町村に所在している医療機関があることを踏まえ、患者の所在と医療機関の所在の関係の分析を進めるために、どのような方策が考えられるか。
- 限られてはいるが不眠症に対し初診から抗精神薬が処方されていた実態を踏まえ、適切な情報通信機器を用いた診療を推進するためにどのような方策が考えられるか。

(情報通信機器を用いた疾病管理)

- 情報通信機器を用いた疾病管理を推進する観点から、例えば、睡眠時無呼吸症候群の診療について、情報通信機器を用いた診療を実施する上での、有効性・安全性を担保するための一定の基準が関係学会が示されたことを踏まえ、CPAP療法に係る情報通信機器を用いた診療の評価についてどのように考えるか。

(へき地における情報通信機器を用いた診療)

- へき地の医療体制構築のための指針では人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能とされているが、へき地医療拠点病院及びへき地診療所の情報通信機器を用いた診療が普及していない現状にある。へき地におけるD to P with Nが有効であることを踏まえ、へき地における情報通信機器を用いた診療を推進するために、どのような方策が考えられるか。

(遠隔連携診療料)

- 診断確定後の指定難病患者に対するD to P with Dの有効性を認めたことから、遠隔連携診療料の対象患者を拡大することについてどのように考えるか。