

地域間医療格差是正・医療従事者の働き方改革推進 のための「遠隔ICU」の普及促進に向けて

規制改革推進会議
医療・介護ワーキング・グループ
ヒアリング資料

2020年4月7日

株式会社T-ICU
代表取締役社長/医師
社長室長

中西智之
今井崇之





目次

【はじめに】

- ①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について
- ②T-ICUの提供しているサービスについて

【ご提案】

- ①「特定集中治療管理加算」に関する新基準導入
- ②「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」の要件緩和
- ③「遠隔連携診療」の医行為認定
- ④医療情報の第三者提供促進
- ⑤「遠隔ICU」に関する規制緩和



目次

【はじめに】

①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

②T-ICUの提供しているサービスについて

【ご提案】

①「特定集中治療管理加算」に関する新基準導入

②「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」の
要件緩和

③「遠隔連携診療」の医行為認定

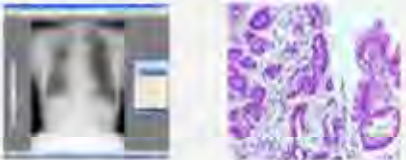


④医療情報の第三者提供促進

⑤「遠隔ICU」に関する規制緩和



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【遠隔医療とその種類】

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診察を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

45

出典：中央社会保険医療協議会総会(367回)事務局提出資料

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000183042.pdf>より

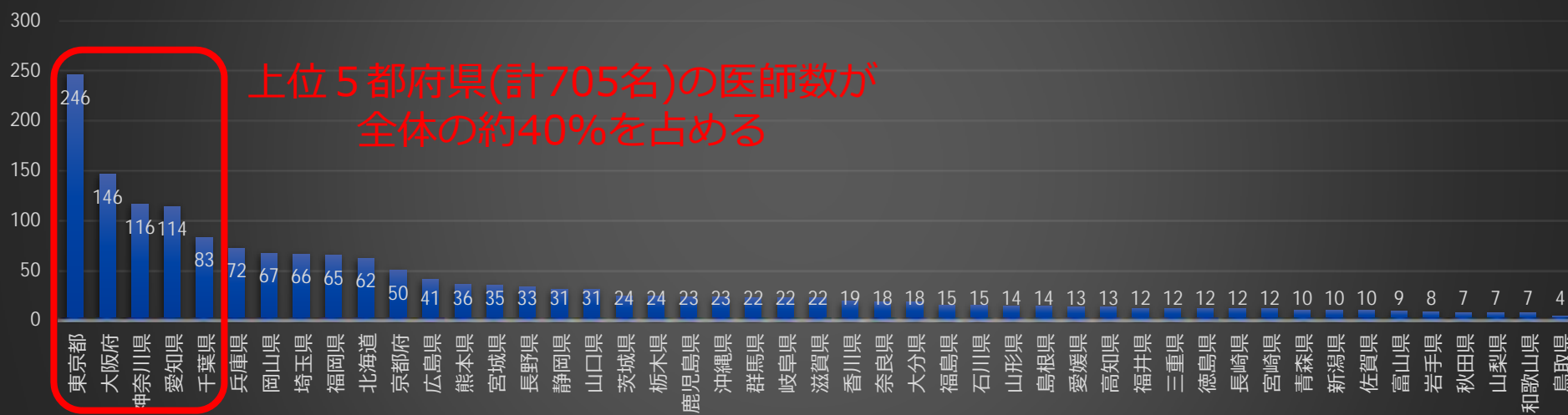


①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【日本の集中治療の現状】

- 集中治療とは、「生命の危機にある重症患者を、24時間の濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療するもの」
- 施設数と専門医数の需給のアンバランス → 地域間での医療の質の格差
 - 集中治療室（ICU）及びハイケアユニット（HCU） : 1225室
 - 集中治療専門医 : 1732名

都道府県別集中治療専門医数(1732名)

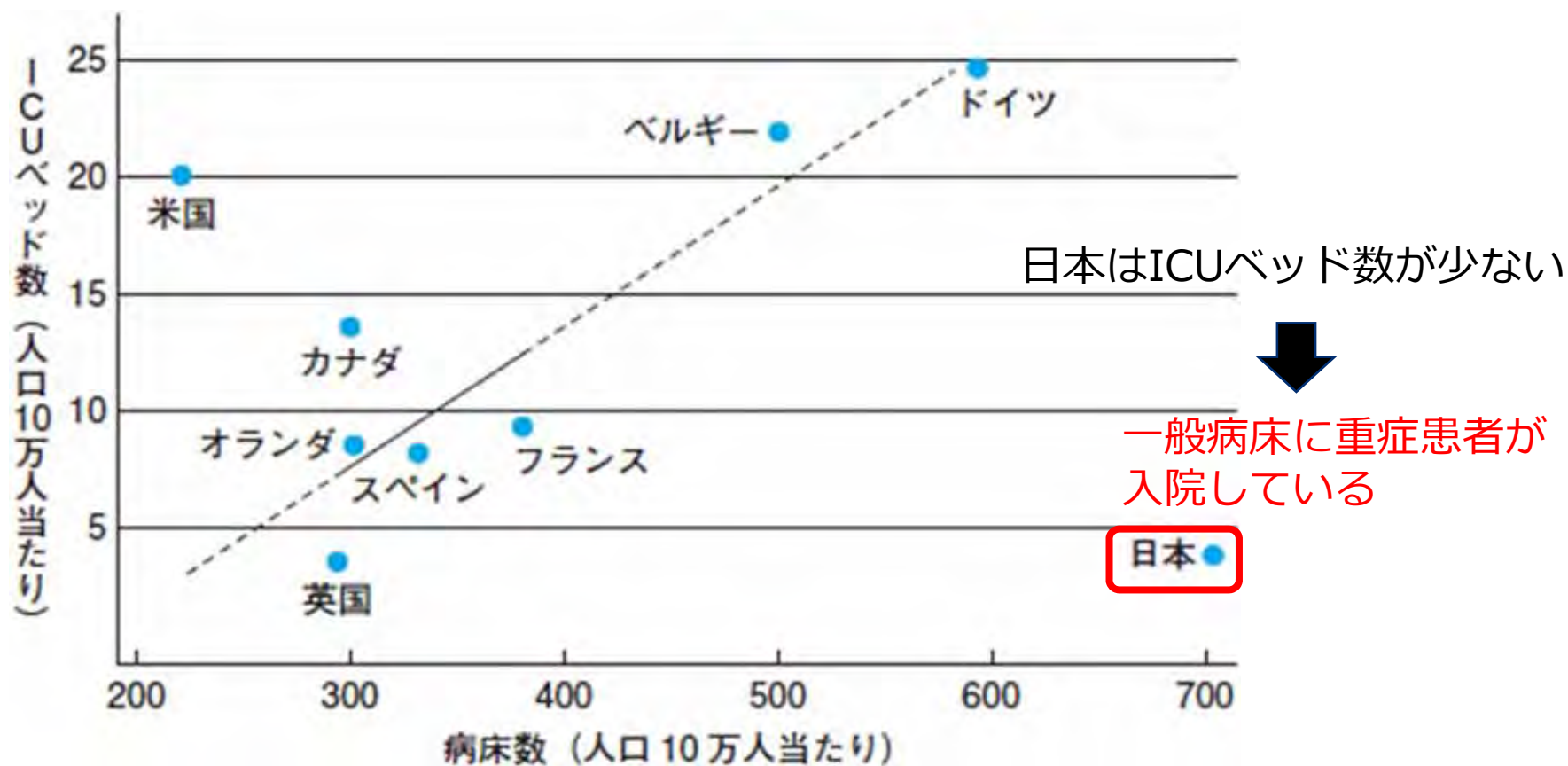




①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【日本の集中治療の現状】

- 諸外国に比べて日本のICUベッド数は少ない。





①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

No	勤務先	発言者	2次救急病院の現場の声
1	僻地2次救急病院	5年目 若手医師 (僻地/地域 枠)	夜間1人当直時に相談できる相手がおらず、若手でLINEグループを作って、みんなで相談し合っている。夜12時以降は自分一人でなんとかするしかなく精神的な疲労が大きい。
2	僻地2次救急病院	7年目 自治医大医師	地方の病院では、医師が限られており、人員が手薄な時に治療方針の決定を全て一人でする必要があることが多い。症例検討やディスカッションのような形で意見を交わす相手が必要だと感じる時が多い。特に医師10年目以上の専門知識を持った医師の意見を貰いたいと感じることが多い。
3	僻地2次救急病院	15年目 非常勤医師	自分が勤務していた3次救急でできていたことが2次救急ではできていない。メンターとなる上級医もおらず、現場の若手が感じているストレスは相当大きいと感じる。しかし、僻地でメンターとなる医師を確保するのは極めて困難であり、外部リソースに頼らざるを得ないと感じる。
4	離島2次救急病院	16年目 救急専門医 (離島)	院内で重症患者管理に長けた医師が自分一人で、非番の日でも関係なく院内の医師から相談を受けており、場合によっては呼び出しも発生する。休みの日にはある程度心理的に解放されて休みたい。
5	都市部2次救急病院	19年目 消化器外科 医	重症化した患者に適切な医療を提供できていないという不安がある。ただし、近隣の3次救急には気軽に相談できないことが多い。大学時代の知り合いとかに相談をしながら治療をすることはあるが、善意に甘えているので時間帯によってはなかなか聞けない時も多い。
6	僻地2次救急病院	19年目 副院長 (都市部で循環器内科医)	自分のように、僻地で医療を提供したい医師は、都市部には一定数いると思う。しかし、僻地では都市部ほど医師がおらず、相談の相手もないので診断の責任が全て自分にかかってくるのが厳しくて、僻地に行こうとする医師が少ないと思う。そういった医師をサポートする体制があればいいと思う。
7	離島唯一の病院	38年目 院長	離島で1人常勤医兼院長を20年近く続けている。最先端の医療についていけない自覚がある。また、昼夜問わず島民のために医師として呼び出しがかければ対応してきたが、今後体力的に続けることができるかは不安。自分と同じ働き方を求められると考えると、後任が見つかるアテもない。
8	都市部2次救急病院	40年目 院長	都市部では、搬送する先の病院が近くにあることはありがたい。ただ、普段重症度の高い患者様を見ていないので、転院搬送の判断が本当に正しくできているか不安がある。事実、重症だと判断して搬送した患者が実は軽症で送り返されてくることもある。



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

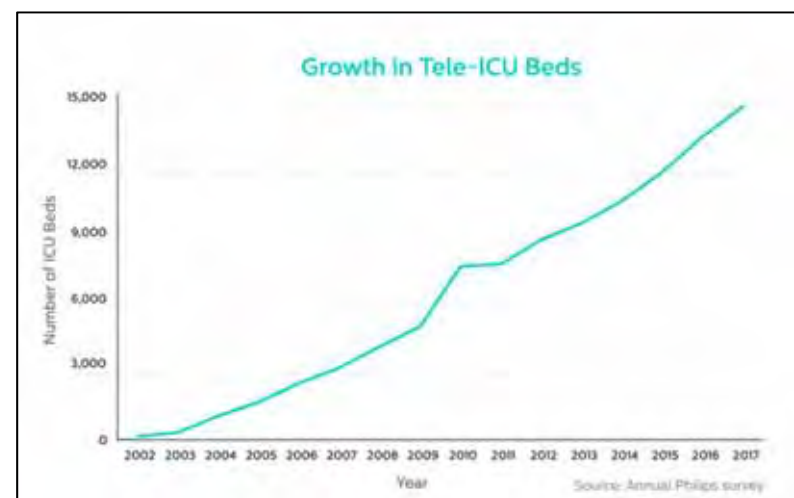
No	勤務先	発言者	3次救急病院の現場の声
1	僻地 3次救急病院	10年目看護師 ICU勤務看護師	ICUに集中治療専門医が3年前に赴任してきて、勤務環境が大きく変わった。これまでの看護師の離職率は大きく改善し、職場環境や患者様へ提供する医療レベルも劇的に良くなった。今では、 集中治療専門医がいない環境は考えられない。
2	地方中枢都市 3次救急病院	12年目医師 救命センター医長	僻地2次救急病院と、 週一回症例相談のカンファレンス をしている。僻地側の医師は満足してくれていると聞いている。一方で、 緊急度の高い相談などは、どうしても自院の業務があるので対応ができないことがある ので、今の取り組みだけでは足りない部分もあると思う。
3	地方中枢都市 3次救急病院	12年目医師 ICUの責任者	ICU専門医として、ICUのレベル担保にやりがいを感じている。一方、 常勤医は自分1人 なので負担も大きいと感じる。今後、ICUの拡充も図っていきたいので、 支援をしてくれる組織が欲しい。
4	僻地 3次救急病院	15年目医師 救命救急センター	スーパーICUではあるが、ICU専門医が2名で維持している。 非番の日でも勤務している医師ではなく、自分に連絡が来て休むことができない。
5	都市部 3次救急病院	16年目医師 救命センター医長	今回のCOVID-19でも、 重症患者の受け入れが自院で出来なくなった 。そのため、救急患者を断り、近隣の病院に重症患者を受け入れてもらっているが、その サポートがない中で救急を断ることは苦渋の決断 となっている。
6	都市部 3次救急病院	20年目医師 救命センター医長	2次救急で診れる患者を送ってきたり、2次救急で悪化しすぎた患者が送られてきたりと、2次救急からの 不要な搬送が多く、3次救急の現場が疲弊 している。
7	地方中枢都市 3次救急病院	救命センター 兼副院長	ドクターヘリを飛ばしての病院間搬送受け入れをしているが、 不要な搬送がある 。オーバートリージは許容すべきであるが、 僻地の医師がもう少し適切な医療を僻地でも提供できていれば、ドクターヘリでの搬送も減る と思う。
8	都市部 3次救急病院	大学病院教授	医局でTele-ICUを推進したいと考えてはいる 。一方で、「 気軽な 」相談をすることは 医局の絡みではできない と考えるし、大学病院から遠隔で指示を受けるとどうしても 現場は萎縮 することが想定される。
9	僻地 3次救急病院	救命救急センター 院長	ある程度レベルの高い医師は確保できている。しかし、地方でICUはあるものの 専門医がいない 病院からの搬送も受けているので、その 医療レベルは上げるべきだ 。



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【アメリカの遠隔ICU】

- アメリカも集中治療医不足のため、需給がアンバランス
→ 解決策として2000年頃より「遠隔ICU」がスタート
- 遠隔ICUとは、複数の病院の集中治療室(ICU)などをネットワークで接続し、ひとつのコントロールセンターで監視することで、医療を効率的かつ適切に提供する仕組み
- 全米のICUベッドの約18% (約15,000床) が遠隔ICUで管理
- 集中治療医1名と認定看護師4名が1チームとなり、約200床のICUベッドを管理。
(少人数で多くのICUベッドを管理)
- 遠隔ICUでICU死亡率・病院死亡率・ICU入室期間が改善 (Journal of Intensive Care Medicine. 2017; 1-11: 1-10 DOI: 10.1177/0885066617726942)
- アメリカで遠隔ICUに従事する日本人医師もいる。





①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【アメリカの遠隔ICU】



Advanced ICU care



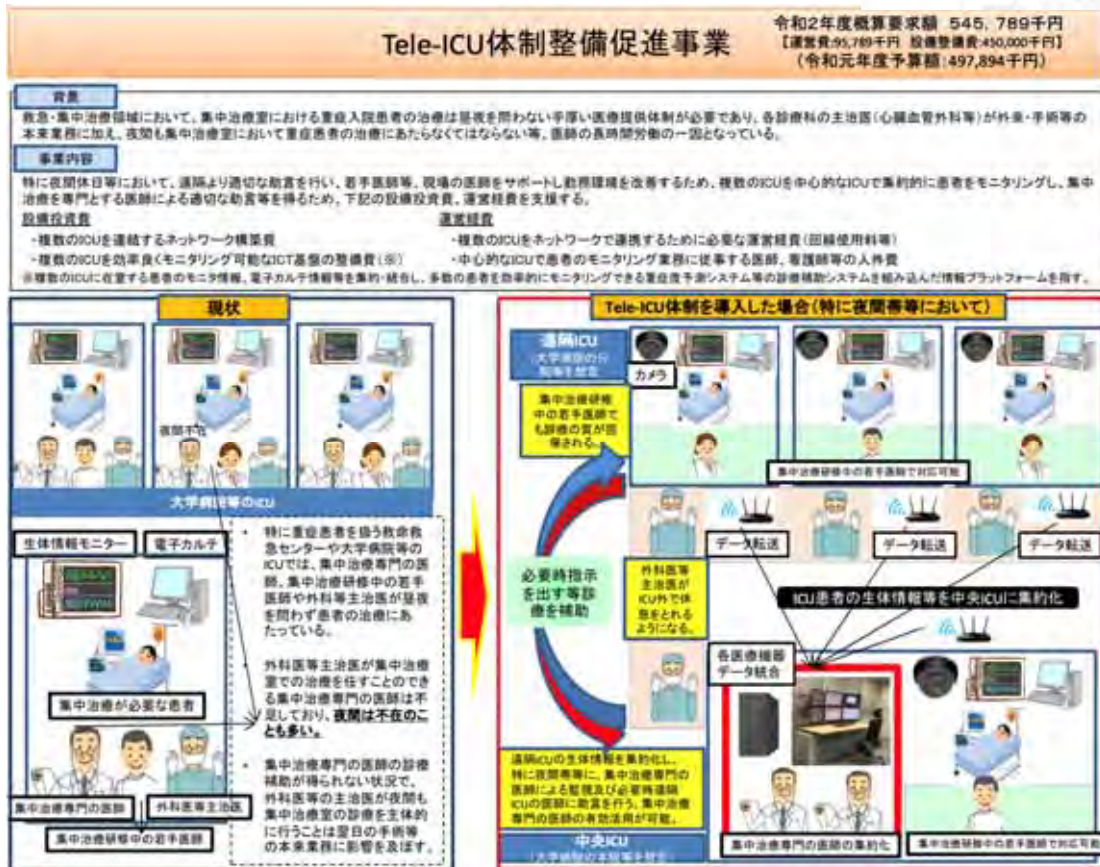
①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【日本の遠隔ICUの現状】

3 Tele-ICU 体制整備促進事業

546百万円(498百万円)

若手医師等、現場の医師の勤務環境を改善するため、集中治療を専門とする医師が中心的なICUにおいて、救急のICU等に入院する患者を遠隔より集約的にモニタリングし、適切な助言等を行う。これらの体制整備に必要な設備や運営経費に対する支援を行う。



平成31年度予算及び
 令和2年度予算要求において、
 厚生労働省は
 医師の働き方改革の観点から
約5.5億円
 の予算計上している。



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【昭和大学における遠隔ICUの取組】

2017年2月より、昭和大学病院が昭和大学江東豊洲病院との間で遠隔ICUを開始

昭和大学ならびにフィリップスによるeICU構築・稼働についての記者発表会を開催しました

2018年5月29日

5月28日、本学が2017年2月に日本貿易振興機構（JETRO）の支援事業に基づき、フィリップス社と共同で導入した「遠隔集中治療プログラム（eICU）」の構築・稼働についての記者発表会を開催しました。


eICUは複数病院の集中治療室（ICU）を支援センターとネットワークでつなぎ、それぞれのICU患者の状態・データを支援センターの医師や看護師がモニタリングするシステム。世界ではすでに500施設以上で導入されており、アジアでは昭和大学病院と昭和大学江東豊洲病院で初めて導入しました。eICUを導入することで専門医不足の解消やICU利用効率の向上、質の高い安全な医療の提供に地域医療連携の促進などが見込まれており、米国ではICU入院患者の退室までの期間を20%短縮する研究結果も出ています。

記者発表会では多くの報道関係者が訪れる中、昭和大学病院副院長兼eICU室長の大嶽浩司教授と昭和大学病院集中治療科診療科長の小谷透准教授がeICUの概要や具体的な取り組みについて説明し、「本学は創立者の言葉である至誠一貫、真心を持って患者に尽くせる臨床医家を養成することが校是となっている。現場を基にして地域に対し利益を還元するような産官学三位一体の共同研究はまさにふさわしい研究ではないかと思っている」と述べました。また、現場視察も行われeICUの有効性を集まった関係者に説明しました。



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【D to Dの取組事例】COVID-19とECMO netの開始

ECMO (ExtraCorporal Membrane Oxygenation) とは 

- 超重症肺炎の治療法の1つ。(COVID-19に限らない)
- 適切にECMOを実施/管理できる医師/施設は少ない
(約250の救命救急センターに対して、年間約400症例であり、単純計算で1~2症例/施設/年)

ECMO netとは 

- COVID-19によるECMO適応患者の増加に対応するための電話相談窓口
- 2月17日に呼吸療法医学会・集中治療医学会・救急医学会が開設
- 専門医がボランティアで24時間対応

➡ D to Dの遠隔医療



①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【D to Dが有効と想定される症例】 市中病院におけるCOVID-19治療

国内初のCOVID-19死亡症例の担当医の論文

- ・ 専門医のアドバイスの必要性
- ・ 重症患者の転院搬送を依頼したが拒否

〈搬送困難な理由〉

- ・ 搬送先病院の受け入れ態勢の未整備
- ・ 搬送自体のリスク

など



遠隔医療でより適切な医療が可能

出典：「市中病院で記録した、人工呼吸器装着が必要であった重症COVID-19肺炎の感染対策、治療について」より

症例

市中病院で経験した、人工呼吸器装着が必要であった重症 COVID-19 肺炎の感染対策、治療について

〓相模原中央病院 脳神経外科 〓同 外科 〓東海大学医学部付属東京病院 呼吸器内科
 高田 浩次 〓 高塚 純 〓 小郷地 洋 〓 吉田 公彦 〓
 上田 一夫 〓 戸倉 夏木 〓 中野 太郎 〓 海老原明典 〓

序 文

当院は、新型コロナウイルス（以後 COVID-19）によって命を奪われた日本で最初の患者さんが、発症当初に入院（当初は COVID-19 としての疑念はなく、病状悪化とともに呼吸器科専門病院に転院）していた病院として実名で報道された。

当時は市中で新型コロナウイルスが発症し始めた頃であり、疾患そのものの病態（潜伏期間、伝染力、伝播様式、ウイルス排出期間など）が分からず、かつ治療方法さえも不明であった事から人々から恐れられ、様々な憶測に基づく風評被害にさらされた。多くの報道で当院の空室写真とともに「相模原中央病院」の名前を晒されたことは記憶に新しいと思う。報道発表の直後には、先の患者さんの入院中の対応に当たった看護師が新型コロナウイルスを発症し、さらには当該病棟の入院患者 3 人に院内発症し、感染伝播させてしまう事態に至った。

その後は、当院職員であることだけで世間からは接触を拒まれたり、さらには他病院からは非常勤医師の派遣も断られた。病院機能としては、当該病棟の新規受け入れ中止のみならず、発症者のいない他の二病棟も閉鎖、さらに外来の全面停止など、通常の感染対策では考えられない状況にまで追い込まれた。まさに病院としての機能を喪失する事態になり、医療経済的にもその損失は莫大なものがある。

当院は 160 床の地域に密着した一般病院であり、外科系（外科、整形外科、脳神経外科）が主体の二病棟と、高齢者の受け入れに積極的に取り組む地域包括ケア病棟の一病棟を有した病院である。この病院の規模では非常勤の感染症専門医、呼吸器科専門医はいない。こうした中で COVID-19 の発生を招く事象となった。発症された患者 3 人のうち、2 症例は気管挿管し人工呼吸器管理となる重症化をきたし、本家であれば

ICUでの全身管理が必要となった。残る 1 人は CT 画像的には軽微な肺炎像が確認されたが、ごく軽微で呼吸状態の悪化もなく自然軽快した症例である。重症化した 2 症例は、発症当初の 2 月下旬の時点では、感染症専門病院へ再三の患者転院を依頼したのに、かわらず、どの大規模専門病院ですら「現時点での対応が困難」、との理由で転院できない状況であった。

呼吸状態が不良となった重症型の新型コロナウイルスにおける致死率は高いとされるが、こうして当院では非常勤呼吸器内科医師のアドバイス以外は、で治療することを余儀なくされたのである。各種の抗ウイルス薬のまさにカタール療法に加え、ステロイド、急性肺障害に準じて使用したエクスポールを使用し、手探りの中で治療を行った。さいわい、発症から 3 週間を経過した現時点で既に人工呼吸器から離脱し、現時点では重症肺炎を救命することができたと考えている。当院の経験を基にすることで、今後の治療のヒントとなる知見が得られることを期待して、ここに 2 症例を報告させていただく。

〈当院での感染伝播の経路〉

〈Table 1〉のごとく、最初には患者 (A) が肺炎で 2 月 1 日に当院外科病棟に入院した。重症化とともに呼吸器科のある病院に同月 6 日に転院、その後 13 日に不幸な転院とともに、死後に COVID-19 感染症であった事実の報告を受けた。さらに翌日に当該患者 (A) を担当した看護師 (Na) が感冒症状を呈したため検査したところ PCR 検査陽性の診断を得た。すぐに治療専門病院に入院し、症状は軽症で経過した。当院については保健所の調査、指導のもと、17 日に入院病棟の患者ならびに当該患者に携わった医療関係者の一斉検査が行われた。(case1) および同室であった (case2)。また同室ではないが同病棟の患者 (case3) の合計 3 人に PCR 陽性が確認された。



目次

【はじめに】

①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

②T-ICUの提供しているサービスについて

【ご提案】

①「特定集中治療管理加算」に関する新基準導入

②「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」の
要件緩和

③「遠隔連携診療」の医行為認定

④医療情報の第三者提供促進

⑤「遠隔ICU」に関する規制緩和



②T-ICUが提供する遠隔ICUについて

開始時期	2018年6月1日
事業内容	救急・重症患者に関する診療アドバイスの提供（DtoDの遠隔医療） 弊社独自システムを利用して、生体情報モニターや電子カルテ（CT・MRI・採血結果など）の患者情報共有を行った上でアドバイスを提供
提供体制	専門医：20名、認定看護師：13名 ※ 全て集中治療専門医/集中ケア認定看護師
提供時間	24時間365日
契約病院	19病院※2020年3月31日時点
相談件数	約300件※2020年3月31日時点
相談内容	重症患者管理(病棟患者含む) / 救急医療



② T-ICUが提供する遠隔ICUについて

相談内容

- ① 人工呼吸器・ECMOの適応/設定/離脱や、利用中の管理
- ② 転院搬送の必要性の有無（ドクターヘリ要請の適否）
- ③ 肺炎や敗血症のガイドラインに則った治療 など

導入効果

- ① 救急・重症患者診療に関する医療レベルの向上
- ② オンコール時の呼び出し減少による医師の身体的負担の軽減
- ③ 専門領域外の診療方針決定に関する医師の精神的負担の軽減
- ④ 主治医以外の当直医による患者への治療の早期介入を実現

目次

【はじめに】

- ①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について
- ②T-ICUの提供しているサービスについて

【ご提案】

- ①「特定集中治療管理加算」に関する新基準導入
- ②「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」の要件緩和
- ③「遠隔連携診療」の医行為認定
- ④医療情報の第三者提供促進
- ⑤「遠隔ICU」に関する規制緩和



提案① 特定集中治療管理加算への新基準導入

【特定集中治療管理料の施設基準に関する現状①】

集中治療室種類	届出数	専門医基準	その他	特定集中治療室管理料
特定集中治療管理料1(ICU1)	130室	有		7日以内の期間：14,211点/日 8日以上14日以内の期間： 12,633点/日
特定集中治療管理料2(ICU2)	67室	有	広範囲熱傷特定集中治療が可能	
特定集中治療管理料3(ICU3)	358室	無		7日以内の期間：9,697点/日 8日以上14日以内の期間： 8,118点/日
特定集中治療管理料4(ICU4)	69室	無	広範囲熱傷特定集中治療が可能	
ハイケアユニット 入院管理料1(HCU1)	567室	無		21日以内の期間：6,855点/日
ハイケアユニット 入院管理料2(HCU2)	34室	無		21日以内の期間：4,224点/日
合計	1225室			
【参考】 脳卒中ケアユニット 入院医療管理料(SCU)	178室	有		



提案① 特定集中治療管理加算への新基準導入

【特定集中治療管理料の施設基準に関する現状②】 出典：診療点数早見表(医学通信社)2019年4月20日発行より

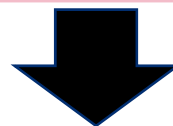
記載箇所	職種	記載事項（抜粋）
特定集中治療管理料1,2 (ICU1,2)	医師	専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務している。 <u>当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。</u> ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該条良質から離れても差し支えない。
	看護師	集中治療を必要とする患者の看護に従事した <u>経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を終了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置する。</u>
特定集中治療管理料3,4 (ICU3,4)	医師	専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務している。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 （経験について指定なし）
	看護師	看護師の経験について指定なし。
ハイケアユニット入院管理料1,2 (HCU1,2)	医師	当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時1名以上いる。 （経験について指定なし）
	看護師	看護師の経験について指定なし。



提案① 特定集中治療管理加算への新基準導入

【脳卒中ケアユニットにおける遠隔医師の許可】

記載箇所	記載事項
脳卒中ケアユニット(SCU)入院医療管理下の施設基準	<p>当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間または休日において、神経内科または脳神経外科の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科または脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いれば良いこととする。</p>



脳卒中ケアユニット(SCU)では、遠隔での医師の待機を施設基準上認可済



提案① 特定集中治療管理加算への新基準導入

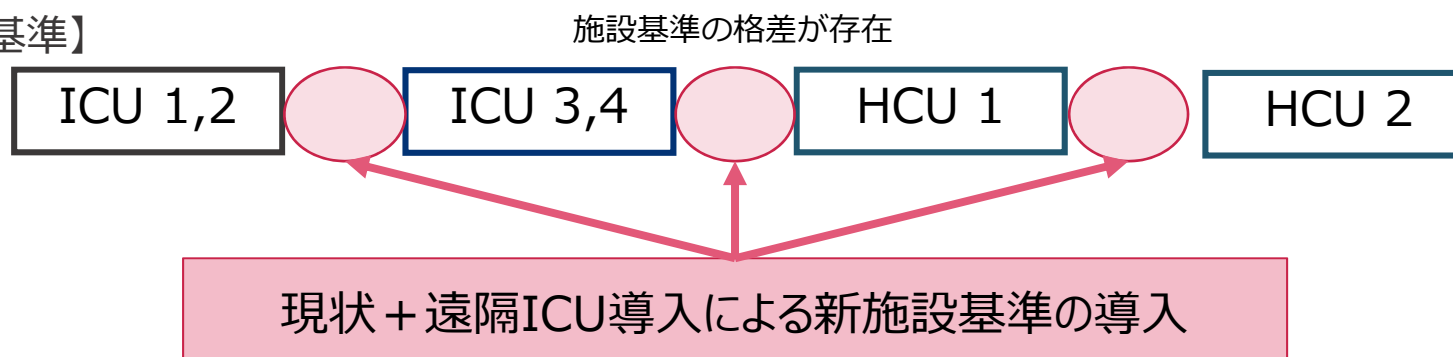
現状

ICU/HCUの施設基準はICU1,2と、ICU3,4及びHCU1,2の医師に関する基準の差が大きい。そのため、提供される医療の質にも大きな差が存在。

ご提案

- さまざまな利点がある遠隔ICUの推進のためには、病院にコストメリットが出る形での利用促進が必要。
- ICU1とICU3や、HCU1とHCU2の間に、遠隔ICUで集中治療専門医のサポートを新しい施設基準として導入。

【施設基準】





提案② 「かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価」の要件緩和

【Ⅱ-1】医療におけるICTの利活用 -3-

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

(新) 遠隔連携診療料 500点

〔算定要件〕

- (1) 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、対面による診療を行っている患者であって、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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の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、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

〔施設基準〕

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
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体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者
イ てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
ロ 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）
イ 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体制を有する保険医療機関であること。
ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

ご提案

① 専門性の高い医師へのコンサルトを評価



本診療報酬の適応を保険医療機関に限定せず、「医師にコンサルトすること」に対する診療報酬としていただきたい。

② 専門性の観点から、かかりつけ医が診断が困難な疾患は多数存在



疾患を限定することなく、広く急性期疾患も対象とする形への規制緩和。

出典：令和2年度診療報酬改定 個別改定項目について
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>)より



提案③ 「遠隔ICU」の医行為認定



医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

ご提案

- アメリカでは、遠隔ICUの医師の指示は医行為（日本では医行為ではない）

- 日本でも遠隔ICUの指示を医行為とすること

想定される効果



- 医療の質の向上
- 医療費の抑制
- 遠隔の医師を人員として計上し、過重労働の軽減



提案④ 医療情報の第三者提供促進の提言

医療提供を目的とした、医療情報の第三者提供についての現行の法制度

【第三者提供に関する黙示の同意】
医療機関の場合、医療の提供に必要な範囲であれば
黙示に同意ありとみなしオプトアウト可能

- 医療機関の受付等で診療を希望する患者は、傷病の回復等を目的としている。一方、医療機関等は、患者の傷病の回復等を目的として、より適切な医療が提供できるよう治療に取り組むとともに、必要に応じて他の医療機関と連携を図ったり、当該傷病を専門とする他の医療機関の医師等に指導、助言等を求めることも日常的に行われる。
- また、その費用を公的医療保険に請求する場合等、患者の傷病の回復等そのものが目的ではないが、医療の提供には必要な利用目的として提供する場合もある。このため、第三者への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考えられる。
- なお、傷病の内容によっては、患者の傷病の回復等を目的とした場合であっても、個人データを第三者提供する場合は、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求めがある場合も考えられ、その場合、医療機関等は、本人の意思に応じた対応を行う必要がある。

提案④ 医療情報の第三者提供促進の提言

医療情報の第三者提供の実施状況 ー現在の運用ー

① 地域医療連携ネットワーク

② 紹介状



転院時にのみ有用

③ 知人医師への診療コンサルト



非公式な運用

第三者提供が促進されると...

<転院が必要な場合>



バトンを渡す
イメージ

<転院が不要な場合>



必要な
第三者
↓
ことを
に相談



伴走する
イメージ

【再掲】①「遠隔ICU」とその求められる背景/現状について

【D to Dが有効と想定される症例】 市中病院におけるCOVID-19治療

国内初のCOVID-19死亡症例の担当医の論文

- ・ 専門医のアドバイスの必要性
- ・ 重症患者の転院搬送を依頼したが拒否

〈搬送困難な理由〉

- ・ 搬送先病院の受け入れ態勢の未整備
- ・ 搬送自体のリスク

など



遠隔医療でより適切な医療が可能

出典：「市中病院で記録した、人工呼吸器装着が必要であった重症COVID-19肺炎の感染対策、治療について」より

症例

市中病院で経験した、人工呼吸器装着が必要であった重症 COVID-19 肺炎の感染対策、治療について

〓相模原中央病院 脳神経外科 〓同 外科 〓東海大学医学部付属東京病院 呼吸器内科
高田 浩次 〓 高塚 純 〓 小郷地 洋 〓 吉田 公彦 〓
上田 一夫 〓 戸倉 夏木 〓 中野 太郎 〓 海老原明典 〓

序文

当院は、新型コロナウイルス（以後 COVID-19）によって命を奪われた日本で最初の患者さんが、発症当初に入院（当初は COVID-19 としての疑念はなく、病状悪化とともに呼吸器科専門病院に転院）していた病院として実名で報道された。

当時は市中で新型コロナウイルスが発症し始めた頃であり、疾患そのものの病態（潜伏期間、伝染力、伝播様式、ウイルス排出期間など）が分からず、かつ治療方法さえも不明であった事から人々から恐れられ、様々な憶測に基づく風評被害にさらされた。多くの報道で当院の空室写真とともに「相模原中央病院」の名前を晒されたことは記憶に新しいと思う。報道発表の直後には、先の患者さんの入院中の対応に当たった看護師が新型コロナウイルスを発症し、さらには当該病棟の入院患者 3 人に院内発症し、感染伝播させてしまう事態に至った。

その後は、当院職員であることだけで世間からは接触を拒まれたり、さらには他病院からは非常勤医師の派遣も断られた。病院機能としては、当該病棟の新規受け入れ中止のみならず、発症者のいない他の二病棟も閉鎖、さらに外来の全面停止など、通常の感染対策では考えられない状況にまで追い込まれた。まさに病院としての機能を喪失する事態になり、医療経済的にもその損失は莫大なものがある。

当院は 160 床の地域に密着した一般病院であり、外科系（外科、整形外科、脳神経外科）が主体の二病棟と、高齢者の受け入れに積極的に取り組む地域包括ケア病棟の一病棟を有した病院である。この病院の規模では非常勤の感染症専門医、呼吸器科専門医はいない。こうした中で COVID-19 の発生を招く事象となった。発症された患者 3 人のうち、2 症例は気管挿管し人工呼吸器管理となる重症化をきたし、本家であれば

ICUでの全身管理が必要となった。残る 1 人は CT 画像的には軽微な肺炎像が確認されたが、ごく軽微で呼吸状態の悪化もなく自然軽快した症例である。重症化した 2 症例は、発症当初の 2 月下旬の時点では、感染症専門病院へ再三の患者転院を依頼したのにもかかわらず、どの大規模専門病院でも「現時点での対応が困難」、との理由で転院できない状況であった。

呼吸状態が不良となった重症型の新型コロナウイルス肺炎における致死率は高いとされるが、こうして当院では非常勤呼吸器内科医師のアドバイス以外には、非常門医で治療することを余儀なくされたのである。各種の抗ウイルス薬のまさにカタフル療法に加え、ステロイド、急性肺障害に準じて使用したエクスポールを使用し、手探りの中で治療を行った。さいわい、発症から 3 週間を経過した現時点で既に人工呼吸器から離脱し、現時点では重症肺炎を救命することができたと考えている。当院の経験を基にすることで、今後の治療のヒントとなる知見が得られることを期待して、ここに 2 症例を報告させていただく。

< 当院での感染伝播の経緯 >

< Table 1 > のごとく、最初には患者 (A) が肺炎で 2 月 1 日に当院外科病棟に入院した。重症化とともに呼吸器科のある病院に同月 6 日に転院。その後 13 日に不幸な転院とともに、死後に COVID-19 感染症であった事実の報告を受けた。さらに翌日に当該患者 (A) を担当した看護師 (Na) が感冒症状を呈したため検査したところ PCR 検査陽性の診断を得た。すぐに治療専門病院に入院し、症状は軽症で経過した。当院については保健所の調査、指導のもと、17 日に入院病棟の患者ならびに当該患者に携わった医療関係者の一斉検査が行われた。(case1) および同室であった (case2)。また同室ではないが同病棟の患者 (case3) の合計 3 人に PCR 陽性が確認された。



提案⑤ 遠隔ICUに関する規制緩和

救急医療対策事業実施要綱に記載されている

「Tele-ICU体制整備促進事業」の規制緩和のご提案

記載箇所	記載事項
3.運営方針(1)	Tele-ICUは、所在地を異にする複数の医療機関で体制を構築するものとし、連携する医療機関において、Tele-ICUの運用に係る調整等を行う運営委員会を設置し、1の目的に従い運営に関する必要事項を定め十分な協力体制の上で本事業を実施するものとする。

【ご提案】

- 核となる集中治療室は医療機関に寄らず適切な医師/看護師であればサポートを提供可能

→ 「医療機関」間の連携を前提とした本記載の変更を提案