

## 第2回 遠隔精神科医療ガイドライン策定会議 議事録

日時：2017.10.01（日）12:30~14:30

場所：栃木県総合文化センター 日本遠隔医療学会会場 第3会議室

司会：岸本 泰士郎（J-INTEREST 研究代表）

1. 挨拶 J-INTEREST 研究代表 岸本 泰士郎
2. 挨拶 日本医療開発機構（AMED） プログラムスーパーバイザー 酒巻 哲夫 様
3. 挨拶 J-INTEREST プロジェクトマネジャー 吉田 和生
4. 第1回遠隔精神科医療ガイドライン策定会議以降のプロジェクト全体の進捗報告 岸本 泰士郎

### ○ガイドラインの名称・呼称について

・ガイドラインと一般的に言われているものが、いろいろなニュアンスを含んでいる。厚生労働省の考えでは、診療ガイドラインとして扱うことが多い。診療ガイドラインというものは、例えば高血圧の診療ガイドラインの様にクリニカルクエスチョンからスタートして何歳以上に対して治療することがシステマティックレビューの結果、どのくらい推奨されるかといったものを示していくもの。

・「診療ガイドライン」と今回作成しようとしている手順書のようなものは少しニュアンスが違う。  
→どのようなセッティングで診療を行い、どのような安全の確保を行って、本人確認の手順を行って診療をスタートして、記録を取って、診療を閉じているといった一連の流れを示したものを診療ガイドラインの視点から評価したときに診療ガイドラインではないと弾かれるパターンがある。また、作られたもののドキュメントの価値が下がってしまう。これを懸念し、手順書・手引書としての作成を提案する意見が出た。

・Stepに落とす際に、基本的な流れやエビデンス等が不確か。そもそも何がセーフで何がアウトなのかを含めて記載することになると手引書にした方が理解はしやすい。手順書はStepを提示しなければならない印象がある。手引書に落とす方が書きやすい。

⇒今後、「手引書」に名称を変更し作成することで同意が得られた。

### ○データベースについて

遠隔医療の安全性や臨床での普及率、どのような患者さんで治療効果が挙げられているのかをレジストリレベルで簡単に蓄積していけるシステムを現在、J-INTERESTで作成している。

・国全体としては各主要な学会で診療情報を集めて、それぞれの診療構造にあったデータベースを構築。また、それを二次利用できるように各学会、整備しましょうという方針がある。日本精神神経学会はまだ着手されていない状況。J-INTERESTでEDCが構築され運用されていくと、精神科患者さんの診療情報を収集していくということにおける精神科領域での第1歩になる。将来的に日本精神神経学会と合流し、学会運用のデータベースとして国内で育っていけば、大きな国家の財産になると厚労省は考えている。公益性の高い資源になる。

・J-INTEREST各Studyの評価項目が異なっているため、項目が増えることは懸念。従って、どの疾患を対象

にするのか、各 Study 似たような疾患だけでも違う評価尺度を使っている。EDC 運用を始めるには限定して始めるべきではないか。→臨床の先生方をお願いする以上は相当、シンプルにしないとイケない。

将来、国立精神神経センター等に集約されるようなシステムのつなぎを先制して行うことに意義があるのではないかな。

## ○来年度の日本精神神経学会シンポジウムについて(2018年6月)

- ・ J-INTEREST 研究の発表の場をつくりたい。
- ・ 行政とマッチしていることを周知させることが必要ではないか
- ・ 行政=どこの部署の方がいるかを考えてもらえればよい。理想として比較的高いポジションにいる方に来てもらって、全体から見たときに今後の医療における重要な方向性であることを俯瞰した形で言ってもらえると強い。
- ・ 報酬等の将来を見据えたキックオフが必要。

## 5. 各ワーキンググループ代表者から進捗及び議題報告

(臨床 来田先生)

A から I の項目で作っていくことを提案。

臨床グループの議事録参照

Q1.ATA 臨床ガイドライン項目はどのように記載がされているか

→例えば、C.同意取得では同意取得をどのような形で行うのが適切か、患者の希望で遠隔診療を行っているということ。ドクターが治療上問題ないとして遠隔診療の許可をしていること。それを文章・記録に残す等のことを羅列的に並べているイメージ。

大項目の中に小さなセクションがあり、それぞれの解説がある。

Q2.D.物理的環境は何を指しているのか

→部屋の明るさやプライバシーが双方確保できているのか。光彩の取入れについて等。席について診療を受けているのかどうか、きちんと設定して診療を受けましょうという記載が ATA にはなされている。

臨床家が臨床場面で考えるべきものは B.患者の適切性および G.緊急時の対処と G.医学的問題になってくると思われる。D.物理的環境や A.本人確認というものは 2 つ (技術、運営・法律) のグループですみ分けをしつつ決めていくものになるのではと考えている。

Q3.E.患者の医療チームとの連絡および連携について具体的にどのようなことが記載されているのか

→ほかの専門家(カウンセリングや訪問看護等)が混じる場合にどのように連絡を取り合うかが記載。例えば、訪問介護の方が訪問している際にそのまま遠隔診療をするといった時の連携をどのようにするかというものが記載されている。

Q4. 緊急時の際の対応は

→いわゆる遠隔機器がつかない時の緊急時なのか、医療上での緊急なのかというところで両方の記載が必要ではないか。物理的に距離が空いているため対処が出来ない場合にどのような対策をとるか。何かあったときに病院に行っていただく、119 番していただく等の直ちに対処できない場合にどうしてもらおうか線引きを明確にする議論が必要になってくるのではと思われる。

#### Q5.G.医学的問題について

→医学的問題は処方、病状の増悪、他科との連携などがATAには記載されている。そのまま載せるかどうかは考えた方がよい。

#### Q6.治療そのものの継続性

→患者の適切性や治療計画の策定として新たに項目を設けるのも一つ。治療計画の中に遠隔医療をどのように入れ込み、対面と組み合わせて終了していくかというものを医師と患者の間で定義してくださいとの提言があれば、すなわち継続性も包含するのではないかと。

#### Q7.事例の扱い方

→具体的な事例に関して挙げだすとキリがない。足並みをそろえて全グループ事例を挙げるのは難しい。法律部門からは、無理に記載してしまうことで議論を呼んでしまうことはなるべく記載しないようにしてプラスになるようなことを記載していくようにするとの発言があった。また、法律部門からは、事例を記載しないとしても、臨床部門で取り上げたテーマに関連する部分があれば、法律部門の原稿に加筆することは検討にあたいするとの発言があった。

#### Q8. 検査の手法に関して

→カメラの設定等はD.物理的環境で示している。検査が続けられないケースの場合、F.緊急時の対処で議論。通信速度云々は技術部門へ。

#### (技術 佐藤先生)

技術グループの議事録を参照

#### Q9.a)ソフトウェアについて、ATAガイドライン準拠とあるが

→『ATAガイドラインに準拠し』の一文は抜いても良いかと思われる。

#### Q10.Cisco社で提供しているビデオ会議システムのクオリティは

→最大でフルハイビジョン(1920×1080)より上の水準が提供されている。WebEXだとすると1280×720の形で提供。フルハイビジョンの場合だと4Mbps。その他のメーカーも同様の指針で提供している。

解像度が1920×1080で、インターネットが2Mbps以上10Mbpsを推奨。光ファイバーで実施と明記をして医療機関には配布されている状況。

#### Q11. システム的なところでピーマップやISMSについての言及

→原則は日本のルールに則る。電子カルテは厚労省ガイドライン、医療情報は経産省ガイドライン、通信情報等は総務省ガイドラインを参考。

#### Q12.技術班のたたき台は誰向けに作成するのか

→メーカー色を強くならないようにし、技術面で最低限、守られているものを使いましょう程度の文面でもよいのではないかと。詳細は参照程度で記載。

1章は臨床家向けの技術的詳細に入らない内容、2章はベンダー向け(ただし、基本的には留意すべきガイドラインを摘示した上で、別途追加考慮すべき点があれば、その点のみ詳細に記載するということが良いのではないかと)の2ブロックに分けて記載してはどうか。

・ネットワークのセキュリティについて SSL/TLS ベースでのセキュリティ。追記があればよい

**(運営・法律 落合先生)**

運営法律グループ議事録を参照

・関係する法律をリファレンスできるようにする。

・訪問看護が診療をアシストすることがある(DtoNtoP)。臨床・技術班で DtoNtoP のケースを含めた記載をした方がよいのではないかと

**Q13** 診療報酬関連について療養担当規則に沿うとどのようなやり方をした方が良いのか。医師法の上に記載が必要ではないか。

→診療報酬についてある程度記載する方向。

**Q14** 国際的診療について

→国際的な遠隔診療について、現地の医師法が認められているか、認められていないかが最も準拠すべきルールになる。海外旅行中の日本の方が急に電話相談することは緊急性があり、緊急避難的なので許容されうる。しかし、意図的に電話相談を予定するのは、正当防衛や緊急性とは言い難いものになってしまう。

⇒なお、論点の網羅までは予定しないことから、今回の手引きにおいては、必ずしも含めない方向で。

**Q15** AMED の研究で行っているものと長期で行っているものとは分けるものか。

→マジョリティーで必要なものをカバー（両端と規則のカバー）されるものを作成できれば

AMED で研究の場合、診療に特化したものが良いと思われる。

DtoP(DtoNtoP)をはじめのフォーカス・ターゲットにしたい。

**6. 今後の予定およびタイムスケジュール確認**

11月中旬を目安に各WGで完成に近いたたき台を出していただく。

代表者会議 12月頃を予定。