

特集 2

オンライン診療の現状と課題

— 正しく知って賢く使う、

これからの医療の選択肢 —



今井 紳一郎 Imai Shinichiro 医師、一般社団法人信州医療開発 代表理事
外科医として手術や救急医療に没頭したのち、ときのクリニックを開業。自身もオンライン診療を実施しながら、(一社)信州医療開発を立ち上げる



オンライン診療とは

オンライン診療とは、医師がパソコンやスマートフォンなど(情報通信機器)を使って、画面越しに患者と対話し、説明や処方を行う診療です。

日本では1997年に、遠隔診療を行うことは医師法に抵触しない、と通知*されました。実質的に実施され始めたのは診療報酬が改定された2018年以降でした。その後も一部の再診患者を対象とした限定的な利用にとどまっていたが、2020年の新型コロナウイルス感染症を契機に認知が広がりました。特に、自宅やホテルで療養中の患者に対しては、特例として初診からのオンライン診療が認められました。2022年にはオンライン診療による初診が恒久化され、少しずつ条件が緩和されてきました。

対象となる患者層にとっては、オンライン診療は通院負担を大きく軽減するツールであると同時に、特に医療資源が乏しい地域においても

写真 医師によるオンライン診療実施イメージ



地域医療を維持するための有効な手法として注目されています。

(1) 2つの基本形

オンライン診療には様々な形態がありますが、ここではD to PとD to P with Nという2つの形態を取り上げます。

● D to P (Doctor to Patient)

患者が自宅などから、スマートフォンやパソコンで直接医師とつながるかたちです。働き盛りの世代や子育て中の人など、忙しい生活の中で受診したい人に向いています。また、通院負担が大きい患者や家族の通院負担軽減にも有効です。

● D to P with N (Doctor to Patient with Nurse)

医師との診察は遠隔である一方、患者のそばには看護師が同席し、オンライン診療を補助するかたちです。医師が常駐しにくい地域で活用が広まりつつあります。

オンライン診療は、適切に利用すれば医療の選択肢を増やす有効な手段となり得ます。ただし利用においては、その特徴をしっかりと理解しておく必要があります。

(2) D to Pの特徴

D to Pが向いている場面は次の通りです。

- 仕事や家事、育児、介護などで通院の時間が取りづらい
- 軽い風邪や花粉症など比較的軽い症状
- 慢性疾患で状態が安定しており、継続処方が必要

* 厚生省健康政策局長通知「情報通信機器を用いた診療(いわゆる『遠隔診療』)について」(1997年12月24日)

- 地域に専門医が不在であり、遠方の医療機関への通院負担が大きい
 - 羞恥心や他者との関わり^{しゅうち}に困難がある場合
 - 外出や移動に大きな困難を伴う場合
- オンライン診療により通院のハードルが下がることで、早期の治療介入が可能になったり、受診見送りに伴う医療ドロップアウト(受診中断)を防止したりといった効果が期待できます。

(3) D to P with Nの特徴

D to P with Nは、主に次のような地域で使われています。

- 山間部や離島などで後継者となる医師の確保が難しい地域
- 病院までの距離が遠く、通院が困難な地域
- 降雪や荒天で道路が閉ざされる地域

厚生労働省は2040年頃には全国自治体の約2割で診療所がゼロになる可能性を見込んでおり、今後、すべての地域で今まで通りの医療・診療所を維持することが難しくなりつつあります。

D to P with Nの提供場所は診療所のみならず、郵便局や公民館、さらに移動診療車で患者のもとを訪問してオンライン診療を提供することも可能です。このように医療の提供手段は多様化しており、D to P with Nは「医療がまったく

ない状態」を防ぐ手段として期待されています。

(4) D to P with Nのメリットと看護師の役割

- 医師確保が困難な地域でも、外部リソースを活用して診療機能を維持できる
- 遠方への移動が困難な高齢者でも、看護師のサポートのもとで受診を続けやすい
- 患者によるデジタル機器の操作が不要であり、患者の受診フローは大きく変わらない
- 専門医が不在の地域でも、オンラインで専門的な意見を得られる
- 患者・医師双方にとって現地に看護師がいることの安心感
- 一方で、現場の看護師の業務は多岐にわたります。
- 医師と患者のコミュニケーションを仲介する「通訳」
- 患者の受診をサポートしバイタルサイン(血圧など)を収集
- 採血・心電図などの検査
- 移動診療車の運転
- 通信接続の設定
- デジタル機器や診療補助デバイスの操作

診療所でも病院でも、通常看護師は医師とともに業務を行います。その一方で、D to P with Nに従事する看護師には多様な業務に加え、医師不在の環境で業務を行う心理的プレッシャーがあります。豊富な臨床経験とデバイス操作スキルを両方有する人材は十分な状況とは言えず、人材の育成が急務です。

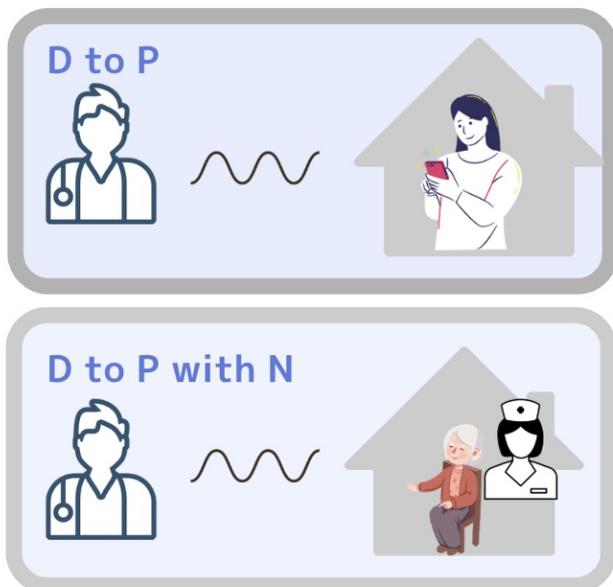
オンライン診療の限界と課題

(1) オンライン診療の限界

オンラインでは、以下のような制限があります。

- **触診ができない**: しこりの硬さや足のむくみ、押したときの痛みなどは直接触らないと分かりません。同様に、お腹や胸を軽く叩いて所見を得る診察(打診)も実施できません。
- **聴診が難しい**: D to Pでは医師が直接胸の音

図表 オンライン診療の基本形 ※筆者作成



を聴くことができません。遠隔聴診器も存在しますが、医療スタッフが実施することが前提であり、D to Pには馴染みません。

- ◎ **細かい変化が見えにくい**: 皮膚のざらつきや軽い充血、のどの所見など、カメラを通じてでは把握しにくいことがあります。
- ◎ **検査に制限がある**: D to P with Nでは、採血や感染症の抗原検査など一部の検査は実施可能ですが一定の限界があります。D to Pでは一切の臨床検査を行うことができません。

厚生労働省の指針「オンライン診療の適切な実施に関する指針」でも、緊急性が高い症状はオンライン診療の対象外と明記されています。このため、オンライン診療で相談したものの「オンライン診療の適応ではない」と判断されるケースも十分あり得ます。

オンライン診療では多くの検査ができないため、診断や対応には対面診療よりも一定の制限があります。診断や評価に検査が必須な状況や経過フォローで採血が必要な状況などでは、他院での検査や自分自身での検査が必要となるケースがあります。また、D to P with Nでは遠隔聴診器やポータブル超音波検査機器など、オンラインでの診察を補う機器の開発も進んでいますが、導入・維持コストや接続、検査技術の問題など、現場ではまだハードルがあります。

さらに、処方できる薬にも制限があります。初診のオンライン診療では処方日数が限定的であったり、一部の睡眠薬や精神薬、麻薬、抗がん剤などがオンラインで処方できなかつたりします。

(2) 受診のマナー

- ◎ 「保湿剤を出せるだけ出して欲しい」
- ◎ 「のどが痛いので抗生物質をください」
- ◎ 「この漢方薬を出してください」
- ◎ 「ついでに湿布ももらっておきます」

オンライン診療の現場では、このようなやりとりが実際に少なくありません。オンライン診

療は「薬を買うサービス」ではなく、担当医師が診察のうえで必要な対応を判断する診療の場です。保険診療のルールを理解したうえで適切に利用する必要があります。

さらに、受診環境にも配慮が必要です。プライバシーが確保され、安定した通信環境があり、静かな空間で受診する必要があります。自宅での受診が最も望ましいのですが、中には

- ◎ 騒音環境や公共の場での受診
- ◎ 電車内や車の運転中の受診
- ◎ 子どもの診察なのに、本人が不在
- ◎ 予約時間になっても、医療機関からの連絡に応答しない

といったケースもあります。安全性やプライバシーに加え、診察の質にも悪影響を及ぼします。オンライン診療では、患者のモラルが欠かせません。

(3) 技術的な課題とデジタルデバイド

通信技術を利用するオンライン診療には独自の課題があり、代表的なものは通信の問題です。通信環境が悪く画像や音声途切れたり、ワイヤレスイヤホンの接続不良がコミュニケーションの障害となることも少なくありません。また、通信サービス障害で突然診療ができなくなるリスクもはらんでいます。

スマートフォンやタブレット、パソコンの操作に慣れていない患者には、デジタル機器操作が大きなハードルとなります。また医療従事者も同様にデジタル機器操作に抵抗感や不安感を抱える場合も多いです。このような情報通信技術を利用できる人とできない人の格差は、デジタルデバイド(情報格差)と呼ばれており、医療DXの障壁となっています。

(4) 不適切事例

残念ながら、オンライン診療には不適切な事例も存在します。電話やチャットだけで診察を完結させる例、低い医療価値の処方(患者にとって効果や利益が低い処方)を繰り返す例、美容・

瘦身目的の薬剤適応外使用例、診断書発行を主目的にした安易な診察例など、本来の診療の趣旨から外れているだけではなく、オンライン診療全体のイメージ悪化につながっています。

(5) 制度とお金の問題

初診料や再診料などの基本診察料は、オンライン診療では対面診療より低く設定されています。さらに、オンライン診療では対面診療で算定できる各種加算を算定できないことも多く、患者一人当たりの診療報酬が低くなります。

その一方で、オンライン診療では診察用デバイスの整備や通信回線などの環境整備、専用システムの導入・維持コスト、予約や接続対応にかかる人件費とオペレーション教育、といった見えにくい手間とコストがかかります。

オンライン診療では、それに関係する費用を医療機関が独自に設定し、患者から自費で追加徴収することが認められています。D to Pでは数百円などと設定されることが多いですが、山間地や離島の高齢者医療(D to P with N)ではそれも障壁となります。

さらに、D to P with Nではオンライン診療と併せて行う医療的処置をどこまで診療報酬として請求できるかが不明瞭という現場の問題があります。オンライン診療は医療法制定時には想定されておらず、1997年通知の法解釈でなんとか運用しているのが現状です。

オンライン診療に期待すること

ここまでオンライン診療には医学的な限界や制度上の課題が少なくないことをお伝えしてきました。「やっぱり対面診療の方が安心」「オンラインは面倒そう」と感じた方もいるかもしれませんが、それでも私たちはオンライン診療という新しい選択肢を前向きにとらえ、社会全体で活用を進めていく必要があります。なぜなら日本の医療は今、待ったなしの転換点にあるからです。

急速な高齢化と医療リソースの偏在、さらに働き方改革も始まり、「いつでも、どこでも対面で医療が受けられる」という“当たり前”を維持することは、物理的に不可能になりつつあります。限られた医療リソースを有効に使い、必要な医療を途切れることなく届けるためには、オンライン診療を適切に組み合わせる「ハイブリッドな受診」が不可欠になります。オンライン診療は単なる「対面診療の代替手段」ではなく、地域医療を崩壊させないための重要なインフラなのです。

「触れない・聴けない・検査ができない」といった課題も、技術の進歩により少しずつ解消されていくでしょう。スマートウォッチなどによる日常の血圧や心拍数、睡眠状況などの記録・共有が進めば、画面越しの診察でもかなり正確な生活習慣の把握が可能になるでしょう。AIによる問診サポートや診察補助、セルフメディケーションサポート、診察補助デバイスなどのテクノロジーは距離の壁だけでなく、身体診察の壁も越えようとしています。

こうした未来に向けて、一人一人が医療を「受けるだけ」の立場から、より主体的に健康管理に関わる姿勢が求められます。オンライン診療はまだまだ発展途上のシステムではありますが、適切に利用すれば私たちの健康を守る大きな支えになっていくはずですよ。

最後に

2025年12月、「医療法等の一部を改正する法律」が成立しました。この改正では、今後オンライン診療が明確化されるとともに、法的に「オンライン診療受診施設」などの枠組みが整備され、郵便局や移動診療車といった場所での活用もより円滑に進むことが期待されます。制度の充実とともに、私たちの選択肢はさらに広がろうとしています。