

《税・社会保障改革シリーズ No.44》

2020年4月20日

No.2020-001

オンライン診療の現状と展望

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 新型コロナウイルス感染拡大を機に、オンライン診療に脚光。オンライン診療とは、パソコンやスマートフォンなどの情報通信機器を通して患者の診療や診断を行い、診断結果の伝達や薬剤の処方を実タイムで行う医療行為。
- ◆ オンライン診療のメリットとして、通院時間の節約に加えて、患者の身体が不自由であったり、通院時が悪天候である等、外出が困難な場合でも受診できることが指摘。医師にとっても、継続的に患者の状態を把握することが可能に。一方、デメリットとして、画面を通じた診療であるため、対面診療に比べて病状の見落としや誤診の可能性が高くなること。
- ◆ わが国では、オンライン診療は1997年にスタート。20年以上の歴史があるものの、2017年で導入している病院は21（全体の0.2%）、診療所は449（同0.4%）に過ぎず、普及しているとはいえない状況。
オンライン診療が進んでいない要因として、患者が限定されていることが指摘。具体的には、患者は慢性疾患を抱えており特定の医学管理料が算定されていることに加えて、オンライン診療を受けるまで最低3カ月の間、対面で毎月診療を受ける必要。一方、医師サイドとしては、対面診療に比べて低報酬であることが指摘。また、オンライン診療と対面診療は同じ医師である必要があり、緊急時の対応等、オンライン診療によって負担が増えることも一因に。
- ◆ 今後、高齢化や働き方の多様化が進むなか、医療機関に出向かなくても医療サービスを受けることのできるオンライン診療に対するニーズは拡大する見込み。
オンライン診療の普及に向けた課題を整理すると、第1は、医師・患者間の信頼関係の確保。画面を通じた診療であることの限界があることを踏まえると、トラブルの発生を未然に防ぐ観点からも、患者・医師間の信頼関係の確保が不可欠。
第2は、オンライン診療に係る報酬の見直し。オンライン診療担当医はかかりつけ医として機能していることを考慮すると、オンラインか対面かによって評価に差が生じることの根拠は薄い。
第3は、情報通信環境の整備。情報通信機器の扱いに不慣れた患者でもオンライン診療に参加できる環境を整備する必要。同時に、患者情報保護の観点からセキュリティの徹底が求められる。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください。

1. はじめに

オンライン診療に注目が集まっている。新型コロナウイルスにより外出自粛が求められるなか、医療機関に出向かなくても医師の診察を受けることができるためである。

そこで、以下ではオンライン診療の現状と課題を整理する。

2. オンライン診療のメリットとデメリット

(1) オンライン診療とは

「オンライン診療」とは、パソコンやスマートフォンなどの情報通信機器を通して医師が患者の診療や診断を行い、診断結果の伝達や薬剤の処方を実タイムで行う医療行為のことである。「遠隔診療」とも呼ばれるが、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(厚生労働省、2018年3月)によると、オンライン診療は、遠隔診療のうち医師—患者間の行為と定義されており、画像診断や病理診断等、医師—医師間の行為とは区別されている。

オンライン診療の流れをみると、まず、患者は医療機関にオンライン診療を希望する旨を通知し、通信に必要な機器の用意やソフトのインストール等、通信環境を整備する。次に、患者は診療日時を予約し、パソコンやスマートフォン等を通じて診療を受ける。診療は、医師が作成した治療計画書に基づいて行われる。また、薬剤の処方がある場合、患者は郵送された処方箋を薬局に持参して薬剤を購入することになる(院内処方の場合は薬剤が直接郵送される)。費用の支払いはカード決済、あるいは次回通院時にまとめて決済される。

(2) メリットとデメリット

オンライン診療のメリットを整理すると、まず患者サイドでは、通院に係る時間の節約が挙げられる。基本的に予約制なので、待ち時間もない。また、身体が不自由、あるいは子供や要介護者等を抱えており、外出が困難な患者も容易に診療を受けることができる。さらに、外出しないので、天候や交通の便に左右されることもない。オンライン診療により、通院に係る様々なコストが解消・抑制されるといえる。

一方、医療機関サイドでは、継続的に患者の状態を把握することができ、病状の変化に気づきやすいことが指摘される。また、訪問診療の患者の場合、訪問に係る時間が節約されるので、より多くの患者を診ることが可能になる。

さらに、最近では、新型コロナウイルスが蔓延するなか、感染予防の観点からもオンライン診療の有用性が評価されている。患者は医療機関に出向くことはないので、患者、従事者双方にとって感染リスクを回避することができるためである。

次に、デメリットについては、患者サイドでは、パソコンやスマートフォン等の情報機器を操作する必要がある。機器に不具合や故障が生じた場合にも患者自らが対応しなくてはならない。情報技術が日々進化していることを考えると、特に情報機器に不慣れな患者にとっては、通信環境の整備・維持に多くの労力が求められる可能性は否定できない。また、診療の結果検査が必要と判断された場合、改めて通院して検査を受ける必要がある。患者にとっては二度手間になる。

一方、医療機関サイドでは、医療サービスの質確保への懸念、すなわち、直接の対面診療に比べて、病状の見落としや誤診の可能性が高まることが指摘される。触診ができないうえ、モニターなどの精度によって患者の容態を正確に把握できるか不透明なためである。

3. オンライン診療の経緯と現状

(1) 20年以上の歴史

改めて注目の集まるオンライン診療であるが、1997年の厚生省健康政策局長通知¹以来、わが国では20年以上の歴史がある。もともとオンライン診療は医師法第20条²に抵触するとして行われてこなかったが、1997年の通知により、①離島・僻地等、対面での診療が困難な場合、かつ、②病状が安定しており、在宅の方が療養環境の向上が認められる場合（在宅酸素療法患者や在宅糖尿病患者等、通知では具体的な患者がリストアップ）、患者からの要請があれば遠隔で患者を診療することは差し支えない旨が示された。初診及び急性期の疾患については直接の対面診療を原則としつつ、再診については対面診療と適切に組み合わせることでオンライン診療が認められたわけである。

その後、通知の解釈が拡大された。2015年には、1997年の通知で示された①と②は例示に過ぎない、すなわち、①と②以外の場合もオンライン診療の対象となり得るとの厚生省医政局長の通知が示された³。2017年には、直接の対面診療に代替しう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医師法第20条に抵触しないという通知⁴が出される等、オンライン診療に関する解釈の拡大が進められている。

もともと、事例は少ない。オンライン診療の実施状況を見ると（厚生労働省「医療施設調査」）、2017年10月1日時点で21の病院、449の診療所が行っており、9月の患者延数は各々719人、14,251人であった。オンライン診療を行っている医療機関は病院で0.2%、診療所で0.4%に過ぎない。

ちなみに、2014年の調査では、18の病院が1,067人、544の診療所が15,632人の患者（患者数はともに9月延数）がオンライン診療の対象であった。オンライン診療については、累次にわたり解釈の拡大が示される等、普及促進が期待されていると考えられるものの、実際の診療状況を見る限り、定着しているとは判断しがたい。

(2) オンライン診療が進まない要因

では、オンライン診療が進んでこなかった要因は何か。情報通信環境の整備や医療サービス質低下への懸念といったオンライン診療に内在するデメリットに加えて、制度面で普及に歯止めをかけているためである。

患者サイドでは、対象が限定されていることが挙げられる。具体的には、患者はオンライン診療を受けることになる医師から最低6カ月の間、対面で毎月診療を受けている必要がある。加えて、特定疾患療養管理料やてんかん指導料、糖尿病透析予防管理料、生活習慣病管理料等、特定の医学管理料が診療報酬上算定され、3カ月に一度は対面での診療を受ける、等の要件もある。要するに、特定の医師を定期的に受診している患者がオンライン診療の対象となる。

一方、医療機関サイドでは、提供体制の要件の厳しさ、および、報酬面でのメリットの乏しさが指摘される。まず、提供体制については、緊急時にはおおむね30分以内に対面診療が可能な体制を有している必要がある。見方を変えれば、オンライン診療の対象となる患者は、30分以内での通院

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

2 医師法第20条「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は検索をしないで検索書を交付してはならない。但し、診察中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。」

3 「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」厚生労働省医政局長通知（2015年8月10日）。

4 「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」厚生労働省医政局長通知（2017年7月14日）。

が可能な者に限定されるといえ、「遠隔診療」というメリットが減殺されている。

次に、報酬面では、オンライン診療は対面での診療に比べて報酬が低い。オンライン診療と対面診療での診療報酬点数を比較すると（図表）、再診料（オンライン診療では「オンライン診療料」）

は対面 72 点（1 点 10 円。以下同じ）、オンライン 71 点とほぼ同水準であるものの、計画的な指導管理や療養管理に対する対価である医学管理料（オンライン診療「特定疾患療養管理料」）では、対面の 225～1,580 点に対して、オンラインでは対面診療の補完的位置づけということもあり、一律 100 点にとどまる。

この結果、医療機関が得る患者一人当たりの報酬（医療費）は、対面 3,660～17,210 円、オンライン 2,400 円と大きな開きが生じることになる。オンライン診療を行う場合、通常の対面診療の他に、オンライン診療用に診療計画書を作成する必要もあり、そうした事務負担を増やしてまでオンライン診療を行うインセンティブは、少なくとも報酬面からは乏しいといえよう。

ちなみに、医療費が低いオンライン診療は、自己負担が少なくなるので患者にとってはメリットとの見方もあろうが、その判断は早計である。オンライン診療の場合、保険診療に係る自己負担の他に、オンライン診療システムの使用に対するコスト（いわゆる「システム使用料」）を請求される場合があるためである。システム使用料の徴収や料金水準は医療機関によって異なるが、徴収の場合、一般的に月 1,000～2,000 円かかる模様である。患者にとってオンライン診療が得か否かは、対面診療で算定される医学管理料の内容とシステム使用料によって異なることになる。

（図表）対面診療とオンライン診療の診療報酬

《対面診療》		《オンライン診療》	
診療報酬(点)		診療報酬(点)	
再診料	72	オンライン診療料	71
医学管理料(注1)	225～1,580	特定疾患療養管理料(注2)	100
処方せん料	68	処方せん料	68
明細書発行体制加算	1	明細書発行体制加算	1
↓		↓	
医療費 3,660～17,210円		医療費 2,400円	
自己負担(円)		自己負担(円)	
3割	1,100～5,160	3割	720
1割	370～1,720	1割	240
		+	
		システム使用料	

（資料）日本総合研究所作成。

（注1）特定疾患療養管理費、地域包括診療料、生活習慣病管理料、等。

（注2）2020年度にオンライン診療医学管理料から変更。

（3）普及に向けた政府の取り組み

政府は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（2018年3月）を策定、オンライン診療の体制を整備する一方、2020年度の診療報酬改定ではオンライン診療の要件を緩和する等、普及に向けた取り組みを展開している。

2020年度の診療報酬改定内容を整理すると、まず、患者要件の緩和である。オンライン診療開始に必要であった毎月の対面診療の期間が、最低6カ月から最低3カ月に短縮された。また、対象疾患についても、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者と在宅自己注射を行っている一部の患者が追加された。

次に、医療機関については、おおむね30分以内に対面診療が可能な体制を有する必要があるが、緊急時については、夜間や休日等やむを得ない場合には、受診可能な他の医療機関を患者に説明することで対応可能になった。また、医療資源の少ない地域では、やむを得ない事情によって担当医師による診療が行えない場合、他の医師が初診からオンライン診療を行うことが可能になった。さらに、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、担当医との事前の情報共有の上で遠隔地の医師による情報通信機器を通じた診療を行うことが認めら

れた。

加えて、調剤についても、**オンラインによる服薬指導**が可能になった。オンライン診療で出された処方箋が直接薬局に届けられた後、薬剤師は患者に対してビデオ電話等を通じて服薬指導を行うとともに薬剤を患者宅に送付する。患者は診療から薬剤処方までのサービスを自宅に居ながら受けることが可能になったわけである。

4. オンライン診療普及に向けた課題

今後、一段の高齢化や働き方の多様化もあり、医療機関に出向かなくても医療サービスを受けることのできるオンライン診療に対するニーズは拡大することが見込まれる。オンライン診療は、患者にとってメリットが大きいことに加えて、対面でないがゆえに懸念される医療の質についても、通信速度の高速化や微細映像技術の開発等によって今後対応が進むと考えられるためである。

また、政府サイドでも医療分野におけるネットワーク構築の観点からオンライン診療への期待が高まっている。現在、医療機関同士の情報共有・活用基盤であるEHR (Electronic Health Record) と患者が自身の診療・検査・投薬情報にアクセスできるPHR (Personal Health Record) の実証事業が進められているが、患者の日々の生態情報(体温や血圧、脈拍、尿糖値等)や診療内容を管理できるオンライン診療は、早期に状態の異変に気付くことで病状の悪化を防ぐ、まさに「**データヘルス**」の成果といえることに加えて、EHRやPHRにとっては有益かつ豊富な情報源になることが期待される。

そこで、オンライン診療の普及に向けた課題を整理すると、以下の通りである。

第1は、医師・患者の間の信頼関係の確保である。

オンライン診療は患者が自身の健康状態を把握・管理する便利な手段ではあるものの、画面を通じての診療であることの限界は否定できない。トラブルの発生を未然に防ぐ観点からも、患者・医師の間の信頼関係の確保が不可欠である。

2020年度診療報酬改定でオンライン診療実施に必要な事前の対面診療の期間が6カ月から3カ月に短縮されたが、特定の医師が患者を定期的に診療して健康管理を行うという意味では、オンライン診療の担当医はいわば「**かかりつけ医**」ともいえる。わが国にはイギリスやドイツのような「**家庭医**」制度は存在しないが、慢性疾患を有さない者でもかかりつけ医を持つようになれば、オンライン診療の対象患者の拡大をはじめ、オンライン診療の普及につながるものが期待される(こうした医療提供体制のあり方については飛田[2015]、斉藤[2018])。

同様に、オンライン服薬指導についても、特定の薬局が担当することになるので、かかりつけ薬局としての機能強化につながる。医師と薬局が直接やり取りすることにより、医薬連携の強化も期待されよう。

第2は、オンライン診療に係る報酬の見直しである。

オンライン診療は対面診療の補完的な位置づけということもあり、対面に比べて報酬面で低い評価がなされている。もっとも、この報酬の格差が、オンライン診療に参加するインセンティブを弱めている可能性は否定できない。

オンライン診療担当医はかかりつけ医として機能していることを考慮すると、オンラインか対面か手段によって評価に大きな差が生じることの根拠は乏しい。対面での医学管理料に相当する特定疾患療養管理料の水準を見直すか、あるいは再診料やオンライン診療料も含めて1カ月当たり定額

の報酬にする等、対面との格差を是正することが求められる。

第3は、情報通信環境の整備である。

情報通信技術は日々進歩しており、バージョンアップやウィルス対策、突然のフリーズへの対応等、情報通信機器を維持するだけでも専門的な知識が求められる。パソコンとスマートフォンの世帯普及率は7割を超えるが、全員が情報通信機器の扱いを得意としているわけではない。これら機器の扱いに不慣れな患者でもオンライン診療に参加できる環境を整備する必要がある。

情報通信機器のメーカーにはわかりやすい手引書の作成や電話対応等、トラブル対応体制の整備・充実が求められる。また、ソフト開発企業に対しては利用者の負担を軽減するソフトやアプリの開発が求められると同時に、通信事業者に対しては、患者情報保護の観点からセキュリティーの徹底が求められる。

さらに、PHRやEHR等のネットワークが構築されれば、医師同士での患者情報の共有や医師・患者間の認識の共有が可能になる。対象患者の拡大や担当医師の要件緩和等、オンライン診療の可能性がさらに広がることになろう。

最後に、新型コロナウイルス感染症患者が増加するなか、4月13日には時限的・特例的な取扱いとして初診患者のオンライン診療が解禁された。時限的な特例ではあるものの、これを機に、オンライン診療の意義や限界、あるべき姿や期待される役割等、オンライン診療に対する国民の関心や理解が深まることが期待される。

〔参考文献〕

- [1] 齊藤康洋[2019]「イギリスのプライマリケアから日本の在宅医療を考える」JRI レビュー、Vol. 7、No. 68.
- [2] 飛田英子[2015]「日本版家庭医『地域ドクター』（仮称）の育成および制度の普及・定着に向けて一報酬面の取り組みを中心に一」JRI レビュー、Vol. 9、No. 28.
- [3] 山本隆一[2017]「医療のIT化をめぐる問題」JRI レビュー、Vol. 9、No. 48.