

オンライン診療の効用は

園田愛氏/今村聡氏/翁百合氏

2020/12/24 2:00 | 日本経済新聞 電子版

パソコンなどの画面越しに診察を受けるオンライン診療が時限措置として全面解禁されて8か月あまりがたった。新型コロナウイルス感染症対策としての特例的な規制改革として始まったが、この間に特有のメリットや足らざる点が浮かび上がってきた。望ましい診療のかたちを関係者に聞いた。



予防効果高め重症化防ぐ インテグリティ・ヘルスケア社長 園田愛氏

特例としてのオンライン診療には大きなインパクトがあった。当初は非対面での医療に戸惑いがあり、制限つきながら制度化されて2年たったにもかかわらず、混乱が避けられなかった。明らかになったのは、オンライン診療が必要なときにすぐ使えるようになっていなかった事実だ。インフラを提供する事業者として忸怩（じくじ）たる思いをした。

混乱のなかでもオンライン診療の件数はうなぎ登りに増えた。医療機関はコロナから患者や医療スタッフを守りつつ、受診控えによる収入減への影響を最少にして地域医療を継続することを優先した。

同時に医療機関は二極化したと思う。百人単位でオンラインの患者を抱えた診療所もあれば、電話診療や対面診療に回帰した医療機関もある。

テレビ会議システムを使えるだけでは診療は成り立たない。診察前に患者と医師の双方が準備をしなければならない。対面なら患者はかかる医療機関を決め、予約をとり、受け付けをして診察を受ける。処方箋を受けとり、会計を済ませ、調剤薬局で薬をもらい、服薬指導を受ける。

一連の流れは最適化されていたが、オンライン診療を加えたオペレーションの再構築が必要になった。全面解禁前はかかりつけ医が患者のことをわかったうえでオンライン診療を取り



そのだ・あい 東京医科歯科大院修了。医療経営コンサルティングからリクルートを経て09年インテグリティ・ヘルスケア創業。医療法人社団鉄祐会を共同創業し事務局長。

入っていたが、初診から可能になったことも準備を要した要因になった。

コロナ禍のなかでも患者の医療へのアクセスを確保すること、医療従事者の二次感染を防止することが解禁の目的だが、良さはそれだけではない。初診から再診の間に患者の状態がどう変化したかなどのデータがあれば、医師は治療に生かせる。患者への指導がよりの確になり、行動変容を促し重症化を予防できる。

対面診療でしかできないこともある。すべてオンライン化すべきだとは思わないが、組み合わせればより良い医療が生まれると考えている。

田村憲久厚生労働相がオンラインでの初診はかかりつけ医に限る方針を示した。ここで言うかかりつけ医は患者の情報を持ち、信頼関係を構築している医師だろう。今後さまざまな視点から定義づけがされるとみている。

コロナ感染の疑いでオンライン診療を使った患者データが蓄積されつつあるが、ほとんどは若い患者だ。だが若者にはかかりつけ医がいない人が多い。まずオンラインで相談、必要なら対面で診療を受け、かかりつけ患者になる流れがあってもよいだろう。

オンライン診療の公定価格を低く抑える傾向があるが、有用性が十分に発揮できれば医療の内容が充実する可能性は大きい。現行の診療報酬体系はオンラインをアクセス確保の手段と位置づけている面があるが、それ以外にもさまざまな有用性がある。院内感染リスクの低減、移動時間の削減といった点も診療報酬に加味してほしい。

オンライン診療には予防効果を高めたり重症化や再入院を防いだりする効用がある。そうした効用を通じて国民医療費の増大を抑制してゆくのがオンライン診療の理念だ。



得られる情報、対面の半分 日本医師会副会長 今村聡氏

菅義偉首相がオンライン診療解禁の恒久化を指示したと聞いた。その意図するところをよく考える必要がある。

以前は電話による再診や自由診療としての非対面の診療を実施していた。電話再診は実態が見えにくく、適切に実施されているかがわからない。どの診療科がやっているのかも不明確だったので、2018年に厚生労働省がオンライン診療を保険診療として認め、中身を見えやすくした。

診療報酬上の位置づけに加え「オンライン診療の適切な実施に関する指針」をつくり、一定のルールを設けた。指針によって1年ごとに検証しつつ、適切に見直しを検討すると決まった。

首相が指示した恒久化は初診のことだと思うが、情報が限られている初診患者をオンラインで診るのはリスクが大きい。適さない疾病もある。平時とコロナ流行時とでは前提が異なるというのが日本医師会の基本スタンスだ。

今回の時限的・特例的措置では、初診からオンライン診療をする医療機関に登録と実態報告を求め、結果を検証することにしてきた。コロナが収束するか予断を許さないが、一定程度に収まれば平時のルールに戻すべきだ。もっとも今は第3波が厳しく平時のことを言うのは早すぎる。

私が麻酔科医になった頃は五感を使って患者の状態を把握する

のが前提だった。血の色を見て触診し脈を取る。経験を踏まえて麻酔をした。今は医療機器の発展などにより短期間に酸素飽和度や呼気の二酸化炭素濃度など、さまざまな情報を得やすくなった。

それでもオンラインでは手に入らない情報がある。糖尿病や肝臓病の患者に特有な匂いはわからない。画質はずいぶんよくなったが、モニターによっては見え方が違う。喉が痛いという患者の喉の中を診るには医療従事者の技術が必要だ。オンラインで得られる情報は対面の半分もない。診断を下すには限界がある。

田村憲久厚労相がオンライン初診はかかりつけ医に限る方針を示した。初診にはいくつかのタイプがある。(1)日ごろ慢性疾患で診ている患者がほかの症状でかかる(2)慢性疾患ではないが過去1年以内に何らかの症状でかかったことがある(3)その患者の情報を医師がもっている——などの初診は疾患の種類やアクセスの難しさなどの要件を満たせばオンラインでもいい。

厚労相が言うかかりつけ医は何でも相談できる医師という意味ではないか。若い人にも、何かあったときに相談できる医師を持ってほしいと、私たちは呼びかけている。医師もかかりつけ医機能への理解を深めなければならない。

オンライン診療の診療報酬を上げれば利用は広がるが、質を担保しなければならない。人の生命・身体を守る医療はできるだけリスクを避ける方向で考えるべきだ。



いむら・さとし 秋田大医卒。静岡県立総合病院医長などを経て99年医療法人社団総伸会今村医院理事長。東京都医師会理事、日本医師会常任理事を経て12年副会長。

モニターに映る患者を見て状態に変わりがないかを聞き、指導料を徴収してよいのか。これが広がれば国の財政にマイナスの影響が出ることも考えられる。対面診療と比べ医師が持つ情報量は少なく、できる治療も限られる。公定価格を抑えるのは当然ではないか。



患者が主体的に医療参加 日本総合研究所理事長 翁百合氏

4月のオンライン診療全面解禁をスピード決着させた規制改革推進会議の特命タスクフォースでは、初診からオンラインを使えるようすべきだという点が大議論になった。

厚生労働省は日本医師会をバックに患者の基礎データがないと難しい、相談できても診断はできないのではないかと反対の姿勢だった。だが私は医療機関の待合室での感染リスクへの不安が広がっており、オンライン診療は誰でも受けられるようにしたほうがいいと主張した。

海外情勢も論点になった。感染拡大とともに米国や欧州などで新しいベンチャーが登場した。たとえば指先に測定装置をつけた患者は在宅のまま体調変化のデータを医師に送れる。米国は医療制度に問題を抱えているが、イノベーションを医療に積極的に生かすところは見習うべきではないか。英国やエストニアなどでも技術革新が進んでいる。日本はなぜ後れを取っているんだという声が強かった。

政府は2018年度の診療報酬改定でオンライン診療を認めたにもかかわらず、実際はかなり抑制していた。4月の決着時は厚労省が時限措置を強く求め、そのかたちで決着した。でも解禁で患者と医師がともにメリットを実感すると思った。検証しながら解禁を続ければよいと考えた。

患者にとっての利点はまず、自宅近くに医療機関がない人のアクセスが向上する。足に不自由を抱えていたり仕事が立て込んだりしているときも診療を継続できる。さらに患者が主体的、能動的に医療に参加しやすくなる。医師にとっては働き方改革につながる。一例をあげると無呼吸症候群の患者が睡眠中のデータをあらかじめオンラインで送っておけば、医師は解析する時間を確保しやすくなる。

さまざまなデータが集積されることで根拠に基づく医療が促され、治療の有効性や予防に対する知見が高まる。対面かオンラインかの二者択一ではなく、どううまく組み合わせるかがポイントだ。



おきな・ゆり 慶応大院修了、日銀入行。92年日本総合研究所へ、18年理事長。規制改革会議の健康・医療作業部会座長などとして医療規制改革を主導してきた。

特定の医師に継続してかかっている患者にはオンラインの有効性がとくに高い。一方、若い人はかかりつけ医をもっている人が少ない。対象を田村憲久厚労相が言うようにかかりつけ医に限れば、若者の多くが不利益を被る。初診時は対面にこだわる医師がいてもいいが、完全に閉ざしてしまうのはどうか。

対面診療の重要性は今後も変わらないが、同時にオンライン診療を2本目の柱として位置づければよいのではないか。デジタル技術と通信規格の向上が医療の可能性をもっと広げるだろう。もちろん医療情報は誰にとってもセンシティブなものだ。不断のセキュリティ対策が必要だ。

規制改革に長年携わってきた。医療分野の改革は供給側の視点で議論されることが多い。専門性や安全性は尊重されなければならないが、患者や普通の国民の視点は改革の場に届きにくい。物言わぬ多数派を含め、日ごろ感じている不安や不便に応える改革であるべきだ。需要側の意見や動機づけにもう少し目が向くようになれば、これまでとは違った展開になるだろう。



<アンカー> 医学教育にも新機軸を

医学教育は患者と面と向き合うことを前提に組み立てられてきた。日本医師会が主張するように触診や視診の重要性は論をまたない。五感を使った診療を医療の土台に位置づける考え方も理解できる。

他方、オンラインには患者の医療へのアクセス向上にとどまらず、医師が患者データの変化を円滑に把握し生活指導しやすくなる利点がある。ウェアラブル端末の普及も医療デジタルトランスフォーメーションを加速させよう。医学教育にオンライン診療を取り入れるのが喫緊の課題だ。

対面とオンラインが主従関係にあるとはいえない時代がくる。時と場合に応じて、また患者や医師の選択で使い分けられるようにすることが規制改革の役割だ。オンライン診療システムを提供するベンチャーもまた、重責を担っていることも付言しておく。

(編集委員 大林尚)