

基礎研 レポート

オンライン診療を巡る議論を問い直す

初診対面原則の是非だけに囚われない視点を

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～オンライン診療を巡る議論を問う～

新型コロナウイルスを受けた制度改正として、オンライン診療を巡る規制が緩和された。それまでは初診を対面で対応した患者に限定する「初診対面原則」が導入されていたが、院内感染などを防ぐ観点に立ち、この原則が事実上、時限的に撤廃された。さらに、コロナ収束後の「ポスト・コロナ」、あるいは感染再拡大を意識した「ウイズ・コロナ」を巡る議論ではオンライン診療を拡大させる観点到に立ち、特例の恒久化を求める意見が出始めた。

しかし、初診対面原則は本当に不要なのだろうか。さらに、オンライン診療は政策の方法論に過ぎず、単に「コロナの後には戻れない」といったムードに乗った議論ではなく、その目的やメリット、デメリットを整理する必要がある。

そこで、本レポートでは「ポスト・コロナ」「ウイズ・コロナ」を意識しつつ、オンライン診療を巡る議論を問い直す。具体的には、現在は初診対面原則の是非だけに囚われている感があるため、医療制度の議論で良く使われる「アクセス」「コスト」「質」の3点について整理し、質の低下やコスト増を招く危険性を含めて、オンライン診療の利害得失を論じる。その上で、患者の利便性を図るアクセスの側面だけに注目するのではなく、医療制度の基本である患者—医師の信頼関係を構築する方向で、オンライン診療を拡大する制度改正を提案する。

2—オンライン診療の現状

まず、オンライン診療の現状を見ることにする。後述する通り、新型コロナウイルスの拡大を受けて規制が緩和されており、現在は図1の通りである。具体的には、最初に患者がオンライン診療を実施している医療機関を把握するところから始まる。現在、厚生労働省のウェブサイト¹で対応医療機関のリストが都道府県別に公開されており、例えば東京都であれば1,915医療機関が実施している(2020年6月3日現在)。

患者がオンライン診療を望む場合、このリストから最寄りの医療機関などを選び、医療機関に電話

¹ 厚生労働省ウェブサイト「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療について」。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00014.html

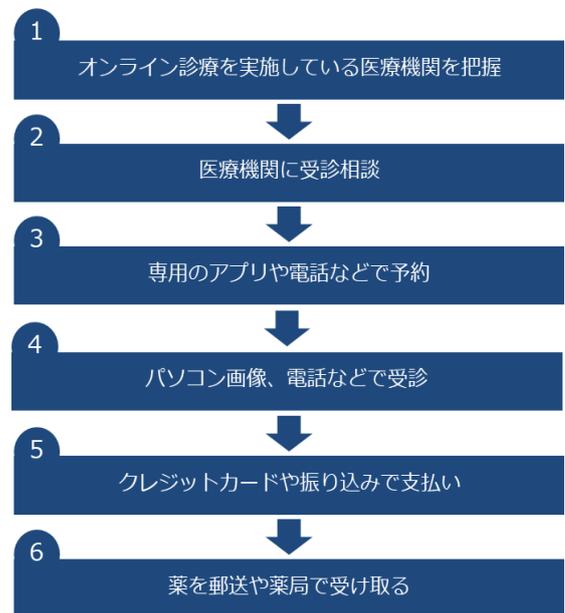
するなどの方法を通じて、オンライン診療を利用できるかどうか相談する。

その上で、患者は専用アプリや電話などで予約し、パソコンやスマートフォン、電話などで受診する。受診後については、患者がクレジットカードか、銀行振込などの方法で医療機関に自己負担分を支払うほか、薬については、配送か、薬局で受け取ることになる。このうち、配送の場合、患者は薬を出してもらった最寄りの薬局を医療機関に伝えた上で、診察後に薬局にも連絡し、電話やオンラインによる服薬指導を受けた後、薬が配送される。

こうしたオンライン診療は今回、新型コロナウイルスへの対策として、かなり思い切って規制が緩和された。具体的には、初診を対面で診察した医師に限定するよう義務付ける「初診対面原則」が事実上、撤廃されたのである。

では、どのようなプロセスで初診対面原則は撤廃されたのだろうか。この点を探る上では、保険診療として初めて本格的に認められた 2018 年度診療報酬改定に遡る必要がある²。

図1：オンライン診療の主な流れ



出典：厚生労働省資料などを基に作成

3—オンライン診療の制度改正を巡る経緯

1 | 2018 年度以降の動き³

2018 年度診療報酬改定では ICT を医療現場に導入するため、オンライン上の診察を保険診療として認める「オンライン診療料」などが創設された。その際、診療報酬の細目を議論する中央社会保険医療協議会（中医協、厚生労働相の諮問機関）の席上、日本医師会が「顔色も息遣いも雰囲気も表情も、その時の状況も全て対面」「どんなに ICT が発達しても、（筆者注：対面診療の）補完。医療の本質は変わらない」と主張した⁴ことで、少しずつ対象を拡大する漸増主義的な手法が採用され、保険診療の算定に際しては、図 2 のような厳しい要件が設定された。

こうした規制緩和を踏まえ、福岡市と連携したベンチャー企業の新事業などの事例が生まれたが、全般的には参入事例が少ないとして、2020 年度診療報酬改定では要件の緩和が論じられ、事前の対面診療期間を 6 カ月間から 3 カ月間に縮減するとともに、対象疾患に慢性頭痛を追加するなどの制度改正が決まった。さらにオンラインを使った外来患者への服薬指導も診療報酬で手当てされた。

ただ、新型コロナウイルスの拡大を受け、状況が一変した。院内感染、あるいは患者が医療機関に

² なお、ここでは詳しく触れないが、オンライン診療の歴史は元々、1987 年 12 月の通知に遡る。ここでは遠隔診療を直接の対面診療を補完と位置付けるとともに、初診や急性期の疾患については直接の対面診療を義務付けた。さらに対象に関しても、離島やへき地の住民、慢性期疾患の患者など病状が安定している患者に限定していた。地域・分野限定で規制緩和などに取り組む「国家戦略特区」の枠組みでも、2018 年 6 月から愛知県、兵庫県養父市、福岡市で遠隔服薬指導に関するプロジェクトが始まった。

³ 2018 年度から初診対面原則の撤廃までの流れについては、2020 年 4 月 24 日の拙稿「[2020 年度診療報酬改定を読み解く](#)」を参照。

⁴ 日本医師会の中川俊男副会長による発言。2017 年 1 月 11 日の中医協総会議事録を参照。

殺到することで必要な医療が提供されなくなる「医療崩壊」を防ぐ手段として、オンライン診療に期待が集まったためである。これを受けて、厚生労働省としても2~3月の間に段階的に規制を緩和していた⁵が、3月31日の経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）で安倍首相がオンライン診療を拡大するよう指示⁶。これを受けて、厚生労働省は4月2日の検討会で、限定的に初診対面原則を緩和する案を示した。

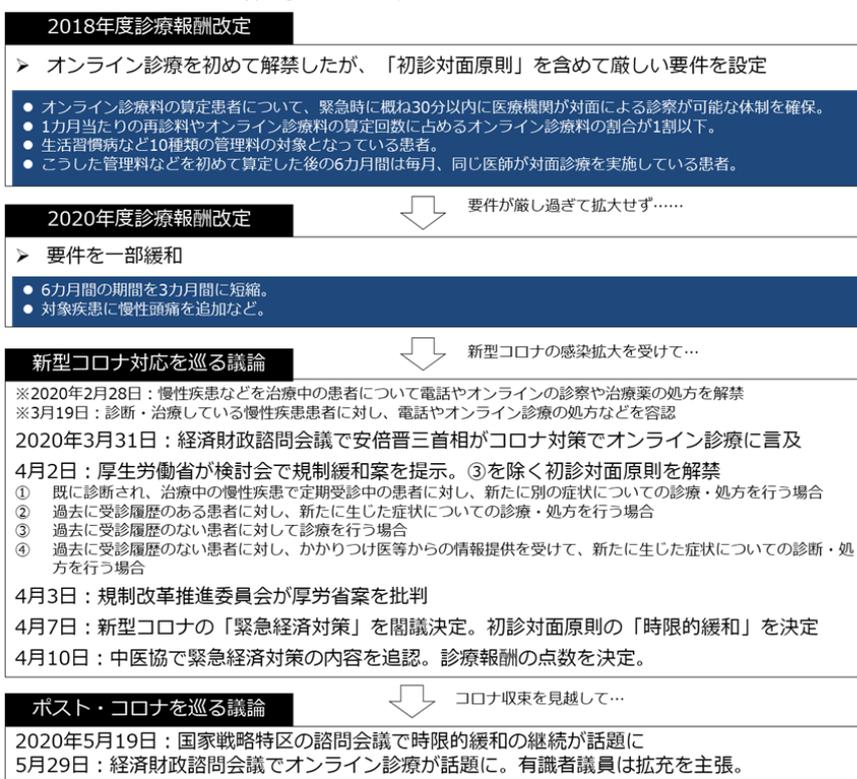
しかし、政府の規制改革推進会議（議長：小林喜光三菱ケミカルホールディングス会長）は「今までの延長線上の物の考え方。危機的な状況なのに、いろいろなところに配慮して、なかなかクリアカットな施策が出てこない」と批判⁷し、一層の規制緩和を求めた。

最終的に4月7日に閣議決定された「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」では「国民・患者が安心して医療を受けることができるよう、初診も含め、電話や情報通信機器で医療機関へアクセスし、適切な対応が受けられる仕組みを整備する」という方針が盛り込まれた。その後、4月10日の中医協で診療報酬の単価や基準などが決まるとともに、通知が発出された。

つまり、オンライン診療の対象について、日本医師会など関係団体が参加する中医協での利害調整を経て、少しずつ拡大してきたものの、新型コロナウイルスの拡大で一気に規制が緩和されることになり、厚生労働省と日本医師会の反対を押し切る形で、時限的緩和とはいえ、初診対面原則が事実上、撤廃されたと言える。

さらにコロナ収束後の「ポスト・コロナ」、あるいは感染再拡大を意識した「ウイズ・コロナ」を見据えつつ、時限的緩和の継続を求める意見が政府内で出始めた。次に、その動きを見て行こう。

図2：オンライン診療を巡る経緯



出典：内閣府、厚生労働省資料を基に作成

⁵ 具体的には、2月28日の事務連絡で、▽慢性疾患などを治療している患者を電話やオンラインで診察し、治療薬を処方すること、▽薬剤師が調剤後に医薬品を患者に送付し、電話やオンラインで服薬指導すること——を認めていた。さらに3月19日の事務連絡でも、既に診断して治療を始めている慢性疾患を有する患者の発症に対し、電話やオンライン診療による薬剤の処方を認めるなどの規制緩和を実施していた。

⁶ 2020年3月31日経済財政諮問会議議事要旨。

⁷ 2020年4月13日『週刊社会保障』、4月3日『m3.com』配信記事。

2 | 国家戦略特区諮問会議のやり取り⁸

オンライン診療をはじめ社会のあらゆる分野で遠隔対応を一気に進めることで、未来を先取りするような新たな日常を作り上げていきたい——。5月19日に開催された国家戦略特区に関する諮問会議（議長：安倍首相）の席上、安倍首相はこう述べた。

国家戦略特区とは地域・分野限定で規制緩和や税制優遇に取り組む制度。つまり、「ポスト・コロナ」「ウイズ・コロナ」を想定した「新たな日常」の中で、国家戦略特区の枠組みを使いつつ、オンライン診療の拡大を模索した発言と言える。

実際、諮問会議では有識者から「新型コロナウイルスが収束した後においても現行のオンライン診療を可能にし続けるべきであると考えます。（略）規制の一部を元に戻すには、よほど十分なエビデンスが必要だと考えます」といった意見が示されたほか、国家戦略特区でオンラインの遠隔診療・遠隔教育に取り組んでいる兵庫県養父市の広瀬栄市長が「今後とも継続して初診を含めたオンライン診療を可能とする制度」を提案した。続いて大阪府の吉村洋文知事も「軽度の慢性的な疾患において、待ち時間なしで診察ができる。オンライン診療を選択したい府民の選択が可能になる。自宅で全国の医療機関の受診が可能になる」と発言。初診対面原則の緩和・撤廃にはダイレクトに言及しなかったが、オンライン診療の「一層の拡充」を要請した。

ここでの焦点は「規制の一部を元に戻す」「初診を含めた」という部分である。つまり、国家戦略特区の諮問会議としては、規制の一部を元に戻したくない、つまり初診対面原則を撤廃する時限的な対応を「ポスト・コロナ」「ウイズ・コロナ」でも継続するよう訴えたわけだ。

3 | 経済財政諮問会議のやり取り⁹

5月29日に開催された経済財政諮問会議でもオンライン診療が話題に上った。まず、有識者議員が「全国で14,500超の医療機関がオンライン診療に対応しており、オンライン診療は進み始めている」「東京都におけるオンライン診療の普及率（12.9%）は全国平均（13.2%）を下回る一方、約5割の897医療機関が初診から対応している」とする資料を提出するとともに、「オンライン診療等の高度化の重要性が再認識された。感染の終息に全力を挙げつつ、並行して、今回の経験をしっかり分析・評価し、強靱かつ柔軟、安心できる社会保障の構築に向けて改革を推進すべき」と訴えた。

これに対し、安倍首相は「新たな日常の構築により、質の高い経済社会の実現を目指してまいります」「新たな日常の定着・加速に向けて、既に見られ始めている日本社会の進化を元に戻さない」「世界がコロナの時代の新たな日常に向けた取組を模索する中で、我が国がそのフロントランナーとなることが重要」と述べた。

以上の発言を踏まえると、経済財政諮問会議でも「ポスト・コロナ」「ウイズ・コロナ」を想定した「新たな日常」に言及しつつ、オンライン診療の在り方が問われていることが分かる。今後、経済財政諮問会議を中心に、骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）の策定作業が進む中、初診対面原則の是非を含めて、オンライン診療は一つの焦点になりそうだ。

⁸ この項目は2020年5月19日国家戦略特別区域諮問会議（議事要旨）を参照。

⁹ この項目は2020年5月29日経済財政諮問会議資料、議事要旨を参照。

4 | 何のためにオンライン診療が導入、拡充されたのか

では、オンライン診療は一体、何のために進められて来たのか。現在の議論を見ていると、初診対面原則の是非だけに関心が集まっており、「どうしてオンライン診療を進めなければならないのか」という「そもそも論」が抜けている印象を持つ。

そこで、2018年度診療報酬改定に向けた基本方針を見ると、「ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入」という項目は「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」の一つに位置付けられている。さらに大阪府の吉村知事が論じている通り、オンライン診療が普及すれば、患者は自宅で問診などを気軽に受けられるようになるほか、待ち時間の短縮で患者の利便性も向上する。

これに対し、新型コロナウイルスを受けた時限的緩和は院内感染や医療崩壊を防ぐための手立てであり、コロナ後も継続すべきかどうか再考の余地がある。

もちろん、依然として院内感染のリスクは残っている上、今後も感染が拡大する危険性を踏まえれば、オンライン診療を活用していくことは必要と考えるが、医療崩壊の危機を一先ず乗り切った状況で、時限的緩和を恒久化する意味がどこにあるのか考え直す必要がある。

そこで、以下では初診対面原則の是非をいったん脇に置き、医療制度改革の議論で頻繁に使われる「鉄の三角形」(The Iron Triangle of Health Care)を用いて、オンライン診療の利害得失を再考することにしたい。

4——オンライン診療の利害得失を再考

1 | 医療を巡る鉄の三角形

一般的に医療制度を考える時、「アクセス」「コスト」「質」の3つが判断基準として使われ、往々にしてトレードオフの関係になるため、「鉄の三角形」と呼ばれる時がある¹⁰。つまり、患者にとっての利便性を向上させれば、医療サービスを使う人が増えてしまうため、医療費を押し上げることになる一方、コストを減らせば医療サービスのアクセスが悪化したり、質が低下したりする危険性がある。このため、医療制度改革を考える際には、3つがバランスする部分、分かりやすい言葉で評すると「丁度いい水準」を模索する必要がある。

さらに、医療は通常の財やサービスと異なる側面が多い。例えば、夕食にカツ丼を選ぶか、カレーを頼むか考える際、消費者はカツ丼やカレーを食べることによる満足(効能)を事前に予想できるが、医療では患者—医師の間で情報格差が大きいいため、患者は医療の質を事前に予想できない。さらに、医療には不確実性や個体差を踏まえた対応が欠かせず、患者だけでなく、医師も不確実な意思決定を強いられている。このため、医療制度改革に際しては、患者—医師の信頼関係を構築できるようなシステムが望ましいと考えられ、オンライン診療が患者—医師の信頼関係にどう影響するのかという点も意識する必要がある。

以下、初診対面原則の是非に囚われずに議論を進めるため、患者—医師の信頼関係への影響を視野に入れつつ「アクセス」「質」「コスト」の3点について、オンライン診療の利害得失を論じる。

¹⁰ William L. Kissick (1994) “Medicine’s Dilemmas” Yale University Press, pp1-10.

なお、以下は新聞や雑誌、ネット媒体などに出ている医師の声¹¹に加えて、筆者自身が SNS やセミナーなどで見聞きした医師や患者の声を参考にしているが、煩雑さを避けるため、全てについて出典を明らかにしない。

2 | アクセス

まず、患者にとってのアクセス改善である。患者から見れば、医療機関に行くまでの時間やコストが不要になり、気軽に自宅で受診できるようになる点で言えば、オンライン診療が患者の利便性向上に繋がることは容易に想像できる。中でも、先に触れた吉村知事の発言に見られる通り、軽度な慢性疾患の患者に対する状態把握や問診、常用している薬の処方オンライン診療に適している。

さらに医師サイドから見ても、「待ち時間や通院までにかかる時間を削減できるだけでなく、患者と会話をする時間が十分に確保できることも大きなメリット」という指摘が出ており、アクセスの改善は患者、医師の双方にとってメリットを期待できると言える。

しかし、必ずしもアクセス改善がコストや質に良い影響を与えるとは言い切れない。例えば、先に触れた通り、アクセスが良くなると受診回数が増加し、医療費を増やす方向に働きかねない。さらに、患者のオンライン診療の利用が不必要に多くなり過ぎれば、医療現場への負荷も大きくなる危険性がある。患者が多くの医療機関をハシゴする「ドクター・ショッピング」が増えれば、患者—医師の信頼関係の構築が難しくなる点にも留意する必要がある。

3 | 質

次に、質の面はどうだろう。医療の質の評価に際しては、「どんな指標でどう図るのか」という点が非常に難しいが、仮に「患者の満足度」という点で測定すると、先に触れたアクセスの改善は患者の満足度を高めることになるだろう。

さらに、現場の医師からメリットとして、「フォローアップの回数が増える」という声を耳にする。実際、対面診断に比べると、服薬状況や生活習慣の改善など患者と接点を持てる機会が増えることになれば、患者の健康改善などを期待できる。

このほか、「患者がリラックスした環境で話してくれるため、病室で接するよりも多くの情報を取れた」という指摘もある。確かに非日常的な病室に入り、白衣を着た医師と接するだけで、患者や病人としての役割に沿った行動を強いられる面があり、患者は「言いたいことが言えない」「聞きたいことが聞けない」といった行動に出てしまう面がある。

こうした患者の行動や心理を理解する上では、医療社会学の本で必ず登場する古典的なモデルである「病人役割」(sick role) が役立つかもしれない。病人役割の考え方によると、病気になった人は①通常の社会的役割を免除される、②病気という現在の状態に関して責任を問われない、③回復に向けて努力する義務がある、④専門的援助を求め医師に協力する義務がある——の4つを満たす¹²としており、患者は医師に対して弱い立場を強いられる面がある。その点で言うと、従来の固定的な患者

¹¹ 2020年6月1日『AERA』、5月20日『北海道新聞』、5月17日『京都新聞』『下野新聞』、5月15日と8日『m3.com』配信記事、5月4日『大分合同新聞』、4月24日『朝日新聞』ウェブサイトを参照。

¹² Talcott Parsons (1951) “The Social System”〔佐藤勉訳 (1974)『社会体系論』岩波書店〕を参照。

—医師関係から一度、離れられる可能性を含んでいる点で、オンライン診療は患者の満足度を高めたり、医師が患者の情報を多く取れたりすることで、患者—医師の信頼関係がプラスの方向に働く可能性がある。

しかし、やはり問題点もある。先に触れた通り、アクセスの改善に伴って患者の安易な受診が増えれば、医療現場が疲弊するリスクは想定しなければならない。さらに、オンライン診療で得られる情報は対面よりも少ないため、質が低下する懸念も払拭し切れない。例えば、初診対面原則を取り払った後のオンライン診療の実情を取り上げた新聞記事では、オンライン診療の有用性だけでなく、「直接の診察や検査ができないため通常の対面診療に比べて誤診、見逃しの可能性は高まる」「患者にじかに触れない診察は確実に質が下がる」「電話越しだと症状が見えず、病状の判断が難しい」といった声が紹介されており、こうした現場の意見は決して無視できない。

もちろん、患者や医師の双方がオンライン診療の経験を積み重ねたり、AI（人工知能）によるデータ把握など技術革新が進んで行ったりすれば、こうした懸念は払拭されるだろう。しかし、現状で示されている医師達の声を総合すると、通常の対面診療と比べて診察や検査、触診、聴診、喉などの視診ができない分、患者の状態を把握しにくく、医療の質が下がる危険性は想定しなければならない。

つまり、五感を駆使して診療に当たれる対面診療は引き続き重要であり、日本医師会が初診対面原則にこだわった一因と思われる。新型コロナウイルスへの対応として初診対面原則の時限的緩和が決まる前後、初診対面原則にこだわる日本医師会の主張について、「既得権を守るための方便」と決め付ける言論が見られたが、こうした懸念が現場で示され始めている点を踏まえると、日本医師会の主張に対する批判は一面的な見方だったと言わざるを得ない。

こうした点を踏まえると、質の面ではマイナス面も考慮する必要がある。先に触れた通り、国家戦略特区に関する諮問会議では「初診対面原則を元に戻す上ではエビデンスが必要」との意見が示されているが、少なくともオンライン診療を手掛けた医師がどの辺にメリットとデメリット、課題を感じたのか、課題に対してどう対処したのか、といったアンケート調査を実施したり、現場の医師の声を拾ったりしなければ、質の低下に対する懸念を払拭し切れないのではないだろうか。

4 | コスト

最後に、コストである。中長期的に見ると、少人数で効率的な医療を提供できるようになるため、医療費は抑制できる可能性がある。例えば、在宅医療では現在、医師が月2回自宅を訪れるのが一般的だが、状態が余り変化していない患者であれば、オンラインや電話への切り替えは可能であろう。慢性疾患の患者に対しても、定期的な状態の確認や薬の処方などはオンラインや電話に切り替えられるため、診察に関わる時間や手間暇を抑制できる。これは医師の長時間残業の抑制などを目指し、2024年度施行を目指す「医師の働き方改革」とも合致している。

しかし、短期的にはコストが減るとは限らない。先に触れた通り、患者がオンラインを通じてドクター・ショッピングを始めれば、医療費は増える方向に働く危険性がある。現在のシステムでは、本人確認が難しいため、不正診療の懸念も払しょくできない。

さらに、医療サービスに関する価格、基準は全て公定であり、医師の行動は診療報酬のルールに左右される。先に触れた「在宅医療は月2回が一般的」という現状についても、月2回の訪問で加算を

取得できる診療報酬に引っ張られている面がある。言い換えると、診療報酬の価格や基準次第で医師の行動は変わるため、短期的にコストが増えるのか、減るのか、全く読めない部分がある。

その上、ここでも患者—医師の情報格差が大きい医療サービスの特性が絡む。ここでも食事と比較してみよう。例えば、店の人から「サラダを追加で注文すれば、セット料金でカツ丼の値段が少し安くなりますよ」と言われた時、消費者はサラダの値段、分量、食べることによる満足度（効能）などを勘案し、断ることができる。

これに対し、医療の場合は情報格差が大きく、医師から「念のため、もう1回、検査に来ませんか」とか、「月2回、家をお邪魔しましょうか」と薦められた際、そうした医療が不要なのかどうか患者は判断しにくく、医師の薦めを患者が断るのは至難の業である。

この結果、医療経済学の「医師需要誘発仮説」の考え方に沿うと、医療サービスの内容は臨床的に許される範囲で供給制約の上限ギリギリに張り付くことになる。言い換えると、オンライン診療で絶対にコストが下がるとは限らず、むしろ需要誘発を通じて、アクセス件数が増えれば、短期的に医療費は増えてしまう可能性もある。

つまり、「コストが増えるか、減るか」という点は診療報酬のルールや医師の行動次第でいくらかでも変わる。一部では「オンライン診療にコスト削減効果を期待」という言説が見られるが、少なくとも短期的には真逆の結果を生み出す危険性がある。

5 | 初診対面原則は不要か？

以上の議論を通じて、アクセス、質、コストの点で見ると、オンライン診療には一長一短があることが分かる。上記の議論を整理した結果が表の通りである。

表：オンライン診療を拡大した場合に予想される影響

	オンライン診療を拡大した場合に予想される影響
アクセス	<ul style="list-style-type: none"> 患者のアクセス改善 (+)
質	<ul style="list-style-type: none"> アクセス改善に伴う患者の満足度向上 (+) 患者が医師に話しやすい環境が生まれる可能性 (+) アクセス改善で患者が不必要に増加し、医療現場が疲弊 (-) 誤診、見逃しのリスク (-)
コスト	<ul style="list-style-type: none"> 診療に関する時間、人手の節約 (+) アクセス改善でコスト増の可能性 (-) 需要誘発に伴うコスト増 (-)

出典：William L. Kissick (1994) “Medicine’s Dilemmas”などを基に筆者作成
注：(+)は良い効果、(-)は悪影響を意味する。

現状ではオンライン診療に関するエビデンスが少なく、表で挙げたような影響が出ているのかどうか今後、検証が必要だが、闇雲に推進した場合、様々な「副作用」が起きる危険性を孕んでいることは間違いない。

中でも患者と同様、医師も診療現場で不確実な意思決定を迫られている点、それが質の低下を招く危険性を払拭できない点、結果的にコスト増を招く可能性などを考えると、アクセスという患者の利便性に注目して初診対面原則を不要とする国家戦略特区諮問会議の議論は医療サービスの特性を踏まえているとは言えない。

確かに通常の財やサービスであれば、できるだけ規制を緩和・撤廃することで、価格や量、サービスの水準などについて消費者の選択に委ねる「消費者主権」の考え方が当てはまる。しかし、患者—医師の情報格差が大きい医療では市場原理や競争による裁定が働きにくい。このため、「市場競争がその働きにまかせてもらえさえすれば、(略)政府による規制やその他の活動よりも、消費者をはるかに

よく保護してくれる」¹³というレッセ・フェール（自由放任主義）的な考え方はダイレクトに当てはまりにくい。

このため、少なくとも医療の「入口」に相当する初診については、患者の状態を診察や検査、触診、聴診、視診で把握できる対面診療が必要と考えており、初診をオンラインや電話で対応するのは受診勧奨や受診相談にとどめるべきであろう。

もちろん、患者の利便性向上や医師の働き方改革は重要であり、これらの推進に繋がるオンライン診療の拡大は不可欠である。例えば、軽い慢性疾患の患者の経過観察や処方箋発行、花粉症の診察などはオンライン診療で代替できる可能性があり、「オンライン診療では質が下がる」と全て切り捨てる意見には賛成できない。

一方、オンライン診療を「対面の補完」と見なしている日本医師会の意見にも首肯できない。むしろ、患者と医師がコミュニケーションを取る際のツールの多様化と位置付けるべきであり、普段から患者と医師がオンラインでコミュニケーションを取れば、患者—医師の信頼関係を構築・維持する上でプラスに働き、「対面が主、オンライン診療が従」と固定的に考える必要もない。例えば、患者と医師の信頼関係が構築されている中、患者にとってベストな診療が提供された結果、「対面が1割、オンラインが9割」という結果になっても、患者の満足度や医療の質が下がらない限り、大した問題とは思えない。そう考えると、「1カ月当たりの再診料やオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下」という現在の規制は不要である。

さらに、生活習慣病など細かい病名や算定要件を定め、その対象を少しずつ拡大する方法も極めて分かりやすく、こうした漸増主義的な方法は日本医師会など関係団体との利害調整を優先する中医協の限界と言える。

では、どんな制度改革が想定されるのか、以下、初診対面原則を維持しつつ、オンライン診療を拡大するための私見を示す。

5—オンライン診療に関する制度改革の方向性(私見)

1 | 事前の初診対面を義務化

制度改革の方向性として、患者が事前にオンライン診療を受ける医師や医療機関を指名する制度の導入が必要と考えられる。具体的には、「患者が事前に医療機関を訪問→オンライン診療を希望する旨を医師に伝達→医師による対面での初診→2回目以降、患者の状態が変わらなければオンライン診療中心にシフト」といった内容である。以下、想定される流れを少し整理してみよう。

まず、医療機関の選定である。先に触れた通り、厚生労働省がオンライン診療を受け付けている医療機関のリストを公開しており、これをポスト・コロナでも継続すれば、患者はリストから最寄りの医療機関を選べる。次に、患者はオンライン診療を希望する旨を伝達するとともに、医師の初診を対面で受ける。こうした方法を採用すれば、患者は医師の人となり把握できるし、安心感も増す。

さらに、医師も初診の際、検査や問診、触診、聴診、視診などが可能となるし、生活・勤務環境や家族関係、過去の病歴などを確認すれば、その後のオンライン診療にも役立つであろう。その際、患

¹³ Milton & Rose Friedman (1980) “Free to Choose” [西山千明訳 (2012) 『選択の自由』日本経済新聞出版社 p353]。

者と医師が協議し、急変時に対応してもらおう医療機関、薬を受け取る薬局などを事前に決めれば、医師にとって不確実性を一定程度、取り除ける。初診対面で医師が患者の状態を勘案した結果、オンライン診療の対応が困難と考えれば、患者に対してダイレクトに説明することもできる。

その後、オンライン診療を通じて定期的に診察し、処方箋の発行もオンラインで対応するが、オンライン診療で難しいと判断した場合、対面診療に切り替える。

以上のような方法は現在、オンライン診療に際して医療現場で起きている課題にも対応できる。初診対面原則を撤廃した現在、①保険証情報の確認、②支払い方法——が課題となっているようだ。

このうち、①の保険証情報の確認については、パソコンの画面の向こうに座っている患者が本人かどうか確認する術がないため、パソコンの画面上で保険証を見せたり、ファックスやメールで被保険証を送ったりする方法を取っている様子である。②の支払い方法については、▽次回来院時の窓口支払い、▽クレジットカード支払い、▽銀行振込、▽電子決済——などで対応している様子だが、対面診療に比べて未払いのリスクがある。こうした点についても、初診対面の際、患者と医療機関で確認または合意すればクリアできると思われる。

その際、「半年に1回程度、対面診断を義務付ける」「患者がオンライン診療の対象として指名できる医療機関は限定する」「期間は1年とし、途中で医療機関を変更することも認める」といった仕組みを絡ませることで、患者に選択権を付与しつつ、患者—医師の信頼関係が構築できるようにするのも一つの手かもしれない。状態の変化に応じて、対面診察に切り替えられるようにするため、現在は30分圏内という基準が設定されているが、こうした距離、時間に関する要件は一定程度、必要であろう。

もちろん、現在の時限的な規制緩和を打ち切った後、新型コロナウイルスが再び拡大して外出制限などが必要になった場合とか、地域の医療機関で大規模なクラスター（集団感染）が発生した場合、中医協での了承手続きを経なくても、都道府県知事が判断すれば、感染地域では初診対面原則を取り払う柔軟な姿勢が求められる。

2 | 他の制度改革との整合性

このほか、他の制度改革との整合性を取る必要もある。オンライン診療は所詮、医療現場を改善するための方法論に過ぎず、それだけを取り出して議論しても有効とは思えないためだ。

例えば、政府は2024年度の本格施行を目指し、勤務時間の制限などを目指す医師の働き方改革を進めようとしている。その際、慢性疾患などで病状が安定していることが対面診療で把握できている患者については、「医師の指示があれば、オンライン診療で薬剤師、看護師などが病状を診断したり、処方したりできるようにする権限移譲」を加味すれば、患者の利便性が向上するだけでなく、医師の働き方改革に寄与する。既に薬剤師の服薬指導がオンライン診療で時限的に認められたが、他の職種に権限していくタスクシフトの要素を取り込んで行く必要がある。

さらに、医療資源の偏在是正に繋げる視点も必要である。元々、オンライン診療は「遠隔診療」と呼ばれていた時代から離島、へき地で例外的にスタートした経緯があり、オンライン診療は距離に関係なく、診察できるメリットがある。一方、都道府県を中心とした医師偏在是正¹⁴が今年度から始ま

¹⁴ 医師偏在是正については、2020年2～3月の[「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か」](#)（2回シリーズ、リン

っており、医師が相対的に少ない「医師少数区域」ではオンライン診療を積極的に活用できるようにする案も想定できる。

このほか、地域医療構想¹⁵を含めて近年は医療機関の役割分担を明確にしたり、関係機関の連携を強化したりする必要性が論じられているため、オンライン診療で得られた診察・健康データを地域ごとのEHR（Electronic Health Record）システムなどと連動させる観点も求められる。例えば、A病院で初診を受けた患者がEHRシステムで繋がっているB病院でオンライン診療を希望した場合、初診のデータはA病院とB病院で連携できるため、こうしたケースは初診からのオンライン診療を認める選択肢も考えられる。

ICTの活用を絡めることも重要である。例えば、本人確認に際しては、マイナンバーカードや医療IDの活用が必要であろう。さらに近年はAIを使った診断システムが国内外で開発・実験されており、オンライン診療の懸念材料として指摘されている見落としや誤診のリスクに関しては、AIで対応できる可能性が想定される。こうした技術革新の要素についても制度改正に柔軟に取り組みつつ、規制緩和を弾力的に検討していく必要がある。

6—おわりに

患者の利便性向上や医師の働き方改革を踏まえると、オンライン診療を進める必要性については、恐らく誰も異論を挟まないであろう。しかし、患者—医師の情報格差が大きい医療の特性を踏まえると、単純に初診対面原則を撤廃・緩和すればいいとも考えにくいし、「対面の補完」と固定的に考える必要もない。その際には「コロナの前には戻れない」「新しい生活様式に沿っている」といった議論ではなく、「アクセス、質、コストの3つの面でオンライン診療がどう影響を与えたのか」という点について、もう少し丁寧に検証・議論する必要がある。

その際には単に患者のアクセス改善とか、初診対面原則の是非に囚われるのではなく、医療制度の基本である患者—医師の信頼関係を構築する観点が欠かせない。オンライン診療はコミュニケーション手段の多様化と理解しつつ、患者—医師の信頼関係を支えるような制度改正を模索する必要がある。

ク先は第1回)を参照。

¹⁵ 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017年11~12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」(全4回、リンク先は第1回)、2019年5~6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」(全2回、リンク先は第1回)、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月11日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」。