

[議論]インフルエンザも？ オンライン診療はどこまで可能か



鷲尾 龍一

日経ビジネス記者

2020年11月16日

新型コロナウイルスの流行に伴い、時限的に全面解禁されたオンライン診療。菅義偉・新政権は改革の目玉の1つとして、オンライン診療に関する時限的な特例措置の恒久化を掲げている。

規制緩和後の4～9月は、月あたり5000～9000件超のオンライン診療と電話診療が実施されたが、10月末の対応医療機関数は、全体の約15%(1万6587)にとどまっている。

何がオンライン診療の普及を阻んでいるのか。患者はどう利用して、どこまで期待していいのか。シリーズ「みんなで考える日本の政策」の5回目はオンライン診療を取り上げる。2016年からオンライン診療に取り組む、外房こどもクリニック(千葉県いすみ市)の黒木春郎院長に聞いた。

オンライン診療の特徴を教えてください。

黒木春郎・外房こどもクリニック院長(以下、黒木氏):オンライン診療の定義は、「情報通信機器を用いたリアルタイムの診療」です。

メリットはいくつかあります。1つは、医療施設を訪問する必要がないので医師と患者が余計な感染リスクを避けられます。コロナに限らず、病院に行って別の感染症をもらってしまう恐れはありません。



黒木春郎(くろきはるお)氏

1984年、千葉大学医学部を卒業。同学部付属病院小児科医局に所属し、関連病院勤務を経て、2005年に外房こどもクリニックを開設。厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」構成員、日本遠隔医療学会のオンライン診療分科会分科会長、日本医師会の「オンライン診療研修に関する検討委員会」委員などを務める。千葉大学医学部臨床教授。

2つ目は、時間的・空間的アクセスが容易になる。過疎地域など交通が不便な地域だけでなく、都市部の忙しいビジネスパーソン、病気や精神疾患など様々な理由で外出しづらい人にも適しています。

もう1つは、ドクターと1対1になれるので、患者さんが意外と普段話せないことも話せるようになること。ウェブは個別空間をつくることができます。

限界はなんでしょう。

黒木氏：聴診と触診ができない。これは当たり前ですね(笑)。緊急の医療処置が必要な疾患には向かない。ただし、緊急の処置が必要かどうかのスクリーニングには有効です。

確かに、子どもが熱を出したとき、病院に行くべきか、家で休ませるか、特にコロナ後は迷います。

黒木氏：そうですね。症状が軽ければ、オンラインで判断できます。親が仕事を半日休んだうえに、病院で周りの患者から風邪をもらいかねない。今の子育て世代はスマートフォンに抵抗感がないので、オンライン診療は子育て支援の側面もありますね。

初診解禁より疾患制限の撤廃が大きかった

コロナ禍での規制緩和で一気にオンライン診療が広がった要因はどこにあるのでしょうか。

黒木氏：「初診解禁」が話題になりがちですが、疾患の制限撤廃の方が大きいです。従来は保険診療におけるオンライン診療の対象は、高血圧、脂質異常症、糖尿病などいくつかの疾患に限られていました。コロナ後はどんな病気でもオンライン診療が時限的に可能になりました。

緩和後も、慢性疾患の患者が多いのでしょうか。

黒木氏：そんなことはありません。厚労省の検討会の資料によれば、日常的な診療が増えていることが見てとれます。年齢は、0～20 歳までの若年層が約 4 割、科でいうと内科と小児科が 7～8 割超、特に子育て世代に活用されていますね。

メリットは若い世代に限りません。50～60 歳代で高血圧や糖尿病を抱えている患者さんは、病院で診察時間は 5 分なのに、1 時間以上待つこともあるでしょう。医師と話ができて満足感があるならよいのですが、慢性疾患の場合、医学的な処置が必要なのは 3 カ月か半年に 1 度でしょう。それなら 1 カ月ごとにオンラインで医師と 5～10 分間つながって経過を確認し合うほうがよいのではないのでしょうか。

インフルエンザは、オンラインで診断できる場合も

これからの季節、インフルエンザも懸念されています。こちら余計な感染を防ぐ意味で、オンライン診療は効果的ではないのでしょうか。

黒木氏:例えば、家族みんなが熱を出して体がだるいとき。家族のうち 1 人が検査によりインフルエンザと確定している場合、医師は臨床的に検査なしで残りの家族もインフルエンザと判断していいことになっています。

その場合、薬はどうすればよいでしょう。

黒木氏:オンライン服薬指導という手段があります。かかりつけの医師のオンライン診療を受け、処方箋を薬局に送ってもらい、薬剤師が患者にオンライン服薬指導を行う。そして患者か家族が薬局に薬をとりに行く。待ち時間が大幅に減るので周りに感染させるリスク、自分が別の病気に感染するリスクは減らせます。バイク便や、宅配便で薬を届けるサービスを実施している薬局もありますが、こちらは患者さんが負担する費用がかかりますね。

オンライン診療を受ける患者側が注意すべき点はあるでしょうか。

黒木氏:パソコンかスマートフォン、そしてクレジットカードがあれば受診可能です。スマホは固定台があったほうがいいですね。画面が揺れると診察がしづらい。プライベートな空間が保たれるのであれば、自宅、仕事場の個室、車の中などどこでも大丈夫です。あとは明かりが自分の顔に当たるように。顔色、口の中を見る場合がありますので。

オンラインは 4 つ目の診療形態

黒木先生は、オンライン診療は、外来、入院、在宅に続く 4 つ目の診療形態だとおっしゃっています。

黒木氏:オンライン診療は外来診療の「補完」や「代替」ではなくて、独立した第 4 の診療形態だと考えています。以前は、医師が患者さんのところへ行くことはありませんでしたが、在宅医療が始まって大きく概念が変わりました。今は来訪せずとも診療するだけの技術がある。補うものではなく新しい形です。



歯が痛いとき、台所でけがをして血がたくさん出ているとき、それは病院に早く行ったほうがいいです。オンライン診療で全て完結できるわけではありません。その特徴にあった使い方をすればよいのです。

改善すればさらにオンライン診療が広がるだろうという点がありますか。

黒木氏:技術的には現状のウェブシステムで十分です。当面の課題は、クレジットカード。オンライン診療の専用システムは決済にクレジットカードを使うことが多い。経済的な理由でクレジットカードを持ってない人こそ、オンライン診療が必要かもしれない。

あとは保険の点数です。オンライン診療は点数が圧倒的に低く、普通の外来診療と比べて医療機関側の収入が少ない。開業医など個人事業主は患者のためだと割り切れても、大学院などでは運営を仕切る事務方が拒否すれば採用できない。

オンライン診療が広がると、地方の開業医にかかる患者が、都会のスマートな医師にとられてしまうのではないかという懸念があるようですが、オンライン診療はかかりつけ医としての機能を強化します。患者さんが100%オンライン診療を希望するかといえばそんなことはなくて、体感では2割程度でしょうか。アマゾンで買い物をしたい人もいれば、お店に行きたい人もいるのと同じでしょう。

オンライン診療を経験した医師は、みんな「やろう」と言います。オンライン診療を知らない医師がかたくなに反対している印象です。

「初診」にも違いがある

オンライン診療の規制緩和の恒久化に向けて、議論が進んでいると思いますが、黒木先生はどのように感じていらっしゃいますか。

黒木氏: 政府は「オンライン初診を認めよ」と進めているわけですが、規制改革に熱心でも診療の中身に関心が薄い。しかし我々医師には、中身が重要です。

例えば、初診にしても、(1)どこの医療機関にもかかっていない患者、(2)以前どこかの病院にかかった後、来院した患者、(3)過去に来院した患者だが、別の理由で来た——の3つがあります。(2)と(3)は検討会でもオンライン診療を認めて問題ないだろうという話になっていますが、課題は(1)。私も慎重に対応したほうがよいと思います。全くだめだというのではなく、場合によりけりです。

その「場合によりけり」をどう判断するか。まだオンライン診療の事例集積が足りていない。例えば慢性疾患はオンライン向きだが、急性疾患は向いていないという言われ方をしますが、冒頭の話のように、子どもの風邪にオンライン診療が向いていないとは言えません。

また、オンラインで便秘と診断しても、来院して検査をしたら別の理由が見つかるかもしれない。オンラインと対面をどう掛け合わせるか。「オンライン診療の診断学」ともいべき領域が必要です。海外では、多くの論文があり、医師向けの教育ビデオもあります。日本はそうした知見をまだ吸収できていない。

新しいことを始めることには不安がありますが、変わるべきところは変わらないといけません。オンライン診療でできることとできないことを理解し、議論を熟成させることが大事です。