

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

～コロナ禍において時限的・特定の緩和され、
今後、普及が加速すると思われるオンライン診療のゆくえを探る～

オンライン診療料等は2018年診療報酬改定において創設、2020年診療報酬改定では対象疾患が拡大され、今回のコロナ感染拡大において初診患者も含まれるなど時限的・特定の緩和された。その結果、現在、全国で約1万600あるオンライン診療実施医療機関が公表された。いち早く始まった海外においても、今回のコロナ感染拡大に伴い利用する患者が爆発的に増加している。

そこで、「Visionと戦略」8月号特集では、「コロナ禍で利用拡大するオンライン診療の将来を展望する」をテーマに、経済産業省、厚生労働省をはじめ、関連団体の長、医療機関経営者、オンライン診療システム事業者にオンライン診療の将来を展望いただき、本格的普及に向けた課題やその対応策などを取材し取りまとめたので、その内容を報告する。

- | | | |
|---------------|---|---|
| Part 1 | 初診からのオンライン診療
時限的・特例的な措置の行方 | 『Visionと戦略』編集部 |
| Part 2 | オンライン診療は補助的な手段
普及は医療機関から見た必要性に依存 | 経済産業省 商務・サービスグループ政策統括調整官
厚生労働省医政局統括調整官（兼任）
内閣官房健康・医療戦略室次長（兼任）
江崎 禎英 氏 |
| Part 3 | オンライン診療の発展には
十分なエビデンスと慎重な議論を | 厚生労働省 医政局 医事課
医師養成等企画調整室長
加藤 琢真 氏 |
| Part 4 | 保険点数の抑制措置が
オンライン診療を妨げる | 一般社団法人 日本遠隔医療学会 オンライン診療分科会 会長
医療法人社団嗣業の会 外房こどもクリニック 理事長
黒木 春郎 氏 |
| Part 5 | 電話等再診の拡大を提言して
時限的・特例的な措置に反映 | 規制改革推進会議委員医療・介護ワーキンググループ 座長
株式会社メディヴァ 代表取締役社長
大石佳能子 氏 |
| Part 6 | オンライン診療の本義は
医師の`新たな引き出し、 | アイリス株式会社
取締役副社長・CSO 医師
加藤 浩晃 氏 |
| Part 7 | 黎明期から業界牽引する
国内トップのオンライン診療システム | 株式会社メドレー 執行役員
CLINICS 事業部長
田中 大介 氏 |
| Part 8 | オンライン診療のサービス開発で
医療・健康管理を包括的に支援 | LINE 執行役員
LINE ヘルスケア 代表取締役
室山真一郎 氏 |

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

初診からのオンライン診療 時限的・特例的な措置の行方

オンライン診療の初診料に
214点が新設された

さる4月10日、厚生労働省は事務連絡として「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」を発出した。電話や情報通信機器を用いた新患および初診にオンライン診療初診料214点が新設され、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）を算定している患者については、再診時の報酬単価が100点から147点に引き上げられた。

厚労省はオンライン診療の要件を次のように規定している。「患者から電話等により診療等の求めを受けた場合において、診療等の求めを受けた医療機関の医師は、当該医師が電話や情報通信機器を用いた

診療により診断や処方が当該医師の責任の下で医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をして差し支えない」この決定に至る過程は意外に難航した。政府の規制改革推進会議が発足させた「新型コロナウイルス感染症対策に関する特命タスクフォース」が初診からの保険適用を求め

ても、厚労省がなかなか応じず、タスクフォースの小林喜光議長（三菱ケミカルホールディングス会長）が記者会見を開いて、厚労省の対応に苦言を呈したほどだった。厚労省が簡単に求めに応じなかったのは、日本医師会の意向を受けていたからだ。医療関係者は、他分野からの提言を「領空侵犯」と受け止めて反発する傾向が強いが、オンライン診療を巡っても同様だった。

6月14日に都内で開かれた中川俊男日医副会長（当時）の会長選挙出陣式で、ある県の医師会長は「最近では官邸の経済官僚の都合で、医療の分かっていない民間議員が方針転換させてしまふ」と糾弾した。

27日の会長選挙で初当選した中川氏は、直後の記者会見で、オンライン診療の時限的・特例的な緩和措置の取り扱いに「新型コロナウイルスが収束していないなかで、収束後にどうするかを話すことはふさわしくない」と明言を避けた。だが、他分野からの提言に好意的でないことも明かした。「医療政策の個別具体的な内容について、所管ではない政府のいろいろな部門から直接提案されることは、必ずしも良いことではない。ジャストフィットする提案もあるが、ほとんどの場合は『違うかな』と」

だが、推進派の所属業界が

どこであれ、オンライン診療の流れには加速がついている。

自民党行革推進本部は
緩和措置の恒久化を主張

規制改革推進会議（議長・小林喜光氏）は7月2日、安倍晋三首相に答申を提出した。

「オンライン診療について

は、規制改革実施計画に従い、令和2年度診療報酬改定において一部の要件緩和や対象疾病の拡大等が行われ、一定程度診療報酬上の評価が拡充されたことを確認したが、患者目線に立ったオンライン診療の更なる拡充に向けて、次期診療報酬改定の動向を引き続きフォローしていく」

推進には言及せず抑制した表現にとどめたが、翌3日に未来投資会議（議長・安倍晋三首相）が発表した成長戦略案には、推進策が盛り込まれた。「患者のみならず、医師・看護師を院内感染リスクから守るため、オンライン診療を積極的に活用する」。より強く推進を提言するのは自由民主党行政改革推

進本部（本部長・塩崎恭久衆議院議員）である。7月2日に8行政分野の改革提言を菅義偉官房長官に提出。同本部デジタル規制改革ワーキンググループは、オンライン診療の時限的・特例的な措置に関して「効果や課題について検証し、恒久化すべきである」と提言した。

一方、医師のなかには臨床業務の傍らITベンチャーを設立して、オンライン診療システム開発に参入する例が増えている。医師がみずからベンダーとして通信環境を整備しているのだ。守旧派にはビジネスに走る好ましからざる現象に見えるようだが、DX（デジタルトランスフォーメーション）の流れを受けて、医療にもパラダイムシフトが起きている。

新型コロナウイルスの収束時期は現時点では一向に見えていない。収束まで長引けば、時限的・特例的な措置の撤廃が逆コースになってしまうほど、初診からのオンライン診療が浸透する可能性は高い。

（文／編集部）

オンライン診療は補助的な手段 普及は医療機関から見た必要性に依存

経済産業省と厚生労働省の間で初めての兼任となった江崎禎英氏。これまでIT政策を担当したほか、9年に亘って健康・医療政策に携わってきた。医療界プロパーとは異なる視点から、オンライン診療のあり方を提言した。



経済産業省 商務・サービスグループ政策統括調整官
厚生労働省 医政局統括調整官（兼任）
内閣官房健康・医療戦略室次長（兼任）

江崎 禎英 氏

業課長として再生医療を巡る法制度の整備に参画した後、ヘルスケア産業課長を経て、平成

29年に商務・サービスグループ政策統括調整官及び内閣官房健康・医療戦略室次長に就任し、平成30年から厚生労働省医政局統括調整官に併任となりました。

■江崎調整官のご経歴を教えてくださいいただけますか。
江崎 元々医学か物理学の道に進むつもりで大学に入りましたが、最終的に東京大学で国際関係論を学び、平成元年に通商産業省（当時）に入省しました。入省後は日米通商問題を担当し、その後大蔵省出向、英国留学、EU（欧州委員会）勤務を経て、通産省でIT政策、内閣官房で個人情報保護法の立案に携わりました。平成24年に生物化学産

■オンライン診療について、日本ではなかなか進んでいないという見方が一般的です。進捗状況に対する江崎調整官の評価と、その背景について見解をお聞かせください。
江崎 これまで日本でオン

ライン診療が進まなかったのは、医療関係者が必要性を感じないか、むしろリスクが高いと感じているからでしょう。そもそも日本の医療は、医療機関に来院患者さんだけを診るというのが基本スタイルであるため、オンライン診療のニーズは顕在化し難いと思われるかもしれません。オンライン診療の長所は、時間と空間の制約を乗り越えられることです。その一方で、幾ら画像技術が進歩しても、診断に必要な触診、心音、震え、匂いといった重要な患者情報が得られないという短所があります。したがって、オンライン診療の導入は、その長所・短所を比較考量した上で、医療関係者が必要と思うか否かによって決まるものであること

を忘れてはいけません。

他方、現状では、生活習慣病や老化に由来する疾患など、ある程度診断がついて経過を観察することが主たる目的の患者さんに対しては、当たり前のように来院を求めます。全ての患者を病院に呼び、何時間も待合室で待たせることに疑問を持たない環境の中で、オンライン診療が進むことはないでしょう。

■新型コロナウイルスの感染拡大でオンライン診療のニーズが発生して、局面が変わったという見方はできるでしょうか。

江崎 新型コロナウイルスの感染拡大は、明らかに医療機関側に新しいニーズを生み出したと思います。つまり、新型コロナウイルスの感染が疑われる者に「不用意に医療機関に求めてもらっては困る」という事情が発生したのです。またその一方で、患者側も病院の待合室で新型コロナウイルスに感染するリスクをおそれ、そもそも病院に行かなくなりしました。オンライン診療の解禁を嫌がる医療界に対

して政治が押し切ったという見方は、マスコミ的には面白いかもしれませんが、そうした状況の変化を理解しておかなければ、オンライン診療は単なる対立のシンボルになり、医療機関にとってのオンライン診療の意義を見失ってしまう可能性があります。

■オンライン診療が定着に向かうためのポイントはどのようなことだとお考えになりますか。

江崎 オンラインによる医療サービスを提供した医療関係者やそれを利用した患者さんがどれほど「利便性」を感じられるかでしょう。ちなみに、今回の新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、助産師さん達が妊婦さん向けの24時間のオンラインサービスを始めたところ、利用者から感激の声が上がっています。従来であれば、深夜に切羽詰まってきたら救急車で病院に運ばれても、当直の医師が産婦人科の専門であるケースは希であり、病院側のリスクも大きかったと思います。考えて

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

みれば、政府が少子化対策を叫びながら「今まで、なぜこんな当たり前のサービスがなかったの？」と考える方が自然ではないでしょうか。新型コロナウイルスに限らず、「医療」とは「病院に行くこと」であったこれまでの「常識」は変えていく必要があると思います。

■新型コロナの第2波、第3波が襲来したら、オンライン診療は一段と進むという見通しでしょうか。

江崎 いえ、そうではないでしょう。オンライン診療はあくまで補助的な手段で、対面診療から得られる情報には叶いません。いくら情報通信技術が進んでも、画像で分かる情報量は全体の一部でしかありません。他方で、きちんと経過観察をする必要のある患者さんまでもが来院しなくなっていることは、患者さん本人にとっても、病院経営の面から見ても重大な問題です。こうした問題に対応するところからオンライン診療の利用を図るべきです。

■海外のオンライン診療やIT化で参考になる取り組みはありますか。

江崎 混同されがちですが、「オンライン診療」と「医療のIT化」は別ものです。医療のIT化は、医師個人の知識と経験に頼ってきた診断や治療を、過去のデータや画像解析等によってサポートすると共に、これまで暗黙知であったものをデータによって顕在化させ、医療スタッフ間で共有することで、医療サービス全体の質的向上を図るものです。例えばエストニアでは、診療データや健康関連データが自動的に蓄積され、診断に当たってはAIによって診断や治療の候補が提示され、禁忌の薬も自動的に排除されるため、誤診や誤処方方が激減したと言われています。当初はこうしたシステムに懐疑的だった医療関係者も、今ではこれ無しには医療行為が出来ないと言っているほどです。

こうした取り組みが「医療のIT化」で、これに対して「オンライン診療」はあくま

でその派生形であり、時間と空間の壁を乗り越えるための手段です。海外では地理的な問題や往診が基本である場合にオンライン診療という形で継続的に医療サービスを提供するケースもありますが、あくまで具体的な必要性の下に行われているのです。

■医師の不足・偏在や働き方改革などの諸問題に対して、テクノロジーで解決する道筋があるとしたら何でしょうか。

江崎 医師が不足しているのかは、優れて医療サービスの提供の仕方の問題です。主治医制度によって24時間対応を余儀なくされたり、老化や慢性疾患も含めて全ての患者に来院を求めるような対応をしている限り、医師や看護師を多少増やしたくらいでは十分ではないと思われます。この状況を変えないままテクノロジーを導入しても根本的な解決にはなりません。

今回の新型コロナウイルスは、単なる災禍というだけでなく、今後本場に必要とされる医療サービスは何

かを考える貴重な機会を提供していると思います。少子高齢化が進み、患者が減っていく中で、あるべき医療サービスの形を考え、それに見合った報酬体系を考えるべきときが来ているのではないのでしょうか。

ちなみに、画像の解析・通信を始めオンライン診療に必要とされる技術群は日本が世界の最高峰にあります。特に、日本は優れたセンシング技術を有しているので、将来的には遠隔での血圧測定や触診に应用できる可能性も十分あります。こうした技術は在宅診療にとっては必須のアイテムになると考えられます。

■効率化にはPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）も重要な要素になるのでしょうか。

江崎 生活習慣病や老化の対応には、PHRとかがりつけ医が重要な役割を果たすことになると思っています。オンライン診療の最大のネックは初診における情報量が少ないことです。これまで日本の医療は、「いつでも」「どこでも」

「誰でも」同質の医療サービスが提供されることを標榜してきましたが、そのためには、やはり初めて診る患者に対しては対面で丁寧な診察を行うことが不可欠でした。他方、もしその患者に関する過去の診療・処方方の記録、基礎データ、禁忌の薬、アレルギー等が分かっていたら、診断の精度は遙かに向上すると思われます。今後、生活習慣病や老化が疾患の大宗を占めると想定される中、かかりつけ医がこうした情報を活用するようになれば、医療サービスの質は大きく向上すると思われます。

今回の新型コロナウイルスへの対応においても、かかりつけ医がPHR（体温変化や血圧など）を基にオンライン診療を行うことが出来れば、感染リスクを大きく引き下げる事が出来たと思います。将来的には、高齢者などに対して在宅のまま診療を続けることができれば、医師の不足・偏在や働き方改革にも一定の解が得られるのではないかと考えています。

オンライン診療の発展には 十分なエビデンスと慎重な議論を

患者にとつての利便性は高いが、医師にとつては対面診療に比べて診断や適切な判断が困難となるオンライン診療。厚生労働省は初診からオンライン診療を行った事例に関するデータを収集中である。担当官である加藤氏は、オンライン診療の普及について慎重に臨んでいるという。



厚生労働省 医政局 医事課
医師養成等企画調整室長

氏名 加藤 琢真

修士号、慶應義塾大学で博士号を取得しました。帰国後は佐久総合病院国際保健医療科の臨床医に就任する

■加藤室長のご経歴と現在の役割を教えてください。

加藤 2007年に慶應義塾

大学医学部を卒業し、長野厚生連佐久総合病院で臨床研修を修了しました。09年に慶應義塾大学小児科学教室に入局し、12年に小児科専門医を取得しました。その後、JICAから専門家として派遣されたザンビアやミャンマーなどでHIVなど感染対策や保健システム強化に従事し、タイのマヒドン大学で公衆衛生の

一方で、「ミャンマー国保健システム強化事業」に参画しました。

厚生労働省に入ったのは16年で、日本人として改めて日本の医療制度を学ぶためです。厚労省大臣官房国際課に配属され、18年7月から医政局医事課に異動し、19年7月より現職に就いています。現在、専門医制度、働き方改革、偏在対策、国家試験、スチューデントドクターの医行為など医師に関わる施策を担

当しています。

■諸外国と日本のオンライン診療の普及状況は、医療制度が異なるので単純な比較はできませんが、日本は遅れていると言われます。それについてどのようにお考えですか。

加藤 日本では海外に比べてオンライン診療が遅れているとよく言われますが、海外でも一定の要件が、例えばアメリカでは保険の縛りがある、へき地では利用できても都市部ではあまり利用できないという実態があります。あるいはナースプラクティショナーが診察をして、オンライン診療に適した患者をセレクトしてから利用できるなど一定の制約が設けられています。一方中国は規制が緩い

ですが、韓国は日本のガイドラインを学びに来日しています。従って、一概に日本が遅れているとは言えません。

■日本は社会全体でデジタル化が遅れているのか、それとも医療界が他の業界に比べて遅れているのか。現状をどのようにご覧になっていますか。

加藤 医療界では、医療の安全性を担保しなければなりませんので、サービスをデジタル化するのに時間がかかり、デジタル化が困難であること領域も多いのは確かだと思います。オンライン診療が進んでいるかどうかという観点からは、規制が厳しいかどうかではなく、医師がオンライン診療によつて質の高い医療を提供できるかが重要だと思います。オンライン診療を使用する患者側も適切に活用して頂く必要があります。どんなときでもオンラインで診療できるようになるのは難しく、急性の疾患や直接の処置が必要な疾患は対面診療でなければ対応は不可能です。

診療を活用すべきかという議論は、まだまだ熟していないと認識しています。離島やへき地では有効だと思いますので、厚労省の研究班がデータを収集したり、研究を進めています。

■これまでオンライン診療における医療事故、トラブル、不正行為など問題はなかったのでしょうか。

加藤 典型的な不正行為では「医師のなりすまし」が起きました。報道された事件ですが、クリニックの事務職が医師になりすまして、オンラインで診療行為を行ったのです。オンライン診療だけを行っているクリニックはほとんどなく、どこも対面診療とオンライン診療を組み合わせていますが、医師が1人しかいない場合、オンライン診療を行おうとしても手が回らず、やむなく事務職が対応したのですが、当然ながら医師法違反です。こういう不正行為が往々にして起こりかねないという問題もあります。

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

それから商業性の強い自由診療に関しては、この前も日本医師会が警告の声明文を発表しましたが、「糖尿病の薬で瘦せますよ」と説明して、その薬を自由診療で対面診療

もせず販売しているクリニックがありました。それを購入した患者さんが結構な数に上って、副作用の被害報告等が消費者センター等かなり届いています。

■医療の質に関わる問題は発生しているのでしょうか。

加藤 医療の質に関しては、これから詳細な事実確認を行っていきませんが、症状の見逃しがあった事例を症例報告ベースで聞いています。脳梗塞や脳出血など本来なら対面診療で診察すべき患者がオンライン診療を受けると、正確な診療ができません。オンライン診療は適切ではなかったという評価になります。

こうした問題事例の統計はありませんが、全国的に同様の問題が起きている可能性があります。とくに4月10日にオンライン診療による初診

を解禁して以降、リスクが高まっていることは間違いありません。

■4月10日に発出された厚労省事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」に基づく対応を行っている医療機関として登録された医療機関数の推移はいかがでしょうか。

加藤 当初は1万機関を超えたが、6月10日付けで1万5000機関を上回りました。コロナ禍で外来患者数が減少し、医療経営面で厳しくなっている医療機関が増えているので、オンライン診療を始めようとする流れが強まっているのでしょうか。ただ、数としては上げ止まりに落ち着いたのではないのでしょうか。

1万5000機関超まで増えた理由として新たな集患の手段としてオンライン診療を始めたことが考えられますが、なかには「絶対にオンライン診療をやらない」と考え

る医師もいますし、「周囲のクリニックがオンライン診療を始めたので、やむなく始めた」という医師もいると聞いています。責任持ってオンライン診療をやるのが困難と考えている医師が、社会風潮としてあるいは経営上の理由で、オンライン診療をしなければならぬ、という状況は避けなければならないと思っています。

■オンライン診療の促進にあたって、患者団体、医療団体などの反応はいかがでしょうか。

加藤 4月10日以前に開いた「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」では、初診からオンライン診療を認めることについて、皆さん強い懸念を示されました。明確に反対する方もいらっしゃいました。

実際にオンライン診療に取り組み医師もリスクを指摘され、患者団体の代表も反対意見を述べられました。

もちろん患者さんには利便性があるので、簡単にオンライン診療に飛びつきがちなの

は当然だと思いますが、医療の質が下がらないように、また患者さんが不利益を被らないように、制度として工夫する必要があります。と思っています。

アメリカで実施された調査では、対面診療に比べ不必要な処方がされていて、耐性菌を生み出すリスクが高まっていること等も指摘されています。やはりオンライン診療は確実に診断力が落ちるので、利便性とのバランスを考えると、高血圧や糖尿病についても症状が出現し正確な診断を要する際には、内分泌疾患等を除外する必要がありますが、血液検査や画像検査を行うこともありますが、これは対面診療でなければできません。

■オンライン診療の活用は、インフルエンザ感染防止の有効な手段として期待できるのでしょうか。

加藤 オンライン診療で呼吸音を聞けるわけではないので、重症化の兆候を判断する

ことは難しいですし、発熱患者に関しては、インフルエンザや新型コロナウイルス以外の疾患と鑑別する必要があります。また、コロナ禍では医療者と患者さんの院内感染リスクがあることも踏まえて、検査のあり方を再考する必要があります。その中で、オンライン診療を活用することについてはかなり慎重に議論する必要があると思います。

■オンライン診療に参入する医療機関へのアドバイスをお願いします。

加藤 対面診療とオンライン診療をどう組み合わせるかは、患者さんの状態や疾患によって考え方が異なるので、オンライン診療がどのようなに有効なのか十分なデータを収集しエビデンスを蓄積して頂きたいと思っています。時限的な措置がどう活きたのか、平時でも活きるのかどうか、議論の土台となるデータが求められています。

保険点数の抑制措置が

オンライン診療を妨げる

オンライン診療は、外来、入院、在宅に続く「第4の診療形態」と提唱する黒木医師は、日本遠隔医療学会オンライン診療分科会を発足させた。現在の時限的・特例的措置が終了して以降も、オンライン診療を普及させるポイントは保険点数にあると指摘する。



一般社団法人 日本遠隔医療学会
オンライン診療分科会 会長
医療法人社団 嗣業の会
外房こどもクリニック 理事長

黒木 春郎 氏

が、地域の方々に支えられて診療を続けています。いすみ市をとり

団体の動向、日本遠隔医療学会オンライン診療分科会の活動内容についてもお聞かせください。

黒木 オンライン診療は2015年8月の厚労省通達（遠隔医療は離島・僻地に限らない）をもって実質解禁となりました。その後調整期間を経て、2016年春より各

■黒木先生のご経歴をお聞かせください。

黒木 出身は東京都です。

1984年に千葉大学医学部を卒業し、同年小児科学教室、千葉大学医学部文部教官などを経て、2005年、千葉県いすみ市に外房こどもクリニックを開設しました。地域医療の課題を臨床研究として情報発信し、小児プライマリケア（一次医療）のモデルをつくることを目的でした。

開業後15年を経過しました

まぐ二次医療圏で、当院以外に小児科専門医が常勤しているのは、50キロ先の亀田総合病院です。小児医療過疎地域と言えます。当院の患者さんの居住地は半径30キロほどにわたり、50キロ先や100キロ先からも患者さんが来ます。この医療環境を踏まえ、オンライン診療は有効であると考えたのです。

■日本におけるオンライン診療・遠隔医療の変遷と学会等

さらに2018年3月末に厚労省より「オンライン診療の適切な実施に係る指針」が発出されました。現在までに改定され、次の改定が検討中です。同年4月には保険収載

され、オンライン診療料とオンライン医学管理料が算定できることになりました。しかし、オンライン診療を実際に行っている臨床医の団体がなく、現場からの声が政策決定に届かないことを憂慮して、私が呼びかけて同年4月に「日本オンライン診療研究会」を発足させ、私が会長になりました。公開オンライン診療研究会を都内の会場で3回開催し、ミニ勉強会も行い、また、オンライン診療実施の医師にアンケート調査を行ったりました。

その後、残念ながらオンライン診療の広がりはほとんど見られませんでした。政府系の各団体からはオンライン診療を推進するためのエビデンスを出せと言われ続けてきましたが、エビデンス構築に足るオンライン診療実施者を得られませんでした。オンライン診療研究会の会員数は160名でしたが、任意団体であり、活動は全て地域での臨床をしながらで負担も大きかったため2019年10月に、一般社団法人日本遠隔医療学会にオ

ンライン診療分科会を創設し、研究会はその分科会へ発展的に合流しました。

今年に入ってからCOVID-19の感染拡大に伴い、オンライン診療の有用性が社会に認知され始めています。本年6月7日には、分科会による第1回公開研究会をWeb開催したところ、医師会関係者を含め250名の参加があり、好評をいただきました。

■今般のコロナ禍で、オンライン診療は時限的・特例的に緩和されましたが、黒木先生のクリニックでのオンライン診療はどのような状況にありますか。

黒木 2月末からオンライン診療希望者が増え、3月はそれまでの14倍、4月はそれまでの2倍に増えました。5月も同様です。オンライン診療希望者の中心はコロナ忌避で受診控えの方々です。私はCOVID-19軽症者の診療にもオンラインは有効と思い、行政へ提言も行いましたが、オンライン診療のインフラ整

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

備がなかったために、現時点では大規模な採用には至っていません。

オンライン診療の時限的・

特例的な措置がCOVID-19収束後にどうなるかは分かりませんが、私は今の措置が本来あるべき仕組みだとは思っていません。過去に受診歴もない患者さんを初診からオンラインで診ることは困難です。しかし、オンライン診療のメリットは積極的に取り入れるべきだと思います。それには、診療報酬の抑制を解除する必要があります。

■オンライン診療に適する症状・疾患、適さない症状・疾患はあるのでしょうか。

黒木 オンラインでは聴診・触診はできません。それは当たり前のことであり、オンライン診療で「できる」ことを考察していくことが必要です。オンライン診療に適している疾患や症状とは、慢性疾患で症状が安定している方、処方が安定している方、診療所の診療時間に来院することが困難な方、遠方の方、精神

科領域の方、発達上の問題を抱えている方、皮膚疾患やアレルギー疾患の経過観察期間の方、長期的治療実施中の方、などです。適さない症状や状態は、急性の苦痛を訴えていらっしゃる方、検査や処置が必要な方、外傷、手術創管理などで、来院が必要です。

■先生は、オンライン診療は入院、外来、在宅に次ぐ「第4の診療形態」だとおっしゃっています。ご意見をお聞かせください。

黒木 「第4の診療形態」とは、患者さんの状態によって医師が選んで使っている「入院」「外来」「在宅（訪問診療）」に加えて、患者さんの症状に有効であるために、時に応じて「オンライン診療」を選択できるという意味です。患者さんが参加する受療構造に転換し、医療の形を変える可能性があります。

■日本でオンライン診療が普及しない理由と今後の展望についてお聞かせください。ま

た海外のオンライン診療の状況と比較して、日本が見習う点がありますか。

黒木 要件の厳しさも報酬の低さも診療報酬の規定ですが、良心的な医療機関は保険診療でオンライン診療を行おうとしています。しかし、自由診療で行っている場合には、その実態は調査しようがないのが現実です。

海外との比較は、その国の医療制度とともにテレメディシンの普及具合を考察しなければ意味がありません。アメリカやヨーロッパ、中国、インドを眺めると、ひとつ言えることは、もともとプライマリケア施設に乏しかった新興国では、医療を求める人たちにオンラインで医療を提供できることになって、一気に広がったことです。日本のように、都市部では徒歩圏内に医療機関があり、国民皆保険でアクセスフリーに受診できる環境だと、オンライン診療の急激な普及はないかもしれません。

日本が見習う点という点と難しいのですが、私は日本の国民皆保険制度は国民全てに医療を提供できる素晴らしい制度だと考えているので、オンライン診療を皮切りに医療が過度にビジネス化し自由診療化することには反対です。保険点数の抑制が続くと、自由診療に走る医療機関も現われがちです。私は日本の保険診療の仕組みの中に、しっかりとオンライン診療を位置づけるべきだと考えています。

■今後新型コロナウイルスの第2波・第3波が危惧されるなか、オンライン診療が急速に拡大することが予想され、オンライン診療を開始する医療事業者も急増すると思います。現在オンライン診療に取り組む医療事業者、また今後始める医療事業者にメッセージをお願いします。

黒木 オンライン診療を行っている医療者、受けている患者さん、双方への調査が必須です。誰も実態を把握できないままに、事柄が進んでしまふことは避けなければなりません。そのためには、オンライン診療を導入する医療機関同士が登録制度などでつながらなければならないこと、研究団体との発信ができる体制をつくる必要があります。

新しい診療形態に参入する医療機関は、新しい医療を自分たちがつくっていく心構えを持って、自施設のレセプト点数に一喜一憂するのではなく、社会全体のなかで自分が行っているオンライン診療がどう位置づけられるのか、どんな未来があるのか、考えていくべきだと思います。さらになぜオンライン診療を行うのか。大義が大切です。

そのための受け皿は現在のところは遠隔医療学会のオンライン診療分科会、また日本プライマリケア・連合学会のオンライン診療ガイドラインを作成した方々くらいしかありませんが、この先は、日本医学会に属する各学会にオンライン診療に係る分科会を設けていただけたら、と願っています。

電話等再診の拡大を提言して

時限的・特例的な措置に反映

4月10日、「新型コロナウイルス感染症対策に関する特命タスクフォース」と厚生労働省の折衝を経て、電話や情報通信機器を介した新患や初診に対して初診料214点の算定が可能になった。タスクフォース構成員の大石氏に議論の経過とコロナ収束後の見通しを伺った。



規制改革推進会議委員
医療・介護ワーキンググループ 座長
株式会社メディヴァ 代表取締役社長

大石 佳能子 氏

常勤取締役、
ハーバード・
ビジネス・
スクールの
日本諮問委
員、大阪大
学経営協議
会委員を務

めています。

■大石社長のご経歴と現在のお立場をお聞かせください。
大石 1983年に大阪大学法学部を卒業し、日本生命保険に入社しました。その後、ハーバード・ビジネス・スクールでMBAを取得し、マッキンゼー・アンド・カンパニー（日本、米国）のパートナーを経て、2000年にメディヴァを設立しました。さらに、医療法人社団プラタナス 総事務長、資生堂・江崎グリコ・参天製薬などの非

公職では、厚生労働省「これからの医療経営の在り方に関する検討会」、「社会保険審議会福祉部会」、「介護のシゴト魅力向上懇談会」、経済産業省「2050経済社会構造部会」平成21年度地域見守り支援システム実証事業推進委員会、内閣官房「健康・医療のまちなかづくりに関する有識者・実務者会合」などの委員を歴任しました。

■大石社長は規制改革推進会議委員および医療・介護ワーキンググループ座長、さらに新型コロナウイルス感染症対策に関する特命タスクフォース構成員に就任されています。これらの会議でオンライン診療を巡って、どのような議論が進んでいるのでしょうか。

大石 規制改革推進会議の議論とタスクフォースの議論は別の話です。規制改革推進会議で取り上げられているオンライン診療は従前からの議論で、今年4月の診療報酬改定で規制がやや緩みましたが、まだ使い勝手が悪い状態にとどまっています。厚生労働省や事業者にも出席していただいて議論は続いています、ある種の岩盤規制との闘いですね（笑）。

一方、新型コロナの蔓延で患者さんが医療機関に行けず、医療機関側からあまり来てほしくないという事情があって、受診者が減少しました。その状況で医療が必要な方に対応するために、厚生労働省は電話等再診を拡大して、2月28日に事務連絡で計画的・非計画的双方の慢性疾患を対象にすることを発出しました。しかし急性疾患をどうするかという課題が残りました。さらに電話等再診の対象疾患が拡大されたものの、診療報酬は低下します。

生活習慣病で来院した場合（長期処方）の診療報酬は512点ですが、電話再診だと60%下がって207点です。これでは医療機関の経営にとって大きなマイナスになるので、コロナ禍においては、患者さんと医療機関の両方に寄与する改定を実施するために、規制改革推進会議と未来投資会議がコラボした形でタスクフォースが発足しました。

■オンライン診療の部分解禁を巡ってタスクフォースは厚生労働省の提案に修正要求を繰り返して、小林喜光議長（三菱ケミカルホールディングス会長）が記者会見を開いて、厚生労働省の対応に苦言を呈しましたね。

大石 私も会見の場にいました。厚生労働省はオンライン診療を再診には広げてよいが、初診からの診断は無理だろうと考えていて、受診勧奨なら点数を付けてよいという方針でした。受診勧奨まで認めた厚生労働省はその時点では精いっぱい回答をもって来たと思いますが、それではコロナ禍の課題には十分に対処できません。最後はコロナ禍に置かれた医療機関のあり方を総合的に考慮した政治決着でした。

厚生労働省の先には日本医師会が位置していましたが、医師会の内部は必ずしも一枚岩ではなかったと認識しています。コロナ禍に置かれた医療機関の経営状況に地域差があったからです。都市部の医療機関は収益が大幅に下がりましたが、地方では数パーセント下がった程度で、郊外ではその中間という状況でし

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

た。一方、地方でもすでに医療過疎化している地域はコロナの影響で患者対応ができなくなり、医療崩壊寸前でした。どこに落しどころを設けるかを検討されたと思います。

また、単にオンライン診療の対象範囲を拡げるのではなく、点数の問題も医療機関にとっては切実でした。厚生労働省はオンライン医学管理料に100点を付けたことにスポットを当てていましたが、医療機関が気にするのは合計の点数です。高血圧症を例にとると、対面診療の点数は、再診料、処方箋料、外来管理加算、特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算で合計483点ですが、オンライン診療は、処方箋料、オンライン診療料、オンライン医学管理料で239点。対面診療よりも50%低いのです。3月の半ばに自民党本部でこの課題を説明しましたが、このファクトを知らない自民党関係者もいました。

■コロナ禍以前、日本ではオンライン診療はなかなか進ま

ない状況にありましたが、その背景について見解をお聞かせください。

大石 開業医の平均年齢が60歳を超えているので、仮にオンライン診療が全面解禁になったときにスタートされる方が非常に少ないのではないのでしょうか。それからオンラインシステムのガイドラインが厳しすぎるといふ問題もあります。個人情報保護法対策やログ取得など対面診療にはない細かいスペックを設けたシステムが必要になります。オンラインシステムを作っている事業者の問題もあって、自社で開発したシステムを売りたいので、その規制は守りデファクトを目指しているように見えます。その結果、導入コストが上がってしまいました。60歳以上のITリテラシーの低い方々にコストのかかるシステムを販売しようとしても、始める方は少ないでしょう。その結果、都会の若い医師が地方の開業医の市場を侵す構図が恐れられています。

こうした現状を踏まえて、

タスクフォースでは「オンライン診療を拡大するのでなく、むしろ電話等再診ですすめ、オンライン診療も可とすべきである」としました。電話やFAXでは入手できる情報が限られますが、まずは全ての医療機関が始めようと思えば、すぐ取り組めることが最重要と考えました。オンライン診療システムを導入しようとしても、供給能力に限りがありますし、カード決済が出来るようになるまで審査に1カ月を要してしまいます。

これだけ滞ってしまう要因があるので、有りものの通信手段を使えるようにすることを主張しました。厚生省にとってもその方が受け入れやすいので、電話等再診の拡大につながったのです。

■大石社長が関わっておられる医療法人社団プラタナスが運営するクリニックでのオンライン診療の実施状況はいかがでしょうか。

大石 桜新町アーバンクリニックと用賀アーバンクリニックがオンライン診療を

実施しています。患者さんの要望に応じてLINE、Google meet、Zoomなど複数のアプリを使い分けています。利用件数は、現在（6月末）は落ち着いて1日5、6件程度ですが、一時はかなり利用されていました。今後オンライン診療が増えるかどうかは、コロナの波次第だと思います。

■今後オンライン診療の制度設計の見直しはどんな方向で進むのでしょうか。

大石 オンライン診療と電話等再診に登録した医療機関は1万5000件ですが、診療の手段がオンラインなのか、ビデオ電話なのか、電話なのかを判別できる仕組みになっていません。しかしエビデンスが全くなかった状況に比べれば少しマシで、1万5000件から収集したデータを分析できる段階にまでなりました。問題はどこがデータを分析するかです。結論ありきの分析にならないように気をつけたいと思います。

現在の時限的・特例的な措

置は3カ月ごとに見直されますが、オンライン診療の扱いは4月10日以前と微動だにしないので、収束宣言が出たあとに、電話等再診の特例措置がなくなれば、いったん元に戻されます。

■現在オンライン診療に取り組んでいる医療機関、また今後始める医療機関にメッセージをお願いします。

大石 現在の時限立法とオンライン診療は別ものなので、自分の患者さんがオンライン診療に適しているかどうかを冷静に見極めていただきたいと思います。それから、先ほどシステムについて批判的な言い方をしましたが、良いシステムもありますし、今後いろいろなシステムが開発されていきます。オンライン診療を積極的に取り入れるのか、軽く取り入れるのかなど自分の診察スタイルと患者さんの状態をみながら、どのシステムが自院にとってふさわしいかを見極めていただきたいと思います。

（文／編集部）

オンライン診療の本義は 医師の新たな引き出し

デジタルハリウッド大学大学院客員教授、千葉大学客員准教授、東京医科歯科大学臨床准教授、経済産業省および厚生労働省のベンチャー支援アドバイザーなど幅広く活動する加藤氏は、日本眼科学会認定の眼科専門医でもある。医師の立場からオンライン診療に対する誤解を正した。



アイリス株式会社 取締役副社長・CSO 医師 加藤 浩晃 氏

を選択しました。2006年に浜松医科大学を卒業し、入職した京都府立医科大学付属病院などで10年間眼科医として2000

ら、有楽町の交通会館に開設した個人事務所で医療ベンチャーの経営支援を始めたところ、冲山翔先生と出会いました。

それまで私は医療AIについても研究していましたが、

難しい数学の問題を解くような感じで悩んでいました。冲山先生の事業プランはその模範解答と言えるもので、私が目指すものはまさに「それだ！」と飛びついたら、「いっしょにやりませんか？」と誘われて、アイリスの創業に参画しました。

■加藤副社長のご経歴をお聞かせください。

加藤 私は小学校に入学するまで10回くらい入院したほど病弱で、この幼少期の体験が医師をめざすきっかけになりました。生死に直結する医療に従事する医師をめざすか、QOLを向上させる医師をめざすかを検討して乙武洋匡さんの『五体不満足』に感銘を受けたこともあって、目が不自由な辛さから患者さんを救いたいと決意し、眼科医

例近い手術を担当しました。その後、京都大学医学教育プログラム教員を兼任し、京都府立医科大学から2016年に厚生労働省に派遣され、約1年半にわたって医政局研究開発振興課治験推進室長補佐として、臨床研究法の策定、臨床研究中核病院でのベンチャー相談部門の設置、G7伊勢志摩サミットなどの事業を担当しました。派遣を終えてからは、デジタルハリウッド大学大学院の教授をしながら、有楽町の交通会館に開設した個人事務所

■遠隔診療にはどのような経緯で関わるようになったのでしょうか。

の医師が訪問診療をした際に、患者さんの目に異常があると、メールで写真を送っていただき、眼科専門医として意見を述べるというような連携を取っていました。日本の医療制度はフリーアクセスだから目が悪くなれば眼科医に受診に来るだろうと思ってい

意義や成果について教えていただけますか。

加藤 厚労省のプロジェクトは、医療機器や医薬品、再生医療製品など薬機法に基づくベンチャーなど制度内の支援で、相談案件は数百件に達しています。一方、経産省の主眼は産業振興で、例えば健康経営のように健康増進が産業を振興するというアプローチもあります。大企業との提携、経営計画の策定、資金調達などの相談が持ち込まれ、毎週マッチングを行っています。私がハンズオンする場合は、提携先やベンチャーキャピタルを紹介しています。

今後の医療提供の場は医療機関以外にも多角化し、厚労省所管の法律だけでは縛りにくくなっていくので、厚労省と経産省は手を結ぶ必要があります。「MEDISO」と「イノハブ」は連携しており、その意味で、両省のプロジェクトに関わらせていただき、嬉しく思っています。

医師がベンチャー企業の経営に関わることは、日本では特殊なキャリアで、ベテラ

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

ンの医師からは「何やってるんだ!」と言われ続けてきましたが、厚労省と経産省がベンチャー支援を始めたことで、私のようなキャリアもだんだん応援を得られるようになってきました。

■医師30人と共同執筆された『医療4.0（第4次産業革命時代の医療）』は2030年の医療を予見した内容ですが、反響はいかがでしたか。

加藤 「未来を見据えた活動をしている30人の医師についてご理解ください」という趣旨も込めて出版しましたが、若い医師や学生から「自分たちもこのように活動してみたい」「アイデアを持っているので話を聞いてほしい」などのメッセージを数多く受け取りました。50〜60代の開業医からは「今の制度では適切な医療提供が続かないから、このように変わってほしい。若い人たちが頑張っていることは嬉しい」というコメントをいただきました。

一方で「医師は目の前の患者さんを診ることに専念

すべきで、金儲け志向のベンチャーに関わることは医師としてふさわしくない」「10年ぐらいの経験で医師を語るな」という批判も寄せられましたが、全体として好意的な意見が多かったですね。

書籍はビジョンの目印になります。出版する前は勉強会を開いても8人くらいしか集まりませんでした。出版した後は100人以上が集まるようになりました。

■日本でオンライン診療が普及していない理由はどのようなこととお考えですか。また、これからのオンライン診療の展望についても聞かせください。

加藤 オンライン診療のメリットとデメリットについては、オンライン診療を経験していない方々がいろいろとコメントをするから、あいまいな議論が飛び交ってしまっているのです。例えばオンライン活用で診療が効率化するわけではありません。高血圧の患者さんが対面診療で「血圧は変わっていませんね」と3

分間で言われる場合、オンラインでも診療時間は3分です。対面で10分かかる診療はオンラインでも10分かかります。対面か画面かの違いだけです。

メリットとしてよく言われる「オンラインなら患者さんの日々のデータを参考にすることがができる」という意見も間違っています。データは対面で参考にしてもよいのですから。

オンライン診療を普及させる意義には、忙しくて通院できず病状を悪化させてしまう方などのために「医師の引き出しとして持たせてほしい」という願いがあります。今のところ対象疾患が限定されていて、眼科にはその引き出しがありませんが、限定的な問診で得る情報にも患者さんに役に立つことがあります。だからオンラインという引き出しを持たせてほしいというのが、私の考えです。

■対面診療とオンライン診療は対立関係で議論されがちですが、実態は違いますね。

加藤 はい、違います。眼科医は簡単な問診であればオンラインで実施できますが、目の奥までオンラインでは診療できません。オンライン診療で目的とすることと対面診療で目的とすることは明確に違っているのです。

■初診からオンライン診療を可能とした時限的な措置は、コロナ禍が収束したら元に戻ってしまうのか、それとも時限的な措置から恒久的な措置に転換されるのか。どのようにご覧になっていますか。

加藤 短期的には一旦元に戻ると思います。2018年4月から電話再診がオンライン診療の際に認められなくなりましたが、コロナ対策で認められるようになりました。オンライン診療に電話再診が復活されたのです。厚労省が発表したオンライン診療を実施する1万2000医療機関も、電話再診だけの医療機関が相

当な割合で含まれています。ただ、いきなりオンライン診療を全面解禁すると対応できない開業医もいて、医療現

場が混乱するという意見もあります。その意見は理解できません。

■高齢化による社会保障費の増大、少子化に伴う医師不足や偏在、医師の働き方改革などの日本の医療の課題に対して、テクノロジーによってどのようなアプローチができるとお考えですか。

加藤 医師がテクノロジーでできること、できないことをしっかり認識する必要があると思っています。遠隔医療、AI、VR、5Gなど、テクノロジーはあくまでも手段であって、それを活用することが目的ではありません。医療の本質は健康な社会を創ることです。テクノロジーは万能ではありませんが、今まで解決できていなかった課題が解決できるようになる可能性があるのではないのでしょうか。テクノロジーができることをしっかり理解して、令和の時代の、社会にとって一番適切な医療の形を考えることができたかと思っています。

黎明期から業界牽引する

国内トップのオンライン診療システム

様々な情報システム開発事業者が参入するオンライン診療システム市場。この市場で先行するメドレーの「CLINICS オンライン診療」の利用医療機関数は、国内でトップの実績を上げた。豊富な活用実績の裏には、患者と医師双方が安心して利用できるサポート体制があるという。執行役員の田中氏に、同社の強みや医療ICT化の展望を尋ねた。



株式会社メドレー 執行役員
CLINICS 事業部長

田中 大介 氏

■御社の医療プラットフォーム事業の概要やオンライン診療システムのセールスポイント、他社との差別化について教えてください。

にも取り組んでいます。

「CLINICS オンライン診療」は、WEB予約・事前問診・ビデオチャットでの診察・クレジットカード決済・薬／処方せんの配送サポートなどの各種機能を備え、実績豊富なオンライン診療システムです。

■これまでの経歴と現在のお立場をお聞かせください。

田中 東京大学経済学部経済学科卒業後、国内金融機関を経て2011年にGooglerに入社しました。メドレーには2016年に参画し、執行役員CLINICS事業部長としてオンライン診療システムやクラウド型電子カルテなど医療機関向けのクラウドサービスを展開するCLINICS事業全体の責任者を務めています。

田中 日本最大級のオンライン診療システムである「CLINICS オンライン診療」を中核として、患者と医療機関双方にとって、テクノロジーの恩恵を受けることのできるプラットフォームづくりを目指しています。生活者のための医療情報メディア「オンライン医療事典 MEDLEY」、介護情報サービス「介護のほんね」など、生活者に向けた適切な情報提供の領域

サービスの特徴は、制度や事例に精通したサポートチームを備えていることです。この領域は様々な規制、複雑なルール、多様な活用方法が存在しており、マニュアルだけでは十分でないことの方が多いです。黎明期からシステムの提供・改善を続けてきたメドレーには多くの導入や活用の実績があり、そこで得られた知識や経験をもって専門チームが医療機関をサポート

しています。患者向けサポートデスクも完備され、医師と患者双方が安心して利用できる体制が整っています。

さらに、患者データ等の医療情報を取り扱うに当たって重要なセキュリティ対応も、当社の特徴です。個人情報保護の認証マークである「TRUSTe」や国際標準規格の情報セキュリティ体制に対する認証（ISO/IEC 27001・2013）を取得しました。オンライン診療システムとしては唯一のクラウドサービスのに関する国際的な情報セキュリティ認証（ISO/IEC 27017・2015）も取得済みです。

■最新の調査で業界導入シェアナンバーワンとなっていますが、活用状況についてもお聞かせください。

田中 診療所を中心に全国で活用が進んでいますが、東大病院、東北大学病院をはじめ大学病院などの中核病院でも利用が拡大しています。累計診察回数は2020年6月時点で10万回を超えています。

産官学との連携にも積極的で、今年に入ってから「国家戦略特区千葉市が取り組むオンライン服薬指導事業」「厚生労働科学特別研究事業として順天堂大学革新的医療技術開発研究センターが実施するオンライン診療の有用性検証」「埼玉県産婦人科医会と協力推進する妊産婦向け心のケア無料オンライン相談事業」「神奈川県とメドレーが連携して実施する入院患者のためのオンライン面会の実証事業」などに取り組んでいます。

■日本ではオンライン診療がなかなか普及していませんが、現状のオンライン診療の評価と課題について、どのようにご覧になっていますか。

田中 オンライン診療は今後も普及が予想される一方で、課題も存在します。ひとつは診療報酬上の評価です。「オンライン診療料」「オンライン医学管理料」の算定はいくつか条件があり、軽度のうつ病やアトピー性皮膚炎などとオンライン診療と相性がよいと考えられる疾患でも、現状

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

では「オンライン診療料」の対象外です。現場では、治療継続に対する効果を感じていた先生も多かったことから、今後の改定で、こうした疾患にも適応範囲が広がっていくのが注目されています。

また、薬の処方・交付も課題です。現在、処方箋は紙の原本を渡すことが原則です。オンライン診療では、診療後に医療機関が患者宛に処方箋を郵送しているため、患者が処方箋を受け取るまでにタイムラグが発生してしまいます。薬の受け取りまでを含めた運用方法の見直しが必要でしょう。

■時限的・特例的な措置はコロナ収束後に、どのように扱われると見通されていますか。

田中 現在は時限措置としての規制緩和ですが、ポストコロナにおいても一定緩和を維持するべきであるという声も挙がっており、ていねいな議論が行われることを期待します。ある意味で、今は医療の在り方を考え直す機会とも言えます。多くの活用により積み上がったファクトをしっかりと

り振り返り、議論を積み重ねていくことが、今後のオンライン診療、ひいては持続可能な医療体制の構築につながっていくのではないのでしょうか。

■海外のオンライン診療では何が特徴に挙げられますか。

田中 米国ではオンライン診療が一般的に利用されていますが、治療成績の改善を重視して最適な手段を柔軟に選択できることが普及につながっています。とくに、精神科、脳卒中、皮膚科、プライマリケアなどの長期的な継続治療が重要な診療科で利用されています。「治療成績向上と重症化予防のためのオンライン医療」といった認識が確立されており、日本よりも一歩先を行っているのではないかと考えます。

■少子化による医師不足・偏在化、高齢化による社会保障費の増大など日本の医療の課題について、どのように捉えておられますか。

田中 日本の医師数は人口1000人あたり2.4人と先進国のなかでも比較的少ない

一方、患者1人あたりの受診回数は年間12・6回で、OECD加盟国の平均6.8回の倍近いのです。さらに、pay for serviceの診療報酬体系に加えフリーアクセスと安価な医療費を背景として、日本の医療提供量は世界でもっとも高く、これを抑制する仕組みがないため、現場が疲弊してきます。

この先、高齢化で患者が増えるとの予測があるなかで、医師はすぐには増えません。効率を上げるか、医療の質を落とすかしか選択肢がないことは自明ですが、後者の選択肢はとれないため、前者に取り組まざるをえません。しかし現在、日本では医療のICT化が圧倒的に遅れています。例えば電子カルテの導入率は全国で約38%であり、ノルウェーの98%、イギリスの97・5%、アメリカの86%と比較しても低さが目立ちます。この状態が続くと、近い将来、日本の医療体制は限界を迎えるのではないのでしょうか。

つまり持続可能な医療体制構築のためにも、医療のICT

T化は喫緊の重要課題であると考えられます。

■DX（デジタルトランスフォーメーション）の進展に伴って、日本の医療や社会はどのように変貌するのか、所見をお聞かせください。

田中 医療に限らず、ICT化のポイントは「人よりもICTのほうが得意な領域では積極的にICTを取り入れる」ことです。ICT化とは「アナログをデジタルに変換すること」と言い換えることが可能で、「デジタル化」のメリットは、物理的な制約が取り払われることによって大量のデータを正確に扱うことができるようになることです。例えばオンライン診療は物理的な（距離的な）制約が取り払われた代表的な事例であり、電子カルテの活用によってカルテデータの検索性と保存性は飛躍的に向上します。昨今目覚ましく進歩しているAI画像診断においても、大量のデータが扱えることがポイントになっています。

このような観点を持ち、医

療現場においても人がやったほうがいいこと（アナログであるべき領域）とICTに任せたいほうがいいこと（デジタルが得意な領域）を分けて、適切な役割分担を行っていくことが大切です。

■御社は医療プラットフォーム事業にどのような展望を描いておられますか。

田中 お話ししたように「ICTの活用」のポイントは「デジタルが得意な領域とアナログであるべき領域を適切に分類したうえで、デジタルが得意な領域において積極的に様々なサービスを取り入れていくこと」です。メドレーの医療プラットフォーム事業では、医療従事者一人ひとりが「より多くの患者と向き合う時間を1秒でも長くつくる」という、ある意味人間にしかできないアナログな領域に最大限リソースを割けるよう、クラウド型の電子カルテやオンライン診療システムにとどまらず様々なデジタルサービスを提供したいと考えています。

（文／編集部）

オンライン診療のサービス開発で 医療・健康管理を包括的に支援

国内だけで8400万人のユーザーを持つLINEとエムスリーの医師会員28万人超のネットワークを活用したオンライン診療サービスが、LINEヘルスケアよりリリースされる見通しだ。LINEヘルスケアは、経済産業省と厚生労働省との取り組み実績もある。LINEの汎用性がどう反映されるのか、室山社長に展望を尋ねた。



LINE 執行役員
LINE ヘルスケア 代表取締役

室山 真一郎 氏

し、取締役として経営企画と財務を統括しました。14年に入社したアマゾンジャパンでは、ハーライン事業

■室山社長のご経歴を教えてください。

室山 1995年に同志社大学経済学部を卒業し、住友海上火災保険株式会社（現三井住友海上火災保険株式会社）に入社しました。8年後の2003年にハウスウェディングの株式会社テイクアンドギヴ・ニーズ（東証一部）に入社し、11年在籍しました。この間、海外子会社を含め10社近い子会社の設立を担当

本部総合家電事業統括として6つの事業部を統括しました。そして3年後の2017年、LINEの執行役員に就任し、2019年にLINEヘルスケア株式会社設立に伴い社長に就任しました。これまで移籍のたびに異なる業種で働いてきましたが、経営者としてのコンピテンシーをどう身に着けるかに一貫して力を注いできたと思っています。

■28万人以上の医師会員と16万人以上の薬剤師会員とのネットワークを持つエムスリーと8400万人のユーザーを持つLINEの共同出資でLINEヘルスケアが設立されました。どのような経緯を辿ったのでしょうか。

室山 アマゾンに3年在籍した時代、世界ナンバーワンの会社で家電販売の責任者として仕事をさせていただき、ネットの世界で新しい価値をつくりたいと思うようになりました。そのためには大きな舞台装置が必要ですが、幸いにも上場直後のLINEとご縁をいただき入社したのです。与えられたミッションは新規事業開発で、そのひとつにヘルスケアを選び、事業構想や

事業戦略を策定しました。

LINEには、世界中の人と人、人と情報・サービスとの距離を縮める「CLOSING THE DISTANCE」というミッションがあります。国内で月間ユーザー8400万人という規模と1対1のコミュニケーションができるという特性を考えた場合、究極の自分事である健康に活かせると考え、世界最大規模の医師会員を持つエムスリーさんと組めば最強の布陣になるだろうと判断し、合弁会社のLINEヘルスケアを設立しました。

■どんな事業戦略を描いているのですか。

室山 ヘルスケアの領域は広いのですが、そのなかで我々の一番のフォーカスポイントはオンライン診療だと思っています。日本ではオンライン診療の運用は非常に厳格に定められていて、ビジネスとして広く展開できる現状はありませんが、諸外国の例を見れば広く展開できる時期が必ず到来します。その時期までにヘルスケア領域で基盤を作る

うという趣旨で始めたのが、オンラインを活用した「遠隔健康医療相談」事業です。医療行為ではなく医師による一般的な健康相談サービスです。将来的には、健康管理、相談・診療、服薬というサイクルをワンストップで廻していくというバリューチェーンを実現できればと考えております。

ただし、オンラインはひとつの手段であり、ユーザーさんが望むのは長く健康であり続けることなので、我々はオンラインとオフラインをシームレスに融合させたユーザビリティを追求していきたいと思っています。リアルな病院、リアルな薬局、普段の生活などをつなぐバリューチェーンのなかにオンライン健康相談やオンライン診療が存在するイメージです。

■チャット形式で医師に相談ができる「オンライン健康相談サービス」の利用者数や登録医師数の推移について教えてください。

室山 今年1月に正式にサー

「コロナ禍で利用拡大する オンライン診療の将来を展望する」

ビスをスタートさせて、すぐにコロナ問題が起きたことで、1月から2月にかけてユーザー数は40倍に伸びました。3月、4月以降も感染拡大前と比較するとかなりの勢いでユーザー数は伸びています。登録医師は約2000名です。エムスリーさんの募集によって、今のサービス規模なら十分に余力を持てる医師数を確保しました。

■このサービスは経済産業省が3月に実施した無料の健康相談窓口の支援事業に採択されました。反響はいかがでしたか。

室山 採択していただいたことで利用者は急増しました。そして、採択実施期間が延長となり、本サービスも8月31日まで無償提供しています。

■時限的・特例的な措置として初診からオンライン診療が保険適用されることになりましたが、コロナ問題が収束して以降も、恒久的な措置に切り替えるべきだという意見もあります。室山社長はどのように成り行きを見通していますか。

室山 時限的な措置にとどめるか、恒久的な措置にするかは、お立場によって様々な意見があるかと思っています。いろいろな方々とお話させていただいたうえで私の私見としては、明確な賛成派や反対派よりも、慎重派の方々が多いという印象を持ちました。この実態を踏まえたうえで、我々はしっかりとエビデンスを出しすることによって、慎重派の方々が懸念されている問題を解消していきたいと思っています。

我々はオンライン診療という全く新しい医療が登場して、既存の医療に置き換わることは考えていません。我々が提供するオンライン診療は既存の医療と融合して、拡張するものだと思っています。テクノロジーの採用で今の医療サービスが拡張すればよいと。

オンライン診療の限界も十分に承知しています。現在の医療環境における物理的な制約、時間的な制約、コロナ禍での受診抑制などを乗り越え、医療リソースや知見を拡張する手段として、オンライン診療サービスが普及していければと思っています。

■オンライン診療への懸念に對して、どのように取り組む方針ですか。

室山 医師の方々からオンラインで入手できる情報には制約があるという意見を伺いました。その通りです。懸念される意見を否定するのではなく、解像度を高めて議論をしたいと考えています。入手できる情報をどのように正しく入手して、医療行為の質を高めるか、患者さんの満足度を高めるか。これが我々の提供できる価値のひとつで、エビデンスを構築してお届けする方針です。

一方、4月10日に施行された初診からのオンライン診療保険適用を受けて、LINEヘルスケアは4月末に、LINEビデオ通話をより最適にオンライン診療へ活用いただくために「オンライン診療マニュアル」を医療従事者向けに公開しました。ダウン

ロード数はすでに約2000件近くに達しています。オンライン診療の問題点を調査すると、病気や怪我の相談は突発的に発生するのに、患者さんはアプリを探して、パスワードを入力して、支払方法を設定するなどセットアップに手間取るという実態が分かりました。

その点、LINEならば高齢者も日常的に利用しているアプリなので、新しいインターフェースに慣れる必要はありません。お友達やお孫さんとの対話と同じように医師と対話できるので、導入ハードルが低いのです。この利点を活かしてヘルスケア事業で社会的責任を果たしていきたいと思っています。オンライン診療のアプリは年内のリリースを目標に鋭意開発中です。

■LINEのアプリは厚生労働省も新型コロナウイルスの調査で活用しました。見方によって、経産省と厚労省を囲い込むスケールの大きな仕掛けを行ったのではないかと。そんな印象を持ちました。

室山 LINEが汎用的なコミュニケーションインフラとしてご認識いただけて、提携に至ったと思っています。ありがたいことです。各省庁も国会議員の方々も新型コロナウイルスという未曾有の事態に対して、スピードをもって対処しなければならぬとお考えになられていることも、LINEが選ばれたことに至ったのではないかと受け止めています。

■オンライン診療のアプリをリリースして以降、医療提供側へのアプローチ方法を説明していただけますか。

室山 オンライン診療の時限的な措置が恒久化されるのか、それとも何らかの変更が加わった措置に変わるのか、遠隔服薬指導の規制はどうなるのかなど法令やガイドラインに関わる変数が多いので、適正に運用されるように業界団体などにも働きかけを継続的にしていきたいと考えております。