

■ 研究ノート

コロナ禍における遠隔医療に関する一考察

—ペイシェント・セントリシティの評価を手掛かりに—

吉村 理津子

(京都女子大学大学院研修者)

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は、各国の経済や社会生活、医療のあり方に甚大な影響を及ぼした。わが国の医療現場についていえば、感染者への医療提供体制の逼迫、通常医療における「受診控え」等が挙げられる。「受診控え」は、感染を過度に恐れるあまり、医療機関の受診を極力回避したい、という患者らの受療傾向であり、この事例が増えるにつれ、通常医療の現場では、遠隔医療という代替手段に注目が集まるようになり、その適用例のひとつ、オンライン診療を中心に各地の医療機関が本医療を導入するようになった。遠隔医療については、政府主導の取り組みが進められていることから、COVID-19感染収束後も本医療に対するニーズの増加傾向は変わらないと予測されている。ところが、遠隔医療をとりまく状況については、マスメディアによる報道が決して十分とはいえず、また利用者の視点にたった情報も非常に乏しく、全体像の把握が容易ではない。このような中、患者（家族）が確かな情報をもたないまま遠隔医療に臨んだ場合、ペイシェント・セントリシティ（患者中心性）は正しく満たされるのか、疑問である。COVID-19感染拡大収束への道筋が不明瞭な現状を踏まえると、ニーズの高まりが予測される遠隔医療の知見を幅広く収集・整理し、わかりやすい情報として利用者に提供することは急務である。本稿では、その一端を担うことを目的として遠隔医療に関する文献調査を行い、概念、取組みの軌跡、現状、有益性と課題を論じる。最後に、遠隔医療を代表するオンライン診療の有益性および課題についてペイシェント・セントリシティという観点から考察を行う。

キーワード：受診控え、遠隔医療、オンライン診療、オンライン服薬指導、ペイシェント・セントリシティ

はじめに

2019年以降世界中を席卷した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は、各国の経済や社会生活はもとより、医療のあり方にも甚大な影響を及ぼした。わが国の医療現場についていえば、まずは感染者への医療提供体制の逼迫が挙げられるが、この問題に関しては、さまざまな施策が講じられており、その実施状況と現場の動静をマスメディアが日常的に報じているため、実態は周知されている。

この状況下、国内の医療現場に生じたもうひとつの顕著な現象が、通常医療における「受診控え」であった。これは、感染を過度に恐れるあまり、診察や健診を目的とする医療機関の受診を極力回避したい、という患者らの受療傾向を示すもので

あり、2020年10月の調査¹⁾では、その回答者の約50%が「受診控え」をしていた。この現象は、しかしながら、「自己判断による『受診控え』は持病の悪化、重大疾患の発見の遅れ等健康上のリスクを高める可能性がある」との医療関係者からの懸命な呼びかけが功を奏し、一過性の傾向として徐々に落ち着きを見せ始めている²⁾。一方、「受診控え」の事例が増加傾向にあった中、遠隔医療という代替手段に注目が集まるようになり、その代表的な“Doctor to Patient”モデルを利用したオンライン診療を各地の医療機関が導入するようになった³⁾。加えて、遠隔医療について政府主導の取り組みが進められていることから、COVID-19感染収束後も本医療に対するニーズの増加傾向は変わらないと予測されている。ところが、遠隔医

療をとりまく状況については、マスメディアによる報道が決して十分とはいえず、また利用者の視点にたった情報も非常に乏しく、全体像の把握が容易ではない。このような中、患者（家族）が確かな情報をもたないまま遠隔医療に臨んだ場合、いわゆるペイシエント・セントリシティ（患者中心性）は正しく満たされるのか、疑問である。

COVID-19感染拡大収束への道筋が不明瞭な現状を踏まえると、ニーズの高まりが予測される遠隔医療の知見を幅広く収集・整理し、わかりやすい情報として利用者に提供することは急務である。本稿では、その一端を担うことを目的として遠隔医療に関する文献調査を行い、概念、取組みの軌跡、現状、有益性と課題を論じる。最後に、遠隔医療を代表するオンライン診療の有益性および課題についてペイシエント・セントリシティという観点から考察を行う。

1. 遠隔医療総論

第1節では、遠隔医療の概念、取組みの軌跡、現状、有益性と課題を論じる。

1-1. 遠隔医療の概念

日本遠隔医療学会によると、遠隔医療（telemedicine）は「通信技術を活用した健康増進、医療、介護に資する行為」と定義されている⁴⁾。また遠隔医療の目的は、医療行為の実現に必要な情報を医療者、患者（家族）等当事者の間で円滑に伝達・提供・共有しあい、地域全体に隔たりなく適切な医療、介護サービスを提供すること、と示されている⁵⁾。

遠隔医療を分類する際、情報の伝達・提供・共有をどの当事者同士で行うか、ということを目準にする場合がある⁶⁾。ここでは、その分類法に基づいた代表的な2モデルを紹介する。

1) “Doctor to Patient” モデル^{7),8)}

医師と患者（家族）間に適用されるモデルで、へき地や離島に住む患者、もしくは自宅や介護施設等でなどで療養中の患者を対象にしており、主な適用例としてオンライン診療（telecare）、オンライン受診勧奨（online medical advice）、および遠隔健康医療相談（teleconsultation）が挙げられる。

オンライン診療は、固定電話機、テレビ電話機、スマートフォン、PC等の情報通信技術（information communication technology：ICT）を介して医師が診察や診断を行い、リアルタイムで診断結果の伝達や処方等の診療行為を行うものであり、患者（家族）が、現在の居所においていつでもおりの外来診療あるいは在宅診療を受けることを可能にするシステムである。ただし、症状によってはICTを介しての診断や処方が難しいことがあり、この場合は対面診療や受診勧奨に切り替えられる。オンライン診療では、その基本理念として「医師-患者関係と守秘義務」、「医師の責任」、「医療の質の確認及び患者安全の確保」、「オンライン診療の限界などの正確な情報の提供」、「安全性や有効性のエビデンスに基づいた医療」、「患者の求めに基づく提供の徹底」の6つを掲げている。

オンライン受診勧奨は、（上述のオンライン診療と同等の情報通信機器を介して）医師が診察を行い、リアルタイムに医療機関への受診勧奨を行うものであるが、ただし、患者（家族）に具体的な疾患名や医薬品名を告げたり、処方等を行うことはできない。

遠隔健康医療相談は、医師または医師以外の医療者（看護師、薬剤師、保健師等）が、同上の情報通信機器を介し、患者（家族）に一般的な医学的情報の提供や助言を行うものである。ただし、その範囲はあくまでも情報提供や助言に限定され、これを医師が行う場合は、患者の個別的な状態を踏まえた診断など具体的判断は含めてはならず、また、これを医師以外の者が行う場合は、疾患の可能性の示唆、診断等の医学的判断等を伴ってはならない、とされている。

上記オンライン診療とオンライン受診勧奨は、2018年に厚生労働省が策定した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づいて実施されるが、遠隔健康医療相談については適用外である。

なお、この“Doctor to Patient”モデルから派生したものとして、医師と患者の間に看護師等の医療者が介在する“Doctor to Nurse to Patient”モデルもある。

2) “Doctor to Doctor” モデル⁹⁾

医師同士間に適用されるモデルで、例えば、臨

床医が特定機能病院の専門医に診療上の情報提供を依頼する、あるいは、外科医が大学病院の病理医に病理診断を依頼する、等のプロセスが考えられる。本モデルの利用は、国内では1990年代から遠隔病理診断、遠隔放射線診断等の領域に限定されていたが、ネットワーク環境の整備が進んだ2000年頃から遠隔通信技術を使用した情報や技術の授受が可能になった。このため、かつては臨床医と専門医間での利用が主体であったが、最近では専門医と専門医間の情報・技術のやりとりにも利用されている。

1-2. 遠隔医療への取組みの軌跡^{10), 11), 12), 13)}

国内における遠隔医療の取り組みは1980年代に始まったが、本格化したのは1996年厚生省(当時)に遠隔医療研究班が設置された頃からである。その当時、遠隔医療は医師法第20条で禁じられていた無診察診療に該当する、と解釈されていたが、1997年にその規制が条件付きで緩和された。すなわち、へき地や離島等対面診療が困難な地に在住し、病状が安定しており、かつ在宅療養で病状改善が期待できる症例であれば(再診に限り)遠隔医療が認められるようになったのである。その適用範囲は、2015年にはさらに拡大され、都市部在住の慢性期疾患症例にも認められることとなった。医師・患者(家族)間においてICT経由でリアルタイムに実施される診療行為は、かつては「遠隔診療」と称されていたが、2018年厚生労働省が策定した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の中でオンライン診療へと改称され、遠隔医療の代表的な手段として位置づけられるようになった。

遠隔医療における診療報酬制度の適用に関しては、以前は、遠隔放射線画像診断、遠隔病理診断等の“Doctor to Doctor”モデルに限定されていたが、2018年の診療報酬改定時にオンライン診療料、オンライン医学管理料が新設されると、“Doctor to Patient”モデルにも適用が拡張され、これにより、遠隔医療、とりわけオンライン診療の診療報酬の仕組みが正式に始まった。

オンライン診療の扱いについてはその後も規制緩和が続き、COVID-19感染が全国規模で拡大し

始めた2020年4月、それまで適用外であった電話診療(固定電話機あるいはスマートフォン上の会話を利用して実施される診療)も含み、初診での受診が感染流行期に限定して解禁となった。(ただし初診の電話診療は、医師が患者を十分に診察せずに処方を行う、という不適切な事例が生じるのを懸念し、厚生労働省が再度これを禁止する方向で検討している。)またこれと並行し、2020年9月よりオンライン服薬指導(online medication teaching)が解禁となった。これは2019年の医薬品医療機器等法の改正に伴って決定したことであり、在宅訪問診療時あるいはオンライン診療時に医師が発行する処方箋に基づき、スマートフォンやPC上のビデオ通話を介し、患者(家族)が自宅に居ながらにして薬剤師から服薬について説明を受けたり、あるいは薬剤を受領することを可能にするサービスである。ただし、この運用ルールについては、今後の実績を踏まえて見直しが図られる予定である。さらに2021年6月、政府が規制改革実施計画の中で初診からのオンライン診療の適用を2022年度から無条件で恒久的に解禁し、これに併せ診療報酬の評価を見直す、という方針を打ち出した。

1-3. 遠隔医療の現状

1-1項で述べたように、遠隔医療を当事者で分類した場合、“Doctor to Patient”モデル、および“Doctor to Doctor”モデルに大きく二分される。ここでは、“Doctor to Patient”モデルの主な適用例であるオンライン診療とオンライン服薬指導をとりあげ、各々の現状として、導入施設数、実施数、認知率、利用意向率を示す。続いて、オンライン診療とオンライン服薬指導の実施プロセスを記す。

1) 導入施設数、実施数、認知率、利用意向率

厚生労働省が主催する「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」の調査結果(図1)によると、オンライン診療の実施施設として届け出た国内医療機関の数は、2018年7月の時点で970ほどであったが、COVID-19感染拡大の開始から約16か月を経た2021年4月末には約16,843施設に達しており、これは日本の全医療機関の15%に相当する^{14), 15)}。また、オンライ

ン診療の実施件数は、診療報酬の適用開始から約1年後の2019年4月の時点で100件ほどであったが、第1回緊急事態宣言解除後の2020年6月の時点で5,761件（うち4,091件は電話診療）と大幅に増加した¹⁶⁾。これらオンライン診療の導入施設数および実施件数の値を単純にCOVID-19感染拡大開始前と比較すると、確かに大きな伸びを示しているように思われる。しかしながら、図1を見ると、2020年6月末時点で施設数が16,095であるのに対し、10か月後の2021年4月末時点で16,843と、伸び率はわずか1.7%であり、ほぼ横ばい状態であることにも注目しなければならない。一方、オンライン服薬指導については、全国の大手調剤薬局、調剤併設ドラッグストア計59,613施設のうち約10%がシステムを導入しているが、実施率は、全国の1か月分の処方箋数に対し2020年5月は0.61%、6月は0.37%と低迷した¹⁶⁾。

オンライン診療の認知率と利用意向率については、2020年9月、加療中の1,815人を対象に実施された調査によると、全体の約50%が「知っている」と回答。1,815人中1,673人は利用未経験者であったが、そのうちの13.4%が「COVID-19感染拡大中は受けたい」、39.2%が「利用に関心がある」と回答し、利用未経験者であっても約半数

がオンライン診療の利用に前向きであることがわかった¹⁷⁾。また、同年6月、患者5,000人を対象とした電話診療を含むオンライン診療の利用調査において、電話診療の認知率は34.5%であり、そのうち、実際に利用に至った人の割合は14.4%であった¹⁸⁾。一方オンライン服薬指導に関しては、2021年5月に成人1,324人を対象にした調査では認知率は52.2%であった。また、本サービスの利用経験者100人中76%、および利用未経験者1,224人中58%が、今後これを利用したい、という意向を示した¹⁹⁾。

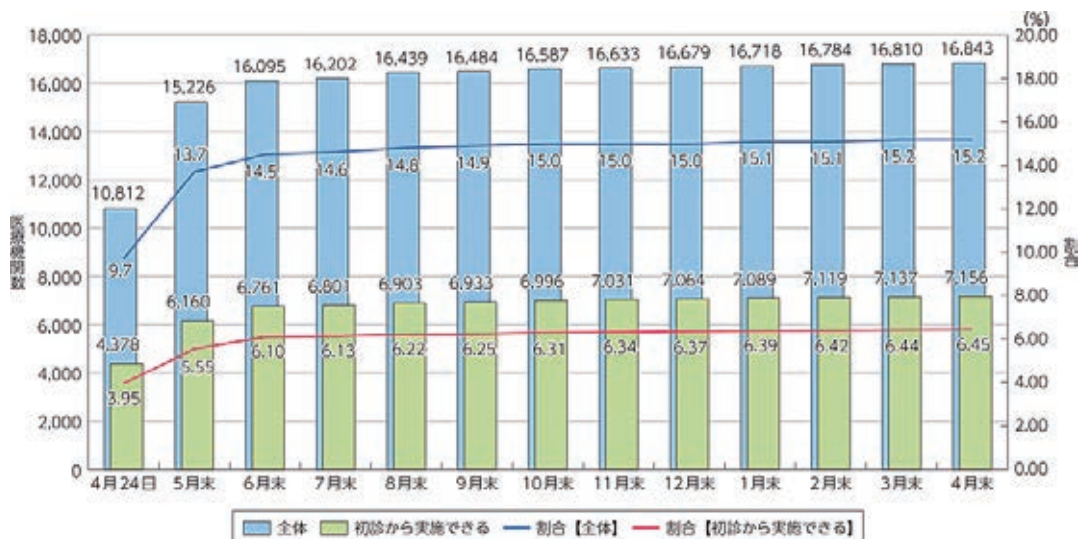
なお、国内医療機関で導入されているオンライン診療用アプリケーションには、(株)MICINの“クロン”、(株)メドレーの“クリニクス”、オンライン服薬指導用アプリケーションには、(株)KDDI、ホワイトヘルスケア(株)、(株)MICINが協同開発した“au ウェルネス”があり、いずれもスマートフォンでの使用が可能となっている^{20,21)}。

2) 実施プロセス

患者がオンライン診療、オンライン服薬指導に臨む際それぞれどのような手順をふむのか、典型的な実施プロセスを以下に示す。

オンライン診療の場合：^{22),23)}

1. テレビ会議が可能な端末（PC/スマー



〔出典〕厚生労働省ウェブサイト「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（2021年5月31日開催）配布資料」1-2

図1 時限的・特例的な取扱いに対応する医療機関の数（令和2年4月～令和3年4月）

- トフォン／タブレット)を準備する。
2. かかりつけ医もしくは受診を希望する医療機関にオンライン診療が可能かどうかを確認する。(初診受診先は、緊急時対応を考慮し、近隣機関の選択が推奨されている。)
 3. 予約方法(オンライン予約か電話予約か)を確認し、予約をとる。(オンライン予約の場合はこの時点で被保険者証のコピーをメール等で医療機関に送付する。)
 4. 医療機関からリマインダーが届いたら、問診票に入力、支払い方法を確認する。
 5. 診察当日は端末の充電状態・電波を確認する。医療機関側からオンライン接続で診察開始が促される。診察開始前、相互に本人確認可能な書類等を提示し合い、診察開始。
 6. 診察の最終段階で医師が処方箋を発行する際、オンライン服薬指導を希望する旨を伝え、指定の薬局に医師から処方箋情報がファックス等で通知される(原本は薬局に別途郵送される)。
 7. 支払い手続きをとる(領収証、明細書は患者宅に送付される)。

オンライン服薬指導の場合²⁴⁾：

1. オンライン服薬指導を受けるための端末(PC／スマートフォン／タブレット)もしくは固定電話機を準備する。
2. オンライン服薬指導を実施する薬局リストから指導元の薬局を決めておく。
3. オンライン診療の際、医師に薬局名を告げる。
4. 当該薬局から連絡が入るか、あるいは患者側から連絡を入れる。
5. オンライン服薬指導の日程を決定する。
6. 指導当日は、医師作成の処方箋に基づいて薬剤師が作成した服薬指導計画書に沿って指導が行われる。
7. 薬局から送られてきた薬剤を受領後、薬剤師から服薬方法について再度オンラインで説明を受ける。
8. 支払い手続きをとる。

1-4. 遠隔医療の有益性・課題

1) 有益性^{25), 26)}

まず、平常時における遠隔医療の有益性について記す。へき地や離島等対面診療の実施が困難な地域の住民にも平等に医療を提供すべき、という考えに基づけば、遠隔医療は不可欠であり、患者にとってのメリットは非常に大きい。最近のモバイル技術の進歩はめざましく、それに伴い、特にオンライン診療の品質は大きく向上している。一例として、へき地や離島に住む患者が着用するデバイスから届いた値を医師が定期的に監視する遠隔モニタリング・システムをとりあげよう。本システムでは、患者(家族)の負担要因となっている医療機関への移動時間、待合室での待機時間が皆無になり、この点は、特に高齢者や障害者、あるいは仕事を持つ患者にとってのメリットとなる。あるいは、不要な通院や入院を回避できる可能性もあり、これは患者(家族)、医療者双方にとってのメリットとなる。他方、医師側が受けるメリットとしては、同じ状況下の患者の状態を継続して把握することができること、患者データを複数の医師間で共有でき、かつ、これが病状の変化や慢性疾患の早期発見につながること、等が挙げられている。

一方、COVID-19感染拡大開始以降の状況下で見出された有益性は次のとおりである。第一に、感染疑いのある患者に対し、初期的なオンライン診療を提供することが感染拡大の水際対策になる、という点。また、感染症以外の患者にとっては、道中もしくは院内で感染する、あるいは自身が感染源になる、等のリスクを回避できるという点にも大きなメリットがある。

加えて、遠隔医療、特にオンライン診療については、平常時あるいは感染拡大時という客観情勢を超えた有益性が示唆されている。それは、潜在疾患の早期発見の可能性である。

前述したように、初診からのオンライン診療の適用を2022年度から恒久的に解禁する、という方針を政府が打ち出しているが、これにより、高齢者、障害者にとって、オンライン診療受診のハードルはおそらく低くなると思われる。ここに、(上述した)医師側が受けるオンライン診療のメリッ

ト、すなわち、かかりつけ医として医療介入を継続したときの効果が加わると、重篤な疾病発症を早期予防でき、しいては患者（家族）の治療負担や社会負担が大きく軽減されることになり、これこそがオンライン診療の最も重要なメリットとなる。

2) 課題^{27), 28), 29)}

遠隔医療の課題についてはオンライン診療に関するいくつかの報告から論点を整理し、①患者側からみた課題、②医師側からみた課題、③行政施策上の課題、の3項目に分けて記すこととする。

①患者側から見た課題

オンライン診療では、処置や検査、聴診・触診が不可能であることから、問診、視診等の結果で判断することが前提となっている。よって、オンライン診療の適応疾患は、胃腸炎や喘息等薬剤で症状緩和が期待できるもの、アレルギー性鼻炎や蕁麻疹等問診に基づいて診断可能なもの等で、耳鼻科、歯科、整形外科、形成外科は除外されている。かつ、患者は体調が安定しており、日々の生活に支障がない症例が望ましい、とされており、オンライン診療を受けられる症例は全般的にかなり限定的である。

オンライン診療は、ビデオ通話を介して医師の診療を受けることになるため、まず、スマートフォン、PC、タブレット端末を自宅で使えるようにし、かつオンライン診療専用のアプリケーションをあらかじめダウンロードしておく必要があり、IT機器の使用が困難な障害者、あるいは高齢者にとっては必ずしも利便性が高いとはいえない。

②医師側からみた課題

対面診療に比べ、病状の見落とし・誤診の可能性が高いこと、がデメリットとして挙げられている。さらには、報酬面での課題も指摘されている。これは診療報酬点数の低さに由来しており、同じ内容の診察を行った場合、対面診療では3,880円～17,210円と算定されるのに、オンライン診療では一律2,400円しか請求できず、オンライン診療を行うインセンティブの乏しさが挙げられている。

③行政施策上の課題

2020年4月、それまで適用外であった初診からのオンライン受診が感染流行期に限定して解禁と

なり、その後2021年6月、その適用を（2022年度より）恒久的に解禁する、との方針を政府が明らかにしたのは前述のとおりである。この政府の方針変更については、マスメディアの報道、全国保険医団体連合会の提言等からいくつかの情報が得られたので紹介する。

- ・読売新聞記事（2020年4月30日）：厚生労働省は、オンライン診療については医療の「安全」や「質」を盾に慎重姿勢を見せていたのだが、2020年3月末安倍元総理が経済財政諮問会議でオンライン診療の拡充を示唆したことにより様相は一変した。すなわち、政府に押し切られた形で厚生労働省が初診からのオンライン診療を容認せざるを得なくなり、4月10付でそれを解禁した³⁰⁾。
- ・産経新聞記事（2020年10月10日）：政府はオンライン診療の利便性のみを強調しており、その隙をついた不正行為や犯罪が発生している。医師が触診できないことを利用して患者になりました者が薬剤を不正入手した、あるいは、医師になりました者が患者を不正に診察して健康被害を与えた、等のなりすまし犯罪が報告されている³¹⁾。
- ・全国保険医団体連合会の提言（2021年7月5日）：医療の質や安全が確保されていないまま初診からのオンライン診療を恒久化するのは本末転倒であり、あくまでもオンライン診療は対面診療の補完にとどめるべきである。行政の再三の指導にもかかわらず、処方薬剤や日数制限等のルールを順守しない、あるいは、重篤疾患の可能性のある症例に対して受診勧奨を行わない、等の不適切な事例が報告されている³²⁾。

2. 遠隔医療の現況に関わる考察—ペイシエント・セントリシティの観点から—

第1節では、遠隔医療が日本の医療現場でどのように位置づけられるのか、情報を整理し、その結果を現状および有益性・課題として記した。わが国では、COVID-19感染症拡大に伴い、遠隔医療が普及の兆しを見せ始めており、それを適正かつ効率的に日本の医療に根付かせるには、今回課題として抽出されたことを慎重に検討することが

肝要と思われる。遠隔医療は、他のあらゆる形態の医療サービスがそうであるように、患者の視点に立った医療提供体制のもとで実施されなければならない。患者の視点に立った医療の中核を成すのは、ペイシエント・セントリシティ（patient-centricity：患者中心性）であり、日本では、看護情報学の専門家により、「患者（家族）の尊厳が考慮され、患者がタイムリーに情報を受け取れること、患者（家族）は任意に意思決定に参加できること、患者・家族・医療者が協働すること、医療の内容を必要に応じて見直すこと」という意義が与えられている³³⁾。遠隔医療、とくにオンライン診療は、受療行為においてハンディキャップのある高齢者、障害者、そして遠隔地に住む住民にとっては非常に利便性の高い医療サービスである。本節では、第1節で示した遠隔医療の現況の中から、その代表であるオンライン診療に関わるトピックを取り出し、有益性、および課題の両面からペイシエント・セントリシティの意義を検証する。

①オンライン診療の有益性の検証

- (a) 患者（家族）、医療者双方に有益な遠隔モニタリング・システムの一例として糖尿病患者のケースを示す。在宅の糖尿病患者が常時身に付けている持続型自己血糖測定器により、自動入力されたデータが遠隔地の医師のもとに届き、それを医師がリアルタイムで確認できる。医師は、必要と判断すれば患者に連絡をとり、対話を介して自己注射のインスリン量の変更を指示したり、あるいは、ビデオ画面に映し出された患者の様子から心理面を把握することも可能である。これら遠隔モニタリング・システムの有益性をペイシエント・セントリシティの意義に照らしてみると、「患者がタイムリーに情報を受け取ることができる」、「医療の内容を必要に応じて見直すことができる」という点と明確に合致する。このケースでは、医師・患者（家族）の関係が持続する可能性は高く、その過程において「双方間の協働」は意識せずとも実行されているはずである。
- (b) 潜在疾患の早期発見の可能性、かかりつけ医

による継続的な医療介入の有用性は、初診からのオンライン診療が解禁になり、オンライン診療のハードルが下がることによってもたらされるメリットである。解禁についてはさまざまな批判が上がっているが、これらのメリットは結果として患者（家族）にも大きな利益を与えることとなる。この点をペイシエント・セントリシティの意義に照らしてみると、「患者がタイムリーに情報を受け取ることができる」、「医療の内容を必要に応じて見直すことができる」という点と合致する。

②オンライン診療の課題の検証

- (a) 初診からのオンライン診療解禁後、処方薬剤や日数制限等のルールを順守しない、重篤疾患の可能性のある症例に対して受診勧奨を行わない、等の不適切な行為が報告されているが、これらは、ペイシエント・セントリシティの意義の中で最も重要な「患者（家族）の尊厳の考慮」の無視に等しいと思われる。厚生労働省は、オンライン診療を実施する医師に義務付けている「オンライン診療研修」の未受講者に対しては本医療の実施を固く禁じる等、厳しい措置を課すべきであろう。
- (b) 高齢者や障害者にとってオンライン診療に関わる操作が容易ではないという問題：オンライン診療の実施現場では、(株)MICINの“クロン”、(株)メドレーの“クリニクス”のほか、最近ではLINEヘルスケア(株)が“LINEドクター”というアプリケーションを上市し、話題を呼んだ。これら既存のアプリケーションは、そのほとんどがスマートフォンに対応して開発されているが、障害者や高齢者には操作や設定を容易に行えない人も多く、ITリテラシーが十分でない患者にとっては利便性が高いとはいえない。操作に慣れている患者からも、画面が小さくて医師の顔が見えない、音声聞き取れないといった苦情が出ている。一方医療者側からは、画面越しでは患者の状態を把握しにくい、通信状況により診察の質に悪影響がでる、等の指摘がある。この問題をペイシエント・セントリシティの観点から考察すると、オンライン診療を受ける前段階で患者が行き場を失い、「タイムリー

に情報を受け取る」、「意思決定に参加する」、「医療者と協働する」等のプロセスに進めなくなる可能性がある。ペイシェント・セントリシティに基づき、より患者に寄り添った製品開発の推進を期待する。

結語

COVID-19感染拡大下、注目を集めている遠隔医療について文献調査を行い、現状・有益性、課題を論じた。筆者は、いかなる形態の医療であれ、それを実施するにはペイシェント・セントリシティが最優先されるべきである、と考える。この理由から、今回の遠隔医療の調査結果について、ペイシェント・セントリシティの意義に基づいた検証・考察を行った。

謝辞

執筆にあたり、本学現代社会学部教授 霜田求先生にはきめ細やかなご指導、貴重なご意見を賜りました。心より感謝申し上げます。

〈注〉

- 1) ロシユ・ダイアグノスティックス(株)ウェブサイト
- 2), 20), 31) 産経新聞社ウェブサイト
- 3), 27) 黒木 (2020 : 11-14)
- 4) 東福寺 (2017 : 2)
- 5), 6), 23), 24) 総務省情報流通行政局 (2020)
- 7), 9) 物部 (2018 : 1023-1025)
- 8) 厚生労働省 (2018 : 5 - 9)
- 10) 東福寺 (2017 : 2)
- 11), 18), 19) デロイトトーマツグループウェブサイト
- 12) 落合 (201 : 1016-1017)
- 13) 医政局医事課 (2020)
- 14), 22) 厚生労働省ウェブサイト
- 15), 16), 17), 23), 26), 29) 高藤, 吉澤 (2021 : 100-111)
- 21) 日本経済新聞社ウェブサイト
- 25), 28) 飛田 (2020 : 3)
- 30) 林 (2020)
- 32) 竹田 (2021)
- 33) 吉村 (2020 : 182)

〈参考文献〉

- 医政局医事課, 2018「オンライン診療の適切な実施に関する指針」厚生労働省
- 落合孝文, 2018「オンライン診療と法規制」100 (9)
- 黒木春郎, 2020「オンライン診療の現状とこれから」『消費者問題アラカルト』8月号
- 厚生労働省医政局医事課他, 2020「厚生労働省事務連絡：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」
- 厚生労働省ウェブサイト
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000840233.pdf>
- 厚生労働省ウェブサイト
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00014.html
- 産経新聞ウェブサイト
<https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000970.000022608.html>
- 産経新聞ウェブサイト
<https://www.sankei.com/article/20210918-AXPKK5Y3X5LB7NA7R4ZPUX4QMI/>
- 産経新聞ウェブサイト
<https://www.sankei.com/article/20201010-EQCXASXAKFOC5EFS57GR744CUE/>
- 総務省情報流通行政局, 遠隔医療モデル参考書—オンライン診療版
- 高藤直子, 吉澤友貴, 2021「オンライン・服薬指導の広がりによる患者起点の次世代医療 DX ソリューション」『知的資産創造』1月号
- 竹田智雄 2021「声明 初診からのオンライン診療の恒久化に改めて反対する」『私たちの提言・意見 (7月5日)』全国保険医団体連合会
- デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー 合同会社ウェブサイト
<https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/hc/distancelearning.html>
- デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー 合同会社ウェブサイト
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/jp/Documents/about-deloitte/news-releases/jp-nr-nr20200817-survey.pdf>
- デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー 合同会社ウェブサイト
<https://digitalpr.jp/r/50231>
- 東福寺幾夫, 2017「遠隔医療の定義と分類」『図説 日本の遠隔医療』日本遠隔医療学会
- 飛田英子, (2020)「オンライン診療の現状と展望」『税・

- 社会保障改革シリーズ No.44], 日本総研
日本経済新聞社ウェブサイト
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUC298100Z20C21A6000000/>
- 林真奈美, 2020 「オンライン診断で変わる医療」『読売オンライン』 4月30日号
- 物部信一郎, 2018 「遠隔医療の種類」『治療』100 (9)
- 吉村理津子, 2020 「医療問題解決型コミュニケーションにおけるアクセシビリティおよびペイシェント・セントリシティの検証：医療施設内外の患者相談サービスを事例として」『京都女子大学大学院現代社会研究科論集』14
- ロシュ・ダイアグノスティックス(株)ウェブサイト
https://www.roche-diagnostics.jp/ja/media/releases/2020_11_16.html

Examining Domestic State of Telemedicine Under COVID-19 Catastrophe: From Viewpoints of Patient-Centricity

YOSHIMURA Ritsuko

〈Abstract〉

The COVID-19 pandemic has made a devastating impact not only on economies and social lives but on healthcare systems of countries around the world. Those, corresponding to the healthcare system in Japan, are stringency of the medical delivery system and the people's tendency to avoid physician visits due to their excessive resistance to infection. With the increasing cases of avoidance of face-to-face medical practice in the Japanese ordinary medical front, the telemedicine has been drawing attention as an alternate means of it. And in consequence, medical facilities around the country have come to introduce "telecare", a major application of telemedicine. One estimate shows that the needs of telemedicine would continuously be on the increase even after the COVID-19 outbreak comes to an end. However, the current status of telemedicine has not been adequately covered by media, there's not enough patient-friendly information on it, and therefore, obtaining its complete view is not straightforward. Under the circumstances, it is doubtful that patient-centricity would be prioritized throughout all phases of the treatment when a patient takes telemedicine without being well-informed of the objectives, methods or pros-cons of it. Considering the current situation in which any path for ending the COVID-19 pandemic is not in sight, it is imperative for us to collect sufficient knowledge and information on telemedicine, and to organize them in an easily understandable form while the needs of it are predicted to rise hereafter. Playing a part in doing these tasks, this paper first describes the concept, history of efforts, actual condition, and benefits / disadvantages of telecare that is a typical method of telemedicine. And next, this paper examines the benefits and disadvantages of telecare from viewpoints of patient-centricity.

Key words : avoidance of physician visits, telemedicine, telecare, online medication teaching, patient-centricity