

診療から処方、服薬指導までの一気通貫のオンライン化に向けた提言  
～新型コロナウイルス時代に患者の医療アクセスを確保するために～

2021年6月

一般社団法人 日本医療ベンチャー協会



## 診療から処方、服薬指導までの一気通貫のオンライン化に向けた提言（サマリー） ～新型コロナウイルス時代に患者の医療アクセスを確保するために～

### 1. オンライン診療

#### ● オンライン診療の普及を妨げる「低い診療報酬」を対面と同等にすべき

オンライン診療が普及しない最大の要因は、医師への調査からも診療報酬の低さであることは明らかであり、これはコロナ禍における特例措置でも不十分な課題である。例えば精神科診療において対面よりオンライン診療の診療報酬が低いのは17カ国中日本と中国の一部のみと、日本は諸外国に比してオンライン診療が明らかに低く評価されており、その普及において大きく遅れをとっている。日本では特例措置を適用しても、診療報酬の合計が半分以下となるケースも多く、最も多く算定できる場合でも対面診療の7割程度の設定となっている。慢性疾患等において、オンライン診療で対面同様に患者管理・指導を実施できる場合は、診療報酬の管理料・指導料を特例措置よりも引き上げ、諸外国と同様、通常の対面時と同等にするべきである。

#### ● 対象疾患等の診療報酬上の厳しい算定要件は、特例措置による緩和を恒久化すべき

これまで保険診療でのオンライン診療の活用は、診療報酬上の制限により一部の疾患に限られていたが、特例措置でその制限が解禁されたことにより、さまざまな診療科でのオンライン診療の利用が大幅に増加した。これにより、厳しい制限が本来存在していた医療現場でのオンライン診療に対する社会的ニーズを抑制していたことが明らかとなった。既にさまざまな疾患に対してオンライン診療が有益に利用されている現状も鑑みれば、対象疾患や対面診療との組み合わせ制限等、特例措置で緩和された算定要件について恒久化するべきである。

#### ● 診療ごとに医師が必要とする医療情報等を確認できる場合には、特例措置と同様に初診でのオンライン診療も認められるべき

現在の特例措置下で可能となっている初診に対するオンライン診療については、処方薬の種類や期間（一週間以内）が制限されており、実際に臨床現場では大きな問題は生じずに運用できている。さらには、オンライン診療による初診が可能となることで、感染症流行時における発熱患者の早期医療機関受診が可能となり、新型コロナウイルス感染への不安による受診控えの抑制につながっている。各診療において、医師が必要とする過去の医療情報等を確認できる場合には、特例措置と同様に、初診でのオンライン診療の実施を可能とするべきである。

### 2. オンライン服薬指導

#### ● 特例措置で容認された対面診療後のオンライン服薬指導を恒久化すべき

現行では、オンライン服薬指導はオンライン診療や訪問診療の処方箋にのみ制限されているが、対面診療後のオンライン服薬指導を否定する合理的な理由はないと考える。特例措置で容認された対面診療後のオンライン服薬指導も、恒久化するべきである。

#### ● 投薬上の実施要件は緩和すべき

現行では、過去に対面での服薬指導を行われた薬剤のみオンライン服薬指導が可能とされ、新規に処方された薬剤は実施不可とされている。一方で、医薬品の情報提供等のコミュニケーションを主とす

る服薬指導においては、オンラインでも対面と同等の質が提供できると考えられることから、特例措置と同様に対面で服薬指導していない薬剤についてもオンラインでの服薬指導を原則として可能とするべきである。その上で、ハイリスク薬や高齢者などのハイリスク患者等について、初回は対面服薬指導を必須とするなどの安全な運用も併せて投薬上の実施要件を見直すべきである。

● **特例措置と同様に調剤報酬に係る保険薬剤師要件は廃止すべき**

現行調剤報酬上、オンライン服薬指導は原則同一薬剤師が実施することとなっており、やむを得ない場合に過去に対面で服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師が対応できるとされているが、薬剤師はシフト制で勤務することも多く必ずしも患者の求めるタイミングで当該同一薬剤師が対応できず患者が不利益を被る場合がある。しかしながら、常に薬剤師は薬歴・服薬指導歴等を記録しており、同一薬局内であればどの薬剤師でも必要な情報を得て服薬指導が可能な環境は既に整っている。この状況は対面とオンラインとで何ら変わるものではなく、特例措置と同様に、調剤報酬に係るオンライン服薬指導の同一保険薬剤師の要件は廃止すべきである。

3. 電子処方箋

● **電子処方箋での運用には課題が多くかつ普及率の低いHPKIに限定せず、他の電子署名の運用も併用可能とすべき**

HPKIは紛失・破損のある物理的カードであるため、電子処方箋の運用のようにリアルタイム対応が求められる医療現場での利用には課題がある。加えて普及率も著しく低いため、電子署名の手段としてはHPKIに限らない他の運用も可能とすべきである。

● **国のデータ活用を見据えた上で、電子処方箋システムの普及促進については民間事業者の活用を利用できるようにすべき**

電子処方箋の普及を促進するため、国主導の電子処方箋システム上で民間事業者によるサービス提供を可能とする。その際、処方データの活用を見据え、国に一元化できるよう、データの標準規格を定める。



## 診療から処方、服薬指導までの一気通貫のオンライン化に向けた提言 ～新型コロナウイルス時代に患者の医療アクセスを確保するために～

### 1. はじめに

2020年2月・4月に、新型コロナウイルスへの対策として、オンライン診療やオンライン服薬指導に係る規制について時限的・特例的な措置（以下「特例措置」）が実施された。これにより、新型コロナウイルスに不安を感じる人々や同ウイルスに感染し自宅療養しなければいけない人々などの一部にとって、オンライン診療による治療とオンライン服薬指導を通じた薬剤の受け取りが可能となった。特にこれまでオンライン診療料の対象外となっていた疾患の患者や初診からオンライン診療を活用したい患者の医療アクセスを確保した意義は大きい。

一方、現状では、新型コロナウイルス感染への不安による患者の受診控えは解消されておらず、その結果、疾患の重症化がもたらされている可能性があるなど、十分な活用がなされたとはいえない。また、オンライン診療による受診が可能な医療機関数も多くはない。厚生労働省の調査（2021年1月時点）によると、電話・オンライン診療を実施できる体制があるとして登録された医療機関数は16,718あり、これは全医療機関数110,898の15%に留まっている。加えて、電話診療のみの医療機関数がかなりあると推測されるため、実際のオンライン診療提供医療機関数は全体の15%を大きく下回る見込みである。この要因としては、診療報酬上の評価が対面に比して著しく低いことに加え、オンライン診療の実施にあたり様々な要件があり、世界と比しても医師の裁量に委ねられていない現状にあると考える。

新型コロナウイルスは今なお世界中で猛威を奮っている。日本においても第三波が到来し、第一波・第二波よりも感染者数・重症患者数ともに大幅に増加した。新型コロナウイルスのワクチン開発・提供も進んできているが、複数の新規変異株も世界各地から報告されており、今なお先が見通せない状況が続いている。

こうした時代にあって、患者及び医療従事者の感染リスクを低減しつつ、受診控えが生じないよう、医療アクセスを確保するためには、既存の対面による医療提供に、医療従事者の高い専門性の下、オンライン診療や電子処方箋、オンライン服薬指導を上手に組み合わせていくことが欠かせないものとする。

本提言は、診療から処方、服薬指導までの一気通貫のオンライン化とその普及を早期に実現し、医療アクセスを確保することを通じてより多くの患者や医療従事者に裨益することを目的とし、患者や現場の医療機関の声やデータ、海外調査をもとにまとめたものである。

## 2. オンライン診療

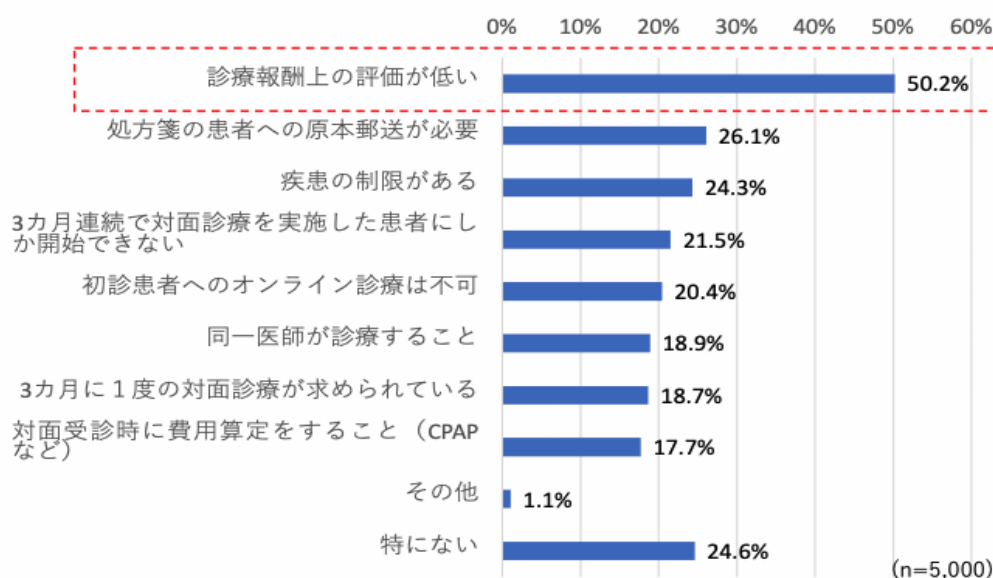
### 2.1 オンライン診療の課題

#### 2.1.1 オンライン診療の普及を阻む最大の理由は「低い診療報酬」

オンライン診療の普及が進んでいない要因は種々あるが、医師へのweb上でのアンケート調査<sup>1</sup>（下図参照）によれば、回答者の約5割がオンライン診療の最大の課題として「診療報酬上の評価が低い」ことを挙げている。特例措置では若干引き上げられたものの、実際に、「対面に比べ診療報酬が著しく低く、診療すればするほど経営が悪化してしまうため導入しない」という声はしばしば耳にする。

(図)

「Q.先生が、必要な患者さんにオンライン診療を実施していくために、現行制度に関して見直してほしい事項があれば、全てご選択いただき、特に見直してほしい順に順位をつけてください。（複数選択可）」



また、慶應義塾大学医学部の岸本泰士郎講師と木下翔太郎助教らが米英など17カ国の精神科のオンライン診療を調査<sup>2</sup>したところ、12カ国では新型コロナウイルス流行前からオンライン診療の報酬が対面と同等以上であった。新型コロナウイルス流行後も報酬が対面より低いのは日本と中国の一部のみであり、世界的にはオンライン診療（精神科）の報酬が対面と同等以上というのがスタンダードとなっている。

特例措置下ではない平常時の診療報酬においては、かかりつけ医において、検査や処置、身体診察を必ずしも必要とせず、患者の管理・指導に対して算定している加算があるが、オンライン診療ではその多くが算定できないか、算定できたとしても点数は大き

<sup>1</sup> オンライン診療の健全な推進を図る有志の会、一般社団法人世界経済フォーラム第四次産業革命日本センターが主体となり実施したWeb調査（調査標本：m3.com会員医師、有効回答数：5,000名、調査実施月：2020年7月）

<sup>2</sup> Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape

く下がる。オンライン診療時においても、対面診療時と同等の診療内容、患者管理・指導を実施する場合には、海外のオンライン診療の状況等も鑑み、対面と同等の評価を行うべきだと考える。

### 2.1.2 診療報酬における対象疾患等の厳しい制限

前述の医師へのweb上でのアンケート調査によれば、オンライン診療の課題として「疾患の制限がある」や「3ヶ月連続で対面診療を実施した患者にしかできない」ことも挙げられている。特例措置によりこうした厳しい条件が解除されたが、現行制度においてオンライン診療料の対象外となっている精神科や皮膚科等からは、「オンライン診療の対象疾患が特例措置前のように制限されるのが怖い」という声を聞くところである。一度オンライン診療を開始しても、特例措置が解除された際に患者に適用ができなくなることは医療機関の患者への説明責任も問われることから、新たにオンライン診療を開始することを躊躇する事例もしばしば目にする。そうしたなかでも、特例措置下において現行制度上対象外となっている精神科や皮膚科、小児科、産婦人科等ではオンライン診療の利用は大幅に増加しており、潜在的なニーズが明らかになった。

これらの社会的ニーズや既にさまざまな疾患にオンライン診療が有益に利用されている現状を鑑みれば、まずは特例措置と同様に、対象疾患の制限なくオンライン診療を可能とした上で、オンライン診療の可否は医師の裁量の範囲内として医師の判断に委ねるべきではないか。また、オンライン診療への移行を困難にしている対面診療要件との組み合わせ制限等も外すべきではないか。各診療科において受診控えが起きている中、特例措置後も幅広くオンライン診療が利用できるようにすることで、治療を必要とする患者の医療アクセスが確保されるとともに、重症化予防に資すると考えられる。

なお、前述の17カ国の精神科のオンライン診療を調査によると、17カ国中9カ国では新型コロナウイルス流行前から精神科のオンライン診療について対象疾患等が限定されており、新型コロナウイルスの流行後は、残る6カ国も制限を解除した状態にある。

### 2.1.3 初診でのオンライン診療の実施

厚生労働省が開催する「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」（以下「検討会」）でも言及されているとおり、オンライン診療を初診で用いる際には、安全性・信頼性の観点は重要である。

一方、現行の特例措置下で可能となっている初診に対するオンライン診療については、処方薬の種類や期間（一週間以内）が制限されており、不適切な処方が一部あるものの、臨床現場で特段大きな問題は生じていないところである。さらにはオンライン診療による初診が可能となることで、感染症流行時における発熱患者の早期医療機関受診が可能となったり、新型コロナウイルス感染への不安による受診控えの抑制にも繋がっている。



こうした状況を鑑みれば、診療に際して、医師が必要と考える過去の医療情報等を確認できる場合には、引き続き、医師の判断により初診でのオンライン診療の実施を可能とするべきである。

なお、事前トリアージでのAI問診の活用が検討会の検討内容に含まれているところだが、現状のシステムの精度等を考慮すると、オンライン診療の適否を判断する手段として用いるには時期尚早と考える。そもそも、医療アクセスを容易にするオンライン診療自体がオンライン受診勧奨の場合も含めトリアージ的に活用され则认为している。

#### 2.1.4 本人確認方法の限定はオンライン診療の普及を阻害

患者・医師双方の本人確認は信頼性の観点から必要である。現行の指針における「オンライン診療において、患者が医師に対して心身の状態に関する情報を伝えるに当たっては、医師は医師であることを、患者は患者本人であることを相手側に示す」ことは初診においては特に重要である。

一方、検討会で具体的に掲げられている、患者をマイナンバーカードで認証し、医師をHPKIで認証する方法の必須化については、それぞれの普及率が著しく低いことから、オンライン診療ができなくなるケースが多々発生することが想定される。

将来的にはPKI方式で患者・医師双方の本人確認ができることも想定されるが、現状では医療アクセスの確保に向けたオンライン診療の普及に鑑み、本人確認の方法は現行の指針を維持すべきだと考える。PKI方式による本人確認の必須化については、そうした方法が社会に十分普及するのををもって導入することが望ましい。

#### 2.1.5 オンライン診療が実施可能な地理的範囲の制限

初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する際の留意事項として、「概ね医療機関と同一の二次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましい」とされている。

必要時に対面診療を行える体制を整えられるよう、オンライン診療を行う医療機関は二次医療圏を超えないことが望ましいと考えるが、自身の状況に適した医療機関が近隣に存在しないことや、専門性の高い治療を要する疾患により二次医療圏を超えた通院を要する患者も存在する。こうした状況を踏まえると、より公平な医療アクセスを確保するため、一律で二次医療圏内に限定しなくてよいと考える。

### 2.2 事業者としての取り組み

特例措置以降、幅広い世代・疾患の患者にオンライン診療を利用するニーズが高まったことを受け、内容は異なるが、各事業者において以下のようなさまざまな対応を行った。

- ・初診患者にオンライン診療を活用する際に、医療機関が把握すべきルールの概要、再診患者と比べ留意すべき事項等をまとめたユーザーガイドを作成、提供

- ・スマートフォン操作が得意ではない患者やクレジットカード対応が難しい患者でも利用しやすいよう、既存システムへの機能追加や新たなシステムを提供
  - ・医療機関から薬局への処方箋FAX送信をスムーズにするような機能追加
  - ・初診でオンライン診療を希望する患者が対面診療も受診できるよう、自身の居住地からできるだけ近隣の医療機関を選択できるように仕様を設計
- さらに今後も、かかりつけ機能を担う診療所や専門的な医療を提供する病院と共に、対面診療とオンライン診療の組み合わせが円滑に行えるような工夫を事業者として実施する。例えば、医師・患者の本人確認の信頼性向上、対面診療受診患者とオンライン診療受診患者の管理の効率化、患者の健康・医療情報との連携等さらなる工夫ができるものと考ええる。

## 2.3 オンライン診療に関する提言

- **オンライン診療の普及を妨げる「低い診療報酬」を対面と同等にすべき**

- オンライン診療時の管理料・指導料を通常の現行措置及び特例措置よりも引き上げ、対面診療時と同等水準に措置する。具体的には以下の管理料等について見直す。

すでにオンライン診療で算定可能で、見直しを検討すべき加算

診療報酬名	対面時・点数	オンライン診療時・点数（特例措置）	オンライン時・点数（現行）
特定疾患療養管理料	225	147	100
小児科療養指導料	270	147	100
てんかん指導料	250	147	100
難病外来指導管理料	270	147	100
糖尿病透析予防指導管理料	350	147	100
生活習慣病管理料	650～1280	147	100

今後オンライン診療で算定可能とすべき加算

診療報酬名	対面時点数	オンライン診療時・点数（特例措置）	オンライン時・点数（現行）
外来管理加算	52	算定不可	算定不可
特定疾患処方管理加算	18～66	算定不可	算定不可
小児特定疾患カウンセリング料	200～500	算定不可	算定不可

皮膚科特定疾患指導管理料	100～250	算定不可	算定不可
婦人科特定疾患治療管理料	250	算定不可	算定不可
小児科外来診療料 再診時	406～524	算定不可	算定不可
小児かかりつけ診療料 再診時	438～557	算定不可	算定不可
通院精神療法	330～660	算定不可	算定不可

- **対象疾患等の診療報酬上の厳しい算定要件は、特例措置による緩和を恒久化すべき**
  - オンライン診療料が算定できる疾患の制限や対面診療との組み合わせ制限等の算定要件について、特例措置下で緩和された条件を恒久化する。
- **診療ごとに医師が必要とする医療情報等を確認できる場合には、特例措置と同様に初診でのオンライン診療も認められるべき**
  - 各診療において医師が必要とする過去の医療情報等を確認できる場合には、特例措置と同様に、初診でのオンライン診療の実施を可能とする。
- **本人確認の方法は現行の指針を維持すべき**
  - 本人確認の方法は現行の指針を維持する。
  - PKI方式による本人確認の必須化については、そうした方法が社会に十分普及するのをもって導入する。
- **オンライン診療の対象患者を二次医療圏外にも認めるべき**
  - 専門性の高い治療を要する等患者の状況を考慮し、オンライン診療の対象患者を一律で二次医療圏に制限しない。

### 3. オンライン服薬指導

#### 3.1 オンライン服薬指導の課題

##### 3.1.1 対面診療後のオンライン服薬指導への制限

現行では、オンライン服薬指導は、オンライン診療もしくは訪問診療での処方箋にし対応できず、特例措置上可能となっている対面診療における処方箋での実施も通常はできない仕組みとなっている。

しかし、検査等で対面診療を必要とした場合でも、症状が安定していれば、前回までと同じ処方が継続されることもあり、対面診療を行ったことが対面での服薬指導を要する理由には必ずしもならない。オンライン服薬指導は、それ自体に感染予防や患者の診

療継続につながる意義を持つため、医療機関における対面診療後にオンライン服薬指導が認められないことは不合理である。

### 3.1.2 厳しい投薬上の実施要件

オンライン服薬指導における投薬内容については、現行では対面服薬指導を行った薬剤のみ可能とされ、新規に処方された薬剤は実施不可とされている。一方、特例措置下においては対面服薬指導を行った薬剤に限定されていない。

医薬品の情報提供等のコミュニケーションを主とする服薬指導においては、オンラインでも対面と同等の質が提供できると考えられることから、引き続き、対面服薬指導を行っていない薬剤についても可能とすべきと考える。その上で、ハイリスク薬や服薬に注意を要する医薬品の調剤や高齢者などのハイリスク患者については、安全性の観点から初回対面服薬指導を必須とする形で投薬上の実施要件を見直すべきである。

### 3.1.3 オンライン服薬指導を実施できる保険薬剤師の制限

オンライン服薬指導は現行では原則同一薬剤師が実施するとされており、やむを得ない事由により同一の保険薬剤師が対応できないときにあらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師であれば認められている。これは薬剤師・患者間の関係性や、服薬の安全性の観点から、同一薬剤師による服薬指導が良質な医療提供において望ましいという考え方によるものと承知している。

しかし、薬剤師はシフト制で勤務することも多く、必ずしも患者の求めるタイミングで同一の薬剤師が対応できず、患者が不利益を被る場合がある。しかしながら、常に薬歴・服薬指導歴等を記録しており、同一薬局内であればどの薬剤師でも必要な情報を得て服薬指導をすることが可能な環境は既に整っている。この状況は対面とオンラインとで何ら変わるものではない。

こうした現状を鑑みれば、特例措置と同様に、調剤報酬上のオンライン服薬指導を実施できる保険薬剤師の要件は廃止すべきと考える。

### 3.1.4 FAX等の処方箋送付による医療機関・薬局の負担増

特例措置下では、医療機関が患者に薬局の希望を聴取の上、当該医療機関からFAXで当該薬局に処方箋の写しを送付、後から処方箋原本も送付する流れになっている。このため、医療機関にとっては、診療以外での患者とのやり取りや、処方箋の写しと処方箋原本の送付事務に負担が生じ、同時に薬局側にも管理などに負担が生じている。このように医療機関・薬局双方の手間が増える構造となっているため、利用しやすい電子処方箋の実現が望まれている。

## 3.2 事業者としての取り組み

2020年9月を待たず、急遽オンライン服薬指導の実施が可能となったため、各事業者として薬局のニーズに応えられるよう以下のような対応を行った。

- ・ 医療機関向けに提供していたオンライン診療用のシステムを薬局でも活用できるよう、薬局への導入支援を速やかに開始
  - ・ 未収リスクが特に薬局では課題となっていたことから、電話服薬指導時の決済や配送をサポートするシステムを、オンライン服薬指導専用システムに先駆け提供開始
- 今後も、オンライン資格確認や電子処方箋への対応はもちろん、オンライン服薬指導という選択肢自体の認知度向上や、オンライン服薬指導時にも対面時と遜色の無い指導が実施できるような機能向上等、各事業者でさらなる工夫を図っていく。

### 3.3 オンライン服薬指導に関する提言

- **特例措置で容認された対面診療後のオンライン服薬指導を恒久化すべき**
  - 特例措置と同様に、対面診療後のオンライン服薬指導の実施を恒久化する。
- **投薬上の実施要件は緩和すべき**
  - オンライン服薬指導については、対面と同等の質が提供できると考えられることから、特例措置と同様に、対面服薬指導を行っていない薬剤についても可能とする。
  - ただし、ハイリスク薬や服薬に注意を要する医薬品の調剤や高齢者などのハイリスク患者に限り初回対面服薬指導を必須とする。
- **特例措置と同様に調剤報酬に係る保険薬剤師要件は廃止すべき**
  - 調剤報酬上のオンライン服薬指導を実施できる保険薬剤師の要件は特例措置と同様に廃止する。

## 4. 電子処方箋

### 4.1 電子処方箋の課題

#### 4.1.1 普及を阻むHPKIのみを前提とした運用ガイドライン

前述のweb調査によれば、オンライン診療の普及を阻む要因として、診療報酬の次に多く挙げられた点は、処方箋についての課題である。現行制度は、処方箋原本での運用となるため郵送等が必要となりタイムラグが発生する。医療機関は事務負担が増加し、患者は不安や不便を感じ得るものとなっている。

この解決に資するのが電子処方箋の普及となる。これまで厚生労働省は2016年に「電子処方箋の運用ガイドライン」を策定し、2018年、2020年と改定してきたところである。しかし、当該ガイドラインに基づく電子処方箋の実例は一例もなく、これは、電子署名としてHPKIの利用のみを前提にしたことが最大の要因だと認識している。

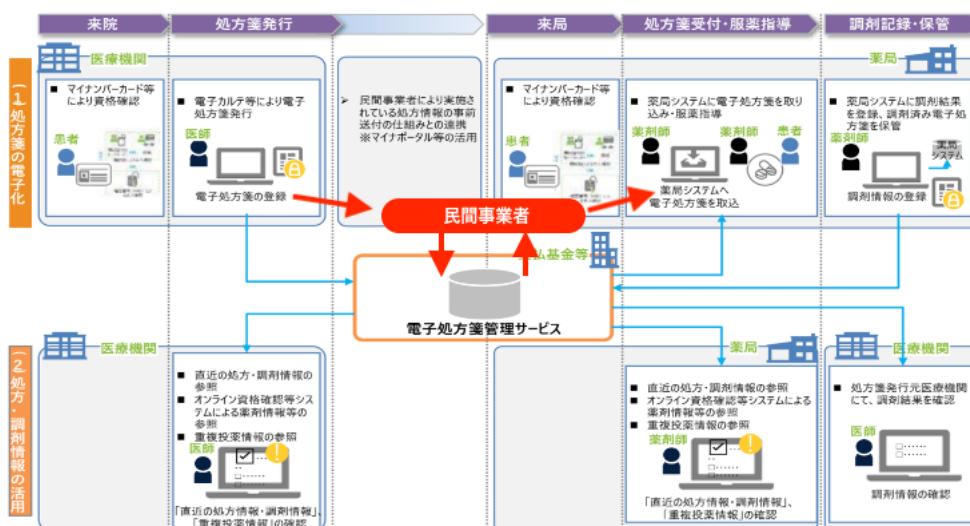
HPKIは破損・紛失が想定される物理的カードであるため、リアルタイムでの対応が求められる医療現場での利用には課題があると考えられる。加えて、普及率は著しく低い状況である。HPKIのみを前提とする環境での電子処方箋の普及は難しいと考えるため、別の現実的な手段も確保すべきである。

#### 4.1.2 普及促進を促す民間事業者の活用

現在、国において検討が進められている電子処方箋システムへの期待は大きく、オンライン資格確認システムと接続した医療機関・薬局が利用できることになっている。電子処方箋は普及が課題であり、こうした仕組みの上で、民間による電子処方箋サービスも利用可能とすることで、患者・医療機関・薬局にとって利便性の高いサービスが生まれ、電子処方箋の普及を促進することが可能だと考える。

その上で、処方箋データを研究等に活用するためには、処方箋データを国に一元的に集約する形が望ましく、データの標準規格を定める必要がある。電子処方箋を単に紙を電子化したと捉えるのではなく、「処方情報」として、医療機関、薬局やお薬手帳等との連携を見据えたシステムとすることが期待される。

### 電子処方箋の導入後における運用全体イメージ



#### 4.2 電子処方箋に関する提言

- 電子処方箋での運用には課題が多くかつ普及率の低いHPKIに限定せず、他の電子署名の運用も併用可能とすべき
  - 電子処方箋の電子署名として、HPKIに限らず他の現実的な運用も併用可能とする。
- 国のデータ活用を見据えた上で、電子処方箋システムの普及促進については民間事業者の活用を利用できるようにすべき
  - 電子処方箋の普及を促進する観点から、民間事業者も電子処方箋サービスを提供できる仕組みとする。国の処方データの活用を見据え、国へのつなぎ込みのためのデータ標準規格を策定する。

- 電子処方箋が十分に普及するまでは、患者への処方箋郵送の手間とそのタイムラグへの対策として、特例措置下でのFAX処方箋をベースとした運用を継続する。

以上

参考資料

**1. 海外ではオンライン診療（精神科）の報酬は対面診療と同等かそれ以上がスタンダード**

慶応義塾大学医学部の岸本講師と木下助教らが米英など17カ国の精神科のオンライン診療を調査したところ、12カ国では新型コロナウイルス流行前からオンライン診療の報酬が対面と同等以上だった。新型コロナウイルス流行後でも報酬が対面より低いのは日本と中国の一部のみであった。

Q：オンライン診療（精神科）の報酬は対面診療と同等以上ですか？

対象	2019年12月まで	2020年5月時点
オーストラリア	○	○
ブラジル	○	○
カナダ（オンタリオ州）	○	○
中国	地域ごと	地域ごと
デンマーク	×	○
エジプト	○	○
ドイツ	×	○
インド	○	○
イタリア	○	○
日本	×	×
南アフリカ	○	○
韓国	—	○
スペイン（マドリッド州）	○	○
台湾	○	○
トルコ	○	○
イギリス	○	○
アメリカ（ニューヨーク州）	○	○

（出典）「Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape」をJMVAで和訳

**2. 海外では新型コロナウイルス流行前からオンライン診療（精神科）の対象疾患等を制限していない国が多い**

上記調査によれば、9カ国では新型コロナウイルス流行前から精神科のオンライン診療に対象疾患等の制限を課していない。なお、新型コロナウイルスの流行後は、残る6カ国も制限を解除した状態にある。



Q：公的保険の対象となるオンライン診療（精神科）に疾患や地域などの制限はありますか？

対象	2019年12月まで	2020年5月時点
オーストラリア	○	×
ブラジル	×	×
カナダ（オンタリオ州）	×	×
中国	×	×
デンマーク	×	×
エジプト	×	×
ドイツ	○	×
インド	×	○
イタリア	○	○
日本	○	×
南アフリカ	○	○
韓国	—	×
スペイン（マドリッド州）	○	×
台湾	×	×
トルコ	×	×
イギリス	×	×
アメリカ（ニューヨーク州）	○	×

（出典）「Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape」をJMVAで和訳

### 3. HPKIの普及状況

HPKIカードを取得している医師は全体の6%、薬剤師は全体の0.1%に留まっている。

・医師資格証（HPKIカード）の発行状況（2020年12月25日現在）

医師数（2018年三師調査）	327,210人
発行枚数	17,698枚
医師数に対する発行枚数率	<b>5.6%</b>

（出典）<https://www.jmaca.med.or.jp/lra/data/MDQCsIssued.pdf>

・薬剤師資格証（HPKIカード）の発行状況（2019年度末現在）

薬剤師数（2018年三師調査）	311,289人
-----------------	----------

発行枚数（2019年度）	400枚超
薬剤師に対する発行枚率	0.1%超

（出典）[https://www.medis.or.jp/8\\_hpki/pdf/20200118kawano\\_s.pdf](https://www.medis.or.jp/8_hpki/pdf/20200118kawano_s.pdf)

#### 4. オンライン診療の可能性

制度設計と事業者側の取り組みにより、安全性と信頼性が両立したオンライン診療が世の中に普及されることを期待したい。そして、その普及により、以下のような可能性が生み出されるであろうことにも留意しておきたい。

##### 4.1 患者のQOL向上

オンライン診療が全国の医療機関に導入されていくことにより、オンライン診療を利用したいと思う方にとっては待ち時間や通院時間の解消・短縮など診療に係る時間の効率化や通院までとはいかないような体調の状態における定期的なモニタリングが実施されることに伴う慢性疾患等の重症化予防、新型コロナウイルスを含む感染症の防止などQOLの向上が図れる。このQOLの向上については、頻繁にかかりつけ医に通院する必要のある者にとっては尚のことであるが、公共交通機関による移動を伴う会社員等にとっても大きな影響があるであろう。このコロナ禍によって、多くの企業で在宅勤務が行われてきた。一部の会社員等にあっては、時間が限られるなか、勤務先付近の医療機関や企業内の産業医を利用するケースも多々あり、このコロナ禍により、普段かかっていた医師にかかれなかった事例も生じてきたところ、オンライン診療により、こういった事例への対応も可能とするであろう。

##### 4.2 持続的な医療提供体制の構築

オンライン診療は、時間の確保が難しく治療を途中で断念してしまった方などが比較的ハードルも低く受診できるような仕組みにも資しており、医療機関と患者の継続的な関係の構築に寄与する。こういった関係の構築を続けることで、患者の治療を持続的に行えることはもちろんのこと、医療機関の経営の安定化にも繋がりえる。また、今まで行っていた訪問診療の一部をオンライン診療に切り替える、もしくは更にオンライン診療を追加することにより、移動などに伴う医師の負担の低減や、今まで以上に患者に安心を届けられる医療の提供も可能になる。このように、オンライン診療により持続的な医療提供体制の構築に資することができる。

##### 4.3 保険財政への影響

現状、オンライン診療の導入により保険財政にどのくらいの影響を与えるのか、明確な研究結果が示されているわけではない。ただし、一般的には、オンライン診療に係る診療報酬が対面診療に係る診療報酬を超えず、現行行われている検査等を伴わない対面診療をオンライン診療に代替すること等により、医療費の適正化に繋がり得るものとする。

また、2016年4月に米国病院協会（American Hospital Association）が公表した論考「Telehealth: Helping Hospitals Deliver Cost- Effective Care」では、2012年に在宅医療を施された患者の年間一人あたり平均医療費が13,000ドル超、ナースホームを施された患者の年間一人あたり平均医療費が77,000ドル超であったのに対し、退役軍人保健局（The Veterans Health Administration (VHA)）の遠隔医療プログラムを施された患者の年間一人あたり平均医療費が1600ドルであった。遠隔医療プログラムに参加した患者一人につき年間6,500ドルの医療費削減に繋がったと示されている。加えて、ジョンズ・ホプキンス大学の研究によると、同大学が策定した遠隔医療を取り入れた在宅治療プログラム「hospital at home」

は、従来の在宅医療よりも32%の医療費削減に繋がり、患者の入院期間も3分の1減少した、といった結果も出ている。このように既存の治療プログラムにオンライン診療を組み加えることにより、医療費適正化効果等を産み出す可能性をオンライン診療は秘めている。

(出典) <https://www.aha.org/system/files/content/16/16telehealthissuebrief.pdf>