

プライマリ・ケアにおける オンライン診療ガイド

「第四の診療形態」へと育てていくために

Version 2.0

2021年8月3日公開



一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合学会
Japan Primary Care Association

目次

「プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド Ver2.0」 作成担当者一覧	3
1. はじめに	4
1.2 Ver2.0 刊行にあたって	5
2. オンライン診療とは	6
3. オンライン診療を始めるには	7
3.1 医療機関側の準備	7
3.2 適応となる患者の要件	7
3.3 患者側の準備	8
3.4 オンライン診療システムか汎用サービスか	9
4. オンライン外来診療	10
4.1 診療の流れ	10
4.2 外来におけるオンライン診療	11
4.2.1 オンライン診療適用の考え方	11
4.2.2 (NEW) オンライン診療における「初診」の定義について	12
4.2.1.1 かかりつけ患者の定期診察 (ID あり、再診、急性症状はない)	13
4.2.1.2 かかりつけ患者の新規症状対応 (ID あり、初診、症状は様々)	13
4.2.1.3 久しぶりに受診した患者の新規症状対応 (ID あり、初診、症状は様々)	14
4.2.1.4 まったくの初診患者への対応 (ID なし、初診、症状は様々)	15
4.2.2 オンライン診療の処方制限について	16
4.3.1 (NEW) 2020 年度の時限措置における初診オンラインの診療実態	17
4.3.2 まとめ：オンライン診療に適していない症状リスト	19
4.4 (NEW) 日本医学会連合 オンライン診療の初診に関する提言 について	20
5.1. (NEW) オンラインでのなぜ診療の診察法と留意点	21
5.2. (NEW) オンラインでの新型コロナウイルス感染症の診察法と 留意点	23
6. 在宅医療におけるオンライン診療	25
7. (NEW) オンライン服薬指導について	26
8. (NEW) 実践者の回想：オンライン診療が軌道に乗るまで	28
9. おわりに	31
10. 参考資料及びウェブサイト	32
巻末資料) 「平時のオンライン診療」と「時限措置の診療」の違い	34
付録 1) オンライン診療 計画書と同意書 の 文例	41
付録 2) 別添 1 医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療の実施状況調査票	45
付録 3) 別添 2 電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療 機関の調査票	45

「プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド Ver2.0」 作成担当者一覧

日本プライマリ・ケア連合学会

理事長	草場 鉄周	北海道家庭医療学センター
担当副理事長	大橋 博樹	医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック
担当理事	吉田 伸	飯塚病院・穎田病院
ICT 診療委員長		
ICT 診療委員会	小宮山 学	医療法人感謝の郷
オンライン診療班	中山 久仁子	ありがとうみんなファミリークリニック平塚
		医療法人メファ仁愛会
		マイファミリークリニック蒲郡
	黒木 春郎	医療法人社団嗣業の会 外房こどもクリニック
		日本遠隔医療学会幹事
執筆協力	武藤 真祐	医療法人鉄祐会 祐ホームクリニック
	狭間 研至	株式会社 ファルメディコ
	内田 直樹	医療法人すずらん会 たろうクリニック
	大林 克巳	大林クリニック
	堀越 健	医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック
編集協力	長谷川 高志	日本遠隔医療学会常務理事
デザイン協力	守屋 章成	名古屋検疫所 中部空港検疫所支所

本ガイドは公開日の時点で入手し得る最新情報に基づいて作成しています。
しかし、オンライン診療に関する知見及び新型コロナウイルス感染の時限措置としての政策は刻一刻と更新されています。本手引きの参照及び適用に際しては、その時点の最新情報も加味し各自各施設の責任下で決定いただくようお願いします。

本手引きは今後重要な情報があり次第、可能な限り改定を予定しております。

1. はじめに

厚労省より、2020年4月10日に、「新型コロナウイルス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・特例的な取り扱いについて」に関する通知（以下、**時限措置**と表記）が発出されました¹⁾。

これにより、時限的ではあるもののオンライン診療での初診が可能となったことは、新型コロナウイルスの感染対策に奔走している医療者のみならず、不安の中で受診をためらう住民にも朗報と言えます。さらに、オンライン診療は非対面で実施されるため、感染予防にも非常に有効です。

しかし一方で、今回の感染拡大をうけた時限措置が、「オンライン診療が大幅に緩和された」という誤解を生じさせ、医師患者関係の構築されていない初診患者に対してもオンライン診療が安易に適用されることにより、結果として本来の利点を損ねてしまうおそれもあります。

このような状況におきまして、その利点を最大点に活かしつつ、適切な運用ができるように支援するため、日本プライマリ・ケア連合学会より医療者の皆様へ向けたオンライン診療のご案内をさせていただきます。

なお、新型コロナウイルス 感染対策の一環としてのオンライン診療の適応については、当学会の「**新型コロナウイルス（COVID-19）感染症 診療所・病院のプライマリ・ケア 初期診療の手引き Version 3.0（2020年11月7日公開）²⁾**」（[リンク](#)）で新設された章で取り上げていますので是非ご覧ください。

2020年5月20日
日本プライマリ・ケア連合学会
本ガイド作成担当

1.2 Ver2.0 刊行にあたって

早いもので、プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド ver1.0 の刊行から 1 年が経過しました。この間、新型コロナウイルス感染は数度の波とともに我が国の地域医療や経済活動に大きな影響を与えました。オンライン・電話による診療の時限措置についてもその実態が報告され、いくつかの注意喚起が行政当局よりなされています。また一方で、オンライン診療を取り入れる医療機関も増加し、様々な取り組みが報告されています。

この ver2.0 刊行にあたり、当学会では ICT 診療委員会を立ち上げ、ver1.0 の執筆者たちが委員となり現状の検討を進めて参りました。その結果として、

- ① 時限措置の（オンライン・電話）診療の実施状況や、行政の検討会での議論をもとに発出された厚労省通知の要点・変更点をこれまでの記載に反映する
- ② 診療実態のなかで頻度の高かったオンラインのかぜ診療と、地域感染蔓延時に実践された報告のある新型コロナウイルス感染症のオンライン診療について紹介する
- ③ オンライン診療をそれまでの診療形態に組み合わせ、プライマリ・ケアとして実践されている医療者に、診療体制が安定するまでの経過を振り返り、共有いただく

ことを主眼として、改訂を加えさせていただきました。分量も増えましたので、分担執筆の形を取らせて頂き、全体の内容に関しては当委員会にて監修を行っております。

ひきつづき、皆様の知恵を結集させつつ、新型コロナウイルス感染対策にも、従前の地域医療の課題解決にもオンライン診療が適切に普及し、外来・病棟・在宅に続く「**第 4 の診療形態**」として、日本のプライマリ・ケアを発展させるべく、皆様と歩んでいければと思います。ご協力のほど、宜しく願い申し上げます。

2021 年 8 月 3 日
日本プライマリ・ケア連合学会
ICT 診療委員長 吉田 伸

2. オンライン診療とは

オンライン診療とは、ビデオ通話機能のある情報通信機器を用いた診療で、電話診療とはまったく異なります。オンライン診察では、視覚情報が加わるため、診断に必要な情報が収集しやすくなり、患者の表情を見て意思決定を行うこともできます。また医師が顔も見せることで患者に安心感の提供や説明の理解を深める利点もあり、電話やメールなどの聴覚や文字情報のみとは情報量が大きく異なります。

一方で、オンライン診療を始めるにあたっては、医療機関・患者側の双方に設備の準備が必要なことや、無制限に診療を適応することはできず、運用にあたって注意が必要となります。

なお、ガイドライン ver1.0 では、従来のビデオ通話機能のある情報通信機器を用いた非対面の診療を「**平時のオンライン診療**」とし、新型コロナウイルス感染症をうけ電話診療も含めて大幅に緩和された非対面の診療を「**時限措置のオンライン診療**」と使い分けていました。

しかし時限措置の診療は、診療報酬算定上は”電話”と”情報通信機器”の区別なく扱われることや、実質上は従来の「電話等を用いた診療（電話再診等）」の要件が大幅に緩和されたと考えられることから、ビデオ通話機能のない診療に“オンライン”の用語を用いることは混乱をきたすと考え、ver2.0 より後者を「時限措置の診療」と改めました。「平時のオンライン診療」と「時限措置の診療」に関する要件の違いや保険算定については巻末資料に記載しますのでご確認下さい。

(吉田 伸)

3. オンライン診療を始めるには

まとめ

- ・診療開始に必要な受講・届け出・書類作成を行う。
- ・特定のオンライン診療システムまたは汎用サービスを選択する
- ・医療機関：業者やサービスと契約、システムを設定、決算方法の整備を実施する
- ・適応となる患者の要件を確認の上、診療計画の同意を得る

3.1 医療機関側の準備

・オンライン診療で診療報酬を算定するためには以下の手続きや書類作成が必要です。

- ① 診療にあたる医師の e-ラーニングによる研修受講
講習申し込みページ：<https://telemed-training.jp/entry/entry>
- ② 「基本診療料の施設基準等に係る届出書」と「オンライン診療料に係る届出書添付書類」を所在地の地方厚生局長に提出
- ③ 対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた「診療計画」を作成し、患者から同意を得る
※急変時には原則当該医療機関が必要な対応を行うが、夜間・休日などやむを得ず対応できない場合、事前に受診可能な医療機関を患者に説明し、診療計画に記載する必要あり。

・また院内のシステム構築には以下の準備が必要です。

- ④ 専門業者との契約およびシステム設定
または汎用サービスの選定やシステム運用計画の策定（下記 3.4 参照）
- ⑤ ビデオ通話機能のある情報通信機器の準備（現時点では通信の安定性を考慮して wifi より有線の方が望ましい）
- ⑥ 受付や予約管理方法の設定や流れの構築（患者へのシステムの説明など）
- ⑦ 処方箋の郵送の流れの構築
- ⑨ 決済方法の確認・整備（汎用サービスは、独自の決済システム構築が必要）

3.2 適応となる患者の要件

平時のオンライン診療においては、診療報酬を算定できる患者の要件は以下に限られています。（診療報酬についての詳細は巻末資料を参照）

- ① オンライン診療料は、特定疾患療養管理料などの算定対象となる患者においてのみ算定することが可能。
- ② オンライン診療実施の直近 3 カ月、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている必要がある。
- ③ 3ヶ月間連続でオンライン診療料を算定することはできず、3カ月目には対面診療が必要。
- ④ 在宅自己注射管理料を算定している患者は、自己注射の指導管理を最初に対面で行った月より 3 カ月以上経過し、②と同様の要件を満たせば算定可能。

- ⑤ 慢性頭痛の患者。事前に対面診察し、必要な検査のうえ「一次性頭痛」と診断され、病状が安定している場合に算定可能。ただし診療を行う医師は脳神経外科か脳神経内科を5年以上経験している医師、または、オンライン診療に係る研修を終了した医師に限られる。

3.3 患者側の準備

患者側の準備としては、以下が必要です。

- ① 受診する医療機関を決める
- ② 個人の情報通信端末（スマートフォン、タブレット、パソコン）に専用ソフトウェアやビデオ通話アプリケーションをダウンロードする
- ③ 個人情報・クレジットカード情報を用意し医療機関に伝達する
- ④ 専用アプリケーション等を通して、個人情報の入力・クレジットカードで支払いを設定する
- ⑤ 受診する医療機関の医療コード等を入力する。
- ⑥ アプリケーションまたは診療所への電話にて診察予約を取る
- ⑦ 専用ソフトで事前問診票がある場合は、記載しておく
- ⑧ 通信に問題がないか、音声や動画の接続テストを行っておく
- ⑨ 診療の予約時間には、プライバシーの確保できる場所で待機する

3.4 オンライン診療システムか汎用サービスか

医療機関がオンライン診療を始めるにあたっては、専門業者が提供する包括的なオンライン診療システムを導入するか、一般的に用いられているビデオ通話の汎用サービスに、診療の各手順を組み合わせて自前で運用するか、という大きく 2 つの選択肢が存在します。

厚労省の通知や指針^{1,3)}の中では、特定の包括的オンライン診療システムや汎用サービスが指定されているわけではありませんし、禁止もされていません。その際、後者の汎用サービス（Skype[®]、LINE[®]、Facetime[®]、Zoom[®]などの SNS やコミュニケーションソフト）を使用する場合については、個々の医療機関の自由度が高い一方で、各コミュニケーションソフトのセキュリティポリシーを確認し、支払いや予約管理も自前で構築する必要があります。

オンライン診療システムの対比については以下の図にまとめましたので、その選択については個々の医療機関における診療環境に合わせて検討ください。

図1 包括的オンライン診療システムと汎用サービスを用いたシステムの対比

	包括的オンライン診療システム	汎用サービスを用いたシステム
情報通信手段	各専門業者の推奨するビデオ電話サービスを利用する	各種汎用サービスから選択する
利点	医師・患者双方の本人確認が可能 報酬請求業務が包含されている 予約管理が包含されている 専門業者によるサポートがある セキュリティを業者が担保する	無料または安価である 簡単に始められる
懸念事項	有料である 契約その他の準備に労力を要する システムによりサービスの差がある	セキュリティを自ら担保する必要あり 予約管理を自前で行う必要あり 医師・患者の本人確認がやや困難 自力でシステムを作る必要あり 報酬請求を自前で行う必要あり

(小宮山 学)

4. オンライン外来診療

4.1 診療の流れ

- ① 診療前の準備
 - ・ 予約時間の確認
 - ・ 被保険者証の確認（時限措置の場合メールか FAX で確認）
 - ・ 事前問診票がある場合は内容の確認
 - ・ 対面診療により医学的評価を行い、具体的な診療内容・オンライン診療と対面診療および検査のタイミングの決定・予約の説明・必要時は対面診療に切り替えること・急変時の対応方法、などを含めた**診療計画**を定める。（付録1参照）
 - ・ 特に、時限的なオンライン診療で初診の場合には、過去の診療録、診療情報提供書、健康診断結果等で患者の基礎疾患を十分に把握し、患者の住所から、緊急時に受診する医療機関を確認しておく

- ② 診療開始時
 - ・ 予約時間になったら医療機関から患者に連絡する
（第三者がオンライン診療に参加するのを防止するため）
 - ・ 初診のオンライン診療（時限措置）では互いに本人確認を行う
患者：被保険者証、マイナンバーカード、運転免許証
各種公費負担医療制度の受給者証または医療券
医師：医師資格証、医師免許証など
平時で対面診療を行っており、当然医師や患者と認識できる場合には証明は不要

- ③ 終了時
 - ・ 医学的助言を行い、予想される変化を説明し、急変時の対応や受診先を指示する
 - ・ 電話やビデオ通話により、生じるおそれのある不利益を説明する
 - ・ 処方する薬について説明する
 - ・ 次回の診察日の希望を確認して予約をとる

- ④ 処方
 - ・ オンライン診療では、医薬品の転売や不適正使用が疑われる場合は処方しない
（向精神薬・睡眠薬、体重減少目的の利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的の保湿剤など）
 - ・ 時限措置の診療の処方制限については、P15 参照のこと
 - ・ 診療後、処方箋を医療機関から患者に送信（時限措置では薬局に FAX し原本郵送）

4.2 外来におけるオンライン診療

まとめ：オンライン診療がふさわしいか、5つの条件から考える

- | | |
|---------------|-------------------------|
| A 医師患者関係が | 構築されている／まだされていない |
| B オンライン診療支援者が | いる／いない |
| C 医療機関に登録が | ある／ない |
| D 診療区分が | 初診か再診か※ |
| E 症状 | 急性症状の有無、慢性疾患増悪の有無、軽症／重症 |

4.2.1 オンライン診療適用の考え方

ここでは、こういった患者に対し平時および時限措置の診療を適用すべきか、当学会の考えを示します。厚労省の指針³⁾では、オンライン診療の前提として、“医師患者間の関係において、診療に当たり、医師が患者から必要な情報の提供を求めたり、患者が医師の治療方針へ合意したりする際には、**相互の信頼が必要となる**”とあります。

まだ我々の多くが画面でのコミュニケーションに慣れておらず、オンライン診療は新しい技術であるため、診療の有用性や情報セキュリティにも多くの不確定要素が存在します。

このような状況でオンライン診療を新しく始めるにあたっては、日頃のかかりつけ診療によって患者やその家族との関係性が構築されているケースから、感染蔓延時の医療アクセスを良くする目的で、導入を検討することが無難と考えます。

この、**A 医師患者関係**に加えて、その患者にとってオンライン診療がふさわしいか検討する際には、以下にある4つの条件を確認する必要があります。

- B** 患者が情報通信機器に慣れていない場合、接続方法やコミュニケーションを助ける**オンライン診療支援者がいるか？**
- C** 診療に必要な**患者登録手続き**が済み、IDが発行されているか？
- D** 診療区分が**初診か再診か？**
- E** 対面診察への切り替えに関わる**重篤な急性症状や慢性疾患の増悪**はないか？

以後、これらの条件をもとに患者を分類し、適切なオンライン診療が行いやすい事例から、慎重に検討すべき事例の順番で提示します。なお、新型コロナウイルス感染患者・疑似患者に対するオンライン診療については、本ガイド第5章をご覧になるか、当学会の「**新型コロナウイルス（COVID-19）感染症 診療所・病院のプライマリ・ケア 初期診療の手引き Version 3.0 (2020年11月7日公開)²⁾**」([リンク](#))をご確認下さい。

4.2.2 (NEW) オンライン診療における「初診」の定義について

2019年春に厚労省の検討会のなかで、医師法における「診察」との整合性を図るため、オンライン診療指針における「初診」についても、診察の中でも新たな症状等（ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く）に対する診察を行うことをいう、と解釈されました⁴⁾。従って、診療報酬上の初診・再診の定義とは異なり、同一医療機関への受診が2度目以降であっても新たな症状・疾患について受診する場合は「初診」、他の医療機関に受診し診断・処方を受けている場合であっても、当該医療機関への受診が初めての場合は「初診」と再定義されました。まとめると次ページの図になりますので、ご確認ください。

図1) オンライン診療における初診の定義

	同一医療機関	同一症状等で他の医療機関で受診済み
初診	<ul style="list-style-type: none"> 初めての受診 新たな症状等・疾患について受診 	<ul style="list-style-type: none"> 当該医療機関に初めての受診 当該医療機関に新たな症状等・疾患について受診
初診以外	<ul style="list-style-type: none"> 同一疾患について二度目以降の受診 既に診断されている疾患から予測された症状の発現 <p>※ 他の医師がみる場合も初診ではないが、オンライン診療においては、原則、同一医師原則が適用となる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 同一疾患について当該医療機関に二度目以降の受診 <p>※ 他の医師がみる場合も初診ではないが、オンライン診療においては、原則、同一医師原則が適用となる。</p>

4.2.1.1 かかりつけ患者の定期診察（IDあり、再診、急性症状はない）

普段の医師患者関係が構築できているかかりつけの患者であれば、オンライン診療は再診時の移動に関わる負担を軽減し、感染リスクを回避でき、表情を直視しながら診察することもできるため望ましい適応と考えます。追加の症状があれば、動画で可能な範囲の重症度判定も行い、軽微と判断したら処方調整で対応します。重症と判断したら対面診察を案内します。

なお、かかりつけ患者が自力でオンライン診療を開始することが困難な場合は、家族や看護師、介護福祉士などに**オンライン診療支援者**になってもらうような調整が必要です。

また、詳しくは巻末資料で述べますが、この場合は個別の医学管理料（情報通信機器を用いる場合）や、時限措置による特別な管理料を算定できることがあります。

適切な例）高血圧でかかりつけの70代女性に対し、家族に準備してもらいオンライン診療を実施した。画面で血圧手帳を確認し安定していること、随伴症状がないことを確認して降圧薬を継続処方した。症状増悪時は途中で対面受診するよう伝え、次回予約を入れた。

4.2.1.2 かかりつけ患者の新規症状対応（IDあり、初診、症状は様々）

普段の定期通院はしていませんが、感冒や喘息発作などがあるとかかりつけ医を受診するケースが該当します。この場合、かかりつけ医が患者の病歴や対応能力に信頼がおけると判断できること（この点は4章でご紹介する日本医学会連合の提言でも強調されています）、患者が医師や支援者との良好な関係に基づいて方針決定ができること、オンライン診療による診察で軽症と判定できること、の三つが揃っていれば「**時限措置の診療**」として初診でも診断結果の説明、療養指導、そして処方が可能です。発熱初期の軽症例であれば、非対面診療での感染予防効果も見込めます。

ただし、発熱後 2-4 日が経過しており、COVID-19 と他の発熱疾患との鑑別が必要な時期や、重篤感があれば対面診療を案内します。

適切な例）年数度の発熱で受診している5歳男児が、発熱2日目で心配した母親によりオンラインで受診した。病歴と接触歴を聴き、患児の全身状態を画面で確認し、母親に軽症であると丁寧な説明を行った。対症療法薬を処方し、2日後に発熱が続いた時の対面診察を案内した。

4.2.1.3 久しぶりに受診した患者の新規症状対応（IDあり、初診、症状は様々）

急性症状で軽症であり、処方希望しているケースが該当します。かかりつけとしての患者情報の更新はされておらず、関係も希薄になりやすいので、「**時限措置の診療**」を初診として実施するにあたり、かなり慎重な対応が求められます。特に急性症状に対しては、正確なトリアージや迅速な治療介入は難しいので、判断がつかない場合は対面診療を勧めます。

適切な例) 毎年春にアレルギー性鼻炎で受診している 50 代女性より、新型コロナウイルスの感染が心配だからと、オンライン診療の予約があった。発熱・呼吸苦などの随伴症状がないことを慎重に確認し、過去カルテの病歴も確認のうえで抗ヒスタミン薬を 30 日分処方した。時限的な措置であることも説明し、次回の対面による再診も促した。

不適切例) 3 年前にアレルギー性鼻炎で診察した 20 代男性が、新型コロナウイルスの感染が心配だからと、オンライン診療の希望があった。若いので問題ないと考え 重症度や随伴症状、過去の病歴は確認せず、希望薬を 90 日分処方した。

4.2.1.4 まったくの初診患者への対応（IDなし、初診、症状は様々）

この場合、「時限措置の診療」では認められているものの、平時のオンライン診療の趣旨からはお勧めできません。理由としては、ほとんどの場合は医師患者関係が構築できておらず、患者背景の把握は困難です。また、身体診察は視診のみに制限されます。特に主訴が急性症状のケースでは、久しぶりに受診した患者と比べても、患者登録などの手続きで医療介入が遅れてしまう可能性があり、さらに慎重に対応する必要があります。この点は、P20で述べる日本医学会連合の提言書でも詳しく注意喚起がなされています。

一方で、厚労省に報告された時限措置の診療実態では、発熱・かぜ症状・頭痛などの「初診」患者に対し、毎月7000件程度のオンラインおよび電話診療が行われたこともわかっており⁵⁾、プライマリ・ケアの現場におけるニーズもあるようです。

具体的な留意点としては、安易な処方にならずに慎重な重症度判定と診断を行い、自宅で療養するための丁寧なアドバイスを伝え、重症疾患や基礎疾患の増悪が考えられる場合は速やかに対面診察を案内しなければなりません。

この場合で「時限措置の診療」が許容されうるケースとしては、初診ではあるものの、ご家族がかかりつけ患者で普段から付き添いをしており医療機関との信頼関係が既に構築されているケースや、無症状時にオンライン登録をしておいて発熱時に医師による診断・治療・指導を自宅や職場から受けた住民のケース、転居に伴い診療情報提供書をもとに前医で処方されていた比較的安全な薬剤を初診としてオンライン診療で継続処方するケース、そして後述しますが、地域での新型コロナウイルスが拡大した際に、軽症自宅待機患者に対して行政・保健所と連携の上で実施するオンライン診療などが考えられます。

発熱患者および新型コロナウイルス軽症患者のオンライン診療については本ガイド別章にて詳述しておりますのでご覧ください。

不適切例 1) 80代女性が転倒し足を捻ったため、オンラインで診てもらえないかと娘から連絡があったので、診察の必要性を感じたものの対面診察は促さず“今は特例で認められていますから”と説明して鎮痛薬と湿布を処方した。

不適切例 2) 当院受診歴のない30代男性が、昨日より発熱があり、咳嗽で眠れないため、当日の診察を求めてオンライン診療に登録した。画面から分かるほど頻呼吸と喘鳴があったが、本人が抗菌薬と睡眠薬を強く希望したため、対面診察への切り替えは促さず、希望通り処方し終診とした。

適切な例) 当院かかりつけの高齢女性を自宅で介護している息子から、自分が発熱して新型コロナウイルスが心配とオンライン受診の希望があった。オンラインでの問診と視診では軽症と判断して処方を実施し、対面診察のタイミングを伝えると共に、母親の様子も画面でみながら感染対策についても相談に応じた※。

※このようなケースで、連続して家族のオンライン診療も求められた場合は、平時の外來対面診療と同様にカルテ作成や予約を別名でとり、一旦1人目の診察を終了してから再接続のうえで2人目の診療を行う必要があります。

4.2.2 オンライン診療の処方制限について

2020年4月10日の厚労省通知¹⁾によれば、今回の時限措置の診療では以下のような処方制限がありますので、オンライン診療の限界として患者に説明してください。

なお、処方制限に関する通知は随時更新されておりますので、定期的に確認ください。

- 1 全くの初診患者、定期通院がないかかりつけの患者、久しぶりに受診した患者の新規症状対応（つまり、初診時）
 - ・麻薬や向精神薬（睡眠薬）の処方不可

- 2 ①の患者で、さらに基礎疾患の診療情報（診療録や診療情報提供書）がない場合
 - ・麻薬や向精神薬（睡眠薬）の処方不可
 - ・ハイリスク薬（抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤等）の処方不可
 - ・処方日数は上限7日間

①、②いずれも初診のため巻末付録2の書式により処方薬剤の記録・報告が必要です。

また、①、②以外の対象患者であっても「オンライン診療の適切な実地に関する指針」³⁾には以下のような記載があり、慎重に投薬すべきことが提示されています。

「適切な容量・日数を処方し過量処方とならないよう、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が払われるべきである」

「向精神薬・睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の医薬品の処方を希望するなど医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に、対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方することはあってはならない」
「勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方してはならない」

時限措置の診療には、都道府県への報告義務があるため、2020年秋に厚労省がその実態について集計しています⁶⁾。その内訳を見ていくと、麻薬処方の殆どはコデインリン酸でした。これは、本薬は濃度が1%以上の濃度では麻薬扱いとなるため、初診の感冒・咳嗽症状に処方され不適切扱いとなったことが推察されます。向精神薬は、抗不安薬または睡眠薬としてのベンゾジアゼピン系薬剤が大部分を占めます。ハイリスク薬では、インスリンなどの注射薬だけでなく、抗血小板薬やβ遮断薬、メトホルミン、プレドニンなど日常診療の頻出薬も含まれていました。

オンライン初診での、診療情報もない状態でのこれら薬剤の不適切処方については、引き続き十分な注意が必要です。

(吉田 伸)

4.3.1 (NEW) 2020 年度の時限措置における初診オンラインの診療実態

新設となる本章では、時限措置に基づく初診のオンライン・電話診療の状況報告および厚労科研武藤班で実施されている追加調査をもとに、その診療実態を明らかにし、現在の初診オンライン診療における課題について述べていきます。

オンライン診療の特例措置後の恒久化の議論

オンライン診療の特例措置後の恒久化の議論において、初診のオンライン診療を適切に実施するための安全性・信頼性は大きな論点の一つとなっています。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直し検討会（第 12 回：2021 年 11 月 13 日⁷⁾、13 回：同年 12 月 21 日⁸⁾）での議論では、「初診の場合にも安全性・信頼性を担保するためには、医師が患者の医学的情報を把握していることや、医師-患者間の関係性が醸成されていることが重要であり、「医師・患者関係」とは過去の受診歴等がベースとなるという考え方から、「過去に受診歴がない場合の初診からのオンライン診療についてどのように考えるか」が論点の一つとなっています。

また、初診を「新たな症状等に対する診察を行うこと」と定義した場合には、初診からオンライン診療を行う場合には不適切な症状や状態の患者を事前に除外するために、オンライントリージあるいは電話トリージを受けることを必須するとの案が出ており、トリージに用いる医学的な判断基準については、各種学会からの意見を取りまとめたかどうか、との案が出ています。その他、初診時の事前説明や同意のあり方、医師・患者双方の本人確認、処方薬の制限などが論点となっています。

我々は厚生労働科学特別研究事業として、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の対応やその影響についての研究を行いました⁹⁾。ここでは、そこで明らかになった実態を元に、今後の初診オンライン診療について考察します。研究では、厚労省による実態調査分析に加え、我々研究班が独自に行ったインタビュー調査(注釈 1)、並びにアンケート調査(注釈 2)を元に実施しました。

まず、インタビュー調査ではオンライン診療に関する考え方や対応の実態を明らかにしました。医師からの初診の有効性として《初診オンラインは、受診のきっかけが欲しかった患者に適している》、《初診オンライン診療はファーストコンタクトとしては有効である》、《オンライン診療により受診の敷居が下がり、服薬アドヒアランスが上がる》、《多忙な会社員をはじめ、従来は 通院断念者だったケースがオンラインだったらと再診してくれる(医師も罹患経過が掌握できるので安心できる)》、《高齢者にとっても、付き添う家族にとっても、通院の負担が軽減される》との意見が見られました。これについて、COVID-19 流行下では患者にとっては医療機関に向くことが一つのハードルになっており、必ずしも患者は医療機関に向かなくても受診可能である、という医師と患者双方の意識の変化は在宅医療の黎明期を惹起させるものです。「ただし一部の科や一定以上の年齢層の患者さんでは初診は対面でないと難しい」という医師たちの語りもみられましたが、家族や介護者等、患者のオンライン受診時にサポートできる支援者が環境下にいれば、解決可能と考察されます。

次に、アンケート調査における初診に関する実態を挙げます。まず、電話もしくはオンライン診療の実績がある医師のうち「電話またはオンラインでの初診または再診診療が全てまたは一部可能」と考える医師は、a)事前の情報がない初診、b)事前の情報がある初診、c)再診ではそれぞれ a)81.7%、 b)96.5%、 c)98.7%でした。（これらの電話のみの分布はそれぞれ a) 51.2%、 b)89.5%、 c)99.5%であり、特に事前の情報がない初診では大きく乖離）。なお、診療が不可能な理由として、 a)については、対面診療と同じ程度の情報が得られないため(53.6%)、重大疾患が見落とされる可能性があるため(51.4%)、採血などの検査が必要なため(44.8%)が多く、これらは b)、c)でも比較的多い項目として挙げられています。

また、電話もしくはオンライン診療の実績がある患者の受診疾患とその受診先では、受診疾患では定期的疾患は 76.6%、新たに発症した疾患は 26.5%でした（電話診療ではそれぞれ 84.6%、 17.3%）。さらに受診先はかかりつけ医が 75.7%、初めての医師が 18.4%（電話のみではそれぞれ 94.2%、 2.9%）となっています。これらの結果は、オンライン診療ではかかりつけ医での定期的疾患で受診する患者は多いものの、新規疾患では電話に比べて新規発症や初診での受診が多いのが特徴的です。

このように、情報がない初診であっても 8 割以上、情報がある初診においては 97%の医師が、診療が可能と答えている点は注目に値すると考えます。一方で、情報不足による重大疾患の見落としに対して 5 割の医師が指摘していることは、今後の議論でも十分反映すべき論点であると考えます。

また、患者においては 4 分の 3 がかかりつけ医を受診していますが、一定割合の新規症状での受診が見られることから、オンラインでの新たな症状対応への期待が伺えます。

オンライン診療の有用性はもはや異論あるところではなく、論点は、その有用性を生かすべく医療の安全性と信頼性を担保しながらどのように活用するか、です。まもなく、オンライン診療の恒久化の議論の方針が定まるに際しては、これら臨床現場の実態を反映し、我が国のオンライン診療が、医師・患者に求められ、大いに利活用され有用性を発揮する診療として発展していくことを願っています。

（武藤 真祐）

注釈 1) インタビュー調査

対象：オンライン診療を行った実績のある医師 10 名と利用した経験のある患者 10 名

調査期間：2020 年 10 月～12 月

調査方法：同意を受けた対象に、研究員が電話もしくは web 会議システムで 30~60 分のインタビューを実施した。

注釈 2) アンケート調査

対象：電話またはオンラインシステムを利用して診療を行った実績のある医師・患者

回答者：医師同意取得者 921 人中 682 人、患者同意取得者 453 人中 439 人

調査期間：2020 年 11 月 15 日～12 月末

調査方法：web アンケートにより調査を実施。調査においては同意の有無を web 上で確認し、同意を得たものに対して無記名で回答を依頼した。

4.3.2 まとめ：オンライン診療に適していない症状リスト

本章のまとめとして、オンライン診療（特に初診）に適していない症状を列挙します。
以下の兆候があれば速やかに対面診療か救急医療機関への受診を勧めて下さい。

オンライン診療に適していない症状リスト（参考文献^{10）}をもとにガイド作成チームで一部改変）

（腹部／尿路症状）

- 腹痛：重度または急性発症
- 血尿または血便
- 吐血
- 突然の腸管／膀胱機能の消失
- 嘔吐または下痢：重度または持続する衰弱、口渇、意識障害を伴う場合
- 水分摂取量減少または尿量減少

（呼吸器症状）

- 喀血
- 息苦しさまたは呼吸困難感
- 強い湿性咳嗽
- 画面ごしに聴こえるほどの喘鳴

（心症状）

- 随伴症状を伴う血圧上昇
- 胸痛または胸部絞扼感

（婦人科）

- 性器出血
- 帯下
- 腹痛または腰痛／子宮収縮

（精神科）

- 希死念慮
- 虐待を疑う場合
- 新規の抑うつ、不安、パニック発作

（眼科）

- 眼球外傷
- 視力障害
- 複視
- 突然の視覚変化

（神経症状）

- 12時間以内のてんかん発作様運動
- 感覚脱失／異常感覚／身体の麻痺
- 失神
- 顔面下垂
- 発語または嚥下困難
- 過去最悪の頭痛
- 突然のめまい
- 意識障害

（その他）

- アレルギー反応
- 止血できない出血
- 術後出血
- 発熱
- 強い倦怠感
- 嗅覚・味覚異常
- 突然の重篤な痛み
- 薬物加療内服／中毒
- 頭部、頸部または背部の外傷

なお、オンライン診療を実施して新型コロナウイルス感染症を疑った場合の対応については、本ガイド第5章をご覧になるか、「**新型コロナウイルス（COVID-19）感染症 診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き Version 3.0（2020年11月7日公開）^{2）}**」
[（リンク）](#)をご確認下さい。

4.4(NEW) 日本医学会連合 オンライン診療の初診に関する提言について

本稿を改訂中の 2021 年 6 月 1 日に、本学会も加盟する日本医学会連合より、オンライン診療の初診に関する提言¹¹⁾が発表されました。COVID-19 のパンデミックにより、遠隔医療の重要性も顕在化しているわりに、諸外国と比較してその応用に遅れもみられる日本ですが、かといって不適切に遠隔医療が実施され、患者家族に不利益が起きてはならないという観点から、各学会の協力により編纂されました。

オンライン診療が適切に行われるための「**オンライン診療の初診に適さない症状**」ならびに、「**オンライン診療の初診での投与について十分に検討が必要な薬剤**」を整理のうえ、列挙しています。本ガイドの内容の多くはこの提言の前に執筆しましたので、各医療機関におけるオンライン診療の実施にあたっては、各事例の症候や処方について十分に読み比べて頂ければ幸いです。

一部、この提言の原則をご紹介しますと、

かかりつけの医師が（背景のわかっている患者に対して行う場合のみ）初診からのオンライン診療を行う

とあり、患者の背景情報を把握している、かかりつけ医によるオンライン初診を示しています。また、オンライン診療での初診の限界を、情報量と対応手段の観点から指摘し、具体的に適さない状態として、

- ・ 診断のため医療機関における検査が必要な状態
- ・ 投薬以外の治療を開始すべき状態

を挙げています。さらに、対面診療の必要性を判断するタイミングについては、予約の段階と医師によるオンライン診療実施後の 2 つを示しています。

また、「専門外の医師がどこまで初診を担当して良いか」という議論については、オンラインでも対面でもありえることと断ったうえで

「緊急性」および「対面による情報量あるいは対応の違い」の観点からすべきもの

と明記しています。

オンライン診療を取り巻く環境は、ご覧のように劇的に変わりつつあり、当学会としましても、組織的な議論を踏まえつつ、当学会の理念に沿った編集を心がけてまいります。

どうぞ、各種情報の照らし合わせをしつつ、実際の診療に当たって頂ければ幸いです。

(吉田 伸)

5.1. (NEW) オンラインでのかぜ診療の診察法と留意点

実際にオンラインでのかぜ診療に取り組んでいる施設での診察法と留意点をご紹介します。

(概要)

かぜ診療は対面診療でなければ細菌性肺炎や気管支喘息発作などの重篤な疾患や緊急性の高い疾患を見落とす可能性があり、常にこれらを念頭において診療にあたる必要があります。さらに、新型コロナウイルス感染症の鑑別は難しく、診断のためにはPCRなどの検査が必要になることも想定しなければなりません。

(受付・問診)

一般的なかぜ症状としては、咳・痰・鼻水・咽頭痛・発熱・倦怠感などが主訴になります。まず受付を行った段階で、オンライン診療が適切な状態かを確認を判断しなければなりません。特に以下のような内容が確認された場合は、速やかに受診・対面での診療を促す必要があります。

咳・痰：

- ・息が苦しいと感じないか？
- ・激しい湿性咳嗽はないか？
- ・音が強く聞こえるほどの喘鳴はないか？
- ・喀血、血痰は出ていないか？

上記のような話が聞かれた場合は、急性気管支炎・肺炎といった下気道感染症や、気管支喘息発作など速やかに処置を必要とする疾患の可能性を考えます。

咽頭痛：

- ・水分が飲み込めないほどの咽頭痛ではないか？

急性喉頭蓋炎や扁桃周囲膿瘍など、急激に増悪する疾患の可能性を考えます。十分な咽頭所見の評価が難しいオンライン診療には適していません。

強い倦怠感：

医療機関への受診が困難なほどの強い倦怠感を主訴に患者や家族がオンライン診療を希望する場合があります。しかし、その場合は全身状態が不良であることが当然想定されるため、迅速な処置や十分な精査を考えるとオンライン診療での対応は困難であり、直ちに対面診療を促すべきです。

いずれの症状においても、突発で重篤な症状や増悪傾向にある場合は、対面診療を促す必要があります。本ガイドラインにおける「オンライン診療に適していない症状」の項を参考にしてください。

(診察のコツ)

バイタルサイン：

かぜ症状の患者における有用なバイタルサインを測定できる機器は、患者の自宅等においては体温計などに限られると思われます。画面上から呼吸数を測定するなど、可能な限り情報を集める必要があります。

呼吸の確認：

正面から鎖骨周囲の動きを見ることによって呼吸回数を確認します。正確な回数は確認できなくとも、呼吸の速度を推察することが可能です。また、胸鎖乳突筋が浮き出るような呼吸をするなど呼吸補助筋の動きを捉えることで努力呼吸の有無を評価します。会話が咳や息切れによって途絶えることがないかも確認が必要です。

咽頭の確認：

患者に指示を出し、スマートフォンなどの照明を利用し、口腔内を照らしながらカメラ部を自分の口に向けて近づけてもらうことで撮影します。ただし、患者のカメラ操作や、医師の指示にもある程度の熟練が必要です。

本人から確認できない場合：

小児や高齢者など本人から病状を確認できない場合は、付き添いの方に本人の状態を確認し伝えてもらう必要があります。小児であれば本人を画面に登場させてもらい、笑顔が見られるか、顔色は良いか、おもちゃなどで遊ぶ様子があるか、などの様子から全身状態の把握を行います。

(フォローアップ)

一般的に、かぜ症状は数日で症状がピークアウトしていきます。症状が長く続く、程度が強くなる、食事や水分が取れないなど、病状の悪化を疑わせる経過がある場合は、速やかに対面診療を受けるよう指示します。

(おわりに)

かぜの症状は咳・鼻水などのありふれた症状が多く、受診を希望する患者はもちろん、医師でさえもオンライン診療で抵抗なく診療ができるのではないかという錯覚を起こします。しかし、実際にはオンライン診療では対応が困難な場合も確かに存在します。オンライン診療の適応について熟慮し、診療技術に習熟していくことで、適切なオンライン診療の環境を提供していく必要があります。

(堀越 健)

5.2. (NEW) オンラインでの新型コロナウイルス感染症の診察法と留意点

はじめに

新型コロナウイルス感染症患者を診療する機会は、通常は入院事例のみです。たまたま外来で診断が付いた例は、診断が確定したときに保健所案件となり、外来担当医にとって種々の登録作業を終えた後は、通常は診療する機会は通常はありません。軽症・無症状例では自宅・施設での待機が勧められますが、現行では待機例患者の診療に臨床医が関与する機会は稀であり、患者は保健所からの電話連絡で行政とつながるのみです。つまり、自宅待機の患者は医療から切断されてしまうのです。

新型コロナウイルス感染症が増加し、軽症・無症状例は市中で診断されます。多くは軽症で経過するとはいえ、医療による介入は必須であると筆者は考えます。

以下、当院での経験例を紹介し、現下の新型コロナウイルス感染症の課題に言及します。なお、事例は個人が特定できないように編集してあります。

事例報告

事例 1 外来で診断されオンライン診療を導入

40歳代前半の夫婦、就学前の幼児の3人家族。当院受診の4-5日前から父親が発熱と倦怠感、乾性咳嗽が出現、当院受診前日に母親と児が37°C台の発熱、乾性咳嗽があり、当院を受診。クリニックの駐車場車内で鼻咽腔ぬぐい液の検体を採取、患者さんは車内で待機してもらい、SARA-CoV-2抗原定性検査を施行したところ、家族3人とも陽性が判明した。

患者にはそのまま車内のスマホからオンライン診療を受診してもらって状態を再度確認した後、そのまま帰宅を指示した。患者登録などの手続きなどを行い当院から保健所に連絡、オンライン診療導入を提案し受諾して頂いた。

保健所から酸素飽和度モニターを患者さんへ貸与し、翌日以降の4-5日間は連日オンライン診療で診察した。発症7日時点で病状が安定していることを確認し、診療回数を漸減した。先に発症した父親は、嗅覚障害・味覚障害を訴えていたが日常生活には支障はない。

父親には葛根湯を処方し、母親も上気道炎症状があり葛根湯とした。児には麻黄湯を処方した。父親に若干の倦怠感はあるが、全員とも食思はよく、酸素需要もない。その後、父親に湿性咳嗽が出現したので、気管支拡張薬を処方したところ、2-3日で軽快した。母親と児は2-3日で上気道炎症状は軽快。3人とも安定したのち、補中益気湯を処方した。毎回のオンライン診療後にオンライン服薬指導に繋ぎ、処方薬は薬局から自宅に郵送する。

この事例では調剤薬局から比較的近隣であったので、薬局が直接自宅に赴き、玄関に処方薬入りの袋をかけておいた。隔離期間を過ぎたのちに対面診療で受診して頂いた。

事例 2 保健所から PCR 陽性となり依頼があった事例

40歳代夫婦と就学前の幼児の3人家族。母親が週の初めに発熱し、その4日後に父親と児が発熱し、咳嗽を伴っていた。保健所でPCR検査を施行したところ、全員陽性であった。母親は乾性咳嗽が残るのみで全身状態は良好だが、父親は強い倦怠感、乾性咳嗽と38度前後の発熱を訴えていた。児は湿性咳嗽と37度代の発熱で活動性は保たれていた。全員、酸素投与の必要はなく、経口摂取は可能であった。

保健所から当院へオンライン診療の依頼があった。当該保健所は当院とは別の二次医療圏であるが、当院が児のかかりつけであること、当院がオンライン診療を行っていること

は保健所で周知されていること、成人入院施設は当該二次医療圏にはなく受け入れ先確保も困難であること、児を分離して入院隔離しなければならない場合、児の受け入れ先は確保困難であることなどから、オンライン診療の適応と考え導入した。

父親には当初葛根湯とめまいに対して五苓散を処方したが、湿性咳嗽と膿性痰が出現したため、抗菌薬(AMPC)と気管支拡張を開始した。この間酸素飽和度は92%(室内気)まで低下したが、一過性であり回復した。軽快はしたものの倦怠感が残存するため補中益気湯を追加処方した。同時並行で、母親には補中益気湯、児には当初麻黄湯を処方した。最終的に父親は湿性咳嗽が残るものの、徐々に軽快した。

事例3 軽症な時の隔離入院が大きな負担となった事例

40歳代の夫婦と小学生高学年と低学年の子どもが二人いる家庭。上の子どもの学校でクラスター発生があり、上の子どもはPCR陽性であり、ほかの家族は陰性かつ全員無症状であった。保健所の指示で上の子どものみ、隔離目的での入院が必要とされた。小児のCOVID-19の入院受け入れ可能な施設は限られており、自宅から70km遠方の市中病院に隔離され入院となった。

しかし、児は入院中から不眠により大声で泣きわめき、頻回に病室からの脱出を試みた。隔離体制であり、看護師が付き添うこともできず受け入れ病院は困り果てて、担当医から当院へ相談があった。保健所の指示も得て、児は自宅へ戻し、自宅から当院でオンライン診療を開始した。元来健康な児であったが、退院後4-5日間は不眠、腹痛を訴え、母親が離れることを極端に恐れた。甘麦大棗湯を処方し、所定の隔離期間を経て復学し、学校の受け入れもよく、その後の経過は順調である。

このように、軽症・無症状の小児を隔離目的で入院させることは、児と家族への精神的負担が大きい。ここでもオンライン診療は有用であると感じた。

考察

軽症・無症状の自宅・施設待機例にはオンライン診療が第一選択と考えます。オンライン診療を導入する以外で、こうした例が医療につながることは困難ではないでしょうか。訪問診療も可能ですが、医療側への負担が大きいと思われます。また、家族内発症例・濃厚接触例にもオンライン診療は良い適応です。なお、その際にはこうした事例への制度上の整備が必要です。

治療に関しては、現状では漢方薬が有望な選択肢でしょう。COVID-19治療の次の課題は、初期から軽症例に投与可能な抗ウイルス薬の認可と考えます。

COVID-19と診断された患者は、その告知の時に多くの方は動転します。すぐには疾患の受け入れは困難です。疾患受容が困難なままですと、医療の継続も困難となりかねません。初期の担当医からの丁寧な説明が必須です。

(黒木 春郎)

6. 在宅医療におけるオンライン診療

在宅医療におけるオンライン診療には、もともと**オンライン在宅管理料**という算定要件があります。その算定にあたっては、**在宅時医学総合管理料（在医総管）の算定患者**が対象となり、当該の管理料を初めて算定した月から3か月以上経過し、かつ直近3ヶ月の間オンライン診察を行う医師と同一の医師が、毎月訪問診療を行っている場合となります。

では、現在の新型コロナウイルス感染が拡大する状況で、どのようにオンライン診療を組み込んでいけばよいのでしょうか。

具体的な運用として、在医総管を月2回で算定している患者のうち、月1回をオンライン診療に置換することで、対面訪問を減らすというやり方があります。この際（訪問）とオンライン在宅管理料を併算定できます。

なお、在宅医療では癌性疼痛や呼吸苦に対するオピオイドの使用頻度は高いと思いますが、オンライン診療での麻薬処方は避けるべきであり、オピオイドを使用している在宅患者に対しては、対面訪問の回に麻薬処方を済ませておくことを勧めます。

ここまできをまとめますと、現時点では以下のような在宅患者にオンライン診療は望ましいと考えます。

適切例) 既にも 3 ヶ月以上計画的に訪問診療をしている居宅の高齢患者に対して、感染予防の観点から対面訪問を減らしたかったが、4 週間も訪問間隔が空いてしまうのは心許なかった。そこで月2回の在医総管のうち1回をオンライン診療に切り替え、直近2週間の変化を画面越しに確認して療養指導と追加処方を行った。

なお、2020年4月下旬に「**在宅医療における臨時的対応**」^{12,13)}が発出され、新型コロナウイルスの拡大月に関しては、在医総管に加えて**施設入居時医学総合管理料（施設総管）**も電話等による診療を一部行い包括算定が可能となる条件が示されています。

このように、時限措置の間は施設の在宅患者にもオンライン診療が可能となっていますので、適宜通知を確認下さい。（[リンク](#)）

（中山 久仁子）

7. (NEW) オンライン服薬指導について

平時のオンライン診療では、処方箋は患者宅に郵送を行い、患者はその処方箋を薬局に持参して、薬剤師による服薬指導を対面で受ける必要があります。処方箋の原本は医療機関から薬局へ郵送します。院内処方の場合のみ、患者宅へ薬剤を直接郵送できます。

しかし、**時限措置の診療**においては、患者の指定した調剤薬局へ処方箋をFAXし、その後処方箋の原本も医療機関から薬局に送付します。薬局は処方箋情報に基づき調剤し、患者宅へ薬剤を郵送することが可能となりました（別途郵送料が必要）。

その際は、かかりつけ薬局の薬剤師が患者に電話やオンラインでの服薬指導を行い、薬剤の品質保持（温度管理など）と確実な授与を保証できる方法（書留郵便など）で、処方を郵送します。医療機関から調剤薬局へFAXする際は、宛先の間違いを防ぐため、あらかじめ電話で指定された調剤薬局を確認しさらにテストとして、一度空白のFAXを送ってみるとよいでしょう。

解説

対面が原則とされる服薬指導は、2018年からの国家戦略特区での取り組みをもとに安全性や有効性が検証され、2019年に医薬品医療機器等法が改正された後、2020年から健康保険のオンラインでの施行が認められるようになりました。ただ、実施する薬剤師や処方箋の要件、事前の計画の策定、オンライン服薬指導が行える医師の診療スタイルなどに限定があり、あくまでも限定的な解除に留まっていました。

しかし、2020年2月以後の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大もあり、同年4月10日に発出された厚生労働省からの事務連絡によって、時限的・特例的にそれらの要件や事前の準備が不要となったため、その適応は一気に加速しています。今後、COVID-19の感染が中長期化することが見込まれますので、そのポイントを整理しておきましょう。

服薬指導の意味合いが変化している

2019年に改正された改正医薬品医療機器等法で、薬剤師は必要に応じて継続的かつ的確に服用後の状態をフォローすることが義務づけられるとともに、そこでの情報を医師に伝えることが努力義務として明記されました。これによって、服薬指導とは薬の説明をするだけでなく、その後のフォローを行い、患者さんの状態を薬学的にアセスメントし、必要に応じて医師にフィードバックするところまでを含むようになっていきます。薬剤師の仕事の範囲が増えることによる業務や移動に伴う負担が、オンラインによって軽減され、普及が加速することが想定されます。

特別なシステムやハードを必要としない

オンライン服薬指導は、オンライン診療と同様に、その真正性や情報セキュリティ、課金システムなど、専用のシステムやある程度のスペックを持つハードが必要でした。しかし、0410事務連絡¹⁾においては、電話等従来の通信手段や機器を用いたものの使用が時限的・特例的に解禁されています。COVID-19の感染拡大に伴い、この事務連絡での条件は今後も一定期間続くと考えられ、そこで安全性が検証され問題がなければ、恒久化も視野に入るでしょうから、オンライン服薬指導を躊躇する理由は、一気に少なくなると思われます。

オンライン服薬指導について おわりに

地域包括ケア実現に向けて、ポリファーマシーの問題の解決は喫緊の課題ですが、それには薬剤師の業務を、服薬後のフォロー、薬学的アセスメント、医師へのフィードバックまで広げる必要があります。オンラインも活用した医師と薬剤師が協働して行う薬物治療管理は、医師から薬剤師へのタスクシフトやタスクシェアリングを可能にし、医師の働き方改革の実現にもつながっていくでしょう。

(狭間 研至)

8. (NEW) 実践者の回想：オンライン診療が軌道に乗るまで

新設となる本章では、オンライン診療をそれまでの診療形態に組み合わせ、プライマリ・ケアとして実践されている先生がた（以下敬称略）に、オンライン診療が軌道に乗るまでの経過を振り返って頂きました。オンライン診療の導入を検討されている皆様にとり、一助となれば幸いです。

（黒木 春郎）

筆者は2016年6月にオンライン診療を導入しました。当時、導入している医療機関はごく僅かでした。WEB上での面談も、今こそ多くの方が汎用システムを使っていますが、当時はほとんどありませんでした。

導入にあたりベンダーからの説明も受けましたが、まず自院のスタッフが納得することが必要でした。スタッフにはオンライン診療は患者さん志向の医療を実現できることを説き、院長からのトップダウンで決定しました。運用上はベンダーに頼ることなく、スタッフが自ら体験し患者さんに説明できる様になることを目標とします。

導入当初は、良かれと思う患者さんに勧めても、時には断る方もいらっしゃいました。「使い方がわからない」「1時間かけても来ます」といった反応も見られます。ためらう方には無理をして勧めず、受け入れてくれる方を中心に勧めます。やはり、これまでの診療で信頼関係のできている方から勧めるのが良いでしょう。

オンライン診療は通院困難の支援にもなりますし、現下ではコロナが心配な方、あるいはコロナの患者さんにも使えます。さらには、メンタルな問題で外出困難な方にも適応できます。その特性を生かして可能性を広げることができます。

（大橋 博樹）

私自身、これまでオンライン診療にはほとんど興味はありませんでした。対応できる疾患が限られていること、そして診療報酬の低さが原因だったと思います。2020年4月の事務連絡の際も、新型コロナで来院控えをしている患者さんに何ができるだろうかという手探り状態でオンライン診療を開始しました。

オンライン診療を始めて感じたことは、かかりつけの患者さんに対しては、対面診療と併用することで、患者さんやかかりつけ医双方にメリットがあるということです。当院は土曜日にしか来られないビジネスマンの方が多いです。土曜日は混雑するため、その患者さんは半日を費やして受診していました。それが今や平日の仕事の合間にオンラインで受診することで、土曜日を有効活用できるばかりか、当院の混雑緩和にも繋がりました。

また、生活背景が見えるというオンライン診療ならではの利点も出てきました。気管支喘息のお子さんをオンラインで診察すると、飼い猫2匹がリビングを縦横無尽に走り回っていました。その子はネコ上皮アレルギーもあるため、お母さんと適切な飼育環境についても相談しました。オンライン診療は適切な活用で、かかりつけ医の診療の幅と深さに貢献できるのは間違いありません。そのためにも、適切で有効なオンライン診療について、さらに私たちも修練していく必要があります。

(内田 直樹)

私がオンライン診療に関わるようになったきっかけは、福岡市と福岡市医師会が行った「かかりつけ医」機能強化事業でした。この中で、外来診療とオンライン診療の併用を行う予定だった方が、実施直前に悪性腫瘍が再燃し余命 1-2 ヶ月となったため結果的に在宅医療とオンライン診療を併用し看取りまで行うという経験をしました。

この実証事業の結果は国の審議会にも報告され、2018 年度の診療報酬改定でオンライン診療が初めて保険収載されることとなり、オンライン在宅管理料も新設されました。しかし、条件が厳しい上に診療報酬も低く抑えられていたため実臨床でオンライン診療を行わずらく、当院では 2 年間で 7 例にしかオンライン診療を行いませんでした。

状況が大きく変わったのは 2020 年 4 月の時限措置発出後です。これによって、発熱患者の対応で看護師が訪問してオンライン診療を行い呼吸数を含めたバイタルチェックや採血、唾液での PCR 検査まで実施できるようになり、飛躍的にオンライン診療（正確には時限的特例的診療）を行う頻度が増えました。Doctor to Patient with Nurse (D to P with N) と呼ばれる形ですが、非常に有用性が高いと感じています。

そして執筆時点(2021 年 6 月)で、時限的特例的診療が終了したあとの恒久化された仕組みの検討が行われています。これによって、オンライン診療の今後が大きく左右されるため注目しています。

(大林 克巳)

1991 年に大学を卒業した私は、手書きが主流であった手術記事作成に愛用の NEC ノートパソコンを使っていました。当時 Apple は革新的なパソコン「Macintosh」を次々と発表し、Microsoft は OS「Windows95」を発売。パソコンは一般の人にも使いやすくなりました。並行してインターネットが実生活に普及・定着。今や誰もがスマホで毎日ネットにアクセスする時代となりました。この間の進歩は目を見張るほど急速でした。

そんな中で 2016 年に学会場でオンライン診療のデモを見た時、物議を醸した「お坊さん派遣のネット通販」が頭をよぎりました。社会がこれほど変化しているのに、診療形態は変化しなくていいとは思いませんでした。

オンライン診療を導入した当初は不慣れで通信の途絶などのトラブルもありました。それでも患者とは丁寧に向き合い、オンライン診療に向いている方がいれば積極的に声をかけ、時には使い方のレクチャーもしました。その効果もあり、利用者は次第に増え、2020 年 COVID-19 流行を機に急伸長しました。診療枠 10 人/日は毎日ほぼ埋まっています。同診療は日常診療の質を上げるための新たな形態であり、対面診療と対立するものではありません。両者を組み合わせながら、患者のニーズに応えるのが良いのではないのでしょうか。10 年後には当たり前の診療形態となっているような予感がします。

（狭間 研至）

当院は、高齢者の通院患者が多く、また、紙カルテを運用しているため、オンライン診療は積極的に考えてきませんでした。しかし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって、医療機関の待合室が三密となったためか、患者さんが長期処方を望まれたり、受診を控えられたりするようになりました。そんなときに、0410 事務連絡が出たことによって、いわゆる電話再診のような形で患者さんの状態、バイタルサイン、便通の有無、睡眠の状態などを問診し、残薬の有無を確認し、必要な処方を決定することが可能になりました。

処方箋は、当院から患者さん指定の薬局にファックスし、後日原本は薬局に届けるというまさに特例的な扱いで対応しています。1年あまり経過しましたが、原則2回に1回は通院していただき感染リスクを下げるのと同時に安全性を担保するようにしています。病院側も患者さん側も慣れてきた感じですが、全くの初診については、やはり安全性も有効性も担保できないためにお受けしていません。本来のオンライン診療ではありませんし、まだまだ軌道に乗ったとは言いがたいですが、今後、こういった経験を重ねることで、医療者側も患者側も慣れていき、しかるべきオンライン診療の形に到達できるのではないかと感じています。

（武藤 真祐）

新型コロナ感染症は組織を不安に包みました。トレーニングを受けた医療従事者でも不安とストレスの中におり、家族等にもそれが広がりました。仕事を続けることへの迷いを口にする職員もいました。

そこで私たちは、疑い患者へは医師のみで訪問するほか、オンライン診療のさらなる活用を決めました。まず着手したのはマニュアルの作成です。医師約60名他スタッフ全てが関わる事項であり、予め手順を定め混乱や負担を最小限にすべく始めましたが、その過程で起こりうるリスクを想定しえたことは、副次的効果でした。マニュアルや運用に際しては、当院のオンライン診療システム YaDoc のサポートセンターの協力を得ながら準備を進めました。

一連の活動は、まず理事長が提案、院長のうち一人が素案を作成し、それを法人意思決定会議に諮りました。そこで決定した方針を全職員が参加するオンライン会議で共有し、その後は現状に合わせ、院長のリーダーシップのもとで細部の運用を決めていきました。

振り返ると、日頃から様々な課題解決のための組織的行動があったからこそ有事の対応ができたと思います。平時からのガバナンス構築とリスクマネジメントを、これからも大切にしていきます。

9. おわりに

本ガイドをお読みくださり、ありがとうございました。本ガイド執筆者のひとりのひとりである黒木春郎春郎の論考¹⁴⁾には、以下の一節があります。

そもそもオンライン診療は対面診療と対比するものではない。オンライン診療は、患者さんの状態を医師が判断して、相応しい時に用いる診療形態である。診療には入院・外来・在宅という形態の別があり、オンライン診療はそこに並列される「第4の診療形態」なのである。

現在、当学会会員ならびにすべての日本の医療者が、入院・外来・在宅のいずれかの現場において、通常診療の体制維持に努めながら、新型コロナウイルス対策にも取り組んでいます。そんな非常事態に対応すべく、今回のオンライン診療の要件が変更されたわけですが、この苦難を凌ぎつつも、次世代のプライマリ・ケアに向けた一手として、

『第4の診療形態』であるオンライン診療のより良い適応を検討し、現在の感染予防対策としてだけでなく、将来にわたり、広く住民に、正しく提供、できるように育てること

を皆様と成し遂げたいと願いながら、本ガイドの結びとさせていただきます。

10. 参考資料及びウェブサイト

- 1) 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（2020年4月10日付事務連絡）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>
- 2) 新型コロナウイルス（COVID-19）感染症 診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き Version 3.0
<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>
- 3) オンライン診療の適切な実施に関する指針, 厚労省, 2018年3月策定、2019年7月一部改定, <https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>
- 4) 本指針における「初診」の定義等, 厚労省 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第3回資料1, 2019年3月29日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000495279.pdf>
- 5) 令和2年10月～12月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果、厚労省 第13回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資料1-2, 2021年3月3日, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000759845.pdf>
- 6) 令和2年7月～9月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果、厚労省 第11回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資料1-2, 2020年11月2日, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000690548.pdf>
- 7) 第12回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, 厚労省, 2020年11月13日, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14652.html
- 8) 第13回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, 厚労省, 2020年12月21日, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15505.html
- 9) 令和2年度構成労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）研究「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の対応やその影響についての研究」, 研究代表者：武藤真祐、研究協力者：大橋博樹、大林克巳、黒木春郎、長島公之、山岡和枝、涌水理恵)
- 10) Jennifer M. Schmidt, Seeking Evidence-Based Covid-19 Preparedness: A FEMA Framework for Clinic Management, NEJM Catalyst, March 25, 2020
- 11) 日本医学会連合 オンライン診療の初診に関する提言, 2021年6月1日版
<https://www.jmsf.or.jp/uploads/media/2021/06/20210603172150.pdf>
- 12) 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について、中央社会保険医療協議会総会（第456回）議事次第資料、総-3
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000624500.pdf>

- 13) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて
(その14) ,厚労省保健局医療課 (2020年4月24日付事務連絡)
https://www.mhlw.go.jp/content/000625141.pdf?fbclid=IwAR1Um_FBzw34dOIsfiu0sh_NpxSQiTEa-s3H0TKzr6L8hO82NMt29sufTj8
- 14) 黒木春郎、「オンライン診療は第4の診療形態」,医事新報, No.4995
(2020年01月18日発行) P.59

このほか、インターネットから多数の有益な情報を得ることができます。
新型コロナウイルス 関連の情報については、日本プライマリ・ケア連合学会のホームページ内の「COVID-19 特設サイト」 ([リンク](#)) をご参照ください。

巻末資料) 「平時のオンライン診療」と「時限措置の診療」の違い

新型コロナウイルス感染症流行により、2020年4月10日、厚生労働省より通達された事務連絡¹⁾では初診から電話や情報通信機器を用いた診察を認めるなど、従来のオンライン診療と比較して、時限的に大胆な規制緩和がなされました。しかし、大幅な規制変更に伴う不十分な制度理解や、通達の要件を遵守しない不適切な診療がみられたことから、同年8月26日、要件を遵守することを改めて促し、緩和した要件を若干制限することが通達されました²⁾。

感染拡大に伴う時限措置の診療報酬は、平時のオンライン診療の保険算定と比べて多くの点で算定要件や診療報酬が異なります。時限措置の診療では、診療開始のための準備や対象者が平時と比べて大幅に緩和されているほか、**使用機器が平時のオンライン診療は「ビデオ通話機能のある情報通信機器」に限られているのに対し、時限措置の診療では「電話診療」も含まれるのが最も大きな相違点です。**

ビデオ通話機能での診察が含まれない診療は厳密には「オンライン診療」とはいえず、実際の理解としては、**従来の「電話等を用いた診察」の算定要件が大幅に緩和されたうえで、準備や開始に大きな労力のかかる「平時のオンライン診療」より、労力のかからない「電話等を用いた診察」のほうが高額な診療報酬が算定できるようになった、**と考える方が分かりやすいでしょう。

従来からビデオ通話機能のある情報通信機器でオンライン診療を行ってきた医療機関は、時限措置の下でも「平時のオンライン診療」の診療報酬も算定可能です。しかし、時限措置下での「電話等を用いた診察」のほうが高額でもあり、適応も拡大していることから、ビデオ通話機能のある情報通信機器を用いて同様に診療していても、「オンライン診療」ではなく、時限措置下の「電話等を用いた診察」として算定しているのが現実です。上記の点が、時限措置下において「オンライン診療」の理解が難解になっている点といえます。

・算定要件の違い

①初診からの診療・事前の対面診察の必要性

平時のオンライン診療では、対象となる疾患について対面診療の初診（保険算定上の初診、診察歴のある患者も含む）から3ヶ月以上経過し、かつ毎月診察していることが必要となります。ただし例外的に a)医療資源の少ない地域等において急病ですぐに適切な医療を受けられない状況にある場合、b)患者から十分な情報提供がされた別の医師が患者といる場合、c)在宅医療で連携して複数の医師がチームで診察しておりチームの医師が対面診察をしている場合、d)緊急避妊に関わる場合（地理的要因や心理状態から対面診療が困難で、産婦人科医または所定の研修を受けた医師が一錠のみの院外処方に限る）、は初診であっても診療は可能となります³⁾。

一方で時限措置の診療では、初診でも診療を行うことが可能です。しかし以下の条件を満たすことが必要であり、特に一度も対面診察のない初診の非対面診察は十分に注意を払う必要があります（できれば避けることが好ましい）。

- 1) 初診から非対面診療が適していない症状等、非対面診療で生じる不利益、急変時の対応等について、十分な情報提供や説明を行い、診療録に記録する。
- 2) 対面診療が必要な場合、速やかに同医療機関で対面診療に移行するか、他の医療機関に紹介する体制にある。
- 3) なりすまし防止や虚偽申告による処方防止のため、被保険者証をデータで受け取るなど本人確認ができる。

また初診からの診察に限り、所定の様式に沿って所在地の都道府県に、医療機関自体の調査票や毎月の実地状況調査票を提出する必要があります²⁾。

②通信機器

平時のオンライン診療では「ビデオ通話機能のあるスマートフォン・タブレット・PCなど」の情報通信機器を用います。平時の電話診療は、オンライン診療とは別に「電話再診」として扱われます。

しかし時限措置の診療では、情報通信機器か電話かを問わず、同じ初診料を算定できるほか、電話等再診料、医学管理料（以前から対面診療で対象の管理料を算定していた場合のみ）も算定できます。

③対象患者の要件

平時のオンライン診療では、診療可能な対象患者が極めて限られています（下記「診療報酬の違い」の項参照）。

時限措置の診療では対象患者は限定されておらず「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¹⁾とされています。

④「小児外来診療料」及び「小児かかりつけ診療料」

この施設基準の届出を行っている医療機関では、対象となる6歳未満の患児の診察について、平時ではオンライン診療は、「小児科療養指導料」などの対象患児を除き、認められていませんでした。

一方、時限措置の診療では、小児も初診から診察することができ、成人と同様、時限的な「電話等を用いた場合の初診料」を算定できます。診察の際は公費負担確認のため、児童福祉法に基づく医療受給者証も確認する必要があります。

⑤診療計画書の作成

平時のオンライン診療では対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた「診療計画」を作成し同意を得ておく必要があります（付録1参照）。

時限措置の診療では、計画書の作成は必ずしも必要ではありません。ただし、初診については上記①を遵守することが必要となります。また再診において、既に定期的なオンライン診療を行っている場合は、診療計画書に発症が予測される症状変化の追記を行うこと、また行っていない場合でも、電話や情報通信機器の診療で生じうる不利益や、発症が予測される症状の変化、処方薬等を説明して同意を得て説明内容を診療録に記載することが必要となります。

⑥対面診察から次回の対面診察までの期間

平時のオンライン診療では、対面診察を行った翌月と翌々月までオンライン診療を行えますが、3月目には対面診察を行う必要があります。

時限措置の診療では次回の対面診察までの期間は定められておらず、電話のみであっても、算定上は対面診察なしで診療・処方を継続することができてしまいます。

⑦研修の受講

令和2年4月以降、平時のオンライン診療を実地する医師は、厚生労働省が定めたe-ラーニング講習を受講する必要があります(3.1参照)。

時限措置の診療では、研修を受講していない医師が診療を行っても差し支えないとされてきました¹⁾。しかし、不適切な事例がみられたことにより「オンライン診療及び4月10日付け事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実地する医師は、可能な限り速やかに当該研修を受講するよう努めることとし、遅くとも令和3年3月31日末までには受講すること」²⁾と期限が設けられ、現在では受講が求められています。

⑧施設の届け出や情報提供

平時のオンライン診療を保険診療で行う医療機関は「基本診療料の施設基準等に係る届出書」と「オンライン診療料に係る届出書添付書類」を所在地の地方厚生局長に提出する必要があります。

時限措置の診療は届け出の必要はありませんが、電話や情報通信機器等による診療を受けられる医療機関の情報を国民・患者に対して公開するため、所定の様式¹⁾に沿って各都道府県に医療機関の情報を提供する必要があります。

⑨処方制限：

平時のオンライン診療では、明確な処方の制限は述べられていませんが、不適切例として「患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用される利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用される保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例」、「勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例」などが記載されています⁴⁾。

時限措置の診療では一定の処方制限があり、① 初診では麻薬及び向精神薬を処方してはならない、② 診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日間が上限、③ 診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤(抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤など)の処方をしてはならない、と処方制限があります。しかし、その要件も遵守しない処方が認められたことから、再度徹底が呼び掛けられ「要件を遵守しない医療機関は、厚生労働省から都道府県へ情報提供が行われ、診療の実態調査のうえ、必要な指導を行う」とされる通達がなされました²⁾。

表1 算定要件の違い

要件	平時のオンライン診療	時限措置の診療
初診からの診療	例外を除き認められない 3ヵ月以上毎月通院が必要	条件つきで可能
通信機器	ビデオ通話機能のある 情報通信機器のみ	情報通信機器・電話いずれも可
対象患者の要件	あり	責任もって診断・処方できると判断 できればない
小児	認められない（一部除く）	成人と同様に可能
診療計画書 同意取得	必要	不要（不利益や予測される変化、 医薬品の説明をカルテ記載）
次の対面診察	3ヵ月毎には必要	定められていない
研修の受講	必要	速やかに受講するよう努める
施設基準の 届出	必要	不要だが所定の書式で届け出は必要
処方制限	転売や不適正使用が疑われるよ うな場合、禁忌の確認ができない 例の処方是不適切	①初診から麻薬・向精神薬処方は不可 ②診療情報がなければ、処方は7日ま で、薬物管理指導料「1」の処方は不可

・診療報酬の違い

（1）平時のオンライン診療における診療報酬

①保健診療を開始するまでの準備

オンライン診療の診療報酬を算定するには 1)所定の研修(e-ラーニング)の受講、2)施設基準に関わる届け出、3)計画書の作成と患者の同意取得が必要となります(3.1 参照)。

②オンライン診療料

オンライン診療では、対面診療の初診料や再診料、外来診療料等と同様に「オンライン診療料（71 点/月）」が基本診療料となります。対面診療の原則のもと、オンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、計画に基づいた診療を行った場合に月1回算定できます。連続する3月の間に対面診療が1度もない場合は算定できません。また対面診療とオンライン診療を同月に行った場合も算定できません。

③算定できる患者の要件

オンライン診療料を算定できる患者は、次に掲げる患者に限られます。

1) 特定の管理料等の算定対象となる患者

特定の管理料や指導料の算定対象（表2）で、その管理料等の算定開始から3月以上経過し、かつ直近3ヵ月は対象となる疾患で毎月対面診療を受けている場合、オンライン診療料と併せて、個別の医学管理料（情報通信機器を用いた場合：各月1回100点）を算定できます。ただし算定できるのは、後日の対面診療の時のみです（表3）。

実際例としては、糖尿病や高血圧等の慢性疾患で、以前から継続して定期通院しており、特定疾患療養管理料を算定している場合、などが対象となります。

表2 算定対象の管理料・指導料一覧

特定疾患療養管理料 小児科療養指導料 てんかん指導料 難病外来指導管理料 糖尿病透析予防指導管理料 地域包括診療料 認知症地域包括診療料 生活習慣病管理料 在宅時医学総合管理料 精神科在宅患者支援管理料

2) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者

本管理料を算定している糖尿病、慢性経過の肝疾患・慢性ウイルス肝炎の患者についても、自己注射の指導管理を最初に対面で行った月から3月以上経過し、オンライン診療実施前の直近3月間、当該疾患について毎月対面診療を受けている場合に、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合：月1回100点）をオンライン診療料と併せて算定できます。

3) 慢性頭痛の患者

事前の対面診療でCT・MRI・血液学的検査などの必要な検査を行い「一次性頭痛」と診断され、病状や治療内容が安定している慢性頭痛のオンライン診療に対して算定できます。ただし診療を行う医師は、脳神経外科か脳神経内科を5年以上経験している医師または、オンライン診療に係る研修を終了した医師に限られます。また研修を受けた場合も、脳神経外科か脳神経内科を5年以上経験している医師により診断された患者に限られます。

4) ニコチン依存症管理料・外来栄養食事指導料

全5回の禁煙外来のうち2～4回目のニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いて診察を行った場合155点/回）、および医師の診察後の指示に基づいて管理栄養士が具体的な指導を行った外来栄養食事指導料（情報通信機器を使用する場合180点/回）が算定できます。

実際にオンライン診療を行う患者に対し、対面診療と組み合わせてどのように診療報酬を算定するか、次頁に一例を示します（表3）。

表3 平時のオンライン診療における診療報酬のイメージ

<ul style="list-style-type: none"> ・ 対面診療： 再診料(73点) + 特定疾患処方管理加算(66点) + 特定疾患療養管理料(225点) + 明細書発行体制等加算(1点) + 外来管理加算(52点) + 処方せん料(68点) ↓翌月 ・ オンライン診療：オンライン診療料(71点) + 処方せん料(68点) ↓翌月 ・ オンライン診療：オンライン診療料(71点) + 処方せん料(68点) ↓翌月 ・ 対面診療： 再診料(73点) + 特定疾患処方管理加算(66点) + 特定疾患療養管理料(225点) + 明細書発行体制等加算(1点) + 外来管理加算(52点) + 処方せん料(68点) + 特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合) × 2回分(100点 × 2) ※算定は対面診察の時のみ
--

(2) 時限措置の電話や情報通信機器を用いた場合の診療報酬

①初診料

従来は認められていなかった、電話や情報通信機器を用いた初診からの診療が認められ「電話等を用いた場合の初診料 214 点」が算定できることとなりました。

②再診料

慢性疾患等を有する定期受診患者等が複数回以上受診している場合、事前に診療計画が作成されていなくても、これまでの慢性疾患治療薬を電話や情報通信機器を用いた診療で処方することが可能となりました。基本診療料としては「オンライン診療料」ではなく「電話等再診料 73 点」を算定します。また「処方箋料 68 点」も算定できます。

③管理料

表2の管理料や指導料を対面診察において算定していた患者で、電話や情報通信機器を用いた診療でも当該計画等に基づく管理を行う場合「慢性疾患の診療(新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱) 147 点」を追加で算定できることとなりました。

次頁に平時のオンライン診療と、時限措置の診療の診療報酬の違いを示します(表4)。

表4：平時と時限措置の、診療報酬※の比較（資料4）をもとに作成）

		初診		再診		医学管理	
		初診料	288点	再診料 外来診療料	73点 74点	疾患などに応じた 医学管理料	各医学管理料 の点数
平時	対面診療						
	オンライン診療	×		オンライン診療料	71点	対象医学管理料の注規定 「情報通信機器を用いた場合」	100点
	電話等を用いた診療	×		電話再診料	73点	×	
時限措置	対面診療	平時と同様の取り扱い					
	オンライン診療	平時と同様だが、ビデオ通話機能をもつ情報通信機器を使用して 「電話等を用いた診療」が算定できる					
	電話等を用いた診療	電話等を用いた 場合の初診料	214点	電話再診料	73点	要件を満たせば 管理料を算定可能	147点

※診療報酬点数は2021年7月時点のものを記載

時限措置は定期的に検証が行われる予定であり、ここで記載した時限措置の特徴は新型コロナウイルス感染の状況に応じて、見直しや変更の可能性があります。厚労省の「オンライン診療に関するホームページ」の最新情報⁵⁾を適宜確認して下さい。

(小宮山 学)

参照：

- 1)事務連絡 令和2年4月10日「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・特例的な取り扱いについて」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000621247.pdf>
- 2)事務連絡 令和2年8月26日「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・特例的な取扱いに関する留意事項等について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000667692.pdf>
- 3)厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針 平成30年3月」（令和元年7月一部改訂）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>
- 4)事務連絡 令和2年4月24日「新型コロナウイルス感染症に関わる診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その14）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000625141.pdf>
- 5)厚生労働省「オンライン診療に関するホームページ」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html

付録1) オンライン診療 計画書と同意書 の 文例

医療機関名：
担当医師：

外来におけるオンライン診療の実施にかかる診療計画書

オンライン診療の実施にかかる基本的な考え方

- ◎ 原則として、初診は直接の対面による診療を行う。
- ◎ オンライン診療は、触診等を行うことができない等の理由により、得られる情報が限られている。
そのため初診以後も、同一の医師による対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる。
- ◎ オンライン診療を実施する都度、医師がその実施の可否を慎重に判断し、オンライン診療による診療が適切でない場合には、速やかにオンライン診療を中断し、対面による診療に切り替えることが求められる。
- ◎ オンライン診療は、患者がその利点および生ずるおそれのある不利益等について理解した上で、患者がその実施を求める場合に実施されるべきものであり、研究を主目的としたり医師側の都合のみで行ったりしてはならない。
- ◎ 上記に加え、新型コロナウイルス感染が収束するまでの時限的措置として患者・医療者双方の感染を防ぎ医療体制を維持すべく、オンライン診療を実施する。

上記項目に加え、以下の診療計画等をよくご確認いただき、オンライン診療の実施に同意をいただける方は、別紙同意書の署名欄にご署名をお願いいたします。

診療計画書

オンライン診療で行う診療内容	<p>診療内容：発熱や感冒症状等に対して問診・視診による診察 普段の慢性疾患の継続加療や症状変化への診察 必要時は対面診察の可能な医療機関へ適宜紹介</p> <p><u>担当医師</u></p>
診療時間に関する事項	電話や各種予約システム等を用いて、事前に予約を行う
オンライン診療の方法：使用機器	<p>患者側：スマートフォン・タブレット・パソコン 医師側：医療機関のパソコン、タブレット端末等の情報通信機器 利用するオンラインシステム：非対面式診察が可能なもの</p>
オンライン診療を行わないと判断する条件	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の心身の状態について、必要な情報が十分に得られていないと医師が判断した場合 ・体調が不安定で、対面診療の必要性が認められた場合 ・情報通信環境の障害等によりオンライン診療を続行不能な場合 <p>上記条件に該当した場合は、直接の対面診療に切り替える。</p>
患者による情報伝達の協力	オンライン診療の実施に際し、患者は診察に対し積極的に協力し、自身の心身に関する情報を医師に伝達する必要がある。
急病急変時の対応方針	当院で対応できない場合には、然るべき医療機関に紹介する。
複数の医師がオンライン診療を実施する予定	<p>有り</p> <p>例) 医師会会員の医師</p>

<p>情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任分界点等の明示</p>	<p>想定されるセキュリティリスク 医療機関・オンラインシステム提供事業者に対するサイバー攻撃等による患者の個人情報の漏洩・改ざん等 汎用サービスを使用する場合、セキュリティはそのサービスの範囲内であること</p> <p>医療機関及びオンライン診療システム提供事業者に課される事項 オンライン診療の適切な実施に関する指針に定める情報セキュリティに関するルールを厳守したシステムを構築し、常にその状態を保つこと</p> <p>医師に課される事項 セキュリティリスクを十分に勘案した上でオンライン診療システムまたは汎用サービスを選択すること ・患者および医師がシステムを利用する際の権利、義務、リスク等を明示し、かつ情報漏洩等のセキュリティリスク、医師・患者双方のセキュリティ対策の内容、患者への影響等について、平易に説明できるオンライン診療システム提供事業者を選択すること</p> <p>なお、患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的、間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負わない</p>
<p>オンライン診療の映像や音声等の保存</p>	<p>行いません</p>

オンライン診療に伴うセキュリティおよびプライバシーのリスクに関連して
患者さまには以下の注意事項を守っていただくようお願いいたします。

- 患者は使用するシステムに伴うリスクを把握する
例) スマートフォンの紛失や、パソコン上のウイルス感染に伴う医療情報の漏洩等
取りうる対策：パスワード設定、生体認証設定、ウイルスソフトのインストール
- 患者はオンライン診療を行う際は、使用するアプリケーション、OS が適宜アップデートされていることを確認する
- 患者は医師側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならない
- 患者は医師のアカウント情報等を診療に関わりのない第三者に提供してはならない
- 患者は医師との通信中は、医師との同意がない限り第三者を参加させない
- 患者は原則、医師側が求めない限り、あるいは指示に反して、チャット機能の利用やファイルの送付などは行わない。特に外部 URL への誘導を含むチャットはセキュリティリスクが高いため行わない
- 対面診療の例外として初診でオンライン診療を用いる場合、患者は、顔写真付きの身分証明書で本人証明を行う。顔写真付きの身分証明書を有さない場合は、二種類以上の身分証明書を用いて本人証明を行う。

以上

同意書

医院 医師名

私は、上記の「オンライン診療の実施にかかる診療計画書」に関する説明を受け、内容を理解し、納得しましたので、診療計画と注意事項に従い、オンライン診療を受診することに同意いたします。

同意日：西暦 年 月 日

本人氏名 印

代諾者氏名 印 (続柄：)

付録 2) 別添 1 医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療等の実施状況調査票

参考文献 1) より抜粋 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>)

別添1

医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療等の実施状況調査票

基本情報													
施設名	郵便番号	住所 (都道府県から記載)	電話番号	ウェブサイトURL									
例	〇〇医院	000-0000	東京都千代田区・・・	000-0000-0000	http://www...								
対応した医師		初診からの電話等による診療等の実施について (以下のいずれかが該当するものに○を記入してください。)					患者情報			診療の内容			
日付	診療科	医師名	過去の診療情報等により基礎疾患の情報を確認できた患者に対して診療を行った。	過去の診療情報等により基礎疾患の情報を確認できなかった患者に対して診療を行った。	電話等により診断や処方を行うことが困難と判断し、対面での診療が必要と判断した患者に対して対応を行った。(例: 検査依頼)	年齢	性別	居住地 (都道府県)	診療名 (診療がつかない場合は記載)	指示の内容 (対面診療を指示した場合はその旨)	処方した薬剤 (処方日数)	(保険診療の場合) 診療料	再診の予約日 (〇日後)
例	2020/4/13	内科	〇〇 〇〇	○		75	男	東京都	熱熱	自宅待機	コカール (4日分)	電話等再診	4日後

付録 3) 別添 2 電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

参考文献 1) より抜粋 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>)

別添2

電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

基本情報					事業連絡に基づく対応について					
施設名	郵便番号	住所 (都道府県から記載)	電話番号	ウェブサイトURL	初診の電話等を用いた診療の実施の有無	再診の電話等を用いた診療の実施の有無	対応診療科	担当医師名	対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名 (複数ある場合は複数、住所も併せて記載)	
例	〇〇医院	000-0000	東京都千代田区・・・	000-0000-0000	http://www...	○	○	内科 小児科	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇〇病院 (東京都〇〇区・・・) 〇〇病院 (埼玉県〇〇市・・・)