

オンライン診療は、 地域医療をどう変えるのか



和泉誠人先生

厚生労働省医政局医事課 医師等医療従事者働き方改革推進室長

和泉誠人(いずみ まさと)先生 プロフィール

2013年岡山大学医学部卒業。静岡県立こども病院で小児科研修の後、2018年厚生労働省入省。保険局医療介護連携政策課・医療課、内閣府、健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課などを経て、2024年9月より厚生労働省医政局医事課 医師等医療従事者働き方改革推進室長。



間中勝則先生

厚生労働省医政局総務課 オンライン診療推進専門官

間中勝則(まなか かつのり)先生 プロフィール

2004年東京大学医学部卒業。2013年東京大学健康保健推進センター助教、2014年東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科助教、2024年4月より厚生労働省医政局総務課 オンライン診療推進専門官。

聞き手



古城隆雄先生

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

古城隆雄(こじょう たかお)先生 プロフィール

2011年慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科 博士号(政策・メディア)取得。
2010年自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教、講師、2018年東海大学健康学部准教授を経て、2025年より埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科教授。



原田昌範先生

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター センター長

原田昌範(はらだ まさのり)先生 プロフィール

2000年自治医科大学を卒業後、山口県の離島へき地で勤務。2010年自治医科大学地域医療学センターを経て、2011年から現職。山口県コロナ対策室、防府保健所長、へき地医療支援機構へき地医療専任担当官も担当。2019年から厚生労働科学特別研究事業(オンライン診療)の班長。2018年から公益社団法人地域医療振興協会理事。2024年度へき地医療貢献者表彰を受賞。2025年自治医科大学地域医学センター公衆衛生学講師、内閣府SIP社会実装アドバイザー、周南公立大学客員教授にも就任。2026年国土交通省国土審議会専門委員。

複雑な医療の仕組みを知りたいという思いから

古城隆雄 今日、厚生労働省から和泉誠人先生、間中勝則先生にお越しいただき、原田昌範先生と私の二人でお話を伺います。私が進行役を務めますので、まず私から自己紹介しますと、私は医師ではなく、社会科学系の医療政策を専門にしている研究者です。原田先生とは、学生時代の疫学の泊まり込みセミナーで一緒にして以来、もう16、17年のお付き合いになります。

原田昌範 私が離島に勤めていまして、宮城県の鳴子温泉で開かれたセミナーで同じ部屋になったのです。三十代のいいおじさんたちが、和室十畳ほどの部屋に6人、いきなり押し込まれて寝食を共にしたのが始まりでした(笑)。その後、古城隆雄先生はすぐ離島にも視察に来てくださって、自治医科大学の教員に就任され、私が1年ほど国内留学で母校に戻った時には一緒に働きました。

和泉誠人 恐ろしい会ですね(笑)。でも、そこで出会われたわけですね。

古城 はい(笑)。では早速、原田先生から、今回の特集号と座談会の趣旨をご説明いただけますか。

原田 今回の特集では、医療法改正が大きなテーマです。私はこれまでも『月刊地域医学』で、厚生労働科学研究などに関連する特集を1年から1年半に一度ぐらい企画してきました。今回は医療法改正に加え、診療科偏在の議論もあります。特集記事としては、医療法改正、診療報酬改定、今回の事業や研究班の紹介、D to P with Nの深

掘りなどを取り上げる予定です。この座談会では、その前段として、制度の話だけでなく、それが地域医療の現場にどうつながるのかを伺いたいと思っています。

古城 それではお二人から、簡単なお経歴と厚労省に入られたきっかけを紹介していただきたいと思います。

和泉 私は2013年に岡山大学医学部を卒業しました。医系技官という仕事には学生の頃から関心がありました。岡山大学の疫学教室に、医系技官を辞めて教員になられたOBの方がいらっしゃって、その方のお話を聞いたのがきっかけです。もともと、医学部に行くのか、もっと多くの人を助けるなら製薬業界の方がいいのか、いろいろ考えていました。結局、医学部に進みましたが、漠然と「大きなインパクトのある仕事がしたい」という思いがあり、医系技官という行政官の仕事を知って「いいな」と思ったのです。5年生か6年生の時には、厚労省の医政局総務課に一度インターンシップにも行きました。そこで統合医療というものを知り、「統合医療って一体何だ?」と思いながらも、面白そうだなという印象はありました。ただ、いきなり行政に行くのではなく臨床をしてからと思っていたので、卒後は臨床研修を受けました。

古城 研修はどこでされたのですか?

和泉 病院選びも少し変わっていて、私は5年で必ず臨床を辞めようと思っていたので、とりあえず忙しいところに行こうと、初期研修の2年間は湘南藤沢徳洲会病院に行きました。指導医が少なく一人あたりの負荷が大きい病院で、高齢者救急を本当にたくさん診ました。その後、静岡県立こども病院の小児科で3年間、後期研修をしました。そこで改めて思ったのは、小児科

は子どもだけを診ていればいいわけではない、ということです。家族ごとにもろいケースがありますし、病院の中だけでできることには限界がある。やはり社会的な仕事もしたいと考え、6年目に厚労省に入りました。

古城 入省してから何年目になるのですか。

和泉 2013年卒業で、卒後6年目に入省したので7年目ですね。

古城 当初やりたかったことは、今、できていますか。

和泉 どちらかというと、「これをやりたい」というより、「ものごとの仕組みを知りたい」という気持ちの方が大きかったと思います。複雑な世の中の仕組みを知りたい。医療現場にいた範囲では、自分がやるべきだと思う医療を、わりと実現できる環境にいたという感覚がありました。例えば小児医療でも、薬をあえて出さないことを含めて、医師の判断でできることがいろいろある。そういう「今できている幅」をどう維持するのか、その仕組みを知りたいという問題意識でした。

入省して物事が見えてくると、オンライン診療も、単に推進か規制かという話ではなく、診療科偏在などの社会課題と組み合わせることで新しいことができるのではないかと思うようになりました。少ないリソースの中で、オンラインで対応せざるを得ない地域があります。難病でも、患者さんが減り、医師も減っていく中で、すべての地域に専門医を置くのは難しい。だから、診療科偏在対策とオンライン診療はかなり相性がよい。そういうコラボレーションで新しいことをやるのは面白いと思っています。

大学病院でのオンライン診療導入が、そのまま制度の仕事につながった

古城 間中先生、いかがでしょうか。

間中勝則 厚労省へは東京大学からの出向で来ました。私は2004年の卒業後、新臨床研修制度、いわゆるスーパーローテートの1期生でした。その後の大半は大学におり、基礎研究、臨床研究等に携わり、臨床での専門は、慢性疾患や難病など、継続的な診療を提供する領域に軸足を置いていました。

大きかったのはコロナ禍です。東大病院としてもオンライン診療をきちんと提供しようという機運が高まり、まずは内科系で開始しようということになりました。私たちの診療科は慢性疾患や難病の患者さんを抱えていたので、実務の担当者としてオンライン診療を導入しました。当科の科長がオンライン診療の指針のメンバーだったり、日本医学会連合で遠隔医療の担当をしていたりしたこともあり、厚労省から私に話があり、私が医政局総務課に来ることになりました。

古城 出向は何年からですか。

間中 正式には2年前の4月からです。ただ、声がかかったのはもう少し前で、大学側の仕事などを他の人に引き継ぐ必要もあり、半年ぐらい参与として週1、2回来ていましたので、関わりとしては3年近いですね。医療法改正の審議が少し長引いたのもあり、少し延長して、今に至るという状況です。

古城 大学でされていたことからつながっているわけですね。

間中 そうですね。大学で実際にオンライン診療を立ち上げ、患者さんも診ていたので、その経験があって声がかかったのだと思います。

原田 パイオニアですよ。すごいことですよ。

間中 逆に言えば、そういう立場にあったから声がかかったのだと思います。当時、クリニックでは比較的簡単に入れられるソフトもありましたが、病院で、しかも大学病院で導入するのはシステムから立ち上げる必要があり、とても難しかった。そこで東大病院では保険診療としてのオンライン診療システムを立ち上げて開始しました。診療報酬上、当時は対象者が限られていましたが、難病の管理料を取っている患者さんなどは対象になり得たので、私たちのように難病の患者さんを多く抱える診療科だからこそ立ち上げられた面があります。

原田 まさにピンポイントで合っていたんですね。以前、九州の患者さんをオンラインで診ていたというお話もありましたよね。

間中 九州に引っ越された難病の患者さんを、オンラインでしばらく診ながら、現地の専門性のある後輩につないでいったケースです。結局3年ぐらいかけて、九州の医療機関に移行しました。難病は本当に長い付き合いになります。だからオンライン診療は、それ自体が目的というより、使った結果として普通に医療を提供できることが大切なのです。最終的には、特別な手法ではなく、当たり前を選択できる手法になっていくのがよいと思っています。

古城 だいぶ近づきましたか。

間中 ちょっとは……(笑)、近づいたかなと思います。

オンライン診療は 目的ではなく手段

古城 今回の「目的ではなく手段」というところは、とても大切ですね。読者にとっては、医政局の総務課と医事課が、オンライン診療をめぐるどのように役割分担しているのかも分かりにくいと思いますが、教えていただけますか。

間中 大きく言えば、規制と推進です。もともとオンライン診療は平成9年の通知から始まり、その後、へき地・離島に限らない形に広がってきました。指針は、医師法との関係で、オンラインで行う行為が診察に当たるのかを明確にするために作られてきた面があります。医師法を見ているのが医事課なので、規制の部分は医事課が持っている。一方で、総務課では、医療DXというだけでなく、オンライン診療を実際にどう使い、どう実装するのかまで含めて見ているのだと理解しています。

和泉 その流れの中で、私が医事課で今回の「令和8年度診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等推進事業」をやっているわけです。「それは総務課の担当ではないか?」「医療提供体制の話なら地域医療計画課ではないか?」と言われましたが、診療科偏在対策としてであれば医事課でやってもよいのではないかと、自分で整理して手を挙げたところがあります。診療科は医師養成にも関わりますし、必要な医療を提供するという意味では、医政局の一員として取り組んだ方がよい。今回、学会を対象にしたのも、医療政策の中で学会の役割をもう少し高めてほしいという思いがあるからです。領域の専門医を育てているのは学会です。オンライン診療だけで

なく、D to Dも含めて、その領域の医療をどう面として日本で支えるのかを、アカデミックな観点から考えてほしいと思っています。

間中 規制についても、単にプレーキだとは思っていません。適切な規制がないままマルプラクティスが広がると、オンライン診療全体がうまくいかなくなってしまう。患者さんも医療従事者も、どういうルールに則ればよいか分かる方が安心して進められます。過剰な規制はもちろん普及の妨げになりますが、適切なレギュレーションは、むしろ推進の土台になるのではないかと考えています。

医療法改正で何が変わるのか

古城 今回の医療法改正で、具体的にどのようなことが変わのでしょうか。オンライン診療の適切な実施に関する指針が法律に格上げされたことも含めて、教えてください。

間中 法改正で、指針に書かれていたことの一部分が法律上の基準に引き上げられました。その意味では規制強化です。ただ、基準に引き上げられた内容は、基本的には「当たり前の医療を当たり前に提供してください」ということです。これまで問題になっていたのは、指針に違反したからといって、直ちに法律違反と言えるかが分からない点でした。保険診療では指針を守ることが診療報酬上の要件になっていましたが、保険診療ではないものについては、指針違反でも特別な罰則があるわけではない、という受け止め方も一定程度あったと思います。

医療を提供する以上、受ける人にメリットがあり、害が及ばないことが重要です。保険診療に限らず、広く「これは守ってほしい」と

いうことを明確にしたのが今回の改正の一つです。例えば、何か起こった時に確実に相談できる体制、連絡先の明示、アフターフォローの責任などです。副作用や不具合をゼロにすることはできませんが、起こった時にどう対応するのかを担保する必要があります。

和泉 基本はやはり、医療である以上は医療法です。大きな集合として医療があり、その一部に保険診療があります。保険診療上の算定要件は、医療法で担保されているものに、さらに保険の要件が乗るイメージです。指針という通知の文書から、我が国の医療の規範として法律に位置づけられたことには意味があると思います。

古城 現場では、医療法での規制と診療報酬上の要件の違いが分かりにくいかもしれませんね。

和泉 そうだと思います。現場からすると、「保険診療ではどちらにせよ規制されているでしょう」という感覚かもしれません。ただ、患者さんから見れば、自由診療を受ける場合もあります。そこでも医療として守るべきものは守っていただく必要がある。そこを医療法で明確にしたということです。

原田 保健所なども、根拠がある方が動きやすいですよね。職員は根拠に基づいて動いていくところがありますから。

間中 そうですね。どこまで実効性を持たせられるかは運用しながらという面もありますが、根拠として明確になったことは大きいと思います。

医療を受ける「場所」を広げる

古城 今回、新しくオンライン診療受診施設も位置

づけられました。これはどこから出てきたのでしょうか。

間中 どこから来たのでしょうかね(笑)。ただ、もともと居宅等の「等」の部分を広げてきた流れがありました。通所介護事業所、会社や学校、あるいはオンライン診療のためだけに開く診療所のようなものなど、原型になる仕組みはいくつかありました。ただ、使い勝手がよいとは言いにくく、活用も多くなかった。これまで医療を受ける場所は、居宅等と医療提供施設に大きく整理されていました。でも本当にそれだけでいいのか。もう少し簡易に受けられる場所を設定できた方がいいのではないか。そこで、届け出制のもとで医療を受けられる場所を少し広げる仕組みとして、オンライン診療受診施設が出てきたのだと理解しています。

和泉 これは、医療機関の機能がある程度分解していく一歩目でもあると思っています。今は一つの医療機関で全部提供することが前提になっていますが、検査、画像、説明、診療などの機能をばらして、集約した方が効率的になる可能性があります。MRIやCT、採血なども、結果を電子的に送ればよい。オンライン診療受診施設は、医療機関の提供する機能の在り方を考える入口にもなり得ると思います。

原田 私は山口県コロナ対策室にも兼務で関わっていたのですが、保健所に医師が足りず、保健師さんもPCR検査ができない時がありました。へき地や学校で、ドライブスルー型で検査をしたこともあります。医療機関と居宅以外にも、検査や医療を提供できる場所が必要だという肌感覚はありました。だから、オンライン診療受診施設が、次のパンデミックに向けた検査の場にもなり、医療を提供する場所にもなり得ると聞

いた時、「有り難い」と思いました。次の有事に備えてインフラをしっかりと整備しておくことは、とても大事だと思います。

間中 コロナを契機にオンライン診療が広がった面はありますし、次の感染症危機はもちろん視野にあります。だからこそ、精度が担保された検査が安全にできるようなガイドラインの整備も必要だと思っています。

診療科偏在対策としての オンライン診療

古城 和泉先生が取り組まれている診療科偏在対策の全体像と、その中でオンライン診療をどう位置づけているのかを教えてください。

和泉 偏在には大きく2つの軸があります。地域の偏在と、診療科の偏在です。地域偏在にも、都道府県間の偏在、県内の少数区域、さらにへき地対策というレベルがあります。医学部、臨床研修、専門研修、定員調整などを通じて、地域間の偏在是正をする施策はいくつかあります。一方で、診療科のばらつきは医師の選択に任されてきた面が大きく、対策は手薄でした。もちろん総合診療専門医の養成や診療報酬上のインセンティブなどがありますが、診療科偏在そのものをどうするかは難しい。そこで、診療科偏在そのものを是正するというより、各診療科の医療が地域で提供されていけばよいのではないかと考えています。

医師の選択を規制して診療科を変えさせるのは限界があります。規制すれば外に出ていく人もいます。では、今いる人で賄えることはもったいないのか。診療科の専門医が偏在していても、

医療を提供できるソリューションはないのか、そこで、オンライン診療の活用がもっとあり得るのではないかという流れで、この事業につながりました。

原田 すごく大事なところだと思います。昔は「医師確保対策」と言っていましたが、本当は「医療確保」なんですよ。へき地に医師を呼ぶことから、住民が必要な医療を受けられるようにすることへと発想が変わってきた。診療科も同じで、診療科別の医師確保ではなく、診療科別の医療をどう確保するか。その中にオンライン診療がある。

和泉 そうですね。さらに、医師を確保するためにもオンラインやD to Dは役に立つと思います。へき地や地方に若い先生が行くと、孤立してしまうケースがあります。オンラインで専門医や先輩医師とつながる体制があれば、医師が外に出ていくことを支えることにもなる。患者さんに医療を届けるだけでなく、地域で働く医師を支える手段にもなると思います。

原田 自治体が「医師を一人確保したので、あとはお任せします」とするのは、ある意味では行政が一番考えなくて済む方法です。でも本当に難しいのは、例えば半分しか医師確保ができない中で、残りの半分の必要な医療をどう確保するか。そこには住民との対話も必要です。だからこそ、オンラインという新しい選択肢が必要になるのだと思っています。

和泉 偏在指標はよくならないかもしれません。人をベースにした指標だけでは限界があります。違うパラメーター、つまり医療が実際に提供されているかどうかを見る必要があると思います。

ネットワークづくりと学会への期待

古城 診療科別の医療を確保するには、地域と診療科の掛け算の中で、さまざまな人がネットワーク化して協力する必要があります。厚労省として、ネットワークづくりにどこまで、何をしていくのでしょうか。

和泉 難しいですね。一般論では言えないです。地域ごとに作り方やつながり方が違いますから。例えば岡山大学は中四国に広く人を派遣していて、県を越えたネットワークがあります。一方で、県庁だけでできる範囲がすごく狭い地域もあります。東京のように、わけが分からないところもあります(笑)。

厚労省ができることとしては、いろいろな事例を集めて見せることはあると思います。自然発生的にできるネットワークもありますが、他の地域がこれだけやっているということを示さないと、前に進まないこともある。私は都道府県というより、学会にもう少し刺激を入れたいと思っています。横並びを気にする医局や学会に、「ここはこんなにやっていますよ」と見せることで、「うちは大丈夫ですか」となるかもしれない。そういう新陳代謝、刺激を入れることは、厚労省ができることの一つかもしれません。

原田 日本プライマリ・ケア連合学会でも、今までにない風が吹いている感じがあります。学会がざわざわして、「これは考えなければ」という雰囲気になっている。これだけでも、かなり大きな刺激になっています。実は昨日、面白い新聞記事を見つけました。昭和47年、自治医科大学が開学した日の朝日新聞の記事です。東大の中

尾喜久先生(自治医科大学初代学長)のインタビューで、中央から遠隔診療を組み合わせて、ネットワークで地域を支えるような絵が描いてあるのです。パソコンではなく「電算機」という言葉の時代ですが、もうその時点で遠隔医療の世界観が出ています。しかも、現地に全部常勤医を派遣するのは限界があると、最初から言っているのです。そこにネットワークを組んで医療を届ける。最初のパイロットの島が三重県の答志島なんですよ。

間中 50年前にはテクノロジーが追いついていなかったかもしれませんが、今ならできることが増えています。同じことを考えているという意味では、車輪の再発明かもしれませんね。

原田 医療の再発明ですね(笑)。

2040年、オンライン診療は どうなっているべきか

古城 2040年を見据えた医療提供体制の中で、オンライン診療はどうなっているのが理想でしょうか。

間中 オンライン診療は、特別なものというより、当たり前のツールの一つになるとよいと思っています。外来、入院、在宅に並ぶ、第4の診療形態のようなものかもしれません。患者さんの希望があり、オンライン診療に適する状況であれば、普通に当たり前に提供される。そういう世界観が一つの理想です。今はまだ、新しいおもちゃをアーリーアダプターの人たちが「楽しいね」と言って使っている状況から、一歩出たか、出ていないかぐらいだと思います。だから、「推進」と言っている間はまだまだかもしれま

せん。入院推進、外来推進とは言わないですよ。ね。オンライン診療も、普通の選択肢になっていくことが最終的な着地点だと思います。

和泉 私も同じです。普通に使えること。そしてもう一つは、信頼される方法として確立してほしいということです。今は自由診療側での使われ方が目立つ面もあり、ともすれば「少し劣った方法ではないか」と見られることもあります。地域で導入する時にも、医師会の先生方から不安の声が出る場合があります。医師が来ないから代わりにオンライン、という位置づけだけでは受け入れにくいものになってしまいます。質を担保し、エビデンスに基づいて、オンラインでちゃんとできる医療を確認して進める必要があります。第2選択、第3選択ではなく、普通に信頼できる医療の方法になってほしいと思っています。

間中 小児領域では、相談したいというニーズが多いと思います。子どもが熱を出して、30分かけて病院に行って、大したことはないと言われて、また30分かけて帰るのは大変です。オンライン相談や場合によってはオンライン診療の形態で一度相談でき、本当に必要な状態なら対面診療につなげる。そうすれば不安も軽減されるし、医療資源も適切に使えます。そのためには、効果や安全性をきちんと見ていく必要があります。2日後、3日後の予後を調べ、本当に必要な人を対面や入院につなげられているかを確認する。そういう積み重ねによって、信頼される方法になっていくのではないのでしょうか。

古城 国民向けの取り組みも必要になりそうですね。

和泉 今はリーフレットぐらいですし、「上手な医療のかかり方」プロジェクトに入れるという考え方もあります。ただ、まだオンライン診療がど

の地域でも誰でも使える状況ではないので、全国区で大きく打ち出すには少し早いかもしれない。とはいえ、自治体が用意しても使われなければ意味がないので、受診する側へのアプローチは今後必要になります。リスクコミュニケーションや周知はとても大事ですから、国として、大学や学会と一緒に伝えていくことも考えなければならぬと思います。

祖母とiPadでつながった経験

古城 現場で働いている原田先生は、2040年にこうなっていたらいいなと思うイメージはありますか。

原田 私のオンライン診療の原点は、自分の祖母なのです。2017年、オンライン診療が始まる前の年でした。私は、自分が派遣された時に祖父を主治医として看取り、その後、祖母がへき地で一人暮らしになりました。92歳で胆管がんが見つかり、その地域の診療所は常勤から非常勤化してしまった。私が離島勤務を終えて戻った時、たまたま祖母の主治医になりました。その頃、私はいろいろな仕事で各地を駆けずり回っていたので、訪問看護師さんに手伝ってもらい、祖母とiPadでつながっていました。今で言うD to P with Nのような形です。祖母は、孫であり主治医でもある私とつながることで安心できたと思います。看護師さんも、主治医と離れていてもつながれることで安心だったでしょうし、私も安心でした。電話だけではない、顔が見える安心感が、私の中での原点です。

もう一つは、若い医師を支えるという視点で

す。私自身、若くして離島に派遣され、分からないことがあるたびに先輩に相談していました。肩関節脱臼などやったことがなくて、写真を送ったら「こっちの方に引っ張れ」と教えてもらったり……。でも、あの時に動画でつながっていたらもっと簡単だったと思うのです。今、診療所には心電図、レントゲン、内視鏡、エコーのような“基本装備”があります。そこに、専門医や先輩医師につながるデバイスがもう一つあってもよいのではないかと。ボタン一つでつながって、支援する側からカメラも動かせる。2040年ならできているはずです。特に若い先生が、地域枠などで地域に派遣される場所にこそ、そういう仕組みがあるといい。患者さんも助かるし、医師も安心できます。若くしてへき地に行くと、大きなストレスを抱えます。オンラインでつながることで、パニックゾーンにいる若い医師がストレッチゾーンに戻ることができれば、それは成長の経験になります。離島勤務が嫌な経験ではなく、「支えられた」「いい経験だった」と思えるようになる。そうすると、今度は助ける側にも回っていく。オンライン診療には、そういう循環を作る力があると思っています。

間中 原田先生がおっしゃっているのは、結局、医師にとってもオンライン診療を特別な医療形態にしないということですね。

原田 そうです。オンライン診療を「特別」というのではなく、普通の医療行為の中で、ここではこの手段を使おう、という形になるのが理想です。

制度づくりで一番大切にしていること

原田 先生方がオンライン診療の制度づくりに関わる中で、一番大切にしていることは何でしょうか。細かい制度ではなく、どういう世界観を大事にしているのかを伺いたいです。先生方が国の中心で進めようとしている。その根っこにあるものを聞きたいです。

間中 すでに話していることでもありますが、オンライン診療は基本的にはツールです。重要なのは、それでどう医療を提供するかです。厚労省の立場としては、安全で、かつ質の担保された医療を提供できることが最も重要だと思っています。医療の提供には、集中治療が必要な状況から、少しアドバイスがあればよい状況まで幅があります。例えば私の専門分野で言えば、副腎不全がある患者さんが熱を出した時、手元に薬を持っていて、少しアドバイスして適切にホルモン補充ができれば、危機を回避できることがあります。その介入の度合いに応じて、適切なツールがあるのだと思います。

D to P型のオンライン診療では採血ができません。でも、だからこそ、毎回採血が本当に必要なのか、どの検査が必要なのかを考えるきっかけになります。もちろん必要な時は来てもらって、採血やエコーをすればいい。できることとできないことの特性に応じて、本当に最適な医療を提供する。それが質の高い医療につながると思います。

和泉 私は、オンライン診療を通じて、医師として行う良い医療とは何かを再発見してほしいと思っています。自由診療で少しけしからんものもありますが、そうではなく、プロフェッショナルとして、こういう医療ならオンラインでもちゃんとできる、こうすれば地域を支えられる、ということを医師自身や学会に見つけてほしい

のです。

私はどちらかというところ、レギュレーションよりオートノミーで前に進んでいくべきだと思います。医師には多くの権限があるので、規制しないと駄目だという状態になるのではなく、良い医療を見せて、それをスタンダードにしていく。質が高いから選ばれ、信頼されていく。そういう流れになればいいと思っています。権限があるなら、いいことをやればいい。心の底からそう思っています。

もう一つ言えば、求められる医療を提供する人であってほしいということです。医療のニーズに対して、自分が医師としてどう応えるのか、領域を担当するアカデミアとしてどう応えるのか。そこにもっと関心を持ってほしい。ロボットがあるからロボット手術をする、ではなく、何が求められているのかを見て、国民側に立った医療を提供してほしいと思っています。

原田 それこそがプロフェッショナルな仕事だ、ということですね。理念ばかり言って怒られる我々がいますけど、大切なことです(笑)。

読者へのメッセージ

古城 最後に、読者に向けたメッセージをお願いします。

間中 この4月からオンライン診療が医療法上に定義されて施行され、まさに第2のスタートラインに立ったと考えています。今後、オンライン診療を適切に我が国で広めていくために、皆様と一緒に考えていければと思っています。

和泉 オンライン診療は比較的新しい技術であり、医事課としては、医師の偏在対策にこのオンライン診療をどう使えるかを考えてきました。地

域の皆さんにとって、偏在対策は非常に身近な課題であり、スピード感を持って実装していかなければならないと思っています。私たちもしっかり汗をかき、地域のニーズや「こういうことをしてほしい」という声を伺いながら進め

ていきたい。ぜひ一緒に、我が国の医療を良くしていければと思います。

原田 素晴らしいメッセージ、ありがとうございます。

古城 今日はどうもありがとうございました。



和泉誠人先生からのメッセージを見る

<https://www.youtube.com/watch?v=muhNiZwVr44>



間中勝則先生からのメッセージを見る

https://www.youtube.com/watch?v=b_m34g2qwRE

