

厚生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

オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために

重要な診療情報や看護師が果たす役割についての研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 原田 昌範

令和8（2026）年3月

目 次

I. 総括研究報告書

オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割についての研究	----- 1
--	---------

原田 昌範

(資料1) 離島におけるオンライン診療受診施設の実証の概要と課題

(資料2) 無医地区・離島等におけるオンライン診療受診施設の地域実装に向けた課題と支援体制の検討

(資料3) へき地医療における郵便局舎を活用したオンライン診療の有用性及び課題特定のための研究

(資料4) へき地における多職種との協働および災害時を想定したオンライン診療の活用の可能性

(資料5) 諸外国におけるオンライン診療の実施状況の調査

(資料6) 小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証

II. 分担研究報告

1. オンライン診療の安全性の研究	-----81
-------------------	---------

阿江 竜介

2. オンライン診療 (D to P with N) における看護師の医行為の現状と課題に関する研究	
--	--

古城 隆雄

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 93
---------------------	----------

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
(総括・分担) 研究報告書

オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために 重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究

研究代表者 原田 昌範

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 地域医療研究所 研究員
(山口県立総合医療センター ヘき地医療支援部 診療部長)

背景および目的： 元来、へき地等で限定的に認められていたオンライン診療は、COVID-19 を契機に規制緩和が進み、「D to P with N」や公民館・郵便局等での実施が制度化された。しかし、感染症流行時の医療逼迫において、患者側に同席する看護師が実施できる医行為等が十分に整理されておらず、現場の混乱を招いた経緯がある。本研究は、次なるパンデミックや季節性感染症の流行拡大等にも備え、受診者側の看護師や多職種が果たす役割を明確にし、オンライン診療の安全性向上と実効性確保に資する科学的知見を創出するとともに、持続可能な地域医療モデルを提言することを目的としたものである。

研究デザインと方法： 萩市相島での離島実証、医療者・住民への質的調査、郵便局舎活用の実態調査と GIS 分析、移動式ブースを用いた多職種協働および災害時想定実証、諸外国の実施状況調査、小児領域（初期救急・5歳児健診）での対面接点連携実証を実施した。さらに分担研究として、全国の医師・看護師 81 名を対象に D to P with N における看護師の医行為等の実態調査を行った。

結果： 現地に専門職が介在するオンライン診療は、診療の質と安全性を大幅に向上させていた。特に看護師は高度なアセスメントを担い、身体診察の制限を補完しており、特定行為研修修了者はさらに診療の質向上に大きく寄与していた。また、郵便局や医療 MaaS 等のサードスペースの活用も、住民の医療アクセス改善に極めて有効であった。一方で、通信インフラの課題、複数機関での資格確認システムの未整備、薬局の負担、看護師のスキルによる質の差などの課題が浮き彫りとなった。

結論： オンライン診療は対面診療を補完し、有事にも対応し得る不可欠な社会インフラである。安全な社会実装に向けては、通信・情報共有基盤の整備、非医療職を含む現地支援者のトレーニング、機器管理・感染対策マニュアルの標準化など、システム面、人材面、制度面の課題解決が急務であり、地域密着型の新たな医療提供体制の構築が求められるのである。

A. 研究目的

1. 背景

オンライン診療は、厚生労働省の通知にもある通り、元来は離島やへき地で限定的に認められてきた経緯があるが、平成 30 年にへき地等に限らないオンライン診療の指針が整備され、令和元年度の指針改訂では、患者が看護師といる場合（D to P with N）のオンライン診療が新たな形態として提唱されるようになった。その後、コロナ禍においてオンライン診療の規制が大幅に緩和されたことを契機にオンライン診療の不適切

な使用が散見されるようになったため、厚労省は「安全性・信頼性」を重視し、厚労科研費補助金事業（H30-医療-指定-018、211A2007）の結果も踏まえ、令和 4 年 6 月にまず離島へき地から「看護師等遠隔診療補助加算」を新設し、患者のそばに看護師がいる場合のオンライン診療を推進してきた。さらに、令和 5 年 5 月に事務連絡「へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」の発出により、へき地の公民館や郵便局でのオンライン診療が承認され、令和 6 年 1 月の事務連絡一部修正により、へき

地以外でも学校や医療 MaaS（Mobility as a Service）等でのオンライン診療も一定の条件下で承認された。直近では、第114回社会保障審議会医療部会（令和6年12月18日）において、オンライン診療を医事法制上定義し、オンライン診療の受診の場を新たに定義することとされた。

国難とも言うべきコロナ禍で、全世界で医療需要がひっ迫した際、医師がそばにいない状況で保健師や看護師が実施できる医行為（例えば、迅速キットによる検査等）が十分に整理されておらず、保健所や医療機関が混乱し、現場がひっ迫したことは記憶に新しい。令和7年には久々にインフルエンザが大流行し、特に年末年始には全国の医療機関がコロナ禍よりも多い発熱患者の対応を余儀なくされた。次のパンデミックはもちろん、季節性の感染症流行拡大にも備える必要がある。規制が大幅に緩和された現在のオンライン診療は、対面だけでは対応しきれない医療需要に期待できる新しい診療形態である。しかし、受診者側にいる看護師の医行為についてはまだ十分に整理されていない。

2. 研究目的

本研究では、オンライン診療における安全性の向上や実効性の確保を目指し、受診者側にいる看護師等が果たす役割や強みを明らかにすることを目的として、その実態を的確に把握したうえで、オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保に資する科学的知見を創出する。

B. 研究方法

1. 研究体制

令和元年度～令和5年度に実施した厚労科研費補助金事業の分担研究者および研究協力者を中心に研究班を立ち上げた（以下記載）。研究協力者は、医療機関（へき地診療所、へき地医療拠点病院含む）、行政機関（県、保健所、市町村）、大学、医師会、学術団体、民間企業で構成し、定期的に班会議を開催し、本研究を推進した。研究機関（事務局）は、公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所とした。オンライン診療の安全性の研究（阿江班）とオンライン診療（D to P with N）における看

護師の医行為等の現状と課題に関する研究（古城班）を分担研究とした。

（1）研究代表者

原田 昌範 （公社）地域医療振興協会地域医療研究所／山口県立総合医療センター

（2）分担研究者

阿江 竜介 自治医科大学公衆衛生学
古城 隆雄 埼玉県立大学保健医療福祉学部

（3）研究協力者

富尾 淳 国立保健医療科学院
森岡 典子 国立保健医療科学院
中村 洋 山口県医師会
山本 一成 防府医師会
神崎 公克 萩市地域医療推進課
長沼 恵滋 周南市鹿野診療所
増井 将樹 柳井市平郡診療所
蟻川 嘉子 柳井市平郡診療所
吉村 富治郎 柳井市平郡診療所
西村 謙祐 岩国市立美和病院／本郷診療所
森川 真粧美 岩国市立本郷診療所
小泉 圭吾 鳥羽市立神島診療所
竹村 健一 富来病院
綿貫 篤志 わたぬきクリニック
中嶋 裕 山口市徳地診療所
岡本 雄太郎 山口市徳地診療所
隅本 真満 山口県健康福祉部薬務課
矢野 理史 山口県健康福祉部薬務課
村井 達哉 山口県健康増進課
岡田 浩代 山口県防府保健所
國富 和美 山口県医療政策課看護指導班
山岸 暁美 コミュニティヘルス研究機構
牛尾 裕子 山口大学大学院医学系研究科
田戸 朝美 山口大学大学院医学系研究科
伊東 美佐江 山口大学大学院医学系研究科
永田 千鶴 山口大学大学院医学系研究科
山本 小奈実 山口大学大学院医学系研究科
大平 光子 周南公立大学看護学科
家根 明子 周南公立大学看護学科
家入 裕子 山口県立大学
神谷 茂之 自治医科大学医学部
水上 雄太 自治医科大学医学部
和泉 大志 株式会社ジェイエムインテグラル
橋本 直也 株式会社 Kids Public

山門 彰	日本郵便株式会社
宮野 馨	山口県立総合医療センター
片山 寛之	山口県立総合医療センター
市村 尚之	山口県立総合医療センター
岡本 麻衣	山口県立総合医療センター
内藤 伸昭	山口県立総合医療センター
岡本 尚樹	山口県立総合医療センター
松本 知己	山口県立総合医療センター
中元 裕美	山口県立総合医療センター

2. 研究方法

本研究は、上記の研究協力者の協力を得て、次の6項目(①～⑥)のテーマに分けて実施した。なお、比較研究(オンライン診療の安全性の研究)(阿江班)、オンライン診療(D to P with N)における看護師の医行為等の現状と課題に関する研究(古城班)については、それぞれ分担研究報告書にて報告する。

① 離島におけるオンライン診療受診施設の実証の概要と課題(資料1・図1)

令和7年12月に医療資源が乏しい萩市相島(離島)にて、新たに制度化された「オンライン診療受診施設」の実装課題を検証する実証実験を実施した。3つの医療機関と3つの薬局が連携し、島民患者6名(60～80代)を対象に「D to P with N(看護師同席)」またはケアマネジャー同席による体制を構築した。検証内容として、マイナ保険証による資格確認、各種医療機器を用いたオンライン診療、オンライン服薬指導、そして決済および薬剤配送に至る一連の基本フローの動作確認と評価を行った。

② 離島へき地等におけるオンライン診療受診施設の地域実装に向けた課題と支援体制の検討(資料2)

医療アクセスが物理的に制約される無医地区や離島、交通困難地域におけるオンライン診療の実装プロセスを明らかにするため、質的記述的分析を用いた研究を実施した。オンライン診療の運用に関与した医師、看護師、薬剤師、行政・地域支援職、および実際の利用者である住民・患者の計21名を対象にインタビュー調査を行い、各職種の語りからオンライン診療拠点の利点、運

用上の課題、そして現場を支える職種の役割を抽出・体系化した。

③ へき地医療における郵便局舎を活用したオンライン診療の有用性及び課題特定のための研究(資料3)

へき地・離島において、日常生活インフラである郵便局舎をオンライン診療の拠点として活用することの有用性と課題を検証した。実際に郵便局を活用している全国4地域(山口県周南市、北海道雄武町、山口県柳井市、鳥取県大山町)の医療機関、地方自治体、郵便局関係者に対し半構造化インタビューを実施した。さらに山口県をモデルケースとし、GIS(地理情報システム)を用いて、半径1km・2km・4km圏内における郵便局と医療機関・薬局・訪問看護ステーションの人口カバー率および面積カバー率の比較分析を行った。

④ へき地における多職種との協働および災害時を想定したオンライン診療の活用可能性(資料4)

医療資源に限られるへき地や、災害時の避難所を想定した環境下における、多職種協働型のオンライン診療の有用性を検証した。防音性とプライバシーを確保した移動式アルミ製オンライン診療ブース(origami+work)を設置し、患者の傍らで看護師だけでなく、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、管理栄養士、保健師、ケアマネジャーの各職種が医師の診療を補助する体制を構築した。各職種の介入による実施可能性、役割の広がり、およびブース活用の有用性について、観察、インタビュー、アンケートを用いて多角的に評価した。

⑤ 諸外国におけるオンライン診療の実施状況の調査(資料5)

COVID-19パンデミックを経た諸外国(米国、英国、豪州、ドイツ、フランス、アジア諸国等)におけるオンライン診療の普及状況および法規制の変化について広範な文献調査を実施した。さらに、米国オレゴン州の医療機関や薬局へ赴き、現地視察および医療従事者へのインタビュー調査を

行った。パンデミック後のシステムの統合状況、看護師等による診療補助の実態、そして AI 技術の導入やサードスペース（公共施設等）の活用状況について、日本への示唆を得ることを目的として多角的に情報収集を行った。

⑥ 小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証（資料6）

小児医療の持続可能性という課題に対し、「対面接点連携型オンライン診療」の有効性を2つのフィールドで実証した。埼玉県深谷市では、休日夜間の小児軽症患者を対象に、市役所等に常駐する看護師がデジタル聴診器等で情報を取得し、遠隔の小児科医が診察する「看護師介在モデル」を実施した。群馬県昭和村では、5歳児健診を対象に、保育士や保健師が事前に収集した児童の生活・発達情報を集約し、遠隔の小児科医がオンラインで健診と多職種連携会議に参加する「多職種連携モデル」を実施・評価した。

（倫理面への配慮）

各調査・実証については公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所の倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

① 離島におけるオンライン診療受診施設の実証の概要と課題（資料1）

患者側端末に接続したミラリスピーカーや、医師の音声をリアルタイムで字幕表示する機能は、高齢難聴者とのコミュニケーション支援において極めて高い有効性を示した。また、看護師が操作する電子聴診器や外部カメラによる心音や患部の観察、さらには患者のバイタル情報やお薬手帳の画像共有は、遠隔にいる医師や薬剤師が正確な診断・指導を行うための重要な客観的情報源として機能することが確認された。

② 離島へき地等におけるオンライン診療受診施設の地域実装に向けた課題と支援体制の検討（資料2）

郵便局や公民館といった既存の地域資源

を診療拠点とすることは、住民の通院負担を大幅に軽減し、地域コミュニティのつながりを維持する上で有効に機能していた。特に「D to P with N」体制において、看護師の同席は高齢患者に強い安心感を与えるとともに、画面越しでは伝わらない触診等の身体所見を補完し、医師への的確な情報伝達を実現していた。一方で、急変時や病状悪化時、看取り・死亡確認といった場面ではオンライン診療の限界が示され、対面診療への迅速な切り替えが必須であることが確認された。

③ へき地医療における郵便局舎を活用したオンライン診療の有用性及び課題特定のための研究（資料3）

インタビューから、郵便局でのオンライン診療は住民の心理的ハードルを下げ、受診負担を軽減するだけでなく、診療費の支払いや薬剤の配送まで一気通貫で対応できる高い利便性が確認された。GIS 分析の結果、山口県内における郵便局の半径 4km 圏内の人口カバー率は約 98.8%、面積カバー率は約 82.9%に達し、診療日数に制限のある医療機関や薬局のカバー率を大きく上回っており、地域拠点として極めて高い潜在能力を有することが客観的データとして示された。

④ へき地における多職種との協働および災害時を想定したオンライン診療の活用可能性（資料4）

看護師以外の職種が補助者となる場合でも、必要なトレーニングを経ることでオンライン診療は十分に成立した。さらに、薬剤師による服薬評価、臨床検査技師による超音波検査、理学療法士による身体機能評価、管理栄養士による嚥下状態の確認など、それぞれの専門性を発揮することで、医師単独では得難い多様な客観的所見の取得が可能となった。また、移動式ブースはプライバシー保護に有効である反面、一部の検査や車椅子利用においてはより広い空間設計が求められることが判明した。

⑤ 諸外国におけるオンライン診療の実施

状況の調査（資料5）

各国においてオンライン診療は一時的な特例措置から、医療提供体制の中核を担う恒久的なサービスへと位置づけが変化していた。米国では SMS のリンクからアプリ不要で接続できる「ワンタップ受診」や、電子カルテへの AI 自動要約機能の組み込みにより、利便性と診療効率が劇的に向上していた。また、フランスの薬局等に設置された遠隔診療ブースや、タイのヘルスステーションなど、患者が生活圏内で気軽に受診できる「サードスペース型」の医療提供インフラが整備され、医療アクセス改善に大きく貢献していた。

⑥ 小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証（資料6）

「看護師介在モデル」ではのべ 52 名が受診し、保護者の 95%以上が事業の継続を希望した。現地の看護師による対面での対応と客観的な身体所見（聴診・咽頭観察・迅速検査等）の取得が、保護者の強い安心感と高い満足度につながった。一方、「多職種連携モデル」では、小児科医がオンライン参加であっても、クラウドを通じたリアルタイムな情報共有と多職種間の緻密な連携により、発達特性の早期発見や適切な支援への接続が滞りなく行われ、質の高い健診体制が構築できることが確認された。

D. 考察

① 離島におけるオンライン診療受診施設の実証の概要と課題（資料1）

オンライン診療受診施設の地域実装には複数の運用・システムの課題が残存している。特に、現行のマイナ保険証確認システムは複数機関での共同利用を想定した仕様になっていないため、早急なシステム改修が求められる。また、郵便局等の既存インフラがない地域における決済・配送網の確保や、薬局の経済的・業務的負担の軽減策の構築が必要である。さらに、非医療職を含む現地支援者への機器操作トレーニングや、感染管理・医療機器管理に関する実効性のある運用マニュアルの整備が不可欠である。

② 離島へき地等におけるオンライン診療受診施設の地域実装に向けた課題と支援体制の検討（資料2）

オンライン診療を安全かつ持続的に運用するためには、単なる対面診療の代替ではなく、地域医療を補完する基盤として位置づける必要がある。具体的には、対象患者の選定基準や対面診療への移行基準の明確化が急務である。また、診療後の薬剤配送にかかる費用・手間の問題、通信障害時のトラブル共有体制の構築、感染対策の徹底が求められる。加えて、現場を支える看護師の役割の明確化や、郵便局員等の非医療職が行う運用支援の範囲規定、そして行政主導による安全管理体制の構築が重要である。

③ へき地医療における郵便局舎を活用したオンライン診療の有用性及び課題特定のための研究（資料3）

郵便局舎は全国に均一に配置されており、へき地におけるオンライン診療の拠点として極めて有効な選択肢である。しかし、対象が「来局可能な住民」に限定されるため、移動困難者には訪問看護や巡回診療を組み合わせた多層的なアプローチが必要である。持続可能な事業化に向けては、へき地指定の有無に左右されない財源措置、初期費用や運用費の負担区分の明確化、医療機関側の事務負担の軽減策が求められる。地域の実情に応じた柔軟な運用モデルを類型化し、標準的な実施体制を制度化していくことが重要である。

④ へき地における多職種との協働および災害時を想定したオンライン診療の活用の可能性（資料4）

人材不足が顕著なへき地や災害時において、多職種がオンライン診療を支援できる仕組みは、医療提供機会を最大化する上で極めて有効である。特に、トリアージや全体管理に長けた看護師を中心に、現地の状況把握に長けた保健師や、専門機能を持つ他職種を組み合わせた「チーム医療」を展開することで、診療の質は大幅に向上する。平時からへき地において多職種協働のオン

ライン診療を実践し、機器操作や連携フローに習熟しておくことが、そのまま災害発生時の強靱な医療支援体制の準備に直結するといえる。

⑤ 諸外国におけるオンライン診療の実施状況の調査（資料5）

日本におけるオンライン診療の社会実装においても、これを特別な医療形態としてではなく、対面診療を補完する「日常的な医療インフラ」として制度化していく必要がある。マイナンバーカードを活用した保険資格確認や電子処方箋の普及など、医療情報のデジタル連携を一層強化すべきである。また、安全性を担保するためには、米国で見られるような「D to P with N」モデルの定着が不可欠である。同時に、過度な商業化による地域医療の分断を防ぐため、二次医療圏を単位とした地域密着型の運用モデルの構築が求められる。

⑥ 小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証（資料6）

スマートフォンのみに依存する従来のオンライン診療では、小児の視診・聴診情報の不足が課題であったが、現地に専門職が介在することでこの限界を克服できることが実証された。本モデルは、小児科医が不足する地域における休日夜間の初期救急の受け皿や、集団健診体制の維持において極めて有効な手段である。今後の広範な社会実装に向けては、実施地域の拡大と通年での効果測定、職種間の情報連携フローの標準化、そして持続可能な運用コストの検証を進め、汎用性の高いパッケージとして確立することが求められる。

E. 結論

これら6つの実証研究・調査、および古城班による分担研究を通じて、オンライン診療はもはや対面診療の「一時的な代替手段」や「特例措置」ではなく、地域医療へのアクセスを面的に確保し、医療提供体制を維持するための「不可欠な社会インフラ」として機能していることが明確に示された。

特に、患者の傍らに看護師等が介在する「D to P with N」の有用性が極めて高い。古

城班の調査が示す通り、看護師は単なる機器操作補助にとどまらず、バイタル測定や聴診等の高度なアセスメントを担い、遠隔診療における身体診察の制限を補完する重要な役割を果たしている。さらに、特定行為研修修了看護師の戦略的な配置や、豊富な臨床経験に基づく能力発揮が、オンライン診療で提供可能な医療の質と範囲を大きく拡大させていることが統計的にも裏付けられた。

また、実施場所についても、患者宅のみならず、郵便局、公民館、移動式ブース、あるいは医療 MaaS といった生活圏内にある既存インフラを「サードスペース（オンライン診療受診施設）」として活用する取り組みが進んでおり、これが患者側の心理的不安や機器操作の障壁を効果的に解消している。

今後の本格的かつ持続可能な社会実装に向けては、以下の対応が厚生労働省をはじめとする行政機関に求められる。

第一に、情報共有基盤および通信インフラの抜本的な整備である。複数機関でマイナ保険証を用いた資格確認システムを円滑に共同利用できる技術的基盤や、クラウドを活用した多職種間のシームレスな医療情報連携、さらにへき地における安定した通信環境の確保が急務である。

第二に、人材育成と運用の標準化である。非医療職を含む現地支援者のトレーニング、機器管理・感染対策マニュアルの標準化、特定行為研修修了者のさらなる活用、そして急変時に対面診療や救急搬送へ移行できる明確な連携フローの策定が不可欠である。

第三に、持続可能な運用および収益モデルの確立である。拠点となる薬局や郵便局に過度な業務的・費用的な負担が集中しないよう、決済手段や薬剤配送網の整備を推進するとともに、高度な診療補助を担う看護師の役割を正に評価し、採算性を確保する適正な診療報酬体系の構築が必要である。

これらシステム面、人材面、制度面の課題を包括的に解決し、二次医療圏を基盤として対面診療とオンライン診療がシームレ

スに融合する「地域密着型の新しい医療提供体制」を構築することが、今後の我が国における持続可能な医療政策の要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・市村尚之、原田昌範. 離島医療を支える新しい形「遠隔医療」. 総合診療. 2025年6月号 35(6):665-667
- ・Masanori Harada, Ryusuke Ae, Takao K ojo, Hiroya Masuda, Minoru Kibata, Hos sain Mahbub, and Tsuyoshi Tanabe. Tele medicine Reports. 6(1):309-316 September 2025
- ・古城隆雄, 阿江竜介, 西村謙祐, 原田昌範. へき地住民のオンライン診療・服薬指導に対する利用意向. 日本公衆衛生雑誌. 2025年10月 72(10):783-792
- ・原田昌範. 山口県のへき地医療支援の取り組み～遠隔医療をどう組み合わせるのか～. 病院経営羅針盤「特集記事」. 2025年11月号 16(289):17-22
- ・原田昌範. へき地・離島に医療DXをどう組み合わせるのか?～厚労省の実証から～. へき地・離島救急医療学会誌. 2025年号23:4-10

2. 学会発表

- ・橋本直也、原田昌範：へき地度と小児科医、産婦人科医、助産師による遠隔健康医療相談の相談利用ニーズとの関係についての解析. 第128回日本小児科学会. 2025年4月19日
- ・Naoyuki Ichimura, Tomoki Matsumoto, Masanori Harada, Demonstration of sustainable and reliable helthcare on Heigun Island through the use of virtual medical care and the post office, WONCA Asia-Pacific Regional Conference 2025, April, 2025, Busan, South Korea
- ・原田昌範：遠隔医療をどう実装させるのか～国、県、市町村の実証から社会実装へ～. 第16回日本プライマリ・ケア連合学会. 2025年6月21日
- ・長沼恵滋、原田昌範：郵便局を活用し、オンライン診療を組み合わせた巡回診療に

より、無医地区となった中山間地域のへの医療体制確保を図った取り組み. 第16回日本プライマリ・ケア連合学会. 2025年6月21日

- ・原田昌範：「へき地におけるオンライン診療等の手引き」を発刊にあたり. 第18回へき地・地域医療学会. 2025年6月28日
 - ・森川真粧美、西村謙祐、中嶋裕、原田昌範：へき地診療所看護師のオンライン診療における役割. 第18回へき地・地域医療学会. 2025年6月28日
 - ・原田昌範：「山口県における遠隔医療の取り組み. 日本社会薬学会 第43年会. 2025年9月7日
 - ・原田昌範：離島・へき地におけるオンライン診療. 令和7年度第2回長崎県離島診療所ICT等普及協議会. 2025年9月16日
 - ・原田昌範：離島へき地に遠隔医療をどう組み合わせるのか. 第20回日本ルーラルナース学会学術大会. 2025年9月19日
 - ・市村尚之、原田昌範：離島・へき地における新たな医療ネットワークの構築. 第29回 日本遠隔医療学会学術大会. 2025年10月24日
 - ・原田昌範：初期救急領域におけるオンライン診療活用の取り組みと現状. 第29回 日本遠隔医療学会学術大会. 2025年10月24日
 - ・市村尚之、原田昌範：離島・へき地における新たな医療ネットワークの構築. 第29回 日本遠隔医療学会学術大会. 2025年10月25日
- ### 3. その他
- ・原田昌範：どうする？中国地方の医師不足. NHK（鳥取放送局）「コネクト」. 2025年5月30日
 - ・原田昌範：へき地における遠隔医療の展開～難病医療の均てん化に向けて～. 令和7年度 北海道難病医療提供体制整備事業. 2025年6月20日
 - ・原田昌範：情報維新！やまぐち. NHK（山口放送局）. 2025年6月25日
 - ・原田昌範：地域医療 DX ～遠隔医療導入の実践戦略と成功の鍵～「へき地医療を支える遠隔医療取組事例」. 自治体総合フェア・企業立地フェア. 2025年7月18日

- ・原田昌範：郵便局で診療／病床減らし医院に転換。中国新聞。2025年7月25日
- ・原田昌範：離島へき地におけるオンライン診療について。第10回「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」参考人（厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課）。2025年9月29日
- ・原田昌範：へき地医療に遠隔医療をどう組み合わせるのか～厚生労働科学研究を担当して～。JICA「遠隔技術を活用した医療人材能力向上体制強化プロジェクト」。2025年10月2日
- ・原田昌範：2025年度委員。公益的なオンライン診療を推進する協議会。
- ・原田昌範：2025年度委員。へき地の医薬品等提供に係る研究会（山口県健康福祉部薬務課主催）。
- ・原田昌範：2025年度評価委員。遠隔医療の普及推進にかかわる事業（厚生労働省医政局総務課）。
- ・原田昌範：2025年度検討部会委員。在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省老健局老人保健課）。
- ・原田昌範：2025年度検討委員。オンライン診療研修に関する検討委員会（日本医師会）。
- ・原田昌範：2025年度社会実装アドバイザー

一.内閣府 戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）第3期「統合型ヘルスケアシステムの構築」。

H. 知的財産権の出現・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

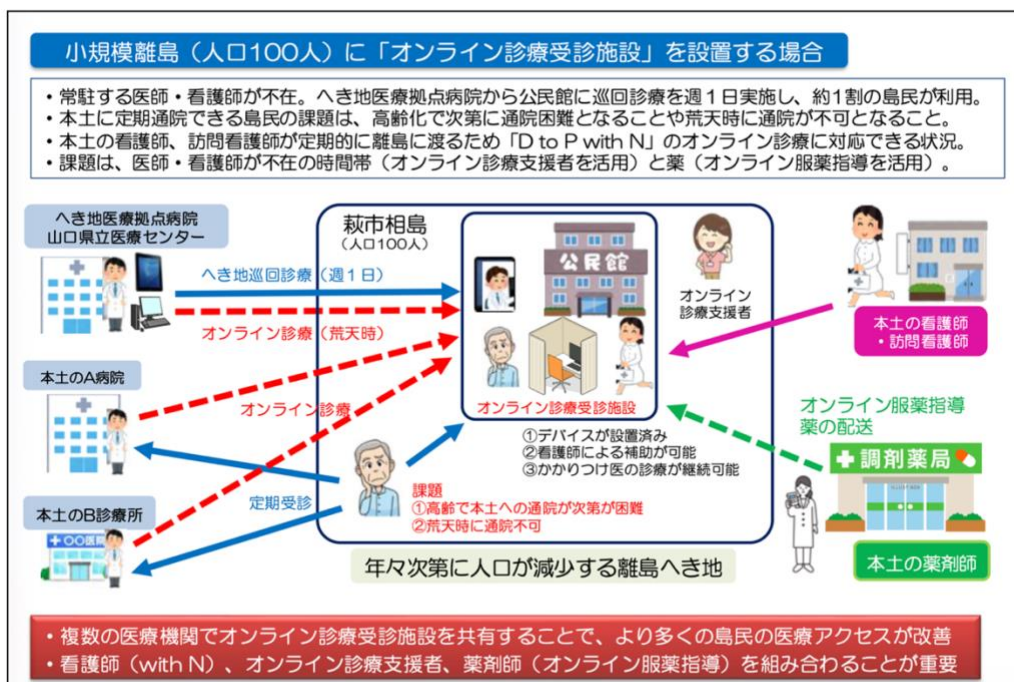


図1 離島公民館に設置するオンライン診療受診施設を想定した実証モデル

離島における「オンライン診療受診施設」実証の概要と課題

原田昌範¹、宮野馨¹、市村尚之¹、綿貫篤志²、神崎公克³、矢野理史⁴、隅本真満⁴

¹ 山口県立総合医療センターへき地医療支援部

² わたぬきクリニック

³ 萩市地域医療推進課

⁴ 山口県健康福祉部薬務課

研究要旨

本実証は、離島等の医療アクセスが制約される地域において、新たに制度化された「オンライン診療受診施設」の実装に向けた課題を明らかにすることを目的とし、令和7年12月に萩市相島で実施した。3つの医療機関と3つの薬局が連携し、患者6名を対象に「D to P with N（看護師同席）」またはケアマネジャーの同席によるオンライン診療および服薬指導の基本フローを検証した。結果として、リアルタイム字幕表示や高齢難聴者向けスピーカー、各種医療機器を用いたオンライン診療は患者・医師双方にとって有効であることが確認された。一方で、複数の医療機関等で共同利用するためのマイナ保険証確認システムの整備、現地での支払い窓口の確保や薬局の業務・費用負担の軽減、支援者の機器操作トレーニング、ならびに感染管理・医療機器管理のマニュアル整備など、運用・システム上の課題が浮き彫りとなった。安全で持続可能な地域実装に向けては、これらの課題解決が必要である。

1. 背景および目的

離島やへき地においては、医療資源の不足や交通制約により住民の継続的な受診が困難となる課題を抱えている。このような状況を打開するため、「オンライン診療受診施設」を活用し、身近な場所で医療にアクセスできる体制の構築が期待されている。本実証は、厚生労働科学特別研究事業（原田班）の取り組みとして、萩市相島を対象に、複数の医療機関・薬局が連携してオンライン診療受診施設を共同利用する際の基本的な診療フローを検証し、実装に向けた運用面・技術面の課題を抽出することを目的とした。

萩市相島は、本土から約14km沖合に浮かぶ離島で、1日3往復の定期船フェリー（片道約40分：620円）が唯一の交通手段である。日本海側は、瀬戸内海側より欠航も多い。常勤医がいた歴史はなく、昭和57年から山口県立総合医療センターが定期的に巡回診療をしている（現在、毎週半日）。昭和57年頃は400人を超えていた人口は、いまでは100人を切り、小中学校は休校となり、高齢化率も60%を超える。以前は、相島在住の看護師がいたが、現在は、島内に暮らす医療関係者はケアマネジャー1名のみで、巡回診療の際は、萩市内の看護師が同行する。巡回診療を定期的に利用する島民は10人前後で、残りの方の多くは買い物などに合わせて、本土の各医療機関を利用するが、オンライン診療を提供している医療機関は山口県立総合医療センターのみで、定期船が欠航の際、かか

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

りつけ医にオンライン診療等でアクセスできない状況である。ドラッグストアもなく、薬を手に入れることも難しい。

そのような状況の離島で、図1に示すように、定期的に萩の本土に通院する島民も、荒天時や受診するかどうかわ迷うときなどに、オンライン診療でかかりつけ医にアクセスできるになることを想定しているが、高齢者は難聴や認知症を合併していたり、デバイス操作が難しい場合が多く、看護師やオンライン診療支援者が患者のそばにいるオンライン診療受診施設の実装が期待されている。

2. 実証の概要（方法）

日時： 令和7年12月17日（水）

場所： 萩市相島文化センターおよび協力機関

対象患者： 萩市相島在住の患者6名（60代～80代の男女）

協力機関： 萩市民病院、わたぬきクリニック、山口県立総合医療センター、山口県（薬務課、萩健康福祉センター）、萩市（地域医療推進課、休日診療所）、そよかぜ薬局、オリーブ薬局、柏木薬局、JAはぎ、セコム医療システム株式会社、株式会社ジェイエムインテグラル

実施形式： D to P with N（看護師）または D to P with オンライン診療支援者（ケアマネジャー）

実証内容： 患者本人の資格確認から始まり、オンライン診療（各種医療機器の使用、採血結果の説明等）、オンライン服薬指導、および支払い・配送までの基本フローを検証した。いずれも保険診療ではなく、デモとして以下の3パターンの接続を実施した。

- | | | |
|------------------|---|-------------------|
| (A) 山口県立総合医療センター | → | そよかぜ薬局（患者2名） |
| (B) わたぬきクリニック | → | そよかぜ薬局（患者2名） |
| (C) 萩市民病院 | → | オリーブ薬局・柏木薬局（患者2名） |

3. 結果（実証を通じた有効性の確認）

- **コミュニケーション支援機器の有効性：** 高齢難聴者に有効とされる「ミラリスピーカー」を患者端末に接続した結果、医師の声が聞こえづらいといった様子は見られなかった。さらに、医師の声をリアルタイムに患者側端末上に字幕表示する機能は、6名中5名の患者から「字幕無しよりも分かりやすい」と好評であった。
- **医療機器・バイタル情報の活用：** 電子聴診器による心音・肺音の聴診（図2）や、外部カメラを用いたのどや浮腫みの観察は、オンラインでの診察において非常に有効であった。オンライン服薬指導においても、血圧等のバイタル情報や、患者端末で撮影した「お薬手帳」の画像が確認され、実際の指導に活かされた。

4. 考察（実装に向けた課題）

本実証を通じて、オンライン診療受診施設を地域に実装するための以下の課題が明らかになった。

1. **複数機関での共同利用を想定した資格確認システム：** 本実証の基本フローとして、オンライン診療受診施設で患者本人の資格確認（マイナンバーカード等）を行い、それを各医療機関や薬

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

局と共有する検証を行った。しかし、現在の患者のマイナ保険証を確認する仕組み・システムは、一つの施設を複数の医療機関や薬局で共同利用することを想定した仕様になっていないことが課題として挙げられた。今後、地域拠点として施設を円滑に運用するためには、アプリやカードリーダー等の確認機器を、複数の医療機関・薬局間で共有・共同利用できる新たな仕組みの構築が急務である。

2. **薬局の収益面・業務負担と支払い窓口の確保（地域資源の活用）**： 薬局側からは、薬代の受け取り方法に関する懸念に加え、薬の配送コストや手間、オンライン環境下での追加の服薬指導に伴う業務量の増加といった課題が示された。現状では薬剤配送等が薬局側の持ち出し（実質的なサービス）となる側面があり、薬局の収益面や運用の持続可能性に懸念が残る。他地域の実装事例を見ると、郵便局等のインフラがあるエリアでは、それらを診療拠点として活用することで、住民が行き慣れた場所であることに加え、診療費の支払い（料金収納）や薬の配送機能と円滑に関連づけられるという強みが確認されている。しかし、相島には郵便局がないため、これに代わる支払い窓口や配送網の確保が固有の実装課題となる。今後は、相島のような地域においても、地域の薬局に過度な業務的・費用的な負担が集中しないような決済・配送の仕組みや経営的裏付けを検討する必要がある。
3. **支援者（看護師・ケアマネジャー）の機器操作トレーニング**： 医師がより正確な診断を行うためには、患者側で操作を支援するスタッフ（看護師、ケアマネジャー等）の機器操作スキルが重要となる。具体的には、ノイズを取り込まない電子聴診器の適切な当て方や、患部に対する外部カメラの適切な位置・距離の調整などである。これらを円滑に行うための、より実践的な操作トレーニングが必要である。
4. **システムのUI（ユーザーインターフェース）改善**： 医師・薬剤師側の画面において、患者が撮影したお薬手帳等の表示場所が下方にあり分かりづらい（スクロールが必要）という課題や、患者端末側でのお薬手帳撮影手順が煩雑であるという意見が挙がった。これらをすぐに確認・操作できるよう、簡便化や表示位置の最適化などのシステム改善が求められる。
5. **医療機器の管理および感染対策に関するマニュアルの整備**： 医療機関以外の場所を診療拠点として活用するにあたり、医療機器や物品の管理（在庫や使用期限の管理など）や、使用済みの医療廃棄物の適切な処理が実装上の重要な課題となる。また、感染物の取り扱いや検査時の動線整備、さらには将来的なパンデミック発生時を見据えた対応策など、感染対策を含めた場の安全管理も不可欠である。これらを適切に運用するためには、非医療職が運用に関与することも踏まえ、実効性のあるマニュアルを整備する必要がある。

5. 結論

萩市相島における実証から、オンライン診療受診施設における「D to P with N（または支援者）」のモデルは、字幕表示や適切な医療機器の補助を組み合わせることで、質の高い診療や服薬指導を実現することが確認された。オンライン診療受診施設を整備することで、萩市内の多くの医療機関もオンライン診療を活用できるようになれば、より多くの島民のアクセスが改善することが期待できる。今後は、保険証確認の共同利用システムや決済システムの整備、薬局等の業務・費用負担を軽減する仕組みづくり、現地の支援者に対する操作教育、ユーザー視点に立ったシステム改修に加え、医療機器管理や

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

感染管理のルールを定めた運用マニュアルの整備を進めることが、安全で持続可能な地域医療モデルの実装において不可欠である。

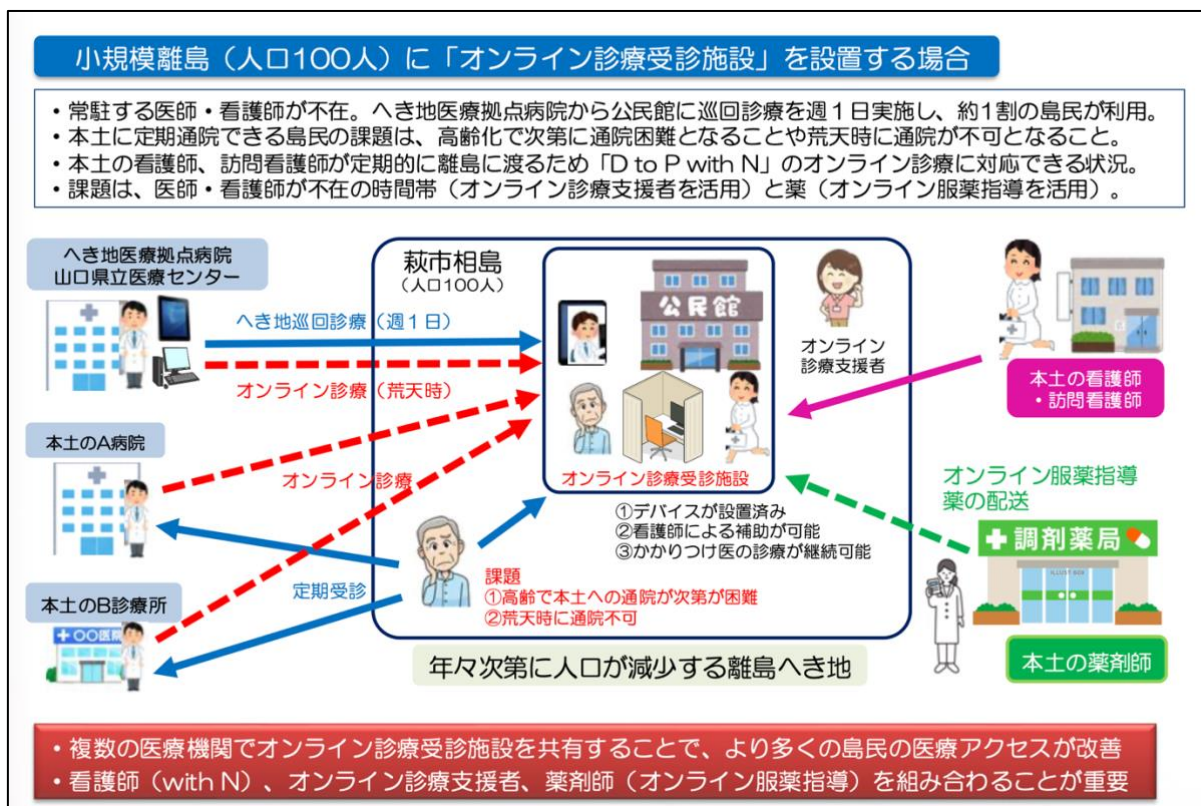


図1 離島公民館に設置するオンライン診療受診施設を想定した実証モデル



図2 オンライン診療受診施設（公民館）でD to P with N モデルを実証（聴診の様子）

離島・へき地等におけるオンライン診療受診施設の地域実装に向けた課題と支援体制の検討

牛尾裕子¹、伊東美佐江¹、永田千鶴¹、田戸朝美¹、山本小奈実¹ 原田昌範²¹ 山口大学大学院医学系研究科² 山口県立総合医療センター へき地医療支援部

要旨

本研究は、医療アクセスが制約される地域におけるオンライン診療受診施設の実装上の課題と支援体制を明らかにすることを目的とした。医師、看護師、薬剤師、行政・地域支援職、住民・患者の計21名を対象としたインタビュー逐語録を用い、質的記述的分析を行った。

その結果、オンライン診療は、無医地区、離島、交通困難地域において、住民が生活圏内で医療を受け続けるための手段となることが示唆された。特に、郵便局や公民館などの地域資源を活用することで、通院負担の軽減や地域のつながりの維持に寄与していた。また、D to P with N では、看護師が患者のそばにすることで、患者の安心感、身体所見の補完、医師への情報伝達を支えていた。一方で、オンライン診療は対面診療を完全に代替するものではなく、急変時、病状悪化時、看取りや死亡確認では対面診療や搬送への切り替えが必要であった。課題は、薬剤提供、通信・情報共有、感染対策、急変時対応、トラブル共有体制の整備であった。安全で持続可能な運用には、看護師の役割の明確化、多職種・非医療職との連携、行政による支援体制の構築が重要である。

1. 背景

わが国は、2040年頃に65歳以上人口がピークを迎え、85歳以上の救急搬送や在宅医療需要の急増が予測される「2040年問題」に直面している¹⁾。一方で、生産年齢人口の減少に伴う医療・福祉人材の確保は限界に達しつつあり、特に地域格差の拡大が懸念されている。無医地区、離島、交通困難地域においては、医師不足や診療所機能の縮小に加え、公共交通機関の衰退、気象条件による船の欠航、薬局不足などが重なり、住民の継続的な受診が物理的に阻害される「医療からの排除」が深刻な課題となっている。

このような状況を打開する「生存戦略」として、医療DXの推進とオンライン診療の活用が期待されている²⁾。2026年4月の医療法改正により、新

たに「オンライン診療受診施設」が定義され、公民館、郵便局、医療MaaS（診療車）等の既存の地域資源を診療拠点として活用する枠組みが整備された³⁾。これにより、住民が日常生活の動線上で医療にアクセスすることが可能となり、通院困難な高齢者の身体的・経済的負担の軽減に寄与している。

また、患者が看護師とともに受診する「D to P with N（看護師同行型）」の形態は、画面越しの診療で不足しやすい触診や聴診などの身体情報を現地の看護師がフィジカルアセスメントによって補完できるため、診療の質と安全性を担保する上で極めて重要である⁴⁾。令和8年度診療報酬改定においても、「訪問看護遠隔診療補助料」や「看護師等遠隔診療検査実施料」が新設され、このモデル

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

の有効性が制度的にも位置づけられた⁵⁾。

一方で、社会実装においては多くの課題も顕在化している。技術的な通信トラブルに加え、薬剤配送費や振込手数料といった微細なコスト負担、さらには非医療職（郵便局員等）が担うべき診療を成立させるための運用支援業務の範囲など、実務面での整理が求められている。また、将来的なパンデミック発生時には、診療所を感染症対応に特化させ、非感染者の慢性疾患管理をこれら受診施設に分散させる「バックアップ拠点」としての活用も期待されている。そのためには、現場で生じた課題や解決策を地域全体で共有し、共に学びを深める仕組みを築くことや、非常時の動線確保を含めた実効性のあるガイドラインを整えていくことが大切である。

本研究では、無医地区・離島等におけるオンライン診療の実践を対象に、医療者、行政・地域支援者、住民・患者の語りから、オンライン診療受診施設の利点と課題、ならびに看護師の役割を明らかにした。

2. 研究目的

本研究の目的は、医療アクセスが制約される地域におけるオンライン診療の実装過程に関与する医療者、行政・地域支援者、住民・患者の語りを質的に分析し、オンライン診療受診施設の利点と課題、D to P with Nにおける看護師の役割、多職種連携、行政に求められる安全管理基盤、およびパンデミック・災害時にも活用可能な地域医療モデルの条件を明らかにすることである。

本研究は、オンライン診療を単なる対面診療の代替ではなく、地域医療を継続するための実装モデルとして捉える点に意義がある。また、D to P with Nにおける看護師の役割や、多職種・非医療職を含む支援体制を整理することで、今後のオンライン診療受診施設の運用マニュアル、安全管理体制、教育体制を検討する基礎資料となる。

3. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、オンライン診療に関する現地インタビューおよび調査記録を用いた質的記述的研究である。

2) 対象者

対象者は、医療アクセスが制約される地域におけるオンライン診療の実施、支援、運用、または利用に関与した者とした。内訳は、医師、看護師、薬剤師、行政・地域支援職、住民・患者とした。

3) インタビュー内容

インタビューでは、オンライン診療導入の経緯、現在の診療体制、診療場所、D to P with Nにおける看護師の役割、患者の受け止め、機器・通信・情報共有上の課題、薬剤提供、急変時対応、感染対策、行政に期待する支援、パンデミックや災害時の活用可能性について尋ねた。

4. 分析方法

逐語録および調査記録を精読し、内容のまとまりごとに意味単位を抽出した。各意味単位に対して、対象者の語りに忠実なコードを付与し、類似するコードを統合してサブカテゴリーを生成した。その後、抽象度を高めてカテゴリーを形成する質的帰納的分析を主軸として実施した。さらに、医師、看護師、行政・支援職、患者・住民、薬剤師の職種・立場別の具体的な語りを整理し、カテゴリー別分析を補足する資料として提示した。職種別結果は、各職種の期待、利点、不安、課題を抽出した。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究代表者の所属する倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究目的、調査内容、自由意思による参加、途中辞退の自由、個人が特定されない形で分析・報告することを説明し、同意を得た。報告書作成にあたっては、氏名、詳細な居住地、個人が推測される情報を削除

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

または一般化し、匿名性の確保に努めた。患者・住民については、高齢者が多いことを踏まえ、負担に配慮しながら聞き取りを実施した。

6. 結果

1) 対象者の背景

本研究の対象は、オンライン診療の運用に関与する多職種および利用者、計21名であった。その内訳は、医師6名、看護師5名、薬剤師1名、行政・地域支援職4名、住民・患者5名であった。医療従事者のうち、医師は地域・離島医療の現場からオンライン診療の導入や診療体制の構築を主導していた。看護師は、患者のフィジカルアセスメントに基づいた医師への情報伝達、機器操作の補助、および円滑な受診のための直接的な患者支援に従事していた。また、薬剤師は診療後の適切な薬剤提供や服薬説明、配送体制の調整を担っていた。行政・地域支援職は、事業継続のための費用負担の調整や住民との合意形成、診療拠点となる施設の管理運営、および関係機関との連絡調整を包括的に担当していた。住民・患者は80～90代の高齢層であり、公共交通機関の衰退や身体機能の低下による交通制約、医療機関へのアクセス困難という切実な背景を持ちながら、日常生活圏内にある身近な施設での診療を利用していた。

2) 質的記述的分析により生成されたカテゴリーとその内容

分析の結果、オンライン診療の地域実装に関する語りは、8カテゴリー、20サブカテゴリーに整理された。カテゴリーは、地域資源を活用した診療拠点化、D to P with Nにおける看護師の役割、対面診療との併用を前提とした対象選定、診療後の薬剤提供、通信・情報共有、医療機器・感染対策、多職種運用、急変・災害時の安全管理に関する内容で構成された。なお、表中には各サブカテゴリーを代表するコードおよび語りを示した(表1)。分析の結果、オンライン診療の地域実装に関する語りは、8カテゴリー、20サブカテゴリーに整理

された。以下、各カテゴリーの主な内容を示す。

(1) 暮らしの場で医療をつなぐ地域拠点化

【暮らしの場で医療をつなぐ地域拠点化】では、医療資源に限られる地域において、住民が生活圏内で医療を受けるための診療拠点づくりが語られていた。『医療資源不足・交通制約を背景とした導入』では、医療確保が困難な地域でオンライン診療が求められており、「2016年2月に地元医院の閉院に伴い無医地区となったため、医療確保の要望が強かった」と語られていた。また、『既存の地域資源を活用した診療場所の確保』では、郵便局や公民館を診療拠点として活用する実践が示された。「郵便局は地域住民が行きなれており、診療費の支払い(料金収納)や薬の配送も可能である」と語られており、住民に身近な場所が診療の場として用いられていた。

(2) 安心と診療の質を支える D to P with N の実践

【安心と診療の質を支える D to P with N の実践】では、看護師が患者のそばにすることで、患者の安心感と診療情報の補完が支えられていた。『看護師同席による安心感』では、「看護師さんも傍におるからね」と語られており、看護師の同席がオンライン診療を受ける患者の安心につながっていた。また、『身体所見と患者の思いの補完』では、看護師が触れて得た情報や患者が言いにくい思いを補足していた。「患者さんの身体にさっと触れられる。触手で情報を取れるのは看護師しかいない」と語られ、画面越しでは把握しにくい身体情報を看護師が補っていた。

(3) 対面診療との併用を前提とした対象選定

【対面診療との併用を前提とした対象選定】では、オンライン診療は対面診療を完全に置き換えるものではなく、対面診療との組み合わせの中で実施されていた。『対面診療を基盤としたオンライン診療』では、「オンライン診療は、あくまで対面診療で関係を構築してから実施することを重視している」と語られていた。一方、『対面診療への切

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

り替えが必要な場面』では、急変時や死亡確認ではオンライン診療に限界があることが語られていた。「死亡診断、死亡確認ができるかどうか…もしかしたらオンライン診療の限界かな」とされ、オンライン診療の適用範囲を見極める必要が示された。

（4）診療後まで切れ目なく支える薬剤提供・服薬支援

【診療後まで切れ目なく支える薬剤提供・服薬支援】では、診療後の薬剤提供や服薬説明が、オンライン診療の継続に関わる要素として語られていた。『薬局不足による薬剤入手の負担』では、「薬局が近くにないから車で20分ぐらいの薬局まで取りに行く」と語られ、薬剤入手に伴う移動負担が示された。一方、『薬剤師による服薬説明と配送支援』では、「画面で薬局の人の話を聞くだけで、抵抗もなかった」「毎回薬剤師が自宅まで持ってきて、親切に教えてくれる。便利で助かっています」と語られており、薬剤師による服薬説明や配送支援が行われていた。

（5）オンライン診療を支える通信・情報共有体制の課題

【オンライン診療を支える通信・情報共有体制の課題】では、通信環境、機器操作、情報共有に関する課題が語られていた。『通信環境と機器操作の課題』では、「デバイスのトラブルと通信のトラブルが大きく（課題に）しています」と語られ、通信や機器の不具合がオンライン診療の運用上の課題となっていた。また、『患者情報の共有不足』では、「カルテも正直、ちょっと私たち見れない今の状況じゃ」と語られており、看護師が患者情報を十分に把握しにくい状況が示された。

（6）医療機器・物品・感染対策を支える場の安全管理

【医療機器・物品・感染対策を支える場の安全管理】では、医療機関以外の場所で診療を行うための物品管理、医療廃棄物処理、感染対策が語られていた。『医療物品と医療廃棄物の管理』では、

「血圧計、SPO2測定器、採血用の注射器、スπιツなど最低限のものを鹿野診療所より持参」「医療廃棄物は鹿野診療所に持ち帰る」とされ、必要物品の持参と廃棄物処理の方法が示された。また、『感染対策とパンデミック対応』では、「感染物の取り扱いや検査に関するマニュアルや動線の整備が必要」「パンデミックに備えた対応策を検討すべき」と語られており、感染拡大時を想定した対応の必要性が示された。

（7）多職種・非医療職で支える運用のしくみ

【多職種・非医療職で支える運用のしくみ】では、医師・看護師だけでなく、郵便局職員、ケアマネジャー、薬剤師、行政などが運用を支えていた。『郵便局職員・ケアマネジャーによる運用支援』では、「作成されていたマニュアル通りに機器のセッティングをして実施できた」と語られ、非医療職が機器準備や診療準備に関わっていた。また、『薬剤師・看護師・医師の連携』では、「看護師さんたちがそこにいてくれて、本来聞けなかった数値だとか患者さんの状態を教えていただける」と語られており、看護師が現地で得た患者情報が薬剤師や医師との連携に活用されていた。

（8）急変・災害に備える安全基盤

【急変・災害に備える安全基盤】では、急変時対応、非医療職の不安、トラブル共有の必要性が語られていた。『急変時の対応と搬送連携』では、「急なことが一番困る」「つながらなかったときは〇〇に電話して助言してもらった」と語られており、急な症状への対応や救急相談・搬送につなぐ体制が課題となっていた。また、『トラブル・ヒヤリハットの共有』では、「運用開始後の有害事象やヒヤリハットが起こった場合の情報の収集・定期的な検証を行っていただかないと不安」と語られており、オンライン診療開始後の安全管理体制の必要性が示された。

3）職種別にみたオンライン診療に関する具体的な語り

職種・立場別にオンライン診療に関する語りを

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

整理した結果、医師、看護師、行政・支援職、患者・住民、薬剤師では、それぞれ異なる利点と課題が示された。表2では、各職種・立場におけるメリット・期待、デメリット・不安・課題、および結果として読み取れる内容を整理した。

医師では、オンライン診療は離島・交通困難地域において、船の欠航時や患者の移動困難時に診療を継続する手段として捉えられていた。また、慢性疾患の定期通院やC-PAP管理など、病状が安定している患者には適していることが示された。一方で、触診や聴診など対面診療で得られる情報が少なくなること、死亡診断や最終確認には限界があること、さらに継続可能な運用のためには保険点数や経営面の検討が必要であることが示された。

看護師では、患者と医師の間で情報を伝達し、患者の状態を観察しながら診療を支える役割が示された。特に、患者の身体に触れて状態を把握し、画面越しでは伝わりにくい変化を補うことが看護師の強みとして整理された。一方で、カルテ閲覧権限が限定されることによる情報共有の不足、機器操作やトラブル対応、物品管理、感染対策など、オンライン診療の現場を支えるうえでの実務的負担も示された。

行政・支援職では、オンライン診療は船の欠航時など交通制約を補う手段であり、郵便局など住民が行き慣れた場所を地域資源として活用できることが示された。また、郵便局職員等は、機器の準備、患者誘導、診療場所の管理など、診療を成立させるための運用支援を担っていた。一方で、薬の配送や費用負担、将来的な医師・看護師の確保、非医療職が関与する場合の緊急時対応が課題として示された。

患者・住民では、身近な場所で診療を受けられることや、船の欠航時にも医師とつながることができる点が肯定的に受け止められていた。また、看護師やケアマネジャーがそばにいることは、説明の補助や不安軽減につながっていた。一方で、

対面診療への安心感、機器操作への不安、診療後の薬の受け取りや説明体制に関する課題も示された。

薬剤師では、オンライン服薬指導の実施可能性や、看護師から得られる患者情報を服薬支援に活用できることが示された。一方で、薬の配送コストや手間、薬局の収益面、追加の服薬指導を含む業務量などが課題であった。

7. 考察

1) オンライン診療受診施設は、医療を生活圏につなぐ地域実装モデル

本研究では、【暮らしの場で医療をつなぐ地域拠点化】が示された。オンライン診療は、単に医師と患者を画面でつなぐ診療方法ではなく、無医地区、離島、交通困難地域において、住民が生活圏内で医療を受け続けるための仕組みとして機能していた。厚生労働省は、オンライン診療について、対面診療と適切に組み合わせて実施することを基本としており、医療アクセスが困難な患者への受診機会の確保に活用できることを示している^{3) 6)}。本研究でみられた郵便局や公民館の活用は、医療機関に患者を集めるのではなく、住民が日常的に利用する場へ医療を近づける実践である。また、患者・住民は、身近な場所で診療を受けられることや、地域の人々との交流を肯定的に受け止めていた。したがって、オンライン診療受診施設は、医療アクセスの確保だけでなく、地域のつながりや見守りを含めた地域医療の再構築に寄与する可能性がある。

2) D to P with N は、安心と診療の質を支える中核的实践

【安心と診療の質を支える D to P with N の実践】では、看護師が患者のそばにいることにより、患者の安心感と診療情報の補完が支えられていた。オンライン診療では、触診や聴診、患者の表情や生活背景など、対面診療で得られる情報が制限される。その不足を補っていたのが、現地にいる看

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

看護師であった。厚生労働省資料では、D to P with N において、看護師等が患者側に同席し、医師の指示のもとで診療の補助を行うことが示されている⁴⁾⁷⁾。本研究でも、看護師は患者の身体に触れて得た情報を医師へ伝え、患者が医師には言いにくい思いを補足していた。これは、看護師の役割が単なる機器操作の補助ではなく、遠隔環境で患者の状態を把握し、診療の質を支える専門的実践であることを示している。

今後、D to P with N を安全に実装するためには、看護師の役割を、フィジカルアセスメント、患者の訴えや生活背景の把握、医師への報告、急変時判断、診療後支援を含む実践として明確化する必要がある。

3) オンライン診療の実装には、診療前後を含む運用体制の整備

本研究では、【対面診療との併用を前提とした対象選定】、【診療後まで切れ目なく支える薬剤提供・服薬支援】、【オンライン診療を支える通信・情報共有体制の課題】が示された。オンライン診療は、慢性疾患の定期通院や病状が安定している患者には有用である一方、急変時、病状悪化時、看取りや死亡確認では限界がある。厚生労働省の指針でも、オンライン診療では診断や治療に必要な医学的情報を十分に得ることが困難な場合があり、対面診療への切り替えや薬剤管理に注意が必要であることが示されている³⁾。したがって、オンライン診療の対象者選定基準と、対面診療・訪問診療・救急搬送へ切り替える基準を明確にする必要がある。また、オンライン診療は診察のみで完結しない。

本研究では、薬剤師による服薬説明や薬剤配送が受診継続を支えていた一方で、配送費用、薬局側の手間、薬の即時性が課題であった。薬局が少ない地域では、診療後の薬剤提供を含めて体制を整えなければ、住民にとって実質的な医療アクセスの改善にはつながらない。さらに、通信環境、デバイス操作、カルテ閲覧権限、個人情報保護、医療物品、医療廃棄物、感染対策も実装上の重要な課

題である。WHO のデジタルヘルスに関する指針でも、デジタル技術の導入には、有効性だけでなく、実施可能性、受容可能性、資源投入、公平性を含めた検討が必要とされている⁸⁾。オンライン診療受診施設では、通信機器を整備するだけでは不十分であり、診療前準備、診療中の支援、診療後の服薬支援、急変時対応までを含む運用設計が求められる。

4) 今後の実装課題は、多職種連携・安全管理・持続可能性

本研究では、【多職種・非医療職で支える運用のしくみ】および【急変・災害に備える安全基盤】が示された。オンライン診療受診施設は、医師・看護師のみで成立するものではなく、薬剤師、ケアマネジャー、郵便局職員、行政職員などが診療の場と流れを支えていた。特に、郵便局職員やケアマネジャーなどの非医療職は、機器準備、患者誘導、診療場所の管理、緊急時連絡など、診療を成立させるための運用支援を担っていた。これらは医療行為ではないが、オンライン診療受診施設を安全に機能させるために不可欠な役割である。今後は、非医療職が担う範囲と、医療職へ引き継ぐ範囲を明確にし、職種別の教育とマニュアルを整備する必要がある。また、急変時対応やトラブル・ヒヤリハットの共有体制も課題である。オンライン診療では、通信障害、機器不具合、情報伝達ミス、薬剤配送の遅延、急変時対応の迷いなどが生じる可能性がある。そのため、行政には、個別施設の対応に任せるのではなく、トラブルやヒヤリハットを収集・検証し、地域の医療者へ還元する安全管理のハブとしての役割が求められる。さらに、持続可能性の観点からは、機器整備費、通信費、人件費、薬剤配送費、薬局や郵便局の業務負担、保険点数や経営面の課題を検討する必要がある。

オンライン診療受診施設を継続的に運用するためには、特定の医療機関や薬局、行政、住民のいずれかに過度な負担が集中しない仕組みづくりが重要である。

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

本研究の結果から、オンライン診療受診施設は、医療アクセスが制約される地域において、医療を生活圏へつなぎ直す地域実装モデルであることが示された。その中核にはD to P with Nによる看護師の専門的支援があり、情報の補完と安心感を支えていた。オンライン診療の価値は、デジタル技術そのものではなく、看護師の専門性、地域資源、多職種連携、行政の調整機能が統合されることで初めて発揮されると考えられる。

8. 結論

本研究では、医療アクセスが制約される地域におけるオンライン診療受診施設の実装について、21名のインタビュー逐語録をもとに質的記述的分析を行った。その結果、オンライン診療は、無医地区、離島、交通困難地域において、住民が生活圏内で医療を受け続けるための手段となる可能性が示された。

特に、D to P with Nでは、看護師が患者のそばにいて、患者の安心感、身体所見の補完、医師への情報伝達が支えられていた。一方で、オンライン診療は対面診療を完全に代替するものではなく、急変時、病状悪化時、看取りや死亡確認では、対面診療や搬送への切り替えが必要であった。

今後は、対象者選定基準、対面診療への切り替え基準、薬剤提供、通信・情報共有、感染対策、急変時対応、トラブル共有体制を整備する必要がある。オンライン診療受診施設を安全かつ継続的に運用するためには、看護師の役割の明確化、多職種・非医療職との連携、行政による安全管理と費用面の支援が重要である。

9. 文献

1. 厚生労働省：2040年を見据えた医療・介護提供体制の構築について

（地域医療構想や救急需要の増大に関する基礎資料）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210443>

_00030.html（閲覧日：令和8年3月5日）。

2. 総務省：令和5年版 情報通信白書（医療・介護分野におけるDX）（医療MaaSや地域格差対策としてのDXの方向性）

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r05/html/nd124220.html>（閲覧日：令和8年3月5日）。

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（令和8年4月改訂版PDF）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001685701.pdf>（2026年4月2日閲覧）。

4. 日本看護協会：オンライン診療における看護職の役割とあり方（D to P with Nにおける看護師のフィジカルアセスメントの重要性）

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/online/index.html>（閲覧日：令和8年3月5日）。

5. 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要（情報通信機器を用いた診療）

（訪問看護遠隔診療補助料等の新設に関する解説資料）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html（閲覧日：令和8年3月5日）。

6. 厚生労働省：令和8・9年度診療報酬改定の基本的な考え方（医療提供体制の確保と遠隔診療関連資料）。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67942.html（2026年3月5日閲覧）。

7. 厚生労働省：オンライン診療に関するQ&A（令和6年3月）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001237887.pdf>（閲覧日：令和8年3月5日）

8. World Health Organization: WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>（閲覧日：令和8年3月5日）。

表1 オンライン診療の地域実装に関するカテゴリー・サブカテゴリー・代表的な語り

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
1. 暮らしの場で医療をつなぐ地域拠点化	医療資源不足・交通制約を背景とした導入	「2016年2月に地元医院の閉院に伴い無医地区となったため、医療確保の要望が強かった」
	既存の地域資源を活用した診療場所の確保	「郵便局は地域住民が行きなれており、診療費の支払い（料金収納）や薬の配送も可能である」
	受診負担の軽減と地域のつながり	「近いところで受診出来て嬉しい」「人が集まるきっかけになっている」
2. 安心と診療の質を支えるD to P with Nの実践	看護師同席による安心感	「看護師さんも傍におるからね」
	医師と患者をつなぐ情報補完	「看護師がいることで、伝えたいことが伝わりやすくなり、また患者の意向も通訳されることでよくわかり、診療が容易となる」
	身体所見と患者の思いの補完	「患者さんの身体にさっと触れられる。触手で情報を取れるのは看護師しかいない」「患者さんも、画面越しでは言わないようなこと、医師には言わないようなことも察して伝えている」
3. 対面診療との併用を前提とした対象選定	対面診療を基盤としたオンライン診療	「オンライン診療は、あくまで対面診療で関係を構築してから実施することを重視している」
	オンライン診療に適した対象	「慢性疾患の定期通院、特にC-PAPの外来治療などは非常に適している」
	対面診療への切り替えが必要な場面	「定期船では間に合わない緊急時は緊急船をだしてもらおう」「死亡診断、死亡確認ができるかどうか…もしかしたらオンライン診療の限界かな」

4. 診療後まで切れ目なく支える薬剤提供・服薬支援	薬局不足による薬剤入手の負担	「薬局が近くにないから車で20分ぐらいの薬局まで取りに行く」
	薬剤師による服薬説明と配送支援	「画面で薬局の人の話を聞くだけで、抵抗もなかった」「毎回薬剤師が自宅まで持ってきて、親切に教えてくれる。便利で助かっています」
	薬剤配送の費用・即時性・持続可能性	「配送コストや手間についての検討が必要…かなりもち出しというかサービスというか」「薬が次の日になるのがね…」
5. オンライン診療を支える通信・情報共有体制の課題	通信環境と機器操作の課題	「デバイスのトラブルと通信のトラブルが大きく（課題に）してます」
	患者情報の共有不足	「カルテも私たち見れない今の状況じゃ…」「薬剤師さんが見れないので、そこは電話でお伝えしたり、FAXで報告を流したりする」
	連絡手順と個人情報管理	「患者さんが当日郵便局に来ない場合、誰が患者さんに電話するのか」「個人情報の漏洩に留意して、当日診療所の職員がPCをもってセッティングする」
6. 医療機器・物品・感染対策を支える場の安全管理	医療物品と医療廃棄物の管理	「血圧計、SPO2測定器、採血用の注射器、スピッツなど最低限のものを鹿野診療所より持参」「医療廃棄物は鹿野診療所に持ち帰る」
	物品管理と診療空間の動線整備	「診療所の物品管理に課題があり、期限切れの検査用品が多く存在…ちょっと在庫が多い」「郵便局の入り口と巡回診療所の入り口は完全に別である」
	感染対策とパンデミック対応	「感染物の取り扱いや検査に関するマニュアルや動線の整備が必要」「パンデミックに備えた対応策を検討すべき」
7. 多職種・非医療職で支える運用のしくみ	郵便局職員・ケアマネジャーによる運用支援	「作成されていたマニュアル通りに機器のセッティングをして実施できた」「オンライン診療時にはケアマネジャーや看護師が患者のサポートを行う体制を維持する」
	薬剤師・看護師・医師の連携	「看護師さんたちがそこにいてくれて、本来聞けなかった数値だとか患者さんの状態を教えていただける」
	行政の広報支援と地域合意形成	「もっと多くの住民の方に利用してもらえるように広報することが必要だと感じている」「今の診療所での診療は無くならないでほしいと思う」

8. 急変・災害に備える 安全基盤	急変時の対応と搬送連携	「急なことが一番困る」「つながらなかったときは#7119に電話して助言してもらった」
	非医療職の緊急時不安	「医師がいない時はどうするのか考え、何かあったときは診療所に電話することになると思っている」
	トラブル・ヒヤリハットの共有	「運用開始後の有害事象やヒヤリハットが起こった場合の情報の収集・定期的な検証を行っていただかないと不安」

表2 職種別にみたオンライン診療に関する具体的な語り

職種	メリット・期待に関する語り	デメリット・不安・課題に関する語り	結果として読み取れる内容
医師	離島・交通困難地域では、船の欠航や患者の移動困難時にオンライン診療が有効な手段となる。電話のみではなく、患者の表情や様子を確認しながら診療できる点が利点である。	触診や聴診など、対面診療で得られる情報が少なくなることが課題である。また、死亡診断や最終確認はオンライン診療の限界であり、医師の現場訪問が基本である。	医師は、オンライン診療を地域医療の補完手段として評価しつつ、身体診察の限界、急変時対応、死亡確認など、オンライン化できない領域を明確に認識している。
	慢性疾患の定期通院やC-PAP管理など、病状が安定している患者にはオンライン診療が適している。	オンライン診療を継続するためには、医療者の努力だけでなく、保険点数や経営面の課題を調査し、持続可能な運用方法を検討する必要がある。	医師は、臨床的な有用性だけでなく、継続可能な運用のための経済的裏づけを課題として捉えている。

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

	看護師が患者のそばにすることで、患者の状態や意向が医師に伝わりやすくなり、診療が行いやすくなる。	オンライン診療を巡回診療の単なる代替手段とすることには慎重な姿勢があり、地域住民の理解と納得を得る必要がある。	医師は、D to P with N の有用性を認めつつ、オンライン診療を対面診療の置き換えではなく、組み合わせて活用するものとして捉えている。
看護師	看護師は、患者と医師の間で情報を伝達し、患者の状態を観察しながら診療を支えている。患者の訴えや身体所見を医師に伝える役割がある。	カルテ閲覧権限が限定され、看護師が患者の経過や人間関係を把握しにくいことが課題である。	看護師は、オンライン診療の現場を支える中核的存在である一方、十分な情報共有がないまま判断や支援を求められる負担を抱えている。
	看護師が患者の身体に触れて状態を把握し、画面越しでは伝わりにくい変化を補うことが強みである。	機器操作やトラブル対応を自立して行えるよう、技術的な教育を強化する必要がある。	看護師には、従来の診療補助に加えて、遠隔環境における観察力、情報伝達力、機器操作力が求められている。
	D to P with N が良いに決まっている、看護師同席による安心感や診療情報の補完がされる。	Ns がいなくても実施できる体勢を作っておくことも重要	看護師は D to P with N の有用性を認識しつつ、看護師不在時にも診療が成立する仕組みの必要性を捉えている。
	看護師が定期的に島を訪問し、医師が遠隔で診療を行う体制は、医師不足地域での医療継続に関わる方法である。	診療所の物品管理、期限切れ物品、在庫管理、感染対策、診療所内の動線整備が課題である。	看護師は、診療補助だけでなく、物品管理、感染対策、診療環境の整備にも関与している。
行政・支援職	離島では、オンライン診療が船の欠航時など交通制約を補う代替手段として定着しつつある。	薬局が少ない地域では、薬の配送や費用負担が大きな課題である。	行政・支援職は、オンライン診療を地域医療維持の手段として捉えつつ、費用負担、配送、運用体制の整備を課題として認識している。
	郵便局など住民が行き慣れた場所は、診療費の支払いや薬の配送とも関連づけやすく、地域資源として活用できる。	医師や看護師の人材確保が将来的に困難になる可能性があり、診療所維持が課題である。	行政・支援職は、既存の公共的資源を活用しながら、将来の医療提供体制を再構築する必要性を認識している。

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

	郵便局職員等は、機器の準備、患者誘導、診療場所の管理など、診療を成立させるための運用支援を担っている。	非医療職が関与する場合、緊急時にどこまで対応するか、医療職へどの時点で引き継ぐかについて不安がある。	行政・支援職には、医療行為ではなく、診療の場と流れを支える運用支援の役割が求められている。
患者・住民	患者は、船の欠航時などにオンライン診療を利用し、医師と話せることや、身近な場所で診療を受けられる	一方で、オンライン診療の利便性を認めつつも、対面診療の方が安心感が強いという思いがある。	患者は、オンライン診療を必要な手段として受け入れながらも、対面診療の安心感を重視している。
	看護師がそばにいて、説明の補助や不安軽減につながっている。検査や採血を看護師が現場で行うことにも可能である。	高齢患者は、機器操作を自分で行うことに不安があり、看護師やケアマネジャーのサポートが必要である。	患者にとって、オンライン診療を受け入れる条件は、技術そのものではなく、そばに支援者がいることである。
	患者は、自宅近くの交流センターで診療を受け、地域の人々との交流も楽しんでいる。	診療後の薬の受け取りや説明の流れには課題もあり、薬剤師とのやり取りは電話が中心となる場合がある。	患者は、診療そのものだけでなく、診療場所での交流、薬の受け取り、説明体制も含めてオンライン診療を評価している。
薬剤師	薬剤師がオンライン服薬指導の経験を積み、患者の受け入れも良好である。	薬の配送コストや手間、薬局の収益面が課題である。	薬剤師は、オンライン服薬指導の実施可能性を感じつつ、配送や収益面の課題を抱えている。
	オンライン診療時には、医師と薬剤師がそれぞれ待機し、看護師が現地で患者の状態を把握して情報共有を行っている。	薬剤配送や追加の服薬指導を行う体制には、業務量や持続可能性の課題がある。	薬剤師にとって、看護師から得られる患者情報は服薬支援の質を高める一方、配送と業務負担が継続性の課題である。

へき地医療における郵便局舎を活用したオンライン診療の 有用性および課題特定のための研究

原田昌範^{1,2}、古城隆雄³

¹公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

²山口県立総合医療センターへき地医療支援部

³埼玉県立大学保健医療福祉学部

研究要旨

本研究は、へき地・離島における医療アクセスの確保に向け、郵便局舎を活用したオンライン診療の有用性と課題を明らかにすることを目的として実施した。研究方法として、郵便局舎を活用したオンライン診療を実施している4事例について、医療機関、地方公共団体、郵便局の関係者に対する半構造化方式のインタビューを行うとともに、山口県を事例としてGIS（地理情報システム）を用いた人口カバー率及び面積カバー率の比較分析を実施した。

インタビュー調査の結果、郵便局舎を活用したオンライン診療は、通院負担の軽減、患者の心理的ハードルの低減、診療だけでなく服薬指導・支払・配送までを一気通貫で提供できる利便性といった有用性があることが確認された。一方、利用者確保に関しては来局可能者に対象が限定されている点、制度・財政面の不明確さ、医療機関側の事務負担、薬局連携や情報共有等の運用面の課題も明らかになった。また、GIS（地理情報システム）分析では、山口県内における郵便局の4km圏内人口カバー率は約98.8%、面積カバー率は約82.9%であり、医療機関や薬局等を上回る結果となった。

これらの結果、郵便局はへき地・離島におけるオンライン診療の実施拠点として高い潜在力を有する一方、持続的な事業としては、地域の医療提供体制のなかでの位置づけの明確化、財源確保、地域の個別ニーズを踏まえつつ一定の運用の標準化を進める等の必要があると考えられる。

A. 研究目的

1. 背景

オンライン診療は、厚生労働省の通知にもある通り、元来は離島やへき地で限定的に認められてきた経緯があるが、平成30年にへき地等に限らないオンライン診療の指針が整備され、令和元年度の指針改訂では、患者が看護師といる場合（D to P with N）のオンライン診療が新たな形態として提唱されるようになった。その後、コロナ禍においてオンライン診療の規制が大幅に緩和されたことを契機にオンライン診療の不適切な使用が散見されるようになったため、厚労省は「安全性・信頼性」を重視し、厚労省科研費補助金事業（H30-医療-指定-018、21IA2007）の結果も踏まえ、令和4年6月にまず離島へき地から「看護師等遠隔診療補助加算」を新設し、患者のそばに看護師がいる場合のオンライン診療を推進してきた。さらに、令和5年5月に事

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

務連絡「へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」の発出により、へき地の公民館や郵便局でのオンライン診療が承認され、令和6年1月の事務連絡一部修正により、へき地以外でも学校や医療 MaaS（Mobility as a Service）等でのオンライン診療も一定の条件下で承認された。直近では、第114回社会保障審議会医療部会（令和6年12月18日）において、オンライン診療を医事法制上定義し、オンライン診療の受診の場を新たに定義することとされた。

郵便局舎におけるオンライン診療の実施が可能となったことを踏まえ、総務省の令和5年度「郵便局等の公的地域基盤連携推進事業」において、郵便局舎を活用したオンライン診療の実証を実施。その後、複数の地域で実施されているが、各施策は医療機関やそれぞれの地域ニーズに応える形で実施されていることから、運用が異なっている点もある。

2. 研究目的

本研究は、へき地・離島において、オンライン診療の実施場所として郵便局舎を活用することの有用性と課題を明らかにすることを研究目的とする。実際に郵便局舎を活用してオンライン診療を実施している事例を複数調査し、医師、郵便局、地方公共団体の視点からの有用性・課題点を明らかにする。

上記に併せて、GIS（地理情報システム）を活用し、郵便局と医療機関等の配置状況を比較しながら、オンライン診療における郵便局舎の活用について提言する。

B. 研究方法

1. 研究体制

（1）研究者代表者

原田 昌範（公益社団法人地域医療振興協会研究員）

（2）分担研究者

古城 隆雄（埼玉県立大学教授）

（3）研究協力者

山門 彰（日本郵便株式会社）

武川 士文（日本郵便株式会社）

藤村 彩香（日本郵便株式会社）

2. 研究諸条件

（1）使用ソフトウェア

Market Planner GIS

（2）医療機関一覧

「厚生労省中国四国厚生局の保険医療機関・保険薬局のコード内容別医療機関一覧（令和7年度4月1日現在）」を採用した。また、当該一覧より診療頻度が週3日以下を除いたものを「週4日以上診療実施」とした。

(3) 人口

Market Planner GIS 内の「令和2年度国勢調査（町丁字等別集計）」を使用

(4) 面積

Market Planner GIS 内の「令和2年度国勢調査（町丁字等別集計）」を使用

(5) 人口カバー率

「(当該カバーエリア内の人口÷当該地域の総人口)×100」にて算出した。

なお、カバーエリアは郵便局、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの各拠点から半径1 km、半径2 km、半径4 kmの円商圏とした。

(6) 面積カバー率

「(当該カバーエリア内の面積÷当該地域の総面積)×100」にて算出した。

なお、カバーエリアは郵便局、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの各拠点から半径1 km、半径2 km、半径4 kmの円商圏とした。

3. 研究方法

(1) インタビュー

はじめに、郵便局舎を活用したオンライン診療を実施している医療機関や地方公共団体、郵便局を対象にインタビューを行った。

インタビューは半構造化方式でオンラインにて行った。インタビューの実施にあたっては、事前にヒアリングシートを作成の上、各施策の実施背景や実施内容、医師や地方公共団体の施策担当者の視点での施策の有用性や課題について聴取した。調査は令和8年3月に、実施医療機関の医師、地方公共団体の施策担当者、実施郵便局の社員等関係者を1組として、計4組、1組あたりの所要時間を1時間30分程度として実施した。

(2) GIS（地理情報システム）を活用したカバー率分析

次に山口県を事例に、GIS（地理情報システム）を活用し、郵便局、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの各施設のカバー率を比較した。

対象について、郵便局は、山口県内の郵便局のうち、簡易郵便局を除いた347拠点とした。また、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションは、厚生労省中国四国厚生局の保険医療機関・保険薬局のコード内容別医療機関一覧（令和7年度4月1日現在）に掲載されている施設とした。

分析方法は、まず、GIS（地理情報）システムを活用し、郵便局、医療機関、医療機関（週4日以上診療実施）、調剤薬局、訪問看護ステーションの各拠点から半径1 km、半径2 km、半径4 kmの円商圏を作成。各市区町村の人口カバー率、面積カバー率を郵便局、医療機関、医療機関（週4日以上診療実施）、調剤薬局、訪問看護ステーションの各施設で集計した。

C. 研究結果

1. インタビュー

山口県周南市（高瀬郵便局）、北海道紋別郡雄武町・広域紋別病院（北見幌内郵便局）、山口県柳井市（平郡郵便局）、鳥取県大山町（大山寺郵便局）の4事例でインタビューを実施。

(1) 実施内容

郵便局の空きスペースを活用としたオンライン診療及びオンライン服薬指導を中心としつつ、地域のニーズに応じて、対面診療（巡回診療）を組み合わせた形での運用が基本となっている。下記いずれの事例においても、郵便局は受付、機器接続支援、支払対応、薬配送などを担い、診療から服薬までの一連のプロセスを完結させる役割を果たしている。

① 山口県周南市（高瀬郵便局）

地元医院の閉院に伴い、無医地区となってしまった周南市和田地区にある高瀬郵便局において、オンライン診療を2024年7月から開始。薬局への移動が困難な患者に対しては、オンライン服薬指導も実施している。初診は必ず対面診療とし、複数回の診療を経て、オンライン診療に移行する運用が採用されている。「巡回診療」と「with Nのオンライン診療」が主で、2か月に1回程度、「郵便局社員の支援によるオンライン診療」を実施。

② 広域紋別病院（北見幌内郵便局）

北海道紋別郡雄武町の無医地区にある北見幌内郵便局において、広域紋別病院がオンライン診療を2026年1月から開始。広域紋別病院では、診療看護師（NP）が同席するオンライン診療を採用しており、問診・バイタル測定・電子カルテ入力をNPが事前に行うことで、医師が事前に患者の基本情報を把握することが可能となり、効率的なオンライン診療を実施している。なお、オンライン診療は対面診療の補完と位置づけており、今後は対面診療と組み合わせた形での運用を想定している。

③ 山口県柳井市（平郡郵便局）

離島である平郡島にある平郡郵便局においてオンライン診療を実施。オンライン服薬指導を中心とした運用が特徴であり、郵便局から約200m離れた診療所での診療後に患者が郵便局へ移動し、郵便局で薬局と接続して服薬指導を受ける仕組みとなっている。複数の薬局が参画し、クラウド上で患者情報・スケジュールを共有することで効率的に運用している。

④ 鳥取県大山町（大山寺郵便局）

大山町では、当初は巡回診療として郵便局を活用し、雪深くなる冬期からオンライン診療へ移行する段階的導入が行われている。看護師同席（With N）により診療の質を担保。今後は巡回診療とオンライン診療を組み合わせた形での運用を想定している。

(2) 成果と課題

ヒアリングの結果、郵便局舎を活用したオンライン診療には以下の具体的な成果が確認

された。

① 医療アクセスの改善

例えば、広域紋別病院の事例では、病院まで50km以上離れており、郵便局での受診が可能となったことで、徒歩での医療へのアクセスが実現し、通院負担が大幅に軽減されている。また、鳥取県大山町の事例では、積雪等の天候に左右されることなく医療にアクセスできる環境を実現している。

② 患者の心理的ハードルの低減とコミュニティハブの実現

山口県周南市や鳥取県大山町の事例では、郵便局が日常的に利用される施設であることや顔馴染みの郵便局社員の存在により、患者に対して安心感が醸成され、それが医療アクセスのきっかけとなっている。また、郵便局社員による日常的な声掛けにより、健康相談など、潜在的な医療ニーズの把握や医療機関への橋渡しが実現されている。

③ 一体的なサービス提供（表1）

郵便局では診療代・薬代の支払い、薬の患者宅への配送までを一括して提供できるため、公民館等の他施設でオンライン診療を実施する場合と比較して利便性が高い。

④ 医療提供体制の効率化

診療看護師・看護師の活用により、医師の負担軽減と診療効率の向上が図られている。また、山口県柳井市の事例では、院内処方を院外処方に切り替えたことにより、看護師の調剤業務に係る負担が削減され、問診等の本来業務に集中できる環境が整備されている。

一方で、インタビューにより複数の課題が明らかとなった。下記課題は、制度設計と運用改善の双方から対応が求められる。

① 利用者確保の課題

既にかかりつけ医を持つ住民が多く、新たなサービスへの切り替えは容易ではない。また、周知不足により、地域住民に施策内容が十分に理解されていないケースも見られる。

② 対象者の限定性

郵便局への来局が可能な住民に利用が限定されるため、真に医療アクセスが困難な層（移動困難者や要介護高齢者等）への対応が十分ではない。

③ 制度・財源面の課題

へき地指定の有無による補助制度の適用可否や、初期費用・運用費の負担区分の不明確さが、事業展開の障壁となっている。

④ 医療機関側の事務負担

オンライン診療に伴う本人確認、処方箋のやり取り等の業務が煩雑であり、運用負担が増加している。

⑤ 運用面の課題

薬局との連携調整、システムトラブル、関係者間の情報共有の煩雑さなど、実務上

の改善余地が存在する。

2. GIS（地理情報システム）を活用したカバー率分析

山口県を事例に、GIS（地理情報システム）を活用し、郵便局、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの各施設の市区町村別のカバー率を、人口カバー率及び面積カバー率で比較した。

(1) 人口カバー率（表2・図1）

山口県全体における4km圏内での郵便局の人口カバー率は、約98.8%であり、郵便局は山口県内のほぼ全ての住民に対して4km圏内でアクセス可能であることが確認できた。

- ・ 4km圏内：約98.8%
- ・ 2km圏内：約88.0%
- ・ 1km圏内：約63.7%

また、同じ4km圏内における他施設との比較では、郵便局が最も高い水準を示している。

- ・ 医療機関（4km圏内）：約97.0%
- ・ 週4日以上診療実施の医療機関（4km圏内）：約96.4%
- ・ 薬局（4km圏内）：約94.3%
- ・ 訪問看護ステーション（4km圏内）：約88.8%

特に中山間地域を含む地方公共団体において、郵便局は他施設と比較し、高いカバー率を維持している。加えて、週4日以上診療実施の医療機関に限定した場合のカバー率では、より郵便局の有用性が明らかとなった。

(2) 面積カバー率（表3・図2～7）

面積カバー率についても、郵便局は他施設を比較し高い水準となっており、その優位性は高い。

- ・ 郵便局（4km圏内）：約82.9%
- ・ 医療機関（4km圏内）：約68.9%
- ・ 週4日以上診療実施の医療機関（4km圏内）：約61.4%
- ・ 薬局（4km圏内）：約49.1%
- ・ 訪問看護ステーション（4km圏内）：約35.3%

郵便局は、他施設と比較し、全国均一に配置されており、採算性だけでなく公共性を重視して整備された経緯があること、また、その郵便局ネットワークの維持を義務付けられていることが起因すると考えられる。

D. 考察

本研究の結果から、郵便局舎を活用したオンライン診療支援は、へき地・離島における医療アクセスを確保し、地域における既存の医療資源の補完手段として評価できる。

インタビューでは、郵便局は日常的に住民が利用する生活インフラであり、顔の見える関係性が構

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

築されていることが、地域住民の安心感や受診行動の後押しにつながっていた。特に高齢者が多い地域では、単に物理的に近いだけでなく、心理的に利用しやすい拠点であることが、受診継続性の観点から重要であると考えられる。

また、GIS分析において、郵便局は医療機関、薬局、訪問看護ステーションと比較して高い人口カバー率及び面積カバー率を示した。加えて、診療日に制約のある医療機関と比較して、郵便局は平日であれば原則として開局していることから、その高い利便性も強みのひとつであると推定される。これは、郵便局ネットワークが採算性のみならず公共性を前提として維持されてきたことを反映しており、へき地において既存施設を新設することなくオンライン診療の実施拠点を確保する手段として、有効と考える。とりわけ面積カバー率で優位性が大きいことは、中山間地域や離島のように居住地が分散する地域において、郵便局が地域住民の医療アクセス改善に資する可能性を示している。

一方で、インタビュー結果が示すとおり、郵便局舎を活用したオンライン診療支援のみで、へき地医療上の課題が解消されるわけではない。対象者は原則として来局可能な住民に限られるため、移動困難者や要介護高齢者等に対しては、訪問看護、巡回診療、送迎支援等を組み合わせた多層的な体制整備が不可欠である。

また、初診を対面とし、再診以降をオンラインに移行する運用や、冬季のみオンラインを活用する段階的導入など、地域事情に応じた柔軟な設計が有効であることが示唆された。

持続的な運用に向けては、制度面・実務面の両方で標準化を進める必要がある。具体的には、へき地指定の有無に左右されにくい財源措置の整理、初期費用及び運用費の負担区分の明確化、本人確認や処方箋授受等に関する事務フローの簡素化、薬局や看護職を含めた関係者間の情報共有ルールの整備が求められる。

今後は、利用者像や地域条件ごとに適した運用モデルを類型化し、事例横断的な知見を蓄積することで、へき地・離島における持続可能な地域医療モデルの一つとして制度化・普及を図ることが望まれる。

E. 結論

本研究により、郵便局舎を活用したオンライン診療支援は、へき地・離島における医療アクセスの改善に資する有用な手法であることが確認された。インタビューでは、通院負担の軽減、安心感のある受診環境、一体的なサービス提供、医療提供体制の効率化といった効果が把握され、GIS分析では、郵便局が医療機関等と比較して高い人口カバー率及び面積カバー率を有することが示された。とりわけ週4日以上診療実施の医療機関に対象を絞って比較した際にその差は一層顕著であった。これらの結果から、郵便局舎はオンライン診療の実施拠点として高い潜在性を有していると結論づけられる。

その一方で、利用者確保、移動困難者への対応、財源・制度設計、医療機関側の事務負担、関係者間連携といった課題も明らかとなった。したがって、今後の普及に当たっては、郵便局舎活用を対面診療の代替ではなく補完として位置づけ、地域の実情に応じて巡回診療、看護職の活用、オンライン服薬指導等と組み合わせることが重要である。併せて、費用負担や運用ルールの整理、標準的な実施モデルの構築を進めることで、郵便局ネットワークを活用した持続可能なへき地医療支援の展開が期待される。

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

参考資料

＜表1 郵便局と公民館におけるオンライン診療等支援事務の実施比較＞

	郵便局	公民館
アクセス性・立地	良	良
個室・ブース有無 ※1	有	地域差あり
通信環境 ※1	良	地域差あり
営業・開館時間	平日	地域差あり
対応者	常駐	非常駐
金融機能	有	無
郵便・物流機能	有	無
施設維持管理頻度	平日	不定期
委託料発生有無 ※2	有	無

※1 郵便局においてオンライン診療等支援事務を実施する際に、追加で必要備品が発生する場合は、医療機関または地方公共団体側で準備。

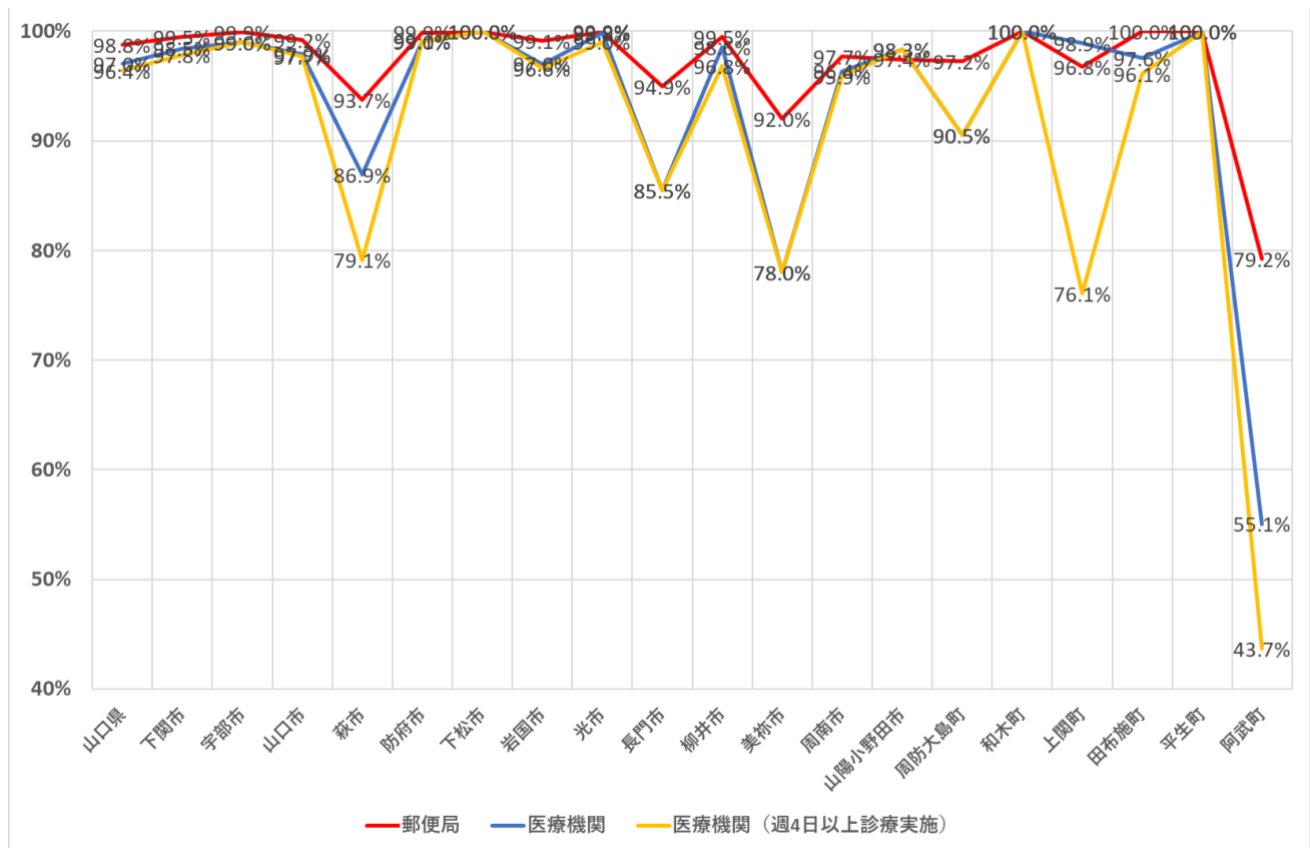
※2 委託元を地方公共団体とした場合の地公公共団体側の委託料発生有無を示す。

＜表2 山口県における人口カバー率の施設比較＞

市区町村	人口カバー率(4km)					人口カバー率(2km)					人口カバー率(1km)				
	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上診療実施)	薬局	訪問看護	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上診療実施)	薬局	訪問看護	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上診療実施)	薬局	訪問看護
山口県	98.8%	97.0%	96.4%	94.3%	88.8%	88.0%	87.8%	87.4%	84.7%	75.2%	63.7%	73.9%	73.8%	70.0%	50.5%
下関市	99.5%	98.5%	97.8%	97.5%	93.3%	93.1%	93.2%	92.8%	91.0%	85.2%	73.6%	81.4%	81.4%	79.5%	59.9%
宇部市	99.9%	99.0%	99.0%	97.8%	98.4%	94.8%	96.9%	96.9%	95.4%	89.0%	69.3%	87.5%	87.5%	82.1%	61.5%
山口市	99.2%	97.9%	97.7%	96.0%	94.6%	92.0%	93.3%	93.2%	87.5%	84.8%	64.2%	81.7%	81.7%	72.1%	53.4%
萩市	93.7%	86.9%	79.1%	77.1%	60.2%	66.5%	64.7%	61.6%	59.5%	49.0%	45.2%	47.7%	46.8%	44.7%	30.6%
防府市	99.9%	99.1%	99.0%	93.8%	98.6%	95.7%	92.9%	92.8%	88.1%	90.7%	80.0%	79.6%	79.6%	74.6%	71.0%
下松市	100.0%	100.0%	100.0%	98.2%	97.6%	92.4%	95.4%	95.4%	93.0%	78.5%	72.7%	87.5%	87.5%	84.3%	40.9%
岩国市	99.1%	97.0%	96.6%	94.7%	84.3%	90.6%	89.4%	89.2%	86.6%	71.6%	66.6%	77.2%	77.1%	73.8%	49.5%
光市	99.9%	99.8%	99.0%	98.9%	89.9%	93.0%	93.7%	93.6%	91.5%	63.3%	58.6%	76.9%	76.9%	76.4%	39.3%
長門市	94.9%	85.5%	85.5%	82.0%	39.4%	58.5%	49.8%	49.8%	51.3%	26.2%	25.0%	27.4%	27.4%	27.4%	15.2%
柳井市	99.5%	98.6%	96.8%	93.8%	80.9%	74.4%	77.2%	76.4%	73.2%	49.8%	44.1%	49.5%	49.3%	44.6%	30.3%
美祢市	92.0%	78.0%	78.0%	63.4%	44.2%	54.4%	41.9%	41.8%	35.9%	17.6%	16.8%	20.2%	20.1%	18.2%	4.8%
周南市	97.7%	96.4%	95.9%	94.3%	90.9%	81.9%	86.3%	86.1%	84.1%	72.9%	63.8%	73.2%	73.1%	70.5%	53.3%
山陽小野田市	97.4%	98.3%	98.3%	97.1%	89.7%	82.4%	80.3%	80.3%	81.6%	72.0%	50.7%	58.6%	58.6%	63.4%	40.2%
周防大島町	97.2%	90.5%	90.5%	74.8%	40.0%	73.5%	58.7%	58.6%	46.0%	26.8%	26.4%	25.2%	24.9%	16.6%	13.9%
和木町	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.0%	92.7%	95.8%	95.8%	97.3%	0.4%	75.2%	77.1%	77.1%	82.5%	0.0%
上関町	96.8%	98.9%	76.1%	73.5%	0.0%	66.1%	57.3%	34.8%	37.6%	0.0%	24.7%	19.3%	10.8%	8.0%	0.0%
田布施町	100.0%	97.6%	96.1%	96.0%	91.7%	84.7%	59.2%	57.9%	53.5%	48.8%	36.0%	27.0%	26.9%	17.3%	14.7%
平生町	100.0%	100.0%	100.0%	99.8%	86.2%	83.9%	79.4%	79.4%	80.7%	58.5%	40.5%	53.1%	53.1%	49.9%	27.5%
阿武町	79.2%	55.1%	43.7%	41.8%	0.0%	27.2%	20.9%	16.1%	16.0%	0.0%	7.9%	6.3%	4.9%	4.9%	0.0%

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

図1 郵便局と医療機関の人口カバー率比較（半径4km圏内）

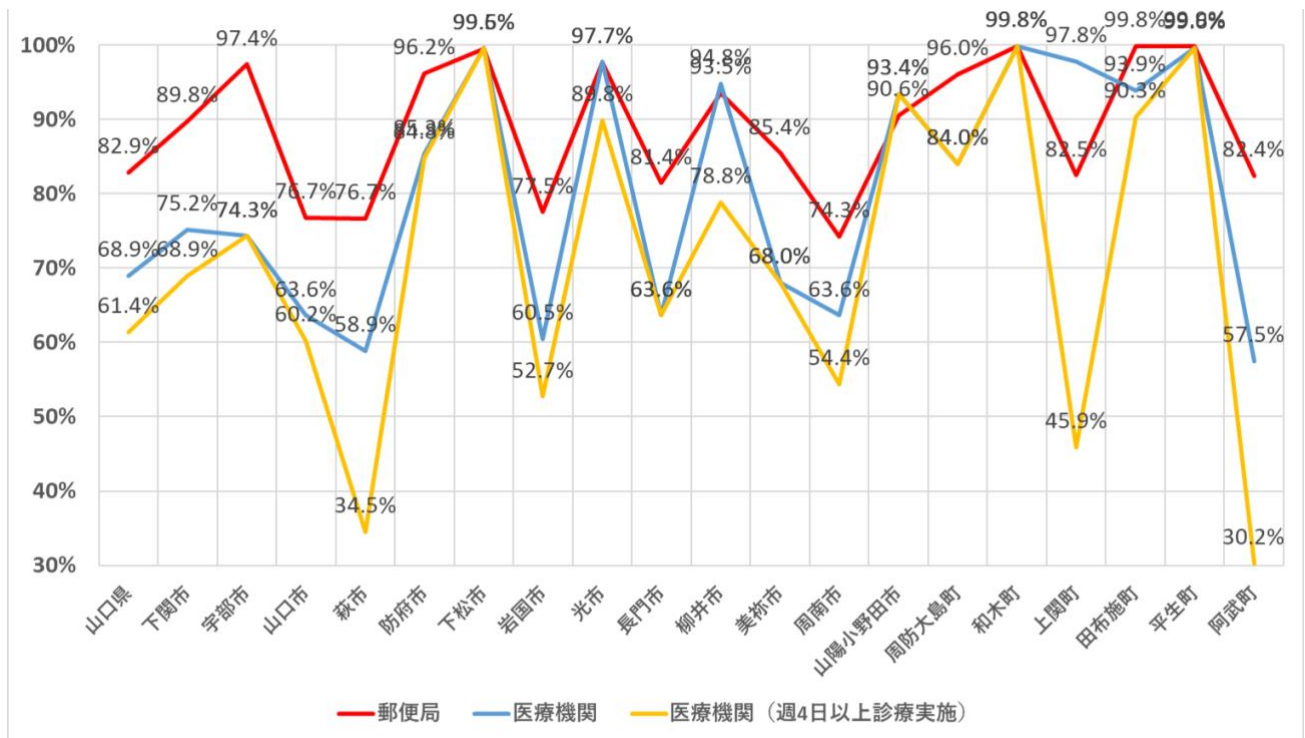


<表3 山口県における面積カバー率の施設比較>

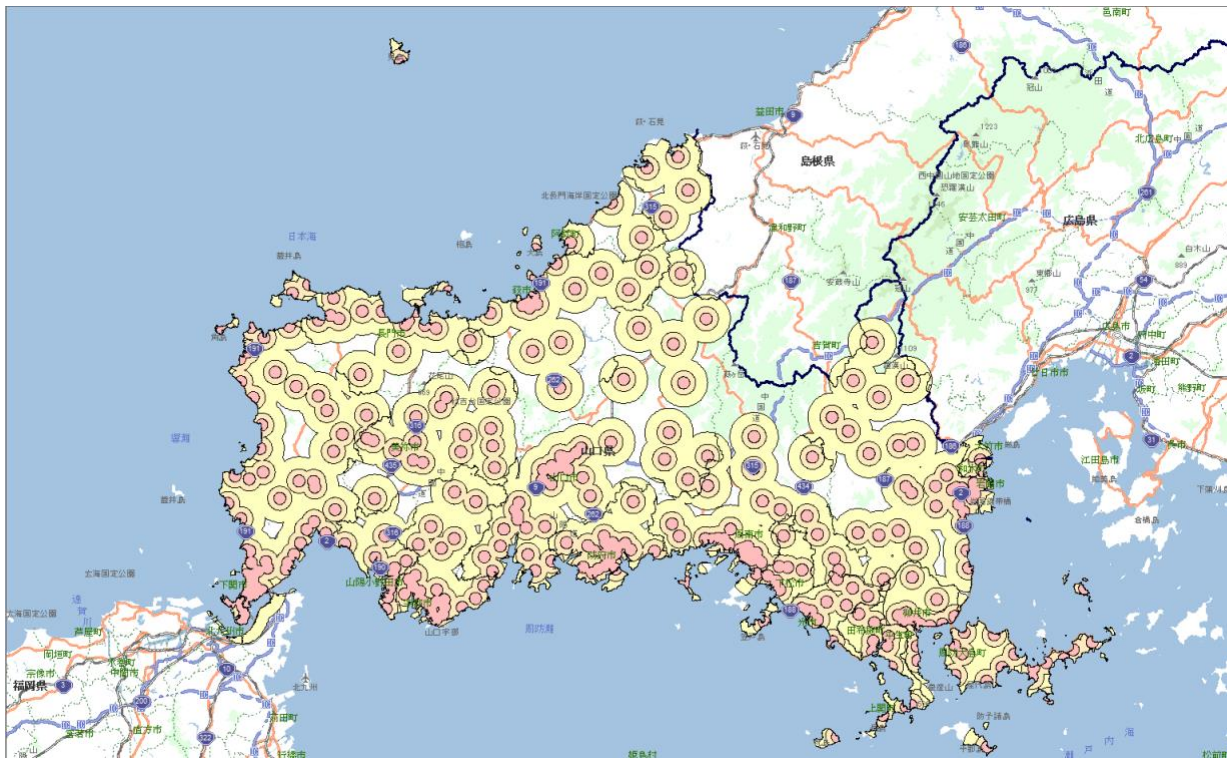
市区町村	面積カバー率(4km)					面積カバー率(2km)					面積カバー率(1km)				
	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上 診療実施)	薬局	訪問看護	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上 診療実施)	薬局	訪問看護	郵便局	医療機関	医療機関 (週4日以上 診療実施)	薬局	訪問看護
山口県	82.9%	68.9%	61.4%	49.1%	35.3%	39.1%	32.1%	29.3%	22.7%	15.9%	13.4%	13.7%	12.9%	10.0%	6.3%
下関市	89.8%	75.2%	68.9%	64.2%	49.7%	47.9%	37.0%	34.5%	30.8%	23.4%	17.9%	17.3%	16.5%	14.7%	9.8%
宇部市	97.4%	74.3%	74.3%	55.3%	68.1%	54.2%	46.0%	46.0%	37.0%	38.7%	22.1%	28.0%	28.0%	23.1%	18.5%
山口市	76.7%	63.6%	60.2%	47.0%	41.6%	32.2%	31.3%	30.2%	20.7%	19.1%	10.2%	12.9%	12.6%	8.5%	6.8%
萩市	76.7%	58.9%	34.5%	23.5%	6.9%	27.0%	19.7%	12.2%	8.6%	2.3%	7.8%	6.8%	4.8%	3.2%	0.9%
防府市	96.2%	85.3%	84.8%	68.0%	87.2%	58.6%	54.2%	53.7%	35.3%	50.1%	26.0%	24.7%	24.3%	18.8%	23.1%
下松市	99.5%	99.6%	99.6%	79.7%	71.3%	60.7%	68.7%	68.7%	45.9%	23.7%	25.7%	35.5%	35.5%	24.7%	8.9%
岩国市	77.5%	60.5%	52.7%	39.9%	26.5%	31.9%	25.7%	22.9%	16.5%	10.8%	10.5%	11.2%	10.3%	7.4%	4.2%
光市	97.7%	97.7%	89.8%	89.0%	65.2%	78.5%	67.7%	64.9%	57.3%	28.6%	28.4%	31.1%	29.9%	26.4%	10.9%
長門市	81.4%	63.6%	63.6%	49.6%	10.7%	36.9%	24.7%	24.7%	20.3%	3.4%	11.5%	8.4%	8.4%	7.0%	1.2%
柳井市	93.5%	94.8%	78.8%	66.0%	40.6%	56.6%	49.3%	40.7%	34.0%	16.7%	21.3%	21.5%	18.5%	14.1%	6.9%
美祢市	85.4%	68.0%	68.0%	45.5%	22.1%	36.1%	21.9%	21.9%	13.6%	5.3%	10.3%	6.5%	6.4%	4.2%	1.3%
周南市	74.3%	63.6%	54.4%	44.5%	32.5%	31.4%	26.8%	24.2%	19.5%	13.1%	10.9%	11.4%	10.8%	8.6%	5.3%
山陽小野田市	90.6%	93.4%	93.4%	89.5%	67.2%	50.6%	51.7%	51.7%	54.0%	37.0%	19.2%	23.9%	23.9%	26.1%	14.8%
周防大島町	96.0%	84.0%	84.0%	59.9%	31.9%	67.3%	42.8%	42.8%	26.8%	14.8%	22.6%	15.0%	14.8%	7.8%	5.3%
和木町	99.8%	99.8%	99.8%	99.8%	98.5%	61.4%	69.5%	69.5%	71.4%	23.6%	19.5%	17.5%	17.5%	23.3%	0.0%
上関町	82.5%	97.8%	45.9%	42.4%	0.0%	48.8%	57.2%	14.1%	18.9%	0.0%	16.5%	22.0%	3.6%	4.8%	0.0%
田布施町	99.8%	93.9%	90.3%	89.9%	75.9%	64.2%	36.9%	33.7%	31.7%	27.4%	22.6%	13.1%	12.9%	7.1%	6.8%
平生町	99.9%	99.6%	99.6%	97.9%	65.9%	66.8%	66.5%	66.5%	63.7%	34.1%	21.8%	33.5%	33.5%	29.1%	10.4%
阿武町	82.4%	57.5%	30.2%	21.6%	0.0%	25.0%	18.6%	7.8%	7.7%	0.0%	6.6%	5.1%	2.4%	2.4%	0.0%

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

図2 郵便局と医療機関の面積カバー率比較（半径4km圏内）

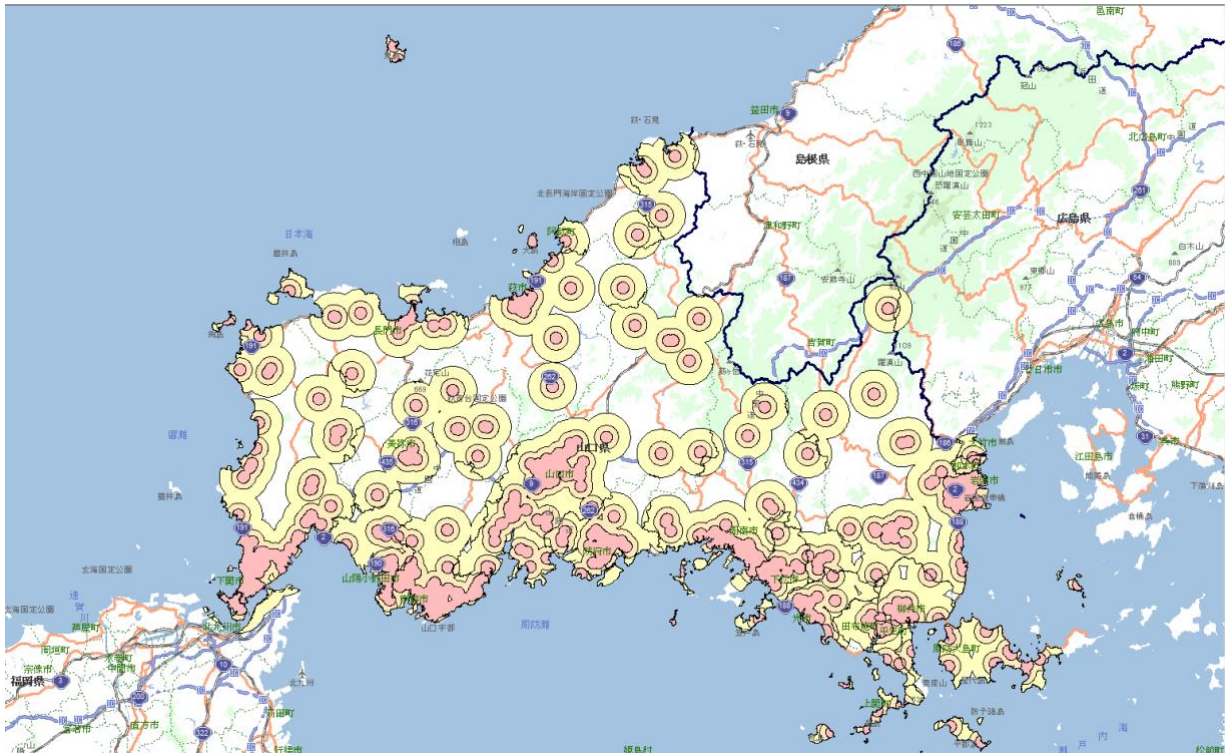


<図3 郵便局の面積カバー率 赤：1km圏/橙：2km圏/黄：4km圏>

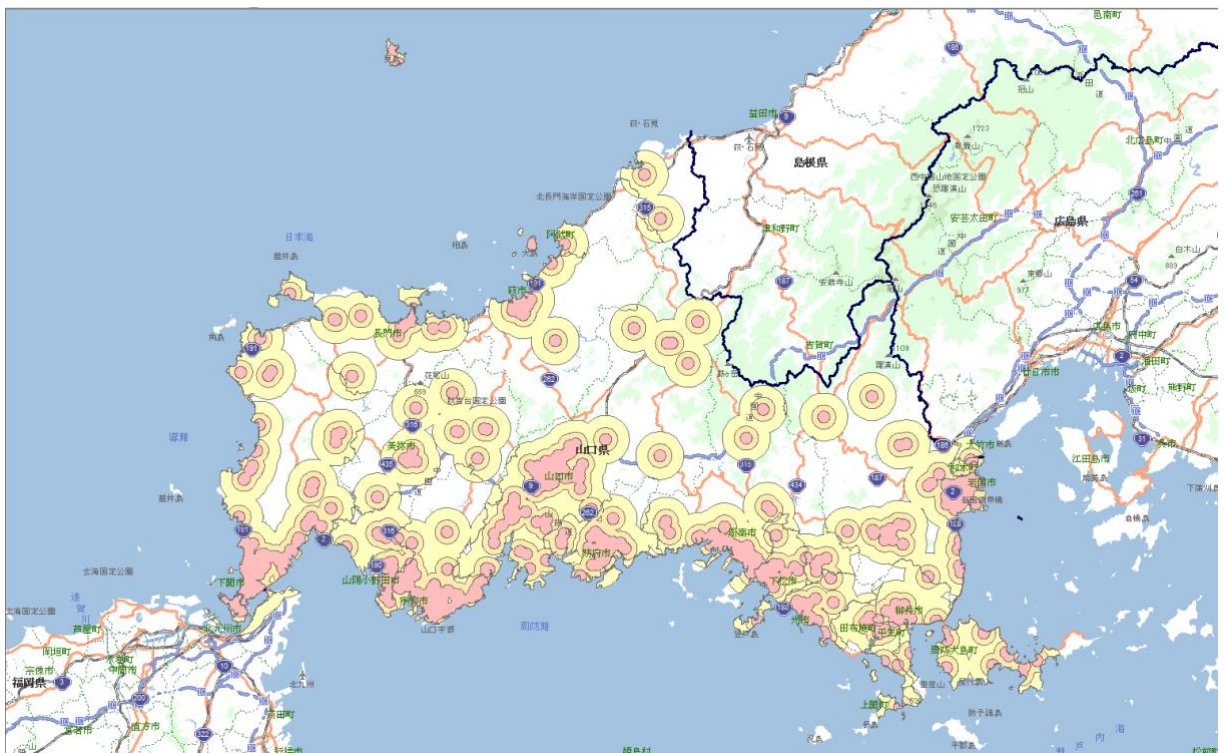


「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

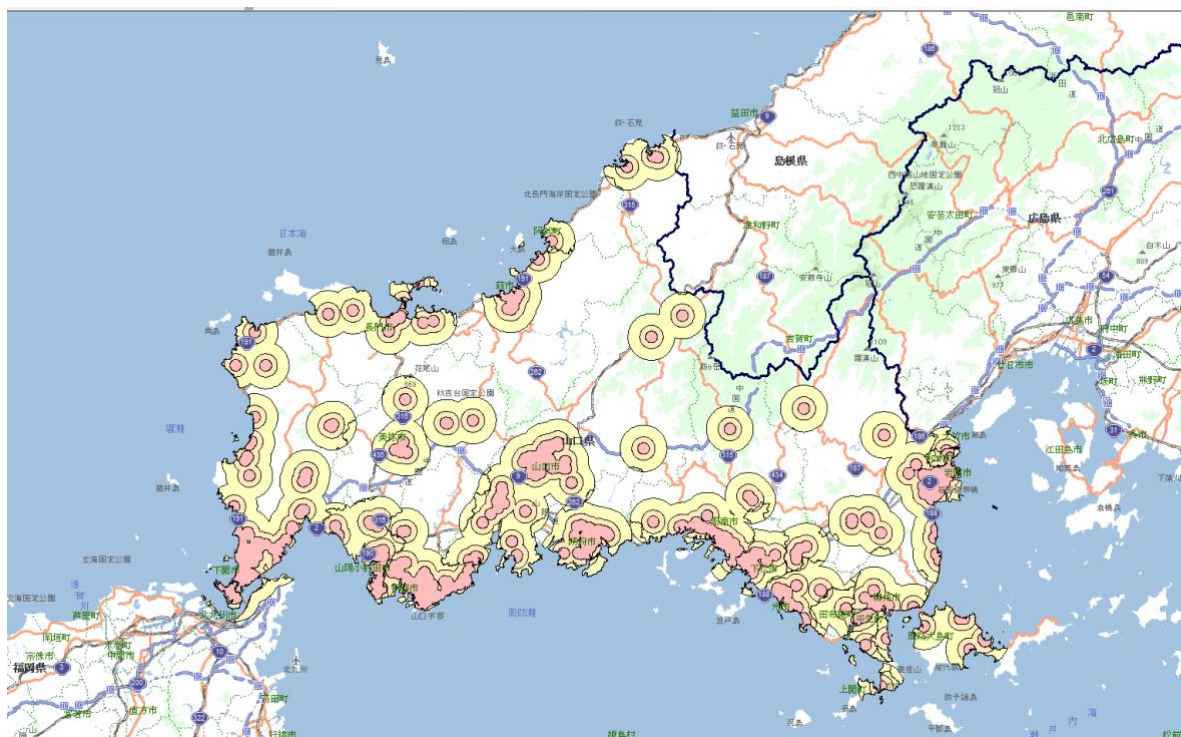
＜図4 医療機関の面積カバー率 赤：1km 圏/橙：2km 圏/黄：4km 圏＞



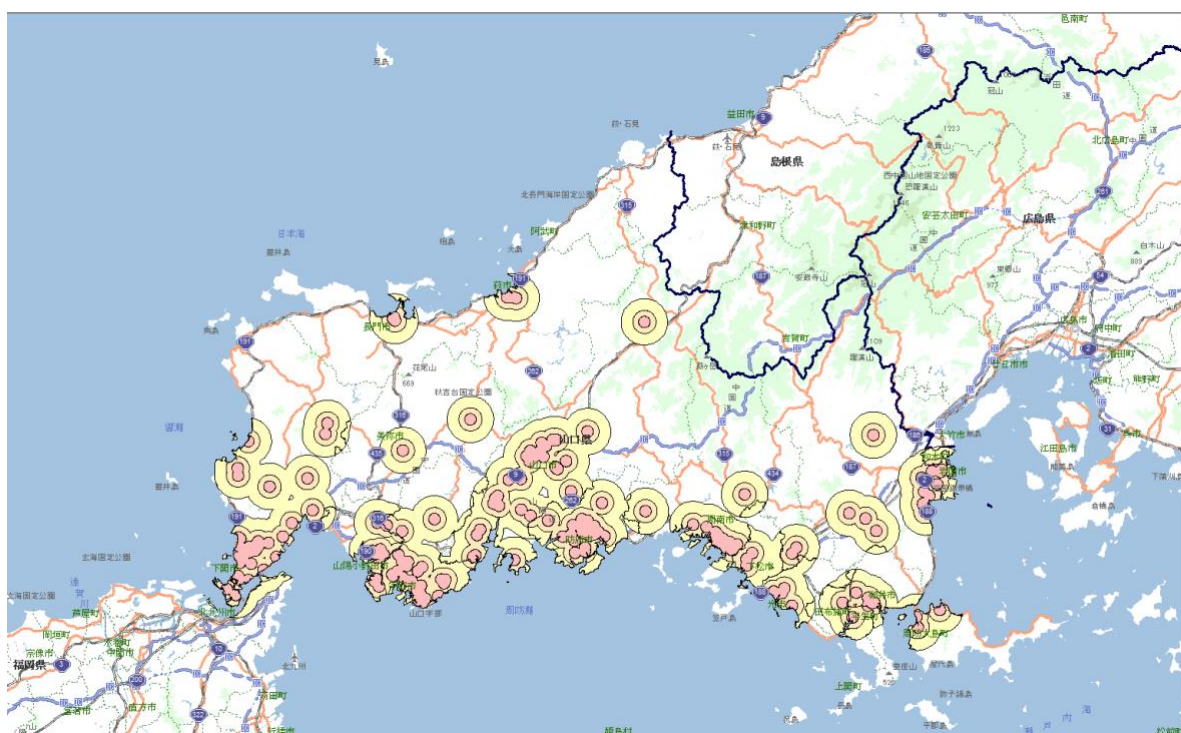
＜図5 週4日以上診療実施の医療機関の面積カバー率 赤：1km 圏/橙：2km 圏/黄：4km 圏＞



<図6 薬局の面積カバー率 赤：1km 圏/橙：2km 圏/黄：4km 圏>



<図7 訪問看護ステーションの面積カバー率 赤：1km 圏/橙：2km 圏/黄：4km 圏>



へき地における多職種との協働および災害時を想定したオンライン診療の活用の可能性

西村謙祐

岩国市立美和病院， 岩国市立本郷診療所

要旨：

人材資源が限られることや広範囲に少人数が居住する中での医療提供が求められるへき地医療において、オンライン診療など遠隔医療による医療アクセス改善が期待されている。また、災害時においても、人材資源や医療アクセスに同様な特徴があると考えられる。本実証では、災害時の避難所やへき地の公民館等にオンライン診療ブースをオンライン診療受診施設として設置し、多職種が患者側で支援するオンライン診療の実施可能性と有用性を検証した。その結果、看護師以外の職種が関わる場合でもオンライン診療は成立可能であり、人材資源が限られる状況下において診療提供機会を増やし得ることと、オンライン診療ブースの有用性が示された。また、各職種の専門性を需要に応じて活用することで、オンライン診療の幅を広げ、複数の職種が関わることで、質の向上につながる可能性が示唆された。さらに、平時からへき地で多職種協働型のオンライン診療を実践することは、災害時の医療支援体制の準備にもなる。適切な診療機器やシステム、オンライン診療ブースを活用し、多職種によるオンライン診療を通じたチーム医療を提供することは、へき地医療および災害時医療における医療アクセスと医療の質向上に資する現実的な手段である。

研究目的

1. 背景

岩国市玖北地域は、錦町、美川町、本郷町、美和町の4町で構成される山間部のへき地である。玖北地域は高齢化・交通手段の不足・医療の担い手の減少により、継続的な医療アクセスが困難になりつつある。このような地域において、特に移動手段を持たない高齢者にとって診療機会の確保のための十分な医療機関設置は困難であり、公民館・集会所を利用した巡回診療等の需要が高まる可能性がある。しかし、医療者が毎回現地へ長時間移動することは非効率である。

さらに、日本は震災や水害等の災害の多発地域であり、玖北地域やその周辺では南海トラフ地震の被災の可能性もある。避難所での医療提供体制、外来機能が損なわれた際の代替手段も重要なテーマである。

また、へき地医療、災害医療の特徴として、人材資源を含めた医療資源が乏しいという共通点がある。令和6年度診療報酬改定にて、「看護師等遠隔診療補助加算」が追加されたように、一般的にへき地におけるオンライン診療において看護師が患者側で補助することの有効性は認められている。しかし、へき地や災害時において、看護師も不足しており常に確保できるわけではない。そこで、その時に活動できる医療職による補助が行われることでオンライン診療の実施機会が増える可能性がある。

2020年以降、オンライン診療の規制緩和が行われ、へき地においてもオンライン診療の実例が徐々に増加してきた。当初は信頼性と安全性を担保しつつオンライン診療が成立することに注力された側面もあったが、診療機器も発達しオンライン診療の質が向上し、適応の幅が拡大しつつある。更なる質の向上や適応の拡大には、多職種との協働が有用と考える。そのような意味でも、多職種が支援するオンライン診療の特徴を明らかにしておくことは有益性が高いと考える。

2. 目的

本実証では、オンライン診療ブース内で実施されたオンライン診療の補助者として職種ごとに分析する。具体的には、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、管理栄養士、保健師、ケアマネージャーが補助するオンライン診療の特徴やオンライン診療における役割の可能性を示す。

また、へき地医療の巡回診療や災害医療の避難所への設置を想定したオンライン診療ブースの活用について検証する。オンライン診療ブースには、株式会社 USCJ が提供するアルミ製の移動式パーソナルスペース origami+work を使用する。山間部公民館での巡回診療としてのオンライン診療と、災害時の避難所におけるオンライン診療が、オンライン診療ブースを用いて実施可能か検証した。

研究方法：

1. 研究体制

（研究協力者）

宗像緩宜	岩国市立美和病院
安田真子	岩国市立美和病院
林美加	岩国市立美和病院
河村紀子	岩国市立美和病院
大上真由子	岩国市立美和病院
塩田祐希子	岩国市立美和病院
林若菜	岩国市立美和病院
山田彩未	岩国市美川保健センター
堀佐智子	錦福社会居宅介護支援事業所

2. 研究方法

一般的に、オンライン診療では、医師と患者の二者間で成立する D to P、患者の側で看護師が診療の補助を行う D to P with N がある。それぞれ、D は「Doctor（医師）」、P は「Patient（患者）」、N は「Nurse（看護師）」を意味する。本実証では、D to P with N の形式を模して、患者の側で看護師がオンライン診療を支援するように、患者の側で看護師以外の職種が支援した。また、災害時の避難所に設置、またはへき地の公民館などに設置することを想定したオンライン診療ブース内で実施し、実施可能性の検証を行った。実証の具体的内容、検証の方法は下記①～④に示す。また、実証を行った岩国市立美和病院の医師派遣により本郷診療所の診療が行われているが、本郷診療所では、2020年に D to P with N を基軸にオンライン診療を導入し、2026年3月までに241件実施されている。また、同じ玖北

地域の錦中央医院では2024年度に、院内外来診療の他院からの医師支援、巡回診療にオンライン診療を導入しており、玖北地域全体にオンライン診療は実装され、定着しているという背景がある。

① オンライン診療の内容

日時	2026年2月25日、3月3日、3月10日の3日間で実施
場所	医師は岩国市立美和病院内の外来診療室、患者はやましろ架け橋テラス（岩国市立美和病院内の多目的スペース）で実施した。
オンライン診療実施の環境	震災や水害などの災害時に避難所に設置されたオンライン診療ブース、またはへき地の公民館などに設置したオンライン診療ブース内での診療を想定した。オンライン診療ブースには、株式会社UACJ製 origami+work（以下、origami と記載）を用いた。origami は、移動可能なアルミ製の折りたたみ式パーソナルブースであり、室内は幅120cm、奥行き120cm、高さ190cmのスペースであり、重量は180kgであり、折りたたむことで移動が可能である。origami を2つ連結し、約240cm×120cm×190cmの空間内で実施した。
オンライン診療のシステム	セコム医療システム株式会社が提供する遠隔医療プラットフォーム セコム Vitalook を使用した。
オンライン診療の実施医師	岩国市立美和病院の常勤医師
オンライン診療の対象患者	岩国市立美和病院の定期通院患者であり、主に生活習慣病の管理目的に通院する患者に実施した。患者は50代～80代の患者であった。
オンライン診療の補助者	岩国市立美和病院に勤務する看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、管理栄養士、美川保健センターに勤務する保健師、錦福社会介護事業所に勤務するケアマネージャーを対象とした。

② オンライン診療補助者の役割（共通）

オンライン診療の開始前	・バイタルサイン測定 ・病歴聴取、問診票の記入 ・職種ごとに専門的な情報の聴取 ・オンライン診療のシステムの準備
オンライン診療中	・オンライン診療システムの操作（接続、カメラ・音量の調整、診察機器切替） ・医師へ事前に聴取した情報を報告 ・医師と患者の会話の補助 ・医師の診察の支援（専用カメラや聴診器など診察機器を用いる）
オンライン診療終了後	・職種ごとの指導 ・処方薬の受け渡し（本実証では、薬局窓口へ案内し薬剤師から受け取る） ・医療費の支払い（本実証では、病院の会計窓口へ案内し支払い）
注意点	保助看護法により看護師・准看護師・助産師は診療の補助に関わるすべてのことが許可されているが、それ以外の職種は、診療の補助において、職種ごとに一部の手

	技しか許されていない。診療の機器を用いて、医師の診察を支援することは可能である。普段の業務で実施可能な手技は基本的に可能である。各職種が実施可能な行為・手技を表1にまとめた。
--	---

③ 職種ごとのオンライン診療における役割（上記②に加えて職種ごとに想定した補助内容）

看護師	看護師の場合のみ、模擬患者に対してのオンライン診療の補助を行う。本実証におけるデモンストレーションであり、診療の流れの確認、オンライン診療ブースの物品の配置、オンライン診療システムの動作確認を行う。
薬剤師	服薬状況の聴取、「お薬手帳」の確認、処方後の服薬指導を行う。
臨床検査技師	本実証では、超音波検査のみ実施する。
理学療法士	身体機能評価、ADL 評価、医師の指示に従いリハビリテーション指導を行う。
管理栄養士	栄養状態の評価、医師の指示に従い栄養指導を行う。
保健師	診察後に福祉サービス提供について相談を行う。また、保健師のみに、診療終了後に、院内薬剤師によるオンライン服薬指導を、診療ブース内で実施する。
ケアマネージャー	診察後に福祉サービス提供について相談を行う。

④ 実施したオンライン診療の検証

観察者（著者）は、本実証を患者側で観察した。オンライン診療を実施した医師、診療の補助を行った職種と患者からのインタビューおよびアンケート調査を行った。また、当該地域の多職種勉強会に、本実証事例を提示し、多職種による補助について意見の聴取と、有効な活用手段について協議した。ここでいう多職種勉強会とは、岩国市北部へき地を中心に2023年度から行われている医療人材育成のプロジェクトである「やましろ架け橋プロジェクト」が運営する多職種による勉強会であり、医師・看護師・薬剤師・リハビリテーション専門職・管理栄養士・保健師・ケアマネージャー・救急救命士・消防士・養護教諭・福祉施設職員・行政職員など50人程度が参加し、協議した。

研究結果：

1. 職種ごとのオンライン診療補助

全職種に共通して、前述の「研究方法 ②オンライン診療補助者の役割（共通）」を実施した。その上で、職種ごとにオンライン診療の補助として役割「研究方法 ③ 職種ごとのオンライン診療における役割」に加えて、実際に実施した内容と、各職種の実証の観察の結果及び職種ごとに診療後に実施したインタビューとアンケートにより得られた感想や評価を、表2にまとめた。

2. 多職種勉強会におけるディスカッション

多職種勉強会で、全実証事例を提示した上で、災害時やへき地医療における多職種によるオンライン診療支援の有効活用について議論した。どの職種も共通して、オンライン診療システムの取り扱いに不安があり、診察の補助を複数人で行うことで、トラブルシューティングにも対応できる可能性が高いと

意見があった。また、異なる職種でチームを組むことで、互いに長所を活かし短所を埋め合わせることができ、より質の高いオンライン診療ができるようになるという意見があった。災害支援の経験があるスタッフからは、災害時には同時に多くの方に対応しないといけないことや、場のコントロールや情報収集にも注力する必要があることから、先行して現場に入っている保健師など職種や、地元住民有志のボランティアなどと連携する必要性などの意見があった。

3. origamiのオンライン診療ブースとしての活用について

実証の観察、実証後のインタビューとアンケート調査にて得た意見を、下記の項目にわけ、指摘と改善の意見をまとめた。

	気づき	改善の提案
設置	・移動には大人3~4人は必要 ・テールゲートリフターつきトラックが必要 ・設置や2台の連結は容易であった	
内部の環境	・D to Pであればorigami 1台分のスペースで可能である。 (以下は2台連結した状態での実施について) ・補助者が診察機器で診察の支援をすることは可能だが、システムの操作や機器の切り替え作業が難しい ・現状の空間では、密室となることから心理的ストレスが大きい ・超音波検査は下肢静脈など限局した部位は可能であったが、心臓や腹部の検査は物理的にも難渋し、心理的にも抵抗が大きい ・理学療法士による身体機能評価、リハビリテーションは困難 ・車椅子での進入が不可 ・物品の設置場所のためテーブルを入れる必要があったが更に狭くなった	・より広い空間が望ましい ・3人入ることができれば心理的抵抗も軽減できる可能性がある ・オンライン診療システムの使い勝手を良くするためテーブルの設置位置の自由度が望まれる ・物品を設置するための高い位置の棚が望まれる
プライバシー	・隔離された空間であり問診など受ける場合にはある程度プライバシーが確保されている ・扉がガラス張りであり、体幹部の診察や超音波検査をするにはプライバシー確保が不十分 ・試作品のためか、2台の連結部に隙間ができており、医師と患者の会話が聞こえ、また、隙間から内部が見える	・消防法の範囲でガラス扉を工夫し、診察中の患者が見えにくくする ・origamiの周囲にパーテーションを設置する ・接続部の隙間をなくす

4. オンライン診療システムの特徴について

実証を行った岩国市立美和病院の管轄下にある岩国市立本郷診療所では、2023年にTeladoc HEALTHのオンライン診療システムviewpointが導入されておりオンライン診療の実績がある。それ以前は、無料アカウントのzoomを使用していた。

そのような背景において、本実証ではセコム医療システムvitalookを使用した。当該システムでは、測定したバイタルサインが、自動的に医師に共有されるため、バイタル測定中に看護師がメモを取る必要がなく、病歴聴取や他の作業を同時並行しやすく作業時間短縮となった。接続可能な医療機器が豊富である利点があり、電子聴診器、カメラ、耳鏡、ダーモスコピー、心電計が使用できた。いずれの機器も、十分に診療に役立つ情報収集ができていた。

考察：

1. 各職種による支援の特徴

オンライン診療補助者とは、オンライン診療の際に患者側で診療の支援を行う役割を担う。職種によらず、オンライン診療のシステムの準備・接続・操作・切断や、バイタルサイン測定、病歴の聴取、難聴の方への会話の支援、診察室や会計への案内などを行う。本項目では、職種ごとに可能なオンライン診療支援の役割について考察する。

① 看護師

看護師については、令和6年度の診療報酬改定から、へき地医療機関またはへき地医療拠点病院においては、看護師が補助することで「看護師等遠隔診療補助加算」の加算がつくことになったように、その有用性が一般的に認められている。本実証において、多職種と比較することで、改めて看護師の特徴を認めた。まず、表1に示すように、看護師のみ診療の補助が全般的に可能であり、視診や聴診、触診などにより自己の判断で身体を観察ができる。他職種の多くは、あくまでも遠隔の診療機器を用いて医師の診察の補助を行うことである。複数人の患者がいる場合のトリアージや時間配分など場のコントロールは看護師の強みである。医学用語にも日常業務を通して精通するため医師の説明を患者へわかりやすく伝えることが可能である。また、使用する機器が増え煩雑化するオンライン診療が円滑に進行するように、機器の配置や動線の検討など、診療の環境を整えることも強みである。各看護師の経験により得意分野が分かれるが、生理検査、創部の処置、骨折や捻挫の固定なども、医師の指示下で実施可能な場合がある。

② 薬剤師

診察前の病歴聴取において、服薬アドヒアランスや副作用確認など服薬状況や、他院処方薬を含めた薬剤相互作用や重複、ポリファーマシー評価が可能である。診察中に医師と処方薬について提案やディスカッションは診療の質向上に有効である。医師の患者への説明を聞いた上で、診察後に服薬指導することはより適切な指導となりうるという利点がある。災害時に避難所で支援を行った場合、併せて、薬剤に関わる相談に乗り、不足した薬のうち中止可能なものや、急いで供給が必要なものを推測し、医師に相談することができる。本実証の状況下以外でも、訪問在宅薬剤管理指導等、患者自宅で薬剤管理指導を行う場合

があり、その際に併せてオンライン診療を提供可能である。

③ 臨床検査技師

診察前・診察中に、超音波検査、心電図など生理機能検査、採血などをオンライン診療受診施設で実施可能である。超音波検査については、医師にリアルタイムで画像を共有できなくても、自身で所見を取り報告することができる。超音波検査の場合は、十分な空間とプライバシー配慮が問題になる。災害時の避難所で問題になりやすい深部静脈血栓症の精査を、下肢静脈エコーで実施可能であり、災害時の避難所では需要が多いと考える。

④ 理学療法士

身体機能評価や、筋骨格系の評価は整形外科的に疾患の診断に有用であると考ええる。医師とリハビリテーションについて協議や、診察後のリハビリテーションや運動指導が可能である。災害時の避難所において、ADL低下予防に関わる介入、高リスク者のスクリーニングも併せて実施可能である。本実証の状況下以外に、遠隔地からビデオ通話でリハビリテーション指導やフォローアップが可能であるが、現地で対面でリハビリテーション指導できる利点は大きい。また、リハビリテーションに際し、長時間患者と密に接するため、コミュニケーション能力に優れる職員が多いという意見が多く、病歴聴取や生活背景の聴取に有力と考える。

⑤ 管理栄養士

栄養状態、嚥下状態の確認が可能である。医師の指示に従い、現地でトロミ調整指導や栄養指導が実施可能である。ビデオ通話でオンライン栄養指導も可能であるが、対面であれば下腿周囲径の測定など栄養評価に有用な情報が増える。災害時の避難所では、現地で調達可能な食料から、より適切な食事内容を提案可能であることや、炊き出しの支援が可能という意見もあった。

⑥ 保健師

看護師の資格を併せ持つことが一般的であるが、法的には注射や処置も可能となる。しかし、臨床経験がない場合は、医師の説明や診察の補助をするには医学的知識が十分でないことや、注射や処置など手技は難しいと考える。薬剤に関する知識も臨床経験に裏付けられるものがなければ、オンライン服薬指導の補助も負担が大きい場合がある。診察後に、福祉サービスの相談が可能である。地域や住民を把握できており、患者の病歴聴取や生活背景の聴取と報告に強みがあり、また、避難所への介入の抵抗が少ない。災害時の避難所を巡回する業務を担うため、併せてオンライン診療を実施することができ、保健師の活動の支援に繋がる。

⑦ ケアマネージャー

幅広く、特に介護を必要とする住民を把握している職種であり、医師に患者の社会的背景など伝えることができる。災害時の避難所においても支援を必要とする人について把握している可能性が高い。本実証の状況下以外の応用として、日常の業務において、要支援者の様子観察等に訪問することがあるが、その際に偶然出くわす体調不良への対応を、オンライン診療で支援することができる。

2. 看護師以外の職種によるオンライン診療支援の有効性

令和6年度診療報酬改訂により「看護師等遠隔診療補助加算」が算定可能になったように、特にへき地において看護師等によるオンライン診療補助は一般的に認められている。しかし、へき地や災害時において、看護師を含めて人材資源が不足している。そのため、複数の職種がオンライン診療を補助できることは、円滑なオンライン診療の運用に有用と考える。

この度の実証では、看護師以外に6職種がオンライン診療の補助を行なった。平時の業務内容、個人の経験にもよるが、患者とのコミュニケーションや診察の支援に不慣れであり抵抗感を訴える職種もいたが、オンライン診療自体は成立可能であった。電子聴診器など診察機器の取り扱いなど含めて、トレーニングを積み、問題なくオンライン診療の補助が可能と考える。加えて、各職種に通常、看護師には無い手技や能力、知識を有しているため、それら特徴を整理することで、需要に応じたオンライン診療の補助が可能となると考える。反対に、診察前のトリアージは看護師以外には負担が大きいため、医師と連携し慎重に行うことは重要であると考ええる。

3. 災害時のオンライン診療支援について

災害時に避難所に設置されたオンライン診療ブース内でオンライン診療を実施して、被災者を支援することを想定し実証を行った。災害を想定し、現地で活動可能な人材に限られることを想定し、様々な職種が活動できる利点を考え、看護師を含め7職種を対象とした。実証では、いずれの職種もオンライン診療は成立可能であった。その上で、より効果的な活動を準備するため、職種ごとの長所と短所を検証した。

また避難所でオンライン診療を実施すると、診察希望者が多数発生する可能性がある。その中でも、医療の必要性が高い患者を見逃さないこと、効率の良い診療が重要である。そのような需要を満たすためには、可能であれば、複数名でチームを組み現地に入ることが有効であると考ええる。人材に限られる状況下であるが、例えば、保健師＋看護師＋ α のようなチームでの補助が望まれる。先行して避難所に入り体調不良者などの情報を収集している保健師と、診療全般に対応でき、場のコントロール、環境調整が可能な看護師に加え、他職種が加わるとその職種特有の診療の幅の広がりが期待できる。

4. へき地の公民館などに設置したオンライン診療ブース

災害時に比較して、情報収集や場のコントロールは事前に調整できるため容易と考える。オンライン診療システムや、診療機器の扱いは、どの職種も慣れれば可能であるため、オンライン診療は成立可能である。診察ごとの目的に併せて、補助する職種を変更することで、病院遠隔地でも多職種の介入を受けることができる。平時に多職種のオンライン診療支援のトレーニングの場にもなり、有事に備えることができる。また、本実証ではセコム医療システムのVitalookを使用した、様々な医療機器と接続が可能であり、いずれも十分に診察に使用できるレベルの所見が取れた。2020年にへき地においてオンライン診療の活用が始まった当初は、オンライン診療が安全性と信用性を保ちつつ成立することに主眼が置かれていた。しかし、現在はシステムや機器が改良され、遠隔地からでもより詳細な身体所見の取得が可能となっ

た。多職種との協働も含めて、診療可能な幅を拡大と質の向上を求めるフェーズになりつつあると考える。

5. オンライン受診施設について

令和7年12月12日公布、令和8年4月1日施行の医療法の改訂により、「オンライン診療受診施設」が創設された¹⁾。従来、オンライン診療のための診療所や巡回診療等を運用するためには、必要性が認められた場合になど、一定の条件下に認められ、一定の書類の作成が求められていた。オンライン診療受診施設では、プライバシーの保護や清潔かつ安全であることなど、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守する必要があるが、10日以内に届け出をすることで設置が可能である。そのため、災害時の避難所や、へき地の公民館にオンライン診療ブースをオンライン診療受診施設として設置し、オンライン診療を実施することは、災害時やへき地の医療アクセス確保のための現実的な手段となりうる。

結論：

災害時の避難所、またはへき地の公民館等に、オンライン受診施設としてオンライン診療ブースを設置し、オンライン診療を提供することは、医療アクセスの改善に有用かつ現実的な手段として期待できる。

いずれも人材資源に限られる状況下であり、看護師以外にも様々な職種が関わることでオンライン診療の提供機会が増えると考える。職種ごとにオンライン診療の補助者としての特徴があり、需要に応じて活用することで、よりオンライン診療の幅が広がる。平時にへき地において、様々な職種が補助するオンライン診療を行うことで、災害時のオンライン診療による医療支援に備えることができる。

診察機器の発達もあり、オンライン診療中に医師が取れる所見もより正確になっている。必要な様々な診療機器を使いこなしつつ、多職種によるオンライン診療を通じてチーム医療を提供することは、へき地医療や災害時の医療の質の向上につながると考える。

参考文献)

- 1) 厚生労働省医政局, オンライン診療について；第124回社会保障審議会医療部会 資料1, 令和8年1月26日 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001642125.pdf>, 2026年5月13日閲覧)

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

表1 各職種の実施可能な診療の補助

		看護師	薬剤師	臨床検査技師	理学療法士	管理栄養士	保健師 (看護師)	ケアマネー ジャー
診察前	バイタル測定	○	○	○	○	○	○	○
	病歴聴取	○	○	○	○	○	○	○
	問診票の記入	○	○	○	○	○	○	○
診察後	視診	○	△補助	△補助	△補助	△補助	△補助 (○)	△補助
	触診	○	△補助	△補助	△補助	△補助	△補助 (○)	△補助
	打診	○	△補助	△補助	△補助	△補助	△補助 (○)	△補助
	聴診	○					(○)	
	点滴・注射	○					(○)	
	処置	○					(○)	
	生理検査	○		○			(○)	
	採血	○		○			(○)	
	服薬指導		○					
	調剤		○					
	服薬管理	△補助	○	△補助	△補助	△補助	△補助	△補助
	理学療法	○			○		(○)	
	栄養指導	○				○	(○)	
	保健指導	○					○	

表2 本実証における各職種が実施した補助と感想・評価

職種	実施内容	評価・感想（観察・インタビュー・アンケート）
看護師	・模擬患者へのオンライン診療補助を実施 ・物品の配置を検討 ・患者およびスタッフの動線について検討 ・電子聴診器による聴診を実施 ・カメラ・ダーモスコピーによる口腔内・皮膚の観察を支援 ・心電計による心電図モニターを医師に共有	・診察前のトリアージや場のコントロールに慣れている ・診察に必要な情報の収集に慣れている ・聴診器の使用や、触診や体表面の観察など、全般的な身体の観察に慣れている ・採血や心電図など、検査が実施可能 ・経験にもよるがある程度の処置（傷の処置、注射、装具固定など）が可能 ・全般的な医学的知識があり、医師の説明を補助しやすい
薬剤師	・服薬アドヒアランスや副作用出現の有無を確認 ・他院の処方薬も含めて、処方薬の薬剤併用の影響やポリファーマシーの有無を評価 ・診察中に処方薬の選択や調整について医師とディスカッション ・診察後、服薬指導を実施 ・（保健師の事例で）オンライン服薬指導を実施	・診察機器の操作や診察前のトリアージが難しい ・訪問薬剤管理指導に併せて実施がスムーズと考える。
臨床検査技師	・下肢静脈瘤エコーを実施 ・検査所見を読み取り医師に伝達 ・検査中の画像をカメラ越しに医師に見せる	・避難所やへき地公民館などのオンライン診療受診施設でも超音波、心電図など生理検査、採血が実施可能 ・超音波検査の所見を自身で読み取り報告できる ・診療ブースが狭く、腹部や心臓の超音波検査は困難であった ・オンライン診療ブースがガラス扉であるため、プライバシー保護に気を遣った

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

		・診察機器の操作や診察前のトリアージが難しい ・生理検査以外の患者への接触に不慣れであり、診察の補助自体に抵抗がある ・診療に関わる専門用語がわからないことも多く、医師と患者の会話の補助が難しい場合がある ・ADLの低い患者の入退室の補助に自信がない
理学療法士	・ADLや転倒リスクを含めた身体機能評価と、それに伴う生活における困り具合も把握 ・MMTやROM、圧痛など筋骨格系の問題を把握 ・リハビリテーションの必要性や実施内容について医師とディスカッション ・診察後に、リハビリテーション実施と運動に関わる指導を実施	・診察機器の操作や診察前のトリアージが難しい ・MMTやROM、圧痛など筋骨格系の問題を把握でき整形外科的疾患の診断に有用である ・普段からリハビリテーション中に患者と長時間会話するためコミュニケーション能力に優れている方が多く、病歴の聴取などに有利 ・バイタル測定は慣れている ・呼吸器リハでは呼吸音確認を行うため聴診器の扱いには慣れているが、心音の知識はない ・origamiは身体機能評価には狭く、origamiの外で実施した
管理栄養士	・病歴や下腿周囲系の測定など含めて、栄養状態を評価 ・食事内容や嚥下状態について病歴を確認 ・栄養指導や誤嚥予防について医師とディスカッション ・診察後、栄養指導を実施 ・嚥下機能低下の疑いに対してトロミ調整を指導	・診察機器の操作や診察前のトリアージが難しい（管理栄養士でも嚥下機能評価などの関係で聴診器を使う人がいる） ・診察に関わる知識が乏しく、診察の補助に抵抗があり、また十分に診察に必要な情報を引き出せるか不安である ・災害時であれば炊き出しでも役に立てる
保健師	・診察後、福祉サービスについて相談	・地域や住民について生活背景を含めて幅広く知っており、医師に生活背

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究」

	・患者側で、オンライン服薬指導を補助	景について情報提供ができ、また、災害時にも避難所に介入しやすい ・看護師免許を持っている方が多く医学的知識を備えていることが期待される ・臨床経験が無い場合、診療や薬剤の知識は乏しく、診療やオンライン服薬指導などの際の補助の負担は大きい。また、診察機器の操作や診察前のトリアージも難しい ・災害時に避難所を巡回する業務があるため、オンライン診療の提供がスムーズなことが想定される
ケアマネージャー	・診察後、福祉サービスについて相談	・生活習慣や生活環境の詳細な聴取が得意である ・要介護者・要支援者を幅広く、背景の情報を含めて知っている ・日頃の様子を知っていることがあり、それを医師に伝えることができること、また、その患者に安心感を与える事ができる ・診察に関わることも少なく、また知識がなく、問診の補助や診察機器の取り扱いについても不安が大きく、診察前のトリアージも難しい

諸外国におけるオンライン診療の実施状況の調査

市村 尚之¹、神谷 茂之²、水上 雄太²、原田 昌範¹

¹ 山口県立総合医療センターへき地医療支援部、² 自治医科大学医学部

要旨

本調査研究では、厚生労働科学研究費補助事業（H30-医療-指定-018）で調査した施設（米国オレゴン州、豪州クイーンズランド州、英国、インド等）を中心に、新型コロナウイルス(COVID-19)のパンデミックを経た後のオンライン診療の実施状況や制度・規制の変化について調査を行った。また米国オレゴン州においては、現地を視察し、COVID-19 パンデミック後の変化についてインタビュー調査を行った。また、諸外国について文献調査を行った。

COVID-19 を契機として、各国においてオンライン診療は急速に普及し、その位置づけは一時的な代替手段から、医療提供体制の中核的な要素へと変化している。多くの国でガイドラインの整備や法制度の見直しが進められ、オンライン診療は恒久的な医療サービスとして制度化されつつある。また、デジタル化の進展も顕著であり、各国においては保険情報や診療記録、検査結果などの健康情報が電子的に統合・管理され、患者自身がオンライン上で確認できる環境が整備されている。さらに、医師不足地域への対応として、診療ブースやヘルスステーションといった「サードスペース型」の医療提供が進んでいる。患者が日常生活の延長線上で気軽に遠隔診療を受けられる仕組みであり、医療アクセスの向上に寄与している。対面診療の代替ではなく補完として重要な役割を果たしている。

1. 研究目的

オンライン診療は医療アクセスの是正等を目的として各国で導入が進められてきた。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴い、一時的にオンライン診療の保険適用範囲を拡大する措置が講じられるなど、感染対策のひとつとして非接触で診療が可能なオンライン診療の積極的な利用が全世界的に推進された。そのような背景を踏まえ、厚生労働科学研究費補助事業（H30-医療-指定-018）¹で、いわゆるコロナ禍における各国の状況がまとめられた。前調査研究時はオンライン診療の黎明期であり、パイロットプログラムとしての運用が主であったが、その後の COVID-19 のパンデミックを経て、世界的にオンライン診療の重要性和運用形態は劇的な変化を遂げた。

本調査研究では、オンライン診療の導入を推進している諸外国における COVID-19 を経た後の実施状況・制度などについてとりまとめ、また視察した米国オレゴン州におけるシステムの進化、看護師等の医療従事者が果たす役割、および「サードスペース」としての公共施設利用の現状を把握し、日本における実効的な実装に向けた課題を整理することを目的とした。

2. 研究方法

調査の対象国は厚生労働科学研究費補助事業（H30-医療-指定-018）¹で調査対象としていたすべての国について最新の情報収集を行った。調査対象は、米国、英国、オーストラリア、ドイツ、フランス、南アジア（インド）、東アジア（中国、韓国）、東南アジア（タイ、シンガポール、フィリピン）とした。コロナ禍を経て各国のオンライン診療の実施状況、制度など前後での変化について、文献調査及び一部現地からの情報収集を行った。

3. 研究結果

以下に、インタビュー（米国のみ）および文献調査について調査対象国ごとに調査した結果について示す。

○インタビュー調査：米国オレゴン州（オレゴン健康科学大学およびへき地医療機関等）

・システムの統合と簡便化

オレゴン州の医療機関に勤務する医師、事務スタッフなどによると、2020年時点では「Zoom」のパイロットプログラム段階であったが、現在では「Zoom」および医療専用プラットフォームである「Doximity」が診療フローに完全に組み込まれている。患者は専用アプリのインストールを必要とせず、医療機関から届く Short Message Service(SMS)のリンクをタップするだけで、ブラウザ上で仮想診察室に入室できる。この「ワンタップ受診」が、高齢者やITリテラシーの低い層への普及を後押ししているとのことであった。Doximityの報告によると、患者が対面診療よりもオンライン診療を好むとしており、特に大多数が、検査結果や検査データの確認、対面診療後の経過観察などについては、対面診療よりもオンライン診療を希望している²。

・Doctor to Patient with Nurse の進化

オレゴン州では、患者側に看護師が介在する D to P with N の形態が定着している。高精細カメラや遠隔聴診器等のデバイス精度が向上しており、看護師がカメラで患部を詳細に映し出し、医師の指示のもと身体診察を補助することで、対面診療に極めて近い情報量を得ることが可能となっている。

・医療アクセスの拡大と効率化の実態

現地医師へのインタビューを通じて、オンライン診療が「へき地対策」を超え、広範な「受診困難層」の受け皿に変化している実態をきいた。育児中の保護者、就労により日中の通院が困難な世代、対面では相談しづらいメンタルヘルスにおいて高い利用率とのことであった。Doximityの報告においても患者の約25%がメンタルヘルスにおいてオンライン診療を希望していると報告されている²。また、糖尿病や高血圧といった慢性疾患の定期管理をオンラインに集約することで、外来の過密化を回避し、医師がより重症度の高い患者に時間を割けるリソース最適化が図られていた。

・オンライン診療の負の側面と患者満足度

普及が進む一方で、Winding Waters Clinicの医師の話では、オンライン診療の満足度が対面診療を下回るとのことであった。理由としては、通信トラブルへの不安、待ち時間の不透明性である。対面診療では待合室の状況が見えるが、オンライン診療では「いつ医師が接続してくるか分からない」という心理的不安が満足度を下げていると考えられる。日本での実装においては、システムの安定性だけでなく、予約管理の透明性を高める工夫が不可欠である。

・AIの進化

視察先である Winding Waters Clinic のオンライン診療では、電子カルテにAIが組み込まれており、診察中の会話内容が自動的に記録・要約され、カルテへ反映される仕組みが導入されていた。これにより、医師はカルテ記載に多くの時間を割くことなく、患者との対話や診察そのものに集中することが可能となっていた。また、記録業務の負担軽減や診療

時間の短縮につながっており、医師の働き方改革や診療効率化の観点からも有用であると考えられた。

・薬剤師の役割拡大

視察した薬局では、薬局内に診察室が設けられており、薬剤師によるインフルエンザワクチン等の予防接種や抗がん剤投与が実施されていた。インタビューした薬剤師によると、重症例や医学的判断を要する症例については医師による対応が望ましいため、その場合はクリニックで実施されているとのことであった。

また、視察途中に立ち寄ったスーパーマーケット内の薬局においても、薬剤師によるインフルエンザワクチン接種が実施されていた。さらに、ワクチン接種者に対して食料品の割引サービスを提供するなど、予防医療を地域住民へ普及させるための工夫も行われていた。

・病院、クリニック以外での検体検査

米国には採血技師（Phlebotomist）という職種が存在し、日本における臨床検査技師や看護師が担う採血業務とは異なり、採血を専門職として実施している。視察したオレゴン州ポートランドでは、街中に検体検査を専門とする施設が設置されており、血液検査のみならず、尿検査やPCR検査など多様な検査が実施されていた。また、現地で勤務する医師へのインタビューでは、病院で血液検査をオーダーし、患者が直接街中の検査施設へ赴いて検査を受けることも一般的であるとのことであった。

○文献調査

以下に、調査対象国ごとに調査した結果について示す。

（1）米国

公的医療保険を運営・監督している Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) は 2024 年 12 月 31 日まで継続としていたオンライン診療における規制緩和については、2027 年 12 月 31 日まで延長している。保健社会福祉省 (Department of Health & Human Services (HHS)) は遠隔医療の導入と認知度向上を促進するため、Medicare の被保険者は、自宅において行動・精神医療以外の遠隔医療サービスを受けること、Medicare の非行動・精神医療遠隔医療サービスにおいて、地理的制限はないこと、すべての適格な Medicare 提供者が遠隔医療サービスを提供できること、連邦認定保健センター Federally Qualified Health Centers

(FQHC) および農村保健クリニック Rural Health Clinics (RHC) は、非行動・メンタルヘルス遠隔医療サービスにおいて Medicare の遠隔拠点提供者として機能できること、Medicare の行動・メンタルヘルス遠隔医療サービスの初回提供から 6 ヶ月以内、およびその後は毎年、対面診療を受ける必要がないことが規制緩和に含まれている。また、Medicare における行動・精神疾患以外の遠隔医療サービスは、音声のみの通信プラットフォームを使用して提供することができる。遠隔地の医師または医療従事者が双方向のリアルタイム音声のみの通信技術を使用する技術的能力を有しているものの、患者がビデオ技術の使用が不可能であるか、またはその使用に同意しない場合、患者の自宅において提供されるあらゆる遠隔医療サービスにおいて、双方向のリアルタイム音声のみの通信技術が、対話型通信システムに恒久的に含まれることも認められる³。

麻薬取締局 (DEA) は対面での処方原則としていた規制物質やオピオイド系鎮痛薬の処方をオンライン診療でも処方することを許可しており、2024 年 12 月 31 日まで延長されることが発表されていた⁴。しかし、延長を繰り返しており、2025 年 12 月 31 日に 4 回目となる延長が発表され、2026 年 12 月 31 日まで延長となった⁵。この延長は、DEA が 2025 年初めに公表した「遠隔医療および限定的な州の遠隔医療登録に関する特別登録」⁶ に関する規則制定案へ寄せられた意見を踏まえたものであり、遠隔医療による処方に関する最

終規則の公布を待つ間に医療へのアクセスが突然途絶えることで生じる「Telemedicine cliff(遠隔医療の崖)」を防ぐことを明確に目的としている。DEA に登録された医療従事者は、一時的な規則のすべての条件が満たされている限り、事前の対面による医学的評価が行われていない場合であっても、オンライン診療を通じて規制薬物を処方し続けることができる。PHE の開始以来実施されてきた柔軟な対応を継続するものである。この延長により、DEA および HHS は、医療へのアクセスと不正流用防止策とのバランスを図りつつ、規制薬物の遠隔処方に関する恒久的な規則を公布するための追加的な時間を確保することになる。

(2) 英国

英国では国民健康サービス National Health Service (NHS) が 1948 年に設立され、原則として診察や治療が無料（公的資金で運営）の英国の国営医療サービスシステムが存在しており、地域ごとの General Practitioner(GP)への登録が受診の基本となっている。オンライン診療は COVID-19 流行前から組み込まれており、国が主導で管理している。2025 年 10 月 1 日より、GP 診療所においてコア時間中（いわゆる定時）はオンライン相談ツールを常時利用可能にしておくことが義務付けられている。これは少なくとも、緊急性を要しない予約依頼、薬剤に関する問い合わせ、および事務的な依頼については適用されることが合意された⁷。ちなみに 2004 年以降、診療所には、コア時間中は患者が電話または来院によって診療所に連絡できる体制を確保することが義務付けられている。2025 年 1 月に発表された Policy paper である「10 Year Health Plan for England : fit for the future」⁸において、さらに数千人規模の GP を養成し、NHS アプリに AI を活用したオンライン相談機能を組み込むことで朝 8 時の混雑解消を目指している。診察が必要な場合は当日中に GP の予約が取れるようになる。これは 2024 年に GP を受診した患者を対象とした研究⁹で 25%以上の人が GP の予約手続きに不満を感じていることがわかり、GP へのアクセスを著しく悪化させているためである。

(3) オーストラリア

遠隔医療は、オーストラリアの国民皆保険制度である Medicare に大きな変革をもたらした。これは、多くの患者に対する医療の継続性を確保する上で、極めて重要な役割を果たしてきた。地方やへき地に住む患者は、医師に診てもらうために長距離を移動しなければならない。遠隔医療は、タイムリーなサービスへのアクセスを改善することで、こうした人々の医療環境を向上させている。2022 年 1 月 1 日から、遠隔医療サービスを無期限に継続できるようにする恒久的サービスとして Medicare 給付スケジュール (MBS) に項目が追加されていた。また洪水による自然災害をうけて、2022 年 2 月 22 日より、一般開業医および一般開業医の診療所で勤務する医療従事者による遠隔医療サービスの利用要件が改正され、洪水被害地域に居住する患者は、どの一般開業医またはその他の医療従事者からでも遠隔医療サービスを受けることができるようになった¹⁰。2025 年 11 月からは MBS メンタルヘルス遠隔医療サービス、より良いアクセスのための MBS 遠隔医療サービス、専門医による院外遠隔医療サービス、紹介不要の MBS 遠隔医療サービス、ナースプラクティショナー (NP) の遠隔医療サービスの要件についてのファクトシートが作成された¹¹。

(4) ドイツ

ドイツでは 2018 年以降、遠隔診療のみによる治療は、医学的に正当な理由があり、かつ必要な注意を払って行われていることを条件として、「医師のためのモデル職業規則 (Musterberufsordnung für Ärzte(MBO-Ä))」の第 7 条第 4 項で法的に認められている¹²。この動向は、連邦健康保険(SHI)認定医師協会とドイツ法定健康保険基金協会との間で交渉された、医師に関する連邦枠組み契約「Bundesmantelvertrag-Ärzte(BMV-Ä)」において、より

適切に反映されるようになった。2025年3月1日付のBMV-Äの新たな付属書により、オンライン診療はSHI認定医師にとって標準的なものとなった。すべてのSHI認定医師は、医学的に適切かつ組織的に実行可能な場合、ビデオ診療を提供しなければならない¹³。さらに、BMV-Äにおいて患者がビデオ診療を利用するための要件が定められている。利用方法は簡便で、障壁のないものでなければならない。オンライン診療の予約は、差別のない方法で設定される必要がある。また2025年9月1日以降、診療所の近隣に居住する患者について、予約の調整において優先的に扱わなければならない。さらなる治療が必要となった場合に、体系的な経過観察を容易にすることを目的としている。遠隔ワークスペースに関する新たな技術的および空間的要件も規定されており、SHI契約医師の認可に関する条例「Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)」により、診療所外でのオンライン診療が認められるようになったが、一定の条件を満たす必要がある。

BMV-Äでは、専用の閉鎖された空間、通常の診療時間中に電話で連絡が取れることなどが要件としてある。リモートワークスペースはドイツ国内に設置されている必要があり、SHI認定医師は海外からリモートワークを行うことは認められていない（例：休暇中の勤務）。ただし、SHI認定医師は、SHIに登録された診療所において、最低限の診療時間および診療時間を確保するという既存の義務を引き続き履行しなければならない。完全にオンラインのみのSHI認定診療所は存在せず、そのような診療所を導入する計画もない。SHI認定医師の業務は、今後も診療所における対面ケアに重点が置かれることになる。

2022年にすでに導入されていた電子処方箋のドイツ全土での義務化は、技術的な要件やデータ保護に関する懸念から、長らく延期されていた。2024年1月1日より、電子処方箋は、SHI加入者への医薬品提供における法的基準となった。医師は電子処方箋をデジタルで発行し、医療従事者カードを用いて電子署名を行う。その後、電子処方箋はテレマティクスインフラに保存・暗号化され、薬局が後からアクセスできるようになる。患者はアクセスコード（トークン）を受け取り、それを薬局に提示することで処方箋の調剤を受けることができる。2024年以降、すべての民間健康保険会社およびSHI基金は、電子患者記録アプリに電子処方箋の受信および調剤を可能にする機能を組み込むことができるようになった。データ転送は、デジタル技術によって支援される服薬プロセスの柱の一つを成しており、アレルギー、妊娠などの情報と共に、これらのデータは医療機関で利用可能となり、薬剤の処方時に考慮される。電子処方箋と電子カルテの組み合わせにより、治療の有効性は大幅に向上し、医師が薬剤間の相互作用や既存の疾患との競合をより正確に評価できるようになり、重複処方の防止や患者の安全性の向上に寄与している。

（5） フランス

フランスでは、特定の要件を満たすことを条件に、遠隔医療が認可されている。フランスの公衆衛生法（FPHC）は、遠隔医療（*télémedecine*）を、「情報通信技術を用いて、1人以上の医療従事者同士、あるいは医療従事者と患者、および必要に応じて患者のケアに関わるその他の専門家を結びつける、遠隔での医療行為の一形態」と定義され、遠隔診療（*Teleconsultation*）、遠隔サーベイランス（*Tele-surveillance*）、遠隔専門相談（*Tele-expertise*）、遠隔支援（*Tele-assistance*）、医療対応（*Medical response*）、テレケア（*Tele-care*）の5つに分類されている¹⁴。

フランスには遠隔医療ブース（*Telemedicine Booth*）と呼ばれるものが薬局などに設置されている。そこでは、患者が国内の別の場所にいる医師とビデオ通話を行いながら、血圧計や聴診器、体温計、パルスオキシメーター、耳鏡、喉を観察できるカメラが設置されており、医師の指示を受けて、患者自身が行う¹⁵。フランス政府のデータでは、フランスでは約700万人（10人に1人）がかかりつけの医師を持っておらず、30%が医療過疎地域（*medical desert*）に住んでいる¹⁶。近くに医師が全くいないか、あるいは地域に数少ない医師が忙しすぎて新規患者を受け入れていないため、医師の診察を受けることがほぼ不可能な地域となっている。このような遠隔医療ブースによって、この問題を解決しようと試

みている。H4D 社が開発した、15 種類の医療器具を備えた診療ブースが、薬局、スーパー、さらには駅（2028 年までに 300 箇所予定）に設置されている。医師不足地域（医療砂漠）において、患者が自宅以外の身近な場所で質の高い遠隔診療を受けられるインフラとして機能している。診察費は 25～30 ユーロであり、通常の診察費と同じである。

遠隔診療ブースを利用した研究¹⁷としては、コロナ禍においてワクチン接種会場にブースを設置し、心血管危険因子であるバイタルサインなどを測定し、異常があれば、医師への受診につながるかどうか検証したものがあつた。結果として、約 2500 人がブース利用し、合計 1333 人（53.3%）に異常値が認められ、その多くは血圧、心拍数、または BMI に関するものであつた。追跡調査の電話に回答した参加者は 638 名で、そのうち 234 名（37%）が健康診断以降に医師の診察を受けたと報告した。これによって危険因子に対する意識が高まったと考えられた。

（6） 東南アジア：タイ

タイでは COVID-19 パンデミックを経験して、遠隔診療が急速に拡大した¹⁸。タイ保健省は、2025 年 9 月までに公立病院の外来患者の混雑を少なくとも 5%削減することを目標に、医療提供体制の近代化に向けた取り組みを推進している。遠隔医療サービス、医薬品の宅配、デジタル診断書の活用を組み合わせることで、医療従事者や施設への負担を軽減しつつ、より迅速で利用しやすい医療を提供することを目指している。2022 年から 2024 年にかけて、地方病院の 1 日平均受診者数は 2 万 3,000 人超から 1 万 3,000 人に、総合病院では 3 万人近くから 1 万 9,000 人未満へと減少した¹⁹。このデジタル移行を支援するため、同省は 2024 年に「遠隔医療サービス基準」を策定した²⁰。

また同省は、2024 年にタイの国民皆保険制度を飛躍的に強化するために設計された遠隔医療サービス「ヘルス・ステーション」という画期的な取り組みを発表した²¹。医療へのアクセスを改善し、病院の混雑を緩和し、待ち時間を短縮することを目的としており、より効率的で利用しやすい医療システムに向けた重要な一歩となっている。「ヘルス・ステーション」は、ビデオ通話による遠隔医療相談を提供しており、42 の疾患に対応している。遠隔で医療サービスを利用できるようになり、特にバンコクのような人口密集都市部における病院の負担を軽減する。血圧計や体温計などのバイタルサイン測定機器に加え、医師との相談用ビデオ通話ツールを備えている。この仕組みにより、遠隔地であっても医療アドバイスやタイムリーな治療を受けられるようになっている各ステーションは 1 日最大 72 人を対応可能で、1 時間あたり平均 6 件の診察を行っている。診察後、患者は処方された薬を自宅へ配送してもらうか、提携薬局で受け取るかを選択できます。この利便性により、患者が医療機関へ再度足を運ぶ必要がなくなり、国の医療インフラへの負担をさらに軽減している。

（7） 東南アジア：シンガポール

シンガポールではデジタルヘルスが推進されており、スマートネーション戦略が展開されている²²。この中の 1 つとして、国民の健康情報を電子的に管理するオンラインプラットフォーム「Healt Hub」が導入されている。身分証明番号に紐づけられており、既往歴、通院記録や処方箋記録、検査結果などが反映される。また、医療機関への支払いもできる²³。遠隔医療については、Health Hub 内にページが作成されており、国民向けに遠隔診療を安全に活用するためのチップスが記載されている²⁴。2024 年 12 月のシンガポール保健省（MOH）の通知では、遠隔医療についての規制、医師の倫理、広告規制について触れられている²⁵。

（8） 東南アジア：フィリピン

2021 年にフィリピン保健省が「Guidelines on the Implementation of Telemedicine in the Delivery of Individual-Based Health Services」を制定した²⁶。これは、個人ベースの医療サ

ービス提供のための重要な手段として、遠隔医療の導入および実施を制度化するものとして制定された。この中には、遠隔医療に関する基準およびガイドラインを提供すること、遠隔医療に必要な最低限の投資および資金調達メカニズムを定義すること、地方自治体、公的・民間の医療提供者、ならびに関係者に対し、遠隔医療の導入および利用を指導・調整・支援する実施体制を整備することが含まれている。

2022年1月にフィリピン保健省と国家プライバシー委員会は医療従事者における遠隔医療実践の導入に関する「Telemedicine Practice Guidelines」を発表した²⁷。これはCOVID-19パンデミック下で電話、チャット、SMS（ショートメッセージサービス）、音声・ビデオ会議などを通じた診療、遠隔医療診療の中での電子的な診療要約、紹介状、処方箋の発行が許可されていた。しかし、既存の規制に違反することへの懸念や、指針や実務ガイドラインの不足により、医療従事者が依然として遠隔医療の実践に消極的であるとの懸念が指摘されていた。このギャップに対処するため、保健省およびフィリピン大学マニラ校は、国立遠隔医療センターを通じて発表された。

（9）南アジア：インド

インドでは2020年に保健・家族福祉省（MoHFW）が2020年にオンライン診療のガイドラインである「Telemedicine Practice Guidelines」を制定した²⁸。2020年に策定されたインドの「telemedicine ガイドライン」は、全国における遠隔診療サービスの正規化と多様化に向けた道筋を示すものと期待されている。サービス提供者と利用者間のあらゆる通信手段（テキスト、音声、ビデオなど）が、このガイドラインの広範な枠組みに含まれている。適用範囲、対象となる事項、除外事項、および制限事項が明確に規定されており、薬剤は相談の種類ごとに分類・列挙されており、使用が制限される薬剤についても通知されている。このガイドラインは、法規制の不備を補い、不確実性を低減するとともに、医療サービスの提供を改善するための実用的かつ安全で費用対効果の高い枠組みを提供する。著者らがこの新しいガイドラインがもたらす影響と、全国での遠隔診療サービス導入における課題について論じている²⁹。

2019年に開始されたインドの「eSanjeevani」遠隔医療プラットフォーム³⁰は、政府主導の遠隔医療イニシアチブとしては世界最大規模である。eSanjeevaniを導入・利用した研究³¹によると、インドにおいて遠隔医療を通じて外来診療へのアクセスを拡大するための、政府主導の重要な取り組みであると考えられ、導入初期の段階から、すべての州および連邦直轄地域で高い利用率が確認されている。このプラットフォームは、特に医師への物理的なアクセスが限られている農村地域において、急性期および慢性期のケア管理の両方を支援する可能性を示している。

（10）東アジア：中国

インターネット病院(Internet Hospital)は、高齢化人口が特に多く、慢性疾患の負担が大きい中国特有の、主要な遠隔医療モデルの一つである³²。医療サービスの利用しやすさ、利便性、手頃な価格、効率性を高めることを目的として設計されたインターネット病院は、特定の医療サービスを遠隔で提供できるオンラインプラットフォームの一種である。インターネット病院で診療を担当する医師に対するインタビュー調査³³では、遠隔医療におけるコミュニケーションスキルに関する医師の研修、遠隔医療におけるインフォームド・コンセントを規制する法整備、インターネット病院サービスの範囲を明確にするための啓発、高齢者など医療へのアクセスに障壁を抱える患者のニーズを反映したインターネット病院の設計が必要であることが明らかになった。

（11）東アジア：韓国

韓国では原則的にオンライン診療は認められていなかったが、COVID-19の流行に伴い、一時的に許可されていた。2025年12月に15年ぶりに遠隔診療に関する法案が可決さ

れた³⁴。これにより、医師と患者間の遠隔医療および仲介プラットフォームの法的根拠が確立され、韓国政府は、国民が安全かつ便利に遠隔医療を利用できるよう取り組むことになった。技術の進歩を考慮しつつ、遠隔医療に関する4つの安全原則（対面診療を原則とする、診療所レベルの医療機関を主な提供者とする、経過観察中の患者を主な利用者とする、遠隔医療のみを行う医療機関の禁止）を取り入れられている。遠隔医療は対面診療の補完として明確に定義され、特定の期間内に同一の疾患について対面診療を受けた患者に対して提供される。この条件を満たさない患者に対しては、地理的範囲や条件に制限を設けた上で、遠隔医療が許可される。遠隔医療は、主に診療所レベルの医療機関によって提供されるが、病院レベル以上の医療機関での診療を必要とする特定の患者については、限定的な例外が認められる。また、主に遠隔医療サービスに特化した施設を禁止するとともに、対面診療との連携を確保するため、地理的な制限を課している。患者の安全を確保するため、麻薬およびその他の規制薬物は遠隔医療を通じて処方することはできず、医師が患者に関する十分な情報を有していない場合、薬剤の種類や処方期間に追加の制限が課されることがある。この改正により、処方箋の偽造や改ざんを防止し、安全かつ便利な処方箋の交付を確保するための電子処方箋伝送システムを導入する法的根拠も提供される。医薬品配送の法的根拠の整備もされ、離島や遠隔地の住民、介護受給者、登録障害者、感染症患者、希少疾患患者などに対する医薬品の配送に関する法的根拠が整備される。これにより、医療過疎地域や社会的弱者層に属する対象患者が、遠隔医療の後に処方された医薬品を便利に受け取ることが可能となり、患者特性に基づいて配送対象地域を定めることができるようになる。政府は、改正法の趣旨に沿って現行のパイロット事業を見直し、法施行まで段階的に制度を適用する方針である。遠隔医療の制度化に伴い、政府は、遠隔医療（医療従事者から患者への提供）や遠隔コンサルテーション（医療従事者間）を活用して、医療過疎地域における一次医療を強化するためのパイロット事業などの措置や、地域医療・基幹医療・公的医療を強化するための制度改善についても検討する方針としている。

4. 考察

COVID-19を契機として、各国においてオンライン診療は急速に普及し、その位置づけは一時的な代替手段から、医療提供体制の中核的な要素へと変化している。多くの国でガイドラインの整備や法制度の見直しが進められ、オンライン診療は恒久的な医療サービスとして制度化されつつある。例えば米国では規制緩和の延長や音声のみの診療の容認など柔軟な運用が進み、英国ではオンライン相談の常時利用が義務化されるなど、国家主導での普及が進んでいる。また、デジタル化の進展も顕著であり、各国においては保険情報や診療記録、検査結果などの健康情報が電子的に統合・管理され、患者自身がオンライン上で確認できる環境が整備されている。シンガポールの「HealthHub」のように、個人の医療情報を一元管理し、医療アクセスや支払いまで一体的に行える仕組みは、今後の医療DXの方向性を示すものである。さらに、医師不足地域への対応として、フランスやタイでは遠隔診療ブースやヘルスステーションといった「サードスペース型」の医療提供が進んでいる。これらは薬局や駅、公共施設などに設置され、患者が日常生活の延長線上で気軽に遠隔診療を受けられる仕組みであり、医療アクセスの向上に寄与している。特に医療過疎地域においては、対面診療の代替ではなく補完として重要な役割を果たしている。これらの動向を踏まえると、日本においてもオンライン診療を「特別な医療」ではなく、「通常の診療の一形態」として位置づけていくことが重要である。そのためには、マイナンバーカードを活用した保険資格確認や電子処方箋の普及をさらに推進し、診療情報のデジタル連携を強化する必要がある。また、オンライン診療の利便性を高めるとともに、対面診療との適切な役割分担を明確にし、地域医療の中で持続可能な形で実装していくことが求められる。また、オレゴン州の視察を通じて、多職種連携による安全性確保の重要性を実感

した。具体的には、看護師が患者側に介在し診察を補助するオンライン診療モデル（Doctor to Patient with Nurse : D to P with N）が有効に機能しており、対面診療に近い診療情報を担保する仕組みとして定着していた。このようなモデルは、日本におけるオンライン診療の安全性向上に資するものと考えられる。さらに、有事においては薬剤師による検査やワクチン接種の実施を可能とするなど、タスク・シフティングを前提とした法制度の整備を検討する必要があると考えられた。加えて、地域密着型モデルの維持も重要である。オンライン診療の過度な商業化は、地域医療との連携を希薄化させ、「医療の分断」を招く可能性がある。そのため、まずは二次医療圏を単位とした地域連携モデルを主軸とし、対面診療との適切な役割分担を踏まえた運用が求められる。その上で、安全性と利便性を両立させた診療報酬体系の構築が不可欠である。また、日本での実装にあたっては、システムの安定性の確保に加え、予約管理の透明性を高めるなど、利用者の不安を軽減するための運用上の工夫も重要である。

5. まとめ

本調査より、COVID-19 を契機としてオンライン診療は世界的に急速に普及し、その位置づけは一時的な代替手段から、医療提供体制の中核を担う手段へと変化していることが明らかとなった。各国においては、ガイドライン整備や法制度の見直しが進められ、オンライン診療は恒久的な医療サービスとして制度化されつつある。また、医療 DX の進展に伴い、保険情報や診療記録、検査結果などの健康情報をデジタルで統合・活用する動きが加速しており、医療アクセスの向上と医療の効率化が図られている。「サードスペース型」医療は、医師不足地域や受診困難層に対する新たな解決策として機能している。加えて、オレゴン州の事例に代表されるように、看護師が患者側に介在する D to P with N モデルなど、多職種連携を基盤としたオンライン診療の実装が、安全性と質の担保に寄与していることが示唆された。今後は、有事対応も見据えたタスク・シフティングの制度整備が重要である。一方で、オンライン診療の普及に伴い、過度な商業化による「医療の分断」や、患者満足度の低下といった課題も指摘されている。このため、単なる利便性の追求にとどまらず、地域医療との連携を前提とした制度設計が求められる。

以上を踏まえ、日本においては、オンライン診療を特別な医療として扱うのではなく、対面診療と補完し合う「日常的な医療の一形態」として位置づけることが重要である。その実現に向けては、二次医療圏を単位とした地域密着型モデルの構築、診療報酬体系の整備、ならびにシステムの安定性確保や予約管理の透明性向上といった運用面の改善を一体的に進める必要がある。

【参考文献】

¹ 厚生労働行政推進調査事業「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」（H30-医療-指定-018）

² doximity, “2024 State of Telemedicine Report”, <https://www.doximity.com/reports/state-of-telemedicine-report/2024>

³ Health Resources and Services Administration “Telehealth policy updates”, <https://telehealth.hhs.gov/providers/telehealth-policy/telehealth-policy-updates>

⁴ A Rule by the Drug Enforcement Administration and the Health and Human Services Department on 10/10/2023 “Second Temporary Extension of COVID-19 Telemedicine Flexibilities for Prescription of Controlled Medications”, <https://www.federalregister.gov/documents/2023/10/10/2023-22406/second-temporary-extension-of-covid-19-telemedicine-flexibilities-for-prescription-of-controlled>

⁵ A Rule by the Drug Enforcement Administration and the Health and Human Services

Department on 12/31/2025 “Fourth Temporary Extension of COVID-19 Telemedicine Flexibilities for Prescription of Controlled Medications” ,

<https://www.federalregister.gov/documents/2025/12/31/2025-24123/fourth-temporary-extension-of-covid-19-telemedicine-flexibilities-for-prescription-of-controlled>

⁶ A Proposed Rule by the Drug Enforcement Administration on 01/17/2025 “Special Registrations for Telemedicine and Limited State Telemedicine Registrations” ,

<https://www.federalregister.gov/documents/2025/01/17/2025-01099/special-registrations-for-telemedicine-and-limited-state-telemedicine-registrations>

⁷ NHS England “Online consultations – frequently asked questions and support resources” ,
<https://www.england.nhs.uk/long-read/online-consultations-frequently-asked-questions/>

⁸ NHS England “Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England” ,
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6888a0996478525675738f3a/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england-executive-summary.pdf>

⁹ O’Dowd A. Extra 1500 GPs appointed in past six months under ARRS scheme British. Medical Journal 2025: volume 389

¹⁰ Australian Government, Department of Health, Disability and Aging, MBS online “MBS Telehealth Services from January 2022 ” ,

<https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-Telehealth-Arrangements-Jan22>

¹¹ Australian Government, Department of Health, Disability and Aging, MBS online “MBS Telehealth Services, These factsheets provide information about the Medicare Benefits Schedule (MBS) telehealth arrangements ” ,

<https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-Telehealth-Updates-April%202023>

¹² International Bar Association “Telemedicine in Germany: legal framework, challenges and perspectives” ,

<https://www.ibanet.org/telemedicine-germany-framework#:~:text=Professional%20regulations,the%20time%20of%20the%20treatment.>

¹³ Gleiss Lutz “Healthcare and Life Sciences Telemedicine opportunities in Germany: Steady progress amid complexity and conflicting interests” ,

<https://www.gleisslutz.com/en/know-how/telemedicine-opportunities-germany-steady-progress-amid-complexity-and-conflicting-interests>

¹⁴ DLA PIPER “Telehealth Availability” ,

<https://www.dlapiperintelligence.com/telehealth/countries/index.html?c=FR&t=02-&>

¹⁵ Euro news “Can’t find a doctor? This hi-tech telemedicine booth offers a handy, hands-on checkup” ,

<https://www.euronews.com/health/2023/02/04/cant-find-a-doctor-this-hi-tech-telemedicine-booth-offers-hands-on-checkup-medical-desert>

¹⁶ Vie publique “Accès aux soins : rétablir l’équité territoriale face aux déserts médicaux” ,

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/284823-acces-aux-soins-quelle-equite-territoriale-face-aux-deserts-medicaux>

¹⁷ Mélanie Decambron, Christine Tchikladze Merand, Telemedicine Booths for Screening Cardiovascular Risk Factors: Prospective Multicenter Study, JMIR Human Factors, Volume 12, 2025.

¹⁸ Gaewkhiew P, Kittiratchakool N, et al. Telemedicine Utilization in Tertiary, Specialized, and Secondary Hospitals in Thailand. Telemed Rep. 2024 Aug 5;5(1):237-246.

¹⁹ Foreign Affairs Office, The Government Public Relations Department “Thailand Expands Digital Healthcare to Cut Hospital Crowds”

<https://thailand.prd.go.th/en/content/category/detail/id/52/iid/375814>

- ²⁰ Nagashima Ohno & Tsunematsu, “NO&T Thailand Legal Update No.11 (May, 2021)”
https://www.nagashima.com/wp-content/uploads/2019/09/thailand_en_no11-1.pdf
- ²¹ Thaiger, “Bangkok’s new ‘Health Stations’ promise quick, hassle-free care”
<https://thethaiger.com/news/national/bangkoks-new-health-stations-promise-quick-hassle-free-care>
- ²² Smart Nation Singapore, <https://www.smartnation.gov.sg/>
- ²³ Health Hub, <https://www.healthhub.sg/>
- ²⁴ Health Hub, “Using telemedicine the safe way”
<https://www.healthhub.sg/highlights-and-insights/health-safety-advisory/using-telemedicine-the-safe-way>
- ²⁵ Ministry of Health, “MOH Cir 87_2024 Joint Circular on Regulations and Professional Standards for Telemedicine Services and Advertisements”
[somer-user-content.by.gov.sg/7/72a967ab-3994-4beb-b5ec-6958dd8d22fd/MOH%20Cir%2087_2024%20Joint%20Circular%20on%20Regulations%20and%20Professional%20Standards%20for%20Telemedicine%20Services%20and%20Advertisements.pdf](https://www.somer-user-content.by.gov.sg/7/72a967ab-3994-4beb-b5ec-6958dd8d22fd/MOH%20Cir%2087_2024%20Joint%20Circular%20on%20Regulations%20and%20Professional%20Standards%20for%20Telemedicine%20Services%20and%20Advertisements.pdf)
- ²⁶ Guidelines on the Implementation of Telemedicine in the Delivery of Individual-Based Health Services,
<https://law.upd.edu.ph/wp-content/uploads/2022/06/DOH-DILG-PHIC-Joint-Administrative-Order-No-2021-0001.pdf>
- ²⁷ Telemedicine Practice Guidelines,
<https://law.upd.edu.ph/wp-content/uploads/2020/07/DOH-UPM-JMC-No-2020-0001.pdf>
- ²⁸ Dinakaran, Damodharan; Manjunatha, Narayana; Kumar, et al. Telemedicine practice guidelines of India, 2020: Implications and challenges. Indian Journal of Psychiatry 63(1):p 97-101, Jan–Feb 2021.
- ²⁹ Dinakaran D, Manjunatha N, et al. Telemedicine practice guidelines of India, 2020: Implications and challenges. Indian J Psychiatry. 2021 Jan-Feb;63(1):97-101.
- ³⁰ Press Information Bureau, Government of India. Union Health Ministry’s Telemedicine Service, eSanjeevani, Completes 6 Lakh Tele-consultations. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. 2020
<https://www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1668071®=3&lang=2>
- ³¹ Sanjay Sood, Kanhaiya Lal, et al. Adoption and utilization of India’s eSanjeevani national telemedicine service, Oxford Open Digital Health, Volume 3, 2025.
- ³² Han Y, Lie RK, Guo R. The internet hospital as a telehealth model in China: systematic search and content analysis. J Med Internet Res. 2020 Jul 29;22(7)
- ³³ Zhong Y, Hahne J, et al. Telehealth Care Through Internet Hospitals in China: Qualitative Interview Study of Physicians' Views on Access, Expectations, and Communication. J Med Internet Res. 2024 Mar 29;26:e47523.
- ³⁴ Ministry of Health and Welfare, “Telemedicine Legislation Passes National Assembly Plenary Session for the First Time in 15 Years”
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a20401000000&bid=0032&act=view&list_no=1488128&tag=&nPage=1

小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証

研究協力者 橋本 直也, MD MPH¹ 田中 俊之, MD MPH²

¹株式会社 Kids Public ²さいたまこどもくりにつく

要旨

小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の 2 つの類型が安全に、満足度を保ちながら、実行できることが確認された。

①看護師介在モデル (D to P with N + Device) : 小児軽症患者を対象とし、患者の元にいる看護師がデジタル聴診器等のデバイスで客観的情報を取得。そのデータを基に遠隔地の小児科医が診療を行う。

②多職種連携モデル: 5 歳児健診を対象とし、保護者および日頃から子どもと接する保育士や保健師が収集した子どもの育ちに関する情報をもとに、遠隔地の小児科医がオンラインで健診を行う。

1. 背景

我が国の小児医療体制は、持続可能性の観点から深刻な課題に直面している。厚生労働省の統計によれば、35 歳未満の若手医師が小児科を専攻する割合は減少傾向にあり、将来的な小児科医の確保はますます困難になると予測される¹⁾。実際に、地域の小児医療を支える診療所の数も 2008 年から 2012 年の間に約 16%減少しており²⁾、子どもたちの医療アクセスへの影響が懸念される。こうした状況下で、小児医療における重要な課題は、①軽症患者の適切な受け皿の確保と、②子どもの健全な発達を支える健診体制の維持である。特に、政府が推奨する 5 歳児健診は、発達障害等の早期発見に繋がる重要な機会であるにもかかわらず、その全国実施率は極めて低い。2024 年 8 月時点の調査では、回答自治体のうち実施しているのはわずか 15%に留まっている³⁾。この背景には、健診を担う小児科医の不足が大きな要因として存在する。これらの課題解決のため、ICT を活用したオンライン診療に期待が寄せられている。しかし、患者のスマートフォン等で完結する従来のオンライン診療は、特に小児の軽症急性期疾患において、視診・聴診等の情報が限定的で、診断の質に課題があった。この限界を克服する新たな手法として、本研究では「対面接点連携型オンライン診療」というモデルに着目する。これは、遠隔地の医師と患者との間に、看護師や保育士といった専門職が物理的に介在し、対面での支援を行うことでオンライン診療の質と安全性を高めるものである。具体的には、対象とする医療ニーズに応じて以下の 2 つのモデルを想定する。

① 看護師介在モデル (D to P with N + Device) : 小児軽症患者を対象とし、患者の元にいる看護師がデジタル聴診器等のデバイスで客観的情報を取得。そのデータを基に遠隔地の小児科医が診療を行う。

② 多職種連携モデル: 5 歳児健診を対象とし、保護者および日頃から子どもと接する保育士や保健師が収集した子どもの育ちに関する情報をもとに、遠隔地の小児科医がオンラインで健診を行う。

本研究では、これらのモデルを実際のフィールドに導入し、その有効性と実用性を実証する。

1) 前田由美子, 「医師養成数増加後の医師数の変化について」, 日本医師会総合政策研究機構『日医総研リサーチ・レポート』No. 126, 2022 年 5 月 13 日。

2) 厚生労働省, 「令和 3 (2021) 年 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」。

3) 5 歳児健診ポータル supported by こども家庭庁, データで見える! 5 歳児健診, <https://gosaiji-kenshin.com/data/> (最終アクセス: 2026 年 5 月 5 日)

2. 目的

本研究の目的は、小児科領域において「対面接点連携型オンライン診療」の実行性を検証し、その社会実装に向けた課題を抽出することである。具体的には、「看護師介在モデル」を埼玉県深谷市における小児軽症患者の診療に、「多職種連携モデル」を群馬県昭和村における5歳児健診にそれぞれ導入する。実証を通じて得られた定量的・定性的データに基づき、本モデルが小児医療アクセスを改善し、医師の負担を軽減する有効な手段となりうるかを、以下の観点から多角的に評価・検討する。

有効性: 医療アクセス改善度、保護者の満足度・安心感、診断・健診の質の担保

安全性: 対面診療への適切な連携体制、インシデントの発生状況

実用性: 導入・運用上の課題、医療従事者の業務負担、持続可能な運用体制

3. 研究方法

- ・本研究は、公益社団法人地域医療振興協会の倫理審査の承認を受けて実施した（受付番号 20251009-01）。
- ・ウェブ上で同意を取得した保護者、実証事業に参加した医療・保健・保育従事者からのデータを利用する。
- ・それぞれのモデルは、下記の通り実施した。

① 看護師介在モデル（D to P with N + Device）

期間：2025/11/2 - 12/21 の日祝（計 10 日間）

時間：18-21 時

場所：深谷市役所

体制：看護師が現地に常駐し、小児科医は遠隔地からオンライン診療を実施。診療は事前予約制とした。

上記の方法でオンライン診療を実施したさいたまこどもくりにつくが、診療録、保護者への満足度アンケート調査から、受診時間、診断内容、保護者満足度等のデータを収集し、匿名加工を行う。匿名加工されたデータを研究代表者が受け取り、本モデルの利便性、課題、改善点等を後方視的に分析する。

② 多職種連携モデル（5 歳児健診）

実施日程：2025/11/18、2026/1/20、2026/2/20

場所：昭和村保健センター

体制：事前準備として、保護者、保育士、保健師へ Web アンケートを実施。対象児童の育ちについての多面的な見解の収集・データ統合。担当予定の小児科医は統合されたデータについて事前に確認。健診当日、対面で、保育士、保健師、心理士、PT が対象児童に健診を実施。小児科医は、全三回それぞれ下記の体制で実施した。

第一回（2025/11/18）：小児科医も対面で健診を実施。健診後の多職種連携会議にも対面で参加。

第二回（2026/1/20）：小児科医は健診会場の別室からオンラインで健診を実施。健診後の多職種連携会議には対面で参加。

第三回（2026/2/20）：小児科医は遠隔地からオンラインで健診を実施。健診後の多職種連携会議にもオンラインで参加。

上記の方法で 5 歳児健診を昭和村から委託された小児科医が、健診記録、保護者への満足度アンケート調査、実証事業に参加した医療・保健・保育従事者へのアンケート調査から、保護者満足度、担当者の満足度等のデータを収集し、匿名加工を行う。匿名加工されたデータを研究代表者が受け取り、本モデルの利便性、課題、改善点等を後方視的に分析する。

4. 結果

① 看護師介在モデル (D to P with N + Device)

(1) 実施日程および予約状況

期間中の受診状況および予約埋まり率は以下の通りであった。

期間中の受診状況および予約埋まり率

	18時台	19時台	20時台	日計 (受診/枠)	予約埋まり率
期間中の合計	20 / 29	21 / 29	11 / 29	52 / 87	59.8%
時間帯別埋まり率	69.0%	72.4%	37.9%		

(2) 受診内訳

- カルテを後方視的に集計したところ、のべ 52 名の受診があった。
- 期間中、3 回受診した方が 1 名いた。それ以外の方は 1 回受診であった。
- 受診時年齢は 0-13 歳で、平均は、5.6 歳であった。
- 主病名はインフルエンザ A 型が最多で 24、次に急性上気道炎 14、溶連菌感染症 3、急性胃腸炎 3 と続いた。
- 迅速検査は、インフルーコロナ同時検査を 12 名に実施し、A 群 B 溶連菌迅速試験を 4 名に実施した。
- 処方薬は 48 名に処方あり、4 名に処方なしであった。

(3) 保護者アンケート結果詳細 (受診直後)

- 受診終了時に看護師より保護者にアンケートの QR コードを提示し、回答を依頼してオンラインで結果を回収した。
- 期間中、のべ 52 名の受診があったが、同日きょうだい受診には利用後アンケートは 1 回しか依頼せず、依頼総数 46。回答総数 (N)は、45 件であり、回収率：97.8%であった。
- 回答の集計結果は下記の通り。

1. 回答者について教えてください。お子さんから見て、あなたはどなたですか？

- ☐ 母 37 82.2%
- ☐ 父 8 17.8%
- ☐ その他 0 0.0%

2. 本日はどの経路でこのクリニックを知りましたか？ (Top5)

- ☐ チラシを見た 14 31.1%
- ☐ 友人・知人からの紹介 6 13.3%
- ☐ SNS (X (旧 Twitter) , Facebook, Instagram 等) で見た 4 8.9%
- ☐ インターネット検索 4 8.9%
- ☐ 小児科オンラインからのメール 2 4.4%

3. 「日祝 (夜間) 深谷市の新しい小児科外来」は何度目の受診ですか？

- ☐ 初回 40 88.9%
- ☐ 2 回目 4 8.9%
- ☐ 3 回目 0 0.0%
- ☐ 4 回目 1 2.2%
- ☐ 5 回目以上 0 0.0%

4. お子さんの年齢を教えてください。

- | | | |
|-----------------------------|----|--------|
| ☐ 0歳 | 4 | 8.90% |
| ☐ 1歳 | 2 | 4.40% |
| ☐ 2歳 | 4 | 8.90% |
| ☐ 3歳 | 3 | 6.70% |
| ☐ 4歳 | 6 | 13.30% |
| ☐ 5歳 | 10 | 22.20% |
| ☐ 6歳 | 2 | 4.40% |
| ☐ 7歳 | 4 | 8.90% |
| ☐ 8歳 | 2 | 4.40% |
| ☐ 9歳 | 2 | 4.40% |
| ☐ 10歳以上 | 6 | 13.30% |

5. お子さんの性別を教えてください。

- | | | |
|-------------------------|----|-------|
| ☐ 男 | 24 | 53.3% |
| ☐ 女 | 21 | 46.7% |

6. 受診した理由をお聞かせください。（複数回答可）

- | | | |
|--|----|-------|
| ☐ かかりつけ医が休診日だったため | 36 | 80.0% |
| ☐ すぐに診てもらいたかったため | 31 | 68.9% |
| ☐ 薬がほしかったから（定期薬含む） | 13 | 28.9% |
| ☐ 深谷市での新しい試みを応援したかったから | 13 | 28.9% |
| ☐ 小児科を専門とする医師に相談したかったから | 11 | 24.4% |
| ☐ 平日に受診しにくい理由があるから（仕事など） | 7 | 15.6% |
| ☐ 医療費助成の対象で自己負担がないから | 7 | 15.6% |
| ☐ [自由記載] 早朝の発熱だったので、休日診療所の診察時間では検査してもらえない
と思、12時間空く夜の時間帯で予約もできるこちらにきました | 1 | 2.2% |
| ☐ かかりつけの先生に聞きづらいことがあったから | 0 | 0% |

7. 今回の相談内容をご選択ください。（複数回答可）

- | | | |
|--------------------------------------|----|-------|
| ☐ 発熱 | 36 | 80.0% |
| ☐ 鼻水、せき | 27 | 60.0% |
| ☐ 下痢、嘔吐 | 7 | 15.6% |
| ☐ 皮膚、肌荒れ | 5 | 11.1% |
| ☐ 皮膚のトラブル、うんちの状態 | 1 | 2.2% |
| ☐ 扁桃腺の腫れ | 1 | 2.2% |
| ☐ インフルエンザの疑い | 1 | 2.2% |
| ☐ 足指怪我 | 1 | 2.2% |

8. 今回の診察の満足度を教えてください。

- | | | |
|-----------------------------|----|-------|
| ☐ 非常に満足 | 37 | 82.2% |
| ☐ 満足 | 8 | 17.8% |
| ☐ 普通 | 0 | 0.0% |
| ☐ 不満 | 0 | 0.0% |
| ☐ 非常に不満 | 0 | 0.0% |

9. もし「日祝（夜間）深谷市の新しい小児科外来」がなければ、本日はどのように過ごされていたと思いますか？

- | | | |
|--|----|-------|
| ☐ 不安とともに自宅で様子を見ていた | 37 | 82.2% |
| ☐ 救急外来を受診していた | 4 | 8.9% |
| ☐ 特に不安はなく、自宅で様子を見ていた | 2 | 4.4% |

- 自宅でオンライン診療を受けていた。 1 2.2%
○ 休日診療を利用したか、平日のかかりつけを診察した。 1 2.2%

10. 本日の受診前に#8000(埼玉県小児救急電話相談)に電話で相談しましたか？

- 相談していない 43 95.6%
○ 相談した 2 4.4%

11. 今回の【「日祝（夜間）深谷市の新しい小児科外来」での診察】と、これまでに受けた【通常の病院やクリニックでの対面診察】を比較して、満足度に違いはありましたか？

- 今回の診察のほうがとても満足だった 16 35.6%
○ 今回の診察のほうやや満足だった 3 6.7%
○ どちらも同じくらい満足だった 23 51.1%
○ 過去の対面診察のほうやや満足だった 1 2.2%
○ 過去の対面診察のほうがとても満足だった 0 0.0%
○ 過去に対面診察を受けたことがない / 比較できない 2 4.4%

▼前問の回答について、その理由や具体的なお意見（全文）

- 同じ感じで診察やお話が聞けたので良かった
- オンラインでも丁寧な診察をしていただいたと感じた
- 待ち時間が少なく、丁寧に対応して頂いた。
- とてもスムーズな診察で、安心して任せられました。
- 完全予約制なので混雑もしておらず、着いてすぐに見ていただけるのもとてもよかった。通常の小児科に休み明けに行くと具合の悪い子を連れて待っているのは親としても大変なのでとても助かりました。
- ゆっくり丁寧に見てくれて安心した
- 看護師さんもとても感じが良く、普段は耳の中をみせるのも大変なのにすんなり診ていただくことができました。また、先生もとても丁寧に対応して下さり受診後も安心することができ有り難かったです。息子には障がいがあり、近くの小児科で診ていただくことに躊躇することも多いのですが、こちらにはまたお世話になりたいな...と思うことができました。ありがとうございました。
- とても親切でわかりやすく、的確な診断をしてくださいました。
- とっても親身になって話してくれた
- ビデオ通話でもしっかり診察してくれて、子供に優しい先生で安心できました。
- 看護師さんが、しっかり様子を見て先生に伝え、診察して頂けたので良かったです。
- オンライン診療でもしっかりみてもらえた印象でした。看護師さんも丁寧に対応してくださり感謝しています。
- 完全予約制で待ち時間なく案内してもらいました。看護師さんが色々と検査してくれて、対面の診察より丁寧かと思いました
- 時間予約なので待ち時間もあまりない。オンラインでもシステムがしっかりしており、実際に対面で診察してもらおうのと、かわりない感じでした。
- 親切にわかりやすく説明していただき、とてもありがたかったです。ありがとうございました。
- とても分かりやすく話してくれて良かったです。質問もしやすかったので、安心して受診できました。看護師さんもとても親切でした。
- 予約もとりにやすくとてもスムーズでした。待ち合いも安心して過ごせて対応していただいた皆様がとても丁寧でたすかりました。
- 先生がとても親身になって話を聞いてくださり助かりました。
- 予約時間に見てもらえた事スタッフ、医師の対応がすごく良かった
- 良かった
- オンラインでも、丁寧に対応してもらえて安心できた。

- とても親切に見てもらったが、機器の不具合が気になった
- 金曜の夜発熱で24時間後に検査できる今回の外来があつてとても助かりました
- 質問を丁寧に答えてくれた
- 休日急患は小児専門医とは限らないが今回は小児科医なので安心して見てもらえた。また予約の待ち時間もなく、他患者と接触が無いのも良い
- どちらも速度感良く対応してくださったため。
- 時間にも余裕もって丁寧に個別対応してもらえてありがたいです

12. 今回の【「日祝（夜間）深谷市の新しい小児科外来」での診察】と、これまでに受けた【スマホだけで完結する自宅から受けるオンライン診療】を比較して、満足度に違いはありましたか？

○ 今回の診察のほうがとても満足だった	13	28.9%
○ 今回の診察のほうがやや満足だった	0	0.0%
○ どちらも同じくらい満足だった	8	17.8%
○ 過去の自宅から受けるオンライン診療のほうがやや満足だった	0	0.0%
○ 過去の自宅から受けるオンライン診療のほうがとても満足だった	0	0.0%
○ 過去に自宅から受けるオンライン診療を受けたことがない / 比較できない	24	53.3%

▼前問の回答について、その理由や具体的なご意見（全文）

- オンライン診療は受けたことがない
- 安心感
- 看護師がいるのと、詳細な検査が可能な点
- 看護師さんが居てくれて、インフルの検査もできたので良かったです。
- 看護師さんと直接話しが出来て、その後先生ともしっかり話しをしながら診察出来て良かったです。
- 看護師の方が対応しながら診てもらえるほうが説明も納得出来る。
- 子供の様子もよく観察してくれて安心した
- 自宅でもオンライン診療はしていない
- 自宅で一人だと不安だから。
- 早くていい
- 待ち時間がなかった。
- 直接看護師さんにみていただけるのは安心でした。

13. 「日祝（夜間）深谷市の新しい小児科外来」に対する印象を教えてください。（複数回答可）

○ オンラインであっても、小児科医による診察だったので安心した	41	91.1%
○ 看護師の対応が丁寧だった	41	91.1%
○ 医師の対応が丁寧だった	40	88.9%
○ 予約制だったのでよかった	34	75.6%
○ 看護師が胸の音や喉の所見をとってくれたことがよかった	34	75.6%
○ 看護師がいたので利用のハードルが下がった	24	53.3%
○ 施設や環境が清潔で快適だった	23	51.1%
○ 看護師が抗原検査を実施してくれたことがよかった	19	42.2%
○ 改善してほしい点があった（※次の質問で詳しくお聞きします）	3	6.7%
○ 特に印象に残らなかった	0	0%

▼前問で「改善してほしい点があった」を選択した方への質問です。どのような点を改善すべきだったか、なるべく具体的にご記載ください。

- タブレットで情報を先生に送信する際に、通信速度が遅く全然送信が出来なかったためすごく時間が掛かってしまったのでそこだけ改善希望です。
- 看護師さん1人での対応だったので、もう1人いてもらえらるともっとスムーズにい

くのかなと思いました。

- 兄弟で受診しやすいようにしてほしい
- 子供の服やおむつを脱がすことがあるため、その場で寝かせられるスペースが欲しい。
- 充分です
- 予約のアプリが少し手間取った

14. 今回の「日祝（夜間）深谷市の新しい小児科外来」は 2 ヶ月限定の施行実施です。本取組は、施行実施終了後も深谷市において継続すべきと思いますか？

○ そう思う	43	95.6%
○ どちらかといえばそう思う	2	4.4%
○ どちらともいえない	0	0.0%
○ どちらかといえばそう思わない	0	0.0%
○ そう思わない	0	0.0%

今回の施行実施に対してご意見・ご要望（全文）

- この事業ができてとても良かったです。看護師さん方もとても親切でしたし、子どもも安心して受けられました。休日で大変かもしれませんが、予約もできますし、看護師さんもうらっしゃるのでとても安心です。ぜひ、続けていただきたいです。ありがとうございます。
- ぜひ、継続して続けて欲しいです。
- たまたまこの期間で本当に良かったと実感しています。是非続けていただきたいです！
- ちょうどタイミングよく利用できて大変ありがたいです ぜひ継続して欲しいです冬だけでも
- とても需要のあるものと思います。継続していただけるとありがたいです
- とても優しく対応してくださり本当に助かりました
- とても良い取り組みだと思うので実施していただけたらと思います。
- もっと機器の正確性が気になる
- 今回の受診も適切に診ていただきありがとうございました。
- 今日明日は休日、祝日だったため、今回診察してもらえなかったら、不安は解消されてなかったと思います。妻もとても安心できて、本取り組みにとっても満足しています。是非、継続していただきたいです。
- 祝日で発熱してしまい、どうしようと不安な気持ちがありました。インフルエンザの検査時間も過ぎないか、薬が効くのか心配でしたが、先生や看護師さんのおかげで1日も早く子どもに対応できて良かったです。
- 助かりました。是非継続してほしい
- 小児科がお休みで、不安な時間を過ごす事なく診察してもらえた事はとても良かったです。
- 親としてはありがたい制度なので継続をお願いします。
- 先生も看護師さんも、とても丁寧に対応して頂きました。ありがとうございます。
- 早く本取組してほしい
- 丁寧に診察してもらえて良かったです。安心できました。
- 土曜日追加で診察してくれると非常にありがたいです。ビデオ通話でのお話でしたが、目の前にいるかのように安心して受診できました。ありがとうございました！
- 働いていると、病院に行きずらかったり、予約が取れなくて行けなかったりするので、夜間の時間帯にも空いていて、また予約制なので混むことなく診てもらえて良かったです！

- 日曜日に診察してもらえるのはとても助かります ぜひ継続して欲しいです
- 病院の先生や看護師さん市役所の方達には感謝しかないです。オンライ診察でも薬をもらいに出なきゃいけないので、市役所で診察していただけるのであればすごく助かります。兄弟が居るとどうしても連れていかないと行けない時もあるので、検査の際親が抑えてないといけないので、マットレスみたいな所があって下の子がちょっと待てるようなスペースがあるといいなと思いました。絵本でもいいですし、ちょっとした塗り絵やおもちゃがあると少しでも待ち時間をすごせるのかなと思いました。子供はいつ熱が出るか分からないので、日曜日や祝日にやってくれる事は本当にありがたいです。
- 本当にありがたく助かりました
- 夜間はやってないところが多いので、やってくれるとありがたい

(4) 保護者向け数日後アンケート結果（経過調査）

- 受診から数日後の経過を確認するため、以下の条件で抽出した対象者へ予約アプリより保護者へウェブフォームを送付し、アンケートを実施した。
 - アンケート対象者の抽出定義
 - ◇ 本調査の対象者は、受診者総数のうち以下の条件を満たす 44 名とした。
 - ◇ 同日きょうだい受診の場合：受診した人数分（それぞれの経過を確認するため）を対象とする。
 - ◇ 期間中に複数回受診した場合：経過を正確に追うため、最終受診時の内容についてのみ回答を依頼。
 - ◇ 配信条件：受付システムに登録されたメールアドレス宛に正常に配信できたケースに限る。
- 回収結果
 - アンケート対象者数：44 名、回答数：26 件、回収率：59.1%
 - 回答までの日数：受診から 5 日～31 日後（平均 19 日）
- 回答の集計結果は下記の通り。

Q1. 当外来受診時の症状や体調の変化は、その後いかがでしたか？

（最も当てはまるものを 1 つお選びください）

○ 順調に良くなった・治った	24	92.3%
○ 少し良くなった	1	3.8%
○ あまり変わらない	1	3.8%
○ 悪化した	0	0.0%

Q2. 当外来受診から本日までの間に、今回の症状に関して以下の対応をとられましたか？

（あてはまるものを全て選択）

○ いずれも行っていない（自宅で様子をみた）	20	76.9%
○ 日中にかかりつけ医を受診した	6	23.1%
○ 救急外来を受診した	0	0.0%

（任意）受診・入院された方へ

差し支えなければ、その際に診断された病名、または医師から言われた症状をご記入ください。（例：インフルエンザ、喘息発作、ただの風邪と言われた、など）

- インフルエンザ
- 溶連菌の抗菌薬を必要量処方してもらいました 念の為 1 ヶ月後尿検査もするようにと言われてます
- 風邪だろうと言われました。
- 風邪
- インフルエンザ A 型
- インフルエンザ

(任意) その他、受診後の経過や当クリニックへのご意見・ご要望などございましたら、ご自由にご記入ください

- 1日分だけでなく、せめて3日分出せてもらえたら良かった。しかしながら、1日分でも薬を出せてもらえたので診察してもらえて安心できた。
- スムーズに診察していただき非常に助かりました。
- とても助かりました。先生も優しくわかりやすい説明でとても良かったです。本当にありがとうございました。
- 今後も継続してほしいです。予約制でとても良かったです。
- 受診後かかりつけの病院で薬をいただき回復しました。息子には障害があり、自分の症状を伝えられないので夜間に検査をしていただいたことで、安心して様子をみながら過ごすことができました。とてもありがたかったです。
- 詳しく説明していただき、検査も受けられたため安心してその後様子を見ることができました。ありがとうございました。
- 先生がとても優しく、わかりやすい説明をしてくださいました。ありがとうございました。
- 先生に言われ、熱が下がらなかった為、昼間病院を受診し、インフルエンザの診断を受けました。夜間にもかかわらず、丁寧に診察して頂けて良かったです。薬も先生から処方されたので、安心して内服出来ました。このまま、病院がお休みの年末、年始も診察し、そのまま、継続して、土曜日の夜間も増やして欲しいです。
- 担当していただいた看護師、お医者さんはとても気さくな方で安心して受診できました。
- 丁寧に診察していただき助かりました。
- 日曜の夜だと夫が兄弟をみてくれるので病気で辛い子だけを連れて受診できてスムーズだし安心でしたまた1日でも早く感染症の診断が出ると欠勤する日数も減るのでとても助かります看護師さんもオンラインでの先生とのやりとりも丁寧に安心して受診できましたぜひ続けて欲しいです
- 保育園で発熱、インフルエンザが出ており、日中は平熱、夜は高熱を3日間繰り返していました。休日診療ですと時間がかかり、感染症をもらう可能性もあると思ったので、個別予約、看護師さんもいらっしゃって検査もできるとなっていたので診察していただきました。喉、胸、耳の異常はなく、解熱剤も飲んでいなく熱が下がる、また家族で体調不良が出ていないということなので、インフルエンザではないと診断されました。保育園に通っていますし、私自身も保育園勤務なので検査をとお話ししたのですが、絶対ない、もしならば違うということをお手紙書くと言ってくださいました。安心とモヤモヤ感がありながら帰宅すると再度高熱。翌日かかりつけにいき、検査をしていただくとインフルエンザでした。そして、私も数日後感染しました。小児科の先生は経験も実績もありますでしょうし、信用します。ですが、検査をして違うという確信も欲しいということも保護者の中にはあります。受付から処方まで約2時間かかりました。あの時に検査していただいて薬が処方されればもう少し早く回復したのではないかなと感じてしまいます。医療従事者のかたは大変だと思いますが、とてもいい事業ですし、続けてほしいとも思います。看護師さんの方たちも薬局の方もとてもいい方だったので、残念でした。
- 夜間はやってないところが多いので、やってくれるとありがたい
- 予約もとりやすくスムーズに診ていただけて本当に助かりました。すぐに受け取れる薬局もめ丁寧に紹介下さりありがたかったです。普通のオンライン診療と違い看護師さんが診察をして先生に共有していただけたのも安心でした。通常の休日夜間の小児外来に合わせてこちらも是非継続していただきたいです。状況が見えにくいのでなかなか難しいかもしれませんが、自宅からのオンラインも選択できたらいいなと思いました。
- 発熱後 24 時間となると日曜日だったので夜間診療があって助かりましたインフル

エンザの検査もして貰えたので診断が出たおかげで、その後発熱した姉も母もオンライン受診でインフルエンザの薬を処方してもらえて大変助かりました看護師さんオンラインでのお医者さんともにスムーズで市役所利用というのも便利で良かったです ありがとうございます

(5) 実際の様子



左上：看護師によるバイタル測定
右上：看護師による呼吸音の取得
左下：看護師による鼓膜の状態の画像取得
右下：遠隔の小児科医によるオンライン診療

② 多職種連携モデル

(1) 実施内容

- 対象は当該年度中に5歳を迎える児とし、該当者31名のうち28名が受診し、実施率は90.32%であった。実施方法として、小児科医の診察形態を変えて計3回実施した。1回目は対面での小児科医健診、2回目は別室でのオンライン小児科医健診、3回目はオンライン小児科医健診とし、小児科医以外のプロセスは3回とも同様とした。
- 健診の具体的な実施手順は以下のとおりである。
事前準備として、保護者および保育者による事前Webアンケートを実施した。また、対象児童の発育曲線およびこれまでの健診や医療内容をWeb上で共有し、多面的な情報収集に基づくデータ統合を行った。これらの統合データは、事前に担当小児科医によって確認された。健診当日は、小児科医師、心理士、理学療法士、保育士、保健師、事務局管理者、教育委員会事務局の各関係職種が参加した。所要時間は2から3時間であり、受付後、保健師および保育士による問診、小児科医による診察、心理士・理学療法士・保健師による相談の順で実施した。受診者の帰庁後には、関係職種による多職種連携会議を開催した。事後対応として、多職種連携会議で検討した結果を、保育園を通じて保護者へ書面で通知した。通知においては、発達の個人差に配慮しつつそれぞれのペースで成長が見られる旨を記載し、関係者からのコメントとして、今後の継続的な見守りや、必要に応じた発音等の言葉の相談窓口の利用案内などを添えた。
- 第1回を実施した際、健診当日の担当者間のシームレスな情報共有に課題が見つかったため、第2回と第3回はOneDriveを用いてリアルタイムな情報連携を実施した。

- 全3回の実施内容、結果は下記の通り。

実施内容

	第1回	第2回	第3回
実施日	2025/11/18	2026/1/20	2026/2/20
健診実施数（保護者）	12	9	7
健診中に心理士相談に繋いだ数	10	4	4
健診中に PT 相談に繋いだ数	1	2	1
健診後に保健師フォローに繋いだ数	2	1	1
健診後に専門家（園訪問,ST,医療機関など）に繋いだ数	2	1	1
アンケート依頼数（保護者）	12	8	4
回答数（保護者）	9	5	4
アンケート回収率（保護者）	75%	63%	100%
小児科医の参加方法	対面	現地待機の上のオンライン	オンライン
OneDrive による共有	なし	あり	あり

(2) 保護者向けアンケートの結果

- 健診終了後、保護者のメールアドレス宛にウェブアンケートを送付し、回収した結果は下記の通り。

保護者向けアンケートの結果

設問	選択肢	第1回		第2回		第3回	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合
健診を受診したお子さんの性別を教えてください。	男	5	56%	1	20%	3	75%
	女	4	44%	4	80%	1	25%
	答えたくない/その他	0	0%	0	0%	0	0%
【健診全体について】今回の5歳児健診全体について、どの程度満足されましたか？	大変満足	2	22%	1	20%	1	25%
	満足	5	56%	2	40%	3	75%
	ふつう	2	22%	2	40%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	大変不満	0	0%	0	0%	0	0%
【健診全体について】今回の健診は、お子さんの普段の様子や成長・発達の状況を、しっかりと確認した上で実施されたと感じましたか？	強くそう思う	2	22%	0	0%	2	50%
	そう思う	5	56%	5	100%	2	50%
	どちらともいえない	1	11%	0	0%	0	0%
	あまりそう思わない	1	11%	0	0%	0	0%
	全くそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
【健診全体について】健診にて、お子様の発達	十分に相談できた	2	22%	2	40%	4	100%
	ある程度は相談できた	6	67%	2	40%	0	0%

、子育て、日頃の悩みなど、十分に相談できましたか？	どちらともいえない	0	0%	0	0%	0	0%
	あまり相談できなかった	1	11%	0	0%	0	0%
	全く相談できなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	相談したいことがなかった	0	0%	1	20%	0	0%
【健診全体について】今回の健診の内容は、今後のお子さんの成長や育児に役立ちそうですか？	とても役立ちそうだ	2	22%	1	20%	4	100%
	ある程度役立ちそうだ	7	78%	3	60%	0	0%
	どちらともいえない	0	0%	1	20%	0	0%
	あまり役立たなそう	0	0%	0	0%	0	0%
	全く役立たなそう	0	0%	0	0%	0	0%
【健診全体について】健診の「待ち時間」について、どのように感じましたか？	非常にスムーズだった	1	11%	0	0%	2	50%
	スムーズだった	4	44%	2	40%	2	50%
	少し待たされたと感じた	4	44%	2	40%	0	0%
	長く待たされたと感じた	0	0%	1	20%	0	0%
【健診全体について】健診が終わるまでの時間について、どのように感じましたか？	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	やや短かった	0	0%	0	0%	0	0%
	ちょうどよかった	6	67%	0	0%	3	75%
	やや長かった	2	22%	4	80%	1	25%
	長すぎた	1	11%	1	20%	0	0%
【健診全体について】今回の5歳児健診についてあてはまるものを【全て】選択してください。	スタッフ（医師、保健師、心理士、事務など）の対応が丁寧だった	8	89%	4	80%	4	100%
	保護者からの質問や相談がしやすかった	5	56%	3	60%	1	25%
	健診の内容が充実していた	2	22%	1	20%	0	0%
	健診の案内（事前のお知らせ）が分かりやすかった	2	22%	1	20%	2	50%
	健診の結果説明やアドバイスを分かりやすかった	3	33%	2	40%	1	25%
	健診会場の設備や環境が良かった（清潔さ、広さ、動線など）	3	33%	0	0%	1	25%
	子どもが安心して健診を受けられるような配慮があった	4	44%	2	40%	2	50%
	あてはまるものはない	0	0%	0	0%	0	0%
【小児科医について】小児科医への相談時間の長さはどのよう	長すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	やや長かった	0	0%	0	0%	0	0%
	ちょうどよかった	9	100%	5	100%	4	100%

に感じましたか？	やや短かった	0	0%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
【小児科医について】小児科医との「相談」について、満足しましたか？	大変満足	3	33%	0	0%	2	50%
	満足	4	44%	5	100%	2	50%
	ふつう	2	22%	0	0%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	不満	0	0%	0	0%	0	0%
	理学療法士とは相談していない	5	56%	2	40%	3	75%
【理学療法士について】理学療法士への相談時間の長さはどのように感じましたか？	長すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	やや長かった	0	0%	0	0%	0	0%
	ちょうどよかった	4	44%	3	60%	1	25%
	やや短かった	0	0%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	理学療法士とは相談していない	5	56%	2	40%	3	75%
【理学療法士について】理学療法士との「相談」について、満足しましたか？	大変満足	1	11%	0	0%	0	0%
	満足	2	22%	2	40%	1	25%
	ふつう	1	11%	1	20%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	不満	0	0%	0	0%	0	0%
	理学療法士とは相談していない	5	56%	2	40%	3	75%
【心理士について】心理士への相談時間の長さはどのように感じましたか？	長すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	やや長かった	0	0%	0	0%	0	0%
	ちょうどよかった	5	56%	3	60%	1	25%
	やや短かった	1	11%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	心理士とは相談していない	3	33%	2	40%	3	75%
【心理士について】心理士との「相談」について、満足しましたか？	大変満足	2	22%	0	0%	0	0%
	満足	2	22%	3	60%	1	25%
	ふつう	2	22%	0	0%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	不満	0	0%	0	0%	0	0%
	心理士とは相談していない	3	33%	2	40%	3	75%
【保健師について】保健師への相談時間の長さはどのように感じましたか？	長すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	やや長かった	0	0%	0	0%	0	0%
	ちょうどよかった	9	100%	5	100%	4	100%
	やや短かった	0	0%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%

【保健師について】保健師との「相談」について、満足しましたか？	大変満足	1	11%	0	0%	1	25%
	満足	3	33%	4	80%	3	75%
	ふつう	5	56%	1	20%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	不満	0	0%	0	0%	0	0%

(任意) その他、今回の 5 歳児健診について、お気づきの点や、今後期待すること、改善してほしい点などがございましたら、ご自由にご記入ください。

<第1回>

- 集団の中ではおおむね問題のない発達かもしれないが、個について深掘りしていくと少なからず何かしら気になる点はあると思っているので、親では判断しにくい個の持ついわば弱点のようなものを一緒に見つけてそれゆえの困り感や直面した場合の対応策等を教えてもらえる機会があるとありがたいと思いました。現時点での家庭としての困り感は特にないが、過去の話も聞いていただき、小児科医としてのそれについての判断(そういった事例は他にもあり一時的なものである)というも聞けたのはありがたかった。ユーモアのある面白い Dr.で、初対面だが安心して話をする事ができました。ありがとうございました。
- 待ち時間(特に最初の待ち時間) 1▶2▶3▶4▶5 のように、順番で進んでいくよりも、1▶2▶3▶4▶5 2▶3▶4▶5▶1 、 、 5▶1▶2▶3▶4 のように、ぐるぐる回るようにするとか。 検診の内容的に順番でないといけない理由もあるのかもしれないですが、
- 健診の後、保育園に行く事を考えると、最後の方は給食の時間に間に合わないこともあるかもしれません。そういう親御さんにとっては最後の方の相談が急ぎ足になってしまいます。早く受付すればいい話なのですが、10時から受付とあったからその時間に行ったのに、早く行った人からすでに受診が始まっていた。それなら 10時から対象の方は15分前から受付します。とか案内でして置いてほしい。

<第3回>

- 5 歳児検診を行うことで就学児検診だけでは分からないことが分かりとても良いと感じました。

(3)関係者向けアンケートの結果

- 健診後、健診を担当した関係各者のメールアドレス宛にウェブアンケートを送付した。回収率および回収した結果は下記の通り。

回収率

	第1回	第2回	第3回
実施日	2025/11/18	2026/1/20	2026/2/20
対象者数(関係者)	8	9	11
回答数(関係者)	8	9	9
アンケート回収率(関係者)	100%	100%	82%

関係者向けアンケートの結果

設問	選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合
職種をお教えてください	小児科医	1	13%	1	11%	1	11%
	保健師	3	38%	4	44%	3	33%

	理学療法士	1	13%	1	11%	1	11%
	心理士	1	13%	1	11%	2	22%
	保育士	1	13%	1	11%	2	22%
	事務・運営スタッフ	1	13%	1	11%	0	0%
	その他	0	0%	0	0%	0	0%
【健診＋多職種連携会議について】今回の取り組み全体を通しての満足度（運営側としての達成感）を教えてください。	大変満足	0	0%	1	11%	4	44%
	満足	6	75%	7	78%	5	56%
	ふつう	2	25%	1	11%	0	0%
	やや不満	0	0%	0	0%	0	0%
	不満	0	0%	0	0%	0	0%
【健診について】今回の健診の体制は、お子さんの普段の様子や成長・発達の状況を、しっかりと確認した上で実施できるものだったと感じましたか？	強くそう思う	1	13%	1	11%	3	33%
	そう思う	5	63%	8	89%	6	67%
	どちらともいえない	2	25%	0	0%	0	0%
	あまりそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
	全くそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
【健診について】今回の健診の体制は、お子様の発達、子育て、日頃の悩みなど、保護者からの相談を十分に受けることができるものだったと思いますか？	十分に受けることができた	1	13%	1	11%	3	33%
	ある程度受けることができた	6	75%	5	56%	6	67%
	どちらともいえない	0	0%	1	11%	0	0%
	あまり受けることができなかった	1	13%	0	0%	0	0%
	全く受けることができなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	担当外のため回答しない	0	0%	2	22%	0	0%
【健診について】今回の健診の内容で、今後のお子さんの成長や育児に役立つ適切な情報提供やフィードバックができていたと感じますか？	強くそう思う	0	0%	1	11%	2	22%
	そう思う	6	75%	7	78%	7	78%
	どちらともいえない	2	25%	1	11%	0	0%
	あまりそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
	全くそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
【健診について】健診の「参加者（保護者と子どもたち）の待ち時間」について、どのように感じましたか？	非常にスムーズだった	0	0%	0	0%	1	11%
	スムーズだった	1	13%	3	33%	8	89%
	少し待たせていると感じた	3	38%	6	67%	0	0%
	長く待たせていると感じた	4	50%	0	0%	0	0%
【健診について】健診が終わるまでの時間について	長すぎた	2	25%	0	0%	0	0%
	やや長かった	5	63%	4	44%	1	11%

て、どのように感じましたか？	ちょうどよかった	1	13%	5	56%	8	89%
	やや短かった	0	0%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
【健診について】健診中、他職種との連携（情報の引き継ぎや共有）はスムーズでしたか？	非常にスムーズだった	0	0%	0	0%	1	11%
	スムーズだった	1	13%	6	67%	3	33%
	普通	1	13%	1	11%	5	56%
	やや難しかった	3	38%	2	22%	0	0%
	難しかった	3	38%	0	0%	0	0%
【小児科医以外の方へ】健診中、小児科医への情報共有や連携はスムーズに行えましたか？	非常にスムーズだった	0	0%	1	11%	0	0%
	スムーズだった	0	0%	5	56%	2	22%
	普通	1	13%	1	11%	6	67%
	やや難しかった	4	50%	1	11%	0	0%
	難しかった	2	25%	0	0%	0	0%
	小児科医のため、回答しない	1	13%	1	11%	1	11%
【多職種連携会議について】多職種で情報を持ち寄ることで、一人（一職種）で判断するよりも、対象児への理解が深まりましたか？	非常に深まった	3	38%	5	56%	4	44%
	深まった	4	50%	3	33%	5	56%
	どちらともいえない	0	0%	1	11%	0	0%
	あまり深まらなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	全く深まらなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	多職種連携会議に参加していないため回答しない	1	13%	0	0%	0	0%
【多職種連携会議について】会議を通して、今後の支援方針や保護者へのアドバイス内容が明確になりましたか？	非常に明確になった	1	13%	4	44%	2	22%
	明確になった	5	63%	4	44%	7	78%
	どちらともいえない	1	13%	1	11%	0	0%
	あまり明確にならなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	全く明確にならなかった	0	0%	0	0%	0	0%
	多職種連携会議に参加していないため回答しない	1	13%	0	0%	0	0%
【多職種連携会議について】会議の実施時間は適切でしたか？	長すぎた	5	63%	0	0%	0	0%
	やや長かった	1	13%	3	33%	1	11%
	適切だった	1	13%	6	67%	8	89%
	やや短かった	1	13%	0	0%	0	0%
	短すぎた	0	0%	0	0%	0	0%
	多職種連携会議に	0	0%	0	0%	0	0%

	参加していないため回答しない						
【小児科医以外の方へ】 会議中、小児科医への情報共有や連携はスムーズに行えましたか？	非常にスムーズだった	1	13%	4	44%	2	22%
	スムーズだった	2	25%	2	22%	4	44%
	普通	2	25%	2	22%	1	11%
	やや難しかった	1	13%	0	0%	1	11%
	難しかった	0	0%	0	0%	0	0%
	小児科医のため回答しない	1	13%	1	11%	1	11%
	多職種連携会議に参加していないため回答しない	1	13%	0	0%	0	0%
【小児科医以外の方へ】 会議に小児科医が参加することに意義があると感じましたか？	強くそう思う	4	50%	6	67%	6	67%
	そう思う	4	50%	2	22%	2	22%
	どちらともいえない	0	0%	0	0%	0	0%
	あまりそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
	全くそう思わない	0	0%	0	0%	0	0%
	小児科医のため回答しない	0	0%	1	11%	1	11%
	多職種連携会議に参加していないため回答しない	0	0%	0	0%	0	0%

(自由記述) 今回の健診で、特に良かった点・印象に残ったこと、また、運営準備・当日の動き・チーム連携などにおいて、改善すべき点や次回取り入れたい工夫があれば教えてください。

<第1回>

- 保育園の協力があり、保護者の事前アンケートの提出や健診受診への意識につながったと思います。健診の持ち場に入ってしまうと、他の職種の動きや待ち状況に気を向けることができませんでした。スタート前に少しの時間でもスタッフ全員で流れや時間の目安の確認ができるとよいでしょうか。今回は、多職種連携会議に出席できなかったですが、診察医のカンファ参加は貴重であり今後も引き続きお願いしたいです。※スマホで回答を試みたのですが、送信できたかわからなかったもので、パソコンからも回答してしまいました。ダブっていたらこちらを残してください。
- 待ち時間も含めて子どもたちの観察時間を長く取れると理学療法士や心理士は状況を把握しやすい。観察時間を見守るための保育士の配置が必要になるが検討いただけるとありがたい。
- 良かった点・印象に残ったこと → 過去の健診での相談歴がない方も相談に入ってくれた → 他職種の視点、見解を知れた 改善すべき点・次回取り入れたい工夫 → 対象児について事前情報の確認 → 観察場面をもう少し増やせないか(待ち時間を有効活用できないか) → 相談時間の配分・確保 → 相談場面の環境設定
- 前の問診から、時間差で流れてくる為 子どもを待たせることなく1人ずつ検査することができた。塗り絵をして待っているのは、子どもが落ち着いて座って待てるので良かった。
- 多職種連携の際に、意見の相違が出る前提なので、断定的にお伝えすることはよくな

いと思いました。

<第2回>

- 一人の子どもについて大人10名以上で考える場合は素晴らしいと思いました。
- 心理士、理学療法士は集団の場で観察しながら相談ができると良いと思いました。
- 他職種会議のあり方 忙しい保育士さんへの待ち時間を減らす工夫がしたいです
- 連携がよくとれて、流れもスムーズで大変良かったとおもいます。各、専門の先生たちからも子どもの様子や貴重なお話を聞くこともできて、今後の保育の現場で役に立つことが多く 大変、参考になりました。
- PCで情報共有できたことで遠隔でも多職種が一体になれると感じた。事前情報は紙面でいただければ良かった。

<第3回>

- コメディカルとして医師の判断を仰いだ上でお子さんや親御さんと関わるのができるのはとても安心できます。
- 次回は12~13人/回のため、とても時間がかかると思います。スムーズに行うための時間配分をまた考えていけたらと思います。今年度は大変お世話になりました。またよろしくお願い致します。
- 3歳児健診から就学時健診まで期間があいてしまう為、5歳児健診を取り入れる事で支援が必要だったり、療育へと繋がる事ができたりするので、非常に良いと思います。

(4) 実際の様子



左上：保育士による行動観察

左下：保健師による問診

右上：小児科医によるオンラインでの5歳児健診

右下：多職種連携会議（小児科医はオンラインで参加）

5. 考察

本研究では、小児科領域における「対面接点連携型オンライン診療」として、看護師介在モデルと多職種連携モデルの2つを実際の地域フィールドで実施した。その結果、オンライン診療における課題である診療情報の不足を、現地にいる専門職が補完することで、小児医療アクセスの改善、保護者の安心感の向上、そして一定の診療・健診の質の担保につ

ながる可能性が示された。特に、小児科医が不足する地域や、休日・夜間の健診体制の確保が困難な地域において、本モデルは既存の医療・保健体制を補完する選択肢となりうると思われる。

看護師介在モデルは、休日・夜間帯の潜在的な医療ニーズに対する適切な受け皿として機能した。受診者の多くが「かかりつけ医の休診」や「すぐ診てほしい」ことを理由に挙げており、当外来がなければ「不安とともに自宅で様子を見ていた」保護者が多数を占めた。救急外来を受診するほどではないが、保護者のみの判断では不安が大きい小児軽症患者に対して、予約制で小児科医に相談できる場を提供した意義が確認された。また、現地に看護師が介在し、胸の音、咽頭所見、迅速検査等の客観的情報を直接取得できたことが利用者の満足度に繋がっていた。従来のスマートフォン越しでの情報のみに依存するオンライン診療とは異なり、看護師が医学的情報を補完することで、「通常の対面診療と同等かそれ以上に満足」という高い評価に繋がったと考えられる。安全性については、経過調査において症状の悪化や救急外来の受診例が確認されなかったことから、対象患者に対して一定の安全性をもって実施できたと考えられる。また、通信環境の遅延、看護師1名体制での業務負担、設備面（乳幼児を寝かせるスペース等）といった運用上の課題も明らかになったが、これらは施設設計や人員配置、業務フローの最適化によって改善可能な範囲であると考えられる。

多職種連携モデルの5歳児健診への導入においては、就学時健診だけでは見逃されがちな発達特性や生活上の困りごとの把握、そして必要な支援（心理士・理学療法士への相談、専門機関への接続等）への連携を実践することができた。現地の保健・保育職が日常的に把握している情報と、オンラインで参加する小児科医の専門的判断を組み合わせることで、小児科医不足地域でも充実した健診体制を構築できる可能性が示された。保護者アンケートでは、対面、オンラインに関わらず小児科医への相談への満足度は高く、事前情報や多職種からの情報共有が機能していれば、オンラインでの関与でも保護者に十分に受け入れられることが確認できた。また、本モデルは回を重ねるごとに情報共有方法や動線が改善され、満足度や連携のスムーズさが向上した。クラウド（OneDrive等）の活用により、遠隔地からでも多職種が一体となって支援方針を検討できるようになった点は成果であった。今後の課題としては、事前情報の標準化とよりスムーズな共有システムの構築、健診当日の待ち時間の有効活用、健診後フォローの標準化などが挙げられる。

両モデルの検証から、現地で情報を取得し、患者・保護者を支援し、必要に応じて医師へ橋渡しをする専門職（看護師、保健師、保育士、心理士等）の存在は、「医師と患者を単純にオンラインでつなぐ」だけでは実現できない、オンライン診療の質の向上に寄与することが示唆された。対面接点連携型オンライン診療は、「オンラインか対面か」という二項対立ではなく、遠隔の医師の専門性と現地専門職の観察・支援を組み合わせ、相互の限界を補完し合う仕組みであるといえる。

本研究にはいくつかの限界が存在する。第一に、実証が限られた地域、期間、比較的小数の対象者で行われたため、他地域や通年運用への一般化には慎重を期す必要がある。第二に、保護者アンケートを中心とした主観的評価が主であり、対面診療との診断精度の比較、費用対効果、医療従事者の業務時間、救急受診抑制効果などの定量的評価が十分ではない。第三に、看護師介在モデルでは、新しい取り組みに関心を持つ層が利用したことによる選択バイアスの影響が考慮される。第四に、診療後経過アンケートの回収率が一定にとどまり、未回答者の詳細な経過が把握できていない。今後は、対象地域と実施期間を拡大し、通年での利用状況、季節変動、疾患別の適応、運用コストなどを詳細に検証する必要がある。併せて、各職種の役割分担や各種基準の標準化を進め、どの自治体や医療機関でも再現可能な運用モデルとしてパッケージ化することが求められる。

6. 結論

本研究を通じて、看護師や多職種が現地で介在する「対面接点連携型オンライン診療」は、小児医療における診療情報の不足というオンライン特有の課題を克服し得る手法であることが実証された。本モデルは、休日夜間の小児軽症患者に対する安全なアクセス確保や保

護者の不安軽減、さらには小児科医不足地域における質の保たれた 5 歳児健診体制の維持に貢献しうることが示された。

オンライン診療の安全性の研究

市村 尚之^{1) 2)}、原田 昌範^{1) 2) 3)}、阿江 竜介³⁾

1) 山口県立総合医療センター へき地医療支援部、2) 山口県防府保健所、3) 自治医科大学 地域医療学センター 公衆衛生学部門

【研究要旨】

目的 オンライン診療は当初、離島・へき地で限定的に導入され、その後 D to P with N モデルの普及や COVID-19 による規制緩和を契機に急速に拡大した。一方で、不適切な運用や多職種の役割整理の不十分さにより現場の混乱も生じた。近年の感染症流行を踏まえ、オンライン診療は対面診療を補完する重要な手段として期待されるが、その安全性については十分に検証されていない。対面診療とオンライン診療の安全性を比較することを目的とする。

方法 防府市休日夜間診療所を受診した対面診療患者、オンライン診療患者を受診した呼吸器症状が主訴の患者に対してアンケート調査を実施した。調査項目は受診日・性別・名前・2 日後の状態（改善した、別の医療機関を受診した、入院した）であり、分析は記述統計を行った。

結果 対面診療群の回答は 52 名（回収率：約 10%）であった。その内、呼吸器症状が主訴であった者は 49 名であった。症状の改善状況については 40 名（81.6%）が改善し、9 名（18.4%）が改善なしであった。その 9 名が別に医療機関を受診していた。入院した患者は 0 名であった。オンライン診療については、123 名の患者が受診し、回答は 62 名（回収率：50.4%）であった。症状の改善状況については 59 名（95.2%）が改善し、3 名（4.8%）が改善なしであった。受診翌日以降の医療機関受診については、47 名（75.8%）が受診なし、15 名（24.2%）が受診ありであった。入院した患者は 0 名であった。回収率が低いことから、比較は困難であると考え、記述統計に留めた。

結論 回収率が低いため、オンライン診療の安全性について示すことはできなかった。回収率を高めるために、対面診療群についても電話フォローアップなど確実にアンケートを回収する方法で行う必要がある。

A. 研究目的

オンライン診療は、当初は離島やへき地といった医療資源が限られた地域において、限定的に導入・実施されてきた 1)。その後、患者が看護師と同席している場合に行う D to P with N のオンライン診療が提唱され 2)、実践されるようになった。さらに、COVID-19 の流行を契機として、オンライン診療に関する規制が一時的に大幅に緩和され、多様な現場で導入が進んだ一方で、不適切な使用例も散見されるようになった。医師が近くにいない状況下で保健師や看護師が実施する医行為の範囲が十分に整理されておらず、保健所や医療機関の現場で混乱を招

き、業務の逼迫につながった事例も報告されている。令和7年にはインフルエンザが久しぶりに大規模流行し、特に年末年始においては、全国の医療機関が新型コロナウイルス感染症流行期を上回る数の対応を余儀なくされた。こうした状況からも明らかのように、今後の新たなパンデミックのみならず、季節性の感染症による流行拡大にも備える必要がある。そのため、オンライン診療は、対面診療のみでは対応が困難な医療需要に対して有効な代替手段となり得る新たな診療形態として、その可能性が期待されている。対面診療と比較して、オンライン診療における安全性については明らかになっていな

い。一般的にはオンライン診療を受診する患者は軽症であることが前提であるが、対面診療またはオンライン診療に振り分ける段階からオンライン診療実施後までの安全性について明らかにする。

B. 研究方法

1. 調査概要と研究デザイン

オンライン診療患者を軸に、対面診療患者をマッチングさせ、有害事象を比較する研究デザイン。

1. 1. 調査対象

防府市休日夜間診療所を受診した呼吸器症状が主訴の対面診療患者とオンライン診療患者。

1. 2. 調査方法

2025年10月から2026年3月までの5か月間に受診した対面診療患者を対象に、QRコードを添付した用紙（資料①）を配布し、受診2日後に当該コードを読み取ってアンケートに回答してもらった。一方、オンライン診療患者については、2024年10月から2026年1月までに受診した患者を対象とし、従来どおり受診2日後に電話によるフォローアップを実施した。対面診療患者の選定にあたっては、「オンライン診療の初診に関する提言」3)を参照し、オンライン診療の初診に適さない症状に該当しない症例（重症例を除く）を対象とし、オンライン診療患者との比較を行った。防府市休日夜間診療所の診療体制として、オンライン診療は防府市が株式会社ジェイエムインテグラルに委託しており、週4回（19時～22時）、東京在住の医師が担当し、受診2日後に同社が患者へ電話フォローアップを行う体制である。一方、対面診療は、日曜日・祝日・年末年始の9時～17時に、防府医師会所属の医師が担当している。

1. 3. 調査項目

基本属性（性別、年齢、既往歴）を問診票

から聴取した。後日、電話で症状の改善の有無・再診の有無・入院の有無を調査した。

2. 統計解析

対面診療・オンライン診療の2群について記述統計を行った。

3. 倫理的配慮

対象者には、研究目的と内容について文書で説明し、アンケートの最初に同意する項目を作成し、同意を選択した者を対象とした。本研究は、地域医療振興協会倫理審査委員会（承認番号：20250814-02）の承認を受け実施した。

C. 研究結果

対面診療については、約500名に配布し、回答は52名（回収率：約10%）であった。その内、呼吸器症状が主訴であった者は49名であった。症状の改善状況については40名

（81.6%）が改善し、9名（18.4%）が改善なしであった。その9名が別に医療機関を受診していた。入院した患者は0名であった。オンライン診療については、123名の患者が受診し、回答は62名（回収率：50.4%）であった。症状の改善状況については59名（95.2%）が改善し、3名（4.8%）が改善なしであった。受診翌日以降の医療機関受診については、47名（75.8%）が受診なし、15名（24.2%）が受診ありであった。入院した患者は0名であった。

対面診療の回収率が低く、妥当性が低いと考えられ、比較は難しいため、検定は行わず、今回は結果の記述に留めた。

D. 考察

本研究ではアンケートの回収率が低く、十分な比較検討を行うことが困難であった。今後の研究計画としては、本年度の反省を踏まえ、オンライン診療患者に加えて対面診療患者についても電話によるフォローアップを実施し、回収率の向上を図る。

また、対面診療患者については、呼吸器症状、性別、年齢、既往歴などの背景因子を可能な限り一致させた対象を選定し、比較可能な群

を構築することを目指す。さらに、オンライン診療の予後を適切に評価するため、対面診療群についても継続的かつ確実なフォローアップを実施する。

E. 結論

PML サーベイランス事業のデータベースを用いて、本邦の PML の疫学像を明らかにした。データベースに登録された症例数が年々増加してきており、以前と比較して信頼度の高い結果（より正確な PML の疫学像）が得られるようになりつつある。一方で、調査の悉皆性の向上が今後の課題と言える。さらに、診断（判定）が非常に困難な症例も存在しており、診断精度の向上を含めた主治医への支援体制の構築も今後の課題である。

F. 参考文献

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許の取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

（資料①）

防府市休日診療所を受診した方へ

←

【アンケートのご案内】←

このたび、防府市休日診療所では発熱、鼻水・せき・のどの痛みなどの呼吸器症状で受診された方を対象に、アンケートをお願いしております。←

当診療所では、対面診療に加えてオンライン診療も行っており、オンライン診療を受けられた方には、2日後に症状の経過を確認しています。↓

今回、対面で診療を受けられた方についても、同じように症状の変化をお伺い
することになりました。←

←

【アンケートの目的】←

このアンケートは、対面診療とオンライン診療を比較して、安全性や効果を
確認することを目的としています。↓

新型コロナウイルス感染症をきっかけに広がったオンライン診療を、今後の
新しい感染症や季節性の流行時に上手に活用することで、医療機関の混雑を
減らし、限られた医療資源を有効に使うことを目指しています。また、通常時に
おいても救急医療の負担を軽くし、地域全体の医療体制をよりよくすること
につながります。←

ご協力頂ける方は、以下のQRコードを読み取って、ご回答ください。←

←

受診した日から2日後に以下のQRコードを読み取り、
アンケートにご協力下さい。1分で終了します。
(例:11月12日に受診した場合は11月14日にご回答下さい。)



←

【問い合わせ先】←

山口県立総合医療センター へき地医療支援部 e-mail: m11005ni@jichi.ac.jp←

オンライン診療（D to P with N）における看護師の医行為等の

現状と課題に関する研究

古城隆雄¹、大平光子²、家根明子²、中嶋裕^{3,7}、小泉圭吾⁴、西村謙祐⁵、原田昌範^{6,7}

¹ 埼玉県立大学保健医療福祉学部

² 周南公立大学人間健康科学部看護学科

³ 山口市徳地診療所

⁴ 鳥羽市立神島診療所

⁵ 岩国市立本郷診療所

⁶ 公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

⁷ 山口県立総合医療センターへき地医療支援部

目的 へき地医療において、看護師が患者に同行するオンライン診療（D to P with N）は、質の高い医療提供の鍵となるが、その実態は十分解明されていない。本研究は、D to P with N を経験した医師・看護師を対象に、看護師の役割や課題、今後のニーズを明らかにすることを目的とした。

研究デザインと方法 医師・看護師 81 名を対象に自記式オンライン調査を実施。医行為の経験や課題を記述統計および統計学的検定を用いて分析した。

結果 看護師によるアセスメント行為（バイタル測定 85.2%、聴診 67.9%等）の実施率は極めて高く、遠隔診療における身体診察の制限を補完する重要な役割を担っていた。統計的に、特定行為研修修了者は一般看護師より侵襲的な医行為を有意に多く実施しており（ $p<0.05$ ）、勤続年数と経験数にも正の相関が認められた（ $\rho=0.42$, $p<0.01$ ）。実施場所は患者宅のほか医療 MaaS（Mobility as a Service）等へ多様化していた。今後の医行為等への展望については、医師と看護師での今後の医行為等への実施希望に相違がみられた。また、医師、看護師両者とも、通信トラブルやトラブルへの対応、通信環境整備の必要性、オンライン診療の質担保、オンライン診療の法的解釈の不明瞭さ、診療報酬に関する課題を指摘していた。

結論 看護師は単なる機器操作補助に留まらず、高度な診療補助を担う不可欠な存在である。質の維持には、特定行為研修修了者の活用や運用の標準化、さらに通信インフラ整備と診療報酬の適正化が求められる。

キーワード 看護師が同席するオンライン診療（D to P with N）、医行為、特定行為研修修了看護師、看護アセスメント、へき地遠隔医療

A 目的

人口減少・高齢化が急激に進むへき地において、持続可能な医療へのアクセスを保持するためには、対面診療に加えて、オンライン診療を活用することが必要である^{1,2)}。しかし、高齢者は単独でオンライン診療を受けることには大きな不安があり、通常は看護師が患者の側にいて様々な支援を行う。看護師が

いることで、オンライン診療の機器操作がスムーズになることはもちろんのこと、遠隔地の医師とのコミュニケーションが円滑になり、医師の指示の下、さまざまな診療の補助行為等（以下、医行為等）を行うことによって、患者単独でオンライン診療を受診するよりも質の高い診療を受けることができる。

しかし、患者の側に看護師がいるオンライ

ン診療（D to P with N）により、どういった医行為等がなされているのか、また実施上の課題、今後のニーズがあるかは明らかにされていない。そこで、本研究では、オンライン診療（D to P with N）を経験した医師、看護師を対象に調査を行う。オンライン診療（D to P with N）における看護師の医行為等の経験や課題等を明らかにすることが目的である。

B 研究デザインと方法

1 調査概要と研究デザイン

本研究は、令和7年度厚生労働科学特別研究事業（オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究：25CA2011）の調査データを二次利用した横断研究である。

本研究は、公立社団法人地域医療振興協会倫理審査・利益相反審査委員会にて承認を受け（承認番号：20250814-02）、無記名の自記式調査であり、個人は特定されない。

1.1. 調査対象

オンライン診療（D to P with N）を実施した経験のある全国の医師、看護師。日本遠隔医療学会やへき地遠隔医療推進協議会で回答を呼びかける機縁法により募集した。

1.2. 調査方法

無記名自記式オンライン調査を2025年9月1日～11月30日に実施した。

1.3 調査項目

まず、基本属性として、職種、勤務先、勤務年数、特定行為研修修了の有無、オンライン診療を行った際の患者の場所について確認した。

2番目に「検査行為（採血、尿検査、超音波検査、咽頭拭い液採取など）」、「注射行為（皮下注射、静脈内注射、点滴など）」、「処置行為（創傷処置、酸素吸入など）」などの3つカテゴリーに分けて看護師の医行為の経験について確認し、医行為以外の経験について「アセスメント（問診、バイタル測定、酸素飽和度測定など）」と「生活指導、社会資源、関係者との連携等」の2つのカテゴリーに分けて、それぞれ複数選択肢を用意して確認した。

3番目は、オンライン診療（D to P with N）で想定される看護師による医行為等を、厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討WG（第25回：平成24年8月30日）」において検討された医行為（248行為）から、絶対的医行為（7行為）を除外し、診療所およ

び居宅で行う可能性があり、安全性等の観点から望ましくない行為や手術は除き、原則として医行為でない行為（令和7年厚生労働省医政局事務連絡）の39行為を加えるなどして、最終的にアンケート調査項目として134項目まで整理した。この134項目毎に、経験できた場合の理由をA～C（A：経験やスキル、B：事前のトレーニング、C：特定行為研修を受けた）で確認し、経験がない場合は、今後の実施希望の有無（D：あり、E：なし）についても確認した。

最後に、実際のオンライン診療（D to P with N）の経験から「医師と患者」の関係における課題や「医師と看護師」の関係における課題について複数選択肢を用意して確認し、その他、困っていることや制度に関する要望等については、自由記載として質問した。

2 解析方法

調査項目毎に記述統計を行った。職種間（看護師と特定行為研修修了看護師）の比較には、カイ二乗検定（または期待度数が少ない場合はフィッシャーの直接確率検定）を用い、勤続年数と医行為経験数の関連については、スピアマンの順位相関係数を用いて解析した。有意水準は5%未満とした。なお、解析にはEZR (Easy R) (自治医科大学附属さいたま医療センター)を使用した。

医師及び看護師の自由記載から、オンライン診療及びD to P with Nに関する記述を抽出し、記述内容の類似性に基づき、記述の意味内容を表すサブカテゴリーに分類し、さらに、抽象度を上げてカテゴリーに分類した。

C. 結果

1 対象者の属性（表1）

本調査の有効回答数は81名であった。職種の内訳は、医師38名（46.9%）、看護師37名（45.7%）、特定行為研修修了看護師6名（7.4%）であった。主な勤務先は診療所50名（61.7%）が最も多く、次いで病院24名（29.6%）であった。

2 オンライン診療の実施場所（表1）

看護師が患者に同行するオンライン診療（D to P with N）において、患者の所在場所は「患者宅」が43名（53.1%）と最多で、次いで「診療所」36名（44.4%）であった。医療MaaS（Mobility as a Service）12名（14.8%）、高齢者施設10名（12.3%）、公民館等の公共施設10名（12.3%）などの場所でもオンライン診療（D to P with N）が実施されていた。

3 カテゴリー別看護師の経験（図1）

看護師による「検査行為」では、血液検査が47名（58.0%）と半数を超え、次いで、咽頭拭い液を用いた検査26名（32.1%）、尿検査21名（25.9%）、心電図21名（25.9%）が続く、超音波検査については10名（12.3%）と、実施率は限定的であり、「経験なし」の回答は22名（27.2%）だった。

看護師による「処置行為」では、創傷処置が32名（39.5%）と最も多く、次いで皮膚科軟膏処置13名（16.0%）、一時的導尿11名（13.6%）の順だった。酸素吸入、排便、バルーンカテーテル管理はいずれも10名ずつの実施経験が確認された。一方で、「経験なし」と回答した者が43名（53.1%）に達しており、特定の症例や習熟度に依存する傾向が見られた。

「注射行為」は、全カテゴリーの中で最も実施経験が少なく、「経験なし」が50名（61.7%）と6割を超えた。実施された項目の中では点滴注射が24名（29.6%）で最多で、皮内・皮下・筋肉内注射18名（22.2%）、静脈内注射15名（18.5%）と続いた。

看護師による「アセスメント行為」は全カテゴリーの中で最も実施率が高く、具体的には、バイタル測定（呼吸・脈拍・体温・血圧等）が69名（85.2%）、酸素飽和度の測定が63名（77.8%）、身体診察の補助として、疼痛部位の確認58名（71.6%）や聴診器による聴診55名（67.9%）も高い割合を占めていた。また、生活環境に関する問診（50名）や写真・動画撮影による状況把握（44名）も半数以上のケースで行われており、「経験なし」とした回答はわずか2名に留まった。

「生活指導、社会資源、関係者との連携等」のカテゴリーでは、生活指導が49名（60.5%）と最も多く、連携業務においては、家族・キーパーソンへの連絡35名（43.2%）や医療・保健・福祉職との情報共有34名（41.9%）だった。社会資源の導入21名（25.9%）や医療廃棄物の処理18名（22.2%）などの実務的な支援も一定数存在しており、「経験なし」は20名（24.7%）だった。

4 職種による医行為経験の差（看護師 vs 特定行為研修修了看護師）

全134項目の医行為において、「実施経験あり（回答A,B,Cの合計）」の割合を、一般の看護師（n=37）と特定行為研修修了看護師（n=6）で比較した。カイ二乗検定（および期待度数が少ない場合はフィッシャーの直接確率検定）を用いた結果、特定行為研修修了者

は、一般の看護師と比較して、侵襲的な医行為（脱水の程度判断と輸液による補正、病態に応じたインスリン投与量の調整等）の実施経験が有意に高かった（ $p<0.05$ ）。特に「超音波検査の実施・補助」や「点滴注射」などの項目において、特定行為研修修了者はその資格を背景とした高い実施率（回答C）を示している。

5 勤続年数と医行為経験の相関

卒業後の総勤務年数と、実施経験のある医行為の総数（アセスメント、検査、処置等の合計）について、スピアマンの順位相関係数を用いた解析を行った。その結果、勤続年数と医行為の経験数には正の相関が認められた（ $\rho=0.42$, $p<0.01$ ）。特に「創傷処置」や「問診による詳細な情報収集」において、勤続20年以上の看護師は、若手看護師よりも有意に多くの経験を有していた。

6 特定の医行為等の実施経験と今後の希望（表2）

全134項目の医行為等に関する詳細調査では、医師と看護師で134医行為等の経験と今後の実施予定への見解が異なった。134行為全体では、実施経験がある（A～C）者は、医師9.7%に対し、看護師は6.7%であった。また、今後の「実施希望」については、医師全体では、134行為中46.0%の行為に対し実施希望と回答したのに対し、看護師全体では18.1%の回答に留まった。一方、今後も「実施予定無し」は、医師全体では134行為中44.3%行為であったのに対し、看護師全体では73.0%であり、看護師の方が今後の実施予定を希望していない項目が多かった。

7 オンライン診療の課題（自由記述の分析結果）

1) 医師

医師による44の記述内容は19のサブカテゴリー、8のカテゴリーに分類された。サブカテゴリー、カテゴリーは表3に示した。

医師が認識している、困っていること、制度に関する要望等は【通信トラブル】、【指針の不明瞭さ】、【診療の質担保の難しさ】、【オンライン診療のための業務調整】、【診療報酬上の課題】、【利点を活かさない実情】、【利点を活かすための設備・拠点の整備】、【へき地における薬剤処方の課題】であった。具体的には、スタッフの不慣れによるトラブル時の対応の困難さやオンライン診療での実施可能な範囲や法制度の不

明瞭さによる現場での判断の難しさや迷い、看護師の経験の差によって診療の質に差が生じること、オンライン診療を全体の診療業務に組み込む困難さの実例が示された。また、地域拠点整備や場面を絞ってオンライン診療の利点を活かす必要性、院内処方の規制緩和の必要性が示された。

2) 看護師

看護師による90の記述内容は24のサブカテゴリー、13のカテゴリーに分類された。サブカテゴリー、カテゴリーは表4に示した。

看護師が認識している、困っていること、制度に関する要望等は【通信トラブル】、【患者の負担】、【良好な通信状況確保】、【オンライン診療の質担保】、【診療報酬の課題】、【コスト効率の悪さ】、【オンライン診療で可能な範囲の明確化】、【医師との時間調整の困難さ】、【オンライン診療で求められるスキル】、【患者の理解/協力の得にくさ】、【オンライン診療環境の整備不足】、【オンライン診療の有用性への期待】であった。具体的には、通信トラブルへの対応困難、通信不良による患者への負担、会計や処方薬受け取りの負担の実例が示された。また、診療の質が通信状況に左右されるため、良好な通信状況の確保の必要性が示された。制度に対する要望等では、オンライン診療における実施可能な範囲や指針の明確化、コスト効率に見合う診療報酬の設定、設備投資や人材確保の必要性が示された。

D. 考察

本研究の結果、看護師が患者に同行するオンライン診療（D to P with N）において、看護師は機器操作の補助に留まらず、遠隔地の医師に代わる高度な「アセスメント」および「診療補助」の担い手として不可欠な役割を果たしている実態が明らかになった³⁾。

第一に、看護師によるアセスメント行為（バイタル測定 85.2%、聴診 67.9%等）の実施率が極めて高く、「経験なし」がわずか2名であった点は、D to P with Nの最大の強みを示している。医師側が課題として挙げた「触診ができない（31名）」「患部を詳しく観察できない（30名）」という身体診察の制限に対し、現地看護師によるリアルタイムのアセスメン

トは、オンライン診療の質を対面診療に近づけるための鍵となっている^{2,3)}。

第二に、職種および経験年数が実施医行為の範囲に有意な影響を与えていることが統計的に裏付けられた。特定行為研修修了看護師が、一般看護師と比較して侵襲的な医行為（インスリン調整や脱水補正等）を有意に多く実施している点（ $p<0.05$ ）は、高度な専門教育を受けた看護師の戦略的な配置が、オンライン診療で提供可能な医療サービスの質と範囲を拡大させることを示唆している。また、勤続年数と医行為経験数の正の相関（ $\rho=0.42$, $p<0.01$ ）を認め、標準的なトレーニングプログラムや運用のプロトコル化が急務である。

第三に、実施場所が「患者宅（53.1%）」だけでなく、「医療 MaaS（14.8%）」や「公共施設（12.3%）」へと多様化している点は、へき地医療におけるアクセシビリティ向上の新たな可能性を示している^{4,5)}。しかし、これに伴い「通信環境の不安定さ（自由記述）」や「ICT デバイス操作への習熟度（20名）」といったインフラ・教育面での課題が顕在化している。特に山間部等では電波状況が良くないために診療時間が長引き、全体のスケジュールを圧迫している実態があり、公衆衛生的な観点からは、通信インフラへの公的支援と、効率的なワークフローの構築が不可欠である⁶⁾。

第四に、医師と看護師での今後の医行為等への実施希望に相違がみられたことである。医師の方が今後は医行為等を実施したいと回答している。オンライン診療でできる診療の幅、質を向上させたいという理由のほか、医師は経験やスキルが異なる複数の看護師を念頭に回答しているために、実施希望の医行為等の項目が多くなったと思われる。一方、看護師は自身の経験やスキルを念頭に回答しているため、今後実施したい医行為等に対する回答が少なかったと推察される。オンライン診療において、医行為等の幅を広げる際には看護師は不可欠な存在であることから、両者のコミュニケーションの充実や看護師の技能向上が欠かせないと推察される。

第五に、医師、看護師に共通して、通信トラブルやトラブルへの対応、通信環境整備の必要性、オンライン診療の質担保、オンライン診療の法的解釈の不明瞭さ、診療報酬に関する課題が指摘されていた。看護師の観点では、医師との時間調整の難しさや患者に理解を得ることの困難さ、オンライン診療環境の整備

不足を認識する一方で、医療安全やどこにいても同じ医療が受けられることへの期待も示された。

最後に、今後のニーズとして「12 誘導心電図」や「超音波検査」への高い実施希望が示された一方で、現状の注射行為の低さは、法的・制度的な境界線の曖昧さや、侵襲的な行為に対する看護師の責任の大きさ、拘束時間に見合わない診療報酬体系が障壁となっている可能性がある。D to P with N のオンライン診療を普及させていくためには、特定行為研修修了者の活用推進とともに、看護師の役割を正當に評価する報酬が必要である。

本研究の強みは、オンライン診療（D to P with N）の診療報酬制度が導入されて2年以内に実施されたものであり、オンライン診療を経験した医師や看護師がまだ多くないことから貴重な資料となりうる。ただし、本調査時点では、D to P with N について診療報酬上の加算が導入されていたのは「離島へき地」のみであるため、結果の解釈には注意が必要である。

E. 結論

本調査により、D to P with N 形式のオンライン診療における看護師は、アセスメントから検査、注射、処置に至るまで多面的な診療補助を担い、特に専門的な研修や豊富な臨床経験がその実施範囲を広げていることが明らかになった。一方で、看護師のスキルによる格差、身体診察の制限、通信環境の整備、経済的な採算性といった多職種が直面する具体的な課題も浮き彫りとなった。

今後は、医療 MaaS を含む多様な実施形態に対応した明確なガイドラインの策定、特定行為研修修了者の戦略的活用、および通信インフラ整備と診療報酬の適正化を推進することで、へき地における持続可能かつ質の高い医療提供体制を構築することが求められる。

F 健康危険情報

該当なし

G.研究発表

該当なし

H.知的財産権の出願、登録状況

該当なし

文献

- 1) 古城隆雄, 阿江竜介, 西村謙祐, 原田昌範. へき地住民のオンライン診療・服薬指導に対する利用意向. 日本公衆衛生雑誌 2025 年 10 月;72(10):783-792.
- 2) 原田昌範. へき地・離島医療における D to P with N 型オンライン診療の現状と課題. 月刊地域医学 2022 年 5 月;36(5):398-403.
- 3) 中丸俊英, 飯田恭子. 看護師が介在するオンライン診療における看護の役割: 文献レビューによる検討. 日本看護科学会誌 2023 年 12 月;43:542-50.
- 4) 原田昌範. 地域医療における医療 MaaS とオンライン診療の融合: 持続可能な医療提供体制の構築に向けて. 月刊地域医学 2023 年 10 月;37(10):812-17.
- 5) 原田昌範. 山口県におけるオンライン診療の推進と地域包括ケアシステムの深化. 月刊地域医学 2021 年 8 月;35(8):654-58.
- 6) Kruse CS, Karem P, Shifflett K, et al. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. J Telemed Telecare 2018 Jan;24(1):4-12.

表1 基本属性(職種、主な勤務先、オンライン診療の実施場所)

項目	区分	人数	割合(%)
職種	医師	38	46.9
	看護師	37	45.7
	特定行為研修修了看護師	6	7.4
主な勤務先	診療所	50	61.7
	病院	24	29.6
	訪問看護ステーション・その他	7	8.6
実施場所(複数回答)	患者宅	43	53.1
	診療所	36	44.4
	医療MaaS	12	14.8
	高齢者施設*	10	12.3
	公民館等の公共施設	10	12.3

*高齢者施設は、「有料老人ホーム、グループホーム(6名)」と「介護施設(4名)」の合計

n=81

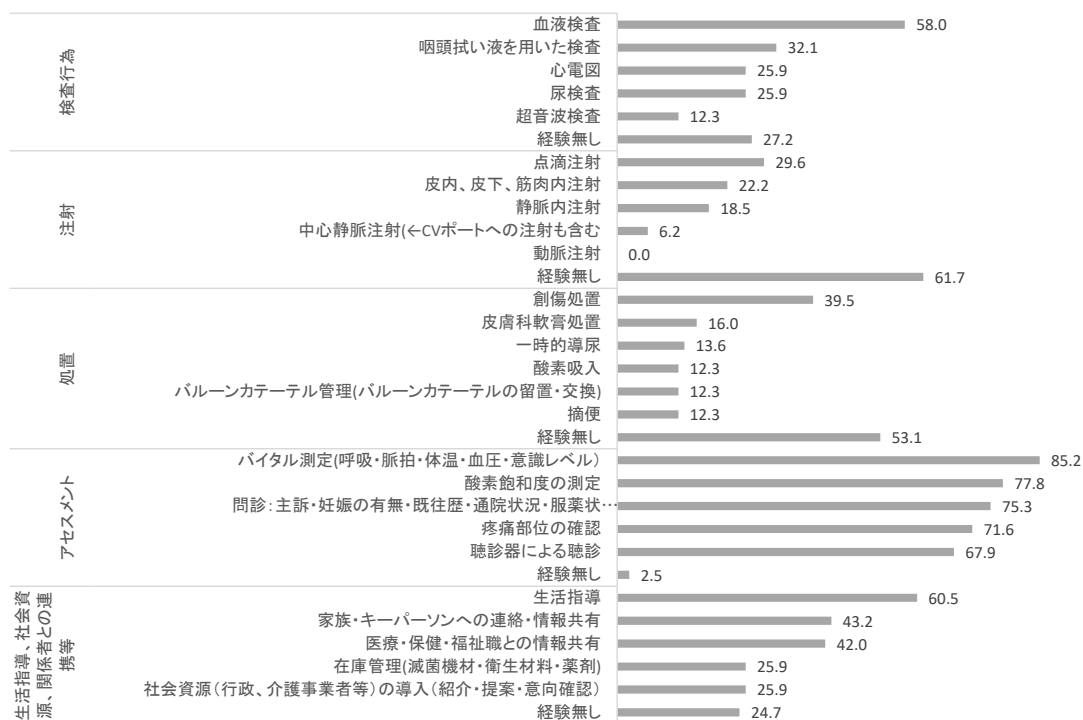


図1 看護師の医療行為等の種類別、経験上位5行為(%) n=81

表2 134医行為等に関する医師と看護師の経験と今後の実施希望の割合

	医師	看護師
A 看護師(経験・スキル有)実施経験あり	8.1	5.7
B 看護師(事前トレーニング後)実施経験あり	0.7	0.6
C 看護師(特定行為研修)実施経験あり	0.9	1.3
D 経験なし(今後は実施希望)	46.0	19.4
E 経験なし(今後実施予定なし)	44.3	73.0

※医師38名、看護師43名

表3 医師のオンライン診療に関する認識(自由記述)

【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
通信トラブル	スタッフの不慣れによるトラブル時の対応困難
	通信不良
指針の不明瞭さ	実施可能な範囲の不明瞭さ
	法制度の不明瞭さ
診療の質担保の難しさ	オンライン診療で求められるスキル
	看護師の経験による診療の質の差
	オンライン診療の限界
オンライン診療のための業務調整	全体の診療業務への組み込み方が難しい
	対面診療とオンライン診療の両立
診療報酬上の課題	診療報酬における課題
利点を活かさない実情	利点を活かさない実情
利点を活かすための設備・拠点の整備	高性能の機器を用いた診療の質担保
	地域拠点整備の必要性
	場面を絞ってオンライン診療の利点を活かす
	コストを抑える方法
	診療可能環境への移動困難
へき地における薬剤処方等の課題	オンライン診療の体制構築の課題
	院内処方に関する規制緩和

表4 看護師のオンライン診療に関する認識（自由記述）	
【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
通信トラブル	通信/デバイスのトラブル
	通信トラブルへの対応困難
患者の負担	通信不良による患者への負担
	会計や処方薬受け取りの負担
良好な通信状況確保	確実な電波確保の工夫
	通信基地局整備
オンライン診療の質担保	通信状況に左右される診療の質
	診療の質担保の工夫
診療報酬の課題	加算の低さ
	コスト効率に見合わない診療報酬
	オンライン診療指針と診療報酬のギャップ
コスト効率の悪さ	コスト効率の悪さ
オンライン診療で可能な範囲の明確化	実施可能な範囲の明確化
	法的解釈の明確化
医師との時間調整の困難さ	医師との時間調整
オンライン診療で求められるスキル	医師との意思疎通の難しさ
	医師と患者の意思疎通の難しさ
	オンライン診療で求められる看護スキル
患者の理解/協力の得にくさ	患者の理解/協力の得にくさ
オンライン診療環境の整備不足	オンライン診療環境の整備不足
オンライン診療の有用性への期待	特定行為看護師の活躍における利点
	医療安全における利点
	どこでも同じ医療を受けられる利点
	オンライン診療が有用な場面

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
市村尚之 原田昌範	離島医療を支える新しい形「遠隔医療」	清水大輔	総合診療	(株)日本医療企画	東京	2025年	665-667

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
原田昌範	Telemedicine and Willingness to Die at Home in Rural and Remote Areas in Japan	Telemedicine Reports	第6巻第1号	309-316	2025年9月
古城隆雄	へき地住民のオンライン診療・服薬指導に対する利用意向	日本公衆衛生雑誌	第72巻第10号	783-792	2025年10月
原田昌範	山口県のへき地医療支援の取り組み	病院経営羅針盤	第16巻第289号	17-22	2025年11月
原田昌範	へき地・離島に医療DXをどう組み合わせるのか	へき地・離島救急医療学会誌	第23巻	4-10	2025年

令和8年 5月 25日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 公益社団法人地域医療振興協会

所属研究機関長 職 名 理 事 長

氏 名 吉 新 通 康

次の職員の令和 3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 地域医療研究所・研究員
(氏名・フリガナ) 原田 昌範 (ハラダ マサノリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	公益社団法人 地域医療振興協会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 自治医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 永井 良三

次の職員の（元号）7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の研究のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 阿江 竜介 (アエ リュウスケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	地域医療振興協会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 5月 16日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 埼玉県立大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 林 裕栄

次の職員の令和 3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の研究のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 埼玉県立大学・保健医療福祉学部健康開発学科・教授
(氏名・フリガナ) 古城 隆雄 (コジョウ タカオ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	公立社団法人地域医療振興協会倫理審査・利益相反審査委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。