

(別紙1)

## 外部モニター（医師）を対象とした医療経済評価アンケート調査結果

### I. 背景

「オンライン診療」は、2018年3月に公表され、「遠隔医療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為」と定義された(厚生労働省, 2018)。また、診療報酬の項目としては、「オンライン診療料」が同年4月の診療報酬改定において新たに創設された。オンライン診療料が創設される20余年前の1997年には、健康政策局長通知に基づき対面診療を補完するものとして遠隔診療の実施自体は既に明示的に認められていたものの、その導入は限定的であった。また、オンライン診療料が創設された後も同項目を算定する上で必要となる施設基準を届け出た医療機関は限られていた(厚生労働省, 2020)。

しかし、2019年12月に中国・武漢で最初に報告されたSARS-CoV-2による新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大を踏まえ、厚生労働省は2020年2月から4月にかけて、オンライン診療に関する診療報酬の算定要件を緩和すると共に、同年4月10日に発出された事務連絡では、COVID-19対策の臨時的な取り扱いとして、従来再診患者のみに制限されていた電話や情報通信機器を用いた診療を初診患者にも認めると共に、対象疾患についても事実上大幅に制限を緩和した。

このような臨時的措置に伴い、2020年4月以降にオンライン診療料に関する施設基準を届け出た医療機関は急増し、電話や情報通信機器を用いた診療件数も増加した(厚生労働省, 2020)。一方、臨時的な措置によりオンライン診療は一時的に増加したものの、その後の普及には繋がっていない(石川 et al., 2021)。一方、海外でも近年までオンライン診療の普及は限定的であったが、COVID-19の感染拡大に伴ってその利用が急激に拡大している国も見られる。例えばアメリカにおいては、皮膚科、腫瘍科、産婦人科、精神科などでオンライン診療が爆発的に拡大しており、患者の移動時間や欠勤、機会費用や金銭的負担の軽減に寄与していることが報告されている(Betancourt et al., 2020)。

オンライン診療の普及にあたっては、対面診療と比較した診療技術・医療の質に関する懸念、インターネット環境の整備状況、診療報酬上の制約などいくつかの課題が指摘されている。また洪らによれば、オンライン診療には新たな設備等の投資が必要な割に診療報酬が相対的に低く、診療効率も上昇するとは限らない(洪 & 川村, 2021)。オンライン診療は感染症の感染拡大防止や、多忙な患者の治療遵守度向上などの観点から大きな社会的利益が得られる可能性があるものの、医療機関の経営上オンライン診療導入の動機は弱く、その普及が阻害される懸念がある。

そこで、本研究では、医療機関におけるオンライン診療の導入・運用における経営上の課題を明らかにすることを目的として、医療機関を対象としたアンケート調査を行こととした。

## II. 方法

### 1) 調査対象と方法

本研究は、エムスリー株式会社が保有する医師調査パネルを用いて、全国の診療所の院長を対象としたインターネット調査を行った。調査対象は、オンライン診療を実施している医療機関において自らの施設の経営状況を把握できている者、かつ自らの施設の経営に関して意思決定権を有している者とし、調査パネルに対してメールを送付することで調査を依頼し、回答数が150件に達するまで回答を収集した。調査期間は2021年2月9日～2月18日であった。

### 2) 調査内容

医療機関の基本属性に加えて、オンライン診療の導入・実施状況や、オンライン診療にかかる費用や経済性に関して、調査を行った。

#### ① 基本属性

医療機関の基本属性として所在地(都道府県から択一式で選択)、主たる標榜診療科(択一式)、1日平均外来患者数、1日平均初診患者数(実数)、外来患者単価(実数)、予約制導入の有無(導入なし、一部予約制、完全予約制)について尋ねた。

## ② オンライン診療の導入・実施状況

オンライン診療の実施状況について、オンライン診療の導入時期(年月)、専用システムの導入状況(利用している、利用していない(一度も利用したことはない)、利用していない(以前利用していた))、導入している専用システム(複数選択式)、オンライン診療の月最大件数(数値記述式)、特定疾患療養管理料等の管理料の月最大算定件数(数値記述式)について尋ねた。

## ③ オンライン診療にかかる費用や経済性

オンライン診療にかかる費用や経済性に関する項目として、専用システム導入にかかった初期費用(円)(数値記述式)、専用システム運用にかかる月額費用(円)(数値記述式)、専用システム以外にオンライン診療を実施する上で医療機関が負担した初期費用と月額料金(円)(数値記述式)、オンライン診療にかかる患者の保険外負担額(円)(数値記述式)、対面診療時とオンライン診療時それぞれにおける1時間あたり平均診療可能患者数(数値記述式)、オンライン診療の採算性(採算性が高い、採算性がやや高い、ほぼ収支均衡、採算性がやや悪い、採算性が悪い、分からない)について調査を行った。

### 3) 倫理的配慮

本調査では、個人の情報を取得していないが、調査フォームの冒頭に、調査参加への同意に関するチェックボックスを作成し、研究参加に同意した者のみを対象とした。本研究は順天堂大学医学部研究等倫理委員会の承認を得て実施した。

## III. 結果

### 1) 回答者の概要と属性

オンライン診療を実施している全国の診療所の院長のうち、研究参加に同意した 150 人から、主たる標榜診療科「美容外科」と回答した 2 件を除く 148 件を分析の対象とした。

医療機関の所在地は、関東が 59 件(39.9%)と最も多く、近畿 29 件(19.6%)、東海 19 件(12.8%)と続いた(表 1)。また、主たる標榜診療科は内科が 57 件と全体の 38.5%を占め、小児科 14 件(9.5%)、皮膚科・耳鼻科が各 10 件(6.8%)だった(表 2)。

回答医療機関の患者数や患者単価の状況を表 3 に示す。1 日平均外来患者数及び平均患者はバラツキが見られたが、特に 1 日平均外来患者数や 1 日平均患者単価のバラツキが大きかった。

## 2) オンライン診療の導入・実施状況

表 4 に回答医療機関におけるオンライン診療の導入時期を示す。2020 年度の診療報酬改定や COVID-19 の感染拡大に伴う算定要件の緩和等が行われた 2020 年 4～9 月に導入した医療機関が 71 件(48.0%)と、全体の約半数を占めた。一方で、オンライン診療に対する診療報酬点数が創設された 2018 年よりも前からオンライン診療を実施していた医療機関も見られた。オンライン診療の実施に当たって、何らかの専用システム等を利用しているかについて尋ねたところ、67 件(45.3%)で利用していると答えたものの、過半数の医療機関ではオンライン診療に特別なシステムを利用していないと回答した(表 5)。システムを利用している医療機関において、実際に導入しているシステムを複数選択式で尋ねた結果を表 6 に示す。最も導入件数が多かったのはメドレー社の提供する CLINICS で 25 件(37.3%)、さらに株式会社 MICIN の 19 件(28.4%)、米 Zoom Video Communications 社の Zoom ミーティングの 10 件(14.9%)が続いた。

オンライン診療の実施状況に関して、オンライン診療の算定件数(現行の特例措置に基づいて「電話等による再診」で算定している件数を含む)、及び特定疾患療養管理料等の管理料<sup>1</sup>の月最大算定件数を表 7 に示す。オンライン診療に関する診療報酬算定件数は、医療機関間でばらつきが見られるものの、「電話等による再診」も含めた場合でも月最大で平

---

<sup>1</sup> B000「特定疾患療養管理料」、B001「特定疾患治療管理料」、B001-3「生活習慣病管理料」の各号における注釈において「情報通信機器を用いて行った場合」に該当し、月 1 回に限り 100 点を算定した件数

均 19.2 件、中央値は 5 件であった。また、対面診療時に特定疾患治療管理料等の管理料を算定しており、「情報通信機器を用いて行った場合」に月 1 回に限って算定できる管理料の算定件数は平均 9.8 件、中央値では 2 件だった。

### 3) オンライン診療にかかる費用や経済性

オンライン診療の実施に当たって、専用システムを利用している医療機関(67 件)に対してシステムの導入・運用にかかった費用、及び全ての医療機関に対してその他の費用について尋ねた結果について、医療機関間でのバラツキが極めて大きかったため、費用階級別にまとめた結果を表 8、表 9、表 10、表 11 及びに示す。

システムを導入している医療機関においても、初期費用には大きなバラツキがあり、約 40%にあたる 27 件では初期費用を全く負担していなかったが、50 万円以上の初期費用を負担している医療機関も 11 件(16.4%)あった。システム利用にかかる月額負担についても、22 件(32.8%)では負担がなかったが、半数の医療機関では 3 万円未満をシステム利用に支払っており、月額 5 万円以上支払っている医療機関も 1 割程度あった。

オンライン診療の開始に当たって専用システム以外に支払った初期費用も非常にバラツキが大きく、半数近くにあたり 69 医療機関では特に初期費用が発生していなかったが、約 10%の医療機関では、オンライン診療開始に先立って 50 万円を超える投資をしていた。また、専用システム以外の月次費用については、6 割近くの医療機関で負担が生じて

いなかったものの、およそ四分の1にあたり35医療機関では月1万円以上の支払いが発生していた。

オンライン診療料の算定に際して、2018年3月に厚生労働省から発出された疑義解釈では、「情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる」としており、患者の同意に基づき、社会通念上妥当適切な額を保険外負担として徴収することが認められている。また、保険外負担として徴収している額について尋ねたところ、約4割に当たる62件(41.9%)では保険外負担を徴収していたが、その額は大半の医療機関で1千円未満だった(表12)。

対面診療時とオンライン診療時それぞれにおける1時間あたり平均診療可能患者数について尋ねた結果を表13に示す。また、対面診療時とオンライン診療時における1時間あたり平均診療可能患者数の差を計算したところ、約60%(91件)では差が見られなかったが、約24%(35件)の医療機関ではオンライン診療のほうが1時間あたりの診療可能患者数が減少する結果となった(表14)。

さらに、オンライン診療の採算性(採算性が高い、採算性がやや高い、ほぼ収支均衡、採算性がやや悪い、採算性が悪い、分からない)について尋ねたところ、「分からない」と答えた者を除く132件のうち、7割を超える95件が「悪い」または「やや悪い」と回答した一方、「やや高い」「高い」と答えた者は10%に満たなかった(表15)。



オンライン診療を実施する上で、専用システムの利用は採算性や診療効率に影響を与える可能性があることから、保険外負担の状況、対面診療時とオンライン診療時における1時間あたり平均診療可能患者数の差、及びオンライン診療の採算性について、専用システム有無の2群に分けて分析を行った結果を表16に示す。保険外負担の徴収をしている医療機関は、専用システムを導入している群で有意に多かった一方、対面オンライン診療からオンライン診療時に切り替えた場合に対応できる1時間あたり平均患者数の変化や、採算性の認識には、専用システム導入医療機関とそれ以外とで有意な差は確認されなかった。

#### IV. 考察

本研究では、医療機関におけるオンライン診療の導入・運用における経営上の課題を明らかにするため、全国の診療所を対象としたアンケート調査を行い、オンライン診療の導入や実施状況について探索的な調査を行った。

##### 1) オンライン診療の導入・実施状況

オンライン診療に関するガイドラインの整備や診療報酬項目の創設、さらにCOVID-19の感染拡大に伴う臨時的措置により、以前に比べてオンライン診療の施設基準届出医療機関は増加しているものの、本研究によれば、オンライン診療を導入している医療機関でも、その実施状況は極めて限定的であることが窺われた。オンライン診療の月最大件数は、特例措置に基づいて「電話等による再診」で算定している件数を含めても、平均19.2

件、中央値で見れば5件に過ぎなかった。非常に多くの件数を実施している医療機関が一部あるものの、オンライン診療を導入している医療機関においても、実際の件数は1診療日あたり1件にも満たない状態である。この点は、先に示した(石川 et al., 2021)の研究とも整合的である。

オンライン診療の実施に当たって、過半数の医療機関では、特に専用のシステムを導入せずに実施していた。厚生労働省が定める「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、オンライン診療の実施に際して「リアルタイムの視覚及び聴覚の情報を含む情報通信手段を採用すること」と定めた上で、「オンライン診療は、文字、写真及び録画動画のみのやりとりで完結してはならない」としているものの、利用するシステムについて厳しい制約を課しておらず、「オンライン診療で使用されることを念頭に作成された」オンライン診療システムに限らず、「オンライン診療に限らず広く用いられる」汎用サービスを用いた診療も許容されている(厚生労働省, 2018)。従って、専用システムを導入していない医療機関では、携帯電話のビデオ通話機能などを活用してオンライン診療を実施していると考えられる。前述の通り、オンライン診療の実施件数は極めて限られており、専用システムを導入する必然性が低い可能性がある。また、後述するとおり、現在の制度下におけるオンライン診療の収益性・採算性は必ずしも高くないため、専用システムの導入・運用に必要な費用を診療報酬で賄うことが困難なために、専用システムの導入に消極的な経営者が多いことも考えられる。

## 2) オンライン診療にかかる費用や経済性

オンライン診療を提供する上で必要となる初期費用や月額費用の負担額は、医療機関によって大きく差が見られた。専用システムの導入有無や、システムの種類・サービスによって、初期費用や月額費用に大きな差異が生じるのは自明であるものの、オンライン診療の利用形態や実施件数などの見通しを踏まえた意思決定が必要であることが示唆される。専用システム以外に必要な初期費用や月額費用としては、院内ネットワーク環境・インターネット環境の整備や接続用端末の準備などが想定される。院内システム等の整備状況によって必要となる費用は当然異なるものの、現行の実施件数を鑑みると、オンライン診療の実施のためだけに多額の投資を行う事は困難であると考えられる。

2018年度4月の診療報酬改定以降、オンライン診療にかかる診療報酬項目が制定されたが、その診療報酬点数は通常の再診料等と大きく差がない点数に設定されており、オンライン診療に必要なシステム・環境整備等にかかる費用を負担する医療機関にとって、その費用を現行の点数で回収することは容易でないと考えられる。費用の一部を、保険外負担により患者に請求することも可能であるが、過半数の医療機関で保険外負担の徴収は行っておらず、徴収をしている医療機関でもその額は比較的安価であった。保険外負担を徴収するためには患者への説明と同意が必要であるが、理解を得るための説明や、同意書の作成などの手間がかかることがその一因と考えられる。ただし、専用システムを導入している医療機関では、導入していない医療機関に比べて有意に保険外負担の徴収医療機関割合が高かった。専用システムを用いることにより、実際に追加のコストがかかる点や、患者

に対する説明のしやすさなどがその要因と考えられる。しかし、現行の患者数やオンライン診療にかかる費用を鑑みると、保険外負担を徴収しても、十分に投資額を回収することは容易ではない可能性が高い。

対面診療とオンライン診療とで、1時間あたりに診察が可能だと考えられる患者数は、オンライン診療のほうが多いと答えた医療機関よりも、対面診療のほうが多いと回答した医療機関が多く、現時点の仕組みでは、オンライン診療によって診察効率が高まらないことが示唆された。患者にとっては、待合室で待機したり、医療機関まで移動するの必要がなくなる分、オンライン診療によって生産性の向上が期待される。一方、医療機関および診察する医師にとって、診察に必要な情報をオンラインで取得するためには、診療に要する時間は同程度か、むしろ増加する可能性が指摘されており、本調査でもそれが裏付けられた結果となった。

オンライン診療の採算性に対する認識については、約72%の医療機関で「悪い」または「やや悪い」と回答し、大半の医療機関で採算性が低いと認識していることが分かった。本研究の調査結果に拠れば、専用システムを導入しなくても、オンライン診療を実施するために何らかの初期費用や月額費用を負担している医療機関が多いことが分かった。一方、「特定疾患療養指導料」や「生活習慣病指導管理料」などを算定している患者において、オンライン診療により指導・管理を行った場合は、算定できる点数が著しく減少するなど、収益(患者単価)が低下する可能性がある。患者単価が低下した場合でも、診療効率

が上がり、1時間あたりに診察可能な患者数が増加するのであれば、結果的に収益向上に繋がるのが期待できる。しかし、本調査の結果によると、オンライン診療では、診察に要する時間が増加する傾向が強いことが示唆されており、対面診療に比べてオンライン診療の採算性が低いことの蓋然性は高いと思われる。

### 3) 政策への含意

医療機関におけるオンライン診療の実施状況について、全国の診療所に対してアンケート調査を行った結果、オンライン診療は、実際にオンライン診療を経験している医療機関においてもあまり浸透していないことが示唆された。現在のオンライン診療の方法では、診療の効率性が低下する可能性がある点、オンライン診療の実施に必要な設備投資や維持・管理費に対して十分な収益が得られないことによる採算性の低下が生じる点が、その要因として挙げられた。

本研究と並行して行われた、慢性期高血圧患者に対するオンライン診療に関する臨床研究（高血圧オンライン診療における至適な対面診療間隔の検討：クラスターランダム化比較試験）では、対面診療と比較して、オンライン診療では臨床的に非劣性を示し、費用対効果にも優れている可能性が指摘されており、患者や社会の視点からも、オンライン診療の普及には、意義が高いと考えられる。しかし、本研究の結果、医療機関にとって現状のオンライン診療を取り巻く環境は厳しく、オンライン診療の実施に対する動機付けが弱いことが懸念される。

質の高いオンライン診療を普及させるためには、オンライン診療の効率の向上、収益性の向上及び費用の低減により、医療機関にとって経済的な動機付けが必要となる。効率向上のためには、オンライン診療の標準的な診療モデルを策定することが考えられる。現在の医学教育では、客観的臨床能力試験(OSCE; Objective Structured Clinical Examination)が導入され、医療面接に関する教育が行われている。しかしオンライン診療では、これまでの対面診療とは異なる環境で行われることから、臨床経験を有する医師であっても、従来の経験のみで効率的かつ質の高い診療を行う事は難しい可能性がある。そこで、オンライン診療に特化した医療面接の標準的方法を策定・共有することにより、効率性を高めることが期待される。

収益性の向上には、いくつかの方法がある。公的医療保険制度のなかでオンライン診療の収益性を向上させるためには、診療報酬における評価を再検討することが考えられる。現状では、オンライン診療で行う管理・指導に対する診療報酬は対面に比べて低く設定されているが、仮にオンライン診療による治療成果や管理・指導の効果が対面診療と同等であれば、その報酬は対面診療と同程度に設定されるべきである。一方、オンライン診療は、患者の医療に対するアクセスを飛躍的に高める可能性を有しているが、このようなサービスは公的保険医療制度の範疇からそもそも除外し、自由診療により医療機関が任意の価格設定をすることでサービスを提供するという方法も考えられる。

#### 4) 本研究の限界

本研究は、オンライン診療の実施状況について全国の医療機関に対してアンケート調査を行ったが、オンライン診療自体の普及がまだ限定的であり、探索的な調査であるため、厳密な調査対象のサンプリングは行っていないことから、従って、本調査では選択バイアスが生じている可能性がある。またサンプルサイズも限られていることから、結果の一般化および解釈には十分な留意が必要である。また診療科や疾患によって、患者単価や診療に必要な費用も大きく異なる可能性がある。従って、本来であれば診療科等を層別化した分析が必要であるが、サンプルサイズの限界により本研究では考慮できていない。

以上のように、本研究は様々な限界を抱えつつも、現在の日本におけるオンライン診療の実施状況、及び費用と経済性について明らかにした数少ない調査である。今後、サンプルサイズを増やした体系的な調査や、具体的な事例における細かい原価計算の結果などを通じて、オンライン診療の供給側における課題を検討していく必要がある。

## V. 結論

本研究は、全国の医療機関を対象としたアンケート調査を通じて、日本の医療機関におけるオンライン診療の導入・運用における経営上の課題を明らかにすることを目的として実施した。その結果、オンライン診療を実施した経験がある医療機関においても、その実施件数は非常に少ないことが明らかになった。また現在の環境下では、オンライン診療によって診療の効率は高まらず、追加で必要となる費用に対して十分な収益を賄うことが出来

ていないために、結果として多くの医療機関でオンライン診療の採算性が低いと認識していた。オンライン診療を促進するのであれば、効率性・採算性の向上にむけた仕組み作りが不可欠である。



## 参考文献

Betancourt, J. A., Rosenberg, M. A., Zevallos, A., Brown, J. R., & Mileski, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Telemedicine Utilization Across Multiple Service Lines in the United States. *Healthcare*, 8(4), 380. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040380>

厚生労働省. (2018). *オンライン診療の適切な実施に関する指針*.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-lseikyoku-Soumuka/0000201789.pdf>

厚生労働省. (2020). *令和3年1月～3月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果*.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>

洪鉉寿, & 川村尚也. (2021). 大都市圏の民間中小規模地域病院・診療所にとっての遠隔診療. *情報経営*, 82, 65–68. [https://doi.org/10.20627/jsimconf.82.0\\_65](https://doi.org/10.20627/jsimconf.82.0_65)

石川智基, 光武巨裕, 佐藤淳平, 服部純子, 合田和生, & 喜連川優. (2021). COVID-19 流行下における時限的的制度介入が遠隔診療利用に与えた影響の評価 —レセプトデータを用いた分割時系列解析—. *医療情報学*, 41(Suppl.), 568–569.

表 1 回答者の所在地

地域	件数	(%)
北海道	3	( 2.0% )
東北	9	( 6.1% )
関東	59	( 39.9% )
東海	19	( 12.8% )
北陸	4	( 2.7% )
近畿	28	( 18.9% )
中国	7	( 4.7% )
四国	7	( 4.7% )
九州	12	( 8.1% )
合計	148	( 100.0% )

表 2 主たる標榜診療科

地域	件数	(%)
内科	57	( 38.5 % )
小児科	14	( 9.5% )
皮膚科	10	( 6.8% )
耳鼻科	10	( 6.8% )
精神科	9	( 6.1% )
ほか外科系	25	( 16.9% )
ほか内科系	23	( 15.5% )
合計	148	( 100.0% )

表 3 患者数及び患者単価の状況

項目	n	平均値	95%信頼区間	第 1 四分位	第 2 四分位 (中央値)	第 3 四分位
1 日平均外来 患者数(人)	148	103.3	31.2 - 175.3	40	50	75.5
1 日平均初診 患者数(人)	148	15.1	10.5 - 19.7	3.5	6	19
1 日平均 患者単価(円)	148	7,382	3,166 - 11,597	2,000	4,500	6,000

表 4 オンライン診療の導入時期

オンライン診療の導入時期	件数	(%)
2018年3月以前	5	( 3.4% )
2018年4～9月	5	( 3.4% )
2018年10月～2019年3月	5	( 3.4% )
2019年4～9月	9	( 6.1% )
2019年10月～2020年3月	15	( 10.1% )
2020年4～9月	71	( 48.0% )
2020年10月～2021年3月	33	( 22.3% )
2021年4月以降	5	( 3.4% )
合計	148	( 100.0% )

表 5 専用システム利用の有無

専用システム利用の有無	件数	(%)
利用していない (一度も利用したことはない)	69	( 46.6% )
利用していない (以前利用していた)	12	( 8.1% )
利用している	67	( 45.3% )
Total	148	( 100.0% )

表 6 導入している専用システム(複数回答)

オンライン診療システム	件数	(%)
CLINICS	25	( 37.3% )
curon	19	( 28.4% )
Zoom	10	( 14.9% )
LINE ドクター	6	( 9.0% )
Teams	3	( 4.5% )
YaDoc	1	( 1.5% )
ポケットドクター	1	( 1.5% )
その他	6	( 9.0% )
合計	67	

※複数回答につき、割合の総和は100%を超える

表 7 オンライン診療に関する診療報酬の算定状況

項目	n	平均値	95%信頼区間		第 1 四分位	第 2 四分位 (中央値)	第 3 四分位
オンライン 診療算定件数 (最大月)	148	19.2	12.9	- 25.5	2	5	20
「情報通信機 器を用いて行 った場合」の 管理料の算定	148	9.8	5.7	- 13.9	0	2	10

表 8 システム導入時の初期費用

費用カテゴリ	件数	(%)
なし	27	( 40.3% )
10 万円未満	11	( 16.4% )
30 万円未満	10	( 14.9% )
50 万円未満	8	( 11.9% )
50 万円以上	11	( 16.4% )
合計	67	( 100.0% )

表 9 システム利用にかかる月額費用

費用カテゴリ	件数	(%)
なし	22	( 32.8% )
1 万円未満	18	( 26.9% )
3 万円未満	15	( 22.4% )
5 万円未満	5	( 7.5% )
5 万円以上	7	( 10.4% )
合計	67	( 100.0% )

表 10 オンライン診療に関する初期費用(システム以外)

費用カテゴリ	件数	(%)
なし	69	( 46.6% )
25 万円未満	51	( 34.5% )
50 万円未満	11	( 7.4% )
100 万円未満	12	( 8.1% )
100 万円以上	5	( 3.4% )
合計	148	( 100.0% )

表 11 オンライン診療に関する月額費用(システム以外)

費用カテゴリ	件数	(%)
なし	86	( 58.1% )
2500 円未満	13	( 8.8% )
5 千円未満	3	( 2.0% )
1 万円未満	11	( 7.4% )
5 万円未満	25	( 16.9% )
5 万円以上	10	( 6.8% )
合計	148	( 100.0% )

表 12 保険外負担の徴収額

費用カテゴリ	件数	(%)
なし	86	( 58.1% )
1 千円未満	38	( 25.7% )
2.5 千円未満	17	( 11.5% )
5 千円未満	2	( 1.4% )
5 千円以上	5	( 3.4% )
合計	148	( 100.0% )

表 13 1時間あたり平均診療可能患者数

		オンライン診療時					計
		5人未満	10人未満	15人未満	20人未満	20人以上	
対面診療時	5人未満	50	7	0	0	0	57
	10人未満	9	40	6	0	1	56
	15人未満	5	3	12	0	2	22
	20人未満	1	0	0	2	1	4
	20人以上	1	3	0	1	4	9
	計	66	53	18	3	8	148

表 14 対面とオンラインにおける診療可能患者数

	件数	(%)
対面診療のほうが多い	35	( 23.6% )
変わらない	91	( 61.5% )
オンライン診療のほうが多い	22	( 14.9% )
合計	148	( 100.0% )

表 15 オンライン診療の採算性に対する認識

	件数	(%)
悪い	70	( 53.0% )
やや悪い	25	( 18.9% )
ほぼ収支均衡	24	( 18.2% )
やや高い	7	( 5.3% )
高い	6	( 4.5% )
合計	132	( 100.0% )
分からない	16	

表 16 保険外負担・対応患者数・採算性とシステム利用との関係

	専用システム						p 値
	利用なし		利用あり		合計		
保険外負担の徴収							
あり	25	(30.9%)	37	(55.2%)	62	(41.9%)	0.003
なし	56	(69.1%)	30	(44.8%)	86	(58.1%)	
オンライン診療での対応可能患者数							
増加	11	(13.6%)	11	(16.4%)	22	(14.9%)	0.552
不変	53	(65.4%)	38	(56.7%)	91	(61.5%)	
減少	17	(21.0%)	18	(26.9%)	35	(23.6%)	
採算性の認識							
良い	7	(9.9%)	6	(9.8%)	13	(9.8%)	0.417
均衡	10	(14.1%)	14	(23.0%)	24	(18.2%)	
悪い	54	(76.1%)	41	(67.2%)	95	(72.0%)	