

Invited Article**オンライン診療でどのように信頼関係を築くか**

前村叶基（東京大学医学部）

Abstract:

2019年からのCOVID-19の流行により、実際に会うことなく診療を行うオンライン診療のニーズが拡大し、規制が緩和されている。テレビ電話形式の診察が増えていくにあたって、医師と患者が信頼関係を築く上で、何に気をつければよいか。画面越しと対面コミュニケーションの違い、および、オンライン診療システムという二つの観点から論じる。

Because of the COVID-19 epidemic starting in 2019, online medical treatment without meeting in person is needed for medical care, and it is deregulated and expanding. As the number of videophone-style consultations increases, what should physicians and patients look out for in building a trusting relationship? I will discuss them from the two perspectives, how communication through a screen differs from face-to-face communication, and what types of online practice systems are preferable.

1. はじめに

遠隔医療は、「通信技術を活用した健康増進、医療、介護に資する行為（日本遠隔医療学会）」と定義されている。^[1] その在り方は多様であるが、大別すると、専門医が医師の手助けをする Doctor to Doctor (DtoD)と医師が患者を診察する Doctor to Patients (DtoP)の2グループに分けられ、そのうち DtoP の一種であるオンライン診療について考えていく。オンライン診療は、①過疎地域、山間部、豪雪地帯、離島などの僻地医療、②在宅医療の推進、③医師の土地のあるいは診療科的な人数の偏在の解消、を期待され近年注目されており、情報機器の発展により、遠隔から診察するのが現実的に可能になったことで一部の地域、病院で導入が進められていた。^[1]

その中であって、2019年から世界的に流行した

COVID-19によって新たな転換点を迎えた。医師と患者が直接対面せずに診察ができるという最大の特徴が生かされる形で、一般のクリニックでもスマートフォンをはじめとした通信機器を利用する形のオンライン診療が導入され、2020年4月時点で東京都内379施設が実施している。（『Med It Tech』2020.05.30）厚生労働省は、感染拡大防止策としての臨時的・特例的な取扱い^[2]によって、それまでの初診対面の原則^[3]を一部崩す形で、初診から電話や情報通信機器による診療で診断や処方することを許可した。これは一時的な措置ではあるが、この先オンライン診療の機器、ノウハウが発展していくにつれて、診療報酬の項目が増え、また、適応条件が緩和され、一層規模が拡大していくと考えられる。このとき、医師と患者が信頼関係を築く上で、画面越しに診療するということが、対面

で診療することと何が違うのか、その上でどうやって関係を築くか、医師と患者の個々人の関係と、病院やクリニックといった診療システムの二つの観点から論じていく。

2. 医師と患者個人の遠隔コミュニケーション

医療において信頼関係が大事であることは、直観的に明らかであるし、その意味については、多くの研究者によって論じられている。^[4] 医療における信頼を測定することに関して、Ozawa and Spripad(2013)で調査された 1079 本の論文では、その 93%がコミュニケーションについての質問をしており、患者と医師の信頼関係にとって円滑なコミュニケーションが肝心であることを示している。^[5]

よく知られた Mehrabian の研究では、感情や態度について矛盾したメッセージが発せられたときの人の受けとめ方について、人の行動が他人にどのように影響を及ぼすかは、話の内容などの言語情報が 7%、口調や話の早さなどの聴覚情報が 38%、見た目などの視覚情報が 55%の割合を占めていた。^[6] 例えば、医師がこの薬は食後に飲むのが大事と言ったとしても、口調が軽かったり、表情に真剣さがなかったりしたとき、薬のタイミングはそこまで重要ではないことだと患者が誤解する蓋然性が大きいということである。

ここから、対面と遠隔のコミュニケーションで、同じ内容を同様に話したときに生じる差異を、言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション、環境という 3つの項目で順にみていこう。

2-1. 言語的コミュニケーション

言語的コミュニケーションは、話す内容と話し方に分けられるが、同じ内容を同様に話すという前提で考えたいのでほとんど同質である。しかし注意しないといけないことは、音質である。対面であれば、ある程度大きな声で話せば、耳が遠いなどの性質がない限りは、聞こえているという確信をもって話せるはずであるが、遠隔だとそうはいかない。聞こえていないことや、聞こえていても音量が小さくなってしまっている可能性を考えるべきである。さらに、環境音やノイズはしばしば入ってしまう。そうした問題はイヤホンやヘッドホンを使用することで一定の解決を見込める。

2-2. 非言語的コミュニケーション

まず一番大きく視野を占めるのは表情である。これについても対面と遠隔で差はあまりない、と言いたいところだが、デバイスの画質の差は現実問題としてあるだろう。とはいえ近年のデバイスの画質は日進月歩の世の中であるので、個人として留意すべきは光量である。つまり、照明などをうまくつけて表情がはっきり見えるようにすることが推奨される。また、表情については、それが見えすぎること問題になりうる。普段の会話ではずっと顔を見つめることは多くない一方で、遠隔では画面越しずっと相対することになり、視界情報が多すぎて、緊張や疲れを生じる人がいる。杉谷(2010)の実験によると、対面、ビデオ電話問わず、顔が見えることは、説明したことが分かったと感じる伝達感には有利だが、実際の情報伝達度には不利に働く。それは情報処理の多さに起因すると考察がされている。^[7] このような時は、オンラインで送信できる補助的な説明資料などを活用するのが効果的である。

次に視線である。視線は表情の一種と考えることができるが、特に遠隔通話においては、その視線が合うことはない。Kendon (1967, 1981) の研究では、視線の役割は、認知機能、フィードバック機能、調整機能、表現機能の4つが挙げられている。^[8,9] 特に、調整機能として、発言開始時と終了時には特有の視線があり、一種の発言交代信号を発することを指摘している。この欠如は、会話がスムーズに進まない可能性を示唆するが、一方で、この欠如によって、どうしても会話の区切りに、発言を交代せざるをえなくなり、今まで医師の一方的な説明で終始していた会話が逆に質問する機会が増え、患者の良好な理解につながる事例もある。とはいえ、人の目を見て話す人にとっては、お互いの会話の理解度を感じ取るのが難しくなるだろう。医師は、会話の間や区切りに対しては意識的にし、質問がないか尋ねるなどの配慮が必要である。

顔以外としては、身振りや姿勢、空間的な距離が挙げられる。黒川(1994)は Ekman&Friesen (1969)の分類をもとに、身体動作を表出方法により次の5つに分類した。^[10] 表象(emblem)、例示子(illustrator)、情動表出(emotional expression)、調整子(regulator)、適応子(adapter)である。特に、発話を調整する調整子にはうなずきが含まれるが、通常どおりの動きでは遠隔画面では過少にみられることを想定すべきであり、わざと大きな動作をとったほうがよい。さらには、一種の防衛反応を表している適応子は、例えば、頭を掻いたり、貧乏ゆすりをしたりすることだが、患者の精神的な不安定さや納得のいかなさといったものが、如実に現れた身体動作が見えないというのはデメリットと言える。同様に、姿勢や空間的な距離感も精神的な状況が表出する。椅子と椅子の距離がどうな

っているか、医療面接において学生によく気をつけるように注意されることだが、遠隔においては、お互いにほとんど読み取れない。

2-3. 環境の違い

遠隔と対面で最も差が明らかなのは環境である。オンライン診療においては、患者は家やそれに類する場所で診察を受ける。さらには在宅診療とも違って他人は同じ空間にいない(訪問看護師は患者とともにいて、医師が遠隔から通信して看護師に指示を与えつつ診察する DtoPwithN、あるいは DtoNtoP では少々状況が異なるが)。つまり通常、患者は家でよくリラックスした状態で診察を受けられる。これは大きなメリットであり、今まで病院へ行くことを嫌っていた人でも、オンライン診療ならば大丈夫という人もいるだろう。しかし、そのメリットは逆に、医師から患者への指導における強制力の低下のリスクにもつながる可能性がある。藤井ら(2017)の非盲検無作為化比較試験では、ビデオ通話による保健指導の効果を面談による保健指導と比較評価した。^[11] 肥満患者155例(30~75歳)を、ビデオ通話による保健指導群(69例)と面談による保健指導群(対照群、85例)に無作為に割り付け、月に20分間の保健相談を実施した。ビデオ通話では面談に対して、相談に時間を要したが、体重減少率は非劣性であった。つまり、一概にアドヒアランスが低下するわけではないという結果であった。また、リラックス効果に関しては、岡本/松田(2008)のカウンセリングの研究では、ビデオチャット条件は対面条件に比べ、話しやすく、緊張しにくく、心も落ち着きやすい。しかし結果として不安は解消しにくい、と示された。^[12] この研究ではリラックス効果はあるものの、能力的な結果に対しては不足を指摘し

ている。その点、George(2012)の研究では、認知行動療法は、対面で行うものに対して、ビデオ通話はホスピス介護者の不安感の払拭に関して非劣性^[13]であって、能力的な結果にも効果が示されている。オンライン診療の実効果についての研究はこれから蓄積が増えていくだろう。

3. 信頼関係のためのオンライン診療システム

3-1. 遠隔医療自体への信頼

遠隔医療全般が社会に浸透すれば、オンライン診療での信頼も獲得しやすくなる。例えば、自分はオンライン診療を使ったことがなくても、そのシステムの能力が社会的に認められている（普及している）ときに、一定の質が期待できると自然に考えるだろう。自分の所属している社会への信頼があるからである。そういったところで、オンライン診療と非常に性質が似ていて、なおかつアクセスがよいものが、オンライン受診勧奨である。文字通り、自分が病院を受診すべきかどうか医師が診察して具体的な疾患名をあげながら病院や診療科を指示してくれるものである。また、診察行為はできないが、遠隔医療相談（医師）、遠隔医療相談（医師以外）もそれぞれ役割を分けつつ利用できる。

日本において、コンビニ受診は深刻な問題になっており、特に夜間、休日の救急外来が逼迫されているが、その中であって電話による#8000（子供医療電話相談事業）や#7119（救急安心センター事業）が取り組まれている。^[14]ともに相談件数が年々普及してきており、患者側には安心感と医療へのアクセスのよさ、医療者側には負担の軽減と、双方に大きな利点がある。どうしても親が心配してしまう小児においては特に、このような電話事業にさらに顔や病状が見えるテレ

ビ電話を活用すると安心感、満足感、相談の質の向上に大きく貢献するだろう。イギリスでは、国民保健サービスのNHS(National Health Service)がAIドクターを提供するBabylon Health社と協業して、「GP at hand（手の中の家庭医）」という一次サービスを提供している。^[15]医療診断アプリでの診察、テレビ電話での専属医師との面談で、医師の負担を軽減し、混雑の緩和する手段として信頼を獲得しつつある。

また、急性期だけでなく、健康意識の向上という点についても効果がある。中国の京東健康（JDヘルス）は、新型コロナウイルス流行が始まって以降、同社プラットフォーム上での1カ月当たりの診療件数がそれまでの10倍の200万件に増え、同社がネットで生配信した著名な心臓専門医の講演は、約160万人が視聴したという。（日本経済新聞 2020/03/10）このように、オンライン診療のプラットフォーム上で、健康に関する情報発信を大規模かつ効率的にすることができるし、患者も正しい医療情報にアクセスしやすい。

3-2. 医師患者関係の初発

先ほど述べたような急性期の診断勧奨とは違って、オンライン診療には、初診対面の原則がある。例外としては、現状、ウィルス流行などの非常時、本当に医療へのアクセスが悪い僻地、禁煙外来、緊急避妊外来といった特定の内容に限られている。では通常オンライン外来にて初診ができない理由は何であろうか。それは単純な問題で、いまだオンライン診療には初診に堪えるだけの能力がないからである。初診においては、新たな症状に対して、あらゆる鑑別疾患を上げながら、考えられる所見をとっていかなければならない。遠隔において、目に見えないほどの微細な病変を拡

大して見られる技術や、リアルタイム聴診器、果てには匂いを転送する機器、触診の感覚を伝える技術ができつつあると言っても、まだ現実に対面してとる所見に軍配があがる。であるからして初診はできうる限り対面というのは現状仕方のないことである。山岸の信頼の分類^[16]では、信頼には、能力に対する期待と意図に対する期待があるが、前者の問題は技術的に解決されるのを待つほかない。一方後者については、まさに医療における人間関係の部分であり以下で言及していこう。

現代医療はインフォームドコンセントによって成り立っている。1973年アメリカの病院協会が提示した「患者の権利章典」によって患者の権利が全米に普及し、日本でも、医療法第1条の4第2項で、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」^[17]とインフォームドコンセントの内容が明記されている。オンライン診療は、オンラインで必ずしもする必然性がない場合、それはあくまでひとつのオプションであって、それによって生じるメリット、デメリットを適切に患者に説明しなければならない。オンラインで行うためのインフォームドコンセントを対面でせずにオンラインで行うというのは、不誠実な対応であると言わざるを得ない。医師と患者の信頼関係構築の初発として、オンラインの初診は避けるべきだと考える。しかしながら、将来的にオンライン診療が対面と同程度、または以上の第一選択になったとき、それに対してインフォームドコンセントは不要になり、初診からすべてオンライン診療で行うというのもありうる未来なのかもしれない。

3-3. 医師患者関係の維持・向上

再診に関しては、オンライン診療のほうがよいものもあれば、対面でしたほうがよいものもある。例えば、通院困難な難病患者の経過観察や、在宅デバイス治療、検査予約のためだけの受診などはオンライン診療で行ったほうがよいだろうし、気になる所見があるときや深刻な病名を説明するときなどは対面したほうがよいだろう。その間の調整は、各々の医師や患者が相互に相談して考えるべきことであるが、医師としては、信頼関係の貯蓄が減っていると感じたならば、「なるべく対面で会う」ようにしたほうがいい。ここでの信頼関係の貯蓄を確かめる一つとして、圓増(2008)が指摘するような、目的の共有ができていのか確認するという方法がある。^[18]つまり、患者のQOL (Quality of Life)の改善に関して、患者がどのようにしたいか、医師がどこまでが可能でそれが勧められるかについて、絶えずすり合わせを行っていく行為である。

「なるべく対面で会う」とよいという主張は、信頼関係に関して対面が遠隔よりも優れているという「世の中のなんとなくの空気感」に依存する。それは先ほど述べたコミュニケーション方法の差異によるところもあるが、大きくは、旧来の方法がよいと考える人間の保守性にあるのではないかと考えられる。保守性バイアスは認知バイアスのひとつであって、人の意見がある状態から、新たな情報により、意見がアップデートされる具合は、ベイズの条件付き確率で修正される具合に、比例はするが過少である^[19]、と示されている。つまり対面に比べオンライン診療がよいという情報を得ても、その情報によって合理的に更新される程度よりも過少な意見のアップデートしか行われない。大事なことは対面だという価値観が育てら

れてきた日本において、印象や空気感といったものが変わっていくには今しばらく時間がかかると思われる。

3-4. 患者の医療への積極性

今まで主に医師が注意すべきことという視点で述べられてきたが、当然信頼関係というのは片方の行為、努力で作られるものではない。患者側の医療への積極性が不可欠である。遠隔医療のシステムでは、急性期の相談や、健康意識の向上といった患者が今までよりも自身の医療にかかわることができる。また、オンライン診療においてもロボットを用いることで、患者が医師とその空間を共有できるような技術も開発されている。例えば、ALSの患者を中心に活用されている遠隔医療ロボット@ORIHIMEでは、視野とともに首を振りや手の動きで感情を表現でき、中継ではなく実際に場に参加している感覚を得ることができる。

医療参加という点では、オンライン診療において生体モニタリングは相性が良い。オンライン診療は、患者の体重、体温、血圧など必要な情報を医師側に送ることが基本の診察の情報源となる。そのとき患者は自分で血圧を測って数値を入力するなど、自身の治療の要の部分で自分で行うということが要求されていて、結果医療への積極性は増すと考えられる。このような医師から患者への信頼についての役割にも目を配る必要がある。

4. まとめ

オンライン診療において信頼関係を築くためには、まずコミュニケーション方法、環境の違いについて理解するのがよい。言語的、非言語的コミュニケーションについては、対面に比べて情報伝

達が難しい点があり、音量、光量、画面に映る範囲、疲労感、会話の区切り、身振りの大きさなどについて自覚的になって、実際の情報伝達度について常に確認すべきである。環境の違いについては、一概にアドヒアランスが低下するわけではないが、ICTリテラシーが年代によって大きくことなることもあり、個々人によってその差が大きくなる場所である。画一的な対応ではなく、オンラインを好む人、オンラインでもいいが対面を好む人、個人に合わせた対処をすべきだろう。

社会のシステムとして、遠隔医療の離れていても診察できるという利点を生かして、オンライン診療の普及をすることで、システム自体への信頼を獲得することができる。初診は、必然性がない限り対面で行い、インフォームドコンセントでオンライン診療を選べるようにする形が望ましい。そして、再診もいつでも対面で行える態勢でオンライン診療を行うと個々人への対応がこまやかになる。最後に、信頼関係は医師と患者、両方向性のものであり、患者の積極的な医療への参加を推進することが良好な関係のために重要である。

参考資料

- [1] 一般社団法人 日本遠隔医療学会. (2013) 「JTTA 図説・日本の遠隔医療 2013」
- [2] 日本 厚生労働省医政局医事課 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課. (2020) 「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(事務連絡 令和2年4月10日).
- [3] 日本 厚生省健康政策局長. (2011) 「情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について」(一部改正 平成23年3月31日).

- [4] 菅原裕輝.(2018)「医療における信頼」小山虎編『信頼を考える』(9章), 頸草書房.
- [5] Ozawa, S., and Sripad, P. (2013) How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature, *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.
- [6] Mehrabian, A. (1971) Verbal and nonverbal interaction of strangers in a waiting situation. *Journal of experimental Research in Personality*, 5, 127-138.
- [7] 杉谷陽子. (2010) 「インターネットコミュニケーションと対面コミュニケーションにおける情報の伝わり方の差異についての意見書」.(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kaikaku/dai3/siryu3_2_2.pdf)(2020年6月30日最終アクセス)
- [8] Kendon, A. (1967) Some functions of gaze direction in social interaction. *Acta Psychologica*, 26, 22-63.
- [9] Kendon, A., & Cook, M. (1969) The consistency of gaze patterns in social interaction. *British Journal of Psychology*, 60, 481-494.
- [10] 黒川隆夫. (1994) 『ノンバーバルインタフェース(ヒューマンコミュニケーション工学シリーズ)』, オーム社.
- [11] Hitoshi Fujii, et al. (2017) A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effects of Health Guidance with Video Call as Compared to Face-to-Face Health Guidance. *International Medical Journal Vol. 24*, No. 2, 186- 191.
- [12] 岡本悠・松田英子. (2008) 「ビデオチャットカウンセリングの有用性に関する検討—対面カウンセリング及びEメールカウンセリングとの比較—」. 『メディア教育研究』第4巻第2号 *Journal of Multimedia Aided Education Research*, Vol. 4, No. 2, 91-98.
- [13] George Demiris, et al. (2012) A Noninferiority Trial of a Problem-Solving Intervention for Hospice Caregivers: In Person versus Videophone. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* Volume 15, Number 6, DOI: 10.1089/jpm.2011.0488
- [14] 日本 厚生労働省 第一回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会. (2018) 「参考資料2」(平成30年10月5日)
- [15] NHS England ホームページ. (<https://www.england.nhs.uk/>) 「Home>NHS England and NHS Improvement London>NHS London regional team work>GP at Hand - Fact Sheet」(2020年6月30日最終アクセス)
- [16] 山岸俊男(1998). 『信頼の構造』, 東京大学出版会.
- [17] 日本 厚生労働省 医療法 (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1)(2020年6月30日最終アクセス)
- [18] 圓増文. (2008) 「医療従事者と患者の信頼関係構築に向けた取り組みとしての『目的の共有』」『医学哲学医学倫理』第26号
- [19] Edwards, Ward. (1982) Conservatism in Human Information Processing (excerpted). *In Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* edited by Daniel Kahneman, Paul Slovic and Amos Tversky. New York: Cambridge University Press.