

2021-6-30 第16回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

○伴課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第16回「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を開催いたします。

構成員の先生方の出欠についてでございます。佐野構成員より、御欠席の御連絡をいただいております。その他の構成員の先生におかれましては、オンラインで御出席をいただく予定でございます。

なお、本日、経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課の飯村康夫企画官、総務省情報流通高度化推進室の飯島要介補佐にも御参加いただいております。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

(プレス退室)

○伴課長補佐 本日の会議の進め方について説明いたします。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただいて、座長の指名を受けた後に御発言をお願いします。その際はマイクのミュートを解除して、御発言が終わりましたら再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

また、チャット機能を用いた御発言につきましては議事録に反映されませんので、御連絡以外にチャット機能を用いることはお控えいただければと思います。

音声聞きづらい等ございましたら、音量等を調整いたします。音声の方は、問題ございませんでしょうか。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日、議事の関係で資料1、また参考資料は1から7まで御用意してございます。不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、以降の議事運営につきましては山本座長をお願いいたします。山本座長、お願いいたします。

○山本座長 本日は、お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、早速議事次第に従って議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は、「第15回検討会の議論のまとめと今後の方針」であります。それでは、早速、資料1「第15回検討会の議論のまとめと今後の方針」について事務局から説明をお願いいたします。

○伴課長補佐 それでは、資料1について御説明をいたします。「第15回検討会の議論のまとめと今後の方針」でございます。

次のページにまいりますけれども、「初診からのオンライン診療の取扱い等について」、前回検討会で御議論いただきました。資料中で、大きく2点に分けてまとめております。

1つは、「初診からのオンライン診療に必要な医学的情報について」でございます。前

回いただいた御意見としては、どのような情報であれば認められるかということについては、医師や患者のリテラシーを信頼した上で、医師と患者の合意の中で決めるべきではないかというような御意見が多かったかと思えます。

その上で、具体的なものとして「お薬手帳」であるとかPHR、こういったものの活用に関する御意見もございました。

また、過去の医学的情報について、どの程度過去のものが認められるのかという目安、こういったものも必要なのではないかというような御意見もございました。

また、かかりつけ医のいない健康な若者等の医療のアクセスを担保するというようなことから、オンライン診療の前に患者本人と医師でのやり取りがあって情報を把握して双方が合意した場合についてオンライン診療を認めることも考えられるのではないかといった御意見もあったところでございます。

大きく2点目として「初診からのオンライン診療の安全性の担保について」、幾つか御意見をいただきました。

不適切なオンライン診療といったことについて、適切に対応すべきではないか。その内容としては、研修を受けない、であったり、広告が不適切であるというようなことが挙げられておりました。

また、処方できる医薬品について一定の制限を加えるべきではないかというような御意見もありまして、それに関連して日本医学会連合において作成されております、初診からのオンライン診療に適さない症状や医薬品のリストについて、こちらの検討会においても取り上げるべきではないかというような御意見もございました。

また、オンライン診療に適する疾患、医師・患者の同意の在り方、こういった議論も必要ではないかというようなことでございました。

次のページにまいります。こちらは「規制改革実施計画」、令和3年6月18日に閣議決定されたものでございまして、初診からのオンライン診療の取扱いに関して言及している部分がございます。

これは、c. の段落のところでございます。オンライン診療については初診からの実施は原則かかりつけ医による実施、また、あらかじめ診療録等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。このような記載がございます。

また、それに加えまして、かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わないような場合には、医師が初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインのやり取りの中で適切な情報を把握して、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。こういった記載がございます。

前回の検討会での議論、そして規制改革実施計画の政府の方針、こういったことを踏まえまして、以下の点について今後検討してはどうかというふうに資料中で記載しておりますが、3点ございます。

1つは、初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細、適さない症状・医薬品の処方など、初診の取扱いに関すること。

もう一つは、規制改革実施計画でございました「オンラインでのやりとり」の詳細について議論していくということ。

3点目としては、初診・再診といったことにかかわらず、関係ある問題として、医師・患者の同意の在り方や不適切な事例への対応、こういった安全性・信頼性の担保に関する論点といったものを今後検討する必要があるのではないかと考えているところでございます。

次のページにまいります。もう一つ、前回の検討会で御議論いただいたこととして「オンライン診療の推進について」でございます。

これについても大きく2つに分けておりました、「医療提供体制におけるオンライン診療の役割について」でございます。前回の検討会では、基本的な考え方になるかと思いますが、オンライン診療を医療の中の一つの手段として位置づけてどのように活用していくのかというような御意見、そういった中で、一連の診療における対面部分のみをオンライン診療に置き換えるというような運用もあり得るのではないかとというような御意見もいただきました。

あとは、オンライン診療のメリットとしては、物理的な距離の問題を解決するということや、通院の継続のために役に立つというような御意見もございました。

その上で、オンライン診療をきっかけにかかりつけ医を持つというようなことですか、または患者のフリーアクセスが阻害されない形で進めていくべきではないか。こういった御意見をいただいたところでございます。

下の「社会のデジタル化について」のところですが、これについてはオンライン診療で用いるシステムの質の担保については、提供者の業界内においても取り組んでいただく必要があるのではないかとというような御意見がございました。

また、遠隔医療の海外での進展を踏まえて、諸外国に後れを取ることのないように、正しく推進できるような施策が必要ではないかというような御指摘もいただいたところです。

また、デジタルヘルスを進めていくという議論の中で、米国のようなセキュリティー基準を設けるのか。こういったような御指摘もいただいたところです。

「規制改革実施計画」を再掲しております。「オンライン診療の推進について」の関係する記載もございます。これが、b. のところでございます。下線部ですが、「オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める。」とされております。

オンライン診療の推進についても、前回の御議論ですとか規制改革実施計画といったことを踏まえて、医療提供体制におけるオンライン診療の役割について議論した上で、オンライン診療の活用に向けた基本方針を策定するということを今後検討してはどうかと考えております。

また、○の2つ目ですが、オンライン診療に限らずネットワークにおける医療情報の取扱い等については、デジタル化の進展に合わせて整理していく必要があるのではないかと考えているところです。

最後のページにまいります。「まとめ」といたしまして、今後の方針として挙げているものを再度記載しておりますが、3つに分けております。

1つ目が、初診からのオンライン診療の取扱いに関する事項。

2つ目が、オンライン診療の推進について。

3つ目が、その他のオンライン診療の安全性・信頼性に関する事項ということで、今後の検討事項を大きく3つに整理させていただいたというところでございます。

資料の説明は以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

本日はこの資料で御議論いただくのですけれども、これに加えまして前回の委員会のほうでも話題になりました医学会連合からの御発表について、南学構成員から参考資料7について御紹介をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

参考資料7になります。こちらは、日本医学会連合のほうで「オンライン診療の初診に関する提言」としてまとめさせていただいたものになります。

オンライン診療の初診に関して、まず初診において診療するとき、対面診療のほうが適切であると思われるような症状についてまとめさせていただいています。

下にいただいております、「巻頭言」については医学会連合の門田会頭が記載されています。

その先にいただけてますでしょうか。(資料の映写画面を)私が共有してもいいのですけれども、このままお願いしていいですか。

「作成の経緯」についても、御覧のとおりです。

次は内容ですけれども、初診に適さない症状について、医師が相談を受けたときにオンライン診療をすべきではなくむしろ対面診療すべきということの判断するためのもの、それから患者さん自身、あるいは患者さんからオンライン診療をしたいということで連絡を受けた予約受付の事務の方等、医師でない人がオンライン初診の予約を取っていいかどうかということの判断するためのものの2つに分かれています。

これについては、内容は一緒に医師向けに書かれた医学用語で細かく書かれたものと、それから患者さん、あるいは事務の方に向けて分かりやすい用語で書いたものの2つに分かれています。それ以外に、実際にオンライン初診で来た患者さんに対して、投薬において十分検討した上で慎重に処方すべき、あるいは処方すべきではないという薬について、これも別立てでまとめさせていただきました。

そういうことで、中身は大きく2つに分かれていて、初診に適さない症状、それから初診での投与について十分検討が必要な薬剤の2つに分かれています。

これらについては基本的には医師自身が判断すべきものであって、これはあくまでも指針であります。参考にしていただくためのものであり、特に薬剤については当初の案ではオンラインの初診で投与すべきではない薬剤という言い方も検討したのですが、それだと実際に必要なときに医師が処方する上で敷居が高くなってしまって、必要なのに処方できないといった状況にもなるので、リストの最初に一律に不可とすることを目的とするものではなくて、個々の患者さんの状態によって柔軟に対応してくださいということを記載しています。

初診に適さない症状についても、例えば14ページに行っていただけますでしょうか。これは患者さん及び予約受付用のものですが、この1つ前、PDFファイルの14ページ目です。

初診からのオンライン診療はかかりつけ医がきちんと行うことが原則で、問診と動画のみで診断を確定できる疾患はほとんどないということを記載し、その限界を十分御理解した上で、利点としての受診の容易さを活用してほしいということを書いています。

また、対面診療に切り替えることが可能な状況でやることも大事であって、オンライン診療を行った場合に、さらに医師の判断に必要なときには対面診療に切り替えることもありますよということのただし書をしてあります。こういったことを患者さんに御理解していただいた上で、適切にオンライン初診を行っていくことが大事だと思っております。

詳細に関しては、この資料を御覧いただければと思います。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、資料1の事務局の説明と、今の南学先生の参考資料7の御説明を両方踏まえまして御意見、御質問がありましたらよろしく願いいたします。

山口構成員、お願いします。

○山口構成員 御説明ありがとうございます。

南学構成員、資料を提供していただいてどうもありがとうございました。拝読しましたが、非常に分かりやすいですし、一般の人でも理解できるのではないかと考えています。

そのことを踏まえた上でですけれども、資料1の3ページの規制改革実施計画の中で、初診からの実施は原則かかりつけ医による実施であり、かかりつけ医以外の医師からの情報提供が基本だということになっていますので、ここについては基本的に安全性を優先していただいたのではないかと考えています。

それで、そうではない場合、かかりつけ医がない患者さんの場合のことが書かれているのですが、そもそも前から申し上げているように、初診の場合に相談と受診勧奨と診療ということに明確に分けられないグレーゾーンがあるとしても、やはりその3つがあると思っています。それで、相談や受診勧奨に関しては、面識がない人でも、私は最初の段階から相談、受診勧奨が可能だと思っています。

ただ、診療になるとステージが変わってきて、診断して薬を出すことができるだけに、この段階で気をつけないといけないと思うわけですが、ただ、患者が自分は相談で済むのか、受診勧奨で済むのか、診療までいくのか、その違いもまず分からないことが多いと思います。またまた、実際にオンライン診療を行うドクターも患者から話を聞いてみないと、結果として相談で終わるのか、受診勧奨をすることになるのか、この人だったら診療までいっていいかなということの判断というのは結果が出て分かることだと思うのですね。

そうなってくると、相談、受診勧奨だと費用が発生しませんので、オンライン診療料を請求するということになる、ではとりあえず薬を出しましょうかというようなことにもなりかねないのかなと思っています。

私は、できればそういった場合に、適切に相談で止めるとか、受診勧奨をするというようなところの判断をしていただくというストップ機能が必要だと思っていて、ただし、相談と受診勧奨を保険診療ということになると、またこれはそのこの保険の範囲じゃないという話になってしまいますので、例えば始める前に、診療までいかずに相談で終わるとか、受診をお勧めするようなことで終わることがありますよ。ただし、その場合は保険診療ではなくて自費として幾らいただきますと、そのことを了解した上で話を聞く。話を聞いた結果、保険診療で診療できるような場合もあるというようなことを前もって説明した上で、自費で費用を請求することが可能な仕組みを作るということが必要なのではないかと思います。そうすると、適切に判断して、必要な人にはきちんと対面でということにつなげていただくことが確保できるのではないかと思いますので、そのことを提案したいと思います。

その上で、初診で出せる薬、今、南学構成員からお出しただいた中では、初診のときにこの薬は不適切だというようなことが書かれているわけですが、基本的に初診でも出して可能なものということ限定して、日数もある程度限定して、次の段階では対面でというようなことにしていくのが妥当なのかなと思っています。

すみません。長くなりましたが、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

今の御発言に関して、事務局から何かございますか。よろしいですか。

○山口構成員 そういう仕組みづくりが可能かどうか、事務局の御意見をお聞きできればと思います。

○山本座長 なかなか医政局でそれを判断するのは難しいとは思いますが、いかがでしょうか。これは、我々の意見としてお伝えするということですね。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

御意見を踏まえまして、具体的内容については今後詳細を検討していきたいと考えております。

○山口構成員 ありがとうございます。

費用のことについては、このマターではないことは十分、分かっていますけれども、オンライン診療のことについて細かいことを話し合うのがこの検討会だとすれば、この検討会発信でしかるべきところにこういう提案をしたいということも、私はしていただけたらありがたいと思います。よろしくをお願いします。

○山本座長 ありがとうございます。そのように取り計らっていただきたいと思います。ほかはいかがでしょうか。

○南学構成員 南学ですけれども、よろしいでしょうか。

○山本座長 よろしくをお願いします。

○南学構成員 山口構成員には大変貴重な御意見をいただきまして、感謝申し上げます。

オンライン初診に適さない薬のリストを作るのか、適する薬をリストアップするののかというのはやはり最初に委員会のほうで議論になって、結局、適する薬をリストアップすると、それはそれでまた膨大になるので、今回は規制的にいく形で、やる場合には十分な検討が必要な薬剤という形でリストアップしようということになりました。その点は、確かにどちらがいいのかというのはかなり議論になりました。

それから、オンライン診療なのか、受診勧奨なのかどうなのかというのは、おっしゃるようにグレーゾーンで難しくて、我々はとにかくその診療行為に関して今回は取りまとめたということになります。

そこら辺の法的なところはかなり複雑で、例えば東大病院も今度は赤字覚悟でオンライン診療を始めるのですが、事務方ですら混乱するような状況なので、非常に分かりにくい話だと思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員をお願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

まずは南学先生、前は概略だけのお話だったのですが、本日こうやって資料をしっかりと見せていただいて、非常に緻密な議論をしていただいて詳細な結果をまとめていただいて本当にありがとうございます。これは、感謝申し上げなければいけないなと思っております。

それを踏まえて、オンライン診療の推進というまとめのところに書いてあります医療提供体制におけるオンライン診療の役割、これはますます高くなっていくことは間違いないとは思っておりますけれども、正直言って、今オンライン診療に取り組まれている医療機関というのは非常に少ない。手を挙げられていても、実際に実施されている先生たちは少ないし、臨床の中でこれをすごく活用されている有用性をよく分かっておられる先生たちもいらっしゃる。どんどん進めるべきだという議論になるし、またオンライン診療を全くやってこられていない先生にとってみると、メリットよりもどうしても否定的な意見が多くなるというのが現状だと思います。

そういった意味で、これだけ重要な医療の手段だとすれば、医学教育の中でしっかりとしたカリキュラムとして取り入れていただくことが将来的には必要なんじゃないかと思っ

ていて、今、医学部にいる学生の方たちは新しいITリテラシーが高い方たちが多いと思うので、やはりそういうことはきちんと教育をしていくべきではないか。これは、アカデミアの先生たちへのお願いであります。

また、東大病院で取り組まれるということですが、向いている疾患、向いていない疾患、当然それぞれの診療科にあると思いますが、前に中医協に出たデータでは、大学病院等では全くオンライン診療を考えていない、あるいは使用していないという方たちがほとんどで、どちらかというと診療所レベルでのシステムの構築みたいなお話が主になっていると思います。

我々は実際に地域で診療していると、医療連携の中で大学や中核病院等がこういった医療に取り組まれているということを知ることによって必要性というものが認識されていくと思っておりますので、まずはそういう教育、それから大きな病院の中でどういう疾病がこのオンライン診療にふさわしいのかということ、アカデミアの世界の中でしっかりと構築していくということが今後重要になってくるのではないかと考えております。ぜひそこはアカデミアの先生方をお願いしたいと思っております。

それとはまた別に、山口さんがさっきおっしゃったことは非常に重要な論点が含まれていると思っております。私もお薬につきましては、南学先生のほうは最初から全部禁止するのではなくて検討ということだとまとめていただいているのですけれども、明らかに使用してはまずいものというのはやはり一定程度あると思うのです。これは数少なくてもいいけれども、ある程度これは駄目だ。それ以外は検討して、医師が必要だと思ったときに使えるようにするというように段階を分けていただければありがたいと思っております。

全くの情報もない初診の患者さんに長期間お薬を出すというような例も見られておりますけれども、これは患者さんにとっても医療安全にとって非常にまずいことで、これとこれとこれは出してはいけない。これらの薬は最低1週間にしてほしい。それ以上症状が続く場合については対面診療に移るというような流れが望ましいのではないかと考えております。

とりあえず、今は以上です。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、鈴木構成員お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私からも、資料1の「初診からのオンライン診療の安全性の担保について」という点についてですが、安全性を担保するためにも医療とも呼べないような怪しいオンライン診療や、処方をはびこらせないためにも、必ず検討が必要だと思っております。

具体的な意見の中で、2ページ目に「自費診療の領域において不適切と考えられるオンライン診療を正すことができる仕組みについて検討する必要がある」とありますが、不適切と考えられるオンライン診療を正すということの前に、そもそも不適切と考えられるオ

ンライン診療がなされていた場合にそれを見つけられるようにするためにパトロールする
ような何らかの仕組みが必要ではないかと思えます。

また、処方できる医薬品に一定の制限を加える必要があるのではないかというのは、今
も何度も議論になっていますけれども、処方できる医薬品への制限もそうですし、同じ医
薬品でも保険の適用外の処方の制限なども考えるべきではないかと思えます。

そして、今、南学先生に御紹介いただいた参考資料7、日本医学会連合が作成した指針
については本当に分かりやすく、厚生労働省としてもこれがこのままなのか、活用して新
たな指針を作るのかは考えなくてはならないですけれども、どちらにしても指針として広
く使ってもらえるように、これを活用して何らか通知するなどということはこの検討会
でも考えたほうがいいのかと思えました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

何か事務局からコメントありますか。よろしいですか。

それでは、高倉構成員をお願いします。

○高倉構成員 高倉です。私のほうからは資料1の4ページの部分で、同じことを言って
申し訳ないとは思いますが、大事なことなのでもう一度意見をさせていただきます。

4ページの最後に書いてあるとおり、オンライン診療を進めていくに当たってどのよう
なサービスが使えるのか、もしくは使ってはいけないのか。多分、ここの検討会の議題で
はないとは思いますが、そういうことを議論していただく場を厚生労働省の中に作って
いただきたい。なし崩し的に何でもありというわけにもいきませんし、かといって、がち
がちに固めてしまうと今度は使いにくい話になりますので、そこはバランスの取れたもの
を御議論いただきたいと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大橋構成員お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

まずは、私も先ほどの日本医学会連合の作成のところで御一緒させていただいたのです
が、かなり議論のほうは収束して発散したりというところだったのですが、南学先生のお
まとめによってこのような形ができたというのは私自身も大変に勉強になりました。まず
は御礼申し上げます。ありがとうございます。

私のほうから、1つ御意見があります。先ほど山口さんから御説明がありましたオンラ
インの受診勧奨と健康相談というところなのですが、正直、今やっています、どうい
うものが健康相談で受診勧奨になるかというところの線というのはなかなか難しいと思っ
ているところです。

というのも、対面診療でも同じなのですが、私たちはやはり健康相談だけで、例えばお
薬を処方しないで自宅でのセルフケアの仕方について御説明してお帰りいただくというこ

とで、診療という形で再診料をいただくということもあると思うのです。必ずしも処方しない場合もあるというところですので、オンライン診療でもお薬を処方しないで、御自宅でこういうふうによればいいですよというところで済んでしまうのもやはりオンライン診療と、私は自分自身が家庭医だと思っているのですが、そういう中ではすごく大事な形なんじゃないかなと思っております。

あともう一つ、明らかに救急ですぐに対面で診なければいけないなという状況の方も確かにいらっしゃるのですが、その場合も、いきなりこれは対面ですと言ってぶちっと切るのではなくて、そこにいくまでの応急処置についてはかなり指導していると思うのです。

例えば、今ここでできること、ゆっくり腹式呼吸をしながら来てくださいとか、けがの方だったら応急処置をこうしながら受診してくださいというのがあるので、それについても一定の保険診療としての評価はあってもいいのかなと思うので、ここら辺の線引きというのを私は考えていて、自費でというところに関しては少し違和感を感じました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、黒木構成員お願いいたします。

○黒木構成員 どうもありがとうございます。

今、大橋先生が御指摘されたところと少し重なるのですが、まず私も山口構成員の御指摘のあったオンラインは受診勧奨か診療か。これは実際にやってみると、話をして処方はなくでそれで終わるのも立派な診療なわけです。むしろ私はその線引きを無理やり作るよりは、この検討会の範囲外ですけれども、世の中でネットでの医療相談というのが非常に多くて、それは質のいいものもあれば、そうでないものもある。ほとんど野放しですね。例えば、そういうところのほうの問題じゃないかと思います。それが1つです。

それからもう一つ、南学先生のおまとめ、大変ありがとうございました。それに関連して、今村先生から医学教育の話が出ていまして、私も本当にそのとおりだと思います。それで、大橋先生と一緒にプライマリーケア連合学会で医師向けのオンライン診療の教育資料、今度は診断学というのも始めまして学会として取り組んでおりますので、この場をお借りしてちょっと宣伝させていただきます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、島田専門委員お願いできますでしょうか。

○島田専門委員 ありがとうございます。島田です。

オンラインの初診に関しての処方、やはり一定の制限は作るべきだろうと思っています。

例えば、心不全の利尿作用の非常に強いサムスカなどは、実際に入院で内服治療を開始しなければいけませんとか、そういう危険な薬、しっかり管理をした上で処方を始めなければいけない薬が存在すると思います。

また、在宅医療の立場からですけれども、例えばこのたびの新型コロナで入院をせずに自宅療養、宿泊療養になる方に、オンラインで初診対面で在宅酸素療法を導入していかどうかについていろいろ検討がありましたが、やはりCo2ナルコーシスで呼吸停止するリスクなどもあるので、それは望ましくないだろうというふうにした経緯があります。

ですから、在宅酸素療法であったり、例えばインスリンの自己注射、それから排尿ができない方の自己導尿など、この辺りはしっかりと本人が手技も含めて、理解力も含めて管理できるかを指導の中で見極めて行わなければ危険な医療行為でありますから、処方以外でもこういうことも含めてオンラインでどこまで可能かどうかのところはしっかり線引きがあって安全にスタートするべきだと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、南学構成員お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。皆様から大変貴重な御意見をいただいて、とても勉強になります。

特に黒木先生がおっしゃった、オンライン上にいろいろあふれている情報というのは、この前、海外の先生とも話したときに Google Doctor という言い方をされていて、そういうのがすごく問題になっているのだというふうに言っていて、実際に確かにちまたで医師が不適切なことをやるよりも、そういった情報に関して、より害が大きいということは海外でも同様の状況であります。

また、今村先生から、大学においてきちんとこういったことをやるようにという大変貴重な御意見をいただきまして、深く感謝申し上げます。大学でこういったことが進んでいないのは、この前もちょっと申し上げましたように保険点数の問題があって、どうしても大病院と大学等では現時点ではオンライン診療をやると赤字になってしまう。経営陣の理解が得られないということから今まで全くできていなくて、今回はオンライン診療の重要性がCOVID-19のパンデミックで分かったので、もう赤字を覚悟で大学としてもやらなければいけないということでやり始めるという形になっております。

そういった中で、我々もきちんと経験を積んで、既にやられている先生方に御指導いただきながらいろいろな情報発信していきたいと思っておりますので、ぜひ御指導いただければと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、続いて黒木構成員お願いいたします。

○黒木構成員 すみません。先ほどちょっと追加し忘れてしまったのですが、オンライン診療の推進のところで、要するに指針ができたときにまだ登場していなかった薬剤で、その薬剤の扱いに迷うというふうなことを聞かれたこともありますので、ぜひ指針を適宜改定する際に、新しく出た薬剤の扱いに関してもちょっと検討していただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。ちょっと先ほど言い忘れたことがございましたので、何点か追加させていただければと思っております。

今回、記載の中で、いわゆるオンライン診療はかかりつけ医によることを原則とし、そして、一つのかかりつけ医を持っていただくためのきっかけにという文言がございます。私もこの点は非常に重要だと思っております。今コロナワクチンを接種するに当たって、若い世代の方たちが当院にも多数お見えになっておりますけれども、ただ、問診票を見ると、ほとんど薬も飲んでいないし、医療にかかったことがないという人たちが大部分であります。

このワクチンの接種をきっかけにして、こういう医療機関がここにあるのだなということとかかりつけ医になっていくという一つのきっかけでもありますし、初診で初めてオンライン診療を受ける。今までかかりつけ医がいなかった方たちが、それをきっかけにかかりつけ医を持っていただくと、この先生はとても説明がよく分かるし、自分にとっても安心につながったのだということで、かかりつけ医になっていただければいいと思うのです。

そのかかりつけ医は、例えば企業にお勤めの方だったら企業の周辺にある比較的距離の近い先生でもいいし、あるいは御自分が住まわれている近くの先生でもオンライン診療をやっていただいたら、そういった方に今後かかっていただくきっかけになるということだと思います。ちゃんと先生に一旦オンラインでかかってということを経験して、それで完結するような短期間の病気であればそれはいいのですけれども、例えば継続して診ていただくということも当然あり得るわけで、そういった場合にはかかりつけ医になる一つの本当に重要な要素というか、ツールだというふうにもまず申し上げたいと思います。

それからもう一点は、全く無初診で情報がない方がオンラインでのやり取りの中で患者さんから医療履歴や基礎疾患、現在の状況を判断してオンライン診療ができると、可能だといったときにオンライン診療に移るという記載があります。一方、その医療情報、前回から議論しています健康診断、PHR、あるいはお薬手帳であるとか、様々な医療情報があればいいという話ですけれども、医療情報については、ではいつからどれぐらい前の医療情報だったらいいかと、必ずそういう期限の話になると思うのですね。

そうではなくて、こういう医療情報は最低限の前提として、初診の全くの情報のない方と同様に、そういった情報を聞いた上で、さらに患者さんから医師が最近の情報を聞き取って初めてオンライン診療に行く。つまり、情報さえあれば無条件でやるということではなくて、その後にしっかりと医師がそれを医学的見地から判断するという行為が重要ではないかと思っております。例えば、2年前の健康診断のデータがあっても、現状の御本人の状態がそれで分かるというのは、普通のお医者さんだったらそれが当てにならないということは多分、分かると思うのですね。

したがって、その情報から現在までどのような状況であったかということをごきちんと聞

き取った上でオンライン診療に移るというプロセスが必要なので、一定のこういう情報さえあればいいんだというような間違えた読み取りにはならないようにしていただきたいと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今、今村構成員がおっしゃった、患者からしっかり聞き取った上での医師の判断というのは本当に私も大事だなと思っていて、いろいろなドクターがいらっしゃることは重々分かっていますけれども、やはりそこで皆さんが適切に判断していただける、そういう仕組みづくりがこういうところで必要だと思っています。

それで、先ほどから御意見をお聞きしていて、最初に私が意見したことに対して相談、受診勧奨の話をはたかた構成員の方からいただいたわけですが、確かに私も実際にドクターと話をして、特に薬を出す必要もなく、とりあえず様子を見ましょうねとか、多分こういうことだと思いますよということで終わっても、それも診療だということも理解はできます。

ただ、このオンライン診療の指針を作ったときに、ともかく相談、受診勧奨、診療ということをとて分けて考えたのです。もちろんそこにはグレーゾーンが必ずあって、どちらともつかないというような判断の難しいところがあって、それが悩ましいねというようなことで議論を重ねてきたというような経緯がございます。

そこで、先ほどからの御意見をお聞きしていて事務局にちょっと確認したいのですけれども、例えば対面診療の場合は、初めて行ってお話しただけで薬も出なくて終わったとしても初診料というのはもちろん発生するわけですね。

ですから、診療をしたというようなことでの費用が発生するわけですが、この指針を作ったときに相談、受診勧奨、診療というのを分けたということで、例えばオンライン診療料というのがあるわけですが、それを請求できるのはどの範囲の診療をおこなった場合なのでしょうでしょうか。その辺のところを共有の理解にしたいと思っておりますので、そこを事務局に明確にしていいただければと思って発言いたしました。よろしくをお願いいたします。

○山本座長 ありがとうございます。

難しい質問ですが、事務局からコメントありますか。

○福田医師養成等企画調整室長 御意見ありがとうございます。なかなかその言葉の整理のところは非常に難しいところですので、今後また整理させていただきたいと考えております。

○山本座長 医師側からすると、診療を行ったということは、診療を行った責任がかなりはっきり生じてきますので、これは診療であるという宣言は本来、私は医師側からするも

のだと思うのです。それによって、患者さんの疾患の経緯に対してどれだけ責任を取るかという覚悟の問題というのも多分あるのだろうと思います。

確かに、対面診療でもお薬も何も出さないことだってもちろんあるわけですから、実際の受診勧奨、あるいは相談と診療の違いというのは、やはり診療関係を患者との間で持つかどうかということだと思いますが、なかなかそれを定義づけるというのは非常に難しい問題があると思いますけれども、また事務局のほうで検討していただきたいと思います。

それでは、山口先生どうぞ。

○山口構成員 そのこのところを明確にさせていただいて、私がさっきなぜ自費と言ったかということ、薬を出したりしないと診療という範囲に入らないのではないかとされているとしたら、本当は相談で終わる、受診勧奨で終わるところを、もう一歩進んでしまう可能性があるのではないかと、それを一番危惧しています。

ですので、医師として最終的に相談で終わったとしても、あるいは受診勧奨で終わったとしても、そこは診療に入るのだということであれば、そこをちゃんと明確にさせていただくと、やはりそれぞれの医師の、この人にはここで止めようというような判断が効くんじゃないかと思いますので、そういうふうに明確にできることがあればしていただいたらと思います。

○山本座長 ありがとうございます。逆に、処方しないから診療じゃないというのは多分、今の定義ではないと思うのです。

○山口構成員 そうなのです。ガイドラインのところは、そこをかなり分けて考えたと思います。

○山本座長 ガイドラインにも、処方しなければ診療とは言わないというようなことは多分ないと思います。

○山口構成員 そこは、もちろんそうですけれども。

○山本座長 事務局から何かございますか。よろしいですか。

それでは、落合構成員お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私も、今の相談と受診勧奨と診療に関する部分についてです。もともと医療行為自体が極めて広い概念になっているといいますか、人の体に作用して、もしくは介入をするところは広く医療行為にかかるというすごく広いものです。これを記述式で全部書いていくというのが多分非常に難しいことがあって、今の定義になっていると理解しています。

もし、例えば何らかの宣言をして、何々ということだけしなければ診療ではないというふうに書くというのも一つの決め方ではあると思うのです。しかし、そのときにラインの引き方を間違えると、元々の相談の中で、新しい基準ではできないことがすごく増えてしまう可能性があります。極めて形式的に切ると、各診療科だけではなくてそのほかのいろいろな健康に関する行動も含めて、そういう相談とか医療行為の制限がかかる、関わらないということが変わるので、そこは明確化するにしてもかなり慎重にやらないと、むしろ適

切に実施できないことが多くなってしまうと思われま

す。この辺を心配して、若干だけヒントを与えるような形で、もともとあった医療行為の枠を動かすというより、少しだけ明確化していただいたというのがこのガイドラインのコンセプトだったというふうには思っております。明確化することによってよいこともあれば、それによって何か失うものもあるかもしれませんので、そういう意味では非常に慎重に整理を行う必要があるかと思

います。それから、今の判断の要素について、厚労省のほうで外部に出されている解釈の中で示されているものでは、患者さんが自ら自発的に例えば話をしてきた情報というのを医師の先生が意図せずに聞いたような場合は、必ずしもそれだけで医療行為、診療にならないとしています。詳しい情報を聞いただけで診療とは整理していないと思

いますので、全体としては、医師の先生方がどう

いうアクションをしたのかということに着目して線引きはされているというようにパブリックコメントの回答を拝見しております。

すみませんが、コメントだけになります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、黒木構成員お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

論点がどこにあるのか、いま一つははっきりしないのですが、オンライン診療だから受診勧奨と診療と大きく違うのかという

とはそうではなくて、別に対面診療とオンライン診療も同じように診療のことを考えればいいのではないのでしょうか。そんなに複雑な話にならないと思うのですが。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 私も今、黒木構成員がおっしゃったことと同じようなことを申し上げたかったのですが、手を挙げたのですけれども、山口構成員が御懸念されていることは理解いたします。しかしながら、まず実際の診療の中で、診療するけれども薬を出さないこと、これは通常あって、あなたは多分ペケペケ病だと思

います。3日間おとなしくして水を飲んで寝ていてくださいと、別にこれでも立派な診療ですね。そして、ちゃんと保険点数も取れます。それで、あなたは多分ペケペケ病だと思

ば同じことです。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かコメントございますか。よろしいですか。

それでは、ほかに御意見、御質問はございますか。

津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員 ありがとうございます。

前回もお話ししたように、日本とアメリカでオンライン診療の使われ方が若干違う形になっていると思います。アメリカの場合はオンライン診療した後に、血液検査やレントゲン検査を病院で受けて、その後再びオンライン診療や電話診療を通じてそれらの検査結果を聞くというパターンがよくあります。このような場合、オンライン診療が対面診療を置換しているだけであり、それ以外の診療行為は原則として変わりません。一方で日本の場合、現時点ではそういう流れはあまり想定されていないと思うのですが、その結果としていわゆるリスク回避型の診療行為が行われるのではないかとこのことを危惧しております。

例えば急性上気道炎、いわゆる風邪に対して本来であれば聴診器を当てて、レントゲンを撮って、肺炎をルールアウトして風邪薬を処方するといった意思決定するところ、それらの検査ができないのでリスクヘッジ的に念のために抗生剤が処方されるといったようなオーバートリートメント（過剰診療）が起きる可能性があると思います。そういったことは今後データを取っていきながら起きないかどうか。起きていれば、それはAMRとかを含めていわゆる医療の質の低下につながっていないかどうかということは注意深くフォローして、必要な介入をしていく必要があると思っております。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員お願いいたします。

○権丈構成員 どうもありがとうございます。

オンライン診療については、かかりつけ医の方々から見ると、大橋先生が以前報告されていたように第4の診療形態としての可能性を持っている。そして、今度がかかりつけ医ではなく患者のほうから見ていきますと、日本が目指そうとしている医療提供体制には、若い人たちを含めて、みんなかかりつけ医をしっかりと持つという医療、医師が身近にいるという安心感を持ってもらうという、そういう提供体制を目指すということをやってきているわけですけれども、そういう意味では今村先生がおっしゃっていたようなオンライン診療をきっかけにかかりつけ医を持つというチャンネルというものが非常に重要な意味を持っていると思っております。

そして、この会議がその両サイドから、かかりつけ医の第4の診療形態を目指していく方向と、そして患者サイド、住民ですね。まだ病気になっていないときにも、かかりつけ医というのを意識しながら生きていくことができる、保険に入っている意識という方向に向かっているということで私は高く評価していると同時に、日本医学会連合のほうからこ

ういうガイドライン、指針というものを出していただいて、相当議論が厳格にといいますか、基準を持って議論できるようになって非常にありがたく思っております。

そして、医療の場合は、今日の資料でも「不適切」という言葉が2か所ぐらい出てくるのですけれども、不適切なことを行う医師はしばらくばれないでいるんですね。そして、顕在化したときには既に相当の犠牲者が出ていて、そしてその犠牲が大きいというのが医療の特性になってくるわけですけれども、そのとき事前にこの不適切なことが起こらないようにということに対する、先ほど鈴木さんがおっしゃったような体制ということプラスアルファとして、その体制を事前にマージナルにどんどん限りなく抑えていくというのは難しいところがあるので、普通はこういうところは事後的にペナルティーがあるよというような制度設計をしていくそういうことになるのですが、そうしたことも少し考えていただきたい。医療の場合は、本当に不適切なことがしばらく分からないまま起こってしまうわけで、みんなが分かった瞬間には相当の犠牲が出ているというのがありますので、この辺りのところは慎重にやっていただきたいと思います。

そして、今日の資料1の中で「かかりつけ医」と「かかりつけの医師」という言葉が混在しておらず、「かかりつけ医」という言葉で統一されていて、日本医学会連合のほうはずっと読んでいきますと「かかりつけ医」を意識されているなというのが分かります。

この公文書の中で「かかりつけ医」と「かかりつけの医師」というのが混在しないで「かかりつけ医」に統一されているというのを、私は以前そういう話もしましたけれども、高く評価しておりますということで終えたいと思います。どうもありがとうございました。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、佐藤構成員お願いいたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。大分、議論もまとまってきたと思うので、コメントだけ3点ほど。

今のかかりつけ医ですけれども、最終的には出口としてオンライン診療をきっかけにかかりつけ医が普及するのは結構なことだと思うのですが、この段階では私も含めて多くの人はかかりつけ医がないので、逆にかかりつけ医でないとオンライン診療をやっちゃいけないよとなれば誰もできないことになってしまいますので、そこはかかりつけの医者、つまり過去の受診歴とか何らかの情報があるお医者さんを含めた意味だと解釈していただき、広く周知していただかないと、なかなか入り口から普及しないかなという気がしますので、そこはぜひ御配慮をお願いします。できるだけかかりつけ医は広い意味で、まだ制度として確立していないので広い意味で解釈するようにお願いできればと思います。

それから報酬の話なのですが、医療機関のうち今でも15%ぐらいしか実はオンライン診療をやっていないということを含めると、やはりこの診療報酬上の扱い、先ほどどなたかも大学病院ではなかなか経営上の観点からオンライン診療はできないよねというお話をされていたかと思うのですが、病院経営という観点から見ると日本は特に民間病院が多いわけですから診療報酬の見直しというのは必須だと思います。

どうも厚労省には悪いけれども、縦割り行政がすぎていまして、ここでは金目の話はしないとは言いますが、やはり要求はしたほうが良いと思いますので、そこはきちんと診療報酬との見直しの一体化をして進めるという視点がいいかなと思いました。

3番目の最後の点ですけれども、どちらかというとこれは質問になるのかもしれませんが、今後このオンライン診療を含めた医療の現場のデジタル化、いわゆるデジタル化というのはこれから進めていくと思うのですが、医療の現場は民間の病院であり、民間の医療診療所が多いとはいえ、やはり公的医療保険の枠の中でやることですので、国のデジタル化の一貫でもあると思います。

そうだとすれば、今後例えば厚労省さんとしてデジタル庁との関係をどうするのかということ、特にセキュリティーの話であるとか、こういったところはあらゆる分野で共通しているのですね。オンラインで事を進めようとしているのは別に病院だけではなく、いろいろな行政でもオンラインによる申請とかを全部進めようとしているわけですから共通した課題はあるわけなので、そうだとするとデジタル庁とどういうふうな連携をしていくのかということについて、もしこの段階で決まっていることがあればお知らせいただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

何かコメントございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。お話、ありがとうございます。

まさに先生がおっしゃるとおり、オンライン診療のみがデジタル化の独自の路線で進んでいくものではなくて、デジタルヘルスの推進や、そういった全体の中での一部がオンライン診療であるというふうに認識しておりますので、具体的な連携についてはここで私が責任を持ってお答えというのはなかなか難しいのですが、全体として進めていく中でオンライン診療もしっかり一部として進めていきたいと考えております。

○山本座長 それでは、南学構成員お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

先ほど、今村先生をはじめとする先生方から御指摘があったように、オンライン診療はかかりつけ医の機能を支えて、暮らしの場での医療を実現して、地域のケアネットワークを支える新しい形の医療体系だというふうに認識をしておりますので、これを適切に普及させることは非常に重要だと思っています。

アメリカは今回COVID-19のパンデミックで物すごい規制改革を行って、現在では90%の医師が遠隔診療に携わっているというデータが出ています。

ただ、アメリカは10人に1人がコロナに感染しているような国なので、当然、日本と状況が違うということはあると思います。

この新しい協働の形でかかりつけ医の方々に、より診療を広げていただくということは特に若い人たちの診療で重要で、例えばPing An Good Doctorという中国のオンライン診

療のシステムがあります。これは2019年の8月から2020年の8月までの診療実態の論文が出ていますが、この期間の1年間に合計1億1400万の人がこのシステムにアクセスをして、パンデミックの間は毎日9万2000件のアクセスがあり、このCOVID-19のパンデミックでその利便性が分かって、このCOVID-19が収まった後は毎日11万5000人がこのシステムにアクセスをしています。

これを立ち上げたのはシンガポールのジェシカ・タンという女性で、彼女はアメリカ外で最も影響力がある女性の2番目に選ばれている人です。

ただ、データを見ると、年齢層が通常の病院にかかる人よりかなり若くなっていて、受診の内容を見ると、実は内科以外に小児科と産婦人科の受診が非常に多いです。これは、黒木先生がおっしゃっていたように、恐らく子育て世代で病院に行きにくい人たちが積極的にこういうシステムを利用しているというふうに理解をしていますので、そういった方々がきちんとかかりつけ医の先生方にアクセスできるようなシステム構築という観点が大事だと思っています。

それから、不適切な医療に関しては日本医学会連合のほうで最初議論したのですが、今回、日本医学会連合でこれを作るに当たっては、オンライン診療があることによって起こる問題について特化しましょうということで、オンライン診療でなくても対面診療で起こり得る不適切なことに踏み込むのは逆に混乱するというので、ここにおいてはオンライン診療によって特異的に起こる問題点からの作成となっています。

それで、津川先生はオーバートリートメントの話をお聞きいただきましたけれども、実は初診において投与すべきではない薬に抗生剤が入っています。私は大橋先生や黒木先生に本当にこれでいいんですかと聞いたのですが、実際にやられている先生方が、抗生剤はやはりオンライン初診で投与するのは不適切とおっしゃったのでここに入っていて、オーバートリートメントを防ぐためのかなりきちんと配慮されたものになっているというふうに理解しております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。何度もすみません。

先ほど、津川先生からアメリカのお話を伺いました。やはり日本に先行してオンライン診療に取り組まれている国、今、南学先生から中国の例もありましたけれども、中国のように今まで医療へのアクセスが非常に制限されていた国だから、よりこういうものが広がっているというケースもあると思いますし、またはヨーロッパのように日本に非常に近い医療提供体制で行っていた国で、オンライン診療がコロナをきっかけに非常に拡大しているとか、いろいろな事例があると思うので、いろいろと単純に取り入れるということよりも参考になるものを入れていくということが大事だと思っています。

その意味で私どもも、もともとこのオンライン診療は上手に対面診療と組み合わせたい

くことによって、より質の高い医療になり得るということだと理解をしておりますので、そういった意味でオンライン診療だけで完結するような医療というのは、短期間であれば別ですけれども、継続していくような医療においてはやはり望ましくないと思っておりますので、どのように組み合わせていくかということが非常に重要であると思っております。

それから、海外の事例で言うとフランスも非常に日本に近い医療提供体制で、かかりつけ医を持ってもらうというようなことで、保険制度の国でよく似ているというふうに理解していますけれども、コロナでオンライン診療が一気に拡大したときに死亡事例が起こって訴訟になっている。そういう不幸なことが一度起こってしまうと、一気にネガティブなことが広まるというのが日本のよくあることで、ワクチンにおいても一度メディアに取り上げられたことによって日本のワクチン行政が遅れてしまったということもございますので、やはり医療安全というのは非常に大事だとは思っております。海外の事例を上手に取り入れていくということも必要かなと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、金丸構成員お願いいたします。

○金丸構成員 ありがとうございます。

このたびは、政府の閣議決定の内容が割とポジティブに決まったということで高く評価をしています。また、医師会の今村副会長をはじめ、皆さんから貴重な助言もいただいて、その結果こういう案になったのだと思っているところです。

今回、特に好事例を展開していこうということになっていきますので、そういう中で南学先生の東大病院でオンライン診療を開始してくださるといのは大いなるインパクトではないかと思っております。「オンライン診療の初診に関する提言」も含めて、改めて感謝申し上げたいと思います。

その上で厚労省へのお願いは、今回コロナ禍で医療体制も含めて大きな問題が顕在化したわけですから、ぜひオンライン診療という狭いところにとどまらないで、全体で大きなリデザインをしてくださって、その中に今回ポジティブに決めていただいたオンライン診療をまず位置づけてほしいということが1つです。

それから、山口委員がずっと御指摘をされていて、今日もおっしゃっておられましたけれども、今まで我々が議論してきたオンライン診療というところに踏み込む手前といえますか、要するに薬の処方もしないというような診断も当然ながらオンライン診療というか、普通の診療でもあるわけですから、ここの報酬も含めて、これは医政局マターではないと思っておりますけれども、先ほど申し上げた大きなリデザインの中で再検討していただきたいと思っております。

いずれにしても、普及していない現実はやはり直視すべきだと思いますし、普及していない原因は今後議論して取り除くべきだと思います。ぜひ今後もオンライン診療が有効活用されるように、いいドクターがオンライン診療を開始したり推進をするときに大

きな負荷、過剰な負荷がかかったりインセンティブがなくなるようなところについては、今後厚労省として全てそれを解決していただくように切にお願い申し上げます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員をお願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。私のほうから3つほどございます。

1つが、かかりつけ医をオンライン診療との関係で推進していくということについて、どういった場合を指してかかりつけ医として書かれているのかがあると思っています。これは、これまで議論してきた中で、前回の検討会の資料2の2ページの中で書いてある、受診歴がある場合というのを指されているのかなと思っておりました。今後は、さらにそのほかに情報としてどういうものがあればいいのかを前回は議論させていただいており、さらにそれに沿って今回も議論を進めているものだと私のほうとしては理解しております。この点は、間違いがあれば事務局のほうから御指摘いただければと思います。

2点目が、全体のデジタル化の中でオンライン診療を位置づけていくという中で、重要なポイントとして服薬指導と処方箋の電子化というところと議論をつなげていく必要があると思っています。診療報酬については既に金丸構成員もおっしゃられていたところですが、この検討会が一番いろいろなオンラインに関係する議論ができる場と考えており、服薬指導ですとか処方箋については直接議論できる場ではないと思っています。なかなかその辺りの議論が詰められていないので、今後プロモーションを進めていく、そういうための活動をしていく中においては、やはり服薬指導だったり処方箋の在り方というところもセットにしてということをお検討いただきたいと思います。

第3点としては、PHRについてはやはりオンライン診療と密接に連携していくことによって、オンライン診療の価値を全体として高めることになるだろうと思っています。経産省、厚労省、総務省の3省でPHRのほうの指針も整備して、団体等も整備していると思いますので、そういったところとも連携をしていくような形でできるといいように思われます。そちらのほうでもPHRを使ってさらに介入をする場合の議論はまだ指針で整備されておらず、今後議論される可能性もあると思います。そういったところとオンライン診療との連携といったようなところも今後見ていけると、よりよい形で進められるのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かコメントございますか。よろしいですか。

それでは、黒木構成員お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

先ほど今村先生が御紹介されたフランスの例に関しての補足なのですが、あれはネットで話題になった、糖尿病の患者さんに血糖を測らないで低血糖で亡くなったという

例ですよ。

恐らく今村先生が御懸念のように、オンライン診療で不幸な例になった、不幸な転機になってしまったということだけが取り上げられると何か変な議論になってしまうのですが、実はあの例などを見ても、対面診療でもそのドクターの診療の仕方では同じことが起こってしまったと思います。だから、南学先生が最初にお話ししましたように、オンライン診療だからこそ、そのためのリスクなのかどうかというところは医療側から見極める必要があると思いました。

それから、南学先生の東大にはぜひ期待しておりますので、東大をはじめとしていろいろな中核病院でオンライン診療が始まっていくと好事例の集積は非常にできやすくなると思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、袴田専門委員お願いいたします。

○袴田専門委員 ありがとうございます、袴田でございます。

議論がたくさん熟しておりますのでコメントだけですけれども、今、御指摘があったように中核病院ですとか大学病院が参画するのはどのような形があるのだろうかと考えますと、やはり先ほど津川委員がおっしゃったような初診ではないのですが、うまく対面診療とオンライン診療を組み合わせること、これはフォローアップという形で多くの病院が参画できる方法ではないかと思っております。こういった好事例が集積されれば、いろいろな大学や中核病院で利用が進むものと考えます。

もう一つの視点ですけれども、これから起こる働き方改革とこのオンライン診療との関係性でございます。地方の場合には、働き方改革の推進によって地方から医者を引き揚げなければならないとか、支援していたものがなかなかできなくなるので新しい方法を用いて地域医療を支援するというようなことも検討点として上っております。

好事例を基に、これからオンライン診療を新しいポジティブな意味で活用していくということには、働き方改革という視点は今後かなり大きなウエートを占めてくるように感じております。ぜひいい事例を集めて、2024年に向かってこれがうまく活用できればと考えております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、南学構成員お願いいたします。

○南学構成員 すみません。東大病院で始めると言って、あまり皆様の御期待をあおっては申し訳ないのですが、本当にちょぼちょぼ始めますので、何度も申し上げているように今の制度だと対面診療を行ったほうが圧倒的に診療報酬がいいのです。

ですから、これも何とか執行部を説得して、やはりこれはやらなければいけないからと言って始める形で、非常に限定的に慢性疾患の人で始めるような状況で、黒木先生や皆様

が思っているような形ではなかなかできませんので、どうぞ御了承ください。すみません。

○山本座長 それでは、今村構成員をお願いします。

○今村構成員 何度もありがとうございます。

先ほど黒木先生から、フランスの例に触れられたことで補足をいただきました。医療事故に関しては対面診療であっても起こるケースは起こります。ただ、オンライン診療という新しいこれからどんどん推進していこうという動きの中でそういった不幸な事例が起こると、センセーショナルに取り上げられるとそういったブレーキがかかるということが往々にしてあるので、だからこそこれを広げていくときには慎重でなければならないという意味で申し上げているというふうに御理解をいただければと思います。

それから、佐藤委員から厚労省の縦割りとのこと意見がありました。そういう意味でこの場で診療報酬の議論はできないということは理解しています。

一方で、現実的には私の知る範囲では、こういうシステムをいわゆる利用者に対して販売というか、使っていただくときのコストというのはその会社によって全く違うのです。もちろん、診療報酬というのはコストの積上げで必ずしも決まっているわけではないですけれども、そうは言いつつ、例えば100のコストがかかるものと、10のコストがかかるものを同じ収入にするというのも何か変な話なので、こういった議論をする際にはそこもきちんと検討しないといけないのかなと思います。

個別の診療報酬について申し上げているのではありません。ただ、何か点数が低いからできないという前に、それでは、より廉価なシステム、より安全性の高いシステムというのはどういうものなのかということもきちんと利用者に知っていただくような仕組みが必要なのではないかと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

診療報酬に関しては、やはり日本の保険制度ですから厚労省だけで決めることも当然できないわけですし、保険者側、保険の掛金を支払う側、あるいはサービス提供側、みんな集まって協議して決めるというシステムになっているので、なかなかこの検討会でいきなり議論するというのは難しいのだらうと思います。

落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。

幾つか議論の中で出てきている中で、やはり中核病院ですとか大学病院等で行いにくいというお話があります。この場で議論して解決をすれば、そういうものが有用であるということをしっかり評価として出していくということに加えて、必ずしも初診からいきなりというよりは、ほかの例えば地域の病院などにかかられていて、それで紹介状をもらってとか、そういうような場合もあったりすると思いますので、それこそ検査だったりですとか、1つ別の診療所を挟んでいて2つ目の病院に行くような場合、こういうものの評価できる点を打ち出していったりするということがあると思われま。このようなこ

とも含めて、いろいろ今後議論して成果をまとめていくと、何らかの形で最終的に診療報酬の評価であったり、いろいろな形で進む結果につながるのではないのかと思いますので、ぜひそういう形でも御検討いただければと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大橋構成員お願いいたします。

○大橋構成員 先ほど働き方改革というところのお話がありましたので、幾つかの視点でお話しできればと思います。

1つは、前回もちょっとお話ししたのですけれども、このオンライン診療を活用することで患者さん側のライフスタイルの変化というのは随分担保できるのかなと思います。特に働き盛りの方は土曜日にしか来られない方が多くて、我々のクリニックも土曜日はかなり混み合っている。患者さんはそのために半日かけて病院に来ているということがあるのですが、それがオンライン診療によって会社の仕事の合間でやることによってその方のライフスタイルも変わりますし、我々のクリニックのほうの混雑緩和にもかなりつながっていて、受付職員等の過重労働も緩和できているというのは現状でも実感できているところだと思います。

また、医師の働き方改革というところでは、当院では産休、育休明けのドクターが何人か今いるのですけれども、彼女たちに例えばコロナの自宅療養の患者さん、または発熱で来ている患者さんにオンラインで最初に事前の間診を取ってもらって、そこで解決可能かというのを今やっているのですが、そういうところで感染の危険なく働いていただいて、徐々に職場復帰に向けてやっていただくというのも少しずつ可能なのかなと思っています。

今後の展開としましては、診療所に来ないで例えば医師の自宅でというのも変ですけれども、子育て中のドクターがそういう形で少しずつ職場復帰、病院に来ずとも例えばオンライン診療等で育休復帰が緩やかにできるような働き方改革の一つのツールとしてオンライン診療も活用できたらいいなというふうに個人的には考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大石構成員お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。

今までもちょっとお話に出ていたのですけれども、オンライン診療が本当に本領発揮するところは、やはり中核病院だとか大学病院、もしくは大病院がそういうふうなものを使い始めるところであるとか、遠隔でへき地みたいななかなかお医者さんがいないところであるとか、訪問診療の現場で向こう側に看護師さんがいらっしゃる、もしくは御家族がいらっしゃるという場面だと思うのです。

それで、今オンライン診療がメインで動いているところは多分、普通のクリニックの普通のかかりつけ医の代替みたいな感じで、その事例をどんどん積み上げても、そもそも

大病院でどうあべきかとか、そこの仕組みをどうつくるのかとか、プロセスをどうつくるのかとか、システムをどうつくるのかとかということにはたどり着かないと思うのです。へき地に関しても同じですし、訪問診療も同じだと思います。

ですから、当然、今やっていることの延長上で精査をしていくということも大事なのですが、そもそも本当にオンライン診療が生きるような場でどういう仕掛けをつくっていくのかということと、あとは別に診療報酬の問題だけではなくて、例えば大病院の中でオンライン診療を使えるようなシステムを組むということはずごくお金がかかり、かつ手間もかかって、一個一個の病院ではなかなかできないことだと思うのです。

アメリカなどだと、病院の売上げ規模が日本の病院の10倍で、利益が100倍ぐらい出ているので自前でそこまでできるかもしれないですけども、やはり日本はできにくいので、国としてどういうふうにそういう仕掛けをつくっていくのかというようなことも併せて考えていく必要があるかと思っています。

それは多分この検討会ではなくて、また別途、分科会か何かだと思うのですけれども、そこら辺をかなりきっちり考えていって、正しく使い勝手のいいような仕組みを国全体として普及させていければと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大道構成員お願いいたします。

○大道構成員 ありがとうございます。

今の山本座長の話に私は賛同するのですけれども、病院が行うオンライン診療というものとクリニックのオンライン診療はやはりちょっと違うと思うのです。先ほど南学先生が、東大が始めるよというので内心どきっとしたのですけれども、どんな疾患の人をするのだろう。慢性疾患の人に対してするということで、ああ、そうなんだと思いました、私どもの病院がオンライン診療をするとすると、どういう体制になるかなというのは普段から考えるのですけれども、例えば脳性麻痺も含めた難病の小児を遠隔リハによるオンライン治療、これはありかな。あるいは、この近辺の人に限って言えば独居老人の孤独死防止のための見守りを1,000人単位で行う。これはなかなかクリニックでは無理だろうと思うので、病院ならばマンパワーがありますからできるかもしれない。

そういうのはいけるかなと思うのですけれども、いわゆる若い方でかかりつけ医のない方が、こんなことで悩んでいるのだけれどもこれを診てもらえませんかというのは、むしろこれはクリニックの独壇場だと思うわけです。それを病院が取り込む必要は全くないと思うのですけれども、その辺りはどこかで分けるべきなのか、分けないべきなのか、よく分からないですが、少なくとも今ここの構成員の中の頭にあるオンライン診療のイメージというものやはり微妙に温度差があるような気が、これだけ話を何回もやってきてもまだあるなという感じがします。

その中で、先ほど言われた、かかりつけ医というのは何だということも含めてなのですが、我々としてはこの会の中でぜひともオンライン診療のあるべき姿というものと、

もう少し具体的なオンライン診療のこれ、これ、これという実例を含めて提出していかなければいけないのではないかという気が、今さらながらですけどもいたします。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、南学構成員お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

おっしゃるように、大学病院でどういうオンライン診療をやるべきかということは大変重要な問題で、ただ、現状の保険診療で認められている範囲で問題が起こらないように慢性疾患の安定期の人のごく少数から始めざるを得ないという状況です。

一方、研究レベルでは、例えば我々の病院でやるべきこととしては、肺移植、心臓移植などでものすごく遠方から通われている人たちがいるので、そういった人をオンラインで診療する。こういったことは研究レベルで行われていますが、これはまだ診療報酬にのってくるようなものではないです。

あとは、順天堂大学では脳神経内科でパーキンソン病の遠方の人をモーションキャプチャーで遠隔診療するというのも行われていて、将来的に様々なことができるようになるだろうという希望はあるので、恐らく津川先生からもお話しいただいたほうが良いと思いますが、特にアメリカなどだとハーバードとかで救急外来に来た人を振り分けて遠隔ですっと診ることによって医療コストを下げ、かつ寝たきを減らすことができたという前向き研究すら行われているので、今後そういった方向性にいけるといいなと思っているのですが、現状、認められている枠組みの中で我々も本当に安定期の生活習慣病の人から徐々に始めるという状況です。

○山本座長 ありがとうございます。この検討会は、あくまでも指針をどうメンテナンスしていくかということで、端的に言うと医師法との兼ね合いで、何がいいか、何がやっていけないのかというもののボーダーラインを決めていくというようなことが中心になるのだろうと思います。

一方で、皆さんがおっしゃるように、オンライン診療というのはやはり新しい技術で、本来、非常に優れた点もたくさんあると思うのですね。そういう意味では、それを工夫して使われていく現場の医療の中で新しい試みがあったときに、それに対して妙な規制にならないようにしっかり検討をして最適な形で進めていくということを検討し続けるというのが多分、我々のミッションだろうと思っています。

それでは、黒木構成員お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

今のお話で、要するにクリニック、プライマリーケアで行っているものと、中核病院とか大学病院でこれから広まるだろうオンライン診療の姿は異なる。クリニックの蓄積を重ねていっても、そこにつながらないだろう。その御指摘は、大変鋭いところだと思います。

1つモデルになるものとしては、日本では東北大などでてんかんのオンラインの受診勧

奨ですが、ほとんど診療に近い。それから、南学先生からお話があったように移植医療ですね。これは非常に専門性の高いものはやはり中核病院、大学病院の仕事で、それをプライマリーケアが日頃の医療に引き受ける。こういう関係ができるんじゃないか。

それからもう一つは、診療報酬で保障されるかどうかは別なのですけれども、今、大道先生からお話がありました遠隔のリハビリ、それから独居老人へのアクセス、これは見本としてはやはりデンマークがよいのではないかと思います。研究会に何回か御一緒したことがあるのですけれども、デンマークは国土全体が医療に関してはITでつながっていて、どこにいてもほとんど同じような医療を受けられる。だから、自宅で遠隔リハビリですね。ヨーロッパと日本ですと国土も人口も違うので意思決定のプロセスも違いますが、こういったところは日本の一部ではモデルになり得るのではないかと思います。

あとは、救急もメイヨークリニックは以前からエマージェンシー・テレメディスンというのをやっています、南学先生からお話があったように、これはやはりただのエマージェンシーで電話でやるよりもずっと効率もいいし、効果も高いというふうに出ております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員お願いいたします。

○今村構成員 ずっと今、議論になっていることで、大道先生が先ほどおっしゃった病院とクリニックのオンライン診療ということについて一言申し上げたいのですけれども、私は大学病院や中核病院で今あまり取り組まれていないオンライン診療をぜひと申し上げた理由として、まずはどういった疾病が適しているかということの研究レベルかどうか、臨床レベルも含めて、ぜひアカデミアの先生方に見定めていただきたいという思いが一つで、もう一つは日本の開業医というのは基本的にいきなりGPになるわけではなくて、私もそうですけれども、ほとんどが大学病院からであったり、中核病院から開業される先生が多いわけですね。

それで、開業するときに自分がどういう医療を行うかということ、やはり自分が慣れ親しんでいた病院でやっていたものを引き継いで継続していく。そのときに提供される医療というのは、大学病院と診療所は最初から役割は違っていますから、当然オンライン診療の活用の仕方は異なって当たり前だと思いますけれども、その手段そのものに慣れているかどうかというのは、やはり地域でかかりつけ医として仕事をする上に非常に重要な要素だと思っているのです。

したがって、医学部教育ということをお願いしたのもそうだし、あるいは臨床研修や専門医、さらには専門医になった後に自分がそういった医療に慣れているからこそ、開業した後にそれが当たり前の医療として行える。そういう意味で、まずは病院などでしっかりとこういうのも取り組んでいただきたいということをお願いしたということです。

○山本座長 ありがとうございます。

山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今日は「今後の方針（案）」ということで見ている中で、「オンライン診療の推進について」という項目が大きな項目であります。それで、先ほどから皆さんの御議論をずっとお聞きしていて、やはりオンライン診療をする側の発想が多いんじゃないかと思うのです。このオンライン診療においてガイドラインがあるということも、やはりする側の方たちへの発信であって、患者側から見ればそんなガイドラインにのっとってやっているということすらなかなか分からない。そうなると、この検討会かどうか分かりませんが、患者向け、国民向けの発信というのがほとんどできていないんじゃないかと思うのです。

例えば、オンライン診療がこれから進んでいくのだとしたら、同時進行でどういったときにオンライン診療を私たちが選択すると有効なのか、どういったときに気をつけないといけないのか。こういったことを、やはり医療側だけではなくて国民側に同時に発信していかないことには推進ということにはつながらないのではないかと。

今回、南学構成員、医学会の方たちが中心になってこういった患者側にも分かりやすいものを作っていただいて、これは気をつけないといけないことですよということを書いてあるわけですが、例えばこういう例がいいですという一般の方にも分かりやすいような、こういう場合だったら初診でもオンライン診療が可能、でも薬までは出せない場合もありますよとか、そういったことを国民向けに厚生労働省として発信していく必要が、特にオンライン診療というこれまでになかった領域だけに、ぜひともそこは同時進行で進めたいということをおもいました。推進の中で考えていただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、南学構成員お願いいたします。

○南学構成員 山口構成員から大変貴重な御意見をいただいてありがとうございました。学会、あるいは医学会連合としても、ぜひ非医療従事者の方々向けに公開セミナー等をやって、正しい知識を皆様に広めていくように努力しなければいけないと思いました。

ありがとうございました。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、黒木構成員お願いします。

○黒木構成員 山口構成員からありがとうございます。山口先生にも参加していただきましたが、遠隔医療学会で何年か前から市民向けの公開講座を進めておりますので、ぜひそういったところはこれからも進めていきたいと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

本日は、活発な御議論をありがとうございました。それでは、最後に迫井医政局長からお話をお願いいたします。

○迫井局長 もし議論が一区切りついた区切りついたのであれば御礼と受け止めに申し上げたいと思いますが、よろしいですか。ほかに御意見等ないですか。よろしいですか。

それでは、御礼を兼ねて受け止めに最後に申し上げたいと思います。本日は本当に重要なテーマで、かつ内容の濃い議論をありがとうございました。いよいよ実診療として活用するというフェーズに移った議論がなされているなということをひしひしと感じました。本当にありがたいと思っております。

改めまして南学構成員に重ねて御礼申し上げたいと思っております。医学会を挙げて、これはもともとこの検討会を始めたときから、オンラインが診療の内容に大きく影響する、教科書を書き換えるような取組であるというふうに我々は強く意識をしてやらせていただいておりますので、そういったことにまさに応えていただくような取組をいただいておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いしたいと思っております。

多くの構成員の皆さんから、実診療に即した視点での御指摘を本当にたくさんいただいたと思っております。診療の流れも含めて、自然な形で対面と組み合わせるののだということを改めて強調された方がほとんどだったと思います。その点について我々も強く意識をして今後進めてまいりたいと思っております。

金丸構成員からは重ねて念押しで指摘を戴きました。我々もそのとおりだと思っておりますのは、今回コロナの経験を踏まえて様々な医療提供体制に関する課題、御指摘をいただきました。「大きなデザインで」というお話がございました。どこまで応えられるかというのはありますけれども、我々なりに一生懸命やっていきたいと考えております。働き方改革を含めてというお話もありましたし、普及と有効活用を意識してやっていけということでございますので、その点は強く肝に銘じたいと思っております。

あと2点申し上げたいと思います。まず1点目は山口構成員から重ねてお話がありました、そして鈴木構成員もおっしゃっていましたが、やはり受療側の視点が非常に重要であるということだろうということを改めて認識をいたしました。

権丈構成員からお話もありましたが、医療というのはどうしてもチャレンジする部分がありますので、その点は行き過ぎてしまうと大きく社会に影響してしまう、その点に配慮をということでございます。これは、言ってみれば規制改革とのバランスをどう取るのか、どう調和をさせるのか。いろいろな会議の場で議論をいたしました。今こうやって構成員の皆様にも両方のお立場から入っていただいておりますのもそういった取組だろうと思っておりますので、この点については引き続き注意深く進めていきたいと思っております。

最後2点目ですが、デジタル庁との関係の御指摘が佐藤構成員からありましたし、それから診療報酬との関係について縦割りだというような御指摘もございました。制度なり仕組みの上での位置づけは座長のほうからお話があり、もちろんそういう前提ではありますけれども、御指摘はしっかり省内、もっと言えばデジタル庁の話も含めて政府全体でしっかり共有いたしまして、今日いただいた御意見をしっかり受け止めて進めてまいりたいと思っております。

重ねて、短い時間ではありましたが、非常に濃厚な御議論をいただきましたことを厚く御礼申し上げたいと思っております。

受け止めと御礼は以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、本日の議論を踏まえまして事務局で対応の整理をお願いしたいと思います。

事務局から、次回の検討会について何かございますでしょうか。

○伴課長補佐 事務局でございます。

次回の検討会の日程については、追って調整をするということにさせていただきたいと思っております。

以上です。

○山本座長 本日は長時間にわたって御審議いただき、ありがとうございます。非常に活発、かつ中身の濃い議論ができたと思っております。今後ともどうぞよろしく申し上げます。

それでは、本日の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を終了いたします。どうもありがとうございました。