

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第4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。

まず、構成員の欠席等についてですが、本日、南学構成員、高林構成員からは、所用により御欠席との連絡をいただいております。

本日の会議には、オブザーバーとして、日本産科婦人科学会常務理事でいらっしゃいます北脇城様、日本産婦人科医会副会長の前田津紀夫様、総務省情報流通高度化推進室の増原課長補佐並びに経済産業省ヘルスケア産業課の入江課長補佐にも御参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

(カメラ退室)

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料を御確認ください。今回も前回から引き続きましてペーパーレスとして進めさせていただきますけれども、資料の0番は2つ、座席表と議事次第がございます。資料1は1-1から1-3、資料2、資料3、資料4と続きまして、参考資料は1から4までになっております。また、参考までに、前回の資料が第3回資料としてフォルダーに格納されておりますので、適宜御確認ください。

タブレットに不備等ございましたら、事務局のほうにお声がけいただければ幸いです。

それでは、座長、よろしく願いいたします。

○山本座長 本日もお忙しいところお集まりいただき、どうもありがとうございます。

本日の議事ですけれども、議事次第を見ていただくと、1番がセキュリティ対策の課題について、2番が緊急避妊を行う場合の要件、3番がアンケート集計結果、4番が指針新旧対照表ということになっておりますけれども、議事進行の都合上、1、3、2、4の順番で議事を進めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、議事を進めてまいりたいと思います。まず、議題1の「オンライン診療におけるセキュリティ対策の課題について」についての審議に入ります。

まずは資料1-1、資料1-2の当該部分、資料1-3の当該部分について、事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 資料1-1、1-2、1-3について御説明させていただきます。1-1で今回の課題、そして方針をお示しさせていただきます。1-2に関しましては、今回、事務局で特にセキュリティにお詳しい構成員の方から御意見をいただきまして、改訂案としてお示しさせていただきます。1-3は現行の指針の中でセキュリティの部分を抜き出したものになりますので、あわせて御参照ください。

それでは、1-1をごらんください。

2ページ目になりますけれども、オンライン診療におけるセキュリティ対策の課題ということで、2018年3月に我々が指針を発出して以来、セキュリティに関連したいろいろな御指摘をいただきました。それに関してまとめておりますので、簡単に御紹介させていた

できます。

まず、セキュリティ全般に関しましては、用語が専門的過ぎて医師が理解できない内容ではないかという御指摘が非常に多かったです。そして、3つ目にございますとおり、オンライン診療システム自体が、特に事業者から出されているものは十分に安全なのか、国が担保すべきではないかというような意見もいただいております。

個別の具体的なセキュリティリスクに関しましては、その下にお示ししておりますけれども、既にこの検討会でも御紹介させていただいております、なりすまし医師の問題。そして、医師側のプライバシーを確保できていないのではないかというような意見もいただいております。

技術的な安全対策に関しましては、汎用システムを使っていると第三者がいることがわからないことがあるのではないかというような御意見や、チャット機能でウイルス感染やハッキングのリスクが高くなるのではないかというような御意見もいただいております。また、昨今非常に多くなっておりますパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の併用に関しても、やはりオンライン診療でしっかり行われるように対策が必要なのではないかという意見もいただいております。

物理的安全対策としましては、特に訪問診療における患者の家への行き帰りを想定しているのですけれども、車中におけるオンライン診療で安全に行えるかどうかというところも検討すべきという御意見をいただきました。

組織的安全対策におきましては、昨今クラウド型の電子カルテもふえておりますので、前回の指針におきましても「接続する」際ということで医療情報との接続に関して定義しておりましたが、それに関してもう一度見直すべきという御意見をいただいております。

続きまして、2ページ目に移らせていただきます。この後、オンライン診療研究会の黒木先生より御報告いただきますけれども、そのアンケートの中でセキュリティに関して、あるいは通信に関して項目がございましたので、ここであらかじめ御紹介させていただきますが、現在、医師のほうでセキュリティ対策として実施されているのは、セキュリティソフトをインストールする、そしてアプリケーションを適宜アップデートするというようなことがほとんどで、それも6割、5割程度の実施率ということがアンケートからわかってきております。

オンライン診療を行うに当たってのトラブルに関しましては、通信状況の不良で20%近くの医師が実際に予定されていた診療が行えなかったこと、あるいはコミュニケーションが十分とれなかったことを経験されているというような回答結果がございました。

こうした状況を踏まえまして、今回、事務局案としましては、セキュリティ事項に関する見直しの基本方針案に、こちらでお示ししている方針として、資料1-2で改訂案をお示しさせていただいております。

簡単に御紹介させていただきますけれども、特に1に関しましては、医師、患者、オンライン診療システム提供事業者が何をすべきなのか、これをやはり明確化してわかりやす

い用語で説明すべきではないかというのが1点目。そして、先ほども少し触れさせていたしましたが、接続するという言葉がわかりづらい。どのような状況なのかがわからないということなので、それに対する対応案ということを具体的に示す必要があるのではないかというのが2点目。なりすまし医師の問題に関しましては、対面でも起こり得るのではないかという意見もございますけれども、これはやはりオンライン診療でリスクが増大するものではございますので、それに対する具体的な対応案を明記する必要があると我々は考えております。オンライン診療システムに関しましては、第三者機関による審査を検討すべきではないかというのが4点目。汎用システムに関しましては、どういうところにリスクがあるのかというのをしっかりとしっかりさせて、それに対する対応に関しても明記すべきというのが5点目。最終的な6番目に関しましては、これまでも議論されましたオンライン診療を行うに当たっての研修に関して、セキュリティに関する知識を盛り込んだほうがいいのではないかとということが方針として出させていただいている部分でございます。

これから資料1-2で御説明させていただきますが、主に次のページの4番にある観点でござらんいただければと思います。重複しておりますが、わかりやすいものであるか。また、「接続する」というものをより明確にしているかどうか。なりすまし対策や汎用システムにおいて十分な記述があるか。第三者機関による審査については妥当か。最後には、セキュリティの研修に関しても妥当性を御検討いただければと思います。

それでは、資料1-2をござらんください。大きな変更点としましては、まず、お示しする内容の構成を変えております。1番台で、医師が行うべき対策。基本的には、医師が実際にオンライン診療をやるに当たっては、この項目を実施できているかどうかということを確認していただくという手順が踏めるような構成にしております。

1-1は共通事項で、どのようなオンライン診療システムを使う場合にもこれを遵守していただくこととなりますけれども、簡単にポイントだけかいつまんで御説明させていただきます。1つ目に、セキュリティ対策に関しまして、責任の所在等に関して患者に説明し、まず合意を得ることが重要だということは基本的な事項として一番初めにお示ししております。

少し飛びまして、4つ目のなりすまし医師対策に関する記述ですけれども、汎用サービスを用いるときは、医師のなりすまし防止のために顔写真つきの身分証を患者の求めに応じて示すこととさせていただいております。

また、オンライン診療システムを用いる場合に関しては、患者が医師の本人確認ができるようにすること。これはなかなか医師・患者関係の中で、患者が医師に対して、あなたは本当に医師ですかということが聞けないのではないかと御指摘を踏まえて、オンライン診療システムにおきましては、患者が医師に直接確認するのではなくて、何らかの形で医師であることをシステム上確認するようにしてくださいというようなたてつけにしております。

次のページに移りますけれども、こちらは先ほどの録音、録画などの問題に通ずるとこ

ろではございますが、上から2つ目にございます、医師がいる空間に診療にかかわっていない者がいるかどうかを示し、また、患者がいる空間に第三者がいないことを確認すること。通常の対面診療においてはそういったことを実施しないことが多いかと思えますけれども、オンライン診療におきましては、そういったさまざまな問題を回避するために必要な行動ということで、ここで記載させていただいております。

当たり前ではございますが、その次にございますとおり、プライバシーが保たれるように、患者側、医師側とも録音、録画、撮影を同意なしに行うことがないように確認することとさせていただいております。

チャットなどに関しましては、これまでも議論してきたところではございますけれども、患者側に利用させる場合には、医師側からセキュリティリスクを勘案した上で、チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うこととさせていただいております。

1-1の最後にございますが、患者が入力したパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）をオンライン診療システム等を通じて診察に活用する際には、当該PHRを管理する事業者との間で当該PHRの安全管理に関する事項を確認することというような記載にさせていただいております。

1-2に関しましては、上から3つ目にございますとおり、オンライン診療システムを用いる場合と異なり、個別の汎用サービスに内在するリスクを理解し、必要な対策を行う責任が専ら医師に発生することを理解するということが、セキュリティポリシーを医師本人が確認する必要がありますよということ再度ここで確認させていただいております。

続きまして、2番台でオンライン診療システム事業者が行うべき対策を簡単に御説明します。こちらは全般的なものとして、やはりまず平易で理解しやすい形で、そのシステムがどういうリスクを持っているのか、セキュリティ対策はどのような内容を行っているのかということ医師に対してしっかり説明することを前提とさせていただいております。

その上で、2-1の共通事項でお示しさせていただいておりますが、2つ目のポツにございますとおり、オンライン診療システムの中に汎用サービスを組み込んだシステムを使っているところが多いと伺っておりますけれども、事業者はシステム全般のセキュリティリスクに対して責任を負うこととさせていただいております。

その次に、オンライン診療システム等が医療情報システムにどのような形で影響を及ぼし得るのか明らかにするということが今回明記させていただいております。

次のページに移らせていただきますけれども、上から2つ目のポツにございます、不正アクセスやなりすましを防止するため、患者が医師の本人確認を行えるように、顔写真と医籍番号を常に確認できる状態とするということ今回入れさせていただいております。ここは先ほどの1の説明の事業者側にお願いさせていただいていることとなります。

2-2に移りますけれども、2つ目のポツにございますとおり、医師に対して、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるシステムの場合におきましては、それぞれ追加的

なりリスクが何であるのかということとを十分に説明してくださいということと、3つ目にございますとおり、医療情報を保存するシステムへの不正侵入防止対策等を講ずることと、当たり前ではございますけれども、改めて明記させていただいております。

その下にございますのが第三者認証に関してですが、この2番台の(*)がある部分に関しましては、第三者機関が認証されることは望ましいということで、例示をさせていただいております。これに関しても御意見がございましたら、ぜひともよろしく願いいたします。

3番に関しましては、患者さんに実施を求めるべき内容ということで、3-1、3-2、3-3とさせていただいております。これは1番台の裏返しにはなりますけれども、3-1の3ポツ目にございますとおり、医師側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならないことや、5ポツ目になります、医師との通信中は第三者に参加させない。その下にございます汎用サービスを使用する際は、患者側からは発信しないということにしております。

また、初診からオンライン診療を用いることも、禁煙外来や、現在、緊急避妊薬を議論しておりますけれども、その際には患者は少なくとも1種類以上の顔写真つきの身分証を含む2種類以上の身分証を用いて本人証明をすることが望ましいという形でくくらせていただいております。

資料1-2は以上になりますけれども、1-3が先ほど申し上げましたとおり現行版になりますので、こちらと照らし合わせながら御確認いただければと思います。

説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明について、各構成員から御意見、御質問を御発言いただければと思います。よろしく願いいたします。

山口先生。

○山口構成員 1つ質問と1つ意見がございます。

今の資料1-2のところですが、まず2ページの上から2つ目のところに、医師がいる空間に診療にかかわっていない者がいるかを示し、ここはいいのですけれども、また患者がいる空間に第三者がいないか確認すること、と記載されています。これは家庭だと家族がいるということは想定されると思うのですけれども、第三者というのがどの範囲なのかということを確認したいというのが1つです。

もう一つは5ページですけれども、患者側の責任というところで、3-1の共通事項の6つ目のポツ、一番下のところに、汎用サービスを使用する際は、患者側からは発信しないこと。これは患者側からアプローチするのではなくて、医師からのアプローチによってオンラインを始めるのだという意味だと思いますけれども、それとは別に、昨今いろいろなことをSNSで発信される方がいらして、そういうことも注意書きで一つ入れておいたほうがいいのではないのでしょうか。思わぬことを発信される問題が起きているからです。例

えば以前、医療機器などの治験を受けている方が写真つきでこんな治験を受けていますとやっちゃって、うちの子はどうして受けられないのだと別の親御さんから苦情が出たということで非常に問題になったりすることもあると聞きます。これも診療に関する事ですから、どんなことが入ってくるかわからないので、SNS発信を注意するという事も入れたほうがいいのではないかと思いました。後半は意見です。

○山本座長 ありがとうございます。

最後のほうは別にオンライン診療に限らない話ですね。

○山口構成員 そうですね。でも、さまざまところで注意喚起しておかなければいけない時代になったかと思います。

○山本座長 大学なんかでも点滴の写真を撮ってアップされる方がいらっっしゃいますね。

○加藤医事課企画調整専門官 事務局でございます。

1つ目に関しましては、まず指針をごらんいただきたいのですが、現行指針上は患者の所在としまして、最低限遵守する事項で、プライバシーを保たれるよう、患者が物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならないという形にさせていただいております。

ただ、山口構成員がおっしゃるとおり、もちろん家族がそこに同席するようなこともケースとしては考えられますので、そういったことを読み込めるような文言に少し改善を検討していきたいと思います。御指摘ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○黒木構成員 黒木です。

医師の本人確認という点なのですが、汎用システムとオンライン診療システムとでは当然考え方が異なると思います。オンライン診療システムに際して、顔写真と医籍番号となっていますが、通常、オンライン診療システムというのは医療機関と契約しているわけですね。そうすると、その医療機関にその医師がいるということははっきりしているわけです。だから、医籍番号まで要るのかどうか。複数の医師がいる場合に、この先生は医師なのかどうか、そこは顔写真でよろしいのではないかと思うのです。それが一つ。

もう一つは、医籍番号というものを画面上に出すということです。通常の私たちの今までの診療では、医籍番号を張って診療をすることはないわけです。医籍番号と医師の名前を画面上に出すということの危険というか、氏名と番号がわかりますから、それを写真に撮ればどういうことが起こるかまだわからないですから、そのところは心配があります。

それに付随しますと、オンライン診療システムというものの定義ですけれども、ここに書かれていますが、これに要するに医療機関と契約しているということを入れておけば、契約している以上はそれを使うのは医師であるということ。そこはほぼ担保できると思うのです。あとは顔写真で確認すればいい。

さらに、この議論は、初診オンラインで、いきなりオンラインでやる場合と、通常の今

行われている初診は対面であとオンラインということと少し混乱しているように思うのです。要するに、通常使うように初診は対面であとオンラインであれば、当然その先生は自分の先生だということがわかるわけですから、これは見ればわかる。だから、ごく例外的な初診オンラインというところでどうするかということと、通常の今規定されているオンライン診療のやり方と、少し分けて考えたほうがよろしいのではないかと思いました。

以上です。

○山本座長 どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 黒木構成員の御指摘はごもっともだと思うのですが、まず、オンライン診療システムを用いているところが医療機関であるのは確かだからということで御指摘いただきましたが、現状、各オンラインシステム事業者が確実に医療機関と契約しているかどうかというのは、我々は今、担保できていない状況でございます。それをシステム上どうするのかという議論もあるのかもしれませんが、そういったことが確約されない中におきましては、オンライン診療システムを用いているからこの方が医師だということは直結しないのかなと考えておりますので、御指摘を踏まえて検討させていただきたいと思いますが、現状はそのように認識しております。

2点目の医籍番号に関しましては、確かに御指摘のとおり、医籍番号を露出することのリスクに関しましても、それは考え得るかとは思いますが、既に厚生労働省のほうでも医籍番号と氏名に関してはひもづくような形で出しておりますので、オンライン診療で医籍番号を出すから何かリスクが増大するということは、我々は認識しておりません。

○山本座長 ありがとうございます。今は誰でもウェブで見られますね。

どうぞ。

○今村構成員 参考意見ということで幾つか申し上げたいのですが、今のお話は、今、医師会でも無料でHPKIカード、医師を認証するカードも発行しておりますので、それは顔写真つきなので、それを持っていれば簡単に医師だということは認証できます。この中でも例示として挙げていただいていますけれども、ぜひ活用していただければありがたいと思います。

それを含めて、最後の5ページの3-3なのですが、対面診療の場合には医師も患者さんも最初にファーストコンタクトでいろいろわかることがあるのですが、初診でオンラインを用いる場合に、ここに書かれている1種類以上の顔写真つき身分証明書と。これは複数必要だというのは何か根拠があるのかということと、最後に「望ましい」と書いてあるのですが、これはある意味、御本人が本当にその方かどうかは確認をすべきではないかと思っていて、努力義務で書かれているのですが、やはり本人が本人であるということを確認することを義務とすることがいいのではないかと思っています。

もう一点だけ、長くなって恐縮なのですが、4ページの終わりから5ページの冒頭の第三者機関の認証というのは本当に大事ななと思って、これは前回から申し上げていたことなのですが、最後に等となっているのです。等というと、どこまでを第三者機関として考

えておられるのか、ちょっとわからないなど。限定で列挙して、等という紛らわしいのは取ったほうがいいのではないのでしょうか。

実は日本医師会、薬剤師会、歯科医師会、日本医療情報学会でHISPROという一般社団法人をつくって、そこでこういったものに関してしっかりとしたチェックリスト等も既につくっているわけです。多分、等の中に入ってしまうのかもしれないですけども、そういうものもあるということなので、逆にしっかりと明示をしていただいたほうがいいのかないと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

○加藤医事課企画調整専門官 まず、3-3に関しましては、いろいろ御意見をいただいたのですが、1つの本人確認証ですと、たまたまそれを何かしらのきっかけで持ち得た人が使ってしまうということから2種類以上があったほうがいいという御意見なのですが、ただ、必須としますと、やはり若年者、特に高校生未満の方が身分証明書を2種類持っているのかということ、なかなか難しい現状があるのかなということ、現状は「望ましい」にさせていただいているのが事務局提案となっております。こちらに関しても、もしほかに御意見がありましたら、ぜひお願いいたします。

また、第三者認証に関しましては、今村先生御指摘のとおり、限定列挙のほうが望ましいと思うのですが、どういったものが第三者認証し得るのかということに関しても、現状、我々としても確認できる場所に関しましてはこのような形で列挙させていただいておりますが、これだけなのかどうかというのは我々も判断できない部分がございます。もし構成員の中でそういったことにお詳しい方がいらっしゃいまして、御意見いただけるようでしたら、ぜひ参考にさせていただきたいと思っております。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。大体はわかりました。

患者さん御本人の身分証明書、これは一方では複数要するという厳しい条件がかかっているけれども、結論は望ましいとなっていて、それならば1種類で必ず義務にするほうがよろしいのではないかと思います。その辺はいかがなのでしょう。

○加藤医事課企画調整専門官 御指摘のとおりですので、1種類は義務とさせていただいて、2種類以上が望ましいというのが、今、御意見いただいた中では最善だと思いますので、そのように変更させていただきたいと思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 資料1-2の先ほど申し上げたところで、2ページに、医師がいる空間に診療にかかわっていない者がいるかを示しということは、いる場合は、こういう人がいますと言わないといけないと読めます。そうすると、資料1-1の2ページでオンライン診療におけるセキュリティ対策の課題というところに車中におけるオンライン診療というのが書いてあって、車中でオンライン診療をどうやってやるかと考えると、運転士がいて、

走っている間にやるということですね。

○加藤医事課企画調整専門官　そうです。

○山口構成員　そうすると、その運転士は聞こえていたり、見えたりするわけなのですか。けれども、そういったことは先ほど申し上げたように、例えば、今、車の中で移動中で、運転士がこの空間にはいますということと言わなければいけないということと解釈してよろしいのですか。

○加藤医事課企画調整専門官　おっしゃるとおりでして、訪問診療のときもドライバーさんと看護師さんとで一緒に行かれるケースが多いと思いますので、そういった場面におきましては、車中にドライバーや看護師さんがいることがほとんどだと思います。そういった場合に、同一医療機関だからということで患者さんに了承を得た上でオンライン診療を行っていただく。それを現在想定しておりますので、山口構成員御指摘のとおり、ドライバーと看護師を紹介した上でオンライン診療を行っていただくということかと思います。

○山本座長　ほかはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、今いただいた御意見を踏まえて、また事務局のほうでさらに御検討いただいて、まとめていくということにさせていただきたいと思います。また、もし何か後で気がついた御意見がありましたら、事務局のほうによろしくお願いいたします。

続きまして、議題3の「オンライン診療に関するアンケート集計結果について」の審議に入ります。

資料3「オンライン診療に関するアンケート集計結果」について、黒木構成員から御説明をお願いいたします。

○黒木構成員　では、資料3をごらんください。20枚ほどのパワーポイントですが、これはこの検討会においてオンライン診療の実態について調査する必要があるという御意見がありまして、検討会からの依頼を受けまして、オンライン診療研究会でアンケート調査をいたしました。2019年1月28日から2月18日までの間実施いたしまして、回答者数は169名、実際にオンライン診療を実施している医師の方々に答えていただきました。

年齢は、40代、50代というところが多いと。

次は、いつからオンライン診療を実施していますか。これは2018年10月から12月が最多、その後減少しております。

御所属の医療機関名ですが、診療所が多いと。これは重複回答ありですね。

オンライン診療を導入している患者数は毎月何名ぐらいか。5名以下が多いということです。

在宅診療の割合ですが、在宅診療以外の患者さんというものが一番多かったです。

オンライン診療を用いている診療の種別ですが、保険診療が121件、自由診療が81件です。

主な対象疾患ですが、高血圧、AGA、アレルギー性鼻炎、ED、睡眠時無呼吸症候群等です。

実際に行っている対象疾患を列挙しますと、以下のようなものになっています。

患者さんがオンライン診療を御希望される旨は、どのように確認されるか。これは書面

で確認というものが50%近くあります。

オンライン診療を開始する際にどのように診療計画を作成しているか。書面で作成しているというものが多いです。

患者様の本人確認ですが、実施されていないというものが圧倒的に多かった結果です。

現在、オンライン診療を行うためにオンライン診療システムを導入していますか。これはオンライン診療システムを使用されている医師が圧倒的に多いものでした。

セキュリティ対策ですが、セキュリティソフトを使用している、アプリケーションを適宜アップデートという回答が多かったのですが、何もしていないというものも28件ありました。

オンライン受診勧奨を実施しているかどうか。実施予定なしというものが38.1%ですが実施しているというものも36.3%ございました。

セカンドオピニオンをオンラインで実施しているか。これは実施予定なしが69.0%、実施予定ありが23.8%です。

オンライン診療を導入して、診療時間が短縮されるなど効率性が上がったかどうか。これは、変わらないという答えが51件で、1人当たりの診療時間が短くなり、効率性は向上したという御意見も40件ありますが、1人当たりの診療時間は長くなり、効率性は悪くなった、あるいは準備等で時間がかかり、総合的には効率性が落ちたという御意見も合わせれば、同じぐらいあります。

オンライン診療の実施に当たって経験したトラブルですが、通信不良により、診療が行えなかった、あるいは通信不良により、コミュニケーションが十分とれなかったというものが多く挙げられました。

オンライン診療を利用している患者さんの満足度ですが、これは満足度が上がったものを5として、4が一番多く、次いで3、5も23.6%と、総じて満足度は高いといえます。

セカンドオピニオンとして提供しているサービスの実際ですが、以下のようなものです。以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの黒木先生の御説明に関しまして、何か御質問がありましたら、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

○金丸構成員 まず簡単なところで、患者さんと先生との間でやられているわけですが、使っている端末はパソコンなのでしょうか。スマホもあるのでしょうか。

○黒木構成員 アンケートでは端末を個別には聞いていませんが、自分の見聞きしている範囲では、医師側はパソコンあるいはタブレット、患者さんはやはりスマホの方が多いと思います。それは私の見聞きしている範囲ですが。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 一部御質問があるのですけれども、まずは大変フェアな調査なのかなと思って拝聴いたしました。本当に限られた期間で調べられているので、いろいろな情報があ

るなど。

1つは、意外と年配の高齢の先生方がやられていると。これは意外でびっくりして、私よりずっと上の人がこんなにやっているのだみたいな話です。

それと、いわゆる疾病が非常に多岐にわたっていて、169名の先生の中で疾病が70ぐらいあるということで、できればある程度疾病が集まってきて、この病気には非常に効果があるのだとか、こういうところに利点があるのだみたいなことがもうちょっとデータとして集積してくるといいのかなと思いました。

それと、実は計画をつくられていないというのが46件あると。これは本来的には、ある意味このガイドラインできちんとやっていただくことがルールになっているので、まだまだこういうガイドラインがきちんと実施をされている先生方に十分浸透し切れていないのかなと思いましたので、ぜひ研究会でも会員の先生方にその点を周知していただいて、本来このガイドラインにのっとって実施していただくことが大事かなと。特に患者様の本人確認というのは、恐らくずっと今まで診ておられる方なので、あえて今さら本人確認しないということだと思いますけれども、この診ておられる方には新患の方も多分まじっておられると思うので、こういうことも新患の方についてはしっかりやっていただくことが大事だなと思いました。

それから、先ほど厚労省の中でやはりセキュリティ対策を十分とられていないという先生方もいらっしゃるようなので、この点もあわせて、ぜひ会員の先生にはしっかりと徹底していただくことが大事かなと思います。

以上です。

○黒木構成員 御意見ありがとうございます。

医師の年齢に関しては、何をもちて高齢と言うか次第かもしれませんが、ITリテラシーと年齢は余り関係ないのではないかとということと、オンライン診療システムを導入すればそれほど大変ではないので、割と使いやすいという面があると思います。

それから疾患の頻度です。それは先生の御指摘のとおりで、もう少しどのような疾患によく使われているか。これは一般診療というところで、その診療している背景にもよるわけですが、そこはもう少し詳しいローデータをとってみたいと思います。

計画に関しては、当初は対面診療の延長みたいにして入ってきますので、そこで書面をとるところがまだ十分に周知されていなかったということだろうと思います。

つけ加えますと、医師が使っているシステムは、オンライン診療研究会でオンライン診療をやっている医師を対象にしましたので、オンライン診療システムというものがやはり多く出ているというところ。これは背景として追加いたします。

以上です。

○山本座長 大道先生、どうぞ。

○大道構成員 幾つか御質問したいのですが、貴重なアンケートをありがとうございます。思った以上に在宅以外でたくさんされていることにちょっと驚いたのと、8ペー

ジのところでは保険診療、自由診療がほぼほぼ占めているということで意外に思ったのですが、システムを導入していても、それは一つのツールとして、結局請求していないケースが多々あるのではないかと私は個人的には思っていたのですが、それがここに余り出てこないのは何でなのだろうと思いました。

疾患のほうなのですけれども、次の9ページですが、圧倒的にその他が多くて、その他の内訳として10ページに書いているのですが、その中でも特にどういった疾患が多かったとかいう、そのあたりのデータはございますでしょうか。

○黒木構成員 御質問ありがとうございます。

まず、在宅以外の点、それから、これは保険と自由診療の点もそうなのですけれども、結局保険収載されている疾患に限られていますので、そうすると在宅はやっている人がほとんどいないという現状だと思います。これは保険収載の問題だろうと考えます。自由診療が意外に多くされているのも、そのような背景です。

それと、その他の中で、これはローデータを今即座に示すことはできませんが、私の印象では、自分が小児科であるということもあるのですが、ADHDですとかPTSD、神経発達症ですね。小児の精神神経疾患と。こういう方はやはり通院困難な場合がありますので、そういう方は結構自分の周りで小児科医も診ています。あるいは近所のお医者さんに何となく行きづらいような疾患、夜尿症とかですね。それもオンラインのよい適応だろうというような意見はあります。

以上です。

○山本座長 山口先生、どうぞ。

○山口構成員 ご説明ありがとうございます。

こういうアンケートをおとりになった方が、今もう既にオンライン診療をされているということは、こういう情報関係のことにお詳しい方だろうと思っていたら、意外とセキュリティのところはそうでもないということでもちょっと驚いたのですけれども、1つ質問は、オンライン診療システムを導入している方が96%ということで、これはセキュリティソフトを入れなくてもセキュリティが何か守られるようなシステムになっているからこんなに少ないのでしょうか。そうでもないのですか。

○黒木構成員 通常、医師が、例えば汎用システムでやるかどうかですね。実際にオンライン診療を現状でやっているのは、外来診療をやっているながら、途中でオンライン診療の予約の枠を入れて、そこでやっているわけですね。自分のスマホで外来の途中にやるということは余り現実的ではありませんので、やはり外来の診療の枠の中に入れていくということが大事。そこで入りやすいということだと思います。

セキュリティ対策に関しては、オンライン診療システムを取り入れたというところで。

○山口構成員 もともとこのシステムは、かなりセキュリティが守られているのですか。

○黒木構成員 それはこのシステムからのコメントをいただきたいところですが、私たちはそのように考えて使っておりますが。

○山口構成員 もし、本当はセキュリティソフトを入れたりアップデートしないとセキュリティ上危ないのであれば、今既にやっつけていらっしゃる方がこのぐらいのセキュリティに対する感覚だとしたら、これから先、ガイドラインの中で、セキュリティに力を入れるべきだと記載しないと、アンケートよりもっと低くなる可能性があるのではないかなという懸念からお聞きしました。

○黒木構成員 わかりました。御指摘ありがとうございます。そこは周知していきます。

結局、今はクラウド型コンピューターも、電子カルテも多いので、それとも連動した課題だろうと思いました。

○山本座長 どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 御指摘ありがとうございます。

オンライン診療システムに関しましては、各社それぞれだと思いますので、統一的にこうだということは現状、我々からは申し上げられないですけれども、聞いているところだと、やはりセキュリティソフトを併用することを念頭につくられているケースが多いと聞いておりますが、もし落合構成員や山本座長も追加で情報がございましたら、お願いいたします。

○落合構成員 落合です。

オンライン診療のシステムといってもたくさんあると思いますので、一概に同じかは言えないと思いますけれども、一般的に言えば、セキュリティソフトは入れておいたほうが良いというのはもちろんあると思いますので、やっていただいたほうが良いという側面はあるかと思います。

○山本座長 セキュリティソフト、大抵は別製品として、それを前提として導入することが多いと思うのです。したがって、今回のガイドラインの改正の中でも、先ほどお示しましたように、ベンダーさんとしては、その条件をきちんと購入者に対して伝えるということが多分大事だと思うのです。そこは一応書いておきましょう。

どうぞ。

○金丸構成員 今のセキュリティ対策というかソフトの話なのですが、今の論点がセキュリティソフトを入れているか入っていないかで、あたかも入れているとオーケーみたいになっていたと思います。私どものほうでどれぐらいお手伝いできるかわかりませんが、代表的なオンライン診療システムの技術構成要素を業者さんにも聞いてみて、サーバー側でセキュリティ対策をしていらっしゃる人たちが、どれぐらいのレベル感の差があるかを後日、加藤さんにお知らせしてもいいと思いました。

○山本座長 よろしくお願ひします。

ほかはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、議題を戻りまして、議事2番目の「オンライン診療で緊急避妊を行う場合の要件について」についての議論に入りたいと思います。

資料2「オンライン診療で緊急避妊を行う場合の要件について」について、事務局から

説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 ありがとうございます。

それでは、資料2をごらんください。前回の検討会におきましては、初診対面診療の例外として緊急避妊を対象とすることについて議論をいただきました。例外とする場合の課題としまして、学会、そして医会の先生方から見解をお示しいただきまして、ここにございますように、特に適切な性教育や避妊法の指導を行う必要があるということや、内服確認、そして避妊の成否確認を対面で行うことが必要なのではないかとというようなことを要件として御提示いただいたところです。

今回に関しましては、この例外として認める場合の要件に関しまして、事務局案としてこの下に4つお示しさせていただいております。1つ目に、緊急避妊薬をオンライン診療で処方する医師に関しましては、先ほどのとおり、やはり適切な性教育や避妊法の指導を行う必要性もあるという観点から、産婦人科専門医あるいは事前に厚生労働省が指定する研修を受講することを必須としてはどうかというのが1点目にございます。

2点目に関しましては、オンライン診療で緊急避妊薬を処方する際は、緊急避妊薬内服後、避妊を失敗することや異所性妊娠の存在等を想定して、3週間後の産婦人科受診の約束を確実にを行う必要があるのではないかとというのが2点目になります。こちらに関しましては、本日御欠席されている高林構成員から、約束を確実に行うだけではなくて、3週間後に確実に受診していることを確認するような要件が必要なのではないかという御意見も頂戴しております。

3点目に関しましては、緊急避妊薬が処方される場合は1錠のみとし、処方後内服の確認をしなければならないというのが3点目です。特に調剤可能な薬局を示し、薬剤師の前で内服すること等、内服確認する方法を確立することが望ましいとさせていただいております。

4つ目に関しましては、処方する医師は、医療機関のウェブサイト等で緊急避妊薬に関する効能、避妊成功確率などに関してと、その後の対応のあり方、オンライン診療の受診後に薬が配送されるまでに要する時間等、また転売や譲渡が禁止されていることを明記することとさせていただいております。

続きまして、3ページ目にございますが、詳しく緊急避妊をオンライン診療で行う医師の要件としまして、特に研修を受講されることを想定する場合は、下記を内容として含むこととしてはどうかということで4つお示しさせていただいております。

利用者が緊急避妊薬が必要な状況であるかどうか、そして、既に妊娠していないか等を月経の情報などからの確に判断し、緊急避妊薬の効果、成功率を伝達することができる医師。

2つ目が、利用者が性犯罪を受けた可能性がある場合、警察への相談を促すとともに、性犯罪・性暴力被害者支援のためのワンストップ支援センターや婦人相談所における相談支援があること等も伝達する。18歳未満で性的虐待を受けた疑いがある場合は児童相談所

に通報する。同時にカウンセリングを行うといった性犯罪に対する対応がしっかりできることというのが2つ目の要件となっております。このワンストップ支援センターに関しましては、参考資料4でその概要をお示ししておりますので、また後ほどごらんいただければと思います。

3つ目に関しましては、性感染症の流行状況を踏まえたリスクを教え、昨今、梅毒の流行等もございますので、そういった流行状況などもあわせてお伝えしていただく中で、問診による性感染症、特に梅毒、淋病、クラミジアなどの問診によるスクリーニングを行い、疑いがある利用者に対しては医療機関あるいは保健所への受診を適切に促すということにさせていただきます。

4つ目は、緊急避妊はあくまで非確実な緊急用の避妊であって、特に複数回の利用者に対しては適切な避妊方法を推奨し、必要に応じて低用量ピルの使用を勧めることとさせていただきます。

そして、これは新たな提案ではございますけれども、緊急避妊薬のオンライン診療に関しまして、今回検討してはいますが、さまざまな懸念もあるところから、このような実態把握を行うことも提案させていただきます。産婦人科専門医及び緊急避妊におけるオンライン診療を行うための研修を受講した医師に対して、定期的にどのように実施しているのかということの実態調査を行ってはどうかというのが1点目。また、実態を踏まえて指針における記載内容を適宜見直すとともに、研修内容に関しても実態に合わせたものに改訂を行ってはどうかということが2点目となっております。

今回、このような内容に関しまして、オンライン診療で緊急避妊薬を処方するに当たっての要件とすることについて、構成員の皆様方から御意見をいただければと思います。

説明は以上になります。

○山本座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの御説明に関しまして、御意見、御質問がありましたら、よろしくお願いたします。

今村先生。

○今村構成員 どうもありがとうございます。

幾つか申し上げたいことがあるのですが、きょう学会から、あるいは医会からも参加をいただいているので、後ほど御意見をいただきたいとは思っているのですが、これは研修を受講すると、一定の研修を受ければ産婦人科専門医以外の方でもいいということに関しての専門医としての御意見を伺いたいということです。

ちょっとオンライン診療の話と離れて恐縮なのですが、山口構成員もこの間おっしゃったのですが、患者さんというか、必要な人が簡単にアクセスを得られないという問題が現状あるというのは、まさしくそうなのだろうと思います。ただ、これも学会の先生のほうがお詳しいと思うのですが、今、30代前半の産婦人科医は7割ぐらいが既に女性の先生になられていて、日本の女性の方たちの生涯の健康にかかわる、いわゆる医

療的なかかりつけ医、アドバイザーとして、そういった若い産婦人科医が地域にふえてきている中で、そういう方たちがしっかりと若い方たちの健康を守っていくという、そもそも地域医療の確保ということがまずあって、それができないから、その分をオンラインで補うのだという、ちょっと順番が逆になっているような気がしてならないのです。

犯罪であるとか性暴力に遭った方たちというのは本当に緊急性が高いので、今すぐにも何らかの対応をとらなければいけないと思うのですけれども、そうではない方たちに、例えば産婦人科以外の方が講習を受けてオンラインでできるのだったら、そもそも地域で他の診療科の先生が同じ研修を受けて、そういった困っている方たちにきちんとお答えできるシステムを地域につくることができるはずなので、それをしないで、できないからオンラインだというのは、何か違うということがあります。これがまず1点です。

それから、3週間後の産婦人科の受診の約束を確実に行うと書いているのですけれども、約束を行うことではなくて、受診をしていただくことが確実になければいけないのです。この前も学会のヒアリングのときに、3週間後に来てくださいと言ったらほとんどちゃんと実施されているということなのですが、それは対面があつての3週間後の受診という話なので、もともと最初から対面がない方が、それでは3週間後に特に産婦人科ではない先生が他の産婦人科を受診するのかというと、その実現の可能性は非常に低いのではないかなという危惧を持っています。その辺をどうやってしっかりと担保するのかというのが私の問題意識です。

とりあえずは産婦人科の先生から御意見を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。

北脇先生、お願いします。

○北脇参考人 ありがとうございます。日本産科婦人科学会でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

今、今村構成員からお話しいただきましたとおりでございまして、そもそも私どもの学会からの要望のような文書で出しておりましたので、これは非常に事前の妊娠をしていないかどうかとか、実際にこの薬剤の効果があるかどうか判断することとかいうのは、かなり高度な産婦人科の専門知識を要します。普通、効能書、添付文書には、内診や妊娠確認等を行ってから処方することと明記されているのですけれども、それを問診だけでやるということになりますので、そもそもそれが一つのリスクになっております。

先ほどオンラインのアンケート調査を拝見いたしまして、かなり進んでいることはわかりますけれども、多くの場合はやはり慢性疾患で、実際に既に通院している方が、また、定期的にお薬をもらうためにオンラインをされているということですが、こういった場合にはほとんど初診になりますし、実際に一回も受診したことがないような方になるし、できるだけ会わないでおこうと思っている方も多いかと思います。そういう方が、今もありましたように3週間後に来てくれるというのは、なかなか難しいかもしれないということがございます。

ですので、まず単純な、どれぐらいの研修量を必要とすることを想定されているのかわかりませんが、そういった研修だけで、そのような専門知識を持って処方していただけるような先生ができるのかどうかというのは非常に私どもとしては危惧するところがございます。その後、例えば失敗して、これは成功率自体がトータルでも85%ぐらいですので、妊娠する場合もたくさんございますし、妊婦が飲んだ場合には、多くは大丈夫なのですけれども、男児が女性かするとか、そういったようなリスクもあります。それは誰がどのように責任をとるのかといったこともあります。

そういうことをいろいろ考えますと、やはり産婦人科のある程度知識をちゃんと持った人が処方するというのは、我々にとっては最低条件ではないかと考えておりますので、この部分に関しては、ぜひ改正していただきたいというのが私どもの希望でございます。これは学会全体としての要望でございますので、私個人の問題ではございませんので、この点に関しましては、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

前田参考人、追加はございますでしょうか。

○前田参考人 日本産婦人科医会の前田でございます。先日もお世話になりまして、ありがとうございます。私どもの学会さんと一緒にお出ししました要望書でこのような案をまとめていただいて、ありがとうございます。

今、北脇先生がおっしゃいましたように、妊娠というものは、生理がおくれたら妊娠とわかるというものではございませんで、妊娠の診断を受ける女性の1割ぐらいの方は、月経があったと誤認して、いわゆる不正出血があって、それを月経と誤認して生理がおくれないという形で病院にお見えになりまして、それで初めて熟練した医師が診断をして妊娠という診断に至ることがあるのです。まして異所性妊娠と言われる正常な部分に着床しない妊娠をされている方の場合は、ほとんど途中で不正出血が必発ですので、一般の若い女性は、自分に生理が来たと思ひ込んでしまいがちなのです。そういう生理の誤認という現実問題がございまして、殊妊娠を診断することも非常に難しいことなのです。

緊急避妊ピルをお出しするときに、この間、第3回目のときにお出しした資料の中に非常に数少ない例ではございますが、私どもの医院でやった緊急避妊の調査では、緊急避妊を求めて主訴としてお見えになった方で妊娠していた人が1人おられました。それはまさに本人は生理が来たと思ひ込んでいて、妊娠していることに気がついていない女性であったということです。

今のような話一つをとっても、緊急避妊ピルを出すときの責任というのは非常に重いものがあるわけです。今村先生がおっしゃったとおりなのですが、付け焼き刃の研修ではなかなかそれが会得できるものではございませんので、もし産婦人科の医師だけに委ねていただけないとするならば、かなりハードルの高いしっかりした研修をお願いしないと難しいと考えています。また、実際には研修をして終わりではなくて、ある一定の期間のたびに更新するぐらいのことがないと、なかなか今の新しいどんどん変化する医療の対応がで

きませんので、ということは最終的には非常に難しいハードルを課していただかないと、産婦人科の専門以外の人間にこの緊急避妊という診断を委ねるのはなかなか難しいことだと思います。

一方で、第3回のときに山口構成員から、それを求めている方がいらっしゃるという事実も伺ったので、やるならばこういう案でやるしかないであろうというのが私どもの意見でございますが、そう簡単に研修で身につくものではない。そして、地方の産婦人科医がいなくて出すのであれば、その後の3週間目の来院を担保するのはどうしたらいいのだろうということは、先日の会議の後、帰って内部でも話し合ったのですが、これは本当に効力のあるいい手があるのだろうかという疑問が会員から結構言われました。ただ、それは厚生労働省の方が努力してくださるのだと思いますけれども、そういうこともしっかり担保できないと、なかなか難しいのかなというのが正直なところですね。

ですが、書いていただいた案に関しては、これが実現するならばそれなりに評価のできる案ではないかと思えます。でも、研修はそう簡単ではないのと、予算もかかりますし、誰が教えるのか、いつ教えるのか、そういったことが具体的にないと、本当にそれはできるのかしらという、そこら辺まで詰めないで、ただ理想論だけではなかなか安易にはできにくい問題かなと考えております。

もう一つ大事なことは、緊急避妊が避妊ではないということをぜひ知っていただきたいのです。先ほど北脇先生は85%とおっしゃいましたが、インターネットで見ますと99%というふうに宣伝をしている診療所なり病院が結構ありまして、それは患者さんからは飛びつきやすいメッセージになってしまうわけですが、実際には、例えば低用量ピルを定期的に内服してちゃんとした避妊をしている方に比べれば、全く緊急避妊というのは危ういものではありません。ですから、緊急避妊は本当に緊急の避妊であって、そこで失敗しちゃった、今回緊急避妊で何とか乗り切るけれども、次からはちゃんと避妊しなさいよと、そういうことを専門的な知識を持って指導できる人間が寄り添わないと、1回失敗して、次もまた失敗してなどということがどんどん起こってきますので、それもちゃんと指導できる体制が欲しいですね。

そうすると、3週間後の対面診療が担保されるか、ないしオンラインで薬を出すときにちゃんとそれが指導できるか。それぐらいちゃんと専門家がかかわらないと、ただ失敗してしまったから飲んで、ああよかったでは済まない問題でありますので、そこもぜひ皆さん、委員の先生方にはお考えいただきたいと思っております。

済みません。長くなりました。

○山本座長 ありがとうございます。

山口構成員。

○山口構成員 先ほど今村構成員がおっしゃったことも、お二人の専門医の方がおっしゃったことも本当にそうだなとは思っています。

ただ、なぜオンラインで例外的にまずアプローチするのかということ、本来は受診したほ

うがいいということにはこしたことがないけれども、それが高いハードルになってしまう方。安易という方も中にはいらっしゃるかもしれませんが、ハードルが高くて行けない方に受診の必要性をそこで理解していただく大事な場ではないかと私は思っています。ですので、もちろん産婦人科医の方が専門性を持ってきちんと説明してくださるということが一番だと思うのですけれども、以前にも申し上げたように、地域によっては必ずしも簡単に産婦人科医にアプローチできない、あるいはその地域で産婦人科医がオンライン診療をやっていないという地域もあるとしたら、そういう地域については産婦人科専門医以外でも可能にしておかないと、アプローチできない方が出てくるのではないかと思います。

ですので、研修で大事なものは、何を説明しないといけないのか。オンラインでいろいろ説明を受けた人が、例えば先ほどおっしゃったような出血があったとしても、それは生理とは限らないですよ、3週間後にきちんと受診しなかったらこんなことが起きるかもしれないということをきちんと説明できることだと思います。

結局は、今おっしゃっている懸念というのは、最終的に産婦人科のところに行き着かないことには診てもらえないわけですから、そこをきちんと説明するという研修があれば、あとはその女性の方の自己責任になってきますので、首に縄つけて受診させるわけにもいかないわけですから、それだけきちんと説明を受けたのに行かなくて、あとどうなったかということは自分の責任においてしないといけないことではないかと思います。

もう一つが、先ほど性的被害の人には必要だということをおっしゃっていただいたのですけれども、デートレイプのように非常にグレーというか、御本人は臨んだわけではないのに性交渉することになってしまったという方もいらっしゃる、性的被害ということだけに限定するのは非常に難しいと思うのです。ですので、避妊に失敗しちゃったからというような方は、安易にアプローチするハードルを作ったほうがいいと思うのですけれども、望んでもいない性行為だったという方のために残しておく余地が私は必要ではないかなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 今、山口構成員から御指摘いただいたことはまさしくそのとおりだと思っていて、本人が被害を受けたと思わなかったけれども、冷静にそれを第三者が見れば、それはあなた、被害でしょうということは多分あるのだと思います。そこできちんと話を伺って酌み取れるというような関係性が大事で、ですから、それがいきなりオンラインでできるのかどうかという問題はある。そういう意味で、別に何か物すごく狭い範囲でということをおっしゃったつもりはありません。

○山口構成員 今のことでいいですか。デートレイプというのは、本人が被害と思っていないのではなくて、本人は望んでいなくて、本当は拒みたかったのに拒めなかった。それで、もしかしたら妊娠したかもしれないというときの場合です。

○今村構成員 わかりました。いずれにしても、そういう御本人の思いをどこまで聞き取

れるかという、なかなかそこを言いにくいと。同性ならまだ、女性の先生だったらお話しできるかもしれないけれども、女性同士だからちやんとと言えるかどうか、またそれは別の問題だと思いますけれども、少なくとも男性の医師よりはお話ししやすいということもあるかもしれない。先ほど冒頭申し上げたように、今、若い30代の方、7割が女性の産婦人科医になっているということで、そういう環境は徐々にできつつあるのかなと思っているということです。

3週間後の受診を自己責任にしてしまっていて本当にいいのかどうかというのがあって、きちんとした説明をしても、これは対面であっても必ず来ていただけるかどうかはわからないのですけれども、要するに、より3週間後の受診のハードルが下がっているかどうかというのはあって、最初から対面しなくていいという話だと、絶対に3週間後、絶対という言葉方は変ですが、受診するのはなかなか難しい。それから、一定の研修を受けている先生が産婦人科医ではないので、そうだとすると、今度、違う産婦人科医に行ってくださいという話になりますから、なかなかここは仕組み上難しいのかなと。

今、ガイドラインでは少なくとも初診対面の原則でない場合には、初診は対面でなくてもいいけれども、その後、きちんと対面診療を受けてくださいというのがルールになっているので、そういう意味ではこれは全く同じことなわけですから、3週間後という限定はついていますが、そこをどのように制度的に担保するのかというのはすごく大事なことではないかと思います。

○山口構成員 済みません。言葉足らずだったと思うのですけれども、やはり私も、もうワンプッシュは必要だと思っています。オンラインでアプローチしてこられているわけですから、連絡はつくと思うのです。なので、3週間後に行ってくださいねというご連絡をして、それでもなお行かない場合が先ほど申し上げた自己責任ということで、単に3週間後に行ってくださいねと言うだけで行くかということ、やはりそこだけでは緩いのではないかなと思っています。

○黒木構成員 黒木です。

この緊急避妊の問題は、今村先生がおっしゃったように、やはり地域医療全体の中でどう位置づけるか。その中でオンライン診療がどういう役割を果たせるか。こういう組み立てがいいと思うのです。オンライン診療というのはビデオチャットを使ったりリアルタイムの診療ですから、急性の緊急疾患には相性が余りよくないです。というか難しいですね。対面診療の代替にはなり得ません。だから、先ほど例を出しましたように、慢性疾患である程度わかっていて、通院困難とかそういうところに適応がよいと。

ただ、山口構成員のおっしゃるように、ハードルが高くて、しかもアクセスが悪い。その場合は、やはり患者さんと最初にアクセスするという点でオンライン診療はよい適応になると思います。

もう一つ、実際に現状でアフターピル、オンライン初診対面で診療するとどうなるかといいますと、まず初診で、ビデオチャットで患者さんを診ますね。では、アフターピルを

出しましょうと、処方箋を発行するわけです。処方箋を印刷して郵送するわけです。郵送して届いた処方箋を患者さんは薬局に持って行く。産婦人科の先生から御指摘がありましたように、アフターピルの有効率は1日目、2日目、3日目で、3日目で50%になるわけですが、処方箋がついて薬をもらうまで3日ぐらいたつ可能性は大いにある。

それから、内服を確認できるか。対面診療でしたら、薬を持ってきてその場で飲んで、飲みましたねと。でも、オンライン診療で、現状では内服確認は難しいですね、その場では。それから、3週間後の再来というものも、約束はできるでしょうが、確認するという事は別の問題と。現状ではそういう限界があるということは、やはり押さえておかなければいけないと思います。

以上です。

○山本座長 落合さん、どうぞ。

○落合構成員 落合です。

2点議論になっているポイントがあると思いますが、1点目の犯罪の被害者だけに限定するかということについて言いますと、山口構成員がおっしゃられたように、犯罪の被害者だけではなく、望まない妊娠に対して考えるべき問題としてもともと提起されていたように思いますので、それはその範囲の方々にとって、どういう手助けができるかという方向で考えるべきではないかと思ってございます。

また、仮に犯罪というふうに言った場合に、私は弁護士でもありますので、最初の1日、2日のときに本当に犯罪とわかることが、警察でも恐らくわからない場合もあると思います。このため、犯罪被害者に限るといった要件にしてしまいますと、現実的に利用不能となる場合もあるのではないかとおもわれますので、そういう意味では犯罪被害というふうにしてしまうのは少し難しいのではないかと考えております。

第2点は、産婦人科の専門医の先生に限定するかという点だと思います。これは確かに参考人の先生方がおっしゃるとおり非常に高度な知識が必要ということではあると思われまます。けれども、研修で相当頑張らないといけないのではないかという御指摘も一部いただいたところがあると思いますので、研修の内容としてどこまでできるのかということをよく考えていただいた方が宜しいかと思えます。他方で、オンライン診療をやられている産科の先生に関して申しますと、黒木先生の先ほどの説明のスライドの中でも、多くの産婦人科の先生がオンライン診療をやられている状況ではないと思いますので、そういった意味では、産婦人科の専門医の先生方だけでは患者さんからのアクセスも十分に確保できないのではないかと懸念されます。そうすると、もともとこの論点が提起された意味である、十分にアクセスできるような形でということを考えるべきです。かつ、処方箋のお話も先ほどあったと思いますけれども、遠方からですと処方箋が届くことですら遅くなる可能性もあるかと思えます。そうしてしまいますと、成功率も下がってしまい、オンラインで診察した意味もなくなってしまうということがあると思います。このため産婦人科以外のアクセスも重要ですので、研修については非常に慎重に、十分に検討した上で、産婦人

科医以外の先生でもできるような形で御整理をいただけないかと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

島田先生、どうぞ。

○島田構成員 島田です。

まず、対象者についてですが、うちも産業医などをやっている、女性でどうしてもメンタル不調とかで投げやりになってそういうことに及んでしまうケースなどもあるので、犯罪と別に、今これだけメンタル不調者もふえているところでいうと、そういうことによる望まない妊娠もあるでしょうから、やはり犯罪だけに限らないほうがいいかなと思いました。

それから、3週間後の受診を、処方を出すオンライン診療のときに約束してもらうのでは緩過ぎると思っていて、処方している医療機関の責任として、3週間後に受診したかどうかの御連絡を入れるのを義務にするぐらいまで必要ではないかと思います。例えば人間ドック、健診などで肺がんの疑いの影があったのを、患者さんが来院しなかったから説明しなかったと。それで半年後とかにがんになったケースの訴訟があって、これは医療機関側がたしか負けたと思うのです。医療機関というのはそのぐらい、これはかなりの確率で3週間後にチェックしない場合に何か予見ができたということになるでしょうから、追っかけて3週間後に受診をしましたか、してくださいという受診勧奨をすることまでを義務にしたほうがいいと思います。

あと、産婦人科医に限るかどうかというところですが、普通に研修を受けただけではなかなか本当の意味での出産だったり、中絶手術だったり、または障害を持って生まれるお子さんを臨床医として体験している方の直接的な説明に比べたら、研修というのは非常に、正直言うと薄っぺらいと思います。例えば私は在宅医療をやっていますが、在宅医療をやっている先生とやっていない先生では、当事者に語るときの重さが違います。説得力が違うと思います。もちろん今後よい研修ができれば別ですけれども、現時点でこのピルをオンラインで一応解禁というかスタートしようという場合には、かなりそういうところはしっかりと容認できる部分に限定してスタートさせるべきではないかと思います。何かあったときの結果が重大過ぎると思います。

○山本座長 今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

対象をどうするかというのは本当に難しいなと思っております。つまり、これを求めて来られる方は全て妊娠を望まない方なので、その理由が犯罪であろうが、先ほどあったメンタルであろうが、いろいろあっても結局全てくくれるのは、みんな望んでいない妊娠なのです。だから、望んでいない妊娠をターゲットにするということは、全ての人ということに結局はなってしまうので、そこをどのように整理するのかという問題がある。

それから、私も先ほどから学会や医会の先生、他の構成員の中からもある程度、まずや

るのだったら産婦人科専門医でないと難しいのではないかという御意見、基本的には賛成なのですが、これは事務局案の研修という、かなり厳しい研修を課すということになるとすると、それは通常の対面診療の中で研修を受けたら、他の診療科の先生がやったらなぜいけないのですかということになって、そもそもオンラインの話と別の話になると思います。

だから、研修をしっかりと、あるいは休日診療を行う先生方が研修をもし受けて、全国各地でそういう先生たちがいらっしゃれば、別にオンラインでなくても対面でお薬を渡すことはできるということになるわけですから、要するに研修というものが必ずしも重要な要件には、もしそうなのだったら順番が逆で、地域医療の中でそういう体制をしっかりと確保することのほうが、そういう研修を受けていただいてやるということのほうが大事なのではないかなと、冒頭も申し上げましたけれども、そのように思います。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、いろいろたくさん御意見いただきましたけれども、今の御意見を踏まえて、また事務局のほうで資料を調整していただくというふうにお願いをいたします。

それでは、引き続きまして、議題の4番目ですけれども、「オンライン診療の適切な実施に関する指針新旧対照表について」について審議に入ります。

資料4「オンライン診療の適切な実施に関する指針新旧対照表」について、事務局から説明をお願いします。

○加藤医事課企画調整専門官 よろしくお願ひいたします。

資料4をごらんください。これまで第1回から前回である第3回までに御議論いただいたものを主に今回の新たな指針の見直し案として、右側がこれまでの既存の指針、左側が改訂案ということで横並びにして対照表にさせていただいておりますので、上から、主に第2回までは直接的に改訂案の文言を示しておりますので、そこは簡単に御説明させていただきます。前回、第3回に関しましては具体的な文言をお示ししていなかったもので、そこを詳しく目に御説明させていただきたいと思ひます。

1ページ目、2ページ目は目次でございますので飛ばさせていただきます、5ページ目をごらんください。こちらは前回、1年前と比べまして、関連するガイドラインが変わっておりますので、左側の「クラウドサービス事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」が平成30年7月31日に策定しておりますので、こちらを関連ガイドラインとして記載することとしたいと思ひます。

続きまして、6ページ目の下にございますオンライン受診勧奨と遠隔健康医療相談に関しましては、基本、第2回にお示ししたときのものとほとんど変更はございませんので、こちらは飛ばさせていただきますと思ひます。

続きまして、9ページ目、10ページ目でございますとおひ、今回の指針の対象に関しまして、D to P with Nという形で、看護師がいる場合のオンライン診療ということをおひ

御議論させていただきました。前回の指針におきましては、D to N to Pが指針の対象外ですよという記載になっておりましたので、今回の記載におきましては、D to P with Nは対象だが、D to N to Pは対象ではないという記載ぶりになっておりますので、御確認ください。

続きまして、11ページ目がオンライン受診勧奨や遠隔健康医療相談などの例示になりますけれども、今回、新たに遠隔健康医療相談におきまして、労働安全衛生法に基づく産業医が行う業務を遠隔健康医療相談の一つの例としてお示しさせていただいております。

続きまして、しばらく下に移動していただきまして、17ページ目でございます。こちらは初診対面の原則をお示ししている事項でございますけれども、前回、離島・僻地の医療機関が少ない地域におけるオンライン診療の使用に関して御議論いただきましたが、その記載ぶりをここで改めてお示ししております。簡単に読み上げますけれども、「v 離島・へき地など医師、医療機関が少ない地域において、地域の患者を診療する医療機関の常勤の医師が1人のみであること等により、当該医師の急病時で診療を行うことができない時は、代診を立てることが原則であるが、代診が立てられない場合等、当該医療機関の患者の診療継続が困難となる場合において、主に二次医療圏内における他の医療機関が初診からオンライン診療を行うことは、ivに該当し可能であること」とさせていただいております。

条件としましては、ただし、診療継続が困難となった医療機関において、既に対面診療を受けたことがある患者さんであることや、当該医療機関は患者からオンライン診療を行うことについて同意を得る必要があって、診療に際しては、オンライン診療を実施する医療機関と医療情報を共有すること。なお、この場合においては、オンライン診療後の対面診療は既に対面診療を受けている医療機関で実施することとさせていただいております。

viに関しましては、D to P with Nが初診の例外になりますよということをお示ししております。

続きまして、18ページ目の下でございますとおおり、いわゆる複数医師規定になりますけれども、「加えて、主に健康な人を対象にした診療であり、対面診療においても一般的に同一医師が行う必要性が低いと認識されている診療を行う場合などにおいても、診療計画での明示など同様の要件の下、特定の複数医師が交代でオンライン診療を行うことが認められる」ということを、今回、新たな記載としてお示ししております。

また、注におきまして、例外事項の禁煙外来等をこれまでお示ししておりましたが、緊急避妊を先ほどのとおり議論中ということで、ここは記載が途中で終わっておりますけれども、今後、アップデートしていきたいと思っております。

20ページ目に移りますけれども、診療計画のところでございますが、先ほど黒木構成員より御紹介いただいたアンケート結果で診療計画が策されていない、一部作成されていない実態もあるということがお示されましたが、これはやはり確認していく必要がありますので、これまで議論していただいたとおり、2年間は保存するというのを新たに加え

ております。

続きまして、22ページ目は本人確認の規定になりますけれども、先ほどのセキュリティのところにも掲載しておりますが、改めて指針本体におきましても同様な考え方をここでお示しさせていただいております。

続きまして、薬剤の処方管理に関しまして、23ページ目でございますが、左の赤字でございます。「ただし、在宅診療、離島やへき地等、速やかな受診が困難である患者に対して、予測されていた」、これは「発症が容易に予測される」という表現でもいいのではないかとということで御意見いただいておりますけれども、「症状の変化に医薬品を処方することは、その旨を対象疾患名とともにあらかじめ診療計画に記載している場合に限り、認められる。ただし、新たな症状の変化に対しては、その経過を対面診療で確認することが望ましい」という記述をさせていただいております。

続きまして、25ページ目にチャットの活用に関する記載をお示ししておりますが、これはこれまで議論してきたものと同じ記載になっております。

続きまして、28ページ目の最後の1行から29ページ目になりますけれども、D to P with Nということで、前回御議論いただきましたとおり、患者のそばに看護師等がいる場合におけるオンライン診療に関しましては、これまでどおり予測されていた範囲内で注射や点滴等の治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるものということで考え方をお示ししておりますし、実際に実施可能な診療補助行為ということで、具体例をお示ししております。

また、実際にD to P with Nを行う医師や看護師はどういった方々であるのかということで、D to P with Nを行う医師は、原則訪問診療を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等、あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等であるということで、記載をまとめさせていただいております。

D to P with Nに関しましても、前回御議論いただきましたとおり、4-1、4-2にございますが、手術の例と高度な専門性を有する医師の例ということで、こちらは前回お示しいただきました資料とほぼ同様の記載でまとめさせていただいておりますので、御確認ください。

また、2の(5)にございますセキュリティやプライバシー、利用端末に関しましては、先ほど御議論いただいたものかと思えます。

最後、3番のその他オンライン診療に関連する事項ですけれども、こちらは研修に関する規定を盛り込んでおります。「このため、医師は、オンライン診療に責任を有する者として、厚生労働省が定める研修を受講することにより、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければならない」という形でまとめさせていただいております。

主な変更点は以上になりますけれども、最後、別紙で、オンライン受診勧奨・遠隔健康医療相談の整理を表として第1回のお示ししておりますが、こちらで再掲させていただきます。

説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

ただいまの御説明に関しまして、御質問、御意見がありましたら、よろしく願いいたします。

島田先生、どうぞ。

○島田構成員 まず、17ページ目の僻地のところの日ごろの主治医ですが、診療ができなくなる事情が急病だけには限らないと思うので、これを読むと何か急病だけに限定されているように見えるので、もう少し広くとっていいのかなと思いました。

それから、19ページ目、今ちょっとピルの話を議論中ですけども、このピルをオンラインで認めるときにも、文言を直さないといけない。「治療によるリスクが極めて低いもの」という書き出しがついてしまっているのですが、ピルの件は議論をしているとそういう話ではなさそうですので、むしろ患者さん側を救うためのことで、治療のリスクは結構あることもというふうに思いました。

23ページ目のところで、予測されていた症状の変化、一方で発症が容易に予測される。なるほど、こういう言い方は非常にわかりやすいなど。特に診療計画の中に入れるということは、この書き方のほうがより正しいかなと思いました。

最後に29ページ目のNのところですが、看護師等となっているので、この等というのが結構どこまで含むかと必ずなるのです。今でも訪問リハビリなどで理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がいたり、あと検査技師などはどうなのかというのがあるので、このあたりはどのように考えて、どういう解釈が。勝手な解釈が起きてもいいけないので、もうちょっと具体的に明示するのかどうかなどを教えてください。

○山本座長 いかがでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 こちらのD to P with Nで看護師等とさせていただいているところは、基本的には看護師及び准看護師を想定しております。御指摘のとおり、やはり等にするとどこまで読めるのかということが非常にわかりづらい状況でございますので、そちらに関しましては、Q&Aなどで我々の解釈をお示ししていきたいと思っております。

ただし、D to P with Nでお示ししております訪問看護に関しましては、看護師を想定しておりますので、基本的に看護師等で読めるところに関しましては、Q&Aで再度お示するという方向でいきたいと思えます。

○山本座長 では、今村さん、お願いします。

○今村構成員 全般的に非常によく書いていただいているなと思います。それを踏まえて若干お願いということで、17ページ、先ほど島田構成員からも御指摘があった離島・僻地等の話なのですが、確かに緊急的な疾病等だけではない場合も多分あるのかなとは思いますが、日ごろ一人で診ておられる先生と地域のネットワークの中できちんと連携がとれているということが大事なのではないかなと思います。必ずしも頼まれた先生がすぐに対応できるかどうかだっただけわからないわけですから、地域全体でそういう医師の少数地域、

離島・僻地を守っていくのだというネットワークの中で見ていただくという記載ぶりがあるといいかなと思います。

18ページの一番下の複数の複数の医師なのですが、これは診療計画での明示という中に、医師名が明示されているかどうかということをはっきりさせておいていただいたほうがいいと思います。つまり、複数の医師で診ますというだけではなくて、どの先生、どの先生というのがある程度明示されていたほうが明確でいいかなと思いました。

23ページですけれども、在宅診療でやはりいろいろな症状が起こるので、特に島田先生はよく在宅をやっておられるので、一々その都度ちょっとした変化で必ず対面しなければいけないというのは、これは在宅の中で大変だなということで、予見されているような症状が出たときにはこうしてくださいということはある程度得ると思っています。ただし、必ず対面とオンライン診療というのは組み合わせでやっているの、その後には必ず対面があるわけですね。そうすると「確認することが望ましい」ではなくて、当然対面で診たときにちゃんとそのことが改善されているかどうかを確認する必要があると思うので、ここは確認することというふうに、かえってしっかりと書いていただいたほうがいいのかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。よろしいですか。

ほかはいかがでしょうか。黒木先生、どうぞ。

○黒木構成員 29ページのD to P with Nを実施する体制に関してなのですが、「D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療を定期的に行っている医師であり」となっていますが、これは要するに訪問診療に限ったことなのかどうか。実際には診療所で外来診療をやって、ふだん外来で診ている患者さんが夜にぐあいが悪い。それを例えば私の知り合いも、ぐぐぐぐあいが悪いところをビデオで撮っておいて、後で外来で診てもらおうとか、あるいはその場でビデオを見せてもらおうとかそういうこともやっていますので、訪問診療に限る必要というか、限らなくてもいいのではないかと思うのですが、そこはいかがでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 こちらは前回も御議論いただいたところかと思いますが、D to P with Nで実例があるところに関して、まずはこういった記載をしていくべきという議論でございましたので、ほかにこういう実際にやられているような形態があるのであれば御指摘いただければと思いますけれども、我々としては、今、聞いているところでは、やはり訪問診療での必要性が高いのではないかとされておりまして、このような記載にさせていただいております。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 実際に訪問看護ステーションは、病院で往診はしていない患者さんを、病院からの看護指示書で動いているのです。そうしますと、黒木先生がおっしゃるように、訪問診療ではないけれども、訪問看護は必要でということ。そういう病院はドクターが行く機能を持っていませんから、確かに訪問診療というより、どういう表現をしたらいいのかわからないのですが、ふだんから医師の看護指示書で動いている看護師さんというNと

だったらば、あるかなと思いました。

○今村構成員 確認ですけれども、島田先生、教えてください。その場合の訪問診療をする医師は誰なのですか。

○島田構成員 その場合、訪問診療する医師はいないですね。東京でも都立病院の先生とかが地域の看護ステーションに訪問看護指示書は出していて、専門外来的なものだけ患者さんが病院に来て、いわゆる通院をしているというケースはたくさんあります。

○今村構成員 ということは、対面では外来に来て、日ごろの診療はオンラインではやっていないということになりますか。

○島田構成員 そういうことになりますね。多分、今ちょっと想定で考えるとしたら、ふだん病院に通っている患者さんに対して、訪問看護が必要だからと病院のドクターが看護指示書を出している。往診は受けていないのだけれども、訪問看護を受けている患者さんというのは結構いるのです。

○今村構成員 その場合のD to P with NのD to Pは、これはオンラインでやっていることを前提なのではないですか。だから、もしオンライン診療ではないということになると、そもそもこの対象にならないのではないかと思うのです。

○島田構成員 対面診療の外来と外来の間を補完する意味で、病院がオンライン診療をやる可能性はありますね。どうなのですかね。

○佐々木医事課長 前回も、こんな使い方があるのではないかというようなお話が出たときに、我々はこの指針の見直しとかQ&Aを毎年定例的にやっていこうと思うので、まずは実際に現場でこういう実例があるということを中心に対応していくとご説明しました。今回、遠隔の手術に関しても、中身はこれから関係学会で出していただくという記載にしておりまして、項目として立っていますけれども、中身としてはまだどうやるというのは書いていないというのがあります。例えば今のような話で、こういう場合があるという実例を出していただければ、少し記載するようなことができますかもしれません。今回は、この前つくばの御紹介した実例をもとに案をつくっておりますので、その範囲でまずはやらせていただいた上で、今後の使い方ということで、この会も継続的にやってまいりますので、少し事例紹介等をいただきながら今後対応を検討するという手もあるかなと思っておりました。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 その場合の実例を示すというのは、必ずしも保険診療でやっているというわけではなくて、ビデオチャットを使ったリアルタイムの診療、あるいは患者さんとナースがいて、ドクターがそこへ行くと。そういう診療形態をやっているということによろしいですか。こういうこともできるという話で。

○佐々木医事課長 保険診療と今回の検討会の議論はよくありますけれども、基本的には医師法上やっといういかどうかということ、どのようにやっというかがこの指針の対象でありまして、必ずしも保険診療に限らないという理解でございます。

○黒木構成員 何度も済みません。例えば、夜、患者さんのぐあいが悪い。ビデオチャットで見せてもらう。ドクターは診療所にいる。では、今どこかに行きなさい、あるいはあした私が行きましょうと、夜のビデオチャットでの相談、これは実例として可能ですか。

○今村構成員 ちょっと私、今聞いていてわからなかったので教えてほしいのですけれども、ビデオチャットというのは、ビデオで撮ったものを後で時間をずらして見るということですか。

○黒木構成員 今の場合は、例えば動画をスマホで見てでもいいですよ。それから、やっているのは、例えば撮っておいて、それを後から見せるという場合もあります。

○佐々木医事課長 事務局が十分理解できていないかもしれませんが、やはり会議で医師法との関係を整理した資料を見ながら議論していただいたほうがいいと思います。どんどん新しいアイデアが出てくるというのは、方向としては賛成でございますけれども、まずは今、実際に現場でやられていることについてどうするかということで、今の御提案についても継続的に今後も取り扱い、議論していくということではないかと思っております。

○黒木構成員 わかりました。

○山本座長 どうぞ。

○高倉構成員 今に関連してですが、25ページ目にあるチャット機能というのと、その前のパラグラフにあるテキストでのやりとりというのは、どうも話がごっちゃになっている気がしてきているのです。ここで言われているチャット機能というのは、具体的にどういうことを想定されているかは説明できますか。

○山本座長 25ページのチャットですか。

○高倉構成員 はい。

○山本座長 25ページのチャットは、いわゆるテキストによるチャットです。

○高倉構成員 ですが、その前の段落で、文字等によるやりとりも可と書いてあるので、そうすると前半と後半で、チャットである、チャットではないの差が何なのかがわからなくなってきました。

○山本座長 ほぼ同じ意味です。

○加藤医事課企画調整専門官 表現ぶりが違う。

○高倉構成員 そうすると、後半は、要は症状に関しないものはチャットでいいけれどもと書いてあるのですが、前半のほうは、文字のみは禁止だけれども、文字も使っていいよと書いてある。そうすると、違うことが書いてあるように読めてしまうのですけれども、そうではないのですか。

○山本座長 そうではないですね。同じことを書いているだけです。

○加藤医事課企画調整専門官 事務局でございます。

基本的には前回御議論いただいた内容が赤字になっているかと思えます。その前の黒字の部分に関しましては、確かに紛らわしい表現がございますので、前回の議論に基づいて

変更させていただきたいと思います。

○山本座長 あと、先ほどのD to P with Nのところは、基本的にこのガイドラインは前回まではD to Pしか扱っていなかったのですね。これはD to P with Nも特殊な状況、一部の状況においてはこのガイドラインの対象になって、なおかつD to P with Nの中に「実施可能な診療補助行為」という欄が新たに加わっていて、これはリアルタイムでビデオを見ながら医師が指示をすることによって、看護師さんがその指示に応じて行為を行うことができるというところがこのガイドラインに入ったわけです。それがない状態で、看護師さんがいることが了解の上でオンライン診療するのであれば、今までから全く問題ではなかったわけですね。ですから、これはそういうことが加わっただけ。

この中に、さらにもっとこういったアイデアがあるというのがあれば、これはまたどんどん出していただければ、それはこれから先のガイドラインに多分追加されていくことになると思います。

それ以外に何か。どうぞ。

○落合構成員 28ページから29ページ、30ページなのですが、ここの追加していただいた部分の構成を見ていくと、(3)を追加していただいて、ここでひとまとまり、29ページだと思うのですが、その次、30ページが(4)で、その中に(4-1)(4-2)というのがあるように思います。これは出てくる言葉が、考え方の中には主治医等というふうに、例えば(4)のマル1の第1段落の最後あたりには書いていますけれども、それが31ページの(4-2)のマル3ですと「患者は主治医など患者の状態を十分に把握している医師」となっていて、また(4-1)のマル3、マル2には、特に主治医というのが書いていないので、表記に全体的に揺れがあるように思われます。多分、別々に議論していたのをそのままガッチャンコしてしまったので、若干ずれがあると思うのです。

これは先ほどのチャットの話と同じだと思いますので、前後の文脈で、もともとの議論と若干ずれる部分があるとしても、表現が統一する形で修正したほうが最終的に読みやすいと思いますので、その点は、先ほどのチャットの点とあわせて御修正をお願いできればというコメントです。

○山本座長 ありがとうございます。検討をお願いします。

ほかはいかがでしょうか。ございませんでしょうか。

それでは、ただいまの御意見を踏まえて、また事務局でブラッシュアップをよろしくお願いいたします。

一応、本日の議論として用意しておいた議題は以上でございます。

事務局から何か追加はございますでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 本検討会の今後の進め方につきましては、また座長と相談した上で決めさせていただきたいと思います。

次回の検討会の日程は、改めて日程調整を行った上で御連絡さしあげます。よろしくお願いいたします。

○山本座長 それでは、本日も活発な御議論をありがとうございました。

それでは、これで本日の「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。