

2021-5-31 第15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15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」を開催します。

構成員の先生方の出欠について御連絡いたします。佐藤構成員、佐野構成員より欠席、権丈構成員より遅れて御参加されるという御連絡をいただいております。また、高林専門委員に関しては現時点で御参加いただけていない状況でありますけれども、会議のほうは進めさせていただければと思っております。

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稲邑企画官、総務省情報流通行政局情報流通高度化推進室の飯島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 続きまして、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き、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除し、御発言終了後は再度マイクをミュートにしてください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、チャット機能を御連絡以外に用いることはお控えいただければと思っております。

音声聞きづらい等ございましたら、音量を調整いたします。音声のほう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。本日は資料1-1、資料1-2、資料2の3つの資料、参考資料1から参考資料5までございます。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 承知いたしました。本日は、構成員の先生方にはお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。少しだけお久しぶりですけれども、今日からまた詰めて議論を進めていきたいと思っております。

本日の議題は、最初が令和3年1月から3月の実績の検証について、2つ目が初診からのオンライン診療に関する検討事項についてでございます。

それでは、早速1番目の議題で、資料1-1「令和3年1月～3月の実績の検証のまとめ」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 事務局でございます。議事の1番に関して、資料1-1と資料1-2を用意しております。資料の御説明は資料の1-1を基にさせていただきます。資料の1-

2は詳細なデータ等が載っておりますので、適宜御参照いただければと思います。

それでは、資料1-1の2ページ目を御覧いただければと思います。検証のまとめといたしまして、時限的・特例的な取扱いにつきましては、3か月ごとに検証を行うこととしておりまして、これまで過去3回の検討会において検証を行ってまいりました。今回は4回目の検証ということになります。

過去3回の検証では、以下お示しのような傾向が明らかとなっております。すなわち電話診療やオンライン診療の患者は小児や勤労世代が多かったということ、また、全体の傾向として軽症と思われる患者さんを中心に利用されていたということ、また、一部において、物理的に大きく離れた地域に対する診療、また、時限的・特例的な取扱いで禁止されている麻薬・向精神薬の処方等が行われていた。こういった傾向でございますが、今回1月から3月についても同様の傾向でございます。

そこで、対応方針といたしまして2つ挙げております。これも従前同様でございますけれども、特例措置の要件を守らない診療が行われていたものについては、引き続き都道府県を通じて指導等をいただきながら厳正に対処していくということと、そういった御指導をいただいた結果を踏まえまして追加的な措置、こういったことも検討してまいりたいと考えているところでございます。

事務局からは以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

ただいまの御説明、資料1-1、あるいは資料1-2でも結構ですので、御意見がありましたらよろしく願いいたします。

山口先生、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今の御説明の中で、決まりを守っていないところが同様の傾向にあるという御説明があったのですけれども、これは同じ医療機関が繰り返しているのか。それともまだ周知が十分ではなくて、新しいところが向精神薬などを出したりしている傾向にあるのか。そのあたりの分析というのはできているのでしょうか。

○山本座長 事務局、いかがでしょうか。

○伴課長補佐 御質問ありがとうございます。

資料1-2の16ページを御覧いただければと思います。特例措置の要件を守らない処方の件数の推移をお示ししてございます。こちらで黄色が要件を守らない処方の合計の数になっております。黄色の右側にある濃い青のグラフが、そのうち前までの四半期で要件を守らない処方がなかった医療機関による件数としてお示ししております。したがって、毎四半期ごとに200件程度要件を守らない処方のうち、これまで違反が見られなかった医療機関によるものというのが出てきているという状況ですので、今、山口先生がおっしゃっていただいたように、一部繰り返している医療機関はございますけれども、半数以上は新しい医療機関による処方ということになっておりますので、引き続き周知といったことが

重要になるのかなと思っております。

○山口構成員 ありがとうございます。結構新しいところが多いということなので、しっかりと周知するように、なぜまた同じことを繰り返しているのか、周知がどうして足りないのかというところをしっかりと検証していただきたいと思います。

何人かの方がチャットに書かれているのですけれども、非常に会場の声が聞こえにくくて小さい。横で物音がすると聞こえない状況なので、できれば改善していただければと思います。よろしくお願いいたします。

○山本座長 ありがとうございます。まだ聞こえにくいですか、私の声は聞こえますか。

○山口構成員 聞こえるのですけれども、全体的に小さいと思います。静寂でないところとちょっと聞き取れないかなというレベルです。

○山本座長 分かりました。順次改善をしていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

ほかに御意見はいかがでしょうか。

今村先生、どうぞ。

○今村構成員 今の山口構成員お話に若干関係あるのですけれども、繰り返される方たちについては、しっかりと指導いただきたいということもあるのですけれども、新規にこういう新たなミスというかそういうものが起こった方たちに対して、もともとの昨年8月26日に研修を受けていただきたいということが出ていると思うのです。これは義務になっていると思うのですけれども、そういう守られていなかった方たちの研修の受講の確認みたいなことというのはされているのでしょうか。

○山本座長 事務局、データはございますか。

○伴課長補佐 今回の特例措置の検証のデータの中で、研修の受講の有無というものを聞いているものではございませんので、先生が今おっしゃったようなデータは手元にないという状況であります。

○今村構成員 分かりました。次回の検証の際には、ぜひそれを確認いただきたいと思います。少なくともオンライン診療等を行う先生たちには研修というのが義務になっているわけなので、きちんと受講していただくことが大事だなと改めて思っていますので、よろしくお願いいたします。

もう1点、患者さんのどういう症状に処方したかという調査はあるのですけれども、これは診療科みたいなもののデータはあるのでしょうか。

○山本座長 いかがでしょうか。診療科はないよね。

○伴課長補佐 診療科のデータについて、元データとしては持っております。資料上、お示ししてはございませんでした。

○今村構成員 お手間をかけることになるのですけれども、大きな御負担でないようでしたら、診療科がもし分かればありがたいなど、基本的には軽症が多いということで、一般的には内科であったり小児科であったり耳鼻科であるというような思い込みがあるのです

けれども、本当に診療科がみんなそういう科なのかどうか、ちょっと確認をしたいと思いますので、分かればぜひ次回お示しをいただければと思います。よろしくお願いします。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、次の3か月目の検証では、講習の受講の有無等の確認をよろしく願いいたします。

ほかに御意見はございますでしょうか。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基に、また次の調査を進めてまいりたいと思います。

それでは、次の議事に移りたいと思います。事務局より資料2「初診からのオンライン診療に関する検討事項について」の説明をお願いいたします。

○伴課長補佐 事務局でございます。資料2を御覧いただければと思います。

資料2の2ページ目から御説明をさせていただきます。1番として「初診からのオンライン診療に関するこれまでの議論の方向性について」というところでございます。

(1) 今後のオンライン診療の在り方の検討の方向性ということで、議論の前提となる方向性について記載しております。これはこれまでの検討会でも何度も出てきている言いぶりではあるのですが、安全性と信頼性をベースに初診も含めオンライン診療は原則解禁する。また、オンライン診療は電話ではなく映像があることを原則とするということでございます。

安全性と信頼性については、オンライン診療を行うことによる患者の利便性等のメリットと対面診療を行わないことによる疾患の見逃し、重症化のリスク、患者と医療機関の感染のトラブルのリスク等を総合的に考慮するということによりまして、先ほども言いましたけれども、時限的措置の検証の結果も踏まえつつ、今後のオンライン診療の在り方として具体的な位置づけを検討していくということでございます。こうした方向性の下にこれまで検討会において議論をしていただいていたということでございます。

(2) のところで、これまでの検討の経緯についてまとめております。初診の場合にも安全性と信頼性を担保するためにはということ、①と②が必要ではないかということでございます。すなわち医師が患者の医学的情報を把握していること、また、医師患者間の関係性が醸成されていることでございます。以上のことから、いわゆるかかりつけの医師によるオンライン診療を念頭に置くことといたしまして、具体化するに当たって過去の受診歴の有無をベースに議論を進めてきたところでございます。

これまで4つのケース、定期的を受診している場合と過去に受診歴がある場合、過去に受診歴のない場合、また、過去に受診歴のない患者について情報提供を受けた場合に分けて整理をしてきたところでございます。これまでの議論の中で、この4つのケースのうち1番、2番及び4番については、初診からのオンライン診療が認められるというような方向で御議論いただいていたのかなと承知しております。3番のところでは本日の議題になりますけれども、議論が必要な事項として、さらにどういった情報であれば4番の場合として認められるかということについて議論してはどうかと考えております。

3 ページ目にまいりますけれども、過去の受診歴はないが初診からのオンライン診療を可能とする上で必要な情報ということで、考え方の案として、これも繰り返しではございますけれども、初診からオンライン診療を行う場合に必要な医学的情報について、他院からの診療情報の提供などによって当該患者の診療に必要な情報が提供されるケースがあるということございまして、その他認められる情報の内容について議論したらどうかと考えております。検討の際には、今後の医療のデジタル化の進展といった視点も含めて議論してはどうかと考えています。

対応の案として、事務局から幾つか例示として案を示しております。現状において、患者の医学的情報として活用できるものが、例えばとして①から④までお示しております。過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワークでございます。その他、これらに限らずということでございますが、患者の医学的情報として認められる情報については、実態を踏まえつつ引き続き検討することとさせていただければと考えております。特にデジタルデバイスを用いて得られる患者の医学的情報、こういったことについては行政上の位置づけ等も踏まえて、引き続き取扱いを検討することとしてはどうかと事務局として考えているところでございます。

最後のページにまいります。2 番として「今後のオンライン診療の検討におけるその他の論点」でございます。これについて、これまでの議論全体を少し振り返りますけれども、今後のオンライン診療の検討においては、安全性と信頼性をベースに初診も含めてオンライン診療は原則解禁するとしてきたこともございまして、主として初診の取扱いについて議論をしてきたところでございます。初診の取扱いについては、過去の受診歴等があること、こういったことを中心的に論点に設定して本資料においても議論をするというところでございます。

一方で、オンライン診療の恒久的な枠組みを検討するに当たっては、初診の取扱いに限らずオンライン診療全体の推進、こういったことに関する課題や活用に向けた取組について考えることも必要ではないかと考えているところであります。

そこで（２）の課題や取組の例として事務局で幾つか挙げておりますけれども、まずは推進に係る課題として、オンライン診療を医療全体の中にどのように位置づけて活用するのかということ、また、国民がいわゆるかかりつけ医をしっかりと持ち、また、それらの医療機関においてどのようにオンライン診療を拡充していくのかということでございます。また、活用に向けた取組として現在も始まってきているというような状況でありますけれども、再診も含めて継続的な診療の中でのオンライン診療の活用をどうしていくのか。また、在宅医療やへき地・離島における医療でのオンライン診療の活用、これをどのように進めていくのか。こういった論点が考えられるかなと思っておりますので、先生方からも御意見をいただければと思っております。

説明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、論点が2つございますので、まず最初の3ページの初診からのオンライン診療に必要な情報に関してという点に関しまして、構成員の先生方で御意見がありましたらよろしくお願いたします。

山口先生、どうぞ。

○山口構成員 1つ質問があるのですけれども、この3ページのところで4つ例を出してくださっていますが、過去の受診歴はなくて過去の診療録があるということは、複数の科がある医療機関にかつてかかったことがあって、別の科にかかったときに、過去にかかった科の診療録を参考にする受とめたのですけれども、それでよろしいでしょうか。もしそうであれば、複数科があるということになると、多くの場合は病院だと思うのですが、現在、初診からオンライン診療を行っている医療機関の病院と診療所の割合はどうなのでしょう。そのあたりは過去の診療録で確認できるのがどれぐらいあるのかなと思いたので、今分かっている段階で数字があれば、教えていただきたいと思います。

○山本座長 事務局、いかがでしょうか。

○伴課長補佐 一部、過去の診療録のところの趣旨については、先生が今御指摘いただいたような場面も含めて含まれると考えております。その上で、病院と診療所の割合ということなのですけれども、ここについては初診の実績検証の中では、そういった情報は取っておりませんので、現時点で把握していないということでございます。

○山口構成員 すみません、そういった場合が含まれるというのは、ほかにどんなことが考えられるのでしょうか。

○山本座長 事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 例えば病院などにおいて、診療科が異なる場合に診療録が共有される場合も当然想定されると思えますし、診療情報提供書の中にある程度含まれてしまうかもしれませんけれども、カルテ情報が何らかの形で別の医療機関に提供されるといったケースもあるかなと考えております。

○山口構成員 分かりました。あまり例はないのかなと思えます。ありがとうございます。

○山本座長 ほかはいかがでしょうか。

鈴木先生、お願いたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

過去の受診歴のない患者について、かかりつけ医などの情報提供を受けた場合に認めるというのは基本的に賛成ではあるのですけれども、過去の診療録や健康診断の結果などの情報について、どのくらい過去のものまで対象とするのかという期限の話、これまで議論で出ていたと思えますので、目安くらいは示したほうがいいのではないかなと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。ごもっともです。

高倉先生、お願いたします。

○高倉構成員 資料1-2の13ページをちょっと見ていたのですけれども、オンライン診療と電話診療で比較すると、電話診療のほうは記録なしの方の割合が少ないとはいっても、

それでも30%の方が記録なしになっているのです。そうすると、このまま例えば初診から認めるという話になるのであれば、電話の話をどうするのか。確かに前の議論で電話はできるだけ減らしていきましょうという議論があったと思うのですが、実態は電話のほうがまだ多いので、そうすると、初診に関して電話を認めるのか、認めないのか、内容によっては認めてもいいと思うのですけれども、かかる病気によっては電話は駄目ですよという何らかの指針を決めておかないといけないような気がいたしました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

電話診療はあくまでも今回のコロナの特例措置の一環でありまして、今日の資料2の1ページ目の最初に書いてございますように、オンライン診療は電話ではなく映像があることを原則とするというのが、これは三大臣のお考えということで出ていますから、このコロナの特例措置が終わった後の初診の緩和に関しましては、やはりこの原則が適用されるものと思っておりますが、さすがに電話で初診というのは、なかなかいろいろ問題が多すぎるような気がしていますけれども、構成員の先生方で何か御意見はございますでしょうか。大体そういう理解でよろしいでしょうか。

それでは、続いて今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。御質問と意見があるのですけれども、先に質問のほうからさせていただきます。

3ページが一番下側の括弧の中の3つ目の○なのですけれども、デジタルデバイス等を用いて得られる患者の医学的情報について、薬事承認等の位置づけを検討するということなのですけれども、これはどういうことを考えて事務局は書かれているのか、ちょっと教えていただければと思います。

○山本座長 事務局、よろしいですか。

○福田医師養成等企画調整室長 現在、既に活用されているものもあれば、活用されていないものもあるかと思っておりますけれども、例えばバイタルサインも含めて、何らかの医療情報を自宅で患者さんがそれを使って計測できるような機器というのは現状増えてきていると思います。例えば腕時計式であったりとか、あるいは血糖モニタリングに近いような形で患者さんの医学的情報を取れるような機器というのは現状もありますけれども、今後さらに増えていくことが見込まれるのではないかなと思います。そういった進展状況も踏まえながら、そういったものを患者さんの医学情報として扱えるかどうかという観点で見ていくことも必要ではないかというような問題意識で提示させていただいております。

○今村構成員 よく分かりました。例えば今コロナ禍でパルスオキシメーターなどを購入されている高齢者も結構増えています。私はもともとそういう仕事をしていたので、30年前には数百万するパルスオキシメーターが今や1,000円前後で購入できるみたいなイノベーションの進歩を非常に感じているのですけれども、今まさしく事務局から御説明いただいたウェアラブルな端末からの情報、そういったものもこれからどんどん数が増えてくる

のだと思うのですけれども、それをどう取り扱うか、どう判断するかは医師が考えればいいのではないかなと正直思います。つまり何かルールを決めて、この情報は取り扱えないけれども、この情報は取り扱うというようなことをしないで、もともとオンライン診療というのは情報が少ない中でどれだけ参考になるデータを多く集められるかということが非常に重要な要素だと思っていますので、それが医学的に判断材料になるかならないかというのは、そのオンライン診療を行っている医師がやはり判断すべきことではないかなと思っています。これは意見です。

それから、1つ目の○の医学的情報を何に入れるかという話ですけれども、これは基本的には本人確認が大原則であると思いますけれども、例えばその御本人のものであることが確実に分かるのであれば、お薬手帳などを見ると、どういう薬を服用されているかということで、ほぼその疾病は医師であれば判断することができるので、そういった情報というのは非常に重要だなど、今、コロナワクチン接種をしていて、初診の患者さんのいわゆる問診において、そういうものはやはり物すごく参考になると、御本人が自分で言っている病気と実際に出ている薬を見ると結構違いがあったりしますので、そういったお薬手帳の活用、これはあくまでも本人のものだという確認の上にしていただければと思います。

もう1点、鈴木構成員からもお話のあった健診と過去の診療情報、これはある程度の年数というのは決めたほうがいいのかと私は思いますけれども、少なくとも健診と医療情報は質が違うと思います。健診情報というのは毎年毎年その方が健康であるかどうかというのを診ている。原則としてはそういうものなので、それについては1年に1回は必ず受けていただくということが多くの国民の原則だと思っています。具体的にどのような要件がいいかというのは、また今後の議論になると思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。大変重要な論点が含まれていると思いました。

引き続き津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員

3 ページ目の議論なのですけれども「初診からのオンライン診療を可能とする上で必要な情報」とあります。これは診療録、診療情報提供書、健康診査の結果、地域医療情報ネットワーク、この4つのいずれかを持っていれば、初診でもオンラインでも可能という考えでしょうか。そして、その場合は医療機関から医療機関へ提供された情報でなければいけないのでしょうか。それとも、患者さんがパーソナルヘルスレコードのような形で、健康診断の結果や、宛名なしの診療情報提供書、他院への診療情報提供書のように、患者さんが持っている情報でもこの条件を満たすという理解でいいでしょうか。教えていただくと幸いです。

○山本座長 事務局、御意見はございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 先生のおっしゃっていたとおり、対応案の1つ目の○は、これが提供されれば完全に受診歴がない場合であっても、初診からオンライン診療できるの



ではないかという例示として挙げさせていただいている情報でございます。この情報の中には医療機関から医療機関に提供されるものもあるかと思ひますし、今村先生がおっしゃっていただいたように、本人確認ができていること的前提であれば、患者さん御本人から医療機関に提供されて実施可能になるもの、こういったものも含まれると考えております。

○津川構成員 ということは、原則として健康診断を受けている人であれば、オンライン診療を初診で受けることができるという理解でよろしいでしょうか。

○山本座長 そこはこれからの議論だと思いますので、よろしく願いいたします。

続いて大橋構成員、お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私はこの1から4という項目で判断するというよりかは、初診でも可能かどうか判断するための具体的な項目というのを規定したほうがいいのかと思っています。例えば今村先生がおっしゃっているように、服用しているお薬の名前が分かるとか、あとはどのような病気にかかっているかという情報が分かるとか、あとはアレルギー歴があるのというような、何かこの情報が包含されていけばよいというようなものにしていったほうが判断しやすいのかなと感じました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、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。

大前提としまして、この新型コロナウイルスの下でこの時限的措置ができたではないですか。その中で、国民が実際使ったかどうかは別として、オンライン診療というものにすごくなじんでいるなと思うのです。そもそも現在の措置が時限的措置であると理解している人も結構少なかったりして、なので、ここから大幅な後退というのは、一般的な国民の方には理解を得ることは結構難しいのではないかなと思っていますという前提があり、その中で、安全性も大事なのですけれども、やはりせっかくオンライン診療が概念として少なくとも浸透しつつある中では、うまいこと使って医療の選択肢を増やすであるとか、特に医療にアクセスが容易でない人にちゃんと医療を提供できるようにするだとか、あと、オンライン診療をきっかけにしてかかりつけ医を持つと思うとか、かかりつけ医との関係性を新たに気づくような何かそういう形で有効活用したほうがいいのではないかなと思うのです。

そうなってくると、あまり細かく厳しく規定して、これは駄目、あれは駄目というよりは、もう少し医師だとか患者さんのリテラシーを信頼して、双方にもうちょっと自由裁量を認めるのがいいのではないかなと思います。ですから、大項目について先ほどから出ているような診療録があるとか、診療情報提供書があるとか、健康診断の結果があるだとか、地域医療ネットワーク等の情報があるということは認めていただきたいですけれども、その中でもどの情報があれば、どの場面でいいのかというのは、多分医師と患者さん双方の

合意といいますか、ちゃんとそこで考えて決めていくことだと思います。

ですから、先ほども御発言の中にもありましたとおり、健康診断結果があったとしても、すごく古いものだったら当然駄目ですし、仮にそれがあったとしても全然関係ない病気だと駄目でしょうし、また、お薬手帳というのはこの中に入っていないですけれども、やはり非常に有効であるということで、やはりそういう情報がある程度あって、初回のオンライン診療の前に患者本人とそれを診るお医者さんのほうでやり取りをして、患者さんの医療履歴であるとか基礎疾患だとか現在の情報が把握できて、医師と患者両方がオンライン診療が可能であると判断すれば、そのときは割と広めに認める。また、この項目に書いてあったとしても、それが不十分だということであれば認めないという方向性がいいのではないかと思います。

また、そのように間口を広げることによって、今までかかりつけ医がいなかった世帯だとか、健康な勤労世帯だとかということが、今後、お医者さんとの接点が増えて治療が早めに行われるであるとかみたいな方向性に持っていくのがいい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。

それでは、引き続きまして島田専門委員、お願いいたします。

○島田専門委員 島田です。各構成員の先生方の御発言を聞いていて、いい意見がたくさん出たなと思っています。

健康診断の結果の利用の場合、やはり情報提供書よりも少し情報が減るかなというのを危惧しています。現在の病気であったり治療状況など、健康診断のときに問診票のチェックをすところもあれば、そういうものはなしで検査結果のデータだけの保管になるケースもあると思いますので、大橋先生のおっしゃるように、どういう情報が必要かという具体例を挙げて、かつ大石先生のおっしゃるような、ドクターとしてどの情報があれば、実際に診られそうかという医師の裁量権も含めて議論していくとよいのではないかなと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続きまして大道構成員、よろしくをお願いいたします。

○大道構成員 ありがとうございます。

各構成員の皆さんのおっしゃったとおり、これは以前からこの会の中でも話が出ていたと思うのですがけれども、どういうケースだとオンラインによる診療が可能なのだろうという具体的なリストを早くつくる必要があるかなと思っています。

ただ、そのときに一つだけ考えなくてはいけないものが、受診歴、あるいはかかりつけ医という考えなのですが、今回のコロナのワクチンもそうなのですが、患者さんの理解との我々医療者の理解が少しずれています。例えば患者さんがコロナのワクチンをこの病院で打ってほしい、いや、当院は一般の方ではなくてかかっている患者さんを主体に打ちま

すと、私のかかりつけ医はこの病院ですとおっしゃるわけです。この病院にずっとかかっています。よく調べてみると、10年ぐらい前に外傷、骨折で救急で受診歴があったと、2、3日の通院で終わったわけですがけれども、それでも、その人にとってはこの病院は私のかかりつけと、お店もそうですよね。俺の行きつけの店がとか、俺がひいきにしている店だと、自分はそう言っても店のほうはそう思っていないケースは幾らでもあります。

ですから、かかりつけもそうなのです。私のかかりつけ医は内科のあの先生といっても、その先生に聞いてみたら、いや、それほどフォローはしていないというケースもありますから、その点のところをもうちょっと具体的に、ポジティブリストでどうやって並べていくかという作業をぼちぼちしないと、お互いに何か誤解が解消されぬままになるのではないかという気がいたします。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

かかりつけ医の問題はなかなか大変ですね。

続きまして落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私のほうからもどういった情報があればいいのかについて申し上げたいと思います。大石構成員がおっしゃられたように、間口を広くする形というのが非常に大事ではないかと思っています。その観点では、これまでの検討会の中でもちょっと申し上げたこともあったのですが、PHRであったり、ここに列挙されていないような形のシステムで患者さんの側が情報を持っているという場合も増えてきておりますので、そういった場合が重要と思います。PHRについては厚生労働省と経産省、総務省も入ってガイドラインをつくって、一定の規律というものをつくっておりますので、そういったのを満たすような場合も考えられます。この点も含めて、できる限り幅広く外部から情報を取れるような場合を認めていただくような形で議論いただくことが大事と思っています。

次に、オンライン診療自体の意義について、コロナの中でどうだったのかを個別のベンダーでヒアリングを取っている事業者というのがあります。その中では、例えば医療の質としても、もちろん使う場を医師の先生のほうで切り分けをしていただいた上で使っていくことは前提ですが、特に下がったわけではなく、むしろプラスになっているという形でアンケートがまとまっているようなものもあります。

これはプラスになっているというのが、単純な対面と通信との情報量の差だけではなくて、例えばコロナで心配で病院に行けなかった患者さんがオンライン診療も含めて来られるようになってきているという、点と点で比較するというよりは線で比較した場合にオンライン診療も有効に、通院の継続のために役に立つような場合というのがあるのではないかということになっております。こういった医療の質に貢献する点も踏まえて、できるだけ広く実施できる形で御検討いただければと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

私は、この事務局の提案はほぼ同意なのですが、一つ気をつけなければならないのが、今、大道先生性からポジティブリストという話がありましたが、私はポジティブリストをつくることは、かえって診療に制限をつけてしまうと思うのです。やはり今村先生がお話しされたように、現場の医師の裁量権を認めることを前提にしたほうが可能性は広がるということ。

もう一つ、多分ポジティブリストというよりも恐らく先生がおっしゃりたかったのは、それぞれの医師が、あるいは専門分野でオンライン診療を使ってどんなことができるのだろうかという、そういったガイドラインや提言みたいなことを想定されているのではないかと思います。それはぜひ私は広げたいと思うのです。ただ、それがつくり切れない背景というのがあると思います。なぜかと言うと、今、オンライン診療を入れている施設は、多くは開業医なのです。それは自分で意思決定できるからなのですが、本来こういった新しい技術を進展させて発展させるためには、やはり大学病院ですとか、地域の中核病院に入っていないてはいけません。そういうところでの事例の蓄積があってこそ、オンライン診療の可能性を広げられるような議論ができると思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、南学先生、お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。大石構成員と黒木構成員の御意見は非常に貴重だと思っていて、やはり現場の裁量、あるいは医師、患者さんのリテラシーを重視した対応が大変重要だと思っております。実際に海外のオンライン診療をやっておられる先生方の御意見を伺うような機会が先日あって、アメリカ、オーストラリア、韓国、中国等の先生方の話を伺いましたが、日本とやはり桁違いに進んでいます。オンラインが今回のコロナにおいて大幅に様々にそれを推進するような政策を国が打ち出し、それが非常に患者さんたちに受け入れられて利便性高く使われているという状況にあって、やはり日本はかなり後れをとっていると理解をしています。このままそういったところで後進国となってしまうないように、やはり制限をかけるだけではなくて、正しく推進できるような施策が大事だと思いますので、裁量権、あるいはリテラシーといったことを重視した形で発信ができるとい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、今村先生、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

私も先ほどどういった医療情報がということで、医師の判断を重要視してほしいという

ことを申し上げて、多くの先生が医師の裁量権というお話をされました。私も医師の裁量権を認めていただくことはとても大事なことだと思っております。

一方、間口を広げるということは、それは出口がしっかりとした不適切なものについては対応できるということが前提になると思っております。

まだ研修を受けられていないとか、あるいはルールが守られていない医療機関が、実際にオンライン診療、あるいは電話診療をされているという実態もあるわけで、これは同じ医師として困ったものだなとは思いますが、やはり今回のテーマである患者さんの安全ということも一つの重要な要素でありますので、そういった意味で保険診療だけではなくて、自費診療などでも、かなりこれは少し不適切だと思われるようなオンライン診療がかなりあるわけですから、厚生労働省にぜひお願いしたいのは、間口を広げていくなれば、同時に不適切なものが起こったときに、きっちりそれを正せるような仕組みがなければならぬということです。

それから、今回このかかりつけ医を持つきっかけにさせていただくということはとても大事だと思っております。先ほど大道先生からワクチンのことで、かかりつけ医に対する考え方は我々医療者と患者の間に大きな認識の差があるというお話でしたけれども、私も土日を全部潰してワクチンを今打っているのですけれども、よその医療機関で断られたからと言って来られる方が多数おられますけれども、とにかくワクチンについてはちょっと特殊な状況で、ワクチンを打ってもらえればとにかく何でも早く打ちたいという高齢者の方が物すごく多くて、それで先ほどの大道先生のようなお話があるのかなと思っております。

これは本当に今まで若い方たちで、そういう病気をしないので、そんなかかりつけ医などは自分には必要ないなど思っている方たちも、こういうことをきっかけに、きちんとその後、その先生をかかりつけ医にさせていただくというきっかけになれば本当にいいなとは思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、金丸構成員、お願いします。

○金丸構成員 ありがとうございます。

今回、オンライン診療の恒久化について改めてメッセージを出すとするれば、あるいはその制度設計をする場合は、私はまず厚労省がこのオンライン診療をコロナ禍の経験からぜひ有効なツールとして活用するということを本気でメッセージとして出してほしいと思っています。それから、グッドドクターの裁量についてはぜひ認めるべきだと思っております。グッドドクターの裁量権の話のときにバッドドクターの話が出るので、このバッドドクターについては、オンラインだからバッドドクターが突然生まれるわけではないと思いますので、それはきっちり切り分けて、厚労省がバッドドクターに対してどういう措置を講じるかというのは、別の政策で考えるべきだと思います。

論点がかかりつけ医のいない、あるいはかかりつけ医と言われても、そのイメージが湧

かないような日頃健康な若者の医療アクセスをどう担保するかというのがポイントだと思っています。そのときに、日頃病院にかかっていないですから、その若者がビデオの画面の前、グッドドクターの前に現れたときに、グッドドクターの知識と経験において、いろいろな御質問をその場でしてくださって、その若者がその先生のリクエストに応じて、手持ちのいろいろなものを使って先生の診断に資するような情報が提供できることが私は十分可能ではないかと思っています。もし可能でなければ、これはその先に進められないという判断を現場のグッドドクターの判断によってされて、その患者さんが納得できれば、それで、かなり若者の医療アクセスというのは解決できるのではないかと。

このときに使っている薬というのは、それは初めての方で、日頃健康なわけですから、相当リスクの高い薬を使うということは考えられないので、使える医薬品には制約があつてしかるべきではないかと思っています。

何より2020年のスマホの利用率というのは88.9%になり、10代、20代は99%以上、30代と40代が90%以上、70代はどれぐらいかという心配もあろうかと思いますが、70代でも最近20%ぐらい高まりまして、既に7割以上の方がスマホを手元に持っているという時代が到来しているわけです。医療分野を取り巻く技術革新というのは、これから目まぐるしくいろいろなものが出てくると思いますので、大きな方向性としては、そういうデジタルツールを有効活用していただくと。もちろんこの会議の議論の大前提は安全性とか信頼性だとかという、それはもう十分理解しているつもりでございますので、そういう方向性で厚労省は御検討をしていただければと思います。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

続いて津川構成員、どうぞ。

○津川構成員

先ほど南国先生が他国の事例のお話をされたので、アメリカの事例のお話をさせていただきますと、基本的にアメリカでは対面診療とオンライン診療は、対面診療をそのまま置換したような形で提供されており、血液検査が必要であれば外来の血液検査だけして、またオンライン診療で検査結果を聞き、レントゲンが必要だったら外来に行つてレントゲンだけ撮つて、またオンライン診療で結果を聞くような状態です。

今回の議論とかの情報を見ていると、日本はそうではなく、もし検査が必要だったら場合によっては対面診療に切替えることを想定されているような印象を受けております。その場合、血液検査や画像検査などが必要な人はオンライン診療と対面診療の二重診療になるので、それが医療費の観点から適切なのか検証をする必要があると思います。どういう形で対面診療とオンライン診療をよりシームレスに組み込んでいくのかというのは非常に大事だと思いますし、他国の事例から学ぶこともたくさんあると思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

先ほどから間口を広げるというお話が出ていますが、私もこれだけオンラインが進んでくると、安全で有益な場合には、もちろん間口を広げるということが大事だと思います。それに、今、例えば糖尿病であれば、血糖値を自宅で採決できるようなアプリの開発も進んでいるという話も聞いていますので、そういう新たなものが出てくると、例えば検査も含めてオンラインでできるようになると思っています。

ただ一方で、そういった間口を広げたことを都合よく使うという方たちもやはり出てきますので、特にこのコロナ禍で目に余るのが美容医療の、例えばコロナ太りに最適、家にいながらにして初診からやせ薬というような、もう本当にびっくりするようなホームページで広告が踊っていることがあります。このガイドライン、指針の作成時には保険診療だけではなくて、美容医療もガイドラインの適用だということだったと思うのですが、今回、この議論の初診というところに保険適用以外の、今申し上げたような美容医療を含む初診も含まれているのかということをお一度確認したいと思います。もし含まれるとすると、やはりそういったことも間口を広げたことでいけいけどんどんでやってしまうようなところをどうするかということも考えないといけないのではないかなと思っています。

もう一つ、次の論点に関係するかもしれませんが、どんなときに有益なのかということで、何回か前のこの検討会で専門家の意見を聞くと事務局の方がおっしゃったと思います。やはり患者側にもこんなときにはオンライン診療が有益か、例えば初診から有益なのはこのような場合だときちんと知らせていく必要があると私は思っているのですが、その進捗状況や、結果をこの検討会で御紹介いただくようなことというのが、今後予定されているのかどうか。その2点を確認させていただきたいと思います。

以上です。

○山本座長 事務局のほうから1点目、1点目は当然でしょうね。

○福田医師養成等企画調整室長 1点目につきましては保険診療のことだと思います。この指針の検討会の状況といいますか、最終的な形を踏まえて保険の診療方針はどうするかという議論があるとは聞き及んでおりますけれども、今、この指針そのものについて保険診療ありきというもので議論しているわけではなく、それを問わずオンライン診療をやる場合、どういう形ですべきかというところを御議論いただいていると認識しております。

○山口構成員 美容医療が含まれるかどうか。自由診療の領域は含まれるかどうかということの確認をさせていただきたいと思っています。

○福田医師養成等企画調整室長 含まれます。自由診療、保険診療を問わず、オンライン診療に関して含んでおります。それがまず1点目でございます。

それから、2点目について、年末の段階でオンライン診療を実施するのに今後幾つか論点があるだろうという中に、適切な症状であるか、そういったものについて専門家の先生の御議論をいただきながら、それも踏まえて検討会で議論するという形でお示しさせていただいていると思います。これにつきましては、既に学会の先生方には作業いただい

りまして、既に調整いただいているものと認識しております。どこの段階で、その取扱い等についてこの検討会の中で御議論いただくかについては、これから検討しなければいけませんけれども、これから検討会を進めていく中で、そういったものもお示ししながら議論していただく必要があると認識しております。

○山口構成員 ありがとうございます。

○山本座長 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。

適切に安全性と信頼性の中で、このオンライン診療を推進していくということについては、皆様同じような考えをお持ちでいらっしゃると思います。

一方、調査よりますと、いまだオンライン診療はかなり限定的でありますし、軽症の患者さんに、主に開業医の先生方が中心となってやっているということで、これは諸外国と比べても、はるかに利用は限定的であって、これを適切に進めていくということについては、非常に重要なポイントかと思えます。

その点で、私は黒木先生の御意見に賛同なのですが、やはり開業医さんのかかりつけ医のお医者さんを軸として、ネットワークの中で中核病院の先生方が入ってこないとなかなかこれは進展しないものだと思っています。その中には大学病院の含まれるのかもしれませんが。そういった中でこの事務局案にあります対応案としての地域のいろいろな情報ネットワークを広く活用する、メディアを活用する、デバイスを活用する、こういったことを推進していくということを少し、やはり裁量権を広く認める形でオンライン診療に入りやすい環境をつくっていくということが重要かと思えます。グッドドクター、バッドドクターの議論がございますけれども、バッドドクターに対する山口構成員の御懸念も確かにそのとおりだと思いますが、一方で、広げるということについては、こういったデバイスを活用しながら進めていくということが必要になるのではないかと思います。

そのような中で、距離のことについても先ほど御議論がございました。この後の議論も分かりませんが、例えばこれはオンライン診療、オンラインは空間と距離を超えることに利点があるわけで、これをあえて制限するというのではなくて、やはり映像があって音声があって対面に近いものだというのを皆さんが認めた上で、これを推進していくことでしたら、こういった距離のベネフィットを得るようなこともお考えになってもよろしいのではないかと思います。

例えば今二次医療圏の中での初診の代診といいますか、オンライン診療の初診は認められているわけですが、実際に二次医療圏自体がもう地方はかなり弱くなっていて、ちょっと地方の実態に合っていないような印象を持っております。例えば三次医療圏全体で考えると、隣接する三次医療圏ぐらまでは認めてあげないと、十分にこのオンライン診療が適切に進んでいく上での少し足枷になっているのではないかとちょっと感じるころもありまして、その辺も御議論いただければと思います。

以上、意見でございます。ありがとうございます。



○山本座長 ありがとうございます。

どんどん意見が出ますけれども、それでは、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。

今ちょうど袴田専門委員におっしゃっていただいたご意見は非常に重要だったのかなと思っております。対面とオンラインでほとんど同様にできるような場合もかなり広がってきているという、ここの認識をいろいろな方に持っていただくのがすごい大事なことだと思っております。その上でルールとしては適切に定めて安全性を確保するということだと思っております。

私はスーパーシティーに関する活動もおこなっておりますが、公表されている情報だけでもいろいろな施策の推進という中で一番多いのが医療分野です。かつその中で多発しているのがオンライン診療の推進ということだと認識しています。しかも、その内容をちょっと見てみると、もう既に特例が出ているのも分かっているのか分かっていないのかよく分からないような話もあって、5年ぐらい前の認識のものが混ざっていることもあります。これを踏まえて申し上げたいこととしては、金丸構成員も先ほどおっしゃいましたけれども、原則として打ち出すという中に、対面とオンラインで同じようにできるのだよというのを強く打たないといけないと思います。まだ自治体レベルでも特例の内容が伝わっていない場合があるように感じたところもありましたので、そういう強いメッセージは非常に重要と思いました。

もう1点、山口構成員がおっしゃられた美容医療の問題なのですが、これはオンラインなのか対面なのかにかかわらず適切ではない広告をそもそもやっている場合であると思います。ルールが必要であれば、オンラインというよりは医療広告ガイドラインの改定等で、ふざけた広告は禁止にするという形で行うというのが大事で、これはオンラインと対面にかかわらずということでやるのが、より適切なのではないかと感じました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

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。

まず1点目ですけれども、山口構成員から専門家の御意見という話がありましたので情報提供ですけれども、厚労省から日本医学会連合のほうに依頼がありました。これについては当初、厚労省の今出席されている方々の名誉のために申し上げておくと、人事異動がある前の担当者からの依頼で、昨年度中にこれを作成せよということで、我々各学会の理事会と非常に急いでかつ熱心に交渉をして、現時点で発出できるものとして、オンライン初診に適さない症状に関する医師用のリスト、それから、患者さん、あるいは予約受付応対用のリスト、そして、オンライン診療の初診での投与において十分検討が必要な薬剤のリストを作成しました。これは日本内科学会、日本外科学会、それから、日本遠隔医療学会、日本プライマリ・ケア連合学会、産科婦人科学会等々、様々な学会の代表の委員が集

まって作成をし、各学科の理事会の承認を得てつくったリストになります。

昨年度末までにこれを作り上げていたのですが、厚労省のほうから大変重要なことなので、ぜひこの委員会にかけてから発出してほしいので、それまで発出を待ってくださいと言われており、発出を待っていたのですが、残念ながら今回のこの委員会にもこれは出ておりません。

これに関して、やはり委員の方々、これは日本医学会連合で、この作成に関わった委員の方々から大変強い失望の声が寄せられていて、今回ぜひ言ってくれと言われたので申し上げますけれども、「厚労省からの急いで作成せよという指示により関係者が各学会と真剣に調整を行い、最優先に取り組んだという経緯を思い返すと大変失望しています。これは患者さんのために作成したものであるため、誤ったオンライン診療による不幸な患者さんが出ないようにできる限り急いで発出すべきものと考えています」ということで、これに関しては、本日この委員会があつて、こういうものを作りましたということで報告しましたので、明日以降速やかに日本医学会連合から発出していただきたいと思っております。それが専門家のほうで既に意見を求めていますという御報告です。

あと、推進に関しては、以前からこの委員会では保険点数の話をしなないということになっているのですが、結局保険点数の縛りがあるので、ここで頑張っても現状は結局全然進まないのです。黒木構成員がおっしゃったように大病院とか大学病院では、これは事実上できない体制になっていて、やればやるほど赤字になるという保険点数しかついていないので、ここで頑張っても議論をしながら非常にむなしい気分になることがあつて、アメリカとかでは、やはり今回のコロナでその部分も含めて大幅に改定をして適正にオンライン診療を進めるという姿勢を打ち出したので、これに関してはまた厚労省の中で担当部門が違うということも理解しておりますけれども、片輪だけで議論していても結局進まないのではないかと懸念を持っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

医学会の件に関して、何か事務局からありますか。よろしいですか。

また次回以降、これは御議論できればと思います。

続きまして、高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。いろいろな委員の方の御意見を伺ってちょっと思ったのが、地域差によってオンラインが進んでいるところと進んでいないところが結構分かれているなと、比較的地方はオンラインの利用が増えてきているなという印象が、一方で、都市部は正直近くに病院があるという方が多いのかなという気もするのですが、比較的少ない、割合としては低いなという傾向なのだと、直感的にそう思うのですが、本当にそうなのかというのは、ぜひ深掘りしていただきたいというのが1点。

もう1個なのですが、先ほどの診療報酬の件にも出てくるのですが、何となくITでやると安くなる、コストがかからないという思い込みがあるかと思うのですが。実際問

題お金はかかります。今は我が国だとそこまで厳しくやっていますが、米国なりHIPAA準拠のオンラインツールを使えという話になってきた場合、当然そこにかかるコストはどこかで工面してあげないと、当然医療機関が自腹を切って高い通信機器を入れるという話にならないと思いますので、どこまでオンライン診療に使う通信アプリケーション、通信機器を使っていくのか、どういうレギュレーションを米国のようにかけていくのか、かけていかないのかを含めて、そろそろ議論を始めないといけない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。

それでは、引き続いて今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

1点だけ、先ほど袴田先生から距離のお話をいただいて、私が距離のことを申し上げたからだと思うのですがけれども、全て二次医療圏の中で完結しなければいけないなどということは申し上げていないので、例えば難病であるとか、非常に希少疾患であるとか、遠方のお子さんなどが北海道から東京の大学病院に定期的に通わなければいけないなどということは、とてもアクセスとしては考えられないことなので、上手にオンライン診療を活用してくださいということを申し上げていて、この場合は距離などはあまり関係ないということではよろしいかと思います。

一方、今回初診でどう取り扱うかということになったときに、今後、多くの先生方も同意されていることだと思いますけれども、このオンライン診療をきっかけとして多くの今までかかりつけ医を持っていなかった方たちにかかりつけ医をやはり持っていただくであるとか、あるいはそういった方たちからすると、かかりつけ医になったのだけれども、一度も対面診療をすることがないなどという状況では、これは大事な信頼性を構築することもなかなか難しくなってくるなど思っております。全部が一定の距離の中でなくてはいけないということを申し上げたつもりではないので、その点だけは一応御了解いただければと思います。

以上

○山本座長 ありがとうございます。

今の指針でも、D to P with Dの場合は距離の制限、オンライン診療そのものではこういった制限がないとなっていますので、全てにあるわけではないということだと思います。

それでは、高林専門委員、お願いいたします。

○高林専門委員 今の距離の問題ですけれども、私も難病を専門にしているものですから、かなり遠くのほうからいらっしゃる方がいらっしゃって、特に今、コロナの時代に新幹線に乗って来られないとか、そういった問題もあります。それで、むしろ役に立っている。まさに距離をなくすのがオンライン診療の魅力なので、長距離だから駄目だというのは、僕は全くナンセンスだなと思っています。

それから、先ほどからありますように、診療情報提供をされるのであれば、遠方から専

門医にかかることもできるわけで、わざわざ行かなくてもセカンドオピニオンの意見をいただけるということもありますし、この距離という問題は、私は制限の中に入れていただけたほうがいいのではないかなと思って聞いております。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

セカンドオピニオンは一応オンライン受診勧奨に整理をされていて、この場合は距離の制限はないということになっていて、実際に例えば今議論されているような初診で患者さんを診るときで、なおかつ、何かあった場合に対応する医師がそばにいないという場合の問題点だろうと思うのです。これは二次医療圏でいいのかどうかというのはまた問題だと思いますけれども、ちょっとその論点は整理をしたほうがいいのではないかと思います。

それでは、今日御欠席の健保連の佐野構成員から御意見をいただいておりますので、読ませていただきます。

前提として、国民が安心できる安全で効率的な医療を実現するためには、かかりつけ医の推進が重要と考えます。かかりつけ医の機能については、患者のニーズを踏まえて明確化すべきであり、オンライン診療はコロナ禍の経験から国民の期待とニーズが高いものと認識しています。その前提でコメントさせていただきます。2点ございまして、今御議論いただいている1点目の論点に関してだけ、まず読ませていただきます。

過去の受診歴はないが、初診からオンライン診療を可能とする上で必要な情報について、患者が自ら管理している健診結果、過去の検査値、服薬歴等もオンライン診療に活用できる場合がありますので、患者の医学的情報につきましては、あまり限定せずに幅広い範囲を想定すべきと考えますという御意見をいただいております。

落合構成員のほうからPHR等の御意見も出ましたけれども、今、データヘルス集中改革プランでしたか、健診情報をマイナポータルを活用してPHRで利用できるようにするプロジェクトというのがオンゴーイングで動いておりまして、その中には、特定健診、それから労働安全衛生法上の健診、あるいは文科省が管轄している学童健診等の情報も検討対象として含まれていて、今回、総務省、経産省、厚労省から出たガイドラインというのは、実はマイナポータルAPIにアクセスすることを前提としたガイドライン、そういう意味では、一般の患者さんの手元に、そういった自治体等が持っている健診情報が利用しやすくなるという時代は、多分そう遠くない未来に来るのだらうと思うのですけれども、そうすると、その情報も当然ながら既存の利用できる情報としてオンライン診療が可能かどうかの判断の重要なパートになると思います。

ただ一方で、いろいろな先生方がおっしゃいましたように、では、何かあれば、あったというその証拠だけでいいのかというと、実際はやはりそうではなくて、今から行う診療に役立つか、役立たないかというのが非常に重要で、情報があっても全く関係ないことがあるわけです。そういった場合には、やはりこれは医師の判断、それから、患者さんのリテラシーにもよると思いますけれども、実際にオンライン診療を行う先生の裁量権というのは、ある程度依存しなければならないのかなというのが皆さんの御意見だと受け取らせ

ていただきました。そういう御意見を踏まえて、資料・意見を整理して、また御議論いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、2点目の議論に移りたいと思います。4ページの今後のオンライン診療の検討におけるその他の論点に関しまして、初診だけではなくてオンライン診療をどのように進めていくかということに関しまして御意見がございましたらよろしく願いいたします。

先ほどからいろいろな御意見が出ています。距離の問題というのも多分ここで大きく関与してくる話で、いわゆる初診に伴うオンライン診療の場合は、やはりオンライン診療で対応できなくなった場合の対応というのを考えざるを得ないのですけれども、基本的にずっとフォローアップしている患者さんであるとか、あるいはそばにお医者さんがいらっしゃるって、専門医としてオンライン診療する場合というのは、多分全然違ってくると思うのです。そういう意味で御意見をいただければと思います。

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。

先ほどの議論の中に既に大分この2の議論は入っていたのかなと思いますけれども、改めてここに書かれている医療全体の中にどのように位置づけるかというのは、オンライン診療か対面診療かという白か黒かという議論ではなくて、医療の中の一つの手段として、適した疾病や患者さんや医師の同意の下により医療を行えるということであれば進めていくという、医療の中の一部という扱いなのではないかなと思っています。

その中で、昨今、本当にコロナを踏まえてだと思えますけれども、やはり開業医の中でもオンライン診療に取り組みたいのだけれども、いろいろなベンダーさんがいろいろなシステムを提供されているのだけれども。もう数十ぐらいあるのです。それで、コストもそうですし、信頼性がどの程度あるのかとか、考えなければいけないことが様々あるのだけれども、やはり日々、今本当にコロナに対応していて、発熱の患者さんを診たり、ワクチン接種に全力を挙げている中で、どういうシステムが最もいいのか分からないので、医師会でそういうものを取りまとめてほしいということを言われています。

事務局でも今現在、そういったベンダーさんの一覧をつくっているところですが、そうは言いつつなかなかそのシステムの安全性、質だとか、そういうものについて十分我々だけで分けるわけではないので、ぜひその辺の情報をいただきながら、これは医師であってもオンライン診療について詳しいという方はごくごくまだまだ一部の方たちなので、これを適切に拡大していくという場合には、やはりそういう情報提供、これは医師会の責務でもあると思っていますけれども、それをしっかりやっていかなければいけないと思っております。

また同時に、そういったいわゆるベンダーさんたちの集まりの中で、ある程度質を担保していくというような仕組みです。そういうものを構築していただければ、これは委員の先生にするお話ではないのですけれども、厚生労働省が取りまとめるのは難しいかもしれませんが、今日は経産省の方たちもオブザーバーとして参加されているのだと思

ますので、ぜひともそういう動きをきちんとしていただいて、プラットフォームというか何というか分かりませんが、一定のオンライン診療を提供するベンダーさんについては、そういう団体をつくっていただいて、しっかりと教授していただくことが必要ではないかと思っております。これはお願いであります。どうぞよろしく願いいたします。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

先ほどオンラインということが結構人々の中に身近になってきたという御発言もあったのですが、やはりまだまだ多くの方にとってはそんなに身近ではなくて、今回、特に初診に限ってだと、医療機関全体の6%しか時限的措置で解禁になったとしても手がけていないという現状から見ても、やはりそんなに身近ではないと思うのです。さらに言うと、例えばこのコロナ禍で妊婦健診、やはり移動することで不安があるということで一時的にオンラインにしたことで非常に有用だった。ところが、やはり妊婦さんはエコーで赤ちゃんの動きを見てみたいというようなことで、オンラインということが一定期間はよかったけれども、やはり対面ということに戻ってきているということも聞いております。

そんな中で、どうしてもオンライン診療というと、かかりつけ医と書いてありますけれども、開業医さんがメインだというイメージがまだまだあって、先ほども大きな中核病院、大学病院ではなかなかハードルが高いという話があったのですが、もしそこでも有益なことがあるのであれば、一体今何がハードルになっているのかということを変更してこの検討会の場で明確にしていくことが必要ではないかと思っておりますので、ぜひそういった洗い出しをしていただきたいということが事務局へのお願いです。

それから、先ほど南学構成員が、私が事務局にお聞きしたことについて非常に詳しく実態を明らかにしてくださいましたので、とても感謝しております。せっかくそれだけ専門家の方が短期間で御尽力いただいたことが結果としてもう出ているわけですので、世間に公表されることは先駆けてしていただいていいと思うのですが、ぜひこの検討会の場でもせっかくの成果を出していただいて、やはりどのようにそれを周知していくのか、やはり有効なものは患者側から見てもこんなときに使えて、こんな症状だったら安心できるのだという情報があつてこそだと思いますので、ぜひできるだけ早い段階で御紹介いただきたいということを併せてお願いし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。

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。

今、山口厚生構成員から御指摘いただきました日本医学会連合が各学会とともに作成した、このオンラインの初診に関するものですが、まず一番最初に原則を書いて、そこで第1行目に問診と画面越しの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

ことを記載しています。一方、オンライン診療において、やはり最初に症状の評価を行って、必要なときには初診なので対面支援に切り替えることが必要であり、そういったことが可能な地理的・時間的狀況で初診を行うに当たっては、現在のオンライン診療の限界を患者さんに十分理解していただいた上で、その受診の容易さを利点として活用することが大事だと記載をさせていただきました。

それから、今回もいろいろ議論する上で、オンライン診療特有の問題なのかどうかということが議論になりまして、これは実際委員会のほうで議論していても当初よく混乱をしました。特に専門外の人が初診をしていいのかという議論があったのですが、それは別に対面診療でも一緒だよねということに委員会としてはなっていて、結局、その症状においてこれがオンライン診療初診に適さない、適するというのは緊急性の問題、それから、情報量や対応手段の問題で、オンラインに適さないかどうかというそういうことをもって、オンライン診療の特異的な問題として判断すべきであると考えて、我々はこの症状に関してはリストを作成しておりますので、そこら辺の切り分けを混乱しないように我々も議論していくことは、とても大事だと思います。ありがとうございます。

○山本座長 どうもありがとうございます。

引き続き津川構成員、お願いします。

○津川構成員 3点ほどあります。

1点目は、山口構成員がおっしゃっていた検査ができるかどうかの話です。先ほどデジタル化の話がありましたけれども、今急激に医療技術が進歩しておりますので、様々な検査が自宅でできるようになる時代もそれほど遠くはないと思います。例えばイスラエルのタイトケアというスタートアップがあるので、スマートフォンに附属の機器をつけることで、小児診療で聴診器や耳鏡を用いた検査を自宅からオンラインで行い、それを医師が確認することでできます。このようにならかなりスピードで新しい技術が入ってきているので、定期的にオンライン診療のルールもアップデートしていかないと、今できることと1年後にできることは全然変わってくると思います。これは我々日本としても戦略的に対応していくべき必要があると考えます。

2点目は、安全性・信頼性の話なのですが、以前からオンライン診療のメリットである利便性の面は比較的分かりやすいと思うのですが、対面診療を行わないことによる疾患の見逃し、重症化のリスクの議論の中で具体的なエビデンスが一切出てきていないことは問題だと思っております。オンライン診療を行うことで見逃しが起きるのでないかという仮説の話はしているのですが、実際にどれぐらいそういった例があって、対面診療であったら防げたらと思うような救急外来受診につながってしまった、もしくは入院につながってしまった、重症化してしまったという症例を厚労省としても積極的に集めて、データを提供して行っていただきたいなと思っております。

3点目も安全性・信頼性の話ですが、海外、特にアメリカではオンライン診療を研究する専門家がいます。そもそももともとオンライン診療によってどのように医療の質が上が

るか、患者さんのタッチポイントが増えることで逆に医療の質が上がるとか、アクセスの問題があった患者さんがアクセスがよくなることで外来受診がよくなるとかいうメリットの面があったりとか、それこそ先ほどお話ししたような危険性の面はもちろんあります。こういったことを学術的に研究する専門家がいて、この専門家がこういった議論の中では、実際のどのようなエビデンスがあるかということを提供できる、もしくはないものはエビデンスを新しくつくるということが議論されるべきだと考えます。

ただ、日本ではかなりオンライン診療の専門家は少ないと思うのです。我々の研究チームも今その研究をしていますけれども、海外の研究者にチームに入ってもらって初めて研究ができるような状態ですので、将来かなり必要性が高まると思われる分野だと思えますので、厚労省も積極的にこの分野のエビデンスを構築するような研究者の育成も含めて戦略的にやっていただきたいと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。

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。

私もこの検討会に参加させていただいて数か月たったのですけれども、その間に、月に大体60件から100件ぐらいのオンライン診療を行うようになりました。私はもうかかりつけ医の初心者で始めたのですけれども、やはりやってみて幾つか特徴があることが分かってきました。ここでは検討されているのですが、私の患者さんはほとんど全くの初診という患者さんはほぼいらっしやなくて、かかりつけの定義もあります、かかりつけの患者さんが新たな受診手段としてオンライン診療を選んでいる方がやはりほとんどであるという実態です。

その方々、一番多い層が2つぐらいありまして、一つは土曜日受診の方、我々の医療機関は土曜日に集中して混むのです。やはり土曜日でなくては来られないという方が多かったです。その方々が一定数オンラインで、例えば平日のお昼休みの後であるとか、あとは夕方であるとかといったところで、なかなかふだんは来られないのだけれどもという方が一定数オンライン診療で受診されて、もちろん対面とは併用しているのですけれども、その中でオンラインで来ていただいているという方がいて、実は我々のクリニックは土曜日の受診者がこれで減ったというようなデータも少しずつ今出ているところです。

もう一つは、やはり今まで受診か、それとも薬局でセルフメディケーションしたかというところで、こんなことで1時間も待って受診するのだったらオンライン診療のほうがいいという層は、私どもは小児科もやっているのですけれども、小児科の患者さんを中心にやはり一定数あるなど、いわゆるこのぐらいのことで相談していいのかなと悩んでいるときにオンライン診療という形がかかりつけ医との信頼性を醸成するかなり重要な手段になり得るのだなということを感じました。あと、健診異常などの相談もオンライン診療で少し増えているような印象もありました。

やはりかかりつけ医が少しずつオンライン診療に乗り出すべきと私も思っています、



私の所属する医師会の先生とかにもこのお話をするのですけれども、やはり診療報酬がというところで、この話は思考停止になってしまうというケースが多いですので、やはり今後、別なところ、中医協等で御議論されると思うのですが、そこでしっかり診療報酬で担保された暁には、参入していただけるかかりつけの先生は増えるのではないかなと思っております。

一方で、オンライン専門のクリニックみたいなのが出てくると、これはやはり間違っ議論のほうに行くのかな。在宅診療のみを行う医師と我々かかりつけ医の間でうまくいかなかった時代も以前はございました。そのようなことがオンライン診療で起きないことを切に願っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。2つのことがあります。

一つは、私は規制改革推進会議の医療介護のワーキングの座長をやっているのですが、その中での専門委員の高橋政代先生、御存じだと思いますが眼科のiPS細胞で治療をされている先生です。専門委員でいらっしゃるのですが、眼科学会でまとめたものを御披露されたので、それを簡単にお話ししたいと思います。

基本的には、先ほどからお話の中に出ていますとおり、要はかかりつけ医だとかクリニックだけではなくて、病院で実はこのオンライン診療というのは使うべきだと、特に高橋先生がやっていらっしゃるような高度専門の医療でオンライン診療が役に立つ。先ほどもお話がありましたとおり、遠隔からそういう専門的な治療を受けにわざわざ神戸までいらっしゃるって、いや、あなたは適用ではありませんと言って、肩を落として帰る患者さんというのはこれで救われるだろうということと、あとは眼科の場合というのは、かなりいろいろデジタルデータがあるので、それをかかりつけの眼科の先生、もしくは地元の眼科の病院のほうから送っていただければ、十分に遠隔でオンラインで診療ができるということをおっしゃっています。

これはやはり受診勧奨ではなくて、きちんとオンライン診療という診療であることに意味があるとおっしゃっていて、その中には、当然先生方の方の責任感というものもあるかと思えます。それが阻害され得る要因というのは、先ほどもお話がありましたけれども、診療報酬の問題であるとか、もしくは大病院の情報システムのコストであるとかというのが今後大きな課題になるのではないかということをおっしゃっていましたので、これは眼科学会としての取りまとめなので、そういうものをまず共有させていただきます。

2つ目は、その他のいろいろな課題ということの中で、診療報酬の話は今まで出てきているのですが、それ以外も一応、診療報酬に関してはここでの検討議題ではないと理解していますけれども、若干それに関連して、多分本検討会の議題であろうものというのを幾つか残っている課題として挙げさせていただきたいと思えます。

まず一つは対象疾患の問題です。これも今までのいわゆるオンライン診療というのは非常に厳しく制限がついていましたが、ここに関してもネガティブリスト、注意を要する疾患であるとか、また、薬剤の適切な使用の確保の観点から、このような薬は処方してはいけないですよということは出すにしても、どのような疾患を診るかというのはケースバイケースだと思いますので、医師・患者の裁量権に任せたほうがいいかと思います。これが1つ目です。

あと、これも診療報酬に絡んでではあるのですが、現行ですと、いろいろ実施方法に制限がかかっています。例えば開始前の3か月は対面にしなくてはならないであるとか、3か月に一遍ごとに対面診療を実施しなくてはならないだとか、また、一月当たりのオンライン診療の割合制限などがかかっています。これも見直しをするべきで、前者の開始前の3か月等々、もしくは開始後3か月ごとの対面診療の必要要件はなくすべきで、また、オンライン診療の割合制限は、完全にオンライン診療だけのクリニックを許すのはよくないと思いますので、これはある程度残すのでしようけれども、やはり1割以下というような厳しい制限ではなくて常識的なところに収めるべきではないかと思います。

あと、通信機器の話がいろいろ出ました。やはりどのベンダーを選ぶのかということが非常に難しいのと、そこにコストがかかりますので、今の時限的措置と同様にこういうZoomだとかの汎用機の使用を認めるべきではないかと思います。片一方で、ベンダーのシステムがドコモだとか、auだとか、LINEだとかというキャリアを通して、結果として、患者さんがどこかのキャリアを通して選べるお医者さんが、結局そのベンダーのシステムを入れているところのみになってしまうというのは非常に大きな問題なので、日本の医療制度のいい仕組みであるフリーアクセスを阻害しないように、キャリアを通したベンダーロックイン、もしくはクリニックロックインというのを防ぐために何か措置を講ずるべきではないかと思います。

最後、服薬指導に関して、ちょっとまた別なのかもしれませんが、これに関してもオンライン診療と服薬指導はセットのものとして同時に促進していくべきなので、ここをもっと広げることも検討すべき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。

御指摘の大部分は診療報酬請求上の規則で、ここで作っている指針ではほとんど書かれていないことばかりだと思うのです。それが診療報酬にどう反映するかというのは、こちらからの意見はある程度大事だと思いますけれども、ここで議論している指針上には、今の大石構成員がおっしゃられたことの大部分は含まれていないという制限になっているように思います。

引き続き黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

このオンライン診療を医療全体の中にどのように位置づけ活用するかという件に関して、

少し総論的になるのですが、3点ほど意見を述べさせていただきます。

一つは、オンライン診療はまだ普及はしていませんけれども、世間で普及しているオンラインがあって、それは何かというと、こういったウェブ上での対面ですね。オンライン診療が始まった2015～2016年はZoomなど誰も知りませんでしたから、あの頃はウェブ上で会議できるなんて、そういう経験はほとんどなかった。しかし、いざやってみれば、ウェブ上でのコミュニケーションというのは結構できるし、通常の意味疎通であれば十分可能ではないかと。ある研究によれば、情感という点では対面でやったほうがいいのだけれども、論理的話はウェブで十分できるという話もあります。そう考えると、オンラインで初診というのは慎重になると、僕ももちろんそういう意見で先生方と一緒にまとめをしたのですが、ただ、初診オンライン慎重という私たちの感覚は、もしかしたらバイアスがかかっている可能性がある。現状維持バイアスです。これは一つ押さえておいたほうがいいかと思います。

2つ目は、オンライン診療の議論する場合、どのように活用するかというと、まずアクセスのよさ、アクセスというと遠方と思いがちなのですが、実はアクセスのよさというのは遠方だけではなくて、母親が妊娠してちょっと行きづらいと、小さい子がいると、こういうときはオンラインで、あるいは新生児がいてなかなか外に出づらいい、さらに子育てで小さい子が大変だと、こういう場合にやはりアクセスのよさということも言えるのではないかと。更に、アクセスの問題だけではなくて非対面の診療ということです。これはコロナの中でこの優位性がはっきりしたかと思っています。これは限界も優位性もあるかと思っています。

3つ目がコミュニケーションの問題で、ウェブ上のコミュニケーションというのは、えてして限界があるのではないかと思われがちなのですが、かえってウェブ上のほうがコミュニケーションしやすいという方もいらっしゃいます。例えばメンタルヘルスの問題で、ひきこもりだとか、家から出られない方とかは、初診でオンラインのほうがかえってよい場合もある。こういったことはこれから事例を蓄積していくことでだんだんはっきりしていくのですが、こういった可能性も否定できないかと思っています。

俯瞰してオンライン診療というのはどういう文脈で出てきたかと言うと、大きな意味では社会のデジタルトランスフォーメーションからと言えらるかと思っています。デジタルトランスフォーメーションは社会に何をもちたかと言うと、これまでの受動的な消費者、つまりお金を出して商品を買うというだけの方からアクティブなユーザー、自分がそれに参加すると、例えばアプリを入れたら自分で生体情報を入れると、それが医療のデジタルフォーメーションとなっていきます。それは遠隔医療の中のコアの部分だかと思っていますが、これをやることによって、患者参加の医療が実現する。目標はそこかと思っています。そうすることによって、かかりつけ医等も強化されるのであろうかと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

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。

このオンライン診療の議論と並行して、やはり国民がかかりつけ医を持つべきという方針をきちんと立てることが大事なのではないかなと思います。1点目はそちらです。

2点目は、国民が何か診察を受けたいといったときに、どこに受診したらいいのか、もっと見つけやすい仕組みを整えていくことも必要ではないかなと思います。

というのも、今、オンライン診療と検索すると、幾つかの企業の検索サイトが広告で出てきまして、それも厚生労働省のホームページのリンク集ではないですけども、みたいなものが出てきますが、一般的にどこでどうやったら受けられるのだろうかというのが、何を信用していいのかというのが、多分普通の方はなかなか分かりづらいのではないかなと思ひまして、高齢者等、そもそもネットが使えない方向けというよりも先に、普通に使っている人に向けてもまだまだ不親切なところがすごくあるのではないかなと思いますので、そちらの仕組みを整えていくことも大事なのではないかなと思ひました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

続いて落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。私のほうからは2点です。

一つが、やはり先ほどから幾つか議論になっている中核病院だったりですとか、なかなかオンライン診療の導入が進んでいない要因をしっかりと分析をするということ、これは非常に重要ではないかと思っております。その中に診療報酬に関するところもあるのだと思ひます。全体としてやはり強いメッセージを先ほど申し上げましたが、オンライン診療全体がどのようになるかというのを、いろいろな部局がばらばらに出しているのでよく分からないというのもメッセージの伝わらなさの原因でもあるように思っております。この会合の中でいろいろな専門家、医師の先生方もいろいろなバックグラウンドを持っている先生方が集まられていてという中で議論しているわけですので、規制をするだけでなく、どのように使っていくのかという計画であったりですとか、そこの打ち出しに関するところも行っていくべきなのではないかと思ひます。

その際にはオンライン診療だけではなくて、現実の問題としてオンライン服薬指導との連携ということもありますし、既にこちらも取り組まれてはいると思ひますけれども、電子処方箋との連携も含めて全体の計画を出していくといいのではないかというのが1つ目になります。

2つ目の部分は、もう既に論点1のほうで議論させていただいたところではあるのですが、オンライン診療が必ずしも対面診療より劣っているということを前提ではないような形で議論をしっかり打ち出していくというのが、やはり非常に大事なのではないかと思ひます。一方で、安全性確保であったりですとか、今村先生、大石構成員からもお話があったようなベンダーのほうもどうあるべきかということも含めて、ベンダー側でも対応をしていかないといけないと思ひますが、全体としてまずオンライン診療自体をしっ

かり評価して、そのうえでルールを整備して枠組みの下で整理していくという形にできるといいのではないかと考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 皆さんの御意見を伺っていろいろと考えてしまったのですが、一つは、やはり我々は海外の先進事例を追いきれていないなど、津村先生のお話もあったのですが、かなり変わってきています。例えば先ほどZoomがというような御発言もあったと思うのですが、確かに去年の今頃、Zoomはこのように使うべきではないと意見もありましたし、もともと米国のほうでもHIPAAに準拠していないと駄目だという話もあったのですが、既に一定条件下であればHIPAAに準拠していると評価が変わったりしています。ということで、わずか1年なのですが、コロナ禍の余波というかプラス面だと思うのですが、こういうデジタルをどう使うか、それから、基準をどうするかというのは世界的に物すごく動いています。そのときに、我々は何となくなのですが、1年前の前提知識の上で議論が進んでいるような気がしてならないというのが一つあります。

たまたま今、私はデジタルヘルス系の国際会議の主催者の一人でありますけれども、この手の分野で日本から全く論文が出ないのです。あまりにも悲惨な状態になっていて、申し訳ないのですが、デジタルヘルスに関しては、我が国は海外から見たときかなり後れていると言われてしまっております。今からやはりかなり頑張って追いかけていかないと、台湾はという言い方をしてもいけないと思うのですが、台湾にも全然勝っていないというのが今の私の印象ですので、ぜひここでどう巻き返していくのか、どのように変えていくのかというのを、ここで議論すべきではないのかもしれませんが、どこかで議論して進めていかないとまずいなと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、南学構成員、お願いいたします。

○南学構成員 高倉先生の御意見に全く賛成です。津川先生がおっしゃるように、エビデンスは海外からばかり出ている、日本からの発出がなかなかありません。やはり日本は大幅に後れをとっています。

アメリカですと、例えば今回のコロナにおいて遠隔医療を適正に推進するために、従来は州ごとに医師免許の制限がかかっていたのが、それを撤廃するとか、かなりドラスティックに推進をしています。厳密にオンライン診療ではないですが、例えばハーバードのブリガムが救急外来に来た人をそのまま帰して自宅で診ると、それから、病院に入院させて診る無作為化比較試験をやっている、これは昨年Annals of Internal Medicineに発表されていますけれども、これは自宅に帰して自宅で診療したほうが有効であるということが明確で、早期にスタディーが中止になっています。

その理由は医療費が安くなるから、それから、患者さんの寝たきりが少なくなるから、かつ初期にきちんと選別すれば自宅で診ていても入院にならなければいけない患者はほとんどないという理由なので、やはり日本はかなりここで気合いを入れて覚悟を決めて、きちんと遠隔医療、オンライン診療を進めていかないと、完全に世界から取り残されると危惧をしております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

津川構成員、お願いします。

○津川構成員

昨年の12月の検討会でオンライン診療が今後進んでいくと、恐らくAI診断、もしくはクニリカルディンジョンサポートのようなものを検討しようという議論があったと思うのですが、そのまま進んでないような印象があります。海外ではもちろん、今回特にコロナの文脈でかなりAI診断というのが進んでおります。米英ではBabylon、Isabelという有名な2社がかなりこれで多く使われるようになってきておりますし、日本でもスタートアップなどでUbieなどがこういったものを提供しております。今後、恐らくオンラインでその分やり取りのデータがデジタル化されるので、そこにどうやってほかのデジタル機器やほかのAIを用いた医療テクノロジーを絡めていくのかというのは、どうしても避けられない議論だと思いますので、どこかのタイミングで議論をして、日本でどのように法整備をするのかというのを考えたほうがいいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、再び南学構成員、お願いします。

○南学構成員 今のAIに関してなのですが、私は内科学会のAI委員会の委員長もやっていますのですが、このAIによる診断については、AIは現時点では自然言語処理は弱いです。画像処理、病理だとか、放射線だとか、それから、眼科の話が先ほど出ましたが眼底を見るとき、そういうものには強いのですが、患者さんが訴える症状に基づいて何か判断するというのは、AIはまだそこまでたどり着いていないというのが我々の見解で、将来的にももちろん、AIが発展してそういうことができるようになることは期待していますが、ちょっと現時点で、このオンライン診療の委員会で議論するのは早いような気がします。また、それは別の枠組みで、当然病院に来て最初AIが振り分けるなどということもあるかもしれないので、先ほどの対面診療とオンライン診療の切り分けで言うと、別口で議論していただく方がいい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。

先ほど1点目で御紹介申し上げました健保連の佐野構成員から御意見をいただいておりますので紹介させていただきたいと思います。

2点目の御意見として、今後のオンライン診療の検討におけるその他の論点（2）課題

や取組の例について、オンライン診療につきましては単なる対面診療の補完と捉えず、安全性と信頼性を前提に患者の利便性と医療の効率性をいかに発揮できるかという観点で捉えるべきと考えます。特に患者目線で考えていくことが重要であり、在宅やへき地・離島での活用はもちろん、どのような場面でオンライン診療が有効なのか幅広く可能性を探る必要があります。

また、国民がメリットを享受できるよう、オンライン診療をかかりつけ医の機能の一つに位置づけるべきと考えますという御意見をいただいております。

それでは、金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 ありがとうございます。

今の論点は、オンライン診療の恒久化の枠組みを検討するに当たってどう考えるかというお話だったのですけれども、今回のコロナで、日本全体のあらゆる分野でデジタルトランスフォーメーションが世界より劣っているということが明らかになったわけですから、厚労は、厚労省全体のDX戦略の再検討をまず上位概念でもらって、その中にオンライン診療も位置づけてほしいと思います。

なぜ我々がデジタル化が苦手かということ、技術革新と整合性のない制度設計と組織設計になっているからです。それはIT業界ではデータベースがすごく有効なわけです。ありとあらゆるデータをデータベース化して、いろいろなアクセス制限はあるとしても、それを利用者が必要になればどこからでもそのデータにアクセスできると。

今回の議論も本来ですと、国民がかかった病歴だとか、薬歴だとか、アレルギーだとかというデータがデータベースにあれば、それを基にすれば、かかりつけ医といわれる方々の日頃の診療の質を一気に上げることができるわけなので、縦割り組織というのが今の技術革新に相反しているという点だと思っています。ですから、今回のこの会議での議論だと診療報酬はまた別の会議だとか、別の局だとか、そういう話になるのですけれども、ぜひ厚労省全体では整合性を持って、このオンライン診療も一つのメニューですから、それを健全に発展させるための政策をトータルデザインでぜひお考えいただきたいと思います。診療報酬についてもいろいろな御意見があったことは、他局にもきっちりお伝えいただきたいと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 すみません、いま昨年12月の資料を印刷しました。昨年12月21日の資料3「今後の検討事項について」で私がコメントしたことがあって、多くを望んでいるわけではないのですけれども、そのときの6ページで、かかりつけ医がいる人たちがオンライン診療の初診もできるようにしましょうという資料があって右側にオンライン診療を利用している人も高齢者がいるわけですが、これにはどうも違和感がある。

先ほど黒木先生がおっしゃったように、子供を育てている母親とか、そういう人たちが

右側のオンライン診療を利用しているという絵柄を描いて不自然でないような状況にしてもらうためには、左側にかかりつけ医がいる子育てをしている母親がいるような絵が描けるような状況をつくらないといけない。

だからオンライン診療を患者、ここには高齢者の絵しか描かれていないのですけれども、みんながオンライン診療を利用しているような状況で、左側にかかりつけ医がいるという、みんながかかりつけ医を持っているというような状況というのをつくっていただければ、利用したい人たちが利用できるような状況にもなる。

そして、今求められている、ここにはかかりつけの医師と書かれているのですけれども、ちゃんと在宅までしっかりやっていく、チームで24時間対応する、そうした日医と四病院団体が定義しているかかりつけ医という人たちが、日本人の多くの人たちがそういうかかりつけ医を持っているという状況にして、この絵をいずれは最終的な報告書あたりでは、右側に多くの人たちが利用している絵を描くことができるような形でまとめていただければと思っております。そのためには相当左側のかかりつけ医の普及というところに努力をしてもらわないと困るわけですが、これは今、日本全体が目指そうとしている提供体制の改革と矛盾する話ではないと思っておりますので、ぜひともやっていただきたいと思っております。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

大変長時間にわたって活発な御議論をありがとうございました。2点目に関しましてはいただいた御意見を踏まえて、また事務局で議論を整理して、次回の議論に備えたいと思います。

それでは、事務局から次回の検討会について等、何かございますでしょうか。

○山本課長 事務局でございます。

本日は様々な観点から、貴重な御意見を誠にありがとうございました。やはりオンライン診療につきましては様々な論点があると考えており、事務局としては今回2点に絞って論点を提示して御議論いただいたところでございます。そうした中でも医学的情報の範囲や期間、また、オンライン診療の距離の話や広告、また、診療報酬やAI、本当に多岐にわたる御指摘をいただいたかと思っております。順次またこの検討会で検討すべきものは整理をして御提示をさせていただければと思っております。

特に初診からオンライン診療を行う場合の医学的情報につきましては、今回の検討会の中でもありましたとおり、学会のほうでおまとめいただいている医学的に適する症状、適さない症状の議論と併せて議論していくことが必要だと考えております。したがって、今日の議論で医学的情報について一定の御意見をいただいておりますので、それと併せて、次回御議論いただけるように事務局のほうで準備をさせていただければと思っております。

次回の会議は6月17日13時を予定しておりますので、よろしくお願いたします。

事務局からは以上でございます。



○山本座長 本日は、本当に長時間にわたり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。