

○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2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。

本日の構成員の欠席についてですが、大道構成員、袴田構成員、金丸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。

なお、金丸構成員は代理として、フューチャー株式会社、近藤執行役員が御出席されております。

本日の会議には、オブザーバーとして、総務省情報流通高度化推進室の飯村室長及び経済産業省ヘルスケア産業課の岡崎総括課長補佐にも御参加いただいております。

マスクミの方の撮影は、ここまでとさせていただきますと思います。

(カメラ退室)

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

お手元の資料をごらんください。

議事次第に続きまして、資料1から4がございます。

また、参考資料は1から5となっておりますけれども、本検討会の検討の対象となっております指針に関しましては、参考資料3、また、前回の検討会で議論いたしましたオンライン診療及びオンライン受診勧奨などの定義に関しましては、参考資料4という形で参考資料を用意させていただいておりますので、適宜御参照ください。

なお、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、座長、よろしくをお願いいたします。

○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。

本日の議題は「『オンライン診療の提供（診療行為）に関する事項』の見直し案について」と「『その他オンライン診療に関する事項』の見直し案について」、あと「その他」ということになっております。

論点の多いところだと思いますので、本日も活発に御議論いただくよう、よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事を進めてまいりたいと思います。

議事1の「『オンライン診療の提供（診療行為）に関する事項』の見直し案について」ということで、事務局から資料1「2. 『オンライン診療の提供（診療行為）に関する事項』の見直し案」について説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料1について御説明させていただきたいと思います。

資料1「2. 『オンライン診療の提供（診療行為）に関する事項』の見直し案」になります。

2ページ目をごらんください。

こちらは、前回の検討会資料の抜粋になりますけれども、今回の「指針の見直しに向けた主な検討事項（案）」ということでまとめさせていただいております。

前回の検討会におきましては「1. 実施の対象」について御議論いただきました。

今回の検討会におきましては、2と4、それぞれオンライン診療の提供に関する事項と、その他オンライン診療に関連する事項を御議論いただきたいと思っております。

それでは、2の(1)になりますけれども「対面診療との組み合わせ及び初診対面診療の原則の例外の検討等」ということで御説明をさせていただきたいと思えます。

資料の4ページになります。

「初診対面診療の原則の例外事由の考え方について」になります。

こちら、あらかじめ初診という言葉に関しましては、いろいろと解釈に幅があるかと思えますけれども、今回、ここで言う初診に関しましては、いわゆる保険診療での初診ではございません。改めて定義づけさせていただきますと、患者が新たな症状で医療機関を受診し、初めて受けた診療をここでは初診と呼びます。

ほかの医療機関で診断を受けているかどうかは特に関係なく、かかりつけ医であっても、新たな症状で受診すれば初診と呼ぶこととさせていただきたいと思えます。

一番上の段落になりますけれども、これまでの指針におきましては、原則、初診及び急病急変患者に関しましては、対面診療が原則とさせていただいております。

2段落目になりますけれども、他方、本指針上、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にある場合などにおいては、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリスクを踏まえた上で、医師の判断のもと、初診であってもオンライン診療を行うことは許容され得ると思っております。

この事例としまして、該当する例、該当しない例ということで、このケースに関しましては、非常に解釈に幅があることから、FAQなどにおきましても、我々は、該当する例、該当しない例、1つずつお示ししておりますけれども、さまざまなケースが想定されることから、今回の検討会におきまして、構成員の先生方から御意見をいただいて、御議論をいただければと思っております。

次に5ページ目に移らせていただきますけれども「対面診療との組み合わせ及び初診対面診療の例外疾患等について」ということになります。

読み上げますが「オンライン診療においては、患者の状態について医師が得られる情報が対面診療に比べ限定的であるため、主に診断等の判断が必要となる初診は対面診療が原則である」ということにさせていただいております。

次に移りますけれども「ただし、オンライン診療を用いて得られた患者の心身の状態に関する情報のみであっても、診断や治療方針の決定が可能であり、かつリスクが極めて低い場合においては、例外として対面診療を組み合わせないこと（初診からオンライン診療）を可能としている」。

ただし、現行の指針におきましては、禁煙外来などのということで限定的に例示させていただいているわけではございますが、このなどにおきまして、さまざま疾患が読み取れ

るのではないかとということで、事務局はいろいろと御提案をいただいておりますので、今回、この場で、事務局等に要望がありました5つの例を例示として御議論いただきたいと思っております。

5つは、こちらにありますとおり、男性型脱毛症、勃起不全症、季節性アレルギー性鼻炎、性感染症、緊急避妊あるいは緊急避妊薬等になります。

続きまして、6ページに移ります。

こちらは、初診というわけではないのですが、初診で主に行われる事例が多いセカンドオピニオンに関しましてまとめさせていただいております。

セカンドオピニオンは、特にがん患者さんや難治性疾患におきまして、既にセカンドオピニオン、オンライン診療あるいはオンライン受診勧奨で行っている例があることから、今回、1つ目の○にございますとおり、セカンドオピニオンについては、治療を行わない一方、患者個人の心身の状態に応じた医学的判断に基づく治療方針等に関する助言を行うこととするため、オンライン受診勧奨に位置づけてはどうかということで、事務局提案をさせていただきます。

こちらは、よく御理解をいただけるものと思っておりますけれども、一方、一番下の○にございます。オンライン受診勧奨によるセカンドオピニオンで行うべきではない診療行為として、他の医療機関への診療情報提供書の作成、個別患者の治療内容の確定などに関しましては、オンライン受診勧奨、オンライン診療におきまして実際に行うことが明らかに難しい例であることから、こちらを行うべきではない診療行為として提案させていただきます。

次のページに、セカンドオピニオンの事例の紹介をさせていただきます。

こちら、亀田総合病院におきまして、この指針が作成される以前よりオンライン診療によってセカンドオピニオンが行われてきました。

簡単に御紹介させていただきますけれども、下にございますとおり「予約から診察終了までの流れ」ということで、オンラインが予約することが可能で、2番にございますとおり、診療情報提供書に関しては、患者あるいはもともと受診していた医療機関から郵送され、そして、オンライン診察という形で、スマートフォンなどで診察あるいは相談をされている事例でございます。

下線部にありますとおり、ここで行われている診察内容としましては、亀田総合病院で実施できる治療等の紹介をし、治療の方向性等の相談を行うと。

具体的な治療内容の決定は、対面診療を改めて行うものということで定義づけられておりますので、今回、事務局として提案させていただきました6ページと同様の内容となっております。

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、この資料1のただいまの御説明に関しまして、御意見、御質問があれば、よ

ろしくお願いいたします。

セカンドオピニオンの話は、少し後にして、まず、それまでのところをやりましょうかね。

では、山口先生。

○山口構成員 山口でございます。

2つ意見がございます。まず1つが、4ページ目のところの該当する例、該当しない例というのがありますけれども、該当する例の中で、想定しておいたほうがいいのではないかと思うのが、災害が起きたときのことです。災害のとき、電波状態が悪いということもあるかもしれませんが、昨今見ていると、毎年、必ずとっていいほど、災害が起きてきて、多分、今後も毎年起きるのではないかと思います。建物の中で孤立することもありますので、災害時ということをも1つ想定しておくことが必要かなと思います。

もう一つが、5ページの「これまで初診対面診療の原則の例外として」ということで5つ要望があった事例がございます。

私は、この5つある中の上の4つについては、やはり、対面診察は欠かせないだろうと思っています。

例えば、EDは心疾患があるかどうか、しっかりと診ていかないと死亡例も出ています。皮膚科の脱毛もそうですけれども、やはり、患部を診て判断することがとても大事かと思っています。

ただ、この5つの中で少し位置づけが違うと思うのが、一番下の緊急避妊薬、アフターピルと呼ばれているもののことです。

特に、望まない妊娠だけではなくて、例えば、デートレイプと言われるような拒否ができなかった、あるいは一番問題は性的被害に遭ったというような、特に十代の若い女性も被害を受けていることが結構多いです。

そういう中で、きょう、このメンバーの中で、オブザーバーの方以外で女性は私しかいないので、敢えて発言させていただきます。実は性的被害ということを受けたときに、非常に心の傷になってしまって、受診の必要は、私はあると思うのですが、受診そのものの自体のハードルが物すごく高いと思っています。

それを、例えば、オンライン診療で、まず、お話ができて、それでアフターピルということで八十何パーセント防げるということからすると、安心感を得た上で、そして、受診をする必要性をそこで感じて理解した上で受診する。通常と逆の順番のほうが安心できることが多いのではないかと、このことに関しては、そう思っています。

特に、被害を受けて、それを隠そうとする方も結構いらして、妊娠しなかったら誰にもわからなかったしからと自分の胸にだけしまってしまう。あるいは、子供の場合だったら自分を責めてしまって、親であったり、他人に対しても隠そうとしているということが、私自身の経験も含めて、周りを見ているとそういう人が比較的多いなということを思っています。

もし、妊娠してしまいますと、その人の人生にもかかわることですし、その女性だけではなくて、女性の子供自体、その2つの命ということに大きくかかわってくる。心の傷も絡んでくるということを考えたときには、できれば、これはオンライン診療で初診から認めていくという方向で考えてはどうなのかなと思います。

実際、アフターピルということでは、なかなか認められないことで、本当は何の薬かわからないものが裏で横行しているという現実を考えると、医師というきちんとした人を通して出してもらおうほうが安心感につながるのではないかと考えているところです。

ただ、1つ懸念は、アフターピル専門みたいな感じで、そこだけを商売にしてしまうようなオンライン診療があってはいけないので、そこに対しては、きちんと本人確認も含めた対策を講じることは必要だと思うのですが、女性を守るという観点からも、ここはほかと位置づけを違って考えるべきできないかなと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

今村先生。

○今村構成員 4ページと5ページで2点あって、先に5ページのほう、今、山口さんが思いをおっしゃったので、その部分からお話をしたいと思います。

上の4つについては、全く同じ意見です。

緊急避妊薬については、そもそもOTC化してほしいと、医療機関の受診が非常にハードルが高くて問題があるのでと、そういうお声がすごくあるのも、私もよく伺っております。

一方、専門産婦人科の先生方から、まだまだ課題が多いという御意見もあるので、オンラインで薬を投薬するかどうかは別として、今の相談に乗って、適切な医療機関が状況を聞いて、例えば、それが犯罪だったら、そもそも、いわゆる刑事事件になりかねないこともあるし、あるいは親しい仲でも、本人が望まないでレイプ的になってしまったということ、やはり、大分対応が違うと思うので、そういうことをきちんと相談に乗ってあげられるということは、私はすごく大事だと思っているのです。

だから、何でも、今、おっしゃったように専門的な医療機関ができて、どんどんただアフターピルだけ出すみたいなことは、これは望ましいことではないと思うので、そこをしっかりと区別する必要があるということ。

もう一点は、ぜひ、両方の立場の方の意見も、ここには産婦人科の専門家もいないと、女性の代表ということでは、今、山口さんが意見をおっしゃったのだと思うのですが、そういうのをちゃんと聞いた上で判断したほうがいいかなと思います。

4ページのほうなのですが、これは、事務局からの説明で、初診の考え方、ちょっと聞き漏らしたのかもしれないのですが、保険診療ではないというような言い方でおっしゃっていたのですが、保険診療上の初診ということを行っているのではないという理解ですか。

○加藤医事課企画調整専門官 今、説明申し上げましたのは、保険診療で言う初診、どれ

ぐらいあいてしまったら初診になるかということではなくて、あくまで自由診療を含めた、いわゆる医療全般における初診が何なのかということをお説明させていただきました。

○今村構成員 いやいや、つまり、自由診療かどうかではなくて、これは、社会保険診療の中で、例えば、初診だと言っている定義とは別に、全く新しい症状が起こって、その疾病としては、新しい、今までのオンライン診療で診ていたものではないですね。では、それは初診と同様の考え方ですねと、混乱するといけないのですけれども、そうすると、自由診療の話と社会保険診療の話は、前回も申し上げましたが、区別してくださいと言っているのは、社会保険診療の場合には、当然、中医協の議論になってくるので、それを上書きするようなことを、ここで決めることは、なかなか難しいのではないかと考えているものですから、その整理だけ確認をしたいということなのです。

○加藤医事課企画調整専門官 保険診療の初診を上書きするようなことではなくて、あくまで共通した理解で、今、先生がおっしゃったとおり、新しい症状が出たときに、医療機関に初めてかかったときの診察が初診という考え方ですので、基本的には、保険診療での定義自体を変えるつもりはございません。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

恐らく、初診という言葉が保険診療の世界と、それから、医療法の中で初診という概念があるので、それが、これから議論をしていくときも、必ずどっちの話かというのをちゃんと定義を明確にした上で議論していけばよろしいのかと思います。

必ずしも、ここの検討会の議論が、いわゆる初診料の算定の要件の議論をする場ではありませんので、そこは明確にさせていただきたい。

ただし、オンライン診療上、いわゆる指針なりQ&Aに初診という言葉が出てまいりますので、それは定義を明確にして、これから、我々事務局のほうの説明も注意深くそこはやってまいりたいと思っております。

○山本座長 よろしいですか。

どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 今、ここで申し上げたかったこととしては、これまでの初診の理解の中で、ほかの医療機関でも診断を受けているから、新しい医療機関に行っても、それは初診ではないだろうという解釈をされようとしている方がいらっしゃったのと、かかりつけ医だから、新たに症状が出ても、それは初診ではないだろうというような解釈をされる方がいらっしゃいましたので、それは、そうではないですよということだけここで申し上げたかったです。

○山本座長 よろしいですか。

ほかに、どうぞ。

では、落合さん。

○落合構成員 ありがとうございます。

私も何点かお話をできればと思っております。

まず、今の初診の定義についてですが、確かに新しい疾患にということはあると思うのですが、それでも、実質的なリスクの観点を考えたときに、例えば、同じ院内でほかの先生にかかっている、もしくはほかの病院でかかっているというような場合を考慮する必要があると思われまます。具体的に、例えば、検査結果の情報などを既に渡されていて、それを利用して、さらにその前に院内もしくは別の病院の先生はもちろん対面診療をしていてという場合について考えると、そのリスクは、純粹に、いずれの意味においても医療機関で医師の先生に全く診察を受けていない場合とは違うのではないかとも思っております。これは、後で出てくる同一医師の原則にもかかわるところとは思いますが、一定の場合については、実際にほかの医師の先生が対面でスクリーニングされている場合と、何もスクリーニングがない場合とを、本当に同じに捉えていいのかどうかというところは議論が必要ではないかと思っております。

もう一点なのですが、今村先生が、先ほどおっしゃられたところとも少しかわるのかなと思うのですが、今議論されている点が、幾つかの論点がまとめて議論がされてしまっているのではないかと思っております。純粹に診察を受けて、何がしかのアドバイス、診断を受けたりするというのと、処方までするという場合とが一緒になって議論をされている部分があるのかなと思っております。

実際に指針上も、もともと初診対面について書かれている部分と薬剤の処方管理という部分については、それぞれ別の項目立てで書かれております。アフターピルについても、そういう処方に関するお話が、先ほどあったと思うのですが、処方がある場合は、第1回の検討会で出た薬の転売ですとか乱用の事例の関係でも一番問題ではないか、ということで議論をいただいた事例かと思えます。

ここの転売、乱用のリスクが決定的に重要という面もあると思しますので、処方を行わない場合、例えば、生活習慣病に対する生活習慣の指導、これは、もちろん医療行為の範囲外でできることもあるのですが、個別の患者さんの状態を捉えてということであれば、医療行為に入ることもあるかと思しますので、こういったことが考えられます。また、精神科の領域における認知行動療法であったり、もしくは、不妊治療において、どういときどういう形で実際に進めていけばいいのかといったようなお話も考えられます。さらに、セカンドオピニオンと若干つながるところもあるかもしれませんが、例えば、ほかの病院で処方されている薬について、服薬指導を行うと、こういったようなパターンもあり得るのかなと思しますので、実際に処方がある、なしということは初診対面の可否と切り分けて議論をしていただけるといいのかなと思えます。

あと、最後に例外としての提案・要望があった事例の中で、先ほど緊急避妊薬のところがあったと思っておりますが、そのほかにあり得るものとして、精神科領域というところもあると思われまます。これも山口構成員のほうでおっしゃられていた、通院しにくいという意味では同じような場面があるのではないかと思われまます。例えば、児童に関する精神病というのは専門医もなかなか少なく、地方に行ってしまうと通院負担というのも相当あ

るといったようなことがありますし、また、引きこもりも社会的に問題になっておりまして、これはなかなか病院に行くこと自体も難しい、もしくは病識がないということもあるのかもしれませんが。こういったものについても、一部オンライン受診勧奨というような形で整理できる部分もあると思うのですが、どういうふうに捉えていくのかは整理がされるといいのかなと思います。

済みません、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。

処方で分けるというのは、ちょっと何となく私の感覚とは合わない、感覚で申し上げて失礼ですけれども、処方しないというのも、結構医療としては非常に重要な判断ですので、しないという判断をする医療上の責任というのはかなり重いですね。ですから、処方することによって薬の転売のおそれがあるというリスクのふえる部分はしょうがないと思うのですけれども、それをしないから何か軽いことがあるというわけでは多分ないのだろうと、私は思うのですけれども、いかがでしょうか。

山口さん。

○山口構成員 確かに転売の問題というのはあると思うのですけれども、アフターピルについては、プラスの面と、そういうマイナスの面を比べたときに、やはり、どっちをとるのかというようなことが話し合われる必要が、私はあると思っています。

済みません、今のお話の中で、1つ目の御意見、ちょっと意味がわからなくて、もう少し具体的にお話しいただいてよろしいでしょうか。

○落合構成員 ありがとうございます。

最初の意見については、初診といっても、まったく医師に診てもらったことがない中で新しくオンライン診療ということもあるかもしれませんが、例えば、同じ病院内であれば、アレルギー性鼻炎などのときに、既に別の同じ病院の医師が診察を対面でしていて、検査結果もとっており、かつ、その上で、これはアレルギー性鼻炎に当たるということを既に診断しているというような場合が考えられます。

ただ、たまたまその医師がいないというような場合に、ほかの医師がオンライン診療でということ、例えば、代替する場合ですとか、もしくは引っ越しなどをした場合に、そういった前の病院から情報の提供を受けて、その次のところでオンライン診療というのもあり得るのかなとは思いますが。

○山口構成員 ということは、1つ目におっしゃったのは、複数の医師で診てもいい場合ということに関係してくるのかなと思います。こちらの話題というよりも、やはり、事務局の御説明だと、後者でおっしゃったことというのは、やはり、そのドクターが初めて診るのですから、初診ということになるのではないかと、私は思うのですけれども、その解釈は、どうなのでしょう。

○加藤医事課企画調整専門官 私の理解になりますけれども、1つの医療機関で、その疾患を診ていた際に、次に、ほかの別の医師が診る際は、基本的には初診ではないという使

われ方が一般的かと思われませんが、いかがでしょうか。

○佐々木医事課長 済みません、事務局のほうも混乱しているので、多分、これは初診料のお話になってしまっていると思いますので、要するに、今回の会議は、我々の現状の初診の理解を御説明しただけで、これを金科玉条変えるつもりはないということでお話をしているつもりではございません。

まずは、現状、最初にファーストコンタクトして、新しい病気で、その都度初診ですと、少し荒っぽい言い方をしましたけれども、そういう状況で、今、解釈しておりますけれども、いろんなオンライン診療の中で、こういう場合は例外というのをどうしていこうかと、そういう議論をしていただきたいと思っていますので、決して、我々も今の解釈を全て、必ず変えないというつもりはなく、具体例などをいただきながら、こういう場合はいいのではないかとことを積み上げて議論をしていただければと思っています。

○山本座長 どうぞ。

○落合構成員 済みません、先ほど、山口構成員のほうからお話がありました、アフターピルなのですけれども、これは、反対と申し上げる意図はありません。こちらのほうも社会的な必要性があるのではないかと考えております。ただ、多分一定の制限が必要なのだろうと聞いております。例えば、既にかかったことがある産婦人科の先生だったり、かかりつけの先生から出していただくとかの制限をかけることも考えられると思います。ただ、この方法だけが正解ということはないと思いますが、何がしかこういう場合だったらいいというのを具体的に議論したほうがいいのかなどはと思っています。

今の例は例えばの話ではありますので、重ねて申し上げますが、そういう要件でなければならぬと思っているわけではございません。

○山本座長 島田先生。

○島田構成員 先ほど、今村先生の質問を受けて役所からの御説明、初診についてありましたが、私が重要視すべきだと思っているのは、患者さんにとってかかりつけの医師という個人を指すのか、かかりつけの医療機関であるのか、または全くかかったことがない医療機関にアクセスをしているのかということ、まず、分ける必要があるのだろうと思います。

そして、国もかかりつけ医制度を勧めてきたわけですね。こういう言い方をすると角が立つのですが、症状イコール病名ではないです。慢性胃炎のある人で、今回も胃のあたりが痛いといっても、これが心筋梗塞のこともございます。不安症の人でしたら、不定愁訴でいろんな症状を言うことがあります。

ですから、医師としては不安神経症と診断をしている中で、いろいろな症状が言われるものが新たな症状がとなってしまったら、これは、かかりつけ医としての、せっかく今まで患者を長く診てきているものが全く生かされないことになるのですね。

ですから、私は保険診療の初診云々ではなくて、この考え方自体が、国民がかかりつけ医を持ちましようといっている部分を後押ししない形になってしまうことを非常に危惧い

たします。

○山本座長 後でグループ診療、そのところでも出てまいりますから、そこと一緒に議論をしたほうがいいのかもしいかなですね。

あと、ほかに。

高林先生、どうぞ。

○高林構成員 高林です。

5 ページのほうです。アフターピルの問題がありますけれども、私は、基本的に対面診療の補完的位置づけとしてオンライン診療を考えるのであれば、そもそも禁煙も含めて全てそんなものはないほうがいいのかないのかなというのが一番簡単な割り振りかなと思って、きょう来るまで思いました。

電車の中に、広告でAGAオンライン診療ができますと張ってあつたりすると、もうこんなことをやっているのだと思ってどきっとしたりするのですけれども、やはり、ある程度のハードルがあることをとってしまって、安易に治療がなされるという危惧があるということは、どれも否めないと思うのです。

私はアフターピルの問題、山口先生がおっしゃるように非常に重要な問題で、救いが無いのは困るというのもよくわかります。ただ、逆に言うと、これが悪用されて、安易に幾らでも出せるよという形になったら、本当に簡単に若い女性が、ここでもらえるという感じでやられたら、これは非常に悪用になってしまふし、あるいは転売などという話も出てくるかもしれないし、ここはよほど限定的に、極めて厳格に運用ができる形が少なくともないとまずいかなと思うのと、疾患名をはっきりと断定して、これだけというふうにもしするのであれば、それだけとはっきりしたほうがよろしいのかなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 黒木と申します。

5 ページの初診対面原則の考え方についてですが、これまでの議論を拝聴いたしまして、例えば、医師としてオンライン診療で初診で診断が可能かどうか、この問題というのは、医学的に可能かどうかですね。つまり、オンライン診療という、いわば基本手技が医学的にどのような利点と限界があるか、ここが原則だと思うのです。

そうしますと、高林先生の御指摘のとおり、多くの疾患は問診と初診で確定診断はできないと思います。オンライン診療でできることは問診と初診、それもある程度の限界があります。ただ、それを補う利点もあると。このところが、まず、出発点だと思います。

アフターピルの問題に関しては、私は前回発言いたしましたので、それを考えるつもりはありません。

以上です。

○山本座長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○南学構成員 南学でございます。

前回ちょっと出席できなかつたので、あれなのですけれども、初診という言葉が少しミスリーディングな気がして、医療安全の原則というのは、2通りにとれる言葉は使わないというのが絶対に原則で、例えば、特定臨床研究は、臨床研究法が出たときに、現場はすごい混乱して、それまでの特定臨床研究と新しいのが違うということで、かなり混乱したりもしたので、ここで初診という言葉を使わずに、何か別の言葉を使っていたほうが、何か現場としては混乱しないのではないかと思います。

もう一点、これは、恐らく医師の判断のもと許容され得ると書いていただいているので、これは、患者さんがオンライン診療をしてほしいと言っても、先生がおっしゃるように、これはオンラインでは診断とかはできないので、対面しなければいけないという医師が判断をした場合は、これはオンライン診療をしてほしいと患者が言ったのを拒否したということで、応召義務の違反には当たらないという、そういう理解でよろしいでしょうか。

○山科医事課長補佐 医事課長補佐でございます。

応召義務の件ですけれども、患者さんの要望に対して、お医者さんはきちんと対応した上で対面であるべきだということをお伝えするということであれば、当然応召義務には当たらないという解釈になります。

○山本座長 どうぞ。

○高倉構成員 アフターピルの件に関して、ちょっとこの議論を伺っていて気になったのが、例えば、十代の若い方が不幸にして被害に遭われたときに、かかりつけ医は、多分ないと思うのです。

そうすると、少なくとも、例えば、医療相談もやっていますけれども、何らかの制度をつくって、そこに電話をかけると紹介してもらえるような体制をとらないと、被害に遭ってから病院を探せというのは、多分むちゃな話だと思うのです。

特に、恐らく被害の大部分は夜間だと思いますので、夜間に地下鉄に乗って広告を探すかという話にもならないと思うのです。

ですので、アフターピルの話をするのであれば、どうすれば、被害を受けた方が確実にオンライン診療を受けられるかということまで踏み込まないと、何となくお薬を出せばいいではないかという話になっている気がしてならない、ちょっと心配になります。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ、山口さん。

○山口構成員 私は、今、高倉構成員がおっしゃったことは、本当にそのとおりだと思っています。

皆さんの御懸念もとてもよくわかりますけれども、特に心配するのは、例えば、十代の若い人たちが被害を受けた方、そういう方が、さっき条件として、今まで診てもらったドクターであればということ为例としてお出しになったのですけれども、それは、まずあり得ない話です。

それから、性的被害を受けた後で、その部位を見せるということ自体が非常に心の傷に

なりがちなことでもあります。

そういうことから考えると、私は、最初の一般的に知らせる、オンラインでも相談できるのだということをもまず広く知ってもらって、そこでお話をした後に、受診の必要性ということをお話してもらって、そこにつないでいくような、今までオンラインのことで話していたのとはルートが逆になるかもしれないのですけれども、そういう被害を受けた方に対してということでは、やはり、アプローチできる場ということをつくるという、その1つとして大事なのではないかと、そんなふうに思っています。何でもかんでもというようなことを言っているのではなくて、これまで被害を受けて困っている人たちを何とか救えるような、そういう場の1つになれないかなと、そういう思いで申し上げました。

産婦人科のドクターの意見を聞いてみるというのは、私も賛成です。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 最後にそう言っていただいたので、本当にありがとうございました。

オンラインの診療のガイドラインのところで、どこまでお話をするか、今、まさしく高倉先生がおっしゃったように、山口さんがおっしゃったように、こういった被害に遭われた方たちをどう全体として救っていくのかという話は、もう少し大きな話になっていると思うのです。

だから、OTC化しましょうという議連もできているみたいで、そういうのも、まさしく広く議論をしましょうという話なので、いきなりオンラインでどうこうということを決めることは難しいのではないかと思います。

ただ、専門家の御意見は聞いた上で、皆さん、だからどうするという判断を、専門家あるいは山口さんは、相当思いをおっしゃっているので、女性の方を呼んでも同じかもしれませんが、両方の意見を聞いてみるというのは、私はぜひやっていただきたいと思います。

○山本座長 どうぞ。

○山口構成員 もし、専門家の意見を聞かれるとしたら、例えば、アフターピルを出しているような現場のドクターとか、現場を知っている方のお話をぜひ聞かせていただきたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

アフターピルの話は、どっちにしても、禁煙外来とは少し違いますし、そういう意味では、ここで、今、このメンバーだけで議論するというのは、少し狭いような気がしますので、次回以降に専門家の方々の意見も聞いて、また、議論を深めていければと思います。

それ以外のところで、何か御議論ございますでしょうか。

5 ページの上の4つは、皆さん、もうこれはだめということで。

○高倉構成員 上の4つは、多分、診てもらわないと出せないですね。

○山本座長 そのとおりですね。私も、これをオンラインで出すというのはちょっと考えられないですけれども、一応、それは皆さん一緒ということでもよろしゅうございますね。

それ以外に何か御意見はございますでしょうか。

それでは、また、後で御議論をいただいても結構ですので、議題を進めたいと思います。
どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 事務局ですけれども、5ページで随分御活発な御議論をいただいたのですけれども、4ページに関しましても、該当する例、該当しない例に関しまして、ぜひ何か御意見をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○山本座長 4ページに関して、どうぞ。

○今村構成員 もう一度確認なのですけれども、先ほど島田先生が整理をした議論をしていただいて、具体的にイメージがわからないので、ちょっとお話をしたいのですけれども、まず、オンライン診療を、例えば、糖尿病なら糖尿病で実施をしていますと、これは、保険診療で行っていますと。

その方が別の、さっきおっしゃったように、医療的には保険診療上で初診ではないのだけれども、全く新しい症状が出ましたと。それをオンライン診療で取り扱うかどうかというケースもあれば、もともと普通にオンライン診療を実施していなかった方が、主病ではない病気で何かあったときに、緊急的にオンライン診療を実施できるということを想定しているのか、その両方とも考えているのか、その辺のイメージができないので、事務局で、もし、何か具体的に想定されているものがあれば、教えてください。

○山本座長 後で、追加症状等への対応という議論が一応ございますので、例えば、その次の資料に追加症状がありますので、これは、例えば、糖尿病でずっと診ている人が、急に風邪を引いたというようなときに、では、どうするのかみたいなことは、また、御議論をいただきたいと。

○今村構成員 それは、追加症状という話なのですか、それともさっきの説明だと、保険診療上は、初診ではないけれども、別の病気ということ、だから、先ほど南学先生がおっしゃったように、混乱するというのは、そういうことなのではないかと思います。

○佐々木医事課長 大変お恥ずかしいのですが、初診の定義については、先ほど、かかりつけ医という非常に重要な御指摘もいただきましたし、事務局のほうで、きょうは、資料を十分用意できておりませんので、議論としては、次の追加症状の話も踏まえまして、一旦整理をして、きちんとペーパーでお示しをして議論をしていただきたいと思います。

済みません、大変重要な御指摘をいただいたとっておりますので、申しわけございません。

○山本座長 今の4ページは、一応、ずっと診ている人ではなくて、本当に初めて診る人の話ということでお考えいただいて、それで何か該当する例、該当しない例、該当しない例を全部挙げるといのは大変ですけれども、該当する例は、これでいいかみたいなことに関して御議論をいただければと思いますけれども。

どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 追加的に御説明をさせていただきますと、今、事務局のほ

うにも声が上がっているのは、やはり、仕事が忙しくてすぐに受診できないのだと、こういうもののオンライン診療の対象になるのではないかとというようなことで御意見をいただくことはございます。

我々としては、当然、こちらにあるとおり、該当する例を2つ挙げていますけれども、これに基づいて判断をしておりますが、そういった仕事だとか、あるいは家庭だとか、さまざまな事例がございますので、できるだけわかりやすく該当する例、該当しない例をお示しすることが、よりよい理解につながるのかなと思っておりますので、御議論をいただければと思います。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 該当する事例というのは、疾病ということを行っているのではなくて、状況ということを行っているということですね。

○加藤医事課企画調整専門官 はい、そうです。

○今村構成員 わかりました。それであれば、意見として言わせていただくのは、仕事が忙しいという話ですけども、確かに現実的には、そういうことはあろうかと思います。

ただ、今、国は働き方改革をしようと、疾病と治療を両立させようという話がある中で、忙しいから仕事を離れるのではないというのは、そういうことに逆行しているのではないかと、私は思います。

その疾病の中身にも、状態にもよると思いますので、緊急的に症状が出てしまって、どうしても仕事の現場も、今、どうしてもそこから離れられないようなことがあったときにどうするのかということはあるかと思いますけれども、原則としては、やはり、そこははっきりさせておいたほうがいいかなと、私は思います。

○山本座長 山口さん。

○山口構成員 私は、仕事を理由にしたら、これはもうなし崩しになってしまうのではないかと思います。

今、今村構成員がおっしゃったように、緊急的に診察が必要で、でも、その場を離れられないという人は、逆に診てもらわないと危ないことになってしまうのではないかなと思います。それだけに、仕事を例にするということは、いけないのではないかと。そういうときこそ、きちんと受診をして、本当に治療の必要があるかどうかということ判断してもらうことが、私は大事だと思います。

○山本座長 黒木先生、どうぞ。

○黒木構成員 初診対面の原則を外れるかどうかですね。

確かに緊急性があって、そばに医療機関がない場合、これは、アメリカなどだと、メイヨー・クリニックでもDtoPで、緊急外来というのが数年前からやっています。

ただ、それを日本で今すぐにやるには、いろんなインフラストラクチャーを整えなければいけないですね。あるいは、医師の倫理もそうだけれども、患者さんの受診リテラシーというところ、そこを育てないと、すぐにはそういう体制はとれないと思います。

ただ、技術的には、オンライン診療で、場合によってはDtpPのエマージェンシーのサポートメント、これは可能であると思います。ただ、限界はありますね。

○山本座長 ほかは、いかがでしょうか。

例えば、入試当日とかというのはどうですかね。

○黒木構成員 それも診断できるかどうかですよ。診断できるかどうかというところを前提にしないと、これは患者さんの利便性に引きずられますから危ないと思います。

○山本座長 例えば、離島、僻地でも、これでやれると思わないと、やはりできないので、そういう意味では、これをここで受診すると、1年間棒に振るといようなときというのは、どうですかね。

○黒木構成員 もう少し一般にできるような例を挙げたほうがよろしいと思うのです。

だから、そういう状況は、今でもあるわけで、対面診療でも、電話がかかってくるかどうかというところも、電話がかかってくるかどうかということもあるわけですから、だから、これでオンライン診療を、こういう場合はいいのではないかというのは、少し議論が2つか3つ飛んでしまうと思います。

○山本座長 それでは、今のところ、皆様方の御議論で、少しインフラの整備をして将来のことは別として、現状はこのぐらいということですかね。

どうぞ。

○島田構成員 多分、オンライン診療で受けられても、薬を手に入れるまでにタイムラグもありますし、やはり、先生がおっしゃった受験当日とかも含めて、命と引きかえるか、受験に行くかという話、だから、これはみんなオンライン受診勧奨のところでカバーするものなのではないかと。先ほどの緊急避妊などのところも、どこまで説得できるかとかがありますけれども、結構、そう考えると、オンライン診療は重要ですけども、オンライン受診勧奨のところ、かなり社会で役に立つし、きちんとそういうのを整備するための検討会にもなるのかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

よく聞くのは、飯場があるような職場、1つ何か仕事を請け負うと、1カ月ぐらいはそこに泊まり込んでしまうような職場で、ふだんかかっている先生に行けないというとき、どうしたらいいのかみたいな話、これは、島田先生がおっしゃるように、本当にふだんかかっている主治医がオンライン受診勧奨して近医を紹介するというのは、多分、一番スムーズですね。

どうぞ。

○落合構成員 場面がちょっと微妙だとは思いますが、先ほどのアフターピル、精神科といったところについては、典型的に精神的な意味で通院するのが非常に困難ということがあるのだと思います。これらの場合は、ただ単に忙しいというわけではなくて、こういう類型で、こういう話であれば、確かに通院するのが非常に負担だったりするのはわかる面もあるはずですので、そのような例を追加していくというのは考えられるのでは

ないかと思えます。

ただ、具体的にということでは、例としてはアフターピルや精神科が具体的には現時点で考えられます。

○山本座長 いかがでしょうか。

○黒木構成員 精神科で、先ほど、引きこもりの例もありましたが、私もそういう患者さんを拝見することがあるのですが、例えば、お母さんが自分のところに来て、子供は家にいる、これは可能ですね。

あと、引きこもりの方だと、ビデオチャットの前に出るのも嫌がる場合もあるのですが、だから、やはり、私は精神科疾患であっても、何回かは対面診療が必要だと思います。

例えば、認知行動療法をオンラインでやった結果がよかったという論文が、実は千葉大精神科で12月に出たのですが、オンライン診療で継続することは可能、でも、それだけで全部可能かどうかというのは、まだまだもう少しいろんな蓄積が必要だと思います。

○山本座長 どうぞ。

○山口構成員 私たちのところで、電話相談を数多く、6万件以上受けているのですけれども、やはり、家族が精神疾患を疑っている場合に、なかなか病識がなくて受診してくれない。そういう場合にオンライン診療だったらきちんと話をするかということ、やはり、それも抵抗があるのではないかと思うのです。そもそも精神科医と、あるいは診療内科医と向き合うこと自体が嫌だと拒否をされます。逆にドクターから見ると、きちんと話をして、本当に自分に心を開いて全部話してもらわないことには診断もできないのではないかと思いますので、何とかこれは対面でお話をしないと、精神科というのは、ちょっと難しいのではないかと、私は、先ほどからお聞きしていて思いました。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 先生方の、例えば、おっしゃっていることは同じことだと思うのですけれども、やはり、対面診療が原則なので、ちゃんとした信頼関係が医師と患者の間にでき上がってからオンライン診療を補完的に上手に使うということ、オンライン診療というのが認められているので、最初からこれを初診でいいというようなことには、多分ならないのではないかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。

やはり、きょうのところは、ここから余りふえないということですね。

それでは、少し議事を進めてまいります。

セカンドオピニオンですね、資料1の6ページ、7ページは例ですけれども、6ページに関しまして、御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

山口先生、どうぞ。

○山口構成員 私は、事務局案どおりで、これこそオンライン受診勧奨ということだと思います。例えば、セカンドオピニオンを受けたくても、移動することが体調で大変だ

という方もいらっしゃると思いますので、受診勧奨ということであれば、これは大いに認めていくべきではないかと思っております。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 私もセカンドオピニオンというのは非常に大事だと思っていて、やはり、距離が離れて、特になん疾患等では、地方にいらちゃって、なかなか今、診療拠点病院をつくるといっても、完全に均てん化しているわけではない中で、やはり、意見を聞きたいというのは当然あると思うのです。

そのときの条件は、一応、医師であるということをしかりと確認できることが大事だということと、このセカンドオピニオンだけをやるという医療機関は認めないということが必要です。そして実際に診療をきちんと行っている医療機関で、現在も外来でセカンドオピニオンも同時にきちんとできる体制でやっておられるところでないともうまいかなと思います。

それと、当院でやっている医療行為みたいな話になると、ちょっと自分のところに若干誘導するみたいな話が、においがちらっと出てしまうので、そんなつもりはないのかもしれないけれども、そういうことも含めて、きちんとした公平なセカンドオピニオンをやっていただけるのだったら、国民にとっては非常に重要な話なのかなと思って、これを拝聴しました。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 山口構成員からの御発言もありましたけれども、これは、多分、セカンドオピニオンの場合は、いただいた情報をもって再度診断とか治療方針を示すことになると思うので、受診勧奨ではなくて、このケースはオンライン診療になってしまうと思うのです。それとして挙げているのですね、オンライン受診勧奨としてセカンドオピニオンをどうですかになっていますが、でも、オンライン診療の初診対面診療の原則を除外するものの中にセカンドオピニオンを含めてあげて、オンライン診療でカバーすると考えているか、そこがちょっとわかりにくくて済みません。

○山科医事課長補佐 オンライン受診勧奨につきましては、初診対面診療の原則は、指針で適用外になっておりますので。

○島田構成員 そうですね、だから、これはどちらで挙げているのですか、オンライン診療の中にセカンドオピニオンを位置づけて、このケースだと初診対面診療ではなくなるではないですか、ということの議論をしてほしいのか、私は、今言ったことのために、これを挙げているのかなと思って考えているのですけれども。

○山科医事課長補佐 こちらは内容としましても、オンラインで診察をしているということにとどまっております、治療内容の決定まで行っておりませんので、オンライン受診勧奨の例として紹介させていただいております。

○島田構成員 わかりました。

○山本座長 高林構成員、どうぞ。

○高林構成員 幾つかわからないことがあって、1つは、今、お話があったように、遠いところがあるので、わざわざ遠くのがんセンターに行くのは大変だから、これでやろうということは、全然まだ1回も会っていないわけですね。それは、さっきの初診は対面しなければいけない原則から外れるわけで、そうすると、全く別の扱いだという理解でよろしいのですね。そういう理解ですね。

○山科医事課長補佐 はい。

○高林構成員 もう一つ、セカンドオピニオンというのは狭義と広義の意味があるかなと思うのです。今、診ている先生はちょっと不安なので別の先生にかかりたいということで別のところに行くのも簡単にセカンドオピニオンとよく世の中で言うし、そうではなくて、ちゃんと最初の先生から意見を、いろいろデータをもらってかかるのもセカンドオピニオン、それは狭義というか、これは、どちらを指しているのでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 基本的に事務局が指しているのは後者のほうで、狭義のほうを、今、検討をいただいております。

○高林構成員 きちんとデータを最初の先生からいただいて、持っていくという話ですね。

○加藤医事課企画調整専門官 はい。

6 ページの2つ目の○の※にもございますとおり、医師による遠隔医療相談においては、こちらの医行為ではなくて、医師法、医療法の適用外の範囲の中で、医療相談として特定の疾患に関する一般的な説明や、一般的な治療方法に関する情報提供等を行うことが可能ということになりますので、こちらは、先生がおっしゃるような広義のセカンドオピニオンに入るのかもしれませんが、今回、受診勧奨に位置づけるのは、先生がおっしゃいます狭義のほうになります。

○高林構成員 この部分は、実際にこれが運用されるときには、明確に書いておかないと、誤解が多々出てくると思いますので、よろしくお願いします。

○山本座長 南学構成員。

○南学構成員 この部分は、私は、島田先生がおっしゃるように違和感があって、セカンドオピニオンは、治療方針を提示しているのだから、これは受診しているように、私には思えるのです。どこかに受診してくださいとか、そういうことを言っているわけではなくて、明らかに特定の患者さんに対する治療方針を明示するという行為だと、私は理解しているので、これは、診療行為だと思うのですけれども。

○山本座長 事務局、どうですかね。

○加藤医事課企画調整専門官 参考資料の4をごらんいただきたいのですが、これは、前回の資料の3ページでございます。

こちら表になっている部分ではございますが、今回、オンライン診療とオンライン受診勧奨・遠隔医療相談ということで、オンライン診療と同じ受診勧奨に関しまして、今回の指針の適用になっておりまして、こちらが、いわゆる医行為、医業等の範疇になります。

ですので、下から4つ目になりますけれども「患者個人の状態に対するり患可能性のあ

る疾患名の列挙」に関しましても、こちらは医学的判断に基づいた個別の判断をしておりますので、いわゆる医行為に入るのですけれども、これと同等程度の行為に関しましては、オンライン受診勧奨において行っていただけるのではないかと。

ですので、今回、6ページの下に記載をさせていただきましたけれども、済みません、もとの資料に戻りますけれども、オンライン受診勧奨によって行うべきではない診療行為ということで、個別の患者の治療内容の確定に関しては、オンライン受診勧奨で行うべきではないと。

ただ、セカンドオピニオンの主な目的である治療方針の方向性について、相談することに関しては、オンライン受診勧奨で行っていただけるというのではないかとということで、我々としては整理させていただきました。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 今回の事務局のお話だと、7ページの具体的な亀田さんの下の3番の「オンライン診察」と書いてあるところは、そう読めるところと、これは診察という記載があるので、ちょっとファジーになっていて、例えば、当院で実施できる治療等を紹介しと、つまり確定はしていませんと、その後、方向性を相談しますということでの、いわゆる相談ですね。

最後に、具体的な治療内容の決定は、対面診療を改めて行って決めますと、つまり、事務局が言っている確定ということは、実際の対面診療で行いますと、一応、こう書いてあるのですが、やはり、オンライン診察というふうに外側に出ると、少し解釈が難しくなっていて、これは、もし、このガイドラインができると、この書きぶりというのは、例えば、変わるものなのですか。つまり、オンラインの相談、そして、最後は、実際には対面をして診察していただくという記載ぶりになるのでしょうか。

○山科医事課長補佐 オンライン受診勧奨の中で、患者の診察を行いというのは、既に定義上も書かれておりますので、診察は可能とは既にされている。

セカンドオピニオンにつきましても、具体的などとして挙げるといようなことをちょっと想定しております。オンライン受診勧奨の具体例としてセカンドオピニオンというのがあるというのを指針上でも明記していくといような。

○今村構成員 その場合に、先ほどからあるように、相当セカンドオピニオンの中身というのを詰めて書いてくださいと、そういうお話だと、誤解を招かないように。

○山本座長 どうぞ。

○山口構成員 私は、7ページの例を見たときに、少し違和感があったりしました。と言いますのも、通常のセカンドオピニオン外来は、診察・検査は一切しませんので、意見を言うだけです。そのため私は、受診勧奨はオーケーだと思ったのですが、この7ページの亀田総合病院の例を見ていると「当院で実施できる治療等を紹介し」と書いてあるので、これは、普通のセカンドオピニオン外来ではしていない内容です。むしろ、治療を求めてくる人はセカンドオピニオン外来の除外規定になっていて、うちでは治療しないけれ

ども、紹介状と検査データを見て意見を言うだけですと、あるいはサマリーを出しますと
いうところどまっているのがセカンドオピニオン外来だと私は解釈していただき。当院
で治療を受けられますよと言ってしまうと、その域を超えるのではないかと、そこで混乱
するのではないかと思います。

○山本座長 当院と書かないで、一般的など書いてくれれば全然問題はないのですけれど
もね。

○南学構成員 全く山口構成員のおっしゃるとおりで、東大病院のセカンドオピニオン外
来は、セカンドオピニオンはいますが、そのかわり、うちでは治療行為はやりませんとい
うことをあらかじめ言っているの、ここに出されているものは、ちょっと今村先生もお
っしゃったように、微妙な感じがすごくします。

オンライン受診勧奨の定義改定案で、医学的判断に基づく疾患の治療方針を伝達するこ
とというのが含まれていて、セカンドオピニオンというのは、すごくこっちもあらかじめ
データを読み込んで考えて、こういった治療方針がいいと思いますということ言うので、
例えば、単に何とかがんで、こういった治療方針がありますと羅列するだけだったら、そ
れは受診勧奨でいいと思うのですけれども、恐らく普通のセカンドオピニオン外来は、あ
なたに一番合った治療方針は、今の病院が提示している治療方針でいいですとか、それも
ありますけれども、こういうものがありますと、かなり具体的に提示をするはずなので、
それが勧奨だと言われると、やはり、私は違和感があります。

○山本座長 ありがとうございます。

では、その点も含めて次回に資料を整理していただくようお願いいたします。

それでは、資料2以下のほうに移りましょうか。

それでは、議題2に関しまして「『その他オンライン診療に関連する事項』の見直し案
について」ということで、資料2から4の説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料2から4まで御説明をさせていただきたい
と思います。

まず、資料2になりますけれども「(2) オンライン診療時の追加症状等への対応」と
いうことで、2ページ目になりますけれども、前回の検討会におきまして、黒木構成員よ
りオンライン診療を行っている際に、感冒等の症状があった場合に対応できるべきではな
いかということ御提案をいただいております。

こちら上の四角の点線の括弧にございますとおり、今回、事務局としましては、診療計
画時に予測され得る症状であるにもかかわらず、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う
場合は、直接の対面診療に基づきなされることという規定により、オンライン診療では、
そうした症状に対して処方が行えない事例が発生しているため、下記のとおり改訂しては
どうかということ、下にございます赤字のところを提案させていただいております。

「ただし」からになります「ただし、(在宅診療等、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」ということで記載をさせていただいております。

予測されていた症状の変化等に関しましては、御議論があるかと思えますけれども、細部にわたってはQ&Aなどで解説を盛り込むことを検討しております。

続きまして、資料3に移りますけれども「(3) 同一医師による診療原則の例外の検討等」でございます。

2 ページ目に移りますけれども、基本的にオンライン診療においては、対面診療を行った医師がオンライン診療を実施することとしておりますが、通常対面診療においても毎回異なる医師が担当することが既に一般的であることもあり、主に健康な人を対象としたリスクの低い診療に関しては、例外として異なる医師がオンライン診療を実施することを可能とはどうかということで御議論をいただきたいと思えます。

事務局としましては、改訂案でございますとおり、まず「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」ということで、主に健康な人を対象にした診療として提案させていただきます。

また、もともと記載のごございました「ただし」以降「※」までございますが「ただし、在宅診療において在宅療養支援診療所が連携して地域で対応する仕組みが構築されている場合や複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合(※)などにおいて」ということで、ここが少し解釈に幅がございまして、事務局としては、在宅診療において、この2つの場合を想定しておりましたが、中には、この文章を在宅診療から1つ目の場合、そして、複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合というのを分けて解釈される方がいらっしゃったことから、今回、ここも文言上不明確であったため、議論の上、明確化していきたいと思っております。

続きまして、3 ページ目になりますけれども、診療計画になります。

既にオンライン診療を行う際には、診療内容、頻度、使用する情報通信機器などについてオンライン診療計画を定めることとしておりましたけれども、これまで、前回の検討会でも御議論いただきましたとおり、不適切なオンライン診療の事例もございまして観点から、対面診療と同様に監査の対象とし、診療計画についても診療録と照合できるよう、原則2年間の保存義務を義務づけてはどうかということで改訂案のとおり、2年間保存することということで提案させていただいております。

詳細につきましては、これもQ&Aなどで記載する予定でございます。

続きまして、4 ページになります。

既に御議論いただいておりますとおり、前回の検討会におきましても、なりすまし医師の実例報告があったことを御紹介しておりますけれども、これまで初診で対面診療を行っていても、本人であるかどうか判断が困難であることもあるのではないかという御意見も

いただきまして、今回、改めまして、原則、医師と患者双方がお互いに本人を確認することとしてはどうかということで提案させていただいております。

これまでの指針におきましては、改訂案にごさいますとおり、この線で引いてある部分の「ただし」以降で「医師である旨の証明をする必要はない」と最後をしておりますけれども、やや医師が、本人確認をする必要がないような文面になっておりましたので、今回、iiにごさいますとおり、緊急時などに医師、患者が身分確認書類を保持していないなどのやむを得ない事情がある場合を除き、原則として医師と患者双方が身分確認書類を用いて、お互い本人であることの確認を行うことということにさせていただいております。

ただし、社会通念上、当然、医師、患者本人であることが認識できる状況にあった場合には、診療の都度本人確認を行う必要はないということにさせていただいております。

続きまして5ページになります。

こちらは、前回、落合構成員より御提案いただきましたチャット機能の活用に関してでございます。

括弧にごさいますとおり、オンライン診療は、もともとリアルタイムの視覚及び聴覚の情報を含む情報通信手段を採用することとしておりましたけれども、チャットなどもオンライン診療の合間においては有効であることとの意見がございました。

情報の少なさから対面診療の代替になり得ないことが多いため、チャットの活用については、こちら赤字の追加事項案になりますけれども、適切な事例として紹介するのはどうかということで提案させていただいております。

オンライン診療の間などに、文字等により患者の病状の変化に直接かかわらないことについてコミュニケーションを行うに当たっては、チャット機能が活用され得る。この際、オンライン診療と区別するため、あらかじめチャット機能を活用して伝達し合う事項・範囲を決めておくべきであるということに提案させていただいております。

それでは、資料4に移らせていただきます。

「4. 『その他オンライン診療に関連する事項』 オンライン診療を実施する医師の研修必修化」ということで、早速、2ページに移らせていただきますけれども、これまでも議論をさせていただきましたとおり、オンライン診療について、現行の医学教育の中で教育されておらず、通信技術などについて一般的に十分な知識を持ち得ていないことも多いと考えられるため、オンライン診療を実施するに当たっては、研修を受けることを義務づけてはどうかと。ただし、研修実施体制を整備するまでの間、経過措置を設けるのはどうかということで赤字のとおり、研修を必修化することを提案しております。

赤字になりますけれども「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」。

※にごさいますとおり、2019年10月以降、オンライン診療を実施する際は、研修修了証を当該医療機関のウェブサイト等に掲載しなければならない。なお、既にオンライン診療

を実施している医師は、2020年3月までに研修を受講するものとするということで提案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。

それでは、ただいまの御説明に関しまして、御意見をよろしくお願いします。

どうぞ、南学さん。

○南学構成員 2点ありまして、資料3の2ページ目で「主に健康な人を対象とした診療」という言葉が使われていて、健康な人を対象だと、恐らくそれは健康診断とか、そういう話で、保険診療にはならないので、これは、趣旨としては、全身状態の良好な疾患の人、それこそ生活習慣病であるとか、そういったものを対象にしているのではないかと考えたのですが、ここで健康な人と言っていいのかどうかというのが1点目の問題提起です。

2点目は、こういった全身状態良好な慢性疾患の人が、ここでメインの話になっていまずけれども、今後、恐らく高齢化に伴ってふえてくるであろう、高齢者の方々が、自宅で看取りみたいなことを希望した場合に、それは、今後は、やはり往診みたいな形で必ずその医師が対面診療をしなければいけないのか、それとも、そういった長期間にわたる場合に、その間に、そういった人もオンライン診療を許すのか、それは、恐らく全身状態が良好な人だけしていないので、そういった範疇を、今後、これを含むということを想定しているのか、それともそれはもう除外するのか、その2点についてちょっと御意見を伺えればと思います。

○山本座長 事務局のほうから、お願いできますか。

○加藤医事課企画調整専門官 事務局が、この案を作成した際は、慢性疾患で状態が安定している方を想定しているわけではございませんで、基本的には、健診等に該当するような診療行為はもちろん、どちらかというところ、自由診療に、要するに健康保険の範疇ではないものが多いのかもしれませんが、そういったものが該当するのではないかと考えておりました。

2つ目のターミナルの方に関しましては、この上にございますとおり、在宅診療において在宅療養支援診療所が連携して地域で対応する仕組みが構築されている場合や、複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合などにおいてということで、こちらは南学構成員が御指摘いただいたようなケースに関しては、ここで十分読み得るものと想定しております。

○山本座長 よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○今村構成員 多様な論点があるので、全部言うのはなかなか大変かなと思って、賛成のことだけ、ぜひやってほしいということだけ、まず、お話をすると、資料4の研修は、やはりとても大事なことで、今、厚生労働省が研修事業を始められていますけれども、やは

り、全く新しい、本当に、今、黒木先生みたいにずっと取り組まれている人ばかりではないので、ぜひ、ここは新しい取り組みとして、こういうことをやっていかれる方は、研修をある程度きちんと受けていただくという枠組みが大事なかなと思いますので、これは賛成です。

それから、やはり、本人確認というのは、普通はかかりつけ医で長いことかかっていたら、それは、お医者さんに決まっているでしょうみたいな話なのですけれども、どういうことが起こるか、これはわからないので、やはり、医師あるいは患者さんが本人確認できる仕組みというのは、ぜひ、この中にしっかりと記載をしていただければと思います。

この2点をお願いします。

それで、先ほど、南学先生からも御指摘のあったことですが、資料3の中で、複数の医師ということで、これは、社会保険診療は想定されていないと、今、御説明だったような気がするのですが、それでよろしいのですか。

○加藤医事課企画調整専門官 1つ目の質問のほうで「主な健康な人を対象にした診療であり」の部分に関しましては、主に健診などに類するものを想定しておりました。

それで、複数のほうに関しましては、基本、事務局として、在宅診療等を想定しておりましたので、主には保険診療で賄われる範疇と想定しています。

○今村構成員 ありがとうございます。

これは、島田先生が在宅の場合には、ある程度、今はみんなチームでというお話で入っているということです。

それは、在宅では、そういうことはあり得ると思いますが、複数の診療科の医師というのは、対象疾病が、診療科が分かれているということを想定しているのか、ちょっとイメージがわからないので、もともと保険診療で認められている疾病というのはありますね。それを複数持っていて、複数の診療科の医師が同一の医療機関の中でかかわっているケースということですか。

○加藤医事課企画調整専門官 こちら同一医療機関なのか、複数の医療機関で連携しているのかということに関しても、こちら記載が全くございませんので、さまざまなケースが、今、この状況においては想定されると思いますので、まさしく、この場で御議論をいただければと思っております。

○今村構成員 もともと対象疾病になっていけば、別々の医療機関がオンライン診療をそれぞれ行うことは、何ら今のところ制限されていないのではないですか。そもそも診療として認められているものであれば、逆に言うと、1つの医療機関の中で、複数の診療科の医師がかかわるということが問題になるのではないですか。

○加藤医事課企画調整専門官 こちら例外規定は、もともとオンライン診療を行うに当たっては、初めに対面診療を経ていることの例外事項でございますので、複数医療機関に、ここの1つの解釈としましては、在宅診療において、同一医療機関であろうと、複数の医療機関であろうと、複数の診療科が直接の対面診療を経ずにオンライン診療を行うことが、

ここでは可能だというような形で読むことができます。

○佐々木医事課長 もう少し状況を御説明申し上げます。

現在、我々は、この部分に関しましては、指針上の記載、それから、事務局の理解ということと、現場での解釈というのに乖離がございます。

この指針の作成に当たっては、この検討会の前身の検討会で、メンバーも重複しておりますので、正直申し上げて、事務局のほうで在宅以外で複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合で、例外に適用する例というのは、お恥ずかしいながら思いつかないものですから、過去の議論の経緯を、もし、御記憶の先生方がおられれば、こういう場合があったということがあれば、この形で残していいのですが、そうでないのであれば、在宅診療ということが当然前提の上で、地域で連携するか、複数の診療科が連携するということの解釈を明確にしたいので、何か過去の議論や経緯の中で、例えば、非常にレアケースでも構いませんが、こういうことが想定される、今回、結論が出なくていいと思うのですけれども、今回の見直しの議論の中で、どういう解釈だったかということをお我々も再現したいので、何か御記憶があればと、そういうことでございます。

○今村構成員 わかりました。ありがとうございます。

私も恥ずかしながら、前回の議論に参加していながら、この部分で質問しているというのはどういうことなのだという話なのですけれども、ちょっと想定しづらいなど、私が強烈に印象に残っているのは、当初は、1人の医師がと、皆さん非常にそこに思いがあったのだけれども、いやいや、在宅の現場ではそうではないのですよという島田先生の強い思いというか、在宅医療の現場のことがあったので、この文言が入ったと思っておりますので、後段については、本当に全くどういう議論がされたか、記憶に余りなかったということです。済みません。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 では、私から御説明させていただきます。

まず、在宅療養支援診療所という制度は、診療報酬上、13年前に位置づけられて、これは1つの医療機関で医師が3人そろって輪番制をやるでもいいし、ばらばらのお一人ずつの開業医、3つの医療機関が組んで365日をシフトでやる、どちらも在宅医療365日提供するためにやりましょうということになりましたので、その意味では、同一の医療機関の複数医師というものもありますし、複数医療機関の複数医師ということもあります。1つの診療所が息子さんと2人でやっているところとかも含めて3つでやっている場合もありますのでということになります。

もう一つ出てきました、複数の診療科の医師チーム、これもちょうど昨年オンライン診療のガイドラインをやっていたときに、中医協のほうでは、在宅医療で、今までは一医療機関しか患者さんの定期的な往診、訪問診療に入れなかったものを、やはり、耳鼻科の先生の協力が要るとか、眼科の先生の協力が要るということで、結局は、6カ月間に限定して、ほかの医療機関の他科の先生が入れる、そうすると、在宅医療のチームになるわけで

す。そういうことになりますから、そういう形が複数の診療科の、さらに言うと、別医療機関の先生方のチームということになってくるということになります。

○今村構成員 よくわかりました。

そうなる、やはり、結局、どちらも在宅医療というところがかかわっているということ、これを明確に書いていただくことが混乱を招かないかなと思いました。ありがとうございます。

それと、済みません、長くなって恐縮ですけれども、チャットの話は、もともとチャットで完結してはいけないとQ&Aで出て、指針で出ているからQ&Aで出ているのだと思うのですけれども、このチャット機能を使う場合というのは、対面のオンライン診療とは別の機会にチャットだけで完結する形でも有用だと、これを位置づけたいということでしょうか。

○山科医事課長補佐 おっしゃるとおりです。「この際、オンライン診療と区別するため」と注書きをさせていただいてまして、オンライン診療とは別のものとしてやっていただく。ですので、オンライン診療とは別のタイミング、機会を活用し得ると、そういう内容でございます。

○今村構成員 そうすると、これは保険診療かどうかという話は難しいと思うのですけれども、もともと保険診療でオンライン診療を実施されていると、対面があって、オンライン、オンライン、また対面があつてみたいなことをやっている中で、チャットだけで何かをしたとき、それは、自由診療ということで処理することになるということですか。それとも、そういうサービスと言ったらおかしいのですけれども、患者さんと医師の間の信頼関係で、今だって電話がかかってきて、私らも患者さんからいろいろ心配だからといって、いやいや、それはこうしたらいいよみたいな話で、それは全く何の診療報酬もしていないような行為なので、それと同じように活用したらいいのではないかと、そういうことであればわかります。

○佐々木医事課長 医事課長です。

報酬上、どう整理するかということまで、ここで申し述べるのは、ちょっと僭越でございますので言いませんけれども、特段、いわゆるオンライン診療でも、相談でもということ、評価をするということ、どういう位置づけで使ったらいいかということがはっきりしていないので、自由にそこは別にやってくださいということを明確にしたほうがいいのではないかと。

要するに、報酬で評価するかどうかは、また、中医協で議論される話ですけれども、我々はオンライン診療のガイドラインというか、指針の中で、当然、治療とか、そういう方針に関する、こういうのはだめですというのは明示しようと思っておりますけれども、別に会話というか、何かするということは妨げるものでもないということは、何かある一定の範囲を明確にしてあげたほうが、現場で実際にいろいろ使われているようですので、ある程度、こういうやり方だったら問題ないということは明示したほうがいいのではないかと、

そういうニュアンスでございます。

○今村構成員 いや、ですから、保険診療の話は、ここではできないのは当然ですけども、今回、ガイドラインは自由診療部分も含めているので、ある保険診療で認められている対象疾病について、チャットで自由にやりとりをしてくださいとオフィシャルに指針の中に位置づけた場合に、それは、医療機関としたら、いやいや、サービスを提供しているのだから、自由診療で、それはやりますということは可能なのでしょうかということなのです。

○加藤医事課企画調整専門官 こちらに「病状の変化に直接かかわらないことについて」とございますし「診療と区別するため」とございますので、あくまで、こちらは診療ではない。いわゆる遠隔医療相談などのサービスになりますので、そういったつもりで記載しております。

○山本座長 どうぞ。

○高林構成員 先ほどの島田先生の意見に関連しまして、私も在宅をやっている病院の人間でありまして、かつ、強化型という形で近隣の8施設の在宅診療所と連携して、何かあれば、うちに送ってくるという関係になっているので、先ほどの関係は大変ありがたいのです。どこかの先生が診ていて、ぐあいが悪いのでちょっとお願いしますと、病院に来たときに、我々がオンラインで入れるということが、もし許されるのであれば、大変便利な仕掛けになるかなと思います。

それは、ある意味で、もっと展開すると、救急病院でも、それが見られればいいのかという話は当然出てくるかなと思うのですけれども、そうなると、そういう緊急時に、そんなことでいいのかという話が出てきたり、いろいろまた難しそうなので、今はここまででいいのかと思ってお話をお聞きしました。

もう一つ、資料2の裏側のところですが。

ただし、予測されていた症状の変化に医薬品を処方するためには、診療計画にあらかじめ書いておかなければいかぬと、そうすると、実際にこれを想定されるものというのは、我々は定期的に回っていくわけで、それ以外の時点で電話がかかってくるのがあるわけですね。そのかわりにオンライン診療が使えると大変便利なことになると思うのです。患者さんにとっても便利だし、我々にとっても便利だと。

ただ、それは、想定外でしょうという話になってしまうと、大体そうやってかかってくるわけですね、熱が出たとか、おなかが痛いとか、どうしようかと、それをオンラインでやりたいわけですね。それはもうだめだという話になってしまうと、ちょっと違うかなと、だめにならないためには、診療計画に全部書けと、熱が出た場合とか、全部羅列しなければいけないことになるので、ここら辺のところをどういうふうに理解したらいいのかと、これが、実は一番求められているところであるのにもかかわらず、それが運用できないのではないかと懸念があるのですが、そこはいかがでしょうか。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 今の高林先生の御質問と、あと、チャットに関して少し。

チャットというもののイメージは、通常のオンライン診療は、ビデオ画面があつて患者さんと対面する。こちらから問いかけて患者さんが答える。患者さんから得られる情報は、こちらからの問いかけでより豊かな情報が得られるということです。

チャットは、勝手にどうしたとか書くわけですね。ですから、その文字で自分の症状や訴えを正確に表現できる人というのは限られています。チャットで得られる情報は当然限られる。

ただ、チャットの利点というのは、お互いに医師も患者側も時間の制約が少ないですね。医師も時間があいているときに答えればいい。こういうメリットというか、特徴はあると思います。

チャットも装備しているシステムがあるので、こういう議論になっていると思うのですが、私は、このチャットだけで診療はできないと思います。ただ、ある程度補助的な役割にはなるかもしれませんが、ただ、診療とは違うというあれですね。そういうところではないかと思います。

もう一つ、高林先生のお話で、実際に、例えば、病院の救急で電話がかかって、今、けいれんしているのです、今、吐いていますと、ビデオで見られたほうが、それは判断が正確だと思うのです。

さっきの例なども、メイヨーの例などは、そういうことをやっているということなのですけれども、それを将来的にできるようになれば、地域医療はかなり有効になると思いますが、幾つかまだハードルはあると思いますが、将来は、そういうところを目標にしていただけだと思います。

ちょっと答えになっているかどうかわかりませんが、以上です。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 このチャットのところなのですが、前回のガイドラインの指針の16ページのところに、実は前回議論をしていて、16ページの「マル2 最低限遵守する事項」のiiのところの4行目「補助的な手段として、画像や文字等による情報のやりとりを活用することは妨げない」。それで、今、先生がおっしゃったように「ただし、オンライン診療は、文字、写真及び録画動画のみのやりとりで完結してはならない」となっているので、まさに黒木先生おっしゃったとおりの形で、前回指針をつくっているかと思います。

それから、私から2つよろしいでしょうか。

研修は非常に大事だと思っております、私からは、できれば、ガイドラインも変わっていくので、例えば、3年に1回とか5年に1回とか、そういうふうに定期的に更新の研修を受けることを義務にするのがいいのではないかと考えております。

もう一つ、医師の身分証を提示する義務を強化するということにあわせて、これも前回ガイドラインで、医師のニセ医者予防とあわせて、17ページの「マル2 最低限遵守する事項」というところに、これは、医師であることだけでなく、医療機関に所属している

医師であるというふうにくくったのですね。

実は、基礎研究しかしてなくて、アルバイトがたらオンライン診療だけ自宅でばっと登録したお医者さんを集めて使っているなどということが起きるといけないでしょうという議論をさせていただいたのです。

ですから、この機会に医師の身分証とあわせて、その医療機関に所属していること、どこの医療機関というものもあわせて入れていただいたほうがいいのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 では、どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

チャットのところなのですけれども、黒木先生のおっしゃられたところに、基本的に近いのかなと思っています。まず、チャットを診察と診察の間で情報を伝達するために使うというのが1つかと思います。これは、あくまで1回の診察をしたというよりかは、先ほどお話があった、患者さんから電話がかかってきたり、手紙が来たりするといった事象が、今の時代だと手紙ではなくてチャットのような電子的な形でということだと思います。例えば、体重ほかの数値をはかったものを送ってもらうということもあると思います。ただし、チャットをしたことだけで1回診察したということにはあくまでしないということだと理解しております。

他方で、もう一つあり得るのかなと思うのは、例えば、診察をしている途中で、チャットみたいなもので、何かを書き残しておくという使い方は、当然テレビ電話で会っていることは前提としつつ、実施できるかと思います。今回改めて書き加えることでもないと思うのですが、そういう方法があるのかなと思っています。

オンライン診療を行う全ての医師が直接の対面を経てという点について、前回の議論を少し思い出してみますと、例えば、病院の中で、通常の対面診察の場合でも、時々学会とか研修とか様々な理由で外されたりとかもあり、そもそも医師の入れかわりも時々場合によって起こるということや、もしくは曜日の設定などで交代が起こるというお話もあったように思っております。

そういった場合に、計画において何人かが交代で診るようなこともあり得るというもの、お話としては想定されていたと思っています。

ただ、これは、複数病院間での連携という話ではなかったと思っています。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 資料の2なのですけれども、これは、先ほど高林先生から御指摘があった、今後の日本の医療が大分変わるかもしれないというお話があったのですけれども、ここで書かれているというのは、処方がある、処方ができるということがメインのお話なのだという理解をしていますので、先ほど、事例として挙げた黒木先生からあった、けいれんだとか、あるいは熱発したとか、腹痛があるのだというような、いわゆるその症状だけで、例えば、オンライン診療で薬を決められるケースは極めて少なく、そういっ

たものについては、やはり、直接的な診療というのが求められるのかなと思っています。

ここで書かれているのは、当然、今、オンライン診療を診ている疾病から付随する、こういうことは起こるかもねという、ある程度予測されている症状はいろいろあると思うのです。それを患者さんにきちんと説明をしておいて、計画の中で、今、診ている病気の中で、こういう症状がもし起こったときには、とりあえず、投薬できますぐらいの形でないと、全く別の疾病というのは、何が隠れているか本当にわからないので、やはり、そこはきちんとルールを決めていただくと。

つまり、今、診ている疾病から付随するような随伴もしくは起こり得る症状に対するもののほうが、まずはいいのではないかなと思っています。

全体のオンライン診療の普及状況を見ながら、それをどういうふうに広げていくのかという議論はあるのかと思いますけれども、現時点では、やはり、そこぐらいにしておかないと、なかなか難しいのかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

山口さん、どうぞ。

○山口構成員 3点ほどございまして、資料3の、まず、3ページのところですけれども、オンライン診療に関するして、2年間保存することとあって、2年間の起算点については、オンライン診療の完結の日としてはどうかとご提案されています。これをきちんと書いていただくことは非常に大事だと思っています。例えば、カルテの保存期間5年間というもの、医療者とか医療機関によっては、診察した日から5年なのだとおっしゃったり、あるいは終了と、私は終了日が起点だと解釈していますが、そういったことがちょっと曖昧になっている部分があるので、これを明記していただくということはぜひお願いをしたいと思っています。

そして、先ほどから話題になっている5ページのチャットですけれども、これは、最初にガイドラインをつくったときに、チャットだけで完結してはだめだということになったのですが、最近気になったのが、聴覚障害をお持ちの方で、もし、オンライン診療を受けるとしたら、やはり、耳からの情報がないとしたら、チャットのやりとりというのが、結構有効になってくるのではないかと思うのですけれども、例外的に、そういった場合の扱いはどうなるのかということが少し気になったので、そのことをお聞きしたいというのが2点目です。

3つ目が、資料4の研修の受講ということですが、ウェブサイト等に掲載しなければならないということなのですが、できれば、もっと見える化で、このマークがついていないと研修していないと、患者から見てわかるようにしていただきたいと思います。この検討会の中で、ここに出てきている方たちは、性善説きちんとやっている方たちばかりなので、いつも話題になるのは、そうではない、抜け道を探そうとしている方たちが、もしかしたら研修を受けずに自費でというようなことをされると思うので、やはり、研修を受けたということが、患者から見て、こういうマークがついていないと、ちょっと

信用してはいけませんよということがわかるような見える化みたいなことも御検討をいただけたらありがたいなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 今回の山口構成員からの御質問で、1つ聴覚障害の診断に関してですが、私も自分の外来で聴覚障害の患者さんを診療することがあります。

それは、手話通訳の方が同行する場合がありますし、御自身が手話と、それから、こちらはメモで。

あと、やはり、対面で表情を見ながらやりますから、そこで大分補われますね。ですから、それを文字だけではかなり難しいのではないかと思います。

○山口構成員 全面的にチャットでと言ったわけではなくて、例えば、ちょっと表情を見せてくださいとかというのをやりとりしながら、かなり中に有効な手段として盛り込むことも考えられるのではないかなと思ったのですけれども。

○山本座長 どうぞ。

○高倉構成員 多分、今のガイドラインでは、原則として画像と聴覚でと書かれているので、実は、オンラインで診断を受けているときにしゃべれないとか、聞こえない方がキーボードをたたくなり、何なりをして会話をする事自体は、私はやっていいと思うのです。多分、そこが抜けているというお話ではないのですか。

○山口構成員 そうです。

○山本座長 やってはいけないと書いてあるわけではないですね。それは、完結してはいけないだけの話で、私は、これをわざわざ書くかというのが結構抵抗があって。

○佐々木医事課長 実は、事務局としては指針を変えてはどうかという提案もしておりますが、指針そのものを変えるという場合もありますし、例えば、同時にQ&A集というのを整備しまして、ここで実際にしていただいた議論は、わざわざ指針に書くまでもないけれども、こういう趣旨ですよというのを積み上げていって、全体として見ていただければわかるようにと考えておりますので、指針を変えるという提案と、いや、ここは指針を変えるまでもないということであれば、それはそれで、そういう対応もしたいと思いますので、あくまでも、そういういろいろな視点で御議論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。

いわゆる汎用サービスのチャットというのは危ないですね。URLを埋め込んだりして、実際に被害も出ていますので、いわゆるオンライン診療の専用システムであれば、そういうところに手当をされているので大丈夫なのですけれども、ガイドラインの汎用システムも決して使ってはいけないとは書いていないので、そういう意味では、わざわざこれを書いてしまうと、奨励してしまうことになりかねないという危惧はありますね。

島田先生、どうぞ。

○島田構成員 先ほどの落合構成員の御質問のオンラインの代診医ですね、それも前回決めてあったと思います。12ページ目のところのVの中ほどになりますが「また、オンライ

ン診療を行う予定であった医師の病欠、勤務の変更などにより、診療計画において予定されていない代診医がオンライン診療を行わなければならない場合は、患者の同意を得た上で診療録記載を含む十分な引継ぎを行っていけば、実施することとして差し支えない」と、ここに盛り込まれていると思います。

○山本座長 確かに、それを議論しましたね。

どうぞ。

○落合構成員 おっしゃるとおりです。

○山本座長 ほかにいかがでしょうか。

この研修は、多分すごく大事だと思うのですけれども、この分野は、本当に進歩が早いので、オンライン診療システム自体も、多分、どんどん進化していくでしょうし、ですから、3年に一度受けろというのは、かなり厳しいとは思うのですけれども、あるいは定期的な情報提供を受講者に対してしていくとか、そういった工夫が、やはり要るのではないかなという気はしますけれども。

高林先生、どうぞ。

○高林構成員 それこそ、オンラインならぬe-learningでもいいのではないかと思うのですね、これがごく一般的なものになったら、多くの保険医が、みんなこれを持っていないといけないようなものになってきて、運転免許と同じですから、それを3年ごとにみんな集めて講習なんて、とてもできない話なので。

○山本座長 1回講習を受けたら、あとはオンラインでやれるとかね。

○高林構成員 事務局は、どんなことをお考えですか。

○加藤医事課企画調整専門官 たしか、この研修の形態に関しましては、いろいろと御意見をいただいているところではございますので、その方針だとか、e-learningも含めて、今後議論をしていきたいと思っております。

○山本座長 ほかは、いかがでしょうか。

落合さん、どうぞ。

○落合構成員 済みません、事務局に御質問なのですけれども、一応、診療計画というところで保存の話があると思うのですけれども、あれは、電子カルテなどと同様に、電子的に保存するというのも、あり得るということで考えてよろしかったでしょうか。

○山科医事課長補佐 電子的で結構でございます。

○山本座長 ほかは、いかがでしょうか。

どうぞ。

○加藤医事課企画調整専門官 事務局からですけれども、資料2の2ページをごらんください。

この予測されていた症状の変化に医薬品を処方することということで、今、御議論をいただきましたけれども、その前段に「ただし」の後に「（在宅診療等、速やかな受診が困難である患者に対して、）」ということで、この括弧の部分に関しましては、御議論があ

ることかと予測しましたので、あえて事務局側としても括弧とさせていただいておりますので、この点に関しましても、御意見がございましたら、よろしく申し上げます。

○山本座長 いかがでしょうか。

今村先生、どうぞ。

○今村構成員 意見ではなくて、逆に島田先生に伺いたいのですけれども、外来に来られる方と訪問診療は、少し方向性が違っていて、訪問診療は、もちろん地理的な問題もあるので、何か患者さんの症状が変わったときに、では、ちょっと診に行くよというふうにされているのかなと、ちょっと思うのですけれども、やはり、あらかじめ予想されていたら薬だけ送るということが、在宅診療上は非常に重要だというような感じなので、すかね。現場の状況によってちょっと。

○島田構成員 在宅医療の場合は、単一疾患で寝たきりになっている人もいますし、複数疾患を持っている人、それから難病などのように新たな進行フェーズに入って変わる人、いろいろあるのを、今までですと、電話再診で基本的には相談に乗りながら、医療的なアドバイスだけではなくて、介護上の、例えば、家族がたんを引いていれば、その手技だったり、器具のチェックをしてもらったりというようなこともいろいろある。

その中で、例えば、胃ろうの患者でしたら、周りに少しびらんが出てきてしまっていて、それに医者が行って往診料を取るまでもなく、この軟膏を塗ってもらえれば大丈夫だというものを処方するときに、もちろん、今までに同様の軟膏を同じ症状で出したことがなければ出せないですけれども、今までにも何度か同じようなことがあって、過去にもその軟膏を出していれば、電話再診の中で、例えば出したりということをしているのです。ですから、そういうような外用薬関係ということも結構あります。

○今村構成員 ですから、日常の在宅診療の中で、患者さんにとっても医療者にとっても非常に有用な手段だということであれば、あらかじめ、今の先生のお話のように、もう想定されている、今まででもそういうことがあったとか、あるいは、この患者さんだと、そういうことも起こり得るねということであれば、ちゃんと計画の中にあらかじめ位置づけておくということがどの程度の負担になるかというのをちょっとお聞きしたのですけれども、何かできない話ではないのかなと思うのですけれども。

○島田構成員 例えば、レセプト上で言いますと、ある病名で、どこまでいろんな薬を出しても通るかというのがあるわけですね。そういうのがあるのです。例えば、難病のほうで面倒を見てくれる薬とか、結局、処方というのは病名に基づいて許される範囲の処方、許されない処方になってくれば、別の病名を診断をもってつけなければいけないと、こういう関係にあるので、通常は診ている病気の管理をしているものは、基本的には医学計画の中には載ってきている、カルテも含めて載ってきているということになります。

あと、在宅医療の場合は、あわせて一般には介護保険から居宅療養管理指導費というのをもらっていて、介護的な療養上のアドバイスのことも全部つくるのです。だから、そちらのほうにも絡んでくるものがあります。例えば、便秘の関係であったりとか、そういう

ようなこと、あとは皮膚のケアとか、そういうようなところで、結構在宅医療の場合は、そういう意味では、全身、全体の管理をしているので、その中には大体は入ってくる。また、国が保険診療で在宅医療をやる場合に求めている計画書の中には、大体は入ってくるということになります。

○今村構成員 つまり計画をあらかじめちゃんとつくっておけば、もともと診ている病気に付随した症状として処方が可能だという整理でいかどうかということなのです。つまり、予測もしていなかった、例えば、高齢者だから、いつだって誤嚥して肺炎を起こす可能性はあるでしょうというようなざっくりとしたことで、では抗生剤を処方しますというわけには多分いなくて、それであれば、きちんと訪問診療をして、本当に抗生剤の必要性をちゃんと診察するということだと思うのです。だから、その辺が、これは投薬が絡んでいるので、ある程度日常診療の中で予測が可能な疾病に対しての処方ということでないといけないのかなと、ちょっと思ったものですから、伺いました。

○山本座長 どうぞ。

○高林構成員 これは、毎日起こっていることでありまして、今はどうしているかというところ、ほかから連絡が来るか、患者さんの家族から電話がかかってきて、ではどうしましょう、では、処方しましょうと、どうも風邪を引いたみたいだから風邪薬を出しましょうというのは、実際に行かないでやることも、しばしばあるわけですね。あるいはゲンタマイシンを塗りましょうとか、いろんなことがあります。

そのレベルではだめだという場合には、当然出かけていくわけですね。その間のところを、これが埋めてくれればいいし、それは、そういう意味で本当に理想的なのですが、そういう使い方でいくのであればいいのだけれども、そうではない使い方をされるのは困るねというのはよくわかるし、そこら辺を明確に事例としても挙げておくほうがいいのかなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○山科医事課長補佐 補足でございます。括弧書きを入れるかどうかにつきまして、こちら、在宅診療等に限定するべきなのか、あるいは一般の病院の外来でもこういう場合を認めるのか、その点についても御議論をいただければと思います。

○山本座長 アクセスが難しい患者というのは、やはり、大前提としてありますね。普通に受診できる人をわざわざオンラインでやる必要はないわけですから。

○今村構成員 もともと今、診療している場合に、基本的には、オンラインだけでやっている人はいないわけですね。間にちゃんと対面が入っているわけですから、来られないということが、どういう理由で来られないのかという、何か特別な理由があればあれですけども、そうではない限りは、全く新たな症状が起こったら対面していただくのが原則なのではないかなとは思いますがけれども。

○山本座長 ここも在宅診療等ですね、それ以外の事情もあるのだけれども、速やかに受診できない場合は、こういうこともあり得るかなという話で、多分、きょう結論は出せない

いと思いますけれども、一応、そういうふうには考えてはいます。

もう一つは、診療計画をつくるときっていつなのだと、書いてはいけないのかという問題も少し議論しておかないと、オンライン診療を続けながらどんどん書きかえていくと幾らでも書き足せるわけですね。これも少しぐあいが悪いでしょうし、そういう意味では、その辺も少し考慮する必要があるのだらうと思いますけれども。

きょうは、活発な御議論をありがとうございました。幾つか非常に充実した議論ができたと思います。

事務局におかれましては、きょうの議論を踏まえて、資料のリバイスをよろしく願いいたします。

それでは、本日の議題としては以上ですので、とりあえず、事務局のほうにお返しをいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 座長ありがとうございました。

本検討会の今後の進め方につきましては、座長とまた御相談して進めさせていただきたいと思っております。

次回の検討会の日程に関しましては、追って調整の上、御連絡を差し上げます。よろしく願いいたします。

○山本座長 では、本日は、これで終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。