

2020-12-21 第13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

○伴主査 定刻より、少し早いですけれども、構成員の先生方がおそろいでございますので、ただいまから第13回「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を開催いたします。

構成員の出欠について御連絡いたします。

諸事情により、金丸構成員、南学構成員より欠席の御連絡をいただいております。

その他の構成員におかれましては、オンラインで御出席をいただいております。

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飯村康夫企画官、総務省情報流通高度化推進室の飯島要介補佐にも御参加いただいております。

それでは、マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

続いて、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、ズームサービス内の「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、御連絡以外にチャット機能を用いることはお控えいただければと思います。

音声聞きづらい等ございましたら、音量等を調節いたします。

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。

事前にお送りしております資料でございますけれども、資料1、2、3、また、参考資料が1から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。

○山内座長 承知いたしました。

本日は、年末のお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

それでは、早速、議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は「1. 今後の検討のスケジュールについて」「2. 第12回検討会の議論のまとめ」「3. 今後の検討事項について」でございます。

それでは「資料1 今後の検討スケジュールについて」、事務局から説明をお願いいたします。

○伴主査 それでは、資料1について御説明いたします。

「今後の検討のスケジュールについて」というタイトルの資料でございます。

2 ページにまいります。

前回の検討会での御意見をまとめておりますけれども、受診歴の有無で切り分けて、初診のオンライン診療の在り方について、前回御議論いただきましたけれども、その議論の中で、今後のオンライン診療については、段階的に考えていくべきではないか、まずは、かかりつけ医を原則として、それが安定した段階でさらなる活用を検討すべきではないかというような御意見。

また、新型コロナウイルスの感染症に関して、第3波が来ているような状況で、恒久化を図る内容を決定することには疑問があるというような御意見。

また、早期に結論を出すべき論点と、そうではない論点を整理すべきではないかといった御意見をいただいたと思います。

こういった御意見を踏まえまして、下の「今後の検討の方針（案）」というところでございます。

これまで、令和2年以内に一定の方向性を示すことを念頭に検討を進めてきたところでございますが、新型コロナウイルス感染症が再度拡大しているというような状況であることから、引き続き、時限的措置に関して検証を行いつつ、時限的措置は当面継続することを念頭において、オンライン診療の恒久化に関する議論については、引き続き、専門的な観点も含めて丁寧に検討することが適当ではないかと考えております。

3 ページにまいります。こういった方針をもとに、事務局のほうでスケジュールの案を記載しております。

点線で上下段に分かれておりますけれども、上段が時限的措置でございまして、こちらのほうは、定期的な検証を続けながら、引き続き、終了の時期について検討していくということにしております。

また、下段のところ、オンライン診療の恒久化に向けた検討のスケジュールを示しております。

真ん中のところを工程表（本日）という赤い丸がございまして、本日こちらのスケジュールの案をお示しするというところでございます。

また、右には主な検討事項として挙げさせていただいているもの、これについては資料の3のほうで議論をさせていただきますけれども、こちらについても検討の方向性をお示しするというところでございます。

オンライン診療の恒久化に向けた検討は、来年1月以降も継続して、来年夏をめどに、恒久化に向けた取りまとめを行うということにしております。

また、主な検討事項の中では関係学会での検討をお願いする事項もございまして、こういったものに関しては、恒久化に向けた検討と並行して検討いただきまして、こちらの図では、7月、8月とありますけれども、こちらの検討会にお返しいただいて、引き続き検討を行う。

そして、来年の秋をめどに指針を改定するというようなスケジュールで考えております。

また、右下のところ、指針改定後も長期的な検討が必要な事項というのを記載しておりますけれども、これについては、受診歴のない患者さんについて、必要な健康情報についてですとか、事前のトリアージという議題、また出てきますけれども、こちらについての精度の向上、こういったことを引き続き議論してまいりたいと考えております。

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。

ただいまの説明に関しまして、何か御意見がございましたら、よろしく願いをいたします。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

資料の2ページのところで、これからも、検証を行いつつと書いてあるのですが、この検証を行っていただく中で、以前から意見を述べているように、実際に行われている初診は、4つのパターンに分けられていると思います。現在かかりつけ医として診ていて、新しい症状が出た患者さん、そして、過去に受診歴のある患者さん、そして面識のない患者、そして、認識はないけれども、情報がある患者。この4つのパターンの内訳件数が、実際行われているところが、今まで明らかになっていなかったと思うのですが、この検証を行っていく中で、それがきちんと分かるように調べていただいて、実態が見えるようにしていただくことは可能でしょうか。

○山本座長 事務局、いかがでしょうか。

○伴主査 事務局でございます。

11月の時点で、その内訳は、一部はお示しできていたと思います。9月から10月にかけて、受診歴の内訳について、医療機関にお願いする調査票の内容を追加して、そういった情報を集められるようにしたところでございます。確かに当時は、数が少ないというようなところがございましたので、今後、検証を行っていく中で、さらに詳細が明らかになっていくと思います。

○山口構成員 ということは、実際、その4パターンの中に、どれぐらい数の違いがあるかということ、今後の報告の中では見えるようにしてくださると理解してよろしいですか。

○伴主査 はい、おっしゃるとおりです。

○山本座長 ほか、いかがでしょうか。

佐藤構成員、どうぞ。

○佐藤構成員 御説明ありがとうございます。

流れとしては、この方向でよろしいかと思っております。

1点質問と、1点コメントなのですが、1点の質問は、ここで2つの言葉が出てくるところです。受診歴のない、あるいは受診歴のある患者さんという言葉と、かかりつけ医

という言葉、日本では、かかりつけ医というのは、きちんとした制度があるわけではないではないですか、つまり、ここでは、かかりつけ医というのは、受診歴のある患者さんを診ているという理解でよろしいのか。

前回、たしか、それで過去の受診歴が、過去1年なのか、過去3年なのか、その議論はあったと思いますけれども、とりあえず、ここで言う、かかりつけ医というのは、過去に受診歴のある患者さんを診ているお医者さんと、そういう医者という理解でよろしいのかということの確認です。

もう一つ、コメントは、今、コロナがまた再拡大しておりますので、できるだけ特例措置、いずれ見直す時期が来るとしても、できるだけ選択肢、患者さんの選択肢を減らすような方向での恒久化というのは避けたほうがいいかなと思います。

とりあえず、以上です。

○山本座長 事務局のほうから、前半の御質問に関して、いかがですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

ただいま御質問いただきました、かかりつけ医が、受診歴がある、なしで決まるのかというような御質問だったと思います。

前回、この点を御議論いただきまして、事務局の提案として、例として1年以内での受診歴があるということをお示ししたところ、様々な御意見をいただいたところでございまして、その点、本日の資料2でもおまとめして、お示ししているところでございます。

今後も、かかりつけ医、御発言のとおり、明確な定義があるわけではございませんので、それを何をもってかかりつけ医なのかというような議論は、引き続き、この検討会の中でも、議論をさせていただきたいと思っております。

ただ、ここで言うかかりつけ医が何なのかということに関しましては、あくまでオンライン診療を初診で行うに当たっての要件ということで御議論いただきたいと思います。

○佐藤構成員 ありがとうございます。承知しました。

○山本座長 それでは、津川構成員、どうぞ。

○津川構成員 ありがとうございます。

定期的な検証ということが重要になってくるかと思うのですが、実際、具体的にどういった項目を検証するのかというのを、初めの段階で決めておく必要があると思っております。

具体的には、受診して利便性が向上したということだけではなく、医療の質がどのように変化しているか、不適切な医療が増えていないか、適切なプライマリケアが提供されていれば防げるような救急外来受診や入院などのアンビュラトリー・ケア・センシティブ・コンディションと呼ばれる状況が減っているのかなどの、医療の質の部分の評価を定期的にしていく必要があると考えます。

これは、かかりつけ医の定義にも関連してくると思います。実際、どれぐらい前回の受

診から時間が空いているかと医療の質が相関しているようであれば、具体的な数値を設定することが可能になりますし、それを延ばしても変わらないということであれば、状況は変わってくると思います。よって何を評価していくかというのを、現段階で、ある程度決めておく必要があると思います。

以上になります。

○山本座長 どうですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

御指摘のとおりかと思えます。今、現状で得られている情報は限られておりますので、この定期的な検証、追加的に、今、研究班でも検証していただいている部分もございませけれども、そういったところも含めて、まず、何を見ればいいのかというようなことに関しましては、御指摘のとおり、事務局の中で、また再検討させていただいて御提示させていただきたいと思えます。

○山本座長 ほかは、いかがでしょうか。

黒木構成員、どうぞ。

○黒木構成員 ただいま、津川構成員からの御指摘にありましたように、定期的な検証の仕方ですね。ちょうど厚労科研で、私も参加して、これまでの時限特例的措置の検証というのを行っています。単年度なのですけれども、ぜひ、これを継続させていただきたいと。

この内容は、実際に、どんな症状でかかっているのか、その症状の内訳が、結局、医師の自由記載なので、分類の仕方もかなり恣意的になってしまうということがあります。

だから、疾患あるいは症状の分類の仕方から、ある程度整備し直す。

それから、今、私たちがやっていることは、インタビューとアンケート調査です。

医師と患者さんへのインタビュー、これで研究を行って、ある程度解析し、そこから、アンケート調査の項目を作っていくと、この2つをやっております。

今、アンケートは、時限的・特例的措置の通知にのっとったやり方をしているかどうかを中心にとっておりますが、それもある程度暫定的な結果が出ております。ぜひ、これを継続させていただければ、ある程度の評価は可能になると考えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ほか、御意見いかがでしょうか。あるいは御質問でも結構です。

よろしゅうございますか

それでは、後でまた戻って御質問、御意見を言っていただいても結構ですので、次の議題に移りたいと思えます。

事務局より資料2、第12回検討会の議論のまとめの説明をお願いします。

○伴主査 事務局でございます。

資料の御説明をさせていただきます。

2ページ目のところでございますけれども、これは、前回の検討会の資料を一部編集し

たものでございまして、前回の検討会では、青で囲んだ部分を御議論いただきました。

具体的には、安全性・信頼性の担保の基本としての医師患者関係として、過去の受診歴等をベースとして考えるべきではないかということ。

あと下の（２）の安全性信頼性を十分確保するためのさらなるルートというところがございますけれども、必要な対面診療の確保ということで、対面診療が必要になった場合に、その行う主体を御議論いただいたところがございます。

続いて、３ページのところにまいります。

こちらで、実際に医師、患者関係について御議論いただいたときの御意見をまとめております。

前回の検討会においては、受診歴のない患者さんに対するオンライン診療は、疾患の見逃がし等の危険が伴うというような御意見でございまして、初診からのオンライン診療は、直近の情報がある場合に限定すべきではないかというような御意見があった一方で、受診歴のない、患者さんについて、オンライン診療を行うことについて、今後の医療情報の共有に関する議論の進展を踏まえるべきではないかというような御意見ですとか、まずは、オンライン診療を提供するかかりつけの医師がどのように増えるのかというような観点で議論すべきではないか、というような御意見があったと思っております。

こういった検討を踏まえまして「今後の検討の方針（案）」というところですが、まず、過去に受診歴のある患者さんに対して、初診からのオンライン診療を実施できること。これは特段、これまでも異論がなかったことかと思えます。

ただし、過去の受診歴として認められる期間について、これは様々御意見をいただいたところかと思っておりますので、引き続き検討することとしてはどうかと思っております。

また、下の２ポツ目、３ポツ目のところですが、受診歴のない患者さんの取扱いについては、どのような情報があらかじめ把握されれば可能なかということについて、専門家の意見を聴取して検討してはどうか。

また、かかりつけの医師、医療情報の共有に関する、こういった議論の進展を踏まえながら、引き続き検討することとしてはどうかと考えております。

続いて、４ページ目の必要な対面診療の確保のところがございます。

こちらについて、前回の検討会でいただいた御意見でございますけれども、事務局資料のほうでは、対面診療が必要な場合に、原則、オンライン診療を実施した医師が対応することとしてはどうかと思っておりましたが、これについて、医師に限定せず、当該医療機関としたほうが適切ではないかというような御意見をいただきました。

こういった御意見を踏まえまして「今後の検討の方針（案）」の１ポツ目のところがございますけれども、必要な対面診療の確保については、医師に限定せずに、当該医師の所属する医療機関において実施することとしてはどうかと、改めさせていただいております。

また、下の参考のところ、前回の検討会の資料のうち、医師を医療機関に修正したものを載せてございます。

また、この点についても同様に、医療情報の議論ですとか、かかりつけ医の議論、こういったことを踏まえるべきではないかというような御意見がございましたので、これについても、それぞれの議論の進展を踏まえながら、引き続き検討とされ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。

ただいまの資料2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。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほどの資料1のときに、佐藤委員から、かかりつけ医ということがございまして、その定義云々という話もございましたけれども、この資料2を御覧いただくと、事務局の言葉の中にも、かかりつけの医師という言葉と、かかりつけ医というのが混在しています。

先ほど、佐藤先生からも御質問があったように、オンライン診療を行う医師としては、患者さんが自分でかかっている先生という趣旨で言うのであれば、かかりつけの医師という用語をある程度統一をしないと、少し混乱するのではないかと考えています。

この辺、厚生労働省の事務局として、どんな考えをお持ちになっているかを含めて、これは、私の意見としては統一したほうがいいのではないかと考えております。

事務局のお考えを教えていただければと思います。

○山本座長 事務局からコメントありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回、資料2の3ページ目のところに、例えば、12回での検討の意見ということで、3つ目に、かかりつけ医等が入っております、その2つ下に関しては、オンライン診療を提供するかかりつけの医師というような表現ぶりになっております。

こちら、先生方から御意見を踏まえて記載している点ではございますもので、今回かかりつけ医とさせていただきます、あくまでオンライン診療を初診から行うに当たっては、かかりつけの医師というようなワードを使わせていただきました。

ただし、今、先生から御指摘いただきましたように、これが、やはり混乱を招く可能性がございますので、これからは、基本的には、かかりつけの医師というような言葉を使用させていただきたいと考えております。

御指摘ありがとうございます。

○山本座長 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。

今回の資料2の2ページにある、検討していくという受診歴のない患者について、どういった患者であれば、初診のオンライン診療が可能かということで、専門家の意見を聞いた上で検討していくということ。

そして、次のページの3ページのところで、オンライン診療を実施した医師に限らず、当該医師の所属する医療機関において実施することとしてはどうかと。

この2つについては、賛成いたします。

その上で、1つ確認したいこととして、2ページ目の「今後の検討の方針（案）」の1つ目のポツにある、過去の受診歴として認められる期間については、引き続き検討することとしてはどうかとあるのですけれども、今後、この期間を決めるときに、何をもって判断材料とすると考えていらっしゃるのか、今はペンディングするということですが、例えば、どういう調査を経てとか、その判断基準というのを、もし、今の時点でお考えがあれば、聞かせていただきたいと思います。

質問は、1つだけです。

以上です。

○山本座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

前回も、この1年ということに関しましては、先生方から様々な御意見をいただいたところでございます。

前回資料を我々は1年とさせていただきましたのは、諸外国の例をもって1年というような形を示させていただきました。

ほかの観点からも御意見をいただいたところでございますし、こちらも併せて専門家の先生方からも御意見をいただいた後、最終的には、多様な観点で御議論をいただく必要があるところでございますので、基本的には、この検討会の場で再度御議論いただいで決めていきたいと考えております。

視点に関しましては、非常に多様な視点があるかと思っておりますので、幅広く御議論いただきたいと考えております。

○山口構成員 分かりました。

そうすると、いろいろな立場の方、専門家を含めて、こんな意見があったということをも明らかにしていただいて、もう一度私たちが議論するかと考えてよろしいのですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 はい、そのように考えております。

○山口構成員 はい、了解しました。

○山本座長 それでは、佐藤構成員、どうぞ。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

1点簡単な質問と2点コメントです。

1点目、まずコメントからですが、先ほど今村先生からお話があったとおり、かかりつけ医という言葉は、ちょっと注意して使ったほうがいいかなと思います。

制度としてのかかりつけ医と、ここで議論している、かかりつけの医者、お医者さんはちょっと違うと思うのです。やはり、こういう議論は外に出ていったときに、オンライン診療は、制度としてのかかりつけ医に限定されるというイメージを与えてはいけませんし、

現場から見ても、自分は、この人のかかりつけ医かどうかというのは、やはり判断に困ることになりかねないので、混乱の原因にもなりますので、この用語の使い方は、気をつけられたほうがいいかなと、私も思いましたということ。

それから、もちろん、今回のオンライン診療の効果あるいは安全性を検証していくことは大事だと思いますけれども、ただ、ここでの議論は、あくまでもオンライン診療をどう進めるかであって、やるか、やらないかとの議論をしているわけではないと、だから、技術的に、あるいはルールとして、どのようにすれば、オンライン診療が速やかに普及するかどうか、安全性と信頼性が担保されるか、その観点からの議論はあっていいかなと思います。

1点、すみません、私が知らないだけかもしれないのですが、質問なのですけれども、診断書は、過去の受診歴というときに、何年前までさかのぼって記録を持っているものなのですかね。レセプトデータであれば、永遠に持てるかもしれませんが、なぜ、これを聞くかという、企業などに、例えば、税金の繰戻金などをやるときは、過去に何年間というルールがありますね。というのは、法律上、そういう財務データを保管している一定期間というのがあって、それを過ぎたら破棄してもいいということがあるので、これは、特に病院はちゃんと持っているかもしれませんが、診療所とかは、過去何年分のデータを持っていると思ったらいいのかなと、これは、素朴な質問です。

以上です。ありがとうございました。

○山本座長 お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

診療録に関しましては、法律上5年間の保存義務がかかっておりますので、基本的には5年間保存されていると考えていただければと思います。

○山本座長 よろしいですか。

○佐藤構成員 ありがとうございました。

○山本座長 それでは、津川構成員、お願いします。

○津川構成員 ありがとうございます。

資料2の2ページ目および3ページ目に、安全性・信頼性という言葉が出てきますけれども、これをどのように定義して、どのように測定して、どのように評価するかというのを、あらかじめ決めておく必要があると思います。

それに関連して、3ページ目の1つ目のポイントの「重大な疾患の見逃しなどの危険が伴うと思われるので」という記載があります。そして、「予防接種や健診の情報がある場合には、対応が変わるのではないか」という記載もあります。これらはいずれも仮説ベースであり、エビデンスもないことだと思います。しかし、これらは実際に検証してエビデンスを提供できることです。

今、時限措置内でオンライン診療などが行われていますので、レセプトデータの解析や前向きなデータ収集をすることで、実際どれくらい重大な疾患の見逃しがあったのか、そ

の確率はこういった患者が多かったのか、どのような診療のインターバル（間隔）の場合に医療の質が変わっていたのかということも評価できると思います。予防接種や健診の情報が、もし取れれば、そういった情報がある場合には、重大な疾患の見逃しがなくなっている、もしくは差がなくなっているかどうか、エビデンスをもとに評価することができると思いますので、それをぜひ御検討いただければと思います。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。検討させていただきます。

それでは、島田専門委員、どうぞお願いします。

○島田専門委員 ありがとうございます。

過去の受診履歴のある医師、かかりつけ医と、今、呼んでいますけれども、それに加えて、受診履歴のある医療機関を加えていただくことに賛成しています。

在宅医療をしておりますと、通常の診療は往診医が診ていて、1年後に以前入院した病院に再度の検査に行ったりすると、病院は、ドクターが転勤で代わっているということがあります。

患者さんとしては、町の診療所と地域の病院と2つのかかりつけ先を持っているという意識が非常に高いということがありますので、そういう意味でも、医療機関というくくりがあることは大事だなと思っています。

それから、先ほどの、どのぐらいの受診履歴に関係しての、カルテの保管義務は、おっしゃるように5年間なのですが、あわせて帳票とか書類の保管期間はもっと短くて3年間ということになっています。余りそれで処分をしてしまう医療機関は多くはないですけれども、そういうことがあります。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 ありがとうございます。

かかりつけ医と、かかりつけの医師のところ、早速、私は混乱しているのですけれども、かかりつけの医師ということで議論をしていくということなのですが、10月末に日本医師会が「オンライン診療についての日本医師会の考え方」というのを出しております。そこにはかかりつけ医しか書かれていないですね。ここで議論するのは、かかりつけの医師ということは、厚生労働省は、医師会の考えとは関係なく、ここは議論を進めていると考えてもよいのかを教えてくださいたいと思います。

○山本座長 どうですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

非常に、かかりつけ医あるいはかかりつけの医師の議論というのは、多様な観点で議論が必要になるかと思いますが、今、日本医師会のほうで定義されている、かかりつけ医の定義自身に関しては、総論としてどうかというようなことで、ここで議論するのは、なか

なか難しいかと思えますけれども、あくまでこのオンライン診療における、かかりつけの医師というものが何なのかというような議論において、日本医師会での定義も参考にさせていただきながら、ふさわしい、このかかりつけの医師の定義がどうあるべきかということをお議論いただければなと思っておりますので、我々としては、同一ではないと考えております。

○権丈構成員 「オンライン診療についての日本医師会の考え方」では、かかりつけ医の判断、かかりつけの患者というようなことで、かかりつけ医を通して、オンライン診療をということが書かれているので、その辺りのところは、しっかりと調整していただければと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 2点、私から佐藤先生と、今の権丈先生の御質問に答えるような形のお話になろうかと思えますけれども、島田先生が、先ほど少しお答えになったのですけれども、診療所の、いわゆるカルテの保管ということについては、法律上は5年間、確かに義務になっている。

しかしながら、実際、継続して患者さんが来られている場合には、通常の診療所では、かなり長期間カルテの保存をしているというのが実態だと思います。

5年間にわたって受診歴がない患者さんについては、紙ベースのカルテについては、保存スペースの関係があるので、診療所等で、5年以前の前のカルテについては処分することもありますけれども、基本的には、5年以内に受診されているケースの場合には、ずっと継続してカルテが残っているというところが多いように思います。

これは、佐藤先生に対する御質問の答えです。

それから、権丈先生がおっしゃる、日本医師会側の記者会見もというのは、当時の特例措置の恒久化というお話が起こる中で、無制限な拡大を防ぐために開かれたものです。かかりつけ医という言葉が出たときに、すべての場面で定義の意味するところが同じではないということが、十分に御理解いただけないで、少し混乱した議論が起こっているように感じております。

したがって、あえて混乱を避けるという意味で、このオンライン診療に限っては定義を考えていってもよいのではないかということで、申し上げます。日本医師会の見解と大きく何かそごがあるということではないということで御理解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。

それでは、大石構成員、お願いします。

○大石構成員 ありがとうございます。

私、初めの15分ぐらいいなかったのですが、ちょっと繰り返しになってしまったら申し訳ないのですが、やはり、この議論を進める中で、できる限りファクトベースのデータを取った議論を進めるべきだと思います。

その中で、先ほど山口構成員がおっしゃったことが、そういうことなのかなと思って、同意しますということなのですから、受診の期間が1年なのかどうなのかということに関しても、実際、診療所もしくは病院の中で、どの程度の頻度で患者さんが来ているものなのかということは、これはデータで取れるはずなので、そういうデータを使って議論をすべきだと思っています。

現実問題、例えば1年で切ってしまったときに、今年は花粉症がはやり始めるのが少し遅かったとか、1年を超えることは結構あると思うのです。

慢性疾患で定期的にかかっている方は、1か月ごととか3か月とかでかかっていらしゃいますけれども、そうではない方々、特に若い人たちは、どの程度の頻度で病院に、むしろ診療所に来院しているのか。でも、その人たちにとっては、そこがかかりつけの医療機関であったり、もしかすると、かかりつけ医であると思っているかもしれないので、あそこら辺も、データを取って議論していただきたいと思います。

よろしくをお願いします。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、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。

私、2点ほどでして、1点は3ページのほうで、医師単位ではなくて医療機関単位で、対面診療を確保していくということは、良いことと思っております。

医療機関の中だと、情報連携が非常にしやすいというか、カルテも見られるであろうしということで、こういうことを踏まえてということかと思っています。

それを踏まると、その1つ前のページの前回の意見という中で、他のかかりつけ医等、かかりつけ医の定義はともかくとして、対面診療を受けた医師等ということだと思いますけれども、こういう方から診療録や情報提供を受けた場合については、初診からオンライン診療が認められるのではないかという意見も紹介されています。

ここの部分については、医療機関単位で認めるということであれば、そういった情報提供が、既に一度診察をしてという医師から情報提供がある場合には、認めていくという方向性にしていくのが、筋としては近いのかなと思います。

ただ、この場合でも、診療録で連携したということであれば、当然ながら問題ないのだろうと思いますけれども、情報提供をする場合に、どういう情報提供が必要なのかということをしっかり定めていくということによって、適切に情報連携ができているということを図っていくというのが重要なのかなと思いました。

2点目として、かかりつけ医の定義について議論していただいているのですけれども、もう一つ初診というものが、2ページのほうで定義を示していただいております、3ページの方でも初診という言葉が出てきて、これも一般的な社会関連のものと、診療報酬上の評価のものと、オンライン診療のときにどうなのかというのが幾つか考え方はあるところだと思いますので、基本的に2ページに整理していただいた形での初診というものを今

回は3ページ以降で議論しているということですのでいいのでしょうかと、これは事務局にお伺いできればと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局、いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

このオンライン診療検討会で出てくる初診に関しましては、何も断りがない場合に関しては、これまでも確認したとおり、オンライン診療上での初診、基本的には、診療報酬とは異なる、新たな症状に対して診療することということで使用しておりますので、よろしくをお願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

○山本座長 それでは、黒木構成員、お願いします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

ただいま、初診の定義あるいは診療の評価ということが話題になりましたが、臨床の医学においては、必ずしも評価とか定義は数値化できるものだけではないと思います。

例えば、かかりつけの定義ですね、かかりつけの定義というのは、年に何回かかれば、かかりつけ医になれる、あるいはかかりつけの患者さんであるというのではなくて、医師がこの患者さんはかかりつけだ、患者さんがこのお医者さんは、自分のかかりつけだと思うところで成立するのだと思います。

ですから、いろいろな定義や評価をする場合に、数値化されたものだけではなくて、感情とか経験などを評価の基盤にする方法にする。研究の方法に、量的研究と質的研究とあるのですが、この質的のほうを臨床医学の研究においては入れていかないと、正確な、現場の実際に即した評価はできない。このように考えております。

○山本座長 ありがとうございます。かなり、そういうところは強いですね。

それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 先ほど今村先生から紹介がありましたように、医師会と四病院団体等協議会の方から、かかりつけ医の定義というのがあったので、私たちがかかりつけ医というときには、どういうふうに理解して話をしているかということ、少し紹介させていただきます。

2013年の8月に、日本医師会と四病院団体協議会が共同で取りまとめた、かかりつけ医機能とは、こういうものだという定義があります。

地域の医師、医療機関と協力して、自己の診療時間外も患者に最善の医療を行って、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して、休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。それに協力し、在宅医療を推進する人たち、と書いてあります。

だから、私は、ここで定義された「かかりつけ医」というイメージでしか、日本語として使ってはいけないだろうと思うし、かかりつけ医がしっかりとオンライン診療も対応し

ていくというのは、いい方向に向かっていくことだと評価をしてきたわけです。けれども、それとは関係ない、かかりつけの医師ということで、ここでは議論していくということになるということは、何となく分かってきたかなという、私の中での理解になります。

一応、日医と四病院団体がかかりつけ医というのは、こういうものであったということ、を2013年の8月に出された定義というのを紹介させていただきました。

○山本座長 ありがとうございます。ここでは、かかりつけの医師です。

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、次の議題で、資料3です。「今後の検討事項について」の御説明を事務局からお願いいたします。

○伴主査 事務局でございます。

資料3について御説明をさせていただきます。

2ページ目を、まず、開けていただきますと、こちらで資料2の2ページ目と同様のスライドでございますが、本日議論というところで、赤で囲ってある5つの項目について議論の方向性をお示しさせていただいておりますので、それに基づいて御議論いただければと考えております。

3ページのところにまいります。

こちら「事前トリアージ」というタイトルで資料をお見せしておりますけれども、このことについて、まず問題意識としては、これは従前指摘されていることだと思いますけれども、オンライン診療では、すぐさま症治療を行わないといけないような症例ですとか、症状が遷延していて重大な疾病が隠れているような症例、こういったものに対して十分な対応ができないことが想定されるところであります。

また、現在のオンライン診療の指針に基づくオンライン診療については、事前の対面診療や説明と同意、これらが前提となっているところがございます、症状や状態の評価がなされていないような場面を想定したものではないところであります。

また、諸外国の例を参照いたしましても、初診では、オンライン診療に不適切な症状や状態を除外しているような場合がございます、初診からのオンライン診療を行う場合は、事前のトリアージ、そういった除外するようなプロセスが必要ではないかと考えているところでございます。

また、こちらの検討会においても、初診からのオンライン診療について、適した症状について専門的な観点から詳細な検討が必要であるというような御意見もいただいているところであります。

こういったことを受けて、対応案としてお示ししております。

1番のところ、初診からオンライン診療を行う場合は、不適切な症状や状態の患者さんを事前に除外するために、オンライントリアージあるいは電話トリアージを受けることを必須としてはどうか。

また、このトリアージの検討に当たって、医学的な判断基準が必要になるかと思われま  
すけれども、これについては、各主要学会からの意見を取りまとめてはどうかというこ  
とでございます。

続きまして、4ページにまいります。

事前説明・同意のところでございます。

現在の指針におきましても、事前説明及び同意の考え方というのは、お示ししてござ  
いますけれども、これらの規定については、再診を念頭に置いたものでございまして、これ  
までの考え方を基本としながら、初診について改めてお示しできればと考えているところ  
であります。

また、触診等を行うことができないという理由によって、オンライン診療で得られる情  
報というのは限られていると、これも従前の御指摘のとおりでございますけれども、必要  
に応じて対面診療を行うこと等について、医師がしっかり説明した上で合意を得る必要が  
あるというところでございます。

そこで対応案ですけれども、初診における合意事項として、5つを示してございます。

オンライン診療において、得られる医学的な情報が限られることから、対面診療が必要  
になる場合があることを医師から患者に説明する。また、患者が事前のトリアージを受け  
ていることを確認する。対面診療が必要と医師が判断した場合に、実際に対面診療を行う  
医療機関、これも事前に確認しておく。

そして、医師が対面診療を指示した場合は、患者さんは、速やかに対面診療を受診す  
ること。こちらについても確認していただいて、これらを踏まえて患者さんがオンライン診  
療の受診を希望するということを確認していただきたいということで、こういったこと  
を求めています。としております。

2番に移りますと、指針において、これらの同意すべき事項、また、確認の方法の例、  
こういったことを示していったらどうかということでございます。

また、これらの同意があったことについては、その内容を記録として保存して、事後的  
な確認を可能とする必要があるのではないかとということで記載しております。

続いて、5ページ目のところで、現在の指針の記載を抜粋して掲載しておりますので、  
御参考にしていただければと思います。

6ページ目をお願いします。

6ページ目については、現行の指針でオンライン診療計画というものを位置づけてござ  
います。初診をオンライン診療でやった場合に、これは下段のところですが、事前  
トリアージ、同意、また初診のオンライン診療があつて、オンライン診療計画の作成、こ  
ういったものがどのような流れになるのかということで、一例としてお示ししてあります。

同意の取得やオンライン診療計画の作成に関する例外的な場面については、様々想定は  
されると思いますので、次回以降の検討課題とさせていただきたいと思っております。

続いて、7ページにまいります。

医師・患者双方の本人確認というところでございます。

これは、説明同意と繰り返しにはなりますけれども、現行の指針は再診を念頭に置いたものでございますので、初診に関して改めて検討する必要があるということ。

また、資料2での議論とも重なりますけれども、同一の医療機関の異なる医師が診察する場合なども考えられますので、そういったところも考慮しながら検討する必要があるのではないかと考えてございます。

また、時限的・特例的措置、現在の措置において、初診の電話診療に関しては、感染状況に応じた段階的に縮小というところを、これまで検討会で議論していたところでございますけれども、初診からのオンライン診療における医師・患者双方のなりすましのリスクについては、これらも含めて検討するというようなところでございます。

対応案の1番案でございしますが、初診のオンライン診療における医師・患者双方の本人確認については、まずは再診の場合と同様に、身分確認書類を画面上で提示すること等により行うことを徹底するというところでございます。

また、時限的・特例的措置において電話による診療可能と、今しているところでありますが、こちらの電話による診療のなりすまし防止に関しては、初診の電話診療を段階的に不可とすることによっても、対応が可能ではないかと考えてございます。

また、2番のところでは、今後のオンライン診療における本人確認のやり方ということなのではございますけれども、オンライン資格確認等を踏まえたデジタル化の進展の状況を踏まえて、PKI機能を持つ身分証明書を用いて電子的に、医師・患者双方の本人確認を実施することを原則とすることとしてはどうかという記載にしております。また、その原則の実施の時期についても、今後の検討課題ではないかと考えて記載させていただいております。

8ページ目で御参考として、不適切なオンライン診療の例として、過去の検討会資料を再掲してございます。

また、9ページ目のところでは、現在の指針の記載を抜粋して載せております。

続いて、10ページ目の処方薬の制限にまいります。

現在、時限的・特例的措置におきまして、処方薬については、初診から麻薬及び向精神薬を処方することはできないとしておりますし、また、患者さんの基礎疾患の情報が把握できないような場合については、処方日数の上限を7日間として、また、特に安全管理が必要な医薬品、いわゆるハイリスク薬の処方をできないとしております。

また、これまでの議論のとおりですけれども、初診からのオンライン診療は一定程度のリスクを伴うと考えられますので、処方薬の制限というような観点からでも、安全性を担保するために、一定のルールが必要ではないかと考えているところでございます。

そこで、対応案といたしまして、1番のところでございますが、初診からのオンライン診療について、特に慎重な判断が求められて、使用した場合のリスクも高いと考えられる未承認の医薬品あるいは適用外薬品、こういったものの処方は不可としてはどうかという

御提案でございます。

また、2番のところで、その他医学的にリスクが高いということで配慮する必要がある。こういった処方薬の取り扱いについて、主要学会から意見を取りまとめてはどうかという御提案でございます。

最後のページでございますが、研修についてです。

現在、オンライン診療の指針で、オンライン診療を実施する医師は、厚労省が定める研修を受講しなければならないとしているところでございまして、厚生労働省のほうで提携している研修ですけれども、これは、オンライン診療に関する制度の内容について、主に説明する内容になっております。

今後さらにオンライン診療の経験が蓄積されている中で、身体所見の取り方など、医師の知識やスキルについても研修項目に追加できるのではないかと考えておまして、また、その内容については、諸外国の動向も踏まえながら検討をすべきではないかとしております。

そこで対応の案といたしまして、オンライン診療を実施するための必須の知識として、研修の中で習得する事項については、お示しの①から⑧のような内容とした上で、その具体的な中身について、また、主要な学会から意見をいただいたらどうかと考えております。

また、2番として、併せて諸外国におけるオンライン診療の教材についても、情報収集を進めていきたいと考えているところでございます。

事務局からの説明は、以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

かなり複数の項目にわたっておりますので、議論を少し整理するために、まず(2)の①のb、事前トリアージに関しましての御意見、御質問がありましたら、どうぞよろしくお願いをいたします。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

トリアージという言葉が、3ページ、それから次のページにも出ていますけれども、これは、実施する主体というのは、オンライン診療を行う医師が、オンライン診療に適しているかどうかを判断するという意味で、これを使われているのでしょうか。

従来から、オンラインの場合、これは相談なのか、受診勧奨なのか、診療なのか、明確になかなか区別できないような部分もあって、そういうものを、この方はオンライン診療に適しているという判断をするということをトリアージと言っておられるという理解でよいのかどうかというのが1点。

もう一点は、後ほど、いろんなどころに各主要学会という言葉が出てきていますけれども、この主要学会というのは、現在であれば、例えば、専門医制度における基本領域の学会という理解でよろしいのかどうか、その2点を教えてください。

○山本座長 事務局、どうでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

2点御質問いただきました。

まず、トリアージについてでございますけれども、意味合いとしては、今、今村構成員が御指摘いただいたように、診療を行う前に、事前にそういった症状がオンライン診療に適しているかどうかということをつりあじするというような意味合いで、ここは記載しております。

ただ、それを実施するのが医者のかということに関しましては、現状、前々回の資料でもお示ししましたように、英国におきましては、AIのトリアージシステムを備えております。ただ、そういったものが、ICTが使えない方に関しては、電話で医療機関のスタッフや看護師の方々がトリアージをしているというような現状もございますので、そういった他国の先進事例も踏まえた上で、本来の目的であるオンライン診療に適している症状かどうかの選別というものをさせていただくと、そういったイメージで、ここは今回記載させていただきました。

2つ目の主要学会ということでございますけれども、こちらは、今、専門医機構における19の基本領域なのかというような御質問でいただきましたが、大まかにそういったイメージも持っておりますけれども、ほかにも、このオンライン診療に取り組まれている遠隔医療学会やプライマリーケア連合学会などございますので、そういったところも含めて、御意見を伺いたいと思っております。

○山本座長 それでは、大石構成員、お願いします。

○大石構成員 ありがとうございます。

事前のトリアージなのですが、多分、明らかにオンライン診療に向かないものを診ると、危険性があるので、それを事前トリアージの中ではねるということは、重要な概念だと思うのですが、実際どの程度の、どういうものになるのかによって、これがオンライン診療を促進することになるのか、もしくは殺す可能性もあるかと思っています。

ネガティブなほうのリスクを申し上げますと、トリアージ自体を、電話であろうと、オンラインであろうとやったときに、これがオンライン診療とは、また別途やらなければいけないということになると、先ほどお話にあったみたいに、イギリスのように、AIとかが対応してくれるのであれば、それはまだいいのですけれども、実際、かなり医療機関側の負担になると思います。

ただでさえ、今、診療報酬がオンライン診療のときには半分ぐらいしかつかないということで、医療機関側は手間が増えて、収入的にはマイナスになるということで、嫌がって、なかなか踏み出せないという状況の中で、このトリアージも加わってくるとなると、なおさら手間が増えるというのが1つ目です。手間が増えて、収入が少ないので、参画する医療機関が減るであろうということが1つ目。

2つ目は、オンライントリアージの内容が、例えば、学会とかだけで決めたときに、どうしても安全性のほうに振られてしまう可能性というのがあるって、その結果、例えば、緊

急措置で、発熱した患者さんというのが、大量にオンライン診療を使う場合だと思うのですが、すけれども、やはり安全性から見たときに、発熱は駄目だということになってくると、本当に患者さんのほうから見て、オンライン診療を使いたい場面で使えなくなってしまうというリスクもあるかと思えます。

3つ目は、このトライアージを自動的にやるというような仕組みを入れるということになると、やはり専用のオンラインシステムを入れなければいけないということになって、これがまた医療機関側の負担になる可能性というのものもあるかと思えます。

ですから、何らかの振り分けだとか、もしくはこの疾患は余りオンライン診療を適していませんよということ、医師もしくは患者さんに知らせる仕組みというのが必要だと思いますが、余りにも、ここを重厚にしてしまうと、かえってオンライン診療が阻害されるリスクがあるので、慎重に検討するべきだと思っております。

以上です。

○山本座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

特にAI問診に関しては、現状でも、日本において20程度のサービスが、もう既に提供されていると我々は聞いておまして、しかも高齢者でも比較的簡単に入力してトライアージできるようなシステムも、現在導入されているところもございます。

加えて、手間というようなこともございましたけれども、それによって問診を行うことによって医療機関に、その問診の情報が届き、そして問診をする手間が省けるというようなメリットもございますので、また、そういったサービスに関しましては、適宜、御紹介させていただきたいと思えます。

2点目の発熱を一律に駄目とするようなネガティブの効果に関しましても、これは御懸念があるのはごもっともかなと思っております、今年度の4月にもそのような他国のオンライン診療に適さない症状リストというような形でお示したことございますけれども、やはり、そうしますと、今、御指摘のとおり、一律駄目というような話になるかと思えます。

症状の種類とマグニチュード、その程度や期間などによっても、判断が異なるかと思えますので、やはりそういったところをアルゴリズムやAIのシステム等によって、適切なオンライン診療が可能なものを適切に峻別するようなシステムというものが必要になると考えております。

また、最後にオンライン専用のオンラインシステムが必要になるのではないかというようなこともございましたけれども、今、申し上げたようなAIを用いたトライアージのシステムや、AIでなくてもアルゴリズムを用いたものに関しましては、そういったシステムは、専用のオンラインシステムとは離れた形で今、発展していておりますので、必ずしもそこリンクさせなくても活用できると、事務局としては考えております。

○山本座長 それでは、高林専門委員、お願いします。

○高林専門委員 私の話は、大石先生の話に近いのですけれども、今、厚労省のお答えに関係しまして、症状とか病名で、果たして区別がつくかということです。それは、私、内科学会の代表として、今回出ておりますけれども、やはり聞くと診るとは大違いで、電話診療をやっているにもかかわらず、電話診療で受けた人が来たら、全然違うことはしょっちゅうあるわけです。

それが、オンラインでもっと精度が上がるだろうとは思いますが、トライアージで、果たしてできますかということには、私は、AIは一応専門家ですけれども、ちょっと疑念を持っていて、それこそエビデンスがたまってこない、何も言えないのではないかという気がするのです。

これを各学会のほうに預けられても、温度差が違ってしまって、非常に厳しいところが出たり、あるいは甘いところが出てきたりするのではないかという懸念があって、それなりのモデルは示さないといけないと思いながら、では、内科学会がやってみろと言われたときに、果たして、そういう症状のリストができるか、胸痛、腹痛、みんな駄目といったら、全て駄目という形になりそうな気がして、では、何ならいいのという、微熱ぐらいしかないのかなというぐらいのことになってしまう。そういう懸念を持っておりまして、明日内科学会でもお話をしなければいけないのですけれども、一体学会として、これを受けるかどうか悩んでいるところです。そこら辺、いかがでしょうか。

○山本座長 いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

非常に難しい議論かと思っておりますけれども、また、個別に、現状でどのようなトライアージシステムが、これはオンラインに限らず、そもそも今すぐ医療機関に受診したほうがいい、あるいはもう少し自宅での療養が可能だというようなことを判断するシステム自体は、これはオンラインに限らず既にございますので、そういったものを一度御覧いただきながら、その中でも、このオンライン診療特有の判断基準がどういったところにあるのかというようなことに関して、また、改めて御相談させていただきたいと思っております。

全ての症状に対して、それをリスト化して、アルゴリズムを組むというのは、非常に大変な作業になるかと思っておりますけれども、やはり初診でオンライン診療やる以上、胸痛、腹痛など、明らかに不適切な症状が紛れ込む可能性がございますので、この事前のトライアージというものは、どうしても必要になってくると事務局としては考えております。

○高林専門委員 確認ですが、6ページのところにあるように、これは受診歴のない人の話ではなくて、先ほどからかかりつけ医の定義の問題になっていますが、少なくとも受診していた、ある程度分かっている人の初診の場合には、トライアージは要らないという理解でよろしいのですね。

○山本座長 それは、そうです。これは、あくまでも初診の場合です。

○高林専門委員 初診というのは、受診歴のある場合でもトライアージするのですか。6ページを見ると、しないのですね。

○山本座長 受診歴がある、なしというよりも、ある程度病状が把握できている場合と、把握できていない場合と。

○高林専門委員 そこら辺はすごく大事なところだと思います。

在宅をやっている、多分、オンラインが必要になるのは、熱が出たとか、せきが出たとか、胸がちょっと痛いとか、そういう訴えに対して、どうするかということになるので、そうすると、ほとんどの症状が駄目という話になってしまうと、これは使いようがない。

私は、トリアージが悪いとは言いませんけれども、もっと大事なのは、やはりフォローアップだと思うのです。一体、このオンラインでやって、これだけでは駄目だから、対面しなければいけないとか、そこら辺の責任を一体どうやって取っていくのかということのほうが、より大事なかなと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

このトリアージシステム、私も自動問診システムとか、たくさん見て、最近はかなりできがよくて、結構高齢の方も平気で使っているし、実際に導入している医療機関の先生方も、かなり助かっている先生も多いということがございますので、余り架空のもので議論をしても、多分しようがないと思いますので、一度、この検討会で、そういった典型的なものを見させていただいて、それからもう一回御議論をいただくということにさせていただいてはいかがかと思いますが、どうでしょうか。延々と議論が続くと思いますので、そのようにさせていただいてよろしいでしょうか。

○高林専門委員 全然私は否定する人間ではないですし、こういうものを作ってきた人間ですから、それなりに理解はしているのですけれども、何度も申し上げますけれども、それで、入り口を狭くしてしまうよりは、できる限り診る人は診た上で、どういう対応を取るかという形をきちんとしていくことのほうがより大事なかなと感じているものです。

○山本座長 ありがとうございます。

そういう方向で御議論させていただくという前提で、さらに御意見のある方、今、かなり手が挙がっているのですけれども、もし、それであれば、もういいという方がいらっしゃれば、消していただければと思うのですけれども、いかがですか。

それでは、まず、大橋構成員、お願いいたします。

○大橋構成員 私自身も流れとしては、もともとAIというのが、医師の診断に対して補助する目的でAIというのは使われていることが多いと理解しています。

例えば、画像診断であるとかもそうですし、私自身も問診というところで、例えば、医師の画面に、この問診によって、この患者さんは、緊急度がこのくらいであるかもしれないので、医師の診断の際に参考にしてくださいというメッセージが来るというところでは理解したつもりですけれども、それを超えて、医師にすぐに診てもらえるか、それともオンラインでいいのかというのを機械が判断するというところについて、もう少し実物を見てみないと、何とも判断できないなというところでもあります。

いずれにしても、そうは言っても、そこが確立されるのはかなり時間がかかるとするな

らば、まずはオンライン診療にして、なるべくまずは医師がオンラインで診察をすると。

その上で、いわゆるトリアージ的な診療になってしまうかもしれないけれども、そういう作業を、まず医師がしっかりすると、そういった中で、ある程度のアルゴリズムが作られていくというような流れのほうが、順番としては正しいのではないかなと思います。

私たちのプライマリーケア連合学会でも、初診に適さない症状というリストをお示しているところですが、あれがそのまま利用できるかどうかという、かなり私も疑問があります。これをブラッシュアップする作業というのは、やはり医師が最初に診察をして、これは、適するな、これは適さないなというのを作り上げていくという作業が、ちょっとしばらくは必要なのではないかなと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員、どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

1点御質問なのですが、トリアージをするAIについては、例えば、こういう助言をするものであったり、一定の分析をするものについては、プログラム医療機器のような形で、制度上担保されるような場合もあると思うのですが、ここでのトリアージシステムというのは、そういった医療機器規制との関係では、どういう形でお考えになられているのでしょうか。

○山本座長 事務局、もし、お考えがあれば。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

実は、今、様々御意見をいただいておりますけれども、このトリアージシステム、AIを用いたもの、そうでないものと多数ございますが、もう既に様々なサービスとしてでき上がっておりまして、こういったものを活用できればというものは、また、座長の御提案もございましたので、あらかじめ構成員の皆様にはお示ししたいと思っておりますけれども、それがトリアージシステムとして適切かどうかというような観点に関しましては、セキュリティの面等もございまして、今回、対応案としてお示しさせていただいたとおり、各種主要学会からの意見を取りまとめるかどうかとさせていただきまして、その取りまとめた内容に沿うものなのかどうかというところに関しては、これは、我々事務局としても確認していく必要があるというようなことで考えております。

サブ的な、内容的なことに関しましては、今、申し上げましたとおりですし、それに加えて機器としての観点でどうかということに関しまして、今後検討させていただきたいと思っております。

○落合構成員 ありがとうございます。

大石さんのですとか、ほかの先生方もお話があったように、医師の判断でちゃんと対面が必要なものはオンラインだけで終わらせないで、診断までしないで病院に来てもらうというのを徹底するとか、そういったトリアージ以外の対応方法だったり、医療機関、患者

側の負担軽減というのも考えて御検討いただければと思います。

ありがとうございます。

○山本座長 それでは、引き続いて、黒木構成員、お願いします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

今、初診の制限に関しての、それからトリアージに関しての議論がありましたが、幾つか問題提起をしたいと思います。

1つは、初診の制限に関してですが、大石構成員からお話がありましたように、制限をかけてオンライン診療を狭めてしまうのは、本来ではないと思います。

それを証査する1つの調査として、この実験的・特例的措置の間にオンライン診療をしていた医師にアンケート調査をいたしました。そうすると、初診でもオンライン診療が可能であったと、一部可能であったと答えた医師が6割から7割ぐらいなのです。これは意外に多かった。ただ、その背景としては、そうした母集団である患者さんが、急性上気道炎の方が多かった、比較的軽症の方が多かったという面もあるのですが、これは、臨床の現場では結構できるということが分かります。

それを背景として、もう一つは、制限を加える、症状によって制限をすることが可能かどうか、私やはりそこは、医師の裁量権が大きいと思うので、余り症状や、まして疾患によって制限をするべきではないと思います。

そして、小児科のある医師とこの件でお話をしたのですが、彼は、極論を言えば全例、最初からオンライン診療は可能であると。その上で、対面診療が必要か、オンライン診療が継続できるかを決めればいいと、こういう考えです。私は、原則として、それに賛成です。

ただ、その場合に大事なことは、対面診療に移行できる体制を確保すること。そして、あらかじめ患者さんの同意を取っておくこと。そして、医師側は研修をしておくこと。この3つを押さえておけば、要するに、オンライン診療を安全にできる。初診の制限云々という議論は、オンライン診療を安全確実にするという目的ですから、対面の確保と同意と研修というのを押さえておけば、制限というのは、それほどしなくても済むのではないかと思います。

あと、AI問診に関してですが、これは、小児科に関して、まだなかなか厳しいというのが、小児科のある医師の御意見でした。

最後に、トリアージということですが、これを誰がやるかに関しては、AIがやるかどうかは別として、やはり医師がやる。医師がやると、次は診療か、受診勧奨か、相談かという話であります。トリアージというのは、明らかに診療ですね。処方がなくとも診療なわけですから、ここは診療として確立したいと思います。

診療と受診勧奨と相談という区別を、もう一回精緻に議論し直す必要があるのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

幾つか補足させていただかないといけないかなと思った点に関しましては、ここは、十分に記載がなくて大変恐縮なのですけれども、トリアージというものは、ここでオンライン診療に不適だったものをオンライン診療できないとするものではありません。恐らく、現状で我々が拝見しているところによりますと、やはり、通常の医療機関においては、外来診療と、そしてオンライン診療を並列でやる場合においては、外来診療の時間が決まっています、その合間にオンライン診療の初診を受けていらっしゃるところが多いかと思いません。

その間、予約をして、4時間、5時間経って、初めてオンライン診療ができるというような状況が、現状、社会の中では起きていますので、その4時間、5時間を待つべきなのかどうかというようなところに関しましては、事前のトリアージによって、すぐにでも対面診療に行ったほうが良い、あるいは中には救急車を呼んだほうが良いというようなものもあるかと思えますので、そういった点で、オンラインのトリアージあるいは電話のトリアージ等というものが必要になってくると思っております。

重篤な症状が中には隠れていることもございますので、そういったものを見逃さないというような観点は、非常に重要な点かと思っております。

また、最後、黒木構成員より、トリアージは、診療などではないかというようなことがございましたけれども、現状でも、災害時のトリアージを御覧いただければと思えますけれども、やはり、そもそも診療すべきかどうかの前の判断というものが、医師以外の方たちにされる必要性というものは当然ございまして、通常看護師の方々がされているのが多いかと思えます。

そういった観点でのトリアージと、我々は今回使わせていただいておりますので、あくまで診療ではないということで定義づけさせていただけたらなと思っております。

また、この検証に関しまして、先ほどの議題2でも、津川構成委員からも御指摘がございまして、この重大な見逃しがあるのか、ないのかというようなことについての検証は、確かに必要ではございますけれども、医療界には、後医は名医という言葉がございまして、対面診療においても、善意の人たちが見逃したものに関して、見逃しを防げたかどうかというような判断というのは非常に難しいものがございまして、オンライン診療を行ったから、見逃しが起きたと結論づけることは非常に難しいわけでございますので、そういった点も含めて、これは、専門家の先生方から御意見をいただくということは非常に重要だと思っております。様々な症状、オンライン診療への適切性などに関しては、御意見いただきながら、こういったトリアージのシステムを検討してい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。

ちょっと資料も少し説明不足ですし、やはり共通の理解をもって議論を進めていかないと空中戦になってしまっていて、まとまりがつかみませんので、これは、ぜひ次回以降、もう少し

し定義及び実態をはっきりしてからの議論のほうに移したいと思います。

山口構成員どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

私も実際に利用されているAI問診を経験したこともあって、症状によっては、かなり精度というか、問診レベルとしてはよくなってきているのではないかと思いますので、ぜひ実際に皆さんと共有して、どういうことに向いているかということを検証できればいいかなと思います。

私は、事前トリアージというのは、かなり不適切な患者を大きく振り分けるような機能なのかなと思っていて、というのも、その後にはしっかりとドクターの診療があるわけですので、そこで見極めをすることができると思います。

ただ、一番大事なのは、本当に対面で診療が必要な人の見極めで、必要な患者には、あなたは対面診療が必要だとしっかり言ってくださることが、とても重要なことなのではないかなと思っています。

それから、先ほど大石構成員の御発言の中で、余りここを重要視し過ぎると、安全性に触れるというか、安全制にシフトし過ぎるという意味合いの御発言をされたのですけれども、患者の立場から見ると、オンライン診療も含めた医療においては、安全性は、最も大切に考えていかなければいけない部分ではないかなと思っています。今回、このオンライン診療は安全性・信頼性ということをメインに置かれましたので、ぜひ構成員の皆さんとは、この安全性は、一番大事にしなくてはいけないのだというところを、ぜひとも共有して議論できればと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村厚生委員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

ちょっと全体の議論から外れてしまうかもしれないのですけれども、黒木先生が、先ほど特例の措置の間に、初診から診察が可能だった疾病が、いわゆる上気道炎で、あるいは発熱があるような患者さんは、結構対応できた。

そのときに、やはり対面で診るのか、オンラインで、そのまま診療するのかというのは、医師の裁量だというのは、まさしく非常に重要な視点ではあると思うのですけれども、この時限的特例措置ができた時点では、恐らく、コロナの患者さんというのは、現在の4分の1くらいの人数の発症の状況だった。

患者さんの立場は、発熱のいる患者がいる医療機関に行ったら、自分がうつるのではないかということをおそれる。

医療者側は、未知のウイルスで、アルコールも不足している、マスクも不足している、PPEもない。そういった防御する体制のない中で、発熱患者と接触したくないと、こういう環境がありました。

しかしながら、今は発熱外来等についても、相当の基盤がしっかり整備されていて、なおかつ、日々、本当に患者数が激増している中で、では、上気道炎や発熱の患者を、そのままオンライン診療で投薬するということがいいのかどうか、あるいは、実際に患者さんから、私もお問い合わせがあって、発熱の患者さんで、当初、抗原検査、PCR検査も、うちでできていなかったときには、とりあえず、短時間症状を聞いて、あなただったら、上気道炎だと思われるのでお薬を出してもいいですけども、どうされますかという、いやいや、検査ができる医療機関を紹介してほしいというような、患者さん側から、逆に対面診療を求めるといことが、非常に増えているのです。

したがって、上気道炎であるからオンライン診療ができるというようなことについては、そのときの感染状況だとか、そういったものを慎重に見ながら、今、山口委員がおっしゃったように、医師がしっかりと、そこを判断できるという状況でないと、やはりまずいなと思っていて、機械的に、こういう疾病だったら大丈夫ということでないほうが、私はいいのではないかと考えております。

これは、私の意見です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、佐野構成員、お願いします。

出ませんね、それでは、またの機会ということで、それでは、引き続いて、大橋構成員、お願いします。

○大橋構成員 先ほどちょっと発言で言い忘れてしまったのですが、私も厚労省の研究班の班員を黒木先生とやっているのですが、その中で医師の思いと患者の思いというところで、安全性のところ、1つやはりすり合わせなくてはいけないというポイントがありまして、特に発熱とかもそうなのですが、発熱で動くことができないような状況で、オンライン診療で、よかったというところなのです。

医師の立場からすると、発熱で動けないぐらいだったら、重大な疾患が隠れているかもしれないので、ぜひ、対面で受診して診させてほしいというところですけども、患者さんの立場からすると、発熱で布団から出られないので、オンライン診療が助かった。ないしは、お薬を届けてくれて助かったというような思いというのがある。

これは、ほかの症状でも言えると思うのです。ですので、事前トリアージや、今後を広げていく上で、こちら辺の患者さんの思いと、我々医師側の安全性というところの思いのところをすり合わせていたり、場合によっては、教育という部分も必要かもしれませんが、そういったところをすり合わせという作業が必ずここでは重要になるということだけ、ちょっとコメントをさせて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。

それでは、島田専門委員、お願いします。

○島田専門委員 まさに患者さんの思いと、医師の思いに少しずれがあるというのは、よ

く経験することです。

在宅医療においても、御家族は心配して、ふだんの往診でなく、病院まで手配したいと思って我々を呼ぶのですが、患者さん自身は病院へ行くのが怖い、不安、それが受診の必要性よりも上回ってしまって、往診の先生ですら、「ちょっと往診を呼ばないでくれ」多分、呼ばれると入院になってしまうという診療控えを感じる場合があります。

ですから、オンラインで医師が、本当の、さらなる検査が必要だと感じたときに、それを説得できるかどうかというところのスキルが研修にも必要ですし、トリアージの段階でも、そういうものを考えないといけないと思います。

あと、在宅医療においては、往診の場合に緊急往診加算という診療報酬の設定があります。それは、脳血管疾患、それから、心筋梗塞、急性腹症、これは、腸閉塞とか、消化器系のものもそうですが、婦人科とか泌尿器科も含まれます。

それから、ターミナルの患者さんについては、緊急往診加算ということで、いわゆる往診を組んで実際に診療して、病院に送るかどうか、いわゆる手術なども含めた検討をするために設けられている制度なのです。

ですから、そこら辺のところからもオンライン診療の限界も含めて、トリアージをどのように考えるかというのは、非常に重要なポイントになってくるかなと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、袴田専門委員、お願いします。

○袴田専門委員 島田専門委員あるいは大橋構成員の御意見と通じるものがあるかと思えますけれども、患者さん方は、現在、受診控えというのが大変な問題になっているかと思えます。病院来ることが怖いということかと思えます。

したがって、先ほど多くの方々から、これからの方向性について、現在、行われたオンライン診療を、データをよく吟味して、そこで方向性を見出すべきだという御意見が、それは、そのとおりだと思いますけれども、実は、受診控えのところは、本来、オンライン診療でカバーできているべきこと、つまり、それはデータに表れてこない部分があるろうかと思えます。

ですので、やはり、データベースの使い方についても、少し受診控えのところについても、検討を加える必要があるろうかと思えます。

具体例で申し上げますと、例えば、私は外科学会を代表して出ていますので、全く初診で褥瘡の患者さん、外科にコンサルトがあることがございますけれども、初診ですので、往診できないようなところの場合には、こういったオンラインのことがあれば、トリアージもできるでしょうし、こういった方が、現在、余り病院に来られていないという現実がありますので、そこも少し加味する必要があるのではないかと思います。

もう一点、今日の議論は、ほとんどがD to Pということに終始しております。

一方で、前回の検討会でもD to P with N ですとか、D to P with Dですとか、本人確

認ができるとか、サポートができるような環境は、もっとオンライン診療の幅が広がるという御意見が多くて、ここについては、余り異論のないところかと思っておりますので、特例措置の間であっても、この部分については拡充する方向で議論が行われてもよいのではないかと考えております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、佐野構成員、どうぞ。

○佐野構成員 ありがとうございます。

先ほどは、ちょっと機器が調子悪くて申し訳ございませんでした。

いろんな方の御意見とかぶることがあるかと思っておりますが、ちょっとコメントいたします。

少なくともオンライン診療をどうやって推進するかという視点で検討を進めるべきだと考えておまして、今回、いろんな項目で学会の意見を依頼するというのが出ているのですけれども、そのこと自体に異論はないのですけれども、やはり、ここは、実際にオンライン診療を実施しておられる学会ですとか、医師の方も、ぜひ実施する上で、どういうことが必要で、どうすれば効果的になるのかという意見を出していただければと思います。

それから、事前トリアージについても、やはり判断は難しいことは多々あるかと思っておりますけれども、そこはポイントになると思えますし、余り慎重になり過ぎると、オンライン診療が例外的なものになってしまうのではないかという懸念を持っております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、続けて、事前説明・同意、(2) - ② - a です。この点に関しまして、御質問、御意見がありましたら、よろしくお願ひいたします。

それでは、津川構成員、お願いします。

○津川構成員 ありがとうございます。

4 ページ目の下の対応案のところに「対面診療が必要と判断した場合、対面診療を実施する医療機関を確認すること」とあります。これは患者さんに確認することということなのかなとだと思っておりますけれども、例えば、アメリカで行われている議論と、日本で行われている議論に乖離があるような印象がおります。

アメリカでは、基本的には、対面であっても、オンラインであっても、同じ医療機関と患者のケアが複数のチャンネルを使って診療するというモデルを考えていて、対面診療だからある病院に行って、オンライン診療は別の病院に行くということは想定されておらず、またそれは推奨されていない受療行動と思えます。

ですので、対面診療が必要と医師が判断した場合、比較的軽症の場合には基本的にはオンライン診療をした医師が対面診療を実施する。もし重症度が高くて、救急外来を受診する必要がある、もしくは救急車を呼ぶ必要があるという場合には、オンライン診療をした医師もしくは医療機関が提携しているより大きな医療機関への受診を勧めるというのが適

切な診療の流れになるべきだと考えます。基本的に患者さんに判断させる、患者さん側に医療機関を確保させるというのは、やはり医学的知識の格差から難しいと思いますので、患者さんの受診の流れをちゃんと制度設計してデザインする必要があると思います。できるだけオンライン診療した医師側に全体のマネジメントをすることを求めるほうが良いと思います。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

もちろん、この3番目の項目は、大部分が、先生のおっしゃるとおり、オンライン診療をする人が対面診療をする医師ですけれども、まれにそうはなかなかいかないということがございますので、こういう書き方になっているのだと思います。

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。

まず、オンラインを初診からというときに、どうしても患者側から見ると、便利だということに目がむきがちだと思うのです。

ところが、対応案の1の5つチェックがある一番上のところにあるように、オンライン診療においては得られる医学的な情報が限られるためと、ここのところの認識をした上で、オンライン診療を求めるということがとても大切ではないかと思っています。

ところが、情報が限られるための後が、対面診療が必要になる場合があることとつながっていて、4つ目のチェックのところ、医師が対面診療を指示した場合は、患者は速やかに対面診療を受診することと、同じ表現が2つ出てきます。

だとすれば、1つ目のところを、もう少し明確に、医学的な情報が限られるため、対面診療と同様の判断が行えない可能性があることとということを、1つ項目として独立させたほうが、受ける患者の側も、それを認識した上で受けることができるのではないかと思います。

この問題については、何かあったときに、例えば見落としや誤診ということが、危険性が高まるということはおかねてから言われていて、もしそういうことが起きたときに、責任問題はどうなるのかとなったときに、やはり患者側の自己責任という話も出ています。

そうすると、そういうこともあるのだということは、やはりちょっと明確にしておく必要があると思いますので、項目はその項目だけ明確化する必要があるのではないかなと思いますが、事務局いかがでしょうか。

○山本座長 事務局、コメントがあれば。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

御指摘のとおりかと思いますが、今、御発言いただいた内容含めて、今回のこの5つのポイントに関しては、再度まとめさせていただきたいと思います。

○山口構成員 よろしく願いいたします。

○山本座長 それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 6ページの絵を御覧いただければと思います。

説明を受けるときに、私はとてもこれに違和感がありました。

ここにはかかりつけの医師と書いてあるのですが、かかりつけ医、あるいはかかりつけの医師というところに、高齢者が描かれているのは理解できます。高齢者には、かかりつけ医、先ほどかかりつけ医機能というのを説明したのですけれども、そうしたかかりつけ医がいるということは、よく説明されています。けど、オンライン診療というのは、高齢者にはかかりつけ医がいるという説明の仕方とは、ちょっと違う次元の話のように思えるのです。

かかりつけ医について、大体みんなが意識しているのは、高齢者にはいるという話で、そうだろうと思うのですが、オンライン診療の議論というのは、今の新型コロナウイルスの感染拡大の下での議論というのは、どうも、これまでかかりつけ医をもっていた高齢者だけの話ではないというのがある。

先ほど日本医師会と四病院団体協議会がかかりつけ医というのはこういうものと定義している話を説明させていただきました。かかりつけ医とは、日本医師会と四病院団体協議会は、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関の紹介でき、身近で頼りになる地域医療保健福祉を担う総合的な能力を有する医師と、そういうものだと書かれております。

だから、私は、大橋先生の、かかりつけ医としてオンライン診療をどう見るかという報告をされたときに、かかりつけ医の新しい、第4の診療形態になり得るという話は、私はとても高く評価するというか、すばらしい方向に向かっていると感じておりました。ですから、オンライン診療のニーズにこたえる中で、安全性・信頼性を確保するために、この日医と四病院団体が定義していった、かかりつけ医が責任もってしっかりとやっていくと、それで、医療界が、そういうかかりつけ医、あるいは、プライマリー機能を持った人たちをしっかりと育てていくのだという、変化のきっかけになっていくのかなという期待を持って、ここでの議論に参加させていただいておりました。

恐らく、次回から「かかりつけ医」という言葉が消えてしまうことになると思いますので、次回、この日本医師会と四病院団体協議会が定義した、かかりつけ医機能、そして、かかりつけ機能を持った医師を増やしていこうという中医協の中での議論、そして、かかりつけ医というのはどういうものかということ、紙1枚、2枚でまとめて、これをまず共有させていただいて、ここでの議論が、そういう話ではないということを確認していただければと思います。

と言いましても、私は、医療界が、かかりつけ医機能を持った医師をしっかりと増やして、しっかりと強化して、オンライン診療のニーズに応えながら、安全性・信頼性は、我々がしっかりと責任を持ってやっていくというような動きが、まずは、あっても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。

もちろん、医師会、それから四病院協会から作られた、かかりつけ医の概念を、その中の新しい診療形態としてオンライン診療を用いるということは、全く異存はございませんけれども、今回は、初診の患者さんをオンライン診療で診るための定義として、かかりつけの医師というのを定義していますので、若干そこが食い違ってくるだろうと、次回また、もう少し明確に整理をしたいと思います。

それでは、落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私のほうでは、どちらかと、どういう形で説明・同意をするかというところについて、確認させていただければと思いました。具体的な手法としては、例えば、医療機関のホームページ等において申し込みをするときに、説明の表示をしておいた上で、申し込みをしてもらうという方向であったり、オンライン診療のプラットフォームの提供をしている、そういうホームページだったり、アプリケーションで申し込みをするときに、これは、ちゃんと見てもらって、それを踏まえて申し込みをもらうと、こういう進め方で行うというのを指して、ここでの事前の説明、確認ということで考えておられるということでしょうか。

事務局のほうにお伺いできればと思います。

○山本座長 事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

これは、あくまで医療機関が取得するべきものでございますので、プラットフォームではなく、医療機関ごとに、今、御指摘のようなホームページ上に、この内容を記した上で、それに同意していただくということを電子的にでも確認した上で行っていただくと、そういうような形で考えております。

○落合構成員 わかりました。ありがとうございます。

○山本座長 それでは、佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

先ほどちょっとお話が出ていた、オンライン診療において得られる医学的な情報が限られるためですけれども、ここは、情報が限られるかどうかというよりは、先ほど何人かの委員からも御指摘がありました、オンライン診療の間口は広げておいて、いざというときは、対面診療に速やかに移行できると、そこを担保するほうが重要なのではないかと思いますので、要は、今はオンライン診療で開始するとしても、状況によっては対面診療が必要になる場合があると、そこだけ確認できればいいのではないかと思います。

医学的な情報が限られるかどうかというのは、今の技術の進歩と、もちろん、病状によっても違いますので、言葉として、もともと非常に医学的な情報が限られるという文章の情報自体が欠けているかなという気がしますので、そこは見直していいのではないかと思います。

すみません、本人確認も、コメントしていいのでしょうか。

○山本座長 この後でお聞きします。

○佐藤構成員 わかりました。では、私のほうは、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

しかし、限られることは、確かですね。ほとんど視診しかできないわけですからね。

引き続き、津川構成員、お願いします。

○津川構成員 ありがとうございます。

いろんな構成員の方からあったコメントで、かなり複雑な状況が想定されているのかなと思うのですが、実際、オンライン診療をされている先生方からのコメントをお聞きすると、オンライン診療で、必要があれば、すぐ対面診療に切り替えて、実際オンライン診療を行った医師が診察をするという一連の診療の中の一部分であるという話だと思います。そういった状況であれば、全体的な流れを通して得られる医学的情報は、必ずしも限られるわけではないと思います。医療の質自体は変わらないと思いますし、ちゃんとオンライン診療をやっていた医師がマネジメントをやれば、基本的には同じような医療の質を受けられると思われまます。

ただ、実際オンライン診療を受けた医師ではない医師が対面診療を担当してもいいと解釈することもできる表現になっていると思います。もちろん、そういったまれなパターンはあるかもしれないのですが、まずは一般的によく起こるパターンを想定した表現にした方がよいのではないかと考えます。

さらに山口構成員から患者さんの自己責任という話コメントがあったのですが、基本的には、患者さんの自己責任ではないと、私は考えています。基本的には、オンライン診療を行った医師が責任を持って、対面診療に切り替えるべきか、切り替えるべきなら、自分が診察するべきなのか、自分が知っている救急外来に受診してもらうべきなのかも含めてマネジメントをする必要があると考えます。な

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

大橋構成員、お願いします。

○大橋構成員 先ほど、権丈先生からのお話、ありがとうございました。

私自身は、今、オンライン診療をやっていて、ほとんどの患者さんが再診の患者さんで、自分が、いわゆるかかりつけという患者さんがほとんどです。

一方で、初診の患者さんを診るときに、私自身何を考えているかというと、恐らく、初診の患者さんは、ほとんどかかりつけ医というのをもちでない、若い世代の方も多いです。

ですから、その方々に、そのかかりつけ医を持つ、かかりつけのお医者さんを持つきっかけというところの間口を広げるという意味でのオンライン診療、今までなかなかセルフメディケーションばかりしていた方が、ここで、かかりつけ医のメリットを感じている

きっかけになるために、間口を広げる活動としてあるならば、オンライン診療も十分、これはあり得るのかなと思いますし、そのための初診という意味であれば、いろいろと工夫が必要かなと。

この辺は、後ほど出てきますが、医師側の研修、または技術向上も必要だと思っています。

以上です。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

では、まだ御意見があるかもしれませんが、その次の項目の医師・患者双方の本人確認について御意見がありましたら、よろしく願いいたします。

佐藤構成員、よろしくお願いします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

このなりすましの問題なのですけれども、端的に言えば、これは、別にオンライン診療に限ったことではないですね。要するに、今の健康保険証は、写真がないわけですから、なりすまそうと思ったらできてしまうということなので、この問題については、オンライン診療固有の問題と考えていいかどうかというのは、若干クエスチョンだと思います。

あと、どこでも議論する場所がないので、どこかで、今後の検討課題として考えていいのかなと思うのは、仮に将来的に、今ではないですよ、今後、段階的にオンライン診療が、いわゆるオンライン化していく、つまり、例えば予約から診察、それから支払いまで、全て一貫してオンライン化していくと、そこまでを見据えたときに、その初期投資のコストは、どうするのかと、それは診療報酬で賄うのか、今、まさに政府はデジタル化を進めているわけですから、国として負担をするのかという議論、ここは、どこかで考えないといけないかなということ。

先ほど、大石委員からも御指摘があったと思いますが、やはり、もともとオンライン診療の診療報酬は安いわけではないですか、もし、成果が同じであれば、本来同じ金額でなければいけないと、そうしないと、なかなかオンライン診療の普及にならないので、その辺のお金的なところというのは、どこかで考えておいたほうがいいかなという気がしました。

すみません、議論する場所がなかったので、今、コメントさせていただきました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き、島田専門委員、お願いします。

○島田専門委員 ありがとうございます。

マイナンバーカードが、2021年の春から保険証情報が搭載されると聞いています。ですから、今、外来でも、マイナンバーをカードリーダーで保険証情報を取らないといけないということの設備などをしている話が出ています。

そうしますと、マイナンバーカードも、もちろん便利になるのですが、オンライン診療

のときにテレビ画面に掲示してもらっても、お名前も生年月日も書いていないですから、これは、どういうふうになるかなど、この辺りの歩みと歩調を合わせる必要があると思っています。

あと、オンライン診療でも、本来は、顔写真付きのものを提示するのが一番よいと言われていますが、運転免許証も総務省の、この間の話ですと、ゆくゆくはマイナンバーカードに入れて、運転免許証も持ち歩かない、持たないでいい時代にすると、これも準備を進めています。

現在、マイナンバー、普及率20%程度ですが、9月からのマイナポイントによって、毎日のように、新たにマイナンバーカードを申請する方が増えているので、気をつけないと、我々が今まで考えていた、テレビ画面で見せて、お名前とか生年月日を見て、恐らく本人なのだろうとか、顔写真の運転免許で、御本人だなということが、ちょっと難しくなる可能性があって、ちょうど悩んでいたところです。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

そちらのほうにも絡んでいるので、補足をしておきますと、マイナンバーカードに保険証情報が入るわけではありません。あれは、あくまでも本人の認証に使うので、その認証情報に保険情報が結びついて資格が確認できると、免許証も同じです。

それから、マイナンバーカード、特に写真なしを選択しなければ、写真はついていますし、それから生年月日もついています。隠さなければ、それを見ることができるといえることになろうかと思えます。

それでは、次に、高倉構成員、どうぞ。

○高倉構成員 高倉です。

すみません、今の山本座長の発言をひっくり返すようで申し訳ないのですが、マイナンバーカードのうちの本人証明の機能を、次にスマートフォンに移していくという話が、今、出てきています。

そうすると、スマートフォンには、残念ですけれども、写真情報が入らないということになって、デバイスに、センサにかざすと、それを所持しているのが本人であるということが証明してもらえるのですが、残念ですけれども、顔写真が見えなくなっていくということで、今日の議論にもありますけれども、技術革新で、どんどん新しい技術が入ってくる、新しい使い方が入ってくるときに、根本的に本人確認をどうすべきか、もし、写真がないような話で出てきたときに、どうやって代替措置を取るのかというのを、ちょっと検討しておいたほうがよろし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。

その次は、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、高倉先生がおっしゃられた、写真の情報がマイナンバーカードで読めるかどうかという点は、これはこれであるのだろうと思いますけれども、現時点で考えると、山本座長が先ほどおっしゃられたように、私もマイナンバーカードを持っていますけれども、確かに券面上に写真があるので、運転免許証と同じ使い方ができるというように思います。

ただ、将来、分からないですけれども、2025年とか、そのくらいのスパンで考えた場合に、写真データが確認できる前提でいいのかどうかというのは、先ほど高倉先生がおっしゃられたとおりにかなと思っています。

今の状況であれば、基本的に、画面上に本人確認の書類を写真が見える形で提示をしていくようにするという形は、ほかの分野でも、普通は本人確認というのをやるとすれば、そういう方法でやっていきます。このため、方向性としては、そこの技術革新の点を除けば、当面の間は、適切な方法だろうと思っています。

その次に、遵守すべき事項の2番のほうで、マイナンバーカードを必須に、PKIを必須にしていくのかということがあると思っていますけれども、この辺については、実際ちょっと普及率は上がってはきているものの、実際にどこまで上がるのかということも思います。また、医師側の資格確認ができるようなPKI機能であったり、患者側のほうもということで、それぞれ様々な状況があり、かつ、技術革新も途中であるということなので、なかなか近々で、こういう形でやっていくというのを定めるのは難しい面があると思いますので、引き続き、推奨はしつつ、実施できる段階になった場合には、それを必須とすることを原則としていくというような形がいいのだと思いますが、それまでには少し時間がかかるのかなという印象を受けております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

患者さんの認証というのは、実は同じ人であれば、誰であろうと、医療の場合は、本当は余り変わらないわけですがけれども、医師側は、その次のページに事件の記事とかがございますけれども、この確認は、普通の対面診療の場合は、医療機関に行って、そこに出てくる白衣を着た人が医師だということになるわけですがけれども、オンラインの場合は、もうどこにいるか分からないという意味で、医師側の資格確認というのは、かなり対面の場合とレベルが違ってくる必要があるのだろうと思います。

そういう点で、今後もここは議論をさせていただければと思います。

まだ、御意見おありでしょうけれども、まだ、あと2つテーマが残っていますので移りたいと思います。

その次、(2) - ③ - aの「処方薬の制限について」ということに関して、御意見があれば、お願いいたします。

鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

安全性を担保するために、薬の処方のされた方というのはとても重要で、10ページに書

かれている処方薬の制限というのは、必要だと思います。

未承認や適応外処方や、安全管理が必要な医薬品の処方を不可とすることを検討してはどうかとありますが、これは必須で考えてほしいと思いました。

また、患者の基礎疾患の情報が把握できない場合には、処方日数は7日間を上限とすると思いますが、処方後、さらに診察を受けた上で、同じ薬を処方してほしいという患者に、どう対応するか、また、ほしい薬を処方してくれる医療機関をホッピングしてしまったり、頻回受診をしてしまうみたいなことを、どう防ぐかということも含めて検討しないといけ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。重要な視点ですね。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

私も、未承認・適応外医薬品の処方を不可というのは、しっかりとやっていただきたいと思っております。

ただし、前提が、初診からということで、既に再診において処方されている場合には、医師の判断ということになっておりますけれども、先ほどの8ページにあります不適切なオンライン診療の例と、これは資格確認のお話ですけれども、實際上、未承認薬・適応外医薬品を、いわゆる自由診療の中で既に出されているということが前提になると、再診で今まで出していたから、患者がほしがるから出すのだと、そういう話になってしまいます。

この指針は、保険診療の話だけではなくて、自由診療にも傘がかかっている、保険診療の場合には、ちゃんとレセプトの審査というものがあって、きちんと適正にお薬を出されているかどうかというのは、ある程度確認できるのですけれども、このオンライン診療の話が、いろいろ起こるときに、非常に自由診療の中で問題のあるケースが多々見られているという実態があります。

いろいろ入り口を広げてあげるといえることは、患者さんにとっていいことである場合もありますけれども、出口の部分をしっかりコントロールできないと、結局、国民や患者さんの安全性は、いわゆる不利益につながることも非常にあると思っておりますので、ぜひとも、この未承認・適応外医薬品の処方については、再診についても、特に自由診療の部分について、しっかりとした対応を御検討いただければ、ありがたいと思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局、何かございますか。よろしいですか。

そのようにさせていただくということで、それでは、最後に、(2) - ③ - b 「研修について」というところで、何か御意見がありましたら、よろしくをお願いいたします。

よろしいですかね、今、eラーニングで研修が実施されていますけれども、この①から⑤までは現行で含まれていると、それに加えて⑥、⑦、⑧の項目を今後追加していくことを検討してはどうかという対応案ですけれども、黒木構成員、お願いします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

簡潔に、研修は、そのとおりだと思いますので、大橋先生方と一緒に、プライマリー連合学会のホームページで、これに準じたものを作っております、これは適宜進めていくつもりです。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、佐藤構成員、どうぞ。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

1点質問と、1点コメントになるのですが、一生に一回受けたら、もう二度というわけではないですね、というのは、まさにIT技術というのは、日々進歩していますので、やはりある程度定期的にやってもらおうと、そういうものだ理解でよろしいのかというのが質問です。

2つ目は、さっき資格はないのに云々という話がありましたね。そうであれば、このオンライン診療で、こういう研修を受けたということを患者に見せると、そういう機会というのは、本当はあっていいのかなと思ったのですが、それも、今回の提案の中に織り込まれているのでしょうか、すみません、2つとも質問でした。

以上です。

○山本座長 事務局から何かございますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、2点御質問をいただきましたが、1点目の方針に関しましては、これまでも何度か御質問をいただいていた点でございます。

どの程度の頻度で、この情報をアップデートする必要があるのかといった点も含めて、専門家の先生方から御意見いただきながら、現状、当然こういったところはアップデートされるものに関して、更新すべきだというようなことは当然ございますけれども、医療界のほかの専門医等でも更新に関して、今、議論をされているところでございますので、そういった議論の流れも踏まえながら、この点に関しましては、事務局としても検討してまいりたいと思います。

また、研修を受けたかどうかに関しましては、厚生労働省のホームページで研修を受けた受講の医師ということで確認できるような仕組みになっておりますので、引き続き、その点は取り組んでいきたいと思っております。

○山本座長 それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。時間のないところ、短時間で。

この現行の研修に追加をするということは、全面的に賛成したいと思いますし、日々新たに技術革新を起こっていく中で、こういったオンライン診療の研修をどのくらいの期間かは別として、再度受診していただくことは大事だと思います。

問題は、今回の実態報告の検証でも、そもそも研修があるということを知らなかった、あるいはあったけれども受けたことがないという人たちが、結構多数いらっしゃる。

よってこれを、義務化して、ある程度研修を受けていなければ、オンライン診療を行う

ことはできないのだというようなことをより徹底していただけるという理解でよろしいのでしょうか。

これは、事務局への質問です。

○山本座長 お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今日、保険局のほうからは同席がないですけれども、我々としては、今、御指摘のとおり、診療報酬においても、この特例的・時限的措置の前においては、この研修を受けた方が診療報酬においても算定できるというような枠組みであるということで、我々は理解しております。

○山本座長 それでは、高倉構成員、お願いします。

○高倉構成員 2つ確認させていただきたいのですが、オンラインの話なのですけれども、定期的に受ける場合に、毎回全部受け直さなければいけないのか、もしくはアップデートの部分だけを、とりあえず、受けてもらえばいいのかというのは、どちらを想定されているかというのが1つ。

もう一つが、海外の事情を調査するのはいいのですが、我が国固有の事情、我が国固有の環境というのがありますので、集めた情報をどう適用していくのかについて、厚労省のほうのお考えをお聞かせください。

○山本座長 何か事務局からございますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 海外の情報を収集するというものは、より医学の根本的なところに関わるようなものをイメージしておりまして、内科におきましても、例えば、内科の教科書、ハリソンという教科書がございます。これは多くの国で、同様に使われておりますので、そういった医学的なコンテンツを他国で発信しつつあるというようなことでございますので、そういったものを我々は情報収集して、普遍的にどの国においても使えるようなものに関しては、他国からの事例を活用していきたいと、そのような形で今回考えております。

○山本座長 それでは、引き続いて、黒木構成員、お願いします。

○黒木構成員ありがとうございます。

追加なのですけれども、研修の内容の適宜更新というのは、先日、山本先生と厚労省の研修の会で議論されたとおりです。

それから、研修というのは、私は本来、オンライン診療を行う医師は全員やらなくてはいけないと思うので、これは、保険診療であろうが、自費診療であろうが、必要なのではないかと考えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 2015年から、日医のほうで、かかりつけ医研修制度というのをやっている

わけですけれども、このオンライン診療については、この検討会で時間をかけてゆっくりと議論していこうという話ですので、ぜひとも、そういう日医と、医療提供側と、厚労省がしっかりと協力していきながら、たとえば日医のかかりつけ医研修制度の中に、そういうものを組み込んでいくというようなことをやっていただきたい。

かかりつけ医研修制度の修了証書も持つ医師を検索できるシステムの構築をするべきであると、日本医師会の医療政策会議の報告書にあるわけですけれども、そういうところとセットにしていきながら、先ほど大橋先生がおっしゃられたように、オンライン診療ということをつきかきとして、かかりつけ医を若い人たちも持っていくというようなところまで進めてもらえればと思います。この前から言っていますけれども、病院を利用する人たちの受診行動、医療の利用の仕方ということも変わっていくきっかけになっていくという形で、先ほどのところで図がありましたけれども、高齢者だけがオンライン診療を利用するのではなくて、もっと多くの人たちが、医療に対してもっと身近なものに感じていきながら、かかりつけ医機能を持った先生たち、医師をどんどん提供側のほうからしっかりと準備していきながら、安全性と信頼性のほうは確保していくという方向というのは、まだ、諦めることはないのではないかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○山本座長 どうもありがとうございました。

本日は、活発な御議論をありがとうございました。

それでは、本日の議論を踏まえまして、事務局で対応の整理をお願いいたします。

事務局から、次回の検討会等について、何かございますでしょうか。

特にございませんか。

それでは、本日は長時間にわたり御審議いただき、ありがとうございます。

今回の議論の結果を踏まえて、また、たたき台を作って御議論いただくことになろうかと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日は、長時間にわたり、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。