

2021-10-7 第17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

○瀧主査 定刻になりましたので、ただいまから第17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ですが、所用により津川構成員、佐野構成員より欠席のご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、オンラインでご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企画官、オンラインにおきまして総務省情報流通行政局地域通信振興課デジタル企業行動室の佐々木補佐にもご参加をいただいております。

また、事務局側に人事異動がございましたので、構成員の皆様にご紹介申し上げます。

大臣官房審議官の大坪でございます。

○大坪審議官 大坪です。よろしくお願いいたします。

○瀧主査 医事課企画調整専門官の谷嶋でございます。

○谷嶋企画調整専門官 よろしくお願いたします。

○瀧主査 私、医事課主査の瀧と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、マスコミの方の撮影につきましてはここまででお願いいたします。

(マスコミ頭撮り終了)

○瀧主査 本日の会議の進め方についてご説明させていただきます。

本日、オンラインでご参加いただいております構成員の皆様は、ご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。

ご発言の際は、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ご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、ご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ご発言につきましては議事録に反映されませんので、ご連絡以外に用いることはお控えください。

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

ありがとうございます。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料につきましては、資料1、資料2、参考資料1、参考資料2、参考資料3-1、3-2、参考資料4-1、4-2、参考資料5、参考資料6、参考資料7、参考資料8とお送りをさせていただきます。万が一、不足する資料等ございましたら事務局まで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　こんばんは。本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、早速議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は、1つ目が「令和3年4月～6月の電話診療・オンライン診療の実績の検証について」、2つ目の議題が「初診からのオンライン診療の取扱いについて」です。

それでは、資料1「令和3年4月～6月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果」について、事務局より説明をお願いいたします。

○瀧主査　事務局でございます。

それでは、資料1「令和3年4月～6月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果」についてご説明を申し上げます。

おめくりをいただきまして、資料の2ページ目でございます。本資料につきましては、データを大変多くつけさせていただいておりますけれども、この資料の全体について2ページでご説明をさせていただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。

今回の検証についてですが、時限的・特例的な取扱いというものにつきまして3か月ごとに検証を行うこととしておりまして、これまで第10回、11回、14回、15回と、4回にわたって検証を行ってきたところでございます。

また、過去4回の検証におきましては、電話診療やオンライン診療の患者は小児・勤労世代が多かったこと、全体の傾向として軽症と思われる患者を中心に初診からの電話診療、オンライン診療が行われていたこと、一部において物理的に大きく離れた地域に対して診療が行われていたこと、一部において時限的・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と、こういった傾向がございました。

今回、これ以降のページでデータをお示ししておりますが、これらの傾向につきましては同様という形でございました。そのような傾向でございましたので、この時限的・特例的な取扱いにつきましては引き続き実施をしていくということで考えてございます。

また、矢印の下に「対応方針」としてお示しをしておりますけれども、この特例措置の要件を守らない診療が行われていたというものにつきましては、引き続き厳正に対処を行っていきます。また、都道府県には改めて確実な指導の実施を依頼し、その結果を踏まえ、追加的な情報収集を行いまして、指導後にも違反を繰り返す医療機関については改めて指導を依頼したいと考えております。

本資料につきましては、以上で説明とさせていただきます。

○山本座長　ありがとうございました。

説明は2ページだけでしたけれども、資料全体を通じて結構ですのでご質問、ご意見がありましたらよろしくをお願いいたします。

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。

ちょっと確認なのですが、遠距離で行われていたということの問題点のご指摘がありました。これは初診に限った話でしょうか。それとも、再診で遠距離でやっているということが問題になっているのでしょうか。具体的には、神経難病だとか、移植後だとか、遠方から通うことが難しい人に関するオンライン診療の要望は現場からありますので、そこから辺が初診を問題にしている話なのかをちょっと確認させてください。

○山本座長 事務局、お願いします。

○瀧主査 南学先生、ありがとうございます。

今回、この資料全体としまして、初診から行われたものを対象にしているというものでございますので、お示ししていますデータについては全て初診で行われたものということでございます。

○南学構成員 了解です。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。

何点かありまして、第1は今コロナ禍にもかかわらずオンライン診療がここまで低調なのはなぜかということです。例えば、電話も含めてオンライン診療に対応できているのが全体の16%程度しかなく、初診から対応しているのが6%台ですよ。これはいかにも少な過ぎるということだと思います。やはりやっているところが何をしているのかを知ることでも大事なのですけれども、なぜ進まないのかというボトルネックはちゃんと検証したほうがいいと思います。

例えば、それは診療報酬に問題があるのか、オンライン機器の導入費用が賄えないという、平たく言えば金目の問題なのか、あるいは私は規制改革推進会議の人間なので、規制に何かそごがあるのか。あるいは、ガイドラインといいますか、何がよくて何が悪くてという、そのあたりの境目が曖昧だからなのか。そのあたりのボトルネックをちゃんと検証しないとまずいかと思います。

単に対応策としまして正しくやっているかどうかだけではなく、特例措置の遵守をちゃんとしているかどうかということだけではなく、どうやったら普及させるべきなのかということ、これは今、特にコロナの非常時でありますので、そこはちゃんと厚労省として真摯にやるべきではないかと思います。

今回特に強調申し上げたいのは、オンライン診療のいんなりリスクといいますか、課題というものがあありますが、それは平時と非常時では全く違うと思うのです。今この検討会は恐らく平時というか、長期的な観点からオンライン診療の在り方を検討するという場であることは分かるのですけれども、足元を見れば、数は減っているとはいえ、今、自宅療養者もいるわけです。

この自宅療養者には、オンライン診療が本来であれば彼らの症状を確認する契機、機会でもあるはずなのに、それができていないと言っているに等しいわけでありますので、簡単に言ってしまうと自宅療養者が放置されているのではないかという状況にもつながりか

ねないわけですが、こういうリスクが非常時には発生するということになりますので、そこはやはり厚労省さんはいかに普及させるかということで、できていません、終わりではなくて、何が問題なのか。では、普及させるにはどうしたらいいのかということについてちゃんと考えないと、ただの不作為だということになりますので、そこは真摯に取り組んでいただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。事務局から何かありますか。

普及に関しては資料2のほうで一応テーマとして挙がっていて、本日はちょっと議論する時間がないと思いますけれども、進めていきたいと考えております。

それでは、黒木先生、お願いいたします。

○黒木構成員 ご指名ありがとうございます。黒木です。

今の佐藤先生のご意見も踏まえて、私から4点、5点ほど申し上げます。

まず、この調査に関してなのですが、処方分類、あるいは疾患分類がやや恣意的になっているのではないかと。これは、今日ご出席の大橋先生も含めて、武藤先生の下、厚労科研をやらせていただいて、改めて疾患あるいは処方分類を直したものを出示しておりますので、ぜひそれを参考にさせていただきたいと思います。

もう一つは、オンライン診療と電話診療はやはり峻別するべきではないでしょうか。質が違うものですから、これを一緒にしては見るべきものが見えなくなってしまうことが言えると思います。

3点目が、かなり遠方からの受診があったということが問題点として挙げられていましたが、果たして遠方であることが問題かどうかですね。遠方であるがために対面診療に移行できないということが問題なのであれば、これは遠方ではなくて対面診療への移行が確保されていないということが問題なわけです。

それで、オンライン診療の距離ということの制限という話になると、これはまたちょっと違う文脈の議論になってしまいますので、そこはもう少し議論を分けたほうが良いと思います。

4点目と5点目は今、佐藤構成員から問題提起がありましたコロナの中でのオンライン診療の位置づけということになると思いますが、なぜ低調かということはまた幾つか議論があると思いますが、1つは私もコロナという災害医療に関してオンライン診療は必須だと思います。それで、先生のおっしゃるように自宅療養者はオンライン診療で診る以外は医療にアクセスする方法は非常に厳しい。私は自分のところで自宅療養の方をご家族ごとオンライン診療で診療しております。連日、家族ごと診られるから非常に有益です。

それで、これに関してはちょうど日本小児科学会で会員向けにコロナに対してオンライン診療を進めるという提言を出しました。これは会員向けなのですが、広く医師に知ってもらいたいものでありますので、こういうものが出ているということをお知らせいたします。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かありますか。よろしいですか。どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

主にオンラインと電話の峻別は、遠方の問題も含めてレビューの仕方についてのご指摘をいただいていると思います。昨年中を含めまして、経時的な変化を見るという意味でも同じ項目で基本的に調査してきておりましたけれども、その項目が適切かどうかも含めて、今後の調査に関してご指摘を踏まえて検討できるところについては検討したいと思っております。

○黒木構成員 ありがとうございます。

○山本座長 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。

私はこの結果を見て感想めいたことも申し上げたいと思うのですが、もともとこのオンライン診療をするに当たっては研修が義務化されたということがあって、今回10ページに研修受講者数の状況というものが出ております。これは見ていただくと、コロナの問題もございますけれども、こういうものが必要だという理解が現場に浸透したために3万人くらいの方が受講されている。このことが実際のオンライン診療に即つながっていないというのは、それなりにやはり理由もあると思います。

特にコロナという診療に関しては、当初本当に全く医療者にとっても分からない未知のウイルスで、医療側にも対面で診療することの忌避というか、恐怖感もあったし、高齢の先生方は自分も感染したら死んでしまうかもしれないという思いもあって、相当にその部分でやはり対面でないものについてのニーズというのは高まってきた。これは間違いない事実だと思うのです。

しかしながら、この2年間の経験を経て、いわゆる検査医療機関も物すごく増えましたし、それから今回ワクチン接種で基本的にワクチン接種というものは対面でやらざるを得ないものでありますので、個別の接種というものは最大で1日170万件、当初とても100万件などというのは実施できないというお声もありましたけれども、国の支援もあり、そして医療現場の理解も進んで、物すごく急速にワクチン接種ができた。

つまり、オンラインだけでは解決できない問題もあるということが当然あるということだと思います。また、今、在宅でもいわゆる見守りとしてのオンライン診療の重要性というのはかなり医療現場では浸透してきていて、これはどういうやり方でやるかというのはシステムできちんとしたやり方でやるところもあれば、電話もあれば、それこそ携帯での画面で状況を確認しながらやるということもあると思うのですけれども、全てがここにデータとして出てきているわけではないと思っています。

しかしながら、例えば在宅診療でも今度ロナプリーブのような抗体療法を在宅で行うということになれば、当然のことながら対面診療でやらざるを得ないので、対面とオンライ

ン診療をいかに上手に組み合わせていくかということが適切なオンライン診療の実施に資するものだと考えているところです。

今回のデータの中でも、繰り返しルールを守らないような医療機関に対して都道府県等が適切に対応していただいているということなので、これは非常に重要なことだと思うのですが、そういった方々がどうして何度も同じことの注意を受けながらもなお、ルールに従われていないというのはちょっと問題で、こういう不適切な事例があればあるほど、やはり適切なこういうものを広げていこうということのブレーキになりますので、改めて引き続きこういうことはしっかりと対応していただきたいと思っております。

私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。事務局、よろしいですね。

それでは、大橋構成員、お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私からは2点ありまして、1つは今回の検証の結果ですけれども、次回から恐らく7月期になりますので、コロナに関連したオンライン診療、自宅療養者に対してのオンライン診療の数等が恐らくぐっと増える。第5波の影響で増えると思われれます。これが今の手法で混じってしまうと、あたかもオンライン診療が増えたというふうに判断されてしまうのではないかと思いますので、可能でしたら発熱、自宅療養者のケア等にコロナ関連で臨時で行われたオンライン診療、または電話再診であるかというのがある程度分かるような調査をしていただくとありがたいと思います。

また、一方で、そのような形でコロナということに臨時でオンライン診療、または電話再診された先生方は、そもそもこのような届出の話をご存じないと思いますので、そちらにつきましても改めて周知徹底をお願いしたいと思います。

あとは、一般的なオンライン診療ですけれども、私も発熱外来でまずはオンライン診療でPCRの適否をある程度判断して、なるべく医療従事者の感染も防ぎながら発熱外来を、オンライン診療を持ちながら乗り切ることができました。

もう一つは自宅療養者ですが、私どもも自宅療養者のケアをずっと訪問診療でやっていたのですが、それに先立ってオンライン診療を併用して、本当に行かなければいけない人の緊急度、またはトリアージが必要な人というところで用いることができました。

ただ、本当に入院につなげるかどうかの細かいトリアージというのはやはり往診しないと分からない部分が大きくて、そこはオンライン診療の限界というのもあるのかと同時に感じたのですが、ただ、まずその患者さんのところに対面ですぐに行かなければいけないのかどうかという判断をするという意味では、電話に比べてオンライン診療の画像があるというのはかなり有益だったなどは感じております。

地元の医師会の中でもかなりこのオンライン診療のフォロー、自宅療養者のフォローについてご協力いただける先生、手挙げしてくれた先生は多かったのですが、ただし、一番問題になったのが実はe-ラーニングのところでした。手を挙げて協力したいのだけれども、

今から講習を受ける時間はないねというところで断念されたという先生も少なからずいらっしゃったというふうに地元では聞いております。ですので、今この波の落ち着いたところで、ぜひオンライン診療の講習を受けていただくように、いま一度周知していただければと思います。

私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。よろしいですね。

それでは、引き続いて山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

コロナ禍になって1年半たちまして、オンラインでどういうことが有効なのか、無理なことはどういうことかがある程度見えてきたのではないかと考えています。そんな中で、なぜオンライン診療が増えないのかということですが。これは初診の数ですので、やはり初診に対する安全性を考えて、初診はちょっとちゅうちょするというようなドクターも多い。それも一つ大きく関与しているのではないかと考えています。

そんな中で、例えばコロナという診断がついて自宅療養している人に対しての電話やオンラインでの確認ということは有効だと思うのですが、先ほど黒木構成員もおっしゃったように、初診ということ考えたときにオンラインと電話とではやはり違うと思います。電話での初診に関しては一度も話合いというか、議論していないままに時限的措置でオーケーになってしまったという経緯がありますので、これは本当に何もできないときという最初の段階には必要だったかもしれませんが、先ほどこれまで同様継続していくというお話がございましたけれども、電話ということについてはもうそろそろ再考したほうがいいのではないかと私は考えています。ぜひそのあたり、電話とオンラインは分けて考えていただきたいと私も思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。ごもっともだとは思いますが、事務局から何かありますか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生がおっしゃるとおり、電話とオンラインというのは確かに違う枠組みで本来レギュレーションされているというのが実態でして、私たちもオンラインを適切に実施する上で指針という形で、オンライン診療をターゲットに置いているというものでございます。

あとは、電話診療におきましてはやはりコロナ禍という特殊な状況の中で特例的に措置されるかどうかというふうなお話であるかと思っております。現状は様々、状況の変化が特にこの数か月は激しかったと思っておりますけれども、その中で一定、電話が果たしている役割もあるというふうな実態を踏まえての判断という形になりますが、一部この検討会のみでは判断は難しいかというふうに受け止めております。

○山口構成員 特に薬を出すということ、日にちのこととか、どんな種類の薬を出しているのかということについてはやはり電話診療のほうが厳しく見ないと、判断に危ない面が

出てくるのではないかと思いますので、そこは今後も分けて考えていっ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。

それでは、高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。私のほうからは3点あります。

まず1点ですが、資料を見ていますと、徐々にですけれども、右肩下がりで比率が減ってきているというのがちょっと気になっています。それで、なぜここが減ってきているのか。もちろんコロナが収まってきているので対面でいいよという話になってきたのかもしれないかもしれませんが、その背景はちょっと調べておいたほうがいいかなというのが1つです。

それからもう一点が、地域性ですね。県別のデータを見ていますと、オンライン診療が非常に活発に使われているところと、ほぼゼロに近いところとかなり分かれています。この地域性がなぜ発生しているのかも調べておかないと、日本全体で見たときにああだこうだと言っても、実はうまくいかないのではないかとちょっと気にしています。

3つ目なのですが、問題のある処方についてはなのですが、指導を1年間続けてきているにもかかわらず1%程度の初診で問題の処方が出ている。問題があるのは分かるのですが、なぜそうなっているのか。何らかの事情があるのであればその事情、もしくは理由を明らかにしておかないと、いつまでたってもこれは問題だからやめてくださいというだけでは、多分医療機関側としては必要だから出しているのだと言われてずっと平行線のままのような気がしております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

何か事務局からありますか。よろしいですか。どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

減っている背景ですとか地域性の違い、そういったことも含めまして、調査の分析について多くご指摘いただいていると思います。

まず、我々の立場としてはまず適切に安全性が担保されたようなやり方を考えるという観点でレビューしているという状況ですので、なぜ進まないのかというところまでが必ずしもこの調査の中でできていないというのが実態だと思います。この調査の目的自体を踏まえて、どのような形でこれから実施していくのかということも含めまして事務局として考えたいと思っております。

それから、問題のある処方につきましては都道府県ごとに指導していただく形に当然ありますけれども、その際にそれが本当に必要な処方であったが、実質やむにやまれぬ思いで処方したものなのか。それとも、ほかの何かしらの理由があって処方したのか。そういったことも含めて確認していただく形になっております。

お答えできるものとしては、以上でございます。

○山本座長 その指導のレスポンスというのは、厚労省のほうにはきているのですか。

○瀧主査 それは前々から聞いていたものではございませんで、今ちょうど聞くということを始められているということでございますので、今の時点でご紹介できるものはないということでございます。

○山本座長 では、今後は出てくる可能性があるということですね。分かりました。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 オンライン診療が伸びない理由に関してはまた調査をしていただきたいのですが、私が知っている限りで言うと、提供者側の問題と受け手側の問題、患者側の問題と分けて考えたほうが良いと思っていて、やはり提供者側のほうはオンライン診療を実際にやる。電話ではなくて画像を含めてやるようなお医者さんがなかなか伸びていないというのが大きいのではないかと思います。

もう一つ、患者さん側の問題で言うと、それに絡む話として、オンライン診療はある程度普及したのですけれども、オンライン服薬指導だとか、その間をつなぐ電子処方箋の問題だとかが解決されないと、結局診療を受けても薬は取りに行かなくてはいけないとか、余計面倒くさいことになったりするので、そこは一体で解決していく必要があるかと思えます。

ですから、今、緊急措置の中でどうするかという話よりも、今後オンライン診療を正しく普及するような社会インフラにしていくためには今、申し上げたオンライン服薬指導と電子処方箋の問題を同時に解決することが必須だと思いますので、それだけ申し上げたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。そのとおりですね。引き続きまた検討されることだろうと思います。

それでは、島田専門委員、お願いいたします。

○島田専門委員 島田です。電話診療とオンライン診療はもちろん分けたほうが良いのですが、資料のほうでもたしか分けてきちんと表示しているものがついていたと思います。それで、両方が見えるほうが比較しやすいので、引き続き電話も追いかけていただくのがよいだろうと思っています。

それから、コロナ診療ですが、当院では8月だけでも90名の患者を診療していますが、コロナの患者はそもそも保健所が状態観察をフォローして、ハイリスクの患者や状態が悪化しているケースについて地域の医療機関に依頼がくるのです。ですから、その段階でオンラインではなくて往診をして診療で診ることが基本の前提で回ってきますから、コロナ患者のオンラインというのが伸びるわけではないというのが現状です。

一方で、その後のフォローについては在宅酸素が必要になったり、ステロイドの投与は電話であったりオンラインでも認める指針を厚労省と一緒に診療ガイドラインでも参考例として出しておりますので、そのあたりはかなり対コロナとして解禁をしているということがあると思います。

あとは、発熱などについてはもともとコロナの発生する以前からやはり風邪症状のせき

とか、そういうものの利用が多かったということなので、今回の統計で何か風邪症状が多いからコロナと関連と思いがちですが、そこはちょっと違うのではないかと。以前からそこに多く利用されていたというふうを考えています。小児科領域でも議論されていた。

私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて金丸構成員、お願いいたします。

○金丸構成員 ありがとうございます。

今日お示しいただいているデータの在り方について、質問させていただきたいと思えます。

このデータが発生する場所は医療機関ですけれども、厚労省はこの医療機関というか、先ほど黒木先生がおっしゃった科目別というか、診療科目別、処方別とかの詳細データはコンピューターのシステムでは生データと言いますけれども、その詳細データは厚労省が把握できているものなのですか。厚労省にあるものなのか、それとも詳細データは都道府県の中にあって、詳細分析してくださいと言われたら都道府県にお願いするものなのか。データがどこにあるかということをお教えいただきたいと思えます。

それから、オンライン診療をいろんな課題を乗り越えて使っていただけるようにしていくのは都道府県別に推進していくのか、厚労省が本省としてリーダーシップを発揮していくものなのか。もちろんその連携だとは思いますが、そのあたりはどんなふうにお考えになっているのかをお聞かせいただけますでしょうか。

○山本座長 事務局、お願いします。

○瀧主査 事務局でございます。

1つ目にご質問いただいた点で、データの所在がどうなっているかということでございますが、こちらにつきましては各医療機関からいただいた調査票について都道府県を經由して厚生労働省にお送りいただいているという形でございますので、いただいたデータについては全て厚生労働省で把握をしているというものでございます。

○金丸構成員 そうすると、同じ詳細データが厚労省の手元にもあると思ってよろしいですか。

○瀧主査 おっしゃるとおりです。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

2点目についてですけれども、金丸構成員をはじめといたしまして多くの構成員から、これからどのようにオンライン診療を位置づけていくのか、あるいは推進していくのかというところについてご指摘いただいていると思っております。これは資料2のところの一部お示ししておりますし、前回の検討会の中でもお示しいたしましたけれども、6月に取りまとめられました規制改革実施計画の中にも触れられておりますが「オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針の策定」についてといったことが書かれておりますし、医療提供体制におけるオンライン診療の役割ですとか、そういったものについて議論してい

なければならぬかと思っております。

これは当然、指針は指針として当然決めた上で、そういったものについて議論する場、あるいは検討する場がこれから必要だと考えておりました、そういった国として、厚生労働省としてどう考えるかというところについても今後検討や議論を進めたいと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私のほうもデータの取り方についてということでコメントさせていただきたいと思えました。

再診についても触れられていた部分はあったと思うのですが、今集めているデータというのが何を検証しているかといえば、特例措置の中で新しく規制の内容を変えた部分について遵守状況がどうかというのを主に調査する内容になっていると思っております。

それで、このような特例措置の検証自体は今日もこの後、資料2でかなり詰まってきたということになると思いますので、次に3か月後やそれ以降のものが出てくるときというのは、どちらかという指針についてはある程度固まってきたいて、むしろ将来的な普及の計画だとか、そういうほうが主に議論される状況になってくるのではないかと思います。

そうすると、もちろん今回の特例の中で、特に薬剤の処方ですとか、そういうもののモニタリングを続けていくというのは、それはそれであると思いますが、普及啓発をしていくためには、大石構成員も言われていたような課題がどこにあるのかというのを拾うような調査が必要と思われま。現実には初診もずっとこの検討会で議論していますけれども、再診のほうで、使われる回数として多くなってきましたし、その中でどう発展していくかということのほうで、より大きい部分があるかと思えます。そういう部分を捉えられるような基礎的なデータを集め、それをしっかり分析した上で将来的なものを議論できるのではないかと思います。

次が出てくるのは3か月とか、それくらい後だろうと思しますので、その際に今、申し上げたような視点も少し考慮できるころはさせていただいてデータを収集していただくと、次のステップでの検討にとっては、より適切なデータ収集ということになるのではないかと思います。

もう一点加えると、違反が繰り返される医療機関については厳しく対処することは重要で、これはこれまでの検討会でもずっと言われてきていたことではあると思えます。一方で、適切に対処を進めていただいていたので次第に件数は減ってきているのだと思えますが、まだ違反が残る部分もあり、これはしっかり対処していかないとルールを守っているほうが損をするという形になりますので、そこはより一層厳しく行っていただければと思

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、引き続いて鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私からは1点、一部で禁止されている麻薬と向精神薬の処方が行われている件についてです。高倉先生のご質問と、ご指摘と、それに対するお答えに関連して、また今、落合先生も少し触れられていましたけれども、厳正に対処している、都道府県ごとに指導している、事情も聞いているということでしたが、その事情を聞いた上でどう対応すれば解消されるのかという検証も当然必要ですし、また、指導しても本当に改善されない事例について、事情があったら初診でも禁止されている処方薬を処方することができるというふうにしてしまったら際限がなくなってしまうのではないかと思います。もっと厳しく、初診からの処方が禁止されている処方薬の処方は初診では一律に禁止としたほうがいいのではないのでしょうか。そこを厳しくしないと、いつまでたっても事情があるからといって処方する医療機関がなくならないのではないかと思います。

そのほかにもいろいろあるのですが、皆さん言っていたので、私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。制度上の限界ということも多少はあるのでしょうか。事務局、よろしいですか。

それでは、引き続いて黒木先生、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

2点ほどですが、1つは先ほど島田先生からご指摘のあったコロナ診療の中での在り方ですが、コロナとオンラインということではいいますと、結局コロナ診療の全体の枠組みを見て、その中でオンライン診療の位置づけということになると思います。当然ですが、訪問診療、外来、入院診療は一体化しているわけです。私も訪問を頼んだり、後方病院の外来を頼んだりしています。

それから、保健所主導だというご指摘でしたが、8月13日に厚労省からコロナに関して最初に診断した医師が保健所の指示を待つことなく治療するという事務連絡が出ていますので、これでコロナ診療は大きく進んだのではないかと思います。

あとは、今、初診の禁止薬剤の話なのですが、議論を蒸し返してしまうかもしれないのですが、まず禁止ありきではなくて、なぜ禁止、あるいは気をつけるということになっているか、そこのところは継続的な議論をするべきではないかと思います。つまり、一律に禁止、禁止というのがあらかじめあるわけではないと考えています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

では、2点ほどですが、先ほど金丸委員からのご質問に厚労省さんは答えていなかったのので、誰が指導権を持つべきか。国なのか、自治体なのかというときに、システムとかガイドラインという観点から見れば、もちろんこれは全国统一でやるべきことだと思うのですが、他方で品川モデルとかもありますように自治体によっていろいろな取組があります。したがって、自治体の中で優良事例というのを引き出して、それを横展開するという発想がなぜ厚労省にないのか、いつも私は不思議なのですけれども、これは内閣府ではずっと議論しています。ですから、ある意味、優良事例の取上げというのが必要かなと思います。それが1点目です。

2点目ですけれども、ボトルネックの話をしました。実は今のアンケート調査からでもある程度のボトルネックというのは分かるはずなのですね。例えば、オンライン診療をやっている病院とやっていない病院で規模はどうなのか。もちろん立地、診療科、あとは規模とか扱っている患者数、過去に扱っていた患者数はどれくらいなのかということが分かれば、やはりオンライン診療というのは規模の大きいところで普及しているねとか、いや都市部だね、地方は無理だねとか、この診療科はなかなか難しくてこの診療科は意外とうまくいっているとか、そういったものが出てくるはずなのです。

ですから、ちゃんと回答した医療機関の属性と回答の結果をマッチングさせればある程度のことは分かるはずで、そこからいわゆる仮説を導けるのです。その仮説を検証するために次のアンケートをやるというのが一番正しいやり方なので、こういうのをEBPMと言うのですが、そこはちゃんと考えていただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて高林専門委員、お願いいたします。

○高林構成員 ありがとうございます。

いろんな方がもうお話をされたことですが、2点申し上げたいのは、1つは黒木委員、大橋委員がおっしゃったことにも関係しますけれども、コロナが我々オンライン診療に大きく影響しているのは間違いないのですが、具体的にそれが直接関係するのは幾つなのか、これからは読み取れなかったものですから、今後できればどのような場面でコロナに関連するオンライン診療が行われているかを取れるようなデータの取り方をぜひいただきたいということが1点。

もう一点は、落合委員が先ほどおっしゃったことにも関連します。再診というほうがはるかに有用性が現場では高く、初診以上に再診をもっと簡単にできるようにすれば、使う人はどんどん増えるというふうに私は思っていて、この取組について優先的に検討してもい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、引き続いて南学構成員、お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

黒木先生のおっしゃった禁止薬について補足ですけれども、日本医学会連合の出した禁止薬やオンラインの初診に関しては、やはり最終的にはあくまでも個々の状況に応じて医師が判断すべきというふうに明記しています。これは、例えば禁忌薬について女子医大で問題が起こったときに、禁忌薬を使っているかどうかというアンケートが病院で行われて、私はあれっと思って医療安全の人に確認したのですが、確かに禁忌薬を使わなければいけない状況というのがあって、例えばヨード造影剤はヨードアレルギーの人には禁忌というふうになっていますけれども、その人が心筋梗塞を起こしたて心臓カテーテルが救命に必要と判断しときはヨードアレルギーがあっても造影剤をステロイドを使った上で我々は使いますので、一律に完全に禁止ではなくて、個々の状況を判断した上で最終的に使うということが大原則だと思っています。

それから、これは佐藤先生がおっしゃっているように、進まない状況についてやはりかなり真剣に検討する必要があると思っています、私も以前堂々と東大病院がもうやりますと申し上げたのに、実はいまだに始まっていないという非常に恥ずかしい状況があって、これは7月に始めますというふうに事務からも言われていたのですけれども、いまだに始められていません。それはシステム上の問題だとか、そういったいろいろな問題があるというふうに事務から聞いているのですが、保険点数の問題、それからいろんなクリアしなければいけない問題が多くて、実際できない、やりにくい状態になっていますので、ぜひそこら辺を厚労省の方々のご指導の下にできるように進めていきたいと思っています。

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。

2点あるのですけれども、まず禁止の薬剤というお話がございましたが、もともとこの指針の中ではあまり薬剤そのものの制限というのは書いていないのです。それはなぜかという、いわゆる対面の補完としてのオンライン診療ということがベースになっているので、対面が医療として行われている中で、その医師が裁量で判断して必要な処方を行うので、いわゆる一般的禁止ということがないなかつたです。

しかしながら、今回は全く初診から十分に患者さんの情報がない中で、例えば麻薬が必要なのかとか、あるいは今、南学先生がおっしゃったような極めて重症な患者さんに対して医師の判断でそういう薬剤が必要だというケースが本当に当てはまるのかどうかと思います。

今回のデータを見ても、ほとんど上気道炎とか、やはり医師が常識的に判断して、こういった方だったらオンライン診療で短期間お薬を出しても大丈夫というような医療が行われているという理解をしておりますけれども、そういった中で1か月間の処方をするとか、それから麻薬が本当に必要なのかというケースというのは、そもそも対象にならないと思

っているので、どう考えても医療の在り方として医師の裁量を尊重していただくことは非常にありがたいのですけれども、やはり原則として禁止されるべきものは禁止されるべきだと思っております。

それから、指針の見直しというのは毎年見直すということになっておりますから、実際にいろいろなことが進んでいく中で本当にその薬剤の制限は要らないのだということになれば、その時点で指針を見直せばいいのであって、最初からルールを緩めることはしないほうがいいなと思っています。

それからもう一点、これはそもそも論になるので恐縮なのですが、この検討会がどうして設けられたかという、実は保険診療の中でもオンライン診療を実際に実施していても、全くそれがオンライン診療という項目として上がってこない。それから、自由診療の中で本当に野放図にオンライン診療がいろいろなことで使われているという状況の中で、海外ではオンライン診療を行うに当たっては、いろいろなルールがある。したがって、これを保険診療の中に入れるのであればしっかりとルールづくりが必要ということで、このオンライン診療の適切な実施に関する検討会というものが設けられたという理解をしています。

したがって、私も個人的には今回ルールとして決まったように、かかりつけ医を中心とした中で必要な医療として対面診療と上手にかかりつけ医が組み合わせて広く本当に患者さんのために必要な医療としてこういうツールを提供するということが重要だと思っておりますけれども、大前提としてやはり適切に実施するということがまずあって、そのルールを決めた上でやるということが重要だと思っています。ちょっと議論が推進というところに行き過ぎていて、やはり一定のルールが重要です。こルールの策定や見直しをこの検討会で行うと理解しておりますので、その辺の趣旨を改めて再確認をさせていただけ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。今の今村先生のご趣旨はそのとおりですね。そのために我々は検討していますので、そのつもりでこれからも進めていきたいと考えております。

いろいろたくさんの意見をいただき、ありがとうございました。この調査自体はコロナ禍で初診からのオンライン診療、あるいは電話診療を我々は議論していませんけれども、それをお認めするに当たって、これが本当に安全に実施できているのかどうかということを随時確認していくということが目的で始まって、それを3か月ごとに過去と比較できる意味では同じ項目でやっているというところがございます。

ただ、今日この後、ご議論いただくことになっていきますけれども、今の初診の部分の指針の改定がある程度めどがついてきたら、さらに今度はこのオンライン診療をどうやってもっと患者さんにとって、あるいは医療機関の働き方にとっていいものになるかということポジティブに検討していく。

つまり、オンライン診療そのものを実際に推進していくということに議論が多分移っていく。ここでやるかどうかは別として移っていくのだろうと思いますので、そのためのエビデンスといえますか、データとしても今後はそういったことが必要になるのだろうと思います。それは、引き続き事務局で検討をお願いしたいと思います。

それでは、議題の2番目「初診からのオンライン診療の取扱いについて」に関しまして、資料2について事務局から説明をお願いいたします。

○瀧主査 事務局でございます。

それでは、資料2「初診からのオンライン診療の取扱いについて」のご説明をさせていただきます。

2ページでございます。こちらは前回の議論の振り返りということでございまして、前回6月30日の第16回の議論において検討を進めることとされていたことについて3つ書かせていただいております。

1つ目が「初診からのオンライン診療の取扱いについて」、2つ目が「オンライン診療の推進について」、3つ目が「その他オンライン診療の安全性・信頼性に関する事項」についてというものでございます。

この中で1番の「初診からのオンライン診療の取扱いについて」、本日ご議論をいただきたいと思っております。また、2番、3番につきましてはこの指針の改定以降に議論をしていくということで考えております。

3ページでございます。こちらは、第3回の検討会の資料で、この指針における「初診」の定義というものが何であったかというところで確認のために参考としておつけをさせていただきます。

「オンライン診療の初診に関する基本的考え方」でございますが「医師法第20条でいうところの「診察」というのが、問診、視診、触診、聴診、その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の判断を下し得る程度のものをいうとされている」ということございまして、いわゆる初診においては、通常、症状・疾患に対する治療・処方のために、診察を通して診断等を行うことが想定されるということ踏まえると、本指針における「初診」についても診察の中で新たな症状等（この中で既に診断されている疾患から予測された症状等は除いたもの）ということに対する診察を行うもの、というふうに解釈されるということでご議論をいただいていたというものでございます。

4ページでございます。こちらは、先ほどの「初診」の定義につきまして、具体的なケースに沿って整理をしたものということでございまして、例えば＜同一医療機関への継続的な受診のケース＞につきましては、当該医療機関に初めて受診した場合は「初診」、また2度目以降であっても、新たな症状等・疾患について受診する場合、これも「初診」、また2度目以降に既に診断を受けた疾患について受診する場合は「初診」には該当しないものであるということでございます。

ほかの医療機関で既に受診済みのケースにつきましては、ほかの医療機関で既に診断・

処方を受けている場合であっても、当該医療機関への受診が初めての場合には「初診」、2度目以降の場合は同一医療機関の場合と同じで「初診」には該当しないということで整理をいただいたというものでございます。

5ページでございますが、こちらは6月18日に閣議決定されました「規制改革実施計画」につきまして、参考ということで掲載をさせていただいております。

6ページでございます。「初診からのオンライン診療の取扱いについての論点」というところでございます。

こちらは「これまでの議論」におきまして、前回の検討会で初診からのオンライン診療の取扱いについて、以下の3つについて検討するということとされておきまして、初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細、規制改革実施計画における「オンラインでのやりとり」の取扱いの詳細や実際の運用、初診からのオンライン診療に適さない症状・医薬品等ということとございました。

これから議論いただきたいものということとございまして、初診からのオンライン診療の取扱いにつきまして、前回の議論でいただきました3つを以下の論点のように整理して検討いただきたいと思っております。

1つ目が初診に必要な医学的情報、2つ目がかかりつけ医がいない場合等に行う「オンラインでのやりとり」につきましての取扱いの詳細や実際の運用、3つ目が症状について、4つ目が処方について、5つ目が対面診療が必要な場合の実施体制についてというものでございます。

7ページ以降、先ほどの5つの項目についてそれぞれ議論の整理をさせていただいております。

7ページ「本検討会でこれまでにいただいたご意見」でございますが、この中ではどういった情報であれば認められるかということについてはあまり細かい規定を設けるのではなくて、医師や患者のリテラシーを信頼した上で、医師と患者の合意の中で決めるべきではないかといったご意見。

それから、事務局案として挙げられたもののほか、いわゆる「お薬手帳」も有用ではないかというご意見。

PHRを含めて、患者が持っている情報というものも今後増えていくことが考えられるので、これも引き続き検討して幅広く認めていくという方向性が必要ではないかというご意見。

過去の医学的情報について、どの程度過去のものが認められるかという観点については目安を示す必要があるのではないかといったご意見。

患者が自ら管理している健診結果、過去の検査値、服薬歴等についてもオンライン診療に活用できる場合があるのではないか。ですから、患者の医学的情報は限定せず、幅広い範囲を想定すべきではないかといったご意見。

また、かかりつけ医のいない健康な若者等の医療アクセスを担保するという観点で、初回のオンライン診療の前に患者本人と医師とでやり取りを行って、患者の医療履歴、基礎

疾患等の情報が把握できて、双方が合意した場合についてはオンライン診療を認めるべきではないかといったご意見をいただいていたということでございます。

8ページでございます。「これまでの議論」ですが、先ほどいただいたようなご意見を踏まえまして整理をさせていただいております。これまでの検討会におきまして、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、お薬手帳等がこの初診に必要な医学的情報として考えられるということで議論をいただいていたということでございます。

これを踏まえまして、診療に必要な医学的情報について、例えば既往歴、服薬歴、アレルギー歴等が考えられるところでございますが、これまでに議論いただいた医学的情報として活用できるものも踏まえまして、どういった場合にオンライン診療を実施可能と考えられるかということについてご議論をいただきたいということでございます。

9ページでございます。「『オンラインでのやりとり』の取扱いの詳細や実際の運用」というところでございます。

これにつきましては、規制改革実施計画におきまして「医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合」につきまして、一定の要件を含む具体案を検討することとされていたというものでございます。

下に「指針改定の方向性」としてお示しを4つしております。

まず「オンラインでのやりとり」につきましては、オンライン診療の可否についての医学的判断を行う枠組みであるということでございますので、このやり取り自体はオンライン診療とは異なる枠組みで実施する。

それから、受診歴がなく、十分な医学的情報も得られていないという患者に対して診療を行おうとするということでございますので、オンライン診療に必要な患者の医学的情報を丁寧に得ることで安全性及び信頼性を担保することが必要である。

その上で「オンラインでのやりとり」の取扱いにつきましてどういったものが考えられるか。

また「オンラインでのやりとり」の結果、直接の診察が必要と判断された場合など、オンライン診療を行わないこととなった場合に必要な対応についても検討が必要ではないかと考えております。

10ページでございますが「症状について」でございます。

「これまでの議論」としまして、オンライン診療での初診に適しない症状ということで、オンライン診療を実施しようとする場合であっても、緊急性が高い症状、また処置が必要な場合など、オンライン診療に適さず対面診療が必要となる場合がある。

また、オンライン診療を実施するに当たっては、その可否について事前に判断を行うことが必要であるということも議論をいただいております。

また、日本医学会連合よりいただきました「オンライン診療の初診に適さない症状」の提言につきましても、前回検討会で南学先生よりご紹介をいただいているところでございます。

「指針改定の方向性」といたしまして、オンライン診療の実施の可否の判断については安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要ということでございますので、日本医学会連合の提言も踏まえまして、初診からのオンライン診療が可能な症状、あるいは適さない症状についてどのように考えるかというところでご議論をいただきたいと思っております。

11ページでございますが「処方について」というところです。

「これまでに本検討会でいただいたご意見」ということですが、医療相談や受診勧奨では費用が発生しないというのであれば、オンライン診療の診療報酬を請求するために不必要な処方が行われるのではないかと。また、相談や受診勧奨の場合に自費で費用を請求するのであれば、そういう仕組みを整備して患者に説明することが必要ではないかと。

薬剤については、オンラインでは明らかに使用すべきではないというものが一定程度あるのではないかと。

全く情報のない患者に対しまして、長期間の処方を行うのは望ましくない。例えば、ある薬は最長1週間の処方ということにして、それで症状が改善しなければ対面診療に移るという流れが望ましいのではないかとのご意見。

また、処方できる医薬品の制限については必要であって、同じ医薬品でも適応外使用を制限するといった考え方もあるのではないかとのご意見。

オンライン診療では検査ができないために、リスクを回避しようということで、風邪か肺炎かが分からないような場合について抗生剤を処方するといった過剰診療が起こるのではないかとのご意見等をいただいております。

また「時限的・特例的対応下での制限」ということをございまして、令和2年4月10日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」の中で、診療の際、できる限り過去の診療録、診療情報提供書、地域医療情報連携ネットワーク、健診の結果等において、患者の基礎疾患の情報を把握・確認した上で診断、処方を行ってくださいということを書かせていただいております。

その上で、診療録等によって当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合につきましては、処方日数は7日間を上限とするということとともに、麻薬及び向精神薬に加えて特に安全管理が必要な医薬品、いわゆる「ハイリスク薬」につきましては処方をしてはならないということに対応を行っているということでございます。

12ページでございますが「これまでの議論」ということでまとめさせていただいておりますが、現在のオンライン診療については診察手段に限られるということでございまして、診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難である場合があると

いうことで、そのために初診から安全に処方することができる医薬品も限られる。

また、この時限的・特例的措置において処方を行ってはならないものを決めているということでございます。

また、こちらにつきましても「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」につきまして、日本医学会連合の提言を前回検討会で紹介をいただいております。

そういった議論を踏まえまして、オンライン診療で処方可能な薬剤についてどのように考えられるか。また、現在の時限的・特例的措置における制限につきましてもどういふふうを考えるかというところでご議論をいただきたいと思っております。

13ページでございます。「対面診療の実施体制について」というところですが、こちらは先ほどもご紹介しました4月10日の事務連絡におきまして、医師が地域における医療機関の連携の下で実効あるフォローアップを可能にするため、対面による診療が必要と判断される場合には、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した医療機関において速やかに対面による診療に移行する。または、それが困難な場合は、あらかじめ承諾を得たほかの医療機関に速やかに紹介することというふうに記載をしているところでございます。

それを踏まえまして、オンライン診療を実施するに当たって、継続的なフォローアップの中で必要な検査等を行うとともに、急変時や中等症または重症であることが疑われる患者を適切かつ速やかに対面診療、検査、処置等に誘導することが可能な体制が必要であるということございまして、必要時に対面での受診が可能な体制を確保するために、オンライン診療を行うにあたってどういった対応が必要であると考えられるか。これについてご議論をいただきたいと思っております。

資料2につきまして、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。

それでは、構成員、専門委員の先生方でただいま事務局からお示しいただいた論点についてご意見あるいはご質問があったらよろしくお願いいたします。

それでは、南学構成員、お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

ここで「オンラインでのやりとり」という言葉が出てきて、これがちょっと混乱を招くのではないかというふうに感じていて、今までオンライン診療と電話診療というのを分けていたので、「オンラインでのやり取り」というのは電話で受診に関して相談するとかということとは含まず、これはウェブでそれを相談することのみを指す言葉なのではないかと解釈されると思います。

こういった言葉がちょっと分かりにくいと思ったのと、かつオンラインでのやり取りの結果、直接の診察が必要と判断される場合で、オンライン診療を行わないとなった場合の必要な対応を検討することが必要なのではないかということについては、これはオンライン診療を行って対面診療が必要と考えた場合は、既に診療を行っているためにそれは当然

義務となると考えていますが、オンラインをする前の相談を受けていることは、最後のところにもあったように、これは診療行為ではないというくりなので、診療行為でないことをやっている状況で何か義務的なものを課すということについては、それを義務とすることは難しいというふうに思っていて、当然医師が常識的な範囲内でやるべきことと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

何かありますか。よろしいですか。

ちょっと忘れていました。本日ご欠席の佐野構成員から書面でご意見をいただいております。それをまず紹介したいと思います。

1. 基本的な考え方についてということで、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、かかりつけ医の推進が重要であることは言うまでもありませんが、オンライン診療についてもかかりつけ医が中心的な役割を担うことを前提として、患者のニーズに応えながらオンライン診療を適切な形で広げていくことが必要です。そのために、患者の視点に立ってオンライン診療を利用しやすい環境をつくることが重要と考えます。

2. 今回の資料2についての最初の(1)で、初診に必要な医学的情報についてということで、患者の症状によって診療に必要な情報は異なることが想定され、オンライン診療を実施可能な条件を形式的に定めることは現実的ではないと考えます。

指針では、事前に必要な情報(既往歴や服薬歴など)や活用できるツール(健診結果やお薬手帳など)を例示し、オンライン診療が可能かどうかの判断について医師による格差が生じないようにしつつ、現場の判断を尊重すべきと考えます。

既存の情報だけでは実施の可否を医師が判断できない場合、オンライン診療を拒否された患者に感じさせないように医師から丁寧に説明し、対面受診につなげていただきたい。

ただし、患者の希望でオンライン診療を選択する余地を残すことも考えられます。

2番目のご意見として、オンラインでのやり取りの取扱いの詳細や実際の運用について、患者から見るとオンラインでのやり取りも診療の一部と考えることは十分予想されます。そのような状況においては、やり取りの内容や診療に移行したかどうかについて、医療機関が記録を保管し、必要に応じて全国の実態を把握できるようにしておく必要があります。

また、やり取りを終えた後、オンライン診療の実施について患者と医師が相互に意思確認をすることをルール化するべきと考えます。

こういうご意見をいただいております。

それでは、鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今の南学先生と佐野先生のお話と関連するのですけれども、オンラインでのやり取りについて、やり取り自体はオンライン診療とは異なる枠組みでということなのですが、オンライン診療にならないという場合は患者が自費でその費用を負担するということになるの

でしょうか。もし保険の点数もつかず、または患者からも診察料をとれないとなれば、医療機関側としては無料で話を聞いて適切に対面の診察につなげるということが必要になって、結局多くが薬を処方しないオンライン診療と同じような扱いになるのではないかと思います。

そのすみ分けがはっきりしていないと患者側としても混乱しますし、異なる枠組みでというのはなかなか難しいと思ったのですけれども、どのように考えたらいいでしょうか。

そしてもう一点なのですけれども、オンライン診療はできないとなって対面診療が必要となった場合で、オンライン診療を実施した医療機関での対面診療が困難という場合、ほかの医療機関に紹介する必要があると思うのですけれども、その場合は医療機関をきちんと特定して紹介状を出して、その医療機関にも紹介しましたと紹介状を送るというようなリアルに準じた形でやってもらうのが患者側としては一番安心かなと思いました。

以上、2点です。

○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。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

1点目についてお答え申し上げます。南学先生、佐野構成員、鈴木構成員からご指摘いただきましたやり取りについてでございます。これは今回の資料でもお示しさせていただきましたけれども、概念上はこういった枠組みになるだろうというところでございますが、それが実際にどのようなフロー、患者目線でも、あるいは医療者目線でもどのようなふうなフローで、どのようなふうな位置づけでやるかというところについては、まさしく精査しなければいけないところだと思っております。

現状では、例えば健康相談ですとか受診勧奨、診療ではないものに関しても診療報酬の枠外で費用が発生するというような運用はあり得ると思っております。

今回、例えばこの枠組みに関しましてご懸念ですとか、問題点ですとか、それから分かりづらいという点についてご意見をいただいた上で、次回以降具体的なフローですとか在り方について事務局としてお示しできるようにしたいと考えております。

○山本座長 よろしいでしょうか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○山本座長 それでは、高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。私のほうからは、ちょっと先の話になるかもしれないのですが、患者さん自身が持っているデータをどのように扱うべきかというのがたしか議論されていたと思うのですけれども、そのときに一番気になったのは、私も関わっていますが、今年の6月4日の第8回データヘルス改革推進本部でかなり多くの、例えば健診データとか手術歴とかもですけれども、2024年からマイナポータルで患者さんが医療機関もしくは介護施設に提示できるようになりますよということが決定されているわけですね。

そうすると、あと2年でそういうところまでいくという話になっているときに、何を提

示すればオンライン診療ができるのか、できないのかという議論をするのであれば、このあたりを見据えた議論が必要なのではないかと思います。これはあくまでも意見です。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

先ほど今村構成員が、この検討会のそもそもの位置づけを整理してくださったのですけれども、私もオンライン診療の適切な実施に関する指針の検討会ですので、一番はやはり安全性、信頼性ということが大前提ではないかと思っています。

それを大前提にした上で論点についてなのですけれども、まず初診に必要な医学的情報については、患者の基本的な情報が分かるものが必要だとは思っています。それで、8ページに書いてあるような例示はあってもいいと思うのですけれども、患者によってどんな情報が必要なのかはかなり異なると思っていますので、それを具体的に限定することは難しいのではないかと。ですから、例えばこういうものですよというようなことを例示していただいて、一人一人に合った情報を収集することが大事なのかなとだと思っています。

それから、オンラインでのやり取りですけれども、先ほど受診勧奨云々の話が出ていますが、特に初診の場合はオンライン診療に入る前の予診的な段階というのが不可欠ではないかと思っています。

そこで、例えば対面診療が必要な場合の実施体制についても確認することができますし、患者の基本的な情報が得られるかどうかということ、それから対面診療が必要かどうかということの判断もその予診的な段階でできるのではないかと思います。ただ、ここにもある程度やはり診療報酬的なものをつけないとなかなか実施できないかなと思っていますので、そのあたりも含めて考えないといけないとは思いますが、2段階にしていく必要があるのではないかとと思っています。

そうすることで、患者もそういう2段階があるのだと分かれば最初に必要なことを伝える。そこで対面が必要だと言われたら、その理由も理解した上で次の行動を考えることができると思いますので、そういうオンラインでのやり取りということの取扱いを、段階を踏まえて考えたらどうかと思います。

それから、症状と処方についてですけれども、せっかく日本医学会連合の方々はかなりご尽力いただいておりますので、それを参考にすることが大事だと思っています。

特に薬についてですけれども、初診のオンラインをする場合と、再診あるいは対面を踏まえた上での診断を経ての薬の処方ということは、やはり明らかに分けられないといけないのではないかと。まだ検査もできていない。とりあえず初診で何日間か様子を見ましょうというようなことであれば、今回の時限的措置で定められているような一定の基準をしっかりと設けないと、安全性の確保はできないのではないかと。そこはやはり先ほど適応

外の処方ということ、もちろん一定の裁量は医師に置くということは大事だと思いますけれども、あまりハイリスク薬を適応外とかで使うというようなことをオンラインで全く面識のない初診の方にするというのはちょっと考えにくいかなと思いますので、特に初診の場合の薬は限定的にルールが必要だと思っております。

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。

各論点についてちょっとお話をしたいと思うのですけれども、まず初診に必要な医学的情報ということで具体的な例示を挙げておられますし、私も一部、前々回でこういうのは要るのではないかと、いいのではないかと申し上げたのですけれども、医療というのは医師の方は分かると思うのですが、物すごく経験によるところが大きくて、オンライン診療に関しては少なくとも大橋先生あるいは黒木先生のように、オンライン診療に本当に慣れておられてうまく活用できておられる先生もいれば、これから新たにオンライン診療に取り組もうという先生方もいらっしゃる。

当然のことながら経験が違うので、どういった情報だったらそれが有用かというのは多分判断が違うと思うのですね。だから、それぞれどういう先生がやるか、結局それは医師の裁量ですよということになるのですけれども、あまりに裁量に委ねすぎて安全性をルーズにはいけないと思います。メニューが書かれていて、その中で自分はこういう判断でオンライン診療を行ったということを、例えばカルテの中に記載するとか、保険診療のルールの中に入れていいのではないかと思います。

それは、医師が自分の裁量でやったということのいわゆる責任を持つということになりますので、責任なしで、ただ自分が判断してやりましたということにならないようにすることが必要ではないかというのが、初診からの必要な医学的な情報に関してのお話です。

それから、いわゆる初診の患者で、先ほど山口構成員からもお話があったように、一定程度、まるっきり初診で今まで診たことがない患者さんに、この診療ができるかどうかの判断は前段階が要するというのは賛成なのですけれども、それを制度的にどのように構築していくかという話になりますと、まずは受診をされる患者さんにきちんとした情報というのでしょうか、こういう仕組みになっているということをまず前段階として理解していただいた上で、最初の段階はどう呼ぶかは別として、医療には結局まだ入らなかったという場合には診療報酬でやるというのはどうしてもルール的に変な話なので、これは自由に設定されるものだと思います。

ただ、自由診療では一定の金額がかかります。もし医療に行かなければこのくらい必要ですということをお伝えした上でそれをやる。その後、保険診療に移った場合には、これはいわゆる混合診療にもなりかねないお話なので、その場合には一体的に保険診療の費用の中で最初の部分のものをみていくというような考え方もあると思っていて、これは今後

決めていくルールの話だと思います。それはきちんと考えれば良いのではないかと考えております。

それから、薬剤については先ほども申し上げたとおりで、まずその前に症状ですね。これは医学会連合が本当にご尽力いただいでつくっていただいたので、これを中心に考えていけばいいと考えております。

それから、処方については先ほど申し上げたように、やはり初診からの必要なお薬の中で本当にハイリスク薬を出すということは、多分ほとんどの先生はそんなことはなさらないと思っているのです。それは医師の良心だと思っていますけれども、そういうことをされる先生が絶対いないということもないので、患者さんの安全のために一定程度、今回の指針の中ではやはりある程度制限を設けたほうが良いと考えています。

それから、これはここに書かれていることと直接関係ないかもしれないのですが、やはり私はかかりつけ医が基本的にとというのは書かれているわけで、どうしてもかかりつけ医が今までいっしょに患者さんに対してどうするかという大きな課題はあるのですけれども、基本的にはこういう初診でそういう患者さんを診た後は、やはりその方にかかりつけ医になっていただく。

これは患者さんが決めることですから、当然オンライン診療で診たときに、いや、この先生はちょっと私に合っていなかったなと思ったら無理してかかりつけ医にする必要はないのですけれども、せっきくの機会なので、今までかかりつけ医がいなかった方はこのオンライン診療を活用して医療を受けていただいたときに、その先生をかかりつけ医にしていただくという枠組みは非常に重要だと思っています、黒木先生のところに例えば今、神奈川の患者さんが通っておられるとか、今まで患者対医師の信頼関係ができていながらそういう距離という要件は私は必要ないと思うのですね。

それは難病であったり、いろいろなルールがありますけれども、ただ、初めて診療するときには一定程度、対面に移行するということもあり得るということを前提にして、常識的な範囲の中で距離というのを考えていただく必要があるのではないかと考えています。

それから、ちょっと長くなって恐縮ですが、コロナ対応で発熱患者さんを診てみますと、自分のところでも発熱外来をやっていますが、まだコロナが大流行していないときは発熱の患者さんの5%ぐらいしかコロナ陽性にならない。当然のことながら、ほとんど上気道炎ということで短期間のお薬を出すということは全然問題ないと思うのですけれども、本当にコロナが大流行しているときは逆に3割、4割の方がコロナだった。

そういった方にオンライン診療で少なくとも数日間、1週間、せきと熱の薬を出しておきますよということを安易に行くと、これは非常に危険なことになる。その場合には、やはりそのときの感染状況を見ながらオンライン診療を行っている医師が対面で、これはPCRなり抗原定量をやったほうが良いですよというアドバイスをしていくのが普通の臨床医の考え方だと思っています。

その辺は医師の裁量だと思いますけれども、長期間の処方ということがかえって感染状

況を悪化させるというリスクもありますので、こういったことを考えると初診で初めてお薬を出すときは1週間以内のお薬にしておくということが望ましい。

この話は、もう既にオンライン診療を継続してやっている方の長期処方の話とは全く違う話なので、そこはきちんと整理をして考えたほうが良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、引き続いて黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。2点ほどです。

1つはオンラインでのやり取りということなのですが、これは概念上はそういう設定になるという事務局からのご案内ですけれども、私はそれはちょっと無理があるのではないかと思うのですね。

確かに今までのお話で、オンライン診療に入る前の予診の段階ということはあると思うのですけれども、では、この患者さんはオンライン診療に適しているか、適していないか。対面診療が必要か、処方薬が必要かどうか。これは既に医療的な判断をしているわけですから、私は診療だと思えます。

それで、例えば対面診療に先立って対面でのやり取りというものがあるとすれば、それは看護師さんとか事務のスタッフが電話で、それならばちょっとほかに行ってくださいとか、そういうレベルだと思うのですね。やはり実際の医療行為にこの設定は則していない。ですから、これを無理強いするといろいろな制度上の論理的なほころびが出やすい。そこは南学先生や鈴木構成員がご指摘されたとおりでと思うので、ここはもうちょっと再考できないかと思えます。

それから、今村先生からご指摘いただいた距離の問題、あるいはコロナオンライン診療問題なのですが、例えば対面診療に移行する場合、遠方の患者さんをオンライン診療で一人の医師が診ている。それで、これは希少疾患とか専門性の高い疾患ではあり得ると思うのですが、やはりオンライン診療以外で対面診療できる医療施設を確保しておく。ここを押さえておけばいいのではないかと思えます。

これはコロナに関しても同じことで、オンラインで診た主治医がもちろん対面で見られる体制が望ましいと思えますが、なかなか難しい場合もあると思えますので、訪問外来で直接診られる体制を押さえておくということ、そのところでこれはオンライン診療の可否とは少しずれるのではないかと思えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。私も何回か述べさせていただきます。

1つ目が、初診についてです。初診の定義が今回ご説明いただいた資料の中で、最初に特例の議論をしたときに4つの類型に分けていたうち、4つ全部が初診に入っている定義

の書き方になっているかなと思っております。今まで統計の資料なども、資料1などで議論してはいたけれども、その中で他の医療機関の紹介がある場合や過去に受診歴等のあるような場合と、全く何も情報がない場合というのは分けていたと思います。そういった何もない情報の場合はどうなのか、情報がある場合より厳しくするべきではないかというのは全般的に一致した議論だったと思っており、恐らく今日もそれを念頭に置かれて議論されているのではないかと思います。その部分用語の使い方が資料によって若干ずれがあるかもしれないので、その点は特に確認をお願いしたいと思います。これまでの議論の経緯も踏まえると、情報が特に取り立ててないような場合というのを指して特に初診に関する規制として議論されているのかと思って聞いておりました。ここは違うのだというご意見がある場合、明確にお伝えいただいたほうが、後で指針の議論の中で混乱しないのかなと思われましたので、そこはまず1つ目です。

2つ目が、ご提言適する整理の、医学会連合の御提言された内容で、処方ですとか症状の部分については、これは基本的に参照なり、参考にするなりという形で進めていただくのが、詳細にご検討された結果ですし、妥当であるように感じております。

また、ちょっとほかの論点になってしまいますけれども、事前のやり取りの論点についてです。これは今日一番議論になっている点だとは思いますが、先ほど事務局のほうからご説明いただいたような医療相談と受診勧奨のいずれかの類型で見るとというのが基本的なこれまでの整理だったと思っております。それで、受診勧奨の場合は一応医療行為の枠なので、医師でないとできないという整理をされていたと理解しております。

ただ、議論している中でも、オンライン診療そのものではないにしても、どこまでが受診勧奨と相談のどれを指しているのかが分からないという話は、当初1回目のというか、指針の策定のときの委員会からずっと言われていることではあると思います。受診勧奨や相談の範囲が何を指しているのかというのは、これまでも何回か既に明確化していただいているのですけれども、さらに一層明確化していただいたほうが、よりいろいろな方に使っていただきやすい形になるのかなと思われました。

その保険上の評価ということについては、今村先生がおっしゃられたように、基本的に相談であったり受診勧奨であれば点数がつかないというのは、当然のことだと思っておりました。

ただ、相談や受診勧奨から保険診療の中に移行していくというのが連続的に起こったときに、保険で評価される可能性もあるのではないかと。まさしくこういう形というのは非常によい形だろうなというふうに思います。

本当に多くなって恐縮ですけれども、最後に距離についてですが、対面での医療施設の確保というのは黒木先生がおっしゃられましたが、これは非常に重要だと思います。

ただ、これは、もともと指針の中で要請されていたことだと思っていまして、患者合意や診療計画などの項目の中で既に書かれていたように思っております。この部分はもともとそのように整理されており、当然に実施していただくということではあると思うのです。

けれども、特にその距離の点が議論されたということもあるので、より指針の中で対面で診療できる医療機関との連携について強調して書いていただく。こういった対応をするということもあり得るのかなと思いました。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局、何かありますか。お願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

特に初診の用語の使い方については、これからよく注意して書き分けるようにしたいと思っております。

今回、資料2でお示しさせていただきました4ページの4つの類型がまず全くの初診だということでございますけれども、オンライン診療をそういった患者さんがやる場合には受診歴のあるようなかかりつけの医者、かかりつけ医といいますか、そういう形で書いておりますが、議論していただいているような情報がある場合はできるでしょうということと今、ご議論いただいていると思っておりますけれども、ご指摘いただきましたとおり、そういったワードが混合しないように形の書き方をよく注意するようにいたします。

○山本座長 それでは、引き続いて権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 今村先生と同じ話になってしまったわけですがけれども、例えば7ページのところをご覧ください。7ページの「初診に必要な医学的情報」というところで、その一番最後のほうに「かかりつけ医のいない健康な若者等の医療アクセスを担保する観点から」と書かれています。これは既にいただいたご意見で、私はこの意見に賛成です。

これに付け加えておきますと「初回のオンライン診療の前に患者本人と医師でやり取りして、患者の医療履歴や基礎疾患等の情報が把握でき」というふうにあります。そうなってくると、もうかかりつけ医ですね。

先ほどの厚労省のほうからの説明だったら、何度かかかったことがある医師ということがかかりつけ医ということになるかもしれないのですが、私たちの考えている若者のかかりつけ医というのは、患者の医療履歴や基礎疾患を把握している医師がいてくれることで、実は病気として何回か病院に行っているというようなことは必要条件になるのかなというのがあります。

こういう条件、こういう情報をしっかりと把握してくれている医師をかかりつけ医として、身近な医師と患者関係というものを築いていくベースを広げていきたいということで、かかりつけ医を増やしていこうというような話がベースに昔からあったと思うのです。

そういう意味で「かかりつけ医のいない健康な若者等の医療アクセス」というようなところはここでかかりつけ医というふうに考えていきますと、医師と患者双方がオンライン診療が可能であるのは、かかりつけ医になってくださったのであれば、これは始めてもいいですよというふうに解釈することもできる。

そして、こういう議論の上で距離というのは、対面に必要なときは対面診療に切り替え

ることができる距離というのは上位概念としてあると思いますので、ここは距離というものはそれを満たしているというふうに考えていきますと、私はこういう形で患者の医療履歴や基礎疾患等の情報を把握している医師が身近にいる医療というものをこの国に普及させていくためにも、この段階でかかりつけ医になっていただいた。かかりつけ医と患者との関係になっているというふうに考えてもいいのではないかと。

そして、先ほどの今村先生の話のように、これをきっかけとしてかかりつけ医を持っていくというような形に普及していくということがあってもいいのではないかとというふうに、この文章を読んで解釈いたしました。

どうも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した。

それでは、引き続き佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

中座したものですから、もしかしたら議論があったかもしれませんが、まず、今、ご指摘の7ページ目の最初のところですが、できるだけこういう初診云々の判断をするに当たっては、やはり医師と患者のリテラシーを信頼するというか、当事者間の合意が多分大前提になるのかなと思いますので、そこはあまり厳しく縛らないというのは一つあってしかるべきかと思いました。

それから、これは規制改革推進会議でも議論があるところなのですが、今回初めてといいますか、オンライン診療がこれから広がっていくというプロセスの中で、いろいろ試行錯誤があっても仕方がないと思うので、今回こういう形で指針を決めるとしても、それをある程度定期的に見直していく。既にそういう考え方はあるのかもしれませんが、定期的に指針を見直していくという指針自体のPDCAを回していくということはいいと思うのですね。その中において対面診療との比較、これは特に診療報酬の決定においてオンライン診療は今のところ対面の補完なものですから、いつも安く設定されていますけれども、果たしてそれでいいのかどうか。

疾患によっては、オンラインも対面も同じぐらいの扱いとしてもいいのかもしれないということも考えれば、そこはやはり診療報酬の見直しとワンセットになると思うのですが、ある程度見直していくというプロセスがあってもいいのではないかと。

それから、これも規制改革推進会議で議論があったのですが、介護の通所施設とかはたしか今オンライン診療はできないのですよ。あとは、緊急事態としては空港でオンライン診療ができるかどうかという問題もあるわけなのですけれども、やはりオンライン診療ができる範囲とといいますか、場所の範囲というものについても今後見直していくことはあってもいいのかなと思いました。

なお、この検討会議の位置づけとしまして、もちろんいろいろな議論があったところですが、規制改革実施計画ではやはりオンライン診療を幅広く適正に実施されるようにということで、適正は前提ですが、幅広く実施されるということが前提でありますので、

そうなるような形での指針の改定、指針の見直しをしていただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 距離の問題なのですけれども、今かかりつけ医のいない人たち、特に若い人たちは、要はもっと年配の人たちと受診行動は多分違うだろうとされていて、それは疾患にもよるでしょうけれども、ずっとオンラインでやり続けたいという患者さんもいると思うのですね。

そういうふうな人たちに対しては、対面に切り替えるときに必ずしもその先生ではなくて、その先生をちゃんと信頼して、ここだったら診てくれるだろう、きちんと対応できるだろうという連携先のところが紹介として確保できていれば、別に距離的に遠かろうと、近かろうと、それはあまり関係ないと思うのです。

ですから、基本的にはその患者さんの安全が守ればよくて、適切な医療を受けられるようにちゃんと責任が持てるのであれば、それはあらかじめ紹介先を確保しておくとか、いろいろなことをしなければいけないのだと思いますけれども、別にその距離が必須条件にはならないと思います。

ちなみに、緊急措置の前のオンライン診療の中で、やはり現場で使いにくい、患者さんの的にも使いにくいとっていたことで、30分以内に駆けつけられるようにすることというのはかなり上位に出てきていて、やはりそういうふうなものを入れてしまうと、そもそもオンライン診療の普及が阻害されると思いますので、ここはちゃんと患者さんの安心・安全が守れるいろいろなほかの仕組みも含めて考えるべきだと思います。これが1つ目です。

2つ目はちょっとマイナーな話なのですけれども、どういう情報があればオンライン診療ができるかということについては、これから例えばアプリだとかセンサーだとかでいろいろな日常行動的な情報が取れるようになると思うのです。当然それは疾患によってもよし、適切な問診と組み合わせるのでしょうけれども、そういう日常行動情報も使ってもいいよというのは、これは入れておかないと使っては駄目なのかという場合は駄目になってしまうリスクがあるので、そこら辺は今後、近い将来そういうふうな時代がくると思うので入れておいても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、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2点ございます。

1つは先ほどのオンラインのやり取りというところですが、私個人としては医師がそれを担うか、医師以外が担うかで、ちょっと違うのかなと思っています。

医師が担うとなった場合は、先ほどの医学会連合の指針等を基に、やはりかかりつけ医をはじめとした医師がある程度、裁量を基に決定していく。そうすると、その判断を基に

例えば対面診療を促したとかということになれば一定の報酬をいただくというのはあって当然だし、これは医療保険でもいいのかなと思っています。

逆にこれが医師以外で、例えば事務職員の方がオンラインのやり取りをしたという場合だと、現状の対面診療でも小児科のクリニックに頭を打って切っているのですけれども診てもらえますかと来て、それは脳神経外科とか外科に行ってくださいというお話と、どこが線引きできるかというところで考えると、そこはもう少し煮詰めたほうがいいのかなというふうに個人的には思いました。

もう一つは全くの初診の議論でございますが、これについてはかかりつけ医がきちんとやれば、先ほどの医師の裁量というところで、私はある程度、適切に判断できるのかなと思いますし、先ほど権丈先生もおっしゃいましたけれども、かかりつけ医がオンライン診療できちんとお話をすることでかかりつけ医関係になっていくという形であれば、それほど大きな決まりをつくる必要はないと思うのですが、一方で、先ほどの議題1でありましたように不適切なオンライン診療の中で2つある。

1つは遠方診療が一定数あって、もう一つは不適切な処方があったというようなことがあるので、全くの初診の定義ということの一方で、どういうものが不適切なオンライン診療なのかということについても併せて議論していくべきではないかと思います。

私個人としては、やはり対面診療を担保しないようなオンライン診療専門のクリニックが雨後のタケノコのように出てくるようになると、これは大変危惧するような事態になる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。

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。

2点ありまして、先ほど佐藤先生から規制改革会議の中で場所のお話があったのですが、日本は別にオンライン診療に限らずコロナ禍でこういった遠隔で行えるいろいろな会議、例えば今日もウェブの会議でやっていますけれども、ウェブの会議を見ても向いている会議と向いていない会議があって、当然オンライン診療もそれに適している疾病とそうでない疾病があります。

もう一つは、オンライン教育が日本は遅れているということで、今回コロナ禍で大学も非常にオンラインの教育に力を入れておられますけれども、では教育を受ける人がマクドナルドの中などどこで受講しても教育者側は許容するのかという話になると思います。それよりさらに医療というのは衛生面や個人情報だとか様々な環境整備が求められているので、一定の場というものが制限されるというのは当然のことではないかと私は考えております。医療の在り方の根幹に関わる問題にもなりますので、我々としてはやはりどの場で患者さんがオンライン診療を受けるかというのは非常に重要なことだと思います。

それからもう一点、今、国策として、かかりつけ医を患者さんに持っていただく重要性

ことを大きな国の政策の一つであると思っています。このかかりつけ医を持つという話と、それからオンライン診療を推進していくということは必ずしも矛盾することではないと思っているので、私はオンライン診療を契機としてかかりつけ医になっていただきたいということを申し上げます。

しかしながら、オンライン診療をやる医師はオンライン診療、そうでなくて対面でやる医師は別の医師を用意すればいいのだということになると、これはかかりつけ医の話と大きく矛盾する。もちろん、やむを得ないことがあって、たまたまオンライン診療だけになって、そうでない先生がちゃんと診てくださるということがあるかもしれないけれども、原則はそれは別々にやっていいという話でないと、大橋先生が危惧されたようにオンライン診療だけやっていけばいいのだという医療機関ができることは望ましいことではないと私は思っておりますので、そこはきちんと区別した議論にしたほうがいいというふうに思います。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。よろしいですか。

いろいろご意見ありがとうございます。今日いただいた意見を基に事務局で整理をしていただいて、次回もう少し具体的な案としてお出しできるようにしたいと思います。

やはり医師の裁量がある程度お認めするということは、そういう方向だと思うのですが、その一方で、それでもやはり不適切であるとか、そういったことが多分出てくると思うので、可能であれば不適切事例をきちんと集めて、そういったものもつけた状態である程度、裁量にお任せをするということにしないと仕方ないと思うのですね。

例えば、場所の問題も、飛行機の中で急病人が出たときに、それを診察していい場所なんて今の基準ではあり得ないわけですよ。でも、それをやらざるを得ないわけですから、そういったことがあると本当に裁量で何でもできてしまうわけですが、その一方で、裁量を悪用されても困るところがありますので、そこをうまく表現していかないといけないのだらうと思います。

今日はたくさんのご意見をありがとうございます。次回までに事務局のほうで整理をして対応していくようにしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日の議論は以上ですので、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。

○瀧主査 ありがとうございます。

次回の検討会の日程につきましては、追ってご連絡をさせていただきます。

○山本座長 ありがとうございます。

本日は、非常に活発なご議論ありがとうございます。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す。