

2021-11-29 第19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 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第19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、座長は会場にてご参加いただき、ほかの構成員の皆様に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、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藤井室長にもご参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまででお願いいたします。

(マスコミ頭撮り終了)

○瀧主査 それでは、本日の会議の進め方についてご説明いたします。

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、音量等を調節いたします。音声について問題ございませんでしょうか。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日は、資料1-1、資料1-2、その他参考資料をお送りいたしております。

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 皆様、こんにちは。本日はお忙しい中、ご参加いただきまして、ありがとうございます。

早速、議事を進めてまいりたいと思います。本日の議題は「初診からのオンライン診療の取扱いについて」の1つでございます。

それでは、資料1「初診からのオンライン診療の取扱いについて」、事務局より説明をお願いいたします。

○瀧主査 それでは、資料1-1「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しのポイントについて」についてご説明させていただきます。

また本日、資料1-1のほかに資料1-2ということで「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』改定案」というものもお出しさせていただいております。

今回、資料の説明としては資料1-1に沿って、適宜資料1-2の該当箇所を参照しな

がらご説明をさせていただければと思います。

それでは、資料1-1の1ページをご覧ください。

まず、今回の指針の見直しについてですけれども、オンライン診療の適切な実施に関する指針につきましては、定期的に見直しを行うこととされておりまして、前回、令和元年7月に見直しを行ったところがございます。その後、初診からのオンライン診療等の論点について本検討会でご議論いただいております。

第17回、第18回の検討会において、5つの論点として必要な医学的情報、診療前相談について、症状について、処方について、対面診療の実施体制について、それぞれ指針改定の方向性についてご議論いただき、整理を行ってきたところがございます。

これを踏まえまして、次ページ以降のポイントのとおり指針の改定を行うこととしたいと考えております。

2ページでございます。「初診に必要な医学的情報」でございまして、見直しのポイントとしまして、前回までにご議論いただいた内容を簡単にまとめさせていただいております。

まず、診療に必要な医学的情報については、一律の基準を定めることは困難であるということ。

それから、オンライン診療実施する前に患者が保有する医学的情報を医師に提供し、患者の症状と合わせて当該医師が可能と判断した場合に、オンライン診療を実施できるということ。

また、得た情報については診療録に記載するということ。

こういったことについてご議論をいただいております。

こちら、ワードの資料1-2では13ページのマル2のiiiの部分に当たりますけれども、改定案ということで読ませていただきますと、初診からのオンライン診療は、原則として「かかりつけの医師」が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、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及びお薬手帳等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）というところを改定案でお示しさせていただいております。

次に、資料1-1の3ページでございます。「診療前相談について」です。

見直しのポイントとしましては、医師・患者間でリアルタイムのやり取りを行い、相互に合意した場合にオンライン診療を行う。

診療前相談はオンライン診療が可能かどうかを判断する枠組みであり、この段階では処方や診断は行わない。

診療前相談を経てオンライン診療を実施する場合には、診療前相談で得た情報について診療録に記載する。

他院での対面受診が必要な場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行う。

オンライン診療が行えない可能性及び診療前相談の費用等についてあらかじめ患者に十分周知する。

こういったことについてご議論をいただいております。

こちら、改定の案としましては、5ページ、それから13ページのv、viの3か所になっております。

まず、5ページのほうでございますけれども、ここは用語の定義というところの中で診療前相談を位置づけているというものでございます。

また、診療前相談に限る部分ではございませんが、診療前相談の1行目の「診療前相談は」からのところですが、「日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師(以下、本指針において「かかりつけの医師」という。)」という記載をしております、ここについて、この指針では「かかりつけの医師」ということで使わせていただいております。

それ以降の部分ですけれども、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合に、医師－患者間で映像を用いたりリアルタイムのやり取りを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。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オンライン診療を実施することが可能としております。

なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為であるということも書かせていただいております。

資料1－2の13ページに参りまして、下のほう、vのところ、診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

続きまして、viで、診療前相談を行うに当たっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要であるということに記載させていただいております。

資料1－1に戻りまして、4ページをご覧ください。

見直しのポイントというところでは、オンライン診療が可能な症状かどうかについて、日本医学会連合が作成している「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断するということを議論いただいております。

改定の案でございますが、13ページの②のii iiiにございます。読ませさせていただきますと、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であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師

が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意するということが記載をさせていただいております。

資料1-1のほうに再びお戻りいただきまして、「処方について」でございます。

見直しのポイントとしましては、オンライン診療は、診察手段が限られることから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な場合があり、そのため初診から安全に処方することができる医薬品は限られるということ。

初診での医薬品の処方については、日本医学会連合のガイドラインを参考に行うということ。

また、時限的・特例的措置における規定については、同様に指針のほうにも入れるということをご議論いただいております。

改定の案としましては、資料1-2の18ページ、19ページでございます。

まず、18ページが考え方に当たる部分でございます。現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから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な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品があるということで記載をさせていただいております。

19ページでは、患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合には、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこととしておりまして、ただし、初診の場合には以下の方は行わないこと。麻薬及び向精神薬の処方、基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品(診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤)の処方、基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方ということで記載をさせていただいております。

資料1-1のほうにお戻りいただきまして、「対面診療の実施体制」について、6ページでございます。

見直しのポイントといたしましては、初診からのオンライン診療は原則「「かかりつけの医師」」が行うものであり、対面診療が必要になった場合には当該「「かかりつけの医師」」が行うことが原則であるということです。

その例外として、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行う場合として3つ挙げさせていただいております。「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合、患者に「かかりつけの医師」がいない場合、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関を紹介する場合、あるいはセカンドオピニオンのために受診する場合が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療

が実施できる体制として求められるという議論でした。

また、オンライン診療後の対面診療につきましては、「かかりつけの医師」が存在する場合には、オンライン診療を行われた患者が、オンライン診療を行った医師から「かかりつけの医師」に紹介され実施されることが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介されることも想定される。

なお、オンライン診療は直接の対面診療を適切に組み合わせて行うことが原則であるということで、ご議論いただいております。

7ページに参りまして、「対面診療の実施体制」の指針への反映ですけれども、こちらは12ページ、13ページのマル2のiv、それから17ページと3か所にわたっております。

まず、12ページでございますが、オンライン診療後の対面診療について、オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。

「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定されるということで記載をさせていただいております。

13ページの②のivは、診療前相談を行った上で「かかりつけの医師」以外の医師がオンライン診療を行う場合がございますが、iii以外の場合として、「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、「かかりつけの医」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合、患者に「かかりつけの医師」がいない場合、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with D の場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合がございます。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求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。

17ページは、診療計画の部分に係るところでございますが、診療計画についてはこれまで指針にあったところでございますけれども、今回、初診からのオンライン診療を行う場合には事前に診療計画を立てておくことができないということで、iiの真ん中ほどにある記載を入れさせていただいております。iに関わらず、初診からのオンライン診療を行う場合については、診察の後にその後の方針（例えば、次回の診察の日時及び方法並びに症状の増悪があった場合の対面診療の受診先等）を患者に説明するというように記載をさせていただきます。

その他細かな文言の修正等やガイドラインの古かったものの新しいものへの置き換え等々が修正させていただいております。

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。

資料1-1及び資料1-2について説明がございましたが、資料1-2は特に分量が多いので、これからご議論いただくのですけれども、資料1-2に沿って、3つに区切ってご議論いただきたいと思います。

具体的には、最初から10ページまで、11ページ～21ページの3行目までの「オンライン診療の提供に関する事項」、3つ目は21ページの4行目から最後まで「オンライン診療の提供体制に関する事項」及び「その他オンライン診療に関連する事項」、この3つに分けて議論させていただきたいと思います。

この改定に関しては、できれば今回で一通りのご議論をいただきたいと思います。

それでは、まず最初から10ページまでの部分についてご意見がありましたら、よろしくお願いたします。いかがでしょうか。

南学構成員、お願いたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

この初診に関する診療前相談ですけれども、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合という形になっておりますが、かかりつけ医の場合でも当該症状以外の症状についてオンライン診療する場合は初診として扱うという理解をしておりますけれども、その場合は、かかりつけ医であれば特に診療前相談は必要ないというくりだと理解してよろしいでしょうか。

○山本座長 事務局からお願します。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生ご指摘のとおり、過去、関係があった患者と医師の間においても、新しい症状であれば初診に当たるといのはまさにそのとおりでございます。そういった場合には、その患者さんの医学的情報を医師が持っていることが多いと思われまので、必ずしも診療前相談の枠を使わなくても診療し得るといことかと思ひますが、実際、診療前相談の枠組みから排されるわけではないと理解しておりますので、書き方を工夫して、かかりつけ以外といひますか、「かかりつけの医師」であってもこの枠組みを活用し得るといことを、本文か脚注か事務連かは分かりませんが、何らかの形で分かるように対応させていただきますと思ひますが、そういった形でよろしいでしょうか。

○南学構成員 了解いたしました。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、佐藤構成員、お願いたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

2点ほどですけれども、1つは「かかりつけの医師」の定義について、これは何回も議論に出ていると思うのですけれども、診療前相談のところ、日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係がといひるのは、どの程度日頃よりなのか、頻度です。

以前は、過去の受診歴があればいいと。それは1年なのか、1年超なのかという議論がたしかあったと思いますが、日頃よりというのは、場合によってはえらく狭く解釈すれば、毎週という話になったりしますね。直接的な関係というのもよく分からないところがあって、それはある程度患者の情報をちゃんと把握していると解釈できるかもしれませんが、ある意味狭く解釈してしまうと、誰も「かかりつけの医師」にはならないということになりかねないのです。

これまでの議論でも、そういう具体的な事例は挙げられていたと思いますので、そこはもっと明確にさせていただくか、あるいは少なくともQ&Aで示すということをしなないとまずいのかなという気はします。

あと、素朴な質問ですけれども、「かかりつけの医師」というのをなぜ診療前相談で定義するのか。この後何回も出てくるわけですから、「かかりつけの医師」とは誰なのかということは独立した項目で定義してもいいのではないですかというのはただの提案です。

もう一つは、何度も出てくるのがオンライン診療と対面診療の組合せということであっても、もちろん組み合わせるのは悪いことではないのですが、それはやはり現場の判断に委ねるべきであって、結果としてオンライン診療でするのもあってしかるべきだし、そこは現場の判断を最大限尊重するという旨のことは確認しておいたほうがいいのかと思います。

取りあえず以上です。

○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。

まず、「かかりつけの医師」のところにつきましては、日頃よりというところは例示として書かせていただいております。患者と直接的な関係が既に存在する医師として考えております。これは今、先生からご指摘いただきましたとおり、例えば過去の受診歴はどれくらいなのかというような議論もありましたけれども、基本的には直接的な関係、つまり対面診療を行った過去の実績があるという趣旨かと思っておりますので、これは分かるような形で事務連絡で出すか、Q&Aなどで分かるように対応させていただきたいと思っております。

「かかりつけの医師」の定義についてでございますけれども、立てつけ上、初出のところ、ここで定義させていただいております。分かりづらいというご指摘にはなるかと思っておりますので、場所も含めて定義の扱い方はこちらで検討させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤構成員 すみません、もう一つ、対面診療とオンライン診療の組合せの件は、結果的には、少なくとも現場の判断という理解で大丈夫なのですね。

○山本座長 事務局、お願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

これはほかの場所にも関係あるところかと思ひまして、ほかの先生方のご意見もぜひ伺いたいと思っております。

○佐藤構成員 引き続きコメントですけれども、恐らく厚労省さんの的には、この「かかりつけの医師」というのは幅広に定義いただいているとは思うのです。私はそう解釈しますが、通知は伝言ゲームになりますので、現場レベルでどういう解釈をされるかというのは若干クエスチョンマークがつくので、そこのある種幅広な理解で構わないのだという旨はちゃんとと言われておいたほうがよいのかなとは思いました。

以上です。

○山本座長 ここは表現の工夫が必要ですね。

それでは、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。

まず、一番大きなところを厚労省に確認したいのですけれども、現状、コロナ禍にあってもオンライン診療はあまり普及をしていないというのが数値上明らかにしているわけです。今回、ガイドラインを改正した以降の絵姿なのですけれども、このガイドラインによって健全なオンライン診療をしてくださるお医者様が増えてくれるというデザインをお持ちなのでしょうか。そういう展望を持っているかどうかというのは一番大きいところ、それを確認したいと思ひます。

そうやって見たときに、いきなり書き出しの2ページに「オンライン診療を取り巻く環境」とありますけれども、コロナ前につくり上げたガイドラインをベースにしていますから、今回改定されるガイドラインを全体通じて読んでも、コロナ禍で我々が経験して学習したことがほとんどどこにも出てこないのです、私は時代に合っていないのではないかという思いがあります。

オンライン診療というのは、コロナ禍で、対面といったところで、対面のチャンスは奪われていたわけですから、そうするとオンライン診療というのがもっと有効活用できたはずだし、ある部分においては有効活用なされたドクターの方もいらっしゃると思うのですけれども、そういう経験がこの環境とか前段のところに全然出てこないのです、全体の思想が、対面が優勢というか、オンラインが劣後しているという発想から変わっていないように見えるので、前段とか環境のところに、コロナ禍での有効な経験については触れておくべきではないかと思ひました。

それ以外に具体的な文章で言うと、9ページの「ii 医師の責任」のところで、医師は患者の医療情報が漏洩することや改ざんされることのないよう、情報通信及び患者の医療情報の保管について、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認しなければならないというのは、医師の皆様にとって、このことはすごく重い責任であり、かつ、イメージが湧かないのではないかと思ひます。セキュリティ対策が十分講じられているかどうかの確認を誰がどうやってどうするのか、究極、ここは重過ぎるのではないかと思ひます。ですから、「確認しなければならない」という何かマストのような表現は変える

べきではないかと思えます。

ちなみに申し上げますけれども、厚労省は十分なセキュリティ対策を講じる最も大きな責任を有していますけれども、これまでいろいろなことが起きていますから、自分でできないことを、お医者様に余計な負荷を与えるようなことをやれば、ますます健全なオンライン診療が普及しないのではないかという危惧を持ちます。

取りあえず以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かございますか。

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。

まず、冒頭いただきました点についてでございます。オンライン診療のこの改正後の絵姿についてでございますけれども、まず、指針の観点と申しますか、私が答えられる範囲で申し上げますけれども、まさにオンライン診療が是か非かとか、対面診療が是か非かではなくて、これまで積み重ねられてきたオンライン診療の実績を踏まえながら、オンライン診療が活用される枠組みが医療の中でもしっかり位置づけられることで、医療全体のアウトプットと申しますか効率、それから質が上がるということがまず基本的な目指すべき姿だと認識しております。

ですので、今いただきましたように、そういったこれまでの経緯について、特にコロナ前後での記載が少し足りていない部分があるかと思えますので、前文のところでは経緯と申しますか位置づけについても少し触れるような形で調整させていただければと考えております。

以上でございます

○山本座長 ありがとうございます。

セキュリティに関してはどうですか。一応、V章のほうでかなり具体的な注意書きと申しますか守らなければいけないことを具体的に指示していますので、そういう意味では、この言葉だけを書くと無限責任みたいに取れるのですけれども、そうではなくて、この指針に記載されているような安全対策を確認することみたいな形にしたほうがいいのかもありません。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

踏まえて、この書き方を修正させていただきたいと思えます

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、高林専門委員、お願いいたします。

○高林専門委員 私は今回の改正の部分で特に異論があるわけではございませんが、読み直してちょっと気がついたので、該当するとするとこの場所かなということでお話をさせていただきます。

参考資料3-1の3ページです。何が書いてあるかという、皆さんよくご存じのこと

ですが、医師法20条で患者さんが最後の診察から24時間以内に亡くなった場合は、実際に確認しなくても死亡診断書が書けるというものです。

これについて、実際に議論があったのを私が失念してしまったのであれば申し訳ないのですけれども、ちょっと確認させていただきたいのですが、今回の案でいくと、かかりつけ医でない医師の場合であってもオンライン診療で初診を行うと、その方が24時間以内に死亡した場合には死亡診断書を書くことができると読み取れるのですが、全く見たこともない、直接対面したことの無い人の死亡診断書を書いていいという結論になったのでしょうか。それとも、これについては議論していなかったのでしょうか。そこを教えていただきたいと思います。

○山本座長 事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

いただいた提案はこれまで議論していなかったところだと思います。

診療中の患者の受診後というところについて、それがこれに足る診療をしているかというところについては恐らく個別に判断する形になるのかなと思いますけれども、これも含めて整理させていただきたいと思います。

○高林専門委員 多くの医師は善意を持って見ているので、これはとても死亡診断書は書けないという話になるのが僕は普通かなと思うのですが、悪意というのは考えたくないけれども、何らかの関連でそれを許してしまうということの危惧を感じるものですから、私個人からすると、オンライン診療では死亡診断書の24時間ルールから外れるのかなと思っていて、ただ、そうするとまた不都合が起こる事案、例えば僻地においては起こるのかなと思いながら、今まで議論していないのであれば、このところはもう少し深める必要があるかとお話ししました。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、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。

資料1-2の5ページの診療前相談のことについてお尋ねしたいと思います。

診療前相談でオンライン診療の適用でない場合は対面を促すという流れは理解できたのですけれども、前回の検討会でもご指摘させていただいた、例えば診療前相談の段階でかなり重症な方で、緊急時の指示をしたりとか、当座のお薬を出したりしなくてはいけないという場合は、本来であれば対面が必要なだけでなく、そこにつなぐまでの臨時でオンライン診療をするという流れもあるかと思っています。

これについては、今後Q&A等でそういう流れもあるということをお示しするのかどうかというところについて、具体的に動くときに、そのところが分からない方もいらっしゃるかと思ったので意見いたしました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

基本的には医師の判断で実施することになるかと思いますが、今の指針でも一応そう読めるようには書いてあるのですが、もし必要であればQ&A等で対応したいと思っております。

引き続いて、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど資料1-1の6ページ、最後のところで佐藤委員から適切な組合せということに関してご意見があったかと思えます。今回の臨時特例的な措置で、データを見ますとほとんど上気道炎であるとか、ほぼ1回のオンライン診療で完結しているようなものもあると思えます。

ここで想定されているのは、初診で患者さんを診て、その後、継続して診療していくといった場合に適切に組み合わせることが必要だという理解をしています。

このようにオンライン診療だけで、完結するケースというのはあり得るのだろうとは思いますが、現在そのエビデンスが不足している、あるいは、そういう議論がないままにオンライン診療だけで完結するということを現場の判断と言うと、今までもお話のあったグッドドクター、バッドドクター、私は世の中の医師はみんなグッドドクターであってほしいと思っておりますけれども、自由診療などを見ていると極めて問題のあるケースもあり、この指針は必ずしも保険診療だけではなくて、医療全般にその網がかかっている指針だという理解をしておりますので、今後ぜひ、南学先生も医学会連合を代表して参加されていらっしゃるの、それぞれのそういった学会ごとに、こういう疾病であればオンライン診療でこういうことは可能だということをもう少し深掘りしていただければありがたいと思っております。

その際に、この前、大石委員からもお話があったオンライン診療に積極的に取り組まれている診療所の先生方がいらっしゃるというお話で、そういう方たちからエビデンスが出てくることもあると思うのです。そういったもの、いわゆる査読がついているようなエビデンスが世の中で誰もがある程度評価できるようところの雑誌等に投稿していただいて、それを学会が判断して、こういった疾病については組合せでなくてもいい場合があるのだというようなことをご提言をいただいて、この指針自体は適切に見直していくことが前提になっておりますから、そういうものを追加していくという方向性でやっていただければいいと思っております。

もう一点、セキュリティの話については、今まで、今回の指針の見直しではセキュリティの部分は言われていなかったのですが、先ほど金丸委員からもお話があったように、現場が全ての責任を負うというのは正直難しいと思っておりますので、先ほどのように書きぶりを変えていただくというのはありがたいと思えます。ただ、昨今メディアでも話題になっていますような医療機関に対するランサムウェアによる攻撃の話があります。別にオンライン診療に限らず医療機関は全てそういうリスクを負っておりますけれども、公の仕組みの中でいろいろなデータを外部とつなぐという話は、一定のリスクに対する責任

というのはそういう仕組みを構築した側にあるのだらうと思います。もちろん不注意は医療機関側の問題ですけれども、オンライン診療の場合には、非常に多くの分からない全く初めての第三者の方からインターネットを介していろいろな情報が入ってくることになりますので、今回どうこうということではないのですけれども、次回以降の指針の改定するときには、そういう視点もまたいろいろご議論していただければありが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。

引き続き、落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私のほうからは3点ほどございます。

まず1点目が、一番前段のほうの部分になりますが、取り巻く環境という中で、コロナの中でという話もあったと思うのですけれども、その中で上気道炎などが多く、オンラインで完結した場合も多かったのではないかというのは、今村先生からもご指摘いただいたところだと思います。得られる情報については、検査等が必要なものについてはどうしても対面を経なければできないことも多いのも一方ですけれども、疾病によってはある種、通うに当たっての医療者－患者の両方の安全性・利便性を考えると、同等程度の効果があるような場合もあるということだとは思いますが。こういった点も、コロナを踏まえて記載をご検討いただけるとありがたいなと思っております。

第2点が診療前相談の部分になります。こちらの部分については、前回の検討会でも確認をさせていただいてはいたのですけれども、最初の受付とかをする場合には、入力フォーム等に文字で入力された情報とか、その後追加して診療前相談を行う前に情報を受け取る際には、例えばメールやメッセージツールで情報が来た上で、直接動画があるような会議の形で確認をするということになっていたと思います。ここでの確認を行うに当たって、補助的に事前に必要な情報をメールだったりチャットだったりも含めて行っておくのは、事前準備としては適切といううか、むしろ予定されていると思いますので、こういった点は記載していただけるといいと思います。

第3点がかかりつけ医の点ですけれども、この点については佐藤先生のほうが先ほど提起されていましたが、この検討会での特例の見直しの議論を遡っていても、第15回の資料2というのがあって、今後どういふことを議論していきましょうかという中間取りまとめをしてきたときに、2ページのほうでは、かかりつけ医によるオンライン診療を念頭に置くこととして、具体化するに当たり過去の受診歴の有無をベースとして議論を進めてきたということを厚労省の資料で指摘していただいております。定期的な受診の場合、過去に受診歴がある場合、受診歴がない場合、受診歴がない場合についてかかりつけ医等から情報提供を受けた場合という4つの場合を挙げていただいている、そのうち受診歴がない場合、かかりつけ医からの情報提供を受けた場合、こういったところについて2、3頁で

議論をするということになってきていたと思います。受診歴がないと判断する範囲が1年なのか、2年なのかも議論はあったと思いますが、こういった過去の整理においても、ある程度広く読めることを前提に、議論の整理を何回か検討会で繰り返してきていたかとは思いますが、そういった議論を踏まえて、かかりつけ医の定義は受診歴がある場合には広く捉えていたことを反映した形で、指針の文言についてもご調整いただけるとありがたいと思っております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

「かかりつけの医師」の定義については、また事務局と相談をして少し工夫をしてみます。

それでは、佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 度々すみません。

やはりこういう指針というのは、厚労省さんがどう解釈するか以上に、現場でどう受け取られるかのほうが大事だと思っていて、どれくらい十分なのかというのは現場が解釈するとかなり厳しいことになるのかなど。実はずっと後ろのほうにもセキュリティ云々の話が結構あります。対面よりも結構きつめなセキュリティを求めている面もあったり、例えば身分証明書についても、対面は1種類でいいはずなのですが2種類以上の提示を求める。

基本的に政府の方針としては、今、DX化を進めるに当たって、オンラインだからといって、対面以上に何かを求めるということはないし、セキュリティはもちろん大事ではありますが、過度なセキュリティを求めて現場に負荷をかけることはしない。そうしないと、医療機関に限らず自治体であってもDX化は進まないのです、この辺については、まず1つは現場の解釈がどうなっているかをちゃんとフォローアップされるということと、その配慮が必要かなという気がします。

それから、長い付き合いを考えれば、最終的には患者さんとは、まさにオンラインと対面が適切に組み合わせられるだろうというのは、結果としてはよく分かるのですが、ちょっと気になっていますのは、必ずしもそれを要さない例として、禁煙外来や緊急避妊薬という例示が出ていましたね。例示を出すということは、指針の中ではある意味分かりやすいという面もあるのですが、逆にそれしか駄目だというメッセージを伝えかねない面もあるので、ここはあくまでもだと。例示だと書いてはいるのですけれどもでも、それ以外をやってはいけないのかという受け取られ方も結構されるのです。なので、こういう例示の使いは慎重にやられたほうがいいのかと気はしました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

例示の部分は削除したのでしたね。まだ残っているのですか

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

15ページのところに関しては、現在、改定案として出させていただいたものに関しての

例示は残っております。

○佐藤構成員 もし削除されるならば、削除されたほうがいい。Q&Aで対応するというのも1つの案だと思います。

○山本座長 この例示を書いたときは、これしか駄目だということで書いたのですが、今回はそうではないので、むしろ例示というのはあまりふさわしくありませんね。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今まで先生方からいただきましたご意見を踏まえ、例えば単発で終わり得るようないわゆる風邪、上気道炎といったものについて、継続して見込まれないような診療の結果、オンライン診療のみで終わることはあり得るのかなと受け止めました。

他方で、継続して見込まれるものについて、あらかじめどのように考えられるかというものについて、指針としてはどのように位置づけるかが非常に難しいところかと思っております。

といたしますのも、個別の疾病なり患者さんに対する診療の在り方について規定するような形になると思っておりますので、先ほど今村先生からいただきましたけれども、例えば実際にやられる先生方のガイドライン、あるいは実際にやられているようなスタディーの結果を踏まえて、そういったものをどんどんやられていくというのはいい方向かなと思っておりますけれども、そういった点で言いますと、例えば症状や処方などを整理していただきました医学会連合の南学先生にもご意見を伺いたいなと思っております。

○山本座長 南学先生、今の事務局のリクエストに対して、何かご発言はございますでしょうか。

○南学構成員 ありがとうございます。

今村先生からもご指摘いただきまして、大変重要な点だと思います。

なかなか一概に言えないところがあって、疾患によっても、またフェーズによって変わると理解をしています。例えば高血圧の慢性期は恐らくオンライン診療で継続診療可能ですが、最初にその診療を始めるときに、これが二次性高血圧であるのか、本態性高血圧であるのかということを確認するためには対面診療が必要であり、かつ疑いがある場合は、外来のみならず入院してホルモンの負荷テスト等をやらないと、二次性高血圧は診断できません。なので、診断名のみによって一概に縛ることができず、同じ診断名でもフェーズによって変わるということを明記した上で、きちんとしたものを検討する必要があると思っておりますので、これはぜひ日本医学会連合をはじめとする学会のほうで、きちんとしたものをまとめさせていただくのがよいのかなと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。ぜひよろしく願いいたします。

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。

久しぶりにセキュリティの話が出てきましたので、コメントというよりは議論を少し整理したほうがいいのかと思っておりますので発言します。

サイバーセキュリティに関しては重要ではあるのですが、先ほど各委員からご意見がありましたとおり、非常に厳し過ぎるということがありましたので、資料1-2の4ページに修正案が出ていますけれども、「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」が令和2年度に策定されておりますけれども、これが出てくることによって、上の2つのガイドラインが廃止になっています。

趣旨は何かと言いますと、上の2つの該当にあまりにも細か過ぎる。ああしろ、こうしろというのがいっぱい書いてあったので、細か過ぎて実情に合わなくなったので、かなり裁量が広がったガイドラインが既に令和2年度に策定されております。

ただ、言い換えますと、サービス提供事業者、要は皆さんがふだん使っているクラウド事業者さんとかメーカーさんと医療機関がお互いに合意を取って、こういうサービスをこういうセキュリティでやりましょうということやりなさいということを求めている、細かくはなくなったのですが、逆に責任が増えているという見方もできるように変わっております。これに併せて、例えばオンライン診療に関しても、従わないと非常にまずいことが起こるというのを危惧しています。

今回の件もそうですけれども、外部から指摘を受けるまで病院も保守ベンダーも事故の原因が特定できなかったことが起きていますので、そういうことがないようにし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。

引き続き大石構成員、お願いいたします

○大石構成員 10ページ以降のことも議題に出ているみたいなので、そこも含めてお話をさせていただいてもよろしいですか。

○山本座長 できるだけ10ページまでという前提で。

○大石構成員 分かりました。少し出してしまうのですが、すみません。

そもそも、今まで委員の皆さんからお話が出ましたとおり、今回普通のまともな感覚があるお医者さんが積極的にオンライン診療に取り組めることというのはすごく大事だと思っていて、そのために必要以上にハードルを上げないだとか、もう一つは、何をやってらいいのかわからないのか、何をやってらいいのかということをもっと分かりやすくきちんと伝えるようにするということが大事だと思います。

目的としまして医療弱者の人たち、そちらのほうがベターなケースはいっぱいあると思いますので普通に対面診療に行ける人はそれでいいのです。でも、オンライン診療があることによって、例えば建設現場で働いている人は必ず元請のほうが健診を受けることを必須にしているので、健診は全員受けているのです。ただ、その後に治療に行くような時間が取れないので、慢性病を抱えていてもそのままほったらかしになってしまっているとか、あとは忙しい人とか小さいお子さんを抱えていらっしゃる主婦だとか、そういう方々も検査のときには行かなくてはいけないかもしれないのですが、必要以上に対

面診療で時間を使うというのは非常に難しい。だから、医療弱者に医療を届けるということも大事だと思います。

3つ目は技術なのですが、既にオンライン診療で完結するような技術、例えば睡眠時無呼吸の場合だとかは出てきていますし、精神科の領域などでも、新しいプログラム医療機器を使うことによって定量的な評価ができて、むしろ対面診療よりも使いやすい場合も出てきたりしていますので、そういう技術の発展を阻害しないことが大事だと思っています。

そうなりますと、まず、オンライン診療と対面診療の組合せについては、当然対面診療が必要なときにはそれはそれで行うのですけれども、オンライン診療をするお医者さんがどのような形で対面診療を組み合わせるのかということは、本当はかなり個別具体的な患者さんの状態だとか、その先生の判断だとかによると思いますので、そこを必要以上に定めてしまう、かっちり決めてしまって、これ以外は駄目だと取られることは避けたほうがいいかと思っています。

特に、例えば対面診療が必要な場合も、そのオンライン診療をやっている医者がやらなくてはいけないというわけでは必ずしもなくて、例えば初診も健診結果等があれば組合せの中でオンライン診療に踏み込めるわけですから、慢性疾患を継続的に診る場合でも、健診結果だとか、連携先の病院だとかの情報を得ながらオンライン診療を続けるという方法なども可にするように、ちょっと広めに取っておく必要があるかと思っています。

あと、現時点ではオンライン診療で完全に完結するような技術は少ないかもしれないのですが、それをしてはいけないということになるとそもそも実証できないので、先ほど今村先生から、そういうものはいろいろ若い先生方が取り組んで、それでうまくいったものを論文化して、学会に出してとおっしゃいましたけれども、そもそもガイドラインでそのようなことができないということになると実証もできないですし、それが論文化されて学会に通ってということになると結構時間がかかるのだと思うのです。海外はもうどんどん進んでいますので、そこら辺の技術革新を阻害しない形でガイドラインを書くべきなのではないかと思っています。

あと、セキュリティに関しては、先ほど話が出たので追加で申し上げますと、当然危険なことというのは避けなくてはいけないのですけれども、あまりにも負荷をかけ過ぎる、例えば開始時間と終了時間のログが取れるようなシステムを要件とするようなことになると、汎用機は使えなくなるわけです。汎用機が使えなくなると、先生たちが気軽にというか、コストを莫大にかけないでオンライン診療に取り組める機会が失われて、結果としてオンライン診療が阻害されるという状況があり得ると思いますので、そこら辺は汎用機も含めて、当然しっかりとした汎用機でないといけないのですけれども、そのようなものも含めて使えるというように読めるようなガイドラインにしていきたいと思っています。

もしかすると私の読み方なのかもしれないのですが、全般的に非常に分かりにくくて、今のガイドラインを見ている分には、普通の医療者の方や患者さんやメーカーさん

がオンライン診療をちゅうちょするような形になるのではないかと思いますので、もっと分かりやすい事例、例えば慢性期の疾患で自分がかかりつけの医者ではなかった場合どのように取り組むのかというような、分かりやすい一般的な事例、もしくはQ&Aを充実させながらちゃんと伝わるようにし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。

この検討会だけでやるかどうかは別ですが、オンライン診療そのものは、初診に関する論点の整理がついた時点で、また今後の課題として進めていきたいと思っています。

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。

先ほどから出ている9ページの対面の適切な組合せということですが、今、大石構成員がおっしゃったように、確かに技術革新を阻害することはあってはいけないと思いますし、私もできるだけ迅速に認めることのできるものはしていくべきかと思っています。

ただ、上気道炎みたいな一過性のものは別として、継続性のあるものについては、何でもかんでもオンライン診療で完結していいのだと認めてしまうことについては、危険が伴うのではないかと。

先ほど南学構成員が、高血圧のことを例に出しておっしゃっていただきましたけれども、それ一つを取っても、高血圧というだけで一くくりにできないということがよく分かりました。

先ほど日本医学会連合で、今後、情報提供してくださるということでしたのでとても安心しましたが、そもそもこの検討会自体、時代の情勢に合わせてオンライン診療は刻々と変わってくるので、この検討会で随時見直しをしていくようなことも目的の一つで継続している検討会だと思っています。

何を危惧するかというと、このガイドライン自体が保険診療だけを対象にしているのではないということです。自由診療も中に入ってきています。そうすると、例えばコロナ禍でも瘡せ薬など、コロナが蔓延したときにホームページで真っ先にPRして、非常に危険だと思ふようなことをどんどん進めていたというようなことを見ますと、幅広く想定してしまうと非常に危険な部分があるのではないかと思います。医療という安全性を考えたときに、きちんと検証して、段階的に認めていくことが患者の安全のためにも必要だと思いますので、そのあたり、広くという概念も何でもというように取られないような、そういった捉え方をしていかないと、一番の安全性ということとはともかく大事にし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。

引き続き黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

2点ほどあります。

1つは、金丸構成員から提起がありました。コロナ禍の経験です。私も自分でコロナの患者さんをオンラインで随分診療しました。この診療方法の優位性、非対面で、それから患者さんの負担なく、ほぼ連日ご家族で診ることができましたので、そういった点で随分経験は蓄積されたし、そこの総括があったほうがよろしいと思いました。

もう一つは診療前相談の件なのですが、これは先ほど大橋構成員からも提起がありましたけれども、結局、診療前相談というものが何なのかよく分からないのです。実際にやってみると、処方はない、確定診断はできない、しかし、あなたはこういう処置が必要だからこういうところに行ったほうがいいのか、この後このようにしてほしいということを医師が患者さんにお話する。医師も患者さんも、これが診療前相談というものなのでしょう。それをどのように扱えるのか。これは診療と言っていいならば診療にしていいたい、ある程度柔軟に運用できる余地、そして、この指針の見直しのときに適宜見直していくような姿勢はしっかりつけてほしいと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続いて佐野構成員、お願いいたします。

○佐野構成員 ありがとうございます。

私も、何人かの先生がおっしゃっていたのですが、対面との組合せについては、少しでも広めに考えられるようにすべきだと思います。そういった中で、10ページ以降になりますけれども、15ページの例示については、この表現だけを見ると明らかに限定的な扱いしかできないようにしか読めないようになっていますので、ここは抜本的に書きぶりを変える必要があるのではないかと感じております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続いて今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 何度もすみません。ありがとうございました。

先ほど大石構成員から、医療弱者に対する配慮というお話があって、私もそれは全くそのとおりだと思います。日本で今、非常に優れていた医療へのアクセス性というものが、高齢化あるいは地域地方によっては医療機関が非常に少なくなったりといういろいろな問題もありますし、産業的な問題で医療になかなか簡単に関われない方たちにオンライン診療を適切に使っていただくということは非常に重要だと思っています。

その際に、オンライン診療というものを適切に広げていく、恐らくそれは同じ考えだと思っていますけれども、その際に、間違った形で広がるということに対する危惧があるというのも事実です。

先ほど山口構成員からも、私も申し上げましたけれども、自由診療の部分については極めて問題があって、そういう問題があるのであれば、それをやめさせればいいではないかという出口での規制というか、いわゆる取組がちゃんとできるのであればいいのですけれども、現実的には今、日本の中でそこまでの取組というのはできていなくて、厚生労働省ではなくて消費者庁が出てきて、問題事例について健康被害が起こるといような話もあるので、その辺のバランスなのだろうなと思っております。

私が申し上げたエビデンスのことについては、確かに保険診療の中で認められることのほうがよりデータが集まりやすいというのはそのとおりで思うのですけれども、もともとオンライン診療が社会保険診療で認められるまでは、いわゆる電話診療の枠組みの中で結構幅広くやっている先生は実施されていたということもありますので、保険診療の中である程度ルールをつくることで、そういったエビデンスの集積についてひどく阻害されるということはないのかなとは思っておりますし、海外の事例でそういったデータがあるのであれば、そういうものも参考にしながら、学会のほうで適宜、いろいろなガイドライン的なものを出していただければいいのではないかと考えています。

今回、日本医学会連合が非常に速やかに、初診から診ることができる疾病であるとか、薬剤についてもまとめていただいています。短期間の間にあれだけのものを出していただいているわけですから、もしオンライン診療のみで完結できるような慢性的な疾病についての可能性があるのであれば、それはそういう形で出していただくのが一番いい。

なぜかという、今までエビデンスに基づいての議論はこの会でもしたことがございませんし、これを保険診療の中で位置づけるということであれば、中医協の中でもエビデンスに基づいた議論で、そういうものを認めるか、認めないかということ議論しているわけですので、全く何の議論もないままに、あまりに幅広く読み取れるというのは、逆に間違ったメッセージを出すことにもなりかねないと思っています。事務局には、その辺のバランスを考え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、島田専門委員、お願いいたします

○島田専門委員 ありがとうございます。

先ほど大石構成員からお話の出た働く人たちがなかなか通院時間を確保できない。ただ、その人たちも職場の健康診断を受けているので、その活用というお話でしたが、私も産業医としていろいろな事業所を担当していますが、確かに健康診断で有所見があっても、きちんと通ってくれずに、また翌年の健診だけ受けているという従業員が多いので、きちんと対面で必要な追加の検査や診察を受けた上でのフォローについてはオンラインは有効なのではないかと思っています。

あと、例えば建設会社などですと、山奥の工事現場で、長い期間業務に携わるために医療が受けられなくなるという相談も企業からたくさん受けます。そのあたりのこと、産業

保健のためにもオンライン診療というのは有効に機能する部分があるだろうなと思っています。

一方で今、産業医の活動自体は、例えば長時間労働者の医師面接指導、高ストレス者の医師面接指導、どちらも法令に基づいたものですが、全て健康医療相談の枠組みで対応するというのでこのガイドラインの検討委員会でも説明を受けましたが、むしろこちらは制限がきつくなっていて、1年以内にその従業員さんと面談をしたことがあるとか、その事業場に出向いて、いろいろな指導をしたことがあるというケースでなければ、オンラインでこれらの面接をすることは禁止されています。

ですから、オンライン診療よりも産業医の健康医療相談のほうが厳しい運用をしているということもありますので、そのあたりも含めて、やはりオンライン医療の安全な提供のため、今までもかかりつけ医の定義のところがありましたけれども、頻度とか、そのあたりのところは検討して、整合性を取っていくべきかと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 5ページのところで、診療前相談の次のところで「診療前相談は、日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師(以下、本指針において『かかりつけの医師』という。)」という、「以下、本指針において『かかりつけの医師』という」ところは極めて重要で、今、恐らく日本の中で本指針においてのみですね。

けれども、既に規制改革推進会議や骨太の方針の中で初診からのオンライン診療は原則かかりつけ医によるという言葉がもう世の中には広まっている。

さて、この指針の中での限定された意味を、規制改革推進会議とか骨太の方針の方向に修正を求めていくことがこれからできるのかというのは、私はちょっと懸念しております。

それと同時に、ここで「かかりつけの医師」というのとかかりつけ医を世の中が勘違いされて、診療前相談はというここに書いてあるものかかりつけ医と解釈されて、世の中に広まっていくというのは、今後、非常に問題が出てくるなというのもあります。

前回の会議の中で座長が、横倉先生たちのおっしゃっていたかかりつけ医あるいはかかりつけ医機能とは異なる意味で、「かかりつけの医師」という言葉を使っていくと宣言をしていただいたならば、私もそれでいいのではないですかということになるのですけれども。世の中で誤解されていくということがこれから非常に心配になっていくということもあるので、ここの「以下、本指針において『かかりつけの医師』という」という、報告書、指針の中から「かかりつけ」という言葉をなくすというのも一つの選択肢なのかなとも思っております。

そうすると繰り返し患者と直接的な関係が既に存在する医師というのを使わなくてはいけなくなって、文章がくどくなるというのはよく分かるわけなのですけれども、今後のこ

とをいろいろ考えていくと、ここの「以下、本指針において『かかりつけの医師』という」という文言が極めて重要な意味を持つということは、ある程度私たちも共有しておいていいのかなと思っております。

以上、コメントになります。

○山本座長 ありがとうございます。表現を工夫する必要があるかもしれません。

それでは、今まで10ページまでご議論いただいたのですけれども、11ページから21ページ目までのオンライン診療の提供に関する事項に関しまして、ご意見がございましたらよろしく願いいたします。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今までの議論の中で、山口構成員や今村構成員のご意見やご懸念と重なるところも多いのですけれども、12ページの初診については「かかりつけの医師」が行うことが原則である以下のくだりで、「ただし、医学的情報が十分に把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも、オンライン診療を実施できる。上記以外の場合であって、初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う」となっていますが、この書き方ですと、どのような医療機関であっても、患者側がどのような状況であっても、診療前相談さえ行って、その医療機関や医師がオンライン診療できると判断しさえすればオンライン診療できることになってしまうので、怪しい自由診療を行うような医療機関や悪い使い方が排除できなくて、患者にとってリスクがあるなと感じます。

また、19ページで医薬品の処方について書かれていて、こちら自体はいいと思いましたが、例えば初診から一度も対面診療を行わずにオンライン診療だけで医薬品を処方し続けることについても排除できないと思います。

医療の安全性はとても大事だと思うので、こういったことについて、この初診からのオンラインオンラインオンライン診療についての指針の範疇では網羅できなくても、リスクのある望ましくない使い方がされないように別のところででもきちんと決めて、対処対処できるようにしていく必要があると思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

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。

診療計画のところなのですけれども、診療計画として、オンライン診療の具体的な自主ルールが含まれる必要があると。それは分からないではないのですけれども、あまり細かい診療計画を求めるとなると現場にとっても負担感がありますし、簡単なカルテであれ、メールでのやり取りであれ、簡便なやり方、簡素な方法で対応できるものなのか。ちゃんと読み込めていないだけかもしれませんけれども、診療計画はどこまで細かいものなのか。あるいは、それはあくまでも医師と患者さんの合意の範囲でできるものであって、メール

やカルテで置き換えることは可能なのか。このあたりはどうなのでしょう。質問です。

○山本座長 事務局、いかがでしょうか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

16ページの下の部分からご覧いただければと思いますけれども、例えば次の事項を含む「診療計画」を定めという形で書いてある次のボツからが具体的な内容です。「診療計画」と書いてはおりますけれども、実臨床の場面で考えてみると、恐らく患者と医師の間で当然やり取りされていたり、あるいは診療録に記録されている内容なのかなと思います。ですので、ここもご意見いただければと思いますけれども、こういった記載を医師と患者間で、紙なりメールなり何かしらでしっかり共有することができれば、「診療計画」といいますか、実際の内容と方針ですので、そういった効率的・合理的なやり方もできるかなと事務局としては考えております

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

あまり言葉尻を捉える気はないのですけれども、最低限遵守すべき事項と書いてあるので、これ全部が少なくとも最低限、これにプラスアルファがあるのかということも出てくるので、最低限という言葉が出てくるものですから、これも実はハードルを上げるのかなと思いますので、ここは書きぶりの問題かもしれませんけれども、ご配慮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。

ほかにご意見はいかがでしょう。

それでは、後で戻っていただいても結構ですけれども、21ページから最後まで、「オンライン診療の提供体制に関する事項」及び「その他オンライン診療に関する事項」の部分に関して、ご意見がありましたらよろしく願いいたします。

佐野構成員、どうぞ。

○佐藤佐野構成員 ありがとうございます。

全体的なコメントになるのですけれども、今回いろいろなご意見を聞いて、少なくともオンライン診療の可能性を見いだして、新たな診療形態として健全に育てていこうというところは共通しているなど感じております。

そういった中で、初診に必要な医学情報とか診療前相談といった手順は、ある面で言うと分かりそうに見えるのですけれども、先ほど権丈先生のご指摘がありましたけれども、いわゆるかかりつけ医がいれば、そういった手続を介さずにオンライン診療を受けられるということが大変重要なポイントなのではないかと感じております。

そういう意味で、あえて「かかりつけの医師」という今回の定義ではなくて、かかりつけ医という言葉を使わせてもらいますけれども、国民、患者が必要なときに安心・安全な

医療を受けられるために、かかりつけ医を持つということが非常に重要であって、まさに今回のオンライン診療は、かかりつけ医を持つことのきっかけになれば一番いいなと思っております。

そういう意味で、オンライン診療を適切に推進するためにも、我々健保組合のほうとしても、加入者に正しい情報を提供するということが重要だと考えていますので、国としての広報ツールであったりとか、協力のほうをお願いしたいなと思います。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

もちろんかかりつけ医であれば何の問題もないのですけれども、かかりつけ医と言ってしまうと少し条件が厳しくなり過ぎるので、「かかりつけの医師」と少し拡張したのです。そこがよく分かるような形で記載をするようにしたいと思います。

それでは、佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 度々すみません。

やはりセキュリティのところは気になってしょうがないものですから、情報環境でしたか。書いていることは真っ当かなと思うのですが、（５）通信環境の考え方で、例えば個人情報及びプライバシーの保護に配慮するのは分かるのですけれども、最大限配慮というのはどれぐらい最大限なのかというのがよく分からないということ。

私も学生とよくやり取りしますけれども、チャット機能とかファイルの送付など、患者側に利用させる場合にはセキュリティのリスクを勘案した上と言われますが、どのくらい考えなければいけないのかということ。

これは私は専門ではないので何とも言えないのですが、汎用サービスやアドレスリストなど、端末内の他のデータと連結しない設定とすること。既に病院でやられている設定とかであれば追加の負担ではありませんけれども、さっきのログの話もそうですけれども、そうではないとすると、これ自体、医療機関から見れば追加の負荷になりますので、果たしてこれで大丈夫なのかということは問われるかなという気がします。

それから、繰り返しになってしまいますけれども、本人確認のところでも、対面よりも厳しめに求めています。身分証明書を２枚求めるとか、それは逆に言うと対面とのバランス的にどうなのかなとか、できるだけ標準的なセキュリティ、本人確認について言えば、ある程度対面と合わせるといふこと。セキュリティが大事なものは分かっているのですけれども、過度な負担は求めないということ。ここのあたりは配慮が必要かなと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

この汎用サービスというのは、LINEとかFaceTimeとか、そういうシステムのことを言っていますので、その中には例えば自らのスマートフォンの連絡先を全部リンクするような設定とかがあり得て、これが例えばオンライン診療の仕組みを通じて他のステークホルダーに出ていってしまうということが問題です。

それから、LINE、FaceTimeともに3者通話ができてきて、3者目が医師の場合、前の2人が本当にいるのかどうか判断できないという問題があります。

ログに関して、何もシステム上に必ずきちんとログを取る必要があるわけではなくて、記載すればいいのだと思いますので、そこは大した制限にはならない。

特に診療システムと直結したオンライン診療システムを使わない限りは、基本的には、それほど難しいことは何も要求していない。本人確認だけはどうしても、ふだん見ている人と初めて見る人の場合は、本当に確認できるのか。医師の側もそうなのです。本当に医者なのかというのを示さないといけないというのは若干状況の違いはあるので、少し厳密にせざるを得ないかなと思います。

あとは現在の指針で、診療情報システムと接続していない場合は比較的容易というか、本当に出来合いのシステムを使えばほぼそのままできるということになっていきますし、自ら例えばLINEを使ったりとかFaceTimeを使ったりしてやろうとするのであれば、それなりにリスクに対応しなければいけないという条件があります。

診療情報システムと直接リンクする場合は、事故があった場合には当該患者さんの情報だけではなくて、その医療機関に来ている患者さんの情報全部がリスクになりますので、ここは若干厳しめの基準にはなっているだろうと思います。

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。

私も何点かございまして、1つが（5）通信環境の医師が行うべき対策のうち1-1の共通事項のPHRに関するところですが、PHRの安全管理に関する事項を確認することという点は結構難しいのではないかと感じております。こういう場合に備えて、3省でPHRのガイドラインをつくって、マイポータルにも接続できるような認証等の枠組みをつくっていたりしますので、3省のガイドラインを満たす場合については確認ができていた形に記載をしていただくこともご検討いただくのがいいのではないかとけないいただくのがいいのではないかとけないかと思っております。

2点目として、同じ項目の1-3についてです。確かに医療情報システムに影響を及ぼしてしまうところで、チャット等での情報やリンクを踏む踏むことが必要になるところがあると思われます。われず。ここはある程度リスクを踏まえてということだとは思いますが、完全に無害化と言ってしまうと、地方公共団体の三層分離ぐらいの形を言っているのかと見えなくもないところではあると思いますので、ここはリスク対策を適切に行うというような形にしておかないと現場では難しいのではないかとと思われます。事前相談を使う場合もこういったある種のメッセージとかテキスト情報の形で来る場合が想定されると思いますので、少し記載ぶりをご検討いただけないかと思っております。

一番最後に第3点として、3-3の先ほどの身分証のところですが、確かにほかの法令でも、対面での本人確認を代替するという場合には、顔写真つきの身分証明書、金融関係ですとそれにプラスアルファして提示等の方式も指定されることもありますので、顔

写真つき身分証明書というのはそうかなと思います。

ただ、医療の場合で考えますと、健康保険証しか持っていないとかがあると思われま。学生さんとかは学生証があるので、健康保険証と2種類でいいのかもしれないということかもしれないですし、し高齢の方とかが健康保険証と他のものがあればいいではないかとか、いろいろ組合せの方法はあり得るとはいうことで追記されたものとも思われま思われま。けれども、2種類持たれていない方もおられるとは思うので、この書き方だと一部の方は本人確認を実施しようがなくなるという可能性があると思われま。実際には、例えば電気料金とかの支払いのバウチャーとかを複数個持っていることとかも含めて、2種類の身分証明書に限らず本人であることを確認できればいいと思われま。今の書きぶりで単純に1を2としてしまうと、利用できない方が出てしまって、アクセスが不能になるおそれがありますので、ここの部分についてはQ&Aで例示をしていただくということもあるのかもしれないですけれども、単純に2種類とだけ書いていただくと厳しい場合があると思われま。ので、ご検討いただければと思われま。

以上です。

○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、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。

今の落合構成員のご意見に近いのかもしれないのですけれども、この一連のセキュリティのところは、このようにするべき、こういうしなさいというのを事細かに書くと、かえってそれどおりにやるのがすごくコストアップになってしまうのと、いろいろな技術が出ている中で、この方法ではないのだけれども目的が達成できるよりベターな方法が出てきたときに、それが阻害されることは結構あるのです。

あと、がちがちなものをそのまま守ろうとした結果、例で言うと、パスワードが複数必要になってくるから、覚えられないからいろいろなところに貼ってしまう。結果、よりセキュリティが危なくなってしまうだとか、いろいろなリスクが発生するので、細かくがちがちに書くのではなくて、例えばさっき出た例みたいに、電子カルテ情報が外部に漏れないようにきちんとしてくださいと、要するに目的をきっちり書いて、それに対してどういう技術もしくは方法でやるのかということは、各医療機関または各メーカーの独自性に任せる、そのやり方はある程度自由にするという方法のほうが実質的に意味があるような気がします。ので、ご検討いただければと思われま。

あと、全般的に、これはもう出ている話なのですけれども、必要以上に厳しい。対面で求められていないものをオンラインだからといって求めることはおかしいのではないかと思われま。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 私も、まず全般に対するコメントが1つになりますけれども、全体的に対面に比べてオンラインは情報を得るのが難しいというのが前提になっていると思いますけれども、もちろんここに書いてあるとおり、それは病気にもよりますし、疾病にもよりますし、これからの技術進歩にも依存するので、情報上、オンライン診療が対面に劣るということをそこまで全面に強調しなければいけないものなのかどうかというのは、文章の書きぶりの問題ですけれども、全体を読んでいくとどく感じました。

それから、これはむしろ質問なのですけれども、こういうものはパブコメはやるのですか。というのは、私が気になるのは現場の解釈なのです。皆さんがここで議論しているとおりに解釈いただけるならばそのまま通りますけれども、逆に厳しめに書いてしまうと分からないです。いい加減な解釈になるのか分からないですけれども、いろいろな質問が出てくると思うので、このあたりの現場、特に医療関係者あるいはもう一つは患者です。この指針は医療関係者向けですけれども、患者さんへの指針ではないので、患者さんに対してはどのようなガイダンスを厚労省としてはするのですか。その問題もあると思うので、パブコメというか、何らかのフィードバックはやられるという理解でよろしいのでしょうか。これは質問です。

○山本座長 事務局どうぞ。

○谷崎企画調整専門官 事務局でございます。

今回、法律で定められたパブコメには該当しませんが、任意のパブコメという形でやらせていただく予定でございます。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

○山本座長 ほか、いかがでしょうか。

事務局、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。

全体を通して、細かいところも含めてご指摘いただきましたけれども、整理させていただければと思います。

まず、前段の一番最初のところで、例えばコロナを踏まえたその経験や学習したことが踏まえていないというご指摘だったと思います。

例えば非対面による利点やオンライン診療の活用の可能性といったものも踏まえて、全体の認識を整えてはどうかというご意見を複数いただいていたと思います。

2ページ目のところの取り巻く環境の変化がまさにこれに当たると思いますので、少し追記させていただく方向で考えさせていただきたいというところはまず1点ございます。

それから、セキュリティについては非常に様々な課題が多くあるということを確認いたしました。今回の指針改定に向けては議論が十分にできていなかったところかと思っておりますので、すぐに修正できることと、別に検討しなければいけないことがあると思っておりますので、少し整理させていただいた上で、いずれにしても次回以降の見直しの重要な課題と認識しましたので、こちらについても今後見直しというところでは確認させていただきたいと思

います。

それから、オンライン診療のみの適切な組合せについても様々なご意見をいただいたと思います。例えばイノベーションや実際にやられる状況の変化によって当然変わり得るものでありますし、それを妨げないような枠組みであるべきでありながら、しかしながら、適切な形で診療を行う必要があるというような非常に難しいところだと思っております。

まず1つは、例えば風邪とか継続して診療をすることがあまり見込まれないような疾病については、結果的にオンラインのみの単発は当然あるのではないかというご意見があったことは確認させていただきたいと思っております。

それから、ある患者さんのある疾病について、例えば検査なり対面の診療を行うドクターと、結果も連携で受けながらオンライン診療を行う医者が分かれ得るとするのは現行の枠組みでもあり得るのかなとは考えておまして、これも本文かQ&Aかは分かりませんけれども、しっかり分かるようにしたいというところが1点でございます。

それから、それ以外にオンライン診療のみで行うことがあり得るかかどうかというところにつきましては、非常に課題が多いところかと思っております。先ほど南学先生のほうからご提案いただきましたけれども、そういったものを学会の中で整理していただくというご提案をいただきました。

実際は、十分なエビデンスが出てから位置づけるのか、あるいは、ある程度エキスパートオピニオンを集めたものの中で、そういったものを踏まえてやっていくのかというところかと思っております。最善で最速は、恐らく整理していただいたものを指針の中にしっかり参考にとりか位置づけていくという形であれば、ある程度コンセンサスが得られたものについては少なくともやっていただける枠組みができるのではないかと考えております。

そして、それもまた状況に応じて、例えば症状なり処方と同じようにアップデートされていくような形になるのかなと思っております。

そういったことで、事務局のほうで検討させていただきたいと思っておりますが、もし追加のご意見があればいただきいただきたいと思っております。

あと、全体のスケジュールとしましては、今、コロナ禍の特例的・時限的措置が継続しております。今、お話しさせていただきましたように、例えば関係の学会の先生方にまとめていただくような資料を指針に位置づけることを目標にはしておりますけれども、この指針がいつ有効になるかということも含めて、あるいは有効になる前にひょっとしたら位置づけられるかとか、スケジュール的にテクニカルなところもございまして、そういったことも含めて、事務局のほうでしっかり検討させていただきたいと思っております。

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、落合構成員、どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

少し前の頁に遡ってもよろしいでしょうか。

○山本座長 どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

そうしましたら、オンライン診療のVの1の(2)適用対象のところについて、何点かコメントさせていただきたいと思っております。

1つが、初診からのオンライン診療のところについてです。この中で過去の診療録や診療情報提供書といったものが幾つか入っているところがあるのですが、追加して、これまで議論してきた中でも、厚労省も含めた3省でPHRに関する検討も進めていて、PHRとオンライン診療の連携、活用も大事ではないかということもこの検討会でも何回か議論させていただいております。この検討会の資料の中に入れていただいていた回もあったように思っておりますので、ここの②のiiiにPHRという言葉を入れていただくこともご検討いただけないかと思っております。

2点目として、14ページのviiに急病急変患者というところがありまして、ここの部分はこれまでの議論を踏まえて全部聞かれている方は分かっておられるおられとは思いますが、必ずしも上気道炎といった風邪に類似するような方をここに入れ込んでいるというわけではないと思います。その点については、急病急変患者というものの定義に入っているものではないということについては追記をいただければと思っております。

一番最後に、オンライン診療の例外と書かれている部分で、緊急避妊に関するところがあって、対面診療が可能な医療機関等に係る適切な情報を有さない女性と書いてあります。山口構成員のほうがお詳しいような気はするのですが、ここは知っていても対面だといけないというような場合もあるので、オンラインを使ったほうがいいという趣旨で議論していたような気もします。このあたりは情報を持っているというか、単純に対面で行けないという方が対象なのだとことを書いていただいたほうがいいのかとも思いますので、ご検討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、高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。

先ほど事務局のほうからセキュリティ部分を見直しますということについて、できればお願いしたいのですが、例えば27ページの2-1の共通事項を見ているとそうなのですが、一般的なITシステムでやるべき対策と、こういうオンライン診療もしくは電子カルテシステムを考えたときにやるべきことがかなりごちゃ混ぜに書かれているというのが正直印象としてあります。ですので、このあたり、先ほど出ていた令和2年に出ているガイドラインでも書かれていることとか、一般的な話とかはもうどこかを参照してくださいというように参照先を明示することによって、もう少しこうすっきりとしたほうが分かりやすくなるだろうし、読んでいて物すごく過度なことを要求されているような印象が出てしまうので、この中で特にオンライン診療をやるときに必要な対策は、追加ではこれだけですよ

とし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。

これはなかなか難しい。ここだけの話と言ってもここだけの話にならないですけれども、医療機関は結構お手製のシステムでやるというところがあるのです。いわゆる製品のシステムを使ってくれるところだと、今、高倉先生がおっしゃったような書き方で十分だと思うのですが、本当にハンドメイドでやるという、非常にマニアックな先生もいらっしゃいますので、そこをある程度こうカバーすると、全て書かないといけないということで、なかなか難しいところではあります。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。

先ほど事務局さんがまとめてくださったこととおおむね入っているのかなと思っていて、確認も含めてなのですけれども、先ほどのオンラインと対面の組合せに関して、タイミングが必要なときには連携先等々を含めて役割分担してもいいということが、Q&Aであろうと、ガイドラインであろうと、どちらかではっきりと分かればそれで十分かと思います。

もう一つのオールオンラインに関しましては、私も何でもかんでも認めろというわけではなくて、それはある一定のプロセスが必要になってくるとは理解しています。

ただ、現実には、例えば以前、規制改革会議でオンライン診療を扱ったときにも、電話診療をやってみたり、オンライン診療の先進的なお医者さんたちがいろいろな事例を積み重ねていっても、学会がそこまで興味を持ってくださらない結果、それ以上のものにはならなかった。厚労省のほうにいろいろお伺いしても、学会のほうはそのようなことはあまり関心がなくて、今、動いていないから、それはなかなか無理なのですとご返事いただいたこともあったので、具体的にどういう道筋だったら可能なのか。先ほどエキスパートオピニオンという話をおっしゃいましたけれど、エキスパートや海外論文等によってはっきりこれがオーケーであったらオーケーになるような道筋が割としっかり見えるといいのではないかと思います。

特に、もう既にある程度物ができていて、海外では使われていて、非劣性だというように分かっている精神科領域のものであったりとか、先ほど私が申し上げたような睡眠時無呼吸のような検査も治療のモニタリングが全部オンラインでできて、患者はお金を払いに来ただけみたいなことが明らかになっているものが、具体的にどのようにして通っていくのかということ、Q&Aでも結構ですし事例でも構わないのですけれども、見えてくると、皆さん安心して取り組めるのではないかと思いますので、そこら辺をご検討いただくとありがたいなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今、大石構成員がおっしゃったように、私もやはりこのようにすると認められるようになるということが分かるような形にすることはとても大切ではないかと思っておりますので、どんなことをエビデンスとして積み上げればきちんとできるようになるのかということの大筋は示すべきかと思っております。

先ほど落合構成員からご指摘のあった部分ですけれども、今回の議論のポイントではなくて、数年前の緊急避妊薬のときのことをお話しになったのかなと思ってお聞きしました。

15ページの緊急避妊に関することが書いてあるixの2つ目のポツ、その1行目に「緊急避妊を要するが対面診療が可能な医療機関等に係る適切な情報を有しない女性に対し」ということで、情報がないだけではなくて心理的にかかれない人もいるのではないかとのご指摘だったと思っております。

その6行ぐらい下に「女性の心理的な状態にかんがみて対面診療が困難であると判断した場合においては」と書いてありますので、私はここでそれを表現して下さったのかなとただ理解しております。

落合構成員、そういう解釈でいいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○落合構成員 分かりました。全般的にちょうど例外のところを見直していましたので、むしろ既に当初から例外になっていたところが厳しめに書かれてしまっている状態になってしまっているところは、このタイミングで合わせたほうがいいかなと思えました。しかし、こういった後で残る形で議論ができたと思っておりますので、それで大丈夫なのかなと思えました。

補足いただきまして、ありがとうございます。

○山口構成員 具体的に「心理的な状態にかんがみて」と書いてあるので、具体性はあるかなと私は受け止めています。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

非常に細かいことなのですが、今まさしく落合委員がおっしゃった14ページの急病急変患者というのは上気道炎を含まないのですねというご質問ご質問なのですかね。これは少なくともオンライン診療を行うあるいは行おうとしている医療者に対する指針でもあり、普通、急病急変といったものに上気道炎が入るかと言ったら、まずそんなことはないと思っております。

ただ、例えば上気道炎ということで診断しても、特にコロナの状況の場合には、そのぐらいの症状であれば観望だと思っても、その後高熱が出たり、今までなかった咳嗽が出てちょっと息苦しくなってきたと言ったら、それは当然急変していると医師が判断することも当然あって、それならば、すぐに検査を受けるために来院してほしいとかということもあると思うのです。

どうしてもその辺の急病急変の概念が分かりにくいということであれば、Q&Aなので少し書けばいいのではないかと思っていて、この指針の中にそこまでの注釈をつける必要は全くないのではないかと医療者として思います。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

○落合構成員 落合です。

先ほど今村先生におっしゃっていただいた点に全く異議ございません。私のほうが十分に理解しておらず、失礼いたしました。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今日も建設的なご意見をたくさんありがとうございました。今までいただいたご意見を基に、事務局で現状の資料1-2の案を修正いたしまして、取りあえず修正に関しては私の方に一任していただけますでしょうか。

ありがとうございます。それではそのようにさせていただきますが、実際にいつになるかとかはまだこれから検討しなければいけないことですので、また改めてご報告を申し上げることになるかと思えます

それでは、本日ご議論いただくことは以上でございます。

今後に関しては、事務局から何かございますか。

○瀧主査 今後の指針の改定検討会の進め方につきましては、座長にもご相談させていただきまして、委員の先生方にご連絡をさせていただきたいと思えます。

○山本座長 それでは、本日は長時間にわたりご審議いただきまして、ありがとうございました。

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。