

○奥野医事課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第1回「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」を開催いたします。

まず武田医政局長より御挨拶がございます。

○武田医政局長 どうも皆様こんにちは。医政局長の武田でございます。

情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会の開催に当たりまして、一言、御挨拶を申し上げたいと思います。

まず構成員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中お集まりいただきまして、厚く御礼を申し上げます。

さて、現在ICT技術の進展に合わせまして、情報通信機器を用いた診療、いわゆる遠隔診療が実施、普及してきております。その中で平成29年6月に閣議決定された未来投資戦略2017におきましては、遠隔診療の有効性、安全性などに関する知見を集積することが求められております。そして、その適切な遠隔診療の普及のためにも、その医療上の安全性、必要性、有効性の担保の重要性が指摘されているところでございます。

さらに、平成29年12月に閣議決定された新しい経済政策パッケージにおきましても、国民に向けた遠隔診療の基本的な考え方、具体的なユースケース、遠隔診療の適用に必要な受診期間や患者との合意形成のあり方など、必要なルールを包含するガイドラインを整備し、今年度内に取りまとめ、公表することとされております。

これまで私ども医政局といたしましては、医師法第20条の無診察診療の禁止に違反しないよう、遠隔診療について解釈通知を発出してまいりましたけれども、情報通信技術の発展及びこれまでの議論の流れも踏まえまして、遠隔診療を行うに当たり必要なルールについて検討を行い、今年度中にガイドラインを策定することを目的として、本検討会におきまして鋭意議論を進めさせていただきたいと思っております。

構成員の皆様方におかれましては、大変期間の短い間で恐縮でございますけれども、格別の御支援、御協力を賜りたいと思っておりますので、何とぞよろしく願いいたします。

○奥野医事課長補佐 続きまして、構成員の御紹介でございますが、本検討会の構成員の先生方の御紹介につきましては、構成員名簿の配付をもってかえさせていただきたいと思っております。

なお、本日の会議には、オブザーバーといたしまして総務省情報流通高度化推進室の渋谷室長及び経済産業省ヘルスケア産業課の西川課長にも御参加いただいております。

また、参考人といたしまして、厚生労働科学特別研究事業「情報通信機器を用いた診療についてのルール整備に向けた研究」の研究代表者である、東京医科歯科大学臨床教授の武藤様にも御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とさせていただきますので、御退室よろしく願いいたします。

(カメラ退室)

○奥野医事課長補佐 次に、本検討会の座長でございますが、山本構成員にお願いしたい

と思いますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○奥野医事課長補佐 それでは、以後の議事運営につきましては山本先生にお願いいたします。山本座長、よろしくをお願いいたします。

○山本座長 山本でございます。ただいま御指名ありがとうございます。多分、短い会議になるとは思いますが、座長を務めさせていただきます。御協力のほどよろしくお願いいたします。

まず資料の確認について事務局からお願いをいたします。

○奥野医事課長補佐 資料の確認を事務局よりさせていただきます。

お手元の資料をごらんください。まず議事次第の後ろでございますが、資料1「情報通信機器を用いた診療の経緯について」。

資料2-1『情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた研究』研究報告」。

資料2-2、資料2-3。

資料3「情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた論点」。

参考資料といたしまして1及び2ということで、開催要綱と構成員をつけさせていただきます。

不足資料等ございましたら事務局にお申しつけください。

○山本座長 どうもありがとうございます。資料の不足はございませんでしょうか。

それでは、早速、議事次第に従いまして議事を進めてまいりたいと思います。

本日は、まず情報通信機器に関する診療のこれまでの経緯について事務局から御説明をいただき、最後にディスカッションの時間を長くとりたいものですから、説明は続けて行いまして、次に武藤参考人から「情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた研究」の研究報告について御説明をお願いいたします。

最後に、情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた論点整理を事務局から御説明いただき、それで皆様の御意見を伺いたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から資料1の御説明をお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 事務局より資料1について簡単に御説明をさせていただきます。

資料1につきましては、これまでの情報通信機器を用いた診療、いわゆる遠隔診療の法律との関係において、どのような経緯であったかということの御説明でございます。

1枚おめくりいただきまして2ページ目をごらんいただければと思います。遠隔診療につきましては、医師法第20条の無診察診療との関係でこれまで整理をしております。つまり遠隔診療が無診察に当たるかどうか、この点について国として解釈の通知あるいは事務連絡を発出しております。

まず原則的な通知といたしましては、平成9年、1997年の局長通知がございます。この通知におきましては、初診患者は対面が原則であること等についてお示しをしたものでご

ざいます。また、2016年の通知につきまして、対面診療を行わず遠隔診療だけで診療を完結する場合については、医師法違反になり得るという解釈もお示ししております。

続きまして、その原則をお示した後、その解釈についてさらに事務連絡、通知を発出してございまして、例えば2015年の事務連絡につきましては、1997年の通知について例示であることを明確化しております。この機を境にかなり遠隔診療の普及というのが広まっていったと我々としては認識しております。

その後、2017年に昨年、局長通知を発出してございまして、例えば患者側の理由で診療が中断した場合、直ちに医師法違反にならない。あるいはそのツールにつきましていろいろな組み合わせが可能であり、特にツールは限定されていない旨を通知しております。

こういった法律上の整理をしてきておりますが、ただ、その法律上の整理というだけでセキュリティ等々も含めた一括したガイドラインというものが整備されてこなかったこともございますので、このたび情報通信機器を用いた診療に関するルール整備を行わせていただきまして、年度内にガイドラインの策定を行うということを考えております。大きな流れとしてはこのような状況でございます。

各通知につきまして細かい内容でございますが、3ページ目以降をごらんいただければと思います。時間も限られておりますのでポイントだけ説明させていただきますが、1997年、平成9年の通知の中身でございます。1行目でございますとおり、あくまで対面支援の補完であるという位置づけをしております。ただし、患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、直ちに医師法20条には抵触をしないという解釈をお示ししております。

その下でございますが、初診及び急性期の疾患については、原則として対面診療によること。ただし、その下の2つ目の○でございますが、患者側の要請に基づいて適切に対面診療と組み合わせて行った場合には、遠隔診療によっても差し支えないということをお示ししております。

2度この通知を改正しておりますが、その際に例えばこういう患者に適用することが考えられるというような例示で、別表という形で患者の類型ですとか、そういったものを例示したということがございます。

4ページ目、その通知についての解釈をしてきているという状況については、2015年に平成9年の通知というものは、あくまで例示であることをお示ししてございまして、その後かなり現場で遠隔診療が広まってきているという状況でございます。その後、規制改革実施計画の閣議決定なども踏まえて、さらに細かいところの解釈、例えば禁煙外来については定期的な健康診断等が行われていることを確認して、その上で完全に遠隔で行われたとしても、直ちに医師法20条に抵触しない等々の少し細かい解釈についてもお示ししてきています。ただし、その下の青い四角でございますが、安全性・必要性・有効性の担保のない遠隔診療は、遠隔診療の信頼性を損ない、その推進を妨げる恐れがあることから、このたびこれまで出した通知も踏まえて一括したガイドライン、ルール整備をするということ

ございます。

6 ページ目をごらんいただきたいと思いますが、本検討会のたてつけについて要綱もおつけしておりますが、簡単に整理をしております。先ほど局長からも申し上げましたが、新しい経済政策パッケージも閣議決定がなされまして、一定のルール整備が世の中の的にも求められているという状況でございますので、「2. 検討事項」をごらんいただきまして、遠隔診療のまず定義や名称から御議論をいただきたい。さらに、その実施する際の必要性・安全性・有効性を担保するためにどういうルールが必要なのか。この点についてぜひ御議論いただければと考えております。

後ろについておりますのは参考資料でございますので、説明は割愛させていただきます。

簡単ではございますが、事務局からは以上でございます。

○山本座長 どうもありがとうございました。

引き続きまして、武藤参考人から「情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた研究」の研究報告について御説明をお願いいたします。

○武藤参考人 この研究班の班長をさせていただきました武藤と申します。20～30分お時間をいただきながら、この研究班で出ました論点を御説明させていただきます。

論点が全てそれを踏まえてということではないかもしれませんが、今後ガイドラインを策定していただくに当たって御参考にしていただければと思います。

おめくりいただきまして、まず定義と名称というところでございます。遠隔診療という言葉は長らく使われてきたものでございます。申し上げるまでもありませんけれども、遠隔診療のタイプにはD to DとD to Pに分けられるわけではありますが、今回のガイドラインのスコープをどのように定めるかといった議論がこの班でもなされました。

D to Dに関しましては、診療報酬がついているなど先行しているところがございますので、この遠隔診療の広い概念の中でも今回はD to P、そして外来・在宅医療、医療形態としては診療に当たるところ、ここに限っていくのではどうか。そこにおきましては広義、狭義という言い方もできるとは思いますが、オンライン診療という言葉を用いるのはどうかといったことも1つ意見としてございました。

2つ目が遠隔医療相談との位置づけというものが1つ議論になりまして、いわゆる診療というものと遠隔医療相談、これはもう既に遠隔医療相談としていろいろなサービスが展開されている中で、ある程度の線引きは考えたほうがよいのではないかという意見がございました。例えば違いを明確にする上では、少なくとも医師が主体的に判断を行い、患者に判断の結果等を伝達する行為というものは、それは診療の一環、一部ではないかということで、今回の論点の中に含まれることが1つ議論としてありました。

また、今、世の中で行われています遠隔医療相談の中には、かなり医行為と言えるようなものもありますので、そういったむしろグレーなものを今回はオンライン診療の一部であると定義して、このルールに従い安全性を確保してもらうほうがむしろよいのではないか。線引きがきちんとなされていないがゆえに議論が進んでいない、もしくはグレーだと

言われているところもありましたので、こちらのほうはこの中に入れるというのはどうだろうかという意見がございました。

一方で受診勧奨や離島、僻地からのやむを得ない医療相談があるのも事実ですので、必ずしも今までやられていたよい取り組みが、そのままなくならないように考慮をする必要があると考えておりました。

あとは遠隔医療相談とオンライン診療の線引きを余り厳しくし過ぎますと、今まで遠隔医療相談でいろいろと相談をしていた人たちが、全て今度はオンライン上のネット検索などに頼ることがふえて、かえって間違った情報をベースにいろいろな人が判断をしたり、もしくはきちんと受診をしないということもあるのではないかという意見もございました。

おめくりいただきまして、これから適用の基準に対する意見というものが続きます。先日、中医協での議論も出ましたけれども、そういったこととの整合性も含めて考えていければと思います。

まず1つは、患者さんとの関係性、患者合意というところですが、基本的には患者さん側の要請に基づき、患者側の利点を十分勘案した上で、対面診療と適切に組み合わせられるときにはオンライン診療を行ってもよいのではないかと。ただ、継続してオンライン診療をやっていったよいかということは、医師が判断をしたほうがよいのではという意見がございました。

また、これは後でも出てきますけれども、きちんとした診療計画を立てましょう。患者さんの同意を行うということと、繰り返しにはなりますが、継続するかどうかは医師の判断が必要ではないかという議論がございました。

2番目として除外要件ですが、全ての疾患であるとか、全てのケースがこの遠隔診療、オンライン診療の適用になるのだろうか。こちらさまざまな意見がございましたけれども、余り厳密にすると結果的には受診抑制につながるのではないかと意見もあれば、オンライン診療というのは基本的にはビデオを通じて話をするといったことが予想されるものですから、視覚や聴覚などに障害のある方や、余りに認知機能が落ちていて御本人がほとんど判断できないといったような方については、適用をどのように考えていくかといった意見がございました。

急病、急変になった場合、それをオンラインだけで判断するというのは一般臨床的にも必ずしも容易ではないということもありますので、こちらをどう考えるのか。また、自傷他害といった予期せぬ急変のリスクがあるような方に対して、オンライン診療というのは推奨してよいかどうか。一方で在宅医療というのは基本的には急変といえますか、大分最後状態が変わってしまうことが多いものですから、そういったものを全て外すと在宅医療でどのようなメリットがあるのですかといった議論もありますので、この辺もケース・バイ・ケースにはなりますけれども、一概に全部急病急変をだめだというものもどうだろうかといった意見がございました。

3番目に移らせていただきますけれども、診療計画は私どもの班では非常に大事に考え

ておったわけではありますが、まずは診療時間などのルールを事前に決めておこうと。つまり24時間医師にかかるようであれば、医師の負担が相当強いものですから、いずれにしても事前にいろいろな合意をしておく必要があるのではないかと。診療計画をきちんと立てるといことや、あとはインフォームドコンセント、これは医師を守る、もしくは患者さんを守るという立場からも計画書を策定し、双方の同意が必要なのではないかとということがありました。

ずっとオンライン診療だけにならないために、対面診療及び検査をきちんと組み合わせながらの診療計画をつくったほうがよいのではないかとという意見がございます。

1つ飛ばしまして、オンライン診療は適切に行えない。さまざまな理由で行えないと医師が判断した場合には、対面に変えるといった観点があります。

A先生が診ていて、その後、B先生に仮に変わったときに、A先生と一緒につくっていた診療計画を、B先生に変わったらまたゼロから作り直す必要が全例であるかといいますと、必ずしもそうではない。A先生とB先生の考え方が踏襲されるものであれば、それはそのまま診療計画を使ってもよいのではないかとという意見がございます。

あとは侵襲が高くて非常に何か、例えば副作用が大きいですとか、そういった何かしら大きな影響が出るような診療に関しましては、これは受診料の面も含まれるわけですが、対面を経た上で一定のリスクを勘案した上でオンライン診療を始めたほうがよいのではないかとという議論でございます。

自由診療を本当に全てこういう診療計画をつくったほうがいいのかということも1つ課題としてはございました。現在その自由診療というものがかなり、まさに自由に行われているようなところにおいて、全てこの診療計画を立てないとオンラインができないのかといった意見も委員から出たところでございます。

4番目として本人確認。これは医師においても、患者さんにおいてもなりすましの問題というのが当然可能性としては起こり得るわけでありまして。本人確認をどうやって行うかということですが、1つは動画でやることで、さすがに明らかに違うよねと。男性とやっているのに女性だとか、そういう明らかな間違いというのがなくなるということもありますし、特に保険診療の中では今回、中医協の議論にもありましたように一定の期間を経て、それからオンライン診療を始めることもありますので、さすがに動画を使えば本人であることは双方確認できるのではないかと。一方でセキュリティーを確保していることも必要ではないかと。

あと保険証の問題というものがございまして、こういったものはかなり重要な個人情報ですので、同じでございますけれども、きちんとしたセキュリティー環境は必要ではないだろうかというものがございました。

その一方で、本人手段というのもある一定の関係がずっとできた上で、毎回毎回必ずしも動画でなければいけないのかという議論もございます。

先ほどのなりすましではありませんけれども、ごくたまに医師免許を持っていなくても

医療行為をしているという例が実臨床、対面診療でも時々起っているのが現状でございますので、医師の資格の確認であるとか、こういったことも今後、考えていったほうがよいのではないかと議論がございます。

おめぐりいただきまして、今度は薬剤処方・管理といったところで、処方というのは内科医にとっては非常に重要な手段でありますから、慎重に考えていったほうがよいのではないかと。オンライン診療で処方できるものを制限したほうがいいのかどうかということは大なる論点としてございました。ですから対面診療をしなくても処方できるのはどういうものであるか。現在、自由診療で行われていることもありますので、こういった例示などを考えていったほうがよいのではないかと、あとは少し飛びますけれども、かかりつけ薬剤師や薬局とオンライン診療をどうやって結びつけていくのか。もしくはこの先に薬剤の一元管理、これはオンライン診療とは関係なく重要なことでもありますけれども、こういったものと今後、考え方として統合していくといったようなことも1つはあるのかなど。

ただ、一方で院内処方などで出している医療機関や自費診療の場合は、必ずしもかかりつけ薬剤師、薬局というものがございませんので、こういったところは原則的な話と現実的な話をどのように整理していくのかといった論点がございました。

6番に移りまして診察方法ですけれども、単にメールですとか何かしらそういったものだけではなく、視覚や聴覚などをせめて含んだ診療を組み合わせるほうが医療の質としては向上すると考えておりますから、ビデオ電話を介したものが望ましいのではないかと。一方でそれを補助する形として、メールなどのやりとりも組み合わせるというのがよいのではないかと議論があります。

基本的にはオンライン診療というのは1対1の診察が基本であるわけですが、中にはもしかしたら会議室で言うならば1人の医師が真ん中にいて、順々に話をしていって、それで終わりというような診察がなされてはいけませんので、この患者さんを診たときは何時から何時まで診ましたというものを例えばカルテに記録していく。これは在宅医療ではなされているわけですが、こういったようなことをやることによって、粗悪なオンライン診療ができないようにしたほうがよいのではないかと議論もございます。

7番ですけれども、かかりつけ医との関係で、こちら論点としては上がって我々の中でも結論といいますか、そこは出なかったわけですが、基本はかかりつけ医が重要であるということは論をまたないわけですが、オンライン診療をやる先生とかかりつけ医がどういう関係にあるか。今回の中医協では同一であるという話がありましたけれども、ただ、自由診療をやっている先生とかかりつけ医の先生は、どのように例えば情報共有すべきなのか、もしくはしなくてもよいのかといったところが論点として挙げてございます。

「2. 提供体制に関する意見」ですが、まず提供の場所であります。医師がまず提供する場所ということですが、必ずしも医師は医療機関内で診察を行う必要はないと考えました。これは働き方改革のような観点も含めて、医師は必ずしも常に医療機関内にい

なくてもよいのではないか。ただ、余りに遠い地域で何か起きたときにほっといていいのかという話になりますので、何か起きたとき、例えば容体が急変したときに緊急対応ができるような体制を確保した上でやったほうがよいのではないか。もちろん急変時にはその先生が対応できることが望ましいのですが、必ずしもそういうことができない場合がありますので、協力医療機関のような形で日常からある程度体制を整えておいたよいのではないかということかあります。

あとは電子カルテを全く見られない状況でオンライン診療していいのかという議論がございまして、せめて電子カルテが見られるような状況でオンライン診療をしたほうがよいのではないか。クラウド型の電子カルテなども世の中にはございますので、せめてこういったものを見ながらオンライン診療をした、もしくはそのまま記録をするといったことが求められる。また、プライバシー保護に対する配慮も必要だと思っています。

先ほどの話に近いわけでありますけれども、協力医療機関というのは何かあったらどこか行ってねという話ではなくて、きちんと何かあったときには紹介状を書くなど、通常の医療行為だとは思いますが、オンライン診療だから特別ということではなくて、きちんと何かあったときには医師として情報を提供するなど対応すべきであるということでは議論になっております。

緊急対応医療機関というのは、基本的にできればもちろん過去にその患者さんを診たところであればいいと思うのですけれども、必ずしもそうではないところもあろうかと思っております。

オンライン診療を行う医師ですけれども、どこの医療機関にも所属していないということは現実的にはなかなかない話ではありますが、ただ、全く医療機関に所属しなくてオンライン診療だけを行うといったようなことは余りよくないのではないかとということで、医療機関にきちんと所属をしてやることと論点としては挙げております。

かかりつけ医とオンライン診療をやる医師が別々のときに、どのように位置づけていくのかといったところはここでもありまして、議論としてございました。

2番の患者さんの受診場所ですけれども、今度は患者さんはどこでもいいのか。その辺の例えばファーストフードを食べながらやるという環境でいいのだろうかという議論がございまして、1つはまずプライバシー保護とか保健衛生上の観点からも患者居宅等、日常生活や社会生活を営む場所とするのがよいのではないか。余り公共の場所というのはよくないのではないかという話がございました。

とはいえ患者さんがどこか非常にオープンなスペースにいて、診療を受けることはあり得ることではございますので、患者さん側も先ほど申しあげましたように、ある程度プライバシーが保てるような場所で受けるといった努力をすべきではなからうか。医師はこの患者さんだったら守ってくれるよなど。そういうことを考えながらオンライン診療の可否を考える1つの基準にしてはどうかといった議論がございまして。

おめくりいただきまして、今度は通信環境ということで、オンライン診療というのは極

端な話をすれば、フリーのいわゆるサービスでやろうと思えばできないわけではないのですが、今までのことを鑑みましても通信の暗号化であるとか、一定の基準は必要ではないかといったことや、海外との関係になりましてサーバーの場所、国外のサーバーなどを使うと情報漏えいの可能性があるのではないかといった論点がございます。

端末のほうですが、端末は最終的にはBYODが使用されることが現実的には予測されるわけでありまして、患者さんの端末の中に、もしくは医師の端末の中に個人情報や医療情報が全部残っていた場合、落としたらどうなるのということがありますので、こういった情報をどこに置いておくのかといったところが論点としてございました。

それから、プライバシー保護で画像や録画の記録の承諾です。つまり受診をしているときに医師側や患者側が勝手に全てのことを録画、録音することが理屈上、可能になってきます。これは対面ですと通常あり得ないわけですが、オンライン診療であるとそういったことがあり得て、かつ、それが何らかの例えば訴訟になったときにそのまま使われるといったような、どのように使われるかが双方わかりませんし、プライバシーの問題もありますので、このあたりをやるのであれば同意が必要であるとか、もし保存するのであれば、どういうセキュリティーが必要なのかといったところも論点にはなり得るかなと思っております。

いずれにしても、ここでは患者さんの医療情報というものを扱っていきますので、漏えいすると患者さん側に非常に権利を侵害する可能性もあります。したがって、医療提供者側はこういったセキュリティーのことの知識も重要ですよと。これは後の医師教育のところでも出てまいります。監査が必要かどうか。ここはどうかというのは1つ議論になっております。

あとは仮に記録を全て電子カルテに残すにおいても、オンライン診療のログをどうしていくのか。電カルに入れればいいのか、それともオンライン診療のシステムにログを残しておいたほうがいいのかといったところも論点としてございます。

いずれにしてもソフトウェアとかセキュリティーのアップデートをしないと、仮に入れてもいろいろアタックを受ける可能性がございまして、そういったことを考えましても医師側が一生懸命セキュリティーを担保しても、患者側からどんどん漏れる可能性もありますので、ここは次の論点にも出てきますけれども、患者さん側の教育というのも重要であるといった論点がございまして。

あとはオンラインの場合に例えば画面上は医師しか映っていないけれども、後ろ側で例えば学生さんが見ているですとか、もしくはそれこそ全然関係ない人が見ていることが起こり得る。これは対面診療では起こり得ないわけですが、オンラインだと誰がそれを見ているかがわからないという問題が起こり得ます。ですのでこういったことを考えても、最初に患者さんと例えば誰々がそこにいますので、一緒に診ていいですかとか、そういったプライバシーの配慮が必要ではないかという議論がございました。

「3. その他の論点に対する意見」として、教育ということが重要ではないか。海外の

事例を見ましても、教育をきちんとやっている国がほとんどでございます。

まず医師の教育ということで、このオンライン診療についての教育、例えば倫理ですとか法令、ITリテラシー、情報セキュリティーなど1回まず導入、そして状況もどんどん変わってございますので、継続的に習得する機会が必要ではないでしょうか。

一方でオンライン診療をやっている先生だけがこれを知っていればいいのかといいますと、いずれだんだんと裾野が広がっていく話だと思いますし、こういうITについてはいろいろな考えが先生方の中にもあることも事実ですので、多くの先生方に少しずつ知っていただくためにもオンライン診療をやる先生だけでなく、一定の知識を持っていただくような仕組みというのもどうであろうかと議論が出ました。

あと、保険診療や自由診療にかかわらず、こういった教育というのはあったほうがいいのではないかと。自由診療的に考えると、必ずしもなくてもいいと思う先生もいらっしゃるかもしれませんが、これは保険診療、自由診療問わず、あるいはオンライン診療をやる医師に対しての適切な教育というものはあるべきではないかと。あとはどこがそれをやるのかといったところはいろいろな考えはあるかと思いますが、いずれにしてもそういうスキームは必要ではないかという話になっております。

患者教育ですけれども、オンライン診療というものはある意味、限界がある。今はもちろん触ることもできませんし、技術的にはどうなるかわかりませんが、いずれにしても五感の中の限られたものを現在使っているのが事実ですから、そういうデメリットも患者さんにはお伝えした上で、御承諾いただいた上で使っていただくことが必要なもので、ある意味、患者さん側にもきちんとした教育や啓発が必要ではないかと。

どうしても誤診といいますか、それは対面でも起こり得るわけですが、オンライン診療ならではのプラクティスがあり得るわけですから、そういったところの医師の免責事項ですとか、患者さんの責任もある程度、例えば最初の同意の中に入れるですとか、そういったところが必要ではないかと。あと、患者さんも一部の情報しか言わないことがあります。つまり、対面であれば患者さんが言っていないことも我々医師は気づくことができますが、画面がそこだけにしかないと感じないことがあります。患者さん側もきちんといろいろな状況があるならば伝えてほしいという議論がございます。あとは介護者が入ってやることもあり得ますので、介護者に対しても教育をしたほうがよいのではないかと。全てを鑑みて医師が判断して、この患者さんにはオンライン診療を継続できるか判断してほしいということがあります。

最後、3番の質評価/フィードバックは、実はそこまで議論を深めることができできておりませんでしたけれども、オンライン診療という外来、入院、在宅に次ぐ第4の診療という考え方もありますので、今後の質の評価ですとかフィードバックをきちんとする体制が必要なのではないかと。特に保険診療ですと、どのようにやられているかが今後わからない可能性もありますので、どのようにフィードバックを得るか。質の評価をするかといった議論がございます。

情報の保管という意味では、動画の保存ですとか音声の保存であるとか、こういった議論も出ております。

先ほどの医師教育の場所にこういったフィードバックをきちんとかけることで、例えば間違った使い方であるとか、そういったことで医師の教育のレベルをさらに上げていくといったことができないかという話がありました。

エビデンスの蓄積で、いろいろなサービスが生まれてはいますが、最終的には国、厚労省が進めていかれようとしているビッグデータの集積につながっていくべきではないかといったことがございます。

最後に海外の動向です。長くなって恐縮ですが、ここは簡単に申し上げますと、アメリカというのは世界で今、一番テレメディスンが広がっています。2つ目のブレットですが、ネットワークとして200あって、3,500カ所の施設を通じて提供がされていますが、課題としては保険適用の制約がある。これは日本とは違うわけですが、そういう制約が保険ごとにあたりですとか、ライセンス付与の制度や規制の設計などがまだ十分ではない。それから、州や自治体をまたぐサービスそのものがすごく広がっているわけではないということがございました。

飛ばしていただくと管轄機関というものがありますけれども、アメリカは非常に多くの機関がテレメディスンにかかわっているところであります。法規のところだと、さまざまな法律がありますし、一方で2つ目のブレットでメディケア遠隔医療同等法案というものが出されて、これが通るとさらに広がる可能性があります。

ガイドラインについては、AMAが出しているところでございます。

最後、EUについて簡単に申し上げますと、戻っていただきまして11ページ、欧州は2番目に大きくて、2011年48億ドルと言われていたのですが、2019年には126億ドルになると言われていまして、非常に急成長を遂げているところでございます。EUですので国をまたいでオンライン診療ができていくということが特徴でございます。

めくっていただいて定義、所轄機関を見ていただければと思いますが、こちらも非常に多くの委員といいますか、部局がこのオンライン診療、テレメディスンにはかかわってございます。

ガイドラインですが、まだ明確なガイドラインというのは今後つくられていく予定とのことです。

以上、駆け足にはなりましたが、海外ではいずれにしてもかなり進んでいるところでございます。

最後、少しだけ私見を申し上げますと、今回非常によい研究班のメンバーに恵まれて、いろいろと議論をさせていただきました。今回、保険収載もされましたが、現在の医療で十分できていないことを補っていくために遠隔診療、オンライン診療はあるのだと。生まれたてはやはやではありますので、一定の枠をはめながらも、ただ、成長のポテンシャルというのは非常にある分野だと思っていますから、そこを必ずしも阻害するものであ

ってもならない。非常に難しいものであるかと思えますけれども、ぜひその観点を御高配いただき、ガイドラインの策定をお願いいたしたいと思えます。

私からは以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

引き続き、事務局から情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた論点整理について、説明をお願いします。

○奥野医事課長補佐 資料3「情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた論点」という1枚紙をごらんください。

今回、御議論いただく対象範囲と、その中に含まれている論点を簡単に御説明させていただきます。

まず「(1) 遠隔診療の定義と名称」ということで、ここは遠隔診療ということ、これまで我々が通知の上でいわゆる遠隔診療と呼ばせていただいておりますが、一応そういう形で遠隔診療と書かせていただいております。

これまで新しい経済政策パッケージ等々、閣議決定がされておりますが、また一方で我々がこれまで医師法20条の解釈の観点から言及しておりますが、この点等も踏まえ、まずはD to P（医師対患者）で行われる外来・在宅診療についてのルールの整備が求められているものと認識しておりますので、今回の対象はここに絞って御議論をいただきたいと考えておりますが、これについてどう考えるか。

また、遠隔医療相談の位置づけについて、診断内容の伝達行為等があるかどうか。そういった観点から一定の基準を示すことについてはどう考えるのか。また、名称について遠隔診療という用語につきましては距離的な隔離、こういうものをイメージさせるものでございますが、現在の実態は必ずしもそうとは限らないということもございますので、今回のガイドラインの対象とする診療形態の名称、これをどう考えるのか。遠隔診療でやるのか、ほかの名称にするのか、この点について御議論いただきたいと考えております。

「(2) 基本理念および倫理指針」という点でございますが、先ほど海外事例の御紹介もございましたが、諸外国あるいは世界医師会等々におきましても、テレメディシンの基本理念あるいは指針のようなものが策定されてきておりますので、そういう理念的なものをまず策定してはどうかということで、それをどう考えるかという点を提示させていただきます。

我々は海外の事例も参考に6点に整理をさせていただきますが、例えば1) 患者・医師関係と守秘義務、2) 医師の責任がどうあるべきか、3) 医療の質の確認や安全の確保をどうするか、4) 遠隔診療の限界など正確な情報を提供すること、5) 安全性や有効性のエビデンスに基づいた医療を提供すること、6) 患者の求めに基づく提供の徹底、こうした整備についてさらにつけ加えるべき、また、これは要らないのではないかと、そういった議論をいただければと思えます。

「(3) ガイドラインの項目について」でございますが、あくまでD to Pという範囲に

絞らせていただきましたが、その中でも多々論点がございます。我々といたしましては、まず大項目といたしましては適用の基準、提供体制、その他と分類させていただいておりますが、例えば「1. 適用の基準」にいたしましては（1）患者との関係性をどう考えるのか。インフォームドコンセントの関係もございまして、患者の合意をしっかりとっていくことについてどう考えるか。（2）適用対象につきましては、どのような患者様については適用できるのか。あるいはその制限は設けるべきではないのかといった点。（3）診療計画は例えば頻度なども含まれますが、初診は遠隔で行うことをどこまで許容するのかといったものも含めて、ここで御議論いただければと思います。（4）本人確認はなりすまし等々が起こらないようにどうしていくか等々の観点です。（5）薬剤処方・管理については、先ほどもございましたが、飲み合わせ等の観点等も含めてどうか。（6）診察方法はテレビ電話がベースなのか、それともメールとかもいいのか。（7）がほかの医師との連携についてどうか。

続きまして「2. 提供体制」でございまして、（1）はどちらかというと医師の提供場所をどう考えるか。（2）が患者の受診場所についてどう考えるか。（3）通信環境、（4）プラットフォームということで、ネットワークの話とハードの話それぞれについてセキュリティがどうあるべきかという観点も含んで整理しております。

「3. その他」でございまして、（1）医師教育、（2）患者教育についてどう考えるか。そして将来的な話ではございますが、どう質を評価していったフィードバックをしていくのか。エビデンスについてはどう蓄積していくのか。こうした観点で先ほど研究班で多面的な御意見もいただいておりますが、そういった点も踏まえて、あるいはそのほかの論点ございましたら、そういったものもさらに追加いただき、御議論いただければと考えております。

以上、簡単ではございますが、御説明でございます。

○山本座長 どうもありがとうございました。

それでは、約1時間ございますので、これから皆さんの御意見を伺いたい、あるいは議論をしていただきたいと思っております。基本的にはこの資料3の論点に沿って1つずつ議論を進めていきたいと思っておりますので、御協力よろしくお願いいたします。

まず資料3の「（1）遠隔診療の定義と名称」というところで御意見ございますでしょうか。山口さん、どうぞ。

○山口委員 今、遠隔診療と書いてありますけれども、実態が遠隔だけではなくてきていることからしますと、一般的にオンラインという言葉は割と理解が進んでいる言葉ではないかと思っておりますので、私は対象とする定義と名称については、対象はこのままでいいかなということ、名称はオンライン診療でいいのではないかと思います。

○山本座長 ほかに御意見ございませんでしょうか。今村先生、どうぞ。

○今村委員 私も武藤先生の研究班に参加させていただいて、その中の議論でもオンライン診療でよいのではないかとということであったと思っておりますけれども、用語がいろいろ世の

中に違った言葉で飛び交うと概念が混乱するので、私は思い切ってこれを全部、日本の中で行われているこういう医療についてはオンライン診療ということで統一をして図っていったほうがいいのではないかと考えております。私もオンライン診療という呼び名でよろしいのではないかと思います。

それから、対象についてはD to Dにつきましては今、当たり前のようにいろいろ情報交換が行われている。これはあくまでドクターとペイシェントの間の医療ということでの整理でよろしいのではないかと考えています。

○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。

若干気になるのが、情報機器を介した診療で常にオンラインなのかというので、機器の進展等によっては断続的なオンラインもあるでしょうし、若干の時間経過を伴うようなこともひょっとするとあるかもしれないということがありますけれども、でも一般的には今はオンラインということで皆さんに御納得いただけるかと思えます。

宮田先生、どうぞ。

○宮田委員 私も研究班の一員をさせていただいております。おおむね今のお話には同意です。

1つ気になるのは、あとは海外を参照して先行していると思うのですが、これをいわゆる英語文脈にしたときにどういう名称で呼ぶのか。テレメディスン、遠隔医療というのは今まで対応していたと思うのですが、そこに置換するような形でやっているのか、e-ヘルス、m-ヘルスとか、いろいろな言葉が飛び交う中で、オンライン診療自体の国際的な文脈での位置づけもぜひ整理していただくといいのかなと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

酒巻先生、どうぞ。

○酒巻委員 私は実は用語がたくさん生じるのは余り好まないほうでして、さまざま解釈が医政局あるいは医事課から出てきたところで、オンライン診療というふうにするのであれば、オンライン診療とは何であるかということを改めて明確にしないといけないと思うのです。

ここまでの資料を見させていただくとD to Pということを非常に強調しておられるから、D to Dではないという意味でオンラインとするのであれば、それはそれでもいいのかなと思いますが、D to D、D to Pともにオンラインというのは用語が極めて混乱しかねないのではないかと考えるのですけれども、そこは皆さんの御議論で。

○山本座長 ありがとうございます。一般にテレメディスンというのはかなり広い範囲を含む言葉で、その中で実際の診療に使う部分をオンライン診療というふうに切り分ければ、そう大きな混乱はないかなという気はしないでもない。先生のおっしゃることはよくわかって、世界的にはテレメディスンの中の一部というのが相当確立された概念ですので、その定義をしっかりとっておかないといけないということになると思います。

○酒巻委員 少し補足させてもらおうと、遠隔医療そのものは非常に定義が広い。その中に

幾つかのパターンがあって、その2つがD to DとD to Pであるというふうに一応、整理はされているところですので、オンライン診療は一体何なのかというのは言わないと、ガイドラインが非常に混乱をします。

○山本座長 ありがとうございます。

金丸委員、いかがでしょうか。

○金丸委員 名称はオンライン診療でも私はいいかと思います。厳密に詳しく決めていくと、それは現在の技術と将来の技術に革新が行われますから、オンライン診療でいいかなと思いました。

武藤先生に質問があるのですが、私がデンマークで見えてきた1つのいわゆるオンライン診療の現場を見せてもらったのですが、そのときはドクターがいらっしゃって、患者さんがもちろん遠隔にいて、Face to Faceでナースがお医者さんの指示に基づいて、それは皮膚病だったのですけれども、今は画像の解像度が上がり、通信速度が速くなったおかげで、Face to Faceで診るに近い形で診断ができるということで、ある皮膚病を先生が診断して、あらかじめ看護師の方が持っていた皮膚病の薬のうち、指示に基づいてつけたりしていた。これはD to Pに含まれると思っていいのですか。

○武藤参考人 これはまさに日本遠隔医療学会がずっと考えてこられたと思うのですけれども、もう少し厳密に言いますとD to DとD to Pの中に、D to PにさらにD to N to Pというような概念がございまして、今、金丸さんがおっしゃったのはD to N to Pに近いと思って、つまり介在する人がいて、それは必ずしも看護師だけではないのですけれども、医師と患者さんですと患者さんが基本的にはきちんと伝えられるですとか、何かあったときに自分で対応できるということが前提になっていますので、それを介助する人がいる。これは広い意味でD to Pに入りますし、恐らく私どもが今回研究班で議論したのも介護者が間に入ることも想定しております。つまりD to N to Pも今回ここに入っていると我々は考えております。

もう一点、テレメディスンの中にはテレモニタリングですとかテレコンサルテーションとかいろいろなものが入りますので、そういったものと、その中のどれなんだということ厳密に言うと確かに難しくはなるので、今回は少しぼやっとしていますが、ただ、D to Dのところは外して、基本的には医師、患者さんの関係で、そこをサポートする人がいてもそれは現実的にはあり得るのではないかな。そのような理解をしております。

○山本座長 よろしいですか。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○落合委員 今の武藤先生と金丸委員との議論を踏まえたと、定義に書くかどうかは別にして、ガイドラインのどこかに適用対象がD to N to Pというものも入っているということは書いていただいたほうが、読み手にとってよりわかりやすいのかなと思いました。

○山本座長 意外と難しい面があって、本当にD to Pでドクターが通信機器を使って患者さんを観察して診察した場合はこれに入ると思うのですけれども、ドクターが看護師さん

だけに意見を言った場合、患者さんを診なかった場合もD to N to Pと言われることがあるのです。この場合はさすがに診療とは言えないので、ひょっとすると場合分けはしておいたほうがいいと思います。

どうぞ。

○大道委員 オンライン診断でよろしいと思うのですけれども、次の問題は診断と相談との区別をどうつけるか。これもオンライン医療相談みたいな形が出てくればますますややこしくなってくるので、いかがでしょうか。

○山本座長 この点に関しては、武藤先生の御報告の中で診療と相談の違いというものが書かれていたと思うのですけれども、もう一度まとめていただけませんでしょうか。

○武藤参考人 今回、私どもが議論させていただいたのはオンライン診療でございまして、そういう意味では次のところになるのかもしれませんが、オンラインといいますか、いわゆる遠隔医療相談というものが世の中にはさまざまな形で申し上げるまでもなくございます。

その中で、これは完全に医者が判断していますよねという部分もあるので、それをこのガイドラインの中でカバーするのかしないのかという議論が研究班ではございました。ですからあえてこの遠隔医療相談と3ページでは書いてございますように、ここはオンラインというよりは遠隔医療相談。名称は確かにいろいろ複雑なのですが、そういう意味である程度の線引きをこのガイドラインの中でもつくりたい。

ですからこのガイドラインをカバーするものはどこなのだという事は今、委員の先生方もおっしゃられるように、ある程度厳密にしたほうが混乱が起きないだろうということは思っています。その場合に遠隔医療相談というもののある程度線引きをして、そこはガイドラインにはむしろ入れない。現実的にこれはやはり遠隔医療だよ、遠隔診療だよ、オンライン診療だよと言われるものは、このガイドラインでカバーしていったほうがいいのではいかという議論が委員会ではございました。

○山本座長 ありがとうございます。ここに掲げているのは医師が主体的に判断を行い、患者に判断の結果等を伝達する行為。これが入っていると診療であるという扱いだという研究班の御意見ですけれども、山口さん、どうぞ。

○山口委員 例えば#8000とって子供の夜間の相談というものがございます。あれが看護師さんがやっていたらしゃる場合に、バックに相談できるドクターが配置されていて、必要に応じて相談して、あるいはかわるといふことをされている。そのようなことを発展させたようなこういうオンライン相談を考えたときに、例えば最初は看護師さんに相談していたけれども、そういうドクターがかわれるシステムがあって、かわったところからオンライン診療に変わるのかとか、そういったことも出てくるのではないのかというのが今までの例からしても疑問に思ったのですが、そういう場合どう扱うのか。

○久米地域医療計画課長補佐 #8000の取り扱いについてですけれども、#8000については基本的には全てマニュアルが決まっておりますので、こういう質問が来た場合にはこう答

えるという形で、基本的には相談を受けた側の判断が介在しないような形にするということで看護師さんがやってもいい。それは医行為には当たらないという形になっております。ですのでその場合に医師と相談するというケースがあるのかもしれませんが、基本的にはマニュアルに対応してやっているということです。そこで例えば今回のようにリアルタイムでFace to Faceでスマートフォンなり何なりわかりませんが、そういうものを使ってビデオチャットみたいなことをしている中で、患者さんが例えば皮膚を見せたりして、それはこういう病気かもしれませんねというようなことを言うというのは、基本的には診察とは変わらないということで、この研究班の中では報告というか議論がなされたものだ、ちょっと違うものではないかと思いました。

○山口委員 もちろん同じだとは思っていないのですけれども、相談をしているときというのはマニュアルで判断できることばかりではなくて、全てをマニュアル化することは難しいと思いましたので、そこがどうなるのかなと疑問に思ったところです。

○山本座長 ありがとうございます。そういう切り分けをしておかないと、医行為になるいろいろな制限が入ってきてできなくなりますので。

どうぞ。

○経済産業省 経済産業省ヘルスケア産業課長の西川でございます。

今の遠隔医療相談とオンライン診療のところなのですが、我々もデジタルヘルスケアの分野で、世界の中でどのようなものが今、出てきているのかということを見ておりますが、まず大事なことは受診勧奨やセルフケアをするために遠隔医療相談と言われるものは、一定程度しっかり認めていかなければならない非常に重要なものだと思います。

他方でこのオンライン診療と遠隔医療相談の境目をきちんと分けることが非常に大事で、海外の事例を見ていると結構、表記の問題というのがあるのではないかとされている部分があります。先ほど酒巻先生がおっしゃいましたが、これは医療相談としてオンラインでサービスを使っているのか、オンライン診療としてやるのか。これは逆にオンラインでやる場合、ログ等様々なものが残るものですから、その表記をどうするのか。受ける側の患者、対応する側のサービス提供者が、遠隔医療相談とオンライン診療のどちらをやっているのかを相互に確認しながらやっていくことが大事なのかなと思います。

○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。

○落合委員 もともとの遠隔診療の通知は医師法20条の解釈から出てきていると思います。その前提として医行為の範囲というのが、医師法の適用対象となると思っておりますので、その意味では医行為に該当するかどうかの範囲を捉えて、恐らく医行為に入るものについては、あくまで今回のガイドラインの中に含めるという形で整理していただくのでもいいのかなと思っております。その意味で、武藤先生の研究班では、診断というところを捉えていただいているかと思っておりますので、診断に当たるような行為があるのかどうか、また診断までする意図があるのかどうかという点が重要だと思います。さらに、過度に患者さんから

相談にすぎないのに診断してもらえると期待があるというのも適当ではない部分があるかと思しますので、その意味で診断というところに踏み込まないかと、相談という表記をしているのかという2点が、特に大きく今回のガイドラインの適用範囲というところでポイントになる可能性があるのではないかと考えております。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○今村委員 今、御指摘にあった診断という行為ですけれども、これはオンライン診療において、基本的にはいわゆる診療として初回からはオンライン診療ではないというのは大原則です。診断行為というものを初めてオンラインを活用して相談であろうが医療であろうが、こういう病気ですねと判断ことは基本的にはないという理解です。診断がついた後、あるいは診断で疑いがあるって検査を勧める等の中での診療で行われるのがオンライン診療だと思っていますので、例えば先ほど経産省からもお話があったように、相談事業の中で看護師さんが相談していて、それで医師がかかった。医師がかなり断定的で、それは〇〇病ですねと例えば言ったら診断したのだから、それは医療行為だろうとなるかどうかなのだと思いますけれども、基本的には医師はそんなことは多分なくて、ですから初回からそういうことをしないということと、相談事業という名でうたっているものに対して患者さんも行く場合には、受けたものが診療だとは思われないのだと思います。その辺で何か切り分けていただくしかないのではないかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。確かにそうですね。

どうぞ。

○島田委員 私も研究班に参加させていただきました。

医療相談とオンライン診療の違いの難しさですが、まず病気かもしれない患者がいて、間にナースか介護人が介在する形もあって、医師が診る。先ほどの診断というのは明らかに医行為になってくると思うので、やはり医療相談の場合はどちらかという受診したほうがいいのかどうかの御相談のところのアドバイスであって、相談者が医療相談をもってして完結してしまうことがないようにということが必要になるのかと思います。

例えば学校医とか産業医も養護教諭や人事担当者などから連絡が来るわけです。そのときに最寄りの医療機関に急ぎ受診させたほうがいいのか、職場の人が出る場所には出ないでもらったほうがいいのかというのを、伝染病の予防の見地などからもやりますから、このあたりのものなんかも気をつけないと、学校医や産業医が連絡をもらったときに判断できないとかいうことにもつながりますので、受診勧奨の相談に乗るようなものの範囲が医療相談というぐらいにとどめないと、医療相談だからといったこのガイドラインの適用はありませんという形で別のものが拡大しても怖いかなと考えております。

○山本座長 ありがとうございます。

医療行為と判断されるものが全てここに含まれるということで進めていくことが大事だと思います。

では名称に関してはオンライン診療ということによろしゅうございますか。それで基本的にはD to Pを用いた診療を対象として、あと少し御意見をいただきましたので、その辺の細かいニュアンスみたいなものをできるだけガイドライン案で表現していただくという形でここは進めさせていただきたいと思っておりますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、「(2) 基本理念および倫理指針」。オンライン診療を実際に行う上で最低限守るべき指針、あるいはそういった基本理念みたいなことをどう書いていくかということですが、ここに関して御意見はいかがでしょうか。

○山口委員 事務局に確認というか質問をしたいのですが、(2)の6)患者の求めに基づく提供の徹底と書いてあって、この意味というのがとりようによってわかりにくいという気がいたしました。というのも患者が求めているのにオンライン診療をしてはいけないということなのかなと思ったのですが、求めているのだからやってくれということに全部乗らないといけないのかという解釈も出てくると思いますので、これは厳密にはどういう意味で書かれているのか御説明いただきたいと思っております。

○奥野医事課長補佐 6)の意味といたしましては、あくまでも患者が必要というものを訴えている場合にやるのが基本です。医師が学術的な目的とか、そういった医師側がやりたいからやるというものではないということをおくまでも書くものであって、患者が求めたら必ずやるということまでも含んでいる概念ではございません。

○山本座長 武藤先生、どうぞ。

○武藤参考人 おっしゃるとおりで、ヒポクラテスの誓いではないですが、患者さんの利益のためにやるのが、文言はさて置いて、基本的な概念としてはそうなっています。

○山本座長 あくまでも医療従事者の都合で患者さんに押しつけてはいけないということだろうと思っております。

ほかいかがでしょうか。特に初診をどうするかはこのあたりで整理しておかないといけないと思うのですが、いかがでございますか。

○酒巻委員 通知で解釈されていますので、それはそのとおりでいいのではないかと思います。つまり初診は本当は原則なのだけれども、やむを得ない場合は後に対面で補完するというか、対面で完全を期するという形になるのだろうと思うのですが、最初から初診なければ遠隔なしというのはなかなか難しいとは思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○島田委員 先ほどの患者の求めによるオンライン診療をどの程度提供するかというところで言うと、普通の対面診療ですと応召義務というのがあって、医療機関に来ていただいたら正当な事由がない限りは拒めないというのがあります。これをオンライン診療でも適用するとなかなか難しい。現実的に医療現場は難しいかなと思っております。

それから、先ほどの初診について遠隔診療でのスタートでもいいかどうかというところ

は、これは僻地・離島と、あとは普通に医療機関にある程度アクセスできるような地域とは分けて考えるべきかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

宮田先生、どうぞ。

○宮田委員 まさに座長におっしゃっていただいたとおり、今、議論の出発点としては対面の補完ということがかなり明確にされていますが、酒巻先生が今おっしゃっていただいたように、通知の解釈の中でやるべきような状況がある。あるいは今後、安全性が確保された場合に、このいわゆる考え方を拡張できるようにしておくのかどうかという点は、この指針の部分は結構重要なところかなと。対面の補完しかやりませんと書くのではなくて、今後の発展性をどの程度見込むかというところにもつながるかと思います。

○山本座長 どうぞ。

○今村委員 通知の解釈だと思うのですが、どういった場合が初診から可能なのかというのは、今、島田先生から離島・僻地という地域性のお話がありましたが、どうしてもすぐにアクセスできなくて、先生にとりあえず診ていただきたいような状況があったときに、以前かかったことがある医療機関にてオンライン診療をお願いするというケースがないとは言えないと思うのですが、私は今のところ現時点では、基本は初診が対面原則というのは非常に大事だと思っています。

今後、後のほうにも出てくるのですが、この指針というのが、ガイドラインと呼ぶのかどうかは未来永劫同じものが続くのではなくて、いろいろこういうオンライン診療が進んでいく中で、いろいろなエビデンスが集積されてくる中で、こういったケースも可能だよなということで、その時点で書きかえていくことが大事であって、当初から将来こういうことが可能になるかもしれないからということでの余り広い拡大的なことをすると、全てこういうところに集まっている極めて真面目な、オンライン診療をよい形で進めたいと思っている方たちだけが取り組んでいただけたらいいのですが、そうでないケースも起こり得るので、できるだけスタートの指針についてはしっかりとしたものにしたほうがいいのではないかと感じております。

○宮田委員 今の今村先生の御意見、私も賛成で、ガイドライン自体はアップデートする前提である程度の部分を弾力的に考え、どこの部分をしっかり締めていくのかということかなと思います。

少しそれに関連して発言させていただければと思いますが、まさに今、科学的根拠というお話が出ましたが、武藤先生のプレゼンテーションを少し補完ではないですが、つけ足させていただくと、実際にこのガイドラインも含めて、世界の現状の国内外の科学的根拠をレビューすることももう一方で極めて重要な中で、時間がない中でまずは論点を出していただいたというのが先ほどの発表だと思います。

一方で遠隔医療学会では、そういった科学的根拠のシステムティックレビューもされている、今、進行しているようなケースもあるので、これもどこかの段階でキャッチアップ

して、参考にすることは非常に有意義かなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○中島委員 初診のときに病院に来なければいけないと思うのですが、私は精神科病院の代表で来たのですが、病識がなくて全然病院に行けないような人とかいますので、そういった場合に家族の方が困って何とかしてくれという方もいますので、そういった場合にはオンライン診療で始めて、後ほど病院につなげるといった形もあっていいのかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。金丸さん、どうぞ。

○金丸委員 私も何人かの方の意見どおりで、対面診療の条件が整わない環境とか患者さんにその状況がある場合は、初診からオンライン診療はあり得るのではないかということが1つと、技術革新がこれからもっと早くなりますので、対面の補完という言葉にこだわっていると、限りなく対面と同等になったときにどう考えるのか。ひょっとすると高齢のお医者さんよりも人工知能の目のほうが認識度が上回る日も来ないとも限らないので、ですから原則は初診も対面ということで構わないと思いますけれども、その後の発展性については少し柔軟な余地を残していただいて、先ほど今村先生もおっしゃられたとおり、日々刻々と技術革新の状況も変わりますので、そのアップデートをしていく。エビデンスも徐々にたまっていくでしょうからというお話でございましたので、その点については賛成いたします。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○落合委員 やはり原則としては初診は対面ということだと思いますけれども、恐らく保険診療と自由診療というところで若干違いが出てくる部分もあるのかなと思っております。保険診療につきましては先日の中医協の議論の中で、こうこうこういう条件がというところで明確にされているところかと思えます。

他方で自由診療をできる範囲は、今回の中医協の議論以前も保険点数が認められている範囲と若干違っており、実施できる範囲が若干違っていたところもあるかと思えます。そういった自由診療の中でというところでいうと、先ほど中島先生からおっしゃられたような精神科のお話ですとか、厚生労働省で以前、通知で出されていた保険者の禁煙外来のような話といったものもあるかと思えますので、そういった意味で一部、対面ではないところの余地を残していただくほうがいいのかなと思っております。

○山本座長 事務局にお伺いしますが、これは医師法20条の無診察診療の禁止というものに対して遠隔医療を考えているわけですから、保険診療か否かは関係ない話と考えていいのですよね。

○奥野医事課長補佐 そのとおり、保険かどうかというのは関係のないガイドラインとして整理しています。

○山本座長　そういうことですね。

山口さん、どうぞ。

○山口委員　後のほうで患者教育というものが出てきますけれども、保険にしても自由診療にしても、最初にしっかりとあって、ルールの確認も今回オンラインにしていくとしたら、そういったことも必要になってくると思いますので、私も原則は対面、初診は対面ということで、いろいろ例が出てきたときに、あるいは先ほどから出ているようにAIとかこれからどんどん想像がつかないような勢いで進んでいきますので、それで安全性が確保できれば、少しずつこういう場合は認めてもいいねと変えていくのがよくて、最初は何でもオンラインでできるんだとなってしまうと收拾がつかなくなると思いますので、原則は残したほうがいいと思います。

○山本座長　ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。私も97年の通知が出た後に開原先生が研究代表者の研究で遠隔医療のガイドラインをつくらうという研究班があったのです。3年間研究を行い一応ガイドラインらしいものは出たのですが、それは厚労科研の報告書の中だけで実際には発出されなかったのですが、そのときの中でここにも書かれているように、問題点として、触診ができない、においがわからない、もう一つは色の問題が大きかったです。照明によって発色は全然変わってしまいますから、同じ人の患者さんの顔色を見ても状況によって全然違うのです。それをどう補正するかみたいなことをかなり一生懸命やられたことがあります。これも例えばスマートフォンを使うようなことが前提になってくると、色の問題というのは残ってくるのです。そういう意味では将来これは技術的にまず解決されることだろうと思いますから、現状としてのガイドラインをまずつくって、あとは技術的動向に遅れないように、気をつけながら運用していくことにはなるのだろうと思うのです。

一応、初診は対面原則である。ただし、例えば僻地・離島の場合もありますし、大規模災害等でそもそもアクセスができなくなることもあるでしょうし、今でも大雪で透析に行けない患者さんがいらっしゃるような場合がありますし、緊急事態にこれをやってはいけないということもできないでしょうから、そのあたりをうまく表現できるようにしていくことでよろしいでしょうか。原則は守ろうと。ただ、原則が適用できないときは、医療の必要性に応じて考えていくということですね。

やはり山口さんが言われたことは非常に大事で、限界がある方法を使うわけですから、最初にきちんと説明して同意をしないといけない。それをいきなり遠隔でやってしまうとどうしてもそこが難しいということが起こってきますので、そういう意味でも通常の医療においては初診対面原則を曲げないでおこうということでもいいかと思うのですが、よろしいでしょうか。

あと（2）に1）～6）とありますけれども、それぞれの観点についていかがでしょうか。患者・医師関係と守秘義務って遠隔医療と対面医療と何も違いがないということでもよろしいですかね。それから、医師の責任も同じ。限界のある方法を使うという意味を患者

との間できちんと同意した上で、例えば肝性口臭があるのにそれがわからなかったという
ことで、さすがにしょうがないと思うのですけれども、ほかに何かありますか。

○今村委員 この辺の倫理指針等については、研究班の中でも世界医師会の倫理指針等を
参考に出させていただいて、きょうは資料の関係でここには入っておりませんが、
次回以降それをまたお示しして、かなりしっかりと書いてあるという理解をしております
ので、そこも参考にしていただきながら、方向性としてはこういうことをきちんと明記し
ておくことはすごく大事だなと思っておりますけれども、一つ一つだとなかなか大変かな
と思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

ほか（２）で御意見ございますでしょうか。もし今村先生、事務局で多分承知している
と思っておりますけれども、ない場合は事務局に送っていただきたい。これは余り回数のある委
員会ではなくて。

○今村委員 そうですね。事務局のほうで。

○山本座長 酒巻先生、どうぞ。

○酒巻委員 ここには患者の同意という言葉で項目立てがされていないのです。「求め」
で代用されているのでして、本当は患者の同意というものをどこかに入れたい感じはする
のです。それは求めがあるなら同意しているに決まっているだろうと言われれば、そのと
おりなのですけれども。

○山本座長 こちらから申し出たことに関しては同意が要らと思うのですけれども、患者
さんから申し出たことに関しては了解ぐらいですかね。同意というのは重過ぎるような気
がします。

○酒巻委員 ちょっと気になることがあります、それは保険診療のほうで電話等再診が
あります。電話等再診の中の文言には「患者の求めに応じて」という単語が入っているの
です。それから、往診も実は「患者の求めに」という単語が入っています。それとこの 6
番がダブリかねない気がして心配したのです。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○高倉委員 事務局に確認させていただきたいのですけれども、安全性と有効性の話が絡
んでくるのですが、オンラインで通信をした場合、ほとんどの通信デバイスに関して言え
ば、要は病院側から来る画像は非常に鮮明に写るのですが、スマートフォン側からは画質
が非常に落ちるのです。そうすると状況によって患者さんはドクターの顔がちゃんと見え
ているのに、そちらから見えないと言われてしまうことが起こる。それが非常に不安定な
のです。そうすると最初の段階ではきれいに画像がやりとりできて、音声のやりとりがで
きていたものが途中で悪化してくる。例えば大規模災害のときなんかまさにそうなので
すけれども、最後は輻輳が起こるのでほぼ通信不能になるわけなのですが、そうなったとき
のオンライン診療を継続するのもしないのかの判断というのは、どこに入ってくると思っ

ていればいいですか。

○山本座長 それは恐らく3つ目の項目のところですかね。

○奥野医事課長補佐 (2)の項目で言えば3つ目のところに入ってくるような話かなと思っています。細かく申し上げると患者との関係性、患者合意や診療計画のところから辺をしっかりと決めていくことになってくるかと思います。

○高倉委員 それは患者さんにちゃんと伝えておいて、実施するということでよろしいですか。

○奥野医事課長補佐 そういう通信環境が悪化したようなケースについてはどうするのかといったことをあらかじめ合意を得ていくことになるのかなと。

○高倉委員 それは例えば医師に対しても判断基準を最初から定めておく。

○奥野医事課長補佐 そこは医師がどう判断するかというところになっていきますので、こちらからこのライン以下は遠隔診療不可というようなことをお示しすることは難しいかと思っていますので、医師が診断できるレベルで情報が得られれば継続していただくというような。

○高倉委員 これは医療と全く関係ないのですけれども、私がふだんネットワークのオペレーションでスマートフォンを使って指示とかしたりするわけなのですが、本当にまれな事例なのですけれども、相手側のスマートフォンが突然ウイルスに感染したとか、そのときに判断をどうするか結構求められるのです。ですからほとんど起こらないことではあるのですが、依存している通信デバイスもしくは通信網が信頼できなくなったときに、その場で判断してくださいと言われてもドクターは無理だと思うのです。ですから何らかの判断基準を、それは医療機関ごとに決められるかもしれませんが、定めなければいけないですよというのはどこかにあると、私はあるべきだと思っています。

○山本座長 どうぞ。

○島田委員 私は21年、在宅医療をやってきております。ですから今は電話再診でいろいろな相談に乗るのです。高倉先生おっしゃるように今、固定電話ではなくて携帯電話でかけてくるので、途中で電波が悪くなって全然話が聞き取れないとかなると、正直そのとおりに言わせていただいて、あとは長い話で複雑だったら診療所に一度お越しいただいて相談に乗るとか私が往診に行くというふうに、情報をもっと多くなるオンライン診療だと思いますが、その時点で多分、医師がこれ以上はこの方法では無理だということを多分、先生方みんな判断しているかなと思います。

○山本座長 どうぞ。

○迫井医療課長 保険局医療課長でございます。

1点だけ、先ほど酒巻委員がおっしゃった電話等再診の関係で、これは従来からいろいろ運用については御指摘があるところでもございましたので、今回の診療報酬改定でオンライン診療の報酬とは別に電話等再診について明確化をしております、定期的な医学管理を前提として行う場合には算定できない。これはもともとそういう趣旨での設定なのです

が、その部分がわかりにくかったということもありましたので、オンライン診療を報酬上、位置づけるとともに、この電話等再診については明確になっておりますので、御参考までにとのことでございます。

○山本座長 どうぞ。

○中島委員 6)の患者さんの必要性にというところなのですけども、精神科の患者さんでは全然病識がなくて治療を受けたくないという患者さんもいますので、こういった場合には家族の同意というようなことも入れておかないと、患者さんの同意だけでは片手落ちかなと考えます。

○山本座長 「患者等」ですかね。それ以外に例えば重い認知症の場合などと色々あるでしょうから、ここは「等」でいいのではないのでしょうか。

もともと随分前の通知から、通信機器を用いるときの品質に関しては医師が判断することになっていて、ずっとそれで来ていて、ニーズによって精度は違うのです。極めて精細な画像診断が必要なこともあるでしょうし、状況によってはそうでなくても十分役に立つ場合もありますし、声が聞こえれば十分、声が聞こえなくてもある一言聞くだけで十分ということもあるでしょうから、これは医療上のニーズで、医師が判断することで随分来ていていると思っています。

ほかいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは「(3)ガイドラインの項目について」はかなり細かい話になってきますけれども、ここに関しては何か御意見ございますでしょうか。(1)の患者との関係性/患者合意とか、(4)の本人確認、これは医師も患者もあると思いますが、そういったところとか、あるいは「2.提供体制」の(1)提供場所、この辺に関して特に御意見がございましたら御議論願いたいと思っていますけれども、いかがでしょうか。今村先生、どうぞ。

○今村委員 本人確認は、ここに参加されている方はみんな理解されていると思うのですが、少なくとも医師の側の確認と患者さんの確認とその両者があると思うのですが、少なくとも医師については、保険診療の中では同一の医師が一定期間、診療していることが大前提なので、まずその先生がにせ医者かどうかという話は、医療機関に所属していれば医療機関で医師であることは確認されていることは大前提なので、余りそこについては問題ないかと思いますが、今回のこの検討会では広い自由診療まで含めての話なので、医師が医師であることの確認、それから、電子的な医療情報をやりとりする場合には、きちんとした専門職はその資格を確認することが必要だと思っていますし、厚生労働省もHPKIの推進を言っておられますので、医師の側はそういった現在ある仕組み、HPKIを活用するというのを指針の中にしっかりと明記していただいたほうがいいのではないかと思っています。

患者さんの確認というのはなかなか難しいですけども、通常、保険証か、先ほどちょっとあった保険証をそのようにして出すことはまたいろいろ問題があるかもしれませんが、保険証なのか、いずれにしる何らかの形でお互いに、特に初めてというのはおかしいのですけれども、最初のオンライン診療などで、そういうものの確認をするという仕組みは

書き込んでおいたほうがいいのかと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

山口さん、どうぞ。

○山口委員 医師の確認はもちろんですけれども、例えば患者確認については何でしたかというようなことを記録に残すことが、後から何かあったときに検証ができるのではないかと。どういう媒体を使ってオンライン診療をしたのかということも記録の中に残しておく必要があるのではないかと思いました。

ほかのこともよろしいですか。幾つか意見がございまして、薬剤処方・管理があるのですけれども、これは何らかの形で最初は監査をしないことには、いきなり郵便で送りつけることもあるかもしれないということからしますと、薬剤師、薬局の関与があることによって監査ということが、別の人ができるのではないかということで、そのあたりもガイドラインには盛り込む必要があるかなと思いました。

それから、提供場所なのですけれども、患者の受診場所ということで利便性を考えると遠隔もさることながら、例えば忙しくて常に同じところにはいない方はいらっしゃると思うのです。そういう方が診療を受けることになったときに、例えば国内だけではなくて世界を転々としているときに、日本国外で受けることも想定としてはあるのではないか。そういう場合にどういうところだったらいいのかということも、ある程度考えておかないといけないのかなということをしりました。

患者教育ということについて、今、治験とか臨床研究を受けている人が、被験者のほうがSNSで自分はこういうものを受けているということを出してしまう問題が発生しているということを知っています。ですので一定のルールをしっかりと患者さん側にも決めて、もし自分から何かきちんと例えば正しい情報を伝えていないときには、自分にとってマイナスになるというようなことも最初にしっかりとルールづくりをして、そこを踏まえた上でオンライン診療をやらなければいけないということも、ガイドラインの中にはぜひしっかりと書き込んでいただきたいなと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

宮田先生、どうぞ。

○宮田委員 質評価、エビデンスの蓄積、プラットフォームに関連したところで少し武藤先生のお話に足らせていただきます。

記録を全部残せる。とはいえそうすると非常に管理、セキュリティーがどうなるのか、非常に保存領域が重くなるとかいうところで、必ずしも簡単ではないところではあるのですが、ただ、追跡可能性を保障することによっていわゆる先ほど今村先生がおっしゃられていたような、非常に質の低いものが横行した場合に対するチェックはできるようになるだろう。ただ、そのときに全部の録音を残すのは難しいので、これは今回のガイドライン側の話ではないのですが、例えばDPCのようにオンライン診療において保険請求をする場合には、こういった構造化された要件で質に関連する部分を要求していく。その診断の根拠

になるような情報も付帯して提供していただく。いわゆる診療した側は、その根拠となるような情報をいわゆるたどれるようにする責任があります。そういう形であればむしろ生データを全部残して、それをチェックするのは大変難しいので、カルテの記載の一環の中でそういった努力を診療側がするということにつながってくるのかなという、現実的な段階的な運用としてもそういう方向はあり得るかと考えています。

○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。どうぞ。

○島田委員 先ほど山口先生の治験のSNSではないですけれども、保険診療においては保険診療のルールにのっとったもので動くと思うのですが、自由診療のところは本当に難しいと思います。ですから例えば治験とか統合医療の一部などでまだ医学的なエビデンスが確立していないものについてオンライン診療、自由診療でそういうものを処方したりというようなことは、いろいろ出るのかなと思います。

薬も薬局に管理してもらおうという形がいいという一方で、例えば漢方医が生薬を調合することになると、そういうものがどうなのかというのがありますし、個人輸入の形で入る薬を出すドクターなんかは自由診療で出ないかとかというところで、自由診療のところはいろいろ考えないといけないのかなと感じています。

○山本座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○今村委員 今の島田委員のお話にも関連するのですけれども、武藤先生の御説明の4ページのところに、一番下に処方の問題でいろいろな問題事例が既にオンライン診療で起こっている。これは基本的に自由診療のお話だと思います。オンライン診療で気軽に処方ができるがゆえに過量処方を受けて転売をしているとか、あるいはバイアグラなどをちゃんとした虚血性心疾患の確認をしないまま禁忌で出してしまうとか、あるいは本来、保険診療で使っているようなお薬を自由診療で別の名目で売っているとかいうことが起こっている。こういう問題事例が起こらないような仕組みにしておかないといけないと思います。こういうことをやる人たちというのは何を書いてもやる人はやるのだと思いますけれども、厚生労働省がきっちりとした指針を出させる以上は、こういうことはできないんだというようなものにしておいたほうがよいのではないかと考えています。

○山本座長 ありがとうございます。

1 個目はオンラインだからどうこうというわけではないですね。美容整形の中で糖尿病のお薬をやせ薬とするというのは対面でもやってしまいそうな話ですね。ただ、例えばバイアグラで虚血性心疾患を調べないというのは、対面できちんと心電図をとってやるというのが当たり前でしょうから、対面原則というのが確保されれば、自由診療だから初診からオンラインでやっていいということはないということ間違いなく指針で示せば、それなりに抑止力はあると思うのです。

2 番もそうで、こちらは複数の医療機関からとる場合があるので、これは調剤のところではチェックできないと難しいと思うのですけれども、その場合、かかりつけ薬局制度をど

のように読むかとか、そういう話になりますね。この辺はどこまで書き込むかが問題になってきますので、またドラフトができてから御議論をいただきたいと思っておりますけれども、今の時点で（3）で何かございますでしょうか。どうぞ。

○大道委員 今の自由診療に関して言えば、今たまたま美容整形という話がありましたけれども、お風呂上がりにすっぴんを見せて、それを初診のかわりにすれば美容整形の患者さんはぐんとふえますね。いずれ次回は対面で診察になるわけですから、入り口としてはとてもいいツールになって、その中で行われることは広告の規制もかからないということになって、あなたは二重まぶたにしたらもっとこんなにきれいになりますよという話で誘引されていくというのは、ちょっといかがかなと思っておりますので、そのあたりどうやって歯どめをかけるかという問題が一方であるような気がします。

○山本座長 問題としてはもちろんあると思っておりますけれども、このガイドラインで書く範囲に入るかどうかというのはなかなか難しい問題ですね。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○高倉委員 セキュリティーの人間なのでセキュリティーの話ばかりして申しわけないのですが、患者教育のところにはセキュリティーに関しては入れていただかないと、医療機関側で逆に言うとガイドラインがあるので、そこで一通り読まれていますのでいいのですが、患者さんのほう、自宅とかもしくは先ほど話があったように宿泊先のホテルのネットワークが本当に信用できるのかというところは、患者さんの責任ですよというのはしっかりと教育しておかなければいけないというのが1点。

もう一個、武藤先生の報告にもあったと思うのですが、医療機関のセキュリティー体制を今後どうしていくのかというのは悩ましいことが今、起きていまして、たまたまこの年明けですけれども、世界中の全てのCPUに大穴があいてしまった。メーカーがあわてて出したパッチを当てるとどんどんクラッシュしていく。メーカーの推奨は、穴があいているけれども、クラッシュするのを覚悟してパッチを当てるか、穴があいている状態を放置するかどちらか二択ですよという通知が出て、正直どちらも選べないのです。選べないのですけれども、選んでください。それはあなたの責任ですよとすごい通知が出て、それが例えば医療機関とか患者さんが来たときにどちらにするのという話になってしまうわけです。その判断を何らかの形で決めていかなければいけない時代が来てしまっているというので、今までですとパッチが出たら当ててください、セキュリティーパッチが出たら当ててくださいが当たり前だったものが、そのパッチを当てて大丈夫か確認してくださいというのを患者さんに言わなければいけなくなっているというのが、セキュリティー側の責任ではあるのですけれども、現状だということを御理解いただきたい。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○今村委員 医師教育、患者教育のお話で、医師を教育するというのは何らかの形で医療団体が研修会等でしっかりとこういうものを受けてくださいということを勧奨することは

できる。また、そういうことに取り組む医師は、そういう研修を受けていただくということ为例え義務にするのかどうかは別として、そういう研修制度をつくることはできるのですけれども、患者さんの側にどうやって教育を受けていただくのかというのは、山口さんがいらっしゃるにいかん国民に正しい医療情報を理解していくかに日ごろ苦勞されている身としては、ではこういうオンライン診療における教育を受けてくださいと言っても、なかなかそれは受けることができなくて、結局は医師と患者さんの関係の中で、そのオンライン診療を求められた、あるいはあなたにとってオンライン診療がいいのではないかといいた医師が教えてあげるしか多分できないと思います。ではそのときにどういうお話ができるかというのは、一定のこういうことはちゃんと知っておいてくださいねという1つのひな形がないと、なかなかそれを教えることはできない。それを医師の教育の現場でこういっことは患者さんに教えてくださいねというようなものを、例え厚勞省なりこういう検討会で将来またつくるのかどうかは別として、つくった上でお示しをしない限り、なかなか患者さんにそういうことを理解していただくのは難しいのかなというのが正直な印象です。

○山本座長 山口さん、どうぞ。

○山口委員 本当にいろいろ世の中変わってきていますので、公教育の中でいろいろな選択のあり方とか医療の受け方を学んでいく必要が本来はあるのではないかと考えていますけれども、ただ、今こういうことが始まるに当たってで言いますと、最低限、私は医師の教育というところではある程度認定というか、一定の研修を終えた人ということが条件としてあっていいのではないか。その教育の中に最低限患者さんにはこういったことを伝えて、了解を得てくださいという項目を明確にして、できればこのガイドラインの中でも患者さんに伝える必要のあること、同意を得る必要のあること、そういったことを具体的に書き込んでおくと、それを漏らさないということになるのではないか。まずそこから始まるかと思しますので、受ける方たちにしっかりメッセージを送ることが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。

どうぞ。

○高倉委員 できればそれを1回受けましたよという情報をどこかで集約していただきたい。同じ説明を毎回聞くと患者さんはもういいやと言ってしまうので、このレベルの説明はこの患者さんは受けています。どこの医療機関かは置いておいて受けていますよというのであれば、説明を端折るとか、もしくは追加で説明すべき、明記すべきことは何なのかというのを医師の方がわかるようにしておくと、医師としても患者としても時間が節約できていいのかなと思います。

○山口委員 確かにそうだと思うのですがけれども、そんなに複数あちらこちらで受けることは余り想定されていないのではないかと考えたときに、1回聞いただけで本当にちゃんと理解してくださるかどうかという懸念もあるのです。私たちの団体では5万9,000件ほど

の電話相談をこれまで受けてきているのですけれども、1回聞いたことが2回聞いたときに、そういうことだったのとおっしゃるようなことも多いので、大事なことはできれば人が変わったときには毎回、基本は押さえていただいたほうが私はいいいのではないかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

本当にやる場合、現実的には対面で説明するときに患者さんのスマホを出してもらい、これで大丈夫かと一応確認をした上で、なおかつ自分たちのシステムと1回つないでみて、この画像ならオーケーだということを、本当に責任をとる医師としては普通はやると思います。それをやらないとどんな画像かわからない状態ではなかなか難しいと思うのです。そのときに医師側が患者さんのデバイスの最低限の安全基準みたいなものに判断できるかどうかというのが結構問題になります。

どうぞ。

○酒巻委員 先ほど山口さんが患者の受診場所のことについて海外もあり得るというお話だったのですけれども、事務局に伺いたいのですが、例えば離島で、その離島は医療機関はない。かなり離れているところだというときに、例えばそこにいる住民の方がどこか公民館のようなところに端末を設置して、オンライン診療を行うという条件は保険診療の中では可能ですか。これは結構グレーなところだと思うのですが、できないように思いますが、どうですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 それは医療を行える場所の解釈の問題でございまして、居宅等というところの解釈の問題です。生活療養所の場所というようなことが書かれていますけれども、それがどこまでの解釈か今、事務局でも直接担当の者が今ここにいないので、非常に微妙な問題はございますので、次回までにその解釈については何か今、言えるものがあれば出させていたいただきたいと思います。

○迫井医療課長 1点お願いといえますか、酒巻委員の今のお問い合わせは保険診療でとおっしゃるものですから、ここは衛生法規でどのように整理をするのかという議論をされるというのを冒頭おっしゃったと思いますので、その議論をされつつ保険という話をされるのであれば、さらにまた場合によってはプラスアルファの一定の枠組みがありますので、そこは分けて御質問されていますが、実際には保険診療でどうなんだというお問い合わせをされるということでございますと、それなりの保険上の取り扱いを前提となればいけませんので、御質問をいただく際、御議論をいただく際にはぜひそこは意識して分けていたいただきたいと思います。

○酒巻委員 承知した上で、ガイドラインの中にはどうしてもその部分が含まれざるを得ないと思うのです。保険診療と違う部分が自由診療には存在すると思っていますので、そういう意味で今の質問があったということです。

○山本座長 ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○島田委員 高倉先生からの御指摘のセキュリティーの問題とかシステム環境の問題、

我々一医療機関では恐らく今後オンラインシステムどうですかといろいろな会社さんが営業に来られたときに、それを見抜ける能力とか、継続的にずっと何年も患者の情報を守って運営できるのかという心配もあるので、例えば地区医師会であったりとか、地域によっては自治体であったり、または公益団体さんあたりがそういうものを入れて、そのエリアの医療機関とかが利用するとか、そのようにすれば、その後の医療機関への教育とかそういうこともきちんと実施しやすいし、事業者さんたちにも一定の基準を超えたものを提供していただいたりということがしやすいのかなと思いました。

一医療機関でどれを採用しようかというのは、なかなかそこに難しさがあったり、その後の管理、日本全国での管理が難しいような気もしました。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○金丸委員 患者さんのITリテラシーみたいなお話があったのですが、余りレベルの高いITリテラシーを患者さんに持っていただくことを前提にオンライン診療を考えるのは非現実的だと私は思います。

私は武藤先生に聞きたいのですが、武藤先生のところでは既にドクターが遠隔診療をなさっておられて、患者さんもいらっしゃるわけですから、その患者さんに要求されるITリテラシーと、ドクターに要求されるリテラシーについて、参考まで聞かせていただければと思います。

○武藤参考人 福岡市で医師会と一緒にやってきた実証のケースをお話させていただきますと、ドクターはSSLをダウンロードしていただくのですが、あとはウェブでつながるだけです。紙カルテを使っている先生ができるかどうかははっきりわかりませんが、通常のメールなどができるような方であればできると思っています。

一方で、おっしゃるように患者さんはどうなんだということなのですが、患者さんはアプリをダウンロードしていただくので、一定の知識もしくはITリテラシーが必要なのは事実です。ただ、高齢者の場合には独居ですとかそういった方々は別ですが、御家族がサポートされたりですとか、あとは在宅医療ですと看護師さんとかも含めて、いずれにしても介護の人たちも入ってのサポートということになりますので、全員ができないというわけではありませんが、一定の患者さんしかできないということは恐らく事実だと思うのです。ですのでそういった方も含めて医師がこの人であればできるですとか、この人は無理だなということも考えてやらないと、患者さん側が非常に当惑するといったことが起きてしまうと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

患者さんの受診場所に関して、海外でもあり得るのではないかという御議論がございましたが、要するに通常の医療としての受診場所というのは、一応、居宅等と考えていいのでしょうか。ただ、状況によってそれが変わる可能性がある。その場合、今度はそれを遠隔で診る側がそれを意識しておかないと、申し上げたように、照明が違うだけで随分顔色

が違って映りますし、そういう意味ではいつも同じと思っていると誤った判断をする可能性がないではないですよ。ですから少なくとも相手がどういうところにいらっしゃるかというのは相当意識してオンライン診療をする必要があるのだろうと思います。ここではないとだめだというのはなかなか書きにくい。いろいろな場合がありますから書きにくいのですけれども、少なくともその状況を確認して診療を行うというルールは要るのかなという気はしますけれども、いかがでしょうか。

○今村委員 今、座長がおっしゃった論点と若干ずれるのかもしれませんが、ITリテラシーのお話というのが先ほど金丸さんからお話がありましたけれども、どうしてもオンライン診療を今後活用していかなければならない、あるいはそういう方を対象としては進めていったほうがいいなという、例えば離島・僻地でもともと想定されているようなものや、在宅医療と医師のアクセスが簡単でないところの在宅医療みたいなものは、先ほど武藤先生がおっしゃったようにITリテラシーの余り高くない方たちが対象になっている。他方ITリテラシーが非常に高い都市部の方たちが自分はこのものを簡単に使えるから、便利だからこういうものをどんどん進めていこうよという、ただの利便性だけを考えて進めていくという想定とは逆の普及になる恐れがある。ですからこの指針の中でそういうことが切り分けられるのかどうかは別として、地域だとか対象などによって違ってくるのかなと。これは一律に書くのはなかなか難しいなというのを伺っていて感じました。

よかれと思って進めることが変な悪用をされても困るし、かといって今後こういうことは少しずつ使われていくのだから、その質の高いものをどうやって広げていくのかという両方のバランスの問題がありますので、これは事務局にお願いすることなのかどうか、そういう区別を書くときに何かできるのかどうかということをもた御検討いただければと思います。

○山本座長 どうぞ。

○大道委員 今、多少の違和感があるのですけれども、間口は広く、患者宅の通信環境等は厳しく、何かちょっとよくわからないのですが、ほとんどのおうちが今、家に帰ると携帯はWi-Fiを通じて操作されていますよね。スタバの公衆無線LANはまずくて家だったらオーケーというわけではないので、そこは非常に細かく厳しいのですけれども、でも結局、入り口のところはかなり門戸が広いので、いろいろな業者さんもたくさん参入してくるのだと思うのですけれども、これでスタートがいいのかというのは疑問があります。

○島田委員 研究班のときにもいろいろ議論がありました。医療機関が少ない僻地においては、村民会館みたいなところでこれができたらいいのではないかと。ただ、これは都会であったらオンライン診療ネットカフェなんていうものが繁華街にできてしまって、病気の方が医療機関に行かずにみんなそこに集まると公衆衛生上の問題も出てまいりますというようなことがありました。

ただ、画像なんかの環境で言えば、ひょっとしたらそういう一定の設備がしてあるところで受けていただくほうが、家庭よりもいい状況もあったり、なかなか難しいなど。医療

機関と紛らわしいものがオンライン診療がここの場所ですとできますというふうになると、国民の大きな不安にもなると思います。

○山本座長 ありがとうございます。ガイドライン自体で余り狭くしてしまうと、本当に困ったときに使えないことになりますので、事務局から。

○奥野医事課長補佐 この場所については1点補足させていただきますと、衛生法規である医療法において、医療提供の場所については居宅等ということとさせていただきますので、どこでもいいという範囲でガイドラインで決めていくというわけではない。あくまでも衛生法規上こう整理される。ただ、その中でさらにこういうケースについてはガイドライン的に望ましくないよねという場所があれば、そういったものは議論していただく。ただ、どうしても医療法上はこういった場所はだめだということはあると思うので、そこは大変申しわけないのですけれども、議論の対象ということにはならなくて、衛生法規上そこはだめだという整理となると思いますので、次回、医療法上の整理については御紹介させていただきます。

○山本座長 恐らくいろいろな観点で指針はある程度、もしもの場合に使えるような形にしておかないと、これは可能性としてかなり多くのものをそいでしまうことがありますけれども、一方で、かつてあったようにホワイトリストで例示を挙げるとそれがかなり拘束的なものになるのですけれども、これは好ましくないという例を挙げることは、それなりに副作用がある話ではなくて、皆さんが御懸念されているようなものをかなり抑制することができるので、そういったものが必要になるのではないのでしょうか。

きょうはどうも御議論ありがとうございました。時間になってしまいましたので、きょうの御議論を踏まえて次回は一応、事務局でガイドラインのドラフトみたいなものを出していただいて、具体的に御議論をいただくようなことになるとと思います。そういうことで次回はまだ日は決まっていますよね。よろしく願いいたします。

それでは、事務局から何か連絡ございますでしょうか。

○奥野医事課長補佐 ありがとうございます。

本検討会の今後の進め方につきましては、座長と御相談して進めさせていただければと思います。

次回の検討会の日程は事務局で調整の上、改めて御連絡させていただきます。

今、座長から御指示ございましたが、ガイドラインの策定に向けてさらに論点を取りまとめた案のようなものを、たたき台のようなものを出させていただきたいと思います。

本日はお忙しい中ありがとうございました。

○山本座長 それでは、本日の会議は終了とさせていただきます。どうも御協力ありがとうございました。