

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3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」を開催させていただきます。

まず、構成員の欠席等についてですが、本日、大道構成員、高倉構成員からは、所用により御欠席との連絡をいただいております。

本日の会議には、オブザーバーとして、日本産科婦人科学会の矢野哲様、日本産婦人科医会副会長の前田津紀夫様、全国訪問看護事業協会事務局長の清崎由美子様、遠隔医療推進ネットワーク理事長の萱橋理宏様、日本歯科医師会副会長の牧野利彦様、また、総務省情報流通高度化推進室の飯村室長及び経済産業省ヘルスケア産業課の入江課長補佐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。

(カメラ退室)

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、今回よりペーパーレスとして、タブレットの端末で資料の提供をさせていただいておりますが、資料の確認をお願いいたします。

お手元の資料を御確認ください。

まず、上から0番として、議事次第と座席表をPDFでお示ししております。

また、1番台が今回の会議資料になります。1～5までございます。

2番台は、参考資料として1～10まで御用意させていただいております。

タブレットのふぐあい等がございましたら、事務局等にお申しつけください。

それでは、座長、よろしくをお願いいたします。

○山本座長 いつもこの季節は「年度末のお忙しいところ」と御挨拶するのですが、きょうは本当に年度末で、本当にお忙しいところをどうもありがとうございます。

本日の議題は、議事次第を見ていただければわかりますように、最初が本指針上の「初診」の定義等について、2つ目が初診対面診療の例外（オンライン診療における緊急避妊について）について、D to P with Dについて、D to P with N (Nurse) について、5番目が歯科医師によるオンライン診療について、6番目がその他と大変盛りだくさんになっておりますので、効率よく議事を進めてまいりたいと存じております。活発な御議論をいただきたいと思っておりますけれども、どうぞ御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、議事を進めてまいりたいと思います。

最初に、議事の1番目、「本指針上の『初診』の定義等について」の審議を行います。

まず、資料1「本指針上の『初診』の定義等」について、事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料1をごらんください。

2ページ目でございますけれども、今回新たに「初診」の定義ということで議題とさせていただきましたが、第2回の検討会におきまして、初診対面診療の原則の例外の検討をいただきました。その際に、「初診」とは何ぞやということで、その「初診」の定義につ

いて議論がございましたが、現在、医師法・医療法上におきましては「初診」という用語・概念がございませんので、本指針上の「初診」は何かということで、定義について今回整理させていただくものでございます。下のオンライン診療の初診に関する基本的な考え方というところで、主に下線部を御説明させていただきますけれども、医師法第20条にいう「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段のいかんを問わないが、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いうことで診察は定義されております。そのため、今回、この指針におきましては、2つ目の下線のところがございますが、「初診」を診察の中で新たな症状等に対する診察を行うものをいうということで解釈を示させていただいております。ただし、ここの括弧にございますとおり、既に診断されている疾患から予測され得る症状等を除くということで追記させていただいております。

3 ページ目になります。これは医療機関が異なったらどうかということも前回議論に上がりました。まず、同一医療機関内での継続的な受診のケースということで御説明させていただきますけれども、もちろん初めて受診した場合は「初診」、2 度目以降であったとしても新たな症状等・疾患について受診する場合は「初診」とさせていただいております。先ほどの繰り返しになりますが、既に診断されている疾患から予測され得る症状等を除いております。また、2 度目以降の受診に関してはもちろん「初診」ではございませんが、治癒ないし治療で、途中、長期間中断した後、再度、同一疾患で受診する場合は「初診」に該当するのではないかとということで考えを示させていただいております。また、他の医療機関で既に受診済みのケースにおきましても、同一医療機関と同様の考え方で、初めての受診あるいは新たな疾患・症状などにおける受診に関しましては初診とさせていただいております。このボックスの最後でございますとおり、ほかの医師が診る場合においても初診ではないが、オンライン診療においては、原則、同一医師原則が適用となるということで、こちらに関してはオンライン診療特有のものということで定義づけさせていただいております。

4 ページ目でございます。前回、診療報酬ではどうかということも議論に上がりましたけれども、診療報酬で定義づけているのは「初診料」あるいは「再診料」でございますので、その算定要件などに関してこちらでお示しさせていただいております。オンライン診療における「初診」とこの「初診料」と「再診料」の考え方でやや異なる部分、「再診料」の一番下でございます初診料を算定できない初診の最新扱ひ方のところに関しましては、保険におきましては、ある疾病で診療継続中の患者が、ほかの疾患、「B 傷病」とここがございますが、B 傷病にかかった場合は、初診料は算定できないが、再診料が算定できる。こちらに関しましては、オンライン診療では、新たな症状がございますので、これは「初診」という扱ひで整理させていただいております。

最後に、5 ページ目になります。初診に関連することとしまして、地方の過疎地域における緊急時のオンライン診療ということで、昨今、診療所の医師の高齢化などもございま

して、医療提供体制が脆弱なところなどがございます。そういったところを想定されるケースもございますが、常勤の医師が1人だけの場合、こういったオンライン診療を用いることによって提供体制が脆弱なところを補えるのではないかという議論がございます。今回、この緊急時のオンライン診療を認める要件ということで、事務局の提案をさせていただいております。この3つ目のボックスの1つ目のポツでございますが、事務局提案としましては、主に二次医療圏内における医療機関間であらかじめ医療情報を共有し、ほかの医療機関で既に受診済みの患者さんを、緊急時にオンライン診療することについて患者さんから包括的な同意を得ている場合はオンライン診療が行えるのではないかということで、今回、御提案させていただいております。ただし、一番下の※は少し字が小さくなってございますけれども、そのような場合も、急病急変の患者や新たな症状がある場合におきましては、オンライン診療における診断を含む判断が困難であるなどのことを鑑みて、オンライン受診勧奨などの活用を含めて、対面診療を促すべきではないかということでまとめさせていただいております。

資料の説明は、以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの御説明に関しまして、御意見、御質問がありましたら、どうぞよろしく願いいたします。

いかがでしょうか。

どうぞ、高林先生。

○高林構成員 2回目以降であっても新たな症状についてどうするかということとはなかなか判断が難しいところでありまして、私は在宅診療をやっておりますけれども、在宅で、例えば、脳梗塞で寝ている患者さんに熱が出た、どうやら風邪らしいということでも、それはオンラインで風邪薬をそこで出すわけにはいかぬということですね。あるいは、腰痛が出てきても湿布薬を出すのもまずい。ちゃんとそれは診なさいという理解でよろしいですか。

○加藤医事課企画調整専門官 基本的には、そういった場合は初診ということになりますので、一定の診断を下す必要があることから、現状では、基本的には対面診療を行うべきものという整理をさせていただいております。

ただし、御発言のとおり、在宅診療におきましてそのようなぱっとオンライン診療を必要とするようなケースがあることは我々も想定しておりますが、そのような場合に関しましては、先ほど最後に御説明させていただいたようなオンライン受診勧奨等をうまく活用していただくことかと考えております。

○高林構成員 わかりました。

逆に、今度は、長い期間中断した場合に同一疾患の場合でも「初診」と書いてありますが、この期間は限定しなくてよろしいのですか。

○加藤医事課企画調整専門官 期間に関しましては、我々は非常にいろいろな疾患のこと

を検討しないといけないと思いますので、ここで一つの数値をお示しすることは難しいこととございますので、どのような場合があるかということ、今後、事務局内でも検討して、指針に反映していくように検討していきたいと思っております。

○高林構成員 わかりました。

ありがとうございました。

○山本座長 ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

最後の地方の過疎地域における緊急時のオンライン診療、最後の要件案なのですけれども、これは「二次医療圏」という記載になっていますけれども、御存じのとおり、二次医療圏は相当地域によって広さが違っているのです、恐らく過疎地域ほど大きいのだろうなということは大体想定できるのですけれども、これが「主に」と書いてありますけれども、二次医療圏で本当にいいのかどうかということは、事務局に御確認させていただきたいと思えます。

それから、事前の医療機関間の情報共有がすごく大事だと思っていて、こういう仕組みが適切に機能するためには、例えば、医師会が介在してその医療機関間で情報共有をしていただくみたいなことを、あらかじめそういうことが起こり得る地域ですね。特に、今回、秋田県で過疎地域の診療所の先生がインフルエンザになって診療できなくなったときに大きな問題になっていることをなつた踏まえれば、事前にそういう地域は想定できるわけですから、医師会が介在した形での連携システムをしっかりとつくっておいていただくことが重要かと思えます。

○加藤医事課企画調整専門官 まず、1点目の二次医療圏内という表現につきましては、基本的には、もともとオンライン診療の考え方は、日常診療圏内でオンライン診療をまずは進めるべきだという考えにのっとしてこのような表現にさせていただいておりますけれども、「主に二次医療圏内」というものが最も適切かどうかということに関しましては、先生の御指摘を踏まえて再度検討させていただきたいと思えます。

2点目に関しましては、医師会等を含め、地域の医療ネットワークを既に構築していただいているようなところもございまして、そういった既存のネットワーク、あるいは新たにオンライン診療を念頭に置いたネットワーク等が今後広がっていくことによって、このようなオンライン診療を使う基盤が構築されていくと思えますので、そういった観点も我々の指針の中でも取り入れていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○山本座長 ほか、ございますか。

そのときに、そもそもネットワークが形成されていて、例えば、地域医療連携ネットワークが形成されているときには、あらかじめ共有するのかそのときに共有できるのかということは多分ほとんど同じような意味になるのだと思うのです。ですから、「改めて」と

書いてしまうと、最初からやっておかないといけないことになりますよね。そこはまた御検討いただければと思います。

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、今いただいた御意見をもとに、さらにブラッシュアップをしてまたここで御提示するようにしていただければと思います。

それでは、議事を進めます。「初診対面診療の例外（オンライン診療における緊急避妊について）」に関して、まずは産婦人科医会副会長の前田参考人から御説明をお願いいたします。

○前田参考人 日本産婦人科医会から参りました、前田でございます。

緊急避妊に関しての御意見を申し上げたいと思います。

参考資料8でございます。

我々の考えております緊急避妊薬の処方に関しましては、我々はオンライン診療の専門家ではございませんので、専門家の先生方の前ではまだよくわかっていないところがあるかもしれませんが、この資料の（1）～（3）という意味で非常に懸念を感じております。全く反対というわけではございませんが、こういったところを適切に考えていただいております。決めいただきたいと思っております。

1番は、対面診療の機会を担保することでございます。出して終わりというわけではありませぬので、この薬剤の処方完全には妊娠を阻止できるものではございませんので、確実にその後のフォローアップの機会を、ちゃんと医師と対面して、それも専門性を持った医師と対面してやっていただきたいということ。特に緊急避妊薬がうまくいかずに、子宮外妊娠、いわゆる異所性妊娠に至った場合のフォローアップの体制は必ず必要だと思っておりますので、専門家に必ず後でアプローチができる、対面して初診をする機会をつくっていただきたいということ。

もう一つは、他人への横流しがあってはいけない薬だと思っておりますので、確実に処方を受けた人間が内服することを原則としていただきたい。我々の現在の診療では、目の前で飲んでいただいております。持ち帰らずに飲んでいただいております。それぐらいの用心深さが欲しい。今、ネットで何錠もまとめて処方しているような方がおられますけれども、それはもってのほかだと思っておりますので、そういったことに留意していただきたいこととでございます。

もう一つ、既に緊急避妊の処方を求めてこられた人で妊娠しているケースがあります。それから、全く必要のないケースもございます。そういったことは高度な内分泌系の知識を持った人間が判断しないとできないこととでございます。

皆さんの参考資料の中で、ちょっと順番が逆になってはいますが、参考資料10がございまして、これは産婦人科医会のある会員から提供を受けた実際の緊急避妊の処方の実例でございますが、右の下から2番目のところに「緊急避妊回避者」という欄がございま

して、数年間の処方の中で実は妊娠していたケースが1例ございまして、全く不必要であったケースが2例ございまして、そういったことは一般の診療科の先生方にはなかなか難しいハードルがあると思います。こういった高度な知識を持った人間が処方することを原則としていただきたいと思います。できれば産婦人科の専門医のような立場の人間、あるいは母体保護法指定医師のような立場の人間、少なくともそれに準ずる研修を受けたような方をお願いすることがふさわしいのではないかと考えております。

時間がございませんので、この程度にさせていただきます。

○山本座長 ありがとうございます。

続きまして、日本産婦人科学会で緊急避妊薬の適正使用に関する指針の改訂委員会委員でいらっしゃいました、矢野参考人から御説明をお願いいたします。

○矢野参考人 きょう、持ってきましたけれども、緊急避妊法の適正使用に関する指針を平成28年9月に作成いたしました、主に皆さんが御存じのことをいろいろと決めたわけですが、その中で最も大事なことは、必ず目の前で飲んでもらう。必ず1錠だけを渡し、目の前で飲んでもらい、同意書もとっているのです。必ず同意書をとる。

文面をちょっと簡単に読みます。緊急避妊薬の処方をお願いします。服用に当たり、緊急避妊薬の効果や注意事項並びにその副作用について十分に説明を受けました。また、緊急避妊薬を服用しても必ずしも妊娠を回避できるわけではないことを理解しましたと。年月日とサインをいただいております。必ずこれをもらって保管しております。そして、3週間に来てもらって、絶対に妊娠していないことを確認する。それを決めたのです。

先ほど前田参考人の言われたように、妊娠が継続して、知らない間にしているかもしれないし、いわゆる異所性妊娠、子宮外妊娠が起きて、若い人だとわからないうちに大量出血で亡くなってしまうことも心配されるからです。絶対に3週間後には来てもらう。このことが大事であって、それが守られるのだったらいいのかなど。例えば、薬剤師さんでも結構ですから、目の前で飲んでもらって、説明もして、ちゃんとこの同意書をとってもらおう。大分前田先生よりは少しあれですけども、それぐらいだったら考えられるかもしれない。

ただ、緊急避妊の効果を私は臨床治験もやっていて知っているのですけれども、はっきり言って、排卵した直後でどんぴしゃの時期はまず効きません。妊娠してしまいます。何人も妊娠してしまいました。だから、本当に危ないと思ったときはこの薬はまずだめだと思えますね。だから、排卵するよりちょっと前だったら効きます。だから、排卵とか、卵の入っている袋、卵胞の発育を抑制するという機序が一番大きいと考えられるので、排卵する前の時期だったら防げるのですけれども、排卵してしまったどんぴしゃの時期や、その後の排卵してしまつて24時間以上たっているときは関係がないですから、避妊というか、妊娠しませんから、そういう時期では問題がないわけです。どの時期かということは本人たちもわからないし、ただ薬だけ出しているとわからないし、そういうこともいろいろ勘案して、3週間後には必ず来てもらって、妊娠していないことを確認しているわけです。

ただ、多くの産婦人科医が懸念しているのは、オンラインでやってしまうと、3週間に来るということをしないのではないかと。それだけを懸念しているのですね。ちゃんと同意書をとらないといけないということですね。その辺が担保されればいいのですけれども、3週間後に来てくれるのかなということをみんな心配しています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

続きまして、資料2、オンラインにおける初診対面診療の例外としての緊急避妊について、事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、前田先生、矢野先生、どうもありがとうございました。

資料2を御説明させていただきたいと思います。

前回からの繰り返しにもなりますけれども、まず、緊急避妊薬を取り巻く課題とこれまでの議論ということで、2ページをごらんいただきます。背景としましては、現状、日本では人工妊娠中絶が年間16万人ございまして、2017年にOTC化が周辺環境に関する課題等を理由に見送られていた。一方で、ことしに入ってから、海外からの輸入品などに関してSNSやフリマアプリなどを使った転売が散見されていることが現状かと思われま

す。これに関しまして、今回、議題となっていますのは、オンライン診療で初診からこの緊急避妊に関してオンライン診療でできないかということではございますけれども、2つ目のボックスにございます「ただし」以降に関しまして、オンライン診療を用いて得られる患者の心身の状態に関する情報のみであっても、診断や治療方針の決定が可能であり、かつ、極めてリスクが低い場合においては、例外として対面診療を組み合わせないこと、あるいは、初診からのオンライン診療を可能としているという形に考え方を整理しております。

次のボックスにございますものは、緊急避妊にかかる診療と避妊薬の特徴とございますけれども、地方においてアクセスが悪いという声や、デートレイプなど犯罪が関係するような場合にアクセスがしづらいという指摘もございます。また、緊急避妊薬に関しましては、先ほど矢野先生よりも御紹介いただきました指針が出されておりました、現在処方すべきかどうかの判断に関しましては、過去の月経など情報を的確に調査する必要があることが指摘されております。

3ページ目に移ります。

今回のオンライン診療に関する緊急避妊薬の処方に関しては多々の懸念点が挙げられておりますけれども、十分な避妊法が行われなくなるのではないかと。あるいは、100%避妊は防げないということは使用者も十分に知識として持ち得ていないのではないかと。あるいは、犯罪被害に遭ったようなケースに関してはオンラインでは十分に対応できないのではないかと。また、転売などによって組織的な犯罪につながってしまうのではないかとという懸念点が寄せられております。

これに対しまして、事務局提案ではございますけれども、対応案として、それぞれの懸念に対してどのように対応し得るのかということをお示ししております。それが下に4つボックスがございますけれども、繰り返しアフターピルを求める方に対しては、産婦人科の受診を勧奨すること、あるいは内服の確認を徹底することが一つ。2つ目がございますものが、十分な知識を持っていない医師が説明してしまいますと、3週間後の産婦人科受診の約束を取りつけられない可能性がございますので、基本的には知識が十分にあるような医師に対応していただく必要性が高いのではないかとということが挙げられています。3つ目にありますとおり、利用者が性犯罪を受けたような場合に関しては、オンライン診療であったとしても、最寄りの警察署への相談を促したり、あるいは児童相談所に通報などが行われるべきであり、かつ、同時にカウンセリングなども行う必要性があるのではないかとことを挙げさせていただいております。最後に、転売のリスクに関しましては、矢野参考人がおっしゃるように、医師は1回分のみの処方徹底し、薬局で薬剤師の前で内服する等の推奨を行うことが対応案として挙げられるかと思えます。

今回の議題におきましては、このような問題点、対策案等も踏まえて、緊急避妊の必要がある場合を、初診対面診療の原則の例外事項とするかどうかということに関して御議論いただくとともに、もし例外事項とする場合には、その要件についてはどう考えるか御議論いただければと思います。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの両参考人の御意見と事務局からの説明に関しまして、御質問、御意見がありましたら。

山口さん、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

前回、ぜひこれは進めていただきたいということを申し上げた一方で、例えば、転売や安易な使用は避けなければいけないという思いもございまして、2人の参考人からの御意見をお聞きしていて、御懸念はごもっともだなということも感じています。そんな中で、対象に被害者という方がいらっしゃることを考えると、前向きに進めつつ必要なところは押さえていくということをしなければいけないのかなと思っております。

この3週間後の受診確保は結構難しいなと感じます。首に縄をつけて引っ張っていくわけにもいかないわけですので、ここをどのように進めていくのかということは慎重に対策を練らないといけないのかなと思っております。

先ほどある程度専門知識を持っていないと難しいというお話があったのですが、後からもしよろしければお答えいただきたいものが、母体保護法指定医が産婦人科医のどのくらいの人をカバーできているのか、簡単にアプローチができるのかどうかということが、実際にオンラインでしたいと思ったときにどこに連絡すればいいのかということがわかるようにしなければならないと思っております。やみくもにということになってしまうこ



とは避けたほうが良いと思っています。

また、国として、国民に対してこのことについてどう周知していくのか。例えば、緊急避妊薬を使ったとしても、100%ではないことと、3週間以内に出血をして、これは生理が始まったから妊娠していないと思っていたら、実は妊娠しているということもあるのだということもきちんと伝えていかないと、正しい知識が広まっていかないのではないかと懸念もします。それを両輪であわせて進めながら対策として立てていく必要があるのではないかと考えております。

その中で、1つ、気になったことが、この資料2の3ページのところに「オンライン診療による緊急避妊薬の処方に対する懸念への対応案」があって、この3つ目のところで利用者が犯罪被害を受けた可能性がある場合に、未成年の場合は児童相談所に通報するとあります。確かにこれは必要なことなのだと思うのですが、これがあると言えないという方が出てくる可能性がどうしても懸念されるのですね。知られてしまうと、警察に言われてしまうと、そういうことでなかなか言い出しにくいという現状もあるかと思うのですが、そのあたり、どう被害者を守るのかということと今この段階で何かお考えがあればお聞かせいただきたいと思っております。

○山科医事課長補佐 医事課長補佐でございます。

3点目の犯罪被害を受けた可能性がある場合につきまして、児童虐待に該当する場合は、児童虐待防止法上、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は児童相談所に通告しなければならないと基本的に法律上の義務になっておりまして、そういう意味では、原則として児童虐待である場合には通報義務がかかっているというのが現状の制度と理解しております。

○山口構成員 虐待と性的被害はイコールですか。

○山科医事課長補佐 そこはイコールではないです。児童虐待の中で性的虐待に当たる場合についてということだと思います。

○山口構成員 わかりました。そのあたりは、例えば、被害届を出したくないと思っているということであれば、そのあたりのところはまずはまず守られて、しっかりと説明をいろいろしていただいて、本当に何が必要かということと落ちついてから考えられるように、そして、3週間後の受診が必要だということとをきちんと説明してくださる方向性だと考えてよろしいでしょうか。

○山科医事課長補佐 それはおっしゃるとおりの方向性だと思います。

○山本座長 どうぞ、落合さん。

○落合構成員 ありがとうございます。

前回からこの論点については引き続きの議論になっていまして、今村先生も、参考人、専門家の先生方にも意見を聞くようにというお話をいただきまして、その上で御発表を伺いまして、条件つきであれば、弊害防止が考えられるのではないかとということで御指摘いただいたと思います。事務局案もそれを踏まえて弊害防止を検討していただいたというこ

とだと思しますので、要件については、今、山口構成員がおっしゃられたような議論があると思しますので、具体的にどのような要件にするのかということはあると思うのですが、この論点には賛成ということで、要件については検討しつつ、前に進めたほうがいいのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

まず、きょうは参考人の先生方にちょっと教えていただきたいことは、先ほどもお話があったように、異所性の妊娠は、生命に直結するようなものだと思いますけれども、どのぐらいの頻度で起こり得るものなのでしょうか。

○矢野参考人 自然の妊娠であれば、そんなには多くないとは思いますが。体外受精だとちょっとふえますけれども。現在は、超音波診断が進んだので、昔よりは診断が早くなったので、来ていただければすぐわかりますので、生命に危険が及ぶほどのものはほとんど今はなくなっています。昔は結構亡くなっていたのですけれども。ですから、ちゃんと来ていただければ何もほとんど心配していないのですけれども、一回でも来ていただくと我々としては助かるというか、本人が一番困るわけですから。頻度は非常に少ないです。何%もあるとか、そんな頻度ではないです。

○前田参考人 全体の1~2%ぐらいと統計的には理解しています。昨年の母体死亡の中で、日本の母体死亡の数人が異所性妊娠の放置によるものですので、早期診断が大事だと、矢野参考人がおっしゃったとおりです。見つからないと亡くなることがありますが、普通の医療の対象になっていれば、まず見つけることが簡単な疾患であります。

○今村構成員 あと教えていただきたいのが、今、産婦人科でこういうアフターピルを処方されたケースで、3週間後の受診を要請されているけれども、実際、3週間後に来られない方はどのぐらいの割合でいらっしゃるのでしょうか。

○前田参考人 私どものところで、大体年間数十人ぐらいの女性に処方しておりますけれども、かんで含めて言い聞かせて、それで受診される方が大体7~8割ぐらいで、2割ぐらいの方はそのままおいでになりません。ただ、そういう方の中の一部が後で妊娠しましたということでお見えになることはあります。

○今村構成員 わかりました。

○矢野参考人 同意書をとっている場合は、ほとんど全部皆さんが来ています。

○今村構成員 そこは、同意書というものが、重要な、ある意味、御本人の再受診に関してのいわゆる啓発というか、理解にもつながっているという理解ですね。

○矢野参考人 そうですね。説明もして、同意書をとっていて、ちょっと怖い感じにも言いますので、皆さん、そう言えば必ず来ます。

○前田参考人 ちょっと視点が違うかもしれませんが、我々の視点は、一つは、妊娠を見逃さないことと同時に、正しい避妊に結びつけるということが非常に重要だと考え

ています。緊急避妊は決して避妊ではありませんので、緊急避妊で失敗を何とか回避できた方に次のちゃんとした避妊をお教えすることが、医師としての重大な役目だと思っています。それを一生懸命お話しして、それに同意してくれた方は大体受診をしてくれています。

○今村構成員　いわゆる避妊ができないような犯罪被害者という意味で山口さんはずっと心配されていて、こういうものが必要だという理解をされていて、その犯罪を受けたということが、なかなかきちんと先生にお話ししづらいと。二次的にまた自分が被害を受けるということも現実には今はあるということで、本来的には、被害を受けた方がきちんと被害を受けたということを言いつつ何ら二次的な被害につながらないような社会が望ましいと。現実にはなかなかそこまでいっていないということが実態だと思います。そこをどうするのかという問題と、あとは避妊ということの安易なアフターピルの利用につながってはいけないとは思ってしまっていて、今、日本でも、すごく梅毒若い患者さんがふえている。性病患者がすごくふえてきているということは、少なくとも今の若い人たちの中にそういった避妊に対する十分な知識が啓発されていないと思っています。

だから、これは、そういうことも、基本的に環境的な整備はどうやって啓発するのかと、先ほど山口さんからもお話があったように、なかなかそういうことが今の若い人たちに伝わりにくい。その中でこういう仕組みをどのように使っていくのかということはずごく大きな課題で、先ほど落合さんからもいろいろな条件をクリアすればと、その条件をどう設定してどうクリアするかという、具体的にはそこがすごく大きな課題だと思っていますので、具体的にそれを出していただいて、これならば安心して進められるねというものを見せていただいてからこれを進めるかどうかという議論をしたらよろしいのではないかと思います。

○山本座長　ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○島田構成員　先生方からのお話で、3週後の受診がいかに重要かということのを再認識させていただきました。一方で、山口構成員がおっしゃるように、性的被害も含めた望まない妊娠、例えば、その後、出産の後、児童虐待と関連があるかわかりませんが、そのようなことも含めて考えると、緊急ピルの重要性も同時に感じます。

ここで、厚労省でまとめていただいた対応案がございましたけれども、例えば、今の非常に専門知識を有する、3週後の診察が必要であるということを考えれば、私も産婦人科の専門医や母体保護法指定医などの医療機関でのみ対応するなどという条件を入れるとか、あとは3週後の受診をしていただいたかの確認義務といいますか、これもオンラインならではのだからできると思うのですね。3週後に受診していただいた医療機関から私どもの医療機関に連絡をいただくという形、その連絡が入らない場合には、ログの履歴があるでしょうから、例えば、3週前に受診された方に、オンラインで連絡、受診されたかどうかと

いうことを追いかけるというところまでを義務にするなど、これは母体を守るためでもありますので、これが山口構成員の目指される、本当の意味での社会の被害者、さらなる被害者を減らすことになるのではないかと思います。

あと、目の前で飲んでいただく。これもテレビ画像を使ってということと、薬剤師の方へのオンライン診療のところも検討されている、薬剤指導もありますから、そのようなことをしっかりと入れていくことになると思います。

難しいなと思ったのは、(3)のプライバシー、心の傷のところですね。未成年については、先ほどの児童相談所への通報義務が法律としてありますし、この未成年というものは非常に漠然としていて、20歳未満と18歳未満と、本人の同意でも性行為が認められていない14歳未満、結婚が前提であればそういうことがよろしいとか、ここはかなり細かく法律が入っているので、そこのところの縛りは別に定められている法律ですので、どうしても遵守しなければいけないということになるかと思っています。

そういう性的犯罪でいえば、強制性交等と準強制性交、いわゆる睡眠薬を飲ませたり、酩酊状態にしたりということと同じ扱いで、精神障害がある女性・男性、知的障害がある女性・男性に対して性行為を迫った場合には、これは準強制性交等罪に問われるわけですから、この方たちも御自身ではなかなか行政に申し出ることができないということがありますから、こういうところについて対応した医療機関がどうするかということも検討が必要かと。その上であれば、このような形を引き続き検討していける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。

コメントは何かありますか。

ほか、いかがでしょうか。

それでは、おおよそ皆様の御意見をお聞きすると、絶対にだめというわけではない。ただし、それなりの厳しい条件がつくでしょうと。一つは、きちんとした性教育ができる能力のある医師によるオンライン診療。もう一つが、3週間後の受診をどう実現させていくかということ。もう一つは、きちんと対面で飲んでいただく。つまり、使い回しが起こらないということ。もう一つは、先ほどの法的なさまざまところがありますので、項目としては、事務局に書いてもらったことに一応は合うと思うのですが、これは条件をもう少し詳しく検討して確定していくことが必要だと思いますから、そのように事務局と相談してまとめていくということでもよろしゅうございませうか。また構成員の先生方にはもちろん御議論いただきますけれども、よろしゅうございませうか。

それでは、次に進みたいと思います。議題3「D to P with D（患者が医師といる場合のオンライン診療）について」に関して、まずは袴田構成員から説明をお願いしますでしょうか。

○袴田構成員 外科学会から参っております、弘前大学消化器外科、袴田でございます。

参考資料4「オンライン手術（遠隔手術）について」をお開きいただきたいと思います。

第1回目の際に、この検討会で、主にオンライン外来診療あるいは在宅診療、医療行為にはついては処方を中心であったかと思いますが、これにぜひ手術という項目も御検討いただけないかということをご提案申し上げまして、今回、このような機会をいただきましたことに、まず、感謝を申し上げます。

2枚目を開いていただきます。非常に通信機器が発達いたしまして、さらに、今、一般外科の分野でもロボット手術が昨年からは保険診療になりまして大変ふえております。術者が遠隔の地から、例えば、この永田町から北海道の患者さんを手術することが事実上できるような状態になってきております。インフラとして、手術ロボットが300台以上、既に配備されておりまして、さらに2020年に5Gが導入されますと、アクセシビリティが全く解消するものですから、時間の遅滞なく手術が可能という状況ができつつあります。遠隔手術は、遠隔地の手術を専門医が行うということで、医療の質の向上あるいはアクセシビリティの解消、患者さんがそれを認識してみずから望んで受けますので、この遠隔診療の基本理念に合致する。そもそもドクターが遠隔の患者さんを直接診療いたしますので、この指針の対象ではないかということをご申し上げました。こういった診療が発達いたしますと、特に地方では、人口減少、過疎あるいは外科医が非常に少ないということが社会問題になっている中で、日本全体で質の高い医療を均てん的に実施するという点では理にかなった手術ではないかと思っておりますし、同時に、日本のさまざまな多くの分野で企業がこの技術開発を進めておりますので、こういったことの推進にもつながると考えております。

めくっていただきまして、この指針の中で、診察方法の中に手術を含めていただきたいということをございます。

さらにめくっていただきますと、この指針の概要のところ、この手術につきましても、医師－患者間の守秘義務の関係や医師の責任、こういった整備が行われますと、今後、現行の技術が適正に進むことが想定されます。技術の開発と制度整備が平行に行われることを望んでおります。

実際の手術について御紹介したいと思っております。絵のところをちょっとごらんいただきたいと思っておりますが、通常の手術でいいますと、私たち外科医は患者さんに直接対面以上の行為でおなかを開いたり手術をするわけですね。

まためくっていただきますと、現在、日本で行われているロボット手術は、対面といたしましても、ロボットの機械がございまして、術者はちょっと離れた場所、Surgeon consoleというところで座って手術をいたします。ちょっと遠隔ということですね。

またさらにページをめくっていただきますと、手術室の配置がございまして、患者さんはそこにおりますが、手術は離れてやりますので、ミニ遠隔手術がロボット手術の実情でございまして、この配線の距離が今度は拡大するということをございます。

めくっていただきます。さらに、手術はチームでやりますので、術者と、第1助手、第2助手という関係であります。それぞれ技術が違いますので、例えば、お互いに2台のロ

ロボットの手術を同時に扱う。技能に応じてスワップをしながらやります。これは日常の外科手術と全く同じ環境になっております。

こういった環境が整備されてまいりますと、次をおめぐりいただきますと、これは実際に私どもがやっておりますロボット手術で、今、日本全国でこういった形で外科の手術が行われております。術者が2人おまして、ロボットのところには助手が1人おまして、経験豊かな者が難易度の高いところをやり、場面に応じてスワップをしながら手術をするということが、今、日常、日本の現場で行われている外科の手術の姿でございます。

めくっていただきます。こういった環境の中で、通信技術の進歩に伴いまして、情報速度が非常に速くなりますと、日本全体が一つの手術室という形が可能になってまいりました。例えば、永田町に、私が高度技能医で手術の技術がありますと。根室に患者さんとドクター、彼らも手術はいたしますけれども、特に難しいところを私たちが支援する形で、高い手術が日本全体で均てん的に行われることになってまいります。

次、お願いいたします。もちろん術者が1人で永田町にいて、根室に術者と助手がいると。助手が補助的な役割ということもあります。

さらにめくっていただきますと、実際にはローカルにも術者と患者さんがおられて、難易度に応じて技術的な補填を行って、遠隔のドクターが手術の一部分を担当するという形で、非常に高い水準の手術が日本全国で行われる仕組みとなります。

まとめますと、次のページですが、D to Pの患者さんが、ローカルでもD to P、遠隔でもD to Pという患者さんで、いわゆるドクターの認証や弊害の部分については、ドクターがそこにいるということで多くのものが解消できるということでございますし、このエリアが、場合によっては日本だけではなくて世界という形にもなっております。日本の質の高い医療が諸外国にとということも、実質には距離が解消されますので、可能となっております。

次、めくっていただきます。古くは、2000年代から行われておまして、ニューヨークからフランスのストラスブールの手術を行ったということがあります。ただ、このときには伝導速度が非常に遅かったのですけれども、5Gが入りますと、これはタイムラグがなくなりますので、こういった大陸間の手術も現在は可能になることが想定されます。

めくっていただきまして、各国がこの技術にはしのぎを削っておりまして、これは中国の例ですが、実際にこういった手術の試みが行われているという内容の記事の紹介でございます。

最後、まとめですけれども、ごらんのように技術が進歩しておまして、こういった遠隔手術が可能な時代になっております。技術の進歩とこういった制度の整備がパラレルに行われて、適正に遠隔手術が行われることを望んでおります。

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、事務局から、資料3「D to P with D（患者が医師といる場合のオンラ

イン診療)」について御説明をお願いいたします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料3をごらんください。

2ページ目に移らせていただきます。

こちらは、既に袴田先生にお話しいただきましたとおり、第1回の検討会で手術がこのオンライン診療の対象にならないのかということで御指摘いただきました。その後、事務局内で外科手術がこのオンライン診療に入るかどうかということを整理させていただきましたところ、定義上は、今、処方等の診療行為というところで手術等も入るということで、今回の本指針の対象とさせていただいております。この手術に関しましては、もともと我々としては想定しておりませんでしたので、こういった遠隔手術に関してどのように整理できるのかということで、今回、議題とさせていただいておりますけれども、もちろん外科手術でございますので、新たな安全性の観点等で検討する必要があるのではないかとすることは考えられますが、まずは法的な観点で、医師法、医療法の観点でこの形態を今回は整理させていただいたところでございます。D to P with Dということで、患者が医師といる場合ですので、これまでのD to Pとは違った側面もございますので、まとめさせていただいております。

現行の指針ののっとり実施可能とする場合の課題等で幾つか課題はまとめさせていただいております。2つ目でございますとおり、手術室の患者のそばに主治医等がおり、仮に情報通信機器等にふぐあいがあった場合でも、手術の安全な継続などが担保されることなどが、要件として今後上がってくるのではないかとということで、課題を次のページにも整理させていただいております。また、今回、D to P with Dという形態を検討したところ、既に同様の患者が医師といる場合に行われている遠隔診療が、ほかにも既に例として幾つかございました。

今回、参考資料5として御紹介させていただいておりますけれども、こちらは論文の掲載ですので、詳細を口頭で御説明させていただきます。東日本大震災後に、気仙沼市立病院を東北大学病院がてんかんの診療において遠隔地から支援したという例がございました。その論文でございますとおり、通常、医師が患者側にいる場合というのは、これまでD to Dということでまとめられてきた経緯がございますけれども、今回の例に関しましても、問診を30分以上、直接遠隔地にいる医師が患者さんに対して行っている。そして、診断も行っている。処方の内容も遠隔地の医師が決めているということで、D to DではなくてD to Pなのではないかということがございました。ただし、そういったケースにおきましても、形態としては医師がそばにいるということで、基本的な除外診断なども行われていることから、今回、新たにD to P with Dという形態を想定して整理することを御提案させていただいております。

3ページに移らせていただきます。

遠隔の手術と先ほどの希少性の高い疾患に関しまして、同様の原理原則を整理できるのではないかとということで、1つ目の○でございますとおり、D to P with Dの診療形態に

おける原則で3つほど原則をお示しさせていただいております。患者のそばにいる医師は、従来より当該患者を対面診察を含め診療している主治医等であることということで、主治医であるがために全身状態等を含めて除外診断等は既に行われているということが、こういったD to P with Dの前提条件になるかと思われま。また、2つ目、当然のことではございますけれども、遠隔地にいる医師もあらかじめ主治医から十分な情報提供を受けていること。3つ目でございます診療の責任の主体は、基本的にはそばにいる主治医がとる。ただし、そういう情報通信機器の特性を勘案して、問題が生じた場合には、手術等も含めて責任の分担等をあらかじめ協議しておく必要があるのではないかということで、この3つを原則として提案させていただいております。

手術のケースと希少性の高い疾患のケースということで、2つ、適用対象と提供体制について考えをお示しさせていただいておりますけれども、外科の手術に関しましては、高度に特殊な技術を要するようなケース、あるいは患者さんが長い距離の搬送が難しいようなケースを想定しております。提供体制としましては、先ほど袴田先生からもございましたとおり、今、遅延等が発生し得ることは一つのリスクですので、事前にそういった通信環境を確認すること。あるいは、確認してきた場合もふぐあいは生じ得ますので、患者のそばにいる医師が、通信環境が悪くなった場合でも安全に手術の継続ができる体制を組むことを条件とさせていただいております。

また、情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する医師による診察・診断ということで、希少性の高い疾患に関して、近隣の医療機関で診断や治療が困難なケースを想定しております。こちらの提供体制としましては、主治医が十分な診療を既に行っていることや、事前に遠隔地の医師と主治医とが診療情報提供書等を使って連携を図っていることを前提とさせていただいております。

説明は、以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明と袴田構成員からの御意見に対して、御質問、御意見がありましたら、よろしくをお願いします。

どうぞ、今村構成員。

○今村構成員 ありがとうございます。

ぜひ教えていただきたい。本当に日本の医療の将来が変わるなという未来志向的なイノベーションを使ったお考えだと思います。

現状としてどの程度これは行われているのかということと、今の医療の中で、例えば、診療報酬上などの取り扱い、私は不勉強なので、もし現状を教えていただければと思うのですけれども。

○袴田構成員 今は、整備がなされておられませんので、遠隔診療は行われておりません。実際には、ドクター、高度医が日本中を物理的に移動いたしまして支援している。ところが、これは限界がございます。あしたは北海道、あしたは九州という形で動いてやっ



るということが現状かと思えます。

ですので、現状は、今はないと言ったほうが。ただ、機械としては、もともとが遠隔診療を想定したロボットなものですから、今、これが日本全国に330台以上投入されていて、しかも遠隔診療を狙えるようなロボットの技術開発が日本の企業も含めて行われているということが現状かと思えます。

○今村構成員 私もよく理解できて、今の医師不足の中で、地方に高度な専門性を持った、特に外科医全般が減っていますので、そういう方たちが全国を飛び回ってその現場に行くということはなかなか難しいのだろうということはよくわかりますし、こういう仕組みができればすごくいいなと私も思っています。

ただ、このオンライン診療のガイドラインは、もともと従来言っていたオンライン診療は、電話再診みたいなもので、かなり世の中に広く普及していたものをきちんとガイドラインをつくって位置づけようという話と、今やっていないものをガイドラインの中に明記して、今後のそれを進めていくためのいわゆるエンジンといったらおかしいのですけれども、活用していこうと、ちょっと趣旨が違っていて、もしこの中に書き込むのであればどのように書くのかということは、同一に書くのはなかなか難しいかなと、正直、思っています。例えば、通信環境と一言で書いていますけれども、具体的にどの程度の条件であったらこれが本当に安全に実施し得るのかということもまだ今後の課題なのかなと。

だから、将来を見据えて触れておくことはいいと思うのですけれども、このガイドラインがあるからこうできますみたいな話にはなかなかまだ難しいのかなとは思ってまして、このガイドライン自体、1年ごとに見直しということがあらかじめ明記されていて、もし具体的に少しでもほかの環境整備ができて、そういうことが1例でも2例でも確実に実施できるという話になったときに、しっかりとこのガイドラインの中に明記をしていくということで、とりあえずはいいのかなと。先生のお気持ちは物すごくよくわかるのですけれども、現実的に同じレベルで書き込むことはちょっと難しいかなという感触を持っております。

ほかのものは、これで私はいいかと思っています。

○袴田構成員 ありがとうございます。

この技術革新と制度の関係ということかと存じます。制度がある程度方向性が定まれば、企業も技術開発が進む。これはキャッチボールのような形かと思えますので、構成員の御指摘のとおりかと思いますが、こういった形態があるとか、望ましいとか、これから整理するべきだという形が重要な点かと考えております。

○山本座長 山口さん、どうぞ。

○山口構成員 私も、いよいよこういう時代に入ってきたのかなということを、お話を伺いながら感じておりました。

ただ、今までガイドラインをつくったり見直しをしてきたりしたときの位置づけと、今、今村構成員がおっしゃったように、ちょっと違ったレベルかなと私も思います。双方にド

クターがいらっしゃるということ自体が、今までのオンライン診療の前提と全く違うということで、むしろ信頼できる、両方に専門家がいらっしゃるということの安心感もあるかと思しますので、私も将来的な位置づけということで、今後、具体的に詰めていく必要があるなどの文言を入れる必要があるのではないかと考えています。

その中で1つ質問ですけれども、こういうものがいろいろなところで必要な人に行われればいいと思う一方で、手術する、執刀する方のところは、ある程度決まったところにロボットがあると思うのですが、受け手のところにもいろいろな機材が必要ですよね。それが、例えば、遠隔地であったときに、簡単に運べるものなのか、どれぐらいの規模の医療機関だったらそういうことが実施できるのかということが、誰でも享受できるものなのかと疑問を感じました。そのあたりの実現性といいますか、本当にどこでも可能なのかをお聞きしたいと思います。

○袴田構成員 恐らく想定されますのは、各地域の二次医療圏の中核病院にこういった機械があって、そこでは外科診療は行われているけれども、いわゆるがんセンターやハイボリュームセンターのようなぐあいではないと。一般的な手術はできますし、ロボットも普通の手術は恐らくこの10年後にはやっていると思います。実際に330台と数は非常に多いですね。これは非常にふえておりますので、医師の少ない二次医療圏を医師の多い二次医療圏が日本全体で支援するという構図になると思います。田舎の小さな病院で満遍なくという趣旨ではございません。

○山本座長 どうぞ、高林さん。

○高林構成員 大変魅力的なことであります。また、近未来に必ず起こることだし、起こらなければならないことだと思いました。

本当に今村構成員がおっしゃったように、ここでこれを具体的に詰めていくことはなかなか大変な作業になってしまうので、どこまでこれをするのかは考えないといけないと思うし、通信機のトラブルは残念ながら必ず起こるので、かつ、この場合は起こっては絶対にいけないというか、起こったときに対する対策を持っていないといけないわけですね。例えば、2台目を持っていないといけない、ロボットは2台ないといけないとか、通信回線を2本を持っていないといけないとか、我々はよく二重化するわけですがけれども、そういったことまで考えておかないと、ウェブ会議が潰れるのはしょうがないかもしれないけれども、これは人の命の問題ですから、通信回線が途絶えたら亡くなりましたというわけにはいきませんから、これはいろいろなところを考えて決めていかないと大変なことになりかねないので、そこはぜひお願いしたいと思います。

○袴田構成員 ありがとうございます。

実際には、その場にいる主治医が、ロボットの資格を皆さんは持っておりますので、レスキューができるという環境が、おっしゃるように、それが前提かと思っております。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 本当に未来を感じさせるものだと思います。

ただ、ドクターが現地にもいて遠隔のドクターも参加するというスタイルですので、今回、オンライン診療で検討しているところよりもかなりさらに先を行ったお話なのかなと思いました。

ひょっとすると、この診療形態における原則と出ましたけれども、必ずしもオペ室に入っているものは従来の主治医でないケースもあるような気もするのですよね。東京に患者さんに行ってもらって、そこでロボット手術をするのだけれども、現地の先生も助手で参加するから安心して行ってきなさいとか、もっと進むと、外科医の執刀と助手は非常に相性がよくないとということの場合ですと、それぞれが違うところにいるのだけれども、よくペアを組んでやっているということもあたりということになるので、こういうものも多分もっと深く考えないといけない。

外科のオペの事故で多いものの一つに、麻酔科医の技量という部分が大いと思うのですね。ですから、その部分も含めて、今村先生、あれなのですけれども、多分このオンラインのところに入れていかないと、麻酔のかけ方とか、そのときの血圧が落ちたときにどうするかとかということも含めないと、責任がどこにあるかとかということも出てくると思うので、それだけで一つしっかりとした何か委員会で審議していただいてという感じかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○落合構成員 手術のお話は、非常に将来的に重要なことになるのかなと思って伺っていましたが、先ほど、5Gということでおっしゃられていたと思うのですけれども、例えば、まだ5G自体は広がっていくに当たって恐らく数年がかかると思われるのですけれども、これが治験などで実施される可能性は、ことし、来年ぐらいに実際にあるところなのでしょうか。

○袴田構成員 これはまだ制度上の整備がされておきませんので、そういった動きができないという環境かと思えます。これは、通信環境と企業と制度あるいは外科とが協議しながら協力して進めていくべき内容かと思えます。

○落合構成員 わかりました。

最初にそういった治験からできるようにという形で一歩ずつ進めていくところだと思いますが、そういう意味では、先生方の議論されているとおり、今すぐそのまま指針に入れるというお話では必ずしもないのかなと思いました。

もう一点、事務局資料の3ページに、もう一つ、遠隔から高度な専門性を有する医師による診察・診断ということで、先ほどの東北地方の論文の例を御説明いただいたと思うのですけれども、こちらは、逆に申しますと、どのぐらい事例があるかということは事務局では御存じでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 今回、こういった事例があることは、まさしく黒木構成員

からもいろいろと御紹介いただきまして、既にかかなりの数のドクターがこういった形で診療に携わっていらっしゃる。ただし、D to Dでやっているという御認識でいらっしゃる方も多かったので、いろいろ我々がヒアリングをするに当たって、実際にはD to P with Dになっているようなケースが多数あるということを我々も確認させていただきましたが、黒木構成員も、よろしければ補足をお願いいたします。

○黒木構成員 黒木でございます。

補足いたしますと、東北大学は、てんかんという比較的専門性の必要とされる疾患に対して、医療的なアクセスが非常に不均衡である背景で、中里先生方が中心になられまして、近隣のかかりつけの先生、これは必ずしもてんかんの専門家でなくてもよいのですが、そこ中核病院が結ぶネットワークを構築されています。中核病院にはてんかんの専門の先生がいらっしゃいます。かかりつけの先生のところには患者さんが見えて、その先生と専門の先生が、Doctor to Doctorとしてつながり、かかりつけの先生が専門医からの指示、サジェスションを受けて患者さんを診察し、患者さんの症状、所見を専門医が診断するという体制です。

ほかにも、例えば、小児科で先天性の難聴という疾患があるのですが、これも専門家が極めて少ないものです。北海道で札幌医大の先生が中心になられまして、広大な北海道で専門施設がほとんどない現状で、札幌医大が中心で専門の中核センターをつくって、全域の先天性難聴の患者さんをオンラインでフォローをするのですね。これもD to Dで、Dのところはかかりつけの先生が患者さんを診ればいいわけですから、専門医がかかりつけ医と一緒に患者さんを診て、診断可能です。

あるいは、三重県では、ここも離島や僻地が非常に多くてアクセスもかなり大変なところですね。小児の食物アレルギーという程度専門性が必要な疾患に対して、小児科医は離島や僻地にはほとんどいない、患者さんはいらっしゃる。そこで、かかりつけの先生が患者さんを御自分のクリニックに連れて、その場で三重病院とオンラインを結んで、専門医とかかりつけ医の先生、かかりつけ医の先生と隣に患者さんがいるという状態で診療しています。この状態で専門医が問診したり、必要な情報を得て診察と方針を決めています。こういうことは、実証実験というレベルかもしれませんが、既にされております。

以上です。

○落合構成員 ありがとうございます。

そういった既に実施がされていることを踏まえますと、この手術に関する話とこの2点目の診察・診断というところの話は分けて考えるべきなのかなとは思っております。後者のほうについては、ガイドラインに書き込むこともあり得るのではないかと感じました。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ、今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど、今の点については私はよいと思いますと申し上げたのですが、今の議論を聞いて

ていてもう一度確認だけさせていただきたいのは、こういう医療は当然のことながら必要だと思っておりますけれども、その専門の先生と離れた遠隔の地にいる主治医の先生と患者さんの同時にリアルタイムの診察を言っているのだと思うのですけれども、その際に診療報酬はどういう形で請求されていることになっているのでしょうか。

○黒木構成員 黒木です。

私が、今、紹介した例は、保険診療ではなくて研究費でやっています。札幌医大と三重病院は、研究費をとって地域実験研究としてされています。そういうことだと思います。

○今村構成員 これはどこで検討するかという話なので、ここでやる話ではないのでしょうかけれども、もしこういうことを本当に活用していくことになれば、D to Dと現場でも持っておられるというのは、医師と医師との間の情報交換ということも非常に頻回に行われているので言っていることだと思いますので、いわゆる本当の意味での患者さんと医師の間のオンライン診療とはちょっと違うかなとは思っておりますけれども、この件に関しては私はこれでいいと思います。

○黒木構成員 ちょっと補足いたしますと、結局、既にされているとお話ししましたが、それは地域実証研究として、先生方が、要するに、保険診療の枠内ではできないので、研究費を申請して行っているものです。

○山本座長 どうぞ。

○金丸構成員 しばらく欠席をしております、済みません。ほかの会議と重複して出席できない間に、袴田先生からの御要望といいますか、問題提起で、手術までオンライン診療の枠組みの中に入るのではないかという、厚労省の今回の御提案については、入れるかどうかについては、私は入れるべきだと思います。それは時代の変化だと思います。

きょうの議論は、ドクター同士のコラボレーションチームが離れているということなので、その離れているということは、物理的には離れているのですけれども、先ほどのお話は、ハイテクのロボットが袴田先生が遠くから操作したとおりに現場で動くかどうかということなので、今は近くの別室から動かして手術はできているわけなので、あとは、皆様も御指摘の通信環境や通信のレベルが、タイムラグがなく、不具合が生じたときのリカバリーをどうするかということなので、今後は、お医者様同士が物理的な距離を感じない形でコミュニケーションもスムーズにできるようになるということが、5G時代、政府は全体としてはSociety5.0と呼んでいますけれども、方向性としては、私は検討すべきだと。

ただ、タイムスケジュールによっては、もうちょっと慎重に。通信関係については総務省がもうちょっと責任あるプランを示すべきだと私は思いますし、それを総合的に加味しながら、袴田先生の今回のガイドラインに項目として手術は入れてほしいという御要望については、私は入れているのではないかと。でも、中身について何を書くかは、皆さんから御指摘のあったところを慎重に検討していくべきではないかと。

そんな時代はまさしく来ているということだけは確かだと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ、清崎さん。

○清崎参考人 訪問看護の立場として、この遠隔の専門家の医師の診断・診察を受けるという点において、在宅では、今、医療的ケア児といわれる小児が非常にふえてきているのですが、在宅で小児を往診してくださるような医師が少ないという課題があって、どうしてもともと入院していた大きな医療機関に通院しなければならないとか、あるいは、小児の在宅をやったださる先生に非常に集中してぱんぱんの状態になっているという状況があります。

そういった中で、高齢者を往診してくださる先生が小児も往診してくださるような体制にならないかなということなどを常々考えていて、そういうときにこの形が使えると、例えば、入院していたときの先生に遠隔からサポートをしてくださる。あるいは、小児を専門で診ていただける先生に遠隔からサポートをしていただける。そういった形が先々実現するとういなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

そのことは、私も在宅診療をやっていて常々考えることで、その専門性の高い医師の意見を聞けたらありがたいなと思います。ですから、小児の医療的ケア児の訪問診療をやっていただける先生がまだ十分でない。私どももできるだけそういうことに参加してくださいと申し上げていても、ハードルが高いということが現状だと思います。

したがって、そういうサポートが得られるということはそういうことを進める上ですごく大事だという理解はしております。それは、恐らくドクターとドクターの情報共有というところが多分視点になっていて、その際に、訪問診療をしている医師が直接的な専門医の意見を聞けると、この状況、こんなふうに、今、なっていますということ画像でリアルタイムに確認しながら意見をもらうという意味だと思います。

だから、Doctor to Doctor-Patientか、Doctor-Patient to Doctorなのか、with Doctorなのか、その辺の定義の問題だと思うのですが、そういうものはあってもいいのではないかと思います。ただ、それをどの場面ですということはある程度明確にしておかないといけないと思います。

○山本座長 ちょっと議論を整理しないといけないと思うのですが、D to D to Pは、何も禁止する理由がないですし、それができるかできないかという状況はあるでしょうけれども、それはこの指針上も問題ではない。

問題はD to P with Dで、この場合の2人目の医師も患者さんに直接影響を及ぼす。つまり、診療を行っている場合の議論を、今、しているわけですね。外科手術の例は、まだ一例も行われていない状態で、指針でやっていいと書くことも少し時期尚早かなという気がしないでもないです。5Gでネットワークの遅延がどれくらいになるのかということが、本当のところ、よくわからないところがありますし、例えば、地上波デジタルに放送が変

わったときに12時のニュースの秒針が消えましたよね。あれは秒針がずれるから消えているので、秒が合わないからなのです。地上波デジタルでさえそれぐらいの遅延が起こるわけですし、昔、イギリスのリーズで、オーストラリアの病院との間で内視鏡の画像をお互いに見ながら指示をするという実験をしたことがあるのですけれども、そのときにATM-LANとって今の5Gぐらい遅延のないLANを使ったのですけれども、それでも影響はあるのですね。

だから、そういう点を考えると、もちろん運用で対応できることがありますから、その組み合わせは非常に重要だと思うのですけれども、そのバランスはどこかで見つけてからやるというほうが。したがって、この会議は医師法上の解釈の問題ですから、つまり、法的制限として医師がやってはいけないという状況と、いわゆる一般診療でやってもいいという状況とは少しギャップがあって、袴田先生は、まず、とにかく違法ではない状態にしてほしいという御要望だと思うのですね。その場合は、かなり難しい条件がつきますけれども、そういった条件を、例えば、人を使わない実験等できちんと測定をして、クリアした上でやっていただくということだったら多分書いてもいいのだろうと思うのです。保険診療をすとかしないとかは関係がないですから、これは医師として違法行為ではないという指針になりますから、そこは書けるのではないかと思います。

もう一方で、てんかんの場合や精神科領域で多いですけれども、精神科領域の場合は、医師が患者さんと対話する、あるいは患者さんに何か刺激を与えてやるので、どうしたって遠隔では診療になってしまうのですね。D to Dではできないですね。D to Dでやっていると、結局、経験のない医師がやってもわからない。非常に経験の深いあるいは知識が深い医師がやると、この患者さんはどこそこのレビー小体の異常があるとか何とかということを判定できるようになるのですけれども、この場合はD to P with Dなのです。これはやれるようにしておかないとまずい。

D to D to Pは何も制限がない。どうぞやってください。ただし、診療報酬請求上の問題は残りますけれども、そこはこの会では議論をしないということだと思うのですね。およそそのような形で少し整理を進めて、事務局からまた御提案いただくということによろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、その次のD to P with Nに関しまして、参考資料から、まずは萱橋参考人からお願いできますでしょうか。

○萱橋参考人 御紹介いただき、ありがとうございます。

このたびは、貴重な経験をさせていただきます。遠隔医療推進ネットワークの萱橋といいます。

資料になりますが、参考資料6の資料をお願いします。

私からは、茨城県つくば市におけるオンライン診療の取り組みを御報告させていただきます。基本的に我々の今使っている資料は、今年度、山本先生の御指導のもとに、総務省

からのオンライン診療の普及促進に向けたモデル構築の調査研究で使った資料を使わせていただきます。

まず、茨城県の特性としまして、医師数が全国で2番目に少なく、看護師も全国で4番目に少ないという地域特性がありまして、また、患者さんの疾患別で考えても、心疾患、脳卒中による死亡率が全国の平均よりも高いです。特にこれは太平洋の大洗や鹿嶋など、あの辺がすごく多いことが現状にあります。また、これは茨城の特徴なのですが、公共交通機関が少なく、高齢化も高くて、生活は車が必要になってきますので、免許返戻に伴う定期的な通院が困難になる地域が多数見られております。その中で、我々は、つくばハートクリニックと遠隔医療推進ネットワークで5年ぐらい前から遠隔診療導入を目指してやっておりました。その中で、啓蒙ということも含めまして、脳卒中予防のために、24時間のホルター心電図の検査を無料で行いまして、タブレットを持って行ってその結果説明をしていたということになっております。我々の実証実験の特徴としては、地域ケアの人材のリソースとの連携をどのようにできるかということ課題としておりました。

次のページに行きまして、オンライン診療の調査をするに当たっての体制ですが、つくばハートクリニックを軸に、基本的にこの患者さん13名に対して実施をしております。自宅に伺いまして、その際、タブレットを操作していただいていたのですが、我々の実証モデル、5年間の経験では、大体高齢者の方を対象にしておりますので、なかなか操作が難しくていろいろなトラブルがあってということがありまして、看護師が行くような形になっております。

次のページに行きまして、情報通信機器を用いた診察を合計13名でやっております。10名は交通困難な高齢者、疾患としては、生活習慣病、高血圧、慢性心不全の方を診ておりました。13名のうち3名が在宅での患者さんになります。この方たちは、在宅時医学総合管理料をとっているような普通の在宅の方です。あと、今回の総務省の実証事業の中でモニタリングということもやらせていただきました。CPAP、HOT、ペースメーカー等々の患者さんを各1名ずつやっております。

次のページに行きまして、オンライン診療の実際の準備等々も含めた運用についての説明をさせていただきます。クリニックの事務から前日に電話で確認をしております。当日は、私が機器を持って患者さんの自宅に行って、あらかじめバイタル等々を測定したり、服薬の確認をしたりなどをして、準備ができた段階で先生に連絡をしてから、先生のタイミングで呼んでいただいています。

実際、患者さんの自宅を訪問することによって、服薬の状況や残薬がどのくらいあったかとかということ、実際に医師と画面を共有しながらやれたということがありました。また、実際の生活状況に合わせた食事指導なども可能でありました。あと、当院では、院内処方をしておりますので、院内処方、前回と同じような状況であるとすれば、そのときに訪問看護師が同時に持って行っておりました。もしそこで血圧が高いとかということがあって薬の分量の調整となったときには、一旦クリニックに戻って、再度訪問してセッ



トするというのをやっておりました。

最後、まとめなのですが、我々の今回の実証事業の中での成果としまして、スマートフォン等々で操作がかなり困難な方が多かったと。でも、訪問看護師が行くことによって、滞りなくオンライン診療が実施できました。課題なのですが、患者さんの自宅に行くということで、患者さんとの信頼関係の構築がないとなかなか自宅まで上がれませんし、服薬の確認や残薬の確認をしていくとか、お勝手をちょっとのぞいて見させてもらうということは、そういうことも必要だと思いますし、また、遠隔医療についても患者さんと医師との信頼関係は一つのキーワードになるのではないかと思います。

また、生体情報は観察を医師と共有もできますので、通常の診療とはちょっと違った形で、実際の患者さんの生活環境においては診療ができるということは、医療の質が担保できるのではないかと考えております。今後、オンライン診療の発展と普及のための提案なのですが、訪問看護師のサポートではかなりのメリットがあるのではなからうかと思っています。特に高齢者などの場合、特に茨城県などにおいては、独居の高齢者がかなり多いので、そういう方をサポートする。あとは、引きこもり予防や医師の働き方改革などを含めて、もうちょっとオンラインで医師が有効に使えるような形になると一番いいのではないかと思います。あと、今回の実証事業の中で、一番は、遠隔の欠点とすると、触れることと聴診ができないという欠点があります。聴診に関しては、電子聴診器を使いまして、もともと肺の音しか聞こえなかったのですが、心臓の音もクリアに聞けましたし、おなかのグルグル音も確認することができましたので、御報告をさせていただきます。触診に関しても、うちは循環器の先生なので、私はもともと外科の病棟などを経験したので、おなかの触診ぐらいはちょっとしたことはできるので、そういう看護師と先生の組み合わせをすることによってオンライン診療はもっと有効に使えると思いますので、ぜひそういうことを御検討いただければと思います。

私からの説明は、以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

続きまして、資料4「D to P with N（患者が看護師等といる場合のオンライン診療）」について、事務局から説明をお願いします。

○加藤医事課企画調整専門官 それでは、資料4をごらんください。

D to P with Nということで、御説明をさせていただきます。

2ページ目でございます。

先ほど萱橋参考人からも既に御紹介のとおり、訪問看護などにもおきまして、これまでD to Pと訪問看護の組み合わせということでしたけれども、もともとこの本指針作成時に、D to N to Pも対象にするべきかという議論が多少あったと聞いておりますが、今回は、D to P with Nということで、D to Nではなくて、あくまでもD to Pの中で看護師等がその診療を補助することによってできるものは何なのかということをはっきりさせる必要があるのではないかとということで、今回、議題に上げております。

オンライン診療の指針の対象か否かということで、今、述べさせていただきましただけけれども、現行には、赤字のとおり、診療の補助行為等を行わないときは本指針の対象とするという記載ぶりがございますが、今回お示しさせていただきます赤字の改訂案の2行目、後半でございますが、「医師が看護師などオンライン診療支援者に対して診療の補助行為等を指示する場合は」、飛ばしますけれども、「本指針の対象とする」という形で、D to P with Nを本指針の対象として御提案させていただいております。

具体的には、3ページ目でございます。

これまでにD to P with N以外のオンライン診療、D to Pでは、処方などの範疇なのかということで御議論いただいておりますけれども、今回、D to P with Nを定義することによって、1つ目のポツの後半でございますが、薬剤の処方にとどまらない治療行為等が看護師等を介して可能となるものということで、現状、されているものではございますけれども、明らかにD to P with Nがどういうものが対象になるのかということをはっきりさせることによって、指針の中で定義づけ、推奨していくことはできると思っております。D to P with Nにおきましても、指針で定められた最低限遵守すべき事項等にととのった診療を行っていただかないといけないということを改めて定義する必要があると考えております。

また、2つ目のD to P with Nで実施可能な診療・診療の補助行為とございますけれども、今、申し上げましたとおり、1つ目のポツでございますとおり、予測された範囲内で、診療の補助行為、点滴や注射等が行われることが望ましいとさせていただいております。2ポツ目になりますけれども、オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が出現した場合においても、医師が看護師等に対して、診断の補助になり得るような追加的な検査、血液検査や尿検査等を指示することは可能であるということで、この点を今回は明らかにさせていただいております。ただし、その検査結果等を踏まえて新たな診断等を行う場合はオンライン診療ではなくて対面診療によるべきであると、従来の考え方を改めてお示しさせていただいております。

最後に、提供体制ですけれども、あらかじめ訪問看護との組み合わせを念頭に置いている場合は、事前に連携をとる必要があるということも改めてここで記載させていただいております。

説明は、以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今の萱橋参考人と事務局からの説明に関しまして、御意見、御質問をどうぞ。

南学先生。

○南学構成員 非常に重要なことだと思っていて、看護師の方にいろいろやっていただくことはすごくいいと思うのですが、この「等」が薬剤師の方なのか、リハビリテーションの方なのか、何なのか。そういう方を同一に扱って、例えば、ここは点滴や注射等が行われると書いてあって、そういう「等」の方々と看護師

の方々の行為を全て同じように許可するシステムになるのか、それがちょっと明確ではなかったので、この「等」の中身がどうなっているかということが気になったのです。

○加藤医事課企画調整専門官 こちらの「等」ですけれども、保健師・助産師を基本的に想定しております。

○南学構成員 では、大きな枠では看護師なわけですよね。そうだとすると「等」は取ってしまったほうが明確な気がするのですけれども。

○山本座長 あるいは、保健師、助産師、看護師と明記したほうがいいのではないですか。それだと多分みんなほぼ同じ資格を持っているわけですから問題はないと思うのですけれども、「等」は本当にどこまで入るかわからないところがどうしてもございますので。

どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

今の点は、私も伺いたかったので、明確にさせていただいてよかったですと思います。

それと、先ほどの茨城の事例を拝見すると、もともと在宅で診ている患者さんと、なかなか外来は厳しいけれども、現状、外来で診ている患者さん、両方を対象にされていて、もともと在宅で診ている人は、訪問看護を使用しないで先生だけが訪問診療をしているケースはないわけではないと思うのですけれども、基本的には多職種の連携の中で、もともと看護師さんはそこに訪問されている。それは指示書に基づいて行かれているという一定の指示があるということだと思います。

今後、訪問診療の中でオンライン診療の中での活用には看護師さんを使うということはある程度はあり得ると思うのですけれども、逆に、今まで訪問看護を使っていなかった方に対して、オンライン診療を行うために訪問看護師を活用したらいいのではないかという枠組みにもなるという理解でよろしいですか。

○加藤医事課企画調整専門官 そういったケースも、今後、あり得るかとは思いますが、通常我々が想定しているものは、訪問看護が入っているケースは通常は在宅診療の中で入っていることだと思いますので、在宅診療、プラスアルファ、オンライン診療を前提に、今回は検討しておりました。先生がおっしゃるとおり、いろいろなケースがあり得ると思いますので、オンライン診療に加えて訪問看護が、もちろん介護度やいろいろな要件があるかとは思いますが、あり得ることかとは思いますが。

○今村構成員 そこははっきりしておきたいなと思っていて、もともと在宅診療においてそういった訪問看護師さんの役割は非常に大きいし、在宅診療をオンライン診療で行う場合に看護師さんに働いていただくということはすごく大事だと思うのですけれども、ただ単にオンライン診療に看護師さんがいたら助かりますよねみたいな話で、今の一定のルールがない中で訪問看護にどんどん入っていただくということは、人材の数も限られているわけですし、コストの問題もありますので、その辺は少し明確な線引きが要るのかなと思って伺っておりました。済みません。それだけです。

あとは、指示書は連携ということではなくて、ドクターの指示に基づいてという文言を

きちんと入れていただきたい。

○山本座長 ほかにかがででしょうか。

どうぞ、高林先生。

○高林構成員 今回のことに関連して、1つは、今回、看護師に限られていますが、多職種連携は在宅の基本なので、薬剤師も入るし、この後に出てくる歯科医師も入るし、いろいろな人が入ってくるので、そういった観点で見ないといけないのかなということが一つございます。

もう一つは、既に現実に、今、いろいろなコミュニケーションツールができていて、それを使いながらほとんどリアルタイムに近いようなことを、これと同じことをやっているわけですね。それとの線引きは、あくまでリアルタイムというところがオンライン診療との違いだという理解で考えるということではよろしいですか。そこら辺は書き方がはっきりしていないので、明確にしておかないといけないのではないかという気がするのです。

○加藤医事課企画調整専門官 まさしく情報通信機器を用いた診療はこれまでも電話等再診を含めてされてきた中で、このように定義づけて範囲を決めるということは、恐らくこれまでなかったことですので、この場でもどういった診療が適切なのかということとはこれまで議論させていただいたところではございますけれども、あくまでもこの指針に関しましてはオンライン診療ということで、聴覚と視覚を伴うリアルタイム性のある診療を大前提として御議論いただいているところではございます。

ですので、あくまでオンライン診療の中で何ができるのか、先ほどの定義に基づいて何ができるのかということ、この指針上で明記させていただきたいと思っています。

○高林構成員 ありがとうございます。

○山本座長 どうぞ。

○島田構成員 私も同じ考えで、多職種連携ということになってきますので、現場で同席してくれている職種の業務範囲でいろいろ手伝えると思うのです。操作機器の手伝いだけだったらヘルパーさんでもできるし、ちょっとしたこと、背中をたたいてやってくれとかはできるでしょう。臨床検査技師がいれば、心電図をそこでとってみてくれということもできますし、同じように、歯科衛生士等も出てくるし、理学療法士、作業療法士、STなども出てくると思うので、そういう形で、それぞれの資格の中で許されている範囲の行為を医師の指示のもとで一緒に参加してやるという、広がりのある形でつくっていく方がいいのかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

きょうの御議論で、どこをどういう範囲にしていくかということはまた御相談しながら決めていこうと思いますが、先ほどのD to P with Dのところでもあったと思うのですが、実例があるものをまずはどういう形でやっていくかということで、今回はあくまでも看護

師さんがかかわった例を御紹介したところでございます。

いろいろな職種がいろいろなかかわり方をしているということは御指摘のとおりかと思えますけれども、まずは実例があるものについて、我々が知らないだけかもしれないので、そういうものをまた教えていただきながら、どういう範囲で書いていけるのかと。今後ともこういう見直しを続けてまいりますので、その中でまた新しいかかわり、この職種のこういう形でやっているということは、むしろそういうことを明確化していくと、現場でも具体的に取り組みやすくなっていくかと思えます。

○山本座長 ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○清崎参考人 このような形で看護師が入っていくことで、確かにオンライン診療の質が向上するということにつながっていくのだろうなと思うと、その責任も非常に看護師側も重く受けとめなければならないし、質の向上をしていかなければいけないなと思えますが、その際に、どの人にも必要ということではないと思うので、どのような方に必要なところを考えていくに当たり、別の会議でもちょっと話が出ていたのですけれども、結局、看護師がそのサポートに入ることで、例えば、再入院率が下がるとか、あるいは重症化の予防になったとか、そういう形でのアウトカムをしっかりと見ていくことで、どのような方が入るのが有効なのかということを見ていけるのかなと思いました。

加えて、ここで話しているのかわからないのですけれども、当協会がICTによる在宅みとりの研修の委託を受けて行っております。これから先、その仕組みが本当に必要な方に普及するために考えるべきことが、今、課題として、このオンライン診療の形でハード面がそろわないとか、なかなかオンライン診療になれない医師や看護師がやっていくということが、現在の課題としてあるということを見ると、このオンライン診療の形が、これは生きていく方のためのものだとは思いますが、そこで普及してなれておくことで、先々、そういったみとりにも使えるというか、そういうことにもつながっていくかなとも感じています。

○山本座長 ありがとうございます。

ほか、何か御意見はございませうか。

萱橋先生の実証事業の実行委員会の委員長をやっているのですけれども、あのモデルは、オンライン診療の不安、課題の部分を解消してくれるモデルで、そもそもスマートフォンが使えないからできなかったみたいなどころはないわけですね。それから、患者さんが持ってきたスマートフォンに何が入っているかわからない。つまり、どこかで盗聴されるようなアプリが入っているかもしれないという心配もないわけですね。したがって、非常にハードルが下がるといいますか、使いやすいオンライン診療になるということは、確かにそのとおりだと思ったのです。

そうすると、これは指針の中に含めるということは、もちろんそれでいいと思うのですが、プレミアムなオンライン診療ですね。だから、費用もかかるわけですし、こ

ういったことはここで議論することではないですけれども、その利点みたいなものをしっかり示していただいて、こういうことに対して、保険診療上、必要性の限定が出てくるかもしれません。限定の上で、その加点がつくとか、そういったことが起こるといいなと思っております。

ほかの職種は、確かにあり得るのですけれども、まずはD to P with Nでやって、その後に、先生方がおっしゃるように、在宅医療は多職種連携が基本ですから、多職種で連携するときに、オンライン診療と直接・簡潔に連携する場合と、本当にオンライン診療と連携する場合とがあると思うので、それが本当に実例として挙げてきたら、またこの指針に、幸い改訂することになっていますから、また改訂をすればいいのではないかと。

とりあえずは、今の先生方の御意見をいただいて、このD to P with Nということで、資料をまたまとめ直して御議論いただきたいと思っておりますけれども、それでよろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、議題の5番目「歯科医師によるオンライン診療について」に関して、資料5について事務局から説明をお願いいたします。

○小嶺歯科保健課長補佐 資料5を御用意ください。

2ページ目ですけれども、医師がオンライン診療をする場合の取り扱いについて、指針の中では、歯科医師がオンライン診療を実施する場合の扱いは明示されておられません。

2ページ目の中段を見ていただきますと、歯科医師の遠隔診療に関する取り扱いについて、平成9年の局長通知の中においては、「診療は、医師または歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本」という記載があり、歯科医師も医師と同様の考え方のもとで遠隔診療を行うべきものであるということが記載されております。

背景・問題意識の真ん中に戻っていただきたい、歯科診療は、一般的にイメージをされるように、むし歯むしの治療といった、直接歯科医師が患者さんの口の中を触って治療をするようなことが多いのですけれども、その一方で、近年、発達過程において正常な口腔機能の獲得ができていない小児や、加齢などによって口腔機能が低下した高齢者の方に対する指導管理のニーズが高まってきております。

そういった中で、歯科医師によるオンライン診療も想定されるのではないかということで、3ページ目に歯科医療において想定されるオンライン診療で幾つか挙げさせていただいております。

○の1つ目は、歯科医師、Dentist to P with Dentist、患者さんのそばに歯科医師がいるとか、患者さんのそばに医師がいて歯科医師が遠隔でかかわる場合もしくはその逆ということで、先ほどお話があったように、在宅医療の場面を想定した多職種連携の事例を挙げさせていただいております。Dentist to P with Dentistのケースにおいては、専門性の高い摂食機能摂食などの口腔機能の管理を行う場合に、主治の歯科医師は患者さんのそばにいて、専門性の高い歯科医師が遠隔にいることを想定しています。

○の2つ目のDentist to P with DHは、歯科衛生士が患者さんのそばにいて、歯科医師の包括的な指示のもとに歯科診療の補助行為等を行う場合に、遠隔にいる歯科医師が診察を行うという場面を想定しております。

2ページ目にお戻りいただきまして、このような形で、歯科医療におきましても、オンライン診療の活用が想定されることから、歯科医師がオンライン診療を実施する際の留意事項等を検討して、この指針の見直しについても御議論いただけないかということで議題とさせていただきます。

事務局からは、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明に関しまして、御意見、御質問がありましたら、よろしくお願いたします。

どうぞ。

○牧野参考人 牧野でございます。

歯科におきましては、まだ実際にオンライン診療は多くはございません。今、御説明がございましたように、実際に手を動かす、患者さんを触らないといけないということが多くございます。しかし、その管理ということで、今はだんだんその必要性を増してきているとは考えております。

実際、訪問診療をしておりまして、歯周病の場合に、現在でも保険の中で、歯科医師が診断し、この方は安定しているということでありまして、その後1カ月間は歯科衛生士が訪問して、口腔内の衛生管理をするということが認められておりますし、30年度改定からは安定している患者は2カ月に一度でもいいともなっております。

そのときに、今まで歯科衛生士が訪問した後で報告を受けているわけですがけれども、そのところを、我々は、今、画像を歯科衛生士から送ってもらって指示を出しているというところもございますので、実際はそういうオンラインの診療をしているということは起こっているわけでありまして。

もう一つ、その専門のところがございますが、摂食ですね。私たちが飲み込むときには舌が上あごに当たらないといけないのですけれども、その動きが悪くてできないという方のために、入れ歯のような上に当たるようなものをつくるわけですがけれども、そのあたりはスペシャリストでないとなかなか発音や飲み込みなどがうまくいかない。それは患者さんを診ながらでないといけないのですけれども、その管理は主治のかかりつけ歯科医でもできるわけがございますので、そのときに、そういうスペシャリストにアドバイスをいただきながら管理を行うということからすると、これは進めていっていただきたいなとも思っております。

歯科の口腔健康管理、機能管理ということが、周術期にも非常に大きな影響を及ぼすこともございますので、今、歯科のない病院に対して、一度は歯科医師が行かないといけなけれども、その後の管理は歯科衛生士でも十分にできる、我々歯科医師の指示があれば

できるということですので、歯科においてもオンラインの診療はこれから増えてくるかなと思います。

ただ、これは事務局にお伺いしたいのですけれども、ガイドラインを見直すというところが書いてございますが、オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しと書いてありますけれども、もし見直すとしたら、医師または歯科医師という書き方をされるおつもりなのか、歯科だけで別のものをつくれるのかということはお伺いしたいと思います。

先ほど今村先生がおっしゃいましたように、歯科ではこういう実績がまだ余りないものですから、医師または歯科医師と一緒にくくられますと、歯科ではちょっと特殊なケースもあるなど、そういう懸念を持ちますので、どのようなお考えかをお聞きしたいと思います。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

全体的なお話でございますので、私からお話しします。

きょうは、いろいろなところで同じような議論になっていると思いますけれども、実際に起きている、まさにこれをやろうとしていることについてどう対応するかということがまずは優先かと思います。

ですので、この歯科の分野も、きょうの御議論で、歯科保健課と連携して、今後、提示させていただきますけれども、事例をどれだけ積み上げていって、それに対してこのガイドラインでどう位置づけるかというところでございます。その結果として、例えば、まぜてもいいのか、それとも独立したものになるのかということかと思っておりますので、きょうはキックオフ的な議論の提示でございますので、今後、またそういった追加的な資料や案をいただきつつ、また、事務局でも準備できればしてまいりたいという状況かと思っております。

○牧野参考人 ありがとうございます。

○山本座長 ほか、御意見はいかがでしょうか。

これは、入っていただかないと検討できないのではないかと。

○佐々木医事課長 今後、具体的にこのガイドラインのまさに歯科医師を位置づけていくということになれば、きょうは参考人ということでおいでいただいておりますけれども、またそこは座長とも御相談しながらメンバー等々について検討するということかと思えます。

○山本座長 ほかにいかがでしょうか。

これはまた検討を進めていくということで、よろしゅうございますでしょうか。

どうぞ。

○牧野参考人 メンバーに入れていただくのは全くやぶさかではございませんので、ぜひとも入れていただいて、私たちの意見も入れていただきたいと思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

長い間、ありがとうございます。具体的に挙がっている議題は以上でございますが、



「その他」ということで事務局から何かございますでしょうか。

○加藤医事課企画調整専門官 本検討会の今後の進め方につきましては、また座長と御相談した上で進めさせていただきたいと思います。

次回の検討会の日程は、改めて日程調整の上、御連絡を差し上げます。

よろしく願いいたします。

○山本座長 それでは、本日も活発な御議論をありがとうございました。

きょうの御議論をまとめてまた次回の資料として皆さんに御検討いただきますので、よろしく願いいたします。

きょうは、どうも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。