

2020-11-2 第11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

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第11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。

構成員の出欠につきましては、今村構成員、大道構成員、落合構成員、金丸構成員、黒木構成員、島田専門委員、高倉構成員、袴田専門委員はオンラインでの御参加をいただいております。

南学構成員に関しましては、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、後ほど御説明申し上げますが、今回より構成員の追加がございまして、権丈構成員、津川構成員、大橋構成員、佐野構成員、大石構成員、佐藤構成員、鈴木構成員に御参加いただいております。

なお、佐野構成員及び佐藤構成員からは、所用により御欠席との御連絡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稲邑拓馬課長、また、総務省情報流通高度化推進室の飯島補佐にも御参加いただいております。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

(カメラ退室)

○加藤医師養成等企画調整室長 本日の会議の進め方について御説明いたします。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様に関しましては、御発言のとき以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。御発言の際はズームサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言いただきますようお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除させていただきますようお願いいたします。また、御発言終了後は再度マイクをミュートにさせていただきますよう、この点、お願いいたします。

音声聞きづらい等ございましたら音量の調整をいたしますが、音声の問題は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。本日もペーパーレスを実践することとし、会場の構成員の皆様にはタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットの資料を御確認いただけますでしょうか。本日は資料1、資料2-1、資料2-2、資料3がございます。また、参考資料は1から8までございますので、もし不足等ございましたらお申しつけください。

それでは、以後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 本日は、お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

それでは、早速ですけれども、議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は、1つ目が本検討会における検討の考え方について、2つ目が令和2年7

月から9月の電話診療・オンライン診療の実績の検証について、3つ目が検証を踏まえた今後のオンライン診療についてです。

それでは、早速資料1「今後のオンライン診療の検討のあり方について」、事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、資料1を御説明させていただきたいと思えます。

「今後のオンライン診療の検討のあり方について」ということで、早速ですが、2ページを御覧いただけますでしょうか。この間、非常に政治的にも報道ベースでも多くのオンライン診療の議題、案件が報道されている中で、今回、このオンライン診療の検討会における視点、考え方を改めてお示しさせていただきたいと思えます。

これまでの本検討会に関しましては、平成30年3月に発出した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を見直す検討会として検討を重ねてきました。このマル1にございますとおり、そういった議論を踏まえて、令和元年7月に指針も見直しを行っております。

それ以降、マル2にございますとおり、本年の2月以降、新型コロナウイルスの流行状況を踏まえた感染のリスクや医療機関を受診できない患者を念頭に置いたオンライン診療の在り方ということで、議論を行ってまいりました。2月、3月、4月ということで繰り返し御議論いただきまして、4月10日に時限的・特例的措置ということで、厚生労働省から事務連を発出しておりますけれども、この時限的・特例的措置に関しましては、本検討会での議論と、そして、規制改革等を含め、様々なところでの議論を踏まえて、行政判断として厚生労働省として対応させていただきました。

こういった観点で御覧いただきますと、図にお示しさせていただいているとおり、これまでの従来の検討会におきましては、対面診療の中でこういったものはオンライン診療ができるのかという視点マル1を御議論いただいております、そして、今年の2月以降、COVID-19の流行下における受診控えを踏まえて、視点マル2ということで、異なる視点で議論を行ってまいりました。

そういった観点で、今後の検討会につきましては、これだけ時限的・特例的措置で多くの実績が出てきたわけですので、今回、前回から引き続き検証も続けながら、今後のオンライン診療の在り方について、実績やこれまでの様々な視点で御意見をいただいているものを含めて、今後の適切なオンライン診療の普及に必要な検討を進めるということにさせていただきたいと思っております。

特に視点の変更を今申し上げましたけれども、次のページに考え方ということで、少し具体化したその視点の考え方の変更をお示ししています。3ページ目を御覧いただけますでしょうか。

新型コロナウイルス流行以降の時限的措置につきましては、2つ目のポツにございますとおり、対面診療を行わないことによる疾患の見逃しや重症化のリスクと、対面診療による感染を懸念して、医療機関への受診自体ができないこととのリスクとの比較考量を行っ

てまいりました。

今後のオンライン診療の在り方の検討におきましては、3つ目の◆にございますとおり、オンライン診療を行うことには患者の利便性等のメリットと対面診療を行わないことによる疾患の見逃し・重症化のリスクや、患者と医療機関の感染やトラブルのリスク等を総合的に考慮するといった考え方を、今後ベースにさせていただきたいと思っています。

また、この議論のベースとしましては、最後の4つ目のボツにございますとおり、時限的措置の検証結果を踏まえつつ、今後のオンライン診療の在り方について具体的に位置づけるものを検討するとさせていただきますいております。

こうした視点、考え方の変更に基つきまして、今検討会から医療経済学者や患者の視点、そして、様々な観点で御議論いただくために、このスコープの拡大に合わせた構成員の追加をさせていただきます。

そして、様々なオンライン診療の広がりの中で視点を増やしてきたこういった経過も踏まえまして、これまで構成員として御議論に御参加いただいていた島田構成員、そして、高林構成員、袴田構成員に関しましては、より専門的な見地から御意見をいただくということで、専門委員として御参画いただくこととさせていただきます。

また、こういったオンライン診療、今回、時限的・特例的措置におきましては、電話診療も解禁、一時的な時限的措置として実施していただいているということでございますので、この点に関しましてはこの検討会で一定御議論いただくということを、改めてここで確認させていただきたいと思っております。

このような形で、この検討会は少しスコープが広がり、そして、新たな構成員をお迎えして検討を進めていきたいと事務局としては考えておりますので、何とぞ御理解のほどよろしくお願いいたします。

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。

ただいまの資料1に関する御説明に関しまして、御質問、御意見がありましたら、よろしくお願いいたします。

よろしゅうございますか。

金丸さん、よろしく申し上げます。

○金丸構成員 ありがとうございます。

資料1の3ページ目の先ほど触れられた下段の3つ目の◆なのですが、ここの論点の中に秘められているというのか、今回コロナのこともあり、対面診療を医療従事者も、利用者、患者さんも躊躇するという環境下において、オンライン診療を行うことの患者の利便性があるのですけれども、対面診療も受けられなくてオンライン診療が受けられないデメリットもあるのではないかとということだけ触れさせていただきたいと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ごもっともな御指摘ですね。ありがとうございます。

ほか、御意見はございますでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、先ほど御説明があったように、この検討会のスコープが少し広がっておりますので、今後とも検討をよろしくお願いいたします。

引き続き、次の議題に入りたいと思います。

資料2-1及び2-2「令和2年7月～9月の電話診療・オンライン診療の実績の検証について」を事務局から、また、実際に特例的・時限的にしてオンライン診療を実施されている大橋構成員から参考資料6について説明をお願いします。

それでは、まず事務局から説明をお願いいたします。

○伴主査 事務局でございます。

資料2-1と2-2について御説明させていただきます。主に2-1についてでございます。資料2-1で資料2-2でまとめている検証を総括してございます。まずは資料2-1を御覧いただければと思います。

画面上、2ページ目が表示されてございます。こちらは前回の検討会における検証のまとめでございます。8月6日に開催しました前回の検討会において、4月から6月の実績について検証をしていただきました。「検証では」とありますけれども、これは振り返りですが、電話診療やオンライン診療の患者は小児が多かった、また、全体の傾向として軽症と思われる患者を中心に行われていた、また、一部において物理的に大きく離れた地域に対する診療や、時限的・特例的取扱いで禁止されている麻薬・向精神薬の処方等が行われていたことが明らかになりました。

また、8月6日時点での新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて、時限的・特例的な取扱いを当面継続することを確認させていただいたところでございます。

また、検討会の後に、検討会での検証を踏まえまして、お示しのと通りの項目について周知をしております。時限的・特例的な取扱いの要件の遵守の徹底、また、おおむね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいこと、また、速やかに厚生労働省が指定する研修を受講することでございます。こちらは参考資料5で事務連絡としてお出ししたところでございます。

次のページをお願いします。続きまして、7月から9月のまとめですけれども、まず診療の実績についてでございます。診療の実績については、7月から9月における電話や情報通信機器を用いた診療については、医療機関数や件数等ですけれども、引き続き、4月から6月と同程度実施されておりました。また、対象となっている患者や疾患、そういった診療の内容についても、4月から6月の検証のときと同様の内容でございました。また、一部において物理的に大きく離れた地域に対する診療や要件を守らない処方、こういったことが事実としてあったことも同様でございます。

したがって、対応方針として、前回と同様でございますけれども、特例措置の要件を守らない診療については、引き続き厳正に対処、また、参考資料5の事務連絡と同じ内

容でございますけれども、画面上にお示しの項目について引き続き取り組んでいくというところでございます。

また、時限的・特例的な取扱いの期限に関する評価でございます。時限的取扱いの期間ですけれども、新型コロナウイルスの感染が終息するまでの間ということにしておりますので、現在の感染の状況を踏まえた評価をしていただく必要がございます。

そこで、事務局の案として、一番下でございます。感染の状況について、9月以降は新型コロナウイルスの感染者数がおおむね横ばいから微増傾向であるという状況を踏まえまして、今回の検討会においては、時限的・特例的取扱いを当面継続することとしてはどうかとしております。

続きまして、資料2-2について、ごく簡単にではございますが、全般的な部分だけ御説明さしあげます。

2ページ目、これは全医療機関数と今回時限的・特例的措置に対応する医療機関として厚生労働省のホームページで登録したものの比較でございます。

次に参りますと、厚生労働省に登録した医療機関数の推移、青が「全体」、再診も含めたもので、オレンジが「初診」でございますが、いずれも8月末以降横ばいといった状況でございます。

次、お願いします。また「初診から実施したとして報告のあった医療機関数」ということで、これは厚生労働省に報告をしていただいた医療機関の数を計上したものでございますが、お示しのとおり、報告数に応じた医療機関数の増減となっております。

少し飛ばしまして、8ページをお願いします。こちらが初診からの電話及びオンライン診療の件数でございます。新型コロナウイルスの感染状況に応じて、感染者数が増えるということ初診からの診療も増加しているという状況になっております。

事務局からの説明は以上とさせていただきます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、本来、今日御報告をしていただく予定になっておりましたけれども、今回から構成員になっていただきました大橋構成員より、御発表をお願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

では、資料を共有していただいでよろしいでしょうか。

私は、神奈川県川崎市で内科と小児科、そして、在宅診療のクリニックを開業しております、大橋と申します。

私自身は、この構成員の皆様の中で一番オンライン診療にもととは詳しくなかった者でございます。今回の時限的・特例的措置でもって、私、一かかりつけ医がこのような形で実際にオンライン診療やってみてどうかということについて、簡単に御説明させていただければと思います。私は川崎市医師会の理事も拝命しております。

それでは、次のスライドをお願いいたします。オンライン診療を特例的措置から行って、

大体1日現状で4例から5例ぐらいの患者さんを毎日拝見しているのですが、新たな発見として幾つか、3つぐらいのことが挙げられるかと感じております。

一つは、オンライン診療において患者さんの生活の場を見ることができたという新たな視点がありました。ぜんそくの患者さんの家庭の中の状況を見てみると、ペットと一緒に飼っている、またはほこりっぽい家であったり、そのような生活の環境は今までなかなか診察室ではかいま見ることができなかつた。これをオンライン診療で実際の居室の中を見ることで感じる事ができたという副次的効果がございました。また、患者さんの中ではオフィスですね。これはもちろんプライバシーが保たれている環境の中でございますが、そういうオフィスの一室等で診察をしてもらうことによって、今までなかなか予約が守れないで処方切れていた患者さんに関しても、その場で拝見することができるという利点を感じる事ができました。

私自身もなかなかオンライン診療と対面の質というのはどのようなものか、かなり懐疑的ではあったのですが、工夫によってオンライン診療の質を上げることができるのだという事をこの数か月で知ることができました。具体的な例を挙げますと、画面越しに血圧手帳を見せてもらうことによって、その薬を知る。また、喉の所見を診たいところではあるのですけれども、様々なスマホのLEDライト等を使って喉を観察する。また、頸部リンパ節の腫脹を診たいということに対して、患者さんに具体的に首等を触ってもらって、圧痛を診ることによってそれを評価する。これは海外では動画等でそういうレクチャーのライドが出ていましたので、そういうものを参考にしながら、レベルアップを図ることによって対面診療との質の差を縮めていくことができるのだということを感じることができました。

しかしながら、全くの初診、初めての患者さんに関しては、これは正直な感想で申しまして、怖いなということがございました。具体的にどんな怖さかというところではございますが、いつも診ているかかりつけの患者さんであれば、知らぬ間に私たちは「いつもとの比較」をどうやら行っていることが分かりました。患者さんの言葉で、例えばこれはいつもと同じような感じですよというせき払いであっても、この方がいつもせき払いをされている方なのか、今、本当に何かしらの症状でせきをしているのかを、患者さんの言葉だけで、客観性であるとか、または患者さんのいつもと比較することができない、この不十分さはやはり怖さとして感じることもございました。

次のスライドをお願いします。オンライン診療を3か月ほどやっていて、活用する患者層は大きく分けて2つに分かれるのかと思っております。一つは、かかりつけの患者さんで、定期受診でオンライン診療を活用する層ということでございます。これはもちろん患者と医師の関係性が構築されていることが前提でございますが、患者さんからも通院せずに済む、待ち時間がない、そして、現在で言えば感染のおそれがないなど、通院する側、患者さんの側にはメリットが大きい。これは明らかであると。また、今までオンライン診療でなければ、このコロナの中で長期処方をどうしてもせざるを得ない患者さんが多うご

ざいますが、安易な長期処方回避ができるといった面もございました。ただし、これに関しましては、対面診療との併用という中で行われることが重要なのかなと感じています。

もう一つ、これは新たな発見ですが、対面診療は困難だがオンライン診療であれば受診する層も一定の患者さんがいらっしゃるのだなど。特に健診異常であったけれども、なかなか受診勧奨されているのに受診せずにいた方、そういう勤労世代の方が健診の紙を持って、人間ドックの結果を持って、オンライン診療で相談されたという例も数例ございました。実は「対面診療」か「受診しない」という間にオンライン診療がある。先ほどもございましたが、対面か、オンラインかというよりかは、受診しないか、オンラインかという選択の層の方も確かに一定数はいらっしゃるのだなど。そのような形で少しずつ関係性を構築する中に、気軽にかかりつけ医を受診する、また、ここで対面を促すというきっかけにするためのワンステップとして、オンライン診療というのも確かに存在するなということを感じることができました。

次のスライドをお願いいたします。第4の診療形態という形で、新たにこのオンライン診療が確立されるためにどのような要素が必要なのか、私見を述べてみました。

一つは、やっていきながら、かかりつけ医がかかりつけの患者さんを診ていくのにはよいツールの一つであるということはおそらく明らかなことだと思っております。

ただし、オンライン診療の質向上というのは、今後かなり重要な要素を占めてくるのだということも同時に感じました。日本ではなかなかそのような教材はございませんので、もちろん厚労省のeラーニングを受けた後でございますが、様々な例えば診察の仕方、効果的な問診の仕方等々の教材開発も今後必要なのではないかと考えています。

また、オンライン診療の適用というところで、診療の目的をある程度はつきりさせる、どういう層にどのような診療をするかはつきりさせるのは重要なのかなと思っております。例えばこの患者さんに対しては定期患者のフォローなのだ、「受診しない」から「対面診療」への橋渡しなのだ、また、ちょっと今日は時間の関係で申し上げられませんが、在宅診療でも当院で活用している例はございます。また、今、時限的な措置として新型コロナウイルス感染症診療における活用というところで、私どもの外来も診療・検査医療機関としてPCR検査も含めてお受けしている状況ですが、最初に気軽に発熱で相談していただくのをオンライン診療にできないかということも検討しています。

また、オンライン診療の禁忌を明確にしてもらいたい。これは私たちがオンライン診療は危険だと患者さんのために考えているという気持ちを市民の方にも理解していただく必要があるのかなと思います。

最後に、手間に見合った診療報酬上の評価というところですが、オンライン診療は1人につき15分程度かかります。また、その前の準備も手間がかかっております。これに関してはある程度の評価はしていただかないといけないのかなと思っておりますが、一方で、オンライン診療を行わない先生方もいらっしゃるわけですね。このような施設が逆に淘汰されるような事態は避けるべきであると考えております。

次のスライドをお願いします。私が所属して副理事長を拝命しています日本プライマリ・ケア連合学会というところでは、そのような方々に向けてのオンライン診療ガイドというものを作成いたしました。これに関しては、同じ初心者で立ち上げた医師たちが知恵を絞って、これだったらいいのではないかという、ある意味一つたたき台のようなガイドラインでございます。また、実際の診療の風景ということで動画も作成しております、黒木構成員にも多大なる御協力をいただいているところでございます。ぜひ御参照いただければと思います。

私からの発表は以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの事務局からの資料2-1、資料2-2の御説明、それから、大橋先生の御講演に関しまして、御質問、御意見がありましたら、よろしく願いいたします。

山口構成員。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

まず、事務局の御説明の中で、資料2-1の3ページに、感染者はおおむね横ばいから微増傾向であるということで、現在の時限的・特例的な取扱いを当面継続することとしてはどうかとございます。私はこの中で考え直さないといけないと思っているのが、電話初診についてです。恐らく電話初診の多くは現在診ている患者さんで別の症状が出ている、あるいは過去に診ていて新たな症状が出てきたということで、受診することを恐れてという方に行われている場合が多いのかなと思います。しかし、現在は実際に受診する患者さんが6月ぐらいから戻ってきているということをお聞きしますし、医療機関の感染予防がかなり徹底されるようになってきた。こんなことを考えたときに、オンラインよりも情報が明らかに少ない電話初診については、田村厚労大臣もやはり電話は駄目だということをおっしゃっていたように思います。今回この検討会で全く検証しないままに電話初診が始まっていますので、これはそろそろやめるという時期に来ているのではないかと思います。

それから、大橋構成員の御説明をお聞きして、オンライン診療を新たに手がけられた方も多くいらっしゃる中で、見えてきた利点も多々あると思います。私はそういういい面はどんどん取り入れていっていただくことが、患者にとっても利便性も含めていいのかなと思う一方で、先ほど御発言にあったように、面識のない初診患者については怖いというのが一般的な医師の感覚ではないかと思います。ですから、できれば面識がない患者であっても、初診であっても、これはオンライン診療ですから、診断して薬を処方することが可能な疾患をある程度限定的にして、そういう場合は可能だというような見方で考えていく必要があるのではないかと、そのように思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに。

今村先生、御発言ですか。お願いいたします。



○今村構成員 ありがとうございます。

御質問と意見なのですが、まず御質問は、事務局から御説明いただいた2-1の3ページです。この検証の結果について、前回もございましたけれども、地理的な問題やそもそも出してはいけないお薬を出されているということで、わざわざ太字で「厳正に対処していく」という書きぶりになっておりますが、具体的にどのような対応を厚生労働省がお取りになっているかを教えていただければということと、これに関係することとして、先生方も分かっているけれどもあえてそのルールを逸脱したのではなく、実は研修会があること、それが義務化されていることも知らないでこれに取り組みられているような方が結構前回にはいらっしまったと思っています。こういうことを進めていくためには、しっかりとしたルールを認識していただく、知っていただく必要があろうと思っていて、文書で発出をしているということなのですけれども、行政の文書がそれぞれの現場の医療機関に到達するというのは相当に大変なこととして、簡単になかなかそういう情報が周知されないということもあります。その辺のことをどのように厚労省は考えられているかをまず教えていただきたいということです。

それから、山口委員から電話初診のお話がありました。まさしく電話では相当情報量が減ります。実際に実施されている電話初診、この「初診」という言葉が相当誤解を招いて、慢性の疾患でかかっている方が例えば新しい病名でかかるときというのは、これは初診ということでは本来はないわけですけれども、全く初めて診る、よく我々は新患と言っていますけれども、そういう方と、ある程度分かっていて、日頃診ている患者さんが、新しい症状が出たために、それに対応するために電話でお問合せがあったときに、お薬を取りあえず短期間だけ出すというものも多分含まれていますので、その辺の整理をしっかりした上で、電話初診の取扱いについては御検討いただければと思っています。

以上です。御質問だけお答えいただければと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局からお願いします。

○伴主査 事務局でございます。

今村先生からの御質問について、資料2-2の20ページを御参照いただければと思います。説明させていただきますけれども、上から2つ目の項目で「4月～6月の検証での要件を守らない処方に関する指導の結果について」というところでございます。こちらにお示ししておりますのが、今回、前回の検討会で要件を守らない処方に対して都道府県に情報提供を行ったことを御報告させていただきましたけれども、その後の指導の状況でございます。左が厚生労働省から情報提供を行った「医療機関数」で、その隣「調査を実施した件数」というところが、都道府県において実際に調査入ってをいただいたところでございます。さらに右の「調査の結果、要件を遵守しない処方が確認され、指導を行った件数」もお示ししてございます。

これら要件を守らない処方に関して、理由も幾つか挙がってきましたので、抜粋してお

伝えしますけれども、それぞれ事務連絡を認識していなかったというものですとか、また患者さんからの強い要望があつて応えざるを得なかったというようなことが挙がってきております。

厚生労働省としては、こういった情報提供については引き続き行っていきますし、指導の結果についても引き続きフォローアップしていきたいと考えています。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

厳正に対処ということで、きちんと現場の先生にお伝えをいただいているということで、それはそれで引き続き実施していただければありがたいとは思っております。ただし、今回の検証の結果を見ても、ほとんど傾向については変わっていない、まだまだかなりの医療機関がルールに従っていないという報告もございますし、これはだんだん指導が厳しくなるということになると、今まできちんとした御報告をしていただいたところが、報告を逆にしなくなってくることも考えられます。例えば東京の医療機関が北海道に薬を出すということを保険診療上行っても、御本人からの報告がないと、それをレセプト上から確認することはなかなか難しいのかと思います。今後こういうことをきちんと新たなルールでやっていくということになると、こういうルール違反みたいなものが起こったときにどのように対応していくのか、そこはしっかりと厚労省にはお考えをいただきたいと思っています。

○山本座長 引き続き、高倉構成員、よろしく願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。

私は資料2-2の21ページに関して、これはお願いというか、可能であればやってほしいという話になりますけれども、遠隔で診てしまった事例の中で、私が聞いている中で行きますと、待ち時間が待たなくて、要は、仲介してもらった業者さんから医院を紹介してもらったのだけれども、その先生が多忙で待たされる。初診なので後回しにされてしまった結果、せっかくネットなのに何でこんなに時間がかかるのだと業者さんのほうに文句が行ってしまって、やむを得ず、そのときに空いているすぐに受けられる病院を紹介したら遠隔になってしまったということが起きたというのは聞いています。そういう事例は実際にどれぐらいあるのか。

あと、これは本当に難しいと思うのですがけれども、患者さんがすぐに受けられると勘違いしていないかということが分かるようなデータが上がってくると、オンライン診療は使えないではないかという話が出てくることもあるのですがけれども、そこは誤解が出ているのではないかと思いますので、できれば調べていただけないかと考えています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かございますか。ちょっと難しそうですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

非常にこういったケースを追うのは、我々も前回の御指摘を踏まえて検討しているものの、なかなかそれにたどり着くツールがなくて悩んでいるところではございますけれども、非常に重要な視点でございますので、何ができるか、また事務局の中でも整理させていただ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 続いて、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。

私からも資料2-1の今後の電話の取扱いについてコメントできればと思います。私もこれまでオンラインプラットフォームの代表ということでコメントをさせていただく中で、電話よりもはっきり画像つき、テレビ電話つきのものが望ましいと考えていることを述べてきました。少なくとも恒久化を行うときには、電話よりもテレビ画像を明確に優先した整理を行うべきだという意見を持っております。これは実際に大橋先生がやられている内容とも近いのではないかと思いますし、大橋先生のほうからお話しいただいた内容は、我々のほうでプラットフォームを使っている医師の先生方から、プラットフォーム事業者が聞いている意見とかなり近いものがあるのかなと思って伺っておりました。

ですから、将来的には確実にテレビ画像に、少なくともアフターコロナで恒久化するときにはそういう形で明確にさせていただきたいと思っております。しかし、一つ4月の議論との関係で懸念があるところがありまして、現時点で電話を使えなくなった場合に、全く病院に行かなくなる患者さんが増えるというのも困るのではないかと思います。これも大橋先生のおっしゃっていたように、対面ではないから来られる方もそれなりにいるように思っています、その観点で言うと、資料2-2の8ページを見ますと、電話診療での初診が4,200件ということで、5月の5,400件と比べてまだ一定程度ある状況ではないかと思っています。

この初診の場合と情報の有無ということが必ずしもどう対応関係があるのかは明確ではないですけれども、資料2-2の12ページによれば、特に15歳から64歳の層で「記録なし」が半分ぐらいあるということで、これは比較的若年層もしくは働いている方で、オンライン診療や電話診療でなければ通院しない可能性がある人たちの部分のそれなりに入っていたのではないかと推測されます。ただ、これは、データ上は具体的な対応関係性が明示されていない面もありますけれども、こういう状態でありまして、電話をいきなりなくしてしまうと何も通院の手段がなくなってしまうということがあると思っておりますので、4月の議論からすると、一定のコロナ対応期間に限ってはまだ電話を残す必要があるのではないかと考えています。

このように申し上げるのは、オンラインプラットフォームの代表の側からすると、オンラインプラットフォームをなるべく使ってほしいということで若干不利益になる部分はあるのですが、これよりもコロナ下で医療アクセスがきちんとできなくなるということのほうがより問題ではないかと思ひまして、このようにコメントさせていただければと思ひました次第です。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

あくまでもこの2-1の最後は現況のコロナ禍の特例措置の話で、これから先のオンライン診療の在り方に関しては改めて別に考えるべきだと考えます。

それでは、島田構成員、お願いいたします。

○島田専門委員 島田です。

事務局にお伺いしたいのが、8月26日の事務連絡で、初診から電話やオンライン診療を利用した場合は報告することとされているのですが、自由診療についても、たしか報告の対象となっていますが、これがきちんと自由診療についても報告されているかどうか、どのように把握できているかを知りたいと思っています。

また、コロナ禍での医療機関へのアクセスの難しさから、特例を今は行っていますが、自由診療などでEDなどの治療薬もこれに乗っかって、狭心症の方などにリスクがありますが、処方を行ってしまっというようなことがどの程度あるのか。情報があれば教えていただければと思います。

以上です。

○山本座長 分かりますか。

○伴主査 事務局でございます。

自由診療については、今回の報告の対象に含まれておりますので、事務局で把握している数字でございます。手元に4月から6月の部分だけございますけれども、おおむね毎月200件から300件程度の自由診療での初診の報告がございます。

○山本座長 よろしゅうございますか。

○島田専門委員 ありがとうございます。

○山本座長 それでは、黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 遅くなりまして、すみません。

質問と意見が3つほどで、一つは資料2-2です。これは大変膨大な臨床のデータを調査していただいているのですが、例えば病名の欄も「急性上気道炎」「感冒」「咽頭炎」という病名が並びます。処方も「アセトアミノフェン」、解熱剤も一般名と製品名が一緒になって、「カルボシステイン」と「ムコダイン」ですとか、何でこのようなことが起きているかという、最初の質問のときに答える側がほぼ自由記載なのです。これですと、この膨大なデータをきちんとした解析の資料とするにはなかなか難しい面がある。ですから、こういった調査を行って、これはオンライン診療の評価ですから、その目的にかなうような方法を検討したほうがよろしいと思います。

これに関連して、武藤先生が研究代表の厚労科研と一緒にやらせてもらっているのですが、病名ならば病名、処方名ならば処方名を最初から枠をつくって、答えるほうはその中で答える、こういう方法で再検討いただければと思います。

それから、大橋先生からのプレゼンで、私も一緒にやらせてもらっているのですが、オ

ンライン診療に関して先生から幾つか御教示いただきましたように、言ってみれば、少し新しいフェーズに日本で入っていて、一つは、医師側にとってオンライン診療の診断学でも言うべきことが必要になってくる。プライマリ・ケア連合学会で少し先駆けとなるような解説動画もつくらせていただきました。もう一つは、患者さん側にとっても、こういったウェブ上での医師とのコミュニケーション、これをどのように円滑に有益に行うか、言ってみれば、患者さん側のウェブリテラシー、こういったものがこれから必要になってくるかと思えます。

最後に、山口構成員から少し御指摘がありました初診の問題ですね。私はオンライン診断の初診、初診にもいろいろあるわけですが、全く医療情報のない初診をやるというのは、例外を除いては困難だと思います。ただ、その場合に、病名を限定して許可するというのは、これはまた少し違うのではないかと。つまり、僕らが診療する場合、最初から病名が分かっているということはむしろ少ないわけです。これは今日提出させていただいた参考資料とも関連するのですが、最初は感冒かどうか、でも、それは肺炎かもしれない。僕は最初に診たときから、急性上気道炎だろうけれども、肺炎かもしれない、肺がんかもしれないということは念頭に置いて診療しているわけです。ですから、オンライン診療を行う場合には、感冒であっても対面診療にいつでも移行できる、そういう体制で行う。その原則を押さえておけばよろしいのではないかと思います。

意見と質問でした。以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回の検証に関して、各医療機関で膨大なデータを実際に出していただいております、データを解析するに当たって、今回研究班にもお願いさせていただいておりますので、黒木構成員にも御尽力いただいている点に関しましては感謝申し上げます。

ただ、解析するに当たって、非常に解析しやすいデータを頂こうと思うと、回答者に相当の負担がございますので、回答者の負担、そして回収率、これを総合的に勘案して選択制ではなくて自由記載制にしたという経緯がございます。よりよい検証を行うためにどのようなデータを出していただくのかに関しましては、引き続き御意見をいただきながら再度検討していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。ありがとうございます。

○黒木構成員 ありがとうございます。

○山本座長 それでは、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。

私は規制改革推進会議の委員をやっているのですが、本業のほうでクリニックの経営支援をやっておりまして、その中で私どものクライアントで3,000件近くのオンライン診療をやっているところがあって、その中の話を伺っても、先ほど大橋委員から御説明いただいたものは非常に納得感があると感じました。

その中で特に今回強調しておきたいというのか、特に申し上げたい話としては、大橋構成員の資料の中の4ページだと思いますけれども、患者さんにとっては通院しなくてもいいという意味では非常に利便性があるというメリットがあるのですが、実際にやる側にとっては非常に手間がかかる状況があって、しかしながら、診療報酬料は全額を取れない状況があるので、今、焦点が初診をどうするかということと、電話をどうするかということに当たっては、これは非常に大事なことだと思いますけれども、その他の要件ですね。仮にせっかく恒久化したとしても、これが本当に使われないと意味がないので、診療報酬上の評価であるとか、また、対面と組み合わせるときに、現行ですと何回かオンラインをやって、何か月間に1回対面をしなくてはいけないということで、非常にストリクトに決まっているかと思うのです。こういうことも多分診療科や疾患によって相当違うので、ある程度それぞれの診療科もしくは学会、もしくは各先生方の中で考えて決めていくという形にしたほうがいいのではないかと。要するに、一律にしないほうがいいのではないかと思います。

それ以外にも、実はオンライン診療をやるときにかなりシステムコストがかかったり、特に病院などはシステムコストと個人情報保護法の関係でほぼ全然やっていなくて、こちら辺をどう手当てするのが重要なのではないかと思います。私どもの規制改革推進会議の委員に高橋政代先生という眼科のiPSで有名な先生がいらっしゃるのですが、大学病院などはデータや紹介状がある中で、ほぼ初診オンラインは可能であるとおっしゃっているのです。本当に診療科であったり、病院の種別であったり科目や疾患によって相当差があると思うので、そこら辺の自由度を任せるとということと、先ほど申し上げたような報酬やシステムのコスト等のことも含めた全体感を持って、この話を議論していきたいと思っています。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

この検討会で診療報酬の話ができないといいますか、中医協で議論する話ですので、こちらは医師法にどのように対応していくかを中心に議論をしていきたいと思っています。

今村先生、御発言でしょうか。

○今村構成員 まさしく、今、委員長にお話しいただいたとおりのことです。大石先生のおっしゃっていることは非常に大事なことだと思いますけれども、全体像として、この指針は保険診療、自由診療両方に一定のルールをかけていると。保険診療上は、医政局のこの指針は施設要件という形になっていて、別途、診療報酬の中で算定要件ということで一定のルールがまた別にかかっている。こちらについては中医協の議論になりますので、大石先生に御指摘いただいたようななどの疾病がふさわしいのかとか点数をどのように設定するのかというようなことは、中医協の議論になっております。

その中で、国の大きな方向性の中でこのオンライン診療を適切に普及していくという中で、一定程度中医協でもこの議論が今後進んでいくのだろうと思っておりますけれども、

これはオンライン診療に限らず全ての保険診療の項目は自由にできるものではなくて、ほとんどが算定要件と施設要件といういろいろなルールがかかっていて、その中で財政的な影響を見ながら、それぞれの点数をどのようにするかという設定がされているということですので、保険診療のルールというものを規制と考えるかどうかはなかなか難しいとは思いますが、粛々とオンライン診療が適切に拡大するような議論を、医政局のこの指針の会でもそうですし、中医協でもやっていけばいいのではないかと考えております。

老婆心ながら、付け加えさせていただきました。

○大石構成員 ちょっとだけ補足でいいですか。すみません。ここが中医協の場でないことを私も理解していて、ここで保険診療を具体的にどう決めるのかということについて議論する場ではないとは思っているのですが、これが一つオンライン診療を進めていくために大きな課題であることと、方向性としてこのようなことを検討しなくてはならないということとをきちんと登録し、具体的な議論は次の場に移していくということではないかと考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員

アメリカで問題になっているのは、今、患者側の格差もしくはリテラシーの問題で、高齢者の中にはオンライン診療のアプリなどのプラットフォームをインストールできない、できてもかなりスムーズに行かない人がおり、結局電話診療に切り替えざるを得ない場合があります。これにより格差が広がってしまうのではないかとということが問題視されているのです。実際に資料2-2の10ページでも、60歳以上の高齢者は電話・オンライン診療ともに非常に少ないことが分かっている。実際にはかなり若い若年層の人がオンラインに切り替えて医療へのアクセスを新たに得ている状況だと思います。

アメリカでは、もともとはHIPAAという法律にのっとった、要はセキュリティー要件の高いプラットフォームでないとオンライン診療をしてはいけないのですが、今、コロナ禍の段階においてはこの制限を緩めていて、スカイプやフェイスタイムでもいいということになっています。いずれにしても、これはどういった患者さんの利益になっているのか、または健康格差やアクセスの格差につながっていないかどうか。日本の場合、最も医療アクセスが必要なのは高齢者だと思いますので、高齢者が本当にこの利益を得られているのかは、引き続き検証していく必要があるのではないかと考えております。

以上になります。

○山本座長 どうもありがとうございます。

多くの御意見、ありがとうございました。今日いただいた意見も踏まえて、これから先のオンライン診療の在り方についての検討を深めていければと思います。

資料2-1の最後の今回のコロナ禍における特例措置ですね。これは明らかにまだ収ま

ってはいないわけですし、どちらかというとも微増の状態にありますので、もう3か月間引き続き検討するというにしたいと思えますけれども、その点はいかがでしょうか。これは恒久化とは全く別に、今回のコロナ禍の処置としてということでございます。

○金丸構成員 金丸です。賛成です。

○山本座長 どうぞ。

○高林専門委員 高林です。

ぜひそれは延長していただきたいと思えますし、今後問題になるのは、インフルエンザとの鑑別が常に関わってきて、発熱患者は当然この時期は増えますし、海外ではそうなっているわけですが、その中で、さっき大橋構成員もそれに近いことをおっしゃったのですが、私はもっと積極的にオンライン診療を、初診の特に発熱でインフルなのかコロナなのか分からない人たちの振り分けとして使うには非常に有効だと思っています。

というのは、先ほどから患者側の立場で感染を防ぎたいということは言っておりますけれども、医療者側からしてもこれは非常に大きな要件でありまして、常に私も発熱患者を診ながら、一人一人に気を遣いながら、非常に時間をかけて診ております。これが実際に問診だけで十分仕分けがつかるところが結構あるわけでありまして、これを先にまずオンラインでできますと、患者さんにとっても利便性は上がりますし、我々にとっても効率が非常に高くなる。これからの時期においては、うまくオンライン診療を活用するというのは重要な案件だと思っています。

○山本座長 どうぞ、山口構成員。

○山口構成員 今の高林構成員のお話で、事務局に確認をしたいのですが、確かにそうやって受診勧奨したり、振り分けをするということは、オンラインでも私も有効だと思うのですが、これはオンライン診療というカテゴリーの中に入るのでしょうか。そもそもこの指針をつくったときに、相談、受診勧奨、診療ということは明確に分けて考えてきたと思うのですが、その辺り、明確化していただけますでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

当初、この指針の中で遠隔健康医療相談と、オンライン受診勧奨と、オンライン診療と分けて定めてまいりました。今、高林専門委員から御発言いただいた内容だけで御判断させていただきますと、振り分けというものは何を指すかということですが、どのタイミングで受診して、どのタイミングでどこに受診するかをお伝えすることだけを目的としてオンラインでコミュニケーションを取った場合に関しては、いわゆるガイドライン上ではオンライン受診勧奨というところに入るかと思っています。

明確にオンライン受診勧奨と診療と違うというものに関しましては、処方するかどうか線引きの要素になりますので、あらかじめ受診のタイミング、場所だけをお伝えするというで行うものに関しましては、受診勧奨と位置づけられるのかなと思っています。ただ、実際に実態としては、今、診療としてされていることが多いことは承知しているところでございますけれども、指針上においてはそのように区別されるということかと思



ます。

○高林専門委員 確かに選別は非常に難しく、話の内容の中で受診勧奨になるもの、受診勧奨として始めるのですけれども、実際には診療になってしまうものも出てくると思われれます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、特段御反対もなかったということで、今回のコロナ禍の特例措置に関しては延長ということで。

権丈先生、どうぞ。

○権丈構成員 先ほどのお話に関係していくことになるわけですが、私はこのパンデミックの下でみんながスキルアップして、この便利な流れはずっと進んでいくのだろうと思っております。そこで、大橋先生の話に付け加えさせていただくのですが、スライド4で「第4の診療形態となるために」というところがありました。ここで2つほど付け加えさせていただきますと、「かかりつけ医がかかりつけ患者を診ていくには最適なツール」と考えられるということで、かかりつけ医がオンラインツールを使っていくというのは、このオンライン診療で考えられる問題、予測されるいろいろなことは、相当ここで解決できるのだと思います。解決できるのですけれども、かかりつけ医というものの定義は結構難しい話になるかということがあります。ここの意味でのかかりつけ医とあそこの意味でのかかりつけ医というものがいろいろと変わってきますと、年金の支給開始年齢と同じように、意味が違うと大混乱を起こしますので、この辺りはしっかりと意味をつけていくといえますか、みんなで共有していく必要があるのかと思っております。

それと、大橋先生のスライド4最後のところで「オンライン診療を行わない施設が淘汰されるようなことは避けるべき」というのは極めて重要なところでありまして、今、この国全体で地域包括ケアやACP、人生会議の普及などを展開しているわけですが、医師、患者、そして、提供者同士の顔の見える関係を提供体制を目指して進めているわけですが、ここで地方の医療機関などがオンライン診療を行わない施設となって淘汰されるようなことがあっては、方向性が変わってくるかなと。この方向性とうまく調和の取れたオンライン診療という形を利用していき、便利なツールを利用していきということはどのように考えていけばいいかを、私は私なりに考えていきたいと思っております。

もう一回言いますと、かかりつけ医の新たな診療形態という位置づけが、オンライン診療で予測されるような問題を解決してくれるわけなのだけれども、かかりつけ医というのは一体どのように定義していけばいいかということ。そして、オンライン診療が普及することによって、地方の医療施設、医療提供体制が貧弱なところの施設が淘汰されていって、地域で治し支える医療を目指しているものに逆行するようなことがないようにするにはどうすればいいかを考えていきたいと思っております。

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、ここのセクションに関しましては、コロナ禍に関する特例措置というのは当面延長することにさせていただきたいと思えます。

それでは、次の議題に参ります。

資料3の「検証を踏まえた今後のオンライン診療について」、また、参考資料7を黒木構成員から説明をお願いしたいと思います。

それでは、まず事務局からお願いをいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

それでは、資料3を御覧ください。

まず、2ページ目になります。オンライン診療についての各種閣議決定における記載ということで、時限的・特例措置が開始した4月以降、各種閣議決定におきましてもこういったオンライン診療について触れられておりますので、まず、その点を御紹介させていただきたいと思えます。

上のほうにございますのが、いわゆる骨太でございますが、この第3章の4. にございますとおり、オンライン診療等の時限的措置の効果や課題等の検証について、受診者を含めた関係者の意見を聞きエビデンスを見える化しつつ、実際の実施の際の適切なルールを検討するということと、そして、成長戦略のフォローアップにおきましても同様に時限的措置の検証を行い、その結果に基づきオンライン診療の適切な実施に向けたガイドラインを定期的に見直すということで、この時限的措置の実施状況、検証結果を踏まえて、今後のルールを検討しようという方向性が打ち出されております。

続きまして、3ページ目を御覧いただけますでしょうか。オンライン診療に関する発言ということで、1つ目にございますのが、9月のデジタル改革関係閣僚会合での総理発言で、オンライン診療やデジタル教育などの規制緩和を行うなど、国民が当たり前で望んでいるサービスを実現し、デジタル化の利便性を実感できる社会をつくっていききたいということと、2つ目、こちらは厚労大臣の発言でございますが、下線部にございますとおり、安全性と信頼性をベースに、初診も含めオンライン診療は原則解禁すること、そして、オンライン診療は電話ではなく映像があることを原則とするというようなことが発言の中に含まれております。

最後にございます10月14日の共同会見におきましても、安全性や信頼性をどのように担保していくのか、最後にございます、安心して利用者の方々がオンライン診療を受けていただけるよう、そのような環境をつくって恒久化していききたいということで発言がございました。

こうした発言も踏まえて、今回、先ほど資料1でも御説明させていただきました考え方の変更をこのようにお示しさせていただいたところでございます。こういった観点で今後議論を進めていただきたいと思いますと思っておりますけれども、特に大臣より安全性と信頼性というキーワードを発信されておりますので、そういった観点で今回資料はまとめさせていただいております。

5 ページ目を御覧いただけますでしょうか。こちら、安全性と信頼性に関しまして、既に多方面から意見をいただいておりますので、事務局の案として課題等を整理させていただいております。

「安全性」の課題ということで、初診に関するもの、再診以降に関するもの、共通するものということでお示ししております。初診に関するものは、2つ目の対面診療が必要な症状があることや、既に多くの御議論をいただいておりますけれども、5つ目に関しましては、電話の場合は特に情報量が少なくなるのでリスクが増加すること、これは先ほど山口構成員からも御発言いただいていた内容でございます。

再診以降に関するものということで、オンライン診療は継続的に再診以降も使われた場合におきましては、重大な疾患、先ほど黒木構成員からも御発言いただきましたけれども、肺がんといった疾患を見落とし続ける可能性に関しても指摘されているところでございます。

共通するものとして、これは少しレベル感が違うものではございますけれども、オンライン診療に関する診断、治療を学ぶ機会が少ないということに関して指摘されているところでございますけれども、先ほどもございましたとおり、大橋構成員から諸外国では様々なそういった研修、学習ツールがあることも紹介いただいておりますので、そういった点に関しましては今後御議論いただければと思っております。

6 ページ目、こちらは「信頼性」の課題ということで、これまでも既に御議論いただいておりますけれども、初診に関しましては1つ目のポツ、電話のみで映像がない場合に関しては本人確認ができないだろうということ、2つ目に関しましては、初対面の医師に関して対面診療に呼ばれるよりも、顔見知りの医師や受診しやすい医療機関に呼ばれるほうが受診しやすく、安全な医療にもつながること。これは当然初診でオンライン診療を行ったときに対面診療が必要になる場合において、こうした点に関して非常に重要なのではないかと御意見もいただいております。

ほか、共通するものの中で、訴訟のトラブルだとか、対面診療ではなくてオンライン診療を行ったこと自体が問題視されるのではないかと、あるいは、最後でございますが、デジタル化の進展の中で医師の資格確認や患者本人の確認というものをより確実に行うことが今後可能になるので、そういったものを取り入れるべきではないかと御意見も多数いただいております。

こうした観点で、今後幅広くこの指針の中で初診も含めて位置づけるに当たって、多くの課題等がございますけれども、こういった課題解決方法があるのか、非常に前向きな御議論をいただいた後に、今後の方向性をさらに深めていきたいと考えております。安全性や信頼性に限らず、多くの幅広い御意見を今回はいただければと考えております。

説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、黒木構成員からお話をお願いいたします。

○黒木構成員 黒木でございます。

今、少し御紹介いただきましたように、この疾患ごとの初診オンライン診療の課題として、発熱と咳嗽の患者さんを例に取りまして、A、B、C、D、4つのカテゴリーに分けて、対面診療との対比、オンライン診療の親和性を簡単にまとめてみました。Aが急性上気道炎や、いわゆる感冒、比較的軽度な疾患です。Bはインフルエンザ、マイコプラズマ、溶連菌など、咽頭所見が必要ですか、検査が必要になることもあると。Cがぜんそくの発作とか一部の肺炎など、より処置が必要になる。Dは結核や肺がんと、さらに詳しい精査が必要になる、あるいは入院が必要になる、こういう疾患にまず分けてみました。

そして、それぞれに関して、オンライン診療との親和性と対面診療との比較、これを考えてみました。こうして表にしてみると疾患ごとに分けているかのように見えがちなのですが、この分け方の前提は、あくまでも例えばカテゴリーAである、Bであるというのは、言ってみれば後ろ向きなわけで、最初、急性上気道炎だと考えて診察に当たっても結果として肺炎かもしれない、肺がんかもしれない。ですから、臨床の医師は常に急性上気道炎という症状の患者さんを診る場合にも、肺炎、肺がんも鑑別診断には入っている。こういうことは前提です。

もう一つは、カテゴリーAであっても常に対面診療に移行できる体制を確保しておく、これも前提です。それを前提として、まず暫定的かもしれませんが、発熱と咳嗽の患者さんを例にとってカテゴライズした上で、初診オンライン診療に関しての提案をさせていただきました。この場合の初診というのは、当初、事務局で提案したようないろいろなケースがあります。それを全部含めております。

簡単ですが、私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局の資料3の説明と黒木構成員のお話に対して、御意見、御質問がありましたら、よろしく願いいたします。

山口構成員。

○山口構成員 ありがとうございます。山口です。

資料3についてですけれども、安全性・信頼性をベースにして担保するという言葉が、私は非常に重要ではないかと思っています。初診でオンラインで診ることができるというのは、過去に情報があつたり、現在診ている方であつて、面識のない新患と呼ばれる人たちに対しての診断、処方までするということについては、かなり慎重にしていかないと、いろいろと問題が出てくるのではないかと懸念します。例えば見落とし、誤診のリスクもございます。東日本大震災のときに、想定外の地震と言われてもその責任をかなり強く問われました。そんな時代にあつて、リスクが完全に想定できているにもかかわらず、それも大きく認めてしまうということには非常に怖さを感じますので、検査しないと診断が不可能なものもあるので、今回資料で出ていますけれども、諸外国でも面識のない患者については不可としているところが比較的多いというのは、そういうことを表しているのでは

ないかと思えます。

先ほど、黒木構成員から御指摘があつて、初診が可能な場合は病名を限定してということが不可能だということは先ほどの御説明で分かりましたので、考え直したいと思えます。ただ、この面識のない初診も含めて恒久化すべきだという推進されている方の議論を拝見していますと、これは何かあったときは自己責任だということを見たことがあります。もし初診からオンラインで、面識がなくてもオンラインでお願いしますというときに、何か起きたときに本当に自己責任なのか、そういったことについて国民がそれを受け入れて、きちんと理解をした上で、それでもなおということになるのか、その辺りは患者に対しての説明の在り方や、あらかじめリスクなどもきちんと共有した上で始めていかないといけないと思えますので、まずは慎重に安全性・信頼性を担保するということを大事にしたいと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から補足が。

○加藤医師養成等企画調整室長 既に山口構成員に触れていただきましたけれども、今回参考資料8として「オンライン診療初診に係る各国比較表」ということで、これは未定稿でございますけれども、研究班にまとめていただいたものに少し事務局でも情報を追加してお出ししております。これはもともと研究班で、特に米国、英国、豪州に関しましては、実際に研究者の方に御訪問いただいて現場を視察していただいております。そのときの情報に基づいてこのようにまとめていただいておりますのと、その後、COVID-19が流行してどのように対応されているのかという情報を取っていただいて、このようにまとめております。

ただ、情報も一部限られているところはございますので、未定稿とさせていただきますながら、今回の議論に供するようにお出しさせていただきましたので、こちらも御活用いただければと思えます。

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、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今回から参加させていただいております、認定NPO法人マギーズ東京の鈴木と申します。

私自身ががんを経験していて、私たちのセンターではがん患者さんや御家族など、がんに影響を受けた全ての人を、医療者が無料で相談に乗るというセンターを運営しております。

私個人としては、オンライン診療については基本的には前向きで、病院に行って長時間待つ必要もなく、遠方で医療機関に通うのが難しかったり、仕事でなかなか行けないという場合にはとても便利で、先ほども出ていたように、ふだん受診しない人にとっても医療が近く気軽にアクセスしやすくなるメリットは本当にあると思っております。

一方で、資料3の中でも、大臣の言葉で安全性と信頼性という言葉が何度もキーワードで出てきていましたが、医療の安全性・信頼性、質の担保という点で、2つの方面から気になっている課題があるので、その点を共有させていただきたいと思います。

一つは、何度も出ていますが、遠隔だからこそその診断の難しさがあると思います。対面でも診断や診察が難しい病気はたくさんあるのに、遠隔になったらなおさら重大な病気を見落としてしまったり、発見が遅れたり、病状が悪化してしまうことが懸念されると思います。大橋先生も全くの初診患者の診察は怖いとおっしゃっていましたが、患者としても怖いと思います。ですから、再診の際などにうまく使っていただければいいのではないかと思います。

もう一つは、これまで出ていない観点かもしれませんが、悪質な医療が横行するのではないかと懸念しております。インターネット上の医療や医療機関に関する情報は今でも玉石混交で、怪しい自費診療を提供する医療機関が、SEO対策などで検索すると上位に出てきてしまったりしているのです。私たちに相談にいらっしゃる方の中にも、医療とも言えないような医療に高額を払って受けたものの、悪化して取り返しがつかなくなってしまったという方が頻繁にいらっしゃって、これが対面でも難しいという中で、オンライン診療となるとさらにやりたい放題にできてしまって、患者側としてもかなりのリテラシーがないと、どこの医療機関にかかっているのか見分けもとても難しく、トラブルは増えるのではないかと懸念しております。ですから、難しいとは思いますが、例えばオンライン診療が提供する医療の質を外部から評価するような仕組みをつくるのか、まずは標準治療を提供するところのみオーケーとするのか、大橋先生がおっしゃっていたようにオンライン診療の禁忌を明確にするといった一定の質を担保して、患者が安心して受診できる仕組みが必要だと思います。

それから、最後の黒木先生のおっしゃっていた疾患ごとのカテゴリー分けをして考えていくというのは、とても分かりやすいのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員 アメリカでは4月の段階で全受診の69%がオンライン及び遠隔診療になっていたのですが、7月の段階でこの割合が21%まで下がってきているという報告があります。一過性にコロナに対する恐怖で遠隔診療が増えたのですけれども、患者さん自身が実際に診てもらいたいとか、医療者が実際に診察したほうが正しい診断ができるということに戻ってきているということだと思います。感染がこれだけ拡大しているアメリカでこの状況ですので、日本も似たようなパターンになるのではないかと考えております。

全体に関して2点コメントがあります。山口構成員も鈴木構成員もおっしゃっていたように、例えばクリニックで、営利目的でオンライン診療のみなど、オンライン診療を主にやっているクリニックみたいなところは、制度をゲーミングして日本中で患者を集めると

か、それによって質の低下が起こることを危惧されているのだと思います。そういった意味で医療提供者側の質の担保、モニタリングは必要だと考えております。

ただ、もともとの遠隔診療の目的自体は、地域の医療へのアクセスの格差の改善がそもそも重要視されていた目的です。これは2010年の世界保健機構の定義自体も、それが含まれていなければ遠隔診療と呼ばないというぐらい根本的な条件です。これと、あまり遠くで受けてもらおうと実際に診察が必要になった、検査が必要になった、手術が必要になったときに受診してもらえないということが、矛盾してしまうという難しい問題はあります。よって地域格差という問題から言えば、もちろん僻地や非常に距離があつて病院がないところが、例えば何キロメートルとしゃくし定規に距離で決めるのではないと考えます。そうではなく、近くの病院をスキップして遠くの病院にかかるとか、そういったパターンが増えてしまうと、患者さん自身が受ける医療の質が下がるので、そういった受療パターンがないようにきちんと患者さんの動線を管理するような施策を同時に導入する必要があると思います。

もう一点、ベンダーに関して2点コメントがあります。1点目はコストの問題です。いわゆるオンライン診療を提供している企業があるのですが、実際にこういったものを導入したら必ず何らかのコストが医療機関に発生しています。このコストは必ず患者負担、保険料、税金で全てが賄われます。それは医療機関が全て吸収して終わるという話ではなくて、何らかの形で転嫁されますので、それだけ国民にコストがかかっているということを理解しなければいけません。そうであれば、コストが高くなり過ぎないように何らかの形で管轄省庁がモニターをして、状況を確認しておく必要があると考えます。

2点目はセキュリティーの問題です。アメリカの場合は先ほどお話ししたHIPAAという個人情報保護法のような法律を遵守したセキュリティー要件のプラットフォームでないと提供できないのです。日本では個人の確認とかIDの確認とか、そういう話は出てくるのですが、実際にネットワーク、プラットフォームはどれぐらいセキュリティーが厳しくなっているか、その要件があまり詳しく設定されていないように思われます。そういった意味でも、国がベンダー側がちゃんとセキュリティー要件を達成できているかをモニターしないと、恐らくベンダー側に何らかの問題が起きた場合、医療機関が罰せられてしまうのではないかとでしょうか。例えば患者の情報が流出してしまうとか、患者さんの病気に関する情報が何らか漏えいしてしまうとなったときに誰が責任を持つのか明確ではありません。そういった意味でも、こういったオンライン診療を広げていく上で、全体の市場自体のマネジメント、レギュレーションを、国を中心に考えていって全体像をデザインしないと、いろいろなところで予想されていないデメリット、問題が起きてくる可能性があると考えております。

以上になります。

○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。いいですか。

高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。

私からは2点ありまして、一つが、先ほど津川構成員が言われた高齢者の対策を考えなければいけないと思っています。これは医療と関係なしに、スマホを安全に使いましょうというのは経産省系のIPAのところでやっているのですけれども、正直、高齢者の方はスマホを使いこなすのはほぼ不可能に近いぐらいもたもたされながら、それでも何とか使おうとされています。そういう状態の方でもオンラインの診療を受けられるようにしていかなければならないということを考えますと、今後の課題だと思うのですけれども、今回のコロナ禍、それから、これからインフルが増えてくると考えると、総務省さんや経産省さんとタッグを組んで、オンライン診療の受け方をテレビか何かでも構わないので、広く高齢者に理解していただくような広報をやっていかなければまずいだろうと考えました。

もう一点、私はもともと本業はセキュリティーで入っているので、セキュリティーの観点から、津川先生の言われたことに全く同意なのですけれども、オンライン診療に関して、何年前にこれは駄目、あれは駄目という基準は大ざっぱには決めたのですが、HIPPAから見ると、細かいところまでは詰め切れていないと思っています。ですから、そこはぜひとも、急ごしらえにはなると思うのですが、詰めていっていただきたいと考えています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

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。

今回、これからの議論は特例措置の終わった後の、コロナが一定程度収束後のオンライン診療の在り方を議論するということだと思いますけれども、その際に参考になるのが、この特例措置を決めるときに、初診というのはどういう条件を考えたらいいのかということで4つ挙げられていたわけですね。既にかかっている患者さんで新しい症状が起こったとき、それから、過去にその医療機関を受診したことがあって一定程度情報があるとき、他の先生から紹介を受けてきちんとした情報が把握できるときと、それから、全く初めて診る患者さん、いわゆる新患という方、この4つです。当初は最初に申し上げた3つで、それにこのコロナが大流行している中で、まるっきり初めての患者さんでも診療を受けるということが重要であろうということで、この4つ目のまるっきり初めての患者さんでも診療を受けることが重要であろうということで、この4つ目のまるっきり初めての新患が加わったという経緯があります。今後、コロナが終息した後は、先ほど田村大臣からの発言にもあったように、やはり安全性・信頼性ということを考えるのであれば、先の3つが条件で初診を診ていくことが望ましいのではないかと考えています。

先ほど、事務局から参考資料8が出されて、改めてこれをつらつら眺めてみると、諸外国、いわゆる日本よりも先に進んでいるようなオンライン診療の国でもほとんどが、初診可になっているところでも以前診たことがある患者さんだとか、あるいはかかりつけ医に



限定するとか、専門医はかかりつけ医の紹介があれば初診でもいいとか、一定程度の我々が考えてきたルールにかなり近いもので実施されておりますし、距離要件であるとか、一定程度の対面診療と組み合わせるといことも皆さんやっておられるということで、日本のルールが世界の常識から逸脱しているということはないのだらうと思っています。問題は、若い方たちのいわゆる今まであまりお医者さんにもかからない健康な方たちが、熱が出たときにどうするのだという、こういう問題は当然起こってくる。当然高齢者の方たちへの配慮も必要ですけれども、若い方たちへの配慮も一定程度しなければいけないと思っています。

今、患者さんが、コロナが徐々に拡大している中でもかなり戻ってはきているのですけれども、何が起きているのかというと、インフルエンザの予防接種を物すごい数、例年の本当に10倍ぐらいの患者さんが受けに来られているわけです。今後コロナのワクチンができると、日本はほとんど全ての国民がこのワクチンを受けることができるぐらいの数を海外の医薬品メーカーと契約しているという状況の中で、若い方たちもそういったワクチン等を打っていただくということが、これはある程度ワクチンの安全性・有効性が分かってくれば、そのように実施していただく機会ができるわけです。当然、そのときにはオンラインでワクチンを打つなどということはできないので、若い方たちも一度は医療機関に行って、そういったワクチン接種をしていただく。そういうことをきっかけにして、できるだけ全てのいわゆる患者さんたち、国民がかかる医師を持っていただくことが必要なのではないかと思っています。

かかりつけ医という定義については、先ほど権丈先生からもお話があって、これは実は社会保障国民会議で権丈先生が報告書の中に「かかりつけ医」ということを書かれた。このことによって公の文書の中にかかりつけ医ということが非常にオーソライズされて出てきていますけれども、もともとかかりつけ医という言葉は患者さん起点であって、患者さんがかかりつけている医師という意味であって、医療提供者側の概念ではない。患者さんが今までかかったことがあるところに行くということがかかりつけ医という意味だと私は思っていますので、できるだけ若い方たちも、そういう自分が信頼できるお医者さんを持っていただいて、そして、上手にオンライン診療を活用していただく。そのときのルールとして、先ほど申し上げた4つの中の3つの少なくとも情報がある程度医師が把握できる中で、医師の判断でどのような疾病にこの初診からオンライン診療ができるかを考えていただければいいのではないかと思っています。

以上です。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

袴田構成員、お願いいたします。

○袴田専門委員 ありがとうございます。弘前の袴田です。

私は地方で地域医療を担当している立場からの意見を申し上げたいと思います。私も安全性と信頼性をベースにして初診、そして、再診も含めて、このオンライン診療を拡大さ

せることについては基本的な考え方として賛成です。その意味で、DtoPwithDですとか、DtoPwithNという診療形態について、もう少し拡充してもいいのではないかと考えております。いわゆる面識があるなしということが安全・信頼性の担保になるかと思いますが、これについては担保できる診療形態だと思っておりますが、現在は特定の希少疾患だけに限られております。それから、隣り合う2次医療圏程度ということであるのですけれども、実際には今回コロナ禍で御覧になったように、地方に行けば行くほど大学病院といった大きな医療機関が地域の医療機関を支えています。これが移動ができなくなって支えられないということがあったときに、大量の人を動員するようなことができるのは、こういったDtoPwithDといった診療形態ではないかと思っております。ぜひ一般的なもっとコモディティーズまで含めて、面識がある限りは支援できるようなこともお考えになってもよろしいのではないかと思います。以前、てんかんのことで東北大学の先生の例がこの委員会でも議論されたと思いますが、それをもう少し広げてあげることによって、地域に質の高い医療が広がるのではないかと考えております。

もう一つ、例えば地方で高齢者がなかなかオンラインにアクセスできない。ただ、病院までは行けるのですね。だから、病院に行った方を周りから支援するという形も広がってまいりますし、安全性と信頼性を担保できる形の、そして、日本全体にある地方の大学がこれにコミットできるような、もう少し緩やかな形で拡大されるのも一案ではないかと考えております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

大橋構成員、お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私のほうでは、ベンダーの問題で一つコメントさせていただければと思います。私自身は、実は悩んだ末にいまだにベンダーとは契約していないで、特例的措置ということで手づくりのやり方をやっているといったところです。と申しますのも、やはりベンダーによってかなりその患者さん側の享受するメリットが違ったり、またデメリット、負担が違ったり、医療機関側の負担の違いがあったりとか、信頼性の違いもあるといったところがございます。ですから、ともすると安全性や信頼性というところが、ベンダーの要因が大きくなってしまふ懸念がないのかなというのは、ちょっと不安に思っております。実際にアプリを見てみますと、先ほどもありましたが、アプリの中で契約している医療機関を選んで受診をしていくという流れになると、そこによって患者さんが信頼できるかかりつけ医を選んでいるのか、それともベンダーでもって医師を選んでいるのかという視点も出てくるかと思っておりますので、それについては今後御議論いただければと思います。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員、お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私も何点かコメントさせていただきます。一つは全体の検討する中でということなのですけれども、対面とオンラインとで、一回の診察という点で比較するということだと、どうしても対面よりも情報が少ないという話だけになりがちかと思っております。しかし、例えば血圧手帳やPHRの情報など、こういうものを見ながらですと対面よりも情報が増えることもあります。また、チャットなどもフォローアップについては使うべきではないかというのは平常の指針にも入れて頂いておりましたが、服薬指導の場合ですと薬機法改正で薬剤師のフォローアップというものが入っていて、フォローの重要性はあると思われまます。こういった点だけではなくて、PHRですとか、リコメンド、フォローアップみたいなものも含めて考えていくことは重要ではないかと思えます。だからといっていきなりこういうルールをつくるというところまではということかもしれませんけれども、そういう視点を見ていくことによって、全体として医療、健康にとってプラスになるような枠組みができるのではないかと思っております。

全体の最大の課題というのは、診療報酬、再診の場合のというのはあるのですけれども、これは検討会の範囲外なのでここでは述べずに、指針の中内容について述べます。特に初診については、海外の資料も頂いておりますけれども、情報を持っているということについて一つ重要だということは、これはある程度証拠もあるといえますか、実際に海外の例があることでもあると思えます。これとプラスして、コロナ禍においては事前に病院が患者さんの情報を持っていない場合について実際にどうなったのかということは多数例が出てきていますので、その実施状況を、そのためにデータを取っていただいていると思っておりますので、それを分析して検討していただくことが大事かと思っております。

通院の範囲が3点目としてあると思えます。これも例えば専門医の方などを受診するために遠くからかかれるというのは対面の場合でもあるかと思えますし、オンラインでもそういう需要もありますので、地理的な要件を明確に切ってしまうなど、利用できる医療機関が限定されるとなかなか利用が難しくなってしまうケースもあると思えますので、そういう点も考慮して御検討いただければと思っております。

最後に、システムベンダーの点についてコメントを、津川先生や他の先生方から何点か御意見をいただいていたと思っております。この点については特にシステムのセキュリティー対応を強めていくということも重要と思っております。これは前身の最初に指針をつくる時の検討会から2回ぐらい大きい書換えをしてきていると思っておりますけれども、継続的にシステムのセキュリティーの要件は見直していくというか、レベルを上げていくことが大事だと思います。こういった機会にまたしっかり見直して、今の時代はやっていくべきではないか、こういう問題が起きているので対策するべきではないかというのは、ほかの分野の状況も見つつ議論をしていくというのがセキュリティーについては重要だと思いますし、そこについては検討して向上していく必要があると思っております。

その際に、実際にはオンライン診療の中で汎用のソフトウェアを使ってもいます。つま

り、汎用のSNSツールも使っていい場合も決めているということもありますので、これと専用のプラットフォームの場合、専用のプラットフォームの場合のほうが若干要件を加重していると理解していますが、これをどのように全体として整理していくかを見ながら議論してまとめていく必要があるかと思っています。

長くなりましたが、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

津川構成員、お願いします。

○津川構成員 参考資料8ですが、日本も他の国も、コロナ後にコロナ前の状況には恐らく戻らないと考えられます。コロナをきっかけに、それこそライフスタイルが変わってしまったのと同じように、医療のかかり方も変わるので、ぜひ事務局の側で、コロナ禍でどうなるのかということの予測も含めて、もう少しこの情報をアップデートしていただくのがよいと思います。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 先ほど、今村先生から御紹介があったわけですがけれども、確かに2013年の8月6日にまとめた社会保障国民会議の報告書の中に「かかりつけ医」という言葉を初めて公の文書として書かせていただきました。その1回目に登場してくるかかりつけ医というところはカッコ付きで（診療所の医師）と書いているのですね。それまでかかりつけ医というのは、大学を含めていろいろなところの人たちを言う、そして、あるときにはお中元、お歳暮を渡している人たちだとか、いろいろな定義があったのですがけれども、政策上どうもそれは使うことができないということで、診療所の医師と書かせていただいた。その後、ずっと数年間みんなで議論していく上で、言葉としては悪いのですがけれども、地方で民間中小がほぼ独占という形でいろいろな形で全部担当して、うまく医療と介護を一体的にやっているところもあるので、民間中小まで含めた形でのかかりつけ医があっているのではないかとこのところで、ほぼ今、その辺りで議論されているのかなという気もしております。

そして、2013年の8月6日に国民会議の報告書を出して、その2日後の8日に日本医師会と四病院団体の協議会が、医療提供体制の在り方を発表し、そこに「かかりつけ医機能」というものがありまして、在宅医療を推進する人たちであって、24時間対応できて、地域の医師、医療機関等と必要な情報をお互いに共有して、夜間や休日の対応をできることをかかりつけ医機能と言うという文言があるわけです。私はこういうかかりつけ医機能を持っている人たちがオンラインというものを第4の診療手段として利用していくということであれば、いろいろなところで言われている問題はほぼ解決してしまうのではないかとこのところでもありますし、いわゆる新患ということもあり得ない状況になってまいりますので、その方向で考えていくこともあるかと思っています。政策上、かかりつけ医という形で議論を

していくとなってくると、これはなかなか難しいけれども、国民会議の報告書は診療所の医師、つまり、地域医療の在宅医療を推進してってくれる人たちという意味であそこで使わせていただいて、それがしばらくいろいろな議論の中で、少し地域全体を見ていく大きな中小の病院も含めてというところまで、今、政策用語として使われているところまで来ているかなというのが、私の実感であります。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

金丸構成員、お願いします。

○金丸構成員 ありがとうございます。

いろいろ議論をお伺いして感じてことを申し上げたいと思います。この会議でもずっと申し上げてまいりましたが、私どもの会社は比較的平均年齢が若くて、ほとんどの人はいつも元気で、先ほど、今村先生がかかりつけ医という言葉は患者のためのかかりつけ医だとおっしゃったのですけれども、当社の社員でかかりつけ医という言葉をよく知っている人の数のほうがまず少ないです。というのは、日頃そんなに病院に行っていないからです。

本質的な問題は、私は資料2-2の2ページのグラフにあるとおり、患者から見ると、全医療機関のうち15%の医療機関の方々が電話やオンライン診療を実施できる体制があると言っているというこの環境下ですから、選択肢は、何か事があったときにオンラインで受診しようと思ってもその医療機関を探すのが困難だということと、もしかかりつけ医がいても、そのクリニックなりお医者さんがオンライン医療を提供しているとは必ずしも限りません。今始まったばかりで、これから安全性や信頼性に担保しながら健全なオンライン診療を提供してくれる医療機関が増えていって、せめてこのグラフの半分ぐらいになっていけば、医療従事者側の考えと患者さんのニーズがよりマッチングしやすくなるのではないかと思っています。

先ほど、コロナが終わった後といいますか、戻る戻らないという話があったのですけれども、私は大きく変わらと思っています。私どもの会社はもう既にオフィスを半分ぐらいにしようという方針を掲げています。今回のコロナ禍で、私は企業の経営者であり、健保組合の理事長も行っているのですけれども、例えば、従業員の男性は会社の近くにあるクリニックにたまに行く人もいます。でも、御家族は住まいの近くのクリニックに行く。でも、コロナ禍ではファミリーとして住居でテレワークをしていますから、そうすると、今回のリスクというのは、ファミリー単位で捉えなければいけないし、私は企業の経営者なので、医療費を見ていても、ファミリー単位で捉えるべきだということを学習したわけです。私どもの会社は、そういう意味では、この2-2のグラフを見てどう思ったかということ、かかりつけ医の先生、オンラインかかりつけ医というのですか、信頼できるドクターでオンラインを提供してくれるという人たちを探さなければいけないと思いました。これは今村先生にお願いですけれども、今回のオンライン医療を使って、不届きなお医者さんが出る

ぐらいだったら、医師会が中心になって医師会推奨のオンラインドクターをぜひ、あるいは厚労省もバックアップしてもらって、そういう方々を推薦していただければ、患者側の選択肢は増えるのではないかと思います。

今日、いろいろなリスクについて御指摘いただいたものについても、基本的にはここで引き返すのではなくてこれを乗り越えていく。乗り越えられないものと乗り越えられるものを今後議論していくべき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。

引き続き、鈴木構成員、お願いをいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

資料8の各国比較表の英国のところで、オンライン診療の診察申込み時に患者が入力した情報を基に、AIや医療スタッフがトリアージで対象患者を選別とあるのですけれども、御質問で、これはどういったものか詳しく分かる方がいましたら教えていただけますでしょうか。これが本当にできるのだったら検討の価値があるかと思ひまして、また、各国のうまくいっているシステムがあったら、それをうまく取り入れられたらいいのではないかと思います。

また、先ほど少し出ていましたが、私自身、もともとテレビの報道記者だったこともあり、高齢者を含めて国民に広く広報していくことは本当に大事だと思います。また、今も私たちのセンターは対面で来られない人のためにオンラインの相談であったり、電話の相談であったり、受けていますけれども、高齢者の方を中心に、かなりズーム等の使い方の練習の機会をたくさん設けて、それでもできない人もたくさんいるのですけれども、そういった国民的な練習の機会を設けるであったり、そういうことも考えていくことが求められているのではないかと思います。

以上2点です。

○山本座長 ありがとうございます。

お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

こちら、英国のAIのトリアージシステムはeConsultというシステムが全国的に英国内で取り入れられておりまして、AIによるトリアージですので、患者さんがオンライン上で症状を入力すると追加的に質問が飛んできて、例えば胸痛だったら「胸痛」と入れた後に、どれぐらい続いているのか、どこが痛いのか、強さはどれぐらいなのかということ、AIによって質問がされ、最終的にその患者さんがオンライン診療に向いているのかどうかということが判断される。中には、緊急性があるような症状の場合は、すぐさま救急車を呼ぶようにという回答がAIからされるというようなものを、英国の中では構築されております。その結果、AIのシステムによって、入力した人の7割ぐらいがオンライン診療で対応可能、3割は対面診療に誘導されるという結果が出てきているということ、研究班から

御報告を受けております。また、必要に応じてこういった情報もこの検討会の場で御議論  
いただきたいと思います。とっております。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○山本座長 黒木構成員、お願いします。

○黒木構成員 どうもありがとうございます。

3点ほど意見なのですが、一つはこの資料2-2、この概括を見ていると、受診の患者さんの年齢層、これは結構若年者が多いのです。これは時限的・特例的処置で疾患制限がなくなって、ぐっと若年層が増えた。それから、疾患でも急性上気道炎や感冒が多い。これは何を意味するかというと、結局若い子育て世帯の御家族が、今の状態はどうかと思ってオンラインでアクセスする、これが増えてきている。そうすると、先ほど今村先生がお話しされたように、今、子育て世代への医療のアクセスを開放した。これにオンライン診療がもしかしたら貢献したかもしれない。もう一つ、先ほど金丸構成員からの御指摘にあったように、家族でかかるのです。私は小児科医なのですが、結構御家族の相談を受けて、大橋先生と同じように家庭医療的な面があるのです。医療は家族でかかるということ。オンライン診療が促進できる面があるのではないかと。これを少し読み取れるような資料に思います。

もう一つ、診療と受診勧奨という点なのですが、そもそもこの検討会で診療、受診勧奨、健康相談と分けていました。ただ、実際にオンライン診療を行うと、例えば、熱がある、鼻水が出る、しかし、あなたは急性上気道炎だから今回は処方不要ということはあるわけです。これは診療か、受診勧奨か、これは診療ですね。処方がない診療はもちろんあり得るわけです。ですから、診療、受診勧奨、健康相談というのは観念的な分け方の面があって、実際の診療の現場では診療と受診勧奨は必ずしも明確に分け切れない。これはもう一回議論したらいいのではないかと思います。

最後に、先ほど津川構成員から御指摘がありましたオンライン診療、あるいはテレメディスンの本来の目的は、医療資源へのアクセスの解消が一つだったと思うのです。ところが、オンライン診療でアクセスを可能とする地域を限定的にすると、そこと矛盾しますね。私もそのとおりだと思う。それから、私は小児科の専門医なのですがけれども、小児科の専門医は地方に行くとき非常に少ないです。50キロ、100キロ先なので、そうすると、例えば2次医療圏に限定してしまうと、これまたなかなか難しいという面もあります。これは通常の対面診療でも一緒です。だから、オンライン診療における診療圏というものはかなり柔軟に考えたほうが、本来のオンライン診療の目的を達することができると思います。

以上3点です。

○山本座長 ありがとうございます。

高林構成員。

○高林専門委員 先ほどのNHS、イギリスの話ですけれども、私が知る限りイギリスではゲートキーパーたるGPが強大な力を持っているというか、責任は彼らが持って、要するに、

かかりつけ医が必ずいるわけです。かかりつけ医とコミュニケーションを取るのが基本なので、先ほどのAIを使うというのはセカンドオピニオンのものなのかどうなのかよく分からないのですけれども、ちょっと違うかなという気がします。

○山本座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 この英国のものに関しましては、御存じのとおりGPシステムがしっかりしていますけれども、GPにかかるまでに相当の予約時間がかかる。2日、3日先でしか予約が取れないということの一つのソリューションとしてもこのAIのトライアージは取り入れられていて、緊急性のあるものに関してはGPの予約を待つのではなくて救急外来にかかるべきだという文脈もあって、このように構築されたという背景があるかと思えます。

○高林専門委員 我々の日本で言う初診とはちょっと違いますね。

○加藤医師養成等企画調整室長 当然、このオンライン診療を検討するに当たって、諸外国の比較表を今回お出ししましたけれども、それぞれの各国の医療制度が大きく異なりますので、これだけ見て全てを判断できないと我々は思っております。それぞれの国の医療制度の背景、バックグラウンドを十分把握した上で、ここに書いてあるオンライン診療のルールがどういう意味をなすのかということというところで理解する必要があると思っております。

○高林専門委員 もう一つ、大臣が安全性と信頼性という言葉述べられたその信頼性という意味は、診断の正確性とか、治療が正しいかどうかという意味での信頼なのかと思うのですが、もう一つ大事な信頼という言葉にあるのは医師患者関係、患者さんから見て信頼できる医療を受けられたかということところが担保できているかどうかだと思うのです。これはよく医学教育学でやるノンバーバルコミュニケーション、非言語的コミュニケーションといいますけれども、どうやって相手を信頼するかというのは、まさに言葉以外のことのほうがむしろ大事だったりする。そういう意味では電話は駄目で、まさにオンラインでないといけないとか、視覚的などところがすごく大きいので、それが100%ではないですけれども、少なくともそこでは電話等は完全に一線を画するので、ここははっきりとそういった文言を入れていただいたほうが分かりやすいかと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。

もう大分予定の時刻に近づいてまいりましたので、もうお一方御意見を伺いたいと思えます。

今村先生、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。時間のないところ、恐縮です。

私からは2点、先ほど、鈴木さんからお話のあった自由診療のことなのですけれども、我々医療者はどうしても前提が社会保険診療の話が中心になって議論していると思うのですが、実際、特例措置が起こったときに何が起こったかということ、ネット上では本当にあつという間に自由診療の領域でオンライン診療を初診から解禁という広告が出ている。そ



の中身は本当に国民の皆さん、患者さんにとって有益なものであればいいのですけれども、我々から見ていると、本来適応のないような糖尿病の薬が痩せ薬ということで大量に全国に配送されたり、そういう状況が起こるので、厚生労働省はなかなかお忙しくて、幅広いところまで目が行き届かないのは私も無理はないとは思っておりますけれども、そういった本当に患者さんに有害なことが起こらないような体制は一定程度検討しておいていただきたいと思っています。

それから、先ほど金丸構成員から、資料の2-2のところ、オンライン診療等を実施できる体制の医療機関数が出ております。これはいわゆる今回の時限的な特例に登録をした医療機関ということで、この登録に際しては都道府県に報告の義務があるということで、相当に制限がかかった中での回答だと思っております。実は地元の医師会でも相当に今回はオンライン診療を実施したい、どうすればいいのだという医療機関は数多く出ております。今、それぞれのベンダーと契約されている医療機関数を単純に合計しても、これよりかなり多いのではないかという印象を持っております。厚労省にはぜひ正確なオンライン診療が実施できる体制がどの程度広がっているのかということも改めて調べていただければありがたいなと思っております。

先ほど、金丸さんから医師会がちゃんと信頼の置けるオンライン診療ができるところをリスト化してやったらいいのではないかという御意見をいただいたのですけれども、本当にそういうことも将来的に検討していかなくてはいけない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。

まだまだ御意見はございましょうけれども、この問題はずっとこれから検討していきますので、これからも発言をよろしく願いいたします。

御議論の中で、「新患」というのが本当の全くの新患なのか、あるいはある程度の情報がある状態、つまり以前に受診した患者で他の病気では診ていた状態で、新しく症状が出て、いわゆる初診として扱う「新患」なのかはかなり大きな違いがあると思いますので、その件に関して少し事務局のほうで調べて整理をしていただければと思います。次回の議論の参考にさせていただければと思います。

それでは、次回からの検討会について、事務局から何かございますでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 引き続き、この検討会は続けさせていただきたいと思っておりますけれども、次回の日程に関しましては、また委員の皆様からスケジュール等を確認させていただいて、早めにお知らせしたいと思っております。

以上になります。

○山本座長 それでは、ちょうど終了時間になりましたので、本日は長時間にわたって活発な御議論を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。