

○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12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、構成員の出欠についてですが、諸事情により、袴田専門委員より御欠席との連絡をいただいております。そのほかの構成員におかれましては、オンラインで御出席いただいております。

なお、本日、経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課の飯村康夫企画官、総務省情報流通高度化推進室の飯島要介補佐にも御参加いただいております。

マスクの方の撮影はここまでとさせていただきます。

本日の会議の進め方について御説明させていただきます。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員、専門委員の皆様には、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。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。また、その際は、マイクのミュートを解除していただきますようお願いいたします。御発言終了後は再度マイクをミュートにしてください。

音声聞きづらい等ございましたら音量を調整いたしますので、御連絡ください。音声のほう、問題ございませんでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

事前にお送りさせていただいている資料を御覧ください。資料は、本日、0の座席表、議事次第もございますけれども、本体資料としましては、資料1から4、参考資料1から9という形で用意させていただいております。本日、特段御議論いただくわけではございませんけれども、参考資料6に厚生労働科学研究で行っていただいておりますインタビュー調査の概要をお示ししておりますので、適宜御参照ください。また、参考資料7と9で落合構成員、大石構成員より資料を提出いただいております。

不足する資料等ございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、以降の議事運営につきまして、山本座長をお願いいたします。山本先生、お願いいたします。

○山本座長 おはようございます。朝早い時間に御参加いただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、早速、議事を進めてまいりたいと思います。本日の議題は、1つ目が「第11回検討会の議論のまとめ」、2つ目が「初診からのオンライン診療における課題とその対応の方向性」、3つ目が「初診のオンライン診療を適切に実施するための「医師・患者関係」について」、4つ目が「初診のオンライン診療の適切な実施に必要な対面診療との組

み合わせについて」です。

それでは、資料1「第11回検討会の議論のまとめ」について、事務局より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「第11回検討会の議論のまとめ」を御説明させていただきます。

2ページ目は、前回お示ししましたとおり、考え方の変更、時限的措置から今後の診療の在り方の検討ということで、どのような考え方をもってこの検討を行うのかということをお示しさせていただいております。

3ページ目以降、様々な御意見をいただきましたので、少し事務局のほうで分類させていただきながら、今後の議論の整理をさせていただきました。

まず、3ページ目に「1. 医師・患者関係について」ということでお示ししております。かかりつけ医かどうかというような議論が大半を占めましたけれども、意見としましては、面識がない患者さんに関しては慎重にするべきではないか。怖さを感じるというような御意見があった一方、対面診療は困難であるが、オンライン診療であれば受診する人もいるのではないかと。若い世代は病院に行かないので、オンライン診療で対応できるのではないかと。このような御意見もございました。こういった様々な層がございますので、事務局のほうで整理して検討すべきではないかというような御意見もございましたが、一方で、かかりつけ医を持つことによって様々な課題が解決できるのではないかと。このような御意見もございました。

様々な御意見がございましたので、今回、資料3にて後ほど御議論いただくこととしております。

4ページ目に「2. 地理的な観点について」「3. 医療の質について」ということでまとめさせていただいております。地理的な観点につきましては、近くの病院をスキップすると医療の質自体が落ちるのではないかと。ということや、地理的な要件を設けることは利便性を損なうことにつながるのではないかと。このような御意見をいただきました。

事務局としましては、政府が推進する2拠点居住等も考慮すると、やはり距離的要件を一律に定めるのは困難ではないかということと考え方を示させていただいております。また、受診歴のある医療機関及び対面診療が可能な医療機関の中で、オンライン診療を含む診療を完結させることを念頭に置くべきではないか。また、各ベンダーに対して、利用者の居住地から近い医療機関を示させるような仕組みを構築することを要請してはどうかということでもまとめさせていただいております。

医療の質に関しましても、不適切な医療が助長されるのではないかと。という御意見もございましたけれども、今回、参考資料8にお示ししていますように、厚生労働省としましては、医療の広告のネットパトロール強化等を行っていくというような考え方を示させていただいております。

続きまして、「4. 診断・治療等の診療における観点」ということで、まず、電話によ

る診療に関しては、情報が限られているので難しいのではないかという御意見が大半であったかと思えます。恒久化する場合においては、電話よりも映像つきのほうが望ましいという御意見もございました。オンライン診療に関しましては、診断自体が難しくて疾患の発見の遅れが懸念されることや、実際に診療するに当たってどういう症状を対象にするかということは、診療科、学会等に意見を聞くべきではないかというような御意見がございました。

下にまとめさせていただいておりますのは、4つポイントがございますけれども、まず、電話に関しましては、今後、指針の中で位置づけることにおいては、感染状況に鑑みて段階的に時限的特例措置の電話診療に関しては縮小すべきではないかということと、指針においては基本的にはリアルタイムの映像を伴うことを要件としてはどうかとうことで、まとめさせていただいております。

2つ目に関しましては、初診のオンライン診療に関して、やはり患者の症状に応じて、オンライン診療の適否を判断する仕組みを導入することを検討したらどうか。

また、初診からオンライン診療を行った場合は、同症状に対する再度の診療に関しては確実に対面診療を行うこととしてはどうか。

4つ目、初診からのオンライン診療に対応可能かどうかは、各症状に関連する学会にその適否を検討していただくこととしてはどうかということでお示しさせていただいております。

続きまして、「5. 医師の技術・研修」に関してです。大橋構成員よりプレゼンテーションしていただきましたけれども、様々な診療技術に関して、一定程度今度の進歩が予想されるのではないかというお話でございました。研修の内容に実際のオンライン診療に必要な知識・技能を盛り込むことを今後の改定の際に行うこととしてはどうかとさせていただいております。

また、「6. オンライン診療のさらなる活用と課題」ということで、D to P with DやD to P with Nといった診療形態をさらに活用するという御意見もございましたので、今後、そういった活用事例を御紹介させていただいて、推進策について検討するというようにさせていただいております。

「7. 地域におけるオンライン診療の提供体制について」でございますけれども、オンライン診療を行わない医療機関が淘汰されるのではないかという懸念や、営利目的のオンライン診療専門の医療機関が制度を悪用して日本中の患者を集めるというような懸念に関してお示しいただきました。

これに関しましては、事務局として2つお示ししておりますけれども、医師・患者関係を議論するに当たっても、特定の医療機関がオンライン診療を専門に行うことによって、地域医療に与える影響を念頭に議論してはどうかということと、また、各地域で対面診療との組み合わせを担保しつつオンライン診療を提供する体制を確保できるよう地域の医療関係者の間で検討していただくこととしてはどうかということでお示しさせていただいて

おります。

また、「8. システム提供者およびセキュリティについて」も御意見いただきました。システムのコストに関しては、最終的には自己負担や保険料、税金に必ず転嫁されるであろうと、そういったところをモニタリングすべきではないかという御意見をいただきました。セキュリティに関しましても、医療機関に責任が強く発生してしまうことに関する御懸念もお示しいただきました。これに対しまして、事務局としましては、今回、落合構成員からも参考資料としてお出ししておりますけれども、医療機関の負担、仮に患者負担がどの程度なのかということを経営的にこの検討会でモニタリングしてはどうかというふうにお示しさせていただいております。

また、セキュリティの面に関しましては、これまで専用アプリに関しましても推奨事項等をまとめさせていただいておりますけれども、基本的には統一的な基準を満たすよう要件化してはどうかというような御提案をさせていただいております。

最後、「9. 高齢者への対応について」ということで、なかなか高齢者が使用できていないという実態もございましたので、これに関しましては、福祉等の連携におきまして、オンラインの診療支援者を増やすということの推進策や、ベンダーを通じて、高齢者が使用しやすいアプリケーションの開発などを要請してはどうかということでもまとめさせていただいております。

資料1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。

前回の振り返りですけれども、何か御質問、御意見がありましたら、よろしくお願いたします。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

2つほど質問と、あとは意見をお伝えしたいと思います。

まず、資料1の4ページに、ベンダーに利用者の居住地から近い医療機関を表示する仕組みを構築してはどうかという提案がございましたけれども、実際にもうそれをやっているベンダーがあるのか、あるいはそれはどれぐらい実現可能なのかということ、可能であれば、次回以降で結構ですので、調べて御報告いただくことは可能でしょうかということがまず1つ目の質問です。

2つ目としまして、5ページに、電話診療は感染状況に鑑みて段階的に縮小と書いてございましたけれども、電話診療に関しては認めるか認めないかの二択以外に何かあるのかなと疑問に思いました。この段階的とは、どういう段階を踏むのかということがちょっと理解できなかったもので、その辺りをもう少し詳しく教えていただきたいというのが2点目です。

あとは、事務局からの論点の提案については私もおおむね賛成しておりまして、特に初診から可能な症状はどのような症状なのかということ学会に聞くことについては、ぜひ詳

しく聞いて報告していただきたいと思いますし、6ページのD to P with Dとかwith Nについては、より安全性が高まると思っておりますので、こういったことも認めていいのではないかと考えています。

最後に意見ですけれども、8ページに、高齢者について医療者、介護者のサポートの下でと書いてあるのですけれども、スマホとかモバイル機器を持っていない高齢者に対して、使うとすればどういう機器を使うことになるのかということの検討であるとか、周りの利便性だけを尊重して、本人の理解や同意をないがしろにしないような配慮が必要ではないかと思いました。

以上です。

○山本座長 事務局、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。

御質問ありがとうございました。まず、4ページ目の利用者の近隣の医療機関を表示できるようになるかということでございますけれども、事務局が現状把握している限り、このような仕様をしているベンダーは今のところ我々は把握しておりませんが、技術的には可能ではないかという声はいただいております。こういった状況がどうなのかということは、落合構成員にも少し御協力いただきながら、次回以降、お示しさせていただきたいと思っております。

続きまして、4番の電話診療に関しまして御質問いただきました。段階的に縮小とはどういうことかということでございますけれども、様々な方法があるかと思いますが、1つはやはり地理的なところで、離島・僻地で電話診療を使っていて、これが急にできなくなると困るのではないかという御意見もございましたので、こういった地理的な要件、特に医療にアクセスしづらいような方々に関しまして、同じように縮小していいのかという意見はあるかと思っておりますので、そういった観点で検討させていただくということで考えております。

最後に、高齢者の福祉の方々に关しまして、タブレットなどを利用してヘルパーさんたちが補助しているという現状も聞いておりますけれども、御指摘のとおり、本人の意向、理解ということも当然重要な要素かと思っておりますので、そういったところにも十分配慮した形で促進されるよう、事務局としても検討してまいりたいと思っております。

ありがとうございました。

○山口構成員 ぜひよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○山本座長 それでは、高倉構成員、お願いします。

○高倉構成員 おはようございます。国立情報学研究所の高倉です。

私のほうから、7ページ目のセキュリティ要件に関してお願いをさせていただきたいのですが、この書きぶりですと、ベンダーに責任が押しつけられそうな雰囲気もありますので、恐らくベンダーにも責任がありますし、それを使う医療機関側にも責任がある。責任の分界点をはっきりさせていただきたいというのがお願いになります。

これに関連しまして、米国のHIPAA準拠のようなかなり厳しいエンド・ツー・エンドの暗号化を要請するのかどうかというのも、そろそろ議論を始めなければいけないだろうと。本当にEtoEEをするのであれば、相当のコストがベンダーのほうにかかってくるわけで、それは結果的にユーザーもしくは医療機関側の負担に当然転嫁されます。上に書いてあるとおりですので、その辺りをどのようにまとめていくのかという議論を始めたいと考えています。

この2点です。

○山本座長 事務局、何かありますか。御意見ということでよろしいですか。ありがとうございます。

それでは、佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 よろしくお願いいたします。

私のほうからは4点ほどコメントさせていただきます。

まず、資料の4ページ目、オンライン診療で不適切な医療が助長されるのではないかという指摘ですけれども、これは多分、前回の議論ではなかったのかもしれませんが、頻回受診の問題はあると思うのです。1人が何回もいろいろな医療機関をオンラインで受診するケース。この頻回受診については、何らかを抑える方策をあらかじめ医療機関及び保険者が連帯して講じておくことは必要かなと思いました。

それから、先ほど御指摘がありました5ページ目の電話診療についてですけれども、やはり今、コロナが長期化していますので、いずれ出口においては段階的に縮小するとしても、今、コロナの中でやるべきことではないかなという気がしています。恐らくそういう趣旨ではないと思うのですが。

それから、7ページ目のシステムのコストですけれども、実際に幾らぐらいかかるのか。今日は落合構成員からも資料の提出があったと思うのですが、実際に導入コストはどれぐらいなのか、ランニングコストはどれぐらいなのかということについて、何らかの試算があっていいと思うのです。特に今、導入コストが高いといっても、もし規模の経済が働いているいろいろな医療機関が導入するようになれば、今よりも安価に抑えられることもあり得るし、競争原理も働くと思うのです。

ただ、いずれにせよ、そういったことも勘案しながら、システムのコストといいますけれども、一帯幾らぐらいかかるのかということは、いずれ厚労省のほうで試算いただければと思います。必要であれば、それは予算措置を講じるということもあり得る選択肢だと思いますので、早急に対応していただくと助かります。

それから、同じ7ページ目の、オンライン診療の結果、地域の診療所が淘汰されて地域の医療提供が損なわれるという話がありますけれども、これはこの後の議論にも一貫して関わってくると思うのですが、キーはやはり患者情報の共有ではないかと思っているのです。つまり、オンライン診療を行う医療機関、それはもしかしたら居住地ではないかもしれない。それから、対面診療を行う医療機関、これは地域の医療機関かもしれない。でも、

その両者の間で適切に患者情報が共有されていれば、いずれ緊急時には地域医療が機能することになりますので、地域医療の確保という面にもつながるのかなと思いました。

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。よろしいですか。

それでは、落合構成員、参考資料7の説明も含めてお願いをいたします。

○落合構成員 分かりました。

まず、参考資料7のほうから説明させていただきます。参考資料7につきましては、オンライン診療システムの費用について、特によく言及されることがあるベンダーの費用設定を紹介させていただいています。1つが医療機関のコストという部分になります。これは初期費用と月額利用料、決済手数料というところを御覧いただければと思います。初期的な導入コストということでおっしゃっていただいている部分につきましては一番左でして、30万円、40万円という現在の実勢的な価格を設定しているところもあれば、ゼロ円という形でプランを提供しているベンダーもいるという状況です。

一方で、月額の利用料もありまして、これについては医療機関に対する、これはゼロ円というところもあれば、1万円から3万円の範囲で設定している場合があるということです。

決済手数料につきましては、決済手数料がかかるときに決済代行業者に近いような形でクレジットカードの手数を徴収していることがございまして、一般的に3%から4%程度の間で徴収がされていると思っております。

この点につきましては、中小企業等に対して一般的に5から7%だと高いのではないかとということで、経産省のほうでキャッシュレス推進に当たって検討がされ課題提起されているという状況と比較しますと、高い手数料が取られているわけではないように思っています。

一方で、ベンダーから患者さんに負担をお願いする場合についてですけれども、基本的にはゼロ円というものが多くなってございまして、一方で、1社、1回に当たり300円という形で御負担をお願いしている場合がございます。ベンダー側から患者さん側に請求する費用は300円だけなのかということなのですが、これはベンダーがというよりは、医療機関において患者さんにお支払いいただく実費を定めている場合にはその金額になりる場合がありますが、これはベンダー側で一律に設定しているものでは必ずしもないということになると思います。このため、ベンダー側で必ずこういう金額ですということを申し上げることは難しいところがありますので、一旦ベンダー側で設定している費用については以上になります。

そうしましたら、座長、私のほうから、あとほかに資料1についてコメントをさせていただいてもよろしいでしょうか。

○山本座長 お願いいたします。

○落合構成員 ありがとうございます。

そうしましたら、私のほうからも3～4点コメントさせていただければと思います。

先ほど御質問いただいた1点、4ページの「2. 地理的な観点について」ということで、山口構成員から利用者の居住地から距離の近い医療機関が表示されるような仕組みということで御指摘いただいております。これ自体は機能的には恐らく開発可能であろうということはあるつつも、ただ、その前提として、ベンダー側で患者さんの個人に関する情報を取っているということは恐らく前提になるだろうと思います。つまり、位置情報まで取るとは言わないまでも、どの都道府県に住んでいるかとか、こういったところまで取っているかということはあると思われまます。いろいろなベンダーの中には汎用アプリに近いような形でやられている場合もあると認識していますが、そういう場合を含めると、そもそも個人情報ほとんど持っていない場合もあり得ると思います。先ほど主に御紹介したのは、いわゆる専用システムという形でやっている場合の例になります。汎用に近い形ですと、決済システムは提供しておらず、決済代行料も取っておらず、そのほかにもそもそも本人に関する情報を持っていない場合もあり得るかと思しますので、この点については、そういう前提もあり得ますので、また必要がある場合には、調査をしたり、関係するベンダーにヒアリングして報告をさせていただければと思います。

ほかには意見ということになりますけれども、同じ地理的な観点について、15キロ圏内など距離要件を一律に定めるのは困難ではないかということでもまとめていただいたことは、何回か発言させていただいたところでもあったので、非常にありがたく思っています。

あとはもう一つ、医療機関は受診歴がある、対面診療が可能などというところで診療を完結させることを念頭に置くべきではないかということですが、一定程度、実際に対面できることを考えつつということはあると思うのですが、最終的にはやはり医師において対面の御判断いただくのが大事なかなと思っています。対面診療の場合でも、やはりそういう形で全体的に整理をして、医師の判断が尊重されるのが医療に関する枠組かなと思いますので、この点は、提案された形ではなく医師の判断を尊重する形で整理を進めていただけると、よりいいのかなと思います。

続きまして、5ページの「4. 診断・治療等の診療における観点」です。こちらの中で、初診のオンライン診療において、患者の症状に応じてオンライン診療を実施する前に適否を判断する仕組みの導入ですとか、初診からオンライン診療を行った場合に再度の診療については確実に対面というところについては、これは英国の場合の議論が前回ありましたが、必ずしも世界的に各国でこれに合わせてやっているわけではないと思われまます。また、その前提となる適応疾患の整理だとか、そういうものが明確にびしっと切れるかにも問題もあるであろうと思われまます。この辺りは学会のほうで意見を集めつつというところはそのとおりで思うのですが、再診の際の対面の要否も含め、医師の判断も尊重しながら整理していただくのがいいのかなと思っています。

私のほうからは以上です。



○山本座長 御意見ありがとうございました。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 おはようございます。ありがとうございます。

資料1について、事務局が取りまとめていただいたものについては、おおむねこういう課題なのだろうなというふうに理解をしました。

今後の進め方の中で、2ページの最後の在り方の検討のところ、新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての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として具体的に位置づけるものを検討するとなっておりまして、まさしく今、コロナについては再拡大、第3波というような状況の中で、しばらくの間は今の時限的な特例措置が続くのだろう

と思っています。この項目を見ますと、比較的早期に結論が出せるものと、ある一定の時間がかかって解決しなければいけないものがあると思っております、事務局におかれては、ぜひその辺を整理していただいて、これは1年ごとに見直すことになっていきますので、今回の指針の見直しの場所で、どれをきちんとした結論を出すのかというのは改めて整理をしていただきたいと思いますと思っております。

それから、意見ですけれども、電話の話が出ていますが、恐らくこの指針の検討会に最初から参加されている先生の中で、画面がないままの電話というのをいわゆる情報通信機器として考えておられる方はあまりいらっしゃらなかったのではないかと考えていて、あくまでこれは時限的なものの中での取扱いで電話ということが出てきているので、あまり電話の話をして、将来的な、いわゆるコロナが収束した後の課題で議論する必要はあまりないのではないかなと逆に思っております。

それから、個別の項目について先ほどから意見を言われている先生方も結構いらっしゃるのですが、これは一つ一つ全部きちんとやっていくという話なのか、この資料1の中で意見を言っていくのかというのがよく分からなかったのですが、あえて1つだけ言わせていただきますと、初診の患者さんがオンライン診療を活用される場合に、いつも山口委員がおっしゃるように、相談なのか、受診勧奨なのか、あるいは診療なのかというプロセスがあると思うのです。だから、初めてオンライン診療を利用される方についても、相談で済む方もいれば、やはりこれは医師の判断でしっかり対面受診してくださいという場合もあるでしょうし、診療までできるという方もあると思うので、その辺の整理をしたほうがいいのではないかと考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、少し時間を超過していますので短めにお願いできればと思いますけれども、大道構成員、お願いいたします。

○大道構成員 ありがとうございます。

先日、日本病院会の理事会でオンライン診療に関して理事の先生方の意見を聞きまして、

ディスカッションしました。全般的なことなのですけれども、オンライン診療に関しては原則として初診に関しては反対しよう。ただし、いろいろなケースがあるのだろうということで、僻地・離島はもちろんですけれども、コロナ禍における患者さんと我々医師の行動変容もごさいます。コロナが長期化して、その後、我々の変容がまたどう変わっていくのかということも見据えて、このオンライン診療が有効なケースというのが、今後また我々の知らない新たな在り方が出てくるということも想定できます。

ということで、例えば災害時とか、在宅の患者さんとか、特に在宅リハなんかは初診でもいける可能性も少しはあるかなと思っているのですけれども、ということで、ぜひともこの会でオンライン診療の初診を決定するに当たっては、ポジティブリストを出していただきたいというのが理事の意見の大多数でございました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。できるだけ手短に。

まず、まとめていただいてありがとうございます。非常に分かりやすかったです。

山口構成員からお話があった高齢者の件は私も非常に気にしているのですけれども、オンラインシステムの事業者によっては、自宅のテレビにつなげるような実験を始めているところもあります。そうすると、テレビがつながって、そこでオンライン診療に参加できるということであれば、高齢者にとっても結構やりやすい環境ができるのではないかと思います。

これは私、テレビの話がどうたらと言いたかったわけでは必ずしもなくて、これから急速にいろいろな技術が発展し、また、オンライン診療が広まることによって新しいイノベーションを事業者側も起こすでしょうし、医療機関側も起こすと思いますので、一律に高齢者だから難しいとかいうのではなくて、やはり今後の技術の発展を促すような制度にしていく必要があるでしょうし、また、最先端の技術で何があるのかということはこの検討会の中でも検討すべきだと思っています。

2つ目は電話についてなのですが、この検討会でもずっと話が出ていたとおり、当然画像があったほうがベターではあるのですけれども、ベターというか圧倒的に違うのですが、電話を最後まで残しておいてほしいと現場で思う場面は、画像で始めたのだけれども、患者さん側のWi-Fi環境が悪くて切れてしまうという場面は電話に切り替えることで運用しているので、これは最後まで残していく必要があるのではないかと思います。

3つ目はシステムに関してで、落合構成員からいただいた資料を拝見して、非常によくまとまっていてありがとうございます。ただ、2つあって、1つは多分ヒアリングでいろいろ聞かれたかと思うのですけれども、値段が緊急措置下でプロモーション的に下げているらっしゃる事業者も結構いるので、定価で見たときに、例えば初期費用80万とか100万というところもありますので、そこは場合によっては改めて事業者のほうに聞いたほうがいい

かもしれないです。

同時に、診療所の場合はこういうシステムが使える、そんなに高いわけではないのですが、仮に今後、病院に対するオンライン診療のニーズはお互いあるはずなのですから、病院が参加する場合はシステム費用が全然違うぐらいの桁になってきますので、そこも一回考慮をしたほうが良いと思います。

多分、先ほど大道構成員からお話があったとおり、病院側から言うと、このオンライン診療に現実的に参加できるメリットが全くなく、変な状況になった患者さんだけが送られてくるリスクがあるということで、今、非常に不公平な立場に立たされているので、病院がきちんとしたい形で参加できる方法ということも考えながら、その中でのシステム経費ということも十分検討すべきではないかと思います。

最後に4番目の話ですけれども、この検討会の方針としまして、オンライン診療を行うことによる患者さんの利便性等のメリットとリスクの兼ね合いだということは正しいと思うのですが、メリットのところは十分に検討されているかどうかというのは、過去の資料を見たときに、例えば緊急措置の中で、コロナがあったという状況ではあるのですが、でも、従来かかれなかった生活習慣病でかかれたとか、また、今後もうこうやってオンライン診療を使いたいとか、1人当たり、医療機関に行って、また待つという時間が短縮されたことによってすごく効率化されたとか、結構ちまたの非常に便利だった、もっと使いたいという声を聞くのですが、そこら辺が十分に検討されているような感じがしないので、ぜひ事務局のほうでは、もうちょっと改めて患者様の利便性ということについて、あと意識ですね。本当にどう助かったのかとか、どう課題を感じたのかということについて調査をお願いしたいと思います。

いずれにしても、まとめて申し上げますと、新しい技術だとか、先ほどのネットパトロールだとか、いろいろなものを組み合わせることによって、より安全な、より普及できるオンライン診療ということは実現できると思いますし、病院等も参加できるということが重要だと思います。

詳細に関しては、やはり学会で議論するということは非常に賛成です。

以上でございます。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員 ありがとうございます。

政策研究者の立場からコメントさせていただきます。今回の場合はかなり仮説ベースで、あまりエビデンスがない中で意思決定をしないといけないということになると思いますが、制度変更をやったらやりっ放しにせずに、1～2年後にきちんとした第三者による評価を行って、それによってどのような変化があったのかということのエビデンスとして出して、それを基に制度設計を再検討するというふうにぜひやっていただきたいなと思っております。そこがEBPM、科学的根拠に基づく政策立案に重要な根本的な部分ですので、こ

のようにPDCAサイクルを回すプロセスを、初めの段階で設計に入れていただけたら幸いです。

その場合、ゴール設定をしないとどうしても評価が難しくなります。今回の場合のゴールとして、オンライン診療の初診を解禁した場合、医療の質や医療費がどのように変わるのか、公平性がどのように変わったか。それにさらに言うと利便性の改善を目指すというものがあります。一般的な施策の評価という面では、医療の質、医療費、公平性を第一の目的、利便性の改善を第二の目的とするのが妥当だと個人的には考えます。そうではなく利便性を最重要視すると、制度設計上はゆがんでしまう可能性があります。なぜかというところ、医療というのは自由市場で取引されているものではなく、85%は保険料もしくは税金でカバーされている市場ですので、そこで利便性のみを改善するとモラルハザード、いわゆるコンビニ受診というものが増えていき、その結果として医療の質が下がるということもあります。もともと日本は韓国と並んで世界で最も医療消費量、外来受診回数、入院日数などが多い国ですので、モラルハザードを助長する可能性のある制度変更は慎重にやるべきだと思います。

そのモラルハザードにおいても、利便性がよくなったことで価値の高い医療が増えているのか、価値の低い医療が増えているのか、両方とも増えているのかといういろいろなパターンがあります。しかし既存の他の政策に関するエビデンスを見る限りは多くの場合、価値の高いものと低いものが同じぐらい増える可能性が高いと予想されますので、このようなことも評価していく必要があります。

具体的には、オンライン診療がどんどん広まってくると、風邪の患者さんに対する不必要な抗生剤の処方とかが増えてくると予想されますが、それは一般的な医療の質という観点からは質の低下につながると考えられます。こういったことを含めて多面的に評価をして、実際にこれがどのような影響を与えたのか、患者の生活、国民の健康、医療費、社会保障費にどのような影響を与えたのか、というのをきちんと包括的に評価するというのを現段階で考えておく必要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。

それでは、金丸構成員、お願いいたします。

○金丸構成員 ありがとうございます。

今日は、私はちょっと所用がありまして、9時半頃に退室をさせていただきますので、早めに意見を述べさせていただきます。

先ほど今村先生からの問題提起とも関連するのではないかと思うのですが、私自身、規制改革会議からずっと議論してきて、その後、この検討会に入れていただいて、4月の時限的な措置の議論から、ずっと参加しているわけです。今回の議論を通じて思っていることは、コロナ感染拡大の第3波とか言われているこの状況下で、当面は現在のオンライン診療を継続するということが前回でも確認されたにもかかわらず、今の段階で恒久化を図る中身を決定する意義そのものに大いに疑問を感じております。本当に今、何をどう

やって決めるのか、決めるのが誰のためにいいのかというのがちょっと分からなくなっております。ですから、11月末ぐらいまでにお決めになりたいというような話を漏れ聞いたのですけれども、そういうことをまず検討すべきではないかと思っています。

今、目指すべきことは、オンライン診療が日本においてはコロナ禍を契機に始まったのですけれども、不適切な診療、利用の監視、防止、それから、医師と利用者の双方の事例のさらなる調査、それから、オンライン診療を提供するかかりつけ医の先生方がいかに増えていただけるかというような研修とかシステムを含む支援をどうすべきかという議論こそ、この検討会でなすべきではないかと思っています。

この後の議論にもなると思うのですけれども、初診も含めてかかりつけ医のほうの議論になっていくと、我々利用者から見ると、現在オンライン診療を提供してくださるドクターの中からかかりつけ医をつくらなければいけない。本来は、信頼関係があるようなかかりつけ医の先生方がオンライン診療を通常のメニューの一部に加えてくだされば、ほとんど本質的には問題が解決するのではないかと思っております。そういう意味では、この会議で今、何を議論すべきかという、振り出しに戻して恐縮ですけれども、そういうことも含めて厚労省は御検討いただきたいと思えます。

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、黒木構成員、短めにお願いいたします。

○黒木構成員 御指名ありがとうございます。

短めに、金丸構成員の御意見に大いに賛同いたします。

私から質問が1つ。第11回検討会での主な論点（その他）の「8」の資料で、オンライン診療の市場管理というところで津川構成員からお話がありましたが、市場管理というのは具体的にどのようなことをお示しされているのかということが1つです。

それとコメントなのですが、大道構成員から初診のポジティブリストということの御提案がありました。実際に自分でやってみて、初診でもできる例というのは幾つかありますので、それはいずれ出せると思えます。

それから、大石構成員から患者さんの体験ですね。これは私たちは既にいろいろな調査をしております、コロナ以前からオンラインを使った保護者の声を小児科でまとめて、これは論文化いたしました。

コロナが始まってから、利用者の声をアンケート調査して、これはいずれ論文掲載予定で、もう一つ、現在は患者さんへのインタビューの内容を質的に検討するものを継続中です。これは今日一部資料に出ていると思えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かありますか。よろしいですか。どうもありがとうございました。

それでは、大分時間を過ぎておりますので、次の議題に移りたいと思えます。事務局か

ら、資料2「初診からのオンライン診療における課題とその対応の方向性」の説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料2を御覧ください。前回の検討会におきまして、安全性と信頼性を担保するためということで御議論いただきました。資料2の2ページ目でございますとおり、御意見の中で医師と患者の関係性について触れられるコメントが多くございましたけれども、これまでかかりつけの医師というようなことで様々な御発言がございました。今回基本となる考え方としては、この医師・患者関係に関しては過去の受診歴等がベースになるのではないかとということで、事務局の提案をさせていただいております。

ただ、一方で、御意見の中では、過去に受診歴がない場合においても初診からオンライン診療を受診する必要性についても御発言がございましたので、その点についても本日、資料3で御議論いただくという形でお示ししております。

また、医師・患者関係以外の観点で安全性、信頼性を十分担保するのにおきまして、下のボックスに大きく3つの分類でお示ししております。安全性に関するルールとして必要な対面診療の確保、事前トリアージということで2つお示ししています。また、信頼性に関しましては、事前の説明・同意と双方の本人確認というものをしっかり前提としてはどうかということ。そして、双方に係るルールとして、処方制限、これも時限的・特例的措置でも行っていますけれども、こういったルールを再度検討するのはどうかということと、研修の必修化ということで、先ほど資料1でもお示した内容を検討してはどうかということで、この6つについて御議論いただくということが、我々としての事務局の提案とさせていただきたいと思っております。

今回は初診の御議論ですので、これまでの検討会でもオンライン診療における初診はまず何を指しているのかということをはっきりと明らかにするために参考資料にさせていただいております。新たな症状に対して診察を行うことを初診としておりますので、この定義に基づいて御議論いただけたらなと思っております。

説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

この後、資料3、資料4に基づいて中身の議論をしていきますので、ここでは、これで全体として見落としている点がないかということを中心に、御意見がありましたら伺いたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

オンライン診療についていい点はどんどん進めていくということはもちろん賛成なのですが、何よりも今御説明のあった安全性、信頼性が前提になることは欠かせないことだと思っています。信頼性の①のところ、説明・同意の統一フォーマットということが書かれていて、恐らくこれは国としてこういったことは必ず入れてくださいというよう

なことをお示しになるのかなと思っておりますが、その中に、対面診療の必要性を指摘されたときにきちんとそれを受け入れるということであるとか、あらかじめどのようなリスクがあるのかということをしつかりとそこに書き込むということを徹底していただきたいということをお願いし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。

高倉構成員、どうぞ。

○高倉構成員 高倉です。

私のほうからも1つだけお願いがありまして、事前トライアージに関してなのですが、経産省のほうで昨年度末に遠隔健康相談を1週間か2週間ほどやられたと思うのですが、そのときのよかった点、悪かった点というのが分かりましたら、次回以降で結構ですので、ぜひ情報をいただければと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに改めて挙手をされている方はいらっしゃいますか。

落合構成員、どうぞ。

○落合構成員 私のほうも1点だけお願いいたします。

信頼性に関するルールで本人確認の点なのですが、マイナンバー等々も進められていましたので普及率が上がっていますが、マイナンバー、HPKIともに普及率の問題があると思っておりますので、全国民をカバーできるような形で本人確認の徹底のところは考えていただければと思っております。医師、薬剤師も含めて皆様が利用できるような形で考えていただければと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、本日の議論の本題ですけれども、次の議題に移りたいと思っております。事務局から、資料3「初診のオンライン診療を適切に実施するための「医師・患者関係」について」ということで説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料3を御覧ください。2ページ目に、先ほども御説明させていただきました前回の検討会における医師・患者関係についての御意見をまとめさせていただいております。その後、御意見、御発言を踏まえて、3ページ目にございますようなケースに分類させていただいております。こちらは4月の検討会においても使用した分け方でございますけれども、改めて安全性、信頼性の検討に当たっては、過去の受診歴を軸に、医師・患者関係等を整理してはどうかということで御提案させていただいております。

ケース1、2に関しましては、過去の受診歴のあるケースということで、治療中、定期受診中の患者がケース1。過去に受診歴があって、新たな症状に対して診療・処方を行う

場合がケース2。ケース3に関しましては、過去に受診歴が全くない診療の場合。ケース4に関しましては、かかりつけ医等からの情報を受けて、いわゆる紹介を受けて受診をする場合ということでお示しさせていただいております。

4 ページ目を御覧ください。過去に受診歴のあるケースについてまとめさせていただいております。こちらは対応案ということでお示ししておりますけれども、右側の青のボックスの中がございますが、基本的には定期受診中及び過去に受診歴がある患者については、太字でございますとおり、原則、他の安全性や信頼性を確保する要件を満たした場合は、初診からオンライン診療を可能としてはどうかということ。2つ目に、過去の受診から一定期間以上経過してしまっている場合においては、オンライン診療の前に対面により受診することとしてはどうかということ、これまでも3年あるいは5年前に受診したのも受診歴として認めるのかどうかというような御意見が4月当初にございましたので、そういったことも踏まえて、このようにまとめさせていただいております。

5 ページ目を御覧ください。過去に受診歴のないケースということで、全く紹介状もなく、過去に受診歴のないようなケースに関しましては、右側、青色のボックスの中がございますとおり、同一医療機関において一定期間内に予防接種や健診を受けていることで患者の状態を把握している場合において、その後の初診からのオンライン診療を可能としてはどうかということと、これまでも様々な御意見がございましたけれども、受診歴がない、例えば勤労世帯等が初診からオンライン診療を利用する場合には、一定要件を定めて安全性と信頼性を担保することについて、どのように考えるのか、この場で御議論いただければなと思っております。

最後に6 ページ目でございますけれども、他院からの情報提供がある場合に関しまして、右側の青色のボックスでございますけれども、いわゆるかかりつけ医や主治医と言われている方たちから診療情報提供書があり、紹介元がオンライン診療可能であると判断した場合において、いわゆる専門医等がオンライン診療を行う場合において、初診から可能としてはどうかということで提案させていただいております。

もう一点に関しましては、患者が看護師のそばにいるような場合、D to P with Nということでこれまでも御議論いただきましたけれども、得られる情報が格段に増えるわけでございますので、そうした場合は初診でもオンライン診療を利用することを可能としてはどうかということで提案をまとめさせていただいております。よろしく願いいたします。○山本座長 ありがとうございます。

事務局から対策案の例示がございますけれども、これは今日何か決めるという話ではなくて、議論を深めるという意味で御議論願えればと思います。御意見、御質問がある方はよろしく願いいたします。

金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 ありがとうございます。

先ほどの1つ前の資料で本人確認の話が出ていましたので、ちょっと言い漏らしました



ので、追加で意見を述べさせていただきます。

マイナンバーカードとかHPKIと出ていたのですけれども、もともとこれは厚労省として主体的にやっていたわけではなくて、他省からマイナンバーカードを使うべきではないかということもあり、使うというような前提でここに記述されていると思うのですけれども、ご承知のとおりマイナンバーカードに関わる全体のシステムが10万円給付等でも寄与しなかったことから、政府全体ではマイナンバーカードあるいはマイナンバーシステム全体を見直すという動きがあるわけです。そういうことを踏まえて、ここは本人確認をするということだけにしておいて、特定のマイナンバーカードとかHPKIとか書かないほうがいいのではないかと思います。

それと、今の初診のところの議論なのですけれども、5ページのケース3の右側のブルーのところは2つのロジックに分かれているのですけれども、毎回、何回も申し上げて恐縮ですが、インフルエンザの予防接種というのは一斉に全員に打たないと、誰かが一人感染してもいけないものですから、当社は、会社に医療機関の先生に来ていただいて、会社で受けています。それから、健診は、予防接種のクリニックとは違う健診機関で、これは複数用意してまして、我々の社員あるいは御家族がその選択肢の中から選ぶということになってまして、結構ばらけているのです。ですから、2つ目の下は「一定の要件を定めて安全性と信頼性を担保することについて、どのように考えるか」ということなのですけれども、当社のケースですと、予防接種もしていますし、健診のデータは本人も初めてのドクターに対しても画面を通じて提示することができるわけですから、そうすると一定の要件を定めるという範囲内に入るのではないかと思います。ブルーの1つ目と2つ目のハイブリッドみたいなこともあり得るのではないかと思いますので、意見として申し上げたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今回、資料3のことについてですけれども、一定期間内の過去に受診歴があったり、最後のところにあったD to P with Nで患者の情報をきちんと伝えられるような情報を持っている看護師がいるということについては、慎重にしていく必要はあると思いますけれども、問題ないかなと思っています。

ただ、5ページのところで、今お話しにあった予防接種と健診なのですけれども、例えば予防接種と健診でもともと得られている基本情報に結構差がある場合があるのではないかと。予防接種の場合でも非常に丁寧に問診をしているところもあると思いますけれども、そうでもないところもあると思いますので、予防接種と健診を横並びにしているのかどうかということを、事務局から御意見いただきたいと思います。

それから、受診歴のない勤労世代ということなのですけれども、直近の健診とか、あるいは人間ドックの結果がある場合であれば、基本情報ということが手に入ってまだ安心できる

かと思うのですけれども、幾ら働いていて元気そうに見えたとしても、どんな疾患が潜んでいるかわからないということを考えると、やはり検査も何もせずに診断して薬を出すということについて、これをオンライン診療ですということには危険が伴うのではないかと思いますので、ここはやはりきちんと直近の情報がある場合に限定しないと、多くの場合は危険ではないかなと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局、よろしいですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回、5ページ目に予防接種、健診ということを一提案として入れさせていただいておりますけれども、当然この予防接種をするということにおいて、その後、初診からオンライン診療をする前提で行う場合においては、必要な情報を予防接種においても十分取得して、それでその後の初診オンライン診療が可能かどうかの判断ができるというのが前提でございますので、御指摘のとおり、十分な情報が得られない予防接種というのは、確かに初診からオンライン診療をするかどうかの判断につながらないと思いますので、ここでの事務局提案としては十分な情報を得られる予防接種ということで御理解いただければと思っております。

○山口構成員 それを付記していただけると助かります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、大橋構成員、お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私もやはり5ページのケース3のところが一番気になっているところです。まずは予防接種ですけれども、今御案内のとおりインフルエンザの予防注射をやっているのですが、大体私たちの施設で半日で200人近い患者さんを打つときもでございます。そうすると、200人の患者さんにそれだけの情報を聞くというのは全く現実的ではないというところですので、また、健診もいろいろな施設においては結果説明が十分されているか、されていないかという質の差というのは現実問題あると思いますので、ここでもって判断するのはちょっと危険かなという感じがございます。

また、今後の流れですけれども、私はやはり段階的に考えていくべきかと思っております。今、時限的な措置でかなり拡大しているところではありますけれども、まずはかかりつけ医がいかにオンライン診療に参入していくかというのが、金丸構成員からもお話がございました。かかりつけ医の立場からすると、まずは再診の患者さん、見慣れている患者さんでオンライン診療を導入して、その使い勝手または問題点等をPDCAサイクルを回しながら解決していったら、それが安定した後に、指針の改訂というところで全くの初診の患者さんに関しても検討していくというような流れがよろしいのかなと考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、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。

同じく資料3、5ページのケース3についてなのですが、予防接種や健診を受けていることで患者の状況を把握している場合と、先ほど山口構成員もおっしゃっていたように、十分なデータがある場合等、きちんと何らか明記するべきだと思います。

2点目の過去に受診歴がない勤労世代などが初診からオンライン診療を利用できるようにすることについて、どのように考えるかという点なのですが、利便性は受診する側からは増して、受診しないという人がオンライン診療に行くという一定の流れはつくれると考える一方で、医師側も患者側も、今まで受診歴のない人の診察は怖いという声がある限り、まずはこの時点ではオーケーとはしないで、勤労世代などには機会があるときに対面で何かあったときにはオンライン診療にもかかれるような医療機関に行っておいてもらうことを優先して進めたほうがいいのではないかと思います。

とにかく医療は安全が第一だと思うので、今慌ててここに踏み込むことはしないで、1年に1回改訂していくということなので、オンライン診療の精度が上がったり、オンライン診療の方法がもう少し確立してから広げていくのがいいのではないかと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、高倉構成員、お願いします。

○高倉構成員 高倉です。

資料3は今後の議論をという話ですので、ちょっと将来的な話をさせていただきたいのですが、資料3の6ページ、受診歴がない場合の話なのですが、この会議とは別に、厚労省のデータヘルス改革推進本部でいろいろな診療データ、何を共有するかは今まさに議論をしている最中ではあるのですが、最悪の場合レセプトだけになるかもしれないのですが、診療データは患者さんの許可を得て医療機関で共有をするという話が進んでいますので、そういうことを想定した場合に、例えば6ページに載っているケース4がどのように変わっていくのかという議論をしたほうがよいのではないかと思います。これも意見になります。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。

私のほうも健診のところについてですが、金丸構成員がおっしゃっていただいたように、私も所属している事業所の中で、やはり事業所の比較的近くの病院にみんなまとめてということがあります。検診の場所のかかりやすさということも考える必要があると思いますので、この辺りは、要件の設定に当たって、検診した病院に限定するか考えておいたほう

がいいのではないかと思います。また、高倉構成員におっしゃっていただいたそのほかの情報との連携について、特におっしゃっていただいたカルテ情報の連携といった一番レベルの高い場合もあるとは思いますが、PHRの情報なども含めて状態把握をできるということはあると思いますので、この辺りも要件の設定に当たって御検討いただければと思います。

あと、受診歴のあるケースについて御質問したいのですが、12か月以上経過している場合ということについては、これは医師単位でなのか、病院単位でなのか、この点はどのようにお考えでしょうか。こちらのほうは質問です。

○山本座長 事務局からお願いできますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

12か月に1回という例示も今回させていただいておりますけれども、これまでの本指針での検討におきましては、基本的に同一の医師がということを前提に議論されてきました。ただ、今、御発言がございましたとおり、情報が十分に共有されればいいのではないかとこの視点もございますので、当然、同一医療機関内でよければ情報の共有ができるという観点からは、同一医療機関でということも一つの選択肢かと考えております。この点におきましても、御議論いただければと思います。

○落合構成員 ありがとうございます。

情報の共有という意味ですと、健診ですとか予防接種についてはまさしく情報共有をしているような場合ということになるのではないかと思いますので、病院単位で見ていただくこともあると思います。また、あとは私が拝見している限り、12か月という言葉自体が初めて見たというところではあると思っていますので、本当にこの期間の設定がよいのかどうかというところはまだわからないなと思いましたが、今後、もう少しこの期間設定についても議論させていただく機会があるといいのかなと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ここはまだ議論が必要だと思います。

それでは、佐野構成員、お願いいたします。

○佐野構成員 ありがとうございます。健保連の佐野と申します。本日から参加させていただきますので、よろしくお願いたします。

私も、何人かの方がおっしゃったのですが、かかりつけ医という言葉がキーワードになるのではないかと考えております。特に利用者、患者の立場で見ますと、個人として日頃から相談できるかかりつけ医を持つこと、そして、その数を増やすことが大変重要であることは言うまでもないと思いますけれども、例えばかかりつけ医を持つ人が家族や知人を紹介するというような場合において、地理的もしくは時間的な制約がある場合でも、やはりオンライン診療という選択肢を持てることの意義は大きいと思います。それが相談に当たるのか、診察に当たるのかという問題はあろうかと思いますが、いずれにしても

画像を通してでも顔を見ながら診察を受けられる。この安心感は大変大きいと思いますので、やはり初診の場合であってもできるだけ幅広く対象とすることがいいのではないかと考えております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、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。

私の資料があるので出していただきたいのですが、時間もないので出していただいている間に話をします。

まず、ここにまとめてくださったことはおおむね割と賛成ではありまして、ただ、幾つか、やはりちょっとこれはもう少し考えたほうがいいかなというものがございます。

これは議論にも出ましたけれども、4ページ目の受診歴のある場合、過去の受診から一定期間以上ということにいて、12か月というのは1年ですよね。現実的に言うともう少し長いほうがよくて、毎年かかっている人は、本当に定期的に病気がある人以外はあまりないと思うので、最低2～3年ということが適切ではないかと思えます。

あと、6ページ目の診療情報提供書があり、紹介元がオンライン診療可能であると判断した場合というのは、診療情報提供書だけではなくて、先ほどから話が出ている人間ドックの健診結果だとか、職場の産業医からのリファレンスだとか、いろいろな情報形態があると思えますので、ここは診療情報提供書等ということではないかと思えます。

あと、紹介元がオンライン診療可能であると判断した場合というのは、紹介元の方がオンライン診療をやっていらっしやらないケースもあるかと思えますし、ほかの先生にかかるということをお願いにくいという患者さん側の事情もあるので、ここは、要はオンライン診療を不可としなかった場合というふうに広げたほうがいいのではないかと思えます。

その下のD to P with Nについては賛成いたします。

私の資料が出たのでまとめて申し上げますと、何を言いたいかということ、後半のほうに書いてあります診療報酬の取扱いは本検討会の対象範囲外なのでちょっと忘れていただいて、上のほうの話をいたしますが、多分、本来であれば、かかりつけ医があつて、そのかかりつけ医がオンライン診療をするということが一番いいのでしょうけれども、2ページ目の下にもございますとおり、残念ながら、かかりつけ医がいる、定期的にかかっているというところをかかりつけ医と呼ぶのであれば、世代別にもよりますけれども、全体で言っても半分強ぐらいしかないということと、緊急措置下で電話・オンライン診療に参加した医療機関は全体の15%ぐらいしかない。当然、全員がちゃんと登録したわけではないかと思えますが、私の周りを見ても、いわゆるオンラインの方は登録していて、電話の方はそこまでやる必要ないだろうということで登録されていないので、この15%が大体正確ではないかと。仮にこれが30%だとしても、残り70%の医療機関はやっていないわけですね。そういう状況の中で、結局、論点になります5ページの下のほうです。受診歴がな

い勤労世代が初診からオンライン診療を利用する場合は、1ページ戻っていただいて、もう少し現実的に、かつ、これがかかりつけ医を持つことにつながるような仕掛けを考えるべきではないかと思えます。

なので、原則は今出ているような話なのですけれども、かかりつけ医とは書かれていないですが、かかりつけ医等から診療録や情報提供書を入手した場合、人間ドックの結果やその他職場からの情報がある場合等、あと、地域医療情報ネットワーク等から情報が入手できる場合、これはそれなりにちゃんと情報があるということで認めていいのではないかと思います。

また、それ以外のところも検討すべきで、かかりつけ医がない場合だとか、かかりつけ医がオンライン診療を提供していない場合で、かつ診療情報が提供できていない場合ですね。これは5ページの下の方の例なのですけれども、例えば、初回はオンライン診療なのだけれども、2回目は対面診療に呼び込むということセットにする。これは本来は多分、初回は受診勧奨で2回目から診療という形が一番いいのかもしれませんが、残念ながら受診勧奨で点数がつかない結果、皆さん、実質的には診療というのを使って受診勧奨をされていると思うので、それは受診勧奨に報酬をつけて認めるという形にするのか、もしくは初回オンライン診療で、その後対面診療をするという、例えばこういうセットであったら信頼関係も構築できますし、かかりつけ医を増やすことにもつながるのではないかと思います。

あと、2と3は先ほど申し上げた話なので、要は何を言っているかということ、先ほど申し上げた定期的に受診されていない方でお困りの方。やはり仕事をされているとか、特に今、全国の7人に1人が貧困世帯であるということの中で、仕事を休めない人がすごく出てくると思うのです。その方々の受診が遅れることによって、結果悪化して、医療費をより多く使い、本人のQOLが下がるであるとか、あと、コンビニ受診的に救急車に乗ってしまうとか、もしくは夜間に救急外来に訪れることを減らすという意味も含めて、ここはもうちょっと現実的にどうやったら対応できるかということ議論すべきだと思っています。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

冒頭申し上げたように、今回のコロナ禍の特例についてしっかり検証しつつ、収束後の対応をどうするかという議論なのだと思いますけれども、手挙げをして登録していただいている医療機関が少ないというのは、今、大石委員からも御指摘のとおりだと思います。地域で我々の医師会などでも、コロナの流行において、相当オンライン診療に関心を持って、これから取り組みたいという先生方もいらっしゃるように感じておりますので、やはり広くあまねく多くのかかりつけ医が診療の一部としてオンライン診療に取り組むということは、今後、進んでいくのだろうなと思っております。

それを前提として、今回の検証のための報告の中で、4つのケースについて、実はあまり細かく分類して報告されていないように思います。1のケースがどのぐらいあって、2のケースがどのぐらいあって、3のケースがどのぐらいあってというのがよく分からない中で議論をするのはなかなか大変だなというのが正直な感想で、厚労省の医療機関の報告の中にそれを区分して報告してもらうような形を多分取っていないので、新たにそれを調べるのはなかなか難しいのだというのは分かりますけれども、今、研究班をつくっている調査をされていると聞いていますので、どのケースが多くて、それぞれのケースにどのような問題点があったのかみたいなことを、ぜひまた研究班の報告としていただければありがたいなと思っています。

細かい点ですけれども、6ページのD to P with Nという項目がございますが、初診の話の中でのD to P with Nについてはちょっと違和感があります。もともとお医者さんの指示がないのに看護師さんが現場にいるということはないので、当然このD to P with NのNは、誰かかかりつけ医がいて、指示をしてその現場に行っているわけです。その方がいきなりオンライン診療で初診で別の医療機関に受診するというのは現実的になかなか想定しづらいものなので、ここはちょっとどうなのだろうというのは改めて感じました。

それから、先ほどから議論になっているケース3ですけれども、まさしくこれは、先ほどもお話があったように、PHRとか、今、国が進めている医療情報、健診情報等は、本当に多くのネットワークを中で知ることができる。患者さんの同意があれば医師側もそれを受け取ることができるという仕組みが日本の中にあまねく広がっていくのであれば、全く初診の患者さんであっても、かなりの情報をオンライン診療を行っている医師が得られると思いますけれども、現時点ではまだまだこれは環境が整備されていない。今、議論されている最中のお話なので、それを前提として、今すぐこれをどうというふうにはあまり言わないほうがいいのではないかとというのが正直なところです。

医師会としても、できるだけ、適切にオンライン診療を行っていただくための研修を今やっていますが、もう少し研修の中身について幅広に対応したいと思っておりますし、将来的には、かかりつけ医機能の研修制度でも、できるだけ多くのかかりつけ医がオンライン診療できるようにして、診療の一つの形態ということで、患者さんのニーズに応えられるようなことも準備をしていかなければいけないと思っておりますけれども、今すぐできるという話ではないので、ここで初診についてあまり一遍に拡大するというのではなくて、しばらくの間、コロナの感染は続くと思いますので、その期間にしっかりと体制整備をしていくことが重要ではないかなと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局から何かございますか。よろしいですか。

それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 資料3のところは少し長期的な話もいいということで、発言させていただ

きます。

前回、大橋先生が、かかりつけ医がオンライン診療を始めて感じたことというところで、私は結構この長所というか、メリットというようなことは随分とこあそこで議論されているのではないかと思います。私自身が、教員としてオンライン教育を始めて感じたこととほぼ同じなのですね。このオンライン診療の便利さというものは、恐らくいろいろなものを突き動かしながら変化させていくのだらうと感じております。

今日のところでいろいろな条件が、オンライン診療を認めるための要件として、この条件を満たしたらという要件そのものが恐らく変わらざるを得ない状況になってきているのだと思うのです。今までのかかりつけ医というものでも駄目だろうし、そして、予防接種というところも先ほど、これに新しい情報を加えてというものもありましたし、情報の共有化を進めていきますという形で、オンライン診療という便利なツールを診療の中に普及させていく中で重要な条件というものを、少し時間はかかるかもしれないけれども、変化させていけば整備されていって、安全と信頼性のある形でこのツールを利用することができるというような議論をどこかでやっておいていいのかなと思っております。

大橋先生の話の前回伺っておりまして、なるほどなと思うと同時に、教育と医療の違いは、恐らくオンライン診療をやっていながら、会わないと分からないとか、やっぱり会おうということは教育ではないのです。だから、教育と医療は、距離とかいろいろなものに影響していくところはあると思います。オンライン診療の便利さというのを利用者側、あるいは医療側というところで、大道先生が、我々に行動変容が起こってというふうにおっしゃられていましたけれども、やはりオンライン診療を利用することによって、これはなかなか良い側面が多々あるぞというところがある。その中で、我々だったら教育の質を落とさないように、皆さんだったら医療の質を落とさないように、どのように周りが変わらなければいけないか。かかりつけ医というものをどのように定着させなければいけないかというような議論は、ほかのところ、あるいはここででもしっかりと議論しておく必要があると思います。

それと、大道先生がポジティブリストをつくったほうがいいのではないかとおっしゃられまして、この報告書、今回の資料の中には禁忌という言葉がありますので、恐らくこれはネガティブリストだと思うのですが、ポジティブリストをつくるのか、ネガティブリストをつくるのかというようなことも議論して、整理していったほうがいいと思います。先ほどの話になりますと、この便利なツールがこれから先普及して、多くの人を利用できるようになるためには、周りがいろいろ変わらなければいけない。教育を考えると、今までの前提条件がひっくり返るぐらい変わるわけですね。そのようなところが今、私たちが直面している問題なのだろうと感じながら眺めております。かかりつけ医というのは恐らくみんなが使えるようになりましょうという動きも出てくるでしょうし、患者の医療のかかり方というのも今までのままでいいのかということもあるでしょうし、情報の共有の仕方とかいうのも本当に今までのままでいいのかということがある。だから、PDCAサイクルで



1年ずつ回していきながら、この便利なツールを使えるように世の中が動いていけば、私は、医療にとって質を落とさずに安全性と信頼性を確保しながら維持できる話ではないかと思っております。

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、山口構成員、お願いします。

○山口構成員 先ほどの大石構成員の御意見について意見があります。

まず、おっしゃられていたかかりつけ医の必要性であるとか、初回は受診勧奨で、次が対面というような方向性が現実的だろうというのは確かに私もそうだろうと思いながら、ただ、そういうふうになかなかできない現状が、診療報酬もついていないということもあるかなと思っております。

ただ、12か月以内の受診歴があるのが、若い持病がない人は1年に1回はかからないだろうということでも2〜3年とおっしゃったのですけれども、私たちは30年前から電話相談をたくさん受けている中で、例えば1年に1回人間ドックを受けていたけれども、あるいは半年前に受けた健診で全く異常がなかったのに、こういう病気が見つかったという話が結構多いです。そういうことからしますと、私は12か月でも結構変化している可能性が高いのではないかと思いますので、2〜3年空いてしまうと、やはりまずは対面ということをしなければ危険が伴うのではないかと、お話を伺っていて感じました。

それから、初診の4つの例ですけれども、今村構成員がおっしゃったように、1から4のどれが多いのかということは実態が見えていないと私も思っています、現実的には多くは1と2のケースなのではないかと思えます。ここで問題になっているのは、やはり中心としては3のケースだと思いますので、できれば3の実態というものがもう少し分かるような調査をお願いしたいと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

何かありますか。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。

ケース1から4の時限的特例措置における実態ということでございますけれども、恐らく疾患ベースで見させていただきますと、上気道炎、発熱等がほとんどでございますので、実態としてケース4、紹介状を持って初診からオンライン診療を使っているというケースはほとんどないと解釈できると我々は思っております。そういった意味では、ケース1から2に関しましては、以前かかったことのある初診。そして、ケース3が以前かかったことのない方の完全なる初診ということで、これで大きく分類できると思っておりますので、現状のお示ししているデータの中でも、一定程度のケース1から4の解釈というのは可能なのかなと思っております。いま一度御確認いただければと思っております。

今回、12か月ということで例示させていただきましたけれども、この12か月に関しまし

ては、ぜひ御議論いただきたいところですが、事務局としましては、一定程度情報が把握できている患者に対して、これまで初診からオンライン診療をするのは可能ではないかという御意見に基づきまして、12か月であれば一定程度の情報が医師も状態として確認できているのではないかと。あるいは今、山口構成員からも御指摘いただいたような、大きな見落としを防ぐ、リスクを軽減できるのではないかとという観点で12か月という案をお示しさせていただきました。これに関しましては、諸外国の並びでも、前回お示ししているような例で、12か月というところが2か国ほどございました。12か月に3回というのが一つの要件になっている国もございましたけれども、そういった例を参考に今回お示しさせていただきましたので、補足させていただきます。

○山本座長 それでは、島田専門委員、お願いいたします。

○島田専門委員 ありがとうございます。

かかりつけ医の定義がまだ明確でない中において、できるだけオンライン診療を受ける場合には受診履歴のあるところを選んでいただきたいという観点から、ケース1、2について、1年程度というふうに広げるのはよいことだと思います。保険診療ですと、例えば風邪のような急性疾患ですと、1回診るごとに治癒として扱って、3か月ぐらい後の受診は初診として扱うなどという現状がある中で、患者さんからも、何でまた初診料で少し高い診察費なのですかなどというクレームも実はある中で、12か月と延ばして取り扱うのはよいことだと思います。

それから、金丸構成員からも挙がりましたケース3のところですが、私も従来は反対をしてきた立場にあるのですが、ただ、一方で、例えばワクチン接種とか健康診断というのは自由診療という形で、確かに診療行為の一つとして扱っておりますので、例えばワクチンも高齢者のインフルエンザの一部助成が出ている場合の問診票には、大切な既往歴とか、けいれんの履歴とか、内服薬についても記入欄がありますので、この情報を医療機関が持っているだけでもかなり情報はあるかなと思います。

それから、区民健診の方は年に1回区民健診だけで当院へお越しになる方も大勢いて、これも住民側からすると、それでもかかりつけ医という意識は高く持っていられるのですね。ですから、こういう区民健診、それから職場の従業員健診も必ず年1回、夜間労働があれば年2回受けておりますから、これもかなりたくさんのデータがあります。あとは、例えば家庭医であれば御家庭の背景を見て、それから、産業医であれば、私どもはたくさんやっておりますが、職場の環境背景も含めて把握しているという意味では、本当の保険診療的なかかりつけの定期通院がない場合にも、このような受診履歴があるところをオンライン診療の場合には選んでいただくという観点からは、この方法はいいのではないかと思います。

それから、ケース4のD to P with Nについて考えてみました。これは過疎地についてなどは有効かなと思います。村で運営している診療所などは、ドクターは毎日いなくて、ただ、看護師さんだけはいるなどということによって運営されているところがありますので、こ

ういうケースなどで有用であったり、あとは病院の専門医にオンライン診療をお願いする場合に、かかりつけのドクターが患者宅までは出向けないけれども、自分のところの看護師さんに行ってもらって、オンラインの中で、その場でパルスオキシメーターや心電図などを取ってお示ししたりとか、そういうことも可能かなと考えました。

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 ありがとうございます。2点ほどコメントさせていただきます。

1点目は、ポジティブリスト、ネガティブリストの話なのですが、アメリカで一般的に議論されているいわゆるオンライン診療に適した疾患、適さない疾患の中では、精神科、心療内科疾患や皮膚科疾患などは適した疾患である一方で、発熱、腹痛などは対面診療が推奨されるとされています。しかし、事務局で発表していただいた資料では日本ではかなりの方が発熱でオンライン診療を使用されているというのを見て、欧米諸国と比べて違うパターンを認めているという印象を持ちました。こういった疾患を多くオンライン診療で診断していると、見逃しなどが起きる可能性もあります。そこを考慮して、どのような疾患がオンラインに適しているのかというのを今後詰めていく必要があるのかなと思っております。

2点目は、今の議論はかなりかかりつけ医にフォーカスが集まっていると思うのですが、私自身はかかりつけ医を持つことでポピュレーション・ヘルス・マネジメントという方向性は正しいと思っております。ただ、一方で、1年間に10回も20回も外来を受診しているような高齢者や基礎疾患がある方と、若くて企業で働いている30代でほとんど病院にかかったこともないような方を一緒に考えると、全然違う患者層になりますので、そこを同じかかりつけ医の定義でカバーしようと思うと難しい現実があるのかなと思っております。

かかりつけ医の定義の12か月というのが現実的なラインなのかなと個人的には思っていますが、場合によってはこれでカバーできないような若い健康的な人に関しては、例えば登録制とかであらかじめかかりつけ医を登録しておいてもらって、そこで何かあったときにはオンライン診療できるとか、そのグループをいかに対面診療できるような形で、かかりつけ医をきちんとつくるように推進していくというのが必要なのかもしれません。オプションの一つとして検討していただきたいと思います。

それに関連して、今まで職場でかなりの医療を予防接種、健診も含めて受けていた方が、いずれ、今のコロナの影響で、ワーク・フロム・ホームなど家で仕事をする人も増えてきています。そうすると実際、家族が家の近くのかかりつけ医の先生に診てもらっていて、本人もそこで診てもらおうというパターンになってきますので、かかりつけ医に関しても多様性が増えてくることになってきます。よって必ずしも現状、職場でみんな受けているから職場でかかりつけ医も決めたほうがいいとか、そういうふうには決めないで、今後どう変

わっていくかを見越して、かかりつけ医の定義を進めていく必要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。

それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 時間のない中、すみません。事務局に改めての確認なのですが、私と山口構成員から申し上げた1から4のケースの分類について、今、特例で行われている結果について、きちんと分かるようにということを申し上げたのですが、4については御説明のとおりだと思いますが、全くの初診であったか、それとも慢性疾患がある患者さんで新しい症状に対してオンライン診療を行ったかというのは、今回の結果、つまり疾病では分からないと。上気道炎が多いからといって、それは慢性疾患を持っている方が上気道炎を起こしたのか、本当に新患としての上気道炎でかかったのか、そこを区別できないかということを申し上げたのです。先ほどそれは今回の検証結果を見て分かるという御説明だったので、その辺はいかがなのでしょう。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

申し上げましたのは、ケース4に関しましては、基本的に診療情報提供書を提供されて初診からオンライン診療というのは、疾病ベースでは、現状このデータを取っているわけではございませんけれども、恐らく想定されないのではないかとということを申し上げました。確かにケース3とケース1、2に関しまして、今、収集できている状況の中でどのように分析し得るのか、非常に分かりづらい状況でございますので、改めてここをお示し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。

○今村構成員 よろしくお願いたします。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんか。

それでは、次の議題に移りたいと思っております。

○大石構成員 ごめんなさい。佐藤先生がずっと手を挙げていらっしゃったのが、チャットに連絡が入っていますよ。

○山本座長 佐藤先生の挙手が見えなかったのですが、佐藤先生、御発言がありましたら、どうぞ、お願いたします。

○佐藤構成員 すみません。今、電車の中なので、チャットに書いたとおりです。よろしくお願いたします。

○山本座長 分かりました。ありがとうございます。

どうぞ、読み上げてください。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、佐藤構成員よりチャットでの御発言がございましたので、簡単に御紹介させていただきます。

かかりつけ医について、初診からオンライン診療を認めるとしても、多くの国民がかか

りつけ医を持っていない状況では、かえってオンライン診療の選択肢を狭めるのではないのでしょうか。かかりつけ医を普及させる対策を併せて講じるべきかと思っておりますということです。

また、資料3ですが、かかりつけ医や病院の間で患者情報を共有できれば、ケース4の余地が広がるのではないかとということで御発言いただいております。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に移りたいと思っております。事務局から資料4「初診のオンライン診療を適切に実施するための「必要な対面診療との組み合わせ」について」の説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料4を御覧ください。2ページ目は前回の事務局の資料と、そして御発言いただいた内容、「必要な対面診療との組み合わせ」に関連した御発言に関してまとめております。先ほど資料1でこの点に関しては一部御紹介させていただきました。

3ページ目を御覧ください。まず、基本的な考え方として、必要な対面診療との組み合わせに関しまして、1つ目のポツにありますとおり、実際にオンライン診療を初診から行ったときに、緊急時に速やかに処置や治療につなげる必要が生じることや、症状が遷延した場合において重大な疾患の見落とし防止等のために、適切な対面診療との組み合わせが必要になるというふうにさせていただいております。

実際に初診からオンライン診療をやった場合に、すぐさま対面診療を行うことと、そして、2回目以降は組み合わせる必要があることと、大きくこの2つのポイントで必要な対面診療との組み合わせということを今回、論点とさせていただいております。

場合分けとしまして、いわゆるかかりつけの医師が対応する場合と、そして、紹介状に基づいて専門医が行う場合ということで2つ場合分けをさせていただいております。3ページ目でございますとおり、まず、いわゆるかかりつけの医師が初診のオンライン診療を行う場合ということで、対面診療が必要な場合においては原則オンライン診療を実施した医師が対応することとしてはどうかと提案させていただいております。ただ、2つ目でございますとおり、困難である場合においては、日常的にアクセス可能な距離にあるほかの医療機関と連携を確実にすることとしてはどうかということ。そして、3つ目のかかりつけの医療機関の所在地と異なる二次医療圏に居住する、これは二拠点居住のことも指しておりますけれども、初診からオンライン診療を受ける場合において、これは患者側になりますけれども、速やかに対面診療を受けられる医療機関を受診前に確保しておくこととしてはどうかということを提案させていただいております。これに関して、実施前の説明と同意において必須事項とすることを案としております。

2つ目のパターンとして、4ページ目でございますけれども、紹介状等によって専門医等が初診のオンライン診療を行う場合、どうかということでございます。対面診療により

紹介状等を記載した医師が、当該患者がオンライン診療により紹介先の医師を受診することが可能であると判断した場合において、一定の安全性が担保されるのではないかとさせていただきます。

少し補足させていただきますと、紹介状を記載する場合において、当然、目的を持って診療情報提供書を記載しているのが一般的かと思えます。紹介先で追加的な検査をするのかどうか、精密な検査をするのかどうか、特定の治療の必要性を判断して紹介状を書くのかどうかということで、多くの場合、かかりつけ医あるいは主治医等が、紹介先でオンライン診療ができるかどうかというものは基本的に判断できるかと思えますので、そういった観点で紹介状を書く医師が可能かどうか判断するというような案を示させていただきます。

距離的に離れた専門医がオンライン診療をする際に、対面診療が必要だと判断した場合においては、紹介元の医師がこの対面診療を実施することを基本としてはどうかという案で、今回お示しさせていただきます。

説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

ただいまの説明に関しまして、御意見、御質問がありましたら、お願いいたします。いかがでしょうか。

大橋先生、お願いいたします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

対面診療が必要な場合に、事前に患者が対面診療を受け入れる医療機関を受診前に確保というところがあるのですが、これに関して、患者さんが適切な対面診療先というのを受診前に理解することができるのか。例えば、適切な診療科であるのかも含めてですけれども、そこら辺についてはどのように考えたらよろしいでしょうか。

○山本座長 事務局からございますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 この観点に関しては、ぜひ今後も御議論いただきたいと思っておりますけれども、特に必要なのは緊急時に対面診療をする先を確保するというところで、緊急性のある場合に救急疾患であったときに対面診療ができるような医療機関ということが一義的には必要になってくるかと思っておりますので、その観点で、救急病院だとかそういうところがあるかどうかということオンライン診療の受診前に確保するというのが一議定に必要なようになってくるかと思っております。症状等に応じてどうするかということに関しましては、事前トリアージの段階で一定程度場合分けできるのかなどに関しまして、専門家の方々から御意見をいただきながら検討していくことかなと思っております。

○山本座長 二拠点居住の場合にオンライン診療をする医師から、二拠点目の居住地の医療機関を探すというのは基本的には難しいので、これは実際に住まれている患者さんが、説明と同意の過程においてですけれども、それを見つけていただくということをやったかざるを得ないのではないかとということだろうと思っておりますけれども、医師側が、例え

ば東京と軽井沢に住んでいる人を、東京の医師が軽井沢の医療機関を探すというのなかなか難しいと思うのです。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 ありがとうございます。

対面診療が必要な場合には、原則、対面診療を実施した医師が対応することとしてはどうかという部分に関しては、例えばかかりつけ病院だった場合は複数の医師がいる。例えば内科でも複数いる場合もありますし、在宅だと機能強化型の在支診だとか連携が多分ありますけれども、十分情報が共有されていて、かつ患者さんから見ると特定の医師の場合もありますが、特定の医療機関がかかりつけとと思っている場合もあるかと思っておりますので、ここは医師に限定せず、その医療機関というふうにしたほうが適切ではないかと思っております。あと、それによって信頼性だとか安全性も確保できると思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど話題になった二拠点居住の方の話ですけれども、本当におっしゃるとおり、医療機関側が、対面診療の先がきちんと診ていただけるかを判断するのは難しいと。したがって、患者さんが受診前に確保していただくというのは、それはそのとおりだと思うのですけれども、例えばいきなり対面診療を求められてきた患者が、それまでオンライン診療をされていて、どんな状況だったかという情報が全くないままに、急変して具合が悪くなったら急に押しつけられたみたいな受け止め方をされるのではないかという危惧を持っています。決めていただくことも大事だし、オンライン診療をしていた医療機関からの情報が、対面診療をする受入先の医療機関にきちんと伝わるような仕組みをしっかりと設けてもらう必要があるのではないかと思っております。

通常の連携の中で、対面診療同士であっても、やはり相当の情報共有のために診療情報を詳しく書いていただくわけですから、オンライン診療を今まで受けていたのです、急に具合が悪くなりました、先生診てくださいとって突然飛び込まれても、医療機関側は非常に困惑するし、医療機関同士でもちょっと、何でこんなことをするのだみたいな話になりかねないので、そこはぜひ仕組みの中で、しっかりと情報共有のことを書いていただければありがたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 先ほど話したところの1点はここで話すべき話だったかもしれないのですけれども、医療と教育の大きな違いは、オンラインで話をしているときに、やはり会わなければ分からないということは、教育ではないですね。医療の場合はそういうことがあるということ。そして、それは極めて重要な要因になると思っておりますので、信頼関係がある、移動できる範囲の距離というようなところは、オンライン診療を考える上で私は大前提で

はないかと思っております。

大道先生の日本病院会の会議で私は発言していたのですけれども、医療では医師と患者の情報の非対象性がありますので、あまり医師が強くなっていろいろなことができないように、長期的な教育を行ったりとか、あるいは医師・患者の間の信頼関係をベースにして、エージェント問題みたいなものが起こらないような形に信頼関係を築いた上でやっているから、とんでもないことをする人は数少ないわけですね。数少ないけれども出てくるわけです。その辺のところを、やはり制度設計の中では視野に入れておいてもらえないだろうか、日本病院会でこの会議の委員である大道先生にお願いしていました。まだ私は委員でなかったものですから。

今すぐ会ったほうが良いというような関係というか、そういう関係を大前提として医療をやっつけていかなないことには、ちょっと患者のほうに犠牲者が出てくるというようなこともあるかもしれないなというのがあります。

それと、前回のところで大橋先生が話をされていて、私もそうですよねという話をしていたのが、やはりオンライン診療を行えない医療機関が淘汰されていくようなことになっていくと、今、地域医療をしっかりと根づかせようではないかという、顔の見える関係を築いていこう、地域全体で治し支える医療をやろうというようなところと矛盾するものになっていきますので、この辺りのところに気をつけていく。と同時に、オンライン授業というのをやってみて分かるのは、必要とされるスキルはそう難しい話ではないので、1年ぐらい準備して、あるいはみんな教育していけば、大体みんなできるようになるのではないかと思っております。

ですから、先ほど大道先生や津川先生がおっしゃっていたポジティブリスト、ネガティブリストみたいなことをしっかりとこちらのほうで準備していくことによって、オンライン診療の途中で、やっぱり会おうと言える距離、そのことを言うことができる信頼関係をベースにしたようなものを考えていくことによって、先ほども言いましたように、便利なツールというのが今一人で動いていて医療とか教育を含めて世の中全体、いろいろなものを変えようとしている。そのときに弊害が出ないようにやっていくというのは、割とここに書かれているような状況で解決でき、先ほどの最後のところの二拠点居住とかいうような例外規定に関しては、少し慎重にみんなで議論していく必要があるのかなと思っております。

どうもありがとうございました。

○山本座長 ありがとうございます。

山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今の二拠点居住のことですけれども、国民全体から見れば、かなりごくごく一部に限られた方になるのではないかということを考えると、あらかじめ、この人は二拠点居住者だということを想定が可能な場合だと思います。だとすれば、今日、資料1にあった統一フ



フォーマットのところに、例えば二拠点居住でオンライン診療を希望する人に対しては、あらかじめ対面診療が必要になったときの別の場所での受診場所を決めておいて、さらに、あらかじめオンライン診療をしているドクターからの情報提供を、何もないときから、何かあったときはここにかかりますということで情報提供するような仕組みを伝えておけば、あたふたせずに、何かあったときはここということが実行できるのではないかと思いますので、そういった統一フォーマットのところにに入れてはどうかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、島田専門委員、お願いいたします。

○島田専門委員 島田です。

受診先のところなのですけれども、冒頭のところでも出てきたベンダーで地理的に医療機関を表示するというところとも関連してくるかと思います。私が心配しているのは、どのベンダーに加入しておくか、うちの医療機関が紹介されやすいとか、露出度が高いみたいなことが始まって、あるベンダーが寡占状態をつくるかということになると、患者が公平に医療情報を受け取ることが難しくなることまで考えられます。また、保険診療においては、保険診療による受診のあっせんとか誘導を行ったときに、名目のいかにかわらなく、そこからキックバックとかフィーをもらうことを禁止している通知が出ています。ですから、そういうところにも実は抵触してくる可能性があります。現在の利用料の4%とかいうものの範囲であれば、医療機関はただ選択しているシステム料ですけれども、医療機関が地理的に表示されるというものも、例えばネット上の検索キーワードで上位のところにも広告で載ったり、またはSEO対策をして上位に載せる。これを裏で操作していることも幾つかニュースで出ましたけれども、そのようなことがあると信頼度が落ちますので、やはり病院の受診先とかオンラインで受けられる医療機関は、できればこれだけはベンダーというよりも横断的に全てのオンラインに参加している医療機関が載るし、急なオンラインでの対面が必要になった場合の受診も受け付けているような医療機関リスト、病院リストであったりというものがあるほうがよいのではないかと考えております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

なかなか難しいテーマですね。必ずベンダーさんがやるのであれば、共通のAPIをつくっておいて、どこでやっても同じ結果が出るということを標準化することができないわけではないですね。ただ、汎用システムを使っているところまで入れるとかなり問題としては複雑になってきますね。

それでは、大道構成員、お願いいたします。

○大道構成員 ありがとうございます。

緊急時の件ですけれども、恐らく受け入れるのは我々二次救急病院になると思っております。現在もそうですが、私どもの病院は在宅療養後方支援病院で必ず入院させねばいけないというマストでやっているわけですけれども、それでもやはりかかりつけの先生によ

っては紹介状の濃淡とといいますか、情報量の多寡が大分違います。非常に詳しく書いていただいている先生は、一読すればその方のここ半年ぐらいの経過が全て分かるような、非常に上手な診療情報を提供してくれる方もおられますし、少なくともオンラインでずっと診ていらっしゃって、ここ半年間データがないという状況の患者さんを受け入れる我々としてはかなり厳しいものがあります。ですから、急変する可能性がある患者さんに関しては、必ず直近のデータをオンライン診療であっても保持しておいていただきたいというのが救急病院からの願いでございます。よろしく申し上げます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ありがとうございます。

1点目は、大石構成員もおっしゃられた3ページ目のところで、原則オンライン診療を実施した医師がという点については、資料3の議論と同じように、医療機関という形にさせていただくのがいいのかなと思っております。

あとは資料4の4ページについてですけれども、ここもどういう形で紹介という情報を渡していくのがいいのかについて、より深めて議論をしていったほうがいいのかなと思います。その点も含め、今後、情報の伝達をどう評価するのかというのが、資料3から資料4まで全体のテーマになっているのかなと思います。そういう意味で、ほかの論点の検討とも併せて、ここも総合的に検討を続けていって、最終的に成案を得るという形にしたいだけといいかなと思いました。

以上です。

○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。

先ほどから何度も話題に出ている二拠点居住者などの初診からオンライン診療を受ける場合に速やかに対面診療を受けられる医療機関を受診前に確保しておくということは、説明していただいて、意図は理解したのですけれども、受ける側からすると、オンライン診療を受けて対面診療が必要とされたら、そこから探せばいいのではないかと感じてしまうので、なぜ受診前に確保が必要なのかということも含めて、分かりやすい説明が必要ではないかと思えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

津川構成員、お願いいたします。

○津川構成員 オンライン診療も、経済合理性から考えると、ベンダーは自分の契約している診療機関しかリストに提示しないというのが恐らく予想される展開だと思います。これを防ぐためには、全ての医療機関を提示してもらおうとか、自分のシステムを導入していない診療機関も含めてオンライン対応できる場所を提示してもらおうとか、何らかの形で

ルール設定することが、情報の非対象性による患者の被害を防ぐ方法になると思います。それも含めて、厚労省などがベンダーの実態調査を行うなど、どのようなパターンで患者の動線がコントロールされているかというのを把握しておく必要があると思います。

○山本座長 ありがとうございます。

本日は活発な御議論をありがとうございました。

それでは、本日の議論を踏まえて、対応の整理を次回までに事務局でお願いいたします。

事務局から、次回の検討会等について何かございますでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

本日は活発な御議論をありがとうございました。様々な御意見がございましたので、また事務局で整理させていただきながら、感染状況を踏まえて、何を議論すべきかということも改めて事務局の中でも整理させていただいた上で、次回の開催を検討させていただきたいと思います。

次回の日程に関しましては、構成員の先生方と調整させていただいた上で御連絡させていただきたいと思います。

○山本座長 本日は、長時間にわたり御審議いただきありがとうございました。

それでは、これで本日の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を終了いたします。どうもありがとうございました。