

2020-4-2 第9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9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」を開催します。

構成員の皆様におかれましては、平素よりオンライン診療について、また医療行政全般にわたり格別の御指導、御支援を賜り誠にありがとうございます。

また、御多忙の中、本日お時間をいただきましたことにつきましても、厚く御礼申し上げます。

本日はこのような形で、オンラインによる開催を行うことになりました。後ほど、この会議の進め方については御説明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、高林構成員、また袴田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。

本日の会議に参考人として、国際医療福祉大学、加藤康幸感染症学教授、また都立駒込病院、今村顕史感染症課部長をお招きすることについて、構成員の皆様におかれましては御異論ございませんでしょうか。

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 本日のオンライン会議の進め方について、御説明させていただきます。

マイクの設定についてですが、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。また、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をお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除していただきますようお願いいたします。御発言後は、再度マイクをミュートしていただきますようお願いいたします。

それでは、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料を御確認ください。資料0、1、2という形で、資料を送付させていただきます。

資料0、議事次第。資料1、「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療について」。資料2、オンライン診療におけるインフルエンザ診療について、ということで資料を用意させていただきます。参考資料は1から7まで、資料を御用意させていただきます。不足する資料等がございましたら、メール等で事務局までお知らせください。

それでは、以降の議事運営につきまして、山本先生をお願いいたします。よろしく願いいたします。

○山本座長 本日は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた議論をいただくために、急遽お集まりいただきありがとうございます。

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2つでして、1つが新型コロナウイルス感染症対策としてのオンライン診療について、2つ目がインフルエンザ疑い患者に対してオンライン診療を行うことについてでございます。

初めに、本日の会議開催となった背景について、事務局から説明をお願いいたします。
○迫井審議官 審議官を拝命しております迫井でございます。どうぞよろしく願いいたします。

本日、開催をさせていただきました背景といたしましては、昨今の新型コロナウイルス感染症の感染が大きく動いておりまして、都市部を中心に指摘されておりますけれども、医療が提供できる状況について大きく変わってきているということ。それから、諸外国の情勢をみましても、実際に空港検疫等も含めまして輸入事例が増えてきている。そういったことから政府全体としても大きな、言ってみれば緊張感を待って対応させていただいているという中で、改めましてオンライン診療についても積極的に活用していくことが必要だろうと私ども自身ももちろん考えておりますし、様々な方の御意見がございます。

そういった中で、先般、3月11日に一度検討いただきましたけれども、その後の情勢も含めまして改めて今日、御審議をいただきたいと考えております。

もう一つの背景が、今朝、規制改革会議のタスクフォースが設置されております。これは実際にお手元に、参考資料7として配付をさせていただいていると承知をしております。

こういった投げかけが、規制改革会議のタスクフォースからございました。詳細を細かく読み上げはしませんけれども、オンライン診療、電話の診療を活用する形で、これは実際にコロナウイルスの感染が大きく拡大する中で、感染を防止する観点からは医療機関と患者さんとの間が物理的に隔絶されているというメリットももちろんあるわけでありまして。

一方で、これは先生方御案内のとおり、オンラインという情報が限られた中で診療することについての様々な課題、限界があります。

そういったことを改めまして、さらなる活用ができないのかということで、参考資料7の1に記載がございます、特に「初診対面原則の見直し」ということで、大きく1、2と分かれておりますけれども、1の活用につきましては（1）（2）（3）とございます。

初診対面ということで、基本的には前回の議論でも、感染症についてこういった対応をすることについては大きな課題があって、必ずしもオンラインだけでということにはならないという結論を頂いているわけでありましてけれども、その点については私どものほうでこれまでいただきました御議論と、それから私どものほうで整理をさせていただいた資料を提出させていただきながら、御説明をさせていただいたところであります。

御説明の内容について詳細は省略をさせていただきますけれども、それはこの後御説明します事務局資料の中に基本的には入っておりますので、そのような資料で御説明をさせていただきたいということでございます。

やり取りの中でどのようなことがあったのかをごく簡単に御説明いたしますと、私ども事務局のほうで、これは私自身が説明いたしました後で委員から幾つか投げかけがござ

いました。

この参考資料7の記載にもありますけれども、幾つか具体的に御紹介をすると、風邪を引いて体調を崩したりする場合に、コロナを恐れて医療機関に行けないという実態があるのではないかと。それは必ずしも風邪とか上気道症状だけではなく、ほかの疾患、皮膚科とかも含めて病院に行けないという方々について、オンライン診療を認める必要があるのではないかと。初診であっても、そういったことがないと安心ができないのではないかとという投げかけがあったり、あるいは医療機関に患者さんが殺到することが医療崩壊だということで、それを恐れているということでもありますので、患者さんが基本的にはそういったことがないようにすることを考えますと、医療機関で一定程度、必要な医療は受け入れるにしても、オンライン診療である程度そういったことができるのではないかと。

それから、多くの方が強調されたのが、海外でという話です。海外でオンライン診療が、特にコロナが蔓延している地域については使われているのに、日本で行えないのはなぜか、そういったことは法的な理由があるのかといったこととございます。

あと、これはこの検討会直接のお話ではございません。やはり、一定の診療報酬がないとそういったことが動いていかない。だから、対面と同じような扱いに本来すべきではないか、特にこういった情勢においてはという趣旨だろうと思います。

もう一つ重要な点は、特に若い人。今回、コロナの対応を考えるときには、必ずしも高齢者ばかりではなく、お子様ももちろんそうですが、特に勤労世代、若い人たちについていうと、かかりつけのドクターはほとんどいないということとございますので、かかっている医療機関がない、受診履歴がないということになると、そもそもこういったオンラインの医療からは排除されてしまうのではないかと、それは不合理なのではないかと、若い人を切り捨てるのはおかしいのではないかと、そういったことについて御指摘がありました。

そういったことを踏まえまして、前回3月11日に御結論を一度は頂いているわけでありましてけれども、改めましてこの情勢を踏まえて、オンライン診療のさらなる活用を考えていく必要がある。詳細は御説明をしますが、服薬指導についても同様でありまして、そういったことについて改めてさらなる検討をお願いしたい。

これは昨日、加藤厚生労働大臣が経済財政諮問会議において、こういったことについて改めて検討を至急お願いするという場がまさにこの場でありまして、そういった背景で今回、御議論をお願いしたいということとございます。

少し長くなってしまいましたが、以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは早速、議事の1つ目の「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療について」ということで、事務局から資料1の説明をお願いできますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 はい。よろしくお願いいたします。

それでは、資料1を御覧ください。「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療について」です。

まず、前回同様ですけれども、基本的な考え方からお示しさせていただきたいと思いません。

2 ページ目、そして3 ページ目に移っていただきますと、現状のオンライン診療のガイドラインにおける急病急変患者の取扱いについてお示ししています。

初診は、原則対面診療で行うこと。そして、急病急変患者についても対面で行うことで記載が盛り込まれています。

そんな中で今回、御議論いただきたい背景としましては、先ほども迫井審議官より申し上げましたとおり、3月11日の検討会と比較して、現状におきましては感染拡大の状況が大きく変わってまいりましたので、改めてその観点からすぐに適切な医療を受けられない状況にあるのかどうか、そして速やかにオンライン診療を行う必要があるのかどうか、有効性や必要性和そのリスクを踏まえた上でどうかということに関して、本日御議論いただきたいと思っております。

これまでも、前回御議論いただいた内容に関しまして事務連絡を発出しておりますので、少しご紹介させていただきたいと思えます。

4 ページ目以降、現在の対応状況についてです。

5 ページ目にお示ししているのは2月28日の事務連絡で、いわゆるDo処方、基本的に今まで処方されていたものをオンラインあるいは電話で再度処方することに関して、事務連絡を発出しております。また、ファクスで情報を送ることによって、電話等によって服薬指導がされ得ることもお示ししていました。

そして、前回3月11日に検討会で御議論いただいた内容が6 ページ目になります。

6 ページ目にお示ししていますとおり、前回の議論では、やはり発熱患者、そして上気道や感染症を疑うような疾患に関しては、オンライン診療で初診を行うのは難しいのではないかという議論であったかと思えます。

それに加えて、慢性疾患で多少症状に変化がある場合だとか、あるいは新型コロナウイルスで陽性であった場合、ただ軽症や無症候で今後自宅や宿泊施設等で経過が見られる場合において、オンライン診療が有効に活用できるのではないかという御議論をいただきまして、3月19日に事務連を発出しております。

現在の新型コロナウイルスへの対応状況について、7 ページ目にお示ししておりますが、御存じのとおり帰国者・接触者相談センター、そして外来において最終的にPCR検査を行うべく体制を整えておりますけれども、今般の議論の中でオンライン受診勧奨や電話の相談でかかりつけ医・一般の医療機関においても相談ができるようにしたらどうかということで、事務連絡においてもこれを促す旨が発出されております。

また、先ほど申し上げましたとおり、PCRが陽性で、今後、都道府県の判断で無症状あるいは軽症の患者が自宅療養可能になった場合においてですが、オンライン診療を使って経過観察をしたらどうかということを前回御議論いただきました。

8 ページ目に、今般の新型コロナウイルスの発生動向を改めてお示しさせていただいて

おります。

9 ページ目に移りますと、3 月の中旬あるいは後半から感染者数が大きく伸びている現状が明らかでございます。

また、10 ページ目にお示ししています確定日別の人数、そして週別の人数を見ても、3 月後半において明らかに新規の感染者が多くなっていることがよく分かるかと思えます。

11 ページ目に移りますと、現在、この新型コロナウイルスの院内感染で診療を停止しないといけない、あるいは縮小しないといけないといった医療機関が増加しており、1 月の終わりに和歌山県の医療機関がございましたけれども、3 月に入って多くそういった医療機関が報告されております。

こういった状況も踏まえて、今回、再度御議論いただければと思っております。

それでは、今回の検討事項に移らせていただきます。

13 ページ目に移っていただきますと、これは前回の議論をまとめさせていただいておりますが、前はマル1、マル2ともに、初診からオンライン診療を行うというのは難しいのではないか、あるいは感染症など急病急変の疾患に関しては難しいのではないかということでもまとめておりますけれども、ここを再度検討することとしたいと思えます。

14 ページ目が、今回事務局案としてまとめさせていただいている内容でございます。

四角の中でございますけれども、「新型コロナウイルス感染症の急速な拡大、簡便な診断キットや治療薬がない状況、感染防止に伴い生じる医療アクセスの困難さ、患者や国民の感染への不安の増大等、平時ではない状況を踏まえ、時限的な措置として、新たな症状への対応をオンライン診療で行うこと」を、こちらでお示ししているように考えたかどうかということで、事務局の案をお示ししております。

今回、マル1、マル2を御検討いただくに当たって、今回ケース1から4まで、場合分けをしてそれぞれリスクの比較考量をできるようにまとめております。

ケース1は、定期受診をしている患者に関して。ケース2に関しては、過去に当該医療機関に対する受診履歴がある患者に対して。ケース3は、全く過去に当該医療機関に関して受診履歴がない場合。ケース4は、ケース3の中においてかかりつけ医等から情報提供を受けたような場合を想定して、今回御議論いただきたいと思います。

それぞれ、ケースごとに御議論いただきたいと思います。

15 ページ目以降、まずケース1とケース2。比較的、医師がその患者に関する情報を十分に持ち得る場合に関して、まずは御議論いただきたいと思います。

16 ページ目に移りますと、今回、新たな症状に対してオンライン診療を行うことについて、事務局として考え方をまとめさせていただいております。

新たな症状に対してオンライン診療を行うことについて、1番、一定の診断がし切れないリスク。

2番は、オンライン診療を行うに当たっては、通常予約をして、オンライン診療を実施するまで一定期間、2時間や3時間かもしれませんが、そういった時間がございまして、

実際にオンライン診療を行ってみたら、とてもオンライン診療では診切れない状態であったというようにリスクがあるかと思えます。

3番目に関しましては、これまでも議論をしていただいたような、なりすましや通信傍受、あるいはセキュリティーのリスクということで、これはこれまでの議論のとおり、初診でオンライン診療を行うことによってリスクが増大するという事は、これまでも議論していたとおりかと思えます。

4番目に、費用徴収や処方薬が横流しされるというリスクも同時に考えないといけないことを示しております。

また、5番目から6番目に関しましては、これは急性疾患による新たな症状をオンライン診療で診るリスクということで、5番目はすぐさま治療が必要なケース。これは喘息発作だとか、クループなどが代表例としてはあるかと思えますが、そういったケースや、重症化を見逃すリスク。インフルエンザに関しましても脳症や肺炎が発症しますので、そういった重症化の兆候を見逃してしまうのではないかというリスク。

7番目は、想定していた以外の疾患を見逃すリスクも同時に考えられるかと思えます。

こうしたリスクを、やはり感染拡大防止の観点から、重症化や見逃しのリスクと感染拡大のリスクと比較考量を行う上で、どのように考えるかということが必要かと思っております。

それでは、17ページ目のケース1・2、比較的リスクが低いと考えられる初診オンライン診療の対象者に関してですが、やはり先ほどお示ししたようなリスクを低減する方策は考える必要があるかと思えます。

2つ目のポツにありますとおり、医師患者関係が醸成されており、そして基礎疾患等が十分に把握されている場合においては、一定程度リスクが軽減されるのではないかと考えます。

したがって、ケース1、ケース2は、右下のブルーのボックスにございますとおり、医師は患者の状態を踏まえ、医療機関を受診することによる感染拡大のリスクと見逃しのリスクを比較考量し判断する必要があるものの、新型コロナウイルスの拡大の現況下に限り、下線ですが、初診からオンライン診療を可能とすることについてはどう考えるか、実施の可否については医師が個別に判断することとしてはどうか。これはもう受診履歴がある方ですので、医師が個別に判断できるという前提から、このようにまとめております。

ただ、やはり初診からオンライン診療を行うことによって、先ほどのリスクの2ですけれども、オンライン診療に適さない患者がオンライン診療を行ってしまうリスクを考えますと、やはり事前に該当しない患者に関しては、リストでルールアウトすることを実施する必要があるのではないかということは提言させていただいております。

18ページ目に移ります。過去に受診履歴のない患者に関してです。オンライン診療によって、初めて医師が患者を診るケースにおいて検討していきたいと思えます。

19ページ目になりますけれども、ケース3とございますが、過去に当該医療機関に受診

履歴のない患者に関して、医療へのアクセスを確保する観点から、電話等情報通信機器を用いた診療を行うことに関して、新型コロナウイルス患者が明らかに増大している期間のみ、そして外来医療提供体制が危機的な状況である地域に限定して、オンライン診療のリスクと比較考量の上、かかりつけ医がいない、あるいはかかりつけ医等が情報通信機器を用いた診療をしていない場合にのみとはどうかということを提案させていただいております。

ただし、ここにお示しさせていただいておりますとおり、診断や重症度の評価のリスク、緊急的に処置が行えないリスク、運用に当たってのリスクに関してはもちろん検討する必要がありますので、20ページ目に検討、対応策に関して事務局案をお示しさせていただいております。

診断や重症度の評価に関するリスクに関しましては、水色のボックスにありますとおり、初診からオンライン診療を行うべきではない状態や症状のリストを作成して、リスクに該当しないことと基礎疾患を実施前に確認して、リスクを合意した上で実施してはどうかということで、基礎疾患がある方に関しては、必ずオンライン診療が可能なのかなのかをかかりつけ医に事前に相談することを提案させていただいております。

また、当然緊急的な処置が必要になるケースもございますので、中ほどにございますとおり、適切に対処するための対面診療による医療提供体制を確保しておくことを要件としてはどうかということを挙げさせていただいております。

運用に当たってのリスクに関しましては、あらかじめ身分証や保険証のコピーを、これはPDFかもしれませんが、送付して、映像において確認することで一定のリスク回避になるのではないかと。また、現状を踏まえた実効性のある本人確認を、そういった手段を踏まえて必須とすべきではないかということを提案させていただいております。

最後に、受診までのフロー、費用徴収、様々な問題がございますけれども、これに関しても一定程度の対応策を講じる必要があるかと考えております。

ケース4に移らせていただきます。21ページ目でございますけれども、こちらは患者についての情報提供を受けたほかの医療機関の医師がオンライン診療を行う場合ということで、特にこの「背景・問題意識」にありますとおり、新型コロナウイルスの院内感染が発生した場合や、かかりつけ医に就業制限がかかる場合もございます。こういった状況下におかれましては、当該患者についての情報提供をほかの医療機関の医師が受け取ることによって、受け取った医師がオンライン診療や電話による診療を可能とすることはどうかということを提案させていただいております。

現在の指針にも、これまでの検討会で医師がインフルエンザになった場合などの事例を挙げて御議論いただきましたけれども、医療提供者側の都合でオンライン診療を行うことに関して、これまで指針で一定の位置づけをしてきました。

こうした背景も踏まえながら、「現状を踏まえた対応」にございますとおり、四角の中、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況を踏まえて厚生労働省が定める期間において、

院内感染等により患者が医療機関に受診できない場合等において、医学的に電話やオンラインでの診断が可能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。

22ページ目は、先ほど申し上げたような医療過疎地における緊急的なオンライン診療についての指針を例示しております。

また、23ページ目に移らせていただきますと、3月11日の検討会でも山口構成員から御提案いただいたように、やはりオンライン診療によってアクセスできる患者、国民の数というのは決して多くないわけですので、電話による診療を含めた検討をする必要があるのではないかとということで、本来この検討会はオンライン診療に関する検討会ではございますけれども、併せてこのスライドでお示ししているような検討を行ってはどうかということで、お示ししております。

電話による診療におきましては、視覚の情報がなくなるわけですので、特にかかりつけ医等がいる場合には、必ずかかりつけ医等に必ず連絡すること。そして、セキュリティーの観点から、患者側から電話があったとしても医療機関側から電話をかけ直すこと。依然としてなりすましのおそれはございますので、防止策について追加的に検討いただきたいと思っております。

24ページ、25ページ目に移ります。

前回御議論いただいた、新型コロナウイルス陽性の患者に関して、軽症者、無症状者に関して、フォローアップにオンライン診療を活用することについて、真ん中の赤字にございますとおり、「当該患者の診断を行った医師又は、かかりつけ医等からの紹介に基づき新型コロナウイルス感染症の診断や治療を行った医師から情報提供を受けた当該かかりつけ医は、患者の求めに応じて診療を行う場合は」と記載しておりますけれども、これが非常に限定的なシチュエーションになってしまうという御指摘もございました。

そこで、そうした指摘や今後こうした無症状や軽症の患者が増えることを予測し、今回、事務局としましては「現状を踏まえた対応（案）」に記載してありますとおり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況を踏まえて、厚生労働省が定める期間において、当該患者の診断を行った医師から情報提供を受けていること、そしてその医師と同じ二次医療圏内にある医療機関に所属していることを要件として、この記載ぶりを緩和することを提案させていただいております。

また、26ページ目に移りますと、今後のオンライン診療を含む電話等情報通信機器の活用について記載させていただいております。これまでルールに関して御議論いただいておりますけれども、今回、活用におきましてもこの3つに関して御議論いただきたいと思っております。

現在、一部の患者が医療機関の外来への受診を控えるとともに、診療における医療関係者の感染リスクが高まっていることに鑑み、新型コロナウイルス感染の拡大をしている現況化において、電話等情報通信機器を活用した診療の有効性を広く呼びかけることとしてはどうかと提案しております。

また、国民に関しても、情報通信機器を用いた診療が可能であることを広く周知するとともに、対応を可能な医療機関の情報を収集し、活用を促してはどうか。

さらに、現状ではオンライン診療は十分に普及していないことから、汎用ソフトを用いても実施することが可能であること。及び、汎用ソフトを用いた場合のセキュリティー対策の在り方についても、併せて周知をすることとしてはどうかと御提案しております。

最後に28ページ、29ページに関しまして、入院中の新型コロナウイルス患者に関するオンライン診療の活用ということで、29ページ目、これまで軽症者に関して活用を提案させていただいておりましたが、今般の患者の増加を踏まえて、こちらの図に示していますとおり、集中治療に不慣れた医師が今後、中等症あるいは重症な患者を診療しなければならない事態を想定し、新型コロナウイルスの感染者の入院管理に関しまして、主治医と連携してオンライン診療を可能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。

想定されるものに関しましては、オンライン診療においてバイタルサインや一定の医療情報を得られた医師が、遠隔から人工呼吸器の設定や循環管理に関して指示を出すことが想定されます。こうした活用に関しても御議論をいただければと思います。

残りの参考資料に関しましては、初診の定義、そしてセキュリティーに関してこれまで御議論いただいて指針に反映しておりますこととお示ししております。

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。

まずは、本日参考人としていらっしゃると思います、今村先生と加藤先生に先ほどの事務局からの説明を踏まえて御意見を賜りたいと思います。

では、今村先生からお願いできますでしょうか。

○今村参考人 どの部分ですか。

○山本座長 どこでも結構です。

○今村参考人 どこでもですか。

今、新型コロナの感染が拡大している中で、ここでも指摘されているとおり、できれば家でという人は恐らく増えると思います。

その中には、今までだと相談センターに電話をしていた人がいっぱいいると思うのですね。それが、画面で見ることによって本人の安心感につながる部分はかなり大きいかなとは思っています。

その一方で、不安が強くて対応が結構大変な人もその中には含まれていると思うので、総合的にどんな人がいるかということも確認をしつつ、対象を少し分けてみるのもいいのかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、加藤先生、お願いします。

○加藤参考人 はい。国際医療福祉大学の加藤です。

私は現在、成田病院で前回の会議のときは患者を診ておりませんでしたけれども、先日の香取郡の福祉施設のアウトブレイクでたくさん無症状病原体保有者、軽症の方を受け入れております。

大変、病院にとっては負荷になっているように思います。やはり、病院で診療する以上、バイタルサインの確認ですとか、その際にBPを消費していく。ただ、見ている限り自宅で経過を見られるような方が非常に多いような印象を持っておりますので、軽症患者に対しての自宅での経過観察については、非常に期待される手段ではないかと思っております。

細かいところですけども、資料には診断した医師と同じ二次医療圏ということが書かれておりますけれども、同じ県ぐらいでもいいのかなど。このオンライン診療をやっている医療機関の数が、二次医療圏にどれぐらい備わっているのかがちょっとよく分からないので、もう少し広域な範囲で対応していただくことでもいいのかなど思っております。

経過観察のところで、非常に期待をしております。

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、構成員の先生方から、今の資料1の事務局の説明と両参考人の御意見を基に、御議論を頂ければと思います。

挙手ボタンを押していただけるよう、よろしく願いいたします。

では、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。

オンライン診療に関わる検討会をオンラインで会議をするというのは、非常に素晴らしい会議だと思って参加をさせていただいております。

日本医師会は昨日、医療危機的状況宣言を出させていただいて、本当にコロナウイルスの感染症で医療現場が厳しい状況にあるという認識を持っています。

実は昨日も、私は板橋区内で診療をしているのですが、区内の5大病院、2大病院と元の都立病院2つと、非常に大きな民間病院の5つが集まって議論させていただきましたが、医療現場が非常に厳しい状況になっているというのは、いわゆる重症な患者さんを診る、感染症や呼吸器、集中治療の先生たちの疲弊というのが一番大きい。

その中で、軽症な患者さんをどのように大病院ではないところで診ていただくのかというお話が相当話題になりました。まさしく、加藤先生がおっしゃったような状況にあるのだと思います。

一方、私も日常診療、いわゆる今回対象になっている診療所の医師であるのですが、患者さんははっきり言って激減、2分の1から3分の1ぐらいになっていて、患者さんがコロナの受診という非常に恐れを持っているというか、特に志村けんさんが亡くなってからそういう状況が非常に強いのですが、外来に受診されません。

そういった中で、まさしく電話等の情報機器を活用してということで、電話のお問い合わせ

わせは結構あります。その中で、時間もあるのできちんと患者さんのお話を伺って、これは自分の外来に来ていただいて御診察をしてお薬を出せるような患者なのか、あるいは帰国者・接触者の相談センターにお電話していただく必要があるのかということ、電話で判別をした上で対応をしています。

この中には過去に受診をされた方が結構多くて、そういう方は少なくとも自分自身がある程度この患者さんの状態というのは、前の既往疾患やそういうもので確認できているので、ラインをしていただける方についてはラインをして診療した上でお薬を出すというような、きちんとした対応を取っている。取捨選択しながらやっております。

したがって、オンラインであっても最初から診療ということではなくて、きちんとした適切な判断をする上での相談、あるいは受診勧奨ということでやればよろしいのかなと思って、全く診たことのない患者さんを初診で診療して投薬をするということは非常にリスクが大きいと思っています。

このリスクというのは、患者さんの病状のリスクもそうなのですが、この方ももしコロナであって、いきなり病院に肺炎なり具合が悪いということで救急で担ぎ込まれた状態で、後でコロナということが分かると、このことが院内で物すごくクラスターになって、その患者さんを診た先生がその後、診療ができなくなるということで病院に対しても大きな負荷になると思っています。

やはり初診での全く診たことのない方に対するオンライン診療、いわゆる相談ではなく診療という形のものについては、私はメリットとデメリットを勘案するとやはり行うべきではない。これは医療の本質的な問題だと思っていますので、長くなりましたけれども意見を述べさせていただきました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、黒木先生、お願いします。

ミュートを外してください。

○黒木構成員 ミュート解除しました。黒木です。どうぞよろしくお願いたします。

ただいま、加藤先生からの問題提起がありました点で、2つほど私の意見を述べさせていただきます。

1つは、PCR陽性でも軽症あるいは無症状の方、これは症状から言えば入院の適用ではない。そうすると、御自宅にいてもよい。その場合の御自宅での待機、あるいは家族対策をどうするかということが一つ課題になると思います。

もう一つ、そういった患者さんをオンラインで診る。それは私が以前から申し上げていますように、十分に可能であると思います。

その場合の条件としては、これは二次医療圏にこだわる必要はないと思います。要するに、入院で診ているドクターとオンラインで担当するドクター同士が意思疎通できればいいわけです。それも、ああ言えばこうぐらいで、こんな感じならこうだというぐらいのか

なりフランクな意思疎通ができるドクター同士の関係があれば大丈夫だと。

そのためには、オンラインを担当する医師がある程度の専門性、呼吸器とか感染症の専門医ですとか、内科小児科専門医は当然なのですけれども、それがあればいい。だから、二次医療圏に限る必要はない。同じ県ぐらいで、地域の医療の需要が分かればよりいいのですけれども、結局、オンラインで患者さんを診れば、悪くなったらその元の病院に行くわけですから、その点ではあまり二次医療圏にこだわる必要はないと思います。

それから、先ほどの家族対策という点では、もし御自宅に待機されることになったとしても、オンラインで御家族と一緒に診ることは可能ですので、状態がどうか、例えば酸素飽和度を皆さんに配って測ってもらうとか、あるいは急に悪くなったときの対応、その症状、所見などをあらかじめ専門の先生と打ち合わせておけば、これは十分実現可能だと思います。

それから、実際にオンライン診療がどれだけ可能かということ、先日私が発起人になりまして、日本医療ベンチャー協会の皆様に協力いただきまして、全国でオンライン診療を実施している医療機関のリストを作成しました。これは、医療ベンチャー協会のホームページに上げてあります。都道府県別にありますが、1,200ぐらいです。

1,200の機関には、いろいろな科の先生方が入っています。そこは参考にしていただいて、その中から紹介できる医療機関を選んでもらえるようになっております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

たくさん手が挙がっているので、順番に発言していただきますので少々お待ちください。

では、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 山口でございます。

先ほどの今村委員の御意見にほぼ同じ意見なのですけれども、これまで診てきた患者さんであれば、一番必要なのは相談をすることではないかと思っています。ですので、オンラインに限らず電話も含めて相談ができるという体制というのは、今まで以上に広めていくことが大事かなと思ってきました。

ただ、このオンライン診療でやっていくときに、全く診ていない人、会ったことがない人に対して、きちんと検査もできない中で診断をすることは不可能なのかなと私も思っています。全く今まで会ったことがない人については、それこそ見落としみたいなことがあって、あるいは悪化してからでは遅いかと思っていますので、そこはやはりちょっと分けて考える必要があるかなと思います。

私も今、感染が分かった方の中で、結構軽症の方のほうが数としては圧倒的に多いということを知りますので、こういう方に関しては原則入院ではなくて緩めないと、本当に診ないといけない人が入院治療ができないのではないかなと、その辺りを人数が増えてきているところでは非常に懸念をしているところでもあります。

2つ質問があるのですが、先ほどの資料の27ページに、「オンライン診療が十分に普及していないことから、汎用ソフトを用いても実施することが可能であること」と書いてございます。

前回の会議のときに、たしか今、オンライン診療をやろうと手を挙げても、実施するまでに時間がかかるというお話があったと記憶しております。今回、例えばこういう汎用ソフトで少し緩めることで、どれぐらいそれが迅速に、今までできなかったことが可能になるのかという時間的な違いをどう想定されているかをお聞きしたいことが一つ。

それから、先ほど黒木委員から、調べた結果、全国で1,200ぐらいのオンライン診療ができる医療機関があるというお話があったのですが、それは地域がかなり偏っていないのかどうか、その辺りの情報がもし分かれば、今、聞かせていただきたいと思いました。

以上です。

○山本座長 それでは、最初の部分は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。

2点、御質問いただきました。

1点目の汎用ソフトの活用に関しましては、これはもちろん既にラインやスカイプだとか様々なソフトが一般的に使われているかと思っておりますけれども、そういったものを活用するのであれば、時間的に1か月や2か月かかるということは到底考えにくいかと思っておりますので、やろうと思えばすぐさまできるのではないかと認識しておりますが、この点、ほかに有識者の方から御助言いただければと思っております。

2点目の医療機関に偏りが無いかに関しましては、正確な情報が今、手元にはございませんが、一般的には都会の医療機関が多く実施されているということで、我々としては認識しております。

○山本座長 黒木先生、何か追加はございますか。

○黒木構成員 山口構成員からの御質問で、オンライン診療が実施可能な医療機関ですが、都道府県は平準化なのですが、やはり東京が多いですね。

ただ、今まだリストは更新中です。JMVAのホームページに上げていただいておりますので、御覧いただければと思っております。

それから、汎用ソフトを使う問題ですが、これは初診の診療で使うということでしょうか。あるいは、医療相談ということなのですか。

○山口座長 オンライン診療、オンライン受診勧奨ということですか。

○黒木構成員 診療として。

やはりセキュリティーの問題はかなり厳しいのと、それから実際に診療に使うと、その診療所や病院の運営ですね。院内の運用とか事務はどうするとか、いろいろな会計をどうするとか、結構その手間がかかりますので、すぐにスマホを持ったらできるというものではないと思っております。それからやはり、電子カルテとの連動などもありますから。そこが懸念です。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

○山口構成員 今の御返答で、ちょっとよろしいでしょうか。

○山本座長 はい。どうぞ。

○山口構成員 私は、汎用ソフトを使ったにしても、診療というよりは相談とか受診勧奨ということが現実的なのではないかなと思っていますので、そのことを限定してお伝えを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。

それでは、南学先生、お願いします。

○南学構成員 ありがとうございます。厚労省の皆様、本当にお疲れさまです。

医師会に御発言いただいたように、医療崩壊が現実となっていて、皮肉なことに一番医者が余っているといわれる東京と大阪で医療崩壊が始まっています。

こういったオンライン、あるいは電話によるものを導入しないとどうしようもならない状況だと思っています、その上で問題になるのは、先ほど頂いた資料でもなりすましかたか薬の横流しみたいなことが結構厳しく書いてあるのですけれども、これはもう今ほぼ緊急事態で戦時と一緒だと思っているので、そこまで気にしている余裕がないのだと私は思っています。

事務方も非常に疲弊をしていて、手袋だとかマスクの確保、それからもし首都がロックになったときにどう対応するか。先ほど、私は院内のCOVID対策会議を途中で抜けてきましたけれども、今、食事を提供する業者でコロナが出た場合、1,000床の病院で300食しか食事が提供できないとか、物すごく対応しなければいけないいろいろな問題があって、そこでいろいろなことにきちんと対応できる診療システムはもうできないと思います。

ですので、いかにこの非常時に簡便にできるかを考えて、暫定的でいいのでそういったことができる体制。多分、オンラインというよりは電話でいろいろな対応をするしかないと思っていますけれども、そういった体制をつくる必要があると思います。

あとは、我々の病院ではCOVIDの軽症の患者さんを自宅に帰したときに、1日2回電話をしてフォローアップできるような体制を見越して、既にそういった部隊もつくり始めていますので、現実には待ったなしだと思っています。

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、落合先生、お願いします。

○落合構成員 落合です。ありがとうございます。

本日のオンライン診療検討会の開催ということで、大きな点からまずコメントをさせていただきますと思っています。

新型コロナの感染については、事務局の資料からも頂いたように患者さんの数もかなり

増大してきておりました、諸外国の例を見ていきますと、場合によっては今後増大をしてしまう可能性もあるのだらうと思っています。その中で、コロナ対策として考えていかなければいけない点が特に2つあると思っています。

市民の健康、生活をいかに守るのかという点と、医療の継続的な提供をできるのかという点だと思っています。

具体的には、この場でまず意見として申し上げさせていただきたいのが、新型コロナが蔓延する緊急時において、初診からオンライン診療であったり、最終的に受診から投薬するまでをオンラインで完結できるように整理をしていただくことが必要だと思います。

先ほどから、特にコロナ疑いの患者さんに関する、もしくは風邪ですとか上気道炎がある患者さんの議論が多かったと思うのですけれども、関係ない方も含めて、どちらかというところの方もよく見ていただいた上で、オンライン診療に適応のある患者さんをつかりオンライン完結をできるように、この場限りで考えていただけないかということがあると思っています。

もちろん、検査、処置ですとか治療もありますし、診察に当たっても疾患ですとか診療科によっては対面でなければできないこともあると思いますし、そういうものがあるということを否定するものではないのですけれども、PCR検査についてもやはり最終的な判定というのは対面で実施することは必須であらうと思っています。ただ、なし得る範囲においては、医療者の判断においてオンラインで完結できるようにするというのを緊急時の特例として必要なのではないかと考えています。

その理由としましては、やはり市民にとって、何がオンライン診療だけではなくリスクとして対策をすることが必要なのかということがあると思っています。コロナに感染した場合の治療ですとか経過観察、自宅待機、この議論は今回も議論されますし、前回の検討会の議論と事務連絡の発出で、ある程度御対応いただいている面もあると思っています。どちらかというところ、より対処すべき重要なリスクとして、今村先生も先ほど2分の1、3分の1とおっしゃられておりましたけれども、ほかの病気になっている場合に、病院の受け控えを防止するという点は非常に重要なのではないかと考えています。

ほかの病気について医療が必要なのではないかとというのは、私も前回の検討会でも申し上げさせていただいたのですけれども、医療を受けられないことによって、コロナ以上に健康被害が広がってしまっているのではないかと考えております。

あとは、院内感染の防止という観点も重要だと思っています。小池都知事なども「3密」という言葉をおっしゃられていて非常に世の中で広まってきていることだと思っています。こういう状況を防ぐということは患者さんにとってもそうですし、もちろん医療機関の方は対策をされていると思いますけれども、それでも院内感染が起こっているということからすると、できる限りこういった状況自体は避けるべきものなのだらうと思っています。

そうしたときに、例えばよく病院に行きますと、患者さんがちゃんと病院に来られるよ

うになった場合に、待合室で渋滞が生じていたりということも、例えば私も風邪だったり、ほかの血液検査とかで行ったりするときなどで体験する日常だと思うのですが、本質的にはこういう場面は相当程度リスクが高いのではないかと考えております。病院にいられている方というのは病気であったり高齢者の方も多いでしょうし、前回の検討会で専門家の先生方からも御指摘があったような、特にリスクの高い類型の方が病院にいられているということからしても、病院に来ないようにしていただきつつ医療を受けることで、より一層感染対策をしていくのが重要なのではないかと思います。

院内感染について事例が増えているということは、今日も事務局の資料でも御紹介いただいております、100人を超えるような事例ですとか、転院の際の事例ということも含めてでありますけれども、これは国民だけではなく医療者もコロナから守っていかないといけないということだと思いますし、医療者が守られずに必要な医療が提供されないと、欧米の諸外国のように、結果としてより多くの国民が医療を受けられなくなることがあって、その意味ではこれまでの検討会の議論の中では、一人の患者さんについて判断がどうかという話も議論の主眼だったと思うのですが、この緊急時においては、医療体制全体をどういうふうにやって守るのか。これをそもそも、対策をするだけではなくて、なるべく接触を減らすことによって図ることができるのではないかと、こういうことを十分に議論していただくというのが重要ではないかと考えています。

最後に、簡単になのですが、今回の緊急事態に限ってはやはり受診勧奨。これまでは受診勧奨を特に使っていこうということで、私も特に平時のことを考えればそれもしかるべきことかと思って発言させていただいていましたけれども、この緊急時においては、病院に行くことを前提とした議論だけではなく、行かなくてもできることは何かを最大限追求すべきだと思います。

その中で電話の活用ということもありますし、ただ電話以上に画像がある場合のほうが、今回も今、画像で皆さんとつながっていて表情も分かる面もあると思いますし、より多くの情報は入ると思います。ビデオ通話に限る必要はないと思いますけれども、広くオンラインを診療に使えるような形をぜひそろえていただきたいなと考えております。

すみません。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。

それでは、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。

冒頭、今日の会議の背景について御説明があったのですが、まずはちょっと補足させていただきたいのですが、前回の3月11日のときの状況と、厚労省から先ほどグラフを見せていただきましたけれども、それ以降のグラフの感染拡大の伸びがかなり急拡大でして、3月11日時点でその後のグラフの拡大の読みが厚労省の読みどおりだったのかどうか分からないのですが、もし読みどおりであったのであれば、そのときにもう少し先を見据えて議論すべきだったのではないかと考えています。

それから、本日も議論しているわけですが、今もう本日時点の状況を基に議論をしているわけですが、この先のことを考えたときに、やはり最悪の事態を避けなければいけないということだと思います。

その最悪の事態とは何かというと、まず危機だとおっしゃっているのは、日本医師会の会長が医療崩壊の危機ということをおっしゃっているわけですが、我々国民の頼みの綱の医療機関の崩壊という言葉が日常、毎日テレビのワイドショーで叫ばれているわけです。

私どもの会社も、2,000名ぐらいの会社ですが、これまでベンチャーで経営してまいりましたけれども、金融危機とかリーマンショックであるとか、東日本の大震災のときに経営者として身構えるわけですが、今回ほど不安に駆られるといいますか、先が見えない初めての戦いで、これは世界中の多くの人たちが同じような状況だと思うのです。先ほど、どなたか先生が戦時だというお言葉を使われましたけれども、私もこれは見えない敵との戦争だという認識でいます。だからこそ3月31日に総理から、現状の危機感を踏まえた緊急の対応措置を規制改革推進会議で至急取りまとめていただきたいと指示が下りてきたのだと思っております。

今日は、厚労省の皆様におまとめいただいたペーパーの中に、詳しく書いていただいております。ありがとうございます。様々なところに「リスク」というのが書いてあったのですが、我々が今考えるべきことは、最も大きなリスクから避ける政策というか、対処をすべきだと思います。

私は昨日、4月1日ですから新入社員を迎えました。全国から親御さんが心配をして息子さん、お嬢さんを東京に送り込まれたわけです。入社式は今日皆さんが御覧になっているズームを使いました。3月25日には、リアルな会場で総会を開くべきと法制度はなっているわけですが、株主総会をこのズームを使ってやりました。ただ、法律は対面の株主総会という場がないといけないということなので、ハイブリットで行いました。そういうふういろいろな手を打っております。

私たちの会社に昨日入社した社員は若いです。それから、平均年齢は全体で34歳ですから、当社の社員にかかりつけ医と聞いても誰も浮かばないぐらい、健康だからいいわけですが、かかりつけ医は浮かびません。

けれども、今回の最大の脅威は一見風邪に似ていて、それがインフルエンザになるのだったらまだワクチンと治療薬があるわけですが、風邪に見えていてワクチンと治療薬がまだない。しかも、潜伏期間が長いので、一見健康に見えても感染を拡大するということではないのでしょうか。

そういう意味では、医療従事者の皆様の感染リスクと、それから今、今村先生がおっしゃっていましたが、患者の数が減っているということですから、みんなが逡巡しているような状況の中で、患者のためと医療従事者のためにも、オンラインを受診勧奨ではなくて、受診勧奨した後にもう一度対面を推薦するわけですね。

電話は高齢者の皆様用のツールかもしれませんが、オンライン診療でもできるよ

うな、例えば若い方々はほとんど今日のウェブ会議が使えると思うのですね。そういう意味では若い人たちとか軽症とか深刻な病気ではない人たちがウェブを使って、病院に行かない確率を増やせば、おのずから医療機関の人たちの負荷が減るわけですから、ぜひとも今日の議論で、初診からあまり条件をつけないで診療ができるようにしていただきたいと思います。

患者さんが望んで、オンラインで、しかもウェブのツールを有効活用できそうな先生方は、その先生方のジャッジメントに任せて、裁量権を多く与えて、今回の危機に対応すべきだと思います。

それから、汎用ソフトの話がありました。こういうオンライン医療を提供なさっておられるシステムのベンダーさんがいらっしゃると思いますけれども、それは専用機で完結度の高いものを提供していらっしゃる人たちがいらしたり、今日のような汎用ソフトというのは非常に安価に、ズームというのは無料版もありますから、お試しだったら無料版でほとんどただで使えるわけですから、こういうものは導入可能です。

私どもの会社は、もともとは高価なテレビ会議システムを社内中、全国に設置していました。私たちは今、このズームとグーグルが提供しているハングアウトとミートでほとんどの仕事が完結できています。

何が言いたいかといいますと、大きな設備投資が伴わない形でこういう新しい世界が来ているわけですし、世界中の方々は今日御覧になっているツールを有効活用なさっているのだと思います。

ぜひとも、今回の危機を乗り越えるために、使えるものは全部有効活用できるような政策にしたいと思います。

どうも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、島田先生、お願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。

私もオンラインの活用について、ケース1、ケース2のような受診履歴がある患者、それからケース4のような医療機関からの必要な医療情報があって依頼が出ているケースについては、新たな症状でも初診で電話やオンラインで診るという方向は、こういう緊急事態においては時限の形で行うことに賛成をしております。

私は在宅医療をずっと現場で23年やってきましたが、今までふだん診ていた患者さんについては、お電話が入ったときにある程度の判断がかなり正しくできてきたという自負があります。それから、初診の患者、初めて往診に行く患者でも、病院の先生からの情報があって診たケースについてはあまり迷うことなく必要な判断ができたと思うからなのです。

一方で、全く受診履歴のない方のオンラインの初診については明確に反対であります。それは、医療は、究極は命を守ること。重篤な状態を防ぐこと。重篤な後遺症を防ぐこと。これが責任になると思います。その場合に、オンライン診療は今まで検討会で会議をして

きたとおり、急性疾患のいわゆる検査も含めた診察、そして診断、その後の治療については非常に弱い部分があることは今までの議論を見ても明確だと思っております。

そうしますと、先ほどの本当の医療の基本、何のために医療があるかと考えたときには、大きな問題があるだろうと思っております。

今日の資料の中の19ページ目に、受診履歴のない方の初診を認めている場合には、患者さん方に御了解いただくべき事項というのが出ていますと思っております。診断や重症度の評価ですね。これが、全身状態の把握とか診断ができないリスク。可能な状態や疾患が把握できないリスク。重症化兆候を見逃すリスク。患者が想定した疾患以外を見逃すリスク。この全てを患者さんの承諾の下に、患者側の自己責任に負わすものが果たして診療といえるのかどうか。

そうしますと、これは今まで山口構成員、今村構成員が述べたように、こういう状況ではこれは診療ではなく、やはり相談であり受診勧奨というものになるのだと思っております。これを、オンライン診療という誤ったメッセージで国民に伝えて、先ほど言いましたような重篤な状態、場合によっては見逃しによる死者が出た場合、オンラインを使ったあなたに事前に承諾をいただきましたよねということで済むのでしょうか。これは、非常に危険なことだと、その部分については思っております。

それから、加藤参考人、黒木構成員から出ました医療圏の問題であります。私は東京でずっとやってきましたが、東京都23区内だけで言いましても非常に医療は様々であることが言えます。

ですから私は、二次医療圏というのはその患者さんが、コロナの方の場合は療養される場所を軸に、その二次医療圏の中に電話やオンラインを用いたフォローをする医療機関に病院が依頼する。この形であるべきだと思います。最初に受診する病院が自宅の近くとは限らないわけですね。そういう中で考えれば、それが必ず必要だと思います。

これがありませんと、今までガイドライン検討会がつくってきたガイドラインの一つ、オンライン診療を患者の自宅から離れた医療機関がやる場合は、状態が悪かったら患者がすぐ近くで受診できる医療機関をあらかじめ手配しておくことの逆の形で、患者が危険な状態になるということから、近くの病院にかかったのに、オンラインを積極的にやっているという遠くのオンラインクリニックにその後のフォローを任せてしまった。これは非常にいびつであり、不利益を受けるのは患者だと思います。

それから、オンラインと電話は、緊急事態であるからこそ、比較的年齢を分けず患者側が利用しやすい電話も含めた活用ということになるのではないかと考えております。もちろん、オンラインのほうが情報は多いので、オンラインでやっていただくものが推進されるのは大切なことだと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

今、いろいろな先生方の御意見等を伺っておりました。

1点、厚労省から、これはあくまで緊急的なコロナ対応の対策だということで、コロナが流行している時期に限ってということでお示しを頂いているので、そのことについては賛成をしたいと思います。

その中身についてどうかというお話だと思います。

一つ、院内感染を防ぐという言葉はそのとおりなのですが、これは病院の外来と、先ほど患者さんが来ないと言っていますけれども、診療所の外来をごっちゃにはしていないかなど。これは機能分化の話だと思いますけれども、病院にいきなり風邪症状で外来に行く、これはぜひとも避けていただかなければいけないことだと思います。

そういう意味では、診療所のかかりつけ医がいる人については、かかりつけ医を最大限に利用していただきたいと思っているわけですが、過去に受診履歴がないという初診の、厚労省の資料20ページに「原則、かかりつけ医等への連絡を事前に行うこととしてはどうか」という記載はありますけれども、これはかかりつけ医を持っている人がいるのであれば、まずかかりつけ医に連絡をしていただく。これは電話でも、あるいはオンライン診療を実施されている医療機関であればオンラインでも結構だと思いますけれども、まずはかかりつけ医を優先していただくという必要があるかと思います。

もう一点、金丸さんのおっしゃる、ITの御専門家ですから本当に日本の中で最もITを駆使されているというのは重々承知の上で、やはり医療の本質というものを御理解いただきたいなと思っています。

全く診たことない患者さんに診療を行って、一定の診断をして、何らかのお薬を出すという行為の危険性、あるいはそういうことに関して先ほど島田委員からも発言がありましたけれども、今までの指針の中で初診対面原則と言っているのは、やはり医療は医師と患者の間の信頼関係の構築でもあり、様々な情報を直接対面で得ることによって患者さんの状態が把握できるという大前提があります。

この医療の在り方そのものを、直接対面でなくてもいいということになると、否定することになってしまいますので、そういう意味では私は今回の提案の中で、ケースの1と2と4はあり得ると思いますけれども、全く今まで診たことのない患者さんを診療することではなくて、あくまでこれは相談の上で、その判断によってどうするかを決めていくべきだと思っています。

それからもう一点、軽症の患者さんをフォローするのにオンライン診療、あるいは電話等の活用が非常に有用だというのはそのとおりだと思うのですが、今日は感染症の御専門の先生がいらっしゃいますけれども、コロナの特徴として軽症だと思っていた患者さんが突然増悪をして重症化するというケースが、数は少なくとも散見されていると聞いています。

したがって、今、病院で非常に困っているのは、いわゆる軽症の患者さんで、もう症状

はなくなっているけれども、PCRが陽性のままで退院させられないというような、これから重症化が予測されないような患者さんをいかにスムーズに出口として在宅や施設、あるいはホテルなのでしょうか、とにかく戻っていただくということが、いわゆる重症な患者さんに特化して病院が診ていくことができると思っていますので、まずは入院しているもう症状のないPCR陽性患者さんをどうやって出していくかをスムーズにやっていただくことが大事なのではないかなと思っています。

ただし、そうはいつでもこれから本当に軽症の患者さんがどんどん増えてきた中では、軽症の患者さんも入院前に診ていかなければいけないということがあるのだと思います。そのときには、そういった体制が取れるようなことを地域の中で構築していく必要があるかと思っています。

あと一点、黒木先生から1,200というお話がありましたけれども、常々オンライン診療では尊敬する黒木先生もきちんとやっておられるのは分かっているのですけれども、この1,200という医療機関が一体どういう内容のオンライン診療をされているかというのは、私どもも把握することができません。

やはり医療は一定の質がきちんと担保されている必要があると思っていますので、その辺、全国に10万の診療所がある中で1,200ということで、オンライン診療をしっかりとやっていただいているところは、それはそれを続けていただければいいと思うのですけれども、そうでない、これは今までなかなかそこまで普及していない、これは鶏か卵かという話になろうかと思っています。現状では、やはりそれぐらいしか対応できないので、そういった医療機関については、電話等のいわゆる受診勧奨である、あるいは電話再診等をしっかりと活用していただいて、地域の中で医療提供体制をしっかりとつくっていくことが大事なのかなと思っています。

以上です。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。

それでは、高倉先生、お願いします。

○高倉構成員 すみません。私からはとりあえず2点です。

1つは、なぜか日本の報道では出ていないのですが、ロイターが出している報道で、ラインが先月行った調査で、首都圏、東京がメインだと思いますけれども、東京の方に調査をかけたところ、コロナ感染しているのではないかなという症状を自覚している方が7.1%いた。この数はかなり大きくて、もちろん7.1%という数字がどれぐらい信用できるかというのは置いておいたとしても、かなり大きな数の方が不安を抱えておられるとすると、今回、オンライン診療を始めると、一時的なのですけれども、この数の方々、国民の7%の方が10%の方が一気に押し寄せてくる。

この方々の交通整理を考えておかないと、せっかく始めたのにつながらない。今、帰国者・接触者外来もそうなのですけれども、電話してもつながらない、出してもらえないという苦情がいっぱい出ているはずなのですが、それと同じことがオンラインでも起きてしま

う。そうすると、せっかく始めたのに使えないではないかと言われて、非常にまずいことになるというのが懸念事項の一つ。

それからもう一点、セキュリティーの件なのですけれども、先ほど戦時だという言い方もありましたけれども、えり好みをしている余裕がないのは事実ですので、ある程度は緩和せざるを得ないと考えています。

例えばなのですけれども、今、我々が使っているズームも、昨日今日で5つぐらいパスワードが抜かれるとかハイジャックされるとか盗聴されるとか、かなりクリティカルなセキュリティーホールが見つかっています。ですから、セキュリティーを気にし始めると、実は何も使えないというのが現状になってきています。

特に、メジャーで使われている通信アプリがこれからターゲットになっていくのはもう見えていますので、ある程度皆さんが使っているもので、幾つか、例えば選択肢を2つか3つ用意しておいて、これが駄目なときにはこれに切り替えていくというぐらいの臨機応変さがないとまずいだろうと考えています。

それから、3つ目はかなりクリティカルなのですが、今後こういうオンラインの活用が非常に増えていきますので、実際、我々大学のほうでもオンラインの講義とかの実験をやっていますが、日中かなり通信の品質が落ちます。我々が今、大学で議論しているのは、もう映像を置くのは止めよう、音声だけのラジオ型の講義にしようという話まで出てきていますので、今、我々がやっているようなクリアな映像、音声での会話ができない状況を大学の講義は想定していますということをお伝えしておきます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

黒木先生、御発言ですか。どうぞ。

○黒木構成員 ちょっと発言をさせてください。

その前にちょっと質問なのですが、南学先生が患者さんを自宅、あるいは退院された患者さんを2回電話で再診されているということですが、退院の基準というのはどんなふうにとられているのでしょうか。

○山本座長 南学先生、どうぞ。

○南学構成員 すみません。うちは、それを見越してその体制をつくったということで、それは既にフランスあるいは北米でやられている方法です。

今村先生がおっしゃったように急激に悪くなるので、原則1日2回電話をかけて、患者の容態を確かめるというのがあちらで一般的な方法です。

今後の準備だということです。

○黒木構成員 ありがとうございます。

先生のところではないのですね。分かりました。

今までの議論で私の意見を述べさせていただきますと、まず外来患者さんへの対応ですと、今村先生からの御指摘のように、やはり二次病院、三次病院、プライマリ・ケアと分

けて考える必要があると思います。

実際に、患者さんが最初に受診するプライマリ・ケアにおいて、コロナを疑わなければいけない症状、熱があつて体がだるくて気道症状があるという方は非常に多いです。でも、そういった患者さんの多くはコロナ以外の感染症ですね。そういった患者さんに実際に対面して、検体を取る必要が出てきます。そのときには医師会から通達があつたように、ガウンテクニックをして、うちは外来で取っています。

究極、感染予防のためには、外来は全部電話再診かオンラインにすれば、院内での感染はなくなるわけですが、それをしてしまえば、それはさらに深刻な地域医療の崩壊に直結すると思います。それが一つ。

もう一つは、先ほど島田先生が二次医療圏の話がされましたが、私はこの緊急事態のコロナに関しては二次医療圏にこだわらなくてもよろしいと思うのです。といいますのは、結局入院した患者さんがどこかに帰って来られるときに、オンラインでアクセスするという想定ですから、その方が悪くなったらやはりその入院先に連絡をして、そこへ行くわけですよね。だから、この件に関しては少なくともドクター同士の意思疎通がしっかりして、ある程度オンライン担当医が地域医療とか入院先の病院の様子が分かっているならば、あまり二次医療にこだわらなくて、もう少し幅広い範囲でもいいと思います。

それからもう一つ。実際的に、オンライン診療を活用している医療機関のリストが1,200あると言いました。更新中です。しかし、その医療機関1,200が全部コロナ感染に対応できるわけではありません。このリストを使って、その中から選ぶ。選ぶ基準は、感染症とか呼吸器の専門医、もちろん内科、小児科の専門医。その辺りから選んで、かつ専門の病院とそのドクターが医師同士できちんとコミュニケーションできる。そこから始めればよろしいのではないかと思います。それが一番現実的だろうと思いますし、コロナ感染者が入院している医療機関の、なかなか危機的な状況を救う一つの方法になると思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

落合先生、御発言ですか。

○落合構成員 はい。ありがとうございます。幾つか発言をさせていただきたいと思いません。

今、幾つかお話をされている中で、ケース3の受診履歴のない患者さんに対して診療を行うというのは難しいのではないかとのお話もかなり頂いているかと思います。

実際にケース1、2、4に比べれば、3がより難易度が高いのであろうことは、恐らく医療以外も含めてそういう側面はありますので、一定理解ができる場所ではあります。

ただ、厚労省でもともとつくっていただいた案文のほうを見ても、外来の医療提供体制が特に危機的な状況である地域に限定してということで、ほかのケース以上にさらに限定されている側面があるのではないかと思います。そういう意味で言いますと、ケース1、2、4よりは3のほうが高リスクが高いので、より限定的ということはそのとおりなのかな

と思います。

イタリアとかスペインとか米国などを見ているときに、本当に外出というのか、近くの病院に行けるような状態にならないこともあるのではないかとということも想定されると思います。もちろん、本当に例外中の例外という扱いでもいいと思いますので、ケース3について、これはもう絶対に駄目だと言ってしまいますと、逆に医療を提供する道がなくなってしまう場合もあるかもしれませんので、そこは限定的に見ていただいたほうがいいのではないかと思います。

その際に、この「症状や状態のリストを作成し」という部分が、厚労省の頂いている御意見の中で出ていますけれども、これはどのぐらい書くのかということがあると思っております。あまり細かく書いてしまいますと、患者さんの側が逆にどういう場合に行けるのかが分からなくなるのではないかとということがあると思っておりますので、仮にこういう要件をつける場合にも、患者さんの分かりやすさという側面は非常に重要なのではないかと思います。

あとは、なりすましとかセキュリティーリスクについてですけれども、こういった本人確認に関しては、警察庁の所管の法令でも、電話会議と、さらに身分証明書を提示して、例えば厚み等を見せるとかそういうことで本人確認は一応できるというので、法令上も整理されていたりしますので、一定程度なりすましのリスクには対処できる方法なのかなと思います。かつ、警察庁の法令は犯罪収益移転防止法ですけれども、その場合は実質的な内容の話をするわけではないのですけれども、今回の場合ですと医師においてはもう少し内容がある患者さん自身の話というのを実際に深掘りして聞けるという部分がありますので、そういう側面も考えると、警察庁の所管法令で、特に金融犯罪でマネーロンダリングとかテロ対策のもので言われている要件よりも、より厳格な対応になるのではないかと思います。

また、4番の受診までのフロー、費用徴収等についてなのですけれども、ここの部分でリスクのほうに指摘していただいているところは、できる限り専用ソフトによりリスク対応はできると思うのですけれども、汎用ソフトについても一定程度使われたい場合はやむを得ないのではないかと。それはケース3に限った話ではないと思いますけれども、そういう議論もあると思いますので、実際には試験用的に対策しているものの方がいいと思いますけれども、汎用ソフトにおいても実施できる場合はあるのではないかと思います。

あとは、処方薬等の受け渡しの場面という意味で言いますと、電子処方箋を早めにガイドラインを整備して使えるようなものにしていただく等々、これは検討会の範囲を超える部分もありますけれども、そういう部分も必要なのではないかと考えております。

すみません。一旦、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、山口先生、短めにお願いします。

○山口構成員 はい。

私はケース1と2と4については、今までよりは少し拡大する方向で、ただ現実的には相談と受診勧奨ということになるのではないかなと思いますけれども、やはりケース3については、全く診たことがないと、先ほど申し上げたものと同じです。

ただ、そういうふうにし少し拡大をするとしても、国として国民にどういったところで対応してもらえるかの情報提供をどのように行うことを想定されているのか。今のオンライン診療であれば1,200、その中でもかなり限定しないといけないということでしたけれども、汎用ソフトを使うことになったとしても、情報提供について今どのように考えておられるのかということをお聞かせいただけますでしょうか。

○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 御質問ありがとうございます。

御指摘のとおり、先ほどもオンライン診療をやっている医療機関は地域に偏りがあるという話がありましたけれども、今般のコロナウイルスの感染症に関しましては、かなり時期的に流行地域が変わりつつあるものの、やはり多くの地域に対応が必要な観点から、やはり我々としても汎用ソフトや、電話においてどういうふうを活用するのか。多くの高齢者の方々も不安に感じられていることも踏まえて、より十分なアクセスが確保されるように、どういった医療機関においてされるのかということは一リストづくりを検討していきたいと思っています。

具体的にどのように、そういった医療機関を収集してお示ししていくのかということに関しましては、実際に今、事務局の中でも議論は進めておりますので、またいろいろとお知恵を拝借させていただきながら、進めさせていただきたいと思っております。

○山本座長 よろしいですか。

○山口構成員 はい。

まずはやはり、かかりつけ医がいらっしゃる方は、何か不安なときに電話で相談してみましようというようなことをメッセージとして送ることが現実的なのかなと思いますので、そういうメッセージをできれば早急に出していただきたいなと思っております。

○山本座長 ありがとうございます。

たくさん御意見をいただきましたけれども、おおむねケース1、ケース2、ケース4に関しては、事務局からの御提案どおり、あるいは地域に関しては少し見直してもいいかもしれないということで御意見があったように思います。

ケース3に関しては、現場の先生方からは、かなりリスクが高いという御意見だったと思います。

そうはいうものの、本当に医療崩壊になってしまう、あるいは非常に近づいてくるような状況だと、何もできないよりはいいことがあるかもしれないこともあるだろうと思うのですね。

これは、事務局の案でも非常に限定された条件でこれを進めていこうということですから、一つはこれに関してやることによって生じるリスクはもっと大きなリスクの対応とし

であるわけですから、それを十分国民に説明しないといけないと思うのです。そうしないと、現場の先生方に非常に大きな負担がかかってしまう。こわごわ医師がやっているのを、患者さんがよく分からないからどんどん聞いてくるみたいなことになってくると、かえって負担を増やしてしまうようなことになりかねないと思いますので、もしこれを限定された、厳しい医療体制である条件の下でお認めするとしても、十分国民への、あるいは患者さんへの周知を図っていただくということが必要ではないかと思います。その極めて限定した条件の下でということで、事務局で検討していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

1、2、4に関してはもう少し細かいところの検討は必要ですが、おおむねこのような形でお認めするというので、3に関しては厳しい医療体制を条件として、さらにリスクの持つ意味を患者さんと国民に十分に周知をしていただくということで進めていきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 最後に、手を挙げている方を当てていただいて。

○山本座長 どうぞ、金丸さん。

○金丸構成員 3のところなのですが、先ほど座長が最後に条件のことについておっしゃっていただいたので、要求している人たちも、これをフリーハンドでしてくれというようなことではないと思いますが、先ほど「厳しい」とおっしゃられたのですが、その厳しいというのが現実的に使われないような条件にならないような、私は今の状況も考えた、先ほど座長が触れられた、全く使われないよりは使われたほうがいいのではないかと、その条件については今後また議論の余地があるのではないかと思います。

○山本座長 私、厳しいと申し上げたのは、厳しい医療供給状況という意味です。

それなりに医療崩壊に近づいている状況とか、患者さんが非常に急増しているような状況のことを厳しいと申し上げたのです。

○金丸構成員 そうですか。分かりました。

○山本座長 どうぞ。

○今村参考人 駒込病院の今村です。

僕はチャーター機からずっと患者さんを診ていて、今100人以上、入院の患者さんを診てきました。

まさしく今、医療の圧迫が始まっている東京で診療しているわけですが、医療崩壊という言葉がよく出るのですが、その医療崩壊というのは複数の要因が加わって、総合的に起こってくるものだと思います。

恐らくオンライン診療で、例えばPCR陽性の軽症・無症状の人を仮にオンラインで、例えばどこに利点があるかと考えると、まずは病床。今は入院患者は、無症状の人まで含めてベッドを埋めています。その病床という面。

あとは、防護具。防護具はその患者さんのために使っていますが、自宅の療養ができれば、防護具がかなり切迫しているので、そこで使う分を減らすことが可能になりま

す。

最後がやはりヒューマンリソースの部分かと思います。ヒューマンリソースの部分はどうしても医療者側に話が行きがちですけれども、実は保健師、保健所がこの感染症では重要な役割を担っていて、患者さんが無症候の人とか入院している限りはその管理は病院がやっているわけです。ところが、これを自宅療養にすると途端に、保健所の保健師たちに負担がかかってしまいます。

ただ保健師たちはクラスターの対策とか、法律の対応とか、そこにもういっぱい詳しい状態であるため、その部分も実は補えることになるかなと思います。ただ、無症候、軽症の人を見るのは、やはり不安感がかなりあると思うのですね。その不安感の部分は、恐らく経験のある医療機関との連携で補う必要がある。

もう一つは、法律というのが関わってくる疾患なので、そこに関しては保健所との連携が必要になります。ということで、あくまでも保健所と医療機関の連携というのを乗せることによって成り立つものかなと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、あと3人の方に意見を伺いますが、短めにお願いします。

今村先生どうぞ。

○今村構成員 すみません。本当に時間のないところ恐縮です。

先ほど、高倉先生からお話があったことは非常に重要だと思っています。山口先生もおっしゃいましたけれども、世の中の注目を浴びている委員会、オンライン診療がどのような場で活用されるか、一斉にメディアに報じられるようなことになった場合に、先ほど黒木先生がおっしゃったように、今ネットで調べてみたのですが、東京で330ぐらいオンライン診療の医療機関が登録されていますが、正直、歯科だとか整形外科だとか、いわゆる本当に対象になる診療科というのが非常に少ないのですね。3分の1あるかないか。

そこに一斉に、先ほどの高倉先生のおっしゃるような、いわゆる心配を持っておられる方たちが、そういうことができるようになったんだとってアクセスするということは、今度は逆の意味で大きな混乱を生じるので、これはメディアの方たちが今日参加されているのかどうか分かりませんが、厚労省も極めて丁寧な情報提供をしていただかないといけないと思っています。

かかりつけ医のいる方は、もうかかりつけ医に相談するというのが大前提だと山口さんもおっしゃっていただいてそのとおりだと思いますので、そこは本当に厚労省にしっかりと考えていただきたいと思っています。

以上です。

○山本座長 それでは、島田先生、どうぞ。

○島田構成員 島田です。

やはり3番目の受診履歴のない患者さんをオンラインで初診で診るところは、今

いろいろ限定をするというお話はありますが、ここにあるようないわゆる重症化しないものの症状リストとか、そういうものって正直できるのかという話ですよ。

あとコロナも様々な症状で、実は呼吸器症状以外のいろいろな症状がありますし、このコロナが感染拡大している状況においても、その他の急性疾患が減っているわけではないのです。命を落とすような急性疾患も含めてです。

ということになると、実際問題としてかなりのものが最初、患者は症状しか分かりませんから、その症状がオンラインで仮に見逃すことがあったとしても命に関わらないと保証できるリストを国の名の下に出すことができるのかという、私は非現実的であると考えています。

やはりこれは相談であり受診勧奨というアナウンスを国民にすることが正しい理解につながると思いますし、国民の命を守るにつながると思います。

以上です。

○山本座長 落合先生、短くお願いします。

○落合構成員 はい。

リストの件についてもちょっとお話がありましたので、掲載されている医療機関についてですが、実際に導入されている機関全部が掲載されているわけではなくて、黒木先生も先ほどおっしゃっていただきましたけれども、まだ掲載の準備をしているという状況であります。

あと、そもそもオンライン診療のプラットフォームを使っている医療機関を中心に集めているということではありますので、汎用ですとか電話というものも含めて考える場合には、さらに広がってくる側面があると思います。

あと1点だけ、プラットフォームについて付け加えて申し上げるとすれば、1週間ですとか2週間ぐらいで導入はできるという話がありますので、その辺りで今後増える余地はあるのではないかと考えております。

ただ、電話自体も必要だと思いますし、どちらかというとかかりつけ医がおられる方はかかりつけ医に電話をして、なるべくかかりつけの先生と相談しながらというのは、それはまさしく今村先生のおっしゃるとおりだと思います。それはそういう認識ではございますけれども、対応できる医療機関自体は1,200あるといっても、例えば1か月、2か月を見たときに、これから増えていくとすれば、その一部という部分はあるのかなと思っております。

すみません。以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

まだまだ御意見があるかも分かりませんが、あと一つ議事がございますので、こちらのほうに進めたいと思います。

「インフルエンザ疑い患者に対してオンライン診療を行うことについて」ということで、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 事務局でございます。

資料2を御覧ください。

今般、初診でのオンライン診療による診療の提言があった中、インフルエンザというものがやはり同じ発熱疾患の中で非常にウエートもございますので、この迅速診断キットをあらかじめ配布する形で、このオンライン診療との組み合わせで用いてはどうかというような御提案がございました。

これに関して今回御議論いただきたいと思っておりますけれども、事務局としましては先ほども急性疾患をオンライン診療で行うリスクに関してはお示しさせていただきましたが、やはりインフルエンザ感染症の中でもすぐさま酸素投与等が必要になるケースがあることや、中にはインフルエンザ脳症や肺炎を引き起こす方が一定程度いらっしゃいまして、超過死亡もかなりの数あるということ踏まえ、またインフルエンザを疑った場合においても、ほかの溶連菌感染症や虫垂炎、尿路感染症を実は引き起こしていることもございますので、こういった様々なリスクがあることは事務局としても認識しております。

その下の青色のボックスに移りますけれども、こうしたインフルエンザ疑いの患者に関して迅速診断キットを用いたオンライン診療を行うことに関しては、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大の状況を踏まえて、感染のリスク、そして見逃しや重症化のリスクを比較考量して、こちらに関してもどう考えるかを本日御議論いただきたいと思っております。

我々が認識している範疇では、こうした迅速診断キットはあくまで医療用として開発されているものであって、診断の精度に関しては、患者御自身で使われた場合において、感度や特異度など、こういった状況になるのかということはデータは十分になく、見逃しや重症化のリスクというものは評価を全くされていないという現状がございます。

こういった現状の中で、比較考量していただく必要があるかとは思いますが、先ほどもございましたとおり、初診ということもございますので、その後のフォローアップの体制、あるいはすぐさま対面診療が必要などきの体制の確保などに関しても、それを前提とした場合にどのように考えられるのかということは検討する必要があるかと思っておりますので、本日御議論いただければと思います。

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。

この件に関しまして、御意見がありましたらどうぞ、挙手をお願いいたします。

では、黒木先生、どうぞ。

○黒木構成員 確認なのですが、これは今のコロナウイルスの感染拡大している時期に限っての話なのか、そうでないかというところですが、それはどうなのでしょう。

○加藤医師養成等企画調整室長 今回のコロナウイルス拡大においてにのみ、今回御議論いただければと思っております。

当然、今回実施をしたことによってどういった結果であったかという検証は必要かと思っておりますが、まずは今回のコロナウイルス感染拡大の状況下においてのみ、御議論いただ

ればと思います。

○黒木構成員 分かりました。

では、その前提でちょっと意見を述べます。

まず、今回のコロナウイルス感染状況下であるからこそ、オンライン診療の非対面であることの優位性が強調された議論になっているのだと思います。

一方、インフルエンザに特化して言えば、コロナウイルス感染の発生状況であったにせよ、インフルエンザをわざわざ自宅でキットをやる必要はないと思います。といいますのは、同じような症状がある方でもほかの疾患は数多くありますし、結局事務局からお話がありましたように、こういった検体採取は基本的には医師がやるもので、それであるからこそ診断の性能も保てる。

ですから、このやり方は、私は原則としては反対です。これをそのまま敷衍しますと、全ての急性感染症は現在オンラインでやればよいということになってしまいますから、これはまさしく医療の質は著しく下がってしまうことになると思います。

以上です。

○山本座長 今村先生、どうぞ。

○今村構成員 聞こえますか。すみません。

聞きたいことの1つは、もう黒木先生に聞いていただいた、コロナのときだけというお話です。

厚労省に確認したいのですが、今年はインフルエンザの患者さんが非常にこの時期少ないという印象を持っております。コロナの患者さんとインフルエンザの割合みたいなものは、何かデータがあるのかどうか。

恐らく、NDBを見ればインフルエンザの患者さんの発症がどの程度あるのかというのは出ているのではないかなと思うのですが、実際に臨床の現場では本当にほとんどインフルエンザの患者はいないという状況になっているように思います。

もう一つは、黒木先生にもおっしゃっていただいたように、キットって簡単に言いますが、鼻の中あるいは咽頭に綿棒をかなり突っ込むということで、御本人にとっては結構苦痛な検体採取の一つであります。

したがって、医師が患者さんが本当に嫌がる状態でもじっとしていただきと言ってやっているような状況の中で、御本人が自分でやっているキットの検査の精度の問題はかなりあると思っていて、それがネガティブに出たときに本当にインフルエンザではないと断言できるのかどうか。それを目の前でやっていただかないと、これは多分意味がないと思いますので、これは相当に厳しいのではないかなと思っていますので、私も黒木先生と同じで、この件についてはあまり賛成しかねると申し上げておきたいと思っています。

以上です。

○山本座長 島田先生、どうぞ。

○島田構成員 島田です。

私もインフルエンザのキットの検体採取は、御本人や仮に御家族が鼻腔にそれだけしっかりと綿棒を入れて検体を採取できるかどうか、また、その安全性についての懸念があります。

また、検体をきちっと攪拌して滴下して、それから一定時間をもってきちんと判断するという、その一つ一つのことの教育までができるかどうかの心配があります。

インフルエンザも治療薬があるとはいえ、いまだ非常に危険な疾患で、アメリカでは毎年1万2000人以上、一昨年は6万人亡くなったと私は理解しているのですけれども、そう考えたときに、コロナのことと別にインフルエンザも非常に怖い急性の感染症だということを考えれば、反対です。

以上です。

○山本座長 山口さん、どうぞ。

○山口構成員 私もインフルエンザの検査キットを受けたことありますけれども、あれを患者自身が正確にやって検体が取れるとはとても思えないので、こういったことをやっても先ほどおっしゃったように、陰性だったときに本当にそれで大丈夫なのかということの問題があると思いますので、このことについては私も反対です。

私自身も周りでいろいろ聞きますと、通常のインフルエンザは非常に数少ないと聞いていますので、これを認める根拠みたいなものが明確になっていないのではないかとということも併せて思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

よく手を洗うとインフルエンザも少なくなるのですね。

事務局から、データか何かありますか。

○竹下結核感染症課課長補佐 結核感染症課の竹下と申します。

インフルエンザの報告、毎年やっているものを出しておりますが、2019年の36週以降でこれまでの先週3月27日に出しているものでは、推計の受診者数は727万人ということで、例年よりも少ない数字になっております。

現時点での報告数は、0.54ということで、定点1以上だと流行入りとよく言っていますが、それよりも大幅に下がっているという状況です。

○山本座長 相当少ないですね。

ほか、御意見はいかがでしょうか。

落合先生。

○落合構成員 ちょっと事務局にお伺いしたいのですけれども、インフルエンザの関係ではサンドボックスで去年か何かに実験をしたことがあったのではないかと考えておまして、何例か実際に実施をされた例があったように考えております。

こちらについて、安全性ですとか判定の結果等について、恐らく報告が厚労省にあったのではないかと思うのですけれども、この内容として問題があったのかどうかという点に

ついて伺えないでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

サンドボックス制度は、御存じのとおり昨年度末に実施されましたけれども、数としてごくわずかな方しか実証されませんでした。その中で一つ大きな課題であったのが、これは受診勧奨とインフルエンザの迅速診断キットの組み合わせで実証が行われましたが、陰性と出た場合、これはインフルエンザが陰性ですので当然ほかの疾患を診断する必要があるため、医療機関を受診する必要があるございましたが、陰性を確認した後に医療機関を受診しなかったという方が一定程度いたということが結果として分かっています。

やはり、この迅速診断キットの活用という観点では、その後の受療行動に一定程度、負のインパクトがある可能性があるということは、今回の実証から出てきたことかなと我々は受け止めております。

○落合構成員 御説明ありがとうございます。

ちなみに、各先生方から御質問があった、ちゃんと検体が取れる程度に綿棒が中に入れていたのか等については、恐らく医師がその場でビデオ動画で見ながら指導されていたと思うのですけれども、その点については問題は生じていたのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 その点、診断の確度という意味では、それを実証するような仕組みになっておりませんでしたので、それが十分できていたかどうかというのは検証されておりません。

○落合構成員 なるほど。分かりました。

今、御説明いただいた中で、かなりまだエビデンスが取れていないということではあると思いますので、非常に難しい側面はあろうかとは思っております。ですので、なかなか先生方の御指摘の点をクリアする材料もない側面はありますけれども、本当に最後に感染が広まったときなどに、全く実施できないという形でいいのだろうかという疑問はいずれにしても残るように思います。

そういった意味では、少なくとも様々、相当程度、資料1について御議論いただいた場合よりも、さらに厳しく条件をつけてということではないかと思っておりますけれども、御検討いただける余地があればとは思っています。

すみません。以上です。

○山本座長 今村先生、何かございますか。

○今村参考人 駒込病院の今村です。

実際にインフルエンザのキットなのですけれども、先ほどからもコメントがあったように、正しい場所はかなり奥側の上のほうなので、その部分は入るとかなり痛い場所でもあるのです。その部分に自分で入れるのはかなりきついか。医療者が大体入ると、顔を引いちゃいますから、そのぐらいに嫌がる。

もう一つは、採取だけではなくて、その後このキットで展開をしなくてはいけないのです。その展開の作業というのが、見たことのない人はまずできないのではないかと。医療

者もしくは検査技師とかがちゃんとやり方を見て、それで初めてできるものなので、そこでも一つハードルがあるかなと思います。

実際に、流行期と重なったときにはどうするのかなということは、前に考えたことがあるのです。本当に流行していた場合には、恐らくインフルエンザのキットでインフルエンザの検査をすることはしないのではないかなと思います。

あくまでもインフルエンザの診断をより高めるアルゴリズムをつくってしまって、急な発熱とか腰痛を伴うとか全身症状があるとか、特にコロナとは急な発熱という時点でかなり違うので、そういうアルゴリズムをつくってしまって、それに合ってしまったら、もし投与をするのであれば抗ウイルス薬を投与するとか、そういう形に実は緊急時にはなるのではないかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

高倉先生、短くお願いします。

○高倉構成員 分かりました。

先ほどのサンドボックスの件なのですけれども、恐らく今回に限って言うと陰性が出たらかえって患者さんは不安になると思いますので、先ほどから話があったとおり、患者さん自らやるとほぼ皆さん陰性になると思うのです。

そうすると、かえってよくないと思いますので、僕もこれはよほどのこと、先ほどの例で言えばケース3の条件のようなものが発生したときにやむを得ずというのであれば分からないわけではないのですが、それ以外ではやるべきではないと思います。

以上です。

○山本座長 それでは、金丸さん、短くお願いします。

○金丸構成員 すみません。実は、このテーマを今日議論する背景がまだ理解できていなかったのですけれども、これも規制改革推進会議から出てきた要求なのでしょうか。

○山本座長 そうです。

○金丸構成員 そうなのですか。すみません。私は把握していなかったのです。

私も、痛くて自分でできないなと思って聞いていました。

○山本座長 ありがとうございます。

この診断キットにこだわってこれをやるというのは、今までの先生方の御議論を聞いて私もそう思いますし、結構無理があると思います。

それよりもむしろ、本当にインフルエンザの流行が起こったときには、きちんとしたアルゴリズムをつくって、臨床診断でそもそも治療するべきものですから、それも含めて検討する形でもう一回再検討させていただくということではいかがでしょうか。

○黒木構成員 よろしいでしょうか。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 すみません。簡潔に。

補足の意見ですが、まずインフルエンザの診断はキット陽性でできるわけではない。や

はり今村先生がおっしゃるように、インフルエンザライクイルネスという臨床診断である。これが原則です。

もう一つは、2009年のパンデミックのときに欧米で多数の死者が出て、日本では非常に少なかったのです。そのときの解析をしますと、日本とアメリカで抗ウイルス薬を使った量は同じだったのです。ただ、使う時期が違っていた。欧米は今でも、病日がかかりたってから使っているのです。日本は、熱が出てすぐに迅速診断をして抗ウイルス薬を使える。結局、2009年のパンデミックで日本のインフルエンザの治療が非常によかったのは、日本の医療制度の成果なのです。

そういうことを考えますと、あえてインフルエンザの迅速診断をオンラインでやる必要は、私は全くないと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、長時間にわたって御議論ありがとうございました。

この件に関しては、皆様方の御意見を事務局で、また整理させていただきたいと思えます。

どうもありがとうございました。今日いただいた御意見をまとめて、また事務局で整理して、皆様方にお伝えすることになるかと思えますので、よろしく願いいたします。

本日は、どうも長い間ありがとうございました。