

○瀧主査 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第18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。

構成員の出欠についてですが、所用により袴田専門委員より欠席のご連絡をいただいております。その他の構成員におかれましては、オンラインでご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、総務省情報流通行政局地域通信振興課デジタル企業行動室 藤井信英室長にもご参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまででお願いいたします。

(マスコミ頭撮り終了)

○瀧主査 それでは、本日の会議の進め方についてご説明いたします。

本日、オンラインでご参加いただいております構成員の皆様は、ご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。

ご発言の際は、Zoom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ご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、ご発言終了後は再度マイクをミュートにしてくださいようお願いいたします。

また、チャット機能を用いたご発言につきましては議事録に反映されませんので、ご連絡以外に用いることはお控えください。

音声聞きづらい等ございましたら、音量等を調節いたします。音声について問題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。

本日は、資料1、参考資料1、参考資料2、参考資料3-1、3-2、参考資料4-1、4-2、参考資料5、参考資料6、参考資料7をお送りさせていただいております。不足する資料が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、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、議事を進めてまいりたいと思いますが、本日の議題は「初診からのオンライン診療の取扱いについて」、1つでございます。今まで、かなり煮詰まった議論をしていただきましたので、できれば本日、大体のところはまとめていきたいと思っております。

それでは、資料1「初診からのオンライン診療の取扱いについて」を事務局より説明をお願いいたします。

○瀧主査 それでは、資料1「初診からのオンライン診療の取扱いについて」についてご説明させていただきます。

まず、2ページをご覧ください。こちらで議論の進め方ということで、初診からのオンライン診療の取扱いについて、初診に必要な医学的情報、診療前相談について、症状について、処方について、対面診療の実施体制について、この5つの論点で議論を進めてまいりたいと考えております。

3ページをご覧ください。こちらにオンライン診療の申込みから診療までの流れについて、イメージをまとめさせていただいております。

まず、一番左のところでございますが、申込みがあったときに、再診の場合と初診に該当する場合に分かれます。初診に該当する場合には、症状がオンライン診療に適するかどうか。適する場合には、医学的情報が十分であるかどうかを見まして、十分な場合には、医師・患者双方の合意の下、オンライン診療を行っていただく。これが十分でない場合については、診療前相談を行いまして、可能な場合には、これも医師・患者双方の合意の下にオンライン診療を行っていただくという流れで進んでいくということで整理しております。

それでは、4ページをご覧ください。初診に必要な医学的情報でございます。これまでの議論としましては、オンライン診療については、初診からの実施は原則かかりつけ医による実施。そして、かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書等々により患者の状態が把握できる場合も含むとされておりました。

この検討会におきましても、初診をオンライン診療で行おうとする患者の医学的情報として、過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳等が考えられるものということでご議論いただいております。

おめくりいただきまして、5ページでございます。前回の検討会でいただいたご意見ということでまとめさせていただいております。

1つ目は、患者の症状によって診療に必要な情報は異なることが想定され、オンライン診療を実施可能な条件を形式的に定めることは現実的ではない。事前に必要な情報や活用できるツールを例示し、オンライン診療が可能かどうかの判断について医師による格差が生じないようにしつつ、現場の判断を尊重すべき。

また、2つ目ですが、初診に必要な医学的情報については、患者の基本的な情報が分かるものが必要。一方で、患者によって必要な情報はかなり異なるので、それを具体的に限定することは難しい。そのため、必要な情報を例示した上で、一人ひとりに合った情報を収集することが大事である。

3つ目ですが、医師によって経験が違うので、どういった情報が有用かの判断も異なる。それは医師の裁量ということになりますが、そこをルーズにしてはいけない。どういう情報を見て、どういう判断でオンライン診療を行ったかについて、例えばカルテに記載するといった仕組みをルールの中に入れたらよいのではないかとご意見。

4つ目ですが、かかりつけ医がきちんとやれば、医師の裁量である程度適切に判断できる。オンライン診療できちんと話をするのでかかりつけ医関係になっていく形であれば、

それほど大きな決まりをつくる必要はない。

こういったご意見をいただいております。

これを踏まえまして、指針改定の方向性ということで、2つお示しさせていただいております。

1つ目ですが、診療に必要な医学的情報については、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等のほか、症状から勘案して問診及び視診を補完する医学的情報等が必要な場合が考えられるということですが、患者の症状や背景は多様な中で、一律の基準を定めることは困難でありますため、オンライン診療を実施する前に患者が保有する情報を医師に提供し、その症状と合わせて医師が可能と判断した場合に、オンライン診療を実施できることとしてはどうかと考えております。その際、得た情報については診療録に記載することとしてはどうかということがございます。

2つ目でございますが、事前に患者が保有する医学的情報を得られない場合や、既存の医学的情報だけでは実施の可否を医師が判断できない場合につきましては、診療前相談を実施して、医師・患者双方がオンライン診療が可能であると判断し、合意した場合にオンライン診療を実施できることとしてはどうかをご議論いただきたいと思います。

6ページでございます。「オンラインでのやりとり」（診療前相談）についてです。

これまでの議論でございますが、「医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやり取りの中で、これまでの患者の医療履歴・基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンライン診療が可能であると判断し、相互に合意した場合」について、一定の要件を含む具体案を検討することが規制改革実施計画の中でもいわれていたことでございます。

前回の検討会でいただいたご意見としましては、患者から見た場合に、オンラインでのやり取りについても診療の一部と考えられるのではないかと予想される。やり取りの内容や診療に移行したかどうかについて、医療機関が記録を保管し、必要に応じて全国の実態を把握できるようにしておく必要がある。また、やり取りを終えた後、オンライン診療の実施について患者と医師が相互に意思確認をすることをルール化するべきではないかといったご意見。

2つ目ですが、オンライン診療に入る前の予診の段階というものがあると思うが、この患者はオンライン診療に適しているのかどうか、あるいは対面診療が必要か、処方薬が必要かといったことについては、医療的な判断になっているのではないかといったこと。

それから、既存の情報だけではオンライン診療が可能と判断できない場合について、オンライン診療を拒否されたと患者に感じさせないように、丁寧な説明が必要ではないか。そして、対面診療につなげることが必要ではないかといったご意見。

4つ目ですが、オンライン診療を行う前の相談は診療行為ではないという整理ですので、診療行為でないことをやっている状況で何か義務的なことを課するのは難しいのではないか。当然、それは医師が常識的な範囲内で行うべきではないかといったご意見。

5つ目ですが、対面診療に先立ってやり取りがあるとするれば、それは看護師さんとか事務のスタッフが電話で、それはほかのところに行ってくださいというレベルだと思うということで、オンラインでのやり取りは実際の行為に則していないのではないかとといったご意見をいただいていたところでございます。

こういったご意見をいただいておりますことを踏まえて、7ページでございますが、まずは、初診からのオンライン診療が可能な場合について整理させていただいております。

オンライン診療に先立って行う「オンラインでのやり取り」は診療前相談と呼ばせていただいておりますが、こちらは、受診歴がなく、十分な医学的情報も得られていない患者に対して診療を行おうとするということですので、個別の症状から勘案して、問診・視診を補完するべくオンライン診療に必要な医学的情報を丁寧に得ることで、安全性・信頼性を担保するというを目的とした枠組みとしています。

そのため、患者の心身の状態に関する適切な情報を聞き取った上で、医師・患者間での信頼関係を構築するという観点から、医師本人と患者本人がリアルタイムで行う必要があると考えております。

下に図で整理しておりますけれども、初診からのオンライン診療が可能な場合、1つ目ですが、原則としてのかかりつけの医師に受診する場合。

2つ目ですが、かかりつけの医師に準ずる一定の情報を持つ医師に受診する場合。

そして、これら2つに当てはまらないような場合に初診からのオンライン診療を可能にするための枠組みということで、点線「上記以外」の右側に記載しているところですが、オンラインで医学的情報の取得等を行い、医師・患者双方がオンライン診療が可能であると判断し、合意した場合ということで診療前相談を位置づけております。

8ページをご覧くださいまして、診療前相談についての指針改定の方向性ということで、5つ書かせていただいております。

1つ目は、診療前相談では、医師・患者間でリアルタイムのやり取りを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認し、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を行うこととするというところ。

2つ目ですが、診療前相談はオンライン診療が可能かどうかを判断する枠組みでございまして、この段階では処方や診断といった診療行為は行わないという立ち位置で整理したいところです。

3つ目ですが、診療前相談を経てオンライン診療を実施する場合については、診療前相談で得た情報についても診療録に記載する。オンライン診療に至らなかった場合であっても、この診療前相談の記録については診療録に準じた形で保存しておくことが望ましいのではないかとこのところではあります。

4つ目ですが、診療前相談によって対面受診が必要と判断された場合であって、それが他院である場合には、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行う

こととしてはどうかというところです。

5つ目ですが、診療前相談の結果としてオンライン診療が行えない可能性があるということであったり、診療前相談の費用については医療機関のホームページで示すほか、あらかじめ患者に適切に周知を行っていただきたいと思いますと思っております。

9ページ目でございます。症状についてでございます。

これまでの議論としましては、オンライン診療での初診に適さない症状に関しまして、オンライン診療を実施しようとする場合であっても、緊急性が高い症状・処置が必要な場合など、オンライン診療に適さない、対面診療が必要な場合がある。

あるいは、オンライン診療を実施するに当たって、事前にその可否について判断を行っておくことが必要といったご意見をいただいております、第16回の検討会におきまして、日本医学会連合の「オンライン診療の初診に適さない症状」の提言についてご紹介いただきました。前回の検討会でも、この日本医学会連合のガイドラインを参考にすべきではないかというご意見をいただいていたところでございます。

これを踏まえまして、指針改定の方向性でございますが、オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要でありますので、オンライン診療が困難な症状として、日本医学会連合の「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえまして医師が判断し、オンライン診療が適しない場合には対面診療を実施するというようにしてはどうか。

また、2つ目ですが、オンライン診療は申込みから受診まで、一定の時間がかかることがあるので、緊急性が高い症状である場合には速やかに対面受診を促す必要があります。ですので、このオンライン診療の実施可否の判断については、速やかに行うことが必要ではないかというところもご議論いただきたいと思います。

10ページでございます。処方についてでございます。

これまでの議論としましては、初診からのオンライン診療における処方について、現在のオンライン診療では診察手段が限られているということから、診断や治療に十分必要な医学的情報を初診において得る事が困難な場合があり、そのため初診から安全に処方できる医薬品も限られるということで議論がされてきました。

また、現在のコロナ禍における時限的・特例的措置におきましては、患者の基礎疾患等の情報が把握できない場合のハイリスク薬の処方、それから処方日数の制限、また麻薬及び向精神薬の処方の制限、これらを行っているところでございます。

こちらについても、16回の検討会におきまして日本医学会連合の提言をご紹介いただいております。

前回の検討会でいただきましたご意見でございますが、まず、日本医学会連合の提言を参考にすべきではないかというご意見。

それから、初診の場合で検査もできず、まず何日か様子を見ましょうという場合に、時限的措置で定められているような一定の基準をしっかりと設けておかないと、安全性の確保

はできないのではないか。当然、一定の裁量を医師に認めることは大事である一方で、ハイリスク薬や適応外の処方をオンラインで全く面識のない初診の方にするというのは考えにくい。なので、特に初診の場合の処方限定的なルールが必要ではないかといったご意見などをいただいていたところでございます。

11ページに、処方についての指針改定の方向性ということでまとめさせていただいております。

まず、初診での医薬品の処方につきましては、初診のオンライン診療で安全な処方が困難なものとして、日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定めるガイドラインを参考に行うこととしてはどうか。

その上で、時限的・特例的措置における取扱いを同様に指針のほうにも組み込むということで、麻薬及び向精神薬については、医学的なリスクだけでなく、不適切な流通につながるなど社会的なリスクもあることから、初診では処方できないこととしてはどうか。

また、いわゆるハイリスク薬につきましては、患者の基礎疾患等の情報が把握できない場合には処方できないこととしてはどうか。

初診のオンライン診療での処方日数については、時限的・特例的措置下の実績を踏まえますと、初診でのオンライン診療は感冒症状など軽症と考えられる患者層からのニーズが主であると考えられますので、改善しない場合には、重篤な疾患の見逃しを防ぐ観点からも、漫然とした処方の継続によって患者が適切なタイミングで受診することの妨げにならないようにすることが必要ということで、患者の基礎疾患等の情報が把握できない場合には、処方日数を7日分までとしてはどうかと考えております。

12ページでございます。こちらは、対面診療の実施体制についてでございます。これまでの議論としましては、4月10日の事務連絡におきまして、医師が地域における医療機関の連携の下で実効あるフォローアップを可能とするため、対面診療が必要と判断される場合には、電話やオンラインでの診療を実施した医療機関において速やかに対面による診療に移行する。あるいは、それが困難な場合には、あらかじめ承諾を得た他の医療機関に速やかに紹介することとしていたところでした。

これについて、前回の検討会でいただいたご意見をご紹介しますと、オンライン診療をする医師と対面診療をする医師が別の医師でよいとすると、かかりつけ医の話と大きく矛盾する。やむを得ない場合もあるかもしれないが、原則は同じ医師が診るべきで、オンライン診療だけを行う医療機関ができることは望ましくないのではないか。

あるいは、希少疾患や専門性の高い疾患では、遠方の患者さんをオンライン診療で1人の医師が診ることはあり得る。一方で、基本的には対面診療ができる医療施設を確保しておくことを押さえておけばよいのではないか。

対面診療が必要だが、オンライン診療を実施した医療機関での対面診療が困難という場合、医療機関をきちんと特定して患者に紹介状を出し、同時にその医療機関にも紹介状を

送るというようなりアルに準じた形で行われると、患者側としては安心ではないか。

初めて診療するときには、一定程度対面に移行することもあり得るということを前提として、常識的な範囲の中で距離というのを考える必要があるのではないか。

かかりつけ医のいない人たち、特に若い人たちには、疾患にもよりますが、ずっとオンラインで診てほしいという患者さんもいる。そういう場合には、対面に切り替えるときに必ずしもオンラインで診ている先生ではなくても、きちんと対応できる連携先の医療機関が紹介先として確保できていれば、距離は関係ないのではないかといったご意見をいただいております。

13ページに、指針改定の方向性ということで、4つ整理させていただいております。

1つ目ですが、初診からのオンライン診療は原則かかりつけの医師が行うものでありまして、対面診療が必要になった場合には当該かかりつけの医師が行うことが原則です。

2つ目ですが、例外としまして、かかりつけの医師以外の医師が初診からのオンライン診療を行う場合、3つ書かせていただいております。1つ目が、かかりつけの医師がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、かかりつけの医師がオンライン診療に対応できない場合。2つ目が、患者にそもそもかかりつけの医師がいない場合。3つ目が、かかりつけの医師がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合、あるいはセカンドオピニオンのために受診する場合が想定されることです。

その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められるのではないかと考えております。

3つ目ですが、オンライン診療後の対面診療につきましては、かかりつけの医師が存在する場合には、かかりつけの医師に紹介され実施されることが望ましい。そして、かかりつけの医師がいない場合等につきましては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介されることも想定されるのではないかと考えております。括弧の中でございますが、オンライン診療を行った医師自身では対応が困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合につきましては、より適切な医療機関に自ら連絡していただいております。紹介することが求められるのではないかと考えております。

4つ目でございますが、このオンライン診療につきましては、直接の対面診療を適切に組み合わせて行うことが原則であるということも併せてお示しさせていただいております。

資料の説明については以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、本日はこの資料についてのご議論をお願いいたします。ただいまのご説明に関しまして、ご意見等ありましたら、お願いいたします。

佐藤構成員、お願いします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。ご丁寧なご説明ありがとうございます。

最後の13ページのところで何点か質問というか、コメントがあります。

1つは、原則としてかかりつけ医がオンライン診療を行うということですが、ご指摘のとおり、多くの人たちはかかりつけ医を持っていないというのと、そもそもかかりつけの医師というのが制度的に確立しているわけではありませので、これは現場でどのように理解を共有されるのか、よく分からないということで、多分、厚労省さんからの以前の説明では、過去に受診歴がある。たしか1年以内。1年以内が妥当かどうかという議論があったと思うのですが、であれば、このかかりつけの医師というくだりがどうということなのかということについては、広く周知。

この検討会の中では、多分理解が共有されていると思いますが、これが一旦外へ出たときに、必ずしもそうとは限りませんので、まずはかかりつけの医師というのが具体的にどういう人たちを指すのかということについて、ちゃんとした明確な基準を出していただければありがたいなというのと。

もちろん、私はオンライン診療の出口は恐らくかかりつけ医の普及だろうということは分かるのですが、入り口の段階において、多くの人がまさにかかりつけ医を持っていないというところであれば、専門医も含めて、幅広くオンライン診療を受けられる機会は、我々はよくも悪くもフリーアクセスというのを前提にしてきているわけですので、オンライン診療においても、まず入り口の段階では幅広くアクセスが可能だということは担保しておいたほうがいいのかなと思います。ただ、出口として、それが最終的にかかりつけ医の定着につながれば、それはそれでよろしいのかなと思いました。

あと、対面とオンラインとの関係なのですけれども、大事なことは、対面診療ができる医療機関とオンライン診療を行う医療機関がちゃんと連携できていること。理想的には同じであること。さもないければ、連携できているということが担保されていれば、それでいいのかなという気がしますので、そこはどこかの段階で、オンライン診療だけを行う医療機関があるのは望ましくないという話もありましたけれども、大事なことは対面診療と連携できていない医療機関があるのが望ましくないことだと思いますので、これも幅広く選択肢があっていいのかなと思いました。

あと、最後に、オンライン診療と対面診療を適切に組み合わせるということ。何が適切なのか分からないですが、結果としてオンライン診療で終わってしまう場合もあるのではないですかということ。これも本来、いろいろな選択肢があっていい。オンライン診療を最初から前提にするのがいいかどうかもあるけれども、オンライン診療だけで終わるのがいいとは思いませんけれども、結果としてオンライン診療で終わってしまうケースがあってもいいのではないかと思いますので、そこはいろいろな選択肢があっていいのかなと思います。

すみません、細かいところで申し訳ないですが、7ページの記載で、信頼関係をつくるという話があったと思うのですが、これは意図としてよく分からなかったもので、信頼関係

を構築する観点からリアルタイムで行うというのは、診療前相談という理解でいいですか。これはオンライン診療そのものというよりは、診療前診断・相談なのですか。だとしたときに、もし相談だけであれば別にリアルタイムでなくてもいいのかなと思った。ここの記載の意図がちょっとよく分からなかったのも、もし何かご教示いただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

事務局のほうから。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず、かかりつけの医師の書き分けでございますけれども、これはこの検討会といいますか、指針の中で、どういうふうなケースであれば、初診であったり、オンライン診療を適切に行えるかというワードとして使わせていただいておりますけれども、これまで、この検討会においては、過去の対面診療によって直接的な医師・患者関係があるという趣旨でご議論いただいていたかと思っております。詳細な書き方については、例えば今後指針にどう書き込むかというところで、しっかり詰めさせていただきたいと思っております。

それから、診療前相談のリアルタイムのところでございますけれども、これは医師と患者が、例えばオンライン診療は当然映像を伴ったウェブミーティングツールなどを使ってやり取りする形になると思いますので、それに画面越しではありますけれども、直接やり取りしていただいて情報を聞き取っていただいているという趣旨で書かせていただいております。この在り方についてもご意見、ほかの先生方からもいただきたいなと思っております。

○佐藤構成員 すみません、ご説明ありがとうございます。

何となくイメージがついたのですが、そうすると、相談と診療の区別は難しいかなという気はしたので、どう線引きをするのか。むしろお医者さんの判断に委ねるのか、選択肢は幾つかあると思いますけれども、ここの解釈だと診療と相談の区別は難しいのかなという気がします。

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、お願いします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

全体的にこれまでの議論や意見をよく取りまとめているように感じます。ありがとうございます。

今、佐藤構成員からも若干指摘があったところなのですが、12ページ目からの対面診療の実施体制についてで、前回の検討会でいただいた意見の中に、オンライン診療だけを行う医療機関ができることは望ましくないと書かれていて、13ページの最後にも、オンライン診療は直接の対面診療を適切に組み合わせて行うことが原則と書かれておりますけれども、実際にはオンライン診療だけを行う医療機関だったり、オンライン診療で処方し続けられることを売りに宣伝しているような医療機関だったり、対面診療との連携は考

えていないような医療機関が既に存在していると思います。

そういった医療機関を規制する仕組みや、ここで規制まではできないということでも、オンライン診療だけで完結することを前提にした医療機関は望ましくないなどと、最低限、「必要に応じて対面診療と連携できるように」ということをどこかに明確に記すことが必要ではないかと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、高倉構成員、お願いいたします。

○高倉構成員 高倉です。

今の鈴木構成員のご意見に関連するのですけれども、たしか資料の12に距離は関係ないという記述がありました。僕もそのとおりだと思うのですけれども、一方で、オンラインで診てもらって対面に切り替えるときに、当然、対面は距離がかなり重要になってきますので、オンラインで診てもらったときの情報として、このオンラインの診療では、例えばせめてどこの地域の医療機関に紹介できますよとかという、もう一つは情報がないと、患者さんとしては、かかったはいいけれども、紹介先がないという宙ぶらりんの状態が起きるのではないかというのをちょっと懸念しています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

私も先ほどの鈴木構成員のご意見には、全面的に賛成です。

全体として、おおむねこの内容でいいのではないかと思いますけれども、1つ、8ページに、診療前相談で得た情報については、診療録に記載するということが書いてあって、3ページのフローを見てみますと、診療前相談というのは真ん中辺りにあるのですが、恐らくここからは医師でないと、ということが書かれているということは、症状がオンライン診療に適するかどうかとか、医学的情報が十分かというところについては、医師以外でもいいという位置づけで書かれているのではないかと思います。だとすれば、誰が、何で確認したのかということも記録に残しておく必要があるのではないかと。

と言いますのも、例えばここで判断して、十分だということでオンライン診療になったときに、ドクターが、いや、これでは対面でないと、という話がここで出てくると、さっきいいと言ったじゃないかというトラブルが、これまでのいろいろな相談を受けていると容易に想定されます。そうすると、オンライン診療に適するかどうかとか、医学的情報が十分かという確認作業というのがとても重要になってくるのではないかと思いますので、そこについても、誰が判断して、何で確認したのか、こういったことを記録するというところを入れる必要があるのではないかと思いますので、その辺り、事務局はどのようにお考えでしょうか。

○山本座長 事務局、よろしいですか。

はい。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生のご指摘のところを踏まえて検討させていただきたいと思います。オンライン診療に入ったというスキームが、医療者を守るという観点でも、適切な診療を行う観点でも必要な手続があると思いますので、ここについてもどのような記録が必要かということ、様々なご意見をいただきたいと思いますけれども、ご趣旨を踏まえて検討させていただきたいと思います。

○山口構成員 ありがとうございます。

何かトラブルになったときに確認できるものというものが、どうしても必要になってくると思いますので、口頭で言った、言わないにならないように、慎重に準備しておいたほうがいいのではないかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

8ページの3ポツ目で、オンライン診療に至らなかった場合にも診療録に準じて保存しておく。そうなったときに、例えば電子カルテを運用しているときに、患者さんがオンライン診療を申し込んだ時点で患者さんのエントリーはできるとしても、結果的には診療を行っていないから診療録ではないわけですね。診療録ではない記録を電子カルテ上に保存するというのは、実は結構複雑な話だと思うのです。その辺も少し整理していただければと思います。

それでは、権丈先生、お願いいたします。

○権丈構成員 コメントといいますか、確認といいますか、非常によく考えられた資料をつくられていると思います。それはどういうことかということ、ずっとかかりつけ医という言葉を使っていたところで、7ページで初診からのオンライン診療が可能な場合の整理のイメージというところで、初めてかかりつけの医師になる。ここでかかりつけという言葉の概念をぼんと広げて、過去の診療履歴とかをしっかりと持っている人たち、知っている人たちという形に概念が大きく広がっていく。そこで初めて「可能な場合の整理のイメージ」となるのですが、それまでは、ずっとかかりつけ医という言葉が使われている。

このかかりつけ医という言葉は、日医の前会長の横倉先生が10月に出された本の中で、かかりつけ医というのは、2013年8月に日医と四病院団体協議会のほうで提案した、かかりつけ機能を持つ医師のことだと論じられているわけですね。そして、そういう医師がもう少し普及していれば、今回の新型コロナの影響の下でももう少し対応できたのではないかということも書かれている。と同時に、横倉先生の文章の中で、そういうかかりつけ医というものは、2013年の国民会議の報告書の中にもこういう使われ方があるということがあるわけですが、国民会議の報告書の中ではほとんど診療所の医師の意味ですね。かかりつけ医は、診療所の人たちが担当していくという意味で書かれている。

その部分を横倉先生も紹介されていて、最近では横倉先生たちが定義していた、かかりつ

け医機能を持つかかりつけ医というのを制度的に普及させたほうがいいのではないかと
いう声もいろいろなところから出てきているわけですし、例えば診療報酬のことも考えて、そ
ういうところに包括払いということも考えられるかもしれないという意見も、財務省の財
審とか、いろいろなところから出てきているわけです。

そうなってくると、診療前相談ということの概念がひっくり返ってしまうわけで、その
辺りの用語を、今までのように適切にしっかりと使っていきながら議論して、そして、状
況が変わってくると、恐らくこの指針というのはいくら見直すということが起こって
くる内容に今回はなっているのかなど、私は理解しております。だから、日医は、2013年8
月のかかりつけ医機能という言葉そのものは、特許申請してもいいのではないかと
いうぐらいに私は思うのですけれども、かかりつけ医機能を持っていないなんちゃってか
かりつけ医という形で、これから先、出てこないように、かかりつけ医機能をしっか
りと果たしていく人たちが、この国の医療に求められているのではないかと、私は
ベースの部分で思っております。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。この指針は、定期的に見直すことがもう既に決ま
っておりますので、随時見直していきたいと思っております。

それでは、引き続き、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。

診療前相談とリアルタイムの関係について、医療情報がないとか不足している場合に
オンライン診療を行うことが適切かどうかを判断するため、診療前相談を提供するのは重
要なことだと思います。例えば、チェックシート、インタビューシートの活用などをメ
ールやチャットのみで行うことには反対です。それは、インタビューアセスメント
を行う場合の重要なスキルに、共感的態度や姿勢を示すというものがあるからです。
機械的な情報収集は、患者側の負担感が大きいことや、信頼関係の構築の妨げに
なりやすいと言われております。

私は、在宅医療を25年間、当院だけで1万人以上の患者を診ておりますけれども、
患者が夜などに電話をかけてくる場合は、基本的に往診をしてほしいという要望に
基づくものですので、もしオンライン診療を受けたいという医療機関にアクセスする
場合も同様だと。一方で、在宅医療の場合であれば、その電話に対して臨時の
往診を組む、電話アドバイスで経過を見てもらう。救急動員の受診手配の判断
をします。このプロセスが音声ガイドとか、メールやチャットの間診フローのみ
で、あなたは往診の対象ではありません。救急病院への受診手配をしますと
もし回答されれば、恐らく患者側は医療不信を抱く。

同様に、オンライン診療にそぐわないと判断した患者さんには、対象外である理由
や、重要な受診勧奨を行うための納得感や説得が必要になるので、これが診療前
相談でも含まれてくる。

○事務局 島田先生、途中で画像が止まってしまったようです。

○島田専門委員 どの辺のお話で止まりましたか。

○福田医師養成等企画調整室長 20秒ぐらい前に、オンライン診療前相談でも含まれるぐらいのところで。

○島田専門委員 救急病院とかの受診勧奨を行うためには、納得感とか説得というものも必要になってくるので、メールとかチャットだけで完結する診療前相談は望ましくないと 생각합니다。

あと、例えば診療前相談がオンラインシステムを提供するベンダーとか民間ウェブサイトが事前に実施しますという仕組みになってしまうと困る。患者が連絡した、その医療機関に所属する医師や看護師が、肉声を含む対話で対応し、もちろん補完的ならいいと思いますが、最終的な実施の可否、判断は医師が行うことが必要だと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

今は、ルール上、一応オンライン診療を行う医師がいることにしようかということになっております。

それでは、引き続いて、高林専門委員、お願いいたします。

○高林専門委員 ありがとうございます。

何人かの先生がお話になった診療前相談について、私もお話ししたいと思いますが、3ページの図で、オンライン診療の申込みを受けてからどうするかを決める過程が書いてあって、その中で診療前相談が一体どこになるのかが、ちょっとはっきり見えないのです。

7ページの図を見ると、かかりつけ医である場合は、もうそれは問題ない。あるいは、それに準じた情報を持っている人もオーケーであるということが書いてあって、これを見ると、診療前相談というのは何をするのか、よりはっきりしてくると思うのですが、要するにオンラインにつなげる前にどこまで判断するのか。その次に、診療前相談で何をするのか。それから、オンライン診療に移るという線引きを明確にさせていただくと分かりやすいかなと。3ページを先に出すより、7ページを先に出したほうが、一般の方の理解は得やすいのかなと思いました。

それから、今も島田専門委員からお話がありましたけれども、営利的に診療前相談が行われるのでは困るので、そういう意味では、診療前相談というのは、私は原則無料でも構わないのではないかと思うのですが、その辺のご意見ももしいただければと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

3ページの図と7ページの図に関して、事務局から何かご説明ございますか。基本的には同じだと認識していますけれどもね。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

フローとしては、3ページが全体像で、そのうち診療前相談の位置づけを中心に書かせていただいたという趣旨で、7ページのところでイメージを整理させていただきました。実際には、医学的情報が十分かという判断をされるわけですが、不十分であった場

合には、またその情報も診療前相談で聞き取ったりすることは恐らく可能かと思いたすので、3ページの図が少しシンプル過ぎる可能性はあるかと思いたす。ただ、実態としては、3ページの図の、特に診療前相談の観点を中心に整理させていただいたという趣旨で描かせていただきましたけれども、これもお指摘を踏まえて、分かりやすくなるような形で整理したいと思っております。

○山本座長 それでは、引き続き、南学構成員、お願いいたします。

○南学構成員 ありがとうございます。

皆様、話題にされているように、診療前相談のところが一番気になるところではないかと思いたす。8ページで、診療前相談で得た情報についても診療録に記載する。それから、診療前相談で得た情報については、適切に情報提供を行うと記載されていて、総論的には理解しますし、賛成するのですが、座長がおっしゃったように、診療という扱いはないものだと理解しているので、それをどういうふうに扱うのか。ここで診療と扱わないものについて、いろいろ義務化を強くしていくということについては、かなり違和感があります。

義務化ばかりどんどん膨らませていくと、その傾向がさらに悪化していった医療従事者の負担が過剰になり、最終的に患者さんの不利益になると思いたすので、あまりがんじがらめに義務化を強めていくことはよくないと思いたす。

それから、かかりつけ医が主体でやっていくことは大前提だと思うのですが、現時点では開業されているクリニックの先生しかオンライン診療ができないシステムになっているということ、強く感じています。例えば、オンライン診療を行った後に、同じ月の別の日に患者さんの状態が悪化して対面診療を行った場合は、オンライン診療料は算定できなくなります。

それから、複数科を受診している場合、別の科で対面診療したら、オンライン診療は算定でき。ない規則になっているようです。なので、これは恐らく大病院で複数科を受診しているような合併症のある患者さんについては、オンライン診療はできないシステムになってしまっている、その辺を今後きちんと議論していかないと、ここでいろいろなシステムをつくっていったって、絵に描いた餅になってしまうと危惧しています。

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。

2点ばかり意見がございます。

まず、1点目は、5ページにあります、相談をした上でオンライン診療ができるといった場合、かかりつけ医でない場合、事前の相談を受けて、いろいろな情報をいただいてオンライン診療ができますねということをお互いの合意の上で行うようになったときに、得た情報について診療録に記載するという記載があります。これは非常に重要なことだと思

っているのですが、もう一点、判断というものをぜひ書いていただけるようにしていただきたいということ。ただ情報の数字だけ書くということじゃなくて、こういうやり取りをして、この判断でできるようになったと。これは、今、南学先生がおっしゃったように、保険診療を行う場合の前提という意味で、相談の際での義務ということではありません。

別に、これは対面でもオンラインでも、山口さんがおっしゃったように、医療事故までつながる場合もあるし、そうではないいろいろなトラブルがあると思うのですけれども、我々医療者を守るのはカルテの記載だけですので、特に情報が対面に比べるとまだまだ少ないオンライン診療において、数が普及して、いろいろな方たちがオンライン診療を利用するようになればなるほど、いろいろなトラブルというのは起こってくると思います。その際に我々をしっかり守っていくためにも、保険診療というカルテにきちんと記載していくということを決めておいていただけたほうがいいかなと思っておりますので、データだけじゃなくて、その判断についても書いていただくということをお願いしたいと思います。

それから、オンライン診療は基本的にかかりつけ医が行うという原則、これは今回の資料の一番最後に、参考資料として規制改革実施計画にも書かれていますけれども、基本はかかりつけ医が行うのだと。ただ、かかりつけ医を持っていない若い方たちもいらっしゃることは事実なので、そういう方たちに制限がかからないようにということで、情報が事前にあればよいですよということになっているという理解です。ですから、基本はあくまでもかかりつけ医の、いわゆる診療の機能の一つとして、こういったオンライン診療を持っておられる先生たちが増えてくるということが、社会にとって望ましいという整理だと思えます。

なので、先ほどもオンライン診療のみやる医療機関があつて、連携する対面の医療機関があれば、それでいいのではないかというお話もございましたけれども、そもそもオンラインでしかやらないということが医療機関の機能として認められるのか、それで十分なのかというのがありまして、あくまでもオンライン診療というのは対面を補完するためのものであり、上手にそれを活用していくということが重要なのだと思っています。

連携ということは、よく言われます。病診の連携とか、診療所・診療所の連携であるとか、あるいは医療と介護の連携とか、ちょっと話が大きくなりますけれども、国と地方の連携みたいなことを言いますけれども、連携という言葉を使うのは簡単ですけれども、実際上は非常にいろいろな課題があつて、情報だけでは足りずよほど顔と顔が見えている連携というか、信頼関係がないと、そう簡単にはできないと思っております。したがって、オンライン診療を行う医療機関は、何かあつたときにご自分のところでも対面ができるという前提でやっていただきたい。

ただし、地理的な問題があつて、最初にすごく離れている患者さんがオンライン診療でアクセスしてきた場合には、それを断ることはできませんので、その場合には、きちんとした情報をお渡ししてやるということは、それはあつて当然だと思っておりますけれども、そ

ういう連携があれば何でもオンライン診療だけでいいのだということにはしないような形で、分かるようにしっかりと記載していただければと思っております。

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、引き続きまして、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。

皆様のご意見とかぶる部分がございますけれども、まずは診療前相談のところでは、医師と患者の合意に基づく柔軟な仕組みと、ここについてはもちろん賛成でございます。また、相談で得た情報を診療録に記載することについても、全く異論ございません。そういう意味では、診療に至らなかった場合においても、診療録に準じて保存するというのも、先ほど、座長をはじめ、技術的な問題があるのかもしれませんが、オンライン診療を健全に発展させていくというためにも必要ではないかと考えております。

ただ、診療前相談において対面受診が必要だと判断されて、他の医療機関で対応してもらった場合には、患者目線で見ると、患者がどういう医療機関を受ければいいのか分からない。そういったことで困ることがないようにする必要があるのではないかと考えています。

また、オンライン診療を行えず、一方で実費を請求される可能性があるのであれば、そのことを事前に患者がきちんと理解できるような周知・徹底が必要ではないかと感じております。

それから、対面診療の実施体制でございますけれども、私自身は、オンライン診療は対面の補完ということではなくて、新たな診療形態の一つとして位置づけるべきであると考えておりますけれども、一方で、患者の安全・安心を確保するというためには、当然、対面診療との適切な組合せは必要であると思っております。その際には、これもほかの先生方がおっしゃっておられましたけれども、かかりつけ医の関与というのは極めて重要だと思います。そういう面で、13ページもそうですけれども、かかりつけの医師というのは一体何を指すのかということについては、共通認識を持っておくことが必要ではないかと感じております。

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、引き続きまして、落合構成員、お願いします。

○落合構成員 ご説明ありがとうございます。取りまとめいただいた内容、全般的に今までの議論を踏まえていただいたものと感じております。

私からも何点かお伺いしたいなと思ひまして、最初に、事前の相談のやり取りの部分について、ここはこういう理解でいいのかどうかというところを事務局にお伺いして、それからほかの点をコメントさせていただきたいなと思っております。

3 ページの図を拝見しますと、基本的には申込みの後に医学的情報が十分かどうかとい

うプロセスがあります。そうすると、申込画面で医療機関のホームページ、もしくはオンライン診療のプラットフォームなどで記入する部分があって、それが医療機関に伝達されるので、これを判断するプロセスになっていると想定しております。その後にメールとかチャットというので追加して連絡をもらうということはあるかもしれないですが、いずれにせよそういう文字情報を得た上で、今この会議を開催しているZoomのような、オンラインで直接動画でのやり取りで、オンライン診療して大丈夫かどうかというのを判断するという流れになっていると理解しております。

そして、このオンライン診療をするという場合には、その事前のやりとりを行っている場で、こういう症状であれば、オンライン診療をしようと思えますけれども、いいですねという話を医師が患者さんにして、お互いに合意すれば、そこからオンライン診療に切り替えることができるということだと思います。この場合、もしオンライン診療に移行しない場合は、単純に相談だけで終わってしまって、例えば相談料だけをお願いする可能性もあれば、一方で、オンライン診療に進んだ場合には、相談料については、そこもご請求されない場合のほうが多そうな気はしますけれども、請求したとしても、混合診療の問題にならずその後保険診療にもつなげることができる。全体として、こういう流れなのかなと思っているのですけれども、事務局のほうではこれは同じように理解されているものでしょうか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生のご理解のとおりイメージで考えております。

○落合構成員 分かりました。ありがとうございます。

そうすると、その場でオンライン診療と相談で切り替わりはあるかもしれないですが、事前のやりとりに補助的にチャットやメールを使うかもしれない。これは、オンライン診療を行う場合と同じように、補助的に使うのであれば有用であるということで整理されているということで、ある種、全体的に一貫した整理になっているのかなと理解いたしました。

2点目ですけれども、13ページのほうでかかりつけの医師によることを原則にすることでありまして、かかりつけの医師以外の場合について、2ポツのところさらに3つインデントがあります。かかりつけの医師がオンライン診療を行えない場合とか、そういうものが例外として定められているのですけれども、もともと去年の4月に議論していたときに、紹介状とか情報の提供がある場合というのがあったのかなと思うのですけれども、それについては、1つ目か2つ目の例に該当して実施すると読めるということによろしいでしょうか。これも事務局にお伺いすればいいのかなと思いました。

○山本座長 ここは対面診療の実施体制についてであって、オンライン診療をやっているかどうかというところとはちょっと違うと思うのですけれども、事務局から何かございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 山本座長、ありがとうございます。

13ページには、対面診療を実施する体制について書かせていただいておりますが、どういった場合で初診からやられるというものに関しては、2ポツ目のものがございます。ですので、大石構成員がおっしゃっていた、例えば紹介状があって、他の医療機関にかかる場合というのは、例えば2ポツ目の3つ目のポイントとかに当たるかなと考えております。

○落合構成員 分かりました。ありがとうございました。

では、私は一旦以上です。ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、大橋構成員、お願いします。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私からは2点ございます。

1点目は診療前相談なのですけれども、診療前相談をしているときに、その方に緊急性があるような症状というのも想定されるのではないかと思います。例えば、画面にも聞こえるぐらいの気管支ぜんそくで、すぐに酸素吸入が必要な状態であるという場合、ただ相談に乗って、対面ですねというわけにはなかなかいかなくて、場合によっては、こちら側で高次医療機関を紹介するところを見つけてあげて、そこに紹介状を書いて病院に連絡して救急車の手配までしてあげるといふこともあり得るかもしれない。それを想定して、日本医学会連合の初診では駄目だというリストというのもできてくると思っているのです。

それと、今、一般的に言われている診療前相談というのは、果たして同じことでいいのかというところについては、一旦整理いただきたいなと思っています。緊急性があって、そこまでやらなければいけない場合は、仮にオンラインかもしれないけれども、しっかりとした記載、または判断が診療録に求められますし、それについて紹介状等が発生した場合、保険診療に準じたような手当が必要なのではないかとこのところもありますので、このようなことについては、一旦整理していただければなと思います。

もう一つですが、オンライン診療に対応できずに対面診療ができるところのご紹介というところですが、これはエリアにもよると思うのです。今のところエリアは関係ないとした場合に、先ほど今村先生のお話にもありましたけれども、連携というところは、私たち、顔の見える関係で、例えば高次医療機関に相談するとか、地域のかかりつけ医に準じたところで対面診療を行っていかというところを判断しているわけですが、もし、私が自分の対応しているエリアじゃない都道府県なり何なりで患者を紹介しなければいけないとなった場合は、その情報を持ち合わせないので、例えば東京だったら何でも東大病院と言ってしまふようなことがあり得ないのかというところについては、ちょっと不安があります。

究極的には、ちょっとでも状態が悪ければ、本来は適用でないけれども、そこまで言うなら救急車を呼んでしまえばみたいなことになってしまうと、医療全体に響いてしまう問題があるので、エリアまたは連携というところについては、一定のルールというのを決めないと、どこでもいいよとしてしまうのは私には不安があるところです。

この2点でございました。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、引き続いて、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。

いろいろまとめていただいて、本当にどうもありがとうございました。お手をかけました。

私のほうから申し上げたいのは、先ほど佐野構成員がおっしゃったと思うのですが、このオンライン診療は、多分、今は対面のかかりつけ医的な機能の補完とされていて、ある意味対面よりも劣るけれども、時代の流れに合わせて、取りあえずやりますかということのように全般的に受け取られている気はするのですが、実は近未来を見てみたときに、全然違う、今の対面診療を上回るような情報量を持って、より効率的に付加価値の高い医療を行える可能性のある医療だと思うのです。

例えば、アップルウォッチとか、いろいろなセンサーを含めて、日常生活データがどんどん取れるようになっていないですか。そうすると、日々の血圧の変動とか血糖値とか、最近カロリーとかもデバイスから取れるような状況になっていて、そういう情報を医師に送って、それを使って診察していただく場面は、オンライン診療と組み合わせると非常に相性がいいと思うのです。そういう近未来に起こるような医療が正しく育まれるような仕組みにしていく必要があると思うのです。

そういうことを考えると、診療前相談に関しては、確かにオンライン診療で、実際にリアルタイムで画像でやるわけですから、その前の確認として、こういう情報を受け取っています。あなたはこういう状況ですね。だったらオンライン診療をやりますよという確認をするところは、画像でリアルタイムでやるべきだと思うのですが、実際のオンライン診療を申し込んでからオンライン診療までの間に、例えば1週間ぐらいラグがあったりするじゃないですか。

その間に、実はいろいろなデバイスから取れた情報で、この人は非常に危険だということが分かったときには、そこでわざわざリアルタイムで確認するというのではなくて、メールとかを含めて、あなたはまずいから、速攻、どこかの医者に行きなさいという返事をする場面もあり得ると思うのです。ですから、今、見えている世界の中で、こうあるべきだということにすごく限定しないほうがいいと思うのです。

具体的に言うと、オンライン診療に移行するところの事前相談は、リアルタイム、画像でいいのですが、それはカルテ等に記載しておくべきだと思うのですが、そこに移行しない場合はメールで完結してもいいということであるとか。そういうふうな専門的な医療になってくると、対面を全く行わない医療機関はおかしいと思うので、オンライン診療しかやらない医療機関は認めるべきじゃないのですが、オンライン診療を専らやっている医療機関というのはありだと思いますし、そこにいろいろなところから患者さんが集中して、慣れていない先生もいい医療を提供するというのもあると思うのです。

そうなってくると、要はオンライン診療しかやらない医療機関は不可であるということ

は、これはいいと思うのですけれども、ある患者さんに対して、その人をその医療機関が対面とオンラインを必ず組み合わせなければいけないということには限定しないほうがいいと思います。ですから、そこはきちんとした情報を提供して、適切な医療機関に連携するというのも認めるべきだと思います。

あと、スタートの情報としては、かかりつけ医からの紹介状だけでなく、これは以前、お話が出たのですけれども、健康診断の結果だとか、いろいろな幅広の情報からスタートして初診を始めてもいいようにするという、そこも入れておいたほうがいいと思います。

全体的に言うと、余りにもがちがちに、こういうことをやってはいけない、こういうリスクがありますと書くと、新しいことをやる、心ある先生が減ってしまうとか、一般の先生たち、今の緊急措置の中でも初診からオンラインで診ていらっしゃるの、いわゆるかかりつけ医的な機能を担っていらっしゃる診療所の1割ぐらいだと思います。ですから、そういうふうな先生たちがリスクを感じたり、手間を感じたりして、やらない病院になってしまうと焼け細ってしまうので、むしろかなり後押しするような感じで指針に書くとか、誤解されやすいところは、これは混合診療に当たりませんか、きちんと明記して、みんなが安心して取り組めるようにしていただけたらと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

大石構成員が言われたように、オンライン診療は、本来、今のIT技術、例えばIoT技術がありますとか、ハプティクスを導入した遠隔のコントロール技術がありますとか、最近、国産の手術ロボットもかなり出てきていますし、そういったものを含めた、本来、対面ではできないような質の高い診療も実現可能だと思います。それに関しても、この初診の取扱いに一旦めどがつかましたら、本来、オンライン診療が実質的に医療を与える影響とか、それをうまく活用する方向に関しましても、この検討会で行うかどうかは別として、議論していきたいと思っております。

今日はご欠席ですけれども、弘前大学の袴田先生の研究班では国産の手術ロボットを使って、かなり遠隔でD to P with Dで、相当実質的で、かつ経済的にもきちんと評価した成果をお出しになっています。この研究成果はそのうち発表いただけると思うのですけれども、オンライン診療自体の可能性というのは別に追求しないといけないと思うのですね。ただ、今回は初診の取扱い、これはオンライン診療の中でもちょっと特殊な分野でございますので、それをできるだけ安全性を確保した状況で、指針についてもまずはその部分を上げていきたいということでございます。

それでは、引き続きまして、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。

今の山本座長のお話ですけれども、我々の病院、コロナ禍において、いろいろ試してみました。病院として一番フィットするのは、実はこの会議の主題ではないのですが、オ

ンライン治療のほうです。これは、例えば病院の中の治療室の成績を上回る成果が上がる可能性があるものがあります。今、それをいろいろ考えているのですけれども、それに比べて、オンライン診療に限って言えば、ちょっと隔靴搔痒の感じがあって、まだまだかなという面もあります。今回は、このオンライン診療に関して、ちょっと意見を述べさせていただきます。

8ページの3つ目のところですが、括弧の中ですが、オンライン診療に至らなかった場合にも、診療前相談の記録は診療録に準じてと、先ほどどなたかがおっしゃったように、準じてと言っても、病院のほうでは診療録と同等のもの、ほとんど同じものとして記録する必要があります。そのときに必要なものは、患者さんのIDです。IDをどうやって取得するかというところがポイントになります。何だ、診療してくれないのに個人情報を取るのか。この辺りをしっかりと詰めていく必要があるかなと思います。

次に、4つ目のところで、本来、情報提供を行うこと自体、どうかということです。というのは、自費で行われることになると思うのですが、皆さんご存じのとおり、初診の患者さんが支払う大病院の選定療養費はかなり高額なものになっていますので、もしオンラインの事前相談で紹介状を出してくれるクリニックがあれば、2000円でもらえるなら随分安いねという話になってしまうのですけれども、そういう使われ方は本来の想定とは違うと思います。その辺り、どこかで線引きが要るかなというところがあります。

そして、そもそも論ですが、その患者さんの資格確認を一体どのタイミングで、何でやるのかというところは、まだ煮詰まっていないような気がしますので、1つお聞きしたいと思っています。

以上です。

○山本座長 最後の点に関して何かありますか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

ご指摘ありがとうございます。このフローが実際にやられるときの必要な設計かと思えます。具体的に詰めて、お示しするように準備したいと思っております。

ありがとうございます。

○山本座長 それでは、引き続きまして、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。

今回の取りまとめ、おおむねこれでいいのではないかと考えております。本当にご苦労さまでした。

ぜひこの取りまとめが周知されていくことによって、善良なるドクターがオンライン診療を始めくださる人数が増えることを強く期待していますし、そのことがこの委員会が一番目指すべき方向性だと思います。多くのドクターが普通にオンライン診療をご用意くださると、患者側から見ると選択肢も増えますし、アクセスもしやすくなります。

その上で、今日の議論の診療前相談ですが、相談と言っても、ドクターの専門性の提供には変わりはないので、私は相談と診療は限りなく近いものだと思っています。そ

の上で、グッドドクターがいいジャッジとして、これは相談で十分であると決断できるように、その相談にかかった負荷は軽減する一方で、負荷とか専門性の提供については適切な対価が払われるべきだと私は思います。それでないと、無理やり診療に行かないと対価が回収できないということも起こりかねないので、そのバランスをどうやって取っていくかというのを、今後厚労省でご検討いただきたいと思います。

いずれにしても、オンライン診療の相談であっても、今は、双方のITのリテラシーの進化の過程ですから、相当負荷がかかります。音声を確認したり、画像が途中で乱れたり。そういう意味では、医師の皆様への負荷も、患者側のメリットとともに配慮すべきじゃないかと思います。いずれにいたしましても、今回の取りまとめで健全なオンライン診療が発展していくことを強く希望します。

最後になりますが、これは大石さんと同じ意見なのですけれども、補完と言っていますけれども、補完なのか、どっちがどうか分からないですね。主役は人であるドクターであると思いますけれども、医師のご判断をする上でのヒント情報とか、日常知らないうちに患者さんの状況を把握するような情報収集においては、恐らく技術革新がかなりリードしていくと思いますので、補完していくということは、それを道具として使えるドクターとしての力量も上がっていくということが同じように問われると思いますので、今後は技術革新など未来を見据えた委員会の運営をぜひお願いしたいと思います。

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、引き続いて、黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

今までの皆様のご意見を伺いまして、3つほど自分の意見を述べさせていただきます。

1つは、診療前の相談ということですがけれども、これは今まで幾つかご意見ありましたように、医師が、これは対面診療が必要なのか、オンライン診療で行けるか、あるいは究極、救急車を呼ばなければいけないという医学的な判断をしているわけですから、私は診療行為だと思います。診療前相談というものは、僕はないのではないかと思います。ないものに無理やり制度をくっつけるから、IDの取得、カルテがないというところでいろいろ不具合が出る。私はこういう制度はなくて、最初から診療。そして、あなたはオンライン診療ではできないと、診療行為の中で言えばいいと考えます。

それから、例えば相談のときに、メールやチャットでというお話もありましたけれども、メールやチャットで正確に自分の状態を表現できる患者さんというのはごくわずかだと思いますので、メールやチャットで大事な判断は私はできないと思います。

それから、オンライン診療をやる際の対面診療の確保ですが、オンライン診療というのはフリーアクセスの局地のようなものですから、日本の地域医療はフリーアクセスを原則としていますので、私は距離の制限というものは原則ないほうがスムーズに行くと思います。

最後に、このオンライン診療の議論が、外来の対面か、補完かということも出てきますけれども、私はもともとこれは独立した診療概念で、それは大石先生の話にもありましたが、近未来の遠隔医療とかデジタルトランスフォーメーションというものを見据えて、その基盤となるものですね。だから、オンライン診療をどういうふうに位置づけるというのは、その少し未来の視点から議論するという、私もそのように考えております。遠隔医療の中での基盤になるし、日本のいろいろな医療体制の中での一つの基盤になる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、引き続いて、南学構成員、お願いいたします。

○南学構成員 今、大石構成員、金丸構成員、黒木構成員からお話があったように、将来を見据えたことをやっていく必要があると思います。座長がおっしゃるように、このことに関しては、現在のオンライン初診に関する議論だということは理解しつつ、日本人というのは、システムは物すごく注意深く構築するのだけれども、構築した後にそれを崩すのが非常に苦手な国民なので、何かつくってしまった後で大きな進歩が妨げられることがあってはならないと思います。

画像のみにしても、例えば順天堂大学では、モーションキャプチャーとヘッドマウントディスプレイを組み合わせ、神経難病の患者さんの動きを遠隔でフォローして診断していくという試みをしています。さらに、現在、様々な工学系の技術の発展により、在宅でいろいろな生理的なパラメータが取得できるようになっていて、世界的にはそういったものがすごく進んでいるので、将来、日本だけこういったことが全く使えないという状態にならないように、ぜひ将来を見据えた設計をお願いできればと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、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。

まず、総論として、今回まとめていただいた厚労省の指針の改定については、これでもろしいのではないかなと思っています。先ほどから大石構成員、金丸構成員、そして黒木構成員、そして今、南学構成員からございましたけれども、こういったイノベーションが日本の医療を大きく変えていくということについては、私もそういう方向性については十分理解しているつもりです。

個人的なことを申し上げて恐縮ですが、私は、総合科学技術・イノベーション会議の専門調査会に参加しておりまして、そのときも、先ほど大石構成員からお話があったような、様々なウェアラブル端末というのがこれだけ発達して、IoT技術も発達している。そういう中で、そういうものを活用できる仕組みというものを相当まとめさせていただいたこともあります。また、内閣府のSIP事業でAIホスピタルということで、医療におけるAIの活用と

いうこと。これは、医療者にとって、本来の医療、我々が医療に専念できるためのAI開発ということで、これもGAFAとか中国とか、AIの個別技術において日本は全く遅れているわけで、それを病院全体、医療全体として、どのように我々が活用できるような仕組みをつくるかみたいなことも議論させていただいております。

したがって、将来の医療がいろいろ変わり得るということは十分理解した上で、この検討会がやるべきミッションは、まずは安全で多くの医療機関。ここに参加されているような医療機関の先生方というのは、いわゆるオンライン診療に相当習熟されている先生だと思いのですね。私、前から申し上げているように、今、南学先生がおっしゃったようなことを進めていくには、先ほど申し上げた、大学で診療報酬の問題で大きな病院がなかなかうまく活用できないというお話は、それはそれで非常に問題だと思います。そういうものは改善する必要があると思うのですけれども、まずは学会とか大きな大学病院等が率先して、こういうオンライン診療を活用していただく。そういうことを前提として、広く診療所に広がっていくというのが自然な流れだと思っております。

今まで医学教育の中でそういうものに全く慣れ親しんでこなかった診療所の医師。先ほど南学先生から、でき上がったものを壊すのは非常にハードルが高いというお話でしたが、医療現場というのが今、非常に厳しい、忙しい状況にある中で、新しい技術に取り組むためには、相当の研修なり何なりが必要なもので、これはそこに器械がありますから、はい、やってくださいというお話とは全く違うのだと思います。

したがって、これを広く広げていくためには、一定の期間もかかりますし、日本医師会としても、そういった多くのかかりつけ医がこういうものに取り組めるための仕組みみたいなことを、今いろいろ考えておりますけれども、ある程度時間がかかるので、将来の医療を議論する場合は、この検討会というよりも、そういうものが必要であれば、それをつくった上で議論すればよいのではないかと考えています。

したがって、ここではこの指針を1年ごとに見直していく。医療技術の進歩とともに、改めてここはもっと変えたらいいのではないかとすることを議論すればいいので、あまり先のことを踏まえて、何かここで全ての将来の医療を推進するための議論をするという感じでは、ちょっとないのかなと思っておりますので、そのことだけ申し上げたいと思います。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、津川構成員、お願いします。

○津川構成員 ありがとうございます。

2点コメントさせてください。

1点目は、かかりつけ医の話です。何度もかかりつけ医という表現が出てきておりますが、定義が国レベルでまだ正確に決まっていないのではないのでしょうか。例えば、日本医師会の定義などを見ても「健康に関することを何でも相談できる上、最新の医

療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とありますが、制度設計上、これをどのように実際オペレーションにつなげていくかというのは非常に難しいのではないかと思います。どの医師もかかりつけ医と名乗れてしまうのではないのでしょうか。

ちなみに、かかりつけ医はこの制度だけじゃなくて、ほかの日本の医療施策に関する患者の導線、もしくは医療制度、医療提供体制において、かかりつけ医というものが非常に重要なものになってきますので、国レベルで、制度設計上のかかりつけ医の定義して、このように決まっていますというのを決める必要があると考えます。

これは、例えばアメリカのプライマリーケア医であれば、HMOの文脈で、まずは登録性があるってプライマリーケア医にかからなければ専門医にかかれぬという制度があります。イギリスのGPも全く同じで、ルール上の制度があります。一方で日本のように厳密な意味でのゲートキーパー機能がない、フリーアクセスの国において、かかりつけ医がどのように機能するのか、どのように定義されるのかというのは、明確にしておく必要があり、それが実際の運用にきちんと反映されている必要があると思います。

2点目ですが、かなりの多様性があると想定されるオンライン診療において、画一的な制度で全てを決めようという流れに今なっているような気がしております、これが実際には良質な医療自体にも規制をかけてしまう可能性があるのではないかとこのことを危惧しております。恐らく多くの方が心配されているのは、質の低いオンライン診療を提供している自由診療中心のクリニックによって患者さんの健康被害が出るのではないかとこのことを心配されていて、その心配はまさにごもっともだと思いますし、何らかの形で対応する必要があると思います。

一方で、質の高いオンライン診療が今後出てくる可能性があります。例えば僻地医療とか、希少疾患で、地方に専門医がいない場合に、大病院などの医師が患者さんを診るといったパターンもあり、この場合にはオンライン診療の導入によって医療の質が高まる可能性があります。よって全てを画一的にコントロールするというよりは、かなりケース・バイ・ケースの状況なのではないかと思いますので、運用して、ちゃんとモニターできるような制度が恐らく必要なのだと思います。質の高いオンライン診療と質の低いオンライン診療には、どのようなパターンがあるのかというのをモニターして、その都度、必要な処置を加えるという形がより適切なのではないかと考えております。

ちなみに、オンライン診療のみで完結する、もしくは対面診療は一切要らないのではないかとこの議論もあると思います。これは、実際のプライマリーケアとか、その領域ではないと思うのですが、例えば皮膚科、精神科、眼科など、そもそも対面診療でなければ行けない必然性がほとんどない、もしくは近い将来なくなってしまう可能性がある科というのが実際あるわけで、その場合においても対面診療ができる運用でなければいけないのかというのは、この点もかなりケース・バイ・ケース、専門、疾患によって変わってきます。全てを画一的にコントロールするというよりは、かなり多様性のあるパターンを

認識しながら、それによって最適な制度設計というか、リコメンデーションを提示する必要があるのかなと考えております。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

引き続き、山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

先ほど大石構成員のお話を伺っていて、私もこれからは技術革新がこの分野はかなり進んでいくと思っておりますし、安全ということを確認できれば、進めるべきところはどんどん進めていくべきではないかなと思っております。

ただ、一方で、先ほど大石構成員がおっしゃったような、患者が提供できる情報ということ。これが対面でなくてもいろいろなものがあるのではないかな。確かにそうなのですが、それは患者がどんな情報を持っていて、デバイスを含めて、どういう情報提供ができるのかということを確認した上での再診の話ではないかなと思いますので、今回、初診ということで考えたときに、さっき黒木構成員がメール、チャットということはどうかとおっしゃったのですが、島田専門委員がおっしゃっていたように、直接、人と人で確認しないといけない。なりすましを防ぐためも含めてですけれども、情報確認をメール、チャットということは避けたほうがいいのではないかと私も思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、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。

私のほうからも2つほどございます。

1つが、先ほど津川先生がおっしゃられたような、診療科によって状況が異なってくるであろうことを考慮した、あまり画一的な縛りを入れないような形でルールの整理をしていくということは、非常に重要なのではないかなと思っております。現在のオンライン診療の指針の中でも、例えば禁煙外来については、オンラインで完結する場合もあり得ると書かれているものもございまして、そういう意味では、既にそういったオンラインで完結するような場面もあり得るであろうということは、指針の中でも書かれていることと考えております。

将来的にさらに様々な方法が広がっていくであろうということが、津川先生がおっしゃられたところだと思うのですが、今の時点でも、既に一部のところではオンラインのみでの実施を認めているという部分があると思います。そこは全くの将来のことということで、例えばオンラインだけで終了することであったり、オンライン診療中心に行くことを一律に否定するということは、必ずしも適切ではない場面もあるのだらうと思います。ただ、大半の場面においては、対面の診療というのが中心になるであろうということは容易には想像できるのですが、そうでない場面もあるので、それを踏まえたルール整

備というのが必要ではないかというのが1つ目です。

2つ目としては、ルールを検討を行って行く中でも、実際にどういう形で、今のオンライン診療が行われているのかであったり、近い将来、こういうものを目指して実証されている。ことも考慮が必要ではないでしょうか。外科学会で準備されている遠隔手術のようなものもそういうものの一つだと思うのですけれども、そういうものをしっかり見聞きしながら、ルールのほうも検討していくというのも重要ではないかと思います。別の検討会でというお話もあると思うのですけれども、この検討会の中でもその要素を完全に排除してしまうと、実態に合ったような。ルールを一旦つくと、これまでの実績でも改定に1年とか2年ぐらい、どうしてもかかりますので、近いところまでは見据えたような形で議論がしっかりできるという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、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。

先ほどの私の発言について、ちょっと分かりにくかったこともあるかと思うので、補足させてください。

私は、将来のものを今、決めろと言っているわけでは必ずしもなくて。でも、多分近未来の話なので。あるべき姿を目指して、これから動いていく話なので、そこを阻害しないように、初診はどうあるべきかということも含めて、本検討会で決めるべきだということを申し上げました。

現実的に、ここから先、オンライン診療は、もしくは先ほど私が申し上げたような近未来的な医療は、どこで開発され、実験が行われて、社会実装されるのかということを見たときに、残念ながら、これは多分病院じゃないのです。技術開発は病院とか大学なのでしょうけれども、社会実装していくときに、病院の電子カルテのシステムが部門システムの継ぎはぎですごく使い勝手が悪いという問題だったり、あとは過度な個人情報保護の規定だったり、いろいろな問題があって、多分病院の中で社会実装できないのです。

診療所のほうを見てみたときに、今、開業医の先生方の平均年齢は60を超えていらっしゃると思いますので、大部分のところは、どっちかというと率先して取り組まない形になってきますが、今、若い先生たちもどんどん開業されていて、かなりおもしろい取組、正しい、きちんとした取組をされているお医者さんたち、診療所の若手の先生たちがいらっしゃるのです、その先生方が開発し、自分たちのところで実装し、それでうまくいったこと、うまくいかないことを検証しながら、それがほかの、もう少しご年配の診療所にどんどん広がったり、いろいろな制度とか仕組みの改定の後に病院に広がると思うのですね。

ですから、そういう若手のちゃんとしたまともなお医者さんとしての感覚のある先生たちの行動を阻害しない。そのためには、先ほど申しましたとおり、例えばオンライン診療に切り替えるときには、最後はリアルタイムでフェース・ツー・フェースで信頼関係をつ

くるべきではあるけれども、その前のオンライン診療にならないときは、メール、チャットで断ってもいいとか。また、自分は対面診療もやるけれども、その患者さんに関しては、何かあったときにはより高度な専門医の先生に紹介するから、必ずしも自分のところで診るわけじゃないという、さっき申し上げたようなことはきちんと確保しておく。

また、さっき津川先生がおっしゃったみたいに、ある程度の自由度を持たせないとイノベーションは始まらないと思いますので、そこが阻害されないように、この検討会の中ではきちんと考えるべきだと思っております。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 かかりつけ医の話をするときには、医療政策全体の前提の話をしなければいけなくなるので、非常に難しいところがあるのですけれども、日医と四病院団体が提案したかかりつけ医というものは、かかりつけ医の定義そのものは無難に書いてあるのですけれども、かかりつけ医機能というところは、休日や夜間も患者に対応できる体制を持っていて、在宅医療を推進する人たちであって、基本的にはチーム医療で対応していくということを前提としているかかりつけ医機能ですので、自分が、そのかかりつけ医の定義に入りますという人は、今はそんなに多くないのではないかとこのことがあります。けれども、ここは推進していったいいのではないか。

横倉先生の本から、このかかりつけ医に関して書かれているところで、国民会議の報告書の中から引用されているところを紹介しますと、「フリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及は必須。大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談することを基本とするシステムの普及・定着は必須」というところですが、この国のフリーアクセスというのは、いつでも、どこでもというフリーアクセスの意味は、もう使っておりません。今は、必要なときに、必要な医療にアクセスできるようなフリーアクセスという形で、医療提供体制をしっかりと再構築していくという中で、政策は全体的な整合性を持って展開されております。

なので、フリーアクセスというときに、いつでもどこでもではなくて、必要なときに、必要な医療をとということをやっていくときには、その要になるかかりつけ医、地域包括ケアのハブとなるかかりつけ医、そして、このかかりつけ医というのは、チーム医療を展開して、24時間体制であり、そして在宅医療もしっかりと推進している機能を持つのがかかりつけ医であると、日医と四病院団体のほうから提案されているということは、議論のスタート地点に置いていいのかなと考えながら聞いておりました。

以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございました。

私も、自分の発言に対して、今、大石構成員からいろいろいただいたことで反省するところもあります。何かというと、大学病院や大きな病院で、まずはこういうものをつかりと進めてほしい。これはこれで、私、そういう役割は大きいと思うのですが、若手の開業医の先生たちがいろいろなことに取り組むということについては、私もそこは重要なことだと感じております。そういう方たちが開発したものが、社会に役立つもの、あるいは医療に役立つものとしてどんどん進んでいくことを阻害するようなことが起こってはいけないというのは、本当にそのとおりだと思っていて、その点について同意するところです。

そういった若い先生たちの新しい取組を、今回の指針のどういうところが阻害するのかという話になると、そこまで今の時点で阻害するような要素があるのかなという気も、正直あります。現在の指針にも、様々な場面を想定した記載があります。それで、今回の改定で1年間やってみて、いろいろなところに問題がある。これは何度も繰り返し申し上げていきますけれども、最初から1年ごとにイノベーションを見ながら、また社会のこういう広がり方を見ながら、これを変えていくというもともとの立てつけになっているわけですから、その時点で議論を継続して、変えるべきところがあれば変えていくということで何ら問題はないと思っておりますので、今回はこれでよろしいのではないかと考えているということを、繰り返しになりますけれども、申し上げておきたいと思えます。

以上です。

○山本座長 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 ありがとうございます。すみません、外からですので、画面オフでお願いいたします。もう既にいろいろな議論が出尽くしているもので、私からは簡単に。

今、今村構成員からご指摘があったとおり、定期的に指針を見直すのであれば、ぜひPDCAサイクルはちゃんと回してほしいということです。つまり、今回、指針を出して、その後オンライン診療がどう普及していくのか。この段階でも15%の医療機関しかやっていませんし、初診からは6%台。これは完全に頭打ち状態ですね。恐らくボトルネックがあるはずですし、今回の指針に関わるとは限らないかもしれない。例えば、それは診療報酬の問題かもしれないし、もちろん情報連携の問題かもしれませんが、かかりつけ医自体が定着していないという問題かもしれませんが、いずれにせよ、ボトルネックを検証して、速やかに指針であれ、制度全体の見直しであれ、それにつなげていく。

申し訳ないけれども、厚労省さんは制度をつくる割にはフォローアップが苦手なのです。なので、ぜひ事後検証をちゃんと定期的に、かつ迅速に行っていく。そのためのデータをちゃんと集める体制をつくっておかないといけないかなと思いました。

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。

それでは、大石構成員、お願いいたします。

○大石構成員 しつこくて申し訳ないです。

先ほど私が申し上げた2つに関しては、うちの会社は全国で医療機関のコンサルティングをやっていて、特にこういうまともな目線を持って、ICT化等に取り組んでいらっしゃるクリニックとか病院は割と多く取り扱っているのですが、そこから出てきた声に基づいていますので、現段階においても、このままだと困るといえるのはあるかと思えます。それは、もうちょっときっちり取ったほうがよければ、ご協力はできますので、またおっしゃってください。

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、お願いいたします。

○落合構成員 論点が少し変わる部分がありますが、処方箋の点について、現場の先生などで困ったとおっしゃられることを聞くことがあります。その中では、麻薬というより、向精神薬、睡眠薬とかも重なったりするようなこともあって、ここの処方制限があるということはどうしても困ってしまうことがあり得るというお話を聞いております。ですので、こういう点については、ガイドラインとかで配慮がされていないと、適切に組み合わせる処方箋ができない場合があるとおっしゃる声もあると存じます。この点はぜひ例外的に認める部分が、軽い睡眠薬とかがあり得るのかどうかというのも、今回なのか、少なくとも次回見直すときなのか、ご検討いただけるとありが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。

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。

今回の話し合いの中で、最後、かかりつけ医はどうあるべきかという議論に発展したというのは、私自身も大変考えさせられるところがございます。今、オンライン診療以外の部分でも、かかりつけ医はどうあるべきかという議論はすごくされているところでして、今回、このオンライン診療を1年見直す中で、オンライン診療とかかりつけ医の関わりから、かかりつけ医がどうあるべきかというのをしっかり見出していくというのは、この検討会でも十分な仕事の一つになるのではないかと思います。

一方で、かかりつけ医はどうあるべきか、多方面からいろいろ出てきているというのを集約して、あるべき姿はどうなるかというのを集約した議論というのでも進めていかなければいけなくて、既にそういう会議体があるのであれば、そこにこちらでの議論をしっかりとお伝えしていくという作業もとても重要なのではないかと思います。私も大石構成員が先ほどお話しされていたような、プライマリーケアで若手の先生がICTを使って、例えば在宅医療でもっと患者さんに寄り添った医療ができないかとか、外来診療の質が高められないかというのをやっている方々を見てきています。

そういった中で、若手の先生方もロールモデルとしてのかかりつけ医の在り方というのを十分考えていると思うので、このオンライン診療をきっかけとして、その話し合い、議

論が深まっていけばなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

かかりつけ医の議論は非常に重要なのですけれども、今回の指針ではかかりつけ医との誤解を防ぐために、用語としては、「かかりつけの医師」と「かかりつけ医」と区別して用いることに今回の資料からなっております。これは、あくまでも初診でオンライン診療を行うに足る医療情報を持っている医師という意味で、かかりつけの医師という用語を使っておりますので、横倉先生たちがまとめられたかかりつけ医制度、あるいはかかりつけ医機能とは若干異なるものだと思っております。

それでは、黒木構成員、お願いいたします。

○黒木構成員 ありがとうございます。

今、落合構成員からお話がありましたが、これは処方制限に関してなのですけれども、睡眠薬ではなくて、ある種の覚醒剤扱いの処方薬、コンサータとビバンセという、小児の神経発達症に使われる薬です。これは覚醒剤そのものではなくて、覚醒剤を原料にしている薬剤で、依存性はありません。これは通常の診療で、登録の医師、登録薬局、患者さんを登録して使われている。

この薬は、民間の流通管理委員会というところが管理しているのですが、流通管理委員会からは、オンライン診療で初診も再診も処方できないという声明が今年出ているのです。これは、私、どうしてかということ聞いてみたのですけれども、なかなか納得できる回答はありませんでした。初診で処方しないというのは、これは今回の議論にのっとっているのですけれども、再診でも処方不可になっている。対面診療で普通に使われている薬が、オンライン診療で全く処方できないと、民間の流通管理委員会が決めているのです。これは、オンライン診療をこれから広げていくに当たって、大きな抑制になっていると思います。そして、患者さんにとっては大きな不利益です。

今回の課題かどうか分かりませんが、今までの議論の流れの中で、こうしたこともぜひ課題の一つに取り上げていただきたいと思えます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ほか、ご意見いかがでしょうか。

本日は非常に活発な議論をありがとうございました。おかげさまで大分整理ができたように思います。本日の議論を踏まえて、事務局で対応の整理をお願いしたいと思います。

それでは、事務局から次回の検討会について等、何かございますでしょうか。

○瀧主査 ありがとうございます。

次回の検討会につきましては、また改めて日程をご連絡させていただきたいと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、本日は長時間にわたってご審議いただき、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」を終わりたいと思います。

ご協力、どうもありがとうございました。