

社会保障審議会医療部会（令和 4 年 8 月 17 日）における意見（抄）

令和 4 年 11 月 28 日
事 務 局

○井出参考人（全国知事会）

ありがとうございます。井出でございます。公務の都合で途中退席とさせていただきます。そのため、今の遠隔医療と、議題の 3 番にあります働き方改革について、まとめて発言させていただきます。

まず、遠隔医療の関係ですけれども、オンライン診療は、過疎・中山間地域など、医療資源が少なく、医療機関へのアクセスが困難な地域に暮らす患者さん、そして、通院が困難な患者さんの受診機会を確保する観点から、有効な手段であると考えております。高齢者によっては、自宅でオンラインのアクセスができない方がいらっしゃいます。このことから、オンライン環境が整った公共の場や通所先などにおいて受診ができるよう、選択肢を広げていただくことは非常に重要と考えております。この場合においても、医療の安全、質の確保、あるいは患者の個人情報や医療情報の保護などに留意した検討が必要であると考えております。（以下略）

○神野委員（全日本病院協会副会長）

神野です。

第 8 次医療計画の検討委員会で、75 歳以上高齢者の 31.5%が要介護、85 歳以上高齢者の 57.8%が要介護だというデータが出ておりました。まさに病院に通えない患者さんがこれからどんどん増えていくということを背景にすると、いろいろなところでオンラインというのは、私は大いに賛成するところであります。ここにいらっしゃる方も、どういところで今、参加されているか分かりませんが、皆様方の表情とか顔色がよく見えます。それと同じ環境があれば、オンラインはできるのではないかなと思います。

そして、その中で MaaS の話がありましたけれども、自動車が診療所であってもいいわけですし、それから MaaS を使って送迎といった形もあるのかなと思います。

そして、論点のところがありましたけれども、例えば with N、訪問看護師さんが現場に行き、オンライン診療を医師と患者さんと訪問看護師さんと一緒にやる。あるいは、ウイズヘルパーさんといった形も大いにありべきかなと思いますが、ヘルパーさんの場合は、そのときの訪問介護の費用、あるいは訪問看護の費用とオンライン診療というものをきちんと算定できるような、これは診療報酬のほうかもしれませんけれども、そういう構造が必要なのかなと思います。

以上です。

○佐保委員（日本労働組合総連合会 総合政策推進局長）

ありがとうございます。

私からも、スライド 8 の検討に際しての論点に関して発言したいと思います。

論点 1 点目に関して、例示として挙げられた公民館等は、場所によっては壁が薄いな

ど、物理的に外部から隔離された空間とは言いがたいところもあります。僻地や離島での必要性は理解するものの、指針にある「第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わりがないよう」という観点からも、適切とは言えないのではないかと考えています。

また、論点2点目の、自動車を活用してオンライン診療を行う場合、いわゆる医療 MaaS に関しては、医師が不足している地域に限るなど、一定程度の制約を設けるべきではないかと考えます。実証事業が行われていると認識しておりますので、こうした事業で判明した課題も丁寧に拾い、検討を進めることが必要ではないかと考えます。

なお、最近、オンライン診療の CM も見かけますが、患者の利便性向上につながる一方、誤ったメッセージ発信につながることにならないよう、注意が必要ではないかと考えております。

私からは以上です。

○角田委員（日本医師会副会長）

ありがとうございます。日本医師会副会長の角田と申します。

まず、私ども日本医師会としては、オンライン診療を含む医療 DX においては、御高齢の方だけではなくて、国民・医療者の誰一人取り残さないということが重要だと考えております。その上で、今の部分、御指摘させていただきます。

まず、資料2の5ページの3段目にオンライン診療の実施に当たっての基本理念が出ております。まず、1つ目は、日常生活の情報を得る。これによって医療の質のさらなる向上に結びつけるということ。2番目としては、医療に対するアクセシビリティを高め、よりよい医療が得られるということ。3番目は、患者の治療に当たって治療効果を最大化すると指摘されております。

一方で、8ページの論点を見ますと、まず、通所介護事業所、公民館は、理念の1である日常生活の情報を得ることは難しいと考えております。もともと医療を提供する場所については、資料の7ページの2の3番目に出ておりますけれども、特定多数の人に対する医業又は歯科医業を提供する場所は病院又は診療所であり、オンライン診療であっても同様であるため、特定多数人に対するオンライン診療を提供する場合には、診療所の届出を行うことが規定されております。そういった通所介護事業所、公民館等、これらが特定多数人に対する診療を提供する場所には該当しないと考えることは、無理があると考えております。

一方で、指針で会社について記載がありますがけれども、これは日常生活の事情によって異なることを大前提とした上で、労働を行う場所として日常診療に関する情報を得るものとして認められているものであります。理念2に照らして考えると、通所介護事業所、公民館等に移動できる方々は、医療機関に通うこともできるのではないのでしょうか。よって、アクセシビリティの解決にはならないと考えられます。

デジタルデバイスに明るくない方への補助といったことを目的とするのであれば、これは医療従事者でなくてもできます。オンライン診療支援者、そして患者が情報通信機器の使用に慣れていない場合等に、円滑なコミュニケーションを支援するものと定義されています。そして、これは職種を問いません。つまり、在宅でも、技術的な面でも、補

助は柔軟に行うことができると考えております。

一方で、離島・僻地など、訪問看護ステーションがない、または不足している地域もあります。このような地域については、巡回診療の通知等を参考に、簡易な手続でオンライン診療を実施できるようにすることが、患者さんの医療へのアクセシビリティをよくすると考えております。オンライン診療はあくまで医療であります。医療法の適用があります。医療提供の場について、医療法や規則にしっかりと書かれています。これを無理に解釈・変更しなくても対応できるものと考えております。

また、2つ目の論点、自動車を活用してオンライン診療を行う場合について。自動車で患者さんの自宅のすぐ傍らまで来るのであれば、その御自宅からオンライン診療ができるような体制を取るのがよろしいかと思っております。患者さんを自動車に移動させることにこだわる必要はないと考えております。

以上でございます。

○遠藤（秀）委員（日本歯科医師会副会長）

日本歯科医師会、遠藤です。

まず、今回、2点ほど御意見申し上げたいと思っておりますけれども、今、委員からも御説明ありましたけれども、オンライン診療における医療提供の場ということで、現在議論されているところでございますが、これらの条件については、在宅医療についても同様の議論が必要なのではないかなと思っております。特に、次の改定は医療と介護の同時改定というところで、医療と介護の連携を密にする上でも必要かなと思っております。

特に、歯科においては、訪問診療に様々な器具・器械を使用する診療が多くて、こういった場合には、自宅のベッドサイドよりも、ある意味通所等のところで条件を整えば、そういったところが可能になるのであれば、現場の要望というのは結構上がっております。こういったところが適切かということは今後議論になるかと思っておりますが、オンライン診療同様、在宅も併せて御検討いただければと思っております。

2点目としては、オンライン診療の形式であります。8ページにD to P、医師と患者さんという関係が基本であります。先ほど神野委員からも御意見ありましたように、歯科においては、実地の指導や清掃が伴う場合、実地の活動が伴いますので、ウイズナーまたは歯科衛生士ですね。介護職の方の患者対応が要るケースということも、有用なケースとして上がっておりますので、ぜひそういったことも検討に加えていただきたいと思っております。

以上です。

○山口委員（ささえあい医療人権センターCOML理事長）

ありがとうございます。

医療 MaaS についてですけれども、この実証実験についてかなり詳しく話を伺ったことがございます。そのお話を聞いて、医療 MaaS が有効だと思ったのが、例えば通院困難、医師不足の地域です。そういったところに付添家族がいなかったり、それから、在宅医療の患者さんが増えると、ドクターが訪問するのに非常に時間がかかってしまう。そこで、看護師さんが車を運転して、患者さんの自宅の敷地内に行って居宅扱いにするということ

で、ドクターとオンラインでつないで D to P with N でオンライン診療をおこなう。車椅子で移動できる患者さんはリフトで車の中にやってくる。

その結果ですけれども、医師からは、急変対応の患者をお屋に診ることができるようになって、必要に応じて病院に紹介できるようになったとか、介護との連携が取りやすくなったといった医療側のプラスのことに加えて、患者さんもいつも寝ているだけだと、訪問に来てもらっても、自分から何かするという事はなかなかしないのが、車の中に移動するだけでも、ちょっと身なりを整えるとか外に出るという楽しみもあって、すごく生き生きするという家族の話をお聞きしたこともございました。ですので、そういったニーズのある地域では、こういったことを進めていくことが有効ではないかなと私は思っています。

以上です。

○遠藤（直）委員（全国町村会（山形県山辺町長））

どうもありがとうございます。私からは、全国町村会の立場でお話しさせていただきます。

オンライン診療の活用については、医療資源が少ない町村にとって、地域住民の医療が確保される観点から有用であり、心強いものであるということをもまず申し上げたいと思います。その上で、2つほど要望しておきたいと思います。

離島や中山間地域等の医療機関が少ない地域では、オンライン診療では対応できない急病や急変時に、患者が速やかにアクセスできる医療機関の体制整備が難しいことから、救急搬送体制の強化等についても御検討いただきたいと思います。

また、オンライン診療を実効性のある運用とするため、各種医療機関等、関係機関への周知徹底や、遠隔医療の基盤整備に対する財政支援をお願いしたい。併せて、住民が安心してオンライン診療を活用することができるよう、情報保護の観点からセキュリティ環境を整備いただくとともに、デジタルの専門人材確保等、きめ細かな支援をお願いしたいということでもあります。よろしく願い申し上げます。

○井伊委員（日本看護協会副会長 香川県立保健医療大学学長）

ありがとうございます。

遠隔医療に関しては、医療資源の少ない地域、それから家からは出られるけれども、交通手段がない方々など通院困難な患者等にとって大変重要だと思います。3ページに記載の MaaS の実証結果などを見ましても、看護師が同席する D to P with N の形式には、今後、様々な可能性があると考えています。例えば、with N でしたら、患者さんのケアもできますし、一定の処置や、あるいは医療機器の使用もできます。さらに、診療環境の整備ということも機能としては持てるのではないかと思います。

そうしたことから、条件がきちんと整うという前提で、通所介護事業所等々につきましても、進めていくことに意味があるのではないかと思います。オンライン診療の受診の場が拡大する方向で検討いただきたいということです。

2つ目は、その際に、看護師がどういう形で出ていくのかということについては、それはそれで1つ課題があると思いますので、そこも含めて御検討いただければありがたく

思います。

以上です。

○島崎委員（国際医療福祉大学大学院教授）

ありがとうございます。

私に関わっている県のことなのですが、医療過疎地で開業医が廃業してしまい無医地区になるので、公立病院に対して医師の派遣をしてもらえないか、あるいは、それが難しい場合に、巡回診療をしてほしいという要請が行われているケースが現実にあります。公立病院も医師が潤沢なわけではありませんので、医師の派遣はもとより巡回診療も移動の時間などを考えますとなかなか難しいのですが、そうした場合、オンライン診療で対応できないかどうか検討しています。そして、それをオンライン診療でやる場合、ITリテラシーが低い高齢者等も現実におりますので、公民館に集まってもらって、その職員、別に医療職でも介護職でもない事務の職員がその手助けをすることで、パソコン操作等のトラブルを回避できないかどうかということも検討している実例があります。

私は、こうしたケースについては、反対しようと思えばいろいろな理屈は立つと思うのですが、オンライン診療の実施場所として認めていくべきだと思います。そして、それをさらに拡大・一般化することについて問題がないかどうか、どんな条件を付せばよいのかということを検証していくのが現実的な進め方ではないかなと思っております。

私の意見は以上です。

○都竹委員（全国市長会（岐阜県飛騨市長））

ありがとうございます。

今回の御提案、大変すばらしいと思っております。我々もできることならすぐにもやりたいというくらいです。私どもの町も過疎地ですので、独居の高齢者が非常に遠いところに住んでおられるケースがかなりあって、通院するたびに足もない、市営バスの本数も少ないという中で、特に雪深い冬などは大変苦勞されながら病院に通っている。しかも病院に通っても、基本的には定期的に診察を受けて薬をもらってくるだけという方も相当おられます。その意味では、そうした負担を下げる意味でとても有効だと思っております。

それで、御懸念のオンライン診療を行う場所については、先ほどと同様、基礎自治体・市町村と連携していただければ、我々のいろいろな場所の提供、公民館も含めて、そうしたことは容易にできますし、また、それに適した場所の選定というのも、地域が分かった市町村ならすることができます。

また、バスの利用の話がありましたけれども、マイクロバスなんかをスクールバスで使っているケースがあって、そういったところは医療機関に通うのがなかなか難しい高齢者の方がおられたりします。そうした地域において、例えばマイクロバスを少し改造してオンライン診療の会場にしていくということも十分可能だと思われれます。いずれにしても、そうした手配は、市町村にとってはお手の物ですので、ぜひ基礎自治体と連携し

ていただきながら、大いに推進していただきたいと思います。

以上です。

○加納委員（日本医療法人協会会長）

ありがとうございます。

先ほどから出ておりますように、過疎・僻地、それから医療資源の貧しいところ、今もお話がありましたように、地域医療を守るために、提示いただいた形での展開が非常に大事だと認識しております。そういう意味では、場所等も含めて、先ほどの御意見どおり、私も地域に任せるところは任せてというのが1つ基本かなと思っております。

ただ、今回のオンライン診療に関わることの原点は、一番大事なところは、平時はそういう形でできるかと思うのですが、急変・急病時に対応、先ほど遠藤委員もおっしゃったように、救急搬送等の受け入れ等についての対応・連携がしっかりと担保されていないというオンラインの展開はどうかということがあります。また、変な形での制限なきオンラインとなると、東京一極で全国をやってしまうような形もできてしまうという可能性もありますので、地域医療を守るという原則をしっかりと規定していただくことが必要かなと思っております。

以上です。

○小熊委員（全国自治体病院協議会会長）

ありがとうございます。

ただいま加納先生もおっしゃいましたけれども、オンライン診療については、我々公立病院サイドとしては推進したいと思っています。

ただ、ここで2つ申し上げたいのですが、1点は、初診患者さんですね。全く事情が分からない人をいきなりオンラインというのは、これはちょっと考えものだろうと思います。特別な事情を除くと、患者さんの状況がよく分かって、医療側と受診側がお互いに理解できる条件が必要だと思っています。

第2点目は、先ほど加納先生がおっしゃったように、救急医療に関してですが、はっきり申しますと、今、急に具合が悪くなったら病院に行けばいいのだ、救急外来へ行けばいいのだというのが一般的な国民の考え方だと思います。そこにオンライン診療を活用できるのではないかと私は思っております。まずは、かかりつけ医の先生が、例えば1人じや大変でしょうから、チームなどをつくって、急変時にもオンライン診療で患者さんと接触する。そうすることによって、軽症患者はそのレベルでとまりますし、軽症を超えた患者については、地域の基幹的病院にそのまま情報を使ってもらう。そこまでオンライン診療の情報が使えるようにしてやると、交通整理が相当できるのではないかと思います。ですから、そういったこともオンライン診療の利用価値としてお考えいただければと思います。

以上です。