

第4回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和5年12月18日（月）14:30～16:05

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、津川委員、杉本委員、間下委員、落合委員

（専門委員）大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、桜井専門委員、高山専門委員、時田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 大槻顧問、林室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者）石川県

西垣副知事

厚生労働省

宮本大臣官房審議官

姫野医政局総務課長

須田大臣官房審議官

林医政局医事課長

眞鍋保険局医療課長

4. 議題：

（開会）

1. オンライン診療の更なる普及・促進に向けた対応について

（ア）通所介護事業所や公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の円滑化について（フォローアップ）

（イ）オンライン診療等の診療報酬上の評価見直しについて

2. 診療報酬における書面要件の廃止・デジタル化について

3. 規制改革ホットライン処理方針について

（閉会）

5. 議事録：

○事務局 定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第4回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には御多忙の中、御出席をいただきありがとうございます。

本日は、ウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催しております。お手元に資料を御準備いただき、御参加をお願いいたします。

なお、会議中は雑音が入らないよう、ミュートにさせていただくようお願いいたします。御発言の際は挙手ボタンを押していただき、座長より指名後、ミュートを解除して御発言

いただき、御発言後、再度ミュートにさせていただくよう御協力をお願いします。

本日は議題1として「オンライン診療の更なる普及・促進に向けた対応について」、議題2として「診療報酬における書面要件の廃止・デジタル化について」、議題3として「規制改革ホットライン処理方針について」の3件について御議論いただきたいと思っております。

なお、議題1については2つに分け、議題1の（ア）として「通所介護事業所や公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の円滑化について」、議題1の（イ）として「オンライン診療等の診療報酬上の評価見直しについて」の順で御議論いただきたいと思っております。

本日は、時田専門委員は途中からの御出席、印南専門委員は御欠席の連絡をいただいております。本ワーキング・グループ所属委員のほか、大槻顧問、落合委員にも御出席いただいております。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。

○佐藤座長 それでは、早速ですけれども、議題1に入りたいと思っております。議題1（ア）ですけれども、「通所介護事業所や公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の円滑化について（フォローアップ）」になります。

出席者を御紹介いたします。石川県から西垣淳子副知事、厚労省から宮本直樹大臣官房審議官ほか医政局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、まずは厚労省様より御説明を5分以内でよろしくをお願いいたします。

○厚生労働省 厚生労働省でございます。

前回のワーキング・グループで様々な御意見をいただきましたので、その意見を踏まえまして今回、再度検討し直した結果を御報告させていただきたいと思っております。

オンライン診療を通所介護事業所で受診することについてでございますが、前回のワーキングでの御議論を踏まえまして、また対応を新たに検討してまいりました。

従来と同様、療養生活を営む場として長期間にわたり滞在する通所介護事業所等もオンライン診療できる場であることを明確化するということは前回と同様でございますが、今回は、通所介護事業所で看護師等が置ければ、診療所の開設は不要であると考えております。その際、通所介護事業所等が診療所に課せられる医療法上の各種規制の対象にならないことを明確化した上で、オンライン診療していることの周知をすることやオンライン診療の様々なサポートをするということも可能と考えております。

また、事後的な検証の観点から、実施状況の報告をいただければ幸いであると考えております。

2点目のオンライン診療を僻地以外においても医師非常駐の診療所を開設可能にするということにつきましては、医師非常駐の診療所については僻地等の地域限定を廃止し、必要性に応じた運用に転換するということを考えております。必要性に応じた運用を転換するために、医療機関へのアクセスが困難な高齢者を対象とする場合など、都道府県による必要性の確認をしていただく、患者の急変時における対応ができる体制の担保をしていた

だく、それと実施状況等の把握・検証をしていただくということを考えております。

厚生労働省からの説明は以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、石川県様、よろしくお願ひいたします。

○石川県（西垣副知事） 石川県副知事の西垣です。本日はこのような機会を与えていただきまして、佐藤先生をはじめ皆さんに御礼申し上げたいと思います。時間が3分ということですので、早速始めさせていただきたいと思います。

皆さんのところには、知事からの意見書として既に「『公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の円滑化』について」ということで意見書を投げさせていただいておりますけれども、そこから簡単にポイントだけ私からお話しさせていただこうと思います。

今、厚労省さんの資料の中に移動の不便性といったことが入っておりますけれども、能美市の環境としては、僻地といった過疎地域ではないですけれども、やはり能美市の中にも中山間地域等がございますので、高齢者にとっての医療機関までの移動が非常に不便だということが大きな課題でございます。

また、2点目の能美市が目指す姿として、市民のコミュニティーハブとしての公民館を高齢者のみならず、様々な市民が集う場所としてスマートインクルーシブシティを進めているところですが、この中の公民館にオンライン診療の機能を具備しますと、薬を取りに行くとか、買い物をするとといったことも含めて、高齢者や市民の方々が移動を1回で済むといった姿を目指しているところです。

そして、ここで議論になっていきます公民館を活用したオンライン診療についてですが、このオンライン診療を行うのは地域のかかりつけ医、そして地域のかかりつけ医による対面診療を補完するということで、診療所まで行かなくても、徒歩圏内で公民館であれば地域住民はそこに行くことができる。また、デジタル機器の操作に不慣れな高齢者もそこで手伝っていただける。そして、住民と医師双方にメリットがあるだろうと考えております。

また、データ連携についても議論があったと伺っております。病院との連携も進めておりまして、石川県では「いしかわネット」という県下主要31の病院が参画した医療情報共有プラットフォームが既に成立しております。また、能美市内では病院診療所において電子カルテを共通化しておりまして、病病、病診、診診に加え、さらに介護とも医療情報を連携する「のみリンク」を整備し、いしかわネットとも連携するというように、厚生労働省が進める医療DXを志向しているところでございます。

このような能美市の取組につきましては、石川県の全域に横展開していくモデルだと考えて、石川県としても応援してきているところであります。そうした中で、地域を限定することなく住民、市町村、地域の事業者等のニーズのみでオンライン診療のための診療所が開設可能となるよう、また、開設する場合には都道府県が迅速な判断を行うことができ

るよう、規制の見直しを求めたいというのが私どもの意見です。

どうもありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本件につきましては、千葉県の熊谷知事からも意見書を頂いております。資料1-1-4にあります。簡潔に御紹介いたします。

まず、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設に当たり、都道府県の関与が求められていることに関して、運用を実際に担う都道府県の立場から2点要望されています。

まず1つ目ですけれども、医療の安全が責任のある形で確保されることを前提とする上で、医療提供者及び利用者の双方にとって地域医療の課題解決に資する柔軟な制度となることということです。これは利用者のみならず医療提供者にとりましてもオンライン診療の活用が有益であるという視点でありまして、これは11月20日の本ワーキング・グループにおいて厚労省の提案に対してより柔軟な制度を求める要望と伺っております。

2つ目は、都道府県の判断に対して全国的な制度であることを鑑み、一定の基準を提示していただくということです。これは都道府県が判断する場合、前例がないわけなので、都道府県が認めるというのはなかなか難しく、また、都道府県の間で判断にばらつきが出る、いわゆるローカルルールがばっこするおそれがあります。こういうことがないように、国としましては、都道府県の判断が容易であること、全国に大きな著しい格差をもたらさないような客観的な判断基準の提示を求める要望と伺っております。

以上2点についても御留意いただければと思います。

また、参考資料1として、第2回本ワーキング・グループ後にいただいた委員、専門委員会の追加の質疑・意見に対する厚労省の回答も事務局資料として配付しておりますので、適宜御参照ください。

では、質疑に入りたいと思います。これから30分間程度をめどに質疑させていただければと思います。どちらからでも御意見、コメント、あるいは質問等があれば、よろしくお願いいたします。

では、伊藤専門委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤専門委員 御説明ありがとうございます。

前回、なぜ介護施設等ではいけないのですかということ伺ったときに、衛生面が確保できない、感染症などのクラスターが起こったときに対応がしづらいということが条件としてあって、であれば、そういった基準を定めていただけるのかなということで今回の回答を待っていたのですけれども、また別の論点が提示されていて、医療行為ないし医療機器等を使用しないことということが入ってきたのでちょっと戸惑っております。

本来の衛生面での管理といったことの基準はどうだったのかという点と、例えば医療行為、医療機器に関しても、それこそ先ほど佐藤先生からもありましたとおり、何をもって医療行為とするのかということの判断が都道府県で分かれてしまうようではかえって混乱

を招く可能性があると思います。この点について、質問をさせていただきます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、いかがでしょうか。この2点ですけれども。

○厚生労働省 前は、要するに衛生上、不特定多数の者が集まってブースを使うような場合には衛生上の問題があるということと、併せてデイサービスが責任を負うのか、医師が責任を負うのかという点が曖昧になるということをお願いしたけれども、デイサービスについては一定の衛生上の基準というのをデイサービスのほうで求めているし、デイサービス事業所も感染症でゴホゴホ咳をしているような人はデイサービスに来ることを認めていないということでもありますので、衛生上の基準というのはいくら程度認められているのではないかとということ。

それから、今回はデイサービス事業所が全く医療法上の責任を負わない、医師と患者の対一の関係であるということと整理した上でデイサービス事業所側が必要なサポートをしたいということについては認めるということで、そういう責任関係の一定の整理もできたということとこのように対応とするということにしているところでございます。

それから、医療行為がどういうものかということについては、今後、明示的に我々から示したいと思っておりますが、例えばオンライン診療をやるときに看護師が診療の補助行為、例えばオンラインの医師の指示によって看護師が採血するとか、あるいは相当MRIなどの機器、そういうことはあまりないでしょうけれども、あとは眼圧を測る機械といった医療機器を事業所内に持ち込んで、通所事業所が医療を提供しているという形に解される場合は診療所の開設が必要であると解しております。

例えば体温計で体温を測定するとか、自動血圧測定器によって血圧を測定するなど、現在でも通所事業所で行われているようなことにつきましては従来どおり医療機関以外の場においても実施可能でございますので、そういった医療機器を使ったからといって診療所の届けが必要であるということは考えておりませんので、申し添えさせていただきます。

回答は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

伊藤専門委員、よろしいでしょうか。

○伊藤専門委員 1点目の衛生管理の基準は不要ということですね。

○厚生労働省 さようでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、医療補助行為についてコメントが出たのですけれども、これに関連する御質問の方はいらっしゃるでしょうか。

では、前後して申し訳ありません、高山専門委員、よろしくお願いたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

実は先ほどの厚労省さんの御説明で大分私も納得しているのですが、要は体温や血圧測

定などは日常的に介護現場で行われていますし、また、傷口にばんそうこうを貼ったり、目薬を差すのを手伝ってあげたりというのも介護現場で介護士によって認められています。

今回、医療補助行為については診療所の届出が必要であるとだけ都道府県に投げてしまうと、そういうものも駄目というふうに逆に後ろ向きな規制がかかってしまうリスクがあるので、この部分のどこまでが認められるかというのは、もう少し日常的に認められていることはいいですよと今御説明いただいたことまできちんと付記していただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のは御要望ということで、まとめて厚労省さんに御回答いただければと思います。ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしく申し上げます。次に津川委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 ありがとうございます。

質問というよりコメントなのかもしれないですけども、同じく医療行為なのでけれども、確かに採血をするなどは侵襲性があるから衛生上の問題があるということだと思っておりますけれども、採血をするであるとか、MRIは持ち込まないにしても、通常医療機関でしか持っていないような機器を使うというのが診療所に当たるというのは分かるのですけれども、オンライン診療の世界ではすごい急速にD to P with N、もしくは御家族がサポートしていろいろな検査を行うような方法が出ているのですね。

例えば残念ながら日本では制度上の問題があって市場がないのであまり発展していませんけれども、海外ではどんどん出ていて、かなりの精度で皮膚病かどうかというのが遠隔で見えるような機器だったり、もしくはそもそも聴診器を当てたら向こうから聞こえるだとか、いろいろなものが出ていて、それは侵襲性があるわけでもありませんし、もともとデイサービスというのは看護師がいるということが義務づけられているので、看護師ができるようなサポートも医療行為の中に入れてしまうと、結果としてせっかくオンライン診療が進歩しているのに、その進歩の成果を享受できないということになるかと思うのです。こちら辺についてはどうお考えなのかということと、できればそういうものは認める方向で、要するに診療所の開設がなくても認める方向でお考えいただきたいなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、津川委員から御質問、コメントをいただいて、厚労省さんにまとめて御回答いただきます。津川委員、よろしく申し上げます。

○津川座長代理 私も同じ文脈なのですけれども、大石さんもおっしゃったみたいに、今、日本に存在しているサービスと、例えば欧米では存在しているサービスでまだ日本には入ってきていないサービス、例えばアメリカではそれこそ小児向けの耳の中が見える耳鏡や聴診器を医療機器としてではなくて患者さんの御自宅に置いておいて、必要なときに使うというサービスなどもあって、これはかなり世界的に広まってきているので、今後、どん

どんそういうものが医療機器というよりは医療機器等を御自宅で使うものとして広がっていくと思いますので、一連のこういったものがよくてこういったものが駄目なのかというのをもう少し解像度高く設定していただいて、さらに言うと、日本にまだないものも含めて近い将来入ってくる可能性が高いので、こういったものが許されるのかというのを設定していただくのがいいのではないかなと思います。

以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。デジタル医療機器のときも似たような議論をしたなという記憶があるのですけれども、規制というのはどうしても今の技術を前提に規制をかけて、それがかえって将来の技術普及を阻害してしまうということもあるので、できるだけ今新しい最新の技術を前提に、技術の日進月歩を前提に規制というのは組んでいかないといけないだろうということで、このワーキング・グループでもたびたび出てきた指摘かなと思いますが、この辺は厚労省さんはいかがですか。そういう見取り図というか、これからオンライン診療の発展ということを考えてときに。

○厚生労働省 先生方から様々な御意見をいただきました。オンライン診療は今、デイサービス事業所でどういうことをやっているのかということに加えて、今後、どういう医療機器が発展していつているのかということを経験を踏まえて要件を決めなくてはならないということだと承知いたしましたので、そういった今の御意見を踏まえ、それから、いろいろな関係者の意見も踏まえて、その要件については検討してまいりたいと考えております。以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。今のは前向きな御回答と解釈いたします。

途中退席ということがあるので、落合委員から最初に質問を受け付けたいと思います。よろしくをお願いします。

○落合委員 ありがとうございます。

前回の議論よりは進んでいるところがあると思いますので、その点についてはまず感謝を申し上げたいと思います。

一方で、まだ議論が必要な点も多いのかなと思っておりまして、まず一つが、今回、ここで示していただいた中で、特に居宅以外というところで中小介護事業所等ということで書いていただいておりますが、もともと例えば学校や公民館といった場所についても議論がされていたように思っております。このときに、先ほど医療行為との関係で医療機器を使用するということの意義について議論されていた部分があったと思うのですが、結局どういうことをする場合に衛生を確保しないといけないのかというのが特定されることによって、そもそも医療機器であったり、侵襲性があるような行為をしていないときに、あまりこの部分の安全性を調整しないといけないのかどうか、について議論の余地が十分あるのではないかと、思っております。

ですので、先ほどの医療行為の論点がどの場所でできるのかに関わってくると思いますので、場所について、通所介護事業所等以外の既に挙がっているような点についてもぜひ

御検討いただきたいと思います。

なお、既にできることになっている職場については必ずしもそういった条件はついていないように思いますので、前回もほかの要件との整合性ということは申し上げていましたが、そういった観点でぜひ御検討いただきたいというのが一つ。

もう一点、熊谷知事からの意見書の中でぜひ都道府県の判断が区々にならないように一定の基準を提示していただくことが重要ではないかという話がありました。私もそのように思いますので、ぜひそのように御検討いただけないかと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今回、出てきている通所介護事業所は「等」なので、これはあくまでも例示という理解でよいのかということ、あと、今のオンライン診療の医師非常駐の診療所の開設関係ですけれども、高齢者の話が出ていますけれども、高齢者もあくまでも例示ということで、例えばもう少し活用の余地は広いのかということも御質問に含まれていたと思いますけれども、いかがでしょうか。

○厚生労働省 通所介護事業所は「等」ですけれども、通所介護事業所が「居宅等」に当たるかどうかということで、居宅等は療養を営むことができる場所、すなわち居宅と同様に長時間にわたり滞在する場所であるということでお認めしているということですので、それに類似するようなどころについてはまだ検討の余地があるのではないかと考えます。

それから、都道府県の判断がばらつかないようにということをございまして、都道府県によって必要性の判断をしていただく。必要性というのは患者さんのニーズ、それから対面診療によることが難しい理由、高齢者の方などは移動等が難しいので対面診療によることは難しいということで、それは高齢者だけではないと考えておりますので、そういうことが分かるように厚労省のほうできちんと基準を示していきたいと考えております。

以上です。

○佐藤座長 落合委員、どうぞ。

○落合委員 ありがとうございます。

今の特に後者の点については基本的に認識が同じような気もしております。結果的にアクセスが困難な場合というのは広く読めるようになっている必要があるということで、例示で一部だけ書くとそれだけしかできないという話に読めるようになってしまうということもよくよくあることでもありますので、この辺りはそもそもそういう一途の議論であつてというのと、例示の挙げ方についてもぜひ注意をしてみてくださいと思います。

先ほどの前者については、様々な公民館等についてはまたちょっと違う話だということをおっしゃられたのだと思うのですが、そちらについても引き続き検討をお願いしているところであるかと思っておりますし、先ほどお話しいただいた点からすると、療養生活を営む場所と近いということ言えば、学校も職場と近いといえますか、結局職

場も一日の間に長く滞在しているところもあるので自宅に準ずるのではないかという整理だったと思います。その意味では学校も似たようなところがあるかと思いますので、一つずつ潰していくのも本当は本意ではないといえますか、もうちょっとちゃんと一定の枠をもって整理していただきたいと思うのですけれども、少なくとも具体的に議論に上がっている箇所が何か所かありますので、それぞれについてちょっと指摘をさせていただきます。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、桜井専門委員、よろしく願いいたします。

○桜井専門委員 ありがとうございます。全国がん患者団体連合会の桜井です。

先ほど石川県の方からもお話がありましたけれども、私はこの週末、長崎の地域医療を見学させていただきまして、がんの専門医の先生と駅からすぐそばの稲佐山というところまで朝に上ってきたのですけれども、本当に狭い狭い墓地と墓地との間を抜けるような急階段を100段以上登ってようやく家に着くような、駅から1～2キロ離れているところでもそんな状態なのです。しかも雪もちょっと降っている中で、これは患者さんもですけれども、医療者も通うのが非常に難しいなと思いました。ただ、そういう集落の中には必ず公民館があるのですよ。

長崎では無医村地区はないのですけれども、「あじさいネット」というネットワークの仕組みがあって、これは石川県と全く一緒です。「あじさいネット」と「Dr. ネット」というのがあって、急性期の大学病院、クリニック、在宅の訪問看護、それからケアマネージャーさんのみんなが情報共有できているのです。まさにデジタル化が物すごく進んでいるという状態になっています。高齢者も多い地区ですし、医療者も高齢者が多いというところがあります。御自身の自宅からではなかなかオンラインに慣れていない、難しいといっても、公民館に行けばできる可能性があるのですよ。なので、ぜひこういう場所、先ほど落合委員からもこの「等」というのがどういう場所なのかということをもうちょっと解像度を上げてくださいますということがありましたけれども、ぜひその部分に関しては厚生労働省に重ねてお願いをしたいと思っております。「僻地等」という言葉をかすというところだけではないと思いますので、ぜひ御検討いただければと思います。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、間下委員と高山委員まで聞いて、またまとめて厚労省さんに回答いただければと思います。

では、お待たせしました、間下委員、よろしく願いいたします。

○間下委員 ありがとうございます。

今、落合委員から続いているお話と基本的には同じなのですが、医師非常駐の診療所の件、「僻地等」というものの地域限定をなくしていただくということは大変ありが

たいなと思いますけれども、1つ目の高齢者を対象にするみたいな例示等を変にやってしまうとかなり限定されてしまうので、ここは現役世代も、例えば仕事が忙しくてなかなか病院に行けない、そもそも1～2時間待つてなんて行けない、できないなどというのは当たり前であって、こういった現役世代も含めてしっかりカバーできるように幅広くやっていただけるような例示をしっかりといただきたいなと思います。

あと、都道府県による必要性の確認というのも、一件一件確認して許可をもらうみたいなものにしていくと全く進まないの、現実的にこういうものであれば基本的には確認なしに通れるような形をぜひ目指していただきたいと思ひますし、問題があったら問題があるところをちゃんと直していくみたいな形にさせていただいて、現実的な運用ができるような、せつかく形はできたけれども現実的でないの、皆に使われないみたいな本当にもったいないことにならないようにぜひお願いしたいなと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、高山専門委員、よろしくお願ひいたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

私も公民館等の部分の厚労省さんの2枚目のスライドを見ながらお話ししているのですが、けれども、対応方針1、2、3と「必要性に応じた運用をするため」とあるのですが、まず1つ目の医療機関へのアクセスが困難な高齢者を対象とする場合などというのはかなり個別性が高いことで、例えば身寄りのない独居高齢者で車がない人、あるいは交通費を出すのが難しい人など、かなり個別性の高い人が混じっている中で、都道府県という大きな枠組みでその確認をするのは無理なのではないかなと思ひます。なので、1つ目は私は要らないと思ひます。医療アクセスの選択肢が増えることは地域にとってとてもいいことです。だから、あえてここに限定の枠組みを入れる必要はないのではないかなというのが1つ目の意見です。

2つ目のところの患者の急変時の対応ができる体制という言葉なのですが、これは質問なのですけれども、抽象的で難しく、我々医療側がこの体制を整えるときに具体的にどのような体制を求められているのかというのがちょっと分かりにくいなと思ひました。侵襲的な医療行為をする場合には、例えば出血が止まらなかったときに止血ができるような対応が求められるということはあると思ひますのですけれども、オンライン診療で医療行為に由来する急変が生じる可能性というのは低いと思ひますね。AEDを置いておくということは必要だろうと思ひますのですけれども、正直何かあれば救急車を呼べるようにしていればそれでいいのではないかなと思ひますのですけれども、2番目は質問です。いかがでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

間下委員からのコメントも含めまして、厚労省さん、いかがですか。

○厚生労働省 先生方から、せつかく今回規制を緩和したのに、また実際には使えないようなことにならないようにという注意をるるいただいたと考えております。そういったものにならないように、例えば高齢者等と書いて高齢者だけになってしまうようなことがな

いように、適切に基準を示してまいりたいと考えております。

それから、都道府県による必要性の判断が全く要らないという話がありましたけれども、オンライン診療というのは地域医療の中でやっていくことになっております。したがって、地域医療の中でどういう場合にオンライン診療が必要であるかというのは都道府県に責任を持って判断をしていただく必要があると思います。それについて、厚労省のほうは一定の基準を示しますけれども、都道府県に医療提供体制の責任者として一定の判断をしていただく必要はあるのではないかと考えています。

それから、救急の体制については総務課長からお答えいたします。

○厚生労働省（姫野課長） 医政局総務課長でございます。

今、高山先生から御指摘いただきました、2 ページ目の僻地等の地域限定を廃止して必要に応じた運用に転換するという部分でありますけれども、ここはその前のページで侵襲性のないようなオンライン診療を行う場合には居宅等として実施はできるけれども、侵襲性がある場合には診療所としての開設が必要であるという前提で考えますと、ここは一定の侵襲性があることを前提とした診療所についての要件を緩和する方策としてお示ししているものであります。そういった意味では何らかの侵襲性があるだろうから、こういった最低限の対応は求めているという前提で御理解いただければと思います。

その前提で、現行も僻地などについてこういった急変時の対応については求めておりますけれども、オンライン診療を行っている診療所がその対応をするというのはなかなか難しいということもあろうかと思っておりますので、緊急時の対応を可能にしておくことを求めているところでありますので、そういった意味では合理的な範囲で急変時の対応を求めていくという考え方は先生と同じような考え方でございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

高山専門委員、いかがですか。

○高山専門委員 例えばこの診療所においてはワクチンを打ったときのアナフィラキシーの対応ができるのか、そういうイメージですか。少し具体的な、心肺蘇生ができるというところまでは求めていないですね。急変時の対応ができるということの急変時というのは非常に幅広いので結構震えるのですけれども、いかがでしょうか。

○厚生労働省 今、御質問いただいた点は、現行の僻地などにおいて医師の常駐を緩和している中で、先生がおっしゃったような細かなところまでは想定をしてございません。そういった意味では、急変時に対応できることというのを事前に特定しておいてもらいたいというところに尽きるかと思えます。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。ちょっと最後のほうが聞きづらかったものですから、一部今の高山専門委員からの御回答につきましては後で文書で改めてお願いします。

○高山専門委員 佐藤先生、押しているところすみません、一言だけ。急変時の対応という表現だから、非常に重装備でなくてはいけないのかとみんな感じてしまうので、ここ

は表現を変えられないか。つまり、診療行為に基づく副反応、副作用などについては対応できるように準備しておくこととか、それぐらいの表現にさせていただけると大変普及しやすくなるのではないかなと思いました。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のは厚労省さん、聞こえていましたか。

○厚生労働省 聞こえております。今の通知の内容もそんなに大仰なことを書いているつもりはないのですけれども、そこは誤解がないようにしっかりと対応していきたいと思えます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お待たせしました、佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 医師非常駐の診療所ということについてなのですけれども、すごく基本的なところの確認なのですけれども、これは非常駐の診療所だから管理医師を確保するという前提で厚労省さんは考えていらっしゃるということなのですね。

○佐藤座長 いかがですか。基本的なところの確認ですけれども。

○厚生労働省 診療所の届出は医師が行う必要がありますので、医師を確保していただくということでございます。

○佐々木専門委員 では、管理医師を確保して、そこには管理医師がいるのだけれども、となると、その医師非常駐の診療所ではその医療機関に登録をしている医師にしかオンライン診療ができないということになるのでしょうか。それとも、その地域にいらっしゃる患者さんはそこからそれぞれのかかりつけ医や遠方の専門医も相談ができるということが保証されるのでしょうか。

○厚生労働省 診療所を設置する場合は、診療所を設置した医師がオンライン診療をする、その管理をしている医師がオンライン診療をするという形になると思います。その診療所に雇われている複数のお医者さんが行うという場合はあるかと思っております。

○佐々木専門委員 複数のお医者さんが行う場合は、何ですか。聞こえませんでした。

○厚生労働省 補足させていただきますけれども、現状でも恐らく診療所の管理医師がどなたか1名の責任者を登録していただいているかと思えますけれども、実際にはその診療所で複数の医師が診察に当たることもあるかと思えます。そういった場合には診療所の中で責任関係を雇用関係といった形で明確にさせていただいて、実際には管理医師以外の方も診療に当たるということになるかと思えますので、そういった意味で管理医師の責任の範囲内で複数の医師がプラクティスに当たるということも当然あるのかと思っております。

○佐々木専門委員 多分能美市の方々が求めていらっしゃるものとちょっと違うものがあるのではないかと思うのですね。その地域にいらっしゃる方が特定の診療所に100%かかっているということは多分なくて、それぞれの専門性や相性で複数の医療機関にかかっている。そういった方々が公民館でちょっと補助を受けながらオンライン診療をや

るみたいなときに、この公民館はスズキクリニックのスズキ先生が非常駐の管理者をやっているからスズキ先生のクリニックのお医者さんでしかかかれませんかよみたいな感じになるということですね。

○佐藤座長 いかがですか。この辺りはこちらの認識と厚労省の認識が違うような気がします。以前から我々は公民館で何らかのサポートを受けながら患者さんが自分のかかりつけ医にオンライン診療をするのだというイメージでいたのですけれども、ただ、診療所として登録されるので、厚労省のイメージとしては特定の診療所とつながるだけという設定、つまりいわゆる特定の診療所のサテライトオフィスのような位置づけということなのでしょうか。

○厚生労働省 診療所の実際の運用形態は様々かと思います。例えば夜間・休日診療所のような複数のお医者様が日を変えて診療されるケースもあろうかと思っています。どういう運用が可能なのかというのはまた具体的な事例もお伺いしながら我々も研究していきたいと思っております。

○佐々木専門委員 具体的な事例といいましても、ここのルールを明確にしてもらわないとトライアンドエラーもできないということなのですけれども、例えばある公民館で複数の先生方がそれぞれ自分たちを管理者として登録をするみたいなことも可能なのでしょうか。それとも、特定の公民館を、例えばここは高山先生がもう登録しているのでここは高山先生にしかかかれませんかよみたいな形を想定されているのでしょうか。

○厚生労働省 今の御指摘の点ですけれども、実際に診療所の中で管理者としての医師以外の方が診療されるケースも現にあるかと思っています。そういった形の場合には、診療所として責任体制をどう明確にするのかということも当然考えられた上で届出をされて運用されているかと思えますし、それと同様の取扱いが可能な範囲というのは当然あろうかと思っています。複数の医師の方がそこで診察を行うということであれば、その診療所と医師の方々との分担関係というのを明確にして、どういう形でできるのかというのは当然いろいろなやり方があるかと思っていますので、それはまた具体的なイメージをお伺いしながら我々も研究していきたいなと思っております。

○佐々木専門委員 現状、厚労省さんが想定されているのは、管理者を各拠点ごとに配置して、もしそこで複数の医師が診療を担当するというのであれば、その医療機関に診療医としての登録をするなり、何らかの形でやらなければいけなくて、今日はここで佐藤先生がいらっしゃるからちょっと佐藤先生に相談しようみたいな感じの相談の仕方というのは想定されていないということなのですね。あくまで診療所であるという。

○厚生労働省 医師のケースも恐らくかかりつけのお医者様が対面診療とそれを補完する形でオンライン診療をされるということでもありますので、その範囲が全国に散らばるといよりはむしろ能美市の中である程度完結するという前提かと思っていますので、そういう前提でどういう届出の仕方があるのかというのはお伺いしながら研究していきたいと思っております。

○佐藤座長 ちょっと時間もあれなので、またもし佐々木専門委員から追加の御質問があれば受け付けるとして、つまり例えば誰か管理者としてこの人が責任者だということが決まっていれば、仮にほかの診療所の先生であってもある種のグループをつくってこの公民館を担当しますということは可能だと思っていいますか。それとも特定の診療所に必ず雇用関係を持っていないと駄目だということなのですか。そこはこれから運用で考えるということですか。

○厚生労働省 具体的な現行のグループプラクティスの場合にどういう運用をされているのかというのは我々もよく把握しないといけませんけれども、エリアも能美市のところで限られているところであれば、そんなに難しい話でもないような感じもいたしております。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

では、時間も限られてきているので、順番に手短にということで、桜井委員。

○桜井専門委員 今のにちょっと関係してなのですけれども、長崎と石川は同じ仕組みだと思のですけれども、医師がもう全部ネットワークを組んでいるので、こんな患者さんがいますよと言うと私が主治医、私がサブとぼんぼんぼんと決まるわけなのです。なので、その登録医師の中で不特定多数の人たちが決まっていくというわけなので、公民館をそこで特定しなさいと言われてA医師、B医師という関係ではなくて、Dr. ネットの中に登録している長崎市の医師会の人たちだったらオーケーですよという感じでやっていただかないと多分全然動かないですし、また毎回毎回申請になると、一つの診療所で登録医師が300人ぐらいになってしまうと思うので、その辺りは検討していただきたいなと思しました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。非常に優良な事例だと思います。確かにそうですね。

では、お待たせしました、杉本委員と大石専門委員でこの議論はおしまいとさせていただきます。

○杉本委員 ありがとうございます。

既に御説明をいただいた部分かもしれないのですけれども、厚労省さんの対応方針の中の3点目の実施状況の把握と検証の部分で、まず一つはこの実施状況の把握や検証は、診療所の開設時に当たって行う必要があるのか、かつ、誰がこの把握をし、誰が検証をするのかというところを質問させていただきたいのと、あるいは開設をした後に定期的に現在の状況を把握し、検証が行われるということを想定されている3点目なのか、その辺りのことを少し詳しくお聞きできればと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石専門委員からも質問を受け付けて、まとめて厚労省さんに回答いただきます。大石専門委員、よろしくお願ひします。

○大石専門委員 幾つか確認事項なのですけれども、1つ目はデイサービスのほうなので

すけれども、ここで周知を利用者等にしてもいいですといただいたのは非常にいいかと思えます。一応確認なのですけれども、これは利用を考える方、要するに今使っている人ではなくて利用を考える方や御家族という方々にも周知してもいいということなのかということの確認をさせてください。これが1点目です。

2つ目は、私も佐々木先生と一緒に意見で、医師非常駐の診療所の開設というのは各自自治体で考えられている方式と少し違うのかなと思うのですけれども、仮にそういうふうにしたときに、これは2か所管理は可能なのか。要するに自分がどこかで診療所の管理者になっているのだけれども、同時にどここの公民館の管理者にもなるということができるのか。それができないと意味がないと思うので、一応その確認です。ただ、よりベターな方式は佐々木先生がおっしゃった方式ではないかと思っております。

3つ目は、こういういろいろなやり方があるかと思うので、要は医師非常駐の診療所の開設を考えようとしている人や、都道府県の判断の後押しになるように、こういう診療所の開設状況、もしくはどういう場合があり得るかを考えて、こういう場合があり得ます、こういうことを実際にやっています、もしくはさっき桜井委員がおっしゃったような、こういうことは有用であるという網羅的な整理と、それを調査して、実際にそれが発生しているものについてはそれを広く公表して、こういう事例があるのだったらやりましょうというのを後押ししていただきたいなと思います。

ちなみに管理者に関しては、2か所管理だけではなくて自治体をまたいでもいいのですねという2つを確認させてください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚生労働省さんから回答をお願いします。

○厚生労働省 杉本先生から実施状況の把握・検証について、事前なのか事後なのかというお話と、誰がやるのかというお話がありました。実施状況の把握については事後的な検証ということで、事後的に実施状況をお知らせいただきたい。都道府県を通じてお知らせをしていただいて、それをまた国のほうでも教えていただいて、どういう実施状況になっているか、どういうふうにさらに緩和できていくのかということを検証したいと考えております。

それから、大石先生の質問で、デイサービスの周知についてですけれども、利用している方にも周知はできます。それから、まだ利用を考えているような方に対して周知をするということも基本的にできると考えておりますけれども、先ほど申し上げたように、デイサービス自体が医療をやっているという誤解を与えるような周知ではなくて、要するに利用者の同意の下でここでオンライン診療が受診できる場を提供しますという周知の仕方をしていただければと考えております。

それから、2か所管理につきましては課長のほうからお答えいたします。

○厚生労働省（姫野課長） 管理者の2か所管理については、現行の制度でも都道府県が決めた場合に2か所管理、複数管理できるというふうにはなっておりますので、そういっ

た意味では実施は可能かと思っております。

一方で、先ほど来、都道府県の判断というところも一律に基準がないとなかなか難しいという御意見もありましたので、これは別の論点でこのシリーズの規制改革の議論の中でも取り上げられていますので、その中でどこまで我々としても明確にできるかというのは追求したいと思っております。

○厚生労働省 3点目のいろいろな優良な事例等を示してほしいという御要望ですが、実態を把握する中でこういった使い方、こういうやり方というのが非常に有用であるということについても示せるようにしてまいりたいと考えております。

以上です。

○佐藤座長 大石専門委員、どうぞ。

○大石専門委員 2つ目の点について、自治体を超えてもいいのかという追加質問があったのと、あとは事例といってもそんなに制度がなかなかオープンにならないわけには事例が集まらないので、やはり実証実験などを広くやっていただきたいなどは思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

自治体をまたいだ場合の管理はどうなりますかという御質問でした。

○厚生労働省 まず、市町村をまたいだ管理は都道府県の中ではできると思います。

○佐藤座長 ごめんなさい、正確には都道府県をまたいだです。

○厚生労働省 都道府県をまたいだ場合について、現行行われているかどうか我々も把握できていませんけれども、制度上それを否定するものではないかと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間が結構超過したのですけれども、重要な議論でありましたので、皆様方、活発な議論をありがとうございました。議題1-1はここまでとさせていただきます。

一応取りまとめといいますか、今回、厚労省さんには非常に大きな決断をしていただいたと思います。前回のワーキング・グループに比べればということになりますけれども、非常に前進かなと思います。

ただ、問題はこの運用にあると思います。例えば居宅以外でオンライン診療を受けることができる場所についてということですが、今回はずっとこの議論をやっていたので通所介護事業所が例として挙がりましたが、あくまでも「等」ですので、落合委員からも御指摘のあったとおり、この「等」がどこまで広がるのか、学校を含めてどういふところが含まれていくのかということについても今後、明確な基準を示していただければと思います。

あと、利用者等に対する周知につきましても、もちろん厚労省さんの御回答はもっともだと思いますけれども、この辺の周知につきましてもあまり限定的にならないように御配慮いただければということと、それから、冒頭のほうで議論がありましたけれども、医療補助行為について、医療機器の使用についてというところも、厚労省さんも別に極端なことを考えているわけではないと思うのですけれども、現場で誤解を与えないように、あれ

も駄目、これも駄目にならないように、逆に今やっている通所介護事業所での医療補助的な行為というのが妨げにならないように、こういったことについても十分な御配慮をいただければと思います。

それから、今回、僻地以外でもオンライン診療ができる医師非常駐の診療所の開設というのが認められるということでしたけれども、やはり必要性の定義だと思うのですよ。必要性というのは必ずしも高齢者だけではないし、私も地方財政を専門にしているので分かるのですが、地域の特性というのは本当に地域によって違うので、ある意味一律にこれが必要性なのだよねということが言えるかどうか。もうちょっと網羅的な基準があって、それに対して都道府県がきちんとした判断ができるようにしておくということがあっていいのかもしれない。もちろん抽象度が高過ぎると逆に都道府県の判断がばらばらになってしまいますけれども、あまり限定的にならないような必要性の判断というのがあっていいのかなという気がしています。

あと、高山委員から具体的な御要請がありましたけれども、患者の急変時における対応ができる場所というのは、意図は分かるのですけれども、あまり現場を萎縮させるような判断にならないようにということ。

そして、全体を通じて、地域によって判断がばらつくことのないように、厚労省としては現場にあまり誤解と萎縮をさせないような形での基準づくりというのをお願いできればということです。

最後に、前のほうに戻ってしまいますが、オンライン診療の技術は日進月歩でありますので、新しい技術というのも取り入れることが可能な形でのガイドラインを作っていたければよいのかなと思いました。

取りあえず、私からの取りまとめは以上とさせていただきます。

また、委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の関係上質問できなかったこと、これを聞いておけばよかったということがあれば、あしたのうちに事務局に質問するようお願いいたします。事務局からまとめて連絡いたします。

続きまして、議題1の(イ)「オンライン診療等の診療報酬上の評価の見直し」に移りたいと思います。

出席者を御紹介いたします。厚労省からは須田俊孝大臣官房審議官ほか医政局、保険局の皆様方になります。

それでは、石川県さんはどうもありがとうございました。非常に参考になりました。

○石川県（西垣副知事）ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、改めまして議題1の(イ)です。早速ですけれども、厚労省から5分以内で御説明をよろしくお願いいたします。

○厚生労働省 厚生労働省保険局でございます。

資料1-2を御覧いただければと思います。資料をおめくりいただきまして、2ページ

目から7ページ目までは、前回11月20日のヒアリングのときの資料の振り返りでございますので、説明は省略いたしまして、9ページへお願いいたします。今日のお題は11月20日のヒアリング以降の中医協等の議論についての御報告ということでございます。

9ページ目は、厚生労働省障害保健福祉部におきまして令和4年度につくりました指針の概要ということで、これは参考資料でございます。

10ページをお願いいたします。ここからが12月15日の中医協で我々どもが議論したときの資料になります。10ページ目は、赤枠で囲っている通院精神療法のこのような点数のオンライン診療についての扱いということについて取り上げたということでございます。

11ページに掲げましたけれども、結論が上に書いてありますけれども、精神疾患に対する情報通信機器を用いた診療について、対面診療と同様の有効性を示す報告があるということで、そのエビデンスでございます。

その下に方法と結果がありますけれども、その下の結論というところを御覧いただければと思いますけれども、先ほど申し上げましたように、遠隔精神療法は様々な精神疾患に対して対面治療と同様の症状改善効果を示した。幾つかの特定の精神疾患によっても差があるということはありませんけれども、おおむね全体として先ほど申し上げたようなエビデンスがあるということ中医協でお示しいたしました。

続きまして、12ページをお願いいたします。これは12月1日の中医協の資料でございますけれども、小児特定疾患カウンセリング料の扱いについても議論いたしました。この小児特定疾患カウンセリング料の対象の患者というのは、ちょっと小さいですけれども、下のほうの(4)のところ紫の網掛けがありますけれども、アからキに並んでいるような気分障害の患者等々の対象患者に対するカウンセリング料の扱いについて議論いたしました。

こちらにつきましては、13ページをお願いしたいのですが、小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性について幾つかのエビデンスが確認されております。1つ目がADHDの患者に対するオンライン診療の有効性を検討した12の研究を対象としたメタ解析においてオンライン診療の有意な効果が示されたという御紹介。また、その下につきましては223人の小児を対象とした研究でも有意に症状が改善した。さらには、3番目ですけれども、アスペルガー症候群の患者に対してオンラインでの診療についての効果があったといったことを中医協で御報告した上で、最後の14ページでございますけれども、これも中医協12月15日の資料ですけれども、今、申し上げました1点目、精神療法に係る指針を踏まえて、オンラインでの精神療法を実施する医師や医療機関に対する評価ということについて前向きな検討をお願いしたいという提起をさせていただきました。

また、2点目ですけれども、発達障害の関係につきましても有効性を示すエビデンスがあるということ踏まえて、小児特定疾患カウンセリング料の評価ということについても検討をお願いしたいということ中医協で提起いたしました。

これにつきまして、中医協12月15日では、一定のエビデンスを評価する意見があった一

方で、1号側の保険者のほうからは、ちょっとこのエビデンスで十分と言えるのか、さらにエビデンスがないかということについて収集・検討してほしいという意見も出ましたので、引き続いて検討しておりますけれども、前向きな検討はさせていただいているというのが我々どもの今日の御報告になります。

私からの説明は取りあえず以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

参考資料1としまして、11月20日の第2回ワーキング・グループ後の委員、専門委員からの追加質疑・意見に関する厚労省の回答を事務局資料として配付しておりますので、適宜御参照ください。

また、11月20日の同じ第2回ワーキング・グループにおいて、慶應義塾大学医学部岸本泰士郎特任教授から、精神科オンライン診療が対面診療と比して非劣勢、同等であるとのエビデンスを日本での大規模臨床試験結果も含めて御説明いただきましたが、日本での大規模臨床試験結果では精神科オンライン診療の大規模臨床実験の結果が12月16日の国際的な医学誌に正式に公開されました。新聞にも出ていましたね。その論文及び解説資料を参考資料2-1及び2-2として配付しておりますので、こちらも御参照いただければと思います。

では、早速ですけれども、質疑に入りたいと思います。15分程度をめどに議論させていただければと思います。どちらからも御質問、コメントがあれば、いかがでしょうか。

間下委員、よろしくお願いたします。

○間下委員 ありがとうございます。クイックに。

先ほどエビデンスが足りないからもっとエビデンスを出せというお話がありましたが、エビデンスが足りない根拠というのはどういうふうにおっしゃっているのか教えていただけますでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。これは保険者サイドからの指摘になるのだとは思いますが、逆に言うとこれをやっていたら切りがないので、この段階で何のエビデンスが足りないのだということになるのでしょうか。

○間下委員 何が足りないのだというのがよく分からないのです。どこまで示せばいいのかということもありますね。

○佐藤座長 厚労省さん、これはいかがですか。

○厚生労働省（眞鍋課長） 医療課長でございます。

1号側からということですが、そのときは時間もなく、端的にそのような質問がありました。私どもももう少しどの部分で足りないと思われたのか、健保連の中でも様々なところとディスカッションされているのだと思いますので、そういうところから出た御判断だと思っています。

本音のところというか、何を問題視されてそのような考えに至っていらっしゃるのかということ、今、詳細にお聞き取りしているところでございます。

○間下委員 ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、津川委員、よろしくお願いいたします。

○津川座長代理 ありがとうございます。

エビデンスをいろいろレビューしていただいたみたいで大変助かります。

一方で、かなり虫食い式のエビデンスなのではないかなというのを危惧しておりまして、我々のチームでもエビデンスをレビューしたのですけれども、実際コロナの影響もあってありとあらゆる国でオンライン診療のエビデンスをありとあらゆる医療上のコンテキストで評価されていて、例えば一般的な慢性疾患の管理、糖尿病、高血圧の管理や、それこそ風邪や急性疾患の管理などでも評価されていて、ことごとくほとんど差はない、あっても本当に微々たるものである、対面と変わらないという結果が出ていて、恐らくもうちょっと包括的に調べていただくと、むしろ差があるというエビデンスを見つけることが非常に難しい。臨床的に意味のあるぐらいの大きな差があるというのは本当に難しく、そういった意味で考えると、まず全体的なエビデンスをレビューしていただいてから進めていただく。どちらかという差がある前提で、むしろオンライン診療に何らかの劣性があり、対面診療より劣る点があるという前提で議論が組まれているので、まずそこが本当にそうなのかというのを理解していただいたほうがいいのかと。

実際何が起きているかという、現場では対面スイッチと呼ばれる形で、例えばオンライン診療で実際に診たほうが良いということであれば、医者は患者さんに病院に来てくださいと、本当に重症であれば救急車で病院に行ってくださいという形でかなり柔軟に対応されていて、オンラインで始めたからオンラインで終わるということはほとんどないわけなので、実際に現場で運用されている中で健康被害、いわゆる利用者・患者さんに対する健康上のデメリットというのはエビデンス上では確認されていないというのが私の理解なので、もうちょっと包括的にエビデンスを見ていただいて、むしろ駄目な場合を否定していただくほうが、これはオンラインでもいいよというほうからアプローチしていただくよりもしっかりとした制度設計ができるのではないかなと思いますので、ぜひ御検討をよろしくお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の点はいかがでしょう。どうしてもオンラインは対面に比して劣るというのを前提にこれまでずっと議論が組まれていたというところがあると思うのですけれども、もし厚労省さんからコメントがあれば、よろしくお願いいたします。

○厚生労働省（眞鍋課長） 私は診療報酬を担当しております課長ですけれども、眞鍋と申しますが、今の御質問は非常にブロードな御質問です。私どもも先ほどありました医政局とよく連携して、オンライン診療のガイドラインは医政局のほうできちんと作成されているもので、今日御紹介した精神のものも障害部で作成されているものということになります。それについてどうしていくかというのが私どもの仕事なのですけれども、全体とし

てどう捉えるかに関しましてはちょっと保険局だけでは受け止め切れないので、そこは全体として宿題とさせていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合委員、よろしくをお願いします。

○落合委員 ありがとうございます。

私から1点御質問がありまして、今回、精神疾患のほうについて議論をさせていただいてはございますが、全般としてオンライン診療自体は基本的には対面と同等に扱っていくという方針でオンライン診療の指針のほうも改定されていたかと思っております、全体として87%という数字もあったかと思えますけれども、とはいえ診療報酬上は全般としては対面診療に比するとまだ評価がされていないという状況ではあるかと思っております。

今回のオンライン診療の指針の改定というのはその間において限定的な部分もあったとは思いますが、一方で、先ほど前の議題でも議論させていただいておりましたが、例えば場所の拡大の話などといった議論でまた認められる部分が増えてきている部分もあるのではないかと思っております。

こういった状況も踏まえながら、個別の診療科等における取扱い、津川先生もできるところを指定していくのが原則なのか、できないところを指定していくのかという話もありましたが、それ自体もあるとは思いますが、そもそもの全体の評価の水準といえますか、87という数字を伸ばしていくという検討の部分というのにも当然ながらどちらを例外にするかという話をするということはいずれにせよ広げていっているという状況もあるかと思えますので、そういう中で全体的な評価自体を上げていくということもあろうかと思えます。この点について今の御検討状況を伺えないかと思ったところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今回は小児科と精神科の診療報酬だったと思えますけれども、ほかのところも含めまして、今後の方針などは厚生労働省のほうでは考えられていらっしゃるのでしょうか。

○厚生労働省（眞鍋課長） 医療課長でございます。

11月のワーキングでも申し上げましたが、今日御紹介したのは精神と小児ということでございますけれども、その前にも例えば学会からきちんとエビデンスが示されていますCPAP療法、あるいはこの前のセッションでもありましたD to P with NやD to P with Dといったものに関しては今後も評価を進めていくべきであろうということで私どもも中医協に前向きな御提案をさせていただいているところでございます。こういった形で進めていくことが大事かなと思っております。

○佐藤座長 いかがですか。

○落合委員 ありがとうございます。全体としては前向きに捉えていただいているという方向ではあるかと思いましたので、その点はありがたく思っております。

一方で、個別の項目を追加していくだけではなくて、基礎的な部分の評価を対面と実質的に同等にしていくことも、それこそこれまで実施されてきているいろいろなエビデンスもた

まってきていると思いますので、ぜひその点も含めて今後御検討いただければと思っております。

私は以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、高山専門委員、よろしく願いいたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

先ほどの津川先生のコメントへの補足になるのですが、オンライン診療の活用について、医療者側への規制だけではリスクをコントロールできないと私は思っています。例えばどのような状況で救急車を呼ぶべきかとか、夜間の救急外来を受診すべきかということ、その利用の在り方について例えば救急車や救急外来側にアプローチをしても、適正利用にはつながらないのですね。技術なので使い方の問題なので、住民教育が一番大事だと思います。

津川先生がおっしゃるように、オンライン診療にアクセスした後、医師はあなたはすぐ救急車を呼んだほうがいいのかということを使うので、オンライン診療によってリスクが高まるとは私も思わないのですが、救急受診すべきか、あるいはかかりつけ医に電話で相談すべきかというところの初動の判断は患者さん自身に求められていますので、そこをしっかりと教育していくということが前提になるだろうと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

なければ、厚労省さんからまとめてコメントをいただければと思います。これはどちらかというところと医政局の問題かもしれませんが、いかがですか。

○厚生労働省（眞鍋課長） 今日いただいた意見を受け止めさせていただいて、また今後の検討に生かさせていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかにコメント、質問はありますか。いかがでしょうか。

高山専門委員、引き続きよろしく願いいたします。

○高山専門委員 第2回のワーキング・グループのときに出たことで、小児科の外来管理加算についての検討状況について、今の進捗がどのようになっているのかということをお教えいただけますでしょうか。ちょっと話が違ってすみません。

○佐藤座長 お願いいたします。

○厚生労働省（眞鍋課長） 小児かかりつけ診療料ですが、処置や検査が包括化されている点数ですと申し上げます。ですので、これを直ちに算定できるということは私どもとしては困難だと思っています。

以上です。

○高山専門委員 ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。大丈夫ですかね。

ありがとうございました。またこちら厚労省さんに非常に前向きな対応をいただいたと感謝申し上げます。

今回は精神と小児ということでしたけれども、それもただ87%ですけれども、いろいろなエビデンスを見ると、オンラインは対面に劣後するわけではないというエビデンスは出ているわけですし、今日厚労省さんからもお話がありましたとおり、小児、精神科以外でもそういうエビデンスも出てきているということになりますので、同じサービスに対して同じ対価を払うというのはある意味当然ですので、そういう対応にさせていただければと思います。

診療報酬がたくさん出ていってしまうので保険者側の本音は分かるのですよ。ただ、患者さんのアクセスというか、利便性が一番大事であります。もちろん私は財政学者なので財政的な配慮が必要だと分かるのですが、それは別にオンラインだけを一方的に不利にして解決すべき問題ではないということになりますので、その辺りはしっかりとオンラインと対面の同等性というのをこれからもエビデンスに基づきながらで構いませんので追及いただければと思いますということで、取りあえず議題1の（イ）はここまでとさせていただきます。

また、委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の制約上発言できなかったことがございましたら、これもあした中に事務局にお知らせください。事務局から厚労省にまとめて連絡いたします。

では、ありがとうございました。よろしいでしょうかね。

続きまして、議題2「診療報酬における書面要件の廃止・デジタル化について」に移りたいと思います。

出席者は、厚労省から引き続き須田俊孝大臣官房審議官ほか保険局の皆様方に御出席いただいております。

では、たびたびすみませんが、厚労省様から5分以内で説明をよろしくお願いたします。

○厚生労働省 それでは、資料2を御覧いただければと思います。今、御紹介のありました件につきまして、照会文を頂いております。それに対する回答ということで御説明をさせていただきます。

照会文にありますように、米印で例えば以下の4つの加算等の文書に電磁的な記録というものが認められているのかどうかということの回答につきまして、「回答」という下のところを御覧いただければと思います。4ついただきましたうち、上3つはその取扱いを明確化しておりません。一番下の4つ目の診療情報提供料につきましては、電磁的方法によって作成・提供が可能であるという扱いが明記されているという状況でございます。

1 ページ目の一番下の黒丸になりますけれども、11月2日に閣議決定いたしました総合

経済対策におきましても、2ページ目の一番上が閣議決定の内容でございますけれども、そうした扱いが明らかになっていないものについて、デジタル原則にならない、医療現場において電磁的方法の活用が進むように検討を行うということでございます。

これにつきまして、12月8日の中医協におきまして、一部の書面については電磁的方法によって扱えるということが明らかになっていることを踏まえまして、扱いが明らかでないものについての扱いをどう考えるかという論点を提示させていただきました。

参考までに、その下でございますけれども、数え方によってはすごく多くの文書がありますけれども、大枠で数えまして98の項目について文書がある。うち、一番下ですけれども、電磁的方法による提供が可能だと明記されているのは4ということで、そのほかについてはできないということが明確化されているわけではなくて、扱いが明確化されていないということでございます。

今後、中医協で引き続いて検討してまいります。方向性といったしましては、我々どもも残る文書で電磁的なものが認められないというものは基本的にはないのではないかと考えておりますので、そういった文書について、まだ精査中ではございますけれども、当然その場合には安全管理に関するガイドラインを遵守するということが前提になると思っておりますけれども、基本的にはそういったことを前提に電磁的方法の提供も可能であるということを示す方向で検討・調整をしていきたいと考えているところでございます。

厚生労働省からの説明は以上でございます。

3ページ目以降は中医協に出した資料でございますが、今の説明で映っておりますので、御参考にしていただければと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、委員、専門委員の皆様方から質問、コメント等があれば、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

厚労省としては今後、どういう工程でデジタル化を進めていくということになりますか。今、御提示いただいた98は、基本的にはどれもデジタル化が可能なのだという理解でいいですか。それはある種迅速にそれをできるという規定をするということですが、できるだけ迅速に判断していくという理解で大丈夫ですか。

○厚生労働省（眞鍋課長） ありがとうございます。医療課長でございます。

先ほど須田から御説明しましたとおり、今、これは中医協で御議論いただいております。事務局としては電磁的な提供が可能であるということで取扱いをしたいと思っております。あとは工程ですけれども、診療報酬改定に合わせてと考えてございますので、恐らく通例ですと来年2月に諮問答申が行われますから、そこに合わせてお示しをするということになるかと思っております。

○佐藤座長 御回答ありがとうございます。

では、落合委員、よろしく願いいたします。

○落合委員 ありがとうございます。私から何点かございます。

まず、全般としてはデジタル原則に従って、全体的にデジタル化がほぼできるであろうという見通しを示していただいたことは大変ありがたいと思っております。

その上で、実際にこの電子化を進めていくに当たって、神は細部に宿る部分が相当程度あるということがこれまで数年議論してきて明らかになっていましたので、そういう経験も踏まえて何点か御質問させていただきたいと思えます。

一つが、まず今回の電磁的記録に代替していくに当たってその要件をどう設定していくのかがあるかと思っております。一つは医療情報システムの安全管理に関するガイドラインというのを3省2ガイドラインの中から取り上げることはあるかと思えますけれども、そのほかにいろいろな要件がつくことで対応が難しくなってくる場合がありますけれども、必ずしも直接的に3省2ガイドラインの適用にはなっていないこともございます。そういったところを踏まえて適切かつ必要な範囲で基準を設定していかれるのかどうかということが第1点です。

第2点としましては、特に今回、書面における署名・記名・押印に関する部分というのがあります。これらについては、記名・押印自体が必要があるものとしてどういうものがあるかというので言いますと、これまで議論をしてきまして、実印などといったもので要するに誰が押印していたのか、それが確実に公的書類等で確認できるようなものに限定して押印等を残す意味がある、つまりこういったものについて電子署名等でさらに代替していくという要件を課すということが合理的な範囲であるというふうになってきておりました、そもそも政府の文書でも多くがそうなっているかと思えますし、規制室の文書でもそうしていただいているところもあると思えますが、単純に三文判であったり認印というものについては押印等を単純に廃止するという方法が適切であると思っております、そういう意味で今回、電子署名に関する部分というのも若干残っているように思われますが、基本的には医療の現場においてそういった形で印鑑証明書と突合していたり、個別に署名や押印を何かと対照して銀行印みたいな形で照合等していたという場合というのはほとんどないかと思えますので、そういった意味では全般的に署名・押印・記名についてはその必要性自体を含めて見直しをしていくことが全般的に必要なだと思っております、こういった点についてどう考えられているのかというのが第2点。

第3点としましては、そもそもデジタル化をしていくに当たって必要な解釈等の情報がデジタル化されていることも重要であろうかと思っております。疑義照会などについてもなかなかデータベース化されておらずといえますか、私も厚労省のホームページを拝見することがございますが、通知等も必ずしも網羅的に公開されていないような状況もあるように思われます。こういった部分についてはデジタル化、データベース化を進めていただくことが重要ではないかと思えますが、どのようにお考えになりますでしょうか。

私からは以上3点です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

落合委員から具体的な御指摘がありましたけれども、厚労省さん、いかがでしょうか。
○厚生労働省（眞鍋課長） 医療課長でございます。3点の御指摘、御質問をいただいております。

1つ目が、途中で厚労省だけかもしれませんけれども、ちょっと音声途切れていて、十分な回答になるかどうか分かりませんが、回答させていただきます。

私どもとしては、今回、要件をどう設定していくかというのは御指摘のとおり大事だと思っております。今、例示をさせていただいているのは、今回の安全性のためのガイドラインであります。基本これに沿うのであろうと思っております。今、一つ一つ精査を進めているところでございまして、実際に例えばこれは想定されるかどうか分からないので定性的に申し上げるわけですが、疾病の状態、あるいは親御さんへの提供が必要なのかなど、ここはちょっと場合分けが必要な部分もなくはないかなと思っておりますけれども、そういったことも踏まえて、もしかしたら何らかの要件を設置するかもしれませんが、我々としては今回のガイドラインに沿えばいいという形を取ればいいかなと思っております。

それから2つ目ですが、これまでの署名、記名、それから押印といったものの意味づけを、診療報酬をこれからどんなふうに電子化していく中で維持するのか、どうするのかという御指摘だと受け止めましたけれども、私どもとしてe-文書法などで電子的署名が求められる基準と、それからこれは医療現場で運用される基準になりますので、真正性が担保されて、確かにこのお医者さんから頂いた文書なのだな、私宛てに頂いた文書なのだなというところを担保する何らかの方法は必要かなと思っておりますが、これも私どもが今、事務局で考えていることとございまして、今後、もう少し具体的に中医協で御議論いただくなり、両者の御議論の中でいいところが決まってくるのかなと思っております。

それから3つ目のお話は、文書というよりは私どもがお示しする告示であったり、通知であったり、疑義解釈をちゃんとデータベース化して分かりやすくせよという御指摘だと思っております。これに関しては様々私どもも受けております。今回も診療報酬体系の簡素化という御指示を受けておりますので、そういった観点からなるべく分かりやすく、そして紛れがないように、そして審査もきちんとできるような体系は、私どもとしては別途進めなくてはいけないと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合委員、いかがですか。

○落合委員 いずれも前向きに御回答いただいたように感じております。

特に2点目の点ですけれども、実際は現場でいろいろ署名、押印をされていても、実は必ずしも法的効果がないという場合がございますので、そこを踏まえて、対面の場合にやっていないのにオンラインの場合だけ行うというふうにしますと、大概の場合に使いにく

くなって業務がやりにくくなって現場にしわ寄せが行くということになりますので、ぜひその点はよくお考えいただければと思います。

私からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。2点あります。

1つ目は、文書を電磁的方法で云々ということではなくて、この際、文書という概念そのものをちょっと整理してもらったほうがいいのではないかなと、これは以前から私は申し上げていますが、デジタル化された文書が画像データみたいな形で保管されていてもそれは電磁的ということになるのだと思うのです。重要なのはそのコンテンツなので、今、世の中の的々やっているデジタル化というのは、頂いた紙の診療情報をPDF化して、それをアーカイブに入れて、文書をシュレッターしてみたいなことをやっているのですけれども、そうではなくて、必要な情報をきちんと伝えるということが一番大事だと思いますので、それぞれの文書に規定されている要件についてフォーマットそのものを見直していただいて、何のためにこの情報を誰に伝えるのかみたいなことを整理していただく。

例えば私は主治医意見書などをたくさん書いていますけれども、これ医療の書類でありませんが介護の書類ですけれども、変な話、Googleのフォームか何かにかちゃかちゃと入れていけば済むものを、自治体ごとに書類を作ってそれを出力するのです。何となくこのまま行くと、出力した書類をPDF化していいものが増えていくという感じになってしまうのではないかなとちょっと私は懸念していて、そうではなくて電子情報そのもののやり取りで済むような形にしていく。デジタル化を我々は目指しているのではなくて、医療のDX化を目指しているわけであって、そのためのデジタル化、最適なデジタル化はどうあるかということを考えていただきたいというのが一つ。

それから、先ほどの落合先生の話とも通じるのですけれども、とにかく判こが多いのですけれども、便宜上出力された書類にシャチハタを押されて、それで大部分の書類が流通しているのです。医師個別にHPKIなどを使ってそれぞれ個人認証していけということになると、現場は余計大変になりますので、その部分について、真正性をどう担保するかという議論はあると思いますけれども、もうちょっと合理的な方法があるのではないかと思います。

これは2年前のワーキングで大石先生とも話した内容だと思いますけれども、個人認証ではなくて組織認証でいいのではないかなと思うのです。例えば京都大学から私たちが紹介状を頂いたときに、その紹介状にお医者さんの名前があってシャチハタを押してあることで信じるのではなくて、それが京都大学の封筒に入っているから信じるのです。なので、この書類はこの病院の電子カルテから作られているみたいなことが証明されれば、そこに偽医者が紛れ込むということは普通ないですし、我々日本においては全てのお医者さんは医療機関に所属をして仕事をしていますので、医療機関に所属しないで薬を出したり

書類を書いたりする医者はいないはずなのですよ。であれば、組織認証という形のほうがスマートだと思いますし、何らかもうちょっと合理的な方法をこの際考えていただきたいなと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。この点、いかがですか。HPKIの話は以前も電子処方箋のときに出ていたと思いますけれども、この際、業務を見直すという考え方もあっていいのではないかという御指摘だったと思いますけれども。

○厚生労働省（眞鍋課長） 医療課長でございます。重要な御指摘をありがとうございます。

先ほどとちょっと重なる回答になってしまいますが、診療報酬だけで受け切れる話ではないので、HPKIも含め、デジタル化をどう進めていくかという話だと受け止めます。

一方で、私の立場で申し上げられるとすれば、今、例えば生活習慣病の管理料だったら血圧や体重、指導内容、血糖、ヘモグロビンA1cなど、いろいろ書くところがあります。そういったものをそのままPDF化してしてしまつてためて意味がないというのはそのとおりだと思っていますので、そこは何かちゃんとした文字情報、数字情報として活用できるようなものであるべきだろうというのはそのとおりだと思つていまして、そのような形に進めていけたらなと思つているところであります。

私ができることは、今は今日御提示させていただいた文書の中でもう少しきちんと意味のあるデジタル化を進めていくというところで御回答しているということでお聞きいただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかに御意見、コメントはありますでしょうか。よろしいですかね。

では、議題2はここまでとさせていただきます。

今回、診療報酬の見直しに当たって書面要件の廃止、デジタル化を進めていただけるということ、これは非常に前進だと思いますが、ただ、本来はこれまで紙でやっていたことを単にデジタルに置き換えるというのがデジタル化ではないはずですので、本来のデジタル化というのは業務の見直し、例えば押印の見直しであるとか、まさに文書管理の見直しであるとか、PDFファイルにしてもそれは確かにデジタル化と言つていいのかどうか分からないという面もありますね。なので、そういったところの見直しというのもぜひ進めていっていただければと思います。

もちろんこれは保険局さんだけで何とかなる話ではなくて、それは分かっているので、厚労省全体として、本来デジタルファーストと言つているのですから、これは政府全体で取り組むべきことなのかなと思つておりますので、引き続きしっかりと電子化、デジタル化を医療DXの一環として進めていっていただければと思います。よろしくお願ひいたします。

ありがとうございます。では、議題2はここまでとさせていただきます。

繰り返しのようになってしまいますけれども、委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の制約上発言できなかった御質問、コメントがあれば、あすのうちに事務局に御連絡ください。事務局から厚労省にまとめて連絡いたします。

では、次の話はさくっと終わると思いますが、「規制改革ホットラインの処理方針について」に移りたいと思います。

厚労省さん、ありがとうございました。

では、議題3につきましては事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 資料3に記載されております、規制改革ホットライン案件の取扱いについて説明いたします。

本ワーキング・グループで既に検討中、または検討を行う事項として二重丸が1件、再検討の可否を判断するため、事務局で提案内容に関する事実関係を確認する事項として三角を1件としております。

事務局からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

本件につきまして、御意見、御質問はありますでしょうか。よろしいですかね。

では、お認めいただいたということで、議題3はここまでとさせていただきます。

本日も長時間にわたりまして、結局ちょっと時間を過ぎてしまいましたが、ありがとうございました。

終わる前になのですが、2点ほどコメントです。参考資料3と4です。参考資料3として、医薬品販売制度の見直しについて、11月16日の第1回本ワーキング・グループで議論いたしましたが、この件につきましての委員、専門委員からの追加質問、質疑、意見に対する厚労省の回答を事務局資料として配付しております。

なお、医薬品販売制度の見直しにつきましては、12月21日の次回以降の本ワーキング・グループの議題といたしておりますので、あらかじめ御覧いただきますようお願いいたします。

次に、参考資料4として、こちらは11月20日の第2回本ワーキング・グループ、それから12月11日の第3回本ワーキング・グループで議論いたしました、特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化に関する検討状況を事務局において取りまとめた資料をお配りしております。令和4年規制改革実施計画として本ワーキング・グループの議論、意見を踏まえまして、厚労省において社会保障審議会介護給付費分科会においてしっかりと議論いただいているものと受け止めておりますということです。

参考資料3と4を御覧いただければと思います。特に参考資料3につきましては、今後、また議論する機会がございますので、ぜひあらかじめ御覧ください。

それでは、本日はこれで会議を終了いたします。本日も御参加いただきましてありがとうございました。

では、速記はここで止めていただければと思います。