

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6年12月4日（水）18:00～20:07

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、杉本委員、間下委員、落合委員

（専門委員）印南専門委員、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、井上専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 野村室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者・関係者）

鳥羽市

小泉市立神島診療所所長（医師）

田畑健康福祉課副参事（地域医療担当）

中村健康福祉課健康係係長（へき地診療担当）

五島市

水戸福祉保健部国保健康政策課課長

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島・へき地医療学講座離島医療研究所

前田教授

野中助教

伊那市

織井企画部企画政策課長

村田企画部企画政策課新産業技術推進係長

谷田企画部企画政策課新産業技術推進係新産業技術推進コーディネーター

医療法人社団創青会

桑井理事長

厚生労働省

森大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、災害対策担当）

坪口医政局総務課医療政策企画官

加藤医政局総務課保健医療技術調整官

矢野保険局医療課課長補佐

4. 議題：

（開会）

1. 地域におけるオンライン診療の円滑化（車両等での実施）について

2. 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。

皆様におかれましては、御多忙の中御出席いただき、誠に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。

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いたします。

本日は、議題1「地域におけるオンライン診療の円滑化(車両等での実施)について」、議題2「規制改革ホットライン処理方針について」の2件について御議論いただきたいと思っております。

本日は、本ワーキング・グループ所属委員のほか、落合委員、井上専門委員に御出席いただいております。また、大石専門委員は途中参加の連絡を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 ありがとうございます。本日もよろしくをお願いいたします。

それでは、議題1「地域におけるオンライン診療の円滑化(車両等での実施)について」に入らせていただきます。

出席者を御紹介します。

鳥羽市から、小泉圭吾市立神島診療所所長、田畑詩麻健康福祉課副参事(地域医療担当)、中村孝之健康福祉課健康係係長(へき地医療担当)。

五島市から、水戸寿志福祉保健部国保健康政策課長。

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島・へき地医療学講座離島医療研究所から、前田隆浩教授、野中文陽助教。

伊那市から、織井邦明企画部企画政策課長、村田和也企画部企画政策課 新産業技術推進係長、谷田覚企画部企画政策課新産業技術推進係新産業技術推進コーディネーター。

医療法人社団創青会から、桑井太郎理事長。

厚労省から、森真弘大臣官房審議官ほか、医政局及び保険局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、まず鳥羽市様から御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分以内でよろしくをお願いいたします。

○鳥羽市(中村係長) 三重県鳥羽市健康福祉課の中村です。

三重県の東の端に位置する本市は、半島部と有人離島4島で構成されています。人口減少と高齢化が加速しており、大きな課題となっています。

市内に病院はなく、地図に青でお示したように、市の中心部に民間医療機関6施設、赤い印の市立診療所8施設がへき地を中心に立地しています。民間医療機関が相次いで閉

院しており、限られた医療資源で地域を守る必要があります。

令和2年度にクラウド型電子カルテとオンライン診療機器を導入しました。離島においては、夜間や定期船が欠航して医師が島に渡ることができない場合でも、看護師が島にいれば医師がオンラインで診察できるようになりました。離島は海で本土と隔てられていますが、オンライン診療によりこうした物理的な制約から解放されました。

○鳥羽市（小泉所長） 現場で医師として従事しています鳥羽市立神島診療所長の小泉です。神島のほか、ほかの市立診療所でも診察に当たっています。

先ほど御紹介した医師不在時の対応のほか、オンライン診療で新たに取り組んでいる形を4つ御紹介します。

資料左上からまず1つ目、本市の答志島にオンライン専用の診療室を設け、島内の別の地区にある診療所からオンライン診療を行っています。また、本土側、地図に赤い丸で囲った地区に、オンライン診療機器を積んだ医療MaaS車両を導入しました。資料右に、車内での様子を掲載しております。

広場等に停めた車に患者に来てもらうときと、患者の自宅に出向き、庭に停めた車でオンライン診療する場合があります。このほか、外出が難しい方に対しては、患者の自宅へオンライン診療機器を持って看護師が訪問しています。患者の自宅へ行く③、④の場合は「訪問診療」、公共的な場を活用する①、②の場合は診療所の「巡回診療」と整理しています。

資料上段に答志島のオンライン診療室の事例を掲載しています。公共交通機関がない島の中で、近くでオンライン診療を受けられるようになりました。

その下は医療MaaSの事例です。これまで、本土側の鏡浦地区では、複数の診療所を開設しているものの、医師が移動して診察するため、それぞれの診療時間が短いのが課題でした。

そこで、オンライン診療機器を積んだ車両に看護師が乗って地区に出向き、診療所にいる医師とつなぐ実証を始めました。医師が移動しない分、診療時間をしっかり確保でき、患者の移動や家族の送迎にかかる負担も軽減できます。また、災害が発生した場合でも、被災していない地域の医師とオンラインでつなぎ、各地区を回って医療を提供できる有用な仕組みです。オンライン診療では、医師は患者と直接対面できませんが、本市はD to P with Nで、患者のそばにいる看護師がいつもと違う様子を感じ取ります。

今年度の診療報酬改定で看護師対応に対する評価が新設されましたが、看護師の重要度が増す中、適切な位置づけをいただいたと考えています。

○鳥羽市（中村係長） 再び、事務を預かる中村です。

現在、巡回診療には定期的反復継続要件があり、将来的に利用者が増えた場合、回数制限が大きな障壁となります。このため、医療MaaS車両そのものを診療機関として届け出ることも検討しましたが、開設届には診療時間と住所を記載する必要があり、患者ニーズにより予定を立てて各地へ赴く医療MaaS車両にはなじまないと悩んでいるところです。

また、車両全体を診療機関とすると、医薬分業の点から車内でオンライン服薬指導が実施できない難しさもあります。

本市では、巡回診療の位置づけで車両を運用することもあります。正直、その都度届出を行う負荷もあります。今後の利用増加を見据える中、医療機関側の届出とは分けて、患者側の受診施設を現在厚労省様で検討いただいております「特定オンライン診療受診施設」という位置づけとする制度の創設に期待が膨らむところです。

規制改革に係る要望を挙げさせていただきます。

医療MaaS車両を特定オンライン診療受診施設の対象といたく、合理的な設置基準を明確化していただければと思います。

下に図で示しましたが、医療MaaS車両は、患者のニーズを考慮しながら柔軟に各地に向いていける機動性が大きな利点です。このため、実施回数や場所の制限はなくしていただくよう要望します。また、設置申請に係る項目、様式、書類を標準化していただけるとありがたく存じます。

本日は説明の機会をいただき、ありがとうございました。最後に、これからもへき地で医療が継続できるよう、各地の実情に根差した規制改革について御検討のほどよろしくお願い申し上げます。

以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

続きまして、五島市及び長崎大学離島医療研究所から御説明をお願いいたします。やはり5分以内でよろしくお願いいたします。

○五島市（水戸課長） 長崎県五島市、水戸と申します。よろしくお願いいたします。

五島市のモバイルクリニック事業における現状の課題と規制改革の要望について説明いたします。

五島市は、10の有人島と53の無人島で構成され、人口は現在約3万4000人で、高齢化率は42.7%、高齢化が特に進んでおります。

医療MaaS開始に至った背景ですが、五島市は二次離島が多く、周辺部では小さな集落が点在しており、加えて、人口減少とともに交通インフラ等が縮小しており、高齢者の医療アクセスが課題であります。

五島市の医療機関は、五島中央病院を中心に4つの病院と37の診療所がございます。そのほとんどが市の中心部、富江地区に集中し、周辺部の医療提供体制は維持・確保が課題であります。その課題解決のため、モバイルクリニック事業を導入したところでございます。

運用体制は、モバイルクリニック事業による診療は原則1か月1回で、3か月に1回は対面診療を行い、その際に血液検査と尿検査を行っております。実施主体は五島市で、委託事業所が車両の運行や看護師調整を行っており、また事業が円滑に実施できるよう、長崎大学や長崎県と連携を取っております。

○長崎大学 離島医療研究所（野中助教） 引き続きまして、診療を担当しております野中といいます。よろしくお願いいたします。

モバイルクリニックは2023年1月以降、私たちは開始しまして、最初は国保の直轄の玉之浦診療所で始めましたけれども、現在は6医療機関が参画し、現在までに68人、延べ438回の医療MaaSによるオンライン診療が実施されています。

これは私が2024年4月時点でまとめたものになりますが、御高齢の方が多くて、使用されている方の3分の1が介護保険を利用されています。また、半分以上の方がつえや歩行器を使っているという状況です。対象疾患は、内科の慢性疾患で、比較的安定しているものであります。先ほど鳥羽市の報告でもありましたように、患者さんの重症化をそばにいるナースが見つけたという事例も発生しており、対面診療に切り換えたという症例もありました。

患者さんへのアンケート結果ですが、おおむね満足をされています。その理由としまして、移動しなくてよい、あるいは、五島市では診療の翌日に空き時間を利用して看護師が薬を配送するという仕組みを行っていますが、その配送がありがたかった、オンライン診療のときに看護師の補助があるところにメリットを感じておられました。

これは自由記述であります。看護師、診療所の看護師、モバイルカーの看護師、医師、いろいろな職種が丁寧に接してくれたという報告。そして、私たちはオンライン栄養指導も必要な患者さんには行っていますが、管理栄養士による栄養指導が有用であったということもありました。へき地に行きますと、医師、看護師はいるのですけれども、ほかの職種がないということで、管理栄養士による栄養指導や薬剤師による服薬指導もオンラインできる可能性を考えております。

一方、課題ですけれども、モバイルカーまでの道のりが大変だったということがありますが、診療所に行くよりは楽なのかなと推察します。

モバイルクリニックの有用性ですけれども、確かにオンライン診療は利便性の向上というところがあるかと思いますが、それに加えて、限られた人的資源の中でもオンラインにより質の高い医療サービスの提供が可能ではないかと私たちは考えています。

例えば1型糖尿や慢性腎臓病のような専門・多職種による指導が必要な疾患は、オンライン専門外来も可能性としてあるのではないかなと思います。

モバイルクリニックはD to P with Nの形でやりますので、得られる医療情報が多くて、私たちは診療もしやすいと考えております。一方、ランニングコストや、検査や処置をどこまでできるのかというのが課題かなと考えておりました。

○五島市（水戸課長） 運用上の課題について3点ございます。

1点目に、医療が提供できる場所の整理が明確でないこと。2点目に、巡回診療届（変更届）の事務手続等に過大な負担があること。3点目に、オンライン診療の際の看護師の補助行為の制限があること。指針では、医師の指示の下、看護師が診療行為を実施できるとされておりますが、診療報酬が算定できないものがありまして実質的に困難という課題

があります。

そこで要望でございます。1点目に、オンライン診療専用車の円滑な活用が可能となるよう、現在検討している特定オンライン診療受診施設設置要件を必要最低限とし、また、実施回数・場所の制限や、巡回診療届のような提出物を不要としていただきたい。

案としまして、次のページに長崎県の診療所開設許可申請書をベースとした特定オンライン診療受診施設申請に次の事項を提案いたします。

開設の場所は車両番号で代替とならないか。診療科目、従業員、構造要件は不要ではないかと考えております。

2点目に、専用診療車で診療において、医師による診療の補助行為が実質可能となるよう、D to P with Nの際、点滴、注射、血液検査、尿検査について、診療報酬上、算定を可としていただきたい。

以上2点を御検討いただきますようよろしくお願いいたします。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

次に、伊那市様から御説明をやはり5分以内よろしくお願いいたします。

○伊那市（織井課長） 伊那市の織井でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、伊那市が行っているモバイルクリニック事業の現状と課題、また規制改革要望という観点で、担当のほうから説明させていただきます。

○伊那市（村田係長） 長野県伊那市企画政策課 新産業技術推進係長の村田でございます。よろしくお願いいたします。

まず、伊那市の概要でございますけれども、人口約6万5000人、65歳以上の高齢化率は32.4%でございます。長野県で3番目に大きな面積があり、中山間地域が非常に多く、医療機関が市の中心部に集中しているという特徴がございます。

人口推計によれば、伊那市の人口は2045年には5万人強にまで減少し、高齢化率も現在よりも10%ほど上昇すると見込まれています。

伊那市で取り組んでいるモバイルクリニック事業についてです。伊那市では、オンライン診療機能を備えた専用車両を、市内の複数の医療機関がAIを活用した配車システムにより共同で利用しています。車両には、看護師・検査技師が乗り、通院が困難な患者宅へ出向き、医療サービスを提供します。この事業は、令和2年度から実証運行を開始し、令和3年度から本格運行を開始しています。

ページ下段ですが、看護師・検査技師が乗車して問診やバイタル測定を行うことで、一般的なオンライン診療ではできない質の高いサポートが可能で、クリニックにいる医師の指導の下、遠隔聴診器等を使用して患者の現状をオンラインで確認することが可能となり、通常のクリニックと変わらない環境を実現しています。令和4年度からは、遠隔超音波検査装置やモバイル分娩監視装置の導入により、妊産婦のオンライン定期健診と新生児の2週間健診を開始しています。

こちらは、モバイルクリニックの運用の流れになりますので、御確認ください。

運用状況ですけれども、今年10月までに累計742件の利用がございます。参画医療機関は現在11医療機関あり、事業全体をMONET Technologies株式会社に委託、モバイルクリニック車両の運行はジェイアールバス関東株式会社をお願いをしております。

利用者の声としましては、医師からは、オンライン診療は看護師の補助があり、対面の診察と比べても違和感はない。オンライン診療の活用により移動時間が減り、病院での時間が取れるようになったので、患者対応をより充実することができている。患者からは、訪問診療だと先生に自宅に来ていただくのが申し訳ない気持ちがある。オンライン診療だと先生が真正面について、こちらを見てくれる。妊産婦からは、大きなおなかで長時間運転することやコロナ禍の移動が怖かったので、自宅で妊産婦健診が受けられてとても楽だったといった声を聞いております。

オンライン診療に関する現行制度上の課題ですが、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、患者の急変時に適切に対応するため、直接の対面診療を行える体制を整えておくこととあります。モバイルクリニック事業は、容体が急変する危険性が少ない患者を対象としており、今までこうした状況は発生しておりませんが、現実的には救急車を呼ぶことしかできない状況であります。

また、医療法では、医療の提供場所として、医療提供施設または医療を受ける者の居宅等という限定がされています。モバイルクリニックは「患者宅」という整理の下に運営していますが、患者宅の近隣に停めることができるかどうか不明確な状況です。

これらの状況を踏まえた要望ですが、（1）オンライン診療時の「容体急変の対応」を緩和していただきたい。容体急変の際は、先ほど申し上げましたが、救急車を要請することが現実的な対応であるため、事前の「直接の対面診療を行える体制の構築」は不要ではないかと考えます。

（2）は、公民館や商業施設等の駐車場でモバイルクリニック車両によって診療するというのが、モバイルクリニック車両活用の選択肢の一つとなるよう、特定オンライン診療受診施設設置に係る申請・届出書類を必要最低限、簡便にしていきたいと考えます。

（3）モバイルクリニック車両の使用に関する（事前・事後）の報告を不要または簡素化いただきたい。モバイルクリニック車両を特定オンライン診療受診施設とする場合においても、訪問の際の患者の状況に応じて、車両内で診療を行うか、看護師が機材を宅内に持ち込み診療を行うかを選択することが発生する想定です。特定オンライン診療受診施設を利用したのか、自宅診療したのかを区別して記録し管理するような運用になると煩雑になると思われますので、もし特定オンライン診療受診施設となった場合でも、報告において特定オンライン診療受診施設を使用したのかの区別をなしとさせていただきたいというものであります。

以上、伊那市からの説明であります。ありがとうございました。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

次に、医療法人社団創青会様から御説明を5分以内によろしくお願いいたします。

○医療法人社団創青会（桑井理事長） 医療法人社団創青会の桑井と申します。

私がこのような立場で今日お話をさせていただくのは、今お話がありましたような地方のところだけではなく、東京も含めた都心部でも医療に関わることができない方々の課題解決ができないかということで取組をしておりますので、その部分についてお話をさせていただければと思っております。

まず、都市部、地方部、両方が抱える医療課題は幾つかあることは皆さんもよく御存じだと思います。これを患者さん、医療側の2つに分けて考えてみますと、医療資源に十分にアクセスできない患者側の課題、そして、医師側も提供する医療資源が相対的に不足している、偏在しているところに大きな問題があると思っております。

特に地方部では受け皿となる医療機関が少ないこと、逆に、都市部では医療機関数は満たされているものの、医療機関が開院している時間と働いている忙しい方々が受診できないといった時間的なミスマッチとか、もしくは、コロナの感染の後に広くなりましたオンライン診療というものの自体も、デジタルリテラシーに関する問題で高齢者の方々がなかなか不慣れであるところも顕在化してきていると思っております。

また、医師側も、今申し上げましたように、医師はやはり都市部に偏在化していること、そして、依然として従来の柔軟性のない働き方が残っていますので、こういったところの問題。そして、昨今、医療機関の開設が経営のコスト的な問題などで難しくなっているところが問題となっていると思っております。

そうすると、私たち医療を提供する側、それから受療する患者さんたちの規範となるべき、いわゆるあるべき姿がどうであるかということを考えていきますと、全ての患者さんも時間と場所にとらわれず受療ができる、医療側も場所と時間にとらわれず診療を提供できる、こういった姿をどのように描くかということが課題になると思っております。

それで、一つの課題となるのが「生活動線」という言葉になります。生活動線と言われているところに医療資源を集約することで、医療のアクセス性を最大化していくことが可能なのではないかと考えております。

では、この生活動線と一体どんなものなのかということを少し考えてみたいと思っております。地方、都心部の生活動線の中心は違うと思っております。例えば、地方部では郵便局やコンビニ、大型商業施設などが生活動線の中心であるのに対し、都心部は通勤や通学の中心となっている鉄道網というものを考えますと、駅や駅の商業施設が生活動線の中心になっています。

では、どのようにこういったものを変えていくための生活動線を活用するかということになってきますが、もちろん対面診療というのはある程度ありますが、全ての場所に対面診療を設置することは難しくなりますので、今あるオンライン診療を併用することで、空間的・時間的な障壁を低減するという手法を取ることができると思っております。

そうすると、例えば地方部では散在する医療機関にオンラインでアクセスすることが可能になりますし、さらに、不足する専門科目のような診療科目の医師を都市部から参画さ

せることで協働することも可能になります。また、都市部では出社や帰宅時間などの隙間時間を用いた受療も可能になってきますので、こういった生活動線というものの自体で考えることができないかと思っております。

実際、私たちが今取組をしております「Booth」と呼ばれているようなものを使ったオンライン診療について事例を少し御紹介したいと思っております。

中央線の西国分寺駅のプラットホーム上に、内科の対面診療に加えて、Booth型のオンライン診療というものの自体を取り組んで展開をしております。右のところにありますようなものになります。

では、このBoothはどういうものなのかということについて少し御説明をしたいと思っております。都心ですと、ビジネスユースのいわゆる15分で使うような電話ボックス型のものになります。診療科目としては、私たちは皮膚科、耳鼻科、婦人科を設置しております。

通常のオンライン診療と違うのは、患者さんが直接医師にアクセスするのではなく、Boothの中に入っていただいて、外部にいる医師とつないでいただくことでオンライン診療が可能になっています。

そして、絵にありますように、画面が大きいことで視覚的な情報収集ができること、さらにこの中には、血圧計、デジタル聴診器、ダーモカメラといった非侵襲的な医療器具を使うことで言語化されたものではない情報収集が拡がり、医師にとっても患者さんにとっても情報を伝えやすくなるという物を備えております。

さらに、外部に医師はおりますので、その外部の医師がリモートでこのクリニックの電子カルテにアクセスし、そこに診療録を取る。そして、処方箋を出すことで、このクリニックから処方箋を患者さんにお渡しするといったことを行っております。

実際、Booth型のオンライン診療の実績としては、最大月100名ほどの方が御利用されています。利用年齢層は30歳から40代前半までの方々の受診が8割を占めています。これは、デジタルにリテラシーのある方々がお使いになっているからだと思えます。男女比率は男性と女性でおおむね3対7。この7というのは、婦人科とか皮膚科という比較的女性の方々が利用しやすい診療科目があるからということになると思っております。

実際に使われた患者様たちの声としては、操作が簡便であるとか、医療器具を使って医師側にいろいろな情報を伝えやすかった、そういった前向きな意見をいただいております。

そういうことになりますと、このようなBooth型のオンライン診療としては、生活動線上にBoothを配置することで容易に受診をする機会が多く提供できることになります。また、煩雑な操作も必要ありませんし、大画面や医療器具の装備により患者自身が情報を伝えやすくなるという利点もあります。

また、医師は、場所を問わず、地元だけではなく全国の医師がオンライン診療で参画することも見込めます。また、診療というのは15分で設定をしておりますので、移動するために時間を取ったり、1時間、2時間の時間を取ることなく、短時間で診療に関われるということも柔軟に提供することができております。また、医師側にも、対面診療には届か

ないとしても、大画面や医療機器を活用することで、より情報が対面診療に近くなることで、オンライン診療に参画する医師の増加を見込めるのではないかと考えております。

また、Booth型のオンライン診療はさらにどのような活用の可能性があるかということについて検討しますと、オンライン診療により空間を共有することができ、この下にあります、地方のドクター、地方D to P with 都市部のDということで、複数のドクターが1人の患者さんに診療を行うことができる、そういった絵も将来的には描くことができると考えています。

私たちは診療するときには、いわゆるさじ加減と言われているような経験値に基づくものがありますので、専門性の必要なドクターたちはどうしても都市部に今おりますので、そういったドクターから地方の先生方にそういったさじ加減、いわゆる経験則を輸出することもできるのではないかと考えています。

また、ドクター側のメリットとしても、1つは今後女性医師が非常に多くなることも見込まれていますので、出産や子育ての年齢に達したときに、オンライン診療を使うことによって、キャリアの断絶の回避であるとか、短時間でも診療に関わるようなものを提供することができるのではないかと考えております。

簡単な絵にはなりますけれども、都市型では、鉄道にあるような駅のクリニックが単独型のBoothを管理することによって診療の担保をすることができるのではないかと考えています。

地方では、地元のクリニックに、現行では医師の非常駐型の診療所という形態を取っていただき、コンビニや郵便局にBoothを配置していくことでオンライン診療を完結させるようなことができるのではないかと考えています。

今後の展開を見据えた現行上の課題として今感じているのが、例えば、特例的に医師が常駐しない診療所ということになっても、開設基準が明確ではなく、オンライン専用ブースが単独設置できるのかどうかということがいまだ不明になっております。例えば、診療所の構造の指導基準も今はまだございませんし、開設に必要な申請の項目とか書式も不明となっております。

こういったことを踏まえて私のほうから要望させていただくことに関しては、既に発表された方々と同じように、開設や設置の基準を合理かつ明確に提示をいただきたいということ。

そして、開設に関わってはやはり都道府県も関係してまいりますので、そういったところが判断しやすくなるために、具体的な事例、例えば今回の単独設置型のBoothがどのケースに当てはまるかなども御提示いただくと非常に助かります。

また、実務面ではばらつきが出ないように、申請項目、書式、書類等も標準化していただくと、地方、都心にかかわらず、診療機会に見放された方々に対して大きな助けになるのではないかと考えております。こういったことをお願いできればと考えています。

御清聴に感謝いたします。どうもありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本日は、資料1-5として、大石専門委員、佐々木専門委員連名で意見書をいただいております。

代表して佐々木専門委員より、御説明を3分程度でよろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 よろしく願いします。

「地域におけるオンライン診療の円滑化について」ということで、本日は患者・利用者本位の立場から意見を申し上げたいと思います。

まず、医療法の改正（「オンライン診療に関する総体的な規定の創設」等）についてです。

厚生労働省の提出資料における「オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容体急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受入れの合意等を取付し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする」と記載されていますが、これは現行のオンライン診療指針の記載に比べ、現場の医師としては大きな違和感があります。

具体的には、「容体急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受入れの合意等の取得」という部分についてです。現行のオンライン診療指針では、事前の合意取得は離島などの場合には必要であるという旨の記載となっていますが、これらを地域の制限なく求めることは実質的な規制強化となります。少なくとも現行のオンライン診療指針と同様に対象地域を限定すべきです。また、仮に規制強化を意図するものであれば、その理由を明確にした上で、その妥当性についての検討が必要はなはずです。

また、容体急変の際は救急搬送を速やかに選択できる体制が重要ですが、離島などの場合には受入れ可能な医療機関が必ずしも患者の所在地近隣にあるとは限りません。そもそも、対面での診療においては容体急変時の近隣の医療機関との事前の合意取得は義務づけられていませんが、オンライン診療だけにこの要件を求める合理的理由があるのでしょうか。容体急変への事前対応の必要性そのものをゼロベースで検討すべきです。

次に、「地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする」という記載についてです。そもそも地域医療に与える影響とは、あるいは地域の関係者とは具体的に誰を指すのかを明らかにする必要があります。また、地域の関係者が異を唱える場合には、その異を唱える医療機関や団体等が挙証責任を負うことも併せて明示する必要があると考えます。

続いて、特定オンライン診療受診施設の記載についてです。こちらについても4つの点について整理する必要があると思います。

1つ目は、特定オンライン診療受診施設の開設者・運営者については、受診の場所を貸しているという立場であり、特段の要件を設定する必要はないのではないかと考えています。とりわけ、医療従事者であるということを要件として求める必要はないと考えます。

2つ目です。現状、学校やデイサービスなどを「居宅等」としてオンライン診療を実施

する場合、そこに勤務する看護師が診療の補助行為を行うことはできないとされていますが、これらの施設が特定オンライン診療受診施設の届出を行えば、同施設に勤務する看護師が診療の補助等を行うことが可能になるのかを明らかにしてほしい。

3つ目です。特定オンライン診療受診施設は医療提供施設ではないと認識していることから、いわゆる療担規則による制約はないものと考えてよいのか。例えば、調剤薬局の中に設置することは可能か。

4つ目、特定オンライン診療受診施設の開設者・運営者は、設置届出先の都道府県から指導監督を受ける旨が示されているが、その具体的な基準及び内容は明らかにされていません。オンライン受診の円滑化という、特定オンライン診療受診施設の趣旨を損なうようなものにならないようにすべきです。この4点について明らかにする必要があると思います。

最後に、医療法改正以外の対応についてです。まずは、オンライン診療を活用する上での現場の課題を解決する必要があります。例えば、伊那市のプレゼンにもあったように、患者の居宅前に診療車が到着できない、あるいは駐停車できない場合には、患者の居宅近隣の場所で社会通念上適切と考えられるところも「居宅等」として解釈できるなど、少なくとも現場の運用の妨げにならないよう、さらなる見直しが必要です。

また、診療報酬上の見直しも必要です。例えば、オンライン診療の算定が可能とされていても、睡眠時無呼吸症候群に対する在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料などは対面での診療が要件として定められています。栄養指導についても、対面とオンラインを組み合わせた指導計画の策定が算定要件とされています。糖尿病や高血圧などの生活習慣病に対しては、いかに早期に介入し、脳卒中や心臓病等のリスクを抑えるかというのが重要な対策ですが、へき地などにおいてはこれらの算定要件の制限によって、現状、オンライン診療の特性を十分に活用することができていません。

また、栄養指導においては、対面での診療に関する解釈が、例えば初診は対面でないと算定不可とする都道府県もあれば、診療計画に対面診療が設定されていれば算定可とする都道府県もあり、その解釈には大きなばらつきがあります。

オンライン診療を活用した取組は現行法の解釈通知による運用がなされていますが、新たに特定オンライン診療受診施設の運用が検討されていることも踏まえて、地域におけるオンライン診療の普及及び円滑化の観点から、厚生労働省においては、各地域における各制度の活用実態を継続的に情報収集し、どのようなケースであればどういった制度を活用することが適切であるのかなどを定期的に公式ホームページ上で公表することが必要だと思います。

その結果、都道府県の判断基準及びその運用が合理的な方向で統一化されていくとともに、地域におけるオンライン診療の普及及び円滑化が進んでいくことにより、地域住民にその恩恵が広がっていくものと考えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員からももし追加のコメントがあればよろしくお願いたします。

○大石専門委員 基本的には佐々木先生がおっしゃってくださったとおりなので、特に大きく付け加えることはないのですが、全体感としましては、日本の医療は素晴らしい保険制度があって全国津々浦々で同じ医療を受けられる医療の均てん化が、世界的に見ても非常に素晴らしいと言われていています。

ただ、やはり高齢化と、高齢者はモビリティがないということを含めて、高齢化は患者様だけではなくて、地方のドクターも高齢化して廃業される方もいらっしゃるという状況の中で、均てん化が損なわれているという状況。あとは、先ほどBoothの話もあったみたいに、都会であったとしても今の生活の中ではなかなか受診ができない方々がいらっしゃることを重く受け止めて、これを救うためにオンライン診療というものがあるのだということをもう一回再認識していただき、それをできる限り有効に活用する方法は何なのかという形で法制度をつくっていただきたいと思います。

そういう意味で言うと、特定オンライン診療受診施設の要件が決まっていくということは一歩前進ではあるのですが、それが過度に厳しくなって、結果として使えないものになってしまうことは避けるべきです。具体的には佐々木先生がさっきおっしゃったことです。

また、意見書を書いたときには追加の資料が来てなかったので分かってなかったのですが、特定オンライン診療受診施設の中で看護師さんたちが診療の補助行為を行うことは絶対マストだと思っています。ですから、現行もD to P with Nというのはむしろ進められるべきだということでおられるので、ぜひこれはきちんと実行できるようにしてください。

また、特定オンライン診療受診施設だけでなく、巡回診療の問題とか、診療報酬もオンライン診療に対する診療報酬が高い低いというだけではなくて、それに付随するいろいろなものがきちりとオンラインでできるようにしないと、結局、プロセス全体は患者さんのために使えないので、そこら辺もきちんと使えるように報酬制度を対面からオンラインにということと、あと、各行政区によってばらばらの判断にならないように、ぜひそこら辺を整備していただきたいと思います。

事例に関しては、こういうふうなお困り事があるのだったらこういう使い方があるよというポジティブな形の提案型の事例にすると、オンライン診療がもっと進むのではないかと思います。

以上でございます。よろしくお願いたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、厚労省様から御説明を10分以内によろしくお願いたします。

○厚生労働省（森審議官） 厚生労働省の医政局担当の審議官の森でございます。よろしくお願いたします。

まず、オンライン診療に関する指針でございます。こちらの指針は平成30年に作成しております。1番の点線の四角の中を御覧いただいて、情報通信機器を用いた診療は当時「遠隔診療」としていたのを、新たに「オンライン診療」として定義づけて変更いたしております。

3つ目の○のところ、「最低限遵守する事項」に従ってオンライン診療を行う場合には、医師法20条、無診察診療という規定があるのですが、それに抵触するものではないということを明確化しております。

この指針の中には、下の「3. 本指針のコンテンツ」とありますけれども、オンライン診療の提供に関する事項、オンライン診療の提供体制に関する事項、その他の事項ということで、3つの内容を用意しております。

次のページに参りまして、オンライン診療を提供することが可能な場所についてでございます。そもそも医療を提供することができる場所というのが、下の四角の箱のところ、医療法の第1条の2に規定されております。第2項に、「医療は、……病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設」、それから、「医療を受ける者の居宅等」で受けられると規定されているところでございます。オンライン診療についてもこの整理に従って基本的に整理してございまして、医療提供施設で受けていただく場合、もしくは居宅で受けていただく場合という形で整理することがこれまで必要になってきておりました。

医療提供施設については、例えば「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」という形で通知を発出しております。

居宅等については、基本的には患者の居宅、もしくは療養生活を営む場所として、特にオンライン診療を受診するに当たり適切な環境が担保されている場所であれば可能だという形で通知を発出しているところでございます。

次のページに参りまして、オンライン診療のための診療所についてでございます。1つは、「通知のポイント」の1番、オンライン診療のための医師が非常駐の形の診療所については、必要性があると認めた場合は、特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所を開設することができるというふうに認めております。2つ目、定期的に反復継続して行われることがない場合等については、巡回診療の形で、診療所の開設手続を要しない場合もあるという形で整理しております。それぞれ1と2の絵もありますので、こちらを御参照いただければと思います。

4ページについては、「療養生活の場」の定義として、通所介護事業所や学校、職場以外の場所等についてのQAをこれまで発出しているところでございます。

5ページに参りまして、オンライン診療のための診療所等については実態がどうなっているのかということが、これまで通知等で対応してきている中で見えてこなかったことから、先般、調査をさせていただきました。「①オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況等について」、「②療養生活の場において行われているオンライン診療につ

いて」という形で確認をしております。

こちらは11月末の医療部会に提出させていただいておりますけれども、1つは、公民館等を利用した形のオンライン診療のための医師非常駐の診療所について、現在16か所ある。うち14か所は巡回診療の形式で行われていて、2診療所については対面診療を行わない日において医師非常駐でオンライン診療を行っている。それから、通所介護事業所等の療養生活の場でのオンライン診療については、これまで2件あるという形でデータが分かっているところがございます。

これまでオンライン診療そのものについては、基本的には通知等により対応させていただいてきたところではございますが、皆さんからの御発言にあったように、これからの国民の生活の中で、オンライン診療は基本的には当然一般的に行われていくものになると認識しております、そういう中できちんと法的な位置づけが必要であると考えております。

また、今年の10月18日に、美容医療の検討会でも、一番下の黒ポツのところでございますけれども、美容医療をオンライン診療等で行われる場合に、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」があるのだけでも、その法的な位置づけが不明瞭であることもあって遵守されていない場合もあることが指摘されている中で、きちんと法的な位置づけを行っていくべきだろうと考えたところがございます。

こうしたこともあり、8ページを御覧いただきまして、オンライン診療に関する規定の整備を行っていきたいと考えております。1つは、青い箱の上のほうですけれども、「オンライン診療の定義」を位置づけた上で、○の3つ目ですけれども、オンライン診療を行う医療機関の管理者は厚労大臣が定める基準、これは基本的に今の基準と同じような基準ですけれども、それを遵守していただくこととする。

もう一つが「特定オンライン診療受診施設」というのを位置づけて、下の絵を御覧いただくといいかと思っておりますけれども、真ん中の水色のところに医師の方がいらっしゃって、ここからオンライン診療を行って、患者さんは灰色の別の場所にいるようなケースについて、この灰色の部分「特定オンライン診療受診施設」として都道府県Bに届け出ていただいて運営していただくという形でやれないかということを考えております。

次のページに参りまして、先ほども申し上げましたけれども、左側の「現行」を見ていただくと、現行の医療の提供を受ける場所は、診療所、医療機関と居宅等に限定されている中で、例えば真ん中にある公民館等については、医師が非常駐の形の診療所として届出をしていただくことが基本的な考え方になっておりました。

これについて、特定オンライン診療受診施設というのを法律上位置づけることによって、こうした届出を簡素化して、これから一定の数が見込まれるであろう、こうしたタイプのものに対して対応していこうということを考えているところがございます。

私からの説明は以上でございます。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、これから1時間程度をめどに質疑をしたいと思っておりますけれども、確認のために私から厚労省様に質問をさせていただければと思います。

今回、医療法を改正し、オンライン診療に関する規定を創設することや、その中で特定オンライン診療受診施設という新たな枠組みを設けるということを御説明いただきました。これらを検討するに至る問題点は何だったのでしょうかということです。

例えば、1つは、先ほども御紹介がありましたけれども、7ページ、オンライン診療の美容医療等が広まっているおそれがあるという辺りが問題点だったのかということと、資料の6ページにありますけれども、現行法の解釈・運用では、例えば公民館等を活用したオンライン診療やデイサービスを含めた在宅等におけるオンライン診療が実際のところはあまり広がっていない、この辺りが問題点として挙げられていたのかということ。そういうものはこちらは理解しておりますが、それでよろしいのか。あるいは、別の問題点もあったのかということについて確認をさせていただければと思います。よろしく申し上げます。

○厚生労働省（森審議官） お答えさせていただきます。

今おっしゃっていただいた点のほかにも、例えばオンライン診療についてはそもそも医療法に定義がございません。オンライン診療特有の形態みたいなものがある中で、法律上何ら規定がないというのは、ここから先、オンライン診療が普及していく中で、かなり課題があると私どもは考えております。

今回何施設あるかというのを把握したのも、把握するルートがそもそもない中で把握させていただいています。そういうことも含めて、きちんと必要な形、ルールメイキングを法律上位置づけた上でやっていただいているところを確認できる仕組みをつくっていきたいというのが基本的な考え方でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、早速、質疑に入りたいと思います。

伊藤専門委員、よろしくお願いたします。

○伊藤専門委員 御説明ありがとうございました。

厚労省の資料に関連して、細かい点も含みますけれども、質問をいたします。

まず、先ほども話題に上がりました美容医療ですが、7ページを見ると、オンラインでの美容医療がけしからん、違法であるみたいな形で書いてあるのですが、そもそも対面の美容医療だったらクオリティーコントロールができていのかどうかということも、本質からそれですけれども、確認したいと思っています。

なぜかという、対面であれ、オンラインであれ、必要性が乏しい医療が増えることはいずれにしても望ましくないと思っています。ですので、ハードルを下げることはとても大事だと思いますが、ハードルを下げて悪貨が良貨を駆逐するようなことがあってはいけないと思うので、オンラインで何かが悪いのであれば、例えば美容医療だと、対面ではそんなことは許されないけれども、オンラインだとこんなことがあり得るといった具体的な

ものがあるのかどうか。もしあるようであれば、分かりやすいように教えていただければと思います。

それから、8ページの真ん中の青囲みのところで、今回、新設していただく特定オンライン診療受診施設の内容のところで、4つほど〇があって定義があるのですが、まず「運営者を置かなければならない」と書いてあって、運営者というのは具体的にはどういう人なのか。恐らくそこにいなければいけないという前提ではないと思うのですが、運営者に関してどういう想定をされているのかということです。

それと関わりますけれども、4番目の〇、オンライン診療を行う医療機関の管理者が運営者に対して適合性を確認するとか応答義務ということが、どういう人たちがやっているのかが想像しにくいので、この辺りの要件がなぜ入ってきているのかというところをもう少しかみ砕いて教えていただけるとありがたいです。

それから、9ページの特定オンライン診療受診施設ができますという真ん中の部分のハイライトは分かったのですが、細かいところで、脚注に※2というのがある、「複数医療機関によるオンライン診療が行える場とする、管理医師の確保が困難等」ということで、これは結局、複数医療機関によるオンライン診療が行える場でなくてはいけぬのか、あるいは管理医師の確保が困難でなくてはならないのか。※2は「ただし」、「しかしながら」みたいな限定要件なのかどうかということの確認をさせてください。

以上3点になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、回答をよろしくお願いたします。

○厚生労働省（森審議官） まず、8ページのほうから回答させていただきます。運営者の点についてでございます。運営者については、特段医療系の資格等を求めるとか、そういったことは考えておりません。ここの特定の施設を管理していただく方として登録していただくだけのことを考えているということでございます。適合性とか応答義務というふうに法律的に書いているので仰々しい言葉になっていますが、例えばブースを設置したときに、ブースがちゃんとプライバシーを守られているようになっていますよねということを確認していただくとか、必要性に応じて対応をしていただかなければいけないケースがあるということについて書いているものでございます。

それから、9ページの※2の部分ですけれども、現在は、例えば公民館を非常駐の診療所として登録したとしても、複数の医療機関とやり取りするというのは難しい形になっていました。今回のブースは、違う場所にいるAさんとBさんという違うドクター2人とそれぞれ結んでやれるような形を想定しているという意味で書いているものでございます。

それから、美容の関係の話でございます。美容医療に関して、対面の美容で全く問題がないといったことを言ったわけではなくて、美容でオンライン診療を使って行っていた場合に、画面に出てきている方が医師かどうか分からないとか、実は医師ではなくて、本当に短い期間でぱっと施術を決めてやっているようなケースがあるとか、処方も含めて対応

しているようなケースもあって、そういった部分についてきちんとオンライン診療の指針を守っていただかなければいけないだろうという意味でこの部分は書かせていただいているものでございます。

○佐藤座長 伊藤先生、よろしいでしょうか。更問いはありますか。大丈夫ですか。

ありがとうございました。

今日御説明いただいた方々につきましても、もし追加で質問、コメントがあればぜひ参加いただければと思います。

では、間下委員、よろしくお願ひいたします。

○間下委員 ありがとうございます。

御説明いただきましてありがとうございます。

1点質問があります。今までオンライン診療のところは、医療法の改正をせずに通知とかQ&Aで何とか運用してきたのが現実で、そのためにかなり無理があるような整理をしてきたと認識をしています。法律を変えるのは時間がかかるので、頑張っとうまくやったのだなということは理解できるのですが、今回、せっかく医療法の改正でちゃんと規定していくのであれば、本来、受診場所を限定すること自体の合理的な理由があるのかどうかというのを再度確認させていただきたいと思っております。

今までは、もともと医療法だと定義があるので、その中で運用するためにやってきましたけれども、私もふだんシンガポールなりアメリカに住んでいますが、諸外国で受診場所を特定しなければオンライン診療は受けられないというのは正直聞いたことがないのですね。誰に聞いても笑われるのが正直なところ。「何だ、それは。何かいろいろな政治的な理由なのか、業界的な理由なのか」と笑われるのですが、受診場所が限定されなければいけない、登録しなければいけないような合理的な理由があるのかどうか。そもそも自宅でできるようなことがなぜほかの場所でできないのか。本来的には、先ほどのプライバシーとかある程度の要件を課すことはいいのですが、要件ではない場所的な制限をかける理由が合理的に何なのかということをご教示いただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

先ほどの御説明でも、医療法で医療提供施設というのは病院とか診療所とかと場所が決まっていますよという御説明でしたが、今、医療法自体を改正しようとしているわけですので、ではこの縛りはどうなのだという趣旨だとは思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 御質問ありがとうございます。

医療を受ける場所に関して、どうして医療施設と居宅に限定されているかということをお考えますと、基本的な考え方は、医療を受ける場所については、衛生的な問題、場合によっては必要な構造設備がなければいけない。それから、プライバシー等の確保をしていく必要があるといったことから、場所が今は限定的に列挙されているものだと考えております。

今回は、そういう場所が確保されているのであれば、特定施設について場所はどこどこじゃなければいけないと何ら規制をするものではなくて、きちんとプライバシー等を確保した形でやってくださいということをお願いするだけのものがございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

間下委員、よろしく申し上げます。

○間下委員 そうすると、プライバシー等の要件が整理されるだけで、場所はどこでも全く構わない。これが、例えば先ほど出ているような移動する車であろうと、電車の中であろうと、どこであろうと、一定のプライバシーなり何らかの要件を整理されると思うのですが、そこが満たされればどこでも全く構わないという認識でよろしいのでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 移動する電車のケースがどういうケースをイメージされているのかが分からないのであれですけれども、移動して診療を行う車を一定程度特定施設の類型に当てはまるケースは当然あると考えております。

○間下委員 さっき、何々ということ特定しないで要件を特定するという認識だったのですけれども、結論としてはこういう要件を満たしてれば何でもいいですよという認め方なのか、例えばA、例えばB、例えばC、例えばDみたいに個別に明示していくような形になるのか、どっちなのでしょう。本来的には要件だけを決めればいいはずですが。

○佐藤座長 要件を、一般的な要件が満たされていればいいと考えるか、例えばさっき言われた公民館とか、学校とか、そういう形で具体的な限定列挙になるのか、そういう御質問だと思います。

○間下委員 そうです。そもそも要件さえ満たしていれば例示する必要はないと思っていて、例示するゆえにいろいろな配慮が働いて、そこに限定的になってくるので、要件をちゃんと満たしていれば何かしらの場所を特定する必要はないのではないかと。場所の種類も特定する必要はないのではないかと。ということです。

○厚生労働省（森審議官） ありがとうございます。

こちらが公民館等というのを出しているのは、あくまでも今までいろいろな議論のあったケースの例示として公民館として出させていただいて、基本的に今回考えているのは要件設定をするということでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。非常に分かりやすかったです。

では、桜井専門委員、よろしく申し上げます。

○桜井専門委員 ありがとうございます。全がん連の桜井です。

私から3つほど、今のことに関連してお尋ねさせていただければと思います。

今までも「衛生面」という言葉がよく出てきたなと思ってはいますが、特定オンライン診療受診施設と言ったときに、面積も基準に入ってくるのでしょうか。車両を使った場合だと、面積は実態と全く合わない状態になってしまうのかなと思いました。構造設備と一言で言われていますけれども、こういったときに何をもちょう構造設備と言うのかというところ、特に面積基準に対して教えていただきたいなと思いました。

それから、そういう話で衛生面というところで考えてみると、電車の車内というのはちょっと飛んだ話かもしれませんが、例えば調剤薬局だったら衛生面も確保されていると思いますので、患者さんの利便性を考えたら、そこで診察を受けて、その薬局で薬をもらうこともできるわけで、先ほどの場所の限定列挙になるのかどうなのかというところも関連するかもしれないのですけれども、例えば調剤薬局の中に置くことも可能なのかということについても一つお聞きしたいと思いました。

最後に、今日も鳥羽市の方とか五島市の方たちが本当には素晴らしい取組をされているなと思ったのですけれども、これらの要望の中にも、あるあるだなと私が思ったのは、デジタルを活用した取組なのに書類がローテク、これは結構あるなと思っております。それから、書類が現状と合っていない。先ほども項目のことや事務手続のこととか、事務方に物すごく負担をかけるようなものが多々残っているのではないかなと思っています。こうしたところも、実態に応じた形で、書類関係とか報告の義務とか、その辺も改善することはお考えなのでしょうか。

以上3点お聞きしたいなと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、よろしくお願ひいたします。

○厚生労働省（森審議官） 御質問ありがとうございます。

まず、面積に関しては、例えば私が入らないような面積というものでなければ、特段強い規制をかけることを想定するものではございません。

調剤薬局に関しては、私どものほうで特定施設になれるなれないということ言うつもりはありません。基本的になれるものだと考えております。ただ、ここでよくよく考えていただきたいのが、医薬分業の観点から診療を受ける場所と薬局が結びつくのが本当なのかどうかはいろいろ議論があるところで、その整理は別途あると考えていただければと考えております。

それから、書類については、私どももいろいろ御意見を拝見させていただきました。どの医師が診療しているのかは届け出ただかなければならないと思っています。これは患者さんも住民の皆さんも、この診療所に誰がいるか分からない、どの医師がいるか、資格を持っているかすら分からないというのは不安だと思っています。一方で、書類が煩雑だとか、出す回数、出す様式はいろいろ御意見があると思っています。

ただ、ここについては今かなり地方分権が進んでいて、私どもは県にこういう様式でやりなさいということは一切申し上げていないのです。オンライン診療をやっているケースとか、いろいろ柔軟なケースについては、いろいろな様式で対応するようにしていただくとか、そういうことは都道府県とそれぞれ御相談いただければ一定程度前進できるのではないかと考えています。私どもがこういう様式に緩和しろと言うことのほうが、最近中央集権的だという批判をされてしまうのですね。そういう中で、かなり自由度を持ってやらせていただいていますので、そこは都道府県さんとどんどん御相談いただければと思っ

ています。

○桜井専門委員 ありがとうございます。

今、地方分権ということで分かったのですけれども、そうは言っても、自治体のほうだと、一度作ったものを変えるにも一歩踏み出す勇気がなかなか持てなかったりするかなと思っています。そういうのは、ほかの分野においても今すごく多いのですよね。なので、こんなものという例示でもいいので出していただければ、もっともっとモバイル型に応じた項目になるのではないかなと、資料も実際に見て思いました。そこは厚労省のほうから例示とか手引とか何か出していただけると、皆さんのほうで汗をかく回数が少なくなるのではないかなと思っていますので、ぜひよろしく願いいたします。

1点だけ全然別なのですけれども、先ほどの厚労省の7ページに美容医療のことを触れられていましたけれども、そもそも広告の問題とか、あと私が個人的に思っているのは、美容医療で専門医の資格を持っていない人たちがやっているのは日本ぐらいなのですよね。諸外国は専門医しか美容医療に関われないのが現状ですので、これは専門医機構を含めて厚労省のほうも真剣に考えていただきたいなと思っています。

最近、「直美（ちよくび）」という言葉があって、大学を出てすぐ美容のほうへ行くこと「直美」と言うのですよね。「なおみ」とかいろいろ言っていますけれども、こういう方たちが今すごく増えてきていて問題が多いなと思っていますので、ぜひ厚労省のほうも真剣にこの問題は捉えていただきたいなと思っております。

以上になります。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

規制改革推進会議としては、ローカルルールはできるだけ排除していきたいというスタンスです。例えば、今日の五島市を含めて、自治体でいろいろと御紹介いただいた取組というのは、地方分権だからこそできることもあるかもしれませんが、書類とか手続はやはり標準化していくべきものであります。デジタルの時代でもありますので、これは地方任せにするものではないということです。政策は分権化していいけれども、業務とか手続はある程度標準化していくというのは、ほかの分野にも全部通じるスタンスだと思いますので、そこは御留意いただければと思います。

では、落合委員、よろしくお願ひします。

○落合委員 御説明いただきまして、どうもありがとうございます。

私のほうからも何点かお伺いしていきたいと思ひます。

1点目が、先ほど美容医療について議論があった点で、確かに美容医療はオンライン診療の検討会の際からもかなり問題になっていたように記憶しております。その中で、特に広告等についてもかなり問題になっているように思ひまして、たしか記憶している限りですと歯科の問題で、歯科も結局美容に関わっているところだと思ひますけれども、そこで広告等についても問題が非常に出ていると思ひしております。

一方で、医療広告については、法令に位置づけたことにより、どういう形で執行されて

いて、美容広告に関する問題は既に解決されているのか、これは取締りの件数がどのくらいあって、苦情が減っているのかどうか、この辺りについて一つ教えていただきたいと思っています。

第2点といたしましては、全般的な要件として、今回の資料で御説明いただいた中で、容体急変の場合について受入れの合意という話がございます。しかしながら、これは、先ほど意見書でも大石先生、佐々木先生から御指摘がありましたが、これまでのものよりも、より規制を強化する方向に地域連携を意図しているのではないかと、と思われるような文言になっております。

しかも、実際には診療の内容によっては必ずしも連携体制をつくらなくてもいい場合がある。今日御説明者の中でもそういった御指摘があったと思いますが、一般のクリニックにおいても必ずしも連携体制を求められているのかどうかというと、そうではないということだったように思います。そうであるとすると、なぜオンライン診療の場合にそもそもこういった要件が課されているのかということ自体、最初は慎重にやられたということだと思うのですけれども、本来的には必要がなかったのではないかと、思います。

そもそも規制強化になっているということであれば、全くあり得ないことだと思いますし、むしろこの要件については本日御提案があったように、もう少し整理をして合理化していただくことも大事ではないかと思っております。

第3点といたしましては、地域の関係者との合意というところがあって、その中に医師会等との合意というのが入ってくるのかどうか、ということもあろうかと思えます。この地域連携の要件についてというのが、実際に供給に関する制約につながってくるのではないかと、そうするとかなり高いハードルになるのではないかと、思われますので、この3点についてお伺いしたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、御回答をよろしく願いいたします。

○厚生労働省（森審議官） まず1つは、美容医療の関係でございます。桜井委員も、美容医療に関していろいろ御指摘がございました。1つは、広告に関しては、美容医療に関しては、例えば医師でない者がやっているとか、医療行為なのに医療機関ではないところが広告を出しているとか、幾つかの問題点があると考えております。これらについては、ネットパトロールを強化するとか、そういったやり方で対応していきたいと考えております。

苦情に関しても、現在、2023年で9千件から1万件ぐらいの美容医療に関する苦情が入ってきております。これは2019年と比較して1.5倍弱という形で伸びてきている中で、やはりこの部分についてはきちんと美容医療は対応してかなければいけないということを考えております。今回、法律を改正する場合においては、美容医療についても年1回の報告制度を設けて、きちんと安全管理措置をやっているかどうか、専門医がいるかどうか、苦情相談窓口を置いているかどうか、そういったことをきちんと報告していただくような仕

組みをつくっていきたいと考えているところでございます。

それから、地域の医療機関との連携に関しては、そもそも今やってらっしゃる事業者の方々が地域連携をしていらっしゃらないのかどうかをこちらからお聞きしたいぐらいで、普通は急変時等に対応するために何らかの形で連携を取っていたり、情報を事前にやり取りしていると考えております。

例えば、意見書を拝見いたしましたけれども、全部救急車でいいのだと私どもは考えておりません。救急車は地域の貴重な資源だと考えている中で、例えば急変でも本当に救急搬送が必要な場合とそうでない場合があります。救急搬送が必要な場合は救急対応もあり得るでしょうし、そうではない場合もある。救急搬送が必要でない場合については、患者はどこへ行って何をしたらいいのかということをごきちんと考えなければならないと考えております。

普通の対面診療ではそういうことをやっていないではないかというお話がありましたが、対面診療をやっているときは、急変したときには当該担当の医師に相談することが基本的にできるようになっているわけですが、そういう体制も含めて考えていただいているかどうかも含めて、私どもとしては必要な要請はしていきたいと考えているところでございます。

それから、地域医療への影響、インパクトがどういうことかというのは、先ほど創青会の理事長のプレゼンだったかと思っておりますけれども、都会型と地方型、いろいろあります。都会型であったとしても、例えば診療所が周りに5つあるのに、その真ん中に住んでいらっしゃる方がいきなりオンライン診療をやる必要があるのかどうかも含めて、地域の医療にどういうインパクトがあるかということは考えていかなければならないと思っております。

その部分については、地域医療へのインパクトを考えていく必要性はあると考えておりますけれども、関係者全員の合意を取るかどうかという点については、本当にそこまでやるかどうかについては検討しているところでございます。

以上です。

○落合委員 ありがとうございます。

先ほどのローカルルールを含めてですけれども、ローカルルールの点は、座長がおっしゃられたとおり、まず規制改革会議で意見書もまとめて、ほかの部門でもいただいています。厚労省の中でもものによって、政省令のほうで整備していただいている事例もあるくらいだと思いますので、むしろ技術的事項を投げていくというのは、ローカルで考える頭が少なくなっている、公務員の方も辞めていることもありますし、むしろ一周回って、中央でやっていかないといけない、というふうになってきているように思っております。

美容医療については、今お話しいただいた内容からすると、むしろ法令に位置づけて医療広告を取り締まろうとしたはずなのに、執行もされていないように思われます。特に医

師ではない人が実施しているということであれば、医療広告というところだけを見ればそれの違反ではありますけれども、さらに明らかに医師法に違反するような行為までしていて、刑事告発されるくらいのもも止まっていないのでは、という感じがいたしますので、結局、法律だけ書いてしまうと、むしろたかをくくっている人のほうが得をする場合も出てきてしまいますので。ここは単純に法律というよりかは、そこの執行体制をどういうふうにするのかというのをちゃんと考えていただかないと、最終的な結果は出ないと思います。

これはオンライン診療の検討会でも2018年ぐらいから、当時の金丸さんとかがずっと言われていたことでもありますし、私も申し上げたことがあったような気もしますので、ここは法整備以上に執行体制を、よく考えていただかないといけないと思います。

また、地域連携についても、先ほどの御説明ですと、実際どうなっているのか分からないとおっしゃられていた部分もあると思うのですけれども、分からない中でどういうふうにするのかというのを御検討されるというのは、やや拙速なのではないかという印象も持ちます。

救急隊に関するお話もされましたが、何か相談ができるといっても、例えば病院が開いている時間が5時までの1人の医師の先生のクリニックで、本当に夜に急変したら聞いてくれるのかどうかというところ、対面の場合に特別な体制があるようにはどうにも思われなところもあります。救急隊を使うかどうかというところについては、むしろこっちの連携体制があるかどうか以上に、単純にそのときにどういう輸送手段があるのかという別の話も交ざってきているように思いますので、やや議論が混み合っていて、何をどうしたいのかというのがよく分からないと感じました。

最終的なインパクトの点についてですけれども、5つあるのにオンライン診療を行う必要があるのかという話もされておりましたが、とはいえ、都会の中で5つ近くにあったとしても、仕事の関係上、平日にほかの場所に行っているとか、厚労省で検討して、そういう場合はあるよねと言われていたような場合でも必要な場合が出てくるのは明らかでありますし、さらに地域で全員合意ということになるのだとすると、オンライン診療が著しく難しくなるのではないかという懸念がかなり強く感じられますので、この要件についてはかなり危ない要件ではないかと感じました。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木専門委員、よろしく申し上げます。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私は意見書も出させていただいておりますので、ここで主に2点、口頭で厚労省さんの御見解を確認したい点があります。

1つ目は、看護師さんの関与についてです。オンライン診療指針にはD to P with Nというのが認められているわけですが、厚労省さんの資料の9ページ目の「制度見

直し後のオンライン診療を受けられる場について（イメージ）」を拝見いたしますと、矢印が書かれていまして、※1、管理医師の下で看護師に診療補助行為を行わせる場合等は、見直し後は「診療所」と書いてあるのですね。つまり、診療所でオンライン診療をしない限り、看護師は診療の補助をさせない、できないという整理なのでしょうか。

オンライン診療というのは、基本的には医療機関でなくても居宅等でもできますし、新たに今回特定オンライン診療受診施設でもできると。ここはあくまで場であって、診療するのは医師であって、そこに国家資格を持った看護師がいて、看護師が安全にできる処置がある場合においても、これは場所の要件によって制限を受けることがあるのか。もしあるのだとすれば、その理由は何なのかということをお聞きしたいというのが1つ目です。

2つ目は、容体急変時の近隣医療機関との受入れの合意取得ということに関してです。非常に切迫したオンライン診療のニーズがある地域は、基本的には医療過疎地だと私は思いますし、もちろん都会もあると思いますけれども、医療アクセスの悪い人たちというのは、身体面で問題を持っているのか、時間的な問題があるのか、あるいは限られた診療科であって、そういった意味でのアクセスが悪いのか、あるいは近隣に物理的に医療機関がないとか、いずれにしても医療アクセスに問題がある人たちがオンライン診療を利用したいということですよ。

特に過疎地では医療機関の数自体が限られていますし、もし合意を取得しろと言って合意を取得したとしても、本来機能する医療機関の絶対数がそもそも少ないので、何かあったらそこにしか相談に行くところがないのだとしたら、こういった事前の合意はそもそも必要なかということが一つあります。

先ほど厚労省さんのほうから、何でもかんでも救急搬送すればいいというわけではないだろうという話がありました。それは私もおっしゃるとおりだと思います。では、事前に医療機関と連携していれば救急搬送しなくていいのかというと、全然そんなことはなくて、基本的に救命救急が必要だ、2次救急以上だということになれば救急搬送だと思うのですね。

そうではない場合はどういうケースがあるのか。二、三日様子を見てからもう一回判断しましょうというケースがあるかもしれないし、これは特別な病気かもしれないので専門医を受診しましょうというニーズがあるかもしれません。だけど、これは軽めの救急だから近場の先生に診てもらいたいなものは、もしかすると一定の範囲でオンラインでカバーできるのかもしれない。そんなときも、いずれにしても心配だったら病院に行きましょうということになりますね。

そのときに、特定の医療機関と急変時の受入れ対応をしたときに、どこまでのカバーをすることで連携医療機関は任務を発揮するのかだと思います。容体急変時と書かれていますが、容体急変時だったら、助けてほしいのだったら救急搬送だと思うのですね。そうでないのだったら、受診先をその都度探すということだと思うのですね。

厚労省さんがおっしゃるとおり、救急搬送に依存しない、何でもかんでも救急搬送とい

うことではないですけれども、容体急変時はどうやって病院を受診するのだという、高齢者であれば結局救急搬送しかないと思いますし、医療機関が遠いというときにはどうするのか。搬送者をその都度運ぶのか。でも、容体急変だったらやはり救急車ですよね。なので、この辺りのタームの使い方がすごく雑だなと思います。

ちなみに、私は在宅療養支援診療所を運営してまして、厚労省も御存じのとおり在支診の施設要件の一つは医療機関との連携、病院との連携ですよね。病院と連携することによって、私たちの患者さんたちの急変時は全てその病院が対応してくれるかという、全然そんなことはないです。連携が必要だから、お互いもちろん連携の中で患者さんを診られれば、診療報酬上もポジティブなものがあるので、連携はしますけれども、その中で全てが解決できるわけではなくて、患者さんのニーズごとにその都度最適な連携先を私たちはコーディネートするのですよね。

オンライン診療を担当するのは当然ドクターですから、そのドクターがこれは消化器内科に行ったほうがいいのではないかなと言ったら、最寄りの消化器内科に紹介状を書くでしょうし、これは緊急性がある、容体急変だということであれば、救急車を呼ばなければいけないでしょうし、そこにおいてあらかじめ容体急変時のことを想定して近隣医療機関との受入れ合意を取得しておく必要があるのか。あるいは、厚労省さんがおっしゃるとおり、容体急変時に救急搬送以外の選択肢があるのか。この辺りを明確にしていきたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） ありがとうございます。

まず、地域における合意の話でございますけれども、在支診をやっているということで、病院と連携していくことが重要だということをお認めいただいていると承知しております。

そういう中で、当然、オンライン診療だけでやっている場合については、対面でやらないことも含めて、一定の本当に必要なニーズがあるときには、対面でやれる場所も含めて確保していただくことは重要なことだと思っております。きちんと合意を取っていただいて、「急変時」という言葉がもしあれでしたらあれですけれども、ニーズが高まったときについて対応できるような体制を取っておくことは必ず不可欠だと考えております。

先ほどおっしゃったみたいに、全てのケースで連携している病院が使えるとか使えないという議論ではなくて、必要な準備をしておいていただいて、対面でできる場合には対面の診療所もしくは病院に行ってください。救急搬送が必要な場合には救急搬送も使っていただくということで、オンラインでやっている分についていろいろな形で用意しておくことによって、サポート体制をきちんと取っていくことは必ず必要なことだと考えております。

以上です。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

看護師さんのこと、D to P with Nについてはまだお答えいただけていないという前提で、今の質問に対しての私のさらなる質問です。

そうであれば、もしかして近隣に医療機関のない地域ではオンライン診療はできないという認識なのでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 基本的には近隣に医療機関がない場合についても、どこかの医療機関と連携をしておいていただき、必要に応じてそこを受診できるようにしておいていただくことが必要だと考えております。完璧に本当の近場だけでこういうことが全部成立するとは思っていませんので、まさにオンラインだけで受診されている患者さんに、どこかリアルで行ける場所を用意していただくということが必要だと考えております。

○佐々木専門委員 承知しました。

では、患者の近隣という「近隣」という言葉をここに入れる必要はあるのでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 先ほどおっしゃったみたいに、過疎地で必要なケースについては「近隣」という言葉がふさわしくないかもしれないのは確かだと思います。ただ、一般的にやることを想定するのであれば、「近隣」という言葉が適切だと考えております。その書き方については検討させていただきます。

○佐々木専門委員 現状は離島などに限定されている医療機関との連携という部分が全体的に広げられたというのは、それによって何か不利益事例が生じたとか、そういうエビデンスがあるのでしょうか。現状は、オンライン診療の指針に基づけば、そういったことにはなっていないと私は理解をしています。

○厚生労働省（森審議官） 今回、離島以外に広げるものではございません。今も離島などと書いておまして、こういう形でやらせていただいていますけれども、オンライン診療指針の前段の部分については、疾病に関しては急変が想定され、かつ急変時には他の医療機関に入院が必要になるなど、オンライン診療を実施する医師が自ら対応できないことが想定される場合、そのような急変に対応できる医療機関に対して当該患者の診療録等の必要な情報提供を事前に伝達されるよう、患者の心身の状況に応じて情報提供を定期的に行うなど、適切な体制を整えておかなければならないということを申し上げているところでございます。

○佐々木専門委員 でも、こういう要件をつけると非常にハードルが上がりまして、現状こういったオンライン診療の提供、新しい受診施設をつくったとしても、結局、動かすなということを言っているようにしか聞こえません。

何でオンライン診療がこういう議論が必要で、何でこういう受診施設をつくらなければいけないのかという社会背景を御理解いただけていないのか、あるいは、現場における医療連携が具体的にどのように行われているのかを皆様は御理解いただけていないのか。

机の上で線を引っ張って連携すれば、患者さんはこっちからこっちに行けるというよう

なものではないのですね。患者の診療情報を事前に共有せよと言うけれども、そんなに簡単なことではないのですね。こういうことをやらされると、オンライン診療なんてできません。結果として、救急医療だけに負担がかかって、厚労省さんがさっきおっしゃっていた救急医療の負担という部分がますます大きくなる。何を守るために、何のためにこういうルールをつくっているのか、私は全然理解ができません。

話を聞いていると、地元の医療の既存のシステム、いわゆる既得権益者の方々に配慮して、新しい医療サービスが突然ぽこぼこ生まれるようなことは抑制したいというふうにしか聞こえないのです。例えば、地元の医師会がこういったものに反対をした場合は、できないということになるのでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 基本的には、医療情報等が事前に伝達されて情報提供を定期的に行っていただくような体制を整えていただいているという認識をしております。その上で、今回の整理をさせていただいているところでございます。

○佐藤座長 御質問に答えていただけていないのですけれども。

○佐々木専門委員 D to P with Nのほうについてお願いします。

○厚生労働省（森審議官） D to P with Nについては、with Nの看護師がどういった行為をするかというのをもう少しよく精査した上でやっていかなければならないと考えております。

今回の特定施設で考えているところは、単なるブースでも可能であるとしていることから、一定程度やれることは限定的になっていくものだと考えておりますので、そうでない場合については診療所の許可を取っていただきながらやっていただく方法があるのではないかと考えております。ただ、その線引きについては、どういう形でやるのかというのは今後検討していく点だと認識しております。

○佐々木専門委員 患者の居宅においては、医師の指示に基づいて、看護師は採血をしたり、点滴をしたり、カテーテルの交換をしたり、創部の処置をしたり、ガーゼを巻き替えたり、様々なことをやっています。これが患者の四畳半の非常に狭いスペースでやられているのですけれども、これが特定オンライン診療受診施設というプライバシーが保護された、一定の衛生環境が確保された場所ではやれないのではないかと考える根拠は何かあるのでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） そこについては、特定オンライン診療受診施設の場所の限界がどの程度あるかというのをもう少し精査した上で検討していきたいと考えていますが、基本的には訪問看護等については居宅で行うのが前提になっていて、そういう中でできることを整理したものが看護師ができる範囲だと考えておりますので、それと医療施設でやるものという整理の中で考えていくと考えています。

○佐々木専門委員 そのラインは明確に示していただけるということによろしいのですかね。

○厚生労働省（森審議官） その部分については、制度の施行のタイミングに合わせて

必ず明確に示していくことになっていくと考えております。

○佐々木専門委員 分かりました。D to P with Nがきちんと機能しないと、結局オンラインで医師とコンサルテーションをするだけでは患者さんに提供できる価値は非常に限定的になります。特に離島や過疎地の医療アクセスが悪い場所とか、専門医がなかなか行けない場所とか、そういった場所に必要な医療を届けるというのがオンライン診療に非常に重要なポイントだと思いますので、その機能が発揮されるためにはどういう環境が必要なのかという視点から発想していただきたいと強く思います。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

高山専門委員、よろしく申し上げます。

○高山専門委員 よろしく申し上げます。

今日の議論に加えて、地方の臨床医の経験からコメントさせていただきたいのですけれども、沖縄県はインバウンドも含めた観光客への診療がへき地とか離島の医師にとって大きなストレスになっています。1人しか医師がいないような離島は結構沖縄ではあるのですけれども、観光客のお子さんが風邪をひいたとか、日焼けを痛がって眠れないとか、医学的には軽症なのですけれども、夜間に医師が起こされるようなことが本当に増えています。もちろんそれぞれの御家族の不安は理解できるのですけれども、これが夏休みのハイシーズンに連日となるともう医師が参ってしまうわけですね。結果的に、地域住民への少なからぬ影響となっております。

ここでオンライン診療車が活用されるようになれば、こうした負担が軽減されると期待できます。実際、県内の幾つかの自治体では導入が検討されていると聞いております。加えて、D to P with Nのようなもので、看護師さんがそこに常駐できるようになるところまで進むと、さらに負担軽減につながるのではないかなと期待しております。

例えば、夏休みのシーズンだけでも診療車両を導入して、ホテルの駐車場に横づけするなどしてD to P with Nでやってもらえると本当に助かります。例えば、その場でインフルエンザとかコロナの迅速検査ができるようになると、離島を守る上でも重要な意味を持ってくると思います。

ここで質問ですけれども、こうした活用について、今は診療報酬上難しいところもあると思いますけれども、今後可能としていただけるよう検討を進めていただけるかについてお答えいただければと思います。

次に、鳥羽市さんなどからも御紹介いただいたように、今後オンライン診療というのは地方において不可欠になっていって、様々な展開が行われると思います。オンライン診療車両の活用も代表例ですけれども、3類型というふうに増やしていくということをおっしゃっていましたがけれども、この活用類型の中に明確に位置づけていただければと思います。

沖縄県のへき地で進められているようなオンライン診療の検討では、村内の共同売店を巡回することも計画されているようで、具体的な位置づけをして、安心して市町村レベル

でオンライン車の導入について議論が進められるようにしていただければと思います。

あと、地方で様々な取組も既に行われているわけですが、ぜひ都会の視点で規制を加えてしまうことがないように御注意いただきたいと思います。先ほど厚労省さんのほうから、普通はこうしているはずだというコメントがありましたけれども、その普通というのは、私から見ると都会の視点であることが少なくありません。

例えば、先ほどから議論になって、佐々木先生からかなり詳しく指摘いただきましたけれども、私も同じ印象を持っていて、受入れ医療機関との合意というのは小規模離島ではどだい無理です。でも、皮膚科医とか精神科医のオンライン診療があれば、離島はとても助かります。こうした地方の実情も想定して、柔軟な運用ができるようにしていただくと本当に助かるのですけれども、改めて、小規模離島ではやっては駄目なのか、こちらもお答えいただければと思います。

あと、地域の連携について、現行のオンライン診療指針では離島地域の場合のみについて言及があります。一方で、厚労省さんの資料の記載ではそれより踏み込んだものになっているようです。この点は規制強化とも読めるので、現行のオンライン診療指針どおりに分けて記載すべきだと思いますけれども、この点はいかがでしょうか。仮に規制強化を意図するものであれば、その理由についてもお答えいただければと思います。

最後にもう一点です。救急搬送以外の急変時の対応というのは、具体的にどのようなことを意味しているのか、どういうことを行うことを言っておられるのか、御教示いただければと思います。

まとめますけれども、大切なことは、私はオンライン診療という選択肢を地方のへき地とか離島も含めて増やしていただくことが大事だと思います。そのためにも、今日の御発表を含めて広く運用実績を収集していただいて、規制をかけ過ぎることがないように、地方の足を引っ張ることがないように切にお願いしたいと思います。

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、御回答をお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官） 離島を含めて地方での対応をきちんとできるようにという御意見をいただきました。そもそもオンライン診療が始まったのは、離島等を含めてなかなか医師が確保できない地域等においてきちんと医療に対するアクセスを確保するという視点から行ったものでございます。そういった観点から言えば、当然その考え方の原点に立ってやっていかなければならないものだと考えております。

もともとのオンライン診療指針の解釈について、いろいろ御議論があると考えておりますが、私どもは先ほど読み上げた部分については全体として一体的なものだと考えておまして、もともと医療機関について連携していただくのは前提になっていると考えております。この点について、離島の中にほかに診療所がないときにどうするかということについては、別途もしくは個別に相談させていただければと考えております。

それから、with Nの診療報酬については、取れない取れるみたいなので報酬上の取扱いについて疑義がある御意見があるように受け止めております。この点について、そんなに制限があるようなものではなかったりするのですが、もう少し整理させていただいて分かりやすくすることは必要なのかなと感じているところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

高山先生、いかがですか。

○高山専門委員 ありがとうございます。

あと、後半に御質問した離島地域のオンライン診療指針について、厚労省の記載でかなり踏み込んだことになっていると思いますけれども、この点についてのお答えはいかがでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） 失礼いたしました。ちょっと分かりづらかったかもしれませんが、もともとのオンライン診療指針のところに書いてある連携してくださいというのと、急変時の対応について医療機関との合意を取っていただくというのは、一体的なものとして私どもは考えておまして、基本的にオンライン診療をやっていただいているところについてはやっていただいている前提で考えております。

そういう中で、今回の特定施設についてもやらせていただきたいと考えているものでございまして、離島の部分でどうするかというやり方については、個別もしくは別途相談させていただければと思います。

○高山専門委員 分かりました。

最後に1点だけ。これは離島だけの話ではないと思うのですよね。へき地はたくさんありますし、診療所が周りにあるようでも夜間は開いていないとか、様々な条件があって、しかもその状況は全国的に広がっていくところだと思います。あまり離島を特出しして議論するよりも、日本全国津々浦々、平板に使えるような指針をしっかりとつくっていただくようお願いしたいと思います。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間も限られてきましたので、杉本委員、時田専門委員、お二人の質問をまとめて厚労省さんに回答いただくようにします。

お願いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

厚労省さん御提出の資料の9ページを見ながら質問させていただきます。特定オンライン診療受診施設が規定された後、これまで職場、介護事業所等は「居宅等」と分類されてきたわけですが、この表を見る限り、引き続き職場とか介護事業所の利用者に向けた診察であれば、改めて特定オンライン診療受診施設としての届出は不要であり、そのまま「居宅等」という分類のまま、新たな届出等は必要ないという理解でよろしいのかというが1つ。

ただ、※3がついている矢印を見ますと、利用者以外の地域の方にも開放したいようなときには、改めて特定オンライン診療受診施設になるというような意味で矢印が斜め上を向いていると思うのですけれども、職員とか利用者以外にも利用対象者を広く変えたいときには改めて新しく届出等が必要で、特定オンライン診療受診施設としなければいけないという理解でよろしいでしょうかというのが1点目の質問であります。

2点目は、これまで特定オンライン診療受診施設という規定がなかったところで、医師非常駐のオンライン診療のための診療所という枠組みがつくられて、今年の1月から開設が可能になったと理解しておりますが、今回の医療法の改正がなされますと、この枠組み自体は廃止されて、特定オンライン診療受診施設というものに一本化されるのか、また、医師非常駐の診療所は別物としてそのまま維持されるのか、その点についても教えていただきたく存じます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、時田専門委員、よろしくお願いします。

○時田専門委員 ありがとうございます。

今の杉本さんに少し似通った質問になりますけれども、4ページの厚労省の資料に「職場やデイサービス等」とあります。通所介護事業所等という「等」には、介護サービスの中で多様な療養場所として認定される可能性のある、例えばショートステイとか小規模多機能型居宅介護といったサービスも含まれると認識してよろしいでしょうか。

同時に、そういう場所がオンライン診療と同等として認められるのであれば、そこで訪問診療や往診といった医療の提供も可能になるのでしょうか。この点について伺いたいと思います。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、まとめて回答をお願いいたします。

○厚生労働省（森審議官） 杉本委員の御質問でございます。まず、9ページの資料の「居宅等」に現在職場等が入っているけれども、これは新しい施設ができたとしてもそのままなのかという御質問でございますけれども、こちらについては基本的に今までの整理と同じで、変えないことを想定しているところでございます。職場等については、引き続き「居宅等」として扱えないかということを検討中でございます。

それから、外から連れてきて利用者を増やしていくような場合は特定施設にする必要があるのかという御質問でございますが、外の一定の数の利用者を用意するような場合については特定施設に該当するのではないかと考えているところでございます。

それから、時田委員の「等」に何が含まれるかということでございますが、介護事業系のサービスでデイ以外のものについてもどういうものがあるかというのは、今整理しているところでございます。

ショートの医療の提供については、別途、どういうケースについて提供できるかどうか

は別に整理したものがございますので、どちらかというところの整理は基本的には変えないという形で想定しています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時田専門委員、どうぞ。

○時田専門委員 非常に矛盾していると思って今お話を伺いましたけれども、通所介護より長期的な居宅と同等の療養場所としてショートステイというのは在宅の高齢者にとつたら非常に重要な場所です。通所介護をオーケーにして、ショートステイは今までどおりというのは全く理屈が通らないと思います。これはぜひ同等であるという見解を今後御提示いただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

杉本委員、お願いします。

○杉本委員 2点目の質問についてもお答えいただくとありがたいです。医師非常駐のオンライン診療のための診療所という枠組みが、今回の新しい定義によって一本化されるのか、別の枠組みとして残るのかという点についてお願いします。

○佐藤座長 お願いします。

○厚生労働省（森審議官） 失礼いたしました。医師非常駐の診療所についても、一定のケースについては必要になってくるものと考えております。これは別にオンライン診療だけでなくてもいろいろ使われているケースもありますし、今回のケースに関しても、場合によっては必要に応じて使っていただくことを今のところ検討しているところでございます。

それから、時田委員のショートに関しての御意見でございますけれども、私どもはショートが云々かんぬんということで理屈的に申し上げてるのではなくて、デイサービスについてはこれまでオンライン診療の位置づけについて議論があつて、そこについて少し整理してきたという経緯がある中で、ここから先、さらにショートとかを含めてどういうものをどういうふうにしていくかということをお私どもの中でこれから整理させていただくということをお申し上げたものでございます。

以上です。

○杉本委員 ぜひよろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、間下委員から最後に御質問がありまして、1つは緊急時の対応というところで、読み上げますけれども、居宅や就業場所でのオンライン診療は事前に地域の医療機関との調整・情報共有が求められるのに、特定オンライン診療受診施設では求められないのはどうということなのかということです。この点についていかがでしょうか。居宅で言うと、今、連携と言っているけれども、特定オンライン診療受診施設のほうはどうなのだという御指

摘だと思えます。お願いします。

○厚生労働省（森審議官） 1番の関係ですけれども、現状でも、居宅等についてもオンライン診療である限りについては同じように連携というのを求めさせていただいています。

○佐藤座長 分かりました。では、どちらも同じ扱いだという理解でいいですね。

○厚生労働省（森審議官） はい。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

落合委員、よろしく申し上げます。

○落合委員 どうもありがとうございます。

幾つか、特定オンライン診療受診施設のほうについても要望をいただいていたようなところについて、改めて確認したいと思っております。

資料1-2の五島市のほうから御提案をいただいているところの要望事項の1つ目として、オンライン診療の専用診療車の円滑な活用が可能となるように、特定オンライン診療受診施設の設置要件を必要最低限として、実施回数・場所の制限や巡回診療届のような提出物を不要にさせていただきたいということで、人手がどうしても足りない中で書類ばかり作っていて、それで仕事ができなくなってしまうというのはかなり本末転倒のように思っていますので、こういったところは業務を効率化していただくことが非常に大事ではないかと思っております。この点をどうお考えになるかというところをお伺いしたいと思います。

第2点としましても、伊那市のほうでも、車両内で診療を行うか、看護師が機材を宅内に持ち込んで診療を行うかというのが想定であってという中で、自宅診療をしたのかを区別して記録・管理するようになるのかなり煩雑になると思われる。特定施設になった場合でも、使用したかどうかの区別をなしとさせていただきたいというところがあって、先ほどの点とも関連するところがあると思うのですけれども、無駄な記録を作って、後でその記録を作るためだけの記録になっていて、例えばそれがフォローアップされないことになると、社会的な損失としても非常に大きいのではないかと思います。こういった点は、ぜひ業務を効率化していただくということは御検討いただけないかと思いますし、これは大石委員、佐々木委員の意見書の中でも同一の問題点は示されていると思っておりますので、こういった書類物については、網羅的かつ包括的に、不要なものを不要だというふうに整理していただくのが必要だと思いますが、いかがでしょうか。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○厚生労働省（森審議官） もちろん、設置要件等については必要最低限のものにさせていただきたいと思っておりますし、回数等についても特段そういったことを想定するものではないですが、オンライン診療の実施計画については一定のものを出していただくことが必要だと考えております。

あと、居宅でやった場合かどうかについて、煩雑だというお話がありましたけれども、ここについてはきちんと記録を残していただかないと、場合によっては報酬の請求でも異

なってくる場合がありますので、そういったものをごちゃ混ぜにするのではなくて、そこはきちんと整理しておいていただくことは必要なことだと思っております。

以上です。

○落合委員 ありがとうございます。

前向きに御回答いただくのかなと思ったら、ほぼゼロ回答だったのかなという気がいたしましたので、結局、いろいろ資料を作ってくださいということで、もちろん診療報酬の要件になっていたりするような場合に何らか区分ができるというのは最低限必要だと思いますけれども、そういった正当化できるような理由がない場合に、もしくは訪問することによって何らか加算されている場合でもないときに、追加して記録しておいていただくというのは必ずしも必要ないように思いますし、そもそも医療法でやられている話は、健康保険のレベルとまた別だと理解してしまっていて、これは自由診療も含めた規制だと思いますので、そういった中で、なぜ診療報酬のほうがあるからそれをつけないといけないというのも、御説明になっていないように思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、最後に何かありますか。

○厚生労働省（森審議官） 後ろ向きに聞こえたのであれば、私の言いぶりの問題があると思いますが、必要なものは必要ですし、必要でないものはなくして最低限のものにしていきたいと考えております。

報酬上必要なものは、別に医療法の世界であろうが、健保法の世界であろうが、必要なものだと考えておりますので、そこは医療機関にとって必要なものだという整理でございます。どちらの法律に基づいてということをお願いしているわけではないです。そこは、医療法上、必要なものは別途整理させていただきた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。

お時間が過ぎておりますので、この議題はここまでとさせていただければと思います。

取りまとめというか、1つ最後に私のほうからまとめさせていただきますと、まず1つ言えるのは、現場の多様性というものを考えていく必要があると思います。何人かの委員からも御指摘がありましたけれども、ややもすると我々の議論は東京目線なのですよね。でも、地方の状況は違うということ。近場の医療機関と連携を取れと言われても、そんな医療機関はないですよ。離れたところの医療機関とやったとしても、そこに必ずしもお医者さんが常にいらっしゃるというか、常に開いているとも限らないということもあります。かといって、離島だけに同じことが言えるわけではなく、同じような問題をいろいろなへき地、山間地域、ある地方圏なんかでもあり得るだろうということになりますので、そもそも現場は多様であるということをも踏まえる必要があるかと思えます。

我々規制改革推進会議のスタンスは、どちらかというと多様な現場に寄り添うというか、

それを尊重する、その実態を踏まえた上での規制改革を考えていくというスタンスであります。

もう一つ、今回は厚労省さんから前向きなお話をいただいたと思っております。例えば、医療法にオンライン診療に関する総体的な規定を創設するとか、こういったところは一步前進だと思います。あと、特定オンライン診療受診施設の設定とか、こういったところは明らかな進歩だと思います。

ただ、神は細部に宿ると言いまして、制度設計はしたけれども運用はどうなのだ、運用のところで実はいろいろなそごがあるのではないかと。厚労省さんの資料で※印のところに細部がありまして、例えば、先ほどから何人かの委員が御指摘になっていきますけれども、オンライン診療を行うに当たって地域医療に与える影響とか、地域医療の関係者とか、厚労省さんの意図としては、まさに地域医療構想を進めているように、地域医療というのは様々な主体が連携して提供するものであるという理念の下でそういうことを進められようとしているのは分からないではないのですが、それは制度をつくる側はそうかもしれないけれども、実際、現場になってしまうと、先ほど佐々木委員からもありましたが、地元の医師会に対する配慮とか、そういった使われ方になる可能性もある。それは当初、厚労省さん御自身が意図しているものとまた違うと思うのですよね。こういった細部において、本当に運用が円滑にいくかどうかということは考えていく必要があるのではないかとということ。

それから、先ほどローカルルールのお話をしましたけれども、実際に現場が様々ということもありまして、許認可を含めて運用のところは都道府県に委ねる面もあるかもしれませんが、それを都道府県に丸投げしてしまうと、様々な手続とかこういったものはローカルルールがはびこるということで、これもこれでオンラインをせっかく進めようとする事業者にとってみればハードルを上げることになりかねないかなという気がしております。

また、特定オンライン診療受診施設に関する基準として、これをうまく使うという視点が必要で、D to P with Nについて言うと、看護師が診療の補助行為を行うことができるようにするというのが本来あるべき姿かなと考えます。せっかく新しい診療受診施設をつくるわけですから、これを普及させていくことが求められるということなのかなと思います。

あと、今回、五島市をはじめ幾つかの自治体で、オンライン診療車についてもいろいろな実績を御紹介いただきましたけれども、これらもこれからいろいろな地域で導入していく、あるいはますます発展させていく上に当たっても、基準の明確化と、居宅なのか、そうではないのかというところで、看護師さんが家に行って治療をすれば在宅医療になってしまうし、車のほうに来てもらってやるとオンライン診療になる。この辺りは、本来現場は連続的に変化しているのに、制度がそれを分断してしまっているということは、運用にとっては大きな妨げになるのかなと思いますので、この辺り、多様な現場の実態を踏まえた上で、どうやったらオンライン診療がそれを求めている人たちに届くのか、それは東京

の話だけをしているわけではなくて、地方においても届くのかなということは考えてもらいたいということ。

それから、都心部についても、今日Boothの紹介がありましたけれども、働いている人たちは病院に行く時間がないので、私もそうですけれども、そういう働いている人たちの目線に立った、彼らの生活動線に即した形でのオンライン診療の活用も視点として求められるのかなと思います。

まとめますと、いろいろ言いましたけれども、どうやって円滑に運用されるのか、どうやってオンライン診療を普及させていくのか、そういう視点が求められるかなど。安全性を強調すると、あれは駄目、これも駄目になってしまうので。もちろん安全性は大事ですけれども、利用者の利便性という問題で、患者目線に立った普及促進が必要かなと思います。

最後一言だけ、美容医療については様々な問題があることはもちろん存じ上げておりますが、それはオンライン診療の問題と考えるよりは美容医療自体の問題であり、既に法的な枠組みがあるわけですから、それを適切に執行していくという視点が必要ではないかと思いました。

なかなかまとめが難しいのですけれども、以上をまとめとさせていただければと思います。

それでは、厚労省さんにおかれましては、本日議論を全体的に受け止めて、検討いただけるということになりましたので、ただ、今申し上げたとおり、しっかりとオンライン診療の普及促進につながるような形での検討をよろしくお願いいたします。

では、議題1はここまでとなります。議題1に御参加された方、今日は非常に貴重なお話をいただきましてありがとうございます。現場の声がよく伝わったと思います。ありがとうございます。

議題1の方々はこちらで御退室いただいて結構です。改めまして、本当にありがとうございました。

(議題1 関係者退室)

○佐藤座長 委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の関係上、御質問ができなかったということにつきまして、明日までに事務局に御連絡いただけますと、質問・コメントにつきましては事務局から厚労省へまとめて連絡させていただきます。

では、議題2に移りたいと思います。

議題2は「規制改革ホットライン処理方針」です。事務局から簡単に御説明をお願いいたします。

○事務局 資料2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・グループの事務局より所管省庁に再検討を要請する事項として○が2件、再検討の可否を判断するため、本ワーキング・グループの事務局が提案内容に関する事実

関係を確認する事項として△が5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す。

ただいまの御説明に御意見、御質問はありますでしょうか。大丈夫ですかね。

では、議題2はここまでとさせていただきます。

それでは、本日はこれで会議を終了とさせていただきます。予定を20分超過しましたけれども、本日も御参加いただきましてありがとうございます。速記はここで止めてください。