

## 第20回 医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1．日時：平成30年9月18日（火）15:00～15:59

2．場所：中央合同庁舎第4号館2階全省庁共用第3特別会議室

3．出席者：

（委員）林いづみ（座長）、森下竜一（座長代理）、大田弘子（議長）、野坂美穂

（専門委員）川淵孝一、後藤禎一、土屋了介

（事務局）田和規制改革推進室長、窪田規制改革推進室次長、大森参事官

（説明者）黒木春郎 日本オンライン診療研究会会長

来田誠 日本オンライン診療研究会事務局長

佐々木健 厚生労働省医政局医事課課長

4．議題：

（開会）

1．「オンライン医療の普及促進」について

（閉会）

5．議事概要：

大森参事官 定刻になりました。ただいまより「規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ」の第20回を開催いたします。

皆様には御多忙の中、本日は御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は江田委員、森田専門委員が御欠席となっております。また大田議長に御出席いただいております。

さて、今回の議題は、お手元の資料にありますとおり1件でございます。「オンライン医療の普及促進」についてとなっております。

ここからの進行は、林座長にお願いいたします。よろしく申し上げます。

林座長 ありがとうございます。お久しぶりでございます。

本日は議事に入ります前に、本日から当ワーキンググループの新しい専門委員として、富士フィルムの後藤禎一取締役常務執行役員に御参加いただいておりますので、後藤専門委員から一言、御挨拶をお願いいたします。

後藤専門委員 ただいま御紹介にあずかりました、富士フィルムの後藤でございます。

今、メディカルシステム事業部を担当しております、前任の戸田副社長が退任しましたので私が指名を受けました。

つい6月までは、日本画像医療システム工業会の副会長もやっておりました。私が得意な分野は医療機器と医療IT、そちらの方はある程度の専門知識は持っておりますので、よ

ろしくお願いいたします。

林座長 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速議事に移ります。

本日の議題は、先ほど御紹介のありましたとおり「オンライン医療の普及促進」についてでございます。本件は、当ワーキング・グループにおいて第2期の最重要テーマとして議論を重ねてきました件でございます。

今回は、その議論の結果として規制改革実施計画に盛り込まれた項目のうち、オンライン診療のルールの適宜更新に焦点を当てて、フォローアップを行うものです。

オンライン診療の普及促進には、臨床現場の声を反映したルールが必要となります。まさにその必要性を踏まえて、オンライン診療を実際に行っている臨床医の団体であります、日本オンライン診療研究会において、臨床におけるオンライン診療の手引を検討されているとのことでございます。

今後、厚生労働省において規制改革実施計画の実行、すなわちオンライン診療のルール見直しに当たって、大変参考になるものかと思えます。

本日は日本オンライン診療研究会を代表して、黒木春郎会長と来田誠事務局長様にお越しいただきました。

それでは、資料をもとに御説明をよろしくお願いいたします。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 皆さん、こんにちは。今日はこのような機会を頂き、誠にありがとうございます。日本オンライン診療研究会会長の黒木と申します。

日本オンライン診療研究会（来田事務局長） 本日はお招きいただきありがとうございます。事務局長を仰せつかっています、来田と申します。よろしくお願いいたします。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） それでは、お手元の資料に沿いまして、臨床の現場からオンライン診療をどのように使っているか、その事例の紹介とともに考察を加えていきたいと思えます。

私は千葉県のいすみ市で13年前に診療所を開設いたしました。私は千葉大学の出身で、出身地は東京で、いすみ市と別に地縁・血縁があったわけではないのですが、要するに地域のプライマリーケアをやりたいと。最初に来る患者さんがどんな状態で来るかを自分が実地で見極めて、かつ、そのプライマリーケアの現場から様々な情報発信をしようという目的を持って診療所を開設いたしまして、数名の同好の士と一緒に運営しております。

いすみ市は人口が4万弱、日本の典型的な地方の町です。ただ、小児医療には非常に力を入れていただいて、小児用のワクチンはほとんど全てが無料です。

私の診療所はいすみ市にあるのですが、小児科の専門医を3名有しております。小児科の専門医師がいる施設は、私のところ以外では50 km先の鴨川の亀田総合病院と、千葉市の千葉県こども病院です。私は亀田総合病院の医師もしておりますので、二次医療圏は50 km先というところで地域医療を展開しております。

オンライン診療に関してなのですが、私は2016年にオンライン診療を取り入れたのです

が、今年の4月に保険収載されまして、オンライン診療を実際にやっている医師同士、その情報の交換と、そうした現場の医師からの情報発信をする組織が必要だろうと考えまして、来田先生らとも相談して、日本オンライン診療研究会というものを立ち上げました。

これはオンライン診療を実際に使っている医師が、どんな事例がオンライン診療のよい適用であったか、有効であったか。そういった事例の集積と経験の交換、さらにはそういったものを外部に向かって情報発信をしようというのが目的です。

約10名の発起人の先生方に集まっていただきました。発起人の基準は、保険診療の中でオンライン診療を年間100名以上行っている。これで選びました。使っているベンダーは様々でございます。

私たちの会で、臨床におけるオンライン診療の手引というものを作成する予定であります。これはどういうものかを考えているかといいますと、オンライン診療の適用となる疾患、あるいは経験した事例、具体的な典型的な事例、この事例はどのような点がオンライン診療の適用であったか。そして、オンライン診療を取り入れてどういうところが有効であったか。こういったまず事例の集積。そこからガイドラインあるいは手引のようなものに至るようにしたいと考えております。

私たちが考えている手引というのは、厚労省から今年の3月に出されました「オンライン診療の適切な実施に関する指針」との関係はどういうものかと考えますと、3月の指針というのは、これは臨床の医師から見た視点ですが、オンライン診療というものが医療の中でどういう位置づけをされているか。いわば医事法の中での位置づけ、医療の中でのオンライン診療の位置づけというものになると思います。

この指針自体は、これによってオンライン診療が日常診療の中に位置づけられるということは私たちはわかったのですが、しかし、この指針を読んでも、具体的にどうオンライン診療を運営するかというものは書かれているわけではない。それはこういった指針がつけられる背景の違いというものもあると思います。

臨床の医師の現場の実際から、こういった事例を集めてこういったものがオンライン診療の適用か、そういった手引のようなものをつくって、それがいわば厚労省の3月の指針を補う形で、この2つがうまく組み合わさることによって、オンライン診療の適切な実施が行われるということを考えております。これから、事例を集積しながら、各発起人同士あるいは会員同士で、情報を交換し集積していこうと考えております。ここまでがオンライン診療研究会として、これからやろうと考えているところです。

それでは、実際に私たちが経験した事例というものをここで簡単に御紹介いたします。

私が小児科の医師で、いわゆる小児科のプライマリーケアですので、そういった日常的な診療の患者さんが多いということ。それと小児の過疎地域に位置しているのですが、そういった特性もあるということをお理解ください。ただ、ここで御紹介する事例は、私の診療所の特性に特別限ったことではないということと言えます。

最初の「【患児】1歳・女児・喘息。」ですが、これは1歳の女の子がぜんそくで、ぜ

んそくのお子さんというのは、大体夕方から夜間に発作になるのです。苦しくなります。昼間は結構けろっとしているのです。月に1回以上発作があれば、長期管理といって予防をしなければいけない。しばらく投薬する必要があるのですが、この方は大体夕方のクリニックが終わる直前の時間に飛び込まれて、何とかそこでしのぐのですが、しばらくするとまた直前に来られて、話を聞くと実は夕べも亀田の救急に行ったのです。そこで帰ってまた夕方に来るということを何度も繰り返していました。

つまり、普段は一見何でもなく見えるのですが、夕方になって発作になってそれを繰り返してしまう。こういう患者さんはアドヒアランスと言いまして、要するにきちんと通院できていないためにこういうことが起こってしまう。

何でこうなってしまったのかとお母様にお話を伺うと、その子は双子で、しかも上にも幼児のお子さんもいて、自分もフルタイムで働いて、つついクリニックに来るのを逸してしまう。発作になって慌てて救急外来を受診するというのを繰り返しているわけです。

この方には、まず長期管理すれば、救急外来を受診することはなくなるからと話しまして、ある程度状態を自分のクリニックで安定させました。その後、なかなか通院が大変でしょうから、こういう方法がありますけれどもいかがですかと言って、オンライン診療を勧めました。この方はオンライン診療の受け入れが非常によくて、オンライン診療、対面と交互に繰り返しまして、非常にアドヒアランス、診療の継続もよくなりました。その後、発作はほとんどありません。

この方は要するに、いろいろな御事情で通院が困難になってしまうので、オンライン診療を取り入れることによって、患者さんにとって通院支援のツールになっている。こういった事例と言えらると思います。

「【患児】6歳・喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー」の子は、多彩なアレルギー素因を有している。非常にアレルギー素因が多いと、ある程度専門的などころでないとならぬ診療はできないのです。この方は御実家がうちの診療所のそばで、御実家に帰られたときにうちを受診されました。話を伺うと、実は現住所は2県先なのですが、そこではこの子のアレルギーを見られるクリニック・診療所はないと。アトピーも食物アレルギーもうちでは見られませんと言われたのです。御実家に帰られるときに、うちである程度コントロールして、食物アレルギーもアトピーもよい状態まで持っていきました。

その後は、要するにうちに来するには2県先から御実家に帰らなければいけないのですが、ある程度安定させた後は普段は現住所で、要するにオンライン診療ですから、モニター上の画面で顔や皮膚の具合を見て、症状を聞いて、安定していれば治療を継続する。1か月か2か月ごとぐらいに御実家に帰られたときに実際に対面して、必要であれば血液検査等を行うという診療を継続しています。この人は非常に状態がよくなりました。

このような例は、専門施設が近隣になくて、遠方まで行かなければならない。こういう場合に直接来ていただいて、ある程度状態を安定させた後は、対面の診療は間隔をあけら

れる。オンライン診療によって治療を継続できる。こういったよい例だと思います。

その下の「【患児】12歳・男児・神経発達証・(ADHD)」の子は、いわゆる発達障害です。注意欠如・多動性障害。学校で落ちつきがなくて、衝動的な行動をしてしまう。それで医療機関を受診されます。こういったお子さんも、こちら側である程度コントロール可能となれば、あとは微調整で済みます。そして環境整備などをしていけば、診療を継続できます。

この子は学童で、診療所の行っている時間に来るには学校を休まなければいけない。ある程度状態がよくなると、学校を休みたくないのです。土曜日なんかもうちはやっているのですが、なかなか今度は部活もあるとかお稽古もあると、普段のことを休みたくない。状態もよくなっていますから、できるだけ学校とか日常的なことは続けたいという御希望があります。結構そういう希望をされる方は多いです。こういった方も、オンラインと対面を組み合わせて、安定したところでオンライン診療に移行して、モニター画面上で問診をして状態を確認。実際の対面は隔月でよろしいと思います。これで患者さんの通院の負担は減らすことができたと思います。

こういった患者さんを自分で診療して改めて気がついたのですが、お子さんはオンライン診療のときに家庭からアクセスする場合があります。画面上でお父さんとお母さんとお子さんで、私たちのところにアクセスをするわけです。そうすると、診療所で見るとはお子さんの表情が違うのです。非常に和やかでにこにこしている。私らは改めて、お子さんは診療所に来るときはすごく緊張していたのだということがわかりました。これはオンライン診療をやってわかったことです。在宅医療と似ている面があります。患者さんの日常生活に触れることができる。これがオンライン診療をやってわかったことです。

次のページの「【患児】7歳男児・慢性じんましん。」の子は、慢性のじんましんで、急性であればその場で終わってしまうのですが、1か月以上続く場合は治療の継続が必要です。3か月ぐらい治療を継続するのですが、その間にじんましんが再発しなければ治療は終了できます。そうすると、通常通院しているときは、患者さんの具合は安定しているわけです。何でもありませんでしたと言って、診療所に来てまた帰る。こういう方もある程度安定したら、オンライン上のモニターの画面上で今、どうですかと聞いて、大丈夫ですと。もしその間に途中でじんましんが出たら、それはスマホで写真を撮っておいてもらって、それをオンラインの画面に添付してもらいます。そうすると1週間前にじんましんが出ました、今、おさまりました、こういうことがわかります。これも問診と写真で診療は継続可能なオンライン診療のよい適用だろうと考えました。

「【患児】15歳・アレルギー性鼻炎・舌下免疫療法。」の子は、アレルギー性鼻炎で舌下免疫療法というのをしています。舌下免疫といいいますのは、アレルギーの抗原を杉なら杉、ダニならダニのもとになるものをべろの下に置いていくのです。そうすると段々発症しなくなるという治療法です。これも最初に舌下免疫を始めるときに、べろの下に抗原を置きますからちょっと違和感が出ます。その違和感のところを通り過ぎると、あとは投

薬を継続するだけです。毎日投薬して3か月くらい続けます。

患者さんにとっては、治療継続の間は自分は何でもないわけです。元気で診療所や病院に来て、何でもありませんと。これを継続するわけです。そうしますと大きな病院だと3か月処方ぐらいするのです。でも3か月分、90日分の薬をもらってそれを毎日家でやれるかということ、段々やらなくなってしまう。月に1回はドクターと対面するのが望ましいと思います。

しかし、月に1回、何もないのにクリニックに来るかということ、なかなかそれで来づらくなる人もいます。そこでこの舌下免疫の方にも、うちはオンライン診療を導入しております。そうすると多くの方が負担なく通院できて、しかも月に1回ドクターと話をすることで、治療のモチベーションも維持できる。

自分のところもそれを導入しましたら、うちの発起人になっていただいています山下先生が、実は先行してアレルギー性鼻炎の「舌下免疫療法におけるオンライン診療の有効性」というものを学会発表されています。杉の舌下免疫、これはシダトレン®という薬剤名ですが、対面診療だけで行った場合と、遠隔診療、これはオンライン診療と読みかえていただいていた結構ですが、これを比べています。

このページの下グラフですが「薬切れ30日」と書いてあります。つまりこの舌下免疫の薬が切れてしまった。30日たったその方々が、治療を継続できているかどうかを対面診療とオンライン診療で比べたものです。山下先生の診療所では、この赤い線がオンライン診療です。オンライン診療の方は94%が持続できる。薬が切れてももう一回続けられるのです。対面の方は83%になっている。薬が切れてしまって30日がたって、対面の方は2割ぐらいは途絶えてしまう。そういったデータで、診療の継続という点でオンライン診療が有効であったという御発表です。

「【患児】14歳・重度心身障害・」です。うちの診療所が小児医療の過疎地に位置していることと、それから小児医療の中で、重度心身障害という方がいらっしゃいます。こういった方はいろいろな原因で小児期、乳児期からいろいろな障害が重なりまして大きくなるのですけれども、ほとんど全介助です。段々お子さんも大きくなって親御さんも一緒に年をとる。何名かの方は医療の継続が必要です。

うちの医療圏が30 kmぐらいで割と広いのですけれども、10数名の重心の方がいらっしゃいます。中には継続的な医療が必要な方がいらっしゃって、その場合は全介助ですから、1人のお子さんを連れてくるのに親とヘルパーと一緒に来る。

この方は10年来うちに通っている方なのですが、親とヘルパーさんで月に1回通院しています。この方にはオンライン診療を勧めました。状態は大体落ちついていますが、ただ投薬なり治療は必要です。3か月に1回ぐらい血液検査も必要な場合もあります。そういった方には1回対面に来て、ある程度評価をして、採血も必要であればやる。1か月後は安定していればオンラインで、そのときに投薬の状態を確認して投薬を継続して、検査結果もオンラインでお話しします。処方箋と検査の結果は郵送するというふうに進めておりま

す。こういった患者さんが何名かいらっしゃるのですが、こういった障害児者の方にはオンライン診療は大変感謝されました。

下の図がうちのオンライン診療の成績なのですが、うちは千葉県で外房地区のいすみ市にあるのですが、この赤いところがうちのクリニックです。分布は結構近い人もいます。それから都内とか南の方は鴨川か館山という50 km以上先です。あとは都内あるいはその先まで分布しています。

ですから当院の場合オンライン診療は、遠方の方もいらっしゃいますが、それだけではなくて必ずしも遠方でなくても、いろいろな意味で通院困難であるという方にも適用が有効だと考えております。

次はうちの患者さんの内訳なのですが、利用者数は大体月間20名ぐらいで、疾患としてはベースの疾患の数にもよるのですが、アレルギー性鼻炎とか神経発達症なんか結構多いです。年齢は乳児よりは3歳以降が割と多いというところではあります。これは疾患の特性によると思います。

この下は他科です。他の医療機関の先生方からお話を伺った例です。

内科は生活習慣病あるいは痛風です。これも一定数慢性の疾患で継続した診療が必要ですから、アドヒアランス、患者さんの通院を維持するためにオンライン診療は有効であった。アレルギー性疾患、花粉症は舌下免疫で有効であったという例です。

次のページをご覧ください。精神科、例えばうつ病、これもアドヒアランスを有効にして、画面上で問診して診療が確実にできれば、オンライン診療のよい適用である。パニック障害もそうです。あるいは強迫性障害といまして、家にいて、手を何度も洗ってしまう人がいらっしゃいます。そういう場合には、家庭の中で洗う場面が出てきてしまうわけです。そうするとオンライン診療で家庭での様子を映しながら、そこで手を洗うのは我慢しなさいという指導ができる。これは来田先生がされていますが、こういった使い方もよい適用だろうと考えております。

その他の対象疾患例としては、皮膚科で湿疹で、ある程度診断できるというところ等々が挙げられると考えております。

次のページをご覧ください。これはオンライン診療を実際に活用している医師にお話を伺いました。

最初は、オンライン診療をどう活用しているか、対象となる疾患や病状に関しては慎重に判断している。オンライン診療の場合、この疾患はオンラインの適用だというよりも、その患者さんがどういう状態であれば適用であるか。こういう考え方がより適していると思います。疾患や患者さんによってオンライン診療の有効なタイミングや頻度は異なる。精神科や小児科において、家庭の環境や様子が見える、これまでにない重要な情報を得られるようになった。オンライン診療というと、対面診療に比べて情報量が少ないと思われがちですが、そうではないと思います。これは入院診療、在宅、外来のそれぞれの情報量が少ないか多いかというところではなくて、いわば情報の質が異なると言えるでしょう。

家庭でのリラックスした様子がわかるというところでは、オンライン診療の特性があると思います。

患者さん側の反応を見ると、最初は医師の提案に戸惑う方もいらっしゃるのですが、実際に使われた患者さんは皆さん、満足度が高い。これはオンライン診療を私が導入したときに、これを使う患者さんは、対面の診療とモニターの画面上の医師と話をすると実際どう違うのだろうと。どう考えるかということに興味があって、導入した当初から、患者さんへのインタビューという研究をやりました。これは共同研究を筑波大の看護系の研究者と一緒にやっていました。

「オンライン診療を利用者はどう受け止めているか」です。20名の小児の患者さん、その保護者の方に半構造的インタビューと申しまして、質問を決めてインタビュアーがインタビューするというものです。これで患者さんの保護者の方の感想、御意見を伺ったものが次のページに簡単にまとめてあります。

利用者・保護者が感じていることとして、日常時間が節約できる。仕事や学校を休まなくても済むし、待ち時間がない。これはかなり有効で、特に私のところは小児科で、冬なんかはインフルエンザがはやって、その中で慢性の方を見ると待ちたくない行きたくないということで、やめてしまいましたという方もいらっしゃる。病院に行ったらインフルエンザをもらってしまうとよく言われるので、そういう場合に非常に有効です。隔離といっても限界がありますから、これは非常に保護者の方にはよかったです。

医師との話し合いは、しやすいという方もいるし、しにくかったという方もいらっしゃいます。画面越しの診断には限界は感じられる。微妙な話があるときは来てもらうことが多いです。処方箋に関しては郵送されるのですが、郵送は結構不便で、オンライン診療で画面の診療が終わって、処方箋を印刷して郵送するわけですが、処方箋が着いてまた薬局に行く。しかもうちなんかは田舎ですから、着くのに2日で、またその薬局に行くとそばの薬局に薬がない場合があるのです。更に手間がかかるという御意見は結構あります。

お子さんの様子は対面診療のときよりもリラックスしている。逆にちょっと緊張してしまうお子さんもいらっしゃいます。

総括いたしますと、インタビューさせていただいた方の全員がオンライン診療の継続を御希望されています。皆さん、オンライン診療と対面診療は違うということは認識されています。必要に応じて使い分けたい。患者さんの方はそのように考えていらっしゃいます。

今は小児科と内科系の話でしたが、少し在宅医療に関して話題を提供いたしますが、在宅医療というのもオンラインが非常に有効ではないかと思います。オンライン診療が今のようになる前から在宅を行っている先生方は、結構御自分の携帯なんかで、先駆的にやっていた先生もいて、小笠原文雄先生という方は2017年に御本を出されたのですが、小笠原先生は10年、20年以上前から御自分の携帯で在宅の患者さんとやりとりをして、今でいうオンライン診療をやっていた。小笠原先生は、遠隔医療で在宅医療で看取りもできる。地元のかかりつけの先生と連携しながら、何例もやったとおっしゃっていました。



在宅なんかはいろいろな労力が大きいですから、医療スタッフが回ることで、うちも少し在宅をやっているのですが、田舎だと余計に手間がかかりますので、医療スタッフが回って血圧なり何なりバイオマークをとって、それを医師に集約するという使い方は有用だろうと考えております。

最後のページですが、30年3月の厚労省からの「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に対して、せん越なのですが、コメントをさせていただきますと、これによってオンライン診療の基本的な概念は確立された。私たちもこれに準じてオンライン診療はできると考えました。

ただ、これを私たち臨床医が読みますと、3月につくられた時点で、オンライン診療のイメージがまだ不確定だったのではなかったかと思うのです。つまりかなり幅広い、患者にとって有益なものから怪しい医療をするものまで、かなり幅広いオンライン診療をイメージされてこの指針を書かれているのではないかと。

安全性とか有効性ということに関しては、オンライン診療でも対面診療でも同じではないか。対面診療でも同じことが言えることに関しても、オンライン診療に関して研究をされている面もあると思います。

こうした指針に対して、私たちが臨床医の側から事例を集めて、具体的にどういうところがオンライン診療の適用であるか。それから、疾患によって適用ということを考えるのではなくて、その患者さんがオンライン診療の適用であるか。つまり、この患者さんは入院しなければいけない、これは在宅でいけますと。それと同じように、この患者さんの今の状態であったらオンラインでいけるでしょうという考え方が、これからは必要になってくるのではないかと思います。

最後に、お話ししたことですが、オンライン診療というのが入院、外来、在宅に続く第4の医療となる可能性を秘めていると思います。しかも、この方法というのは患者志向であり、患者さんの通院支援の強力な方法になると考えますので、是非日本の地域医療の中で、適切な位置づけができるようになればと思っております。

以上です。御清聴ありがとうございます。

林座長 黒木先生、ありがとうございました。

それでは、御意見、御質問をよろしくお願いいたします。

森下座長代理 大変いい現場のお声を聞かせていただいて、ありがとうございます。

最初の御質問なのですが、今、オンライン診療研究会にどのぐらいの会員がなっているのかをお聞きしたいと思います。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 今、会員の申込みを始めたところで、申し込まれている方は100名ぐらいです。もう少しいますかね。

来田先生から。

日本オンライン診療研究会（来田事務局長） 会員の管理をさせていただいております。5月から一般の会員の募集を開始しております。現状、オンライン診療はこういう議論が

されるように、議論の中にあるものと考えておりますので、会員の要件というのを実際にオンライン診療をやっている先生で、かつ、現状は保険診療をしていただいている先生というところで限らせていただいて募集をして、現時点で120医療機関程度の入会の申込みを頂いている状況でございます。

森下座長代理 ありがとうございます。

2点目として、確かにおっしゃるように今の厚労省の手引というのは、どちらかという一般的な話を書いているので、実際の診療の状態とみると、これでは不十分だろうというのはおっしゃるとおりだろうと思うのですが、一方で各専門学会もありますので、今、見ていると私の専門領域の高血圧とか脂質系、あるいは認知症とかいろいろある中で、これはなかなか申し訳ないですけれども、学会等の連携をしないガイドラインは普及しないですし、現実問題として、高血圧学会であれば今、家庭での血圧測定というのも第一義的に置いているので、非常にオンライン診療が生きる要素がある反面、そこを無視した形では現実的には手引としてはなかなか難しいのではないかと。

そういう意味では、オンライン診療としての専門性の部分と、各疾患の専門性というのをうまく統合しなければいけないのだろう。これは厚労省さんに御質問なのですが、今後オンライン診療を普及させるためには、今、お話があったように疾患ごとに、かなり細かい手引をつくっていかなければいけないのだろう。在宅診療であれば老年学会であり、あるいは高血圧学会等、これは厚労省の方からそういうのをつくってもらうように要望を出していかなければいけないのではないかとこの気もするのですが、一つはそういう要望等を是非出していただけないかということ、少し考えていただければという御質問をしたいと思います。

佐々木課長 厚生労働省の医政局医事課長でございます。

今の御指摘は、大変重要なことを御指摘いただいていると思いますけれども、我々としても、オンライン診療に関するガイドラインをまさに3月に出したばかりです。それから、診療報酬上の取扱いというのも新しいルールができてきたところでございますので、冒頭にも御指摘もございましたけれども、常に点検していくことは重要だと思っています。

その中で、今日御指摘いただいているのは、疾患別、もう一つ言われたのは患者さんの状態というお話もされているかと思いますが、そういった視点でどういうことができるかというのは、常に考えていこうと思っておりますので、今、具体的にこういう形ということではありませんけれども、今の関係学会との連携という御指摘は大変重要な点だと考えております。

森下座長代理 患者さんという点では、認知症だったり、特に躁鬱病なんかは私はかなりオンライン診療では気をつけなければいけないのではないかと考えているので、子供のところを含めて、ある程度本当に疾患ごとに、細かいところも将来的には要るのだろうということで、是非早急なところで、普及し始めたら早目に用意しなければいけないのではないかと考えています。逆にオンライン診療推進の方も、そういう研究会の方でもそういう御

意見等をいただければうれしいと思います。

もう一点は、現在の指針の中で一番現実味がないと思っているのは、同一の医師が診なければいけないということ。これはこれからの働き方改革の中で、1人の医者がずっと診るといのはかなりしんどいと思うのです。大学病院なんかは特に日ごとで決まっていますし、私も診察としては火曜日しかいませんし、そういう意味でいくと、チームとしてこれからは診ていくという発想が重要なので、これは次回以降の指針の改訂の中で、そういうチーム医療というのはしっかり入れてもらう必要があるのではないかと思うので、ここも御意見を厚労省にお聞きしたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

佐々木課長 厚労省医事課長でございます。

同じように重要な御指摘と思っています。現状のオンライン診療の指針の中で、在宅医療に関してはチームで診察を行っているというケースもございますので、そういったことについては言及をさせていただいているところでございます。

このオンライン診療に限らず、今、働き方改革で様々な視点がございますので、そういった医療を取り巻く環境に応じて、指針というのは適切に見直しを必要に応じてやっていくということだと思っています。

森下座長代理 働き方改革は佐々木課長のところだと認識しています。よろしく願います。

林座長 黒木先生、お願いします。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 森下先生、御質問ありがとうございます。

まず、学会との連携という点ですが、先生が御指摘されたのと同じことを私たちも考えておりました。研究会から各学会へ、どういう連携ができるかという連絡を出して、私も幾つかこれから相談に伺うところです。将来的には私らで手引を出したら、ガイドラインを出している学会から査読をしていただくとか、先生が御指摘のようにそれぞれの専門学会でオンライン診療の部門をつくっていただけるようになることが、一つの目標としております。

同一医師に関しては私も臨床の医師としては同じで、結局入院だって外来だって同一の医師が診ているわけではありませんので、ある程度、医師患者の関係が確立できれば、オンライン診療だから同一医師に限るというところではなくてもよろしいのではないかと思います。

以上です。

林座長 ありがとうございます。

皆さま、学会との連携の必要性について一致されておりぜひ進めていきたいと思っています。また、指針については毎年改訂ということになっていると思いますので、是非、同一医師条件の見直しも、優先検討課題として御検討いただきたいと思っています。

それでは、そのほか御質問を。どうぞ。

土屋専門委員 土屋です。

1点、コメントです。今、森下先生がおっしゃった、指針の方には余り具体的なことを書いてしまうと、かえって今の段階では縛りが強くなってやりにくくなるのではないかと。厚労省がつくられた指針は指針で、大ざっぱなところの方がむしろ現状ではよろしいのではないかと私は思います。

具体的なところでは、1回に要する時間がどのくらい今までにかかっているかということと、今、出た他の職種との関与ですね。看護師とか薬剤師とか、その辺の関与が現状ではどうなっているかを教えていただければと思います。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 御質問ありがとうございます。

1回の時間は、大体通常の外来診療と同じくらいですので、患者さんによりけりですが、5分以内です。あとコンピューターを入れて立ち上げて落とす時間がちょっとかかります。そこは対面よりも手間がかかるかもしれません。

他の職種との連携ですが、うちは具体的には医師の外来診療しかやっておりませんが、使い方によっては、これはオンライン診療と言えるかどうかはともかくとして、在宅なんかですといろいろなスタッフの方が回ってバイオマーカーをとる。医師同士、メディカルスタッフ同士で意思疎通を図るようなネットワークをつくるという使い方の例はあると思います。

日本オンライン診療研究会（事務局長） 来田でございます。

我々のクリニックでやっている事例で申し上げますと、いわゆる精神科診療と禁煙治療というものをオンラインで提供しているのですが、精神科治療に関しては、医師による診察の後、いわゆる心理職、臨床心理技術者によるカウンセリングというのを提供しております。これをケースによってはオンラインで提供しているということもあります。これは対面の外来と同じ構造ですので、それをオンラインに置きかえているというようなイメージになってまいります。

禁煙治療に関しては、厚労省のガイドラインに一例として挙げておられますけれども、禁煙外来はオンラインで全て完結をするものを我々のクリニックでは提供しておりまして、健康診断を受けていただいている方なんかのデータをもとに、合併症の危険性がないかどうかというのを評価した上で、禁煙外来というのを提供しております。これも禁煙指導を医師が一から全てやるということではなくて、いわゆる禁煙指導師、看護師ですけれども、そういった者がお薬の副作用について説明を試みたり、禁煙をできているかどうかということの励ましをオンラインでやったりというようなところで、一定の効果を上げているという状況でございます。

林座長 土屋先生、どうぞ。

土屋専門委員 先ほども出たように、在宅ですとマジョリティーが、認知症の方とかあるいは体が動かないという方が多いので、在宅の方を以前ヒアリングしたときには、薬剤師さんとか看護師さん、ケースワーカーの働きが大きいと。今後ワークシフティングを考えると、その辺も加味してオンラインを最初から考えた方がいいのではないかと思います

ので、是非御検討いただければと思います。

林座長 ありがとうございます。

では、川淵先生、お願いします。

川淵専門委員 1つは黒木先生に御質問、もう1つは厚生労働省の佐々木課長に御提案です。

4月の診療報酬改定で黒木先生に聞きたいのは、26ページの最後の方に「一方、保険点数の仕組みは病名（疾患）別である」とありますが先生の2年前から始められたオンライン診療は、保険診療でやっておられるのか、自由診療でやっておられるのか。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 保険診療です。電話再診です。

川淵専門委員 電話再診の枠組みでやっておられるのですか。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 今まではですね。4月に保険の枠ができてからは、保険の適用になる疾患はそれを使っています。ただ、あの保険のオンライン診療管理指導料は、特に私は小児科なので、あれを使える患者さんは非常に限られています。てんかんを有している患者さんぐらいで、小児特定疾患が入っていますが、ああいう患者さんはほとんど通常の診療の中にはいらっしゃらない。だから、あの保険の枠は余り活用できていないのが現状です。

川淵専門委員 そうすると4月以降で結構厳しく疾患を限定しましたが、適用外の疾患については、今は、電話再診の枠組みでやっておられるのですか。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） そうです。

川淵専門委員 すごく不便ではないですか。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） だから運営上は不利です。要するにクリニックの運営上は、オンラインを入れないで対面診療をやった方がいいわけです。

川淵専門委員 もう一つは、佐々木課長に御提案です。国のガイドラインの適用対象は、11ページには疾患名については1行だけ。12ページに適切な例ということで、生活習慣病等の慢性疾患とあるだけです。

これに対して、黒木先生から御提案いただいた、この手引には個別具体的に生活習慣病のみならず、小児とか精神科の疾患もみんな入っています。例えば、生活習慣病だったら12ページ以降に、具体的にいろいろな文献まで入っています。

そこで提案ですが、手引を後ろにくっつけば、このガイドラインはmuch much betterになると思うのですが、御見解はいかがでしょうか。

林座長 よろしくお願いします。

佐々木課長 医事課長でございます。

今、ガイドライン、診療の手引も作成途上という話をまず承っていたと思いますので、今後その成果については我々も注視してまいりたいと思っております。

今、御指摘の点に関しては土屋先生の御意見もあったので、どの程度この手引を精緻化していくのかということは、こちらの会議の方でも見解を整理していただきたいと思いま

すけれども、いずれにしましても、我々は患者さんであるとか、実際に診療されている先生方が非常にわかりにくいということについては、少しずつ整理をしていくという方向でございますので、それが指針本体の見直しという宿題もあるという御指摘も頂きましたけれども、それ以外にもそういったことをわかりやすくしていくということは、引き続き考えていきたいと思っているところでございます。

林座長 今の点は、私どもの方も規制改革項目では、このオンライン診療のルールの適宜更新の中で、医療関係者がより利用しやすくなるように、実務上の細かな疑問に対応できるQ&Aなどを作成するというところで、ガイドライン本体の毎年の見直し以外に、QA集の作成ということを規制改革項目としておりまして、これについて厚労省でも取り組んでおられるということだと理解しているのですが、現時点では、このQA集の方につきましてどのようなアウトプットを検討されているのでしょうか。

佐々木課長 医事課長でございます。

今の御指摘に関しまして、どういう形で出させていただくのかというのは、まだ整理し切れておりませんが、いずれにしましても、宿題となっていることについては認識しておりますし、今日も幾つかの質問が具体的に出ておりますし、先生方がまとめていただいた中で、少しでも明確化できるものはしていくということだと思っておりますので、そういう意味では形はいずれにせよ、何らかのものは少し出していこうと考えております。

林座長 議長、どうぞ。

大田議長 今日はありがとうございます。

3月のガイドラインを拝見して、率直な印象として、オンライン診療がそもそも医師の働き方改革のため、あるいは医師の不足する地域において有用というところで始まっていて、医師の側、供給側の話だけになっています。患者志向、患者の側にとってどうなのかという視点が出ていない。医師不足等に対応するためにやむを得ずオンライン診療を使うならこういう点を注意せよという留意点が前面に出ています。

しかし、今日お話を伺ったように、オンライン診療を使うことで、治療の持続性が高まるとか、あるいは日常生活の状況を把握できるとか、オンラインという手法を使うことによって情報の質が異なるのだと思います。

したがって、ガイドラインの見直しをしていただくときに、こういうケースではオンライン診療は患者にとって有効である、という視点を是非入れていただきたいと思います。日本オンライン診療研究会の資料の最後に「オンライン診療は患者志向・患者通院支援である」とありますが、こういう側面は重要だと思しますので、是非お願いしたいと思います。

この観点から、Q&Aを策定するときには、是非今日日本オンライン診療研究会から提示された手引も含め、臨床現場の声を参考にしてQ&Aをおつくりいただきたいというのが1点目の要請です。また、オンライン診療の実例はこれから積み重なっていきますので、是非定期的に現場の方と意見交換、情報交換の場を設けていただけないだろうか、これが2

点目の要請ですが、いかがでしょうか。

佐々木課長 医事課長でございます。

1点目の御指摘に関してでございますが、我々も今日いろいろな視点で指摘を頂いたと思っています。例えば、まさにオンライン診療をやられている先生方との意見交換は大事ですが、森下先生から御指摘があったように、専門学会との連携という視点も大事だと思っております。

我々もやり方はいろいろとあると思いますが、いずれにしても役所が机の上だけで考えてできる話ではございませんので、現場の先生方、それから、御指摘いただいた患者さんにとって利便性があるということも、今日も幾つかエビデンスを少し見せていただきましたが、こういったものは活用しながらできるだけ、ある意味適正にやっていただくということは大事だと思っておりますので、そういう視点も踏まえて、今日頂いた宿題に関しましては、きちんと検討をしていきたいと思っております。

大田議長 よろしく申し上げます。

林座長 ほかにございますか。どうぞ。

森下座長代理 議長の御意見に追加になるのですけれども、オンライン診療は始まる前は、どちらかという対面診療の補完という要素で、対面ができればオンライン診療がなくても全部いけるのではないかという印象があったと思うのですが、実際に今日のお話とかを聞いていて、始まってみると、オンライン診療だからできる分というのはありそうなのです。

発達障害であったりとか、あるいは精神疾患とかは、むしろ医者の前でない方が確かに言えるようなこともあるので、オンライン診療でこそ出る部分もあるのかと。

今までの考え方の中で、要するに対面のどこがオンライン診療に置きかえられるかというところの部分と、もう一個はオンライン診療ならではの部分というのも積極的に評価をして、お話の中で第4の診療であるとかも出ましたけれども、確かにそういう要素も疾患によってはあるだろうと思うので、この辺も関連学会等でしっかりお話を聞いてもらって、むしろオンライン診療を組み合わせの方が、積極的にやった方がいいところなんかはむしろ例示してもらえれば、オンライン診療のメリットは生きてくるのかと思っておりますので、その辺もお願いしたいと思っております。

林座長 いかがですか。

佐々木課長 非常に具体的な御指摘を頂いたと思っております。いずれにしても先ほども御指摘がありましたが、患者さんにとってどうかということと、それが症例報告程度では少し厳しいと思いますが、また具体的なエビデンスを関係する先生方から頂きながら、いろいろな見直しをしていくということだと思っております。

林座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。どうぞ。

川淵専門委員 9月9日に近畿医師会連合定時委員総会があり、そこでも和歌山県の先

生から、離島・へき地医療に資することが原則であり、特別な例は拡充すべきだという  
ような御指摘があったように聞いています。今の黒木先生のお話を聞いていても、診療圏  
を見ますと、港区や淡路島の患者もおられて、まさにこれがオンライン診療のメリットか  
なと思いながら聞いておりましたので、現場の医師会の先生方の意見も是非反映して、よ  
ろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

林座長 どうぞ。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 港区の方は、私が漢方薬を子供に取り入れて  
いるので、そういうある専門性みたいなものを求めてこられています。

淡路島の方も、この方もわざわざ来ていただいたのですが、この方もある特殊な疾患に、  
地元の京都大学医学部とうちの診療所で、併診してしばらくやっていました。その方は地  
元に帰しました。それは私の漢方の特殊性みたいなものもあるのですが、そういうのを求  
めてこられる方も確かにいらっしゃいます。

川淵専門委員 そうすると、この淡路島の方は、6か月に1回通院されているのですか。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） いや、その方は2回ぐらいは実際に来られて、  
2回ぐらいオンラインでやって、あとは安定したので、地元の開業の先生にお返ししまし  
た。

川淵専門委員 お返しされたのですね。わかりました。

林座長 どうぞ。

大田議長 先ほどオンライン診療について、診療報酬になるときの条件で「同一医師」  
ということが出ましたけれども、「緊急のときは30分以内に駆けつけることができなくて  
はいけない」という要件も私は気になっています。例えば、東京で港区から30分で行ける  
場所という結構大変なのですよ。これも現場の声を聞きながら、是非御検討いただけ  
ればと思ひます。

佐々木課長 医事課長でございます。

余り縦割りとかとまた言われるとあれなのですけれども、私は今日は医事の方だけでご  
ざいますので、今のような御指摘があったということは、しっかり担当の方には伝えたい  
と思ひます。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） コメントを追加でよろしいでしょうか。

港区の方はそばにも診療所が幾つもある。ただ、うちの房総半島なんかは小児科の診療  
所がない。もともと対面診療でも1時間ぐらいかけてみんな来ているわけです。そこの縛  
りというのは私には分からないです。

以上です。

林座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。それでは、私からちょっと伺わせていただきたいと思います。

せっかく御専門が違うので、黒木先生と来田先生の両方から御意見を伺いたいのですが、



本日のパウポの資料の25ページの矢羽のところの2つ目と3つ目に、指針についての御意見が書かれている点について、より具体的にこういうことという点がありましたら、それぞれ御意見を頂きたいということと、実際にオンライン診療を行っていらっしゃる臨床医の立場から、オンライン診療はどのように活用するとより有効だとお感じになっているかということ、最後に教えていただければと思います。お願いします。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） 御質問ありがとうございます。

私から指針に関して、私たち臨床の医師から見ると、オンライン診療の安全性とか有効性に関しての指針の記載が、オンライン診療に特化したものではなくて、対面診療でも同じことではないかというのが幾つかあると思います。そういう点です。

それから、初めのところで、オンライン診療は医師の不足する地域において有用という序文がありますが、これはそうとも限らない。へき地遠方と限るわけではないということ。そういったところがまず挙げられると考えています。

オンライン診療の活用方法ですが、先ほど森下先生から御指摘いただきましたように、むしろ対面診療の補完ではなくて、オンライン診療だからこそできること。これは私たちが実際に臨床で使ってみて、だんだん見えてくるのではないかと思います。さっき言った家庭での様子がわかるなんてことも、やる前は気がつきませんでした。そういったことも含めて、オンライン診療の特性を医療の中に生かせる。これは事例を集積して、考えていきたいと思っています。

日本オンライン診療研究会（来田事務局長） 私の方から申し上げたいところは、同一医師とか議論された部分もそうですが、ガイドラインの中に有効性・安全性についてのエビデンスに基づいた医療が必要であるとか、あとは治験や臨床試験等を経ていない安全性の確立されていない医療を提供するべきではないと記載をされているのですが、これはまさに対面診療や入院診療であっても、同様にこれを考えてやるべきものですので、オンライン診療に限って、フォーカスする必要が正直あるのかということところは疑問でございます。

特に在宅医療をやるに当たって、何か治験や臨床試験みたいなものをしっかりやってということなのかというと、そういった経緯ではないと伺っておりますので、そういった部分に関しては御再考いただけたらと考えております。

2点目の、具体的な疾患に関する記述に関して申し上げますと、一部禁煙治療であったり、あとはすべきでないというケースに当たっても事例が記載されていたり、あとは御指摘があった中で生活習慣病等という記載がありますけれども、その記載がございますと、どうしても我々臨床医としては縮こまって、ここに書いてあること以外は難しいのではないかと感じてしまう。

例えば、禁煙治療に関しても、禁煙治療だけは全てオンラインでやってもよいと捉えてしまって、ほかで同じような構造で同じような治療ができるケースがあったとしても、こういうものに明記されてしまうと、以前の通知の解釈等と同じで、書いてないものはやっ

てはいけなくなってしまうという懸念がございますので、それもあって我々は臨床の診療の手引というところで、個別具体的なものを目指してまいっておりますので、そういったところも御検討いただけるとうれしいと思います。

林座長 オンライン診療をどのように活用すると、より有効であるかという点はいかがでしょうか。

日本オンライン診療研究会（来田事務局長） 我々、特に精神科目線で申し上げますと、白眉であったのは強迫性障害の治療というところかと思えます。黒木先生から御案内もありましたけれども、なかなか在宅で手を洗ったり鍵をかけたりするのを我慢できない病気というところで、それ自体が外出を妨げてしまうのです。鍵の確認をしている間に予約の時間を過ぎてしまったということが起こってしまいます。結果、おいでになれなくて、投薬も切らしてしまっていて治療が悪化するということもたくさん経験しております。

そういった中で、在宅で治療を受けていただける。その診察の中で、この30分は私と一緒に我慢しましょうというようなお話をすることで、医師患者関係というのはより強固になると感じておりますし、治療の継続率も当然よくなります。

患者さんもオンライン診療を使う方が症状がよくなると実感されると、当然これを望まれるので、こういったものを自由診療、この枠組みでもそうですし、1つ先の保険診療の枠組みでも使えるようにさせていただけたらと思っております。

林座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。是非厚労省様にも、今、いっぱいメモをとってくださっているので期待しておりますけれども、QAなどの中身を検討する際に、本日の議論や臨床におけるオンライン診療の手引の内容も参考にして、QA集作成を進めていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日はここまでとさせていただきます。

黒木会長と来田事務局長様におかれましては、今後も御意見を伺うことがあるかと思えます。引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はお忙しい中、ありがとうございました。

日本オンライン診療研究会（黒木会長） どうもありがとうございました。

林座長 本日の議事は以上です。

事務局から何かございますか。

大森参事官 今後の日程等につきましては、追って事務局から御案内をさせていただきます。

以上です。

林座長 ありがとうございます。

本日は、これにて会議を終了いたします。委員、専門委員の皆様はそのままお残りください。