

## 第2回 新型コロナウイルス感染症対策に関する 特命タスクフォース 議事概要

1. 日時：令和2年4月3日（金）14:30～15:26

2. 場所：合同庁舎4号館2階共用220会議室

3. 出席者：

（構成員）小林喜光議長、高橋進議長代理、大石佳能子、菅原晶子、夏野剛、  
金丸恭文 未来投資会議議員、

翁百合 未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合会長  
（政 府）北村大臣、大塚副大臣、田和内閣府審議官

（事務局）井上規制改革推進室長、彦谷規制改革推進室次長、林規制改革推進室次長、  
小見山参事官、長瀬参事官

（説明者）厚生労働省 迫井大臣官房審議官

（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）

厚生労働省 八神大臣官房審議官（医療介護連携、データヘルス改革担当）

厚生労働省 山本大臣官房審議官（医薬担当）

○小林議長 それでは、時間となりましたので「新型コロナウイルス感染症対策に関する特命タスクフォース」第2回を開催いたします。

昨日のタスクフォースにおきましては、オンライン診療・服薬指導に関わる厚生労働省の取組をヒアリングいたしましたところ、現況を踏まえました緊急の対策措置と言えるようなものではなくて、我々の考え方と大きな隔たりがございました。専門家の意見を聞いた上で対応を御検討いただく必要があるとの御説明でございましたので、本日は検討結果につきましてヒアリングをいたします。

本日も規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループの委員、雇用・人づくりワーキング・グループの委員に加えまして、未来投資会議の金丸議員、翁未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合会長に御出席をいただいております。

急な開催にもかかわらず、お集まりいただきましてありがとうございます。

本日は、北村大臣、大塚副大臣にも御出席をいただいております。

北村大臣、一言、御挨拶をお願いいたします。

○北村大臣 皆さん、こんにちは。

皆様方におかれましては、昨日に引き続き大変お忙しい中をお集まりいただき、誠にありがとうございます。事務局一同に代わりまして、深くお礼を申し上げます。

オンライン診療につきましては、昨日のタスクフォースにおける議論を踏まえて、厚生労働省において専門家による検討会が開催されたとお聞きしております。本日は厚生労働

省から検討会の結果を御報告いただき、引き続き御議論をいただければと存じます。

前回の議論を拝聴いたしておりまして、私なりの考え方を申し述べることをお許しいただけるならば、現在は前例のない極めて深刻な状況にあること、そのため、現行制度の正当性、合理性、また、重要性などは十分理解いたしつつも、今は非常事態であるとして、従来にない大胆な対応を行わなければならないのではないかとということが、私の感じるところでございます。

総理もおっしゃっておられるとおり、患者の方々、そして、コロナウイルスとの闘いの最前線で活躍しておられる医師、看護師など医療関係従事者の皆様方を院内感染リスクから守るためにも、オンライン診療の活用が今まさに有効であり、求められているところだろうと認識するものであります。厚生労働省の皆様方には、よくお知恵を絞っていただければと切にお願いを申し上げる次第であります。

どうぞ本日もよろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

○小林議長 どうもありがとうございました。

それでは、報道関係の方は御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○小林議長 それでは、今日は議題を1つに絞って議論をしたいと思うのですが、議題1としまして「オンライン診療・服薬指導について」でございます。

本日は、厚生労働省より迫井正深大臣官房審議官、八神敦雄大臣官房審議官、山本史大臣官房審議官にお越しをいただいております。

まず、厚労省から御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（迫井審議官） 医政局担当審議官の迫井でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

今、大臣からお話のございました、昨日の様々な御指摘を私どもとしてもしっかり受け止めさせていただいた上で、昨日6時半から会議を開催させていただきました。私どものほうの関係の概略をまず御説明いたします。

資料としては1、2と提出させていただいております。細かな御説明をすると時間もかかりますので、御関心の高い要点に絞りつつ御説明いたします。

その上で、基本的には資料1ベースでございます。長々と御説明するのは避けますので、まずめくっていただきたいのが13ページでございます。昨日の御議論いただいた前提として、ここの13ページの表であります。一番左側、これは昨日も御説明しました。従来はこういう扱いで、一度新型コロナの拡大状況を踏まえてということでこういったことができるのではないか、○3つ、これは対応しております。×のところ、①、②でございます。ここを何とかできないのか、つまり、いわゆる初診の方についてオンライン診療でできることがさらにないかということでございます。

今の①、②についてどういったことができるのかを考えてくださいということで、14ページの資料でございます。一番上に○が2つ書いてございますけれども、これは先ほどの

御挨拶にもありましたし、平時ではない、時限的な措置でもいいからまずできることはないのかという前提をはっきりさせた上で、①、②について整理をさせていただきました。①、②については幾つかのケースが考えられるということで、ケース1、2、3、4と整理をさせていただきました。長々と御説明するのを避けますので、ケース1、2、3、4のうち、結局ケース1、2、4については何らかの対応が可能ではないかという御示唆をいただきましたので、これは今後そういったことを実現するための議論が可能になると考えますので、今日は特に御説明しておきたいのはケース3、過去に受診履歴のない患者に対してオンライン診療を行うことについてどう考えるのか。

このことについてまとめた紙が、ケース3についての記載は19ページからでございます。19ページは今のおさらいになりますのでめくっていただきまして、ケース3、20ページになります。過去に受診履歴のない患者さんに対して初診で行うことについてどう考えるのか。私どものほうでいろいろなこれまでの御指摘、御意見、いろいろな指摘されております事実を含めまして、大きくこの3つの要素があるのかなということでございます。

番号を付しておりますのはこれまでの議論の対応関係ですので、順番については無視していただきまして、要素としては診断の確度、重症度の評価といったものについては限界があるということはどう考えていくのか。

2つ目は、そうはいつでも疾患によってはその場ですぐ何らかの対応をしなければいけない。処置する、つまり、注射するならば注射するとか、あるいはメスを入れることを含めてですが、そういったことが必要なのだけれども、当たり前ですが、遠隔なのですぐできないリスクがあります。

3つ目は、診療そのものというよりも運用について現実的にはいろいろな難しい問題がある。例えば特に電話等での対応を念頭に置かないと、実情として普及しておりませんので、そうなってくると本人確認をどうやっていくのか。それから、傍受等、こういったテクニカルな話。

もう一つ重要なのはその下ですが、費用の徴収をどうするのか。診療の場合にはもちろん一定のお金をお支払いいただくわけですがけれども、処方の場合によっては医薬品はかなり高額な場合があるとか、あるいはこれもあまり考えたくはないのですが、処方を受けて薬だけもらって、それを横流しするみたいなリスクもあると。そのようなことについての課題もあります。こういったことも並べた上で議論していただきました。

こういったことについてどういう御議論があったのかを

ごく簡単に御説明しますと、まず、今の初診のオンラインについての関係の部分であります。可能な範囲でそういった道を開くべきではないか。これは問題提起をいただいたそのものであります。

受診歴のある人はいいのではないか、これはケース2の話です。

患者さんの不安、それは結局、医療機関にアクセスがなかなかできなくなっている、あるいは感染のリスクもある、受けられないということを考える必要があるということでご

ざいます。

実質、このケース3に関係するのが面識もない患者に電話やオンラインで新たな症状を診断し処方するのは、かなりリスクが高い。もう少し具体的に話をいただきましたが、診察を通じて得られる総合的な情報からやるのがそもそもの医療なのだから、本質から逸脱するのではないか。あるいは、逆に言うと、そういったリスクがあることを患者さんに負わせるのはおかしいのではないか。したがって、同意を得たとはいえ、患者さんにその責任を負わせるのは医療ではないのではないかという趣旨だと思います。

履歴のない患者さん、不安があるのは分かるけれども、そういったものは処方や診断などではなくてまず対話、受診勧奨的なことで対応するのが基本ではないか。あるいは、受診歴のない方について発見が遅れたような場合について、逆にそういったことをやっていると医療が崩壊してしまうのではないのかという趣旨の話がございました。

そして、最後ですが、受診歴のない患者に対して時期や地域を限定してやっていくことが、これは冒頭、大臣からありましたお話の繰り返しになりますが、そういった限定する上でどう考えるのかという話ではないか。こんな御意見でございました。

もう一つ、インフルエンザにつきましても資料を提出して御説明いたしました。これをぱっと見ていただきまして、なかなか今の状況でこういったことを行うのは難しい、あるいはむしろ臨床診断を優先して対処したほうがいいのではないか、前提として今の状況でインフルエンザはそれほど大きくはやっていないことを含めて御指摘がございました。

私どもといたしましては、こういった意見をいただいておりますけれども、特にケースを4つに分けたうちのなかなか難しいという御指摘、これは正直なかなか難しいという反応ではありますけれども、さらにこういった工夫ができるかについては、引き続き御相談しながら検討していきたいと考えております。

私からは以上でございます。

○小林議長 八神さん、山本さん、よろしいですか。

それでは、今の御説明を踏まえまして、意見交換を35分ほどやりたいと思います。どなたでも結構です。

どうぞ。

○高橋議長代理 引き続き検討というお話がありましたけれども、現時点で受診歴のない方に初診でオンライン診療を認めるのか、イエスかノーかということで言うと、どちらなのですか。

○厚生労働省（迫井審議官） オンライン診療の意味が診断や処方をやってくださいという意味であれば、ノーと言い切ってしまうのは躊躇するのですが、難しいと考えています。

もう少し言わせていただいてもいいですか。ただ、少し目線を変えたほうがいいという御指摘も受けておりまして、実際に受診をする側からすると、相談なのか、最後、診断、処方が要るのかは最終的に分かる話なので、私どもは何も門前払いといえますか、医療の関係者は全く相談に乗りませんということではないという理解でいます。

あくまで今の医療保険とか、そういう考え方からすると、整理としては難しいですよと言っていますけれども、最初から相談とか、例えばこういう疾患が考えられますみたいなぎりぎりのラインは多分ありますので、そういったことも含めてある程度対応した上で、最後にどうしても薬がその場で欲しいとか、私は結局どういう病気なのですかと言われたら、それは申し訳ないけれども、これ以上はできないと。その場合、費用の問題はあるのですけれども、例えばどこどこで診てもらったら、みたいにつなぐことは少なくともやってもいいと考えてくださっている医療機関はありますので、そういった工夫をすることでトータルで対応する道は私どもとしてはあると思っていますのですが、単純にストレートに制度の面から診断して処方することを最終的にやってくれるのですかやってくれないのですかと言われると、おしなべて現場の方々の意見は、それは幾ら何でも難しいと。そういう状況でございます。

○小林議長 それでは、御意見をお願いしましょう。

どうぞ。

○大塚副大臣 有識者の御議論もある程度吸収させていただきましたけれども、平時に考えるべきことを一生懸命主張されている側面もかなりあると思います。今は基本的に有事。大臣からもありましたように、有事としてどう対応するのか。対面でしっかり診たほうがきっちり診られるだろう、情報量が多いだろう、それはそうですよ。それはそうなのですけれども、その機会が今、非常に減少している、場合によると奪われている状況になっている中で、きっちり診ることと医療アクセスを確保することのバランスをどう考えるかを考えなければいけないわけです。

初診が重要だと申し上げているのは、かかりつけ医が広くあまねく全国民に普及した後の話であつたらおっしゃることは分かるのですが、かかりつけ医を持っていない人が非常に多い状況の中でかかりつけ医に限定することは、国民皆保険の観点から見てもかかりつけ医がいなかったら保険は使えませんという制度ではありませんから、かかりつけ医がない人を医療から排除することにつながるわけです。よって、初診もしっかり診なければいけないということを言っているわけです。

結局、症例によって、疾患によって、これはオンライン診療だけで完結していいものかどうかというのは、前回も申し上げましたけれども、もちろんいろいろあると思うのです。それを厚労省が、これはオンラインでできるできないと今までにちゃんとリストアップできていればいいのですけれども、今までやってこなかったわけではないですか。今、手元にそういうものがないわけです。そのときに誰が判断するのかといたら、専門家である医師が判断するしかないと思うのです。これも前回申し上げましたけれども、有事の鉄則は現場に判断を下ろす。これは現場に専門家が必ずいるというケースです。このケースをオンラインで完結していいかどうかという判断は、基本的に医師ならばできるはずですが。一々考えなければいけないということで日頃やっている診療よりも頭の使い方は一つ増えるかもしれないけれども、できないはずはないですね。そのようにしなければいけないと

いうことを申し上げているわけです。

結局、今、初診を認めないことによって、医療へのアクセスを制度的に排除されていなくても、あまり行かないでくださいねという呼びかけが浸透していて、実際に患者さんは減っている。大病院であっても外来は止めているところも出てきている。こういう状況の中でとにかくかかりつけ医などに限定していくことは、多くの国民、患者を切り捨てることとなりますので、有事対応ということで初診をしっかり認めるべきであるということをもう一度申し上げておきます。先ほど医師会ともお話をしました。そのことをちゃんと申し上げております。

それから、なりすましのリスク、取りっぱぐれるリスクとか、いろいろあるわけですがけれども、これは有事だからある程度見切るということで判断されているということによろしいのかどうか、確認をさせていただきたいと思います。

○厚生労働省（迫井審議官） ありがとうございます。

紙で確認しつつお話をさせていただきますと、お話のあった、資料1と提出させていただきましたケース3の運用に当たって、これはいろいろな工夫が少なくとも必要で、それでもおっしゃるとおり、全くなりすましがありませんというリスクの問題は難しいと思いますが、もしそういうことをやるのであれば、そういったことについてどう考えるのかという整理は必要だと理解しています。

副大臣の御指摘のとおり、内容的には大きく診療という医療そのものの話から来る部分、番号は振っていませんが、1、2と、資料の20ページですとそうなっていて、下の運用は工夫の努力は当然すべきであって、工夫の努力はすると。ただ、御指摘のとおり、なりすましを完全に排除するのは相当難しい部分があると思いますが、そこをどう考えるのかという整理は必要だろうと思います。

ですから、御指摘のとおり、運用に当たっての話とそもそも診療としてどうなのだという部分は分けて考えるべきであって、運用については少なくとも一定の工夫はして、可能な限りリスクを低減する努力をすることはできると考えますが、ゼロにはできないのかなと考えます。その部分についてどう対処するのかは、最終的には御相談しつつ、国民の皆様にもお伝えをする内容だと思います。

○大塚副大臣 どうやってミニマイズしていくかというやり方を考えることこそ、私は厚生労働省の仕事だと思います。こういうやり方をすれば、一応なりすましはミニマイズできますね、お金が回収できないリスクも最小化できますねと。ちなみに、クリニックに対してということ言えば、受診勧奨だけいいですみたいな話に仮にするとゼロかもしれませんけれども、診療報酬をちゃんとつけば医療機関に7割は入るわけです。残りの3割の窓口負担を取りっぱぐれたとしてもです。そういう意味からいっても、今、オンライン受診が可能な慢性疾患はちゃんとやっても半分以下。前回は御指摘があったように、だからわざわざ呼びつけるというケースも出てきている。受診勧奨だけにとどめるともう一回医療機関に来てもらわなければいけないので、感染防止リスクという意味からいうと全く意味

がないということにもなってしまいます。

それから、インフルについてもいろいろ触れられていて、リスクが高い、見逃しがある、重症化リスクがある、こういうことはありますけれども、これもほかの疾患についても同じですが、どうやってそういうリスクをミニマイズするかというやり方こそを厚労省が示していくべきだろうと思います。オンラインで可能だということになれば、毎日継続観察することもある意味で可能ですから、こういう点、よくチェックしてくださいねと。医師が自分で判断できると思いますけれども、継続的に観察して、重症化のリスクや見逃しがあったということになればすぐ来てもらうという対応も入念にやってくださいということを確認するなど、オンラインでやるに当たって、やり慣れていない人たちがいるに当たって、チェックポイントはいろいろあると思うのです。これをしっかりつくってほしいと思います。

○小林議長 それでは、次は金丸さんお願いします。

○金丸未来投資会議議員 ありがとうございます。

私はこの会議を代表していたわけでもないのですけれども、たまたま昨日の検討会にも入っております、そういう意味では、昨日はいろいろな医療の専門家から医療の本質のお話やドクターと患者の信頼関係の醸成、総合的な判断でいろいろなことを御決断いただいているという話をお伺いして、改めて勉強させていただいて、本当にありがとうございました。

昨日だけに限らないのですけれども、いつも御指摘をされている言葉の中で確認をしたのですが、受診歴があるかないかというので情報の差が出てきます。そのときに、受診歴があるというのは、かなり時間がたっているとすると、数か月前か1年前か2年前かのカルテが自分のクリニックの中にあるかないかということだと思っております。そこに書いてあることは、その人が前回病院に来られて病気になったときの症状とどうなったかということだと思っております。

今回のようなケースだと、最初はどんなにヒアリングをしても風邪のような症状と聞いております。そのカルテがあるかないかという話なのですが、受診歴のある人の情報と、受診歴がなくてウェブでテレビ会議、昨日の会議はZoomを使ってやっていただいてよかったと思っているのですけれども、オンラインで、最初は患者さんと相談から入るのでしょうか。今、こんな症状だからどうしましょう、先生が聞いていって、そのときにどうしましたかと聞いていくから、何年か前のカルテに書いた情報より、今、目の前にいるカメラの先にいる人に話を聞いていけば得られる情報はあると思うのです。そのときに、過去に病気になった既往症のときにどうした、こうしたとか、そんなに気になるのであれば、本来ならば厚労省はそれがキーファクターだったらカルテの共有か何かがデータベースにあれば済む話なのだけれども、それをしていないで、そのことを理由に情報の差と言われるのは違和感があります。

それから、過去に受診歴がある人から電話がかかってきました。検索をしたら画面に出

ています。その人と電話で話をしているときと、受診歴がないのだけれどもウェブで顔が見えている人と、どちらの情報量が多いか。これは必ずしもカルテに昔あったから情報量が多いとは限らないのではないかというのが一つです。だから、情報の差というのは何を言うのかということです。

あとは信頼関係という話がありまして、面識がある、それで信頼関係が生まれるという話があったのですけれども、これも同じ質問ですが、過去にずっと前に会ったことがあるかもしれないと、顔がぱっと思い出せる人ならばともかく、思い出せない人がいて、カルテには顔写真は入っていないかもしれない。そのときに、オンラインで入ってきた人と2～3分話したら、これは面識にならないのかどうか。

面識とは、顔を見て無言だったら面識にはならないと思うのですけれども、画面で顔が見えていて、コミュニケーションすればある程度の情報交換ができることから、我々はウェブ上でも人と出会い、フェイスブックなどで世界中の人とつながったりしているのではないかと思います。受診歴のあるカルテしかない人の今の会話からの情報と、ウェブで初めての人だと、結構情報量は取れるのではないかと思いますのですけれども、そこはどののでしょうか。信頼関係と先生方がおっしゃっていたので、そのことも含めて説明いただければと思います。

○厚生労働省（迫井審議官） ありがとうございます。

どこまで現場の先生に成り代わって私がお話しできるのかというのはありますが、私もかつて診療しておりましたので、その経験も含めてお話ししますと、恐らく記録が残っている文字の情報、チャートや資料の情報が全てという趣旨では多分なくて、これは極めてアナログ的な話なのですが、どんなに前でも1回診た患者さんのことは記録上の情報を含めて、基本的には医師の場合は、遠い将来は別の形になっているかもしれませんが、今の医療の考え方ですといろいろな情報、情報という意味は体の形から始まって、いろいろな身体的特徴からみたいなことが家族の構成なども含めて入っているという趣旨で、信頼関係でもそうだと思うのですが、様々な情報を総合的に駆使して診断したり、治療したりということなのです。

ですから、これは大塚副大臣が御指摘になったことと関連するのですが、確かに平時かどうかという話があります。ですけれども、逆に言いますと、最初から相談に乗らないとか、そういうことは言っていないけれども、処方できるのだ、診断するのだということを求めてしまうことには躊躇せざるを得ないのは、こういう限界がありますという話と、受診歴があるなしというのは紙、それから、デジタル情報だけではなくて、そういった背後にある情報も全て含めて受診歴があるということを話をさせていただいているのだと思います。

前提としては、受診歴というのももともと不完全な情報であることは間違いのないのです。しかし、今回議論していただいたのは、前提としては非常時なのですと。こういう事態なのだということも繰り返し御指摘をいただきましたので、そのことを投げ返したときに4



つに分解して、これは考えてもいいと。ただ、結局その場合も話をして行って診療していくうちに、これは実際に対面で診てもらわないと難しいからどこどこを紹介しますという事は起こり得ると思うのです。

ですから、そういった意味で結果として生じるオンライン診療、オンライン相談みたいなものはあまり最初から分けて議論しても、受ける患者さんなり国民の方からすると分かりにくい話だと思いますので、受診歴がある人はある程度処方なりなんなりを前提として話を聞いてもいいけれども、最終的には紹介も含めて対応できるけれども、全く会ったことのない人はそれを前提で対応するのは、表現は悪いですが、難しいですよ、乱暴ではないですかという趣旨で、事務局としては理解をしています。

○金丸未来投資会議議員 ありがとうございます。

補足なのですが、健康相談から入って、オンラインで診断に行くかどうか。それから、診断に行こうと思ったのだけれども、ずっと会話をしてきたら自分の手に負えないとか専門外だとなったら、それこそ患者さんとお医者様にとってそれ以降続けるほうがリスクがあるわけですね。そのときは中断すればいいのではないですか。昨日もいろいろなリスクを列挙していただいて、なるほど、こんなリスクがあるのかと思いましたので、そんな大きなリスクが途中で判明したならば、そこで患者のためにもやめるべきだと思います。そういう運用で私は十分カバーできるのではないかと思いますので、再検討の際、そういうことも考えていただきたいと思います。

○小林議長 高橋さん。

○高橋議長代理 基本的には昨日のお話の繰り返しになってしまうのですが、今回も検討会での委員の方の御意見を伺っていて、改めて医療の本質を守ることが大事だということとはよく分かります。そこは全く否定しません。しかし、非常時だからこそオンライン診断を通じて患者を救っていくと。それなのに限界があるからやらないというのは、やはり国民のニーズに答えていることにはならないのではないかと思います。そのときに、受診歴があるかないかで形式的に分けているところは、違和感が極めて強く残ったままです。

今回もケース1と2、3と4との分かれ目のところにまさに受診歴があるわけですが、この分け方に異論がございます。例えば受診歴がないということと言うと、特に若者などはもともと元気で基礎疾患がないからこそお医者さんに行かないわけですし、受診歴がないのは当たり前です。でも、そういう人たちが急性の病気になったり、あるいはコロナの疑いが出る、実際に感染している、亡くなっている方も出ているわけで、そういう人たちを救っていく、そういう人たちのニーズに答えていくことが、今の医療に求められているのではないかと思います。ところが、受診歴がないということでもそこをお断りになるということであれば、一見さんお断りということ、結果的に若者の切捨てになってしまうのではないのかということが、昨日と同じ論理ですが、相変わらずそのリスクが残っているのではないかと思います。

20ページですけれども、これも論点として出ましたが、運用に当たってのリスクは、医療そのもののリスクというよりは付随するリスクでありますから、コントロールすることを考え、そのための知恵を出すのが厚労省であり、私たちの役目であると思います。諸外国の事例なども参考にしながらリスクをコントロールしていくことができると思います。例えばなりすましなどであれば、事前にウェブで登録するとか、オンライン相談する病院をあらかじめ指定しておくとか、もちろん薬などについては事後的にチェックするとか、いろいろなやり方があるわけで、こういう運用上のリスクがやらない理由にならないようにしていくことが私たちに求められるのではないかと思います。

3つ目、今も議論がありましたけれども、オンラインで相談の先をどうするかというお話ですが、相談だけですと、ほかに別途相談してもまた相談だけで終わって、結局何も診療してもらえないでたらい回しにされるリスクもあるわけで、そういうことを避けるためにも、ぜひできる限りでお医者さんの判断で診断というところに踏み込んでいただくべきではないかということも全く昨日と変わらないところであります。

以上です。

○小林議長 夏野さん、お願いします。

○夏野委員 結局、厚生労働省さんとしては、今回はいわゆるお医者様の代表の方からヒアリングをして、こういうフィードバックをもらったということで理解してよろしいのだと思うのですけれども、そういう理解でよろしいですか。

○厚生労働省（迫井審議官） これまでも、いろいろな立場の医師から意見をいただいております。そして昨日、規制改革推進会議から直接投げかけを受け、議論をしていただきましたが、もちろん日常的にいろいろな声をいただいております。また、現に患者さんの代表の方も委員としては入っております。医者ばかりではございません。

○夏野委員 分かりました。

これはもし32万人いるお医者さん全員に意見を聞くことができれば、何割ぐらいの方が賛成したら保険適用にして診療を認めてもいいという考え方なのではないでしょうか。多数決ではないので別に51%ではないと思うし、こういう業界は、お医者さんであっても新しいことを常に試す方もいらっしゃれば、新しいことに前向きな方もいらっしゃれば、旧来の自分のやり方にこだわる方もいらっしゃって、ほかの業界の例でいくと大体イノベーターというのは企業でいっても人でいっても10%ぐらいなのですが、普通の業界では10%ぐらいの方が新しいことをやりたいと言ったらそれに対応する。あとはそれがマーケットに受け入れられるかどうかで決まっていくわけなのですが、仮に3万人、4万人のお医者さんが自分のところはこれはやりたいと言ったら、日本の医療は変わると思うのです。特にこの緊急時において、ということで、厚生労働省さんとしては何割ぐらいのお医者さんが賛成してくれたらやる気になるのでしょうか。

○厚生労働省（迫井審議官） 私どもの規制は2段階ありますので、医療保険の話は保険局のほうからさせていただくとして、このガイドライン、すなわちお金をどう国として社

会保障として出すかという段階の前の段階として、お金の問題とは別に、国家が医療の質なり体制の整備を保障しますという前提になっています。

おっしゃるとおり、医療の実施の仕方なり、科学技術は絶えず進歩しますので、幅があるのは事実です。ですけれども、何割という数字のお示しは正直できかねますが、おおよそ多くの方々が、多くの方々というのは、専門家という医師、学会もそうですが、医師として診療する方々が基本的に合理的な判断で、なりわいとしての医療ですので、緊急的な話ではなくて通常提供できる医療の質を担保できるラインはどこなのかが、いろいろな規制の組立てになっています。今回、オンライン診療を行うに当たってどういったことが可能なか可能でないのかという判断の基準は、国として提供するラインがどこまでだったら妥当でどの辺りから難しいねというのを、いろいろな局面で線を引いた中の一つがこの考え方ということになります。

○夏野委員 もしそうだとすると、省内にいらっしゃらないのか分かりませんが、きちんと技術のことが分かる方を入れておかないと、ウェブで対面、つまり、画像が出る診断と電話の診断を同列に扱っている時点で議論は成立しません。だって、技術的に得られる情報と全く違います。

○厚生労働省（迫井審議官） その2つの違いはさすがに私どもとしては理解をしているつもりです。提供する側におっしゃるとおり画像が入っている、画像にもさらにいろいろな種類があると思います。ですが、実際に今の時点で普及をしているのは基本は電話のほうが多いので、今回、この非常事態の中でいかに医療アクセスを、ちゃんと相談にも乗るかを考えたときに両方入れているだけの話であって、両方同じだという理解で必ずしも進めているということではございません。

私どもの省内には様々な経験を持った者がおりますが、それは全てカバーするというよりも、これだけ医療は日進月歩で進んでおりますので、その局面、その局面でフロントラインにおられる方、あるいはこういうことに詳しい方、そういった方と御相談しながらやっているということでございます。

○夏野委員 今、かかりつけ医がなく初診でオンラインを要望する方は、必ずしも僕は電話のほうが多いとは思いません。なぜならば、先ほどから言っていますように、若者などは、スマホの普及率は年代別で全然違いますけれども、ほとんど持っていると思います。

○厚生労働省（迫井審議官） 要望する側でということをお話したのはなくて、今回もある種、オンラインを普及させて使えないのかという前提で、では、それをやっていた方という意味で見たときに、これは。

○夏野委員 お医者さん。

○厚生労働省（迫井審議官） そうです。医療界で対応できる人は、おっしゃるとおり若い人はいろいろなネットのメディアを使われますけれども、20万ちょっとから30万弱のドクターコミュニティーについていうと、依然として電話での対応は決して無視できないボリュームがあるということをお踏まえてということでございます。

○夏野委員　そういう意味でいうと、最初の質問に戻るのですが、10%のお医者さんがやってくれたとしても3万の口が空くというのは、必ずしも小さい数ではないと思うのです。その10%の方は電話ではないと思います。

○小林議長　菅原さん。

○菅原委員　ありがとうございます。

まず、医師法に基づく対面診療の原則は、オンライン診療等を必ずしも前提としていない時代にできたものであり、医を取り巻く環境が技術革新により大きく変化する中で対面診療とオンライン診療で優劣をつけることに疑問です。まず確認ですが、検討会のメンバーの中にオンライン診療をしている方はいらっしゃいますか。

○厚生労働省（迫井審議官）　少なくとも黒木先生はオンラインを専ら、オンラインだけではないのですけれども、地域の中でオンラインを積極的に使っておられる方、以前は研究会というものがあまして、そこの代表も務めておられた方で、積極的に導入をしようという方です。

それから、そういう積極的に使う研究会や団体などに入っておられないかもしれませんが、メンバーの医師の中にはオンラインを使って診療されている方がいらっしゃると思います。

○菅原委員　分かりました。

黒木先生が実際にオンライン診療をされていることは存じていましたが、他メンバーの中でオンライン診療に取り組まれ、きちんと理解している医師が一定程度参加しているのか。その上での議論でない技術的な面等において中立性に欠くのではないかと思います。

科学的根拠に基づく意見は散見されず対面診療をされている医療従事者の方からの意見が主であるように思います。なりすましやセキュリティは技術的な問題なので、知恵を絞れば解決できる問題のため、目の前の危機に対応するために前向きに議論をしていただきたいと感じました。

現在、自宅待機など国民が自粛行動を取っている中で、具合が悪くなった場合に、医療機関に行って感染したらどうしよう、そのため、軽症だったら我慢しがちになる。こうした際に、オンライン診療という医療機関へのアクセスツールは一つの選択肢として国民の不安払拭につながる。

ケース1、ケース2だけでは国民の大半は使えませんから、受診歴のない初診患者も考えていただきたい。医療機関へのアクセスの選択は平等であるべきなので、そういう意味では、パターン3をどこまで柔軟に認めていくか、また、パターン4でどう円滑な仕組みを前向きにつくるか。国民の健康や命を守るという観点からもパターン3、パターン4のところを、もう一度検討していただくことが重要だと思います。

○厚生労働省（迫井審議官）　確認といたしますか、考え方は何度かお話ししたつもりなのですが、今の状況は、ものすごく医療アクセスが難しくなっている、不安に思っている方がおられると。ですから、私どもとしては、オンライン診療なのか受診勧奨なのか

みたいな分け方で最初から入るのではなくて、まずちゃんと電話なり、もちろんオンラインのシステムを持っておられる方はそうなのですが、ちゃんとアクセスをしていただいて、そこで最初から受け取らないという話ではなくて、少なくともまずお話を聞くなりなんなりという体制を整えることを、ちゃんと努力してやりたいということが前提なのです。

ただ、オンライン診療がどこでできるのかという切り口で投げかけがあったものですから、こういう話になっていますが、お話をお聞きしていますと、ちゃんと対応できる体制をつくるべきではないかという投げかけが非常に多いと思ってお聞きをしまして、そこについては私どもとしては、最後の費用の問題とか、先ほど御指摘がありました、処方方が仮に限界でできなかつたとしても、後は知らない、ではなくて、ちゃんと次につなぐみたいなことも含めて全体を整備する中で対応をさせていただく余地があるのではないかと受け止めていて、それについては検討させていただきたいと考えているのです。

ですから、オンライン診療ができるところが全てで、それ以外のところは全く門前払いです。御指摘になると御指摘のとおりだと思うので、現時点でございますけれども、そうならないような工夫がどこまでできるのかということで、私どもとしては考えさせていただけないかと。

○菅原委員 分かりました。

受診歴があるか否かで初診の受診の可否が決まらないよう、何か一工夫できないかと思えます。

○小林議長 大石さん、お願いします。時間も迫ってきていますので、なるべく手短にお願いします。

○大石座長 今まで議論の中にあつた過去の受診歴、例えば10年前のカルテ、10年前の私と今の私は全然違う体になってしまっているのですが、でも、10年前のカルテと、今、目の前にある高精細のビデオとどちらがいいのかは論理的な矛盾があるというのは、正直言って、厚労省さんもそれなりに御理解されているのだと思うのです。ただ、その中で有識者の方々の御意見もあるでしょうし、いろいろな団体さんの御意見もあるということの中で、正直に言って、かなり工夫して考えてこられたなとは思っております。ですから、今、出されているものは、私はある一定の評価をしたいと思っております。これがまず1つ目。

そのときに、先ほど迫井さんがおっしゃったことだと思うのですが、これは伝え方と実際の運用の仕方を切り口を変えて見たときに、日本の医療制度は何がすばらしいかという、まず保険制度があつて、その中で患者さんも医療機関もかなり安心している、お金の面も安心しているというのと、課題もあるのですけれども、応招義務があつて、お金があろうとなかろうと、どんなに格好がよくなかろうと絶対に診てもらえるという状況がある。ですから、本件に関してもいわゆるエブリバディーウエルカム。

まず一番初めに、このような状況の中で医療機関にかかる患者さんをできるだけ減らさなくてはいけないという目的の中で、患者さん側からいうと、自分は過去にカルテがあつただろうかなかつたろうかは関係なしに、まずは電話もしくはオンラインで医療機関に

連絡していい、そこで絶対に何らかの対応はしてくれる。今度は医療機関側から見ると、その人はかかりつけの患者さんだったら当然このとおりでケース1や2で対応するでしょうし、ケース3になってきたときには先ほどおっしゃった受診勧奨で対応して、でも、受診勧奨であったら最後まで行けないとなったときに、ここは先ほどおっしゃっていたのですけれども、必ずきちんとそこで対応してくれるところをつくるということ。

しかも、つくったときに、そこにみんな押しかけるとこれまたコロナが拡大するわけなので、そこを何らかの形で、ちょっと違う仕組みかもしれないのですけれども、遠隔で診てもらえる、できるだけ接さなくてもいいような仕組みがあればなおベターですけれども、そうでなかったとしても、こぼれる人をどう拾うのかということがきちんとあったら、結局入り口から来た患者さんは全員オンラインか電話で行かなくても何か対応してくれる。医療機関側も来てもらわなくても何らかの対応をしてくれる。そこで大事になってくるのは、ちゃんとそこに先ほどおっしゃった診療報酬が取れることと、私は全ての医療機関が参加するべきだと思うので、電話を含めてこれがやれるということが大事だと思っています。

だから、何を言っているかということ、ケース3の中でこぼれる状況をどうやって減らすのかをちゃんと考えていただきたいのと、そこも含めてできれば遠隔で何らかの可能な限りのことができるということを考えていただきたい。例えば、皮膚科などだったら別にそれで遠隔で診られるかもしれないみたいな疾患別に考えていただく。そういう感じで、結局来ないでもいいという仕掛けをつくっていただきたいと思います。

あとは、先ほど夏野さんがおっしゃった話に近いのかもしれないのですけれども、結構私のところにも各地域の開業医の先生方から、とにかく地域での医療崩壊が始まっていると。コロナだから来ないでほしいもあれば、実際に耳鼻科の先生、1日200人診ている方がコロナにかかったという状況もあるので、本当に地方の開業医のかかりつけ医の先生から悲鳴が上がっていることを御理解いただきながら、御理解いただいていると思いますけれども、これを進めていただきたいなと思います。

○小林議長 それでは翁さん。

○翁会合会長 繰り返しになってしまいますけれども、現在は非常事態であるということで、ぜひ前向きに御対応いただきたいと思います。医療崩壊も、今、本当に寸前の状況だと思います。ここをいかに少しでも軽減していくかが喫緊の課題だと思います。

それから、国民は大変不安に思っております。いろいろな映像などを見ましても、待合で非常に人が密集している、そういったところを何とか避けたいとみんな思っているわけです。そういった国民の不安に応えるようにしていただきたいと思います。

何といたっても感染を増やさないことが大事なわけで、そのためにオンライン診療を活用すべきではないかと思っております。やはり何が一番先に優先されるのかということで御対応いただきたいと思っております。

今日示された受診歴のない方のいろいろな課題が書いてありますが、これは、だからで

きないではなく、どうすればできるかという形で、システマチックにどのようにやっていくことで工夫して受診歴のない方でも対応できるようにしていくかということを、ぜひそういうアプローチで御検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○小林議長 ありがとうございます。

それでは、最後に金丸さん。

○金丸未来投資会議議員 ありがとうございます。

最後の私のお願いでございます。オンライン診療については、これまで慎重な議論を重ねてきたわけです。慎重に、それで、使えるはずだということでオンライン診療の解禁にちょっと前に繰り出したのだけれども、今、利用率は0.01%で、これがもっと使われていればこんな議論はなく、今回一つの解決のツールとして使われたわけです。また、これを非常時で今、議論しているのですけれども、ケース3もそうですが、ケース1、2、4についても、あまり使われなような要件をいっぱい入れて、非常時でオンライン診療は使えたと国民にアナウンスしたにもかかわらず、結果的に0.01からびくとも動かないような使われな制度にはしてほしくないの、そこはぜひ現実的に使われるものにしてほしい。それが最後のお願いです。

○小林議長 どうぞ。

○大塚副大臣 同じ趣旨なのですけれども、日本国民1億2500~2600万人いるわけですが、このケース1、2、3、4、何人使えるようになるかをちゃんと考えているでしょうかと。1億2590何万人が使えるようにしてくださいということをお願いしています。その答えを持ってきてください。こうやればリスクをミニマイズして1億2500万人が使えるようになるということをやっていただきたい。その際に、処方まで完結できないと結局医療機関にもう一回来てくださいということになってしまうので、処方まで完結できるもの、医師ができる判断できるものについては、処方まで完結できるようにしていただきたい。

ほかの国でできていることがこの非常時に日本でできないということについては、正直に言って行政の怠慢を問われたとしても言い逃れができないということになると思いますから、しっかりとした結論を、今、申し上げたようなことに対応できる結論を出さなければいけないということを改めて申し上げておきたいと思います。

○小林議長 それでは、時間も参りましたのでこれで終了したいと思いますけれども、ただいまの厚労省のお答えを聞く限り、現在の危機を踏まえたものとは相当遠いなという印象を皆さん当然お持ちですし、昨日こちらの思いをお伝えしたところでございますけれども、それに応えていただけてはいないということではなかろうかと思えます。

我々はもう何回も申し上げておりますけれども、この非常事態において、国民全てが希望すればオンライン診療あるいは服薬指導を受けられ、なおかつ、よりシンプルなメッセージをどう伝えるか。こういうことに対してより明確な結論といいますか、お答えをいただきたいということで、再度早急に検討をお願いいたしたいと思えます。本当に急な対応

ではございますが、よろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

それでは、本日の議論を踏まえまして、規制改革推進会議といたしましては、新型コロナウイルス対策に関する規制・制度改革についての意見書を早急に取りまとめていきたいと思っております。

以上で本日の議事は全て終了となります。どうもありがとうございました。