

第13回医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ  
議事概要

1. 日時：令和5年5月19日（金）17:00～17:51

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員） 佐藤座長、武井座長代理、中室委員

（専門委員） 印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員

（事務局） 林室長、辻次長、木尾参事官

（説明者） 大坪寛子 厚生労働省大臣官房審議官

岡本利久 厚生労働省医政局総務課長

4. 議題：

（開会）

通所介護事業所や公民館等の身近な場所でのオンライン診療の受診について（フォローアップ）

（閉会）

○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13回「医療・介護・感染症対策ワーキング・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、通所介護事業所や公民館等の身近な場所でのオンライン診療の受診について、フォローアップを御議論いただきしたいと思います。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長にお願いいたします。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 よろしくお願ひいたします。

本日は、杉本委員、大橋専門委員から御欠席の連絡をいただいております。また、落合専門委員にも御出席いただいております。

それでは、議事に入らせていただきます。

まずは出席者を御紹介いたします。

厚労省からは、大坪寛子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、厚労省様より、昨日発出されました「へき地等において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」の通知に関して、御説明を5分程度でよろしくお願ひいたします。

○岡本課長 厚生労働省医政局総務課長の岡本でございます。

先生方、いつもお世話になります。

審議官の大坪が少し遅れておりますので、私のほうから御説明をさせていただきたいと思っております。

画面で出させていただきますが、昨日付けで、先ほど御紹介のありました通知ということで発出いたしました。「へき地等において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」ということでございます。これにつきまして、先ほどお話がありましたように、規制改革の実施計画の中で、デジタルデバイスに明るくない者などの医療の確保の観点から、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について課題を整理・検討し、結論を得るとされたことを踏まえて整理をし、出させていただきますということでございます。

この特例でございますが、医療法の中で診療所というものは開設できるということにしておるわけですが、診療所には医師を常駐させるということが原則となっております。これについては、体調の悪い方が集団で集まって、そこで医療行為が反復継続して行われるということでもありますので、急変時の対応とか、あるいは感染症を周囲の方に広げないということを直ちに実施をするといった対応を含めて、患者の生命であったり健康というものを適切に守るための規制ということでもあります。

こういったことで、診療所には医師の常駐を原則としてございますが、記の1にございますように、今回については、へき地につきましては、そもそもの医療アクセスというのが絶対的に不足をしているという中で、患者の医療アクセスの確保の必要性が特に高いということ踏まえまして、例外的に、今般、医師の常駐規制を緩和して、医師が常駐しない診療所の開設を認めることにしたということでございます。

具体的なへき地などの範囲ということでございますが、次のページの※に記載しておりますけれども、無医地区や準無医地区、離島振興法などの法律に規定する地区のほか、準無医地区と同じように医療の確保が必要な地区として、都道府県の裁量で認められる地域があるということを示しているということでございます。

注1のところを記載しているということでございますが、さらにその次のページで、例えばということで、豪雪地帯などにおいて、冬の間は定期的な交通機関が運用されない、あるいは極端に運行数が少なくなる場合、こういった場合も含めて例示をさせていただいたということでございます。

その上で、こういった医師の常駐しないオンライン診療のための診療所を開設するという際には、オンライン指針をしっかり守っていただく必要があると考えております。都道府県による現地調査とか、指針に記載されている最低限遵守すべき事項について、チェックシートの提出とか、急変時の対応について、事前に合意した対面で対応可能な医療機関名というものを提出していただくということを取扱いとして記載しているということでございます。

それから、通知の2でございますが、定期的に反復継続して行われることがない場合、あるいは、一定の地点で継続して診療行為が行われることがないという場合には、診療所の開設までは求めないで、実施計画の提出で足りることにしたということでもあります。ただ、こういった場合でも、オンライン指針というのは遵守していただく必要があるということでございますので、診療所を開設する場合と同趣旨の対応というものを医療機関に求めることにしているということでございます。

ざっとこういったことで、今回、規制改革の閣議決定を踏まえて、それを踏まえた措置ということで、今回の通知を出させていただいたということでございます。

説明は以上になります。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、質疑に入りたいと思います。

では、御発言、コメントのある方、いかがでしょうか。よろしくお願ひいたします。

印南先生、よろしくお願ひします。

○印南専門委員 口火を切るという意味で、質問からいきたいと思うのですが、へき地等の説明に黒ボツで幾つか挙がっていますが、これは、一個一個を例示というか、解釈は「又は」でいいのですよね。「かつ」ではないのですよね。豪雪地帯というのは「かつ」になるわけないと思いますけれども、1つ目がそれです。

それから、2つ目が、実際のチェックリストのほうを見ると「かかりつけの医師」という「かかりつけ医」と一緒なのかどうかよく分かりませんが、それが使われていて、その定義は書いていないのです。それについて、どのように「かかりつけの医師」を定義するのか、それがはっきりしないと、これは非常に細かいチェックリストで、事実上、このように書いてあるとできなくなってしまうかもしれないという危惧を持ちますので聞きました

最初、2つの質問です。よろしくお願ひします。

○佐藤座長 では、御回答をよろしくお願ひします。

○大坪審議官 医政局でございます。

最初にいただいた御質問は、もちろん、これは「かつ」ではなくて、こんな場合、あんな場合ということ、へき地の定義は様々あるものですから、なるべく広く取れるような形でお示ししています。そのほか、準無医地区と同程度に医療の確保が必要な地区として、豪雪地帯とか、様々判断いただけるような考え方を示しているというところでもあります。

それから、2つ目のチェックリストですけど、これは、そもそもオンライン指針を遵守するという事になっているわけでありまして、このオンライン指針の中身については、先生方にも入っていただいた検討会の中で定めてきたものでございます。指針をそのままつけてもいいかなと思ったのですけれども、その中で特に御留意いただきたいところをただ抜いたものでありまして、改めて何か細かい定義を定めたというのではなく、お定めいただいた指針の中から特に気をつけてねということを書き出ししたということでありま

す。

「かかりつけ」というのは、確かに定義があるようなないようなでありまして、基本的には身近な地域で、身近なところで見ただけというところに尽きます。基本的には、このオンラインの診療というものは、冒頭は、緊急時にはかかれるような対面と適当に組み合わせるといところから始まっておりますので、処置等が必要な場合には御相談できるようなところとか、そういった意味で一般用語として使っているものであります。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○印南専門委員 一般用語だと、厳密に定義しろと要求しているわけではないのですが、これは普通の人が考えると、少なくともどこかで一回は必ず対面診療してなくてはいけない、あるいは、ある程度の回数行っていないと「かかりつけの医師」とは認めてくれないと思いがちなのだと思うのですけれども、そこはいかがなのですか。一回初診があればいいのですか。

チェックリストを見ると、診療計画を立てて、疾病名をあらかじめ指定しなくてはいけませんよね。そうすると、これは結構使い勝手が悪いというか、ふだん生活習慣病にかかっている、花粉症かなと思って、それが書いていないと、その1回目は対面診療しなくてはいけないというように読めるのですけれども、それはいかがなのでしょう。

○大坪審議官 これも指針の中で御検討いただく中で定めてきた言葉遣いではありますけれども、特に我々としてはそういうことを求めています。結局、前に先生にかかっからどれぐらい時間がたったら「かかりつけ」と呼ぶんだとか、そういった御議論もたしかあったと思うのです。そこについて特に何か定めるものではなく、ふだんから御相談できるようなところとか、そういう意味で誤解のないように周知はしていきたいと思っております。

○印南専門委員 分かりました。取りあえず結構です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくお願ひします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

質問とコメントが混ざっている状況なのですが、佐藤座長、よろしいですか。

○佐藤座長 どうぞ。

○大石専門委員 大きな質問としては、これ自体で、本当にどの程度の人が助かると思っいらっしゃるのかということをお伺ひしたくて、要は、私どもというか医療界の中にいる者は全員知っているかと思うのですけれども、本当にすごいへき地にいらっしゃる、ここに定義されているへき地の方々だけではなくて、診療が受けられない、もしくは非常に受けにくい状態になっている方は、別にへき地に限らず存在していらっしゃるわけなのです。もともとオンライン診療というのは、そういう人たちを救うために設定されて普及してきたものだと思っております。

そういう意味で言うと、もともと、例えば対面診療ができる先生方が十分にいて、そこに対してアクセスができる方々、高齢者であろうと若い人であろうと、そこは対面診療にかかるということが普通に行動として起こるわけなので、そういう対面診療ができるようなところにいらっしゃらない、もしくは、そういうことが物理的に難しい方がオンライン診療を受けるということで、これはオンライン診療を受けるというのは、日本全国、等しく平等に医療が受けられるという、日本人にとっての権利を担保しているものだと思うのです。それに照らし合わせて、これが十分だと思われるかどうかということが大きな質問です。

具体的にということを上げると、こうやって困っていらっしゃる高齢者は、へき地に限らず存在していらっしゃるので、日本人口のわずかししか居住していないへき地だけに限定するということは非常に不合理であると思います。ですから、これを、どの時点でどう拡大するのか、もしくは、これに対してどう思われるのかという質問と、これはおかしいのではないかとということがコメントです。

あとは、診療所を開設する形にするということは、例えば公民館とかでしたらあり得ると思うのですが、例えばデイサービスとか学校とか、特にデイサービスのように介護保険で動いているところで、これが成り立つというのが法的によく分からず、なので、公民館やデイサービス、学校などの活用はまずやるべきだと思っていますし、職場と同様にそういうことができるということを明記すべきではないかと思っていて、明記していない理由があるのだったら教えていただきたいです。

また、診療所を開設するという手続自体はありと思いますけれども、そのときに特定の医師しか受診できないのではなくて、やはり複数の医療機関や複数の診療科目を受診可能とするべきであって、そこをやはり明記するべきなのではないかなと思っています。

最後、いろいろなチェックリストがあったり、あとは地域医療に与える影響や可能性について、いろいろな地域医師会とか学識研究者との連携で把握することと書いてありますけれども、それは何を具体的に把握するのかとか、把握した結果、どういう手続になって、結果として、オンライン診療を抑制するリスクがあるのではないかと思っていて、もしも、それが、そういうリスクがないというのであれば、そういうことをやってはいけないというように、それも明記するべきだと思います。なので、私が今挙げた問題点が明記されていない理由があれば、明記していただきたいですし、むしろ明確な理由がないのだったら、きちんと明記し、日本全国のどこであったとしても、きちんとオンライン診療を受けられるようにしていただきたいと思います。これはコメントです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今回の通知の幾つか問題点が指摘されておりますけれども、厚労省さん、いかがでしょうか。

○大坪審議官 たくさんいただいたので、全部にお答えできるか分からないですが、順々

にお話しして、もし足りなかったらまた言ってください。

まず、対面アクセスができる方は、普通にかかるのが自然であってと先生はおっしゃったわけでありすけれども、基本的にオンライン診療というのは、居宅等で受ける分に関しては特に制限がなく、どこでも日本中で受けられるというところは、前回、担保させていただいたところでもあります。今回の宿題というのは、そこがつけられない、自宅につなげられないという人たちを、どういう場所でそこを補完していくかということだろうと思っています。その場合には、居宅ではなくて、診療所といういで、不特定多数の方が集まる可能性もあるというところから、それを医療法の中でどう位置づけるかということで医療部会で議論をさせていただいたということでもあります。

医者が常駐しない診療所というのを一步踏み出すというのは、かなりのハードルがある中で、前例がない中で、今回、こういう話でスタートさせていただき、医師会や医療界、これはよく議論をした上で、そういう可能性があるということで御理解をいただき進めたということは御理解をいただいているものと思っております。まず前提として。

これがへき地に限ることは不自然だというコメントがありましたけれども、先生がおっしゃったように、対面アクセスできる人は普通にかかるでしょうからということは、そのとおりなのだろうと思っています。その上で、対面アクセスができない場所というところで不都合がある方ということを真摯に考えた上で、こういう形で、今回、提案をさせていただいているというところでもあります。

複数の診療科は当然あり得るのだろうとも思っておりますので、その先生がへき地において診療所を開設するに当たって、いつ、どういう科目でやるかということはお届けいただければいいのではないかと思います。

でも、地域医療への心配ということは、今回、通知の中にも書かせていただいております。2ページ目の真ん中ぐらにあるわけですがけれども、医師が常駐しないオンライン診療をなさるに当たって、今日、薬を処方しましたと、夜間急変しましたと。これは精神科の先生方にもよく言われる話ですがけれども、急変したときに誰がお世話ができるのだろうねと。そういったことの心配があり、地域で数少ない医療機関であっても、ある程度距離が離れているところであっても、オンラインの管理者よりも近いところで、何かすぐ手当てができるようなところ、こういったところと連携しといたほうが危なくないのではないかとといったところから発想として出ているものであります。

そういった意味では、急変時の対応について、地域で合意できている医療機関というものが明記されていくことが必要ではないかと。これは自然な発想で、そういうコメントを今回も文章の中に入れさせていただいているというところでもあります。

我々の考え方は以上であります。何か漏れていましたら。

○大石専門委員 大変御苦勞の中で進めていらっしゃるということについては理解しておりますが、やはり、これは高齢者で、デジタルに自分たちで対応できないから、結果としてオンライン診療も非常に受けにくい状態になってしまうということは、これは、医療が

いろいろな医療が等しくどこでも受けられる、誰でも受けられるという日本の精神に私は反していると思います。ですから、今おっしゃったことは理解はしつつ、でも、やはり、先ほど申し上げた点においては不十分であると思っております。

あと、チェックリストに関しましても、おっしゃるとおり、確かにオンライン診療の指針の中で書かれているものではあるので、それ自体、一個一個については違和感はないのですけれど、どこまで厳しく求めるかとか、それによってオンライン診療をやってはいけませんというような措置に結びつく可能性があることは、やはりおかしいと思っております。ですから、時間も制限があるので、私はここから先はちょっと。ここで一応終わらせますけれども、でも、ここがまだまだ不十分であるのではないかということについては、もしも文章が必要でしたら、また、規制室を通して、先ほど申し上げた論点について、コメントを書いてお渡ししたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかの先生方、委員の方々、いかがでしょうか。

質問が出る前に、こちら感想めいたコメントになるかもしれませんが、そもそもオンライン診療を全体として進めるというのが、多分、国としての方針だったと思うのです。それは、もちろん、安全性、有効性が大事なのは分かるのですが、やはり患者さんの利便性という観点が肝要かと。先ほどの繰り返しになりますけれども、あまりデジタルに詳しくない高齢者の方がいるとか、先ほど連携の話がありましたが、連携が必要というのは、別にへき地に限ったことではないはずなので、果たして、そういった、今、御説明があったところがへき地に限定する理由になっているのかなというのが、こちらとしては疑問視せざるを得ないかなというのが、今回の通知を見たときの素直な感想ということになるかとは思っています。いかがでしょうか。

コメントがあれば、どうぞ。

○大坪審議官 繰り返しではありますが、医療界のほうでも過度に心配し過ぎているかもしれませんが、基本的には対面アクセスができる方が普通にかかるのが自然ということは、そのとおりである中で、その医療アクセスすらできないところにおいて、どういった医療の提供ができるかという中で、かなりジャンプして、管理者がいない診療所という発想を今回提案したわけでありましてけれども、それがへき地に限ることが不自然というのは、いろいろなお考えがあると思います。ただ、医療アクセスが可能であるならば、急変の処置ということに関しても改めて別の先生にお願いしておくこともなく、御自分のところではできるのだろうと思っているわけで、へき地においては、そういったところすらアクセスが難しいといった場合に、なるべく積極的に処方したり治療していくというときに、やはりバックヤードで誰か見てくれないと、全部、救急車を呼んでくださいとかドクヘリを呼んでくださいとかいう話になるのかということもありましたので、今回、こういう形で付記させていただいているというところです。

○佐藤座長 ほかの先生方、いかがでしょうか。

落合専門委員、よろしくお願いします。

○落合専門委員 遅れて入ってきましたので、御説明があったのであれば申し訳ありません。

先ほど議論をされていた部分もあったかと思いますが、まず1つが、必ずしも、今回、へき地であったりという部分が出てきていることがあったかと思うのですが、そういう高齢者やデジタルデバイスを使いにくいような方は、必ずしも特定の地域にだけいるわけでもないということだと思います。全体としては、そもそもオンライン診療というのは、最初、オンライン診療に関する、必ずしもへき地等ではない場所でするようにするという話にしたタイミングでは、あくまで補完的であるし、抑制的という形で議論はされていたと思います。しかし、少なくとも、0410の特例の恒久化というのは、必ずしもそういう形で行っていくものであるという位置づけではなくなっていると思います。

当然ながら、対面診療と同様というか、もちろん技術的にできることとできないことはあるので、対面でしかできないことはあるにせよ、オンラインでできることがある場合には、オンラインを活用することは差し支えないということになっているはずだと思います。そういう意味では、なぜ、今回、そういったへき地等というところが改めてクローズアップされているのかということなのが1つです。

もう一つが、例えば公民館とか、様々な、そういった人が集まれるような場所ということが、デイサービスとか学校なども含めて、様々な、活用の可能性があるような場所もあるのではないかと思います。この議論についても、かなり昔からこの規制改革推進会議でも議論されていたことではあると思っておりますので、そういった部分を活用していくことについて、あまり困ることにもならないのではないかと思います。この辺り、活用していくことについてどう考えられるか、というこの2点についてお伺いしたいと思います。

○佐藤座長 では、厚労省さん、よろしくお願いします。

○大坪審議官 落合先生、いつもありがとうございます。

2つ論点というか、混ざってしまっているかもしれないので、改めて申し上げますと、今まで、去年からずっと言っていたというのは、オンラインを居宅等とする分には地域限定ではないわけです。もうどこでもいいわけですね。その話を初診からやるかやらないかという議論がずっとあって、それはできるようになりましたと。次に、一方で、公民館でもどこでもいいのですけれども、患者への医療サービスの提供を目的とする、本来、別の場所なのだけれども、そこを医療の提供をする施設として位置づけていくということが、去年の暮れから始まっている新しい論点だと思っています。そこについては、これは公民館といっても医療施設として認めていくということに何らか条件が要るかどうかという議論を持ち帰らせていただいて、医療部会でやったということでもあります。

その中では、個人個人のおうちの中でオンラインをつなぐ、つながないという話に関しては縛りは全くないわけなのですけれども、療養する場所であればよいということであり



ますが、医療提供サービスをする施設として、医療施設ではないものをどんどん認めていくということに関しては、医療法の中では診療所という扱いをしていくということが適当であろうということで、今回提案させていただいています。

なので、へき地に限るということは、通常であれば、医療の提供サービスがあるのであれば、そこに行っていただくのが自然であって、そこがないから、では、何ができるところで御提案をさせていただいているというものです。

デジタルデバイスに弱い方というのは、当然、へき地以外にだっていらっしゃるわけでありまして、それは理解している上で、必ずしもデジタルで医療にかからなければいけない人とか、かからざるを得ない人と、対面でかかることができる人ということを分けていくと、基本的には診療所に行ける方は行っていただくのでしょうし、それが不在場所においては、どういった工夫が、どういった突破がしていけるかということで議論をさせていただいたということです。だから、居宅等の話と施設としての話と分けて、今回、整理をさせていただいております。

○落合専門委員 ありがとうございます。

先ほどの病院に、実際に対面で行くべきかどうかという部分については、そういう意味では、既に0410特例の恒久化でという話が当てはまるような気がいたします。しかし、いずれにしても、施設の点について、認められる場合もあるとしている部分があるわけだとは思いますが。これは、逆に言いますと、なぜ、そういう場合には認められるという判断になるのか、どういうことがあれば診療所と同様になるのかについて、改めて教えていただけないでしょうか。本当にその場所だけに限定しないとできないような議論を論拠にされているのかどうかを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。

よろしく申し上げます。

○大坪審議官 今日是指針は持ってきていないのですけれども、指針の中でも、最初から処方できる場合はどういう場合だろうとか、二次元の中で限界があるのではないかという議論を積み重ねた上で少しずつ広げてきて、初診からオーケーで、でも、薬はこの範囲ねみたいな制限はどうしてもあるわけですね。それは、何でそう考えているかという点、今回、出させていただいた通知の2ページ目の真ん中辺りで、先ほど申し上げましたように、結局、離れた距離の中でオンラインで見えている情報の中で医療を提供するわけですねけれども、その上で、夜間に急変した場合とか、そのときに誰が対応するのだろうかという心配がどうしてもあるということでもあります。

これは、対面で医療資源が豊富にあるのであれば、こういう場合にはこうなさいと、主治医のほうに、うちに連絡してくださいねとか、そういうやり取りがあるわけですねけれども、どうしても距離が離れているところにおいては、そのオンラインの先生は24時間やってくださっているかどうか分かりませんが、そういうこともやっていただくサービスが出てくるのかもしれませんが、必ずしも時間的、空間的距離がある中で、オンライ

ンでやったけれども後は知りませんということがないように、やはり、地域、地元において連携可能な医療機関というのは1つつくっておいていただきたいなというところは、正直、まだ医療界の中にはございます。

また、診療科によってもそこは大分意味が違います。皮膚科の先生、急変とかがないようなところだったら軟膏を出すというのはあるかもしれません。でも、精神科領域とか内分泌系とか、そういう時間帯によって日中変動があったりするところにおいては、やはりまだ心配の向きがあるので、地元において対応できるところを書いていただきたい。こういった縛りがどうしても出てきてしまうというのが現状かと思えます。

ですので、こういうことが全然なければ、対面もオンラインも同じですということになればそうなのでしょうけれども、今はまだそこが突破できていないというか、どういう実態が、実績としてどういう不都合が出てくるかとか、そういったことも並行して見ていった上での話かなと思っております。

○佐藤座長 いかがですか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今御説明いただいた点は、確かに、結果的に対面でいかないといけなくなるような場合は当然生じ得るところだと思います。私も、指針のほうの議論にはずっと参加しておりましたので、対面ではないとできないことがあるということも重々承知はしておりますが、一方で、対面ではなくてもできる場合ということもそれなりにたくさんあるということも、また一方の真実であると思っております。そういうときに、今おっしゃられた点が、特にほかの医療機関との連携という点を特におっしゃっていただいたと思っておりますが、これは、そうであれば、例えば自宅の近くの300メートル先の公民館であれば、公民館のほうで連携していない場合は、自宅にいてもやはり連携はできていないわけでありまして、あまり、そういった自宅外の場所であるからどうこうということと必ずしもリンクしない議論になっているのではないかとも思いました。

そういう意味では、もう少し整理していただいて、議論の内容ということも、また改めてやり直していただく余地があるのではないかと思いました。今おっしゃっていただいた部分も、必要な場合があるということ自体はあるのですが、それは今回の場所を制約することとは直接関係ない議論のように思いますので、そういった意味では、少し整理をし直していただきたいと思いました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかの委員の先生方はいかがですか。

オンライン診療に対するニーズが高まる、そういう公民館とかでのオンライン診療のニーズがあり得るのは、へき地は十分条件ではありますけれども、繰り返しなりますが、やはりへき地だけというわけではないような気がしますということと、確かに連携とかいろいろ必要なのは分かるのですが、それは別にへき地に限ったことではないはず。夜間に容体が急変するのは、別にへき地の患者さんだけではありませんので。

あと、前にも質問が出ていましたけれども、地域医療に対する影響を検証するというのも、それは誰目線かということによってもかなり変わってくると思うのです。お医者さん目線だとすれば、自分たちのところに患者が来なかったから、これはいけないんだとなるけれども、患者さんからすれば、逆に利便性が高まって安心して医療を受けられるのであれば、それはそれで結構ということになってしまいますので、より患者さん目線で、本当に一番望ましいのは何なのかということ。

今回、オンライン診療の有無は、どこでやるかの話じゃないですか。やはり、できるだけ患者さんの選択肢を広げるということ、それはやはり配慮すべきことではないかと個人的には思っています。

いかがですか。大丈夫でしょうか。

武井先生、ありますか。

○武井座長代理 へき地という概念で、先ほど落合先生もおっしゃったように、オンライン診療によって救われる命、病気というのがある中で、それに対して、へき地ではない高齢者の方に、オンラインできちんとできる対応の選択肢を奪う必要がどこにあるのだろうかというのが、御説明を伺っていて分からないです。

普通に、オンラインにはオンラインの良さもあり、かつ、公民館とかデイサービスもそうですし、そういったところで、普通に高齢者の方が、いろいろなデジタルデバイドの問題を解消して、オンラインの良さのある治療を受けられるということに対して、へき地以外の方から選択肢を奪うというのは、過剰に恐れ過ぎている新たな規制を今回入れていらっしゃるのだと思います。

あと、病院に行ける、行けないという概念とへき地という概念は、そこはずれている気がしていて、へき地は「へき地等」の「等」をつけても狭いと思うので、もともとの話の趣旨が、少しずつ前進はしていますけれども、まだまだ道半ばなのではないかなと思ったということです。

コメントですが、以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。では、今のはコメントとして受け取らせてください。うまくまとめていただきまして、ありがとうございます。

よろしいですか。

どうぞ。

○大坪審議官 先ほども申し上げたのですけれども、これまでずっと居宅とか療養ができる場所において、オンライン診療をするということを、この規制改革でも御議論いただいて広げてきました。それについては、へき地限定はないわけでありまして、全国どこにおいても、療養している場所においてオンラインをすることは可能です。しかも、初診から可能です。それも、先生方に御指導いただきながら、医療界にも持っていき、進めてきた成果だと思っています。それを、この4年1月に指針をまとめさせていただいた中では明確に書いていまして、どこでも初診からできます。

一方で、今回、新しい話は去年の暮れから出てきているものでして、おうちや療養できる場所でも、電気、つなげられないのですという話について、代わりに、それを医療提供サービスするような場所、不特定多数の方が集まる場所、こういうものが必要なのではないかということについて、改めて医療界にお諮りした結果を御報告しているということだと思っています。

そういった場合には、それは、不特定多数の方が、オンラインというデバイスを使うかどうかは別として、医療の提供を受けるわけでありますので、それは診療所として新しく位置づけてはどうかと。これまで、そういった概念が全く医療法の中にはありません。管理者は常駐していないといけませんから、常駐管理である医師たるものが常駐管理しているところが医療施設でありますので、その発想を変えて、非常駐であっても、患者様の利便性のために、不特定多数の方がつながる場所というのを位置づけようじゃないかということで議論をしているというところを御理解いただければと思っています。なので、狭めてもいなければ、かなりのジャンプをしています。

その中で、何でへき地なのというのは、繰り返しになってしまいますけれど、夜間急変時に対応できるところが、通常であれば、どこか探せばその辺にあると思います。ですけれども、本当に医療資源がないというところにおいて、日中帯、利便性は確保しましたと。医療にアクセスできてよかったと。だけれども、そこが電線を切った瞬間、夜間とか、その間、どこかお世話しているところが全くないというのは、患者さんにとって本当に安心安全なのかといったところで、通常のオンラインは、遠く離れた先生でやっていただいて全然構わないと思います。けれども、もし、例えば、この方は、夜、こういう可能性があるような疾患であったときには、もう少し近くで駆けつけられるようなところとか、そういったところと連携を取っていただいたほうが、より安心安全ではないかという発想で、今回、提案させていただいているものであります。ですので、へき地以外で医療のアクセスが十分あるところでは、そんな要件は要りませんし、対面であろうがオンラインであろうが要らないと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お手が2人から挙がっております。では、落合専門委員からお願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

先ほどの私の質問に対する御回答と、先ほどのやり取りを伺っていて、改めて今回の通知を見て気づいたところがありました。

地域医療に与える影響や可能性について、地域医師会や学識経験者の団体等と連携して把握することになっていましたが、これが個別の連携ではなくて、どちらかというところ、地域連携のほうに悪影響がありそうな場合について、そうならないようにとされているように読めました。患者さんが、必要な場合に対面でかかれるようにというお話と違うような意味合いで書かれているような気がいたしました。この点について、なぜこういう内容

の注記がついているのかというところが1つです。

もう一つの常駐等の部分については、デジタル臨調のほうでも、特に、医療分野にかかわらず、全般的に常駐、専任等の見直しということは広く行われておりまして、実際、かなりの部分が進んできていると思っております。

ですので、医療界だけではなく、ほかの分野も含めて、その部分については整理が進められていると思っております。ぜひ、ほかの分野でも整理が進んでいる内容も見えていただきながら、どの業界にとって、もしかするとジャンプアップなのかもしれませんが、ただ、日本全体で行っていることではあると思いますので、ぜひ整理を進めていただきたいと思えます。

○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質問を受けて、それから、厚労省さんに御回答いただきます。では、大石専門委員、よろしくをお願いします。

○大石専門委員 私、理解が悪いのかもしれないのですがけれども、素朴な疑問を申し上げたいなと思っていて、今さっきの御説明の中で、例えばへき地の場合は、夜間とか土日とかで、なかなかつながる対面のところがないので、そこをしっかりと確保した上で公民館等でやってもいいですよという趣旨だということは理解しました。それは、いいか悪いかは別として、ある程度の理屈は立つと思えます。

ただ、私に分からないのは、へき地ではないところ、都会地で、例えば東京都内とかだったら、そこら辺にいろいろな診療所が、100メートル行けば、車椅子でも行けばあるので、それは困らないでしょうけれども、いわゆるちょっと過疎地のところは、結構、今大変になっているのです。全くどんな診療所もありませんという地域ではないのですが、例えば糖尿病の専門のところはありませんとか、何々科はありませんみたいな感じで、結構困っている人たちはいて、その人たちに対してオンライン診療がサポートするということは非常に役に立ち得る話で、またそういう動きがあるのですがけれども、また、片一方で、そういう恩恵が受けられない高齢者等に対して、準へき地というか、ここで定義されるようながちがちのへき地ではないところに対しても、公民館等で対応するというのが何で駄目なのかとか、そこで助かる人たちをどう考えていらっしゃるのかということがちょっとよく分からないなというのが1つです。

もう一つは、職場がオーケーでデイサービスが駄目だというのはやはりよく分からなくて、これはやはりおかしいのではないかなと思うのです。それとか、公民館等で、例えば老人クラブとかがあって、日常的に通っているのだったら、これは準職場と同じような感じの生活環境の一環ではないかと思えます。療養といっても、みんながみんな感染症でうつすから家にいなさいというわけではないので、例えば、生活習慣病はあるのだけれども、老人クラブに通えるような、そういう高齢者が、定期的にある程度頻繁に公民館とかに行っているのだったら、そこを職場と同じような扱いにしては何でいけないのかがよく分からないというのが2つ目の話です。

あと、ちなみになのですが、ここに書かれているものは、複数場所でもいいのですか。中心的な場所ではないといけないのかとか、そこら辺も非常に不明確だと思っているので、初めの2つについては、なぜそこが駄目なのかということをもっと教えて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。

いろいろ質問が出てきましたけれども、いかがでしょうか。

○大坪審議官 覚えているほうからいって、後ろからお答えさせていただくと、大石先生からいただいた中で、複数場所とおっしゃっている意味がよく分からなかったのですが、その場所で開設する先生が、複数開設するというをおっしゃっているのか、これはまた後で教えてください。

簡単なほうからいくと、職場が駄目でデイサービスというのは、いわゆる居宅等というところ、おうちでつなげるというところが、今、療養できる場所としているわけですが、それをどこに広げてくかというお話と、今回の、不特定多数の方が集まるので、そういう集まる方に医療提供を、オンラインでサービスとして提供する場所として、公民館を診療所扱いするかという話と2つあるわけです。

前半の居宅等というところをどんどん広げていったらいいのではないのということを、今回、これで解決しようとしているところもありまして、御自分のおうちの中だったら、へき地限定もなく、どこでもいいわけですが、療養されている場所であれば、オンラインはどこでもできるわけですが、お出かけになる先で、デバイスもなかなかリテラシーもないので、そういったところでオンラインができるよというところが、それが老人クラブであったり公民館だったら行くんだけどねという、そこでつないでくれたらいいのだけでもねということを、今回、この診療所という扱いの中で解決しようとしているものであります。そういうことが1つ。

都内には病院があるけれども、ちょっとした過疎地という御質問もありました。これは、我々の通知の中でも、あだのこうだのいろいろ書いてお示しをしているところでありまして、無医地区や準無医地区に限らず、それと同等程度に医療の確保が必要な場所としては様々書かせていただいています。その上で、先生がおっしゃった、例えば糖尿病の専門家がいないとか、そういうことが、医療の中でクオリティーみたいな話になるので、みんな、専門家にかかるかかからないかみたいな、通常の医療の提供、アクセスが不十分という話とやや違うのかなとは思いましたが、一方で、主治医の先生とよく御相談の上、御自分のところに毎回来るのではなくて、オンラインと適切に組み合わせたらということで、何か御示唆があればそういったことも入ってくるのではないかと思いますので、ここは準無医地区と同程度に医療の確保が必要な地区というところで、どのように考えていくかというところなのではないかというのは思っています。

落合先生がおっしゃっている、地域医療に与える影響というところが、基本的には地域医療で、医師会の了解がなくては駄目だということではないのですけれど、全くあずかり

知らない患者さんがいて、オンラインでやられていて、夜、急に何かと言われたときに「聞いていませんよ」ということがないように、例えば土日・夜間は、医師会では当番制で回していたりするので、そういった方が、あらかじめ情報を持っていたほうが、それは「この方ね」というのでスムーズだろうとは思いますが。

そういった意味で、地域の中では、過疎地であっても、そういう連携は取っている、無医地区で取っているところが多いと思います。全くない場合というのはあまり想定されないもので、そういったところに、あらかじめこういう方で、こういう処方していますから急変するかもしれませんみたいなことは、情報提供があったほうがやりやすいだろうなということでもあります。全然知らない患者さんで、どんな処方かも分からない人が夜担ぎ込まれても難しいかなと、そういった意味合いで書かせていただいているものであります。

落合先生、大石先生、何か不足があれば。

○佐藤座長 では、落合専門委員、いかがですか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今の点は、そういう巡回をするためにとか、人を派遣するためにということではあると思うのですが、そうであれば、自宅の場合も同じ状況ではあると思いますので、自宅でもあずかり知らなければそういうことになると思うので、なぜ、外の場合だけ問題になるのかがよく分からないと思いました。

こういった点は、まだ整理が十分されていないのではないかと思いますし、そもそも、もともと職場などのお話のときも、従前、日中に時間をある程度いる場所であればということで、それで職場を認めるということになっていたと思いますので、大石先生も先ほど言われおりましたが、デイサービスとか、あと、学校とかもそうだと思うのですが、あまり否定する理由はないのではないかと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石専門委員、お願いします。

○大石専門委員 ということは、先ほどお答えいただいたことは、要するに、準過疎地というのか、若干、過疎になっているところに関しては「へき地等」の「等」のところを読み込めるという理解すればよろしいということですか。要するに、そこを私が理解していなかっただけということでは分ければよろしいということですか。確認なのですけれども。

○大坪審議官 通知の中では、準無医地区と同程度の医療の確保が必要な地区として、豪雪地帯とかいろいろ書いている中で、最後に、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必要があると都道府県知事が認めた地区ということも書いていまして、へき地医療を含めて、都道府県が医療の提供サービスというのは計画を持っているわけがありますので、そこで極端に抜けている地域があるということで、オンラインをもってしないと全然提供できないということであれば、それは可能性はあると思っています。

○大石専門委員 もしも、いわゆる豪雪地帯等々のへき地以外も、かなり拡大してもいい

ということであれば、それはしっかり明記をして、制限がかからないようにしていただいたほうが良いと思います。

以上、コメントです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません。まだ議論したい方もいらっしゃるかもしれませんが、予定した時間を超過しております。今日の議論はここまでとさせていただきます。

本日の議論では、厚労省から昨日発出されました通知について、もちろん、一定の進展があったということは、その御尽力には感謝申し上げますけれども、昨年の規制改革実施計画の趣旨である、高齢者の医療アクセスという観点を踏まえれば、へき地に限定しない、特定の医師診療科に限定されない、あるいはデイサービスや学校の取扱いを明確にするといった観点から、なお一層の見直しが不可欠かと考えられます。そういった御意見が委員の方々から多数だったと思います。

もちろん、一方で、委員の方々から、これまでもオンライン診療について、濫用されるリスクがあるとか不適切なことがあるだろうということ、これはしっかり対応しなくてはいけないということ、これはこれまで示されているとおりですので、その辺は理解は共有されているのかなと考えます。

したがって、厚労省におかれましては、今回の通知を是としつつも、さらなる検討をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

今日いただいた御意見も、医療界のほうには戻して議論してまいりたいと思いますが、繰り返して恐縮ですけれども、居宅で見ているという範囲と、医療提供施設、サービスとして提供するということは明確に切り分けて我々は議論をしてきております。一定の進歩を両方において見ていると思っていますので、どうしても話をごっちゃになっている気がしますので、そこは御理解いただければ幸いです。と思っています。

その上で、また医療部会のほうで座長ともお話ししたいと思いますが、先生方の御意見というのを直接言っていただけるような場を設けられるかどうか、そんなことも検討してまいりたいと考えております。

以上であります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

委員、専門委員の皆様方におかれましては、時間の関係で発言できなかったこともあるかもしれませんが、その場合は、明日までに事務局のほうに御連絡いただければと思います。

では、予定の時刻を超過していますけれども、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す。

また、事前に御連絡したとおり、都合のつく方に関しまして、本日の議論を踏まえて、今後の対応について、5分程度御相談を申し上げたいと思いますので、そのままお残りく



ださい。

では、お疲れさまでした。本日は以上です。