

## 第2回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和5年11月20日（月）15:00～18:00

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、津川座長代理、杉本委員、間下委員、落合委員、中室委員

（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、住田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 大槻顧問、林室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者）一般社団法人日本デイサービス協会

北村理事

能美市

吉光参与

嶋田企画振興部デジタル推進課課長補佐

一般社団法人日本遠隔健康医療学会

黒木理事

慶應義塾大学医学部ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座

岸本特任教授

全国「精神病」者集団

山田運営委員

一般社団法人日本医療ベンチャー協会

原理事

厚生労働省

宮本大臣官房審議官

姫野医政局総務課長

須田大臣官房審議官

眞鍋保険局医療課長

斎須大臣官房審議官

和田老健局認知症施策・地域介護推進課長

嶋村老健局高齢者支援課長

4. 議題：

（開会）

1. オンライン診療の更なる普及・促進に向けた対応について

（ア）通所介護事業所や公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の

円滑化について（フォローアップ）

（イ）オンライン診療等の診療報酬上の評価見直しについて

2. 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について（フォローアップ）

3. 特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化について（フォローアップ）

（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2回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には御多忙の中、御出席をいただきありがとうございます。

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

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

本日は、議題1として「オンライン診療の更なる普及・促進に向けた対応について」、議題2として「報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について」、議題3として「特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化について」の3件について御議論いただきたいと思います。

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

本日は、落合委員、中室委員、住田専門委員、大槻顧問にも御出席いただいております。

なお、大石専門委員はいずれかの議題の途中から御出席いただく予定となっております。

また、本日は河野大臣よりビデオメッセージをいただいておりますので、ただいまより再生させていただきます。

○河野大臣 皆さん、お疲れさまでございます。お忙しい中、ワーキング・グループに御出席を賜り、ありがとうございます。

本日はまずオンライン診療についての御議論をお願いいたします。オンライン診療は、患者の居住地や身体自由度によらず、専門医を含め患者が選択するお医者さん、あるいはタイミング、自由な選択による受診を可能とできるというものだと思います。岸田総理がおっしゃっている利用者起点の社会変革の象徴の一つだと思います。

例えば持病を抱えながらデイサービスを利用されている歩行困難なお年寄りの方、ひきこもりの方、都市にお住まいでも御家族の育児・介護がある中、通院の同伴で仕事を休ま

ないといけないという方もいらっしゃいます。地域によっては近くに医療機関がないという方はオンライン診療を必要とされていらっしゃると思います。

令和4年度にオンライン診療の回数などの制約を緩和いたしました。対応する医療機関はこれまでに約67%増え、全体の16%の医療機関が対応してくれております。例えば東大病院や京大病院でもオンライン診療が開始され、千葉県の郊外では、近隣に医療機関が少ないけれども、病気の子供を連れて今までは車で30分かけて通院していたのが、オンライン診療の結果、それが不要になりました。そういう声も聞いております。

ところが、オンライン診療の件数は全体のわずか0.06%にとどまっていて、社会全体で普及しているというにはほど遠い状況です。背景としては、高齢者がデジタル機器に不慣れでなかなか自分一人で受診するのは簡単でないという利用者側の課題もあると思います。また、医療機関にとってみると、苦勞の割に報酬が少ないので、オンライン診療をやるインセンティブが小さいということも課題です。

今日御出席の委員の皆様におかれましては、厚生労働省の検討内容について多様な患者さんの姿を念頭に置いて、利用者起点の立場から忌憚のない御意見をお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 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。

○佐藤座長 本日もよろしくお願いいたします。

それでは、議題1（ア）「通所介護事業所や公民館等の身近な場所におけるオンライン診療の受診の円滑化について（フォローアップ）」に入らせていただきます。

出席者を御紹介いたします。日本デイサービス協会から北村直也理事、石川県能美市から吉光年治参与、嶋田准也企画振興部デジタル推進課課長補佐、厚生労働省から宮本直樹大臣官房審議官ほか医政局の皆様にご出席いただいております。

それでは、日本デイサービス協会様からまずは御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分以内でよろしくお願いいたします。

○日本デイサービス協会（北村理事） それでは、一般社団法人日本デイサービス協会理事の北村です。本日はオンライン診療の受診の円滑化について、通所介護事業所の立場から説明をさせていただきます。

日本デイサービス協会は、2014年に設立され、事業所の声を集め、政策に反映させていく活動をしています。2021年からは、優れた取組をしている事業所を選出するデイサービス5選を年に1度、3月に開催しています。また、私が代表を務めるDSセルリア株式会社にて、口腔ケア、リハビリに特化したトータルリハセンターという事業所を千葉県を中心に関東で20か所運営しております。

では、ここから本題に入らせていただきます。まず、通所介護の利用者と環境について記載をしています。通所介護と利用者間には契約が原則のため、双方の合意の下でサービス利用ができる仕組みであり、利用者はある程度固定・限定されています。看護職員の配置や設備基準として相談室の設置が義務づけられており、利用者及び職員の体調管理や衛生

管理が整っています。特に感染症対策については、コロナ禍の影響もありまして、厚労省から介護現場における感染対策の手引が示されており、こちらに準じて、弊社の事業所でも御利用者様をお迎えに上がる際には送迎の車に乗車前に体温を確認したり、事業所に到着されたときには看護師が血圧測定など、体調チェックを徹底しております。各事業所がガイドラインを参考にオペレーション構築と従業員への周知徹底を継続しています。

通所介護事業所でオンライン診療が受診可能になることで要介護者の利便性や満足度向上並びに地域包括ケアの更なる推進につながることを踏まえると、非常に有用性があると考えられます。介護事業所の立場からすれば、利用者様は毎週ケアプランに位置づけられた曜日に通所されるため、月1回の定期受診が御利用日と重なってしまうこともあります。そうすると、通所はお休みしなければならなくなります。

また、御利用者様の急な体調変化に対しての相談ができたり、通所利用時の様子や服薬状況の報告によって減薬につながる可能性もあるかもしれません。

一方、通所介護事業所の経営上気になる点としては、通所介護利用時の提供時間内にオンライン診療を行った場合、通所介護の提供サービス時間に含まれるかどうかです。オンライン診療が可能な環境設定及び端末操作のサポートなどをする前提で考えると、職員の負担も小さくはありません。

オンライン診療の受診について、通所介護利用者の利便について具体例を幾つか挙げさせていただきます。通所介護利用者においては歩行困難者が多く、地理的制約だけではなく通院が困難なケースもしばしばあります。病院までの移動にタクシー等、乗用車を使う場合でも、車で移動や乗降には介助が必要です。また、歩行困難者以外にもMCIを含む認知機能障害などにより、受診時に医師に症状をうまく説明ができないため、御家族の付添いが必ず必要となる方もいます。御家族は通院のために仕事を休まざるを得ないというお話もよく耳にします。

通所介護の利用者には独居の方も多く、家族に頼ることができないので、基本は通院介護が前提になります。これらの課題をオンライン診療で解決できる可能性があります。地域の医療アクセスの状況にかかわらず、利用者とその家族の介護負担及び介護人材不足の現状課題並びに未来を勘案すると、既存の通所介護にオンライン診療が解禁される合理的な理由はあるのではないのでしょうか。

最後に、通所介護事業所におけるオンライン診療の運営イメージについてです。オンライン診療は、事業所内に専用ブースを設置し、事業所が端末やアプリを用意することを想定しています。アプリについては既に市場に出ているものを活用し、御利用者様がふだん受診をされているかかりつけ医など、複数の診療所から選択できるようにできることが望ましいと考えています。

以上で私からの御説明を終了させていただきます。御清聴ありがとうございました。  
○佐藤座長　ありがとうございました。

次に、能美市様から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○能美市 そうしましたら、能美市は約人口5万人、世帯数2万人、それから高齢化率は現在26.3%という形で、面積は約84平方キロメートルと比較的コンパクトですが、海から里山まで多様な地形で、面積の6割が森林という形になっております。

スマートインクルーシブシティの未来の生活のイメージです。能美市では、移動手段が成り立つことを目指し、集落に必ずある公民館を活用し、医療や生活支援、モビリティ拠点としてアップデートしていきたいと考えています。その公民館の機能としてオンライン診療を受診できる環境を構築し、生活の選択肢を増やしていきたいと考えています。

能美市立病院でオンライン診療を試行・検証した例ですが、先ほど発言もありましたように、高齢者はコミュニケーションまたは機器操作の面でサポートする方がいたほうが診療等はスムーズで、そもそも家にデジタル環境もない方も多いです。また、自宅に近い環境のほうが認知症の症状が現れやすいのではないかとという市民の声もありました。

公民館についてですが、現在、公民館は社会教育施設としての人間的諸能力の発達のほか、福祉や防災など、多様な機能が求められています。令和5年5月18日付の通知については、その範囲については能美市は対象であり、活用できない形となっております。

また、その他のニーズとして学校の保健室、保育園の医務室等で養護教諭の方の判断や不登校、慢性疾患に関する方の診察を登校時にできたらいいのではないかとという現場の意見もありました。

今の規制の範囲の病院から4キロという距離を能美市の病院の位置とひもづけたイメージの図であります。緑色が町内会、集落がある位置だと思っていただければよいと思います。この4キロという距離を移動の面で考えると、天候、それからインフラ、ライフスタイルということを考えたときに、様々な要件で高齢者だけではなく子育て世代や外国人等でも車、タクシー以外の選択肢になりにくいと考えています。

また、この4キロ範囲内の方にも実際にお聞きしたところ、病院に行くのにタクシーで行っているのだけれども、往復4,000円以上かかるという形で経済的負担というのがかかるので、病院に行く回数を何とかしたいという形もありました。

最後になりますけれども、能美市はそのほか、今、電子カルテを市内の病院で共通化して、病院と診療所間の情報共有基盤の構築にも取り組んでいますが、そういうインフラも使いながら、医師会も含め、複数病院、複数科目に対応できるオンライン診療環境を地域で構築したいと考えています。

結論としては、人口減少社会の課題というのは、ビジネス、医療環境など、様々な活動の密度が疎になることで起こっています。その対応のために、身近な施設で医療が受けられるように暮らしの選択肢が増えること、それから社会の仕組みを変えることが全国共通の課題解決になり得るということです。規制緩和について進めていただきたく、よろしくお願いします。

以上となります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、厚労省様から5分以内で御説明をよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（宮本審議官） 遠隔医療の更なる活用について、医政局より説明いたします。

まず、資料の2ページですけれども、個別の患者が居宅以外でオンライン診療を受けることができる場所について明らかにするというのが課題となっています。

3ページですが、オンライン診療を受診することが可能な場所は、医療提供施設、居宅等のいずれかでありますけれども、通所介護施設については「居宅等」に含まれるかどうかが残された検討課題とされておりました。

4ページでございますが、今の課題につきましては、平成30年の国会答弁においては通所介護事業者は医療提供施設ではなく、また、患者が一時的に滞在するのみであるという性質に鑑みれば、「居宅等」に該当せず、医療を提供できる場所と言い難いと答弁しておりました。このように、これまでは療養生活を営むことができる場所としては、原則として居宅と同様に長時間にわたり滞在する場所であるという整理をし、通所介護事業者はそれに当てはまらないという判断を示してまいりました。

5ページでございますが、今般、その論点につきまして改めて整理を行いまして、学校や通所介護事業所においても居宅と同様に長時間にわたり滞在し、日常的な生活をその場で送っているような場合にはオンライン診療を受診できる場所として認められると整理することにいたしました。

ただし、通所介護事業者がブース等を設けるなどして特定の多数人を集めて反復継続してオンライン診療を提供する等の場合には、医療法上の責任を通所介護事業者が負うことはできないことから、医師である管理者を置き、保健所に診療所開設届をする必要があると考えております。また、診療所開設をする場合でなければ、通所介護事業者がオンライン診療を利用できる旨を患者に公告することができないものと考えております。

次に、6ページでございます。へき地に限らずに、都市部を含め医師が非常駐の診療所を開設することについてでございます。

7ページですけれども、今までの規制改革実施計画の内容を抜粋しております。今年5月18日に、へき地等において医師非常駐の診療所を認めると通知を発出しておりましたが、都市部においても同様の対応が可能か否かを検討し、結論を得ることになっております。

8ページの上段は、5月18日の通知でお示しした特例範囲を抜粋したのですが、へき地等以外の場所についても特定の診療所が身近にない場合など、医療アクセスが困難な場合があるのではないかと御指摘をいただいております。

9ページでございますが、これを踏まえて具体的な骨子をお示ししております。都市部においても受診機会が十分に確保されていない場合については特例の範囲を拡大しようと考えております。具体的には、5月18日に発出した通知を改正し、へき地等に加えて専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所については、オンライン診療によらなければ住民の医療の確保が困難であると都道府県が認める場合には、都市部でも医師非常駐のオ

ンライン診療のための診療所の開設を認めることを考えております。

最後に、別紙を御覧ください。5月18日に発出した通知を受けて、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を自治体に確認し、さらには特例範囲の拡大についても併せて意見を伺いましたので、まとめております。現在までのところ、へき地等におけるオンライン診療のための医師非常駐の診療所が開設された実績はございませんが、巡回診療の特例を活用した実績は3件ございました。

また、へき地等以外でオンライン診療のための医師非常駐の開設に関する地方からの要望ですが、地方自治体からは、へき地等に限らず、冬の時期は積雪が多く、交通機関も限られている状況等で医療アクセスが悪い場合や医療資源が少ない地域において柔軟に特例範囲を検討してほしいという要望がある一方、都市部の自治体からは、都市部には診療所が十分にあるので特例範囲を拡大させるべきではないという声や、安易にオンライン診療を開設しようとする者が増え、不適切な医療の助長や通常の対面診療を受診する機会を遅らせるおそれがある等、要件を緩和していくことへの懸念も示されたところでございます。

厚生労働省といたしましては、引き続き医療界と議論をしながら検討していきたいと考えております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

次に、本日は資料1-1-4として大石専門委員、佐々木専門委員から御意見を頂戴しております。代表して佐々木専門委員より御説明を3分以内でよろしくお願いいたします。

○佐々木専門委員 よろしく願いいたします。

私と大石専門委員からの資料は文書として共有させていただいていますので、要点のみお伝えさせていただきたいと思います。

最初に、オンライン診療の利益については、新型コロナ禍で規制緩和が進み、医療者・患者の双方が実感をしているところです。実際にオンライン診療の利用経験者の8割は継続利用したいという調査結果もあります。しかしながら、オンライン診療の受診できる医療機関はまだ全体の16%で、いまだに多くの医師・患者にとっては選択肢の一つのとしてまだ整備はされていません。

従来の対面診療は時間的・空間的な制約を伴います。通院の負担は通院困難な高齢者や障害、難病を持つ方、その家族にとって非常に大きいということは、デイサービス協会さんからも明らかにされました。また、その負担のために通院を中断する、あるいは受診ができないというケースは少なくありません。そして、それは要介護の高齢者だけではありません。

私も病院で仕事をしていた頃、かなり前から症状が気になっていたけれども、病院に受診すると時間がかかるので、仕事が休めずにだらだらと時間が経過し、本当につらくなってから受診したら、進行がんで手のつけようがないという現役世代の方々は全然少なくありません。医療アクセスとは、近くに病院があるとかないという話ではなく、オンライン

診療は対面診療に伴う時間的・空間的制約を最小化できる大きな利益があると考えます。オンライン診療によって患者は医療DXの恩恵を大きく享受できます。その更なる普及促進が重要であると考えますが、その課題の一つとなっているのが、新型コロナ前に比べ緩和されていない、オンライン受診ができる場所についての制約です。

現行法上、オンライン診療は医療提供施設または患者の居宅等でしか受診が可能とされていません。また、デジタル機器の操作に不慣れな高齢者が生活に身近な場所、例えば公民館やデイサービス等において技術的なサポートを受けながらオンライン診療を利用するという事は現状できていません。

このような状況を克服するために、令和5年度規制改革実施計画において、令和5年措置事項として、一つは個別の患者が居宅以外にオンライン診療を受けることができる場所について明らかにすること、2つ目、僻地等に限らず、都市部を含め公民館等にオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とすること。この2点について引き続き検討し、結論を得ることが閣議決定されたものと認識をしています。この2点について改めて整理をしたいと思います。

1つ目は、居宅等に関する整理についてです。これは大きく4つあります。

一つは衛生管理の考え方です。これまで本ワーキング・グループにおいて、厚労省より公衆または特定多数人が医療を受ける場所は、衛生規制の観点から、病院または診療所としての開設が必要との認識が示されています。しかし、例えばデイサービスや学校においては、その利用者や通学者はオンライン受診を主目的に通っているわけではありません。また、対象者も特定されており、不特定多数には当たりません。突発的な体調不良や慢性疾患の通院代替としてオンライン受診が想定されます。デイサービスや学校は別途衛生管理上の規制があり、適切な衛生管理が行われているという前提であることを考えると、オンライン受診を可能にしたとしても、衛生上のリスクは高まりません。「居宅等」として整理し、診療所開設は不要とすべきです。

2つ目、利用者や患者への周知方法について、もし診療所の開設届を出さない限りデイサービスや学校等でオンライン受診が可能である旨を利用者や家族へ通知できないとするのであれば、利用者や家族は結局オンライン受診が可能であることを知ることもできず、実際にはオンライン診療を受診することができなくなります。

また、利用者や家族に対して周知を行うこと自体は、公衆または特定多数人に対して医療を行うことには当たらず、診療所を開設しなければ周知ができないということにはなりません。したがって、利用者や患者に対しての周知には制限を設けるべきではないと考えます。

3つ目です。診療所の開設を必要とした場合の問題について、もし診療所開設を必要とした場合、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の特例を活用することになりますけれども、当然特例の対象地域に限られ、対象地域以外の場所では当該診療所の開設ができません。しかし、医療アクセシビリティの制限要因は地理的要件だけでないことは前

述のとおりです。

また、オンライン診療アプリ等により、オンライン診療の都度オンライン診療を担当する医師が異なる可能性がある場合、当該診療所の管理者としての名義のためだけにわざわざ医師を確保することになります。これは対面診療以外の選択肢が存在しないという前提で運用されてきた現行法ありきの発想と言わざるを得ず、医師の偏在の解消、医師の働き方改革が強く求められている中、逆行することになると思います。診療所の開設が必要な実質的な理由はないことから、「居宅等」として整理し、診療所開設は不要とすべきです。

4つ目、デイサービス協会さんからもありましたが、これは介護報酬上の評価についてです。デイサービスにおけるオンライン受診は多くの場合、介護職員がデジタル機器のサポートを行うからこそ成り立つことから、介護報酬上のサービスとして位置づけるべきであり、利用時間から減算すべきでないと考えます。

また、デイサービスには看護師等が配置されていることから、オンライン受診をサポートする機会を通じて患者の健康状態を把握することは、D to P with Nとして利用者を支援する観点からも必要な取組であると考えます。

以上がデイや学校を「居宅等」に分類するという点に関する論点の整理です。

2つ目が、公民館等におけるオンライン診療のための医師非常駐の診療所についてです。令和5年5月19日の当ワーキング・グループにおいて、厚労省の令和5年5月18日発出の通知の内容について議論を行いました。その際、委員、専門委員から様々な意見が出ています。これは別紙2を参照してください。その意見も踏まえて、今回、厚労省から示された具体案の骨子については、以下の点について更なる検討をお願いしたいと考えています。

一つは、専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所について、専門的とは具体的には何か、また、限定する必要について御説明をお願いしたい。

2つ目は、オンライン診療によらなければ住民の医療の確保が困難であるとは、医療資源が不足している地域に限定すると理解しましたが、その必要性は何か。仮に都道府県が判断するとした場合、客観的な判断基準の設定が必要ではないか。前例がない中、都道府県が認めるのは難しく、実質的には認められないのではないかと。また、都道府県が判断する際に参照できる事例集などが必要ではないか。今回の骨子案、具体案の骨子を受け、どの程度の地域が対象となる想定なのか。また、通常の対面診療を遅らせることになるのではないかと都市部の自治体から懸念があったということですが、対面診療がオンライン診療よりも優れているということに関するエビデンスが示されていないというのは前回のワーキング・グループでも出たとおりです。

以上2点、「居宅等」に関する整理、公民館等オンライン診療のための医師非常駐診療所について、それぞれの検討内容について、利用者の身近な場所におけるオンライン受診の場所が実装されることを念頭に置き、課題やあるべき方向性を述べました。現行法上の解釈の限界から、現実的には実装がされないような場当たり的な規制緩和となることだけ

は避けなければなりません。オンライン診療という選択肢がなかった時代の考え方を無理に当てはめるのではなく、多くの医師・患者双方がオンライン診療を診療方法の選択肢の一つとして持ち、双方合意の下で適切な診療方法として選択できる状況が一日も早く実現するよう検討すべき旨を最後に申し添えたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、これから質疑に入りたいと思います。大体4時をめぐりに進めていきたいと思います。御意見のある方は挙手ボタンをよろしくお願いいたします。

では、早速伊藤専門委員からよろしくお願いいたします。

○伊藤専門委員 御説明、それから御意見をありがとうございます。私から2点、厚労省の説明に関してコメントしたいと思います。

場所に関する自由度ないし医師の非常駐などの要件を緩和すると対面受診が遅れる、それから不適切な診療を助長するという懸念が述べられておりましたけれども、これは受診や治療の内容をきちんと把握すれば防げる問題であって、場所を制約すれば防げるという問題ではないと思うのです。なので、考え方が昔過ぎるといいますか、場所をきちんとしないと、医師がいないと医療ができないという発想ではなくて、今はどのような検査をしてどのような診断をしてどのような薬を出したのかということがきちんと可視化できる時代になっていて、粗悪診療などの疑いがあれば、それこそ事後的にかかりつけ医なる方々がチェックしてそういったものを是正していけばよいのであって、場所で区切るという発想がそもそもないのではないか。今の時代は受診や治療内容に関する情報があるから、そういうものを可視化して、それによって規制をすべきではないかという発想の転換をしていただきたいなと思っております。

報酬の議論のときにまた申しますけれども、結局こういった現行の規制がある背景には、お医者さんのマーケットテリトリーが奪われるといいますが、なのでへき地から、影響のなさそうなところから少しずつであれば緩和してもよいだろうという発想になっているわけですが、基本的には対面診療の補完でちょっとずつ認めるという発想でオンライン診療はこれまで徐々に風穴を開けてきたわけですが、ちょっとその発想も変えていくといいますが、治療の内容の質、アウトカムを評価することから全ての診療に対して公平な比較、つまり対面診療でもオンライン診療でも同様に受診の遅れや不適切な診療というのがあり得ることを考えると、規制のやり方というものをそもそも変えるべきではないか。どのような情報を見てどのような規制をするかということの考え方を変えるべきではないかと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。まさに今の規制というのはストラクチャーをベースにしていますが、アウトカムベースでいくというのが本来ですね。

何名かの委員、専門委員の方からコメント、質問をいただいてから厚労省さんに、ある

いは今日報告いただいた能美市さんたちのほうに回したいと思います。

では、間下委員、よろしくお願いいたします。

○間下委員 ありがとうございます。佐々木さん、大石さんの御意見には大賛成でございます。また、今、伊藤さんがおっしゃっていたところの都市部の方で懸念をされる方がいらっしゃるということですが、懸念する方はいつでも例はあるのですけれども、それが大半を占めているのかどうなのか、具体的にどういうところが懸念を示しているのかという数であったり、具体名であったりといったところも含めて教えていただかないと、あくまでも良いとか悪いとかの御意見にしか聞こえないので、そこをぜひお願いしたいと思います。

あと、河野大臣がさっきおっしゃっていた利用者視点の観点から考えると、そもそも場所を特定されるということが理解できないですね。環境を特定するのは分かりますよ。ちゃんとプライバシーが守れる場所という定義は分かるのですが、へき地なども含めて場所の特定をすることがそもそも理解できない。こういったところをそもそも見直さなければいけないのではなかろうかと思っています。

実際問題、都市部でも仕事が忙しくてなかなか病院に行けない患者さんといったところにおけるニーズも多くあるということも言われていますし、場所を問わずにこういったことができるようになる社会にすべきではなかろうかと思っています。

海外を見たときに、世界中のどこにもないとは言いませんが、例えばアメリカだったりシンガポールという主要国においては場所の制限などはありませんので、場所の制限をしていないことによって問題が起きているみたいなデータ等があるようであれば、ぜひそこらもお示しいただければなと思いますので、そういったものがないようであれば、速やかに場所という考え方を撤廃するべく動いていくべきだと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、高山専門委員、よろしくお願いいたします。

○高山専門委員 ありがとうございます。高山です。

佐々木先生と大石さんがまとめていただいたものは本当に私も同意で、その上で、地域で診療している内科医の立場で、また、村の診療所にも勤めていた経験のある立場で申し上げたいと思います。オンライン診療が普及していくことで患者さんが自宅や職場、移動中など、どこからでも医師のコンサルテーションを受けられるようになる。また、へき地や離島に住む人、移動の助けが必要で自分自身が受診したくても誰かに頼まないと病院に行けない人というのもしらっしゃるわけですね。あるいは交通手段が限られている人にとって医療へのアクセスが向上する。通院にかかる時間や費用、移動のストレスも軽減されていきます。厚労省から御指摘いただいたように、質の低下などを危惧することは理解できます。ただ、技術の進展によって得るものも大きいことに目を向ける必要があると思います。

医師と患者の合意があれば、多くの場面がオンライン診療に切り替えることが可能になってきます。シーズンによりますけれども、救急外来を受診する患者さんの多くが発熱者です。小児では高い割合を占めていて、人から人へと感染させる疾患も少なくありません。こうした軽症の方々をオンライン診療へと誘導することができれば、待合室におけるほかの患者さんへの接触が避けられ、感染率が低減するということにも目を向けるべきことと思います。

あと、具体的に具合の悪い子供をあえて起こして連れて行って外来で長時間待たせることの心身への負担も考えていただきたいと思います。この話をすると、対面診療させたほうが安心だという意見が必ず出ますけれども、連れていくべきかどうか悩んで家で見守る選択をしたケースも多数ありますし、オンラインによって早めに専門家の問診が受けられるようになるという視点も必要だと思います。受診させるかどうかの判断が保護者に委ねられているように、オンライン診療とするかどうかの判断も保護者に委ねられています。選択肢が増えるということはアクセスを高めることにつながりますので、私たち医師もそうした保護者と相談しながらオンライン上でも受診を進めることが可能になりますので、選択肢を広げるということの意義をもっと見て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。

では、ここまでで一旦区切って厚労省さんからコメントをいただければと思います。選択肢を増やすということの何がいけないのだという話なのだと思うのですが、いかがでしょう。

○厚生労働省（宮本審議官）　ありがとうございます。

要するに、今は議論の前提がどこまでどうなっているのか分かりませんが、「居宅等」の範囲の中に何が入っているのかという議論をしていたので、要するに「居宅等」の範囲の中に通所介護事業所が入っているかどうかという観点から議論していたということで、一定の議論の幅の限界があったと思います。

その上で申し上げれば、要するに医療法上は体調の悪い人が集まって医療行為を反復継続して行う場合には、診療所を開設するように求めていますので、例えばその管理者である医師が院内感染などの衛生管理や医療安全上の確保の責任を負うという形にしております。そして、そういった医療事故が起きた場合は医師が責任を負うということになって、今回、通所介護事業所がいろいろブースを開設して予約をしているいろいろなセッティングをしてということになれば、通所介護事業所に責任があるような場合もあると思いますけれども、今の医療法の中では通所介護事業所には責任を負わせることができない体系になっております。

また、診療所の届出がなければ、何か起こったときに保健所の立入りというのもできないようなことになっております。したがって、診療所の開設というのは、そこでやっている医療行為の責任を明確にするためには必要なのではないかと考えております。それが診

療所の開設が必要な理由ということでございます。

○佐藤座長 ちょっと途中で遮って申し訳ない。先ほどデイサービス協会さんが示したようなブースというのは、今の段階では居宅としては認められないという理解で大丈夫ですか。

○厚生労働省（宮本審議官） 要するに居宅等でオンライン診療をやっていただくのですから、介護事業所が診療に大きく関わることになる、介護事業所の責任とオンライン診療をやっているお医者さんの責任との責任分界点というのが曖昧になってしまうだろうということを危惧しておりまして、不特定多数の人が来て診療所のようにデイサービスが使われるのであれば、そこに診療所を開設して、責任を明確にする必要があるのではないかと考えています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、引き続きへき地の話をお願いします。へき地に限定するべきではないのではないかという話でした。

○厚生労働省（宮本審議官） 地域に限定しているというのは、要するに今、御議論がありました、オンライン診療と実診療は何も遜色がなく変わらないのだということであれば、地域を限る必要がないということだと思いますけれども、現時点ではオンライン診療には一定の限界があるだろう、実診療のほうがよりいろいろなものに対応できるだろうという考えに少なくとも我々は立っているのだと思います。

したがって、実診療を受けることができないへき地、あるいは今回、我々が規制緩和をして、都道府県がここは医療アクセスができないね、あるいは診療科においては医療アクセスがないだろうという地域についてはオンライン診療を認めるということにしておりますけれども、診療所がたくさんあるようなところにおいては実診療のほうが医療上はアクセスも可能であるならば、そこはオンライン診療をそこまでは認める必要がないのではないかと。今後、オンライン診療と実診療についてどういう役割分担をしていいのかというガイドラインを作っておりますので、そういったものが進んだ時点でそういうことをしても遅くはないのではないかとというのが我々の考えでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

順番が前後してしまいますけれども、高山先生からお手が挙がっていますが、関連することですか。

○高山専門委員 先ほどのアメリカとシンガポールでできてなぜ日本でできないのかという話についてはいかがでしょうか。

○佐藤座長 海外ではやっているのという話ですね。

○高山専門委員 はい。海外でやっていて問題がそもそもないのになぜ日本でできないのかという話です。

○厚生労働省（宮本審議官） 今、ちょっとアメリカとシンガポールでどういう状況になっているのか私は承知しておりませんので、海外ではどういう状況になっているのかとい

うことも今後勉強していきたいと考えています。

○佐藤座長 高山先生と佐々木先生から手が挙がっていますが、今のお話に関連するのであれば、お先にコメントいただければと思います。

○高山専門委員 デイサービスのオンライン診療の有用性について話題になったので、そこに追加でコメントしようと思いますが、それでもよろしいですか。

○佐藤座長 お願いします。

○高山専門委員 デイサービス協会の北村様から御発表がありまして、地域医療の効率性を向上させるためには、オンライン診療の話題なのですが、オンライン診療だけでなく、デイサービスに対する訪問診療や訪問看護を認めていただく必要があると考えています。これはオンライン診療にもつながる話題です。家族しかいない自宅よりも、日中の様子をよく知っている介護職や看護師がいるデイのほうが、我々医師からすると情報量が多いのです。例えばデイサービスに訪問看護が入って褥瘡ケアが受けられると、利用者は助かりますし、入浴介助のときの留意点を指導することもできます。もちろん自宅に行って確認したほうがいいときもあります。そのときは我々も自宅に行きます。自宅かデイではなく、自宅もデイもなのですね。デイだって立派な暮らしの場ですから、医療の場を居宅に限定する意味はほとんどないと思います。

本来、医療と福祉の境界というのは不明瞭になってきていて、複合ニーズを有する高齢者が増えてきています。そして、高齢者の暮らしを家庭で家族でのみ支える時代ではなくなっています。地域全体で面で支える時代になっている。ですから、自宅だけでなくデイサービス、そして能美市からの御発表がありましたけれども、公民館も含めて高齢者や支援者にとって利用しやすい場所で柔軟に医療が受けられるようにしていただければと思います。そこにオンライン診療を含めたデジタルの活用といったソリューションの一つになるのではないかなと思います。

いずれにしても高齢者の暮らし方が多様になっている中、医療や介護のサービスも多様化していかなければいけないと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木先生からも、もし短めであれば、今のに関連しますか。

○佐々木専門委員 今のにちょっと関連します。

デイサービスを「居宅等」に分類してはという提案なのです。「居宅等」に分類するということは自宅からオンライン診療をしているのと同じですから、これはデイサービスに責任を取らせるという議論をしているわけではなくて、「居宅等」にするということは、お医者さんが診療に対する責任を取りますよということなのですね。その部分を明確に整理すればいいだけの話だと思いますので、ここをややこしくする必要はないと思います。

高山先生と同じなのですが、やはり「居宅等」ですから、別にここに往診にも訪問診療にもぜひ行かせていただきたいと我々も思っています。もう施設完結で医療が終わる時代

ではないのです。地域のケアサイクルと何十年も前から言われているわけですから、厚生労働省は医療の在り方について少し柔軟になっていただきたい。

それから、医療アクセスについては地理的な要件だけではないということを先ほど私は改めて申し上げました。都会でも医療アクセスが悪い人はたくさんいます。若い現役世代の人たちは病院に行くと時間がかかるから病院に行けないのです。結果として病気の治療が遅れたり、病気の発見が遅れたり、病気の治療が中断されたりみたいなことが現実として起こっています。なので、地理的な要件で制限をするということではなくて、オンライン診療というのは基本的には生活の場であればどこでも受けられる、そこは「居宅等」と同等に扱えるという整理をするだけの話であって、あまり問題をややこしくする必要はないのかなと考えています。

○佐藤座長　ありがとうございます。

確かに万が一のときにどうするのだという話がありましたけれども、居宅と同じであれば居宅と同じルールでいいのではないかという御指摘だったと思います。

では、お待たせいたしました。津川委員、よろしくお願いします。

○津川座長代理　ありがとうございます。

1点コメントと1点御質問なのですが、1点目のコメントは、先ほど厚労省さんから対面診療とオンライン診療で対面診療でなければできないものがあるのではないかと、質に差があるのではないかという議論があったと思うのですが、これは新型コロナウイルス禍のいわゆる自然実験のような形でかなりの研究が行われていて、ほとんどのものは差がない、もしくは場合によってはオンライン診療のほうが結果がいい、アウトカムがいいというエビデンスが複数出てきておりますので、現時点ではオンライン診療のほうがアウトカムが悪いというのは全くエビデンスがない、どちらかというアウトカムが変わらない、もしくは場合によってはいいというのがコンセンサスになりつつあると思います。なので、この議論はこのポイントを常に議論していると前に進めないのが、そこはオンライン診療は変わらないという前提で話を進めていただくのが、EBPMのフレームワークの中では妥当なのだと考えております。

質問に関しては、私も佐々木先生の御意見と同じような形で、医療の受診の場所が医療提供施設か患者の居宅等と規定されているのは、これはオンライン診療が存在する前につくられた制度であって、その頃は医療提供者の医師と患者が地理的に異なる場にいることは想定されなかったのではないかと思います。オンライン診療のこの時代においては医療者がいる場所と患者がいる場所を分けて考える必要があって、どちらかに医師がいればいいのであって、両方にいるのは非常に非効率だと思います。

さらに、これはデイサービスや公民館などに医師を置くという規制を置くことは医師の person 費などがかかってしまいましたが、日本国内で行われる医療のコストは最終的には保険料、税金、患者負担によっていずれかの形で負担されることになります。両方に医療者を置くということは、日本の総医療費が高くなって社会保障費負担増につながると考えられ

るのですが、その追加コストを日本という国がかけるだけの意味があるだけのメリットがあるのか。ここのデータが何かあるようでしたら、提出していただけるとコストと医師の人件費のメリットを天秤にかけて評価することができると思うのですけれども、そういったデータがあるようでしたら、御提出をよろしくお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。正にEBPMといいますか、ちゃんとデータに基づいた議論をしなければなりませんので、先ほどさらっと厚労省さんは対面のほうが優れていると言いましたけれども、これは恐らく感覚であってエビデンスではないと思いますので、世界的には、さっき間下委員からのなぜ海外でできているのにとというのは、恐らく今、津川委員から御指摘があったように、実態面としてオンラインと基本的には変わらないだろうというエビデンスに基づいた判断かなと思います。これは調べてもらえればいいと思います。

○津川座長代理 後ほどそのエビデンスについては御説明しますので、それを聞いていただいて前に進んでいただければいいのかなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、桜井専門委員、よろしくお願いします。

○桜井専門委員 ありがとうございます。

私もオンライン診療が受けられる場所の拡大については大石専門委員、佐々木専門委員の提案に全面的に賛成したいと思います。自分自身も両親の介護を10年以上行っていたのですけれども、通院のたびに事前と当日とその後と3回ずつ家族が2人仕事を休んで一緒に同席しているのですね。これは本当に通所介護施設へ安定して10年間通っていましたので、そういう場所で診てもらえたらとても家族としてありがたいです。先ほどもお話がありましたけれども、社会コストの逸失損益というのをしっかり考えて広めていっていただきたいなと思っています。これは家族の立場としてのコメントです。

あと、自分自身の立場から言いますと、私もがんを罹患した後に、1か月から3か月に一度、薬だけをもらいに行くために10年間病院に通っていたのですね。これは治療と仕事の両立という視点からとても影響が出てくる課題ですし、当時、私は育児などがなかったからよかったのですけれども、これに育児や介護が重なってくるとさらに大変なことになると思います。

また、小児とか若年世代、私もAYA世代のがんの患者でもありますけれども、晩期後遺症や中長期的なケアがとても必要になってきて、今、移行期支援等々が課題になっているのですね。こういう場合に、私自身もそうなのですが、地域のクリニックに行っても既往歴でがんの経験者だと書いた瞬間に、自分の病院へ行ってくれ、紹介状を出すからと言われて、現状の小児やAYA世代の患者さんたちも、例えば東京の病院まで九州から飛行機代と病院の受診と会社を休んで行っているみたいなことが起きていますので、受ける場所というのは限定しないで、オンラインの良さというのを広めていただきたいなと思っていますし、年齢にも限らず、都市や地方ということも限らず、広く国民が利用できるような環境

づくりというのを私はつくっていただきたいなと思っています。その先の延長にはオンライン治験というところも私はあるのだろうなと思っていますので、ぜひ対象の拡大というのは広げていただければと思っています。

その上で2点ほど質問があります。

まず、1点目なのですが、こうしたときに特に高齢者の場合、家族もできればオンライン上で同席させていただけるとすごくありがたいですよ。そうしたら職場からなどで、今日、カンファレンスがここからあるのかということでもちょっと仕事を抜けるだけでもできますので、ぜひこうした検討などもしていただきたいなと思っているのですけれども、その辺りは検討されているのでしょうかということ。

それから2点目が、先ほどアプリで共有するという話もありました。とても便利でいいなと思っているのですけれども、現状でも医療のデータに関しては電子カルテが全く突合できないという状況が起きています。やはり通所の介護についてもA、Bと複数のところを使っていくと思いますので、ぜひこれらのデータが介護においてもちゃんと突合できるように、アプリなどを開発しているベンダーさんにはぜひデータの共有化ということを大前提にしたシステムづくりというのをしていただきたいなと思っています。この辺りも検討されているのかどうなのか、もしお答えいただければ幸いです。

以上になります。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、ここで厚労省さんに御回答いただければと思います。今の桜井専門委員からの御質問と、あと、チャットのほうに流れているのですけれども、先ほどから医療行為の責任という話が出ましたが、その責任というのは医療行為を行った人の問題であって、場所に関係ないのではないのかという、具体的に何が起き得る状況なのかということについて、確かに何か起きたときにどうしますという感じで、具体的に場所に起因する責任とは一体何なのということについてもうちちょっと具体的な説明をお願いしたいなというのと、それから、これもチャットで大石専門委員から出ているのかな、先ほどから出ているデイサービスは居宅ではないという国会答弁なるものが平成30年なのですよ。これはコロナの前だし、オンライン診療が普及する前でもあるので、果たしてこの国会答弁をいつまで引きずるのかということもあると思うのですけれども、この辺も含めて、もうちょっと具体的に懸念事項について、厚労省さんに併せて御回答いただければと思います。よろしく願います。

○厚生労働省（宮本審議官）　まず、佐藤座長からのお話についてお答えすると、要するに今回は30年の「居宅等」に通所介護事業所が入っていなかったのだけれども、「居宅等」に通所介護事業所も学校も入れますということをお答えしております。

それから、どういった懸念があるのかということにつきましては、例えば通所介護事業所にブースを作って患者さんが来ると。そこには発熱した患者さんも来るでしょうから、そのブースの衛生管理の問題もあります。そういう衛生管理が十分にできていないよう

な場合は、そこから院内感染の問題ということも起こります。そういった診療所では当然衛生管理、医療事故といったものについては医師が責任を負うというのが医療法の体系になっているわけですが、今回は介護事業所がそういったものを用意し、予約制といったことで配置をするということであると、その責任が曖昧になって、誰がその衛生管理をやるのか、何か起こったときにどうするのか、要するにそういったものを設けずに空きスペースで受けてもらうということはいいいのですけれども、そういったものを設けて予約制でかなりかっちりとした形で反復継続してやるとなると、そういった事故について誰が責任を負うのか。それはそれをやった医師であるということで、それで済むのならいいのですけれども、その責任が曖昧になるのではないかと懸念してい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。

衛生管理の問題は先ほど佐々木専門委員からも意見がありましたけれども、介護事業者も学校も衛生はちゃんとやっているはずなのですから。

○厚生労働省（宮本審議官）　はずですが、それは要するに何の法律でも決まっていけないわけですね。それは何によって担保するのかということです。

○佐藤座長　ありがとうございます。では、担保されればいいということですね。了解しました。

では、桜井専門委員からの御質問にお答えできますか。家族の同伴の話です。

○厚生労働省（宮本審議官）　家族は同伴できます。

それから、介護の話は我々の所掌の範囲ではお答えができません。すみません。

○佐藤座長　桜井専門委員、どうですか。大丈夫ですか。

○桜井専門委員　データの突合などというのはどうなっているのですか。それも検討されているのですか。そこをお聞きしたかったのです。

○厚生労働省（姫野総務課長）　医政局総務課長でございます。

データの突合というイメージをもう少しつかみたいのですけれども、カルテのデータと何を突合するというイメージでしょうか。

○桜井専門委員　先ほどアプリを使ってデータを共有する等々の話があったので、そういうことで広げていこうというのがありますけれども、そういう動きは今、介護関係を含めてあちこちで出ていると思うのですね。その辺りというのはデータの突合をどのようにお考えなのではないかということです。

○厚生労働省（姫野総務課長）　すみません、我々は医療法の衛生規制の担当をしております、データの連携については所管をしていないものですから、現時点で御趣旨をうまく我々自身が理解できないところもありまして、現時点でこの場ではお答えができません。

○桜井専門委員　分かりました。ありがとうございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。これは後でまとめて厚労省に投げて、後日御回答いただければ大丈夫かと思います。

お待たせいたしました。まず落合委員、佐々木専門委員の順番でお願いします。

○落合委員 どうもありがとうございます。時間も迫ってきているので手短にですが、まず、今、御議論があった点は、「居宅等」の中に通所介護事業所を入れるというお話でありました。「居宅等」ということは居宅と通所介護事業所などが並んでいるのだと思いますけれども、居宅については全く衛生管理はされていない可能性がかなり高いのではないかと思います。そうすると、そもそもなぜ「等」の中で読んでいるのに、その主たるもののほうで衛生管理が読まれていないにもかかわらず、その他のものについて衛生管理について議論されるのかというのが全く理解できないというところがあります。そこは論理的に全く成り立っていないのではないかと思います。つまり、理由づけをしたいから理由づけをされているというだけにしか思われえないというところがまず一点です。

第2点としましては、衛生管理についてもそうですし、プライバシーについてもそうだと思いますが、特にプライバシーの点も本来的にブースが必要なのかどうかという点については、個人情報については非常に議論がセンシティブな国民性もあって、特にこういう病院の関係でセンシティブなのはすごくよく分かっているという状況であります。そうだとすると、改めて言わなくてもこれは自分で処分できるわけですし、つまりどういうことかということ、自分で同意してしまえばそれが人に聞かれるということは全く問題がないという性質の情報であります。ですので、なぜことさら限定されるのかというのがちょっとよく分からないというところがございます。つまり、いろいろな意味で見て限定する意味というのはほとんどないのではないかと考えております。

その2点についてお答え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。居宅で衛生を問われないのになぜ「居宅等」の「等」のほうで衛生の議論をするのだということだったと思います。これでこの議論を終わりにしたいと思いますので、その辺りも含めまして、厚労省さんからお答えいただければと思います。

○厚生労働省（宮本審議官） 「居宅等」においては、不特定多数の人はいないのですね。せいぜい家族であるということです。

ところが、通所介護事業所を事業のような形で診療をやりますと、要するに診療所をやっているのだからということで具合の悪い人もここで診療を受けられるということで、ちょっと風邪ぎみだから行ってみようということで具合の悪い人も行くわけですね。そういう人が多数その診療所のスペースを使うことになるわけです。そういった場合には衛生管理といった問題が生じてくる、居宅とは違う問題が生じてくるということで、その責任関係や衛生を誰が見るのかといったことが必要になってくるのではないかと思います。

○佐藤座長 それでは、取りあえずそこで大丈夫です。

落合委員、どうぞ。

○落合委員 今、おっしゃっていただいた点は条文上読めないと思うので、なぜそれがついているのかというのがよく分からないというところがございますし、また、ちょっと

別の話にもなりますが、先ほどおっしゃっていただいた中で都道府県の意見を聞くという話なども御説明されていた点もあったと思いますが、特区などでも議論している際に、誰の意見を聞くかというので事実上拒否権になったり、動きができなくなったりすることにつながるということがよく起こっておりまして、全体的に理屈として一貫して整理されていないということと、さらに阻害する要因を並べていただいているように思いますので、実質的に使ってもらいたくないという理屈を説明しようとひたすらされているというふうに聞こえております。

ですので、これは一度お考え直しいただく必要があるかと思いますが、オンライン診療自体はそもそもコロナの特例措置の恒久化の際に対面原則というのにも転換させるということを行っているかと思いますが、その点も全く無視した議論をされていたと思いますので、本日の議論は聞いていて大変残念だと思いました。

私からは以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

デイサービスは介護を主たる生業としていますし、学校は教育を主たる生業としているので、病気になったからデイサービスを使うとか、病気になったから学校に行くなどということは絶対にあり得ないので、これもエビデンスではなくて創造力豊かな議論としか言いようがないような気がしましたというのがただの感想です。

○厚生労働省（宮本審議官）　具合の悪い人が行くのではないかと思います。

○佐藤座長　それは懸念ですね。そこは想像ではないですかと言っただけです。

○厚生労働省（宮本審議官）　診療所を開設した場合には、当然診療所を開設しているのですから、そこで具合の悪い人が行くということです。

○佐藤座長　議論がずれてしまっているのですよ。診療所を開設するのではなくて、居宅とみなしてほしいと言っているのです。

○厚生労働省（宮本審議官）　だから、そこにブースがあって診療が受けられるということになれば、具合の悪い人が行く可能性があるのも、そこは衛生管理などが必要になるのではないかと思います。

○佐藤座長　分かりました。

すみません、時間が過ぎてきているので、杉本委員、それから佐々木専門委員から手短かにコメントをいただいて次に入りたいと思います。

○杉本委員　ありがとうございます。

そもそもコロナのときにこのオンライン診療の話が出てきて、それゆえに発熱をしていてとても具合の悪い人でもオンライン診療を受けられるようにしようというところから話が始まっていたということもあって、いろいろなタイプの方がオンライン診療を受けたいと思っている。こちら側の患者側のニーズみたいなものをきちんと理解いただけているのかなとこれまでの議論をお聞きして思ったところです。

私自身も普通にずっと飲んでいいる薬をもらうためにこれまで病院に行っていたのが、オ

ンライン診療を使うようになって非常に時間の短縮と、気軽に薬をもらいに行けるというところでとても便利だと思い、オンライン診療を非常に活用させていただいております。

先ほど桜井委員からも10年間お薬をもらうためだけに非常に時間をかけて病院に通っておられたということもおっしゃっておられたように、例えば薬をもらいたいというところで病院に通わなくてははいけなかったという人にとっては、オンライン診療はとても便利で活用されるべきものだと思うのです。それはデイサービスなどに通っておられる高齢者の方々も、お薬をもらうためにこれまで病院に行っていたのが、デイサービスでオンライン診療を受ければその部分の家族の同伴や時間の短縮なども非常に便利になるはずで、そういった方々は恐らく具合がそれほど悪くない方々もおられるわけで、体は元気だけでも常備薬をもらいたいのでオンライン診療を受けたいという方が相当程度おられると思うので、そういう場合は「居宅等」の部分の衛生管理などというところではなくて、そういったものの選択肢を広げるというところでいろいろなタイプの方がオンライン診療を受けたいと思っておられるということを理解いただきたいなと思うのですけれども、そういった部分は厚生労働省の方々がどのようにお考えになっているか、選択肢を増やすという意味で、具合の悪い人だけがオンライン診療を受けたいと思っているわけではないというのを御理解いただけたらなと思うのですけれども、お考えをお伺いできるとありがたいです。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、佐々木専門委員で打ち止めとしたいと思います。

○佐々木専門委員　ありがとうございます。

厚生労働省さんと議論がかみ合わないのは、我々はデイを居宅とみなせばいいのではないかという話をしているのであって、そこを診療所にしたいと思っているわけではないのです。オンライン診療ができるとしたら具合の悪い人が受診に来るでしょうとおっしゃいましたけれども、そんなことはありません。具合の悪い人が出かけるのだったらデイではなくて診療所に行きます。デイで診療が想定されるのは、安定している慢性疾患の管理で通院が難しい方の代診、あるいはデイで具合が悪くなった人をどうするかという話です。

デイサービスはきちんと衛生管理されていますし、利用者さんの中には当然下痢をする人も嘔吐する人もいますので、時に汚染も起こるかもしれませんが、そんなことを言ったらデイそのものが運営できないではないかという話になってしまいますので、衛生管理は基本的には適切にされているという前提で理解していいと思いますけれども、少なくとも衛生管理ができていないからではなくて、そこで高齢者が日常を過ごしている程度の衛生状態であれば、それはそれでいいということで皆さんはデイの運営を許容されているわけですね。であれば、そこでオンライン診療を受けるということに対して何の問題があるのか。デイを居宅と分類すれば全て問題はすっきり解決する。だから居宅に分類してくださいというのが今回の論点であって、デイを診療所にしたら病気の人に来るという話をしているのではないということを最後に確認しておきたいと思いました。

○佐藤座長　ありがとうございます。

杉本委員からの御指摘ですけれども、時間がないので後で厚労省さんに御回答いただくという形にさせていただきます。

一応取りまとめということですが、既に佐々木専門委員が言われていることに尽きると思いますけれども、我々がやりたいのは患者本位、患者目線での見直しであって、利便性の向上なのですね。やはりそこが厚労省さんとかみ合っていないのかなというのと、それから、津川委員からも御指摘があった対面とオンラインの関係なのですから、やはり対面のほうがいいのだというエビデンスではなく前提条件でこの規制を全部つくってしまっているというところに問題があるのではないかな。そういうところを取り払って、ちゃんとエビデンスに基づいて、能美市さんが今日報告されたような本当の意味での現場、それから患者さんたちといったところの視点に立って、これからオンライン診療をどう普及させていくのかということを考えないと、何回も同じ議論をしているので、これはなかなかいつまでたっても平行線のままになるのかなと。お互いに目線を合わせないといけないのではないかなというのが私の感想でした。

本来、もう少し議論したいところなのですが、次もまだまだあるものですから、取りあえず議題1の（ア）はここまでとさせていただきます。厚労省以外の方々、今日はありがとうございました。こちらで御退室いただいて結構です。ありがとうございました。

あと、委員、専門委員におかれましては、先ほどの質問も含めましてこれを聞きたかった、あれを聞きたかったということがございましたら、チャットのほうにもいろいろとコメントが出ているので、もし可能であれば、こういったことを含めましてあしたまでに事務局に御連絡ください。事務局から厚労省にまとめて連絡いたします。

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

では、議題1の（ア）はここまでとして、次に議題1の（イ）、オンライン診療等の診療報酬上の評価見直しについてに移りたいと思います。

これから出席者を御紹介いたします。日本遠隔医療学会から黒木春郎理事、慶應義塾大学から岸本泰士郎ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座特任教授、全国「精神病患者集団」から山田悠平運営委員、日本医療ベンチャー協会から原聖吾理事、厚労省からは須田俊孝大臣官房審議官ほか医政局、保険局の皆様方に御出席いただいております。

では、お待たせしました。日本遠隔医療学会様から5分以内で御説明のほど、よろしくお願いいたします。時間の関係上5分以内でよろしくお願いします。

○日本遠隔医療学会（黒木理事） 皆さん、こんにちは。日本遠隔医療学会理事の黒木春郎と申します。このような機会を与えていただき誠にありがとうございました。

では、早速スライドを共有いたします。よろしくお願いいたします。

今日は私は、「オンライン診療の実際-臨床医療にもたらすもの-」として、自身の経験、臨床の現場からの報告、それに基づいた診療報酬上の問題を提起したいと思います。よろしくお願いいたします。

今日の概要ですが、自分の学会の概要、そしてオンライン診療の現状、私の運営してま

いましたクリニックの経験、そこに具体的な事例を追加して御紹介いたしました。それを踏まえて、臨床現場の位置づけ及び普及に向けた課題を問題提起いたします。

これは日本遠隔医療学会ですが、遠隔医療の臨床的・経済的・社会的側面からの知見を集約して検討することを目的として設立された学会で、医師、あるいは医学工学系の研究者の集まりです。

私は、2005年に千葉県のいすみ市というところにクリニックを開設いたしました。ここは医師少数地域、つまり医療過疎地域で、私のクリニック以外で小児科の専門医を常勤に有するところは50キロ先。私は小児科の専門医なのですが、診療圏は通常で半径30キロ、遠い方は50キロぐらいからお見えになっていました。2016年からオンライン診療を導入しております。これはオンライン診療を利用した患者さんの居住地なのですが、通常の診療圏よりもさらに遠く、50キロぐらい。さらに県をまたいで多くの方が受診されておりました。

これは実際の患者さんの診療の内訳ですが、御家族でかかる方が多くなって、特にコロナ以降はそういうケースが増えてまいりました。疾患の内容は、急性上気道炎、コロナ、あるいはアレルギー性鼻炎、子供の神経発達障害というふうに、何か一つの疾患、あるいは慢性疾患の管理ということに偏っているわけではなくて、日常診療で行っていることがそのまま反映されています。

私は、2023年4月に東京都港区に新しいクリニックを開設しました。そこでもオンライン診療を導入しているのですが、ここでのオンライン診療を利用した患者さんの診療圏ですが、もともと東京の真ん中でフェース・ツー・フェースで来る方というのは徒歩圏なのですが、オンライン診療を利用している方は、今まで千葉県で診ている方に加えて東京あるいは関東圏、さらには患者さんの居住地、物理的な距離に影響されないということが見てとれると思います。

疾患の内訳ですが、これもアレルギー性鼻炎、あるいは子供の発達障害、メンタルヘルスの問題と、今の私のクリニックの通常の診療を反映しております。

ここでオンライン診療で経験した事例を幾つか御紹介いたします。具体的事例として、一つは家庭からのアクセスにより患者情報が豊かになるということが言えます。例えば発熱した赤ちゃんを拝見して、おうちで毛布にくるまれて寝ているのですね。お母さんはこれをよかれと思ってやっているのですが、熱が出ている子供を毛布にくるむと、うつ熱とってかえってよろしくない。そのことをオンライン診療であればその場で御指摘することができます。外来診療であれば、母親からの訴えがない限りは分からないことでした。

それから、いわゆる発達障害のお子さんをオンラインで診ることが多いのですが、これは外来で診ると全く違う表情のことが多いのですね。にこにこしてリラックスして、家にいる様子そのものが分かる。自分で作った工作を見せてくれたり、大分印象が変わってきます。

それからもう一つ、オンライン診療の優位点として、アクセスが容易であり、頻回のフ

フォローが可能となります。例えば私はコロナの患者さんをオンラインで随分診察しているのですけれども、最初にオンラインで診て、やはりこれは具合が不安定だなと思えば、翌日、翌々日にそのままフォローすることができます。患者さんは家にいて待っているだけですから、受診する負担はほとんどありません。

こちらはパソコンの前で患者さんを診る。これはフェース・ツー・フェースの診療と違って患者さんの通院という負担もないし、お互いに感染する危険もなく安全、そして負担なく診療できます。

診療支援ということに関して、こういう例がありました。あるとき、これは御紹介だったのですが、生後2週間の赤ちゃんに湿疹があるという御相談がありました。これはオンラインで拝見しました。乳児湿疹でオンラインで治療できたのですけれども、生後2週間の赤ちゃんを母親・父親が抱えて外出して診療所に来るとするのはかえって危険なのですね。やはり生後3か月まではできるだけ不要な外出は避けたほうがいい。ましてクリニックというところに来るのはできるだけやめたほうがいいと思いますので、そういう点からもオンライン診療の優位点が生かされたと思います。

そして、急性疾患の診療、受診負担の軽減という点に関してですが、コロナでオンライン診療によって急性疾患を診ることができるということが分かりました。インフルエンザも同様で、例えばインフルエンザにかかって自分もぐったりしている。そしてお子さんの具合も悪い。そのとき、熱がある子供を連れて、自分も具合が悪いのにはってまでしてクリニックに行かなければいけないのかどうか。これはインフルエンザ、あるいはほかの急性熱性疾患でもまずオンラインで初診から診療可能です。治療も可能です。そして、それ以上の検査が必要であれば対面診療、あるいは救急を促せばいいわけですから、こういったケースでもオンライン診療は有用であるし、患者志向の医療が実現できると思います。

ここまでを総括いたします。オンライン診療の有用性という点ですが、オンライン診療は日常的な幅広い疾患に対応できます。安定した慢性疾患のフォローだけとは限らない。そして、受診行動は物理的距離に影響されません。それによって、医師少数地域であっても、あるいは都会の真ん中であっても患者志向医療が実現されます。感染症対策の観点からいっても、患者さんにとっても負担は減るし、医療者にとっても危険なく診療可能です。つまり、医療のサービスの質そのものが向上します。家庭からのアクセスが可能になることによって患者情報が豊かになりますし、アクセスが容易になることによって頻回のフォローが可能になります。

このオンライン診療の有用性を踏まえて、臨床現場での位置づけ及び普及に向けた課題というものを考察してみました。臨床現場での位置づけとしては、患者さんのいる場所が医療を受ける場になる。ホームホスピタリゼーション、あるいはthe best remote primary careという概念があります。外来診療と同様の疾患がオンライン診療の対象です。特定の疾患が対象となる、あるいはよい適用となるわけではないということですね。救急ももちろんオンライン診療で対応可能ですし、実際にそれを行っている施設もあります。

これを考えますと、普及に向けた課題としては、当然ですが報酬制度です。これは最低でも対面診療と同等であることが前提だと思います。それから、医師の教育。これは医師がオンラインを使ってどういうふうに診療するかを医学教育の中に組み込む。患者さんには、利便性の向上を周知させること、受診環境の整備、使いやすい環境を整備する。さらにはどのようなときに受診したらいいのか、需要側への教育、周知も必要だろうと考えます。

実際の診療報酬の一覧なのですが、例えば小児科で見えます。対面とオンラインを比較すると、例えば小児科外来診療というものがオンライン診療で算定不可になっている。

○佐藤座長 ちょっと時間が過ぎていたので、少し手短にお願いいたします。申し訳ない。

○日本遠隔医療学会（黒木理事） これだけの差が出ます。

それから内科で見ても、例えば糖尿の患者さんを診ても外来管理加算、あるいは管理料といったオンラインでも同じように行える指導といったものの点数が取れない。これがオンライン診療の普及を妨げている、あるいは強い抑制になっていると考えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。急かして申し訳ありませんでした。

○日本遠隔医療学会（黒木理事） とんでもございません。

○佐藤座長 続きまして、岸本教授からも5分以内でよろしくお願いいたします。

○慶應義塾大学（岸本特任教授） よろしく申し上げます。慶應義塾大学医学部の岸本泰士郎と申します。本日はこのような場で発表の機会をいただきましたこと、関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

それでは、早速画面共有をさせていただきます。私どもは大体10年前から精神科領域で行われるオンライン診療のエビデンスの構築を行ってまいりました。本日は、我々の研究成果を中心に、精神科領域で行われておりますオンライン診療のエビデンスについて御説明できればと思っております。

まず、我々の精神科領域で行うオンライン診療は、telepsychiatryと呼ばれています。もちろん全てとは申しませんが、私どもの精神科診療は、患者さんと医師がお互いの顔を見ながらの会話で大部分が成り立ち得る診療科ですので、オンライン診療が非常になじみやすい診療領域だということが言えるのではないかと思います。

もともとCOVID-19のパンデミックの前からオンライン診療が世界的には使われておりましたけれども、COVID-19が大きくその常識を変えております。こちらのWHOのレポートですけれども、COVID-19を契機として世界的に使われているけれども、国によって格差があるという報告でした。我々はそれをもう少し詳細に見たいと思ひまして、私どもの知り合い、さらにその知り合いの精神科の先生方17か国の、こちらに示しております先生方に御協力をいただいて、それぞれの国でどういう規制緩和が行われているのかという調査を行っております。

多くの国でコロナ感染拡大に伴い規制が緩和されておりました。それは地域要件、ある

いは処方制限、対面同様の診療報酬といった点で様々な規制緩和が行われておりましたけれども、恐らく日本はオンライン診療に対して最も抑制的な国であるということが言えたのではないかと思います。

左下はアメリカの調査ですけれども、2021年2月の段階でどういった患者さん、どの領域の患者さんがビデオ通話を用いるオンライン診療を使っていたかということが示されています。実に精神科がトップに来ておりまして、全体の4割の患者さんが既にこの時点で利用済みだということでした。

先ほどから申しておりますように、オンライン診療は精神科領域で非常に活発に用いられていることもあって、世界中から多くのエビデンスが寄せられています。まず、診断に関して、診断あるいは重症度評価は対面診療と高い一致度を示すことが様々な研究で示されています。

こちらには一例として我々が行った遠隔で行う認知機能検査の試験の結果をお示ししています。患者さんには2回、ビデオ通話、そして対面診療による検査を1度ずつ行っていて、人によってその順番を変えて一致するかどうかを検証しています。結果、対面検査との非常に高い一致度を認めることができました。私どもは同様の結果を鬱病、そして神経発達障害の患者さん方を対象にも行っておりまして、類似の結果を得ております。

それから、治療に関するエビデンスですけれども、基本的には治療効果は対面診療と差がないという結果が世界中から寄せられています。こちらのスライドがお示ししておりますのは、我々が行ったメタ解析です。オンライン診療と対面診療の治療効果を比較した32の無作為化比較試験の結果を統計学的に統合したものですけれども、こちらにお示ししておりますように、治療効果や継続率に関して両者に有意差は認められていません。

また、こうしたエビデンスで十分ではないかという気もするのですが、日本の医療の中でこうしたオンライン診療をしっかりと使えるのか、患者さん方の受入れはどうかということを検証すべく、我々はJprotect試験と呼んでおりましたけれども、こうした試験を行っております。具体的には、鬱病、不安症、強迫症の患者さんを対象に、我が国の保険診療の枠組みで、すなわち実臨床に基づく試験、オンライン診療併用群といいます、診療の50%以上をオンライン診療とする。これは当時のガイドラインに従ったものです。それと対面の診療群に一对一で割付を行う24週間の試験です。スマートフォンなどを使用して自宅から医師にアクセスする、今どきのオンライン診療の効果を検証いたしました。

このJprotect試験には、大学病院のみならず、総合病院、精神科、単科精神科病院、そして精神科の診療所の常に認知症に関わっていらっしゃる先生方に参加していただいたのも特徴ではないかと思います。

実はこの結果は、つい最近、『Psychiatry and Clinical Neurosciences』誌に掲載が決定しまして、未発表論文なものですから、ぜひ報道等は御遠慮いただきたいと思いますけれども、こちらでいち早くその結果をお届けしたいと思います。

使用評価項目としては、SF36MCSとありますが、精神的な側面のQOLのサマリースコアを

用いていました。オンライン診療併用群は対面診療に劣らないことが、数値の上ではオンライン診療併用群のほうがベターであったということが示されています。あくまで有意差はございません。

また、種々の副次アウトカムの中には、患者さんと我々医師との結びつきの強さ、治療をしていこうという治療同盟、満足度、そして疾患の重症度等において両群に有意差は認められませんでした。そして、当然ながらオンライン診療併用群では通院時間が短く、そして通院費用が安かったことも示されています。

このJprotect試験においては、参加いただいた患者さん方に自由記載のアンケートをお願いしておりました。時間の関係で詳細はお話しできませんけれども、先ほどから議論にありましたように、移動時間等の便がいいということに加えて、転勤等で遠く離れるような場合、妊娠・出産で通院が難しい、小さなお子さんがいらっしゃって難しいなどといった場合に非常に有効だということに加えて、待合室が非常に緊張するだとか、外出が困難な症状がある中で非常に便利だとか、通院の手間がかかるので通院をやめてしまって再発してしまったので、継続といった面でオンライン診療は有効だろうという御意見もいただいております。安心感がより得られるとか、あともう一つ、残念なことではございますけれども、精神科領域に対する通院をはばかりられて、人目が気になってしまって受診がなかなか遠のいてしまう患者さんが少なくない。そういったケースにおいても有効であろうという御意見をいただいております。

また、Jprotect試験に参加したお医者さんに対してのアンケートも行っております。これもつい昨日、『Journal of Technology in Behavioral Science』に掲載予定が決まったところで、未発表論文のために報道等は御遠慮いただきたいのですが、このアンケートにおいて遠隔医療、オンライン診療によって患者さん寄りの医療が提供できることを医師が認識していることが分かりました。

また、遠隔医療を提供する上での障壁は、診療報酬の低さであることが示されています。具体的には、患者さんのニーズに対応できるようになったと思うということに対してポジティブな御意見が多く、遠隔医療は患者にとって費用対効果の高い方法であると思うということに関してもポジティブな意見が多く、一方で、診療報酬上の評価に対しての価格設定はネガティブな意見が多い。普及に対しては診療報酬の低さというのが一番のハードルだろうということがアンケート結果から示されています。

実は今年の3月に、情報通信機器を用いた精神療法、精神科で行われるカウンセリングに係る指針について厚生労働省から発出されています。精神科領域の中では非常に慎重なグループがあると同時に、私を含めしっかり活用していきたいと考える医師も多くて、そうした合意がなかなか得られない状況の中でこの取りまとめを行っていただいたことに関しては一定の理解と評価をしております。

ただ、あくまで私見ですけれども、過度に抑制的ではないかとちょっと心配しております。まず、「オンライン精神療法については、オンライン診療の中でも安全性及び有効性

により一層配慮しつつ」と書いてあるのですけれども、他科に比べて精神科で悪いというエビデンスは恐らくないと思います。むしろ精神科領域においてこそ有効性を支持するエビデンスは多いと認識しております。

また、初診で行うこうしたカウンセリングを基本的には否定していらっしゃいます。難しいという論調なのですけれども、世界的にこのパンデミックで、初診で非常に活用されるようになっておりますけれども、それで問題になっているエビデンスは私が知る限りございません。

また、初診におけるニーズは極めて高いと思います。離島へき地はさることながら、それ以外でも専門医へのアクセスが困難な患者さんが非常に多いです。精神科は、精神病未治療期間といいますけれども、治療に至るまでの時間が長ければ長いほどその後の予後が悪くなるという研究結果も報告されておりますけれども、早期介入がなかなか実現し難い。少しでもハードルを下げる必要があります。ひきこもり状態に陥ってしまう患者さんも少なくございませんし、先ほどお話ししたスティグマもそうです。

一方、初診に類似した状況での診療も実際かなり行われていると思っています。実際、産業保険分野で私もしょっちゅう行っていますけれども、初めてお会いする社員さんとのいわゆる診療に問題があったと感じたケースはございませんし、海外支店の駐在中の社員さんに対するこうしたアクセスは非常に感謝されます。精神保健相談を通じて、この先生だったらかかりたいとおっしゃって患者さんがかかるようになったというケースも聞いています。オンラインカウンセリングサービスももう既に行われています。

ということで、私見ですけれども、こうしたエビデンス、多くの先生方の声、世界から見た活用の遅れ、とにかく早く精神科領域においてもオンライン診療がしっかり使えるような状況をつくっていくべきだと思っています。再診に関しては診療報酬の低さが普及の阻害要因として大きいことは明確ですので、対面診療と同等の評価が适当ではないかと思えます。この指針においても再診での活用は否定していませんので、合意は得られやすいのだろうと考えます。

一方で、初診に関しては、私は本来は対面診療と同等の評価が适当であると考えますけれども、慎重な意見も多いのは事実です。向精神薬の不適切な処方等への懸念が一つの懸念点として挙げられていますけれども、それも分かってはいるのですが、ただ、これはオンライン診療で生じている問題というよりはむしろ対面でも生じている問題ですので、議論のすり替えではなくて、むしろこれはこれで別にしっかり取り組むべき課題だと思っています。

それから、さっきの指針においては課題の解消が進めば初診精神療法を有効に実施できるようになる可能性は十分にあるとされておりますけれども、この課題の解消が具体的に何を指しているのかがちょっと分かりにくいと感じています。正直、Jprotectのようなエビデンスを初診の場面でつくっていくということは非常に難しいというか、ほぼ無理だと思っています。当事者ニーズを踏まえ、しっかり前進させることを前提に議論をしていた

だく必要があるのではないかと考えております。

以上です。御清聴ありがとうございました。

○佐藤座長　ありがとうございました。

続きまして、全国「精神病」者集団様から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○全国「精神病」者集団（山田運営委員）　御紹介いただきました、全国「精神病」者集団の山田と申します。私は全国区の精神科医療のユーザーの患者団体でありまして、その立場と、先ほどありましたけれども、情報通信機器を用いた精神療法に係る指針の検討の委員も務めてまいりました。その立場から、今日は意見ということで述べさせていただきますと思います。

私たち全国「精神病」者集団は、1974年に結成された全国区の精神科の障害者団体であります。多様な立場の人によって構成されておりまして、様々な利益代表活動をしています。本日お話しする内容としましては、患者視点でのオンライン診療の有用性についてということが一点、あと、期待されるオンライン診療の声と活用した具体事例についてということで2点目、3点目としてさきの検討会に係る今後への期待ということで、患者視点から意見を述べさせていただきますと思います。

まず、患者視点でのオンライン診療の有用性についてということで、構成団体の精神障害当事者会ポルケが実証した第1波のコロナ禍のアンケートなのですが、ここでもオンライン診療を利用したいという声が全体のおよそ50%に上りました。転院してでも利用したいという方が5%に上りまして、転院はしないけれども利用したいという声も多数上がっております。確かに全員の方がオンライン診療を使いたいというわけではないのですが、使いたいという声が潜在的にありまして、ほかにも研究機関の調査に協力した際も同程度の利用したいというニーズの声が寄せられている状況になっています。

具体的な声と具体事例についても御紹介したいと思います。声について、大きく2つあるかと思います。対面診療における心身の負担の軽減ということで、精神科特有の問題ではないかもしれませんが、医薬診療において待ち時間が1時間から2時間に上ることも多々あります。待機が心身の負担になっているという声もあります。場合によっては障害者雇用等によって勤務をしている者もいるのですが、繁忙期にかかると通院を確保するのがままならないときがある、そういった際に、体調を安定するためにも通院を確保する必要があるにもかかわらず、診察自体は3分で終わるということもあるので、心身の負担ということでそれが現実的にあります。そういったことを解消する期待としてオンライン診療があります。

2つ目としては医療アクセスの保証という部分で、これは精神科特有の課題かもしれません。精神科医療のシステムとして、非自発的医療を設定しています。こういった入院経験から医療不信を抱えている仲間も相当おります。強制入院がない状況で安心して医療にかかりたいという声もあります。

あとは、ひきこもりの経験から、自宅から受診できるとありがたいといった切実な声も寄せられております。具体的な事例としまして、体調が悪いときに通院ができないときがあつて、オンライン診療で先生に診てもらえて安心したといった声も実際に寄せられています。

患者視点でのオンライン診療への期待ということで、特に3点を今回まとめてまいりました。

1つ目は、初診対応を含む一般科医療と同じ枠組みでの制度化を期待しております。障害者の権利に関する条約第25条は、締約国に対して障害者に他の者と同質の保健医療サービスを提供する立法上及び運用上の措置を講ずるよう求めています。その意味でオンライン診療については、オンライン診療の適切な実施に関する指針を基本としながら、精神科以外の患者と同様に医療を受ける機会を提供する手段として整え、整備される必要があると考えております。

情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（以下、ガイドライン）とありますけれども、ここで私たちは意見を述べてまいりました。患者は対面診察に関して心理的負担を感じるがあります。ただ、この文言は、オンライン診療の場合なら、診察室に無理矢理に押さえつけられてそのまま非自発的入院になる心配がないという文脈で加えることが提案された経緯があります。非自発的入院の経験は、精神障害当事者にとって苦痛のために心的外傷になり得るものであり、結果として医療不信に陥ることもあります。

また、深刻な虐待が常態化している病院も存在すると報道等で昨今も指摘されておりますけれども、精神科医療全体の問題ということも看過できないと考えています。そのような中で、警戒心から初診も含めてオンライン診療にしたいという声があるのも当然だと考えております。今後は精神科の初診に際しての検討もぜひ積極的に進めていただければと思います。そういったガイドラインの策定が望まれていると考えています。

2つ目としましては、患者が期待する医療者との信頼関係です。医療者と患者における信頼関係の構築については、ガイドラインの検討に当たって中心的な議論の一つともなりました。しかし、ここでいう信頼関係の構築とは並列的な関係ではないということの特筆すべきだと考えています。例えば病識は単に病気であることの自覚を意味するものではなくて、治療の必要性を理解して、自ら治療を受けようとする状態とされています。ここには無条件で患者は医療を受けるべきだという固定観念があり、治療を受けないのなら病識欠如であるという形で医療者側の主張のみを軸とした判断がなされています。このような権力勾配における信頼関係というものは、市民や患者が想定している信頼関係のそれとは構図が大きく異なると考えております。

患者が期待する本来的な信頼関係の構築とは、到達点ではなく、治療・援助する中で対象者との相互のコミュニケーションプロセスであると考えております。よって、オンライン精神療法を継続する中で信頼関係が形成・構築されることも大いにあり得るのではないかと考えています。対面診察ありきからオンライン精神療法の妥当性を検討するといった

方法論自体が必ずしも適当ではないと考えています。

最後です。事例を含めた今後の検討の在り方であります。ガイドラインにおいては「初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと」と書かれております。これは初診におけるオンライン診療の実施に歯止めをかけるような書きぶりとなっています。

その一方で、「上記課題の解消が進めば」とあり、症例の蓄積によって課題が解決されれば、初診からのオンライン診療の可能性が開かれるかのような書きぶりでもあります。初診の問題診療に歯止めがかけられているのにもかかわらず、症例の蓄積を前提としての内容になっているというところに大きな矛盾があると思います。そのため、症例の蓄積は必ずしも初診だけではなくて、最新の症例等も活用するなどの在り方の検討が必要だと考えています。

本検討会では、海外の症例のみならず、システマティック・レビューについても、地政学的な差異から分析が困難であるとしてエビデンスに位置づけないということが確認されています。これでは将来的な初診からのオンライン診療の可能性を示唆しつつも、事実上可能性がほとんど閉ざされているということと同じだと思います。今後の見直しに当たっては、オンライン精神療法の国内の具体的な症例などを基にした検討を行う必要があると考えています。その際、オンライン精神療法についての実践者を中心にしたエキスパートコンセンサスを心がける必要があると考えています。

また、次回検討に当たっては、当事者委員が1人だったのですが、障害者団体が推薦する精神障害者の委員も複数名招聘するなどして、患者の立場も含めて多様な意見を包括した形で検討が必要だと考えています。

早口になったのですが、私からは以上であります。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

次に、日本医療ベンチャー協会様から御説明を時間の関係上5分以内でよろしく願います。

○日本医療ベンチャー協会（原理事） ありがとうございます。日本医療ベンチャー協会の原でございます。私は医師で、今、MICINというオンライン診療サービスを提供している会社の代表をしておりますが、本日は日本医療ベンチャー協会の理事として共有させていただきます。

日本医療ベンチャー協会は、御覧いただいているような医療ベンチャーの協会として、特にオンライン診療に関わる私どもやメドレー社、MRT社等、オンライン診療のユーザーである患者さん、あとは医師の皆様といったニーズに常に触れておりますので、そうした観点から本日は提言を述べさせていただきます。

全体としてはこの3点を述べさせていただきたいと思います。

まず、オンライン診療の概況ですが、そもそも患者にどのようなニーズがあるのかという点を述べさせていただきます。オンライン診療の利用意向は、利用経験の有無で差があるというデータがあり、未経験者では5割なのですが、利用経験者については8割が再度の

利用意向を示しているというデータがございます。

また、本年行った調査でも、やはりオンライン診療利用経験者が8割は利用継続を意向しているということで、患者の観点では常にこういったニーズが高く存在しているものと認識しております。

こういったオンライン診療をさらに適切に普及していくという観点で、私どもとしてはこの3つが特に診療報酬上重要な論点だと考えております。

まず1点目と2点目は、診療科による診療報酬の対面とオンラインの差分を整えるべきだという観点に基づいて挙げさせていただいています。まず1点目、精神科については、オンライン診療で診療した場合に算定できる点数が取れなくなっているのも、通院・在宅精神療法に関する点数について、ほかの診療科で現在9割点ほどの管理料の点数が算定できるのですが、それと同等の点数は少なくとも算定できるようにすべきだろうと考えております。

2点目は小児科ですが、こちらも同様に、黒木先生のお話もありましたが、小児科の外来診療料や小児かかりつけ診療料もほかの診療科と同様に9割程度の水準は少なくとも算定できるようにすべきと考えております。

3点目は診療科横断の点数になるのですが、外来管理加算と呼ばれる診療報酬52点の算定をオンライン診療においても算定すべきだと考えております。

以下、それぞれについて詳細を述べさせていただきます。

まず、精神科につきましては、既に岸本先生のお話等でもございましたが、オンライン診療との親和性が高いという観点、あとは、ちょうど御紹介するサーベイにおいて、精神科において診療報酬に対しての課題感がほかの診療科と比べても非常に大きい。加えて、自己負担金も他診療科と比べてより大きく徴収する傾向があり、患者にとって精神科への医療アクセスが阻害されているというところは確保することが重要だと考えております。

点数としては、現状、御覧いただいているような点数になっておりまして、今年7月31日までは特例措置として一定の点数が取れていたのですけれども、これがなくなったために、現状ではこのように精神科で算定できる点数は対面と比べてオンライン診療が3割程度になっているという状況でございます。

こちらが私どもが実施したサーベイです。オンライン診療サービスを提供している事業者から、300弱の医療機関に、診療科を問わずにサーベイを取っております。ここの問いについてはオンライン診療を活用できそうな割合ということで聞いた質問なのですが、興味深いことに精神科とその他の診療科で、今から御紹介する幾つかの質問で大きく差分が出ております。ほかの診療科については大きな差は出ておりませんでした。

まず精神科については、オンライン診療を活用できそうな割合というのがほかの診療科と比べて6割弱ということで多く回答されているという結果がございます。続けて、診療報酬についてどのように捉えているかという質問については、かなり低いと答えている精神科の先生が9割と、ほかの診療科は6割弱ということに比べて非常に大きく出ておりま

す。こちらは医療機関が独自に設定する保険外負担金なのですが、こちらについても精神科とほかの診療科で大きく差が出ておりまして、精神科の場合は2,000円以上を徴収しているような医療機関が4割ほど、全体的に見てもほかの診療科と比べて高い金額が設定されているのがこちらで見てとれるかと思います。

補足しますと、オンライン診療サービス自体は医療機関にとって無料のサービスのものを使っている医療機関も含まれておりますし、ほかの診療科についても保険外の負担金を設定している医療機関がある中で、精神科だけこのような特徴が他診療科と比べて出ているということは付け加えさせていただきます。

続けて、小児の診療に関するオンライン診療における要望につきましても、小児の外来診療料、小児かかりつけ医診療料が算定できなくなっているということで、ほかの診療科と比べて取れる点数が少なくなっているという状況がございます。これによって他科と比べたときに小児医療におけるアクセスが制限される可能性があるということで、こちらも見直しをいただきたいと提言させていただくものでございます。

こちらは、小児科に関してもオンライン診療をやった場合と対面の場合の点数の比較になります。こちらの特例措置においては、初診については小児科でも算定できる点数があったのですが、再診においてはそもそもこの特例措置から算定できる点数がなく、再診の場合には御覧いただいているような対面とオンライン診療の診療報酬の差が生じてしまっているということで、小児科の医療機関にとってはなかなかオンライン診療を活用しづらい状況というのが生じているかと考えます。

最後に3点目、外来管理加算ですが、こちらは御覧いただいているような平成19年の中医協の考え方に基づくと、一定の処置や検査等を必要としない患者に対して懇切丁寧な説明や計画的な医学管理といったことを包括的に評価するものという精神にのっとると、この外来管理加算というものもオンライン診療でも算定できるようにすべきだと考えております。

○佐藤座長 時間が限られているので、ちょっと巻いてお願いします。申し訳ない。

○日本医療ベンチャー協会（原理事） こちらも御覧いただいているとおり、外来管理加算が取れないことによって診療報酬上取れる点数が医療機関にとって限られてしまっているという状況がございます。

これは医師からのヒアリングでも御覧いただいているとおり、外来管理加算を算定することはオンライン診療でも十分に対応可能と私どもとしては考えております。

以上をまとめますと、精神科、小児科、外来管理加算の3点につきまして、診療報酬について改めて見直しを求めて、患者にとってアクセスを担保していくことが重要だということを改めて申し上げさせていただきます。

以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、津川委員より3分以内で簡潔に御報告をお願いいたします。

○津川座長代理 時間が限られておりますので、簡潔にお話ししたいと思います。

私からは、既存の公開されている論文の基になっているエビデンスで議論のベースラインというか、前提条件をお話ししたいなと思っております。

オンライン診療に関しては、先ほどもお話ししたように新型コロナの影響があつてかなりいろいろなところで研究が進んでおります。例えばここでお見せしているのは、オンライン診療を受けた後にちゃんとした医療が行われずに緊急外来を受診してしまっているのではないかという、もちろんそれが全て悪い救急外来受診ではないと思うのですが、そういった心配もあることは事実だと思いますので、そういったものに関して少なくとも3つぐらいの研究があつて、例えば一番上のものが一番サンプルサイズが多いのですが、230万ぐらいのデータを見てみたところ、その後7日以内に救急外来を受診する確率が対面で1.6%、ビデオ診療で1.8%、電話診療で2.1%。小さな差はあるのですが、大きなものではない。場合によっては高齢者の場合などではむしろ低いというものもありまして、どちらが高いというわけではなくて、むしろ臨床上は変わらないというのがコンセンサスになりつつあるのではないかなと思います。

一方で、緊急外来受診だけではなくてもっとひどい場合、オンライン診療をして、対面だったら予防できた入院があるのではないかという心配もあると思いますので、同じ論文なのですが、例えば1個目、2個目の両方とも対面診療とオンライン診療後の7日以内の入院を比較しているのですが、同様に0.21%対0.24%のような形で、0.03%とごく小さな差になっておりまして、またこれも場合によってはオンライン診療のほうが良いというデータもあつたりしますので、対面診療はオンライン診療の上位置換であるという考え方はそろそろ改めて、その上で議論を進めるべきなのではないかなと思います。

これは疾患ごとによって違って、精神科領域や小児科領域などのいろいろな話がありますので、後で見ていただければいいと思うのですが、疾患ごとの比較などもありますので、ほとんど差はない。

また、身体所見が取れないのではないかという議論もよくあるのですが、これに関しても実は研究はやられていて、かなりの割合で身体所見が取れている。これは1個の論文ではなくて17個の論文なのですが、身体所見もいろいろな工夫をすることで取れる。例えば歩いてみてくださいとか、お腹を押してみてくださいということもありますので、そこも我々の中でいわゆる思い込みみたいな部分はあると思いますので、やはりデータを基に評価していただく。

例えば慢性疾患の高脂血症や糖尿病などの管理においても、むしろ対面診療と同様、もしくは場合によってはオンライン診療のほうが良い効果が得られるという研究もありますし、これは海外のデータですが、日本のデータもあつて、オンライン診療でも対面診療と同様に血糖コントロールが可能であるという研究もあります。

あとは、妊娠中・出産後のオンライン診療による緊急外来の受診の増加についても実際に日本で研究が行われておりまして、認められておりませんし、妊娠中・産後のオンライ

ン相談による産後鬱の率が低下したというランダム化比較試験の研究データもありますので、かなりオンライン診療はいわゆる対面診療では得られないようなメリットがあるというエビデンスが続々と出てきているという状況です。

ちなみにコロナ禍で、これは私たちの研究グループの研究なのですけれども、コロナが起きることはいわゆるデジタル格差みたいなもの、要は高齢者がオンライン診療を受けられないのではないかという心配もあったのですけれども、これも実際に日本のデータで評価してみたところ、オレンジのバーがコロナ中なのですけれども、20代の若年者がかなりオンライン診療をよく使っているのですけれども、一方で70歳以上もかなりオンライン診療を使っていて、我々が思っている以上に高齢者もある程度家族のサポートなどがあればオンライン診療を使えるということが分かりますので、もちろんサポートは必要なのですけれども、高齢者と若年者で格差が広がるということはないと思われま

す。なので、全体の方向としては、エビデンス上は医療の質、アウトカムに関してオンライン診療と対面診療は差がないというのがコンセンサスですので、これは1個の研究ではなく複数の研究の結果ですので、このコンセンサスがひっくり返ることは考えにくいのですけれども、そういった新しい研究が出るまでは差がないという前提でいろいろな政策上の議論を進めていくということが重要なのではないかと思います。

以上になります。

○佐藤座長　ありがとうございました。

では、お待たせしました。厚労省から御説明をお願いします。時間を超過していますので、簡潔によりしくお願いします。

○厚生労働省（須田審議官）　保険局審議官をしております、須田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

では、2スライドをお願いいたします。オンライン診療に係る評価の経緯でございます。先ほど来お話がありましたように、令和4年1月にオンライン診療の指針が改定され、令和4年度診療報酬改定におきましては、初診を含めて様々な診療報酬の評価について全面的に見直したという経緯がございます。

3スライドをお願いいたします。こちらは患者の年齢ごとに電話診療、オンライン診療のそれぞれをどのような年齢の方が使っているかというものを分析したものでございます。50歳以下の方の使用が多いというデータを我々として把握をしております。

4スライド、5スライドは令和4年度の診療報酬改定の結果でございますが、6スライドまで飛んでいただければと思います。簡潔な表で、一番右側にありますように、コロナ前、それからコロナ特例を経て、令和4年改定後、御覧のと通りの初診料、再診料等の点数に見直すとともに、施設基準についてもほとんどの要件を撤廃するという見直しを行ったという経緯がございます。

7スライドをお願いいたします。情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は、御覧のと通りの数で経時的に増加してきているという状況でございます。

8 スライド、9 フライドは割愛させていただきまして、10スライドは、NBDデータで見ました情報通信機器を用いた診療が医療機関において1割を超えていたり、あるいは5割を超えている医療機関がどれぐらいあるかというデータでございます。後ほど御覧いただければと思います。

11スライド、12スライド、13スライドとちょっと似た資料が続きますけれども、情報通信機器を用いた初診の算定回数が対面による算定と比べてどうか、初診についてが11スライド、12スライドが再診・外来診療料の比較、13スライドが対面診療の割合5割未満のあれで見た算定回数の初診・再診のものでございます。御参考までにとします。

14スライドは、後ほどの議論にも関わってくると思いますけれども、精神の関わりでございます。出典が、一番下にありますように「オンライン診療の適切な実施に関する指針」ということで、令和5年3月に一部改定をしておりますけれども、精神に関わる初診の場合に麻薬、向精神薬の処方については行うべきでないということになっているということでございます。

また、資料にはございませんけれども、令和5年3月にまとめられました精神療法に係る指針におきまして、先ほど先生方からお話のあったような事項が盛り込まれてございます。

15スライドは、不眠症というものに対する情報機器を用いた診療ということで、先ほど14スライドで御説明した麻薬、向精神薬が残念ながら初診の場合にも使われてしまっている実態があり、この実態をまずしっかり把握しなければいけないのではないかと、それをどう把握すべきかということについて中医協で議論がなされている状況でございます。

それから、16スライドは話が全然変わりますけれども、これは中医協の11月の資料でございますけれども、睡眠時無呼吸症候群についてのCPAPの療法につきまして、学会の声明が10月になされたことを受けてこういったことへの診療報酬上の評価についても検討しているという御紹介でございます。

17スライドも話がまた変わりますけれども、一番下にあります研究班のほうから、岩国市の離島におけるオンライン診療の可能性、具体的には離島に行く医師が月2回しか行けないところを看護師が支援するということによってオンラインでそれをカバーするといったD to P with Nという取組について、前向きな評価ができないかといった検討が中医協で行われているという紹介。

それから、18スライドはD to P with Dでございます。具体的には札幌医科大学が道内の病院と連携をして、道内の地域の主治医とインターネットで専門医がオンラインを活用して緊急性のある症例も含めて対応している事例についての診療報酬上の評価というものについても検討しているということの紹介でございます。

以上、申し上げたことをまとめたものが20スライドでございます。繰り返しになりますが、3つ目の丸を御覧いただければと思いますけれども、CPAP療法の関係、それからD to P with Nの評価、それからD to P with Dの評価といったことについて中医協で検

討しているという状況でございます。

24スライド以降が、先ほど来、5人の先生方からお話のあった精神医療、小児医療、それから外来管理加算についての資料でございます。資料を頂くのが直前になったこともあり、しっかりした準備ができずにあります。関係資料だけ取り急ぎ掲げております。

25スライドを御覧いただければと思います。令和4年度の診療報酬改定におきまして、先ほど申し上げましたように抜本的に範囲を広げたということでございますが、一番下の⑤のところにありますように、精神については整理をペンディングにしていたということでございます。

その後、先ほどもちょっと申し上げましたけれども、厚労省の障害保健福祉部におきまして精神療法の指針がまとめられたということも受けて、今後、これについてどう扱うかということについて検討しているという状況でございます。

それから、27スライド以降は小児の関係です。

28スライドを御覧いただければと思います。先ほどの各先生方のお話とも重なりますけれども、小児科外来診療料、それから小児かかりつけ診療料はこのような体系になってございます。御覧いただきますと、<sup>1</sup>このような加算といいたいでしょうか、評価につきましてはかなり高い点数が算定されることになっており、これは検査や処置というものがある程度なされるという前提で検査・処置も全部包括をすると。全てが包括されるわけではなく、包括範囲はそこに書いてあるとおりでございますけれども、ここに書いたもの以外の検査・処置等の一定のものが行われても全てこれを包含するということで、かなり高い点数で評価しているという現状でございます。ちょっと後ほどの議論、質疑の中でまた御質問等にお答えしたいと思います。

それから最後、外来管理加算についても適用すべきではないかというお話がございましたが、これにつきましては、実は一部報道もされておりますけれども、この外来管理加算52点なるものについて、令和6年度においても存続させるべきかということにつきまして、かなり突っ込んだ議論がなされている。この加算そのものについて、あるべき論についてゼロベースの議論が行われているというのが今の率直な中医協の現状でございます。全体の議論の中でオンラインについてもどうするかということについては整理していかなければいけないと考えているところでございます。

準備した資料は以上になります。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。

ちょっと時間が押しているものですから、今から15分くらいをめどに議論をさせていただければと思います。

では、高山専門委員、よろしくお願いします。

○高山専門委員 ありがとうございます。

---

<sup>1</sup> 「初診・再診は別途算定可能で、それに加えて」と発言していたが、発言に誤りがあったため削除

本当に様々な側面からの議論をいただきましたけれども、私は臨床医の立場で、オンライン診療の質や安全性については津川先生からも解説があったように、総じて言えば、やったことがない人が恐れおののくほど低下することはないと思います。私も自分が担当する在宅の患者や離島へのサポートなどでオンライン対応をすることがありますけれども、できることは結構ある。そばに訪問看護がいればさらに可能性が広がります。

ただし、対面診療に比べてできることはやはり狭いです。できることを超えて診療しようとするれば、失敗が生じるリスクはあります。大切なのは、オンライン診療というのは新しい診療形態であって、対面診療の代替にはならないという理解だと私は思っています。ちょっと皆さんと意見が少しずれているかもしれません。

例えば確定診断を求めることはやはり難しい。不定愁訴への安心は提供することが難しい。命を救う医療はもっとできないという割り切りが求められます。例えば高齢者の急変、呼吸不全や血圧の低下などはオンライン診療には適していませんというか、できません。やっては駄目です。対面診療とオンライン診療は別のもので、私は対象となる患者像や目的が異なるのだから、比較することは難しいと思っています。もちろん対象をそろえて割りつけばいいのですが、そもそも議論している方々が論文を読み込むことなく、自分の考える患者像で議論しているので、話がかみ合っていないと思うことは多いです。

やはりこれは技術なので、使い方の問題なのですね。入院治療と通院治療の違いにも似ていると思います。急性疾患で入院して24時間見守るのか、一旦家に帰して通院させるのか、入院のほうができることが多いし安心です。でも、リソースは有限だし、暮らしもある。だから、私たちは家に帰すという選択をしています。

オンライン診療というのは暮らしを優先して利便性を高めています。ただし、この技術を上手に使いこなすには、医療側だけでなく患者側も賢くなっていく必要があると思います。そこは津川先生がおっしゃるITリテラシー、あるいはヘルスリテラシーも求められるということです。

まとめますけれども、オンライン診療は医療へのアクセスを向上させる新たな選択肢です。これを上手に育てていくためにも、例えば移動の助けが必要な人や交通手段が限られている人、それを必要とする人たちに積極的に届くように制度改革を進めて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。

次は、伊藤専門委員、よろしくお願いします。

○伊藤専門委員　御説明ありがとうございました。大変説得力がある議論だったと思います。

今、高山先生がおっしゃったことはそのとおりだと思います。オンラインというのはあくまでツールであって使い方であると。大事なのは、オンラインであれ対面であれ結果評価ということだと思うのですけれども、どうしても結果評価の視点が常にずれていて、オ

ンラインだと粗悪診療が多いとか、不適切医療が多いということのバイアスがどうしてもかかっているというところに問題があるのではないかと思います。対面診療であれ、オンライン診療であれ、同じようにアウトカム評価をしなければいけないと思います。特に同等の診療をしているのであれば、その比較はなおさら重要であると思います。

あと、診療報酬の議論に関してはちょっとこの議論で何を言っても変わらない部分はあると思うのですが、同等性を前提に、私はやはり包括診療というのも将来的には進めていくべきではないかと思います。つまり、単発でアウトカムが出てぱっと比較できるようなものばかりではないので、包括診療の中で安定的に収入を確保しつつ、長期的に観察することができるのが単発で加算を取っていくことよりも医療行為としては望ましいことではないかと思っております。

どうしても加算がたくさん増えるのではないかという懸念もあって、医療費も増やしてはならないということもありますので、診療報酬を上げるということに対してどうしても当局側は慎重になるかと思うのですが、大事なのは使い方とアウトカムの評価ではないかと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

続きまして、津川委員、よろしくお願いします。

○津川座長代理 ありがとうございます。

高山委員の意見みたいになってしまうのですが、私がエビデンスを読み込んだ限り、差がないというのが今の現状だと思うのです。これはどういうことかという、例えばオンライン診療を受けている人は対面にスイッチができないとか、救急車を呼んではいけないという条件ではなく、リアルワールドではオンライン診療を受けて、例えば危険性があるようだったらすぐ救急車を呼んでくださいとか、すぐ来てください、私が診ますという対面スイッチまで加えた一連の診療自体を見ているので、このシークエンスと実際の対面で初めから見た場合とをエビデンスで見ると差が出ないという結果だと思うのですね。

なので、高山先生がおっしゃったみたいに実際どちらかに制限するというわけではないのですが、リアルワールドで実際にこれが導入されて、例えば診療報酬が同じようなレベルで、実際コロナ禍ではほとんどの国でそういうふうに設定されていますので、そういうふうにやった場合、患者さんへの健康被害は起こらない。利便性の向上はもちろん起きますので、おっしゃるようにどちらか片方しか選べないという状況ではないので、こういった状況の中で国にとってベストな政策は何なのかという議論をする必要があると思います。

1点だけコメントしたいのは、いろいろなルールを見ていると、やはりここに看護師を置くとか、プラスアルファの条件がついていることが非常に多い気がしていて、これは先ほどのコメントと同じなのですが、これは全て日本の社会保障費の増加につながりますので、リソースを投入すればするほど日本の社会保障費、医療費は上がっていきま

すので、この日本の現状においては、効率的な医療の提供という面も考える必要があると思います。なので、必要ない人員は置かないで、患者さんの健康被害があるようだとやはりそれは考えなければいけないのですけれども、エビデンスがない中ではそれほどプラスアルファの人材を置かないという制度設計で、効率的な医療提供体制というのにも考えていく必要があるのではないかなと思います。

以上になります。

○佐藤座長　ありがとうございます。

続きまして、大石専門委員、よろしくお願いいたします。

○大石専門委員　ありがとうございます。

非常に説得力のあるプレゼンテーションを皆さんどうもありがとうございました。

厚労省さんに要望とお伺いをしたいのですけれども、いろいろこの点についてはこういうふうに見ているのであるとか、過去の検討会ではこういうふうに見られたという個別のお話をいろいろいただいていたのですけれども、例えば過去の検討会に私も出ていましたけれども、そのときは、例えば岸本先生が今日出されたものは私は非常に説得力のある一つのエビデンスだと思うのですが、そういうものがあつたわけではないのだと思うのです。そういうものに基づいて議論がされたわけではなく、現状においてここから先どうするのかということを考えなくてはいけなくて、要は何を言いたいかというと、新しいものを取り込むと、それに対して過去の経験の中でやっていらっしゃった方々の反対を呼んでしまうのだと思います。その中で、きっちりエビデンスが出てきた段階でどういうふうに物事を進めるのかというエビデンスベースの制度や仕組みの設計ということを進めていかなくてはいけないと思っております。

また、診療報酬に関しましても、制度があるのだけれども診療報酬がない、だから、報酬がつかないのでせっかく制度ができて物事が進まないという乖離というものを避けなくてはいけなくて、個別にこれをこう取り組んでいます、過去こう考えましたではなくて、こういうきちんとしたものが出てきたら、どういう取組む仕組みにするのかであるとか、制度と診療報酬の乖離というものは基本的にはなくさないで制度の意味がないので、それをどうやってきちんと両者が一致するような仕組みにしていくのかということについて、個別の話ではなくて大きな仕組み設計を考えていただきたい。それに対して、今、もしもお考えがあるのでしたらお聞かせいただきたいなと思いますし、もしもないのでしたら、申し訳ないのですけれども宿題として今後、御検討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。

では、間下委員からのコメントをいただいて、厚労省に御回答いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○間下委員　ありがとうございます。

今の太石さんの話にちょっと追加みたいな形になるのですけれども、先ほど中医協での

議論のお話を披露いただきましたが、これは厚労省さんに質問です。中医協のメンバーの方々のダイバーシティーはどうなっているのかなと。要はオンライン診療を含めてしっかり活用されている方がしっかり委員に入っているのかどうなのか。やっていらっしゃる方々のいわゆる属性だったり御経験といったものが、バランスよくフェアな議論ができるようになっているのかどうかというのを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した。

では、今、大石専門委員と間下委員から具体的な質問が出てきておりますし、ほかの先生方からいろいろなコメントがありましたので、まとめて厚労省さんに御回答いただければと思います。

○厚生労働省（須田審議官）　須田でございます。御指摘、御質問等をありがとうございます。非常に多くの御指摘、御質問などをいただきましたけれども、大石先生のお話に絡めて申し上げますと、診療報酬がないと実際の現場の医療が行えない。ですから、診療報酬というのは非常に大事で、制度との乖離ということについて、新しいエビデンスを踏まえてしっかりと検討する仕組みを考えてほしいという御指摘だったと理解しております。

おっしゃるとおりで、間下先生からの御指摘は、中医協が役割を果たし得るダイバーシティーの状況についても御質問がありましたけれども、我々は、診療報酬は最終的には中医協で決めていくということになりますけれども、中医協での議論をするに当たっては、様々な関係者、様々な学会等、さらに今日のテーマから言うと、利用者の利便性と生活者の視点といったことについても重視をしてその準備をして、会議をしていると考えております。

また、制度と報酬の乖離という話に絡めて申し上げますと、指針自体が障害保健福祉部であったり医政局であったりで制度的なところを検討いただいたものを前提に、我々が診療報酬を考えるということが基本的なスタンスではあるのですが、そこは双方向で医療現場、あるいは患者の目線で何が必要か、また、コロナ後に新たないろいろなエビデンスが出てきているというのも今日、非常に勉強させていただきましたので、そういったものもしっかりと視野の中に入れながら、中医協をはじめ関係者の皆様と議論をして、今後の在り方について双方向で議論していきたいと考えております。

総論的な話で恐縮ですけれども、私からは以上になります。

厚労省からは以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございました。

ほかはよろしいでしょうか。非常に前向きな御回答をいただいたかなと思いますが、よろしいですかね。

時間が押しているという関係で、こちらの議題はここまでとさせていただきます。もちろん委員、専門委員の皆様方から追加の質問等があれば、またまとめて事務局に御連絡ください。

私のほうでの取りまとめということになりますけれども、今回、いろいろと議論が出て

きましたが、オンライン診療は新たな選択肢であるということ、そして患者からのニーズもある。しかも津川先生からも御紹介いただきましたし、ほかの先生方からも御紹介いただきましたように、エビデンスに関して見ると、オンライン診療と対面というのは違いはないのだということになると思います。違いがないものであれば、診療報酬の改定も違いのないものになるということが本来は課題かなと思います。

今回、厚労省さんからいろいろ管理料の見直しなどもいただいておりますけれども、例の外来管理加算を含めまして、いまだに対面にはついてはいるけれどもオンライン診療ではついていない、あるいは対面よりもオンライン診療のほうが低く点数がついているという形で、やはり対面のほうに金銭的なインセンティブはバイアスがあるのかなと思います。これでは医療機関のほうでインセンティブの面でオンライン診療をやっつけよう、患者目線で進めていこう、あるいはアウトカムが同じだから進めていこうという意欲というのがなかなか高まらないということになると思います。オンライン診療の普及の阻害要因になりかねないということもありますので、ぜひこの辺は考えていただき、考えた上での診療報酬の見直しを進めていただければと思います。

この辺はこのワーキング・グループの中でも、くどいようですけれども、エビデンスを見れば対面とオンライン診療は違いはない。それから、患者からのニーズが高いというところは意見の集約があったと思いますので、診療報酬というのもそれを反映させる必要があるということです。

あと、オンライン診療全体が出来高払いということもあって、なかなかストラクチャーやプロセスなどは見るのだけれども、アウトカムに沿った点数づけになっていない。先ほど伊藤専門委員から包括化みたいなお話があったと思いますけれども、将来的にはアウトカムベースに診療報酬というのを見直していく必要があるのかなと思います。

もちろんここは規制改革推進会議でありまして、診療報酬を決めるのは中医協ということになりますけれども、ここで患者、あるいは研究者から様々な声、エビデンスが出されているわけでありまして、そういった議論を踏まえて反映させて、しっかりと受け止めて、今後、中医協におかれましては診療報酬の見直しというのを進めていただければと思います。

取りあえず私からの取りまとめはここまでとさせていただきます。よろしいでしょうか。

では、まだ時間が押しているということもありますので、議題1の（イ）はここまでとさせていただきます。よろしいでしょうか。議題1はここまでなので、御報告いただいた方々、厚労省以外の参加者の方々はこちらで退室いただいて結構です。ありがとうございました。

では、議題2「報酬制度における常勤・専任要件の見直し等について」のフォローアップに入りたいと思います。

出席者を御紹介いたします。斎須朋之大臣官房審議官、須田俊孝大臣官房審議官ほか老健局、保険局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、厚労省様から5分以内に御説明をよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（斎須審議官） 老健局の斎須でございます。よろしくお願いいたします。  
資料に沿いまして御説明させていただきます。

資料2ページでございますけれども、常勤・専任要件の見直し等についてということで、規制改革実施計画で宿題をいただいております。介護報酬改定に当たって常勤・専任の有資格者の配置要件等について、質が担保された医療及び介護が提供されることを前提にということで必要な検討、それから生産性向上についても必要な措置を検討と言われておりまして、できることは何でも早くやるという観点で、検討の状況のところが下の枠でございますけれども、今年の9月にはテレワークの関係で、テレワークが可能であるという範囲の明確化の周知を行っているところでございます。

それから、来年度の介護報酬の改定につきましては、介護給付費分科会におきまして年内の取りまとめに向けて議論しているところでございます。

3ページは、今、申し上げましたテレワークの事務連絡。

それから、4ページは9月8日の給付費分科会で提示した課題の中で規制改革実施計画2023の内容にも触れまして、問題提起をしているということでございます。

5ページ目、この分科会におきまして様々な御意見をいただきました。管理者の兼務について、あるいはローカルルールについて、それからテレワークについて等、いろいろな御意見をいただいたところでございまして、これからさらに取りまとめに向けて議論をしていくというところでございます。

この関連で、6ページ目でございますけれども、10月26日の給付費分科会におきましては、通所介護等に関します個別機能訓練加算というリハなどをやるものの加算なのですが、ここの一つの論点への対応案といたしまして、1日当たりの利用者への個別機能訓練にかかる平均実施時間と人材の有効活用という観点から、この配置についての緩和を行ってはどうかという提案をしているところでございます。

具体的には7ページ目でございますが、この加算の内容は細かいので、細かくは申し上げませんが、ずっといなくてもいいですよ。こういったリハの指導員については有効活用しましょうという緩和をしてはどうかということでございます。

それから、8ページ目、生産性の向上につきまして、今年の9月8日の給付費分科会で議論しております。この中でも課題といたしまして、規制改革実施計画、令和4年の6月の閣議決定について明示しまして御議論いただいているということでございまして、10ページが生産性向上、人員配置基準、それからテクノロジーの活用の効果把握等。それから関係者の理解というのが11ページになりますけれども、それから介護助手の活用等、様々な御意見をいただいているということでございまして、こちらも年末に向けて議論を深めていきたいというところでございます。

介護関係は以上でございます。

○厚生労働省（須田審議官） 続きまして、保険局審議官でございます。

保険局の提出資料の20スライドを御覧いただければと思います。非常に簡単にまとめますと、常勤・専任の配置要件につきまして、6月の中医協、11月の中医協で議論を行っております。その結果を踏まえて引き続き議論しているということを、20スライドに書いております。

具体的に、6月、11月の中医協資料について御紹介させていただければと思います。参考資料になりますけれども、25スライドをお願いいたします。これは中医協の6月の資料でございます。医療従事者の配置、具体的に言えば常勤配置、それから専従要件につきましては、平成30年、令和2年などにどういう改定を行ったかということの振り返りをまず中医協で行っております。常勤に関しては、常勤換算という考え方を大々的に入れまして、非常勤の方を組み合わせる形で常勤換算とみなすという見直しを随時行ってきたというところでございます。

また、26スライドにつきましては、専従要件も平成30年以降、様々な見直しをしてきたということでございます。

27スライドをお願いいたします。こちらは11月の中医協に出した資料でございますけれども、4月に、こちらの規制改革の関係でも大石専門委員から意見をペーパーでいただきました。また、今回は医療・介護等の同時改定ということで、せっかく専門的な知見がある方に専従で医療をやっていただくということで、医療現場に縛りつけるということではなくて、専門家に地域での活動にも積極的に参画をいただいてその知見を発揮していただくことが、医療現場に加え、介護も含めた地域のためになるという御指摘を大石先生、その他多くの方からいただいております。そういった声を踏まえての27スライドになりますけれども、例えば緩和ケア診療加算、あるいは感染対策向上加算、あるいは褥瘡の関係での褥瘡のハイリスク患者の管理者といったことについて、各ケアチームの専従要件というものを、今は専従ということになっているわけですが、ニーズがあるということ踏まえて見直せないかということを議論しているということの御紹介が27スライドでございます。

そのほか、30スライドで御覧いただければと思いますけれども、看護の現場におきまして、スマートフォンを用いた音声入力システムを導入して看護記録時間の削減等が図られたという研究が複数挙がっております。

そういったものを踏まえて、32スライドになりますけれども、令和4年度、今の診療報酬の夜間の看護配置における評価の仕組みについて図示しておりますけれども、一番下のサのところには赤い枠で囲っておりますICT、AI等々を活用して看護の現場の業務負担を軽減しているという取組がさらに一層広まるようなインセンティブを与えるような診療報酬の体系に見直せないかということについても検討しているという状況でございます。

以上、中医協の議論の状況を中心に御報告申し上げます。

私からは以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございました。

では、これから質疑に入りたいと思います。大体5時45分をめどに議論できたらと思います。御意見のある方は挙手ボタンをよろしく願いいたします。いかがでしょうか。

大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員　ありがとうございます。

今の御報告をお伺いするとかなり前向きに進めていただいているのかなと理解いたしました。以前、意見も申し上げましたけれども、いろいろな地域で、これは必ずしもいわゆるへき地だけではなくて準へき地や、場合によっては都心郊外も科目だとか職種によっては人手が足らなくて、それによって施設基準が満たされないということによって経営が悪化して、病院や施設などが経営的に困難に陥ってしまうという状況があったり、また、そもそも一つの施設に縛りつけるのではなく、地域全体を病院や介護の場と見てもっとその能力を活用したほうがいいということであるとか、また、DXによって非常に有効な代替手段が出てきたという状況を鑑みて、これはぜひ進めていただきたいなと思っております。なので、今のところは中間報告だということだと思いますが、このままきちんと実現するようにぜひ進めていただければと存じます。

意見でございました。

○佐藤座長　ありがとうございました。

続きまして、高山専門委員、よろしくお願いします。

○高山専門委員　ありがとうございます。

専門的な知見を有する看護師の専従配置のことで、かなり前向きな議論が始まっているのだなと大変心強く思いました。具体的には緩和ケアと感染管理と褥瘡ケアの看護師について、例えば高齢者施設や居宅でケアを受けている患者のために、実地で指導する必要性というのは大分増えてきています。訪問看護や介護従事者の家族に対する実地での指導というのはうちの病院からも出ていっています。

その辺りで、私の病院は複数いるので出ていくことができるのですが、もう少し小さな規模の医療機関だと、専従配置があるがゆえに出ることができないでいるということは聞いておりましたので、例えば所定労働時間の3分の1以下とすることみたいな要件をかぶせつつ、院外での活動も認めるようにすれば、患者さんでそれがゆえに地域に帰れる人たちというのが増えてくるだろうなと思います。

ただ1点、もしかしたら既に議論されているかもしれませんが、在宅患者訪問看護・指導料というのがありますね。これは悪性腫瘍の患者さんに対する緩和ケアや褥瘡ケアに限って1,285点が認められているというものですけれども、今般のコロナ対策では、感染管理の看護師さんも積極的に地域で貢献しました。多剤耐性菌対策などでも地域における感染管理ニーズが高まってきているので、できれば悪性腫瘍という縛りを外して、感染管理についても看護師の専門性を地域でより生かしていけるような配慮をしていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかに御意見はいかがでしょうか。大丈夫ですか。

高山委員、続けてお願いします。

○高山専門委員 ほかに御意見がないなら、いろいろ言いたいことがあったので、すみません。

医師の宿直義務のことなのですけれども、速やかに診療を行う体制が確保されているものとする具体的な基準が不明瞭で、単に当該医師が速やかに当該病院に駆けつけられる場所にいることとする施行通知が出されていると思います。ただ、実際には駆けつけられなくとも、ここにオンライン診療の対応についても速やかに診療を行う体制の具体例として加えられるのではないかなと現場で仕事をしながら感じております。それは電話のみならず、タブレットのモニターを活用するなどすれば、診療に関する適切な指示を出すことは可能です。

実際、私自身も慢性期の病院での宿直経験がありますけれども、ほとんどの場合、解熱鎮痛薬の投与であるとか、酸素の流量調節などであって、あとは転倒した患者の見守り方法について相談が来たりといったことがあります。いずれにせよ私の経験上はオンラインで十分に対応できることがほとんどでした。これらのエビデンスを集めていただくとよりよいのではないかなと思います。

そうでない場合、オンラインで対応できない場合、そこに医者がいないと大変ではないかというのは当然あると思うのですけれども、緊急性が高いと判断される場合にはもう急性期病院の救急搬送を選択せざるを得ないと思います。あとの場合は、敷地内に医師がいなくても通勤圏内の距離でラインできるのであれば、夜間のオンコール体制でよいのではないかなと思います。

速やかに診療を行う体制ということについて都道府県知事が認めるということになっているのですけれども、基準が不明瞭で、実際には現場で運用されていないというのが実態だと思います。地方では医師不足で宿直医師の確保が難しくなってきておりますので、それゆえに病院機能の維持が困難となってきているところが増えてきています。オンライン診療の有効性を確認するとともに、より具体的な指針を都道府県に国が示して、都道府県が認めやすくするようにしていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはよろしいですか。

伊藤専門委員、よろしくお願いします。

○伊藤専門委員 ありがとうございます。今までの議題でもう既に疲れてしまってすみません。議論は一緒だなと思っているところです。

厚労省の示していただいたSOMP0ケア株式会社の実証結果を見るにつけても、これはもちろんロボットなどを入れたということが前提になっていますけれども、介護職員さんの

業務時間を効率的に減少させつつ介護の質を担保できているということで、ある意味非常に前向きなエビデンスがそろっていると思いますので、ぜひ進めていただきたいというだけです。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

では、これで終わりにしましょうか。大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員　私からは、今後のこの議題の取扱い方法について、これは佐藤座長なのか、規制室なのか分からないのですけれども、厚労省かもしれないですけれども、お伺いしたくて、要は何を言っているかというところ、比較的前向きに進めていただいているのは非常にありがたいのですけれども、個別の出来上がりを見ると、この項目が入ってこの項目はそこまでいかなかったであるとか、先ほど高山先生がいろいろおっしゃいましたけれども、実際にそれが実働できるような形になっているかどうかという個別の論点がまた出てくると思うのです。

ですから、一応これはフォローアップで、今回フォローアップしましたで終わりではなくて、その結果どうなったかということをもた議論としてかけていただきたいと思いますし、またそこら辺を厚労省のほうには教えていただけるとありがたいなと思っています。

○佐藤座長　ありがとうございます。先ほどのオンライン診療のところにも関わるのですけれども、フォローアップのフォローアップといいますか、フォローアップは1回限りではないので進捗を見ていくということが必要かなと思っています。

では、よろしいですかね。何か厚労省さんのほうで追加で御説明などはありますか。大丈夫ですか。

○厚生労働省（須田審議官）　特段ございません。

○佐藤座長　大丈夫ですか。分かりました。

すみません、時間があるので私から1点。私の興味本位かもしれないですけれども、何回か前のこの規制改革ワーキング・グループでは、人材紹介所の紹介料が高いという話があって、しかもそれがすぐ辞めてしまうという問題がありましたね。そんなに急いで人を集めなくてはいけないというときに、こういう常勤や専任という要件があって、それは現場の声だったのですけれども、それを満たさなくてはいけないからみんな慌てて人を探して、逆にそれがバーゲニングパワーを落としてああいう業者につけ込まれる面があるのではないかという議論もあったと思うのですけれども、そういう指摘もあったというだけですが、こういうものは要件が厳し過ぎて、例えばそういう意味で人材の確保が難しくなって高い紹介料を払わされる羽目になっているとか、逆に配置基準を満たさなくなってしまったために実際に報酬が下がって大きな損失を被ったという話は現場から出てきているものなのですか。

○厚生労働省（斎須審議官）　御指摘の点はいろいろところで提起されておまして、実際に私どもの聞いている現場の感覚としては、人がいないと回らないので、急にこの人

が来られなくなってしまったとか、最近ですとコロナなど、いろいろなものがありますから、そうすると急に必要な人に来てもらわなくてははいけない。そのときにどうするか、急にベテランの人が辞めてしまってどうするかと。それで、人材紹介会社が非常に速いのでそこを使って非常に高額な手数料を支払わなければいけないということがあって、これは働き方、あるいは職業紹介の関係なので、労働のほうの部局とも相談しながら適正化であったり、あるいは業者によっては就職祝い金みたいなものを行っているようなややどうかというところもあるので、そういったところへの指導など、よく相談しながら対応しようという話をし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。

では、よろしいですか。時間が全体的に押しておりますので、今回の議題2はちょっと短めでしたけれども、ここまでとさせていただきますと思います。

一応取りまとめで締めめの発言ということになっていきますので、くどいですがけれども、患者本位、利用者本位という観点から、本当に現行の常勤・専任等の医療・介護従事者でなければ現在の医療の質や介護の質といったアウトカムは維持できないのかという観点、あるいはもっと柔軟な例えば非常勤であるとか、先ほどから出ていますが、人手不足が深刻化していますので、地域の中で人を回していく、あるいはオンラインを使うとか、より柔軟な働き方、柔軟な人の活用の仕方や配置の仕方といったものを認めるような形の報酬体系の構築というのがこれから求められるのかなと思います。これは現場の負担軽減ということもあります。構造的な人手不足にも対応していくことになりますし、ある程度現場の効率化にも寄与するのかなと思いました。

ちょっと議論が短かったので、あまり全ての論点がカバーし切れていたとは思わないのですが、特に診療報酬のほうから、高山先生からもありましたが、宿直に関しては例えばオンラインで認められる範囲という指針を明確にするとともに、オンラインでもいいという形で基準を緩和していくということはあっていいのかなと思いますし、介護と医療に共通しているのは、くどいですが、先ほどからある地域の中で人をやり繰りするといったことを認める形の人員配置基準の緩和というのはこれから必要なのかなと思います。

厚労省さんからは非常に前向きな回答をいただいていると思いますけれども、引き続き中医協、それから社会保障審議会においてしっかりと御議論いただければと思いますということでよろしいでしょうか。

では、ありがとうございます。議論2はここまでになります。

では、須田大臣官房審議官ほか、保険局の方々はこちらで退室をお願いいたします。ありがとうございます。まだこれを聞けばよかったということがあれば、あしたのうちに事務局にお伝えいただければと思います。

実は議論はさっきから出てきているのですが、議題3は特定施設、いわゆる介護付有料老人ホーム等における人員配置基準の特例的な柔軟化についてということで、これ

もフォローアップなのではございますけれども、こちらに移りたいと思います。

では、出席者を御紹介いたします。引き続きになりますけれども、斎須朋之臣官房審議官ほか老健局の皆様方に御出席いただいております。

では、厚労省様から、こちら5分以内で御説明のほど、よろしくお願いいたします。  
○厚生労働省（斎須審議官） それでは、資料を御覧ください。1ページ目でございます。

特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化という宿題をいただいております、現在の検討状況でありますけれども、本年4月に令和4年度の実証事業の結果について給付費分科会に報告をしております。それから9月には、この実証結果の報告を行った上で現状と課題、論点について議論をしております、年内に結論を得たいと思っております。

2ページ目を見ていただきますと、これは今年の9月の分科会の資料でございますけれども、規制改革実施計画、令和4年6月の実施計画について中身をしっかりと提示した上で御議論をいただきました。4ページ目はその議論の内容でございますけれども、生産性向上の考え方ありますとか、人員配置基準、報酬上の評価、テクノロジー活用の効果把握、それから5ページ目に行っていただきますと、やはり関係者の理解が重要なのではないとか、実証事業の在り方、介護助手の活用等について幅広い御意見をいただいているところでございます。

今後、年末に向けて議論を深めていきたいと考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本件につきましては、大石専門委員から御意見を頂戴しております。質疑に入る前に、中身の紹介と補足のコメントについて、大石専門委員、よろしくお願いいたします。

○大石専門委員 私の理解では、基本的に本件は有料老人ホームを対象としていて、特養は含まれていない、今のところは検討されていないと理解しております。

それに対して、有料老人ホームだけではなくて特別養護老人ホームに関しても実際意欲的なところはございますし、特に令和3年にこの規制改革推進会議で御発表いただきました北九州市の北九州モデルに関しましては、あのときはちょっと趣旨が違ったので、3対1の基準を超えるまでの議論はしなかったですけれども、理論値としては3.4対1までいけるということを計算されて、検討会でも議論がされていますので、例えばそういう特養に関しては、もしも希望があればなのではございますけれども、配置基準を緩めるということに手挙げができるような仕組みで考えていただきたいと思います。

それ以外も、実際の実行に当たって円滑に進めるためにはいろいろな施策が必要になってくると思っておりまして、これは特養だけではなくて有料に関してもそうなのではございますけれども、例えばこういう取組にいわゆる利用者に対してのデメリットがあるわけではなくて、きちんとやりさえすれば、御利用者に対してもメリットはありますし、また、介護スタッフに対しても、より介護専門職としての本来やりたい仕事、やるべき仕事に専念できるという意味でやりがいが高まるということをきちんと広く国民全員が理解いただくようにいろいろ

ろな努力を厚労省はするべきなのではないかということであったり、また、その配置基準を緩めるときに、都道府県にその判断を委ねるのではなくて、統一的な基準の中で緩められるようにするという、ローカルルールはもともと排除するべきなので、ローカルルールにならないような仕組みをつくるであるとか、国のほうでそれぞれの施設の独自努力だけでできないこと、例えば病院に搬送するときに介護職が付添いで行かなくてはいけないという実質的な慣例であるとか、そういうものを排除するような仕掛けを頑張ってつくっていただきたい等々のことを意見書にまとめましたので、いろいろ細かく御説明すると長くなりますので御説明しないですけれども、後で見ていただいて、これを私の要望としたいと思います。

よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本件ですけれども、今回は有料老人ホームですけれども、確かに北九州モデルもそうでしたね、特養も含めてこういう配置基準の見直しや柔軟化というのがあっていいのではないかと、それからローカルルールの問題というのは介護保険でもほかのところでもいろいろ出てきている話だと思いますけれども、あまり都道府県にお任せになってしまうとまたローカルルールが広がっていくという懸念だったと思いますけれども、厚労省さん、この段階ではいかがですか。何か対応があれば教えてください。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。

介護人材不足が言われて久しいというか、ますます厳しくなっていく中で、それから介護の現場が働いている人たちに魅力的なところにならないと人材確保もできませんので、御提案いただいているような科学技術を用いながら、いろいろな柔軟化などを進めていきたいと思っております。

その際には、まさに今、大石先生がおっしゃいましたように、利用者へのサービスの質が犠牲になってはいけませんので、そこはこれで大丈夫なのだよということを確認しながら進めていきたいと思っております。

逆に、そうやってやるのがこういったテクノロジー、あるいは介護助手みたいないろいろな合理的な人材活用をする中で、サービスの質を確保しながら、働く人も働きやすい、利用者も必要なサービスが受けられるということをほかの事業者にも示せることになるのだと思っております。

したがって、まず実証事業で手が挙がったのが有料老人ホームでございまして、こちらからではないかなと考えておりますが、と申しますのは、特養から手が挙がっておりませんので、ここを実証せずに何かをやるというのはちょっと乱暴なのかなと正直思っております。

大石先生から意見書の中で御指摘いただきました北九州モデルでございしますが、私どもが承知しておりますのは、2021年12月にワーキング・グループで資料を提出していただいているところでは、2.87対1ということで、御指摘いただきました3.4というのは理

論的に組み合わせればということでありまして、必ずしも実証まで行っていないのかなという印象を持っております。

他方で、有料のほうでありますけれども、これは事業者にタイムスタディーなどもやってもらいまして、実際には参考資料の8ページになりますが、やっていただきました。実証の結果、テクノロジーの活用もあるのですが、介護補助職、Qラインと言っているのですが、そういう方を使ったものが非常に効いていて、そこでこのタイムスタディーをした結果、トライする前と比べて業務時間が減ったといったことになっております。

こういった事象を基に議論を進めて年末に結論を得たいと思っておりますが、大石先生から御指摘いただきましたとおり、下に青や赤で吹き出ししておりますが、実際に職員の方でありますとか、利用者の目から見てどうかというポイントも書かせていただいております。要するに、アクティビティーの時間を確保することができたとか、利用者の御希望に応じて外出の支援ができたとか、コミュニケーション量が増加したといったことも書かせていただいております。次の9ページに行きますと、職員の方、あるいは利用者の方にとってどうだったかという心理的負担、あるいはクオリティーオブライフのスコアの変化みたいなものもお示ししまして、御理解いただけるようにと思っております。

ローカルルールにつきましても、問題点は重々承知しておりますけれども、何よりこういった取組の趣旨を地方自治体にも理解していただくということと、それから質をしっかりと確保していくということかなと。

それから、成果を上げる肝はスタッフの巻き込みというのはまさにそうだと思います。先進的な取組をしているところはとても現場の職員の方々も気持ちを一つにしてやっているというのを私どもも視察して感じておりますので、そういったことをどうやって担保していけるかということも考えていかなければいけないかなと思います。

簡単でございますけれども、以上でございます。

○佐藤座長　ありがとうございます。

大石専門委員、追加で何かありますか。

○大石専門委員　あります。

多分、北九州モデルで何をやられたかということをもうちょっときっちり理解されたほうがいいと思います。別にICTを使っただけではなくて、介護助手の活用の仕方であるとか、余った時間を何に使うかというディスカッションであるとか、御利用者やスタッフの満足度であるとか、労働強化になっていないかということについてかなり詳しい調査をしています。

また、理論値であるということについては、現行の制度の中では許されていないので、それはもう理論値でしかあり得なくて、でも、これとこれを組み合わせれば3.4対1までいけるということの確信があるということは、厚労省さんは北九州市さんに今日、お問合せをされたかと思っておりますけれども、そういう御回答を得ているということもお伺いしています。何を言っているかということ、たまたま実証実験に手挙げをしたかしないかということ

に関して、それを一つの基準にするのは非常におかしくて、特別養護老人ホームでこういう前向きの取組できちんと成果を上げていることを、私が直接存じ上げている中でも20個は下らず、また、ほかのところでちょっと見聞きしている話でいうと100か所ぐらいあるのですね。その100か所あるかどうかという話ではなくて、数多くある中でこの実証実験に手挙げをしなかったというのはなぜなのかということをきちんと考えるべきだと思うのです。

例えば一つあり得るとすると、補助の出し方が、いろいろな機器をこの実証期間だけ提供して、それが終わったら取り上げてしまうということについては、ある程度お金のある有料老人ホームだったらオーケーでしょうけれども、特別養護老人ホームであつたら結構厳しい状態になるという制限条項があるのではないかと、私が先ほど申し上げた、これが本当に国民のためになるのだという共通認識がなかなか伝わっていないので、ある種特別養護老人ホームの中では手挙げをしにくかったのかもしれない。ですから、多く取り組んでいて、かつ、そこまでの成果を上げていて、理論値では3対1を超えているところが多くあるにもかかわらず手挙げをしなかったということをまず一回検証していただきたい。その検証なしに、この実証実験で手挙げをしなかったから特養は含まれないというのはおかしいのではないかとということと、あとは北九州モデルのように非常によくやっていたらしゃるモデルの中身を見て、実証の中で出た成果と比べてみて何か劣っているかどうかということをきちんと検証していただきたいのが2つ目の話。

3つ目は、このプロセスは、SOMP0さんは非常によくやられていらっしゃると思いますし、北九州市もよくやられていらっしゃると思いますけれども、単にICT機器や介護助手を現場に投げ込んだらできるということではなく、非常に細かい気を使った、きちんとしたプロセスが必要なのですね。それをまず理解した形で都道府県が各施設に対してサポートできるかということ、それはできないと思うのですよ。

ですから、全国に伝播させる方法及び、それと裏腹になってくるのは都道府県がそれを見ていい取組だったかどうかを評価するための客観的な仕組みだとか、それを支援する体制というものを厚労省さんのほうできっちり考えないとこれは広まらないし、もしもやれたとしても、都道府県が分からない中で許可は出せないと思うのです。

ちょっと真面目に考えていただきたいのは、これから高齢者が増えて、要介護の人たちがもっと増えて、片一方で人手が足りない状況の中でこういう取組を正しくやっていかないと、介護が破綻すると思うのです。破綻させないためにどうやってやるのかということをもう一回考えていただいて、設計し直されたほうがいいのではないかなと思っております。

以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。取りあえず今のはコメントということで、また後で厚労省さんから必要であれば回答いただければと思います。

続きまして、桜井専門委員、よろしくお願いします。

○桜井専門委員　ありがとうございます。

私もコメントになってしまうかもしれないのですが、今までハードの導入だけに補助金がついていたりということが多かったのかなと思っていますけれども、やはり今回の加算の提案のように、デジタルに明るい世代の人材が夢を持ってその業界に就職の選択肢としてきちんと入っていけるような環境づくりというのはすごく重要なのではないかなと思っています。そういう視点から診療報酬や介護の報酬、あと、それをどういうふうに周りの仕組みがサポートしていったのかというプロセスの部分についても、もっといろいろな事例を拾っていただけるといいなと思いましたし、何よりもこれは今、時間の短縮化というところがメインになっているのですけれども、その時間をどうやってほかに回していったのか、その結果として当事者の利用者さんのほうと家族のほうで例えば合併症が減ったとか、追加の医療コストが減ったとか、せっかくの実証実験だと思いますので、もう少し視野も広げながらアウトカムを取っていただけるとすごくいいなと思いました。

私からは以上です。

○佐藤座長　ありがとうございます。

続きまして、印南専門委員、よろしくお願いします。

○印南専門委員　これはいろいろな分野に関係するのですけれども、医療安全や介護の質を損なわないように確認しながら慎重に新しいものを導入するというのは、もっともらしい理屈ではあるのですよ。でも、特に介護の場合は営利事業の会社がやっていたりするわけです。

出てこない議論が、コスパの話なのですね。大石先生と私が川崎で介護ロボットや見守り装置を見たのですけれども、それがあれば効率が上がることはいちいち実証しなくても明らかなのですよ。問題は、これは経済の話なので鶏と卵の関係にあって、一定のインセンティブをつけないと数が出ない。数が出ないとコストが下がらない。コストが下がらないと営利事業者はコスパを考えるので踏み切れないという悪循環に陥っているのですね。介護の質云々と言いながら、一方で最悪の事態である高齢者虐待や入所者の虐待というのは全然人員配置基準で防止できていないですね。そこをみんな結びつけないのですけれども、そもそもそこはおかしいです。

だから、こういう人員配置基準は、EBPMも大事ですけれども、ある程度のフェースバリディティーといいますか、効率が上がるのは当たり前ですから、あとは数を出すにはどうしたらいいかという視点で、これはオンライン診療もそうなのですね。一定のインセンティブを与えないと普及しない。普及しない限り云々というぐるぐる回る論理になってしまうのではないかなと。ぜひこの辺の視点を持っていただきたいと思います。

コメントです。

○佐藤座長　ありがとうございます。生産活動にはスケールエコノミーが効くので、大量生産で値段が下がるということを考えると、大量に普及しないことには値段は下がらないから普及しないという悪循環というのはそのとおりで、固定費があると実はこういう問題

があるのですね。

では、伊藤専門委員、よろしくお願いします。

○伊藤専門委員 今の印南先生の御意見と全く同じで、せっかくロボットだのDXだのオンラインだのといろいろ入れても、現場の人は正直者が馬鹿を見るとか、努力するだけ骨折り損だという感じになってしまって、結局努力しても続けられないような仕組みでは普及はしないので、良いものであっても死の谷みたいな形で頓挫してしまうと思うのですよ。

なので、ある程度導入過程においては、導入者がちゃんと損をしないような、同じ質を担保しながらやっているのであれば、堂々と同等の診療報酬を請求できるような仕組みというのが担保されなければ、なかなか後に続く事業者が出てこないのではないかなと。やはり規制緩和のこういった要件緩和も大事なのですけれども、要件緩和した後、それが本当に緩和につながって普及につながるかどうかということを担保するのもこの規制改革の委員会の一つの役割だとすると、そういうところにも目配りをして、診療報酬の議論はなかなか私たちでどこまでできるのかというのはあるのですけれども、言うべきことは言っておかないといけないのかなということを思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。大丈夫ですかね。よろしいですか。

やはりこういう実証事業というのは難しいなと思いますね。確かに手を挙げてくれる人たちというのは、いわゆるサンプルバイアスもあり得るし、できる人がやりますね。確かに大石専門委員の御指摘のとおり、特養が手を挙げなかったのは別に彼らがやりたくなかったというよりはできなかった可能性もある。規制もあるし、もちろん金銭的な問題もあるしということもあり得ると、できるだけこういう実証事業をやるのであれば、その参加のハードルを下げてあげるというのはあってしかるべきかなというのと、あとはもちろん制度的に特養と有料老人ホームは違うのですけれども、有料老人ホームで一定の成果が出たのであれば、それをある意味特養やほかの形態の施設にも遡及させるという考え方はあっていいのかもしれないし、それによってある程度マスを確保しないとスケールエコノミーが働かないので、普及にもつながらないということになるのかなという気がしますので、ここは少し厚労省としては戦略性を持って取り組む必要がある。もともと人手不足なので、どのみちこういうデジタル技術の活用というのはマストなので、もうちょっと戦略性を持って取り組む必要があるのかなと思いました。

もう締めめの発言になってしまっているのですけれども、くどいですが、有料老人ホームに限らず、今回のこういう実証成果をほかの形態の施設にも対象を拡充できる余地は残すか、あるいはもしどうしても実証をやらなくてはいけないのだということであれば、そういう特養やほかの施設も参加できるような実証のスキームをつくっていくということ。

それから、質の確保ということがありますけれども、もし配置基準を緩めるのであれば、ある程度実証して成果を出して見せてから正式に配置基準を緩めるとか、そういう実証さ

せてから基準の緩和につなげていくというスキームを考えてもいいのかなと思いました。

大石専門委員から手が挙がっているのは分かっていますが、こちらで一通りだけまとめさせていただきます。

あと、ローカルルールを排除したいので、あまり都道府県に任せてしまうと、緩和の基準を含めてローカルルールがはびこることにもなりかねないかなと思うので、そこは厳に慎んで全国統一の基準でいくというのが原則かなという気がしましたというのが一応取りまとめですけれども、大石専門委員から追加のコメントをお願いいたします。

○大石専門委員 ごめんなさい、特養の話ではなくて全体の話なのですが、基本的にはこれを実現して3対1を超えた人たちに関しても、報酬が減らないような仕組みにしていきたいのですね。そうでないとやるインセンティブがないということが一つと、あとは一番頑張った人に上限を合わせていく。頑張れば頑張るほどそこまで実現できるし、それによって報酬が減らなくてやる気になるという仕組み設計をしていただけるとありがたいです。

コメントでした。

○佐藤座長 ありがとうございます。

締め追加になりますけれども、介護報酬の中にもそういうICTを入れることが不利にならない対応というのは求められるかなという気がします。これはさっきの配置基準の柔軟化とも関わるのですが、やはりできるだけアウトカムベースで、結果が同じであれば同じ報酬というのが原則だと思いますので、ぜひ介護報酬の中でも御対応いただければと思います。

最後にもしあれでしたら、厚労省さんから何かコメントはありますか。

○厚生労働省（斎須審議官） いろいろ御指摘をありがとうございます。

もちろん緩和したところでそれを取り上げてしまうというのでは物事は動きませんので、そこは御意見を十分踏まえながら検討してまいりたいと思います。

それから特養につきましては、別に我々は排除する意図は全くないので、やはり利用されている方の要介護度の形態なども随分違ったりするという現実がございますので、ぜひ大石先生、もしいろいろな意欲的な特養を御存じでありましたら、お知恵を拝借できれば、そういった施設に個別に御相談して、どういうふうにしたらトライできるのかといったことを我々も学んでいきたいなと思っております。

それから、インセンティブが必要だということもおっしゃるとおりだと思います。それから、デジタルに明るい世代がこういった介護の仕事に入ってくれるのが大事だということもそうだと思いますので、いただいた御意見を踏まえながら、年末に向けて検討してまいりたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、議題3はここまでとさせていただきます。

毎回の繰り返しになりますけれども、時間の関係上、発言できなかった、あるいは追加の質問があれば、あしたのうちに事務局に御連絡ください。事務局からまとめて厚労省に連絡をいたします。よろしいでしょうか。

時間どおり終わりましたね。

では、本日はこれで会議を終了いたします。本日も御参加いただきありがとうございます。速記とユーチューブはここで停止ということになります。

ありがとうございました。