

## 第10回 医療・介護ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和2年4月7日（火）10:00～12:17

2. 場所：中央合同庁舎4号館4階共用第4特別会議室

3. 出席者：

（委員）小林議長、高橋議長代理、大石座長、佐藤座長代理、菅原委員、武井委員、  
中室委員

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、安田専門委員

（政府）大塚副大臣、田和内閣府審議官、

（事務局）井上室長、長瀬参事官

（説明者）坂野哲平 株式会社アルム 代表取締役社長

中西智之 株式会社T-ICU 代表取締役社長／医師

今井崇之 株式会社T-ICU 社長室長

八神敦雄 厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携、データヘルス改革担当）

山本史 厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）

4. 議題：

（開会）

1. 医療現場の負担軽減とICTの利活用

2. オンライン医療の普及促進（フォローアップ）

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 皆様、おはようございます。

定刻でございますので、ただいまから第10回の「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

本日は、ウェブ会議のツールを全面的に使いまして開催させていただいております。資料をお手元に御準備いただいて御参加いただきたいと思います。

本日は、大塚副大臣が後ほど御出席だと伺っております。御到着はまだでございます。

また、いつもの委員のほかに、小林議長、高橋議長代理、武井委員、中室委員に御出席いただいております。

御欠席は、大橋委員、武藤専門委員でございます。

本日の議題でございますが、前半で、重点審議項目でございます医療・介護関係職のタスクシフト、そのうち特に医療現場の負担軽減とICT活用、後半でございますが、重点的なフォローアップ事項でございますオンライン医療の普及促進について、御議論いただきたいと思います。

それでは、議事の進行については、大石座長にお願いしたいと存じます。

よろしく願いいたします。

○大石座長 ありがとうございます。

それでは、議事に移ります。

まず、第1題目の議題「医療現場の負担軽減とICTの利活用」についてでございます。

タスクシフトについては、1月の第5回医療・介護ワーキング・グループにおいて、主に医療関係職種間のタスクシフト、前回のワーキング・グループにおいて介護現場における課題を取り上げたところですが、本日は、現場の負担軽減の観点からICTの利活用における課題を取り上げたいと思います。なお、ICTの利活用に関しては、今年だけではなくて、今後の中長期的なテーマとして検討していきたいと思います。

本日は、株式会社アルム様から坂野哲平代表取締役社長、株式会社T-ICUから中西智之代表取締役社長と今井嵩之社長室長にお越しいただいています。

坂野様からは医療従事者の業務負担軽減に資するICTの利活用に関する取組を伺うとともに、中西様・今井様からは遠隔での集中治療支援の取組についてお伺いしたいと思います。

まずは、坂野様、お願いします。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） アルムの坂野でございます。

早速、プレゼンテーションを始めさせていただきます。

本日は、このような大変な時期に、貴重な機会を頂きまして、誠にありがとうございます。

D to Pについては鉄祐会の武藤先生やMICINの原先生から既に発表されていますけれども、私は医療ICTの活用としてD to DとD to P with Dと言われる分野のベンチャー企業をしております。医師対医師の相談をした結果、対面診療をしているお医者さんが説明を受けて患者さんに自身で説明するのがD to Dで、遠隔にいる専門医にディスプレイ越しに説明してもらうものがD to P with D、医療ICTを使いお医者さん同士で連携・相談して診療に当たるといった意味では、本質的にはこの2つは何も変わりません。

D to Dの遠隔診療の役割としては3点と考えておりまして、今日のテーマでもございませぬけれども、1点目は、急性期医療といった専門医が足りない・時間との闘いの領域や、感染症や難病といった未知の病気を医療者が連携して対策する必要性がある領域の医療情報連携です。2点目が、医師の働き方改革への寄与。3点目が、いかに日本の質の高い医療と医療ICTを組み合わせる国際協力や輸出や税収につなげるのかといった点です。

我々が開発して市場に投入した最初の製品が「Join」と呼ばれるお医者さん用のアプリです。薬機法上では、汎用画像診断装置用プログラムとして、国内初のモバイルアプリの医療機器プログラムとして認可されています。その後、中医協でピックアップをいただきまして、脳卒中領域で、限定的ではありますが、日本初の公的保険適用アプリとして認めていただきまして、その後、急激に広がりました。現在は、米国のFDAやヨーロッパのCEやブラジルのANVISAなども認可を受けておりまして、そういった国々でも商売をさせて

いただいております。

実際のスマートフォンやタブレットの操作画面の左側で医療情報、医療画像や電子カルテや心電図等を確認しながら、右側が、ビデオ通話、テキストチャットなどで、医師同士が相談やコンサルテーションを行います。D to Dの遠隔医療が効果を出せる領域として、時間との闘いである脳卒中や心筋梗塞といった急性期の循環器の疾患をターゲットに展開しております。現在、国内の大学病院の半分強に採用されておりまして、海外も今は20か国で展開しております。

こちらが脳外科学会の臨床研究でして、脳卒中の発症から脳血栓溶解やカテーテル手術による血栓回収は、発症から実施までの時間的な制限があり、かつ、経過時間と予後との関係性は短ければ短いほどよいということが学会で発表されています。発症開始から治療開始までの時間の短縮におけるD to Dの医療ICTの有用性の調査の目的で、ICTのリアルタイム性を生かした医師対医師による遠隔医療の効果に関する調査研究が実施されています。15の大学、22の医療機関が参加した大規模な研究でしたが、私も、ベンダー共同研究者として参加させてもらいまして、施設到着から治療開始までの時間を28分短縮し、迅速な治療開始への寄与が確認されています。

同じく、旭川医大を中心に、北海道北部の紋別・遠軽といった心臓外科医が不在の地域で急性期病院と旭川医大との間で急性期の大動脈疾患の患者画像を共有して、転送患者の再撮影のステップを省いて、手術室も準備して待つ形で、病院の到着から手術開始までの時間短縮を目指した臨床研究の発表です。心臓外科領域でも、到着から治療開始までの時間が短くなり、成績もよくなったと発表がされています。

中医協で4年前に私が保材専でプレゼンをさせていただき、脳卒中領域に限定的ではありますが、日本初の公的保険適用アプリとして認めていただき、急激に広がりました。ですが、同じ急性期の循環器疾患の領域である心筋梗塞や、同じく医療者が連携して協力体制を構築しないといけない感染症対策は一切想定されていないのが実情です。

新型コロナでは、胸部CTの画像で通常の肺炎とは違うすりガラスのような特徴的な影が確認できると報告されています。画像診断が肺炎の重要な診断プロセスですが、誰にとっても初見でして、お互いに症例の経験を共有して診断した方が当然精度は上がっていきます。国内外の感染症の専門医に協力してもらって、今日から、症例データの共有を始めます。診断ソフト上で、医療画像、経過情報、症状、バイタル、検査値、呼吸器やECMOを実際に使ったかとか、その後、回復したとか、死亡したなどの情報を含めて、日本を入れて21か国に配信します。学会でも症例報告はありますが、臨床現場のその場に届けると、医療画像診断ビューアでバイタルや経過情報をセットで見ると、臨床での活用は違います。

今、感染症対策であれば無料でアカウントを発行しますと案内してありまして、国内の感染症対策として60の病院に採用してもらって、13の大学も活用しています。地域全体での診断の標準化とか、重症度の判別とか、受入れ病院の判断などに使われてありまして、和歌山では県全域で連携していると発表していただいております。ほかの県も、何県か同じよう

な取組をしていただいています。

D to Dは、脳卒中の保険適用から始まり、徐々に日本全土で採用が始まっているのですが、ほかの救急医療領域では、先ほど申し上げた心臓病の領域などは保険適用がされていませんので、先進的な医療機関、大学病院などが頑張っただけで地域全体のためにはと思って採用してくれています。そんな中、新型コロナがきっかけとなりまして、県全域での採用も広がりつつありますが、ふだんから使っていた医療機関や地域と、慌てて今回準備に入った地域では全くスピード感が違っていて、いざといった事態に対応できるように、ふだんから使用されているプラットフォームを診療報酬などで整備していくことが実際に必要だと実感しています。

我々としては、新型コロナのような急激な患者増から医療機関がどうやって負荷を下げられるか、自宅や施設療養にどうやって移していくかといったところも取り組んでいます。患者を分散させていくには、D to Pの連携が必須だと考えていて、我々の地域包括ケアのシステムとLINEヘルスケアのようなD to Pの仕組みとも連携しています。定期的にLINEからチャットやAIによる音声通話や、ビデオコールなどで、患者さんに、容体、例えば、体温は幾つですかとか、こんな症状は出ていますかとか、質問が飛び、患者さんに回答していただきます。そのようなデータを医療者や保健所と共有して、重症化の予兆を捉えて、在宅療養の方を医療機関にもう一回届けるとか、そういったところを医療機関と行政と連携しています。神奈川県は、来週からスタートさせる予定です。

2点目が、働き方改革です。もともと救急医療は余裕のある体制ではなかったところ、新型コロナに対する新たな負荷がのしかかっている状態にして、今後の医療者の働き方にどう寄与するのか、救急医療のシステムをどう構築するかというところがポイントかと考えています。

医師の働き方改革については、医師会様から救急医療の体制構築の必要性について多数発表されています。

脳外科学会の調査研究で勤務医にアンケートを採ったところ、ICTそのものが有用であると答えた医師が大体8割で、呼出しの回数が減ったとか、働き方改革への寄与について55%の医師が実感していると答えています。

実際の事例ですけれども、オンコールの医師、救急外来や救急搬送で来院した患者さんについて伝達を受けて駆けつける医師がいる中、院内の間診や検査結果や医療画像など、正確に情報を伝えることによって、初期治療について指示を出すことができますので、救急診療の効率化と、実際に救急性はないと判断して駆けつける必要性がなくなる、稼働回数が減ったと報告されています。

ほかにも、入院患者の場合ですが、従来であれば、オンコールの医師は病棟のナースから患者さんの容体の急変などの伝達を受けると病院に駆けつけますが、正確な情報、生体情報モニタであったり、患者さんの症状をビデオ画面で確認することによって、駆けつける回数が減少したと報告されています。

3点目は、医療ICTをいかに経済輸出と税収につなげて国際協力につなげるかといった点も、役割として考えています。

日本の診療ノウハウは、当然ながら世界トップレベルです。これは間違いありません。1億人規模のマーケットで皆保険制度を成功させて、今、介護保険制度も世界から参考にされている状態です。地域医療情報連携や医療・介護連携や地域包括ケアの仕組みなどは、間違いなく日本が世界をリードしている状態です。世界中から引き合いを頂いていまして、間違いなくこの領域は輸出産業にできます。国際支援の在り方も同時に示していく必要性があると考えています。

特に発展途上国は、現時点ではまだ小さい市場規模ですが、今後、急激に伸びると見込まれます。発展途上国におけるニーズ、特に専門医の教育体制が皆無の国がほとんどでして、D to Dの遠隔診療や日本の専門医の臨床ノウハウが一番求められているのが発展途上国でして、SDGsにおきましては、D to Dが基本的には担える役割だと考えています。

こちらは総務省さんの発展途上国向けの支援事業で取組をさせていただいているものです。日本の専門医が現地の中核病院をサポートしながら、現地の中核病院が現地の国の地方病院と救急車を連携させて急性期や出産全般を支援するという取り組みをしています。中核病院で対応できないような症例については、日本の専門医が相談を受ける。「越境D to D」と言われる分野です。

D to Dの遠隔診療システムの導入は3年前にペルーで取り組み始めまして、ブラジルとチリに続いてメキシコやコロンビアやタイに広げました。今年度はルワンダやほかの東南アジア諸国に拡大する予定です。主に脳卒中などの循環器病の対策で展開していましたが、先ほどお示ししたとおり、同じシステムで新型コロナ対策にも使えますので、感染対策としてそのまま活用していただいている国も多数ございます。

前々回の会議で、大石先生に既に問題視していただいておりますが、なぜかオンライン診療の規制はD to P with DやD to DもD to Pと同じ扱いになっていまして、海外にいる患者さんと対面する医師が現地にいる状態で日本からD to Dで越境で医師がサポートをする際も、日本の医師法や医療法に準ずるといった指針が発表されています。これだと海外に住んでいる人は日本に一回対面診療に来ないと駄目なのですね。全く国際支援ができる仕組みになっていませんので、当たり前ですけれども、基本的には現地の法律がありますので、現地の法律を遵守するといった指針がいいのではないかと私は考えます。

他国の事例、南米のチリですが、新型コロナ対策で、先ほど申し上げた総務省さんと展開した循環器病対策の医師対医師のネットワークをサンチャゴの新型コロナ対策のD to Dのネットワークに採用されています。チリ首都サンチャゴは北東部に感染者数が集中していまして、日本より感染者数が少ない段階から既にロックダウンを開始しています。首都の感染者が集中している北東部だけ限定的にロックダウンをしている状態です。D to Dのネットワークは、当社のシステムが採用されて運用されています。

D to Dの役割は、救急医療や感染症対策や救急現場の働き方や医療ICTの輸出や国際支

援から最終的には税収につなげることです。今、世界中が遠隔医療による地域や国全体の医療情報連携について一斉に動き出している状態です。世界が抱える医療課題を解決させる日本からのグローバル企業を生み出すことができるタイミングは、正に今だと思っています。是非この領域の御支援を御一考いただければと思います。

私からは、以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

続きまして、中西様、今井様から御説明をお願いいたします。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） よろしく申し上げます。株式会社T-ICUの中西と申します。私は、救急やICUを専門とします20年目の医師になります。

本日、我々が取り組んでいます地域間医療格差是正や医療従事者の働き方改革推進につながります「遠隔ICU」について、お話しさせていただきます。

「遠隔ICU」という単語と「Tele-ICU」という単語の2つが出てきますが、これは同じものです。資料においてどちらの単語も使われていますので、それに合わせて両方の単語を使っています。

目次です。まずは、遠隔ICUとその求められる背景について説明させていただき、続いて、我々T-ICUが提供している遠隔ICUについて説明します。その後、我々が検討していることを御提案させていただきます。

まずは、遠隔ICUとその求められる背景についてです。

この表は、遠隔医療について記載されたものです。遠隔医療は、先ほど坂野様の説明にもありましたが、D to D、Doctor to Doctorと、D to P、Doctor to Patientに分かれます。D to Pは、今、コロナ肺炎でよく言われていますオンライン診療で、テレビ会議システムを用いて医師や看護師が外来診療などを診察するものです。一方、我々が行っている遠隔ICUはD to Dの遠隔医療になります。専門医が非専門医に、あるいは、上級医が下級医にアドバイスをするものです。その際に効率よく情報をやり取りするために、インターネットを介して画像情報などの情報を共有した上で医療的なアドバイスをします。

我々が遠隔ICUに取り組み始めた集中治療の背景について説明します。まず、集中治療は、意外と救急とごっちゃになられる方が多いのですが、最近ではコロナ肺炎で時々聞く単語です。特徴としては、臓器に関係がないことと、重症の患者さんを専門的に診る診療科と言えます。コロナ肺炎を例にしますと、軽症や中等症は感染症内科あるいは内科の先生が診療しますが、重症になって人工呼吸器やECMOが必要になりますと、内科の先生では対応ができず、集中治療で治療することとなります。その集中治療の専門医があります。その集中治療専門医が不足・偏在しています。集中治療室は、「ICU」や「HCU」と呼ばれますが、届出されたものは1,225が日本にあります。一方で、専門医は1,732名しかいません。平均すると、1施設当たり1.4人です。ICUでは、24時間体制で専門医が治療する方が救命率が高くなるという論文があります。24時間体制のシフトを組むには5人が必要ですが、平均1.4人しかいないのが現状です。そして、その少ない専門医は偏在しています。下のグ

ラフになりますが、東京や大阪などの都市部に偏在していて、鳥取県に至っては4人しかいません。東京は250人ほどいるから十分かといいますと、例えば、皆さんのよく知っている虎の門病院においても集中治療専門医は1人若しくは2人ぐらいしか配置できていないというのが現状です。偏在の前に、そもそも不足しているという問題が大きいからです。

こちらのグラフは、まず、横軸は人口10万人当たりの一般病床数です。日本は一般病床数がかなり多くなっています。一方で、縦軸は人口100万人当たりのICUのベッド数です。日本は、ICUベッドがかなり少なくなっています。ここから、重症な患者様が一般病棟で入院していると考えられます。そこで、我々は、場所としてのICUに限定せず重症な患者様をサポートするという意味で、今、一般病棟に対しても重症患者サポートを提供しています。

こちらは、2次救急のドクターからの実際の現場の言葉を集めました。たくさん挙げられていますが、かいつまんで申し上げますと、専門医不足から専門医でない医師が診療に当たらなければならず、それによる精神的あるいは身体的に負担がかかっていること、上から3つ目の先生は、実際に専門医でも診療レベルに差があることを正直におっしゃっています。

次に、救命センターの3次救急からは、最近、集中治療専門医が赴任してきて劇的に診療レベルが上がったという話や、その病院には1人しか専門医がいなくて、非番の日でも病院から患者の問合せが来る、忙し過ぎるという話が出たり、2次救急からの不必要な搬送があるので2次救急のレベルを上げないと3次救急もパンクしてしまう、大学病院の先生でも遠隔ICUが必要だとおっしゃっています。このような意見が3次救急からは聞かれています。

一方で、遠隔ICUが進んでいるアメリカについて説明します。アメリカでも、日本と同様に集中治療医の不足があり、約20年前から遠隔ICUが導入され、全米のICUベッドの20%は遠隔ICUで管理されています。遠隔ICUがどういうものかまだ説明できていませんでしたが、このようなテレビ会議システムを用いて、今日行っているような会議を用いまして、複数の病院のICUをネットワークでつないでいます。そして、患者様の情報、電子カルテや心電図モニタの情報を、コントロールセンターと呼ばれる場所に待機している専門医が共有します。そして、集中治療を効率的かつ適切に提供する仕組みを遠隔ICUといいます。アメリカでは、遠隔ICUの導入前後で各種死亡率あるいは入院日数が改善するという論文が既に報告されています。

これがアメリカのAdvanced ICU Care社のコントロールセンターです。専門医あるいは専門ナースが集まっている場所で、ここに複数のICUの情報を集約してきてアドバイスを返しています。

一方、日本では、遠隔ICUに対して、厚生労働省の予算でTele-ICU体制整備促進事業ということで、約5億円が昨年度と今年度も計上もされています。

昭和大学では、フィリップス社と共同で遠隔ICUに取り組んでいます。

ICUに関するDoctor to Doctor、D to Dの遠隔医療としては、今回の新型コロナウイルス

感染症の重症例に関連したECMO netというものがあります。これは一部報道でも取り上げられましたが、まず、ECMOは肺炎の患者様の中でも人工呼吸器では対応し切れない超重症な患者様に適用される治療方法です。その管理にたけている医師は、数少ない専門医の中でも更に一部です。あえてECMOの管理ができる専門医を「ECMO専門医」と呼ぶとすると、通常の専門医がECMO専門医に24時間体制で相談できるD to Dの遠隔医療がECMO netになります。

次に、D to Dの遠隔医療体制が効果を発揮できたかもしれない症例についてです。新型コロナウイルス感染症で初めて死亡症例が出た相模原中央病院からの報告です。この病院では、十分な診療体制や専門医がそろっていない、新型コロナウイルス感染症の対応も十分できませんでした。そのため、高次医療機関に転院の依頼をしましたが、そちらの受入れ体制が整っていないことを理由に、周辺の高次医療機関に転院できませんでした。さらに、この病院には専門医がいないということで、週に1回勤務する医師に相談しながら診療を行い、大変苦労したということが報告されています。もし遠隔ICU体制が整えられていれば、転院できない場合でも、CTや採血結果などを一緒に共有した上で、専門医が治療方針をアドバイスすることができたと思われまます。

次に、実際に我々T-ICUが提供している遠隔ICUについて説明します。

サービス開始は、約2年前の2018年6月です。病院の情報を見るシステムの提供と、専門医・認定看護師を集めてくる。その2つをやっています。我々は、システムだけを提供してもなかなかうまく相談に乗れないということで、専門医を集めることに力を入れています。専門医が20名、看護師が13名登録して、24時間365日、重症患者様の診療について相談を受けています。契約病院が今は19病院で、累積の相談件数は約300件となります。

相談内容としましては、先ほどありました人工呼吸器やECMOの適応やその管理、ドクターヘリの要請の適否、各種ガイドラインに沿った治療方針の指導などを行っています。導入効果としては、もちろん診療レベルが上がること、呼出しが減って常勤の先生の負担が減った、あるいは、専門外の治療をすることによる精神的な負担が減ったことなどが言われています。

次に、具体的な提案に移らせていただきます。

まず、1つ目ですが、特定集中治療管理加算への新基準の導入を提案させていただきます。こちらは、ICUやHCUの施設基準とその診療報酬についての表です。ICUは、より重症な患者さんを治療できる施設から、ICU1、ICU2、ICU3、ICU4、HCU1、HCU2と分けられています。ICU1・ICU2の違い、ICU3・ICU4の違いは、やけどの患者様が診られるかどうかということだけですので、ほぼICU1とICU2は同じものだと思ってください。一方で、参考として、脳卒中を専門とする集中治療室、SCUというものもあります。

ICU1・ICU2とICU3・ICU4の間には、かなり施設基準に差があります。ICU1・ICU2は、これは専門医とほぼ同じ資格ですけれども、医師について経験5年以上の医師が2名以上必要と書いてあります。一方で、ICU3・ICU4は、医師や看護師の経験は全く問われておらず、



何科の医師でも、若手でも、御高齢のドクターでも、そこにいればいいということが書いてあります。ここがICU1・ICU2とICU3・ICU4でかなり差があります。これはHCUについても同様です。

一方で、脳卒中ケアユニットでは、通常は5年以上の経験がある医師が常時1名以上いることが必要と、これも専門医と読み替えても近いような状況ですが、そういう要件があるのです。一方で、病院の外にいて、常時連絡ができて、画像や検査結果が直ちに送受信できるなら、若手の医師でもよいという基準があります。つまり、遠隔での医師のサポートを、施設基準上、認可しています。

これをICUにも当てはめ、ICU1・ICU2とICU3・ICU4の間にある大きな医療レベルの差を埋めるのがよいと考えています。遠隔ICUの推進には、コストメリットが病院にとって必要だと考えています。そこで、ICU1・ICU2とICU3・ICU4とHCU1とHCU2のそれぞれの基準の間に脳卒中ケアユニットのような基準を設け、専門医が遠隔サポートをしている基準を新しくつくっていただければよいと考えています。

2つ目です。かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価の緩和です。かかりつけ医が専門性の高い医師へコンサルしたときの診療報酬があります。この適用は保険医療機関に限定されていますが、医療機関ではなく、個人の医師にコンサルしたことについても認めていただければと思っています。また、かかりつけ医が専門性の観点から診断が困難な疾患は多岐にわたります。この診療報酬では疾患を限定されていますが、広く急性期疾患を対象とする形への規制緩和をしていただければと考えています。保険医療機関の限定と疾患の限定を緩和していただければと考えています。理由としては、医師法20条により、遠隔ICUは医行為ではないため、それを提供する我々のような団体は医療機関とはなれません。本邦で遠隔ICUを提供できているのは唯一我々だけであり、むしろ医療機関よりも現実的には我々のような形態が提供しやすいのではないかと考えています。

次に、遠隔ICUの医行為としての認定です。アメリカでは、遠隔ICUで薬剤のオーダーや診療の指示を出すことができます。日本では、ある程度、制限は必要かもしれませんが、医行為と認定することで、遠隔の医師を人員として計上し、医師の過重労働の軽減につながれると考えています。病院は、人数で施設基準を決めています。ですから、例えば、ICTなどを導入して効率を上げて人数を減らすと、施設基準から外れてしまうというジレンマがありますので、遠隔をしっかりと人員として計上できるような体制を取っていただけたらと思っています。

次に、4つ目です。医療情報の第三者提供の促進の提言です。患者様は、当然、傷病の回復を目的に病院に来られます。医師は、自分の専門でない場合は、専門医に相談して、その際は患者様の検査結果を専門医に情報提供します。このように、適切な医療を提供するという目的は遠隔ICUの場合も当てはまります。しかし、病院経営者において情報提供してもよいかどうかという状況が曖昧になっており、遠隔ICUなどのD to Dの遠隔医療においては情報共有をしても問題がないということ、より積極的に発信していただきたい

と思っています。

情報共有できるシステムとしては、現在、地域医療連携ネットワークというシステムが各地域にあります。これは主に転院のときに用いられるものです。言わばバトンパスです。まさしくアルム様のサービスもこれに当てはまると思うのですが、転院のときに情報提供をする。しかし、遠隔ICUは転院ではなくて、その病院で治療を続け、言わば伴走する役割です。この目的ではつくられていない地域医療連携ネットワークを一挙に遠隔医療で利用するのはかなり使いにくくなっていますので、別のシステムなり、地域医療連携ネットワークと同様に、遠隔ICUのシステムは問題ないのだということを是非発信していただけたらと思っています。

再度の掲示になりますが、相模原中央病院の報告です。国内で初めて新型コロナウイルス肺炎で死亡症例が出た病院からの報告ですが、その中で専門医のアドバイスの必要性や重症化した患者様の転院搬送の要請が受け入れられなかったことが記載されています。このように様々な理由で搬送が難しい患者に対しても、遠隔医療ならば適切な医療が提供できると考えています。

最後です。遠隔ICUに関する規制緩和の提案です。遠隔ICUは、医療機関からの提供を想定しており、我々のような企業からは想定していません。一方で、様々な実現可能性からコントロールセンターを医療機関に限定しますと普及できない可能性が高く、これは集中治療医学会の遠隔ICU委員会でも言われております。遠隔医療が医師法20条で医行為ではないという現状では、我々のような団体は、運営委員会、病院団体や医療機関にはなれません。一方で、医療法人という枠を超えて遠隔ICUを提供しているのは弊社だけであり、医療機関によらずとも遠隔ICUは提供できます。ですので、医療機関の連携を前提とした本記載を変更していただけたらと思っています。

以上です。ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

ただいまのお2人の御説明について、御意見、御質問等がございましたら、お願いします。

印南先生、お願いします。

○印南専門委員 どうもプレゼンテーションをありがとうございました。

それぞれに対して、1つずつ質問があります。

最初のアルムさんのものについて、資料のP23、Sustainable Development Goalsの関係で海外に協力できるということを書いてありますが現在、海外と実際に連携して行っていて、その際の責任分界がどうなっているのか御存じでしょうか。国境を越えているいろいろなことをやった場合に、責任問題が生じます。国境だけではないですけれども、通常、複数の医師が関わった場合に、責任の分担の話がきちりしていないと、実際には進まないと思うのですね。海外でそれが実際に進んでいるということであれば、その責任関係がどうなっているのかということをお存じだったらお教えいただきたい。これが第1点です。

後半のプレゼンテーションに関しては、規制緩和の一環として保険医療機関でない医師へのコンサルタント云々のスライドがあったと思うのですが、22ページですかね。そこで言っているのは、保険医療機関ですか。それとも、保険医のことですか。二重指定になっているはずで、医療機関でなくてもその医師が保険医であれば多少話は違うのかなと思うのですが、逆に、保険医療機関でもなく保険医でもない医師がコンサルトをした場合には、これはかなりいろいろな問題が生じる可能性もあると思うのですね。その辺りについて、御社の場合にコンサルトをする医師は保険医かどうか。その辺を教えてくださいたいと思うのです。

以上です。

○大石座長 それぞれ、お願いします。

まずは坂野さん、次に中西さんをお願いします。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） まずは、アルムから回答させていただきます。

御質問いただきまして、ありがとうございます。

遠隔医療の制度や法律やガイドラインは、各国でちょうど策定されているタイミングでございまして、それぞれの国で全く状況は違います。実際越境した遠隔医療を求められているのは発展途上国が多く、そこら辺の整備が遅れているという実情があります。実際、越境して、我々の領域でいうと遠隔医療のD to Dを支援していこうと思うと、いろいろな壁にぶち当たってしまっていて、現地の医療法ももちろんあるのですけれども、国によっては、非常に多いパターンとしては、そもそも医療データが国をまたいではいけないとか、そういうガイドラインが策定されている国が多いです。

そんな中、個人情報や抜いたらいいのではないかとか、いろいろな除外規定みたいなものも各国で策定されているのですけれども、実際、臨床の現場に立ち会ってみると、相談はしたいのですけれども、どうやって相談したらいいのか分からないというのもあると、知らない人間と言語も宗教も医療の制度も根本的なところが違う中でいきなり相談が始まるかという、なかなか難しいなというのがあります。今まではインフラを整えていくというのに注力していたのですけれども、ちょうど先々月、JICAさんに予算申請させてもらって採択していただいて、TICAD7でもピックアップをしていただいたのですが、まず、ルワンダの現地のお医者さんと行政官たちを日本に呼んで、専門医の教育プロセスに乗っかっていただきます。帰国後の連絡体制とか、実際にどうやって相談するかとか、そういったところを日本側の専門医と詰めて帰国して頂き、越境D to Dを始めるといった取組を、ちょうど始めたところなんです。

責任分界点の話をお聞きいただきましたが、どの国でも基本的には対面診療が前提になっているところが多くて、対面診療が物理的な対面診療なのかオンライン上の対面診療なのかという違いはあります。D to Dの場合は直接対面診療している医者がいますので、基本的には処方を書いたり治療行為を行っている直接診療の医師が責任を取ります。

○印南専門委員 日本の国内で受けるのと一緒だということですね。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） ほぼ一緒です。

○印南専門委員 こういうことはあまりないでしょうけれども、怪しいアドバイスや間違っただけのアドバイスをしたときの責任も、現地の医師が取るということになっているということですよ。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） そのとおりですね。

実情は、例えば、ルワンダで心臓の血管外科医が何人いるかというのと、人口1200万人ぐらいなのですから、1人なのですね。脳外科医も国で1人しかいないのです。正直、どんな怪しいアドバイスでも有り難いというのが現地の実情だと思いますので、そんな中で、日本の専門医の腕前がどうか、そういう議論にそもそもなりません。

○印南専門委員 それでよく分かりました。どうもありがとうございます。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） ありがとうございます。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） 次、よろしくお願いします。

御指摘ありがとうございます。

保険医療機関ではなくて個人の医師だとお伝えしていましたが、保険医のつもりです。保険医でないドクターはほとんどいないと思いますので、そこまではこだわって想定はしていなかったのですけれども、保険医ということです。医療機関ではなくて、個人にひもづけていただけたらと思っています。

○印南専門委員 分かりました。ありがとうございます。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） ありがとうございます。

○大石座長 ほか、ございますか。

お願いします。

○安田専門委員 安田です。

今の保険医の話ですけれども、保険医の定義がそもそも保険医療機関で働いている医師になっているはずなので、そこは保険医療機関という要件の方が優先的に適用されてしまうのだと思うのです。御提案にあった民間の医療機関以外のところに所属していらっしゃる医師がアドバイスをするときには保険医ではないという扱いになってしまうのだと思うので、その定義の変更が必要と受け止めたのですけれども、そういう理解で合っているでしょうか。

○大石座長 これは私も同じ疑問を持っていて、保険医は保険医登録をするので、ある特定の保険医療機関に登録した医者が保険医になるのではないかと思うのですよ。そういう意味でいうと、T-ICUさんで働いていらっしゃるお医者さんはみんな保険医は持っていると思いますけれども、それはほかでも働いていらっしゃるからで、いわゆるT-ICUの株式会社としての保険医は理論上は違うのではないかと考えていて、私も、今、とっさに絶対にこれで合っているとは言えないのであれなので、ちょっと調べますが、いずれにしても、多分ポイントでT-ICUさんがおっしゃっているのは、これだけ専門医の人材が切迫している状態では、そのお医者さんが、個人としてやられようと、企業がやられようと、

どこかの医療機関に勤めていようと、全てのリソースを投入してICUをサポートする体制がつけられるべきだということで合っているでしょうか。

○株式会社T-ICU(中西代表取締役社長／医師) そのとおりです。ありがとうございます。

○株式会社T-ICU(今井社長室長) 補足させていただくと、我々の方で今アドバイスを提供しているドクターは、ふだんは3次救急のICUで勤務しているドクターに非番の日に副業という形で入っていただいていますので、みんなそれぞれ保険医登録は済んでいる状態でアドバイスを提供しているというのが現状になっております。

安田さん、こちらで回答はよろしそうですか。

○安田専門委員 ありがとうございます。

今、多分大半が副業モデルなのだと思うのですがけれども、このような仕組みが普及していくと、もしかすると、常勤で御社にいらっしゃるとか、民間の類似のサポートをしていらっしゃる会社に常勤でいらっしゃる方も、一定の専門能力がある場合、認めていってもいいのだろうと思って伺ってしまして、そうすると、学会などで専門医は別に認定されていたりすると思うので、そういう認定資格を持っているとか、保険医や保険医療機関という定義とは別の要件があってもいいように感じました。

○株式会社T-ICU(中西代表取締役社長／医師) ありがとうございます。その辺まで我々も考えが及んでいなかったのですけれども、すごく参考になりました。

○大石座長 ありがとうございます。

なかなかこのシステムだと質問しにくいかもしれないのですけれども、ほかに御質問等がございますか。

菅原さんから先に手が挙がったので、お願いします。

○菅原委員 菅原です。よろしくお願いします。

まず、T-ICUさんにお伺いしたいのは、資料の後半で医療情報の第三者提供促進が書かれていますが、個人情報保護法の改正によりオプトアウト手続きも変わりましたが、これをより促進させていくための課題などをもう少し具体的にお伺いしたい。

世界では、医療業界のデジタルシフトも非常に進んでいる中で、今後、医療機器も含めた投資という課題が多分にあると思います。投資資金について、政府によるサポートとして、こういうサポートがあると、より諸外国に比べて促進できるという、アイデアやお考えがあれば教えてください。

よろしくお願いします。

○大石座長 お答えをお願いします。

○株式会社T-ICU(今井社長室長) ありがとうございます。

まず、現状の話をちょっとだけ補足させていただきますと、今、遠隔医療に関して、多分アルムさんも同様だと思うのですが、我々が守ろうとしているガイドラインが、3省3ガイドラインというものを守っております。それは、厚労省と経産省と総務省がそれぞれの省庁で1個ずつガイドラインを出して、まとめると3省の3つのガイドラインだ

よねという3省3ガイドラインになっています。その中で、厚労省のガイドラインが、結局、病院内の医療情報の取扱いについてのガイドラインになっていまして、それと同等であれば外に出してもいいよというルールづけで、今、我々はそれを準拠している認識です。厳密に言うと、遠隔医療に関するちゃんとしたガイドラインが今はないのが実態なので、一つは、そういうものがあると、これを守っているので大丈夫ですということが言いやすくなるのかなというのは、やっている側としては思います。今は病院内と同等だから大丈夫なのですよという説明を現場の院長先生たちにはしているのですけれども、そういうガイドラインがあるとよりやりやすいかと思うのが、今やっているところで感じるどころです。

海外投資の話は、こっちから。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） 今、我々としては、バングラデシュさんへの遠隔医療、日本の医療レベルが高いということで、バングラデシュに教育的な指導をしてほしいとか、診断のレポートを書いてほしいとか、そういう依頼を頂いて進めています。その中で、そういうルートをつくっていただいたり、現地調査とか、その辺のサポートをしていただけると、助かるには助かります。

○菅原委員 分かりました。

○大石座長 アルムさん、何か補足はありますか。お願いします。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） アルムは、今、21か国に展開していまして、そのうち8か国は公的な日本の予算で展開させていただいています。この領域で最も御支援いただいている企業の一社なのではないかと思っております。メリットとしては、現地の国の薬事法とか、臨床研究でいろいろな形で製品を市場に投入する際のプロセスがあり、公的プロジェクトだとそれらのプロセスが全て速くなります。倫理審査であったり、薬事認可であったり、個人情報保護法的の扱いであったり、各国でGDPRであったり個人情報保護法がありますので、そういう意味では公的プロジェクトとして認めていただくことは非常にプラスです。それは、我々だけではなくて、T-ICUさんもそうだと思いますけれども、あるいは、日本企業、特に個人情報を取り扱う企業や薬機法を取り扱う企業は間違いなくそうだと思いますので、我々はいろいろ御支援いただいておりますので、ほかのベンチャーも是非ごひいきにさせていただきたいです。

今回の新型コロナの対策で、今、巨大プラットフォームが急激に医療そのものに入ってきています。グーグルとか、アマゾンとか、フェイスブックとか。我々日本企業がそもそもプラットフォームをつくらないといけないと私は思っています。彼らに押さえられたら日本市場は終わりだと思っております。かつ、医療領域で国を挟んだプラットフォームが初めて生まれるタイミングが今です。そこに対して必要な資金は、1兆円が必要という話ではなくて、多分数十億から数百億前半で、ユニコーンとか、そういう小さい話ではなくて、デカコーンが今は生まれるタイミングだと思っております。ユニコーンがこの領域で今は23社あると言われていまして、新型コロナウイルスが落ち着いたときには多分100

社ぐらいにはなっていると思います。これは、またGAFに持っていかれるのではなくて、行政支援でもいろいろな形でできますので、せめて中国・アメリカに並ぶ数をこのヘルスケアITの領域で日本からも出すタイミングが今だと思います。

○菅原委員 医療は成長産業ですので官民共同で、要するに、海外への輸出に係る支援が政府のプログラムとしてあると、非常にやりやすいですね。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） 間違いなくそうです。今、この御時勢でアメリカの遠隔医療の会社は非常に株価が上がっているのですけれども、日本の会社は、ほとんど上がっていないというか、そもそも上場もできていないのです。本当にこのままでいくと全部持っていかれると思いますね。

○菅原委員 ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

今、坂野さんがおっしゃったことはそのとおりだと思っていて、ここは非常に成長ポテンシャルのある業界でもあるし、この時期の危機を乗り越えるためにもここは大きな投資をするべきだと思って、そういう意味でいうと、正直に言って、規制改革推進会議医療・介護ワーキング・グループは、今年は医師の働き方改革という中でICTに関わっていますけれども、本当はもっと早くやりたいのですけれども、来年まで引き続き、冒頭で中長期的な形で取り上げたいということをお願いしたのは、これが一つの成長戦略であり、医療界を変える、質的に向上させて変えるポテンシャルのある分野として考えています。

お願いします。

○高橋専門委員 高橋です。

大上段のすぐには実現しない話をしたいのですけれども、GAFが入ってきて、医療がここ10年で変わる。そのときに、考え方として、さっきの保険医の話もあるのですが、医療というものが病院から開放されると思っています。あるいは、一部開放しないといけない。今、情報も患者も病院が必死で困っていて、セキュリティもしているのですけれども、そうしていたら遅れるばかりだと思っています。

いつも厚労省の施策や研究費のプランなどが出てきても、病院の絵しか描いていないのですよ。施設や機関が対象であって、その中でこの施策は誰がやるのかというのまで全然落とし込めていない。いつもそれで現場が疲弊していくということがありますので、完全にここは考え方を変えて、医療IDとかで情報は患者さんにつけるとか、病院の枠を取っていかないといけないのだなというのがすごく分かりました。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに御質問はないですか。今、どなたかいらっしゃいますか。

佐藤先生、手を挙げていらっしゃいますか。お願いします。

○佐藤座長代理 アルムさんの資料の12ページなのですが、神奈川県の実践について、今回の感染症に関して非常に興味深い対策だと思っておりますが、質問が2点ありまして、この神奈川県の実践センターという中にある、スタッフさん、職員、保健所の

職員、この関係はどんな連携関係になっているのかなというのと、それに関わるのですが、地域包括ケアシステムを使われるので、ある意味、この相手としては、もちろん軽症の患者さん個人だけではなくて、例えば、介護施設であるとか、そういったところでも、何か怪しい方がいるとか、感染が疑われる方がいる場合の相談とかもあると思うのですが、この辺り、介護施設との関係も何か神奈川県は連携を考えていらっしゃるのかということについて、アルムさんに伺いたいです。お願いします。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） 御質問いただいて、ありがとうございます。

神奈川県で来週からスタートをするのは、神奈川県の中に感染の対策室がありまして、実際、スタッフを50人以上が各部署から集められて、今、体制構築をされています。当社の地域包括ケアシステムと合わせて使うのは、LINEです。毎朝、AI音声で今日の体調はどうですかなどを聞く自動的にAI化されたシステムです。もともと韓国で2万人ぐらいを対象に運用されているらしいのですけれども、それを日本に持ち込んで、保健所から一軒一軒電話してられないので、LINE上のテキストかAIによる自動音声で患者さんのモニタリングをしようかと。

ガイドライン上でいうと、症状であったり、SpO2・体温などバイタルが内容に入ってきますので、医療情報をLINEが管理するのはどうかという話になりました。そこで、当社の地域包括ケアシステムは神奈川県では多数採用されていた背景もありまして、医療情報については当社の地域包括ケアシステムで受けて、運用をまずは始めました。データの管理・運用については、これが長期戦になったときに、各保健所でデータ入力や管理をするのか、全部県に集めてデータ入力管理をするのか、ちょうど今、議論している途中です。今、NESIDなど、厚労省のシステムで感染対策のデータベースが動いているのですけれども、そのように基本的には県に集めてコミュニケーションロスを減らした方がいいのではないかという議論になっていますので、神奈川県では、県の対策センターで運用することになるかと思えます。

介護や訪問診療との連携は、まだそこまで落とし込めていません。長期戦になる中で、例えば、在宅療養や施設療養をされている方が、ほかの既往歴を持っていて、その薬が切れたらどうするのかとか、いろいろな議論をしています。そのときに、訪問で薬剤師さんに行ってもらえるのかとか、介護連携の中でできるのかとか、そこら辺を詰めている途中で、先生の方の最後の質問に対してはいまだ答えがない状態です。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

○大石座長 安田さん、どうぞ。

○安田専門委員 安田です。

関連して、よろしいでしょうか。

介護のことを聞いてくださって、佐藤先生、ありがとうございます。私も訪問看護ステーションとの連携は視野に置けるといいなと思って伺ったておりました。私は、コンサルタントと兼業で、サービス付き高齢者向け住宅の中にある定期巡回、訪問介護の事業所の



ヘルパーとして働いているのですけれども、そこは連携型で訪問看護ステーションさんがついて訪問介護看護ができるようになってきているんですね。そうすると、訪問看護さんも一般在宅とサ高住と両方に行っていらっしゃいますけれども、両方の患者さんの情報を上げてくださっている。私たちのヘルパーの方も、行くたびに、今はお熱を測らせていただいたりしていますけれども、その情報を上げていくことができている、その体温情報とか、おっしゃっていただいたバイタルのちょっとリスクのありそうな数字が出たときは情報共有をして、看護さんを通じてドクターに照会をさせていただくみたいなこともやっています。

そのような連携の際に看護師が要となっていて、体調の話になると一回最初に看護さんに報告・相談することが多いので、看護さんが今ご紹介頂いたようなネットワークに参加して、感染症のことについては専門医にも御相談できるとか、入院が必要かどうかという判断をしていただくとかということにつなげていけるとよさそうだと感じます。この辺を是非力を入れて進めて頂きたいのですけれども、先ほどの菅原さんの御質問と似ていますが、そのときに何かハードルになることはあるのですか。今、急にやらなければいけなくなって時間がかかっているだけなのか、何かハードルがあるのかというところで、御意見を伺えると有り難いです。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） 一番のハードルは、介護士さん、看護師さんは、病気の方をケアするのもお仕事なので、今回の新型コロナについては、どれぐらいの感染力があるか、医療機関ですら院内感染が起きている状態の中で、介護士さんが訪問介護に行き、ウイルスを持って帰ってきた場合、老健やサ高住などの中で感染を広めた場合に大量死に繋がることとなります。そういうリスクを抱えながら介護士が業務をどう続けるのかというのは、一番の議論です。医療者ではない介護者のリスクをどう見るのか。本当に感染を広めたらそのステーションや施設は下手をしたら法人が倒産するリスクがあります。

厚労省さんからのガイドラインからも、陽性でも軽症者は在宅療養や施設療養とする場合に、介護や医療従事者が同居している人は、基本的には在宅に戻すのではなくてホテルや施設療養に振りなさいと既に指針が発表されています。地域包括ケアに、感染症の患者を扱うに当たってのガイドラインや支援の仕組みがまだ全然足りていないというのが実情だと思います。

○安田専門委員 ありがとうございます。

今のお話で、感染が明らかになってから先はおっしゃったような問題があるということが分かったのですけれども、多分、感染症がはやっているからといっても、排せつケアを誰もしないわけにはいかないとか、食事も食べていただかないわけにはいかない、一般の感染していない方のところは、私たちヘルパーはすごく気をつけながらも伺うのですね。そういう中で、御体調が悪いみたいなことをなるべく早く吸い上げることは、介護の最前線にいるヘルパーはできる立場なのだと思うので、上手に早めに見つけて、感染を広

げないというアクションに結びつけていけるような役割が担えたらいいなと思って伺いました。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに、御質問等はございますか。

大丈夫ですかね。

そうすると、私からもちょっと御質問したいのですけれども、診療報酬のつけ方なのですが、例えば、先ほども御発表の中で、脳卒中ケアユニットの管理料の施設基準が緩和されたとか、いろいろ進んではいるけれども、例えば、急性期医療全般には適用されていないとか、非常に限定的なことになっているのではないですか。まず、この日本国内で事業をスタートするときにはベースロードとして保険医療があるわけで、そこで正しく役に立つものに診療報酬がつくこと若しくは施設基準が緩和されることはすごく大事だと思っています。そのときに、たまたまついているものとそうではないものがあるという違和感があって、例えば、今の急性期医療全般に適用されていないという部分に関しては、緩和要件が限定的になった原因や背景、若しくは、こういう診療報酬がついていくプロセスの中で、例えば、学会が声を上げているところをつくけれども、そうではないところはないとか、仕組み上、プロセス上の課題みたいなものは、今、何かあるのか。それに関連して、何かございましたら、御両名から御意見を頂ければ有り難いと思います。

坂野さん、お願いします。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長） 脳卒中や循環器の急性期疾患については、去年の12月に循環器の対策基本法が施行されているいろいろなところで検討されているかと考えます。それに先立って、脳卒中の領域だけは、施設間で情報共有して、先に1次・2次の救急病院が血栓溶解の薬を打って、2次・3次の専門治療、カテーテル手術が可能な専門病院に転院させたときに、1次・2次で打ったtPAの点数も加算されて4月から保険適用されています。

けれども、全く同じ機序である、脳に血栓が詰まるのか心臓の血管に血栓が詰まるのかという違いだけの心筋梗塞は、基本的には一円もついていない状態です。1次・2次の救急病院で来て、血栓を溶解するより、カテーテル手術が、脳より心臓の方が重要視されています。それでも医療連携という枠組みでいうと、毎年、日本でもグローバルでも急性期の心臓と脳とそれぞれほぼ同じ数の人が死んでいます。何で脳卒中だけがついているかといえば、脳外科学会が積極的に活動したからですね。それは間違いなくて、脳卒中のケアユニットの加算のところが緩和されたのは、私が脳外科学会に保険導入に関する要望書を出してもらい、保材専でプレゼンさせてもらった結果、施設基準が緩和されたという経緯です。

なので、同じ機序で同じような疾患領域で、しかも患者の数も一緒に、救急現場の実情としてはほぼ同じ状態なのに、声が大きいところには点数が入っていくというのが、今の

制度上の実情かなとは感じます。それが変えられるかどうかというのは、そもそもの制度の話なので、私個人でどうこうできる話ではもちろんないのですが、是非皆さんの御助力を頂ければと。どう考えても、急性期の循環器疾患の方が新型コロナのよりは死亡者が出ます。人類の死亡原因で、急性期の循環器疾患は、1位です。新型コロナが1位になることは絶対にありませんので、是非御支援いただければと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

中西さん、何かありますか。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） 坂野さんのおっしゃったように、声の大きいところというのはあると思ひまして、集中治療医学会というのは、比較的歴史も浅くて、様々な内科学会や外科学会がある中では、少しパワーバランス的には弱いところはあると思っています。

そういう意味では、集中治療医学会の中でも遠隔ICU委員会ができて、推進していこうという動きはできているのですけれども、どこの学会もそうかもしれないのですけれども、私もメンバーに入っていて議論には参加させていただいているのですけれども、スピード感が少し足りないかなというのは学会の方も思っています。なので、我々は学会にも寄り添いながら、我々どもでこういった会議でアピールはさせていただいているところではあります。

エビデンスもよく言われるのですけれども、もちろんそうだと思うのですが、なかなか鶏か卵かみたいな感じで、導入が進まないからなかなかいいエビデンスも出せず、エビデンスが出せないから診療報酬がつかないとかがあって、一方で、アメリカが20年ぐらやっていていろいろなエビデンスが出てきている中で、少しそういうものも参考にしながら推進して行ってほしいなというところはあります。

○大石座長 印南先生、どうぞ。

○印南専門委員 元中医協委員なので、発言しましょうか。中医協は基本的にPDCAサイクルで動いていますし、何か新しいものを導入する場合にはエビデンスを要求します。今、鶏と卵という議論がありましたけれども、必ずしもそうではなくて、場合によっては海外のエビデンスが用いられることもあります。合理性があれば結構柔軟です。なので、学会を中心にエビデンスを提出しながら要望すればよいと思います。それが実質的に声の大きいことの意味だと思うのですよね。大きな声で主張するだけではなくて、場合によっては海外のエビデンスでもいいので、そういうものをそろえて、主張するというのがいいと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ほぼ時間も来ました。大塚副大臣、 お願いします。

○大塚副大臣 副大臣の大塚です。

今の最後のところでもう少しお伺いしたいのは、例えば、脳で点数がつくようになったけれども心臓でつかないというときに、脳の方はエビデンスが上がってきているというこ

となのだと思うのですけれども、そこで、厚生労働行政としては、脳できて、同じことだから心臓でもできるはずだなど、そっちの方に頭が行かないのは何でなのだろうかということがちょっと気になるのです。普通に考えれば、同じことができるのだったら、同じことも併せてエビデンスをチェックするなりなんなり、できるようにしようとするべきものではないかと思うのですけれども、その辺はなぜそういうふうにならないのかということについて、もし何かお考えがあったら教えてほしいと。ほかの方でも、お願いします。

○大石座長 高橋先生、お願いします。

○高橋専門委員 高橋です。

学会に任せていては、今までの連続・延長で考えてしまうというところだと思うのですね。それが切り替わっているところは、だんだん新しくなるけれども、物すごく遅い。コロナによる影響で社会が変わるここで、考え方を完全に变えるんだということをショック療法的にやらないと駄目だと思います。医療とは必ず病院で行うものという頭で今までの延長で考える人たちに任せていては駄目なので、違うのですよと、大部分をオンラインでやっていく時代にするんだと上から言わないと、多分学会の自主性に任せていては無理だと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

今の御質問について、アルムさんかT-ICUさんから何かございますか。

○株式会社T-ICU（中西代表取締役社長／医師） さっきの脳と心臓の話ですけれども、さっき、アメリカのエビデンスか日本のエビデンスかというところを申し上げたのですけれども、恐らく、ドクターとしては脳のエビデンスは心臓のエビデンスでないという理屈で、学会とかは特にそういうふうと考えられると思うのですよね。脳でよかったからといって決して心臓でもいいとは限らないみたいな、その辺のこともあるのかなと思いました。

○安田専門委員 先ほどの御質問であった、何で違いがあるのかという話ですけれども、多分ニーズがあるかどうかということで判断されている面があるのだと思うのですね。お医者さんから意見が上がってくるというのはニーズがあるという解釈で今は捉えられているのだと思うのですけれども、例えば、今、脳疾患で認められたとするならば、同じ枠組みが当てはまるような疾患がほかにないのかという形で、あえて広げようという努力はしていないと思うのですけれども、そういう横並びチェックをして広げるための仕掛けが入るように、担当部署を厚労省につくるのか、何か委員会をつくるのかができるのと、何か1つが認められたときに、類似性の高い疾患や診療領域も同時に制度化していけるのではないかと思います。いかがでしょうか。

○大石座長 安田さんの御意見に対して、一番御存じなのは印南さんですかね。

○印南専門委員 学会は頼りにならないとかはあるかもしれませんが、何せ、中医協で決める議論は、40兆円という大変な金額かつ医療機関の収入の9割以上を決める話なので、議論にエビデンスと権威とかがないと駄目で、それでどうしても学会頼りになると思うのですね。学会で主張されているといことも、一つのエビデンスの扱いを受けていると思

ます。

例えば、中医協でやっていることを監視するというか、横並びでモノを見るためにもう一個別の委員会をつくったらどうなるかという、構成員をどうするのかとか話が余計複雑になるだけで、難しいというのが本当のところだと思います。

この場で浮かぶ一つのアイデアとして考えられるのは、中医協総会の下部にある基本問題小委員会で議論するというものです。話はちょっとずれて聞こえるかもしれませんが、中医協の中には、給付範囲を定期的に見直したり、今出てきた議論の横並びの議論をシステマチックに行う委員会は今のところ確かにないのです。本来は、基本問題小委で取り上げるべきなのですが、そういうことを外部から要求して、例えば、スクラップ・アンド・ビルドの話とか、横並びの話とか、そういうものをシステマチックにチェックしなさいという要求はできるかもしれないと思います。

○大石座長 お願いします。

○高橋専門委員 さっきの続きで、ごめんなさい。高橋です。

眼科の中でも、若い人たちはオンラインをどんどん進めようとしていますけれども、学会まで上がると、いろいろな意見が出てこない。そのときに、進めるためには、インセンティブだと思うのです。学会の重鎮たちも、点数が高くつくとか、そういうインセンティブがあると動くので、そこら辺かなと思いました。

○株式会社T-ICU（今井社長室長） T-ICUの今井です。

先ほどの安田さんの話でニーズがあるかないかという話があったので、そこについて答えさせていただきますと、医者である中西はなかなか言いにくいということをするのですが、我々は、遠隔で、要は、都市部の専門医がアドバイスをするというのは、より質の高い医療を提供してあげることにつながっているのですけれども、極論を言ってしまうと、田舎で医療をやっている人たちとか、高いレベルを知らない人たちからすると、そこが100点だと思っている人たちは、ニーズを感じないのが現状としてあると思います。その辺りは、ニーズがないというよりは、どちらかという、井の中のカワズになってしまっていて、世界が広いんだということを分かっていないと、そもそもそこで満足してしまっていてニーズが出てこないというのはあるのではないかと。なので、そういうものを都市部でやっている医者がどんどん伝えてあげることによって医療の格差の是正とかにつながっていているのではないかなというのが、実際に現場を回っていて感じているところではあります。

○株式会社アルム（坂野代表取締役社長）

皆さんに御議論いただいているポイントとしては、中医協に上がるルートとしては、学会やメーカーから、エビデンスを集めて、臨床視点でどういう効果があって、その後、医療経済上、どうなるかというところを出すというアプルーバルプロセスがあると理解しております。それだと、メーカーも学会も、それぞれ自分の領域での話になります。例えば、今回の新型コロナの対策でいうと、我々もメーカーとして全く想像していなかったのです

けれども、脳卒中用のネットワークが新型コロナの遠隔医療に使われています。しかもこれは感染対策でふだん活用されておらず、こういう状態になって初めて活用が始まっています。臨床的な視点でもこのように領域を横断したプラットフォームは必要です。また今後、日本がいかに厳しい財政の中でこの医療を税収に持っていくかという意味では、臨床横断的な仕組みがある中で、専門医療で海外を国際支援する仕組みとか、いろいろなビジネス観点で日本の収入に持っていくのか全体的に見る仕組みが必要なのではないかと、一企業の人間としては思います。

○大石座長 エビデンスの積み方も、たしかドイツとかだったと思うのですがけれども、アプリ的なものは、とりあえずやらせてみてオーケーで、エビデンスが十分に詰めたら承認するとか、どんどん開発されるICT機器に合わせたような承認のプロセスが別途できている国もあったはずなのですね。なので、これは今年の議論ではないのですがけれども、来年に向けては、こういうアプリがどういうふうに取り入れられるような仕組みになっていくのかということも検討したいと思います。

よろしいですか。大塚副大臣、大丈夫ですか。

○大塚副大臣 ありがとうございます。

大変よく分かりました。

○大石座長 本件に関して、ちょっと時間もオーバーしましたので、ここで終わらせていただきます。

坂野様、中西様、今井様、どうもありがとうございました。

続きまして、議論2に移りたいと思いますので、お願いします。

(説明者交代)

○大石座長 続きまして、議題2の「オンライン医療の普及促進」に入りたいと思います。

本件については、これまで、当ワーキング・グループでは、昨年末の段階で厚生労働省から対応状況を伺ったのと、3月の前回討議では有識者をお招きして課題・要望についてヒアリングを行ってきました。

本日は、厚生労働省から、八神敦雄大臣官房審議官（医療介護連携、データヘルス改革担当）と、山本史厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）のお2人に御出席いただいています。

なお、本件に関しましては、新型コロナウイルス感染症への対策が急務となっている今の状況においてオンライン診療の活用は大変有効で、前回の会合でも有識者の方々から言及があったのですが、これに関してはこの医療・介護ワーキング・グループとは別に「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」というものができておりまして、議論をしております。

申し訳ないのですがけれども、本日のワーキング・グループに関しては、基本的にはコロナの話は置いておいて、令和2年度の診療報酬改定におけるオンライン診療の取扱い及びオンライン服薬指導の実現と電子処方箋実務の完全電子化に向けた対応に限定して御説明

を伺うことにして、議論を行いたいと思います。

それでは、厚生労働省からお願いします。

○厚生労働省（八神審議官） 私、厚生労働省の審議官をしております、八神と申します。

私から、「令和2年度診療報酬改定におけるオンライン診療料の対応について」で御説明させていただきます。お手元の資料2-1という番号になっておりますでしょうか。

めくっていただいて、「情報通信機器を用いた診療の活用の推進」という紙でございます。見開きの2ページにわたってございますけれども、今回の診療報酬改定、令和2年度の改定において見直したものを御説明いたします。

まず、要件の見直しでございます。オンライン診療料の実施要件につきまして、これまで事前に6か月の対面診療が必要とされておりました。通院間隔には様々な場合があることなどを踏まえまして、この期間を6か月から3か月に見直しをしております。具体的には、オンライン診療料の対象となる管理料等を初めて算定した月から、3か月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近の3か月の間、対面診療を受けている患者さんを対象としているということでございます。今、1つ目の要件の見直しのお話でございました。2つ目でございます。オンライン診療料の緊急時の対応に係る要件につきまして、見直しをしております。患者さんが速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、要件の見直しをしたものです。これまで、オンライン診療料の施設基準といたしまして、ここに書いてございませんが、緊急時におおむね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していることとしてございました。今回の見直しによりまして、緊急時に、当該医療機関が必要な対応を行うということが原則でございますけれども、やむを得ず対応ができないという場合につきましては、患者さんが速やかに受診可能な医療機関で対面診療が行えるように事前に受診可能な医療機関を患者さんに説明した上で、当該計画の中に記載をしておくということで差し支えないこととしております。次に、その下、「対象疾患」というところがございます。オンライン診療の活用に関しまして、安全性・有効性のエビデンスを踏まえまして、オンライン診療料の対象疾患に慢性の頭痛の患者さんを追加しております。具体的には、対象となる患者さんにつきまして、事前の対面診療、CT撮影又はMRIの撮影、及び、血液学的検査等の必要な検査を行った上で、一時性の頭痛であると診断されている患者で、病状や治療内容が安定しているけれども、慢性的な痛みにより、日常生活に支障を来すため、定期的な通院が必要な患者さんでございます。なお、慢性頭痛の患者さんに対するオンライン診療は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を受けた医師が行う必要があるということでございます。

その下、「オンライン診療のより柔軟な活用」でございます。医療資源の少ない地域におきまして、やむを得ない場合には初診からオンライン診療料を算定できることとしてございます。やむを得ない場合というのは、医師が急病などで代診が立てられないといったことで、患者の診療継続が困難となる場合としてございます。こうした場合で、2次医療

圏内の他の医療機関にあらかじめ情報提供を行った場合に、その医師の判断により、初診からオンライン診療を行うことができるということでございます。その下であります。医療資源の少ない地域等で柔軟な活用ということでございますが、医師の所在に係る要件の見直しを行っております。医療資源の少ない地域に所在する医療機関、へき地医療拠点病院におきまして、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により、その所属元の医療機関においてオンライン診療を行ってよいこととさせていただきます。柔軟な活用ということで、その下、在宅医療の関係です。在宅医療におけるオンライン診療の活用として、オンライン診療の活用とて、オンライン在宅管理料等の見直しを行っております。これまで月1回の訪問に加えて情報通信機器を活用した診療を行った場合のみが算定対象でしたが、月2回以上の訪問を行った場合でも算定ができるように見直しをしたところでございます。また、同じ医療機関で5人以下の医師がチームで診療を行う場合につきましては、あらかじめ計画書に記載して患者さんの同意が得られている場合には、チーム内の医師は必ずしも事前の対面診療を行ってなくても、チーム内の医師がオンライン診療を行うことができるといった扱いにしております。

最後、遠隔連携診療料ということで、下の右、かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価でございますが、希少性の高い疾患など、専門性の観点からなかなか近隣の医療機関では診断が困難な疾患につきまして、かかりつけ医の下で事前に情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合に、新たに遠隔連携診療料という点数を設けることといたしました。具体的な対象として、指定難病、てんかんの疑いがある患者さんの診断を目的として、難病の診療連携拠点病院等の医師と連携して診療を行う場合に、算定ができるという点数を設けたということでございます。

今回の令和2年度の診療報酬改定における対応について、以上、御説明申し上げます。

○厚生労働省（山本審議官） 厚生労働省審議官の山本でございます。

続きまして、電子処方箋の普及に向けた取組、オンラインによる服薬指導の場所等の見直しにつきまして、御説明させていただきます。

お手元の資料2-2を御覧いただければと思います。

おめくりいただきまして、まず、電子処方箋の普及に向けた取組です。

2ページでございます。電子処方箋につきましては、電子化を考えるに当たりまして、2段階があると考えております。第1段階として、そもそも紙ベースの処方箋を電子化すること。第2段階としては、電子化されたものを他の医療情報などとうまく連携して、従事者の方々に有効に使っていただく環境を整備すること。この2段階を考えておりますが、まずは、ここで御説明する電子処方箋のガイドラインにつきまして取組を御報告いたします。平成30年の規制改革実施計画で紙が必要となる現行の電子処方箋ガイドラインについて見直すようにと頂きました。それに基づきまして、今回、紙の引換証をなくすための改定ガイドラインのパブリックコメントを3月23日から4月5日まで実行いたしまして、現在、パブリックコメントで寄せられた御意見を整理しているところでございます。本来、



年度末まで終えたかったところでございますが、少し予定から遅れております。できるだけ早くこのパブリックコメントを整理いたしまして、紙の引換証を必要としない新たなガイドラインを公表したいと考えております。

紙の引換証を必要としない改定ガイドラインのあらましでございますが、お手元の資料の3ページ、4ページ、5ページに、内容あるいはフローを記載させていただいておりますが、簡単に申し上げますと、4ページのフローを御覧いただければと思います。これは、改定後の電子処方箋の運用を示しておりますが、その⑤と⑥という矢印を御覧いただければと思います。医療機関から患者さんに行く⑤の矢印、患者さんから薬局に向かって⑥の矢印のところに「アクセスコードと確認番号の提示」というプロセスが記載されております。古いというか、現行のガイドラインにおきましては、ここが紙で発行される仕組みになっております。ここを、電子でアクセスコードと確認番号を発行して、それをスマホなどに収めていただいて患者さんに薬局にお持ちいただくという、紙を必要としないスキームを今回のパブコメの案の中で提示しております。繰り返しますが、できるだけ早くこのパブリックコメントを整理した上で、新たな改定ガイドラインを公表したいと考えております。

あわせて、この改定の内容を検討いただいた検討会におきましては、様々な今後の普及のための検討課題を御意見としていただきました。併せて御紹介させていただきますと、5ページの一番下の方に書いておりますが、○の4つ目、「今後の電子処方箋の普及促進のための方策について」で更にいろいろな課題があるということで、例えば、複数の運用主体が存在する場合の煩雑さやサービス機能の違い、システムの安全性、事業の継続性、あるいは、医療保険のオンライン資格確認などの他の医療分野における電子化の取組との関係など、様々な論点を例示したところでございます。今回、紙を必要としないスキームにまずはガイドラインを改定いたしました後、次の取組としては、昨年、別途出ました新デジタル・ガバメント実行計画を頂いております。その中では、令和5年度から処方箋の電子化について環境を整備した上でその実施を目指すこととされておりますので、今回のガイドライン改定において挙げた課題について整理をして、令和5年度までの環境整備を更に進めていく予定でございます。厚生労働省といたしましては、別途健康・医療・介護情報利活用検討会というものを開催しております。その場でこの電子処方箋についての議論を先日開始したところでございます。以上、まずは、電子処方箋のガイドラインの改定、それを終えた後の利活用について取組を始めたことを御報告申し上げます。

続きまして、オンラインによる服薬指導の活用あるいは患者さんが服薬指導を受ける場所の規定の見直しを御紹介させていただきます。6ページ以降を御覧いただければと思います。

これにつきましては、規制改革から7ページに記載しておりますような御報告を頂いております。

8ページでございますが、こういったことも踏まえまして、先般、薬機法の改正を行っ

た際に、オンラインの服薬指導をできることとする内容を盛り込んでおります。薬機法の改正は、昨年12月4日に公布されまして、ここに御覧いただくような、下半分に書いております太字でございますが、従来は対面としか書いていなかったところに、映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話することが可能な方法その他可能と認められる方法でやっていけるという規定を、法律条文に盛り込ませていただいております。具体的には、ここに基づく省令につきまして、昨年12月から1月までパブリックコメントを実施いたしまして、去る3月27日に省令を公布し、通知も発出したところでございます。法律のこの部分の施行が本年9月1日とされておりますので、そこに向けて各方面に準備をしていただきたいと思いますと思っております。

オンライン服薬指導の内容につきましては、9ページ、10ページに記載させていただいておりますが、要件を整えばオンラインの映像及び音声を使った服薬指導を可能としております。また、そのときに御留意いただくべき点として、10ページにございますように、基本的な考え方として、薬剤師と患者との信頼関係があることを原則として同一の薬剤師が実施していくこと、服薬指導計画を医師と共有するあるいは患者の急変などの緊急時等における処方医との連携体制を確保すること、実施前に患者の希望を確認してメリット・デメリットについて十分に説明を受けるといったことを浸透させていきたいと考えております。

簡単ではございますが、説明は以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ただいまの御説明について、御意見、御質問等がございましたら、手を挙げてください。

印南先生、お願いします。

○印南専門委員 平時のオンライン診療ということで、3つほど質問を交えながらコメントです。

まず、第1に、オンライン診療の柔軟な活用のところで「医療資源の少ない地域等」と入っているのですけれども、これは定義が狭過ぎると思います。何を言いたいかといいますと、ここは「僻地等」でとらえるべきだし、そもそも「医療資源の少ない地域」の内容が限定されすぎだと思うのです。無医地区や準無医地区のほかに診療報酬の今回の改定で定義した医療資源の少ない地域を合わせて「僻地等」と考えていると思うのですが、現場の都道府県の方に聞きますと、「医療資源の少ない地域」として指定されている地域に結構違和感を持つそうです。僻地医療を実際に担っている都道府県の方たちから見ると、指定されるべき地域が指定されていなくて、自分で手を挙げたのだと思いますが、そういう地域が指定されている。山村振興法とか、いろいろな法律で僻地は定義されていて、都道府県はへき地保健医療計画で自ら僻地と定義していると思うのですが、それを含むのかどうかというのが一つ質問といいますか、緩和すべきところではないかと思えます。それに加えて、無医地区や準無医地区でなくても、診療所の医師1人がその地域を全部支えてい

るようなところがあって、その医師が高齢化していて、オンラインなしには今後続けられない見込みになっている地域も結構あるのですね。そういうところにも拡大すべきではないか。これは、緩和すべき、柔軟な活用をすべき領域をもっと増やすという話です。また、在宅診療で医師が行う場合については緩和されていますが、看護師等が同席する場合も緩和していいのではないか。例えば、介護保険施設とか、そういうところには常時医師がいるわけではなかったりするわけです。そういう場合、看護師がいれば、対面診療とほぼ同じぐらいの情報量が得られるはずなので、そういう部分についても拡大すべきではないか。これが最初の1点です。

2番目なのですが、対面原則なのですけれども、オンライン服薬指導には本当に必要性があるのかなと私もかなり疑問に思います。別に患者がその場で急変するわけでもないし。ところが、オンライン診療の話は別で、対面診療が原則であるべきだと私は思います。その理由は、実質的に2つあって、一つは濫用防止でもう一つは、診療の質の確保、医療安全だと思うのです。前半の濫用防止については、厚労省の資料の2ページを見ると、算定イメージの中に「初診」と書いてありますが、これは診療報酬上の初診なので、疾病ごとに判断されるわけですね。濫用防止は、医師と患者の間の信頼関係があればいいわけで、信頼関係があれば成り済ましの医師や成り済ましの患者を防止できるわけです。そういう意味での信頼関係は、診療報酬上の初診ではなくて、受診歴の有無で判断できる包括的な信頼関係であるべきなのですね。にもかかわらず、ここが初診で限定している。これは考え直す余地があるのではないか。もう一つ、診療の質の確保の観点ですけれども、病態の急変とか、あるいは、症状の安定とか、そういうものを見るのに、一律に3か月とか、3か月にオンライン診療に移行した後も対面診療を繰り返さないと駄目なのかというのは、そんなことはないと思うのです。例えば、高血圧や高脂血症で常時かかっている患者さんが、花粉症の時期になったので花粉症の薬も欲しいと。それは、既に信頼関係があるし、病状の急変でも何でもなくて、これは新たな症状だと思いますが、花粉症のように毎年出るようなものについて要件を課するのは厳し過ぎるではないか。特に疾病ごとにグループ分けをするなり何なりして、この要件はもうちょっと緩和できる余地があるのではないかと考えます。

3つ目で、これは意見なのですが、オンライン診療を促進すべきだと思うのですけれども、都道府県は5疾病・5事業を医療計画でやっているのですけれども、オンライン診療はその6番目の事業として位置づけるぐらいのことをしないと、都道府県が熱心にやらないのではないかと思います。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

ただいまの御意見について、厚生労働省様から何かございますか。

○厚生労働省（八神審議官） お答えできる範囲だと思います。

一つ、一律に3か月必要なのかということで、疾病ごとにもう少し考えられるのではな

いかという話について、基本、今回の診療報酬改定に当たりましてオンライン診療料が使いにくいという声がある中にこの6か月の話があって、いろいろな意見を踏まえて、今回、3か月でより使いやすくしたところがございます。これも、また疾病ごとであったり、信頼関係があればもう少しという御意見も、今、伺ったので、次に向けてまたどういうことができるのかというのは引き続き検討していくことかと思えます。

また、対面の原則につきまして、私どももまずは対面診療が原則なのだろうと。医政局が今日は来ておりませんが、医政局の話ではありますが、原則は対面ということなのかなと。当然ながら、今、印南先生がおっしゃられた質の確保であったり、濫用の防止に配慮しながらやっていくということは、おっしゃるとおりかなと思っております。

僻地につきましては、私どもは個別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関という形になってございます。都道府県等の状況をよく把握する必要があるので、また意見を聴きながら整理をしていきたいと思えます。

また、在宅の関係でしたが、看護師のお話がありました。看護師の業としての整理の精査も必要かと思えますので、またこれも関係者等の意見を聴いてまいりたいと思えます。

私からは、以上です。

○印南専門委員 どうもありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございます。

佐藤先生、お願いします。

○佐藤座長代理 オンラインの服薬指導のところで、コメント、感想1点と質問です。

感想としては、印南先生も御指摘のとおり、確かにオンライン診療は対面診療を原則とするというのは安全性の観点からも理解はできるのですが、オンライン服薬は、その薬によりますけれども、リスクの度合いはそこまで高くはないのではないかと。むしろ、オンライン服薬は、補完ではなく、ある意味、対面に代わる選択肢の一つとして位置づけていいのではないかと思ったのです。

質問は、頂いた資料の「オンライン服薬指導の具体的ルール」の中にある、原則として同一の薬剤師が実施するというところは、多分かかりつけ薬剤師を念頭に置かれているのだと思うのですが、同じ薬局の中にいる方であれば異なる薬剤師であっても情報は共有していますし、個人的に思うに、患者さんは薬剤師個人というよりはそこの調剤薬局を信頼しているのではないかと考えると、この辺りの同一の薬剤師というのはどこまで限定的に解釈していいのか、あるいは、限定的に運用していいのか。その下にあった服薬指導計画を医師と共有するというところもそうなのですが、これもあってしかるべきだとは思いますが、この医師はかかりつけ医を念頭に置いていらっしゃるのか、必ずしもそうではないのか、この辺りの連携は利便性を確保しながらどこまで担保できるものなのかということがよく分からなかったものですから、もし御説明いただければと思えます。

以上です。

○大石座長 ただいまの御質問について、厚労省様からお願いします。

○厚生労働省（山本審議官） ありがとうございます。

2点、頂きました。

まず、原則として同一の薬剤師が実施というところでございますが、かかりつけ薬局・薬剤師ということで、同じ薬剤師さんに継続的に対応していただきたい、それが望ましいとは思っておりますが、ただし、やむを得ない場合には、今、先生から御指摘があったとおり、その薬局の他の薬剤師さんがそれまで対応されていた薬剤師さんと連携してこれに当たることは構わないと考えておまして、既に発出した通知にその点も記載させていただいております。

服薬指導計画の医師との共有につきまして、ここは基本的にはもちろんかかりつけ医の方というイメージがございますが、ここでいいますと、処方箋が来ますので、その処方箋を発行した処方医ときちんと服薬指導計画を共有するというところで考えております。

以上でございます。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

1点だけ感想なのですが、先ほど印南先生からオンライン診療においても同じような指摘があったと思うのですが、オンライン服薬も薬の中身やリスクによって運用の仕方は変わっていいのかなと思ひまして、必ずしも全ての薬に対して画一的な対応をする必要はないのかなとは思っております。今のことは感想です

○大石座長 お願いします。

○厚生労働省（山本審議官） ありがとうございます。

診療側でのリスクでいろいろめり張りをつけるべきということと同様に、処方箋が出て、薬剤もリスクがいろいろございますので、そこについてはよく考えていくべきだと思っております。濫用防止につきましても、濫用防止の処方箋が出て、それが正しく薬局に受け取られて、濫用防止について薬局側でもきちんと留意をすべきという点は同じだと考えております。

○大石座長 菅原さん、お願いします。

○菅原委員 ありがとうございます。

まず、服薬指導ですが、先般の電子処方箋のガイドラインに関してパブコメの資料を見ましたが、かなり使い易くなったと思ひますので、このガイドラインをできるだけ早く適用していただきたいと思ひます。服薬指導、介護施設等における実施を緩和できないのか。プライバシーの確保などの配慮が必要ですが、それは技術的にできることですので、なぜ対象外なのか、その根拠をお伺ひしたいと思ひます。

オンライン診療でも、先ほど印南先生がおっしゃっていたD to P with Dだけではなくて、ナースや介護士にも適用するというのは大賛成です。また、患者目線で考えると、へき地や医療過疎地での活用もですが、例えばビジネスパーソンが平日空いている時間にオンライン診療で医師にアクセスできることにより安心感をもったり、重症化を予防することもありますので、もう一度全体を患者目線で見直していくことが大切ではないかと思ひ

ます。オンライン診療をより患者の利便性を高めていくという意味では、エビデンスの蓄積が重要で、その辺は厚労省でも考えていると伺っております。先般の診療報酬改定の附帯意見では調査・検証すると書かれていますが、調査でどのようにエビデンスを蓄積し評価するのかを事前、予め明確にさせていただくことが非常に重要だと思いますので、具体化のスケジュール等々があれば教えてください。

以上です。

○大石座長 厚生労働省さん、お願いします。

○厚生労働省（山本審議官） まず、服薬指導の介護施設の取扱いでございますが、確かに、今回出させていただいた通知の中では、様々な患者さんが居住される介護施設等につきましては、本当にいろいろな患者さんがおられ、その中にはオンライン服薬指導で行っていただくには適切でない患者さんが存在する可能性がございますので、まずは、今回は介護施設についてはオンライン服薬指導を行わないことにさせていただいております。この辺りは、今後、オンライン服薬指導が実施され始めましたその様子を見ながら、また今後も検討していくことかと考えております。

○厚生労働省（八神審議官） 幾つか御意見を頂きました。

患者目線での見直しといったことも、私どもは十分にわきまえて考えていきたいと思っております。利便性ということで、次の改定に向けて、また、その調査・検証といったことにつきましては、中央社会保険医療協議会の中に検証部会がございます。ここで検証の中身をどうするかというのを検討いたしまして、中央社会保険医療協議会は全て議事も公開しておりますし、設計をして、その検証を踏まえて、より何ができるのかといったことをしっかり検討していくこととしたいと思っておりますので、またいろいろ御指導をよろしく願います。

○大石座長 今のお答えについて、菅原さん、何か追加で御質問や御意見などはありますか。

○菅原委員 エビデンスの蓄積やどういう基準で評価するか、少しスケジュール感を早めるべきではないかと思うのですけれども、その辺が決まっていれば教えていただけますか。

○厚生労働省（八神審議官） スケジュール的なものは、まだ明確に決まっているものはありません。令和4年の改定に向けてということでございますので、まだこれからでございます。

先ほど、検証部会と申しました。もう一つ、加えて、技術の面での評価についても医療技術の評価する仕組みはございますので、今回の頭痛も技術の評価の中で対象を拡大するという御意見を頂いたもので、これも併せて検証と新しい医療技術の評価の両面から要望を精査していきたいと考えてございます。

○菅原委員 できるだけ早く、前倒しして進めていただきたいと思いますので、是非よろしく申し上げます。

もう一つ、促進という意味では、情報機器に関する各種補助金みたいなものも併せてお

考えいただくよう、よろしく申し上げます。

○大石座長 高橋先生、お願いします。

○高橋専門委員 高橋です。

私自身が国全体の大戦略を分かっていないところがあるので、今のスケジュール感を教えていただきたいのですが、そもそも医療の改革は医療の中だけで考えてはいけないと思っていて、治療開発していますと、医療費を削減しないといけないというのは、結局、日本で開発できていないからで、海外にお金を持っていかれてしまうことで医療費を削減しないといけない、成長産業にできていない、そして病院は貧乏になっていって疲弊して医療崩壊になるという仕組みが見えてくるので、一生懸命開発しているわけなのですけれども、さっきのグーグルやアップルが入ってきたときに、多分iPhoneと同じでがらっと10年で変わってくると思うので、そこをどのように読んでおられるか、どういう医療になるだろうと考えておられるかによると思うのです。

日本はせっかくいい医療を持っているので、世界に負けない医療の仕組みをつくるというのがあるべきだと思うのですが、その一環として何年後までにオンライン診療をどこまでどういう形で普及させるのかという、中期プラン、長期プランを教えていただけますでしょうか。

○大石座長 厚労省さん、お願いします。

○厚生労働省（八神審議官） 海外との関係も含めて、中期的なプランでいつ頃までにオンライン診療という計画が現在あるということではなく、今、私どもがやってきているのは、いろいろな医療現場の声を聴きながら、できるだけオンライン診療がうまく活用できるようにという方向でやってきておりますので、そういう意味では、今、おっしゃられたような中期的なプランがあるということではないというのが現状でございます。

○高橋専門委員 そこが大問題であろうと思っております、さっきの科を俯瞰した制度がないというのも一緒に、変革の時代にどういう医療をつくっていくのかという大戦略を最初につくるべきかと。それに合わせて、今はここまで達成しているべきというものがあるのだと思います。

○厚生労働省（八神審議官） 直接的なお答えになるわけではないかもしれませんが、私ども厚労省の中では、データヘルスを進めていくということで、医療情報をどう取り扱っていくか、これを活用して今後の医療の質をどう向上させるかとか、効率よくするかとか、こういった検討はしてございます。また、先ほど山本からも少し御紹介しましたけれども、健康・医療・介護情報利活用検討会も開催して、今後のこういった医療情報の扱いについて私どもも取り組んでいるところでございます。

○大石座長 私から質問で、診療報酬なのですけれども、基本的にはオンライン診療の医学管理料は対面診療より点数が低く設定されているではないですか。特に対面だったら取れるいろいろな加算とかが一切取れないことも、結果、オンラインでやるとほとんど電話でやったのと同じぐらいの低い点数しか取れなくて、それにもかかわらず、お医者さんた

ちが患者さんを管理したり考えたりする、要するに、その内容自体は変わらない部分もあって、点数だけ非常に低いということが普及することに対するディスインセンティブになっていると思うのです。ここに関しては、今後、どういうふうにされる御予定なのかというのを教えてください。

○厚生労働省（八神審議官） 管理料につきましては、今、御指摘がございましたけれども、私どもとしては、直接対面で行うものに比べれば、得られる情報等にも鑑み、点数としては低いものになってございます。管理料自体の点数ということになりますと、また診療報酬改定の際に、次の改定に向けてこの数字が妥当かということを見ながら検討していくことになろうかと思っております。

○大石座長 八神さん、ごめんなさい。マイクが多分遠いのだと思うのです。ちょっと聞こえにくいのです。私だけかな。

○厚生労働省（八神審議官） 済みません。もう一度お答えいたします。

管理料の水準につきまして、今、御指摘があったようなことでございますが、直接に対面して診療して行うものと比べれば、得られる情報等も異なってくるということでございますので、そこには差がついている。診療報酬の点数につきましては、改定の際に、それぞれの点数、いろいろな情報を集めてまた検討していくことになりますので、この管理料の点数についても、また令和4年の改定に向けて議論があればここで考えていくことになろうかと思えます。

○大石座長 聞こえました。ありがとうございます。

多分さっきの対象疾患の話などで出たのと同じような感じで、一律こういう原則だからというものではなくて、一個一個の性質を見ていって、例えば、管理料の中でも本当に対面と情報量の差があるから、十分に適用できないものもあるでしょうし、そうでないものもあると思うので、個別で見ながら、対面とオンラインと結果として差がないものに関してはもう少し柔軟に考えていただきたいなと思えます。これは意見です。

お答えは要らないので、ほかに、御質問、御意見等はございますか。

お願いします。

○長瀬参事官 座長、中室先生が繋がらないので、メールで御質問いただいています。事務局で、代読というか、申し上げます。

2つ、質問がございます。

1つ目は、オンライン診療の関係でございますが、今回の新型コロナの対応の中では電話で処方箋が出せる旨の連絡はあるのだが、これは平時ではどうなっているのか、平時では電話で処方箋は出せるのかということです。もし仮に電話の場合でも出せるのであれば、電話診療のときの方がオンライン診療で扱える疾患より広く、特に疾患の制限がない。これはどうしてなのでしょう。これが1つ目の質問でございます。

2つ目が、電子処方箋について御質問を頂いています。電子処方箋のガイドラインの中でHPKIを推奨することとされていますが、中室先生のお話では、HPKIカードは、医師が1



万枚、薬剤師は100枚程度だと。また、普及率もそうですし、そもそもカードが必要という前提となっております。そうでありますからには、カードレスでこういった認証ができるようにすることとか、あわせて、短期間であらゆる医師あるいは薬剤師がそういったカードを使えるあるいは認証を得られるという具体策がないなら、今のガイドラインでHPKIを推奨となっているのですが、そういった前提、そういった記述なりをガイドラインから削除してはどうか、そういう考えはどうかという御質問を頂いています。

その2つの質問についていただいていますので、よろしく願いいたします。

○厚生労働省（山本審議官） HPKIの電子証明活用につきまして、今、頂いたところでございます。医師法も、薬剤師法も、医師あるいは薬剤師の処方あるいは調剤の際の記名・押印あるいは署名が義務づけをされております。さらに、安全管理ガイドラインにおきましては、記名・押印、署名が義務づけられた文書については、それを電子証明に替える場合はHPKIをお勧めしている。そのとおりでございます。この辺りは、今回はこういう形で出させていただこうと思っております。その上でHPKIの普及ないしは代わりになるものはどういう策があるのかということは十分に検討していきたいと考えております。

○大石座長 1つ目の御質問について、お願いします。

○厚生労働省（八神審議官） 平時に電話等再診で処方箋が出せるか、今、確認をしております。確認できたら、またお答えします。

○大石座長 分かりました。

御確認いただいている間に、ほかに御質問等がありますか。

お願いします。

○大塚副大臣 大塚です。

今、聞いていて、遅いですね。今度、慢性頭痛が大丈夫そうだから追加しますと、一つ一つ改定のたびに検討してやっているということですが、可能なものを一斉に検討して一斉に加えるというぐらいでやらないと、何年たったら必要なものが全部整備されるのでしょうかということだと思います。

さっきいろいろ企業さんからオンライン診療等の活用等についていろいろ話を聴いている中でもちょっと思ったことではあるのですが、ニーズが具体的にピンポイントで挙がってきたものだけ検討してやっていくみたいな感じになっている気がしていて、厚労省として、包括的に、政策的見地から、この分野はどういうふうに使っていけるかなとか、そういうことを検討する機能はないのだろうか、ないのではないのかなという疑問すら持っているぐらいです。対象疾患は、こういうことも使えるよね、こういうことだったら大丈夫だよということをしつかり検討していくことができているのだろうか、非常に疑問に思っています。本当に検討できているのかどうか、教えていただきたい。

もう一つ、介護現場においても、今、明らかに接触をできるだけ減らしたいということで、特に今のこのコロナの現状ではということになりますけれども、オンライン診療、オンライン服薬指導を積極的に活用されるべきタイミングだと思うのです。そう思ったので、

老健局にいろいろお話をさせていただいて、今度、オンラインで面会をするための機材などを入れるものについて、国から2分の1の補助ができるようにしてもらうことにすり合わせができたところなのです。そういう機材が入っていくとなると、当然その機材を使っているいろいろなことが今後できるようになっていくと思います。そういう前提で服薬指導も含めてどんどん積極的に活用させていくべきではないかと思うのですけれども、さっきも、今回はこれでという話みたいな話が多くて、何が安全性の問題があってできないのかとか、説得的な御説明があまりなかったような感じがしたので、積極的にどうやって使っていくかという観点で考えていただけないのだろうかという質問でございます。

○大石座長 厚労省さん、お願いします。

○厚生労働省（八神審議官） まず、先ほどの電話等再診で処方ができるかということからお答えいたします。電話等再診での処方は、電話等再診自体がやむを得ない場合を想定しているため、個別の事例によるということでございます。

オンライン診療料については、例えば、対象疾患の広げ方とか、一つずつと、そういうものが遅いのではないかという御指摘がございます。私どもは、いろいろな学会を含めてエビデンスを集めて御提案いただいて、有用性が認められるものであれば広げていくということでやっております。その結果、今回に関しましては、慢性頭痛だけがそういう要請があるということで御提案されてきたということなので、狭めたいと思っているわけではないということではございます。

○大塚副大臣 さっき聞いていた話の中で、アルムさんというところから、Joinというソフトを使って、D to Dで脳卒中はできるのだけれども、心臓についてはできないという話をちょうど聞いたところだったのですね。いろいろ議論した感じで、脳については、要するに、学会からニーズが上がってきたから、検討した結果、そうなったのだと。しかし、心臓については、ニーズが結局は上がってきていないので、検討もしていないということなのではないだろうかという話になったところなのですけれども、同じようなことがここでもあるなという気はしてしまっていて、オンラインによって環境が変わった、この中で何ができるかということについては、学会の温度差によらず、しっかりとカバーできるような検討する仕組みなり、厚労省が全体をカバーしてこの学会はどうなのですかということ投げかけたりとか、そういうことが多分できていないのだろうなと思ったのですね。

それをやらないと、本来はできる状況になっているにもかかわらず、個別の学会から上がってこないという理由だけで検討せず、また何年も空振りになるという状況になっているのではないかと思うのですけれども、こういうことをちゃんと検討する仕組み、やり方、体制、あるいは、厚労省側のマインドセットの問題かもしれませんけれども、そこの切替えをしっかりとやっていただかないと、非常によろしくないのではないかという印象を持ちましたので、頑張ってください。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにもございますか。

時間もそろそろ来ているので、こんな感じかなと思うのですが、最後に、私からも、今の副大臣からのもっとスピードを上げて検討していただきたいということは本当に同感です。2月28日の事務連絡、3月、この間のもう一つ、今も検討されているオンライン診療をもっと新型コロナに対応して使えないかという一連の動きの中でも、例えば、今回、せっかくこのコロナ対策として緩和がされたとしても、それがスタートで、各国がようやくどういうふうにしてやるのかということを考えています。オンライン診療に使うシステム機器も、各事業者にヒアリングをかけたなら、準備が必要で最短で2か月後しか入れられませんというところが多いという状況の中で、日頃からきちんと運用して慣れていないと、こういう非常時にも使い得ないという状況があるのです。いつ何があるか分からないということを念頭に置いて、先へ先へと考えて、せっかくある仕組みをよく活用できるようなスピード感で、厚生労働省さんには考えていただきたいと思います。これは意見です。

そういうことで、基本的にはこれで本日の議論を終わりたいと思います。

厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

今日の議題は以上になりますが、事務局の皆さんから何かございますか。

○長瀬参事官 次回以降の日程につきましては、追って事務局より御案内いたします。

以上です。

○大石座長 それでは、本日はこれで会議を終了いたします。

お忙しい中、どうもありがとうございました。