

## 第 14 回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会（持ち回り）

### 【審議における構成員・専門委員からの意見】

- これまで問題ある事例として報告されてきたものは、同一の医療機関が繰り返し行ってきたものなのか、問題ある医療機関が新たに出てきたのか。事例の主体について分析を行ってほしい。

重大なインシデントは報告されていないが、それが「ない」とは言えないのではないかと。報告がなされていないオンライン診療の実態についても可能な限り調べてほしい。

「重症な疾患によるものである可能性のある症状」についても、発熱は 3000 件超、頭痛は 1961 件と決して少なくない。これを防ぐために診察についてのリストが必要だと考える。このリストは「ポジティブリスト」であるべきだと考える。ネガティブリストは、ともすると判断が甘くなる場合があると考える。

（その他）オンライン診療は、医師と患者のための新たな診療形態である。事業者のためのオンライン診療とはならないよう、その仕組みを検討していただきたい

（今村構成員）

- 首都圏の非常事態宣言が延長される状況下では、時限的・特例的な取扱いの要件の遵守の徹底しながら当面電話診療を継続する、との事務局判断は妥当と考えます。電話診療については、新型コロナ感染症の状況次第ではありますが、可能な限り早期に中止し、オンライン診療一本で進めるのが望ましいと思います。例えば死亡リスクの高い高齢者等へのワクチン接種が終了した時点など、電話診療中止のタイミングの目安についてもあらかじめ議論し、認識を共有したほうが良いと考えます。

（袴田専門員）

- 資料 2.3 頁：オンライン診療（電話と含む）を実施している医療機関が低調な要因は何でしょうか？診療所・病院など規模別でも実施率に違いはありますか？

資料 6 頁：人口比でみたときオンライン診療を実施している医療機関数に地域差が見受けられます。オンライン診療に係る地域差の要因を分析しては如何でしょうか？

資料 10 頁：電話・オンライン診療とも 10 代（小児科？）が多くなっていますが、高齢者層の間でオンライン診療が広がらない理由は？対面を続けているのか、受診を控えているのか、どちらでしょうか？（対面診療の年代別との比較があっても良いかと。）

資料 12、14 頁：「過去の診療記録（基礎疾患の把握）がない」状態でオンライン診療を行っている医療機関及び受診している患者の特徴は？

資料 15 頁：診療科別にみたとき、オンラン診療と電話診療の内訳に大きな違いが見受けられないように思いますが、これは医療機関側が電話のみ、あるいはオンラインのみ

の対応になっているからでしょうか？あるいは患者側が電話かオンラインを選んでいるのでしょうか？

資料 24 頁：「医師が医学的に可能と判断した範囲」ですが、電話とオンラインで範囲、頻度に違いはあったのでしょうか？直観的にはオンラインの方が適切な判断ができているようにも思いますが。

(佐藤構成員)

- 資料を拝見しましたが、初診の電話・オンライン診療の件数、傾向にさほど変化が見られないことから、一定の医療機関の対応に留まっているのだと思います。絶対数が少ないことで、リスクの発現率も抑えられているのかもしれませんが、やはり得られる患者の情報が少ない電話による初診については、何か問題が生じる前に廃止すべきだと思います。また、厳正に対処すると記載されていますが、今なお処方してはいけない医薬品の処方や制限を超えた日数の処方がおこなわれています。更に、電話・オンラインで留まり、発熱などの症状でも受診勧奨していない件数が多いことに憂慮します。医療機関による感染予防対策が講じられてきていることを鑑み、少なくとも電話・オンラインのみで診断が付きにくい症状については、できるだけ受診勧奨するような通知を出すなどの対応が必要と考えます。

(山口構成員)

- オンライン診療と電話診療では情報量の差は大きく、対応できる内容や対応した内容も異なってくると思われます。オンライン診療の定義を明確化し、電話診療の扱いとの違いをより進めるべきと考えます。初診については、事前情報の有無等で対応も異なります。今後の調査では、これまでの議論を踏まえた初診の分類についても検討をお願い致します。オンライン診療の研修については、これまでの研修内容に加え、具体的な診察方法等、オンライン診療に特徴的な技術についても盛り込むべきと思います。

(大橋構成員)

- 資料 1-1 掲載の対処方針案に賛成致します。特に、「要件を守らない処方については概ね減少傾向であったが持続している。」とのご指摘の点に関して、違反行為に対する厳正な対処を進めて頂くことに賛成いたします。一方で、違反行為が減少していることや、事故報告を頂いていないことを踏まえ、恒久ルールの作成に当たっては特例措置が一定の適切な歯止めになりつつあることも評価するべきと考えます。なお、二次医療圏外からの受診の点については、専門医の関与、意見を求める場合や、多拠点生活の場合等合理的理由があって、利用される場合もあると考えますので、現時点での二次医療圏内が望ましい、というルールが適切であろうと思われます。また資料 1-2 の 19 頁のように、

実際に、このようなルールの中で、県外等遠方からの受診も十分に抑制されているように思われます。

(落合構成員)

- 二つの視点から意見を述べます。一つは時限的・特例的な取り扱いの調査方法に関するものです。二点目は小児医療の視点からの意見です。よろしくお願いいたします。はじめに、時限的・特例的な取り扱いの調査方法に関して意見を述べます。ですが、私（黒木春郎）は厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療の対応やその影響についての研究」（研究代表者 武藤真祐）に研究協力者として参加しております。その視点も含めた意見を述べます。

まず、調査方法に関してですが、疾患の分類、処方薬の分類を含めた全ての情報は、基本的事項は構造化質問形式で尋ね、WEBでの入力が望ましいと考えます。データ解析にはこれが前提となると考えます。以下、個別の事務局意見に関して、提案（補足）を述べます。（太字は事務局提案です。）（事務局提案を引用して→で意見（補足）を記載しています。）

1. オンライン診療と電話のみの診療では、診断に対する情報量も大きく異なり、対応できる疾患の相違が生ずることは想定される。今回の実績調査結果においてもオンライン診療・電話診療なのかが不明の回答も多くみられている。オンライン診療の定義を明確にし、今後は利用している機能からそれをきちんと切り分けて情報を得て実態を明確に捉え、政策提案する必要があるのではないかと。

補足 → 情報通信機器は日進月歩で次々と新たな器機が市場に出回ってきています。そのためにも、オンライン診療で利用する情報通信機器の基本的な機能の最低限の定義（例えば画像付き機器/システムなど）は必須でしょう。少なくともこの機能をもつオンライン診療のメリット・デメリットを明確にして今後の政策を決定することは意味があり、あると考えます。研究班のWEB調査結果では電話のみを除いた（画像付き）オンライン診療の実施者による回答を分析しています。分析したこの結果は参考になると考えます。

2. 診療形態における初診・再診の定義については、事前の情報がある場合の初診、事前の情報がない場合の初診、再診ではその対応も異なる。これに関しては今回の調査結果でも一部は記載されているが、きちんと切り分けてみていくべきである。9月以降の調査ではこの点は明記されるようになってはいるが、未だ分類が不能なデータも残されている。

補足 → これは構造化された回答形式ではないことも、これに関しては回答形式が構造化されていないことが、分類を不能にしていた要因と考えられました。研究班のWEB調査では、診療形態の定義を、

a) 事前の情報がない初診（過去に自院に受診歴がなく、かつ全く事前情報がない患者の初診）、および

b) 事前の情報がある初診（過去に自院に受診歴がある、または受診歴はないが他院からの情報がある初診）

c) 再診

の3区分とし、構造化した質問として回答を受けました。この分類により今後はデータをとって取得していくことが肝要と考えます。

3. 医療上の安全性の担保の観点から、情報通信機器を用いた診療を行う際の原則の明示の必要性が指摘され、今後のオンライン診療での医療提供体制を構築することは重要である。

補足 → 医療上の必要性、有効性の担保の観点から、オンライン診療に関しての初診、再診での対応、治療方針、安全性等に関して、医師側および患者側の視点からの意識調査を実施することを継続したいと考えます。で、こうした実臨床の観点からより現場目線の議論を行い、今後のオンライン診療での医療提供体制を構築していくことの意義は大きいと考えます。

また、つぎに、データ解釈に関してですが、

・概ね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいこと（資料1-1 p.3）」の提案は、これまでの議論の経緯という点からは理解できますが、すくなくともデータからは

→ なぜ望ましいのかが不明瞭だと思います。データからはこの根拠は導かれていません。今後根拠を明示していくことが望ましいと思います。また、初診への制限に関して、

・データから見ますと、初診を解禁しても利用シーンが限定的であることは明白です。厚労省がオンライン診療をどうしようとしたいのかはっきりしません。抑制的な提案だけではなく、今後は促進的な提案が望まれると思います。

なお、個別の案件になりますが、初診処方薬の制限につきましても、初診の分類によって、制限すべきものと、過去の情報や受診歴から制限の必要がないものと分けるべきだと思います。例えば、花粉症の時期だけ受診される患者さんが、今年初診オンラインを利用したとして、昨年と全く同じ症状で毎年同じ処方をしている場合に日数制限する必要はないのではとも思われます。年に1-2回の頭痛発作しかない患者さんも、初診と

なる場合があります、そうした事例でも初診での処方制限は不要ではと考えます。処方制限は事例によって柔軟に対応したほうが良いと思います。また現状ではこの経過処置によるオンライン診療が常態化しています。急激な変化は混乱を来すと思われます。現在の経過措置が終了した後の体制構築は慎重に行うべきでしょう。

時限的・特例的取り扱いの評価のために、今回の厚労科研を次年度もぜひ継続させていただければと思います。さらには、患者(国民)を対象としたニーズ・意識調査にも意義があると考えます。今回の厚労科研の報告書は後ほどお送りします。なお、今回の厚労科研の暫定的な報告書は後ほどお送りします。

二点目ですが、小児医療の視点からの意見を記載します。小児医療は今、大きな分岐点に来ています。今回の新型コロナ禍では、小児の重症患者は少なかったのですが、病院は感染症をもらう怖いところと言うイメージが国民に芽生え、日常的によく罹患する軽症と思われる疾患では患者は受診しなくなりました。開業クリニックは受診患者数の減少による経営難に陥り、病院小児科では救急患者・入院患者の減少で加算などの施設基準を満たさなくなる問題が生じています。少子化もあいまって、新型コロナ禍が終息してもその傾向は変わらないと思います。

その中で、今回の時限的・特例的な取り扱いによって広がったオンライン診療においては、小児患者の利用が多かったことがわかります。これは決して、保護者の年齢がインターネットやスマートフォンの利用に抵抗のない世代であったことだけが主因と思われるかもしれませんが、それだけが原因ではないと考えます。小児では、過去の診療記録のある患者の診察が8割を越えていることが重要です。つまり、新型コロナ禍の状況においても、軽症であったとしても「かかりつけの小児科医」の診察を受けたいという要望が家族にあることがわかります。そのため、ポストコロナの時代において、オンライン診療は新しい診療形態として「かかりつけの小児科医」に普及していくべきものと考えられます。電話診療は情報量が少なすぎて、時限的・特例的なものと考えますが、小児科におけるオンライン診療は、永続的なものに切り替わっていく必要があります。上記の内容は内科診療にも同様に当てはまります。さらには将来の災害医療対策としてのオンライン診療の体制整備も重要と考えます。

(黒木構成員)

**【意見を踏まえた審議結果（検討会了）】**

令和2年10月～12月の電話診療・オンライン診療の実績の検証について確認を行った。各意見の対応については次回検討会以降で検討する。