

# 11/27 未来投資会議 構造改革徹底推進会合

## 「健康・医療・介護」会合（第8回）

---

### （開催要領）

1. 開催日時：2019年11月27日（水） 15:00～16:45

2. 場 所：合同庁舎4号館4階共用第4特別会議室

3. 出席者：

翁 百合 株式会社日本総合研究所理事長

高橋 泰 国際医療福祉大学教授

志賀 俊之 株式会社INCJ代表取締役会長

武藤 真祐 医療法人社団鉄祐会理事長

黒木 春郎 日本オンライン診療研究会会長

今村 聡 日本医師会副会長

坂野 哲平 株式会社アルム代表取締役社長

### （議事次第）

1. 開 会

2. 関係省庁による説明

3. 有識者ヒアリング

4. 自由討議

5. 閉 会

### （配布資料）

資料1：厚生労働省 提出資料

資料2：総務省 提出資料

資料3：経済産業省 提出資料

資料4：医療法人社団鉄祐会 提出資料

資料5：日本オンライン診療研究会 提出資料

資料6：日本医師会 提出資料

資料7：株式会社アルム 提出資料

参考資料：日本経済再生総合事務局 参考資料

---

(風木日本経済再生総合事務局次長)

定刻前ではございますが、皆様おそろいですので、開始させていただきたいと思えます。第8回「未来投資会議 構造改革徹底推進会合『健康・医療・介護』会合」を開会したいと思えます。

御多忙の中、御参集いただき、まことにありがとうございます。

今回は、オンライン診療を推進する観点から、オンライン診療の適切な実施に向けたガイドラインの見直し状況やオンライン診療に係る令和2年度診療報酬改定に向けた検討状況、ICTの進展を踏まえた技術的な検証、実証事業の現状、オンライン診療を取り巻く医療機器開発など、今後のオンライン診療のあるべき姿について幅広く議論していきたいと考えております。

本日は、有識者として、医療法人社団鉄祐会理事長、株式会社インテグリティ・ヘルスケア代表取締役会長 武藤真祐様、日本オンライン診療研究会会長 黒木春郎様、日本医師会副会長 今村聡様、株式会社アルム代表取締役社長 坂野哲平様に御出席いただいております。

時間も限られておりますので、そのほかの出席者の御紹介につきましては、お手元にお配りしました座席表でかえさせていただきます。

それでは、議事に入らせていただきます。本日はまず、厚生労働省、総務省、経済産業省からの御説明、民間有識者の方々からの御発表をいただき、その後、自由討議をさせていただきたいと思えます。

まず、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

(迫井厚生労働省大臣官房審議官)

それでは、お手元の資料1、厚生労働省の資料でございますが、私、前半はガイドラインの関係で御説明、それから、後ほど医療保険の関係で御説明させていただきます。

めくっていただきまして、タイトル「1. オンライン診療の適切な実施に関する指針見直しの検討状況」ということです。

3ページで、指針の概略で、きょうは時間もございませんので、御案内のとおり、この指針は平成30年に設定いたしまして、その後、1年かけまして検討させていただきました。

見直しの概略をこの後御説明しますが、この指針の概略で「1. 本指針の位置づけ」、これは「遠隔診療」の名称を新たに「オンライン診療」というふうに定義をしたことと、それから、特に「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」につきまして、医師・患者間での情報通信機器を通じて行う診療について分類し、「最低限遵守する事項」に関して診療を行えば、医師法20条に抵触するものではないということと、2. に書いてございます適用範囲とか、そう

いったことに関しまして整理をしながら記述しております。

3ページの下にコンテンツを書いております。個々に御説明しませんが、めくっていただきまして、このコンテンツにのっとりまして、平成30年に設定したものを令和元年4月、1年余の検討を経まして、4ページ、5ページが今回対応させていただいた概略です。これは現場からの御意見を踏まえまして、あるいは実態でいろいろな御指摘を受けまして、議論した後に設定させていただいたものであります。4ページは概略を4つ、それから、5ページに3つ、こんな内容でありますということです。

4ページを簡単に見ていただきますと、受診勧奨とか遠隔健康医療相談等々の実施の関係につきまして、不明瞭な点につきまして、赤字で書いてございませけれども、そういったことを明確にしたとか、その次の2つ目ですが、原則、初診対面診療になっておりますが、その例外につきまして、さらに明確にするとともに、一定の弾力化を図っているということでございます。

それから、禁煙外来以外の検討につきましても拡充させていただいて、これはかなり報道されましたが、緊急避妊薬も含めて整理をさせていただきました。それから、現にオンライン診療を行っている場合についてのより弾力的な対応についてが、一番下でございます。

5ページで、それから、現実の世界としてもう一つ指摘を受けましたのが、医師、それから、患者さんのお二方だけではなくて、現地でさらに看護師あるいは医師と診療対応しているケースが現実にはございます。そういった場合について、もう少し弾力化できないのか。そこには加えて D to P with NとかD to P with Dということで、現場診療の実態に即して整理をさせていただいたということがございます。

5ページが一番下は、今後こういったことを普及啓発していくに当たりましても、現場の方々に一定程度理解していただく必要がありますので、研修を受けていただくことについても義務化をしているということでございます。

6ページ、7ページで、幾つか御指摘いただいたものの中で、今後の対応を含めて整理しております。

2つ整理をさせていただいておりますが、6ページは「地方の過疎地域等における緊急時のオンライン診療」でございます。これは実際に事例がございましたけれども、初診の定義で、遠隔地、地方で対応した場合について、このような問題提起をされまして、想定されるケースとしまして、ここに離島・僻地等で医師が少ない地域においてというケースでございます。そういった場合に、高齢者が車で運転困難だということで、地方では実際には受診が困難なケースがありましたので、ここに記載されているような、診療の拡大・弾力化を図れるよう、対応をいたしました。

もう一つ、例で書かせていただいております7ページ、D to P with Dということで、患者さんが医師といる場合のオンライン診療については、もう少し弾力化していいのではないのかということで、真ん中に書いてございますけれども、例えば遠隔からの高度の技術を有する医師による手術等につきまして、適用対象でありますとか、提供体制、もう一つ、機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する、これは専門医の診療でございますけれども、こういった適用対象や提供体制について弾力化したらどうか。こういった結論を得たところでございます。

ガイドラインについては以上でございます。

(八神厚生労働省大臣官房審議官)

続きまして、私、厚労省保険局審議官の八神と申します。よろしく願いいたします。

「2. オンライン診療料見直しの検討状況」で、続きまして、9ページからの資料でございます。

まず「診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）に係る評価」というふうにタイトルが書いてございます。

この赤枠で書いてございますが「情報通信機器を用いた診察」で、患者と離れた場所から診療を行うということで、前回、平成30年度の診療報酬改定の際に、オンライン診療料、オンライン医学管理料等が、対面診療の原則のもとで、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上、評価をするということで認められたわけでございます。

10ページが「オンライン診療料の新設」でございます。

一番下に表のようになっております。オンライン診療料が算定可能な患者さんということで、特定疾患療養管理料、地域包括診療料等々が書かれておりますが、例えば疾患でいいますと高血圧、糖尿病とか、あるいは認知症とか、在宅医療を受けている方とか、悪性新生物とか、さまざまな疾患が対象となっているところでございます。

少し上のほうを見ていただきますと、その表の上ですけれども、オンライン診療料が算定可能な患者さんで、当該管理料を初めて算定した月から6か月以上経過した患者さんであるとか、あるいは施設基準の2番目のところで、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等々の要件がかかっているところでございます。

次の11ページが同様に「オンライン医学管理料の新設」で、算定要件等は省略いたしますが、その下にオンライン診療料等の算定回数ということで、青と赤のグラフがございまして、平成31年3月のところ、表のグラフの一番右で、オ

オンライン診療料が108回、オンライン医学管理料が62回ということで、なかなか回数として、今、この程度でございます。また届出医療機関数、病院、診療所とございますが、65病院、905診療所といった数字になっているところでございます。

12ページをごらんいただきますと、今、中央社会保険医療協議会でオンライン診療料について、また検討しておるところで、平成30年に診療報酬改定を行った。これについての検証をしている中で出てきた資料でございます。

箱の中に書いてございますが、治療上の必要性のためオンライン診療の適応となり得るが、診療報酬の要件を満たせないために算定できない患者さんにつきまして、満たせない要件、なぜ満たせないのかということを見ますと「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること」が満たせない患者さんが最も多かった。この要件が厳しいのではないかという御意見が中央社会保険医療協議会の中でもまた議論をされているところでございます。

13ページからで「学会によるICTの利活用の取組・検討の状況」で、13ページ、それから、14ページにかけてでございますが、学会が関係するICTの利活用に関して取り組みを尋ねたところ、この下の棒グラフであります。検討委員会の設置ですとか、研究事業等々、ICTの利活用を検討する意味で一定の取り組みが行われているところがこのグラフにあるところでございます。

また、14ページに参考とあります「ICTの利活用を診療ガイドライン・指針に組み込むことに対する考え」ということでは、ICTの利活用について、右のほうですけれども、主な意見で、例えば専門医が少なく、地方において適切な医療を受けられない領域があるといった場合に、こういったICTの利活用が必要であるといった意見。あるいは真ん中のところすけれども、対面診療が基本であるとするため時期尚早であるといった意見と、学会の中にも両方あるということでございます。

15ページであります。こういったことも踏まえて、今、中央社会保険医療協議会で議論を行って、論点ということで、ここに3点、整理をしております。

1つ目ですが、オンライン診療の実施状況ですとか、指針、調査結果等を踏まえて、対面診療と組み合わせ有効・安全に活用するために、医療資源の少ない地域とそれ以外の地域のそれぞれにおいて、現行の算定要件や施設基準をどう考えていくかが一つの論点になって、先ほどの要件などをどうしていくかが論点になっていることが一つでございます。

また、対象疾患に関連しましては、生活習慣病や難病領域における調査結果等を踏まえ、要件をどう考えるか。また、現在対象となっていない疾患領域におけるオンライン診療の利活用については、学会から提出された医療技術評価提案書のエビデンスを踏まえ、引き続き検討してはどうか。学会の中でもいろ

いろ検討がされている。ここでエビデンスが出てきたらということで、また私どもも考えていくことではないかということでございます。

3点目、オンライン診療の適切な実施に関する指針における、主治医等のもとで遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、どう位置づけを考えるかといった論点で、まさに今、令和2年度の診療報酬改定に向けて御議論をいただいているところでございます。

私から、状況の報告は以上でございます。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

続いて、総務省から説明をお願いいたします。

(赤澤総務省大臣官房審議官)

総務省でございます。お手元の資料のほうで御説明をさせていただきます。

私ども総務省でございますが、まず1ページ目で、平成30年度、昨年度の実証ということで、オンライン診療モデルの構築に向けた実証を行っているところでございます。

こちらに書いてございますように、厚労省さんの指針やオンライン診療料等々の診療報酬の新設がなされましたので、主に技術的な観点から、安全かつ効果的なオンライン診療実施モデルを構築するための実証等を実施したということでございます。

2ページ目をごらんいただけたらと思います。地域実証の各フィールドの概要でございます。異なる性質を有する4フィールドにおきまして実証を行わせていただきました。

最初が都市部ということで、福岡県福岡市でございます。オンライン診療の適用となる主要パターンを網羅的に洗い出し、診療から処方、服薬指導までの一連のプロセスの実証を行うということで、一部患者につきましては特区での遠隔服薬指導も実施しているということで、インテグリティ・ヘルスケアさんをお願いして一緒にやらせていただいたというのが一つでございます。

それから、先ほど厚生労働省のほうの話にもございましたように、D to P with Nということで、訪問看護師が患者様のそばにいて、機器の設定もしくは体の状況等も見るという形でのオンライン診療につきまして、茨城で2番目でやらせていただいているところでございます。

3番目が職域連携型実証で、生活習慣病の慢性疾患管理、具体的には糖尿病で、糖尿病につきまして、職場との連携を図った上で、仕事と治療の両立に資するオンライン診療モデルの検証を実施させていただいております。

4番目が施設型実証で、これは介護施設、介護つき有料老人ホームであります。この中で療養を行っている患者さんを対象に、家庭用テレビやIoT機器等を活用した施設型の遠隔在宅診療モデルをやらせていただいたところでございます。

3ページ目が地域実証の結果で、患者アンケート、医師ヒアリングによる有効性評価ということでございます。

まず、患者側の評価で、時間が効率的に使えたとか、受診の身体的な負担が軽減されたとか、医師と問題なくコミュニケーションがとれたとか、おおむね肯定的な御評価をいただいたと考えております。それから、満足度、オンライン診療の利用意向につきましても高いものがあったというふうに考えているところでございます。

一方、医療機関側の評価で、まず、行政的な観点から申し上げます、画質や音声などの精度は現行のシステムでも十分であるというふうに評価を得られていると考えております。

それから、対面診療の補完的役割を果たすことができることや、通院負担を低減することで治療の継続率が向上するのではないかとといった御意見。それから、患者家族や自宅の様子を医師が確認することができますので、そういう意味で診療の質の向上に寄与するのではないかとという医療機関側、お医者さん側の御意見もいただいているところでございます。

引き続きまして、4ページをごらんいただきたいと思っております。4ページも引き続き、本年度、主に技術的な観点から、オンライン診療の実施モデルを構築するための実証等を行っているところでございます。

3つ行っておりまして、1つ目がバイタルデータを活用した勤労世代の糖尿病等疾病管理で、糖尿病の患者さんが日々の自己管理を行うことで、患者個人が計測したバイタルデータをPHRとして管理できる仕組みと、医師がそれをオンライン診療時に活用することで、その有用性等を検証するというのが一つでございます。

2番目が鹿児島県の徳之島という離島で行うもので、訪問看護と在宅医療の連携ということで、これもD to P with Nということでございます。訪問看護師が訪問看護時にタブレット端末やIoT機器を持参して、オンライン診療を支援して、有用性等を検証するのが2つ目。

3番目で、こちらは既にやられている話なのでございますが、瀬川記念小児神経学クリニックさんのほうで、小児神経疾患でございます。近辺に専門医がいなくて、ここのお医者さんを非常に頼りにしているということで、遠隔地の専門医の通院負担が大きいというケースでございます。このような患者を対象にしたオンライン診療の運用面、有用性等について調査を行わせていただい

いるということでございます。

お手元の資料、最後の5ページで、きょうの表題はオンライン医療と書かれておりましたので、参考までに今年度の私どもの、むしろD to D、Doctor to Doctorの調査研究について、若干御紹介させていただきます。

Doctor to Doctorの遠隔医療につきましても、地域医療の確保や医師の不足等への対応のために重要なツールとなるのではないかと考えておりました、そちらに書いてある4点の調査研究等をやっております。

1つ目が、遠隔医療の現状調査や課題等の整理。

2番目が、脳卒中等の循環器疾患についての遠隔救急支援、それから、遠隔から医師が医師をテレビ会議システムを通じて支援する遠隔コンサルテーションについてのモデルの策定。

3番目が5Gでございます。私ども総務省では5Gを推進しておりますが、超高速・大容量、超低遅延、多数同時接続の特徴を持った5G、それから、4K・8Kといった高精細映像等を遠隔医療にどうやって活用するかといった課題。どういことが一番有効なケースがあるかというあたりについての整理を考えさせていただきたいと思っております。

あとは、病理診断関係、それから、遠隔手術支援関係について、若干の実証等を行っている状況でございます。

私からは以上でございます。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

続いて、経済産業省から説明をお願いいたします。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

それでは、資料3に基づいて御説明をさせていただきます。

ただいま既に両省からほとんど話はあるのですが、経済産業省のほうからはオンライン診療がいいとか悪いとかというよりは、むしろこうした技術を使っていろんな課題が解決できるという観点でお話をさせていただきたいと思っております。

1枚めくっていただきまして、オンライン医療といいましても、相談、受診勧奨、診断、いろいろありますが実は事業者例のほうをごらんいただきますと、本来であればもちろん、お医者さんにやっていただいたほうがいいのですが、なかなかそうはいきません。

特に左上にありますKids Public、つまり妊娠中だとか子育て中のお母さん。この不安をどう解消するのか。実際、個人的な経験もありますが、産んだ直後



は大体、お母さんは孤立します。そもそも、相談する相手がいないので、不安だけが異様に募ってくる。そういうものに対して、こうしたネットワークを通じることによって、いろんな健康相談から不安を解消してあげる。大体、鬱病になるお母さんは多いのですけれども、つながっていることは非常に有用だということが一つです。

その下のインテグリティ・ヘルスケア。これも後で出てきますが、実は私も、厚労省と一緒に健康ケアをやっているのですけれども、健康診断までは行くのですが、その後に行けないということが実際にはあります。そうするとやはりそうしたことも、その次なるステップに向けて、いろんな取り組みにこの情報通信技術を使うことは必要だと思います。

それから、右上のアルムさんです。これは介護現場で、これもできればお医者さんに常駐していただいたほうがいい。常にやはり相談したいことはあるのですけれども、こうしたものを、アルムさんに後でまた別のところの発表があると思いますが、そうしたニーズに応えていくためには、この情報通信技術は非常に有効であります。

そして、その次の2つです。七福神さんと、先に下のWelbyさんのほうをお話しします。これは実際にお医者さんに使っていただいている、特に生活習慣病は、病院に来て、診察してもわからないのですが、逆に言うと、ふだんの生活の情報がわかれば、非常に簡単に診察ができます。これを使っているのですけれども、やはり今の医療ではとれないデータを、的確にその病院につなぐことによって、逆にこれは本人も自分でわかります。

上の七福神でございますが、これは先に次のページをごらんいただきますと、いわゆる勤労世帯の医療アクセシビリティを向上する。実際に福岡でやっていただいていますけれども、受診行動につなげるときに、やはり半日あけて病院に来ないと話にならないので、そういったものをこうしたネットワークを通じることによって進めているものでございます。

その次の3ページ目で、実際に本人への注意喚起等を、コンピューターを使って、AIを使って効果的にやれば、お医者さんの負担も軽減される。そして、その重症化を予防することができるという形で、これも第2弾の、これは多分、世界で初めてのAIがつかれると思いますが、これはやはりお医者さんに使っていただく。それをいいものにして、まさに生活習慣病中心の世界に対しては効果的に使おうというものでございます。

ちなみに実は、私も医療系ベンチャーのピッチコンテストをやっているのですけれども、最近、ほとんどの提案はお医者さんから来ます。つまりお医者さんが、先ほど総務省さんからありましたように、お医者さんも自分一人で判断するのはやはり怖い、不安だとかがありますので、瞬時に医者ネットワ

ークを使うことによつて的確にやりたいというのが一つ。

子育てで一旦、第一線を離れられた女性のお医者さんたちが社会に活躍するために、こういう情報通信技術を使って、みんなで、チームで医療を見ることになると、非常にいろんなことができるようになるだろうということで、そうした、単にこの1回の診療云々というよりも、あらゆる面でポテンシャルを上げる可能性があるというものでございます。

その次の4ページで、実は前の根本大臣のときに厚労省と一緒にあって、まさに未来、時間的、空間的な制約を縮める技術だということで、未来イノベーションワーキンググループで議論をいたしました。そういう点では、この中でまさに2040年という先なのですけれども、そこに向けて、いろんな制約をこうした技術で乗り越えることによって、医療サービスそのものが進化していくであろうというものでございます。

その次の5ページがそのイメージで、今、申し上げたように、単にお医者さんが診るだけではなくて、そうした技術をうまく使うことによって医療そのものを進化させる。

最後の6ページは、空間的なまちづくりの中でそうしたものを生かしていくことで、さらなる安心を提供できることを目指そうというものでございます。

私からは以上でございます。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

次に、医療法人社団鉄祐会理事長、株式会社インテグリティ・ヘルスケアの武藤様から御発表をお願いいたします。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長)

きょうはお呼びいただきまして、ありがとうございました。私は「ICTを活用した医療の方向性について」ということで、少しハイレベルのお話をさせていただいて、具体的に今のオンライン診療の現状については、この後の黒木先生から御発表があらうかと思ひます。

おめくりいただきまして、ここは「オンライン診療の基本理念」ということで、指針にも書いてある内容だと思ひますが、改めて3つ書いてあったものを持ってまいりました。

1つ目は、患者の日常生活の情報を得ることによつて、医療の質のさらなる向上に結びつけていくこと。それから、医療を必要とする患者に対して、医療に対するアクセシビリティを確保し、よりよい医療を受けられる機会をふやすこと。患者が治療に能動的に参画することにより、治療の効果を最大化する

こと。このように理念が掲げられているわけでありませう。

それから振り返ってみますと、今のオンライン診療がこういった3つの理念にどれくらい寄与しているかといったところは一つのディスカッションポイントであろうかと思いますが、正直なところ、まだまだ十分には達成できていないとしか言いようがないと思っております。

おめくりいただきまして、先ほど総務省の実証事業もいろいろとデータをとるところに動いていると見させていただきましたが、究極的には今の生活習慣病、もしくは慢性期の病気が中心の現代においては、患者さんが参画することによって、個別的な医療、その患者さんに適切な医療をどう提供していくのかは、これはオンライン診療に限らず、医療の一番重要なところではないかと思っております。

ただ一方で、忙しい外来の中でなかなか患者さんの状況がわからないという現状がございますので、それを補うために、いかにオンラインを使っていくのか。その中では、このようにモニタリングですとか、問診、コミュニケーションが大事となります。コミュニケーションの一つのあり方として、ビデオで話すことを私は位置づけております。

おめくりいただきまして、これは幾つかの例を持ってまいりました。今お話ししたように問診、診察、それから、コミュニケーションがうまく組み合わされますと疾患を管理することに役に立つのかといった事例でございます。私も、今、およそ10を超えるような医療機関・病院等にシステムを提供しております、IRBを通しての臨床研究を進めているところでございます。その一つの例として呼吸器内科で使われておりますものを御紹介いたします。

COPDというのは、御存じのように、喫煙を長くしていた方が最終的になってしまう非常に苦しい病気ですが、このCOPDの患者さんに対して、御自分で症状の記録や、それから、何かあったときにデータを入れていただいております。つまり、定期的にかかっている患者さんが、その受診の間の日常生活の症状をオンラインで、御自分で入れていただいて、可視化して、医師に伝えていく。医師は今まで、大丈夫ですかとか変わりないですかといった中でしか情報を得られなかったわけですが、これを見える化することによって、より具体的・個別的な医療を提供できる、もしくは患者さんのリテラシーを上げることができるのではないかと考えているわけでございます。

おめくりいただきまして、これが一つのイメージ図、実際にやっているものではございます。

COPDは病状のスコアがございまして、8つの質問から成る質問を答えていただくと、このような形で経時的に今の状況が見えてまいります。この状況を見た上で、患者さんと実際に診療を行う、もしくはオンラインで診療を行う。つ

まり、ビデオで話しているだけであれば、そのときに情報をやりとりするだけになりますので、実は余り外来とさほど変わらない、もしくは劣後してしまうといった御批判があり得るわけであります。

おめくりいただきますと、これは一つの症例ではあるのですが、このCOPDのスコア、上が、大きいほうが悪いということになりますが、このように定期的に入れていただいていると、あるとき、26点という状態が悪くなりました。実際に来ていただくと、やはり喫煙をして、もう一回また悪くなっていた。ここに対して改めて禁煙指導を行っていたところ、症状は改善をされて、そして服薬の変更につながった。このような事例でございます。

こういったものも、患者さんの日常的な情報がわからないとなかなか、このようにきちんと受診してもらい、もしくは薬剤を変更するといったことが難しい場合もございますので、このように医療、患者さんの状態が見えることによって医師の意思決定を支えることができた例でございます。

おめくりいただきまして、今度は、私も循環器内科医ではありますが、心不全の例をお挙げしたいと思います。

心不全というものは、入院をして安静にしたりお薬を使うと一旦は、改善はするものの、再び退院しますと、かなり自由な生活を皆さんが送られて、悪くなってまた入院ということを繰り返しながら最後は亡くなっていく。心不全パネミックと言われるように、これから非常にふえる病気と言われていています。心不全の患者さんは、特に退院をされた一定期間、厳密な管理をすることによって、新しい生活になれ、増悪を防げる。このようなことがアメリカでも、海外でも広く行われているところでございます。そこで、このシステムによってコメディカルのチームも導入しながら早期発見・早期介入はできるのではないかと。退院時にモニタリングをし、自宅療養の中でデータを入れていただいて、来院時にまたそれを振り返りながら患者さんへの指導を行う、もしくはオンラインで行う。こういったことが実際に可能でございます。

おめくりいただきまして、今度は呼吸器外科の例でございます。

がんの患者さんが今後ふえていく中で、治療を行って、その後、退院をされていく。ただ、退院された後に、抗がん剤の治療を行ったり、もしくは手術の後遺症などが出る場合がありますので、退院をされた後の患者様に対して、さまざまな症状、データを入れていただくことで、チーム医療で早期発見・早期介入ができる。そのようなことが現実にできております。例えば、これは今、聖路加病院と一緒にやっておりますが、患者様、そして医師からも有用であるといったコメントをいただいております。

最後の事例で、腫瘍内科であります。

抗がん剤の治療が在宅で行われることがふえているわけではありますが、一方

で激しい副作用が起こるような薬も多く見られてございます。こういった副作用を早目に見つけて、そして他剤に変える、もしくは対応することが、がん治療にとって非常に有益であることは、がんの治療を行っている医師であればすぐわかるわけですが、実はそれがなかなか在宅に戻るとわからない。このような現状がございまして。こういったものも、自宅に帰ってもモニタリングができれば治療継続に有用であることがわかってまいりました。

以上、まとめになりますけれども、私が申し上げたいICTを活用した医療の方向性は、今後、人口動態、社会環境、疾病構造等が変わっていく中で、よく言われますが、4つのP、Prevention、Personalized、Precision、Proactiveです。こういった治療を、実際にテクノロジーを使うことで可能になっていくのではないかと。このコンテクストの中で、この医療のICT化、オンライン診療というものを見ていけばいいのではないかと考えています。

やはり、この三方よしといいますか、患者さん、医療従事者、地域社会にとって、いかにいいものかを考えていくか。患者さんにとっては、ケアの享受、安心感の醸成などがあるでしょう。医療従事者にとっては、医療資源の適正化、タスクシフティング。それから、地域社会にとっては、安心できる医療環境や働き方改革の促進など、それぞれのメリットをいかにうまく組み合わせていくかということが求められるかと思っております。

最後になりますけれども、今後、オンライン診療、オンライン疾患管理が発展するに当たっては、この3つの点が重要ではないかと思っております。

1つ目は、先ほどのお話にもありましたように、医学的なエビデンスの創出。ただ、厳密なエビデンスを求めますと、そもそもオンライン診療の利用数が少ない中でエビデンスは出せないわけでありまして、ある程度はやはり広げていきながらエビデンスをきちんと出していくところを国としても学会としても支援されていくのがよいのではないかと考えています。

もう一つは経済合理性の提出でありまして、社会保障費が上昇していく中で、それぞれのプレーヤーにおいて、この経済的な合理性がどこにあるのかといった観点がないと、お金を単にどこにつけるかという話になりますので、ここは中長期的にも考えてやっていくべきであると思っております。

最後に、オンライン疾患管理です。こちらの概念を普及していくに当たって、診療報酬の検討や、ガイドラインの策定も含めて、まずは検討を俎上にのるような環境をつくっていただければと思います。

私からは以上です。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

続いて、日本オンライン診療研究会の黒木様より御発表をお願いいたします。

（黒木日本オンライン診療研究会会長）

御紹介にあずかりました黒木と申します。きょうはこのような機会をいただき、まことにありがとうございます。

早速ですが、私が入り入れ、取り組んでまいりましたオンライン診療について、私の臨床の現場の医師の視点から紹介報告、またその中で幾つか、ちょっと問題点を課題として提案できればと思いますので、よろしくをお願いいたします。

私は、2005年に千葉県いすみ市というところでクリニックを開業いたしました。人口は4万人を切っている。年少人口、年間出生は少なく、高齢化率の著しい地域です。

私のところ以外に小児科医の専門医を常勤で有する施設は30キロ圏内にありません。二次医療施設は50キロ先であります。

私は千葉市の在住なのですが、こういうところでプライマリーケアの小児の医療を一つ、モデルをつくってみたいと思ひまして、開業いたしました。

きょうはオンライン診療を御理解いただくために、動画を準備いたしました。

これは2016年、ちょうどオンライン診療を当院で取り入れたころに、NHK総合テレビ『首都圏ネットワーク』の方が取材に見えていただきまして、私の患者さんの御一家が取材に答えていただきました。

では、動画をお願いいたします。3分間ほどです。

（動画上映）

（黒木日本オンライン診療研究会会長）

ありがとうございます。

続いて、実際の当院での事例を幾つか御紹介いたします。

最初のお子さんは、今、取材に御協力していただいた方で、オンラインに導入する前まで、ぜんそく発作で救急受診を頻回に繰り返しておりましたが、ある程度、状態を安定させて、オンライン診療を導入することで長期管理が成功しました。現在では、この方はぜんそくの治療は終了しております。

6歳のお子さんで、複数のアレルギーを有していらっしゃいます。食物アレルギーとアナフィラキシーを有しておりまして、この方の近隣では、このお子さんを診療できる診療施設はないと言われて、御実家が当院の近くでしたので、帰省されているときに当院を受診され、当院である程度コントロールしてからオンライン診療を導入しております。現住所ではオンライン、帰省したときには対面診療として診療を継続しております。

12歳の神経発達症の男の子です。神経発達症、発達障害は、もはや非常によ

く見られる、いってみれば現象ですが、小学生が通院のために学校を休むことには抵抗があります。安定後にオンライン診療を導入しました。

この方でも気がついたのですが、テレビ画面でお子さんと会話していると、お子さんは非常にリラックスして、画面上で遊んでいるような感じです。そうすると、そういった姿はクリニックの外来では見られないものです。これは私もオンライン診療を始めてみて気がつきました。先ほどの双子のお子さんもそうです。それから、武藤先生の御発表にもありましたが、これで考えると、オンライン診療はやはり外来診療とは異なる情報の質を与えてくれるものであると言えると思います。

重度心身障害の方で、全介助が必要で、通院には大きな負担が必要です。医療の継続が必要でして、この方にオンライン診療を導入いたしまして、大変感謝されました。

ちょっとここで診療スタイルの流れに注目して、典型的な想定例を少し考えてみました。

まず、例えばA君の13歳、注意欠陥多動症として、オンラインと外来で継続して、途中でインフルエンザという急性疾患に罹患すれば、それは外来診療していただく。そして、また通常の診療に戻りますが、例えば部活で骨折してしまいましたら、他院の外来を受診する。このようにして、通常の診療を外来とオンライン、そして別の疾患に罹患すれば、その都度、対応できる。こういうことが想定できます。

これは、ある程度、年長の重度心身障害の方を想定いたしましたが、通常、在宅医療を入れているとして、外来、在宅で、訪問看護も導入している。そこにオンラインを導入します。もし熱が出ましたら、在宅の訪問看護師さんが診て評価して、必要であれば外来に来ていただく。そして、尿路感染とか肺炎とか、入院が必要になれば、そこは入院していただく。このようにして、在宅、入院、外来、オンラインという、この診療形態を組み合わせることができます。

これは高齢の方を想定しましたが、例えば生活習慣病で管理している方が悪性疾患を発症した。当初の管理は外来、オンライン、外来。悪性疾患を発症してしまったら入院で、その後、在宅訪問。それから、もし入院が必要な状態になりましたら、外来治療など、必要であれば入院。このような想定ができます。

今の想定例をお示ししましたことは、つまりオンライン診療というのは、この適用というのは疾患別ではなくて、そのときの患者さんの状態によるということです。つまり、オンライン診療はこれまでの入院、外来、在宅。それに続く第4の診療概念である。こういうふうに考えています。したがって、患者さんと医師が同意を得て、この人は今、あなたはこの状態なら入院だろう、この状態なら在宅でいい、この状態であればオンラインを導入できる。このように

医師が判断する。そういう診療形態であろうと考えます。

これは当院でのオンライン診療患者さんの分布なのですが、当院の日常診療の患者さんをオンラインで導入しておりますので、患者さんの分布は当院の診療圏であります30キロから50キロぐらいです。ちょっと医療過疎地域なので、診療圏も広いのです。

疾患も、アレルギー性鼻炎、気管支ぜんそく、アトピー性皮膚炎と、要するに日常診療で診る疾患が多くなっております。私は2016年に導入しまして、当時、電話再診で行っていましたが、暫定処置として今もこういった患者さんをフォローしております。年齢は4歳から15歳ぐらいで、利用数は、やはり現在の診療報酬体系ですと、新規の患者さんの導入は非常に少ないのが現状であります。

以上、総括いたしますと、オンライン診療というのは外来診療の補完・代替ではなくて、やはり独立した新しい診療形態である。幾つか今まで御発表がありました、それまでの診療とはやはり得られる情報の質が異なる。これを一つの前提として、新しい疾患概念、独立した疾患概念としてオンライン診療の適用をどう考えるかという、こういう議論の枠組みが必要であろうと考えております。

私は昨年4月に、オンライン診療を保険診療で行っている医師の集まりとしてオンライン診療研究会というものを立ち上げました。今まで2度の全国研究会と3度の小さな勉強会を重ねております。今度の12月8日にも全国の研究会を行います。これは保険診療で行っている医師にアンケートしたのですが、保険診療を行っている医師でもオンライン診療の頻度は非常に少ないというものです。

先ほど資料にもありましたが、現在の保険診療の中で、診療報酬の中にオンライン診療料とオンライン医学管理料が組み入れられておりますが、この疾患の制限があるということ。ほかにも幾つか制限があります。これによって、健保連の調査によれば、2100万件のレセプトのうち、オンライン診療料を算定したのは39件。現状では、保険診療の中でほとんどオンライン診療は使われていない。これが見てとれます。

以上、問題点をまとめますと、現在、保険診療の中では、オンライン診療はほとんど算定されていませんし、そうである限りは、日常診療の中でオンライン診療が使われることは現状では困難であると思います。しかし、オンライン診療を普及して、その真価を発揮するには、やはり保険診療内で普及させることが必要と考えます。

オンライン診療といいますのは、武藤先生からの御発表もありましたように、患者志向の個別医療の医療です。これを保険診療内で普及することが本来の有



効性が発揮できることでありますし、これがオンライン診療をめぐる現在の課題だろうと考えます。

以上です。御清聴ありがとうございます。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

続いて、日本医師会の今村様から御発表をお願いいたします。

(今村日本医師会副会長)

今村でございます。お招きいただきまして、ありがとうございました。

現在、中医協でさまざまな診療報酬改定の議論が始まっておりまして、オンライン診療につきましても議論がこれから深まっていくと思っています。私も中医協の委員でもありますので、その点も踏まえまして、ちょっとお話をさせていただきます。

今さらながらの話で、皆さんも十分御理解いただいていると思うのですが、改めて、遠隔医療とオンライン診療の区別、あるいは自由診療と保険診療の話ということで、ちょっと簡単に御説明だけさせていただきます。

遠隔医療は、従来言っていたような情報通信機器を活用した健康増進であったり、医療に関する全ての行為を含んでいるわけですが、オンライン診療はもう少し限定的で、遠隔医療のうちの、医師と患者間、それから、リアルタイムで情報通信機器を通して診察・診断、診断結果の伝達、そして、処方等の診療行為を行うことを、「オンライン診療」といっているという前提になります。

3ページ目です。まず遠隔医療が一番大きな集合になっていて、情報通信機器を用いた医療に関する行為に医師対医師や医師对患者も全て含んでいるということになります。

この中で、いわゆる保険診療と自由診療があるということです。例えばD to D、Doctor to Doctorのいわゆる遠隔医療も保険診療、自由診療があって、こういう区別になっている。さらにオンライン診療と言われているものは保険診療も自由診療もあって、なおかつ医師对患者のリアルタイムだということです。

ガイドラインにつきましては、保険診療、自由診療ともに適用されているということになります。このガイドラインは保険診療の、後でもちょっとお示しますが、施設要件になっています。算定要件が別についているので、保険診療の場合にはその施設要件、つまりガイドラインに書かれていることも条件になっているし、それとはまた別途、別の算定要件も入っているということになっています。

これも皆様方、十分御承知のことばかりですが、これからの社会はいわゆる

超高齢社会になっていきます。そして、さまざまな人の偏在、これは医師、医療者も含めてですが、偏在が起こってくる。これから人口減少社会ということで、2045年には人口が大きく減るわけですが、極端に東京と地方によっては大きな違いが起こる。私も大学が秋田なので、消滅県と言われていますが、極端に人口が減るという社会にあります。一方、高齢者の増加の地域差も非常に大きく、都市部で非常に増えてくるということがあります。6ページのように極端に高齢者の増え方も違うということです。

また高齢化のピークは、日本中で相当に大きな地域差もございます。さらに、医師も高齢化していくということで、65歳以上の割合の医師がどんどん増えていく状況にもあります。今、医師の養成については、医学部の定員を増やしておりますが、それでもやはり高齢化が進んでいく状況にあります。

医師数そのものは十分でも、偏在が起こって、地方における医師の減少が始まっているという社会にあります。日本は今まで医療へのアクセスが、世界中を見ても極めてすぐれている国であったので、対面が当然のことながら原則ということがあるわけですが、今お示したように、これから本当に、ありとあらゆる地域で医療へのアクセスが今までのようには得られなくなってくるおそれがあるという危機感を持っているところです。人口減少社会においても、引き続き患者さんへのきちんとした医療へのアクセスを維持することが、本当に大きな課題だと思っています。

次に、保険診療におけるオンライン診療についてお話をさせていただきます。平成30年度の診療報酬改定でオンライン診療料が新設されました。実は今まで物すごい数のオンライン診療が行われているのに、“電話再診”ということで処理されていたので、実態がまるで見えない状況でした。その中で、実態がどうなっているかということをやはり明確にするために、電話再診とは区別したオンライン診療料が設定されたと思います。

12ページの上が算定要件で、青く囲ってあるところがガイドラインにかかわる施設基準となっています。青字で書いてあるのが代表的な要件ですが、これは大変厳しくて、なかなか利用されないという御指摘もいただいているところだと思います。

もう一点、13ページです。診療料以外にオンライン医学管理料が一月につき100点で、これについても上にある算定要件、それから、下の青字でくくってある施設基準があります。これはガイドラインの部分があるということです。これも、青字で書いてあるところが要件の代表的なものです。

一番下の算定例を見ていただきますと、対面診療と対面診療の間にオンライン医学管理、オンライン診療があるということで、ずっと連続してオンライン診療を継続することは認められない状況になっています。

14ページは、医療資源の少ない地域における実施状況ということで、ここでは医療資源の少ない地域に所在する医療機関のほうが届け出あり実施ありの割合が高かったわけです。余りこれはそれを言えるほどの大きな有意差があるとは思えませんけれども、先ほど黒木先生も御発表なされたように、どういうところで診療しているかという、やはり地域性というか、そういうニーズがあるのかどうかということ是非常に大きな影響で、特に医療資源の少ない地方においてはこういったものが必要になってくると思っています。

15ページです。1年ごとにガイドラインを検討することになっていて、今回の令和元年7月に改訂された指針の中では、一番上にありますように「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、離島・僻地などで医師の急病時等やむを得ない場合に限り、患者の同意と事前の医療情報の共有を行った上で、二次医療圏内の他の医療機関の医師が、初診からオンライン診療を行うことが可能とされました。つまり、初診は対面原則ということを見直したことになります。

これは、実は秋田県の過疎地で開業されていた先生が病気になられて、突然倒れられたので、患者さんに対して看護師さんがお薬を出したり医療行為をしたということで、その医師が非常に罰則を与えられる話が現実起こりかけているということがあって、やはりそういう地域においては、ある一定の範囲の中の医療機関同士が、しっかりと事前に連携を行った上で、オンライン診療を初診から行える要件緩和がされたと理解しています。

離島・僻地以外で、患者さんの受診が困難な場合はいろいろあるかと思えます。本日は本当に代表的な一例だけお話をさせていただきたいと思えます。先ほど総務省の実証実験で難病のお話がありましたが、私もその医療機関のお話を実は聞いたことがあります。例えば難病のお子さんの患者さんのケースです。東京の大学病院等の専門医でなければその疾病を診ることができない疾病において、その御家族がそのお子さんを連れて、わざわざ東京に宿泊をして、往復の交通費を払って、本当に負担をかけながら定期的に通われている。大学の先生もオンライン診療でいいよ、御本人もオンライン診療をしていただいたらすごく助かるねということでありながら、実際には先ほどのようなさまざまな要件がかかっていて実施できないということがあります。

地方に住む難病のお子さんが、診察可能な専門医療機関は大都市のみにある、あるいは大都市でなくても限られた場所にしかない、診察のための長時間の移動、家族の時間の確保など負担が大きい、家族を伴う移動・宿泊等、経済的な負担も非常に大きい。こういったケースについては、要件の緩和もあり得るのではないか。これは医師の希望もあります。

この際に、Doctor to Patientで行う場合もあるし、その患者さんがお住まい

の地域のかかりつけ医等、身近な先生が同席のもとで、専門医との間で意見交換をしていただくDoctor to Patient with Doctorという形もあり得ると思っています。日本医師会は全ての国民にかかりつけ医を持っていただきたいということを申し上げていますので、そういった意味でも、そういった診療はあり得ると思っていますところでは。

もう一点、先ほど黒木先生の例にもありましたけれども、やはり精神障害の方はなかなか通院できない実態がある患者さんもいらっしゃるということで、国は今、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進しようと、入院医療中心から地域生活、在宅での生活に切りかえていこうということが言われています。精神障害者の方も地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをするための基盤づくりというものを国も言っているわけで、こういった方たちに対して、一定のオンライン診療等で診療を続けていき、在宅での生活を支えるということもあり得ると思っています。

症状に揺らぎがあって、どうしても患者さんが来院できない場合は、オンライン診療を活用して、精神障害に対する医療の適切な関与や継続的なかわりを持つことができるのではないかと考えています。

どうしても医療にアクセスできない患者さんを助けるためのツールとして、オンライン診療の活用が検討されていると思います。適切な要件を設定して、これらの必要性に応じていくことが必要だと思っています。

エビデンスについては、中医協でも全くエビデンスがない状態で議論をすることについては1号側も2号側も否定的ではありますが、先ほど武藤先生もおっしゃったように、エビデンスの質をどこまで求めていくのかということは当然あると思います。

それから、今、学会もオンライン診療の重要性については認識をされて、それぞれの専門の学会でオンライン診療についての検討をするという動きが出てきていますので、ある程度のエビデンスが出てきたところでそういった議論をしていく必要があると思っています。

もう一点、働き方改革は医療機関側の働き方改革に資するという意見があるのですが、オンラインの場合にはどうしても、医療機関側は時間を決めて、必ずその前に機械の前にはいないといけないので、なかなか通院されて直接の対面のときのように、自由に時間のやりくりをすることがなかなか難しくなりますので、あまりに対象疾病をいきなり拡大すると医療機関側の負担も逆にふえてしまうこともあり得ます。今、保険診療のうちの10%以内という要件もかかっていますが、徐々に適切に拡大していく必要はあろうかと思っています。

最後になりますが、真に必要とされている場面に適切に普及していくことが必要だと思っています。保険診療は限られた財源の中での診療報酬を決めてい

ますので、これは一度、間違った形で広がってしまって、保険診療に大きな財政的なインパクトがかかることも危惧されています。そういうことも踏まえながら適切に普及していくことが必要だと思っています。

先ほど黒木先生もおっしゃったように、やはり保険診療になると物すごくインセンティブがかかって、ある意味どんどん進むというプラスの面もあります。オンライン診療をやられている先生は本当に真面目に取り組まれている先生ばかりなので、そういう形で世の中に広がっていけばいいのですが、前にもお示ししたかもしれませんが、自由診療などで相当に問題のあるオンライン診療の実態もあるので、現場の進行状況をつまびらかにしながら拡大していくことが必要だと思っています。

以上です。どうもありがとうございました。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

続いて、株式会社アルムの坂野様から御発表をお願いいたします。

(坂野株式会社アルム代表取締役社長)

アルムの坂野と申します。本日は、このような機会を頂戴しまして、まことにありがとうございます。

私のほうは、先ほど話された先生方とは違い、医療者でも何でもなく、5年ほど前に医療業界に新規参入した日本の医療ITの、ベンチャーの起業家でございます。2014年の薬事法の改正に伴い医療機器プログラムを開発しまして、薬事認可を受けて、救急医療におけるD to Dのオンライン診療で使用される医療機器プログラムを展開しております。先ほどの今村先生の御説明をいただいて理解したのですけれども、D to Dの遠隔医療が正しい表現かと思えます。

現在、18カ国で医療施設や介護施設や救急隊等に仕組みを提供しておりまして、今は2,300ほどの施設で採用されておりまして、毎月、国内外で100施設前後ぐらい増加しております。

まずはD to Dの遠隔医療ですが、医師は患者と基本、対面で診療するのですが、実際の使われ方としては、かかりつけ医や夜間における当直医の先生方は、非専門領域や経験が薄い疾患に当たったときなどに上級医や専門医の先生にオンラインで相談してコンサルテーションを受けるといったところが一番わかりやすい使われ方です。

D to Dの遠隔医療の役割としては3点考えております。1点目が医療の均てん化と地域医療連携、2点目は救急医療の効率化と医師の働き方への寄与、3点目は我が国の医療ITの輸出と国際協力といった点になります。

1点目の医療の均てん化と地域医療連携をターゲットに、我々が開発し、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。薬事法上では汎用画像診断装置用プログラムでして、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ました。

その後、中医協でピックアップしていただきまして、私が保材専でプレゼンさせていただき、脳卒中領域の、限定的ではありますが、日本初の公的保険適応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、FDAやCEやブラジルのANVISAなどでも認可を受けておりまして、そういった国々でも展開させていただいています。

実際のスマートフォンやタブレットの操作画面は、このような形です。左側が医療情報、医用画像や電子カルテや心電図等を確認しながら、右側がビデオ通話とかテキストチャットで、医師同士が相談、コンサルテーションを行うといった仕組みになります。

あと、付帯機能がほかにもありまして、担当医や上級医は院内のオペ室や入院患者さんの状況をライブで確認する仕組みを提供していただきまして、入院患者さんのバイタルが急激に変化した場合に、すぐにオンライン上で確認をして、オンコール時に、正確な状況をいち早く、患者さんの容態をちゃんと把握して対応に当たるといったところに使っていただいています。

あとは、電子カルテの検査データや処方歴とかもオンラインで確認できるようにしていただきまして、地域医療情報連携でも活用していただいております。一次、二次の救急病院から専門病院に再搬送を検討する際に、医療画像だけではなくて、カルテの中のデータも見ていただいて、搬送の判断を下すといった仕組みに使われております。

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ました。人類の死亡原因としては、WHOいわく、その2つの領域を足すと死亡者数は去年で1700万人を超えまして、がんを超えたと発表されています。医療費と介護費は全体の10%程度と試算されていまして、医療全体では決して大きな数字ではないのですが、ITを用いたD to Dの遠隔医療がわかりやすく臨床の役に立てる領域と考えています。

こちらは現在のJoinの導入実績で、現在は国内350の救急病院や大学病院に採用されておりまして、国内約半分の大学に採用していただいています。海外も入れるとその倍程度でして、海外の学会でも臨床上の効果が発表されるようになりまして、ブラジルやヨーロッパでも急激に広がりました。特に地域医療連携のニーズはどこの国でも同様にありまして、いち早く取り組んできた我が国の地域医療情報連携や地域包括ケア等を求めて多数お声がけいただけるように

なりまして、日本の医療ITはまだまだ世界に通用すると実感しております。

こちらは脳神経外科学会の臨床研究ですが、脳卒中の発症から血栓溶解薬の投与やカテーテル手術による血栓回収について、発症から実施までに時間的な制限があり、経過時間と予後と明確な相関性があります。治療までが短ければ短いほどよいとの発表が多数されており、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の遠隔医療の調査研究が脳神経外科学会で「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」というタイトルで行われました。15の大学を含む22の医療機関が参加した大規模な研究でして、私もベンダー、共同研究者として参加させてもらいました。施設到着から治療開始までの時間が28分短縮されたと報告されております。

こちらは旭川医大を中心に、北海道の北部の紋別や遠軽といった地域でのオンライン遠隔医療です。心臓外科医が不在の地域の急性期病院と旭川医大との間で、急性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、手術室の空き状況もわかっている状態で救急搬送されますので、治療準備をして待つ形で、病院の到着から手術開始までの時間の短縮を目指した臨床試験の発表がされました。心臓外科領域でも同じく到着から治療開始までの時間が短くなり、成績がよくなったと発表されています。

1点目の医療の均てん化と地域医療連携といった観点では、医療機関内と、あとは地域医療連携の中で、迅速な医療連携についての実証・検証は、一定の有用性の確認はできていると考えます。

一方で、社会インフラとして普及・定着しての医療の効率化としては、先進的な医療機関や大学が、自力で一生懸命頑張っている状態です。地域や医療機関の実情に合わせた普及展開、相談する側と受ける側に、現在はインセンティブがない状態で運用されていますが、医療者に適切なインセンティブが働く仕組みは必要かと考えます。

2点目は救急医療の効率化と医師の働き方といった点です。こちらはAMEDの医工連携事業化推進事業で開発された専門領域のトリアージアプリなのですが、救急隊員が救急現場の現地に到着して、脳卒中や急性期の循環器疾患が疑われた際に使用していただくものです。顔性麻痺や既往歴や心電図等から、主幹動脈閉塞なのか、頭蓋内の出血なのか、それぞれの疾患である可能性が何%見込まれますといった内容がアプリ上で表示されます。発症から経過時間と、病院までの搬送時間や治療開始までの時間などを計算して、適切な治療を施せる医療機関を知らせます。救急隊員は、専門医の先生と直接ビデオ通話をして搬送決定する。D to DではなくてParamedic to Dです。救急医療の効率化は、病院前情報連携といった分野でも活用が広がっておりまして、こちらの仕組みは米国の東海岸とか、ドイツやブラジルでも採用されております。

あとは、地方における救急現場の医師不足や悲惨な勤務体系について多数報告されていると思いますが、脳神経外科学会の調査研究で勤務医のアンケートをとった結果なのですが、ICTそのものが有用であると答えられた勤務医の先生方が8割ぐらいいらっしゃいました。あと、オンコール時の呼び出しの回数が減ったと。働き方への寄与についても、55%の先生が寄与していると回答されております。

地域医療における地方病院と都市部の専門病院、あと、消防と救急病院といった救急医療の最適化は日本と同様に世界中で取り組まれておりまして、改めて実感するのは、我が国の医療情報連携、医療と介護との情報連携や、地域包括ケアといった取り組みは世界でも最も進んでいると考えます。

先ほどお見せしたJoinや病院前情報連携は海外でも多数採用されておりまして、海外の公的なプロジェクト等も含めて、今、18カ国で展開しています。

あと、医療ITをいかに経済輸出と国際協力に繋げるかが、3点目の役割として考えています。

こちらは我が国の医療IT市場の調査内容をまとめたものでして、2025年まで、9年かけて13%ぐらいしか伸びないと発表されています。特に電子カルテや病院情報システムといった分野は大きいのですが、ほとんど伸びが期待できません。一方、新しい医療機器であるオンライン診療や地域包括ケア等は伸びると調査研究が発表されています。

一方、海外の医療ITの市場は日本の10倍といったスピードで伸びておりまして、2025年には医療機器を超える市場になるのではないかと試算されています。我が国の医療ITは世界市場において相対的にプレゼンスを失っていき、2025年の状態で世界市場の1%前後ぐらいになるのではないかと言われています。先ほど申し上げたとおり、我が国の医療情報連携は世界で最も進んでいますので、これらのノウハウや医療機器プログラムといった製品を、いかに世界市場においてポジションをとって輸出産業に育てるのは官民一体で取り組むべき内容なのではないかと考えます。

あと、発展途上国で、現時点はまだ市場は小さいですが、今後急激に伸びると試算されています。発展途上国におけるニーズも、特に専門医の教育の体制がまだまだない国がほとんどですので、非常にD to Dの遠隔医療や日本の専門医の臨床ノウハウが求められています。

SDGsにおいても、この色づけされているものがD to Dの遠隔医療の担える役割と考えています。

こちらは総務省さんの発展途上国向けの事業で取り組ま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て、Joinで中核病院と地方病院や救急車と情報連携して、急性期をはじめとする幅広い領域を支援し



ています。中核病院で対応できない症例は日本の専門医が相談を受けるといった取り組みです。

2年前にペルーで取り組みを始めまして、ペルー全域で非常にうまく浸透していきまして、昨年、ブラジルとチリを始めまして、実証事業終了後も、サステイナブルに稼動しています。今年度はメキシコとコロンビアとタイとルワンダで開始しております。

こちらは8月のTICAD7で「官民ビジネス対話」で外務省さんから発表されています。ルワンダの調査事業を経て、アフリカでの現地ニーズにマッチするとになり、今後の取り組みとして発表していただきました。専門医療が広がると、物流が供給されるようになるので、日本の医療機器や医薬品とか、関連ビジネスに広がります。

改めてですが、D to Dの遠隔医療は社会貢献できる枠組みだと思っていますので、御検討いただければと思います。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

それでは、プレゼンテーションが終わりましたので、厚生労働省、総務省、経済産業省の説明及び民間有識者の方からの御発表を踏まえて自由討議に入りたいと思います。約35分強ほどございます。御質問や御意見等をお願いします。

それでは、翁会長からリードをお願いいたします。

(翁会長)

御説明ありがとうございます。

皆様から非常に貴重なお話を伺いました。2018年で初めてオンライン診療料など認められたわけですがけれども、39件という数字が出てきておりまして、いかにそれが広がっていないかということを目の当たりにし、非常にこれからの課題が大きいと思っております。

この件につきまして、まず厚生労働省に幾つかお伺いしたいのですが、まず、これからの方針で、今日もいろいろな御意見が出てきたわけですが、例えば対象疾患。これについて、どういうふうこれから考えていこうとされているのか。

それから、施設要件の30分以内。これも僻地・離島といいますがけれども、今、どんどん人口が減少している中で、地域というのは多くのところが30分以内で行けないところになってきているわけです。そういったところで、やはり本当に医療にちゃんとかかり続けられることを担保するためにも、こういう要件はちょっとおかしいので、ぜひ見直すべきだと思っているのですが、そのあたり

はいかがなのか。

もう一つは、これも以前申し上げたのですけれども、6カ月、必ず1カ月に1回、同一の医師にかかるという、これも少し考え直す必要があるということ、申し上げていたのですが、実際、きょう厚生労働省から出していただいた資料でも、皆さんそういったところがネックになっているのだということ、御指摘になっておられるわけですね。そのあたりについて、御見解を教えてくださいたいと思います。

(八神厚生労働省大臣官房審議官)

オンライン診療料等につきましてですけれども、多分、問題は、要件が厳し過ぎて算定がふえていないのではないかとということと、対象疾患がということ。多分、この2点になるのだと思います。

対象疾患につきましては、先ほども少し申し上げたのですが、基本的には医療としての安全性・有効性に基づく、そういうものが確保されることが大前提だと思っております。したがって、その点ではやはりエビデンスが大事だと思っております。したがって、エビデンスが一定あるという前提のもとに、対象についてどう考えていくか、広げられるかということがまず第一だと思っております。

それから、30分要件とか、きょうお出ししました資料の中にも30分要件がどうかとか6カ月の問題とかがあって、これも算定がふえていない。正直言って、平成31年3月で私どもの調査では、例えばオンライン診療料が100ちょっととかということで、伸びてはいないので、これはもともと導入をした際にも、初めての試みでもあるので、かなり慎重目に考えてスタートしているところもあるので、そういうものの要件についても、今回検証で出てきたものも踏まえて、どこまで、例えば緩和をしていいのかどうかということもちょうど、その議論をしています。いましばし、議論を見守っていただければと思っております。

(翁会長)

あと、厚労省に追加的に伺いたいと思っております。先ほど総務省からの御説明では、受けられた患者さんが非常に皆さん、それなりに満足度が高いわけですね。総務省の資料の3ページで地域の実証をされていますが、大変満足、おおむね満足ということで、多くの方がやはり安心とか、また、負担が軽減されたということで、そういった患者サイドからの、このオンライン診療を受けることによって、どのようなメリットが感じられたかということもぜひ調べていただいて、その上でこういった議論を展開していただきたいのです。患者さんについてのニーズとか、そういうものについてはどのように把握

されようとしているのでしょうか。厚労省にお伺いしたいと思います。

中医協の議論といっても、やはり患者さんの受けとめとか、利用者とか一般の方の、どういうメリットを感じているかということがとても大事になってくると思うのですが、そのあたりの御準備というか、どういうふうを考えておられるのか、ちょっと教えていただければと思います。

(赤澤総務省大臣官房審議官)

厚労省さんの前に、私のほうから一言だけ。

私どもの検討会には、実は厚労省さんもオブザーバーという形で御参加いただいております。そういう意味で私どものデータというのは厚労省さんのほうには全てお渡ししているという状況でございます。ですから、そういうものも厚労省さんのほうは御参考にさせていただいていると思っておりますので、厚労省さんが必ずこういうものを軽視されているとか、そういう話ではないというのは御理解いただきたいと思います。

(翁会長)

もちろん、そのように思っております。ぜひ、患者さんのニーズとかを受けとめた上で進めていただければと思います。

(八神厚生労働省大臣官房審議官)

オンライン診療を受けた患者さんたちの声などを、やはり中医協の中で、検証調査の中でお伺いをしているところでございます。例えばオンライン診療を受けて感じたこととか、こういう、あくまでそれは患者さんの感想ということになるのかもしれませんが、例えば対面診療と比べて十分な診察が受けられたかどうかということに関して、対面診療と比べて十分な診察が受けられないと感じた方は14.9%で、そう思わない方が73.6%であるといった数字であったり、対面診療と比べて十分なコミュニケーションがとれないと感じた方は10.3%、そうは思わないと感じた方が85.1%であったりというデータは私どもも集めてございます。あくまで患者さんの受けとめでございますので、そういうデータは検証の中で集めてございます。

(高橋副会長)

まず、私、このオンライン診療に関して、世界と、それから日本と、結構歩き回ってオンライン診療の現場をいくつか見ているのですけれども、きょうの今村先生のお話にもありましたように、日本の医療状況というのが余りにもアクセスがよ過ぎて、それが基準で日本のオンライン診療の適用範囲が考えられ

ているように思います。ことしの夏、中国へ行ってきたときに、日本のガイドラインから見ればとんでもないオンライン診療の使い方をしているケースが結構あることを現地で見聞きしましたが、問題も発生せず、けっこう上手くいつているようです。それから、実際に見たわけではないのですが、日本のドクターがバングラデシュに行って、全く医療がないところにICTを使って、診療を行い、かなり成果を上げているとかという話を聴いています。

私は、全医療圏を歩き回って見てきているのですが、日本でも途上国レベルで医療へのアクセスがひどいところが各地にあります。このような地域では、医療がないということを前提に考え、エビデンスとして外国の医療アクセスの悪い地域でのオンライン診療の利用法の事例がもっと使われていいのではないかと。だから、きょうの事例の中で、坂野さんのプレゼンで少し出てきましたけれども、もう少し外国の事例が全般的に入ってきて、それが有効だという事例を参考にする。それで日本の僻地や離島で使えそうな、D to D、それからD to Pに関して、日本の法律でできないこともありますけれども、海外の事例をもっと参考にして、僻地のオンライン診療の拡大を、考えたらいいのではないかと思います。

特に、オンライン診療を行う時の30分以内に対応するという条件を僻地・離島で考えたら、本当にとんでもない感じがするので、そういう要件は取り払うぐらいの形で進めていただきたい。地域をどう限定するか、非常に難しいのですけれども、まず、確実に困っているところの僻地に対しての大幅な緩和はぜひ考えていただきたいというのが第1点です。

2番目、難病の例が出ておりましたけれども、これに関しては本当に困っている事例はいろいろ聞いておりますので、こういう困っていることがはっきりして、ある程度そういう症例が集まった事例があるようなケースに関して、大幅にぜひ緩和をお願いしたいというのが希望です。

(志賀議員)

今回、私、株式会社INCJという、旧産業革新機構で、官民ファンドなのですが、官民ファンドとしても、こういうライフケア・ヘルスケア分野というのは重点投資領域ということで、いろいろ検討するのですが、なかなかオンラインの診療にかかわるベンチャー、スタートアップがアプリを出してというのがマネタイズできない状態に陥っていて、アイデアは出るのですけれども、なかなかよくやられているので、どういう形でマネタイズされているのかというのは結構、お話を聞きながら少し気になったのです。

医療の技術がどんどん進化するに当たって、やはり平均寿命は延びてくるわけですが、そうすると、残念ながら社会保障費は伸びてくる。それにあわせて、

テクノロジーが進化してきて、健康寿命も延びていって、結果的に医療費の抑制につながるみたいな、そういうところでやはり、医療のテクノロジーの進化と、それから、いろんなさまざまなICT、AI等々を使ったテクノロジーの進化を融合させることによって、全体的な医療費をセーブしていくという動きがいいのだろうと思うのです。

これはそもそも論としてお伺いしたい1つ目の質問は、厚生労働省さんにお伺いしたいのですが、オンライン診療の普及は、先ほど安全の問題は御指摘されたのですが、トータルとして、日本で使われている医療費の節約にそもそもつながることであると私は理解しているのですが、そういう理解でよろしいでしょうか。

もし、そうであれば、現在普及していないので、やはりその普及をさせていくことが非常に重要になるわけなのですが、先ほどの39件の話ではないですが、いろんなオンラインアプリを使って、オンラインのアプリをベンチャーが立ち上げるときに、ICTもどんどん進化していますので、より使いやすいICTのアプリで医療関係者の方、あるいは患者さん等にそのサービスを提供することによってビジネスを拡大するという、経済の循環に持っていけば自然に拡大できるのですが、先ほど申し上げましたように、これがマネタイズできない世界に入ってしまった。

そこで、やはり普及させていく上でどういう形で、例えば全体として医療費の節約につながるのか、結果的にエビデンスがあって、社会インパクトがあって、セーブできる医療費から普及させるような状態をつくっていくみたいなことにしないとなかなか回ってこない。そこら辺の基本的な、普及させたいと思っているのか、させたくないのかという、そもそも論を少し確認したいと思います。

その2点、よろしくお願いします。

(八神厚生労働省大臣官房審議官)

こういった、例えばオンライン診療を普及させることで医療費がトータルで節約できるのかどうかについては、私どももそこは定見はございません。ただ、ICTを上手に活用することで、もちろん、いろんな効率化ができる部分はあって、例えば会議一つ行うにしても、ICTを使ったカンファレンスをすることで仕事が効率的に進むということはもちろんあると思っております。

一方で利便性ということで考えれば、オンライン診療で上手に活用していただければいい面もあるものの、便利だということで、何でもかんでもというよりは、やはりきちんと対面診療なり、きちんとした医療をそういう形で行っていくことの中に、うまくオンライン診療を組み合わせることが大事だと思いま

すので、オンライン診療が便利だからということだけでよいかという問題がまた医療の中身としてもあるのかなと思っております。

済みません。トータルでということに関しては、少なくとも私どもは減る減らないということで定見はないと思っております。

(志賀議員)

そういう理解でよろしいのですか。今までの議論で、全体の医療費削減に貢献しないという理解でいいわけですか。

(翁会長)

今までの議論は、健康寿命を延ばしていこうという中で、適切に医療を受けられるアクセスをきちんとずっと保ち続けることが非常に重要である。それは重症化予防にもつながるし、そういう形で医療費の膨張を避けることもやはり期待されている、ということだと思っております。

そのことをデータで検証しているわけではございませんが、私どもとして推進してきているのは、やはり全ての人々が治療を続けることによって重症化予防、健康管理をしていこう。それから、武藤先生が整理されていますけれども、主体的に自分が治療にかかわるといふ患者の意識の改革。こういったことを通じて、日本の医療全体の質の管理や病気の予防の取組みを高めていこうということでございます。

もちろん、予防医療が財政にどう影響するかというのは深い議論があるので、そこまではこの会議では検討しておりません。私どもとしては全体として未来投資会議でも議論しておりますけれども、健康寿命延伸で経済も活性化していくことが大事だと考えているということでございます。

(高橋副会長)

今、人口減少で、医療へのいろいろなアクセスが非常に難しくなってきている。それから、専門医が大都市に集まってきて、地方、特に離島・へき地の人々が高度な医療にアクセスできなくなってきた。これを医師が出向いて解決しようとする、膨大な時間とお金がかかる。それで、本来やるべきことでやっていないことに対して、少ないコストでどうやるか。その実現のために、このオンライン診療を広めるという整理の仕方になるのではないかと思います。

やはり医療というのは平等に、特に日本の場合は平等というのは非常に大切に考えておりますので、その実現のためにも、医療へのアクセスの悪い地域にオンライン診療が入ることによって、このアクセスの問題がかなり改善される。先ほど指摘させていただいた離島・へき地及び難病はオンライン診療を拡大す

べき状況の中で優先順位が高いと思われます。これらの分野でオンライン診療が普及すると、多分、これまで提供されていなかった医療が提供されるようになるのだから、むしろ医療費はふえるでしょう。しかしそこは医療費が増えてもやるべきではないかという整理の仕方になるのではないかと思います。

(翁会長)

では、迫井官房審議官、どうぞ。

(迫井厚生労働省大臣官房審議官)

ありがとうございます。

高橋先生がおっしゃったとおりの認識でありまして、私ども医政局は、オンライン診療をそもそも位置づけるに当たっては、医療費云々という話では当然ございませんで、医師法20条で対面診療を原則としている医療サービスについて、昔はそういうものはなかった。それを、高速画像伝送技術等々で実際になりリアリティーのある画面が活用できるという場合にどう考えるのかということに議論し、専門家の意見を聞いてガイドラインを設定いたしました。

ですから基本は、最初に始まったのは遠隔診療という、その名のとおりで、離島・僻地を想定しておりましたが、今は現に保険診療に導入しておりますとおり、必ずしも離島・僻地ではございませんけれども、あくまでまずはアクセスについてどう考えるのかということと、診療の前提となる対面診療に関する考え方としての整理であります。

あとは翁先生がおっしゃったとおり、これを医療費にどう反映するのかという話は全く別儀の議論でありまして、若干お答えさせていただくと、診療報酬でどう評価するのかということと裏腹になる理由は、要するに技術革新が、例えば医薬品の場合が一番わかりやすいと思いますけれども、高かろう、よかかろうという薬がいろいろ出てきていて、オプジーボのような例もございましたが、技術としてそれが適切であることは一つの評価、軸ですけれども、それをどう経済的に評価するのかということが組み合わせなので、トータルとしてそれが医療費にどう影響するのかというのはかなり慎重に議論しなければいけないというのが、保険局の立場ではないのかなというふうに私どもは理解をしております。

(江崎経済産業省商務・サービスグループ商務・サービス政策統括調整官)

私の個人的な経験からも田舎では特に、オンライン診療のニーズが大きいと思いますし、コストと言った場合、私どもは医療費ばかり見ていますが、受ける患者側の精神的・時間的コストも考えていただいたほうがいいと感じます。

以上です。

(翁会長)

ありがとうございます。

民間の有識者の先生方にも、今、いろいろ議論ございましたけれども、ぜひ少しずつコメントをいただければと思います。

どうぞ。お願いいたします。

(武藤医療法人社団鉄祐会理事長)

ありがとうございます。

政権の大きな目標としてオンライン診療を導入されて、さまざまな省庁の御縁もバックアップもあったと思うのですが、実際に見てみると、レセプト数でいうと100万分の1しか実際には使われていない。これが事実だと思うのです。

もう一点、地方でのオンライン診療のニーズというのは多分あると思うのですが、我々、やってみて、地方の人こそデバイスを使えないので、実は矛盾してしまう。したがって、地方でといっても、実はそれほど使われられない可能性があるということも念頭に置かないといけないと思います。

あと、エビデンスも、御存じのように、レベルがいろいろある中で、どのあたりをもってエビデンスというのか。ケースレポートでいいのか、いわゆるRCTまでいくことまで考えるのか。エビデンスをどれくらいのレベルで出せばいいのかというゴールがないと、出そうとしている人たちもなかなかうまくいかないのではと思います。

また診療報酬が少ないことも現実的には普及の大きなボトルネックになっています。例えば黒木先生とかは結構、手弁当でやっていらっしゃるのではないかと思います。そういう先生方がやっているのが事実であって、新しくこの制度ができて、がんがんやっている人はやはりいないのです。

したがって、在宅医療でもそうだったと思うのですが、一度、ある程度ブーストしてやって、その後、適正化していくのが私はよいと思っています。100万分の1しか現状使われていないものを何が起きるかわからないということで抑圧的であると決して広がらないと思っています。

ですので、在宅医療も施設の点数がいきなり低くなったとか、いろいろありましたけれども、今は適正になっている。あと、点数が高いからといって必ずしもみんながやるわけではないのも在宅も遠隔も同じだと思っていますから、やはり一つ加速させた上で適正化を図る、また求められるエビデンスのレベルを明らかにすることをぜひやっていただければと思います。

最後に、社会保障費がどうなるかということもありましたが、私はオンライ



ン診療は次のフェーズに移っていくべきだと思っ­ていまして、それが疾患管理です。いわゆる応用編に移ってき­て、その中でクリニカルアウトカム、もしくは経済的評価をしていくということにどん­どん進んでいかないといけないのに、まだ大分、最初のところで怖が­って進んでいないのが現状ではないかと思いま­す。ぜひ委員の方々、省庁の方々には推し進め­ていただければと思います。

ありがとうございます。

(翁会長)

ありがとうございます。

お願いします。

(黒木日本オンライン診療研究会会長)

まず、オンライン診療が勝手に普及してしまうと悪用例がふえるのではないかという懸念に関してですが、これは武藤先生もおっしゃっていましたが、一つは、もし現在、疾患制限を撤廃しても、保険点数が現状であれば拡大することはないと思います。

ただ、そのかわりに、要するに今の点数ですと、やれば私どもは普通の外来よりも減収するのです。やれば減収でもいいと思ってやる医師が広げる。それである程度広がって、そうすると事例が集積しましたから、先ほど問題提起しましたように、オンライン診療とは一体どういう診療形態なのか。その議論が熟成すると思います。これが一つです。

それから、こういった懸念というのは、ちょうど在宅が15年ぐらい前に始まったときにも同じような議論があったはずなのです。15年ぐらい前に地域で始めたのですが、結局、知らないことが入ってくるということで、在宅のときも、医者が患者さんのところへ行くなんて、おまえは何だという意見は随分ありました。

ただ、今は在宅医療という、あるいは介護もそうですが、介護保険も初めはなかったわけですから、それがあったときは、何だこれはで、ただ結局、今は一つの概念として認めていただいている。その背景にはやはり在宅とか介護は必要とするという社会の熟成があったと思うのですが、多分、今、日本の社会も、オンラインとかIoTとかAIを医療にも導入するというのは大分熟成されていると思うのです。だから、適切な普及をするためには保険診療なんかでまず導入してみるということが適切だろうと思います。

そして、患者さんの意見ということですが、私はこれを導入した当初に、果たしてテレビ電話で医師と患者関係が成立するかどうかということを考えて研究しました。それはインタビューで、質的研究といって、患者さんの声のある

程度出して、それを抽象化するような方法なのですが、そうすると多くの方はもちろん不十分ではない、十分な満足はある。

ただ、実際の対面とテレビ画面との対面は質が違うということは理解している。それから、やる患者さんは十分にその利点と限界を理解して行っているところが現状であろうと思います。

最後の地域性ということですが、翁先生御指摘のように、もはや日本中、医療僻地ですので、東京の真ん中にいてもかかりつけ医に30分以内で行けるかという、そんなことはありませんので、病院へ行けば2時間待ちですね。だから、その僻地云々というところは何かちょっと違う視点の議論をしていただきたいと思います。

以上です。

(翁会長)

では、今村先生、お願いします。

(今村日本医師会副会長)

まず、坂野さんの遠隔医療で、D to Dについて、私どもは非常に積極的に進めていただきたいと思います。

D to Pのオンライン診療については、基本的には先ほどプレゼンの中でまず申し上げたような、高橋先生のおっしゃっていることとかなり近いとは思っています。今回、指針の見直しがあって、D to P with Nという、ナースがいるところで医療情報をオンラインで遠隔で得るという、この仕組みができたということは一つ、いわゆる過疎地等のオンライン診療の進展には役に立つのかなと思っています。医療機器をナースが持っていくことによって、そういうICTへの対応が難しい高齢者の方たちも、その恩恵を得ることができるのではないのかと思っていますので、まずはそういったものを積極的に活用していただく。

残念ながら、先ほど武藤先生もお話しになったように、今のところ、地方で本当に患者さんの訪問診療等が非常に困難な地域、あるいは冬季に訪問診療がなかなか簡単にできないような先生、あるいは通院が困難な患者さんに対してそういう地域で今のところ余りまだ普及していないので、やはりそういうところはもっと普及を進めるべきだと思っています。

なかなか難しいと思いますが、先に進めて、拡大をした中で考えるという考え方もあると思うのですが、まさしく今回も30分要件以外に、やはり点数が低かったから広がらないという部分があって、結局、N掛けるPで全体の価格が決まってくるので、その辺の見通しが非常にぎりぎりの診療報酬の中で議論をしている中で、簡単にばっと広げれば良いというふうになかなか現場の議論の

中ではできないのが現状なのかなと思っています。2年前に診療報酬に入ったばかりですので、そのスピード感は必要だと思いますが、まずは具体的にこういうものを拡大すべきというものを明確にした上で議論が進むのではないのかなとは思っているところです。

地域を明確に区切ることはできないという黒木先生の意見は確かにそうかなとも思いますけれども、やはりまずは受け入れられやすい形というものも考えていかないと議論が進まないかなと思っているので、基本的にはさっき申し上げたようなケースでまず議論をしていくことになるのかなと思っています。

私から以上です。

(翁会長)

ありがとうございます。

坂野さんからのプレゼンテーションは私も、非常にグローバルにやっておられるということで、興味深く伺わせていただきまして、ありがとうございます。

ビジネスをやっている立場から、きょうの議論で、特にこれから展開する上で、こういったことについて、政策的にやってほしいということを含めて、コメントをいただければと思います。

(坂野株式会社アルム代表取締役社長)

非常に貴重な機会をありがとうございます。

先ほど志賀先生のほうから、どのようにマネタイズしているのかといった御質問いただきましたが、非常に限定的ではありましたが、保険適用されたのは非常にいいきっかけになりました。特に地域医療の計画は行政と医療者が中心に練られるわけですけれども、その中に組み込んでいただけるようになりました。直近だと茨城県のこのエリアの二次、三次救急病院に一斉導入されるといった形で多くお仕事をいただいています。

海外も状況が一緒でして、町全体の地域医療の計画の中で、例えば心筋梗塞の死亡率を下げる施策や、脳卒中の患者さんの予後をサポートする施策をとりましようといったプロジェクトをいただいております。診療報酬の話になりますが、地域全体の医療を何とかしようと思って頑張っている先生であればあるほど、ただ働きしているのが実情です。ICT化が進むのはこちらとしては非常にありがたいのですが、実際、医療現場を見ていると、努力されている先生であればあるほど損をしているというのはどうかと思っています。

片や、経済合理性が成立すれば世界的にもニーズは大きいと思います。今、世界が、日本がどう取り組むのかを見ており、ほぼ毎日、海外から問い合わせ

をいただいています。日本の医療機器プログラムや、D to Pの仕組みも、一緒に海外でビジネスできる、輸出産業にできるチャンスだと私は思っています。官民で進めるような動きがとれればと考えています。

(翁会長)

ありがとうございます。

何か、今の皆様のコメントに関して、厚生労働省等から何かございましたらお願いいたします。

特にございませんですか。

(迫井厚生労働省大臣官房審議官)

ございません。

(八神厚生労働省大臣官房審議官)

結構です。

(翁会長)

それでは、何か高橋先生からございますか。あと5分なので、何かコメントをいただけますか。

(高橋副会長)

もう時間がないので、繰り返しになりますけれども、1点目は、本当に坂野さんが言われるように、世界の事例にもっと目を向けていくと非常に可能性が広まるなという感じがするので、そういう事例をもっと、こういう議論の場に入ってきて、世界標準とは言いませんが、日本がやはりそういう発信できるような形でこういう事例を出せるような形になってほしいという、この世界視点というのが1点目であります。

2点目は、広めやすいところからやっついていかないとなかなか広がらないので、今の段階で言うと、やはり僻地と難病というものはコンセンサスも得やすいですし、それから、特に私はD to DやD to P with DやNが非常に大切だと思うので、そこはもっと診療報酬で両者に点数を付けても良いのではないかと思います。やはり新しい技術が広がるときに、フロントランナーの先生が汗をかいてというのはよく見られることだけれども、ちょっと長過ぎるという感じは私も思っていますので、そこはもう少し報われるような形で中医協の議論が進めばいいなというのが私からの感想であります。

(翁会長)

では、どうぞお願いいたします。

(志賀議員)

ファンドの人間なので、投資回収に目先が行くのですが、やはり経済、これだけデジタルが乗って、黒字が伸びている中で、そのテクノロジーを使ってどれぐらいコストを下げるかという競争を世界中でやっている中で、きょうお話を伺っていると、志ある人の善意に頼ったシステムのような気がすごくしていて、こういうものはどこかで全体として、患者さんも、お医者さんも、国も、みんながWin-Winのそういうシステムを、ビジネスとしてのシステムができないといけないという、きょうお聞きしたら、済みません、初めて参加して、こんな偉そうなことを言うのは失礼なのですが、そこができていない。

そうすると、恐らく数字は上がってこないですね。要するに、経済合理性が成立していないので、ぜひその点を御検討いただければ、そのように思います。

(翁会長)

それでは、最後にちょっとコメントをさせていただきたいと思います。

本日は、厚生労働省、総務省、経済産業省及び4名の有識者の方々から御説明をいただきまして、ガイドラインの見直し状況や診療報酬改定に向けた検討状況や実際のお使いになっている現状とか医療機器開発についてのさまざまな御議論をいただきまして、本当にありがとうございました。

オンライン診療は、患者の勤労世代だけでなく、在宅の方もそうですし、お子様もみんなそうだと思うのですけれども、やはり医療のアクセスを確実にすることで非常に重要だと思っておりますし、また受診の利便性も高めて、国全体の働き方改革にも資すると思っております。

そういう意味では本当に重要なものでありますし、あと、今日第4の診療形態というご発言もございましたけれども、やはりデータが集まっていけば、さらに外来診療等、得られるいろいろな新しい医療の質も捉えていくことができるのではないかとということで、非常に期待が大きいと思っております。

今回、7月の改定でガイドライン、また、前向きな一定の措置がとられたことは評価しておりますが、ぜひ、今後の定期的な見直し、ガイドラインのほうもやっていかれると思っておりますが、これについても、患者にとって、より利便性が高く、より普及するようなものになるように検討をお願いしたいと思っております。

それから、ちょっと今日は議論に出なかったのですけれども、地域の方でなかなか使えない方がいらっしゃるというお話があったのですが、やはりここは

患者目線での普及啓発とか、そういうこともとても大事になってくると思いますので、そういったこともぜひ省庁のほうでお取り組みをお願いしたいと思っております。

今日、医療機器につきましては、D to Dで非常に新しい取り組みを教えてくださいただいたわけですが、こういったところのサポート、こういったことについても、ぜひ環境整備も含めてお願いしたいと思っております。

年末に向けて、いよいよ診療報酬改定、さらに議論が本格化していくと思いますが、ぜひ前向きにいろいろと今回の議論を踏まえまして、例えば対象疾患をどう考えていくか。それから、僻地といっても医療アクセスが不便になっていくというのは人口減少のところでいろいろ起こっています。、私は僻地の定義にもよると思うので、そこをもう少し柔軟にお考えいただきたいと思っておりますし、いろいろ実施状況の要件緩和につきましては、ぜひ前向きな検討をお願いしたいと思っております。

そういったオンライン診療の普及啓発につきまして、さまざまな環境整備を行いながら、必要な対応をお願いしたいと思っております。

今後の検討状況につきましては、当会議としても引き続きフォローしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日は本当にありがとうございました。

(風木日本経済再生総合事務局次長)

翁会長、ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。

なお、本日の会議につきましては18時より事務方よりプレスブリーフをさせていただきます。ブリーフでは原則、皆様の御発言は名前を伏せることといたしますが、発言者の確認を得た上で、後日、議事要旨を公開したいと思っておりますので、皆さん、御協力をお願いいたします。議事要旨公表までの間は、みずからの発言を除き、対外的には明らかにされないよう、お願いいたします。資料につきましてはホームページにアップさせていただきます。

本日は、どうもありがとうございました。