

## 国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

---

### （開催要領）

1 日時 令和元年5月27日（金）15:30～16:15

2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室

3 出席

#### <WG委員>

座長 八田 達夫 アジア成長研究所理事長

大阪大学名誉教授

委員 阿曾沼 元博 医療法人社団滉志会瀬田クリニック代表

委員 中川 雅之 日本大学経済学部教授

委員 八代 尚宏 昭和女子大学グローバルビジネス学部特命教授

#### <関係省庁>

森光 敬子 厚生労働省保険局医療課長

#### <事務局>

森山 茂樹 内閣府地方創生推進事務局次長

蓮井 智哉 内閣府地方創生推進事務局参事官

頼田 勝見 内閣府地方創生推進事務局参事官

### （議事次第）

1 開会

2 議事 オンライン診療における対面診断の要件緩和と対象疾患の拡充について

3 閉会

---

○蓮井参事官 お待たせしました。

それでは、ただ今より国家戦略特区ワーキンググループヒアリングを開催いたします。

本日は、四つのコマに分かれておりますが、一つ目のコマは厚生労働省にお越しいただきまして、「オンライン診療における対面診断の要件緩和と対象疾患の拡充について」ということの省庁とのヒアリングでございます。

本日、厚生労働省から資料を御提出いただいております。こちらの資料と今日の御議論については、原則として公開の扱いにしておりますのでございますけれども、それで問題はないでしょうか。

○森光課長 はい。

○蓮井参事官 ありがとうございます。

そういうことで、最初に厚生労働省から御説明になると思いますけれども、八田座長、よろしく願いいたします。

○八田座長 お忙しいところお越しくださいますてありがとうございます。

それでは、早速、御説明をお願いいたします。

○森光課長 私、保険局医療課の森光と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

オンライン診療の診療報酬における取扱いということで、御説明をさせていただきます。オンライン診療の経緯から御説明をさせていただきたいと思います。オンライン診療については、資料をめぐっていただければと思うのですが、基本的には最初の遠隔診療については、医療機関でドクターと患者が直接対面される診療の補完ということで、僻地とか離島の患者などで限定的に行われるということで使われるだろう、もしくは使われてきたということがありましたので、日常的に使われるものについては、それまで明確な基準ですとかルールとか特化した診療報酬はございませんでした。これが平成30年までです。

その後、近年、情報通信技術、いわゆるICTを使ってオンライン診療という形でできないかという要請が高まってきたことを受けて、平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」というものが発出されました。併せて、この4月からスタートした平成30年度診療報酬改定で「オンライン診療料」を創設されたということでございます。

下の部分にありますように、平成9年12月に医政局長通知で、離島、僻地の場合などの遠隔診療を認めるということがあって、平成27年8月に離島、僻地というのは例示ですということが出て、平成30年にまとめて指針等が出た。

この経緯はどういうことかと言いますと、いわゆる医師については、医師法というものがありまして、無診察診療の禁止というものが医師法の20条にあります。本来、ちゃんと患者を診察して診断をしなければいけない、治療もしなければいけないということが原則になっているものでございます。

ですので、最初はオンライン診療というものが、いわゆる僻地などで行われているものについて、それは大丈夫ですよということで医師法を所管している医政局が出してきたということなのですが、そういう事実が広まるにつれて、一定の担保がちゃんとできるものであれば、離島、僻地でも大丈夫ですよというものが平成27年8月です。

ただ、そうは言っても、色々なケースで色々な形で診察を行った場合に、安全性ですとかいうものがきちんと担保されなければいけないだろう。それから、医師法20条の解釈から含めて、どういうケースならいいのかという御疑問が色々出てきたことを受けて、平成30年3月にそれらをまとめた指針が出された。これで、ベーシックにオンライン診療を診察の中に取り入れていいですよというものが出たものが指針になります。

今回、私が呼ばれておるのですが、診療報酬というのは様々な医療行為の中で保険医療機関がやる行為について、要するにお値段を付けていく部分です。ですので、やってはダメということではなくて、やっていい医療行為の中からこれはこういうお値段ですよという形で付けるものなので、オンライン診療としてやっていいことの中で私の思う診療報酬

の中ではどのようにそれを扱っているかということで、今日の御説明をさせていただきます。

2を見ていただければと思いますが、「D to D」、「D to P」と書いてあります。いわゆるオンライン診療、ICTを使ってどのように考えていくかという中で、最初にありますように、医師と医師の間でいわゆる専門医がプライマリーケアをやっているドクターを支援するといったものについては、実はこれまでも評価をしてきて、そこには、遠隔画像診断ですとか、遠隔病理診断というものがあります。こういうものについては、説明が必要だとか、協力体制が必要だということで、診療報酬とは別分けをして点数を付けていたということでございます。

そこに新しくできたのが、「D to P」でオンライン診療がこういう形だったらいいですよというものが出て、その中でこういう診療であれば評価して保険医療機関の診療として一定の要件を満たせばいいのではないかというものも出てきたということで、そこにありますように、患者に対して直接医師が診察を行うということで、一番上は情報通信機器を用いた診察ということで、まさにウェブ等で診察をしていただくものです。これには、点数として新しい項目として、オンライン診療料ですとかオンライン医学管理料、オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料というものを新設したということでございます。

下にあります遠隔モニタリングというものもございます。これは、診察というより患者の心臓が悪いとか、特に典型的なのは睡眠時無呼吸症候群というものがあるかと思えます。あれは、ずっと病院にいていただくわけにはいきませんので、機器を装着した上で自宅での生活をしてもらって夜にどういう状況であるかということとか、そういうものがあるのですけれども、例えば、ここにありますように出てきているのは、在宅酸素指導料、要するにそのモニタリングを自動的に飛ばしてそれを見て管理していくといったもので、遠隔モニタリングというものを新しく平成30年4月に導入しているということでございます。

めくっていただいて、今回御要望のありました対象疾患ですとか、要件として30分以内ですとかいったところについて、一部特区でやりたいというところがあったかと思えます。

ですので、まず、私どもが色々な中でオンライン診療という医事法制に触れない形で指針に則って実施していたところについては、何も障害はないのですが、その上で、このオンライン診療料というものは、そこにありますように算定要件というものがあって、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いてやること。ただし、例えば、連続する3か月は算定できないとか、2番目にありますように対象となる管理料を初めて算定してから6か月の間は毎月同一医師により対面診療を行っている場合に限り算定するとかいうことがあります。

指針のほうでは、例えば、原則として初診はダメです。いわゆる最初に患者が何か症状を訴えてこられたときに、ウェブだけで見て判断するのは危険なので、原則として初診の患者はダメですと指針で言っています。

私も、保険のほうではそれをオンライン診療料と評価するのは、6か月の間、毎月により対面診療を行った患者の場合であればいいです。また、3か月続けてウェブだけでの感覚で診察をするのではなくて、間に対面での診察を入れてください、そういうものであれば、オンライン診療料を取っていいですよ、と言っています。ですので、対面での診療とオンライン診療を組み合わせた形で診療計画を立てていただいて、このオンライン診療を算定してくださいという形になっております。

施設基準があるかと思いますが、機器は指針に沿っていただければいいのですが、緊急時におおむね30分以内と言っているようなものと割合は1割以下です。下にあります算定可能な患者はそこに掲げる疾患の管理料を取っていらっしゃる患者です。

この管理料を挙げてきた疾患はどういうことかと言うと、指針においてもオンライン診療が対象となるような患者は病状が安定している患者で、継続的な管理が必要な患者だろうと言われております。ですので、ここにありますような特定疾患療養管理料ですとか、小児科療養指導料ですとかてんかん指導料といったような慢性の長い経過で継続的に診なくてはいけない患者で、定期的に診てこなくてはいけなかった患者について対象としましょうということで、ここに対象となる管理料を挙げております。

今いくつか伺っているのは、慢性疾患はここに挙げている管理料以外にもあるのではないかとされております。そこについては、今後どうするか議論をしなければいけないと思っておりますけれども、4ページ目に今お話ししたことをまとめております。特に今回、御指摘というか特区として緩和をしてやりたいと言ったものに関して挙げておるわけですが、対象疾患はここに関してもいわゆる高血圧・糖尿病などの生活習慣病、難病、てんかん、小児特定疾患等を基本的には対象としていきたいと思いますということを挙げております。

それから、実施方法ということで、初診から6か月間は同一の医師による対面診療で、オンライン診療は2か月連続として3か月ごとに対面診療を実施。これがありますから、患者とドクターの中でしっかり診療計画を詰めていただいて、どういう形で継続的に受診していきましょうということを決めていただければということになります。

緊急時におおむね30分以内に対面診療が可能な体制を有していることと書いてありますが、僻地とか離島の場合は全然この要件にはまってはいません。ただ、日常診療として行える範囲ということで、実は、診療報酬上は往診とかそういうものは要請からドクターが行ける30分以内と規定しております。ですので、おおむね30分以内が大体診療範囲だろうという形で今の診療報酬の体制ができているということです。オンラインだからと言って、非常に遠くの人を見ることで緊急時に駆け付けられないのは困るだろうということで、この実施範囲は30分と入れておるということでございます。

次に、オンライン診療の関係については、今後どうするかということ色々なところで求められております。まず、機器の発達と併せてオンライン診療という機器を用いて色々な診療に使っていくということが、日本のあちこちで取組が行われております。また、学会等でも率先してそういうものを招集しようという動きがございますので、私どもとして

も平成30年については導入をしました。

では、今後どういうふうにそれらの取組だとか、そういうものを入れて検討していくかということがございまして、現在そういう情報を収集した上で、次の改定が来年4月にございますので、これから検討していこうということでございます。今は情報の収集ですとか、研究事業ということで総務省がやっていらっしゃるということで、そういうものの成果を入れた形で、先程御紹介したような要件についてもどのような形で見直すのか、どういうことであれば安全性とか有効性が担保できるのかを検討し、また、中医協で検討するというスケジュールになっておりまして、新たなものに関しては、来年4月には改定見直しができるというスケジュールで動いているということでございます。

以上です。

○八田座長　ありがとうございました。

現状がどうであるかということと、令和2年目までにどうなるか。結構改定の余地があるので、今検討中であるということを御説明くださいました。

委員の方から御質問、御意見はございませんでしょうか。

中川委員、どうぞ。

○中川委員　2020年4月までに御検討をやっていただくということで、色々書いていただいているのだと思いますが、御説明いただいたものが情報収集しながら御検討いただくということなのですけれども、特区のほうで、具体的に4ページに挙げていただいているような対象疾患ですとか実施方法ですとか、実施範囲につきまして、具体的にこうしてほしいという、こういう部分に改定してほしいのだという要望をもらっているわけですけれども、そういったことについては、どういう体制で御検討いただくのかが分からなかったのです。要するに、情報収集して勉強していきますということだけでは、私どももそうすかというわけには全くいかないと思います。

○森光課長　情報収集というか、元々オンライン診療料を入れるときについても、私どもはきちんとしたエビデンスを持っていかなければいけないという議論が中央社会医療協議会でありました。ですので、今、今年1月に日本医学会に御協力をお願いして、日本医学会の中でこういう取組をやっている学会、また、今はどういう状況なのかということの情報収集をお願いして、主な学会が18あるのですが、そこから他の学会にも全部声をかけていただき、今の学会としてのスタンス、どういうことをやっていらっしゃるのかということを集めて整理中です。

ですので、各学会でどういう取組をされているのか、どういうエビデンスがあると思っているのか、もしくはそのガイドライン、こういうときにこの技術を使えますということがあれば、私どもとしてもなお安心して導入することができますので、そういうものはないのかと確認を取っているということでございます。

○中川委員　今、学会にお尋ねいただき、御検討いただいているということなのですけれども、それはいつ頃までにどういう情報をいただいて、どういう御結論をいつまでにとい

う形を持っていればよろしいでしょうか。

○森光課長 その情報の収集をした後、今度は中央社会医療協議会というところにその情報についてまとめて、今の状況ということでお出ししようと思っています。

それを踏まえて、現状についての整理とこういうエビデンスがある、もしくはこういうガイドラインができているということについては、9月から10月の秋に一度オンライン診療料に関する議論をそこでやっていただき、まとめていきたいと思っています。

○中川委員 もう1点だけお尋ねしたいのは、実施方法で、初診から6か月はとか3か月はダメですよとか、30分は往診が30分なのでという話は聞きましたけれども、6か月間は同一医師でないとダメだとか3か月連続してはダメだとかその辺は私自身、全然理屈が分からないのです。そういったものにつきましても、エビデンスを大切にされているということですから、それはこう決めたときに同じような学会からのエビデンスをいただいて、その上で決めたものだと考えてもよろしいのでしょうか。

○森光課長 正直、最初にこの数字を入れたのはどういうことかと言うと、指針の中ではいわゆる病状が安定した患者、初診は2番目にあります同医療機関であれば初診と非同一医師でも可と書いてあるのですけれども、ここは指針では、初診では絶対にダメで同一の医師でなければダメだと言っているのです、2番目については、申し訳ないのですけれども、医師法ですので、私もそれを上にベースとして初診から6か月からとか最低3か月に1度は対面診療ということに関しては、当時、いわゆるその中で安定した患者を対象とする。それから、継続的な診療を対象にするということで、正直これに反対するというのは変ですけれども、本当に大丈夫なのか、安全性は担保されているのかという御議論があった中で、その言葉を解釈して、一応今回については、初診から6か月以上経過した患者で最低3か月の対面診療を求めれば、それは最低限、いわゆる指針で求めている病状が安定した患者であって、こういうオンライン診療にふさわしいだろうということで、合意になったということです。

その当時は、正直申し上げて、6か月ですとか3か月に1回ということについて、議論の上でなったということであり、おっしゃるとおり何かそこにエビデンスがあったということではありません。

ただ、そこであれば、この6か月以上とか最低3か月以上ということで医師が判断することであれば、それは大丈夫だろうということで関係者皆さん同意した。ただ、おっしゃるとおり、その後にそれを見直さないのかということに関しては、また、今回の議論の俎上に乗せることになるだろうと思います。

○八田座長 阿曾沼委員、どうぞ。

○阿曾沼委員 元々、この遠隔診療に保険対象判断に資するエビデンスがあるかという、今はまだ確立していないですね。ある意味、経験的、実践的に良いのではないかと判断されているということだと思います。これを診療報酬改定時にエビデンスを求めること自体が実態的には困難だと思います。どんなエビデンスが必要かのエンドポイント議論もされ

ていないですから。

したがって、法律として必ずしも禁止されていないことを周知徹底するということがまずは重要で、保険診療対象のためのエビデンス生成と一緒に考えることは中々現実的には難しいのではないかと考えています。

私、個人的には、1983年からの遠隔医療システム検討や開発の現場にずっといて、36年前の1983年当時に実施されたMEDISのフィージビリティスタディーや実証実験でも同じ議論をしていました。その後も、堂々巡りの議論が続いている印象です。20年ぐらい前に厚生科学研究事業でちゃんとやるべきではないかという議論がありましたが、実現しなかったと記憶しています。

私はこれからの医療は、どこでも診療現場になること、すべてのベッドが病床になっていくという医療ネットワークを作っていくことが重要であると考えています。今はその過渡期であり、通過点とすべきです。したがって、柔軟に判断して、現実在即して一歩先んじた実証実験を積極的に考えてほしいと思っています。例えば、6か月間同一医師という前提条件は普及を促進する上での大きなハードルとなりますね。また、診療情報というのは、診療に関わるすべての医師や看護師、技師、薬剤師などが共有しなければいけないわけですから、本来エビデンス的に見れば、同一医師という人を特定するということは医療法上あまり意味がないわけです。

けれども、何らかの形で診療報酬の担保を確定するときに、ある一定の条件を付けることは制度上理解もできます。しかし、実態に即したものでなければなりません。

それから、アクセス条件としておおむね30分以内という条件も付いていますが、時間外や夜間では、かかりつけの先生が関係ない休日診療所などに行くわけです。休日診療所とかかりつけクリニックで診療情報を共有しているかという点、全く共有していません。だから、そういう現実がある中でエビデンスを求める上でこの様な条件を付けていくこと自体、現実的には無理だと思っています。多くの医師たちがこれらの条件を外してくれという議論になっているのは理解できます。しかし、診療報酬制度自体がお金の配分の仕組みでもあるので、ここの意義付けをどうしていくのかは知恵を付けなければいけないと思います。

通常診療の環境では難しいとも思いますので、将来のオンラインネット社会の進展を踏まえて、国家戦略特区としての実証実験をまずやってみることが必要と思っています。6か月間、同じ医師ではなくてもちゃんと対応できて、問題が起きなかったという結果が出れば、中央社会保険医療協議会の中できちんと提言をしてもらうという段取りで、特区での実施は必要なのかなとは思っています。

今、森光課長がおっしゃったように、色々な学会とか色々な人たちの意見を聞くことも重要ですが、時間ばかりかかってしまう可能性も否定できないと思います。そういう意味では、国家戦略特区は実証実験、エビデンスを求めていく場だということを考えて、例えば、同一医師ではなくてもいいではないか。その代わり診療情報を共有しましょうとかいう条件を付けて実証実験ができればと思っています。診療報酬のお金の議論と特区でやる

べきことは、少し分けて、同時並行的に議論していただくといいなと思っています。

○八田座長 元々エビデンスも何もないわけですね。

○阿曾沼委員 100%ないかどうかは分かりませんが、客観的かつ合理的なエビデンスは示されてはいないでしょう。

○八田座長 ないわけですよ。だって、6か月間同一の医師なんてあり得ないでしょう。例えば、総合病院に行ったって、同一の科に複数の医者がある場合、情報を共有していて、前回診てもらった医者がいない日に病院へ行ったって、別の医者がちゃんと診てくれるわけですよ。昔はそうではなかったのかもしれないけれども、今はこれは意味がないと思います。もちろん、診療報酬にどういうものをオーケーとするかという基本的な基準はあるべきだけれども、元来こういうものはダメだというエビデンスがない限り、診療報酬は認めるべきです。

○森光課長 よろしいでしょうか。

先程言ったように、値段の話と、やっていいかやっちはいけないかという話があって、要するに①と②と③、初診が6か月以上と対象疾患にというところはやっていいのです。ただ、おっしゃるとおりそこに報酬というものに関しての手当は付いていないのです。

ただ、②の初診と非同一の医師でも可とするというところは、やってはいけないことになっているのです。

○阿曾沼委員 例えば、これをやってもいいのですよね。医療法上、初診だって。

○森光課長 そうです。

○阿曾沼委員 だけれども、そうやってしまったら、今度は混合診療になってしまう可能性を心配してしまいますね、現場の医師たちは。

○八田座長 どっちがどっちなのか。混合診療を認めれば全然問題ない。

○森光課長 ただ、その話で実際に私が思うのは、先程言った診療情報の共有の話なのですけれども、在宅診療に関してはこれを認めています。どういうことかと言うと、おっしゃるとおり在宅の場合は、今、大概どこでもやっているのですが、ほとんどチーム医療の形で診療計画をしっかりと共有した上で、20時から全員を一人で対応することは絶対にできないので、複数の医師が連携を取ってやっているという前提なので、在宅診療に関しては、いわゆるすべて対面診療を経てどうのこうのという規制から少し外れています。おっしゃるとおりのちゃんとした情報共有ができていて、こういう患者にこうするということがあらかじめ決まっていて、その情報はすべての医師が分かっているということであればいいですよという話になっている。では、今度は通院の状況という部分においてどうするのか。

さらに、エビデンスと言ったときに何をエビデンスとして出してくるかというところだろうと思います。そこはまさに議論で出て。

○阿曾沼委員 通院とか職場とか社会生活をしながら通院をしなければいけないときに、オンライン医療を活用する社会環境を作っていくためにどうしたらいいかという議論と、



対価をどうするかという議論があります。

でも、推進するためには、対価を付けなければいけないし、対価が付かなければ進まないで、診療報酬という対価を付けるための条件の緩和、もしくは、新たな範囲というものを考えていただくことがまず必要だと思います。

それから、もう一つは、国家戦略特区そのものは実証実験の場であるということであるとすれば、緩和条件を基にきちんとした情報を地域で取っていただく意味で、その地域を限定して何かやってみることはいいのかなと思います。

ただ、そのときに対価を全部付けると言うと、中々難しいかもしれませんね。そこに何か知恵が必要だと思います。

○八田座長 混合診療であれば、必要ないのです。

○阿曾沼委員 そうなのですね、保険外併用療養制度の活用とか。

○八田座長 これは「できるのです。」と言っておいて、診療報酬を付けない。しかも、混合診療を許さない。これは矛盾しています。

○阿曾沼委員 この実験の中で保険外併用療養制度の、例えば選定療養で認めてもらうとか。

○八田座長 そうです。これは特定の特区内では限定的な混合診療を認めることにすべきではないでしょうか。そうすれば、財政的な負担にはならない。そうでないと合理的ではないですね。

○森光課長 総務省の実験とかいうものも一部入ってきますので、そういうものはあると思います。

○阿曾沼委員 国の実証実験であるとする、研究費とかが医療機関側に配布されると良いのですが、その手の財源が元々ないので、そこは各地域の医師会だとか先生方とか、推進したいと思っておられるチームの意見を聞いていかなくてははいけませんね。実証実験をする環境はどうやって創っていくのかということを考えると、今八田座長がおっしゃったように、国家戦略特区として特定療養費化してしまうとか、選定療養として考えるかですが、難しい問題ですね。

○森光課長 選定療養とか評価療養にする。

○阿曾沼委員 評価療養にするとかという知恵を絞りながら、何かやる方策がないかなという気がしています。

○森光課長 特に、仙台市などは阿曾沼委員がおっしゃったとおり、一部電子情報の医療情報の共有だとかそういうものを医師会だとか町ぐるみでやっているという環境がありますから、そういう意味での実証実験というのであれば、評価療養とか選定療養に選定療養は医療と関係ないところになっているので、それも含めてモデル的にやってみてどういう結果が出るのかということを出す。それは当然そういう意味での。

○阿曾沼委員 評価療養でできればいいですけども、そこは制度的に何か良い知恵ができればいいと思います。

○八田座長 例えば、自治体が一部負担するということになると、実質的には、混合診療と似たようなことになりますよね。混合診療をして自治体が負担する。それは大前進ですよ。原則できることをちゃんと可能にするということだから。

○阿曾沼委員 誰かが医療としての責任を取り、誰かが財政の責任を取らないとやっていけないということがこの診療報酬の医療の特殊性があると思います。

でも、中央社会保険医療協議会は中央社会保険医療協議会の議論として進めていただきたいと思いますけれども、特区としてはもう少しスピード感を持ってやりたいと思っています。

○八田座長 全くそうです。

それから、先程中川委員が言われた工程表の問題があります。そのことに関連して、今の議論を踏まえた追加の御意見はございませんか。

○中川委員 私は、今までの議論をきちんとフォローしていないので、根本的にまだ分かっていない部分があって、阿曾沼委員もおっしゃるようにやれることと、お金を付けることは違うのだろうとは思いますが、保険でお金を付けることの意味はきちんとしたものについて、みんなで負担して行きましょうということだと思えるのです。

そのときに、基本的に初診から6か月とか3か月ごとということについてエビデンスがないのであれば、それは別にそんなに拘る話では全くなくて、基本的にはきちんとしたものときちんとしたものでない境界線が全く根拠がないのであれば、国家戦略特区の仙台市の実験において、まさにできる、できないと保険料を付けるか付けないかも含めて実証をしていただければよろしいのかなと。

○八田座長 それはやっていただけるのだと思うのですが、スケジュール感としましては、2020年4月が一つの目途としてお答えいただけるのだと思いますけれども、そのときには私だけではなくて、一定の前進を感じられるようなことでやっていただけるのかなと期待したいと思います。

○阿曾沼委員 オンライン診療を普通にやれるのが当たり前だと思っているのですが、基本的に医師と患者の契約において医療が行われ、すべて主治医が責任を取らなければいけないという医療法制の中で、医師が必要ありと判断し、患者に対してインフォームドコンセントし、納得してもらえれば、そこでできるのであれば、私はやってもいいのではないかと考えていますし、さっき言ったように、勤め先でも海外でもどこにいても診察室になるという環境を整備することが、働き方改革でもこれからも重要だと思っています。

居宅という概念を大幅に広げる、そこに病気を持った人がいるという場所の範囲の拡大がもしできれば、それは特区でできるのではないかと思います。

○八田座長 これは必ず将来はこうなっていくと思います。それは、森光課長的にも大前提にさせていただきたいと思っています。

○森光課長 それは一つあって、実際ICTなりを医療の中で活用していくことは絶対にやら

なくてはいけないことだとは思っています。ただ、それとオンライン診療の中で、一番エビデンスと言っているいくつかの中では、安全の問題が一つあります。そこは全部主治医が責任を取るわけではないだろうとおっしゃるところはあるのですけれども、その部分と、本当にそれだけ質の担保されたものなのか、いわゆる評価するだけの質が担保されたものなのかということ。要するに、グレードが色々ございますが、その中で今までの実証実験もそうですけれども、色々な方が今まで切り開いて来られた中でこれくらいだったらいいだろう、こういう条件がはまればいいだろうと、どんどん一つずつ検討していくということで、平成30年は導入するところで始まりました。

その後は、どういうふう to それを活用していけるのか。ここでもいいのではないかと、あそこでもいいのではないかとという御意見はありますけれども、それを一つずつ検討しながらどういうふうにしていくか。ただ、グレードがあるので怖いと思っていられっしゃる方も結構いらっしゃるので、それをどうするか。

○阿曾沼委員 でも、怖いと思っている人はやはりやらないのです。医師の中にも、医師会の中にも心配だと思っていられっしゃる方は多いとは思いますが、積極的にやりたいという人たちを殊更規制せずに、特区制度の中で責任を持ってもらいながらやっていくという形が良いと思います。

○八田座長 今は原則やっていいのに払えないという話なので、それはまた、今の安全性のテストがどうのこうのということとは違いますよね。

○森光課長 実は今までも自由診療でやって来られた方は結構いらっしゃるというベースがあります。ですので、その中で一部取り込んでいるという状態です。ですから、やりたくてもやれないという話ではなくて、やっていられっしゃる方は結構今までもいらっしゃったという背景があります。

○阿曾沼委員 制度にはその判断などに色々 のり代もあるのですが、こういった議論を継続的にやっていただきたいと思います。

○八田座長 八代委員は何かありますか。

○八代委員 結構でございます。

○八田座長 議論をまとめますと、まず、混合診療も含めて色々な可能性があるだろうと。

それから、実際に負担してもらうことも含めて、お金のことはお金のことでそれなりに道はあるでしょうということだったと思います。来年のぎりぎりになる前に是非特区で活用した方法を御検討いただきたいし、事務局としてもこれから色々提案していくと思いますけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

○森光課長 スケジュール的には、仙台市は今年度中に始めたいということですか。

○頼田参事官 彼らは特にいつからということを行っているわけではないのですが、当然提案している立場上できるだけ早くということだと思っております。

○八田座長 来年の診療報酬の改定まで待ちましょうということでしたよね。

○頼田参事官 そういう意味では、診療報酬の改定にこれが載るのであれば、まさにこの

議論をしていただいてということです。

○森光課長 分かりました。色々仙台市の事情を聞きながら、検討の中に入れていきたい  
と思います。

○阿曾沼委員 まずは6か月同一医師でなくてはならないとか、3か月だとか30分以内  
とかということが緩和されれば、それはそれでいいという議論だと思います。

○頼田参事官 それがまさにリクエストでございます。

○森光課長 分かりました。

○八田座長 どうもお忙しいところ、ありがとうございました。