

7. 「オンライン精神科診療の現況と今後の展開」

-政策動向と医療提供側の認識から-

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

吉村健佑先生

(吉村) 千葉大学病院の吉村健佑と申します。私からはオンライン精神科診療の状況について、現状と今後の展開、特に政策動向として動きがございますので、それをご紹介します。

<スライド>

私、大学を出てから精神科医、産業医としての現場経験を積みました。その後、厚生労働省にゆき、そこでオンライン診療の規制緩和や、実装するための研究開発などを担当しました。その後、大学に戻りまして、現在は千葉大学病院および千葉県庁に勤務しながら、医療政策の教育研究および実務を担当しております。コロナ禍ではさまざまな活動をしておりましたが、本日の話と関係するところとして、日本精神神経学会という基幹学会のオンライン精神科医療検討作業班というところの委員を務めております。

<スライド>

今日、申し上げたいことは4点です。1点目は医療提供の地域差を埋めるためにICTを活用する必要がある。そして、2点目は公的保険でも一部カバーがされていますが、その議論を通じて日本の医療提供側の考え方がかなり透けて見えましたが、そこに対する問題提起をしたい。3点目は、COVID-19感染拡大がオンラインでの診療の実装を進めたという事実。4点目は、オンライン医療の推進に当たっては、国内ではさまざまな利害関係から賛否があるという点をご紹介します。議論したいと思います。

<スライド>

背景ですが、すでにここまでさまざま演者から指摘されている通り、生産年齢人口が激減する中で、医療や介護など、1人当たりに対する労働集約型のサービス提供は多くの人材を要する。多くの高齢者、かつ、支援を必要とする方がたくさん増える中、この中で働き手、担い手の減少というか、不足は目前に迫っているという状況で、これまでのように対面を中心とした濃厚な医療提供サービスには限界があるだろうというのは、容易に想像が付きま

す。

2022年6月の「骨太の方針」にも、医療DX推進本部というものを立ち上げると記載され

ています。実際に現在、3回か4回行われておりますが、その中で明確にオンライン診療を推進するという文言も盛り込まれております。

<スライド>

また先々週、発出されました本年度の「骨太の方針」を見ますと、オンライン診療は 2023 年度には実装される一番最初の、タイムスケジュールでは一番左のところに入っております、

<スライド>

これは行政の世界だと一丁目一番地と言ったりもしますが、要は必ずやること、ここを通してから前に進むということにオンライン診療が入っています。もうやることは明確である。国としての方針は定まっています。

<スライド>

本日のスコープですけど、オンラインないし情報通信機器を用いた技術というのはさまざまな段階がございます。左に行けば行くほど疾病、病気の方を中心としたサービスであるということ。そして、そこは医師法、医療法、ないし健康保険法など、診療報酬に規定されたりする非常にハード、シビアなところが左側です。

ただ、これは疾患を持たれている方に対する対応ということで、右に行けば行くほど健康度の高い方をサービスの対象としていきます。右側の方がルールが緩いという状況で、左側の疾病対策については厚生労働省が担当しますが、右側の方に進むと例えば情報通信を担当する総務省や、経済産業省なども予算を提示して研究開発を進めていると。

おそらく今日のシンポジウムだと、だいたいこちらの右半分ぐらいのところの受診勧奨、健康相談、各種サービスなどを包含するシンポジウムであろうと思います。今日は左側の保険診療や自由診療に関するところの事例や考え方を紹介して、これが右側にどのような影響を与えるかということを情報提供したいと思います。

<スライド>

先日、4月10日に慶應義塾大学からうつ病診断を行う AI 医療機器開発のプレスリリースが出されました。これまで国はプログラム医療機器として 20 ほど、さまざまな疾患に対して認可を行ってきましたが、これも新しいものの一つとして、左側の診療の領域にはなりませんけど、こういったものも動きも着々と進んでいます。

<スライド>

医療提供を少し俯瞰して見てみますと、これまで患者さんに対しては入院での治療、そして外来での診療、そして在宅や往診という 3 段階、3 本柱でやってきたわけですが、オンライン診療は 4 本目の柱として、生活の場に近く診療ができるということで選択肢が増えたと考えられると思います。そして急性期中心から、まさに精神疾患のような慢性期に医療資源、スコープが移っておりますので、メンタルヘルスに対するオンライン診療、オンラインでのサービスというのは、かなりホットな部分になるというのは間違いないと思います。

<スライド>

さて、これは保険診療の地域差を示したグラフです。これは都道府県ごとに認知行動療法が保険点数上、何回算定されているか。これは厚生労働省の「NDB オープンデータ」で公開されていますが、それで人口で割り算したもののグラフです。見て取れる通り、島根や岡山など一部では非常に多くの算定がされる一方で、例えば千葉県ですとまだまだ保険診療としては算定が限られていると。おそらく都道府県に大きな差があり、生活している地域ですとか、医療機関へのアクセスによって、認知行動療法を保険で受けられる方の人数というのは制約されてくると考えます。ですので、オンラインでの補完というのは避けて通れないわけですね。

<スライド>

エビデンスを見ていきましょう。イギリスではこれ、2013年の『BMJ』にRCTが出されて、認知行動療法はオンラインでやっても対面でやっても差がない、ないしはオンラインでやった方が治療継続性がよいというエビデンスが出てきます。もう10年前ですね。千葉大学の清水先生などのチームでも、私も参加いたしましたが、このシングルアームの不安症に対する治療は、

<スライド>

主要評価項目は下がっているし満足度も高いという研究が出されています。厚生労働省も、例えばこれはニコチン依存症ですけど、ずっと対面でやった場合に比べて、

<スライド>

1回目対面、あとはオンラインに切り替えた方が実は治療継続性が高いと。有意差までは出てこなかったものの継続性が高く、治療効果としては同等であるということが示されています。これらに基づいて保険診療にニコチン依存症が記載される動きがここ数年、ずっと見られています。

現在、慶應義塾大学の岸本泰士郎先生を中心にJ-PROTECTという、対面オンリーとオンラインと対面を併用する非劣性試験が行われていました。実は6月23日に行われた日本精神神経学会のシンポジウムの中で、この非劣性が示されたと報告されています。このように対面とオンラインでは有効性が変わらないということは、国内でも明確な事実として浮かび上がってまいりました。

こういった動向の中で厚生労働省はCOVID-19感染拡大に直面して、それに対する対策を時限的特例的措置として決めました。特に目を引いたのは初診から電話でオーケーということが、2020年4月の事務連絡で出されます。また同時に、診療報酬も一部付けることによって、医療現場では患者と対面することなく、電話などで診療、処方ができる制度を作ったわけです。私もこの制度を使って何人もの精神科患者さんの診察に当たりました。

<スライド>

実際に制約として1つあるのは、方法がベンゾジアゼピン受容体作動薬とか、睡眠薬や抗不安薬などは処方できない点です。仮にこれまで処方したことがあっても、対面でないと麻薬及び向精神薬の処方をしてはならないことになっています。これが2023年7月31日

で時限的特例的措置が失効して前の状態に戻ります。どんな状態に戻るのかといいますと、まず電話診療ができなくなります。画像情報も含めたオンライン診療でなければいけません。特例的な診療報酬もつかなくなります。令和４年度の診療報酬改定で認められた管理料などに限られます。初診からオンライン診療を行うことについては後述のとおり、慎重論が強くやりにくい状況です。諸外国では特にコロナ対策として対面がどうしても必要な場合には対面診療は可能として、それ以外は初診からオンライン診療をやりますということ幅広に認めております。日本はまだまだとところが令和４年度までの状況でした。

<スライド>

それに対して医師法では問題なよということ、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」で明確にして、その改定を重ねることで、診療報酬（健康保険法）の前提となる医師法との法的な整合性をとっています。

また医学部ではオンライン診療については学ぶ機会がありませんので、現在、厚生労働省はこういった e ラーニングのプログラムを走らせて、これを修了すると医師免許の追加情報として、オンライン診療の研修を終了したとして登録がされるということの、人材育成プログラムも成立してきています。

<スライド>

ただ、オンライン診療にはまだまだ診療側に慎重論が根強いというのが現状です。これはおそらく、診療の中では非常に厳しい利害関係、ないしは経営上の問題も出てきますので、前向きな立場と慎重論が対立しています。

<スライド>

医療提供側でも前向きな立場としては、世界中で通常に実施しているし、有効性・安全性は根拠が積みあがっており、選択肢も患者さんに提供できると。ないしは、オンライン診療を導入すれば新規患者の獲得ができる。だから高い診療報酬が必要であるという考え方です。私はこちらの立場に妥当性があると考えています。

慎重な立場としては、不適切使用が横行する、診療側の業務フローが変更される、職員をもう一度再トレーニングする必要がある、導入しないと患者さんを集めることができなくなる。よって、まだ医療側の準備できていないので診療報酬は不要であるという立場です。日本団体などはこの姿勢を強く打ち出しています。

診療報酬を決める会議（中医協）でも非常に紛糾がありまして、公益裁定となって、現在では対面診療の 87%の診療報酬の価格というのが政治的に妥結されています。

<スライド>

このように必ずしも医療提供側も諸手を挙げて導入に賛成しているわけではなくて、まだまだ現状の習慣とか医療提供体制を大きく崩す可能性があるということで、慎重論も非常に根強い状況です。患者さんの立場にたつと、やや残念な状況ですね。

<スライド>

令和４年度の診療報酬改定では、管理料を幅広く認めた一方で、精神科および救急科につい

ではオンライン診療の対象から除くというふうな、精神科も特出しして慎重論が強いという状況です。

<スライド>

2023年3月にさらにそれを強めるような指針（厚生労働省事業：株式会社野村総合研究所：情報通信機器を用いた精神療法にかかる指針）が出ました。オンライン診療の中のオンライン精神療法というものを特出しして、議論しています。

<スライド>

<スライド>

その報告書の内容はネガティブな記載に終始しておりました。

オンラインでの精神科診療は両論併記の形を取りながら、結論としては実施すべきではないという言い方になっています。オンライン精神科診療を実施した医師が速やかに対面診療を実施するとか、土日、休日も実施できる体制でなければやってはならないとか、かなり厳しい条件を課しています。

<スライド>

対面診療で解決ができていないような向精神薬の転売や漫然投与を、オンライン診療はそれを解決できない、だから禁止なんだという「わら人形論法」と呼んだりしますが、論点をずらしてマイナスになるような提示がされていると個人的には考えています。

これは患者さんや、メンタルヘルスサービスのユーザー側の要望が無視された状況にあり、これはきちんと問題提起をしていかなければ、オンライン精神科診療はやらないんだという意見に押されてしまいそうなのが現状です。

<スライド>

<スライド>

最後のスライドです。最初に示したアブストラクトと一緒に、実装、サービスは必要で、エビデンスは確立されている。ただ、医療提供側にまだ強い抵抗感があるということをどのように打破していくか、どのように議論していくかということが課題だと思います。私からは以上になります。ありがとうございました。