

2023年6月25日

オンラインメンタルヘルス相談支援システムの社会受容性シンポジウム  
～「総合知」で創るこころの健康～

**オンライン精神科診療**の現状と今後の展開  
～政策動向と医療提供側の認識から～

**吉村健佑**

精神科専門医・医学博士・公衆衛生学修士

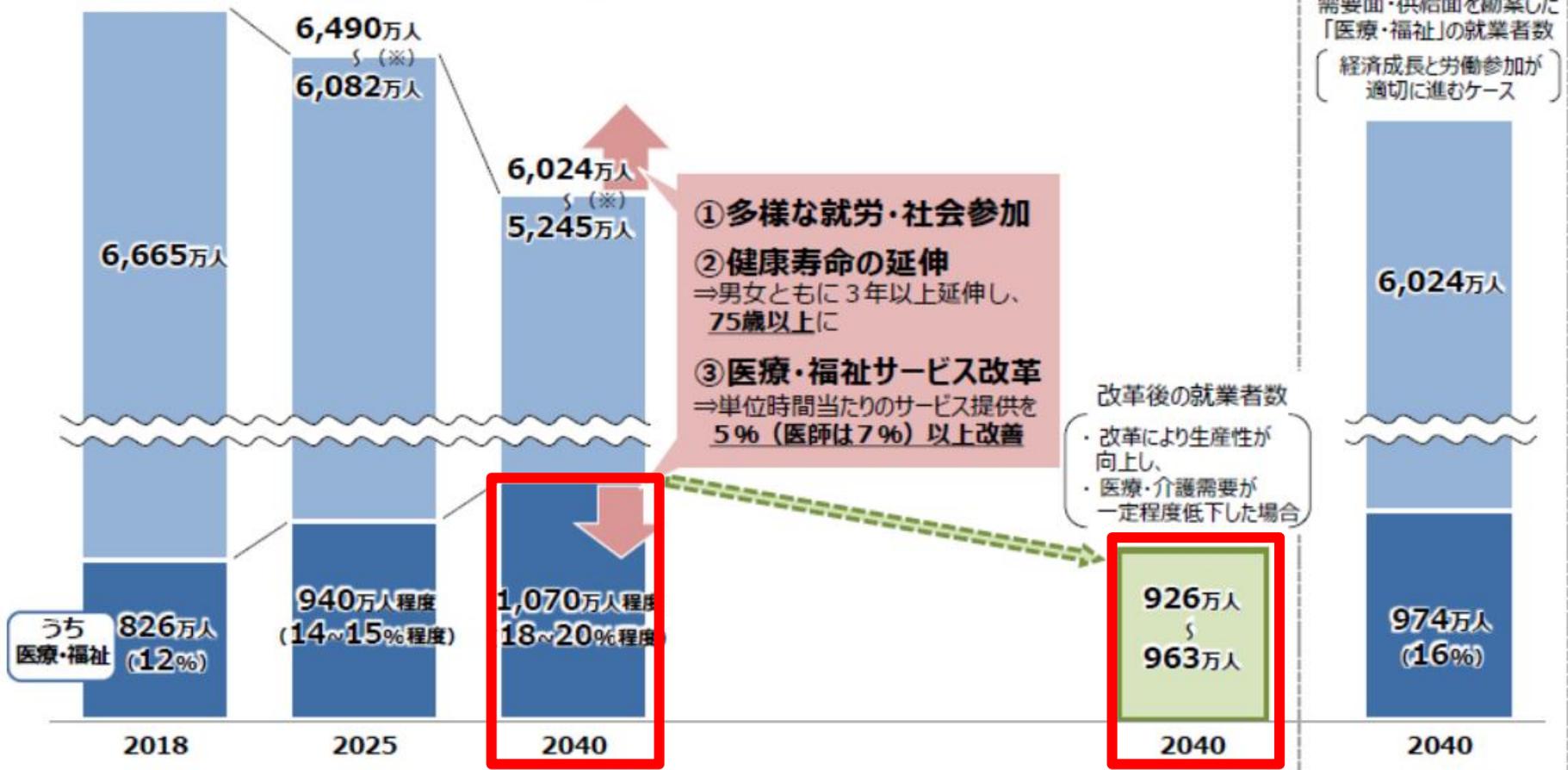
千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授

# 背景

## マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



2040年：現在よりも多くの人材・人員を要する

# 医療DXのメリット（イメージ）【成人期～高齢期】

## 2023年 骨太の方針

ライフステージ



高齢期



同じ成分の重複した薬や  
飲み合わせの良くない薬を  
受け取ることがなくなる

救急時に、レセプト情報から  
受診や服薬の状況が把握され、  
迅速に的確な治療を受けられる



医療・介護関係者で状況が  
共有され、より良いケアを  
受けられる

心肺蘇生に関する自分の意思が  
関係者に共有され、自らや家族が  
望む終末期医療を受けることが  
できる



過去の検査状況が閲覧可能となり、  
負担の大きい検査を何度も受ける  
必要がなくなる

自分の健診結果やライフログ  
データを活用し、自ら  
生活習慣病を予防する行動等  
につなげることができる

診断書等の自治体への提出  
がオンラインで可能に



医療情報を二次利用すること  
で、新たな医薬品等の  
研究開発が促進  
よりよい治療や的確な診断が  
可能に

予診票や接種券がデジタル化  
され、速やかに接種勧奨が届くので  
スムーズな接種ができる  
接種忘れも防止



処方箋を電子的に受け取れる  
ため、**オンライン診療**や  
オンライン服薬指導を  
より受けやすくなる

生活習慣病等に関連する  
検査結果をいつでも自分で  
確認できる



電子カルテが普及し、  
どの医療機関等でも  
情報共有が可能に



成人期

2023年度

2024年度

2025年度

2030

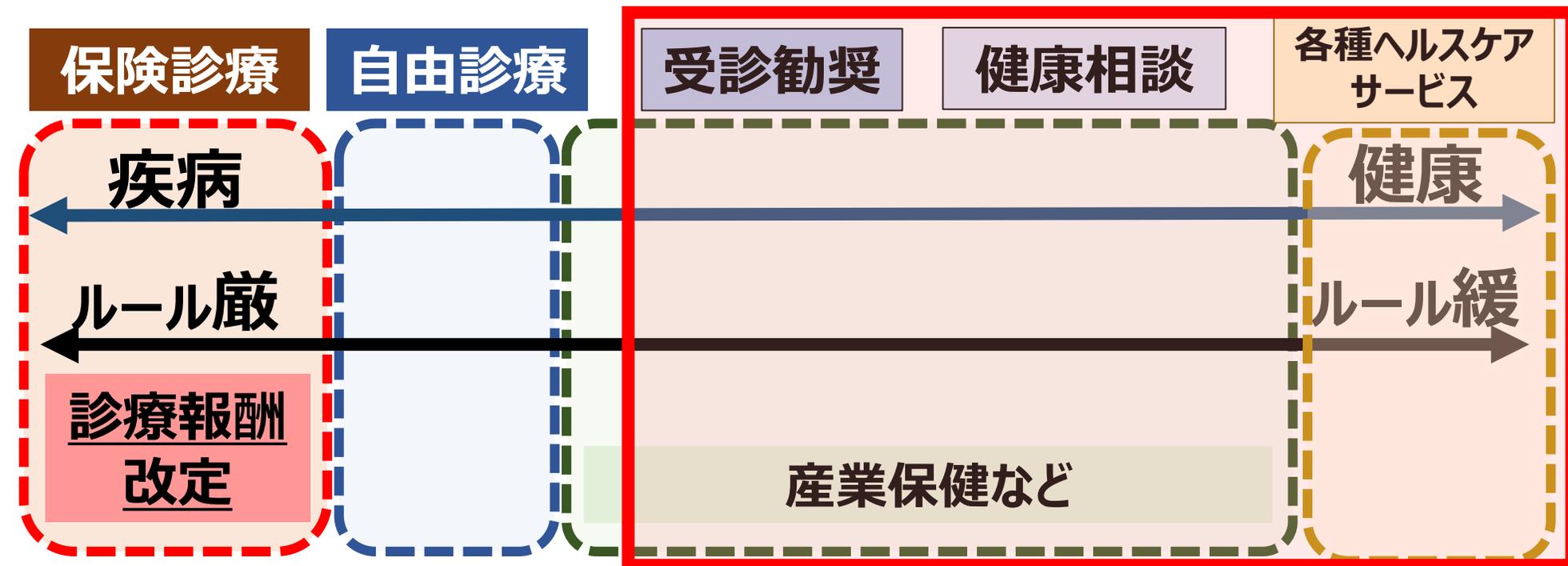
- ・マイナンバーカードの利用促進
- ・オンライン資格確認等システムの普及
- ・自治体と医療機関の情報連携の開始

- ・救急現場での情報共有
- ・電子カルテ情報共有サービスの整備
- ・マイナポータルを介した自治体手続の際の診断書等の電子的提出
- ・電子処方箋を概ね全国の医療機関・薬局へ普及

自治体システムの標準化

共通算定モジュール・  
標準型電子カルテの普及

# オンラインを用いた技術：各段階と考え方（吉村まとめ）



# 医療提供の「場」のシフト (吉村まとめ)

急性期疾患  
入院治療



慢性期疾患  
生活の場での診療

クリニックの役割  
= 対面 + オンライン + 在宅

入院診療

外来対面診療

オンライン診療

往診・在宅診療

病院

クリニック

生活の場

人口10万人あたり

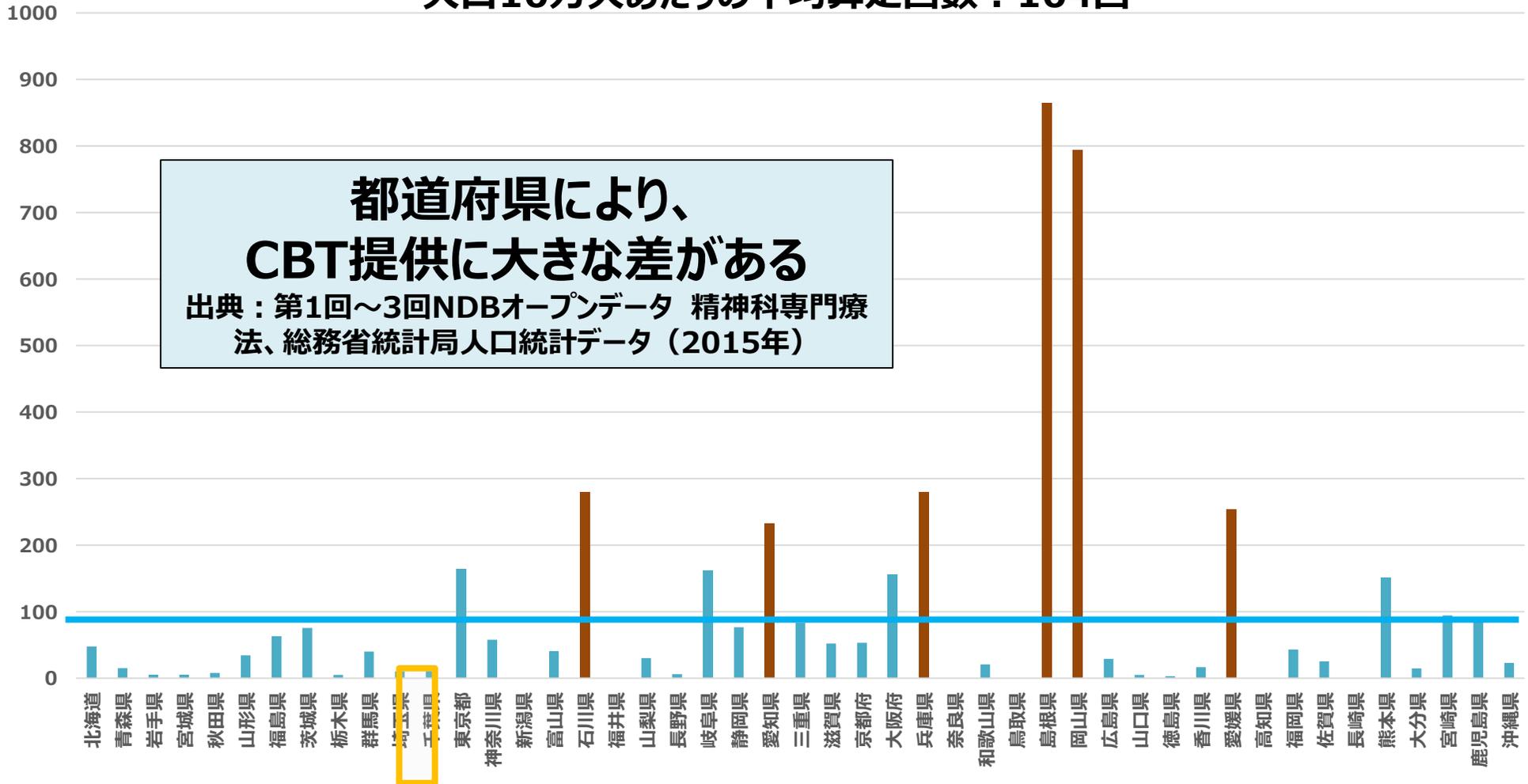
# 認知行動療法：都道府県別算定回数（2014-2016年度合計）

総算定回数：131,764回

要件を満たした精神保健指定医が実施：500点

それ以外の医師による場合：420点

人口10万人あたりの平均算定回数：104回



# オンラインを用いた 認知行動療法の先行研究

C. Henderson et al To examine the costs and cost effectiveness of telehealth in addition to standard support and treatment, compared with standard support and treatment. **BMJ 2013**

研究目的	うつ・不安症に対する オンライン認知行動療法と インターネット相談サービス 組み合わせた治療の評価
対象患者	704名（18歳～75歳）を3群比較：ランダム化比較試験
3群で比較	①オンライン認知行動療法群 ②オンライン認知行動療法群+相談サービス ③通常診療群
介入技術	CCBT:10分間のビデオ紹介と50分間の双方向セッション IS：スマートフォン等で利用する治療者への相談サービス
結果の概要	CCBT群およびCCBT+ISG群は通常診療群と比べて 6ヶ月後のQoL尺度および疾患特異的尺度が改善

# オンライン診療を用いた 認知行動療法の臨床研究：千葉大学

JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH

Matsumoto et al

Original Paper

## Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy With Real-Time Therapist Support via Videoconference for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder: Pilot Single-Arm Trial

Kazuki Matsumoto<sup>1,2</sup>, MPH; Chihiro Sutoh<sup>3</sup>, MD, PhD; Kenichi Asano<sup>2</sup>, PhD; Yoichi Seki<sup>1,2</sup>, PhD; Yuko Urao<sup>1,2</sup>, PhD; Mizue Yokoo<sup>2</sup>, PhD; Rieko Takanashi<sup>2</sup>, PhD; Tokiko Yoshida<sup>2</sup>, MPH; Mari Tanaka<sup>2</sup>, PhD; Remi Noguchi<sup>2</sup>, PhD; Shinobu Nagata<sup>2</sup>, PhD; Keiko Oshiro<sup>2</sup>, PhD; Noriko Numata<sup>1,2</sup>, PhD; Motohisa Hirose<sup>2</sup>, PhD; Kenstuke Yoshimura<sup>4</sup>, MD, MPH; Kazue Nagai<sup>5</sup>, PhD; Yasunori Sato<sup>6</sup>, PhD; Taishiro Kishimoto<sup>7</sup>, MD, PhD; Akiko Nakagawa<sup>1,2</sup>, MD, PhD; Eiji Shimizu<sup>2,3</sup>, MD, PhD

## Satisfaction and preference

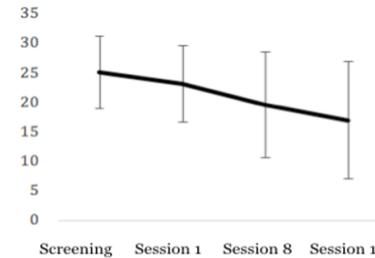
Answer options	n (%)
<b>Satisfaction</b>	
Very dissatisfied	0 (0)
Dissatisfied	0 (0)
Slightly dissatisfied	1 (3)
Neutral	0 (0)
Slightly satisfied	3 (10)
Satisfied	9 (31)
Very satisfied	16 (55)
<b>Preference</b>	
Clearly prefer face-to-face	0 (0)
Prefer face-to-face	1 (3)
Slightly prefer face-to-face	1 (3)
Neutral	3 (10)
Slightly prefer videoconference-delivered CBT <sup>a</sup>	10 (34)
Prefer videoconference-delivered CBT	6 (21)
Clearly prefer videoconference-delivered CBT	8 (28)

29名中25名が  
**86%**が「満足」と回答

29名中24名が、対面CBTと比べ  
**83%**が「遠隔CBTを好む」と回答

## 強迫症の主要評価項目

A: Y-BOCS

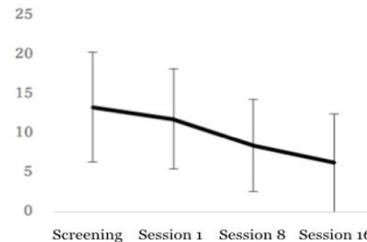


強迫症に関して介入前後で、治療を完了した10名のY-BOCSの平均点が**6.2点有意に減少した**。

Y-BOCSの変化量：-6.2  
効果量：Cohen's d=0.74  
95% CI -9.4 to -3.0  
P=.002

## パニック症の主要評価項目

B: PDSS

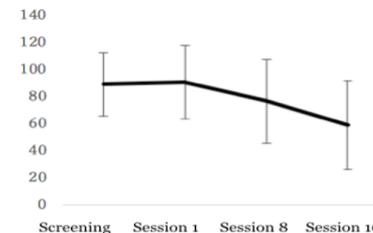


パニック症に関して介入前後で、治療を完了した10名のPDSSの平均点が**5.6点有意に減少した**。

PDSSの変化量：-5.6  
効果量：Cohen's d=0.89  
95% CI -9.83 to -1.37  
P=.02

## 社交不安症の主要評価項目

C: LSAS



社交不安症では介入前後で、治療を完了した9名のLSASの平均点が**33.3点有意に減少した**。

PDSSの変化量：-33.3  
効果量：Cohen's d=1.10  
95% CI -59.62 to -7.49  
P=.02

○ 初回診療を対面で実施し、2回目から6回目までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

## 【方法】 RCT研究

**Telemedicine群 58人**  
初回は対面で実施し、2回目～6回目の診療をビデオ通話可能な情報通信機器を用いて実施

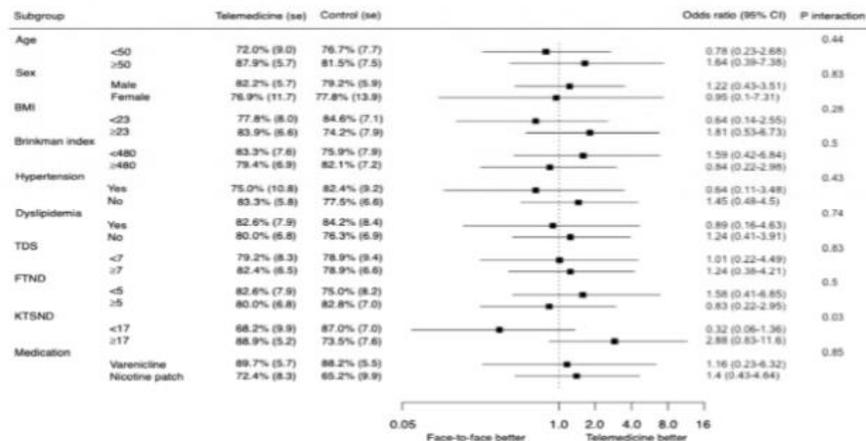
**Standard care群 57人**  
6回の診療全てを対面で実施  
※両群とも禁煙治療アプリを利用



Supplemental figure 2. Efficacy of telemedicine on the continuous abstinence rates at weeks 9–12 by subgroup.

## 【結果】

	Telemedicine群	Standard care群
9～12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9～24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率(24週時)	1.7%	3.5%



Nomura A. et al. Clinical Efficacy of Telemedicine Compared to Face-to-Face Clinic Visits for Smoking Cessation: Multicenter Open-Label Randomized Controlled Noninferiority Trial. J Med Internet Res. 2019, vol.21 **80**

**オンラインの方が「治療継続がする」**

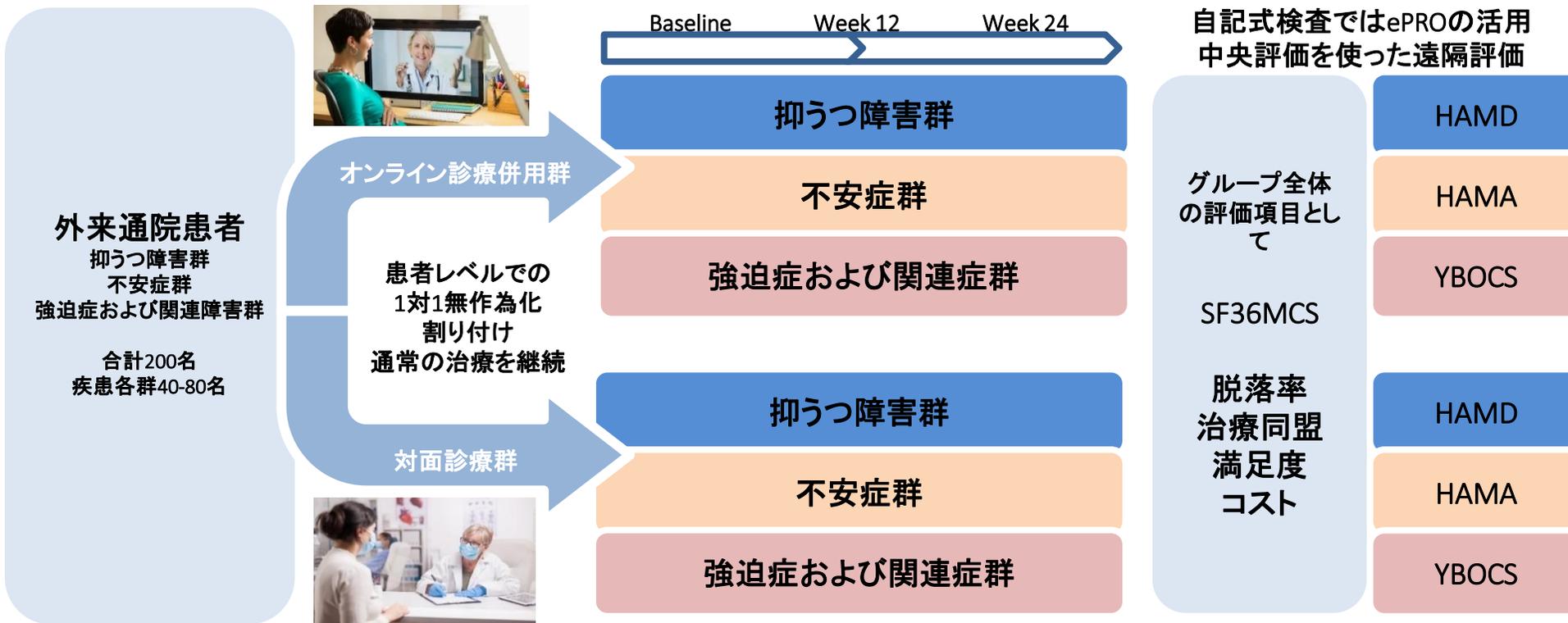
# 岸本泰士郎先生らの臨床研究：AMED

## 研究概念図



国立研究開発法人 日本医療研究開発機構  
Japan Agency for Medical Research and Development

J<sub>+</sub>PROTECT



ePRO, electronic patient reported outcome; HAMA, Hamilton Anxiety Rating Scale; HAMD, Hamilton Depression Rating Scale; SF36MCS, MOS 36-Item Short-Form Health Survey Mental component summary; YBOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

# 2020年4月10日医政局・医薬局 事務連絡

厚生労働省医政局医事課  
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の  
時限的・特例的な取扱いについて

## 1. 医療機関における対応

### (1) 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

患者から電話等により診療等の求めを受けた場合において、診療等の求めを受けた医療機関の医師は、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方が当該医師の責任の下で医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をして差し支えないこと。ただし、麻薬及び向精神薬の処方をしてはならないこと。

**時限的・特例的措置 初診から電話等でOK**

**初診214点・再診点73+管理料147点の算定が可能**

# オンライン診療初診に係る各国比較表(未定稿)

第11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

参考資料  
8

厚生労働行政推進調査事業費「総合診療が地域医療における専門医や多職種連携等に与える効果についての研究」  
分担研究「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」の情報等を元に医事課作成

令和2年11月2日

	米国		英国	豪州 (クイーンズランド)	フランス	日本
医療保険	公的保険 (例: Medicare)	民間保険	国民健康サービス (NHS)	公的保険 (Medicare)	社会保険	社会保険
オンライン診療の「初診」の可否	「初診」不可 (一部例外あり)	保険により異なる	「初診」可	「初診」可 (ただし、過去の対面診療の実績要件あり)	「初診」可 (ただし、過去の対面診療の実績要件あり)	「初診」不可 (一部例外あり)
オンライン診療の条件等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者の所在に条件(自宅は不可、医師不足地域であること等)あり</li> </ul>	(民間保険の一例) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 双方向性ビデオカンファレンスであること</li> <li>● 医師免許が発行された州内の患者所在に限定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● オンライン診療の診察申込時に患者が入力した情報を元に、AIや医療スタッフがトリアージで対象患者を選別</li> <li>● 自宅・職場から30-40分圏内で登録したかかりつけ医に限定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● かかりつけ医にかかる場合、当該医師が直近12ヶ月以内に3回は当該患者に対面診療を実施したことがあること</li> <li>● 患者の所在が以下のいずれかであること                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・一定以上の僻地に居住</li> <li>・オンライン診療を提供する医師との距離が15km以上離れていること</li> <li>・介護施設内</li> </ul> </li> <li>● 専門医はかかりつけ医の紹介により初診可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 直近12ヶ月に少なくとも1回はオンライン診療を実施する医師が、当該患者に対面診療を実施したことがあること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 初診及び急病急変患者は対面診療が原則</li> <li>● 事前に対面診療により医学的評価を行った上で診療計画を作成すること</li> </ul>
COVID19流行下の特例措置	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者所在の制限解除</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般ビデオ電話ソフトの使用可</li> <li>● 州間での相互診療可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NHSがかかりつけ医に対しオンライン診療に切替を要請</li> <li>● ビデオ会議システム利用権の無償提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者所在の制限解除</li> <li>● 電話診療が可能</li> <li>● かかりつけ医の場合のオンライン受診に必要な対面診療が、直近12ヶ月に1回へ緩和</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 対面診療の実績にかかる要件の解除</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「初診」可</li> <li>● 電話診療可</li> <li>● 処方日数制限あり</li> </ul>

## 諸外国の状況・エビデンスも参考にして検討

# オンライン診療の適切な実施に関する指針

## 目次

I	オンライン診療を取り巻く環境	2
II	本指針の関連法令等	3
III	本指針に用いられる用語の定義と本指針の対象	5
	(1) 用語の定義	5
	(2) 本指針の対象	7
IV	オンライン診療の実施に当たっての基本理念	8
V	指針の具体的適用	10
	1. オンライン診療の提供に関する事項	10
	(1) 医師－患者関係／患者合意	10
	(2) 適用対象	11
	(3) 診療計画	12
	(4) 本人確認	14
	(5) 薬剤処方・管理	15
	(6) 診察方法	16
	2. オンライン診療の提供体制に関する事項	17
	(1) 医師の所在	17
	(2) 患者の所在	18
	(3) 通信環境（情報セキュリティ・利用端末）	19
	3. その他オンライン診療に関連する事項	23
	(1) 医師教育／患者教育	23
	(2) 質評価／フィードバック	23
	(3) エビデンスの蓄積	23
	(参考) オンライン診療における情報セキュリティ対策の例	25

**2023年3月  
最終改定**

**全31ページ  
ご一読ください！**

# オンライン診療「前向き・慎重」意見 吉村まとめ

## 1. 前向きな立場

### 【医療提供側】

- ・世界中で通常に実施している
- ・有効性安全性の科学的根拠あり
- ・診療の選択肢が増える
- ・新規患者の獲得ができる

⇒意見：高い診療報酬が必要

### 【保険者側】

- ・診療報酬を付けるに値する

## 2. 慎重な立場

### 【医療提供側】

- ・有効性と安全性に不安
- ・不適切利用が横行する
- ・診療業務フローが変わる
- ・設備投資と職員研修が必要
- ・新患の集患力が低下

⇒意見：高い診療報酬は不要

中医協での「紛糾」：「公益裁定」

## 情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

## 1. 初診

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえ、評価を新設
- ✓ 「**初診料（情報通信機器を用いる場合） 251点**」を新設 **（対面の場合の87%）**
- ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

## 2. 再診

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における臨時的・時限的特例の実態も踏まえ、評価を新設
- オンライン診療料は廃止
- ✓ 「**再診料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
- ✓ 「**外来診療料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
- ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

## 3. 医学管理料

- 算定可能な医学管理料を整理・追加するとともに、点数を引き上げ
- ✓ **検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加**し、現行の9種類から**20種類へ増加**
- ✓ 点数は **全て対面の場合の87%**として設定

① 「初診」新設      ② 管理料20種類

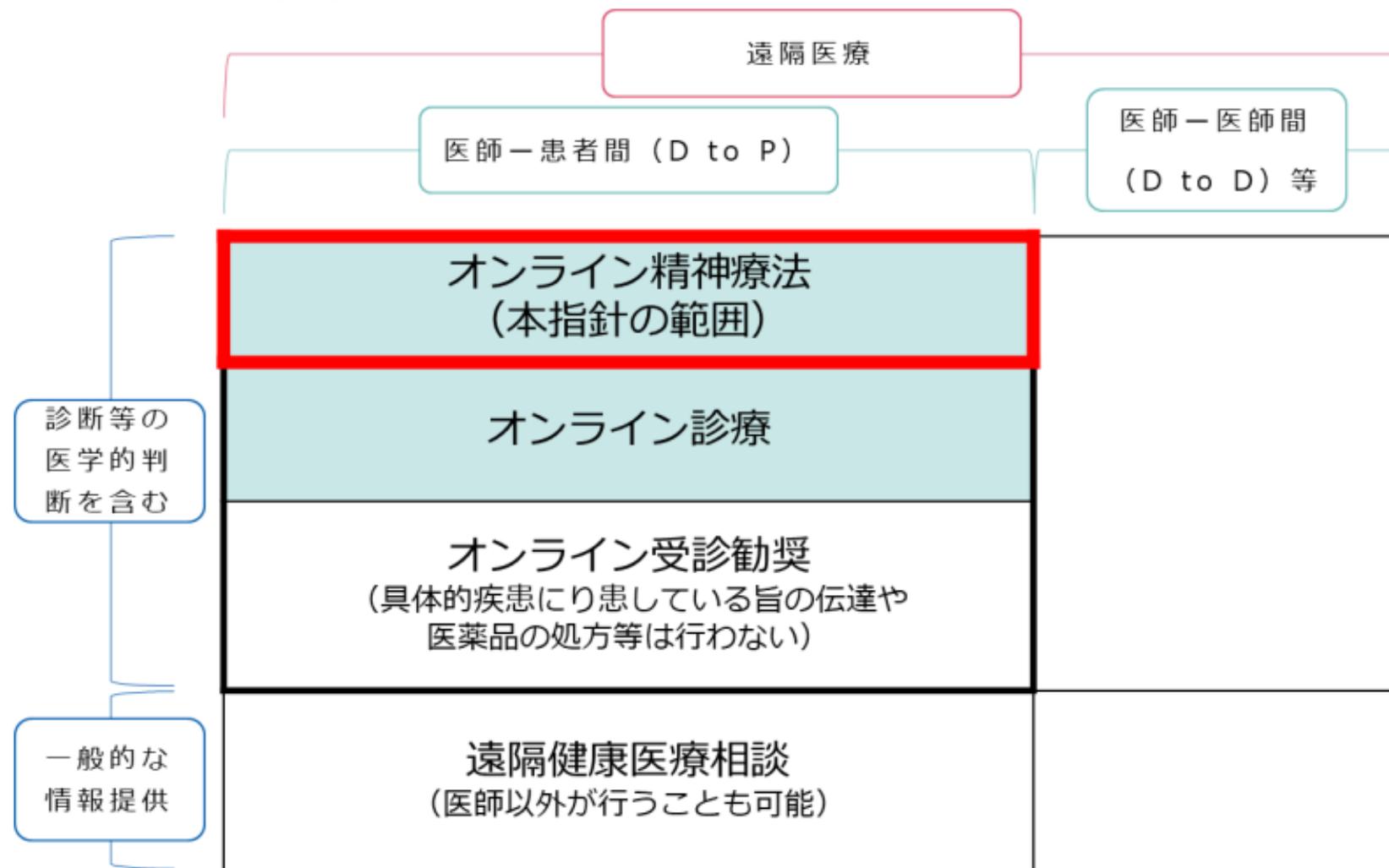
③ 「1割以下」「30分ルール」撤廃

## 令和4年診療報酬改定に伴う変更点まとめ

- 1) 電話不可の「初診」新設
- 2) 「1割以下」「30分ルール」規制撤廃
- 3) 管理料20種類に拡大  
ただし「精神・救急」は除く
- 4) 対面の「87%」で算定原則

ここまでは少しずつ前進・実装されてきた

図 遠隔医療の分類



# 「オンライン精神療法指針」内容の問題（吉村まとめ）

- 本指針の目的

「(オンライン)精神療法を実施するための環境の整備を進め、もって(中略)適正かつ幅広い普及に資すること」

→実際は真逆

- オンライン精神療法について、両論併記の形をとりながら結論としては「(現実には)実施できない」という内容と結論。

例えば

- 「オンライン精神療法を実施した場合、原則として(中略)実施した医師自らが、速やかに対面診療を実施」

「時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されること」

→対面診療でもそのようにされていない。

- 「初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わない」と「禁止令」である。

厚生労働省 令和4年度 障害者総合福祉推進事業

情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための

指針の策定に関する検討

—報告書—

株式会社 野村総合研究所

令和5(2023)年3月

# まとめ：abstract

1. 精神科の提供は地域差がある  
ICTを活用する必要がある
2. オンライン精神療法には十分なエビデンスがあり、一部は公的保険でもカバーされている
3. COVID-19の感染拡大に伴い、  
日本では規制が緩和・実装がすすんだ
4. オンライン精神科診療を進めるにあたり、  
日本国内では未だ賛否がある



精神科患者・ユーザーが取り残されないように