

精神科領域オンライン診療のエビデンスとニーズ

2025年3月10日 第5回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

慶應義塾大学 医学部

ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座

特任教授

岸本 泰士郎

利益相反(COI)開示 岸本 泰士郎

発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業等

顧問・アドバイザー: TechDoctor・FRONTEO・i2medical・I' m beside you・IQVIA・eMind

株保有・利益: なし

特許使用料: FRONTEO・住友ファーマ

講演料・原稿料: アッビ・イーライリリー・エーザイ・大塚・サノビオン・塩野義・大正・住友ファーマ・武田・ファイザー・ネクイノ・ノバルティス・万有・明治・持田・日本マイクロソフト・ヤンセン・FRONTEO・IQVIA・m3

受託研究費・共同研究費: 大塚製薬・住友ファーマ・MICIN・野村証券・三菱UFJ信託銀行

技術支援: なし

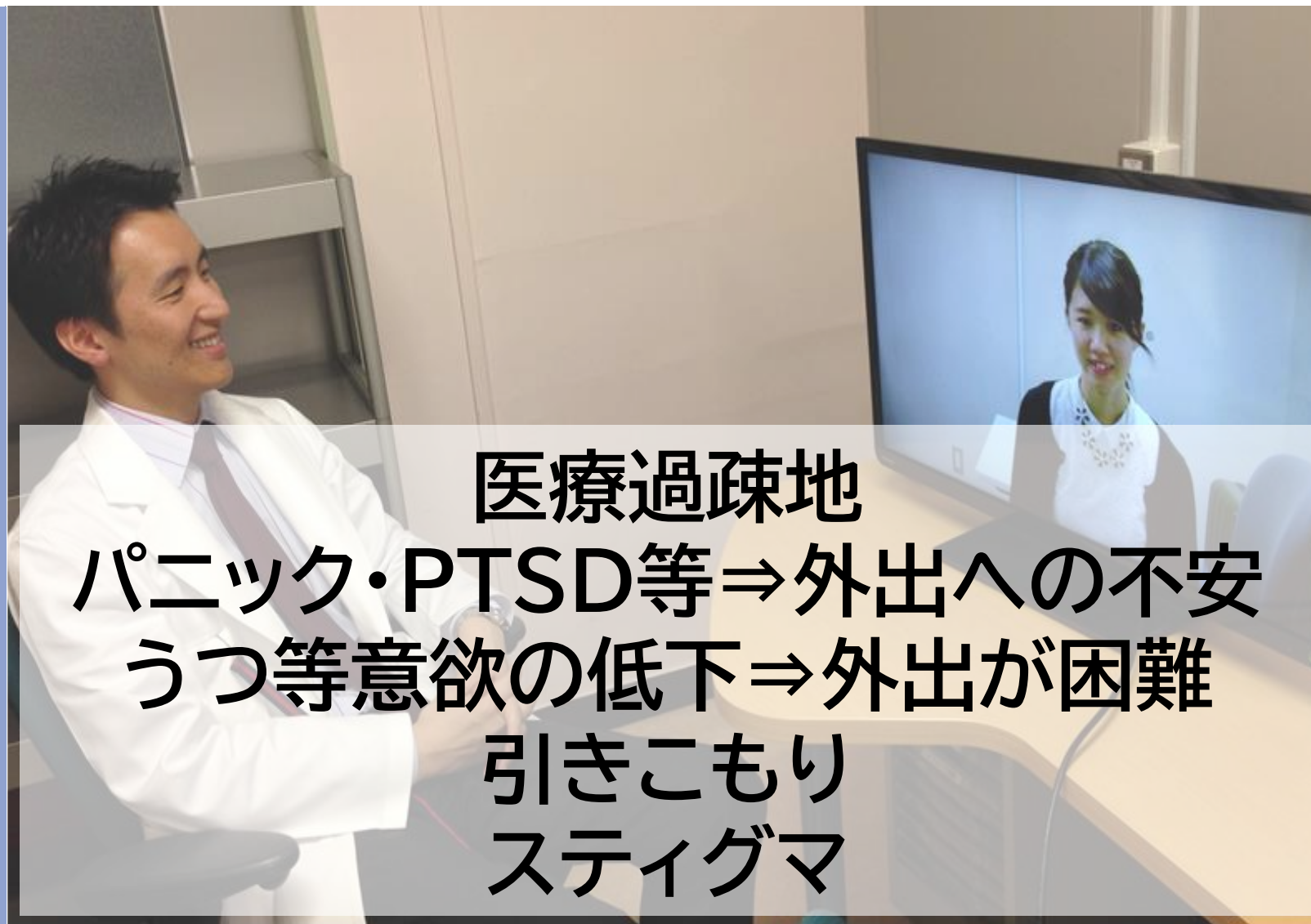
奨学寄付金: 大塚製薬

寄付講座所属: 森ビル

贈答品などの報酬: なし



Tele
(離れた)
+
Psychiatry
(精神科)
=
Telepsychiatry



医療過疎地
パニック・PTSD等⇒外出への不安
うつ等意欲の低下⇒外出が困難
引きこもり
スティグマ



診断・重症度評価に関するエビデンス

ビデオ会議システムを用いた認知機能検査 実施風景



高齢者に対する遠隔認知機能検査

●認知機能検査において対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

A Validation Study of the Remotely Administered Montreal Cognitive Assessment Tool in the Elderly Japanese Population

Kiyoko Iiboshi, PhD,^{1,*} Kazunari Yoshida, MD, PhD,^{2,3,*} Yashitaka Yamaoka, MA,² Yoko Eguchi, MA,² Daisuke Sato, PhD,⁴ Megumi Kishimoto, MD,⁵ Kei Funaki, MD, PhD,² Masaru Mimura, MD, PhD,² and Taishiro Kishimoto, MD, PhD^{2,6-8}

¹Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Relations, Shigakukan University, Kagoshima, Japan.

²Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.

³Pharmacogenetics Research Clinic, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

⁴Center for Outcomes Research and Economic Evaluation for Health, National Institute of Public Health, Saitama, Japan.

⁵Hoshi Hospital, Fukushima, Japan.

⁶Department of Psychiatry, The Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, New York, USA.

⁷Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Hofstra Northwell School of Medicine, Hempstead, New York, USA.

⁸Center of Psychiatric Neuroscience, The Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, USA.

*These authors equally contributed to this work.

Abstract

Background: In an aging society, neuropsychological testing using video teleconferencing (VTC) is increasingly important. Despite the potential benefit of a VTC-administered Montreal Cognitive Assessment Tool (MoCA) to detect cognitive decline, only a limited number of studies have investigated this tool's reliability. Therefore, we aimed to evaluate the reliability of VTC-administered MoCA compared with face-to-face (FTF)-administered MoCA among elderly Japanese participants. Moreover, we examined participants' satisfaction with VTC-administered MoCA.

Methods: Participants ≥60 years of age with and without cognitive impairment (i.e., those with mild cognitive impairment [MCI], those with dementia, and healthy controls [HC]) were assessed with VTC- and FTF-administered MoCA at an interval of >2 weeks and <3 months. The order effect (VTC first vs. FTF first) and time effect (first vs. second testing session), as well as several covariates such as age and years of education were controlled. Intraclass correlation coefficients (ICCs) were calculated using a mixed-effects model to assess the agreement between the two (VTC- vs.

FTF-administered) groups. Participants' satisfaction with VTC-administered MoCA was examined using a Likert scale asking seven questions.

Results: We included 73 participants in the study (36 men; age, 76.3 ± 7.5 years). The ICC for the MoCA total score was high in the entire sample (0.85), whereas ICCs were moderate to high for the subgroups (MCI: 0.82, dementia: 0.82, and HC: 0.53). Furthermore, we found good overall participant satisfaction with VTC-administered MoCA.

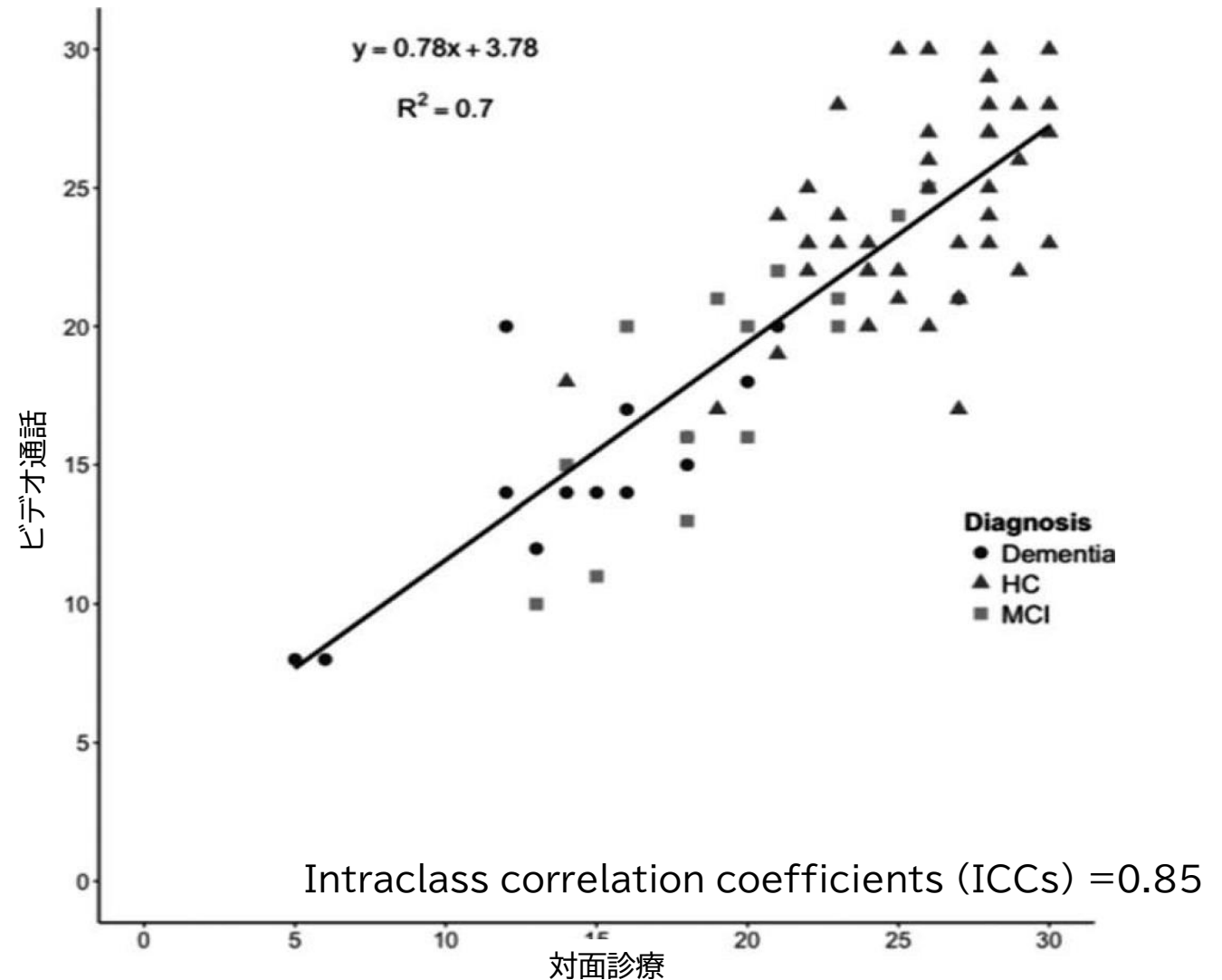
Discussion: VTC-administered MoCA appears viable as an alternative to FTF-administered MoCA, although further replication studies with larger sample sizes are needed.

Keywords: MoCA, Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, neuropsychological tests, telepsychiatry

Introduction

Neuropsychological assessments are valuable in measuring cognitive capabilities, such as attention, memory, language, visuospatial abilities, and executive functions in elderly people. The assessment procedure includes conversation, writing, and drawing sections. In an aging society with an increasing prevalence of dementia (i.e., the estimated number of people living with dementia around the world was 46.8 million in 2015, and this number is predicted to increase to 131.5 million by 2050),¹ neuropsychological tests are heavily used as a screening tool for dementia. In addition, early diagnosis and intervention in mild cognitive impairment (MCI),² which have an estimated prevalence of 10–20% in individuals ≥65 years of age³ (and of that population an annual average of 10–15% may develop into dementia^{3,4}), are important.

This is because nonpharmacological interventions such as cognitive and behavioral interventions in MCI have demonstrated positive effects on several functional aspects (e.g., cognition, daily activities, mood, and quality of life)^{5–7} and control of vascular risk factors, including blood pressure control, smoking cessation, and statin therapy, may reduce the risk of progression from MCI to dementia⁸; however, no pharmacological or nonpharmacological treatments have proven effective in preventing MCI from developing into



神経発達障害児に対する遠隔評価

●小児ADHDにおいて対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH

Kurokawa et al

Original Paper

Reliability of Telepsychiatry Assessments Using the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV for Children With Neurodevelopmental Disorders and Their Caregivers: Randomized Feasibility Study

Shunya Kurokawa¹, MD, PhD; Kensuke Nomura^{1,2}, MD, PhD; Nana Hosogane³, MD; Takashi Nagasawa⁴, MD; Yuko Kawade^{2,5}, MD; Yu Matsumoto², MD; Shuichi Morinaga^{1,6}, MD; Yuriko Kaise¹, MA; Ayana Higuchi¹, MA; Akiko Goto⁵, MD, PhD; Naoko Inada⁷, MA, PhD; Masaki Kodaira³, MD, PhD; Taishiro Kishimoto⁸, MD, PhD

¹Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan

²Department of Child Psychiatry, Shimada Ryoiku Medical Center for Challenged Children, Tokyo, Japan

³Department of Child and Adolescent Mental Health, Aiiiku Clinic, Tokyo, Japan

⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Tokyo, Japan

⁵Tsurugaoka Garden Hospital, Tokyo, Japan

⁶Hiratsuka City Hospital, Kanagawa, Japan

⁷Department of Clinical Psychology, Taisho University, Tokyo, Japan

⁸Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Corresponding Author:

Taishiro Kishimoto, MD, PhD

Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness

Keio University School of Medicine

Mori JP Tower F7

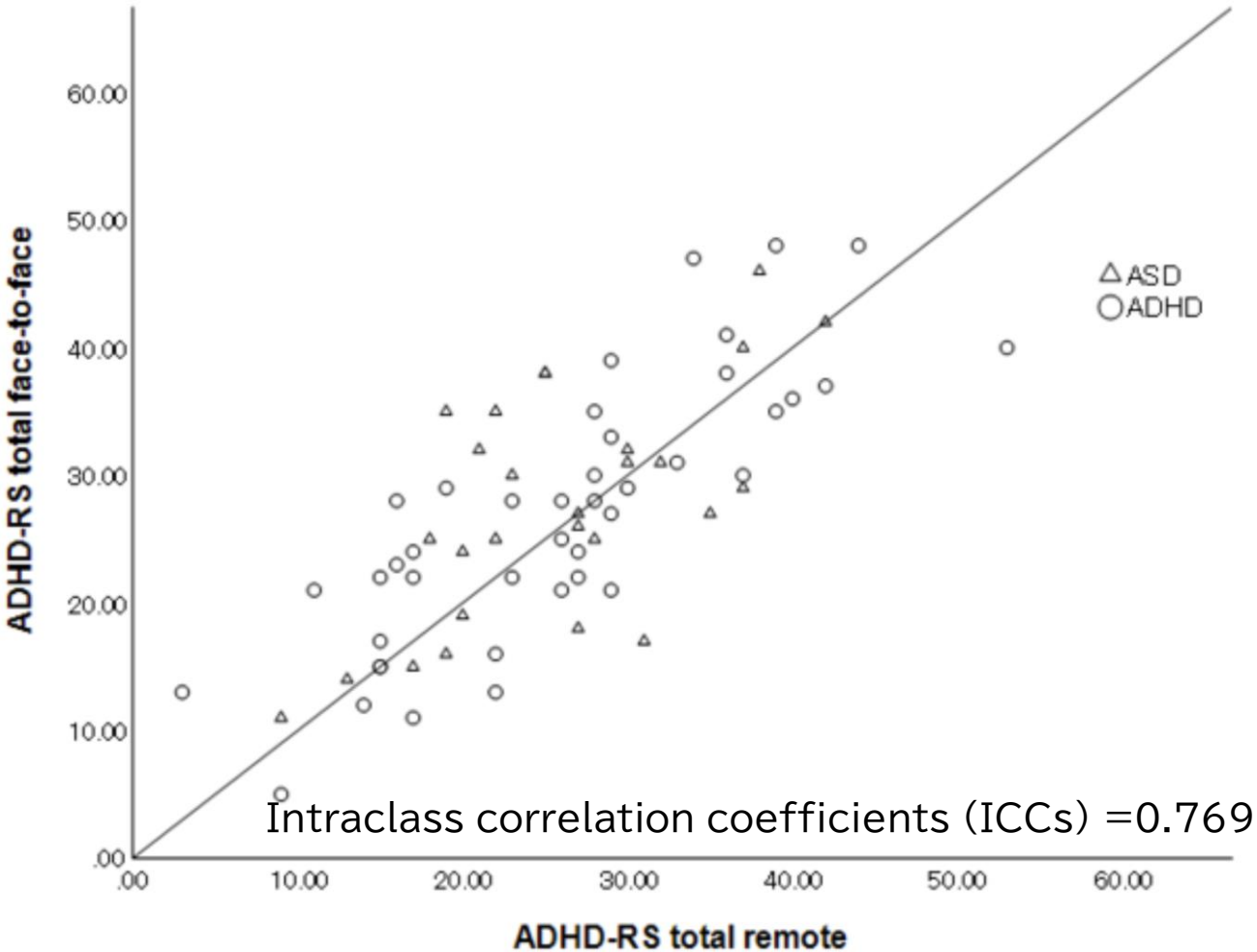
1-3-1, Azabudai, Minato-ku

Tokyo, 106-0041

Japan

Phone: 81 3 5363 3219

Email: kishimoto@keio.jp





治療に関するエビデンス



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

＜障害者対策総合研究開発事業＞

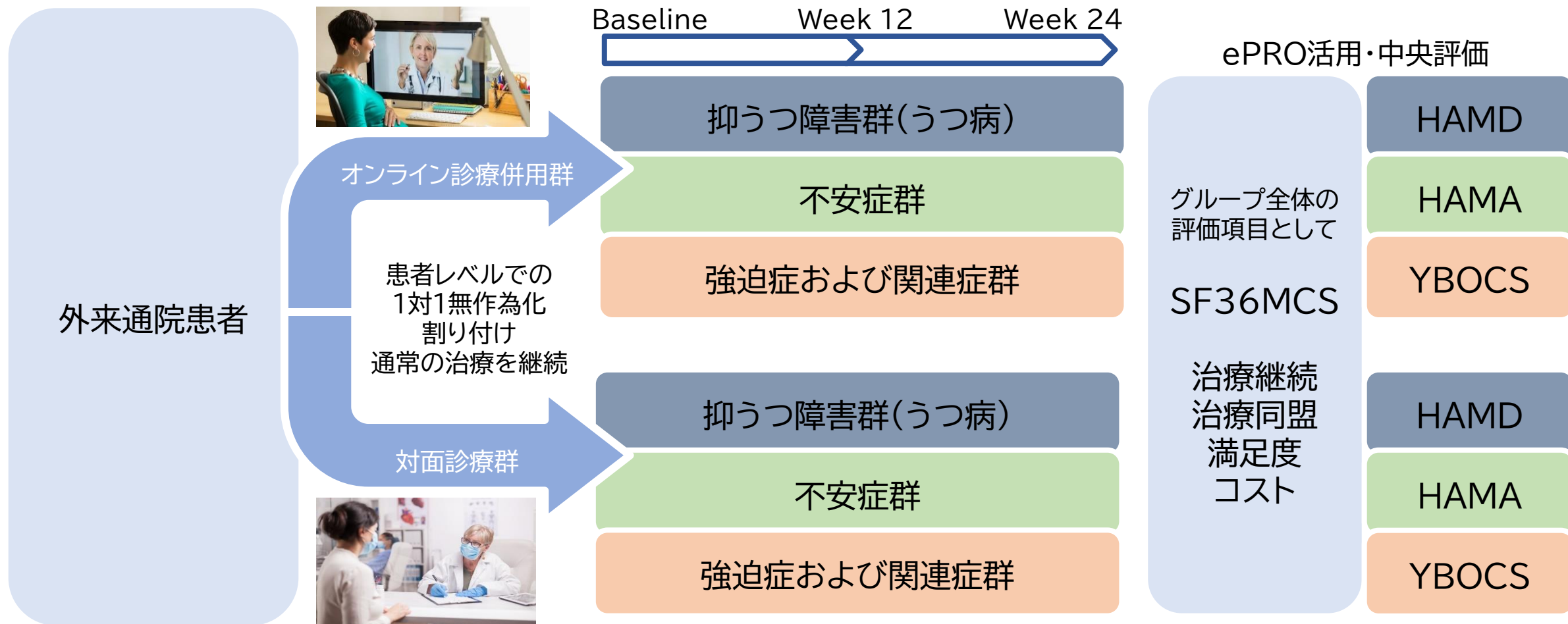
対面診療に比したオンライン診療の非劣性試験：
COVID-19によって最も影響を受け得る精神疾患に対する
マスタープロトコル試験による検証

J_⊕PROTECT

Japanese **P**roject for **T**elepsychiatry **E**valuation
during **C**OVID-19: **T**reatment Comparison Trial

J-PROTECT 研究目的

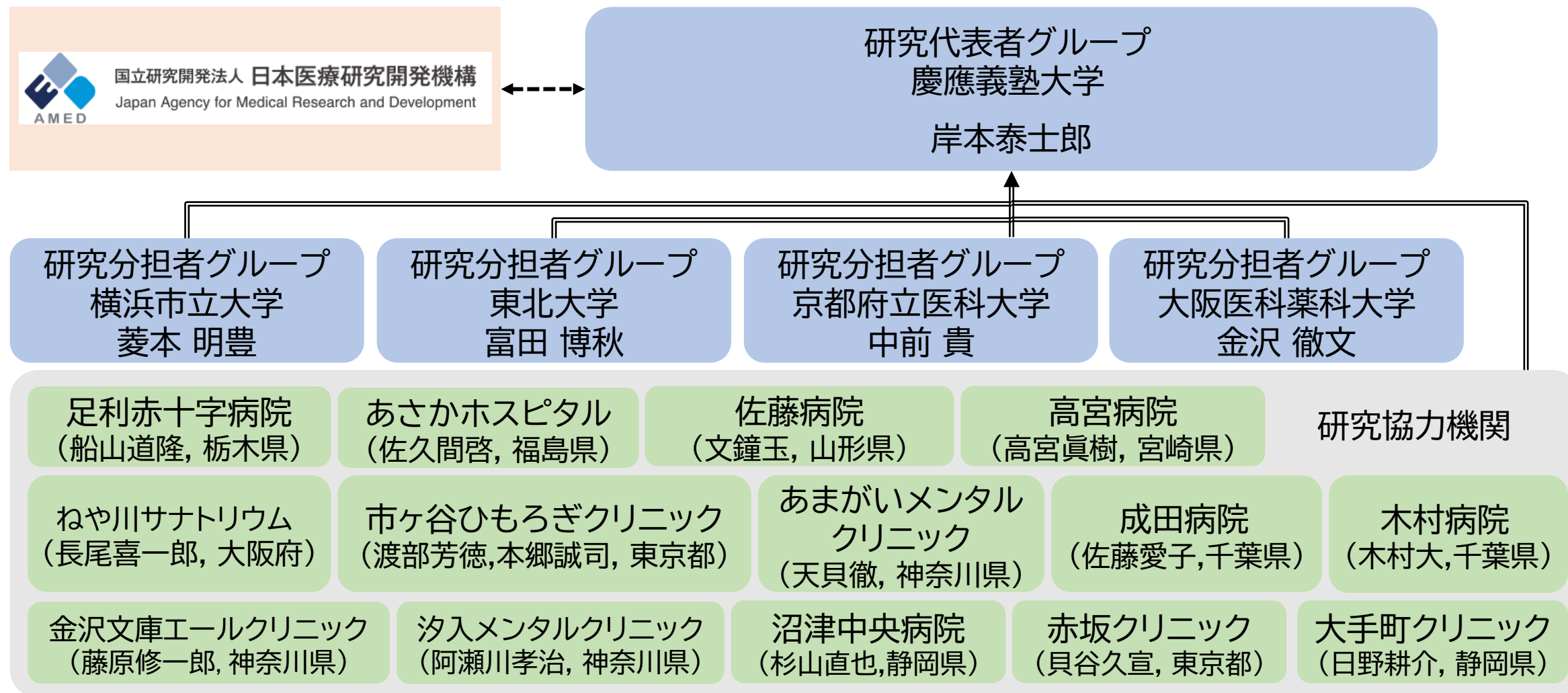
世界	精神科オンライン診療のエビデンスは蓄積	
	しかし	Pragmatic(実臨床における)試験は少数
		長期の治療効果の検討を行ったものはわずか
		自宅-病院間をスマートフォン等でつなぐ 現代型の遠隔医療の検証は無い
日本	新型コロナウイルス感染拡大時の治療手段として確立が急務	
	日本の医療環境におけるオンライン診療の治療有効性検証は未	



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

●スタディデザインを説明した論文で「パンデミック中の対面診療群は非倫理的ではないか」という査読者コメント

- J-PROTECTには大学病院のみならず総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所、全19施設が参加

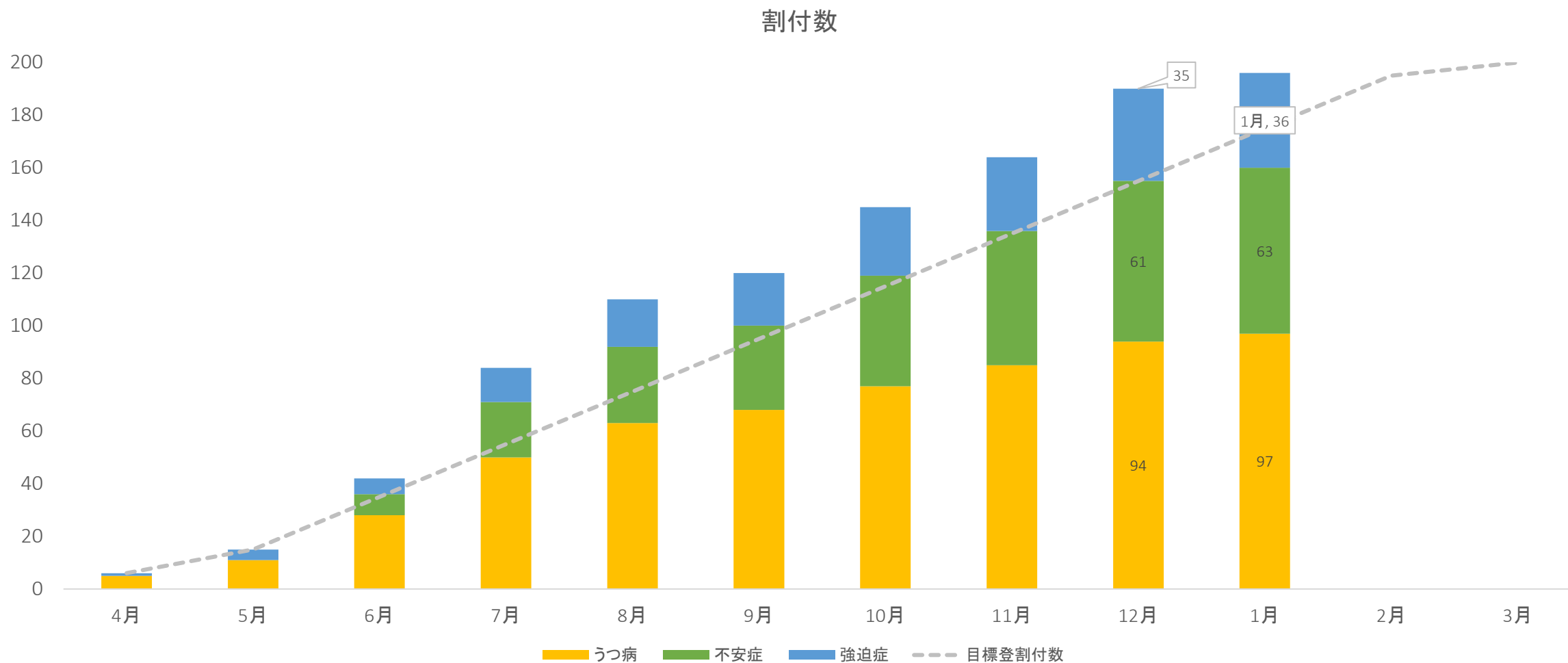


進捗状況(登録数累計)



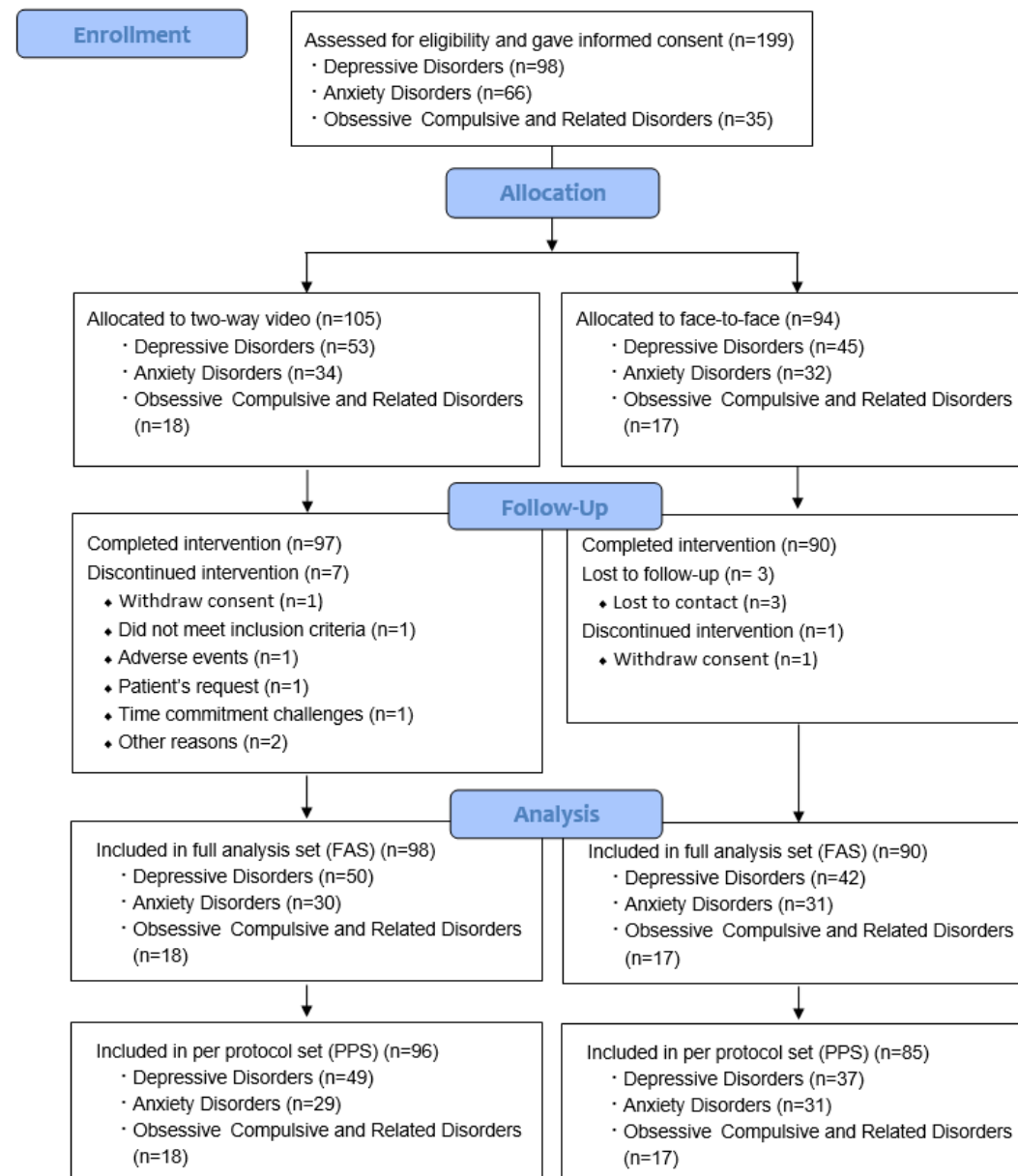
国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
Japan Agency for Medical Research and Development

J₊PROTECT



●試験には、うつ病、不安症、強迫症の患者さん
199名が参加

●オンライン診療併用群におけるオンライン診療
利用率は平均77.0%



●試験には、40歳前後の患者さんが主に参加

	オンライン診療併用群(n=98)	対面診療群(n=90)	P値
年齢(歳)	39.7±11.9	40.7±11.9	0.55
性別(女性割合%)	48(49.0%)	46(51.1%)	0.88
精神疾患の病歴			
罹病期間(月)	105.1±90.3	105.7±99.5	0.97
現在のエピソードの罹病期間(月)	82.7±78.5	72.2±83.2	0.38
総治療期間(月)	78.5±73.6	79.9±78.9	0.90
現在のエピソードの治療期間(月)	38.0±45.5	35.4±37.5	0.66
診断			
抑うつ障害群(うつ病)	50(51.0%)	42(46.7%)	..
不安症	30(30.6%)	31(34.4%)	..
強迫症および関連障害群	18(18.4%)	17(18.9%)	..
重症度尺度			
HAMD-17(うつ病のみ)	8.3±1.5	6.1±1.5	0.08
HAMA(不安症のみ)	10.2±1.9	11.5±2.1	0.42
YBOCS(強迫症および関連障害群のみ)	14.1±1.8	15.6±2.1	0.51

OCD, obsessive-compulsive disorder; SF36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

●主要評価項目[24週後のSF36MCS(精神的側面のQOLサマリースコア)]においてオンライン診療併用群は対面診療群に劣らなかった(数値の上ではオンライン診療併用群が高かった)。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
非劣性の検証 (マージン:-5)					
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (0.98) (N=96)	46.68 (1.14) (N=86)	1.82 (-1.12 to 4.77)	<.0001
SF-36MCS(PPS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.60 (10.62) (N=85)	1.90 (-1.06 to 4.86)	<.0001

SF-36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; MMRM: mixed effect model for repeated measure;
FAS: full analysis set; PPS; per protocol set

●種々の副次アウトカム(治療同盟・満足度・疾患重症度等)において両群に有意差は認められなかった。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
WAI(治療同盟)	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	3.6 (-0.1 to 7.4)	0.06
	24	71.6 (2.8) (N=96)	69.5 (2.9) (N=85)	2.1 (-1.9 to 6.0)	0.31
CSQ(患者満足度)	12	26.9 (0.9) (N=98)	26.2 (0.9) (N=87)	0.7 (-0.5 to 2.0)	0.24
	24	27.3 (0.9) (N=96)	26.5 (1.0) (N=85)	0.8 (-0.6 to 2.1)	0.25
EQ-5D(QOL)	0	0.811 (0.029) (N=98)	0.823 (0.030) (N=89)	-0.011 (-0.052 to 0.029)	0.58
	12	0.807 (0.030) (N=98)	0.822 (0.031) (N=88)	-0.014 (-0.062 to 0.033)	0.55
	24	0.828 (0.029) (N=96)	0.829 (0.030) (N=86)	-0.001 (-0.0045 to 0.043)	0.97
HAMD-17 (抑うつ障害群のみに実施)	0	8.3 (1.5) (N=50)	6.1 (1.5) (N=42)	2.2 (-0.3 to 4.6)	0.09
	12	8.8 (1.5) (N=50)	6.0 (1.6) (N=41)	2.8 (0.2 to 5.4)	0.03
	24	7.9 (1.6) (N=48)	5.9 (1.7) (N=39)	2.0 (-1.0 to 5.0)	0.18
HAMA (不安症のみのみに実施)	0	10.2 (1.9) (N=30)	11.5 (2.1) (N=31)	-1.3 (-4.7 to 2.0)	0.42
	12	9.7 (2.0) (N=29)	12.2 (2.1) (N=31)	-2.5 (-6.1 to 1.0)	0.15
	24	8.7 (1.8) (N=29)	9.0 (1.9) (N=30)	-0.3 (-2.8 to 2.2)	0.81
YBOCS (強迫症のみのみに実施)	0	14.1 (1.8) (N=18)	15.6 (2.1) (N=17)	-1.5 (-6.2 to 3.2)	0.52
	12	14.0 (1.8) (N=18)	15.0 (2.1) (N=16)	-1.0 (-5.8 to 3.8)	0.67
	24	12.9 (1.8) (N=18)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI: Working Alliance Inventory; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; VAS: visual analogue scale; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

●オンライン診療併用群で通院時間が短く、通院費用が安かった。

		オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
通院時間（分）	平均 ± SD	42.9±40.8	79.2±61.6	<0.0001
	95%CI	34.7 to 51.1	66.3 to 92.1	
通院費用（円）	中央値	168.9	500.0	0.0104
	IQR	0.0-793.3	140-1266.7	
通院のための欠勤(日)	平均 ± SD	1.5±2.5	2.6±7.1	0.15
	95% CI	1.1 to 2.0	1.2 to 4.1	

●有害事象に両群に有意差なし。有害事象はオンライン診療とは直接関係のないもののみ。

	オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
有害事象(件数)	4	5	0.7
有害事象は、腹痛、筋骨格系疾患等、オンライン診療との因果関係がないと考えられたもののみ			

●オンライン診療に対してポジティブなコメントが多い。

通院負担減・治療継続	病院への移動時間や病院での待ち時間がなくなり良かった。
	仕事を休まなくても診察を受けられ、大変便利と感じました。
	仕事の転勤等がかかりつけ医から遠く離れる場合においても診察できるため、これから浸透してほしいと感じた。
	妊娠、出産と時期が重なり、通院が大変な時期でもあったので、オンラインでの診療を受けることができてよかった。
	小さな子供がいるので、どこかに預けずに家で診療が受けられるのはとても良かった。
	病院の待合室にいる時間は緊張するので、オンラインだと無くて嬉しい。
	外出が困難な人は診察が苦。外に出られないだけで治療を諦めてしまうより、画面越しでも継続できることに意味がある。
安心感	仕事をしながらの通院の手間から通院をやめ、結果、再発しました。私と同じような患者のためにも、オンライン診療は非常に有効だと感じています。うつ診療の垣根が低くなることを機期待しています。
	患者や患者家族にとって、とても安心して生活を送れるとともに、医療機関が身近な存在になると感じました。
対面との差	受ける前は不安がありましたが、実際に受けてみてこんなに簡単に先生とオンラインで繋がれるんだという安心感に変わりました。自宅でスマホ1台で先生とお話ができる事は身体的にも精神的にも楽だなと思いました。
	対面での診療との差はほとんどないと感じました。
スティグマ	先生の顔がちゃんと見れる状態でお話できるので、実際に通院しているかのようでした。
	研究に参加したのは自分のためではありません。心の健康を崩していても、人目を気にし受診を拒み、悪化する場合があるからです。足を運ばなくとも診療でき人の目を気にせず気軽に相談できる場が出来れば良いなど思い参加しました。変な目で見られたり差別のような態度を取られたりするの怖いものです。
	ここに負担を抱く方が、オンラインで気軽に診察を受けられる様になれば、精神科へ行くハードルも低くなり、助かる人も大勢いらっしゃると思います。

オンライン診療と対面診療を比較した32のRCTのメタ解析

●世界から集積したオンライン診療vs.対面診療比較試験のメタ解析で治療効果に有意差はなかった。

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2023)
223, 407–414. doi: 10.1192/bjp.2023.86

Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Katsuhiko Hagi, Shunya Kurokawa, Akihiro Takamiya, Mayu Fujikawa, Shotaro Kinoshita, Mari Iizuka, Shota Furukawa, Yoko Eguchi and Taishiro Kishimoto

Background

The COVID-19 pandemic has transformed healthcare significantly and telepsychiatry is now the primary means of treatment in some countries.

Aims

To compare the efficacy of telepsychiatry and face-to-face treatment.

Method

A comprehensive meta-analysis comparing telepsychiatry with face-to-face treatment for psychiatric disorders. The primary outcome was the mean change in the standard symptom scale scores used for each psychiatric disorder. Secondary outcomes included all meta-analysable outcomes, such as all-cause discontinuation and safety/tolerability.

Results

We identified 32 studies ($n = 3592$ participants) across 11 mental illnesses. Disease-specific analyses showed that telepsychiatry was superior to face-to-face treatment regarding symptom improvement for depressive disorders ($k = 6$ studies, $n = 561$; standardised mean difference s.m.d. = -0.325 , 95% CI -0.640 to -0.011 , $P = 0.043$), whereas face-to-face treatment was superior to telepsychiatry for eating disorder ($k = 1$, $n = 128$; s.m.d. = 0.368 , 95% CI 0.018 – 0.717 , $P = 0.039$). No significant difference was seen between telepsychiatry and face-to-face treatment when all the studies/diagnoses were combined ($k = 26$, $n = 2290$; $P = 0.248$). Telepsychiatry had significantly fewer all-cause discontinuations than face-to-face treatment for mild cognitive

impairment ($k = 1$, $n = 61$; risk ratio RR = 0.552 , 95% CI 0.312 – 0.975 , $P = 0.040$), whereas the opposite was seen for substance misuse ($k = 1$, $n = 85$; RR = 37.41 , 95% CI 2.356 – 594.1 , $P = 0.010$). No significant difference regarding all-cause discontinuation was seen between telepsychiatry and face-to-face treatment when all the studies/diagnoses were combined ($k = 27$, $n = 3341$; $P = 0.564$).

Conclusions

Telepsychiatry achieved a symptom improvement effect for various psychiatric disorders similar to that of face-to-face treatment. However, some superiorities/inferiorities were seen across a few specific psychiatric disorders, suggesting that its efficacy may vary according to disease type.

Keywords:

Telepsychiatry; meta-analysis; videoconferencing in psychiatry; telemedicine; teleconferencing.

Copyright and usage

© The Author(s), 2023. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided that no alterations are made and the original article is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained prior to any commercial use and/or adaptation of the article.

	Study name	Patients, n	s.m.d	95% CI		P
				Lower limit	Upper limit	
Eating disorder	Mitchell 2008	128	0.368	0.018	0.717	0.039
	Total	128	0.368	0.018	0.717	0.039
Tic disorders	Himle 2012	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
	Total	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
OCD	Comer 2017 b	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
	Total	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
Depressive disorders	Hungerbuehler 2016	85	-0.717	-1.157	-0.278	0.001
	Nelson 2003	28	-0.643	-1.403	0.116	0.097
	Moreno 2012	132	-0.600	-0.949	-0.251	0.001
	Choi 2014b	119	-0.388	-0.749	-0.027	0.035
	Ruskin 2004	119	0.120	-0.236	0.476	0.509
	Luxton 2016	78	0.147	-0.299	0.592	0.519
	Total	561	-0.325	-0.640	-0.011	0.043
MCI or Mild dementia	Arndt 2021	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
	Total	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
Two or more diagnoses included	Poon 2005	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
	Total	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
	Stubbings 2013	16	-0.575	-1.583	0.432	0.263
	De Las Cuevas 2006	130	0.000	-0.344	0.344	1.000
PTSD	O'Reilly 2007	286	0.032	-0.200	0.264	0.788
	Total	432	0.001	-0.188	0.190	0.993
	Comer 2017 a	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
Substance misuse	Total	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
	King 2014	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
PTSD	Total	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
	Strachan 2012	31	-0.263	-0.979	0.453	0.472
	Morland 2014	87	-0.243	-0.665	0.179	0.258
	Morland 2015	126	-0.126	-0.475	0.224	0.481
	Maieritsch 2016	51	-0.052	-0.601	0.497	0.854
	Acierno 2016	201	-0.039	-0.316	0.238	0.782
	Acierno 2017	132	-0.002	-0.343	0.340	0.992
	Liu 2020	128	0.018	-0.329	0.365	0.919
	Yuen 2015	52	0.036	-0.511	0.583	0.898
	Morland 2010	125	0.200	-0.152	0.551	0.266
	Frueh 2007	15	0.356	-0.685	1.397	0.502
All studies on all diagnoses combined	Total	2290	-0.023	-0.150	0.105	0.728
	All studies on all diagnoses combined	2290	-0.064	-0.173	0.045	0.248

-2.00 -1.00 0.00 1.00 2.00

Favour telepsychiatry ← → Favour face-to-face

21

Hagi et al. Br J Psychiatry. 2023

令和6年度診療報酬改定

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑩】

⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<div>【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注 12 1 のハの(1)の①又は(2)の① については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ 357 点又は 274 点を算定する。ただし、当該患者に対して、1 回の処方において、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注 3 から注 5 まで及び注 7 から注 11 までに規定する加算は別に算定できない。</div> <div>〔施設基準〕 一の一の九 通院・在宅精神療法の注 12 に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</div>	<div>【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 (新設)</div> <div>〔施設基準〕 (新設)</div>

精神科領域におけるオンライン診療の適応拡大に向けて

<p>身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及</p>	<p>c 厚生労働省は、精神科や小児科などの診療において、オンライン診療が技術的には可能であっても診療報酬上算定が認められていない項目がある結果、医療機関がオンライン診療を行うインセンティブが必ずしも十分ではなく、オンライン診療の普及の弊害になっていることや、・・・患者本位の医療を実現するため、精神科・小児科などの診療におけるオンライン診療の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p> <p>d 厚生労働省は、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」・・・において、初診精神療法をオンライン診療で実施することは「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない」、「・・・安全性・有効性の確保が課題との指摘もある」という理由で行わないこととされているが、患者団体や研究者からは初診精神療法のオンライン診療の必要性が求められていること、英米等においては初診精神療法をオンライン診療で実施されていること、精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されていること、当該指針は厚生労働省が公開の議論を経て 策定する必要があるとの指摘があることなどを踏まえ、安全性・必要性・有効性の観点から、適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表する。なお、その際、・・・良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討する。</p> <p>e 厚生労働省は、dの新たに策定・公表する指針を踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、オンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p>	<p>c:措置済み</p> <p>d:令和6年検討開始、令和7年までに結論・措置</p> <p>e:令和7年度検討・結論・措置</p>
--------------------------------	--	---

厚生労働科学研究

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における
情報通信機器を用いた精神療法の活用に向けた研究
(中間報告)

令和6(2024)～ 7(2025)年度

研究代表者: 岸本 泰士郎(慶應義塾大学医学部)

研究分担者: 富田 博秋(東北大学大学院医学系研究科)

熊崎 博一(長崎大学医歯薬学総合研究科)

木下 翔太郎(慶應義塾大学医学部)

研究の概要

【背景】

・令和5年3月に取りまとめられた「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」において、情報通信機器を用いた精神療法(以下、「オンライン精神療法」という。)は、「地域における外来・在宅に類する精神医療の提供のあり方の一つとして位置づけた上で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に沿った提供体制を構築することが適当である」とされている。

【目的】

・情報通信機器を効果的に活用しながら、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する(＝適切なオンライン診療の普及促進)

【内容】

- ・医療機関、患者、自治体等へのヒアリングを通じた好事例の収集
- ・医療機関等が参考にすることで、適切なオンライン精神療法の実施につながる手引き書の策定

【期待される効果】

・適切なオンライン診療の普及促進。地域におけるオンライン精神療法の活用に係る利益や課題が明らかになることで、今後の政策立案の参考情報となる。

令和6年度に実施したヒアリング・好事例収集について

【ヒアリング・好事例収集】

- ・全国の5つの機関(クリニック3、大学病院1、精神保健福祉センター1)にヒアリングを実施
- ・特に医師と患者がファーストコンタクトをオンラインで行った症例27例を収集

【初診時の付き添い】

- ・本人のみ……………10例
- ・家族のみ……………3例
- ・家族同伴……………6例
- ・保健師同伴(うち1例は家族も同伴)……………3例
- ・医師同伴……………4例

【疾患の内訳】

- | | |
|----------------------|------------------|
| ・うつ病・うつ状態……………8例 | ・アルコール依存症……………1例 |
| ・神経発達症……………6例 | ・強迫性障害……………1例 |
| ・認知症……………3例 | ・双極性障害……………1例 |
| ・社交不安症……………2例 | ・解離性障害……………1例 |
| ・睡眠相後退症候群/睡眠リズム障害 2例 | ・身体症状症……………1例 |
| | ・全般性不安症……………1例 |

ケース1: 10代男性 社交不安障害

オンライン初診に至った経緯	小学校4年ごろからの不登校、身体化症状の持続。近医の受診も困難なほどの外出困難であり、オンラインでの初診に至った。 特に、こどもの精神症状を診療できる施設を探していた。
オンライン初診後の経過・転帰	(オンライン診療による)定期的な診療。
オンライン初診実施による成果	病状により対面診療が困難な中で、医療につながることができた。
オンライン初診に伴うデメリット	血液検査、心理検査等対面での実施が必要な場合には近隣からの訪問診療を依頼する必要があった。

ケース2: 30代女性 ADHD・2次的うつ状態

オンライン初診に至った経緯	<p>学生時代から自身の多動・不注意に気づいており、自身で「発達障害」であろうと考え近医を受診したが、信頼関係を構築することができず、中断していた。社会人生活を送る中で、顕著な多動・不注意により仕事上の支障をきたし、活動性低下・意欲低下、時に希死念慮を生じるようになり、専門医療機関の受診を考えた。</p> <p>近隣に成人の発達障害を診療可能な施設がなかった上、仕事の関係から、近隣の(精神科)医療機関への受診を避けたいと考えていたため、オンライン受診に至った。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	オンラインでの受診を継続中。
オンライン初診実施による成果	通院に伴うスティグマを回避しつつ、医療機関を受診できたこと。
オンライン初診に伴うデメリット	心理検査等対面での実施が必要な検査が実施できないこと。

ケース3: 40代男性 うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>家族との離別後独居となり、不眠・体調不良を来し退職。退職後も不眠・生活リズムの乱れが顕著で、公共料金の支払いも滞るようになり保健師が介入していた。</p> <p>保健師から再三医療機関受診を勧めるも受診に至っていなかった。オンラインであれば本人の同意が得られたため受診。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>オンラインで対応した医師が勤務する医療機関を受診。以後、定期的な対面通院につながり通院継続できている。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>保健活動から継続的な医療へ適切につなぐことができたこと。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>処方開始までタイムラグが生じたこと。</p>

ケース4: 10代男性 自閉症・ADHD・うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>自閉症、ADHD、うつ病の診断で県の相談機関併設の診療所に通所・通院していたが、学校で自傷行為を繰り返すなどの状況が改善せず、かつ18歳になり転医が必要な状況であった。</p> <p>本人が医療機関受診に否定的であるという背景もあり、今後の受診先について患者の親から相談を受けた保健師を介してオンライン受診となった。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>当面、現在の診療所での診療を継続しながら、成人対応が可能な近隣の医療機関への転医を検討中。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>自治体保健師との連携によるオンライン診療を経て、対面診療の継続の契機となった。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>処方開始までタイムラグが生じたこと。</p>

ケース5: 80代女性 うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>うつ病に長期罹患しており抗うつ薬の服薬を続けていた。近頃、眠気、ふらつきが顕著となり、薬剤調整が必要となった。</p> <p>離島で専門医が不在であること、また高齢のため、島外の医療機関を受診することが困難だった。そのため、島内の医療機関(内科・かかりつけ医)からオンラインで島外の精神科を受診した。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>薬剤調整を行うことができ、当該精神科受診は一旦終診となった。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>高い専門性が必要な抗うつ薬の減量について精神科医による適切な診察が出来たこと。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>特になし</p>



Anti-obesity drugs, eating disorders, and thinness among Japanese young women



For more on **drugs approved in Japan in 2010** see <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3a.pdf>

For more on **drugs approved in Japan in 2023** see <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001167629.pdf>

Recently, GLP-1 receptor agonists, which were originally developed for the treatment of diabetes, have attracted much attention because of their weight loss effects in people with obesity. In Japan, GLP-1 receptor agonists were approved for the treatment of diabetes in January, 2010, and in March, 2023, they were approved for the treatment of obesity.

Since then, the number of cases of inappropriate prescriptions for weight loss in healthy people has increased globally, including in Japan. Physicians have expressed particular concern about the rapid increase in the number of inappropriate prescriptions among Japanese women with a BMI of less than 25 kg/m².³ Some adverse events, including gastrointestinal disorders and hypoglycaemia,¹ have been reported by this population. Many of these inappropriate prescriptions are provided by doctors who are not specialists in diabetes or other metabolic diseases. To compound this issue, private, for-profit medical institutions often prescribe drugs to patients who

want to lose weight, and refuse to see patients who have side-effects, claiming that they are not specialists in the field.¹ Diabetes specialists are demanding regulations to deal with cases of side-effects caused by such inappropriate prescriptions and the shortage of GLP-1 receptor agonists due to prescriptions written for dieting. In April, 2023, the Japan Diabetes Society highlighted the widespread misuse of GLP-1 receptor agonists. In June, 2023, four pharmaceutical companies, Novo Nordisk, AstraZeneca, Sanofi, and Eli Lilly Japan, raised the same concern. The situation remained unchanged, and on July 28, 2023, the Japanese Government issued a warning to municipalities, medical institutions, and pharmacies nationwide regarding the shortage of GLP-1 receptor agonists for people with diabetes and obesity.

According to the latest National Health and Nutrition Survey, the prevalence of women in Japan who are underweight (BMI <18.5 kg/m²) is 20.7% among women aged 20–29 years, and 11.5% among women

まとめ

精神科領域のオンライン診療 エビデンスとニーズ

●対面診療同等の診断精度・対面診療に劣らない治療効果

- ・対面での重症度評価と高い一致度が複数疾患で示された。
- ・J-PROTECT試験で対面治療に劣らない治療効果が示された。
- ・J-PROTECT試験での有害事象はほぼ無し。

●患者にとって大きなメリット

- ・J-PROTECT試験自由記載アンケートより、通院負担軽減、スティグマ等にも大きな効果。
- ・好事例の蓄積から、離島・へき地患者、病状から生じる通院困難例・引きこもり例、近隣の医療機関への早期受診が困難だったケースなどで大きな有効性。
- ・好事例の収集であり選択バイアスは否定できないが、臨床研究では初診症例収集は非常に困難。
- ・(研究グループ外で)不適切事例は散見。

●今後の利活用・普及促進に向けての私見

- ・患者ニーズは高い。不適切な診療行為があるが、オンライン診療そのものによる有害事象ではない。
- ・病院は集約化の方向。特にサブスペシャリティなど医療の均てん化にはオンライン診療は不可欠。
- ・初診・再診において、患者・医療機関双方にとって、オンライン診療を活用しやすい措置を。



ご清聴ありがとうございました。

岸本 泰士郎

慶應義塾大学医学部ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座 特任教授

