

オンライン診療等の診療報酬上の評価見直しについて

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. オンライン診療の普及状況

2. 11/20健康医療介護WG以降の議論の状況について

オンライン診療にかかる評価の経緯

令和5年11月20日
健康・医療・介護WG資料より

中医協 総-8
5. 6. 21

- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。
- その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度(医師法など)	診療報酬
平成30年3月 4月	<p>「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。 	<p>平成30年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「オンライン診療料」を新設(対象は再診のみ) ・対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和2年4月	<p>新型コロナの時限的・特例的取扱い (4月10日付け事務連絡)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。 	<p>新型コロナの診療報酬の特例措置 (4月10日付け事務連絡)</p>
令和3年6月	<p>「規制改革実施計画」閣議決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療の特例措置の恒久化の方針 	
令和4年1月	<p>指針の一部改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。 	
令和4年4月		<p>令和4年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 <ul style="list-style-type: none"> ➢初診:診療報酬の評価を新設 ➢再診:対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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初診を行った場合には、251点を算定する。
 - (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
 - (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
 - (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
 - (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
 - (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (7) (8) 略
- [施設基準]
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

オンライン診療にかかる診療報酬上の評価の変遷

令和5年11月20日
健康・医療・介護WG資料より

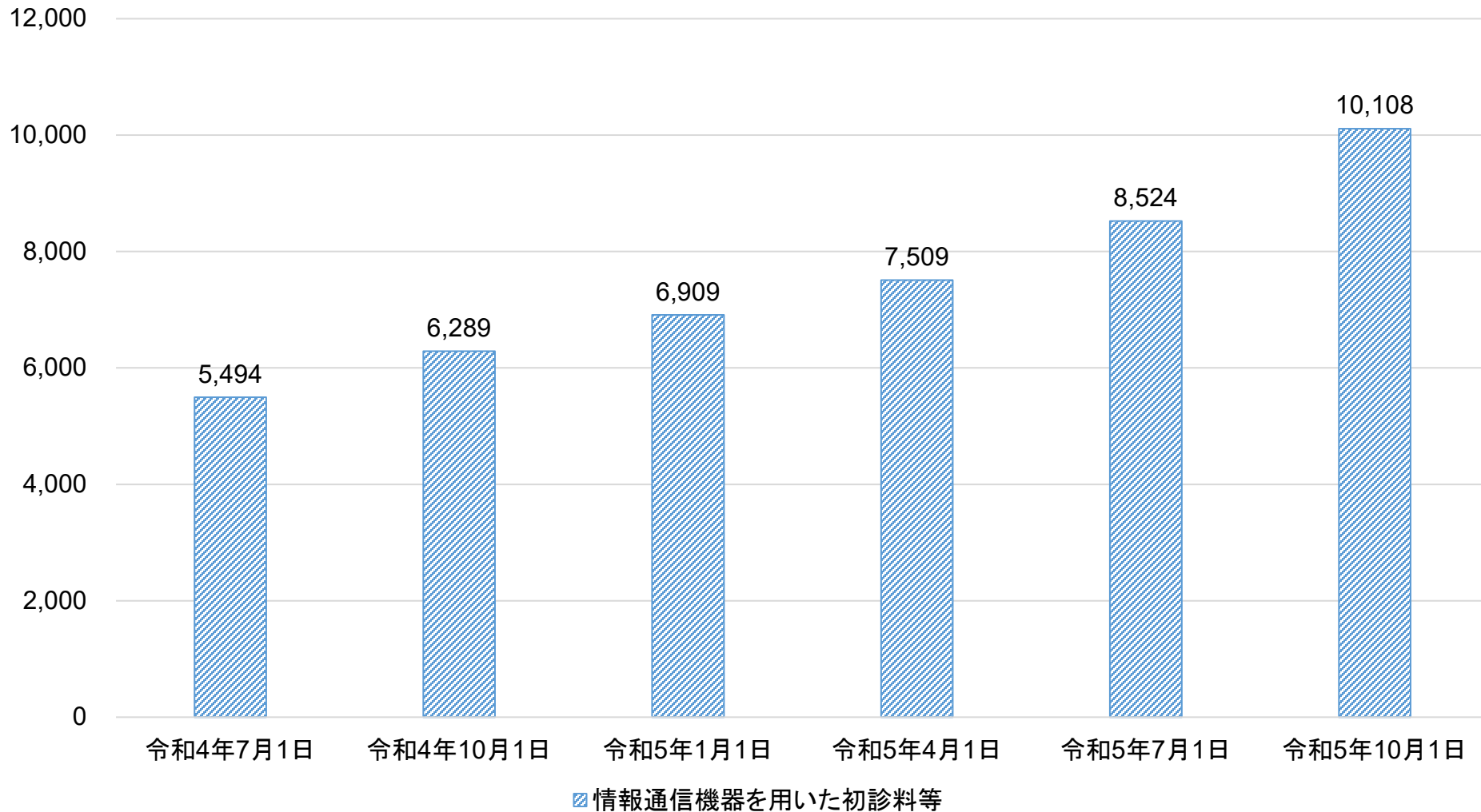
	コロナ前 (H30.4.1～、 R2改定で一部改定)	コロナ特例 (R2.4.10～R5.7.31)	R4改定後 (R4.4.1～)
初診料	—	初診料 214点	(情報通信機器を用いた) 初診料 251点
再診料等	オンライン診療料 71点 (月1回に限る)	再診料 73点 外来診療料 74点	(情報通信機器を用いた) 再診料 73点 外来診療料 73点
施設基準等	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療に係る研修の受講 ・3月に1回は対面診療が必要 ・対象患者は特定疾患療養管理料等を算定している患者等に限定。 ・緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること。 ・再診料などの算定回数のうち、オンライン診療料の算定回数の割合が1割以下であること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療に係る研修の受講 (R3.3.31まで受講猶予) 	<ul style="list-style-type: none"> (下記以外の導入時の要件を撤廃) ・オンライン診療に係る研修の受講

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

中医協 総 - 5
5. 12. 15

○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年10月1日時点において約10,100医療機関となっている。

(届出医療機関数)



- オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5)薬剤処方・管理

①考え方

医薬品の使用は多くの場合副作用のリスクを伴うものであり、その処方に当たっては、効能・効果と副作用のリスクとを正確に判断する必要がある。このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに、適切な用量・日数を処方し過量処方とならないよう、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が払われるべきである。

②最低限遵守する事項

i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考にすること。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④不適切な例

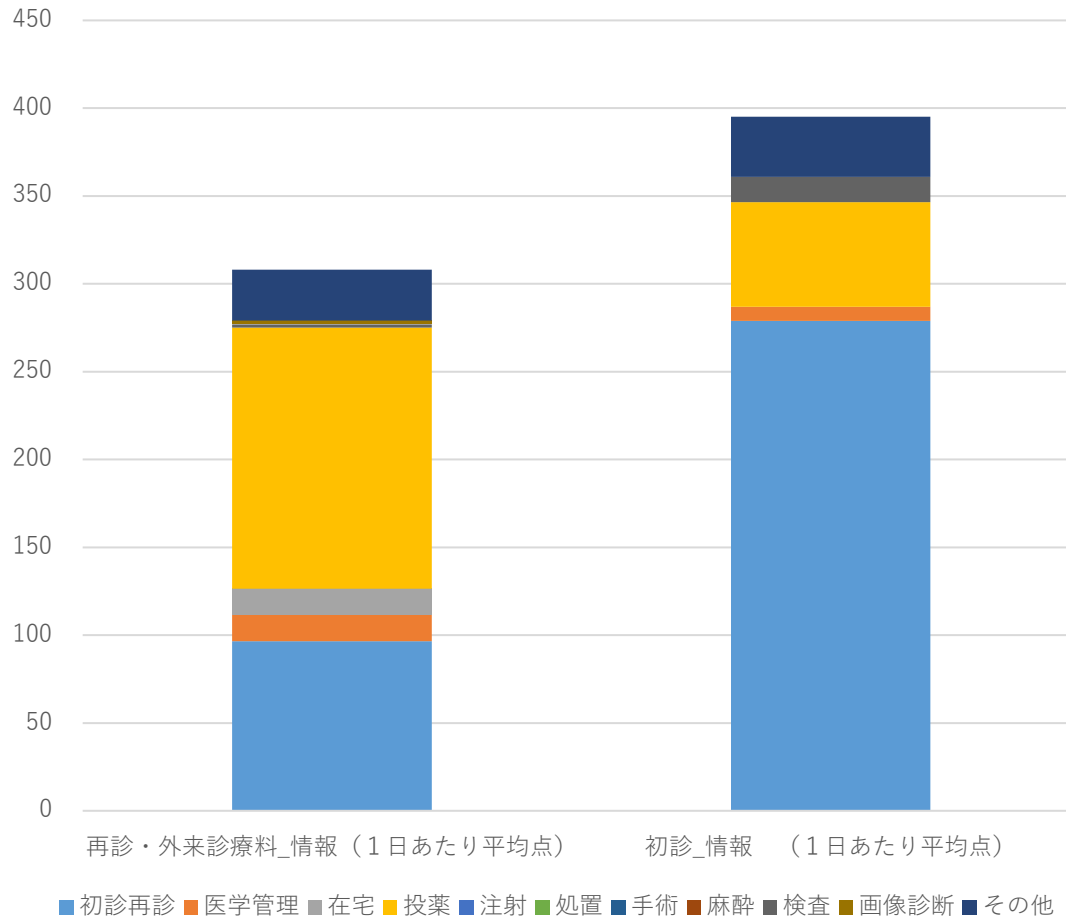
i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

ii 勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例。

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値(令和4年12月診療分)



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数(処方料のみ、令和4年10~12月診療分)

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

1. オンライン診療の普及状況

2. 11/20健康医療介護WG以降の議論の状況について

「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」事業（令和4年度障害者総合福祉推進事業）

事業主体：野村総合研究所

経緯

(※) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月、令和4年1月一部改定 厚生労働省）

- オンライン診療については、オンライン診療指針(※)の策定などにより段階的に利活用の環境が整備・推進されている。
- 診療報酬においては、
 - 平成30年度診療報酬改定において、「対面診療と組み合わせる」「再診において」行う情報通信機器を用いた場合の点数としてオンライン診療料が新設された。
 - 令和4年度診療報酬改定においては、オンライン診療指針の見直し(令和4年1月)を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、評価を新設するとともに、再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価が新設され、オンライン診療料は廃止された。
- こうした背景を踏まえつつ、新型コロナウイルスの感染拡大等を踏まえ、精神医療の現場においても情報通信機器を用いた診療について、一定のニーズが明らかになるとともに、一部においてすでに活用されている実態もある。

令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、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。)を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、オンライン精神療法を安全かつ有効に実施しつつ精神医療の現場で活用することができるよう「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定。

指針の概要

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、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こと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、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が望ましい。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合(精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。)に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方、厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

通院・在宅精神療法

1001-1 通院・在宅精神療法		指定医以外	指定医	加算等		
1 通院精神療法	<ul style="list-style-type: none"> ○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの ○ 回数 退院後4週間以内は週2回、それ以外は週1回に限り算定 	イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合	660点		注3 20歳未満の患者に行った場合 350点加算（～1年）	
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	540点	560点	注4 児童思春期専門管理加算 イ 16歳未満の場合 500点（～2年） 300点（2年～） ロ 20歳未満の患者に60分以上行った場合 1200点（初診から3ヶ月以内、1回）	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)30分以上	390点	410点	注5 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)
			(2)30分未満	315点	330点	
2 在宅精神療法	<ul style="list-style-type: none"> ○ 同一日の算定不可 精神科継続外来支援・指導料 標準型精神分析療法、認知療法・認知行動療法、心身医学療法 通院集団精神療法、依存症集団精神療法等 	イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合	660点		注6 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であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定	
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	600点	620点	注7 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)60分以上	530点	560点	注8 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回、～1年)
			(2)30分以上60分未満	390点	410点	注9 療養生活継続支援加算 350点(月1回、～1年)
(3)30分未満	315点	330点				
1002-2 精神科継続外来支援・指導料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患の有するものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価 ○ 患者1人につき1日に1回に限り算定 		55点	注2 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しない 注3 医師による支援と合わせて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合 40点 注4 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回) 注5 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であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定		

○ 精神疾患に対する、情報通信機器を用いた診療について、対面診療と同様の有効性を示す報告がある。

<方法>

精神疾患に対する遠隔精神療法と対面治療を比較した包括的メタアナリシス。主要アウトカムは、各精神疾患で使用される標準症状尺度スコアの平均変化とした。副次的アウトカムは、全死因による中止や安全性/忍容性など、メタ解析可能なすべてのアウトカムとした。

<結果>

11の精神疾患にわたる32の研究 (n = 3592人) が同定された。疾患特異的解析の結果、うつ病性障害の症状改善に関しては、遠隔精神療法が対面治療よりも優れていた (k = 6研究、n = 561; 標準化平均差s.m.d. = -0.325, 95% CI -0.640 to -0.011, P = 0.043) のに対し、摂食障害に関しては、対面治療が遠隔精神療法よりも優れていた (k = 1, n = 128; s.m.d. = 0.368, 95% CI 0.018-0.717, P = 0.039)。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療の間に有意差は認められなかった (k = 26, n = 2290; P = 0.248)。軽度認知障害では、遠隔精神療法は対面治療よりも全死因による治療中止が有意に少なかった (k = 1, n = 61; リスク比RR = 0.552, 95%CI 0.312-0.975, P = 0.040)、薬物誤用ではその逆であった (k = 1, n = 85; RR = 37.41, 95%CI 2.356-594.1, P = 0.010)。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療との間に全死因による治療中止に関する有意差は認められなかった (k = 27, n = 3341; P = 0.564)。

<結論>

遠隔精神療法は様々な精神疾患に対して対面治療と同様の症状改善効果を示した。しかし、いくつかの特定の精神疾患において優劣がみられ、その有効性は疾患のタイプによって異なる可能性が示唆された。

Fig. Primary outcome measure (change in the standard symptom scale scores used for each disease, all diagnoses combined).

	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
DBD	Corner 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
Insomnia	Arnedt 2021	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
	Total	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
MCI or Mind dementia	Poon 2005	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
	Total	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
Two or more diagnoses included	Stubbings 2013	16	-0.575	-1.583	0.432	0.263
	De Las Cuevas 2006	130	0.000	-0.344	0.344	1.000
	O'Reilly 2007	286	0.032	-0.200	0.264	0.788
	Total	432	0.001	-0.188	0.190	0.993
OCD	Corner 2017 a	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
	Total	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
Substance misuse	King 2014	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
	Total	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
PTSD	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
Total	948	-0.023	-0.150	0.105	0.728	
All studies on all diagnoses combined	2290	-0.064	-0.173	0.045	0.248	



B001-4 小児特定疾患カウンセリング料(1日につき)

イ 医師による場合

(1) 月の1回目 500点

(2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、**2年を限度として月2回に限り算定する**。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

- (1)「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科(小児外科を含む。以下この部において同じ。)又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- (2)「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うこと。
- (3)カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害(小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。)の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害を含む。)の患者

カ 心理的発達の障害(自閉症を含む。)の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(多動性障害を含む。)の患者

5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

(6) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(7)「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。

(8) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(9) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

(10) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

○ 小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性が以下のとおり示されている。

○ 注意欠陥多動性障害(ADHD)に対するオンライン診療の有効性を検討した12の研究を対象としたメタ解析において、不注意/認知機能、多動性/衝動性に対するオンライン診療の有意な効果が示された。

Bemanalizadeh M, et al. J Telemed Telecare. 2021 Oct 11:1357633X211045186.

○ 専門医療機関へのアクセスが限られている地域で ADHD を治療するための遠隔医療サービスモデルの有効性を検証した223人の小児を対象としたRCTにおいて、遠隔医療サービスが提供されたADHD患者は、それ以外と比較し、不注意や多動性といった症状が有意に改善した。

Myers K, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Apr;54(4):263-74.

○ アスペルガー症候群の症状として重度の社会的障害と孤立を抱えた患者に対し、オンライン診療を実施したところ、初期評価と治療関係の構築が可能になった。その後、患者は直接クリニックに通うことができるようになり、教育とキャリアを再開することができたとの報告がある。

Clarke CS. Ir J Psychol Med. 2018 Dec;35(4):325-328.

情報通信機器を用いた診療についての論点(抜粋)

【論点】

中医協 総-5 (改)
5. 12. 15

(情報通信機器を用いた診療による疾病管理について)

- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」では、オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められることや、精神科における診療の一定の経験や資質を有する医師が診療を実施することが規定されていること等を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の評価についてどのように考えるか。
- 発達障害の初診待機が課題となっていること及び発達障害に対する診療が情報通信機器を用いた診療で提供されている実態と発達障害に対する情報通信機器を用いた診療の有効性のエビデンス等を踏まえ、情報通信機器を用いた診療における小児特定疾患カウンセリング料の評価についてどのように考えるか。