



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 精神疾患に係る医療提供体制について (情報通信機器を用いた診療)

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 第10回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療①）

### （情報通信機器を用いた診療の実践例）

- 再診でのオンライン精神療法の事例として、精神症状の悪化とともに通院が困難となった事例、主に対面診療であるが、家族の付き添いが困難な場合に、オンライン診療を組み合わせ実施している事例がある。オンライン診療を一つの診察手段として導入を試みているが、安全性の問題もあり、オンラインのみでの継続は難しい印象がある。緊急時に対応できるよう、対面を組み合わせ実施できる医療機関、医師が責任を持って行うことが前提であり、患者の居住する地域の医療体制を理解して、自院で対応できない場合は円滑に連携ができるようにしておくことも必要である。
- 僻地において遠隔医療によって、医師が近くにいないことも、D to P、D to P with Nにより医療が届くこと、D to Dで専門医や指導医に相談できること、薬剤師、栄養士、リハビリスタッフなど他職種で支援することが期待できる。
- アメリカ・オレゴン州のへき地でのオンライン診療の実践例として、広大なエリアをD to P with Nで医療を届けていて、メディカルアシスタントが時間調整や機器の設定を行うことや、良好な医師・患者関係を構築した上での実施、多職種チーム医療などがオンライン診療に必要であるとのことであった。精神科医療について医師に尋ねると、遠隔診察では、微妙な非言語的サインや精神運動興奮、情緒的・身体的苦痛の兆候を観察するのが難しいため、重度持続性精神疾患の初診などは、対面に対応するのが望ましいこと、フォローアップは、適切な支援者がいる場合、遠隔診療は有効な手段になり得ることなどの回答があった。
- 日本の僻地・離島での実践でも、看護師と連携（D to P with N）により、特に初診等では看護師が近くにいることで患者も医師も安心できること、場のコントロールができる（時間配分やトリアージ等）、難聴や認知症の患者でも対応できる、身体所見を取ることができる、詳しい観察や聞き取りを看護師を介して実施できるなどのメリットがある。

### （必要性について）

- 僻地の精神障害者に対しては、オンライン診療は実践していかなければならないと思う。
- 離島や精神医療の空白地では必須だろうと感じる。また、ひきこもりや依存症、メンタル支援が必要と思われる事案で、すぐに直接的に対人医療の提供が難しい事例でも有効。アルコール依存症で、地域支援ですぐに病院は行けないけれども、医療の先生が主治医になってくれるのならすぐに来られるという事案もあるので、入り口としてのオンラインは有効。
- コロナ禍でかかりつけの先生が隔離されたときにオンライン診療がすぐにできたのは、普段からやっていたのが大事なポイントで、急な有事に備えて平時から使っておくことが大事である。
- 山間僻地、離島だけではなく、人口減の対策として、オンライン診療に今から支援者も医療提供者も慣れておくことに取り組んでいくことが必要なのではないか。
- 今ある技術を使わないという選択肢はないのだろうし、きちんと使っていないと、世界からも取り残されてしまう。
- オンライン診療は、非自発的入院というリスクを負わずして医療を受けられる手段の一つである。機関との協力連携を条件付けるべきだということ、まるで強制入院できなくなるから困ると言われているように聞こえてしまう。

## 第10回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療②）

### （情報通信機器を用いた診療の安全性）

- 有効性と安全性の担保がまず大前提である。僻地・離島、どうしても対面診療が苦手でハードルが高い患者、D to P with Nのような看護師の確保などについて、オンライン診療の実績がまだまだ乏しい。また、対面でないと得られない情報は多々あるので、オンライン診療が医療の質として対面に劣ることは、提供側も受ける側も前提として共有をしておかなければいけない。その上でどういったものが相対的適応なのかをしっかりと考えていく必要があると思っている。
- 当事者の中には、安全性などに関して心配をされている方たちも多くいる。オンラインのみだったら、主治医の間にある信頼関係は構築できなかったのではないかと感じる。また、腕のむくみなど、オンラインでは指摘が難しかったであろうものもある。根本は良質かつ適切な精神科医療をオンラインでもしっかり提供できる体制があってこそだと思う。
- 有効性については、情報が少なくなるとの懸念もあったが、オンラインと対面では取得できる情報の内容に若干違いがあるとまでしか言えないのではないかと。実際の診療行為を通じた運用の中で、適材適所を見抜いて使っていけばよく、効果の観点から初診と再診に有意な差を認めることはできないのではないかと。
- 今後の進め方として、単純な合意形成ではなく、エビデンスベースでオンライン特有の問題として何が挙げたのかということを確認をして進めてほしい。
- 「精神科、オンライン診療」などでWEB検索しても、地域で外来を行っている精神科病院は出てこず、即日診断書作成、睡眠薬処方など、不適切な診療を行っているのではないかとと思われるところばかりが出てくる。オンライン診療の不適切事例は患者の安全の観点からも直ちに無くすべきである。不適切事例から対応策を検討し、速やかに実行すべきである。
- 診断書を書いた後、適切に治療やフォローができていくのかという問題がある。
- 初診でオンラインをしてしまっている精神科があるが、まず診断が違ったり、睡眠薬は出すけれども、例えば鬱病などの治療が必要な患者に薬を出さないという例がある。初診のオンラインはしっかり適正化した方がよいのではないかと。
- 「安全性の懸念」の中身が明らかにされる必要がある。「安全性の懸念」がオンライン診療特有の問題でないのであれば、オンライン診療の課題ではなく、医療提供体制の課題という形で解決をまとめ直される必要がある。初診で意見書を出している病院は、対面でも出しているし、無造作に睡眠薬を処方している病院は、一部の薬を除けば他科の医療機関でも行われている。他科は初診の報酬が認められている。対面とオンラインを比較して、オンライン診療特有の問題があるのであれば、どのような導入の仕方がよいかを検討し、もしオンライン診療特有の問題と断言するものがないのであれば、どのようにしたら誤解を解消できるかという観点から導入の仕方を考えるべきではないかと。
- 対面でも不適切な診療があるのはまさにそのとおりだとは思いますが、オンライン診療は利便性が高いので、数として濫用のようなものがより起きやすいところは無視できないのではないかと。

## 第10回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療③）

### （初診での情報通信機器を用いた診療）

- オンライン診療も既に広がっていて、利便性においてこの流れは止められない。オンライン診療を求める患者も現実的には多い。
- 初診のオンライン診療は、条件を設定したほうがよいと考えるが、受診に行くのはためらうけれども、オンラインなら受けてもよいということを通じて、その後、対面診察やオンライン診察の医療継続につながった事例も報告されているので、精神科の受診のハードルを下げるという一つの選択肢の意味でも、初診について今から検討していくことは必要ではないか。
- 初診が非自発的入院の場合は、本人が同意していないので、それがあつた種のトラウマのようになって医療不信を抱えてしまって、結果として精神科に関わらないようになるケースが散見される。初診がオンライン診療の場合には、このような問題は起こらない。そういう意味で初診から使えた方が効果は出るようなケースも恐らくあると思う。
- 保健所や福祉、地域包括支援センターからの依頼で、未治療の方、精神科受診を不安に思っている方から依頼はいくつもあるが、精神科医の診察の機会は限られている。行政職員等との密接な連携体制が十分に構築され、情報収集や情報共有の仕組みが確立された場合に限り、適切なオンライン診療の実施が可能となるのではないか。
- まずは指針に慎重に遵守して、再診のエビデンスを重ねていくことが大事である。再診でも多く確認できていないし、適切なのか、不適切なのかということも含めて再診のエビデンスを拾っていく必要がある。また、診察時間がないことで初診待機があるのであれば、オンラインをしたからといっても、それが本当に解消になるかという点も深く留意しなければいけない。
- 再診に関してはもっと使えるようにしていくことと、初診に関しては、いきなり解禁はなかなか難しいだろうと思うので、どういう条件であれば適しているかというのを検討した上で、限定的に導入していくような方向性がよいのではないか。
- シェアード・ディジション・メイキング、自分の治療のゴールが共有できている場合などは、安定した関係性であつて、そういう状態であれば、オンライン精神療法も可能ではないか。
- 精神疾患の中ではどういう疾患がオンラインで相対的適応として対応できるのかや、合併症が出たときなどは難しいと考えられることや、初診の議論もあるが、実績を踏まえて検討していく必要がある。
- 精神科の初診のオンラインについて、基本はモデル事業などが要ると思うが、僻地とか、離島などで顔がつながっているD to P with N、with行政など、そういう形からやってみるのも一つではないか。
- 一概に全ての人が初診オンラインを受けられないとするのは、患者本位ではない可能性があるかもしれない。事前に簡単にできる検査などがあつて、こういう状況であれば、この方についてはオンライン診療を初診で認めることが形としてはあつてもよいのではないか。行政が行うアウトリーチ支援と結びつけ、事前に本人と合意形成を図った上で精神科医療につなぎ、その際に訪問支援をしていた人が同席する形で初めてのオンライン診療を行うという形も、ありうるのではないか。
- 訪問していく中でオンライン初診につなげて、D to P with NのNの部分が多職種できるのであれば、よりいろいろな多角的な見方をしてドクターにつなぐことができる。安心して良質な医療に患者がつながれるような仕組みのツールの一つとしてオンラインを考えていくことや、まずは患者の利益を第一に考えていくことが必要ではないか。

## 第10回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療④）

### （情報通信機器を用いた診療の提供体制について）

- オンライン診療は、患者の急変時に迅速な対面診療に移行できる体制が必須であるため、原則として当該医療機関の近隣に居住する患者に限って行うべきである。診療所単独で緊急時の対応が難しい場合には、地域の精神科病院との連携が必要不可欠である。
- 地域の精神科病院との連携が必要不可欠というのは、非常に重要。また、行政の精神保健におけるアウトリーチで精神科医との連携が必要であることや精神科におけるかかりつけ医機能の中で面的な整備を行うことと、オンライン診療は連動するのではないか。
- 安全性の問題もあり、オンラインのみでの継続は難しい印象がある。緊急時に対応できるよう対面を組み合わせることで実施できる医療機関、医師が責任を持って行うことが前提と感じている。患者の居住する地域の医療体制についても理解して、自院で対応できない場合は、円滑に連携ができるようにしておくことも必要ではないか。
- 地域支援としてのオンライン診療も含まれて、万が一、重症化したときには、地域の精神科医療機関に結びつけるような仕組みをつくることなど、トータルとして地域に根ざして、地域包括ケアシステムをしっかりと実践していく方向性が重要。外来の役割を現実的に分担して、その上で、救急になったときや安定したときの連携を考慮し、広がり方やインセンティブの検討も必要。
- 広域で使えるようにしてしまうと、逆に地方で医療の空洞化が起こらないかということも問題として考えなくてはいけないので、圏域というか、遠隔でこれをよしとしてしまうのは、慎重になる必要があると思うし、できれば何らかの圏域をその地域の実情に合わせて考えていくことが必要になってくると思う。
- 遠隔診療でD to P with Nの役割は非常に大きい。また、僻地のドクターを支援する意味でいうと、D to Dの遠隔のサポートは非常に重要と考える。
- 非常勤の精神科の先生が対面で診療している方で、具合が悪くなったときに、保健所職員あるいは市や町の職員が付き添ってオンラインで診療してもらえるとよいと思う。急を要するかどうかを診療として判断してほしいと思う時がある。
- 枠組みとして市町村や保健所、精神保健福祉センター等の行政機関と医療機関が連携する中でオンラインを診療を進めていくのが一つのモデルになると思う。今後も好事例を集めることが大切で、身体科のオンライン診療、画像診断やセカンドオピニオン、専門性・特殊性を生かしているような特に海外の知見なども参考にできればよいのではないか。

## 第10回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療⑤）

### （情報通信機器を用いた診療の提供体制について）（続き）

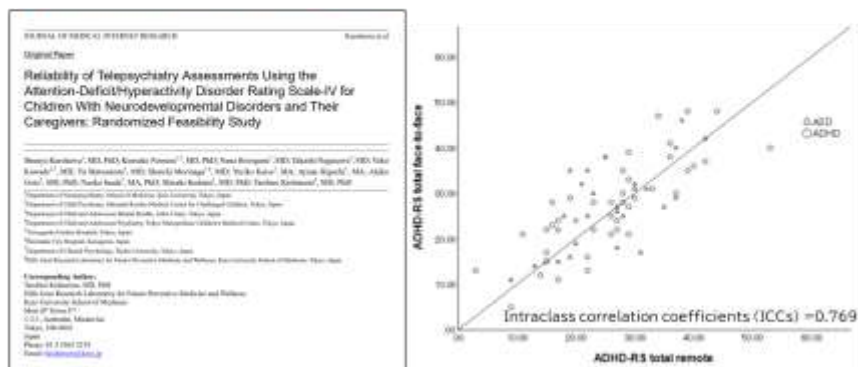
- よりよい精神医療を提供するための足し算として、オンラインをしっかりと導入していくのだという価値観を持てるとよい。病院と診療所が協力関係を結んでいくことと、様々な機関が行政も障害福祉もというようなネットワークをつくっていく中で、オンライン診療という価値観を共有できたらよい。
- 精神科外来の役割分担、機能分化が必要で、精神科におけるかかりつけ医として、地域に根ざして救急にも対応して、重層的・包括的な地域支援をしていく医療機関と、都会型のオンライン等の活用している診療所、クリニックの医療機関、タイムリーさや即応性などが必要とされて、軽症・少しサポートすることで改善が期待できるような場合に、フットワークのよさ、土日休日・夜間、いわゆる診療時間外でも対応できる、縛られない利点を生かしていくような両方向の診療役割があると思う。
- オンライン精神療法については、診療報酬でも精神保健指定医とそれ以外とで分けているが、これを専門医機構が認めている精神科の専門医と専攻医とすれば、他科の医師が精神療法をすることはなくなるのではないか。
- 既に精神科医療を受けていて、リハビリ期にあるような方で、唯一通院することが社会との接点みたいな方が自ら進んでオンライン診療を選ぶことになってしまうと、その人の活動性や社会との接点をさらに下げたり減らしたりしてしまうのではないかという懸念がある。精神療法の中で本人の社会復帰、回復も踏まえたオンライン診療の取扱いがなされると思うが、そういったことも気になる。
- 対面を希望する人もたくさんいるし、むしろ4回に1回、6回に1回でもよいという人もいるので、そういう人たちに、効果的に対面で行うというのは、医師の判断として非常に重要ではないかということには共感する。
- D to P with N、D to P with行政という話があったが、看護師が同席できるとなると、それは既に医療につながっていて、訪問看護の指示が出ている方になると思うが、それであっても本人の病状が不安定になったりして、看護師や家族や支援者の希望によってオンライン診療が望まれる場合もあるのかと気になった。本人があまり望まれていない状況の中でオンライン診療を行うことについて、何らかのルールを設ける必要があるのではないか。行政機関が一緒に入っていくときにも、御本人があまり望まれていない状況でのオンライン診療の考え方は、留意する必要があるのではないか。
- サテライト診療所では、診療報酬上、診療所単独では時間外対応の施設基準が満たせない。オンライン精神療法の算定できないため、オンライン診療の再診はできていない。
- オンライン診療が緩和されることで、不適切な短時間診療の増加につながらないように十分に留意していただきたい。
- 保険診療でのオンライン診療を制限し過ぎてしまうと、不適切な自由診療が逆に増えてしまうのではないかという懸念についても考えていかなければならないのではないか。

# 情報通信機器を用いた精神療法に係る科学的知見

- 本検討会において紹介のあった情報通信機器を用いた精神療法に係る科学的知見については、診断された患者に対する対面又はオンラインによる評価尺度・評価ツールの比較をしたもの若しくは診断された患者に対する対面又はオンライン・オンライン併用による治療効果等を比較したものに限られており、実臨床において初診が適切に実施できることを示す科学的知見は明らかではない。

## 神経発達障害児に対する遠隔評価

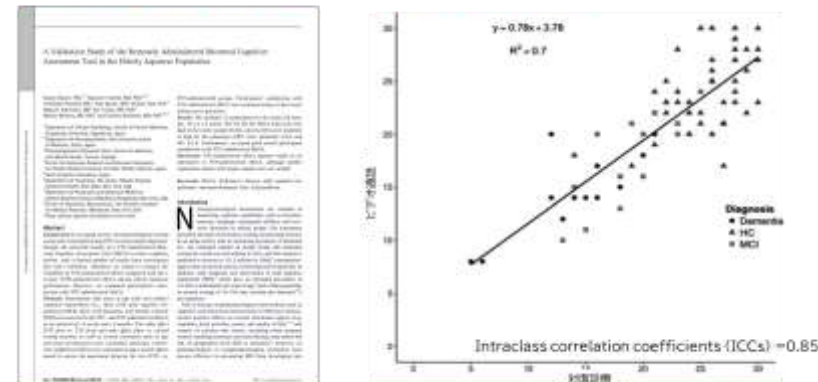
- 小児ADHDにおいて対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。



Kusaka S. et al. J Med Internet Res. 2024

## 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。



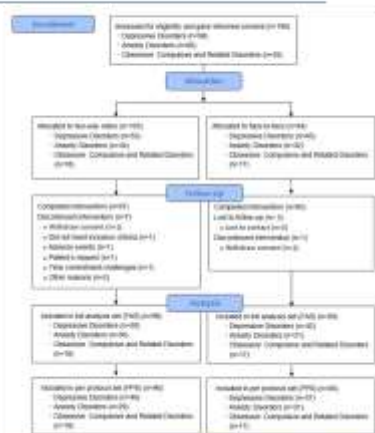
Hosoki et al. Telemed J E Health. 2020

## J-PROTECT 結果1

## 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%



Kusaka S. et al. Psychiatry Clin Neurosci. 2023

## 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。



Hsu et al. Br J Psychiatry. 2022

## 情報通信機器を用いた精神療法に係る事例

- 本検討会において紹介のあった5事例のうち2事例は本人又は家族によって受診に至った事例、2事例は保健師を介して受診に至った事例、1事例は離島の内科の医療機関内から島外の精神科の受診に至った事例であった。
- 本人又は家族によって受診に至った事例は、対面が必要な検査等に関するデメリットが見られた。

| ケース  | 年齢・性別・状態              | 受診に至った経緯                                                                                | 情報通信機器を用いた初診時のデメリット                           |
|------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ケース1 | 10代男性<br>社交不安障害       | 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。                               | 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<br>ADHD・2次的うつ状態 | 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。             | 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<br>うつ病          | 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。                                  | 処方開始までタイムラグが生じたこと。                            |
| ケース4 | 10代男性<br>自閉症・ADHD・うつ病 | 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。                      | 処方開始までタイムラグが生じたこと。                            |
| ケース5 | 80代女性<br>うつ病          | 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。 | 特になし。                                         |

## これまでの議論を踏まえての現状

- これまでの議論では、情報通信機器を用いた診療については、「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえつつ、患者の状態に応じて対面診療が推奨される場合があることも念頭に、対面診療と組み合わせることの重要性が確認された。
- また、地域によっては今後の医師不足の可能性があること等も踏まえ、平時から情報通信機器を用いた診療を活用しておくことの必要性を支持する意見も見られたところ。
- その上で、安全性を踏まえた上で、有用性と必要性を念頭においた活用を検討する必要があるが、その際にはオンライン診療に特有の問題かを踏まえることのほか、単純な合意形成ではなく、エビデンスを基に議論をするべきとの指摘もあった。
- これまで本検討会で示された科学的知見については、すでに診断された患者を対象として情報通信機器を活用した評価尺度や評価ツールの有用性や治療効果等に一定程度の有用性を確認することはできたが、情報通信機器により初診を適切に実施できることを示す科学的知見は明らかではない。
- 他方で、紹介された事例のうち、対面が必要な検査等に関するデメリットのない事例は、保健師を介しての受診事例と離島における精神科以外の医療機関を介しての受診事例。
- ヒアリング等では、初診に関連して、保健所や市町村等から未治療者、治療中断者や引きこもりの者等に関する依頼があり、医療機関と行政職員との連携体制が構築され、情報収集や情報共有ができる場合には、適切なオンライン診療の実施が可能になるのではないかという意見があったほか、患者の急変時は迅速な対面診療ができる体制が必要であり、患者の居住する地域の医療体制を理解して、自院で対応できない場合は円滑な連携ができるようにしておくことが必要との意見もあった。
- このほか、精神科以外の取組として、離島において情報通信機器を用いた診療を行う場合には患者の側に看護師等がいるのが安心・安全であり、普段からの顔の見える関係やリアルタイムの情報共有が重要であるとの意見があった。

## 対応の方向性

- 情報通信機器を用いた診療については、「にも包括」に資することを前提として、患者自身の希望を踏まえつつ、患者の状態に応じて対面診療が推奨される場合があることも念頭に、再診において対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本としてはどうか。
- また、情報通信機器を用いた診療を平時から活用できることが望ましく、再診において情報通信機器を用いた精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくこととしてはどうか。その際、患者の急変時には迅速な対面診療に移行できる体制が必要であり、緊急時の対応が難しい医療機関に対しては、地域の精神科病院との連携体制の構築を求める等、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、必要な準備を行っていることを前提としてはどうか。
- その上で、情報通信機器を用いた精神療法については、臨床現場において初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではないため、引き続きの科学的知見の集積が期待される。
- 他方で、報告された事例や精神保健福祉の現状等を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提として、保健所や市町村等が対応を行っている未治療者、治療中断者や引きこもりの者等を対象として、医療機関と行政職員との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能としてはどうか。
- なお、情報通信機器を用いた診療のニーズがあることを踏まえ、今後、科学的知見の更なる収集を行い、エビデンスを基に引き続き必要に応じて、情報通信機器を用いた精神療法に関する安全性・有用性・必要性の検討を行っていくこととしてはどうか。また、情報通信機器を用いた精神療法の提供状況を丁寧に把握し、事例の周知や情報通信機器を用いた精神療法の導入に資する資材の作成等に取り組むこととしてはどうか。

# 參考資料

# 「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。

# 情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（抄）

## Ⅱ 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

（略）

また、近年、我が国の精神保健医療福祉施策については、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが理念として掲げられている。令和3年3月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る検討会」報告書において、

- ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当。」（同4ページ）
- ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある。また、精神医療の提供体制の充実には、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点が重要である。」（同16ページ）

とされていることを踏まえると、オンライン精神療法についても、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考えられる。したがって、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。**なお、ここでいう地域とは、精神医療圏の設定にある二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携状況を考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に想定されるものである。

# 情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（抄）

## Ⅲ 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

### 1 安全かつ有効に実施可能な医師及び医療機関について

（考え方）

#### （1）精神疾患に対する診療の特性を踏まえたオンライン精神療法の実施について

初診精神療法については、患者の背景情報が乏しく、かつ、十分な信頼関係が構築されていない状況下で、患者の全身の協調、微細な動作や言動等に注意を払いつつ精神症状等の評価を行い、必要に応じて身体疾患の除外や鑑別のために検査等も実施しながら、適切な診断や治療計画を組み立てることが求められる。したがって、十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない初診精神療法について、医療提供者および患者双方から不安の声がある現状において、情報通信機器を用いることは難しいものと考えられる。なお、オンライン診療による初診精神療法について、対面診療に心理的な負担を感じている患者や引きこもり状況にある患者との信頼関係を構築するために、対面診療の補完としてオンライン精神療法の活用を期待する声もある一方で、医療提供者からは安全性・有効性の確保が課題との指摘もある。オンライン診療指針の基本理念において、アクセシビリティの向上や治療に対する患者の能動的参画による治療効果の最大化がオンライン診療の目的とされていることも踏まえ、上記課題の解消が進めば、オンライン診療において初診精神療法を有効に実施できるようになる可能性は十分にあるものと考えられる。

（具体的に遵守すべき事項）

#### （2） 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。

#### （4） 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。なお、例えば、オンライン精神療法を実施した医師が当該医療機関に不在であり対面診療を実施できない場合や、やむを得ない事情により当該医療機関において急変時の対応が難しい場合等においては、十分な情報提供を前提とした上で、近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介するなど、地域において対面診療の提供体制を確保することとしても差し支えない。ただし、その場合においても、オンライン診療の診療計画を作成する際に、あらかじめ対応可能な医療機関について明示しておくことが求められる。

#### （5） 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。

# 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

➤ 「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について、新たな評価を行う。



## (新) 通院精神療法 八 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上（精神保健指定医による場合）      357点

(2) 30分未満（精神保健指定医による場合）      274点

**〔対象患者〕**

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に  
対面診療を行ったことがある患者

**〔算定要件〕（概要）**

- (1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿った診療及び処方を行うこと。
- (2) 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または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。

**〔施設基準〕（概要）**

- (1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- (2) オンライン精神療法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。
- (3) オンライン精神療法指針において、「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」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※（イ）から（ハ）までのいずれかを満たすこと

| (イ)                                                                  | (ロ)                                                                  | (ハ)                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ・ 常時対応型施設（★） 又は<br>身体合併症救急医療確保事業において指定<br><br>（★）精神科救急医療体制整備事業における類型 | ・ 病院群輪番型施設（★）<br>・ 時間外、休日又は深夜において、<br>入院件数が年4件以上 又は<br>外来対応件数が年10件以上 | ・ 外来対応施設（★） 又は<br>時間外対応加算1の届出<br>・ 精神科救急情報センター、保健所等からの<br>問い合わせ等に原則常時対応できる体制 |

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※（イ）又は（ロ）のいずれかの実績

| (イ)                                                         | (ロ)                                        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ・ 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は<br>救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。 | ・ 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上<br>行っていること。 |

情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況等

○ 届出医療機関数

|                          |      |    |
|--------------------------|------|----|
| 情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数 | 病院数  | 47 |
|                          | 診療所数 | 39 |

出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点）

○ 算定回数

【情報通信機器を用いた通院精神療法の算定回数】

|                                        | 算定回数 |
|----------------------------------------|------|
| 通院精神療法 30分以上 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合 | 29   |
| 通院精神療法 30分未満 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合 | 432  |

【(参考)対面による通院精神療法の算定回数】

|                                         | 算定回数      |
|-----------------------------------------|-----------|
| 通院精神療法 イ 入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師が行った場合 | 353       |
| 通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医による場合         | 38,102    |
| 通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医以外の場合         | 10,566    |
| 通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医による場合   | 277,110   |
| 通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医以外の場合   | 83,788    |
| 通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医による場合   | 3,772,470 |
| 通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医以外の場合   | 743,122   |

出典：令和6（2024）年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分

規制改革実施計画におけるオンライン診療に係るとりまとめ

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

II 実施事項

3. 革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大

（6）健康・医療・介護

（i）デジタルヘルスの推進

| No. | 事項名                     | 規制改革の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 実施時期                                                                                                                            | 所管府省  |
|-----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1   | 身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及 | <p>a 厚生労働省は、通所介護事業所等についても、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合にはオンライン診療を受診できる場であることを明らかにする。あわせて、オンライン診療時に、医療補助行為や医療機器の使用等がされないこと及び自らが医療提供を行わないことを前提として、居宅同様に、通所介護事業所や職場などの療養生活を営む場においても、新たに診療所が開設されなくとも、患者がオンライン診療を受診できることを明示する。なお、医療補助行為や医療機器の具体については、明確化する。さらに、通所介護事業所、学校等が、医療法（昭和23年法律第205号）の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないこと等を明確にした上で、当該施設の利用者等に対し、当該施設内において、オンライン診療の受診が可能であることについて周知すること及び機器操作のサポートを当該施設の職員等が行うことが可能であることを明確化する。</p> <p>b 厚生労働省は、へき地等に限ってオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とする旨の医療法の運用（令和5年5月18日厚生労働省医政局総務課長通知）を改正し、①「へき地等」か否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいずれの地域においても、オンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能であることとする。②その際、診療所の開設に関する要件を設ける場合には、オンライン診療の受診を当該診療所において希望する患者が存在することを示すなどの簡潔な説明で足りることとするよう検討する。さらに、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求め、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況及び具体的な事例を定期的に公表するなど、オンライン診療に関する情報発信・環境整備を行う。</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、また、対面診療とオンライン診療の評価の在り方に関して指摘があること、これらの診療科においては対面診療に比してオンライン診療のアウトカムが同等である場合も存在することを踏まえ、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、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」（令和5年3月株式会社野村総合研究所（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業））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」、「対面診療の補完としての活用を期待する声もある一方で、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「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）と同様に、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、オンライン診療は対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在し得ることから、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>a：措置済み</p> <p>b：（前段・中段）措置済み、（後段）令和6年開始、令和6年度まで継続的に措置</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> | 厚生労働省 |

# 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

令和6-7年度厚生労働科学研究（研究代表者：岸本泰士郎）

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

## 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」（以下、「指針」という。）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ための、好事例を中心としたエビデンスの作成を行う。

## 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
- 指針に沿った診療が行える体制を有する医療機関との協力によるオンライン精神療法の具体的な活用法の提示

## 期待される効果

- オンライン精神療法の実践を通じた、地域におけるオンライン精神療法の活用に係る課題の抽出、及び好事例を中心としたエビデンスの作成

# 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 Kurokawa<sup>1</sup>, MD, PhD; Kensuke Nomura<sup>1,2</sup>, MD, PhD; Nana Hosogane<sup>3</sup>, MD; Takashi Nagasawa<sup>4</sup>, MD; Yuko Kawade<sup>2,5</sup>, MD; Yu Matsumoto<sup>2</sup>, MD; Shuichi Morinaga<sup>1,6</sup>, MD; Yuriko Kaise<sup>1</sup>, MA; Ayana Higuchi<sup>1</sup>, MA; Akiko Goto<sup>5</sup>, MD, PhD; Naoko Inada<sup>1</sup>, MA, PhD; Masaki Kodaira<sup>3</sup>, MD, PhD; Taishiro Kishimoto<sup>8</sup>, MD, PhD

<sup>1</sup>Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan

<sup>2</sup>Department of Child Psychiatry, Shimada Hyoiku Medical Center for Challenged Children, Tokyo, Japan

<sup>3</sup>Department of Child and Adolescent Mental Health, Aikou Clinic, Tokyo, Japan

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

<sup>5</sup>Tsurugisaka Garden Hospital, Tokyo, Japan

<sup>6</sup>Hiratsuka City Hospital, Kanagawa, Japan

<sup>7</sup>Department of Clinical Psychology, Taisho University, Tokyo, Japan

<sup>8</sup>Hills 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

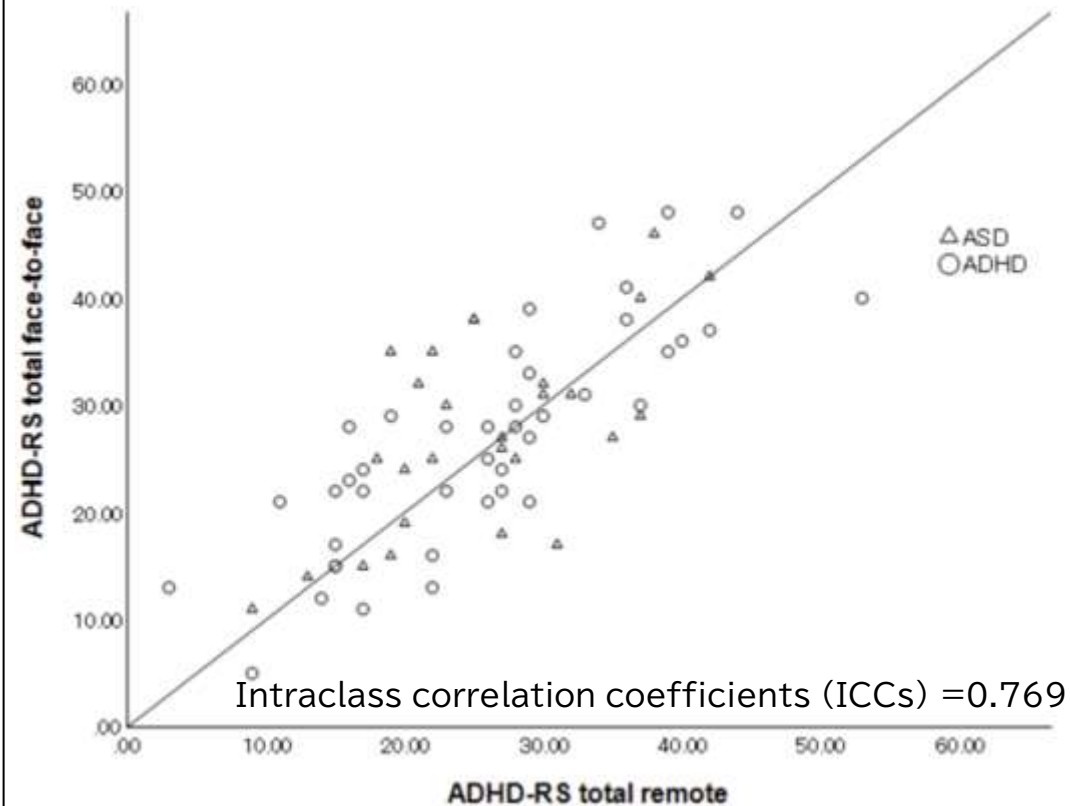
1-3-1, Azabudai, Minato-ku

Tokyo, 106-0041

Japan

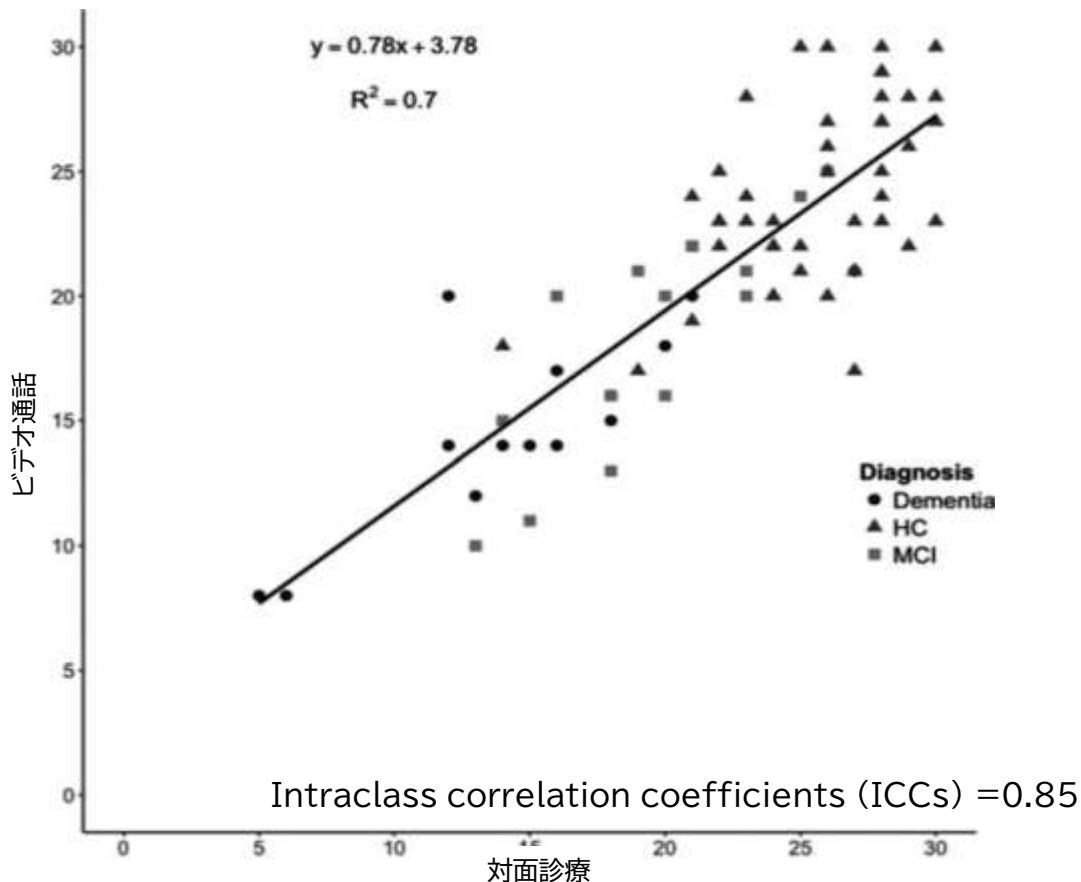
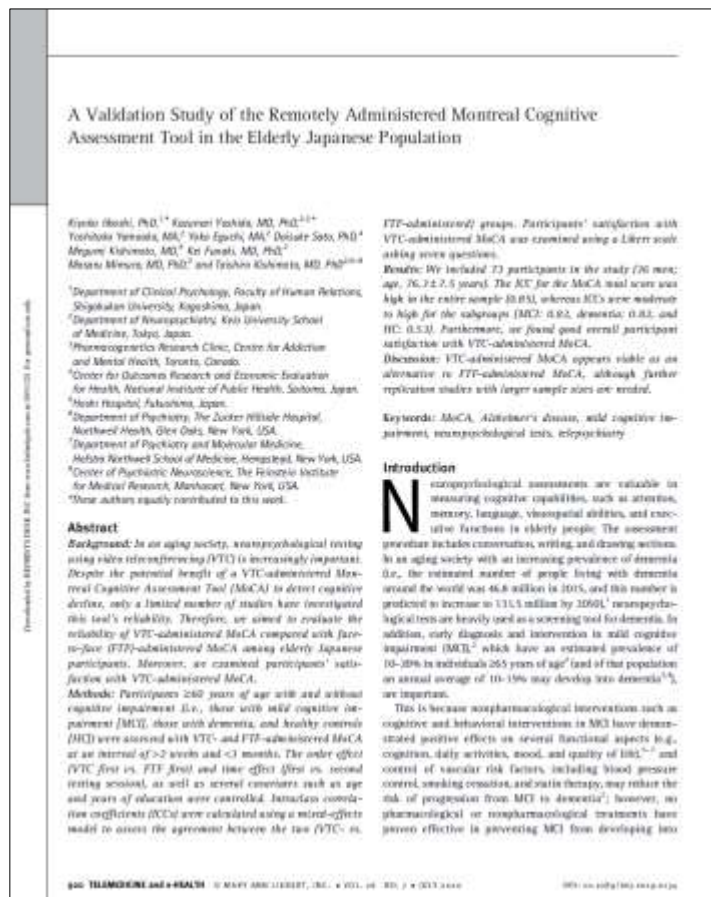
Phone: 81 3 5363 3219

Email: [tkishimoto@keio.jp](mailto:tkishimoto@keio.jp)



# 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。

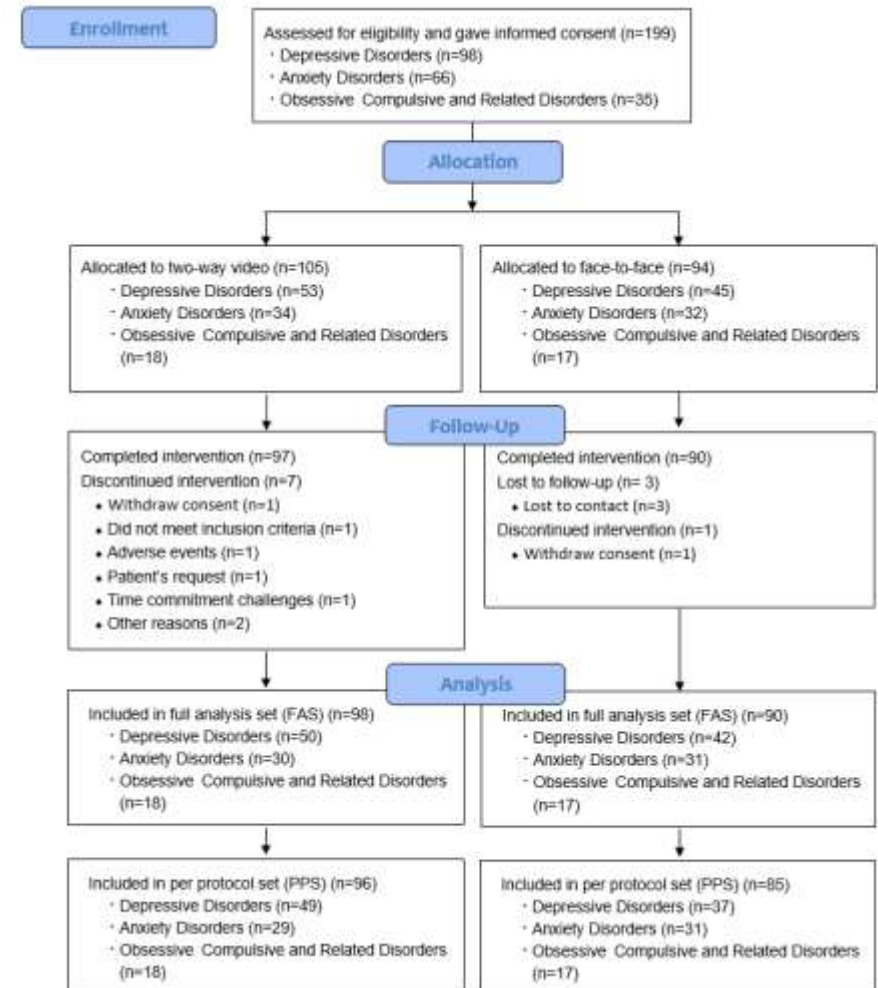


# J-PROTECT 結果1

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%



# J-PROTECT 結果2

J<sup>®</sup>PROTECT

●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

# J-PROTECT 結果3

J<sup>®</sup>PROTECT

●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<br>(マージン:-5) |    |                        |                         |                       |        |
| SF-36MCS得点<br>(FAS) | 24 | 48.50 (0.98)<br>(N=96) | 46.68 (1.14)<br>(N=86)  | 1.82 ( -1.12 to 4.77) | <.0001 |
| SF-36MCS(PPS)       | 24 | 48.50 (9.57)<br>(N=96) | 46.60 (10.62)<br>(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

# J-PROTECT 結果4

J<sup>®</sup>PROTECT

●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

# J-PROTECT 結果5

J<sup>®</sup>PROTECT

●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<br>(n=98) | 対面診療群<br>(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      |         |

# J-PROTECT 結果6

J<sup>®</sup>PROTECT

●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<br>(n=98) | 対面診療群<br>(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 |                      |                 |     |

# J-PROTECT 患者さんの声

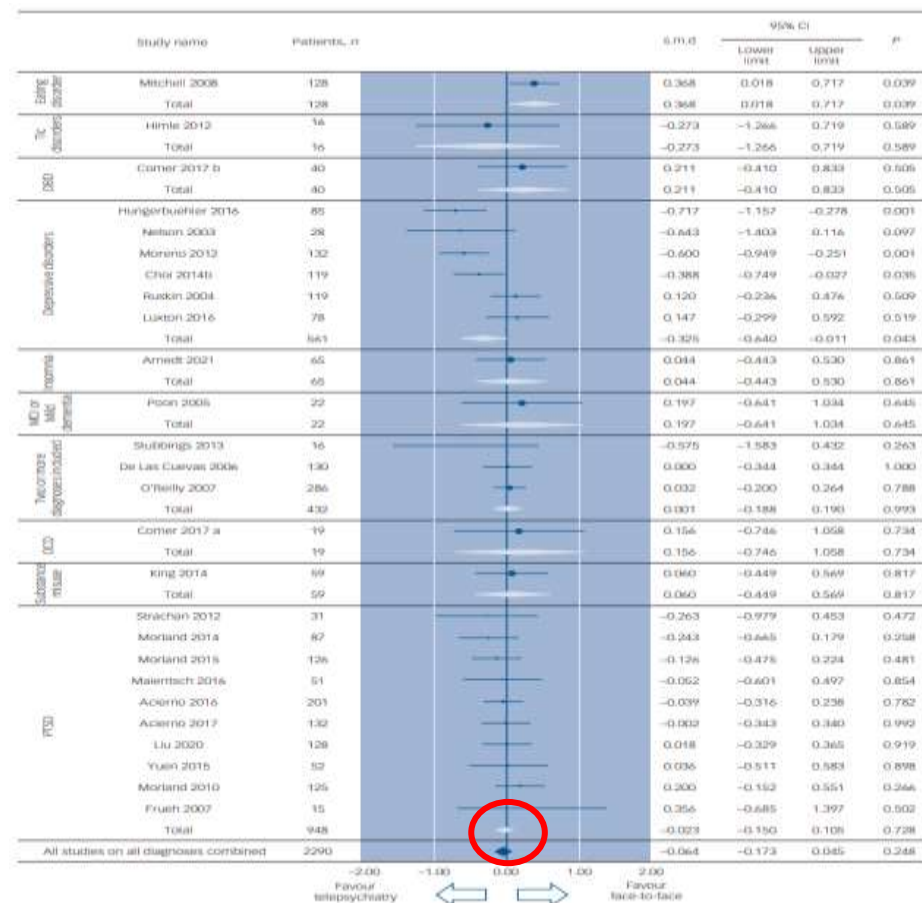
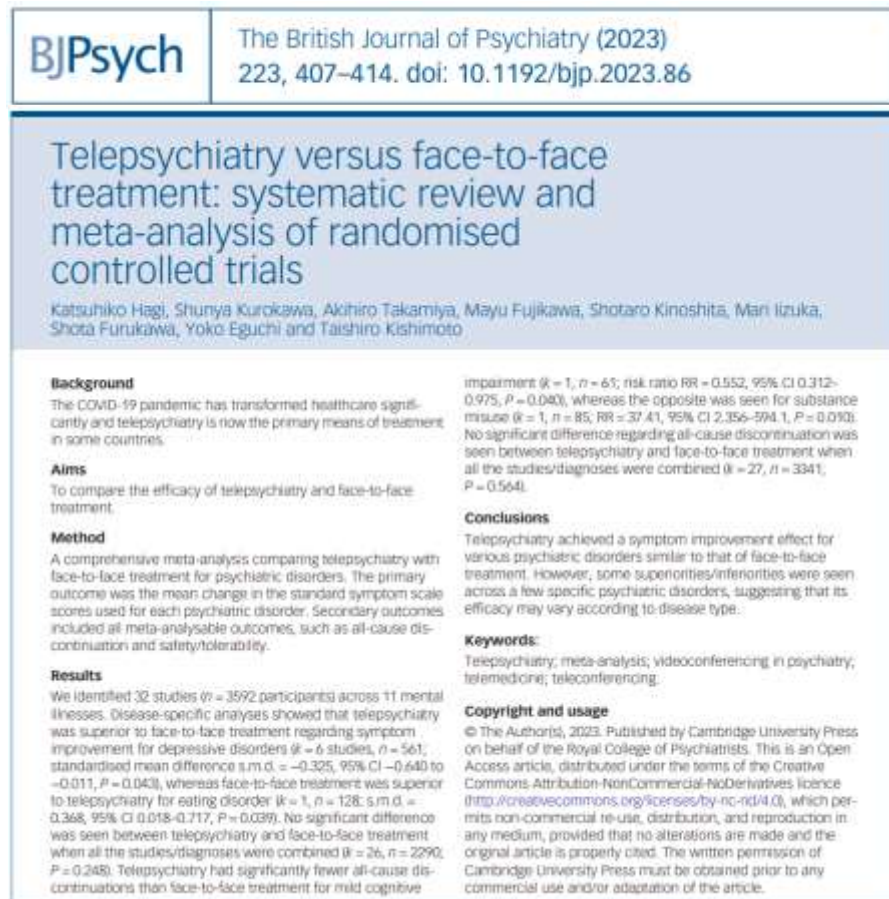
J<sup>+</sup>PROTECT

## ●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<br>負担減<br>・<br>治療<br>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。                                                                                                                 |
|                            | 仕事の転勤等で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。                                                                                                            |
| 安心感                        | 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。                                                                                      |
|                            | 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。                                                 |
| 対面<br>との差                  | 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。                                                                                           |
|                            | 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。                                          |
| ステイ<br>グマ                  | 対面での診療との差はほとんどないと感じました。                                                                                                                      |
|                            | 先生の顔がちゃんと見れる状態でお話しできるので、実際に通院しているかのようなようでした。                                                                                                 |
| スティ<br>グマ                  | 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。 |
|                            | こころに負担を抱く方が、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。



## 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。<br>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もできた。                                                          |
| 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がることができたこと。</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   | 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。<br><br>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。 |
| オンライン初診後の経過・転帰  | 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。                                                                                                                  |
| オンライン初診実施による成果  | 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。                                                                                                                        |
| オンライン初診に伴うデメリット | 処方開始までタイムラグが生じたこと。                                                                                                                                             |

## ケース5: 80代女性 うつ病

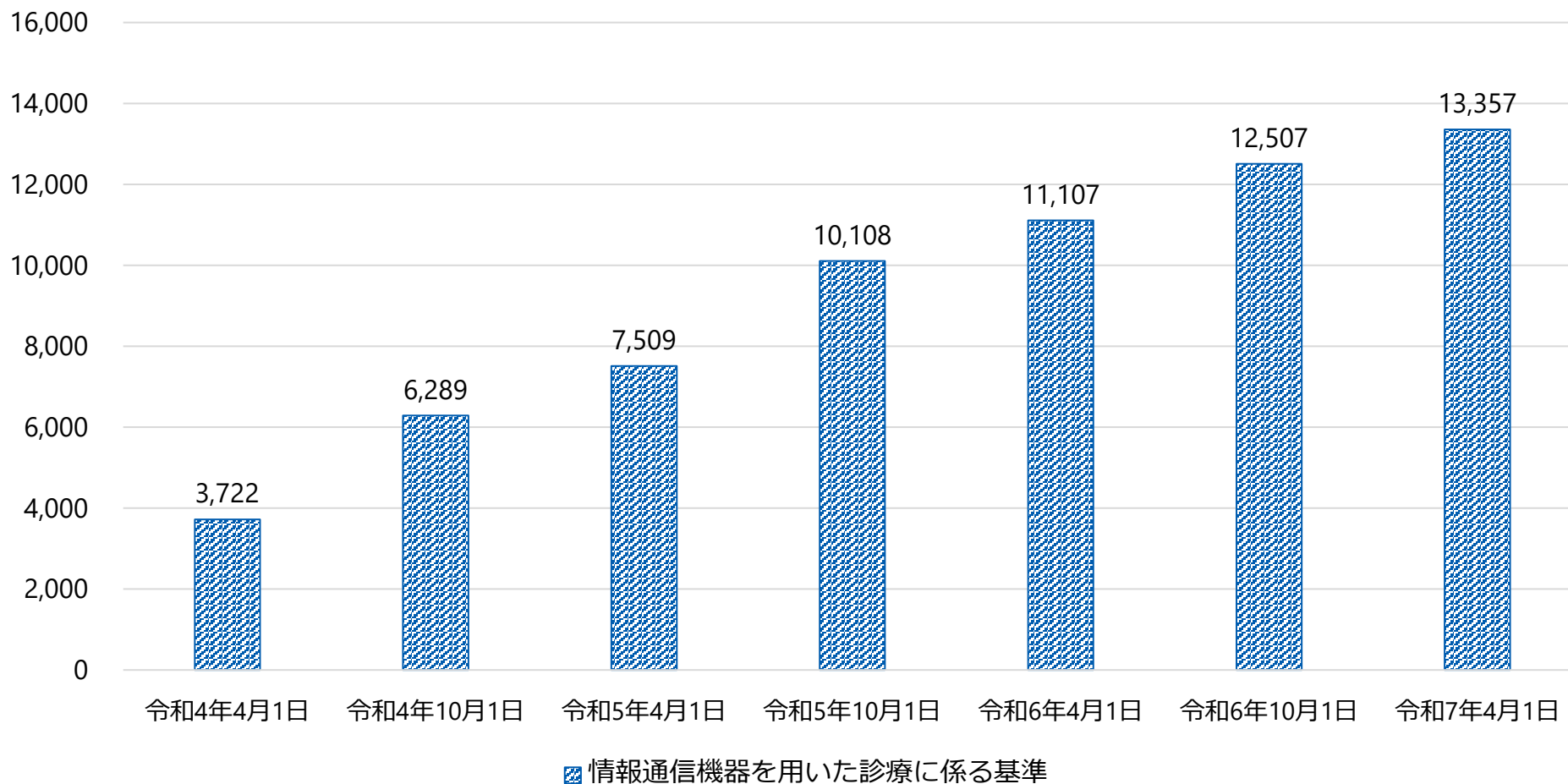
|                 |                                                                                                                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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  | 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。                                                                                                                                |
| オンライン初診実施による成果  | 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。                                                                                                                       |
| オンライン初診に伴うデメリット | 特になし                                                                                                                                                          |

# 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診 調 組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

- 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7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)



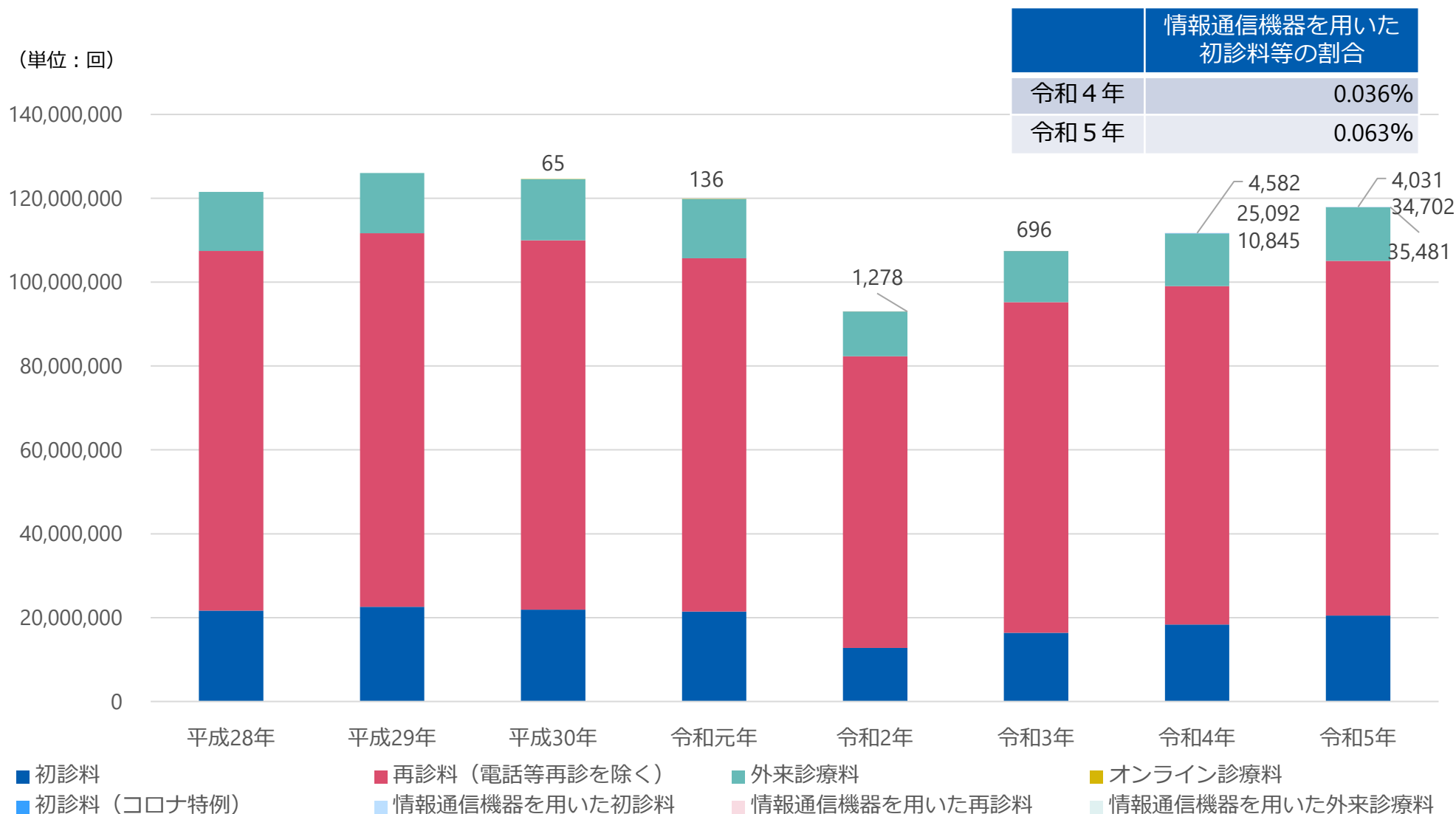
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

# 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診 調 組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

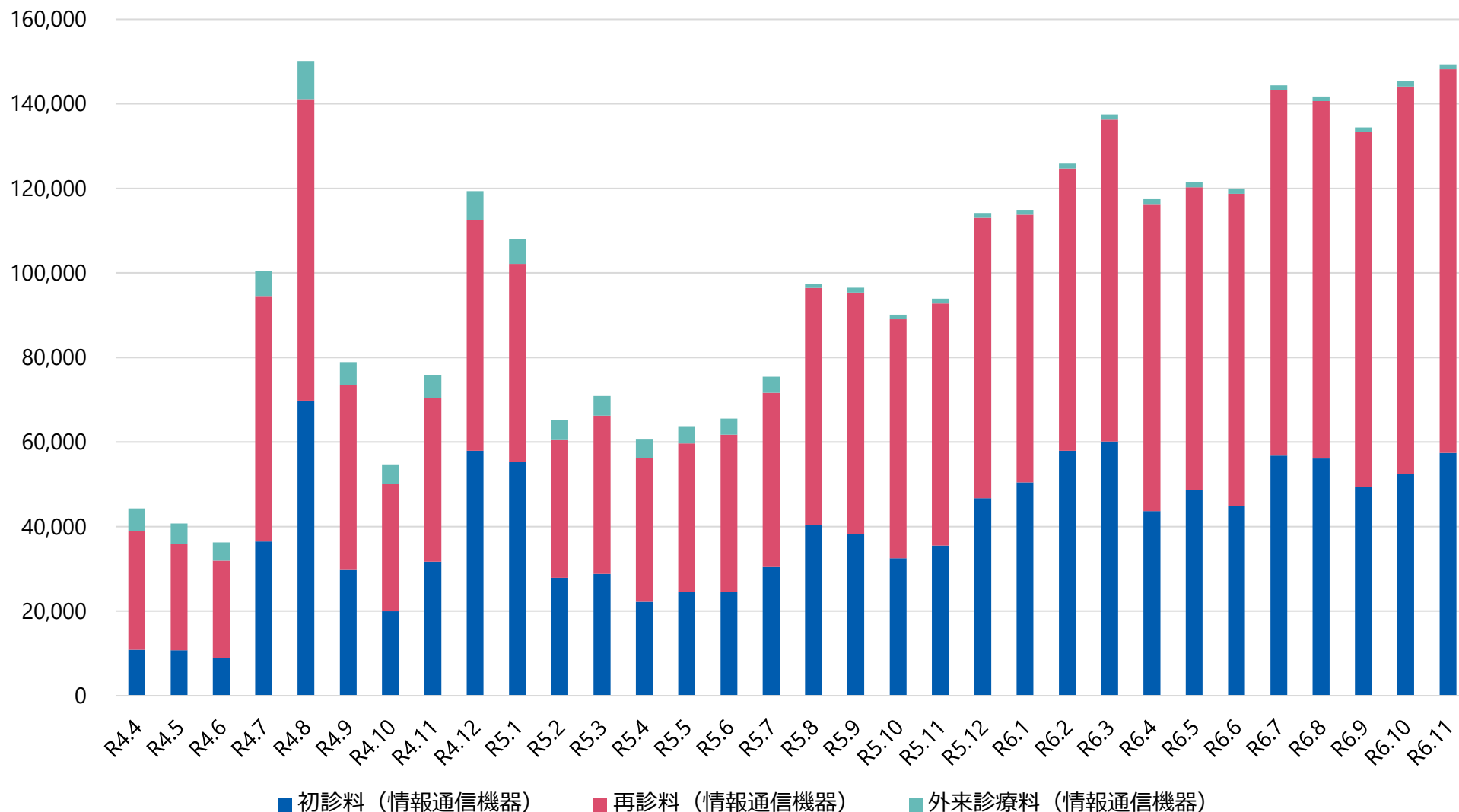
○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。



# 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診 調 組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。

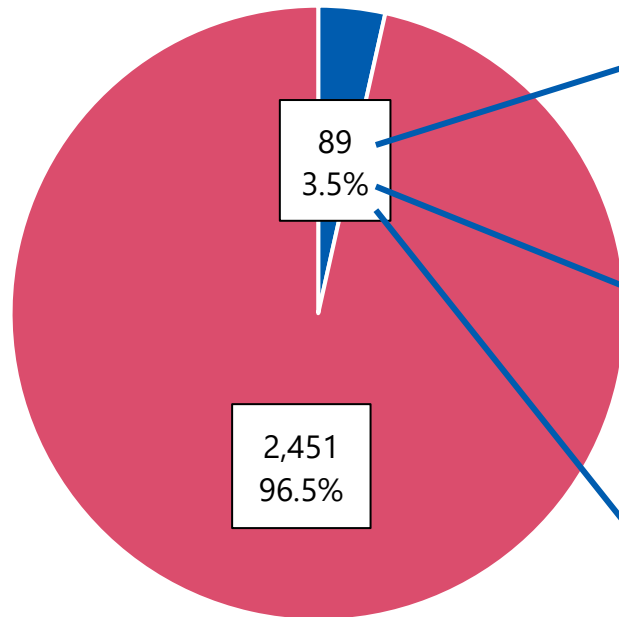


# オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1  
7 . 5 . 2 2

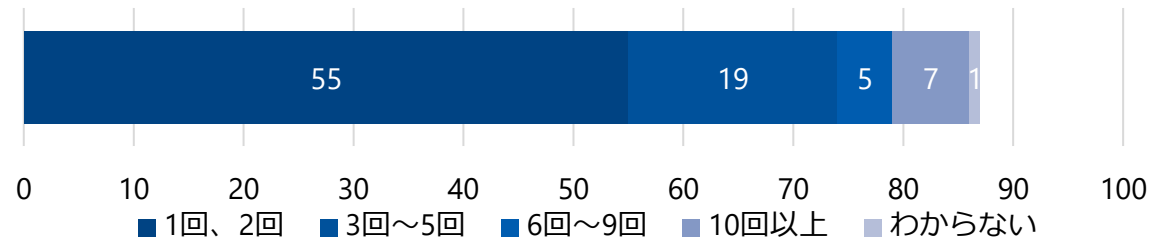
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴  
(n=2,540)



- 1\_受けたことがある(n=89)
- 2\_受けたことがない(n=2451)

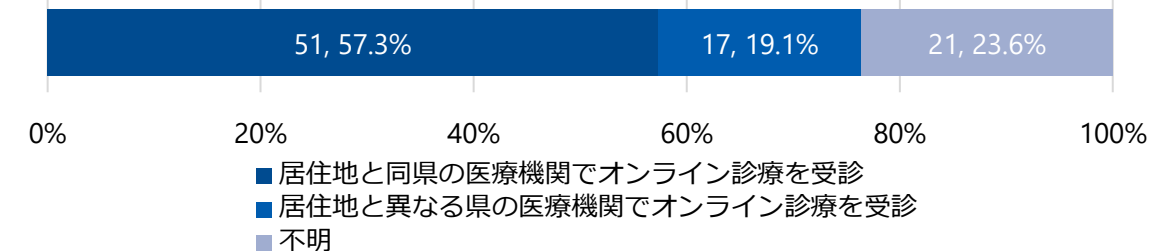
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

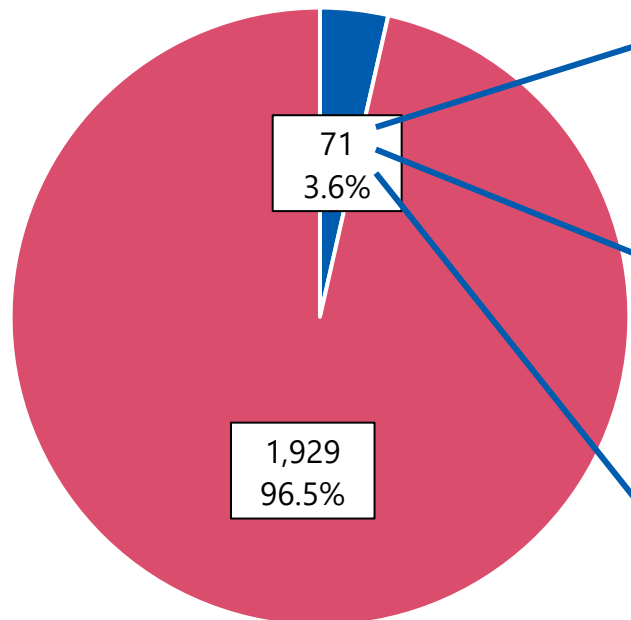


# オンライン診療の受診状況（インターネット調査）

診調組 入-1  
7 . 5 . 2 2

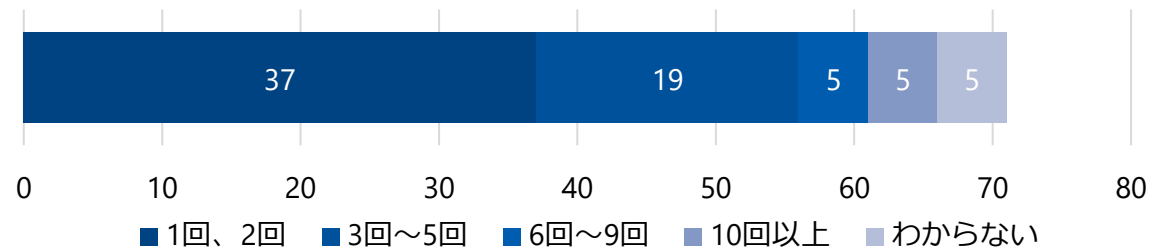
- 回答者の3.6%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は18.3%であった。

オンライン診療受診歴  
(n=2,000)

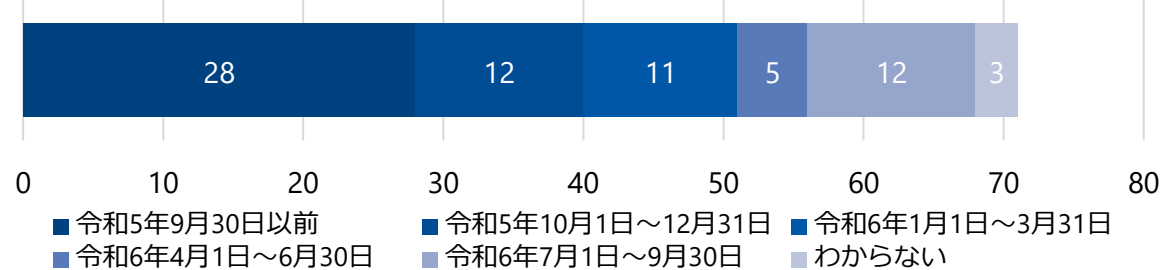


■ 受けたことがある ■ 受けたことがない

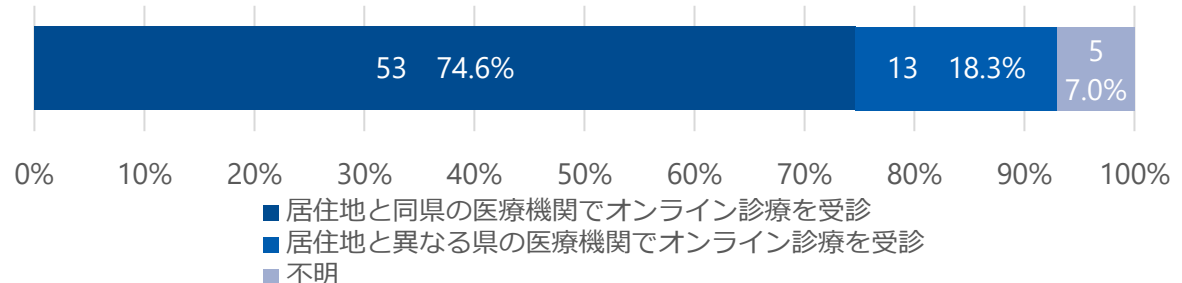
これまでにオンライン診療を受けた回数 (n=71)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=71)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=71)



# 情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診 調 組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。  
情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

| No. | 傷病名               | 令和6年度  |        |
|-----|-------------------|--------|--------|
|     |                   | 7月診療月  |        |
|     |                   | 回数     | 構成比%   |
| 計   | 情報通信機器を用いた初診の算定回数 |        | 100.0% |
| 1   | 急性上気道炎            | 12,214 | 21.5%  |
| 2   | COVID-19          | 5,090  | 9.0%   |
| 3   | 適応障害              | 3,133  | 5.5%   |
| 4   | 手足口病              | 2,138  | 3.8%   |
| 5   | 急性気管支炎            | 1,935  | 3.4%   |
| 6   | 急性胃腸炎             | 1,344  | 2.4%   |
| 7   | 急性咽頭炎             | 1,212  | 2.1%   |
| 8   | 気管支喘息             | 1,181  | 2.1%   |
| 9   | 尋常性ざ瘡             | 1,053  | 1.9%   |
| 10  | 感冒                | 988    | 1.7%   |
| 11  | 多汗症               | 942    | 1.7%   |
| 12  | じんま疹              | 895    | 1.6%   |
| 13  | 湿疹                | 883    | 1.6%   |
| 14  | アレルギー性鼻炎          | 865    | 1.5%   |
| 15  | アトピー性皮膚炎          | 847    | 1.5%   |
| 16  | 不眠症               | 794    | 1.4%   |
| 17  | 口唇ヘルペス            | 596    | 1.0%   |
| 18  | うつ病               | 526    | 0.9%   |
| 19  | うつ状態              | 525    | 0.9%   |
| 20  | 膀胱炎               | 515    | 0.9%   |

| No. | 傷病名          | 令和6年度     |        |
|-----|--------------|-----------|--------|
|     |              | 7月診療月     |        |
|     |              | 回数        | 構成比%   |
| 計   | 対面による初診の算定回数 |           | 100.0% |
| 1   | COVID-19     | 1,537,680 | 6.9%   |
| 2   | 急性気管支炎       | 807,739   | 3.6%   |
| 3   | 急性上気道炎       | 747,594   | 3.3%   |
| 4   | アレルギー性鼻炎     | 610,533   | 2.7%   |
| 5   | 近視性乱視        | 586,053   | 2.6%   |
| 6   | 急性咽頭喉頭炎      | 491,660   | 2.2%   |
| 7   | 湿疹           | 452,709   | 2.0%   |
| 8   | 急性咽頭炎        | 356,724   | 1.6%   |
| 9   | 気管支喘息        | 349,538   | 1.6%   |
| 10  | 急性副鼻腔炎       | 339,804   | 1.5%   |
| 11  | アトピー性皮膚炎     | 310,623   | 1.4%   |
| 12  | 耳垢栓塞         | 195,555   | 0.9%   |
| 13  | 咽頭炎          | 193,892   | 0.9%   |
| 14  | アレルギー性結膜炎    | 181,197   | 0.8%   |
| 15  | 皮脂欠乏性湿疹      | 174,503   | 0.8%   |
| 16  | 変形性膝関節症      | 167,690   | 0.7%   |
| 17  | じんま疹         | 167,040   | 0.7%   |
| 18  | 遠視性乱視        | 166,920   | 0.7%   |
| 19  | 尋常性ざ瘡        | 158,923   | 0.7%   |
| 20  | 結膜炎          | 157,712   | 0.7%   |

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

# 情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

| No. | 傷病名                      | 令和6年度 |        |
|-----|--------------------------|-------|--------|
|     |                          | 7月診療月 |        |
|     |                          | 回数    | 構成比%   |
| 計   | 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数 |       | 100.0% |
| 1   | 適応障害                     | 8,003 | 9.1%   |
| 2   | 高血圧症                     | 4,833 | 5.5%   |
| 3   | 気管支喘息                    | 3,660 | 4.2%   |
| 4   | うつ病                      | 3,257 | 3.7%   |
| 5   | アレルギー性鼻炎                 | 3,252 | 3.7%   |
| 6   | 不眠症                      | 2,855 | 3.3%   |
| 7   | 月経困難症                    | 2,496 | 2.9%   |
| 8   | うつ状態                     | 1,803 | 2.1%   |
| 9   | アトピー性皮膚炎                 | 1,761 | 2.0%   |
| 10  | 急性上気道炎                   | 1,752 | 2.0%   |
| 11  | 睡眠時無呼吸症候群                | 1,635 | 1.9%   |
| 12  | 慢性胃炎                     | 1,629 | 1.9%   |
| 13  | 湿疹                       | 1,397 | 1.6%   |
| 14  | 片頭痛                      | 1,299 | 1.5%   |
| 15  | COVID-19                 | 1,209 | 1.4%   |
| 16  | 尋常性ざ瘡                    | 1,171 | 1.3%   |
| 17  | スギ花粉症                    | 1,055 | 1.2%   |
| 18  | 不安神経症                    | 1,008 | 1.2%   |
| 19  | 急性気管支炎                   | 948   | 1.1%   |
| 20  | パニック障害                   | 898   | 1.0%   |

| No. | 傷病名                 | 令和6年度     |        |
|-----|---------------------|-----------|--------|
|     |                     | 7月診療月     |        |
|     |                     | 回数        | 構成比%   |
| 計   | 対面による再診料・外来診療料の算定回数 |           | 100.0% |
| 1   | 高血圧症                | 9,545,663 | 9.2%   |
| 2   | 変形性膝関節症             | 2,689,408 | 2.6%   |
| 3   | 気管支喘息               | 2,207,287 | 2.1%   |
| 4   | 2型糖尿病               | 1,953,540 | 1.9%   |
| 5   | 高コレステロール血症          | 1,832,608 | 1.8%   |
| 6   | 慢性胃炎                | 1,762,346 | 1.7%   |
| 7   | 糖尿病                 | 1,675,078 | 1.6%   |
| 8   | アレルギー性鼻炎            | 1,551,541 | 1.5%   |
| 9   | 腰部脊柱管狭窄症            | 1,442,194 | 1.4%   |
| 10  | 慢性腎不全               | 1,402,271 | 1.4%   |
| 11  | うつ病                 | 1,196,874 | 1.2%   |
| 12  | 肩関節周囲炎              | 1,153,572 | 1.1%   |
| 13  | 高脂血症                | 1,153,564 | 1.1%   |
| 14  | 狭心症                 | 1,076,890 | 1.0%   |
| 15  | 脂質異常症               | 1,029,275 | 1.0%   |
| 16  | 変形性腰椎症              | 1,021,543 | 1.0%   |
| 17  | アトピー性皮膚炎            | 937,661   | 0.9%   |
| 18  | 骨粗鬆症                | 934,318   | 0.9%   |
| 19  | 近視性乱視               | 896,805   | 0.9%   |
| 20  | 慢性心不全               | 821,488   | 0.8%   |

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

# 情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

診調組 入-1  
7. 6. 19

- 初・再診料等に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の医療機関分布は、以下のとおり。
- 初診料のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は262施設（18.6%）であり、5割を超える医療機関は76施設（5.4%）であった。

（医療機関数）



※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

# 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合 5 割未満)

診調組 入 - 1  
7 . 6 . 1 9

○対面診療の割合が 5 割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の 5 割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。傷病名としては初診では急性上気道炎が24.3%、再診料・外来診療料では適応障害が22.2%と最多であった。

| No. | 傷病名               | 令和 6 年度 |        |
|-----|-------------------|---------|--------|
|     |                   | 7 月診療月  |        |
|     |                   | 回数      | 構成比%   |
| 計   | 情報通信機器を用いた初診の算定回数 |         | 100.0% |
| 1   | 急性上気道炎            | 10,497  | 24.3%  |
| 2   | COVID-19          | 3,117   | 7.2%   |
| 3   | 適応障害              | 2,965   | 6.9%   |
| 4   | 手足口病              | 1,921   | 4.5%   |
| 5   | 急性胃腸炎             | 1,220   | 2.8%   |
| 6   | 急性気管支炎            | 1,066   | 2.5%   |
| 7   | 急性咽頭炎             | 990     | 2.3%   |
| 8   | 尋常性ざ瘡             | 967     | 2.2%   |
| 9   | 感冒                | 869     | 2.0%   |
| 10  | じんま疹              | 770     | 1.8%   |
| 11  | 気管支喘息             | 748     | 1.7%   |
| 12  | 多汗症               | 739     | 1.7%   |
| 13  | 湿疹                | 701     | 1.6%   |
| 14  | アトピー性皮膚炎          | 628     | 1.5%   |
| 15  | 不眠症               | 596     | 1.4%   |
| 16  | 口唇ヘルペス            | 532     | 1.2%   |
| 17  | うつ状態              | 488     | 1.1%   |
| 18  | 膀胱炎               | 476     | 1.1%   |
| 19  | うつ病               | 469     | 1.1%   |
| 20  | アレルギー性鼻炎          | 423     | 1.0%   |

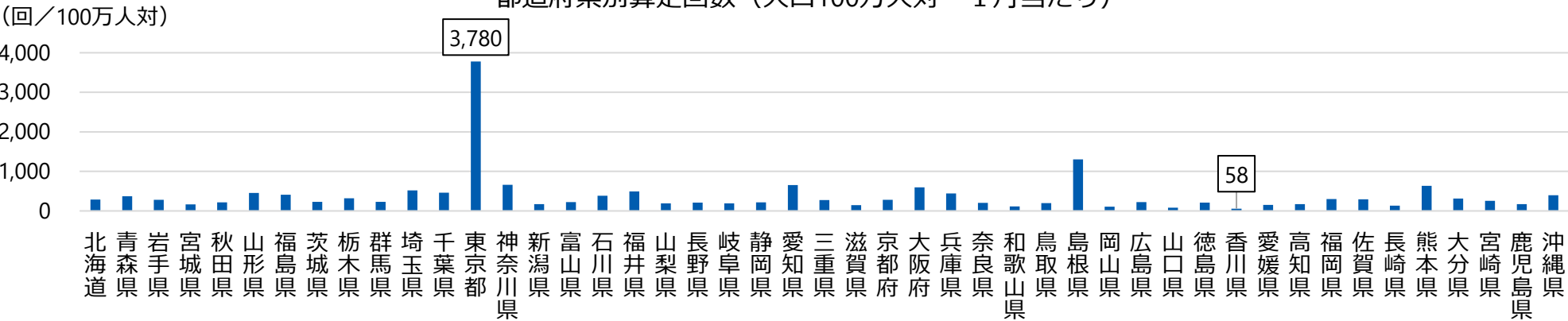
| No. | 傷病名                      | 令和 6 年度 |        |
|-----|--------------------------|---------|--------|
|     |                          | 7 月診療月  |        |
|     |                          | 回数      | 構成比%   |
| 計   | 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数 |         | 100.0% |
| 1   | 適応障害                     | 7,496   | 22.2%  |
| 2   | うつ病                      | 2,083   | 6.2%   |
| 3   | 不眠症                      | 1,952   | 5.8%   |
| 4   | うつ状態                     | 1,533   | 4.5%   |
| 5   | 急性上気道炎                   | 1,197   | 3.6%   |
| 6   | 高血圧症                     | 1,119   | 3.3%   |
| 7   | 尋常性ざ瘡                    | 1,011   | 3.0%   |
| 8   | 湿疹                       | 913     | 2.7%   |
| 9   | アトピー性皮膚炎                 | 815     | 2.4%   |
| 10  | アレルギー性鼻炎                 | 772     | 2.3%   |
| 11  | 気管支喘息                    | 744     | 2.2%   |
| 12  | パニック障害                   | 705     | 2.1%   |
| 13  | 不安神経症                    | 690     | 2.0%   |
| 14  | 片頭痛                      | 604     | 1.8%   |
| 15  | 多汗症                      | 568     | 1.7%   |
| 16  | 皮脂欠乏症                    | 468     | 1.4%   |
| 17  | じんま疹                     | 467     | 1.4%   |
| 18  | スギ花粉症                    | 441     | 1.3%   |
| 19  | 不安障害                     | 420     | 1.2%   |
| 20  | 注意欠陥多動障害                 | 380     | 1.1%   |

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。令和 4 年 5 月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

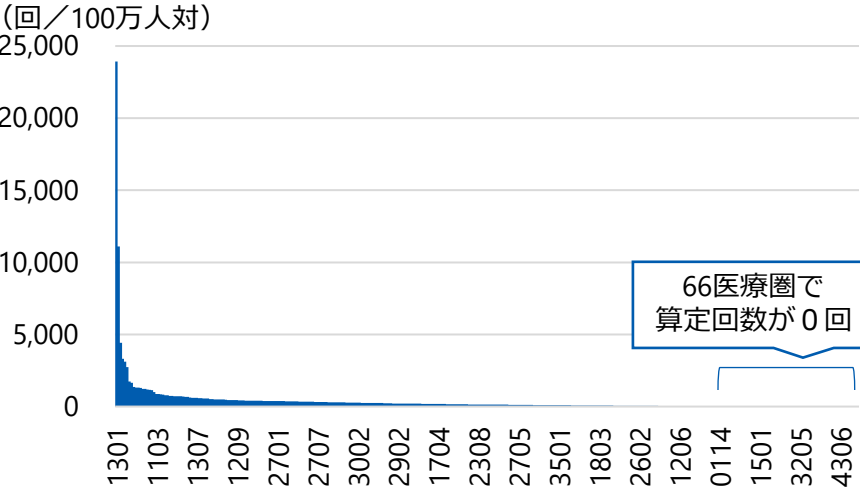
出典：NDBデータ（令和 6 年 7 月診療分）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



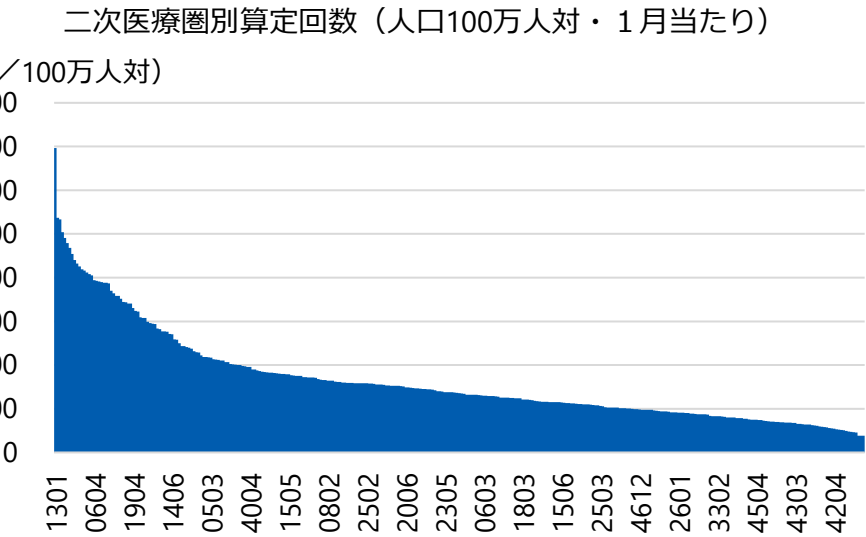
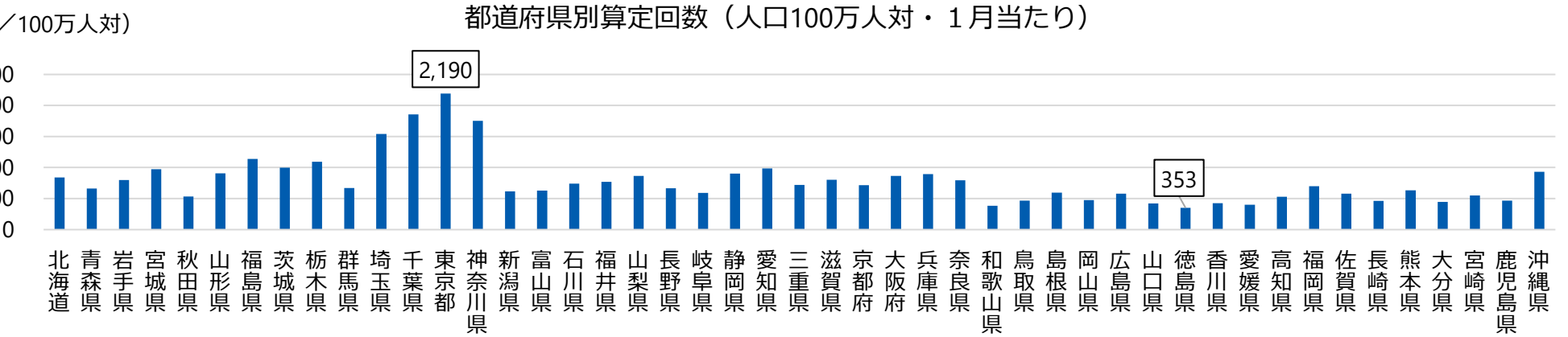
66医療圏で算定回数が0回

人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

|      |      | 算定回数<br>(人口100万人<br>対・1月当たり) | 算定回数    | 総算定回数に<br>占める割合（累積） |
|------|------|------------------------------|---------|---------------------|
| 1301 | 区中央部 | 23,915                       | 284,715 | 24.7%               |
| 1304 | 区西部  | 11,104                       | 173,265 | 39.8%               |
| 3203 | 出雲   | 4,411                        | 9,002   | 40.6%               |
| 1306 | 区東北部 | 3,309                        | 54,592  | 45.3%               |
| 1303 | 区西南部 | 3,121                        | 55,409  | 50.1%               |

出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。



| 人口100万人対・1月当たりの<br>算定回数上位5医療圏 |      |                          |        |
|-------------------------------|------|--------------------------|--------|
|                               |      | 算定回数<br>(人口100万人対・1月当たり) | 算定回数   |
| 1301                          | 区中央部 | 3,481                    | 10,361 |
| 2201                          | 賀茂   | 2,685                    | 434    |
| 1303                          | 区西南部 | 2,665                    | 11,828 |
| 0121                          | 根室   | 2,519                    | 503    |
| 1313                          | 島しよ  | 2,455                    | 169    |

出典：NDBデータ（令和6年9～11月診療分）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

北海道 から 沖縄 まで  
全国どこでも  
初診から  
オンライン診療での対応！



プライバシーも安心！  
オンラインでの診療

主に休職・復職相談に特化し、  
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。  
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書  
すべての書類の作成が可能！  
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINE で診断書がもらえる

オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！ 診断書がもらえる  
スマホ で診療が受けられる  
メンタルクリニック

心療内科 精神科

通院不要  
スマホで完結

診断書の  
即日発行可能

24時間 LINE  
予約可能

休職の  
相談

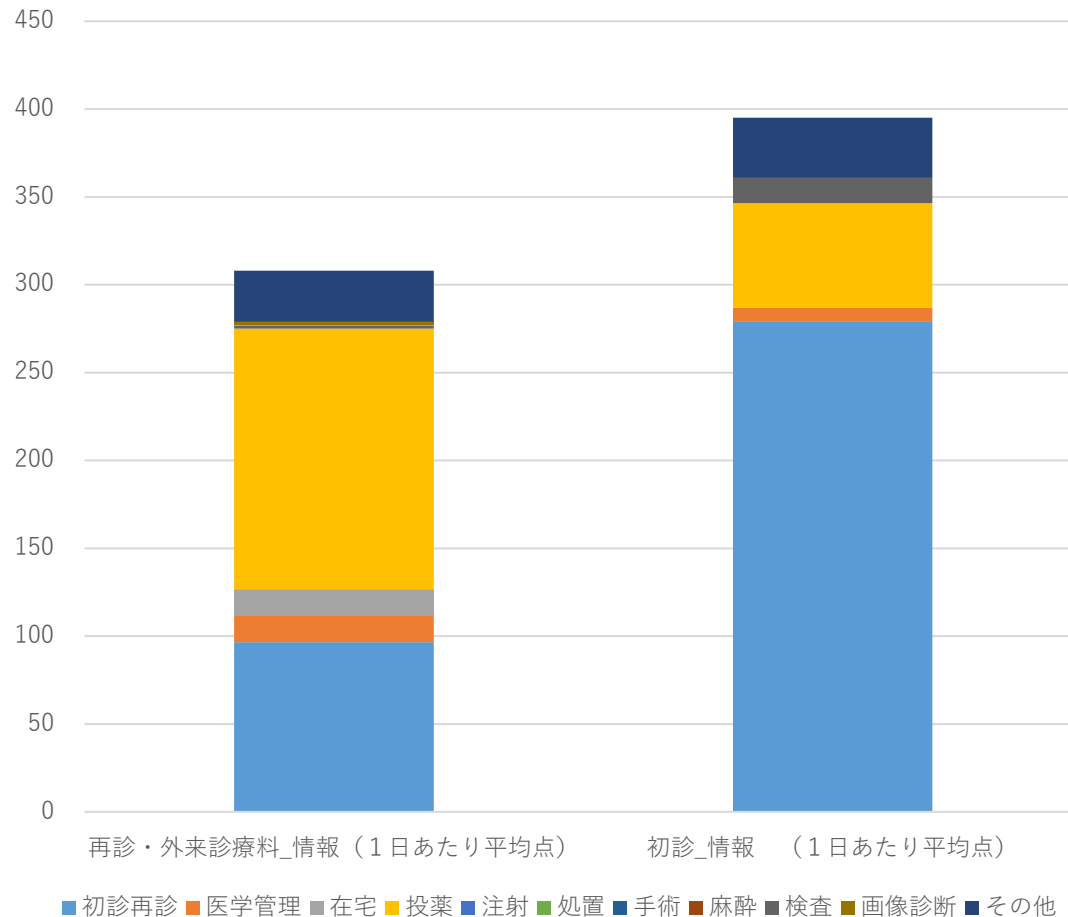
※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。  
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

# 不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

中医協 総 - 4  
5. 1 1. 8

- 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   |

図2 精神保健福祉センターにおける  
主な相談内容別延人員  
令和5(2023)年度

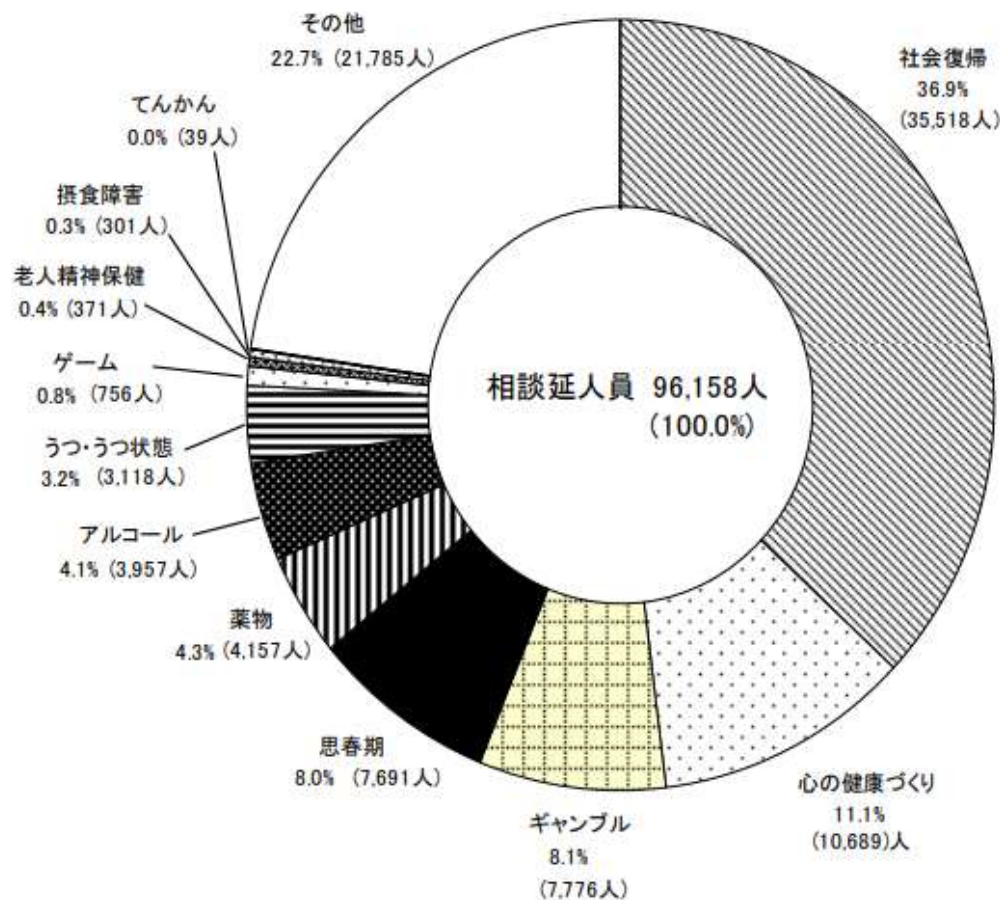
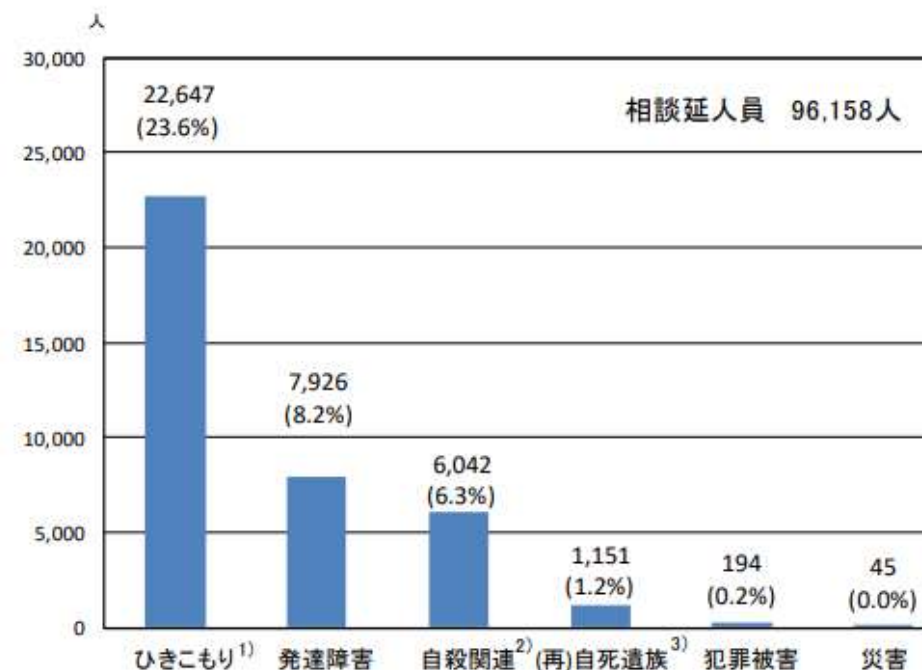


図3 精神保健福祉センターにおける  
相談(要因)別延人員  
令和5(2023)年度



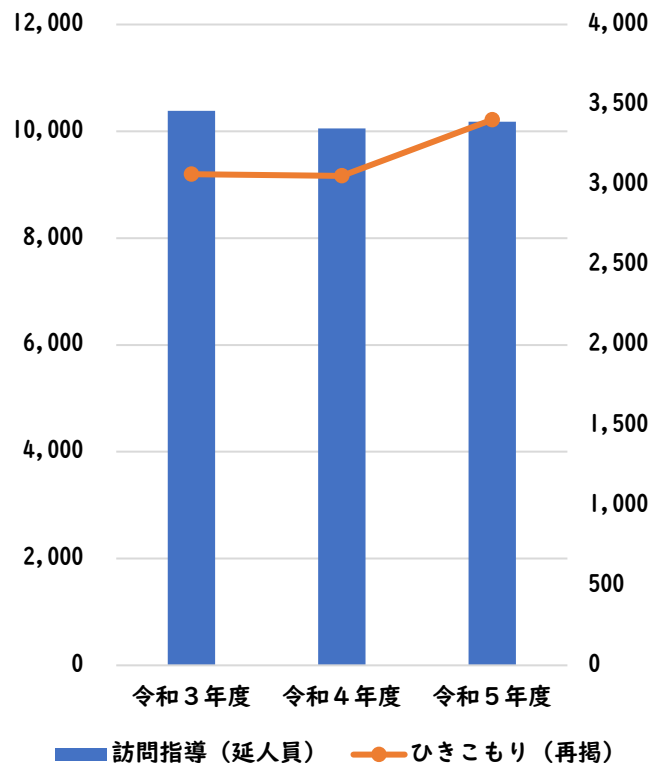
注：1)「ひきこもり」とは、仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態にある7歳から49歳までの者をいう。

2)「自殺関連」とは、相談内容が、自殺の危険、予告・通知、実行中、未遂、遺族等からの相談のいずれかに該当するものをいう。

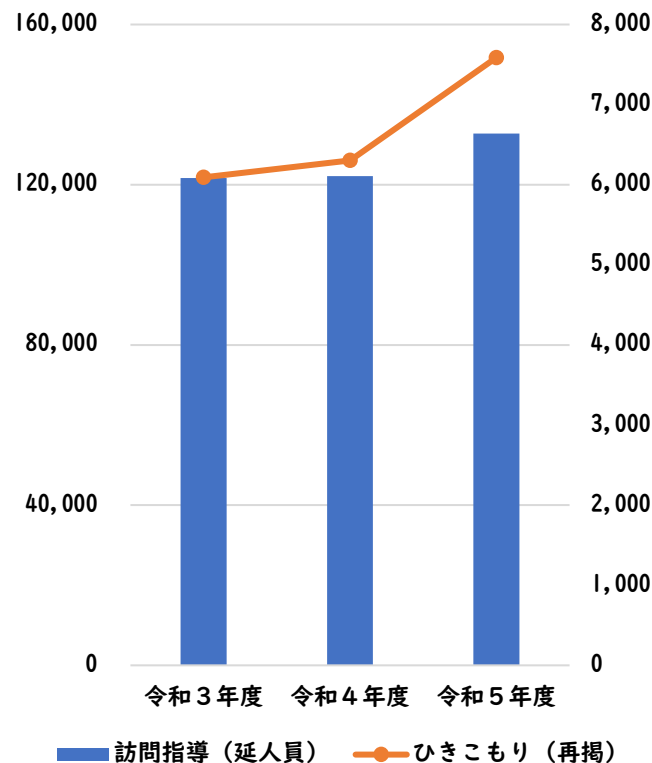
3)「(再)自死遺族」は「自殺関連」の再掲である。

# 行政における精神保健福祉（ひきこもり）に関する相談・訪問指導

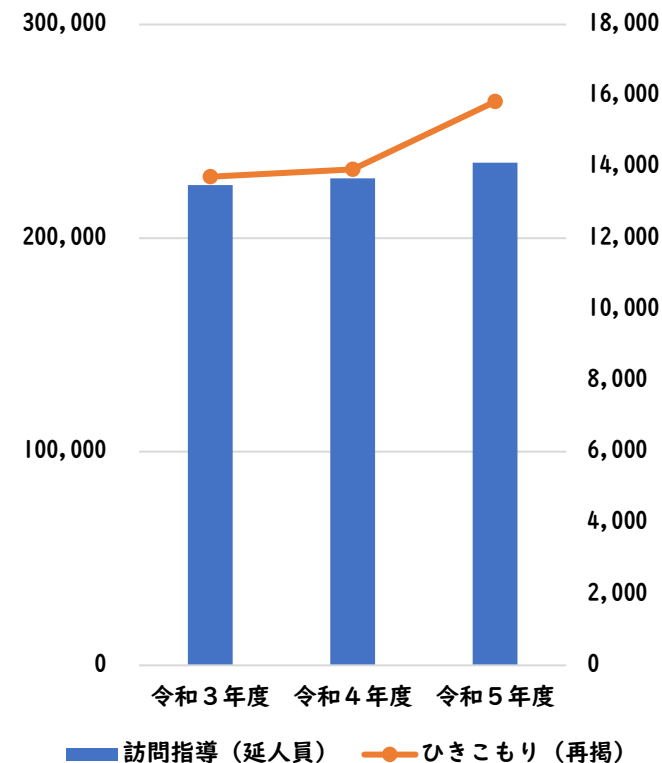
精神保健福祉センターにおける  
訪問指導件数（延人員）（※１）



保健所における  
訪問指導件数（延人員）（※２）



市区町村における  
訪問指導件数（延人員）（※２）



資料：（※１）厚生労働省「衛生行政報告例」（令和５年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

（※２）厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」より厚生労働省障害保健福祉部で作成