

外来(その4)

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現状について

2. 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診療に係る中医協総会等における主なご意見

中医協 総-4
5. 11. 8

<令和5年5月17日 中医協総会 医療計画について >

- へき地医療については、資料の52ページ、53ページで紹介されている成功事例を参考にしながら、質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携を推進することが必要。
- へき地においては、オンライン診療としてD to P with Nが有効であるということはもちろんだが、それ以外にも遠隔医療として、看護師によるオンラインを活用した療養指導の取組や、へき地にいる看護師が、専門性の高い看護師に支援、助言を求めるN to Nの形もあり、今後、遠隔医療及びオンライン診療の推進に向けては、幅広く検討していくべき。

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1） >

- オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。
- 不適切なオンライン診療を防ぐためには、本年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されたため、これらが遵守されているのかも評価する際の重要な視点となる。
- オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。
- オンライン診療において、かかりつけ医と薬剤師薬局が適切に連携し医療を提供することが重要。
- オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、動向を注視していくべき。
- 遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会 >

- オンライン診療について、オンライン診療の適切な実施に関する指針には、睡眠薬の処方初診では行わないこととされているにもかかわらず、情報通信機器を用いた初診に係る傷病名では不眠症が上位にあるなど、不適切な運用がなされている可能性が示唆されているため、更なる分析を進め、健全な形でオンライン診療を普及させるべき。

情報通信機器を用いた診療に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年11月8日 中医協総会>

- 不適切なオンライン診療が増え、患者と医療者に不安や不信が生じることが普及に対して最大のブレーキとなる。効率性や利便性のみを重視した安易な拡大は、不適切な診療につながりやすく、普及にとって逆効果となる。医療においては一旦何か問題が生じた場合には、取り返しがつかないという特性があるため、有効性と特に安全性を確保し、着実に広げていくことで、安心と信頼を高めることこそがオンライン診療の最大の普及策になる。
- 医師の所在や患者さんの所在についても、保険医療機関が毎年7月に行う定例報告において、オンライン診療の指針で求められている対面審議を行う体制が確保できているかを一定程度は把握できるが、この定例報告は報告事項の意図や記載すべき内容が現場に浸透できるよう、また実態を十分に捕捉できるように報告内容の見直しをすべき。また、入院・外来分科会調査あるいはマイナ保険証に記載されている住所情報などで補うことも、今後の分析の方法として検討すべき。
- 指針では、オンライン診療が困難な場合に連携する他の医療機関で対面診療を実施することが認めている。患者が速やかにアクセスできない医療機関において、直接の対面診療ができる体制があるのかどうかは疑問。患者所在地と医療機関の距離などを尺度にして分析を深めるべき。
- 睡眠薬の中で、依存性の高い薬物、特にいわゆるベンゾジアゼピン系薬物は濫用されやすく、初回に限らず常に処方量の確認や適正な服薬を指導する必要がある。これを怠ると、依存症やその結果としての副作用や事故の発生にもつながり、オンライン診療で安易に向精神薬を処方することは、厳に慎むべき臨床行為であり、この点は、患者のためにも、しっかりとした対応が必要。

<令和5年12月1日 中医協総会>

- 児童精神を専門とする医師は少なく、発達障害等が疑われた際に、初診までの待機期間が長くなることが多い。また、小児特定疾患カウンセリング料については、算定回数の上限である月2回以上のカウンセリングが必要となる場合もある。回数制限の緩和や、発達障害等が疑われた際に早期に受診できる体制を評価できるよう検討を進めて欲しい。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

- 患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないか、との指摘があった。
- 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方を行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないか、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。
- 患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。
- また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

オンライン診療にかかる評価の経緯

- 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。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回—19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

- 初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

- 診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたりリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。
- 診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。
- 診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、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」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

- 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。
- 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行うこと。
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日分以上の処方

対面診療の実施体制

- 「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。
- オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、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。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

- 適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。
- オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

- 初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、2種類以上の身分証明書をを用いる、あるいは1種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。
- オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。
- オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

- 医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。
- オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。
- 医療機関は、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。
- 医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。
- オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。
- 医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。
- 医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。 等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

- 事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。 等

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせることが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「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オンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

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。
 - ア 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
 - イ 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で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

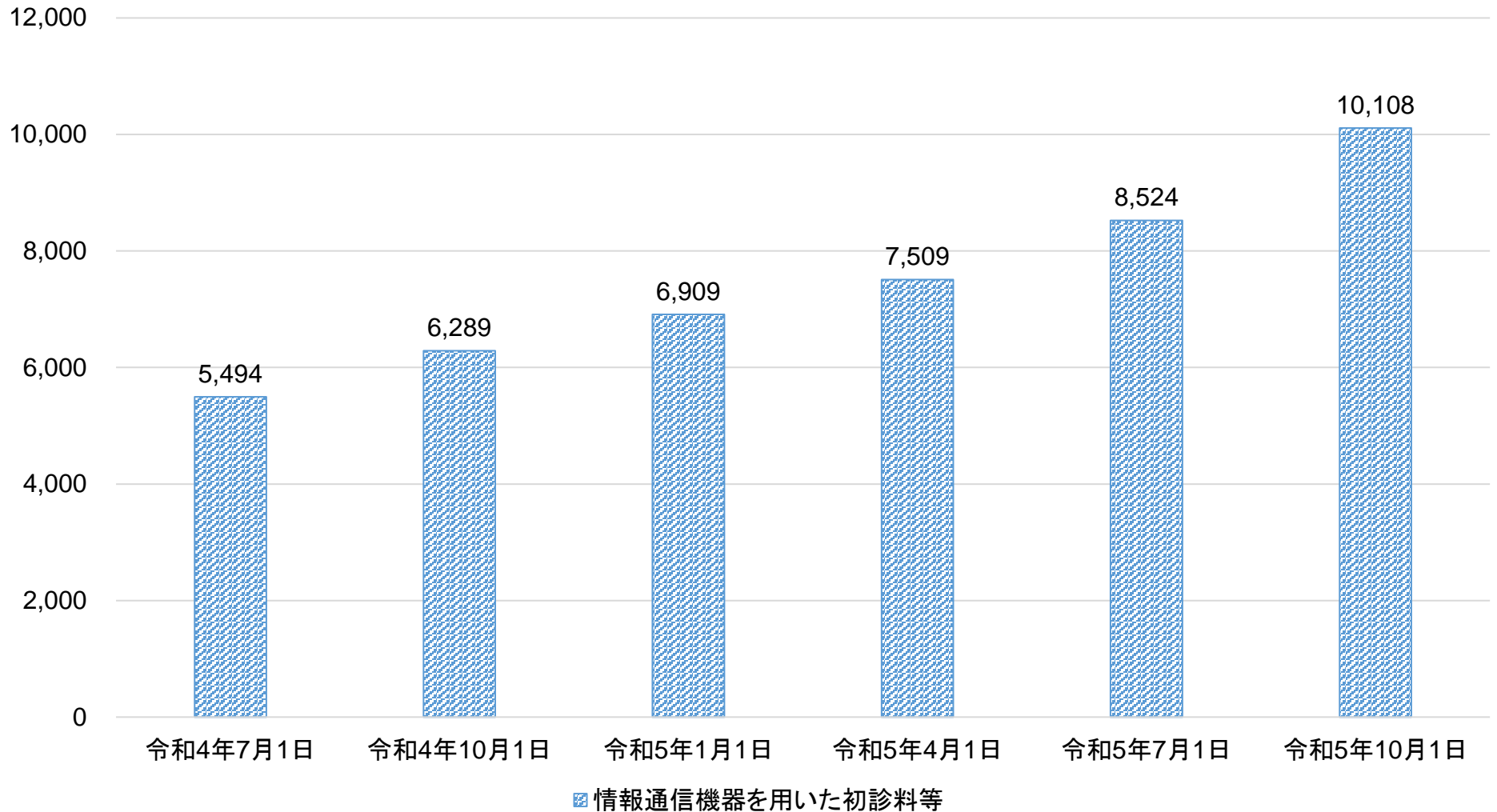
[施設基準]

- (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。

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

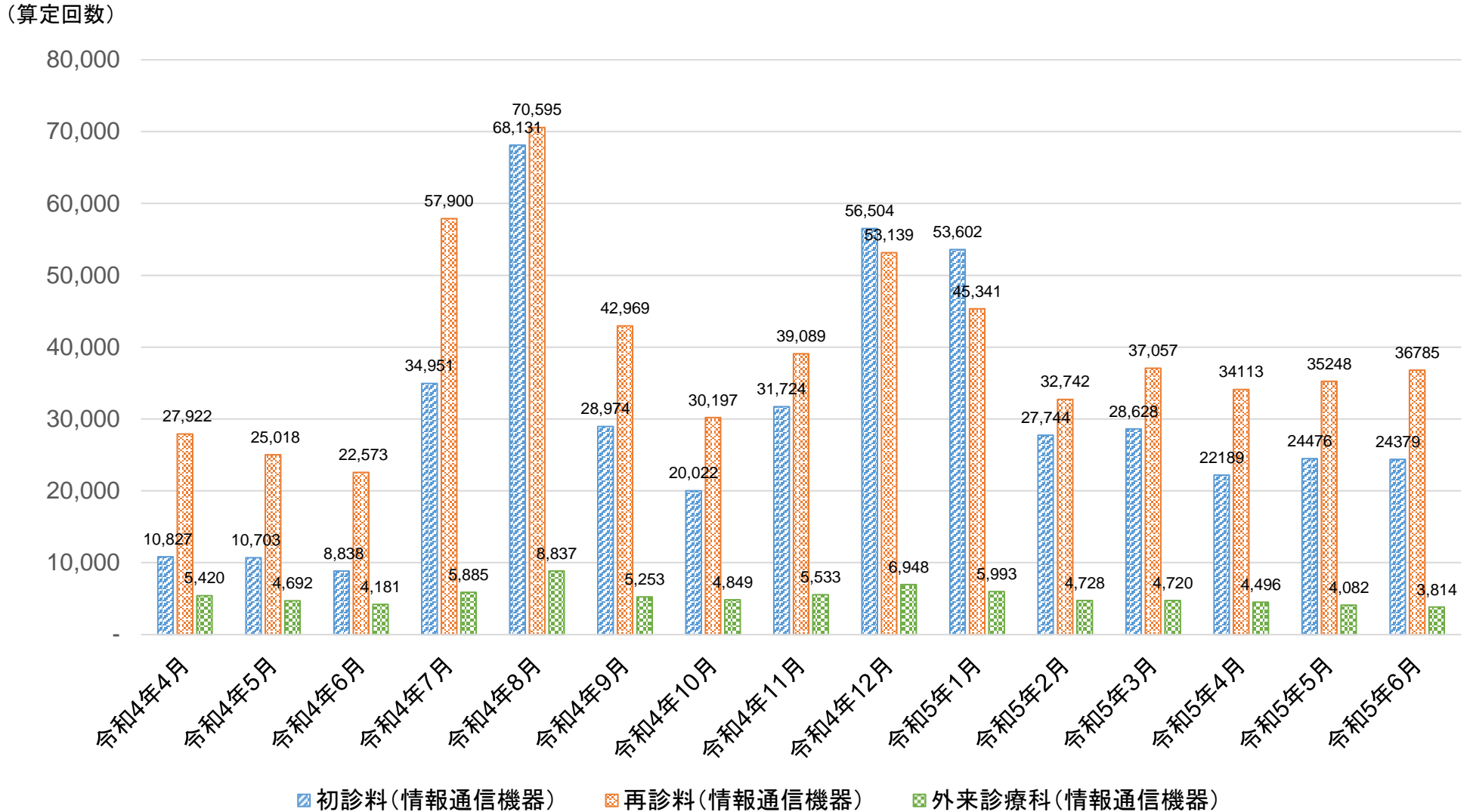
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年10月1日時点において約10,100医療機関となっている。

(届出医療機関数)



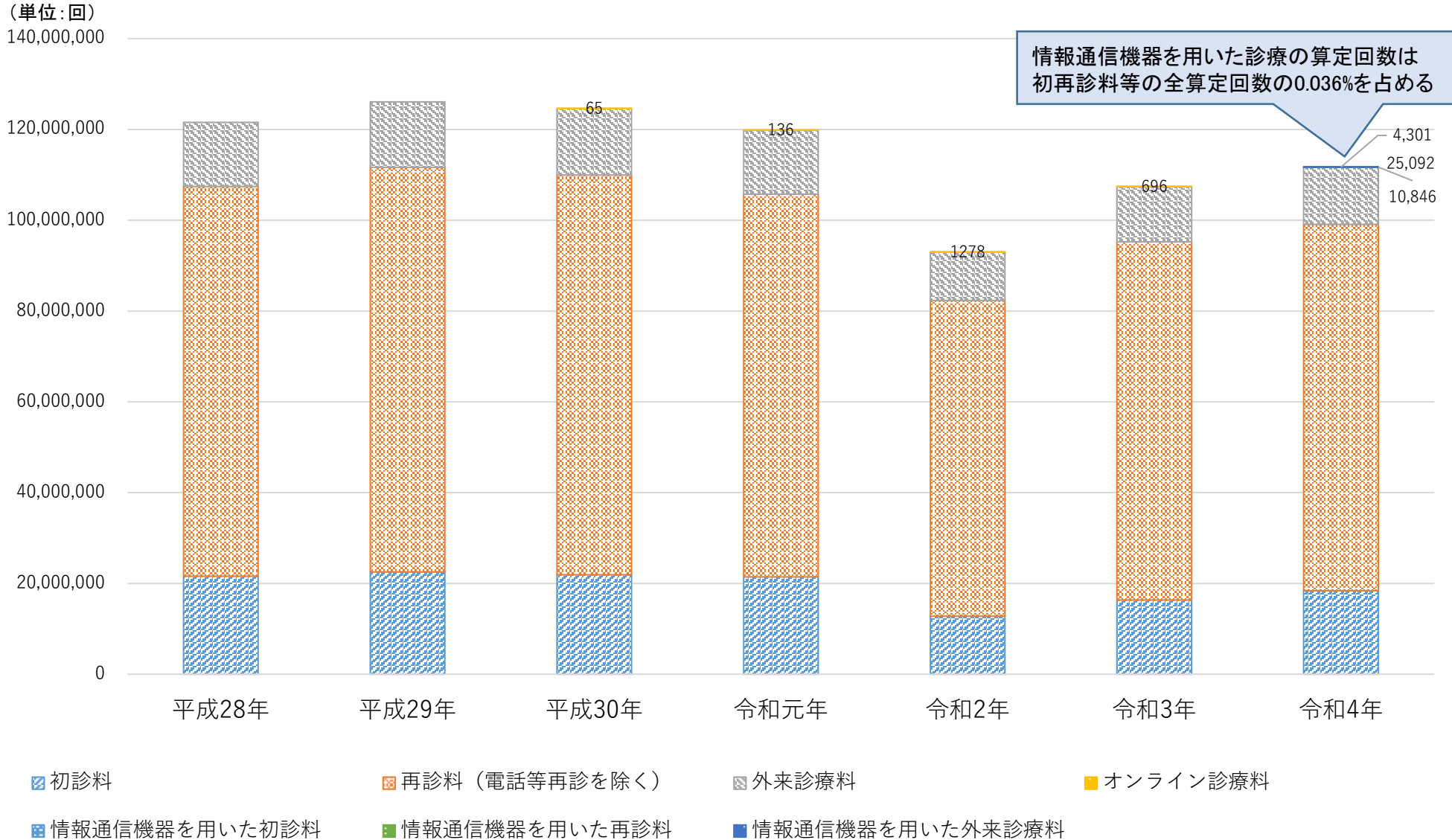
情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は以下のとおり。



初・再診料の算定回数の年次推移

○ 令和4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0.036%を占める。



- 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行うこと。

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

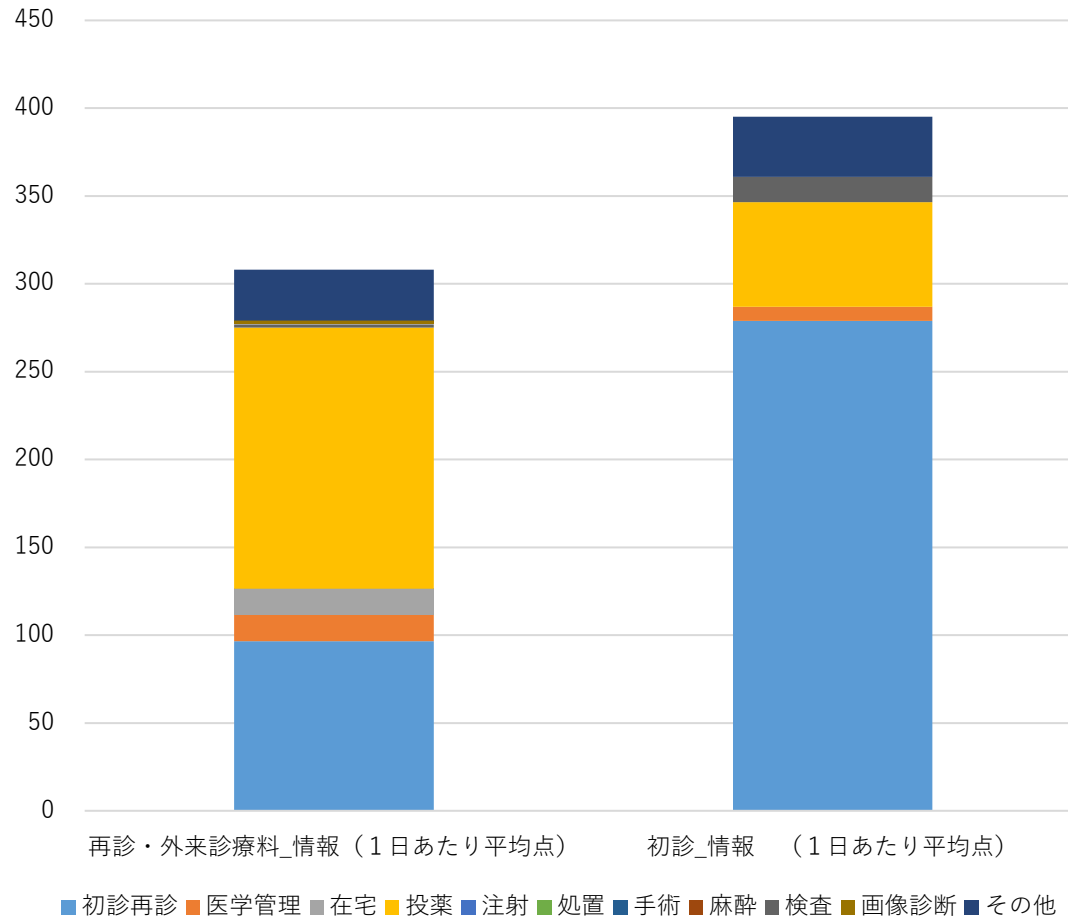
i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

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)

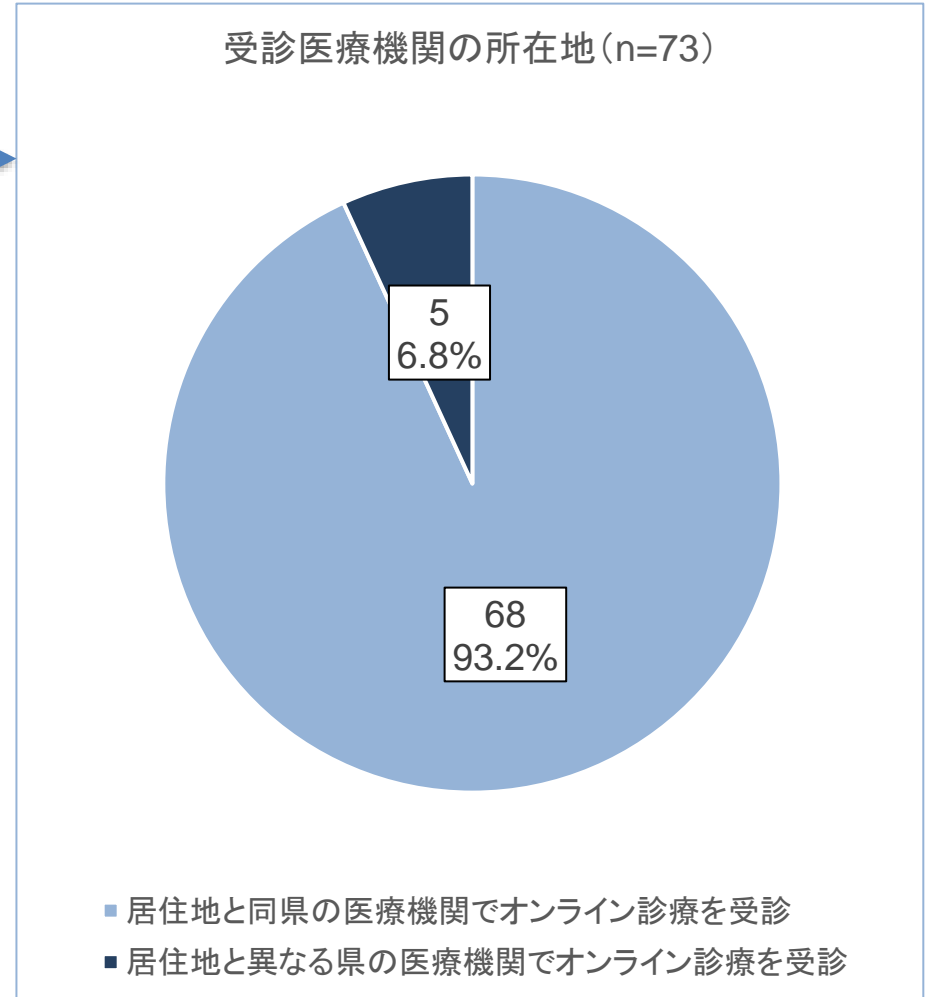
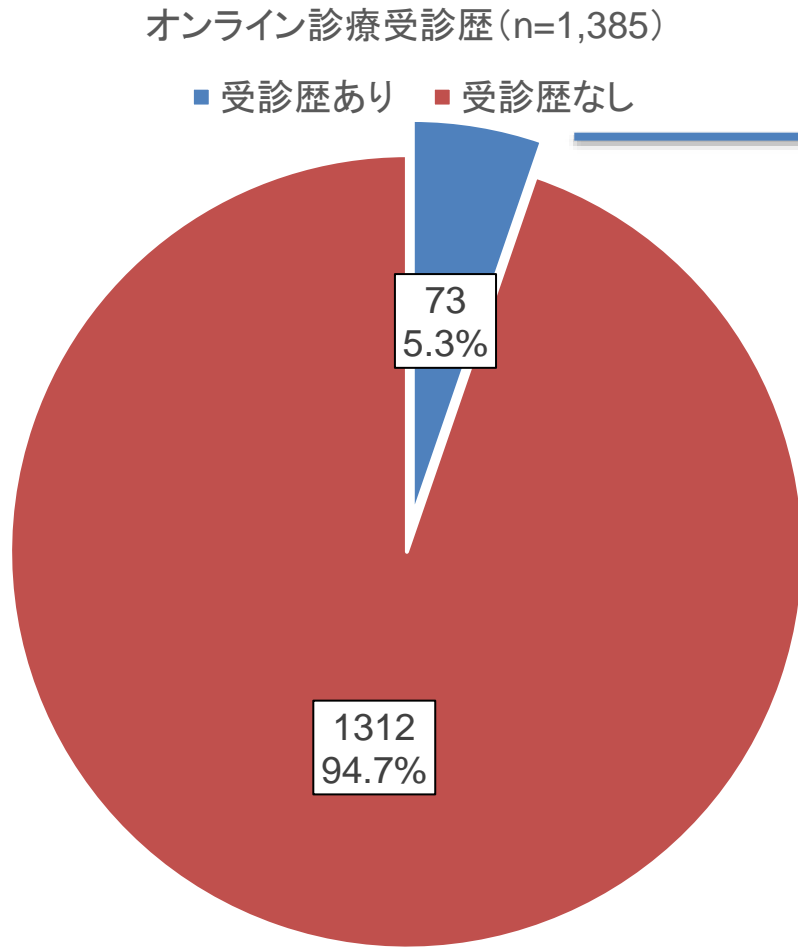
再診・外来診療料

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

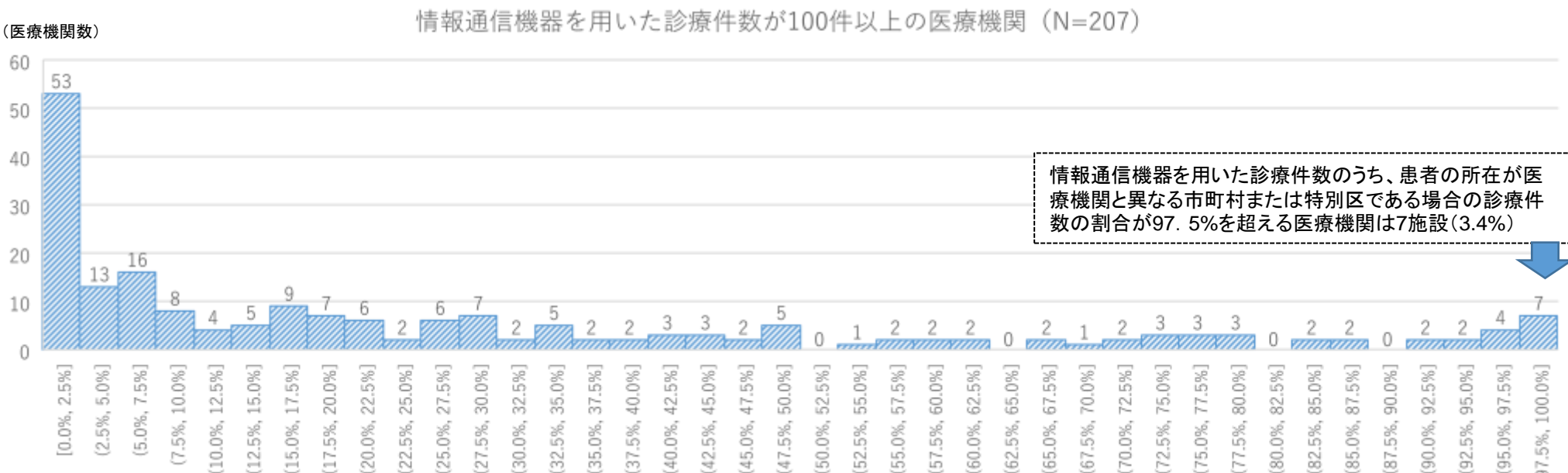
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

患者の所在について

○ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。



- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。

2. オンライン診療の提供体制に関する事項

(1) 医師の所在

① 考え方

医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はないが、騒音のある状況等、患者の心身の状態に関する情報を得るのに不適切な場所でオンライン診療を行うべきではない。また、診療の質を確保する観点から、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を確保しておくべきである。また、オンライン診療は患者の心身の状態に関する情報の伝達を行うものであり、当該情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではない。

なお、患者の急病急変時に適切に対応するためには、患者に対して直接の対面診療を速やかに提供できる体制を整えておく必要がある。また、責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

② 最低限遵守する事項

- i オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにしていること。
- ii 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。
- iii 医師は、騒音により音声聞き取れない、ネットワークが不安定であり動画が途切れる等、オンライン診療を行うに当たり適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない。
- iv オンライン診療を行う際は、診療録等、過去の患者の状態を把握しながら診療すること等により、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を整えなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、この限りでない。
- v 第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない。
- vi オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

③ 推奨される事項

オンライン診療を行う医師は、② ii の医療機関に容易にアクセスできるよう努めることが望ましい。

東京都に所在する医療機関の実施状況

○ 患者と医療機関の所在が一定以上異なる東京都に所在する医療機関について(※)、情報通信機器を用いた診療の実態を分析したところ、8.9%の患者が関東圏以外であった。関東圏以外に所在する患者を対象とした、情報通信機器を用いた診療における最多の主傷病名は不眠症であった。

都道府県	患者数	都道府県	患者数
北海道	27	滋賀県	11
青森県	7	京都府	19
岩手県	5	大阪府	45
宮城県	24	兵庫県	30
秋田県	4	奈良県	8
山形県	9	和歌山県	2
福島県	29	鳥取県	1
茨城県	109	島根県	1
栃木県	40	岡山県	10
群馬県	48	広島県	12
埼玉県	857	山口県	4
千葉県	762	徳島県	2
東京都	3456	香川県	4
神奈川県	519	愛媛県	7
新潟県	26	高知県	5
富山県	6	福岡県	18
石川県	12	佐賀県	1
福井県	4	長崎県	6
山梨県	21	熊本県	3
長野県	48	大分県	6
岐阜県	5	宮崎県	4
静岡県	60	鹿児島県	6
愛知県	50	沖縄県	14
三重県	13		

※ 関東圏以外の割合は8.9%

関東圏以外に所在する患者を対象とした主傷病名

No.	情報通信機器を診療に係る傷病名	令和4年4～6月患者数
計	情報通信機器を用いた診療全数	569
1	不眠症	154
2	パーキンソン病	41
3	アトピー性皮膚炎	39
4	男性不妊症	15
5	子宮筋腫	9
6	関節リウマチ	8
6	月経困難症	8
6	てんかん	8
6	摂食障害	8
10	睡眠時無呼吸症候群	7
11	全身性エリテマトーデス	6
11	糖尿病	6
13	脂質異常症	5
13	痛風	5
13	パーキンソン病Yahr3	5
13	高血圧症	5
13	尋常性ざ瘡	5
13	スタージ・ウェーバ症候群	5
19	気管支喘息	4
19	慢性膵炎	4
19	湿疹	4
19	倦怠感	4

※ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関のうち、東京都に所在する18医療機関のレセプトを分析。

大阪府に所在する医療機関の実施状況

○ 患者と医療機関の所在が一定以上異なる大阪府に所在する医療機関について(※)、情報通信機器を用いた診療の実態を分析したところ、75.5%の患者が近畿圏以外であった。近畿圏以外に所在する患者を対象とした、情報通信機器を用いた診療における最多の主傷病名は胃炎であった。

都道府県	患者数	都道府県	患者数
北海道	21	滋賀県	11
青森県	1	京都府	20
岩手県	5	大阪府	122
宮城県	47	兵庫県	26
秋田県	0	奈良県	9
山形県	3	和歌山県	11
福島県	3	鳥取県	2
茨城県	8	島根県	0
栃木県	5	岡山県	1
群馬県	3	広島県	12
埼玉県	50	山口県	1
千葉県	19	徳島県	5
東京都	235	香川県	1
神奈川県	63	愛媛県	18
新潟県	0	高知県	7
富山県	5	福岡県	20
石川県	6	佐賀県	1
福井県	7	長崎県	1
山梨県	0	熊本県	9
長野県	0	大分県	6
岐阜県	11	宮崎県	0
静岡県	6	鹿児島県	2
愛知県	32	沖縄県	7
三重県	3		

※ 近畿圏以外の割合は75.5%

近畿圏以外に所在する患者を対象とした主傷病名

No.	情報通信機器を診療に係る傷病名	令和4年4～6月患者数
計	情報通信機器を用いた診療全数	623
1	胃炎	200
2	慢性胃炎	95
3	クローン病	46
4	高血圧症	36
5	脂質異常症	25
6	気管支喘息	24
7	COVID-19	21
8	潰瘍性大腸炎	19
9	神経症	18
9	アトピー性皮膚炎	18
11	じんま疹	17
12	アレルギー性鼻炎	9
13	慢性便秘	7
14	関節リウマチ	6
14	乳癌	6
16	シェーグレン症候群	5
16	急性上気道炎	5
18	糖尿病	4
18	慢性気管支炎	4
18	便秘症	4
18	不整脈	4
18	頭痛	4

※ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関のうち、大阪府に所在する5医療機関のレセプトを分析

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

2. 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医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

- 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

➤ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和4年度改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。
- 令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和4年度改定前から算定可能な医学管理料

	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

令和4年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

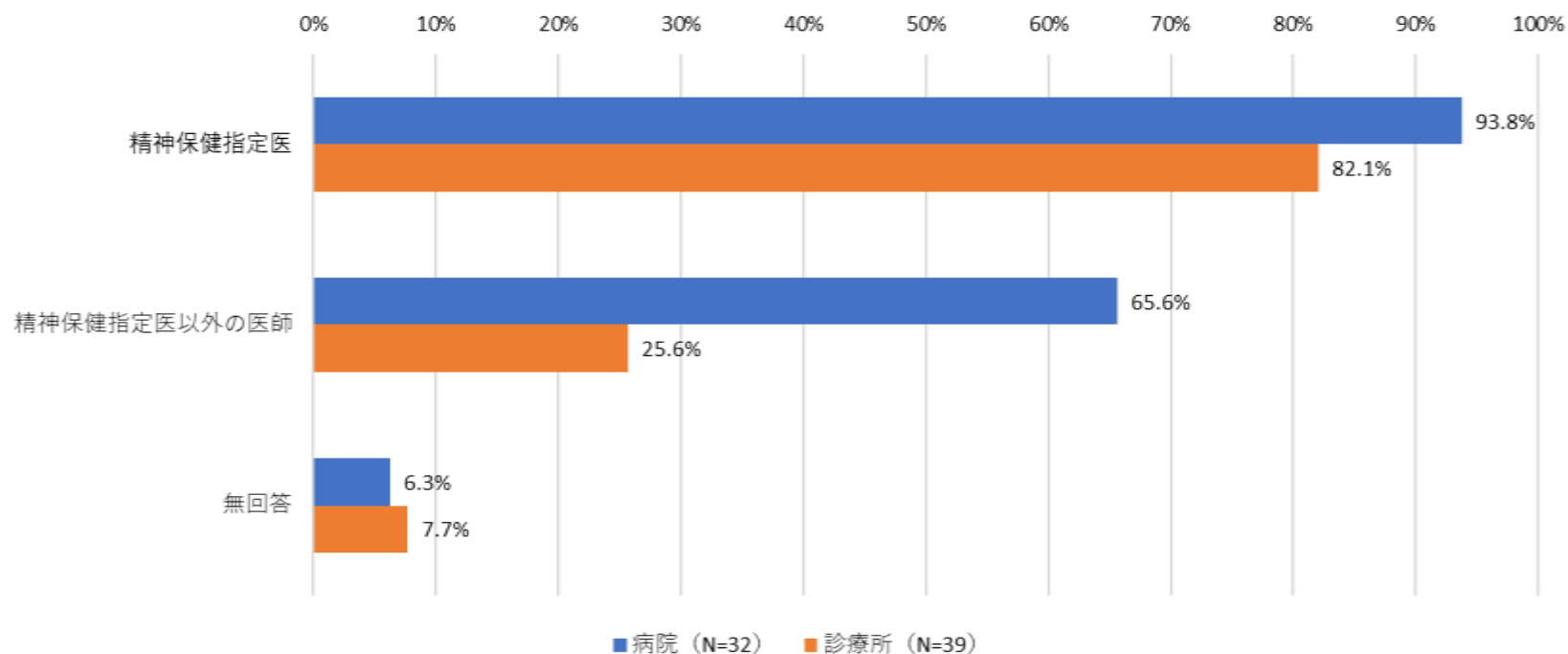
通院・在宅精神療法

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		

情報通信機器を用いた精神科診療に対応している医師

- 精神疾患患者に対する情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の8割以上で、精神保健指定医が情報通信機器を用いた診療を行っていた。
- 精神保健指定医以外の医師が情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の割合は、診療所よりも病院で高い傾向にある。

情報通信機器を用いた診療に対応する医師（複数回答）



情報通信機器を用いた精神科診療に係る有効性

○ 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	



「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・長期処方へは厳に慎むと同時に、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。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

- 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。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 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。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

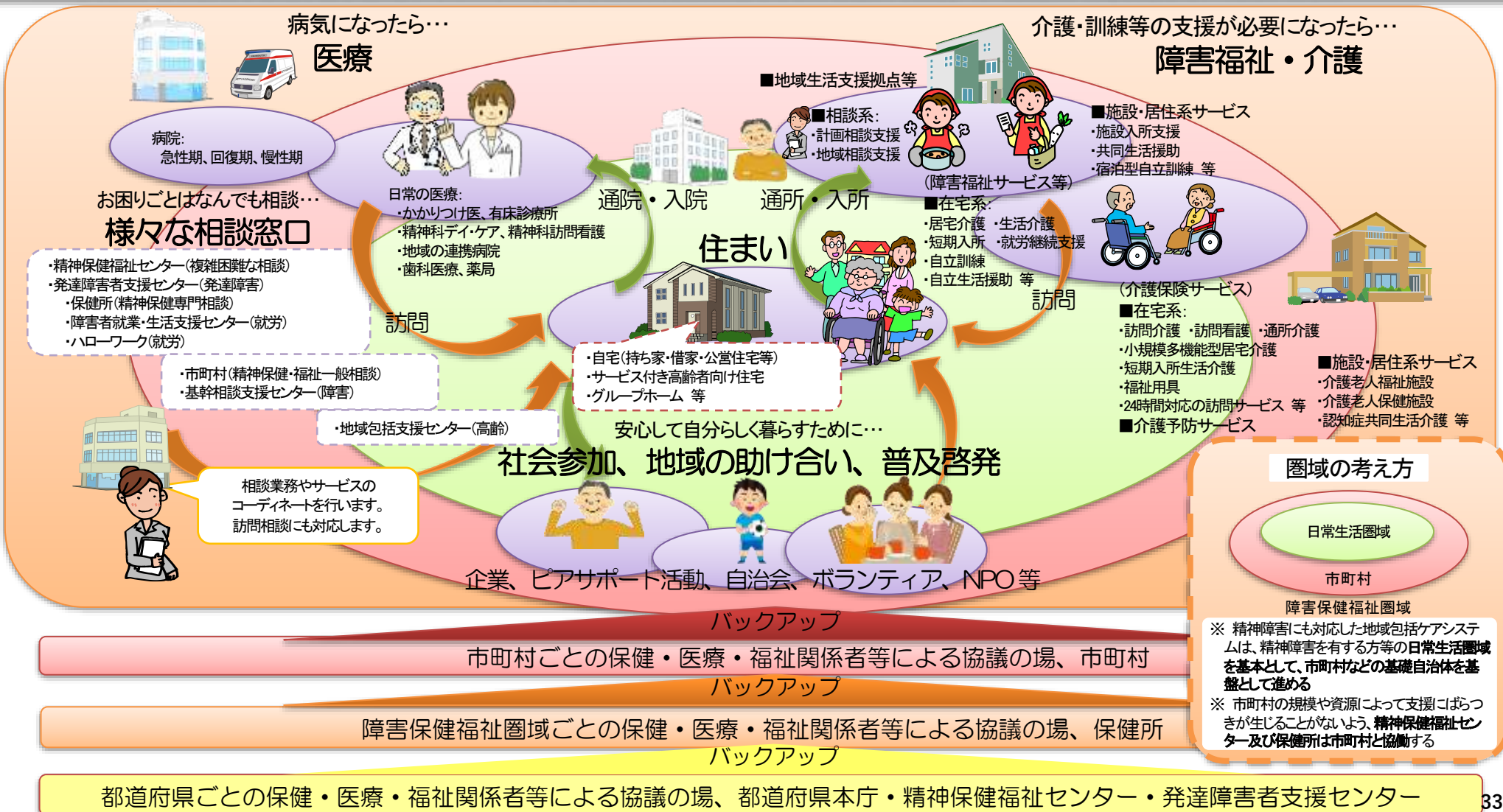
- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

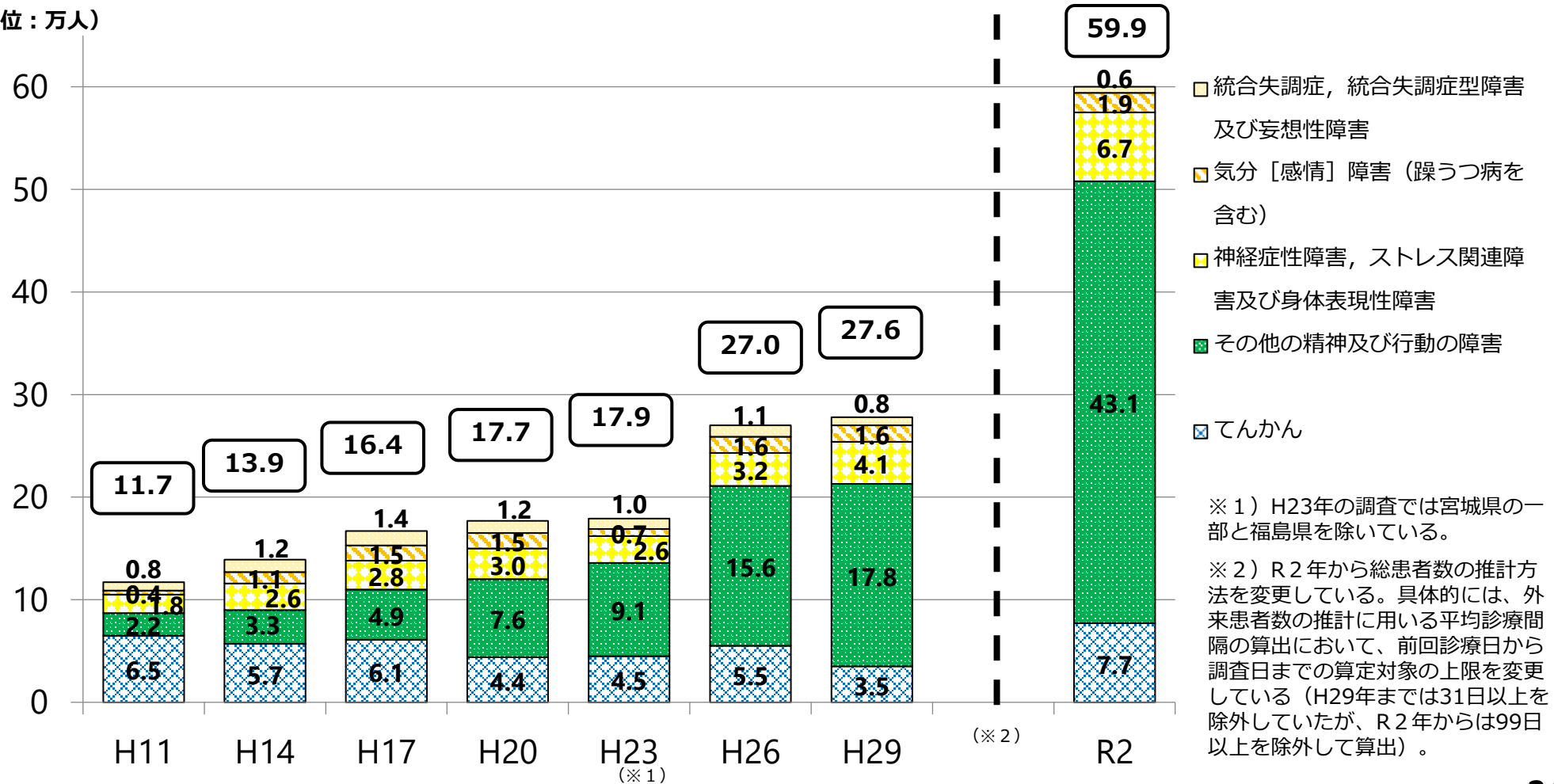
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

- 20歳未満の、精神疾患を有する総患者数は、約59.9万人。
- 疾患別では、「その他の精神及び行動の障害」が最も多い。
- 「その他の精神及び行動の障害」には、「心理的発達の障害(F80-F89)」や「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」等が含まれる。

(単位：万人)



背景

- ◆ 自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの「発達障害」を持つ児童生徒が乳幼児期から切れ目なく適切な支援が受けられるよう、国、都道府県及び市町村の責務や求められる取組を定めた発達障害者支援法（平成16年法律第167号）が平成17年4月に施行
 - ※ 固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、推計値としては、文部科学省の調査では、公立の小・中学校の通常学級で学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は、平成23年度6.5%（30人学級では1～2人。13年度6.3%）厚生労働省の調査では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群等の患者の総数は、平成14年度の3.5万人から26年度の19.5万人に増加
 - ◆ 法の施行後、発達障害に対する理解や支援の取組が進展したとの評価がある一方、乳幼児期から在学時、成人期までの各ライフステージを通じた継続的な支援に課題（発見の遅れ、進学過程での支援の途切れなど）があるとの指摘あり
- ⇒ 今回、法の施行から約10年を迎えた機会を捉え、保育所・学校現場を含む都道府県・市町村における発達障害者支援の実態を初めて調査。今後の取組に当たっての課題を整理し、関係省に改善を勧告（平28.8の改正法の運用において本勧告を踏まえた対応が期待）

調査結果（ポイント）

① 発達障害の早期発見

主な調査結果

- 乳幼児健診時や在学中の行動観察において、発達障害が疑われる児童を見逃しているおそれ
- 支援の遅れとなり、二次障害（不登校、暴力行為等）が発生する場合あり

主な勧告

- 乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の早期発見に資する有効な措置
- 在学中の行動観察における着眼点等を共通化した標準的なチェックリストの提示

② 適切な支援と情報の引継ぎ

主な調査結果

- 支援計画等の作成対象が限定され、未作成のものあり
- 進学先に情報が引き継がれていないものあり

主な勧告

- 支援計画等の作成対象とすべき児童生徒の考え方の提示
- 支援計画など情報の適切な引継ぎ

③ 専門的医療機関の確保

主な調査結果

- 専門的医療機関が不足（初診待ちが長期化）

主な勧告

- 専門的医療機関確保のための一層の取組

発達障害診断待機解消事業

【事業概要】

地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

【実施主体】 都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

【令和4年度予算額】 92,909千円（92,909千円）

発達障害専門医療機関初診待機解消事業

発達障害の診断をする医療機関の行うアセスメント等に関して、次の内容に取り組む。

○アセスメント強化（以下の全部又は一部を実施）

- ・発達障害にかかるアセスメント対応職員の医療機関への配置
- ・地域の児童発達支援センターや発達障害者支援センター等でのアセスメントの実施

（実施内容は診断する医療機関に引き継ぐ）

- ・医療機関にケースワーカー等を配置し、子どもが通う施設（例：市町村の保健センターや保育所等）に出向いて情報提供や行動観察を依頼

○効果測定

アセスメント強化の方法や実施した上での診断待機の改善状況、発見された課題等について有識者を加えて検討し、報告書を作成

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

発達障害に関して高度な専門性を有する地域の拠点医療機関を選定し、次の内容に取り組む。

○人材育成・実地研修

地域の医療従事者への専門技術に関する研修や診療等への陪席の実施 など

○情報収集・提供

受診希望の当事者や家族に対する診療可能な医療機関の情報提供 など

○ネットワーク構築・運営

地域の医療機関同士の会議体を構成し、意見交換等を実施

○発達障害医療コーディネーターの配置

医療機関やその他関係機関、当事者及びその家族との連絡・調整

両事業を併せて実施することで効率的な事業実施を図る

概要

- 多くの市町村では、3歳児健診(法定健診)以降、就学時健診まで健診がない。乳幼児への切れ目のない母子保健の提供のため、社会性発達の評価、発達障害等のスクリーニング、健康増進を目的とした、**5歳児健診の標準化・体制整備が必要**。(4~6歳児健診について、公費負担を実施している自治体は15%(令和3年度母子保健課調べ))
- 特別な配慮が必要な児に対して**早期介入を実施**することで、**保護者の課題への気づきや生活への適応が向上**する可能性が指摘されており、**5歳児健診により学童期の不登校発生数が減少**したという研究結果もある。
- 5歳児健診において所見が認められた場合に、**必要な支援につなげる地域のフォローアップ体制が重要**。

5歳児健診

今年度、研究班で健康診査票・問診票を作成し、関係団体に意見照会中。今後、成育医療等分科会で議論。

問診・診察・評価

- ・ 情報集約(過去の健診結果、家庭環境、保育所情報等)
- ・ 発達等の評価
- ・ 困り感の把握
- ・ 保護者への説明 等

【健診に関わる職種の例】

- 小児科医師、保健師、心理職、保育士、教育職、作業療法士・運動指導士 等

専門相談

保護者との共有

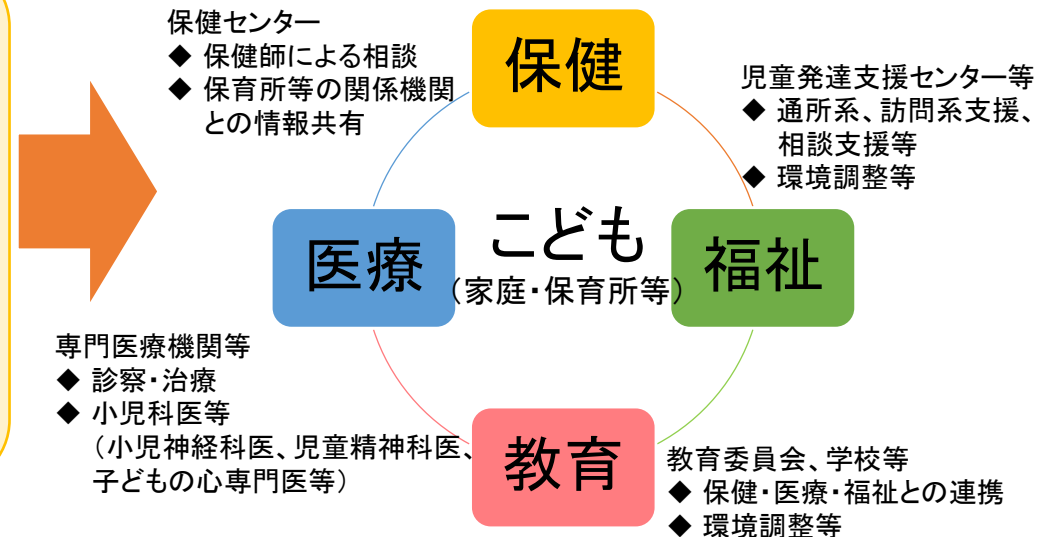
- ・ 健診後の不安の傾聴
- ・ 保護者の気づきを促す
- ・ 多職種による助言

健診後カンファレンス

多職種による評価、支援の必要性の検討

地域のフォローアップ体制

地域のリソースを使った支援体制(受け皿)を構築



地域のフォローアップ体制に係る課題

- **医療のキャパシティ強化** ⇒ 発達障害の診察ができる医師の養成、医療機関の体制強化。診療報酬についても別途検討
- **福祉との連携強化** ⇒ 児童発達支援センターと母子保健の連携強化、福祉の支援体制強化(障害報酬を含む)
- **教育との連携強化** ⇒ 保育園、幼稚園、学校等、教育委員会等との情報共有、保健・医療・福祉と連携した個別の支援・配慮

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月(0~54か月)であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択(緊急枠設定、トリアージ対応)
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

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。

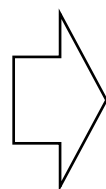
ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ 月の1回目	500点
ロ 月の2回目	400点



改定後	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	200点

[公認心理師による場合の算定要件]

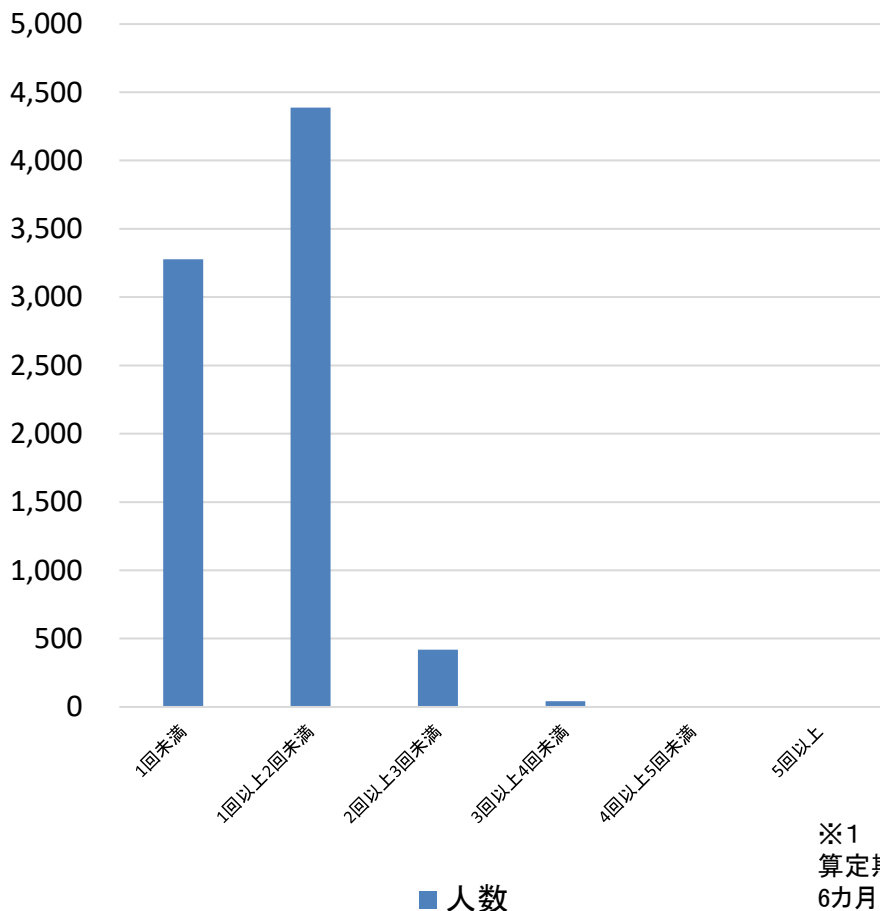
- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
- (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20分以上行った場合に算定できる。
- (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。



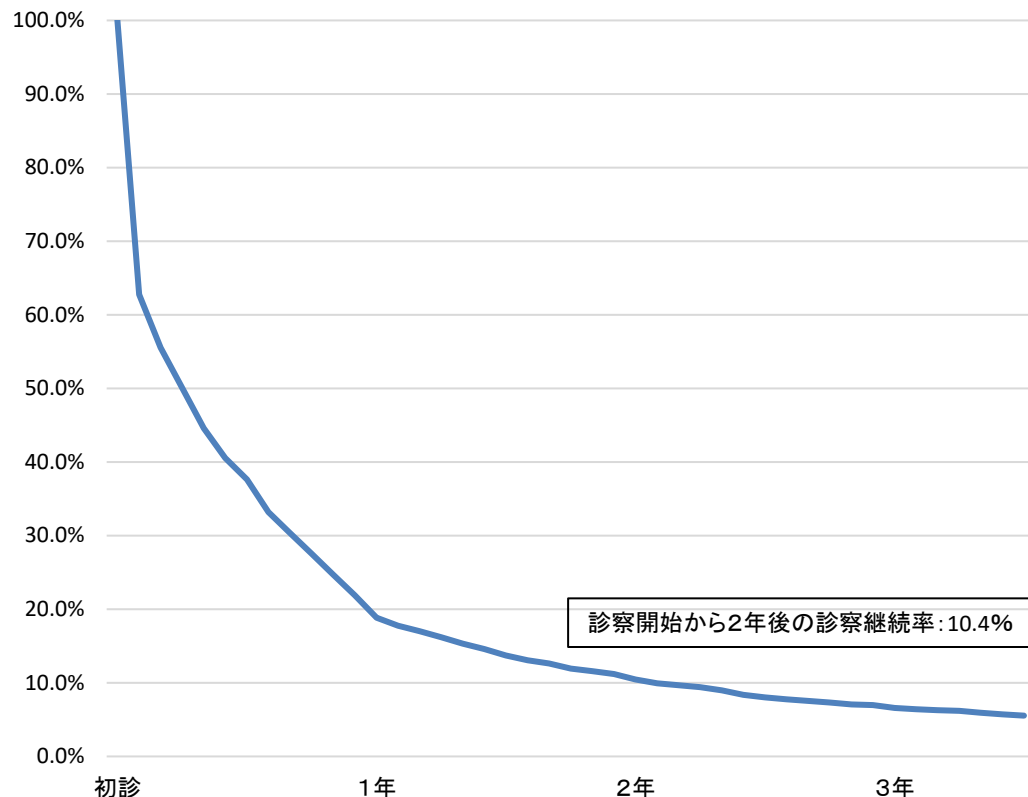
- 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

- 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月3回以上を受診している患者が一定数いる。
- 10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。

1か月あたりの平均回数
(右のグラフで追跡した患者が対象)



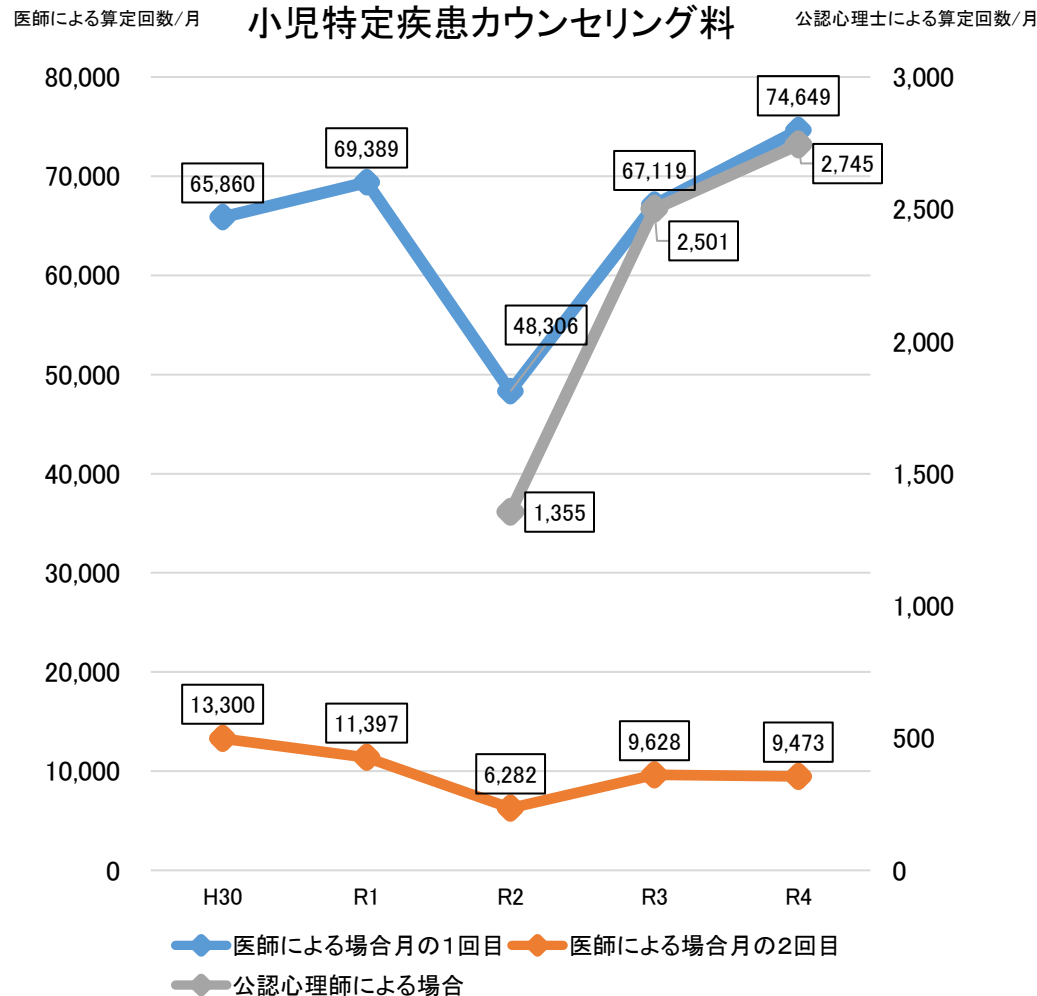
診療継続率※1



※1 2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者(8,136人)を追跡した。算定期間が初診から2年であるため、2年目以降は同一医療機関で再診料を算定しているかを追跡した。6カ月以上算定されない期間があった場合に「終診」と判断した。

小児特定疾患カウンセリング料の算定状況

- 医師による場合の月の1回目の算定や公認心理師による場合について、算定回数は増加傾向である。
- 算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。



順位※1	主傷病名※2	患者数 (n=8136)
1	自閉症スペクトラム障害	1,443
2	注意欠陥多動障害	1,026
3	気管支喘息	871
4	発達障害	458
5	夜尿症	446
6	自閉症	275
7	不登校	174
8	言語発達遅滞	172
9	広汎性発達障害	161

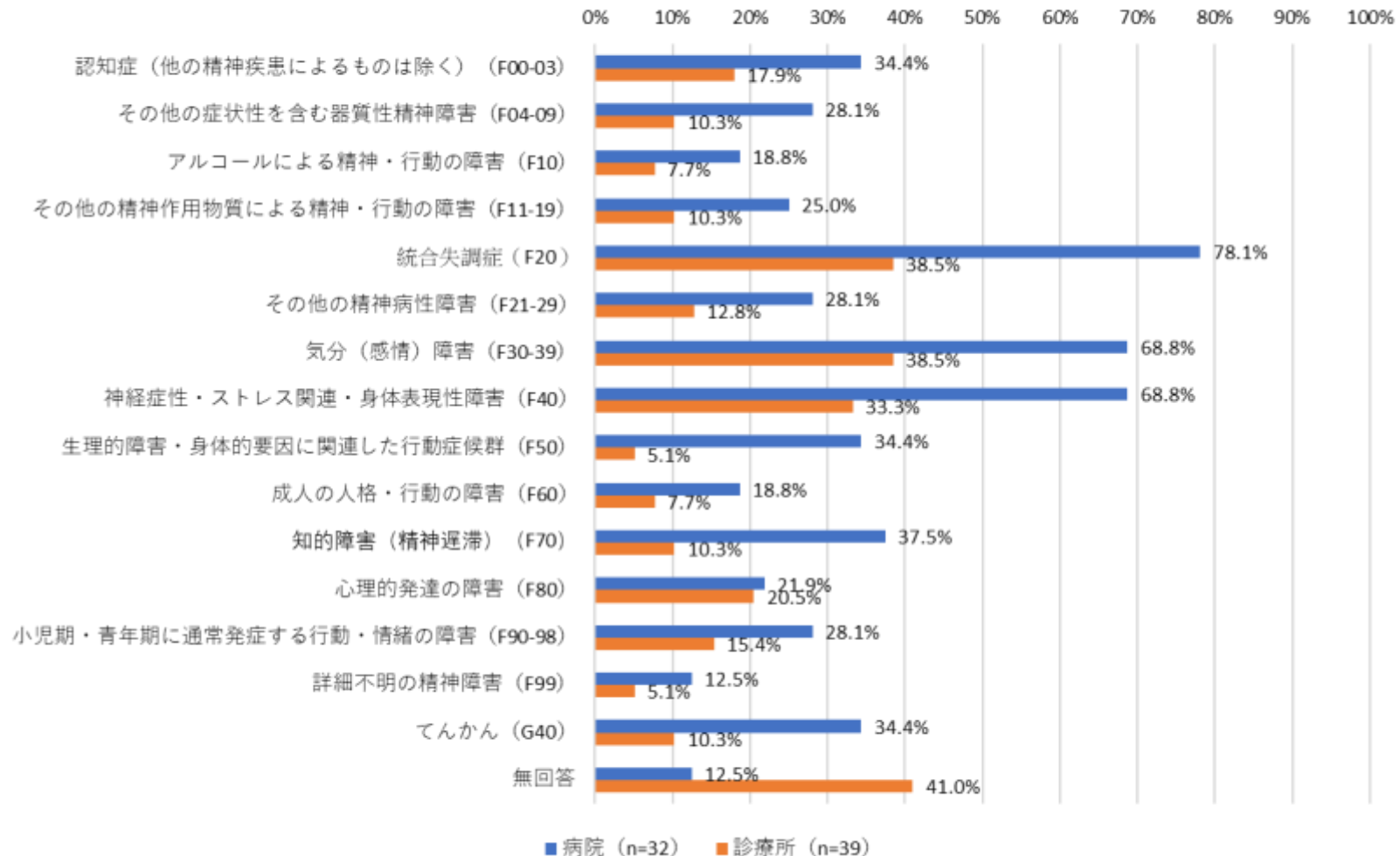
※1 未コード化傷病名は除いている

※2 初診時の主傷病名を集計した。

情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患

- 精神疾患患者に対する情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関における対応している疾患について、統合失調症、気分(感情)障害、神経症性・ストレス関連・身体表現性障害の割合が高かった。
- 心理的発達の障害、小児期・精神期に通常発症する行動・情緒の障害については、病院・診療所とも約2～3割の医療機関が情報通信機器を用いた診療として対応していた。

情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患患者の疾患（複数回答）



小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性

○ 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.

課題①

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「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、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料を新設し、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しを行った。
- 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。
- 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において、限られてはいるが初診から向精神薬が処方されている実態があった。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関について、患者と医療機関の所在地の関係を分析したところ、東京に所在する医療機関を対象とした分析において、圏域を越えた情報通信機器を用いた診療における主傷病名は不眠症が最多であった。

課題②

(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診療を行っている医療機関の8割以上で、精神保健指定医が情報通信機器を用いた診療を行っている。精神保健指定医以外の医師が情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の割合は、診療所よりも病院で高い傾向にある。
- 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。
- 安全性・有効性及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける活用の観点から、「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)において、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が策定されている。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書において、精神医療の提供体制として、平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実、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の充実が示されている。
- 発達障害の初診待機が課題となっており、待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足があげられている。
- 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月3回以上受診している患者が一定数おり、10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。
- 情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関において対応している疾患について、統合失調症、気分(感情)障害、神経症性・ストレス関連・身体表現性障害の割合が高い。心理的発達の障害、小児期・精神期に通常発症する行動・情緒の障害については、病院・診療所とも約2~3割の医療機関が情報通信機器を用いた診療として対応していた。
- 小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性が示されている。

情報通信機器を用いた診療についての論点

【論点】

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- 情報通信機器を用いた診療において初診から向精神薬が処方されていた実態が確認されたこと、また圏域を越えた情報通信機器を用いた診療における主傷病名について不眠症が最多であったこと等を踏まえ、乱用・依存症への対策として、「初診では向精神薬を処方しないこと」をホームページ等に掲示すること等を情報通信機器を用いた診療の要件として追加することについてどのように考えるか。
- 厚生局へ届け出る「情報通信機器を用いた診療に係る報告書」において、情報通信機器を用いた診療のうち、医療機関が所在する地域以外に所在する患者の割合を一定以上超える医療機関について、情報通信機器を用いた診療における対面診療の提供体制を把握するための方策についてどのように考えるか。

(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。