

精神科オンライン診療の普及に向けて： エビデンス構築の立場から

2023年11月20日

規制改革推進会議 健康・医療・介護ワーキンググループ

資料 1 - 2 - 2

慶應義塾大学 医学部
ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座
特任教授

岸本 泰士郎



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

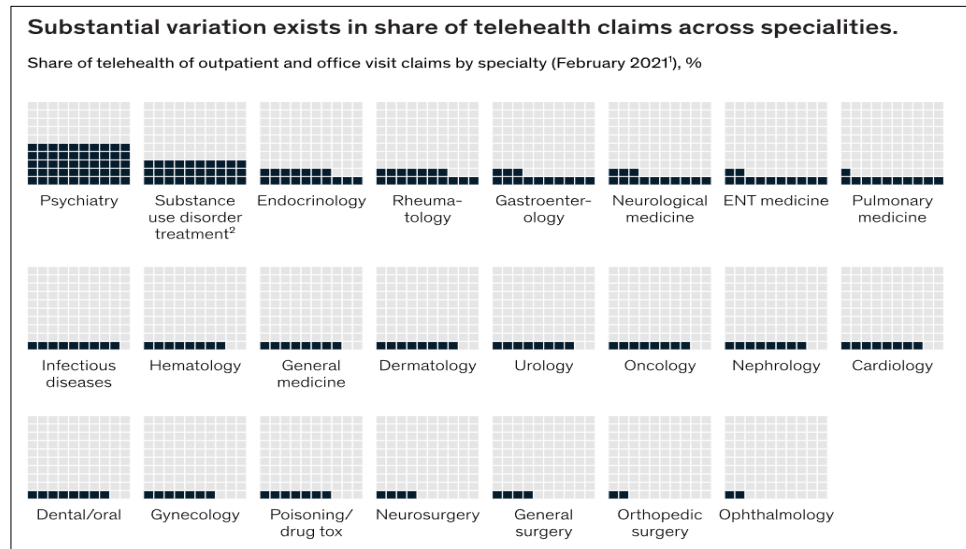


COVID-19を契機とした世界のオンライン診療の活用と規制緩和

●WHO報告:COVID-19を契機として世界的に遠隔医療の活用が進むが、国により格差あり



●米国の調査:精神科は全診療科で最も活用



●演者らの調査による世界17か国の調査。
●我が国の抑制的な姿勢が目立った。

Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape

Shotaro Kinoshita^{1,2}, Kelley Cortright¹, Allison Crawford^{3,4}, Yuya Mizuno⁵, Kazunari Yoshida^{1,6}, Donald Hilty^{7,8}, Daniel Guinart^{9,10}, John Torous¹¹, Christoph U. Correll^{9,10,12}, David J. Castle^{13,14}, Deyvis Rocha¹⁵, Yuan Yang¹⁶, Yu-tao Xiang¹⁶, Pernille Kølbaek^{17,18}, David Dines¹⁷, Mohammad ElShami¹⁹, Prakhar Jain²⁰, Roy Kallivayalil²¹, Marco Solmi^{22,23}, Angela Favaro^{22,23}, Nicola Veronese²⁴, Soraya Seedat²⁵, Sangho Shin⁵, Gonzalo Salazar de Pablo^{26,27}, Chun-Hung Chang²⁸, Kuan-Pin Su^{28,29}, Hakan Karas³⁰, John M. Kane^{9,10}, Peter Yellowlees³¹ and Taishiro Kishimoto^{1,9,10,*}

サーベイ参加国・地域
(アルファベット順)

オーストラリア
ブラジル
カナダ(オンタリオ州)
デンマーク
エジプト
ドイツ
インド
中国
イタリア
日本
南アフリカ
韓国
スペイン(マドリッド)
台湾
トルコ
イギリス
米国(NY・CA)

多くの国でコロナ感染拡大に伴い規制が緩和

- ・ほぼ全ての国で地域要件が撤廃
- ・一定の処方制限を設けている国は半数程度
- ・ほぼ全ての国で対面同様の診療報酬

日本はオンライン診療に対して最も抑制的な国

エビデンス：診断（重症度評価）は対面診療と高い一致度を示す

- 演者らが行った遠隔認知機能検査の試験を以下に提示。対面検査との一致度は高かった。
- 同様の結果をうつ病、神経発達障害でも報告。

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

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

¹Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Relations, Shigakukan University, Kagoshima, Japan.
²Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.
³Pharmacogenetics Research Clinic, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.
⁴Center for Outcomes Research and Economic Evaluation for Health, National Institute of Public Health, Saitama, Japan.
⁵Hoshi Hospital, Fukushima, Japan.
⁶Department of Psychiatry, The Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, New York, USA.
⁷Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Hofstra Northwell School of Medicine, Hempstead, New York, USA.
⁸Center of Psychiatric Neuroscience, The Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, USA.
 *These authors equally contributed to this work.

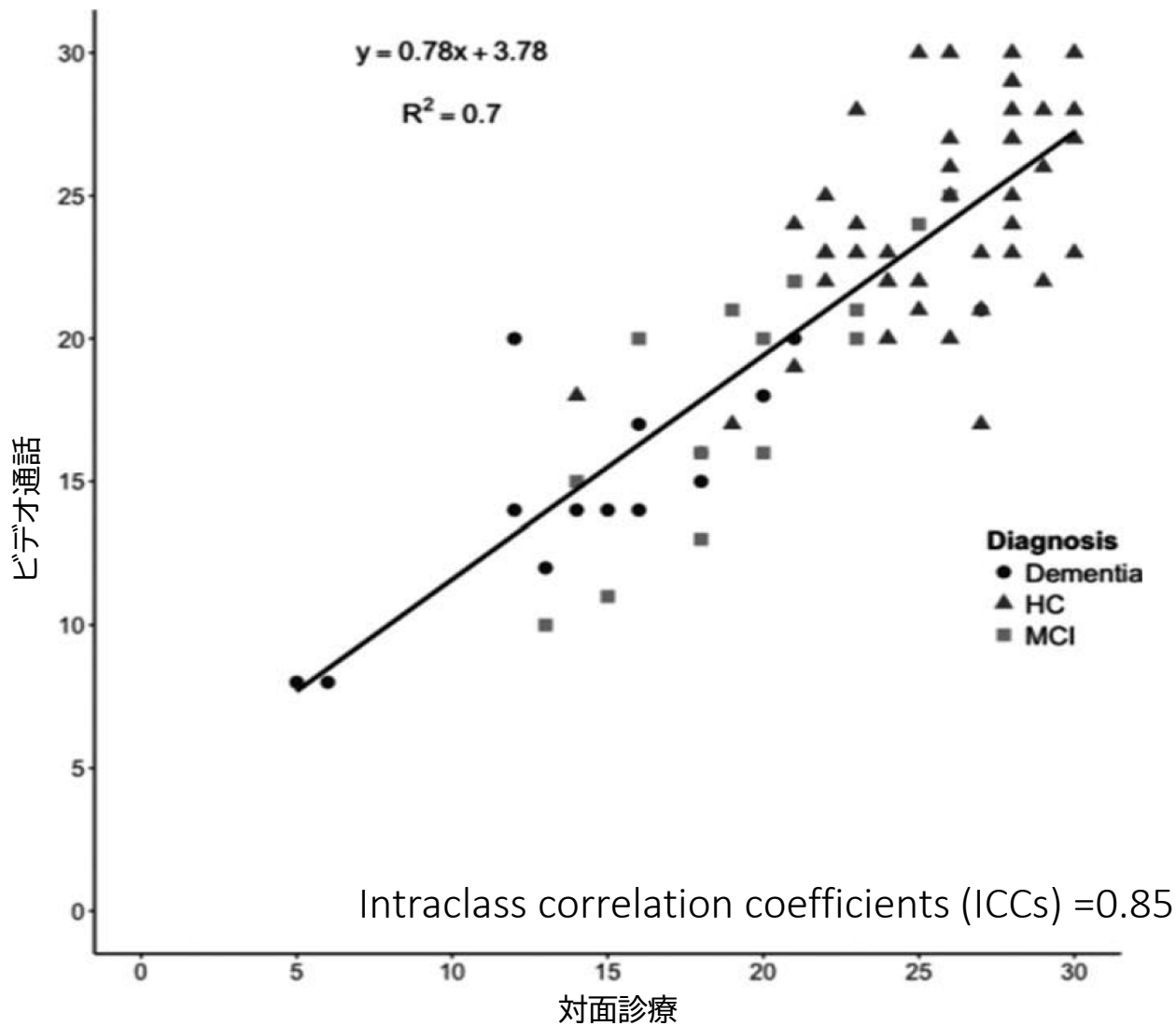
Abstract
Background: In an aging society, neuropsychological testing using video teleconferencing (VTC) is increasingly important. Despite the potential benefit of a VTC-administered Montreal Cognitive Assessment Tool (MoCA) to detect cognitive decline, only a limited number of studies have investigated this tool's reliability. Therefore, we aimed to evaluate the reliability of VTC-administered MoCA compared with face-to-face (FTF)-administered MoCA among elderly Japanese participants. Moreover, we examined participants' satisfaction with VTC-administered MoCA.
Methods: Participants ≥ 60 years of age with and without cognitive impairment (i.e., those with mild cognitive impairment [MCI], those with dementia, and healthy controls [HC]) were assessed with VTC- and FTF-administered MoCA at an interval of >2 weeks and <3 months. The order effect (VTC first vs. FTF first) and time effect (first vs. second testing session), as well as several covariates such as age and years of education were controlled. Intraclass correlation coefficients (ICCs) were calculated using a mixed-effects model to assess the agreement between the two (VTC- vs.

FTF-administered) groups. Participants' satisfaction with VTC-administered MoCA was examined using a Likert scale asking seven questions.
Results: We included 73 participants in the study (36 men; age, 76.3 ± 7.5 years). The ICC for the MoCA total score was high in the entire sample (0.85), whereas ICCs were moderate to high for the subgroups (MCI: 0.82, dementia: 0.82, and HC: 0.53). Furthermore, we found good overall participant satisfaction with VTC-administered MoCA.
Discussion: VTC-administered MoCA appears viable as an alternative to FTF-administered MoCA, although further replication studies with larger sample sizes are needed.

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

Introduction
 Neuropsychological assessments are valuable in measuring cognitive capabilities, such as attention, memory, language, visuospatial abilities, and executive functions in elderly people. The assessment procedure includes conversation, writing, and drawing sections. In an aging society with an increasing prevalence of dementia (i.e., the estimated number of people living with dementia around the world was 46.8 million in 2015, and this number is predicted to increase to 131.5 million by 2050),¹ neuropsychological tests are heavily used as a screening tool for dementia. In addition, early diagnosis and intervention in mild cognitive impairment (MCI),² which have an estimated prevalence of 10–20% in individuals ≥ 65 years of age² (and of that population an annual average of 10–15% may develop into dementia^{3,4}), are important.
 This is because nonpharmacological interventions such as cognitive and behavioral interventions in MCI have demonstrated positive effects on several functional aspects (e.g., cognition, daily activities, mood, and quality of life)⁵⁻⁷ and control of vascular risk factors, including blood pressure control, smoking cessation, and statin therapy, may reduce the risk of progression from MCI to dementia²; however, no pharmacological or nonpharmacological treatments have proven effective in preventing MCI from developing into

920 TELEMEDICINE and e-HEALTH © MARY ANN LIEBERT, INC. • VOL. 26 NO. 7 • JULY 2020 DOI: 10.1089/tmj.2019.0134



エビデンス：治療効果は対面診療と差がない

●演者らが行ったメタ解析。オンライン診療と対面診療を比較した32の無作為化比較試験の結果の統合から、治療効果や継続率に関して両者に有意差は認められなかった。

BJPsych

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

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

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

Background

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

Aims

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

Method

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

Results

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

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

Conclusions

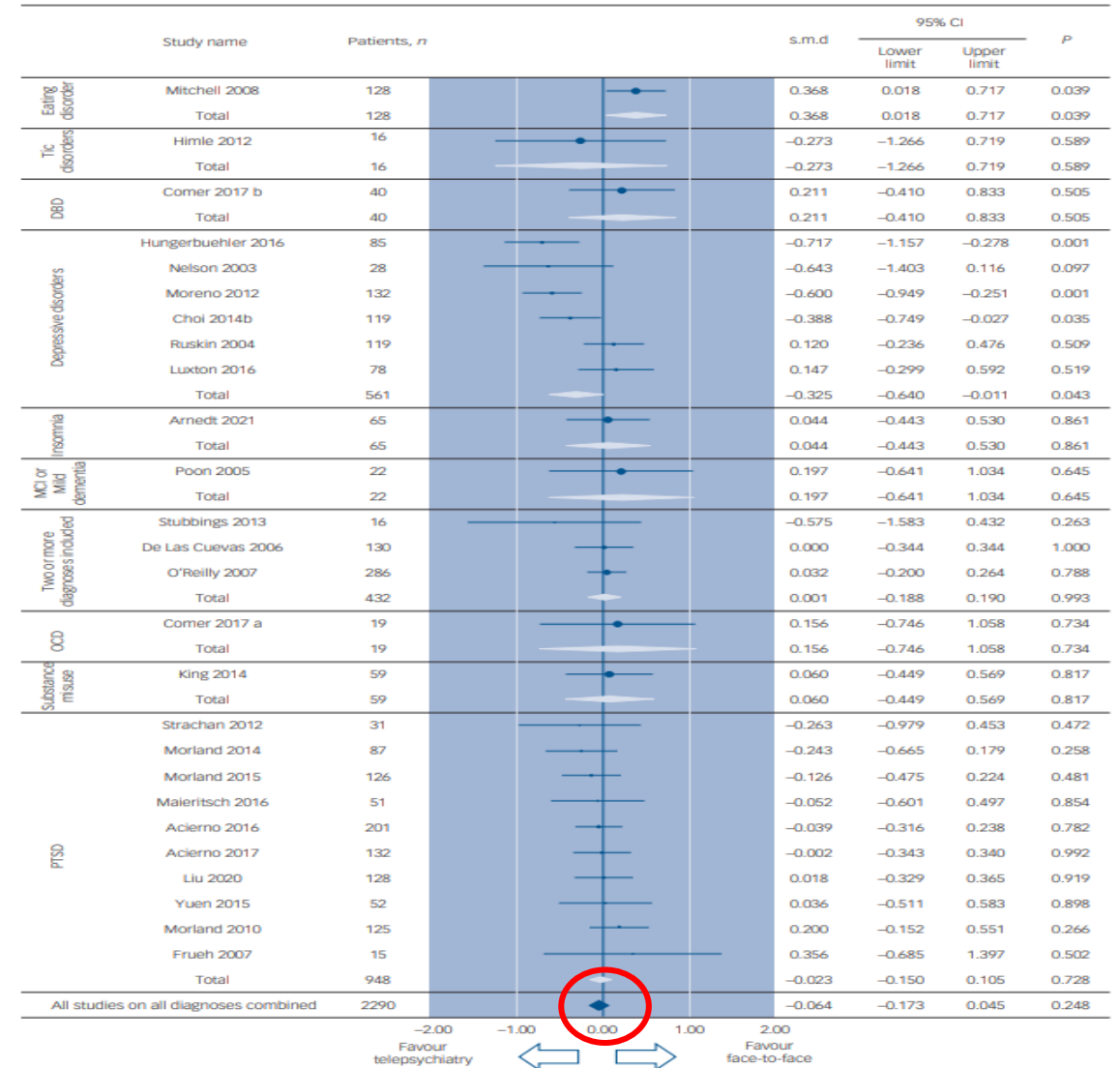
Telepsychiatry achieved a symptom improvement effect for various psychiatric disorders similar to that of face-to-face treatment. However, some superiorities/inferiorities were seen across a few specific psychiatric disorders, suggesting that its efficacy may vary according to disease type.

Keywords:

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

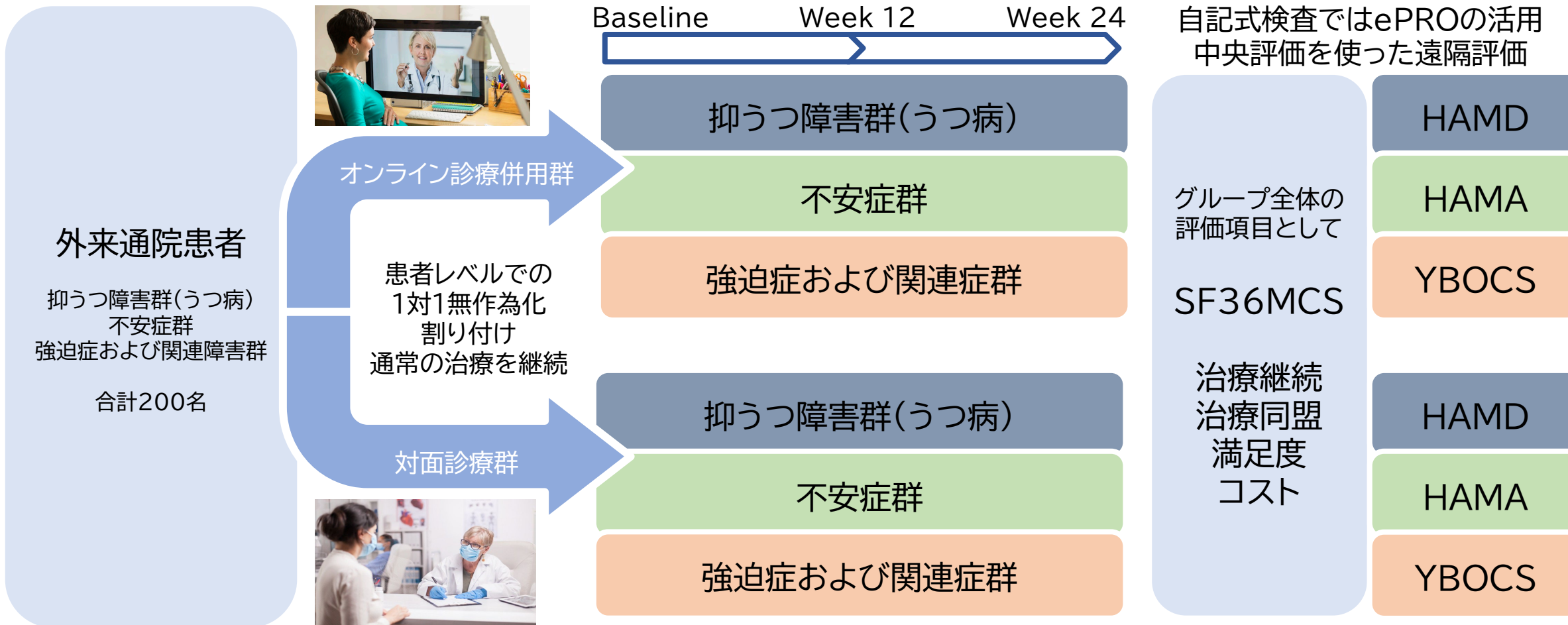
Copyright and usage

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



日本でのオンライン診療治療効果の検証 J[®]PROTECT 試験 概念図

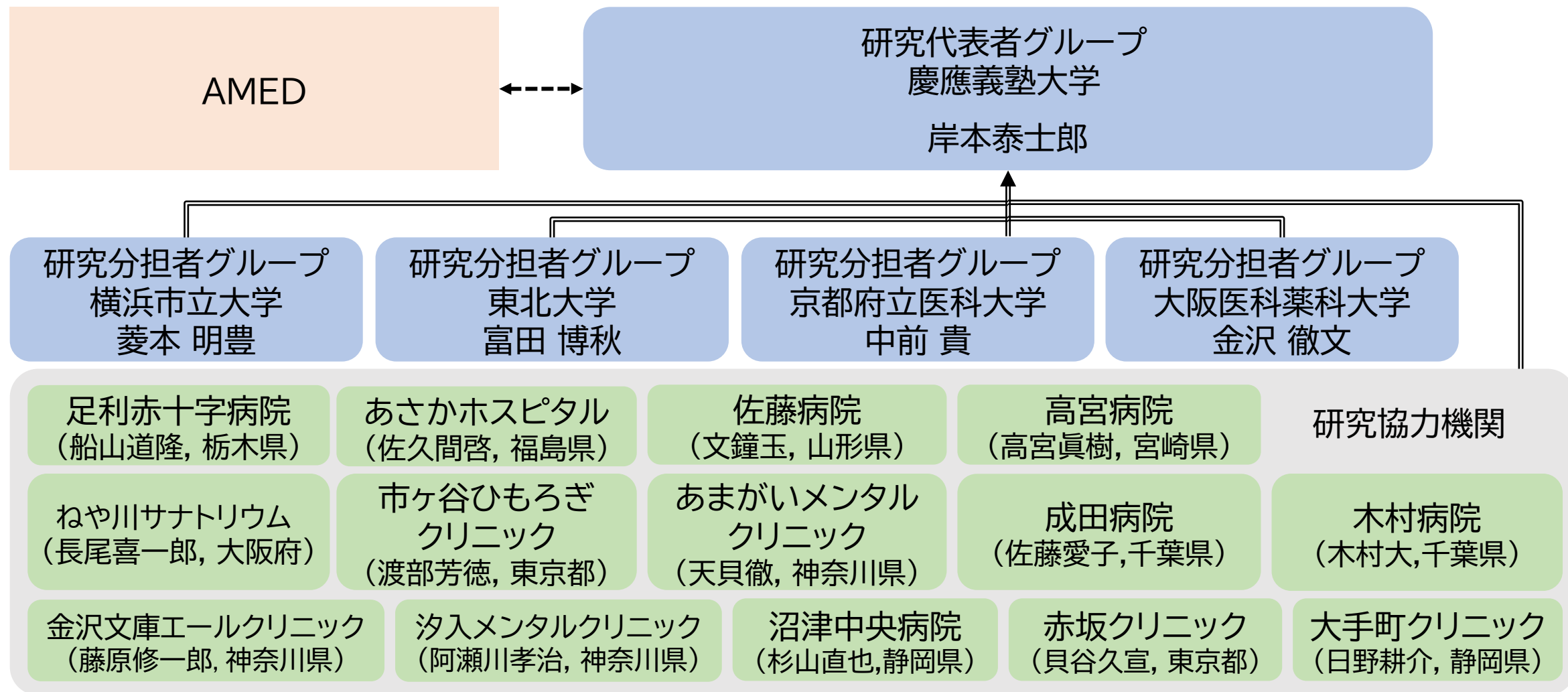
- うつ病、不安症、強迫症の患者さんを対象に、我が国の保険診療の枠組みで、オンライン診療併用群(診察の50%以上をオンライン診療とする)と対面診療群に1対1で割り付けを行う24週間の試験。
- スマートフォンなどを使用して自宅から医師にアクセスする現代のオンライン診療の効果を検証。



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

日本でのオンライン診療治療効果の検証 J-PROTECT 試験 体制図

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



日本でのオンライン診療治療効果の検証

J[®]PROTECT 試験 主要評価項目

近日中にPsychiatry and Clinical Neurosciences誌に掲載予定・未発表論文にて報道等をご遠慮ください

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

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

近日中にPsychiatry and Clinical Neurosciences誌に掲載予定・未発表論文にて報道等をご遠慮ください

●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	対面診療	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

近日中にPsychiatry and Clinical Neurosciences誌に掲載予定・未発表論文にて報道等をご遠慮ください

●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 (n=98)	対面診療 (n=90)	P値
通院時間 (分)	Mean ± 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)	Median	168.9	500.0	0.0104
	IQR	0.0-793.3	140-1266.7	
通院のための欠勤(日)	Mean ± SD	1.5±2.5	2.6±7.1	0.15
	95% CI	1.1 to 2.0	1.2 to 4.1	

患者さんの声

J[®]PROTECT試験 参加者自由記載アンケート

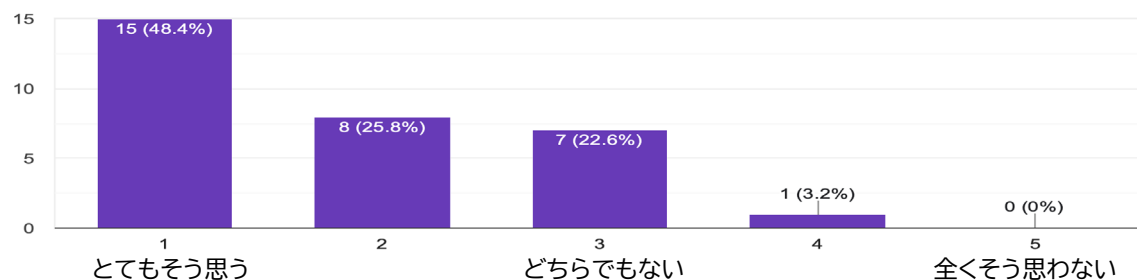
● ポジティブなコメントが多い(通院負担減・治療継続・安心感・スティグマなど多様)

通院負担減 ・ 治療継続	病院への移動時間や病院での待ち時間がなくなり良かった。
	仕事を休まなくても診察を受けられ、大変便利と感じました。
	仕事の転勤等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、家で診療が受けられるのはとても良かった。
・ 治療継続	オンライン診療なら、仕事を休まなくても、仕事から帰ってから、子供がいる状態でも診療できるので、助かりました。
	病院の待合室にいる時間は緊張するので、オンラインだと無くて嬉しい。
	外出が困難な人は診察が苦になる。外に出られないだけで治療を途中で諦めてしまうより、画面越しであれど継続することに意味があると思う。
	仕事をしながらの通院の手間から通院を辞め、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。
安心感	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。実際に受けてみてこんなに簡単に先生とオンラインで繋がれるんだという安心感に変わりました。自宅でスマホ1台で先生とお話ができる事は身体的にも精神的にも楽だなと思いました。
対面との差	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やると思います。

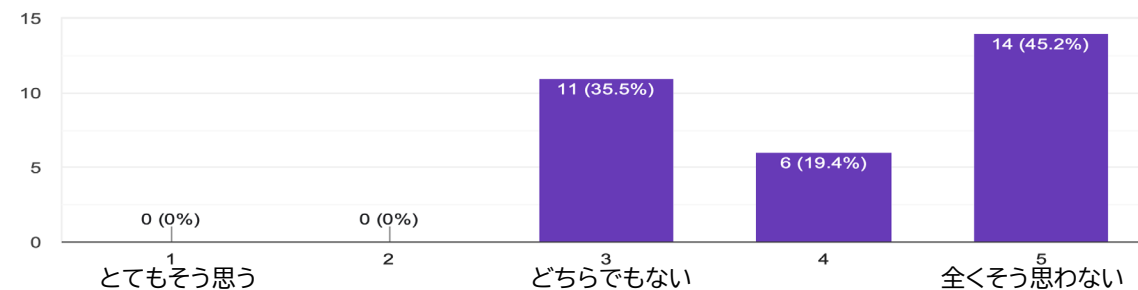
近日中にJournal of Technology in Behavioral Science誌に掲載予定・未発表論文にて報道等のご遠慮ください

- 遠隔医療(オンライン診療)によって患者さんよりの医療が提供できることを医師は認識
- 遠隔医療を提供するうえでの障壁は診療報酬の低さ

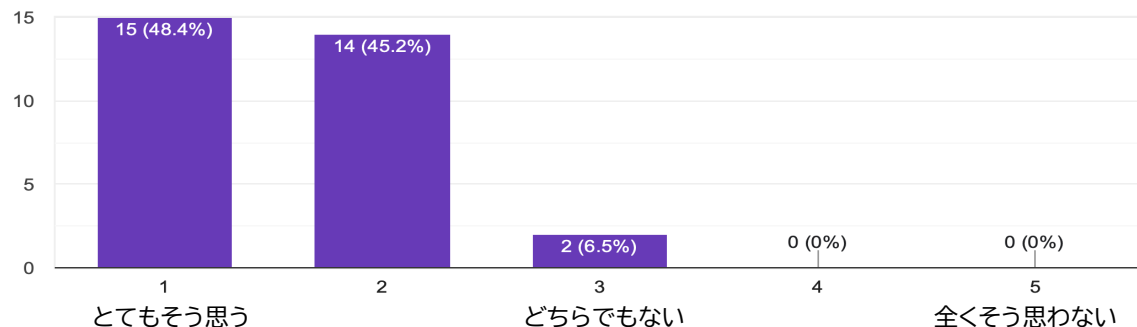
あなたは遠隔医療により、柔軟に患者のニーズに対応できるようになったと思う(通院に際しての時間的・肉体的負担など)



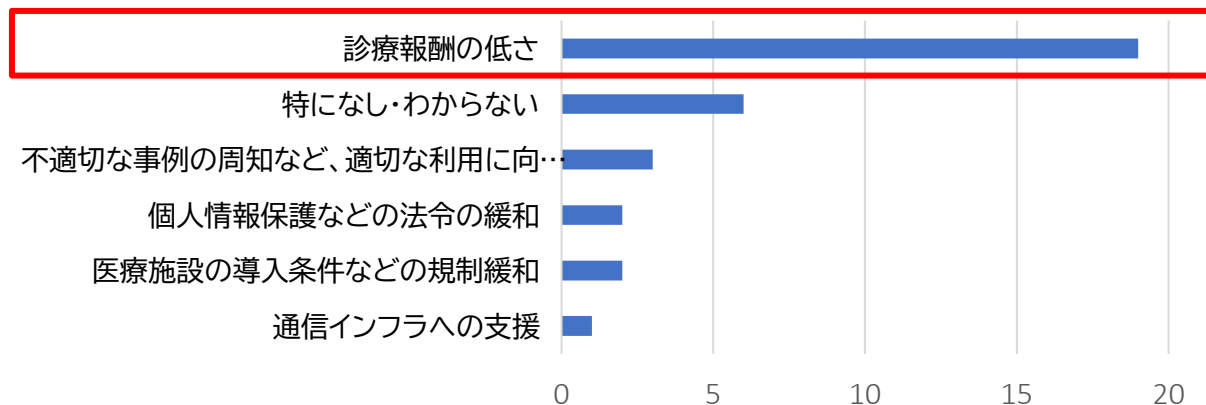
現在の診療報酬上の評価は適切な価格設定だと思う



遠隔医療は患者にとって費用対効果の高い方法であると思う



遠隔医療の普及に際して、制度上の問題で改善すべき点はあるか(複数回答可能)



「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」について:私見

導入に慎重なグループはあるが、しっかり活用したいと考える医師も多い
合意の得られる指針策定は必要で、本指針には一定の理解と評価
しかし過度に抑制的ではないか？

p6「オンライン精神療法については、オンライン
診療の中でも安全性及び有効性により一層配
慮しつつ実施されるべきものである」

●精神科領域においてこそ、有効性を支持するエビデンスは多い

p8「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」

●世界的に初診においても活用されているが、初診で問題が生じるといった明確なエビデンスはない

●初診ニーズは極めて高い
・離島・僻地における専門医へのアクセス困難
・早期介入の必要性(長い「精神病未治療期間(DUP)」など)
・精神症状による通院困難(「引きこもり」状態に至っている症例)
・スティグマ(差別・偏見)による受診控え

●初診に類似した状況での活用事例は既に多い
・産業保健分野(海外支店の社員など)
・精神保健相談(診療につながるきっかけに)
・オンラインカウンセリングサービス

我が国の精神科領域オンライン診療の普及に向けて:私見

エビデンス豊富 (国内のエビデンスも有)	世界から見た 活用の遅れ	患者さんの声	医師の声	他診療科との差
このままでは精神疾患を患われる日本の当事者に対する不利益一刻も早く精神科領域でオンライン診療が使いづらい状況の改善を				
再診				
診療報酬の低さが普及の阻害要因として大きいことは明確				
対面診療と同等の評価が適切ではないか？				
先の精神療法指針においても再診での活用は否定していない＝合意が得られやすい				
初診				
(本来は)対面診療と同等の評価が適切ではないか？				
向精神薬の不適切な処方等への懸念には一定の理解				
(ただしこれはオンライン診療で生じる問題ではなく、対面で生じている問題)				
先の精神療法指針において「課題の解消が進めば、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」とあるが「課題の解消」が不明確。また「初診」のエビデンス構築は極めて困難。 当事者ニーズを踏まえ、しっかり前進させることを前提に議論が必要。				



ご清聴ありがとうございました。

岸本 泰士郎

慶應義塾大学医学部ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座 特任教授

