
公募企画

公募企画シンポジウム15 遠隔医療の着実な推進に向けた課題整理

2017年11月23日(木) 09:15 ~ 11:15 C会場 (10F 会議室1001)

[4-C-1-PS15-2] 我が国における精神科遠隔医療の展望と課題

岸本 泰士郎（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）

遠隔で行う精神医療は tele-psychiatry と呼ばれる。精神科診療は互いの顔を見ながらの面接が大きな比重を占めるため、テレビ電話を用いた D to P（医師患者間）の遠隔医療が応用しやすい診療領域である。実際、海外では遠隔医療を利用した治験や臨床が普及し、保険診療として認められている国も少なくない。WHOの調査でも、放射線科・病理・皮膚科と並び、精神科は遠隔医療の主要な領域とみなされている（2010）。

本邦でも、平成27年8月10日の厚生労働省事務連絡や9月15日の厚生労働省基準局長の「情報通信機器を用いた労働安全衛生法第66条の8第1項および第66条の10第3項の規定に基づく医師による面接指導の実施について」を受けて、自費診療や産業保険といった枠組みにおいて、遠隔医療が行われつつある。高齢化、医師の偏在、引きこもりなど多くの問題を抱える日本で遠隔精神医療は多くの問題解決のための重要なツールとなり得る。発展が望まれる一方で、普及に際してその診断精度、治療効果、安全性、法的整備など検討すべき点も多い。

このような社会要請を背景に、2016年12月より日本医療研究開発機構（AMED）の委託研究として「遠隔精神科医療の臨床研究エビデンスの蓄積を通じたガイドライン策定とデータ利活用に向けたデータベース構築」が慶應義塾大学を中心に開始された。J-INTEREST：Japanese Initiative for Diagnosis and Treatment Evaluation Research in Telepsychiatryと名付けられたこの研究では、以下1) から3) の3つを主要な目的としている。1) 精神科診療場面における遠隔診療の診断信頼性、有効性、安全性、利用者満足度について4つの臨床研究を通じて検討する。2) 遠隔医療の長所を生かした臨床研究のデータベースの在り方について検討し、モデルを構築・運用する。3) 前述の1)、2) によって得られた知見を通じて、暫定版ガイドラインを策定する。発表ではJ-INTERESTの紹介を中心に、遠隔精神医療の我が国における展望と課題について論じたい。

精神科遠隔医療の展望と課題

岸本泰士郎^{*1*2}、吉田和生^{*1*3}

*1 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室、*2 Hofstra Northwell School of Medicine、
*3 第三著者所属

The Prospect of Telepsychiatry in Japan

Taishiro Kishimoto^{*1*2}, Kazunari Yoshida^{*2*3}

*1 Keio University School of Medicine, *2 Hofstra Northwell School of Medicine, NY, USA,

*3 Centre For Addiction and Mental Health, Tronto, Canada

Abstract

As psychiatry diagnosis and treatment mostly consist of conversation between patient and clinician, telemedicine utilizing live two-way video seems to be suitable. In fact, according to a survey by WHO, psychiatry is one of the main medical fields where telemedicine is utilized across the world. However, in Japan, telepsychiatry has not been fully introduced even after the government had issued statements that encourage the introduction of telemedicine in 2015. In order to smoothly introduce telepsychiatry in Japan, the author considers that the following processes are critical, i.e. establishing domestic evidence, legal development for telemedicine, medical insurance coverage, and guideline establishment. Given such needs, the project J-INTEREST (Japanese Initiative for Diagnosis and Treatment Evaluation Research in Telepsychiatry) was launched in December 2016, funded by Japan Agency for Medical Research and Development (AMED). The goal of J-INTEREST consists of the following three parts: establishing evidence for telepsychiatry, development of telepsychiatry data base, and guideline establishment. Given the fact that telepsychiatry is already widely utilized in many countries and the Japanese government has laid telemedicine as one of country's measures, it is hoped that J-INTEREST will facilitate the introduction of telepsychiatry in Japan, and most importantly, help facilitate careful discussion and build timely consensus between stakeholders, including patients, medical providers and IT companies.

Keywords: Telemedicine, telepsychiatry, evidence, validation, guideline

1. 緒論

遠隔で行う精神医療は tele-psychiatry と呼ばれる。精神科診療は互いの顔を見ながらの面接が大きな比重を占めるため、テレビ電話を用いた D to P(医師患者間)の遠隔医療が応用しやすい診療領域である。実際、海外では遠隔医療を利用した治験や臨床が普及し、保険診療として認められている国も少なくない。WHO の調査でも、放射線科・病理・皮膚科と並び、精神科は遠隔医療の主要な領域とみなされている¹⁾。

本邦でも、平成 27 年 8 月 10 日の厚生労働省事務連絡や 9 月 15 日の厚生労働省基準局長の「情報通信機器を用いた労働安全衛生法第 66 条の 8 第 1 項および第 66 条の 10 第 3 項の規定に基づく医師による面接指導の実施について」を受けて、自費診療や産業保険といった枠組みにおいて、遠隔医療が行われつつある。高齢化、医師の偏在、引きこもりなど多くの問題を抱える日本で遠隔精神医療は多くの問題解決のための重要なツールとなり得る。発展が望まれる一方で、普及に際してその診断精度、治療効果、安全性、法的整備など検討すべき点も多い。

本稿では、本邦での精神科遠隔医療の展望や課題についてレビューするとともに、このような課題の解決に向けて日本医療研究開発機構 (AMED) の委託研究として行われている J-INTEREST: Japanese Initiative for Diagnosis and Treatment Evaluation Research in Telepsychiatry 研究について紹介する。

2. 目的

本邦における精神科遠隔医療の課題や今後の展望についてレビューする。また、J-INTEREST 研究について、そのスコープ、取り組みの内容について紹介する。

3. 方法

文献的考察を通じて、現在までに得られている情報についての Narrative Review を行った。また、J-INTEREST 研究の背景・目的について概説した。

4. 結果・考察

4.1 遠隔で行う精神科診療のメリット・デメリット

精神科領域で特に生じ得る遠隔医療のメリット・デメリットについて表 1 にまとめた²⁾。

表 1. 遠隔精神科診療の長所・短所

メリット	
通院困難者の受診を可能にする	精神疾患による通院困難者 (PTSD、広場恐怖、引きこもり) 海外移住者等 (海外では言葉・文化の相違がある)
その他	プライバシーの確保が可能 (精神科への敷居が高く、受診をしない患者が存在する) 遠隔診療の治療効果がより高い可能性がある病態・疾患 (強迫症など)
デメリット	
情報が限定される	対面で得られるほどの表情・雰囲気を感じられず、心理的距離を感じやすい (医療者側・患者側ともに)

	匂いに気づけない(アルコール臭)
危機介入の困難さ	診療中に起きた緊急事態への対処ができない(自殺企図など)
その他	引きこもりを助長しかねない

4.2 エビデンス

遠隔医療を広く普及させるためには、①その診断精度や治療効果に関して対面診療と差がないこと、②患者満足度が高いこと、③安全性に問題がないこと、の検証が最低限必要であると考えられる。さらに付加的価値についてのデータもあることが望ましいだろう。特に、①や②についてのエビデンスは海外から数多く報告されており、American Telemedicine Association によるレビューに詳しいが以下にごく一部を示す³⁾。

4.2.1 診断精度に関するエビデンス

Shore らは 53 例の被験者に対して、Structured Clinical Interview for DSM-III-R による診断をビデオ電話あるいは対面で 1 回ずつ施行し、診断一致度を検証した。結果、多くの疾患で「Fair」から「Good」の一致度が見られた⁴⁾。著者らは 30 名の認知症や健常高齢者を対象に、遠隔で行う改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の信頼性試験を行った。対面での検査結果との比較から、HDS-R 総合点の級内相関係数は 0.874(95%信頼区間 0.734-0.940)で両検査結果は「almost perfect」な一致であった。軽度認知機能障害者およびアルツハイマー型認知症患者のみの ICC も 0.843(95%信頼区間: 0.306-0.965, p=0.008)であった⁵⁾。この他にも多くの診断や重症度評価を遠隔で施行した際の信頼性試験が行われており、多くは対面と同等の精度が示されている。

4.2.2 治療効果や満足度に関するエビデンス

Ruskin らは 119 名の退役軍人のうつ病患者を、それぞれ遠隔と対面の 6 か月の治療に無作為割り付けし、その効果、治療満足度、継続率を比較した。結果、治療効果は両群に有意差がなく、満足度や治療継続率にも有意差がなかった⁶⁾。シングルアーム試験であるが筆者らも、本邦の強迫症患者に対する心理療法(遠隔曝露反応妨害法)のケースシリーズを報告した。いずれの例も遠隔治療によって症状が改善し、心理的受け入れも良好だった。対面治療では治療効果が頭打ちだったが、遠隔への切り替えで症状が大きく改善した例もあった⁷⁾。このほかにも多くの治療効果の検証を行った試験が報告されており、これも多くの試験で、対面による通常の治療との非劣勢が示されている。

4.3 普及に向けた今後の課題

我が国において遠隔精神科医療があまり国民の健康推進に資するためには、何が必要だろうか。先にエビデンスについては諸外国の先行研究から、診断精度や治療効果について多くの研究が行われていることを紹介した。しかし、本邦におけるエビデンスは非常に不足している。海外に匹敵する量のエビデンスを蓄積する必要はないと考えるが、我が国の医療環境においても、遠隔精神科医療が対面診療に劣らず、有用であることを示す一定レベルのエビデンスの確立は必要であろう。

また、社会実装を考えた際、当然ながら必要となるのは、遠隔医療がビジネスモデルとして成立することである。現在、我が国では、遠隔精神科医療は自費診療や産業保健分野で限定的に行われているのが実情で、一部、電話再診料を徴収

する形で保険診療を行っている医療機関もあるが、これも電話再診料だけでは採算が成り立たないため予約料等との組み合わせで行われている。このように遠隔医療を限定的な使用にとどめ、自費診療をベースに広げていくという考え方もあるだろうが、その一方で、へき地医療など社会的要請が高い状況に対しては、やはり診療報酬上の手当てを検討していくのが自然だと考える。

遠隔精神科医療が、このように広く国民にとって Payable であり Accessible である医療に成長するためには、法的な整備、診療報酬獲得、我が国におけるエビデンスの拡充と同時に、我が国の実情を反映したガイドラインの策定が必須であると筆者は考える。例えば、医療情報の管理に関する厚生労働省、経済産業省、総務省の関連ガイドラインが存在する。一医療機関で、遠隔医療に用いる通信方法の選択のみならず、医療機関間でデータをどのように扱い、運用していくのが正しいのかを完全に理解し運用していくには限界があり、わかりやすい手引書は必要である。また、どのような診療場面でどういった回線速度、質を保つ必要があるのかを診療の精度と実現可能性とを加味して検討する必要がある。遠隔医療を対面に劣らない精度や効果を保ちつつ提供するのには、どういった工夫が必要なのか(例えば視線を合わせ、聞いてもらっていると実感するための工夫)、プライバシーの確保にはどのような配慮が必要かなど、細かい運用ルールもあった方がよいだろう。また、危機管理という側面から、どういった患者に運用すべきかなどの一定の基準を設ける必要もある。

何よりも、ガイドラインの策定や、診療報酬獲得に際しては、診療を受ける患者、提供する医療側、あるいは通信を担う事業者等、多くのステークホルダーの合意が必要である。国民の健康を預かる医療の一形態であるため慎重な姿勢が必要であると同時に、遠隔精神科医療が海外では古くから一診療形態として認められ、本邦でも国家施策として推進されている今日、遅きに失することのないよう、タイムリーかつしっかりとした議論が求められる。

4.4 J-INTEREST

このような社会的要請を背景に、我が国においては、2015 年に日本遠隔医療学会内に精神科遠隔医療分科会が立ち上がり、エビデンスの拡充、そしてガイドラインの策定等の活動を開始している。また、2016 年 12 月より日本医療研究開発機構(AMED)「臨床研究等 ICT 基盤構築研究事業(B:エビデンスデータ構築関連:遠隔診療の有効性・安全性のエビデンス構築及び診療データの利活用に関する研究)」の委託研究として「遠隔精神科医療の臨床研究エビデンスの蓄積を通じたガイドライン策定とデータ利活用に向けたデータベース構築」が慶應義塾大学を中心に、国立保健医療科学院、志学館大学、千葉大学、名古屋大学、日本遠隔医療協会が共同研究機関として参画し、開始された。(http://www.amed.go.jp/koubo/050120161115_kettei.html)。J-INTEREST: Japanese Initiative for Diagnosis and Treatment Evaluation Research in Telepsychiatry と名付けられたこの研究では、以下 1)から 3)の 3 つを主要な目的としている。

1)精神科診療場面における遠隔診療の診断信頼性、有効性、安全性、利用者満足度について 4 つの臨床研究; A) 高齢者に対する遠隔認知機能検査信頼性試験、B) 2 医療施設間でを行ううつ病に対する遠隔認知行動療法 Feasibility study、C) 強迫・社交不安・パニックに対する遠隔の認知行動療法のパイロット・シングルアーム試験、D) 海外在留邦人に対するコホート調査、を通じて検討する。これらは技能の高

い評価者や治療者が本邦で不足しており、また均てん化が望まれている診療領域であること(A,B,C)、遠隔でなければ実現し得ない場面であること(D)、といった背景がある。また、(A, B)はビデオ会議システムを医療施設間でつなぎ、専門家が不在であるサテライトクリニックに患者が受診するような形態での社会実装を、一方で(C, D)は特別な装置を必要としない安価な WEB 会議システムを使う形態での利用を想定している。

2) 遠隔医療の長所を生かした臨床研究のデータベースの在り方について検討し、モデルを構築・運用する。本データベースを用いて、今後、遠隔医療の知見を蓄積し、エビデンスの確立にも役立つ予定である。

3) 前述の 1)、2)によって得られた知見を通じて、暫定版ガイドラインを策定し、定期的なアップデートが可能となるような仕組みを整える。海外には既に遠隔精神医療のガイドラインが存在するが、本研究グループと American Telemedicine Association との協力体制が整っており、ATA のガイドラインをもとに日本の事情に対応したものに改訂していく予定である。既に J-INTEREST の研究メンバー、遠隔医療学会の精神科分科会を中心に、ワーキンググループが立ち上がり、作業を開始している。暫定版が2017年度末に完成する予定である。

5 結論

遠隔医療の精神科領域における効果、エビデンス、また本邦で取り組むべき課題について述べた。高齢化、医師の偏在、引きこもりなど多くの問題を抱える日本においても、遠隔精神医療は多くの場面で有効活用できる重要なツールとなり得る。J-INTEREST 研究はこのような社会背景から AMED の委託研究として開始された。法的課題、エビデンスの蓄積、ガイドラインの策定を通じて、今後、ステークホルダーの合意を得ながら良い形で広く普及していくことが望まれる。

6 参考文献

- 1) World Health Organization. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf (cited 2017-Sep-10)
- 2) 岸本泰士郎. 本邦における遠隔精神医療の展望. 精神科 2017;30(5): 409-414
- 3) Yellowlees P, Shore J, Roberts L; American Telemedicine Association. Practice guidelines for videoconferencing-based telemental health - October 2009. *Telemed J E Health*. 2010; 16(10):1074-89.
- 4) Shore J.H., Savin D., Orton H., et al. Diagnostic reliability of telepsychiatry in American Indian veterans. *Am J Psychiatry* 2007;164:115-8.
- 5) 岸本泰士郎, 江口洋子, 飯干紀代子, 北沢桃子, 梁國經, 船木桂, 成本迅, 三村將. 高齢者に対するビデオ会議システムを用いた改訂長谷川式簡易知能評価スケールの信頼性試験. 日本遠隔医療学会雑誌 2016;12(2):145-148.
- 6) Ruskin P.E., Silver-Aylaiian M., Kling M.A., et al. Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *Am J Psychiatry* 2004;161:1471-6.
- 7) 岸本泰士郎, 垂水沙梨, 中前貴, 三村將. 遠隔で行った強迫症に対する曝露反応妨害法-3症例のケースシリーズ-. 臨床精神医学 2016;45:1603-1609.