

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」(案)に関する意見募集の結果について

令和7年12月26日

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」(案)について、令和7年12月16日(火)から同年12月21日(日)まで御意見を募集したところ、74件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見の要旨とそれに対する考え方について、以下のとおり取りまとめましたので、公表いたします。

取りまとめの都合上、いただいた御意見は、適宜要約及び集約をしております。また、パブリック・コメントの対象となる事項についてのみ考え方を示させていただきます。

皆様の御協力に深く御礼申し上げますとともに、今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

No.	案に対する御意見の要旨	御意見に対する厚生労働省の考え方
1	対人では言いにくいこと、症状などでまとめにくいもの、長時間などの対応や夜型などでも24時間対応できないことなどでも改善できるかもしれないため、CHATもしくはAIなどを使ったものなども慎重にはすべきだろうが将来的には考えていただきたい。	今後の施策の参考とさせていただきます。
2	本指針案は、通院が困難な患者や対面診療に心理的負担がある患者に対し、精神医療へのアクセシビリティを高めうる点で重要であり、方向性に賛同するが、以下の対応を求める。 ・患者がオンラインを断っても不利益を受けないこと、同意撤回がいつでも可能であることを明記すること。 ・「カメラ・マイク常時オン」「外部から隔離された空間」の一律要件は、被注視不安や同居状況等により利用不能となり得るため、合理的配慮として例	本指針においては、「オンライン精神療法は、オンライン診療と同様に、患者からの求めに応じて実施される必要があり、医師—患者間の相互の信頼関係を構築した上で実施されるべきものであることに十分留意すること」を遵守すべき事項とするなど、患者の希望を前提としています。また、初診であるかどうかにかかわらず、オンライン精神療法については、「患者が希望した場合

	<p>外運用（音声のみ、画角制限、背景ぼかし、医療機関や自治体の個室ブース利用等）を指針に明記すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デジタル格差により不利益が生じないように、機器・通信不備時の切替手順や料金・再予約の扱いを患者に不利にならない形で標準化し、支援策（院内別室、自治体連携）を位置づけること。 ・初診オンラインについては慎重姿勢を維持しつつ、入口としての短時間評価（対面へつなぐトリアージ）を制度的に位置づけ、危険徴候がある場合は速やかに対面へ切り替える基準を明文化すること。 ・向精神薬については多剤・大量・長期処方のみならず、依存・離脱や治療中断リスクを踏まえ、オンライン時の保守的処方とフォロー体制、情報連携（薬局・他院照会）の実務を整理すること。 ・録画・録音や診療データの取り扱い（保存期間、アクセス権限、漏えい時対応等）を患者が理解できる形で説明する義務を明確化し、チェックリスト公表についても最低限の公表項目の統一と実効性ある監督・苦情対応の仕組みを求める。 	<p>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」などを求めています。</p> <p>また、本指針では、「患者の自宅や家族に関する機微な情報が治療の中で出てくる場合もあるため、オンライン精神療法においてもプライバシーを確保できる環境の確保に努める必要がある」ことから、「医師側、患者側共に情報通信機器のカメラ及びマイク機能は常時オン」、「外部から隔離された空間」を遵守すべき事項としていますが、いただいたご意見については今後の施策の参考とさせていただきます。</p> <p>ご提案の、支援策、薬剤の処方、データの取扱い、チェックリスト公表等については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> ・体調不良時や悪天候時、旅行・一時的な移動、転居後などに通院が困難となり、継続治療が途切れることへの不安がある。オンライン精神療法は、こうした継続治療の分断を減らす手段として非常に重要であり、適切な安全策のもとで普及を進めてほしい。 ・対面が原則とされる記載だけでは、遠方になった患者が継続治療を受けにくくなる懸念があるため、転居・長期滞在・身体疾患等で対面が困難な場合に、病状安定度等を踏まえてオンラインを柔軟に活用し、必要時には転居先の対面医療機関へ円滑に引き継ぐ運用（紹介・情報提供の標準化）を指針に明記してほしい。 ・当事者として、対面では言いにくいことや、症状をうまく整理できないことが多くある。オンライン精神療法では、事前入力（症状・睡眠・服薬等の簡易口 	<p>今後の施策の参考とさせていただきます。なお、本指針はオンライン精神療法を「精神科を担当する医師が、情報通信機器を用いて実施する場合の精神療法を指す」と定義しており、AI等の活用に関するルールを定めるものではありません。</p>

	<p>グ)を患者の負担に配慮しつつ活用することを推奨事項として位置づけ、医師が診療で確認する運用を明確にしてほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・AI/チャット等の活用は将来的可能性がある一方、誤情報や危機時対応の限界があるため慎重な設計が必要である。導入する場合でも治療判断の主体とせず補助に限定し、患者への説明、AIを用いない選択（オプトアウト）、データの取り扱い（保存・二次利用等）を明確化することを求める。 	
4	<ul style="list-style-type: none"> ・治療機関へのアクセスが悪い地域、引きこもりや病状のために通院が困難な状態の患者などには非常に有益と考えており、本当に必要なケースには広まって欲しいが、不適切使用を制限する枠組みも必要と考える。 ・精神医学の診断ではまずは外因、器質因を除外する必要がある、オンラインでは神経学的所見、採血、画像検査が直ぐにはできないため、外因を見逃すリスクもあるのでないかと思われる。よって、精神科領域では単独受診での初診は不可とすべきと考えており、看護師、保健師などの医療従事者の同伴は最低限必要と考える。 	ご意見として承ります。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療所に通院中に患者が自傷や自殺企図をした場合は診察を中断し紹介状さえ発行しないという対応はあまりに無責任と言わざるをえない。 ・オンラインで精神科に通院していた患者を、初診として診療する場合、状態がよくないケースが多くある。オンラインでの診療には限界がある。 	ご意見として承ります。なお、本指針では、オンライン精神療法について、原則として当該医師が責任を負うものであることや、オンライン診療については、患者の急病・急変時の適切な対応等についても記載をしています。
6	<p>すでに、各地域において精神科救急医療体制が構築されていて、患者の急病・急変時の対応は、このような各地域の精神科救急医療体制が担うことが最も安全であり、患者の利益となる。もしもオンライン診療を提供する医療機関と連携する特定の精神科病院だけが急病・急変時の対応を担うと、たとえば当該精神科病院のマンパワー不足で受け入れ困難となるリスクや、当該精神科病院の体制によっては身体合併症の対応が困難なリスクがある。また、オンライン診療を提供する医療機関と、特定の精神科病院の利益供与の構造を促すことにもなり不健全で</p>	急病・急変時の対応として精神科救急医療体制整備は重要と考えていますが、本指針においては、オンライン精神療法について、日常的に対面診療を実施している患者に対して活用することを前提として、基本的には自医療機関において急病・急変時の対応を行うものとして記載しており、急変時の体制の確保が難しい医療機関に関しても連携体制が確保されている精神科病院があること

	<p>ある。さらに、総合病院精神科を除外して精神科病院のみに患者の急病・急変時の対応を担わせる理由がない。患者の利益を優先し、公平を期すべく、当該指針において、患者の急病・急変時の対応は、各地域の精神科救急医療体制が担うことを推奨すべきである。</p>	<p>を前提にオンライン精神療法の実施が可能となるような体制の確保について記載をしています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p> <p>なお、本指針において、精神科病院は精神保健福祉法が適用される病院としており、総合病院精神科を除外はしていません。</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急性の有無を受診前に判断することは困難であり、安全確保の観点から、初診は必ず対面で行い、再診において必要と認めた場合のみオンライン診療を行う形とすることが望ましいと考える。 ・ 医療機関と自宅の距離が離れすぎていると緊急性が高い場合の対応ができないため、訪問診療と同様にオンライン診療を行う医療機関と患者の自宅までの距離は半径16km以内に規定する必要がある。 ・ 医療の質の担保という観点からは有資格者が精神療法を行うことが重要であるため、オンライン精神療法を行うことができる医師は精神保健指定医または日本専門医機構精神科専門医（日本精神神経学会専門医）に限るべきと考える。 	<p>本指針では、オンライン初診精神療法については、「オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診察を行うことを前提として、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築されており、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行うこと」、「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」を遵守すべき事項として求めています。</p> <p>オンライン精神療法について、「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」としています。</p> <p>オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例え</p>

		ば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。
8	初診オンライン精神療法の実施要件として「診察時に患者の側に保健師等がいる状況」が求められているが、この要件の緩和または撤廃を強く要望する。「未治療者、治療中断者又はひきこもりの者」は他者との接触に強い不安を感じることが多く、自宅という安寧な環境から医師と一対一でつながれることがオンライン診療の最大のメリットの1つである。診察時に保健師等が物理的に同席することを必須とすれば、心理的な障壁となり、本来医療につながるべき患者が受診をあきらめる可能性が極めて高くなる。プライバシーへの配慮や患者の心理的安全性を確保するため、同席を必須要件とせず、医師の判断により柔軟な運用を可能にすべきである。	本指針においては、初診オンライン精神療法については、「患者自身の希望がある場合に行うこと」としてしています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。
9	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科専門医か精神保健指定医に限るようにしてほしい。 ・指定医か専門医の更新毎に届け出を義務付けてほしい。 	本指針では、オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例えば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。
10	オンライン初診精神療法の要件として、「行政との連携体制が構築されており」かつ行政が対応を行っている者を対象と限定している点について、見直しを要望する。行政の関与を前提条件とすることは、医療へのアクセシビリティを著しく低下させ、「早期発見・早期治療」という精神医療の原則に逆行する。入り口を狭めるのではなく、オンラインで初診を行い、必要に応じて事後的に行政や対面診療につなぐフローも認めるべきである。	本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方

		<p>で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
11	<p>本指針案では「安全性・有用性・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行う」とされているが、今回のような極めて厳しい要件（行政連携、保健師同席等）を課しては、実施症例が積み上がらず、検証に必要なエビデンスも収集できない。精神保健指定医等の一定の資質を持つ医師が実施する場合においては、過度な行政的制約を設けず、医師が患者のリスクとベネフィットを個別に判断して初診を行える裁量を残すべきである。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
12	<p>オンライン診療で行われる精神療法、とくに初診に対して、抑制的な内容でまとまっている印象を受ける。初診が行えるのは、「保健師が隣にいるような場合、かつオンライン診療の再診をこなしている医師」など、諸々の制限がついており、現実的に一番治療が必要な患者さんに届いていないと考える。そもそも精神科医の偏在やその診療所の質が均一または上質でないことも問題となっている</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン</p>

	<p>ため、ひきこもりに至っている人、あるいは近くによい精神科医がいないような人にとって、全くその人達のニーズにこたえようとしていない。</p>	<p>再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
13	<p>精神科の診察にあたり、話を聴いてもらうだけでよくなる場合もあること、移動ができない状況に陥る場合があり、それについて事前に見通しが見えない場合もあることから、オンラインで診察ができると助かる。また待合室で大人に囲まれる、その他待っている人の状況により不調が大きくなるなどの場合もあった。</p> <p>なお、初診に関しても、最初に診てくれる医師が安心できる相手であることを確認のうえ、治療に入るといった関係性がとても大事であると考えます。</p>	<p>ご意見として承ります。</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> ・ オンライン精神療法を実施する医師の要件について、原則として「精神保健指定医」または「日本精神神経学会専門医」の資格を有することを必須要件、あるいは強く推奨される要件として明記すべきである。 ・ 遠隔地の医療機関がオンライン診療を行い、緊急時は地域の救急医療資源に一方的に依存する構造は、地域の救急体制を疲弊させる懸念があるため、「時間外や休日の対応」および連携体制について、患者の居住地から現実的にアクセス可能な範囲に物理的な拠点を持つ医療機関、またはそのような医療機関と具体的な連携契約を結んでいる場合のみを「適切な体制」とみなすべきである。 ・ オンライン初診精神療法について、指針案で示されている「原則として対面診療を行うべきであり、行政との連携など極めて限定的な状況下のみ許容する」という慎重な姿勢を強く支持する。 	<p>ご意見として承ります。</p> <p>本指針では、オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例えば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。</p> <p>また、オンライン精神療法は、日常的に当該患者に対して対面診療を実施している医師が、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</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン精神療法における向精神薬の処方、特にベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方については、依存や乱用のリスクを踏まえ、対面診療時よりも厳格な制限や監視体制を求めるべきである。 ・本指針に定められた厳格な要件（指定医等の資格要件、地域医療との連携、緊急時対応体制の確保等）を遵守し、かかりつけ医として対面診療とオンライン診療を適切に組み合わせて実施する医療機関に対しては、その質の担保にかかるコストを考慮し、対面診療と同等の診療報酬上の評価を行うよう要望する。 	<p>じて活用することとしており、その上で、自らの医療機関において時間外や休日の対応が難しい場合には、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、平時から地域の精神科病院との十分な連携体制を確保することを求めているものとなります。本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。</p>
15	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患患者は体調に波があることが多く決められた受診日に通院することが難しいケースも多く、そのような患者の取りこぼしを防ぐことができるため、精神科オンライン診療に賛成する。 ・実施するに当たっては医師、スタッフ、薬局とのやり取り等、矛盾が起こらないよう取り決めを行い、事前に患者に確認を取るよう指導することを求める。通常診療においても言えることであるが、医師等によるハラスメント防止のため、患者側による録音録画を可能にすること、不適切な対応を取る医師はオンライン診療の許可を与えない等の措置の検討を求める。 	<p>ご意見として承ります。また、様々な状況が想定される精神科の臨床現場において、安全かつ有効にオンライン精神療法を実施するためには、①医師・患者間の信頼関係を基礎として、十分な情報の継続的な取得を要する、精神疾患に対する診療の特性、②オンライン精神療法を適切に実施できる精神科の医師の資質、③危機的状況にも備えた医療提供のあり方等に十分留意し、診療の質を担保することが重要であることを記載しております。</p>
16	<p>現在、精神科外来医療に関しては、悪貨が良貨を駆逐する状態が起きている。一般的にコンビニクリニックと言われる診療所で、チェーン展開をしている。厳しい外来診療時間の制限を設け、非精神科医が患者の言われた通りに処方する、言われた通りに診断書を記載する等で収益が精神科医療に分配される全体からしても圧迫している。「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」では精神科医の質の担保は必須である。また、診療の質の担保にあたり、初診時は必ず対面での診察を要する。</p> <p>精神科医の質の担保にあたっては、精神保健指定医、一般社団法人日本専門医</p>	<p>ご意見として承ります。</p> <p>なお、本指針では、オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例えば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。</p>

	<p>機構精神科専門医、日本外来精神医学会学が認定する専門医のいずれかを必要とする。</p>	
17	<ul style="list-style-type: none"> ・「日常的に当該患者に対して対面診療を実施している医師が、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が適切」の部分について、賛成する。但し、これを、実際に管理できるかに懸念である。当初は限定的な運用にするために、全診察の半分など、回数や頻度を制限するところから始めてもよいと考える。それ以外でも、いかにして実質的にオンラインだけを前提として、質の低い医療を排除するための仕組みを徹底することを要望する。 ・対面だけで、平日の来院が一杯いっぱい医院にとっては、時間と手間がかかるオンライン精神療法は、経営的にはメリットが乏しい。これに手を出すのは対面での集患に苦勞している医療機関、あるいは、オンラインでの希薄な関係の中で、それで満足する患者を数だけこなしていこうとする医療機関ではないかという懸念がある。実際に、どのような利用がなされるのかについて、しっかり監視、管理することを要望する。 ・「オンライン初診精神療法」をひきこもりや通院できない人に対し行政との連携などに限定することに賛成する。ただし、この場合、困難事例に時間をかけると今の点数ではペイしないため、点数は高くするのが妥当と思われる。 ・「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」。「例) 精神保健福祉法における精神保健指定医、関連学会認定専門医 等」の2点について賛成する。但し、「等」の拡大解釈がないようにすること、指定医番号、専門医の番号など、毎回入力するなど、厳密に管理することを要望する。 ・「地域において対面診療の提供体制を確保する」の趣旨は分かるが、通常の外來診療でも、特別な「提供体制を確保」していなくても、他地域での悪化や、夜間・休日は精神科救急では、かかりつけ以外の医療機関が診療している。一方 	<p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p> <p>なお、ご意見については、今後の施策の参考にさせていただきます。</p>

	<p>で、チェーン店クリニックのように、地域に全く根づいていないところが、「連携をお願いしますと」挨拶に来て名刺だけおいて帰るような事例も連携したというようなことは避けて欲しい。「あらかじめ対応可能な精神科医療機関について明示」も、対面においても、地域の医療機関は明示していなくても、救急対応しているが、一方的に明示しておくだけならどこでもできる。しかし、個々の医療機関と正式に合意や契約を交わすとなると、それは厳しすぎる。現実的な落としどころのラインを明確にすることを要望する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「医師会や精神科の病院協会、診療所協会など、地域貢献をしている地域、団体に所属している医師の関与を増やすために、こうした組織での活動も評価する」、「行政も、個々の医療機関、個人の意思ではなく、組織・団体を通して、指導や連携をする」ことで、オンライン診療の普及で地方・地域の医療崩壊が起きないように注意していただきたい。 ・オンライン診療は、患者のアクセスが改善されることにはメリットも高いと思われるが、一方で、安易に睡眠導入剤、ベンゾ系などの向精神薬が入手されやすくなり、依存患者が増えて、そうした患者がチェーン店クリニックに囲われるようなビジネスモデルが懸念される。 	
18	<p>本指針案には反対である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現実の精神医療において、ひきこもり状態にある当事者やその家族が、必ずしも保健所や行政機関につながっているとは限らない。むしろ、多くの場合、医療にも行政にもつながれないまま孤立し、支援を求めること自体が困難な状況に置かれている。こうした実態を踏まえ、行政関与や保健師の同席を初診の前提条件とすることは、支援への入り口をさらに狭め、当事者に過度な心理的・実務的負担を課すものである。また、これまで制度上・運用上の制約により、多くの医療機関がオンライン診療の経験を十分に積むことができなかつたにもかかわらず、「十分な経験を有する医師」に限定する要件を設けることは、オンライン診療の普及を実質的に阻害するものである。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行う</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣医療機関や行政との連携を前提とする点についても、医療過疎地の実情が十分に考慮されていない。精神科診療所が近隣に存在しない地域は少なくなく、そうした地域においてこそオンライン診療は重要な医療アクセス手段となる。 ・産業保健分野においては、既にオンラインを用いた面接指導が広く実施されており、初回面接として行われる事例も多数存在する。これらが社会的・制度的に問題視されている実態はなく、精神科領域においてのみ初診オンライン診療に過度に厳格な制限を課す合理的根拠は明確ではない。 ・諸外国では精神科領域におけるオンライン診療が広く普及し、医療アクセスの改善や早期介入に寄与している例が多数報告されている。本指針案は、こうした国際的動向とも大きく乖離しており、日本の医療分野におけるデジタル化をさらに遅らせる懸念がある。 	<p>アウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
19	<p>オンライン精神療法に関しては、離島など近隣に精神科医療機関がない患者、精神症状のために自宅外に出ることが極めて困難な患者など、一部の患者にとって福音となることは間違いないと思われる。一方で、得られる医療情報が限定的となる、臨床検査を行えないなど、既存の対面での精神医療と比べて劣る点も多いことは、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）」にも記載されているとおりである。</p> <p>オンライン精神医療導入あたっては、質の低いクリニックが乱立するようなことがないように、慎重な制度設計が必要と考える。</p> <p>具体的には、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）」にも記載されているように、関連学会の専門医・認定医を取得していることを条件とするなど、医師要件を設けることはほぼ必須と考える。個人的には、例えば施設要件として、対面での精神医療も行っていること、対面とオンラインの比率においてオンライン診療が20%を超えないこと、などの条件を設けることも有効ではないかと考える。</p>	<p>ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

20	<p>企業で人事を担当している。社員よりメンタル疾患での診断書が提出され、オンライン専門のクリニックに確認のために受付時間内に電話連絡をしたが、誰も出ないことがある。企業としては休職や復職に際して主治医に相談が出来ずに困っている。患者が手軽に利用できることは良いと思うが、このような問題にも対応が必要と考える。</p>	<p>本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。</p>
21	<p>精神科にかかっていることを「知られたくない、見られたくない」人も多くいることから、オンライン診療は日本人の特性に合ったメンタルヘルスのあり方と考えます。</p>	<p>ご意見として承ります。</p>
22	<p>精神病による症状によって外出が困難な方、また遠隔地などでは、情報通信機器を用いた精神療法オンライン診療が必要であるケースがあると考えます。</p> <p>うつ病による意欲の低下等の理由からや、様々な引きこもり状態になる状態もある一方、その場合も、脳の器質的な疾患や甲状腺の病気や膠原病を始めとする身体疾患から来るものや合併したケースもある。そのような疾患を調べるには、採血や心電図場合によってはMRIやCTを行い治療方針の決定をする。外来受診が難しいということで、初診を相談として受け付けることはできるかもしれないが、確定診断を行う事はできない。体重測定や血圧も患者様の自己申告となるので、薬物の副作用や緊張の度合いなど早くすることも困難である。</p> <p>症状が安定していて、薬の変更の必要がなく、体重や血圧を自宅で測り報告することができること会社や近くのクリニック病院等で少なくとも採血を行うことができる方が有効な方と考える。</p> <p>現在、若年者の薬物使用による問題が多く見受けられていることを加味すると、情報通信機器を用いた精神療法を行える方は大変限定的な方になるのではないかとと思われる。</p>	<p>ご意見として承ります。本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。</p>
23	<p>・オンライン精神療法が、通院が困難な患者や対面診療に心理的負担を感じる患者にとって、精神医療へのアクセシビリティを高める重要な手段である点に賛同する。</p>	<p>患者のプライバシーの確保は重要と考えておりますが、第三者による操作支援については、本指針において制限を設けておりません。また、オンライン精神療法</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・小児・児童・思春期精神科など、専門医療機関が限られている分野では、県外通院が現実的な選択肢となっているケースも多く見られる。オンライン精神療法は、新たな医療機関へ切り替えるためではなく、これまで築いてきた治療関係を維持する手段として位置づける必要がある。 ・精神症状が悪化している時ほど、ビデオ通話の立ち上げ、機器の操作、画面に映るといった行為自体が困難になる場合がある。また、機械操作に不安がある人や、認知機能の低下や波がある人にとっては、介護者や支援スタッフ等による操作補助が必要となる場合がある。第三者による操作支援を正式な運用として認めることが必要である。 ・自宅以外での受診を希望する患者も存在するため、病院間連携による施設や、保健所・福祉施設等の個室を活用した「サテライト診療拠点」において、オンライン精神療法を受けられる仕組みを、地域包括ケアシステムの一環として位置づけることを検討すべきである。 ・AI が診断・治療判断・危機対応の主体となることや、希死念慮等に対して長時間対話を行うことは、医療安全上重大なリスクを伴うため、本指針においては、AI・チャット等の活用について、医師の管理下にある補助的利用に限定し、診療行為や精神療法に類する役割を担わせないこと、患者がAI 利用を拒否できる選択権を保障すること、危機的状況では必ず人間の専門職につなぐ設計を前提とすることなど、安全性を最優先とした明確な位置づけを行う必要がある。 	<p>は、オンライン診療を前提としたものであるため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守いただくことが前提となりますが、本指針では、患者の自宅や家族に関する機微な情報が治療の中で出てくる場合もあるため、プライバシーを確保できる環境の確保に努める必要があることは記載しておりますが、具体的な場所等について定めておりません。</p> <p>また、本指針はオンライン精神療法を「精神科を担当する医師が、情報通信機器を用いて実施する場合の精神療法を指す」と定義しており、AI 等の活用に関するルールを定めるものではありません。</p>
24	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者参加の恒常化：指針の見直しに「当事者（患者）・家族・支援者」の参加枠を固定（毎回の検討会に入れる）するべき。 ・苦情・事故・ヒヤリハットの公開：オンライン精神療法に関する事故・トラブル類型を集計して定期公表（透明性）するべき。 ・説明責任の標準化：患者に渡す「オンラインでできること／できないこと」「緊急時の限界」を全国統一の説明文書で行うべき。 	<p>今後の施策の参考とさせていただきます。また、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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p>

- ・地域格差の是正：都市部だけ便利にならないよう、過疎地・医師不足地域での導入支援（回線・機器・拠点整備）をセットで行うべき。
- ・デジタル弱者配慮：スマホが苦手、通信が不安定、視聴覚の特性がある人向けに、代替手段（電話・対面・サテライト拠点）を確保するべき。
- ・料金・自己負担の不公平：オンラインだから高い／追加費用が増える等で継続困難にならないよう、費用の分かりやすくし、抑制をするべき。
- ・「使える状態」までを制度に含める：診療行為だけでなく、予約・接続テスト・機器支援・通信トラブル時の切替（電話・再予約）を運用要件にすべき。
- ・KPIを決める：治療中断率、再入院率、救急搬送、患者満足、通院負担（移動時間）などを指標化して改善サイクルを回すべき。
- ・現場の負担軽減：医師の責任だけ増やさないよう、事務・ICT支援員の配置、標準テンプレ、連携手順を明記するべき。
- ・安全設計を“仕様化”：本人確認、多要素認証、なりすまし対策、録音録画の扱い、ログ保全、通信暗号化、端末紛失時の対策を最低要件にするべき。
- ・AIは境界線を明文化：AIの役割は「記録補助・要約補助・症状整理」まで、危機対応・治療判断は禁止、オプトアウト必須、監査可能性（いつ何に使ったか）を要求する。
- ・「夜でも孤立しない導線」：夜間枠そのものに加え、夜間・休日の危機時に人間につながる導線（地域救急・相談窓口）を必ず提示するべき。
- ・継続治療の最優先：転居・体調不良・悪天候・感染症流行時でも治療中断を防ぐ例外運用（継続患者のオンライン継続）を明確化するべき。
- ・副作用・服薬管理の強化：向精神薬の多剤・長期化リスクをオンライン特有の受診しやすさが増幅する前提でモニタリングを義務化すべき。
- ・孤立・貧困・DV等の背景を想定：自宅が安全でない／プライバシーがない人のためのサテライト拠点整備を「権利」として位置づけるべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ・差別の回避：精神障害の人だけ不利（対面必須が過剰、オンライン不可が広すぎる）にならないよう、リスクに応じた個別判断を原則とするべき。 ・責任の押し付け防止：「患者の自己責任」で片付けない。事業者・医療機関・行政それぞれの責務（設備、周知、連携）を明記すべき。 	
25	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事が忙しくて受診できない方、引きこもりで対面診療が難しい方には、オンライン診療だから治療を継続できている方がいる。オンライン診療が対面診療と組み合わせられて適切に運用されることを願っている。 ・引きこもりの状態になる方について、適切なオンライン診療の初診を担保するために自治体の保健師が自宅に訪問することは一手だが、病状のためにその支援を受け入れられないこともあれば、地域の保健所に対面診療での受診ができなくなった方に訪問を依頼して断られたこともあるため、地域の保健所にも限界があり、他の選択肢を設定しておくべきである。 ・適切なオンライン診療の初診を担保するために、オンライン診療の初診で精神療法を行うことの要件としてオンライン診療を担当する医師の氏名と資格（精神保健指定や日本専門医機構の認定する精神科専門医など）を医療機関のホームページに掲載することを提案する。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
26	<ul style="list-style-type: none"> ・オンラインによる精神療法の活用は、通院が難しい人の継続受診を支える手段になり得る一方で、精神科領域では安全性と信頼性の崩れ方が他領域より深刻になりやすいという前提を置くべき。理由は、治療効果の中核に信頼関係があり、非言語情報の欠落が判断の精度に影響しやすいこと、急変や自傷他害リスクの兆候を見落としした場合の損失が大きいこと、加えて向精神薬を含む処方ที่ไม่適切な受診行動や依存問題と結びつきやすいことにある。したがって、利便性を優先して普及させるのではなく、まず安全性と信頼性を満たす条件を明確化し、その条件を満たせない人が不利益を被らないようにデジタルデバイド是 	<p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p>

	<p>正を制度として組み込むことが合理的である。本人確認と同一性確認の標準手順を整備し、通信品質と受診環境について最低限の要件を明確にし、要件を満たさない場合は速やかに対面へ切り替えるという運用を徹底する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変時の対応についても、オンラインを実施した医師が速やかに対面で対応できる導線、時間外を含む連絡体制、地域の精神科医療機関との連携ルールを事前に確立し、患者にも理解できる形で説明することが望まれる。 ・処方に関しては、乱用や依存、転売などのリスクが疑われる状況では処方を抑制し、対面での評価を優先するという保守的な設計が合理的である。 ・電話等の非デジタル導線を維持しつつ、受診前の接続確認や操作説明を定型化し、医療機関内の別室利用や窓口支援など、失敗してもやり直せる導入プロセスを用意すべき。また、本人同意を前提に、保健師や相談支援員などが同席して受診を補助できる枠組みを整えると、情報の欠落を補い、急変時の地域連携にもつながる。 ・プライバシーが確保できない生活環境の人に対しては、受診できる場所の確保や地域資源との連携を含め、環境面の制約を医療アクセスの制約に直結させない工夫が必要である。 ・施策の実効性は実施状況ではなく成果で評価し、逆進性を監視できる指標を持つべきである。オンライン導入後の継続率や離脱理由、急変時の連絡到達率と対面移行の成功率、処方に関するトラブルや疑義の発生状況、デバイド層の受診機会が増えたか減ったかを継続的に把握し、問題が見えた場合は運用基準や支援体制を更新する仕組みが必要である。 	
27	<p>ネット情報の自己判断に基づき、「診断」と「精神療法の詳細」を「決めて」受診されるが、多くは間違いである。オンライン精神療法も、大学病院を受診する程度にする治療も是非組み込んで欲しい。</p>	<p>ご意見として承ります。</p>

28	<p>ネットの便利さはあるが、精神科については、データを見て判断するような科ではないので、もう少しネット環境が、細やかな所まで、判断できるような進歩がないと、今のままでは、厳しいと考える。</p>	<p>本指針においては、「対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。」を遵守すべき事項としています。ご意見として承ります。</p>
29	<p>日本語と英語での診察を行なっている。英語での診察をされている精神科心療内科の医師に限られているため、他県にお住まいの方からオンラインでの診察依頼が増えている。身体科と違い、精神科の診察は片言で症状を伝えればなんとかなる科ではない。オンラインで初診での投薬ができないのは構わないが、ある程度以上の時間をかけるのであれば、初診からオンライン診療を可能にしていだけると助けられる方は多い。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
30	<p>精神科医療圏や地域医療機関との連携が重視されている点については、地域医療を担う精神科医として賛同する。また、不適切なオンライン診療の是正を目指し、指針案において一定の規律が設けられたことについても評価する。</p> <p>一方、精神科における「初診からのオンライン診療」の安易な解禁には、日常で外来診療をしている精神科医師として断固反対する。オンライン初診において、「安易な診断と即日の診断書発行」「初診で禁止されている向精神薬の処方」「障害年金の診断書発行」といった不適切事例、また、現実的に患者さんからの訴えとして「住所地に診療所が存在しなかった」「電話に誰も出ない」「まず、クレジットカードの登録をさせられた」「本当に医師だったかわからない」等のクレームが、散見され認められている事実があり、ネット環境の中で信頼関係が構築されていない初診段階で、画面越しの限定的な情報のみで、医師とも判らない方が、重篤な疾患を判断したり、長期的な休職を促す診断書を発行したり、クレジットカードから医療費を勝手に請求するなどは、患者のその後の社会復帰を妨げる「不利益」となりかねない。まずはこうした不適切診療への厳格な</p>	<p>ご意見として承ります。本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。</p>

	規制と指導監査体制を確立することが先決であり、安易な緩和は精神医療への信頼を根底から揺るがすものとする。	
31	<p>精神科におけるオンライン精神療法の初診からの算定について慎重に対応することを求める。</p> <p>理由として、第1に精神科における情報通信機器のエビデンスはいまだ限られたものしか存在せず、その有効性についての検証は十分ではないこと、第2に初診で得られる有用な情報がオンラインでは限定され適切な診断治療の妨げとなること、第3にオンライン診療のみではかかりつけ医機能が十分果たせないこと、第4にすでに不適切な対応をしている医療機関が存在することが挙げられる。</p> <p>したがって指針案にある、保健所などが事前に調査している患者のみを対象とすることには同意するが、それを診療する医師については精神保健指定医であることは当然であり、さらに時間外であっても責任をもって対応できることについて明確な根拠を示す必要もある。また、複数の医師が勤務している医療機関であっても担当医を決め、担当医がほとんどの診療を実施する仕組みも必要である。</p>	ご意見として承ります。
32	島しょ部や、医療過疎地であれば、その2次医療圏の先生方がオンライン診療をすることには、反対をすることはないが、明らかに営利であったり、責任をとらないオンライン診療を拡大することには反対である。	ご意見として承ります。本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。
33	<p>精神科の受診に関して様々な要因（地理的・時間的制約・新患予約が取れない等）で通院が困難な患者が治療にアクセスできず困っている現状がある中で、今回の指針では特にオンライン初診精神療法に関して制限が厳しく残念である。</p> <p>特に地方都市に住居がある患者は通院にかかる時間もさることながら、そもそも公共交通機関に乗れない、自動車等の運転も出来ない方もおり、治療へのアクセスを制限することへのリスクをもっと考慮いただきたい。</p> <p>オンライン診療でしか治療が受けられない環境の患者が担当医と合わなかった場合、他院へ変更することに対しても受け入れ先が見つかりにくい。</p>	本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。

	<p>現在、近隣で唯一の精神科クリニックに通院している患者も同様に担当医と合わなかった場合、治療へのアクセスが困難になることも容易に予想できる。</p> <p>精神科医と患者とで信頼関係を構築する重要性は他診療科の医師と比べても重要であると考えており、治療効果へも影響が大きい。</p> <p>更には児童を診療できる精神科医は少なく、精神科受診自体が初めての場合にオンライン診療の選択肢が限られることは困る。</p> <p>診療報酬以外にもオンライン診療を導入することへの医療機関、医師側の負担も大きく、この点も普及の妨げの要因の一つになろうかと思う。</p> <p>初診では一般的な薬物療法が不可な点に関しても必要な治療を提供されない観点で、苦しんでいる患者からすると困る。</p>	
34	<p>遠隔診療は、本来であれば精神科医療を受けるべき精神疾患患者が、居住する地域の実情により医療機関へのアクセスが困難な場合に、その代替的手段として活用されるべき。具体的には、僻地や過疎地域に居住していることによる精神科医療資源の不足、あるいは通院に伴う地理的・時間的制約などが挙げられる。これを踏まえ、以下の具体的条件を付加することが望ましい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他職種連携の観点から、当該医療機関において看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかが常勤している。 ・対象疾患及び重症度による制限、具体的には統合失調症、双極性障害、重度うつ病（希死念慮を伴う、または入院歴を有するもの）、BPSDを伴う認知症、自傷または他害のリスクの高い自閉症スペクトラム障害等を対象とする。 ・緊急時対応体制として、24時間体制での相談・対応が可能であること、または速やかな入院対応が可能な体制を有していること。 ・遠隔診療は対面診療を補完する位置づけとし、外来診療全体の3分の2以上を対面診療で実施している実績を有すること。 	<p>ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

	<p>・投薬内容に関する制限として、睡眠薬のみの処方を目的とした遠隔診療は認めないこと。</p>	
35	<p>AIをはじめとした自動応答システムを活用することが想定されるが、その場合の留意事項の明記や適当なガイドライン等を参考文献として挙げるなど、システムによる不利益が生じないように配慮してはいかかがか。例えば、定期的にシステムの内容を確認することや、そもそも使用を推奨しないことなどが考えられる。</p>	<p>今後の施策の参考とさせていただきます。なお、本指針はオンライン精神療法を「精神科を担当する医師が、情報通信機器を用いて実施する場合の精神療法を指す」と定義しており、AI等の活用に関するルールを定めるものではありません。</p>
36	<p>医療に対するアクセシビリティ（アクセスの容易性）を確保していただくことは、重要な問題であるが精神疾患が疑われる人の「初診」において、オンライン診療を認めることについては、安全性の観点から大きな懸念があると考えます。精神疾患と想定していたら「身体疾患だった」という経験を持つ方がおり、果たして、「初診」のオンライン診療で、そうした身体疾患の鑑別は行えるのか。全国的に、精神疾患が疑われる人を精神科救急の当番病院へ救急車で搬送することが一般化すれば、アクセシビリティの問題は大きく改善し、あえてリスクのあるオンライン診療に頼る必要はなくなるのではないかと考えます。</p> <p>仮に初診のオンライン診療が認められる場合でも、治療の継続性や安全性に対しては、指針（案）以上の配慮が必要である。</p> <p>あくまでも初診の精神療法は補助的なものと捉えることとし、少なくとも1度は対面での診察を受けることを義務付けることが、安全観点から望ましいのではないかと考えます。</p> <p>その際、オンラインでつながった状態で医療機関受診の必要性を精神科医から救急隊へ伝えていただくなど、救急隊との連携を義務化し、対面の受診につながる仕組みの構築を望みます。</p> <p>オンライン診察自体は、技術的には日本全国どこからでもアクセス可能だが、「居住地域の精神科救急病院に限る」などの規則が必要である。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

	<p>新しい仕組みが導入されると、「利益をあげることを目的とした医療法人等が参入してくる懸念も出てくる。今回の仕組みは、「患者の利益」を第一に考える物である必要があり、本来の目的と異なるような行動をする法人は、除外するような規定をあらかじめ設けるべきである。</p>	
37	<p>今回の指針は、精神保健福祉サービスにアクセスしづらい要支援者に、オンライン診療の活用を示すもので、意義あるものである。特に、初診オンライン診療に関して、地域の精神保健福祉に携わる専門職をチームとして想定することは、非常に意義深い。公認心理師の活用も含め、ぜひとも多職種による地域保健福祉チームの活用を、オンライン診療において積極的に推進し、医学的支援はもちろんのこと、精神保健福祉サービスが、要支援者により利用しやすい形で展開される制度設計となることを期待する。</p>	<p>ご意見として承ります。なお、診察時に患者の側にいる者については、「精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職を想定している」としています。</p>
38	<p>「オンライン診療」の初診後、必要なら行政と連携するという形がとれるのであれば、行政として手が届いていないケースを拾い上げることができると思う。この指針でも、まず、一般の「オンライン診療」の初診を行い、適応を判断し、体制を整えて、その後、「オンライン初診精神療法」に進むというパターンが可能ではないかと思う。</p> <p>保健所と市との役割分担を明確にすることや、行政のPSW、保健師の体制や役割の見直し、増員も検討しなくてはならないように思われる。現状の組織体制では、人員不足が足枷になるように思われ、期待通りの成果をあげないように思われる。</p> <p>そもそも、精神療法の初診に行政の立ち合いが必要なのが疑問である。対面の初診精神療法のあり方もあわせて見直されなければならないように思われる。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。他方で、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

39	<p>醜形恐怖などの患者で、長期間外出ができず、親のみの受診が続いているケースがある。また、相談事業では、何らかの精神疾患のために長期引きこもりで、連れ出すことが困難で、親が困り果てて相談事業に何度か足を運ぶも、医療につながらないケースを複数経験している。自宅内で落ち着いて過ごせていないケースもあり、親や同居者の心労は著しい。こういったケースに、初診時から、本人のみや家族と本人のみでオンライン診療が可能となると、患者とその家族が得られる恩恵はとても大きいと考えられる。初診から、対面及びオンライン診療をどちらも同等に選択できることが望ましい。初診時に、カルテに、オンライン診療の必要性についてきちんと記載し、不適切な使用につながらないような対策をとると良い。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。</p> <p>ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
40	<p>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とあるが、任意団体の関連学会の認定専門医（精神科専門医など）は不相当であり、精神保健指定医と公認心理師の両方の資格を所持していることが必須である。</p>	<p>オンライン診療においては、対面診療に比べて得られる情報が限定されることを踏まえると、オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例えば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。</p>
41	<p>患者が治療を自己決定する権利を担保でき、それが主体的に治療を受ける責任となり、非自発的入院を減らす効果があると考えため、オンライン診療を初診から使えるようにすべきである。</p>	<p>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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待されるとしております。</p>

42	<p>制度運用にあたっては、地域の精神科医療を実際に支えている医療機関の多様な実態を適切に評価する視点が不可欠であり、精神科医療においては、精神科救急への参画の有無のみで医療機関の貢献度を測るのではなく、時間外診療や継続的な外来対応など、日常的な地域支援機能を果たしている医療機関が正当に評価される制度設計が求められる。</p> <p>診療報酬制度において、精神科救急当番への参加や救急医療体制への参画が重視される一方で、時間外診療を継続的に実施している医療機関の評価が十分とは言えず、これらの医療機関が、精神科救急当番に参加していないことのみを理由に、通院精神療法等の算定において不利に扱われることは、地域医療の実態にそぐわないので、精神科救急当番への参加を絶対要件としないこと、時間外診療の実績を評価対象に含めること、地域の実情に応じた柔軟な算定要件を設定することを強く要望する。</p>	<p>ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
43	<ul style="list-style-type: none"> ・厚労省案では、オンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しいとしながら、精神保健福祉の現状等を踏まえ、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、一定の条件のもと、オンライン初診精神療法を活用し、継続した治療につなげると推進の立場から述べていることは、論理矛盾であるため止めてもらいたい。 ・厚労省は医療側からの会話以外の患者の状態の観察について強調しているが、当事者の立場としては、患者による医療側に対する観察権、選択権が保証されていることが精神医療においては不可欠であると考えため、初診において「未治療者、治療中断者、ひきこもり」などの場合に、行政が無理やり医療に引き込むことは、許されざる「強制医療」であり反対である。指針案では「本人同意」が留保されているものの、行政職員からの「同意」の強要がないとは言い難く、仮に本意からの「同意」があったとしても、患者の観察権・選択権が保証されない中で行われる「医療行為」は一方向的強制医療である。 	<p>本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>オンライン精神療法は、患者自身の希望がある場合に行うものとしており、本指針により、適切なオンライン精神療法の普及を推進してまいりたいと考えております。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者が医療を受けるかどうかを選択する権利を侵害し、医師を観察して選ぶ権利を侵害し、そのことによって医療における信頼関係の成立を妨げ、相互的な治療関係の成立を妨げた結果、必然的にも一方的な強制医療をもたらしかねない「初診におけるオンライン診療」には強く反対する。 	
44	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン初診精神療法について、仮に精神障害者の同意を求めることを前提としても、行政や保健所などの精神障害者自宅等への侵入は、侵襲的であり、真実の同意を確保できるかどうかも疑わしく、そもそも、このように精神障害者を医療に繋げる必要があるのか、精神障害者らの福利に資するかどうかも疑わしいため、過度の医療化・管理化を招来しかねない施策には反対である。 ・仮にオンライン診療に地域性の限定を設けないとすれば、全国規模の宣伝の巧みな大手業者だけが診療を独占することも考えられ、地域を中心とした精神障害者施策に背馳する。 ・本件は「診察とは何か」という重大な法解釈を含む、法律事項であるため、民主的正当性のない行政手続きによって既成事実化していく有り様は、法の支配、立憲主義の理念に背馳する。本件のような問題は、代表性を欠く一部当事者だけでなく広く全国のステークホルダーらの意見を徴求しながら政策決定すべき事柄である。 	<p>本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p>
45	<ul style="list-style-type: none"> ・初診オンライン診療を希望する場合を想定すると、「不調なのはメンタルではないか？ 一度オンライン診療か。自分の知らない所で何か得体のしれない動きがあって、突然保健師など行政がやって来て、私が「なんだ。どういう事だ。」と思っている間にオンライン状態にされて、見ず知らずの医師にその様子も含めて「診察」される可能性も想像している。 ・これでは症状は悪化するだけで、医師への信頼は第一歩で挫かれる。保健師など行政への信頼も持てない。その後に自主的に精神科への診察を望んでも、その時に行政や医療機関と良好な関係が築かれる事は無いと思う。 	<p>本指針においては、「オンライン精神療法は、オンライン診療と同様に、患者からの求めに応じて実施される必要があり、医師—患者間の相互の信頼関係を構築した上で実施されるべきものであることに十分留意すること」を遵守すべき事項とするなど、患者の希望を前提としています。また、初診であるかどうかにかかわらず、オンライン診療については、「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</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・初診時に行政が立ち会う事が条件となれば、行政とクリニックの予約が合うタイミングと、対面診察でクリニックの予約を待つのと、どちらが迅速かは明確に比べられるとは思えず、オンライン診療の方が早く診てもらえる、とは言えないと思う。 ・向精神薬は闇売買されているとも聞いており、オンライン診療で安易に入手する方法を編み出しそうで怖い。 ・厚労省が提示するオンラインにする利点について、説得力が欠けている。 	<p>ことができる体制を整えていること」などを求めています。その上で、本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>ご意見については今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
46	<p>精神科医療の現状として初診予約を取ることが大変困難な状況である。初診が二ヶ月待ちと言われ、スケジュールが合わず受診を諦めた結果、症状が悪化した。発症時にすぐに適切な医療を受けることができない状況は危険であり、医療機関の混雑を避ける為、又忙しい中でも適切な医療を受けられる様に、初診でのオンライン受診も柔軟に緩和していただきたい。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。</p> <p>なお、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会では、オンライン診療においても、診察時間は要するため、初診の予約が困難な医療機関はオンライン診療においても状況は変わらないというご意見もありましたが、ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
47	<p>現在、医師として情報通信機器を用いたオンライン診療の実践・展開にも携わり、地方病院での診療経験も有する立場から以下のとおり意見を述べる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器を用いた精神療法は、現在の社会状況および精神科医療の現場において必要性の高い医療提供手段であると考える。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す</p>

- ・精神科領域においては、初診の予約が取りづらい状況が都市部・地方を問わず恒常化しており、精神科受診そのものに対する心理的抵抗感は依然として強く、特に地方では「精神科に通院しているところを周囲に見られること」への懸念から、受診を控える患者も少なくない。実際に、対面診療には踏み切れなかったものの、オンライン診療であれば初めて受診できたという患者を複数経験している。
- ・精神科疾患の特性上、早期の医療介入が必要な患者ほど外出が困難であるという現実があり、抑うつ、不安、強迫症状、恐怖症状、引きこもり状態などにより、医療機関への通院そのものが高ハードルとなる例は少なくない。周産期のメンタルヘルスにおいても、身体的・社会的制約から医療アクセスが制限されやすく、オンライン精神療法の社会的意義は極めて大きいと感じている。
- ・オンライン診療における向精神薬の取り扱いについては、多剤併用や不適切処方への懸念から慎重な制度設計がなされているものと理解しているが、臨床現場で実際に問題となるケースを振り返ると、オンライン診療そのものが原因となっている例よりも、精神科専門医以外の他科医師による処方重なった結果として生じているケースの方が多という印象を持っている。むしろ、精神科専門医が責任をもって診断・治療を行える体制を確保することの方が、医療安全の観点からも重要であると考える。
- ・初診時から情報通信機器を用いた精神療法を一律に制限するのではなく、オンライン精神療法の適否を施設要件によって画一的に判断するのではなく、実施する医師の専門性および臨床経験に基づいて判断する枠組みが望ましいと考える。
- ・具体的には、精神科専門医であること、あるいは精神科専門医および精神保健指定医の双方の資格を有するなど、一定以上の臨床経験と適切な判断能力を担保できる医師が実施することを要件とした上で、初診時から保険診療として認める制度設計が、現実的かつ患者本位であると考える。

科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。

その上で、本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。

また、オンライン精神療法を実施する精神科の医師については、専門的な知見を有することは前提としつつ、より精緻かつ厳密に、重大な精神症状の悪化等を判断できる資質が必要であることから、少なくとも精神科における診療の一定の経験や資質を有することが必要として、例えば精神保健福祉法に規定される精神保健指定医を例示しています。

ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。

	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科診療においては、診療の質および安全性は、施設の形式的な基準よりも、個々の医師の専門性と臨床判断に大きく依存する側面が強く、情報通信機器を用いた精神療法においても同様の考え方が妥当であると考える。 ・本指針（案）が、精神科医療へのアクセス向上と医療の質・安全性の確保を両立するものとなるよう、初診時からのオンライン精神療法の保険診療適用について、前向きな検討がなされることを期待する。 	
48	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン精神療法の初診の条件について、「オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師」であることを求めているが、中医協の個別事項について（その13）（2025年12月5日開催）で提示された資料にも記載の通り、オンライン再診精神療法の算定回数は多くて1500件／月であり、決して多くない。届出医療機関数も診療所・病院あわせて151件である（2025年11月時点）。これを条件とすると、知識・技能的としてはオンライン精神療法を実施可能な医師が参入できないこととなる。本条件については緩和し、適切な知識・技能の習得について研修等を行うことで認めることが望ましいと考える。 ・「行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又は引きこもりの者等」が対象とされ、「診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築」されていることが求められている。実際に初診待機で問題になっている患者の多くは、行政が対応を行っていない方となるため、保健所に行政との連携の必要の無い軽症者も含めて患者や家族が相談をすることや、医療機関がそれぞれ行政との連携体制を構築し始めることによって、より行政の業務がひっ迫することに繋がると考えられる。事後に必要なに応じて行政と連携することを求めることが望ましいと考える。 ・診察時の保健師等の同席について、医師の診察時間と患者の受診可能な時間にあわせて、行政機関の保健師や訪問看護師との時間調整を行った場合、調整コストは増大するものと考えられる。また、ひきこもり患者は初診でのオンライ 	<p>オンライン初診精神療法については、当該診察を行う医師が初めてオンライン初診精神療法を行う場合にはオンライン精神療法の技能を十分に理解していない可能性があることに加えて、その後、継続した診療を行う観点からもオンライン再診精神療法で必要となる技能を十分に有していることが当然必要となることから、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提とする必要があることとしております。</p> <p>また、本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>なお、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会では、オンライン診療においても、診察時間は要するため、初診の予約が困難な医療機関はオンライン診療においても状況は変わらないというご意見もありましたが、ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

<p>ン精神療法が最も求められているが、対人緊張が強い患者に他者が同席することを求めることはハードルが高く、早期介入の機会を失わせることに繋がる。</p> <ul style="list-style-type: none">・すでに厚生労働科学研究「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」の中間報告では実際にひきこもり患者に初診からD to Pでオンライン精神療法を行うことで医療につなげることができたという事例、米国精神医学会と米国遠隔医療協会が協力して遠隔精神医療におけるベストプラクティスに関するリソース文書（Resource Document on Best Practices in Synchronous Videoconferencing-Based Telemental Health）を公表し、実際に行うことができることを示している。保健師等の同席は「必須」ではなく「推奨」として、患者の状況に応じて柔軟に運用できるようにすることが望ましいと考える。・オンライン診療は医療的な資源の少ないへき地等でも活用を想定している診療形態のため、「速やかに」医師自らが診療を行うことができる体制をつくることを前提とすることは、本来の趣旨から外れるものと考え。対面の診療が必要になった場合は、当該医師が地域の医療機関に連絡を行うとともに、診療情報提供書をしっかりと発行できる体制を持つことを求めることが望ましいと考える。なお、離島等、医療機関が現地にない場合には別途医療機関との事前調整を必要とすることは重要であると考え。・オンラインでの初診からの精神療法と対面での精神療法を臨床的に比較するのは、検査等の実施手段等を考えても難しいことは明らかであると考えられるため、厚生労働科学研究においても、「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」等、事例を蓄積することでオンラインでの初診での精神療法が可能なケースについて収集、分析しているものと理解している。	
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・このように厚生労働省自身が厚生労働科学研究において有用なケースを収集するという形で研究を行っていること、実際に診療報酬の算定対象外としてオンラインでの精神療法を実施しているケースが多くあるにも関わらず、臨床における科学的知見が作れないということをもって、対象としないという判断は誤りがあると考える。 ・本年の医療法改正でも、参議院厚生労働委員会の附帯決議で「患者の受療機会の確保と精神療法の充実の観点から、患者の安全性を踏まえ、厚生労働科学研究等により蓄積された実施例、並びにこれまでの検討過程における様々な議論を踏まえつつオンライン精神療法の初診の在り方を検討すること。」とされており、すでに蓄積されている実施例をもとに検討を行っていただくことを求める。 	
49	<ul style="list-style-type: none"> ・指針の基本的考え方に「対面とオンラインを対立的に捉えるのではなく、患者の状態・希望・生活状況に応じて最適な組合せとして活用し、医療アクセスと医療の質の向上に資する手段として積極的に評価する」旨を明示的に追記することを求める。 ・現状のままだと「診断学上の難しさ＝オンライン治療不可」という読み方を誘発しやすく、オンラインで実施可能な範囲や段階的運用を制度設計しにくくなるため、初診に関する記述を、初診時の評価（診察）に関する留意点（情報の限界、鑑別・検査導線、観察可能性、リスク評価、対面切替）と、初診時の精神療法（治療）に関する留意点（治療計画に基づく継続介入、説明同意、関係性形成、治療導入、フォロー）に分けて記述するよう修正することを求める。 「初診精神療法」という用語を用いる場合にも、「本段落は初診時評価（診察）の留意点を含む」等の注記を置いて整理することが適切である。 ・行政アウトリーチ連携モデルを有効な実装例としつつも、それだけを例外として示すのではなく、通院困難な人がオンライン初診精神療法を利用できる必要な安全条件として、オンライン再診精神療法に十分な経験を有する医師が担当 	<p>精神疾患に対する診療は、身体疾患に対する診療と比較して、生活歴や服薬歴、社会的状況等をより一層丁寧に聴取しつつ、経時的・連続的な精神症状の変化等を観察しながら診断・治療を行うものであり、精神療法は、このような診療の特性を踏まえつつ実施される治療方法であることや、診察と治療が一連に行われるものであり、患者自身の希望を踏まえつつ、患者の状態によっては対面診療が推奨される場合があることも念頭に置く必要があることに加えて、オンライン診療指針において、オンライン診療について、「日頃より直接の対面診療を重ねるなど、医師－患者間で信頼関係を築いておく必要がある」とされていることも踏まえると、オンライン精神療法について、日常的に当該患者に対して対面診療を実施している医師が、継続的・計画的に診療を行いなが</p>

<p>し、事前情報収集・補完とリスク評価を行い、緊急時対応と検査導線を含む対面切替を診療計画に明示し、紹介先等を含む地域連携を確保し、プライバシー確保下で治療に必要なコミュニケーションが成立する場合等といった事項を具体的に明記することが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要件の機械的適用は受療機会の剥奪につながり得る一方、合理的配慮の例示を置けば安全とアクセスの両立がしやすく、結果として無理なオンライン実施の抑制にもつながるため、環境要件は、原則として常時オン・隔離空間を維持しつつ、居住環境や安全上の事情（同居、DV等）、障害特性・症状により困難な場合には、医療機関内別室の活用、支援者同席、画角調整、段階的導入等の代替策を明記し、必要な情報が得られない場合は対面へ切替える、という「原則＋合理的配慮（例外・代替）」の構造に修正することを求める。さらに「患者の求めに丁寧に応じる」「課題の解決に努める」という記述を、オンライン精神療法の章でも合理的配慮として明確に位置づけ、患者意向を踏まえた共同意思決定（SDM）的な運用を強調することを提案する。 ・オンライン特有の安全確保として、診察時の所在地確認方法、緊急連絡先と連絡同意の範囲、通信途絶時の手順（再接続、電話等代替、一定時間応答なしの場合の対応等）、対面切替・救急・入院導線（連携先の具体名と手順）を、診療計画の必須項目として明文化する修正を提案する。 ・原案は、地域包括ケアに沿った提供体制の構築や地域への貢献を求め、地域の捉え方は二次医療圏を基本としつつ弾力的に想定するとしているが、この「貢献」の意味を、地理的近接に限定せず、救急・入院・対面医療・行政支援等へ確実につなげる実効的連携（紹介手順、連絡体制、協定等）の確保を含む旨を明記することを求める。医師不足地域等でアクセス確保が課題となる場合には、連携が担保される限り地理条件のみで不当に制限しない運用も併記することが望ましい。 	<p>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が適切であると考えています。</p> <p>なお、記載の工夫についてはご意見として承ります。</p> <p>また、本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>その他のご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・原案は、チェックリストを活用し、患者が把握できるよう医療機関ホームページ等で結果を公表することが望ましいとしているが、「望ましい」を「原則として行う」方向へ強め、困難な場合は代替公表手段を示すよう整理することを求める。また、公表は平易な記載・アクセシブルな形式（読み上げ対応等）を推奨し、できればオンライン特有の項目（緊急時手順、対面切替、初診時評価と治療の区別）をチェック観点に含める旨も補足する修正が必要である。 	
50	<ul style="list-style-type: none"> ・「なお、本指針は、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、厚生労働科学研究等により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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行う。」を、「…今後、厚生労働科学研究等により科学的知見の更なる収集を行い、検討過程における様々な議論やエビデンスを基に引き続き必要に応じて、…」と修正すること。 ・「臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」から「オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、」を削除すること。「オンライン初診精神療法」を「オンライン再診精神療法」と同様に用いることが難しいと断定できるだけのエビデンスは存在しない。 	<p>オンライン精神療法の適正な実施のためには、エビデンスを基に引き続き安全性・有用性・必要性の検討が必要と考えています。今後も、患者の安全性を踏まえ、これまでの検討過程における様々な議論を踏まえつつ、オンライン初診精神療法の在り方を検討してまいります。</p> <p>また、精神科における情報通信機器を用いた診療に係る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ましたが、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ことから、オンライン初診精神療法はオンライン再診精神療法と同様に用いることは難しいとしております。</p>
51	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域における精神科医療の提供体制への貢献」が求められているが、二次医療圏等を前提としているため、「広域的な医療提供」が評価されず、むしろ制限される懸念がある。専門性の偏在を補う「広域的な医療アクセスの確保」も、地域医療への貢献として明確に位置づけるべき。 ・「対面診療が困難な場合（予約不可を含む）」を要件として明記し、初診からのオンライン診療をセーフティーネットとして認めるべき。 	<p>オンライン精神療法については、医療に対するアクセシビリティ（アクセスの容易性）を確保できるものと考えております。その上で、本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・「働きながら治療を受けられる環境」を整えるため、初診からオンライン診療を選択できる仕組みを認め、早期介入を可能にするべき。 ・育児・介護など物理的来院が困難な事情がある場合には、対面原則の例外としてオンライン完結型診療を認める明文規定を設けるべき。 <ul style="list-style-type: none"> ・施設職員（支援員・看護師）が同席し、医師とのコミュニケーションを補助できる場合には、初診からのオンライン精神療法を認めるべき。 	<p>状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。</p> <p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p>
52	<ul style="list-style-type: none"> ・「同席 (D to P with N)」を義務付けることは、最も支援が必要な層を切り捨てることになる。まずは医師と患者だけのオンライン診療 (D to P) で信頼関係を作り、慣れてから訪問支援につなげるなど、当事者の心理的安全性に配慮した柔軟なステップを認めてほしい。・「物理的に外部から隔離される空間」について、重要なのは「患者が安心して話せること」と「情報が漏れないこと」です。部屋の形状を問うのではなく、イヤホンの使用や周囲に人がいない状況など、患者が確保できる精一杯のプライバシー環境を認めてほしい。 ・未成年であっても、患者本人の秘密保持は守られるべき。家族との関わりを前提としすぎず、患者本人が希望すれば家族に知られずに受診できるルートや運用を確保・明記してほしい。 ・「医師本人による対面」にこだわらず、緊急時は地元の救急病院や連携医が対応するという役割分担ができれば、遠隔地の専門医にかかれるようにしてほしい。 	<p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。いただいたご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
53	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン初診精神療法を「オンライン再診の十分な経験がある医師」に限定しているが、この要件は、新規開業医や若手医師の参入を構造的に阻害し、すでに深刻化している初診待機問題をさらに悪化させる。過去の「経験」ではなく、オンライン診療に必要な知識・技能を習得する「研修」を要件とすべき。 ・行政の保健師や訪問看護師は慢性的な人員不足であり、医師の診察時間に合わせて同席することは実務上ほぼ不可能である。また、対人緊張の強い患者にと 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン</p>

<p>って「他者の同席」は受診そのもののハードルになる。保健師等の同席は「必須」ではなく「推奨」とし、家族がサポートできる場合、リスク評価のうえで患者単独で安全に受診できる場合など、柔軟な運用を認めるべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・醜形恐怖、対人恐怖、ASDなどの患者は「顔を見られること」自体が強い苦痛になる。「原則は映像、ただし病状・通信環境に応じて音声のみも可」とする柔軟な規定に改めるべき。 ・「物理的に隔離された空間」要件は、受診場所を過度に制限する。重要なのは「秘密保持」であり、車内、個室ブース、自宅の静かなスペースなど、「第三者に会話が漏れない環境」であれば許容されるよう、要件を緩和すべき。 ・依存症患者への「即時対面切り替え」は治療中断を招くため、対面の必要性を丁寧に説明し移行を促す、オンラインで頻回にフォローしながらリスク管理するなど、治療関係を維持できる柔軟な運用を認めるべき。 ・オンライン診療のメリットを正當に評価し、「非言語情報の不足」を過度に強調せず、「利点」も併記し、バランスの取れた記述に改めるべき。 ・地方のプライマリ・ケア医が、かかりつけ患者の精神面をオンラインでフォローすることを認めるよう、対象医師の要件を見直すべき。 ・遠隔地の「入院・合併症対応」を事前に確保することは現実的でない。個別の事前連携ではなく、緊急時に自治体・救急隊へ情報提供できる体制、紹介状を即時発行できる体制を整えていれば「体制確保」とみなすべき。 ・「医師本人が対面対応できること」を原則とすると、僻地の患者の医師選択権が奪われる。日常的な精神療法や薬物調整は、遠隔地の医師が担当できるようにし、緊急時のみ地元病院が対応する仕組みを認めるべき。 ・非常勤医師やフリーランス医師に、休日対応体制や地域連携の構築まで求めるのは不合理である。医学的判断は医師の責任、体制整備は医療機関の責任と明確に区別する記述に改めるべき。 	<p>再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。</p> <p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p> <p>また、ご提案の受診場所、対面診療の運用、オンライン診療のメリット、医師の要件、体制等に関するご意見について、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
---	---

54	<p>精神障害者の中には、初診でいきなり強制的に入院されて本人の同意なく入れられる。人権もないようなもので通信機器を利用して問診できれば、当事者の安全を担保されながら安心して診察が受けられる。</p>	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
55	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方に住み精神科医療を長年受けている者として意見する。 ・ 初診の条件を限定することについて、地方で初診の予約が取りづらい状況は深刻である。オンラインでの初診が広く開かれることがこのような状況を改善し、患者の大きなメリットとなることを考慮いただきたい。 ・ 「診察時に患者の側に保健師等がいる状況」が患者が安全感をもって診察を受けられる環境とは限らない。患者個人が望む環境で医療を受けられることが重要である。そのため、保健師等の付き添いを原則とする表記は望まない。 ・ 「カメラ及びマイク機能は常時オン」を原則とすることには懸念を表す。発達障害特性などのため、診察に限らず、オンラインでの他者とのやり取りの際に無意識のうちに画面に集中し、体が緊張し、そのために疲労が強く表れる人は多くいる。本来の目的にかなうよう、カメラやマイクの機能を常時オンとすることを原則と規定しないでいただきたいと考える。 ・ 地方在住者にとって、通院は地方から地方への移動であり、病院での待ち時間なども含めると丸一日かかるという人は多い。対面診療の補助でなく、オンラインでの診療も対面診療と同様に一般化することが、患者の利益となる。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。</p> <p>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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p> <p>また、本指針では、「患者の自宅や家族に関する機微な情報が治療の中で出てくる場合もあるため、オンライン精神療法においてもプライバシーを確保できる環境の確保に努める必要がある」ことから、「医師側、患者側共に情報通信機器のカメラ及びマイク機能は常時オン」、「外部から隔離された空間」を遵守すべき事項と</p>

		<p>していますが、いただいたご意見については今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
56	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指針案を支持するが、情報通信機器を用いた精神療法で、重症者のハードルを考慮し、代替手段を強化すべき。症状の重さによってはビデオ通話が極めて難しく、「相談できる状態＝軽症」という前提が成り立たないケースが多い（重度うつや急性期統合失調症など）。 ・ オンライン中心になると、ネット環境ない高齢者・低所得層のアクセス格差が拡大する。指針で初診対面原則と緊急対応体制は評価するが、電話相談や訪問療法の選択肢を明記し、重症者向け対面優先を義務化すべき。 	<p>ご意見として承ります。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・必要性の検討を行い、今後も必要に応じて見直しを行ってまいります。</p>
57	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会においては、オンライン精神療法の実施経験がない、又は極めて限定的な構成員・参考人の意見が、議論の前提となっているように見受けられた。今後は、オンライン精神療法を一定数実施している医師や、臨床データを扱う研究者など、実務と検証の双方に通じた参考人や構成員を複数確保し、質疑応答を通じて論点が深まる運営へと改善することを求める。 ・ 当事者団体から指摘のあった、厚生労働省提示資料（初診から診断書を発行する事例等）についても、特定の印象を与える構成とならないよう、事例提示の前提条件や位置づけを明確にした上で、公平性と再現性に十分配慮した整理を行うべき。 	<p>ご意見として承ります。なお、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会では、精神保健医療福祉の様々な関係者から幅広いご議論をいただいております。</p>
58	<ul style="list-style-type: none"> ・ オンライン精神療法の初診について、「臨床において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」との整理が示されているが、精神療法の初診に関し、実臨床の場において厳密な比較研究等を実施し、新たにいわゆる「臨床による科学的知見」を確立することは、倫理的・制度的制約から現実的に困難である。 	<p>診療技術については、特に患者の安全性等を確保する必要があることから、オンライン精神療法に限らず、科学的知見が確立したものを制度等に位置付けているところであり、科学的知見の集積は重要なものと考えております。</p> <p>また、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会では、離島において、安全性等を考慮しながらオン</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働科学研究等により多数の実施例を収集し、安全性・有効性や運用上の課題について整理が進められてきたことは、政策検討の基礎となる知見として一定の評価がなされるべき。 ・第219回国会において参議院厚生労働委員会で採択された「医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」では、患者の受療機会の確保と精神医療の充実の観点から、患者の安全性に配慮しつつ、オンライン精神療法の初診の在り方について検討することが求められている ・こうした厚生労働科学研究等により蓄積された実施例や、これまでの検討過程において十分に議論されなかった論点、ならびに附帯決議の趣旨を踏まえることなく、「科学的知見が明らかではない」と整理することは、これまで厚生労働省自身が進めてきた検討との整合性の観点からも課題がある。 	<p>ライン診療の実証研究を行い科学的知見の集積を行ったことなどの紹介がありました。</p> <p>今後も、患者の安全性を踏まえ、これまでの検討過程における様々な議論を踏まえつつ、オンライン初診精神療法の在り方を検討してまいります。</p>
59	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン精神療法の安全性・有効性を確保するために、実施する医師の質や十分な臨床経験、適切な設備・体制の整備が大前提である点には強く賛同する。一方で、医療の質の問題については、オンラインか対面かを問わず、質の低い診療を行う医療機関を適切に指導・監督・是正できる制度設計こそが本質的に重要であり、オンライン精神診療、特に初診を強く制限する理由として用いるべきではない。 ・通院への心理的・地理的・社会的障壁が高い現状において、オンライン精神診療・精神療法は、その突破口となり得る重要な手段であるはずである。特に、現在のひきこもり状態にある方々の中には、精神疾患を発症している可能性が高いケースも少なくない。しかしながら、オンライン精神療法の初診を、行政機関の関与や保健師等の同席を前提とする極めて限定的なケースに絞り、かつ高度な経験を有する医師にのみ許容する構成となっている。この枠組みでは、まさに現在救えていない潜在的ニーズに対して、実質的に何の解決策も提供できない。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。</p>

60	<p>マイナンバーカードと、医師のオンライン常駐でやりとりができれば、薬をのませてもらえる体制が作れないか。</p>	<p>今後の施策の参考とさせていただきます。なお、本指針においては、「精神科領域においては、向精神薬等が処方されることが多く、特にベンゾジアゼピン受容体作動薬においては長期もしくは高用量の使用により依存を生じると考えられており、向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方に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」としています。</p>
61	<p>本指針案において、オンライン精神療法の適切な実施に向けたルールの明確化や、対面診療との組み合わせを原則とする方向性が示されたことには、深く賛意を表す。しかしながら、現場の精神科医として、適切な診断と治療を行う責務の観点から、十分な安全管理体制がない中でのオンライン診療の安易な拡大に反対する。</p> <p>精神科診療では表情、声のトーン、微細な挙動、さらには診察室全体の空気感といった多面的な情報が診断の鍵となる。特に身体症状の確認（血液検査による甲状腺疾患の鑑別やうつ病と躁うつ病の鑑別に有用な光トポグラフィ検査）が困難であり、情報の欠落は誤診や重症化の見逃しに直結する。利便性が医療の質や安全性を上回ることにはあってはならず、対面診療を原則とすべき。</p>	<p>本指針では、オンライン初診精神療法について、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等による訪問指導の対応件数が増加傾向であることや行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が重要である等といった精神保健福祉の現状等を踏まえて検討しております。</p> <p>ご意見については今後の施策の参考とさせていただきます。</p>
62	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン初診精神療法については、ユーザーのアクセシビリティの観点から必要性はある。 ・利便性が高い方が良いのでフリーハンドでのオンライン初診精神療法を希望する。 	<p>本指針では、「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ことに加え、臨床においてオンライン初診精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見も明らかではない現状において、オンライン</p>

	・オンライン初診精神療法で受診する本人の意思決定(同席者の有無等)の尊重が大切である。	再診精神療法と同様に用いることは難しく、引き続きの科学的知見の集積が期待される。」としています。ご意見については、今後の施策の参考とさせていただきます。
63	本指針の策定のためのパブリック・コメントの期間が短く、関係者が内容を十分に検討し、意見を形成、提出することは難しいのではないか。	本パブリック・コメントは、任意の手続として実施しております。いただいたご意見を考慮いたしまして本指針を定めるとともに、今後の施策の参考とさせていただきます。

※上記のほか、2件の今回の意見募集に関係ない御意見をいただきました。