

**Invited Article****心身症の管理におけるオンライン診療の可能性と課題**

今井和樹（東京大学医学部）

**Abstract**

新型コロナウイルス感染症の流行により、オンライン診療のニーズが増大した。本邦でも 2020 年にオンライン診療における薬剤の処方が可能になり、オンライン診療で可能なことは増えている。糖尿病などの慢性期疾患の管理においてオンライン診療の報告は多く、有用であることが示されているが、心身症の管理においてはどうか論じる。

キーワード：オンライン診療、心身症、管理

The epidemic of the new coronavirus infection has increased the need for online medical services. In Japan, it will be possible to prescribe drugs online in 2020, and the number of things that can be done with online medical care is increasing. There have been many reports on the usefulness of online medical care in the management of chronic diseases such as diabetes, but what about the management of psychosomatic diseases? I will discuss the usefulness of online medical care in the management of psychosomatic diseases.

**Keywords:** online medical care, psychosomatic diseases, management**1. Intro****1-1 心身症の特徴と治療**

心療内科では心身症を取り扱う。心身症は身体疾患のうち発症や経過に心理社会的ストレスの影響で気質的な障害を伴った疾患群のことである<sup>1</sup>。具体的な疾患名としては、過敏性腸症候群、機能性ディスぺプシア、本態性高血圧、アトピー性皮膚炎、頭痛、疼痛性障害などが含まれる。摂食障害は精神疾患を合併することが多いことから精神疾患として対処されることもある。

治療としては、薬物療法として、身体疾患や症状に対する薬物に加えて、幅広い効果のある SSRI

や SNRI などの抗うつ薬や抗不安薬を活用する。慢性的に生活習慣が悪く生活習慣病と重なる部分もあるので、食事や運動、禁煙、節酒など生活習慣の是正を行う。心身症の悪化には心身の慢性的緊張が関わっているので、それを自律訓練法などの技法を通じて解消できるようにする。その他、症状や問題となる行動の背後にある不適切な行動パターンや思考パターンを健康的なものに変容する、認知行動療法を行う<sup>2</sup>。

**1-2 心身症の管理におけるオンライン診療の可能性**

コロナ渦において各国で戒厳令や緊急事態宣言

が発せられる中、2020年4月に日本ではオンライン診療による初診が解禁された<sup>3</sup>。医療機関での感染を恐れた受診自粛の防止や、医療従事者への感染リスクの抑制が重要視されたと考えられる。こうしてオンライン診療の認知度は向上し、普及しはじめていると考えられる。

心身症の中には入院加療が必要な場合も多く、そういった症例ではオンライン診療に切り替えることは難しいかもしれないが、症状が安定しており本人が希望する場合にはオンライン診療でも十分な医療の質を提供できるのではないかと考えた。Ghosh A et al.(2020)<sup>4</sup>の分析によると COVID-19 の流行しているインドにおける糖尿病の管理におい

てオンライン診療を用いた管理でHbA1cが改善したという結果が出ている。糖尿病は心療内科がコンサルタントすることも多いように本人の生活習慣や性格が関与する疾患であり、心身症と共通する側面がある。このようにだんだんと認知され活用が進むオンライン診療であるが、本稿では心身症のオンライン診療のメリットとデメリットを考えながら有用性について考察していこうと考える。

## 2. Discussion

オンライン診療における心身症のメリットとデメリットを表にまとめた。

表：オンライン診療における心身症のメリットとデメリット

メリット	デメリット
通院の負担の軽減 院内感染のリスクがない 継続的なフォロー、簡易的な心理的検査などは可能である 服薬アドヒアランスの向上 医療従事者の負担の軽減	検査・処置に限界があり初診や急変時には対応が難しい 歴史が浅く、制度やエビデンスが確立されていないことも多く、医療の質が担保されない

### 2-1 通常の診療との比較—メリットとして考えられること

#### (1) 患者の負担の軽減

まず1つ目の患者のメリットとしては通院の負担の軽減が挙げられる。通院自体が負担になると考える患者も多いだろう。オンライン診療でも十分な問診は可能であり、病態が安定している患者における便利さは大きいだろう。また、近くに医療機関がない場合や遠い場所に引っ越したが引っ越し前のかかりつけの先生に継続して受診したい場合などにも有用だろう。また、心身症に限らず

患者は他の患者の目線を気にすることが多く、通院していることを他の人に知られたくないという人も多いが、オンライン診療ではその心配がない。Linden M et al. (2018)<sup>5</sup>によると羞恥心と精神症状は関連しているという。羞恥心を感じる患者の場合であればオンライン診療のメリットは大きいだろう。また、コロナ渦で COVID-19 に罹患することが心配という場合でもオンライン診療であれば接触のリスクがなく安心である。

#### (2) 医療機関側にとってのメリット

オンライン診療では受診する場所が自宅であり、より普段に近い姿で診察を行うことができると考えられる。問診が非常に重要な心身症において患者によりリラックスしてもらうことは重要だろう。その他、仮面高血圧のような症状は起きづらいだろう。そして服薬アドヒアランスの向上が見込まれることが挙げられるだろう。通院する場合には服薬は患者自身に完全に任せる形になってしまうが、オンライン診療では自宅での生活の一部に干渉することになり、通院する際よりもチェックはしやすく、服薬アドヒアランスは向上すると考えられる。そして継続したフォローをしやすいことが挙げられる。患者側、医師側共に負担が少ないため、通院が必要な患者が外来に来なくなってしまうことを避けられる。

### (3) オンライン診療をうまく取り入れることで医療資源の活用が進む

オンライン診療を活用することで限りある医療資源の活用ができるだろう。オンライン診療の方が患者、医療者の負担は少ないので、オンラインで対応可能な患者はオンラインで、来院が必要な患者は来院とすることで、医療者の負担を軽減することができるだろう。また、医療者は首都圏に集中しており、地方の患者が十分な医療を受けることができないという医療倫理的な問題も解決することが期待される。

## 2-2 通常の診療との比較—デメリットとして考えられること

### (1) 検査、処置の限界

まず、機械や採血の必要な検査はできない。例えば血液検査、尿検査、レントゲンなどである。心電図はホルター心電図で可能なものの全員の可能

な検査ではないし、新版 TEG(東大式エコグラム)、CMI (Cornell Medical Index)、POMS (profile of mood states)、EAT-26 (摂食障害スクリーニングテスト)といった心理的検査はオンラインでも画面共有などを活用することで可能であろう。

### (2) 医療の質の担保ができない

現時点ではオンライン診療には定まったものがなく、患者としては不安は大きいだろう。また患者としては十分なコミュニケーションを取れていないと考える可能性もある。対面することによる非言語的コミュニケーションはオンライン診療では補完仕切れない可能性がある。まだオンライン診療の歴史が浅く枠組みが固まっていないことが挙げられる。

### (3) 急性期の対応は基本的にできないこと

検査や処置は基本的にはできないことから、急性期の疾患に対してはオンライン診療での対応はできない。オンラインで診察をして来院する必要があると判断された場合にはオンライン診療と来院するという2度手間になってしまう可能性がある。

## 2-3 心身症におけるオンライン診療の可能性

### (1) 心身症の継続的なフォローについて

心身症の継続的なフォローにおいてオンライン診療は有用であると考えられる。心身症の治療は1-1節で挙げたように①薬物療法、②生活習慣の是正、③リラクゼーション法、④認知行動療法の4つが中心となってくる。①の薬物療法に関しては初診時に医師が必要と判断した薬物をオンライン診療でしっかりと問診と服薬アドヒアランスのチェックをした後処方すれば問題はないと考えられる。ただし現状では向精神薬の処方ではオンライン診療

では不可能である<sup>6</sup>。これは向精神薬の処方において本人からの病歴聴取に加えて家族など第三者からの情報収集が重要で、体面による言語・非言語的なコミュニケーションによる治療が主義の基本となっていること、PC・スマホ越しの画面では患者の適切な状態の把握が困難であるという考えによる。この点では私も同意見で、現状の法整備の行き渡っていない状況かつモバイルデバイスの普及に格差があることを考えると、オンライン診療において向精神薬を処方するという事は判断する医師に責任が重くなってしまいうため難しいだろう。②の生活習慣の是正は、私は外来通院よりもオンライン診療の方が有用なのではないかと考える。Schulze LN et al. (2019)<sup>7</sup>、Saadia A Basit et al.(2019)<sup>8</sup>によると重度の精神疾患の患者に対して、電話とテキストメッセージなどの遠隔医療を用いることで服薬アドヒアランスが改善するという報告があった。これはオンライン診療を組み合わせることで服薬アドヒアランスの改善が見込まれることを示唆する。服薬アドヒアランスが改善することは生活習慣の改善の指導も改善が見込まれるだろう。③については Devineni T et al. (2004)<sup>9</sup>によるとインターネットを介した自律訓練法によって頭痛が経過観察群と比べて約40%の人に改善が見られたという研究があった。これに関しては古い研究であることと対照群が通常ケアではなく経過観察群であるという点においてまだ研究が必要であるが、オンラインにおける自律訓練法を中心としたリラクゼーション法の有用性を示唆している。④については Cheng P et al. (2019)<sup>10</sup>によると、うつ病の前駆症状として多い、不眠症に対してオンライン認知行動療法を行うことでうつ病の発症を抑制できたことが示された。オンライン診療でも認知行動療法は可能である可能性が高

い。以上より薬物療法は現時点では向精神薬の処方が必要な場合を除いて、オンライン診療で十分な加療を行うことが可能なのではないだろうか。

上記のような治療も重要だが、心身症において最も重要なのが問診である。問診で原因を突き止めること、そしてしっかりとストレスの原因を聞いてあげること自体が治療になる可能性もあるのである。オンラインで問診を行う際に難しいのが [1] 非言語的コミュニケーションをとることが難しいこと [2] 現状の技術では身体所見などをとることが難しく、症状の経過の評価はどうしても対面の診療に劣ること、が挙げられるだろう。[1] については、例えばオンライン診療では視線が合うことはない。Kendon et al.(1967, 1969)<sup>11 12</sup>によると視線の役割としては認知機能、フィードバック機能、調整機能、表現機能の4つが挙げられている。これらが欠如することでスムーズな会話を行うことが難しくなり、医師からの説明や質問が十分に患者に理解されない可能性が高くなるだろう。[2] では、例えばアトピー性皮膚炎の評価として皮膚所見を見ること、甲状腺の腫大を触診によって評価すること、神経所見をとることなどが難しい。継続的なフォローをするにあたってこれらの初見を取ることの重要性が低いと考えられる、過敏性腸症候群、機能性ディスぺプシア、本態性高血圧、疼痛性障害などに対しては症状が安定している場合のフォローが可能だろう。ただし、新しい症状が出現した場合や痛みが前回よりも強くなってきた場合などの際には対面による問診と検査が必要であり、すぐに患者を来院させる旨が患者に伝わっている必要がある。患者の主観的な判断では来院が遅れ、命につながる重篤な病態になる可能性があるため、オンライン診療においては症状の増悪が見られた際に対面の診療に切り替える基準が



必要であろう。

## (2) オンライン診療によって初診・急変時の対応は可能か

オンライン診療による初診や急変時の対応は難しいだろう。初診や急変時には、酸素投与、静脈ルート確保などの初期対応の処置や、重篤な疾患を除外するために検査が必要なのである。前項でも述べたが、オンライン診療において来院が必要となると2度手間となってしまい、結果として医療者の負担が大きくなってしまう。検査に関しては現時点での技術ではオンラインで行うことは難しいだろう。家庭で可能なのは心電図や血圧測定でそれ以上の検査はどうしても医療機関を受診して行う必要があるからだ。Patel S et al.(2018)<sup>13</sup>によるとスマートフォンによる精神疾患へのデジタルアプローチは、精神疾患の経過を追うことを可能にし、早期診断を可能にする可能性があるという。臨床データの悪用や管理の問題などはあるものの、精神状態の管理におけるデジタルデバイスの有用性が示唆された。これは心身症の診断にも用いることができるだろう。また、急変時にもデジタルデバイスを装着していることで経過を追うことが可能である点が有用だと考える。Reinhardt I et al.(2019)<sup>14</sup>によると緊急時のオンラインによる精神疾患の治療は頻繁に利用されており、待機時間や費用対効果の向上、医療従事者の負担軽減、緊急時に患者が医療を受けることができる可能性を秘めているとしている。ただし個人や組織の技術の問題が導入の障壁になっているという。

### 3. まとめ

このように確かにデメリットも大きいことは確かであるが、十分なメリットも考えられるのがオン

ライン診療の魅力である。特に地方での医師・医療資源不足は深刻で、自宅から病院までが遠いという患者も多く存在する。特に地方では高齢化が進んでおりADLの低下している患者も多いと考えられる。そういった患者にとって自宅からすぐに医療にアクセスできることの利点は大きいのではないだろうか。確かに現状まだオンライン診療には多くの欠点が存在し、対面での診察が必要なことの方が多いは確かだが、これからのテクノロジーの進化を考えるとより多くの症例がオンラインでの診察が可能になってくると考えられる。そういった際に我々はこれまでの医療に固執することなくオンラインでの医療を受け入れるよう適応していく必要があるのではないだろうか。

### 文献

1. NCNP 病院 国立精神・神経医療研究センター 心身症, 2021/10/15, <https://www.ncnp.go.jp/hospital/patient/disease12.html>
2. 東大病院 心療内科 HP—心療内科, 2021/10/15, <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/shinryounaika/>
3. 厚生労働省 HP—オンライン診療に関するホームページ, 2021/10/15, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/rinsyo/index\\_00010.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html)
4. Ghosh A, Gupta R, Misra A. Telemedicine for diabetes care in India during COVID19 pandemic and national lockdown period: Guidelines for physicians. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4): 273-276. doi:10.1016/j.dsx.2020.04.001

5. Linden M, Rotter M. Spectrum of embitterment manifestations. *Psychol Trauma*. 2018;10(1):1-6. doi:10.1037/tra0000307
6. 厚生労働省 HP—新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の 時限的・特例的な取扱いに関する Q&A について,2020/10/15,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000706167.pdf>
7. Schulze LN, Stentzel U, Leipert J, et al. Improving Medication Adherence With Telemedicine for Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2019;70(3): 225-228. doi:10.1176/appi.ps.201800286
8. Basit SA, Mathews N, Kunik ME. Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;62:28-36. doi:10.1016/j.genhosppsy.2019.11.004
9. Devineni T, Blanchard EB. A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behav Res Ther*. 2005;43(3): 277-292. doi:10.1016/j.brat.2004.01.008
10. Cheng P, Kalmbach DA, Tallent G, Joseph CL, Espie CA, Drake CL. Depression prevention via digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep*. 2019; 42(10):zsz150. doi:10.1093/sleep/zsz150
11. Kendon A. Some functions of gaze-direction in social interaction. *Acta Psychol (Amst)*. 1967;26(1):22-63. doi: 10.1016/0001-6918(67)90005-4.
12. Kendon A, Cook M. The consistency of gaze patterns in social interaction. *Br J Psychol*. 1969 Nov;60(4):481-94. doi: 10.1111/j.2044-8295.1969.tb01222.x.
13. Patel S, Saunders KE. Apps and wearables in the monitoring of mental health disorders. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2018;79(12):672-675. doi:10.12968/hmed.2018.79.12.672
14. Reinhardt I, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J. Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):63. doi:10.1007/s11920-019-1054-8