VI. 内科系 20 領域における診療報酬上の課題

16. 心身医学関連小委員会

石川 俊男

要 旨

心身医療・心療内科が置かれた診療報酬上の問題は、心療内科の独自性の問題でもあり、その診療報酬の少なさは独自性、独立性を著しく損ねているのが現状である。非常に国民のニーズの高い全人的医療を専門的に実践している心身医療がその専門性を認められ、医療経済的にも独立していくことが希求の課題である。実際には、心身医学療法料の適正な増額や社会的な問題でもある摂食障害の重症例の医療費を診療報酬に反映させることを目指している。

〔日内会誌 103 : 3062~3066, 2014〕

Key words 心身医療, 全人的医療, 摂食障害

1. 心療内科医の現状

日本心身医学会が発足して 50 有余年が経過しているが、1990 年に心療内科が標榜科として認められた。そのときに初めて心身医学療法料(外来, 入院)が設定された。しかし、あまりの点数の低さに心療内科医が医療経済的にも自立した診療ができる体制とはとても言えない状況であった。その後、改定などが行われ、現在では 2010 年改定による表 1 のごとくで相変わらずの低医療費になっている。患者のニーズは高いにも関わらず、このままでは心療内科は独立した診療科としての地位が確立できないとの危機感が常に付きまとう。実際に、心療内科を標榜す

る医療機関は多くはなく、病院臨床ではその算定医療費の低さから標榜を敬遠されたりしているところが少なくない。大学病院で心療内科を標榜し、医学部に講座のある大学は非常に限られており(現在は東北大学、東京大学、東邦大学、関西医大、近畿大学、九州大学、鹿児島大学の 7 大学)、国立大学の独立行政法人化に伴い、今後もできる可能性が低い状況が続いている。そこで、内科系学会社会保険連合(内保連)に所属している心身医学関連 4 学会(日本心身医学会、日本女性心身医学会、日本小児心身医学会、日本心療内科学会)が協力して「心身医学関連小委員会」を 2006 年に発足させ、医療保険に心身医療を適切に反映するべく活動を始めている。

国立国際医療研究センター国府台病院心療内科

Technical Evaluation of Medical Practice—Conversion from Things to Skill and Art. Topics : IV. Issues on Fee for Medical Services in 20 Internal Medicine Fields ; 16. Psychosomatic Medicine Committee.

Toshio Ishikawa : Department of Psychosomatic Medicine, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, Japan.

表 1. 心身医学療法の診療報酬

1004 心身医学療法（1 回につき）		3 入院中の患者については、入院の日から起算して 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、入院の日から起算して 4 週間を超える期間に行われる場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。
1 入院中の患者	150 点	4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、初診日から起算して 4 週間を超える期間に行われる場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。
2 入院中の患者以外		5 20 歳未満に患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を加算する。
イ 初診時	110 点	
ロ 再診時	80 点	
注 1 精神科を標榜する保健医療機関以外の保健医療機関においても算定できるものとする。		
2 区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が 30 分を超えたときに限り算定する。		

→心身医学療法

- (1) 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。
- (2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。
- (3) 心身医学療法は、初診時（A 000 初診料の「注 2」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ）には診療時間 30 分を超えた場合に限り算定できる。この場合においては診療時間とは、医

師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

- (4) 心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。

(例)「胃潰瘍 (心身症)」

- (5) 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。
- (6) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (7) 1001 入院精神療法、1002 通院・在宅精神療法又は 1003 標準型精神分析療法を算定している患者について心身医学療法は算定できない。(平 22 保医発 0305-1)

表 2. 摂食障害入院医療管理加算

A 231-4 摂食障害入院医療管理加算（1 日につき）(摂障)		又は第 3 節の特定入院医療のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る〕であって別に厚生労働大臣が定めるもの〔※告示第 8・26 の 4 (2)、p.99〕に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して 60 日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。
1 30 日以内	200 点	
2 31 日以上 60 日以内	100 点	
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準〔※告示第 8・26 の 4 (1)、p.752〕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健医療機関に入院している患者〔第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く）		

→摂食障害入院医療管理加算

- (1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。

- (2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI (Body Mass Index) が 15 未満であるものをいう。

(平 22 保医発 0305-1)

この間、これまでに心療内科臨床で使える医療加算としては、上記した心身医学療法料以外に、小児特定疾患カウンセリング料、標準型精神分析療法、摂食障害入院医療管理加算（表 2）

や認知療法・認知行動療法料などがあるが¹⁾、それぞれに個性が強く、心療内科全般をフォローすることにはなっていない。よって、相変わらず窓際的な状況に置かれており、病院診療の中

トピックス

表 3. 摂食障害外来診療料に関する医療技術評価提案書（概要版）

整理番号	254101
申請技術名	摂食障害外来診療料
申請団体名	日本心身医学会
技術の概要 (200 字以内)	摂食障害に対して、極度のやせに対する身体的ケアと心理的カウンセリングを組み合わせた摂食障害に特化した治療体系による治療を行う。
対象疾患名	摂食障害（神経性食飲不振症）
保険収載が必要な理由 (300 字以内)	若い女性に多発している原因不明の慢性難治性疾患で非常に治療抵抗性がつよく、治療には高度な専門的知識と技術が必要となっている。
【評価項目】	
I-①有効性 ・ 治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 (400 字以内)	欧米では 10 年経過で約 6%の死亡率で約 60%の治癒率といわれている。わが国の多施設共同研究では 4 年以上の治療で欧米と同様の治癒率、死亡率であるが、神経性食飲不振症無茶食い排出型では 18%の死亡率となっており重篤な疾患である。米国ならびにわが国のガイドラインでは、摂食障害の治療の基本は、①体重、電解質、ホルモン異常、循環器動態など総合的な身体面の管理、②精神発達、心的防衛、家族の問題、行動の力動的な理解などの心理・社会的アプローチによるコンビネーション治療とされている。
	エビデンスレベル
I-②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度(200 字以内)	VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見 摂食障害患者の致死率は、20 歳代で 5%、30 歳代では 10%を超える。早期発見、早期治療が原則である。るいそつによる死亡や自殺を予防することができる。
I-③技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性、施設基準等） (200 字以内)	摂食障害は、病識が乏しく治療抵抗性が高い。治療への動機付けや家族への働きかけに労力を要する。専門的に診れる施設は限られておりそれらの施設に患者が集中している。欧米では長期入院治療を行う専門施設が運営されているが、わが国での治療環境は、専門施設もなく大きく立ち後れている。患者会や家族会からも、専門的治療施設を設立するよう要望書が出されており社会的なニーズは高く、放置できない現状にある。
I-④倫理性・社会的妥当性 (問題があれば記載) (100 字以内)	問題なし。
I-⑤普及性	・ 年間対象患者数(人)
	24,000
I-⑥効率性 ・ 新規性、効果等について既存の治療法、検査法等と比較 (200 字以内)	・ 年間実施回数等(回)
	30
(既存の治療法、検査法等)	区分 (1 つ選択)
	I 精神科専門療法
	番号
予想影響額	004, 002
	技術名
	心身医学療法、通院・在宅精神療法
	プラス・マイナス
	+
	金額 (円)
	6,500,000,000
I-⑦診療報酬上の取扱	妥当と思われる区分 (1 つ選択)
	B 医学管理等
	妥当と思われる点数 (点) (1 点 10 円)
	1,100
(関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術)	その根拠 (150 字以内)
	ホスピタルフィー (心理カウンセリングなど) 200 点
	ドクターフィー 900 点
	区分 (1 つ選択)
	I 精神科専門療法
	番号
	004, 002
	技術名
	心身医学療法、通院・在宅精神療法
	具体的な内容 (150 字以内)
	これまでの心身医学療法では診療報酬が余りにも低く、診療時間や治療の質を保つことが不可能であったが、本技術を導入することにより十分な診療時間の確保による質の高い治療体制が可能になるため、当該患者に施行されていた心身医学療法による 3000 万円および通院・在宅精神療法による 15 億円が減額され得る。
(点数見直しの場合)	前の点数 (点)
	後の点数 (点)

では正しい評価が得られない状況となっており、多くの心療内科受診者や、必要だが受診の機会に恵まれない国民たちへの非常な困難を生じている。

外科系の技術（例えば手術など）などのように可視化しやすい技術は受け入れやすいが、心理・社会的な要因に疾病の原因や増悪因子を見出す診療技術などは、デジタル化しにくいこともあり、そして特殊な機械や装置、検査、手技を必要としない専門的な面接技術が中心の医療技術はなかなか認めてもらえないのが現状で、ただひたすら時間がかかり、診れる患者数が限定される心療内科診療を専門性のある医療技術として医療費を付けることには困難を伴うかもしれないが、その医療を必要としている国民が多数いる以上、そして救われている患者が多数いる現状を踏まえ、建設的な診療援助体制が必要であると考えられる。

2. 今後の課題

今後の課題としては、いかにして心療内科の医療技術を適切な医療費での診療体制を確立すべく、学会を挙げて取り組んでいかなければいけない。関連するそれぞれの学会で、国民の理解の得られる関連医療費の実現を目指していきたい。

そのような中で、現在実現を目指している心療内科で利用可能な医療費としては、心療内科で診療する機会の多い、原因不明の難治性の疾患、摂食障害²⁾に関して「摂食障害外来診察料」（表3）をこの10年間改定の時期に合わせて新規申請を行ってきている。本疾患は早期の治療法が確立されておらず、世界的に精神（心理）療法が中心に医療が行われている。中でも神経性やせ症などでは著明なやせに伴う身体合併症が重篤で、7%程度が亡くなるといわれている。青年期の女性に多い重篤な疾患で、やせが著明な

時期には性周期が喪失し妊娠不能に陥り、少子化の一因にもなっている、極めて社会的にも重要な疾患である。本疾患の専門的治療者は全国的にも非常に限られており、中でも心療内科医が中心になって診療している極めて専門性の高い診療技術である。肥満恐怖が病態生理の根幹をなしており、治療抵抗性が非常に強く医療現場ではハイリスクな状態で、その診療は難渋を極めており、それでもそれに特化した医療費は認められていないので、本当に限られた医師や公的な医療機関での診療に限定されやすい。欧米では、医療費の裏付けのもと、専門医療施設が整っており、十分に安心できる医療体制になっている³⁾。我が国でも関連学会を中心に様々な形で数値化できるデータを集積して本医療費を獲得し、摂食障害を診察できる医師や医療者を増やしていきたいと考えているが、治療抵抗性の強い本疾患の診療の専門性の高さや困難度などの正確な数値化が困難な部分もあり、満足のできる医療費の算定には至っていない。関連する医療費として「摂食障害栄養食事指導料」も申請している。

また、これは心療内科そのものの専門性と独自性を表すものだが、心身医学療法料の適正な増額である。一時、心療内科的な診療は、どの医師でも算定できる可能性があるとのことで低く抑えられてきたが、専門医制度の充実や施設整備の確立など心療内科診療の独自性と専門性がわかりやすくなってきており、とても誰もが算定できる状況にはなっていないことは実に明白である。関連学会では、これについてもさらに説得力のあるデータを集積し、改定に向けて準備を一層進めていきたいと考えている。

以上、心身医療（心療内科）に関する診療報酬の今日的な課題について、その現状と心身医学関連小委員会の活動を中心に報告した。真に全人的な医療の専門的な実践診療科である心療内科が医療経済的にも認められて、心療内科診

トピックス

療の全国的な充実を切に願うものである。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) 医学通信社編：診療点数早見表，【医科】2010年4月診

療報酬改定準拠．医学通信社，2010.

- 2) 「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会編：日本摂食障害学会監修．摂食障害治療ガイドライン．医学書院，東京，2012.
- 3) 石川俊男：摂食障害の非薬物療法，脳とこころのプライマリケア 第7巻 食事と性．中山和彦編．シナジー，東京，2011, 132-141.