

心療内科の診療報酬 —— 大学病院の立場から ——

小山 敦子

近畿大学医学部堺病院 心療内科

要 旨： 心療内科の全国への発展を阻害している要因は、その診療報酬の低さにあると思われる。大学病院での実態を明らかにするために、モデルケースを想定して、該当する科を受診した場合の診療報酬の試算を試みた。また、病院側から公開された1ヵ月あたりの診療報酬の他科との比較を、心療内科の診療額を1とした場合の相対的な数値に換算して呈示した。いずれの場合でも、心療内科の診療保険報酬は他科に比べると低かった。

心療内科の社会的地位の向上、講座の拡大のためにはそれを裏打ちする経済的保障が必要である。また、大学病院は、診療のみならず、教育・研究といった保険点数に換算されない重要な社会的責務も担っており、こういった面も加味して、総合的にどのように評価していくかということが今後の課題である。心身医学療法の点数の是正化を含めての抜本的なバックアップが、大学病院における心療内科でも可及的死活問題であると思われる。

【索引用語】心療内科；診療報酬；健康保険制度；大学病院

Economic matters of medical treatment fees in the department of psychosomatic medicine in a medical university

Atsuko Koyama

Department of Psychosomatic Medicine, Sakai Hospital, Kinki University School of Medicine

Abstract: The role of psychosomatic medicine is becoming more prevalent in the stressful society of Japan. Since psychosomatic medicine was accredited in 1996, the number of hospitals and clinics that contain a department of psychosomatic medicine is increasing around Japan. However, this medical field is developing still now because of its weakness in economic matters. The same problem even exists in medical university hospitals. Due to unsatisfactory medical treatment fees in this department under the medical insurance system, several medical universities hesitate to open a department of psychosomatic medicine and some civilian hospitals or private clinics have closed an existing department. In this study, the reality of the economic status in the department of psychosomatic medicine in Sakai Hospital of Kinki University was examined and several factors that should be improved in the future were discussed.

There are three full time doctors, two part-time doctors and three part-time clinical psychologists in our department. The additional medical treatment fee for specific techniques of psychosomatic medicine based on the medical insurance system is 80 points. The total medical insurance fee for a model case of a 45 year-old woman complaining of dizziness was estimated and compared with each of that in the departments of psychosomatic medicine, internal medicine, otolaryngology and neurosurgery. In addition, the total medical insurance fee for one month of our department in August 2008 was compared with that of other departments.

In the trial estimation of medical fees, that of the department of psychosomatic medicine was the lowest among four departments related to a dizziness case. When time cost effectiveness is

taken into account, the differences between them should be much larger. The total medical insurance fee of our department for one month was the third lowest in our hospital. The lowest was the department of neurosurgery and the second lowest was the department of palliative medicine, which have only one full time doctor each.

The medical insurance fee of the department of psychosomatic medicine was low as expected. This economic disadvantage inhibits the development of psychosomatic medicine. The additional medical treatment fee for specific psychosomatic medicine techniques should be increased. University hospitals assume charge of not only medical income but also education and research. In order to develop psychosomatic medicine which takes high responsibility for the medical education of holistic medicine and communication skill, a firm economic background is essential. Moreover, a total balanced estimation including the contribution of psychosomatic medicine to multidisciplinary team medicine and mental care for staff should be considered in a university.

Keywords: Psychosomatic medicine; Medical treatment fees; Medical insurance system; Medical university

はじめに

ストレス社会といわれる現代において、心療内科が果たす役割は日々、増大している。平成8年にその標榜が認められた心療内科も、臨床面ではある程度、日本社会に広まり、定着した感がある。しかしながら、ここに来て、今一步の発展を阻害している要因は、やはりその診療報酬の低さにあると思われる。これは大学病院においても同様で、そのために学会が提唱した全大学への心療内科学講座の設置もままならず、地域の中核病院や開業医レベルでは、その標榜を取りやめるところさえ出てきている。将来の人材育成という任を担った大学病院での心療内科の診療報酬の実態を明らかにし、今後の方向性を検討した。

Background

当院は国立泉北病院から経営移譲を受け、平成11年3月に近畿大学医学部堺病院として開院した。以来、21の診療科を揃えた総合病院として運営されてきた。開院と同時に心療内科も開設され、今年10年目を迎えた。届出病床310床(実質306床)で、うち心療内科は8床を有している。

近畿大学は私学であるが、セカンドオピニオン外来等の規定の診療以外はすべて保険診療で行っている。また、当堺病院には精神科がないが、当科は規定どおり「心療内科」として届け出ているので、通院

表1 心療内科 外来担当表

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|------------|--------------|------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 午前 (再診) | 常勤医A | 常勤医A | 常勤医C 非常勤医a (再・初診) | 常勤医B | 常勤医B 非常勤医b (再・初診) |
| 午後 (初診) | 常勤医B 常勤医C | 常勤医B | 常勤医A | 常勤医C 常勤医A (専門外来) | 常勤医C (再診) |
| (心理) | | 心理士A | 心理士B | 心理士C | |

精神療法は計上していない。したがって、初診1時間で患者1名、再診1時間枠で患者6名を診察した場合、すべてを心身医学療法で請求している。該当する事項があった場合には、1日数名には標準型精神分析療法390点を計上している。これを常勤医3名、非常勤医2名、非常勤心理士3名で、週5日、午前・午後、各2診のフル回転で外来診療(表1)と8床の入院患者診療、他科からの対診・共観依頼患者の診療にあたっている。

方法

診療に時間がかかるわりには、心療内科の診療保険点数は低いというイメージがあるが、実際はどうか？ この現実をできるだけ具体的な数値を公開して、エビデンスに基づいてディスカッションするために、ここでは、実際のモデルケースを想

表2 心療内科の経済的側面 (2008年11月現在)

| 症例 45歳 女性 会社員 (社会保険 3割負担) 「めまい感」を訴えて受診 | | | |
|--|--|---|---|
| 1. 内科 | 2. 耳鼻科 | 3. 脳神経外科 | 4. 心療内科 |
| 診察 初診診察料 270 | 診察 診察料 70 (初診なら 135) 鼓膜・眼振診察 100 | 診察 診察料 70 (初診なら 135) | 診察 診察料 70 (初診なら 135) 心身医学療法 (初診) 60分 80 |
| 検査 血液検査 生化学 129 + 判断料 144 末梢血 22 + 判断料 125 CRP 16 + 判断料 144 尿検査一般 26 + 判断料 34 胸部 X-P (2R) 286 心電図 130 頭部 CT 850 + 判断料 450 | 検査 標準純音聴力 400 耳 X-P (2R) & 内耳道単純 X-P (2R) 436 平衡機能標準検査 (一連) 20 頭位及び 頭位変換眼振検査 150 ティンパノメトリー 350 | 検査 頭部 MRI/MRA 1300 + 判断料 450 脳波検査 500 + 判断料 140 | 検査 SDS 80 スマイル 0 |
| 処方 セファドール [®] 3T (分3) 14日分 処方料 42 薬品代 70 調剤料 9 調剤技術料 8 | 処方 セファドール [®] 3T (分3) 14日分 処方料 42 薬品代 70 調剤料 9 調剤技術料 8 | 処方 セロクラール [®] 3T (分3) 14日分 サーミオン [®] 3T (分3) 14日分 処方料 42 薬品代 238 調剤料 9 調剤技術料 8 | 処方 トラベルミン [®] 1T 屯用 10回分 処方料 42 薬品代 10 調剤料 9 調剤技術料 8 |
| 計 2755 | 計 1655 | 計 2757 | 計 299 |

定して、該当する科を受診した場合の診療報酬の試算を試みた (表2)。

また、病院側から公開された2008年8月1ヵ月当りの診療報酬の他科との比較を、心療内科の外来、入院、外来+入院診療額を1とした場合の相対的な数値に換算して呈示した。外来診療実績では、他に1ヵ月当りの各科別の診療件数 (受診患者数=レセプト枚数)、延受診回数、患者1人当り換算の通院回数、総診療額、1件当り診療額、1日当り診療額、外来担当医師数 (常勤医+非常勤医数)、医師1人当りの患者数、医師1人当り1日当りの患者数、医師1人当り患者1人当りの診療額、医師1人当り1日当りの診療額を表3にまとめた。入院診療実績では、同じく1ヵ月当りの各科別の診療件数 (入院患者数=レセプト枚数)、総診療額、1件当り診療額、1日当り診療額、入院担当医師数、医師1人当りの患者数、医師1人当り1日当りの患者数、医師1人当り患者1人当りの診療額、医師1人当り1日

当りの診療額を表4にまとめた。また、これらの入院診療額と外来診療額を合算したものを表5に示し、さらに医師1人当りでの診療額を示した。いずれも、診療件数 (患者数)、延診療日数、医師数は実数で示したが、各診療額については情報保護の見地からも心療内科の診療額を1とした場合の各科の相対的な数値に換算して示した。

大学病院は、診療のみならず、教育・研究といった保険点数に換算されない重要な社会的責務もあるが、将来の心療内科の発展のために、あわせてその評価体制と今後のあり方について検討した。

結 果

表2は45歳の会社員の女性がめまい感を訴えて当院に来院したと仮定して、2008年11月現在の診療報酬点数¹⁾に基づいて各科別の外来1回受診時の

表3 外来診療実績

| | 診療件数 (受診患者数＝ レセプト枚数) | 延受診 回数 | 患者 1人当り 通院回数 | 総診療額 | 1件当り | 1日当り | 医師1人当り | | | | |
|------------------|----------------------------|-----------|--------------------|-------|------|------|--------|-----|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | 医師数 | 患者数 | 1日当り 患者数 | 診療額 1人当り | 診療額 1日当り |
| 心療内科 | 543 | 636 | 1.2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 109 | 19.0 | 1 | 1 |
| 血液内科 | 396 | 542 | 1.4 | 1.44 | 1.98 | 1.70 | 5 | 79 | 28.5 | 1.44 | 2.55 |
| 循環器内科 | 763 | 864 | 1.1 | 1.73 | 1.25 | 1.29 | 4 | 191 | 339 | 2.18 | 2.31 |
| 消化器内科 | 526 | 888 | 1.7 | 1.56 | 1.62 | 1.13 | 4 | 132 | 46.1 | 1.95 | 2.77 |
| 呼吸器内科 | 452 | 543 | 1.2 | 1.62 | 1.95 | 1.92 | 3 | 151 | 23.1 | 2.69 | 2.32 |
| 内分泌・代謝 ・糖尿病内科 | 657 | 748 | 1.1 | 2.14 | 1.79 | 1.84 | 3 | 219 | 34.0 | 3.57 | 3.29 |
| 腎臓内科 | 505 | 776 | 1.5 | 3.51 | 3.82 | 2.92 | 4 | 126 | 15.5 | 4.39 | 2.38 |
| 神経内科 | 716 | 908 | 1.3 | 4.07 | 3.12 | 2.88 | 4 | 179 | 20.2 | 5.13 | 3.06 |
| 腫瘍内科 | 184 | 295 | 1.6 | 0.59 | 1.76 | 1.29 | 3 | 61 | 14.4 | 0.99 | 0.98 |
| 外科 | 644 | 1,049 | 1.6 | 2.18 | 1.86 | 1.34 | 8 | 81 | 25.0 | 1.37 | 1.76 |
| 脳神経外科 | 161 | 194 | 1.2 | 0.29 | 0.98 | 0.95 | 2 | 81 | 16.2 | 0.72 | 0.81 |
| 産婦人科 | 467 | 674 | 1.4 | 0.75 | 0.88 | 0.71 | 1 | 467 | 32.1 | 3.73 | 1.20 |
| 小児科 | 629 | 932 | 1.5 | 0.94 | 0.81 | 0.65 | 4 | 157 | 22.2 | 1.17 | 0.75 |
| 眼科 | 1,030 | 1,171 | 1.1 | 0.99 | 0.52 | 0.54 | 5 | 206 | 30.8 | 0.99 | 0.87 |
| 皮膚科 | 899 | 1,123 | 1.2 | 1.06 | 0.64 | 0.60 | 2 | 450 | 44.9 | 2.65 | 1.43 |
| 泌尿器科 | 819 | 1,008 | 1.2 | 2.84 | 1.90 | 1.81 | 4 | 205 | 29.6 | 3.56 | 2.83 |
| 耳鼻咽喉科 | 326 | 410 | 1.3 | 0.25 | 0.40 | 0.37 | 1 | 326 | 27.3 | 1.21 | 0.54 |
| 麻酔科 | 1 | 1 | 1.0 | 0.02 | 0.86 | 1.01 | 2 | 1 | | 0.004 | |
| 整形外科 | 1,197 | 1,637 | 1.4 | 2.47 | 1.13 | 0.97 | 7 | 171 | 38.1 | 1.77 | 1.95 |
| 放射線科 | 12 | 12 | 1.0 | 0.24 | 1.07 | 1.25 | 2 | 6 | | 0.06 | |
| リハビリテーション科 | 111 | 688 | 6.2 | 1.66 | 0.82 | 0.15 | 4 | 111 | 32.8 | 0.83 | 0.26 |
| 緩和ケア科 | 26 | 58 | 2.2 | 1.16 | 2.45 | 1.29 | 1 | 61 | 14.4 | 0.59 | 0.49 |
| 合計 | 11,064 | 15,157 | 1.4 | 29.65 | 1.47 | 1.26 | 75 | 148 | 27.1 | 1.98 | 1.80 |

保険点数を示した。これは筆者が以前の論文²⁾の中でも用いたモデルケースであるが、その後の診療保険点数の改定に伴って、現行の診療報酬点数に基づいて試算しなおして呈示した。

患者は最初に内科の初診外来を受診したと仮定した。そこで、問診と身体的診察の後、全身のスクリーニングとして血液・尿検査、胸部レントゲン検査、心電図を受けた。これらは貧血その他全身の器質的疾患の有無をチェックするためと、心原性のめまいの鑑別診断のために必要である。病状によっては、初診時から頭部CTを予約することもある。そして、抗眩暈薬を1～2週間分処方して、検査の結果とともに、症状の変化を経過観察することになる。この場合、初診料を含めて1,455点（頭部CT 850 + 判断料 450 は含まず）の保険診療報酬となり、会社員であれば社会保険本人で、その3割が自己負

担であるから、患者本人は約4,365円を支払うことになる。筆者も隔週で週1回、内科の初診外来を担当しているが、このようなプロセスで、1時間当たり4～5人の初診患者を診ることができる。1日当りの内科初診患者が約20人として、1日当たり29,100点の保険収入となる。内科系各科の再診時の保険収入は各科の特性（血液内科であれば、ほぼ毎回、ほぼ全員が事前に血液検査等を受けるなど）によるが、心療内科の外来収入を1とした場合の相対的な診療報酬の月額を比較を表3に示した。

その数日後、患者はめまい感が改善しないので、耳鼻科を受診したと仮定しよう。耳鼻科としての問診、鼓膜・眼振診察に加え、検査としては、標準純音聴力、耳X-P(2R)や内耳道単純X-P(2R)を行う。また、平衡機能検査なども施行される。しかし、耳鼻科的疾患が見出せなかった場合には、抗眩暈薬で

表4 入院診療実績

| | 診療件数 (入院患者数＝ レセプト枚数) | 延入院件数 (患者数×日数) | 総診療額 | 1件当り | 1日当り | 医師1人当り | | | | |
|------------------|----------------------------|-------------------|-------|------|------|--------|------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | | 医師数 | 患者数 | 1日当り 患者数 | 診療額 1人当り | 診療額 1日当り |
| 心療内科 | 19 | 251 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6.3 | 2.7 | 1 | 1 |
| 血液内科 | 35 | 541 | 5.16 | 2.81 | 2.41 | 5 | 7.0 | 3.5 | 3.10 | 3.11 |
| 循環器内科 | 38 | 429 | 2.34 | 1.17 | 1.41 | 4 | 9.5 | 3.5 | 1.75 | 1.76 |
| 消化器内科 | 61 | 617 | 3.28 | 1.02 | 1.37 | 4 | 15.3 | 5.0 | 2.45 | 2.46 |
| 呼吸器内科 | 25 | 322 | 1.69 | 1.28 | 1.33 | 3 | 8.3 | 3.5 | 1.68 | 1.69 |
| 内分泌・代謝 ・糖尿病内科 | 20 | 200 | 0.93 | 0.89 | 1.19 | 3 | 6.7 | 2.2 | 0.93 | 0.93 |
| 腎臓内科 | 26 | 366 | 1.88 | 1.37 | 1.29 | 4 | 6.5 | 3.0 | 1.41 | 1.42 |
| 神経内科 | 55 | 600 | 4.01 | 1.39 | 1.70 | 4 | 13.8 | 4.8 | 3.01 | 3.01 |
| 腫瘍内科 | 44 | 650 | 3.05 | 1.32 | 1.19 | 3 | 14.7 | 7.0 | 3.05 | 3.05 |
| 外科 | 84 | 946 | 7.52 | 1.70 | 2.04 | 7 | 12.0 | 4.4 | 3.32 | 3.23 |
| 脳神経外科 | 2 | 9 | 0.80 | 7.60 | 2.74 | 1 | 2.0 | 0.3 | 2.39 | 2.39 |
| 産婦人科 | 37 | 405 | 2.59 | 1.33 | 1.63 | 2 | 18.5 | 6.5 | 3.88 | 3.89 |
| 小児科 | 54 | 332 | 1.64 | 0.58 | 1.26 | 4 | 13.5 | 2.7 | 1.23 | 1.23 |
| 眼科 | 21 | 192 | 1.24 | 1.12 | 1.63 | 4 | 5.3 | 1.5 | 0.93 | 0.93 |
| 皮膚科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 泌尿器科 | 47 | 471 | 2.33 | 0.94 | 1.26 | 3 | 15.7 | 5.1 | 2.33 | 2.34 |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 麻酔科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 整形外科 | 65 | 922 | 5.31 | 1.56 | 1.48 | 6 | 10.8 | 5.0 | 2.65 | 2.66 |
| 放射線科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| リハビリテーション科 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 緩和ケア科 | 12 | 174 | 0.53 | 0.84 | 0.78 | 1 | 14.7 | 7.0 | 1.59 | 1.59 |
| 合計 | 645 | 7,427 | 45.29 | 1.33 | 1.56 | 75 | 9.5 | 3.5 | 1.99 | 2.00 |

様子をみることとなる。この耳鼻科受診では、再診として1,655点の病院収入となる。

だが、一向に症状は改善せず、不安になった患者が今度は脳外科を受診したと仮定した。ここでは、神経学的な診察に加え、頭部MRI/MRA撮影や、脳波検査も施行されるかもしれない。その結果、器質的異常はここでも否定され、薬物としては、今度は脳循環改善薬などが処方され、経過をみることとなる。この脳神経外科再診受診では、2,757点となる。

しかし、症状はあまり改善せず、困った患者は、今度は何科を受診すべきか、あるいは何科で継続診療をしてもらえるのか途方にくれることになる。そして、最後の手段として、患者は心療内科にやってくるわけである。では、こうしてやってきた患者を心療内科としてはどう対処しているか？われわれは内科医として、ごく普通に症状の発現時期、実態な

どを患者に問診することから始め、次第にその増悪・軽快因子やライフイベントとのかかわり、日常生活における患者のかかえるストレス因子、家族や周囲の人々の対応、患者自身の生育歴など、いわゆる心理社会的因子を聞き出すとともに、その過程において、良好な患者—医師関係を築いていく。そこにすでに治療は始まっているのである³⁾。上述のめまい感の症例は、パニック障害の间歇期における自律神経残遺症状であったり、抑うつ状態の身体症状の可能性もある。患者の状態理解の手助けとして、各種心理テストを用いることもあるが、基本はあくまでこれらの心身医学的アプローチと、丁寧な身体的診察である。もちろん、心療内科に一番最初に受診した場合には、前述の内科的スクリーニングも行う。しかし、これだけ丁寧に初診時に診察し、説明しても、加算の対象となる心身医学療法（初診

表5 入院 + 外来診療実績

| | 入院診療額 | 外来診療額 | 入院+外来診療額 | 入院 医師1人当り | 外来 医師1人当り | 入院+外来 医師1人当り |
|------------------|-------|-------|----------|--------------|--------------|-----------------|
| 心療内科 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 血液内科 | 5.16 | 1.44 | 2.97 | 3.10 | 1.44 | 2.33 |
| 循環器内科 | 2.34 | 1.73 | 1.99 | 1.75 | 2.18 | 1.96 |
| 消化器内科 | 3.28 | 1.56 | 2.27 | 2.45 | 1.95 | 2.23 |
| 呼吸器内科 | 1.69 | 1.62 | 1.65 | 1.68 | 2.69 | 2.16 |
| 内分泌・代謝 ・糖尿病内科 | 0.93 | 2.14 | 1.65 | 0.93 | 3.57 | 2.17 |
| 腎臓内科 | 1.88 | 3.51 | 2.86 | 1.41 | 4.39 | 2.81 |
| 神経内科 | 4.01 | 4.07 | 4.07 | 3.01 | 5.13 | 3.99 |
| 腫瘍内科 | 3.05 | 0.59 | 1.60 | 3.05 | 0.99 | 1.13 |
| 外科 | 7.52 | 2.18 | 4.38 | 3.32 | 1.37 | 2.37 |
| 脳神経外科 | 0.80 | 0.29 | 0.49 | 2.39 | 0.72 | 1.62 |
| 産婦人科 | 2.59 | 0.75 | 1.51 | 3.88 | 3.73 | 3.83 |
| 小児科 | 1.64 | 0.94 | 1.23 | 1.23 | 1.17 | 1.21 |
| 眼科 | 1.24 | 0.99 | 1.10 | 0.93 | 0.99 | 0.96 |
| 皮膚科 | 0 | 1.06 | 0.63 | 0 | 2.65 | 1.24 |
| 泌尿器科 | 2.33 | 2.84 | 2.64 | 2.33 | 3.56 | 2.92 |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0.25 | 0.14 | 0 | 1.21 | 0.56 |
| 麻酔科 | 0 | 0.02 | 0.001 | 0 | 0.004 | 0.002 |
| 整形外科 | 5.31 | 2.47 | 3.64 | 2.65 | 1.77 | 2.25 |
| 放射線科 | 0 | 0.24 | 0.01 | 0 | 0.06 | 0.03 |
| リハビリテーション科 | 0 | 1.66 | 0.10 | 0 | 0.83 | 0.39 |
| 緩和ケア科 | 0.53 | 1.16 | 0.29 | 1.59 | 0.59 | 1.13 |
| 合計 | 45.29 | 29.65 | 36.22 | 1.99 | 1.98 | 2.00 |

時30分以上)は80点である。実際には当科では、初診患者には60分以上をかけているので、もちろん初診、再診ともに予約制にしている。初診は1時間に1人の予約枠であるから、この症例の場合、保険収入としては299点である。当科の1名の医師が1日に担当する初診患者は3~4名で、1日分の心療内科初診外来からの総収入は内科的スクリーニング検査を行わなかった場合の最低額としては4人の患者を診察して1,196点である。前述の内科初診外来1日当り29,100点の保険収入と比べて、いかに低いかが実感されるだろう。

また、当科の再診は1時間枠に5~6人の患者予約として、1日約20名を診察している。初診、再診分を合算した、病院運営会議で病院側から提示される1ヵ月当りの外来診療報酬の他科との比較を、心療内科の外来収入を1とした場合の相対的な数値に換算して表3に示した。

外来業務以外の時間は、入院患者の診療、会議、教育、研究などに従事しており、同じく1ヵ月当りの診療報酬の他科との比較を、心療内科の入院収入、入院+外来収入を1とした場合の相対的な数値に換算して表4、表5に示した。なお、当院では、皮膚科、耳鼻咽喉科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科は入院のベッドを持っていない。これらの表からわかるように、月間の入院+外来科別診療実績では、心療内科の実績は、これらの入院ベッドを持っていない5科を除いて、所属常勤医師が1人のみの脳神経外科、緩和ケア科に次いで低い値となっていた。

考 察

病院側が提示してきた表3に示されている外来診

療実績の医師1人当りの診療額は、各科の総外来収入を常勤医+非常勤医の医師数で割ったものである。心療内科においては、常勤医3名がそれぞれ週2回の再診と週2回の初診外来を担当し、非常勤医2名はそれぞれ週1回5時間の初診・再診混合外来を担当している(表1)、医師数1の重みが異なり、これを単純に常勤医3+非常勤医2=5として、外来総収入を割って、他科との比較に用いるのは問題があると思われる。

しかし、いずれにせよ、例えば1ヵ月当りの延外来患者数は、血液内科(もと一般内科)の396名に比べて、心療内科543名と数の上では上回っているにもかかわらず、総外来収入は血液内科が心療内科の1.44倍である。もちろん、大学病院内に設置されている臨床各科はそれぞれ専門性があり、一概に比較はできないが、常勤医3名と非常勤医2名が1週間で総計初診外来7枠、再診外来9枠(1枠の専門外来=がん患者さんのためのサイコオンコロジー外来を含む)でこれだけの患者数をこなしているということは、逆に心療内科として患者1人当りにかける診療時間や質の点で反省しなくてはならない面があるのではないかという疑問もある。

また、各科の特性から外来診療中心、入院診療中心の科があると思われ、そのために外来+入院診療の合計での比較を表5に示したが、やはり心療内科の実績は、入院ベッドを持たない5科を除いて、所属常勤医師が1人のみの脳神経外科、緩和ケア科に次いで低い値となっていた。このため、定員増などの科の発展が抑制されている。したがって、心療内科の今後の発展、科の存続のためには、逆に他科とほぼ同数の患者の診療にあたった場合に、同等程度の保険収入が得られるように逆算して心身医学療法の点数を引き上げることが必要ではないか、と思われる。昨今、小児科医、産科医不足の問題が取りざたされているが、例えば当院では小児科医は常勤医4名で、外来総診療額では心療内科の0.94倍、入院総診療額では心療内科の1.64倍で、入院+外来では1.23倍となっており、全診療科の中でも決して収益性の高い科とはいえない。しかし、世の中の、あるいは大学病院の中における小児科の必要性について

は誰も論を待たないであろう。だが、新興勢力である心療内科については、その診療報酬の低さから、ともすれば存続が危ぶまれる場面すらある。したがって、その社会的地位向上のためにはぜひともそれを裏打ちする経済的保障が必要である。

また、大学病院は、診療のみならず、教育・研究といった保険点数に換算されない重要な社会的責務も担っており、これらの業務に割く労働時間も膨大であるが、もちろん病院の収益には直接、換算されない。しかし、将来の人材育成、新しい治療技法の開発・宣伝、それがひいては病院の知名度を上げて来院患者数の増加につながるという貢献などを考えると、むしろ保険診療報酬収益以上の得るところがあると思われる。また、心療内科はチーム医療の中核的存在としての役割や、病院スタッフのメンタルケアも担っている。今後はこういった面も加味して、総合的にどのように評価していくかということが問われるであろう。

出来高払いの現在の保険診療体制では、心療内科の診療報酬は低いと言わざるを得ないが、コスト・ベネフィットや診療内容の社会的貢献度、さらには丁寧な診察によるムダな医療費の抑制などを考え合わせると、その存在価値は大きいと思われる。しかしながら、国の医療費抑制政策の中で生き残っていくためには、心身医学療法の点数の是正化を含めて抜本的なバックアップが必要である。これは研究および将来の人材育成という任を担った大学病院における心療内科でも、その存続をかけての可及的死活問題であると思われる。

文 献

- 1) 医科点数表の解釈 平成20年4月版, 社会保険研究所: 東京, 2008.
- 2) 小山敦子: 現代人が心身医療に求めるものは—心療内科の現場から—, 日本心療内科学会誌 11: 157-162, 2007.
- 3) 中井吉英: 心療内科初診の心得—症例からのメッセージ—, 診療新社: 大阪, 2000.

連絡先: 小山敦子 (近畿大学医学部堺病院心療内科)
〒590-0132 大阪府堺市南区原山台2-7-1
TEL: 072-299-1120 / FAX: 072-298-6691
