

国内外の医療機関における心理検査の実施と活用に関する文献研究

研究分担者	河野 禎之	（筑波大学人間系 助教）
研究協力者	藤森 禎子	（大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科 講師）
	高崎 恵美	（東京慈恵会医科大学精神医学講座 助教）
	櫻井 花	（東京都健康長寿医療センター研究所 研究員）
	高橋 香織	（NTT東日本関東病院精神神経科 公認心理師・臨床心理士）

研究要旨

本研究は、医療機関における心理検査の実施実態と活用可能性を明らかにすることを目的とし、まず国内外の文献レビューを踏まえ、エキスパート・パネル（公認心理師4名、言語聴覚士1名）による協議を通じて、心理検査の実施からフィードバックに至る流れを外来・入院場面別に整理し、現場の主要な課題を抽出した。その後、医療機関で心理検査業務に従事する専門職（計33名）を対象にアンケート調査を実施し、現場の実態や改善策について自由記述を含めて分析した。その結果、外来・入院のいずれにおいても、心理検査のフィードバックや報告書作成に診療報酬が設定されていないこと、心理士の専門的業務が十分に評価されていないこと、現場の裁量やマンパワーに依存した運用体制が大きな課題であることが明らかとなった。また、複数検査の同日算定や多職種連携、家族・院外関係者への情報提供等、臨床ニーズに即した柔軟な対応が制度面で困難な現状も示された。これらを踏まえ、今後は心理士によるフィードバックや報告書作成への診療報酬の新設、標準化された説明体制の構築、マンパワー確保やICT活用、多職種協働の促進が必要であると考えられた。

A. 研究目的

心理検査は、公認心理師などの専門職が実施し、要心理支援者に関する情報を得るための重要な手段であり、医療・福祉・教育など多様な分野で活用されている（松田・滝沢，2022）。特に医療現場では、精神科を中心に幅広い領域で実施されており（一般社団法人日本公認心理師協会，2022）、社会構造の変化に伴う課題の多様化・複雑化を受けて、その重要性は今後さらに増すと考えられる。一方、心理検査には高度な専門性が求められ、診療報酬でも操作・処理の複雑性に応じた区分が設けられている。そのため、検査は単なる実施にとどまらず、検査者の専門性や、検査の準備・結果の活用、診療報酬制度など、医療機関特有の事情を踏まえた対応が必要である。しかし、実際の医療現場において心理検査がどのように実施・活用され、どのような課題が存在するのかといった実態については、これまでほとんど明らかにされてこなかった。

そこで昨年度の研究（河野ら，2024）では、医療機関における心理検査の実施実態と活用可能性を明らかにするための基礎的知見を得るため、国内外の文献・資料をもとに、心理検査の実施や活用に関する動向を分析することを目的として実施した。調査では、最初に（1）心理検査の実施状況の把握と課題の整理として、わが国の医療機関における公認心理師が行う心理支援の実態に関する直近の全国調査（一般社団法人日本公認心理師協会，2022）をもとに、心理検査が実施されている領域と検査の種類、検査の実施・活用に関連した課題を整理した。続いて、（2）心理検査の実施・活用を巡る国内外の動向分析として、上記の心理検査の実施・活用に関連する課題を踏まえて、公認心理師4名、言語聴覚士1名による協議から分析の観点を設定し、適格基準・除外基準にもとづき選定された文献について分析を行った。

調査の結果、本邦の医療機関における心理検査の実

施・活用の現状として、多様な検査が要心理支援者のニーズに応じて実施・活用されていること、診療報酬外の心理検査も要心理支援者のニーズに応じて実施・活用されている現状にあることが示された。くわえて、①検査に関する課題、②検査者に関する課題、③検査業務や活用に関する課題、④検査環境に関する課題の4つの枠組みが課題として整理された。特に、心理検査の報酬が適正であるか、診療報酬外の検査が実施・活用されている実態をどうとらえるか、検査結果のフィードバックに関する課題をどう克服するかを早急に検討する必要があることが示唆された。

一方、上記の結論はあくまでも文献研究にもとづくものであり、わが国の医療機関における実態を必ずしも正確に反映しているわけではない。そのため、文献研究より得られた結論について、現場に即した形で再度精査し、課題や解決策の具体的な示唆を得る必要がある。

そこで本研究では、医療機関における心理検査の実施実態における具体的な課題と活用可能性を明らかにすることを目的とし、昨年度実施した国内外の文献を対象に実施したナラティブレビューの結果を踏まえ、エキスパート・パネルによる協議と、その結果にもとづいて作成したアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

1. エキスパート・パネルによる協議

昨年度実施した調査結果（河野ら，2024）をもとに、わが国の医療機関の状況に照らし合わせた時に課題となる点について、公認心理師4名、言語聴覚士1名による7回の協議を実施した。協議の前半では心理検査の「入口」に着目し、医師からのオーダーから最終的なフィードバックの前までの典型的な流れを外来および入院の場面で整理した。協議の後半では「出口」に着目し、検査結果のフィードバックに関する典型的な流れを整理した。そのうえで「入口」と

「出口」の各段階にて課題となっている点を列挙し、特に注目すべき課題は何かを協議した。その協議の結果を踏まえ、より多くの意見を踏まえて具体的な課題と活用可能性を明らかにするため、アンケート調査を実施することとした。

2. アンケート調査

1) 研究参加者

アンケート調査の研究参加者は、心理検査に関わる業務遂行の有資格者であること、医療機関における雇用が一定期間あることを適格基準とした。なお、臨床心理士や公認心理師に限らず、言語聴覚士も専門職として含めた。これは、臨床心理士・公認心理師といった心理学を背景に持つ専門職のみならず、言語聴覚士も専門職として心理検査が施行されている実情を踏まえたためである。ただし、上記を踏まえ、本報告書では心理職として公認心理師のほか、臨床心理士も心理検査の施行を担う現状から、2つの職種を包含して「心理士」として表記した。

2) 質問項目

調査項目は以下の項目から構成された。

(1) 基本属性

年齢、心理職の経験年数、保有資格について回答を求めた。

(2) 職場の情報

主たる勤務先(医療機関)での雇用状況、主たる勤務先での心理職としての経験年数、主たる勤務先の医療機関の形態、主たる勤務先での所属部署、主たる勤務先での担当診療科、主たる担当患者の年齢層、病棟の病床数(そのうち精神科病床数)について回答を求めた。

(3) 主たる勤務先での心理検査の保険点数に関する現状と改善策

心理検査の算定の流れ(外来および入院)、心理検査の実施以外で算定または自費で実施している業務(外来および入院)、心理検査の保険点数に関する現状と改善策(外来および入院)について、自由記述にて回答を求めた。

(4) フィードバックの現状と改善策

対象別(要心理支援者・家族・医師(依頼者)・医療チーム・関係者)のフィードバックに関する現状および改善策について、自由記述にて回答を求めた。

3) 調査手続き

機縁法により研究参加者を募った。

4) 分析方法

(1) 基本属性および職場の情報について

基本属性および職場の情報について記述統計にて今回の研究参加者の全体的な傾向を分析した。

(2) 心理検査の保険点数に関する現状と改善策について

心理検査の実施や実施以外での算定や自費で実施している業務に関する課題や改善策について、回答された自由記述を要約・整理し、内容から典型的なパターンや改善策等を分析した。

(3) 心理検査のフィードバックに関する現状と改善策について

心理検査のフィードバックに関して、対象別(要心理支援者・家族・医師(依頼者)・医療チーム・関係者)に回答された自由記述を要約・整理し、内容から典型的なパターンや改善策等を分析した。

3. 倫理面への配慮

本研究は東京都健康長寿医療センター研究倫理審

査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 研究参加者の基本属性および職場の情報について

33名の回答が得られ、すべての回答を分析対象とした。研究参加者の平均年齢は42.3歳(±8.1)、平均経験年数は15.7年(±6.8)であった。臨床心理士もしくは公認心理師資格を保有している者が30名、それ以外が2名(言語聴覚士)であった。勤務している医療機関の形態は病床のある精神科病院が23件と最も多かった。

2. 心理検査の保険点数に関する現状と改善策について

1) 現状

(1) 外来場面

分析の結果から、外来場面での典型的な流れとして以下が示された。

①医師による診療・判断

各科(精神科、小児科、脳神経内科、耳鼻科など)の医師が診察し、心理検査の必要性を判断する。

②心理士への依頼

医師の判断に基づき、心理士に検査依頼がなされる(場合によっては言語聴覚士、作業療法士などに依頼する場合も)。

③検査バッテリーの決定・施行

想定される疾患や目的に応じて、標準的な検査セット(バッテリー)を組む、必要に応じて、主治医と相談し追加・調整を行う、バッテリーは心理士が組む場合と医師が指定する場合がある。

④検査の実施

心理士が検査を実施(場合によっては同日に複数検査を実施するが、領域が重複する場合は1検査分のみ算定)、検査は1日で完結する場合と複数日に分けて実施される場合がある(分けて実施した場合は別々に算定できる場合も)。

⑤結果のフィードバック・記録

フィードバックは主に医師が口頭で行うが、心理士が直接行う場合や、文書・報告書での説明が加わる場合もある、希望があれば患者・家族にもフィードバック、検査結果はカルテ・電子記録に反映。

⑥保険点数の算定

原則、同一日に複数検査領域が重複する場合は最も点数の高い検査1件のみを算定、診療報酬に含まれない検査は、必要に応じて自費または未算定で実施されている。

また、上記以外でも、初診・受診相談時から心理士が同席する流れとして、発達障害や行動嗜癖の評価を初診から心理士が関わり、当日または短期間で検査とフィードバックまで一貫して行うパターンや、医師・心理士の連携による流れとして、医師と心理士が検査内容やバッテリーを密に相談し、検査の必要性に応じて当日追加や調整を行うパターン、検査者(心理士等)が、心理療法や面接の過程で必要性を感じて主治医に相談し、検査を追加実施するパターンなども確認された。

また、心理検査の実施以外での算定については、認知症専門診断管理料を物忘れ外来などで心理検査結果や認知症療養計画書の作成と連動して加算したり、診療情報提供料(I)として心理検査結果を診療情報提供書に添付して加算する場合、通院精神療法・心身

医学療法として心理師のフィードバック面接を医師の診察と同日に行い算定する場合、小児特定疾患カウンセリング料／公認心理師小児カウンセリング料やがん患者指導管理料として算定する場合等が示された。そのほか、自費請求や独自の費用徴収として、文書料（報告書・所見）を自費で徴収（2,000～8,800円など）したり、医師診察とは別に心理士が患者・家族にフィードバックを行う場合に自費（例：5,500円など）で請求する場合や、カウンセリングや心理面接のための予約料・面談料（自費：5,000円/枠など）を徴収する施設のほか、一部クリニックでは心理療法（1枠1時間5,000円など）を自費で実施する場合も示された。一方で、加算されない／費用請求しない事例も多く示された。

（２）入院場面

分析の結果から、入院場面での典型的な流れとして以下が示された。

①医師による判断と依頼

各病棟（精神科、一般、緩和ケア、小児科など）で主治医（または担当医）が患者の診察・経過中に心理検査の必要性を判断し、心理士に検査依頼を出す。場合によっては他職種からの要望が発端となることも。

②検査バッテリーの決定・施行

想定疾患や評価目的に応じた標準的なバッテリーが用意されている場合が多いが、主治医との相談で適宜追加や調整が行われる。バッテリー内容は、医師が指定する場合と心理士が提案・組み立てる場合の両方がある。

③検査実施と算定

検査は可能な限り複数日に分けて実施し、領域ごとに保険点数が算定されるよう運用されている（DPC病棟など一部例外あり）。1日に複数の領域を行った場合は点数の高い1件のみ算定、別日に実施すればそれぞれ算定される。診療報酬に含まれない検査も必要に応じて自費・未算定で実施。

④結果のフィードバック・記録

基本は医師が口頭で患者または家族に説明し、心理士が補助するか、場合によって心理士が直接フィードバックを行うこともある。報告書は医師向け・患者家族向け・カンファレンス用等複数の形式で作成される場合もあり、精神鑑定等、フィードバックを行わない特殊なケースもある。

上記以外でも、病棟や病院種別による違いとして、精神科病棟では精神科医師の依頼に基づくバッテリー施行が中心であり、検査日を分けて算定を最大化する傾向やフィードバックは医師または心理士が行う傾向も認められた。一方、一般病棟（DPC/包括払い）ではDPCのため算定不可の場合が多く、外来での実施を推奨する場合も示された。くわえて、依頼経路の多様化も示され、医師判断だけでなく、リハスタッフ・看護師・チームから依頼されるケースがあることも示された。また、心理士以外に、作業療法士や言語聴覚士などリハビリ職種が検査を実施し、その場合はリハ単位で算定され心理検査としての保険点数はつけない場合も示された。なお、補足として腎移植患者への特定バッテリー施行や精神鑑定など、目的に特化した検査も存在したり、常勤心理士不在や検査依頼自体が稀な施設もあることが示された。

心理検査の実施以外での算定については、実施しているとする回答は一部に限られていたが、文書料（心理検査結果・所見の提供）として、患者本人や家族に心理検査の結果報告書や所見を紙面で渡す場合、自費で文書料（例：3,300円、8,800円等）を徴収する場

合や、フィードバック面接や説明を自費で請求する場合が示された（例：フィードバック用紙2,200円、面接3,300円、外来でのフィードバック面接5,500円＋通院精神療法Ⅱの保険点数など）。

２）課題と改善策

（１）外来場面

分析の結果から、外来場面での課題と解決策について以下が示された。

・課題

①フィードバック面接・報告書作成に算定がない

心理士によるフィードバック面接や結果説明、報告書・所見作成に診療報酬上の点数（算定）が認められていない。フィードバックや報告書作成には専門的知識と多大な時間・労力が必要だが、その分の対価が得られない。文書料として自費で徴収する方法も試みられたが、公平性や混合診療の問題から運用困難な場合が多い。

②心理検査自体の点数（報酬）が低い・限定的

実際に多用されている検査や手間のかかる検査（例：ロールシャッハ等）でも、点数が低い・十分な報酬が設定されていない。算定できる検査の種類が限られており、必要な検査でも点数が付かない場合が多い。

③同日に複数の心理検査を施行しても点数は一部しか算定できない

必要に応じて複数検査を組み合わせる施行することが多いが、1件分しか算定できないため、検査数・内容と報酬が見合わない。

④算定要件の制約・運用上の問題

診療報酬規定上「医師が評価」することが求められ、心理士独自の評価・説明が認められていない。検査や報告の実務を行う心理士の専門性・業務量が診療報酬制度に十分に反映されていない。報告書作成や面談参加が院内でコストとして認識されず、臨床以外の業務が増大している。小児・思春期や院外（学校・職場・地域等）向けの情報提供にも点数がつかない。

⑤マンパワーや待機期間の課題

報告書作成などに時間を要し、心理士1人あたりの処理件数が少なく、検査待機期間が長期化しやすい。

・改善策

①フィードバック・報告書作成への点数付与

心理士によるフィードバック面接や報告書・所見作成に対して、診療報酬（加算・新設点数）を認めること（例：フィードバック面接30分以上、報告書提供などに点数設定）。

②心理検査点数の引き上げ・範囲拡大

実情に即した検査ごとの点数引き上げ、算定できる検査種類の拡大。実際に多く用いられている検査の保険収載や、複雑・高負荷検査への高点数化（例：450点以上）。

③複数検査の同日算定容認

必要な場合、同日に複数検査を施行した場合はすべて算定できるよう制度改正。

④報告書・情報提供先の拡大

報告書やフィードバックの算定対象を学校・職場・多職種・地域等にも拡大。

⑤専門性の評価

公認心理師等の専門職が検査・報告を担った場合の専門職加算や独自算定の新設。6歳以上18歳未満等、特定年齢層への加算新設。

⑥マンパワー対策／効率的運用

報告書・フィードバックの業務量を考慮し、診療報酬内にこれら業務のコストも含めて点数設定。家族

面談や職場説明等、付帯的業務にも点数をつけて現場負担の軽減。

⑦診療報酬規定の見直し

「医師評価が必須」とする現行規定を見直し、心理士の独立した評価・説明も認める方向へ。

(2) 入院場面

分析の結果から、入院場面での課題と解決策について以下が示された。

・課題

①フィードバック面接・書面作成に算定がない

心理士が行うフィードバック面接や報告書・所見作成（患者・家族、他職種・他機関向けを含む）は診療報酬の対象とならず、無償または自費対応が多い。書面作成や面談への参加は時間と専門性を要するが、病院収益・人員配置の根拠にはなりにくい。

②検査の保険点数・加算が低い、もしくは限定的

実施する多くの検査や高負荷の検査でも点数が十分に設定されていない。活用頻度が高い心理検査が保険収載されていない一方、あまり使用されない検査が点数設定されたままになっている。「医師が評価し」という規定があり、心理士の専門的判断・説明が認められにくい。

③複数検査施行時・繰り返し施行時の算定制限

複数の心理検査やバッテリーを1日で施行しても1件しか算定できない、あるいは繰り返し施行時の算定が困難。同日に複数の検査をしても報酬が反映されないため、実施内容と報酬が見合わない。

④DPC病棟等での算定困難・全科対応の困難

DPC病棟では心理士の介入そのものが算定対象外となる場合が多い。全診療科で心理士の介入・説明・書面作成に算定が必要という声が多い。

⑤特定年齢層や状況への加算がない

児童思春期や退院支援、家族・職場面談、情報提供書作成などで加算が認められていない。

・改善策

①フィードバック面接・書面作成に診療報酬の新設

心理士が行うフィードバック面接や所見・報告書作成、面談参加等に診療報酬（加算）を設ける。書面交付だけでなく、検査を伴わないフィードバック面談も算定対象とする。他職種や地域関係者向け書面にも算定が可能となるよう制度整備を希望。

②検査の点数・算定範囲の見直し

高負荷・高専門性の検査（例：複雑な人格検査等）に高い点数を設定。現場の実情に合わせ、実施頻度の高い検査が保険収載されるよう見直し。「医師が評価し」の規定を撤廃し、専門的知識を備えた心理士が実施・評価した検査も算定可能に。

③複数検査の同日算定や繰り返し算定の容認

同日に複数検査を施行した場合はすべて算定可能にする。経過観察等で繰り返し実施する場合にも毎回算定できるように。

④DPC病棟でも算定が可能な仕組み

包括評価（DPC）病棟でも心理士の介入・心理検査・フィードバック面談等が独立して算定できるようにする。入院加算や全科加算の新設も要望あり。

⑤年齢・状況別加算の新設

児童思春期や退院支援など特定の状況や年齢層での加算を認める。家族面談や職場説明など付帯業務も評価対象とする。

⑥書面作成については自費徴収との併用を認める

報告書や診断書については、保険算定または自費徴収の併用運用を病院ごとに選択できるように。

3. 心理検査のフィードバックに関する現状と改善策について

心理検査のフィードバックに関して、対象別（要心理支援者・家族・医師（依頼者）・医療チーム・関係者）に回答された自由記述を要約・整理し、内容から典型的なパターンや改善策等を分析した結果、以下の現状と課題が示された。

1) 外来場面の現状

(1) 患者本人へのフィードバック

主治医によるフィードバックが基本であり、その中で検査結果の説明も行われていた。心理士によるフィードバックも一部で実施されており、希望があった場合や、主治医からの依頼・許可があった場合には心理士が直接フィードバック面接（口頭または書面）を行うケースも報告された。WAISやWISCなど知能検査では心理士が必ずフィードバック面接を実施している場合も報告された。年齢や検査内容による違いもあり、小児の場合は原則として保護者へのフィードバックだが、年齢や発達段階に応じて本人への説明も重視する傾向が示された。フィードバックの形式としては口頭（面接）、書面、もしくはその両方が選択されており、書面は主治医を通じて渡す場合も多かった。一方、医師・家族・本人の希望がない限りフィードバックしない場合もあり、カウンセリング枠でフィードバックを行うケースや、リハビリ時間内に実施する場合や有料（自費）で心理士が実施する場合も存在した。

(2) 家族へのフィードバック

家族へのフィードバックは患者本人の同意が前提であり、成人の場合、本人の同意があった場合にのみ家族への説明や同席が可能との報告が複数示された。小児の場合は原則保護者への説明であった。ただし、家族へのフィードバックも、主治医が診察時に行うことが多く報告された。家族のみへのフィードバック（児童領域など）や医師の指示や患者の希望があれば心理士が面接形式で実施する場合のほか、一部では予約を取っての面接も報告された。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

カルテ記載による報告が基本であり、検査結果はカルテや報告書に記載し、依頼医師がそれを確認する仕組みが報告された。ただし、必要時には口頭で直接説明も実施し、状況に応じて、文書と口頭で説明する場合も示された。検査結果のローデータまで用いて丁寧に説明する場合も報告された。

(4) 医療チームへのフィードバック

基本的に報告された例は少ないが、一部で多職種カンファレンスや電子カルテで共有する場合は報告された。

(5) その他の関係者へのフィードバック

患者本人（小児は保護者）の同意が前提で対応されており、希望や同意があった場合のみ、学校や関係者、福祉スタッフへの説明・文書提供を行う場合が報告された。一方、ケース会議や関係者会議で共有する場合も報告された。

2) 外来場面の課題と改善策

・課題

(1) 患者本人へのフィードバック

①面接・説明に対する診療報酬の未整備

フィードバック面接そのものに保険点数や加算がつかない、現状ではカウンセリングや再診料でしか対応できないことへの不満が多い。

②マンパワー不足

心理士が個別に全例フィードバック面接を行いた

くても、時間・人員の制約で実現できていない。

③現場の裁量依存

医師の許可や依頼、本人希望など現場対応に依存しており、安定した提供体制になっていない。

(2) 家族へのフィードバック

①本人同意の手続きの複雑さ

成人の場合、家族への説明は本人の同意を必要とする場合がほとんどであり、運用が複雑になっている。

②保険点数の未整備

本人へのフィードバックと同様に、家族への説明や面接にも診療報酬がつかない。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

①業務の非効率性

カルテや報告書で十分とする意見が多いが、これ以上は記録の負担が大きい。

(4) 医療チームへのフィードバック

①実施頻度が少なく限定的

医療チームへのフィードバックの実施頻度は少なく、カンファレンス等での共有を含めたチーム連携の機会が限定。

(5) その他の関係者へのフィードバック

①患者・家族の同意の手続きと調整が必要

本人または保護者の同意・希望が必須であり、手続きや運用が複雑になっている。

②業務量・責任の増加懸念

関係者全てに対応するには業務負担が過大になる懸念。

・改善策

(1) 患者本人へのフィードバック

①フィードバック面接を全例実施

新患時や検査後、必ず心理士が対面でフィードバック面接を実施する体制整備。

②書面と口頭説明の両立

結果説明は書面だけでなく、対面でわかりやすく説明することの必要性（心理教育も含む）。

③診療報酬の整備

フィードバック面接や書面交付に対して、保険点数や加算・文書料を算定できる仕組み。

④心理士の役割明確化

主治医だけでなく心理士がルーティンで関わることを“標準”として位置づけられること。

(2) 家族へのフィードバック

①家族同席による面接

必要に応じて家族も同席できる体制。

②家族への説明に対する診療報酬

面談や文書交付に診療報酬や自費設定ができる仕組み。

③小児や認知症等の場合は家族対応が標準化

本人の年齢や能力に応じて家族を含むことを想定した体制。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

①報告書と口頭説明のハイブリッド化

重要なケースは直接口頭説明もできる体制。

②電子カルテ等で共有の効率化

要点を簡潔に記載しつつ、必要時は詳細な心理検査の記録も作成するような柔軟かつ効率的な情報共有の体制。

(4) 医療チームへのフィードバック

①必要時にチーム全体へフィードバック

多職種カンファやミーティングに参加し、心理的知見を提供できる体制。

②要点共有と個人記録の分離

心理士の個別記録をカルテと分けて管理し、カルテではチームに要点のみ共有する等の情報共有の工夫。

(5) その他の関係者へのフィードバック

①同意が得られた場合での関係者同席・説明

本人から同意が得られた場合が原則となるが、ケース会議等必要に応じて参加・説明できる体制。

②診療報酬の加算

面談や書面交付の保険点数が算定可能となる体制。

3) 入院場面の現状

(1) 患者本人へのフィードバック

主治医からの口頭フィードバックが基本であり、検査結果の説明は主治医が診察時に行い、心理士が関わるのは例外的であった。患者本人や家族の希望がある場合のみ、心理士によるフィードバック面接や文書交付を実施されていた。一方、小児・発達検査などでは、年齢や支援の必要性から心理士が直接説明することも多く、WAIS/WISC等、特定の知能検査は可能な限り心理士が面接で説明することや、精神保健福祉法や医療観察法関連では、法的枠組みに沿い心理士が面接実施することも示された。認知症検査はそもそもフィードバックしない場合や（患者の病識や診断インパクトを考慮）、面接時間内で質問された場合のみ簡単に説明する場合もあった。退院後希望者に有料でフィードバック面接＋書面交付を実施する例も一部示された。

(2) 家族へのフィードバック

患者本人の同意・希望が前提で、主治医が説明を行うことが主であった（患者の同意が得られない場合、原則説明なし）。小児科では保護者への説明が原則だが、心理士が面談・文書で説明することも報告された。認知症や小児の場合、家族への説明が重要視される傾向が示された。また、患者本人が希望すれば家族同席で心理士が面接したり、患者本人の同意があれば、心理士が個別に説明する場合もあった。一方、家族が診察に同席した場合のみその場で説明したり、希望がなければフィードバックは基本的に行わないことも示された。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

電子カルテ記載や報告書作成による間接的なフィードバックのほか、重要事項やローデータの説明が必要な場合は、口頭での直接説明も行っていた。また、検査結果に気になる点がある場合は、書面と口頭での説明を行っているとの報告もあったが、そもそもフィードバックがないケースも多く示された（カルテ記載のみ）。

(4) 医療チームへのフィードバック

電子カルテへの記載を通じた情報共有が中心であり、必要に応じてカンファレンスやカンファ資料で口頭報告を行う場合も示された。医療チーム全体への直接的なフィードバックはあまり一般的ではなく、スタッフから医師へ心理介入を提案することがある程度であった。

(5) その他の関係者へのフィードバック

患者本人・家族の同意がある場合に限り、院外関係者や地域関係者に報告や説明を行うこともあるとのことだが、基本的にその他関係者へのフィードバックは少ないことが示された。ただし、未成年者や小児の場合は保護者同席で説明を行ったり、地域ケア会議や関係者会議で本人の希望・同意があれば報告する場合も示された。

4) 入院場面の課題と改善策

・課題

(1) 患者本人へのフィードバック

①フィードバック面接の機会が限定的

マンパワー不足や診療報酬が算定できないことから、全例実施が難しい現状。

②診療報酬の未整備

フィードバックや文書提供が報酬加算の対象とならず、業務量と収入のバランスが取れていない現状。

③主治医依存の実施体制

フィードバックの多くが主治医に一任され、心理士の専門性が十分に活かされていない。

(2) 家族へのフィードバック

①患者本人の同意が前提

個人情報保護の観点から家族への説明は本人の同意が必須となるが、実際には家族支援の必要性が高い場面も多い。

②説明機会の制約とコスト不在

フィードバックができて診療報酬が算定されず、十分な説明や心理的支援を行うインセンティブが低い。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

①口頭やカルテ記載のみの簡易対応が多い

体系的な報告体制が十分でなく、情報共有の質・量が医師任せになる懸念。

②業務評価・診療報酬に結びつかない

フィードバックのための時間や工数が適切に評価されにくい状況。

(4) 医療チームへのフィードバック

①チームへの情報共有が不十分

カンファレンスやチームミーティングでの心理士の役割や発言機会が限定的。

②業務量増加に対する評価の未整備

多職種連携のための業務が増加する一方、診療報酬や評価に直結しない。

(5) その他の関係者へのフィードバック

①業務量増加・報酬不在

院外関係者（他機関、ケア会議など）への情報提供が求められても、診療報酬が算定できず負担感が大きい。

②同意・希望の取得と運用の難しさ

患者・家族の同意や希望がない場合は実施できず、柔軟な対応が難しい。

・改善策

(1) 患者本人へのフィードバック

①心理士による直接フィードバックの標準化

すべての患者に対し、心理士が面接・文書を通じて説明できる体制。

②診療報酬・加算の新設

面接や文書提供に対する明確な診療報酬が設定され、業務量に見合った対価が得られること。

③多職種連携の強化

主治医と心理士が連携し、患者の状態や希望に応じて最適なフィードバック方法を柔軟に選択できる体制。

④初回面談のルーチン化

新規入院患者には必ず心理士が面談し、治療やリハビリ方針に反映させること。

(2) 家族へのフィードバック

①柔軟な家族同席フィードバック

患者本人の同意や疾患特性に応じて、家族も積極的に説明に同席できる体制。

②文書料・面談料の設定

家族向けの説明や文書提供にも診療報酬が設定され、心理士の専門的支援が持続可能となる体制。

③キーパーソン重視

家族の中でケアの中心となる人には特に重点的に説明や支援を行う仕組み。

④認知症や小児など特別な状況に応じた配慮

本人同意が困難な場合にも柔軟に家族支援を行える法的・制度的枠組みの整備。

(3) 依頼してきた医師へのフィードバック

①公式な報告書・口頭報告の両立

カルテ記載だけでなく、必要に応じて口頭・対面でのフィードバックが容易に行える体制整備。

②報告業務へのコスト算定

報告書作成や口頭説明などの業務が、診療報酬や業務評価の対象となる仕組み。

③タイムリーなフィードバック体制

依頼医が必要とするタイミングで、適切なフィードバックを受けられる体制。

(4) 医療チームへのフィードバック

①チームカンファレンス等への積極的参加

必要に応じて心理士がカンファレンスなどで直接報告・助言できる体制。

②記録と共有の仕組み強化

心理士による要約・支援プランを医療記録として全職種で共有する仕組み。

③連携業務の評価・報酬化

医療チームへの情報共有や連携業務にも診療報酬や業務評価が認められる仕組み。

(5) その他の関係者へのフィードバック

①患者・家族の同意に基づく柔軟な情報提供

必要時には関係者会議やカンファレンスに参加し、心理士が専門的説明・助言を行える体制。

②文書提供や会議参加への加算

院外連携にも明確な診療報酬や加算を認め、業務量と報酬のバランスが図られること。

③マンパワー確保と業務の適正分担

現場の需要に応じて心理士が十分に配置され、無理なく院外対応ができる人員体制。

D. 考察

本研究では、医療機関における心理検査の実施実態における具体的な課題と活用可能性を明らかにすることを目的とし、昨年度実施した文献調査の結果を踏まえ、エキスパート・パネルによる協議と、その結果にもとづいて作成したアンケート調査を実施した。エキスパート・パネルでの協議では、公認心理師4名と言語聴覚士1名による7回の協議を行い、検査の「入口」（オーダーからフィードバック前まで）と「出口」（フィードバック）に分けて典型的な流れと課題を整理し、特に重要な課題について議論した。その結果、「心理検査の保険点数に関する現状と改善策」および「フィードバックの現状と改善策」の2つに焦点を絞り、より幅広い意見を集め具体的な課題や活用可能性を明らかにする必要性が確認された。そのため、実際に医療機関にて心理検査の実施に携わる心理士および専門職を対象としたアンケート調査を実施することとした。以下、アンケート調査の結果について考察した。

1. 心理検査の保険点数に関する現状と改善策について

1) 外来場面

本調査により、外来での心理検査は主に医師の診断・依頼から始まり、心理士が検査バッテリーを組み、実施、主に医師による口頭フィードバックとカルテ

記載を経て終了する流れが標準的であることが明らかとなった。しかし現行制度では、心理士が行うフィードバック面接や報告書作成に対して保険点数（診療報酬）が認められていない。これは、心理士の専門的知識と時間的・労力的コストが正当に評価されていないことを意味しており、患者への説明責任（アカウンタビリティ）の観点のほか、公平性や混合診療の観点から自費徴収にも限界がある。さらに、実際の運用では複数検査を組み合わせる行うことが多いにも関わらず、それが十分に算定できない、保険収載検査が限定的で実際の臨床ニーズと乖離している、医師による関与が必須という制約がある、マンパワー不足や待機期間の長期化といった多層的な課題が顕在化していると考えられた。

これらの課題を解決するには、たとえば（１）心理士が行うフィードバックや報告書作成への診療報酬加算の新設、（２）心理検査の検査点数の引き上げおよび保険収載範囲の拡大、（３）複数検査の同日算定容認、（４）院外や多職種向け報告書の算定対象拡大、（５）心理士の専門性を評価する独自加算の導入、（６）業務コストを考慮した診療報酬設計、（７）心理士による裁量範囲の拡大など、多角的な制度改革が求められる。これにより、心理士の専門的活動の質と持続性が担保され、患者や家族、医療チームに対してより充実した支援が可能になると考えられた。

２）入院場面

入院場面でも外来同様、医師の依頼による心理検査施行が標準的であるが、DPC病棟ではそもそも心理士の介入自体が診療報酬の対象外となる場合が多く、全科での公平な介入が困難であることが明らかとなった。また、検査自体の点数が低い・限定的で、フィードバックや書面作成、他職種・多機関連携への情報提供が診療報酬に反映されていない点も大きな課題と考えられた。さらに、複数検査や繰り返し検査実施時の算定制限や、児童・思春期や退院支援といった特定状況への加算が認められていないといった実態も判明した。くわえて、心理士以外のリハ職種による検査実施や、常勤心理士不在の施設など多様な運用が現場には存在しており、現行の点数制度が現場実態に十分対応できていない現状が示唆された。

こうした現状に対する改善策として、外来場面と重複するが（１）心理士によるフィードバック面接や書面作成・説明参加に対する診療報酬（加算）の新設、

（２）高負荷検査や実施頻度の高い検査への点数見直しと保険収載範囲の拡大、（３）複数・繰り返し検査の算定容認、（４）DPC病棟でも心理士介入が算定可能な仕組みの整備、（５）児童・思春期・退院支援・家族面談等への加算新設、（６）文書料等の加算または自費徴収の柔軟な運用、（７）心理士による裁量範囲の拡大などが求められる。これにより、入院患者に対しても専門的な心理検査が持続的かつ公平に提供できる体制の構築が期待できる。

２．心理検査のフィードバックに関する現状と改善策について

１）外来場面

外来場面においては、心理検査のフィードバックは主治医による説明が基本となっており、心理士によるフィードバックは標準化されておらず、現場の裁量や患者・家族の希望に左右される状況が明らかとなった。特に、フィードバック面接や書面交付といった心理士の専門的業務に対して、診療報酬の加算や保険点数が認められていない点が大きな課題であることが示唆された。そのため、心理士が個別にフィ

ードバックを実施したくても、時間的・人的資源が限られており、すべての患者に対して一貫した支援を提供することが困難な状況にあると考えられた。また、家族へのフィードバックにおいても、患者本人の同意取得が前提となることで運用が複雑化しており、特に成人では説明機会が制限されやすい現状があることや、多職種連携や院外関係者への情報提供も制度面や業務負担の観点から限定的であることがうかがえた。

これらの現状を踏まえると、今後の改善策としては、心理士によるフィードバック面接や書面交付に対して保険点数や診療報酬を新設し、業務負担に見合った評価がなされる体制づくりが必要となると考えられた。加えて、患者や家族が安心して検査結果の説明を受けられるよう、書面と口頭説明を組み合わせた分かりやすいフィードバックの標準化も求められる。心理士の役割をより明確に位置づけ、心理士がルーチンでフィードバックに関与できる標準的な仕組みの整備も重要であると考えられた。くわえて、家族説明や多職種・院外関係者への情報提供に対しても診療報酬が認められる枠組みの導入が求められる。マンパワー確保や業務効率化のためのICT活用、多職種連携の促進も今後の検討課題となると考えられた。

２）入院場面

入院場面においては、心理検査のフィードバックは主治医が行うことがほとんどであり、心理士による説明や面接は例外的な対応にとどまっていた。心理士の専門的知見が十分に活かされていない現状の背景には、診療報酬がフィードバックや文書提供に対して設定されていないこと、マンパワー不足、そしてフィードバック自体が主治医の裁量に委ねられていることなどが考えられた。特に、家族へのフィードバックは個人情報保護の観点から患者本人の同意が必須となるものの、実際には家族支援の必要性が高い状況でも十分な支援が提供できていないケースが認められた。また、医療チームや院外関係者への情報共有についても、業務負担の増加や報酬の不在から限定的となっている現状にあると考えられた。

これらの現状を改善するためには、心理士によるフィードバック面接や文書交付について診療報酬や加算が新設されることが望まれる。これにより、心理士が全ての入院患者や家族に対して一貫して説明や支援を提供できる体制づくりが可能となる。また、家族支援については、患者の疾患特性や年齢、支援状況に応じて、柔軟に説明や支援ができる法的・制度的枠組みの整備が必要であると考えられた。さらに、多職種カンファレンスやチームミーティング等への心理士の積極的な参加と、院外連携や文書提供にも診療報酬が認められる仕組みを導入し、業務負担と報酬のバランスを取ることが重要である。マンパワー確保と業務分担の最適化、現場の需要に応じた心理士の配置の見直しも今後の大きな課題と考えられた。

E. 結論

本研究は、医療機関における心理検査の実施実態における具体的な課題と活用可能性を明らかにすることを目的として実施した。昨年度の文献調査の結果を踏まえたエキスパート・パネル協議およびアンケート調査の結果、外来・入院のいずれの場面においても、心理検査に関わる診療報酬の未整備、フィードバック提供の標準化の欠如、心理士の専門性に見合った制度的評価の不足等が主要な課題として明らかとなった。くわえて、複数検査や多職種連携、家族支

援など臨床現場の実態に即した柔軟な運用が求められているにもかかわらず、現行の診療報酬体系や運用制度が十分に対応しきれていない現状も明らかとなった。

今後は、心理士が担うフィードバック面接や報告書作成などの専門的業務に対して、診療報酬や加算の新設を含む制度的評価を早急に進めることが不可欠である。さらに、患者・家族が安心して検査結果の説明を受けられるよう、口頭と書面による丁寧なフィードバックの標準化、家族支援や多職種・院外関係者への情報提供に対する報酬化といった制度設計が求められる。あわせて、マンパワーの確保やICT活用、多職種協働の促進なども検討していく必要がある。

本研究は、日本の医療機関における心理検査の実施とフィードバックに関する現状と課題を現場の視点から明らかにし、今後の制度改正および実践現場の改善に向けた具体的な知見を提供した点に意義がある。心理検査の質と持続性を担保し、心理的支援を必要とする人々が最適なサービスを受けられる医療体制の構築が、今後ますます重要となることを強調したい。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

ただし、日本心理臨床学会第44回大会にてポスター発表予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

・引用文献

- 一般社団法人日本公認心理師協会 (2022) 医療機関における公認心理師が行う心理支援の実態調査 厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業 http://www.jacpp.or.jp/document/pdf/pdf20220530/00_20220530.pdf (2025年5月21日最終アクセス)
- 河野禎之・藤森禎子・高崎恵美・櫻井花・高橋香織 (2024) 国内外の医療機関における心理検査の実施と活用に関する文献研究 令和5年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業総括・分担報告書「医療機関における心理検査の実施実態と活用可能性に関する研究」, 4-9.
- 松田修・滝沢龍 (2022) アセスメントの目的と方法 松田修・滝沢龍 (編) 現代の臨床心理学2 臨床心理アセスメント (pp. 11-25) 東京大学出版会.