

質の高い精神療法（認知行動療法）の迅速な普及に向けて National Database を用いた実施状況・地域差の把握と提供体制整備への示唆

宮崎大学テニユアトラック推進機構（看護学系）

吉永尚紀

【研究の背景】

本邦の精神医療は、薬物偏重の治療スタイルを国際的に批判されており（INCB, 2010）、「多剤大量処方」の是正と「精神療法の普及」による適正化が求められている。こうした中、認知行動療法はうつ病をはじめとする様々な精神疾患に対して高い効果が実証されており（Wiles et al., 2013; Nakagawa et al., 2017 など）、本邦では 2010 年に「気分障害に対する認知行動療法」が保険点数化された。しかし、実際に診療報酬下で認知行動療法がどの程度実施されているかは明らかになっていない。

【目的】

本研究では、診療報酬請求に係る電子レセプトデータの 99%を保有する「レセプト情報・特定健診等情報データベース（National Database: NDB）」に格納された診療情報を二次利用し、国内の認知行動療法の算定状況等を概括することを目的とした。

【方法】

NDB に格納された「認知療法・認知行動療法」、および精神科外来の一般的な診療で用いられる「通院精神療法」の集計表データを用いて、日本全体および各都道府県で両項目の算定件数・算定人数を集計した。また、認知行動療法の算定人数を都道府県間で比較するため、各地域の人口・年齢構成の影響を調整した年齢調整標準化レセプト出現比（Standardized Claim Ratio: SCR; 松田ら, 2014）を算出した。本調査期間は認知行動療法が保険点数化された 2010 年度から 2015 年度までとした。

なお、本研究は宮崎大学医学部・医の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

2010 年度から 2015 年度において本邦の保険診療下で算定された認知行動療法の総算定件数は 256,423 件、総算定人数は 60,304 人であり、2010 年度から 2015 年度で算定件数は 18.6%減少、算定人数は 1.8%減少していた。一方、同期間における通院精神療法は、2010 年度から 2015 年度で算定件数は 15.5%増加、算定人数は 16.1%増加していた。

また、認知行動療法の SCR とその推移を算出した結果、都道府県間で大きなばらつきが認められ、算定状況に地域差が生じていることが明らかとなった（図 1 および図 2）。

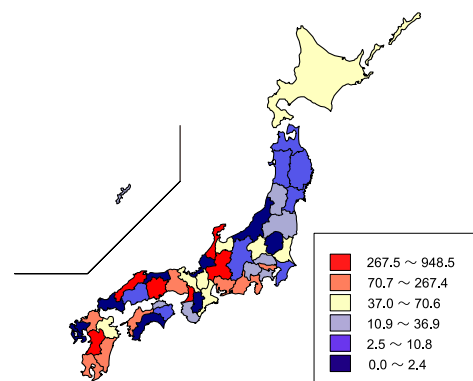


図 1 認知行動療法の年齢調整標準化レセプト出現比（2015 年度）

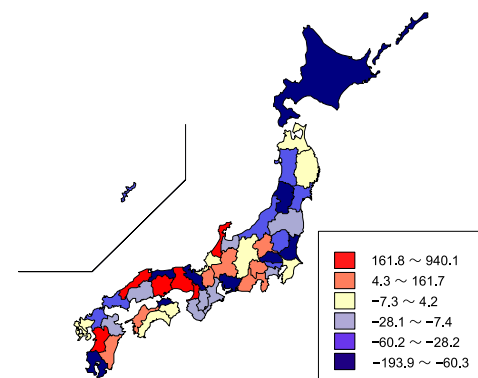


図 2 認知行動療法の年齢調整標準化レセプト出現比の推移（2010 年度～2015 年度）

【考察】

本研究では、医療ビッグデータである NDB を用いて全国の認知行動療法の算定状況を明らかにした初めての研究である。本研究の結果から、保険診療下における認知行動療法の算定件数は、2010 年度をピークに、2012 年度に急減し、その後微増傾向にあることが示された。また、各都道府県の間で算定状況やその推移には大きな地域差が生じていることも明らかとなった。一方で、精神科外来の一般診療で算定される通院精神療法は 6 年間を通して増加傾向にあった。つまり、認知行動療法の算定は保険点数化以降、精神科外来の活動性とは異なる推移を辿っていたといえる。

先行研究では、認知行動療法の普及に影響を及ぼす主な要因として、算定要件の一つである適切なトレーニングの受講、すなわち厚生労働省主催の研修事業を受ける機会が限られていることが挙げられている (Kobori et al., 2014)。研究期間内において当研修事業は、北海道、宮城、東京、京都、福岡で 2 回以上、岩手、千葉、大阪、広島で 1 回ずつ実施されている。しかし、これらの都道府県の中で認知行動療法の SCR が全国平均を上回った、あるいは増加していたのは、岩手、東京、大阪のみであった。したがって、少なくとも研究期間内においては、研修の開催地域や頻度が算定状況に影響を及ぼす主要な要因であったとは考えにくい。

先行研究で認知行動療法の普及に影響を及ぼすと考えられているもう一つの要因には、診療報酬の低さが挙げられている (大野, 2011)。保険診療下において、「認知療法・認知行動療法」は 1 時間あたり最大 2 名の患者に算定することができ、診療報酬は 10,000 円となる。一方、精神科外来の一般診療で算定される「通院精神療法 (30 分未満)」では、1 時間あたり 6 名の患者に算定できると仮定すると、診療報酬は 19,800 円となる。全国の精神科診療所を対象としたアンケート調査では「採算性の低さ」が組織における認知行動療法の実施阻害要因

の上位に挙げられており (高橋ら, 2018)、現状の保険診療における認知行動療法の診療報酬設定は算定を抑制する要因として十分に考えられる。一方、通院精神療法として短時間 (30 分未満) の認知行動療法が行われている場合も考えられるため、算定が低い地域・期間においても認知行動療法が保険診療下で実施されている可能性は考慮しておかなければならない。今後、算定の推移や地域差の要因を明らかにするためには、各都道府県の医療背景に関するさらなる調査が必要となる。

本研究の限界には、本研究で用いた NDB データに自由診療で行われた認知行動療法の数は含まれていないことが挙げられる。実際、国内では認知行動療法の診療報酬が低い (日本: 最大 5,000 円/回、イギリス: 約 15,000 円/回) ために、自由診療下で実施する医療機関も多い (e.g. 千葉大学医学部付属病院)。また、本邦の認知行動療法の多くは臨床心理士によって実施されているが (佐藤・丹野, 2012)、研究期間中の算定職種に臨床心理士は含まれていないため算定されていない。したがって、本研究における認知行動療法の算定状況は、臨床現場で実施されている認知行動療法の実態とは異なる可能性があることに留意する必要がある。

【結論】

本研究により、2010 年度から 2015 年度において、認知行動療法の算定数は日本全体として増加しておらず、都道府県間では大幅な地域差が生じていることが明らかとなった。また、認知行動療法の SCR を都道府県別に比較した結果、算定に係る研修の開催地域・頻度が算定状況に直接的な影響を与える可能性は低いことが考えられた。今後、認知行動療法の算定の推移や地域差の要因を明らかにするため、各都道府県の医療背景や地域特性を調査する必要がある。