

原著

# レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）オープンデータを用いた認知行動療法の実施状況の調査

長谷川遥菜<sup>\*1\*2</sup>／河合啓介<sup>\*2</sup>／田村奈穂<sup>\*2</sup>／近藤忠之<sup>\*3</sup>／柳内秀勝<sup>\*1</sup>／吉村健佑<sup>\*4</sup>／酒匂赤人<sup>\*1</sup>

抄録：目的：レセプトデータを用いて本邦の認知行動療法の外来での算定状況を明らかにする。方法：2014～2022年度の算定回数を年度別、性別・年齢階級別、都道府県別で分析した。結果：算定回数の最多は2014年度で44,888回、最少は2022年度で35,231回だった。2022年度は女性への実施が63%を占め、15歳以上の年齢階級では女性への実施が多かった。20～49歳への実施が全体の64%を占め、19歳以下は13%、65歳以上は7%を占めた。人口100万人あたりの算定回数は、女性は20～24歳が864回、男性は25～29歳が490回で最多だった。2022年度の算定回数は14県で10回未満だったが、人口100万人あたりの算定回数の最多は岡山で2,834回と地域差を認めた。考察：対象疾患の追加などにもかかわらず、算定回数は減少傾向であり、地域差も大きく、環境の整備、人材の育成が望ましい。

**Key words**：認知行動療法，地域差，均てん化，リアルワールドデータ，COVID-19

## はじめに

認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）とは、認知と行動のあり方を現実的に見つめ直すことを手段として、問題解決を図り気分を安定させることを目的とした精神療法である<sup>1)</sup>。うつ病をはじめさまざまな疾患への有効性が確認され、欧米のうつ病の診療ガイドラインでも推奨されている<sup>2)3)</sup>。日本では、薬物治療抵抗性うつ病に対する薬物療法単独群と薬物療法＋CBT群のランダム化比較試験（randomized

controlled trial：RCT）でCBTの効果が実証される<sup>4)</sup>、うつ病ガイドラインでも推奨されている<sup>5)</sup>。抗うつ薬抵抗性社交不安症に対するRCTでも、薬物治療を中心とした通常治療を継続した群と比較して、通常治療＋CBT群での効果が認められている<sup>6)7)</sup>。

2010年度の診療報酬改定でCBTが初めて保険点数化されたが、治療に習熟した医師によるうつ病への実施に算定が限られていた。2012年度に精神科救急医療体制の確保に協力などを行っている精神保健指定医とその他の医師の2種類に算定項目が分けられ、2016年度には医師の指示のもと一定の知識と経験を有する看護師が一部分を実施する形式が追加され、3種類となった。同年、対象疾患に強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害が加わった。2018年度には実施する医師の資格による算定の区別が廃止され、看護師が一部

2023年11月15日受稿，2025年1月29日受理，2025年9月24日J-STAGE早期公開

<sup>\*1</sup>国立健康危機管理研究機構国立国府台医療センター  
総合内科（連絡先：長谷川遥菜，〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1）

<sup>\*2</sup>同 心療内科

<sup>\*3</sup>同 精神科

<sup>\*4</sup>千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター

分を実施する形式に関する施設基準が緩和され、対象疾患に神経性過食症も追加された。これらの改定は CBT の普及を意図したものと考えられるが、2010～2015 年度のレセプト情報・特定健診等情報データベース (National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan : NDB) を用いた研究では算定回数はやや減少傾向で地域差も大きいことが示されており<sup>8)</sup>、精神科医療の適正化として薬物療法の適正使用と精神療法の普及が求められているが CBT を十分に提供できているとはいえなかった<sup>7)</sup>。また、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミックでは、世界のうつ病患者が 27.6% 増加し、不安症患者も 25.6% 増加したという推計もあり<sup>9)</sup>、全国的な受診抑制や医療逼迫も問題となったが、定量的に診療への影響を調べた日本の研究は外科手術などが多く<sup>10)11)</sup>、CBT を含めた精神科領域はあまり調べられていない<sup>12)</sup>。

本研究では、NDB オープンデータを用いて、先行研究以降の期間も含めた CBT の保険診療での実施状況を調査し、全国の実施回数の経年変化、地域差、COVID-19 の影響などを明らかにすることを目的とした。

## 方法

本研究は、厚生労働省が研究利用などのためにレセプト情報を集計・公開している NDB オープンデータ<sup>13)～15)</sup>を用いた記述疫学研究である。2014 年度以降の精神科専門療法や手術や検査などの診療行為の全国の年間総算定回数と「入院・外来」「都道府県別」「性・年齢階級別 (5 歳ごと)」の内訳が利用でき、2019 年度からは「月別」「二次医療圏別」の内訳も利用できる。本研究では厚生労働省のホームページに Excel 形式で公開されている 2014～2022 年度の CBT の算定回数を分析した。認知療法・認知行動療法 (I003-2) のデータは、診療報酬の算定区分と同様に、実施者が医師か、医師と看護師

の共同実施かも区別され、外来でのみ算定できる。2014～2022 年度の算定総回数と実施者別の経年変化を調べた。人口 100 万人あたりの性・年齢階級別の算定回数、地方別、都道府県別の算定回数、算定施設数、厚生労働省への届出施設数を分析した。都道府県ごとの性・年齢分布の違いを調整するため、各都道府県の性・年齢調整標準化レセプト出現比 (standardized claim ratio : SCR) を以下のように計算した<sup>8)16)</sup>。

### A 県の SCR

$$\begin{aligned} &= \Sigma (\text{A 県の性・年齢階級別レセプト実数} \times 100) \div (\text{A 県の性・年齢階級別レセプト期待数}) \\ &= \Sigma (\text{A 県の性・年齢階級別レセプト実数} \times 100) \div (\text{A 県の性・年齢階級別人口} \times \text{全国の性・年齢階級別レセプト実数} \div \text{全国の性・年齢階級別人口}) \end{aligned}$$

SCR の値が 100 より大きい都道府県では、年齢を補正しても CBT が全国よりも多く行われていることを意味する。また、COVID-19 のパンデミックの影響を検討するため、2019～2022 年度の精神疾患の通院の指標である通院精神療法と CBT の月別の算定回数と、COVID-19 新規感染者数などを比較した生態学的研究も行った。

なお、NDB オープンデータでは算定回数が 10 回未満の年齢階級や都道府県は、プライバシー保護の観点から実際の回数が公開されていない。都道府県データは患者の住所ではなく医療機関の住所を指している。人口データは総務省統計局が公開しているものを利用した<sup>17)</sup>。各都道府県の算定施設数は、国立精神・神経医療研究センターが公開している精神保健福祉資料の NDB を用いた 2021 年度の集計を利用し<sup>18)</sup>、2022 年度 3 月の CBT の届出施設数<sup>19)</sup>と COVID-19 感染者数<sup>20)</sup>は厚生労働省の公開データを利用した。2022 年度の通院精神療法は 11 種類あるが、98.5% を占める「通院精神療法 (イ及びロ以外の場合)」の「(30 分未満の場合) または

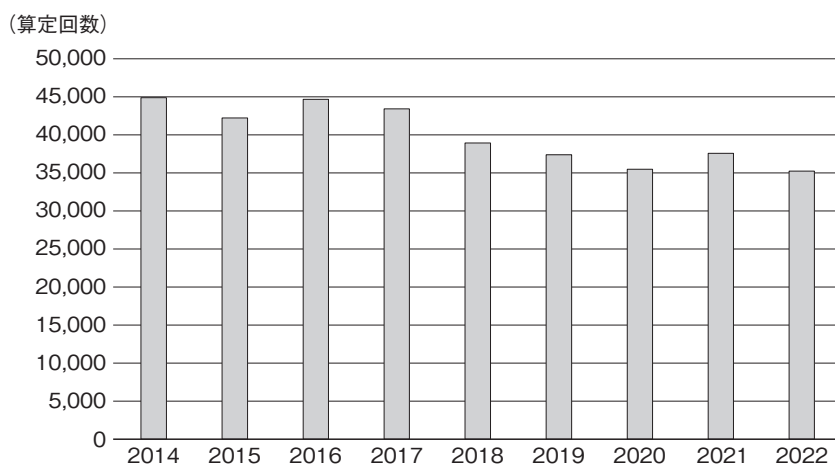


Fig. 1 算定回数の経年変化

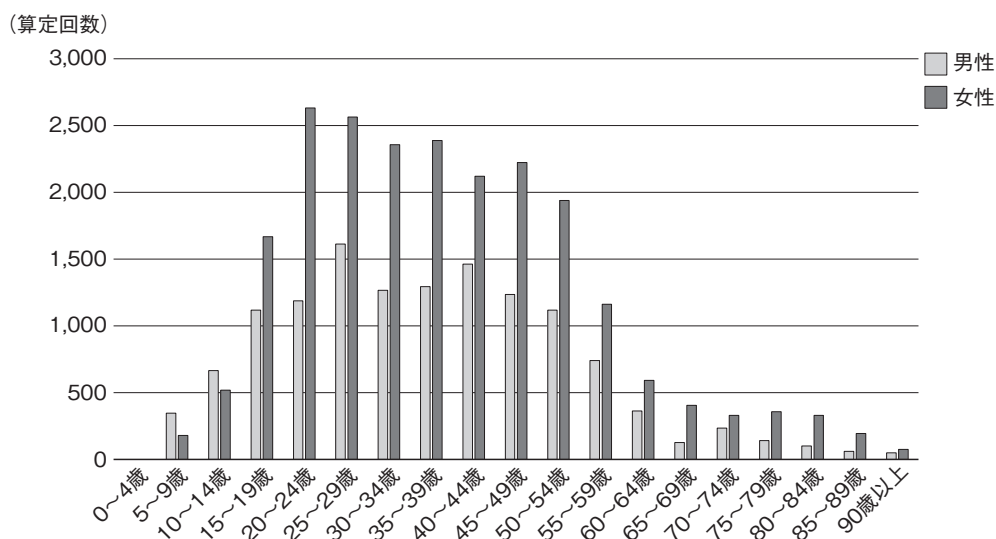


Fig. 2 性・年齢階級別の算定回数 (2022 年度)

(30 分以上の場合)。(1 以外の場合)または(精神保健指定医による場合)の4種を対象とした。

本研究は国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した(NCGM-G-003402)。

## 結果

CBT の算定回数が最多だったのは 2014 年度の 44,888 回で、2022 年度は 35,231 回と減少していた (Fig. 1)。2017 年度までは実施者が精神科救急体制の精神保健指定医かそれ以外の医師

に分かれていたが、算定回数の比は 1 : 1.0~1.2 だった。看護師との共同実施は、2017 年度は 10 回未満、2018 年度には算定条件における施設基準が緩和されたが 26 回 (0.3%)、2022 年度も 239 回 (0.7%) に留まり、239 回のうち滋賀 216 回、和歌山 20 回と、ほとんどの地域でまったく行われていなかった。

2022 年度の性・年齢階級別の算定回数では女性への実施が 63% を占め、15 歳以上の全年齢階級で女性への実施が多かった (Fig. 2)。各年度、男女ともに算定回数のピークを示したの

(算定回数/100万人)

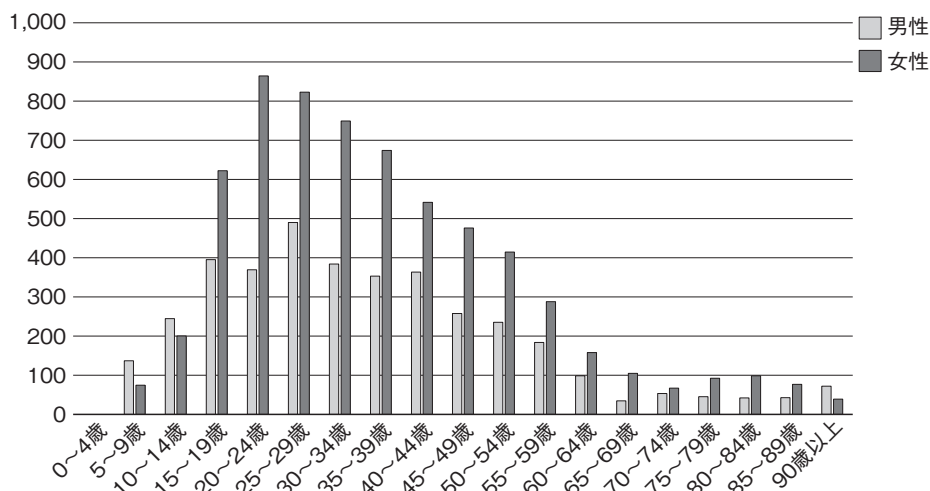


Fig. 3 性・年齢階級別の人口 100 万人あたりの算定回数 (2022 年度)

(算定回数/100万人)

(施設数/100万人)

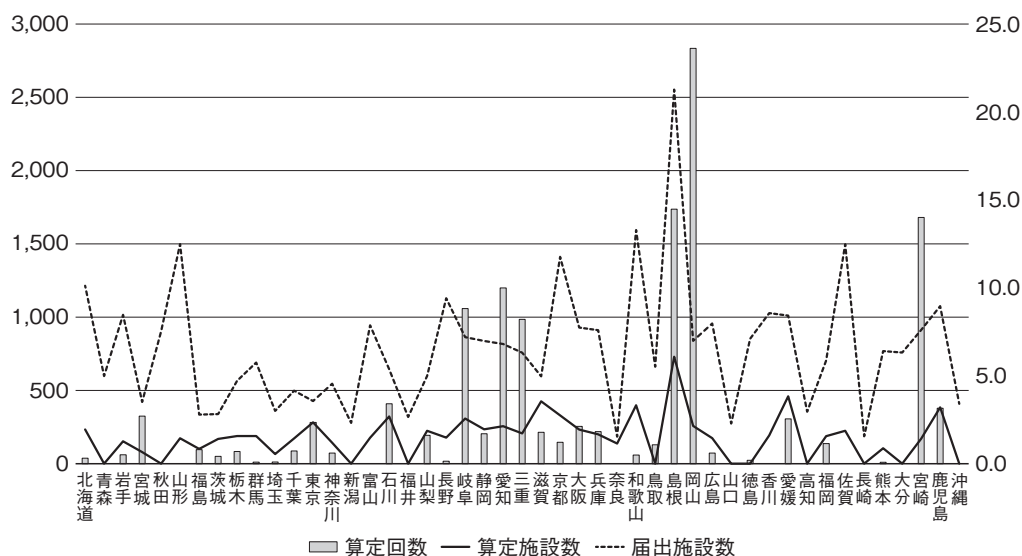


Fig. 4 都道府県別の人口 100 万人あたりの算定回数 (2022 年度) と算定施設数 (2021 年度) と届出施設数 (2022 年 3 月)

は 20～49 歳で、2022 年度は全体の 64% を占めた。19 歳以下は 13%、65 歳以上は 7% を占めた。人口 100 万人あたりでは、男性 25～29 歳 490 回、女性 20～24 歳 864 回で、それぞれ最多だった (Fig. 3)。

2022 年度の都道府県別の算定回数では、青森、秋田、山形、新潟、富山、福井、奈良、山

口、香川、高知、佐賀、長崎、大分、沖縄の 14 県では 10 回未満だった。人口 100 万人あたりでは、最多は岡山 2,834 回、島根 1,731 回、宮崎 1,681 回であり、大きな地域差を認めた (Fig. 4)。2021 年度の人口 100 万人あたりの CBT 算定施設数が多かったのは島根 6.1、愛媛 3.8、滋賀 3.5 だが、2021 年度の算定施設あたりの 2022

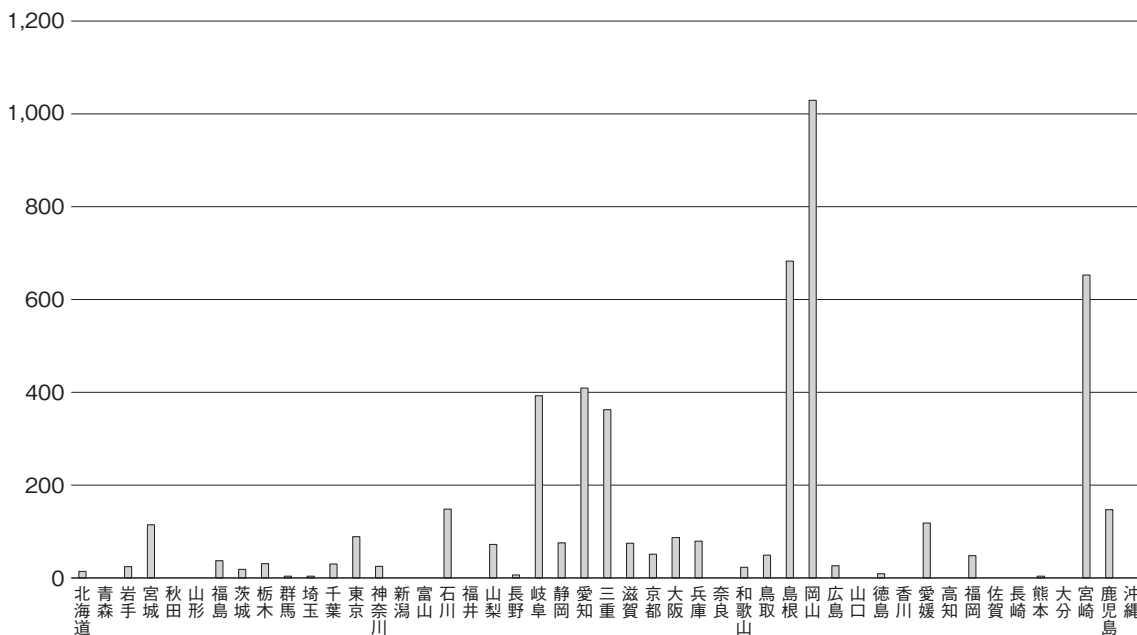


Fig. 5 都道府県別の性・年齢調整標準化レセプト出現比 (SCR) (2022 年度)

年度の算定回数は岡山 1,319 回、宮崎 1,179 回、三重 572 回と、施設の数やその実施状況にも地域差を認めた。2022 年 3 月の厚生労働省への CBT の届出医療機関は全国に 742 施設あり、各都道府県に 2 カ所以上あり、人口 100 万人あたりの施設数の最多は島根 21.3、和歌山 13.3、山形と佐賀 12.5、最少は奈良 1.5、長崎 1.6、新潟と山口 2.3 であった。2022 年度の二次医療圏別データでは、335 のうち 272 の二次医療圏では算定回数が 10 回未満だった。岡山の 5,277 回のうち県南東部が 5,251 回、島根では 1,143 回のうち松江が 1,125 回、宮崎では 1,768 回のうち宮崎東諸県が 1,757 回を占め、都道府県内での偏在がみられた。2022 年度の地方別・人口 100 万人あたりの算定回数は、北海道 37 回、東北 117 回、関東 128 回、中部 595 回、近畿 265 回、中国 937 回、四国 115 回、九州・沖縄 218 回であった。2022 年度の性・年齢調整 SCR は、最多は岡山 1,029、島根 683、宮崎 653 で、全国平均である 100 に近いのは宮城 114、東京 89、大阪 87 であった (Fig. 5)。

CBT 算定回数は、2020 年度は 4 月、5 月、1 月が少なく、2021 年度は 5 月、8 月、2 月が少なく、COVID-19 感染者数の増加や緊急事態宣言に関連した増減が示唆される (Fig. 6)。年度平均算定回数に対する最も少ない月の算定回数の割合は、CBT では 2019 年度 95.7%、2020 年度 85.4%、2021 年度 89.9%、2022 年度 89.2% で、通院精神療法ではそれぞれ 95.1%、85.8%、90.6%、93.5% であり、いずれも流行開始後の変動が大きく、その初年度である 2020 年度が最も変動が大きかった。4 年間の平均では CBT が少ないのは 5 月 2,777 回、1 月 2,834 回、多いのは 10 月 3,229 回、3 月 3,218 回であった。

## 考察

NDB を用いて 2010～2015 年までの CBT の実施状況を調べた先行研究<sup>8)</sup>と今回の結果を合わせると、算定回数が最多だったのは CBT が初めて保険収載された 2010 年度の 51,866 回、最少は 2012 年度の 34,271 回であり、看護師との共同実施や対象となる精神疾患の追加などの診療

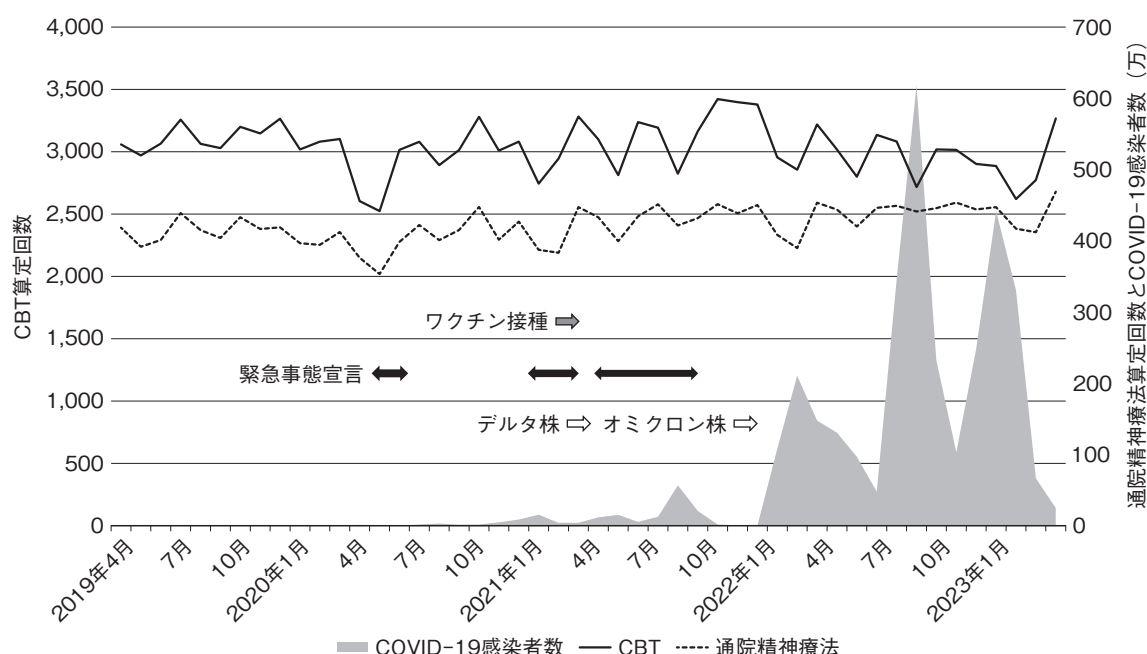


Fig. 6 CBT・通院精神療法の月別算定回数と COVID-19 流行状況

報酬改定にもかかわらず、2022年度も35,231回に留まった。精神保健福祉資料のNDBを用いた集計によれば、CBTの算定施設数は2013年度262施設から2021年度には202施設に減っており、2021年度にCBTを受けた患者は8,680人であった<sup>18)</sup>。

全国の精神科診療所を対象とした2016年の研究では、回答のあった1,019件のうち、最も多く行われている精神療法はCBTであり(37.9%)、最も多くの診療所がCBTを適用していた疾患はうつ病であった<sup>21)</sup>。厚生労働省の患者調査では、精神疾患を有する外来患者数は2008年の290万人から2017年の389万人と増加し、そのうちCBTの主な対象疾患である気分障害も101万人から125万人と増加している<sup>22)</sup>。CBTの主な対象となる20～49歳の人口が2010年の4,910万人から2022年の4,374万人に減っていることを考慮しても、CBTが十分に提供されているとはいえない。CBTは十分普及していないという見方が多く<sup>1)23)24)</sup>、普及を阻害する要因として、時間的制約、診療報酬、

治療者の不足などが挙げられているが<sup>1)21)23)</sup>、一方では、対象となる患者数がどの程度なのか、保険診療だけでなく自由診療も含めてCBTがどの程度提供されているのかなどは十分なデータがなく、今後調査が必要と考えられる。外来通院精神療法のほうが時間あたりの診療報酬に換算すると有利であることから、CBTを行っているが外来通院精神療法で算定している場合もあり<sup>8)23)</sup>、CBT研修の参加医師107人を対象にした調査によると、CBTの算定方法は通院精神療法54%、CBT20%、自由診療17%であった<sup>23)</sup>。また、臨床心理士などによる自由診療でCBTを実施しているケースも多いようだが実態はわかっておらず<sup>21)</sup>、本研究のような保険算定回数のデータだけではCBTの実施状況を過小評価している可能性がある。精神科通院中の患者434人に対するCBTについての質問紙調査では、CBTの名称を聞いたことがある患者は49%、標準時間で受けたことがある患者は5.5%、料金などの点で保険適用外では精神療法を希望しない患者は70%と報告されており、



患者側へのCBTの周知や、希望する人が保険診療で受けられることも重要と思われた<sup>24)</sup>。

CBTの提供を増やすために看護師との共同実施が認められたが、その後もほとんど実施されておらず、しかも滋賀と和歌山以外ではほとんど行われていないことが明らかとなった。精神科関連施設の看護師を対象とした調査では、CBTのトレーニング・講習を受けた経験は43%だったが、個人CBTの実施経験は17%、集団CBTの実施経験も9.7%に留まっていた<sup>25)</sup>。2011～2019年度までにうつ病の認知療法・認知行動療法研修に参加した看護師からは、CBTの難しさとして、時間的余裕がない(55%)、勤務体制から定期面接が難しい(39%)、周りに相談できる人がいない(38%)などが挙げられた<sup>23)</sup>。同じ調査で医師は、時間的余裕がない(71%)、診療点数が通院精神療法30分超と変わらない(54%)、勤務体制から定期的に面接を行うことが難しい(29%)を挙げていた。看護師の治療者要件の緩和や、研修機会を増やし、スーパービジョンを受けられる体制をとることなどが提言されている。

精神科診療所6,265施設の調査では、回答のあった施設数を分母とするとCBT実施施設の割合は0～80%と都道府県間の大きな差を認めたが、回答率も7～36%と地域差が大きいことが限界として挙げられていた<sup>21)</sup>。悉皆性の高いNDBで2010～2015年度を対象とした研究では、年齢調整SCRで都道府県のCBT実施数を比べると最高の石川県と最低の徳島県で420倍の地域差があり、東北地方で低かった<sup>8)</sup>。今回のデータでも、人口あたりのCBTの算定回数だけでなく、算定施設数にも大きな地域差を認めた。また先行研究では、都道府県別の算定回数に関連する因子として、CBTを実施できる体制の整った届出施設の数が増えられていたことから<sup>8)</sup>、今回検討したが、算定回数が少ない都道府県の中には、届出施設が少ないところもあれば、届出施設は多いものの実際に算定している

施設が少ないところもあり、CBTが行えない、または保険診療では行っていない理由は地域や施設によってさまざまである可能性があり、今後調査が必要と考えられた。精神疾患の地域差に関してNDBオープンデータで人口あたりの処方量を調べた研究では、抗精神病薬は最多の長野県と最少の奈良県では1.9倍の差があり<sup>26)</sup>、clozapine 100 mg錠は最多の沖縄県と最少の島根県では18倍の差があった<sup>14)</sup>。地域差には有病率、医療へのアクセス、専門家の不足や偏在、ガイドラインの普及などによる治療の標準化・均てん化などさまざまな要素があり、今回明らかにできなかったが、CBTを希望する患者がどこにいても受けられる環境の整備が必要である。日本医療政策機構の提言では、各都道府県が医療計画でCBTの実態を把握することや、精神保健福祉センターやNPOなどの支援機関でのCBTプログラムの拡充などを求めている<sup>23)</sup>。

COVID-19の影響を調べるために全国の15～79歳の2.8万人を対象に2020年夏に行われたweb調査では、936人の精神疾患患者が含まれ、持病の悪化は流行地域で27%、非流行地域で23%と他疾患より多く、また流行地域の精神疾患患者の30%が予定どおりの通院ができなかった<sup>12)</sup>。NDBオープンデータを用いて整形外科の手術件数とCOVID-19の関連を調べた研究では、2019年度の1カ月あたりの手術件数を基準とすると、最初の緊急事態宣言下の2020年5月の件数はわずか70.3%に減少していたが、その後の緊急事態宣言の際の減少は大きくはなかった<sup>10)</sup>。National Clinical Databaseを用いて胃がんに対する幽門側胃切除術の手術件数とCOVID-19の関連を調べた研究では、2020年4～5月にかけて22.8%の手術件数の減少を認めた<sup>11)</sup>。今回の研究でも、2019年度の1カ月あたりのCBTの算定回数を基準にすると、最も少なかったのは2020年度5月の81.2%で、その後も変動を認めたが、感染への対応が進んだこともあってか、変動の幅は小さくなっていた。

2019年度も COVID-19 流行後と比べれば小さいが、月ごとの算定回数の変動がある。精神疾患には、季節性うつや冬季うつ病もあり<sup>27)</sup>、またライフイベントと関連していわゆる五月病もある。NDB を用いて 1,621 病院の 60 万人の新規精神病棟入院を調べた研究では、夏 (7 月) に入院のピークがあり、冬に少ないことが報告されている<sup>28)</sup>。流行前のデータが数年分あれば CBT を要する患者の季節性変化を把握でき、それを踏まえたうえで COVID-19 の影響を検討することもできたが、流行前のデータは 1 年分のみであり、十分評価できなかった。

CBT は個室で長時間行われるため、COVID-19 やインフルエンザなどの感染リスクがある。保険診療ではないもののインターネットを用いた CBT が近年注目され、さまざまな疾患や職場のメンタルヘルスを対象にしたものもある<sup>1)29)</sup>。保険適用は認められてはいないが、不眠障害に対する治療用のスマートフォンアプリの RCT も行われている<sup>30)</sup>。これら非対面の CBT のメリットとして、任意の時間と場所で受けられるアクセス性があるが<sup>29)</sup>、今回のデータによると CBT の主な対象は 20~49 歳であり、仕事や学校などで CBT の通院が難しい場合も考えられる。CBT の提供が十分ではない現状では、インターネット CBT も将来的には選択肢となる可能性がある。

本研究の限界としては、第一に、個人単位での解析が可能な NDB と違い、オープンデータでは患者単位のデータはないため、1 人あたりの実施回数、対象疾患、実施施設の種類などが不明である。第二に、現時点の NDB オープンデータでは医療費が公費負担である生活保護受給者や自由診療が除外されている。CBT は自由診療も多く行われており、また保険診療で CBT を算定しなかったり、代わりに通院精神療法で算定したりする場合もあるが、これらを可視化できておらず、日本の CBT を網羅したデータではない。第三に、実施回数が少ない場合にデー

タが非公開となり、0~4 歳やいくつかの都道府県での実際の実施回数は不明である。ただし、それらは年間 10 回未満の実施であり、結果にはほとんど影響を与えない。本研究の強みとして、NDB オープンデータは全国の保険診療の大部分を反映したリアルワールドデータであり、全国レベルの分析が経年変化も含めて実施できたこと、都道府県別、性・年齢別の使用実態や COVID-19 の影響など、過去に十分得られていないデータが得られたこと、NDB を用いた既存のデータと乖離がなく、ある程度の精度が担保されることが挙げられる。

## おわりに

本邦における CBT の実施状況は、対象疾患の追加や看護師・医師の共同実施の新設にもかかわらず、算定回数でみるかぎりには減少傾向であった。女性への実施が多く、男女とも 20~49 歳がピークであった。また、CBT 実施に大きな地域差を認めた。いまだに十分に普及しているとはいえず、CBT を実施できる環境の整備、人材の育成が望ましい。

本研究の要旨は第 63 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会において発表した。

利益相反：近藤忠之；研究費 (MSD 株式会社)。他は本稿に関して開示すべき COI はなし。

## 文献

- 1) 小野樹郎, 福田正人, 大野 裕: 認知行動療法と保険診療. 臨精医 48: 203-208, 2019
- 2) The National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in adults: treatment and management. [https://www.nice.org.uk/guidance/ng222] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
- 3) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition. 2010. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site\_wide/practice\_guidelines/guidelines/mdd.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
- 4) Nakagawa A, Mitsuda D, Sado M, et al: Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral



- therapy for pharmacotherapy-resistant depression : a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78 : 1126-1135, 2017
- 5) 日本うつ病学会：日本うつ病学会治療ガイドラインII うつ病(DSM-5)/大うつ性障害2016. [https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/20190724-02.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 6) Yoshinaga N, Matsuki S, Niitsu T, et al : Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment : a randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychother Psychosom* 85 : 208-217, 2016
  - 7) 吉永尚紀：社交不安症に対する認知行動療法—標準化と抗うつ薬抵抗性患者への適応，そして普及促進に向けて. 千葉医学 93 : 251-256, 2017
  - 8) Hayashi Y, Yoshinaga N, Sasaki Y, et al : How was cognitive behavioural therapy for mood disorder implemented in Japan? A retrospective observational study using the nationwide claims database from FY2010 to FY2015. *BMJ Open* 10 : e033365, 2020
  - 9) COVID-19 Mental Disorders Collaborators : Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 398 : 1700-1712, 2021
  - 10) Nishizawa M, Nagata K, Adejuyigbe B, et al : Trends in inpatient orthopedic surgery during the COVID-19 pandemic in Japan : a nationwide data study. *BMC Musculoskelet Disord* 25 : 503, 2024
  - 11) Takeuchi M, Endo H, Hibi T, et al : The impact of COVID-19 for postoperative outcomes using a nationwide Japanese database of patients undergoing distal gastrectomy for gastric cancer. *Ann Gastroenterol Surg* 7 : 887-895, 2023
  - 12) 奥山絢子, 片野田耕太, 田淵貴大：基礎疾患保持者の新型コロナウイルス感染症に対する認識と受療状況—2020年8月～9月の状況についてのアンケート調査. 日公衛誌 69 : 204-214, 2022
  - 13) 厚生労働省：NDB オープンデータ. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 14) 樋口早子, 酒匂赤人, 近藤忠之, 他：NDB オープンデータに基づくクロザピン使用実態. 精神神経誌 124 : 3-15, 2022
  - 15) Yoshimura K, Hashimoto T, Sato Y, et al : Survey of anticonvulsant drugs and lithium prescription in women of childbearing age in Japan using a public national insurance claims database. *CNPT* 9 : 20-28, 2018
  - 16) 松田晋哉, 藤森研司, 伏見清秀, 他：標準化レセプト出現比 (Standardized Claim Ratio : SCR) を用いた我が国の在宅医療の現状分析. 日本ヘルスサポート学会年報 3 : 1-10, 2018
  - 17) 総務省統計局：人口推計. [https://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.html] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 18) 精神保健福祉資料：レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を用いた集計. [https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/ndb.html] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 19) 厚生労働省：認知療法・認知行動療法の届出医療機関一覧 (各地域ごとのデータを参照). [https://www.mhlw.go.jp/kokoro/docs/cbt\_hokokaido.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 20) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症について. [https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 21) 高橋 史, 武川清香, 奥村泰之, 他：日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査. 2018 [http://ftakalab.jp/wordpress/wp-content/uploads/2011/08/japancht\_clinic\_report.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 22) 厚生労働省障害保健福祉部：第13回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会参考資料. 2022 [https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 23) 日本医療政策機構：認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び今後の普及と体制整備に資する検討. 2021 [https://hgpi.org/wp-content/uploads/HGPI-ProjectReport-Assess-State-of-Cognitive-Behavior-Therapy-CBT-Use-in-Japan-and-Examine-Systems-for-Contributing-to-the-Future-Dissemination-of-CBT.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 24) 原口 正, 清水栄司, 中里道子, 他：千葉県における認知行動療法の実態：質問紙調査. 千葉医学 91 : 177-184, 2015
  - 25) 岡田佳詠：看護師の認知行動療法の実施と研修受講状況, 実施における課題. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2015/153091/201516018B\_upload/201516018B0025.pdf] (最終閲覧日 2025 年 1 月 10 日)
  - 26) 南園佐知子, 野村恭子：外来処方精神薬の等価換算値の性・年齢・地域分布：第2回 NDB オープンデータベースから. 秋田県公衆衛生学雑誌 15 : 13-21, 2019
  - 27) 三島和夫：季節性うつ病. 最新医学 71 : 1508-1518, 2016
  - 28) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al : Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan : a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *J Epidemiol* 29 : 288-294, 2019

29) 今村幸太郎, 川上憲人: インターネット認知行動療法 (iCBT) の現状と効果—主にうつ病を対象とした文献レビュー. 臨精医 44: 1059-1065, 2015

30) Watanabe Y, Kuroki T, Ichikawa D, et al: Effect of smartphone-based cognitive behavioral therapy app on insomnia: a randomized, double-blind study. *Sleep* 10: zsac270, 2022

---

## Abstract

---

### Report Detailing the Current Status of Cognitive Behavioral Therapy in Japan Based on Open Data from a National Database

Haruna Hasegawa<sup>\*1\*2</sup> Keisuke Kawai<sup>\*2</sup> Naho Tamura<sup>\*2</sup> Tadayuki Kondo<sup>\*3</sup>  
Hidekatsu Yanai<sup>\*1</sup> Kensuke Yoshimura<sup>\*4</sup> Akahito Sako<sup>\*1</sup>

<sup>\*1</sup>Department of Internal Medicine, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine  
(Mailing Address: Haruna Hasegawa, 1-7-1 Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba 272-8516, Japan)

<sup>\*2</sup>Department of Psychosomatic Medicine, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

<sup>\*3</sup>Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

<sup>\*4</sup>Center for Next Generation of Community Health, Chiba University Hospital

**Background and Objectives:** A previous study stated that cognitive behavioral therapy (CBT) is not sufficiently disseminated and that Japan exhibits considerable regional disparities in this regard. Thus, in the present study, we aimed to determine the current status of CBT in Japan.

**Methods:** We used CBT data from the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Check-ups from the fiscal year (FY) 2014 (FY2014) to FY2022. We analyzed the number of CBT sessions stratified by year, month, sex, five-year age group, 47 prefectures, and eight regions. Additionally, we calculated the standardized claim ratio (SCR) for the number of sessions to account for age variations among prefectures.

**Results:** The number of annual CBT sessions decreased from 44,999 in FY2014 to 35,231 in FY2022. In FY2022, the vast majority of CBT sessions were administered by physicians, with only 239 sessions being co-provided by nurses in collaboration with physicians. In FY2022, 63% of CBT sessions were conducted for female patients, with the therapy being provided more frequently for women than for men in the age groups  $\geq 15$  years. Additionally, 64% of the CBT sessions were administered to patients aged 20–49 years. CBT sessions for patients aged  $< 20$  and  $\geq 65$  years accounted for 13% and 7% of sessions, respectively. The highest number of CBT sessions per million members of the general population was observed among women aged 20–24 years ( $n=864$ ) and men aged 25–29 years ( $n=490$ ). In 14 prefectures, Aomori, Akita, Yamagata, Niigata, Toyama, Fukui, Nara, Yamaguchi, Kagawa, Kochi, Saga, Nagasaki, Oita, and Okinawa,  $< 10$  CBT sessions were conducted. In FY2022, the highest number of CBT sessions per million individuals of the general population was observed in Okayama ( $n=2,834$ ). Among the eight regions, the highest CBT sessions per million of the general population was observed in Chugoku ( $n=595$ ) and Hokkaido ( $n=37$ ), respectively. The SCR for Tokyo, Osaka, and Miyagi were close to the national average. The SCR was the highest in Okayama (1,029). During FY2020, the number of sessions was the lowest in May ( $n=2,509$ ) and highest in March ( $n=3,263$ ). Notably, the coronavirus disease 2019 pandemic led to a decrease in the number of monthly CBT sessions.

**Conclusions:** Although various health policies promoting CBT, including broadening the spectrum of diseases covered by health insurance and delegating CBT to nurses, have been implemented, concerns raised by previous studies persist. Improving the environment and providing physicians and nurses with adequate training are crucial for the widespread dissemination of CBT.

**Key words:** cognitive behavioral therapy, regional disparity, claim database, real world data, COVID-19

(Received November 15, 2023; accepted January 29, 2025; J-STAGE advance published September 24, 2025)