診療ガイドラインと経済的エビデンス

馬場 俊明
（日本医療機能評価機構・久喜すずのき病院）

Minds

利益相反（非経済的なものを含む）

- 日本医療機能評価機構（EBM事業部）非常勤研究員（有給）
- 本発表はMindsを代表する見解ではありません。
- 以下のガイドラインのガイドライン作成委員
  - 社交不安症ガイドライン
  - パニック症ガイドライン
  - 強迫症ガイドライン
- UCL留学時に複数のNICEガイドライン作成に医療経済チームの一員として参加(2012-2013年)
- WHOガイドライン評価委員(2018-2023年)

本日の内容

1. 診療ガイドラインにおける経済学的エビデンス利用の国際的状況
2. Minds診療ガイドライン作成マニュアルでの経済学的エビデンスの扱い
3. 経済学的エビデンスを考慮した日本のガイドラインの例

背景の説明

- 医療技術評価(Health Technology Assessment)に各国で90年代から費用対効果の評価が取り入れられ始め、診療ガイドラインでも経済的エビデンス（費用対効果＋資源利用等情報）を収集・作成・考慮される流れが加速した。
- 各国・国際的な最新の状況と日本の現状（Mindsガイドライン）について説明し、最後にケーススタディーを紹介

1. 診療ガイドラインにおける経済学的エビデンス利用の国際的状況

i. GRADE
ii. WHO
iii. 英国NICE
iv. 豪NHMRC

GRADE　EtD：ガイドラインのPerspectiveの決定

- 推奨決定において，各基準ごとにエビデンスを検討する際に，それが誰にとってのものであるかを決めるのがperspective

<table>
<tr><th>基準項目</th><th>individual perspective</th><th>population perspective</th></tr>
<tr><td>1. 問題</td><td>個人の立場から見て問題は優先事項か？</td><td>集団の立場から見て問題は優先事項か？</td></tr>
<tr><td>2. 望ましい効果</td><td colspan="2">望ましい効果の大きさはどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>3. 望ましくない効果</td><td colspan="2">望ましくない効果の大きさはどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>4. エビデンスの確実性</td><td colspan="2">効果のエビデンスの全体の確実性はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>5. 価値観</td><td colspan="2">主要なアウトカムに対する人々の価値観に重要な不確実性あるいはばらつきがあるか？</td></tr>
<tr><td>6. 効果のバランス</td><td colspan="2">望ましい効果と望ましくない効果のバランスは介入あるいは対照を支持するか？</td></tr>
<tr><td>7. 必要資源量</td><td rowspan="3">介入の費用対効果（正味の望ましい効果に対する自己負担分）は介入あるいは対照を支持するか？</td><td>必要資源量（コスト）はどれくらいの大きさか？</td></tr>
<tr><td>8. 必要資源量に関するエビデンスの確実性</td><td>必要資源量（コスト）はどれくらいの大きさか，コストのエビデンスはどれくらい確実か？</td></tr>
<tr><td>9. 費用対効果</td><td>介入の費用対効果のエビデンスの確実性はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>10. 公平性</td><td>（適用される機会は少ない）</td><td>健康の公平性に対する影響はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>11. 容認性</td><td>介入は患者，介護者，医療提供者に受け入れ可能か？</td><td>介入は全てのステークホルダーに受け入れ可能か？</td></tr>
<tr><td>12. 実行可能性</td><td>介入は患者，介護者，医療提供者にとって実行可能か？</td><td>介入は実行可能か？</td></tr>
</table>

出典：Alonso-Coello P, et al.（2016）GRADE evidence to decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ 353:i2089. より作成

実際のGRADE EtD
(individual perspective,
Mindsマニュアル掲載の和訳)

基準 7. 費用対効果　その介入の費用対効果は介入または比較対照のどちらを支持するか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 比較対照の費用対効果がよい ○ 比較対照の費用対効果がおそらくよい ○ 介入も比較対照もいずれも支持しない ○ 介入の費用対効果がおそらくよい ○ 介入の費用対効果がよい ○ さまざま ○ 採用研究なし		

基準 8. 必要資源量　資源利用はどの程度大きいか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 大きな増加 ○ 中等度の増加 ○ 無視できるほどの増加や減少 ○ 中等度の減少 ○ 大きな減少 ○ さまざま ○ 分からない		

実際のGRADE EtD（population perspective, Mindsマニュアル掲載の和訳）

基準 7. 必要資源量　資源利用はどの程度大きいか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 大きな増加 ○ 中等度の増加 ○ 無視できるほどの増加や減少 ○ 中等度の減少 ○ 大きな減少 ○ さまざま ○ 分からない		

基準 8. 必要資源量に関するエビデンスの確実性　資源利用に関するエビデンスの確実性はどの程度か？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 非常に弱い ○ 弱 ○ 中 ○ 強 ○ 採用研究なし		

基準 9. 費用対効果　その介入の費用対効果は介入または比較対照のどちらを支持するか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 比較対照の費用対効果がよい ○ 比較対照の費用対効果がおそらくよい ○ 介入も比較対照もいずれも支持しない ○ 介入の費用対効果がおそらくよい ○ 介入の費用対効果がよい ○ さまざま ○ 採用研究なし		

GRADE guidelines 10, 23, 30

- GRADE guidelines 10 (2013): Considering **resource use** and rating the quality of economic evidence（Mindsマニュアル2020でも引用）
- GRADE Guidelines 30 (2021): the GRADE approach to assessing the certainty of **modeled evidence** - An overview in the context of health decision-making
- GRADE guidance 23 (2023): Considering cost-effectiveness evidence in **moving from evidence to health-related recommendations**

→ 資源利用と費用対効果のエビデンスを評価、提示し、推奨に利用する方法が示された

Core GRADE (2025):

35のGRADE guidelinesなど、複雑化しすぎたため推奨をまとめ直したもの

Perspective (Core GRADE 7)

- Guidelines can consider two perspectives—that of the individual patient and that of a population (also referred to as public health or societal).
- **Core GRADE's focus is on the individual patient perspective**, but **Core GRADE recommendations can also include the population perspective as a secondary consideration.**
- The decision regarding perspective influences how Core GRADE users approach the evidence to decision framework.
- Three factors of the framework — **the magnitude of benefits, harms, and burdens; the certainty of evidence; and patients' values and preferences**—are key in moving from evidence to recommendations, whatever the perspective.
- Other factors—costs, cost effectiveness, feasibility, acceptability, and equity—**while primarily relevant to the population perspective, may sometimes play a role in the individual perspective.**

Core GRADE

Table 1 | Primary and secondary considerations in Core GRADE's evidence to decision framework that determine direction and strength of recommendations

Factor	Judgments/considerations	Impact on direction and strength of recommendation
Primary factors (always considered)		
Benefits, harms, and burdens	How large are the benefits? How large are the harms and burdens?	The larger the benefits the more likely a panel will make a recommendation for an intervention, and the more likely that recommendation will be strong. The larger the harms and burdens the more likely the panel will recommend in favour of the comparator rather than the intervention, and the more likely that recommendation will be strong
Certainty of evidence	What is the certainty of evidence for each of the critical and important outcomes?	The greater the certainty of evidence the more likely a panel will make a strong recommendation. High or moderate certainty evidence often justifies strong recommendations, whereas low and very low certainty mandates, in almost all situations, conditional recommendations
Values and preferences	What are the typical patients' values and preferences? How important do patients judge each benefit and harm outcome and the associated burdens? To what extent do patients vary in their values and preferences? How certain is the panel in its judgment about patients' values and preferences and variability in those values and preferences?	The more patients value the benefits the more likely the panel will make a recommendation for an intervention, and the more likely that recommendation will be strong. The more patients value avoiding the harms and burdens the more likely a panel will strongly recommend against an intervention. The less variability in patients' values and preferences and the more certain a panel is about these values and preferences the more likely they will make a strong recommendation
Secondary factors (particularly relevant from a population perspective)		
Resources and cost effectiveness	What are the resources required? Would implementing the intervention versus the comparator lead to important costs or savings? How do those costs and savings relate to benefits and harms?	The less the costs of an intervention and the greater the savings and cost effectiveness the more likely a panel will make a recommendation in favour of an intervention, and the more likely that recommendation will be strong
Feasibility	Is it feasible to implement the intervention? What is the relative feasibility of the intervention versus the comparator?	The more feasible an intervention the more likely a panel will make a recommendation in favour of an intervention. Feasibility considerations can also lead to guidance on implementation
Acceptability	Is the intervention acceptable to patients, clinicians, and other key stakeholders? What is the relative acceptability of the intervention versus the comparator?	The more acceptable an intervention the more likely a panel will make a recommendation in favour of an intervention
Equity	What would be the impact of implementing the intervention versus the comparator on health equity?	The more an intervention would increase equity the more likely a panel will make a recommendation in favour of an intervention. Equity considerations can also lead to guidance on implementation

GRADE=Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Core GRADEにおける経済的エビデンスの扱い

1. Individual perspectiveの場合には経済的エビデンス（Resources and cost effectiveness)はSecondary criteriaの一つとして提案されている
2. （資源利用については通常のGRADE評価が可能だが）Model-based evidenceの具体的な評価方法は書かれていないため、GRADE guideline 30（と23）を引き続き参照する必要がある

WHO Handbook for Guideline Development (2014)

8章 エビデンスの検索と合成

8.5 Including **other types of data in the systematic review**

Questions about cost and measures of economic efficiency, such as cost–effectiveness, may require information on prices from manufacturers or data from programme evaluations, or may involve modelling based on evidence-informed assumptions.

WHO Handbook for Guideline Development (2014)

(検索や評価、新規の医療経済評価の方法論については記載なし）

10章 推奨作成

10.2.4 Resource implications

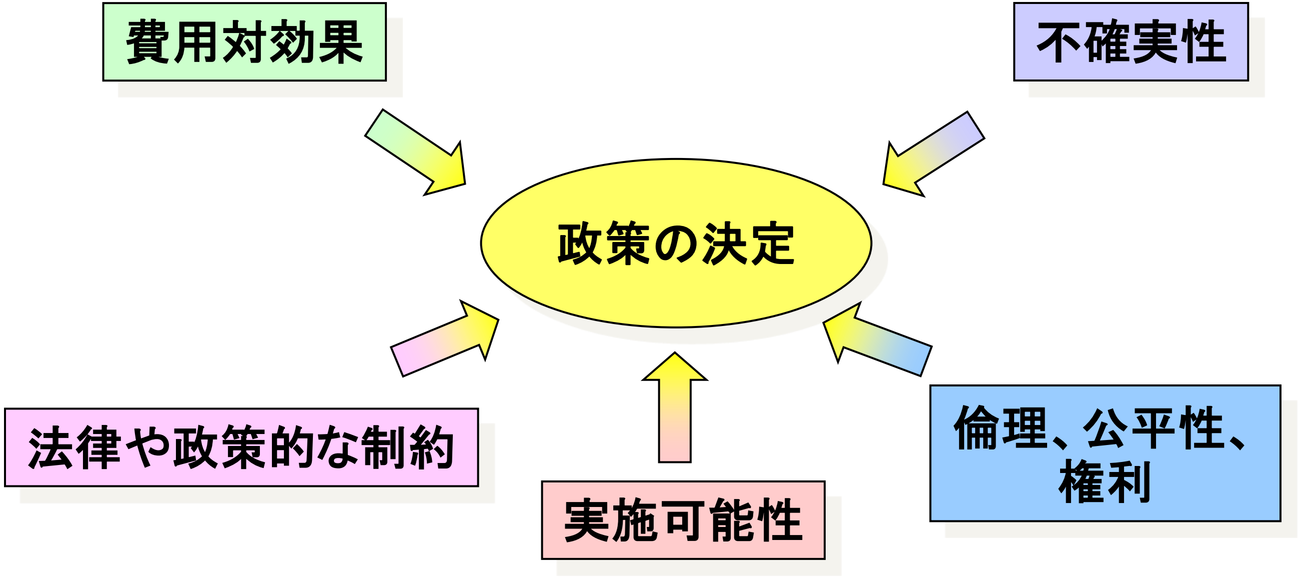
- **Resource considerations are generally included in the formulation of recommendations, unless there is a deliberate and explicit decision to omit them.**
- In considering resource implications, the **GDG can be informed by a formal economic evaluation based on estimates collected during evidence retrieval** and by modelling of cost–benefit and cost–effectiveness.
- **If a full evaluation is not possible, resource implications can be anticipated and described in a qualitative manner.**
- **The more advantageous or disadvantageous the resource implications are, the greater the likelihood of a strong recommendation for or against the intervention. A conditional recommendation is more likely to be issued if the resource implications are uncertain** (if, for example, data on costs and how they vary across settings are not available, or if it has not been determined whether the net benefits of the intervention are worth the costs).

NICEの設立とガイドライン

- 1999年に労働党政権の元で設立 “医療の価値”
- 2000年にガイドライン作成のための6つのNational Collaborating Centresを専門医会と共同で設立決定、2001年設立。
- 2002年 **最初のNICE 診療Guideline**
- 2005年 Health Development Agencyを吸収し、NICE**公衆衛生ガイドライン**作成開始
- 2007年 最初のNICE-SCIE Guideline (認知症）
- 2013年 Social Care Institute of Excellenceから**介護福祉ガイドライン**事業を受け継ぐ

←2009年 Quality Outcomes Framework移管
←2010年 最初のQuality Standard（認知症）

ガイドライン・政策決定において介入の効果以外に考慮されるべき要因（NICE）



資源への影響が大きい場合には、より強い効果と費用対効果のエビデンスが必要（NICE)

- Resource impact is considered in terms of the additional cost or saving above that of current practice for each of the first 5 years of implementing the guideline. **Resource impact is defined as substantial if:**
- implementing a single guideline recommendation in England costs more than **£1 million per year** or
- implementing the whole guideline in England costs more than **£5 million per year**.
- The aim is to ensure that the guideline does not introduce a cost pressure into the health and social care system **unless the committee is convinced of the benefits and cost effectiveness of the recommendations** (NICE 2021).

（専門スタッフがガイドライン作成状況を継続的に把握し、影響を計算する）

米国IoMによるClinical Practice Guidelines We Can Trust

（医療経済学的モデリングについては）

Although the field is currently fraught with controversy, the committee acknowledges it as exciting and potentially promising, however, decided the state of the art is **not ready for direct comment**.

Economic evaluation alongside RCTについては言及なし

Institute of Medicine 2011. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/13058.

豪NHMRC承認ガイドラインの選定基準

Procedures and requirements for meeting NHMRC standards for clinical practice guidelines:

- **Mandatory** requirements: D.14 **Describe the resource and cost implications of any recommended practice compared to current practice.**
- **Desirable** requirements: C.15 Consider including in **your search strategies terms that identify evidence related to interventions' cost-effectiveness, resource implications**, feasibility to implement and acceptability to intended users.

https://www.nhmrc.gov.au/guidelinesforguidelines/develop/synthesising-evidence

Husereau, D., Drummond, M., et al. (2013). "Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) - Explanation and Elaboration: A Report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force." Value in Health 16(2): 231-250.

診療ガイドラインにおける経済学的エビデンス利用の国際的な状況（まとめ）

	経済学的エビデンスを考慮するかの推奨／規定	エビデンスのソース、手法
GRADE	GRADE Evidence to Decision Frameworkに既定として資源利用のエビデンス（の確実性）、費用対効果が含まれている（確実性はPopulation perspectiveのみ）	資源利用と費用対効果の研究のエビデンスの評価方法を提案。その他の資源利用の情報もEtDで考慮。
WHO	一般的には考慮する。考慮しない場合は意図的かつ明示的な決定が必要	考慮する場合はSRとmodellingの両方を用いることができる
英NICE	すべてのCQについて費用効果分析研究のSR必須 modellingは既存のものが不十分な場合重要なCQについて行う	SRは通常全CQで実施。通常複数のCQで新規のmodellingのエビデンス。
日Minds	SR, 新規分析とも必須ではない。推奨作成について、経済学的エビデンスを留意または考慮するMinds（またはGRADE EtD）のフォーマットを推奨。	資源利用のSR、経済評価のSR、新規の経済評価の方法に関する推奨・提案を記載
豪NHMRC	現状の治療法と比較した各推奨の資源と費用への影響の記載必須。 費用対効果、資源への影響ほかが同定できるを検索語を含めることが望ましい。	費用対効果のSRはCHEERS等を利用して行う。（新規のmodellingを行った例あり）

２. Minds診療ガイドライン作成マニュアルの経済学的エビデンス取り扱いの特徴

- 「5章 医療経済評価」

Step 1:資源利用･費用対効果を考慮するか決定

- 診療ガイドライン作成の計画段階において，資源利用･費用対効果を考慮するかどうかを診療ガイドライン統括委員会またはGDGで決定する
- 資源利用: 資源利用とは，保健医療サービスを生産するために費やされた物的･人的資源投入量のこと。金銭の単位だけでなく，時間や個数などの物理的単位で表されることもある。（資源利用が金銭の単位で表されるときには「費用」と呼ぶ。）
- GRADE EtDには資源利用と費用対効果が別項目として含まれる

Step 2：ガイドラインのPerspectiveの決定

- 推奨決定において，各基準ごとにエビデンスを検討する際に，それが誰にとってのものであるかを決めるのがperspective

<table>
<tr><th>基準項目</th><th>individual perspective</th><th>population perspective</th></tr>
<tr><td>1. 問題</td><td>個人の立場から見て問題は優先事項か？</td><td>集団の立場から見て問題は優先事項か？</td></tr>
<tr><td>2. 望ましい効果</td><td colspan="2">望ましい効果の大きさはどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>3. 望ましくない効果</td><td colspan="2">望ましくない効果の大きさはどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>4. エビデンスの確実性</td><td colspan="2">効果のエビデンスの全体の確実性はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>5. 価値観</td><td colspan="2">主要なアウトカムに対する人々の価値観に重要な不確実性あるいはばらつきがあるか？</td></tr>
<tr><td>6. 効果のバランス</td><td colspan="2">望ましい効果と望ましくない効果のバランスは介入あるいは対照を支持するか？</td></tr>
<tr><td>7. 必要資源量</td><td rowspan="3">介入の費用対効果（正味の望ましい効果に対する自己負担分）は介入あるいは対照を支持するか？</td><td>必要資源量（コスト）はどれくらいの大きさか？</td></tr>
<tr><td>8. 必要資源量に関するエビデンスの確実性</td><td>必要資源量（コスト）はどれくらいの大きさか，コストのエビデンスはどれくらい確実か？</td></tr>
<tr><td>9. 費用対効果</td><td>介入の費用対効果のエビデンスの確実性はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>10. 公平性</td><td>（適用される機会は少ない）</td><td>健康の公平性に対する影響はどれくらいか？</td></tr>
<tr><td>11. 容認性</td><td>介入は患者，介護者，医療提供者に受け入れ可能か？</td><td>介入は全てのステークホルダーに受け入れ可能か？</td></tr>
<tr><td>12. 実行可能性</td><td>介入は患者，介護者，医療提供者にとって実行可能か？</td><td>介入は実行可能か？</td></tr>
</table>

出典：Alonso-Coello P, et al.（2016）GRADE evidence to decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ 353:i2089. より作成

Mindsマニュアルにおけるperspective

- 基本的にGRADE EtDフレームワークにおけるperspectiveの考え方を参照している。

  p68
  “EtD フレームワーク（evidence to decisions framework）の用語解説によると，perspective とは，「推奨または決断のための視点で，含める要素（例えば，費用，効果，容認性，公平性）を決定する」とされている。”

資源利用のSR

- 通常のSRのプロトコル作成時に、必要に応じてアウトカム（の一つ）に資源利用に関するものを含める
- ガイドライン作成者にとって、最もなじみがあり、実施可能な方法

どのようなCQで費用対効果のエビデンスを考慮すべきか

表 5-6　医療経済評価を実施する際の優先順位付けアルゴリズム

期待増分効果	期待増分費用	経済的エビデンスが現在の意思決定を変え得る可能性	経済的エビデンスを検討する優先度
小	小	可能性は低い	優先度は低い
小	小	可能性は高い	優先度は中程度
大	小	可能性は低い	優先度は高い
大	小	可能性は高い	優先度は低い
小	大	可能性は低い	優先度は中程度
小	大	可能性は高い	優先度は高い
大	大	可能性は低い	優先度は低い
大	大	可能性は高い	優先度は中程度

出典：Frick K, Neissen L, Bridges J, Walker D, Wilson RF, Bass EB. Usefulness of Economic Evaluation Data in Systematic Reviews of Evidence. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Oct. Report No.: 12(13)-EHC114-EF. p.19 より作成

1. **CQの重要性**
   学会員、患者、家族、社会にとってCQ自体のインパクトが大きい、あるいは費用対効果を考慮した推奨を出すインパクトが大きいCQ
2. **費用対効果の情報により推奨が変わる可能性の強さ**
3. **チーム内のリソース**
   特に資源利用のSRは、医療経済学者がいないチームでも通常のSRと似た方法で行うことが可能。費用対効果のSRも専門家なしで実施可能。
   疾患概念 AND Economic filterでガイドライン全体を一度にカバーしたSRを行うと作業が軽減される
   ←→ 新規の医療経済評価（モデリング）を行う場合は専門家に実施または指導を依頼するのが現実的。

医療経済評価論文の批判的吟味

- テンプレート【EC-3】に従って批判的吟味を行う。
- NICE の批判的吟味チェックリストの項目を日本に合わせたもの。

ポイント： セクション1 (適用可能性) の7項目で適用不可能と判断した場合は、セクション2 （研究の限界・研究方法の質) **の11項目の評価は行わなくてOK**

ポイント: 新規の医療経済評価

- 専門家の参加、または指導を受けながら行うのが現実的
- CQが多数あるガイドラインの場合は、一部の重要なCQについてのみ行うのが現実的

Population perspective

- 広く治療法等を対象に公的医療の立場に基づいて分析が可能
- 推奨の強さに考慮すべき要因に、資源利用と費用対効果を含める

【RC-2　推奨文草案（Population perspective)】

推奨の強さに考慮すべき要因
患者・市民の価値観や希望，負担の確実さ（あるいは相違）など
資源利用，費用対効果

GRADE EtD
フレームワークを
選択した場合
（population perspective,
Mindsマニュアルより）

基準 7. 必要資源量　資源利用はどの程度大きいか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 大きな増加 ○ 中等度の増加 ○ 無視できるほどの増加や減少 ○ 中等度の減少 ○ 大きな減少 ○ さまざま ○ 分からない		

基準 8. 必要資源量に関するエビデンスの確実性　資源利用に関するエビデンスの確実性はどの程度か？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 非常に弱い ○ 弱 ○ 中 ○ 強 ○ 採用研究なし		

基準 9. 費用対効果　その介入の費用対効果は介入または比較対照のどちらを支持するか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 比較対照の費用対効果がよい ○ 比較対照の費用対効果がおそらくよい ○ 介入も比較対照もいずれも支持しない ○ 介入の費用対効果がおそらくよい ○ 介入の費用対効果がよい ○ さまざま ○ 採用研究なし		

Individual perspectiveにおける新規の医療経済評価

本マニュアルでは、以下の場合に行うことを提案

1. 効果が同等の場合
2. 患者個人にとっての不利益が予想されない場合
   効果が十分に高い既存技術が存在しており，患者にとって新規医療技術の追加的アウトカムが小さい，あるいは大きな不確実性を有すると判断されるなど

分析の結果をどのように推奨に反映するかについては、
「費用対効果の観点からの留意事項」としての扱いに留める方法を提案

【RC-1　推奨文草案（Individual perspective)】

6. 費用対効果の観点からの留意事項（費用対効果を検討した場合のみ記載するが，臨床的な推奨とは別に取り扱う）：

GRADE EtD
フレームワークを
選択した場合
(individual perspective,
Mindsマニュアルより)

基準 7. 費用対効果　その介入の費用対効果は介入または比較対照のどちらを支持するか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 比較対照の費用対効果がよい ○ 比較対照の費用対効果がおそらくよい ○ 介入も比較対照もいずれも支持しない ○ 介入の費用対効果がおそらくよい ○ 介入の費用対効果がよい ○ さまざま ○ 採用研究なし		

基準 8. 必要資源量　資源利用はどの程度大きいか？		
判断	リサーチエビデンス	追加的考察
○ 大きな増加 ○ 中等度の増加 ○ 無視できるほどの増加や減少 ○ 中等度の減少 ○ 大きな減少 ○ さまざま ○ 分からない		

3. 経済学的エビデンスを考慮した日本のガイドライン（+引用する医療技術評価提案書）の例

(本事業外）

背景：外来診療における心理支援・認知行動療法 (CBT)

- 十分な時間行うと、医師の**人件費を下回ってしまう点数**が長年設定され、他の先進国に比べて外来におけるCommon mental disordersに対する非薬物療法はアクセスが非常に限られていた（低中所得国により近い状況だった）

cf) 3次医療・複雑な手術・先端医療等

社交不安症の診療ガイドライン 日本不安症学会 / 日本神経精神薬理学

第1版 2021年9月1日

CQ2：成人の社交不安症に推奨される精神療法（心理的介入）は何か？

- 推奨
  1. 個人療法（個人セッション）での社交不安症治療に特化して開発された認知行動療法（Clark & WellsモデルあるいはHeimbergモデル）を、習熟した治療者が一連の手順に基づいて行うことを提案する。集団療法（集団セッション）として提供する方法もあるが、**個人療法の方が臨床的・医療経済的効果に優れることを踏まえ、個人療法を優先させることを前提とする。**（以下略）
- 付帯事項： 本邦で**医師が認知行動療法を行う場合は保険適応であるが、医師以外の公認心理師等が行う場合の保険適応は未承認である。**（以下略）
- （解説）・・・日本の臨床試験をもとにした医療経済分析（Yoshinaga et al., Psychother Psychosom 2019;88:244-246のSupplement）でも、個人認知行動療法の費用対効果は、日本人一般人口の支払意思額の上限を大幅に下回ることが示されている。（ICER = 94万円/QALY） ただし、**医療施設の視点では、**1回の個人セッションを約60～90分間提供する場合、保険診療による収入は最高で**480点**なのに対し、60～90分間の**専門医の給与その他の費用はそれを上回ってしまう場合が多いと予想される。このことは、保険診療における認知行動療法の普及の障壁となっている可能性がある。**（以下略）

日本不安症学会

- 令和4年度 医療技術評価提案書提出→収載されず
- 2025年「パニック症ガイドライン」（初版）
  2025年「強迫症ガイドライン」（初版）
  →社交不安症と類似の経済的エビデンス＋「医師と心理師が実施した場合に差があるという研究はない」という記載
- 令和8年度 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）「認知行動療法に基づく心理支援」提出
  （対象疾患：うつ病等の気分障害、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又は神経性過食症）
  – それまでPTSDを除き**自費診療だった**公認心理師による支援を30分以上**250点**として提案
  – 疾病費用5兆4900億円であること、各ガイドラインの記述、および4つの疾患の費用効用分析の結果を研究を引用

- 令和8年診療報酬で“満額以上の回答”
  – 公認心理師による認知療法・認知行動療法 **330点**（うつ病等の気分障害、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又は神経性過食症）
  – 公認心理師による心理支援加算280点 (250点からUP) PTSDに限られていたが**神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害**に対象拡大
- ガイドライン→医療技術評価という向きの動きが確立されてきている。