

**日本医療政策機構(HGPI)  
メンタルヘルスプロジェクト 政策提言書  
メンタルヘルス領域における  
3つの論点に対する提言**



日本医療政策機構(HGPI)  
メンタルヘルスプロジェクト 政策提言書  
メンタルヘルス領域における  
3つの論点に対する提言

# 目次

<b>提言概要</b> .....	2
<b>1. 個別化医療の実現に向けて</b> .....	4
<b>背景</b> .....	4
<b>課題・ニーズ</b> .....	8
研究開発の課題・ニーズ .....	8
臨床現場の課題・ニーズ .....	9
患者や家族などの当事者・市民における課題・ニーズ .....	10
<b>提言</b> .....	11
研究開発に関する提言 .....	11
医療提供体制・臨床現場に関する提言 .....	12
患者や家族などの当事者・市民・社会に関する提言 .....	14
<b>2. 新たな地域医療構想への精神医療の組入れによる医療提供体制の変革</b> .....	17
<b>背景</b> .....	17
<b>課題</b> .....	18
精神医療の地域医療構想への組み入れにあたってのデータ等に関する課題 .....	18
精神医療のハード面の課題 .....	19
精神医療を担うスタッフ(ソフト面)の課題 .....	19
地域医療構想の実効性の課題 .....	19
<b>提言</b> .....	20
精神医療資源のデータ整備と分析・活用体制の強化 .....	20
地域医療構想策定にあたってのステークホルダー連携強化 .....	21
地域医療構想よりも大きな視点で、社会保障制度や地域での人材育成等の変革等 .....	21
<b>3. 地域の相談支援体制拡充に向けたピアサポーター雇用の促進</b> .....	23
<b>背景</b> .....	23
<b>課題</b> .....	24
ピアサポート提供体制の整備状況とその実装に関する課題 .....	24
精神医療機関におけるピアサポーター活用と診療報酬制度に関する課題 .....	24
市町村における精神保健相談体制の地域格差と専門人材確保に関する課題 .....	24
<b>提言</b> .....	25
障害福祉サービス報酬・診療報酬等に関する提言 .....	25
自治体の相談支援体制に関する提言 .....	25
ピアサポーターの雇用推進に関する提言(働きやすい環境整備と合理的な配慮) .....	25
寄附・助成の受領に関する指針 .....	26
謝辞 .....	27

## 提言概要

### 1. 個別化医療の実現に向けて

#### 研究開発に関する提言

- ▶ 研究開発：新たな診断分類法の有効性・有用性評価、多様なステークホルダーを巻き込んだディメンショナルアプローチ実践研究の実施
- ▶ データ収集・活用：医療DXの推進(電子カルテ・電子カルテデータ自動抽出システム、デジタルツールの導入)
- ▶ 実装：研究と臨床の橋渡しを担う専門人材の育成

#### 医療提供体制・臨床現場に関する提言

- ▶ 医療提供体制：外来における心理社会的療法推進に向けた多職種配置の評価(診療報酬制度の見直し、診療所人員配置基準の設置)
- ▶ 診療実践：個別化精神医療の実践に向けたガイドライン・教育コンテンツやカリキュラムの整備及び、多様な教育機会の拡充
- ▶ 診療時間の確保：患者のニーズに応じて、診療時間を適切に確保できるための体制の整備・タスクシフティング・シェアリングの推進・デジタル技術の活用

#### 患者や家族などの当事者・市民・社会に関する提言

- ▶ 研究参画：データ収集から臨床応用まで、患者・家族などの当事者の研究参画の推進支援
- ▶ 正しい理解の促進：個別化精神医療に関する情報・教育の機会の提供

### 2. 新たな地域医療構想への精神医療の組入れによる医療提供体制の変革

#### 精神医療資源のデータ整備と分析・活用体勢の強化

- ▶ 医療の質に関する評価、患者の視点での評価データの拡充
- ▶ 動的手法に基づく需給推計の推進及び、地域医療構想の病床数目標を地域医療計画の見直しに応じて柔軟に設定可能とする仕組み作り
- ▶ 国による地方自治体の取り組みを支援するためのデータセット整備や、データ活用・分析の支援の強化
- ▶ 患者・家族・市民に向けた情報公開の強化

#### 地域医療構想策定にあたってのステークホルダー連携強化

- ▶ 患者・家族・市民参画の強化
- ▶ 地域医療構想への、外来医療・在宅医療に関連する診療所等のステークホルダーの参画推進
- ▶ 市町村の役割や権限の明確化

#### 地域医療構想よりも大きな視点で、社会保障制度や地域での人材育成等の変革等

- ▶ 退院阻害要因となっている国の医療・社会保障制度についての議論の推進
- ▶ 人材育成の施設依存脱却、地域化についての議論の促進

### 3. 地域の相談支援体制拡充に向けたピアサポーター雇用の促進

#### 障害福祉サービス等報酬・診療報酬等に関する提言

- ▶ 相談支援事業所等におけるピアサポート体制加算・実施加算の拡充
- ▶ 精神医療機関におけるピアサポーター雇用の診療報酬化

#### 自治体の相談支援体制に関する提言

- ▶ 相談支援や人材育成を行う重要な「経験専門家」としての、自治体でのピアサポーター雇用推進

#### ピアサポーターの雇用推進に関する提言（働きやすい環境整備と合理的な配慮）

- ▶ ピアサポーターの、「経験専門家」としての位置づけ、具体的な業務内容や責任範囲、キャリアパスの明確化
- ▶ ピアサポーターの複数人配置や地域内でのピアサポーター同士間連絡会の開催
- ▶ 柔軟な勤務形態の導入と「経験専門家」としての適切な報酬設定
- ▶ 協働する職員への理解促進を目的とした、職場内研修の実施

## 1 個別化医療の実現に向けて

### 用語集

- **ゲノム**：ゲノムとは「DNAの文字列に表された遺伝情報すべて」のこと。ヒトゲノムのDNAの文字列のうち、タンパク質の設計図の部分を「遺伝子」とよぶ。
- **病態 (clinical conditions)**：病気によって引き起こされた人体の構造と機能の変化を総称したもの。病態学とは、病気の原因を探り、病気によって異常な現象と細胞・組織・器官・生体に起きる変化の関連性を明らかにする科学。
- **症候 (symptoms)**：ある病気や状態のこと。医師が客観的に診断をするための手掛かりとなる特徴である。
- **バイオマーカー (biomarker)**：生物学的なプロセス、病理的な状態、または治療への反応を客観的に測定し評価することができる指標。

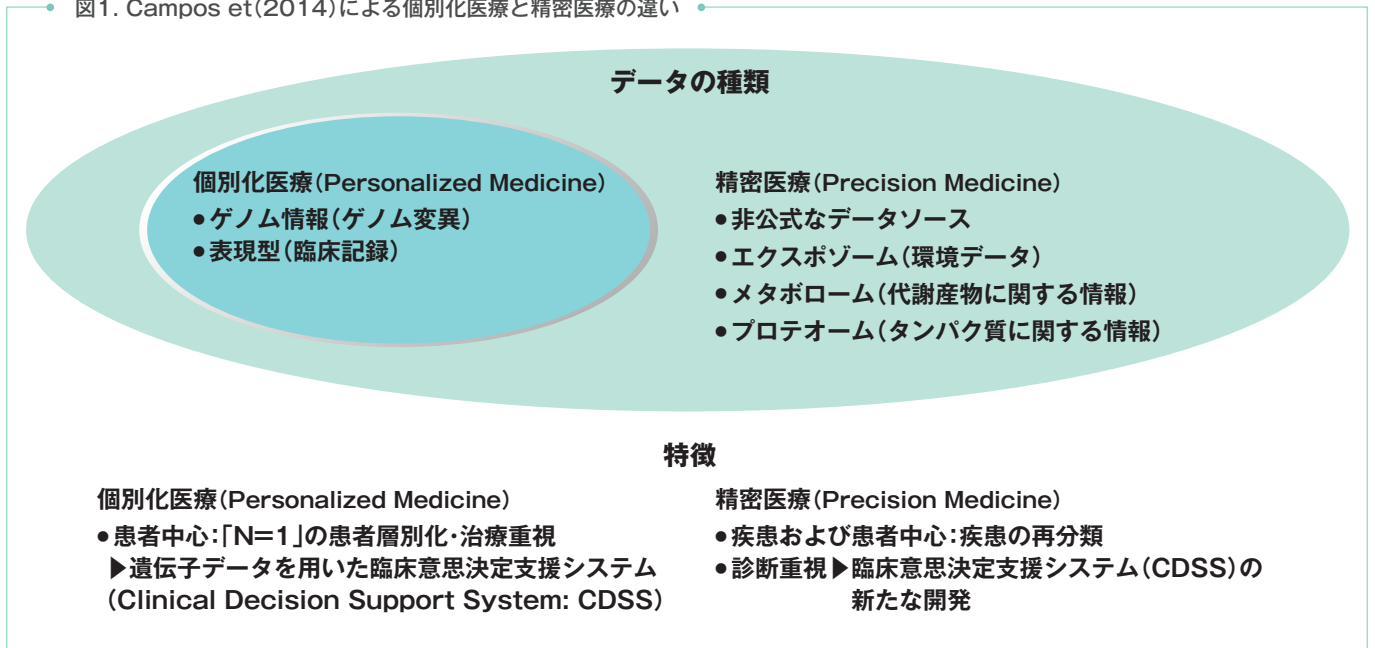
### 背景

#### 個別化医療の必要性と、その取り組み

##### 個別化医療とは？

- ▶ 個別化医療とは、厚生労働省によると、**患者一人ひとりの体質や病態にあった有効かつ副作用の少ない治療法**(オーダーメイド医療)や**予防法**(個別化予防)を指す<sup>i)</sup>。個別化医療により、患者だけでなく**社会的にも様々な利益がもたらされる**ことが期待されている。例えば患者の観点では、個々の患者がそれぞれに最適な医療サービスを受けられることで、**QOLの向上や早期の社会復帰**につながると考えられる。また社会的な観点では、個別化医療の導入により、**不要な医療サービスの削減**やそれに伴う**医療費の抑制**が期待されるほか、疾病予防や早期回復の促進による**労働生産性の向上**も見込まれている。
- ▶ 個別化医療では、一般的な診療情報に加えて、**患者のゲノム情報や疾患の状態をバイオマーカー等によって把握し、患者1人ひとりに最適な医療サービスを提供する手法**をとる。従来の医療では、医師が問診や検査による診察情報に基づき、病名を確定し、その病名に応じて効果のあるとされている画一的な治療法(例：投薬などの標準治療)を提供していた。しかし、患者の病気に関連するゲノム情報や社会環境、病態には個人差があるため、同じ疾患名を持つ患者でも、治療の効果や副作用が異なるという課題があった。このような課題が指摘されたことと、生命科学の進歩により、世界的に個別化医療が推進されてきた。特に2015年には米国のオバマ大統領(当時)が一般教書演説で「Precision Medicine Initiative」を発表し、個別化医療が世界的に注目を集めるようになった。
- ▶ 海外では、個別化医療(Personalized Medicine)と精密医療(Precision Medicine)の違いや、それぞれのあるべき姿について、これまで多くの議論がなされてきた。しかし、個別化医療の定義については、日本および海外において様々な定義が存在しており、**国際的なコンセンサスは確立されていない**。
- ▶ 個別化医療の分野において先駆的な役割を果たしてきた米国国立ヒトゲノム研究所は、個別化医療を「個人の遺伝子プロファイルを基に、疾病の予防、診断、治療に関する意思決定を行う新しい医療」と定義しており、**生物学的データを活用して、個人に最適な治療を提供することに焦点を当てている**<sup>ii)</sup>。この定義は、米国国立がん研究所による定義と類似しており、同研究所では個別化医療を「疾病の予防、診断、治療に、患者自身の遺伝子またはタンパク質に関する情報を利用する医療の一形態」と定義している。
- ▶ 精密医療に焦点を当てると、米国国立ヒトゲノム研究所は、精密医療を「個人のゲノム、環境、およびライフスタイルに関する情報を使用して、その医療管理に関する意思決定を導く革新的なアプローチ」と定義しており、生体情報に加え、**個人を取り巻く環境や生活環境も考慮した医療**を示している<sup>iii)</sup>。
- ▶ 精密医療と個別化医療はしばしば同義語として使用されているが、Campos et (2014)<sup>iv)</sup>研究は、両者の違いが図のように整理した。(図1)

図1. Campos et(2014)による個別化医療と精密医療の違い



- ▶ 日本においては、Personalized medicineの直訳である「個別化医療」が、英語本来の意味とは異なる形で解釈されているケースがある。たとえば、国際個別化医療学会は個別化医療を、「バイオテクノロジーに基づいた個別診断と、治療に影響を及ぼす環境要因を考慮し、多様な医療資源の中から個々人に対応した治療法を抽出・提供すること」と定義している。その中核には、薬理ゲノム学やバイオマーカーに加え、**ライフスタイルや生活歴、人生観、現在の身体的問題など、患者固有の情報を反映した“医学的ポートレート”**の作成が位置づけられており、**生物学的データに加えて心理・社会的要素も含めた包括的な医療**を志向している。
- ▶ Campos et (2014)の研究を参考に、日本や海外の個別化医療・精密医療の認識の違いを、対象・分析データタイプ・目的の観点からまとめると、以下のようにまとめられる。(表1)本提言書では、精神医療において疾病観の基盤となっている生物・心理・社会(BPS: Bio-Psycho-Social)モデル<sup>v)</sup>や生物・心理・社会・スピリチュアル(BPSS: Bio-Psycho-Social-Spiritual)モデル<sup>vi)</sup>、心の健康や精神疾患を静的な要素の集合体ではなく、時間とともに変化し相互作用する多様な要因のシステムとして捉える動的システムモデルに立脚し、個別化医療を次のように定義する。「**環境、社会経済、心理、生物学的な決定要因を総合的に考慮し、病態や疾患の治療・ケア・予防方法の研究・開発を行い、そのエビデンスに基づいて、臨床現場において一人ひとりの患者に適時・最適な治療・ケアの方針を決定、医療サービスを提供すること**」。

表1. 海外と日本における個別化医療と精密医療の定義の整理<sup>vii)</sup>

	Personalized Medicine	Precision Medicine	個別化医療	精密医療
対象	個人	層別化した、一定の特徴を持つ小集団	個人	層別化した、一定の特徴を持つ小集団
分析データタイプ	主に生体情報(ゲノム・診察情報など)	生体情報 環境情報 生活習慣など	生体情報 環境情報 生活習慣 心理状況など	生体情報 環境情報 生活習慣など
主目的	臨床環境での、患者への適切な治療とケア方針決定	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しい治療の意思決定システムを開発すること</li> <li>疾患の位置づけと診断の改善</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患の発症機序を理解し、それに直接介入する診断法・治療法・予防法を開発すること</li> <li>臨床現場での、各患者への適切な治療とケア方針決定</li> </ul>	疾患の発症機序を理解し、それに直接介入する診断法・治療法・予防法を開発すること

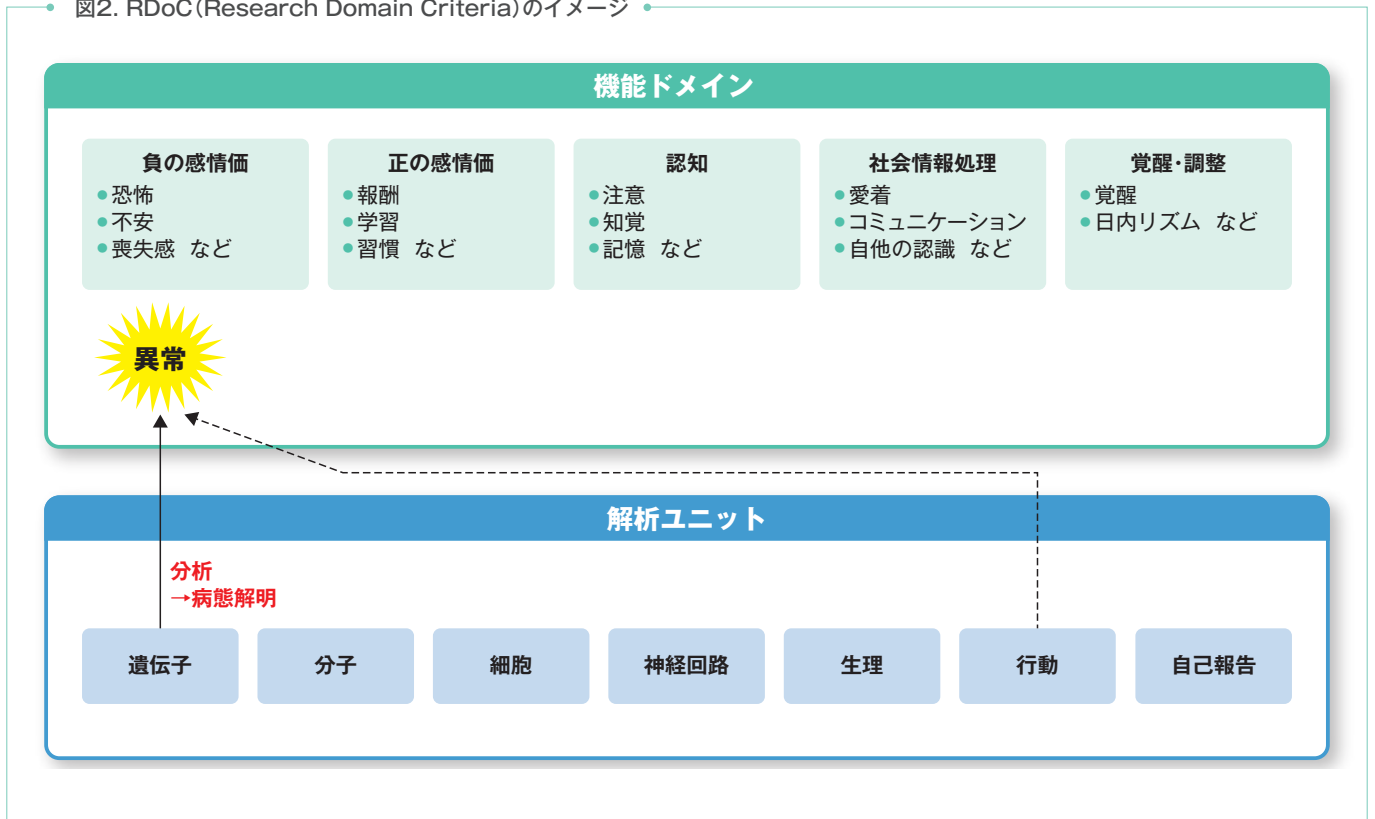
## 個別化医療の日本での取り組み

- ▶ 個別化医療を実現するには、**ゲノム解析の推進は不可欠**である。日本では、2022年に、全ゲノム解析による病態解明や新たな治療法の開発を推進し、国民へ質の高い医療を届けることを目的に、「**全ゲノム解析等実行計画2022**」が策定された。その中で、全ゲノム解析やマルチオミックス解析<sup>1)</sup>等に基づく先進的かつ効率的な診断・治療等による更なる個別化医療の実現を目指していくことが言及されている。
- ▶ また、2012年の政府の医療イノベーション会議によりまとめられた「**医療イノベーション5か年戦略**」では、個別化医療の実現の基盤となる、東北メディカル・メガバンク計画が盛り込まれた。東北メディカル・メガバンク計画は、被災地で大がかりな健康調査を実施して、15万人規模のバイオバンクを構築し、被災地住民の健康管理に役立てるとともに、**バイオバンクを用いた解析研究により、個別化医療の推進を目指している**。
- ▶ このように、日本では、個別化医療を推進するための基盤の整備が進められてきた。一方で、「全ゲノム解析等実行計画2022」では、**主にがんや難病等の疾患が対象**である。また、現在個別化医療の研究が進み、臨床で実践されているのも、がんや難病領域が主であり、これらの疾患と比べると、個別化精神医療の分野は遅れているといえる。

## 精神疾患領域での個別化医療における課題と取り組み

- ▶ 精神疾患の領域では、**個別化医療の進展が遅れている**。これは、精神疾患特有の性質に起因するものであり、特に多くの**精神疾患の病因・病態が未解明であることが根本的な課題**となっている。その背景には、精神疾患の病態に関与する遺伝的要因や環境要因が多岐にわたり、各要因が病態に及ぼす影響が複雑に絡み合っていることが挙げられる。このように病因・病態解明が遅れていることから、**診断・治療に用いる客観的な生体指標の開発や、病態メカニズムに基づく治療法の確立が困難な状況にある**。
- ▶ 適切な診断や治療法の選択に利用できる客観的な生体指標がないため、現在精神疾患の診断は、患者の自己報告や臨床医の観察に基づき、操作的診断基準に照らし合わせて**疾患カテゴリーに分類する手法(カテゴリカルアプローチ)**が主流である。しかし、アメリカ国立精神衛生研究所(NIMH: National Institute of Mental Health)は、カテゴリカルアプローチには、**診断の妥当性が低い**うえに、**同じ診断名を受けた患者集団の中に、病態や治療反応性が大きく異なる個人が含まれる**という課題があると指摘している<sup>viii)</sup>。その結果、研究現場において均質(homogeneous)な患者集団を対象とした研究の実施が困難となっていることも、精神疾患の病態の解明、治療法(薬)の開発を困難にしている。臨床の現場においても、カテゴリカルアプローチは、**標準的な患者像と治療内容を規定することに主眼を置いている**ために、個別の患者に対して最適な治療やケアを提供することを妨げている
- ▶ このようなカテゴリカルアプローチの課題に対し、精神疾患患者の包括的な理解を促し、より柔軟な診断や治療を可能にする**ディメンショナルアプローチ**による診断分類への転換に注目が集まっている。**ディメンショナルアプローチ**とは、精神疾患をカテゴリ(診断名)ではなく、**症状の数、重症度や頻度といった異なる次元(ディメンション)で捉え、患者の臨床特徴を数量化して分類する**アプローチである。例えば、2000年代からNIMHはResearch Domain Criteria(RDoC)というディメンショナルアプローチによる精神疾患分類の枠組を提唱している<sup>ix)</sup>。(図2)この概念では、従来の「うつ病」といった診断カテゴリーではなく、患者の**機能ドメイン(症候)**に基づき、遺伝子や細胞といった**解析ユニット**の解析を通じて病態を評価する。具体的に、機能ドメインには、**正・負の感情、認知システム、社会的プロセス、覚醒・調節システム**などが含まれ、これらを**遺伝子、分子、細胞、神経回路**といった複数の解析ユニットレベルで評価する。
- ▶ このアプローチの最大の利点は、従来の診断カテゴリーの枠を超えて、患者の機能ドメインの異常に影響する**生物学的病態を解明できる**点にある。これにより、**特定の症状メカニズムに直接作用する治療法や医薬品開発の促進**が期待される。さらに臨床現場では、各患者の**生物学的病態を含む多様な要因を考慮した、適切な治療法の選択が可能**となり、個別化精神医療の実現に大きく貢献すると考えられる。

図2. RDoC(Research Domain Criteria)のイメージ



- ▶ 現在日本でも、幅広い診断カテゴリーにわたる大規模な精神疾患患者レジストリ「**マイレジストリ (Mental Illness Registry)**」<sup>\*)</sup>が構築されており、精神疾患の病態に基づく個別化医療の実現に向けた取り組みが進められている。このレジストリ構築プロジェクトは国立精神・神経医療研究センターおよび日本精神神経学会を中心に進められており、**個別化精神医療の推進に向けたオールジャパンでの連携**が進展している。しかし、個別化精神医療の実現には、データ基盤の整備だけでは不十分である。実際に臨床現場で活用できる個別化精神医療を確立するためには、①**病態解明に向けた基礎・臨床研究の一層の推進**、②**病態研究の成果に基づく新たな診断法・治療法の開発**、③**研究成果の臨床現場への実装**という一連のプロセスが不可欠である。
- ▶ このような背景を踏まえ、当機構は今年度、個別化精神医療の推進に向けた課題の抽出と提言策定に取り組んできた。具体的には、調査の実施、産官学民の専門家へのヒアリング、精神疾患の経験を持つ当事者やその家族の代表を招いたシンポジウムの開催、さらにシンポジウムの議論を踏まえた専門家ラウンドテーブルディスカッションを実施した。本提言書では、これらの活動を基に、日本における個別化精神医療の推進に向けた具体的な提言を示す。
- ▶ この提言書では、個別化医療に普遍的な課題である、高額な検査の費用、個別化医療にかかわる専門家人材の不足といった内容には触れず、精神医療領域に特化した個別化医療課題・提言を取り扱う。

**課題・ニーズ**
**研究開発の課題・ニーズ**
**① データ収集・活用：個別化精神医療の推進に不可欠な大規模データの非効率な収集や、患者レジストリの持続的な運営体制の脆弱性**

現在日本では、大規模な精神疾患患者レジストリ「マイレジストリ(Mental Illness Registry)」が構築されており、精神疾患の病態解明や、それに基づく診断分類法や治療法の開発が進められている。マイレジストリは、「幅広い診断カテゴリー横断型」、「一般診断情報に加え生体情報を含む多様なデータを収集」、「縦断的フォローアップ体制」という特徴を持ち、精神疾患の病態解明や個別化精神医療の推進に重要な基盤となることが期待されている。

しかし、日本では**医療のデジタル化(医療DX)が遅れており、それに伴いデータ収集の非効率さが課題**となっている。精神疾患患者の多くは大学病院ではなく一般の精神科病院(診療所)に通院しているが、これらの病院(診療所)では**電子カルテの普及率が低い**。また、電子カルテシステムを導入している病院においても、開発ベンダー毎の仕様の違い等の理由により、診療に使用しているカルテからそのまま情報を取得することは困難となっている。このため、研究のためにデータ収集・データベース構築を行うには、診療データを手作業で転記しなければならず、**医療現場の負担の増加が懸念される**。

さらに、マイレジストリは国立研究開発法人 日本医療研究開発機構(AMED: Japan Agency for Medical Research and Development)の事業の一環として運営されており、研究費の支援は3年間とされており、持続可能な運用体制について、データ活用コストによる収益による自走化システムなどを含めて、現在も検討が進められている。また、現状では、マイレジストリの**登録者数はまだ十分ではない**(2025年3月末時点で基本情報登録者が3,300名)。研究成果の信頼性を高めるには、より多くの患者データが必要であり、**登録者数の加速的な増加が求められる**。

**② 研究開発：臨床で活用可能なディメンショナルアプローチによる診断分類の確立が不十分**

精神疾患の研究や診療において、症状を連続的なスペクトラムとして捉えるディメンショナルアプローチが注目されている。このアプローチは、診断カテゴリーを超えて病態の解明を進め、特定の症状メカニズムに直接働きかける治療法や医薬品の開発を促進することが期待されている。また、患者への包括的な理解を深め、より**柔軟な診断や治療を可能にするため、個別化精神医療の推進に不可欠である**。

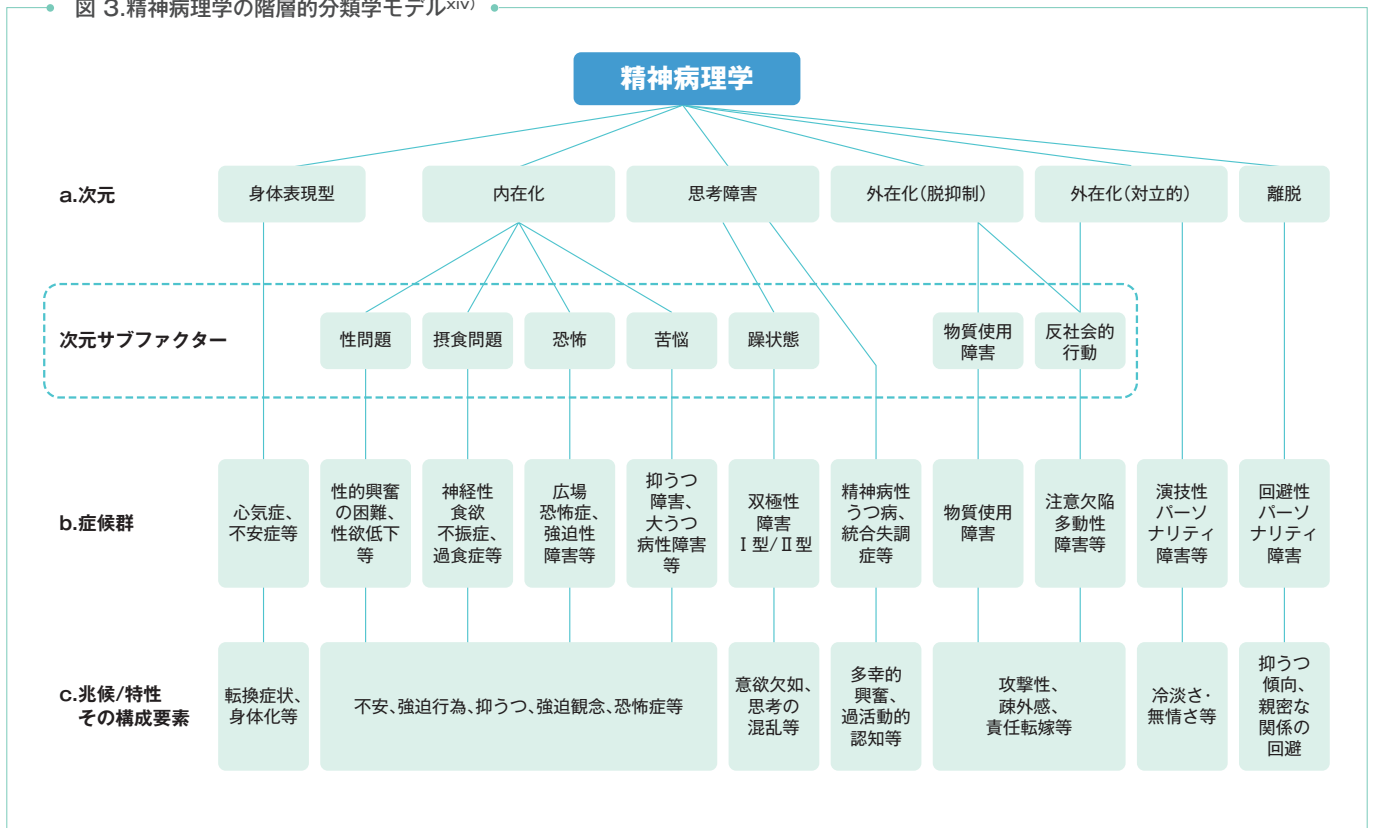
実際に、伝統的なカテゴリカルアプローチの診断マニュアルである精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)や国際疾病分類(ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)では、いくつかの疾患で、ディメンショナルアプローチの視点を取り入れられ始めている。例えば、DSM-5の改訂では、広汎性発達障害の診断が、自閉スペクトラム症(ASD: Autism Spectrum Disorder)という概念に統一され、症状の**重症度を連続的に評価する**視点を取り入れられた<sup>xi)</sup>。また、ICD-11の改訂では、パーソナリティ障害の細分類を撤廃し、**重症度と特性に基づいた評価方法へと変更された**。

このような、カテゴリカルアプローチへディメンショナルアプローチを統合する取り組みに加え、近年新たに、ディメンショナルアプローチに基づく精神疾患分類手法である、**精神病理学の階層的分類学(HiTOP: Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)モデル<sup>xii)</sup>**が開発された。このモデルでは、様々な症状を複数の**a.次元**に構造化し、それぞれの次元の下層にある、**b.症候群、c.兆候/特性、その構成要素**ごとの強度を定量的に評価する。(図3)具体的に、患者Aの内化化問題(Internalizing)は50点、その内訳として性問題(Sexual Problems)は60点、摂食(Eating Problems)に関する問題は10点、恐怖(Fear)は20点、苦痛(Distress)は10点のように数値的に表現される。このモデルによる診断により、**診断の柔軟性の確保、重複診断問題の解決、個々の患者の病態・特性・症状の強さに合った適切な治療の提案等**が期待される<sup>xiii)</sup>。

このように、精神疾患の診断においてディメンショナルアプローチの導入が進められているが、**臨床実践への適切な実装には依然として多くの課題**が残されている。例えば、ディメンショナルアプローチでは、重症度や個人の特性を測定し評価するが、その測定は簡易的で効率的な自己申告データのみで単一の方法アプローチに依存しており、**測定における妥当性や信頼性に課題**がある。また、ディメンショナルアプローチの**臨床現場での有効性を示すエビデンスも現時点では不十分**である。ディメンショナルアプローチに基づく新たな治療法が、従来のアプローチよりも治療の指針として有効であることが強固に示されなければ、臨床医が、複雑かつ習得に時間がかかる新しい診断アプローチを受容することは困難である。

今後、ディメンショナルアプローチを臨床の現場で適切に活用するためには、臨床現場で応用可能な、ディメンショナルアプローチによる診断手法の確立や、ディメンショナルアプローチによる診断の有効性・有用性評価が求められる。

図 3.精神病理学の階層的分類学モデル<sup>xiv)</sup>



### ③ 研究成果の臨床応用：研究と臨床実践との乖離

現在、精神医療において、**研究で有効性が確認された治療が、臨床現場で十分に実践されていない**ことが課題となっている。精神医療では、研究により蓄積されたエビデンスは、診療ガイドラインとして集約、要約される。日本の精神医療領域では、「統合失調症薬物治療ガイドライン2022」、「社交不安症の診療ガイドライン」、「高齢者のうつ病治療ガイドライン」など様々なガイドラインが公表されている。しかし、**ガイドラインの適切な理解・実践が不十分**であり、エビデンスに基づかない診断・治療が行われるケースが依然として存在する<sup>xv)</sup>。例えば、統合失調症のガイドラインでは、抗精神病薬の単剤治療が推奨されているものの、日本における単剤処方率は、57%であることが報告されている<sup>xvi)</sup>。このようなギャップがある限り、今後、個別化精神医療を推進に向けた診断や治療に関するエビデンスが蓄積されたとしても、実際の臨床現場で適切に活用されない可能性がある。この課題を克服するためには、研究やガイドライン作成における**臨床医、患者・市民参画(PPI: Patient and Public Involvement:)**の強化、**研究と臨床を橋渡しする人材の育成**、さらにガイドラインを含む**エビデンスに基づく臨床実践に向けた教育・研修の機会の提供**が求められる。これらの施策により、研究と臨床実践の間に存在するギャップを縮小し、個別化精神医療の実現を加速させることが期待される。

## 臨床現場の課題・ニーズ

### ① 医療提供体制：精神科外来の需要増に対し、外来における心理社会的支援を統合した医療提供体制構築の遅れ

(個別化)精神医療では、**薬物療法と心理社会的療法の適切な組み合わせが重要**である。心理社会的療法とは、**患者が社会生活を送る上で必要な能力の向上を目的とする治療**であり、認知行動療法、家族介入、社会生活スキルトレーニング(Social Skill Training: SST)などが代表として挙げられる<sup>xvii)</sup>。しかし、日本の診療報酬体系では、薬物療法が手厚く評価される一方、**心理社会的療法の報酬は低いまたは報酬がなく、提供が困難な状況**にある。加えて、現在の診療報酬制

度の下は、精神科病院や診療所の運営上、**短時間で診療が完結する薬物療法が優先**されやすい。その結果、日本の精神医療では依然として薬物療法が中心となっている。

こうした状況の中、2024年には作業療法士、理学療法士、公認心理師など、多職種が配置された精神科地域包括ケア病棟が診療報酬で評価されるようになり、**入院患者への心理社会的療法や支援の推進**が期待されている<sup>xviii)</sup>。しかし、2023年時点で外来患者は総患者数の95.6%を占め、年々増加しており、今後も精神科外来の需要は増加することが見込まれる。したがって、**外来診療における心理社会的療法の提供体制の強化**が急務である。

## ② 診断：現状の精神医療におけるディメンショナルアプローチの定着

近年、一部の疾患においてディメンショナルアプローチが診断基準マニュアルに採用され始めている。しかし、精神医療の診断は約70年間、カテゴリカルアプローチに基づいて行われてきたため、**精神科医の多くはカテゴリカルな診断基準に慣れ親しんでおり、カテゴリカルアプローチまたはハイブリッドモデルを好む傾向がある**。さらに、現在のディメンショナルアプローチによる診断は、カテゴリカルアプローチに比べて評価が複雑であり、**迅速な対応が求められる臨床現場では実践が難しい**という課題がある。

ディメンショナルアプローチを診断で適切に活用するためには、**臨床現場で実践可能なディメンショナルアプローチによる診断手法の開発**、ディメンショナルアプローチについての**教育・研修プログラムの充実**、十分な学習の時間と**機会の確保**が求められる。

## ③ 診断・治療：精神医療の診断・治療における、生物学的視点、心理的・社会的な視点の偏り

精神疾患の発症には、遺伝的要因に加え、個人の認知や信念、幼少期からの人間関係、生活環境、学歴・就労を含む社会的要因が複雑に関与する。そのため、精神疾患の診療では、**生物学的、心理学的、社会学的、スピリチュアル的な側面を統合的に考慮**することが不可欠である。

しかし、現状では精神医療の診断において、**バイオマーカーの開発が進んでおらず**、患者の自己報告や臨床医の観察に依存しているため、**生態学的視点が十分に反映されていない**。一方、**治療では薬物療法が中心**であり、心理社会的療法の提供は不十分な状況にある。その背景には、**診療報酬体制が心理社会的療法の実施を困難にしている**という現状がある。

今後は、診断・治療の両面で生物学的、心理学的、社会学的要因を統合した医療提供を進めるために、**客観的な診断基準に使えるバイオマーカーの開発**や、心理社会的療法が提供できる**診療報酬制度の見直し**が求められる。

## 患者や家族などの当事者・市民における課題・ニーズ

### ① データ収集：遺伝情報の収集・管理・活用における個人情報保護に対する懸念。

個別化精神医療を進めていくためには、患者の遺伝情報や脳画像、生化学的指標などの生体情報を収集し、研究、診断、治療、予防に活用していくことが不可欠である。特に、精神疾患のリスク評価や治療反応の予測といった高度な医療の実現には、**遺伝子解析技術やビッグデータの利活用**が大きな役割を果たす。

しかし、こうした個人に関連する情報の収集・管理・活用については、患者や市民の間に強い懸念が存在している。遺伝情報は個人の将来の健康状態に影響を与えるだけでなく、**血縁関係を通じて家族の情報にも関連するため**、不正使用や漏洩、社会での差別的取扱いが生じるリスクがある。

このような懸念が払拭されない限り、患者や市民が自身のデータ提供を拒む可能性があり、それによって信頼性の高い研究や個別化精神医療の進展が妨げられるおそれがある。したがって、**個人情報保護の徹底**とデータ収集機関や、医療機関での**透明性の高い運用ルールの整備**、ならびに国による**ゲノム情報取り扱いに関する法律や基本計画の整備**、**保護の具体的取り組み**が求められる。

### ② 臨床：患者や家族などの当事者・市民・社会の個別化医療への不安

個別化精神医療は、個人に適した治療やケアの提供のみならず、**疾患の発症リスクの予測や予防**もその重要な要素として位置づけられている。こうした背景のもと、**遺伝的要因と精神疾患の発症リスクとの関連を明らかにする研究**が精力的に進められてきた。

例えば、家族研究・双子研究・養子研究等に基づいた推計によると、**双極性障害の発症リスクのばらつきにおける遺伝要因の寄与(遺伝率)は60~85%<sup>xix)</sup>**、**統合失調症の遺伝率が50~80%<sup>xx)</sup>**であることなどが報告されている。さらに、

一部の精神疾患では、「特定の遺伝子の変化(突然変異)」と関係があることが明らかになってきている。ただし、そのような変化はまれであり、疾患全体を代表するものではない。

一方で、ゲノムワイド関連解析(GWAS:Genome-Wide Association Study)の結果からは、数百の精神疾患の関連遺伝子は同定されているが、多くの遺伝要因は不明のままであり、発見された遺伝子では遺伝要因のごく一部しか説明できないという状況となっている。このような状況は「失われた遺伝率(missing heritability)」と呼ばれ、現時点では遺伝子検査によって個人または家族の発症リスクを明確に示すことは困難である。

しかしながら、こうした科学的限界に対する社会的理解は必ずしも十分とはいえない。患者や家族などの当事者や市民においては、検査を行い将来的な精神疾患の発症リスクを「知る」ことに対する、心理的負担やスティグマ、差別への懸念が非常に強く、保険や雇用など社会的な不利益が生じる可能性も否定できない<sup>xxi)</sup>。

## 提言

### 研究開発に関する提言

#### ① 研究開発：新たな診断分類法の有効性・有用性評価、多様なステークホルダーを巻き込んだ ディメンショナルアプローチ実践研究の実施

ディメンショナルアプローチの診断モデルを臨床現場で実際に活用する際の課題として、ディメンショナルアプローチによる診断の臨床的有効性・有用性が十分に検証されていないことや、信頼性・妥当性の高い、症状の定量的測定・評価手法が確立されていないことがあげられる。

ディメンショナルアプローチへの有効性を証明し、転換を正当化するには、単に当該アプローチに基づいて診療された患者の疾患が改善したという事例を示すだけでは不十分である。既存のカテゴリカルアプローチと比較したうえで、ディメンショナルアプローチがより良好な治療アウトカムをもたらすことを科学的に証明する必要がある<sup>xxii)</sup>。

ディメンショナルアプローチの臨床実装にあたっては、単なる診断モデルの構築や定量的な評価指標の確立に留まらず、診療現場での運用設計や現場医療従事者による受容性の確保が求められる。そのためには、限られた診療時間の中で日常診療に携わる医師や、診断・治療を受ける患者の視点を積極的に取り入れることが不可欠である。このように、診療における多様な関係者の視点を積極的に取り入れることで、医師にとって受け入れやすく、医療従事者間での共通理解を促進するとともに、患者にとっても分かりやすく実行可能性の高い診療モデルの構築が期待される。

#### ② データ収集・活用：医療DX<sup>2)</sup>の推進(電子カルテ・電子カルテデータ自動抽出システム、デジタルツールの導入)

病因や病態の解明を進め、それに基づく診断分類法や治療法を開発するためには、診断カテゴリーを超えた大規模データの収集と活用が不可欠である。このような背景から、日本では、幅広い診断カテゴリーにわたる大規模な患者レジストリの構築が進められている。

しかし、日本の精神科病院では電子カルテの導入やカルテ連携が遅れており、データ収集に伴う医療現場の負担が懸念されている。また、患者にとっても、定期的なレジストリフォローアップのアンケート回答や病院での検査が負担となり、継続的なデータ取得に課題がある。

これらの課題を解決し、医療従事者・患者・研究者の負担を軽減するためには、医療DX(デジタルトランスフォーメーション)※の推進が不可欠である。電子カルテ導入に加え、電子カルテのデータを自動抽出するシステムの導入は、医療従事者の負担を軽減し、データ収集の効率化に大きく寄与する。現在、日本の精神疾患患者レジストリではサイバーオンコロジー<sup>xxiii)</sup>と呼ばれるシステムを精神疾患用に転用(仮称: Cyber-NP)し、電子カルテからデータを自動抽出する仕組みの導入を進めている。しかし、このシステムは導入コストが高いため、全国的な展開が困難であるという課題がある。今後、電子カルテの導入支援、データ自動抽出システムのコスト削減に向けた技術開発・導入支援策の検討が求められる。

さらに、効率的かつ持続的なデータ収集を支援するためには、デジタル技術・ツールの開発と活用が求められる。例えば、精神医療研究におけるウェアラブルデバイスの導入は、研究対象や患者の負担を抑えつつ、長期間にわたり研究対象者や患者の情報を収集するのに有効である。このようなデジタルデバイスを用いて客観的・定量的に収集・測定された生体データは、デジタルバイオマーカーと呼ばれ、医学研究や臨床においての活用が期待されている。例えば、現

在秋田大学の研究チームを中心に、睡眠状態や生活リズムのモニタリングを通じて、うつ病再発の予測可能性を検証する研究が進められている<sup>xxiv)</sup>。

このように、個別化精神医療の研究を推進するためには、**DXの促進**とともに、**新技術の開発・導入**を進め、**効率的かつ持続可能なデータ収集基盤を整備**することが望まれる。データ収集基盤が整うことで、**精神疾患の病態の解明や診断・治療法の開発が加速**し、それぞれの患者に合った**個別化精神医療の実現**が期待される。

### ③実装：研究と臨床の橋渡しを担う専門人材の育成

精神医療においては、**エビデンスと臨床実践の乖離**が大きな課題となっている。個別化精神医療の実現に向け、質の高い研究成果や診療ガイドラインが整備されたとしても、それらが臨床現場で十分に理解され、適切に活用されなければ、患者にとって最適な医療は提供されない。このギャップを埋めるためには、**研究と臨床の双方に精通し、両者をつなぐ専門人材の育成**が不可欠である。

この課題に対し、近年注目されているのが「**フィジシャン・サイエンティスト**」である。フィジシャン・サイエンティストとは、医師として臨床経験を積みながら、科学的研究にも従事する専門職であり、臨床現場で得られた知見を研究に活かすことで、医療と研究の橋渡し役を担うことが期待されている。一方で、**若手医師の臨床志向の高まりや、大学の臨床系教員の多忙さ**など、フィジシャン・サイエンティストの育成には課題もある。

こうした中、東北大学、慶応義塾大学、関西医科大学などを含むいくつかの大学や研究機関では、フィジシャン・サイエンティストの育成に積極的に取り組んでいる。中でも東北大学は、臨床的視点と研究志向を併せ持つフィジシャン・サイエンティストが、独立して研究に専念できる環境の整備を目指し、2025年4月1日、「**SiRIUS(医学イノベーション研究所)**<sup>xxv)</sup>」を発足させた<sup>xxvi)</sup>。

今後、国全体として、研究と臨床の架け橋となるフィジシャン・サイエンティストの育成を一層推進するとともに、彼らが継続的に活躍できる制度や支援体制の整備が求められる。

## 医療提供体制・臨床現場に関する提言

### ①医療提供体制：外来における心理社会的療法推進に向けた多職種配置の評価 (診療報酬制度の見直し、診療所人員配置基準の設置)

(個別化)精神医療では、薬物療法と心理社会的療法の統合的な提供が不可欠であるにもかかわらず、日本の精神科外来診療では、依然として薬物療法が中心となっている。その主な要因の一つとして、**診療所における心理社会的療法の提供体制整備が遅れている**ことが挙げられる。

心理社会的療法を外来で推進していくためには、医師に加え、看護師、精神保健福祉士、公認心理師、臨床心理士などの**多職種による連携体制が重要**である。しかし、**外来精神疾患患者の約6割が利用する診療所では<sup>xxvii)</sup>、規模や人員配置の制約から、そのような支援体制を整えることが困難**である。2018年に日本精神神経科診療所協会が実施した調査<sup>xxviii)</sup>によると、一般的な精神科診療所の人員体制は、医師1人、看護師1人、事務職2人の構成であることが明らかとなっている。常勤の医師が2人以上配置されている診療所は全体の33%にとどまり、医師一人体制が多数を占めている。さらに、常勤換算で精神保健福祉士を0.1人以上配置している診療所は31.6%、心理職は45.7%、看護師は63.3%にとどまっており、診療所における**心理社会的療法を担う人材の配置は限定的**である。

このような現状を踏まえ、2つの施策が有望であると考えられる。第一に、多職種による連携体制の構築を促進するための、**診療報酬制度の見直し**である。とりわけ、「**外来における多職種の配置および連携に対する診療報酬上の評価**」と、「**公認心理師による認知行動療法(CBT)の診療報酬化**」の実現が求められる。

2024年の診療報酬改定では、精神科地域包括ケア病棟においては、看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師などの多職種配置による13:1の配置体制設けられ、**病棟における多職種配置に対するインセンティブが提供されるようになった**。また、外来および在宅診療において、療養生活継続支援加算が新設され、多職種によるケースマネジメントが評価対象となるなど、多職種による支援を推進する診療報酬体系への改正が進んでいる。しかしながら外来では、**多職種の人材不足及び、多職種連携の診療報酬上の評価が限定的であるため**、心理社会的療法の提供や、包括的マネジメントの実施が困難であるのが現状である。したがって、このような多職種連携のインセンティブを実効性のあるものにするには、**多職種人材の配置及び連携の診療報酬上の評価の拡充が不可欠**である。

また、CBTに関しては、現行制度においても医師または看護師による提供に限って診療報酬の対象とされているが、看護師の実施については、時間的制約や勤務体制の制限から、**継続的な面談の実施が困難**となっている<sup>xxix)</sup>。実際、第9回NDBオープンデータによれば、2022年に医師と看護師が協働して実施した認知行動療法の診療報酬算定件数は239件にとどまり、非常に限定的であった<sup>xxx)</sup>。

このような課題に対応するには、心理的アセスメントや支援に専門性を持つ公認心理師が、医師や看護師と連携してCBTや個別の心理支援を提供できる体制の整備が求められる。公認心理師は日本初の心理専門職における国家資格であり、養成課程においてCBTに関する教育を受けている点から<sup>xxxi)</sup>、臨床での実践が期待される。さらに、2023年にはAMEDによる『認知行動療法における多職種連携マニュアル』が公表され<sup>xxxii)</sup>、外来診療における医師、看護師、公認心理師の連携のあり方が具体的に示された。こうした知見を現場で活用していくためにも、**公認心理師による個別の心理支援に対する診療報酬化の拡充**が求められる<sup>3)</sup>。

第二に、**診療所開業時に一定の人員配置基準を設ける**ことである。外来精神医療の需要が増加する中で、約60%の外来精神疾患患者が診療所を利用していることを踏まえると(2023年時点)<sup>xxxiii)</sup>、**精神医療における診療所の役割は今後ますます重要**となる。現在、精神障害を含む患者に対応する地域包括ケアシステムの構築に向けて、精神医療機関は、ケースマネジメントを含む「かかりつけ精神科医機能」を果たすことが求められている。このような機能を診療所が果たすためには、多職種による医療提供が不可欠であり、**診療所における多職種の人員配置が望まれる**。近年、精神科診療所の数は増加傾向にあるが、その一方で、地域精神科救急に参画しない、短時間診療で済む再来患者を優先する、または複数の非常勤医師で運営されるなど、患者のニーズに応じた質の高い医療が提供されていないケースが増加していることが指摘されている<sup>xxxiv)</sup>。個別化精神医療を実現するには、こうした状況を是正し、開業段階から一定の人員配置要件を設け、適切な人材体制の下で、薬物・非薬物療法が適切に行われるよう制度設計を進めることが求められる。

以上のように、**多職種配置・連携の診療報酬上の評価と、人員配置基準の設定**を通じて、診療所外来においても薬物療法と心理社会的療法を柔軟かつ効果的に提供できる体制の構築が求められる。これは、個別化精神医療の実現に向けた基盤整備として、極めて重要である。

## ② 診療実践：個別化精神医療の実践に向けたガイドライン・教育コンテンツやカリキュラムの整備及び、多様な教育機会の拡充

個別化精神医療の実現に向け、現行の診断体系にディメンショナルアプローチを統合し、さらにバイオマーカー、脳画像、遺伝子情報などの生物学的情報を診断・治療に活用する新たな診療スタイルの構築が求められている。こうした変化に適切に対応するためには、精神科医や医療従事者が新たな診断・治療法を**正しく理解**し、エビデンスに基づいて**臨床に応用**できる能力を身につけることが不可欠である。しかし、診療ガイドラインや臨床意思決定支援ツール<sup>xxxv)</sup>が整備されつつあるにもかかわらず、それらは臨床現場に十分に浸透していないのが現状である。

こうした状況を踏まえ、精神科医が個別化精神医療の実践に必要な知識・技術を体系的かつ継続的に学習できる環境の整備が求められる。具体的には、まず、ディメンショナルアプローチやエビデンスに基づく診断・治療に関する**診療ガイドライン**、**ならびにその臨床応用に焦点を当てた実践的な教育プログラムの開発**が求められる。

さらに、精神科医の多様な勤務環境や学習ニーズに対応するため、集合研修、eラーニング、オンデマンド講座、学会講習など、柔軟かつ多様な学習機会を提供することが重要である。特に、現在の精神医療の中心となっている薬物療法に加え、心理社会的療法に関する研修の充実が早急に求められる。

すでに、国立精神・神経医療研究センターの研究では、精神疾患の治療ガイドラインに関する講習が、精神科医の共同意思決定(SDM: Shared Decision Making)への理解を深め、ガイドラインの理解度を有意に向上させることが示されており、こうした**教育プログラムの有効性**が示唆されている<sup>xxxvi)</sup>。

今後は、こうしたエビデンスに基づく教育資源の整備と普及を通じて、精神科診療におけるエビデンス活用を推進し、個別化精神医療の実装を担う人材基盤の強化を図ることが求められる。

## ③ 診療時間の確保：患者のニーズに応じて、診療時間を適切に確保できるための体制の整備・タスクシフティング・シェアリングの推進・デジタル技術の活用

個別化精神医療の実現には、患者一人ひとりの生物学的・心理的・社会的背景を丁寧に把握し、それらに基づく、多面的な支援を行うことが求められる。しかしながら、現在の精神科診療においては、診療報酬制度上の制約や外来患者数

の増加により、1人の患者に十分な診療時間を確保することが難しい状況にある。

その結果、現在の精神医療では、短時間で完結しやすい薬物療法に治療が偏る傾向があり、**患者の個別性に応じた精神医療の提供が十分に行えない状況**にある。さらに、診療時間の制約は、患者と医療者が協働して治療方針を決定する**SDMの実践を妨げる**要因にもなっている。SDMは、個別化精神医療の中核をなすアプローチであり、医師と患者の信頼関係の構築が前提となるが、現在の制度的・運用的な枠組みではそのための時間を十分に確保することが難しい。

こうした課題に対応するためには、以下の3つの施策が有望である。第一に、**診療報酬制度の見直し**である。現在の診療報酬では、精神科外来の再診において、「5分以上30分未満」の診察が330点(3,300円)、「30分以上」の診察が400点(4,000円)とされており、診療時間の延長に対して**十分な報酬上のインセンティブが与えられていない**。つまり、5分の診察と29分の診察が同額で評価される一方、30分を超えても加算はわずか700円に留まり、十分な時間をかけて患者と対話を行う診療行為が適切に評価されていない。

患者の個別性に応じた精神医療を実現するためには、**診療時間に応じたより柔軟かつ段階的な報酬体系の整備あるいは、出来高払い制度等への抜本的な改革を検討し、医療者が必要に応じて十分な診療時間を確保できる体制の構築**が求められる。これは、個別化精神医療の推進のみならず、**精神医療における質の向上と患者中心のケアの実現**に貢献する。

第二に、**医療機関でのタスクシフティング・シェアリングの推進**である。これは、医療従事者間で合意の上、業務を他職種に移管・共有することで、業務の効率化と役割分担を図るものである。厚生労働省は、2024年からの医師の時間外労働上限規制の適用に向け、タスクシフティングの最大限の推進を目指し、2020年に「タスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」の報告をとりまとめた<sup>xxxvii</sup>。また、日本看護協会も「タスク・シフト/シェアに関するガイドライン及び活用ガイド」を公表しており、関連する施策が進められている<sup>xxxviii</sup>。

一方で、現場ではタスクシフティング・シェアリングに対する理解の不足に加え、マニュアルの未整備、成功事例の共有不足、人員確保の難しさといった課題が指摘されている<sup>xxxix</sup>。特に精神医療においては、他の診療科と比べて導入が限定的であるとの指摘もある<sup>xl</sup>。今後、精神科領域でのタスクシフティング・シェアリング推進に向けて、**精神科医を対象とした啓発・教育活動、実践事例の収集・共有、そして精神科特有の業務に対応したガイドラインの整備**が求められる。

第三に、精神医療現場における**デジタル技術の活用**である。精神医療にデジタル技術を導入することは、**医療の効率化のみならず、診察の客観性の向上や治療の精度向上**、患者の日常生活データを基にした**個別化医療の推進**にも資する可能性がある<sup>xli</sup>。特に精神医療の領域では、デジタル技術を活用した症状モニタリングや定量評価、治療技術の開発が、国内外で活発に進められている<sup>xlii</sup>。**医療の効率化の観点では、すでに多数のデジタル技術が精神科の医療機関で導入されており**、たとえば、ある精神科病院では、医療文書作成支援・情報共有システムを導入することで、医師や看護師、ソーシャルワーカーなどの業務負担の軽減や、院内における円滑な情報共有を実現している<sup>xliii</sup>。また、医療特化型の音声認識AIによるカルテ自動入力<sup>xliv</sup>や、コミュニケーションロボットを活用した診療支援<sup>xlv</sup>なども、医療従事者の業務を補い、**患者一人ひとりに適した診療時間の確保に資する取り組み**として期待されている。政府においても、2022年に「医療DX推進本部」を設置し、2030年を目標に「医療機関等の業務効率化」を主要施策に位置づけるなど、デジタル技術の導入を国全体で推進している<sup>xlvi</sup>。今後は、業務効率化に向けた**デジタル技術のさらなる開発とその円滑な現場導入の支援**が求められる。

## 患者や家族などの当事者・市民・社会に関する提言

### ① 研究参画：データ収集から臨床応用まで、患者・家族などの当事者の研究参画の推進支援

研究におけるPPIとは、疾患や障害の経験を持つ患者、その家族や市民が、研究者とともに、または主体となって、研究プロセス全体に関与することである。PPIは、研究の優先順位の設定や、適切なアウトカム指標の設定、患者や家族などの当事者にもわかりやすい研究資料や結果の作成などに寄与する<sup>xlvii</sup>。日本を含め、国際的に、研究におけるPPIを推進するための体制の整備や取組が進められてきた。

しかしながら、日本の精神医療分野においては、臨床研究や保険福祉サービスの研究におけるPPIの実践は依然として限られている。その背景には、**PPIを実施するための研究機関や大学の体制が不十分**であること、精神疾患患者を研究に参加させる際の**技術的・倫理的な課題**、さらに**代表性の担保が困難**であるといった課題がある<sup>xlviii</sup>。

今後は、研究におけるPPIを推進するために、研究機関や大学でのPPI実施体制の整備に加え、PPIのガイドラインや研修プログラムの開発、患者やその家族などの当事者と研究者のマッチングシステムの構築が望まれる。さらに、ハード面の整備にとどまらず、研究者と当事者双方がPPIの意義を深く理解し、信頼関係を築くための環境整備に向けた取り組みが求められる。

## ②正しい理解の促進：個別化精神医療に関する情報・教育の機会の提供

個別化精神医療を社会実装していくにあたっては、個別化医療の基本的な概念や意義、限界について、患者や家族などの当事者・市民が正しく理解することが重要である。

現在、日本においては、製薬企業<sup>xlix</sup>やがんゲノム情報管理センターなどの研究・医療機関<sup>l)</sup>、あるいはNPO法人である個別化医療推進・教育センター(CPEP)<sup>li)</sup>などが、主にがん領域において市民向けに個別化医療に関する情報提供や教育活動を行っている。

一方で、精神医療の領域においては、個別化精神医療が臨床実装できる状況にないこともあり、個別化精神医療に関する情報提供の機会は依然として限定的である。このような状況を踏まえ、今後は、個別化精神医療の理解を深め、患者や家族などの当事者・市民の協力を得るためのわかりやすい教材やパンフレットの作成、医療機関での情報提供などを通じて、当事者・市民の理解を支える教育・情報提供体制を整備する必要がある。

これらの教材や教育活動の設計・実施にあたっては、専門職のみならず、患者や家族などの当事者や市民の参画を促すことが重要である。患者や家族などの当事者や市民の視点を取り入れることにより、一般人でも理解しやすく、患者や家族などの当事者にとって受け入れやすい教育・情報提供体制の構築が可能となる。

患者や家族などの当事者、市民が個別化精神医療について正しく理解し、意義・限界を知ることによって、過度な期待や不安を防ぎ、個別化精神医療の実現に向けたデータ収集や研究への参加を促進することが期待される。さらに、将来的な臨床実装時の受容性向上にも寄与する可能性がある。

- i) <https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/13syokan/dl/07-02-07.pdf>
- ii) <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Personalized-Medicine>
- iii) <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Precision-Medicine>
- iv) Lopez-Campos, Guillermo H., Victoria Lopez-Alonso, and Fernando Martin-Sanchez. 2014. Is precision medicine different from personalised medicine? A Biomedical informatics perspective. *Studies in Health Technology and Informatics* 202: 20–23. 10.3233/978-1-61499-423-7-20.
- v) [https://pssj.info/jsrmps/contents/contents\\_data/PSSJ-JSRNPS4\(2021\)\\_Mitsue\\_Sugimoto.pdf](https://pssj.info/jsrmps/contents/contents_data/PSSJ-JSRNPS4(2021)_Mitsue_Sugimoto.pdf)
- vi) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5750603/>
- vii) Integrating Information Technology and Management for Quality of Care, edited by J. Mantas, et al., IOS Press, Incorporated, 2014. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/acu/detail.action?docID=1818041>.
- viii) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsbjpp/27/4/27\\_208/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsbjpp/27/4/27_208/_pdf/-char/ja)
- ix) <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>
- x) <https://miregistry.jp/council/>
- xi) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/57/1/57\\_19/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/57/1/57_19/_pdf)
- xii) <https://www.hitop-system.org/>
- xiii) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31724426/>
- xiv) <https://www.hitop-system.org/>
- xv) <https://www.ncnp.go.jp/topics/2019/20190823.html>
- xvi) <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20230401.pdf>
- xvii) <https://pmc.opho.jp/koramu/doctor/20200303.html>
- xviii) <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001330952.pdf>
- xix) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14601036/>
- xx) <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-132>
- xxi) <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-132#:~:text=In%20this%20review%2C%20we%20summarize%20an%20illustrative%20selection,in%20major%20depressive%20disorder%2C%20bipolar%20disorder%2C%20and%20schizophrenia.>
- xxii) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7801851/>
- xxiii) <https://www.rwd.kuhp.kyoto-u.ac.jp/project/cyberoncology/>
- xxiv) [https://www.akita-u.ac.jp/crc/study/pdf/2024/takeshima\\_m.pdf](https://www.akita-u.ac.jp/crc/study/pdf/2024/takeshima_m.pdf)
- xxv) <https://www.sirius.tohoku.ac.jp/>
- xxvi) <https://www3.nhk.or.jp/tohoku-news/20250402/6000030732.html>
- xxvii) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/suikeikanja.pdf>
- xxviii) <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000906082.pdf>
- xxix) <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798695.pdf>
- xxx) [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221\\_00014.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00014.html)

- xxxi) [https://jact.umin.jp/wp\\_site/wp-content/uploads/2023/03/%E3%80%90%E6%8E%B2%E8%BC%89%E7%94%A8%E3%80%91%E2%91%A1%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E8%A1%8C%E5%8B%95%E7%99%82%E6%B3%95%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%A4%9A%E8%81%B7%E7%A8%AE%E9%80%A3%E6%90%BA%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB\\_0216.pdf](https://jact.umin.jp/wp_site/wp-content/uploads/2023/03/%E3%80%90%E6%8E%B2%E8%BC%89%E7%94%A8%E3%80%91%E2%91%A1%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E8%A1%8C%E5%8B%95%E7%99%82%E6%B3%95%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%A4%9A%E8%81%B7%E7%A8%AE%E9%80%A3%E6%90%BA%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB_0216.pdf)
- xxxii) [https://jact.umin.jp/wp\\_site/wp-content/uploads/2023/03/%E3%80%90%E6%8E%B2%E8%BC%89%E7%94%A8%E3%80%91%E2%91%A1%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E8%A1%8C%E5%8B%95%E7%99%82%E6%B3%95%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%A4%9A%E8%81%B7%E7%A8%AE%E9%80%A3%E6%90%BA%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB\\_0216.pdf](https://jact.umin.jp/wp_site/wp-content/uploads/2023/03/%E3%80%90%E6%8E%B2%E8%BC%89%E7%94%A8%E3%80%91%E2%91%A1%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E8%A1%8C%E5%8B%95%E7%99%82%E6%B3%95%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%A4%9A%E8%81%B7%E7%A8%AE%E9%80%A3%E6%90%BA%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB_0216.pdf)
- xxxiii) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/suikeikanja.pdf>
- xxxiv) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001256794.pdf>
- xxxv) <https://decisionaid.tokyo/>
- xxxvi) <https://www.ncnp.go.jp/activities/detail.php?@uid=6T5EGHWYevEKM5R4>
- xxxvii) [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15678.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15678.html)
- xxxviii) [https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/shift\\_n\\_share/guideline/tns\\_guideline.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/shift_n_share/guideline/tns_guideline.pdf)
- xxxix) [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15678.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15678.html)
- xl) <https://journal.jspn.or.jp/jspn/openpdf/1220010001.pdf>
- xli) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/63/3/63\\_63.3\\_208/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/63/3/63_63.3_208/_pdf/-char/ja)
- xlid) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/63/3/63\\_63.3\\_208/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjpm/63/3/63_63.3_208/_pdf/-char/ja)
- xlidii) <https://www.hcs.co.jp/casestudy/medical-psychiatry-document-support-system/>
- xlidiii) <https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=25523>
- xlidiv) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjomh/33/1/33\\_17/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjomh/33/1/33_17/_pdf/-char/ja)
- xlidv) [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu\\_dx\\_suishin/pdf/dai3\\_kanjikai.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu_dx_suishin/pdf/dai3_kanjikai.pdf)
- xlidvi) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/advpub/0/advpub\\_2023.001/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/advpub/0/advpub_2023.001/_pdf/-char/ja)
- xlidvii) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13529>
- xlidviii) <https://www.chugai-pharm.co.jp/ptn/bio/phc/phcp01.html#:~:text=%E5%80%8B%E5%88%A5%E5%8C%96%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%A8%E3%81%AF%E3%80%81%E5%80%8B%E4%BA%BA%E3%81%AE%E4%BD%93%E8%B3%AA%E3%82%84%E7%97%85%E6%B0%97.%E8%A1%8C%E3%81%86%E3%81%93%E3%81%A8%E3%82%92%E6%8C%87%E3%81%97%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82>
- l) [https://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/treatment/genomic\\_medicine/genmed02.html](https://ganjoho.jp/public/dia_tre/treatment/genomic_medicine/genmed02.html)
- li) <http://cpep.or.jp/>

- 1) 遺伝子解析(ゲノミクス: Genomics)・RNA解析(トランスクリプトミクス: Transcriptomics)・蛋白質解析(プロテオミクス: Proteomics)・代謝物解析(メタボロミクス: Metabolomics)等をすべて一括して分析する手法で、“ミックス(-omics)”は総合的解析を指す。
- 2) 医療DXとは、保健・医療・介護の各段階(疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など)において発生する情報やデータを、全体最適された基盤(クラウドなど)を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること。
- 3) 現在の診療報酬制度上でも、公認心理師は医師によるCBT実施の補助者として関与することは可能である。また、心理支援加算(PTSD等トラウマ反応のある患者)、児童思春期支援指導加算(20歳未満の精神障害のある患者)、小児特定疾患カウンセリング料(小児の精神疾患)、がん患者指導管理料(がん患者の心理支援)などは、臨床心理師による実施に対して加算がついている。

## 2 新たな地域医療構想への精神医療の組入れによる医療提供体制のイノベーション

### 背景

#### 精神科領域でのこれまでの施策の流れ

##### 精神科患者の需要の変化

- ▶ 精神疾患を有する日本の患者数は、2020年で、入院患者約29万人、外来患者約586万人、計約615万人であり、**患者総数は増加傾向<sup>iii)</sup>**である。
- ▶ **入院患者数の総数は2002年の345,000人から、2020年には288,000人へと減少傾向**となっている。在院期間別では、「1年以上5年未満」の入院患者数は緩やかな減少、「5年以上」の入院患者数は大きく減少している。年齢階級別では、「20歳以上40歳未満」と「40歳以上65歳未満」の入院患者が大きく減少し、「75歳以上」の入院患者が増加している。疾患別では、**統合失調症等(ICD10:F2分類)の入院患者が最も多いが、2004年から2021年にかけて当該入院患者数は約33%(197,753人から134,626人)も減少**している。一方で、**高齢化に伴い認知症等(F0分類)の患者数は約23%増加**している状況である。また、気分障害(F3分類)は入院患者数にほとんど変化がないが、発達障害(F8分類)の入院患者数は約5.5倍に大幅に増加している。
- ▶ **外来患者の総数は2002年の2,239,000人から2020年の5,861,000人と増加傾向**にある<sup>4)</sup>。年齢階級別では、どの年齢階級でも増加傾向だが、「75歳以上」の**外来患者が特に増加**している。2010年代以降、**若年層である「0歳以上24歳未満」の外来患者の増加**も目立っている。疾患別では、気分障害(F3分類)、神経症性障害(F4分類)の順で外来患者が多く、当該外来患者数も微増傾向である。外来患者においても、高齢化に伴い認知症等(F0分類)の患者は増加傾向である。一方で統合失調症等(F2分類)の外来患者数はほぼ横ばいである。

##### 「入院医療中心から地域生活中心へ」、「にも包括」という流れ

- ▶ 2000年代初頭から、精神医療政策の中で、入院患者数が多い事ごとと長期入院の傾向が課題となっていた。そのため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「**入院医療中心から地域生活中心へ**」という理念を示し、精神障害者が地域の一人として安心して生活できるよう「**精神障害にも対応した地域包括ケアシステム**」を構築し、重層的な支援体制を整備した。これらの対策や、入院患者の中で過半数以上を占めていた統合失調症患者の減少により、現在、入院患者数は減少傾向となっている。
- ▶ しかし、急速な少子高齢化等による孤立などの社会的影響も受け、**外来患者を含め精神疾患の患者総数は増加**しており、社会全体として精神医療のシステムの改善が求められている。また、**精神疾患患者全体の高齢化**も問題となっており、精神疾患だけに留まらない医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大が見込まれる2040年頃を見据え、病院の中のみならず、地域全体で精神疾患患者を支えられるよう対策を行う必要性が生じている。
- ▶ さらに、精神障害者の権利保障に関しては、国際的にも改善の要請が高まっている。2022年に国連障害者権利委員会は、日本に対し、長期入院や強制的な治療、隔離・身体拘束の頻繁な使用などについて深刻な懸念を表明<sup>iii)</sup>した。また、精神障害者が適切な支援を受けながら地域で生活できる環境が不十分であるとして、精神科病床の削減とともに、地域生活支援体制の整備を加速させるよう勧告している。こうした国際的な要請も踏まえ、今後の精神医療政策は、施設中心から地域中心の体制への転換をさらに進め、精神障害のある人が尊厳を持って地域で暮らせる環境整備が一層求められている。

#### 地域医療構想とは？

##### 地域医療構想全体の理念と今後

- ▶ 各都道府県において、**良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保**のために、**必要病床数等を議論・策定するものが地域医療構想**である。地域医療構想に基づき、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携の取組が進められてきた。**身体疾患の入院治療を中心に、病床機能報告制度の活用や必要病床数の設定により、病床数の過剰増加を抑え、患者の在宅医療利用移行の流れを進めてきた。**

- ▶ 一方で、日本は急速な少子高齢化傾向にあり、**2040年問題を見据え中長期的な計画策定**が新たに求められている。少子高齢化や人口減少の影響から、今後、入院・外来需要の減少、在宅需要の増加、医療需要の地域差拡大、医療従事者の供給不足等が見込まれている。**新たな地域医療構想においては、必要病床数の議論にとどまらず、外来・在宅・介護との連携や人材確保等も含めた医療提供体制**を議論し、全ての地域・世代の患者が、地域の中で適切に医療・介護を受けながら生活できることが求められる。

## 新たな地域医療構想への精神医療の位置付け

- ▶ 精神病床は、**現行の地域医療構想では、将来の病床数の必要量の推計や病床機能報告の対象となっていない**。しかし、精神病床においても、高齢化に伴う入院患者数の減少や病床利用率の低下の見込みへの対応や、現在の外来患者増加傾向を踏まえた外来・在宅医療提供体制や連携体制の整備がこれまで以上に必要である。精神医療の大きな目標である地域化を推進するにあたって、精神病床の適正化だけでなく、精神医療と一般医療、入院医療と在宅・外来医療をあわせて医療提供体制全体の議論を進める必要がある。そのため、**2040年を見据えた新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることになった**<sup>liv)</sup>。

## 課題

### 精神医療の地域医療構想への組み入れにあたってのデータ等に関する課題

#### ① 精神科入院病床等の量的データの不足

現行の地域医療構想で実施されている病床機能報告が精神科領域では行われていないため、精神医療の需給に関するデータ整備が他分野に比べ遅れており、データに基づく政策立案が困難な状況である。現在収集活用されているデータとしては、630調査、NDB等をまとめた地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD<sup>lv)</sup>)<sup>5)</sup>において、各地域の患者数や医療資源の現状など地域医療構想策定にあたって参考となる資料がまとめられている。しかし、身体科と比較するとデータは限定的であり、ReMHRAD等のデータベースの認知・活用も十分とはいえない現状がある。また、精神科外来・在宅医療のデータは入院病床のデータ以上に不足しており、**地域の精神医療資源やニーズの実態が不明**である。

なお、**地域医療計画では、既に精神医療が位置付けられており**<sup>lvi)</sup>、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの指標設定が進んでいる。新たな地域医療構想に精神医療を位置付けるにあたって、これらの取組や指標も活用しつつ、データベースの整備や、自治体での地域医療構想策定のためのデータ活用への支援が求められている。

#### ② ケアの内容や質に関するデータの不足

特に精神科領域においては、**提供されているケアの内容や質に関するデータ収集が十分に行われていない**ことが課題である。本邦の精神医療においては、患者の権利保護や患者の政策決定過程への参加などの面で遅れが指摘されており<sup>lvii)</sup>、医療の質や患者視点の評価が全ての病院で行われ、精神医療全体の質向上に努めることは重要である。現在、公益社団法人全国自治体病院協議会 医療の質・医療安全指標の評価・公表等推進事業に、精神科病床を持つ約60の医療機関が参加し、入院患者満足度を含めた25の指標に基づいて質の評価の取り組みを進めている。その他にも、日本医療機能評価機構<sup>lviii)</sup>では、「患者中心の医療の推進」、「良質な医療の実践」等の4領域について精神科領域の評価項目を定め、病院を評価し、現在242病院が認定を受けている。このような第三者評価には、**現状の客観的把握や医療の質・サービスの向上への寄与が期待される一方で、評価を受ける負担により、参加病院が少ない**という課題もある。

#### ③ 現状投影モデルに基づくデータ分析

地域医療構想全体において、医療資源の需給推計に課題があるとされており、疾病構造や医療提供実態に著しい変化の大きい現代において、現状投影モデル(静的手法)<sup>6)</sup>に基づく推計では不十分な面もあり、将来の医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を考慮した動的手法<sup>7)</sup>に変更して分析すべきであるという意見もある。医療圏の面では、身体科と同様の医療圏で医療資源の状況を議論・検討しても、精神科の偏在の課題もあり、医療提供が実質的に困難な可能性も想定される。そのため、既存の医療圏設定ではない、精神医療領域特有のデータ収集・分析の単位(/地区)についても検討が必要な可能性がある。

#### ④ 市民に向けたデータの公表・利活用

収集したデータの公表において、患者や家族などの当事者や市民が理解しやすい形になっていないことも課題である。地域医療構想について、各自治体が計画を公表しているが、分析結果をまとめた形となっていることがほとんどであり、実際の状況や各医療資源を把握しにくい状況にある。一方で、患者や家族などの当事者にとって、収集された医療資源や医療提供実態のデータは有用なものとなりうるため、収集したデータを当事者や、市民が活用できる形での公表も必要である。

以上より、精神医療資源についてどのようなデータが必要で、どのように分析・公表していくかの具体的な検討が必要である。

### 精神医療のハード面の課題

#### ① 精神科病床数・診療所の地域偏在

人口当たりの精神科病床数の偏在は、身体科の病床数と比較して著明であり、特に北海道や九州地方などで過剰供給の傾向がある<sup>lix, lx</sup>。精神科クリニックは特に都市部において増加しているが、地域の救急体制に参画しないクリニックや、地域連携や診療の質が十分でないクリニックが増えていることも指摘されている<sup>lxi</sup>。精神医療の提供体制について、量・質両面で地域ごとに課題を抱えている現状がある。本来、地域医療構想は、地域の実情に応じた医療体制の担保が目指されているが、現状維持の病床数設定となりがちな現状や、あくまでも行政の計画であり医療機関の自主性が尊重されることから、精神医療の地域課題の実際的な解決に繋がっていない。全国的に策定している計画であり、各自治体が他地域の医療提供体制との比較を行いながら、地域課題の解決を行えるものとする必要がある。

#### ② 精神科慢性期病床の供給過剰

全国的に慢性期病床の供給過剰が生じていることが課題である。背景には、入院患者数の減少傾向はもとより、医療制度の影響も大きいと考えられる。病院側にとって、患者数の維持が経営の安定に繋がるため、慢性期病床の病床数維持傾向に繋がりがやすいことや、患者側にとっても、障害年金や高額療養費制度の構造により、入院を継続した方が金銭・介護負担が少なくなっており、医療制度の影響により入院の長期化がもたらされている可能性がある。

近年の精神疾患患者数・精神疾患患者像の変化を考慮し、地域化移行の推進のため、病床機能の転換や、退院支援の強化など地域移行の仕組みの強化が必要とされている。

### 精神医療を担うスタッフ(ソフト面)の課題

人員配置について、精神科救急・急性期医療であっても他科の医療体制に比べて著しく少ないことが指摘されている<sup>lxii</sup>。医師のみでなく、看護師・精神保健福祉士等のスタッフに関しても、地域偏在と人員不足が発生しており、今後の生産年齢人口の減少や働き方改革の影響を考慮すると、スタッフの確保や教育は中長期的にも大きな課題となる可能性が高い。

また、身体科スタッフと精神科スタッフの間で、それぞれのケア内容やスタッフの教育の連携がうまくできていない現状も存在する。今後、少子高齢化の影響を受け、身体症合併の精神疾患患者の増加や、医療従事者全体が不足する中で精神科単独でのスタッフ確保・教育が困難となる可能性もあり、スタッフの量・質ともに課題を抱えている。

### 地域医療構想の実効性の課題

#### ① 各病院の利益と地域全体としての利益の相反

地域医療構想全体において、病床数の議論が中心となり、地域の将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が不足していることが新たな地域医療構想等に関する検討会の取りまとめにおいても指摘されている<sup>lxiii</sup>。新たな地域医療構想を策定する際、将来的な目標を見据えた議論や、実行性の担保をする必要がある。

病床数の削減は、各病院の収入や病院におけるポストの減少と密接に関連しており、民間病院はもとより、市町村など自治体が運営する病院でも、各病院の経営が優先され、自治体の策定する地域医療構想が機能を発揮できていない現状が指摘されている。公立病院の経営責任の所在の不透明さ<sup>lxiv</sup>などもその要因の一つとして指摘されている。

## ② 地域医療構想策定の中での市町村の役割

地域医療構想は都道府県が策定しており、市町村の情報やノウハウを有効に活用できていないという状況がこれまで見られていた。今回の医療法の改正案においては、協議を行う関係者として、市町村が追加されその役割の発揮が期待されている。精神科領域に関しても、地域移行の推進が掲げられていることや、精神保健に関する住民の相談の実務、障害福祉サービス、介護保険事業を所管する市町村に期待される役割は大きいと考えられる。

### 提言

## 精神医療資源のデータ整備と分析・活用体制の強化

### ① 医療の質に関する評価、患者の視点での評価データの拡充

新たな地域医療構想を策定するにあたり、既存の医療計画やReMHRAD等で収集されているデータや指標を基に議論を行いやすい形でデータ整理を行う必要がある。また、すでに地域医療計画全体として、外来・在宅医療に関しても議論の対象とし、データ収集を進めていく方向性が示されている。精神科領域においても、更なる地域化の必要性を踏まえ、在宅医療や外来医療、障害福祉サービスなどの地域の医療・福祉資源のデータの収集や、身体症合併の精神疾患患者の増加を踏まえ、介護資源などのデータも併せて新たに収集する必要がある。

医療計画や地域医療構想では、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することが目的とされているが、病床数などの量的指標が重視されており、**質の評価は主な論点からは外れている**現状がある。患者の人権を軽視し、入院(監置)に偏重してきた日本の精神医療の歴史や現状を鑑みると、単純に医療資源を確保するだけでなく、**精神医療の質や患者の権利擁護を担保した医療提供体制を確保する必要がある**。患者視点での評価や医療の質の評価について、第8次医療計画で検討されているプロセス評価の項目や定期病状報告などの既存の評価項目を活用したり、近年精神科領域での活用が注目されている**患者報告アウトカムを新たに使用**したりすることで、医療提供の実態も併せて評価することすることが必要である。

### ② 動的手法に基づく需給推計の推進及び、地域医療構想の病床数目標を地域医療計画の見直しに応じて柔軟に設定可能とする仕組み作り

収集したデータを基に設定される必要病床数等の議論に関して、精神科領域においても、疾病構造や患者年齢等の変化や地域移行の進行、国民の考え方の変化等を踏まえ、これまで用いられていた現状投影モデル(静的手法)に基づく推計から、将来の医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を考慮した動的手法に基づく需給推計を行うべきである。地域医療構想は2040年を念頭に議論が行われるものであるが、現時点で設定した目標等にこだわらずに、地域医療計画をはじめ、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬等が同タイミングで見直される2030年度など6年毎定期的に見直しを行うべきである。その際、既存の身体科の医療圏設定にとらわれず、精神医療の提供実態に基づいた医療圏設定を考慮し、各地域の医療需給を議論する必要がある。

### ③ 国による地方自治体の取り組みを支援するためのデータセット整備や、データ活用・分析の支援の強化

これらのデータ整備や分析などは専門的知識が必要な面も多く、自治体などの関係者の意見を反映しながら、国や学術機関などによるデータ収集・データセット整備や、データ閲覧・比較の仕組み作り、分析手法のツール支援・指導などが必要である。

すでに「地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業」等において、自治体支援に関する取り組みが行われているところであるが、十分に活用しきれていない地域も多く、また既存のデータはもとより、外来・在宅等データの幅がより広くなることから、これを強化する必要がある。

医療の質や患者の視点の評価、地域の医療・福祉・介護資源などの必要なデータが追加されたデータセットの整備を行い、地域ごとの事情を踏まえた妥当かつ実現可能性の高いデータ分析により、新たな地域医療構想を策定するにあたり、各自自治体での議論が行いやすくなると考えられる。

#### ④患者・家族・市民に向けた情報公開の強化

地域医療構想や地域医療計画などの本文は、各自治体のホームページなどに掲載されているが、患者や家族などの当事者や市民にとっては内容を理解しにくい面がある。また、計画策定の土台となっている、各病院等の診療実績や治療成績、医療の質指標(QI:Quality Indicator)等は、一般に向けては公表されていない場合も多い。これらの情報は、地域で暮らす患者・市民にとって今後の受診の際に重要な情報となりうるため、病院内部での質向上の取り組みや計画策定のためだけに活用するのではなく、患者・市民に向けて公表していくことが必要である。

### 地域医療構想策定にあたってのステークホルダー連携強化

#### ①患者・家族・市民参画の強化

現在、地域医療構想は医療専門家と都道府県の担当者が中心となって策定しているが、新たな地域医療構想では、患者・市民がより恩恵を受けられる質の高い精神医療提供体制を構築するため、策定段階から患者や家族などの当事者・市民などが関与できる形とする必要がある。

例えば、地域医療構想調整会議の下に、精神疾患に関連した実務者や、患者や家族などの当事者レベルでのワーキンググループを設置し、当事者目線も踏まえた議論を進める必要もある。この際に、患者や家族などの当事者委員枠は複数名確保することを要件として加え、精神疾患の多様な現状・ニーズを反映でき、当事者が意見を述べやすい体制を整えるべきである。

#### ②地域医療構想への、外来医療・在宅医療に関連する診療所等のステークホルダーの参画推進

これまで地域医療構想については、病院・有床診療所を中心に議論が行われてきた。医療法の改正により、外来・在宅医療が規定されたこと契機に無床診療所等の医療機関も議論に参画するよう働きかける必要がある。

#### ③市町村の役割や権限の明確化

市町村は、多様な相談の場面において、メンタルヘルスに関連した相談対応を実際に担い、また障害福祉サービスや介護保険サービスなどを所管している。精神保健福祉法の改正では、市町村は精神障害者支援を担う主体としてその役割が明記されたところである。市町村の相談支援体制や住宅・就労支援等の整備をリードする体制づくりと、それを支える国の予算・人材支援が必要である。医療法の改正案においても、地域医療構想を検討する会議に参加する関係者として明記され今後の積極的な関与に期待が集まるところであるが、地域医療構想策定における精神科領域でのワーキンググループ等においても、市町村の役割の明確化を行っていくべきである。

また、多くの地方自治体は公立病院の運営主体でもあり、医療機関の運営・経営者としても、地域医療構想において重要な役割を果たすことができる可能性が高い。しかし、医療法においては、地域医療構想・計画に関する記載の中で市町村(長)が主語となっている条文は限られている。権限や役割今後、市町村・市町村長が地域医療構想において果たせる役割と関与方法のさらなる議論が必要である。

### 地域医療構想よりも大きな視点で、社会保障制度や地域での人材育成等の変革等

#### ①退院阻害要因となっている国の医療・社会保障制度についての議論の推進

現在、精神疾患患者の地域移行が進められているが、地域移行が難しい患者は未だに多い。この背景には、高額療養費制度を利用することで障害年金等の支給範囲で入院継続をすることができる一方で、退院をすると家賃・生活費等により多くの金銭的負担が発生してしまい、本人や家族の負担が大きくなるという構造が影響している。また、病院にとっても長期入院者は安定的な収入源となるため、これを容認してしまうという側面もある。高額療養費制度、障害年金、障害福祉サービス等を含め、患者視点で社会保障制度および精神医療提供体制の在り方に関する検討を進める必要がある。

#### ②人材育成の施設依存脱却、地域化についての議論の促進

安全で質の高い精神医療を提供するためには、病床数等のハード面だけでなく、病院で働く人材等ソフト面の検討も重要である。精神医療に従事するスタッフは、医師・看護師をはじめ、職種を問わずスタッフ不足や今後の教育システムの整備が問題とされている。大学病院や大規模な急性期病院など人的資源や組織リソースが充実している病院においては、人材育成に充てる資源も確保できるが、小規模な病院等においては人材育成が困難な状況に置かれている。今

後、少子高齢化の進展により、スタッフの需要が高まる一方で、労働する医療スタッフは減少、不足が予想されており、各施設に人材育成が委ねられている現在のシステムから、地域医療連携推進法人等を活用した地域単位での教育システムへの転換について検討を進めるべきである。この転換は、身体科・精神科の垣根を超えた人材育成にも貢献すると考えられる。

- lii) [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html?utm_source=chatgpt.com)
- liii) <https://digitallibrary.un.org/record/3996275?v=pdf>
- liv) [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_46455.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_46455.html)
- lv) <https://remhrad.jp/>
- lvi) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001041839.pdf>
- lvii) <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf>
- lviii) <https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/wp-content/uploads/2023/04/fd7061086c247f304a0b0b4795c81d8a.pdf>
- lix) [https://www.jstage.jst.go.jp/article/reportscij/18/4/18\\_363/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/reportscij/18/4/18_363/_pdf/-char/ja)
- lx) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001008416.pdf>
- lxi) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001256794.pdf>
- lxii) <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20230520.pdf>
- lxiii) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>
- lxiv) <https://www.jbaudit.go.jp/koryu/study/mag/pdf/j36d05.pdf>

- 4) 2020年より患者調査の調査方法が変更となり、平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を31日以上からは99日以上に変更となった。尚、変更前の時点でも、外来患者数は増加傾向である。
- 5) ReMHRADは、日本全国の地域(都道府県・医療圏・市区町村)ごとの精神保健福祉に関する指標や、精神科入院患者の所在地・住所地、訪問看護や福祉サービス事業所の分布、社会資源の位置情報などを可視化するデータベース。
- 6) ある特定の時点における医療資源や医療需要の状況を把握・評価する手法。時間的変化を考慮せず、「現状」に基づいて計画や分析を行う。
- 7) 時間の経過に伴う変化(人口、疾病構造、需要構造等)を予測・考慮して分析・計画を立てる手法。例えば、医療技術の進展などを加味することで、在宅シフト率を分析、死亡率改善などの政策介入を検討することがあげられる。

### 3 地域の相談支援体制拡充に向けたピアサポーター雇用の促進

#### 背景

#### ピアサポート(ピアサポートワーカー)活動は広がりを見せている

ピアサポーターは、自ら障害や疾病の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の障害や疾患のある障害者のための支援を行うものである。この中でも「当事者が自身の経験をもとに、業務や活動の一環として意図的に他の当事者を支援する、支援者としてのピアサポーター」は特に「ピアサポートワーカー」と呼ばれ雇用促進が図られている<sup>(xv)</sup>。

日本では1990年代以降「医学モデル」から「生活モデル」への転換が進む中でピアサポートの活動が活発化してきた。精神障害者地域生活支援事業(1996年)や退院促進ピアサポーター事業(2003年)がモデル事業として開始され、当事者によるピアサポートワーカーとしての活動が制度化されてきている。なお、家族同士のピアサポート(相談など)は1960年代から活動が行われているが、制度化はされておらずインフォーマルな位置付けとされている。

#### ピアサポーターは、ピアサポート専門員研修機構が教育機会を提供して育成を進めているほか、自治体でも育成が進んでいる

2020年度に、ピアサポーターの養成や管理者等がピアサポーターへの配慮や活用方法を習得する「障害者ピアサポート研修事業」が創設され、地域生活支援事業費等補助金による国庫補助対象となった。一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構は、各種専門職と協働して、「リカバリー」を支援できる精神障がい者ピアサポート専門員を育成する事を目的として活動している。また、令和5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の「障害者ピアサポート研修事業における障害当事者の参画の実態把握及び方策についての調査研究」結果報告書<sup>(xvi)</sup>によると、2023年時点で障害者ピアサポート研修事業を実施している自治体は、43.5%、未実施だが具体的な実施計画がある自治体は26.6%、未実施で具体的な実施計画がない自治体は29.7%であった。研修は、基礎研修・専門研修・フォローアップ研修と3つに分かれているが、フォローアップ研修については、事業所の加算の算定要件に含まれていないため、実施実績が少ない状況である。

#### ピアサポーターを雇用することによる加算が障害福祉サービス等報酬改定により設けられた

利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、利用者に対するピアサポートの効果が特に高いとされる相談支援事業等を対象とした「ピアサポート体制加算」、就労継続支援B型を対象とした「ピアサポート実施加算」が2021年障害福祉サービス等報酬改定において新設された。また、2024年の報酬改定においては、訓練系サービスへのピアサポート実施加算も追加された。報酬制度が拡充されたことにより、事業所における雇用を促すきっかけとなると考えられ得る。

#### ピアサポーターの雇用に関する効果は雇用する事業者側、利用者側からも評価されている

令和元年度障害者総合福祉推進事業「障害福祉サービスの種別ごとのピアサポートを担う人材の活用のための調査研究」においては、ピアサポーターを雇用する36の事業者に対するアンケート調査の結果、「経験者ならではの気持ちに寄り添った言葉をかけることができる」、「経験者ならではの生活の知恵を伝えられる」、「利用者の不安・孤独が解消される」といった項目の効果の評価が高いことが示された<sup>(xvii)</sup>。また、ピアサポーターの雇用が事業所の他の職員に与える効果について、障害者である同僚と働くことで障害者の尊重や理解が深まるなどの効果があると報告されている。これらの結果等を基に2021年障害福祉サービス等報酬改定で前述の加算が加えられている。

また、精神医療機関におけるピアサポートの現状と活用に関する調査 調査結果報告書<sup>(xviii)</sup>においては、60.8%の精神医療機関はピアサポートワーカーの活用を「望ましい」と回答しており、医療現場におけるニーズが確認できる。また、雇用実績のある23施設を対象とした項目では、ピアサポートワーカーを雇用することによる良い影響の期待度として、「患者さんが将来に対して希望を持つように促進させる」、「経験に基づく助言により、患者さんの困り感・課題が緩和される」、「患者さんに関する幅広い情報収集ができるようになる」、「障害やリカバリーに関する理解が深まる」という回答が得られており、障害福祉サービス領域と同様の傾向がみられている。

## 市町村においても、一部自治体においてピアサポーターの雇用の取り組みが実施されている

様々な形で自治体によるピアサポーターの雇用が実施されている。例えば、仙台市では、健康福祉局障害者支援課がピアスタッフ2名を雇用しており、病棟内普及啓発活動に加えて、個別支援等も展開している。また、荒川区では相談支援事業の委託において、精神障害者ピアサポート専門員の配置を認めている。その他、福島県や富山県、千葉県、大阪府等ではピアサポート研修修了者が県内の病院や事業所、家族会や当事者会などに派遣され、自身の経験やリカバリーストーリーを語るなどを実施している例も多くある。また、2022年の精神保健福祉法改正により新規で設けられた入院者訪問支援事業の訪問支援員としても、ピアサポートワーカーの活用が期待されている。

## 市町村は、精神保健福祉法等の改正により、相談支援体制の強化・整備を進めることが求められている

2022年に精神保健福祉法が改正され、2024年4月より施行されている。この際、**市町村の精神保健相談業務(精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も含む)が義務規定へと変更になった。**「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」は報告書<sup>(ix)</sup>において、相談支援に必要な機能を「受けとめ」、「気づき」、「アセスメント」、「プランの立案及び実行」、「連携及び調整」という5つに整理し、この機能を満たすための体制についても類型化を行い、これを参照としながら整備を進めることを提案している。

### 課題

#### ピアサポート提供体制の整備状況とその実装に関する課題

相談支援事業所等に配置されているピアサポーターはわずかであり、加算の取得実績も低調にとどまっている。厚生労働省の2022年度分 障害者相談支援事業の実施状況報告<sup>(x)</sup>によると全国11,472ヵ所の指定特定相談支援事業所や指定障害児相談支援事業所に配置されているピアサポーターは、714人となっている(うち精神障害235人)。2022年12月サービス提供分では、**ピアサポート体制加算を算定している計画相談支援事業所は、全体の1.2%に過ぎない。**

また、就労系障害福祉サービスの実態に関する調査<sup>(xi)</sup>(2,000件を無作為抽出により調査)においては、「利用者がピアサポートを受けることのできる体制整備」を就労移行支援事業所では17.2%が、全体では10.1%の事業所が実施していると回答している。

#### 精神医療機関におけるピアサポーター活用と診療報酬制度に関する課題

病院においては、精神医療機関に所属するピアサポーターの割合は7%と低い。これには、**病院への配置には診療報酬の加算がつかず、人件費が確保できない、インセンティブが働かない**という課題がある。「精神医療機関におけるピアサポートの現状と活用に関する調査」<sup>(xii)</sup>によると、ピアサポートワーカーが所属している精神医療機関は全体の7.0%であった。一方で、60.8%の精神医療機関はピアサポートワーカーの活用を「望ましい」と回答しており、**医療現場におけるニーズが確認できる。**同調査では、今後ピアサポートワーカーの活用にあたって必要なこととして、「**ピアサポートワーカーへの研修の充実(就労マナー、相談援助技術、医療機関で働く上での注意点等)**」が69.1%と最も高く、「**ピアサポートワーカーを配置することに対する診療報酬上の評価**」(61.5%)という回答が続いた。今後の活用に前向きである病院に限ってみると、診療報酬上の評価が必要と回答した病院は、72.3%にも及んだ。現時点では、精神医療機関におけるピアサポーターの雇用に対する診療報酬加算は整備されておらず、病院が自主的に費用負担をおこない雇用を進めているところであるが、これが雇用の阻害要因となっていることが明らかとなっている。

#### 市町村における精神保健相談体制の地域格差と専門人材確保に関する課題

市町村においては、精神保健領域への支援体制の拡充が期待されているが、**保健師や精神保健福祉士等の専門人材の確保が困難**となっており、体制整備状況に**地域格差**が生じている

これまで市町村は様々な住民サービスの中で精神保健相談業務に対応してきたが、努力義務となっていたために体制整備を行う法的な裏付けがなく財源や専門人材が不足する中、相談支援体制の地域間格差が大きくなっていった。特に人口1万人から5万人、5万人から10万人規模の市町村では、精神保健相談に関してある程度の対応はできるが苦慮しているとの回答が半数を超える状況にある。対応困難を解決するために望まれる体制としては、人口規模に関わらず専門職の配置など人員体制の拡充を求める声大きい。保健師や、精神保健福祉士、精神保健福祉相談員の育成・採用強化は図られているが、募集を行っても応募がないという自治体も多い状況である<sup>(xiii)</sup>。

## 提言

## 障害福祉サービス報酬・診療報酬等に関する提言

## ① 相談支援事業所等におけるピアサポート体制加算・実施加算の拡充

ピアサポート体制加算、ピアサポート実施加算については、すでに拡充の方向性が取られているところである。しかし、さらなる雇用を促進するためには、加算点数の引き上げや、ピアサポーターの複数人雇用に対する加算を追加すべきである。

## ② 精神医療機関におけるピアサポーター雇用の診療報酬化

病院におけるピアサポーターの雇用を促進するために、診療報酬評価の枠組みにピアサポート体制加算を組み入れるべきである。デイケアやショートケア等の場所において、患者のロールモデルとなり、経験に基づく助言や情報提供等の活動が期待されている。また、当事者の権利擁護の観点からも、精神医療機関で当事者が勤務することの意義についてさらなる検討が行われるべきである。

## 自治体の相談支援体制に関する提言

## ① 相談支援や人材育成を行う重要な「経験専門家」としての、自治体でのピアサポーター雇用推進

市町村等の自治体において、精神保健相談実施体制を構築するために、ピアサポーターを「経験専門家」として雇用を推進すべきである。特に、相談機能の「受けとめ」、「気づき」という部分に関しては、ピアサポーターの強みを生かすことが可能である。

また、市町村等においては、保健師や精神保健福祉士といった専門職員の確保が困難であることに加えて、人事異動の都合上、精神保健福祉領域の知識のない事務職員も相談支援を行っている状況にある。障害福祉サービスでのピアサポーター人材活用に際して行ったアンケート調査では、ピアサポーターの支援が事業所の他の職員に与える効果について、障害者である同僚と一緒に働くことで障害者の尊重や理解が深まるなどの効果がみられている。自治体の相談支援に関わる人材の育成策の一つとして、ピアサポーターの雇用、協働の機会を作るべきである。

## ピアサポーターの雇用推進に関する提言（働きやすい環境整備と合理的な配慮）

相談支援事業所等障害福祉サービス分野、精神医療機関等の医療分野、市町村等の公的機関それぞれの場において、ピアサポーターの「経験専門家」としての雇用を進めることが望ましい。しかしながら、これまでの雇用実績の中で雇用にあたっての留意点等も指摘されているため、雇用を進める際には以下の点について配慮を行うべきである。

- ① ピアサポーターの、「経験専門家」としての位置づけ、具体的な業務内容や責任範囲、キャリアパスの明確化
- ② ピアサポーターの複数人配置や地域内でのピアサポーター同士間連絡会の開催
- ③ 柔軟な勤務形態の導入と「経験専門家」としての適切な報酬設定
- ④ 協働する職員への理解促進を目的とした、職場内研修の実施

---

lxv)	000963578.pdf
lxvi)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001319878.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001319878.pdf</a>
lxvii)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000689218.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000689218.pdf</a>
lxviii)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963578.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963578.pdf</a>
lxix)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001148957.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001148957.pdf</a>
lxx)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001233753.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001233753.pdf</a>
lxxi)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001285835.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001285835.pdf</a>
lxxii)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963578.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963578.pdf</a>
lxxiii)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001054003.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001054003.pdf</a>

## 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

### 1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

### 2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

### 3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

### 4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

### 5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

### 6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

#### 協賛企業(五十音順)

グーグル合同会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

## 謝辞

本提言の作成に当たり、調査研究にご協力頂いた皆様、インタビューにご協力いただいた皆様、また様々なご視点からご意見・コメントをくださった皆様に心より御礼申し上げます。

## 提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

## 日本医療政策機構について

日本医療政策機構(HGPI: Health and Global Policy Institute)は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています(2021年1月時点(最新データ))。

## 著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



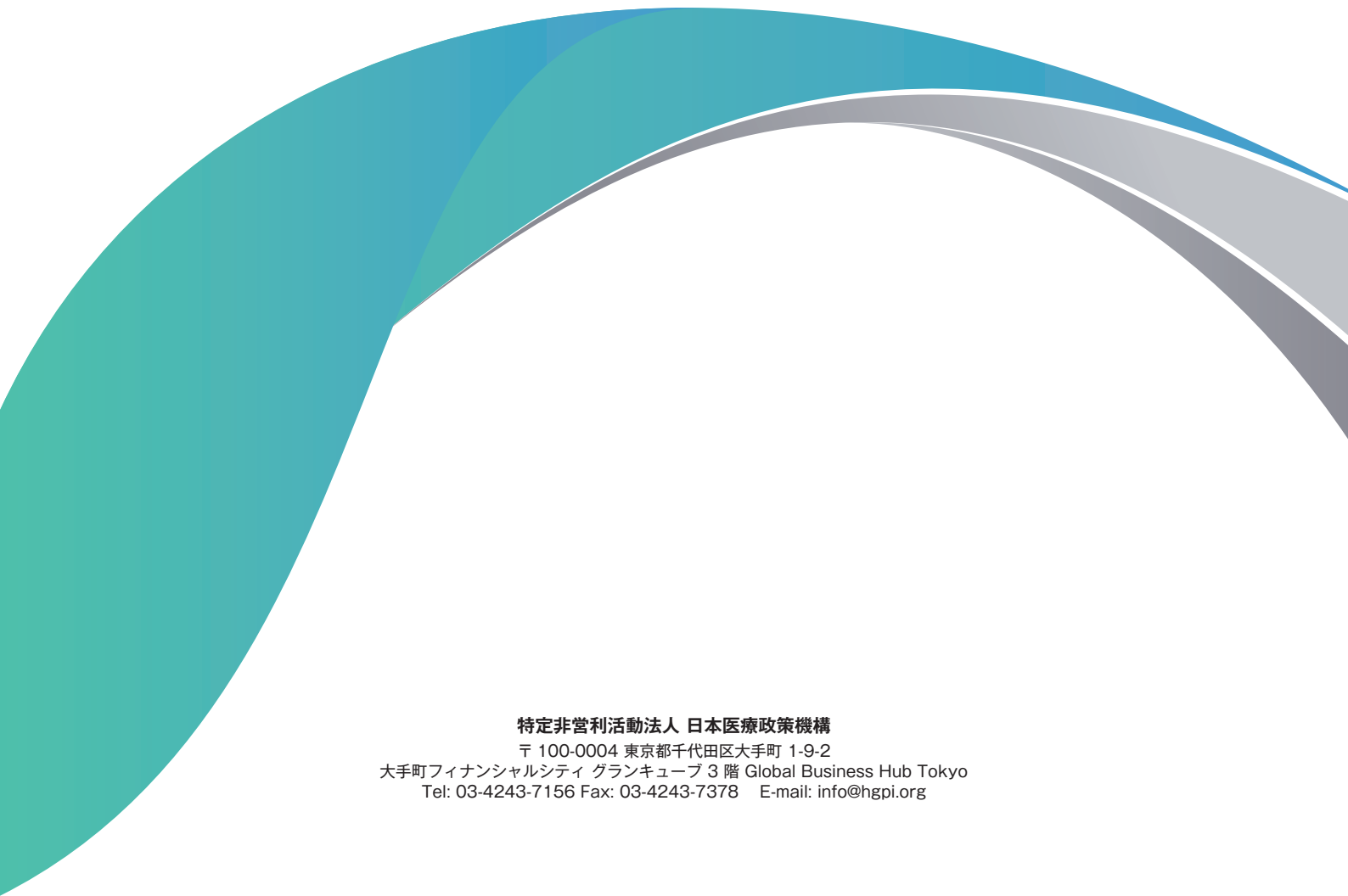
- ・表示：出典(著者/発行年/タイトル/URL)を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

## 執筆者

鈴木 秀	(日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
佐藤 ひかる	(日本医療政策機構 アソシエイト)
フェイバー・オミレケ	(日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
山下 織江	(日本医療政策機構 アソシエイト)
池田 有梨奈	(日本医療政策機構 シニアアソシエイト インターン)
松本 こずえ	(日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
渡部 大地	(日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
長谷明香里	(日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)





特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)