

疼痛対策シリーズ

片頭痛対策に関する政策提言

～生活者のためのイノベーション普及に向けて～

日本医療政策機構（HGPI）

2026年6月

エグゼクティブ・サマリー

片頭痛は日本において 15 歳以上の約 840 万人が罹患する国民的疾患である。しかしその実態は、「誰にでもある頭痛」として社会的に軽視され続けており、多くの患者が専門的な診断・治療を受けないまま、市販の鎮痛薬による自己対処を慢性的に繰り返すクリニカル・イナーシャ（臨床的惰性）の状態に陥っている。女性患者が男性の約 3.6 倍に上り、30~40 代の働き盛り世代に集中するという疫学的特性は、女性活躍推進・労働生産性・少子化対策という国家的課題と片頭痛対策を結びつけるものである。

本提言は、日本医療政策機構（HGPI）が実施した片頭痛専門医 3 名への有識者ヒアリング、片頭痛治療に積極的な/積極的ではない医師・患者各 2 名（合計 4 名）を対象としたエスノグラフィ調査、および国際文献レビューの知見を統合して作成したものである。これらの調査を通じて浮き彫りになったのは、患者・医療者・医療制度それぞれの「合理的選択」が重なることで形成される、強固なクリニカル・イナーシャの構造的メカニズムであった。この構造を打破するには、普及啓発活動にとどまらず、診療報酬・教育制度・法的枠組み・産業政策にわたる横断的・総合的な政策介入が不可欠である。

片頭痛対策を推進する上では、①Burden（患者負担：痛みによる苦痛や生活・就労への支障）、②Awareness（疾患認知度の驚くほどの低さ）、③Stigma（誤解や社会的スティグマ）、④Advocacy（片頭痛への理解と支援の推進）という視点を踏まえる必要がある。片頭痛対策は、健康寿命の延伸、生産性向上、女性の社会参加支援、さらにはブレイン・ヘルスの向上を通じた生活の質の改善に資する重要な政策課題である。

片頭痛医療のクリニカル・イナーシャは、現在止まったままで動き出していない。頭痛研究の進歩により新薬承認は欧米に引けを取らないが、基盤となる頭痛医療の推進は遅れたままである。片頭痛診療は患者の自覚症状を中心に展開するという特性上、患者中心医療・患者参加型医療の推進と共に初めて発展しうる領域である。片頭痛の国民的な認知度向上のため、教育（市民、プライマリー・ケア、専門医）の重要性と ROI、地域連携、健康経営、新薬のアクセス改善、より効率的な行政を中心に、以下の 8 つの政策提言を行う。

第一に、学校教育における片頭痛・頭痛教育の制度化、第二に、プライマリケアから専門医への体系的紹介体制の整備、第三に、専門的頭痛診療を適切に評価する診療報酬体系の見直し、第四に、企業の健康経営施策への片頭痛対策の組み込み強化、第五に、新規治療薬へのアクセス改善と経済的障壁の軽減、そして第六に、行政における推進体制の整備と法的根拠の確立である。これら六つの提言は相互に補完しあう一体的な政策パッケージとして、片頭痛対策の実質的な前進を目指すものである。

第1章 片頭痛をめぐる現状と課題

1-1 片頭痛の疾病負担と社会的インパクト

片頭痛は、繰り返す激しい頭痛発作を特徴とする慢性神経疾患である。世界的には約11～12億人が罹患するとされ¹、1990年から2021年の30年間にわたって罹患者数（絶対数）及び障害調整生存年（DALYs）がいずれも約58%増加しており²、グローバルな公衆衛生上の重要課題として国際的な認識が高まっている。日本における有病率は15歳以上の人口の約8.4%に相当し、840万人規模と推計されている³。性差が顕著であり、女性患者数は男性の約3.6倍に達する。特に30～40代女性での有病率が最も高く⁴、まさに社会の中核を担う就労・育児・介護世代が最大の影響を受けている。これは、女性活躍推進施策や少子化対策と片頭痛対策が密接に連動することを意味する。

経済損失の観点からも、片頭痛の社会的負担は甚大である。例えば英国では、片頭痛による年間生産性損失の総額が88億ポンドを超えると推計されている⁵。富士通の社内調査によれば、頭痛による従業員一人あたりの年間労働損失は約10万円、全社給与総額の約1%相当に上ることが示されており、この数字は企業経営にとっても無視できない水準である⁶。また、頭痛のタイプ別でも片頭痛タイプの経済的損失が最も大きく、仕事の能率が通常の半分以上に低下した日数が緊張型頭痛群と比較して有意に多いことが示されている⁷。片頭痛患者の59.4～71.8%がこれまで医師に相談したことがなく、定期的に受診している患者はわずか1.3～7.3%にとどまる。さらに、自分が片頭痛であることを認識している患者は11.6%に過ぎないという実態を踏まえれば^{8,9}、適切な治療介入による生産性損失の改善余地は極めて大きい。なお、15歳未満においても片頭痛の有病率は9%（埼玉県調査、2019年）に上ることが明らかにされており、15歳以上の840万人に小児を加えた全片頭痛人口は約1000万人規模と推計される。片頭痛は決して成人だけの問題ではなく、小児期からの早期対応が求められる疾患である。

さらに、片頭痛は不安障害やうつ病との双方向的な関係性を有しており、精神的健康と身体的健康の両面にわたる複合的な負担をもたらす。思春期においては不登校の原因となるケースも少なくなく、重症化した場合には子どもの学業継続や進路選択に深刻な影響を及ぼすことも確認されている。ノルウェーの縦断的研究では、思春期に週1回以上の頻回頭痛を有していた青少年のうち、14年後も同様の状態が続く者が約19%に上ることが示されており¹⁰、早期介入の重要性が国際的に裏付けられている。

1-2 クリニカル・イナーシャの構造的メカニズム

頭痛医療の難しさの一つは、症状の多くが患者本人にしかわからない自覚症状であり、客観的に可視化・評価することが容易ではない点にある。そのため、「ただの頭痛だから鎮痛薬で対処すれば良い」、「MRIで異常がない以上、脳に問題はない」、「家族も頭痛を抱えながら生活している」といった認識のもと、多くの患者が受診や継続治療を諦め、我慢し、時に鎮痛薬の過剰使用に至っている。

本プロジェクトで実施した有識者ヒアリングおよびエスノグラフィー調査の知見を総合すると、日本の片頭痛診療においては、患者・医療者・医療制度の三層にわたるクリニカル・イナーシャの構造が相互強化的に機能していることが明らかになった。この構造は、それぞれの層における「合理的選択」が特定の制度的条件のもとで組み合わさることで生まれており、単純な意

識啓発だけでは打破が困難な強固なものである。

(1) 受診に至らない患者側の障壁

患者が医療機関を受診しない、あるいは受診を中断する背景には、複数の相互連関する要因が存在する。まず、片頭痛は遺伝的素因を持ちやすく、幼少期から家族の頭痛を「日常的なもの」として目にしてきた患者にとって、自身の症状は疾患ではなく「誰にでもある普通の頭痛」として認識される傾向が強い。市販の鎮痛薬で発作をとりあえず「しのげる」状態が継続することが受診の動機を失わせ、市販薬を日常的に使用していてもそれを問題と認識しないケースさえある。こうした市販薬の慢性的な使用は、それ自体が薬物乱用頭痛（MOH）を引き起こす重大なリスクを孕んでいる。MOH は慢性片頭痛の中核病態の一つであり、月に一定回数以上の鎮痛薬使用が頭痛をかえって難治化・慢性化させるという逆説的な構造を持つ。患者が市販薬でしのぎ続けるクリニカル・イナーシャを放置することは、MOH を介して病態を悪化させる帰結につながりかねず、ここに専門医への早期接続が臨床的に不可欠となる根拠がある。

さらに深刻なのは、せっかく受診した患者が治療から離脱する「逆説的な構造」である。今回のエスノグラフィー調査では、インタビューした患者 2 名に共通して、脳神経外科を受診して MRI 検査を受けたものの「異常なし」と告げられた経験が、治療離脱の契機となっていたことが確認された。片頭痛の発作は断続的に繰り返すため受診につながるものの、MRI 検査を実施する時点では必ずしも発作が継続しているわけではなく、画像上には異常が映らない。脳神経外科は脳梗塞や脳出血といった器質的疾患の診断・治療を中核とする診療科であるため、「異常なし」という所見は本来「救い」であるはずが、患者にとっては「なぜこの痛みが続くのか」という問いが宙に浮いたまま放置される経験として積み重なり、医療への不信と受診離脱につながる。

(2) 専門外医による非積極的診療の構造的合理性

内科や皮膚科への、かかりつけ通院の「ついで」に頭痛薬の処方を求める患者に対し、非専門医が積極的な介入を行わないことには、複数の合理的理由が存在する。今回インタビューした内科医は（片頭痛治療に積極的ではない）、片頭痛は専門外であること、専門外の立場での積極的な介入がリスクを伴うこと、詳細な生活指導を行っても診療報酬上の評価が変わらないこと、そして生活指導を行っても患者が記憶できず実効性が低いと判断していることを率直に語った。患者が「頭痛薬をください」と求めれば断る理由もなく、処方する。これが「ついでに」薬を受け取るという診療形態を安定的に成立させる構造であり、双方の合理性が噛み合うことで治療の停滞が自己再生産される。

診療報酬体系上の問題はこの構造をさらに強化している。片頭痛の適切な診察には問診・病歴聴取・生活指導を含む 15～30 分の診療時間が必要であるが、現行の診療報酬体系にはその時間に見合った加算が存在しない。その結果、短時間で多くの患者を診て痛み止めを処方するほうが経営的に合理的であるという歪みが生じており、専門的頭痛診療に取り組む動機を医師から奪い続けている。加えて、医学部教育や初期臨床研修において片頭痛に触れる機会が極めて限られていることも、プライマリケア医の知識・経験不足を構造的に生み出している。初期臨床研修の対象は主として入院患者であり、外来慢性疾患である片頭痛の診療経験を研修期間中に積む機会はほとんどない。

(3) 専門医への接続が変える患者の世界

こうした停滞の構造が崩れる条件についても、今回の調査は重要な示唆を提供している。片頭痛治療に積極的な患者のインタビューが示したのは、頭痛専門医との出会いを経て、片頭痛を「コントロール不能な痛み」から「予測し、管理し、自分なりに対処できる慢性疾患」として再定義する転換であった。この転換には三つの条件が重なることが必要とされた。第一は、診察を通じて「痛みをわかってもらえた」と感じる経験であり、それまでの「異常なし」「たかが頭痛」という経験との対比で、医師との信頼関係の基盤となる。第二は、その信頼関係を前提とした薬剤の試行錯誤であり、積極的な患者は信頼する専門医のもとで 11 種類もの薬剤を試し、最終的に CGRP 関連抗体薬を含む最適な組み合わせに到達した。第三は、頭痛ダイアリーを介した痛みの可視化であり、これが「なぜ今この痛みが起こるのか」という問いへの暫定的な答えを患者自身が構築する道具として機能し、誘発因子の特定と治療方針の修正を可能にする。

治療に積極的だった医師のインタビューにおいても、頭痛ダイアリーの役割は繰り返し強調された。患者が口頭では語りにくい日常生活の変化、例えばペットの体調不良による睡眠不足、介護の負担、職場でのストレスなどがダイアリーには記録されており、医師がそれを読み解くことで診療の対話が深まり、治療方針の精緻化が可能になるという。そしてこの積み重ねが、患者が頭痛のない期間に「次はいつ頭痛が来るか」という予期不安を抱えて生きるのではなく、自分の痛みのパターンを理解し主体的に管理する感覚を育てる。痛みに振り回される生活から、痛みを自ら管理できる生活への転換こそが、片頭痛治療における本質的なゴールである。

片頭痛医療の核心には、「患者参加型医療」という視点がある。頭痛は患者本人にしか分からない側面が大きく、診療においては患者から学ぶ姿勢が不可欠である。特に頭痛ダイアリーは、痛みの程度、治療効果、日常生活への影響を可視化する重要なツールであり、患者自身のセルフケア意識を高める役割も果たしている。

第2章 国際的潮流と日本の位置づけ

2-1 グローバルな問題認識の転換

片頭痛は長らく「個人の問題」あるいは「たかが頭痛」として扱われてきたが、近年の国際的な潮流はこの認識を根本的に転換させつつある。頭痛の診療ガイドラインでは、月に2回以上の発作、あるいは生活に支障をきたす頭痛が月に3日以上ある場合に予防療法の検討が推奨されており、この条件を満たす片頭痛患者は全体の相当数に上るにもかかわらず、実際に予防薬を使用している患者は3~13%にとどまるという報告がある¹¹。この治療ギャップは個人の受診行動の問題にとどまらず、医療へのアクセス格差、診断体制の不備、医師教育の欠如といった医療システムの構造的課題として国際的に認識されるようになってきている¹²。国際頭痛学会（IHS）やGPACH（Global Patient Advocacy Coalition for Headache）を中心とした国際的な運動は、「治療ギャップ（Treatment Gap）」の克服を政策課題として各国政府に訴えかけており、学術・患者アドボカシー・政策の三つのフロントで同時並行的に進展している。

欧州を中心とした6カ国（カナダ・フランス・ドイツ・日本・英国・米国）で実施されたCaMEO-I研究（Lanteri-Minet et al., 2024）は、この問題の深刻さを定量的に示している¹³。支援が必要と判断された片頭痛患者8,330名のうち、現在医療専門家の診察を受けているのは35.1%にとどまる。さらに受診と正確な診断という2つのバリアを越えられた患者は全体の23.0%に過ぎず、受診・診断・治療という3つのバリアすべてを越えて最低限適切な薬物療法を受けている患者はわずか11.5%であった。慢性片頭痛に限ると状況はさらに深刻であり、3つのバリアを越えた患者は7.3%にとどまる。国別の比較では日本の診断率は米国と比較して統計的に有意に低く、日本における片頭痛診療の遅れを国際データが裏付けている。

2-2 海外の先進的取り組みと日本への示唆

国際的な先進事例としては、重症度に応じた段階的治療の標準化が挙げられる。IHSおよびAHSは、低頻度（episodic）、高頻度反復性（frequent episodi）、慢性片頭痛（chronic）という発作頻度の段階に応じた治療アルゴリズムを整備しており、予防療法の適応判断や薬剤選択に関するガイドラインの実装が各国で進んでいる。もっとも、CaMEO-Iが示したように実際の診療ギャップは依然として大きく、ガイドラインの普及が診療の質の均一化に直結しているわけではない点は留意が必要である¹⁴。

CGRP関連抗体薬へのアクセスについては、欧米では保険償還体制の整備が先行している。この薬剤群は慢性・難治性片頭痛患者に対して従来薬では得られなかった効果をもたらすものであり、本調査でインタビューした積極的患者が「人生が変わった」と語るように、その臨床的意義は極めて大きい。日本においても保険適用は実現しているが、費用が処方要求の約28%、中断理由の約24%を占めるという日本頭痛学会員調査（2024年）が示すように、コストが最大の制限因子となっている¹⁵。日本では法定給付（高額療養費制度）はすべての保険者で共通であるが、健保組合・共済組合が任意に設ける付加給付制度は国民健康保険には存在しない。CGRP関連抗体薬のような高額薬剤では、この付加給付の有無が患者の実質的な自己負担額に大きな差をもたらしており、大企業被用者とフリーランス・非正規労働者・自営業者との間に事実上のアクセス格差が生じている。

職場・学校を通じた社会的アプローチについても、国際的な関心が高まっている。ノルウェーの縦断的研究では、思春期に週1回以上の頻回頭痛を有した青少年の約19%が14年後も同様の状態にあることが示されており¹⁰、頭痛が慢性化する前の早期段階での対応の必要性を示唆するデータとして、学校における頭痛教育の政策的導入を支持する根拠となる。また、2026年11月には大阪においてJPAC（Japan Patient Advocacy Coalition）が協力する国際頭痛アドボカシーサミットが開催予定であり、国際的な患者アドボカシーの動向を把握し連携を深める機会として活用することが望まれる。

こうした国際動向に照らしたとき、日本の現状は以下の点で対応が遅れている。頭痛専門医の絶対数は依然として不十分であり、有識者ヒアリングにおいても専門医育成の加速が急務であるとの指摘が複数の専門家からなされている。プライマリケアにおける診断・紹介体制は未整備であり、学校・職場における組織的な頭痛教育は端緒にすぎたばかりである。慢性疼痛・頭痛対策を横断的に所管する行政部署が存在せず、継続的な政策推進の制度的基盤を欠いている。これらの課題を解消するための具体的な政策提言を次章に示す。

第3章 政策提言

以上の現状分析および国際比較を踏まえ、日本医療政策機構は以下の6つの政策提言を行う。これらは相互に補完しあう一体的なパッケージとして設計されており、個別の施策が孤立して実施されるのではなく、学校・職場・医療機関・行政が連携して取り組むことで最大の効果が期待できる。

提言1 社会全体への普及啓発の推進と疾患認知度の向上

片頭痛対策のあらゆる施策の基礎となるのは、患者本人と社会全体が片頭痛を正しく理解することである。本提言書が繰り返し指摘してきたクリニカル・イナーシャは、「たかが頭痛」「誰にでもある痛み」という認識が患者・医療者・社会に広く共有されていることに根ざしており、この認識を転換しない限り、個別の施策は十分な効果を発揮しえない。片頭痛が治療可能な疾患であること、適切な受診と継続的な管理によって生活の質が大きく改善しうることを、社会全体の共通理解として広げる必要がある。

普及啓発は、対象に応じて異なる経路と内容が求められる。学校教育を通じた子ども・保護者・教職員への働きかけ(提言1)、企業における従業員への啓発(提言4)はその代表であるが、これらに加えて、特定の場に属さない一般市民に向けた継続的な情報発信が不可欠である。市民公開講座、報道機関との連携、信頼できるオンライン情報源の整備などを通じて、片頭痛に関する正確な知識と受診の動機づけを社会に浸透させることが求められる。

こうした普及啓発を散発的な取り組みに終わらせないためには、国がその推進主体を明確にすることが重要である。厚生労働省の担当部署(提言8)を中心に、関連学会・患者団体と連携した継続的な普及啓発を国の事業として位置づけ、認知度向上の進捗を継続的に把握しながら推進していく体制を整えることが求められる。

提言2 学校教育における片頭痛・頭痛教育の制度化

有識者ヒアリングによれば、思春期の頭痛外来患者の約90%は受診時点で既に重症であり、そのうち20%以上が不登校状態にある¹⁵。2025年に実施した私立女子校での全校講演アンケートでは、回答者のうち8%が毎日頭痛を有し、頭痛を持つ回答者のうち89%が「頭痛がなければ今の生活はもっとよくなる」と回答した。有識者ヒアリングを通じて、保健室への繰り返しの来室において「頭痛の訴え」が最も多いにもかかわらず、養護教諭がどのタイミングで受診を勧めるべきかについて明確な指針が存在しないという実態が明らかになった。早期に専門医につながることであれば、高額な薬剤を必要とする前の段階で状態が改善する可能性もあり、医療経済的な意義も大きい。

あわせて、保健室における初期対応の質を担保するための知識普及も重要である。有識者ヒアリングでは、生徒が頭痛で保健室を訪れても、一定時間(おおむね1時間程度)で帰宅させられてしまうことが少なくないという実態が指摘された。小児の片頭痛は成人とは異なり約2時間程度で収束することが多く、保健室で適切に休養できる環境を整えば、授業への復帰(不必要な帰宅の回避)、鎮痛薬の過剰使用の抑制、帰宅後に周囲から登校忌避や怠学と誤認されることの回避といった効果が期待できる。養護教諭が小児片頭痛の自然経過を理解し、安静による回復を見越して対応できるよう、休養時間の目安を含む実践的な指針を整備することが求められる。

さらに、学校保健の専門職である学校医および学校薬剤師に対する教育も、教職員への啓発とは別に明確に位置づける必要がある。これらの専門職は、教職員とは役割もアプローチの方法も異なり、医学的・薬学的な知見に基づいて学校保健に関与する立場にあるため、求められる知識の内容や働きかけの経路も独立して設計されるべきである。学校医は健康診断や保健指導を通じて頭痛を訴える生徒を把握し、必要に応じて専門医への受診につなげる役割を担う。また学校薬剤師は、生徒や保護者が市販鎮痛薬の過剰使用に陥らないよう適正使用を助言し、薬物乱用頭痛（MOH）の予防に寄与しう。学校医・学校薬剤師が小児片頭痛に関する最新の知見を備え、養護教諭や担任と連携して対応できる体制を整えることは、学校を早期発見・介入の最前線とする上で不可欠な要素である。

学校教育における頭痛教育のポイントは、生徒・教員・保護者を同時に対象とする三者一体型のアプローチにある。子どもは一人では受診できないため、保護者が片頭痛を「治療すべき疾患」として認識していることが不可欠であり、また教員が「サボリ」と誤解せず適切に受診を促せる知識を持つことが、子どもの受診行動を根本から変える。日本頭痛学会は、例えば学会員（約 3,000 名）が自身の出身校などで講演を行う全国展開プロジェクトを計画しているが、公立学校への普及には文部科学省の学習指導要領への明記が制度的基盤として不可欠である。教育委員会もかわる形での疫学調査の実施、養護教諭向け受診勧奨マニュアルの作成・配布、そして将来的には小学生向けコンテンツの整備も含め、学校を片頭痛早期発見・介入の最前線として位置づける制度的枠組みを整えることが求められる。

あわせて、小児の頭痛診療ガイドラインの整備も急務である。現状では小児を対象とした標準的な診療指針が存在せず、養護教員・保護者・かかりつけ医がそれぞれ独自の判断で対応せざるを得ない状況にある。養護教員の会、親の会の充実と、教育委員会など行政との具体的な連携体制の構築を、ガイドライン整備と並行して進めることが求められる。

提言 3 プライマリケアから専門医への体系的紹介体制の整備

片頭痛患者の一次受診先については、日本のレセプトデータを用いた大規模研究（Zhu et al., *PLoS ONE*, 2024）によれば、内科が 44.4%、脳神経外科が 25.9%を占めており、頭痛専門医への受診は少数にとどまる¹⁷。また、OVERCOME Japan 第 2 研究（Takizawa et al., 2025）によれば、かかりつけ医を最初に受診した患者のうち専門医へ移行した割合は 26.7%にとどまっており、大多数はかかりつけ医での管理が継続されている¹⁸。エスノグラフィ調査が示した「二つの合理性が生む停滞」——患者の自己対処志向と非専門医の合理的消極性——を打破するためには、プライマリケア医が安心して専門医に紹介できるパスウェイの整備が構造的解決策として有効である。脳神経外科での「異常なし」通知の場面は、患者が最も治療離脱しやすいタイミングであると同時に、適切な情報提供と専門外来への紹介が最も効果的に機能しうる介入機会でもある。この逆説を政策的に活用し、「異常なし」の時点での紹介を診療上の標準的手順として組み込むことが重要である。また、月経に関連した頭痛を有する女性のうち片頭痛・片頭痛疑いの基準を満たす患者の 80%以上が市販薬での自己対処にとどまり、病院を受診したことがある者はわずか 15.5%にすぎない。婦人科受診のタイミングを片頭痛スクリーニングの機会として活用する紹介パスウェイの設計は、見逃されてきた女性患者へのアクセス改善として特に重要である。同様に、薬局において頻繁に市販鎮痛薬を購入する患者に対して薬剤師が受診を勧奨する

仕組みは、医療機関へのアクセスが困難な非正規労働者・専業主婦・高齢者層にも届く有効なアプローチとなりうる。特に、市販鎮痛薬を月 10 日以上にわたって反復購入する患者は薬物乱用頭痛（MOH）のリスクが高く、薬剤師が購入頻度に着目して適正使用を助言し、必要に応じて受診を勧奨することは、MOH 予防の最前線としての機能を果たす。MOH からの回復には予防薬の導入と専門医による管理が決定的に重要であり、市販薬の過剰使用を早期に把握して専門医療につなぐ経路の整備が求められる。さらに、頭痛専門医が不在の地域におけるアクセス格差の解消には、オンライン診療の活用（二次性頭痛スクリーニング後の適用）と、診断確定後の管理をかかりつけ医に戻す連携モデルの標準化が現実的かつ効果的な対応策となる。片頭痛対策は、セルフケア、プライマリケア、専門医療、職域、行政が連携する「統合型医療」として推進される必要がある。

こうした連携を可能なものとするためには、「患者参加型医療」および「患者中心の医療」の視点が不可欠である。特に、頭痛ダイアリーを活用した症状の可視化は、患者自身による疾患理解と医療者の対話を促進、適切な治療継続を支える重要な基盤となる。また、地域医療連携（病診連携、診診連携）を通じて、専門医療への円滑な接続を実現することも求められる。

また、頭痛専門外来の機能強化には、医師だけでなく頭痛専門看護師（頭痛ナース）の育成・制度化が有効である。頭痛ナースは、問診補助・頭痛ダイアリーの指導・患者教育・受診継続支援を担うことで、専門医の診療効率を高めるとともに、患者との継続的な関係構築を支える役割を果たす。さらに、スマートフォンアプリを活用した頭痛の自己診断・自己管理支援と、オンライン診療を有機的に結合した統合モデルの構築が求められる。このような仕組みは、頭痛専門医へのアクセスが困難な地域においても、患者が継続的に適切な医療とつながり続けるための基盤となる。

提言 4 診療報酬体系の見直しによる専門的頭痛診療の適切な評価

クリニカル・イナーシャの構造的要因のうち、診療報酬体系上の歪みは最も根本的かつ是正が急がれる課題である。片頭痛の適切な診療には、初診時の詳細な病歴聴取・頭痛ダイアリーの解説・生活指導・治療方針の説明を含む 15～30 分の診察時間が必要であるが、現行の診療報酬体系にはその時間・労力に見合った評価の仕組みが存在しない。頭痛ダイアリーを活用した診療は、患者の症状・QOL・治療反応を継続的に可視化し、患者自身のセルフケア行動を促進する点で重要な医療的意義を有する。一方で、その読影・評価・治療方針調整には医師の相応の時間と専門性が必要であり、診療報酬上の適切な評価が求められる。

有識者ヒアリングでも指摘されたように、「短時間診療で痛み止めを処方するほうが経営的に合理的」という状況が続く限り、普及啓発や教育プログラムだけでは医師の行動変容を促すことには限界がある。診療報酬というインセンティブの設計こそが、医師の診療行動を構造的に変える最も強力な政策手段である。

具体的には、片頭痛の詳細問診および頭痛ダイアリー評価には通常の外来診察を大幅に上回る時間と専門的知識を要するにもかかわらず、現行の外来管理加算（52 点）はこれを適切に評価していない。頭痛専門外来における問診・評価に対する時間加算の新設、および頭痛ダイアリーを活用した継続的管理への評価体制の整備が求められる。また、片頭痛

は現行の特定疾患療養管理料の対象疾患に含まれておらず、慢性疼痛疾患管理料（診療所のみ・月1回・130点）も主に運動器疾患を想定した設計であるため、慢性片頭痛の継続的管理・生活指導・予防療法評価を包括する加算枠組みの新設が必要である。加えて、CGRP 関連抗体薬は2021年以降順次保険適用されているが、現行の適応要件では既存予防薬2剤以上の失敗を原則とするステップアップが実質的に求められており、有効性が明らかかな患者への早期アクセスが制限されている。AHSが2024年にCGRP関連薬を第一選択として位置づけたことを踏まえ、日本における適応基準の合理化を中医協審議のアジェンダとして明示的に位置づけることが重要な政策課題である。

提言5 企業（事業主・保険者）における片頭痛対策の健康経営施策への組み込み強化

富士通のグループ全体（約8万人以上）を対象とした頭痛eラーニングプロジェクトは、企業内教育が片頭痛対策に与える効果の具体的な証拠を提供している。企業による健康経営戦略「頭痛プロジェクト」は、片頭痛の疾病対策として極めて有効なアプローチである。特に、富士通プロジェクトが示すように、経営層の理解とコミットメントのもと、産業医、人事部門、現場管理職、従業員が一体となって取り組む全社的な推進体制が重要である。受講後に「頭痛は日常生活への支障が大きい病気だ」と認識する社員の割合が46.8%から70.6%へと改善した。富士通とWHO西太平洋地域事務局（WPRO）が共同で実施した大規模調査（2018年、対象者約2,500名）によれば、片頭痛のある日には仕事の能率・生産性が通常の47%にまで低下し、片頭痛1人あたりの年間経済損失は約25万円、国全体への外挿では、年間3600億円～2兆3000億円になると推計されている¹⁹。また、頭痛のない日にも約40%の片頭痛患者が随伴症状を自覚し、就労に影響が生じているという知見も示されており、損失の実態は従来の試算をはるかに上回る深刻なものである。これらは経営層が健康投資のROIとして理解できる具体的な数字である。なお、これらの取り組みを実効性あるものとするには、片頭痛を女性従業員に限定された課題と捉えず、男女を問わない全従業員の健康課題として管理職層が認識することが前提となる。重要なのは、こうした損失の大部分が欠勤（アブゼンティーズム）ではなく、頭痛を抱えながら就労を継続する「プレゼンティーズム」によって生じている点である。実際、片頭痛患者では休業日数そのものは必ずしも多くない一方、集中力低下、活力低下、業務効率低下が顕著であり、「出勤しているため見えにくい生産性損失」が企業内に蓄積している。

健康経営優良法人認定制度においては、プレゼンティーズム（疾患を抱えながら出勤し生産性が低下した状態）の把握・対策が評価項目として位置づけられており、片頭痛はその代表的な対象疾患の一つとして例示されている。しかし片頭痛対策を独立した評価項目として明示する改定には至っておらず、企業の自主的な取り組みに委ねられているのが現状である。富士通モデルのような先進事例を認定基準の中でより明確に評価する仕組みへの改定と、取り組み事例の積極的な発信が普及を後押しするだろう。また、企業の健康経営施策が届きにくい非正規労働者・専業主婦・個人事業主等への対応として、薬局・地域保健センター・婦人科・市民公開講座等を通じた多チャンネルの情報提供体制の構築が求められる。あわせて、市町村国保および国保組合のデータヘルス計画を、被用者保険から漏れる層に片頭痛対策を届ける制度的な受け皿として活用することが有効である。さらに、2024年の厚生労働省検討会報告書が女性特有の健康課題を女性活躍推進法の事業主行動計画に盛り込むことを提言しており、この枠組みに、就業年代の女性に有病率が特に高

い片頭痛を、月経痛や更年期障害とは独立した疾患として明示的に位置付けることが重要である。経済産業省「働く女性の健康推進に関する実態調査」によれば、職場で何かを諦めた、または離職・退職を考えた原因として、片頭痛・頭痛は更年期障害や女性特有のがんよりも上位に位置しており²⁰、企業における片頭痛対策の優先度を高める根拠として活用すべきである。

さらに、企業による健康経営の取り組みは、保険者（健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険等）との連携によって一層実効性を高めうる。第一に、保険者が策定するデータヘルズ計画は、レセプト・健診データを用いた PDCA を基本としており、外来レセプトで把握しやすく、鎮痛薬の頻回処方データから市販薬依存や MOH のリスクも推測可能な片頭痛・慢性頭痛を、計画の重点テーマの一つとして例示的に位置付けることが考えられる。第二に、健康経営の主体である事業主と、データを保有する保険者が連携するコラボヘルズの枠組みにおいて、片頭痛対策を好事例として位置づけ、保険者が保有するレセプト・健診データに基づいて事業主に頭痛対策の必要性を示し、頭痛 e ラーニング等の具体的な介入につなげる連携の型を確立することで、富士通の事例を一企業の取り組みにとどめず、他の事業主・保険者にも展開しうるモデルとして広げることができる。第三に、早期の専門医介入によって適切な治療につながり状態が改善することは、患者本人の生活の質を高めるだけでなく、頭痛の重症化・慢性化に伴う長期的な医療資源の負担を軽減することにもつながる。保険者にとっても、加入者の片頭痛対策に取り組むことは、生産性の維持と医療費の適正化の双方に資するものである。

提言 6 患者・市民参画を基盤とした片頭痛政策への転換

片頭痛は、症状の多くが患者本人にしか分からない自覚症状であり、検査値や画像所見のみでは十分に評価できない。そのため、片頭痛政策および診療体制の構築においては、患者を単なる「受療者」としてではなく、医療・政策形成を共に担う主体として位置づける視点が不可欠である。

片頭痛対策では、患者自身が症状、QOL、生活支障、生産性低下を継続的に記録・可視化し、医療者と共有する「患者参加型医療」が中核となる。頭痛ダイアリーはその最も基本的なツールであるが、近年はスマートフォンアプリを活用したデジタル頭痛日誌や PHR（個人健康記録）との連携も進んでおり、患者が日常的に記録したデータを診療に活用する仕組みの標準化が求められる。また、患者の lived experience（当事者経験）は、診療ガイドライン、普及啓発、就労支援、学校対応等の政策形成において重要な知見となる。

国際的には、IHS（国際頭痛学会）や GPAC（Global Patient Advocacy Coalition for Headache）が患者アドボカシーを政策課題の中心に据えており、ガイドライン策定や研究設計への患者参画が標準化されつつある。日本においても、2026 年 11 月に大阪で開催予定の JPAC 主催・国際頭痛アドボカシーサミットは、こうした国際潮流と日本の患者コミュニティをつなぐ重要な機会となる。

そのため、国および自治体は、患者会、頭痛教室、ピアサポート活動（頭痛カフェ等）、患者アドボカシー活動を財政的・制度的に支援し、患者・市民参画を政策形成の中に明示的に位置づける必要がある。具体的には、厚生労働省の研究班や政策検討会への患者代表の参画を進めること、中央社会保険医療協議会（中医協）における患者・市民の意見聴取機会の確

保、医薬品医療機器総合機構（PMDA）の薬事審議や厚生科学審議会等への患者参画の拡大、診療ガイドライン策定委員会への患者委員の登用、普及啓発事業の企画・評価への患者参加を制度化することが求められる。さらに、がん対策や難病対策において患者団体が政策検討会や推進協議会に委員として参加してきた実績を参考に、片頭痛・慢性頭痛分野においても患者代表が政策議論の場に継続的に関与できる仕組みを整えることが求められる。

提言 7 新規治療薬へのアクセス改善と経済的障壁の軽減

CGRP 関連抗体薬をはじめとする新規治療薬は、慢性・難治性片頭痛患者の生活を一変させる可能性を持つ革新的治療薬である。本調査においても、治験から参加した患者が「CGRP 薬が出た時には人生が変わりました」と語るように、その臨床的意義は患者の日常生活全体に及ぶ。しかし、月額 2 万円前後に達する患者自己負担額は、長期継続治療の大きな障壁となっている。高額療養費制度の対象となる水準に達しないまま毎月の負担が累積し、経済的理由で薬剤を中断せざるを得ない事例が報告されている。特に、大企業被用者保険の付加給付を受けられる患者と、国民健康保険加入者や非正規労働者との間のアクセス格差は、所得・雇用形態による医療不平等として深刻に受け止める必要がある。

CGRP 関連抗体薬を含む新規治療薬へのアクセス格差を是正するためには、複数の政策軸からの同時的な対応が必要である。第一に、費用負担の構造的不公平の解消である。現行の高額療養費制度はすべての保険者に共通して適用されているが、月 1~2 万円規模の自己負担が長期にわたって継続する慢性疾患においては実質的な障壁となっている。慢性片頭痛患者を対象とした自己負担上限の引き下げや、慢性片頭痛の継続的管理に特化した新たな加算体系の創設など、既存制度の枠組みを活用した負担軽減策の明示的な位置づけが求められる。

第二に、承認済み薬剤の適応基準の合理化である。経口ゲパントとしてリメゲパントおよびアトゲパントが相次いで国内で使用可能となった。さらに、点滴静注用 CGRP 抗体エプチネズマブが 2025 年 11 月に承認申請中であり、早期承認と最適使用推進ガイドラインの迅速な整備が引き続き求められる。また、現行のステップアップ要件（既存予防薬の失敗を前提とした処方制限）について、AHS が 2024 年に CGRP 関連薬を第一選択として位置づけた国際的潮流を踏まえた見直しを中医協の議題として取り上げることが必要である。

第三に、リアルワールドデータの体系的な収集と活用である。CGRP 関連抗体薬が日本で使用開始されて 4 年を超えた現在、長期有効性・安全性・医療費影響に関するデータが蓄積されつつある。日本頭痛学会・厚生労働省・製薬企業等の関係者の連携のもと、レジストリデータを活用した評価体制を整備し、その結果を薬価・適応基準の継続的な見直しに反映させる仕組みを構築すべきである。

第四に、各製薬企業が提供する患者経済支援プログラムの公的認知と普及促進である。現状ではこれらのプログラムの存在を知らない患者が多く、処方医でも十分に案内できていない場合がある。日本頭痛学会による公式ウェブサイト等での情報集約・発信が現実的な短期アクションとして有効である。

なお、これらアクセス支援の制度設計においては、薬価の単純な引き下げがイノベーションへの投資回収を妨げ、将来的なドラッグロスを招きかねないという点を常に念頭に置く必要がある。費用負担の軽減と新薬開発インセンティブの維持は二律背反ではなく、適応基準の合理化・患者支援プログラムの活用・リアルワールドデータに基づく価値評価の三

本柱によって同時に追求できる課題である。

提言 8 行政における片頭痛対策推進体制の整備と法的根拠の確立

厚生労働省にはがん対策課や感染症課に相当する片頭痛専門の担当部署が現在存在しない。「痛み」という大括りの中に埋もれ、継続的な政策推進を担う主導部署が定まらないという行政構造上の空白が、片頭痛対策の政策化を構造的に困難にしている。有識者ヒアリングでは、こうした状況を打開するために「慢性頭痛基本法」あるいは「慢性疼痛基本法」のような法的根拠の整備が有効であるとの見解が示された。ただし、法整備の形式については慎重な検討を要する。片頭痛をより広範な「慢性疼痛基本法」のような枠組みに包含する場合、片頭痛が広義の「痛み」の中に埋没し、固有の課題が十分に位置づけられないまま、現行の行政構造と同様の空白が法制度上も再現されるおそれがあるためである。片頭痛は、慢性化（頭痛日数が月 15 日以上）する前の段階から患者の生活に深刻な支障をもたらし、かつ早期介入によって慢性化・難治化を防ぎ医療費削減にもつながる疾患である。その病態、有病者の年齢・性別の分布、治療体系、求められる介入のタイミングは、慢性疼痛として一括りに論じられる他の疾患群とは大きく異なる。こうした片頭痛固有の特性と早期介入の医療経済的意義が、法整備の形式を問わず明示的に位置づけられるよう、関連学会・患者団体・国会議員等が連携して立法化の議論に積極的に関与すべきである。

具体的には、厚生労働省内に片頭痛を含む慢性頭痛・慢性疼痛を横断的に所管する担当部署または調整機能の設置、「健康日本 21（第三次）」等の国の健康増進計画への慢性頭痛の明示的な位置づけ、そして国会において、片頭痛・慢性頭痛に固有の課題を扱う超党派の議員勉強会の立ち上げと、その継続的な活動が求められる。既存の慢性疼痛を対象とした枠組みも存在するが、そこでは片頭痛固有の課題が大括りの慢性疼痛対策の中に埋没しないよう、独立した論点として位置づけられることが重要である。政策担当者・議員へのアプローチにおいては、G7・OECD 各国の先行制度事例を活用した国際比較の提示が説得力を持つ。

第4章 おわりに

片頭痛をめぐる課題、すなわち女性・労働世代への集中、生産性損失、認知度と受診率の低さ、小児ガイドラインの必要性は、日本頭痛学会、行政、患者団体等によって長年にわたり指摘されてきた。本提言は、こうした蓄積を踏まえ、クリニカル・イナーシャの構造分析と患者参画の視点を加えることで、これまで個別に提起されてきた課題への対応を、相互に関連する一連の政策として示すものである。

片頭痛は「たかが頭痛」として長らく軽視されてきた。しかし本提言が示す通り、840万人の患者とその家族・職場・学校を巻き込む片頭痛は、まさに「生活者の疾患」である。女性活躍、少子化対策、労働生産性の向上、不登校の解消といった現代日本が抱える重要課題の多くが、片頭痛対策と深く結びついている。片頭痛は女性に多く見られ、就労・育児・介護を担う世代に集中することから、女性活躍推進や少子化対策とも深く結びついている。同時に、男性患者も相当数存在し、小児・思春期から高齢期に至る全世代の生活の質を損なう疾患でもある。女性に特有の状況を踏まえた対策と、性別や世代を問わない国民的疾患としての対策の双方を、社会全体で併せて進めていくことが求められる。

有識者ヒアリングとエスノグラフィー調査を通じて浮かび上がったのは、患者・医師・医療システムそれぞれの「合理的選択」が重なることで形成されるクリニカル・イナーシャの強固な構造であった。患者は「付き合いねばならない痛み」として諦め、専門外の医師は「患者が求めるものだけに応える」という合理的消極性を選択し、制度はその停滞を是正するインセンティブを内包していない。この連鎖を断ち切るためには、普及啓発を超えた、教育制度・診療報酬・法的枠組み・産業政策にわたる包括的な政策介入が必要である。

片頭痛の治療に積極的に取り組んだ患者が語った言葉が、政策の目指すべき地点を示している。「コントロール不能な痛み」として抱え込んでいた頭痛が、頭痛専門医との出会い、頭痛ダイアリーを通じた自己理解、信頼関係のもとでの試行錯誤を経て、「予測・管理・対処可能な不便」へと変わっていく。その転換を可能にするのは、優れた薬の存在だけではない。患者が適切な医療と出会えるための道筋を制度として整えることである。

本提言が、政策担当者・医療従事者・患者・産業界など片頭痛対策に関わるすべての方々にとって、課題の共通認識を深め、具体的な行動への一助となることを願う。日本における片頭痛診療と政策の前進に、本提言が少しでも貢献できれば幸いである。

参考資料

参考文献

1. Dong, L., Dong, W., Jin, Y. *et al.* The Global Burden of Migraine: A 30-Year Trend Review and Future Projections by Age, Sex, Country, and Region. *Pain Ther* **14**, 297–315 (2025).
2. Wijeratne, Tissa, *et al.* "Global, regional, and national burden of headache disorders, 1990–2021, with forecasts to 2050: A Global Burden of Disease study 2021." *Cell Reports Medicine* **6.10** (2025).
3. Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. *Cephalalgia*. 1997 Feb;17(1):15-22.
4. Sakai F, Hirata K, Igarashi H, Takeshima T, Nakayama T, Sano H, Kondo H, Shibasaki Y, Koga N. A study to investigate the prevalence of headache disorders and migraine among people registered in a health insurance association in Japan. *J Headache Pain*. 2022 Jun 23;23(1):70.
5. 86 million workdays lost to migraine in the UK every year. EurekaAlert!. 2018. Accessed at <https://www.eurekaalert.org/news-releases/862212> (27 May 2026)
6. 富士通広報 note. Accessed at https://note.com/fujitsu_pr/n/n692108c36c45 (27 May 2026)
7. 産業保健現場での頭痛プロジェクト開始の背景. 東 泰弘. 日本頭痛学会誌, 50 : 575–578, 2024
8. Takeshima T, *et al.* Prevalence, burden, and clinical management of migraine in Japan: a nationwide survey. *J Headache Pain*. 2019;20:111.
9. Hirata K, *et al.* Migraine prevalence, disease burden, and help-seeking behavior across six countries: Japan results from the International Burden of Migraine Study. *Curr Med Res Opin*. 2021;37(11):1945-1955.
10. Larsson, B., Sigurdson, J.F. & Sund, A.M. Long-term follow-up of a community sample of adolescents with frequent headaches. *J Headache Pain* **19**, 79 (2018).
11. Bjørk MH, Borkenhagen S, Oteiza F, *et al.* Comparative retention and effectiveness of migraine preventive treatments: A nationwide registry-based cohort study. *Eur J Neurol*. 2024;31:e16062.
12. Diener HC, Ashina M, Durand-Zaleski I, Kurth T, Lantéri-Minet M, Lipton RB, Ollendorf DA, Pozo-Rosich P, Tassorelli C, Terwindt G. Health technology assessment for the acute and preventive treatment of migraine: A position statement of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 2021 Mar;41(3):279-293.
13. Lanteri-Minet, M., Leroux, E., Katsarava, Z. *et al.* Characterizing barriers to care in migraine: multicountry results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes – International (CaMEO-I) study. *J Headache Pain* **25**, 134 (2024).
14. Puledda, Francesca, *et al.* "International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine." *Cephalalgia* **44.8** (2024): 03331024241252666.
15. CGRP 関連抗体薬や Ditan 系の若年者へのニーズと効果. 日本頭痛学会誌. 52 : 10–13, 2025
16. Takizawa, T., Ihara, K., Watanabe, N. *et al.* CGRP-monoclonal antibodies in Japan:

insights from an online survey of physician members of the Japanese headache society. *J Headache Pain* **25**, 39 (2024).

17. Takizawa, Tsubasa, et al. "Clinical practice for migraine treatment and characteristics of medical facilities and physicians treating migraine: insights from a retrospective cohort study using a Japanese claims database." *PloS one* 19.12 (2024): e0315610.
18. Suzuki, S., Ishii, R., Danno, D. *et al.* Patient–Doctor Communication in Migraine: Results from the OVERCOME (Japan) 2nd Study. *Neurol Ther* **14**, 2695–2721 (2025).
19. Shimizu T, Sakai F, Miyake H, Sone T, Sato M, Tanabe S, Azuma Y, Dodick DW. Disability, quality of life, productivity impairment and employer costs of migraine in the workplace. *J Headache Pain*. 2021 Apr 21;22(1):29.
20. 「働く女性の健康推進」に関する実態調査. 経済産業省.
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/H29kenkoujumyou-report-houkokusho-josei.pdf?utm_source=chatgpt.com (27 May 2026)

謝辞

本調査報告ならびに提言は、ヒアリングをもとに、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、アドバイザーなどの関係者、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。また、当機構の「寄附・助成の受領に関する指針」に基づき、協賛社の有無や意向に関わらず、事業の方向性や内容を独自に決定しております。

アドバイザー（五十音順・敬称略）

五十嵐久佳先生（富士通クリニック・頭痛専門医）
坂井文彦先生（埼玉精神神経センター）
竹島多賀夫先生（社会医療法人寿会 富永病院 院長）

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）

アッヴィ合同会社

ファイザー株式会社

ルンドベック・ジャパン株式会社

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、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してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健全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ています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

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を続けていきます。

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

乗竹亮治（日本医療政策機構代表理事・事務局長）

坂元 晴香（日本医療政策機構 シニアマネジャー）

渡部 大地（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

オミレケ フェーバー（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）

羽柴悠貴 (日本医療政策機構 インターン)

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木 5-11-6

国際文化会館

E-mail: info@hgpi.org