

CKD 診療における診療科間連携の実態と  
課題把握のためのヒアリング調査  
報告書



2026年6月

日本医療政策機構

## ▶ヒアリング実施概要と目的

日本医療政策機構は、慢性腎臓病（CKD: Chronic Kidney Disease）に関する社会全体の関心を引き上げ、より効果的かつ有機的に対策を推進していく機運を醸成するべく 2022 年より腎疾患プロジェクトを実施してきた。

過去 3 年間に開催した専門家会合や、自治体の好事例収集において「CKD 政策を他疾患と合わせて実施することの重要性」が頻繁に論点として挙げられた。CKD は、心血管疾患、代謝性疾患が双方向に影響し合うことがあり、予防や治療が共通する場合も少なくない。そのため、自治体や事業者・職域保険者は他の非感染性疾患（NCDs: Non-communicable Diseases）と合わせて対策を実施するケースも多い。

その一方で、医学は臓器別、疾患別に専門性を強化させる方向で発展を遂げてきた経緯があり、診療現場のみならず、アカデミアにおいて学会間や専門分野学会横断での連携機会は限られていることが指摘される。今後さらに CKD 対策を効果的に推進するためには、腎臓専門医のみならず、他領域の専門家との連携強化が必要である。

本報告書は、領域横断的な CKD 対策・診療を推進することを目的として、医師への個別ヒアリングにより収集した意見を整理し、「CKD 診療における診療科間連携の実態と課題」を明らかにしたものである。なお、本報告書の内容は、各診療科全体の総意を示すものではなく、ヒアリングにご協力いただいた医師による個人的見解に依拠していることを注記する。

## ▶調査方法

本ヒアリング調査は、腎臓専門医以外の医師（詳細は、次項「ヒアリング対象」に記載）を対象に個別に実施したものである。各診療科における CKD の認識や日常診療での対応、腎臓内科との連携状況、紹介判断の実態、診療環境や地域差による対応の制約等について、インタビューを通じて聴取し、発言内容は HGPI 内部で記録・整理した。

## ▶ヒアリング対象

本ヒアリングにおいては、忌憚のない意見を収集するとともに個人情報に配慮する観点から、ヒアリング協力者の氏名は公表せず、所属する医療機関の規模、診療科、勤務地<sup>1</sup>のみを以下に示す（※順不同）。なお、診療科の記載については、日本専門医機構が分類する基本領域およびサブスペシャリティ領域を参照し記載した<sup>2</sup>。

参加者	地域	医療施設	専門分野
医師 A	南関東	診療所	総合診療、プライマリ・ケア、腎臓内科、糖尿病内科、緩和医療
医師 B	九州	診療所	総合診療、プライマリ・ケア、循環器内科、緩和医療
医師 C	南関東	市中病院	整形外科
医師 D	北関東	大学病院	内分泌代謝・糖尿病内科
医師 E	南関東	市中病院	泌尿器科
医師 F	九州	大学病院	内分泌代謝・糖尿病内科
医師 G	南関東	市中病院	精神科
医師 H	南関東	市中病院	麻酔科
医師 I	南関東	診療所・市中病院・大学病院	耳鼻咽喉科

診療科や医療機関規模の違いを踏まえた多様な意見の収集を意図してヒアリングを実施したが、協力者の勤務地には地域的な偏りがあり、対象者の構成には一定の限界がある。そのため、本報告書で整理した内容は、あくまでヒアリング対象者の経験と見解に基づくものであり、地域や医療提供体制の違いによっては必ずしも同様に当てはまらない可能性がある。

1 内閣府が分類する地域区分 A にあてはめ、勤務地を整理した。

内閣府「地域区分」[https://www5.cao.go.jp/j-j/cr/cr16/chr16\\_04.html](https://www5.cao.go.jp/j-j/cr/cr16/chr16_04.html)

2 日本専門医機構「基本領域およびサブスペシャリティ領域一覧」<https://jmsb.or.jp/ippan>

## ▶本報告書におけるヒアリング協力者の発言整理の方法

ヒアリング協力者の発言内容は、専門領域や勤務する医療機関規模によって、CKD 診療に関する視点や経験が異なる。そのため、本報告書では、ヒアリング対象者のバックグラウンドに従って当機構が独自に設定した次の4つの診療科分類および、医療機関規模（診療所、病院等）の双方の視点から CKD 診療連携に関する実態と課題を整理した。

## ▶本報告書における4つの診療科分類

**i. CKDに親和性の高い科**（循環器、糖尿病・内分泌・代謝内科、泌尿器科）：高血圧や糖尿病など CKD の主要な原因疾患や合併症の管理を担う一方で、患者を抱え込むことなく適切なタイミングで腎臓専門医への紹介が求められる診療科

**ii. 一般内科**（総合内科、プライマリ・ケア）：CKD スクリーニング、軽度 CKD の初期管理を行い、進行例を専門医へ紹介するゲートキーパーとしての役割が期待される診療科

**iii. 全身管理を行う非内科**（麻酔科）：手術前後の急性腎障害（AKI: Acute Kidney Injury）の予防や、腎臓への負荷を鑑みた薬剤用量調整等が求められる診療科

**iv. 局所を主に扱う科**（整形外科・耳鼻咽喉科・精神科）：血液検査を日常的に実施しないものの、腎機能に応じた薬剤選択や造影剤使用等への配慮が必要な診療科

以下、**i.**～**iv.**の診療科別に論点を整理するが、診療科ごとに視座が異なるため、すべての論点について、**i.**～**iv.**を網羅的に記載できていないわけではない。また同一分類に含まれる診療科（例えば**i.**と定義付けした分類に含まれる診療科）も複数存在するため、同一論点においても意見に一定の差異が存在する点を補足する。

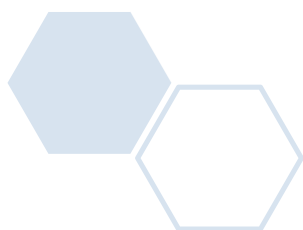


# 目次

---

<b>1. 腎疾患患者に対する診療</b> .....	5
1.1. 各診療科における対応 .....	5
1.2. ガイドライン*の活用 .....	6
1.3. 腎臓内科との病診連携 .....	7
1.4. 腎臓専門医との連携に関する障壁 .....	7
1.5. 円滑な診療科間連携に向けた方策 .....	8
1.6. 医師以外の医療従事者との連携 .....	8
<b>2. 医療機関規模（診療所・病院）別の腎疾患診療に関する実態と課題</b> ...	10
2.1. ガイドラインに沿った診療の実現可能性 .....	10
2.2. 各診療科における腎疾患患者への対応 .....	10
2.3. 他科と腎臓内科の連携に関する障壁 .....	11
<b>3. 腎臓を専門としない医師がCKD診療の強化に向けて今後求めること</b> ...	12
3.1. 腎疾患政策への期待 .....	12
3.2. 専門外の分野に関する情報アクセス・リテラシー向上に関する 現状と対応・改善策.....	13
<b>謝辞</b> .....	13

---



# 1. 腎疾患患者に対する診療

## 1.1. 各診療科における対応

### i. CKDに親和性の高い科

- CKDは患者数の多い疾患であり、加齢や生活習慣病が複合的に関与する病態として認識されている。そのため、他疾患管理の延長として、生活習慣指導・薬物調整・尿タンパク評価等を行うなど、保存期CKD患者の慢性的な腎機能低下については自施設で継続管理することが多い。
- 一方で、外来では診療時間が限られているため、1回の診療ですべての関連疾患に十分に対応することは難しい。実際には、複数の介入が必要であっても、患者が一度に理解・受容できる情報量には限界があるため、1回の外来で実質的に伝えられる内容は一つ程度に限られることが多く、優先度が低い課題については介入が後ろ倒しになるケースも少なくない。

### iii. 全身管理を行う非内科

- CKDを有する患者を診療することは珍しくなく、CKDと診断されていない患者でも、術前・術後の血液検査で偶発的に腎機能低下が明らかになる場面がある。しかし、能動的にCKDを疑うことは極めて少ない。
- 一方で、日常診療において腎機能の評価指標である血中尿素窒素、血清クレアチニン、eGFR値を確認している診療科もある。鎮痛薬や抗菌薬など、腎機能低下時に注意や減量が必要な薬剤が多く、特に腎排泄型薬剤は高度腎機能低下患者への使用が制限される。そのため、腎機能低下の重症度によって対応が異なる。軽度から中等度の腎機能低下であれば、外科的処置の際に用いる薬剤や処置により、腎機能が不可逆的に悪化することは少ないという認識のもと対応している。一方、高度腎機能低下が認められ、外科的処置によって透析導入に至る可能性がある場合、事前に主治医、腎臓内科医、泌尿器科医、麻酔科医に加え、本人および家族の意向を踏まえた調整をしている。特に、透析導入直前で本人が透析を強く拒否しているケースでは判断が難しい。

### iv. 局所を主に扱う科

- 「CKDを自身の科で治療する」という意識はなく、CKD管理は内科医または腎臓専門医に委ねる前提で診療を行っている。
- 必要に応じて腎機能に関する検査の値を踏まえて薬剤選択を行っているが、CKDを積極的にスクリーニングしていない。



## 1.2. ガイドライン\*の活用

\*「ガイドライン」は、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」および「CKD診療ガイド2024」を総称して用いる。文脈上、いずれを指すかの特定が必要な場合は明記する。

### i. CKDに親和性の高い科

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023」の構成は見やすく、無料公開されているのでアクセスしやすい。薬剤選択や腎機能評価の際にガイドラインを参照し、治療に活用している。年に1回程度、ガイドラインの改訂の有無を自主的に確認し、患者のCKDステージや標準治療の内容の把握および、プロブレムリストを踏まえた治療や生活指導の根幹となる部分をガイドラインで確認した上で治療を進めている。

### ii. 一般内科

腎臓専門外の医師にとって「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023」は複雑で使いづらい。基本的には、腎臓専門医向けの内容となっており、診療所の医師はほとんど活用していない。一方で、簡便かつ図表で分かりやすく示された「CKD診療ガイド2024」をより活用している。

### iii. 全身管理を行う非内科

腎疾患・急性腎障害・腎機能低下時の薬剤使用に関しては、最新のガイドラインを、問題発生時に参照している。ガイドラインは専門家に相談できない状況において、判断の正当性を裏付ける材料として機能している。

### iv. 局所を主に扱う科

- 研修医時代以来、腎臓に関するガイドラインは一度も開く機会がなく、診療ガイドも含めて日常診療では参照しない。いかなる専門領域においても、ガイドラインは一般的に情報の網羅性が重要であり、見やすさへの工夫は求めない。
- 鎮痛薬使用による腎機能への影響について、リスクは認識している一方、鎮痛薬の使用は患者の主訴である「痛み」に大きく左右されるため、腎機能に配慮した処方にも限界がある。患者の訴える痛みの種類や程度に応じて薬の種類や強さを変えていく必要があり、ガイドラインで示されるような腎機能管理にとって理想的な対応をそのまま適用することは困難である。
- 腎臓専門医でない医師向けに「CKD診療ガイド2024」が発行されているが、腎臓専門医でない医師は対象範囲が広域であるため、共通のガイドラインでは実臨床に当てはめにくい。特に、腎臓専門医ではない内科系医と、耳鼻咽喉科・整形外科といったそもそも内科ではない医師では立ち位置や診療科の特徴が異なる。

## 1.3. 腎臓内科との病診連携

### i. CKDに親和性の高い科

- 腎臓専門医と日常的に頻回なコミュニケーションはとっておらず、腎臓専門医への紹介は、急速な腎機能低下や専門的精査が必要な場合や、透析移行が見込まれる場合など、原因同定や専門的対応が必要と判断されるケースで行われることが多い。実際の診療では、eGFR 30未満となってから紹介に至る患者が依然として多く、尿検査異常のみを理由とした早期紹介や、CKD重症度分類におけるG3a・G3b段階での紹介はあまり行っていない。
- 紹介の判断にあたっては、eGFRの水準および低下速度、アルブミン尿・尿蛋白・血尿などの指標に加え、患者の年齢や併存疾患、治療へのモチベーションなどを総合的に勘案している。
- eGFR 60未満というガイドライン上の基準をそのまま適用すると、高齢社会では多くの患者がCKDに該当するため、数値のみを理由に専門医紹介を行うことは通常避けている。実際には、CKDステージ4以上、腎機能低下の速度が速い場合、尿検査異常が認められる場合などを目安に紹介を検討している。
- CKD患者数に対して地域内の腎臓専門医数が不足しているため、ガイドラインに従って「CKD患者を全て専門医へ紹介する」ことは現実的ではない。実臨床においては、緊急度の高い問題が優先され腎臓に関する対応は後回しになりやすい。

### iv. 局所を主に扱う科

腎機能の低下を認めた際は、血清クレアチニン、eGFR、年齢を主に参照しながら、臨床経験に基づく感覚により紹介を判断している。尿検査までは行っていないことが多い。そのため、明らかな腎機能異常がある場合は専門医へ紹介するものの、軽微な異常では見過ごされることもしばしばある。

## 1.4. 腎臓専門医との連携に関する障壁

### i. CKDに親和性の高い科

#### ii. 一般内科 ※ i、ii 共通

腎臓専門医への適切な紹介タイミングが不明瞭であり、安定した連携が成立しにくい。早期に紹介すると「早い」と受け取られ、一定期間経過観察後に紹介すると「遅い」と指摘されることがあり、連携先の腎臓専門医が適切と感じるタイミングを見極めることに難しさがある。さらに、かかりつけ医から専門医へ紹介した後の返信内容が抽象的で、専門医による具体的な診断内容や治療・管理方針、地域医療機関へ返す理由等が十分に共有されていない場合がある。このような双方向のコミュニケーションの不足が、円滑な連携の妨げとなっている。

#### iii. 全身管理を行う非内科

院内に腎臓専門医がいないと、相談自体に心理的負担がある。さらに、相談したいタイミングで相談先の専門医が対応可能かわからないため、相談前に躊躇することがある。

#### iv. 局所を主に扱う科

- 腎臓専門医との連携は属人的かつ非体系的であり、明確なフローが存在しない。また、普段から連携している腎臓内科はなく、近隣の腎臓内科専門医の所在や紹介先に関する明確な情報を特定できないことが最大の障壁である。そのため、患者にかかりつけの一般内科への相談を促し、そこから専門医を紹介してもらうよう伝えるのが一般的である。診療所によっては、紹介状を作成し患者自身で受診先を探すよう促すケースも多い。
- 特定の疾患（精神疾患等）を有する患者は、その疾患を持っているということ自体が腎臓専門医への紹介の障壁となる場合がある。

### 1.5. 円滑な診療科間連携に向けた方策

#### i. CKDに親和性の高い科

#### ii. 一般内科 ※ i、ii 共通

腎機能を示す値が、ガイドラインに示される病診連携すべき値に合致する場合、電子カルテ上に自動でアラートが表示されることで、行動変容につながる可能性がある。さらに、ポップアップのアラートだけでは無視されやすいため、「実際に紹介したかどうか」の確認を促す仕組みや、対象者一覧の自動表示機能等、強制力を伴うデザインが望ましい。

#### iv. 局所を主に扱う科

当該診療科からCKD等の内科疾患のある患者を直接専門医へ紹介するのは非現実的である。当該診療科は、患者の最初の医療的接点にすぎず、幅広い初期対応が可能な診療科（プライマリ・ケアや総合診療）への受診を勧め、そこから専門医へつなげる形が自然である。そのため、そのような初期対応可能な診療科を中心とした診療科間の紹介システムの検討が期待される。

### 1.6. 医師以外の医療従事者との連携

#### <管理栄養士との連携>

#### i. CKDに親和性の高い科

栄養指導は、必要かつ患者の行動変容に有効なため、可能な限り全例に提案している。確実な介入を行うべく、多忙な患者向けには診察日と同日の栄養指導実施を日程調整し、飛び込みでも受けられるフリー枠の設置等、柔軟な予約体制を整備している。

#### ii. 一般内科

管理栄養士を配置している医療機関は多くないが、CKD管理に有効であり、ニーズは高い。特に、オンライン栄養指導は選択肢として一般化しつつある。一方、栄養指導の重要性は理解されているものの、CKDのステージがまだ浅い段階では、栄養指導の導入を意識されにくい傾向にある。

## <薬剤師との連携>

### iii. 全身管理を行う非内科

- 腎機能に影響する薬剤を使用する場面で、院内の薬剤師とコミュニケーションをとる場面はあるものの、その頻度は年に1～2回程度にとどまり、日常診療において薬剤師と恒常的に連携していない。
- 薬局・薬剤師の機能強化をさらに推進するとすれば、薬剤の用量や期間の吟味に関する業務を薬剤師に一部委譲する等、責任や業務分担を含めた法整備や制度設計を検討していく必要がある。

### iv. 局所を主に扱う科

腎機能に影響する薬剤を使用する場面で、処方に確証が得られないときに、薬剤師に日常的に相談をしている診療科もあるが、そういった機会自体が少ない診療科もある。

## <多職種連携なし>

### iv. 局所を主に扱う科

看護師・薬剤師・管理栄養士などの腎疾患に関する連携経験は非常に限定的であり、腎疾患に関する多職種連携は一般的ではない。



## 2. 医療機関規模（診療所・病院）別の腎疾患診療に関する実態と課題

前章においても医療機関の規模に起因する差異について一部含まれているが、本章では特に医療機関規模を診療所と病院（大学病院、中核病院）を切り口に、これらの違いを背景に浮かび上がった腎疾患診療の状況と課題を以下に整理する。

### 2.1. ガイドラインに沿った診療の実現可能性

#### <診療所>

##### i. CKDに親和性の高い科

##### ii. 一般内科 ※ i、ii 共通

ガイドラインはよくまとまっているものの、診療所の検査機材や時間の制約を考慮できず、現場では実行しにくい内容となっている。そのため、診療所レベルに求めることに焦点を当てたシンプルなガイドラインの作成を期待する。

### 2.2. 各診療科における腎疾患患者への対応

#### <診療所>

##### iv. 局所を主に扱う科

血液検査はほとんど行わないため、腎機能の把握は患者の問診票や診療時の口頭での回答による自己申告、または、治療薬処方時の口頭確認に依存している。また、腎機能を把握できる機会が乏しいため、見落としやすい。さらに、内科医が常駐していないため、全身への影響が十分に評価されないまま診療が継続されるケースもあり、腎機能低下や薬剤性腎障害が後になって判明することもある。

#### <病院>

##### i. CKDに親和性の高い科

- CKDは非常に一般的な疾患であり、大学病院においても特別な疾患として強く意識されることは少なく、基本的にはかかりつけ医が管理する疾患と認識されている。そのため、他疾患の診療目的で来院した患者にCKDが疑われた場合でも、紹介元のかかりつけ医が腎機能を把握し管理している可能性を考慮し、大学病院側から院内の腎臓内科に直接紹介することは通常行わない。
- 院内での専門医への紹介タイミングは施設のマンパワーによって異なる。大学病院は腎臓専門医の数が多いため比較的早期に紹介がしやすい。そのため、必要に応じてG3aからG3bの段階で一度紹介し、経過観察後に再度紹介する等の柔軟な運用が行われている場合もある。これに対し市中病院では腎臓専門医の数も限られており、紹介タイミングはG3b以降になることが多い。

##### iv. 局所を主に扱う科

- 総合病院では診療で日常的に採血を実施しない診療科であっても、必要に応じて採血を迅速に実施できる環境があり、検査時に腎機能を確認することが可能である。
- 術前検査や化学療法前評価で腎機能確認のために血清クレアチニン・eGFRを把握している。特に、腎機能に影響する薬剤を使用する際には必ず腎機能評価を実施している。

## 2.3. 他科と腎臓内科の連携に関する障壁

### <診療所>

#### i. CKDに親和性の高い科

#### ii. 一般内科 ※ i、ii 共通

- 腎機能検査コストは低いため、再検査を外注することへの抵抗感は少ないが、CKDは継続的な通院を要する慢性疾患であることから、他院への紹介は「患者を逃してしまう」という心理的ハードルがある。
- 診療体制や腎臓専門医数の地域差により、一貫した紹介基準を設定・運用することが難しい。

### <病院>

#### i. CKDに親和性の高い科

#### ii. 一般内科 ※ i、ii 共通

CKDに関する院内フロー（紹介基準や連携プロトコル）が整備されていない。そのため、紹介の早さは腎臓内科と日常的な関わりがある診療科かどうか依存している。

#### iv. 局所を主に扱う科

院内の腎臓内科は依頼があれば患者を受け入れる前提となっており、連携体制はあるものの、腎臓専門医の人的リソース不足による多忙な状況を踏まえると、紹介に心理的ハードルがある。



## 3. 腎臓を専門としない医師がCKD診療の強化に向けて今後求めること

腎臓を専門としない医師から寄せられた、CKD 診療をさらに強化するための方策や行政、学会、産業界、医療機関等に対する期待について取りまとめる。なお、得られた示唆は必ずしも CKD 診療のみに関わるものではなく、「いずれの疾患領域においても該当疾患の専門でない医師がどのような知識を持ち、領域を超えて専門医との適切な連携を通じ患者・当事者にとって最適な診療が提供できるか」という、領域横断的に共通する問いや内容も含むといえる。

### 3.1. 腎疾患政策への期待

#### 3.1.1. 情報発信

- 腎臓を専門としない医師への情報発信をさらに期待する。例えば、腎疾患診療において専門外の医師に期待することを他領域の学会で発信する、学会合同シンポジウムを開催する等、領域を超えた学会連携は現場へも好影響を生むことが考えられる。
- CKD は非常に一般的な疾患であり多くの高齢者が該当するため、eGFR60 未満で直ちに専門医紹介を求めると一律に CKD を専門医管理対象とすると医療体制が成立しない。加えて、専門医に早々に紹介すべき疾患となれば、かかりつけ医による CKD 管理が十分に行われなくなる可能性がある。そのため、日本腎臓学会において既に示されている、かかりつけ医が主体的に CKD 管理を担い、必要に応じて専門医へ紹介するという基本的な役割分担の考え方について、現場における理解と実践がさらに進むよう、一層の周知と具体化が図られることが望ましい。
- 学会等が示す診療や紹介基準については、現場の診療体制やリソースを踏まえると必ずしも実践しやすいとは言えない側面がある。そのため、すべてのかかりつけ医が実践可能な水準を意識しつつ、地域の実情に応じたスクリーニングや診療の在り方について、腎臓専門医・自治体・かかりつけ医等が連携して具体化・共有していくことが望ましい。

#### 3.1.2. 診療実態に基づくデータ共有・活用の強化

- 他医療機関の類似症例情報は具体的な個別事例であるがゆえに一般化が難しく、現場での意思決定に直結しにくい。そのため、個別事例の共有にとどまらず、腎機能の段階や病態に応じてどのような薬剤が選択されているのかを横断的に比較できるような、全国規模での処方状況や新規薬剤の導入動向といった量的データの発信が期待される。

## 3.2. 専門外の分野に関する情報アクセス・リテラシー向上に関する現状と対応・改善策

- 各診療科の医師が普段参照する情報源へ、専門外の情報も共有することで、日常的に触れる機会を設ける。以下、情報源の一例を示す。 ※ただし世代によって異なる。
  - ▶ 専門領域の学会(学術集会、学会誌)
  - ▶ 製薬会社主催の勉強会
  - ▶ 人的ネットワーク(同僚の医師、製薬会社等の医療情報担当者(MR: Medical Representative))
  - ▶ 自らが専門医へ紹介した患者の治療経過に関するフィードバック
  - ▶ ソーシャルネットワーキングサービス  
(関連診療科医の個人アカウントおよび、学会公式アカウントによる投稿)
  - ▶ 医師向けオンライン情報サービス
  - ▶ 検索エンジン・生成 AI
- 実臨床の経験に基づく知見を共有できる場が必要である。学術的な解説中心の講演よりも、日常診療に基づく具体的な判断や工夫を語るようなセミナー(チャット機能を活用したリアルタイム配信や一定期間のオンデマンド配信)の定期開催が求められる。
- 「誰が誰に向けて発信するか」が重要であり、発信をしたい診療科の視点で作ったガイドラインの二次創作が必要である。情報発信者は「医師に接点のあるサービスや団体」が複数のチャンネルで発信することが重要である。例：「耳鼻咽喉科向け：腎臓内科医が求める最低限の知識」、「整形外科医が痛み止めを処方する際に注意すべきポイント：CKD 編」
- 複数学会のセミナーや勉強会情報を集約した公式プラットフォームの構築・活用も有用である。

### 謝辞

本論点整理の作成にあたり、ヒアリングにご協力いただいた9名の先生方に深く感謝申し上げます。また、草稿段階で様々なご視点からご意見・ご助言をくださった皆様に心より御礼申し上げます。本報告書は、本活動にご賛同いただいた医師へのヒアリング結果をもとに、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、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>

## 日本医療政策機構 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

日本医療政策機構は「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）

アストラゼネカ株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

**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 5-11-16 国際文化会館内

Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291

E-mail: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)