

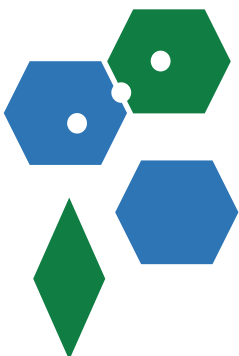
国際潮流と日本のメンタルヘルス政策 グローバル専門家会合（2019/12/18） 開催報告書

Global Expert Meeting on Global Trends and Japan's Mental Health Policy (2019/12/18) Report



Contents

- 「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」 プロジェクト概要
Overview of the Global Trends and Japan's Mental Health Policy Project
- 第一部 「トップアカデミアが語るメンタルヘルスの国際潮流」
The First Session “Leading Experts Discuss Global Trends in Mental Health”
- 第二部
「マルチステークホルダーで考える日本のメンタルヘルス政策 次の打ち手」
The Second Session
“A Multi-stakeholder Discussion on Japan's Mental Health Policy: The Way Forward”
- 2019年度アドバイザリーボード・メンバー
FY2019 Advisory board membership
- 日本医療政策機構について
About Health and Global Policy Institute (HGPI)



「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」 プロジェクト概要

メンタルヘルス政策は世界的に進展を見せ、WHOが定めるメンタルヘルスアクションプラン（2013-2020年）などを通して、国際連携や国際比較のなかで、好事例の共有などが進展してきた。日本においては、2004年に策定された「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」という政策理念が掲げられ、その実現に向けた施策が推進されてきた。また2013年からの第6次医療計画においては、重点疾病のひとつとして位置づけられ、精神障害に罹患した人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が進みつつある。

日本において精神科を利用する総患者数は、約392.4万人(2014年)(入院：約31.3万人、外来：約361.1万人)と増加傾向にあり、この患者数は、いわゆる4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況である。これらの患者数は、精神科が扱う疾患やケースが多様になってきていることも関係しており、入院加療が必要な重度な精神障害であるケースから、睡眠障害や依存症、軽度うつなど、日常生活のなかで感じられるメンタルヘルスも含まれている。このようにメンタルヘルス領域およびメンタルヘルス政策そのものの再定義もふまえ、政策の進展が期待されている。

このような状況のなか、国際的な状況と比較すると、各精神疾患への国民理解や啓発、当事者ニーズに基づくアプローチ、当事者のサービスデザイン・提供への参画、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて多職種と官民が連携した患者支援体制の構築、さらには予防も含めたライフコースに基づいたメンタルヘルスケアの構築など、今後、さらに取り組みの強化が期待される政策領域も多い。そのためには、国際潮流をベースとした変革が急務である一方で、既存の医療提供体制からのスムーズな移行を可能にすべく、既存のステークホルダーへの変革に際するインセンティブの付与や、医療経済的視点からの再評価、「精神科特例」など現状の政策状況に関する再考などを踏まえた効果的な政策誘導も期待される。

これらの社会的要請をふまえ、日本医療政策機構では、「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」プロジェクトを始動させ、当事者や既存のステークホルダーを含めた国内外の当分野における産官学民のオピニオンリーダーや関係団体にヒアリングを実施してきた。また、キーオピニオンリーダーにアドバイザーボードとして結集していただき、日本のメンタルヘルス政策における現状の課題や論点を抽出し、その課題に対する解決の方向性を検討してきた。

この度、このように抽出されつつある課題や論点と、その解決の方向性について、アドバイザーボード・メンバーを中心とした国内外の有識者が意見を表明するグローバル専門家会合を開催した。当専門家会合は、京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座と日本医療政策機構の共催、ジョンスホプキンス大学の協力により実施し、それによりトップアカデミアおよび産官学民のマルチステークホルダーが結集して議論するなかで、メンタルヘルス政策の進展の必要性と次の打ち手を国内外に発信するきっかけとしていきたい。

さらには、今後、これらのアドバイザーボードでの議論やグローバル専門家会合での論点を、日本医療政策機構として政策提言を取りまとめ、政策立案者向けにも発信していくことで、日本のメンタルヘルス政策の進展に寄与していく。

第一部

「トップアカデミアが語る メンタルヘルス政策の国際潮流」



開会の辞

澤 明

京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座

The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins Schizophrenia Center, The Johns Hopkins Hospital

アカデミアや医療・福祉従事者は、精神保健・医療を通じて、常に患者さんやご家族、社会のために貢献したいという願いを持っている。一方で、そうした日々の願いは、必ずしも有効な形で社会に伝わらないことがある。そこで私たちはいつも、一緒に活動できる相手がいないだろうかと考えていた。そうした時に、複数の方々のご紹介を経てHGPIの方々とお会いすることができた。それから約1年間の月日をかけ、本日の会を開催するに至った。

HGPIの黒川清代表理事は、長年UCLAで教授を務められた方であり、米国の視点を持ちつつメタ認識できる立場で日本を良くしようと考えておられる。一方で、私は1997年から今に至るまでずっと米国を本拠とし、その視点から日本のコラボレーターを見出すことで日本を良くしたいと願っている。ジョンズホプキンス大学、病院に100%のエフォートを持つ前提での京都大学の客員の責任は、こうしたコラボレーションをスムーズにしている。私が日本を離れた20年以上前と比べれば、精神保健、精神医学、精神医療は良い方向へ進んでいるように見えるが、やはりまだ不十分であり、より良くなるはずである。だから何かをしなければいけない。まず、それが前提になると思う。

その前提に対し、**working hypothesis**（作業仮説）をどのように立てるか。この場合は、おそらく2つある。作業仮説の1つ目は、多様な分野の人々が力を合わせて異なる視点からものを述べたほうが、現状の問題解決に役立つのではないかと、というもの。2つ目は、精神分野も含めて、体に関わる健康、保険、医療には、その基本前提として最新の医学的知見への理解が必須である、というもの。

個人的な考えとしては、やはり多くの方々が力をあわせ知恵をひねって少しでも良い方向へ進むことが大事であるし、医学という観点で精神分野の発展はまだ圧倒的に遅れているため、精神保健、精神医学、精神医療の議論にアカデミックな医学的エビデンスを基礎とすることは必須だと思っている。

まずは、HGPIおよび京都大学のスタッフの真剣なご努力によって、本日の開催に至ったことを感謝申し上げたい。ご参加の皆様には、ぜひプロボカティブでプロアクティブな議論となるようご協力をお願いしたい。

基調講演1 「メンタルヘルスの再定義」

神庭 重信 九州大学名誉教授、公益社団法人日本精神神経学会 理事長

精神・神経疾患は、大きな生活の障害をもたらす。日本における精神・神経疾患の経済的損失として、認知症は14.5兆円/年、統合失調症は2.8兆円/年、うつ病が2兆円/年と算出されている（文部科学省脳科学委員会（第45回、2019.7.30）資料1「精神・神経疾患克服に向けた国内外の脳科学研究の動向について」）。

日本精神神経学会は当初、日本神経学会という名称で1902年、精神医学の呉秀三と内科学の三浦謹之助の2名が主幹となり会員数約200名で発会した。また、同年に学会機関誌「神経学雑誌」も発刊された。その後、1935年に会の名称に精神を入れ「日本精神神経学会」と改称し、機関誌名も「精神神経学雑誌」と改めた。1946年に社団法人、2013年に公益社団法人となり、現在の会員数は1万8,000人を超える。

2018年の委員会構成として、学術・教育部門をはじめ6部門、計52委員会が活発に活動している。学術・教育部門のなかに精神医学研究推進委員会やパラダイムシフト研究班（当事者研究）等があり、精神保健・医療・福祉部門には身体的拘束に関する委員会、アンチスティグマ委員会等が設置されている。

精神科関連諸問題の対応として、「教科書指導要領への取り組み」「隔離拘束の調査と対応」「旧優生保護法問題への対応」が挙げられる。

平成26年に日本学校保健会 現代的な健康課題対応委員会が開かれ、その翌年には、日本精神神経学会から文部科学大臣宛に「学習指導要領改訂に際しての要望書」が提出され、平成30年の高等学校学習指導要領改訂に至った。

新 高校学習指導要領には、精神疾患の予防と回復には、運動、食事、休養及び睡眠の調和のとれた生活を実践するとともに心身の不調に気づくことが重要であること。また、疾病の早期発見及び社会的な対策が必要であることが記載されている。また、精神疾患として指導要領に挙げられているものとして、うつ病、統合失調症、不安症、摂食障害、アルコール、薬物などの物質への依存症の予防に加え、ギャンブル等の病名が記載されるようになった。国民の精神疾患の考え方、社会の受け止め方が大きく変わってきたといえる。今後も、メンタルヘルスに関する学校教育をさらに充実させて行く必要がある。

次に、隔離拘束の調査と対応に関して、いまだに日本では隔離拘束が多く行われているのではないかという批判を受け、それへの調査・対応を行っている。

旧優生保護法への対応に関して、最近、障害者の方の人権侵害問題としてマスコミでも大きく取り上げられたところだが、学会では特別委員会を立ち上げ、検討を進めている。

また学会における研究推進委員会の取組をご紹介します。2018年、精神疾患の克服と障害支援に向けた研究推進の提言をまとめ、担当省庁と意見交換したところ、研究項目の優先順位付けの重要性、分野・診療科横断的な連携の必要性、有意義なレジストリ構築への期待について、コメントが寄せられた。

そこで優先順位を考える上で、研究の優先順位を患者さん、臨床医、研究者が共同で決める方針（co-production）を取り入れた。すると当事者団体や家族団体からは、「結果を出してほしい」「当事者に還元してほしい」「研究者は自分の関心のあるテーマの研究をやりたい人達で、当事者や家族の望む研究をやりたい人達だとは思えない」「家族会として声を上げていくことが、精神医学の発展に貢献できるのではないか」といった意見が聞かれた。

私たちが忘れてはならないこととして、私宅監置、低医療費・収容型医療、前頭葉切除術、優生保護法、医療従事者による暴力や不要な拘束など、精神医療は、過去に個人のレベル、医療のレベル、そして社会のレベルにおいて悔いを残す歴史を持つ。

振り返れば、誰の目にも間違っていることが明らかな過去であっても、もしも自分がその当時その場にいたならば、どのように判断し振る舞ったであろうかと考えると、定かなことは言えなくなる危うさを精神医学は含んでいる。

これらの過去に照らしてみれば、今日の臨床で当然のこととされている“医療行為”の中にも、多くの不確かさが含まれているはずである。この不確かさをなくすために、個人の研鑽とともに精神医学の進歩が求められている。

神尾 陽子

お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門 客員教授

日本は児童精神科医の数が非常に少ない。ただし、それは世界でも同じような状況にあり、WHOは、児童・青年期のメンタルヘルスが世界的に最優先課題であることを数年前に指摘し、プライマリ・ケアでのメンタルヘルス対応の重要性が提唱している。

近年、成人における精神疾患の初発症状は、児童・青年期に発症している症例が多いことが分かり、成人の精神疾患と子どもの精神疾患の連続性が注目されるようになった。発症早期から手厚く対応すべき症例について、連続したライフコースの中でエビデンスを蓄積し、検討していく必要性が高まっている。

ここ数年、精神疾患に罹患しているか、いないかのどちらかではなく、症状程度という連続的な見方で捉えるようになってきた。また発達障害は、ほとんどが発達障害以外の精神障害を併存しているため、メンタルヘルスの枠組みで考えるべきであるという認識になっている。

今後のメンタルヘルス政策への提言として、従来の施策にみられるギャップを指摘しておきたい。まず政策担当部署の分断がある。現在の事業は各関係部署によって実施されており、例えば子どものメンタルヘルスであれば厚生労働省 母子保健課、学校メンタルヘルスは文部科学省が、青年期以降は厚生労働省 精神・障害保健課が管轄している。しかし、各関係部署の間の横断的な情報共有がどの程度実施されているかは不透明であり、非効率な行政体制になっているのではないかと。次に、幼児期から成人期へのライフコースを考えた時には、それを見通した政策が必要となる。そのため子どもから青年、大人への医療サービスのトランジションに関する政策は異なる部署間で情報を共有して縦断的な情報統合が必要になるのではないかと。

児童精神医療への初診に関する全国実態調査（児童青年精神科診療所連絡協議会JaSCAP-C, 日本児童青年精神医学会総会, 2019）からも、地域の児童精神医療へのニーズとして、成人の発達障害の診断やメンタルヘルスの包括的診断（発達障害+併存症）と治療、学校への意見書・診断書作成等への対応が挙げられる。これらより、質的課題としてプライマリ・ケアでのメンタルヘルス関係者の対応力向上、量的課題として地域の専門機関への集中や診察の長期待機の改善が求められる。また教育や福祉等の多領域で情報共有できるように分断の解消が必要である。

2014年には「健やかな次世代育成に関する提言」（日本学術会議 臨床医学委員会 出生・発達分科会：桃井眞里子委員長）が発表された。私は、その7つの項目のうちの1つである「子どもの心の健康対策の推進」を担当させていただいた。以下4点の項目を掲げている。

1. 子どもへのメンタルヘルス教育の導入推進
2. 1次対応（プライマリ・ケア）の専門家、かかりつけ医の人材育成（紹介数、処方、医療コスト減が期待できる）（Cochrane Review, 2010）
3. 予防・治療法開発のための包括的研究体制の創設（社会の共通理解と合意形成）
4. 子どもの精神障害/心の問題に対応した地域医療ネットワークの構築（1次、2次、3次の三層構造の双方向的な機能連携と役割分担、3次機関の1次、2次機関へのオンサイトコンサルテーション、診療報酬の見直しなど）



Frederick Nucifora

The Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Schizophrenia Center,
Johns Hopkins Hospital

精神疾患に対しては、包括的なアプローチが大きなインパクトをもたらす。もちろん薬物療法は重要であり、多くの患者さんに効果をもたらすものである。同時に、認知行動療法（CBT: Cognitive behavioral therapy）、薬物乱用カウンセリング、集団療法といった治療も重要である。そして週5日の精神リハビリテーションプログラムの提供やグループホームの他、多職種連携のもと、利用者ニーズに基づく家族支援や教育的支援を視野に入れたラップアラウンドケア*のインフラが必要となる。

私は医師として、症状を緩和させることだけでなく、実生活における機能向上や患者の家族との関わりを充実させること、生活の質を向上させることに関心を持っている。

米国国立精神衛生研究所（NIMH: National Institute of Mental Health）は、初回エピソード精神病（FEP: first-episode psychosis）に対するリカバリー支援プログラムである協調的専門治療（CSC: Coordinated Specialty Care）の効果を検証している。CSCは、家族を含めたチームで患者の治療計画を作成し、医学的治療だけでなく、家族への支援や就労・就学支援、生活支援を含めた包括的なアプローチである。目標は、再発を減少させ、長期的な障害を減らすこと、そして生活の質を向上することである。

NIMHは30以上の診療所で、2年間の前向き試験を実施し、CSCの治療と標準的な地域ケアを比較した。

その結果、CSCの群は治療継続期間がより長く、症状の改善が大きかった。そして生活の質、特に対人関係で大きな改善が見られた。この試験より、包括的なアプローチは、患者の生活を向上させることが示唆された。

包括的なアプローチにおいても、薬物療法は大きな役割を果たす。ジョンズホプキンス大学のクロザピンクリニックにおける22歳男性の症例をお示ししたい。彼は優秀な大学に在籍していたが、統合失調症を発症して大学へ通うことができなくなり、10回にわたる入退院を繰り返していた。そこで、クロザピンによる薬物治療を開始したところ、症状は劇的に改善し、服用中は入院をせずに大学を卒業し、発症前に関心のあった分野で働くことができるまでに回復した。

クロザピンは米国において唯一、治療抵抗性統合失調症に適応がある薬剤であるが、過少治療の問題がある。現在、米国薬物乱用・精神衛生管理庁（SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration）では、今後のクロザピンの使い方について検討されている。

私はメンタルヘルスの質向上、有病率・死亡率の減少、社会のコスト削減といった目標を掲げ、リーダーとして、クロザピンの組織横断的研究機関（COE: Centers of Excellence）の整備に取り組んだ。クロザピンの適正使用にあたっては、クロザピンの専門医が適切な治療を患者さんに提供し家族を教育する、また循環器等他領域の専門医と協力し、副作用が起きた時にも対応可能な体制を構築し、薬剤を長期間にわたって服用可能にすることが必要となる。

さらにジョンズホプキンス大学では、治療抵抗性統合失調症の患者さんに脳深部刺激療法（DBS: Deep Brain Stimulation）の有効性を検証している。今後、クロザピン、DBS、電気けいれん療法（ECT: Electro Convulsive Therapy）の組み合わせも重要になるものと考えられている。

組織横断的研究機関を整備したことによって、入院、薬物乱用、ホームレスを減少させることができた。そして、そのことによりヘルスケアシステムのコスト適正化にも繋がっている。



*ラップアラウンドケア：当事者個人のニーズに特異的なサービスを提供する患者、家族を主体とした包括的なケア

パネルディスカッション

「アカデミア視点から見る今後の日本のメンタルヘルス政策への期待」

パネリスト：

- 岩坪 威** 東京大学大学院 医学系研究科 神経病理学分野 教授
- 神尾 陽子** お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門 客員教授
- 茅野 龍馬** WHO健康開発総合研究センター 医官
- 神庭 重信** 九州大学名誉教授、公益社団法人日本精神神経学会 理事長
- 金 吉晴** 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長
- 富田 博秋** 東北大学大学院 医学系研究科 精神神経学分野 教授
- 古川 壽亮** 京都大学大学院 医学研究科・医学部 健康要因学講座健康増進・行動学分野 教授

モデレーター：

- 澤 明** 京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座、
The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University
Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins Schizophrenia Center,
The Johns Hopkins Hospital

議論まとめ

～ライフコースアプローチとマルチステークホルダーによる議論の重要性～

精神医学・精神保健における学術研究を、より効果的に政策に反映させるために、当事者を含めた社会とアカデミアが、医学・科学的理解をベースに、社会的ニーズも鑑み連携し、研究を促進することの必要性が提起された。特に、疾患毎の分野別の研究だけでなく、当事者のライフコースを見据え、長期的かつ大規模な研究が必要であり、またこうした研究を政策に活かすため、職種・分野横断的な政策立案の必要性にも言及された。さらに、既存の政策を検証するための研究も必要であり、それらを蓄積し、新たな政策に活かすサイクルが重要との指摘もあった。このようなエビデンスに基づく政策立案に向け、十分な予算の確保や研究環境整備も戦略的に取り組むべき事項とされた。またWHOによる提言や各国の好事例など国際潮流を参照しながら、日本として国際的にリーダーシップを発揮できるよう、当事者の生活の質（QOL: Quality of Life）向上や人権擁護の観点からも政策進展を目指すべきとの声も聞かれた。



当事者のライフコースを見据えた職種・分野横断的なメンタルヘルス政策の必要性

- ◆ 当事者の視点からのメンタルヘルス政策を前進させるためには、出生前後から終末期に至るまで、切れ目のないライフコースに沿った政策的支援が求められている
- ◆ 児童・思春期、勤労者のメンタルヘルス、高齢化社会が進む中での老年期のメンタルヘルス、女性の周産期や退行期のメンタルヘルスなど、それぞれのライフステージに関わるステークホルダーが、職種・分野横断的に連携する必要がある、その連携を後押しする政策が期待される
- ◆ メンタルヘルス政策は、医療政策のみならず、教育や福祉政策との連携による進展が求められている必要とされる。現状の医療提供体制においては、原則的に診断確定後の治療という流れが前提になっており、福祉領域で進みつつある診断前支援や、教育現場での啓発など、多様な政策分野との連携を深めることが、早期の介入や予防、スティグマの除去につながる
- ◆ 災害時のメンタルヘルスカケアにおいても、急性期時に精神科診断を必ずしもつけなくても、社会的な支援を与え災害後の生活のストレスを軽減することで、多くのひとが回復することがわかっている。このように、幅広い社会的な支援の枠組みとの連携を前提として、メンタルヘルス政策を検討することが重要である
- ◆ 当事者のQOLを高めるためにも、メンタルヘルス課題を抱える当事者に対して、包括的かつ専門的な多職種によるアセスメントを、地域レベルで実施することが求められている
- ◆ 薬物療法のみならず、精神療法やコミュニティケアなどを含めた複合的なケア体制の推進が求められている。生物学的研究のみならず、心理・社会的介入研究についても政策的支援を進めることで、当事者のQOLを向上させる多様な手段が期待できる。

メンタルヘルス領域におけるエビデンスの構築に向けて、長期的かつ大規模な研究を可能にする予算の確保と、研究環境の整備の必要性

- ◆ 現代社会において、メンタルヘルス領域は、疾病負荷が極めて大きな領域になっている。その負荷に見合った研究予算や研究環境の整備が求められている
- ◆ ライフコースに沿ったメンタルヘルス領域での支援を構築するためには、ライフコース全体を研究期間とする長期的な研究が求められている。例えば、児童期から成人、高齢期などライフステージによって精神症状の表現形が変わるなかで、適切な介入に向けた研究をするにあたり、当事者とともに長年にわたる研究を実施する必要がある。このような長期研究を見据えた研究体制の構築と支援が期待される
- ◆ 出生コホート研究（ある特定の期間に出生した集団を追跡するような研究）やゲノムコホート研究（病気ではない人を長年にわたって追跡し、病気の発症や治療の効果、生活環境や生活習慣といった情報を収集するような研究）を含むコホート研究の充実が求められる。大規模に全国の研究者が長期にわたり参画できるコホート研究の設計と、それを促進する政策的支援枠組みが期待されている。さらには、国や地域を超えたグローバル規模のコホート研究についても検討の必要がある
- ◆ メンタルヘルス領域においても、基礎からのトランスレーショナルリサーチ（基礎研究の成果を実用可能にするための橋渡し研究）、臨床からのリバーストランスレーショナルリサーチ（臨床上で発見した患者の抱える課題を起点に基礎研究を行い、実臨床に活用できる成果を導く研究）の充実、さらにはこれらの研究の相互連携が必要である
- ◆ 個別化医療の進展に伴い、個別の患者特性である生物学的・心理社会的な因子に応じて、それぞれの治療の効果修飾因子や投与後予測因子を解析すべく、ビッグデータやAIを活用することが進みつつある。このような大規模かつ先端的研究を促進する政策的支援が期待される
- ◆ エビデンスには粒度があり、メタアナリシス的なレベルでのエビデンスの重要性やエビデンスを構築する意義を認識しつつも、当事者への個別具体的な臨床的サポートも両立させる必要があり、その両立を政策的にも支援すべきである。アカデミアや臨床家も、エビデンス構築と同時に、当事者とのコミュニケーションや共感を持つことの重要性を捨象するべきではない



当事者を含めた社会とアカデミアのさらなる連携や、社会的ニーズに合わせた研究の必要性

- ◆ 長期かつ安定的な研究の体制構築のためには、大規模な被験者の確保や被験者データの共有が必要であり、研究に協力する当事者や市民の参画が不可欠である。アカデミア側も積極的に当事者や社会との連携や協力要請を進める必要がある
- ◆ 当事者研究をはじめとして、メンタルヘルス領域においては、市民や当事者の判断や決断が求められる研究デザインも多く、研究についての丁寧な説明をはじめとした当事者とのさらなる協働が期待される
- ◆ 学校における引きこもりや不登校の問題や、職域におけるうつ病などによる休職の問題、高齢化に伴う認知症の増加など、日本社会の変化や要請に応じたメンタルヘルス政策の再定義が求められており、社会的要請に応じた研究も期待されている
- ◆ 統合失調症当事者などの社会復帰や就労といった精神疾患当事者の就労支援という文脈においても、職域における精神疾患の発症からの復帰という文脈においても、さらには、AIの進展などによる今後の働き方や仕事内容の変化をなど見据えた、就労にまつわるメンタルヘルス政策のさらなる充実が求められる。中小企業におけるメンタルヘルス対策の推進、発達障害をもつ就労者や学生の適材適所への配置など、アカデミアとの連携により取り組める政策も多い
- ◆ グローバル化の進展により、多くの人々が国や地域を超えてそれぞれの社会で暮らしている。さらには国際結婚も増加しており、社会的な変化の観点のみならず生物学的観点からも、社会の変化に応じた研究の視点が求められている

時代的要請や最新の研究成果に基づくメンタルヘルス政策の立案、そして既存の政策を検証しエビデンスとして蓄積する必要性

- ◆ 発達障害領域において、新たに開発された成人向けのスクリーニング検査により課題を特定し、予防的ケアを提供することや、効果的な薬剤により、うつ病を治療できるようになるなど、新たな研究成果や研究開発が、当事者のQOLに寄与している。新たな診断基準や研究枠組み、研究成果などが、積極的に政策に活かされる循環が求められる
- ◆ 当事者への地域における早期支援を実施している自治体も出始めているが、エビデンスや費用対効果に基づいた施策になっていないケースなどがある。例えば早い段階でエビデンスに基づく行動療法を提供するなど、研究者に加えて、地域の事業提供者や行政が協働することで、エビデンスに基づいた施策の実施が求められている
- ◆ 日本において長年検討されている医療基本法や、国連の障害者人権宣言、米国障害者法（ADA: Americans with Disabilities Act of 1990）、障害者差別解消法など、いずれの場合も法的趣旨のひとつは、当事者の人権擁護である。現在の日本のメンタルヘルス政策においても、人権ベースのアプローチが不可欠であり、その視点からの政策の進展が求められている
- ◆ 当事者の社会・地域参画や当事者への就労支援が一般化する現代にあって、メンタルヘルス政策はより包括的であることが求められ、厚生労働省をはじめとした関係機関が横断的に連携することが求められている。一般的な医療政策課題と同じ枠組みで議論することも検討されるべきである
- ◆ 科学的にエビデンスが証明された診療方法の迅速な普及や、政策の効果や効率性の向上のためにも、エビデンスに基づく政策策定が求められる。さらには、その政策の効果検証も必要であり、政策策定の背景となったデータや文献などのエビデンスの開示、政策評価指標の設定などが期待される
- ◆ エビデンスに基づく政策の評価を実施していくにあたり、政策の有効性を検証するための効果指標の設定が求められる。バイオマーカーをはじめとした客観的データの収集と分析といったコホート研究の推進など、エビデンス構築に向けたアカデミアが果たす役割も大きい
- ◆ エビデンスに基づく政策を実行する段階においては、医療従事者をはじめとする医療サービスの提供側が、そもそもエビデンスをベースとした知識や、当事者の行動変容を促進する手技などを保持しているかが課題となる。新たなエビデンスに基づく政策の策定に際しては、実行する段階の環境整備も求められる

国際潮流を踏まえたメンタルヘルス政策の策定と、日本のリーダーシップの必要性

- ◆ 認知症領域をはじめとして、日本の超高齢社会におけるメンタルヘルス政策やケアの行方を見守っている。日本のリーダーシップについて自覚が求められる
- ◆ 世界保健機関（WHO: World Health Organization）による2013年の「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」や、2017年の「メンタルヘルスアトラス」などを参照にした、国際潮流と協調したメンタルヘルス政策の策定が期待される
- ◆ メンタルヘルス政策における人権擁護の重要性、回復期の生活の質への配慮、包括的なケアやコミュニティベースのケア提供の重要性、そのための効果的なリーダーシップとガバナンスの確立、エビデンスに基づく政策立案と実行などの文脈は、国際的にも重要視されており、日本での進展が求められる分野であり、参照にされるべきである
- ◆ メンタルヘルス領域への社会的支援はコストではなく、多様な就労のあり方を推進することや、包摂的な社会を作るうえでの投資であるという概念が、国際的にも主流になっており、日本でも同様の視座が求められている

第二部

「マルチステークホルダーで考える 日本のメンタルヘルス政策 次の打ち手」



開会の辞

黒川 清 日本医療政策機構 代表理事

午前の第一部「トップアカデミアが語るメンタルヘルスの国際潮流」では、素晴らしい議論ができた。これをさらに深掘りし、可能なところから増強していくことが、政策としても大事であり、市民社会が自分たちで問題に取り組んでいくことも重要である。

例えば、非政府組織（NGO: Non-Government Organization）や各地域における市民が活発に活動していく中で、新たなモデルが生まれるかもしれない。そういった動きを常に世界と共有しようというマインドを高め、コミュニケーションを図るためのツールを開発していければいいと思う。

HGPIは、非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクとして2004年に設立したが、2019年1月に米国ペンシルバニア大学が発表した「世界のシンクタンクランキング－The Global “Go-To Think Tanks”」において、「Global Health Policy」部門で世界4位、「Domestic Health Affairs」部門で世界3位に選ばれている。（2019年12月18日時点）

国際的にどのような活動をし、どのように発信していくかが大事な世の中である。このグローバル専門家会合での議論を、世界のシンクタンクと共有していきたいと考えている。是非、活発な議論をお願いしたい。

基調講演1「日本のメンタルヘルス政策の現状」

佐々木 孝治 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長

厚生労働省は、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を打ち出し、「入院医療から地域生活中心へ」という基本的な方策を示した。そして平成29年2月、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、初めて「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念が提唱された。

精神疾患を有する総患者数は、平成29年に約419.3万人（うち入院は約30.2万人、外来は約389.1万人）となった。過去15年間で外来患者数は大きく増加し、入院患者数は微減している。外来患者数の推移（疾患別内訳）を見ると、多いものから、うつ病を中心とした気分障害が約3割を占め、不安症等を中心とした神経障害やストレス関連障害が約2割、そして統合失調症や認知症と続く。

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾患別内訳）では、圧倒的に統合失調症関連が多くなっている。入院患者数（年齢階級別内訳）については、65歳以上（特に75歳以上）が増加し、6割を占めている。平均在院日数は約30年間で大幅に減少し、平成29年は268日となっている。5年以上の入院患者は大きく減少しているものの、1年以上の入院患者と合わせて全体の6割を占めている。

精神病床退院患者の退院後の行き先として、総数としては「家庭」が最も多く、3分の2を占めている。しかしながら、入院期間別にみると「1年以上5年未満」や「5年以上」では「家庭」が2割以下となる一方、「他の病院・診療所へ入院」「その他（死亡・不明等）」の合計が半数以上を占めている。1年半以上の長期入院者のうち退院「困難」とされた人は85%であり、その3分の1は「居住・支援がないため」である。

また、精神療養病棟に入院する患者の半数が「在宅サービスの支援体制が整えば退院可能」とされており、その基盤整備が必要とされている。外来や訪問看護といった形で医療の関わりが十分になされるのであれば、もっと退院していただくことができるのではないかと望みを持っているところである。

厚生労働省では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」を進めているが、それに向けた課題は大きく2点ある。まず1点目、上記事業は都道府県、指定都市、特別区（上記推進事業については保健所設置市も含む）が実施及び参加主体であるが、その他の市区町村でもこうした取り組みを推進する必要がある。2点目は、住まいというハード面の整備だけでなく、緊急事態があれば適切に対応できるような生活全体を支える体制の整備が必要である。相談支援専門員が医療機関としっかり繋がって緊急時の対応ができる体制を構築した上で、住まいにおける地域の関係機関と調整する体制を関係省庁と連携しながら構築していきたいと考えている。

精神障害者における精神福祉サービス等別利用者割合を見ると、就労移行支援や共同生活援助等のサービスと比べ、地域移行支援や地域定着支援の利用がそれぞれ0.2%、0.8%と非常に少ないことが分かる。モデル事業と上手く組み合わせながら、こうしたサービスの利用率が伸びるよう取り組んでいきたい。



基調講演2「自分のままで生きられる、生きる楽しみをちょっとずつ分け合える社会」

小林 圭吾 メンタルヘルス当事者

私は、日々メンタルヘルスに関わりサポートして下さる皆様のおかげで、今、生きる時間を1分1秒作ることができている。そのことに、まずは心から感謝を申し上げたい。

メンタルヘルスの将来について、どんな社会が実現すればいいだろうと考えた時に、私が初めに思い浮かべたのは、「自分のままで生きられる“生きる楽しみ”をちょっとずつ分け合える社会」である。

私は現在、週に1回通院しながら、時間やできることは限られているが、一般企業に役員として勤務している。初めて精神科にかかったのは高校3年生（18歳）の時、急に不安や恐怖に襲われ、いてもたってもいられなくなり受診した。新卒で入社した会社は、うつ病が出て3カ月で退職。その後、現在の会社に勤務していた32歳の時、うつ病が悪化して休職し、入院し、双極性障害と診断された。

もう生きられないと思ったが、その時に会った医療従事者に救われ、自分を取り戻して復職することができた。4年前からはパニックも発症し、2回目の入院をしている。この病気と向き合って22年。苦しいことも多く、この瞬間を何とか生きるんだと足元ばかりを見てきたが、今日こうして顔を上げてみると、皆さんの前でこうして話す機会をいただいていることに、生き続けていれば嬉しいこともある、生きていてよかったなと思う。

なぜ、自分は生きるのがこんなに辛いのだろうと考え続け、20年経って、ようやく分かった1つの答えがある。それは「自分のままでいられなかった」ということである。そうした当たり前のことが、私はできなかったのである。

自分のままでいるとは、自分は何が好きで、何が嫌いなのか、自分の感情を感じ、自分で日常を決められること。そして、その瞬間、瞬間において小さな楽しみがあること。つまり、ちゃんと自分自身でいて、自分の楽しみを知っているということだと思う。

「自分のままで生きられる 生きる楽しみをちょっとずつ分け合える社会」をつくるためには、「学び（教育）」「医療」「地域社会（コミュニティ）」の3つが重要と考えている。

私自身、最もあったらよかったと思うのが「学び（教育）」である。多様な価値観の中でも自分を見失わない心のあり方、自分自身の軸を学ぶための教育が、人生のできるだけ早い段階に必要である。子どもたちや若い人たちが自分の身を自分で守れるように、自分の人生をちゃんと生きられるように、病気にならない予防のための学びといえる。また、病気になってしまった人たちが、もう一度生き直すための回復のための学びも求められる。

「医療」については、「“今この瞬間の生きる”を繋ぐ」という視点を持った医療、薬、関わりが必要だと思う。病者にとって「今を生きること」が難しい。私も医療にかかわる皆さんの「今を生きるサポート」に救われてきた。また、入院生活もそれ自体は回復に大きな意味を持つが、長期になると、豊かな感情を自然に感じる機会・自由が少ないために自分が普通の社会の中で生きていけるのかと不安になり、退院するのが怖いと感じた。だから医療は「今を支えるもの」であり、病者が社会の中で生きていくことができるサポートをしてくれるものであったらいい。

社会の役割は、喜びや楽しみを感じられることだと思う。生きようと思えるのは、楽しいと思えるからである。だから「地域社会（コミュニティ）」は、楽しみを感じられる居場所でなければならない。今、当事者にとって居場所が必要だと言われている。1つのコアな居場所だけでなく、小さなつながりが幾重にも補い合う社会になればいいと思う。

最後に、皆さんに質問をしたい。もし明日から、自分の仕事や活動、肩書や収入がなくなったとしたら、どのように生活を成り立たせ、自分を成り立たせるだろうか。障害を負うということは、アイデンティティを失うことでもあり、自分自身を一から組み直すのと同じである。全てがなくなってしまい、一から生き直す時、どのようなことが必要か。

この質問に対し、こんなものが必要だ、こんなものがあっていいと思いつかべたもの、その全てが“社会に必要なもの”である。自分が自分自身でいられる場所がたくさんあったほうがいい。小さな楽しみをたくさん感じられたほうがいい。そんな社会になればいいと私は思う。

パネルディスカッション1

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進に向けてー多職種連携とライフコースアプローチの両立ー」

パネリスト：

- 田村 千秋** YPS横浜ピアスタッフ協会
- 神尾 陽子** お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門 客員教授
- 澤 明** 京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座、The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins Schizophrenia Center, The Johns Hopkins Hospital
- 水野 雅文** 東邦大学医学部 精神神経医学講座 主任教授
- 石井 知行** 公益社団法人日本精神科病院協会 理事
- 佐々木 孝治** 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長
- 杉浦 寛奈** 日本医療政策機構 リサーチフェロー

モデレーター：

- 乗竹 亮治** 日本医療政策機構 理事/事務局長・CEO

議論まとめ

～ライフコースに応じた多職種及び地域の関係機関の連携によるメンタルヘルスケアの重要性～

「精神障害にも対応した地域包括システム」「地域共生社会」の実現に向けて、病院や地域、各専門職、そして我が国のメンタルヘルス政策が、より一層本人に寄り添うために、医療・福祉・介護の専門職間の連携や病院・学校・地域など関係機関の連携の必要性が提起された。特に、ライフコースアプローチの観点から、予防・教育を含めた総合的なメンタルヘルス政策や、医療機関との良好な連携を前提とした、地域におけるメンタルヘルスケアを策定していくべきとの指摘があった。また、精神科医療の地域への移行は、当事者の暮らしの向上に寄与するため重要であり、だからこそ慎重な制度設計、環境整備、予算措置が必要との声も上がった。また、効果的な施策の実施・検証に向け、海外事例や他医学領域及び公衆衛生学の参照、エビデンスに基づく施策の実施、施策を検証するためのデータ収集体制の構築が必要とされた。その上で、各地域の実情に応じた地域移行モデルを構築し、当事者の視点で検証することで、効果的・効率的な施策推進が期待されるとの指摘も多く挙げられた。



予防・教育を含めた総合的なメンタルヘルス政策や、医療機関との良好な連携を前提とした、地域におけるメンタルヘルスケア構築の必要性

- ◆ 地域でのメンタルヘルス政策を議論する際、退院後の地域への移行という文脈のみで議論されがちである。しかし、そもそも医療機関に入院する前段階での予防施策や教育啓発、学校でのスクリーニングなど、当事者のライフコース全体を視座に入れて議論を進めるべきである
- ◆ 生活者としての当事者の姿や、メンタルヘルスに対する社会的理解の醸成など、大きな文脈のなかの一部に、精神科医療が位置づけられているという認識が必要である。その前提のもと、精神科医療が他の身体科医療と同様に、医療政策の範疇で議論されていくことが期待される
- ◆ 日本では、精神科医療の未治療期間が長い。また、若者の死因の第1位が自殺となっており、学校教育における早期受診の促進とメンタルヘルスに関する情報提供の場が必要である。地域と医療機関を対立項と捉えるのではなく、医療機関の活用を日常的に定着させつつ、同時に地域の役割を増加させ、医療・福祉・学校・その他地域の関係機関が連携することが求められる
- ◆ 地域と医療機関の連携に向けて、必要に応じて日常や緊急時に、当事者が精神科医療を使いやすい環境にする必要がある。そのためにも、措置入院や医療保護入院などの強制入院の制度については、見直しが期待される。また休息入院制度などバックアップとして入院できる体制の普及、受診しやすい外来の設計など、通いやすい精神科医療の構築も同時に期待される

当事者が多様な政策決定に参画できる仕組みと、当事者の目線からメンタルヘルス政策を再構築していく必要性

- ◆ 当事者が暮らしにとって必要な、住居、勉学、仕事、趣味などに積極的に取り組める、社会環境の整備や地域の理解を高めていく必要がある。地域や社会での理解の向上とともに、社会訓練適用事業などの就労支援や、住宅探し支援など、当事者の暮らしを支える施策が求められている
- ◆ 日本は、当事者参画が謳われている障害者権利条約（CRPD: Convention on the Rights of Persons with Disabilities）に批准している。当事者が対等な立場で、政策決定プロセスや医療サービス、調査設計などに参画できることを政策的にも支援するべきである。それにより、当事者が暮らしやすい地域のあり方や、使いやすい医療機関のあり方が組成される
- ◆ メンタルヘルスの当事者には、子どもも含まれており、子どもの権利、子どもの治療方法などについての親子での合意形成のあり方など、子どもの参画についても、国民的な議論が求められている
- ◆ 日本におけるメンタルヘルス関連予算は、OECD諸国に比べて、まだ足りていない。がん対策の好事例にみるように、メンタルヘルス関連政策の予算を増大させていくうえでは、アカデミアや医療提供者のみならず、当事者が政策議論に参画し、声をあげていくことが極めて効果的である

精神科医療の地域への移行は、当事者の暮らしの向上に寄与するため重要であり、だからこそ慎重な制度設計、環境整備、予算措置を進める必要性

- ◆ 当事者が安心して退院できるために、当事者を地域で受け入れられる環境整備や制度設計に優先的に取り組む必要がある。単に退院させることが、数値目標になってしまえば、当事者の暮らしの向上に寄与しない
- ◆ 脱施設化や地域への移行は、施設でのケアに比べて、医療的コストは高い。認知症施策の事例のように、通いの場、生活訓練の場、生活支援の構築といった医療以外での当事者支援も期待される。保険局的視点やコストの視点のみならず、包摂的社会の構築に向けた投資として、国民的議論を進める必要がある
- ◆ 地域移行に向けた環境整備と同時に、地域移行を促進する既存制度について、医療機関や当事者に周知していく必要がある。退院できる可能性について、当事者が知り理解できる環境が求められる
- ◆ 治療リハビリテーション病棟における生活機能障害改善リハビリテーションの普及など、当事者の地域移行を前提とした、医療機関における実施可能な取り組みの促進も必要である。統合失調症当事者向けの言語聴覚士（ST: Speech Therapy）による訓練、作業療法士（OT: Occupational Therapist）による、当事者の社会復帰を前提とした外出補助トレーニングなど、今後、開発が期待される領域も多い



医療・福祉・介護の連携とそれに関連する多職種の連携が重要であり、その具体的な推進のため、好事例の共有と横展開の必要性

- ◆ 地域移行や地域包括ケアの推進に向けて、研修事業が盛んになりつつあるが、座学による研修ではなく、地域包括ケアの好事例の現場に足を運ぶ、オンサイトでの研修を推進すべきである
- ◆ 精神保健福祉士（PSW: Psychiatric Social Worker）、公認心理師など、退院後の支援も担える国家資格ができてつある。相談員としてのケースワーカーの役割の明確化なども今後期待される。医師のみならず、このような多様な職種が連携することを前提とした地域移行モデルを構築すべきである
- ◆ 地域活動支援センターと医療機関を併設させ、医療と福祉の連携を図ることで、新規初診患者の入院や再入院が減少している好事例が一例としてある。当事者にとっても、緊急時のバックアップとしての医療機関が併設されていることが安心感につながっている。このような好事例の横展開が期待される
- ◆ 認知症の事例では、地域医療介護総合確保基金の活用により、医療と介護の相談や受給をワンストップで開始できる合併型センターを設置し、当事者の生活の質の向上と、効率的な医療介護提供体制の樹立につながったケースがある。近年、実証事業の実施が進展した、認知症領域や介護保険の地域ケアシステムなどから参考にできる施策も多い
- ◆ 医療・福祉・介護の連携による地域包括ケアや地域移行の推進にあたっては、各現場での司令塔機能の設置が期待される。生産年齢人口の減少による従事者不足と深刻化する国・自治体の財政問題の中で、当事者に対するケアをより効果的・効率的に提供するには、当事者に寄り添った司令塔機能の充実が欠かせない。各地域で領域を超えたリーダーシップをマルチステークホルダーが発揮していくためにも、当事者の声を中心に、各々が自分ごととして協力関係を構築すべきである

効果的な施策の実施・検証に向け、海外事例や他領域及び公衆衛生学の参照、エビデンスに基づく施策の実施、施策を検証するためのデータ収集体制の構築の必要性

- ◆ フィンランド、イタリア、米国など、各国のメンタルヘルス政策における地域移行施策や、海外の主要学会での議論について、教訓も含めて事例を収集し、日本の施策に反映させていくことが期待される。また、他の医学領域や公衆衛生学での事例もメンタルヘルス政策にとってのモデルケースとなるものは多いと考えられる。さらには、日本の状況やデータを国際機関などに提供し、国際的にも施策の透明性を高めることが求められる
- ◆ ライフコース全般でメンタルヘルス政策や精神科医療を捉え直した際、質の高いエビデンスに基づく議論が期待される。バイオマーカーを含めた客観的な指標の開発などがあってこそ、予防や早期介入、さらにはエビデンスに基づいた当事者支援も増進できる
- ◆ 施策の実施のみならず、その検証を可能にするデータの収集体制が求められる。地域移行の推進施策においても、各地域での実証事業の状況を把握し、検証を継続する必要がある

各地域の実情や日本の現状に応じた地域移行モデルを構築し、優先順位をつけて施策を実施する必要性

- ◆ 日本において、都市部と地方では、地域移行の際に生じる課題に大きな差がある。医療機関へのアクセスのしやすさや、今後益々増加する在日外国人のメンタルヘルスへのアプローチなど、多様な各地の地域ニーズに即した地域移行モデルを構築していく必要がある
- ◆ 超高齢社会を迎える日本においては、高齢の当事者の退院や地域移行支援という新たな課題も生じている。認知機能の低下、精神症状の再燃、関係者との死別などをふまえた、地域移行支援のあり方を検討する必要がある
- ◆ 限られた財源で施策を推進するにあたり、実現可能性が高く実施効果の高い施策を選択していく必要がある。そのためにも、当事者やアカデミアを含めたマルチステークホルダーによる、継続的な課題の共有が期待される



パネルディスカッション2「メンタルヘルス政策における当事者参画の課題と展望」

パネリスト：

- 小幡 恭弘** 公益社団法人 全国精神保健福祉会（みんなねっと）事務局長
堀合 研二郎 YPS横浜ピアスタッフ協会
北中 淳子 慶應義塾大学 文学部 教授
Yukiko Lema Clinical Research Program Manager, The Johns Hopkins Schizophrenia Center

モデレーター：

- 栗田 駿一郎** 日本医療政策機構 シニアアソシエイト

議論まとめ

～当事者視点の政策に向けて、当事者や医療従事者の経験を蓄積し協働を進める重要性～

今後、メンタルヘルス政策においてあらゆる場面で可能な限り当事者の意見が反映される制度を目指すうえで、当事者の意見表明の現状認識や方法論に関する研究を深め、またそうした「声」を集めやすくする環境整備の重要性が提起された。さらには当事者の経験はもちろん、臨床に携わる医療者の経験も集め、客観的なエビデンスとして精神医学そして政策提言に活かす必要性についても言及された。また、メンタルヘルスに関する正しい知識を深め、当事者のみならずマルチステークホルダーが共に学びあうことのできる、医学的・科学的知見に基づいた協働的なプログラムを構築する必要性について事例に基づく指摘があった。パネル1でも同様の議論がなされたが、当事者に寄り添ったメンタルヘルス政策の実現に向けて、当事者はもちろんマルチステークホルダーが結集し、立場を超えて議論し、連携し、実践することの必要性について多くの言及がなされた。



当事者の声を広く集めることのできる環境を構築し、また臨床に携わる医療者の経験も集め、客観的なエビデンスとして精神医学そして政策提言に活かす必要性

- ◆ 当事者の声を集めるには、当事者が地域社会や情報から隔絶された状態を解消し、集まり、安心して意見表明できる環境が必要である。一方、意見を表明する当事者側も、名前と顔を公開し、責任を持った発言が求められる。このように相互のフェアなやり取りが、スティグマ解消のきっかけとなる。さらに継続的な意見表明を行うために、就労や住居などの生活基盤への支援を充実させる必要がある
- ◆ 精神医学では、主観的な情報である当事者の声が重要だが、それは客観性を重視する科学者たる医療従事者にとって、しばしば扱いづらいものとなる。そこで「当事者の経験知」や「主観的な語り」を客観的なエビデンスとして集積する仕組みづくりが必要である。英国のダイアナ・ローズ氏が取り組む当事者研究を参考に、短期間での薬や治療の効果を表す「efficacy（短期的な理論上の効果・効能）」、より長期的な視点でコミュニティに帰ってからその薬や治療がどのような効果をもたらすかの「effectiveness（長期的に見た最終的な効果・効能）」、さらにはその薬や治療によって生じた生活上の変化や、それを受けたQOLを主観的に評価する「satisfaction（満足度）」の3つの軸で、測定・評価することで、当事者の実感をより客観的に表すことができるのではない
- ◆ 医療従事者が自然に行っている暗黙知をエビデンス化することで、全体的な質の向上に寄与しうる。例えば、臨床に携わる医師は、認知機能だけでなく情緒的な面や社会的な行動面からも診る習慣があると言われている。こうした多面的なアプローチこそ精神医学の強みであり、これらをエビデンス化することで、医療従事者の思考を客観的に伝えることが可能となり、当事者をはじめ一般市民が精神医学への理解を深めることができる

メンタルヘルスに関する正しい知識を深め、当事者のみならずマルチステークホルダーが共に学びあうことのできる、医学的・科学的知見に基づいた協働的なプログラムを構築する必要性

- ◆ 医療従事者やアカデミアから本人や家族に情報提供をするだけの一方通行のコミュニケーションではなく、医療者やアカデミア、本人や家族が1つのチームとして連携し、疾患のメカニズムを明らかにするといった方向性を持ち、互いに学びあい医学の発展を志向するプログラムが必要である
- ◆ 児童期から精神疾患の発症メカニズムへの理解を高め、予防的なアプローチに自らアクセスできるよう、学校教育課程に特化したプログラムが必要である。こうしたプログラムは精神疾患そのものへの正しい理解にもつながり、スティグマの解消にもつながる可能性を持っている。例えば米国では、医師と看護師がチームを組み、思春期以降に起こりやすいとされるうつ病に関する知識を提供するプログラムを高校の保健体育のカリキュラムに組み込み、生徒や家族、また教師やスクールカウンセラーの理解向上し、また知識を得ることで自らの症状に目を向け、治療を自ら求めていくようなプロセスを育てることを目指す取り組みが行われている
- ◆ 「当事者」という言葉の中には、本人と家族両方を含意するケースが多いが、本人と家族で考えが異なるケースも多くある。特に家族は、歴史的に「支援者」としての役割を背負いながら、地域社会や情報から孤立し、精神的・身体的に追い込まれるケースが多く見られる。本人の回復のためには、家族との健全な関係性も重要な要素であり、そのために家族が支援者の立場から、「本人と家族」という本来の関係性に戻ることができるよう、疾患に関する知識から支援サービスに関する情報提供を充実させることが必要である

当事者に寄り添ったメンタルヘルス政策の実現に向けて、当事者はもちろんマルチステークホルダーが結集し、立場を超えて議論し、連携し、実践することの必要性

- ◆ 医療従事者においても考え方の違いも生まれがちであるが、医学や科学的な視座に根差し、本人にとって最善の方法を選択するという共通の目的に向かい、立場や職種を超えたチームとしての連携が求められる
- ◆ 今後、当事者と企業や行政との協働が求められるが、すでに動き出している取り組みに一時的に意見聴取をするといった形に終わるのではなく、スタートの段階から当事者も参画し、共に創る過程が必要である。そのために、当事者がそうした活動に参画するためのトレーニングも必要である。他疾患領域ではこうしたトレーニングを行う団体もある。
- ◆ 当事者の声は、個別性があり情緒的で道徳的な側面を持つ傾向にあり、それに対して客観的・批判的に考えづらいという風潮があるが、対等な立場で話し合うためには建設的な議論は進んで行うべきである。ただその根底には互いへの敬意が必要であり、深みのある議論を行うためには、連携するチームでの信頼関係構築が絶対条件である

閉会の辞

自見はなこ 参議院議員

近年、国会において「働き方改革」の流れのなかで、フリーランスの働き方等、労働法制を含め、物事が大きく変わっている節目にある。より抜本的にメンタルヘルスの対応について、国全体で議論され始めており、近年にない程大きな動きが今、起きている。自民党内においても、引きこもりに関する勉強会が立ち上がる等、多様な職種が連携して関わることの難しさに真正面から議論する時期になっている。

多職種連携や地域包括ケア、また共生社会というキーワードも出ているなかで、まずは、医師が専門性をより深めていく必要がある。そこで私は、2017年11月に「医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟」を立ち上げ、提言活動を進め、2020年4月より、医師の初期臨床研修制度において精神科を必修科目として復活させることができた。

最近、「地域包括ケア」という言葉が魔法のように語られているが、これが直ちに何かを解決するものではないということ、私たちは肝に銘じておかなければならない。「共生社会」を考えるうえでも、医療、療育、教育、福祉を同じテーブルに載せ、何より当事者を入れて議論することが重要である。

精神科領域においても、当事者本人を中心として、家族支援、医学研究、医療提供体制といったものをアートとして融合させていくのが、我々に与えられた大きな使命だと思っている。その観点でも、本日お集まりいただいた方々は、わが国の大きな財産である。当事者やご家族を含め、あらゆる領域の中核におられる方々が一堂に会し、次のメンタルヘルス政策について語り合っている。これは本当に大きな1歩である。

これからも、それぞれのお立場で活躍されている先生方の益々のご健勝、ご活躍を心から祈念し、そして改めて本日の機会を頂いたことに深く感謝申し上げ、閉会の言葉とさせていただきます。





京都大学
KYOTO UNIVERSITY



Overview of the Global Trends and Japan's Mental Health Policy Project

Developments such as the World Health Organization's (WHO) Mental Health Action Plan 2013-2020 have driven progress in mental health policy around the globe as international cooperative initiatives and international comparisons have promoted the spread of best practices and other types of information. As for progress in Japan, the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) issued the "Vision for Reform of Mental Health and Medical Welfare" in 2004 to outline "a shift from medical care centered on hospitalization to community life" and it has promoted policies aimed at achieving that shift. In addition, mental health was included as a targeted disease in the sixth revision of the Medical Care Plan System which came into effect in 2013. Meanwhile, efforts to build an integrated community care system for mental disorders are currently advancing with the goal of enabling people who have contracted mental disorders to live with peace of mind and be proud of themselves as full members of the community.

However, as of 2014, approximately 3.924 million people are living with mental illness in Japan (hospitalized: approximately 313,000; outpatient: approximately 3.611 million) and their number is increasing. This is greater than the number of people suffering from what are known as the "Four Major Conventional Diseases," namely cancer, stroke, acute myocardial infarction, and diabetes. The number includes people with mental health conditions experienced in everyday life such as sleep disorders, dependency, and mild depression, as well as those with severe mental disorders requiring inpatient treatment. This in part is related to the diversity of illnesses and patients handled by departments of psychiatry. We are expecting the development of policies with the redefinition of the domains of mental health and mental health policy themselves in mind.

Under these circumstances, compared to the international situation, there are many domains of policy in Japan for which efforts should be intensified in the future. Such domains include: promotion of knowledge and understanding of each mental illness among the public; use of approaches based on the needs of people with mental illnesses and others most affected by mental illness; participation in the design and provision of services by people with mental illnesses and others most affected by mental illness; building of patient support systems that unite the government, the public, and various disciplines toward building an integrated community care system that can support mental health care; and building of mental health care based on a life course including prevention. To that end, while urgent reform based on international trends is necessary, policies that provide effective guidance are needed in order to make the transition from existing healthcare provision systems a smooth one. For example, provision of incentives to existing stakeholders in the event of reform, reevaluation from the perspective of medical economics, and reconsideration in relation to the current status of the policy such as "psychiatry exception" should be taken into consideration.

Taking into account these social demand, Health and Global Policy Institute's (HGPI) initiated the Global Trends and Japan's Mental Health Policy project and has listened to domestic and overseas opinion leaders and representatives from organizations in this field from industry, government, academia, and civil society including people with mental illnesses, others most affected by mental illness, and existing stakeholders. We asked the key opinion leaders to serve the advisory board and have been identifying the current challenges and points for discussion facing the mental health policy in Japan and then examining the direction for solving those issues.

We are hosting a global expert meeting where advisory board member-centered experts from Japan and overseas express their opinions on the challenges and points for discussion being identified as previously mentioned and the direction for solving those issues. This global expert meeting is co-hosted by the Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University and HGPI with the cooperation from Johns Hopkins University. We would like to take this as an opportunity to let people in Japan and overseas know the necessity of promoting the mental health policy and the way forward through discussions where leading experts and multi-stakeholders from industry, government, academia and civil society assembled for the meeting.

Furthermore, the points raised in the advisory board discussions and global expert meetings will form the basis of a policy proposal by HGPI in the future to be submitted to policymakers, contributing to the advance of the mental health policy in Japan.

The First Session

“Leading Experts Discuss Global Trends in Mental Health”



Welcoming Remarks

Akira Sawa Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University; The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins Schizophrenia Center, Johns Hopkins Hospital

People working in academia, healthcare, and welfare wish to always contribute to the people receiving care, their family members, and society through mental health and psychiatric care. However, those aspirations are not always communicated to society in an effective manner. That is why we have always wondered if there was someone who will work together with us. As a result of asking that question, I was able to meet the people at HGPI through the introductions of several people. About one year after I met them, we are holding this meeting today.

HGPI Chairman Dr. Kiyoshi Kurokawa was a professor at UCLA for several years. He is working to improve Japan while maintaining an American perspective from a position using metacognition. Meanwhile, I have been based in the U.S. since 1997, and it is from that perspective that I wish to find collaborators in Japan and improve Japan. This collaboration has been made smooth thanks to John Hopkins University and every staff member at Kyoto University who devote their full efforts to the hospital. Compared to twenty years ago when I left Japan, it appears that mental health, psychiatry, and psychiatric care has advanced in a good direction. However, there are still aspects that are insufficient and can be improved. That is why we must do something. I think that is our premise.

There is the question of how to form a working hypothesis in response to that premise. There are two options. The first working hypothesis is the possibility that combining the abilities of people from various fields and holding discussions from differing perspectives will be helpful in solving current problems. The second is that understanding the latest medical knowledge is essential as a basic premise for health, insurance, and healthcare related to the body, including in the field of psychiatry.

My personal opinion is that it is important for many people in various positions to cooperate and draw out their wisdom to make even the slightest amount of progress in the right direction. From the perspective of medicine, progress in the field of psychiatry is far behind, so I think discussions on mental health, psychiatry, and psychiatric care must be based on evidence that is sound from an academic and medical perspective.

First, I would like to express my gratitude for the sincere efforts from HPGI and Kyoto University that made this event possible. I humbly request the cooperation of everyone in attendance to have productive and proactive discussions.

Keynote Lecture 1: Redefining Mental Health

Shigenobu Kanba

Honorary Professor, Kyushu University; Chairman, Japanese Society of Psychiatry and Neurology

Psychiatric and neurological disorders cause great detriments to everyday living. The annual economic losses caused by psychiatric and neurological disorders in Japan have been calculated to be 14.5 trillion yen for dementia, 2.8 trillion yen for schizophrenia, and 2 trillion yen for depression (See reference material 1, the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology Brain Science Committee's "Trends in Neuroscience Research for Overcoming Psychiatric and Neurological Disorders in Japan and Overseas," Part 45, July 30, 2019)

The Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) was originally called the Japanese Society of Neurology and was founded in 1902 by psychiatrist Dr. Shuzo Kure and internist Dr. Kinnosuke Miura and about 200 members. That same year, they began publishing a journal entitled "Neurologia Japonica." Then, in 1935, they added "psychiatry" to become the Japanese Society of Psychiatry and Neurology. Their journal was renamed "Psychiatria et Neurologia Japonica." JSPN became a corporation in 1946 and a public interest incorporated association in 2013. Today, it has over 18,000 members.

JSPN implemented a committee system in 2018. Starting with its Science and Education Department, it has six departments with 52 active committee members. The Science and Education Department includes the Promotion of Psychiatric Research and the Paradigm Shift Research Group (which researches the parties most affected). Its Mental Health, Healthcare, and Welfare Department includes the Physical Restraint, the Anti-Stigma Committee, and others.

Projects for various problems in psychiatry include the "Efforts for the Courses of Study Guidelines," "Investigating and Responding to Isolation and Confinement," and "Response to the Issues of the Former Eugenic Protection Act."

The Japan Society of School Health's Committee on Contemporary Health Problems was established in 2014, and JSPN submitted a request for a revision of the Courses of Study Guidelines to the Minister of Education in the following year. This led to the enactment of the Revised Courses of Study Guidelines in 2018.

The Revised Courses of Study Guidelines for High Schools teaches that maintaining a balanced lifestyle with exercise, diet, rest, and sleep and noticing when something is wrong with one's mind or body is important to prevent or recover from mental illness. It also says that the early detection of disorders and social countermeasures are necessary. In addition to measures for preventing depression, schizophrenia, anxiety, eating disorders, and avoiding addiction to substances such as alcohol and drugs, the guidelines on mental illness also now mention the names of disorders related to topics like gambling. One might say that a significant shift is occurring in the way the public thinks about mental illness and how society perceives it. The way mental health is handled in school education must be further improved in the future.

Next is the topic of the investigation and response to restraint and isolation. Japan has been criticized for still having many cases of restraint and isolation, so investigations and measures for that are currently underway.

I will also introduce efforts being made at JSPN's research promotion committee. In 2018, it formulated a proposal for the promotion of research to overcome mental illnesses and provide disability support. During an opinion exchange with the related ministry, the proposal drew comments on the importance prioritizing research topics, the necessity of cross-cutting cooperation in fields and departments, expectations towards building a meaningful registry, and other topics.

When prioritizing research topics, we adopted a co-production stance that involved people receiving care, clinicians, and researchers. Organizations representing the people most affected or families expressed opinions such as, "We want results," "We want you to give back to those most affected," "Researchers only want to research the themes that they are personally interested in, not what the people most affected or their families want researched," and "Wouldn't it be possible for family associations to contribute to the development of psychiatry by building awareness?"

We must not forget the tragic events that have happened in the history of psychiatry at the individual level, on the healthcare level, and on the society level. These include home confinement, low-cost admission-style healthcare (in which the health insurance reimbursement system incentivizes keeping people sedated), frontal lobectomy, the Eugenic Protection Act, and abuse or unnecessary restraint committed by medical professionals.

Looking back on those topics, although there was a clear history of wrongs that anyone could see, when asking myself what decision I would have made I had been there at the time, I cannot say for certain. This is another risk in psychiatry.

By shining a light on history, it is likely that there are many uncertainties even among medical practices that are common in clinics today. To eliminate those uncertainties, we must advance psychiatry while pursuing our own self-improvement.

Keynote Lecture 2:

The Ideal Structure of Mental Health Policy Going Forward - Viewing Life Courses in Their Entirety, Including Childhood

Yoko Kamio Visiting Professor; Institute for Education and Human Development,
Fundamental Research Division of Human Development

The number of child psychiatrists is extremely low in Japan. However, the entire world is facing similar circumstances. The WHO identified child and adolescent mental health as a global priority issue several years ago and has been advocating for the integration of mental health in primary care.

In recent years, we have come to understand that there are many cases when the initial symptoms of adult psychiatric disorders first appeared among children and adolescents, and we have grown more attentive of the continuity between adult and childhood. There is an increasing need to gather and examine evidence over the continuous life course for cases that should be handled with care from the early stages, when symptoms start to appear.

In the past few years, we have shifted our perception towards psychiatric disorders. Instead of viewing them as either present or absent, we now take a continuous view that focuses on symptom severity. We have also begun to recognize that developmental disorders should be included within the framework of mental health, since most developmental disorders co-occur with psychiatric disorders.

On the topic of proposals for the future of mental health policy, I would like to point out gaps in existing programs. First of all is the fragmentation between the government departments that handle policies related to mental health. Programs are currently being implemented by separate departments. For example, mental health for children is handled by the Maternal and Child Health Division at the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). Mental health at schools is handled at the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT), but cases that occur during or after adolescence are handled by the Mental and Disability Health Division of the MHLW. However, the degree to which measures for cross-departmental information sharing have been implemented is not transparent. That makes me question the efficiency of current government systems. Next, when considering the life course from childhood to adulthood, policies that take the entire life course into account are needed. To achieve that, we require measures that achieve horizontal information integration between departments pursuing different policies. This would be done by sharing information concerning the transition of healthcare services from childhood to adolescence to adulthood.

A nationwide fact-finding survey on initial diagnoses in child psychiatric care (presented at the Japanese Society for Child and Adolescent Psychiatry's (JaSCAP-C) annual meeting in 2019) also identified needs in regional child psychiatric care. They included diagnosing developmental disorders in adults, integrated diagnosis and treatment methods for mental health (for co-occurring developmental disorders and psychiatric disorders), and methods for preparing written opinion statements and medical certificates for schools. From these results, it is necessary to improve the capacity of mental health workers in primary care as a qualitative issue. Qualitative issues that require improvement include the concentration of specialized local institutions and long wait times for consultations. Also, fragmentation must be eliminated so that information can be shared among various fields such as in education and welfare.

The Proposal for Developing a Healthy Next Generation was presented in 2014 by the Subcommittee on Birth and Development, which is part of the Science Council of Japan's Committee on Clinical Medicine and is chaired by Prof. Mariko Momoi. Of the seven items in the proposal, I was responsible for "Promotion of mental health measures for children," which includes the following four items.



1. Introduction and promotion of mental health education for children.
2. Training primary care physicians, who are first-responder specialists, which is expected to decrease references and prescriptions and lower healthcare costs (Cochrane Review, 2010).
3. Creating integrated research systems to develop preventative care and treatment methods to build common understanding and consensus in society.
4. Building regional healthcare networks to respond to mental disorders and psychiatric problems among children (which would implement bidirectional functional coordination and role sharing between primary, secondary, and tertiary institutions; on-site consulting at primary and secondary institutions; reviews of payments for medical services; etc.).

Keynote Lecture 3: Access to Medical Care and Mental Health - Examples from the U.S

Frederick Nucifora

The Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Schizophrenia Center,
Johns Hopkins Hospital

A comprehensive approach can have a significant impact on psychiatric illness. While pharmacotherapy is important and can be effective for many, therapy methods like Cognitive Behavioral Therapy (CBT), substance abuse counseling, and group therapy are also important. An infrastructure for providing continuous and appropriate wrap around care* that includes group homes providing psychiatric rehabilitation programs five days per week is also necessary.

As a doctor, I am not only concerned with relieving symptoms, I am also concerned with enhancing quality of life (QOL) such by improving real world functionality or strengthening ties with family members.

The National Institute of Mental Health (NIMH) has been testing the effectiveness of its Coordinated Specialty Care (CSC) program which provides recovery support after first episode psychosis (FEP). In the CSC program, personalized treatment plans are developed using a comprehensive team approach that includes the person receiving treatment and their family. In addition to medical treatment, these plans also provide family support, support for employment and education, and lifestyle support to decrease future episodes, reduce long-term disability, and improve QOL.

NIMH has conducted a prospective study involving over thirty clinics for two years to compare the effectiveness of CSC to standard community care.

Its results showed that people in the CSC cohort stayed in treatment longer and had greater symptom improvements. They also experienced significant improvements to QOL and in interpersonal relationships. This trial indicated that comprehensive approaches improve QOL for people receiving treatment.

Pharmacotherapy plays a major role within a comprehensive approach, as seen in a case example of a 22-year-old male who received treatment after the clozapine clinic started at John Hopkins School of Medicine. Although he was attending a top-tier college, he developed schizophrenia and was unable to graduate. He was hospitalized about ten times. After starting treatment with clozapine, his symptoms improved dramatically and he graduated college without additional hospitalizations. He improved to the point that he gained employment in the field he was interested in before developing schizophrenia.

Clozapine is the only medication available in the U.S. that is effective for treatment-resistant schizophrenia, but it is underutilized. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) in the U.S. is currently examining clozapine use in the future.

I was a leader in efforts to establish Clozapine Centers of Excellence with the goals of improving mental health and reducing morbidity, mortality, and cost to society. Clozapine Centers of Excellence not only provide access to clozapine specialists, they provide the appropriate care and education to the people receiving treatment and their families. We built a system involving cardiologists and hematologists to respond when side effects occur to satisfy the need for long-term clozapine use.

Deep Brain Stimulation (DBS) is provided for treatment-resistant schizophrenia at John Hopkins University. We believe providing a combination of clozapine treatment, DBS, and electroconvulsive therapy (ECT) will grow more important in the future.

By establishing the Centers of Excellence, we have successfully decreased hospitalization, decreased substance abuse, and reduced homelessness. These efforts resulted in overall cost savings to the healthcare system.

* wrap around care: comprehensive, patient and family-driven care that provides a highly specific service to the client's individual needs

Panel Discussion :

Future Expectations for Mental Health Policy in Japan from the Perspective of Academia

Panelists:

Takeshi Iwatsubo Professor, Department of Neuropathology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Yoko Kamio Visiting Professor; Institute for Education and Human Development, Fundamental Research
Division of Human Development

Ryoma Kayano Technical Officer, WHO Centre for Health Development

Shigenobu Kanba Honorary Professor, Kyushu University; Chairman, Japanese Society of Psychiatry and Neurology

Yoshiharu Kim Director, National Institute of Mental Health

Hiroaki Tomita Professor, Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

Toshiaki A. Furukawa Professor, Department of Health Promotion and Human Behavior,
Health Issues Course, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, Kyoto University

Moderator:

Akira Sawa Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University; The Johns
Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public
Health, Johns Hopkins Schizophrenia Center, Johns Hopkins Hospital

Discussion Summary

- The Importance of a Life Course Approach and Discussions with Multi-Stakeholders -

Effectively incorporating academic research from psychiatry and psychiatric health into policy will require academia, society, and those most affected to collaborate to promote research in a manner that is based on medical and scientific understanding while bearing social needs in mind. In addition to research conducted in each field for every disease, long-term and large-scale research that takes the entire individual life course into account is particularly necessary. Policy proposals must span disciplines and fields to ensure said research is used effectively in policy. Furthermore, research is necessary to verify existing policies. It is important to establish a cycle in which research that verifies existing policies is accumulated and used effectively to formulate new policies. In order to ensure that policy proposals are formulated based on evidence, it was suggested that policy-based efforts should be made to obtain sufficient budgets and to develop a research-prone environment. Efforts to promote policies should be made with the perspectives of improving Quality of Life (QOL) for those most affected or protecting human rights while referring to international trends such as World Health Organization (WHO) recommendations or positive examples from every country so that Japan can exhibit leadership on the world stage.



The need for cross-cutting mental health policy that covers the life courses of those most affected and spans various disciplines and fields

- ◆ Seamless policy-based support along the entire life course from before and around birth to the final stages of life is required to advance mental health policy from the perspectives of those most affected.
- ◆ Stakeholders involved in each life stage must unite across disciplines and fields for issues such as the mental health of children, adolescents, and workers; mental health during senescence as society ages; and women's mental health during the perinatal and involuntal periods. Policy that encourages them to unite is anticipated.
- ◆ Mental health policy can not only be promoted through healthcare policy; it requires cooperation through educational and welfare policy. Generally speaking, in the current healthcare provision system, people require a definite diagnosis before they can receive treatment, but improving links to various fields of policy such as by implementing pre-diagnostic support (which is growing more common in the field of welfare) or by raising awareness in the classroom will result in earlier intervention or prevention and the elimination of stigma.
- ◆ When providing psychiatric care in times of disaster, it is understood that providing social support to relieve post-disaster life stress can help many people recover even if they do not obtain a psychiatric diagnosis in the acute phase. It is important to consider mental health policies that are premised upon cooperation with social support frameworks that affect wider society to create similar effects.
- ◆ Integrated assessments by various specialists for people with mental health concerns must be implemented at the community level to improve QOL for those most affected.
- ◆ Integrated care systems including types of care such as psychotherapy or community care other than pharmacotherapy must be promoted. Efforts to promote policy-based support for research on psychological and social intervention that does not only focus on biological research are expected for various measures to improve QOL for those most affected.

The need to secure financial resources to make long-term, large-scale studies possible and develop a research environment for building evidence in the field of mental health

- ◆ In modern society, disease burdens are extremely large in the field of mental health. Research budgets or research environments that match those burdens must be established.
- ◆ Building support systems that cover the entire life course in the field of mental health will require long-term research that spans the entire life course. For example, psychological symptoms may manifest differently from childhood to adulthood or to late adulthood, so to conduct research on appropriate intervention methods, long-term research that observes people for many years must be implemented. The creation and support of research systems that enable said long-term research is anticipated.
- ◆ Cohort studies such as birth cohort studies (which follow groups of people born during a particular time period) or genome cohort studies (which follow healthy people for many years to gather information on disease onset, the effects of treatment, living environments, and life habits) must be made more substantial. Plans for large-scale, long-term cohort studies that allow for participation from researchers nationwide and the construction of policy-based support frameworks to promote said studies are anticipated. It is also necessary to examine opportunities to conduct global cohort studies that surpass the boundaries of nations and regions.
- ◆ In the field of mental health, both translational research and reverse translational research must be improved and mutual cooperation between them must take place. Translational research aims make the results of basic research practical. Reverse translational research begins in the clinic aiming to create results that can be used in clinical practice after conducting basic research on the issues faced by people receiving care that are discovered in clinical practice.
- ◆ With the progress of personalized medicine, big data and AI are increasingly being used to analyze the effect modifiers and post-treatment predictors of each treatment according to biological and psychosocial factors unique to individual patient characteristics. Policy-based support that promotes large-scale, cutting edge research of this sort is anticipated.
- ◆ While the evidence is granular, recognition for the importance of evidence at the meta-analysis level must be balanced with the necessity of providing personalized and concrete clinical support to the people most affected. That balancing should be supported through policy. While building evidence, people in academia and clinicians should not overlook the importance of communication with the people most affected and maintaining sympathy for them.

The need to deepen cooperation between society and academia while including those most affected and the need for research that fits the needs of society

- ◆ To build stable research systems that are viable over the long term, research subjects must be secured and subject data must be shared on a large scale. It is essential that the people most affected and members of the public who will cooperate with said research are included. It is also necessary for people in academia to proactively engage in collaboration and cooperation with those most affected and with society.
- ◆ In the field of mental health, there are many research designs that require the judgment of or decisions by citizens or the people most affected, particularly in research targeting those most affected. Deeper cooperation with those most affected is anticipated. That cooperation should start with efforts to explain research to them more carefully.

- ◆ To overcome various issues, mental health policy must be redefined according to changes in or demands from Japanese society. These issues include problems related to social withdrawal or absenteeism from school, absence from work due to depression and similar illnesses, and the rise of dementia with the aging of society. Research that responds to social demand is also anticipated.
- ◆ In the contexts of community transition or employment support for people with schizophrenia and similar disorders, recovery from the onset of psychiatric disorders in the workplace, and changes in work styles and content due to advances in AI, mental health policies related to employment must be made more substantial. Many policies have the potential for cooperative efforts with academia. These efforts could include promoting mental health measures at SMEs or placing workers or students with developmental disabilities in positions that suit them.
- ◆ Due to the advance of globalization, many people are living in societies that surpass the borders of nations and regions. In addition, international marriages are on the rise, so viewpoints from studies that take social changes into account are necessary from both the perspective of social change and from a biological perspective.

The need to formulate mental health policies based on modern demands and the latest research results, and the need to verify and gather evidence from existing policies

- ◆ In the field of developmental disorders, new research findings and developments are contributing to QOL improvements for the people most affected in various ways, such as by identifying issues through newly-developed screening tests for adults, providing preventive care, and enabling the treatment of depression and similar illnesses through effective drugs. An environment in which new diagnostic guidelines, research frameworks, and research results are proactively incorporated into policy is required.
- ◆ While some municipalities have begun implementing measures providing early community support for those most affected, there are cases where those measures are not based on evidence or cost-effectiveness analysis. It is necessary to cooperate with community service providers or local authorities in addition to researchers to implement evidence-based policies providing, for example, early evidence-based behavior therapy.
- ◆ The Basic Healthcare Act (which has been discussed for many years in Japan), the UN Convention on Disability Rights, the Americans with Disabilities Act (ADA) enacted in the U.S. in 1990, the Act for Eliminating Discrimination against Persons with Disabilities, and other such laws all have the legal intent to secure the human rights of those most affected. New mental health policies in Japan must also take a human rights-based approach, and policies must be promoted from that perspective.
- ◆ Social and community inclusion and employment support for those most affected is becoming the norm. Mental health policies must be made more inclusive. Cross-cutting cooperation between related organizations starting with the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) is required. The possibility of holding discussions within the same frameworks as general topics in health policy should be considered.
- ◆ Evidence-based policy formulation is necessary so that treatment methods that have been verified with scientific evidence can spread rapidly and so that policy effectiveness and efficiency can be improved. Additionally, the effects of those policies must be verified, so it is anticipated that the data and literature used as evidence to form the background of said policies will be disclosed and that policy evaluation indicators will be defined.
- ◆ When evaluating evidence-based policies, effectiveness indicators must be defined to verify policy effectiveness. Academia must play a major role in building evidence such as by promoting cohort studies that accumulate and analyze objective data starting with biomarkers.
- ◆ When implementing evidence-based policies, various issues arise among those providing healthcare services, starting with medical professionals. These issues include whether or not the knowledge healthcare providers already possess is evidence-based and if healthcare providers have the skills needed to promote behavior modification among the people receiving care. An environment for implementing policies that have been formulated using new evidence must be created.

The need to formulate mental health policy based on international trends and the need for leadership from Japan

- ◆ The world is attentively watching the direction of mental health policy and care in Japan's super-aging society, particularly in the field of dementia. Japan must be aware of its role as a leader.
- ◆ It is predicted that mental health policy will be formulated associated with international trends while referring to plans such as the World Health Organization (WHO) Mental Health Action Plan 2013-2020 or the Mental Health Atlas 2017.
- ◆ In various contexts, Japan must make progress in several areas that are considered important internationally. These include emphasizing the protection of human rights in mental health policy, being considerate of QOL during recovery, understanding the importance of providing integrated care or community-based care and establishing both the effective leadership and governance to achieve them, and formulating and implementing evidence-based policies. Japan should refer to the situations surrounding these areas in other countries.
- ◆ Social support provided in the field of mental health should not be perceived as a cost. It should be considered an investment in promoting greater work style diversity or for building a more inclusive society. This is a mainstream concept in other countries and Japan should adopt that same perspective.

The Second Session

“A Multi-stakeholder Discussion on Japan’s Mental Health Policy: The Way Forward”



Welcoming Remarks

Kiyoshi Kurokawa Chairman, HGPI

A wonderful discussion was held in our first session this morning, which was entitled “Leading Experts’ Talk on the Global Trends in Mental Health.” It is important that policy delves further into the topics discussed and builds up anything with the potential to be improved. Also, independent efforts from members of civil society will be critical for overcoming problems in mental health.

For example, vigorous efforts from non-government organizations (NGOs) or members of civil society in every region may result in the creation of new models. We should promote a mentality for continuously sharing such efforts with the world and develop tools to aid communication.

Health and Global Policy Institute (HGPI) was established in 2004 as an independent non-profit, non-partisan think tank to help citizens shape health policy, and as of December 18, 2019, HGPI was ranked 4th in Global Health Policy and 3rd in Domestic Health Affairs in the University of Pennsylvania’s Global Go To Think Tank Index Report presented in January 2019.

In the world today, it is important to decide how to be active on the international stage and how to publicize. Moving forward, we want to share the discussions held at this global expert meeting with think tanks around the world. It is my sincere request that you have lively discussions.

Keynote Lecture 1: The Current State of Mental Health Policy in Japan

Koji Sasaki Director, Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities, Mental Health and Disability Health Division, MHLW

In September 2004, the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) announced the Reform Vision of Mental Health and Welfare and presented a basic plan entitled “Transitioning from Hospitalization-focused Care to Community Living.” Then, in February 2017, the Examination Committee on the Future of Mental Health and Welfare proposed the concept of establishing a comprehensive community-based integrated care system for mental disorders for the first time.

The total number of people with psychiatric disorders was estimated to have grown to 4.193 million in 2017. Among them, approximately 302,000 were hospitalized and approximately 3.891 million were outpatients. The number of people receiving outpatient care has increased dramatically over the past fifteen years while the number of people hospitalized has decreased slightly. Looking at the the number of people who transitioned to outpatient care by disorder in descending order, people with mood disorders, particularly depression, account for approximately 30% of the total. Meanwhile, neurological and stress-related disorders account for approximately 20%, with numbers particularly high for anxiety disorders. Next is other diseases like schizophrenia and dementia.

Looking at the transition for people with mental illnesses who were hospitalized by disorder, the number of people hospitalized with schizophrenia has increased by an overwhelming amount. By age group, the number of people age 65 and over (and in particular those age 75 and over) increased to account for 60% of the total number of people hospitalized. The average length of stay in hospital has decreased dramatically over the past 30 years. In 2017, the average stay length was 268 days. While there was a significant decrease in the number of people hospitalized for five years or more, their number combined with the number of people hospitalized for one year or more accounts for 60% of the total.

The most common destination for people discharged from psychiatric wards is “Home,” which is where two-thirds of individuals go. However, examining destinations by length of stay in hospital reveals that for those groups who stay from one to five years and five years or more, less than 20% returned home. Over half of them were transferred to another hospital or clinic or are listed as “Other (deceased, missing, etc.)”. Among people who experience long-term hospitalizations lasting 1.5 years or more, 85% considered leaving the hospital to be difficult, with a third of them saying that was because they had no residence or support.

Also, half of the people hospitalized in psychiatric wards say they could be discharged if there were support systems that provide in-home services. A base for such services must be established. If outpatient care or in-home nursing were adequately provided, I am hopeful more people could be discharged.

While the Project to Promote the Creation of Community-based Integrated Care Systems to Respond to Mental Disorders and the Project to Support the Creation of Community-based Integrated Care Systems to Respond to Mental Disorders are currently underway at the MHLW, there are two major challenges facing those projects. The first challenge is that parties participating in the implementation of the aforementioned projects will be regional and prefectural governments, designated cities, and special wards (the aforementioned promotion project includes cities where healthcare centers have been established). They must be promoted in other municipalities as well. The second point is that it is not enough to only provide facilities that respond to the physical aspects of the issue, such as places to live. Systems that provide overall lifestyle support and can respond appropriately to emergencies must be created. After building systems in which consultation support specialists are closely connected to healthcare institutions and can respond to emergencies, we then want to cooperate with related government agencies to build systems that allow consultation support specialists to coordinate with institutions that handle housing in communities.

Examining usage rates of mental welfare services and similar services among people affected by mental disorders, compared to services such as work transition support and community life support, usage rates of community transition support and community settlement support are extremely low at 0.2% and 0.8%, respectively. Every effort aiming to increase usages rate of the services while effectively collaborating with model projects should be made.



Keynote Lecture: A society where we can be ourselves and each share a bit of happiness

Keigo Kobayashi Person with Mental Health Condition

Thanks to everyone who provides mental health support every day, I can now savor every minute and second of my life. For that, I would like to express my sincere gratitude.

Concerning the future of mental health, the first thought I had when thinking about what kind of society we should build was, "A society where we can be ourselves and each share a bit of happiness."

There are limits to my time and activities because I visit a clinic once a week, but I am employed as a corporate executive. I was 18 when I first saw a psychiatrist. I sought a consultation because I was experiencing sudden feelings of uncertainty and fear that left me in a state of agony. After three months at the company that hired me as a new graduate, I developed depression and eventually, resigned. At age 32, my depression worsened while I was at my current company. I took a leave of absence and was hospitalized once again. It was then that I was diagnosed with bipolar disorder.

When I thought I could not go on, I encountered medical professionals who saved me. I was able to regain myself and return to work. Four years ago, I started having panic attacks. They have caused me to be hospitalized twice. I have faced this illness for 22 years. There were many painful times, and there were times I kept my head down and told myself I had to somehow live through each moment. When I look up today, the fact that I have been given the opportunity to speak before you like this makes me think there are happy things in life if I just keep on living, and I am grateful for my life.

Twenty years have passed during which I have continuously questioned why it is painful to live. There is one answer I finally struck upon. It is because I have not been able to live true to myself. I have been unable to do such a natural thing.

Staying true to yourself means finding things that you love and hate about yourself, feeling your own emotions, and deciding your everyday life for yourself. It is also realizing that there are small joys to be found in each and every instant. In other words, I think it is to live true to yourself and to know what it is that you enjoy.

The three key items needed to build a society where we can be ourselves and each share a bit of happiness are education, healthcare, and community.

Personally, I feel like I needed education the most. People need education on maintaining a state of mind in which one does not lose sight of oneself amidst a wide array of values must be provided as early as possible in life. In other words, it is education that teaches one how to center one's own identity. They could be called lessons to avoid illness and enable children and young people to be able to defend themselves, or to be able to live true to themselves. They would also empower the people who do end up getting sick so that they can get back on their feet and retake their lives.

On the topic of healthcare, I think we need healthcare, medicine, and relationships that focus on connecting people to living in the moment. People who are sick have trouble living in the moment. I was personally saved through by being taught how to live in the moment through support that was provided by everyone involved in my care. Extended hospital stays can be important for recovery, but as a stay gets longer, opportunities to naturally feel rich emotions grow more rare and one loses one's freedom to feel them. One starts to grow uncertain about successfully reentering and living in normal society. Leaving the hospital starts to feel frightening. Healthcare is something that supports people in the moment, so it would be good if it provided people the support they need to live in society.

The role of society is to provide a place where one can feel happiness and joy. To have the will to live, you have to think life is fun. That is why communities must be places where people can live happily. Now, it is said that the people most affected need to be provided places to live. Instead of focusing on providing them just one core place to live, I believe it would be good if society were to become a place where people could have overlapping, complimentary connections.

I would like to conclude by asking everyone a question. Imagine that your job, activities, title, or income disappeared tomorrow. How would you make your lifestyle viable, and how would you keep yourself going? Having a disability means losing your identity, and it is the same as having to rebuild yourself from scratch. What sorts of things do you need after you have lost everything and you have to restart your life from square one?

Every answer you can think of to that question – “This is necessary,” “That would be good to have” – they are all things that society needs. It is better to have many places where you can be yourself. It is better to be able to savor many small joys. I believe it would be best if society became like that.

Panel Discussion 1:

Towards a Community-based Integrated Care System That Can Support Mental Health Care - Facilitating Multi-sector Collaborations and a Life Course Approach

Panelists

Chiaki Tamura	YPS Yokohama Peer Staff Association
Yoko Kamio	Visiting Professor; Institute for Education and Human Development, Fundamental Research Division of Human Development
Akira Sawa	Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University; The Johns Hopkins University School of Medicine , The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins Schizophrenia Center, Johns Hopkins Hospital
Masafumi Mizuno	Head Professor, Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine
Tomoyuki Ishii	Director, Japan Psychiatric Hospitals Association
Koji Sasaki	Director, Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities, Mental Health and Disability Health Division, MHLW
Kanna Sugiura	Research Fellow, HGPI

Moderator:

Ryoji Noritake	CEO, Board Member, HGPI
-----------------------	-------------------------

Discussion Summary

- The Importance of Providing Mental Healthcare along the Life Course through Cooperation between Various Disciplines and Relevant Regional Organizations -

To successfully establish integrated community care systems that have the capacity to handle mental disorders and a community inclusive society and to bring hospitals, communities, every profession, and mental health policy in Japan one step closer to the individual, specialists in healthcare, welfare, and nursing and related bodies like hospitals, schools, and communities must cooperate. From a life course approach perspective, mental health care in local communities should be developed with comprehensive mental health policies that include prevention and education and are based on the premise of good cooperation with healthcare institutions. Community transition is an important element for improving QOL for the people receiving psychiatric care and it requires careful institutional design, environmental development, and budgetary measures. To implement and verify effective measures, a system that gathers verification data for those measures and ensures they are evidence-based must be built while referring to examples from abroad, other medical fields, and public health. In addition, many participants said that they expect building community transition models according to the actual circumstances in every region and verifying them from the perspectives of those most affected will lead to effective and efficient policy promotion.



Mental health care in local communities should be developed using comprehensive mental health policies that include prevention and education and should be based on the premise of good cooperation with healthcare institutions

- ◆ There is a tendency for discussions on mental health policy in local communities to focus on the transition from the hospital back to the community for individuals who received care. However, discussions should be advanced with a perspective covering the entire life course for the people most affected that includes preventative measures or education, awareness-building, and screening at schools because such measures would affect people before they are hospitalized in medical institutions.
- ◆ Psychiatric care must be recognized as larger contexts, such as within the everyday lives of those most affected or in efforts to develop society's understanding of mental health. Based on that, it is expected to be handled within the context of healthcare policy in the same manner as other types of physical care in future discussions.
- ◆ In Japan, the duration of untreated illnesses are long in psychiatric care. Also, the leading cause of death among young people is suicide, so opportunities to promote early diagnosis and provide mental health information during school must be created. Instead of the community and medical institutions perceiving each other as conflicting parties, it is necessary for medical institutions, welfare facilities, schools, and other related organizations in the community to cooperate to normalize the everyday use of medical institutions and to increase the role of the community.
- ◆ To promote cooperation between the community and medical institutions, an environment in which those most affected can easily use psychiatric care both every day and during emergencies must be created. It is expected that systems allowing forced hospitalizations like involuntary commitment and hospitalization for medical care and protection will be revised to help build such an environment. At the same time, those revisions are expected to establish forms of psychiatric care that are easier to access, such as by popularizing backup systems for hospitalization such as the rest admission system or designs that enable easier outpatient examinations.

The need to build frameworks to enable the people most affected to participate in various policy decisions and the need to rebuild mental health policy from their perspectives

- ◆ There is a need to improve the social environment and community understanding so that those most affected can proactively pursue necessities of life such as housing, education, work, and hobbies. While improving understanding in the community and in society, measures should be taken to provide support for everyday living for those most affected, such as employment support through social training programs or support for finding housing.
- ◆ Japan has ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), which calls for inclusion for the people most affected. Policy-based efforts that provide the people most affected opportunities to participate in the policy decision process, healthcare services, or research design from a position of equal status should be supported. Doing so will allow for the creation of disability-friendly communities and healthcare facilities that are easier to use.
- ◆ Some of the parties most affected by mental health are children. A public discussion should be held about the inclusion of children that covers topics such as the ideal way to build consensus among parents on the rights of children and methods of treating them.
- ◆ Compared to other OECD countries, financial resources for mental health in Japan are still insufficient. As can be seen from the good example set by cancer countermeasures, an extremely effective way of increasing the budget for policies related to mental health will be to include those most affected in the planning process and build awareness towards their opinions and not only focus on the opinions of people in academia or healthcare providers.



In psychiatric care, community transition is an important element for contributing to QOL improvements for those most affected, so careful institutional design, environmental development, and budgetary measures are necessary

- ◆ To enable the people most affected to have peace of mind when they are discharged, efforts aimed at community acceptance prioritizing environmental development or institutional design is needed. Focusing only on discharging people reduces the effort to a numerical goal and does not contribute to improving the lives of those most affected.
- ◆ Deinstitutionalization and community transition has higher costs than institutional care. Like the previous example set by dementia policy, it will be necessary to provide forms of support to those most affected besides healthcare, such as providing places to visit, train for daily living, and receive support for daily living. This must be done without focusing only on the perspectives of the Health Insurance Bureau or the costs. It is necessary to advance a public discussion in which providing these forms of support is presented as a necessary investment to build an integrated society.
- ◆ While developing the environment to improve community transition, community transition must be promoted by informing healthcare institutions and the people most affected about existing systems. An environment in which those most affected can know and understand it is possible for them to leave the hospital must be built.
- ◆ It is necessary to promote measures aiming for the community transition of those most affected and can be implemented at healthcare institutions. Treatments for overcoming disorders affecting living function provided in rehabilitation wards can be popularized. There are many areas in which future progress is expected such as training provided by speech-language-hearing therapists (also known as “Speech Therapists” or STs) for people with schizophrenia or training provided by occupational therapists (OTs) that supports people’s ability to have outings and is aimed at social recovery.

Cooperation among healthcare, welfare, and nursing and various related disciplines is important and, to promote it, best practices must be shared and expanded horizontally

- ◆ Training programs are becoming increasingly popular for promoting community transition and integrated community care. However, on-site training should be promoted over classroom training, and trainees should visit integrated community care sites where best practices have been implemented.
- ◆ National qualifications have been established for specialists that can provide support after hospital discharge, such as psychiatric social workers (PSWs) and licensed psychologists. Case workers are also expected to be classified as qualified consultants in the future. A community transition model that is based on collaboration between various disciplines like these and does not only rely on doctors should be built.
- ◆ Establishing community activity support centers and care facilities together at shared locations is one good practice for encouraging cooperation between healthcare and welfare. Users of such combined facilities have fewer first-time hospital admissions after initial examinations as well as fewer readmissions. They also feel greater peace of mind due to the fact that a care facility is nearby to provide backup in case of emergency. It is expected that successful measures like this will be expanded horizontally.
- ◆ In the field of dementia, comprehensive centers providing one-stop medical and nursing consultations and care were established using funds generated by the Acts for Securing Comprehensive Medical and Long-Term Care in the Community. There are cases where they successfully improved QOL for users or established efficient systems for providing medical and long-term care. In recent years, there have been many measures developed using verification projects in the field of dementia or Long-Term Care Insurance community care systems that can be used as references.
- ◆ When promoting integrated community care or community transition efforts through cooperation between healthcare, welfare and nursing, it is expected that leadership functions will be established at each location. As the working-age population shrinks, the government and each municipality face worsening financial problems related to a lack of human resources, but to provide more effective and efficient care, leadership functions must be improved to bring them closer to the public needs. Also, each party should build partnerships of their own while focusing on the voices of those most affected. Doing so will enable multi-stakeholders to utilize leadership that surpasses fields of specialty in each region.



To implement and verify effective measures, a system that gathers data for verification those measures and ensures they are evidence-based must be built while referring to examples from abroad, other fields, and public health

- ◆ It is anticipated that lessons and examples will be gathered from community transition measures included in mental health policies or from discussions held at major academic associations in various countries such as Finland, Italy, and the U.K. and will be reflected in measures implemented in Japan. It is also assumed that there are many cases from other fields of medicine or in public health that can be used as model cases for mental health policy. Additionally, Japan's circumstances and data must be shared with international organizations and similar organizations to improve policy transparency at the international level.
- ◆ When restructuring mental health policy and psychiatric care to cover the entire life course, it is expected that discussions will be based on high-quality evidence. It is because there have been new developments of objective indicators including biomarkers that prevention, early intervention, and evidence-based support for those most affected can be improved.
- ◆ It is not enough to only implement measures; a system for gathering data that can be used to verify those measures must also be created. For measures to promote community transition, it is necessary to monitor the status of verification projects in every region and continuously test them.

The need to build community transition models according to the actual circumstances in each region or the current situation in Japan and the need to implement measures based on set priorities

- ◆ Urban and rural areas in Japan face very different problems in community transition. Community transition models that match the diverse needs of various regions must be built. Those needs include healthcare institution accessibility and methods for approaching mental health for the gradually increasing number of non-Japanese residents.
- ◆ As Japan transitions to a super-aging society, new issues in hospital admissions and community transition support for elderly people are starting to appear. The ideal community transition support model would be able to respond to challenges that arise from issues like the decline of cognitive function, the recurrence of psychiatric symptoms, and the loss of loved ones. Such a support model must be examined.
- ◆ When promoting measures with limited financial resources, it is necessary to prioritize measures that have high potential for successful implementation and are highly effective. To that end, it is expected that the people most affected and multi-stakeholders including people in academia will continuously share issues they encounter.



Panel Discussion 2:

Issues Related to the Participation of People Most Affected in Mental Health Policy, and Future Prospects

Panelists:

Yasuhiro Obata The National Federation of Associations of Families with The Mental Illness in Japan (Common name:Minna-net)

Kenji Horiai YPS Yokohama Peer Staff Association

Junko Kitanaka Professor, Faculty of Letters, Keio University

Yukiko Lema Clinical Research Program Manager, The Johns Hopkins Schizophrenia Center

Moderator:

Shunichiro Kurita Senior Associate, HGPI

Discussion Summary

- The Importance of Gathering the Experiences of the People Most Affected and Medical Professionals and Promoting Cooperation among Them to Create Policies from the Perspectives of Those Most Affected -

To make certain that future measures incorporate the opinions of the people most affected in every aspect of mental health policy as much as possible, participants discussed the importance of expanding research on the current situation surrounding and methodology for gathering those opinions as well as developing the environment to make gathering them easier. Further statements mentioned the necessity of gathering the experiences of those most affected as well as doctors involved in clinical treatment and effectively using those experiences as objective evidence in psychiatry and in policy proposals. Participants shared real-world examples that demonstrate the need to build cooperative programs that are based on medical and scientific knowledge. Such programs can spread accurate knowledge concerning mental health and enable mutual learning between the people most affected and multi-stakeholders. While a similar discussion was held during Panel 1, many statements echoed the sentiment that the people most affected must be brought together with multi-stakeholders for discussions that surpass rank and position so that those parties can unite and take action to achieve mental health policy that is closer to the people it affects.



The need to build an environment in which a wide range of opinions from the people most affected can be gathered and the need to gather the experiences of medical staff involved in clinical treatment as objective evidence to use in psychiatry and policy proposals

- ◆ To gather the opinions of those most affected, situations in which they are isolated from their communities or from information must be eliminated and places where they can meet and express their opinions while feeling at ease must be built. At the same time, it is necessary for those who do express their opinions to be willing to publicize their names and faces and make statements with a sense of responsibility. Mutually fair exchanges conducted in this manner will create opportunities to eliminate stigma. Additionally, support for the foundational elements of living such as employment or housing must be improved so that the people most affected can continue to express their opinions.
- ◆ In psychiatry, narratives from the people most affected are an important type of subjective information. However, medical professionals are scientists and value objectivity, so narratives are somewhat difficult for them to handle. To overcome that, a framework that accumulates the empirical knowledge and subjective narratives of those most affected as objective evidence is necessary. Referring to user-led research in the U.K. by Professor Diana Rose, measuring and evaluating those narratives by efficacy, effectiveness, and satisfaction may allow the feelings of the people most affected to be expressed in a more objective manner. Efficacy expresses how effective a drug or treatment is in the short term. Effectiveness refers to the effects of a drug or treatment from a long-term perspective, after the person in question has returned to the community. Satisfaction is a subjective measurement of the lifestyle changes and effects on Quality of Life (QOL) that occur after receiving a drug or treatment.
- ◆ Gathering the tacit knowledge of medical professionals as evidence can contribute to improving overall quality of care. It is said that doctors at clinics have the habit of covering aspects related to emotion or social behavior in addition to cognitive function during examinations. This pluralistic approach is an intrinsic strength of psychiatry. Using said tacit knowledge as evidence will make it possible to objectively communicate the thoughts of medical professionals. Doing so will deepen understanding towards psychiatry among the general public starting with the people most affected.

The need to build cooperative programs based on medical and scientific knowledge that can develop accurate knowledge and enable mutual learning between people most affected and multi-stakeholders

- ◆ Instead of one-way communication in which medical professionals or academics provide information to the people receiving care or their family members, programs which intend to advance medicine through mutual learning that unite the people receiving care, their families, medical staff, and representatives from academia as teams working to clarify disease mechanisms are necessary.
- ◆ Programs specialized for school education are needed to improve understanding towards the development mechanisms of childhood mental disorders and to teach people how to employ preventative approaches on their own. Such programs will result in accurate understanding of mental disorders and have the potential to eliminate stigma. For example, in the U.S., doctors and nurses have formed teams that provide educational programs on depression, which is said to be common during and after adolescence. These programs are incorporated into health and physical education curriculums to improve understanding among students, their family members, teachers, and school counsellors. The teams are working to build processes that give students the knowledge they need to recognize their own symptoms and help them independently seek treatment.
- ◆ There are many cases in which the phrase “those most affected” refers to both the individual receiving care and their family, but the thoughts of those two parties often differ. Family members have historically filled the role of supporters, but there have been many cases in which they have been forced into either mental or physical isolation from the community or information. Healthy relationships with family members are important in helping the individual in question recover. When family members fill the role of supporters, methods for providing information on support services must be improved using knowledge of disorders to help them return to their original familial relationships.

The need to bring the people most affected together with multi-stakeholders for discussions that surpass rank and position so those parties can unite and take action to achieve mental health policy that is closer to the people it affects

- ◆ Even among medical professionals, there is a tendency for differing ways of thinking to arise. They must come together as teams in which relationships surpass positions and occupations and that use perspectives firmly rooted in medicine or science. They must work towards the shared goal of decision making that are most beneficial to the individuals.
- ◆ While collaboration between those most affected with industry or the government will be necessary in the future, it is not enough if those efforts only consist of setting aside time to ask those most affected for their opinions on efforts that are already underway. What is necessary is a process that allows for those most affected to be included from the beginning of such efforts and for co-creation. To achieve that, those most affected also require training to be able to participate in activities. It is worth noting that there are organizations providing such training in other disease fields.
- ◆ The opinions of those most affected tend to have aspects that are individual, emotional, and moral. While there is a trend of perceiving them as difficult to approach objectively and critically, constructive discussions should be actively held so that those opinions can be discussed in a fair manner. However, the basis of such discussions is mutual respect, so relationships of trust within the cooperating teams must be built before discussions with depth can be held.

Closing Remarks

Hanako Jimi Member of the House of Councillors

The advance of work style reform at the Diet in recent years has brought us to a significant turning point for freelance work and other types of work styles as well as for labor laws. Discussions on a stronger response to mental health are starting to be held on a nationwide level, and a movement on a scale we have not seen for many years has begun. As we learned when we started study sessions on the topic of people who have withdrawn from society, it is time for discussions within the LDP to directly address the difficulty of uniting multiple disciplines.

To address key topics such as multidisciplinary cooperation, integrated community care, and building an inclusive society, doctors must first deepen their expertise. That is why I formed the Parliamentary Association for Correcting the Uneven Distribution of Doctors through the Doctor Training Process in November 2017. One result of our activities was the successful reinstatement of psychiatry as a required course in the system for providing initial clinical training to doctors starting in April 2020.

Recently, people speak of “integrated community care” as if it is magic, but we must keep in mind that it will not lead to instant solutions. When considering how to build an inclusive society with healthcare, nursing, education, and welfare, it is most important to have a place at the table for the people most affected.

I believe that we shoulder a great responsibility to combine family support, medical research, and the healthcare provision system into a single art that places the people most affected at the center of future efforts in the field of psychiatry. From that perspective, the people gathered here today are a great asset to Japan. We are discussing the next mental health policies with central people from every field together with the people most affected and their families. That is truly a significant step forward.

To close this conference, please allow me to express my sincere hope for the continued health and success of the experts here today who are contributing actively from their respective positions and my deep gratitude that we had the opportunity to hold this meeting.



2019年度アドバイザーボード・メンバー（敬称略・五十音順）

神尾 陽子	一般社団法人 発達障害専門センター 代表理事、医療法人社団 神尾陽子記念会 発達障害クリニック附属発達研究所 所長、国立研究開発法人 国立精神・神 経医療研究センター精神保健研究所 児童・予精神医学研究部 客員研究員、お 茶の水女子大学人間発達教育科学研究所人間発達基礎研究部門 客員教授、日 本学術会議 第二部会員
茅野 龍馬	WHO健康開発総合研究センター 医官
神庭 重信	九州大学名誉教授、公益社団法人 日本精神神経学会 理事長
金 吉晴	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長
澤 明	京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座 The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins Schizophrenia Center, The Johns Hopkins Hospital
富田 博秋	東北大学大学院 医学系研究科 精神神経学分野 教授
古川 壽亮	京都大学大学院 医学研究科・医学部 健康要因学講座 健康増進・行動学分野 教授
Frederick Nucifora	The Johns Hopkins University School of Medicine, The Johns Hopkins Schizophrenia Center, The Johns Hopkins Hospital

FY2019 Advisory Board Member (Titles omitted; in no particular order)

Yoko Kamio	Representative Director, General Incorporated Association Specialized Center of Developmental Disorders; Director, Development Disorder Clinic, Yoko Kamio Institute for Developmental Disorders; Visiting Researcher, Early Intervention and Preventive Medicine Research Department, Department of Neuropsychopharmacology, National Center of Neurology and Psychiatry; Visiting Professor; Institute for Education and Human Development, Fundamental Research Division of Human Development; Member of Section II (Life Sciences) of the Science Council of Japan
Ryoma Kayano	Technical Officer, WHO Centre for Health Development
Shigenobu Kanba	Honorary Professor, Kyushu University; Chairman, Japanese Society of Psychiatry and Neurology
Yoshiharu Kim	Director, National Institute of Mental Health
Akira Sawa	Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University; Director, Johns Hopkins Schizophrenia Center, Johns Hopkins Hospital, Johns Hopkins University School of Medicine and Bloomberg School of Public Health
Hiroaki Tomita	Professor, Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine
Toshiaki A. Furukawa	Professor, Department of Health Promotion and Human Behavior, Health Issues Course, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, Kyoto University
Frederick Nucifora	Johns Hopkins Schizophrenia Center, Johns Hopkins Hospital, The Johns Hopkins University School of Medicine

日本医療政策機構とは

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、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となることを目指しています。

日本医療政策機構 メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

乗竹 亮治	理事/事務局長・CEO
栗田 駿一郎	マネージャー
柴田 倫人	シニアアソシエイト
麻生 豪	アソシエイト
有馬 詩織	アソシエイト
坂内 駿紘	プログラムスペシャリスト

共催： 京都大学大学院 医学研究科 先端国際精神医学講座
特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）

協力： ジョーンズホプキンス大学

協力企業： 武田薬品工業株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

About Health and Global Policy Institute (HGPI)

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a Tokyo-based independent and non-profit health policy think tank, established in 2004. Since establishment, HGPI has been working to help citizens shape health policies by generating policy options, and to bring stakeholders together as a non-partisan think-tank. The mission is to improve the civic mind and individuals' well-being and to foster a sustainable healthy community by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and by catalyzing society for impact. We commit to activities that bring together relevant players in different fields, in order to provide innovative and practical solutions, and to help interested citizens understand choices and benefits in a global, broader, and long-term perspective.

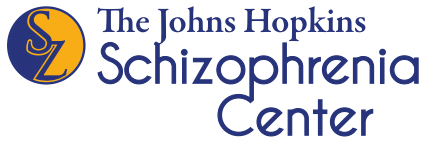
Mental Health Policy Project Team at HGPI

Ryoji Noritake	CEO/Board Member
Shunichiro Kurita	Manager
Tomohito Shibata	Senior Associate
Go Aso	Associate
Shiori Arima	Associate
Takahiro Sakauchi	Program Specialist

Co-hosts: Frontier & International Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University
Health and Global Policy Institute

Cooperation: Johns Hopkins University

Corporate Partners: Takeda Pharmaceutical Company Limited
Janssen Pharmaceutical K.K



KYOTO UNIVERSITY



HGPI Health and Global
Policy Institute