

**当事者視点で考えるデジタルテクノロジーの利活用促進に向けた目指すべき方向性  
～心の健康を高める「メンタルヘルステック」を取り巻く政策課題と今後の打ち手～  
ラウンドテーブルディスカッション**

**議論のまとめ**

- 日時： 2022年9月1日（木）10:00-12:00
- 形式： オンライン

**目次**

■論点1 「自分に必要なメンタルヘルステックをどう選ぶか？」 .....	2
<まとめ> .....	2
<議論のポイント・詳細> .....	2
■論点2 「医療的ケアが必要になったときにどうするか？」 .....	3
<まとめ> .....	3
<議論のポイント・詳細> .....	3
■論点3 「メンタルヘルステックに求めるエビデンスとは何か？」 .....	5
<まとめ> .....	5
<議論のポイント・詳細> .....	5
■論点4 「予防・健康増進のコストは誰が負担するのか？」 .....	7
<まとめ> .....	7
<議論のポイント・詳細> .....	7
■今後の政策提言に向けて .....	8
<まとめ> .....	8
<議論のポイント・詳細> .....	8

日本医療政策機構（HGPI）メンタルヘルス政策プロジェクト



## ■論点1 「自分に必要なメンタルヘルステックをどう選ぶか？」

### <まとめ>

メンタルヘルスサービスの選択は、利用者にメンタルヘルス不調の自覚が乏しいことや、メンタルヘルスの状態が時間とともに変化しうること、状態や課題感の捉え方に主観的な多様性があることなどによって、その選択が困難となっている。現状、こうした選択は、利用者の知識や意思に任せられ、サービスの内容の一覧も不足しているため、選択の負担感は大きい。

### <議論のポイント・詳細>

**利用者が常に変化する自身の課題を自覚することと、自覚した課題にマッチするサービスを選択するという側面において大きな困難と課題がある。**

- 利用者自身が心身の状態や課題感を自覚し把握することは難しく、さらにサービスの機能も不明瞭であると、利用者のニーズとサービスのマッチングの不成立はしばしば起こりうる。そのため、利用者の状態把握を支援することだけでなく、サービスの機能を明瞭化し、両者の**マッチングの精度を高める工夫を検討する必要がある。**
- また、利用者的心身状態が変わると、ニーズも変化し、それによって求めるサービスの目的も変化する。例えば、健康な状態では発症を予防する目的や良好な状態を維持する目的、不調な状態では普段の状態に戻す目的、通院が必要な状態では症状を医療者へ伝えるためのコミュニケーション支援や服薬支援の目的などが考えられる。
- このように、心身の状態に応じてニーズが変化することも、利用者とサービスの適切なマッチングを困難とさせている。結果的に、利用中断を招く原因となりうる。その他にも、中断の理由として、状態が悪化すると選択意欲自体が減退することや、自分と他者の課題が異なるために、他者の口コミで選択したサービスに満足しにくいことなどが挙げられる。

**メンタルヘルスは幅広い概念であり、サービスのクオリティーコントロールや、ユーザビリティの向上など多様な課題をクリアする必要がある。**

- サービスのクオリティーコントロールのため一定の基準を確立させることが望ましい。
- サービス開発母体もユーザーの信用に関係する。例えば、行政と連携した開発過程であることや、大学の研究機関を通じたサービスであることなどが、利用の動機に関わる。
- 諸外国では**利用者の使い心地（ユーザビリティ）を向上させるため、多様性に応じたユーザーインターフェイスのデザインなどを改善させている**。例えばアメリカでは、利用する形態の項目（音声か、文章か）を画面上で選び、サービス一覧から自分に合うものを選択できるプラットフォームが作られている。
- サービス選択を自発的に基準に則って行うためには、セキュリティー・エビデンス・目的・信頼性・ユーザビリティなどの項目を一覧化できるようにし、多様なニーズに合わせて利用するサービスを選択できるようになることが望ましい。

利用者が主体的にサービスを選択するには、産業によるサポートも有用である。産業サポートの課題を整理し、産業の育成にも取り組む必要がある。

- サービスの利用目的により、必要なサービスや求められる価値は変わる。さらに、アクター（サービス利用者）が当事者か、あるいは組織管理の面で当事者にサービスを推奨したい企業の人事などによっても大きく異なる。
- 現状は、不調の自覚が難しいため組織が当事者を守る図式が主であるが、情報の非対称性が存在するため、利用者側が主体的に選択できているとは言い難い。

## ■論点2 「医療的ケアが必要になったときにどうするか？」

### <まとめ>

状態の把握と自覚がしづらいメンタルヘルスにおいて、利用者が自ら状態に気づき、利用者自身の情報を自分で活用していくことは重要である。そのためには、利用者が困ったときに自身の課題感を解釈していくように促す対話の機会を設けることや、そうしたシステムの構築、あるいは予防・健康増進と医療的ケア間のシームレスな橋渡しのための体制整備などが必要となる。また、その範囲内でのデータの取り扱いや利活用については、法や規則に則り、利用者に事前同意を取ったうえで慎重に取り計らわれるべきである。

### <議論のポイント・詳細>

課題として、予防・健康増進サービスから医療的ケアサービスへの移行に関する判断や、通知システム、情報の橋渡しなどの基準について、整備する必要性が挙げられる。なかでも、利用者自身が医療の必要性を感じていない場合の対応を考慮する必要がある。

- メンタルヘルスの状態は常に変化するもので、医療的ケアが必要かどうかの線引き自体不明瞭である。自分の心や感情について気づき、自己評価するといった、アセスメントや心理教育等の機能が付いたサービスがほとんどみられなかったことも、状態を把握しにくい原因の一つである。
- そのため、**利用を通じて利用者自身がメンタルヘルスについて知っていくためのサービスが備わっていることが望ましい**。利用者自身が自分のこまり感を言語化できずに自覚に至らない状態はよくあるため、**医療につなぐ前段階の相談支援を充実させること**も重要である。医療につなぐばかりが解決策ではないことを前提に、例えば、利用者の相談を聞き、**課題の整理を助ける対話のサポート**が初めにあるとよい。
- そのうえで、次に、**利用者の状態を察知し、利用者に適切に伝えるテクノロジー**があると望ましい。利用者にとって必要なときに、医療的ケアにつながれる仕組みが非常に大切である。一方で、利用者が無自覚であっても、スクリーニング上は重症で、医療的ケアが必要な場合がある。当事者が気づいていない間に状態が悪化してしまう可能性を防ぐためには、エビデンスに基づくスクリーニングが必要となる状況も考えられる。
- 一定の基準を設けることにより、サービス利用者の状態が悪化したと判断されたときには、**利用者に対して的確なアラートをいつ、どのように、どこまで出せるか**は課題である。メンタルヘルスで

は、状態が悪い事を利用者に伝えることで、利用者にどのような影響を及ぼしうるかも慎重に検討する必要がある。一案として、緊急性の高い状態であり、かつ利用者の同意を事前に取得している場合であれば、利用者の緊急連絡先や位置情報などの個人情報を取得し、利用者の最寄りの救急医療機関と提携する安全計画を知らせたり、医療機関への受診を促したりする機能も検討の余地がある。

### **利用者のニーズとサービスのミスマッチによる満足度の低下を防ぐため、医療へのつなぎ方にに関する課題に加えて、つながったその後も考慮した取り組みが必要である。**

- 利用者が医療的ケアの必要性を医療側にいかに伝えられるかにも課題がある。利用者の状態を客観的かつ正確にフィードバックするような支援や、利用者に自身の状態を言語化したり、伝え方についてのトレーニングを行ったりする機能も検討に値する。そのような機能の利用を通じて、利用者自身の不安も解消され、医者側との認識の不一致が軽減したり、受診の満足度が向上したりすることも考えられる。
- 医療につながれば全て問題が解消されるという縦割りの発想ではなく、現状起こりやすい医療とのミスマッチにサービスがいかに貢献できるかという視点を持つことが重要である。

### **サービス開発において、予防・健康増進分野と、医療分野ではルールが大きく異なり、双方のつなぎ込みに関する課題に対して、分野横断的なガイドライン作成等を議論する必要である。**

- 予防・健康増進の領域では非科学的なサービスが溢れ、効果を追求する事業者もあれば、使い勝手の良さだけを提供する事業者もあり玉石混交である。一方、医療的ケアの領域は、医療機器の扱いとなるため、基本的には許認可を得る進め方で、プライバシーやデータを取り扱うことになる。
- このように、開発における双方のルールや満たすべき条件が全く異なるサービス同士をつなぎ込むことは非常に困難である。
- また、コスト面でも、医療的ケアのサービスは非常に高いセキュリティの構築が求められるが、予防・健康増進のサービスで同等の対応をしようにも非常にコストが高くなる。結果的に、利用者のコスト感とミスマッチが起こる原因となる。
- さらに、予防・健康増進と医療的ケアの情報セキュリティの格差も大きい。病歴や診断結果、受信記録などの要配慮個人情報を両者間で共有したり、医療側の情報を予防・健康増進側や病後の社会復帰支援の側へ共有したりすることは、技術的にも法的にも課題がある。
- 日本の実情に合わせた公式ガイドラインの検討を、省庁や学会が積極的に関与しながら質的にコントロールがなされていくべきである。

### **利用者が安心してサービスを活用できることを目指し、個人情報保護の観点では、サービス事業者はデータの取り扱いや二次利用の範囲について、同意の取得や説明責任を果たすことなどが求められる。**

- これまでデータ二次利用は利用規約で謳われているものの、サービス利用者は知らないところで自身の情報を二次利用されることに対して不信感を生じやすい。1つのキーワードで個人が特定されるリスクが高く、情報を扱う場合にはいかなる制限を設け扱うかを議論する必要がある。
- 個人情報が分厚いほど、利用者同士がお互いに知りたいことを知れ、コミュニケーションが深まる。一方で、個人情報保護の観点では、情報が分厚いことで情報漏洩や利用者間トラブルにもつながる

ジレンマがある。

- 医療へつなぐ必要が生じた際に留意すべきことは、どのような個人情報を誰に提供するのか分かりやすく示したうえで、利用者の同意を得ることである。
- 個人情報保護法上問題となるのは、同意のない外部提供や加工情報の利活用など（企業内での二次利用、研究での使用など）である。サービスの開発段階で当該分野のデータ二次利用における必要ないくつかの準備が挙げられる。1点目は、サービスにおける個人情報の取り扱いの留意点を挙げること。特にメンタルヘルスは誰にも知られたくないことを利用者が開示する点を考慮に入れ、情報の取り扱いには留意する。2点目は、利用者が安心して利用環境を受け入れられるよう、事前に法律上適法と判断される範囲内での利用とその説明を行う必要がある。3点目は、それらの説明が利用者に分かりやすく示されることが重要である。

**予防・健康増進から医療的ケアへの移行をスムーズにするために、双方向からの取り組みに加えて、橋渡しの役割を担う仕組みや制度設計が必要である。**

- 予防・健康増進と医療的ケアのサービス同士をつなぐ、中間の橋渡しの役割を積極的に行う社会的な仕組みの構築が必要である。例えば、保険会社とタイアップするなど、**サービス開発事業者と信頼の置ける第三者（産業医の会社や、カウンセラーの心理面接を提供する会社など）**が入る体制が一般的になると、予防と医療の垣根をよりスムーズに移行することにつながる。
- また、医療制度の仕組みとしても、**予防と医療の連動性の向上には、診療報酬上のインセンティブ設計によって医療側の支援体制の構築が促進されうる**。しかし、それによって全ての状態を医療的に解決させるのではなく、あくまでも当事者の目指す状態に基づき、それを共有することを根底に置くことが望ましい。
- 受け入れ側の予防・健康増進サービスないし医療的ケアサービスの品質保証のため、**受け入れ側の研修体制も整備する必要**がある。

### ■論点3 「メンタルヘルステックに求めるエビデンスとは何か？」

#### ＜まとめ＞

医療的ケアでのエビデンスは主に客観的な指標に基づくものをエビデンスとしていることが多い。しかしメンタルヘルスにおける予防・健康増進ないし医療サービスでは主観的評価も重要となる。客観的な指標だけでなく、主観的な指標（満足感など）も含め、エビデンスには質的に多様な評価軸があることが望ましい。利用者各々が目指す回復の状態に応じた機能を自ら選択できる仕組みや、そのための開発体制も必要である。

#### ＜議論のポイント・詳細＞

**メンタルヘルスにおいては、利用者にとって、客観的評価だけではなく主観的評価も重要である。多様な視点からエビデンスを検討することが重要である。**

- メンタルヘルスの概念は広く、多面的で複合的な評価軸が置かれることが必要である。例えば、不安

感のような情緒面、利用者に不調や不利益が生じない安全面、使い続けられる継続面や経済面、など、さまざまな評価軸に分類されうる。

- サービスを通じて、利用者が主観的に楽な状態を維持できることは、利用者にとってメリットが大きい。ただ、主観的評価は高くて、客観的評価は低いといった評価の不一致も起こりうる。
- 一方、客観的な有効性のエビデンスが得られても、利用者の満足度や継続性が低いと利用は続かない。その意味では、主観・客観評価の幅を広げていき、ドロップアウト率や、アクセシビリティ、ユーザビリティなどの評価を取り入れることが重要である。
- アプリなどのデジタルによるメンタルヘルスケアでは、重症化すると満足度も継続率も低下する一方で、遠隔でのオンラインカウンセリングは重症でも満足度は高いことが確認されている。メンタルヘルスの遷移に応じた評価軸の変更も検討に値する。

**予防・健康増進サービスのエビデンスの考え方や作り方は、医療的ケアのそれとは異なることから、先駆的な取り組みを行っている諸外国の標準手法や評価項目を参照し、日本の実情に合ったエビデンス創出のガイドライン作成を目指す。**

- 医療では通常 RCT などの介入研究が行われ薬効評価がなされる。しかし予防の段階では、サービス利用有無でその後の精神疾患の発症をフォローすることは難しい。予防・健康増進の事業者側にエビデンスを追求する姿勢が乏しいのが現状であり、事業者側の意識を促す必要がある。しかしながら、開発プロセスにおいて予防の段階から有性性・安全性の検証のために介入研究にコストをかけることに一定のハードルがある。
- 安全性や有効性の評価は大事であるものの、そもそも何をエビデンスとし、それをどう創出するかという標準的な手法や評価項目が定まっていない。
- その課題に対して、5000 以上ものメンタルヘルス関連サービスが存在するアメリカでは、アメリカ心理学会 (APA: American Psychological Association) がサービス評価モデルを提唱している。そこには、**アクセスやプライバシー、セーフティ、ゴール、そして利用者の視点を取り入れた利用者の使い心地（ユーザビリティ）などの評価項目**が含まれる。
- 日本でもそれに倣えることは多く、まずはそのような標準的な手法の開発が期待される。その際は、費用対効果も意識する必要がある。
- 利用の継続性という観点では、アウトカム評価もさることながら、代替エンドポイントとしてのストラクチャー（構造、例えばユーザーインターフェイスやデザインなど）や、プロセス（過程、例えば利用状況や満足度など）の評価も重要である。

**予防・健康増進分野においては、有効性に対する表現は避け、安全性の保障に対して一定の規制を設けることが重要である。**

- 薬機法に触れないよう、「効果がある」という表現は避け、マイルドな影響を示唆する表現にとどめる注意が必要である。
- 予防領域でサービスの介入効果を出すことは難しい。そのため、使用して害がないという安全性の検証は最低限の義務であり、一定の規制を置くことが必要である。

テクノロジーは、人の役割を代替するものではなく、人と人のつながりをファシリテーションするものであることに留意したエビデンスの創出も検討する。

- AI や認知テクノロジーはあくまでも人と接する機会を促すものであり、人に完全に代替するものではない。そのため、テクノロジー単体でなく、人とどう組み合わせていくかの観点でエビデンスを創出する意識が重要である。

## ■論点4 「予防・健康増進のコストは誰が負担するのか？」

### ＜まとめ＞

コスト負担のモデルでは、サービスの利用者自身がコストを負担することよりも、利用者を保護する意思がある周りの人や組織がコストを負担するモデルの方が、持続可能と考えられる。さらに、予防・健康増進と医療的ケアとでは法や制度がカバーする範囲が異なるため、コストの負担モデルも変わりうる。こうした制度のはざまで、真に支援が必要な人にサービスを届けられないことはあってはならない。支援が届くための仕組みや体制づくりを具体的に進めていく必要がある。

### ＜議論のポイント・詳細＞

**サービス提供に関して、組織・機関などがコストを負担するのが現実的であり、そのような体制に支障をきたしにくい仕組みを構築する必要がある。**

- メンタルヘルスに限らず、ヘルスケア関連の予防や健康増進に関わるサービスは、利用者自身が負担しないビジネスモデルが基本となる。利用者が自身の課題を自覚し、改善や治療の目的でサービスを利用する場合は、利用者自身が支払う可能性が高いが、課題が明確ではなかったり、自覚されない場合は、不調を防ぐことへの自己投資はなかなかされないものである。また、経済的な要因でメンタルヘルスは悪化することからも、B to C で支払いを要求することは難しい。
- そのため現状は、第三者が本人の健康維持や状態悪化を未然に防ぐためにコストを負担し、未来の健康を担保する図式が現実的となっている。例えば、国民の健康を守るために国が保険料を負担する、従業員の健康を守るために企業が使用料を払い、従業員は無料でサービスを使える、妊娠婦のメンタルヘルス不調を防ぐために、母子保健事業を行う自治体が費用を持つ、などという図式が挙げられる。
- このように、意思決定者が利用者と別にあるためビジネスモデルの複雑性は増すものの、不調への自覚が難しいメンタルヘルスケア領域では、利用者の健康を願う人や組織が、資金援助していることが多い。
- 職域では、従業員のメンタルヘルスを、マイナスからゼロにもっていくという安全策のような対応だけでなく、ゼロからプラスに転じていくような健康経営的アプローチの傾向が近年、多々みられる。従業員の生産性の向上に、企業の意向は動きやすいため、例えばポジティブメンタルヘルスのような、プラスな言葉の使い方や見せ方の工夫を組み合わることが事業展開のしやすさにつながる。
- 利用者のためには事業者がコストを回収できる持続可能な体制がなければならない。その意味では、公的な支出や保険制度に組み込まれるなど、企業による人材投資の一環としてのコスト負担が進ん

でいくと、少しずつメンタルヘルスや心に投資される社会が身近になっていく可能性がある。一例として、保険点数がつく心理検査を組み、収益化に成功した企業が散見される。

**現状のビジネスモデルだと、離職者や非正規雇用者などが対象となりにくく、本来サービスを必要とする人へ支援が行き届きにくい体制が課題として挙げられる。そのような支援が届きにくい人へのサービスアクセスやコスト負担モデルの設計などについての議論が必要である。**

- 現在の医療保険制度では被用者保険は企業が負担し、国民健康保険は基本的に自治体が負担するという構造になっている。医療保険制度は事故が起きた時の給付が中心であるため、予防をカバーしにくい性質がある。
- 省庁の中でも、医療保険制度の予防に対する使い方は十分に交通整備がなされていないのが現状である。担当省庁を決定し、予算組みやエビデンス創出を連携して横断的に進めていく必要がある。
- 予防事業は労働安全衛生法の基で行われており、サービスはその枠組みでなされる。健康保険法の枠組みではないことから、健康経営的な会社の投資から広げることが解決策になりえる。
- 軽度で健康経営的な集団からまずは取り組む場合、企業がコストを負担するモデルが一般的である。健康経営のコンサル会社や保険会社の付加的なサービスとして市場が拡大していく一方、政策側は、市場による公正公平な競争や利用者による適切な選択を促す基盤の整備を提示する役割が求められる。
- 健康経営的なアプローチでは、メンタルヘルスの対象者はフルタイムの正規雇用者と有期従業員の一部になるが、社会的に不利な人に資源を重点配分する「社会的勾配」の考え方には立つと、離職者や転職・離職を繰り返すような人に重点が置かれるべきである。しかし、現状の問題点として、離職者や転職・離職を繰り返す人には資源が傾斜配分されておらず、包含すらされていない実態がある。この非対照性を解消していくため、フリーランスなど企業に属さない人のメンタルヘルス対策は、企業に属している人達と異なるモデルを考える必要がある。

## ■今後の政策提言に向けて

### ＜まとめ＞

本来、苦労をしている人が社会に含まれる仕組みと体制を整えることが本質的に必要である。そのためには、事業者が持続的なサービスを提供できるための制度の制定も重要と考えられる。加えて、社会として、メンタルヘルスの状態をライフコース全体で捉えた支援とその体制づくりが重要である。

### ＜議論のポイント・詳細＞

**改めて、サービスが真に必要な人に届けられてないことに関する課題が抽出され、サービスデリバリーの仕組みを産官学民が連携して検討する必要がある。**

- 職域に対する健康経営のアプローチと並行して、非正規雇用や、休職者のメンタルヘルスも忘れてはならない。さらには、出勤・出席しているが健康状態が悪い社員の存在も注目されている。しかしながらそのような曖昧な状態にはリーチしづらいことが現状である。

- カバーする対象者の裾野を広げるには、事業者の持続可能なマネタイズの仕組みに課題が残る。事業者同士や産官学民が一同に議論し、PDCAの検証と連携強化が必要となる。
- 人の健康に関する事業者の責任として、一定の安全性・有効性の基準を設けるべきである。参入障壁が低い現状から、事業者の意識を変えていかなければならない。

**誰でも状況や環境の変化によってメンタルヘルス不調になることから、メンタルヘルス対策はライフコースで捉え、早期に誰もが学べる機会を創出していく必要がある。**

- 児童・思春期のウェルビングの低下は将来に渡り影響を及ぼす。
- 自覚の難しさや、常に調子が変化するのがメンタルヘルスの特徴である。自分の心や自分に合うサービスを自ら選択するために、サービスに触れる機会を早期に設け、ヘルスリテラシー、情報リテラシーを身につける機会を作る。ライフコースの視点で早期に親しめると、そのようなサービスが自然と当たり前のものとして認識され、費用負担の意義も感じられやすくなっていく。
- サービスの技術がより前進し、メンタルヘルスナビゲーションになっていくことが望ましい。メンタルヘルスは、1人で向き合い続けることが難しい側面がある。そのため、サービスの利用を通じてメンタルヘルスについて学ぶのだけではなく、ライフコースを通して伴走し、各人の生活や人生の各局面においてその選択をよりよくナビゲートするような存在となることが好ましい。

**時代背景に添った社会的包摂の観点を強化することや、ファイナンスの工夫により、持続可能で必要な人に届けられるサービスの拡充に目を向ける必要がある。**

- アクセシビリティを改善するためには、D&I(ダイバーシティ＆インクルージョン)、多様性という議論にメンタルヘルスも参入する必要がある。
- また、サービスが市場に参入する場面のモジュールの見直しをする。メンタルヘルスの問題にアプローチするだけでなく、それと関連性が高い身体状況や環境などの問題も考慮したモデルの中で、サービスを位置付けながら市場に参入する必要がある。
- さらに、ファイナンスの打ち手を工夫すべきである。2つの非対照性が存在し、その解消に取り組む事が望ましい。1点目は、健康への投資の個人の意識の持ち方であり、健康な人ほど健康に費用を出し、当事者は投資しない、あるいは投資できない環境に置かれている。そのため、事業者は当事者から費用を取るマネタイズの仕組みを取りにくい。2点目は、健康な人ほど有利で安定した公的医療保険制度に加入しておりサービスが届きやすいが、真にサービスが必要な人で国民健康保険や生活保護を利用している場合、届きにくい実態がある。日本の医療保険制度の根本を変容させることと並行して、市場でもある程度解決していく必要がある。
- これまで従業員の健康づくりは生活習慣病に傾斜がかけられてきたが、昨今は働き方改革やメンタルヘルスの文脈でも着目されており、オンライン診療を活用した新たなビジネスも生まれつつある。その市場の力を借りながらサービスの基盤を作り広げていく。例えば、横のつながり同士のマッチングのために、データヘルス予防見本市などのイベントを開催し、機運に乗じる戦略も検討に値する。

ラウンドテーブルディスカッション参加者（敬称略） ※ご所属、ご役職は開催当時のものです。

ディスカッションメンバー(五十音順)

**落合康**（住友ファーマ株式会社 フロンティア事業推進室 開発企画オフィサー）

**金子賢佑**（株式会社金子書房 代表取締役常務執行役員）

**久我弘典**（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター センター長）

**小林圭吾**（メンタルヘルス当事者）

**小山智也**（経済産業省 商務・サービスグループ ヘルスケア産業課 課長補佐）

**武川大輝**（emol 株式会社 代表取締役 COO）

**竹林由武**（福島県立医科大学 医学部健康リスクコミュニケーション学講座 講師）

**林晋吾**（メンタルヘルス当事者／株式会社ベータトリップ 代表取締役）

**水町雅子**（宮内・水町 IT 法律事務所 弁護士）

**三原岳**（ニッセイ基礎研究所 主任研究員）

本レポートは、日本医療政策機構が独立した中立的な医療政策シンクタンクとして、2022年9月1日に開催されたラウンドテーブルディスカッションでの議論に基づきチャタムハウスルールの下、取りまとめたものです。