

ECONOMIST
IMPACT

メンタルヘルスケア の再考

新たなアプローチの活用



サポート:

 **Boehringer
Ingelheim**

目次

- 4** このレポートについて
- 8** 主要な調査結果
- 10** 世界のメンタルヘルスの現状は?
 - 10** 広範な規模と範囲に及ぶ精神疾患の影響
 - 10** 強固なグローバルの計画はあるものの、行動が伴っていない
 - 11** 国の計画は一般的に、計画を実現するために必要な、十分な資金が確保されていない
- 14** ケアの改善に向けたイノベーション
 - 14** 個別化医療の強化を通じたイノベーションの可能性
 - 15** イノベーションが実践につながらない一般的な理由
- 17** グローバルの調査結果
 - 17** イノベーションはメンタルヘルスに対する取り組み姿勢の変化から始まる
 - 18** 研修と定着率の向上が、人材課題克服の鍵
 - 19** イノベーションとコラボレーションを促進するために従事者の意識を変える
 - 20** 基本的なサービスと革新的なサービスへのアクセスを改善する
 - 21** イノベーションを促進する環境整備
 - 22** 日常診療に影響する臨床上の課題に取り組む

23	国別調査結果
24	国別プロフィール: 日本
26	国別プロフィール: 中国
29	国別プロフィール: フランス
32	国別プロフィール: ドイツ
34	国別プロフィール: イタリア
37	国別プロフィール: スペイン
40	国別プロフィール: 英国
42	国別プロフィール: 米国
45	付録
45	付録 1: 方法論
47	付録 2: 参考文献



このレポートについて



「メンタルヘルスケアの再考:新たなアプローチの活用」は、Economist Impact によるレポートです。8カ国(中国、フランス、ドイツ、イタリア、日本、スペイン、英国、米国)に焦点を当て、メンタルヘルス政策と実践の現状を探りました。また将来を見据えて、これらの国々における精神保健分野において、各国で将来的に導入される可能性のあるイノベーション(特に個別化医療および精密医療)と、その準備状況をさらに調査しています。各国の国別プロフィールでは、メンタルヘルス政策と実践の現状を概説し、主要な調査結果をより詳細に説明しています。このプロジェクトは Boehringer Ingelheim 社のサポートを受けて作成されましたが、Economist Impact が完全な編集管理権を保持するものです。

調査対象となる8カ国を横断した調査で探るべき主要テーマを特定するため、最初に文献レビューが行われています。調査結果は、主要な関係者である精神保健従事者、患者とその代表、政策立案者を含む2つのグループ、つまり主要な国際専門家へのインタビューとグローバル運営委員会との話し合いの参考となりました。国別調査では、ワークショップや個別インタビューにより専門家と調査結果について話し合い、調査対象国の状況についてより詳細かつ具体的見解を把握しました。最後に、グローバル運営委員会が再び招集され、すべての調査結果について議論が行われました。このホワイトペーパーでは、これらの調査活動の全体像を紹介します。

Economist Impact の編集チームは、このプロジェクトを支援するために貴重な時間と知見を惜しみなく提供して下さった以下の皆様に感謝の意を表します。これには、調査の回答者 175 名、グローバルインタビュー参加者 10名、グローバル運営委員会メンバー 8 名、および各国での調査参加者 41 名が含まれます。

グローバル運営委員会:

Dr Antonella Santucci Chadha

Women's Brain Project 共同創設者兼プロボノ CEO、Euresearch のチーフメディカル オフィサー兼プロボノ副社長

John Saunders 氏

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI: 欧州精神障害者家族協会連盟) エグゼクティブダイレクター

Péter Kéri 氏

GAMIAN-Europe プレジデント

Thomas G Schulze 教授

ルートヴィヒ・マクシミリアン大学ミュンヘン大学病院教授 (ニューヨーク)、世界精神医学会 (WPA) 次期会長

Dr Neda Milevska-Kostova

IAPO 患者安全監視機構会長

Doron Wijker 氏

経済協力開発機構 (OECD) 政策研究員

Dainius Pūras 教授

ビリニウス大学 児童精神医学・公衆精神衛生学教授

Giampaolo Robert Perna 教授

ヒューマニタス大学精神医学専任教授、ヒューマニタス サンピオ X 病院不安・パニック障害個別化医療センター長

グローバルレベルのインタビュー参加者:

Andrea Cipriani 教授

オックスフォード大学精神医学教授、オックスフォード精密精神医学研究所 (NIHR オックスフォード健康生物医学研究センター) 所長

Péter Kéri 氏

GAMIAN-Europe プレジデント

Anna Dé 氏

ウィメンズブレインプロジェクトステークホルダー エンゲージメント責任者

John Krystal 教授

イエール大学医学部トランスレーショナルリサーチ、精神医学、神経科学、心理学教授

Brisa S Fernandez 教授

保健・精神保健および臨床応用研究所名誉准教授

Chee Ng 教授

メルボルン大学ヘルススコープ精神医学科長

Caren Howard 氏

メンタルヘルス アメリカの政策およびアドボカシー担当シニアディレクター

Shekhar Saxena 教授

ハーバード TH チャン公衆衛生大学院グローバルヘルス・人口学部グローバルメンタルヘルス実践教授

Dr Thomas R. Insel

精神科医、神経科学者、Vanna Health 共同創設者兼エグゼクティブチェアマン

Dr Alexander Schubert

欧州神経精神薬理学会 (ECNP) 理事

各国ワークショップの参加者とインタビュー参加者 (I=インタビュー)			
中国	Dr Hao Yao 上海精神保健センター 成人精神医学フェローシップ研修プログラム常駐精神科研修医	イタリア	Alessandro Serretti 教授 エンナ・コレ大学 精神医学教授
	Huiwen Xu 教授 テキサス大学医学部 公衆衛生学部、シーラー センター オンエイジング (SCoA)		Fabrizio Starace 教授 モデナの精神保健・薬物乱用局長
	Dr Jiang Long 上海交通大学医学部 上海精神保健センター 精神科医		Gianluca Serafini 教授 ジェノヴァ、サンマルティーノ、IRCCS 総合病院精神科病棟 正教授兼所長
	Dr Ruby Wang LINTRIS コンサルティング マネージング ディレクター		Michele Sanza 教授 AUSL ロマーニャ大学精神保健・依存症学科長、ローニャ大学精神医学非常勤教授
	Dr Xiaoping Wang セントラル サウス大学精神科医		Mirko Manchia 教授 イタリア、カリアリのカリアリ大学医学部・公衆衛生学部精神医学科、カナダ、ノバスコシア州ハリファックスのダルハウジー大学薬理学部、ECNP 双極性障害ネットワーク委員長
	Dr Yu Peitong (I) 営口市第四人民病院 精神科医		Dr Yunus Emre (I) ベルガモ大学
	Dr Jin Y (I) 中華人民共和国 営口市第四人民病院 精神科医		
フランス	Dr Elias Abdel Sater (I) ル・ヴィナティエ医療センター 精神科医	日本	Dr 千葉悠平 (I) 横浜舞岡病院 精神科医
	Dr Célia Belrose (I) 臨床心理士、独立開業		Dr 松岡 弘修 (I) 直方中村病院 連携部長・精神科部長
	Dr Romain Denis (I) アマシー・ジャヌヴォワ総合病院 精神科医		Dr 田中理香 (I) スタジオリカクリニック 精神科医
	Dr Sarah Tebeka (I) パリ・シテ大学准教授、病院勤務医 (MCU-PH)	スペイン	Eduard Vieta 教授 バルセロナ大学病院クリニック精神医学・心理学科長
	Dr Jean-Marie Batail (I) レンヌ ギョーム・レニエ総合病院、精神科医		Dr Gonzalo Salazar de Pablo キングス・カレッジ・ロンドン精神医学・心理学・神経科学研究所上級臨床講師
ドイツ	Dr Andreas Meyer-Lindenberg 教授 マンハイム中央精神衛生研究所 CEO、ハイデルベルク大学精神医学・心理療法学科長/マンハイム医学部	Joan Costa-i-Font 教授 ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス・アンド・ポリティカル・サイエンス医療政策学科教授	
	Jürgen Margraf 教授 アレクサンダー フォン フンボルト - ドイツ、ボーフムのルール大学精神保健研究・治療センター (FBZ) 臨床心理学・心理療法学教授、ドイツ精神保健センター (DZPG)、パートナーサイト ボーフム/マールブルク	Dr Oscar Pino López ベニート・メンニ CAMS 病院バルセロナ大学医学部准教授	
	Paul Bomke 氏 メンタルヘルスおよび神経学サービスプロバイダー、Pfalzkrlinikum CEO	Dr Maria J Portella サン・パウ研究所、バルセロナ・サルート校、上級研究員兼メンタルヘルス研究グループ長	
	ルネ・ハーレマン教授兼学科長 オルデンプルク大学 医学・生命科学部精神医学科教授	英国	Gunter Schumann 教授 上海復旦大学人口神経科学・層別医療センター、ベルリン シャリテ大学医学部

各国ワークショップの参加者とインタビュー参加者 (I = インタビュー)			
英国 (続き)	<p>Dr Katharine A Smith オックスフォード大学精神医学部 名誉顧問精神科医、NIHR オックスフォード健康臨床研究施設 臨床リーダー KAS は、国立衛生研究所 (NIHR) のオックスフォード健康臨床研究施設によってサポートされている</p>	米国	<p>Anil K Malhotra 教授 ノースウェルヘルス、ファインスタイン医学研究所、行動科学研究所共同所長兼教授</p>
	<p>Dr Martina Di Simplicio インペリアル カレッジ ロンドン脳科学部精神医学科</p>		<p>George Eleftheriou 氏 Feel Therapeutics 共同創設者兼 CEO</p>
	<p>Sir Simon Wessely 教授 キングス・カレッジ・ロンドンの精神医学・心理学・神経科学研究所 精神医学部 王室精神医学教授</p>		<p>Gerard Sanacora 教授 イェール大学医学部精神医学教授</p>
	<p>Richard Bentall 教授 シェフィールド大学心理学部教授</p>		<p>Nathaniel Z Counts 氏 ニューヨーク市保健局長メンタルヘルス上級政策顧問</p>
			<p>Dr Thomas R. Insel 精神科医、神経科学者、Vanna Health 共同創設者兼エグゼクティブ チェアマン</p>

このレポートの内容については、Economist Impact が単独で責任を負う。レポートで表明された調査結果や見解は、必ずしもインタビュー参加者やスポンサーの見解を反映するものではない。この調査は、Rabani Kapoor の支援を受けて、Aanisah Khanzada と Rory Meryon が主導。プロジェクトディレクターは Elly Vaughan。Sarah Greenley は文献の検

索と選別を行った。Anna Sayburn は文献レビューを執筆。本報告書は、Aanisah Khanzada と Elly Vaughan が執筆・編集した。この情報は可能な限り正確に検証されているが、Economist Impact は、このレポート、またはレポートに記載されている情報、意見、結論に依拠した結果に対する責任を一切負わない。

主要な調査結果



この調査プロジェクトでは、メンタルヘルス政策と実践の現状調査において、改善が必要な分野、イノベーションが求められる主要分野 (特に個別化医療および精密医療)、イノベーションを受け入れるための準備状況の調査を目的としている。調査対象国: 中国、フランス、ドイツ、イタリア、日本、スペイン、英国、米国である。この調査プロジェクトは、文献のスコーピングレビュー、医療従事者、患者団体、政策立案者への調査、一連の専門家インタビュー、グローバル運営委員会、国内ワークショップおよびインタビューに

基づいている。

調査の流れとさまざまな調査対象国全体を通じて、いくつかの共通テーマを特定した。本報告書では、今回の調査で明らかになった主要な調査結果を紹介する。これには、全ての対象国で浮き彫りになり、Economist Impactがこの調査中に助言を求めた専門家たちによって、優先事項として強調された課題も含まれる。



主要な調査結果



社会的認識を変える

政策立案者および市民社会は、一般的な精神疾患（不安症など）や、スティグマが依然として根強い問題となっている統合失調症などの深刻な精神疾患において、メンタルヘルスの治療を受けることが当たり前になるような啓発キャンペーンを一般市民向けに行うことで、スティグマに対処することができる。



医療の質を確保する

より一貫した医療を提供するため、臨床ガイドライングループや専門家協会は、入手可能な最良のエビデンスに基づいたガイドラインと実践に従うよう、メンタルヘルスの専門家に奨励することができる。

メンタルヘルスにおける様々な職種を代表する専門家団体は、合同カンファレンスを開催したり、多職種チームを推進したり、職種横断的なガイドラインを作成したりすることで、より緊密な連携を推奨・促進することができる。

ガイドライン作成者や専門家団体は、ガイドラインに患者と介護者の視点を取り入れることの重要性と価値を強調できる。個々のメンタルヘルス専門家もまた、患者を中心とした医療を実践できる。



人材強化

政策立案者は、人材の構成、満足度、離職理由を理解するための監査を通じて、人材定着に取り組み、戦略的な労働力計画に役立てることができる。

大学、医大附属病院、専門家団体は、人材が専門職に就く際に十分な訓練を受けられるようにし、キャリアを通じて最新の知識を維持できるようにする上で、極めて重要な役割を果たす。



世界のメンタルヘルスの現状は？



広範な規模と範囲に及ぶ精神疾患の影響

精神的に健康であることは、個人が健康で生産的な生活を送るために最も重要であり、強力な経済の基盤でもある。^{1,2} 現在、世界中で約 10 億人が精神疾患を抱えて生活している。¹ それにもかかわらず、**必要とする人々のおよそ 70% は、精神保健サービスを受けられていないと推定されている。**³

最も一般的な精神疾患（不安症など）は、世界経済に毎年推定 1 兆米ドルの損失をもたらしている。これらのコストは、主に生産性の低下によるもので、2030年までに6兆米ドルに達すると予想されている。¹ 経済協力開発機構（OECD）は、**精神疾患による経済的成本は国内総生産（GDP）の最大 4% に達する可能性がある**ことを強調している。² この経済的影響は、家族や友人などの介護を職としない介護者にかかる負担によって、さらに悪化する。

精神疾患は生活のあらゆる面に影響を及ぼし、障害や合併症の主な原因となっている。^{4,5} **深刻な精神疾患に罹患している人は、平均して一般人口よりも10~20年早く死亡する。**⁶

新型コロナウイルスのパンデミック、気候危機、戦争と政情不安、生活費危機など、現在進行中の危機や新たな危機により、メンタルヘ

ルスのリスクはさらに悪化している。2023 年の最近の OECD 報告書によると、OECD 加盟国においてうつ病の症状を報告した 2022 年人口の割合は、パンデミック前の水準を少なくとも 20% 上回っていた。² 精神保健サービスの需要は増えているものの、対応は不十分で限られており、メンタルヘルス治療のギャップがさらに拡大している。³

強固なグローバルの計画はあるものの、行動が伴っていない

世界各国政府は、2030 年までにメンタル・ウェルビーイングを改善し、自殺率を 10% 削減することを目指す国連の 2015 年持続可能な開発目標（SDGs）を公約としている（目標は 3.4%）。⁷ これらの目標は、世界保健機関が策定した「包括的メンタルヘルス アクションプラン 2013 - 2030」（WHO、ボックス 1）によって補完されている。しかし、これらの国際的なコミットメントは、国のメンタルヘルス計画に反映されていないのが実情である。2020 年には、WHO 加盟国のうち、単独でメンタルヘルス計画を有していたのはわずか 75% で、**2017 年以降にメンタルヘルス計画を更新したのはわずか 46% であった。**⁸

ボックス 1

世界保健機関 (WHO) 「包括的メンタルヘルス アクションプラン 2013 - 2030」の4つの主要な目標:⁵

1. メンタルヘルスにおけるより効果的なリーダーシップとガバナンス
2. 地域密着型の環境における包括的で統合されたメンタルヘルスおよびソーシャルケアサービスの提供
3. メンタルヘルスの増進と予防のための戦略を実施する
4. 情報システム、エビデンス、研究を強化する

国の計画は一般的に、計画を実現するために必要な、十分な資金が確保されていない

メンタルヘルスケアへのコミットメントという言葉と、政策による行動の間には隔たりがある。変化が必要である。ここで、個別化医療の強化など、メンタルヘルスケアにおけるイノベーションの可能性が、治療へのアクセス、ケアの質、メンタルヘルスケアにおける転帰の改善に貢献することが期待できる。

平均して、各国は医療予算の2%未滿をメンタルヘル스에充てている。⁶世界的には大きなばらつ

きがあり、低所得国は保健予算の約0.5%をメンタルヘルスサービスに費やし、高所得国は約5%を費やしている。⁹この調査の対象となった国では、医療費全体に占めるメンタルヘルスへの支出の割合がイタリアの4%からフランスの15%まで大きく異なり、平均は10%であった(表1)。

調査対象国すべてでメンタルヘルス計画が実施されているが、その内容が最新の知識に従っているかどうかはさまざまである(表1)。これは、新型コロナウイルス感染症のパンデミックによるメンタルヘルスの影響を考えると特に重要である。

「精神疾患は非常に強い
スティグマの対象となっ
ており、その結果、政治的に
極めて複雑な問題となっ
ている。」

(本調査中に助言を求められた専門家)

表 1: 調査対象国における主要な国家メンタルヘルス計画の状況

調査対象国	メンタルヘルスのための独立した計画が実施されている	出版物年	政府の医療支出総額に占める対メンタルヘルス政府支出の割合	人口 10 万人当たりの精神科医数
中国	全国精神衛生工作計画 ¹⁰	2015-2020	情報なし	3 ¹¹
フランス	メンタルヘルスと精神医療ロードマップ ^{12,13}	2018 年 (2023 年更新)	15% ⁸	23 ¹⁴
ドイツ	さらなる進化に挑戦する: 自由、正義、持続可能性のための連立 (連立協定 2021-25) ¹⁵	2021-2025	13% ⁸	27 ¹⁴
イタリア	国家メンタルヘルス行動計画 ¹⁶	2013	4% ⁸	17 ¹⁴
日本	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 ¹⁷	2013	6% ⁸	12 ¹⁸
スペイン	国民保健システムの 2022-2026 年メンタルヘルス戦略 ¹⁹	2022	情報なし	11 ¹⁴
英国	NHS メンタルヘルス実施計画 2019/20-2023/24 ²⁰	2019	14% ²¹	8 ²²
米国	国家メンタルヘルス戦略 (文書はオンラインで入手不可) ²³	2022	6% ²⁴	13 ²⁵

備考: この表は、主要な国家精神保健計画の概要を示している。一部の国では、メンタルヘルスに関連する計画が複数存在する。このような場合、最も包括的であると判断した計画を選択した。また、地方レベルのメンタルヘルス計画は含まれていない。

投資不足の結果が、メンタルヘルスケアへのアクセスの欠如をもたらしている。3分の2の人がメンタルヘルスケアへのアクセスが難しいと報告しており、世界人口の半数は、20 万人以上の人口に対して精神科医がわずか 1 人しかいない国に住んでいる。^{3,26} 精神科医の人口に対する推奨比率はないが、この調査の対象となった国の間にもばらつきがあり、ドイツでは 10 万人の人口あたり

27 人の精神科医に対し、中国では 10 万人あたり約 3 人であった。^{11,14} 得られるデータのある対象国全てで、精神科医が都市部に集中しているという地理的な偏りが認められた。中国では、精神科医の約 80% が都市部に居住しているのに対し、人口の 80% は農村部に住んでいる。²⁷ 米国とフランスの両方でも、人口密度の高い地域とそうでない地域の間で同様の不均一な分布が見られ、これは分離した問題ではないことを示している。アメリカにおいて、人口 10 万人あたりの精神科医数は、首都ワシントン D.C.があるコロンビア特別区の 50.1 人から、人口密度の低い広大な州であるアイダホ州のわずか 5.3 人までと幅がある。²⁵ フランスではその差の開きこそ小さいものの、10 万の人口あたりの精神科医数は、首都パリを含むイル＝ド＝フランス地域圏で約 36 人で

「メンタルヘルスケアに利用できるリソースは極めて少なく、疾病統計の疾病負担が示唆する水準をはるかに下回っている。」

(本調査中に助言を求められた専門家)



「メンタルヘルスは資金面で軽視されており、ごくわずかな財務支援しか受けられていない。」

(本調査中に助言を求められた専門家)

あるのに対し、北西部のブルターニュ地域圏では15人と顕著な差があった。²⁸

精神科医が少ない主な要因としては、まず、この職業に就く人が少ないことと、離職率が高いことが挙げられる。たとえば、英国では、メンタルヘルス専門家の現在の欠員率は11.2%、離職率は19%である。²⁹ これは、メンタルヘルスへの初めのアクセスが困難であることを意味する。さらに入院病棟においては、スタッフへのアクセスが困難で、投薬が遅れていると報告されている。²⁹ しかし、適切な人材構成と経験レベルを確保する

ための労働力計画が不十分であれば、単にメンタルヘルス専門家をさらに採用するだけでは解決策にはならない可能性がある。英国の同レポートによると、「ジュニア」レベルの精神科医の割合は、2010年の15%から2022年には27%に増加している。²⁹ 安全性と品質の観点から、個々のチームと全体としての労働力の中で、十分な経験を積んだスタッフが揃っていることが不可欠である。この数字は、人材の定着率の問題も示しており、専門職を辞め続ける人がいることで、技能と経験のギャップが生じている。

ケアの改善に向けたイノベーション



メンタルヘルスケアにはより多くのリソースが必要である。しかし、精神疾患が社会や経済に及ぼす影響が高まる中であっても、財政が緊縮している状況で単に予算の増額を求めるのは必ずしも現実的ではない。

保健システムに現在の予算をより有効活用するためには、あらゆる種類のイノベーションが求められる。このようなイノベーションは、例えば、行政のスリム化や調達プロセスの効率化といった形をとることができる。節約できた資金は、メンタルヘルスケアなど、さらなる投資が必要な他の分野に分配できる。

個別化医療の強化によるイノベーションの可能性

個別化医療と精密医療は、他の医療分野におけるケアを変革した。個別化医療と精密医療という

旗印の下で使用されるツールには、診療科ごとに違いがある。これらのアプローチがもたらしたインパクトの大きさを考えると、メンタルヘルスケアにおけるその可能性を探る価値がある。³⁰メンタルヘルスケアの個別化医療が進めば、診断と予後の改善に役立つだけでなく、治療への反応や薬物代謝の予測が可能になり、治療に反応しない場合や副作用に関する問題を軽減できる可能性がある。³¹

これまでのところ、メンタルヘルスケアにおける個別化医療および高精密医療アプローチの適用は比較的限られていた。その理由を理解するために、医療制度とメンタルヘルス専門家のイノベーションへの対応状況を幅広く調査した。

精密精神医学の実用的な定義は、このプロジェクトを通して、調査の様々な段階で得られた知見に応じて改良された。メンタルヘルスにおける個別化医療と精密医療の概念は、相互に関連し、相互に依存する関係にある (図1を参照)。

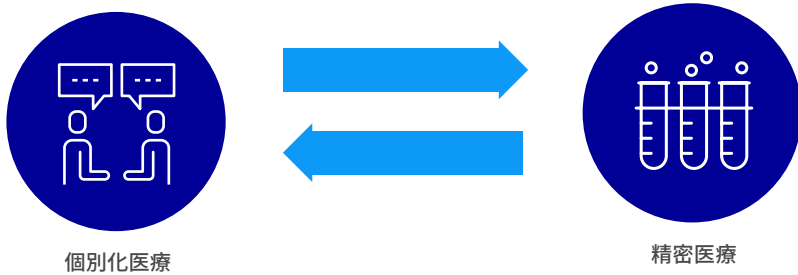
個別化医療では概して、個人の生活歴、嗜好、家族歴、過去の治療への反応、その他の個人的要因を考慮に入れて、個人の生活や状況に合わせてケアを調整する。このレベルの個別化は、患者と話して、詳細な病歴をまとめることで実現できる。精密医療は、個々の患者に合わせて生物学的に調整される。このレベルの精密医療は、たとえば血液検査によって個人が特定の薬物をどのように代謝するかを理解することで実現できる。

「精密医療は必然であり、必然的な進化のように感じられる。今から準備を始める必要がある。」

「すぐに導入できる機会が限られているとしても、気後れするべきではない。精密医療を導入する機会は今後必ずくるからである。」

(本調査中に助言を求められた専門家)

図 1: 個別化医療と精密医療のつながり



この2つは互いに影響し合う。個別化医療は精密医療をサポートするための情報を提供し、ひいてはより個別化されたケアが提供される。

より個別化された精密なケアを実現するために現在検討されている主なアプローチは次のとおりである: AI (人工知能) と機械学習、脳機能イメージング、臨床意思決定支援システム、臨床予測モデルとリスク層別化、薬理ゲノミクス、遺伝子検査、患者と介護者の報告による転帰、病態生理学的バイオマーカー、および患者中心ケア。^{30, 32-34} これらの中には、意思決定支援ツールなど、すでにかかなり広く使用されているものもあれば、遺伝子検査など、一般的に研究現場に限定されているものもある。

イノベーションが実践につながらない一般的な理由

革新的なアイデアを実践に移すのはしばしば困難を伴う。直面する課題は、多くの場合、目の前のイノベーションに固有のものではなく、人々の実践を変えるような新しいものを導入する際に共通する課題である。精密メンタルヘルスケアと精密精神医学の場合、研究から実践に移行しているアイデアはわずか1%と推定されている。³³

個別化された精密なメンタルヘルスケアアプローチの実施を妨げる最も一般的に特定されている障壁は次のとおりである:^{33,35}

- 患者の抵抗 - たとえば、運命論的思考 (結果は外部で決定され、自分では制御できないという信念) や、別の治療法を使用して症状が悪化するリスクを冒したくないという考え。
- コストと時間の投資 - 臨床医にかかるさらなる時間的負担、検査やシステムのコスト。
- モデルの精度と有用性が低い - 効果が量的に小さく、精度が低いという認識を反映している。
- 経済的および職業上の潜在的損害 - 遺伝情報が雇用や健康保険費用に与える影響への懸念など。
- 能力不足であるという認識 - 遺伝子検査とカウンセリングを提供できる能力と十分な訓練を受けていると感じる臨床医はほとんどいない。



- 精神障害の診断および統計マニュアル (DSM) のような確立された症状ベースのシステムに相反する。

政策、規制、保険償還は、イノベーションを可能にする環境の重要な要素である。このような環境を

整備する政府の行動がなければ、個別化・精密精神医療などの変革をもたらすという約束は、他の多くのイノベーションとともに、果たされないままとなる。

「メンタルヘルスケアには、個別化医療の実践を可能にするだけの十分な進歩と向上が見られる。しかし、繰り返しになるが、主に限られた三次医療施設でのみ提供されており、方法も非常に限られている。まだ全国民が利用できるわけではない。」

(本調査中に助言を求められた専門家)

グローバルな調査結果



文献のスコーピングレビュー、並びに医療従事者、患者団体、政策立案者への調査、一連の専門家インタビュー、グローバル運営委員会、国内ワークショップおよびインタビューから得られた総合的な調査結果をここに提示する。

イノベーションはメンタルヘルスに対する態度の変化から始まる

スティグマと世間の認識。本調査対象国の全てにおいて、さまざまな形態のスティグマが問題となっている。スティグマは、メンタルヘルスに対する政治的な取り組みに影響を与える。具体的には、個々の政治家や政策立案者の意向だけでなく、一般の人々のメンタルヘルスへの考え方によ

っても、メンタルヘルスへの対策を求める声の大きさが左右される。スティグマがあると支援を求めることを躊躇し、治療が遅れ、その結果、症状が悪化する可能性がある。

- **課題解決に向けて**政策立案者やメンタルヘルス慈善団体などの組織は、一般市民への啓発活動や、メンタルヘルスの治療を求めることを普通のこととするキャンペーンを通じて、スティグマに対処できる。これは一般的な精神疾患（不安症など）に当てはまるが、スティグマが根深く残り続ける深刻な精神疾患（統合失調症など）に特に焦点を当てる必要がある。



成功事例

デンマークで2015年に実施された調査では、精神疾患のある人の約10人中9人が差別を経験したと報告している。憂慮すべきことに、3人中1人が医療現場での差別を報告している。³⁶。デンマークの「ONE OF US」全国的スティグマ対策プログラムでは、精神疾患経験者のボランティアを「アンバサダー」として養成している。アンバサダーは自らの体験を共有し、メンタルヘルスをめぐる誤解を解消し、スティグマを軽減する活動を行っている。³⁶ 2021年、このプログラムはデンマーク保健当局に編入され、国の公的医療サービスに統合された世界初のスティグマ対策プログラムとなった。³⁷

研修と定着率の向上が、人材課題克服の鍵

メンタルヘルス専門家のトレーニングと離職防止。この調査対象となった8カ国全てにおいて、専門家たちは精神科医の不足を報告している。これは、新規の研修医が退職医師と同等のペースで入ってきていないことが原因である。精神科看護師や心理士など、他の精神保健職種でも人材不足が見られるが、これは国によってばらつきがある。一般に、精神医学にはイメージの問題がある。精神医学は危険な医療分野であると認識されており、給与が比較的低いため、対象国の研修医にとって魅力のない専門分野となっている。

- 課題解決に向けて**政策立案者は、監査を活用してメンタルヘルス従事者の定着問題に対処するための第一歩を踏み出すことができる。このような監査は、従事者の分布と構成を理解するのに役立つ。また、戦略的な労働力計画に役立つ。また、従事者の満足度、離職の理由、離職後の職業を理解することは、定着に向けて的を絞った取り組みに役立つ可能性がある。メンタルヘルス専門家の給与が比較的低いという根本的な問題は、限られた予算内で対処するのが比較的困難であるが、予算拡大が可能な場合はこの問題を除外すべきではない。医療カリキュラムを変更することで、精神医学が「危険な」分野であるという研修医の誤解に対処することができる。

初期研修が実践的な臨床慣習に沿っていること、初期研修によって革新的な考え方が生み出されること、並びに継続的な研修を通じて革新的な考え方が維持されることを確認する。初期のメンタルヘルス研修には、神経生物学と神経科学の最新の知見が反映されたものであるべきである。また、現役の精神科医やその他のメンタルヘルス専門家が、最新のエビデンスに基づく研究と実践について、常に把握しておくことも重要である。

- 課題解決に向けて**大学、医大付属病院、専門家団体は、最新のエビデンスと実践に沿った初期研修を確実に行うことができる。既存のメンタルヘルス専門家の知識・技能の向上を維持するために考えられる施策として、専門家団体と監督機関による研修要件の遵守状況の監査(例えば、医師免許更新など)、および監査を通じた最新のエビデンスや実践に沿った継続学習を促すための、インセンティブの強化を行うことができる。

成功事例

中国は近年、精神科医の数をほぼ倍増させることに成功している。³⁸⁻⁴¹これは、精神科医になるためのさまざまな道筋を導入することによって達成された。³⁸これは称賛に値する成果であるが、研修の水準にはばらつきがあることが報告されている。³⁸2023年の調査によると、中国の精神科医のほぼ半数が、今だったらはこの職業に就くことを選択しないだろうと答え、職業上のアイデンティティが否定的であると報告した。⁴²この調査結果は、採用と定着を網羅する人材戦略の必要性を浮き彫りにしている。



イノベーションとコラボレーションを促進するために従事者の意識を変える

メンタルヘルス専門家における、革新的な実践に対する認識と態度を改善する。革新的な実践の導入は、多くの場合、革新的な組織文化や熱心な個人に依存する。調査対象となったほとんどの国において、精神保健従事者（特に中年以上や過労気味の人たち）の間には、新しいアプローチを採用することに対する顕著な消極性が見られた。その理由として、特に、臨床的利益、コスト面での利益、実務的な利益が明らかでない場合、また、新しいアプローチに対する認知不足のために自信が持てない場合が挙げられた。この調査で相談した専門家は全員、自国の人口集団内で得られたエビデンスの必要性を指摘した。イノベーションを実践に移すためには、単に目新しいものに飛びつくのではなく、現在の慣行よりも優れているというエビデンスが不可欠である。

- **課題解決に向けて** 保険者や臨床ガイドライン作成グループなど、診療行為の変化を実施する組織は、イノベーションをもたらす臨床的効果および費用対効果に関するデータ、つまり、変革を実施するための説得力のある根拠が必要である。メンタルヘルス専門家の実務に肯定的な影響を及ぼし、時間節約の可能性などといった組織的課題にも対処できることを示すデータを含めることで、専門家が働き方を変える動機付けとするのが最も効果的である。

精神保健職種間連携の欠如。精神科医や心理士など、異なる職種の専門家が連携を取らずに個別に対応することが多いが、患者の治療にはより包括的で全体的なアプローチが求められている。調査対象国では、精神科医薬品の処方過半数が精神科を専門としない一般開業医で行われているが、同開業医とメンタルヘルス専門家との間の連携も不十分である。一般の人々にとって、メンタルヘルス専門家の役割が必ずしも明確ではないため、どこに支援を求めればよいかわからず、治療やケアの遅れにつながる可能性がある。

- **課題解決に向けて** 精神保健ケアにおける各職種を代表する専門家団体は、合同カンファレンスを開催したり、多職種チームを推進したり、職種横断的なガイドラインを作成したりすることで、より緊密な連携を促進することができる。例えば、精神保健サービス提供者は、メンタルヘルス専門家の役割の違いについて一般の人々に情報を提供することで、どこにサポートを求めるべきか、十分な情報に基づいて決めるようにすることができる。

成功事例

米国精神医学会は、精神科医、看護師、心理学者などのメンタルヘルス専門家を集めて、毎年メンタルヘルスサービス会議を開催している。⁴³この会議は、メンタルヘルス専門家が新しい研究について学び、専門分野外で働く専門家とネットワークを築く機会を提供している。

米国精神医学会は、医学、看護、心理学、ソーシャルワークの各機関から会議や研修プログラムの認定を受けることで、協力的な精神を確固たるものとしている。⁴⁴これは、同会の会議や研修に参加する専門家が、適切な専門的評価を受けることを意味している。



基本的なサービスと革新的なサービスへのアクセスを改善する

メンタルヘルスサービスの価格を下げてアクセスを改善する。特に公的医療機関では、ウェイティングリスト(順番待ち)が長くなると、メンタルヘルスサービスにアクセスすることが困難になる。これは対象国すべてにあてはまる。革新的なアプローチ、特に一部の薬理遺伝学的検査は、概して保険の対象外であり、自己負担が必要となる。このような状況は、アクセスへのさらなる障壁となり、革新的なアプローチは研究目的や最終手段としてしか利用されないことが多くなる。

- 課題解決に向けて革新的な治療法は、その臨床的および費用対効果を判断するための必要かつ厳格なプロセスを経る必要がある。規制当局と保険者は、患者のニーズ、安全、公的予算のバランスを取りながら、公的機関や民間部門のイノベーターとともに、革新的な医療へのアクセスを拡大するためのアプローチを実施することができる。医療サービスの提供者は、遠隔診療やデジタルサービスを検討することで、メンタルヘルスケアサービスへのアクセスを向上させることが可能である。

医療サービスへのアクセスのしやすさと受けられる医療の質の違い。調査対象となったいくつかの国では、精神保健従事者へのアクセスなど、サービスの利用可能性に地域差があるだけでなく、提供される医療の質や患者の全体的な転帰にもばらつきが見られる。このばらつきは、臨床ガイドラインの欠如または遵守が原因の一部となっている。また、地域差、特に都市部と地方部の人口差によっても差が生じており、各国内での不平等が生じている。調査対象国全体で、医療の質のばらつきを回避するために役立つ、医療の質と転帰を測定するための適切なメカニズムが欠如している。

- 課題解決に向けて臨床ガイドライングループや専門家団体は、メンタルヘルス専門家に、実践における不当なばらつきを減らすために、入手可能な最良のエビデンスに基づいたガイドラインと実践に従うよう奨励することができる。保険者と委託機関は、臨床判断、個人への対応、公平性を尊重しながら、ガイドラインやエビデンスに基づくベストプラクティスの遵守を促すインセンティブを検討することができる。

成功事例

英国では、「Increasing Access to Psychological Therapies (心理療法へのアクセスの増加: IAPT)」プログラムにより、不安症などの一般的な精神疾患の治療に、患者が自分で予約してアクセスできるようになっている。⁴⁶ ある地域では、オンラインセラピープラットフォームを導入することで、実質的に待ち時間を無くし、アクセスを向上させた。⁴⁶ このプラットフォームでは、セラピストが経過を確認し、電話や対面でのサポートが利用できるセルフガイドセラピーを実現している。このプログラムは、オンラインセラピーへのアクセスを拡大するための費用対効果の高い方法であり、「無断キャンセル」の件数を3%削減し、スタッフの移動費を削減し、地域や入院患者、身体的医療サービスへの需要が減少した。⁴⁶ 患者は、自分のペースで、自分で選んだ場所で治療を受けられる柔軟性が増したと報告している。また、特にスティグマや勤務形態のために通院が難しいグループの中で、このプログラムの利用率が高まっている。⁴⁶

成功事例

米国の州精神保健局長を対象とした調査では、ほぼ4分の3がイノベーションの導入を促すために財務的対策、特に研修や技術支援費用の給付を行っていることが判明した。⁴⁵ 手順遵守とアウトカムベースの支払いに支給金額を連動させる方式が最も効果的であると認識されているが、この方式はあまり一般的に使用されておらず、局長はトレーニングや技術サポートへの支払いというシンプル方法を好むことが示唆されている。⁴⁵

イノベーションを促進する環境整備

個別化した医療は人を中心とした医療であることを認識する。精神保健ケアにおいて、患者や介護者の声は意思決定の中心になっていないことが多い。しかし、患者や介護者は独自の貴重な視点を持っており、メンタルヘルスケアサービスの質の向上に貢献できる。

- **課題解決に向けて**ガイドライン作成者や専門家団体は、ガイドライン作成時に患者と介護者の視点を取り入れることの重要性和価値を強調できる。個々のメンタルヘルス専門家は、診察・相談時に患者の希望や目標を把握することで、患者を中心とした医療を実践できる。

漸進的なイノベーションを促進する。現在研究されている革新的なアプローチの中には、日常診療に取り入れるまでには時間がかかるものもある。しかし、より個別化された医療をサポートするためのリスク層別化や臨床意思決定支援ツールなど、メンタルヘルスケアを向上させるための段階的なステップは今日でも取ることができる。

- **課題解決に向けて**段階的なアプローチを採用することで、システムがすべてを組み込む準備が整うまで待つのではなく、専門家に大きな衝撃を与えずに、革新的な実践の要素を取り入れることができる。このアプローチは、革新的な実践を探求しており、導入したいと考えているすべての関係者に役立つ可能性がある。

革新的なパートナーシップとコラボレーションの導入。この調査で相談した専門家によると、多くの国の公共部門が最先端で革新的なアプローチを実施する余裕がないことが報告されている。ただし、フランスは例外で、公共部門がイノベーションの拠点と見なされている。この状況はイノベーションを民間セクターに限定し、アクセス問題によってすでに存在する不平等を悪化させている。

ている。

- **課題解決に向けて**規制当局、保険者、公的部門および民間部門のイノベーターは、リスク分担などのモデルを検討することで、各関係者のリスクを軽減し、躊躇を減らしながら、革新的な医療の開発、テスト、導入を促進できる。

各国間での知識共有。他国での医療がどのように行われているかを理解し、医療を改善し、他国の実務経験を活用する方法でイノベーションを導入できるようにするためには、国内、および各国間のメンタルヘルス専門家同士間のコミュニケーションが必要である。

- **課題解決に向けて**メンタルヘルス専門家のための各国専門家団体は、国内のさまざまなタイプのメンタルヘルス専門家間のコミュニケーションと国境を越えた知識共有を促進することができる。

成功事例

メンタルヘルスケア改善プログラム (PRIME) は、5つの低中所得国 (エチオピア、インド、ネパール、南アフリカ、ウガンダ) のメンタルヘルスケアを改善することを目的としていた。⁴⁷ このプログラムは、関連する保健省の関係者を含めるとともに、プログラムが地域の状況に合わせて調整されるように地方レベルの関係者を含めることで、すべての段階において国の優先事項に沿ったものとなった。⁴⁷ このプログラムは、戦略的意思決定を可能にするために、対象国における国家の精神保健政策の改訂と策定を支援した。⁴⁷ 一部の参加国では、精神保健サービスの予算が増額され、メンタルヘルス専門家の研修も増加した。⁴⁷

日常診療に影響する臨床上の課題に取り組む

症状に基づく診断は完全ではない。メンタルヘルスの診断は、個人が訴える一連の症状をメンタルヘルス専門家が主観的に評価することに基づいている。このことは、患者を正確に診断したり、治療に最適なアプローチを選択したりする上で、多くの課題をもたらす可能性がある。

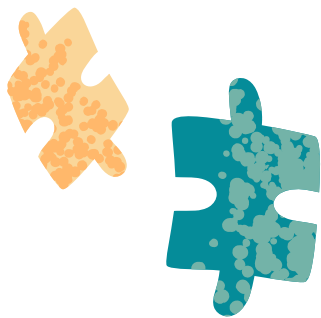
- **課題解決に向けて**診断マニュアルやガイドラインを作成・改訂する専門家団体や組織は、脳の生物学的メカニズムの理解が進むにつれて、診断マニュアルやガイドラインが現在の科学的知識に遅れを取らないようにすることができる。

診察に十分な時間をとって、真に患者中心の医療を実践すること。一般開業医やメンタルヘルス専門家は、時間的制約や多忙な診療スケジュールのため、特に深刻な精神疾患を患う患者など、診察により長い時間が必要な場合に、患者中心の医療を十分に行うことが難しくなっている。

- **課題解決に向けて**個々のメンタルヘルス専門家は、特に深刻な精神疾患を患う患者を診る際には、その人をユニークな個人として評価し、患者中心の医療を提供することができる。診察時間が短い根本的な原因は、人手不足である。



国別調査結果



文献レビューとインタビューで特定されたテーマをさらに掘り下げるため、対象国の合計 41 人の専門家を対象に、個別のインタビューを実施し、フォーカスグループと組み合わせた。これらのディスカッションの目的は、各国のメンタルヘルスケア状況と革新の導入状況についてより深い理解を得ることであった。

各国については、その国の主要な国家メンタルヘルス計画の内容を要約した、メンタルヘルス政策のスナップショットを掲載した。メンタルヘルスに関連する計画が複数存在する場合、最も包括的であると判断した計画を選択した。なお、地方レベルのメンタルヘルス計画は、これらの制作スナップショットには含まれていない。





国別プロフィール: 日本

この国のプロフィールは、2023年11月と12月に行われたインタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2013
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	情報なし
診断	情報なし
治療	情報なし
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	No
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	Yes

注目すべき新たな課題

- メンタルヘルスに対するスティグマ**は全国的に重大な問題であり、特に地方では人々が助けを求めることに消極的であり、その結果、治療やケアが遅れている。
- 経済的障壁**はメンタルヘルスケアへのアクセスを妨げる障害となっており、人々が選べる治療法の選択肢の範囲は予算に制限される。革新的な治療法やアプローチの中には、民間のクリニックでしか利用できないものもあり、償還がないため、公共部門での使用が制限されている。
- データの課題**は時間的制約によって生じ、医療専門家が患者を完全に理解し、その治療を個別化できる範囲が著しく制限される。
- メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修は顕しく異なる**。現役のメンタルヘルスの専門家は、新しい診療方法を採用することに対してあまり積極的ではない可能性がある。これにより、提供されるケアにばらつきが生じ、イノベーションの統合が遅れる可能性がある。

メンタルヘルスケアの現状

調査中に Economist Impact が相談した専門家によると、新型コロナウイルスのパンデミックにより、日本の多くの人々がメンタルヘルスの重要性を認識するようになったと語った。その結果、メンタルヘルスクリニックへの受診が増加した。同時に、政府はメンタルヘルスが重要課題であることを認識しているが、精神科の治療費は高額になる可能性がある。

また、相談した専門家によると、日本のメンタルヘルスケアは高度に個別化されておらず、精密医療は何年も先のことであり、現在の臨床診療への応用は限られているとのことである。

メンタルヘルスケアの未来

メンタルヘルスケアへのアクセスに対する経済的障壁

メンタルヘルスケアへのアクセスを妨げる要因として、金銭的な制約が挙げられる。薬剤費が大きな負担となり、また精神分析や認知行動療法などの治療は、多くの場合、自費となるからである。調査対象の専門家は、十分な収入がないために治療費を払えない患者が多く、治療選択肢が限られていると推定している。

メンタルヘルスに対するスティグマは、関係者全員にとっての課題である

メンタルヘルスの問題に対する意識は全体的に向上しており、薬物療法や治療についての認識も部分的に高まっている。ただし、メンタルヘルスの問題に対する認識は地域によって異なる。たとえば、地方では、都市部の人口と比較して、メンタルヘルスについてより多くの誤解を抱いており、助けを求めることに消極的な傾向にある。調査対象の専門家は、深刻な精神疾患を抱える人々は自分の状態に対する認識が不足していることが多く、それが入院の増加につながっていると報告した。

データの課題

臨床現場における患者とのやりとりは非常に短い。調査対象の専門家によると、精神科医の中には、1日に30~40人の患者を診察し、各患者に3~5分しか割り当てられない医師もいるという。つまり、精神科医は最善のケアを提供するために必要な包括的な患者の病歴を収集できないということである。特に、調査対象の専門家は、ケアを真に理解し、個別化するためには、複雑で深刻な精神疾患を持つ人々の診察期間を長くする必要性を強調した。

メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修

調査対象の専門家たちによると、最近資格を得た精神科医は、定評のある精神科医よりも、新しい情報や技術を学び、取り組むことに積極的であると述べた。精神科医によっては、忙しくてキャリアが確立しているために、新しい診療方法の採用にあまり積極的ではない可能性がある。

調査対象の専門家によると、多くの精神科医はテスト、スコア、または評価を使用していない。これは、個別化されたケアの提供とは程遠く、ケアのばらつきや、誤った投薬量などの不適切な治療につながる可能性がある。

調査対象の専門家は、すべての精神科医が新しい診療やイノベーションについて常に最新情報を把握できるようにするため、免許更新のための継続的な医学教育の義務化を提案した。

精神科領域でのイノベーションが停滞している

日本は医療制度全体でイノベーションを取り入れていることが多いが、精神保健分野においてはそうした積極性が欠如している。経頭蓋磁気刺激法 (TMS) のような治療法は、償還されないため、一般的に民間のクリニックでのみ使用されている。AI (人工知能) は使われているが、主に臨床研究現場での利用にとどまっている。



国別プロフィール: 中国

この国のプロフィールは、2023年12月と2024年1月に実施された、専門家グループによるフォーカスグループディスカッションと、多数のインタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2015
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	Yes
診断	Yes
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	No
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	一部当てはまる

注目すべき新たな課題

- 中国のメンタルヘルスケアにおけるイノベーションは、**データ上の課題**、並びに強力なエビデンスベースの欠如、特に中国での研究に関するデータの欠如によって妨げられている。これは、過労状態のメンタルヘルス従事者が、明確なメリットが見られない新しいアプローチを採用することに**消極的**であることにつながっている。
- メンタルヘルスに対するスティグマは、関係者全員にとっての課題である。**例えば、一般の人々にとっては、治療を求める際の障壁となる。一般的な精神疾患(不安症など)に対する**態度**は改善しているかもしれませんが、深刻な精神疾患(統合失調症など)に対する態度は悪化している可能性がある。
- 過労状態のメンタルヘルススタッフは、高度に個別化されたケアを提供することができない。人材の流出が多く、新規採用も少ないため、ケアへのアクセスにも影響が出ているためである。
- 遺伝子検査などの革新的なアプローチは、**費用面やアクセス面での課題**があり、広く普及していない。

メンタルヘルスケアの現状

中国では、メンタルヘルスケアに割り当てられる資源が増加している。過去 10 年間で、精神科病棟の病床数は 25 万床から 75 万床に増加し、精神科医の数は 2017 年から 2021 年にかけて 3 万 3000 人から 6 万 6000 人にほぼ倍増した。³⁸⁻⁴¹ それでもなお、今回の調査で Economist Impact が相談した専門家によると、国内の異なる地域間や都市部と農村部では、資源に格差あるとのことである。これらの専門家はまた、病院と地域医療 (およびデータ) をよりよく統合する必要性があることを強調した。

中国のメンタルヘルスケアは現在、個人的および社会的要因を考慮した個別化医療を行っており、一部の地域ではケア計画をサポートするために AI が使用されている。調査対象の専門家によると、これは普遍的または体系的なアプローチ

ではなく、腫瘍学などの他の専門分野に遅れをとっているとのことである。実際、精神科医が高度に個別化されたケアを提供する時間はほとんどなく、患者の中には、症状の緩和を優先し、根本的な問題に対処することに重点を置いていない人もいる。

メンタルヘルスケアの未来

メンタルヘルスにおける人材不足、新規採用と定着率の低さ

精神科医が不足しており、多忙な業務と短い診察時間のため、十分に個別化されたケアを提供することができない。精神疾患患者に対するステイグマと比較的低い賃金により、中国では精神科が研修医にとって魅力的な専門分野となっていない。

メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修

精神科医は、エビデンスが不足していると感じられる場合、新しいアプローチを取ることに消極的になることがある。時間的制約はすべての精神保健従事者にとっての課題である。そのため、革新的なアプローチをワークフローに組み込むことが難しくなる。メンタルヘルス従事者は、新しいアプローチの説明、エビデンスベース、推奨理由を患者に説明する時間が不足していると感じている。これは、インフォームドコンセントに不可欠である。調査対象の専門家は、精神科医は患者へのメリットがはっきりしていれば新しいアプローチを採用する意欲があると強調しており、単に変化を拒んでいるわけではないとしている。

さらに、医学教育カリキュラムは、研究と実践に合わせて更新することが不可欠である。調査対象の専門家はまた、革新的な実践に関する会議やミーティング、プログラムをさらに開催することで、研修生や経験豊富な精神科医の知識と意識向上させることができると述べた。



メンタルヘルスに対するスティグマは、関係者全員にとっての課題である

中国では、メンタルヘルスに関するスティグマは依然として重大な問題であり、精神科の助けを求めることを躊躇したり、治療が遅れたりする原因となっている。深刻な精神障害（統合失調症など）の既往歴のある人は、雇用差別を受けることがある。このことは、人々が職を失ったり雇用を拒否されたりすることを恐れて、メンタルヘルスについて率直に話すことをためらう理由を浮き彫りにしている。

農村部では基本的なメンタルヘルスケアや精神医療を受けられず、都市部との格差が顕著である。さらに、社会の中にも世代間の格差が存在する。高齢層は一般的にメンタルヘルスケアの問題が問題であると認識していないのに対し、若い世代はメンタルヘルスに関して、より多くの知識がある。これは、すでに高齢化している人口に対してケアを提供する際の課題となる。高齢者は自身のメンタルヘルスケアへのニーズを認識していないか、向き合うことを望まず、症状だけに対処することを望む傾向があるからである。

メンタルヘルスリテラシーの向上に向けた取り組みが進められたことにより、不安症などの一般的な精神疾患に対する認識の変化も進んでいる。しかし、調査対象の専門家たちは、統合失調症などの深刻な精神疾患に対する認識は、一層悪化している可能性があることを示唆した。

データの課題

イノベーションを妨げるデータ品質と相互運用性に関する課題は、中国に限ったことではない。政府は、データベースが強固な倫理のおよび規制的枠組みによって支えられていることを保証するために、データの使用と管理を規制する取り組みを行っている。中国特有の長期疫学データ、遺伝情報、生活習慣および症状データがあれば、これらの革新的なアプローチの費用と臨床効果に関する実際のデータが生成されると同時に、継続的な改善と最適化が可能になる。

イノベーションへのアクセス

治療抵抗性の精神疾患を持つ人々に遺伝子検査を利用したいという思いがある。将来的に、家族歴と遺伝子データを組み込んだ機械学習とデータマイニングを利用して、薬物治療への反応を予測できる可能性がある。現在、遺伝子検査には一般的に自己負担費用がかかり、利用する上での大きな障壁となっている。保険制度が適用された場合、メンタルヘルス専門家と患者双方の利用拡大を促進するものであるが、保険適用と償還をサポートするためには、これらの検査と技術の臨床的データおよび費用対効果に関するデータが必要である。



国別プロフィール: フランス

この国のプロフィールは、2023年11月から2024年1月に行われたインタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2023
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	情報なし
診断	Yes
治療	No
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	Yes
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	一部当てはまる

注目すべき新たな課題

- フランスのメンタルヘルスケアにおける**イノベーションは、データの課題、地域社会の関与、物流上の障壁**によって妨げられている。
- 精神科医と他の医療・保健専門家間のより良い連携は、知識とツールの共有を促進し、患者のアウトカムを向上させるために不可欠である。
- ガイドラインや研究開発について専門家に常に最新の情報を提供するための**姿勢、知識、トレーニングの改善**が行われているが、フランスでは現在義務付けられていないため、メンタ

ルヘルス専門家間の認識と実践に格差が生じている。

- **エビデンスを使用してイノベーションの臨床的および費用対効果を強調**することは、精神科医とその診療における**姿勢**を変えるための重要なメカニズムである。このエビデンスは、**政策変更にもつながる。**
- 受けられるケアの**不当な格差**は、フランス全土で問題となっている。精神科サービスでは提供されるリソースやサービスが様々で、**国家ガイドラインがない**ため臨床的なばらつきが出るのが一般的である。

メンタルヘルスケアの現状

Economist Impact がこの調査で相談した専門家たちは、フランスのメンタルヘルスケアの現状についてかなり悲惨な状況を描写したが、将来については楽観的な見方をしていた。彼らは、メンタルヘルスには政治的な関心が払われていないため、それに対処するために必要なリソースが提供されていないと報告した。机上調査ではフランスの政策環境は良好であることが示されているが、我々の一次調査では、政策は現場の変化に結びついていないことが示唆されている。

精神科分野のイメージが良くないため、研修医にとって魅力がないという、長年の人員不足の問題がある。また、フランスでは、メンタルヘルスの専門家自身、一般市民、政策立案者に至るまで、メンタルヘルスに関する統一された声とビジョンが欠如しており、将来像を把握することが困難である。

個別化医療のプロセスは、フランスの精神保健研修と実践にしっかりと組み込まれており、個人の人生経験、過去のトラウマ、生活環境に合わせたケアを行っている。ただし、精密医療の提供は特定の研究に焦点を当てた施設でのみ実施されており、まだ主流の診療には含まれていないため、限定されている。

メンタルヘルスの未来

メンタルヘルス スクリーニング

多くの疾患と同様に、メンタルヘルスケアでは早期介入が望ましい。ある専門家が、すべての診察においてメンタルヘルス スクリーニングを行う機会があることを指摘した。時間不足は、一般診療ではよく知られた課題である。調査対象の専門家たちは、テクノロジーがスクリーニング作業をサポートできると提案した。たとえば、メンタルヘルスアプリを使用すると、診察時に一定期間の気分を記憶に頼って思い出すのではなく、患者が自分の気分をリアルタイムで示すことができる。

データの課題

フランスではデータが不足している。新しい方法が開発される時、作業は多くの場合、古いデータセットまたは情報に基づいている。さらに、フランスの人口を対象とした大規模な複数施設に及ぶ試験には資金が必要である。特に、サブグループ間の違いを検出して個別化医療を行うには、より多くの数値データが必要である。一般診療ではデータの相互運用性は良好であるが、これは医療システム全体に及ぶわけではない。

メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修

調査対象の専門家たちは、心理学者の方が精神科医よりも新しい診療法を受け入れやすい傾向にある指摘した。ただし、比較的若い世代の精神科医は一般的にイノベーションにオープンである。これらすべてが合わさって、フランスのケアモデルは非常に多様で一貫性のないものとなっている。フランスでは、患者が受けるケアは、診てもらったメンタルヘルス専門家や住んでいる場所によって大きく左右される。

現状を変えることへの抵抗を克服するには、まず意識を高める必要がある。精密精神医学については、多くの精神科医はこのアプローチについて聞いたことがなく、ましてや実際に取り入れた経験のない者が多い。また、臨床診療法の変更に消極的な精神科医や心理学者に対しては、革新的なアプローチの臨床的および費用対効果を裏付けるエビデンスを示すことが重要である。このような情報は、政策に影響を与えるのにも役立つ。

精神保健職種間連携の欠如

調査対象の専門家たちによると、精密精神医学はほとんどのカリキュラムで十分にカバーされておらず、次世代の精神科医を教育する機会を逃しているという。さらに、精神科医が最新の研究や開発について知るよう義務付ける規定が施行されていないことも指摘した。そのため、資格取得後は、革新的なアプローチや最新の研究に関心のある者、あるいは関心のある者と共同研

究をしている者のみが最新の情報を入手することとなり、革新的なアプローチの認知度や普及率が低い理由が説明できる。

研究やイノベーションの大部分は公共部門で行われているが、民間部門の開業医や診療所は研究や新しい概念から取り残される可能性がある。つまり、メンタルヘルス専門家が働く場所によって提供されるケアに違いが生じる可能性がある。日常の診療を改善し、イノベーションを促進するためには、ガイドラインと継続的な医学教育を通じて、全国的に診療を調整する必要性が浮き彫りになっている。

メンタルヘルスを専門としない医療従事者は、自分の役割外である、または十分な専門知識がないと感じるため、患者にメンタルヘルスについて質問することに抵抗を感じることもある。専門家は、精神科医と他の医療専門家とのより良い連携が必要であると強調した。精神科医は、精神疾患を抱える患者の診療管理に自信のない一般開業医に必要なツールと知識を提供することで、彼らと協力することができる。メンタルヘルス分野における連携も欠如しており、精神科医と心理学者の診療は相互に関連しているにもかかわらず、十分に連携が取れていない。

メンタルヘルスにおける人材不足、新規採用と定着率の低さ

フランスでは精神科医の数が足りず、全国的に不均等に分布しているため、待ち時間が長くなったり、居住地によって医療へのアクセスに差が生じたりしている。その結果、患者の診察時間は短くなり、割り当てられた時間内にメンタルヘルス専門家が話し合える内容が制限されることになる。

精神科医は魅力的な診療科目とは見なされておらず、毎年十分な人数がこの職業に就くことができず、また退職する人が続出しているため、人材不足は年々悪化している。メンタルヘルスは医療分野の中でも最も低賃金の分野の一つであり、患者からの暴力のリスクがあると見なされ危険な診療科目と考えられている。残念ながら、一般市民の中で偏見が存在することは驚くべきことではないが、医療・保健専門家の中にも同様の偏見があるのはさらに問題である。

フランスでは心理士の診察費用が公的医療保険でカバーされないため、アクセスが制限される。そのため、自己負担できる人と公的保険サービスだけに頼っている人では受けられる治療が異なるという不平等が生じている。同様に、精密精神医学とそれに関連する検査も公的にカバーされない。これもまた、利用とアクセスに対する重大な障壁となっている。

住む場所や、アクセスできるサービスに応じて、受けるケアは異なる。たとえば、各メンタルヘルスサービス内でも、利用できるリソースと人材のレベルにはばらつきがある。全国的なガイドラインがないため、臨床現場での診療方法にばらつきが生じ、それがフランス全土でのケアとサービスのばらつきを悪化させている。

イノベーションを阻む物流上の障壁

調査対象の専門家たちは革新的な診療に関心があり、患者の診断と管理にさまざまなアプローチを実施できる環境で働くことができるのは幸運だと認識している。ロジスティクスは依然として課題である。たとえば、血液検査を外部に送って処理する必要がある場合は時間がかかり、また、他の組織との連携を構築する必要がある。



国別プロフィール: ドイツ

この国のプロフィールは、2023年 に実施された、専門家グループによるフォーカスグループ ディスカッションと、インタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2006
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	Yes
診断	Yes
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	一部当てはまる
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	Yes

注目すべき新たな課題

- メンタルヘルスケアへの投資を増やすことはドイツにとって優先事項ではない。むしろ、患者のアウトカムという観点から良好な投資収益率を確保するには、**適切な予算配分**が必要である。
- **償還モデル**は、治療を受けた患者数ではなく、患者のアウトカムに関連付けることができる。
- **フィードバックメカニズムとメンタルヘルス介入の体系的な評価の欠如**は、国内のメンタルヘルスシステムの**近視眼的**性質を浮き

彫りにし、しばしばイノベーションを妨げている。

- メンタルヘルスサービスの設計とガバナンスに関する議論では、**患者と介護者**の関与が中心となる必要がある。一般的な精神疾患 (不安症など) と深刻な精神疾患 (統合失調症など) の両方にわたる治療とケアのモデルが、患者と介護者それぞれの経験とニーズと一致していることを確認する必要がある。
- **メンタルヘルスリテラシー**は一般人口では低い。その結果、多くの人はいつ、どこで

メンタルヘルスケアを受けるべきかわからず、ケアと治療が遅れてしまうことがよくある。

メンタルヘルスケアの現状

この調査で Economist Impact が相談した専門家は、現在のガバナンスモデルでは最も深刻な疾患を患う患者を適切に治療できないという懸念を浮き彫りにした。したがって、抜本的な改革を検討する前に、メンタルヘルスサービス提供者のガバナンス構造を根本的に再考する必要があると述べた。これに加えて、メンタルヘルス計画は薬物療法にとどまらず、地域社会の支援を含め、また社会的側面にも重点を置くべきである。

ドイツのメンタルヘルスにおける個別化医療と精密医療の理解と適用には、現在多くの課題が存在する。生物学的側面に過度に焦点を当てており、明確なガイドラインが欠けている。心理的、社会的、生物学的要因間の動的な相互作用を考慮し、実践的でエビデンスに基づいた介入の必要性を強調する、よりバランスの取れたアプローチが必要である。

メンタルヘルスの未来

メンタルヘルスケア全体におけるリソースの配分方法

全体的に十分な資金が提供されているにもかかわらず、調査対象の専門家たちは、資源の不適切な配分が原因で、ドイツでは投資に比例したメンタルヘルスの成果が見られていないと感じていた。入院治療における非効率性と、外来サービスにおける深刻な精神疾患の管理を促すインセンティブの欠如を強調した。さらに、症状が重篤化するのを防ぐために、軽症の場合の予防措置と早期介入に重点を置く必要がある。しかし、資金

の不適切な配分の結果により、この点は見過されがちである。

調査対象の専門家たちは、ドイツにおけるメンタルヘルスケアの償還方法を見直す必要性を強調した。ドイツでは、治療を受けた患者の数（頭割り料金/サービス料）ではなく、患者のアウトカム（アウトカムベースの支払い）に連動して診療報酬が支払われる、アウトカムベースの医療へと文化的変容が起きている。このような診療報酬制度の変化は、予防、早期介入、段階的ケアに役立つ可能性がある。

予防の費用対効果とメンタルヘルスケアシステムの近視眼的性質

メンタルヘルスケアシステム、特に薬物療法や非薬物療法の規制プロセスにおいては、長期的な成功と持続可能性がしばしば見落とされがちである。調査対象の専門家は、メンタルヘルス介入の有効性を評価するための体系的な評価とフォローアップの欠如が一因であると感じている。また予防サービスについても、すべての診断や治療と同様、エビデンスに基づいた慎重な評価が必要であること警告を発した。

患者と介護者による関与強化の必要性

調査対象の専門家たちは、より良い自己管理と地域社会の支援を促進するために、保健サービスを地域社会の近くに設置すべきであり、メンタルヘルスリテラシーを向上させる必要があると勧告した。これに加えて、治療とケアモデルが患者のニーズと経験とより近く寄り添うようにするために、メンタルヘルスサービスの設計とガバナンスに患者と介護者を参加させる必要がある。



国別プロフィール: イタリア

この国のプロフィールは、2023 年に実施された、専門家グループによるフォーカスグループ ディスカッションと、インタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2013
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	Yes
診断	Yes
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	Yes
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	No

注目すべき新たな課題

- **ガイドラインに対する抵抗は、ケアの質を低下させる可能性があり、場合によっては精神科医が検査や血液検査を行わずに薬を処方することになり、個別化医療の欠如が浮き彫りになる。こうした抵抗を減らすには、メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修を改善することが重要である。**
- メンタルヘルスケア全体のイノベーション

は、**データの課題**と病院間のさまざまなシステム間の**相互運用性**によって妨げられている。

- **メンタルヘルスマodelの開発にとって、また深刻な精神疾患 (統合失調症など) を患う人々が除外されないようにする方法として、患者と介護者の関与を高めることが不可欠である。**
- **精神疾患に対するスティグマの問題は、治療を求めることを避けている一般市民だけでなく、政策立案者の間でも課題となっており、精神保健計画の実施に影響を及ぼしている。**

メンタルヘルスケアの現状

イタリアでは経済状況に関係なく誰もがメンタルヘルスケアを受けることができるが、Economist Impactがこの調査で相談した専門家は、メンタルヘルスケアの質がイタリアでは低いと述べた。国の各地域には、独自のメンタルヘルス計画とサービスがある。たとえば、イタリア南部では資金と資源が限られているため、イタリア北部と比べて受けられるケアが異なる。

概して、調査対象の専門家は、イタリアで実施された研究から信頼性のある結果が得られていないことを主な原因として、メンタルヘルスサービスに精密医療を導入するにはほど遠いことを強調した。メンタルヘルス制度も、メンタルヘルス専門家の研修不足や人材不足など、他の対象国と同様の体系的な問題に直面している。

メンタルヘルスの未来

メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修

イタリアでは、心理学者と精神科医が協力し合っているため、患者が両方の専門分野でのケアを受けやすくなっている。しかし、調査対象の専門家は、提供されるケアの質のばらつきについて懸念を表明した。たとえば、精神科医の中には、利用可能なすべての治療法ではなく、限られた数の薬物と心理療法を使用した経験に基づいて治療

を決定する人もいる。意思決定における自主性を重視する専門家の間では、ガイドラインに対して抵抗感がある。調査対象の専門家は、メンタルヘルスケアにおける個別化医療の重要性を強調した。これらの専門家は、同じ病名診断を受けた若年者と高齢者の間では症状が大きく異なる可能性があり、そのグループや個人のニーズに合わせた個別化医療が必要であると指摘した。

データの課題

調査対象の専門家は、診察時間が短く、診察の間の時間が短いため、メンタルヘルスの専門家が個別のケアに役立つ広範な臨床情報を収集することが困難であると報告した。電子医療記録は役立つ可能性があるが、それぞれ異なるシステム間での相互運用性の欠如により、情報がすべての医療サービス提供者にとって閲覧可能でない。そのため、医療情報として使用することもできないため、その有用性が制限される。

患者と介護者による関与強化の必要性

深刻な精神疾患を患う人は、一般的な社会的排除に直面する可能性があるため、メンタルヘルス分野でのイノベーションから除外される可能性がある。こうした事態を避けるためには、メンタルヘルスのケアモデル（臨床ガイドラインなど）の研究と開発に患者を関与させる必要がある。さらに、地域社会と積極的に関わり、新しいケア



モデルとその実施について一般の人々の認識を高めることも重要である。

メンタルヘルスに対するスティグマは、関係者全員にとっての課題である

スティグマはイタリアでは依然として重大な問題であり、人々は治療を求めることを避けている。メンタルヘルスに対する態度には地理的な違いがあり、特に国の北部と南部ではその差が顕著である。調査対象の専門家は、スティグマに取り組むには誤解を特定して正すための学際的なア

プローチが必要であることを強調した。偏見やスティグマは政策立案者の間でも蔓延しており、メンタルヘルス計画の設計と実施に影響を与えている。調査対象の専門家によると、患者の声や経験を活用することが役に立つ可能性があるとしている。具体的には、患者が精神保健介入によって前向きな結果を得られた体験を共有することで、治療やケアを求めることへのスティグマと闘うことができるようになるからである。



国別プロフィール: スペイン

この国のプロフィールは、2023 年に実施された、専門家グループによるフォーカスグループ ディスカッションと、インタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2022
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	Yes
診断	Yes
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	Yes
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	Yes

注目すべき新たな課題

- 関係者全体におけるメンタルヘルスに対するスティグマが依然と残っており、スティグマ対策が不十分である。人々がメンタルヘルスサービスの利用を避けているため、ケアや治療が遅れるという深刻な問題が存在する。
- 精神科医が最新情報を確実に把握し、遵守を強化するためには、ガイドラインやプロトコルと同様に、精神科医の認識、知識、研修の改善が不可欠である。
- 患者の転帰を改善するには、意思決定における患者と介護者の関与の拡大が不可欠である。
- 個別化医療と精密医療を促進するためには、あらゆる選択肢を取り入れる必要がある。バイオマーカーと高価な検査のみに焦点を当ててのではなく、より正確な医療を提供するために現在利用できるアプローチは多数ある(た

例えば、臨床データや患者の層別化など)。

- スペインでは**薬理遺伝学**の利用が増えており、**薬物相互作用と治療反応**の理解に貢献している。とはいえ、今回の調査で Economist Impact が相談した専門家は、バイオマーカーと生物学的データは精神疾患の診断と治療に十分に活用されていないと感じている。

メンタルヘルスケアの現状

この調査で Economist Impact が相談した専門家は、スペインにおける精神保健は伝統的に、全体的なウェルビーイングを改善するものではなく、犯罪や自殺を防ぐためのものとして捉えられてきた経緯があることを説明した。状況は変わりつつあるが、メンタルヘルスは健康の他の分野ほど優先されておらず、統合失調症などの深刻な精神疾患よりも、不安症などの一般的な精神疾患に重点が置かれている。したがって、一般市民の関与と支援による社会レベルでの変化が必

要である。

メンタルヘルスケアの未来

メンタルヘルスに対するスティグマは、関係者全員にとっての課題である

調査対象の専門家によると、多くの人が精神疾患は弱さの表れと見なしているため、メンタルヘルスサービスの利用にはスティグマがつきまとうとしている。たとえば、メンタルヘルスケアサービスを利用していることを、必ずしも同僚に知られたくない。調査対象の専門家はまた、他の人がメンタルヘルスサービスを利用しているのを見た場合、メンタルヘルスサービスを利用する可能性が高くなることも指摘した。特に、これらの専門家は、深刻な精神疾患に関連するスティグマ対策の必要性と、精神疾患に関する誤った情報に積極的に取り組む必要性を強調した。

早期介入とメンタルウェルビーイングの促進

調査対象の専門家は、メンタルヘルスにはさらなる注目と資金が必要であることを認識し、社会レベルでの変化が必要であると指摘した。これらの専門家は、スペインのメンタルヘルスの状態を改善する方法として、早期介入への投資を促進し、精神疾患の治療からメンタルウェルビーイングの促進に焦点を広げることを提案した。

患者と介護者による関与強化の必要性

調査対象の専門家は、意思決定に患者を参加させることは、世界のメンタルヘルスにおける最大のイノベーションであると語った。治療法の決定、特に使用する可能性のある薬剤の長所と短所を議論する際に、患者をより積極的に関与させることにおいて、大きな変化が起きている。これに加えて、患者の治療と健康において家族が果たす役割を認識し、意思決定プロセスに家族を関与させることの重要性がますます強調されるようになっていく。

メンタルヘルス従事者の意識、知識、研修

スペインでは精神科医、心理学者、精神科看護



師の数は少なく、精神科医と心理学者の大多数は民間部門で働いている。調査対象の専門家は、公共部門におけるメンタルヘルス専門家の維持に注力する必要があると指摘した。さらに、知識を最新の状態に保つための重要なツールは、トレーニングと継続的な医学教育にあることを強調した。

調査対象の専門家は、新しいテクノロジーやアプローチの使用に消極的であるのは、認識の欠如によるものではなく、それらを現在のワークフローにどのように組み込むかについての不確実性を反映している可能性があることを強調した。専門家は、また、精神科医が革新的なツールを使用

したり、革新的アプローチを実施したりするように奨励するため、潜在的なアプローチとして、行動変容戦略を採用することを提案した。

薬理遺伝学の役割の拡大とバイオマーカーの活用不足

スペインでは薬理遺伝学の使用が増加しているが、地域によって導入の度合いは異なる。

さらに、磁気共鳴画像法 (MRI) などの高度な診断ツールが利用可能であるにもかかわらず、精神疾患の診断と治療の両方において、バイオマーカーと生物学的データは依然として十分に活用されていない。



国別プロフィール: 英国

この国のプロフィールは、2023年に実施された、専門家グループによるフォーカスグループ ディスカッションと、インタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2019
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	一部当てはまる
診断	Yes
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	Yes
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	No

注目すべき新たな課題

- **中高年層はメンタルヘルスを深刻な問題とは考えておらず、認識を変える必要性が浮き彫りになっている。**
- **一般的な精神疾患は増加している。よりの絞った治療が必要**であるだけでなく、転帰を向上させるためには、**ケアと治療にあたって議論の中心に患者を据える必要がある。**
- **精神科での新薬に対する慎重な姿勢**は重要である。新治療法に過度に期待すると、信憑性に問題が発生し、進歩、資金調達、全体的な優先順位付けに問題が出る可能性がある。
- 確固たるエビデンスの基盤がないという認識は、精密精神医学の広範な実施を妨げている。
- **生物学、心理学、環境要因**がメンタルヘル스에及ぼす複雑な関係についての理解を深めるには、**包括的かつ多様な種類のデータが必要**

である。

メンタルヘルスケアの現状

この調査で Economist Impact が相談した専門家は、英国でのメンタルヘルスは、10年前に比べて政策上優先されていないと感じている。これらの専門家はさらに、精神科医やメンタルヘルス看護師の人材が減少していることを強調し、メンタルヘルスが他の医療分野ほどハイテクではないとみなされていると感じている。メンタルヘルスには多額の資金が費やされているものの、効果を証明することが困難であった。その結果、調査対象の専門家は、効果を実証するインパクトのある証拠がないままでは、より多くの資金を調達したり、精神科問題を優先したりすることが難しい可能性があることを明らかにした。

メンタルヘルスケアの未来

個別化医療の欠如

心理的介入は常にある程度個別化されてきたが、調査対象の専門家は、実施されている治療の生物学的効果についての理解が著しく欠如していると説明した。これらの専門家らは、メンタルヘルス分野が再現性の危機（研究を検証するために過去の研究知見が再現されないという問題）に直面しており、特に精密メンタルヘルスケアを幅広く実施するための確固たるエビデンス基盤が不足していると指摘した。それにもかかわらず、精密メンタルヘルスケアの未来を支える人材と戦略の育成に焦点が当てられてきた。

信頼性の問題

調査対象の専門家は、人口レベルで大きな効果があることが証明されていない新しい治療法を、メンタルヘルスの専門家が意図せずに推奨した場合、評判が損なわれると指摘した。新技術やアプローチが導入されれば、転帰の向上とコスト削減につながるのと誤解が存在する可能性がある。メンタルヘルスサービスの経済的成果は複雑で、多くの場合、コスト削減は医療以外のさまざまなサービスに及ぶことが多い。新治療法や新しいアプローチへの投資事例に役立つ情報として、臨床的アウトカムとコスト削減がどのよう

に実現されているかを、より正確に追跡する必要がある。

認識のレベル

新型コロナウイルス感染症のパンデミックの影響もあり、メンタルヘルスに対する認識は高まっているものの、必ずしも精神疾患のための積極的な助けを求めるようになるわけではない。調査対象の専門家によると、中高年層は一般的に若い人ほどメンタルヘルスを真剣に考えておらず、この不均衡に対処する必要がある。

精神保健職種間連携の欠如

調査対象の専門家は、心理療法と薬物療法を組み合わせた、より統合されたアプローチの必要性と、メンタルヘルスの専門家同士の間のより広範な協働文化の必要性について説明した。これらの専門家はまた、投薬ベースの治療を選択する際は、患者を、協力的かつエビデンス主導型アプローチの中心に置くように医師を指導する必要があると指摘した。

メンタルヘルスケアにおけるデジタル化

調査対象の専門家は、メンタルヘルスにおけるAIやディープラーニングの技術に過度に焦点を合わせないことが重要であることを強調した。基礎となるのは、生物学、心理学、環境要因の間の複雑な相互作用を理解することを可能にする、包括的で多様な種類（マルチモーダル）のデータである。

現在、AIと機械学習はパターンや異常を特定できても、これらの発見の背後にある理由を説明できないことがよくある。精神疾患の根底にあるメカニズムについては、学ぶべきことが多々ある。たとえば、トラウマでは心理的要因はよくわかっているが、その根底にある生物学的要因はよくわかっていない。



国別プロフィール: 米国

この国のプロフィールは、2023 年に実施された、専門家グループによるフォーカスグループ ディスカッションと、インタビューに基づいている。

メンタルヘルス政策スナップショット

■ Yes ■ 一部当てはまる ■ No ■ 情報なし

全国的なメンタルヘルス計画が実施されている	Yes
全国精神保健計画の最終更新日:	2022
国家精神保健計画に網羅されている事項:	
予防/メンタルヘルス促進	Yes
診断	情報なし
治療	Yes
国家精神保健計画では、ケアは個人に合わせて個別化されるべきであると規定されている	情報なし
国家精神保健計画で特定された優先事項は、研究開発に連動している	Yes

注目すべき新たな課題

- **すべてのギャップに対処**し、開発されたソリューションを医療システム全体に実装できるようにするには、**研究段階から開発段階までのすべての関係者と関わる**ことが重要である。
- 公共部門と民間部門が**連携して取り組む機会**があれば、メンタルヘルス分野への**投資とイノベーションの拡大を促進**できるが、協力者間の適切なリスク分担確保を支援する規制が必要である。
- 特にメンタルヘルスケアは主にプライマリケア医師によって提供されるため、**メンタルヘルス従事者間のより良い協働が必要**である。
- **データの課題**は、**生物学、行動要因、認知的要因**にわたる**データ収集を優先**することによって対処する必要がある。これは、**診断グループの細分化**だけでなく、**治療反応の支援**にも重要である。

- **デジタルソリューションは、治療に対する人々の関心を高め、アドヒアランスを向上させる**ための大きな可能性を秘めている。モバイルアプリケーションの場合、どれが規制当局による審査に合格したのか、どれが未検証なのかを一般市民に確実に知ってもらう必要がある。

メンタルヘルスケアの現状

この調査で Economist Impact が相談した専門家によると、公的保険機構である Medicaid にはリソースとキャパシティが不足しているため、メンタルヘルスサービスへの需要が非常に高いとのことである。これは特に、深刻な精神疾患（統合失調症など）を抱えている人々に影響を及ぼす。社会的弱者である場合、自己負担を必要とするサービスを受けられない可能性がある。調査対象の専門家はまた、メンタルヘルスやソーシャルワークサービスは自己負担で支払われることが多く、多くの人がサービスを利用できない状態に置かれていることも指摘した。

調査対象の専門家によると、個別化医療は現時点では十分であるが、特に心理的要因と性格特性の理解における精密医療は十分に確立されていない。プライマリケアのような時間制限のある環境では、ケアを個別化することは困難である。さらに、調査対象の専門家は、治療とは関係がなく、生物学的な根拠もない精神疾患の定義を、症状に基づいて幅広く定義するという根本的な問題について説明した。

連邦政府は、州のメンタルヘルスシステムが遵守すべき規制の監督と最低基準を設けているが、これ以外にも、州ごとに個別のメンタルヘルス資金、優先事項、およびサービスを定義している。⁴⁸ そのため、メンタルヘルスの規定は州によって異なる。

メンタルヘルスケアの未来

医療制度、資金調達、研究

米国では、Medicaid 内での実施に向けて、連邦政府から資金提供を受けた全米レベルのメンタルヘルス戦略と目標の策定に着手し始めてお

り、州レベルの問題解決から連邦政府の関与への大きな転換を示している。とはいえ、これらの制度の対象外の州や患者には引き続き自主的な決定権がある。調査対象の専門家は、このイニシアチブは、現段階では主にサービス提供に焦点を当てているものの、研究ネットワークを構築する機会の発端となると感じている。これらの専門家は、過去 5 年間で精神保健分野へのベンチャーキャピタルによる投資が著しく増加しており、政府の資金提供額を上回る水準になっていると推定されていると説明した。これは、リスク共有を可能にするなど、すべての関係者を保護する官民パートナーシップへの適切な支援を確保する必要があることを示している。

精神保健職種間連携の欠如

調査対象の専門家によると、精神科医は米国のメンタルヘルス従事者の過半数を占めておらず、精神疾患投薬のほとんどはプライマリケア医によって処方されている。これらの専門家は、プライマリケア医が直面する時間的制約と臨床における疾患の多様性を考慮すると、プライマリケア医に個別化医療を期待することはどれほど実現可能かという疑問を提起した。これは、知識と実践を共有するための、メンタルヘルス専門家とプライマリケア医の間のより良い協働が最も重要であることを浮き彫りにしている。

データの課題

調査対象の専門家は、バイオマーカーの同定と確認を支援するための、より大規模で包括的な試験が必要であると述べた。生物学、行動要因、認知要因に関するデータを収集する大規模な長期研究がないため、個別化された精密なメンタルヘルスケアを実践することは困難である。調査対象の専門家は、医療提供者にデータ収集を奨励することで、診断グループを細分化して層別ケアを可能にし、治療反応予測をサポートすることで、この知識ギャップを埋めるのに役立つ可能性があることを示唆した。

メンタルヘルスケアにおけるデジタル化

調査対象の専門家によると、メンタルヘルスケアにおける個別化の度合いが最も高いのは、資金が豊富な Medicaid プログラムで、その多くはデジタルアプリを使用していた。とはいえ、メンタルヘルスケアと治療反応予測の改善には、デジタルツール、AI、バイオマーカーの可能性を探る必要がある。既存のワークフローと償還システムは、このようなアプローチをテストする上での障壁となる可能性があるだけでなく、さまざまなプロバイダーや第三者間の一貫性と連携が必要である。

調査対象の専門家は、メンタルヘルスケアは、患者の関与と治療のアドヒアランスを確保する上で独特の課題に直面していると指摘した。これらの専門家は、こうした課題を臨床ケアと診療にデジタルソリューションを組み込むことで、このような課題を克服する方法の可能性を説明した。

たとえば、アプリでは、精神科医が過去2週間にわたる患者の気分を振り返って尋ねるのではなく、一定期間にわたって定期的に気分を評価するよう促すアプリなどがある。このような介入は、患者が自分のケアにもっと積極的に関わるようになるのに役立つ。米国では、食品医薬品局 (FDA) が、医療機器の評価と同様の方法で、モバイルアプリケーションなどの処方用デジタル治療を評価する手順を定めている。ただし、モバイルアプリの数が多数なため、すべてのアプリを評価することは不可能である。つまり、メンタルヘルス分野のものも含め、ほとんどのアプリがテストされていない。

EUでは、一般データ保護規則 (GDPR) がデータ共有の障壁としてしばしば挙げられるが、米国ではデータ共有をより容易にする規制体制が整っているようである。調査対象の専門家は、データ共有の技術および規制システムの改善が、メンタルヘルスのデジタル化のさらなる進歩に貢献できると感じると述べた。

付録

付録 1: 方法論

文献レビュー

2023年3月、さまざまな文献データベース (Medline や PsycInfo など)、灰色文献ソース、および主要な Web サイト (世界精神医学会など) を検索して文献をレビューした。文献レビューは実際的かつ迅速に行われた。目的は、主要な概念の概要を把握し、現在の理解状況、研究の焦点が当てられている分野、精密精神医学の研究がどのようにさまざまな方法を用いて有効性を推定してきたかを概説することであった。文献検索により 958 件の論文が見つかり、そのうち 225 件がタイトル/要旨レビューに選ばれた。その後、35 件の全文論文を取得し、レビューの対象とした。

文献レビューの結果は、調査アンケートとインタビュー質問票の作成に役立てた。また、この報告書のより広範な文脈を提供する。

調査

対象国の 175 人のメンタルヘルス専門家 (精神科医、心理学者、メンタルヘルス看護師)、上級政策立案者、患者団体の上級管理者を対象にオンライン調査を実施した。

調査回答者の地域別の内訳:

- 米国 - 50 名
- 中国、ドイツ、日本、英国 - 各 20 名
- フランス、イタリア、スペイン - 各 15 名

調査回答者の職種別内訳:

- 精神科医 - 100 名
- 上級医療政策立案者 - 50 名
- 患者団体 (上級管理者) - 50 名

多肢選択式の質問では、回答がリストの一番上にある選択肢に偏る可能性を最小限に抑えるために、回答の順序を参加者ごとにランダム化した。

調査結果はグローバルレベルで分析され、関係者のタイプ (メンタルヘルス従事者、政策立案者、患者) および国ごとにサブグループに分類された。国レベルのサブグループには、最終的な白書で報告するには力不足であったが、これらの調査結果は国別ワークショップでの議論の参考になった。

グローバルエキスパートのインタビュー

精神科医、学者、政策立案者、患者から成る 10 人にインタビューを行った。メンタルヘルス政策の現状、メンタルヘルスの現状、イノベーション/変革への準備状況、メンタルヘルスと精神医学における個別化医療/精密医療に対する認識など、インタビューの質問は調査と同じ幅広いテーマの分野を対象とした。インタビューガイドは、インタビュー回答者ごとにカスタマイズした。

インタビューにより、アンケート調査よりも深く掘り下げる機会が得られ、半構造化形式により、当社の調査員は新たなテーマを探求する機会を得た。

グローバル運営委員会

グローバル運営委員会は、精神保健従事者、政策立案者、患者の視点を提供する、世界的な権限を持つ6名の専門家で構成された。委員会は2回バーチャル会議を開き、1回目は世界レベルでの文献レビュー、アンケート調査、インタビューの結果を議論し、2回目では各国ワークショップの議論について熟考した。

各国ワークショップ

各国のバーチャルフォーカスグループと個人レベルのインタビューでは、世界レベルおよび国レ

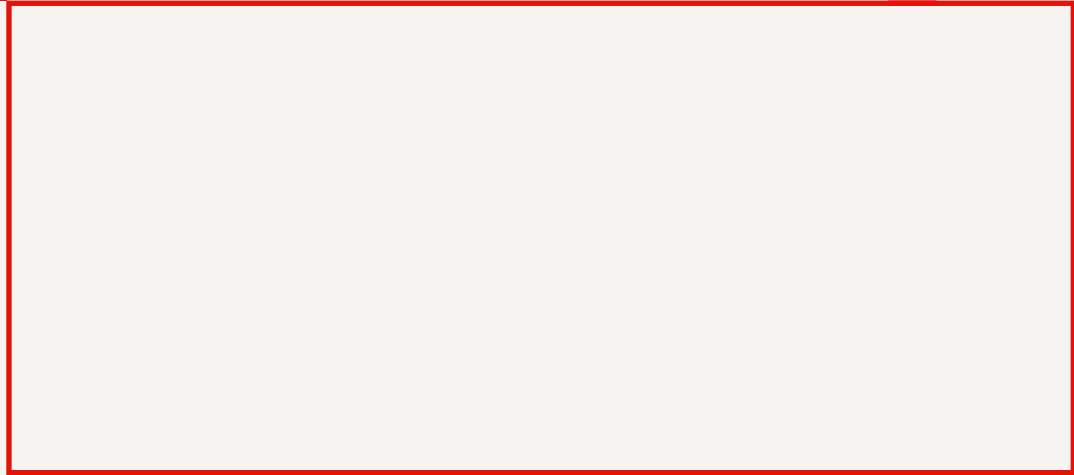
ベルでの調査結果と、インタビューと文献レビューの結果について論議した。国別調査の目的は、国固有の障壁と促進要因を特定することであった。一部の国では、スケジュールの都合でワークショップに参加できなかった人が居たため、少数のインタビューを実施した。日本では、専門家は個別のインタビューを好んだため、インタビューにはワークショップではなく個別のアプローチを採用した。また、スケジュールの都合上、各国ワークショップを実施する代わりに専門家にインタビューしたケースもある。各国の一次調査には41名の専門家が参加した。

付録 2: 参考文献

- ¹ The Lancet Global Health. Mental health matters. The Lancet Global Health. 2020;8(11):e1352.
- ² OECD. Mental Health [Internet]. Europe: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 参照元: <https://www.oecd.org/els/mental-health.htm>.
- ³ Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports* 2017;19(5):28.
- ⁴ PAHO. Mental health problems are the leading cause of disability worldwide, say experts at PAHO directing council side event Washington (DC): Pan American Health Organization, 2019. 参照元: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0.
- ⁵ WHO. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. World Health Organization, 2021. 参照元: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>.
- ⁶ WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022. 参照元: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>.
- ⁷ WHO. SDG Target 3.4 Non-communicable diseases and mental health. Geneva: World Health Organization. 参照元: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health#:~:text=SDG%20Target%203.4%20Reduce%20by,mental%20health%20and%20well%2Dbeing&text=Noncommunicable%20diseases%20\(NCDs\)%20kill%2041,74%25%20of%20all%20deaths%20globally](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health#:~:text=SDG%20Target%203.4%20Reduce%20by,mental%20health%20and%20well%2Dbeing&text=Noncommunicable%20diseases%20(NCDs)%20kill%2041,74%25%20of%20all%20deaths%20globally).
- ⁸ WHO. Mental health atlas 2020. World Health Organization, 2021. 参照元: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>.
- ⁹ PAHO. Mental health. Washington (DC): Pan American Health Organization. 参照元: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>.
- ¹⁰ Xiong W, Phillips MR. Translated and annotated version of the 2015-2020 National Mental Health Work Plan of the People's Republic of China. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2016;28(1):4-17.
- ¹¹ Sun M, Zhou H, Li Y, et al. Professional characteristics, numbers, distribution and training of China's mental health workforce from 2000 to 2020: a scoping review. *The Lancet REgional Health Western Pacific*. 2024;100992.
- ¹² Mental health and psychiatry roadmap [Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, 2018. 参照元: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf.
- ¹³ Mental health and psychiatry implementation of the roadmap [Santé mentale et psychiatrie mise en oeuvre de la feuille de route]. Paris: Ministère de la santé et de la prévention, 2023. 参照元: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cssmp_bilan_fdr_01.03_2023_-_dmsmp.pdf.
- ¹⁴ Number of psychiatrists: how do countries compare? Brussels: Eurostat. 参照元: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>.
- ¹⁵ Dare to make more progress: alliance for freedom, justice and sustainability (Coalition agreement 2021-25) [Mehr fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit (Koalitionsvertrag 2021-2025)]. Berlin: Zwischen der sozialdemokratischen partei deutschland (spd), Bündnis 90 / Die grünen und den freien demokraten (fdp), 2021. 参照元: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.
- ¹⁶ Ministry of Health. National action plan for mental health (Piano di azioni nazionale per la salute mentale). Rome: Ministry of Health, 2013. 参照元: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf.
- ¹⁷ 日本法令翻訳. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (1950 年 法律第123号) [インターネット] 日本法令翻訳. 参照元: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/4235/en>.
- ¹⁸ WHO. Psychiatrists working in mental health sector (per 100,000). Geneva: World Health Organization. 参照元: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-(per-100-000)).
- ¹⁹ Ministry of Health. Mental Health Strategy of the National Health System (2022-2026) [Internet]. Spain: Ministry of Health, General Technical Secretary, Publications Centre, Madrid. 参照元: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/EstrategiaSaludMental_ingles.pdf.
- ²⁰ NHS. NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24 [Internet]. National Health System. 参照元: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf>.
- ²¹ Baker C, Kirk-Wade E. Mental health statistics: prevalence, services and funding in England [Internet]. United Kingdom: UK Parliament. 参照元: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn06988/#:~:text=NHS%20England's%20Mental%20Health%20Dashboard,to%20CCGs%20for%20health%20services>.
- ²² Postcode lottery for psychiatric care. London: Royal College of Psychiatrists, 2017. 参照元: <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2017/09/11/postcode-lottery-for-psychiatric-care>.
- ²³ Fact sheet: President Biden to announce strategy to address our national mental health crisis, as part of unity agenda in his first state of the union. Washington (DC): The White House. 参照元: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/03/01/fact-sheet-president-biden-to-announce-strategy-to-address-our-national-mental-health-crisis-as-part-of-unity-agenda-in-his-first-state-of-the-union/>.
- ²⁴ Figueroa JF, Phelan J, Orav EJ, et al. Association of Mental Health Disorders With Health Care Spending in the Medicare Population. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e201210.
- ²⁵ Estimating the distribution of the U.S. psychiatric subspecialist workforce. Ann Arbor (MI): University of Michigan Behavioral Health Workforce Research Center, 2018. 参照元: <https://behavioralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2019/02/Y3-FA2-P2-Psych-Sub-Full-Report-FINAL2.19.2019.pdf>.

- ²⁶ World Bank. As demand for mental health services soar, countries in Latin America and the Caribbean strengthen their response. Washington (DC): The World Bank, 2022. 参照元: https://blogs.worldbank.org/en/health/demand-mental-health-services-soar-countries-latin-america-and-caribbean-strengthen-their?cid=hnp_tt_health_en_ext
- ²⁷ Too few psychiatrists for too many. *Psychiatric Times*, 2015. 参照元: <https://www.psychiatrictimes.com/view/too-few-psychiatrists-too-many>.
- ²⁸ Mental health in France- statistics & facts. Hamburg: Statista, 2024. 参照元: <https://www.statista.com/topics/9074/mental-health-in-france/#topicOverview>.
- ²⁹ Gilbert H, Mallorie S. Mental health 360: workforce. London: The King's Fund, 2024. 参照元: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/mental-health-360-workforce>.
- ³⁰ Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, et al. The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Medicine*. 2017;15(1):80.
- ³¹ Salazar de Pablo G, Studerus E, Vaquerizo-Serrano J, et al. Implementing Precision Psychiatry: A Systematic Review of Individualized Prediction Models for Clinical Practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2021;47(2):284-97.
- ³² Ermers NJ, Hagoort K, Scheepers FE. The Predictive Validity of Machine Learning Models in the Classification and Treatment of Major Depressive Disorder: State of the Art and Future Directions. *Front Psychiatry*. 2020;11:472.
- ³³ Baldwin H, Loebel-Davidsohn L, Oliver D, et al. Real-World Implementation of Precision Psychiatry: A Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Brain Sciences*. 2022;12(7).
- ³⁴ Purgato M, Singh R, Acarturk C, et al. Moving beyond a 'one-size-fits-all' rationale in global mental health: prospects of a precision psychology paradigm. *Epidemiology & Psychiatric Science*. 2021;30:e63.
- ³⁵ Maes M. Precision nomothetic medicine in depression research: new depression models, endophenotype classes, pathway phenotypes, and a digital self. *J Pers Med*; 2021.
- ³⁶ WHO. Denmark's ONE OF US programme: eradicating mental health stigma and rebuilding people's trust in health systems. Geneva: World Health Organization, 2023. 参照元: <https://www.who.int/europe/news/item/28-11-2023-denmark-s-one-of-us-programme--eradicating-mental-health-stigma-and-rebuilding-people-s-trust-in-health-systems>.
- ³⁷ The Danish approach to mental health. Odense: Healthcare Denmark, 2021. 参照元: <https://healthcaredenmark.dk/media/mcockmni/3i-mental-health-pdf-uk.pdf>.
- ³⁸ Li W, Ng RMK, Li L. Psychiatric education in Greater China. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(2):167-71.
- ³⁹ Number of psychiatric ward beds in China from 2010 to 2021. Hamburg: Statista. 参照元: <https://www.statista.com/statistics/1300592/china-psychiatric-ward-bed-numbers/>.
- ⁴⁰ NHC. The national health commission held a press conference on August 25, 2022 to introduce the progress and achievements of health science and technology innovation and medical education since the 18th National Congress of the Communist Party of China. Beijing: National Health Commission of the People's Republic of China, 2022. 参照元: <http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11471&gecstype=1>.
- ⁴¹ Zhejiang: Mental health institutions are saturated with beds and grassroots service capabilities need to be improved. Beijing: Chinese Central Government, 2018. 参照元: <http://www.nhc.gov.cn/xwzb/webcontroller.do?titleSeq=11471&gecstype=1>.
- ⁴² Gu M, Zheng L, Gu J, et al. Would you choose to be a psychiatrist again? A large-sample nationwide survey of psychiatrists and psychiatry residents in China. *Int J Ment Health Syst*. 2023;17(1):43.
- ⁴³ Education. Washington (DC): American Psychiatric Association. 参照元: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/education>.
- ⁴⁴ Accreditation. Washington (DC): American Psychiatric Association. 参照元: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/the-mental-health-services-conference/why-attend/continuing-medical-education#section_1.
- ⁴⁵ Stewart RE, Marcus SC, Hadley TR, et al. State adoption of incentives to promote evidence-based practices in behavioral health systems. *Psychiatric Services*. 2018;69(6):685-8.
- ⁴⁶ Improving access to psychological therapies through online therapies and consultations. London: NHS England. 参照元: <https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/digital-playbooks/mental-health-digital-playbook/improving-access-to-psychological-therapies-through-online-therapies-and-consultations/>.
- ⁴⁷ Breuer E, Hanlon C, Bhana A, et al. Partnerships in a Global Mental Health Research Programme-the Example of PRIME. *Glob Soc Welf*. 2019;6(3):159-75.
- ⁴⁸ The federal and state role in mental health. Alexandria (VA): Mental Health America. 参照元: <https://www.mhanational.org/issues/federal-and-state-role-mental-health>.

この情報は可能な限り正確に検証されていますが、Economist Impact は、このレポート、またはレポートに記載されている情報、意見、結論に依拠したことに対する責任を一切負いかねます。レポートで表明された調査結果や見解は、必ずしもスポンサーの見解を反映するものではありません。



ロンドン

The Adelphi
1-11 John Adam Street
London WC2N 6HT
United Kingdom
電話: (44) 20 7830 7000
Eメール: london@eiu.com

ジュネーブ

Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
電話: (41) 22 566 2470
ファックス: (41) 22 346 93 47
Eメール: geneva@economist.com

サンパウロ

Rua Joaquim Floriano,
1052, Conjunto 81
Itaim Bibi, São Paulo,
SP, 04534-004, Brasil
電話: +5511 3073-1186
Eメール: americas@economist.com

ニューヨーク

900 Third Avenue
16th Floor
New York, NY 10022
United States
電話: (1.212) 554 0600
ファックス: (1.212) 586 1181/2
Eメール: americas@economist.com

ドバイ

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
電話: (971) 4 433 4202
ファックス: (971) 4 438 0224
Eメール: dubai@economist.com

ワシントン DC

1920 L street NW Suite 500
Washington DC
20002
United States
Eメール: americas@economist.com

香港

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
電話: (852) 2585 3888
ファックス: (852) 2802 7638
Eメール: asia@economist.com

SINGAPORE

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapore
048424
電話: (65) 6534 5177
ファックス: (65) 6534 5077
Eメール: asia@economist.com