



日本医療政策機構 肥満症対策 推進プロジェクト 政策提言

患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策に向けた
6つの提言

Policy Recommendations
**“The 6 Steps for Engaging and Cooperating with Patients, Citizens, and
Communities for Obesity Control”**

Health and Global Policy Institute (HGPI) Obesity Control Promotion Project



November 1, 2023

肥満症対策 政策提言の背景

生活習慣の変化や都市化などの複合的要素を背景として、先進工業諸国のみならず低中所得国においても、肥満症をはじめとした慢性疾患、非感染性疾患（NCDs: Non-communicable diseases）が増加しており、サイレントパンデミックとも称されて久しい。多くの慢性疾患の要因となりえる肥満や肥満症については、2008年から各医療保険者に「特定健康診査」及び「特定保健指導」（いわゆる「メタボ健診」）の実施が義務付けられ、メタボリックシンドロームという専門用語がひろく一般社会に浸透した。肥満のもたらす健康被害について、市民の健康意識の改善が図られた点においても、シンボリックな政策的パラダイムシフトだったと言える。

一方で、医療的介入も検討すべき肥満症と、一般的な肥満では対処アプローチが異なり、予防も含めた多様な介入手法が議論される必要がある。一般的な肥満の予防や介入においては、食や身体活動といった生活習慣をマネジメントしやすく、肥満の原因となる心理的ストレスの少ない社会環境を構築することが求められている。「健康の社会的要因（SDH: Social Determinants of Health）」と呼ばれる、所得や生活環境と健康の相関関係も明らかになっており、自己責任論に陥ることなく、所得格差や教育格差が健康格差につながらないように、社会全体としての健康増進の取り組みも求められる。肥満症における医療的介入や薬物的介入手段についても、科学的で多様なアプローチが国際的に進められつつあり、各種ガイドラインの策定や更新も期待されている。

このような背景を踏まえて、日本医療政策機構では、肥満症や肥満に関する社会全体の関心を引き上げ、一段と効果的かつ有機的に対策を推進していく機運を作るべく 2022 年から「肥満症対策推進プロジェクト」を始動させた。当プロジェクトの第一弾として、多様な専門領域からなるアドバイザリーボードを組成し、意見交換を行い、今後検討すべき論点を抽出した。主な論点として、医学的視点での肥満症の定義づけとそれを広く社会に浸透させる重要性、科学的根拠に基づく各種ガイドライン整備、医療的介入だけでなく非医療的介入を含めた介入方法の多様化、わが国における肥満症や肥満に関する研究の拡充、エビデンスやデータに基づく政策展開、当事者にとって円滑な健康増進施策を推進するための医療情報ネットワークやデータヘルスシステム構築の必要性といった点が挙げられている。

その後、2023 年 3 月 31 日には、グローバル専門家会合を開催し、上述の論点整理で浮かび上がった現状の課題や、肥満症対策における今後の展望や求められる次の打ち手について、国内外のマルチステークホルダーとともに、改めて議論し広く社会的に発信した。特に、欧州における産官学連携で進む好事例の紹介や教訓も交えながら、慢性疾患という現代的課題の過度な「医療化」を避けつつも、適切な医療や治療が必要な当事者に届く社会を目指し議論を深めた。

本提言は、これまでの論点抽出やグローバル専門家会合での議論を、取りまとめたものである。本提言が政策立案者や関係者の一助となり、患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策に向けて、政策の進展が図られることを期待する。

Background to this policy recommendation

Compounded factors like lifestyle changes and urbanization have led to the growing prevalence of obesity, chronic diseases, and non-communicable diseases (NCDs) in developed and developing societies. For many years, this transformation has been called a “Silent Pandemic.” In Japan, a number of measures have been implemented to prevent obesity, a known factor for many chronic diseases. Since 2008, all insurers have been obligated to conduct specific medical checkups and provide specific health guidance for obesity. In addition, health examinations called “metabolic checkups” have made the technical term “metabolic syndrome” widely understood among the Japanese public. This has elevated public awareness toward the health hazards of obesity and can be considered a symbolic paradigm shift in policy.

However, methods for approaching cases of obesity that require medical intervention are different from those for general obesity, so various types of interventions including prevention should be discussed. In prevention and intervention for general obesity, it is crucial for there to be a social environment that facilitates lifestyle habit management in terms of nutrition and physical activity and that has fewer of the psychological stress factors that cause obesity. Correlations have also been established among health and conditions like income and living environment, which are known as Social Determinants of Health (SDH). Society must avoid resorting to the concept of personal responsibility and cooperate to encourage better health to prevent income and education disparities from becoming health disparities. Globally, there are various scientific approaches to providing medical and pharmaceutical interventions for obesity and expectations are high for clinical guidelines to be formulated or updated to meet the needs of Japan today.

In light of these circumstances, Health and Global Policy Institute (HGPI) launched the Obesity Control Promotion Project in 2022 with the objectives of heightening interest in general obesity and obesity requiring medical intervention throughout society and building momentum for more effective, organic measures for obesity control. As our first initiative for this project, we gathered an advisory board representing specialists in various fields who exchanged opinions and identified the discussion points.

Also, on March 31, 2023, HGPI hosted the global expert meeting aiming to discuss with multi-stakeholder groups in Japan and overseas the current issues raised in the described discussion points, the future prospects for combating obesity, and the next steps to be taken, and to disseminate these to society at large. The following recommendations were synthesized after hearings with opinion leaders who have already generated best practices in each field, discussions with our Advisory Board, and the global expert meeting. With this recommendation, HGPI sincerely hopes the obesity control policy in Japan will take the next steps for engaging and cooperating with patients, citizens, and communities.

患者・市民・地域が参画し、協働する 肥満症対策に向けた6つの提言

提言1：医療的介入が必要な肥満症の定義を広く社会に浸透させ、介入が必要な当事者を同定するとともに、引き続き科学的根拠に基づく各種ガイドラインを整備していく必要がある

社会通念的な肥満と健康に害のある肥満症は異なるものだが、社会全体でその差異が十分認識されていない。今後、薬物治療や外科治療が発達することが予想されるなか、真に医療的介入が必要な当事者が適切な治療にたどり着くために、わが国における**医学的な肥満症の定義を広く社会に浸透させる必要がある**。

また、治療方法の選択などに寄与する診療ガイドラインをはじめとした、**科学的根拠に基づく各種ガイドラインや指針を引き続き整備すべき**であり、政府や関係ステークホルダーによる支援が期待される。

このような医学的視点での肥満症の定義づけや取り組みは、**減量の必要のない女性や若年層などが、過度に肥満を恐れることを防止する**意味でも極めて重要である。わが国において肥満と判定される BMI (Body Mass Index) 25 以上の人口は、増加している一方で、女性の平均 BMI は低下しており、不必要な減量などによる低栄養の人と、過栄養の人が併存する「栄養不良の二重負荷 (Double Burden of Malnutrition)」の兆候が見られる。若年女性の低栄養は不妊症や骨そしょう症の将来的リスクを高めるため、特に留意をして政策推進にあたる必要がある。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 (グローバル専門家会合で表出された論点)

肥満の定義

医学的に、肥満とは「脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態」と定義される。体脂肪量・率を簡便に評価できるのが BMI (Body Mass Index) であり、体重 (kg) / 身長 (m) × 身長 (m) で求められる。BMI22.0~25.0 がもっとも病気の少ない健康な体格とされ、この範囲よりやせていても、太っていても病気の数は多くなる。欧米では BMI30.0 以上、アジア人は軽度の肥満で糖尿病などの疾患を合併しやすく、日本では BMI25.0 以上を肥満の目安としている。

世界で増加する肥満

WHO (世界保健機関) は、2025 年までに達成すべき NCDs (Non-communicable diseases) における 9 つのグローバル目標の 1 つとして「糖尿病と肥満の増加阻止」を掲げている。「18 歳以上の国別 BMI 値：1985 年と 2017 年の比較 (NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Nature, 2019)」を見ると、1985 年に国別平均 BMI が 30 を超える国は見当たらないものの、2017 年には米国を中心に BMI30 を超える国々が出現している。肥満は、食生活の変化や移動手段の利便化など、社会環境が大きく影響することや、太りやすい体質といった遺伝的要因があることも明らかになってきた。

特定健診データから見える日本の現状

わが国の特定健診・特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき 40 歳以上 74 歳以下の被保険者・被扶養者に対し、医療保険者によって実施されている。わが国における肥満 (BMI25 以上) の成人の割合を見ると、この 10 年間で女性は横ばいに推移している一方、男性は増加している。

「健康日本 21」から見える日本の現状

現在、健康増進法に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号）として、二十一世紀における第二次国民健康づくり運動「健康日本 21（第二次）」が推進されている。「健康日本 21（第二次）」の最終評価では、健康寿命が延伸している一方、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるなどの、生活習慣に関する評価項目において、悪化していることが明らかになっている。

日本肥満学会の取り組み

日本肥満学会「肥満症診療ガイドライン 2022」では、BMI が 25 以上、かつ糖尿病や脂質異常症、高血圧、睡眠時無呼吸症候群等といった肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予期され、医学的に減量が必要な場合を疾患として、「肥満症」と定義している（BMI35 以上は「高度肥満症」）。日本肥満学会、日本肥満症治療学会では、肥満外科手術を含む統合的な診療ガイドラインを整備し、その発表を通じ、体重を減らすことでメリットを得られる“やせるべき人”を選び出し、適切な治療と予防を行うことを推奨している。

診療ガイドラインの普及啓発

医療提供者と受診する市民の双方に、肥満症の危険性が十分理解されていない場合がある。肥満症は NCDs の中でも危険性が高く、かつ予防可能な疾患である。診療ガイドラインが市民社会に受け入れられるために、より分かりやすい内容にする努力も必要である。

提言 2：医療的介入が必要な肥満症の治療においては、専門医や専門医療機関の関与のみならず、かかりつけ医や産業医との連携や多職種連携を推進する必要がある

医療的介入が必要な肥満症当事者に対しては、各種ガイドラインに基づいた専門医を中心とした治療が求められる一方で、医療機関での**専門医（内科、外科、精神科など）、管理栄養士、看護師、理学療法士、臨床心理士、保健師**などによる**多職種連携**が効果的である。

また、専門医療機関での受診前後では、**プライマリーケア医、かかりつけ医や産業医との連携**が求められる。**特定保健指導や医療機関への受診勧奨の着実な実施**や、産業保健総合支援センター（さんぽセンター）の活用を含め、産業医、かかりつけ医、保健所などが連携し、肥満症当事者を支援できる体制構築が必要であり、多様なフェーズで**多職種の医療提供者が連携するための政策的支援**が期待されている。また、かかりつけ医や産業医に対して、**肥満症に関する研修機会を継続的に提供**することも求められる。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 （グローバル専門家会合で表出された論点）

日本医師会の取り組み

就業者や高齢者といったライフコースに合わせ、産業医や地域のかかりつけ医の役割が重要である。専門医をはじめとする多職種連携、多面的なかかりつけ医機能が求められる。日本医師会では、学校医研修、産業医研修、かかりつけ医機能研修、生涯教育研修を行っている。その中で、具体的な連携のあり方を議論し、進めていくことが必要である。

大学・教育機関の取り組み

千葉県立保健医療大学では、看護師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士を養成しており、学生たちを地域に派遣し、地域における多職種チーム医療を経験できるようにしている。さらに多職種が関わる健康プログラムを実装しようとしている。保健医療職が地域医療をボトムアップできるような教育体制を構築しようとしている。

学校医の役割

学童期からのヘルスリテラシーの向上や健康教育が重要であり、学校医の役割が重要である。学校区ごとに、学校医、臨床心理士、管理栄養士の活動を充実させ、多職種が連携して子どもたちに向き合っていける環境を整備する必要がある。

肥満症対策の効果の波及

肥満は可逆性であり、体重を減少させることによって HbA1c や中性脂肪も減少し、複数の健康障害の改善が可能である。エネルギー摂取がエネルギー消費を上回ることによって肥満が生じる点に着目し、食事療法、運動療法、行動療法、薬物療法、外科療法を多職種連携によるチーム医療で行うことが期待される。

集学的治療の推進

日本肥満治療学会では、肥満外科（減量・代謝改善手術）を含めた包括的肥満症治療を実施している施設を集学的肥満症治療センターとして、これまで全国 27 施設を認定している。このような集学的治療センターを通じて、肥満や肥満症治療に関する知識を、一般の人々や幅広い医療提供者に対して広めることが期待される。

海外事例

デンマークにおいて、糖尿病では集学的かつ科学的根拠に基づいた連携の政策が効果的であるとするエビデンスがある。現在、同様の視点から、肥満症の介入を検討する大規模な研究プロジェクトとして、デンマークとイギリスのプライマリーケアとセカンダリーケアの両方において、多面的かつ個別性を取り入れた介入プログラムを策定中である。プライマリーケア、セカンダリーケア、市町村の連携が鍵となるだろうと考えられている。

提言3：肥満症の発症要因は多様かつ複雑であり、過食や運動不足といった自己責任論に収束することなく、「健康の社会的要因」の視点を踏まえ、当事者および社会全体が抱える要因課題を再認識する必要がある

肥満症の発症には多様な要因や背景が存在している。家庭や社会で食育や健康教育を受ける機会がなく、小児肥満症を抱えてしまうといった、社会的要因の負荷が子どもの肥満症につながっているケースもある。

成人期の肥満症も、孤立や貧困、ストレスといったメンタルヘルスや社会的環境が要因になっているケースも多く、これら社会的要因への対応がないまま栄養指導などの介入を重ねても改善につながらない場合がある。

精神障害の当事者が高度肥満症になるケースもある。肥満症は当事者の自己責任ではなく、「健康の社会的要因」が背景として存在することを、政府や関係ステークホルダーは改めて認識して、その対応のための施策を検討・実行に移す必要がある。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 (グローバル専門家会合で表出された論点)

プレジジョン・パブリックヘルス

その人の遺伝子要因やリスク因子だけでなく社会的変数のデータを踏まえて個別化し、行動変容につながる支援方法を検討するなど、テーラーメイドの支援を提供する仕組みも期待されている。集団全体で健康増進を図る「プレジジョン・パブリックヘルス」といった概念も今後展開の余地がある。

次期国民健康づくり運動プラン

現在、日本では「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、次期国民健康づくり運動プランが検討されている。誰一人取り残さない健康づくりを展開する(Inclusion)、より実効性をもつ取り組みを推進する(Implementation)、といった点が重視されている。多様化する社会において集団に加え個人の特性をより重視した最適な支援・アプローチの実施、様々な担い手(プレーヤー)の有機的な連携や社会環境の整備、ウェアラブル端末やアプリなどのテクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化を進めることが検討されている。

食育や栄養教育

肥満を予防するには、子どもの頃から食育を行い、自分の健康に対する考え方を身につけることが重要である。肥満症の人に対しては、栄養・運動・認知行動療法といった手法による生活習慣の介入を行って、減量が不十分な場合は薬物治療や外科治療を考慮するといったステップに応じた包括的な対応が必要である。肥満の病態は炭水化物や脂質の過剰摂取が背景にあるが、一方 ビタミンやミネラルといった様々な栄養素が欠乏していることも多いことは留意すべきである。太り過ぎ、やせ過ぎのどちらも栄養障害があることを社会全体で理解する必要がある。

海外事例

デンマークでも、社会経済的な状況が悪い人に、肥満症のリスクが高いことが判明している。個人のストレスや社会的側面が肥満症の要因になり得る。子どもの場合は、睡眠不足も1つの要因となる可能性がある。そこで、ある研究プロジェクトでは学童の体重に対する睡眠の影響を調査している。また、学校給食を改善する取り組みも実施中である。日本においても、学校給食の実施率は高く、学校給食の質の向上や給食適用範囲の拡大などによって、格差是正の強力なドライバーとなり得る。

提言4：肥満症の発症要因の多様性や複雑性を踏まえ、肥満症に対する介入方法を多様化させるべく、幅広い関係者の協働と参画を拡充させる必要がある

肥満症の発症要因の多様性や複雑性を踏まえ、医療的介入においても、薬物療法や外科的治療のみならず、認知行動療法の活用や精神科との連携など、**肥満症当事者のニーズに寄り添った介入手段を検討する必要がある。**

また、肥満症の予防や肥満の改善には、いわゆる**社会的処方を含む多様な非医療的介入も有効**である。当事者を取り巻く環境や相互作用も考慮して解決策を検討する**システムズアプローチの視点**を基盤として、保健医療分野にとどまらない幅広い関係者の協働と参画を促進する必要がある。

自治体や地域社会、社会福祉協議会や地域のキーパーソンと連携したスポーツや身体活動の促進や、そもそも運動や自転車通勤をしやすいまちづくり施策の実施、食育の拡充に向けた子ども向けプログラム、子育て世代地域包括支援センターとの連携など、**国内外で好事例が出始めており、地域の特性を踏まえつつ、全国での横展開を進めるべきだ。**海外の好事例についても、国内への導入を積極的に検討すべきである。

また、肥満の改善をはじめとした健康増進に積極的な企業を顕彰する制度など、経済システムにおける評価指標の構築も期待されている。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 (グローバル専門家会合で表出された論点)

社会的処方

肥満の要因が貧困や孤立であるならば、貧困や孤立を改善する必要もある。薬を処方するだけでなく、よりよい社会とのつながりを処方することで、患者を地域コミュニティの非医療的なケアの担い手へと紹介し、社会生活の改善を目指す取り組みである「社会的処方」という考え方がある。日本でも知られてきており、国によるモデル事業も展開されている（厚生労働省「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」）。

精神障害の当事者への対応

高度肥満症の半数以上の人々は、何らかの精神障害を抱えている場合がある。このような当事者に対する介入の一番の目的は、適切な生活習慣を一生にわたって維持できるようにすることであり、薬物治療や外科治療はそのツールの一環として捉える必要がある。

まちなかウォークブル推進事業

肥満症対策のみならず健康増進施策の進展に向け、省庁横断で連携し、食環境や身体活動の環境を戦略的に整備していくべきである。国土交通省の「まちなかウォークブル推進事業」やコペンハーゲン（デンマーク）の自転車を使いやすい「自転車フレンドリーなまちづくり」は、今後横展開が期待されるプロジェクトである。

スマート・ライフ・プロジェクト

政府は、国民や企業への健康づくりに関する新たなアプローチとして「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進している。優れた取り組みを行っている企業・団体・自治体には、大臣表彰「健康寿命をのばそう！アワード」を実施するなど、社会全体で国民健康づくり運動を進める施策を行っている。今後、このような施策の実施においては、科学的な効果評価基準を伴った選出や、施策実施後の政策評価も期待される。

身体活動の促進を目指した国内外の好事例

身体活動やスポーツに関しては、世界的に WHO と IOC（国際オリンピック委員会）が幅広く連携しており、わが国の参考になり得る。日本国内では「Sport in Life」をはじめ、厚労省とスポーツ庁が連携したプロジェクトも生まれつつある。スポーツ庁と日本医師会が連携した「運動・スポーツ関連資源マップ」のプロジェクトもあり、今後、科学的な効果評価を踏まえて、必要に応じた横展開が期待される。

地域包括ケアシステムの活用

システムズアプローチの事例として、高齢者の地域包括ケアシステムが挙げられる。現状では、医療と介護・福祉の連携、専門職の連携が中心だが、本質的にはまちづくりと医療や介護の連携を目指した仕組みである。その中で、歩きたくなるまちづくりといった肥満の改善に資する市民の活動が組み込まれることも期待される。

海外事例

デンマークでは、Danish Life Science Cluster という、財務省と高等教育・科学省、保健省が連携した省庁横断プログラムが始動している。このプログラムの一環として、『ライトハウス・ヘルス・ウェイト』という肥満予防、早期発見、管理のための官民連携プロジェクトが立ち上がっている。デンマークの人口約 600 万人のうち、約 80 万人が肥満症と報告されており、さらに肥満症は教育水準と負の相関がある傾向にある。単に医療政策や健康政策ではなく、社会格差是正の視点も含んだ省庁横断かつ官民連携での取り組みが期待されている。2021 年 5 月～2023 年 8 月にかけて、Healthy Weight Projects（健康体重プロジェクト）を実施中であり、民間からも 225 社が参画している。

提言5：肥満症や肥満に関連する出現状況は、国や地域によって異なるため、わが国における研究を拡充させ、エビデンスやデータに基づく政策を展開する必要がある

肥満度と健康影響の関係については、日本における前向きコホートも実施されており、日本人のデータのみならず、アジアや欧米における前向きコホートとの比較なども実施され、**人種や地域を問わず、肥満症や肥満が多様な疾患や健康影響の要因になる**ことが証明されている。

一方で、疫学的に詳細な分析においては、**国や地域、人種により肥満症の影響に差が介在すること**もわかっている。世代別でもより若い世代での肥満が寿命に大きく影響することも示されている。国、地域、人種差を踏まえた、**エビデンスやデータに基づく政策の実装**が期待されており、そのためには、**わが国における肥満症や肥満に関する研究を拡充させることが必要**である。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 (グローバル専門家会合で表出された論点)

ナショナルセンターの連携

これまでも、6つの国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）が連携し、日本人のデータを基にエビデンスを蓄積し、研究を推進してきた。引き続き、それぞれのナショナルセンターの専門領域において、健康寿命の延伸の視点をもとに、肥満症を含めた疾患横断的なエビデンスの蓄積が期待されている。

患者・市民参画

肥満症治療の目標は、単にやせるだけでなく健康障害やそのリスクを改善し、患者や家族のQOLを改善することである。そのためには、肥満症治療や肥満の正しい知識の普及、スティグマ（周囲から否定的な意味づけをされ、不当な扱いを受けたり、それによって自分自身に否定的な意味づけを持つこと）の解消など、医師、患者や家族のみならず社会の理解が求められる。そのため、エビデンス構築のための共創や研究開発から社会実装に至るまで、患者・市民参画（PPI：Patient and Public Involvement）が重要である。

特定健診の今後の展開や活用

特定健診の結果、判定値を超えた人には特定保健指導を実施し、生活習慣の改善を促すことになっている。第4期（2024年度～）では、腹囲2cmかつ体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直すことになった（アウトカム評価の導入）。さらに特定保健指導の見える化の推進、ICT活用の推進等を通じ、行動変容に資する特定保健指導を推進していく計画がある。

格差是正の目的に沿ったエビデンスデータの検証

肥満が社会経済格差に影響を受けていることの可視化が必要である。さらには、介入や政策を実施する際は、その効果が対象者の居住地、医療アクセス、貧困状況等の社会的属性によって影響を受けないよう、真に格差を縮小する介入になっているかを検証していく必要がある。

海外事例

デンマークでは、政策の一環として成人期の体重をモニタリングしている。デンマーク国立肥満センターにおいて臨床的なエビデンスを収集し、ガイドラインを提案している。今後、このようなエビデンスに基づくガイドラインが、プライマリーケア、セカンダリーケア、さらに市町村で活用されることが期待されている。

提言 6: 肥満症対策のみならず保健医療システム全体を俯瞰した医療情報ネットワークやデータヘルスシステムの構築により、当事者にとって円滑な健康増進施策を推進する必要がある

肥満症の治療や肥満の改善のみならず健康増進施策全般の推進には、**当事者目線に立った医療情報ネットワークやデータヘルスシステムの構築が不可欠**である。国民一人ひとりが PHR（Personal Health Record）を保持し、必要に応じて特定健診データや診療履歴、検査履歴などを、かかりつけ医や産業医、専門医療機関と共有することで、当事者にとって質が高く無駄のない医療や健康相談を提供することが可能となる。

肥満症対策においても、**多職種連携や多機関連携のためには、医療情報ネットワークやデータヘルスシステムの構築が急務**であることを、政府や関係ステークホルダーは認識する必要がある。

提言に関連するデータやファクト、現状の取り組みや好事例 （グローバル専門家会合で表出された論点）

医療 DX の推進

2023 年 4 月より、マイナンバーカードの IC チップまたは健康保険証の記号番号等によって、オンラインで加入している医療保険情報など資格情報の確認ができる、オンライン資格確認の導入が原則義務化される。これは PHR（Personal Health Record）機能の実装とも言え、地域を支えるかかりつけ医にとって、有用なツールとなる。ただし、取り扱う情報がまだ限定的な実装であり、電子カルテ情報の共有化をはじめ、今後の医療 DX の拡充が期待される。

エビデンスの構築に資する医療 DX

医療 DX を通じて国民一人ひとりの健康データを類型化し、蓄積していく必要がある。そのデータは、自分の健康をより長く維持しようという動機付けにも活用が期待される。公衆衛生の観点で、予防に向けて政策的に活用できること重要である。さらには、医学・医療におけるデータの活用も求められる。こうした医療 DX に関する政策を系統的に組み立てていくことが不可欠であり、そのことが明確な科学的エビデンスに基づいた政策の推進に資する。

オンライン診療の現状と展望

オンライン診療が可能な医療機関は全国で約 18%、都心部は 25%となっている。都心部を中心に職域と居住域で複数のかかりつけ医を持つライフスタイルが進む中で、PHR、HER（Electronic Health Record）、オンライン資格確認といったものが一体となり、多職種が協働して一人の患者さんをサポートしていくシステムにつなげる必要がある。

The 6 Steps for Engaging and Cooperating with Patients, Citizens, and Communities for Obesity Control

Recommendation 1: The definition of obesity that requires medical intervention must be broadly disseminated throughout society, people living with obesity of the type that necessitates medical intervention must be identified, and ongoing efforts to establish all types of relevant guidelines based on scientific evidence must continue.

There are differences between society's conventional image of obesity and obesity that constitutes a health hazard, but society's recognition of this fact is insufficient. As it is likely that progress will be made in pharmaceutical and surgical treatments for obesity in the future, the medical definition of obesity must be disseminated throughout Japanese society so the people who truly need medical interventions can arrive at treatments that are appropriate for them.

It is also desirable that we continue ongoing efforts to establish guidelines and principles of all types and that are based on scientific evidence, starting with treatment guidelines that help people select appropriate treatment methods and make similar decisions. Expectations are high for support from the Government and each stakeholder for this objective.

These efforts to define obesity and address it from a medical perspective will also be extremely important in the context of preventing excessive caution toward weight among groups who do not require weight loss, such as women and young people. There is an increasing number of people whose body mass index (BMI) is 25 or above, which is a level that is diagnosed as obese in Japan, while the average BMI among women is decreasing. These are signs of what is known as the "Double Burden of Malnutrition," which is the coexistence of undernutrition (due to factors like unnecessary weight loss) and overweight or obesity. For young women, insufficient nutrition can lead to increased future risk for conditions like infertility and osteoporosis, so this is a subject that will require special attention when advancing policies.

Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation (Discussion points shared at the Global Expert Meeting)

The definition of "obesity"

The medical definition of obesity is, "A state in which there is excessive accumulation of fat in the adipose tissue." Body mass index (BMI) provides one simple indicator to measure the amount of body fat or body fat percentage, and is calculated by body mass (kg) divided by the square of the body height (m). BMIs in the range of 22.0 to 25.0 are considered to be healthiest with the fewest diseases, and people whose body weights place them above or below this range experience more diseases. In Europe and the U.S., a BMI at 30.0 or above is considered obese. However, Asian people who are mildly obese are prone to developing diabetes and other complicating diseases, and a BMI at 25.0 or above is considered obese in Japan.

Obesity is increasing worldwide

The World Health Organization (WHO) set "halt the rise of obesity and diabetes" as one of its nine global targets for non-communicable diseases (NCDs) for 2025. Looking at BMI values among adults ages 18 years and older between 1985 and 2017 by country (Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC); Nature, 2019), no country had an average BMI exceeding 30.0 in 1985. However, such countries had emerged by 2017, such as the United States. It is becoming clear that obesity is greatly impacted by both social environment factors (such as changes in dietary habits and access to more convenient means of transportation) and genetic factors (like the tendency to gain weight).

Examining current circumstances in Japan based on data from specific medical checkups

In Japan, all insurers have been obligated to conduct specific medical checkups and provide specific health guidance for all insured people and their dependents who are age 40 and above to 74 and below in accordance with the Act on Assurance of Medical Care for Elderly People. Over the past decade, the percentage of Japanese adults who are obese (meaning they have a BMI of 25.0 or above) has not changed for women and has increased for men.

Examining current circumstances in Japan based on “Health Japan 21” results

Based on the Health Promotion Act, the Government of Japan is currently advancing the Second National Health Promotion Movement in the 21st Century, or “Health Japan 21 (Second Term)” as its basic policy for the comprehensive implementation of national health promotion (Ministerial Notification No. 430 of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), 2012). While the final evaluation of Health Japan 21 (Second Term) found that healthy life expectancies continue to increase, criteria related to lifestyle habits show that the situation is growing worse. For example, the number of people living with metabolic or pre-metabolic syndrome has not gone down.

Initiatives at the Japan Society for the Study of Obesity (JASSO)

The *Guidelines for the Management of Obesity Disease 2022* from the Japan Society for the Study of Obesity (JASSO) define “obesity” as a disease with a BMI of 25.0 or above and a medical need for weight loss due to complications or potential complications resulting from or related to obesity, including diabetes, dyslipidemia, hypertension, or sleep apnea. (It also defines a BMI of 35.0 or above as “severe obesity.”) JASSO and the Japanese Society for Treatment of Obesity have established comprehensive guidelines for obesity treatment including bariatric surgery. Through the presentation of those guidelines, they have recommended identifying people who should lose weight and can benefit from weight loss so they can be provided with appropriate treatments and preventive care.

Disseminating and building awareness toward treatment guidelines

There are cases in which both healthcare providers and citizens do not possess a sufficient understanding toward the risks of obesity. Among NCDs, obesity is the most dangerous as well as the most preventable disease. We should also devote efforts to simplifying the content of treatment guidelines so they can be accepted more easily by civil society.

Recommendation 2: When treating cases of obesity that require medical intervention, in addition to involving physicians and healthcare institutions specializing in obesity, it will also be necessary to promote multidisciplinary cooperation and collaboration with family doctors and occupational physicians.

People with obesity of the type that demands medical intervention need their treatments to be led by medical specialists and to be based on various guidelines. Those treatments can be made more effective through multidisciplinary collaboration at medical institutions that involve medical specialists such as dietitians, nurses, physical therapists, clinical psychologists, and public health nurses in departments of internal medicine, surgery, and psychiatry.

Before and after medical examinations are provided at specialized institutions, steps to collaborate with primary care physicians, family doctors, and occupational physicians must also be taken. A system must be established that includes the steady implementation of specific health guidance consultations and recommendation of medical consultations, as well as the utilization of Integrated Occupational Health Support Centers (“Sanpo” Centers), and the provision of collaborative support involving occupational physicians, family doctors, and public health centers. Expectations are high for policy support that facilitates cross-disciplinary collaboration among healthcare providers throughout various phases. It will also be necessary to continuously provide family doctors and occupational physicians with opportunities to undergo training on obesity.

**Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation
(Discussion points shared at the Global Expert Meeting)**

Initiatives from the Japan Medical Association (JMA)

Occupational physicians and family doctors in communities have key roles to play throughout various stages of the life course, from working age to older adulthood. There is also a need for multidisciplinary cooperation that includes specialist physicians as well as for multifaceted family doctor services. The Japan Medical Association (JMA) provides training for school physicians, industrial physicians, family doctor services, and lifetime education and training. As part of those efforts, it will be necessary to hold concrete discussions on how to best structure collaboration as well as to encourage such collaboration.

Initiatives from universities and educational institutions

Chiba Prefectural University of Health Sciences trains nurses, dental hygienists, physical therapists, and dietitians and sends students out into communities to experience multidisciplinary team treatment in community settings. It is also in the process of introducing a health program that includes multidisciplinary involvement and is working to establish an educational system that will enable health professionals to improve community medicine from the bottom up.

The roles of school physicians

Given the importance of building health literacy and providing health education from school age, school physicians have vital roles to play. In each school district, activities from school physicians, clinical psychologists, and dietitians must be expanded, and an environment that allows for multidisciplinary cooperation to respond to the needs of children must be established.

Spillover effects from measures for obesity control

Obesity is reversible. Losing weight can lower glycosylated hemoglobin (HbA1c) and triglyceride levels and lead to

improvements for a number of health disorders. Obesity is the result of energy intake exceeding energy expended. We hope to see efforts that focus on this fact and provide diet, exercise, behavioral, pharmacological, and surgical therapies through multidisciplinary team care.

Promoting multidisciplinary treatments

Nationwide, JASSO has certified 27 facilities as centers for multidisciplinary obesity treatment. These centers provide integrated obesity treatments including bariatric surgery, which is a surgery that can help reduce weight and improve metabolism. Expectations are high for these multidisciplinary treatment centers to help disseminate knowledge regarding obesity and its treatments to the general public as well as to a broad range of healthcare providers.

Examples from overseas

There is evidence from Denmark that policies for multidisciplinary, and evidence-based collaboration are effective for responding to diabetes. A large research project is currently examining a multifactorial, personalized, and holistic obesity management intervention in both primary and secondary care settings in Denmark and the UK. Key will be the collaboration between primary care, secondary care and the municipalities.

Recommendation 3: The causative factors of obesity are diverse and complex. Rather than limiting ourselves to the concept of personal responsibility and only viewing obesity as the result of overeating and physical inactivity, we must reaffirm the issues that create factors for obesity for the parties most affected and in society as a whole with a perspective that encompasses the Social Determinants of Health (SDH).

The factors and underlying causes that can result in obesity are diverse. There are also cases in which the burdens of social factors can lead to obesity among children. For example, there may be insufficient educational opportunities for people to learn about nutrition and health in households or in society, which may lead to cases of childhood obesity.

For obesity in adulthood, many cases are affected by factors related to mental health and the social environment, such as isolation, poverty, and stress. Among such cases, there are times when even repeated interventions, like nutritional guidance without measures against social determinants, show no improvement because these underlying factors remain in place.

There are also cases in which people living with mental disorders develop severe obesity. The Government and related stakeholders must reaffirm the fact that obesity is caused by underlying SDH and not a lack of personal responsibility among people with obesity, also consider and implement measures to these issues.

Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation (Discussion points shared at the Global Expert Meeting)

Precision public health

There are also high expectations for the introduction of a framework providing tailor-made support that takes various options such as those that result in behavioral change into account and that has been personalized using data on individual genetic factors, risk factors, and social variables. There is also room to further expand the concept of “Precision Public Health,” which aims to achieve better health for the entire population.

The next National Health Promotion Movement plan

Japan is currently considering its next National Health Promotion Movement plan. The stated vision of this plan is, “Creating a sustainable society in which all people can lead healthy, fulfilling lives” (provisional translation). It emphasizes the expansion of health promotion efforts that ensure no one is left behind (“Inclusion”) and the advancement of more effective measures (“Implementation”). Other items being considered as part of this plan include the deployment of optimal forms of support and approaches that place more emphasis on the characteristics of both individuals and groups in an increasingly diverse society, achieving organic coordination among various players, establishing a social environment for organic coordination, and reinforcing efforts to promote PDCA cycles through technologies like wearables and apps.

Dietary and nutrition education

To help prevent obesity, it is important for people to be provided with nutrition education during childhood and to develop an awareness toward their personal health.

People with obesity require an integrated response that is tailored to each step of treatment. Such a response would begin with lifestyle interventions with methods based on nutrition, exercise, and cognitive behavioral therapy, followed by methods like pharmacotherapy or surgical treatment if weight loss is insufficient. The underlying pathophysiology of obesity involves excessive carbohydrate and fat intake and the condition is often accompanied by deficiencies in vitamins, minerals,

and other nutrients. These points should be kept in mind. All of society must understand that being overweight or underweight are nutritional disorders.

Examples from overseas

Denmark has also found that obesity risk is higher among people whose socioeconomic status is poor. Other potential factors for obesity include personal stress and social aspects. Among children, insufficient sleep may be another influencing factor. A research project is currently examining the effect of sleep on weight in school children. There are also ongoing efforts to improve school lunches (when available). School lunch programs are being implemented throughout Japan, as well, so expanding access to and improving the quality of school lunches will be a powerful driver in correcting disparities.

Recommendation 4: Based on the diversity and complexity of the causative factors of obesity, collaboration with and involvement from broad stakeholders must be expanded so a greater variety of obesity interventions can be provided.

Given the diversity and complexity of the causative factors of obesity, medical intervention methods that are closer to the needs of people living with obesity must be examined. In addition to pharmaceutical and surgical interventions, these include utilizing cognitive-behavioral therapy or collaborating with specialists in psychiatry.

There are a number of non-medical interventions that are also effective for preventing and improving obesity, including what are known as “social prescriptions.” Collaboration with and involvement from diverse stakeholders outside of the health sector must be promoted and be based on a systems approach perspective that aims to generate solutions while taking into account the environments surrounding the parties most affected and their interactions. Good examples of such solutions are starting to emerge in Japan and abroad. These include joint efforts to promote sports and physical activity through collaborative efforts among local governments, communities, social welfare councils, and key people in communities; introducing community development measures that implement exercise as a natural part of daily life or that facilitate commuting by bicycle; introducing programs that aim to expand nutrition education for children; and collaborating with integrated community support centers for parents. While taking the characteristics of each community into account, steps should be taken to expand these good examples laterally across Japan. Introducing good examples from overseas should also be given active consideration. There are also high expectations for steps to establish evaluation indicators in economic systems.

This may include systems to commend companies that are proactive about promoting health and well-being or that are working to improve obesity.

Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation (Discussion points shared at the Global Expert Meeting)

Social prescribing

If poverty and isolation are factors for obesity, then it will also be necessary to decrease poverty and isolation. There is a concept called “social prescribing” in which, in addition to prescriptions for pharmaceuticals, people are given prescriptions to build stronger connections in their communities. Patients are introduced to providers of non-medical care in their local communities to help them attain better social living. This concept is becoming more well-known in Japan and the Government is currently advancing a model project for social prescribing (namely, the MHLW’s “Project for Collaboration Among Insurers, Family Doctors, Etc. For the Promotion of Preventive Healthcare Among the Insured”).

Responding to the needs of people living with mental disorders

Among people with severe obesity, over half of them may be living with some form of mental disorder. The primary goal of intervention for such people is to help them maintain appropriate daily living habits for the entire life course. Pharmaceutical and surgical treatments must be counted among the tools that can be used to achieve this.

Projects to promote walkable cities

Cross-cutting collaboration across ministries and agencies that aims to strategically establish an environment around nutrition and physical activity should be made to advance health promotion measures alongside measures for obesity. It is

desirable that initiatives such as the Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism (MLIT) Project for the Promotion of Walkable Cities and the project for a bicycle friendly city in Copenhagen, Denmark are expanded horizontally in the future.

The Smart Life Project

The Government of Japan is currently advancing a new approach to health promotion for citizens and companies called the “Smart Life Project.” It is also encouraging movements for public health promotion for society as a whole. These efforts include the Minister of Health, Labour and Welfare “Let's Extend Healthy Life Expectancy! Awards,” which are presented to companies, organizations, and local governments that are making outstanding health promotion efforts. Moving forward, expectations are high for scientific criteria for effectiveness to be implemented alongside such policies and for policy evaluations to be conducted after these measures are introduced.

Good examples of initiatives to promote physical activity from Japan and abroad

Around the world, the WHO and the International Olympic Committee (IOC) are engaged in extensive collaboration to promote physical activity and sports that Japan can use as a reference. A number of projects are emerging in Japan, including a collaboration between the MHLW and the Japan Sports Agency called “Sport in Life.” The Japan Sports Agency is also working with the JMA on an initiative called the “Map of Resources for Exercise and Sport.” After conducting scientific evaluations to verify the effectiveness of this initiative, expectations are high for it to be expanded to areas where it is needed.

Effective utilization of the Integrated Community Care System

The Integrated Community Care System for older adults provides one example of a systems approach. While it is centered on coordination among specialists and among healthcare, long-term care, and welfare, it is essentially a framework for collaboration among community development, healthcare, and long-term care. Given this context, activities from citizens that will help address obesity, such as efforts to create walkable cities, should also be incorporated into the Integrated Community Care System.

Examples from overseas

The Danish Life Science Cluster is a cross-ministerial, collaborative program involving the Danish Ministry of Finance, Ministry of Higher Education and Science, and Ministry of Health. A public-private partnership for obesity prevention, detection and management called the Lighthouse on Healthy Weight has been launched as part of that program. Among the approximately 6 million people living in Denmark, it has been reported that approximately 800,000 of them have obesity. Furthermore, obesity tends to be negatively correlated with level of education. In addition to medical and health policies, expectations are high for initiatives that cut across ministries and agencies and for public-private partnerships that aim to correct social disparities. From May 2021 to August 2023, Lighthouse has been carrying out a number of projects under its Healthy Weight initiative, which has participation from 225 private companies.

Recommendation 5: The prevalence of general obesity and obesity requiring medical intervention vary among countries and regions, so research in Japan must be enhanced and evidence- and data-based policies must be expanded.

Prospective cohort studies on the relationships between obesity and various health effects have been conducted in Japan and comparisons have been conducted using both domestic data and data from prospective cohort studies in Asia, Europe, and the U.S. They have found that general obesity and obesity requiring medical intervention are factors for a variety of diseases and health effects regardless of race or region.

Detailed epidemiological analyses have shown that there are also intervening differences by country, region, and race. Expectations are high for the introduction of evidence- and data-based policies that take differences in country, region, and race into account. To that end, it will be necessary to expand research on general obesity and obesity requiring medical intervention in Japan.

Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation (Discussion points shared at the Global Expert Meeting)

Collaboration among National Centers

The six National Centers of the Japan Research Promotion Bureau have been working together to accumulate evidence based on data from the Japanese public and to advance research initiatives. We hope all National Centers continue gathering evidence in their respective areas of expertise from the perspective of extending healthy life expectancies and in a manner that cuts across diseases, including obesity.

Patient and Public Involvement (PPI)

In addition to losing weight, obesity treatment aims to provide better quality of life to patients and their families by alleviating health disorders and lowering risks. For this to occur, it will be necessary to improve understanding of obesity among physicians, patients, and their families, as well as throughout society. This will require efforts like disseminating accurate knowledge about obesity and its treatments and eliminating stigma (which is to be viewed negatively by surrounding people, to be treated unfairly, or to form a negative view of oneself due to this treatment). A vital element for achieving this will be Patient and Public Involvement (PPI) that spans co-creation and R&D for building evidence to the implementation of these measures in society.

Expanding and utilizing specific medical checkups in the future

Based on results from specific medical checkups, people whose numbers exceed assessment criteria are supposed to be provided with specific health guidance to encourage them to improve their lifestyle habits. In its fourth phase (which will begin in FY2024), the specific health guidance system will be revised and outcome evaluation indicators will be introduced. For example, in the new system, specific health guidance will end when the person receiving it decreases their abdominal circumference by 2 cm or loses 2 kg, regardless of how much guidance they have received. There are also plans to promote forms of specific health guidance that contribute to behavioral change by supporting efforts to visualize specific health guidance, promote the use of ICT utilization, and other such measures.

Verifying data used as evidence in accordance with efforts to correct disparities

The fact that obesity is impacted by socioeconomic disparities must be made visible. In addition, when implementing interventions and policies, steps must be taken to verify that they truly reduce disparities to ensure their results are not influenced by target populations' social attributes such as area of residence, healthcare access, and poverty.

Examples from overseas

As part of Denmark's health policy, body weight among adults is monitored. The Danish National Center for Obesity is collecting clinical evidence on obesity and has recommended guidelines. Expectations are high for evidence-based guidelines such as those from the Danish National Center for Obesity to be adopted for use in primary and secondary care settings as well as in municipalities.

Recommendation 6: Health promotion measures that affected parties consider harmonious, must be promoted by building health information networks and health data systems that encompass obesity control and the entire health system.

To promote efforts to treat and improve obesity as well as advance overall health promotion measures, it will be essential to establish medical information networks and health data systems that take into account the perspectives of the parties most affected. If every citizen maintains a Personal Health Record (PHR) and shares data from specific health checkups or their medical and examination histories with family doctors, occupational physicians, and specialized medical institutions as needed, it will enable the provision of high-quality, efficient healthcare and health consultations to the parties most affected.

The Government and related stakeholders must recognize there is an urgent need to establish medical information networks and health data systems to enable multi-disciplinary, multi-institutional collaboration in obesity control.

Data, facts, current initiatives, and best practices related to this recommendation (Discussion points shared at the Global Expert Meeting)

Promoting healthcare digital transformation (DX)

Starting in April 2023, it became mandatory in principle for healthcare facilities in Japan to implement online eligibility verification. This is meant to allow for health insurance and other eligibility information to be verified online by reading the IC chips in My Number cards or the numeric codes on health insurance cards. In practice, this fulfills the functions of Personal Health Records (PHRs) and will be a useful tool for family doctors, who uphold the health of their communities. However, the manner in which these tools are currently implemented means the information handled is limited, so expectations are high for efforts to further expand healthcare DX in the future, starting with the sharing of information held within electronic medical records.

Healthcare DX that contributes to establishing evidence

Health data from each citizen must be accumulated and typified through healthcare DX. Expectations are high that this data will be utilized to motivate people to maintain better health for longer periods. From a public health perspective, it will be important that this data can be used to formulate policies that encourage prevention. That data must also be utilized in medicine and healthcare. Systematically formulating such policies on healthcare DX will be essential, and doing so will also contribute to the promotion of policies that are based on clear scientific evidence.

The current status of and prospects for online medical examinations

Nationwide, approximately 18% of health institutions offer online medical examinations. In urban areas, this rate is 25%. More and more people are experiencing lifestyles in which the number of family doctors near where they work or live is increasing, especially in urban areas. It will be necessary to integrate PHRs, Electronic Health Records (EHRs), and online eligibility verification and link these to a system in which multidisciplinary professionals collaborate in supporting individual patients.

謝辞

本政策提言の作成にあたっては、以下のアドバイザリーボードご参加の有識者からのヒアリングを実施、および2023年3月31日に開催したグローバル専門家会合「患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策に向けて」での議論から論点を抽出いたしました。深く御礼申し上げます。本提言は、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、アドバイザリーボードメンバー参加者や専門家会合のご登壇者などの関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

「肥満症対策 推進プロジェクト」アドバイザリーボード

(敬称略・五十音順・お役職は当時)

阿真 京子 (子どもと医療プロジェクト 代表)
小熊 祐子 (慶應義塾大学大学院 スポーツ医学研究センター・健康マネジメント研究科 准教授)
黒瀬 巖 (日本医師会 常任理事)
近藤 尚己 (京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 国際保健学講座 社会疫学分野 主任教授)
龍野 一郎 (日本肥満症治療学会 理事長／千葉県立保健医療大学 学長)
津金 昌一郎 (国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康・栄養研究所 所長)
横手 幸太郎 (日本肥満学会 理事長／千葉大学医学部附属病院 病院長)

グローバル専門家会合「患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策に向けて」ご登壇者

(敬称略・ご登壇順・お役職は当時)

横手 幸太郎 (前掲)
田邊 和孝 (厚生労働省 健康局 健康課 女性の健康推進室長)
Diana Arsovic Nielsen (CEO, Danish Life Science Cluster)
小熊 祐子 (前掲)
黒瀬 巖 (前掲)
近藤 尚己 (前掲)
龍野 一郎 (前掲)
Alexandra Sjøgaard Helbo (Senior Scientific Manager, Obesity and Nutritional Sciences, the Novo Nordisk Foundation)
武見 敬三 (参議院議員)

日本医療政策機構について

日本医療政策機構 (HGPI: Health and Global Policy Institute) は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、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ます。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています (2021年1月時点 (最新データ))。

Acknowledgements

When compiling the policy recommendations described above, we conducted hearings with the experts who participated on our advisory board and are listed below. Also, this summary of discussion points was synthesized from discussions among speakers and panelists at the Global Expert Meeting on “The Next Steps for Engaging and Cooperating with Patients, Citizens, and Communities for Obesity Control.” We would like to express our deepest gratitude for their input. Please note that the recommendations in this document were compiled by HGPI in its capacity as an independent health policy think tank based on those hearings and should not be taken to represent the opinions of any advisory board member, related party, or any organization to which they are affiliated. This report is copyright 2023 Health and Global Policy Institute.

The Obesity Control Promotion Project Advisory Board (Titles omitted; in Japanese syllabary order)

- Kyoko Ama (Representative, Children and Healthcare Project)
- Yuko Oguma (Associate Professor, Sports Medicine Research Center, Graduate School of Health Management, Keio University)
- Iwao Kurose (Executive Director, Japan Medical Association)
- Naoki Kondo (Professor, Chairperson, Department of Social Epidemiology, Global Health Course, School of Public Health, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, Kyoto University)
- Ichiro Tatsuno (Chairman, Japanese Society for Treatment of Obesity; President, Chiba Prefectural University of Health Sciences)
- Shoichiro Tsugane (President, National Institute of Health and Nutrition, National Institutes of Biomedical Innovation, Health and Nutrition)
- Koutaro Yokote (President, Japan Society for the Study of Obesity; Director General, Chiba University Hospital)

The Global Expert Meeting Speakers (Titles omitted; in order appearance)

- Koutaro Yokote (shown above)
- Kazutaka Tanabe (Director, Women’s Health Promotion Office, Health Service, Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare)
- Diana Arsovic Nielsen (CEO, Danish Life Science Cluster)
- Yuko Oguma (shown above)
- Iwao Kurose (shown above)
- Naoki Kondo (shown above)
- Ichiro Tatsuno (shown above)
- Alexandra Sjøgaard Helbo (Senior Scientific Manager, Obesity and Nutritional Sciences, the Novo Nordisk Foundation)
- Keizo Takemi (Member, House of Councilors)

About Health and Global Policy Institute

Health and Global Policy Institute (HGPI) is an independent, non-profit, non-partisan, and private health and global policy think tank established in 2004. We are committed to achieving citizen-centered health policy by bringing together a wide range of stakeholders and generating policy options for the public from a neutral standpoint. We represent an independent voice not bound by the positions of any particular political party or organization, working to foster fair and healthy communities by shaping ideas and values from broad, forward-looking perspectives. We will continue working together with you, our stakeholders, to present not only Japan but the world with effective healthcare policy options to help solve global health and medical challenges. Our work has been internationally recognized, ranking us second in the world in “Top Domestic Health Policy Think Tanks” and third in “Top Global Health Policy Think Tanks” in the Global Go To Think Tank Index Report published by the Lauder Institute at the University of Pennsylvania (USA) (latest data as of January 1, 2021).

日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

日本医療政策機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」ことをミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

Health and Global Policy Institute: Guidelines on Grants and Contributions

As an independent, non-profit, non-partisan private think tank, Health and Global Policy Institute, (the Institute) complies with the following guidelines relating to the receipt of grants and contributions.

1. Approval of Mission

The mission of HGPI 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 catalyzing society for impact. The activities of the Institute are supported by organizations and individuals who are in agreement with this mission.

2. Political Neutrality

The Institute is a private, non-profit corporation independent of the government. Moreover, the Institute receives no support from any political party or other organization whose primary purpose is political activity of any nature.

3. Independence of Project Planning and Implementation

The Institute makes independent decisions on the course and content of its projects after gathering the opinions of a broad diversity of interested parties. The opinions of benefactors are solicited, but the Institute exercises independent judgment in determining whether any such opinions are reflected in its activities.

4. Diverse Sources of Funding

In order to secure its independence and neutrality, the Institute will seek to procure the funding necessary for its operation from a broad diversity of foundations, corporations, individuals, and other such sources. Moreover, as a general rule, funding for specific divisions and activities of the Institute will also be sought from multiple sources.

5. Exclusion of Promotional Activity

The Institute will not partake in any activity of which the primary objective is to promote or raise the image or awareness of the products, services or other such like of its benefactors.

6. Written Agreement

Submission of this document will be taken to represent the benefactor's written agreement with the Institute's compliance with the above guidelines.

協賛企業・団体（五十音順）

国立大学法人 政策研究大学院大学 グローバルヘルス・イノベーション政策プログラム
ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

Project sponsors (in alphabetical order)

National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS) Global Health Innovation Policy Program (GHIPP)
Novo Nordisk Pharma Ltd.

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/>

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/en/>

