

論点
整理

社会課題としての 肥満症対策

肥満・肥満症政策の推進に向けた
自治体・被用者保険者の視点



HGPI Health and Global
Policy Institute

2026 年 7 月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

本報告書の中で使われる用語の定義及び出典	02
はじめに	03

ヒアリング対象と目的	04
------------	----

ヒアリング内容と論点	04
------------	----

1 自治体・被用者保険者における肥満症対策の実態 04

1-1 肥満症対策を実装している自治体・被用者保険者の事業内容	04
1-2 肥満症対策開始の契機	05
1-3 肥満症対策を実装していない自治体・被用者保険者の肥満症に対する認識	06
1-4 データ不足による実態把握の限界	06
1-5 自治体・被用者保険者においてデータ以外に対策の優先度を高める要因	07
1-6 肥満症対策と明示しなくとも既に実施されている肥満症に関連した対策	08

2 肥満症対策実装する上で求められる視点・環境・連携体制 09

2-1 自治体に推奨されるアクション	09
2-1-1 自治体内部の体制構築	09
2-1-2 地域における郡市区医師会や中核病院の医師・専門家との連携体制構築	09
2-1-3 都道府県・市町村・教育委員会間の調整	10
2-1-4 肥満症の人のニーズや現場の声に即した政策設計や支援の整備	10
2-2 政策制度への期待	11
2-2-1 既存政策・制度の活用	11
2-2-2 データ整備(肥満症対策を実装している自治体・被用者保険者の課題)	11
2-2-3 受診勧奨基準値の統一・最適化	12
2-2-4 医療提供体制の整備	12

3 自治体・保険者が抱える全般的な課題

14

3-1	特定健診・特定保健指導にかかる負荷	14
3-2	被用者保険者が本来注力したいと考える領域・取り組み	14
3-3	自治体・被用者保険者におけるリソース不足	15
3-4	産業医・産業保健師の役割・配置に関する課題	15
3-5	データ収集・分析に関する課題	16
3-6	国の指標に関する課題と改善への期待	16
3-7	加入者の立場に立った事業推進の必要性	17

column	肥満症と関連した肝疾患対策の現状	18
--------	------------------	----

謝辞	19
----	----

本報告書の中で使われる用語の定義及び出典

本報告書では、以下のように用語を定義し使用することとする。

体格指数 (BMI : Body Mass Index)

BMI は次の計算式で算出する。BMI=体重[kg]/身長[m]²

メタボリックシンドローム^{※1}

●ウエスト周囲長の増大で評価される内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積を必須項目として、高血糖、脂質代謝異常、血圧高値の3項目のうち2項目以上を満たす場合にメタボリックシンドロームと診断する

●肥満(BMI≧25)を満たすかどうかは問わない

肥満

脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、BMI≧25のもの
※肥満は世界保健機関(WHO: World Health Organization)の基準では BMI≧30 であるが、肥満の基準は国によって異なる

肥満症

肥満があり、かつ肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測され、医学的に減量を必要とする疾患

高度肥満

肥満と判定され、二次性肥満^{※2}を除外されたもののうち、BMI≧35のもの

高度肥満症

肥満症の定義に則り、BMI≧35の高度肥満と判定されたもののうち、肥満関連健康障害を有するか、あるいは内臓脂肪蓄積を認める場合に診断される疾患

【出典】日本肥満学会編. 肥満症診療ガイドライン 2022. ライフサイエンス出版. 東京. 2022

※1 日本内科学学会、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会の8学会が合同で、日本におけるメタボリックシンドロームの判断基準を2005年に設定。厚生労働省「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/ikk-j.pdf>。(アクセス日:2025年6月4日)。

※2 肥満の原因が明らかなものを二次性肥満という。内分泌性肥満、薬剤性肥満、遺伝性肥満、視床下部性肥満が含まれる。

はじめに

肥満症とは、単なる体重超過ではなく、肥満に起因する健康障害を有するか、またはその発症リスクが高く医療的介入が必要と判断される疾患であり、2型糖尿病・高血圧症・脂質異常症・心筋梗塞・脳梗塞・肥満関連腎臓病といった重篤な合併症と密接に関連している。肥満症の人への適切な医療的介入によって合併症の発症・重症化を防ぐことは、個人の生活の質(QOL: Quality of Life)向上にとどまらず、医療財政の観点からも極めて重要である。さらに、世界有数の超高齢社会であるわが国では、生産年齢人口における肥満症の放置が将来の医療・介護需要の拡大に直結するリスクがあり、ライフコース全体を見据えた早期診断・早期治療体制の整備が急務である。肥満症は自己管理の問題ではなく、遺伝的・環境的・社会経済的要因が複合する疾患であるという認識のもと、診療・予防・政策が一体となった包括的対応が今まさに求められている。

日本医療政策機構では、2022年から肥満症プロジェクトを始動させ、産官学民の有識者との議論を喚起するとともに、肥満症のある人の声に基づく当事者中心の肥満症政策推進を目指して活動してきた。一般健康診断・特定健康診査(以下、特定健診)での早期発見、医療機関受診、専門的・集学的医療提供体制や治療のあり方に加え、肥満症へのスティグマの払拭やライフコースでの適切な食事摂取、運動習慣を通じた肥満予防の必要性についても検討し、肥満症対策のあるべき姿について包括的に議論するとともに、立法府、行政府、地方自治体へのアドボカシーや社会発信を行ってきた。

肥満症対策は、予防・健康増進を目的とした肥満対策と医療的アプローチが両立して行われる必要がある。肥満対策に関しては非感染性疾患対策の一環として、国や自治体、職域(事業主、被用者保険者を含む)において予防・健康増進を目的に様々な取り組みが行われている。一方で、肥満症対策に関しては、自治体・被用者保険者において取り組みは非常に限定的であるのが現状である。本稿では、その理由や実態を明らかにするとともに、今後肥満症対策が自治体・被用者保険者でどのように実装されていくと患者・当事者にとって最適なのかという視点に立ち、肥満症対策実装において持つべき視点や必要な環境整備・ステークホルダー調整、評価指標等について自治体・被用者保険者、研究者、医療者へヒアリングを行った。ヒアリング対象には、既に肥満症政策を実装している自治体・被用者保険者も含まれる。限られたリソースを前提に、現場の負担にならない施策・政策設計の必要性といった現実的な視点に立って以下取りまとめる。

ヒアリング対象と目的

現在、国での包括的な肥満症政策はないものの、一部の自治体・被用者保険者では独自に肥満症政策を実装している。本ヒアリングでは、実装している組織を含む6つの自治体、8つの被用者保険者、6名の研究者にヒアリングを行った。実装している自治体・被用者保険者は、何をきっかけに政策を実装し、どのような形で何を優先的に事業推進しているか、一方で実装していない自治体・被用者保険者は肥満症をどのようにとらえているか意見収集した。その上で、今後肥満症政策・対策を推進していく上で必要な視点、環境、連携体制等を明らかにした。

ヒアリング内容と論点

1 自治体・被用者保険者における肥満症対策の実態

1-1

肥満症対策を実装している自治体・被用者保険者の事業内容

今回ヒアリングした自治体・被用者保険者のうち4つの組織が肥満症対策を既に実装していた。そのいずれも、既存の健診制度を用いてBMI30以上の肥満症の人を対象にスクリーニングし、その後医療機関への受診に繋げる取り組みを中心に行っており、併せて、市民・加入者やかかりつけ医への啓発も実施・検討していた。肥満症はその症状に幅があるが、まずは医療を必要とする重度の人に注力して、肥満症政策を実装していることがわかった。

各自治体・被用者保険者別の事例

自治体



特定健診結果でBMI 35以上かつ血糖、脂質、血圧のいずれか1つ以上が基準を超えた未治療（かかりつけ医を持たない）の人を事業の対象者として抽出している。保健師、管理栄養士が特定保健指導の面接を行う中で、肥満症や肥満症治療に関する情報提供を行い、対象者が希望する場合は肥満症治療が可能な医療機関を紹介する。肥満症治療を希

望しない場合は、特定保健指導の継続支援や肥満症以外の治療を目的とした受診勧奨を行うなど柔軟に対処している。2025年度から事業を開始し、特定健診受診者約13,000人のうち約20人が対象者として抽出された。BMI 35以上の人は100人以上抽出されたが血糖、脂質、血圧のいずれかですでに治療している人が多く、医療機関未受診者を対象にすると一気に数が絞られた。

特定健診や人間ドックにおいて高度肥満症の定義に該当する人をスクリーニングし、医療への接続を図る取り組みを行っている。2024年度は対象者約30人に対して受診勧奨を実施した結果、6人が肥満症外来を有する中核病院を受診した。重症度に応じたアプローチとして、BMI32以上で外科手術の適応となる重度の対象者には研修会を開催した上で治療の選択肢を提示し専門医療機関への受診勧奨を行い、軽度の対象者にはかかりつけ医を持つことを促している。また、医師への啓発にも取り組んでおり、地域の医師向けに肥満症の定義や介入方針を明確にした啓発資料を作成し、患者への配布を呼びかけている。医師を通じた啓発は医療機関受診者にしか届かないという限界はあるものの、情報提供を広げるための第一歩として位置づけている。また、自治体主催イベントでの啓発ブースの設置や講演会・研修会の開催など、地域住民を対象とした肥満症啓発活動も実施している。

若年層を対象に、20代・30代健診(社会保険加入者で健診の受診機会のない人を含む)において、BMI30以上かつ合併症(血圧、脂質、肝機能、心電図など)の項目で一つでも「要医療」の判定が出た人を主な対象とし、肥満症専門医療機関への受診勧奨と保健指導を併せて実施している。健診受診者の中で、疾病管理が適切に行われているものの

肥満は課題として残っている人を対象に集団教室を行っている。また、次世代の健康づくりとして、保育研究会と連携し、幼児期からの肥満予防をテーマとした公開講座の開催や情報提供を開始している。

国民健康保険の県2号繰入金(特例交付金)や保険者努力支援制度などを利用して、保健指導の枠組みの中で肥満症対策をしている。具体的には、特定保健指導の対象者を独自に細かく階層化し、その中に高度肥満症を一つの階層の項目にしている。

被用者保険者



被用者保険者の関連病院に肥満症外来が開設され、ハイリスク者を産業医の紹介で肥満症外来へ繋ぐフローを構築している。本取り組みは産業医を介するため、加入者全体へ周知しているのではなく、診療所を持つ大手事業所内の産業医や産業保健師等が集まる「医療連携懇談会」の場に限定している。過去約2年間で50人以上の患者が受診しており、外来日の増設の検討もされている。栄養指導と内服治療を併用し、高い治療効果が得られている当事者の話を職域内で広めていきたい。

1-2

肥満症対策開始の契機

各保険者が持つデータから、肥満、メタボリックシンドロームの人の増加に課題を感じたことが対策実装の契機となっている。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経て、メタボリックシンドロームの該当者が緩やかに増加・横ばいで推移したため課題意識を持つようになり、官民連携協定を通じた肥満症対策実施に至った。

2024年の健康増進計画改定を機にデータ分析を行った際、5年前の2019年の中間改定時と比較して、肥満傾向の人が子ども・成人共に増加しており指標を達成できなかった。同時期に地域の中核病院に肥満症外来が開設され、官民連携協定を通じた実施に至った。

20代・30代の健診データで、BMI30以上の肥満者の割合が顕著に伸びていることが判明した。同時期に地域の中核

病院にて肥満・栄養改善センターが設置され、外科的治療を含む専門的な治療体制が整い、官民連携協定を通じた実施に至った。

運動しづらい気候や、飲食店の数が地域に多く深夜まで開店している飲食店へのアクセスのよさを背景に、肥満とメタボリックシンドロームの人の占める割合が多いのが長年の課題であり、対策実施に至った。

1-3

肥満症対策を実装していない自治体・被用者保険者の肥満症に対する認識

上述した肥満症対策の事例は非常に限定的であり、多くの自治体・被用者保険者が肥満症対策を実装していないのが現状である。実装していない自治体・被用者保険者からは、健診制度上肥満症のスクリーニングが対象外であることや肥満症の認知不足から実態をとらえられていないという声が聞かれた一方で、特定健診・特定保健指導が肥満症対策に寄与しているという認識もあった。

■ 健診制度で肥満症のスクリーニングは対象ではないため実態把握はできない。

■ 肥満症の認知が低く、事業策定に至らない。

■ 肥満は遺伝的要因、飲酒や喫煙などの生活習慣、交替勤務等の労働環境によるものなのか、要因が多岐に渡ると考えられるため対策を行うべき対象者が不明確である。

■ 特定健診・特定保健指導が、最終的に肥満症対策にも寄与していると認識しており、メタボリックシンドロームが肥満症や糖尿病の発症・進展に影響することを踏まえれば、特定

健診・特定保健指導のさらなる強化が必要である。

■ 肥満症は自助努力での減量に限界があるケースも多く、受診に繋げるための受診勧奨強化が必要である。

■ 肥満症に位置づけられた段階では、対応の主体が医療機関へと移行し、自治体の関与する役割が限定される側面がある。自治体は限られたリソースを前提とするため、予防分野への優先度が高くなる一方、疾患を有する人への対策は後回しになりやすい。

1-4

データ不足による実態把握の限界

日本は世界で初めて肥満症を「疾患」と位置づけた国であり、特定健診等を含む濃密な健診・医療データを持つ。また、肥満症のアウトカムを「健康障害の改善」で評価する点が特徴であり、データの活用が期待される。一方で、肥満症治療薬は自由診療を含めたデータ収集システムの構築が今後の課題である。また、一般的に、自治体・被用者保険者が事業実施を決定する際には、事業の必要性を示すデータやエビデンスが必須となる。肥満症は肥満症の人の全数把握、事業による健康アウトカム、行動変容への効果、費用対効果、労働生産性等すべてにおいて、エビデンスが不足しているため、対策実装の優先度が高まりにくい。

自治体



■ 自治体の事業は、疾患対象者が多いことや医療費の負担の大きさに優先順位が高まる。しかし、肥満症についてはデータが不十分であり、医療者をはじめとするステークホルダーの賛同を得にくく、優先度が高まらない。



被用者保険者



被用者保険者は費用対効果をシビアに評価する傾向があり、財政的メリットや保険者としての金銭的負担の必要性が厳しく問われる。肥満症対策の優先度を高めるためには、予測モデルによる将来的な医療費削減効果の試算など、現在の投資が将来への効果につながることを示すエビデンスが有効である。

肥満症に関連する11疾患のうち、いずれの疾患への対策が医療費削減や労働者の生産性向上・プレゼンティーズム改善に最も効果的かを示す指針や制度が整備されれば、職域がより主体的に取り組みやすくなる。

肥満症の中でも、肥満と糖尿病を合併し就業制限に至るほど重症化する従業員が一定数存在することから、対策の必要性は認識されている。一方、自覚症状がない段階では行動変容を促すことが難しく、費用対効果が出にくいことから事業の優先順位が上がりにくい。

1-5

自治体・被用者保険者において データ以外に対策の優先度を高める要因

自治体においては、データに加えて、国からの政策や指針・予算上のインセンティブ付けが政策推進する要因になる。職域においては、健康経営が推進の鍵となる。しかし、肥満症対策は、データ不足に加えて、こうした優先順位を高める動力がほとんど働いていないため、実装に至りにくい。

自治体



自治体が新たな事業を実装するためには、国からの法律や通知を通じた自治体への指示または予算上のインセンティブのいずれかが不可欠である。例えば、糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、保険者努力支援制度の評価指標に組み込まれ、加点を通じた国からの資金提供インセンティブが付与されたことで、全国の自治体が迅速に実装へ動いた。肥満症対策においても同様に、保険者努力支援制度の指標への組み込みを通じて、自治体のアウトプット・アウトカムを評価し点数に応じた予算配分を行う仕組みを構築することが、全国的な展開を促す上で効果的であると考えられる。

一方で、あまりに国からの指針が増えることはマンパワーや予算の制限を踏まえると、課題意識があったとしても、自治体によっては対応が厳しい状況も考えられるため、国には一定の考慮を期待する。

職域



企業において健康経営は重要な経営課題であり、事業主と被用者保険者が連携・協力することでより大きな効果が期待できる。国が示す指針や指標に強制力がない場合であっても、国としての方針が明示されることで取り組みの正当性が担保され、健康経営の推進にあたって社内外からの批判を受けにくい環境が整うと考えられる。



1-6

肥満症対策と明示しなくとも 既に実施されている肥満症に関連した対策

多くの自治体・被用者保険者においては、上記の理由で肥満症対策実装が行われておらず、急務と考えていない。しかし、肥満症事業と明示してはいないが、既に肥満症対策の一部と考えてもよい、もしくは肥満症対策に直接的・間接的に繋がる、検査、受診勧奨の強化、啓発等の取り組みを行っていることがわかった。その中で肥満症・肥満対策を行うことの難しさも併せて聞かれた。

各自治体・被用者保険者別の事例

自治体



● 特定保健指導およびその対象外となる高血圧・糖尿病の人への重症化予防事業に取り組んでいる。啓発については、肥満・肥満症を中心的なテーマに掲げたことはなく、血圧など異なるテーマで健康講座を実施している。地域に肥満症専門医療機関ができる前は、一般の医療機関に基礎疾患の治療を促す受診勧奨に留まっていた。

● 特定保健指導対象者の中には、特定保健指導よりも肥満症治療可能な医療機関への受診が望ましい人がある。保健指導の中で受診勧奨も行っているが、受診についての最終的な判断は本人に委ねるしかない。

被用者保険者



● 肥満に合併しやすい高血圧症・糖尿病・脂質異常症の未治療者に対する医療機関への受診勧奨を行っている。また、BMIを活用した生活習慣改善に向けた情報提供も一部行っている。

● 健診結果で生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを意味するパニック値が認められた対象者は、医療機関受診命令後に診断書を被用者保険者へ持参するまで就労を停止する制度があり、重点的にリソースを割いて対応している。ただし、肥満だけではパニック値対象者認定できないことが一般的である。

● データヘルス計画を策定し分析を行ったところ、男性被保険者において20代から30代にかけて急激に体重が増加している実態が判明した。新入社員が入職後一気に増量するケースも少なくない。学生時代は運動をよく食べていた人

が、就職後に運動量が減っても食事が変わらず肥満になるケースや、親元を離れて食費を節約するために炭水化物中心の安価な食事になりバランスが崩れるケース、睡眠時間を削って娯楽に費やし朝食を欠食するケースなど、若年層の肥満要因は多様である。若年層は比較的行動変容しやすく、リーフレットを作成し、健康のための適正体重について啓発している。転職者に配布する健康啓発冊子も肥満予防のページを目立たせて掲載している。

● 肥満の程度別に細分化した分析は行っていないが、特定保健指導の対象者のデータを分析することで、「糖尿病発症のリスク因子として肥満のオッズ比が大きい」等の知見が得られたり、軽度な肥満者を対象に次回健診直前にナッジを活用した通知を送った事業で有意な改善が見られたりしている。

● 女性は不要な痩せ願望や、過度な痩せの方が課題となっており、肥満とは逆のアプローチが必要である。

● 乗り物の操作をする職員で肥満のある社員を対象に、睡眠時無呼吸症候群(SAS: Sleep Apnea Syndrome)の簡易検査を行っている。居眠り・精神疾患とSASの関連があるため、必要な検査であり、SAS検査が肥満症対策へ活用できる可能性がある。

● SASのスクリーニングを希望者に実施している。肥満の人はSASのハイリスク者であることが多く、逆にSAS対策の観点から体重コントロールの重要性を啓発している。

● 高度肥満症に対しては正しい情報提供が必要で、若年層では不適切に肥満症治療薬を個人輸入して使用するようなケースも懸念されるため、正しい知識を伝えることが重要であると考えている。

2 肥満症対策実装する上で求められる視点・環境・連携体制

すでに肥満症対策を実装している自治体・被用者保険者から聞かれた成功要因や学び・これから解決すべき課題に基づいて、実装する上で主に自治体に求められる視点・環境・連携体制を「自治体に推奨されるアクション」として前半部分に記述する。一方で、自治体・被用者保険者単独での解決は困難であるが、政策や環境面でのどのような整備が実現したら自治体・被用者保険者が肥満症対策を実装できる・しやすいかという視点で、主に国・都道府県・学会に向けて「政策・制度への期待」として後半に記述する。

2-1 自治体に推奨されるアクション

2-1-1 自治体に推奨されるアクション

自治体内部の体制構築

小児から高齢者まで罹患し、かつ健康増進、予防、健診と複数の側面からのアプローチが必要な肥満症は、自治体内の所管する担当課が複数に渡る。データ共有や部署横断での体制構築は容易ではないが、横連携を推進すると肥満症に限らず疾患対策が効率的に進む。また、保健師の連携強化も重要である。

● 肥満症対策は、健康増進・乳幼児健診・特定健診・予算取得など複数の担当課にまたがるため、課を超えた連携が不可欠である。しかし、特定健診結果やレセプトデータ、住民基本台帳ネットワークシステム等の個人情報を他課と共有する際には使用目的の明確化と本人同意が必要であり、これが横断的な連携の障壁となっている。保健師や栄養士も課ごとに分散配置されており、家族単位の支援を含めた包括的な対応が難しい状況にある。肥満症に限らず多くの疾患が領域横断・世代横断での対策を必要とすることを踏まえると、個人情報の適切な取り扱いを前提とした庁内横断的な情報共有の仕組みを制度的に整備することが求められる。

● 特定保健指導の開始時より自治体保健師が特定保健指導を行ってきた。その結果、保健師による強固な支援体制基盤が構築され、新しい事業を推進する上で効果的だった。

2-1-2 自治体に推奨されるアクション

地域における郡市区医師会や中核病院の医師・専門家との連携体制構築

地元医師会や中核病院との連携体制を構築することで、肥満症対策の導入も円滑に進んだという声が複数あった。いずれの疾患対策においても地元の医師との連携が効果的である。

● 腎疾患、糖尿病等の様々な非感染性疾患対策において、住民への直接的な支援を重視している周辺地域の中核病院に所属する医師と保健師らが連携して取り組みを進めてきた。さらに、周辺地域の保健師とも連携体制があり、共同自主勉強会が根付いているなど保健師の能力開発や情報交換を行う文化があった。そのため肥満症政策の実装もスムーズだった。

● 他非感染性疾患対策において、中核病院の経営層を含む地域で影響力のある医師や医師会長と既に協働関係があり、医師らが肥満症事業の開始時より企画・検討会議へ参加し、肥満症事業の対象者選定基準をはじめ、専門的な知見共有を受けることができた。また、医師の気さくな人柄や信頼関係を背景に、細やかに情報連携・相談ができ、医師会からかかりつけ医に対して一斉に協力を要請することができた。

● 地域に肥満症専門医療機関がある場合、どれだけの患者を受け入れるキャパシティがあるのか、健診とどう連携さ

せるか、対象者をどのように受診勧奨すべきか等、事前に対話・調整の上事業を実施することが望ましい。

● 肥満症のある人の受診勧奨先は、医師会所属の医療機関に行くことを医師会と事前に取り決めた。その際、医師会から肥満症の紹介基準について医師向けにわかりやすく示した資料の作成を依頼され事業開始前に整備した。

● 肥満症治療が可能な医療機関一覧を作成する際は、一つずつ医療機関の許可を得て作成している。また、自治体の立場上、特定の医療機関の紹介を積極的に促すことは難しいが、近隣にあることを理由に肥満症外来のある医療機関を話題に出すようにしてアクセスを高めている。

● 治療開始後のリバウンドや中断を防ぐため、医療機関と地域が連携して継続的に関わるチーム医療の視点が重要である。

2-1-3 自治体に推奨されるアクション

都道府県・市町村・教育委員会間の調整

肥満症対策にはライフコースアプローチが求められ、乳幼児・児童期からの食・運動習慣への教育・介入が重要である。しかし、年代や取り組みによって所管が都道府県・市町村・教育委員会と分散しているため、方針のすり合わせや連携が困難になりやすい。効果的な対策の実現に向けては、公的機関間の役割分担を事前に整理した上で、現場の実態に即した支援方法を検討することが求められる。

● 学校現場における栄養教諭は県の方針のもとで動いており、市の栄養士との間で情報共有や認識の統一が十分に図られていない。こうした縦割り構造が連携の障壁となっていることから、県・市・学校間の調整の場を設け、共通認識の形成と円滑な情報共有を可能にする仕組みを整備することが求められる。

● 未就学児への肥満対策は市全体で取り組むべき重要課題として認識が高まっているものの、具体的なアプローチ方法はいまだ確立されていない。保育現場では保護者に子どもの肥満を指摘することへの心理的ハードルが高く、また祖父母による孫への過剰な間食提供など家庭環境への介入も難しいのが現状であり、現場に即した実践的な支援方法の検討が求められる。



2-1-4 自治体・被用者保険者に推奨されるアクション

肥満症の人のニーズや現場の声に即した政策設計や支援の整備

自治体・被用者保険者が肥満症対策を実装する中で、肥満症の人のニーズや背景がより鮮明になるとともに、対策を行う中で肥満症のスティグマゆえの困難さもある。当事者に寄り添った政策設計や現場を支える支援の検討が必要である。

● 肥満症事業の対象者の一部には、継続的な受診に対する経済的不安が聞かれることや、精神疾患があり、さらには精神疾患の薬剤による副作用で体重が増加傾向になる人もいます。社会で精力的に働いているというよりは、何かしらの事情を抱えている人が含まれている可能性がある。

● 30・40代女性の肥満症診断率が比較的高い傾向という結果を得た。ヒアリングによると、女性の方がボディイメージへの関心が高く治療への動機付けがされやすい可能性がある。

● 肥満症は自己責任と捉えられる傾向が強く、疾患としての認識が広まっていないため受診につながりにくい。また、保健師側も肥満という言葉が相手を傷つけることへの懸念からアプローチに苦慮している。こうしたスティグマの解消と適切なコミュニケーション手法の普及に向けては疾患啓発と保健師向けの支援ツール・研修の整備が求められる。

2-2 政策制度への期待

2-2-1 政策・制度への期待

既存政策・制度の活用

肥満症対策は、自治体・被用者保険者の限られたリソースやコストを踏まえると、既存政策である特定健診・特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に新たに追加するのが望ましい。

新たなニーズがあっても事務負担の増加は現場の対応を困難にするため、肥満症対策を導入する際は独立した新制度を設けるのではなく、既存の特定保健指導を「リニューアル」する形で組み込むことが望ましい。その際、現場の事務負担が増えないよう配慮した設計が不可欠である。

特定保健指導の枠組みに肥満症のスクリーニング項目を追加し、既存の対象者以外で肥満に該当する人を抽出した上で保健指導の中で疾患啓発を行い、必要に応じて医療機関受診につなげることは、実現可能性のあるアプローチとして考えられる。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムへ肥満症対策を統合して、対象者にBMI25以上の人を含める形で制度を拡大することがリソースやコストを抑制できて現実的である。



2-2-2 政策・制度への期待

データ整備（肥満症対策を実装している自治体・被用者保険者の課題）

自治体・被用者保険者は、肥満症に関するデータ収集・分析において以下の課題に直面している。これらの解決に向けては、自治体・被用者保険者内の分析・指標策定を見据えたシステム設計や外部専門家との連携が必要となる。しかし、データに関する課題は全保健・医療領域に共通しており、かつ国や都道府県の方針に依拠する部分が大きいため、個々の自治体・被用者保険者が対応できる範囲には限界がある。そのため、ここでは肥満症に関するデータ課題の列举に留め、解決策については3-5.「データ収集・分析に関する課題」に後述する。

肥満症に関するデータ分析や統計作成の方法は確立されておらず、国からの評価指標も存在しないため、自治体・被用者保険者ともに効果検証の方法や医療費削減効果の分析ロジックの策定は手探りの状態にあり、削減目標の設定も難しい状況である。

診療ガイドライン上の肥満症の定義に該当している方であっても、レセプトデータ上で肥満症と診断名が登録されている方は少なく、実態との乖離が生じている。つまり、医療機関で、糖尿病や高血圧等の病名は登録されても、肥満症という病名までは登録されていない可能性が高く、レセプトデータから肥満症の実数を把握することが困難な状況にある。

法定項目対象でない肥満症に関しては、一部を除いてデータ収集がほとんどできない状況である。しかし、一部の保険者では健診結果はすべて電子化され過去に遡って参照できる状態にあり、こうした保険者では、データ登録と連動した自動スクリーニングの仕組みがすでに構築されており、肥満症を新たなスクリーニング項目として追加する場合もシステム上の設定変更のみで対応が可能である。



2-2-3

政策・制度への期待

受診勧奨基準値の統一・最適化

現行の健診では肥満症疑いの人をスクリーニングして受診勧奨を行う制度にはなっていないが、今後保険者が肥満症疑いの人を拾い上げる場合には、限られた地域の医療資源・提供体制を前提にした、受診勧奨基準値が必要である。こうした基準値や病診連携基準については、肥満症に関連する専門学会やプライマリケア医間の調整を通じた、統一された値の提示が必要である。

健診で肥満症の定義に合致する人を拾い上げた場合、非常に数が多いため全ての人を同一に医療機関へ受診勧奨することは現実的ではない。医療崩壊を防ぐためにも、肥満症疑いの人を症状に応じて階層的に捉え、医療介入を早急に必要と考えられる人が優先的に受療できるようにすべきである。なお、受診勧奨基準値については、専門医のみならず医師会・専門学会間での調整による統一が期待される。

2-2-4

政策・制度への期待

医療提供体制の整備

健診やかかりつけ医によって肥満症と診断された人を、専門的治療が必要な段階で専門医へ円滑につなぐことができるよう、肥満症診療の提供体制を強化することが必要である。しかし現状では、専門医や管理栄養士の不足・地域偏在により、適切な紹介先を案内できないケースが多く、地方ほどその課題は深刻であるため、オンラインの活用や栄養・ケアステーションの活用推進が必要である。また、認定施設要件や最適使用推進ガイドラインの保険適用要件が現場の実態と乖離しており、制度上の障壁が患者の早期受診を妨げている。提供体制の実態を可視化し、制度設計を現場に即したものと見直すことが求められる。

医療資源の不足・地域偏在

政令指定都市であっても、肥満症専門医は10人に満たない状況で、深刻な人材不足がある。そのため、紹介先を包括的なパッケージとして示せていないのが課題である。例

えば、かかりつけ医が肥満症を診ることができない場合、必ずしも肥満症専門医が在籍していない大学病院に紹介されるケースや、大学病院から地域の医療機関への紹介があっても受付窓口で診療を断られるという実態がある。

● 肥満症治療には栄養指導が必須であるが、担当できる管理栄養士不足が課題である。管理栄養士が在籍しない医療機関はオンラインを活用した栄養食事指導や個人の健康情報を管理するアプリ等の最新技術の適用、日本栄養士会、都道府県栄養士会が設置する栄養・ケアステーションへ栄養食事指導の依頼からの外部派遣も活用・促進していくべきである。

● 肥満症治療においては、外科手術後の長期管理(栄養指導・生活習慣の改善・リバウンド対策)が治療成果を左右するため、専門医療機関が患者を抱え込むのではなく、地域へと円滑に戻す連携の仕組みを構築することが必要である。しかし、地方では肥満症に特化した診療体制を整えることは現実的ではなく、消化器・内分泌・代謝などを横断的に診るジェネラリストの育成こそが求められる。都心の専門特化型モデルをそのまま地方に当てはめることには無理があり、県外から航空機を使って治療を受けに来る患者が存在するという事実も、地域間の医療資源の偏在が深刻であることを示している。また、医師偏在の解決策として遠隔ロボット手術が注目されているものの、医師不足以前に地方から住民自体が減少するスピードが上回っており、医療資源の整備が実際の需要と噛み合わないミスマッチが懸念されている。

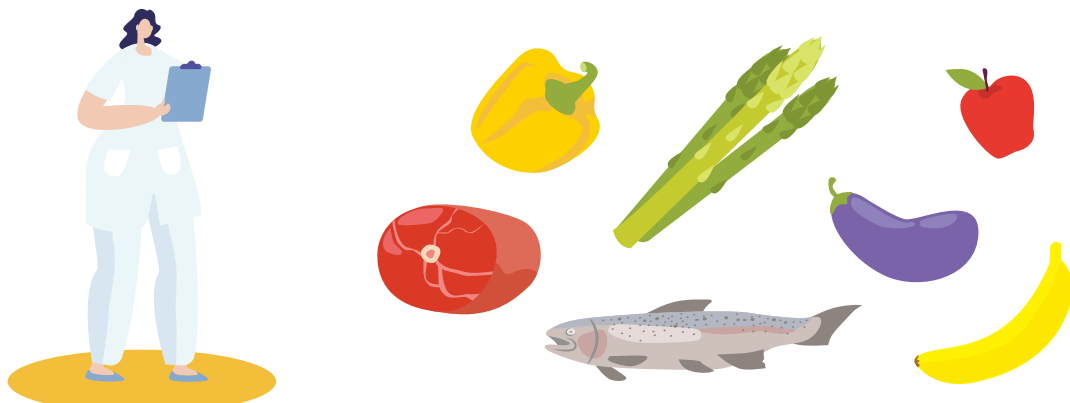
● 昨今、肥満センターや肥満症外来は少しずつ増加しているものの、その受け入れキャパシティについて、自治体や地域の医療機関が把握できていない。こうした実態の可視化に向けた学会等の取り組みが期待されるとともに、将来は自治体・職域とそうした専門的な機関との連携強化も求められる。

● 「肥満症専門医」は日本肥満学会独自の認定資格であり、日本専門医機構に認定された資格では無い。このため肥満症専門医を増やすのは限界があり、とくに地方では肥満症治療を必要とする患者の専門医への集約は困難である。一般的には日本専門医機構認定の「内分泌代謝・糖尿病内科専門医」やそれらが所属する診療科が肥満症を診ることとなるため裾野を広げる必要がある。併せて内科医や総合診療医等プライマリケアを担う医師に肥満症治療に関する知識を周知し、専門医への病院連携を強化することも不可欠である。

医療アクセスにおける制度上の課題

● 日本肥満症治療学会による肥満症外科手術の認定施設制度が、地方の実情と乖離している可能性がある。患者サポートグループ(患者会)の組織化が要件の一つとなっているものの、地方では限られた人数の医師がその運営まで担うことは困難であり、認定申請の障壁となっている。また、症例数や患者会の有無が認定要件とされていることで、丁寧な症例選定を行う施設ほど要件を満たしにくいという構造的問題も生じており、制度の設計と現場の実態との間に齟齬が生まれている。

● 最適使用推進ガイドラインが要求する3学会(内分泌・糖尿病・循環器)の文言に、日本肥満学会・日本肥満症治療学会が含まれていないため、関連学会間の連携をさらに強化することが期待される。また同ガイドラインの保険適用要件(高血圧・脂質異常症の治療中であること)を満たすために、必ずしも必要でない降圧薬等を「保険を通すため」だけに処方する事例が現場で発生していることも深刻な課題である。さらに、「6ヶ月の食事・運動療法」「管理栄養士による栄養指導」といった要件が、早期に治療を必要とする患者への迅速なアクセスを妨げる制度上の障壁となっている。



3 自治体・保険者が抱える 全般的な課題

今回、肥満症対策をテーマにヒアリングしたが、肥満症対策の検討以前に自治体・被用者保険者が抱える全般的な課題解決の必要性が聞かれた。つまり、いずれの自治体・被用者保険者も加入者の健康増進と社会保障費の削減というミッション達成を第一に掲げているものの、限られた人員・予算の中で、制度上求められる必須業務への対応にとどまらざるを得ない。そのため、肥満症に限らず新しい事業に着手できない状況や、予防事業や受診勧奨等の優先順位高く注力したいと考える事業への資源配分ができないといった声があがった。以下、自治体・被用者保険者が抱える課題および保険者機能の強化に向けて求められる視点を記載する。

3-1 特定健診・特定保健指導にかかる負荷

特定健診・特定保健指導は、前期調整額、後期高齢者支援金の加算・減算と関係していることも背景にあり、いずれの自治体・被用者保険者も最も高くリソースを注いでいる。また、特定健診・特定保健指導において、制度上必須である範囲を超えて、受診勧奨やレセプトデータとの照合によるチェック、対象年齢の拡大等、取り組みを強化している。特定健診・特定保健指導以外に健康増進、予防、受診勧奨へさらに注力したくてもリソースが割けない状況もある。

保健指導の対象を積極的に拡大し、特定健診で二次健診基準値に該当するにもかかわらず未受診の人や40歳未満の加入者に対しても、メタボリックシンドロームの該当有無を問わず保健指導を実施している。また、別の被用者保険者では、集団健診会場および個別医療機関において特定保健指導の対象となりうる受診者にその場で初回指導を実施できる体制を整えるなど、保健指導への接続率向上にも取り組んでいる。こうした取り組みの結果、事業主と被用者保険者のコラボヘルスを連動させることで健診受診率100%・特定保健指導実施率60%台を達成している組織もある。

特定保健指導への注力のみでは全年齢層のBMI増加傾向を抑制することは困難であるため、アプリを活用した食事・運動習慣に関する啓発強化など、保健指導の枠を超えた健康増進策の検討が必要である。

健診後の受診勧奨強化にリソースを割きたいが、特定保健指導については、実施率が一定水準を下回ると支援金の負担が増す財政的な仕組みが存在するため、保険者は実施率の達成自体を優先せざるを得ず、本来注力したい健診後の受診勧奨強化等に十分なリソースを振り向けられないジレンマを抱えている。

3-2 被用者保険者が本来注力したいと考える領域・取り組み

前期調整額、後期高齢者支援金への拠出が支出の約半分を占め財政を圧迫していることから、現役世代のうちに健康状態を改善しておくことが将来的な医療費負担の軽減

につながるという認識がある。加入者への健診や重症化予防などの予防事業を経営上の重要課題と位置づけ、注力して取り組みたい。

一方で、健康増進支援のさらなる充実に向けては十分なリソースを確保できていない状況にあり、啓発活動を含めた取り組みの拡充が課題となっている。

健康経営は重要であるが、コラボヘルスを企画する際は、結果を出すことに主眼が置かれすぎており、もう少しプロセスを重視しながら検討したい。

派遣社員は、派遣先の組織で勤務するため、健康管理のみならず労務管理についても派遣業管理監督者の管理が適切に及ばない部分がある。派遣業管理監督者と派遣社員が一度も対面で会わないケースもあり、派遣元の管理責任の範疇を定めることの難しさは健康管理についてもいえる。

3-3 自治体・被用者保険者におけるリソース不足

自治体・被用者保険者は、慢性的な人手不足であり新規取り組みを検討しづらい状況がある。その中で、外部機関・専門家との連携や最新技術を活用して人手不足の解消に努めている。なお、保険者業務の外部委託は一般的になりつつあるが、委託先の選定や管理においては保険者の目的が達成できるよう工夫が求められる。

多くの被用者保険者では人的リソースが限られており、方針検討・予算策定を担う常駐スタッフが少数で、その他の事務作業は外部委託に頼っている。医療費適正化やデータヘルス計画への対応だけで業務が逼迫しており、新規取り組みの検討に十分な時間と労力を割ける状況にない。こうした環境下では、新規業務に対する実務担当者の抵抗も生じやすい。管理職にはミッションや事業効果の説明が有効である一方、実務担当者には業務負担の軽減につながることを具体的に示すことが不可欠である。新たな取り組みの導入にあたっては、追加コストをかけずに既存業務にアドオンできる形で事務作業の削減につながる提案が、現場の受け入れを得やすく現実的である。

外部委託・外部連携の活用にあたっては、役割の切り分けが重要である。データヘルス計画の策定は保険者自身

が主体的に行い、専門家にはアドバイザーとしてフィードバックをもらう形が、計画の実質的な質の向上とモチベーション維持の観点から有効である。

産業保健総合支援センター（通称さんぽセンター）等の外部支援機関との連携によるリソース不足の補完や、事業所と連携したコラボヘルスの推進も、限られた人的リソースを補う手段として効果的である。

事務作業や健診データ管理の外部委託は多くの保険者が行っているが、委託先が複数社にわたると調整工数が増加するリスクがある。効率化の観点から委託先は可能な限り集約することが望ましく、「健診案内・予約・結果データ化・スクリーニング・特定保健指導の連絡・受診・モニタリング」までを一気通貫で対応できるワンストップサービスを選定基準として重視することが有効である。

3-4 産業医・産業保健師の役割・配置に関する課題

産業医、産業保健師の全事業主への配置は現実的ではないものの、その配置の在り方や役割の見直しが望まれる。事業主（産業保健スタッフを含む）と被用者保険者の連携は必要であるが、両者における受診勧奨基準の相違や、役割の重複・空白等により加入者によって必ずしも効果的な体制がとられていない。

産業医の役割を現実的なニーズに沿って見直していくことが求められる。例えば、義務とされている産業医による月次の職場巡視についても、オンラインへの代替など、より柔軟

な方法や頻度での実施を可能とすることで、優先度の高い業務に注力できる制度設計が望まれる。また、産業保健師の配置は法律上義務付けられていないため未配置の事業所も存

在し、配置されている場合も少人数での対応を余儀なくされるなど、産業保健領域全体として人的リソースの不足が課題となっている。

二次健診受診対象者の情報連携においては、被用者保険者が人間ドック学会の基準を、事業主がガイドラインをそ

れぞれ用いるなど、受診勧奨基準が異なる場合があり、事業主側で受診勧奨が行われないケースも生じている。一方、産業医が健診結果を精査して二次健診対象者を同定した上で直接受診勧奨を行う体制は、こうした基準の齟齬を回避できる点でも効果的な取り組みといえる。

3-5 データ収集・分析に関する課題

肥満症に関するデータが十分に収集できていない現状にも関連するが、肥満症に限らずデータに関する一般的な課題は山積している。自治体においては、自治体と職域間の連携、健診データ以外の医療、社会経済的データとの連携、統合における課題がある。被用者保険者においては、保険者―事業主間のデータ共有への制度上の制限がある。

自治体



本来は住民の健康状態の詳細把握や自治体が共通で抱える健診未受診者や健康無関心層への対策には自治体のみならず職域のデータ把握が必要である。しかし、自治体は、国保加入者の情報しか把握できず、社会保険加入者の健診結果・治療経過・死亡原因に紐づく過去の健診データ等は把握不可のため、自治体が高リスク者を把握し支援することは困難な状況にある。

こうした課題の解決に向けては、国や都道府県が匿名医療保険等関連情報データベース(NDB: National Database)を解析し社会保険加入者の情報を自治体へ共有する仕組みの構築、および保険者を超えた包括的なデータ管理と就労世代への介入を可能にする制度設計が期待される。実際に、一部の県では保険者の持つ全医療データを分析し、指標設定を行っている。NDBのオープンデータには市町村別データが含まれないため、必要な際は国への申請が必要だが非常に労力がかかり、市町村の負担が大きい。しかし県としては市町村に職域のデータへ意識を向けてほしいことを理由に、県が国に使用申請の上でデータを取得し、分析する支援を市町村に対して行っている。別の県では、各自治体のリソース不足から健診データの市町村間比較が困難であることを踏まえて、県がデータヘルス推進事業の中で県内市町村のデータを集約・分析している。しかし、レセプトデータ、所得情

報を含む個人のデータなど他データとの連携やこういった健診データの市町村ごとの詳細分析までは着手できていない。

一方、民間ツールを活用して国保データベース(KDB: Kokuho Database)から抽出したデータを長年にわたり定点観測し、地域の実情に応じた独自の評価指標を設定している自治体(KDBに都道府県はアクセスできないため市町村)もある。国民健康保険団体連合会(国保連)がKDBデータを持っている県では、KDB操作研修会やデータヘルス計画策定支援など国保連が主催・支援しているケースもある。

上記は県のリーダーシップや県、市町村、国保連の役割分担により、データ収集分析ができていた好事例であるが、今後はマイナンバー連携の進展により、国や都道府県が自治体・職域のデータを一元的に収集・分析できる体制が整備されることが期待される。データを各主体間でやりとりする手間が省けるとともに、国によるデータ標準化の推進、分析の精度向上や疾患横断的な政策推進の基盤となる。

さらに、地域事情、医療機関、リソースは異なるため、収集したデータの収集・分析は国や都道府県が外部専門家と必要に応じて連携して実施し、具体的な施策は市町村が検討するのが望ましい。

被用者保険者



被用者保険者において、健診データは基本的に事業主ではなく健診機関から（保険者生活習慣病予防健診の場合は契約に基づいて、労働安全衛生法に基づく一般健康診断の場合は事業主の同意を得て）収集する。後者は事務負担が大きいため、自動的かつ義務的に保険者へ提供される仕組みが望まれる。

事業主は診療データを持ってない。個人情報に配慮した上で、両者が把握できれば加入者である従業員にとって何がベストかお互いに企画検討、役割分担、データや判定の不統一も改善されるだろう。



3-6

国の指標に関する課題と改善への期待

自治体・被用者保険者は、指標策定や指標提出に必要なデータ取得に負担感が大きく、国による改善を期待している。

指標策定は自治体や被用者保険者が個別に取り組んでいるが負担が大きいため、参考にできる指標設計や評価方法、効果について国からの発信を期待する。

国が評価指標やプログラムガイドラインを示す場合は、エビデンスに基づいたものを期待する。例えば特定健診・特定保健指導の効果については十分な検証がなされておらず、その有効性に懐疑的な見方もある。

データヘルス計画では、共通の指標を用いることを推奨しており、国も標準指標を示している。しかし、国は自治体がどこまでデータを取得可能か十分に検討しないまま評価指標

を示し提出を求めることがあり、新規に住民へアンケート調査を行わない限り対象データが取得できないこともある。自治体は基本的にアンケート調査を行う際、郵送による配布しか手段がなく、予算をかけてアンケート調査を実施しても結果に見合わない労力ばかりかかることもある。調査を通じて獲得できるデータが不十分であると予測される場合は、新規に調査を行わず既存データから算出せざるをえない。国には、可能な限り自治体が国に報告している既存データからの評価指標設定を期待する。

3-7

加入者の立場に立った事業推進の必要性

自治体・被用者保険者は、事業推進において加入者一人ひとりの視点やニーズを十分に捉えることの難しさを認識しつつも、適切な行動変容につながる効果的な働きかけの重要性を強く感じている。

複数の関係部署や事業が並行して同じ加入者に働きかける場合、受診勧奨や産業医の介入などの対策が重複し、加入者がメッセージ疲労を感じる場面もある。事業主と保険

者が共通認識を持ち、役割分担を明確にした上で連携することで、こうした重複や非効率を解消することが求められる。

有期雇用の派遣社員は健診や受診のため職場を離れ

るとその分の日給が支給されないため、健康より経済的な事情を優先する人もいます。また、健診で疾患が発見されることで働けなくなり生活できないと困るという考えの人もいます。健康増進を呼びかけるだけではなく、このような社会経済的課題を考慮したアプローチや制度の見直しが求められる。

■ 対象者が飽きずに継続的に取り組める特定保健指導メニューの多様化を目指している。

■ 保険者内では、不健康な人により多くの資源が投入される現状に対し、健康リテラシーが高く自己管理に努めている人との間に不公平感が生じているという声も一部ある。こう

した観点からも、健康づくりに積極的に取り組んだ加入者がその努力を実感できる形でメリットを受けられる仕組みが求められる。保険者の財政的メリットにとどまらず、個人が具体的なインセンティブを実感できる制度設計が望ましい。

■ 制度設計にあたっては、政策実装によって影響を受ける現場への負担を最小化した実現可能な制度として設計することはもちろん、その本質が患者に適切な医療を届けるための仕組みとして設計されることが必要である。

column コラム

肥満症と関連した肝疾患対策の現状



肥満症の合併症の一つとして近年注目されているのが、代謝異常関連脂肪性肝疾患(MASLD: Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease)である。自治体・被用者保険者において、国が肝炎対策基本指針を示していることもあり、感染性の肝炎については多くが対策を実施している。一方で、非感染性の肝炎については特定健診で肝機能を示すAST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)が法定項目になっているため、一部では受診勧奨を強化していたが、事業を推進している自治体・被用者保険者は肥満症と同様に限定的であった。生活習慣病対策の一つとして、脂肪肝予防の啓発を実施している例もあった。

感染症であるB型肝炎・C型肝炎は健診でスクリーニングし受診勧奨を実施の上、電話でフォローアップしているが、非感染性の肝炎については対策を行っていない。他自治体・被用者保険者で行っている事例もあまり聞かれない。

肝機能の検査値が緊急報告値に該当する者をハイリスク者と定義し、受診期限を明記した上で受診勧奨を行っている。該当者には肥満症のほか、過度な飲酒・依存症・精神疾患との関連が見られるケースも多い。肥満に該当せず飲酒習慣がなくても脂肪肝が肝臓がんへ進展するリスク等について、広く周知を図ることが重要である。

2023年より、一般社団法人日本肝臓学会の働きかけで、健診の血液検査において肝機能を評価するALTが30を超えた場合に医療受診が必要であると呼びかけが開始されている。一方で、医療機関はAST・ALTのアラート閾値を把握していないことも多い。

謝辞

本論点整理の作成に当たり、ヒアリングにご協力いただいた皆様、草稿段階で様々なご視点からご意見・ご助言をくださった皆様に心より御礼申し上げます。

本論点整理は、各会合の議論やヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

本論点整理にご協力いただいた皆様

※敬称略、順不同

稲嶺 進

大浜第一病院 代謝外科センター センター長

金高 賢悟

長崎大学病院 再生医療・外科診療センター／胃・食道外科 教授

堀江 一郎

長崎大学病院 内分泌・代謝内科 講師

益崎 裕章

琉球大学 大学院医学研究科 内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座(第二内科)教授

旭川市 市民生活部 国民健康保険課

春日井市 健康福祉部 健康増進課

名護市 市民部 健康増進課 地域保健係

弘前市 健康こども部 健康増進課

アストラゼネカ健康保険組合

エーザイ健康保険組合

全国土木建築国民健康保険組合 保健事業部 データヘルス課

阪急阪神健康保険組合

その他、お名前の掲載は差し控えていただきますが、本論点整理の作成に向けて、ヒアリングにご協力いただいたすべての皆様に、深く御礼申し上げます。

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

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

2、政治的独立性

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

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。



日本医療政策機構について

日本医療政策機構(HGPI: Health and Global Policy Institute)は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健全な社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動をしていきます。

著作権・引用について



本報告書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示: 出典(著者／発行年／タイトル／URL)を明確にしてください
- ・非営利: 営利目的での使用はできません
- ・継承: 資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。
<https://hgpi.org/copyright.html>

肥満症プロジェクトチーム

吉村 英里 日本医療政策機構 シニアマネージャー

河田 友紀子 日本医療政策機構 マネージャー

大河 明咲子 日本医療政策機構 アソシエイト

Obesity Control as a Challenge for Society



HGPI Health and Global
Policy Institute

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木5-11-16 国際文化会館内

TEL 03-4241-5020 FAX 03-6859-9291 E-MAIL info@hgpi.org

<https://hgpi.org/>

