

日本医療政策機構

循環器病対策推進・腎疾患対策推進・肥満症対策推進プロジェクト横断会合 論点整理

地方自治体における生活習慣病対策の教訓と課題、未来への展望

論点整理の背景

厚生労働省によると、生活習慣病とは、食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称とされており、日本人死因の上位を占める、がんや心臓病、脳卒中などは生活習慣病に含まれる。

脳卒中や心臓病に代表される循環器病は、我が国の死亡および要介護に至る主因であり、また、近年新たな国民病となっている慢性腎臓病（CKD: Chronic Kidney Disease）は、心臓病などの循環器病との合併頻度が高いだけでなく、自覚症状のないまま腎機能が低下し、場合によっては人工透析の導入が必要となる。人工透析による管理は患者の生活の質低下につながるだけでなく、人工透析の実施に際しては日本全体で年間総額約 1.62 兆円（2018 年）の医療費を要しており、財政ひっ迫の大きな要因となっていることから政策上の重要な課題であるといえる。また、循環器病や慢性腎臓病は加齢とともに患者数が増すことから、高齢化が進行するわが国では近年これら疾患に焦点を当てた政策が積極的に進められてきた。

循環器病対策では、2018 年 12 月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し（2019 年 12 月に施行）、その後本法に基づき、政府は 2020 年 10 月に「循環器病対策推進基本計画」を閣議決定した。さらに、各都道府県においても「都道府県循環器病対策推進計画」が策定され、2023 年 3 月には第 2 期循環器病対策基本計画が閣議決定されたことに伴い、現在は都道府県循環器病対策推進計画の改定が各自治体でも進められている。

慢性腎臓病対策では、2007 年に厚生労働省により「腎疾患対策検討会」が開催され、検討会の内容を取りまとめた「今後の腎疾患対策のあり方について」が策定された。その後、「今後の腎疾患対策のあり方について」を基にした我が国の慢性腎臓病対策に係る 10 年間の進捗管理、課題抽出を目的として、改めて「腎疾患対策検討会」が 2017 年から 2018 年にかけて開催され、医療提供体制整備や人材育成について議論が深化した。2023 年には、「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」が実施され、過去 10 年間の振り返り評価およびさらに求められる対策について取りまとめた「腎疾患対策検討会（2017 年 7 月）に係る取り組みの中間評価と今後の取組について」が公表され、腎疾患対策が進展しつつある。

また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において、令和 6 年度から「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21）」の第三次が開始したが、がん、循環器病及び糖尿病に関する目標の設定に加えて、慢性閉塞性肺疾患（COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease）に関する目標として COPD 死亡率（人口 10 万人当たり）10.0 という挑戦的な目標値が設定されており、これら 4 つの疾患を重要な生活習慣病として捉えられ、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

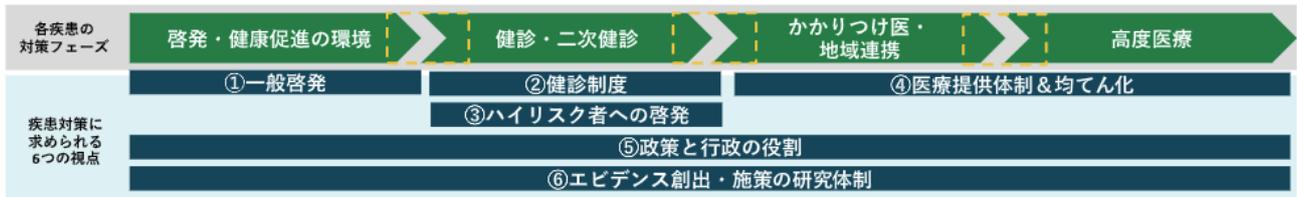
さらに、このような心腎代謝性疾患との関連が強く示唆されている肥満も世界的に増加傾向であり、パンデミック状況にあると言われている。わが国でも 2008 年から各医療保険者に、生活習慣病予防のためにメタボリックシンドロームに着目した「特定健康診査」及び「特定保健指導」の実施が義務付けられ、慢性疾患の重症化を予防する施策が進んできた。一方で、一般的に知られている肥満・メタボリックシンドロームとは異なり、医療的介入を必要とする肥満症に関する認知度は未だ低く、肥満症患者の個別化した医療提供ニーズに合わせた介入や社会を巻き込んだ多様な支援等が期待されている。

循環器病や慢性腎臓病は、背景に高血圧症、脂質異常症、糖尿病、肥満症など生活習慣に関連した共通の併存症を有することも少なくない。こうした疾患の発症・重症化予防には、本人の努力のみならず地域・職域で一体となつて、横断的に介入・管理することが望まれる。

そこで当機構では、地域の特性を活かした生活習慣病対策の推進に向けて、生活習慣病の中でも特に患者数の多い

心腎代謝性疾患並びに近年新たな課題として注目を集めている肥満症に焦点を当て、2023年12月に「第1回NCDs¹ 会合 九州地方開催」、2024年3月に「第2回生活習慣病対策に関する意見交換会 北海道・東北地方開催」を実施した。これらの会合では、分野横断的に専門家や行政関係者を参集し、各疾患の対策フェーズと、それぞれのフェーズごとに求められる視点を共有した(図1)。そして参加者の各疾患に関する最新動向について理解を深めるとともに、地域の実態とその特性に即した生活習慣病対策の在り方を検討した。さらに、政策の横展開を推進すべく自治体間のネットワークの構築も図った。本会合で議論された課題や今後の展望について、以下の通り論点を抽出した。今後は、当会合で得られた以下の論点を活用して、他の地域を含めた会合の開催や、生活習慣病対策の全国での推進に向けた発信に取り組んでいく。

図1. 生活習慣病と密接に関連する疾患の対策フェーズとその疾患対策に求められる視点



(出典：日本医療政策機構で独自作成)

論点1：心腎代謝性疾患、肥満症及び関連するリスクファクターに関して互いに関連する病態として捉える。とりわけ、地域においてこれらを個別疾患対策として推進するのではなく、より統合的なアプローチで予防、治療からリハビリまでのアプローチを実施できる体制を構築する

肥満、糖尿病、高血圧、脂質代謝異常、慢性腎臓病や非アルコール性脂肪性肝炎／代謝障害関連脂肪性肝炎(NASH/MASH)などの肝疾患、COPDなどを有する場合、心血管障害のリスクが高い状態にあることが知られており、またこうした疾患を複数有する患者も少なくない。同時に、こうした疾患の予防や早期発見のアプローチには共通する部分も多く(生活習慣の是正、健康診断による早期発見、特定健診・特定保健指導等)、疾患ごとの個別アプローチではなく、より包括的・統合的に治療・管理を実施できることは、患者やその家族への負担軽減や医療制度の効率性の観点からも重要である。

現状、各地域においてもこうした疾患対策に関しては、個別に計画等が策定されている場合も多く、必ずしも疾患間の連携や相互関連の点については十分に意識されていない。各都道府県や市町村においても、行政に加えて医療関係者や学術機関、患者団体や保険者等の多様なセクターが参集し、個別の疾患を超えた対策を推進することの合意形成に加えて、地域内における各疾患の専門医、非専門医、医師以外の医療職種や非医療職種等の幅広い連携強化体制の構築が重要である。

論点2：定期健診・特定健診の受診率向上を図るには、対象者の背景を踏まえた勧奨方法や結果説明が望まれる

健診受診行動に影響を与える要因として、意識の向上(疾病や健診の意義等の理解)、障壁の除去(費用、時間、場所、交通手段など)、きっかけの提供(個別勧奨)がある。我が国の健康診断は、健康増進法、健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法、学校保健安全法等複数の根拠法の下で複数の制度が存在し、それぞれの制度下で実施主体も対象もまた異なる。したがって、受診率向上を目指す際にも当然ながら実施主体及びその対象ごとの特性を踏まえた対策を検討することが肝心である。

健診の不定期な受診者(健診を受けることはあるが、定期的な健診を実施していない人)へは職域保健での職種ごとの介入や、その人の特性に合わせた個別メッセージの交付、かかりつけ医で不足している検査項目を追加して検査する「みなし健診」等が効果的である。一方で、未受診者への受診勧奨は課題であり、受診しない理由の詳細な

¹ NCDs: Non-Communicable Disease. 非感染性疾患。

分析とそれに合わせたより個別的なアプローチが必要となる。とりわけ貧困世帯、高齢独居世帯、認知症や精神疾患を抱えている場合、健診受診への障壁がさらに高くなるが、このような世帯は生活習慣病発症及び重症化のハイリスク者でもあり、こうした社会背景を踏まえて健診受診を推奨することが重要である。

近年、健康の社会的要因（SDH: Social Determinants of Health）が注目されており、患者の社会生活背景にまで注目したアプローチがますます求められるようになってきている。都道府県では、SDHと生活習慣病の関連性を調査等で明らかにすること、大学等と包括連携協定を結びSDHと生活習慣に関連した研究を推進していくことなどにより、そこから得られた知見を踏まえたSDHへの配慮を県の計画などに明記していくことが必要である。他方、市町村では、より個人へのアプローチが可能となる中で、地域の中で要支援対象者の洗い出しと彼らへの個別アプローチの実施が必要である。すでに地域包括ケアの文脈の中でこうした要支援対象となる高齢者に対しては、社会生活背景を踏まえた支援が実施されているが、このような支援の中にNCDs対策の視点も議論していくことが重要である。

論点3：健診で要再検査・要精密検査となった対象者には、個人のライフスタイルに合わせた対話を通じて医療機関への受診を促すとともに（二次検査）、受診に対する障壁を除去することが重要である

とりわけ生活習慣病の大半は自覚症状に乏しいこともあり、健診受診後に要精査・要治療の判定が出て医療機関を受診しない人も多く、こうした人々をどのように適切に医療機関につなげるかが課題である（二次検査）。国保に関しては保険者努力支援制度のように国から自治体へのインセンティブ制度がすでに存在するが、こうした既存制度に加えて、都道府県が企業にインセンティブを付与することで、職場から対象者に受診勧奨したり、地域の保健師が対象者の都合の良い時間を見計らって電話や訪問することにより受診勧奨したりすることは一定の効果が見られる。医療機関の受診記録（レセプト請求書、医師の返書など）により対象者の受診状況の把握は可能なものの、限られた予算、時間とマンパワーの中でいかに多くの対象者に効果的なアプローチを行うかが課題である。自治体のヒアリングから得られた好事例の中には、要再検査・要精密検査となった対象者の家へ保健師が訪問し、例えば2型糖尿病の場合には「5年後には足が、10年後には網膜が悪くなるかもしれない」と具体的なリスク（糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症）を示して説明し、行動変化を促しているという事例があった。市内の複数の町を担当する保健師がチームを組み、本人へ直接健診結果を伝えるよう努めている。

論点4：健診後のフォローアップの質を担保し、適切なタイミングでかかりつけ医から専門医への紹介・連携を実現するには、診断・紹介基準の周知を含めた医療の標準化や円滑な診療連携のためのネットワーク構築が求められる

健診で要精査判定であっても、その後受診する医療機関・医師によって精査や治療内容に差があるのではないかと疑問視する声が上がっている。また、かかりつけ医によって専門分野や診療方針が様々であるほか、患者側の疾患背景の違いもあるがゆえに、必ずしも適切なタイミングで専門医に紹介がなされておらず、専門医に紹介された段階では患者が既に悪化してしまっているケースも散見される。適切なタイミングで専門医を受診できるよう、プライマリケアに携わる医療従事向けの教育・研修が重要である。県によっては地元の医師会と協力し、要精査の項目や疾患に対応した医療機関のリストを作成し、医療資源を共有することで連携を促している。クラウドサービスを利用した簡便で即時的な情報共有も期待される。さらに自治体によっては、健診結果を医療機関でどの程度適切にフォローアップされているかを調査しているところもあるが、この調査からは同じ県内でもフォローアップ率や、どの程度厳密に生活習慣病リスク管理がなされているか、専門医との連携状態など差があることが明らかになっている。このように受療データを見える化をすることで医療機関・医師に対して行動変容を促すきっかけとなりうる。

さらに、医療機関同士の診療方針の相互参照や地域の患者状況の可視化していくことは、診療を担う医師にとって有用な参考情報となりうるが、その情報収集や管理・提供には行政や保健師の関与も欠かすことができない。生活習慣病と一口に言ってもその内容や専門性は多岐に渡る。地域内に循環器・腎臓内科・代謝／内分泌・総合診療等の専門性を有する医師がどこに何名存在するのか、また何かしらの生活習慣病のリスクを有する人が地域内どのように専門医との連携の中で診療を受けているのかといった連携のパスウェイに関する情報を地域内で共有し、

可視化していくことも重要である。

論点5：専門医の偏在により早期発見のタイミングを逃すケースがあり、医療DXの推進による専門医へのアクセスの向上が望まれる

地方（特に東日本）では専門医が不足しており、限られた専門医もその大半は県庁所在地等の都市部に偏在しているため、早期発見のタイミングで専門医に紹介されていないケースがある。専門医の偏在に対しては、ITの活用や医療DXの推進による解消が望まれる。偏在が目立つ地域の医療機器整備に必要な補助金を配布したり、健診の要精査項目のフォローアップにオンライン診療を行うことについて診療報酬を加算するなど検討の余地がある。さらに患者側への教育機会の提供も必要である。専門医受診の環境が整っていたとしても、必ずしも患者側が専門医受診の必要性を理解していなかったり、医療DXへの障壁等から専門医受診に結びつかない場合も散見される。このような患者側要因への解決に対しても働きかけていくことが必要である。

論点6：生活習慣病対策においては、都道府県と市町村相互の職員の能力強化及び両者の連携を促すことが必要である（都道府県—市区町村連携の推進）

国から都道府県へ、そこから市町村へと一貫した方針と役割分担があれば施策は進めやすいが、地域の実情が多岐にわたるため、最も現場に近い市町村と都道府県との情報交換・課題共有が重要である。都道府県、市区町村双方の職員が、対象とする疾患の専門性を高めるのみならず、顔の見える関係性を構築して都道府県—市町村の視点を相互に持ち合わせることができるといった職員の能力強化が望ましい。また、市町村単位で生まれた好事例を相互参照できるプラットフォームの構築を進め、市町村の垣根や行政の縦割りの解消が期待される。市町村単独での健康課題へのアプローチは難しく、目標設定や分析には専門の評価担当者やアドバイザーの配置、および都道府県によるサポートが不可欠である。

論点7：各自治体内での疾病横断連携には保健所が重要な役割を果たしており、その機能強化が望まれる

保健所が地域保健で重要な役割を果たすことは言うまでもなく、生活習慣病対策においても保健所が果たす役割は非常に大きい。保健所が時代の流れや所管する地域の人口動態の変化、社会経済的要因の変化等を踏まえて生活習慣病対策を実施できるよう機能強化を行なっていくことが必要である。近年、保健所はその予算・人員ともに削減傾向にあり慢性的な業務負担の増加・業務逼迫の現状は新型コロナウイルス対策でも明らかになったところであるが、地域保健の中核でもある保健所が、感染症対策から生活習慣病対策まで幅広い業務を遂行するためには適切な予算・人員が割り当てられるべきである。

また、保健所は地域の関係諸機関の連携の核となることも期待されている。保健所は、地域ごとに協力体制を築いており、例えば糖尿病予防連絡協議会では、糖尿病専門医や保健師が参加し、共通の糖尿病台帳を作成して市町村と医療機関の連携を強化している。また、専門医が不足する地域では、基幹病院に匿名制の症例検討会を設け、保健所や医師会が協力して紹介基準を調整し、地域の実態に合わせた生活習慣病対策を展開している。このように域内に存在する医療資源を把握し、域内での連携体制を推進するような役割を保健所が担うことも期待されている。

論点8：保健所と都道府県、市町村との連携の円滑化を図ることが重要である（保健所を核とした地域ステークホルダーの連携体制の構築）

一般的には、都道府県が全体の方針を定め、保健所を通じてそれら方針を市町村に伝達して展開していく。このプロセスでは、都道府県、保健所、そして各自治体との連携が重要であるが、必ずしも円滑に進まない場合もある。都道府県、保健所、自治体間で課題や役割、目標が一致していることが鍵である。保健所の機能強化に加えて、保健所と関係諸機関の間での公式・非公式の場での顔の見える関係構築やコミュニケーションの充実も大切な要素である。また、都道府県から保健所や自治体へのアウトリーチも重要であり、関係者が都道府県庁に集うのみならず、都道府県側から自治体へ積極的に出向くことも重要である。

論点 9：公的セクターのみならず、産業界が協力したことでより有用な生活習慣病対策を推進できた事例があり、産官学の連携が重要である

生活習慣病対策を推進するためには公的セクターだけでは限界があり、産官学民の多様なセクターとの連携が必須不可欠である。とりわけ、民間セクターとの連携は各地域において様々な連携事例が見られており、こうした経験や好事例が今後、横展開されていくことが望ましい。民間セクターとの協力例として、食品会社、飲食店、ジム・スポーツ施設との連携がみられる。

- 産業界との連携に関しては、大学との深い関係や都道府県との包括協定を結んでいる企業が多い一方で、平等性を担保するために公募制を取り入れている自治体もある。また、特定企業との連携が難しい場合には、プラットフォーム等の形で企業が自由に参加できるようなオープンな場を自治体側が用意している事例もある。
- 自治体が市内のスーパー等と連携し、減塩対策として惣菜の塩分を控えめにする取り組みを実施した。減塩商品を明示的に販売する方法と、消費者が意識しない形で減塩商品を提供する方法があり、減塩表示が売上に与える影響については地域によっては自治体による売上補填の検討が進められている。また、健康への効果について（こうした減塩対策の健康効果そのものに加えて、減塩を明示する場合としない場合でのインパクトの差の評価など）アカデミアとの連携を通じて適正な評価することも求められている。
- 糖尿病やその他の生活習慣病予防のために、野菜摂取を促進する環境整備を推進している自治体がある。野菜提供店を「ベジライフ協力店」として登録し、具体的には「野菜から食べる」、「一日三食で野菜をしっかり摂る」、「野菜をよく噛んで食べる」といった行動を奨励している。また飲食店では、野菜の小鉢を食事の最初に提供することを標準化し、これによって「ベジファースト」を習慣づけている。このように長期的に行動変容を促すために、無関心層に対しても効果的なナッジ（心理的な後押し）の活用が重要視されている。こうした行動経済学の理論を踏まえたナッジの実践なども積極的に取り入れていくことが期待される。
- 自治体とジムが連携し、地域の余剰スペースを利用したコンビニジムの開設を進め、地域コミュニティの活性化、地域住民の健康増進と運動習慣の定着に努めている。また、目標達成度に応じた料金設定の「成果報酬型健康増進プログラム」を提供し、参加者の身体状態の改善を食事、運動、メンタルサポートの三軸でサポートしている。さらに、生活習慣病予防を目的とした特定保健指導では、「腹囲 2cm・体重 2kg 減」の達成を目指すオンラインプログラムを通じ、持続可能な生活習慣の改善を支援し、参加者が長期的に健康的な習慣を維持できるよう支援している。

論点 10：地域保健と職域保健の連携強化によるポピュレーションアプローチが期待される

地域・職域連携により、在住者や在勤者の違いにかかわらず、幅広い層を対象としたポピュレーションアプローチの強化が望まれる。特に、中小企業の場合は、協会けんぽとの連携が必要になるが、その必要性は理解されつつも十分な連携にまでは至っていない。具体的には、健康診断の結果や、健康教育・健康相談など健康に関する情報の共有により、地域の実情を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することが重要である。また連携により、近年の労働者の働き方の変化やライフスタイルの多様化に適応した保健サービスが提供できるほか、予算や専門職の人員などのリソースを共有することで、保健サービスの機会を拡大し、取り組みの重複を調整するなど、リソースの効果的な活用が可能となる。

論点 11：他疾患の重症化を予防する観点から肥満症対策が重要視されつつあるが、各自治体では主にメタボリックシンドローム対策に留まっており、肥満症の認知拡大が求められる

循環器疾患、腎疾患、糖尿病性疾患において肥満はリスク因子となるが、行政の基本法や基本計画内に「肥満症」という文言が含まれていない。そのため、肥満症対策に関しては、高血圧や脂質代謝異常などその他の生活習慣病のリスクファクターと比較すると必ずしもその対応は十分とはいえない。国の基本法や基本計画に肥満症が明記されていない中では自治体個別での対応を推進しにくいという側面はあるものの、そのような行政文書での明文化の前段階からでもできる対応策はあり、とりわけ肥満症に対する一般住民の間での認知拡大はその1つであろう。

メタボリックシンドロームに留まらず、肥満症の認知を拡大するような活動、例えば地域のショッピングモールでの企業を巻き込み、肥満症が生活習慣病のリスク要因であることの啓発や、健康管理アプリの活用などが有効だと思われる。

論点 12：各疾患の政策段階に応じて患者が適切な治療や支援を受けられる体制を整える必要がある。さらに、疾患間の連携を意識した地域内連携体制の構築が望まれる

本論点整理では生活習慣病の中でも特に心腎代謝性疾患及び肥満症に焦点を当てているが、実際には各疾患の対策の進展度合いには大きな差が存在する。例えば、慢性腎臓病に関しては、推定 1480 万人² (成人の約 7 人に 1 人) というその患者数の多さや透析に至った際の医療費への影響は一人当たり約 500 万円と相当に大きなものであるが、中央政府からの強い実行力のある法律等は存在せず、また医療計画にて策定すべき疾病にも該当しないため、慢性腎臓病対策の実情は都道府県ならびに市区町村で大きな差が存在する。全ての自治体において慢性腎臓病患者の実態把握を進めるとともに、現在、慢性腎臓病に関して具体的な計画等を有さない自治体においては医師会をはじめとする地域内の関係各所と連携する他、糖尿病をはじめとする他の生活習慣病対策と疾病横断で連携を進め、慢性腎臓病対策に関する計画や指針等を策定していくことが期待される。すでにこのような指針等を有する自治体であっても、都道府県と市区町村の連携、保健所や地域医師会との連携、かかりつけ医への CKD 診療ガイドラインの浸透、病診連携の強化といった地域における慢性腎臓病患者に対する医療提供体制の整備に関しては課題が残る自治体も多く、医療計画における 5 疾患・5 事業に準じるような対策の推進が求められる。

肥満症治療は日本肥満学会から診療ガイドラインも発出されているものの、医療従事者・肥満症患者どちらにおいても認知度が低く、現状では肥満症患者がどの段階で、どこの医療機関・専門科へ受診すべきかの指針が不明瞭であり、患者自身が適切な治療や支援を受けるまでの道のりが長い場合が多い。肥満症が医療従事者・肥満症患者ともに治療すべき疾患であるという認識を醸成する機会を作り出すほか、治療に対する指針の策定、適切なタイミングで専門医に紹介できるシステムの構築、予防医学に積極的な医療機関情報を集約したデータベースの作成・公開などによる体系的なアプローチが望まれる。

また、地域内における肥満症に対応できる医療従事者の育成や研修・教育機会の提供も重要である。この際、医師・看護師・保健師のみならず栄養士もまた重要な役割を果たしていることに留意すべきである。ある県の好事例として、在宅栄養士を地元のクリニックに派遣して、生活習慣病の発症及び重症化ハイリスク患者への栄養指導を実施している活動事例が存在した。この事例は必ずしも肥満症に特化した事例ではなく生活習慣病対策全般における栄養指導の重要性を示しているものであるが、このような個別支援に加えて、栄養士の活躍、具体的には栄養ケア・ステーションの充実や連携などが促進されることが望ましい。

論点 13：生活習慣病対策においては、ライフコースアプローチの視点や社会経済的・福祉的側面を考慮した、多様なステークホルダーとの連携が必要である

腎疾患対策検討会報告書 (2018 年 7 月) の全体目標において、「CKD 患者 (透析患者及び腎移植患者を含む) の QOL 維持向上を図る」と記載のとおり、透析治療における就労や旅行・余暇等生活への影響は多大であり、透析に関するネガティブな認識は一部にみられる。CKD 疑いの人から透析患者に至るまで、身体的、社会的、経済的なウェルビーイングを担保し生活の質 (QOL: Quality of life) を維持向上しながら生活できるよう、慢性腎疾患および透析患者への社会的な認識を変え、社会的な側面を考慮した支援の検討が求められる。

肥満症対策は単に医療機関の役割にとどまらず、ライフコースに合わせた段階的な地域社会での取り組みが重要である。小児期・学童期は地域と小児科医、学校・教育委員会との連携、成人期以降は地域と職域保健、民間企業との連携が重要になる。例えば、ある県では、子どもの肥満を予防・改善するため、小児科医会と県庁が協力をして、「小児肥満対策マニュアル」を作成している。保育、学校保健、地域保健での活用を目指し、マニュアルの作成及び頒布をしている。またある県では、教育庁が中心となって、食育推進コーディネーターの設置や研修、学校

² 日本腎臓学会 (2023) 「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」, p150.

医との連携を行い、学童期における食育を通じた肥満対策を進めている。

さらに、肥満症に対しては社会経済的側面や福祉的側面も考慮する必要がある。社会経済的ハンディや精神疾患などを抱える当事者は肥満・肥満症のリスクを抱えやすく、また健康診断などの定期的健康診査の受診率が低いことから、そのリスクを認識していないことがある。県や市町村における肥満症対策を検討するにはこのような社会経済的要因と肥満・肥満症との関係性に留意することが求められるほか、地域における実態把握の際などにも学术界と連携し、地域内での社会経済的要因と肥満の関係性についても定量的評価を進めていくことが望ましい。

謝辞

本論点整理は、「第1回 NCDs 会合 九州地方開催」、「第2回生活習慣病対策に関する意見交換会 北海道・東北地方開催」にご参加いただいた行政官の方々による議論をもとに抽出させていただきました。活発な意見交換に参加いただいた、25の自治体（10県15市・村）の担当者の皆様に深く御礼申し上げます。本論点整理は、意見交換会での議論をもとに、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、各自治体担当者などの参加者や関係者、および参加者や関係者が所属する団体・機関の見解を示すものではありません。

会合にご参加いただいた専門家・有識者（敬称略・五十音順・ご所属・肩書はご参加当時）

石垣 泰 （岩手医科大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 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）
 前村 浩二 （長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 循環器内科学 教授）
 宮崎 真理子 （東北大学大学院 医学系研究科 腎・膠原病・内分泌内科学分野 准教授）
 向山 政志 （熊本大学大学院 生命科学研究部 腎臓内科学講座 教授）
 安田 聡 （東北大学大学院 医学系研究科 循環器内科学分野 教授）

ご参加自治体（敬称略・都道府県順・ご所属・肩書はご参加当時）

北海道 釧路市 こども保健部 健康推進課
 北海道 中札内村 福祉課 保健グループ
 青森県 青森市 税務部 国保医療年金課
 青森県 むつ市 健康づくり推進部 健康づくり推進課
 岩手県 保健福祉部 健康国保課
 木村 博史 岩手県 県南広域振興局 一関保健所 所長
 星 進悦 岩手県 県南広域振興局 奥州保健所 所長（現：盛岡市保健所 所長）
 岩手県 盛岡市 保健福祉部 健康増進課
 宮城県 保健福祉部 健康推進課
 宮城県 仙台市 保健衛生部 健康政策課
 秋田県 健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム
 秋田県 秋田市保健所 保健予防課
 山形県 山形市 健康医療部 健康増進課
 福島県 健康づくり推進課
 福井県 健康福祉部 健康医療局 健康政策課
 徳島県 保健福祉部 健康づくり課（現：健康寿命推進課）
 福岡県 保健医療介護部 健康増進課
 福岡県 飯塚市 市民協働部 健幸保健課
 横尾 俊彦 佐賀県 多久市 市長
 長崎県 福祉保健部 国保・健康増進課
 長崎県 福祉保健部 医療政策課
 熊本県 健康福祉部 健康局 健康づくり推進課
 熊本県 玉名市 保健予防課
 大分県 大分市 健康課 東部保健福祉センター
 宮崎県 都城市 健康部健康課
 鹿児島県 霧島市 すこやか保健センター
 沖縄県 保健医療部 医療政策課

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））。

担当者

坂元 晴香	(日本医療政策機構 シニアマネージャー)
吉村 英里	(日本医療政策機構 シニアマネージャー)
坂内 駿紘	(日本医療政策機構 マネージャー)
塚本 正太郎	(日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
平家 穂乃佳	(日本医療政策機構 アソシエイト)
森口 奈菜	(日本医療政策機構 アソシエイト)
後藤 夕輝	(日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
大河 明咲子	(日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
小林 恭子	(日本医療政策機構 プロジェクトアシスタント)
乗竹 亮治	(日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO)

著作権・引用について

本提言書は、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>

協賛企業・団体（五十音順）

アストラゼネカ株式会社

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

日本イーライリリー株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

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 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org