

論点整理

社会課題としての 肥満症対策



肥満症理解の推進と
産官学民連携を通じた解決に向けて



HGPI Health and Global
Policy Institute

2025年8月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
Health and Global Policy Institute

Obesity Control as a Challenge for Society

INDEX

本論点整理の中で使われる用語の定義および出典	02
はじめに	02

第1章 肥満対策の変遷と肥満症政策推進に向けて持つべき視点 04

1 日本における肥満対策の歴史	04
2 現行の肥満対策から考える肥満症対策のあるべき姿	05

第2章 肥満・肥満症政策を検討する際の論点(各論) 08

1 肥満・肥満症に関連する国の統計・データの課題	08
1.1. 国民健康・栄養調査	
1.2. 疾患のデータの在り方	
1.3. 今後の肥満・肥満症関連の統計、データのあるべき方向性	
2 世代ごとの課題	09
2.1. 子ども	
2.2. 労働世代	
2.3. 特定健康診査・特定保健指導	
2.4. 高齢者(サルコペニア肥満)	
3 肥満症医療提供体制の課題	16
3.1. 肥満症診断の現状	
3.2. 医療者、患者・当事者の認識	
3.3. 食事療法	
3.4. 薬物療法	
3.5. かかりつけ医・診療所	
3.6. 専門医療機関	
3.7. 美容痩身医療、自由診療の課題	

おわりに	22
------	----

はじめに

本論点整理の中で使われる用語の定義 および出典

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BMI30以上であるが、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

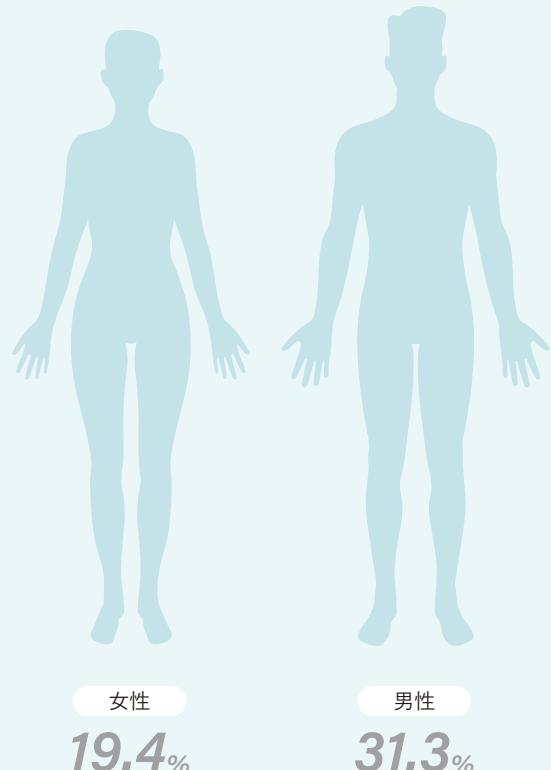
高度肥満

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

日本では生活習慣の変化や都市化の進展を背景として肥満人口が増加している。内臓脂肪型肥満等の一部の肥満は、心筋梗塞や脳梗塞、肥満関連腎臓病等の動脈硬化性疾患や脂質異常症、2型糖尿病等の要因となることが知られている。実際に、2023年度の国民健康・栄養調査によると、肥満者(BMI ≥ 25 kg/m²)の割合について、年齢調整した20歳以上の肥満の人の割合は、男性31.3%、女性19.4%であった^{※3}。また、高血圧症、2型糖尿病、脂質異常症といった肥満と関連のある慢性疾患は、わが国の患者調査における疾患別患者数において依然として上位を占めており、肥満、および肥満に起因ないしは関連する健康障害対策としても喫緊の対策が必要である。



※1 日本内科学会、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> (閲覧日: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。

※3 厚生労働省. 令和5年「国民健康・栄養調査」. (2023).



日本肥満学会の定義によると、肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、健康障害を伴いやすい内臓脂肪型肥満の合併が予測される場合で、医学的に減量を要する病態は「肥満症」と定義される※4。すなわち、肥満症は、単に体重過多という状態を示すのではなく、それ自体が治療を要する疾患として位置づけられている。肥満症は、他の慢性疾患のリスク因子であると同時に、肥満とは異なり、肥満症それ自体が患者の日常生活に重大な支障をもたらす深刻な健康課題である。また、肥満症の指標となる高BMIは、非感染性疾患(NCDs: Non Communicable Diseases)の増加や重症化につながる可能性のある予防可能な代謝性危険因子の一つとして位置づけられている※5。また、肥満・過体重を含む代謝性危険因子群は2019年にNCDsによる総DALYsの18.15%を占め、2013年(17.36%)から増加しているとされている※5。さらに肥満症のある人は、日常的な身体活動の制限や合併症による負担といった身体的困難のみならず、社会的孤立や差別、偏見などの心理社会的困難にも直面している場合がある。

一方で、肥満や肥満症に関するこれらの多面的な課題の実態は、社会的に十分には理解されておらず、依然として個人の生活習慣起因の課題として捉えられることが多い。肥満症が専門的な医学的介入を要する疾患であるという社会的認知が当事者・市民のみならず医療従事者にも十分に広がっていない。結果として肥満の予防や肥満症の治療を必要とする患者への適切な支援体制の構築が遅れている状況にある。また、がん対策やCOVID-19対策のように独立した政策課題として位置づけられておらず、肥満症に特化した政策もほとんど存在していない。なかでも、社会経済的な課題を抱えて脆弱な立場にある人々は、必要な医療や支援へのアクセスが制限されるだけでなく、自らの困難を社会に訴

える機会すら得にくいという問題点も指摘されている。肥満症のある人が抱えるこのような構造的な課題に対応するためには、健康づくりにとどまらない、社会経済的なアプローチを含めた包括的な支援体制の構築が求められる。

日本医療政策機構では、これらの課題を解決すべく、2022年度より「肥満症対策推進プロジェクト」を開始し、患者・市民・地域の参画による総合的な肥満症対策の推進に向けた提言活動を行ってきた。ライフコースにおける食事・運動のあり方や健診・スティグマ対策といった予防の観点から、肥満症の早期発見・初期治療における介入、さらには重症例である高度肥満症のある人に対する集学的医療提供体制と均てん化に至るまで、産官学民の専門家による議論や当事者の声の集約を進めてきた。関係者の尽力により徐々に肥満症が疾患として認知され、分野横断的な連携促進に繋がってきており、いくつかの自治体が肥満症政策に着手しているものの、中央政府での政策実装は未だ存在していない。

以上を踏まえて本調査は、わが国における肥満および肥満症に関連した既存の政策の現状を整理したうえで、今後肥満症政策の進むべき方向性を示すことを目的に実施した。第1章では「肥満対策の変遷と肥満症政策推進に向けて持つべき視点」と題し、肥満や非感染性疾患に対する政策の変遷を踏まえて、今後るべき肥満症政策について視点を整理した。第2章では、肥満・肥満症として表出している、もしくは関連する個別課題を列挙し、ライフコース全体を通じた肥満・肥満症の予防および医療提供体制構築に向けて議論すべき具体的な論点を明確化した。なお、本調査は机上調査に加え、肥満症当事者、医療提供者、社会疫学や公衆衛生の専門家、政策立案者へのヒアリングに基づき、当機構が独自に取りまとめたものである。

※4 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. 2022.

※5 Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022 Apr;21:100377.

肥満対策の変遷と 肥満症政策推進に向けて 持つべき視点

1 日本における 肥満対策の歴史

現在、我が国の政府による政策の中で「肥満症」についての記載は、医療費適正化計画(第4期)の生活習慣病を中心とした入院受療率の上昇に関する記述が、他の慢性疾患と並んで列挙されるにとどまっている。一方で、「肥満」に関しては中央政府、地方自治体における様々な関連法規において、栄養改善、健康増進政策から生活習慣病対策まで様々な取り組みが行われていることの記述がある。

歴史的に肥満や過食が健康に与える影響については多くの経験則からその重要性が語られており、例えば江戸時代には、儒学者で医師でもある貝原益軒の『養生訓』(1712年)においては、健康で長生きするための具体的な指針として「飲食をよき程にして過さず」という節制の重要性を説いている^{※6}。こうした古典医書は、過度の飲食が健康に及ぼす負の影響について、経験的知識に基づく警告を含んでいたといえる。近年まで大多数の庶民が肥満に悩むことはなかった。しかし、第二次世界大戦後の経済成長による劇的な栄養状態の改善や医学の飛躍的な進歩等により、1951年にはそれまで死因の1位であった結核に代わり、脳血管疾患による死者数が最上位となった。その後、1960年代以降は、脳卒中・がん(悪性新生物)・心疾患といった非感染性疾患が死因の半数以上を占めるようになった^{※7}。このような疾病構造の変化を踏まえて、それまでの感染症対策を中心とした衛生水準の向上から、疾病の予防や健康維持・増進に重心を置いた政策へと変化した。

1956年に、厚生省(当時)の会合議事録において「成人病」という名称がはじめて登場した^{※8}。成人病は「主として、脳卒中、がん、心臓病などの40歳前後から死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも上位を占め、40～60歳くらいの働き盛りに多い疾病」とされた。それらは当時予防可能な疾患ではなく、早期発見・早期治療が効果的であると考えられていた。そのため、1972年に労働安全衛生法による健診が導入され、1978年には、第1次国民健康づくり対策が10か年計画で策定され「生涯を通じる健康づくり」として早期発見・治療を目的とする2次予防が強化された。これに続き、1982年には老人保健法が制定され、全世代に対する健診や保健指導が制度化され成人病対策の強化が行われた。

その後、疫学研究の発展により、遺伝要因や外部環境要因のほか、食生活や運動、睡眠、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣が成人病の発症に寄与することが明らかとなり、生活習慣の改善を中心とした1次予防について議論されるようになった。そして、1996年に厚生省公衆衛生審議会・成人病難病対策部会において提出された「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について(意見具申)」(以下、報告書)を契機に、「成人病」から「生活習慣病」への概念転換が図られた。従来の第2次国民健康づくり対策で重視されていた早期発見・早期治療を中心とした2次予防による成人病対策だけでは疾病の増加を十分に抑制できず、その限界が認識されていたことがこの転換の背景にあるという指摘もある^{※9}。報告書では、生活習慣を改善することで疾病の発症や進行を予防できるという認識を国民に広め、予防対策を推進する意図が示されている。これを受け、2000年には生活習慣の改善などに関する目標を盛り込んだ第3次国民健康づくり運動と

※6 貝原益軒. 養生訓 中村学園大学校訂テキスト. 貝原益軒アーカイブ. 中村学園大学・中村学園大学短期大学部図書館メディアセンター.
<https://www.nakamura-u.ac.jp/institute/media/library/kaibara/text03.html>. (閲覧日:2025年5月5日).

※7 厚生労働省. 平成26年度版厚生労働白書. 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7月10日).

※8 日本成人病(生活習慣病)学会. 学会について. 沿革. <http://www.j-seijinbyou.gr.jp/history.html>. (閲覧日:2025年6月24日).

※9 富永祐民.「成人病」から「生活習慣病」へ. 生活衛生 43.1 (1999): 1-2.

なる「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)が開始された。健康日本21の根拠法となる健康増進法は、1952年に制定された栄養改善法を改正する形で、2003年に制定されている。健康増進法では、第1条において健康増進と栄養改善により国民保健の向上を図ることを目的とする記載されており、これらの1次予防対策は、労働安全衛生法および老人保健法(現 高齢者の医療の確保に関する法律)による健診を通じた2次予防と合わせて、両輪で総合的に取り組みが推進されてきたといえる^{※10}。さらに、生活習慣病予防の取り組みも強化されている。2008年には老人保健法が改正され、高齢者の医療の確保に関する法律の下で、40歳から74歳を対象にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導が開始された。この制度はメタボリックシンドロームに着目した予防対策として実施されている。

こうした健康増進・予防政策と並行し、がん対策推進基本法(2006年)や循環器病対策推進基本法(2020年)など、個別の疾患政策についても各法律に基づく推進計画等において、各疾患の発症予防として「肥満」対策が記載されている。がんや循環器病等の個別疾患の1次予防として肥満対策の重要性が記載され、既存の健康増進政策に準じた介入を奨励するものである。このように、我が国では1次予防と2次予防の両側面から、多層的な肥満対策が行われている。

2 現行の肥満対策から考える肥満症対策のあるべき姿

疾患予防としての「肥満」対策と医療対象である「肥満症」

我が国の肥満対策は、疾患予防という文脈を中心に展開してきた。一方、日本肥満学会は2000年に「肥満」と「肥満症」を明確に区別し、肥満症の疾患概念を確立した^{※11}。肥満症は、医学的に脂肪組織の過剰蓄積により様々な健康障害がもたらされている病態であり、肥満症それ自体が生活の質の低下をもたらし^{※12}、治療を要する疾患として位置づけられる。そのため、従来の予防・保健政策として行われてきた肥満対策とは区別し、肥満症については、医療提供体制や治療方法を含めた議論および対策が求められる。

一方で、肥満症対策に関する独立した議論がなかなか進みにくい背景には、肥満症それ自体が他の健康障害のリスクとなるため予防的側面を有していることや、肥満と11の健康障害併存による相対的診断定義となっており高度肥満症を除いて単独での診断は行われないといった、肥満症の特性も影響している可能性がある。



※10 井原一成. "高齢者の健康増進—日本の公衆衛生における健康増進行政の展開と超高齢社会における専門家—."行動医学研究 19.2 (2013): 52-58.

※11 一般社団法人日本肥満学会. 神戸宣言2018. https://www.jasso.or.jp/data/data/pdf/kobe2018_text.pdf. (閲覧日:2025年6月24日).

※12 Stephenson, J., Smith, C.M., Kearns, B. et al. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. BMC Public Health 21, 1990 (2021).

Obesity Control as a Challenge for Society

健康増進・疾病予防政策における 自助努力促進がもたらすステigma

現行の健康増進・疾病予防に関する法令には、自助努力を促進する記述が多数ある。健康増進法(2003年)では、国民の責務として「健康の増進に努めなければならない」(第2条)と規定されており、同時期に制定された介護保険法(1997年制定)でも国民の努力義務として「加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」(第4条)ことが定められている。加えて、特定保健指導も、対象者自らが生活習慣の改善に取り組めるよう支援することを基本としており、個人の行動変容を促すことによって生活習慣病の発症を予防することを目指している。医療保険制度における予防と治療の明確な分離を図り、個人の健康増進促進によって医療費を抑制し社会保障制度の持続性を維持していく政策の一環であると見ることもできる。

一方で、自助努力による健康増進の考え方や、健康増進法等の法律における健康の自己責任の強調は、健康問題を個人の問題と捉える社会的風潮を強化する一因となっている可能性が指摘されている^{※13}。実際に、肥満や肥満症のある人に対する偏見やステigmaの存在は国内外の研究で報告されており、否定的態度や差別的扱いの経験が報告されている(オベシティ・ステigma)^{※14※15}。また、医療専門職の間でも無意識の偏見(implicit bias)が存在することが示されている^{※16※17}。こうしたステigmaは、肥満症が治療の必要な疾患であるという認識の浸透を妨げ、当事者の健康行動や医療機関への受診を躊躇させる一因にもなっているとされ、肥満症政策推進全体を妨げている可能性も否定できない。



※13 玉手慎太郎『公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房. 2022.

※14 Arora M, Barquera S, Farpour Lambert NJ, Hassell T, Heymsfield SB, Oldfield B, Ryan D, Salas XR, Scinta W, Vicari M. Stigma and obesity: the crux of the matter. *Lancet Public Health*. 2019 Nov;4(11):e549-e550.

※15 上平雄大, 中里雅光, オベシティ・ステigma - 肥満, 肥満症があることによるステigma -. *Medical Practice*, 38(7), 1007-1010, 文光堂, 2021.

※16 Schwartz, M.B., Chambliss, H.O., Brownell, K.D., Blair, S.N. and Billington, C. (2003), Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11: 1033-1039.

※17 Phelan, Sean M., et al. "Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity." *Obesity reviews* 16.4 (2015): 319-326.

健康の社会的決定要因 (SDH:Social Determinants of Health)の視点

NCDsの要因は食生活や運動、飲酒、喫煙等の生活習慣のみならず、心理・社会経済的要因や遺伝的な要因によるところも大きく、これらは自助努力のみでコントロールできるものではない。肥満症においては特にSDHの視点が欠かせない。SDHの視点の政策への反映も進みつつあり、例えば「健康日本21(第三次)」では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標とし、「誰一人取り残さない健康づくりの展開(Inclusion)」と「より実効性をもつ取組の推進(Implementation)」を通じた国民の健康増進を図るという方針が打ち出された(厚生労働省, 2023)。具体的には、個人の行動と健康状態の改善(生活習慣病の発症予防・重症化予防)に加え、社会環境の質の向上として、社会とのつながり・こころの健康の維持向上、自然に健康になれる環境づくりが重視されている。「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブの推進」や「居心地が良く歩きたくなるまちなかづくり」に取り組む市町村数の増加などの目標が設定されている。このように昨今の政策ではSDHの視点が取り入れられはじめているが、社会経済格差の拡大が指摘される中で、NCDs対策、特に肥満症政策においては全世代に対する社会経済的支援や環境整備の拡充を検討していくことが必要である。

政策立案のためのデータと エビデンス不足

肥満症政策推進には、根拠となる肥満症の疾病負荷、社会経済的影響、医療介入の効果など臨床から社会経済的な側面に至るまで包括的なデータが必要であるものの十分に収集、分析ができていない。国民健康・栄養調査ではBMIに基づく肥満のある人の割合は把握されているが、肥満症という疾患の実態を把握するためのレジストリや疫学研究は限られている。そのため、国内における肥満症の有病割合、合併症の発生状況、医療費への影響、治療効果など基本的なデータ収集も十分にできていない。また、肥満症治療の費用対効果や長期予後に関するデータも不足している。さらに、日本国内の肥満や肥満症のある人に対するステigma(医療専門職によるものを含む)や、当事者のステigma体験に関する研究はまだなく、今後のエビデンスの確立が求められる。このようなエビデンスの不足は、肥満症を重要な政策課題として位置づける際の障壁となっており、科学的根拠に基づく政策立案を困難にしている。



本章では、肥満症として表出している背景課題、もしくは肥満症に関連する個別課題を列挙し、ライフコース全体を通じた肥満・肥満症の予防および医療提供体制構築に向けて議論すべき具体的な論点を、専門家へのヒアリングをもとに記載する。肥満症に関連する課題が多岐にわたることを示すことを主目的とし、現状と課題を中心に記載した上で、今後推進すべき対策が明確なものについて方向性を示している。

1 肥満・肥満症に関連する 国の統計・データの課題

1.1. 健康増進・疾病予防政策における 自助努力促進がもたらすステイグマ

日本の肥満の割合を示す場合には、国民健康・栄養調査の結果を使用することが多い。しかし、国民健康・栄養調査の参加率は調査対象世帯数に対して調査実施世帯数が約半数で、参加者は年代差があり高齢者、子どもの参加率が低い^{※3}。そのため、国全体の肥満の割合を示すには、現在の調査の設計では、不十分と考えられる。

また、肥満・肥満症のある人の摂取エネルギー量等食事内容を検討する研究で対照群を設定する際には、一般の人の食事摂取量の結果が必要となる。しかし、国民健康・栄養調査の調査期間は1日、かつ世帯を対象にしており、日間変動、季節変動のある個人の食事摂取量を正確に測定することが困難である。

1.2. 疾患のデータの在り方

肥満症はBMI25以上かつ肥満による11の健康障害が1つ以上あった場合等に診断される。しかし、リアルワールドデータを用いた研究では、BMI25以上と11の健康障害のうち一部、例えば血糖降下薬、降圧薬の処方を対象に分析を行うことが少なくない。その理由として、肥満症の病名登録を行うことが専門医や専門医療機関以外において一般的ではないと考えられることや、保険請求の病名登録を肥満症の診断基準を満たしている肥満症として扱いづらい点、11の健康障害のうち処方の有無のみで診断が不可能な疾患を特定しづらい点などがあげられる。

1.3. 今後の肥満・肥満症関連の統計、 データのあるべき方向性

肥満症の正確な有病割合を算出するためには、国民健康・栄養調査をはじめとする国の調査における設計や、正しく数値を理解するための標準誤差や信頼区間の記載等、調査実施や結果の表記方法について見直しが求められる。食事摂取量の調査についても、最低2日間、可能であれば非連続した2日間以上にわたった調査を実施し、その次の段階として季節横断的な調査を行うことが本来望ましい。

現在、日本肥満学会と専門医療機関等が連携の上、電子カルテから直結した肥満症データベースが開発され、肥満症を専門的に治療する7医療機関で導入されている^{※18}。こうしたデータベースの蓄積によって、肥満症治療の研究が進むことが期待される。一方で、前述のデータベースは肥満症を専門的に治療する一部の

※18 Nishikage S, Hirota Y, Nakagawa Y, Ishii M, Ohsugi M, Maeda E, Yoshimura K, Yamamoto A, Takayoshi T, Kato T, Yabe D, Matsuhashi M, Eguchi J, Wada J, Fujita Y, Kume S, Maegawa H, Miyake K, Shojima N, Yamauchi T, Yokote K, Ueki K, Miyo K, Ogawa W. Relation between obesity and health disorders as revealed by the J-ORBIT clinical information collection system directly linked to electronic medical records (J-ORBIT 1). J Diabetes Investig. 2025 Mar 27.

医療機関のデータに限られる。肥満症を専門としない医療機関での治療の実態を把握することも必要であり、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB: National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan)や民間のデータベースを活用した研究、さらには医療DXの推進等によるPHR(Personal Health Record)を含む多様なデータの集積も今後重要となる。また、過体重は身体的HRQOL(Health-related Quality of Life)との関連が示唆されており^{※19}、肥満症においても当事者視点での生活の質(QOL: Quality of Life)に関するデータの蓄積や研究が期待される。

2 世代ごとの課題

2.1. 子ども

子ども^{※20}の肥満^{※21}は、低所得国、中所得国に加えて多くの高所得国においても有病割合が増加しており^{※22}、子どもの肥満は成人期の肥満に移行しやすいことも知られている^{※23}。日本においても、満5歳から17歳(4月1日現在)を対象とした令和6年度学校保健統計によると、肥満度20%以上の肥満傾向児は男女ともに

11歳が約11%と最も高く、男子では9歳以降全ての年齢において、10%を超えている^{※24}。

子どもの肥満の背景には、大人と同様、遺伝的、社会的、経済的、環境的要因が複雑に関係しているとされる。遺伝的要因については、肥満の女性は巨大児出産のリスクが高く^{※25}巨大児は将来、肥満になりやすいことが明らかになっている^{※26}。さらに、幼児肥満ガイドには、幼児期は短期間であることから乳幼児の体格を決める要因は環境因子よりも遺伝的因子の影響が強いことが知られていると記載されている^{※25}。一方で、環境的要因については、貧困、虐待、社会からの孤立といった、子どもやその家族が抱える社会的・経済的課題が含まれ、当事者のみでは解決できない場合も多い。子どもの肥満も他疾患と関連性があり、例えば肥満が小児喘息の繰り返し入院の危険因子となっていることが明らかくなっている^{※27}。



※19 Takahashi Y, Sakai M, Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S, Nakayama T, Fukuhara S, Fukui T, Shimbo T. The relation between self-reported body weight and health-related quality of life: a cross-sectional study in Japan. *J Public Health (Oxf)*. 2011 Dec;33(4):518-26.

※20 子どもとは1歳から18歳頃までを指す。1歳から6歳頃までを幼児期、6歳から12歳頃を小児期、12歳から18歳頃を思春期とする。

※21 日本において幼児では、肥満度が+15%以上を「ふとりぎみ」、小児期・思春期では+20%以上を「肥満」と定義されている。また、小児肥満症は、小児期・思春期を対象とし、「肥満に起因ないし関連する健康障害を合併する、またはその合併が予測される場合で、医学的に肥満を軽減する必要がある状態」をいい、小児肥満症は疾病として取り扱うと定義されている。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.

※22 Ford ND, Patel SA, Narayan KM. Obesity in Low- and Middle-Income Countries: Burden, Drivers, and Emerging Challenges. *Annu Rev Public Health*. 2017 Mar 20;38:145-164.

※23 Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016 Feb;17(2):95-107.

※24 学校保健統計調査－令和6年度(確定値)の結果の概要. https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/2024.htm. (閲覧日:2025年6月24日).

※25 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・産婦人科診療ガイドライン-産科編2023.

※26 日本小児医療保健協議会 栄養委員会 小児肥満小委員会. 小児肥満ガイド. 2019.

※27 Okubo Y, Michihata N, Yoshida K, Morisaki N, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Impact of pediatric obesity on acute asthma exacerbation in Japan. *Pediatr Allergy Immunol*. 2017 Dec;28(8):763-767.

Obesity Control as a Challenge for Society

子どもの貧困と肥満

子どもの肥満は、貧困などの社会的に不利な家庭に多いことが明らかとなっている。2008年の世界経済危機以前に一般よりも所得が低い貧困世帯の子どもは、世界経済危機後に有意に体重が増加し、過体重となるリスクが上昇したことが明らかとなっている^{※28}。日本における子どもの相対的貧困率は15.4%で^{※29}、例えば、進学を諦める、修学旅行などの行事に参加できないなどが該当すると考えられている。専門家によると、貧困家庭で育った子どもはその環境から脱却しにくく、家庭の経済状況を良くするためにより良い教育を受け、より良い条件の雇用を獲得し、貧困の連鎖を断ち切る必要があるとされる。

貧困、虐待、孤立等様々な社会経済的課題を抱えた子どもに対する支援は行政や民間団体によって進みつつあるが、全国的に広がり始めている事例の一つとして、こども食堂がある。こども食堂は、主に民間主体で開催されており、食支援および家以外の居場所としての機能のみならず、困ったときに助けを求める先となりうる地域の大人と知り合うことができる。また、家族以外のロールモデルや職業の選択肢を知り、多様な価値観や習慣に触れ、地域のつながりを形成できる場としても期待される。一方で、こども食堂は多くがボランティアによる開催のため資金やリソースが潤沢でないことから、開催頻度は月に1、2回と限られ、日常的な食事摂取を目的とすることは難しいことが多い。また、2020年から

2021年にかけて実施された調査によると、自治体の約半数が公立学校でのこども食堂の案内を行っていないことが明らかとなっていることから^{※30}、学校との連携も改善の余地がある。さらに、ステigmaによって、本当に支援を必要としている子どもやその家族がこども食堂に参加できていない可能性を認識する必要がある。

また、肥満・肥満症対策として重要な食に関しては、小学校・中学校で提供される学校給食は経済的困難を抱えている家庭の子どもにとって、重要な1食という声が専門家から聞かれた。中学生を対象にした研究によると、肥満を集団として減らすという観点で、給食の実施が効果的であると明らかになっている^{※31}。他にも日本の中学生を対象にした研究では、学校給食のある日とない日を比較すると約60%以上の栄養素摂取量に有意な差があり、給食のない日ではどの栄養素も摂取が不十分な子どもの割合が高かったと報告されている^{※32}。昨今、学校給食の無償化が一部自治体で広がりつつあるが、必要な栄養素摂取量を充足できない層へのアプローチや集団の肥満を減らす機能として学校給食を捉えることは重要である。

子どもの肥満は社会経済的に課題を抱えた家庭に多い可能性があり、それらの課題の結果として肥満が表出している部分があることから、社会経済的課題の解決がまずは求められ、肥満を含む健康支援も両輪で進めていく必要がある。

※28 Ueda P, Kondo N, Fujiwara T. The global economic crisis, household income and pre-adolescent overweight and underweight: a nationwide birth cohort study in Japan. *Int J Obes (Lond)*. 2015 Sep;39(9):1414-20.

※29 2022(令和4年)国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html>. (閲覧日:2025年2月14日).

※30 令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)新型コロナウイルス感染症流行下におけるこども食堂の運営実態の把握とその効果の検証のための研究(20CA2076)分担研究報告書 新型コロナウイルス感染症流行下におけるこども食堂の運営実態と課題の把握:全国の自治体とこども食堂への調査より. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202006072A-buntan1.pdf. (閲覧日:2025年2月27日).

※31 Miyawaki A, Lee JS, Kobayashi Y. Impact of the school lunch program on overweight and obesity among junior high school students: a nationwide study in Japan. *J Public Health (Oxf)*. 2019 Jun 1;41(2):362-370.

※32 Asakura K, Sasaki S. School lunches in Japan: their contribution to healthier nutrient intake among elementary-school and junior high-school children. *Public Health Nutr*. 2017 Jun;20(9):1523-1533.

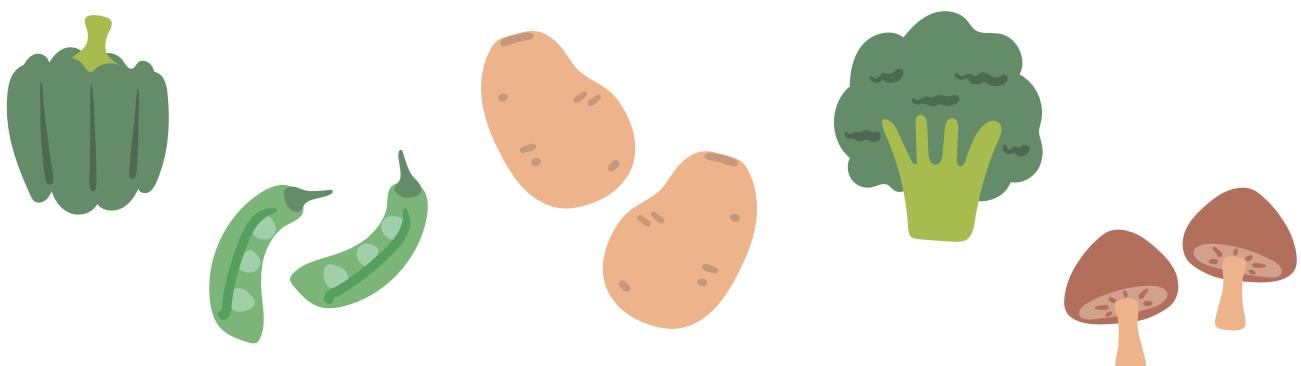
社会的課題への支援策の一つとして、こども食堂の事例を挙げたが、こうした施設運営には継続的な資金調達が必要であり、こども食堂に関しては、個人や民間企業からの寄付のみならず、公的資金の投入や法人による運営も増加している。今後は多様な運営方法により、持続可能な体制の構築が期待される。また、学校を通じて児童・生徒にこども食堂の開催を広く通知し、困窮する家庭の子どもが行く場ではなく、地域の誰もが誰かと繋がれる場として認知され、運用されることが望まれる。学校給食費は限られた費用で献立作成、発注、調理等が行われている。子どもの十分な食事摂取という観点で持続可能な安定した給食運営ができる予算付与の在り方や運用を検討すべきである。

経済的課題については、現在、低所得世帯向けの支援として、生活保護法に基づく支援、児童扶養手当法に基づく児童扶養手当の支給、就学困難な児童及び生徒に係る就学奨励についての国の援助に関する法律に基づく就学援助制度等が存在する。しかし、自治体等が定めた基準から外れると支援を受けられない仕組みから、一般的に貧困と認識されづらい相対的貧困に困っている子どもに支援が行き届いていない可能性や、各種制度において家族が申請しなければ支援を受けられない申請主義であることから支援が必要な家庭が全てアクセスできていない状況もある。今後は、マイナンバーの効果的な運用等を通じて、誰もが支援にアクセスしやすい制度設計の検討が必要である。また、2024年に

は、子どもの貧困の解消に向けた対策の推進に関する法律が改正され、解消すべき内容として子どもの貧困に関する調査研究等の推進などが具体化された。今後、肥満を含む子どもの貧困と関連のある疾患の対策についてデータをもとに評価され、政策としてより具体性を持って反映されることに期待したい。

子どもへの食育・健康教育

肥満の予防においては、幼少期から早期の食育が重要と考えられ、学童期・青年期まで一貫した教育も期待される。2005年に食育基本法が成立し、「健康で文化的な国民の生活」「豊かで活力ある社会」の実現を目的に、子どもの食育を含めた7つの基本理念が定められている。また、保育所等では2015年度から子ども・子育て支援新制度により、食事の提供にあたり栄養士または管理栄養士を活用して、献立等の助言や、食育等に関する継続的な指導を受ける施設に栄養管理加算が加算されるようになった。しかし、保育所、幼稚園には栄養士、管理栄養士の配置義務がない点は課題である。さらに、各学校における食育の重要な役割の担い手として2005年より、栄養教諭制度が創設された。しかし、栄養教諭の人数や業務内容、配置状況等は地域によって異なり、公立の学校では学校ごとの方針や食育に対する考え方によって、食育の内容に差があるという声が関係者から聞かれた。また、特に公立の中学校では給食を喫食する時間が短いという声が聞かれ、食育の推進の一環として給食を扱うことが難しい現状もある。



Obesity Control as a Challenge for Society

また、子どもへの教育は食事のみならず健康においても重要である。近年、BMI18.5未満のやせの若年女性の増加が深刻な問題となっており、健康障害を引き起こしている。肥満や、やせは次世代へ影響しうることから、小児期・思春期を含め非妊娠時からの性別を問わないプレコンセプションケアの教育も重要である。

食育基本法や栄養教諭制度が成立して20年が経過しているが、政策として食育を実施することで児童・生徒へどのような変化があったのか、肥満等を含めた評価が十分にされていない。今後は、評価に耐えうるデータの設計や母子保健法に基づく健診などを含む全世代を対象とした検査結果等のヘルスデータの一元化や、アカデミアとの連携によるモデル自治体を作り肥満傾向児を減らす取り組みを実施し効果検証を行うことも良いだろう。小児期からの教育を通じた肥満対策の効果が科学的にさらに検証され、政策に反映することが期待される。

また、食育では足立区が実施している中学卒業までに自分でご飯を炊く、みそ汁を作る、目玉焼きなどの簡単なフライパン料理ができると言った、最低限の調理能力を身につけられる実践的な教育が期待される。ただし、昨今教員の働き方や人手不足が問題となっている点を踏まえて、現場の負担も考慮した議論が必要である。

肥満・肥満症傾向のある児童・生徒への対応

児童・生徒等の健康診断は学校保健安全法に基づいて毎学年定期に健診が実施されている。しかし、全ての児童・生徒に関わる者が、治療の必要な肥満症を「状態」ではなく「疾病」として十分に認識しているとは言えず、介入も限定的であると考えられる。児童・

生徒の肥満に関して、栄養教諭による個別指導の実施例は一部あるが※33、肥満症は早期に医療へ繋げることが重要である。その理由として、小児の肥満症は、骨成熟促進によって早期に最終身長を迎える可能性や、耐糖能異常など医学的な介入を必要とする場合がある。しかし、学校と医療の連携は、学校医、学校関係者、自治体の意識や体制の差から地域差が大きく、さらに肥満・肥満症においては、特に本人や家族への心理的影響および周囲のステigmaが生じやすいという課題がある。

小児生活習慣病予防健診は、小児生活習慣病の早期発見と予防、健康増進を目的に、地域によって差異はあるものの小学4年生、中学1年生、高校1年生を対象に行われている。1980年代ごろから2000年代にかけて子どもの肥満が増加したこと、肥満とその健康障害が問題視されるようになり、「小児成人病予防健診」として始まり全国に広まった※34。しかし、血液検査によって脂質代謝異常などを発見できる一方で、採血を行う侵襲的な検査のため、現場の負担感が強い側面もある。また、検査結果データの蓄積を行う体制が十分でなく経時的なデータ確認が十分にできない。さらに、小児生活習慣病健診は学校、教育委員会、各地域の医師会との連携の上、実施が可能であるが、学校保健安全法に含まれておらず、実施は各自治体の判断に委ねられているため、実施状況にはばらつきがある。

小児肥満症に該当する可能性のある肥満度の高い児童・生徒については、学校健診後に速やかに専門の医療機関と連携することが望まれる。学校健診のマニュアルによると、肥満度が20%以上の児童・生徒についてはその原因について十分に検討する必要があり、成長曲線に照らし合わせて身長の伸びが正常を下

※33 令和2年度、文部科学省委託事業「栄養教諭の配置効果」に関する調査研究報告書。
https://www.mext.go.jp/content/20250507-mxt_kenshoku-000042373-2.pdf。（閲覧日：2025年6月24日）。

※34 井ノ口美香子。小児における生活習慣病予防健診。慶應保健研究, 40 (1), 035-039, 2022. <https://www.hcc.keio.ac.jp/ja/research/assets/files/40-2.pdf>。（閲覧日：2025年6月24日）。

回った場合や極端な肥満は病気と考えて医療機関への受診を勧める必要性について記載されている※35。また、原発性の肥満（病気が原因ではない肥満）に対しては、担任、養護教諭、栄養教諭等が連携して個別指導を行うことが望ましいとされている※35。しかし、小児肥満症に該当する可能性のある肥満の児童・生徒を医療機関へ紹介する判断は学校医に委ねられている場合が多く、受診勧奨フローも都道府県や自治体によって異なる。今後、アカデミア、行政、教育機関等が連携し横断的な議論を進め、現場に即した対応の在り方を検討する必要がある。

小児肥満症における医療

治療が必要な小児肥満症は、成人と異なり、肝機能や糖代謝異常など肥満以外の病態が見られないことも臨床の現場では珍しくない。そのため、初診料と再診料以外を算定する併存病名がないこともしばしばある。さらに、小児肥満症の治療に薬物療法等はほとんど適応がなく、問診から聴取した内容から生活習慣の改善を指導することが治療の中心となることが多い。小児肥満症の問診は家庭や学校等の日常生活に関する情報を丁寧に聴取する必要があるが、小児肥満症の病名のみでは生活指導等を行っても診療報酬が算定できない現状がある。

また、小児肥満症の診療は大学病院や基幹病院、公的病院の小児内分泌や栄養を専門とする医師が担当しているが、その数は不足しており新たに小児肥満症のある人を診察することは困難であるとの声が現場から聞かれた。その解決を目的に、令和6年度の診療報酬改定に向けた中央社会保険医療協議会 医療技術評価分科会における評価の対象として、小児科専門医が外来にて、食事療法、運動療法、行動療法、生活習慣改善の指導を30分以

上行った場合の算定を想定した「小児肥満指導管理料」が日本小児内分泌学会より申請されたものの※36、評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない※37という理由で未収載となった。

小児肥満症は対象が子どもであることから介入研究が難しく長期のアウトカム評価が難しい点は考慮が必要と考えられるものの、日常診療のエビデンスの蓄積をもとに、小児肥満の児童・生徒が専門の医療機関を受診後、地域の診療所で継続した治療を受けられる体制の構築が検討されるべきである。一方で、既存の枠組みである外来栄養食事指導などを有効に活用すべく、活用方法の周知も重要である。小児肥満症に関する診療報酬の新設の検討も丁寧な議論とエビデンスをもとに、全ての小児肥満症の子どもが適切な医療を享受できる環境の整備が求められている。

2.2. 労働世代

健診は、健康増進と医療の橋渡しをする重要な役割を担っている。年齢や加入保険の種類によって健診・保健指導の枠組みは異なるものの、健診を規定する各法律によって定められた基準値に基づいてスクリーニングが行われた後、保険者が中心となって医療受診奨励を実施、もしくは保健指導を通じた生活習慣改善が促される。労働世代においては、前項に記載した高齢者の医療の確保に関する法律で定められている特定健診・特定保健指導に加えて、労働安全衛生法で定められる一般健診・保健指導の2つの枠組みを通じて、疾患スクリーニングおよび指導が講じられている。約10万人を対象にした職域多施設研究(J-ECOH Study)によると、若年層の肥満が年々増加しており、入社時の時点で肥満

※35 日本学校保健会. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修. 児童生徒等の健康診断マニュアル(平成27年度改訂). https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H270030/index_h5.html#1. (閲覧日:2024年6月24日).

※36 令和6年度社会保険診療報酬改定提案書. 1. 医療技術評価提案書(未収載). <https://fa.kyorin.co.jp/naihoren/shinryohoshu2024/240101-299102.pdf>. (閲覧日:2025年6月24日).

※37 厚生労働省. 令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価について(案). <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001209024.pdf>. (閲覧日:2025年6月24日).

Obesity Control as a Challenge for Society

の人が増えているのが最近の傾向といえる※38。

労働世代の健康増進を定める法律・制度

労働安全衛生法の規定により、従業員数50人未満の中小規模事業所では産業医の選任義務はない。日本の企業数の99.7%は中小規模の事業者であり※39、農業・漁業等の一次産業従事者や個人事業主等を含むと、労働人口の多くはこうした医療専門職との職場での接点がない状況にある。勤務先の差異によって、産業保健サービスへのアクセスに格差が生じる構造となっている状況がある。

さらに、制度上の課題としては、労働世代の一般健診は労働安全衛生法、がん検診は健康増進法と、それぞれ異なる法律が根拠法となり実施主体も異なることから、事業者と保険者が適切に連携することも求められる。また、受診勧奨については、産業医が配置されている事業所では、産業医が紹介状を書き、受診を促すなど手厚い受診勧奨の仕組みが存在する事業所も存在するが、労働安全衛生法に受診勧奨義務は含まれないことから、産業医が設置されていない事業場では多くの場合個別的な健康状態に即した受診勧奨は行われない。

労働安全衛生法では、健康増進についても定められており、第69条では、「労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない」と定められており、同条2項では「前項の事業者が講ずる措置を利用して、その健康の保持増進に努めるものとする」と定められている。つまり、事業者が労働者のために健康増進の措置を行うこと、また労働者が健康な

生活を送ることは、努力義務ではあるが法律に定められていることになる。

産業保健による食事・運動への習慣付け

労働世代においては若年層の肥満率が高まっており※38、健康経営の推進と並行して事業者・産業保健による食事・運動習慣付けへの支援策が今後さらに求められる。若年層は筋肉量が多いなど運動習慣の定着による減量効果が得られやすく、入社後に運動の習慣付けを働きかけるなど、30代までの体重維持、肥満解消のための介入を強化することが効果的であると考えられる。一方で、50歳以上など中高年者に対する、生活習慣改善を通じた食事・運動習慣に対する介入は効果が限定的になることが多い、薬物療法等とのすみ分けによる費用対効果が大きい可能性がある。今後、労働世代は世代別に薬物療法と非薬物療法の効果に差異があることを踏まえた介入を検討すべきである。

2.3. 特定健康診査・特定保健指導

メタボリックシンドロームと肥満症の違い

特定健診・特定保健指導は、労働世代の生活習慣病予防を主な目的として40歳以上を対象に実施されている。この制度はメタボリックシンドローム対策を主眼に置き、腹囲(男性85cm以上、女性90cm以上)とBMIをスクリーニング指標としている。さらに追加的リスク(血圧高値、脂質異常、血糖高値、喫煙習慣)の数に応じて特定保健指導レベルを階層化し、情報提供から積極的指導までの段階的な保健指導を行うことで生活習慣の改善による生活習慣病予防を目指している。

※38 Hasegawa M, Akter S, Hu H, Kashino I, Kuwahara K, Okazaki H, Sasaki N, Ogasawara T, Eguchi M, Kochi T, Miyamoto T, Nakagawa T, Honda T, Yamamoto S, Murakami T, Shimizu M, Uehara A, Yamamoto M, Imai T, Nishihara A, Tomita K, Nagahama S, Hori A, Konishi M, Kabe I, Mizoue T, Kunugita N, Dohi S; Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study Group. Five-year cumulative incidence of overweight and obesity, and longitudinal change in body mass index in Japanese workers: The Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12095.

※39 中小企業庁. 中小企業・小規模事業者の数(2021年6月時点)の集計結果を公表します.
https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/2023/231213chukigyocnt.html. (閲覧日:2025年6月24日).

注意すべきは、特定健診が主に対象としているメタボリックシンドロームと医学的診断である肥満症ではその定義と診断基準が本質的に異なる点である。メタボリックシンドロームは腹囲を主要指標とし、代謝関連の複数リスク因子の集積に着目する一方、肥満症は体脂肪の過剰蓄積に起因する健康障害を伴う医学的疾患として診断される。そのため、両者の対象者は完全には一致せず、メタボリックシンドロームに該当する人の中に必ずしも肥満症のある人がすべて含まれるわけではない。逆に、肥満症のある人の中にメタボリックシンドロームの基準を満たさない人も存在する。

特定健診によって「メタボリックシンドローム」という概念が一般に広く普及したが、その結果、逆説的であるがその医学的重要性が軽視されるという指摘がある。日常的な用語として定着したこと、健康への真の脅威としての認識が薄れ、医療機関への受診の必要性が十分に理解されないという結果をもたらしている可能性がある。これがメタボリックシンドロームから肥満症への適切な医療連携や受診勧奨が効果を十分に発揮しにくい原因の一つであるという指摘もある。また、肥満症リスクの高い人にとって、健診受診への心理的なハードルの高さも聞かれ、外見に対するネガティブなイメージが先行することで健康リスクとしての危機感を持ちづらい、意識的に向き合うことを避ける等の知識不足やセルフステイグマが障壁になっている可能性も指摘された。

特定健診・特定保健指導制度における一般的な課題

2023年度の特定健診の実施率は59.7%で、特定保健指導の実施率は27.7%^{※40}と低い。特定保健指導を受けたとしても3、4年目の健康指導の効果は乏しく、特定健診制度による医療費削減効果

も疑問が呈されている^{※41}。特定保健指導実施率が伸びない背景は様々で、プログラムの目的や内容への理解度が低い、申し込み方法がそもそもわからない等が挙げられ、被保険者に比してこれらの認識は被扶養者においてさらに低い。また特定保健指導の効果が十分に出ない理由は、プログラムへのコミットメントの低さ、自助努力の限界が考えられる。昨今、特定保健指導実施率を上げる目的で、健診当日に簡単な結果に基づいて指導を実施するケースも散見されるがこれは本来の完全な健診結果を反映していないことから望ましくない。完全な健診結果データに基づいた特定保健指導対象者および受診勧奨対象者の選択が効果的な特定保健指導には重要である。

さらに、特定健診のスクリーニング・評価制度に関する課題もある。特定保健指導対象者のスクリーニング基準は男女で異なるが、該当者は女性の方が少ないとからその後の介入の機会を得る人も少なく、性別による格差が出ている可能性がある。また、評価方法においては、第4期特定健診改定より特定保健指導の評価方法が変わり、これまでのプロセス指標（6か月間の間に何回コンタクトを取り、指導を行ったか等）からアウトカム評価（2キロ2センチ減）になった。しかし、このアウトカムが心血管疾患の予防に繋がるというエビデンスは不十分であり、さらに制度上の限界として、体重100kgを超えている高度肥満の人はこの2キロ、2センチ減のアウトカムを比較的容易に達成できるというデータ収集と評価における抜け道がある。そのため、心血管リスクの改善をアウトカムにすればよいという議論があるものの、まだ実現に至っていない。特定健診第5期の改定に向けて、改善や効果を促す質の高いエビデンスの創出が必要であり、今後は関係者を巻き込んだ調整、決定が求められる。

※40 厚生労働省. 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03092.html. (閲覧日:2025年7月15日).

※41 Fukuma S, Iizuka T, Ikenoue T, Tsugawa Y. Association of the National Health Guidance Intervention for Obesity and Cardiovascular Risks With Health Outcomes Among Japanese Men. JAMA Intern Med. 2020 Dec 1;180(12):1630-1637.

Obesity Control as a Challenge for Society

今後のあるべき方向性:特定健診と肥満症対策

特定健診・特定保健指導の医療費削減効果については議論が必要であるものの、肥満症リスク群や肥満症のある人のスクリーニングとしては一定の意義があり、特定健診の枠組みに基づいて、肥満症対策を推進し、保健事業や医療においてサービスを受けた人が効果を感じられるように検討していくことは現実的な戦略の一つと考えられる。一方で、現状特定健診制度は肥満症をはじめ、スクリーニングを前提とした制度設計になっておらず、制度変更を期待する議論もある。健診制度を疾患横断的かつ全体最適の視点で捉え、エビデンスに基づいて健診項目追加の必要性の有無およびスクリーニング後の受け入れ医療機関を前提とした慎重な議論が必要である。

一方で特定保健指導は、実施者も受け手も負担が大きく、40歳以上の対象者に対して漫然と毎年実施することの必要性については今後検討の余地がある。例えば、数年ごとに特定保健指導を実施し、その対象とならない年は労働安全衛生法の健診で拾い上げるという方法もありうる。特定保健指導だけでなく、保健事業全体の枠組みで効率的かつ効果的な方法を検討していく必要がある。

なお、労働安全衛生法に基づく一般健診の実施については事業者の義務であるが、健診受診・保健指導受診および健診結果に基づいた生活習慣の改善や医療機関の受診といった行動変容を実際に行うかは、最終的に本人の意思に委ねられていることは制度上の限界であり、こうした行動変容や健診未受診者へのアプローチも環境整備を含めて今後検討の必要がある。コストを抑えながら、より多くの市民に対して効果的な政策のあり方を統合的に検討していくべきである。

2.4. 高齢者(サルコペニア肥満)

サルコペニアとは加齢に伴って骨格筋量が低下し、筋力や身体機能が低下した状態をいい、サルコペニア肥満とはサルコペニアに肥満が合併した病態をいう。サルコペニア肥満は高齢期の日常生活動作(ADL: Activities of Daily Living)に関わる転倒や骨折と関連することが分かっており^{※4}、高齢化の進む日本において重要な課題である。一方で比較的新しい概念であることから、医療や地方自治体での取り組みは限定的である。今後はエビデンスの構築とともに、高齢期の肥満に着目した社会実装が望まれる。

3 肥満症医療提供体制の課題

3.1. 肥満症診断の現状

肥満は、糖尿病や脂質異常症、高血圧症など様々な健康障害を引き起こす。これらの関連する症状に対する治療は積極的に行われているものの、肥満症そのものについては診断がされず、肥満症のある人が適切な治療を受けられていないケースが多い。2023年患者調査によると、肥満症(E66)として診断・報告されている患者数はわずか約32,000人にとどまっている^{※42}。しかし、国民健康・栄養調査によると、日本の成人人口における肥満者(BMI 25以上)の割合は男性約30%、女性約20%程度とされており^{※3}、このデータの信頼性については上述のとおり慎重になる必要がある。

※42 令和5年(2023)患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/index.html>. (閲覧日:2025年6月24日).

あるものの、これから単純に算出すると、現在報告されている約32,000人をはるかに上回る数百万人規模の肥満症のある人が潜在的に存在する可能性が高い。また、前述の患者調査から肥満症との関連が密接な疾患について診断されている患者数を見てみると、高血圧症(I10-I15)は約1600万人、脂質異常症(E78)は460万人、2型糖尿病(E11)は360万人となっており※42、ここには肥満症と診断がついていない肥満症のある人が一定数含まれることが推測される。

このように肥満症の定義に当てはまるにもかかわらず、肥満症の診断が必ずしもついていない背景として、医療従事者間での肥満症定義への認知度が低いことが理由として挙げられる。国際的な肥満(Obesity)の定義はBMI ≥ 30 であるが、日本における肥満はBMI ≥ 25 とされている。加えて、高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病などの「肥満に起因ないし関連する健康障害」を併存している状態を日本独自に「肥満症」として、2000年に日本肥満学会が定義している。これは、日本人を含むアジア人は欧米人よりも低い肥満率であるにもかかわらず高血圧や脂質異常症等の肥満に起因する疾患の罹患率が高いためである。しかし、この肥満症の定義は医療従事者の間で十分に浸透しておらず、肥満やメタボリックシンドロームといった類似概念と混同されやすい。実際に、2025年2月に製薬企業が実施した調査において、回答医師の8割を超える医師が肥満症を「治療が必要」と答えているにもかかわらず、こうした診断ギャップが存在していることがその証左であるといえる※43。さらに、肥満・肥満症については、自己責任のステイグマが存在しており、それらは市民のみならず、医療従事者にも存在すると指摘される。ステイグマが一般内科診療所や外来において、肥満症介入への機会損失を招いている可能性も看過できない。

3.2. 医療者、患者・当事者の認識

肥満症医療は近年急速に発展し、栄養療法や運動療法に加え、行動療法、薬物療法、外科的治療の有効性が確立されてきている※4。しかし、こうした治療の選択肢や保険適用されることについて医療者、患者・当事者の間で認知が進んでいない。また、肥満症の中でも、高度肥満症の定義から外れる比較的軽症の人は、他の慢性疾患のようにすぐに日常生活に支障をきたすことが少ないことも、医療介入が後れる要因の一つとして挙げられた。こうした医療者、患者・当事者双方の認識不足の結果、適切かつ適時的な肥満症治療へのアクセスが妨げられており、診療現場において肥満症が看過され、肥満症そのものの根本的な解決ではなく肥満症に起因する慢性疾患の治療へのアプローチに帰結する結果となっている。

3.3. 食事療法

肥満症治療のうち外科療法や薬物療法を受けた場合においても、継続的な食事療法や運動療法が基本であり、それを補う形での他療法があると考えることが極めて重要である。特に、食事療法における栄養食事指導は、肥満症治療の根幹をなすが、診療報酬上の課題がある。入院栄養食事指導料では高度肥満症(肥満度が+70%以上又はBMIが35以上)、外来栄養食事指導料では高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)が肥満症と称される病名の算定対象となり、BMI30未満や糖尿病などの栄養食事指導を算定可能な病名のない、例えばBMI29かつ閉塞性睡眠時無呼吸症候群の肥満症のある人へは算定が困難である。

※43 日本イーライリリー株式会社、田辺三菱製薬株式会社、肥満症患者、医師、一般生活者への意識調査結果発表。
<https://www.mt-pharma.co.jp/news/2025/MTPC250227.html> (閲覧日:2025年6月24日)。

Obesity Control as a Challenge for Society

る。また、栄養食事指導は月に最大2回までが算定可能と回数制限があり、初回の栄養食事指導の時間は約30分を想定されているが、食事内容の聞き取りなどを行うと実際にはそれ以上かかることが多い。

一方で患者視点からは、既に過去において保健医療機関内外で様々な栄養指導を受けていることがあり、それでも減量ができずに苦しんでいるケースが多い。自助努力を要する長期の食事療法は根気が必要ではあるものの、減量できない状況は肥満症の場合、必ずしも本人の問題ではなく、肥満症の背景にある遺伝的要因や心理社会的要因の影響からそもそも自助努力では限界であるケースがほとんどである。そのため、一面的な栄養食事指導ではなく、複合的な視点で肥満症のある人の生活や苦悩に伴走了した指導やSDHの問題を念頭に置いた他医療職との連携が求められる。しかし、一般的に管理栄養士は、こうした視点に立った肥満症のある人への対応について十分な教育を受けていないのが現状である。

3.4. 薬物療法

肥満症治療の選択肢の中でも、薬物療法は近年革新的な発展を遂げている。肥満症に適応のあるGLP-1受容体作動薬及びGIP/GLP-1受容体作動薬(以下、肥満症治療薬)による薬物療法は、体重減少効果が示され保険収載されている。肥満症治療薬は、肥満症の人にとって有効な治療選択肢となりうるが、現在は最適使用推進ガイドラインにより一部の肥満症専門医療機関での使用に限定されている。最適使用推進ガイドラインによる制限は新たな作用機序による肥満症治療法を安全に推進するために必要な側面があるものの、処方可能な医療機関が限定的であることから、本当に必要とする患者・当事者に届いていない可能性も指摘される。

また、専門医療機関の中でどの医療機関が最適使用推進ガイドラインの基準に適合しているかどうかは一覧化されていないため、患者が医療機関を選定する際や、かかりつけ医が紹介先として参考することが難しい状況がある。さらに、専門医療機関の視点からは、限られた専門医療機関数とそのキャパシティを踏まえると、体調が安定した患者を地域の診療所に帰し二人主治医制をとてかかりつけ医と連携の上診療したいと望むものの、現在の状況では薬物療法がある限り診療所へ逆紹介ができず、長期間にわたり専門医療機関で診療せざるを得ない状況がジレンマとなっている。

3.5. かかりつけ医・診療所

社会保障財源のひっ迫等により、保険医療機関が置かれる経営状況は厳しく、これは有床・無床の医療機関を問わない。2024年度に実施された診療報酬改定についても、実質マイナス改定が行われ、診療所では経営難に加えて、開業医の高齢化や人手不足、かかりつけ医機能報告制度の開始等に伴う役割の増大など、取り巻く環境は厳しさを増している。そのような中、肥満症治療に対する診療報酬は、特に診療所においては算定できるものが限られたことから、介入への動機が働きづらいという課題がある。現在、生活習慣病管理料(I)(II)および特定疾患療養管理料において「肥満症」は主病として明記されていない。肥満症は「肥満(BMI ≥ 25)+11の健康障害のうち1つ以上がある場合、または内臓脂肪型肥満である場合」で診断されるため、理論的には併存疾患を主病とすることで生活習慣病管理料の算定が可能なケースもあるはずだが、「肥満症」としての疾患概念の認知不足や診療報酬上での明確な位置づけがないため、十分に活用されていない実態があることも示唆された。

また、一般的な減量指導等の診療所で対応可能な治療には長い時間を要する一方で、その効果が出にくいくことから、積極的に肥満症治療が行われにくい点も指摘された。このような状況から時間的・人的リソースが限られた状況では肥満症への介入が後回しになりやすい。

これらに加えて、生活習慣病管理料(I)(II)はいずれも「療養計画の作成」「診療録に療養計画の写しの添付」が算定要件となったことで、医療者は経験的に投薬を行うのではなく目標値を設定することが求められることになった。また、生活習慣病管理の基準値は、これまで血糖、血圧、脂質を中心であり、肥満症と関連の深い腎臓関連の数値は中心的な指標ではなかったが、腎疾患は心血管疾患のリスクと共に通していることから、疾患横断で診ることの意識づけにもなりうる。

3.6. 専門医療機関

現在、日本肥満学会によって認定肥満症専門病院と認定されている医療機関は全国84件ある(2025年1月30日時点)。しかし、47都道府県のうち16県は認定肥満症専門病院がない。そのため、これまで述べてきた医師の肥満症治療への認識における課題や、薬物療法における課題に加えて、かかりつけ医や他診療科医の認識があり、専門医療機関への紹介の必要性を判断したとしても、居住地によっては専門病院にかかることができない患者も一定数いる。

また、高度肥満症のある人に対する治療である肥満外科治療(減量・代謝改善手術)は、長期的な体重減少効果だけでなく、2型糖尿病の寛解や心血管イベント減少などの健康改善効果が大規模臨床試験でも示されている※44。日本においても、2014年には高度肥満症に対する腹腔鏡下スリープ状胃切除術が、また2025年にはスリープ状切除によるもの(バイパス術を併施するもの)が保険適用となっているが、日本肥満症治療学会が認定している統合的な肥満症治療センターはわずか31施設(2025年4月22日時点)と限られており、肥満外科治療の実施件数は年間約900件程度である※45。

高度肥満症治療は特に、精神科、婦人科、整形外科等の複数診療科の診療が求められることも多く、医師だけでなく、薬剤師、看護師、管理栄養士・理学療法士・臨床心理士などの多職種が連携する集学的医療(チーム医療)を提供する必要がある。さらに、こうした集学的医療の提供とともに、肥満症のある人の特徴を踏まえ、疾患の背景にある食習慣や住環境、心理的経済的課題等、患者が抱える多くの問題を把握しつつ併走して治療を進める必要がある。現在、医療従事者等との予約を含む様々な対応の調整や普段の体調や生活面での相談などを担う役割として肥満症治療コーディネーター等の調整機能を担う職種が一部の肥満症医療専門の医療機関で活躍している。米国では肥満症治療を行う医療機関において肥満症コーディネーターは一般的であるが、国内では肥満症コーディネーター等の資格がある訳ではなく、限られた専門医療機関において管理栄養士、ソーシャルワーカー、地域連携看護師等がその役割を担い、各医療機関が持ち出しで雇用している状況がある。

※44 Sjöström, L., Peltonen, M., Jacobson, P., et al. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*, 307(1), 56-65.

※45 日本肥満症治療学会、緊急アンケート調査2023。日本肥満症治療学会保険委員会。

<http://plaza.umin.ne.jp/~jsto/about/pdf/questionnairesurvey2023.pdf>. (閲覧日:2025年6月24日).

Obesity Control as a Challenge for Society

肥満症は、単に医学的な課題ではなく、心理的・社会経済的課題を表出している病態であるという特徴を踏まえると、肥満症コーディネーターをはじめ専門医療機関における多職種連携による包括的アプローチは欠かせない。このような全人的かつ専門的・集学的な医療が、医療機関の自己負担ではなく各地で実現できるよう、現場から現状の評価を含めたエビデンスを創出するとともに、政策的なインセンティブを含めた適切な評価、制度構築が求められる。また、肥満症のある人の生活面の支援においては、医療機関のみで行うことは難しいことから、自治体との連携も望まれる。

3.7. 美容痩身医療、自由診療の課題

これまで2型糖尿病治療薬として製造販売承認されてきた肥満症治療薬は、同様の成分と作用を持つ薬剤が、新たに肥満症治療薬として日本でも2024年2月に販売が開始された。肥満症治療の選択肢を増やす薬剤として国内外で注目されている^{※46}。一方で、痩身目的で肥満症治療薬の処方をオンライン診療や自由診療で希望する、もしくは簡素なオンライン診療やインターネットで自己購入する、いわゆる肥満症治療薬の適応外使用が問題となっている。この適応外使用の最大の問題は、痩身目的に肥満症治療薬を処方された当事者が命や健康を脅かされる可能性があることである。一般的に、保険外診療が一律不適切なのではなく、一部では保険診療との併用が認められている療養(評価療養、選定療養)があることや、適応外使用であっても、薬理作用に基づき処方された場合には保険適用される場合があることは前提とするが、肥満症治療薬に関しては以下4つの課題がある。

1つ目に、痩身目的での肥満症治療薬の適応外使用は「医薬品副作用被害救済制度」の対象外である。医薬品副作用被害救済制度とは、「医薬品(病院・診療所で処方されたものその他、薬局等で購入したものも含む)を適正に使用したにもかかわらず、その副作用により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合に、医療費や年金などの給付を行う公的な制度」^{※47}であるが、これが適用されないことを意味する。そのため、同意の上の美容医療とはいえ、重篤な有害事象がおきた際の公的な補償がない。また、このような美容医療は、データの収集やNDBなどの公的なデータベース上にデータが収集されないため、分析や状況把握ができない現状がある。

2つ目に、痩身目的での肥満症治療薬の適応外使用による副作用や健康被害により、保険医療機関を緊急受診し、保険適用で治療を受ける事案が発生している。実際に、本ヒアリングにおいても、急性膵炎などで保険医療機関に緊急搬送された事例が聞かれた。過去10年において美容外科を標榜する医療機関は約2倍以上に増加するとともに^{※48}、昨今美容医療サービスに関するトラブルが増加し、消費者センターへの相談件数も増えている^{※49}。現行制度上、自由診療による副作用や健康被害に対して保険診療を受けることは禁じられていないが、美容医療の広がりと共にこのような事案が増加することが見込まれる。限られた社会保険費を国民が納得できる形で運用すべく、混合診療の定義や保険医療の対象範囲を今後見直す必要がでてくる可能性もある。

3つ目に、以上のような深刻な課題があるにも関わらず、関連法令等に定められる医療広告規制が遵守されない形で「GLP-1ダイ

※46 Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. Nat Med. 2024.

※47 医薬品医療機器総合機構. 一般国民の皆さま 制度の概要. https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/general01.html. (閲覧日:2025年6月24日).

※48 厚生労働省. 令和5(2023)年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/dl/11gaikyo05.pdf>. (閲覧日:2025年6月24日).

※49 内閣府大臣官房政府広報室. あしたの暮らしをわかりやすく 政府広報オンライン. 美容医療サービスの消費者トラブル サービスを受ける前に確認したいポイント. <https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201307/1.html>. (閲覧日:2025年6月24日).

エット」等と称し、一部の医療機関等によりインターネットやSNS上で肥満症治療薬の適応外使用がなされている。さらに広告の影響から、本来保険適用での薬剤療法の対象となる肥満症のある人が、薬剤療法は自由診療しかないと誤認し、費用面の心配から専門医療機関における薬物療法へのアクセスを躊躇している実態が一部見られることも今回の調査で明らかになった。日本では近年、やせ女性が増加傾向にあり、社会問題になっているが、このような広告はSNSの普及等によるルッキズム、肥満へのステigmaを助長する社会風潮の高まりの中で、被害を拡大させる可能性がある。これに対して、国は「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)」の順守を呼びかける他、「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取り扱いについて」^{※50}の公表や、医療広告のネットパトロール事業も行っており、悪質な医療広告には罰金やクリニック開設の取り消しなどの行政処分を行っているが、このような広告は後を絶たない。

4つ目に、瘦身目的のGLP-1受容体作動薬の処方は、医師法において医師の権利として定められる「処方権」の下、医師の判断で処方されている。そのため、瘦身目的で肥満症治療薬の処方を行う医師を規制する法律は存在しない。また、瘦身目的で処方する医療機関へ薬剤を供給しないように製薬企業が規制することは現状難しく、流通経路のコントロールに現行システム下では限界がある。肥満症治療薬の適応外処方による、深刻な健康被害に対処するには、処方や流通における適切な管理に向けて分野横断的な議論の推進や薬機法等の法整備も今後検討が必要である。

以上、肥満症治療薬の適応外使用に関する課題を列挙したが、2024年に厚生労働省で初となる美容医療の適切な実施に関する検討会が開催されたことにも象徴されるとおり、本薬剤にとどまらず、医療制度全体を俯瞰した上での美容医療を含む自由診療の在り方を検討する時期にきているといえる。さらに今後は、美容医療を受ける市民が正しくリスクや仕組みを理解し、適切なインフォームド・コンセントのもとトラブルなく美容医療等の自由診療を受けられる仕組み作りを検討していく必要がある。



※50 厚生労働省、「医療広告ガイドライン」及び「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取り扱いについて」の改正について、令和6年1月29日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001198689.pdf> (閲覧日:2025年7月10日)。

おわりに

肥満症政策への優先順位は国によって異なるが、日本においては中央政府、地方自治体の両方において政策が不十分な状況にある。日本は、欧米諸国と比較して肥満人口は少なく、導入された肥満症という疾病概念も比較的新しいものであることから、その対策は全体的に遅れている。

一般的に医療政策においては、エビデンスにもとづいて介入対象を決め、限られた資源を適切に配分し、疾病負荷を下げる必要がある。一方で、政策決定過程においてはエビデンスだけではない、各ステークホルダーの影響力の大きさや駆け引き、政治的な力が存在する。肥満症政策の推進においては、そのいずれも不十分であり、本稿で包括的かつ多面的に抽出した論点の中から、いずれの施策に優先順位を定めて実施していく必要があるかを決定するべく、今後さらにデータに基づいた科学的根拠と患者・当事者の声の集約、分野横断的な議論の深化が求められる。予防・教育、健康増進、保健事業、医療が一体となり、横断的な視点から肥満症政策を推進していくべきである。



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

より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。

あとがき

日本医療政策機構が肥満症政策の在り方を過去約3年間産官学民の連携を通じて検討してきたのは、当機構が掲げる市民主体の医療政策の実現というミッションに基づき、肥満症のある人の声が政策・世間一般にほとんど届いていない、正しく理解されていない、知られていないということが最も大きな動機でした。そして医学的のみならず社会経済的・心理的な複合的課題を抱えた患者・当事者に真摯に寄り添い続けている医療従事者の声を広げ、政策につなげたいという思いも、本プロジェクト継続・推進の大きな原動力でした。今後も引き続きこの原点に立ち、肥満症患者・当事者のQOL向上と健康寿命の延伸を目指し、国内外のステークホルダーと連携の上、医療政策全体に対する俯瞰的な視点を持ち、社会全体の健康格差の是正に向けて予防から治療まで切れ目のない支援体制構築を目指した肥満症政策の推進に寄与していきます。

本論点整理にご協力いただいた皆様

※五十音順、敬称略、肩書はご参画当時

大城 崇司	東京慈恵会医科大学 外科学講座 准教授
加藤 明日香	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野 助教
菊池 透	埼玉医科大学 小児科 教授
小林 一雄	日本臨床内科医会／内科クリニックこばやし 院長
齋木 厚人	東邦大学医学部 内科学講座 教授
鮫田 真理子	東邦大学医療センター佐倉病院 栄養部
龍野 一郎	日本肥満症治療学会 理事／千葉県立保健医療大学長
辻 沙耶佳	東邦大学医療センター佐倉病院 肥満症治療コーディネーター 管理栄養士
東京都足立区	教育委員会 事務局 学校運営部 学務課 おいしい給食担当
土肥 誠太郎	株式会社MOANA土肥産業医事務所 代表／ 産業医科大学 産業衛生教授／東京工科大学 客員教授
中山 健夫	京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学 教授
林 果林	東邦大学医療センター佐倉病院 メンタルヘルスクリニック
福間 真悟	広島大学大学院医系科学研究科疫学・疾病制御学 教授 ／京都大学 医学研究科人間健康科学系専攻 特定教授
藤原 幾磨	仙台市立病院 副院長・小児科部長・新生児集中治療科長 ／東北大学医学部 小児科 臨床教授
村上 健太郎	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻社会予防疫学分野 教授

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。



協賛企業（五十音順）　　日本イーライリリー株式会社／ノボノルディスクファーマ株式会社

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))。

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>

執筆者

吉村 英里 日本医療政策機構 シニアマネージャー

塚本 正太郎 日本医療政策機構 シニアアソシエイト

大河 明咲子 日本医療政策機構 アソシエイト

小林 恭子 日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト

