

肥満症対策推進プロジェクト 公開シンポジウム（2024年12月4日）  
「社会課題として考える肥満症対策～市民主体の政策実現に向けて～」報告書  
日本医療政策機構（HGPI）

**Obesity Control Promotion Project Public Symposium (December 4, 2024)**  
**“Obesity Control as a Social Issue; Toward the Realization of Citizen-Centered Policies”**  
**Event Report**  
Health and Global Policy Institute

2025年6月

## 目次

1. はじめに（本報告書の趣旨と目的） .....	2
2. 基調講演「日本における肥満症の課題と今後求められる対策」 .....	4
3. パネルディスカッション 1 「ライフコースでの肥満・肥満症対策における各ステークホルダーの役割と連携」 .....	6
4. パネルディスカッション 2 「当事者目線で求められる地域一体となった肥満症の医療提供体制」 .....	12
5. 謝辞 .....	19

## 1. はじめに（本報告書の趣旨と目的）

先進工業諸国のみならず低中所得国においても、肥満人口が増加し、2022年に世界の肥満人口は 25億人を超えた。それに伴い、肥満に起因した慢性疾患患者の数も増加しており、この傾向は日本も例外ではない。わが国では、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」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展してきた。「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で、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は、改善が見られていないことも明らかになっている。肥満、特に内臓脂肪蓄積型肥満はあらゆる病態の上流にあり、遺伝的素因に環境因子が加わり、各危険因子の経時的な連鎖が高血圧や糖代謝異常などを起こし、動脈硬化、虚血性心疾患や脳血管障害、最終的には心不全や脳卒中、腎不全などの重大な疾患に繋がっている。上流の肥満・肥満症への介入を行うことで、他疾患の予防・重症化予防にもつながることから、生活習慣改善を通じた肥満予防の強化をすることはもちろん、疾患である肥満症についての社会的理解を高めることが重要である。肥満・肥満症に対するステigmaを払しょくし、単なる自己責任の問題とみなすことなく、治療を必要とする人が医療に適切に繋がるよう、産官学民が一体となって社会全体で対策を進めていく必要がある。

日本医療政策機構では、肥満や肥満症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すべく2022年から「肥満症対策推進プロジェクト」を開始した。2022年度は、多様な専門領域からなるアドバイザリーボードを組成。公開シンポジウムを開催し、今後検討すべき論点を広く抽出し、政策提言をとりまとめた。2023年度は、前年の提言書をもとに医療提供体制の在り方に力点を置き、肥満症当事者・医療提供者へのヒアリングを実施し、当事者の声に基づくペーシェントジャーニーを作成した。その上で、健診での対象者拾い上げ・医療への接続の在り方から高度肥満症患者に対する集学的医療提供体制に至るまで、ペーシェントジャーニーの各段階における在り方を検討した。さらに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併せて議論を深堀し、政策提言にまとめた。また、北海道・東北、九州地方の各自治体の政策担当者が一同に会し、肥満症のみならず循環器疾患、腎疾患、糖尿病を含む生活習慣病対策会合を開催して、肥満症に関する啓発と課題抽出を行った。

3年目となる2024年度は、これまでの活動を通じて得られた肥満・肥満症を取り巻く課題や、今後求められる対策について、社会へ発信することを目的に、本公開シンポジウムを開催した。患者・市民・地域が参画して協働する肥満症対策の実現を目指し、予防や治療・医療提供体制の在り方について最先端の知見を踏まえながら、産官学民の有識者とともに議論した。

## 開催概要

日時：2024年12月4日（水）13:30-18:00  
形式：ハイブリッド（対面・オンラインZoomウェビナー）  
会場：九段会館テラス コンファレンス＆バンケット

## プログラム（敬称略・五十音順）

- 13:30-13:40 はじめに・趣旨説明**  
**大河 明咲子**（日本医療政策機構 アソシエイト）
- 13:45-14:05 基調講演「日本における肥満症の課題と今後求められる対策」**  
**横手 幸太郎**（日本肥満学会 理事長／千葉大学長）
- 14:10-15:25 パネルディスカッション1**  
**「ライフコースでの肥満・肥満症対策における各ステークホルダーの役割と連携」**  
パネリスト：  
**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）  
**加藤 承彦**（聖路加国際大学公衆衛生大学院 医療政策管理分野 准教授）  
**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）  
**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）  
**吉野 美保子**（日本イーライリリー株式会社研究開発・メディカルアフェアーズ統括本部  
糖尿病領域エグゼクティブディレクター・メディカル）
- モデレーター：吉村 英里**（日本医療政策機構 シニアマネージャー）
- 15:30-16:50 パネルディスカッション2**  
**「当事者目線で求められる地域一体となった肥満症の医療提供体制」**  
パネリスト：  
**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）  
**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）  
**濱田 いずみ**（ノボノルディスク ファーマ株式会社 取締役 医療政策・渉外本部 本部長）  
**横田 正明**（千葉市 保健福祉局 次長）  
モデレーター：塚本 正太郎（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
- 17:00 閉会**

※ご所属・肩書は開催当時のものです

2025年6月

## 2. 基調講演「日本における肥満症の課題と今後求められる対策」

横手 幸太郎（日本肥満学会 理事長／千葉大学長）

### 肥満と肥満症

日本肥満学会では、「医学的に痩せるべき人」をスクリーニングし適切な治療を行うため、肥満症の診断基準と診療ガイドラインを改訂・公表している。

肥満とは、脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態である。体脂肪を簡便に評価できるのがボディ・マス指数（BMI: Body Mass Index）であり、体重（kg）／（身長（m）×身長（m））で求められる。BMI22-25が最も病気の少ない健康な体格とされ、BMI25以上（欧米は30以上）を肥満の目安としている。2型糖尿病の平均BMIを見ると、欧米では30前後のことが多いが、日本人及び東アジア人は23～24が多い。ただし、スポーツ選手に代表されるように、BMI25以上であっても健康上問題のない人もいる。

BMI25以上で、二次性肥満（内分泌肥満、遺伝性肥満、視床下部性肥満、薬物による肥満）でない場合は原発性肥満とし、その中で健康障害や内臓脂肪の蓄積がある場合を「肥満症」、さらにBMI35以上の場合は「高度肥満症」と定義している。肥満に起因ないし関連する健康障害には、肥満症の診断に必要な健康障害として、耐糖能障害、脂質異常症、高血圧、高尿酸血症・痛風、冠動脈疾患、脳梗塞、非アルコール性脂肪性肝疾患、月経異常・女性不妊、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、運動器疾患、肥満関連腎臓病などがある。

さらに肥満症の診断には含めないが、肥満に関連する健康障害として、大腸がん・食道がん（腺がん）などの悪性疾患、胆石症、気管支喘息なども知られている。また内臓脂肪は、糖尿病や心血管病など様々な代謝疾患が合併する原因となる。

### 肥満症治療の現状

肥満症の人が減量すると、血圧、脂質、糖、トランスアミナーゼなどの指標において、特に3%以上の減量で有意な改善が認められることから、日本肥満学会では、現体重の3%以上（高度肥満症は5～10%）の減量目標を設定している。減量により、複数の健康障害の改善も期待でき、医療経済の観点でも有効である。肥満症治療は、食事、運動、行動療法を基本とし、管理栄養士、臨床心理士、看護師などによるチーム医療で、患者の減量を支えていくことが大事である。一方で、生活習慣の改善とその維持は難しく、体重が減少すると、体重を元に戻そうとする生物学的機構（代謝適応）が働き、リバウンドも起こりやすく、患者の意志や努力だけでは難しい側面もある。

そこで、主にBMI35以上の人を対象に胃を小さくする腹腔鏡下スリーブ状胃切除術があり、2014年に保険収載された。現在、年間1,000例の手術が実施されている。さらに、これまで生活習慣の改善と外科手術の中間に位置する効果的な薬物療法がなかったが、2024年2月より、GLP-1受容体作動薬が肥満症治療薬として使用できるようになったほか、市販薬として内臓脂肪減少薬であるリパーゼ阻害薬も販売開始された。

### 社会環境の変化による肥満人口の増加

先史以来、人類の歴史は飢餓や飢饉との戦いだった。多くの食べ物にありつける人、栄養を身体に貯えや

すい人が生存競争に勝ったと考えることができる。また、ふくよかさが富や美の象徴だった時代もあったと考えられる。時代は変わり、様々な食べ物が安価に入手できるようになり、徒歩や自転車移動しかなかった時代から、自動車やエスカレーターを利用するようになった。

このように社会環境の変化に伴い、世界的にBMIが上昇し「肥満のパンデミック」ともいえる時代になっている。日本でも、最新の国民健康・栄養調査の報告では、男性の3割、女性の2割がBMI25以上とされ、BMI30以上は男性の5%に達している。さらにBMI35以上の高度肥満は男性の1.5%、女性の1%という見過ごせない状況である。

### 解決すべき課題

肥満への対処においては、ステイグマに関連する課題に向き合わなければならない。肥満の発症には遺伝・体質的要因、社会的要因も重要であるに関わらず、必要以上に食習慣など個人の生活上の要因に帰せられやすく、肥満者が「自己管理能力が低い」という偏見にさらされてしまうのが社会的ステイグマである。また、肥満を自分自身の責任と考え「自己管理の問題であって、医療を受ける対象ではない」と肥満者自身が認識してしまうのが個人的ステイグマである。こうした社会的、個人的ステイグマを払しょくすることが患者のQOL向上等において重要である。

日本では、高齢者の肥満にも注意が必要である。加齢とともに筋肉量が減少しながら脂肪が増加する「サルコペニア肥満」が増えることから、65歳以上ではフレイルや健康障害の発症予防に配慮しなければならない。こうしたデータはまだ不足しており、今後のエビデンスの蓄積が待たれるところである。

肥満症の薬物治療には、適正使用の課題がある。例えば、GLP-1受容体作動薬を薬事承認されていない効能・効果、あるいは用法・容量によるダイエット目的でオンライン購入・使用し、急性膵炎で救急搬送されるという事例が臨床現場から聞かれている。肥満の程度にかかわらず、体重を減らすことによって医学上のメリットのある人に対し、医学的に適切な治療・管理を行うことがあるべき姿であるということを改めて心に留める必要がある。

人類は、その長い歴史の中で、飢餓、感染症、創傷といった要因から生存の脅威に対抗するため、食欲の増進や脂肪細胞の蓄積、免疫や炎症反応の活性化、細胞増殖や細胞外マトリクス産生（細胞の周囲を取り囲む構造物の形成）といった生存に有利な機能を発達させてきた。しかし、現代の急速な生活（食事・運動）の変化の中で、かつて人類の生存に役立っていたこれらの精緻なメカニズムが生活環境の変化に適応しきれず、肥満・肥満症、動脈硬化や糖尿病の合併症などとして表れているとも考えられる。こうした進化生物学的な理解に基づき私たちは食事・運動などの生活習慣の改善を基本としつつ、必要時には適切に治療薬や外科治療を取り入れながらQOLの向上を図っていく必要がある。



(写真：井澤一憲)

### 3. パネルディスカッション1 「ライフコースでの肥満・肥満症対策における各ステークホルダーの役割と連携」

#### 本パネルディスカッションの目的

肥満・肥満症の背景には、生活習慣のみならず遺伝素因や社会経済的・心理的課題等、複雑な要因が存在するものの、これらの実態は社会的に十分に理解、認知されていない。また、肥満・肥満症の人に対する、一般の人および医療者が抱えるステigmaは大きな課題である。本パネルディスカッションでは、子どもから成人に至るライフコースでの、肥満・肥満症予防のための教育や啓発、保健事業の在り方について議論するとともに、各対策における産官学民ステークホルダーの役割と連携を通じた社会環境づくりを検討する。

#### パネリスト：

**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）

**加藤 承彦**（聖路加国際大学公衆衛生大学院 医療政策管理分野 准教授）

**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）

**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）

**吉野 美保子**（日本イーライリリー株式会社 研究開発・メディカルアフェアーズ統括本部  
糖尿病領域エグゼクティブディレクター・メディカル）

**モデレーター：吉村 英里**（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

#### ➤ 疫学的視点からみる日本の肥満症課題の特徴

- 戦後の日本は食糧難であり主な関心事は栄養改善であった。そのため、例えば学校保健では、給食を通して子どもたちの栄養失調を改善することに力を入れていた。高度経済成長期に肥満の子どもの数は約4倍に増加し、2000年前後には落ち着いた。ところが近年再び増加傾向となり、健康日本21（第二次）の子どもの肥満に関する目標値は未達成となっている。成人も同様で、男性の肥満者は1980年代に比べ倍増し、それに伴う2型糖尿病をはじめとする健康障害の増加が課題となっている。
- ある企業での傾向として、20～30歳代で肥満である人が増加している。さらに、30年前の傾向として若年で肥満でも、やがて50～60歳代になると肥満や脂質異常を持つ人は減少していたが、現在は年齢を重ねるほど肥満などの健康リスクは増加している。
- 日本人の特徴を欧米人と比較すると、皮下脂肪は蓄えにくく、内臓脂肪を蓄えやすい。内臓脂肪の蓄積量は、健康障害の数、大血管疾患の発症リスクと強く関連することが知られている。欧米人のように外観やBMIでは語り切れないアジア人の特性がある。

#### 肥満・肥満症と社会

#### ➤ ステigmaの構造と社会的影響

- ステigmaは、米国の社会学者ゴフマン（Erving Goffman）によって「属性、特性、障がいなど

が『通常』の人々と区別され、受け入れがたい存在として特徴づけられること」と定義された。

- スティグマの対象となる人々に対して、「ステレオタイプ」という否定的な認知から「偏見」という負の感情が生み出され、最終的に「差別」という行動につながる。この一連のプロセス全体を「社会的スティグマ」と呼ぶ (Corrigan PW, et al. World Psychiatry, 2009)。
- リンク (Bruce G. Link) とフェラン (Jo C. Phelan) は、スティグマの構成要素として、以下の5つを挙げている。
  1. 差異にラベルを貼られる (ラベリング)
  2. ステレオタイプと結びつけられる
  3. 「彼ら・彼女ら」として「われわれ」と区別される
  4. 地位の喪失や差別といった不平等を経験する
  5. 社会・経済的に分離される

スティグマは、これらの要素が相互に影響し合うことにより、教育や就労の機会を奪うなど、深刻な社会・経済的な排除を生む。そのためスティグマは、単なる差別を超えた重大な社会問題といえる。

- 過体重・肥満に対するステレオタイプとして、「怠け者である」「食べ過ぎている」「意志力に欠ける」「自己管理ができない」「能力が低い」「健康改善への意欲が乏しい」「治療へのコンプライアンスが低い」「体重増加は自己責任である」といったものが報告されている (Rubino F, et al. Nature Medicine, 2020)。これらは欧米における研究結果であるが、日本における糖尿病のスティグマに関するデータにおいても、同様の傾向が報告されている。今後は日本においても、肥満・肥満症のスティグマに関する研究を進め、エビデンスを蓄積していく必要がある。特に肥満・肥満症対策を推進していく過程では、スティグマへの慎重な配慮が求められる。

#### ➤ 医療従事者の肥満・肥満症の人へのスティグマ

- 医療従事者の中には、肥満症の病態そのものへの理解が足りず、自己管理ができない、怠惰であるといった決めつけが一部で見られ、こうした認識が治療を妨げる要因にもなっている。医療現場での日常のコミュニケーションの中で積み重ねられる小さなスティグマにも、私たちは目を向けていかなければならない。そして、こうした医療界の偏見や差別払しょくのためにも、肥満症の病態理解と啓発活動が欠かせない。

#### ➤ 肥満・肥満症の労働者へのスティグマ

- 労働安全衛生法では、個人の疾病リスクは事業者が安全に働くよう配慮すべき事項とされている。したがって、健康診断等によって明らかになった疾病を理由に労働者に不利益な扱いをすることは法律で禁止されている。中小企業や個人事業主等、産業保健体制が十分に整っていない事業所においては、この労働安全衛生法によるセーフティネットが十分機能していない実態も一部あり、法律を理解・認識した上で、あらゆるタイプのスティグマや不利益に事業者、産業保健は対応していく必要がある。

- 肥満の人の就労状況や肥満症と診断された人が安全に就労を続けられる環境が整備されているのか、事業者から不当な扱いや差別を受けていないかといった肥満・肥満症の人の労働における実態を調べる必要がある。疾患認知から受診行動に繋げるためには、体重過多や肥満症と診断されても安心して就労できる職場環境を社会全体で作っていくことが重要である。

➤ **肥満を自己責任論としない、社会一体となった対策**

- 公衆衛生領域では、予防を強調するあまり、肥満に対する自己責任論を助長させてしまった側面があることは否定できない。肥満・肥満症対策には、食事や運動といった個人の努力に加えて、さまざまな減量支援の手段がある。したがって、自治体をはじめとする地域全体が一体となり、前向きな健康増進メッセージを発信するとともに、具体的な支援策を提供していくことが重要である。
- ある大企業の内部調査で、肥満率に地域差が大きいことが明らかになったことがある。地方など比較的自然豊かで、伝統的な食生活や生活様式が残る地域では肥満率が低く、都市部に近いと肥満率が高い傾向が出た。このような結果は、肥満問題が個人の問題だけでなく、環境や社会的要因に大きく影響されることを示唆している。したがって、地域や事業者が連携して組織や社会風土を変えるための一体的かつ継続的な施策が不可欠である。

➤ **肥満症に関する理解促進とエビデンスに基づいた治療法についての啓発**

- 肥満と肥満症は違うという認識を広く浸透させることが大切である。糖尿病、脂質異常症をはじめとする健康障害の改善に対する減量効果がより多くの人に伝わるように、国際共同治験や実臨床のエビデンス集積を推進していく必要がある。
- 肥満症治療の選択肢には、食事や運動療法、認知行動療法だけでなく、外科療法や新たな治療薬等による内科療法があるという認識を広げる必要がある。そのためには、健康障害の改善、大血管疾患の発症リスク低減といった体重減少による治療効果のエビデンスを創出していくことが大切である。また今後は、肥満症治療によって医療費の低減、医療費負担の軽減も期待できるといった社会経済的な効果を示すエビデンスも示していくべきである。

➤ **成人（労働世代）への予防・介入を妨げるスティグマ**

- 産業保健では、肥満症を疾患として定義し介入する体制整備は遅れている。ただし、将来の健康リスクとして肥満の予防や体重変化には注目しており、体重が増加したタイミングを捉えて介入している。ポピュレーションアプローチに加え、ハイリスクアプローチを階層化している。しかし、運動や食習慣改善に向けたメッセージは、実践してほしい人にはなかなか届かない。ハイリスクアプローチでは、どこまでこの呼びかけ「おせっかい」が許されるのか、判断が難しい。ハイリスクの人を対象に絞って伝えることで本人が「私に問題があるのですね」と気分を害すことや、レッテル貼りやスティグマの問題につながることがある。
- 両親や祖父母が糖尿病であったことにより、過去にスティグマを背景とした不当な扱いを受け

る様子を目の当たりにしてきた人々の中には、「健診で自分も糖尿病と診断され“烙印”を押されるのではないか」という不安を抱き、健診受診を避ける傾向があることが報告されている。肥満・肥満症についても同様の懸念が、健診受診行動や支援へのアクセスに影響を及ぼしている可能性がある。

## 肥満・肥満症と子ども

### ➤ 幼児期から健康教育を行う必要性

- 肥満症診療を通じて、成人の高度肥満症のある人の約半数がすでに子どもの頃から肥満傾向であることを実感しており、早期教育の必要性を感じている。適正な体重で健康に生きていくために必要な食事の知識は、集団生活の中で自然と学び取っていくものであるはずである。学校給食は本来、栄養改善の取り組みとして始まったものであるが、栄養過剰の時代における学校給食の役割についてはまだ議論の途上である。加えて、子どものころからの運動習慣付けも欠かせない。将来を担う子どもたちの健全な成長を社会がどのように支えていくべきなのか、肥満・肥満症対策を起点としてバランスの取れた食生活と適切な運動習慣についての教育、健康増進のためのシステム構築の在り方が問われている。
- 文部科学省の学校保健統計調査によると、肥満の子どもが増加していることは明らかになっている。しかし、地域差を含めた背景理解のための公衆衛生的、疫学的視点での詳細な分析が十分に行われていない。国立社会保障・人口問題研究所によると、近年、出生数の半数が東京・千葉・神奈川・埼玉・大阪・福岡の大都市圏に集中しており、こうした人口分布を踏まえながら、各地域の養育環境の特徴や差異を把握した上で対策を考えていく必要がある。

### ➤ 多様なステークホルダーの連携を通じた肥満・肥満症の子どもとその家庭への介入

- 小学校入学時点で肥満に陥っている場合があり、就学前の子どもの健康を守っていく方法を考える必要がある。
- 未就学児の95%は幼稚園・保育所・認定こども園に通っていることを踏まえると、これらの施設を通じたアプローチが効果的であると考えられる。保育士や幼稚園教諭は家庭の状況もよく把握しているため、早期介入が可能となる重要な接点となる。
- 家庭や個人へ個別に介入するのは、介入を受ける側の負担も大きくハードルが高い。そのため、介入を必要とする子どもや家庭を適切にスクリーニングした上で自然に支援に繋げるネットワークや仕組みの構築が望まれる。
- 子どもへの栄養管理、健康への介入を通じて父母にも健康リテラシーの重要性を伝えることができ効果的である。国民健康・栄養調査の2019年のデータによると、父親世代に当たる30～39歳の男性で肥満が29.4%、40～49歳で39.7%となっている。親の健康状態は子どもに大きく影響することが知られているが、父親の肥満を改善するには産業衛生からのアプローチも有効なため、今後はさらに小児領域と産業衛生領域が有機的に協働することが望まれる。

- 子どもの肥満・肥満症対策は、対象となる子どもをスクリーニングして個別に介入するハイリスクアプローチよりも、リスクの高低に関わらず集団全体への介入を行うポピュレーションアプローチのほうがステigmaを生みにくい。保育施設や教育機関、行政機関、医療機関等、地域全体で肥満予防の取り組みを推進していく必要がある。例えば沖縄県では、学校・地域と連携して小学校体育科指導コーディネーターを導入して効果を検証しており、アカデミアによる中間分析では一定の効果が出ている。
- 子どもの肥満・肥満症対策においては、かかりつけ医の役割が重要である。かかりつけ医が子どもを診察する際には、家庭の社会経済的課題にも目を向けつつ、両親の健康も気遣うなど家庭医の役割が発揮されることを期待する。また、肥満・肥満症は地域の食文化との関連も強いため、行政栄養士の役割も重要である。かかりつけ医が所属する医師会や自治体の専門職が連携し、肥満症が疑われる場合はかかりつけ医から専門医へ紹介できるように連携を強化する必要がある。

## 肥満・肥満症と産業保健領域

### ➤ 労働安全衛生法の改定を通じた慢性疾患対策における産業保健の機能強化への期待

- 従業員1,000人以上の専属産業医が在籍する大規模事業所に勤務する人の割合は労働人口の5%しかいない。一方、従業員50人未満の企業は産業医を置く義務がないため、健診受診やその後の保健指導、受診勧奨が手薄になる傾向がある。また、労働安全衛生法は雇用労働者を対象としているため、一次産業の従事者は法律の対象に含まれない。労働世代の人々が公平に保健サービスを享受できるよう、こうした職業や労働環境に基づく加入保険者間の保健事業格差解消を目指すべきであり、そのためには法令改正の検討が必要である。
- 事業者は、従業員が健康診断を受診した結果、有所見率を労働基準監督署へ報告する責務があるが、その報告項目に肥満・肥満症は含まれていない。今後、BMIが肥満基準値以上の人割合を報告するように仕組みが変われば、肥満の人をより適切に拾い上げることができ、自社の肥満率も明らかになる。最初のステップとして、社内の実態を把握することが必要であり、結果を可視化すると企業が対策を始めるきっかけになるため、健診において、集団データをわかりやすく開示する制度を整えることが重要である。

### ➤ 成人（労働世代）に対する効果的な介入と対策の推進

- 労働世代、特に若年層において健康への関心は高まっている。健康維持のために適正体重を維持しようと考えている人たちがいる一方で、男性を中心に筋肉をつけることを最優先にするなど、必ずしも健康を総合的に考慮した行動をとることが目的ではない人たちも増えている。筋肉量の増加自体は否定されるものではないが、全体のバランスを無視した筋肉増強等への偏重は、健康維持という本来の目的から逸脱する可能性がある。
- 企業では健康経営の取り組みが進んでいるが、働き方改革や福利厚生が主に注目され、社員の健康の基礎である肥満率の低下やメタボリックシンドローム自体が健康経営の要素として適切に評価されていない。産業保健での肥満・肥満症対策推進に向けて、このような健康の基礎に立ち返り健康経営の在り方を見直す必要がある。

- 肥満の多くは入社する20歳代から特定健診が始まる40歳までの間に完成してしまう。そのため特定健診、特定保健指導では、既に完成した肥満課題と向き合う必要があり、改善に向けた介入の難易度が高まる。年齢が高くなるほど生活習慣は固定化され、基礎代謝は落ち、減量は難しくなるからである。そのため、企業における肥満対策は、若年層から始めることが効果的である。現在、一部企業において、20代、30代向けに運動プログラムを就業時間内に行ってもらう取り組みを進めており、集団全体の体重減少の効果が出始めている。中高年層に対しては、減量を継続的に促進しつつ、年齢とともにリスクの高まる脂質異常症や糖尿病、高血圧を適切に管理することで、脳血管障害や心臓病の発症リスクを下げる必要がある。このように年代に応じた戦略を持って、対策を進めていくことが重要であり、それが可能であることが産業保健の特長である。
- 慢性疾患対策においては、「仲間」と「おせっかい」がポイントである。「仲間」である同僚が互いに適切な「おせっかい」を焼くようなソーシャルキャピタルが高まることを期待する。

➤ **DXを活用した「だれ一人取り残さない」肥満症を含む慢性疾患対策**

- 新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経て、健診受診率がさらに低下しており、健診未受診者の健診受診率向上が課題である。医療者のリソースは限られるため、効率的に人々の健康意識を向上させるために産官学民が連携しITやSNSなどを活用しながら疾患の発症予防と早期発見・早期介入を強化する努力をしていく必要がある。
- 現在の少子化・労働力不足の進行下において、経済格差が健康格差を生む社会構造を前提に、肥満症などの慢性疾患がさらに拡大する恐れがある。この問題に対応するためには、特に社会から孤立しやすい脆弱な人々への積極的支援を強化するうえでは、地域のすべての人の健康に寄り添い守るという視点が不可欠である。
- PHR (Personal Health Record) を活用することで日々の体重や血圧の変化をリアルタイムで把握することが可能な時代になりつつある。個人情報の取り扱いや医療DXを推進するための財源等課題はあるが、疾患の早期発見・早期介入に対しても最新技術を通じて個人データが収集され、社会が活用する新たな時代を迎えている。



(写真：井澤一憲)

#### 4. パネルディスカッション2 「当事者目線で求められる地域一体となった肥満症の医療提供体制」

##### **本パネルディスカッションの目的**

肥満症当事者が抱える課題は多岐に渡るもの、当事者の声は未だ十分に集約・可視化されていない。そのため、当事者が抱える課題は社会に認識されにくく、政策にもほとんど反映されていない。こうした背景から、本ディスカッションでは、当事者の課題を整理しつつ、介入を必要とする肥満症当事者へいかに適時的かつ適切な医療へと繋げるかについて議論を行う。早期発見からプライマリーヘルスケアにおける介入、集学的・専門的医療提供体制の整備とさらなる全国均てん化の必要性、さらには、医療のみならず生活面への支援を含む全人的な視点で地域一体となった肥満症対策の在り方について議論を深める。

##### **パネリスト：**

**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)

**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)

**濱田いずみ** (ノボノルディスク ファーマ株式会社 取締役 医療政策・渉外本部 本部長)

**横田正明** (千葉市 保健福祉局 次長)

**モデレーター：塚本正太郎** (日本医療政策機構 シニアアソシエイト)

##### **➤ 2023年度に日本医療政策機構がとりまとめた肥満症患者・当事者の声**

※患者視点での議論を推進すべく、冒頭に一部当事者の声を共有した。

日本医療政策機構では2023年度に肥満症当事者へのヒアリングを行い、肥満症専門医療機関受診までの経緯とその後の治療に関する経験や声をペーシェントジャーニーに取りまとめた（[日本医療政策機構, 2023](#)）。当事者の声は大きく以下の5つに整理できた。

- 専門医療機関につながるまでの苦労（肥満症が疾患で、治療に保険適用されることを知らなかっただなど）
- 他医療機関で経験したステイグマ等の課題（他院で「痩せてから来い」と言わされたなど）
- 専門医療機関での経験（対応が優しい、複数診療科の受診を調整してくれるなど）
- 外科手術後の状況（心が明るく晴れやかになった、就職が決まったなど）
- 肥満症そのものに関する言説・考え方（肥満症という名称はわかりやすいため変える必要はないなど）

##### **➤ 肥満症に関する当事者や医療者の疾患認識不足による介入の遅延**

- 肥満症患者・当事者は、肥満症が病気ではないと思っている人が多い。「病気はないのですが受診できますか」と聞いて来院するが、実際には尿蛋白や月経異常があるなど、問診を行うと様々な不調を抱えていることが多い。また、健診で尿蛋白以外の異常がなく経過観察となり、7~8年後に来院したところ腎機能が悪化し既に人工透析が必要な状態になっていたケースもあり、もう少し早めに来院し、減量を始めていればと思う症例に遭遇することがしばしばある。
- 特定健康診査において、肥満の対象であるBMI25以上であっても、他の健診項目結果が正常範囲であれば、特定保健指導の対象にならないことが、肥満の人への介入の制度的な穴になっている。

- ・ 昨今、保険診療対象の肥満症医療の進展とともに、一部の医療機関において自由診療による必ずしもエビデンスに基づかない痩身目的の施術等も散見される。その影響で、保険診療対象の肥満症治療までも保険適応外であると誤って認識していたという肥満症のある人の声が診療現場で聞こえる。
- ・ 整形外科や産婦人科など他診療科の医師が肥満症患者・当事者に対して減量を指示する際は、単に「痩せなさい」と言うだけでなく「何kg減量すれば治療を開始できる」といった具体的な目安を伝えてほしい。また、合わせて肥満症治療専門医の受診も提案してほしい。
- ・ 肥満症の代表的な健康障害は2型糖尿病であるため、肥満症を糖尿病専門医が診察していることが多い。しかし糖尿病専門医が、必ずしも糖尿病以外の健康障害を十分に理解しているとは限らない。例えば、月経異常や不妊の原因となる多嚢胞性卵巣症候群（PCOS: Polycystic Ovary Syndrome）は、減量によって改善がみられる。このように、糖尿病に限らない多くの健康障害が肥満症治療による減量で改善するという知識を医療者に対して広める必要がある。
- ・ ある透析クリニックのデータによると、透析患者の10%近くがBMI35以上の既往を持っていたという報告がある（Onozaki, et al. *Obes Facts*. 2021）。人工透析は社会保障給付費の多くの割合を占めるため、肥満と人工透析の相関は、医療経済的な視点においても重要といえる。また、糖尿病患者において尿中アルブミンなどの腎機能マーカーがあまり計測されていないというデータも存在する（Sugiyama, et al. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019）。採血と比べて、尿検査の異常値が軽視されている現状もあり、結果として腎臓専門医に繋がるタイミングが遅れるケースも多いことから、尿検査と腎疾患に関する啓発の強化も重要である。

#### ➤ かかりつけ医における肥満症診療の課題

- ・ 肥満・肥満症を主訴としてかかりつけ医を受診する患者はほとんどいない。当事者が高血圧などの他の疾患で受診した際に、家族から体重に関する相談があってはじめて受療へ繋がるケースはある。しかしながら、かかりつけ医が肥満症に十分に注目して診療しているとはいえず、そもそも肥満症診療に力を入れている診療所も少ない。
- ・ 診療所でも血圧と同じ感覚で自然と体重測定する文化が広がると良い。診療所では通常、高血圧や糖尿病、脂質異常症といった肥満に伴う合併症を診療し、血圧や血糖・ヘモグロビンA1c、脂質代謝等のデータをフォローする。一方、肥満・肥満症については定期健康診断等以外で体重測定が行われることは稀であり、ほとんどが自己申告と考えられる。しかしながら、体重を測定することで尿蛋白と体重の関係をフォローすることも可能となり患者の意識づけや肥満症治療に関する啓発に繋がることが期待される。
- ・ 簡単で効果的な肥満症診療をかかりつけ医の日常診療にも取り入れてほしい。例えば、肥満症で受診した患者は「10kgは痩せなければ」と思っている人が多いが、体重100kgの場合でも3kg程度（3%）減らすだけで薬を増やさずに済む、あるいは減薬できる。また自宅でも、血圧と一緒に体重測定を行うよう勧めることで、体重の変動も把握することができる。体重管理は

動機づけの有無で個別的な対応が大切であり、例えば、体重管理が良好な人は、肯定的な評価で継続的な管理を行い、自己管理が難しいケースは、CT検査等で内臓脂肪の状況を可視化するなど、患者に適した行動変容の方法をコミュニケーションの中で模索することも重要である。

- 2024年の診療報酬改定では、生活習慣病管理料の算定にあたり療養計画書に目標体重を記入することになった。その進捗を4~6カ月ごとに患者と確認するため、体重に対する意識が高まっている。かかりつけ医における肥満症の認知度を上げるチャンスである。
- 肥満を含む生活習慣病の診療・指導に栄養指導・体重管理は効果的であり、診療所にも管理栄養士による指導を導入することを積極的に考慮すべきである。診療所においても外来栄養食事指導料が算定可能であり、リモートでも算定できる。かかりつけ医の多くは1人で医療を提供していることが多いが、こうした診療報酬を上手く利用しながら経営的にも持続可能な体制で栄養指導を導入することが肥満症診療のみならず関連する生活習慣病の管理においても重要である。

#### ➤ 病診連携促進に向けて期待される制度や仕組み

- 病診連携促進に向けて、肥満症治療コーディネーターの拡大が重要である。かかりつけ医と専門医は顔見知りであれば連携しやすいが、特に肥満症は専門医に紹介するべきか迷う状態が多く、この段階では問い合わせを躊躇してしまうこともある。専門医療機関に肥満症治療コーディネーターが在籍している場合、あらゆる外部からの問い合わせに対するタッチポイントになるためかかりつけ医にとっても効果的であり、気軽に相談できる問い合わせ先となる。
- 2025年4月よりかかりつけ医機能報告制度が開始される。様々な疾患を診療し、必要に応じて専門医に紹介する体制を整えることが定められるため「肥満・肥満症のことはわかりません」では済まない状況になり、肥満症治療の推進に繋がる可能性がある。一方で、かかりつけ医機能報告制度では、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（1号機能）を持つ医療機関は17領域・40疾患について報告することになるが、その中に肥満症は含まれていない。しかしながら、肥満・肥満症は多くの患者が実際にはその診断基準に当てはまるため、実際の患者数は統計よりも多いことが予想され、今後1号機能への肥満症の追加を提言していくべきである。
- かかりつけ医は継続的な医療の提供者として、自身の診療範囲を超える疾患については適切な専門医への紹介経路を確保しておくことが重要である。特に、高度肥満症においては、専門的治療を提供できる医療機関の情報をより広く普及させ可視化することが、患者の適切な医療アクセスを保証するために必要とされている。

#### ➤ 地域の肥満症医療提供体制の構築において行政が担う役割

- 肥満症対策において、基礎自治体へ期待される役割の一つにステークホルダー間の調整がある。具体的には、自治体内の保健福祉課や健康推進課などの各担当部署が連携を取り、住民を医療機関や学校、企業の適切な相談窓口や診療科に繋ぐ役割を担うことが大切である。さらに、自治体は肥満症に関する正しい知識を住民に広める啓発活動も重要な役割の一つである。

- 千葉市では、アカデミア、製薬企業と、肥満及び肥満症対策に関する連携協定を締結した。官民学の三者連携を通じて、肥満及び肥満症に関する環境を整備し、千葉市がより健康な社会を実現するモデル都市になることを目指している。具体的には、（1）地域住民、保健医療関係者の肥満及び肥満症に関する理解向上に資する事項（千葉市の広報チャネルを通じた啓発、市民公開講座の実施など）（2）千葉市国保被保険者の肥満及びその関連疾患の分析に関する事項（国民健康保険データ、特定健康診査データを活用した非肥満／肥満／高度肥満者の状況の把握）（3）特定健康診査・特定保健指導における肥満及び肥満症に関する事項（特定健康診査における肥満症スクリーニング項目の検討、特定保健指導における肥満症関連指導の導入）（4）子どもの健康応援に関する事項（6～12歳の児童を対象とした食事・運動両面での生活習慣向上の取り組み、3歳児健診における健康関連スクリーニング項目の検討）（5）その他、肥満及び肥満症対策に資する事項、といった取り組みを推進していく。千葉市がモデル都市としてエビデンスを蓄積し全国へ波及させてていきたい。
- 自治体が住民向けに肥満・肥満症の診療を受けられる医療機関のリストを作成することは効果的な肥満症対策の一つである。リストの作成については、医療機関による挙手制が考えられるが、この方法では全ての対応可能な医療機関を把握できない可能性がある。そのため自治体は、薬物療法や外科療法など、どのような治療が各医療機関で提供できるのかなど提供可能な治療内容を明らかにしたうえで、住民にとって利用しやすい医療機関リストを作成する必要がある。
- 千葉市では、特定健診の結果、医療機関への受診が必要と判定されたにも関わらず、実際に医療機関を受診していない人に対して、積極的な受診勧奨を行っている。また、人工透析移行防止のため、必要な人（糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクの高い方）には、3年間のフォローアッププログラムを行っている。本来は体重や健康状態を自覚して行動変容するのが理想的ではあるが、その最初の一歩を踏み出すための外部からの働きかけが必要である。現状は、特定健診の実施目的であるメタボリックシンドロームのスクリーニングを主軸とした取り組みであるが、今後は連携協定を通じて肥満・肥満症に対するより効果的なアプローチも研究し、発展させてていきたい。
- 自治体は、国民健康保険の保険者としての財政的な制約が厳しい中で、いかに効率的に特定健診や保健指導の効果を向上させていくかという課題に直面している。そのため、国はこれまでの慢性疾患対策の成功事例と課題を詳細に分析した上で、最適な政策を自治体に示し、特に財政面での支援や効率的なアプローチの具体例を示すことを自治体は期待している。

#### ➤ 疾患・治療に関する正確な情報の普及啓発

- 製薬企業の役割は医薬品の開発・発売を通して治療に貢献することであるが、肥満症に関しては、それに加えて患者・当事者、自治体、医療機関等と連携し、疾患の正しい理解と適切な治療を促進し、生活の質の向上に貢献することが重要と認識している。
- 外科的治療の選択肢を知らない人や、病院での医学的減量指導と自己流の減量の違いを知らず「自分で減量できている」と思い込んでいる人も多く、肥満症という疾患や、肥満症治療に関する

る正しい情報に関する啓発の必要性を感じる。まずは適切な医療機関を受診し、血液検査等を通じて自分の体調を客観的に把握し、専門家による栄養指導を受けることが大切である。医療者と相談しながら適切な生活環境を整えることが肥満症治療の成功には重要である。

- ・ 腎疾患領域では日本腎臓病協会と製薬企業が連携し、腎機能の指標である糸球体濾過量（GFR: Glomerular filtration rate）の重要性を啓発するマスメディアで広告を掲載した。「GFR値59以下の方は、お医者さんにご相談を」というメッセージをCM等で発信したことによって、GFRの認知度が向上し早期受診への意識が高まった。同様のアプローチを肥満症対策でも応用できる可能性がある。特にBMI25という基準は日本人にとって重要であり、例えば健康系団体と製薬企業が連携し「BMI25以上は生活習慣病のリスクが高まる」ということをアピールし肥満と健康リスクの適切な情報を発信できると良いのではないか。
- ・ 心腎代謝（CKM: Cardiovascular-Kidney-Metabolic）連関という考え方が米国心臓学会（AHA: American Heart Association）によって2023年に示された（Ferdinand KC, 2024）。これは心臓、腎臓、代謝機能が相互に影響し合う病態を指し、特に内臓脂肪蓄積などの代謝リスク因子、慢性腎臓病、および心血管系の連関を表している。この心腎代謝連関は様々な関連疾患の罹患率や死亡率に深刻な影響を与え、特に心血管疾患の高い発症率と心血管死亡率に関連している。今後、かかりつけ医を含めた医療従事者が、肥満・肥満症の啓発と併せてこの心腎代謝連関についても広く啓発することが望まれる。

#### ➤ 患者・当事者の社会経済心理的課題に関する把握

- ・ 肥満・肥満症は、精神的な不調や睡眠時無呼吸症候群などで仕事に影響が出ることも多く、その結果休職や離職をせざるをえない人もいる。精神的な不調の背景には、発達障害、知的障害等の課題が見過ごされている場合もあり個々の患者の実態を丁寧に把握することが重要である。
- ・ 肥満症の患者は、過食等の精神的な課題を抱えているケースもあると考えられるが、現状その数を示すデータがない。また、肥満症の診断が普及していないためレセプト情報や特定健診等のデータベースにおいても正確な統計情報を把握することは困難である。しかし、有効なアプローチを検討するためには肥満症に至る原因や合併症の実態をデータで明らかにすることが不可欠である。
- ・ 社会経済心理的な課題は医療機関での診療だけでは十分に把握することが難しいこともある。そこで、そのような課題を抱える肥満・肥満症の人がどの程度いるのかを行政の取り組みも含めたネットワークを通じてつなげ、可視化する必要がある。こうしたデータは、診療情報と連結することができれば、肥満症治療薬や外科的治療によって社会復帰が実現した場合どの程度の経済的メリットが得られるのかなどについても明らかにすることができます。

#### ➤ 高度肥満症患者の集学的・専門的肥満症治療と均てん化

- ・ 肥満症の健康障害は多岐にわたるため、関連する診療科の医師をはじめ看護師、管理栄養士や理学療法士、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士など様々な職種の関与が必要になる。

- チーム医療というと聞こえが良いが、ただ複数の医療者が揃っているだけでは機能しない。例えば、体重150kgの患者が整形外科でひざの手術が必要になり、80kgに減量しなければならないという場合、肥満症の外科的治療や薬物治療を実施したうえで、整形外科治療にたどり着くように専門職皆で知恵を絞ることが必要であり、整形外科医療のチームと肥満症医療のチームがそれぞれコミュニケーションを取り、綿密な治療計画を立てる必要がある。それが本当の意味での集学的医療である。
- 高度肥満症の患者は、様々な健康障害を合併し、さらに精神的な不調や家族の悩み、経済的課題等を抱えているケースも多いことから、このような複雑な状況を医療者が一緒に紐解いていく作業が必要である。しかしながら、現在の医療提供体制において診療科は臓器別に分かれしており、患者は異なる曜日に他科の診察を受けなければならない。このような分散した受診形態は患者にとって大きな負担となり受診のハードルが上がってしまうため、複数診療科の受診を同日に調整するなど診療科連携の工夫が必要である。
- 肥満症治療コーディネーターは、患者の困っていることを聞き、治療を継続できる方策を一緒に考える。例えば多くの診療科の予約やその変更、診療に付き添って患者が聞けないことを医師に尋ねる等の仕事を行っている。肥満症治療コーディネーターという集約的な相談窓口があることで、患者のコミュニケーションや継続的な治療へのハードルが下がる。また、コーディネーターにより横断的な調整は、医師や看護師、栄養士など多職種連携促進のきっかけとなる。
- 外科的治療を提供できる病院は限られているが、治療後の患者をフォローアップできる施設が近隣にあれば、外科的治療を受ける医療機関が多少遠方にあってもよいと考えられる。肥満症専門治療の均てん化に向けては、施設を増やすのではなく医療機関間の連携促進によるフォローアップ体制の整備が現実的な対策である。

#### ➤ **薬剤の最適使用推進**

- 製薬企業では、肥満症治療薬は最適使用推進ガイドラインの基準に基づいた医療機関薬剤を販売しているが、成分が同一の糖尿病治療薬等がインターネットで購入できる状況があり、それによる健康被害も報告されている。このような状況の改善に向けて、医療現場におけるニーズの把握と合わせて適正使用の推進に取り組んでいく。
- 肥満症治療薬のメリットを患者が適切に享受するためには、より多くの患者へ薬剤が適正使用されることが不可欠である。一方で、最適使用推進ガイドラインの制約が実臨床に即していない点も存在し、必要とする患者に届いていない実態がある。薬剤が適切な患者に処方できるよう環境を整える必要がある。
- 現行の肥満症治療薬と同一成分の薬剤が糖尿病治療薬として、かかりつけ医でも広く使用されている。かかりつけ医の多くは、体重減少作用と臨床効果については十分な知識と経験を有している。そのため、適正使用を確保しつつも、必要以上に厳格な処方制限が適切に緩和され、処方を必要とする患者により適切に薬剤が処方される仕組みが構築されることが望まれる。

2025年6月

- 肥満症治療薬による治療によって減量に成功し始めると、治療への前向きな姿勢が生まれ、かかりつけ医と患者の信頼関係も深まる。「5kg減量したら休薬しましょう」といった具体的な治療計画も立てやすくなる。こうした臨床現場の実態に即した処方ができるよう、今後ガイドラインや制度面での改革が期待される。

➤ **継続的な医療・ケア継続のための支援**

- 肥満症専門医療機関で薬物療法や外科療法を受けた後、近隣にフォローアップのクリニックがない患者は地域へ戻りづらい。地域のクリニックと連携して半年、1年ごとに専門医を受診するなど継続的に支援できる体制を地域で構築していく必要がある。
- 腎疾患領域では、かかりつけ医と腎臓専門医が協力してフォローアップを行う2人主治医制を推進している。ただし、病態が安定している場合は、専門医療機関を受診するのは患者負担が大きいため、緩やかな連携を検討しても良い。肥満症においても同様に、専門医から逆紹介されてかかりつけ医でフォローアップすることは、十分可能と考えられる。
- 肥満症治療において体重のリバウンドを厳しく指導することは、特に精神的な不調を抱える患者では負担となり、かかりつけ医にも通院継続できなくなってしまう。かかりつけ医は肥満のみならず血圧管理やワクチン接種など多くの点で患者の健康管理において大切な役割を持っているため、患者と良好な関係を築き、患者が医療から離れてしまうことを防ぐ防波堤として日々診療する必要がある。



(写真：井澤一憲)

## 5. 謝辞

本報告書作成にあたりご協力いただきました皆様に、深く御礼申し上げます。なお、本報告書は、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作成したものであり、ご協力いただいた関係者および関係者が所属する団体の見解や合意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。



(写真：井澤一憲)

## 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」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、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。

## 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 - 繙承 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 - 繙承 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>

## 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)  
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 プロジェクトアシスタント)

## 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

## 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](mailto:info@hgpi.org)

**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](mailto:info@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: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-Mail: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)