

No. 1332 (2025.10. 2)

## 肥満及び肥満症の現状と対策

はじめに

### I 肥満及び肥満症の定義及び現状

- 1 肥満及び肥満症とは何か
- 2 肥満の疫学

### II 政府による近年の肥満症対策

- 1 医療制度改革大綱と特定健診・特定保健指導
- 2 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の推進

### III 近年における肥満症治療の進展

- 1 薬物療法
- 2 外科療法

### IV 肥満症をめぐる課題及び提言

- 1 肥満症の課題
- 2 肥満症対策に関する提言

おわりに

キーワード：生活習慣病、肥満症治療薬、オベシティスティグマ

- 肥満は様々な健康障害の危険因子とされており、肥満率の増加は世界が直面する課題である。政府は健康日本21を中心にメタボリックシンドロームや肥満症の対策を行っているが、改善に向かっているとはいえない状況にある。
- 肥満に関しては、オベシティスティグマ（肥満又は過体重の者に対する社会的偏見や差別）の問題に関心が寄せられている。肥満に対する理解を深め、スティグマを払拭するには、社会全体の意識改革が必要である。
- 近年、日本では約30年ぶりに肥満症治療薬が保険適用された。GLP-1受容体作動薬などとして知られる革新的治療薬であり、治療に大きな効果が期待できる一方、自由診療において美容や痩身など目的外使用が問題とされている。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働調査室 主任調査員 すずき ともゆき 鈴木 智之

## はじめに

肥満は様々な健康障害の危険因子とされており、肥満率の増加は、先進国か発展途上国かを問わず、世界が直面する問題である。日本は諸外国の中では肥満率の低い国であるが、日本人は欧米人と比べて内臓脂肪の蓄積が生じやすく、軽度の肥満でも健康障害を発症しやすいと報告されており<sup>1</sup>、肥満率の増加は注視すべき問題である。他方、近年では、新たな肥満症治療薬の開発、上市など、肥満症の治療法が進展している。本稿では、肥満症の定義及び現状、政府による肥満症対策、肥満症の治療、肥満症をめぐる課題及び提言について述べる。

## I 肥満及び肥満症の定義及び現状

### 1 肥満及び肥満症とは何か

#### (1) 肥満及び肥満症の定義

肥満症は、日本肥満学会が平成 12 (2000) 年に提唱した概念である<sup>2</sup>。同学会が刊行している『肥満症診断ガイドライン 2022』によれば、肥満とは「脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、BMI $\geq$ 25 のもの」<sup>3</sup>をいい、肥満症は「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」と定義されている<sup>4</sup>。なお、肥満のうち BMI $\geq$ 35kg/m<sup>2</sup> は高度肥満、高度肥満の者の肥満症は高度肥満症という。

この定義の下で肥満症と診断されるのは、肥満のうち①表 1 に挙げる「肥満症の診断に必要な健康障害」を合併している場合、②現在健康障害を伴っていないくとも「内臓脂肪型肥満」<sup>5</sup>と診断される場合である<sup>6</sup>。「肥満症の診断に必要な健康障害」については、減量によってその予防や病態改善が期待できるというエビデンスが一定程度以上蓄積されている<sup>7</sup>。

\* 本稿のインターネット情報の最終アクセス日は、令和 7 (2025) 年 9 月 22 日である。

<sup>1</sup> 吉池信男ほか「Body Mass Index に基づく肥満の程度と糖尿病、高血圧、高脂血症の危険因子との関連—多施設共同研究による疫学的検討—」『肥満研究』6(1), 2000.4, pp.4-17.

<sup>2</sup> 松澤佑次・中村正「新しい肥満の判定と肥満症の診断基準」『日本薬剤師会雑誌』52(9), 2000.9, pp.69-71.

<sup>3</sup> BMI (Body Mass Index) はボディマス指数とも呼ばれ、体重 (kg)  $\div$  (身長 (m))<sup>2</sup> で算出される。適正体重は、(身長 (m))<sup>2</sup> $\times$ 22 とされる。なお、世界保健機関 (WHO) の診断基準では、BMI 25kg/m<sup>2</sup> 以上を「過体重」、BMI 30kg/m<sup>2</sup> 以上を「肥満」と定義しており、診断基準が異なる。“Obesity.” WHO website <[https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1)>

<sup>4</sup> 「第 1 章 肥満症治療と日本肥満学会が目指すもの」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, p.1. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_05.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_05.pdf)>

<sup>5</sup> 内臓脂肪型肥満と診断されるのは、腹部 CT 検査などによって内臓脂肪面積 $\geq$ 100cm<sup>2</sup> が測定された場合である。

<sup>6</sup> 日本肥満学会編 前掲注(4) 内臓脂肪型肥満は健康障害を合併するリスクが高いため、肥満症と診断される。

<sup>7</sup> 同上

表 1 肥満症の診断に必要な健康障害

	健康障害		健康障害
1	耐糖能障害（2型糖尿病、耐糖能異常など）	7	非アルコール性脂肪性肝疾患
2	脂質異常症	8	月経異常・女性不妊
3	高血圧	9	閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
4	高尿酸血症・痛風	10	運動器疾患（変形性関節症：膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症）
5	冠動脈疾患	11	肥満関連腎臓病
6	脳梗塞・一過性脳虚血発作		

（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，2022，p.1. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_05.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_05.pdf)> を基に筆者作成。

## （2）肥満症とメタボリックシンドロームとの関係

肥満症と類縁するよく知られた疾患概念として、メタボリックシンドロームがある。肥満症が、肥満に伴う健康障害を減量によって改善することに着目した疾患概念であるのに対し、メタボリックシンドロームは、特に心血管疾患の発症リスクに着目し、その上流に内臓脂肪の蓄積があるという点を重視した疾患概念である<sup>8</sup>。メタボリックシンドロームの診断基準は、平成10（1998）年に世界保健機関（WHO）によって提唱され、翌年に一部改訂されて現在の基準となった<sup>9</sup>。日本においては平成17（2005）年、日本内科学会など8学会によるメタボリックシンドローム診断基準検討委員会が「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」を発表した<sup>10</sup>。

肥満症とメタボリックシンドロームの関係は次のように整理される。すなわち、肥満症は既述したとおり、BMI $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup>かつ「肥満症の診断に必要な健康障害」を合併しているか「内臓脂肪型肥満」と診断された場合を指すのに対し、メタボリックシンドロームは①内臓脂肪の過剰蓄積<sup>11</sup>があり、かつ②3つの心血管危険因子（高血圧・脂質代謝異常・高血糖）<sup>12</sup>のうち2つ以上が認められる病態を指す（BMI $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup>の基準を満たしているかどうかは問わない。）<sup>13</sup>。

図1に示すとおり、肥満症と診断された者の中にはメタボリックシンドロームの診断基準を満たさない者も含まれる（BMI $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup>かつ「肥満症の診断に必要な健康障害」を合併しているが、内臓脂肪の蓄積は認められない者など）。また逆に、メタボリックシンドロームと診断された者の中には、肥満症の診断基準を満たさない者（BMI<25kg/m<sup>2</sup>の者）も含まれる<sup>14</sup>。

<sup>8</sup> 「第3章 メタボリックシンドローム」 同上，p.19. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_07.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_07.pdf)>

<sup>9</sup> Scott M Grundy et al., “Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition,” *Circulation*, Volume 109 Issue 3, 27 January 2004, p.435. <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.CIR.0000111245.75752.C6>>

<sup>10</sup> メタボリックシンドローム診断基準検討委員会「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」『日本内科学会雑誌』94(4), 2005.4, pp.794-809.

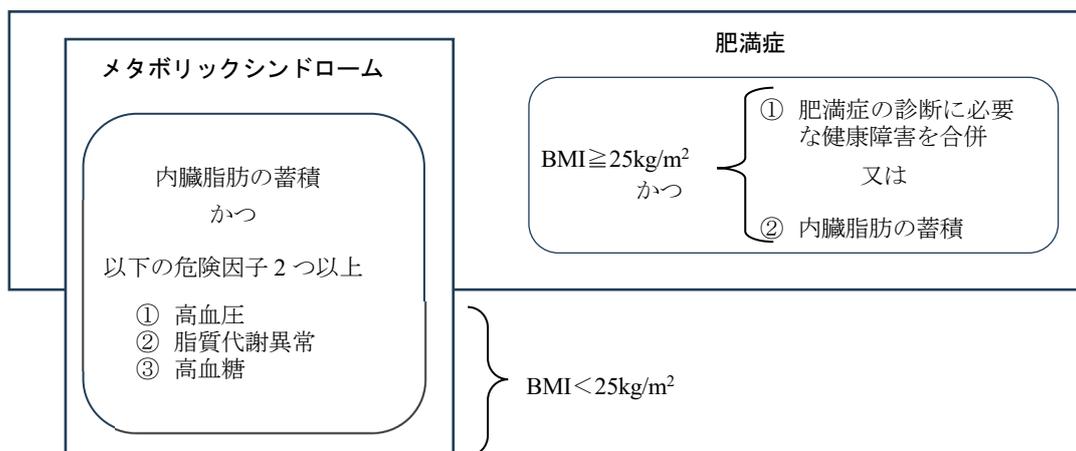
<sup>11</sup> メタボリックシンドロームの診断基準においては、内臓脂肪蓄積に関して肥満症と同じ診断基準（内臓脂肪面積 $\geq$ 100cm<sup>2</sup>）が採用されているが、簡易に測定できる基準値として、ウェスト周囲長（男性 $\geq$ 85cm、女性 $\geq$ 90cm）が設定されている。

<sup>12</sup> それぞれに以下の基準値が設けられている。①高血圧：収縮期血圧 $\geq$ 130mmHg かつ/又は拡張期血圧 $\geq$ 85mmHg、②脂質代謝異常：トリグリセライド値 $\geq$ 150mg/dL かつ/又はHDL-C 値<40mg/dL、③高血糖：空腹時血糖値 $\geq$ 110mg/dL。

<sup>13</sup> 「第3章 メタボリックシンドローム」 前掲注(8)

<sup>14</sup> 同上

図1 肥満症とメタボリックシンドロームの関係



(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, 2022, p.19. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_07.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_07.pdf)> を基に筆者作成。

## 2 肥満の疫学

### (1) 世界の状況

世界における肥満率の上昇は様々な研究において報告されており、最近では、ワシントン大学ヘルス指標・評価センター (IHME) が主導する世界疾病負荷研究 (Global Burden of Disease Study: GBD) の一環として行われた調査が公表されている<sup>15</sup>。

同調査によれば、1990 年から 2021 年にかけて世界のあらゆる地域及び国において成人の過体重及び肥満<sup>16</sup>が増加したとされる。2021 年において、約 10 億人の成人男性と約 11 億 1000 万人の成人女性が過体重又は肥満であったと推定され、この傾向が続いた場合、2050 年までに世界の推定成人人口の過半数を過体重と肥満が占めると予測されている<sup>17</sup>。

過体重又は肥満の成人人口が最も多いのは中国 (4 億 200 万人) であり、次いでインド (1 億 8000 万人)、アメリカ (1 億 7200 万人) である。また、肥満率の最も急激な上昇は北アフリカ及び中東地域において生じていると指摘されている<sup>18</sup>。

### (2) 日本の状況

図 2 に示すとおり、令和 5 (2023) 年国民健康・栄養調査によれば、肥満者 (BMI  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) の割合は男性 31.5%、女性 21.1%であり、男性がより高い。また過去 10 年間に於いて、男性では平成 25 (2013) 年から令和元 (2019) 年の間に有意に増加し、女性は横ばいの状態であって、男女とも改善傾向にあるとはいえない状況である。

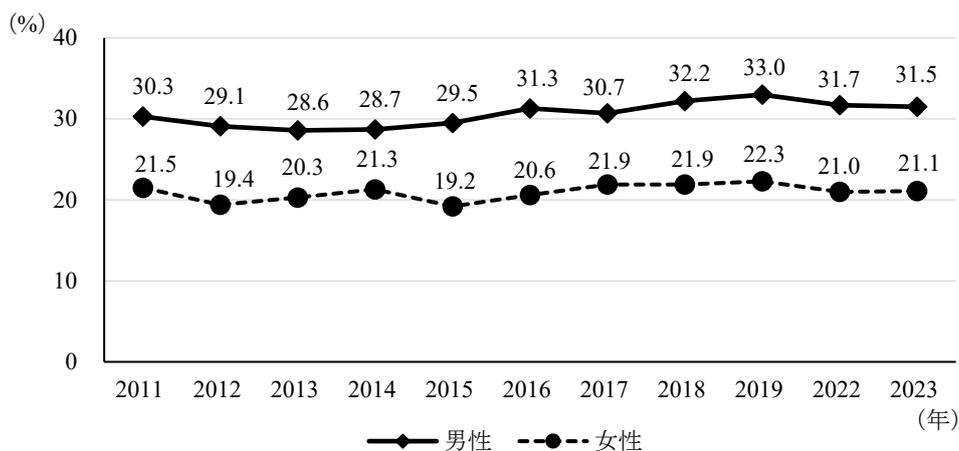
<sup>15</sup> GBD 2021 Adult BMI Collaborators, “Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021,” *Lancet*, Volume 405 Issue 10481, 2025, p.813. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673625003551?via%3DiHub>>

<sup>16</sup> 過体重及び肥満については前掲注(3)を参照。

<sup>17</sup> GBD 2021 Adult BMI Collaborators, *op.cit.*(15)

<sup>18</sup> *ibid.*

図2 肥満者の割合の年次推移

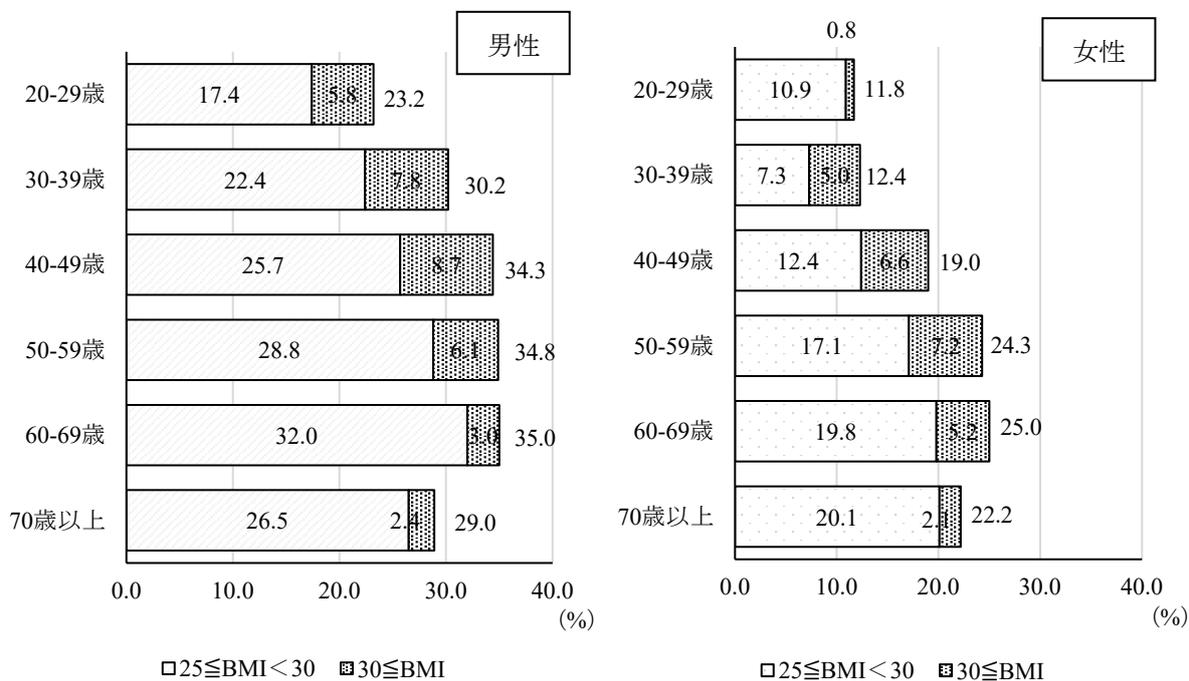


(注) 令和2(2020)年及び令和3(2021)年は調査中止。

(出典) 厚生労働省「令和5年国民健康・栄養調査結果の概要」p.5. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001338334.pdf>> を基に筆者作成。

肥満率を年齢階級別に見た場合(図3)、特に中高年層における肥満率の高さが顕著であり、男性では50歳代が34.8%、60歳代が35.0%、女性では60歳代で25.0%である。

図3 令和5(2023)年における肥満者の割合(20歳以上)



(注) 各年齢階層における肥満率は内訳の和と一致しない場合がある。

(出典) 厚生労働省「令和5年国民健康・栄養調査結果の概要」p.5. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001338334.pdf>>; 同「令和5年国民健康・栄養調査結果 第17表の1」を基に筆者作成。

### (3) 肥満症がもたらす問題

I 1 (1) で述べたとおり、肥満症は、2 型糖尿病、脂質異常症、高血圧、心血管疾患、変形性関節症など、多くの合併症を引き起こすリスクを有する疾患である。『肥満症診断ガイドライン 2022』によれば、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、がん、胆石症、静脈血栓症・肺塞栓症、気管支喘息（ぜんそく）、皮膚疾患、男性不妊、胃食道逆流症、うつ病などの精神疾患が挙げられており<sup>19</sup>、これら関連の予防や治療にも肥満の防止や改善は重要であるとされる<sup>20</sup>。

肥満症がもたらす経済的損失も問題とされている。世界肥満連盟（World Obesity Federation）<sup>21</sup> が令和 5（2023）年に公表した試算によれば、2020 年における肥満（BMI $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup>）の経済的損失は 1.96 兆 US ドル（約 282.2 兆円）、2035 年には 4.32 兆 US ドル（約 622.1 兆円）となり、これらの経済的損失による世界の GDP の減少の割合は、2020 年には 2.4%、2035 年には 2.9%に上るとされる<sup>22</sup>。また、日本の経済的損失は、2020 年において約 522.9 億 US ドル（約 7 兆 5298 億円）、2035 年において約 878.3 億 US ドル（12 兆 6475 億円）に上ると推計されている<sup>23</sup>。

## II 政府による近年の肥満症対策

### 1 医療制度改革大綱と特定健診・特定保健指導

#### (1) 医療制度改革大綱

平成 17（2005）年 12 月に政府・与党医療改革協議会が決定した「医療制度改革大綱」において、生活習慣病の予防の重視が政策方針の 1 つとして掲げられた<sup>24</sup>。

翌年 1 月、厚生労働省医療構造改革推進本部が公表した「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」においては、生活習慣病として「内臓脂肪症候群としての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群」などが、また予備群としては、肥満、高血糖、高血圧、高脂血症などが挙げられた。予備群は別々に進行するものではなく「ひとつの氷山から水面上に出たいくつかの山」であり、生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要であるとされた<sup>25</sup>。

#### (2) 特定健診・特定保健指導

医療制度改革大綱の下、平成 20（2008）年 4 月には「老人保健法」を全面改正した「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号）が施行された。同法により、メタ

<sup>19</sup> 「第 9 章 肥満症に合併する疾患の疫学・成因・予防・治療」日本肥満学会編 前掲注(4), pp.139-157. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_14.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_14.pdf)>

<sup>20</sup> 朴木久恵ほか「肥満症の診断には含めないが、肥満に関連する健康障害」『日本臨牀』82(10), 2024.10, p.1588.

<sup>21</sup> 医療専門家、研究者、政策専門家、肥満経験者らから成る団体。

<sup>22</sup> *World Obesity Atlas 2023*, World Obesity Federation, 2023, p.12. <[https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2023\\_Report.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf)> 経済的損失には、肥満の治療費及び高 BMI が経済生産性に与える影響（欠勤、勤務における生産性の低下、早期退職又は早期死亡等）が含まれる。

<sup>23</sup> *ibid.*, p.122. 日本円は日本銀行国際局「報告省令レート（令和 7 年 8 月分）」に従い、1US ドル=144 円で換算。

<sup>24</sup> 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」2005.12.1, pp.4-5. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosh/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>>

<sup>25</sup> 「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」厚生労働省, 2006.1.31. <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosh/iryouseido01/pdf/taikou03.pdf>>

ポリックシンドロームに焦点を当てた特定健診・特定保健指導の制度が設けられ、公的医療保険の保険者は40歳以上の加入者に対して特定健診<sup>26</sup>及び特定保健指導<sup>27</sup>を実施することが義務付けられている。

## 2 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の推進

### (1) 健康日本21の概要

疾病を予防する一次予防に重点を置き、生活習慣の見直しなどを通じて積極的に健康を増進するための対策として、政府は平成12（2000）年から「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進している。健康日本21において、国は生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善に関する具体的な数値目標を示し、都道府県は目標設定を中心とした計画を、市町村は目標実現のための取組を中心とした計画を、それぞれ策定している<sup>28</sup>。また、平成15（2003）年5月には、健康日本21の取組に係る法的基盤の整備を目的とする「健康増進法」（平成14年法律第103号）が施行されている<sup>29</sup>。

健康日本21（第一次）<sup>30</sup>は平成12（2000）年度から平成24（2012）年度まで実施された後、平成25（2013）年度から令和5（2023）年度までは健康日本21（第二次）に引き継がれ<sup>31</sup>、令和6（2024）年度以降は、健康日本21（第三次）が令和17（2035）年度を終期として進められている<sup>32</sup>。

### (2) 健康日本21における目標及び達成状況

健康日本21（第三次）までに掲げられた数値目標のうち、肥満に直接関連すると考えられる目標について、目標値及び達成状況を表2に掲げる（健康日本（第三次）については目標のみ）。健康日本21（第二次）までの達成状況を見る限り、「変わらない」又は「悪化している」との評価が多数を占め、現時点では肥満が改善しているとは言えない状況であって、国が進めてきた肥満対策は芳しくないとの指摘もある<sup>33</sup>。

<sup>26</sup> 内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査。

<sup>27</sup> 特定健診の結果、健康の保持に努める必要があると認められた者に対する保健指導。

<sup>28</sup> 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について」（平成12年3月31日健医発第612号）厚生労働省ウェブサイト <[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/pdf/t2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/pdf/t2.pdf)>

<sup>29</sup> 健康増進法の施行により、健康日本21は、同法第7条第1項に基づいて定められる「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」として位置付けられることとなった。

<sup>30</sup> 第二次、第三次を含む総称としての「健康日本21」と区別するため、便宜上「健康日本21（第一次）」と記す。

<sup>31</sup> 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成24年厚生労働省告示第430号）厚生労働省ウェブサイト <[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf)>

<sup>32</sup> 「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の全部を改正する件」（令和5年厚生労働省告示第207号）厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf>>

<sup>33</sup> 「『メタボ検診』大失敗で次なる一手 病名認知と新薬に頼る「肥満対策」」『医薬経済』1674号、2022.12.15、p.7.

表2 健康日本21における肥満に関連する指標及び達成度

健康日本21（第一次） 平成12～平成24年度					
目標	指標	現状	目標値	達成度	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 <sup>(注1)</sup>	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の人数	男性：1400万人 (平成16年・参考値) 女性：560万人 (平成16年・参考値)	男性：10%以上の減少 (平成24年) 女性：25%以上の減少 (平成27年) ※対平成20年比	男性：1470万人 (平成21年) 女性：530万人 (平成21年)	C
メタボリックシンドロームの概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上 <sup>(注1)</sup>	健診実施率	38.9% (平成20年度)	70% (平成24年) 80% (平成27年)	40.5% (平成21年度速報値)	E
	保健指導実施率	7.7% (平成20年度)	45% (平成24年) 60% (平成27年)	13.0% (平成21年度速報値)	
適正体重を維持している人の増加	児童・生徒の肥満児の割合	10.7% (平成9年)	7%以下 (平成22年)	9.2% (平成21年)	C
	20～60歳代男性の肥満者の割合	24.3% (平成9年)	15%以下 (平成22年)	31.7% (平成21年)	
	40～60歳代女性の肥満者の割合	25.2% (平成9年)	20%以下 (平成22年)	21.8% (平成21年)	
健康日本21（第二次） 平成25～令和5年度					
目標	指標	現状	目標値	達成度	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の人数	約1400万人 (平成20年度)	25%減少 (令和4年度) ※対平成20年度比	約1516万人 (令和元年度)	D
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率	41.3% (平成21年度)	75% (令和5年度)	55.6% (令和元年度)	B
	特定保健指導の実施率	12.3% (平成21年度)	45% (令和5年度)	23.2% (令和元年度)	
肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の肥満傾向児の割合	8.59% (平成23年)	10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合7.0% (令和6年度)	9.57% (令和元年度)	D
適正体重を維持している者の増加	20～60歳代男性の肥満者の割合	31.2% (平成22年)	28% (令和4年度)	35.1% (令和元年度)	D
	40～60歳代女性の肥満者の割合	22.2% (平成22年)	19% (令和4年度)	22.5% (令和元年度)	C
健康日本21（第三次） 令和6～令和17年度					
目標	指標	現状	目標値	達成度	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数(年齢調整値)	約1400万人 (平成20年度)	平成20年度から25%以上減少 <sup>(注3)</sup> (令和11年度)	—	
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率	56.5% <sup>(注2)</sup> (令和3年度)	70%以上 <sup>(注3)</sup> (令和11年度)	—	
	特定保健指導の実施率	24.6% <sup>(注2)</sup> (令和3年度)	45%以上 <sup>(注3)</sup> (令和11年度)	—	
児童・生徒における肥満傾向児の減少	10歳(小学5年生)男子	12.58% <sup>(注4)</sup> (令和3年度)	減少 <sup>(注4)</sup>	—	
適正体重を維持している者の増加(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	BMI18.5以上25未満(65歳以上はBMI20を超え25未満)の者の割合(年齢調整値)	60.3% <sup>(注2)</sup> (令和元年度)	66% <sup>(注2)</sup> (令和14年度)	—	
	20～60歳代男性の肥満者の割合 <sup>(注2)</sup>	—	30%未満 <sup>(注2)</sup> (令和14年度)	—	
	40～60歳代女性の肥満者の割合 <sup>(注2)</sup>	—	15%未満 <sup>(注2)</sup> (令和14年度)	—	

※達成度は次のとおりである。A：目標値に達した B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある C：変わらない D：悪化している E：評価不能

- (注1) 平成19(2007)年4月の中間評価報告後に追加された指標である。
- (注2) 健康日本21(第三次)には指標として挙げられていないが、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会ほか「健康日本21(第三次)推進のための説明資料」2023.5, pp.28, 71-72. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/001426890.pdf>>; <<https://www.mhlw.go.jp/content/001426891.pdf>> に記されており、掲出した。
- (注3) 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件」(令和7年厚生労働省告示第108号) 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001469367.pdf>> から引用し掲出。
- (注4) 「成育医療等基本方針に基づく評価指標」こども家庭庁「健やか親子21」ウェブサイト <[sukoyaka21.cfa.go.jp/wp-content/uploads/2023/06/eibbpcrm\\_01.pdf](https://sukoyaka21.cfa.go.jp/wp-content/uploads/2023/06/eibbpcrm_01.pdf)> から引用し掲出。
- (出典) 「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の推進について」(平成12年3月31日健医発第612号) 厚生労働省ウェブサイト <[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/pdf/t2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/pdf/t2.pdf)>; 「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15年厚生労働省告示第195号) 同 <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001xkwz-att/2r985200001x11b.pdf>>; 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成24年厚生労働省告示第430号) pp.9-11. 同 <[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf)>; 「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の全部を改正する件」(令和5年厚生労働省告示第207号) pp.25-26, 32-33. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf>>; 健康日本21評価作業チーム「健康日本21」最終評価」2011.10, pp.42, 84-85. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000869408.pdf>>; 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会健康日本21(第二次)推進専門委員会「健康日本21(第二次)最終評価報告書別添・参考資料」2022.10, 別添1, pp.14-15, 30, 43. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001077215.pdf>> 等を基に筆者作成。

### Ⅲ 近年における肥満症治療の進展

肥満症は肥満に起因し、又は関連する健康障害を複数合併することが多く、その原因は内臓脂肪の過剰蓄積である。したがって、肥満症と診断した場合、個々の健康障害に係る治療を行う前に、まず減量治療を行うことが『肥満症診断ガイドライン2022』において推奨されている。減量の目標は、 $25 \leq \text{BMI} < 35 \text{kg/m}^2$  の肥満症において、3～6か月で現体重の3%以上( $\text{BMI} \geq 35 \text{kg/m}^2$  の高度肥満症においては現体重の5～10%)である<sup>34</sup>。

肥満症の治療は食事療法、運動療法を基本とし、行動療法<sup>35</sup>を併用するのが効果的とされるが、減量目標に達しなかったり、健康障害が改善しなかったりする場合は、薬物療法や外科療法の選択肢も存在する<sup>36</sup>。薬物療法については、近年、日本において先進的な治療薬が承認され、また外科療法についても日本での保険適用の範囲が拡大している。本章では、特にこの2つの治療法について述べる。

#### 1 薬物療法

##### (1) 肥満症治療薬の概要

平成22(2010)年以降、2型糖尿病薬として、様々なGLP-1(Glucagon-Like Peptide-1)受容体作動薬が登場した。GLP-1受容体作動薬には優れた体重減少効果が認められており、日本では令和6(2024)年2月に「セマグルチド」(商品名ウゴーピ)が発売されたのに続き、令和7(2025)年4月にはGIP(Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide)/GLP-1共受容体作動薬「チルゼパチド」(商品名ゼップバウンド)が発売された<sup>37</sup>。従来、日本において肥

<sup>34</sup> 「第5章 肥満の治療と管理」日本肥満学会編 前掲注(4), pp.51-53. <[https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022\\_09.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/medicareguide2022_09.pdf)>

<sup>35</sup> 日常生活を振り返り、体重増加に至る問題行動に自ら気づいて修正する、自己フィードバックと自己啓発に基づく病態改善療法。

<sup>36</sup> 佐々木章「減量・代謝改善手術の現状」『医学のあゆみ』293(10), 2025.6.7, p.943.

<sup>37</sup> 小幡佳也・下村伊一郎「肥満症薬物療法の現況」『医学のあゆみ』293(10), 2025.6.7, p.934.

満症薬として承認されていた医薬品は、平成4（1992）年に発売された「マジンドール」（商品名サノレックス）<sup>38</sup>のみであり、セマグルチド及びチルゼパチドは30年以上ぶりの上市となる<sup>39</sup>。日本は、肥満症治療薬が保険適用の対象となっている、世界でもほぼ唯一の国であるとされる<sup>40</sup>。

## （2）肥満症治療薬の効果

GLP-1はホルモンの一種であり、すい臓にあるGLP-1受容体に作用し、インスリン分泌を促すことで血糖値を下げる働きがある<sup>41</sup>。

GLP-1受容体作動薬は、GLP-1と同様の働きをするだけでなく、中枢神経に直接到達して脳内のGLP-1受容体を活性化させ、食欲を抑制する効果をもたらし、体重の減少に寄与する<sup>42</sup>。他方、GIPも食欲抑制及び体重減少をもたらすが、その体重調節における役割やメカニズムの全容については不明な点が多いとされる<sup>43</sup>。

セマグルチドは、肥満症に対する有効性・安全性に関する一連の臨床試験において平均10%以上の体重減少効果を示し、全症例のうち約70～90%の症例で5%以上、約3分の1の症例で20%以上の体重減少が認められた。また、体重減少効果も2年以上維持されているとされる<sup>44</sup>。

チルゼパチドは、日本人を対象とした肥満症に対する有効性・安全性に対する臨床試験において平均22.7%の体重減少を示しており、5%、10%、15%、20%以上の体重減少達成率は、それぞれ96.1%、92.1%、82.9%、64.5%であった。また、内臓脂肪面積は44.5%減少するなど、非常に大きな効果が得られたとされる<sup>45</sup>。

## （3）日本における適正使用ガイドライン

セマグルチド及びチルゼパチドは、厚生労働省が定める「最適使用推進ガイドライン」<sup>46</sup>の対象となっており、処方可能な医療機関、処方対象となる患者、処方期間等に関する条件が定められている。概要を表3に示す。

<sup>38</sup> 「製品情報概要 サノレックス錠 0.5mg」富士フィルム富山化学, 2019.3, p.3. <[https://pharmaceutical-jp.fujifilm.com/sanorex/druginfo/sanorex\\_product\\_outline.pdf](https://pharmaceutical-jp.fujifilm.com/sanorex/druginfo/sanorex_product_outline.pdf)>

<sup>39</sup> 小幡・下村 前掲注(37), p.934.

<sup>40</sup> 小川渉「肥満症治療薬の適正な使用のために」『医学のあゆみ』293(10), 2025.6.7, p.1030.

<sup>41</sup> 「注射剤～糖尿病治療薬の種類と作用～」日本イーライリリーウェブサイト <[https://disease.jp.lilly.com/diabetes\\_da/c/pharmacotherapy/mechanism/injection](https://disease.jp.lilly.com/diabetes_da/c/pharmacotherapy/mechanism/injection)>

<sup>42</sup> 小幡・下村 前掲注(37), p.935; 小野啓・横手幸太郎「薬物療法」『バイオクリニカ』39(9), 2024.8, p.17.

<sup>43</sup> 小幡・下村 同上

<sup>44</sup> 同上, p.936.

<sup>45</sup> 同上, p.938.

<sup>46</sup> 厚生労働省が革新的医薬品の承認に当たり、当該医薬品の使用が最適だと考えられる患者の選択基準や当該医薬品を適切に使用できる医師・医療機関等の要件について定めるガイドライン。

表3 セマグルチド及びチルゼパチドに関する最適使用推進ガイドライン

対象	要件
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本循環器学会、日本糖尿病学会、日本内分泌学会のいずれかにより教育研修施設として認定されている。</li> <li>常勤の管理栄養士による栄養指導が実施可能である。</li> </ul>
患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧、2型糖尿病、脂質異常症のいずれか1つ以上の疾患を有し、かつ①BMIが27kg/m<sup>2</sup>以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有するか、②BMIが35kg/m<sup>2</sup>以上である。</li> <li>高血圧、2型糖尿病又は脂質異常症について、実際に薬物治療を受けている。</li> <li>処方開始前の6か月以上、2か月に1回以上の頻度で、管理栄養士による栄養指導を含む運動療法・食事療法を実践している。</li> </ul>
処方期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>セマグルチドでは68週間、チルゼパチドでは72週間の処方を上限とする。その後、6か月間の運動療法・食事療法を実践し、効果が得られなければ、治療薬の使用が再度可能となる。</li> </ul>

(出典) 厚生労働省「最適使用推進ガイドライン セマグルチド(遺伝子組換え)」2025.5改訂。<<https://www.pmda.go.jp/files/000275486.pdf>>; 同「最適使用推進ガイドライン チルゼパチド(遺伝子組換え)」2025.3。<<https://www.pmda.go.jp/files/000274411.pdf>> を基に筆者作成。

#### (4) 肥満症治療薬の課題

セマグルチド、チルゼパチドとも、投与中止後のリバウンドが大きな課題であり、また消化器系の副作用にも注意が必要であるとされる<sup>47</sup>。GLP-1 受容体作動薬については、自殺企図又は希死念慮<sup>48</sup>リスクの増加との関連性を指摘する報告もある<sup>49</sup>。

特に日本においては、発売以後の期間が短く、実臨床でのデータが限られるため、今後は体重減少効果が得られた患者と得られなかった患者の比較、副作用、治療中断率などのデータを蓄積、検討する必要があると指摘されている。また、両治療薬とも、後述する減量・代謝手術に匹敵する効果を有するため、治療薬と手術の使い分けも重要な課題とされる<sup>50</sup>。

## 2 外科療法

高度肥満症患者においては、内科的治療(食事療法、運動療法、行動療法、薬物療法)による減量の達成、維持が困難であり、減量目標を達成したとしても健康障害の改善が十分でないことがある。その場合には、減量・代謝改善手術を行うことが検討される<sup>51</sup>。

減量・代謝改善手術については、高度肥満症の患者における長期的な体重減少及び健康障害の改善が証明されており、海外では手術件数が急伸しているとされる<sup>52</sup>。日本においては、腹腔鏡下胃縮小手術として、①「スリーブ状切除によるもの」が平成26(2014)年4月に、また②「スリーブ状切除によるもの(バイパス術を併施するもの)」が令和6(2024)年4月に保険収載されている<sup>53</sup>。

スリーブ状切除によるものは、胃の大彎(だいわん)側を約70%切除し、残胃容量が100ml程度の胃管を形成する術式である。保険適用の対象は、①6か月以上の内科的治療で十分な効果がないBMI $\geq$ 35kg/m<sup>2</sup>以上の患者で、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、非アルコール性脂肪性肝疾患のうち1つ以上を合併している場合か、又は②6か月以

<sup>47</sup> 小幡・下村 前掲注(37), p.938

<sup>48</sup> 死にたいと願うこと。

<sup>49</sup> 小幡・下村 前掲注(37), p.940.

<sup>50</sup> 同上

<sup>51</sup> 佐々木 前掲注(36), p.943.

<sup>52</sup> 大城崇司ほか「高度肥満症に対する減量・代謝改善手術の現在」『臨床栄養』146(4), 2025.4, p.440.

<sup>53</sup> 佐々木 前掲注(36), p.943.

上の内科的治療で十分な効果がない BMI が 32~34.9kg/m<sup>2</sup> の患者で、ヘモグロビン A1c が 8.0% 以上の糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、非アルコール性脂肪性肝疾患のうち 2 つ以上を合併している場合である<sup>54</sup>。

スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）は、スリーブ状切除に加え、十二指腸球部（十二指腸の入口の部分）を切り離し、空腸（十二指腸に続く小腸の部分）と吻合（ふんごう）することにより、上部空腸に食事が通らないようバイパスを作る術式である<sup>55</sup>。保険適応は、6 か月以上の内科的治療で十分な効果がない BMI が 35kg/m<sup>2</sup> 以上の患者で、糖尿病を合併する患者に対し、腹腔鏡下を実施した場合に対象となる<sup>56</sup>。

平成 28（2016）年に報告された肥満症患者に対する手術成績によれば、術後 5 年における超過 BMI 減少率<sup>57</sup>は、スリーブ状切除によるもので 63%、スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）で 76%、総体重減少率は前者で 26%、後者で 32%であり<sup>58</sup>、体重減少は良好であったと評価されている。

## IV 肥満症をめぐる課題及び提言

### 1 肥満症の課題

#### (1) オベシティスティグマ

「オベシティスティグマ」とは、肥満又は過体重の者に対する社会的偏見や差別を指す概念である<sup>59</sup>。肥満又は過体重の子供は学校でいじめやからかいを受け、思春期には社会的孤立を経験することが多い。さらに、成人期には雇用や職場における差別も受けるとされる<sup>60</sup>。アメリカではオベシティスティグマを受けたことがある者の割合は、成人人口の約 40%に及ぶとの報告があり<sup>61</sup>、日本において BMI $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup> の 20~75 歳の人を対象に行われた調査では、「運動不足である」「だらしがない、怠惰である」「自己責任である」などと周囲からネガティブなことを言われた経験がある人は 47.6%に上ったとの結果が出ている<sup>62</sup>。

オベシティスティグマが生じる要因には、体重は食事や運動によってコントロール可能であり、自身の体重管理は個人の責任であるという固定観念の存在があると指摘されている<sup>63</sup>。さらには、こうした固定観念や偏見を自身にも適用するセルフスティグマにより、自分は我慢が

<sup>54</sup> 大城ほか 前掲注(52), pp.441-442.

<sup>55</sup> 同上, p.443.

<sup>56</sup> 同上, p.442.

<sup>57</sup> 標準 BMI を 25kg/m<sup>2</sup> とし、標準よりも超過している BMI が手術後にどの程度減少したかを表す率。体重減少の成功の目安は 50%以上とされる。

<sup>58</sup> Hidenori Haruta et al., “Long-Term Outcomes of Bariatric and Metabolic Surgery in Japan: Results of a Multi-Institutional Survey,” *Obesity Surgery*, Volume 27 Number 3, 2017.3, p.756.

<sup>59</sup> 端こず恵・林果林「オベシティスティグマについて」『臨床栄養』146(4), 2025.4, p.472.

<sup>60</sup> Stuart W. Flint and Jeremé Snook, “Obesity and discrimination: The next ‘big issue’?” *International Journal of Discrimination and the Law*, Volume 14 Issue 3, September 2014, pp.184-185. <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1358229114534550?download=true>>

<sup>61</sup> R. M. Puhl et al., “Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults,” *Obesity*, Volume 26 Number 1, January 2018, p.167. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.22029>>

<sup>62</sup> ノボノルディスクファーマ「ノボノルディスクファーマ、47 都道府県を対象とした「肥満」と「肥満症」に関する意識実態調査結果を発表」2022.1.12. <<https://www.novonordisk.co.jp/content/dam/nncorp/jp/ja/news/media/2022/01/2-02.pdf>>

<sup>63</sup> 野崎剛弘ほか「オベシティスティグマと社会健康格差—現状と展望—」『糖尿病・内分泌代謝科』55(5), 2022.11, p.592.

できない人間であって差別を受けても仕方がない、という自己認識に陥り、自己卑下や自尊心の低下が生じる場合もある<sup>64</sup>。

オベシティスティグマは医療従事者によってもなされることも多い。オーストラリア、カナダ、フランス、ドイツ、イギリス、アメリカの成人約1万4000人を対象として実施した調査では、オベシティスティグマを経験した者のうち、医師からオベシティスティグマを受けたと回答した者は62.6～73.5%に上った<sup>65</sup>。また620名のプライマリ・ケア医を対象としたアメリカの調査では、肥満者を意志薄弱、醜悪、不器用とみなした医師の割合は、それぞれ44%、50%、62%であった<sup>66</sup>。

こうしたオベシティスティグマは、医学的介入が必要な肥満症患者を医療から遠ざける懸念がある。肥満症は単に個人の生活習慣にのみ帰されるのではなく、遺伝的、環境的要因が複雑に絡み合って引き起こされる疾患であり<sup>67</sup>、医療従事者はその多様な因子について理解する医療的態度を持ち続け、様々な治療選択肢を適切なタイミングで導入することが求められるとされる<sup>68</sup>。

さらに、オベシティスティグマは社会の仕組みや構造に起因する現象であるため、社会全体の意識改革が必要とされる<sup>69</sup>。2020年3月、世界の10の医学会の代表者を含む国際的な専門家のグループは、オベシティスティグマを排除するための推奨事項を含む共同合意声明を発表し<sup>70</sup>、また2024年には世界肥満連盟がオベシティスティグマを軽減させるための世界的な取組に関する推奨事項を示す<sup>71</sup>など、オベシティスティグマを払拭するための国際的な努力が続けられている。

## (2) 肥満症の因子

BMIにおける遺伝的要因は、年齢・性別による調整後で約40～50%を占めるとする研究がある<sup>72</sup>。また、環境的要因としては様々な因子が指摘されている。例えば、交通機関の発達による歩行の機会の減少、デスクワーク中心の仕事や電化製品の普及などにより、身体活動量が劇的に減ったことが肥満の増加をもたらしているとの指摘がある<sup>73</sup>。食育の観点からは、幼少時において食事の大切さを適切に学ぶことができず、正しい食行動が習慣化されてこなかった場合もある<sup>74</sup>。身を置いている環境も関連し、過労や睡眠不足でストレスを抱えた状態が続き、肥満症へとつながる場合があることも指摘されている<sup>75</sup>。さらに、肥満症は精神疾患とも関係して

<sup>64</sup> 端・林 前掲注(59), p.474; 同上, p.593.

<sup>65</sup> Rebecca M. Puhl et al., "International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field," *International Journal of Obesity*, Volume 45 Issue 9, 2021.9, p.1983. <<https://www.nature.com/articles/s41366-021-00860-z.pdf>>

<sup>66</sup> Gary D. Foster et al., "Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment," *Obesity Research*, Volume 11 Issue 10, October 2003, p.1174. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2003.161>>

<sup>67</sup> *ibid.*; 野崎ほか 前掲注(63), p.598.

<sup>68</sup> 林果林「肥満症は自己責任の病気ではない」『医学のあゆみ』293(10), 2025.6.7, p.1002.

<sup>69</sup> 端・林 前掲注(59), p.476.

<sup>70</sup> Francesco Rubino et al., "Joint international consensus statement for ending stigma of obesity," *Nature Medicine*, Volume 26 Issue 4, 2020.4, pp.485-497. <<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x.pdf>>

<sup>71</sup> Sarah Nutter et al., "Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation," *Obesity Reviews*, Volume 25 Issue 1, January 2024. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.13642>>

<sup>72</sup> Claude Bouchard, "Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research," *Obesity*, Volume 29 Issue 5, May 2021, p.804. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.23116>>

<sup>73</sup> 野崎ほか 前掲注(63), p.595.

<sup>74</sup> 林 前掲注(68), p.998.

<sup>75</sup> 同上

いる。肥満症患者に最も多いのはうつ病であり、肥満とうつは相互に影響を及ぼすと考えられている。うつ病は食行動の乱れが生じやすく、また治療薬に食欲増進作用が認められる薬剤もあるため、肥満につながりやすい。他方、肥満症は身体的な不自由さ、合併症への不安、オベシティスティグマなどにより、うつ状態を引き起こしやすいとされる<sup>76</sup>。オベシティスティグマもまた、患者の適切な受療行動を妨げ、肥満を更に悪化させる危険がある<sup>77</sup>。

肥満症にはこうした様々な要因が関連しており、またその治療の選択肢も複数があることから、治療に当たっては多職種の協働により診療を行う「チーム医療」を実践することが望ましいとされる<sup>78</sup>。

### (3) 肥満症治療薬の適応外使用

美容クリニックなどの医師が、肥満症治療薬である GLP-1 受容体作動薬を「メディカルダイエット」などと称し、自由診療で処方する問題が報じられている<sup>79</sup>。日本肥満学会によれば、GLP-1 受容体作動薬がダイエット薬ややせ薬などとして自由診療でオンライン販売される例は後を絶たず、本来治療薬を必要とする患者に薬が行き渡らなくなるとの危惧がある<sup>80</sup>。また、治療薬の副作用としては、低血糖症状<sup>81</sup>や急性膵炎が起こり得るほか、比較的頻度の高い副作用として、悪心、嘔吐、下痢、便秘、腹痛などの消化器症状が認められており、適応外で使用した場合でもこうした副作用が生じるおそれがある。さらに、適応外で使用した場合の安全性、有効性は未確認であるため、これまでに知られていない副作用が生じる可能性もある<sup>82</sup>。

この問題を受けて、令和 5（2023）年 11 月、日本肥満学会は「肥満症治療薬の安全・適正使用に関するステートメント」を公表し、セマグルチド及びチルゼパチドは「健康障害を伴わない（したがって肥満症とは診断されない）肥満に用いるべきではなく、また低体重や普通体重など適応外の体重者に対し美容・痩身・ダイエット等の目的で用いる薬剤ではない」との注意喚起を行った<sup>83</sup>。同月、厚生労働省は都道府県などを通じて医療機関や薬局等に対し適正使用への協力を求めたが<sup>84</sup>、日本医師会の宮川政昭常任理事は、要請だけでは改善効果は乏しく、自由診療であっても不適切な使用に歯止めをかける仕組みが必要であるとしている<sup>85</sup>。

## 2 肥満症対策に関する提言

平成 16（2004）年に設立された非営利の医療政策シンクタンクである日本医療政策機構は、令和 4（2022）年から、肥満症や肥満に関する社会全体の関心を引き上げ、効果的な対策を推

<sup>76</sup> 林果林ほか「肥満症とメンタルヘルスアップデート」『糖尿病・内分泌代謝科』55(5), 2022.11, p.582.

<sup>77</sup> 林 前掲注(68), p.998.

<sup>78</sup> 同上, pp.1001-1002.

<sup>79</sup> 「くらしナビ・医療 やせ目的の糖尿病薬使用は注意」『毎日新聞』2024.8.21.

<sup>80</sup> 村上和巳「体重減少効果の“副作用” ダイエット目的の処方野放し 治療薬が世界的供給不足に」『週刊エコノミスト』102(16), 2024.5.28, p.21.

<sup>81</sup> 脱力感、高度の空腹感、冷汗、顔面蒼白、動悸、振戦、頭痛、めまい、吐き気、視覚異常などの症状がある。

<sup>82</sup> 「GLP-1 受容体作動薬及び GIP/GLP-1 受容体作動薬の適正使用について」『医薬品・医療機器等安全性情報』406 号, 2023.12, p.6. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001177708.pdf>>

<sup>83</sup> 「肥満症治療薬の安全・適正使用に関するステートメント」2023.11.25. 日本肥満学会ウェブサイト <[https://www.jasso.or.jp/data/Introduction/pdf/academic-information\\_statement\\_20250410.pdf](https://www.jasso.or.jp/data/Introduction/pdf/academic-information_statement_20250410.pdf)>

<sup>84</sup> 「GLP-1 受容体作動薬の在庫逼迫に伴う適正使用の周知依頼について」（令和 5 年 11 月 9 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）厚生労働省ウェブサイト <[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/iryo\\_hoken/sonota/000296232.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/iryo_hoken/sonota/000296232.pdf)>

<sup>85</sup> 鈴木希「美容目的に糖尿病薬 自由診療処方で不足拍車」『読売新聞』2023.12.6.

進することを目的とした「肥満症対策推進プロジェクト」を開始し、令和 5（2023）年度には「患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策の実装を目指して」政策提言書」を取りまとめて公表した<sup>86</sup>。同提言書には、以下の 6 つの提言が掲げられている。

表 2 日本医療政策機構による提言

項番	提言内容
提言 1	行政機関と産業界が連携し、健康的な生活習慣に関する教育と健康リスクの少ない社会づくりを両輪として、肥満症を含めた生活習慣病の一次予防を強化すべき
提言 2	特定健康診査・特定保健指導におけるデータヘルスの推進と実効性の強化を通じた、疾病予防効果の高い二次予防政策を実現すべき
提言 3	肥満及び肥満症の患者へ適切な介入を行うべく、地域において産官学民が連携の上、肥満症当事者の課題やニーズに寄り添った医療提供体制及び支援体制を構築すべき
提言 4	高度肥満症の患者に集学的治療が行われるよう医療提供体制の整備と全国均てん化を推進すべき
提言 5	肥満症政策推進及び医療提供体制の充実・均てん化のために、肥満症を含む慢性疾患対策への効果に関するエビデンスを創出すべき
提言 6	偏ったボディイメージを是とする風潮や、肥満への自己責任論から脱却するとともに、医学的な病態としての肥満や肥満症に関する理解を醸成し、適時適切な医療の妨げとなるスティグマを解消すべき

（出典）日本医療政策機構「「患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策の実装を目指して」政策提言書」2024.3, pp.5-6. <[https://hgpi.org/wp-content/uploads/HGPI\\_Recommendation\\_20240425\\_2023HGPIObesityPJT\\_JPN.pdf](https://hgpi.org/wp-content/uploads/HGPI_Recommendation_20240425_2023HGPIObesityPJT_JPN.pdf)>を基に筆者作成。

## おわりに

政府は健康日本 21 を中心にメタボリックシンドロームや肥満症の対策を行っているが、現在までのところ、改善に向かっているとは言い難い状況にある。新たな肥満症治療薬の登場による肥満の改善が期待される一方、その効果や副作用については、国内のデータをエビデンスとして収集、蓄積しながら見極めることが必要であろう。

肥満症は多様な因子と複雑に関連し、様々な健康障害を引き起こす疾患である。肥満症の患者を医療にアクセスしやすくするためにも、オベシティスティグマの解消は社会全体で取り組むべき課題である。また医療の現場においては、メンタルヘルスも含む様々な専門家がチーム医療の中で一体となって治療に当たる体制が必要であり、そのための環境整備も必要とされよう。

<sup>86</sup> 日本医療政策機構「「患者・市民・地域が参画し、協働する肥満症対策の実装を目指して」政策提言書」2024.3, p.3. <[https://hgpi.org/wp-content/uploads/HGPI\\_Recommendation\\_20240425\\_2023HGPIObesityPJT\\_JPN.pdf](https://hgpi.org/wp-content/uploads/HGPI_Recommendation_20240425_2023HGPIObesityPJT_JPN.pdf)>