

肥満症治療の重要性と治療を取り巻く課題レポート

2026年1月

株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門

ヘルスケア・事業創造グループ

徳永陽太、辻恵子、土屋敦司、向田慶輝、野崎雪乃

目次

1. レポートの背景	2
2. 肥満対策・肥満症治療の重要性	2
3. 肥満症の定義・治療フロー	9
4. 肥満症を取り巻く主な課題	11
5. 課題解決に求められる対策	17

協賛：日本イーライリー株式会社

<本提言の帰属>

本提言は、株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門ヘルスケア・事業創造グループが、中長期的な観点から社会貢献をしたいとの考え方から、公正・公平な視点を心がけた上で意見を取りまとめ、提示するものである。

1. レポートの背景

過剰な内臓脂肪の蓄積は、さまざまな慢性疾患の発症と関連するため、疾病等の発症予防や重症化予防と肥満対策および肥満症治療は密接に関わっている。肥満はBMI25以上であるという身長に比較して体重が重い状態のことであり、肥満症は、肥満であり「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」であるとされている¹。経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）にも、疾病等の発症予防と重症化予防の重要性について記載されており、健康寿命延伸と国民皆保険制度の持続の観点から、肥満対策・肥満症治療が、今後一層重要な役割を果たしうると考えられる。

肥満対策および肥満症治療の重要性が高まる一方で、対策や治療を推進するにあたり、課題が山積している。例えば、課題の一つとして、肥満および肥満症への理解不足が挙げられる。肥満は環境・生活習慣因子や遺伝的因子等が複合的に絡むことで助長されることから、日本肥満学会をはじめとし、海外の学会でも肥満や肥満症は自己責任ではないという提言がされている。しかし、本邦においては、患者・医師・一般国民問わず、肥満や肥満症は自己責任というステigma（誤解や偏見）が存在し、対策や治療を推進する上での障壁となっている。

また、肥満症治療へのアクセスのしづらさも主要な課題として挙げられる。肥満症治療は、食事・運動・行動療法を基本とし、減量目標が達成できない場合は薬物療法の対象となる。しかし、食事・運動・行動療法には、人的・時間的リソースに加え、高度な専門性が求められ、日常診療での実施が容易ではなく、リバウンドなどの生理学的な課題が存在している。薬物療法についても、限られた医療機関で限定的な対象患者にしか処方ができない実態がある。

わが国における肥満対策および肥満症治療の重要性は一層高まっていくと予想される一方で、肥満および肥満症への理解不足や、肥満症治療へのアクセスのしづらさ等の課題がある。本レポートは、“肥満症治療の重要性に対する共通認識の醸成”と“肥満症治療推進における課題と対策の提示”を目的とし、日本総研が中長期的な観点から社会貢献をしたいとの考え方から、公正・公平な視点を心がけた上で取りまとめ、提示するものである。

2. 肥満対策・肥満症治療の重要性

肥満は、「食習慣や運動習慣などの生活習慣が要因であり、自己管理の問題だ」と認識されることがある。実際には、生活習慣因子だけではなく、遺伝的因子・心理的因子・社会環境因子などのさまざまな因子が複合的に影響することで、肥満の状態になることが明らかになっており、患者個人の努力のみでは、体重増加をコントロールできない場合がある。肥満対策と肥満症治療を推進することは、患者の健康障害リスクを改善し健康寿命を延伸するだけでなく、社会全体に対して大きな経済的価値を創出することが見込まれている。

¹ 一般社団法人日本肥満学会「肥満症診療ガイドライン 2022」
<https://www.jasso.or.jp/contents/magazine/journal.html>

① 肥満の人数と経済的影響

厚生労働省の「令和5年国民健康・栄養調査報告」によると、日本における肥満の人（ $BMI \geq 25kg/m^2$ ）の割合は、成人男性で31.5%、成人女性で21.1%であり²、男性においては増加傾向にある³（図表1）。

肥満は直接的な医療費に加え、アブセンティーズムやプレゼンティーズムなどの労働生産性にも影響を与えるため、肥満人口の増加に伴い、関連する各種コストも増加することが見込まれている。World obesity Federationの試算⁴によると、日本における肥満の経済的影響は、2019年で7.6兆円に上り、さらに2030年には11.1兆円まで増加すると推計されている（図表2）。したがって肥満対策と肥満症治療は、患者の健康障害リスクを改善し健康寿命を延伸するだけでなく、各種コストの抑制という観点から大きな経済的価値が期待される。

² 厚生労働省「令和5年国民健康・栄養調査報告」（2025年3月公表）

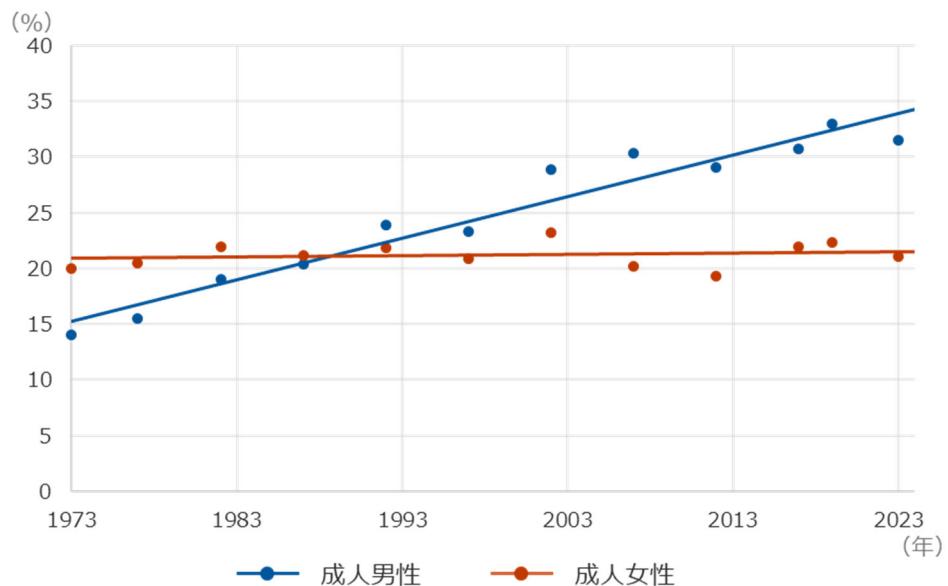
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/r5-houkoku_00001.html

³ 厚生労働省「国民健康・栄養調査報告」

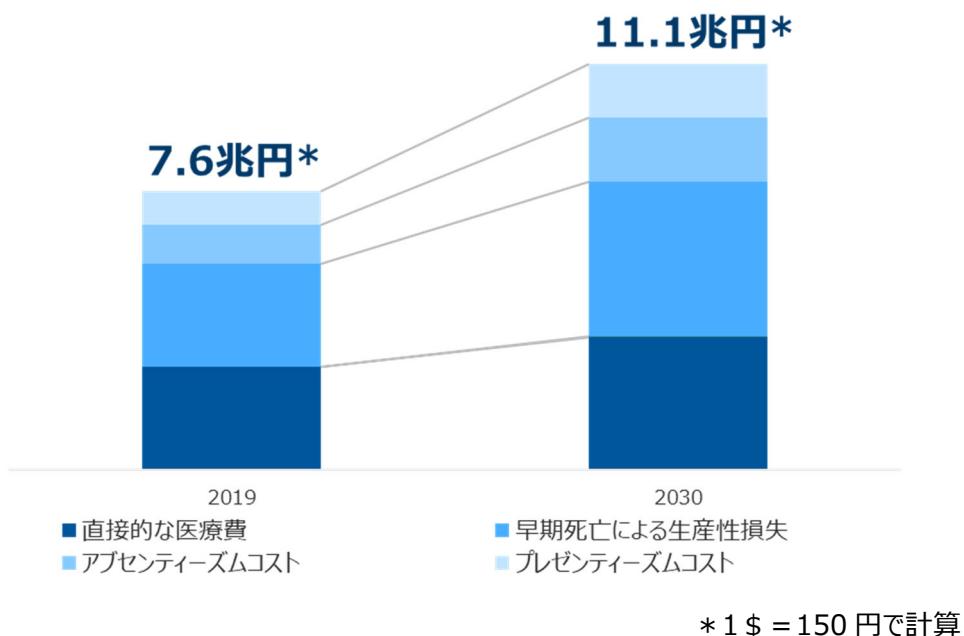
⁴ World obesity Federation「Economic impact of overweight and obesity」

<https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/#JP>（2025年11月確認）

図表 1 日本における肥満の人の割合⁵



図表 2 日本における肥満の経済的影響⁶



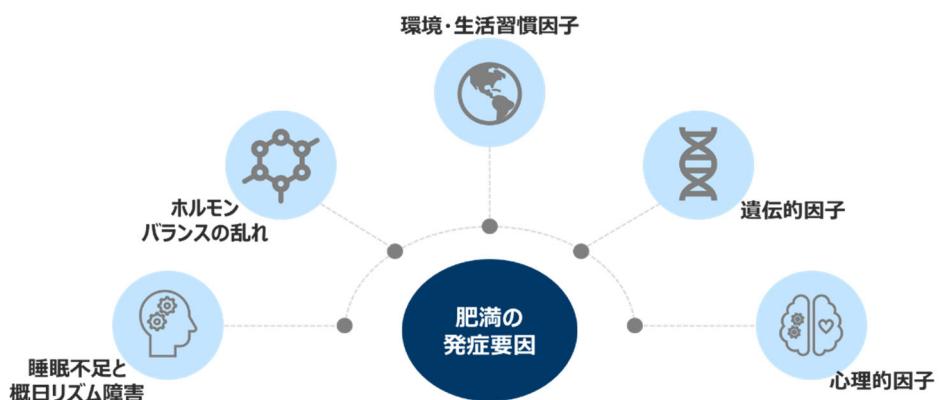
⁵ 厚生労働省「国民健康・栄養調査報告」を基に日本総研作成

⁶ World obesity Federation「Economic impact of overweight and obesity」を基に日本総研作成

② 肥満の要因

肥満は、「食習慣や運動習慣などの生活習慣が要因であり、自己管理の問題だ」と認識されることがある。しかし、生活習慣因子だけではなく、遺伝的因子・心理的因子・社会環境因子などのさまざまな因子が複合的に影響することが、肥満の要因とされている⁷（図表3）。そのため、患者個人の努力のみでは、体重増加をコントロールできない場合もあり、社会全体で対策に取り組む必要がある。日本肥満学会からは、「現代人にとって、肥満や肥満症が自己責任という考え方には誤っており、決して負の印象で捉えられるべきものではありません」との見解が述べられている⁸。

図表3 肥満の発症要因



③ 肥満と多様な臓器合併症

過剰な内臓脂肪の蓄積は、さまざまな慢性疾患の発症と関連する（図表4）。日本肥満学会の「肥満症診療ガイドライン 2022⁹」において、肥満に起因ないし関連し減量を要する健康障害として、①肥満症の診断基準に必要とされる11の疾患と、②診断基準には含めないが肥満に関連する8つの疾患群が挙げられている。①に該当する11つの疾患は、1)耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）、2)脂質異常症、3)高血圧、4)高尿酸血症・痛風、5)冠動脈疾患、6)脳梗塞・一過性脳虚血発作、7)非アルコール性脂肪性肝疾患、8)月経異常・女性不妊、9)閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群、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）、11)肥満関連腎臓病である。②に該当する疾患群には、悪性腫瘍（大腸がん、食道がん[腺がん]、子宮体がん、肺がん、腎臓がん、乳がん、肝臓がん）、胆石症、静脈血栓症・肺塞栓症、

⁷ Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. N Engl J Med. 1990 May 24;322(21):1483-7.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199005243222102>

⁸ 一般社団法人日本肥満学会「肥満と肥満症について」

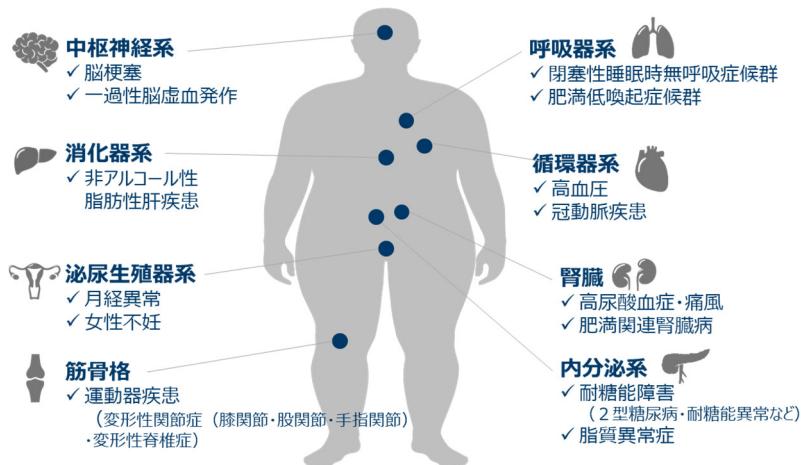
<https://www.jasso.or.jp/contents/wod/index.html> (2025年11月確認)

⁹ 一般社団法人日本肥満学会 前掲書

気管支喘息、皮膚疾患（黒色表皮腫や摩擦疹など）、男性不妊、胃食道逆流症、精神疾患が含まれる。

肥満を放置することは、これらさまざまな疾患の発症・悪化の原因となり、重篤な健康上の問題につながりかねない。

図表 4 肥満に起因ないし関連する健康障害¹⁰



④ 減量により改善が見込まれる健康上のアウトカム

減量と健康障害の改善について研究結果が示されており、減量の程度に応じてさまざまな健康障害の改善が期待されることが明らかになった。減量割合が0~5%の場合、血糖値管理、高血圧、喘息管理、慢性腎臓病、多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)と不妊症、5~10%の場合、肥満に関連する悪性疾患のリスク、変形性関節症(OA)の膝の痛みと機能、加齢に伴う可動性、尿失禁、2型糖尿病患者における入院割合、10~15%の場合、心血管疾患、代謝機能不全関連の脂肪肝炎活動性スコア、15%以上の場合、全死亡および心血管疾患による死亡などといった健康上のアウトカムの改善が見込まれる^{11,12,13,14}（図表5）。

¹⁰ 一般社団法人日本肥満学会「肥満症診療ガイドライン 2022」を基に日本総研作成

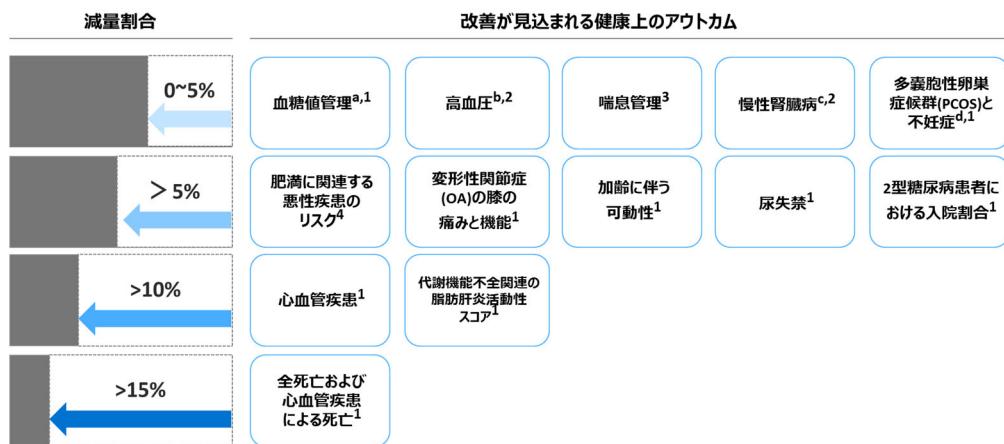
¹¹ Ryan DH, et al. Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. Curr Obes Rep. 2017 Jun;6(2):187-194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28455679/>

¹² Mariam A, Miller-Atkins G, Pantalone KM, Iyer N, Misra-Hebert AD, Milinovich A, Bauman J, et al. Associations of weight loss with obesity-related comorbidities in a large integrated health system. Diabetes Obes Metab. 2021 Dec;23(12):2804-2813. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34472680/>

¹³ Johnson O, et al. An Online Weight Loss Intervention for People With Obesity and Poorly Controlled Asthma. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022 Jun;10(6):1577-1586.e3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9188993/pdf/nihms-1795118.pdf>

¹⁴ Luo J, et al. Intentional Weight Loss and Obesity-Related Cancer Risk. JNCI Cancer Spectr. 2019 Aug 9;3(4):pkz054. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31737862/>

図表 5 減量により改善が見込まれる健康上のアウトカム¹⁵



a)体重減少率が大きい例ほど血糖改善度が大きい。

b)3~10 年間の体重減少。

c)10 年後の体重減少。

d)月経周期の改善とその後の妊娠。体重減少率が大きいほど著しい改善を認めた。

⑤ 肥満関連健康障害ガイドラインにおける肥満対策・減量の推奨状況

肥満に起因ないし関連する 11 の健康障害における各ガイドラインにおいても、肥満対策や減量の重要性が記載されている。ガイドラインによって推奨レベルに違いはあるものの、肥満対策や減量が、健康障害の改善におけるポイントであることが示されている（図表 6）。

¹⁵ 1) Ryan DH, Yockey SR. Curr Obes Rep. 2017;6(2):187-194.

2) Mariam A, et al. Diabetes Obes Metab. 2021;23(12):2804-2813.

3.)Johnson O, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(6):1577-1586.e3.

4) Luo J, et al. JNCI Cancer Spectr. 2019;3(4):pkz054.

図表 6 肥満関連健康障害ガイドラインにおける肥満対策・減量の推奨状況¹⁶

疾患	肥満対策・ 記載概要	参照ガイドライン	
		減量の推奨	
1 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)	● 肥満を併せ持つ2型糖尿病を対象とした系統的レビュー/メタ解析では、血糖、脂質、血圧のコントロールは体重減少率に依存	糖尿病診療ガイドライン 2024	
2 脂質異常症	● 肥満者においては、総エネルギー摂取量を制限して減量し適正な体重を維持することにより血清脂質が改善	動脈硬化疾患予防ガイドライン 2022	
3 高血圧	● 肥満を伴う高血圧症では、減量で優位な降圧効果が期待される	高血圧治療ガイドライン 2019	
4 高尿酸血症・痛風	● 体重減少により、血清尿酸値等が改善	2019年改訂高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン	
5 冠動脈疾患	● 減量介入によって総死亡リスクは有意に減少し、身体活動と食事療法介入によって、糖代謝異常のない者で血圧、総コレステロール、LDLコレステロール、トリグリセライドの低下とHDLコレステロールの増加を認めている	冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン	
6 脳梗塞・一過性脳虚血発作	● 脳卒中の予防のため肥満の改善を考慮しても良い認めている	脳卒中治療ガイドライン 2021 [改訂 2023]	
7 非アルコール性脂肪性肝疾患	● 減量は NAFLD/NASH（非アルコール性脂肪性肝疾患/非アルコール性脂肪肝炎）を改善	NAFLD/NASH 診療ガイドライン 2020(改訂版第2版)	
8 月経異常・女性不妊	● 多囊胞性卵巣症候群患者の治療手段として、肥満があれば減量を推奨	産婦人科診療ガイドライン－婦人科外来編 2023	
9 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群	● 減量は閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）患者の無呼吸を軽減させる	睡眠時無呼吸症候群（SAS）の診療ガイドライン 2020	
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）	● 米国の学会でも患者教育や運動・減量指導が重要とされ、変形性膝関節症治療の核心に位置づけられている	変形性膝関節症診療ガイドライン 2023	
11 肥満関連腎臓病	● 肥満あるいはメタボリックシンドロームを伴う慢性腎臓病患者に対する生活習慣への介入（食事療法・運動療法）は、アルブミン尿・蛋白尿の減少やeGFR低下の抑制に有効である可能性がある	エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン 2023	

¹⁶ 参照ガイドラインに記載の各ガイドラインを基に日本総研作成

3. 肥満症の定義・治療フロー

日本肥満学会では、2000年に「新しい肥満の判定と肥満症」を発表し、体重が重い状態である「肥満（obesity）」と、医学的に減量を必要とする「肥満症（obesity disease）」を区別することを提唱しており、肥満症が治療を行うべき疾患として明確に定義された。肥満症の減量治療の基本は、食事・運動・行動療法であり、食事・運動・行動療法によって減量目標が達成できない場合、薬物療法の実施が検討される。近年、セマグルチドやチルゼパチドといった肥満症治療薬が上市されたことにより、食事・運動・行動療法だけでは難しいケースにおいても、薬物療法によって減量が実現することが期待されている。

① 肥満症の定義

「肥満症診療ガイドライン 2022¹⁷」において、肥満は、脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、 $BMI \geq 25$ のものと定義されている。また、メタボリックシンドロームは肥満の有無に関わらず、内臓脂肪が過剰に蓄積されている状態を指す。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、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される。肥満およびメタボリックシンドロームは身体の状態を指しており、疾患ではない。

一方肥満症は、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る場合で医学的に減量を必要とする病態をいい、疾患単位として取り扱われる。具体的には、肥満と判定されたもの（ $BMI \geq 25$ ）のうち、①肥満に起因ないし関連し、減量を要する健康障害を有するもの、または健康障害を伴いやすい高リスク肥満（ウエスト周囲長によるスクリーニング）で内臓脂肪蓄積を疑われ、腹部CT検査によって確定診断された内臓脂肪型肥満）のいずれかの条件を満たす場合に肥満症と診断される。肥満の診断基準に必要とされる健康障害は耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）、脂質異常症、高血圧、高尿酸血症・痛風、冠動脈疾患、脳梗塞・一過性脳虚血発作、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・肥満低換気症候群、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）、肥満関連腎臓病の11疾患である¹⁸。

¹⁷ 一般社団法人日本肥満学会 前掲書

¹⁸ 一般社団法人日本肥満学会 前掲書

② 肥満症治療の全体像

肥満症治療の目的は体重を大きく減量することではなく、減量によって健康障害を予防・改善することである。「肥満症診療ガイドライン 2022¹⁹」において、減量目標は BMI の程度に応じて異なり、BMI が 25 以上 35 未満の肥満症患者の場合は現体重の 3%以上、BMI が 35 以上の高度肥満症患者の場合は現体重の 5~10%の減量が推奨されている。

減量治療の基本は、食事・運動・行動療法であり、これらの治療法によって減量目標が達成できない場合、薬物療法の実施が検討される。（高度肥満症の場合は外科療法も選択肢の一つに含まれる。）（図表 7）

近年、セマグルチドやチルゼバチドといった肥満症治療薬が上市されたことにより、食事・運動・行動療法だけでは難しいケースにおいても、薬物療法によって減量が実現できるようになることが期待されている。また、2025 年 11 月時点で GLP-1 受容体作動薬（低分子またはペプチド、ならびに、経口剤または注射剤を含む）、GIP/GLP-1 受容体作動薬、アミリン受容体作動薬、グルカゴン/GLP-1 受容体作動薬などの新しい薬剤の第Ⅲ相試験が実施されており、近い将来に上市が見込まれている。

図表 7 肥満症治療フロー²⁰



¹⁹ 一般社団法人日本肥満学会 前掲書

²⁰日本肥満学会 HP「肥満と肥満症について」（<https://www.jasso.or.jp/contents/wod/index.html>）より引用 —

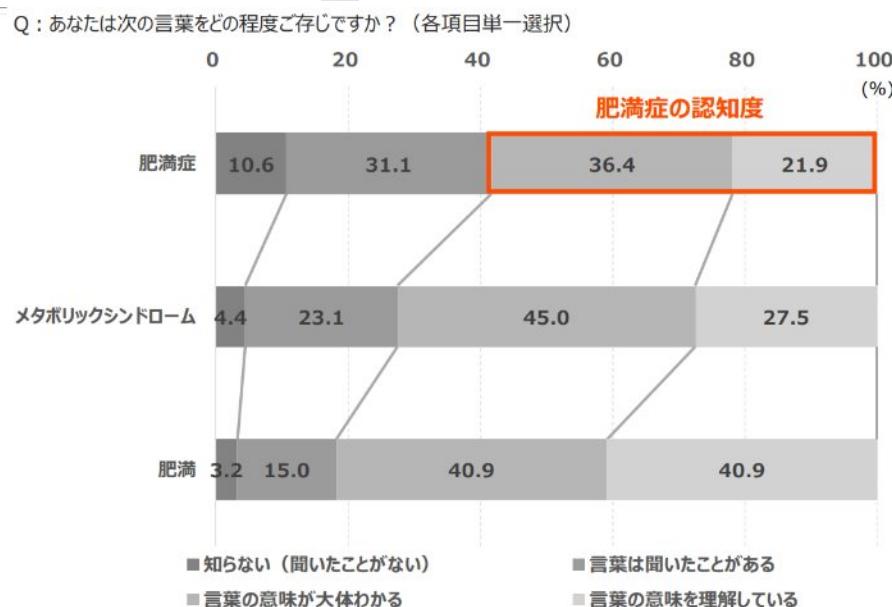
4. 肥満症を取り巻く主な課題

前述の通り、肥満対策および肥満症治療の重要性が高まっている。しかしながら、肥満症治療が必要な人が適切に発見・診断され、治療が提供される環境は十分に整っていない。このような状況の背景には、肥満症の発見から診断、さらには治療に至るまでの各段階において、複合的かつ構造的な課題が存在していることが要因として挙げられる。例えば、肥満症に対する社会的認識の不足、発見の仕組みの不足、専門医療体制の不足などの多岐にわたる課題が存在する。本章では、こうした課題を体系的に整理し、特に深刻な影響を及ぼしている4つの主要な論点について詳しく言及することで、今後の肥満症対策・治療環境の改善に向けた方向性を示していく。

① 肥満症への理解不足・ステイグマ（誤解や偏見）が存在

株式会社日本総合研究所の調査（実施時期：2021年10月27日-29日、回収数：1,000ss。）によると、「肥満症」自体の認知度は58.3%であり、メタボリックシンドロームの認知度72.5%に比べて有意に低い（有意水準1%）ことが明らかになった（図表8）。肥満症はメタボリックシンドロームや肥満と比較して認知度が低く、国民から治療の重要性を理解されていない可能性があると考えられる。

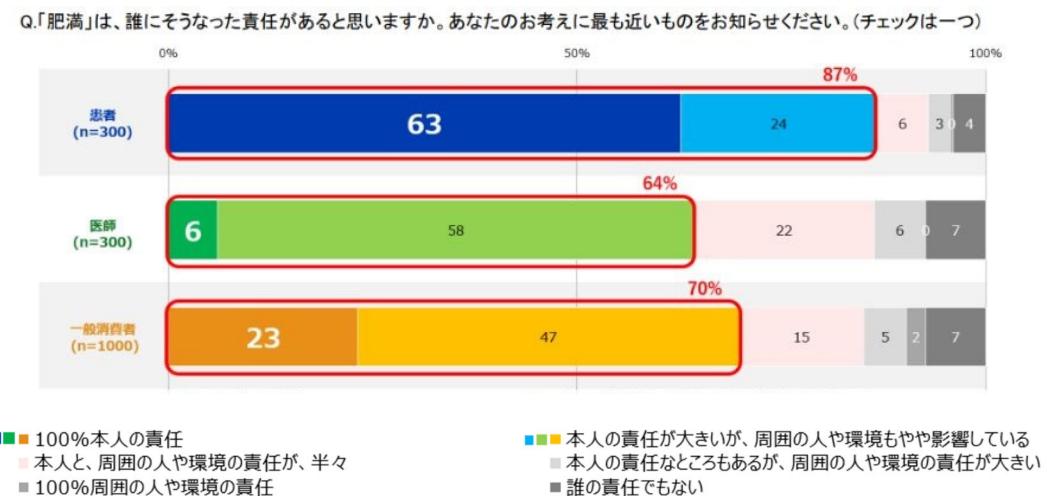
図表8 肥満症に関する理解・認知度²¹



²¹ 株式会社日本総合研究所「効果的な保健医療の実施に対する提言－肥満症を対象とした考察」

次に、日本イーライリリー株式会社、田辺ファーマ株式会社（旧田辺三菱製薬株式会社）が実施した調査（実施時期：2024年11月、回答者数：図表に記載）によると、肥満に対する自己責任論に関する設問において、「100%本人の責任」と「本人の責任が大きい」を合わせると、患者87%、医師64%、一般生活者70%が、肥満は「本人の責任」と考えていることが明らかになった（図表9）。肥満は生活習慣因子だけではなく、遺伝的因子・心理的因子・社会環境因子などのさまざまな因子が複合的に影響して発症することを「2. 肥満対策・肥満症治療の重要性」で、記載したが、この調査から患者・医師を含む社会全般において、オベシティ・ステigma（肥満に対する偏見）が存在することが明らかとなった。

図表9 日本における肥満に対する自己責任論²²



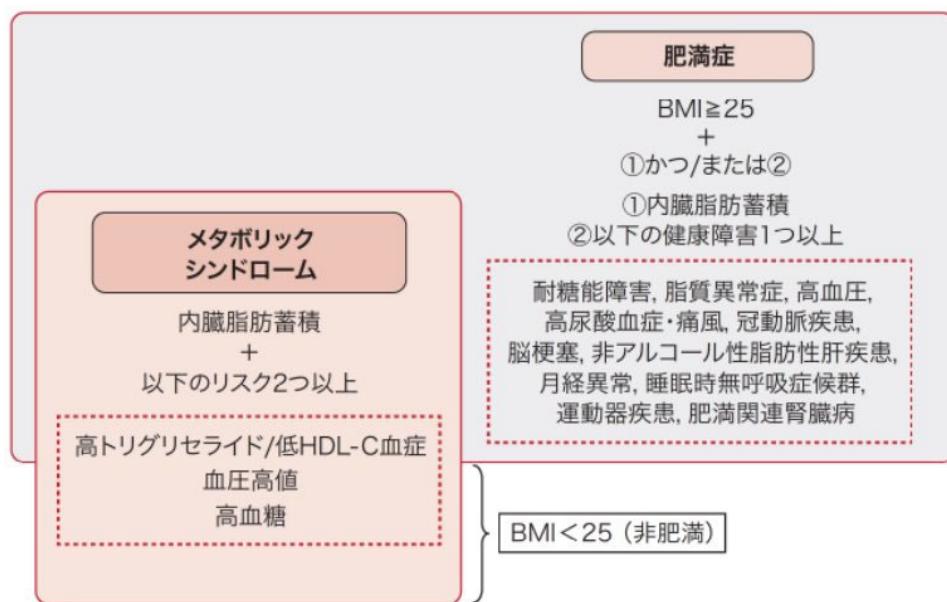
²² 日本イーライリリー株式会社・田辺三菱製薬株式会社「肥満症患者、医師、一般生活者への意識調査」（2024年11月実施）<https://www.tanabe-pharma.com/ja/news/MTPC250227.html>

② 肥満症治療を必要とする人が見過ごされている可能性

メタボリックシンドロームについては、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が該当する²³。

対して、肥満症の診断基準は、「3. 肥満症の定義・治療フロー」で前述した通りである。肥満症とメタボリックシンドロームの診断基準と一部重なる部分があるものの、メタボリックシンドロームの診断基準ではすべての肥満症患者を抽出できない（図表10）。

図表10 肥満症とメタボリックシンドロームの関係²⁴



特定健康診査（いわゆるメタボ健診）・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目した「健診」によって生活習慣病のリスクを早期に発見し、その内容を踏まえて運動習慣や食生活、喫煙といった生活習慣を見直すための「特定保健指導」を行うことで内臓脂肪を減少させ、生活習慣病の予防・改善につなげるものである²⁵。特定健康診査の対象者は、40歳以上75歳未満の方であり、2023年度に実際に受診した人の数は約3,123万人と非常に多い²⁶。ただし、現行の特定健康診査では、メタボリックシンドロームの診断やそのリスク評価が行われているため、肥満症のある方が見過ごされている可能性がある。

²³ 日本肥満学会 前掲書

²⁴ 日本肥満学会「肥満症診療ガイドライン2022」図3-1 肥満症とメタボリックシンドロームの関係

²⁵ 政府広報オンライン「生活習慣病とは？予防と早期発見のために定期的な受診を！」「2『特定健診・特定保健指導』って？」
(2025年8月8日) <https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201402/1.html#secondSection>

²⁶ 厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況について（2023年度）」

③ 肥満症治療へのアクセスのしづらさ

前述した通り、減量治療の基本は、食事・運動・行動療法であり、食事・運動・行動療法によって減量目標が達成できない場合、薬物療法の実施が検討される。高度肥満症の場合は外科療法も選択肢の一つに含まれる。各治療の課題について、下記に言及する。

まず基本の食事・運動・行動療法について、具体的な方法が日本肥満学会の発行する「肥満症診療ガイドライン 2022」で細かく規定されている。本ガイドラインに準じて適切な食事・運動・行動療法を実施するにあたって、専門性に加えて、人的・時間的リソースが必要となる。そのため、日常診療での実施が容易ではないという課題がある。専門医や肥満症生活習慣改善指導士が在籍し、チーム医療として肥満症診療を行えることが望ましいが、そのような施設は限られているのが現状である。

外科療法に至っては、BMI35 以上（健康障害の程度によっては BMI32 以上）で手術適応要件を満たす健康障害を有する高度肥満症の場合に限られる。施設基準、術者基準が定められており、実施例は年間 1,000 例に満たない²⁷。

薬物療法については、肥満症治療薬である持続性 GLP-1 受容体作動薬セマグルチドおよび GLP-1/GIP 受容体作動薬チルゼパチドが、肥満症に効能または効果がある薬剤として 2023 年 11 月 22 日および 2025 年 3 月 19 日に薬価収載された²⁸。本剤を、公的医療保険の対象として使用するには、厚生労働省が定める最適使用推進ガイドラインに記載されている施設・医師要件、患者要件などを順守する必要がある。ただし、現時点においては、薬剤の安全性等のデータが限られることなどを背景に、最適使用推進ガイドラインが定める各種要件が厳格に設定されている。例えば、薬剤処方可能な施設要件として、「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た施設である」、「常勤の管理栄養士による栄養指導を行える施設で、事前の食事運動療法」などが設定されており、肥満症患者のうち本剤の適用対象となる人は限られている（図表 12）。

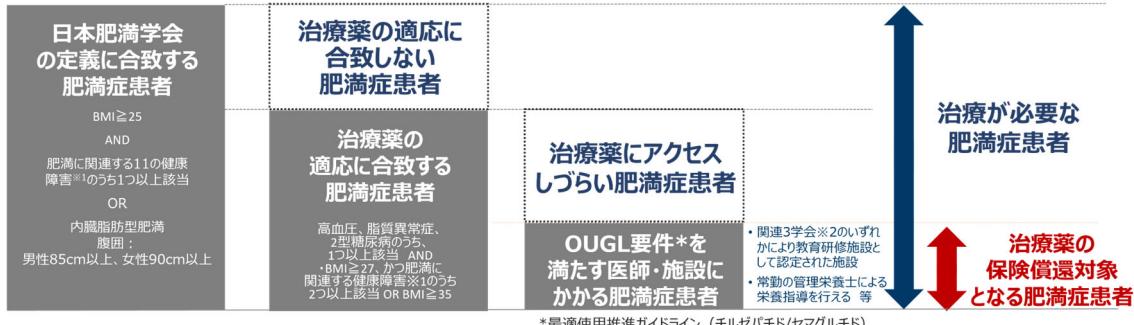
図表 12 肥満症治療薬へのアクセスの現状²⁹

²⁷ 日本肥満学会 HP「肥満と肥満症について」 <https://www.jasso.or.jp/contents/wod/index.html>

²⁸ 日本肥満学会「肥満症治療薬の安全・適正使用に関するステートメント」

https://www.jasso.or.jp/data/Introduction/pdf/academic-information_statement_20250410.pdf

²⁹ 最適使用推進ガイドライン「チルゼパチド」「セマグルチド」を基に日本総研作成

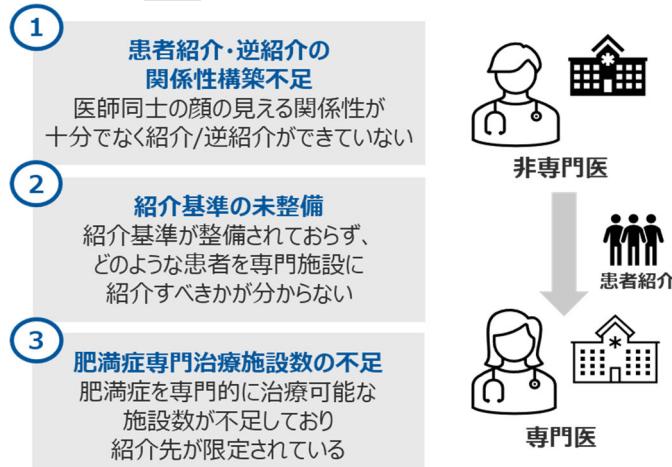


また、生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料は肥満症対象外となっており、肥満症治療で算定可能な医学管理料が存在しない。そのため、肥満症治療を行うことに対する医療機関にとってのインセンティブが働き難く、積極的に肥満症治療を行う医療機関が限られる可能性がある。

④ 肥満症治療を提供する医療体制構築が不十分

肥満症の治療を適切に行うには、肥満症の疑いのある人を発見するかかりつけ医（非専門医）と肥満症の専門的な治療を行える専門医の連携が欠かせない。しかし、現状ではかかりつけ医（非専門医）と専門医の連携が十分に行われていない状況にある。患者紹介、逆紹介をする際の紹介基準が整備されておらず、どのような患者を専門施設に紹介すべきかが非専門医にとって分かり難いという課題が存在する（図表 13）。

図表 13 肥満症治療の医療連携に関する課題



加えて、肥満症を専門的に治療可能な施設数が十分ではない状況にあり、非専門医から紹介可能な専門施設が物理的に不足しているという課題も同時にある。日本肥満学会認定の肥満症専門病院は 96 施設（2026 年 1 月 8 日時点）、肥満症専門医は 251 名（2025 年 10 月 21 日時

点)、肥満症生活習慣改善指導士が 106 名 (2025 年 4 月 4 日時点) である³⁰。日本における全体の病院数は 8,068 施設、一般診療所数は 105,346 施設 (2024 年 6 月末概数)³¹であるため、これらの数は十分でないことが明らかである。

³⁰ 日本肥満学会 HP「認定肥満症専門病院」 (<https://www.jasso.or.jp/data/data/pdf/hplist2026.pdf>)、「肥満症専門医名簿」 (https://www.jasso.or.jp/data/authorization/pdf/specialist_list2026.pdf)、「日本肥満学会認定肥満症生活習慣改善指導士一覧」 (https://www.jasso.or.jp/data/authorization/pdf/adviser_list2025.pdf))

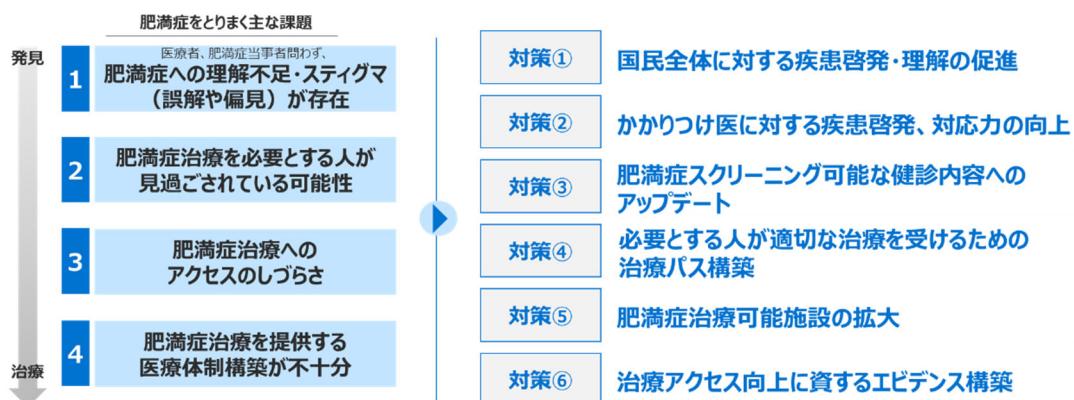
³¹ 厚生労働省「医療施設動態調査（令和 6 年 6 月末概数）」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m24/is2406.html>

5. 課題解決に求められる対策

肥満症治療が必要とされるすべての人々に対し、地域や年齢、社会的背景を問わず、適切かつ効果的な治療を公平に提供していくためには、これまでに整理した4つの課題——①肥満症への理解不足・スティグマ（誤解や偏見）が存在、②肥満症治療を必要とする人が見過ごされている可能性、③肥満症治療へのアクセスのしづらさ、④肥満症治療を提供する体制構築が不十分——を包括的に解決する取り組みが不可欠である。課題解決に向けて、産学官の連携による以下に示す6つの対策を提案する（図表14）。

図表14 肥満症治療を取り巻く主な課題と必要な対策

肥満症治療が必要なすべての人に対して適切な治療を提供するために、
産学官連携をベースとして6つの対策を推進することを提案する。



対策① 国民全体に対する疾患啓発・疾患理解の促進

（主な対応主体：政府・自治体/アカデミア/企業）

第一に、国民全体に対して、肥満症が単なる体重過多を意味するものではなく、高血圧・糖尿病・脂質異常症・心血管疾患・睡眠障害など、さまざまな健康障害の発症・重症化を引き起こすリスク因子として位置づけられ、医学的に治療が必要な疾患であるという正しい理解の促進が不可欠である。肥満症に対する認識が不十分な場合、関連疾患に対する早期の予防的介入や医療支援の機会を逃し、結果として医療負担や社会的損失が増大する恐れがある。

加えて、肥満症は個人の「自己責任」として扱われるべき疾患ではなく、遺伝的要因や心理的ストレス、職場・家庭・地域社会における生活環境、経済状況、文化的背景など、複数の要因が複雑に絡み合って発症・進行する疾患であることへの理解も深める必要がある。このような病態背景を踏まえることが、肥満症に対するスティグマの解消につながり、当事者が安心して治療に臨める社会的土壤を育むことができる。

その上で、国として重点的に対策を推進すべき重要疾患として肥満症を再定義し、肥満症に対する医療政策上の優先順位を高めるとともに、予防・治療・支援の各側面から包括的に取り組む体制を整備することが求められる。具体的には、国の健康政策である「健康日本 21」において、肥満症を対策が必要な重要課題として明確に取り上げ、指標設定・施策展開・評価体制を構築することなどが有効な一手となる。

さらに、肥満症に悩む当事者が孤立することなく、自身の悩みや治療体験を気軽に共有・相談できる場の整備も重要である。全国レベルでの患者会や当事者コミュニティの充実、専門家による相談窓口の設置、オンライン上の情報プラットフォームの整備などを通じて、医療機関以外の支援チャネルを拡充し、情報アクセスと心理的支援の両面から患者を支える仕組みが求められる。

対策② かかりつけ医（非専門医）に対する疾患啓発・対応力の向上

（主な対応主体：政府・自治体/医療機関/アカデミア/企業）

肥満症の診療体制および医師の対応力を向上させるためには、医師向けの情報発信プラットフォームや、肥満症に関連する疾患（糖尿病、心血管疾患、脂質異常症など）を取り上げる専門的な学術集会等の場において、肥満症の病態理解や診療方針に関する最新かつ科学的根拠に基づいた知識を継続的に発信していくことが重要である。これにより、「自己責任」という誤認を払拭し、肥満症が複数の要因によって発症する治療すべき疾患であるという認識を医師に浸透させることができる。

加えて、関連学会・医療機関・企業・自治体などの多主体が連携し、全国規模で肥満症診療に関する知識・技術の習得を目的とした研修プログラムを展開することも不可欠である。基礎的な病態理解から食事療法・運動療法・薬物療法の実践までを網羅した包括的な研修内容とし、専門医のみならず地域のかかりつけ医（非専門医）にも門戸を開くことで、地域格差の解消と医療アクセスの向上を目指すべきである。

さらに、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料の算定対象疾患に肥満症を新たに加えることで、医療現場における肥満症診療へのインセンティブを明確化することが必要である。診療報酬上のインセンティブを設定することは、医師が科学的根拠に基づく肥満症診療を日常の臨床に組み込む動機づけとなり、患者の早期発見・早期介入にも寄与する。

対策③ 肥満症スクリーニング可能な健診内容へのアップデート

（主な対応主体：政府・自治体/医療機関）

既存の特定健診（いわゆるメタボ健診）を最大限に活用することで、肥満症に該当する人を早期に発見・介入するためのスクリーニング体制を強化できる可能性がある。特定健診は全国的に広く実施されており、公的保険制度の枠組みに組み込まれた予防医療インフラとして、多くの国民が定期的にアクセス可能な制度であるため、肥満症スクリーニングとの連動は非常に合理的かつ実効性が高い施策と言える。

短期的には、肥満に起因ないし関連する 11 の健康障害のうち、特定健診の既存項目で既にデータ取得可能な 5 つの疾患——耐糖能障害（2 型糖尿病・耐糖能異常）、高血圧、脂質異常症、肥満関連腎臓病、非アルコール性脂肪肝疾患（代謝機能障害関連脂肪性肝疾患）——に関連する指標を用いて、肥満症のハイリスク群を抽出するスクリーニングを段階的に導入することが現実的である。これにより、既存インフラを活用しつつ、過度なコストや負担を伴うことなく、早期発見・早期治療の入り口を広げることができる。

次に、中長期的な取り組みとしては、現在の特定健診の検査項目では網羅できない残り 6 つの肥満症関連疾患——高尿酸血症・痛風、冠動脈疾患、脳梗塞・一過性脳虚血発作、月経異常・女性不妊、閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群、運動器疾患（変形性関節症【膝・股関節・手指関節】、変形性脊椎症）——についても、スクリーニング対象とする必要がある。これらの疾患に関しては、新規の問診項目の導入、専門医による所見評価、既往歴や生活習慣に関する詳細な情報の追加取得など、多層的なデータ収集体制の構築が求められる。

対策④ 必要とする人が適切な治療を受けるための治療パス構築

（主な対応主体：政府・自治体/医療機関/アカデミア/企業）

予防/健康増進→医療機関受診→肥満症診断→食事・運動療法→薬物療法という一連の治療パスを円滑に進めるために以下などの仕組み構築が求められる。

- ✓ 健診での肥満症スクリーニング（対策③）
- ✓ 肥満症を主訴としていない診療における、非専門医による肥満症治療が必要な人のスクリーニング/診断
- ✓ 食事・運動療法が実施可能な専門医と非専門医の連携体制構築
- ✓ 専門医-非専門医間での患者紹介基準の設定（対策⑥）など

仕組み構築にあたり、産学官がそれぞれの専門性や研究成果に基づき、それぞれの専門性や研究成果に基づき、上記の一連の治療パスに寄与する各種データが有機的に共有できるような仕組みを創出することが必要である。例えば、従来の食事・運動療法や薬物療法に加えて、肥満症の発症予防および治療計画の両面に寄与する、個人の生活習慣や行動変容を促すようなデジタルヘルス製品の開発・適応取得・実装も今後求められる。これにより、患者一人ひとりの状態に応じた個別最適化された介入が可能となり、医療資源の効率的活用と社会全体の健康度向上につながる。

各種イノベーションを有効活用することで肥満症治療に関する課題を解決し、必要とする人が適切な治療を受けることができる治療パスを確立することが求められる。

対策⑤ 肥満症治療可能施設の拡大

（主な対応主体：政府・自治体/医療機関/アカデミア/企業）

住んでいる地域や患者の身体的・社会的背景に関わらず、医学的に治療が必要とされる肥満症の

方に対して、質の高い適切な治療が公平に提供される体制の構築が急務である。地域格差を解消し、都市部・地方部を問わず誰もが適切な医療にアクセスできる環境整備を進めることが、医療の公平性・持続可能性の観点からも重要となる。

その実現のためには、肥満症を目的とした食事・運動療法など生活習慣改善支援を実施可能な多職種連携型の施設や、最新の肥満症治療薬を処方・管理できる医療機関の拡充が求められる。特に行動変容を支援する専門職（保健師、看護師、臨床心理士、理学療法士など）を擁する施設の整備が期待される。肥満症の包括的な治療が可能な施設が拡大されれば、そこで働く人員の確保と育成も不可欠であり、医師やその他医療従事者に対する専門的トレーニングや教育体制の充実が求められる。

対策⑥ 治療アクセス向上に資するエビデンス構築

（主な対応主体：政府・自治体/アカデミア/企業）

肥満症の包括的な治療を必要とする患者へ適切な治療を届けるという観点では、医師が処方可能な肥満症治療薬を最大限有効活用することが求められる。特に、肥満症に合併する疾患や生活習慣病の予防・管理において、有効性が期待される治療薬の使用促進は個人の健康増進・QOL 向上のみならず、社会全体の医療課題解決にも資する。しかし、単にアクセスを無秩序に広げるだけでは、不適切な使用を助長することにもつながりかねず、医療保険財政に過度な負担を強いる可能性があり、持続可能性の観点から慎重な制度設計が求められる。

このためには、肥満症関連疾患に対する治療薬の短期的な効果のみならず、中長期的な疾患進行抑制・重症化予防に関する医学的エビデンス、ならびに医療費削減や労働生産性向上等の経済的影响を含む費用対効果のデータ構築が極めて重要である。特に、日常診療の中で得られるリアルワールドデータ（RWD）を活用したリアルワールドエビデンス（RWE）の収集・分析を推進することは、より現実的で汎用性の高い根拠を政策決定に反映させる上で有効な手段となる。肥満症治療薬のアクセスに関する現状の課題解決に向けて、政府・自治体・健保組合・医療機関・製薬企業などが連携し、エビデンスを構築することが重要である。

加えて、非専門医と専門医との連携強化によって、患者が円滑に専門医療機関にアクセスできる体制の整備も重要である。これを実現するためには、上述のエビデンスに基づいて、病態や合併症の発症リスクに応じた患者紹介基準を臨床現場において明確に提示し、医療従事者間で共有・運用されるガイドラインの策定が求められる。こうした基準は、患者の医療アクセスの公平性と質の担保に貢献するものである。

以上