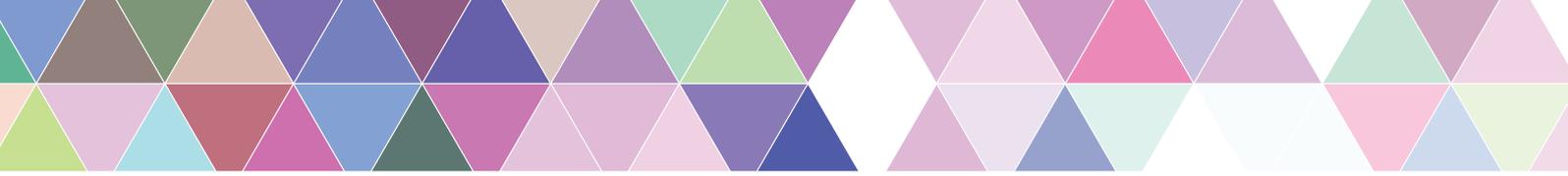


日本医療政策機構 肥満症対策推進プロジェクト 2023 年度

「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年3月





## 目次

---

1. 肥満症プロジェクト推進の背景と目的	3
2. 本提言書の中で使われる用語の定義及び出典	4
3. 肥満症対策に求められる6つの提言（概要）	5
4. 肥満症当事者の声とペーシエントジャーニー	7
5. 肥満症対策に求められる6つの提言（詳細）	13
提言1	13
提言2	15
提言3	18
提言4	22
提言5	25
提言6	27
6. GLP-1 受容体作動薬（糖尿病治療薬・肥満症治療薬）の 適応外使用に関する課題	28
7. 謝辞	29

---



# 1. 肥満症プロジェクト推進の背景と目的

---

先進工業諸国のみならず低中所得国においても、肥満（People with obesity）人口の増加と、肥満に起因した慢性疾患患者数が爆発的に増加し、2022年には世界の肥満人口は10億人を超えている<sup>1</sup>。わが国でも2008年から各医療保険者に「特定健康診査（特定健診）」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、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。

このような背景を踏まえて、日本医療政策機構では、肥満症や肥満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」を始動させた。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し、公開シンポジウムを開催し、今後検討すべき論点を抽出し、政策提言をとりまとめた。主な論点として、医学的視点での肥満症の定義づけとそれを広く社会に浸透させる重要性、科学的根拠に基づく各種ガイドライン整備、医療的介入だけでなく非医療的介入を含めた介入方法の多様化、多職種連携や専門科横断的な取り組み、わが国における肥満症や肥満に関する研究の拡充などの点が挙げられた。「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）<sup>2</sup>」と呼ばれる、所得や生活環境と健康の相関関係も指摘されており、自己責任論に陥ることなく、所得格差や教育格差が健康格差に繋がらないよう、社会全体としての健康増進の取り組みが求められる。

2023年度は、2022年度提言内容を含む肥満症対策の実装を目指し、肥満症当事者・医療関係者への個別インタビューおよび産官学民の有識者で構成されるアドバイザリーボード会合を開催した。これらの活動を通じて、医療現場ならびに社会における肥満症当事者を取り巻く実態、課題の把握を行った上で、当事者の視点に基づく社会、医療において求められる肥満症対策を検討し、以下に提言する。

---

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). "Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults." *Lancet* (London, England), S0140-6736(23)02750-2. 29 Feb. 2024, doi:10.1016/S0140-6736(23)02750-2

2. 健康に影響を与える医療以外の要因のこと。人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境に関連するすべての要因が含まれる。WHO [Social determinants of health] [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)（アクセス日：2024年3月13日）

## 2. 本提言書の中で使われる用語の定義及び出典

本提言書では、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]<sup>2</sup>

### メタボリックシンドローム<sup>3</sup>

- 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 BMI 30 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<sup>4</sup> 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

【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，東京，2022

3. 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、日本肥満学科、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>（アクセス日：2024 年 2 月 29 日）

4. 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. 肥満症対策に求められる6つの提言（概要）

#### 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

- ライフコースに沿って、各年代に合った健康増進、肥満症を含む生活習慣病予防に向けた教育・啓発を行う
- 現代のニーズや社会環境に合わせて、幼児・学童への生活習慣に関する教育体制を強化する
- 肥満の家族歴があり、肥満になるリスクが高い人への教育と生活習慣介入をより強化する
- 行政機関と産業界の連携に基づき、市民の健康的な生活習慣に貢献することで企業へインセンティブが働く産業構造を構築する

#### 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

- 限られた資源を効果的に活用できるよう、健診を通して、特定保健指導だけに留まらず、医療的介入も視野に入れた幅広い階層化を行い、段階ごとに適切な介入を提供する
- 医療的介入が必要な肥満症患者が迅速に適切な治療を受けられるよう、健診結果を効果的にフィードバックするシステムや、保健医療の連携体制をさらに強化する
- 加入保険や雇用状況等に関わらず、個人のニーズに応じた特定健診・保健指導を受けられるよう、複数の健診（検診）実施主体の連携を促進するとともに、一体的な健診制度を構築する
- 健診におけるデータヘルスを推進し、データに基づいた評価を用いてより効果的な特定健診・保健指導を実施する

#### 提言3：肥満およ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および支援体制を構築すべき

- 肥満症患者の状態（BMI、基礎疾患の有無）に応じた診療方法に関するガイドラインを、専門領域横断的に定義の上、医療者へ広く頒布・啓発する
- 地域における多様な介入の提供体制を整備するとともに、肥満症患者へ必要な支援が迅速に行われるよう、医療連携の基盤となる産官学民のネットワークを構築する
- 生活習慣病対策の一環として、かかりつけ医が肥満症治療に関わるインセンティブを設計する

**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**

- 集学的治療の提供の基盤として、多診療科・多職種の連携体制を強化する
- 集学的肥満症治療センターにおける、専門的かつ全人的な肥満症治療体制の整備とそのためのインセンティブ設計をする

**提言 5：肥満症政策推進およ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**

- 肥満症・生活習慣病対策の効果や肥満症治療がもたらす社会的コスト抑制の効果に関するエビデンスを創出する
- 肥満症を含む慢性疾患対策の研究促進に向けて、生涯に亘るデータを収集・集約し、一元的なデータ基盤を構築する

**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**

- 肥満には生活習慣の他に遺伝的素因ならびに健康の社会的決定要因の影響も大きいことを周知し、自己責任論から脱却する
- 医療的介入が必要な「肥満症」を肥満やメタボリックシンドロームと区別し、正しい定義や認識を広める
- ボディイメージの多様性への理解を醸成し、社会的スティグマや肥満症当事者が持つセルフスティグマを解消する

図 1：肥満・肥満症対策のフェーズに沿った求められる6つの提言



(日本医療政策機構作成)

## 4. 肥満症当事者の声とペーシエントジャーニー

本提言書では、日本医療政策機構のミッションである「患者・市民主体の医療政策の実現」を目指すべく、これまであまり明らかにされてこなかった、肥満症当事者の声を集約した。肥満症当事者の実態や当事者視点の課題を整理し、ペーシエントジャーニーを作成した上で、アドバイザリーボード会合で議論を行い、政策提言を取りまとめた。

### ■当事者の状況と声（概要）

肥満症当事者4名のヒアリングから、自己や社会の肥満症に対するスティグマや理解不足を背景にした生きづらさ、医療への繋がりにくさ、そして肥満症治療専門機関における集学的治療の効果と治療の継続におえる課題等が明らかになった。

肥満に至った経緯は様々であるものの、4名全員がこどものころから肥満傾向であり、ストレスやライフイベントによって肥満が進行していた。自分自身や家族は肥満であることを気にしていても、肥満症が疾患であることを知らず、肥満症治療の存在や必要性も感じていなかったため、健診結果が悪くても、肥満症治療を開始するきっかけにはならなかった。また、体調不良を感じても、セルフスティグマや医療者から肥満であることを非難された経験から、医療機関受診への心理的ハードルは高く、運動・栄養等の非薬物療法での改善を試みるも結果が出ずに中断した経験を持った人もおり、医療に結びつきづらい状況が見られた。

肥満症治療専門機関に辿り着いたきっかけは、4名中2名は自身で調べた、1名は緊急搬送、1名は医療機関からの紹介と様々であった。集学的かつ全人的な治療を受けて、全員が減量し健康障害も改善に向かっているのみならず、心も明るく晴れやかになり、就職に成功するなど、治療が生活や生き方そのものに影響を与えていた。一方で、治療中の大きな食欲の変化や、継続的な非薬物療法および複数診療科の受診、仕事との両立には困難やストレスを抱えていることも明らかになった。そのような状況において、患者の立場に寄り添い、医療者等との調整や体調や生活面での相談を担う肥満症治療コーディネーターの役割や存在の大きさに対して感謝する声から寄せられた。

### ■ヒアリングの対象者および進め方

2023年9月～2023年11月、高度肥満症と診断され肥満症治療専門機関にて集学的治療を行っている4名に対面でヒアリングを行った。なお、ヒアリングは、本人の同意のもとプライバシーに配慮して行った。

ヒアリングに協力いただいた4名の属性は以下の通りである。

A氏 男性・40代    B氏 女性・50代  
C氏 女性・30代    D氏 男性・40代

## ■当事者の状況と声（詳細）

### 1) 肥満症治療開始前の苦労や状況

幼少期や学童期の様子について尋ねたところ、4名ともに肥満傾向であった。また、ストレスやライフイベントなどによってさらに肥満が加速したことも聞かれた。幼少期からの介入や太りやすい時期に対する介入の必要性が示唆された。

肥満症の治療を開始する前、民間のトレーニング施設の利用や自身の力で運動を継続していたと話す当事者もいたが、芳しい効果が得られないことから中断したり、やるせなさを感じていたことが聞かれた。

4名とも肥満に関連した身体的、社会的、精神的な何らかの苦痛や生きにくさを強く感じていることがわかった。

#### 当事者の声

「こどものころから大きめでした。太り気味だったことは普通じゃないって自分も親もわかってはいたけど、それに対して親が何かしてくれるとかはなかった。就職活動の時にストレスがかかって減量できなくなった。（食べると）物理的に胃が満たされるので、そうすると心が満たされると錯覚してしまうんです。」（C氏）

「元々、小さい頃から太ってる体型ではあったけど、事故にあったことをきっかけに、痛みからより閉じこもる生活になった。」（B氏）

「すごい孤独感です。遊びたい。でもお金ないと何もできない。肥満症によって体の体調が整わないから仕事ができない。それが辛い。」（D氏）

「すごい思い詰めてました。自分でも引くくらい重い。病院に最初に来た日も、あまりにも自分の体が悲鳴を上げていた。」（C氏）

「家族は私が肥満であることを気にしていたようだったが、特に今まで病院に行けなどは言わなかった。」（A氏）

### 2) 健康診断・医療機関との接点

健康診断を受けたことがあるのは4名のうち2名であった。健康診断を受けていた2名は、両者とも健診結果をもとに肥満であることは指摘されていたが、医療機関受診はしていなかった。結果を通常通りとして受け止めており、肥満状態に対する危機意識は決して高くなかったことが伺えた。

4名のうち3名は肥満症治療専門機関への通院を始める際、直近でかかりつけ医への通院歴はなかった。特に1名は幼少期より丈夫で、病院にかかることが少ないと話しており、その他の当事者からも医療機関を受診することへの敷居が高いことが伺えた。

### 当事者の声

「健診結果で肥満と書かれても『いつものことだ』って思っていた。」(A氏)

「本当に太ってるっていうだけでは、絶対病院なんか行かないと思う。肥満症という病気なので病院にかかってください、と、そこまで書かないと行かない。」(B氏)

「頑丈で、風邪などもひかないので、病院とは縁がなかった。」(A氏)

「やっぱり病院に行くのはちょっと敷居が高い。予約取んなきゃいけないっていうのもある。」(B氏)

### 3) 肥満症治療専門機関に辿り着くきっかけ

肥満症治療専門機関へ辿り着いたきっかけは、1名が体調不良による救急搬送、1名が地域の医療機関からの紹介だった。残りの2名は自分自身で情報収集をして肥満症専門機関を受診した。

肥満症治療専門機関を受診する前、前者の2名は肥満症による身体的な不調を感じていたが、当初は肥満症が病気であること、肥満症が体調不良の要因であることを認知していなかった。両者ともに病院受診に対して積極的な姿勢ではなかった。その理由として、病院へいくことで肥満を指摘されると考えるしるめたさを感じていることといった肥満や肥満症に対する自己スティグマ、仕事の多忙さと経済的な状況による受診の困難さが聞かれた。うち1名は家族の勧めにより5か所以上地域の医療機関を受診するものの肥満症を指摘されなかったと話した。患者、医療者ともに肥満症に関する情報の少なさが適切な治療を始める遅延に繋がっていることが見て取れる。

1名は過去の外傷による痛みが増し整形外科を受診し手術を希望したところ、肥満症と診断され減量を促されたため、自ら探し、肥満症治療専門機関へと繋がった。もう1名は肥満による生きづらさを感じ、手術という治療方法があることを知ったことをきっかけに病院を探し肥満症治療専門機関へ辿り着いた。

### 当事者の声

「肥満症が病気であることも保険適用されることも知らなかった。」(A氏)

「太っていることが病気という認識もない。そんなにたくさん食べていないのに太っていくのは不思議だった。」(D氏)

「資金があるほうが病院に行くにもいいだろうと思って体調不良でも我慢していた。」(D氏)

「(かかりつけ医を受診したとき) ただただ、体重を落としてくれただけで、その辺(肥満症)に関しての対策は何もしてもらってなくて、もう自分で頑張っけて落としてくださいっていう。だから自分で探して肥満症治療専門病院に助けを求めた。」(B氏)

## 4) 治療

### A. 内科的治療および非薬物療法

4名中2名が通院中に治療の自己中断を経験していた。治療を再開した理由は、体調不良が悪化したことを挙げていた。

4名とも食事療法や運動療法など肥満症に対する非薬物療法や合併症に対する治療を継続して行っていた。治療の継続に対し、経済的な問題、仕事と通院・入院の両立の課題、治療中のストレス対処の困難さが聞かれた。そのような中で、自身を担当した医師、看護師、管理栄養士、肥満症治療コーディネーターらによる根気強く優しい関わりが支えになったと話しており、治療中の心理的支援の重要性が伺えた。

1名は先天性の疾病による肥満症であった。現在、先天性疾患に対する治療を行っているが、いまの治療では大きな改善は見られず、減量できる新薬への期待を寄せていた。現在の治療の限界や自身の状況を受け入れあきらめる気持ちを抱えつつも、痩せることが出来たら様々なことに挑戦したいと話した。

#### 当事者の声

「食事は1日3食のうち、2食がプロテインで、1食が通常食。朝から液体を飲んで地獄みたいな感じ。肉が食べたくなくなった。効果が出なくて心は折れかけている。でも、いったん治療をやめると振出しに戻る。資格を取って働きたい。(肥満症)薬が使えたらと思う。」(D氏)  
「肥満症治療コーディネーターが伴走し、支えてくれたのもあって続けてこられた。本当に感謝している。」(A氏)

「肥満の人は自己肯定感が低くなっている人も多いので、(医療者が)別に体重が増えても怒らない、ありのまま受け入れてくれる、減ったらすごい喜んでくれる。これは本当に嬉しい、ありがたいことですね。」(C氏)

「減量プログラムがすごい大変で、結構鬱になる方もいると聞いていた。特に、食事がきつい。その時に、医療者が優しく、応援してくれるって感じだった。」(D氏)

### B. 外科的治療

4名のうち3名が外科手術を行っていた。手術を受ける決断をした理由としては、手術による効果への期待が聞かれた。1名が外科手術を行わなかった理由として、家族の反対があったこと、完治はしないこと、手術後のボディイメージが受け入れがたかったことを挙げた。

手術後の変化について聞いたところ、3名は手術を行ったこととその結果を肯定的に捉えていた。人生が楽しいと話し、明るく前向きな気持ちが聞かれた。

手術後の食欲や空腹感の変化について、受け入れながら生活を送ることが出来ているが、1名がリバウンドを経験していた。

### 当事者の声

「手術をしてよかったと思っている、人生が楽しくなった。術後は食べられないことによる苛つきもなく過ごしている。」(A氏)

「術後の転職がすごい楽だったんです。タイミングもあったと思うんですけど、こんなサクサク受かるもんだっけ、と思うぐらいだった。」(C氏)

「もともと食べることが好きだった。目で見えておいしそうって思っても、だんだんその薬の作用に慣れてきてる。慣れてくると、『これくらい食べればまあいいんだろう』など、自分の中でそういう風に折り合いがついてきている。」(B氏)

「食欲はやっぱりあるんです。ただ、お腹空いたってという感覚が本当になくなりました。」(C氏)

## C. ピアサポート

当事者へ、ピアサポートや患者団体の必要性について尋ねたところ、必要性を感じていない意見が聞かれた。一部からは、外科手術前に経験者の話を聞くことで、心の準備ができたという意見があった。

### 当事者の声

「肥満症当事者同士で話せる場所があったとしても、基本的に内気な人が多いから、話が弾まないだろうし、和式トイレに座れないとか苦労話で盛り上がるのみになるのでは。」(A氏)

## 5) 肥満症に対する思い、課題

肥満症や肥満症治療について、苦労していること、社会に求めること、肥満症の疾患名についてヒアリングを行った。当事者らは肥満症が病気であること、医療的介入が必要であることを社会に広める必要性があることを感じていた。また、肥満症という疾患名に対し、社会のスティグマを助長する心配を推測していたが、病気をはっきりと可視化する、誰にでも伝わるメリットがあるとして当事者から前向きな意見が聞かれた。

### 当事者の声

「肥満症の治療をしていくことが当たり前になっていけばよいと思うし、もっと肥満症治療に辿り着くことができる相談できる窓口がほしい。」(A氏)

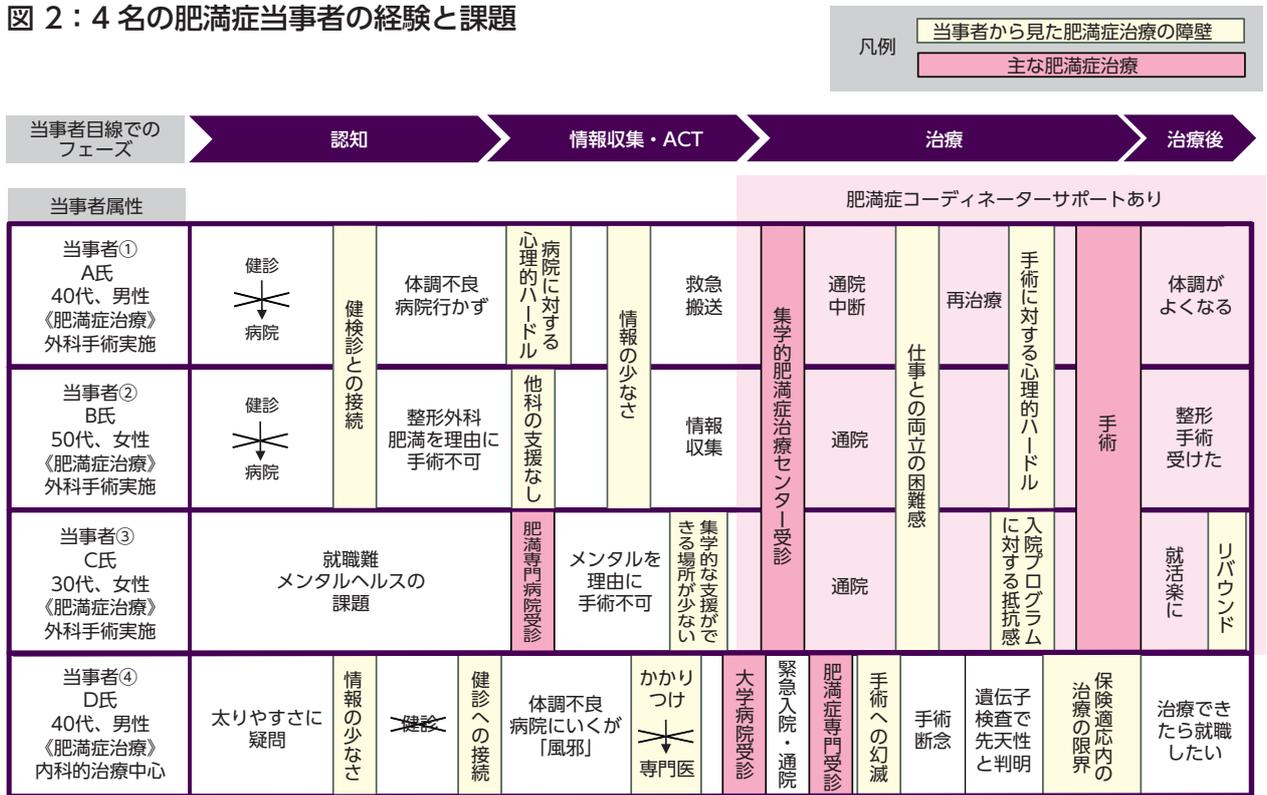
「がんの連携室みたいに、1人(肥満症について相談できる)担当の人がいるだけでも全然違う。担当の人がずっと見てくれるのは安心感がある。」(C氏)

「肥満という言葉に対して恥ずかしさがあります。太ってるから、すごい食べているんだろう、っていう目線で見られているように思う。」(B氏)

「(肥満症という疾患名によって)可視化することは相手にも自分にとってもわかりやすいのでいい。自分も心が助かった部分がある。肥満症の名前を付けることはメリットがいっぱいあると思う。」(C氏)

「患者の意見を受け止めつつ、患者さんを中心に横の連携の取れたチーム医療で見てくれることがよい。」(C氏)

図 2：4名の肥満症当事者の経験と課題



(日本医療政策機構作成)

## 5. 肥満症対策に求められる6つの提言（詳細）

肥満症の症状の重さや合併症は様々であることに加え、肥満症対策は患者・当事者に対する政策推進のみならず、肥満・肥満症を未然に防ぐことや、医療を超えた社会全体で包括的に対策を検討すべき疾患であるという認識のもと、本提言書では、以下「**肥満予防もしくは、肥満症に至らないようにするための予防を目的とした対策**」、「**肥満症の人に対する治療の在り方や社会的支援・対策**」の2つの切り口から6つの提言を整理し、以下に詳細を示した。なお、「肥満予防もしくは、肥満症に至らないようにするための予防を目的とした対策」については提言1、2、6にて、「肥満症の人に対する治療の在り方や社会的支援・対策」については提言3、4、5、6で提言している。

### 肥満予防もしくは、肥満症に至らないようにするための予防を目的とした対策

**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**

#### 課題

健康的な生活習慣の教育啓発は、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）や健康増進法、食育基本法等のもとでさまざまな施策が実施されている。一方で、健康日本21（第二次）の最終評価報告書では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が増加していると報告されている。また、肥満には遺伝的素因が深く関わっている。加えてライフコースの中で、太りやすいタイミングがあることもわかっており、肥満の家族歴があり、肥満になるリスクの高い人への対策強化並びにライフコースに沿った対策が必要とされている。

特に幼児・学童期での教育は、生涯の生活習慣形成の中核となる。食育をはじめとした生活習慣教育は、様々な取り組みが実施されているが、近年の家庭環境の変化等を鑑みたさらなる推進が期待される。一方で、食育推進の制度的基盤は理念法である食育基本法であるため、現場での実践を広め、均てん化を進めるのが難しいという指摘もある。さらに、教育的な介入に加えて、過食や偏った栄養を助長しうる広告のあり方をはじめ、不健康な生活習慣を助長しうる情報や環境への対策を検討することも重要である。

#### 提言

**ライフコースに沿って、各年代に合った健康増進、肥満症を含む生活習慣病予防に向けた教育・啓発を行う**

ライフコースに沿って各年代を取り巻く環境や健康課題を考慮した一次予防策を強化することも重要である。義務教育終了後や、周産期など、体重が増加しやすいタイミングがわかってきており、重点的な対策が必要である。また、デジタルネイティブである若年層にはアプリを活用した体重管理を啓発するなど、各年代の特徴を踏まえた介入を検討することが効果的である。

### **現代のニーズや社会環境に合わせて、幼児・学童への生活習慣に関する教育体制を強化する**

生涯の生活習慣の基盤が作られる保育や教育現場での生活習慣教育が果たす役割は大きいことから、まずはカリキュラムの整備が求められる。中長期的には、現代の疾病構造を鑑みて、多様な生活習慣病の予防に資するカリキュラムの全体最適化を目指すべきである。

また、カリキュラムの整備に加えて、教育の実施体制を強化することも必要である。近年では、食の専門家である管理栄養士が栄養教諭として学校や保育園に配置され、食育の強化を担う取り組みが始まっている。こうした好事例の横展開を推進し、幼児期と学童期の食育体制の強化を加速度的に推進すべきである。

不健康な生活習慣によって助長される様々な健康障害やリスクを知り、その予防に資する健康的な食べ方や体の動かし方について、具体的に理解できる早期の教育が必要である。

### **肥満の家族歴があり、肥満になるリスクが高い人への教育と生活習慣介入をより強化する**

肥満の発症には遺伝的素因が70%程度関わっていることが判明しており、生活習慣の乱れだけが肥満の原因ではない。従って、肥満の多い家系ではより肥満予防対策が必要で、集中的な介入が必要である。

### **行政機関と産業界の連携に基づき、市民の健康的な生活習慣に貢献することで企業へインセンティブが働く産業構造を構築する**

過食や偏った栄養を助長するような商品や広告をはじめ、現代社会の中では、健康リスクを増幅しうる商品や環境、情報にさらされることも多い。自由な経済活動を尊重しながらも、健康の増進に寄与する活動が促進されるような産業構造システムの構築が求められる。食産業においては、「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」の報告書を受け、厚生労働省は2023年度より、「栄養面等に配慮した食品を、健康関心度等の程度に関わらず、消費しやすくする」こと等を目指して、産業界やアカデミアと連携した取り組みを行っている。こうした行政機関と産業界の連携の好事例を蓄積し、将来的には、健康への影響が十分に配慮される産業構造を構築する必要がある。

肥満予防もしくは、肥満症に至らないようにするための予防を目的とした対策

## 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るべき

### 課題

2008年4月に施行された高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）により、特定健診・特定保健指導の実施が医療保険者に義務付けられた。施行から15年以上が経過し、メタボリックシンドロームに対する認知の向上や特定健診・保健指導を提供する健診機関の全国的な配置、実施率の改善など、日本独自の健診制度として一定の成果がみられている。特定健診は、生活習慣病の危険因子として内臓脂肪に着目した健診であり、肥満対策への効果も期待される。一方で、前述の通り、メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の数は増加しており、その予防効果、さらには制度創設の目的であった医療費適正化の効果が限定的であるという指摘もある。

特定健診・保健指導による生活習慣病の予防効果を高めるためには、それらの実施率を高めることが必要である。2021年度の特定健診の実施率は過去最高を記録し受診率は改善傾向にあるものの、特定健診で対象者の56.5%、保健指導で24.6%に留まっている<sup>5</sup>。性別や年齢別に見ると、40代の男性の受診率が最も高く、加入保険の違い等が受診率に影響を与えている。

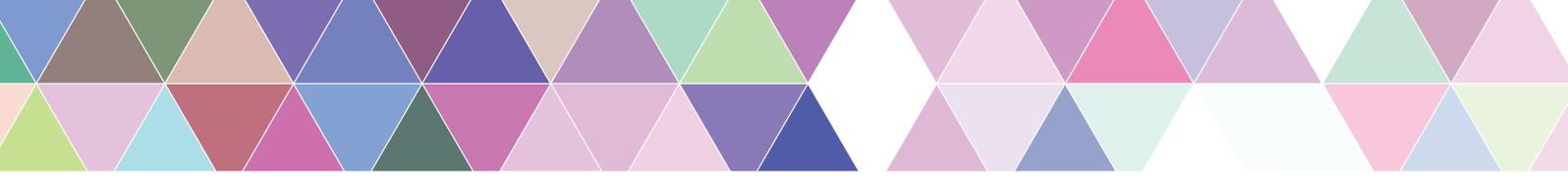
さらに、生活習慣病予防効果の改善には、実施率の向上に加えて、特定健診・保健指導の質を高めることも重要である。保健指導や医療機関受診勧奨が行われても、本人の受診行動に繋がらない場合や、特定健診の対象年齢であっても、重篤な症状を発症して初めて医療機関を受診し肥満症の診断に至る場合も見受けられる。また、医療機関の受診に至っても、健診結果の情報が本人に行動を促す適切な形で共有されず適切な診療に繋がらない場合もある。こうした特定健診を受けながらも早期介入に繋がらない事例の原因を検討し、更なる対策を講じる必要がある。

### 提言

**限られた資源を効果的に活用できるよう、健診を通して、特定保健指導だけに留まらず、医療的介入も視野に入れた幅広い階層化を行い、段階ごとに適切な介入を提供する**

肥満症の治療には非薬物療法から薬物療法、手術療法まで様々な介入のエビデンスが確立されており、多様な医療資源を効果的に活用する必要がある。特に、専門的な医療を提供する医療機関、医療者、医薬品には限りがあるため、健診を通して、介入の必要度を現状よりさらに階層的に分類し、それぞれの階層に応じて、地域のヘルスケアサービス、保健指導、専門的な高次医療へ適切に繋げるべきである。

5. 厚生労働省「2021年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001093812.pdf>（アクセス日：2024年2月21日）



その実施に向けては、健診項目から介入の必要度を適切に分類する必要がある。現行のメタボリックシンドロームの基準では、医療的介入の必要度が高い肥満であっても、必ずしもその基準に該当しない場合がある。例えば、進行した腎臓病で医療機関を受診した際に肥満症の診断がつくこともあり、尿たんぱく異常と内臓脂肪蓄積の併発を受診勧奨基準に追加することが効果的と考えられる。介入の必要度が高い人を取りこぼさないよう肥満症を受診勧奨基準へとり入れ、適切な治療に繋げることが求められる。

### **医療的な介入が必要な肥満症患者が迅速に適切な治療を受けられるよう、健診結果を効果的にフィードバックするシステムや、保健医療の連携体制をさらに強化する**

健診を通して肥満症が確認された場合、健診受診者に肥満症が医療的介入を要することを伝え、適切な医療機関受診に繋げる必要がある。一方で、特定健診の結果から医療機関の受診勧奨を行っても、医療機関での適切な介入に至らないことがある。その背景には、受診勧奨が必ずしも患者本人の受診行動に繋がらないことや、受診勧奨時に想定された診療科や医療機関が必ずしも受診されないことがある。これらの課題に対して、短期的には、患者本人の受診行動に繋がりにやすく、受診すべき診療科や医療機関がわかりやすい勧奨を行うなど、勧奨方法や肥満症という疾患名を伝えるとともにその定義や意味を説明するといった具体的なフィードバック文、場合によってはイラスト・絵を用いるなど当事者の課題に寄り添った工夫が必要である。既にわかりやすいフィードバック文例の検討も行われており、このようなフィードバックが自動的に行われるシステムの整備を進める必要がある。

また、受診勧奨に至った経緯や健診の結果が医療機関に十分に共有されないことで、健診結果を踏まえた医療が提供されないという課題もある。そのため、長期的には、特定健診・保健指導の実施主体である医療保険者や健診機関と医療の提供主体である医療機関や地域の医師会等が、パーソナルヘルスレコード（PHR: personal health record）として、情報を共有できるシステムの構築も含めて、保健医療の連携体制を強化する必要がある。

### **加入保険や雇用状況等に関わらず、個人のニーズに応じた特定健診・保健指導を受けられるよう、複数の健診（検診）実施主体の連携を促進するとともに、一体的な健診制度を構築する**

特定健診を通じた肥満の予防効果を高めるためには、実施率の改善が必須である。健診（検診）制度には、高確法の定める特定健診・保健指導の他に、労働安全衛生法（労安法）での定期健康診断、がん検診等の健康増進法での各種検診等があり、その目的、実施主体、実施義務の有無は多様で、複雑である。その中で、実施率の向上に向けて、各健診（検診）事業の実施主体の様々な工夫がなされている。例えば、国民健康保険（国保）の保険者であり、検診の実施主体である市町村等の一部では、がん検診等と同時に特定健診を実施または勧奨することで、アクセスの向上や効果的な勧奨を行っている。また、一部の被用者保険では、事業者と保険者とが連携して保健事業を展開するコラボヘルスの一環として、勤務時間内で保健指導を受けられる体制を整備している。このような利用者のニーズに合わせた取り組みにより、実施率の改善も見られており、こうした取り組みを適切に評価し、推進する必要がある。



他方で、現行制度の複雑な構造では解決が難しい課題もある。例えば、労安法により定期的な健康診断の実施が義務付けられる被用者と、労安法の強制力が働かない被扶養者や国保の被保険者とでは実施率の差が大きい。また、被扶養者も健保の指定する健診施設が案内されるため、居住地に近い健診施設を受診できない場合もある。このように、加入保険や就労状況の違いが実施率の格差に繋がることがある。さらに、制度や実施主体が異なることで、データの分断が生じ、適切な事業の評価が難しい状況もある。こうした課題を踏まえて、将来的な全体最適化に向け、一体的な法体系の整備を検討すべきである。

### **健診におけるデータヘルスを推進し、データに基づいた評価を用いてより効果的な特定健診・保健指導を実施する**

メタボリックシンドロームや肥満症の該当者には、特定保健指導を通して、利用者の行動変容を導くことが重要である。行動変容に至らない場合も多く、効果的な保健指導の実施に向けて、テクノロジーの活用やワークショップ形式を用いた参加型指導など、指導方法の工夫が求められる。こうした保健指導の質の向上に向けた取り組みを一層推進するためには、現場の工夫が評価されることが重要である。2024年度からは、第4期特定健康診査等実施計画の施行に伴い、保健指導のアウトカム評価が導入される。導入段階ということもあり、簡易的かつやや抽象的な指標となっているが、アウトカム評価方法のさらなる検討も含めて、今後の推進が期待される。

こうした現場レベルでの評価に加えて、特定健診・保健指導制度の目的を踏まえて、制度そのものの評価を定期的にも実施することも重要である。2015年度より各医療保険者は、データに基づいた保健事業計画としてデータヘルス計画を策定しており、特定健診・保健指導も含めてその評価を行っている。一方で、制度創設時の目的であった医療費適正化効果や、健康増進・保持の効果に関する全国的な検証は十分に行われていない。各保険者での評価に加えて、制度そのものの評価を実施し、データに基づいた健診制度が強化されることが期待される。

**提言 3：肥満およ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および支援体制を構築すべき**

**課 題**

肥満と肥満症はあらゆる合併症の要因となる可能性があり、早期発見・早期介入が重要である。しかし、肥満でとりわけ不調がない場合には軽視される傾向にあることや、肥満症が疾患である認識が広まっていないことにより、医療機関受診に繋がっていないケースが多い。過度な医療化は避けるべきであるが、医学的介入が必要な人を適切なタイミングで適切な医療に繋げるべく、各関連機関の連携が求められる。特に、低所得者ほど肥満の割合が高いことや、肥満症を抱える患者が生活保護を受給している例も報告されており、自治体（福祉、医療部門）と医療機関の連携強化が求められるものの、自治体、地域の医療機関、肥満症治療専門機関が連携している事例や指針、相談窓口がほとんど存在していないという現状がある。

成人のみならず、小児肥満も増加傾向にあり、一定割合が成人期の肥満へ移行することも知られていることから、早期発見・介入が小児に対しても強化されるべきである。食育・運動に関する教育に加えて、医療的介入が必要な子どもに対しては、行政、学校保健、医療機関の連携を通じた支援、介入が求められるが、こちらも取り組みが行われている自治体は非常に限られ、課題認識が進んでいない。

WHOは、2023年に、「プライマリ・ヘルス・ケア（PHC: Primary Health Care）の概念に基づく、肥満や肥満症の予防と対策のフレームワーク” Health service delivery framework for prevention and management of obesity” を取りまとめた<sup>6</sup>。この中では、地域資源を活用し、医療機関だけでなく学校や職場等で、介入が必要な肥満を認識できる、生活習慣に関する相談や指導が受けられる体制の必要性を訴えている。さらに、医学的介入の需要に合わせて、セルフマネジメント、地域資源、地域医療、高次医療等を階層化し、適切に活用するフレームワークを提唱している。日本においては、医療機関での介入に議論の焦点が当たっているが、肥満や肥満症患者の生活圏を入り口として、適切な医療・非医療の資源を活用することが効果的である。

地域資源を活用した支援の後、医療的介入が必要な肥満症に対しては、かかりつけ医が医療の入り口となりうる。かかりつけ医による肥満症への介入や、必要に応じて肥満症治療を専門とする高度医療機関への紹介等、かかりつけ医に期待される役割は大きいものの、肥満症対策が進まない状況があり、その背景に医療制度上の課題も散見される。まず、肥満症の内科的診

6. WHO. (2023) Health service delivery framework for prevention and management of obesity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234> (アクセス日：2024年2月26日)

療に対する診療報酬が設定されていないことから、かかりつけ医が肥満症治療を行うインセンティブがない。かかりつけ医機能を評価する診療報酬の項目は、特定の疾患や患者に限定されており、その中に肥満症は含まれていない<sup>7</sup>。また、栄養指導や運動指導といった非薬物療法が必要となるが、必ずしも管理栄養士などの専門職が在籍していないため、かかりつけ医機能をもつ医療機関が、すべてを担うには困難が伴う。

肥満症患者は、地域のクリニック・中核病院の両方において、肥満症に付随する複数の健康障害や症状に関連した診療科を受診することがある。内科、整形外科、精神科・心療内科、産婦人科等あらゆる診療科の医療者が肥満症への介入の必要性を認識し、健康障害別の診療方法もしくは肥満症治療専門機関への連携が必要となる。しかし、医療者であっても肥満症を自己責任とし、病気であり治療ができるという認識が不足しているとの声も聞かれている。さらに、かかりつけ医が肥満症治療専門機関の受診の必要性を判断する紹介基準が不明確である。

#### 課題に関連する患者の声

- 足を（整形外科で）診てもらったときに、90kgまで落とさないと手術できないと言われた時に、1人で90kg（まで落とすの）、無理だと思った。
- （整形外科の病院では）その辺（肥満症）に関しての対策は何もしてもらってなくて、痩せてから来いよみたいなこと言われて、ふざけんなと思って、探したらここ（肥満症治療専門機関）に辿り着いた。
- 医者に怒られそうで、病院にはいきたくなかった。

#### 提言

#### 肥満症患者の状態（BMI、基礎疾患の有無）に応じた診療方法に関するガイドラインを、専門領域横断的に定義の上、医療者へ広く頒布・啓発する

かかりつけ医に対する肥満症ガイドラインや肥満症治療専門機関への紹介基準の浸透が不十分であり、かかりつけ医による適切な肥満症診断・介入、専門医への紹介が行われていない。例えば、かかりつけ医が、一定の肥満症対策プログラムを数カ月実施し、改善が見られなければ専門医へ紹介するなど、具体的な患者の症状を示す数値をもとに紹介基準をガイドラインで明確に定め、内科を標榜する医療機関に留まらず幅広い診療科に頒布、浸透の必要がある。さらに、一部協働が進みつつあるが、肥満症と関わりの深い整形外科や産婦人科の関連学会などと協働して専門家横断的な連携と治療の在り方を示すことが必要である。

7. 厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）；「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）別添1 医科診療報酬点数表に関する事項」2022.3.4. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984041.pdf>（アクセス日：2024年2月22日）

## 地域における多様な介入の提供体制を整備するとともに、肥満症患者へ必要な支援が迅速に行われるよう、医療連携の基盤となる産官学民のネットワークを構築する

肥満症治療に効果的な栄養療法、運動療法、行動療法や、薬物療法は、地域での十分な提供がなされていない。これにより、肥満症治療専門機関の受診中や受診後に、地域で必要な治療を継続することができない状況が生まれており、地域の中で、効果的な治療が受けられる環境の整備が求められる。具体的には、栄養ケア・ステーションに代表される栄養指導ができる人材や施設、運動療法施設、地域の心理職などと連携の上、医療資源に限られる中で包括的かつシームレスな地域の支援体制を作ることが望ましい。

また、肥満症治療薬は現在、最適使用推進ガイドラインにより、一定の要件を満たした施設・医師、治療期間によってのみ保険診療で処方される仕組みとなっており<sup>8</sup>、この要件を満たさないかかりつけ医の多くは、肥満症治療薬を使用できない状況に置かれている。将来的には、適正使用の推進とともに、地域での肥満症治療薬のアクセスについても検討が必要である。

肥満症患者をこれらの治療へ早期に繋げるためには、医療の入り口であるかかりつけ医への早期受診に向けて、日常生活に関わる行政機関、産業保健、教育機関、歯科医療機関からの接続が鍵となる。地域における自治体、医療機関（医師会）、学校等の組織を超えた連携の強化が重要であり、ネットワーク強化には最新技術の活用も有効である。

例えば、肥満症治療専門機関や栄養指導ができる人材が身近にない地域において患者の治療を支えるには、オンライン診療の活用が有効である。診療にオンラインで専門医が同席する D to P with D (Doctor to Patient with Doctor) 型、あるいは患者が看護師といる場合のオンライン診療 D to P with N (Doctor to Patient with Nurse) 型の診療を活用することで、双方の医療機関が患者の状況と治療方針を確認することができる。外来の栄養指導についてもオンラインでの運用が行われている。デジタルデバイスを上手く利用することで肥満症患者の医療アクセスを改善し地域で支援する体制が求められる。

肥満症治療に対応できる各学会の教育研修施設数、及び専門医資格を有する医師数のリソースと、治療を必要とする肥満症患者の均衡が取れているのか俯瞰し、一定の研修等を受けたかかりつけ医やコメディカルが治療の一部を担うことが出来るなど、医療提供体制の観点からもかかりつけ医及び関連する施設の活用も検討すべきである。

## 生活習慣病対策の一環として、かかりつけ医が肥満症治療に関わるインセンティブを設計する

肥満症治療や専門医療機関への紹介に対する経済的インセンティブを設け、かかりつけ医と専門機関等との、積極的な関与を促進することが必要である。特に、肥満症治療に関わるインセンティブを設定する際には、介入のアウトカム指標の設定とともに、既存の診療報酬加算に包

8. 最適使用推進ガイドライン セマグルチド（遺伝子組換え）. 厚生労働省, 2023.11.  
<https://www.pmda.go.jp/files/000265450.pdf> (アクセス日: 2024年2月22日)



含まれない肥満症患者への指導に対する加算を設定し、肥満症という上流の疾患に対する介入も長期的には検討されることが望ましい。かかりつけ医に対して肥満症治療のインセンティブがあることは、肥満症治療に関与する動機づけを高め、かかりつけ医機能の効果的な活用に繋がる。かかりつけ医が肥満症治療に対して早期発見と介入を適切に行うことで、最終的には医療全体の効率化を促進し、将来的な医療費の削減に寄与することが期待される。

## 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

### 課題

現在、一般社団法人 日本肥満学会 (JASSO: Japan Society for the Study of Obesity) 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 82 医療機関ある (2024 年 1 月 1 日時点)<sup>9</sup>。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。加えて、高度肥満症患者に対する治療である肥満外科治療 (減量・代謝改善手術) について日本肥満症治療学会 (JASTO: Japanese Society for Treatment of Obesity) が認定している統合的な肥満症治療センターはわずか 27 施設 (2023 年 2 月 1 日時点)<sup>10</sup> と限られており、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、医療機関への内科的治療に対する政策的支援も不足している。例えば、内臓脂肪面積測定、フォーミュラ食<sup>11</sup> は重要な検査や治療の一環である。しかし、これらは医療保険の適応外であり、これらを行う必要がある患者は、全額自費負担となることから大きな経済的負担となりうる。特に、現在効果の大きい肥満症の新薬が開発され、需要も高いが、薬物療法は食事療法や運動療法といった非薬物療法との両輪で効果が発揮されるものであり、非薬物療法を推進するための支援策がより一層求められる。

そして、高度肥満症の中には、肥満症のみならず、それに付随する身体的な疾患、精神疾患や社会経済的な課題を抱えている人もいる。患者は複数の診療科を受診する必要に加えて、治療の継続に関しても負荷を感じてしまい、治療を中断してしまうことがある。そのため、高度肥満症患者には集学的治療かつ全人的な支援が必要であり、各科間の調整や患者の相談等シームレスな支援を届けるハブとなる「肥満症治療コーディネーター」の役割が不可欠である。加えて、肥満外科手術後もりバウンド、栄養障害の防止、メンタルケアなど多職種チームによる生涯に亘るケアが必要である。しかし、肥満症治療コーディネーターに対する診療報酬の加算はなく、基本的には病院からの拠出となっていることから、まずは、肥満症治療におけるコーディネーター・チーム医療の重要性を広めていくことが求められる。

9. 一般社団法人 日本肥満学会「認定肥満症専門病院一覧」<http://www.jasso.or.jp/data/data/pdf/hplist.pdf> (アクセス日：2024 年 2 月 15 日)

10. 日本肥満症治療学会。「肥満症外科手術 (減量・代謝改善手術) 認定施設一覧」<http://plaza.umin.ne.jp/~jsto/gekashisetsu/file/shisetsuichiran20230201.pdf> (アクセス日：3 月 8 日)

11. フォーミュラ食とは、低エネルギーでたんぱく質やビタミンやミネラル、微量元素を含んだ調整食である。必要なたんぱく質等を保持しながら、低エネルギー (LCD: low-calorie diet) 療法を簡便に行うために有効とされている。  
日本肥満学会「肥満症診療ガイドライン 2022」<http://www.jasso.or.jp/contents/magazine/journal.html> (アクセス日：2024 年 2 月 22 日)

#### 課題に関連する肥満症当事者の声

- こちらの病院（肥満症治療専門機関）の方が優しい。話聞いてもらってやっぱり心も楽になるし、先のことが見えるというか、ありがたかった。
- （診療）科をまたいであれやこれや調整してくれるっていうのはものすごく安心感があります。
- 先生に話す前に、肥満症治療コーディネーターさんに話してまず一旦心を落ち着かせるというのもあります。

#### 課題に関連する肥満症治療に携わる医師の声

- 肥満症治療コーディネーターの存在によって（患者が困った際に頼れる相談窓口として、また患者と複数科、複数の医療者とのコミュニケーションが円滑に）上手く回っている。

### 提言

#### 集学的治療の提供の基盤として、多診療科・多職種連携体制を強化する

肥満症診療ガイドライン 2022 では、患者のパーソナリティを把握し、生活習慣の改善に向けた栄養療法、運動療法、行動療法を組み合わせることを第一治療と位置付けている。その提供には、多職種連携に基づくチーム医療が不可欠である。さらに、精神疾患を併発することも多い高度肥満の治療においては、精神科や心療内科との連携も必要とされる。このような多診療科・多職種が連携するチーム医療の実践に向けて、集学的な肥満症治療センターの多くでは、カンファレンスの開催等を通じて、連携体制を強化し、集学的な治療を提供しているが、カンファレンスの開催や、前述の一部の内科的診療や非薬物療法は、十分な制度上の評価を受けていない。昨今新しい肥満症治療薬の上市がなされているが、その臨床試験でも非薬物療法が併用されており、臨床試験と同等の薬物療法の効果を得るためにも、多診療科・多職種連携を推進し、集学的なチームによる非薬物療法の提供体制を強化する必要がある。

#### 集学的肥満症治療センターにおける、専門的かつ全人的な肥満症治療体制の整備とそのためのインセンティブを設計する

高度肥満症を抱える患者に対し継続的に全人的な治療を行うには肥満症治療コーディネーターのような、患者の相談窓口、かつ複数診療科、医療者と調整できる役割を持って患者の治療に伴走する医療者の存在が不可欠である。短期的には、肥満症治療コーディネーターがもつ機能を多職種で補い、患者を中心とした治療をし続けられる環境を整えることが望まれる。長期的には、肥満症治療コーディネーターの活動および多職種チーム医療に対し診療報酬加算を行うことで、長期的にかつ病院内のみならず地域社会との連携を含め、患者を広く支援できることが必要である。

### 肥満症治療コーディネーターの役割

肥満症の治療には、薬物療法や外科治療のほか継続的に食事療法、運動療法、それらを支持する行動療法などが行われる。肥満症治療はたとえ外科手術を行う予定であっても長期的な食事療法、運動療法などの治療が必要である。さらに、肥満症患者は治療の過程において、それまでの食欲を抑制されることにより、精神的ストレスを抱えることになる。そのほか、肥満症患者の特徴として、社会経済的課題、精神疾患、知的障害を持つこともある。このため、肥満症治療においては内科医、看護師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、精神科医／心療内科医、臨床心理士といった多職種の間わりが必要であり、多職種かつ長期的に一貫したサポートが求められる。

このようなことを背景として減量・代謝改善手術を行っているとする病院では、集学的治療を持続的に行うため、「肥満症治療コーディネーター」を配置している。肥満症治療コーディネーターは、肥満症治療における食事療法や運動療法、精神的なサポートなどをはじめ、予約の管理や日常生活の相談など多岐にわたり活動している。肥満症治療コーディネーターに対して、複数科の医師や当事者からは肯定的なフィードバックが聞かれている。

しかし、現在、肥満症治療コーディネーターの person 費は、診療報酬が加算されないことから、病院が費用負担をしている。また、認定されている資格ではないこと、確立された役職ではないことなどから、患者の就労支援等の生活に関する支援を目的に行政へ連絡する際や、その他、地域と協力を図る際に外部との連携がしにくいなど課題も多い。

**提言 5：肥満症政策推進およ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**

**課題**

肥満症に関する一般市民、患者の声および医療の実態に関する調査やデータが不足しており、十分に議論が行われていない状況がある。国内における肥満症の実態を包括的かつ正確に把握し、効果的な対策を講じることが難しい。肥満には遺伝的素因の関与も大きく、小児からの肥満の発症が大きな世界的な問題ともなっている。小児肥満は成人になってからの生活習慣病の発症とも深く関連し<sup>12</sup>、個別化した介入をするためにも、将来的には生涯に亘るデータの収集・集約が必要である。

わが国において医療データは主に、労安法に基づく健康診断、特定健康診査といった定期的な健康診査のデータと、医療機関で診察・治療を受けた際のレセプトデータが蓄積される。しかし、肥満症の研究や実態把握にこれらのデータを活用するには、各データ同士の分断と肥満症の疾患特性上の課題がある。

データの分断の観点からは、各健康事業の実施主体が異なり保険者が変わると追跡できないことおよび、疾患登録がないことが課題として挙げられる。また、レセプトデータと健康診査のデータを突合ができないことが課題として挙げられる。肥満症の特性の観点では、疾患としての認知度が低いために肥満症がレセプトへ登録がなされないこと、慢性疾患であるため肥満症の治療や介入の評価が困難であることが挙げられる。

また PHR も肥満症の研究に資するデータであるが、PHR の利用率は低く、また同様にデータの分断やデータの信頼性の課題もある。

新規に研究を立ち上げる必要性がある一方で、現場でのデータの入力の作業負担、長期にわたる患者フォローアップの必要性と肥満症の疾患の特性上疾患を捉えることの難しさ、資金不足等の課題が浮かび上がる。肥満症に対する疾患登録システム（レジストリ）研究を促進するための経済的支援は多くない。

12. Childhood Obesity Prevention — Focusing on Population-Level Interventions and Equity N Engl J Med. 2024 Feb 22;390(8):681-683. doi: 10.1056/NEJMp2313666. Epub 2024 Feb 17.

## 提言

肥満症・生活習慣病対策の効果や肥満症治療がもたらす社会的コスト抑制の効果に関するエビデンスを創出する

肥満症治療に対し有効な政策の策定や医療提供体制の構築を行うため、短期的には、現在行われている研究やデータの活用によりエビデンスを創出することが求められる。例えば、電子診療録直結型肥満症データベース研究（J-ORBIT: Japan Obesity Research Based on electronic health record）では多くの医療機関に電子カルテ情報の収集を呼びかけ、肥満症患者のデータベースを構築している。既存の研究がひとつの学会や医療機関のみではなく、多くの医療機関で運用されることで肥満症の実態把握とより効果的な肥満症治療方法の検討に繋げることが出来る。さらに、肥満症があることによる医療費、介護費等の経済的負担、労働機会の損失といった社会的コストも発生している。肥満症治療を通じて、健康障害が改善され、社会的コストの抑制にも繋がるといった、国民医療費の適正化に資するエビデンスを創出することも肥満症政策推進において求められる。

肥満症を含む慢性疾患対策の研究促進に向けて、生涯に亘るデータを収集・集約し、一元的なデータ基盤を構築する

肥満症とその他生活習慣病はリスクファクターを共通にしていることや互いに関連しうることから、出生時から成人に至るまでのライフコースに沿ってデータを収集・集約し、一元的なデータ基盤を構築することが望ましい。長期的には、学会レジストリやレセプトデータ、健診データなど多様なデータを接続し、PHRやウェアラブルデバイス、人工知能（AI: Artificial Intelligence）の活用によって未病の段階からデータ収集や、データ入力、分析の効率化なども図るべきである。科学技術をもって疾患横断の新しいモデルの情報プラットフォーム構築が国と連携して整備されるべきであり、これらは肥満症を含め社会の公衆衛生の向上に資する仕組みとなるだろう。

肥満予防もしくは、肥満症に至らないようにするための予防を目的とした対策

肥満症の人に対する治療の在り方や社会的支援・対策

**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**

### 課題

肥満やメタボリックシンドローム（通称メタボ）という言葉は、広く今日の社会に浸透している。一方で、その医学的な意味合いは必ずしも理解されているわけではなく、単なるボディイメージを指す言葉としての認識が広がっている。また、ボディイメージの多様性に対する社会の理解は不十分で、肥満傾向であることをネガティブに捉える風潮は根強い。さらに、生活習慣が肥満の原因となりうることは広く知られているのに対して、遺伝的要因および健康の社会的決定要因（SDH: Social Determinants of Health）が肥満に影響を与えることは十分に理解されておらず、肥満を自己責任と考える傾向もみられる。こうした環境は、肥満に対する社会、さらには本人のスティグマを助長し、公的保険医療による介入の妨げとなっている。

### 提言

**肥満には生活習慣の他に遺伝的素因ならびに健康の社会的決定要因の影響も大きいことを周知し、自己責任論から脱却する**

肥満・肥満症に対するスティグマへの対策には、学校教育も含めた長期的な教育、啓発が必要である。一般社会、さらには医療者の間でも自己責任論に帰結しやすいことが、医療機関内外でのスティグマを助長し、医療機関の早期受診や早期の適切な介入の妨げとなっている。そのため、自助努力による生活習慣改善だけでは難しい遺伝的素因ならびに SDH による肥満・肥満症が存在することを周知する必要がある。

**医療による介入が必要な「肥満症」を肥満やメタボリックシンドロームと区別し、正しい定義や認識を広める**

肥満と肥満症の違いが理解されていないことは、肥満症に対する専門的な医療受診に至らない要因のひとつとなっている。運動療法、食事療法、行動療法を軸とした非薬物療法が優先される肥満と、薬物療法や手術療法も積極的に検討される肥満症を区別し、肥満症がより医学的介入の必要性の高い疾患であることを周知すべきである。

**ボディイメージの多様性への理解を醸成し、社会的スティグマや肥満症当事者が持つセルフスティグマを解消する**

肥満傾向がネガティブに捉えられやすい日本の文化や、極端なボディイメージを良しとする風潮は肥満症治療の妨げになるばかりか、痩せることを目的とした肥満症治療薬の適応外使用を助長している可能性がある。ボディイメージの多様性に関する啓発を強化するべきである。

## 6.GLP-1 受容体作動薬（糖尿病治療薬・肥満症治療薬）の適応外使用に関する課題

肥満症治療はやせに関連する課題とも関わりが深い。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「GLP-1 受容体作動薬」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。効能が大きく、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。

一方で、GLP-1 受容体作動薬を美容やダイエットを目的の「やせ薬」として使用推奨していると見受けられる広告等がインターネット上に掲載されている。実際に、これまで、糖尿病治療薬である GLP-1 受容体作動薬が、審美的な目的で個人輸入や一部の医療機関での処方を通じて用いられる適応外使用の事例が報告されている。

2024 年 3 月現在、日本において肥満症患者に GLP-1 受容体作動薬が適応される場合、一定の要件を満たした施設・医師によってのみ保険診療で処方される仕組みとなっているが、今後、糖尿病治療薬の適応外使用の事例のように、肥満症治療薬の適応外使用が自由診療を通じて広がる可能性および、薬剤使用に伴う副作用と健康被害の増加が懸念されている。「やせ薬」としての使用によって引き起こされた健康被害に対しては医薬品副作用被害救済制度の対象外であり、厚生労働省、学会、製薬企業からは度々、GLP-1 受容体作動薬の適正使用を求める注意喚起を行っている。

適応外使用を防ぐには、医師の処方を防ぐことが必要であるが、「医師の処方権」が守られており、規制や罰則も存在しないことから、最終的には医師の良心に依拠せざるを得ない状況がある。適応外処方を行う医療機関へ薬剤を卸さないよう薬品卸企業へ働きかける他、医師への研修受講の強化や資格の設定、登録制度設置等の対策も今後検討が必要になる可能性がある。また、学会、医師会、行政、民間企業等のマルチステークホルダーが連携し、適正な薬剤の使用に関する情報提供とともに、副作用に対するリスクコミュニケーションを強化する必要がある。

また、2023 年 GLP-1 受容体作動薬を含む糖尿病治療薬の需要が高まり、国内でも一時期、供給不足となった。実際に、日本医師会が 2023 年 8 月から 9 月に行った「医薬品供給不足 緊急アンケート」によると、複数の糖尿病治療薬が入手困難、もしくは処方困難であると回答され、薬剤の安定供給に関する問題も発生している。

このように、供給不足の問題も発生しているため、適応外使用を防止し、治療薬を真に必要としている糖尿病ならびに肥満症の患者へ安定的に薬剤が安定して届けられるような仕組みが今後期待される。

## 7. 謝辞

本政策提言の作成にあたっては、以下の自治体、専門家、当事者に対してのヒアリングおよび、以下のアドバイザリーボード参加者による議論から論点を抽出いたしました。ご協力いただいた皆様に深く御礼申し上げます。本提言は、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取りまとめたものであり、各自治体の担当者やアドバイザリーボードメンバーなどの関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものでは一切ありません。本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

### ヒアリングにご協力いただいた自治体、専門家及び当事者

(敬称略・県と市・専門家・当事者ごとに五十音順)

佐賀県 健康福祉部 健康福祉政策課

福島県 教育庁 健康教育課

宮城県 保健福祉部 健康推進課

北海道釧路市 こども保健部 健康推進課

肥満症当事者 4 名

### 「肥満症対策推進プロジェクト」アドバイザリーボードメンバー

(敬称略・五十音順・ご所属・肩書はご参画当時)

**今岡 丈士** (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 メディカルアソシエイトバイスプレジデント・メディカル)

**岡村 智教** (慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学教室教授)

**小熊 祐子** (慶應義塾大学 スポーツ医学研究センター・  
大学院 健康マネジメント研究科准教授)

**加隈 哲也** (大分大学 医学部看護学科基盤看護学講座 健康科学領域 教授)

**黒瀬 巖** (日本医師会 常任理事)

**齋木 厚人** (東邦大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野 教授)

**新垣 友隆** (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 シニアアドバイザー)

**杉井 寛** (ノボノルディスクファーマ株式会社 取締役副社長 開発本部長)

**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)

**龍野 一郎** (日本肥満症治療学会 理事長／千葉県立保健医療大学 学長)

**横手 幸太郎** (日本肥満学会 理事長／千葉大学医学部附属病院 病院長)

## 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>

## 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）
- 坂内 駿紘 （日本医療政策機構 マネージャー）
- 平家 穂乃佳 （日本医療政策機構 アソシエイト）
- 大河 明咲子 （日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
- 小林 恭子 （日本医療政策機構 プロジェクトアシスタント）
- 乗竹 亮治 （日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO）

## 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しません。

### 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・団体（五十音順）

国立大学法人 政策研究大学院大学 グローバルヘルス・イノベーション政策プログラム  
日本イーライリリー株式会社  
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

