週刊 日経メディカル
PDF版：2026年8月7日号（No.264）



日本の成人の約4人に1人が有しているとされる代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）。2026年4月にガイドラインが改訂され、6月には国内初の治療薬が登場するなど、MASLD診療は大きな転換期を迎えている。かかりつけ医と専門医に求められる役割をまとめた。

4月に発刊された「MASLD診療ガイドライン2026改訂第3版」（日本消化器病学会・日本肝臓学会）は、病名が従来の非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）および非アルコール性脂肪肝炎（NASH）からMASLD、代謝機能障害関連脂肪肝炎（MASH）に変更Ⓐされて以降、初の改訂だ。

ガイドラインの作成委員会委員長を務めた虎の門病院（東京都港区）肝臓内科部長の芥田憲夫氏は、「現状、MASLD患者の大半はかかりつけ医が診ている。今回の改訂では、かかりつけ医から消化器や肝臓の医師への橋渡しのタイミングを分かりやすく整理した」と話す。

紹介すべき患者の指標は？「FIB-4 1.3」だけではない

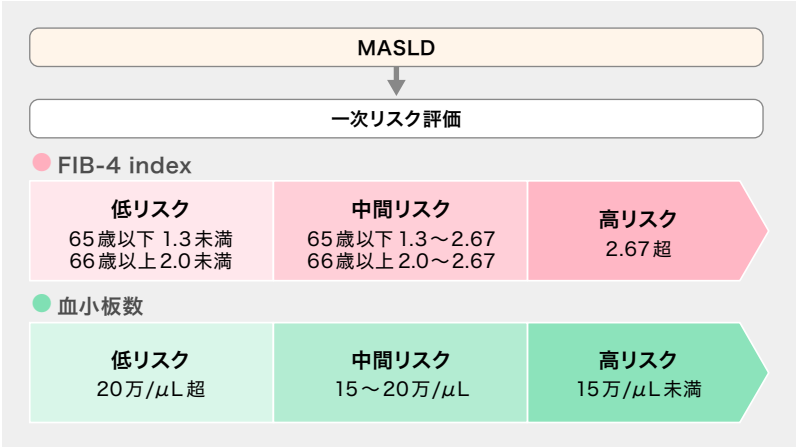
ガイドラインでは、主にかかりつけ医が行うMASLD患者の一次リスク評価の指標として、低～高リスクの「FIB-4 index」および「血小板数」の値を明記（**図1**）。中間リスク以上の患者は消化器や肝臓の診療を得意とする医療機関に紹介する流れを示した。「定期的にFIB-4の値を確認し、リスクが高いと疑われる症例を適切に紹介してほしい」と芥田氏は強調する。

旧ガイドラインとの違いは、66歳以上の患者には65歳以下とは異なるカットオフ値が設けられたこと。FIB-4は年齢の影響を大きく受けるため、「FIB-4高値で紹介されてきた患者が、単に高齢であるだけだったというケースも経験した。FIB-4をチェックすることだけが一人歩きしている状態だった」（芥田氏）。

さらに、「紹介前には最低限、エコー検査などで脂肪肝の存在を確認してほしい」と同氏は話す。「画像または組織学的な肝脂肪化」を認める脂肪性肝疾患（SLD）であることは、MASLD診断の大前提だ。

MASLD患者の診療では、悪性腫瘍や心血管疾患、脳血管疾患など肝臓以外の疾患にも注意が必要となる。「かかりつけ医は、脂肪肝を診たら肝臓以外の異常の可能性も疑ってほしい」と芥田氏。他疾患との関連については、ガイドラインに最新のエビデンスが記載されているⒷ。

図1　MASLD患者の一次リスク評価
（「MASLD診療ガイドライン2026改訂第3版」を基に編集部作成）



MASH適応追加のセマグルチド投与前に必ず丁寧な精査を

2026年6月、国内初のMASH治療薬としてGLP-1受容体作動薬セマグルチド（商品名ウゴービ）が承認されたⒸ。4月のガイドライン発刊時点では

関連記事はこちらをクリック
「QRコード下の英数字＋日経メディカル」でウェブ検索もできます。

A 581396　B 594067　C 593719　D 593715　E 594069

表1　セマグルチドのMASHへの主な適用条件
（添付文書、最適使用推進ガイドラインを基に編集部作成）

対象となる患者について

- 線維化ステージF2またはF3（生検あるいは非侵襲的検査で判定）
- 原則BMI 23.0kg/m²以上

施設について

- 教育研修施設として認定※された施設
- 常勤の管理栄養士による適切な栄養指導を行うことができる体制が整っている施設

※ 日本肝臓学会、日本消化器病学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会のいずれかの学会による

投与開始後について

- 投与中も食事・運動療法を継続すること
- 3～4カ月間投与しても改善傾向を認めない場合は中止を検討
- 投与開始12カ月後を目安に生検や非侵襲的検査で肝臓の状態を確認

「MASLDに対して、GLP-1受容体作動薬の使用を提案する（推奨の強さ：弱）」とされていたが、芥田氏によると、今後「提案」から「推奨」に、推奨の強さも「強」に変更される予定だという。

治療薬の登場により、投与可否を判断する専門医の役割が一層重要となる。国際医療福祉大学熱海病院病院長・消化器内科統括教授の中島淳氏は、「かかりつけ医は治療対象患者を適切に紹介し、紹介を受けた専門医は適切に診る――という医療現場での行動変容が問われている」と述べる。

前述の一次リスク評価に基づいて、セマグルチドの投与対象となり得る患者が紹介されることになるが、FIB-4は陰性的中率が高いものの、陽性的中率が低い。肝線維化が過大に評価されていないか精査し、薬物治療の必要性を検討するのが専門医の役割だ。線維化ステージの判定においては、「肝生検の実施をまずは考慮した上で、患者の希望なども踏まえて非侵襲的肝疾患評価法に基づいた判定もされ得る」（中島氏）。

セマグルチドは、食事・運動療法の継続を前提に、線維化ステージがF2またはF3で、原則としてBMI 23.0 kg/m²以上の患者に投与する（**表1**）。中島氏は、「少なくともF3の患者には、適用条件を満たせば積極的に使用を検討してよいのではないか。すでに生活指導を受けているのであれば、一刻も早く治療を開始したい」と話す。

副作用としては、下痢や便秘、悪心、嘔吐（おうと）といった胃腸障害が多く報告されているものの、大半は一過性の軽度なものだったという。「増量を急がず、添付文書の記載通りに投与し、患者の状態に応じて減量や増量ペースを落とすなどの対応で十分コントロール可能だろう」（同氏）。

なお現在、MASLDに対して複数のGLP-1関連受容体作動薬の治験が進行中だD。将来的に、治療選択肢はさらに増えるかもしれない。

2型糖尿病合併の患者では？ FIB-4低値でも油断禁物

MASLD患者は2型糖尿病を合併していることが多い。このような患者には、糖尿病治療としてGIP/GLP-1受容体作動薬のチルゼパチド（マンジャロ）などがすでに投与されているケースも少なくない。日本医科大学消化器内科学の酒井千香子氏は、「同薬の投与により、2型糖尿病合併MASLD患者で肝病態の改善を認めた」と話す。チルゼパチドは、現時点でMASHに対する使用は保険適用外だが、ガイドラインでは使用を「提案する」とされている。

実際に、酒井氏らが2型糖尿病合併のMASLD患者を対象に行った多施設後向き研究（解析対象160症例）では、チルゼパチドの投与開始後48週で肝酵素や代謝指標が改善。FIB-4は平均値で1.11から1.01に低下傾向を示した。解析対象には、GLP-1受容体作動薬では十分な血糖コントロールが得られなかったため、チルゼパチドに変更した症例も含まれた。

同氏は、「2型糖尿病を合併するMASLD患者の中には、FIB-4低値でも線維化が進行した症例もある」と指摘。その上で、「糖尿病内科では、FIB-4が低値の糖尿病患者であっても定期的に肝機能を再評価し、必要に応じて消化器内科に紹介するなど、両診療科でより連携していく必要があるだろう」と話しているE。　（小川 梨紗）

本文の表記・内容などは2026年8月時点の情報に基づきます。私的使用など著作権法上の例外を除き、本PDFの複製、印刷、配布等を禁じます。
©Nikkei Business Publications, Inc.
All Rights Reserved.