

Q：実際に治療に関与され、その何パーセントくらいに肥満の解消(検査成績の改善など)がみられるのでしょうか。先生方のご経験に基づいて教えてください。

**立川** これは皆さんお知りになりたい質問でしょうね。小児肥満の方からお願いします。貴田先生、いかがでしょうか。

**貴田** それでは正直にお答えさせていただきますと思います。私は小児科外来のなかに肥満外来を設けまして、肥満の子供達の治療を20年ばかり続けています。正確な数字ではありませんが、私が今まで治療した患者さんについて申しますと、治療効果があったというふうに判定できる患者さんは、およそ35～40%になります。決して40%を超えてはいません。先程申しあげましたように、学校現場で指導いただいている児童は、肥満の程度が中等度あるいは軽度で、軽いということもあります。逆にこの場合には軽減が難しい、コンプライアンスが低いということもあります。例えば学校現場で、小・中学生を毎日の生活に則して指導していただきますと、ほぼ50%の子供で、データの差はあっても改善が認められています。それはその直後だけではなく、2年後、3年後のデータもこのようになるということでしたので、日々の生活に密着した、現場での指導が効果があるのではないかと思いました。

**白井** 初診で来られた場合、すでにある程度の決意を持って来られるので、約1/2で効果が認められ、あとの1/2のうち、半数は難渋しながらも徐々によくなり、残りの1/2(全体の1/4)は改善がほとんどみられないところだと思います。効果のみられない例は、やはり精神的な問題を担

っていることが非常に多く、それらの問題の解決を優先すべきかもしれません。

**宮崎** 肥満の治療効果ですが、結局これは考え方を変えなければいけないのではないかと最近思っています。それはどういうことかと申しますと、一口に肥満といいましてもさまざまなタイプがありまして、それによって治療のターゲットが異なるのではないかとことです。具体的に申しますと、超肥満タイプの肥満症と、マルチプルリスクファクターを持っている肥満症と、合併症の少なく関節障害が主のタイプの肥満症では、それぞれ治療のターゲットが違うのではないかとおもうのです。これまでは肥満症をひとくくりにして一律的に体重を減らして、それが治療の目的ということになりがちでした。これではいつまでも「肥満」を対象にしているということで「肥満症」をみているのではなくなくなってしまっているのではないかと思います。そういう意味で、治療のターゲットというのは、例えばマルチプルリスクファクター型の場合は、現体重の5%でも減量できればかなりの症状、検査成績が改善しますので、かなりの割合の人で治療効果がみられたこととなります。

逆に睡眠時無呼吸症候群のある超肥満症の場合は、即刻体重を20kg減らさなければいけない、それでも改善されなければ、さらに体重を減らす必要があります。

また、合併症のない肥満、キャラクターとしての肥満というような、肥満

症ではないものもあれば、地道に時間をかけて治療するタイプのものもあり、それぞれタイプごとに治療のターゲットを決めていく必要があると思います。一律に、体重が減ったから治療が奏効したというのは、患者さんが体重計をみて喜んだり、がっかりしたりしているのと同じことを、われわれ医者もしているのではないかと思われ、決して適切な肥満症の診療ではないのではないかという危惧を持っています。そういうことから考えますと、体重も大変大事なことでありますが、それだけに目を奪われてはいけないということで、私どもの治療成績では3～5kg減少して検査成績がよくなったマルチプルリスク型の肥満症もあれば、20～30kg減少しないと睡眠時無呼吸や関節痛の改善しない例もありました。

**立川** ありがとうございます。

**徳永** 今、宮崎先生もいわれましたように、私も、肥満症には治療すべき肥満と、そうではない肥満があると思うのです。マルチプルリスクファクター型のようなものからmassiveな肥満のようなものは治療すべきですが、それ程太っていないくて、合併症も認められないのにやせたいという人はかなりいます。そういう人がいろいろな健康食品などで健康障害を起こしています。

2001年のことですが、われわれの病院に、30歳代と50歳代の女性が劇症肝炎のため入院して来ました。中国の漢方薬を飲んでいまして、GOT、GPT

が2,000近くに上昇し、肝臓の働きもかなり衰えて、肝臓移植をしなければいけないような状態にまで進んだ症例でした。これは厚生労働省にも2001年11月に報告しましたが、2002年5月には東京で1人死亡者が出て、新聞紙上で大騒ぎになりました。健康食品にも、よいものもあるのですが、怪しいものも結構あります。死亡事故を起こした薬も、中国で食欲抑制剤としてフェンフルラミンを使い、それを隠すために亜硝酸剤を混ぜ、そのためにN-ニトロソフェンフルラミンのような発癌性物質ができて、それで肝障害を起こしたわけです。皆さんも、治療すべき肥満と、そうではない肥満とを明確に区別して対応していただきたいと思っています。

**吉田** 私も同じ意見です。なぜ肥満と肥満症とわけて治療するかということを考えていただきたいと思います。

**奥田** 私は、肥満の予防が、肥満学会の一番大事なテーマではないかと思っています。

そのような意味で、健康食品のなかにもお茶の成分であるサポニン、あるいはキトサン、コンドロイチン硫酸、乳化オリゴ糖といったもののように、肥満の改善のために社会に受け入れられていて、しかも副作用がないことも証明されているものもあります。そういうきちんとしたものもありますし、また先程お話があったような副作用を持っているものもあります。そのあたりは、医師、管理栄養士がきちんとした対応を患者さんにすべきではない

か、そして肥満の予防という方向に、医師も含めて進んで行くべきではないかと思っています。

**立川** ありがとうございます。

それではまとめを坂田先生にお願いしたいと思います。

**坂田** 先程から何度も話に出ていましたが、肥満症の治療は、すんなりうまく行くと、皆さんはあまり関心を払ってくださいません。なぜうまく行かないのだろう、そういう疑問を持ってくださると、実はそれこそが、私どもが新しい技法を切り開く一番の原動力になるわけです。肥満症の治療に取り組まれる先生方は、ぜひ、ご自分なりの、こうすれば8割くらいはうまく行くという方法を、一つはお持ちになるようにお勧めします。