

第1章

肥満症診療ガイドライン2016の
目指すもの

1 肥満症診療ガイドライン2016までの経緯

日本肥満学会は、これまで2000年に「新しい肥満の判定と肥満症の診断基準」、2006年には「肥満症診療ガイドライン2006」、2011年には「肥満症診断基準2011」を発表した。ガイドラインに一貫した基本的な考え方は、肥満の程度にかかわらず、体重を減らすことによって医学上のメリットのある人を適切に選び出し、医学的に適切な治療・管理を行うというものである。

「新しい肥満の判定と肥満症の診断基準」ではBMI ≥ 25 の肥満と、治療すべき肥満である肥満症とが明確に区別された。肥満はBMIを計算し、25以上であれば判定できる。しかし、肥満症は治療すべき病態であるかを医師が判断、診断し、適切な治療を行うべきであるというメッセージが込められている。つまり、肥満という身体状況の判定と、医学的観点から減量治療を必要とする肥満症を疾患として診断することとを明確に区別したものである。

肥満症の概念は、欧米では近年検討され始めたところであり、2000年当時は、欧米では肥満とは体重の著しい増加、脂肪組織量の増加ととらえられ、それに対するアプローチ、治療はBMIの多少により決められ、体重の減少が主目的であった。欧米ではBMIが30を超える肥満者が人口の30%を超える国も少なくないが、日本では約3%とその10分の1にすぎない。しかし、肥満が軽度であるにもかかわらず肥満に起因する疾患の有病率は欧米と大きな差がない疾患も多い。軽度な肥満であっても、このような疾患が発症しやすいのは、内臓脂肪組織の蓄積によることが脂肪細胞機能の研究から明らかとなり、肥満症の診断には、BMI ≥ 25 で肥満と判定され、かつ、肥満に起因あるいは関連する健康障害を併せもつか、内臓脂肪が過剰蓄積した高リスク肥満である場合、と明記された。合併症ではなく健康

障害という言葉を用いる理由は、合併症は疾患に起因するという意味であり、単に身体状況を示しているにすぎない肥満に合併症という疾患が存在するのは適切でないと考えられたからである。

肥満症診療ガイドライン2006では、肥満症を脂肪局在部位の違いにより、内臓脂肪型肥満と皮下脂肪型肥満にわけ、内臓脂肪型肥満では脂肪細胞がアディポサイトカインの産生・分泌異常を引き起こしていることから「脂肪細胞の質的異常による肥満症」、皮下脂肪型肥満では脂肪組織が増加し体重が増加していることから「脂肪細胞の量的異常による肥満症」と区別した。治療の目標は体重の減少も重要であるが、BMI < 25 の普通の体重を目的とするのではなく、現体重の5%を減少させ、肥満症の合併症を改善させることに主眼をおくという画期的なものであった。5%の体重減少により内臓脂肪が大きく減少するため、肥満症の合併症が改善されるというエビデンスが明らかになったためである。

それに先立ち、2005年にはメタボリックシンドローム (MetS) の診断基準が日本肥満学会、日本内科学会などを中心とした8学会による合同の診断基準検討委員会により作成された。MetSの診断の目的は、心血管疾患のリスクを早期にチェックし、その予防、管理を行うことである。これまでのように血糖や血圧、脂質などの単独の危険因子に注目するのではなく、軽度な高血糖、血圧高値、脂質異常であっても内臓脂肪の蓄積が原因となっている場合は心血管疾患の高リスクであり、早期の生活習慣改善による体重減少が有効であることを示したものである。内臓脂肪蓄積のスクリーニング項目であるウエスト周囲長を必須項目とし、高血糖、脂質異常、高血圧の3項目のうち2項目以上あれば、MetSと診断される。当初、ウエスト周囲長を必須項目とする

診断基準に対して医学的合理性、妥当性があるかが問題となった。2008年には、このMetS診断基準を取り入れた、内臓脂肪蓄積に注目した特定健康診査・特定保健指導が実施されることになり、この診断基準に依拠した国家的健診事業を行うことの意義、妥当性が討議され、当初多くの異議が出された。しかし、5年間実施したその結果が報告されると、この基準で選択された被験者が生活習慣改善指導を受けることで、体重、腹囲が減少すれば血糖や脂質、血圧などが一挙に改善することが示された。この結果は内臓脂肪蓄積を基盤とする肥満症、MetSの病態は、体重の減少、内臓脂肪の減少で改善するという本学会の示した指針に合致するものであった。特記すべきことは、わずか3%の体重減少であってもこのような効果があることが証明されたことで、今回のガイドラインでも体重減少目標はまず3%減少と変更したのもこのためである。

2011年の「肥満症診断基準2011」では、肥満に起

因あるいは関連する疾患の多くは内臓脂肪蓄積によるものであることから、肥満症治療ガイドライン2006で示された脂肪細胞の質的異常による肥満症と脂肪細胞の量的異常による肥満症との病態は、質的あるいは量的な差異はあるが連続しているため、明確には区別できないと改められた。さらに、新しく高度肥満という病態を設け、その診断・治療は肥満症とは異なる対応が必要なことが明記されたほか、肥満に起因あるいは関連する健康障害に肥満関連腎臓病(CKD)が新たに加えられ、11種となった。

以上のように、本学会は肥満症の診療に関するガイドラインの改訂を重ねてきた。これまでのガイドラインでは肥満症の疾患概念についての検討が重ねられ、この概念を世界に発信する原動力となってきた。肥満・肥満症の病態・診断についての認識が広く定着してきたのは、本学会会員の日々の診療、研究に対する研鑽によるところが大きい。

2 日本肥満学会からの提言

日本肥満学会はこれまで、東京宣言(2000年)、神戸宣言(2006年)、淡路宣言(2011年)、名古屋宣言(2015年)と4回、ガイドラインの改訂に前後して肥満・肥満症に関する宣言を発表している。東京宣言では肥満と肥満症を区別して扱うことを提言しており、今回の名古屋宣言はこの概念を改めて世界に向け発信したものである。神戸宣言では肥満症とMetS対策の重要性を提示し、医学会と行政との協働した取組みを促し、2008年の特定健診・特定保健指導を開始する契機となった。神戸宣言では具体的に「3kgの減量、3cmのウエスト周囲長の短縮」を提案し、体重減少、ウエスト周囲長の短縮、すな

わち内臓脂肪の減少が疾患の改善、健康の維持に有効という、この提案が正しかったことが特定健診・保健指導で証明された。淡路宣言では肥満症のコホート研究の重要性と、専門医、生活習慣病改善指導士制度の制定による肥満症診療の充実を唱っている。名古屋宣言は第36回日本肥満学会と同時開催されたアジア・オセアニア肥満学会(AOCO)で、参加11カ国が討議し、調印した。その主旨は、治療すべき肥満を肥満症“obesity disease”として、日本の肥満研究、肥満症診療を世界に向け発信していくための重要な宣言であった。

3 肥満症診療ガイドライン2016改定の目的

今回のガイドラインでは、(1)疾患単位としての肥満症、高度肥満症のそれぞれについて減量療法の有用性を示し、(2)食事、運動、行動、薬物、外科

療法についてエビデンスに基づいて詳述し、(3)減量目標は、男女、年齢別にエビデンスを記載した。

肥満症診療ガイドライン2016を活用していただ

きたいのは、第一線で診療されている医師はじめ医療関係者である。専門外の内科系医師はもちろん非内科系医師や肥満症、MetS に起因あるいは関連する疾患の診療、管理、予防などに従事する医療職の方々である。肥満症診療ガイドライン 2016 は、(1) 肥満・肥満症を正しく理解し、(2) 肥満症の適切な診断、治療、予防を実践するためのガイドとし、(3) 不適切な治療法を排除し、(4) エビデンスを確認するために、手軽に利用していただきたい。

今回のガイドラインでは、肥満症を疾患単位として明確に取り扱い、肥満症の診断、治療では、減量により肥満に起因する複数の疾患を一挙に改善させることができることを示した。肥満に起因する糖尿病や脂質異常症、高血圧、非アルコール性脂肪性肝疾患、高尿酸血症などの疾患を個々別々に治療するのではなく、減量療法によってそれらを一挙に改善させることを推奨するものである。糖尿病や脂質異常症などの11種の健康障害の診療の際には、BMI \geq 25の肥満であれば肥満症に該当するので、このガイドラインを活用し体重減少療法を行うことがすすめられる。肥満症患者は通常複数の疾患を合併していることが多く、体重減少により同時に複数の疾患が改善する。患者が肥満症に該当すれば、単に対象疾患に対し薬物療法を行うのではなく、薬物療法前に積極的に減量療法を行うべきで、治療効果も大きく、

最終的には医療費の節減に寄与すると考えられる。

肥満症に合併する疾患の多くは内臓脂肪の過剰蓄積が原因であることが明らかになったため、今回のガイドラインでは脂肪細胞の質的異常、量的異常の区分を用いないこととした。また、 $25 \leq \text{BMI} < 35$ の肥満症と、 $\text{BMI} \geq 35$ の高度肥満症とは、病態も治療法も異なる対応が必要なため、明確に区分して扱うこととした。

肥満症の診療に関する大規模研究や大規模臨床試験などは国内外にも必ずしも多くはなく、今回のガイドライン作成にあたっては、疫学や健診、とくに特定健康診査・特定保健指導の成績を採用した。できる限りの範囲で内外のエビデンスを取り上げたが、必ずしも十分ではなく、今後の臨床研究の成果をまちたい。

糖尿病、脂質異常症、高血圧、非アルコール性脂肪性肝疾患、高尿酸血症など肥満に起因あるいは関連する疾患に対し生活習慣改善を行い、わずかに体重が減少する程度でこれらの複数の疾患が改善することが相次いで示されている。まさに、このことこそが肥満症の減量療法の有用性にほかならず、肥満症を疾患単位として治療することの意義を示していると考えられる。この肥満症診療ガイドライン 2016 を、生活習慣病といわれる疾患の治療に活用していただきたい。

4 肥満症診療ガイドライン 2016 でのおもな変更点

- 1) BMI \geq 35 の肥満を高度肥満とした。
- 2) 高度肥満と判定されたもののうち、肥満に起因あるいは関連する健康障害を併せ持つ場合に、高度肥満症と診断する。
- 3) 診療指針を肥満症、高度肥満症で区別した。
- 4) 減量目標を、肥満症では現体重の3%以上、高度肥満症では5～10%とした。
- 5) 整形外科疾患を運動器疾患と名称を変更した。
- 6) 肥満症の診断基準に必須な健康障害として、脂肪肝を非アルコール性脂肪性肝疾患に変更した。
- 7) 標準的ウエスト周囲長の測定法は、日本と海外とでは異なることを示した。