

巻頭言

肥満・肥満症・メタボリックシンドローム

東京通信病院内科
宮崎 滋

日本ほど肥満が冷遇されている国はない、と私は思う。特に医療の場においては、肥満はほとんど無視に近いのではないかとさえ思えてくる。健康保険でも、肥満は病気でないと言われている。食事指導も、BMIが30を超えなければ、栄養指導料がとれない。BMI 30以上の肥満者は、日本人のわずか3%程度である。学会の診断基準で肥満とされるBMI 25以上の人は栄養指導を行っても、栄養士はタダ働きである。肥満症を改善させる薬もない。92年に認可されたマジンドールについてもBMI 35以上でないと使えないし、使えたとしてもこのような肥満者はわずか0.3%にも満たない。肥満症治療薬であるシブトラミンは、日本以外の国々では世界中で使われているのに、日本では延々と開発治験が続いている。厚生労働省が、体重を減らすだけでは薬として認可できない。糖尿病や脂質代謝異常という「病気」がよくなる限り認可しない、という姿勢を変えていないためである。膨大な追加治験を要求された脂質消化吸収阻害の肥満症治療薬開発メーカーは、割があわないと日本での開発を中止してしまった。

当院では、肥満外来を開いている。この外来の平均体重は年々上昇している。多くの病院から紹介されるからである。しかし、不思議に思うのは、紹介先の先生方が何故治療をしないのか、肥満であればすぐ紹介するのはどういう理由かということである。ひとつは、肥満症を治療しても、診療報酬上のうまみがないからであろう。薬がないから、もっぱら生活改善指導、栄養指導しかないのだから、時間だけがかかる。もうひとつの理由は、肥満症治療の理解が乏しく、ノウハウがないためだろう。早い話、どのように治療してよいかわからないのではなかろうか。『肥満症治療ガイドライン』の普及が望まれる。

このような状況に出現したのがメタボリックシンドロームである。私は日本肥満学会が、メタボリックシンドロームの概念の確立に大きく寄与したことは間違いないと考えている。特に内臓脂肪の役割を明確にされた松澤佑次理事長の功績なしには、メタボリックシンドロームは生まれなかったと思う。メタボリックシンドロームは、肥満の中でも内臓脂肪蓄積に源流を發する複合病態であり、本学会の『肥満症治療ガイドライン』に示された脂肪細胞の質的異常タイプの肥満、メタボリックシンドローム型の肥満とほぼ重なり合う概念である。

ところが、脂肪細胞や肥満症などというタイトルでは、講演会に誰も来ないが、メタボリックシンドロームを題名につけると会場は鈴なりになる。この降圧薬を使うと血圧が下がるだけでなく、内臓脂肪が減るとか、この糖尿病治療薬を飲むとアディポネクチンが増えるとかが議論される。内臓脂肪を減らすと血糖や血圧が下がる話にはならない。ここでも肥満は冷遇されている。

私は、メタボリックシンドロームは肥満から生じ、心血管疾患、脳血管疾患に移行する重要なワンステップということに疑いはないが、重症肥満への入口のひとつになると考えている。これまで、日本人はインスリン分泌能が低いので、太るとすぐ糖尿病になり、重症肥満

にはならない、という説があったが、現実には150kgを超える超肥満者が若年層に増加している。エネルギーの過剰摂取、特に脂質の過剰摂取のためではないかと考えられる。

これからの医療は肥満にもっと関心を持つ必要がある。私はWeight oriented medicineと称し、体重を考慮する診療を心がけている。体重の変化は、即生活習慣の変化であり、血糖、血圧、脂質の変動に先駆けて変化するからである。体重を減少させることが、内臓脂肪を減少させることであり、生活習慣改善の証になる。一部にメタボリックシンドロームは病人を増やすための基準と批判するむきもあるが、そうではない。生活習慣を改善し、糖尿病、脂質代謝異常、高血圧を改善し、心血管疾患の予防、治療を行えという警鐘であると考えている。

今必要なのは、肥満、肥満症についての理解であり、その正しい治療、指導の普及である。国民に対してはもちろんのこと、医療にたずさわる人達により必要ではないかと考える。日本肥満学会の重要な使命のひとつではないかと思う。

最後に、会長を務めさせていただいた第28回日本肥満学会では1,800余名の参加者が、熱心に肥満、肥満症、メタボリックシンドロームについて発表討議して頂きました。不慣れなことで行き届かないことも多々あったと思いますが、皆様の御協力が無事終了したことを心より感謝いたします。