

取材日：2017年12月20日



肥満症



伊藤医療圏

多職種チームで高度肥満症を治療。 外科手術も積極的にとり入れる。

Point of View

- ① 糖尿病・内分泌・代謝センターが組織した多職種の肥満症治療チームで高度肥満症治療に取り組む
- ② 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術をはじめとする外科手術を積極的にとり入れる
- ③ チームの各職種のメンバーが連携し、生涯にわたるメンテナンスとサポート、フォローアップを前提に患者と向き合う

東邦大学医療センター佐倉病院
副院長／内科学講座教授／
糖尿病・内分泌・代謝センター

龍野 一郎先生

東邦大学医療センター佐倉病院
内科学講座准教授／
糖尿病・内分泌・代謝センター

齋木 厚人先生

東邦大学医療センター佐倉病院
外科学講座准教授／
消化器外科

大城 崇司先生

東邦大学医療センター佐倉病院
精神神経医学講座講師／
メンタルヘルスクリニック

林 果林先生

東邦大学医療センター佐倉病院
栄養部
管理栄養士

鮫田 真理子氏

東邦大学医療センター佐倉病院
看護部

玉川 智子氏

肥満症治療チームによる オベシティカンファレンス

糖尿病や高血圧、脂質異常症と深くかかわる肥満症の治療を積極的に行う医療機関がまだまだ少ない中、東邦大学医療センター佐倉病院は、糖尿病・内分泌・代謝センターを中心に多職種から成る肥満症治療チームを有し、手術を含めた肥満症の治療に取り組んでいる。そんな糖尿病・内分泌・代謝センターを率いるのは同院副院長でもある龍野先生だ。「肥満の程度を示す指標としてBody Mass Index (BMI：肥満度を表す体格指数)があり、日本ではBMIが25以上は肥満、35以上は高度肥満に区分され、肥満に起因あるいは関連

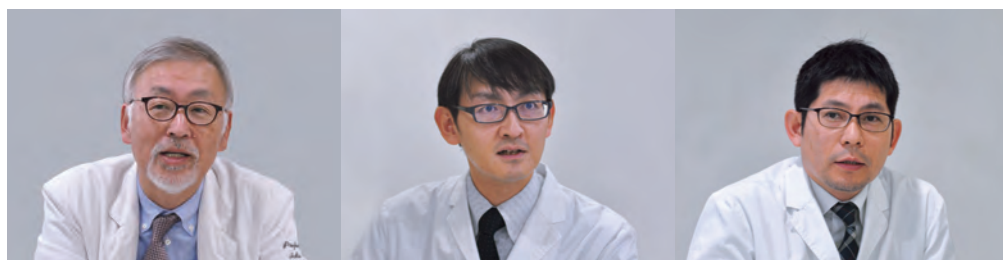
する健康障害があるケースを肥満症と言います。

肥満症では糖尿病や高血圧、脂質異常症などの合併症の発症頻度が高く、肥満症の治療が糖尿病そのものの治療につながるケースも珍しくありません」(龍野先生)

肥満症治療チーム責任者の齋木先生が話を続ける。

「そこで当院では、糖尿病・内分泌・代謝センターで肥満症治療に取り組むこととなり、25年ほど前に肥満症治療チーム(以下、チーム)を立ち上げ、オベシティ(肥満)カンファレンスを開始しました。

肥満症に対する根本的かつもっとも有効な治療法は減量。基本は食事療法と運動療法ですが、それらを支



左から龍野先生、齋木先生、大城先生、林先生、鮫田氏、玉川氏

える行動療法や、一部には薬物治療もあるため、内科医だけでなく看護師、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、肥満症治療コーディネーターといった多職種によるチーム構築が不可欠だったのです」(齋木先生)

2010年からは外科手術が加わる。「重症化した糖尿病、腎障害や心不全、整形外科的な骨格筋疾患、不妊症、睡眠時無呼吸症候群などを合併した高度肥満症の場合は、20%以上の体重減少が必要になります。当院の内科的治療による体重減少率は、年間平均約10%と高い減少率を達成していますが、より多くの患者さんの健康障害を救うには、外科的治療を選択肢として持つことが必須だと判断しました」(齋木先生)

「欧米では60年以上の歴史と実績を持つ外科手術ですが、日本での普及はあまり進んでいません。当院で早くから外科手術をとり入れられたのは、チームによって患者さんを支援する体制ができあがっていたからです」(龍野先生)

高度肥満症の外科手術は約7年間で100例の実績

今ではチームの重要なメンバーで糖尿病・内分泌・代謝センターと協働する消化器外科の大城先生が振り返る。

「高度肥満症に対する外科手術を開

始したのは2010年7月、以降、2018年1月までの約7年間で100例に手術を行ってきました。

当初は開腹手術もしましたが、現在は全例、低侵襲で安全面のメリットが大きい腹腔鏡下手術です」(大城先生)

外科手術には、保険適用のスリーブ状胃切除術、自費診療のスリーブバイパス術(【資料1】)、胃バイパス術の3つの術式がある。

「患者さんそれぞれにもっとも適した術式を選択しますが、当院では80%余がスリーブ状胃切除術です。

胃の容量を小さくすることで摂食が制限されるだけでなく、たとえば糖尿病の改善に寄与するホルモンの一種のインクレチンや、胆汁酸の分泌を促進させるなどの効果もあります」(大城先生)

日本肥満症治療学会の肥満外科手術認定施設は、2017年時点で同院も含めて全国に13施設。それらの共同データから術後3年目の体重減少率は約30%(【資料2】)、糖尿病の病状も改善するとの結果が明らかになってきているようだ。とはいえ外科手術を安易に考えてはならない。「外科手術を実施できる施設や術者には、手術件数など実績の要件があり、患者さんに手術の適応があるか否かの基準も厳格。BMI35以上の高度肥満で、糖尿病もしくは高血圧、脂質異常症を合併していることが絶対条件です。

【資料1】

スリーブ状胃切除術とスリーブバイパス術

スリーブ状胃切除術

- 胃をバナナのように細くする(残る胃の容量は100ml程度)
- 食事摂取の制限による体重減少が期待できる
- グレリン(食欲を刺激するホルモン)が減少する
- 糖尿病の改善も期待できる
- 2017年11月現在、日本では保険診療で受けられる唯一の肥満・糖尿病外科手術
- 国内のみならず海外でももっとも多く行われている



スリーブバイパス術

- 摂食制限と吸収制限による体重減少が期待できる
- 胃バイパス術と似た効果がある(体重減少、糖尿病改善)
- 術後も通常の胃内視鏡で胃の観察ができる

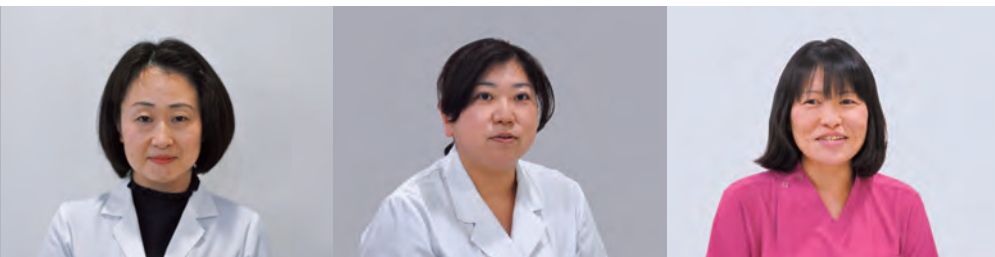


さらに手術のタイミングを計るのが難しい。外科手術は、内科的治療で改善が見られず重症化してしまっただけからの最終手段ではありません。術後、薬を使わなくても血糖値をコントロールできるような劇的改善が見られるのは、糖尿病の罹病期間が短く、インスリン分泌能がきちんと残っている患者さんがほとんど。

手術をいつ行うかの見きわめは、たいへん重要なポイントです」(大城先生)

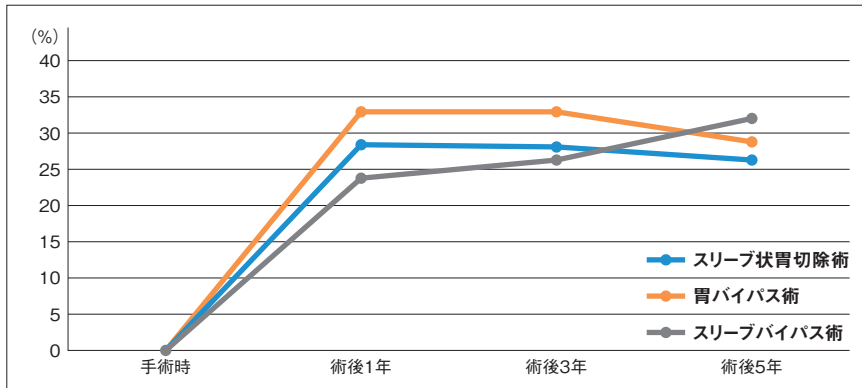
メンタルヘルスクリニックの術前術後の心強いサポート

肥満症治療に関しては、身体面に加えて精神面からのサポートが欠かせない。チームの一員で院内のメンタルヘルスクリニック(以下、メンタルクリニック)の精神科・心療内



【資料2】

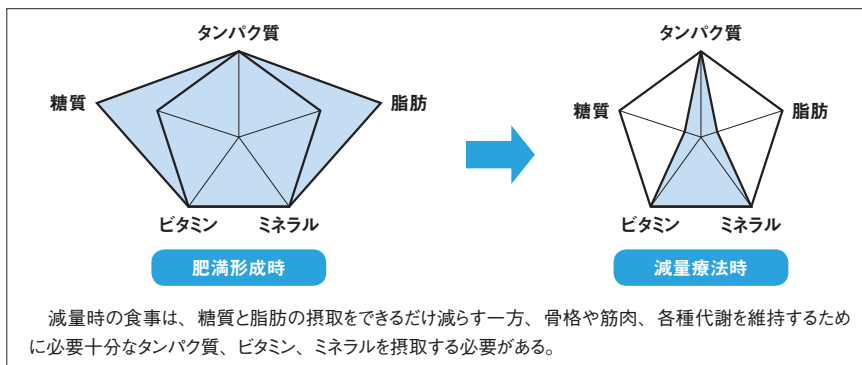
各術式における総体重減少率



出典：Haruta et al. Long-Term Outcomes of Bariatric and Metabolic Surgery in Japan: Results of a Multi-Institutional Survey. Obes Surg. 2017 Mar;27(3):754-762

【資料3】

フォーミュラ食による食事療法



科医、林先生が肥満症と精神面の問題の関係を語る。

「特に、手術が必要になるほどの高度肥満症の患者さんの多くは、心理社会的、精神的な問題、または環境や性格の問題を抱えています。精神疾患を合併している症例も多く、うつのほか、不安障害や発達障害などの疾患が見受けられます。したがって精神面のサポートを無視した肥満症治療の効果は限られるでしょう。患者さんによっては手術がきっかけで精神的な問題が悪化する場合もあり、術前の見立てと術後のフォロー体制が必要となります」(林先生)

「ですから、外科手術が適応する高度肥満症の患者さんに対しては、全例、まずは精神面のチェックをお願いしています」(齋木先生)

「医師の面談と臨床心理士による心理テストを行い、結果をオベシティカンファレンスで発表します。

治療に対する精神面からのアドバイスをするほか、術前に本人も気づいていない精神疾患を合併していることも多いため、その際はメンタルの治療が安定するまで手術をいったん保留にさせていただくこともあります」(林先生)

メンタルクリニックの医師は、必

要とあれば、術後のフォローアップにもたずさわる。

「術前にメンタルクリニックで全例の精神面の問題を評価してもらっているので、術後に何か問題が懸念されたときにはメンタルクリニックの医師に気軽に相談できます。これは患者さんだけでなく医療者にとってもたいへん心強いこと。肥満症治療には、身体面を診る内科医や外科医と、精神面を診る精神科医との両輪が必要なのです」(齋木先生)

チームの各職種がきめ細かく患者個々の行動変容を支援

チームで活躍する管理栄養士の鮫田氏からは、食事療法について話を聞いた。

「手術を受ける患者さんには、術前から栄養管理を行い、減量しながら術後を見据えて正しい食習慣を身につけていただきます。術後は、食事摂取量が減少するので栄養不良にならないよう、また筋力低下の予防のためにも、糖質や脂質を極力少なくする一方でタンパク質やビタミン、ミネラルを多く含む食事のとり方を身につけていただく指導をします」(鮫田氏)

手術をしない患者に対しても管理栄養士による栄養指導や食事療法は非常に重要だ。

「手術の有無にかかわらず、私たちが栄養指導で用いているのがフォーミュラ食(【資料3】)です。3食のうち1~2食をフォーミュラ食に置き換えることで、バランスの良い食生活が容易になり、筋力を維持しつつ体脂肪を減らすなどの減量効果が望めます」(鮫田氏)

肥満症治療には、食生活の改善を含めて患者自身の行動変容が肝心である。患者の近くで親しくコミュニ

ケーションをとり、患者の行動変容を促す主軸となる看護師の玉川氏がチームの行動療法の特徴を紹介してくれた。

「患者さんの中には、体重測定の経験がない、ご自身の肥満を直視できない方々がいます。そうした患者さんにも徐々に良い習慣を身につけてもらおうと開発したのが、『ウェイトコントロールファイル』（【資料4】）です。毎日の体重の測定と記録を習慣化できるように工夫した自己管理ノートで、チームで診ているすべての患者さんにお渡ししています」（玉川氏）

ファイルは主に、年間を通しての採血等の検査結果を記入するページと、毎日の体重をグラフ化するページで構成される。外来診察の際には医師、看護師、管理栄養士のそれぞれが、このウェイトコントロールファイルを通じて情報を共有しながら患者への個別指導を行う。

「体重の増減が著しい日があっても決して患者さんを否定せず、『この日は、いつもと違うことがありましたか？』などと問いかけて、患者さん自身に行動を振り返ってもらいます。食事や運動に対する自覚を促し栄養摂取量や活動量と、体重の増減との因果関係を把握させることが行

動変容につながるからです。

体重の増減にかかわらず測定や記録を習慣にさせていただき、そのうえで一緒に考え、次のステップへといざなう。ウェイトコントロールファイルは、行動変容を着実に進める大切なツールと言えます」（玉川氏）

外科手術の有効性を広く知らせ、連携の強化もめざす

「肥満症治療は、いったん体重が減ったからといって終わりにはなりません。外科手術をした場合は、リバンドだけでなく、栄養障害やメンタルの問題などが生じるケースが少なくなく、特に気をつけて長く診ていく必要があります。チームのメンバーは、医師も多職種の治療スタッフも皆、患者さんが手術をしてもなくても、良いときも悪いときも、一生を診ていく覚悟で診療にあたっています」（齋木先生）

大城先生は将来、高度肥満症や糖尿病のための外科手術の認知度が上がり、学ぶ医師が増えることを望んでいると話す。

「私たち消化器外科医の主な仕事は安全で丁寧で効果の高い手術の実施と、術後の身体機能のメンテナンスです。非常に高度なスキルが要求さ

れる分、やり甲斐もあるのですが、残念ながらこの分野を志す消化器外科医は、まだまだ少ないのが現状です」（大城先生）

「チームづくりも簡単ではありませんが、サポートを受けられない難民患者を増やさないように、各都道府県に最低ひとつは、外科手術を含めしっかりと肥満症チーム医療ができる施設ができてほしいですね」（齋木先生）

龍野先生の思いも齋木先生や大城先生と同様ようだ。

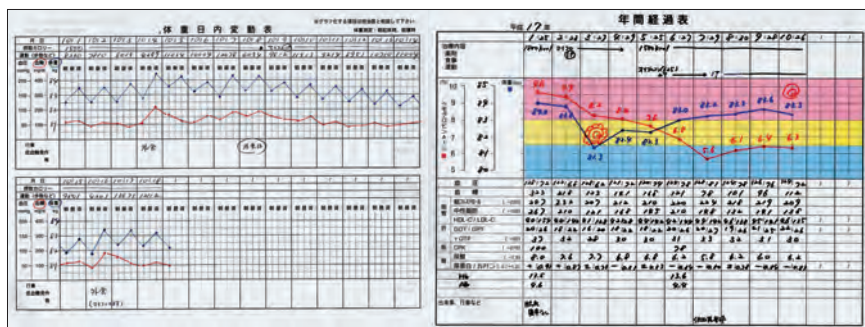
「これからのいちばんの課題は、たくさんの方の医師に高度肥満症に対する外科手術の有効性を広く知ってもらうことです。中でも糖尿病を扱う内科の先生方に治療の選択肢のひとつとして認めていただければ、救える患者さんは確実に増えます。

また、手術は専門の肥満症治療センターで行い、フォローアップはセンター内のチームに限らず、地域の診療所の先生方にも協力してもらえるような体制づくり、つまりは病診連携も大切になるでしょう」（龍野先生）

龍野先生は、厚生労働省の難治性疾患政策研究事業『食欲中枢異常による難治性高度肥満症の実態調査』の研究代表者を務めており、同院の臨床実績や研究成果をもとに、高度肥満症に対する外科手術の普及に尽力している。東邦大学医療センター佐倉病院のチームは、肥満症治療の新しいページを開いていく重要な役割の一翼を担っているのだ。

【資料4】

ウェイトコントロールファイルの使用例



東邦大学医療センター佐倉病院

〒285-8741
千葉県佐倉市下志津564-1
TEL : 043-462-8811