



医療
連携

つつし

vol.54

2026

春号

TOPICS

新年度のご挨拶
最近の肥満症治療
肥満症治療における看護師の関わり
変形性膝関節症と肥満の関連性 — 内科肥満外来との連携の重要性
肥満と循環器疾患
肥満治療薬導入後における管理栄養士の意識の変化

新年度のご挨拶

病院長 橋本 政典



平素より、地域医療連携におきまして格別のご理解とご支援を賜り、心より御礼申し上げます。

新年度を迎えるにあたり、日頃から多くの患者さんをご紹介いただいている連携医の先生方、ならびに関係機関の皆さまに、改めて深く感謝申し上げます。

さて、現在の医療を取り巻く環境は、物価高騰の影響を強く受けています。医療材料、食品、人件費など、医療提供に不可欠な要素の多くが上昇する一方で、診療報酬は必ずしもそれに見合った形での改定が行われていない状況にあります。現場では、質の高い医療を維持しながら、限られた医療資源をいかに有効に活用するかが、これまで以上に問われています。

最近久しぶりにヨーロッパを訪れる機会があり、その際、改めて海外の物価水準の高さを実感しました。現地では、もし1ユーロ=100円で換算すれば、日本では妥当、あるいはそれでもやや高いと感じる価格帯のサービスや商品が一般的に提供されています。つまり円安（実際には1ユーロ=185円程度）や海外の物価上昇を踏まえると、日本の医療を含む社会サービス全体が、国際的に見て相対的に極めて低いコス

トで高い水準を維持している現実を、あらためて認識させられました。同時に、この状況が長期化すれば、日本の医療や社会全体の持続可能性にも影響を及ぼしかねないとの危機感も抱いています。

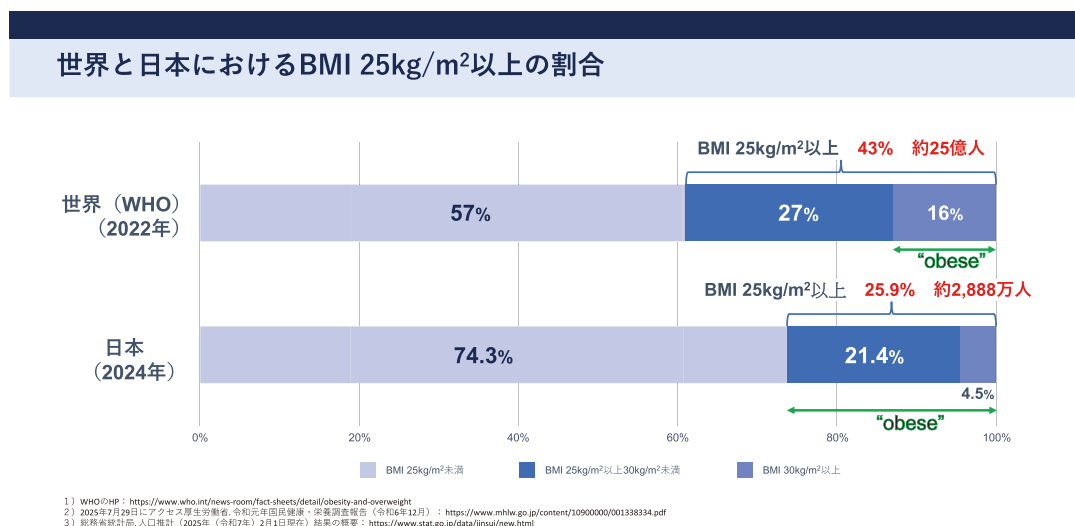
本稿を執筆している現在、2026年度の診療報酬改定に向けて、賃上げ対応や急性期医療、高齢者医療への配慮などが議論されています。医療従事者の確保と持続可能な医療提供体制の構築は、地域医療を担う病院にとって避けて通れない課題です。当院としても、改定の趣旨を踏まえつつ適切に対応し、経営の安定と医療の質の両立を図っていく必要があると考えています。今後も当院は、急性期病院としての機能を堅持し、地域の中核病院としての役割を果たすことを基本方針とします。その中で、連携医の先生方にとって、安心してご紹介いただける身近な病院であり続けることを目標に、良質な診療体制の維持・強化に努めてまいります。また、円滑な情報共有と迅速な対応を通じて、地域医療連携のさらなる充実を図ってまいります。

今後とも、地域医療を支えるパートナーとして、変わらぬご指導とご鞭撻を賜り、より一層良好な連携が図れますよう本年度も、どうぞよろしくお願いいたします。

世界と日本では肥満の方はどのくらいいるのか

肥満は脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、国内では体格指数(BMI) 25以上が肥満と定義づけられています。

日本国内では大人の約26%、2,800万人がBMI 25以上の肥満であると推定されます(図1)。一方世界では成人の約43%、25億人がBMI 25以上の過体重もしくは肥満と報告されていますが、WHO基準の肥満者(BMI 30以上)は16%と日本より低くなっています。



肥満と肥満症の違い

肥満者が全て肥満症に該当するわけではなく、肥満症は肥満に関連する11種の健康障害のいずれかを合併もしくはそのリスクが高く、医学的に減量を必要とする疾患と定義されます。肥満に関連する11種の健康障害とは、1) 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など) 2) 脂質異常症 3) 高血圧 4) 高尿酸血症・痛風 5) 冠動脈疾患 6) 脳梗塞・一過性脳虚血発作 7) 非アルコール性脂肪性肝疾患 8) 月経異常・女性不妊 9) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 10) 運動器疾患 (変形性関節症) 11) 肥満関連腎臓病を指します。肥満には内臓脂肪型肥満と皮下脂肪型肥満の2種類がありますが、これらの健康障害は内臓脂肪型肥満の方に発症するリスクが高く、CTで内臓脂肪面積100cm²以上で診断されます。

肥満症の治療方法

肥満症の治療目的は、減量により健康障害のリスクを減らし、QOLを向上させることです。そのためには現体重の3%以上 (高度肥満では5%以上) 減量することが目的です。方法としては大きく分けて食事・運動・行動療法、外科療法に加え、新規の薬物療法による内科的治療が最近加わりました。

肥満症の薬物療法

食事・運動療法だけで現体重の3~5%の体重を減らし、さらにそれを維持することは人によっては容易なことではありません。痩せにくい体質であったり、痩せたとしても身体が代謝を低下させて元の体重に戻ろうとする働きが起きるためです。

血糖降下薬として使用されているGIPとGLP-1受容体作動薬には体重減少作用があります。GIPとGLP-1受容体は膵臓・肝臓・脂肪組織など血糖調節に関わる臓器だけでなく、胃・脳・心臓・血管など体の多くの部位に発現しています。特に胃では胃内容排泄を遅くすることで食物の吸収を遅らせ、満腹感を得やすくしています。また脳では満腹感の調節、味覚嫌悪に働きかけて食事嗜好を変えたり、食事摂取量を落とす役目を果たしています。脂肪組織においては脂肪代謝を促進し、エネルギー代謝を増やしたという報告もあります。

GLP-1受容体作動薬(ウゴービ®)とGIP/GLP-1受容体作動薬(ゼップバウンド®)

現在使用可能な肥満症治療薬は2種類あります。週1回の自己注射製剤ウゴービ®(セマグルチド)とゼップバウンド®(チルゼパチド)です。ウゴービ®は0.25mgから2.4mgまで5規格あり、ゼップバウンド®は2.5mgから15mgまで6規格あります。

日本人における有効性はSTEP6(セマグルチド)とSURMOUNT-J(チルゼパチド)試験でそれぞれ報告されています。ベースラインからの体重の変化率が、68週時点でウゴービ®1.7mg群が-9.5%、2.4mg群が-13.2%で、プラセボ群の-2.1%に比べて有意に体重減少しました。またゼップバウンド®に関してはベースラインからの体重変化率が72週時点で10mg群が-17.8%、15mg群が-22.7%で、プラセボ群の-1.7%に比べて有意に体重が減少しました。

肥満症薬物の最適使用推進

このように体重減少効果が高いGIP及びGLP-1受容体作動薬ですが、それゆえに適切な患者への使用を推進し、不適正な使用を防ぐことが大切です。そのための最適使用推進ガイドラインが厚生労働省によって定められています。施設要件、医師要件、医薬品情報管理体制や副作用対応、対象患者要件、投与の開始・継続・中止に関するガイダンスが事細かく決められています。巷で肥満すらない人に対してオンライン診療で副作用の説明もなく薬物が処方された結果、副作用で苦しむ人が当院の救急外来に搬送されたこともありました。肥満症の治療は医療者が肥満症治療の意義を正しく理解し、適応のある患者に正しく薬物を提供することが重要と考えます。

当院での肥満症治療

当院は日本糖尿病学会・循環器学会の専門医資格を有する臨床医と管理栄養士が複数常勤する学会認定教育研修施設です。糖尿病・内分泌科には常勤医5名、非常勤医5名、また常勤の管理栄養士が9名おり、卒後10年未満から30年以上のベテランまで幅広く揃っています。糖尿病看護特定認定看護師も常勤しており、自己注射指導から生活指導・副作用の点検まできめ細かくフォロー致します。

当院では肥満症の治療希望もしくは適応と考えられる患者に対しては、

1. 肥満の有無と肥満に起因する健康障害の評価を行う。
2. 肥満症と診断されれば、食事・運動療法による肥満の治療計画を策定し、2ヶ月に一度以上の管理栄養士による栄養指導を開始する。
3. 6ヶ月以上食事・運動療法を続けても目標の減量効果(現体重の3~5%減もしくはBMI<27)が得られない場合
4. 高脂血症・高血圧・耐糖能異常に対して薬物療法を含む治療をおこなっている場合

以上の4条件を満たした場合に、ウゴービ®もしくはゼップバウンド®による治療を開始します。開始後は1~2ヶ月ごとに診察と栄養指導を継続し、患者との丁寧なコミュニケーションを継続します。その間に薬物の効果による行動変容が現れる可能性があり、ウゴービ®やゼップバウンド®の投与終了後に予測される体重のリバウンドをいかに小さく抑えられるか話し合いながら治療を進めて行きます。

肥満症治療の病診連携

肥満に起因する健康障害は多岐にわたっています。日常診療で肥満に関連する健康障害に接する機会が多いかかりつけ医からの紹介が、肥満症の早期発見・適切な治療へとつながります。肥満があり、高血圧・高脂血症・耐糖能異常など肥満関連健康障害のある方、肥満症治療に興味ある方は当科にご紹介ください。平日午前午後共に随時ご予約を受け付けております。当科では、適応条件に見合った肥満症患者に対してウゴービ®やゼップバウンド®による治療を行いますので、高血圧や高尿酸血症、脳心血管疾患などその他の健康障害に対する治療は引き続きかかりつけ医で継続していただき、病診連携を推進したいと考えています。ウゴービ®やゼップバウンド®による治療の適不適にかかわらず、肥満症治療に興味がある患者様はお気軽にご紹介ください。

肥満症治療における看護師の関わり

糖尿病看護特定認定看護師 副看護師長 多田 由紀

当院の肥満症治療は糖尿病内分泌内科外来で行われています。肥満症治療には主治医・管理栄養士・看護師が連携して関わっており、看護師は主に自己注射指導と療養相談の役割を担っています。

自己注射指導では注射手技はもちろんのこと、治療の理解が深まるよう薬効や副作用、治療スケジュールや日常生活での注意点など、個々に応じた情報提供を行っています。療養相談では、患者さんが「無理なく続けられる」ことに重点を置き、十分なコミュニケーションをとりながら、「主役は患者さん、看護師は黒子」として継続的に支援しています。

栄養相談や療養相談は診察の待ち時間（採血結果の待ち時間）を利用してご案内できます。ぜひご活用ください。



主な肥満症治療薬



ウゴービ®（セマグルチド）SD/MD
ノボノルディスクファーマ株式会社



ゼップバウンド®（チルゼパチド）
田辺三菱製薬株式会社/日本イーライリリー株式会社

自己注射資材



療養相談外来



変形性膝関節症と肥満の関連性 — 内科肥満外来との連携の重要性

整形外科 田代 俊之

変形性膝関節症（knee osteoarthritis：KOA）は高齢者に多い慢性疾患であり、疼痛や可動域制限、歩行能力低下を通じて ADL・QOL を著しく低下させます。一方、肥満は KOA の発症・進行に深く関与する修正可能なリスク因子として知られており、整形外科単独ではなく、内科との医療連携が極めて重要であることが、近年注目されています。

肥満は膝関節への機械的負荷を増大させるのみならず、脂肪組織由来の炎症性サイトカインを介した全身性慢性炎症により、関節軟骨の変性を促進します。BMI の上昇に伴い KOA の発症リスクおよび重症度が増すことは多数報告されており、体重管理は保存療法の中核をなすべき介入であることはガイドラインにも示されています。

しかし、KOA 患者において運動療法の継続は疼痛のため困難であることが多く、自己努力のみでの減量には限界があります。また整形外科では減量の重要性は認識していても、具体的な治療は消極的でした。ここで内科・肥満外来の専門的介入が大きな役割を果たし、食事療法指導に加え、行動変容支援、薬物療法を含めた包括的体重管理が可能であり、その結果、膝関節への負荷軽減と疼痛改善に寄与することが可能です。そこで、当院整形外科では、肥満外来への積極的な紹介により、より早期からの体重管理を行い、膝の痛みの軽減を図っていきます。

また、変形が進行し人工膝関節置換術（TKA）を検討する症例においても、肥満は周術期合併症（感染、創治癒遅延、血栓症）のリスク因子であり、術前減量は手術成績の向上に直結します。内科肥満外来と連携し、術前から計画的な体重管理を行うことで、TKA の安全性・長期成績の改善が期待されます。さらに、術後においても体重増加はインプラントへの負荷増大や対側膝の KOA 進行につながるため、継続的な内科フォローが重要です。

また、リハビリテーション科の関与も不可欠です。減量により疼痛が軽減した段階で、理学療法士による適切な筋力強化・歩行指導を組み合わせることで、膝関節機能の維持・改善が可能となります。内科（肥満外来）・整形外科・リハビリテーション科の三者連携は、KOA 治療の質を高める理想的なモデルといえます。

KOA 診療において「体重管理は内科で行うべき治療である」という認識を共有し、肥満外来への積極的な紹介を行うことが、患者の長期予後改善につながります。肥満を併存する KOA 患者を診療される際には、ぜひ当院内科肥満外来との医療連携をご検討いただければと思います。

東京山手メディカルセンター 「中高齢者の膝痛教室」のお知らせ

講演内容 膝のしくみ、膝の痛みを生じさせる病気、予防法、治療法（自分でできるリハビリ法、サプリメント、手術）

開催日時 毎月第3火曜日 午後3時より60分程度
今後の予定 … [4/21](#) [5/19](#) [6/16](#) [7/21](#) [8/18](#) [9/15](#) [10/20](#) [11/17](#) [12/15](#)

開催場所 東京山手メディカルセンター 研修センター 2F 売店隣

担当医師 田代 俊之 尚、この教室は**無料で予約の必要もありません**ので、当日気軽にご参加下さい

肥満は循環器疾患の主要な危険因子であり、心筋梗塞や脳卒中などの発症リスクを大幅に高めることが知られています。肥満は単独で心血管疾患のリスク因子となるだけでなく、高血圧、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病と密接に関連し、複数の危険因子が集積することで心血管リスクはさらに上昇します。Framingham 心臓研究以降、肥満は動脈硬化の危険因子として注目されてきましたが、高血圧、心不全、不整脈、静脈血栓症などその他の循環器疾患にも多面的な影響を及ぼすことが報告されています。

①. 高血圧と肥満

肥満者の高血圧発症率は非肥満者の 2 ～ 3 倍と高く、高血圧自体が循環器疾患の最大の危険因子であることを踏まえると、肥満は間接的にも心血管リスクを増大させているといえます。

②. 冠動脈疾患と肥満

● 冠動脈硬化との関連

急性心筋梗塞などの冠動脈疾患は冠動脈硬化の進展により発症しますが、BMI は冠動脈硬化の程度と正の相関を示すことが知られています。この相関はベースラインの BMI のみならず、肥満状態が持続した期間にも依存することが示されています。また、BMI よりも内臓脂肪蓄積の方が冠動脈プラークの増大や不安定化と強く関連し、皮下脂肪との関連は乏しいことも報告されています。

● 診断上の課題

肥満患者では、以下の要因により冠動脈疾患の診断が困難となることがあります。

- ・ 脂肪組織の影響による心電図の非特異的变化（振幅低下・軸偏位など）
- ・ 関節疾患などによる運動負荷試験の制約
- ・ 画像診断における描出能の低下や被曝線量の増加
- ・ 検査機器の耐荷重制限による検査不能例

③. 心不全（特に HFpEF）と肥満

● 肥満と心不全リスク

肥満と心不全の関連は循環器領域で特に注目されています。BMI が 1 増加するごとに、心不全リスクは男性では 5%、女性では 7% 増加することが示されており、特に左室駆出率が保たれた心不全 (HFpEF) は肥満と強く関連します。欧米からの報告では HFpEF 患者の 80% 以上が過体重または肥満であるとされています。

● 診断を難しくする要因

肥満に伴う閉塞性換気障害などにより心不全がなくても労作時息切れを自覚することがあり、診断を複雑にします。実際、心不全を有さない肥満者の約 40% が労作時呼吸困難を訴えるとの報告もあります。また、肥満 HFpEF では BNP が低値を示す傾向があり、心エコーの描出困難例も多く、診断上の課題は依然として多く残されています。

● Obesity Paradox

一方で、肥満患者においては「obesity paradox」と呼ばれる現象も知られており、心不全患者では軽度肥満が予後に有利に働く場合があることが報告されてきました。しかし近年では、高 BMI が予後に有利であるとする従来の知見を否定する報告も増えており、重度の心不全患者がうい瘦を起こしてくることによる因果関係の逆転が観察されている可能性も指摘されています。

④. 不整脈（特に心房細動）と肥満

肥満は不整脈リスクの上昇とも関連します。心室性不整脈のリスク増加も報告されていますが、臨床的に最も重要なのは心房細動です。肥満に伴う高血圧や糖尿病が心房細動リスクを高めることは広く認識されていますが、近年では閉塞性睡眠時無呼吸症候群が主要な原因疾患として注目されるようになってきました。また、カテーテルアブレーション後の心房細動再発リスクも肥満患者で高くなることが報告されています。

⑤. その他の循環器疾患と肥満

肥満は静脈血栓の危険因子となり、また閉塞性動脈硬化症患者の予後を悪化させることも報告されています。

肥満治療薬導入後における管理栄養士の意識の変化

栄養管理室 室長 遠藤 さゆり

各疾患で薬の開発が目覚ましいと感じていたところでしたが、肥満治療薬に対しては、特に感慨深いものがあります。日本人はインスリン分泌が少なく、欧米人と異なり、肥満度 $1 = \text{BMI } 25 \sim 29.9 \text{ kg/m}^2$ の軽度肥満でも糖尿病になりやすいといわれています。肥満の方は減量を行うことで糖尿病へ進行するリスクが下がりますが、減量はリバウンドだけではなく、栄養指導からリタイヤしやすいこともあり、『肥満の栄養指導』が管理栄養士として一番難しいのではと感じていました。

肥満治療薬導入前には「栄養指導を2か月おきに6か月以上行う」という条件があります。この期間の栄養指導は、食生活・運動習慣などの振り返りと共に、話しやすい雰囲気を作ることを中心に行います。行動を振り返ることは「できていなかったことを直視する」ということでもあり、患者さんにとって避けたい気持ちがあります。しかしこの段階を経ないと薬に依存することになり、今後の生活改善につながりません。必要最小限の薬で済み、リバウンドせず減量が進められるよう、薬導入後の意識変化へも期待しつつ栄養指導を継続します。

肥満では、夜遅い食事、早食い、高エネルギー食品の摂取、運動不足など複合的な要因があり、またその背景にストレスや睡眠不足、食物繊維不足、腰痛・膝痛などの整形外科的な疾患、歯周病などもあり、患者さんが置かれている環境も確認します。管理栄養士は指導者という立場ですが、皆日々忙しく業務を行っており、お話を伺いながら共感できることもあります。できなかったことを責めるようことはせず、まずは体重測定を確実に行っていただくことから始めることもあります。

栄養指導の中では何か1つでも取り組めること、現状を少しでも改善できるような方法を一緒に考えます。例えば、野菜を食べる、夕食時間を早めるなどです。そしてこの課題に取り組めた場合は賞賛し、できなかった時は切り口を変えたり、その課題からいったん離れたりもします。肥満治療薬が無かった時は、問題となる課題を改善することに集中して栄養指導をしてしまいがちですが、患者さんのやる気を失わせる原因となることもあります。ここは肥満治療薬でカバーしていけば良いと考えられるだけでも、患者さんだけでなく管理栄養士も指導のプレッシャーから少し解放されたような思いになり、より患者さんの側に立って支援する姿勢で栄養指導に臨めます。

治療薬導入後は、薬増量により副作用が出てくることもあります。体重減少率、血液検査データ、排便状況なども含めて、患者さんが安全に減量できるようモニタリングを欠かさず、不足している食品の補充も提案します。

最近嬉しかったことは、患者さんより「痩せられるよう頑張ります」というお手紙をいただいたことでした。肥満治療薬の知識をより深め、栄養指導のスキルもさらに磨いていけるよう管理栄養士全員で取り組んでいきます。



お気軽に
どうぞ！

肥満が気になる方へ

まずは健診から

健診施設機能評価
認定施設



認定 第316号

東京山手メディカルセンター内 健康管理センター

肥満を背景とした健康障害のリスクを抱える方の中には、どの診療科を受診すればよいのか分からず、お困りの方も少なくありません。

当院健康管理センターは、400床以上の総合病院に併設されており、健診・人間ドックを入口として、全身評価を行ったうえで、必要に応じて「肥満症治療」へスムーズにつなぐ体制を整えています。

健診結果により精密検査や治療が必要と判断された場合も、**院内で速やかに外来受診が可能です。**

また、地域医療支援病院として、ご紹介いただいた方については、主治医の先生方の診療方針を尊重し、**適切に連携いたします。（外来受診時の初診料〈選定療養費〉のご負担はありません）**

肥満に起因する健康障害（肥満症・高血圧・脂質異常症・糖尿病など）が気になる方がいらっしゃいましたら、まずは**健康管理センターでの健診をご案内ください。**



独立行政法人 地域医療機能推進機構

やまて
東京山手メディカルセンター

〒169-0073 東京都新宿区百人町 3-22-1

TEL 03-3364-0251

FAX 03-3364-5663

URL <https://yamate.jcho.go.jp/>