

+ 外来患者指導シリーズ第21弾

肥満・メタボの 減量生活指導

外来の10分で、何を・どの順番で伝えるか——
目標は「まず3%」から組み立てる



医知創造ラボ

監修：今村久司（脳神経内科・総合内科専門医）

減量指導が難しいのは、 知識が足りないから？

結論

いいえ。決めるのは知識ではなく、
説明の「順番」です

本日のアジェンダ

1

初診の10分で決めること

目標・食事法・体重測定、そして停滞の予告

2

続けさせる設計

停滞とリバウンドは生理現象／運動は「減らす」より「守る」

3

見落としを拾う

薬剤性の体重増加・併存症・高齢者、そして約束の線引き

CHAPTER

第1章

初診の10分で決めること

目標は「大幅減」ではなく、 まず現体重の3%

『肥満症診療ガイドライン2022』では、肥満症で3～6か月を目安に現体重の3%以上、高度肥満症で5～10%が目標とされます。

3%

入口

血糖・血圧・脂質・
尿酸・肝機能が動く

5%

脂肪肝炎

組織学的な改善が
達成しやすくなる

7%

糖尿病の発症抑制

週150分の運動と
合わせた介入目標

10%～

線維化

改善の報告あり。
全員には課さない

 ここだけ覚えればOK

階段を初診で全部見せない。最初に見せるのは3%だけです。

食事法は、 続けられる方を選ばせてよい

外来で最も時間を浪費しやすいのが、糖質制限か脂質制限かという議論です。
この論争を診察室から降ろせる無作為化試験があります。

- ✓ 健康的な**低脂質食と低炭水化物食**で、12か月の減量に**有意差なし**
- ✓ 遺伝子型・インスリン分泌能でも「**どちらが向くか**」を予測できない
- ✓ ただし両群とも**食事の質を上げる行動修正**を受けている

📋 外来トーク例

「どちらでも構いません。**3か月続けられる方**を選んでください」

食事の中身より先に、 毎日1回の体重測定

系統的レビューでは、毎日の自己体重測定が体重アウトカムの改善と結びつき、心理的な悪影響は認められませんでした（因果とは言えません）。

- ✓ 1日1回、同じ条件で（起床後・排尿後・着衣をそろえる）
- ✓ 前日比ではなく1週間の流れを見る
- ✓ 記録は受診時に持ってくる（アプリでも手書きでもよい）
- ✓ 増えた日を責めない——早く気づけた日と伝える

⚠ 勧めない方

摂食障害の既往・傾向がある方には、毎日の体重測定を勧めない

CHAPTER

第2章

続けさせる設計

停滞とリバウンドは、 「先に」伝えておく

初診の時点で「必ず止まる時期が来ます。それは体の仕組みです」と予告しておく、と、停滞が「失敗の証拠」から「予定どおりの出来事」に変わります。

- ✓ **代謝適応**：減量後、安静時の代謝が低いまま長く残ることがある
- ✓ **食欲ホルモン**：空腹感の増加が**1年後も元に戻らない**
- ✓ **希望**：長期に維持できている方は一定の割合で存在する

外来トーク例

「止まるのは当たり前です。**止まったときこそ来てください**」

「歩いても減らない」と言われる前に **ROLE OF EXERCISE**

運動は「減らす」より、 「守る・戻さない」ため

運動を「体重を減らす手段」として説明すると、患者さんは「毎日歩いているのに減らない」と失望します。役割で説明しましょう。

- ✓ 役割は2つ——**戻さないため**と、**筋肉と骨を守るため**
- ✓ 維持者の高い身体活動は**観察研究＝関連であって因果ではない**
- ✓ 膝OAでは**負担を下げるのは食事、症状を最もよくするのは食事＋運動**

外来トーク例

「運動は「減らす」より「戻さない・筋肉を守る」ためのものです」

CHAPTER

第3章

見落としを拾う

「最近太った」と言われたら、 まず処方箋を見る

食事や運動を問い詰める前に、処方箋を見てください。メタ解析が、体重増加と関連する薬剤群を示しています。

- ✓ **増やしうる**：一部の抗うつ薬・抗精神病薬、ガバペンチン、SU薬、チアゾリジン薬
- ✓ **減少と関連**：メトホルミン、GLP-1受容体作動薬、ゾニサミド、トピラマート
- ✓ **抗てんかん薬**：カルバマゼピン等は脂質上昇、バルプロ酸はBMI上昇と関連
- ✓ **代替の候補**：ラモトリギンは成人でLDL低下、レベチラセタムは脂質に中立

⚠ 誤解させてはいけない

「その薬をやめれば痩せる」ではありません。原疾患のコントロールが最優先です

減量が「効く」併存症を、意識して拾い上げる

「将来のリスクが下がります」より、「今つらい症状が良くなります」の方が動機づけとして強い

01

閉塞性 睡眠時無呼吸

いびき・日中の眠気・
朝の頭重感を聞く

02

特発性 頭蓋内圧亢進症

減量そのものが治療になる
数少ない神経疾患

03

変形性 膝関節症

負担を下げるのは食事、
症状は食事＋運動

04

脂肪肝 (NASH／MASH)

5%で組織像、
10%以上で線維化の報告

高齢者では、 筋トレなしの減量を勧めない

減量は加齢に伴う筋肉と骨の減少を加速させ、サルコペニアや骨量減少を招きうるからです。

📌 ここだけ覚えればOK

体重の減り方は同じでも、**筋トレを含む群は除脂肪量と骨密度の低下が小さい**

- ✓ **食事制限だけの減量を勧めない**——筋トレの併用を前提にする
- ✓ 評価は体重だけでなく**握力・歩行速度・立ち上がり**も見る
- ✓ **たんぱく質を削らせない**——主食・主菜の一律カットを避ける
- ✓ 意図しない体重減少・食欲低下が出たら**方針転換**

減量で心血管イベントは減らせたのか

大規模な無作為化試験では、集約的生活介入で減量と検査値は改善したものの、**主要な心血管イベントに有意差はありませんでした。**

※ 対照群も減量しており「減量は無意味」という誤読も避ける。

○ 言ってよいこと

- ✓ 検査値が動く（血糖・血圧・脂質など）
- ✓ いびき・日中の眠気が軽くなりうる
- ✓ 膝の痛みと動きやすさが良くなりうる
- ✓ 脂肪肝の組織像が改善しうる

× 言ってはいけないこと

- × 「減量すれば心筋梗塞や脳卒中を防げる」
- × 「この方法なら必ず痩せる」
- × 「戻るのは意志が弱いから」
- × 「その薬をやめれば痩せます」

今日の3つの持ち帰りポイント

01

**目標は
「まず3%」**

紙に書いて共有し、
達成したら次を決め直す

02

**停滞は
「先に」予告する**

代謝と食欲ホルモンの
生理現象だと
始める前に伝える

03

**太ったら
処方箋を見る**

食事と運動を問い詰める前に
薬を点検する



ご視聴にあたってのお願い

この動画は**一般的な情報提供**であり、
診断・治療の代わりにはなりません。
症状がある場合は**医療機関を受診**してください。

目標・食事・行動・維持

[1] Muramoto 2014 (3%の根拠)

[3] Knowler 2002 (7%+週150分)

[5] Gardner 2018 (DIETFITS)

[7] Fothergill 2016 (代謝適応)

[9] Wing & Phelan 2005 (維持期)

[2] 日本肥満学会 2022 (肥満症GL)

[4] Vilar-Gomez 2015 (5%・10%)

[6] Shieh 2016 (自己体重測定)

[8] Sumithran 2011 (食欲ホルモン)

薬剤・併存症・高齢者

[10] Domecq 2015（薬剤性体重増加）

[12] Foster 2009（睡眠時無呼吸）

[14] Mollan 2021（IIH）

[16] Villareal 2017（高齢者の運動）

[11] Chochoł 2025（抗てんかん薬）

[13] Sinclair 2010（IIH）

[15] Messier 2013（膝OA）

[17] Look AHEAD 2013（心血管）

全出典はPMID・DOIを含め概要欄に記載しています。

今日から、目標は「まず3%」から



詳しい解説は
ブログへ

概要欄から
ブログ記事を
ご覧ください



患者配布用ハンドアウト

外来でそのまま使える
配布資料を用意しています



高評価・
チャンネル登録

次回も
お楽しみに

最後までご視聴いただきありがとうございました。
役に立ったと感じたら、高評価とチャンネル登録を
いただけると励みになります。