

イーマ第82回 大櫛陽一先生 講演録 2008. 2. 21

講師 大櫛陽一先生（東海大学医学部教授）

（プロフィール）1971年大阪大学大学院工学研究科修了

大阪府立成人病センター、大阪府立羽曳野病院、大阪府立母子センター、大阪府立病院などを経て、88年より東海大学医学部教授。

日本テレビ「みのもんたの午後は〇〇思いっきりテレビ」、NHK「クローズアップ現代」、
「ニュース・ウオッチ9」、フジテレビ「スーパーニュース」他に出演。

マスコミでも大いに活躍されている。

著書：「メタボの罨」（角川 SSC 新書）、「検査値と病気 間違いだらけの診断基準」（太田出版）他多数。

議題 「メタボの罨と特定健診」

テーマ① 「特定健診・特定保健指導とは？」

●一般的なポイントは下記の通りです。

- ・平成20年4月から始まる新しい健診です。
- ・今までの市町村での老人基本健診と、職場での健診を統合したものです。
- ・次の点が異なります。

①健康保険証を発行している保険者が実施します。

* サラリーマンを夫に持つ主婦は、受診場所が変わります。

②対象年齢は40～74才です。

* 職場では40才未満、都道府県では75才以上の人の健診が別途あります。

③健診の目的が変わります。

* 「本人の健康チェック」から、「メタボの特定」による「医療費削減」を目途しております。

④検査項目と判定基準が変わります。

* 後で詳しく説明します。

⑤受診後の対応が変わります。

* 保健指導と受診勧奨が行われます。

特定健診の特定とは、メタボを特定することを意味していますが、通常は一つの病気を特定する場合には、「健診」ではなく「検診」の字を使います。例えば、ガン検診など。このことから、いかに厚労省がこの制度を慌てて作成したかが見て取れるのです。

また、健診の目的が「本人の健康チェック」から、「メタボの特定」による「医療費削減」に変わり、病気の発生を自己責任にしようとしています。これは「すべての国民は、健康で文化的な・・・生活を営む権利を有する。国は、・・・公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」という憲法 25 条が捨てられたと言うこともできるのです。

更に、検査の内容は「受ける側」ではなく「実施する側」の選択制になりました。これは、実施する側の経済的事情により、受けられる検査が異なるということで、つまり、貧富の格差が広がることが予想されているのです。

●検査の判定基準

項目	保健指導	受診勧奨	単位
胴回り	男性:85 以上 女性:90 以上	—	cm
BMI	25 以上	—	Kg/m ²
血圧	130/85 以上	140/90 以上	mmHg
中性脂肪	150 以上	300 以上	mg/dl
HDL-C	39 以下	34 以下	mg/dl
LDL-C	120 以上	140 以上	mg/dl
空腹時血糖	100 以上	126 以上	mg/dl
HbA1c	5.2 以上	6.1 以上	%
AST(GOT)	31 以上	61 以上	IU
ALT(GPT)	31 以上	61 以上	IU
γGTP	51 以上	101 以上	IU

(厚生労働省:標準的な健診・保健指導プログラム[確定版]、2007年4月)

ところが、上記の判定基準は、国際的には全く認められていない基準なのです。研究者による論文も、この数値を基にしたものは、全く国際的には認められません。つまり、この基準は「日本の常識、世界の非常識」と言えるのです。

● 保健指導と受診勧奨

・保健指導

腹囲とBMI	追加リスク	喫煙歴	年齢	
			40～64才	65～74才
腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2つ以上		積極的支援	動機付け支援
	1つ	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ以上		動機付け支援	
	2つ	あり なし		
		1つ		

* 追加リスク ①空腹時血糖値≥100mg/dl、または HbA1c≥5.2%

②中性脂肪≥150mg/dl、または HDL コレステロール<40mg/dl

③収縮期血圧≥130mmHg、または拡張期血圧≥85mmHg

●項目別 異常率と受診勧奨率

検査項目	異常率(%)		受診勧奨率(%)	
	男性	女性	男性	女性
腹回り	48～57	12～31	—	—
BMI	26～33	14～31	—	—
収縮期血圧	27～55	13～55	12～32	5～35
拡張期血圧	18～30	7～25	10～17	3～15
中性脂肪	20～32	5～16	1～5	0～1
HDL-C	6～9	1～3	2～2	0～1
LDL-C	51～57	32～71	25～32	13～44
AST(GOT)	16～21	3～17	1～2	0～1
ALT(GPT)	16～36	4～11	2～8	1～2
γ GTP	20～32	2～7	6～11	1～2
空腹時血糖	43～59	18～41	4～11	1～6
HbA1c	16～40	9～37	3～11	1～5

* 血圧降下剤、糖尿病治療薬、コレステロール低下薬の服用者は対象外

1つでも受診勧奨判定値を超えた場合には、受診勧奨となります。

ここにも、多くの問題を含んでいますが、詳細は後ほどまとめたいと思います。

● 特定健診シミュレーション結果

- ・異常率 男性:94%、女性:84%
- ・受診勧奨 男性:58%、女性:49%

* 増加する医療費 約5兆円+追加薬物治療費

- ・保健指導 男性 40%(動機付け:14%、積極的支援:26%)
 女性 14%(動機付け: 9%、積極的支援: 5%)

上記の結果を見ると、保健指導レベルを超える「異常率」が非常に高いです。男性の場合なら、正常な人が6%しかいないこと事態が異常です。このことから、そもそもの判定基準を疑問視せざるをえないと思います。また、受診勧奨率が50%を超えるということは、国民の半数が病院通いをするということになるわけです。そうなれば、当然、医療費や薬代は上がることはあっても、下がることなどありえないと思うのです。何のためのメタボ対策なのでしょう。

上記の結果は、統計的に見ても非常に疑問視せざるをえないものになっています。これはそもそもの判定基準に問題があり、国民の半数を予め「異常あり」の対象にしようとした、結果ありきの判定基準作成の思惑を感じ取れるのです。

●保健指導で見逃される問題点

検査の目的と項目が変わったために、下記の問題点が考えられます。

1. 糖尿病になる人の過半数が見逃される。
2. 痩せていてタバコを吸う人が対象外となる。(ガンになりやすい人)
3. 女性の早期肝機能異常が見逃される。(AST、ALT、 γ GTP の基準に問題があるから)
4. 女性と高齢者の栄養不足が見逃される。(実は痩せすぎの方が問題であるから)

テーマ②「日本版メタボリックシンドロームとは？」

日本版 Metabolic Syndrome 代謝症候群(メタボとも言う)とは内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に高血糖・高血圧・高脂血症のうち2つ以上を合併した状態としている。

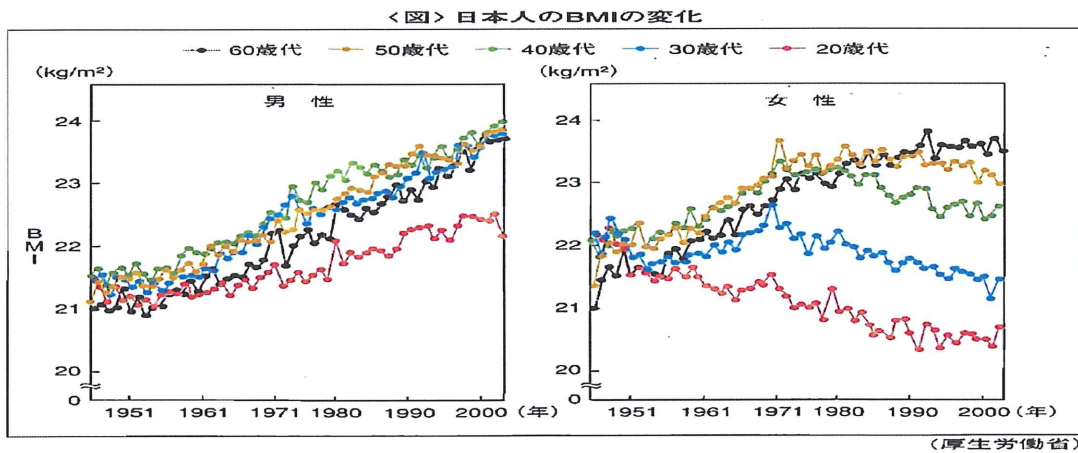
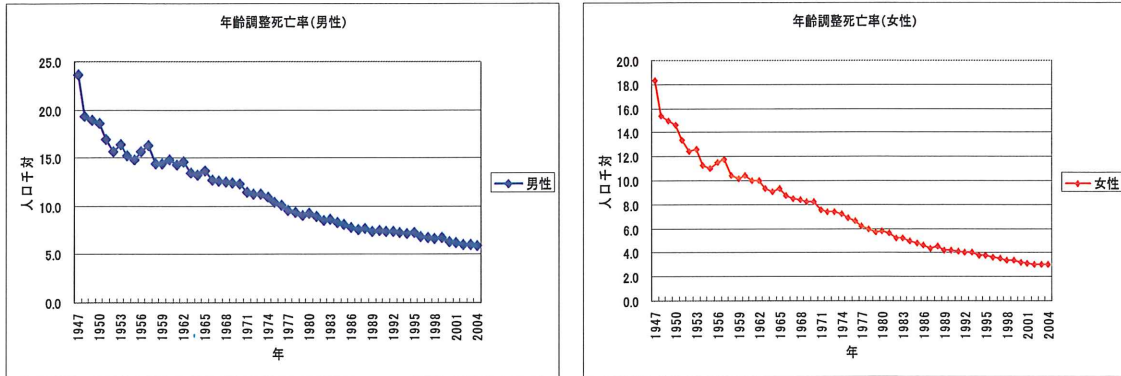
●日本のメタボリックシンドローム判断基準

1. 胴回り(臍の位置)
 - ・男性 85cm 以上、女性 90cm 以上
2. 次のいずれかの内の二つ(一つなら予備群)
 - 1)最大血圧130mmHg 以上、最低血圧85mmHg 以上
 - 2)中性脂肪150mg/dl 以上、HDL40mg/dl 以下
 - 3)空腹時血糖110mg/dl 以上

上記の基準は、国際的には全く認められない日本独自の基準です。男性の胴回り85cm は、男性の 50%を病気にしようとしたと思われるような、まず結果ありきの基準です。女性の胴回り90cm も、測定方法に問題があります。日本は臍の位置で測定しますが、この場合、骨盤の大きさを測ってしまうことになり、内臓脂肪を反映していないのです。他の国では、肋骨と骨盤の間の骨の無いところで測定します。

●日本人の死亡率とBMIの変化(男女別)

$$\text{BMI (Body mass index)} = (\text{体重 Kg}) \div (\text{身長m})^2$$



(厚生労働省大臣官房統計情報部編、平成16年人口動態統計)

(Medical Tribune, 2007.01.18)

上記グラフが示すように、寿命は延びているにもかかわらず、BMI の数値は上がり続けていることが分かります。つまり、日本人はBMIが大きくなって死亡率が低下したことを意味しており、今後もう少しBMIが大きくなった方が良いことを示しています。

●欧米ではヤセが問題になってきている

メタボ騒動は欧米では既に決着がついており、騒いでいるのは日本だけである。むしろ欧米では、やせ過ぎへの警告を発しているのです。

欧米では、若い女性の極端なダイエットに影響を与えているとして、痩せ過ぎのモデルが出演禁止となる動きが広がっています。

・ミラノ、ニューヨーク BMI<18.5

・マドリード BMI<18

●日本医学界の常識？ 世界では非常識！

欧米で肥満(obesity)とは、BMIが30以上のことである。

日本だけが、BMIが25以上を肥満病としている。

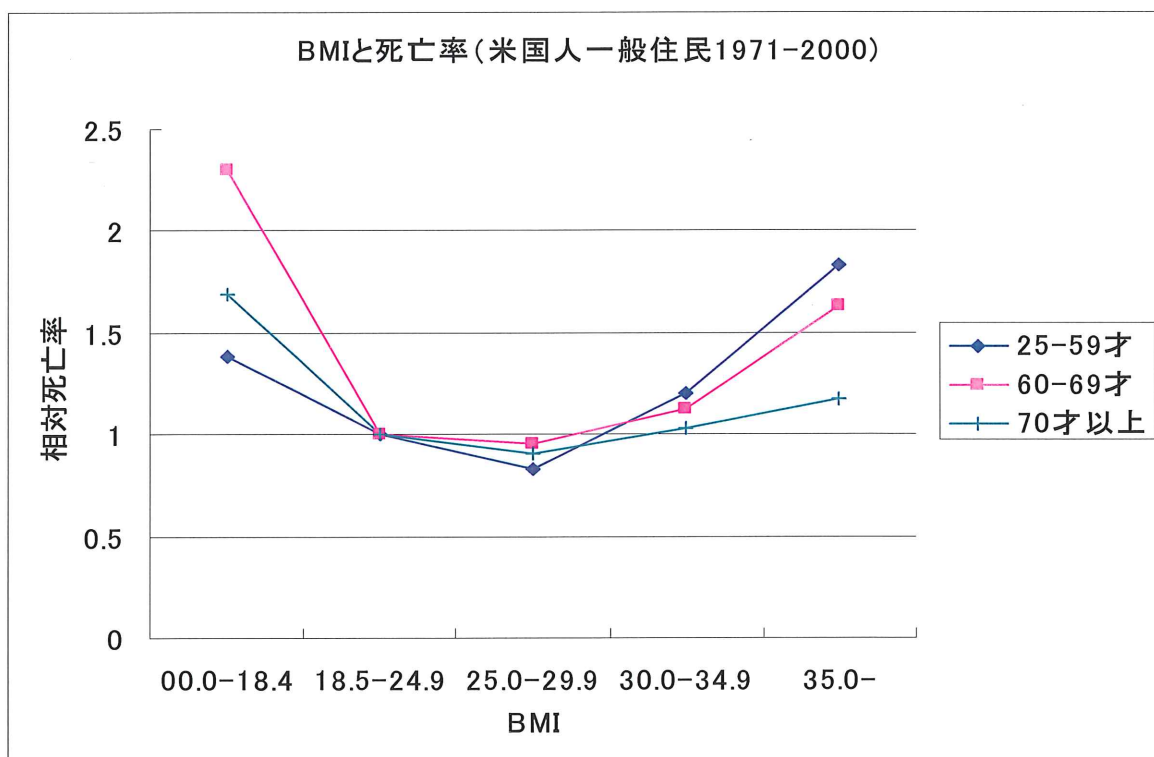
(日本肥満学会: Circulation Journal, 66 November, 987-992, 2002)

日米肥満率の比較 (20~74 才)

BMI	0~18.4 低体重	18.5~24.9 標準体重	25.0~29.9 太り気味	30.0~34.9 軽度肥満	35.0 以上 中高度肥満
米国	2.2%	40.7%	33.8%	15.0%	8.3%
日本	6.7%	69.6%	21.1%	2.3%	0.3%

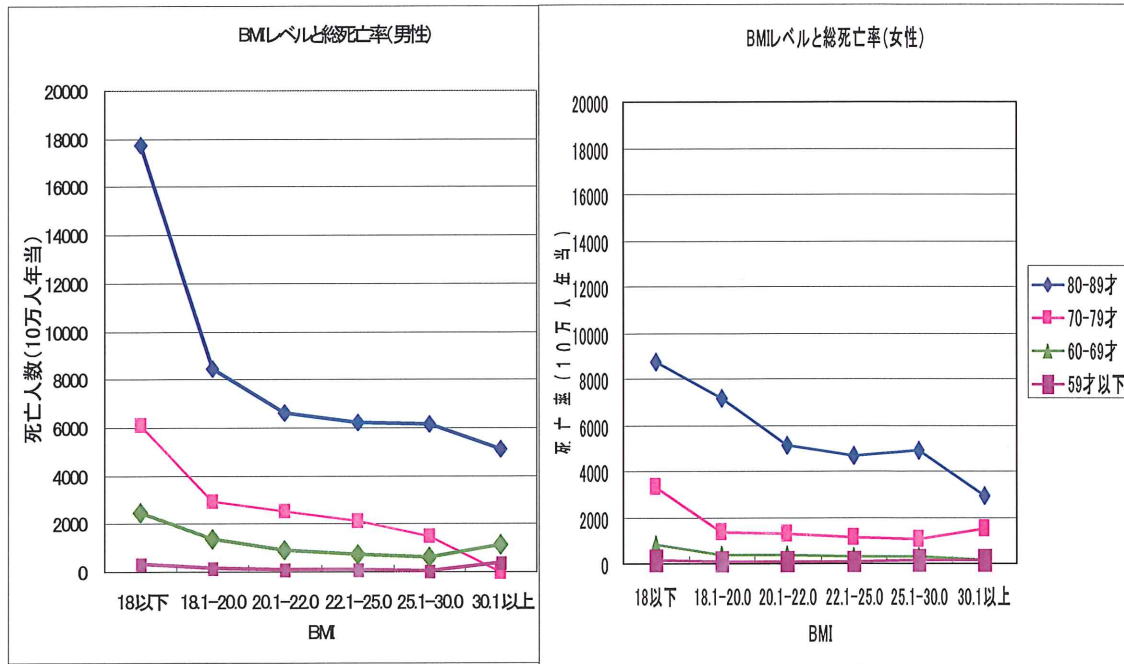
米国データ: NHANES III(1988-1994): JAMA,293,15,1861-1867,2005. 日本データ: 総合健診学会 2002 年度データ

●米国人の BMI レベルと死亡率の関係



Flegal KM and 3 others: Excess Deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA, 293(15), 1861-1867, 2005.

●日本人の BMI レベルと死亡率



(大櫛陽一: 肥満と異常発生の真の関係、性差と医療、2006年6月号)

米国人のグラフから分かるように、BMI が35を超えると急激に死亡率は高まるが、35未満であれば、肥満と死亡率との間に明確な比例関係は見られず、むしろ、やせ過ぎの方が影響が大きいことが分かるのです。日本ではBMIが35を超える人は0.3%と少ないので、ヤセの方が問題です。

●メタボリックシンドロームは病気ではない

- ・米国 NCEP ATP III では、冠動脈疾患の根本原因をタバコ、トランス脂肪酸、糖尿病などによる血管炎症としている。つまり、これらを抑えれば、コレステロールが高くても大丈夫である。
- ・治療の対象は LDL コレステロールとしている。
- ・生活習慣改善目標として、メタボリックシンドロームが記載されている。

つまり、メタボリックシンドロームは生活習慣で改善されるべきもので、薬でコントロールするべきものではないである。

●メタボリックシンドロームに対する批判

米国糖尿病学会と欧州糖尿病研究学会は、次の問題点を上げている。

- ・それぞれの提案がリスクとしている根拠はあいまいであり、統計学的判断に基づいた基準値が示されていない。
- ・統計学に基づいたリスク因子の抽出を行っていない。

- ・それぞれの提案に基づく診断結果が異なる。
- ・提案されている各リスク因子はもともと心血管系疾患のリスク因子であり、逆にインスリン抵抗性に関するリスク因子が含まれていないものがある。
- ・糖尿病の診断と治療に使えないだけでなく、心血管系疾患の診断と治療にも役立たない。
- ・医学的に「症候群」と言うためには、「なんらかの病的な課程を伴う症状と兆候の集合であり、疾患の様相を構成していることが必要である」と指摘している。しかし、「現状のメタボリックシンドロームには、病態生理学的根拠が不足しており、リスク因子の選定が科学的ではなく、診断基準となる数値も不明確で、その治療法も確立されていない。メタボリックシンドロームという考え方は良いかも知れないが、臨床に使うには今後の十分な研究を待たなければならない」としている。

・臨床家に対して次のようにコメントしている。

- 1) なんらかの心血管系疾患リスク因子のある成人は、他の心血管系疾患リスク因子の存在をチェックすべきである。
- 2) 正常範囲を越えた心血管系疾患リスク項目のある患者は生活習慣改善指導を受けるべきである。明らかに疾患となる異常があれば確立されたガイドラインに従うべきである。
- 3) 医療提供者は、「メタボリックシンドロームはその各要素以上に大きなリスクを示す」「メタボリックシンドロームは心血管系疾患以上に重症である」「下流にある病因が明らかである」などの印象を与えてはならない。
- 4) すべての心血管系疾患リスク因子は個別かつ積極的に治療されなければならない。
- 5) 無作為化対照試験が完了するまで、メタボリックシンドロームに対して薬物的治療をしてはいけない。インシュリン抵抗性を減少させる薬物的治療がメタボリックシンドロームをもつ患者に有益であると思うべきではない。

(Diabetes Care, 28, 2289, 2005)

●日本版メタボリックシンドローム基準値の根拠と問題

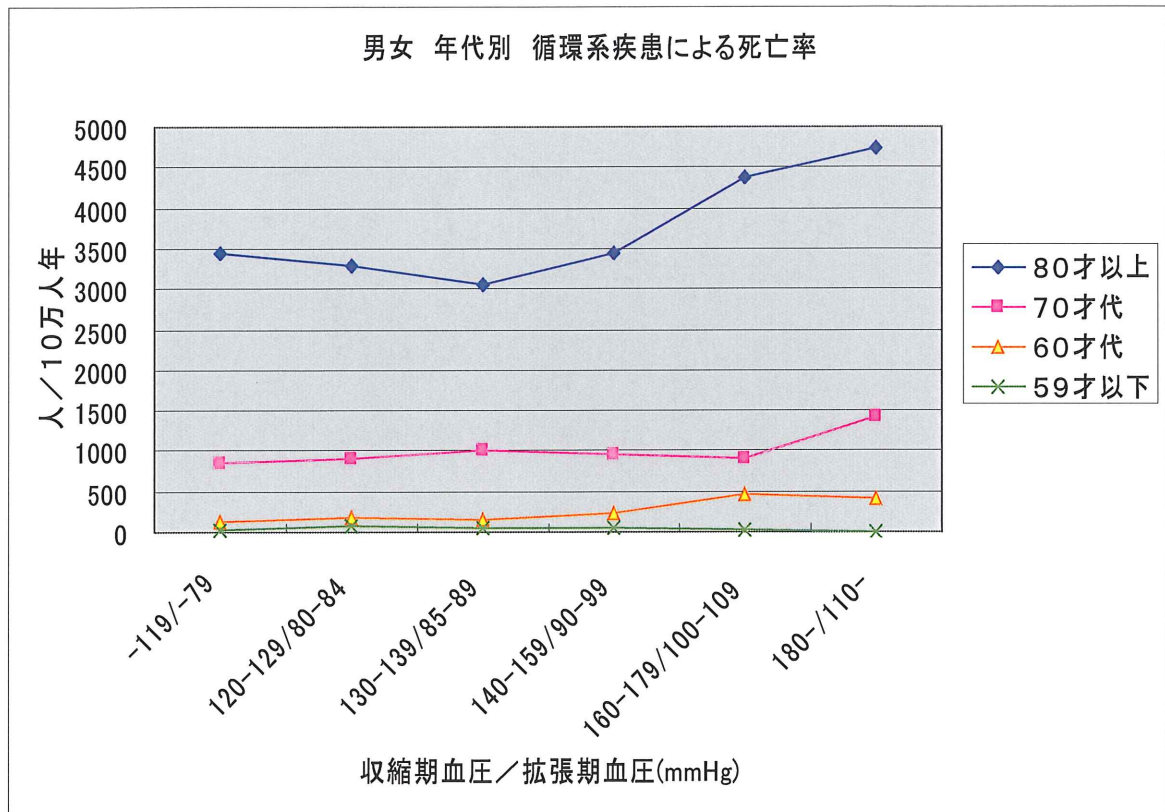
回り（臍の位置）	←	日本肥満学会
血圧	←	日本高血圧学会
中性脂肪、HDL	←	日本動脈硬化学会
空腹時血糖	←	日本糖尿病学会

日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会も参加したメタボリックシンドローム診断基準検討委員会で作られた。

- ・因子の選択、優先度、基準、重みなどは、統計的解析に基づいて決められていない。
- ・胴回りを優先的項目としているのは日本だけであるが、その根拠は示されていない。
人口の50%を患者にできる基準を最初から用いた捏造された基準だと考えられるのです。

テーマ③「血圧の話」

●血圧が高いと脳卒中や心臓病で死ぬのか？



80 歳までの人なら、血圧が高くても、ほとんど死亡率とは影響しないことが分かっています。また、80 歳を過ぎていても、上160、下100までなら、問題ありません。むしろ問題になるのは血圧を下げようと薬を飲むことで、病気になってしまい死亡率が上がることです。

●高血圧治療の問題点

血圧の降圧目標が次々と下げられてきた。従来の降圧目標は年齢ごとにきめ細かく決められていたが、最近では高齢者にも厳しい基準が設定されてきています。これに伴い、高血圧治療費と薬剤費が下記のように急増している。

- 医療費 1兆 8,936 億円(全医療費の 7.8%)
(厚労省平成 16 年度傷病分類別一般医療費より)
- 薬剤費 8,182 億円(全薬剤費の 12.5%)
(厚労省平成 16 年度医薬品費中分類より)

脳卒中患者に占める脳出血の比率は 18%まで下がっており、脳梗塞が 75%に達しつつあり、降圧治療の必要性について再検討すべき時である。

(脳卒中学会シンポジウム、2007.03.23 発表)
(性差と医療、3(12)、1327-1334、2006)

また、血圧を薬で下げることで、脳梗塞やガンを誘発する原因になっていることも問題です。

●結びとして

私たちに知らされているメタボに関する情報は、「日本の常識、世界の非常識」というものである。メタボを原因として起るとされる病気や死亡率上昇の話は、全て薬に導くための道具として使われているのではないかと、強い疑念の念を抱いております。これを私は「メタボの罫」と呼び、警笛を鳴らしたいと思います。

●次回は、

今回は多くの質問が飛び出して、時間が足りないため講演予定の半分しかお話していません。次回6月25日には、血圧を薬で下げるとどうなるか、コレステロールの真実、本当の糖尿病予防と治療、薬に頼らないための方法、薬を飲む前に知っておくこと、薬を飲んだらやるべきこと、セカンドオピニオン、医療業界における産官学の癒着などについて講演します。

以上です。