

**巻頭言**

## 肥満の判定と肥満症の診断基準について

東海大学医学部付属東京病院内科

片岡 邦三

1997年、WHOはInternational Obesity Task Force(IOTF)の協力によって「肥満の予防と治療に関する勧告」を出版し、さらに1998年にはNational Institute of Health(NIH)が「肥満についてのガイドライン」を発表した。両者はほぼ同一である。これらを受けて、日本肥満学会は平成11年10月の学会総会において「肥満症と生活習慣病 診断と治療の指針」と題するシンポジウムを開き、検討したうえで、「肥満研究」6巻1号に日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会報告として「新しい肥満の判定と肥満症の診断基準」を掲載した。その骨子は 1) 標準体重はBMI22の体重とし身長(m) $\times$ 22で計算する。2) 普通の体重はBMI18.5 ~ <25の体重とする。3) 肥満の判定は4段階にわかれ、肥満1度はBMI25 ~ <30、肥満2度は30 ~ <35、肥満3度は35 ~ <40、肥満4度は40 の体重とする。4) 肥満症の診断はBMI25以上のもののなかで、肥満に起因ないしは関連する健康障害(2型糖尿病、脂質代謝異常、高血圧を含む10項目)を合併するか、その合併が予測され、医学的に減量を必要とする病態、ならびにBMI25以上のもののなかで上半身肥満が疑われ、臍部CT検査によって確定診断された内臓脂肪型肥満となっている。

この報告が提出されてから既に3年余が経過し、BMIによる肥満の判定と肥満症の診断基準については医療関係者のみならず一般社会にも浸透してきたように思われる。しかし、内臓脂肪型肥満を証明し肥満症とするという診断方法は、理論的には肯定できても、その実際は困難をとまなう。厚生省(現、厚生労働省)は平成12年3月に21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)を策定し、2010年度までに20~60歳代男性の肥満者を15%以下に、40~60歳代女性の肥満者を20%以下に(現状は平成12年国民栄養調査でそれぞれ27.9%と24.9%)減少させるという努力目標を掲げているが、あくまでも健康を増進し、疾病の発病を予防する「一次予防」に重点を置いていて、肥満症には言及していない。

翻って日常の臨床、人間ドック、企業の生活習慣病検診などの場では肥満症を臍部CTで選別しようとしても、現状の医療保険制度では肥満症の診断に関して何一つ算定できない。筆者の肥満外来では体脂肪率と筋肉量は生体電気インピーダンス法(BIA)の「In Body」で計測し、ウエスト外周の測定や臍部CTによる内臓脂肪面積と皮下脂肪面積の算出を施行しているが、これらの費用は病院側の好意に頼らざるを得ない。外部医療機関からは肥満治療の依頼はあっても、肥満症診断の依頼を受けることは皆無に等しい。企業の検診でウエスト外周を測定すると女子社員のなかにはsexual harassmentを受けたと労働組合に直訴するものもいる。CT装置の普及はめざましく、全国で1万数千台が稼働しているというが、企業の診療所、一般開業医、保健所の保有率はまだ少ない。

したがって当面はBMIによって肥満症を診断していくのが賢明であろう。ただ今回の「新しい肥満判定」にはWHOやNIHのガイドラインに記載されているPreobese、さらには2000

年の2月にWHOの西太平洋地区が発表した「東アジア 太平洋地域における肥満定義の見直しとその治療」に示されているAt risk(BMI 23~24.9)に当たる設定がない。血压, 血糖, 脂質, 尿酸, 肝機能などの異常値を1つまたは2つ以上持つものは, BMI20付近から, その上昇につれて漸増するのは既知の事実であり, 検診を経年観察していると, BMI25に達する以前に, 体重増加に起因する健康障害の出現が数多くみられる。

日本肥満学会でもPreobeseやAt riskに当たる要注意域を設けるのがよいのではないか。筆者は任意にBMI23.5 ~ <25が, 要注意域として妥当ではないかと考えている。ちなみにBMI23.5は肥満度で+6.8%, BMI25と30はそれぞれ+13.6%と+36.4%に当たる。