

生活習慣病の作られ方

— 健康言説の構築過程 —

Making of SEIKATSU-SHUKAMBYO (the Life Style Related Disease):
Health Discourse Analysis

佐藤 純一

1. 我々のやっていることをうまく管理するのは近代の国家権力の仕事

こんにちは。佐藤と申します。ここでの発表の機会を与えていただきありがとうございます。寒いところ市民の皆さんにも数多く来ていただいて、私としても感激しております。

北海道っていうのは久し振りに来させていただきました。寒いですよ。これだけの環境にしながら実は健康に関してマイナスの指数はあまりないんですよ。それで一番健康が悪いのはどこかという、沖縄も数字が上がってますけれど、今は大阪府ですよ。私は大阪にいたんですが、全ての死亡に関して、疾病に関して、実は大阪がワースト1だったんです。北海道はこれだけ寒い気候というハンディキャップがありながら、皆さん健康に生きておられるということですね。

それから最初に1つ、コメントしておきたいのは厚生省の事です。だいたい国家権力というのは、我々の生活に口を出したいんです。人々をうまく管理するのは近代国家が出来た後の国家権力の仕事なわけです。それで医療に関することは、医療専門職を管理することで管理体制が一応完了出来たといえます。さっきから話題に出ている薬に関しては、薬剤師及び医師の管理を介して管理しようとしています。昔はみんな薬を勝手に飲んでい

たんです。そこに国家が介入してきて、素人が勝手に薬を使ってはダメ、それはダメ、これはダメと言うようになった。品別に分けて薬局で得られる薬も管理されていますね。薬のほかに食べ物のこともあります。皆さんの普段の食事についても国家権力が今、介入してきて我々の生活それ自体を管理する対象とする動きが強まっています。

今日の私の話はその生活における生活習慣病の問題です。さっきの柄本さんのお話で出ていたトクホというのはそういう意図の下に、薬でもない、清涼飲料水もしくは食品をいかに国家が管理するという事です。そういう意図の下に「健康にいい」というレッテルを貼りながら我々が飲み食いするものを管理している。厚生省というのは許認可権を多く持っている官庁です。彼らは外郭団体を作らせ、そこに自分達が天下りしてそこで許認可権を使って管理しています。食べ物・食事



を国家が管理していく時に健康とか医学というものが使われています。

何を言いたいかというと、トクホなどの食品やまた食育などを通しての管理に、医学がどう関わったかということです。根拠のないことに関わったのじゃなくて、ほとんど医学がバックアップしているのです。エビデンスを作るのにです。それから皆さんご存じのとおり、『ためしてガッテン』とか『あるある大事典』という番組に医者が出てきますよね。それでそこでの1つの語られる健康言説に関して、「～と思われる」「可能性がある」と、医学、医師の名の下にオーソライズしています。だから科学、医学というものが、今日、柄本さんのお話のあったことに対しても、非常に曖昧さをもって関与していて、それを権威づけているのも間違いのない事実だということです。

2. メディアが作り上げる健康言説と 医者達の共謀性の成立

ちなみにお見せしたいのですが、今こんなのがあります。これは医者の中に配られているメールマガジンです。どういうものかというところ、勤務医・開業医の多くが喜んで参加しているメールマガジンはある製薬会社がただで提供しています。このメールマガジンは、その週に放送のあった『あるある大事典』とか『おもいっきりテレビ』などを全部サマライズして、1週間ずつ届けてくれるんです。例えばこれは2007年1月15日でその1週間分が出ます。「ひと握り拳、握り拳分の野菜でガン予防」『あるある大事典』。ちょうどこれで納豆が出てきますね、「1日2パック」のあれです。去年の1月15日です。

それでですね、ここで分かるとおり、医者達がこれをオーソライズしています。納豆のダイエット効果の法則、1日2パック。これが騒がれたやつですね。これをまとめる編集者がこんなコメントしています。「納豆ダイ

エットは、DHA でイソフラボンで効果的」とコメントされて、これの1週間分が医者に届きます。ちゃんと文献まで添えて、これを何に使っているかというところ、医師達はこれを見て、患者との対応に使っているんです。患者の質問があります。「先週の『あるある大事典』でこういうことをやってたけれど、先生これどうですか。この薬ありますか」と。それで、医師たちは、それに合わせて、「ああ、それに近いこの薬を処方しようか」とか「血液サラサラね、そう、高血圧を下げなきゃね、この薬で」とか、対応する。メディアが作り上げる健康言説と実際の医療をする医師達の共謀性がこうして成立しているんです。現実的にですね。ですから皆さんは先週見た『あるある大事典』の話を自分の主治医に言ったら結構知っていると思いますよ。実は『あるある』の後に名前を変えて『健康インフォ』という名前になりました。あの事件の後ですね、変えています。

ですから言いたいのは、近代国家が成立した後、国家は医学を使って人々の生活を管理したがっているということです。どんな順番でやっていったかと言うと、最初は疫病・感染症なんかの対策をした。それから最低限食べていない子らに栄養を与えるということなどで管理してきた。だんだん今の時代にはもっと緻密に我々の本当に一挙一動までも管理したい。そういうあくなき管理への欲望のために、現在は健康という概念が利用され始めているということです。これが、もう私の話の結論みたいなものです。と、言いながら今日の発表に入りたいと思います。

お配りしたレジュメは、実は研究会の主旨に則って健康とか医学とか医療を対象とした時にどういう研究が可能かということを説明するために作ったものです。このレジュメどおりの話ではなくてむしろこの場に聞きに来た多くの方々が、新聞に載った、メタボリック症候群、国家の健康の押し付け。その辺り

が医学理論からどうやって導けるのかという点に重点をおいて話をしたいと思います。

自己紹介が遅れましたけど、私の今の専門は何かと聞かれたら難しいんですが、自分としては医学哲学だと答えます。医学概論と名乗ることもあります。時節柄、最近では医療社会学とか一時は医療人類学とか色んな肩書を名乗ってたんですが、基本的には病気とは何かとか、医学とは何かと考えていく学問をやっております。ベーシックな方法としては、実は私自身は医者であって、臨床を何十年とやっています。社会学と哲学の方法論を使いながらやっています。両方を行ったり来たりしながらの理論の作り方になると思います。そういうわけでよく友達からコウモリ呼ばわりされます。社会学の中に行ってはお前は医者面してると言われますし、医学の中ではお前は社会学者面しているといつも言われます。自分もそうだと思うんですけどいいんですが。そういう意味では論理が行ったり来たりしますもので、途中でもし疑問とかそういうことがありましたら、言っていただければよろしいかと思います。

3. 病気というのはある人達がこの状態は病気なんだと定義したもの

このあとレジュメに沿って一応軽く説明しながらやっていきたいと思います。よろしいですか。多分1時間ぐらいで終わると思いますし、その後皆さんのご批判とかご質問を受ける形で残りの言わなかったことをまた言わせていただくという形式にさせていただきます。

ざっと流して聞いて下さい。基本的には3点だけ方法論的に理解していただきたい話に5分ほど付き合っていただきたい。皆さんは、病気というものが、実在として存在すると思われている方が多いんでしょうけれど、どう考えても、どう理論的に考えても病気というのは存在しません。こんなこと言うんですね、〇〇なんとかいう宗教団体の手先かとか

思われるかもしれませんが、勿論ある宗教団体には病気っていうのは存在しないって主張する宗教もあるんです。

どういうことかと言うと、病気というのはある人達がこの状態は病気なんだと定義しただけなのです。病気ということにすると処理出来る、そこで困ってしまったレッテルが病気なんです。例えば僕の学生がいますね。こいつが親とケンカして仕送りなくなって親から金を止められてアパートの電気もガスも水道もないという状態になって、食う物もなくなって、部屋で黙っていたら、ヒーヒー言っただけ死にしそうな状態になっていたとします。今の学生の皆さんの中にも同じような状況もあるかもしれません。その時にですね、友達が訪ねて行く。こいつはどうしたんだという話になります。知り合いが3人ぐらい寄る。1人はだから同級生で、もう1人は例えばおじさんで、もう1人は例えば僕みたいな医者だとしますよ。友達だったらその学生が苦しんでいる状態をどう見るかといったら、これは食ってないからだと判断するんですね。そうすると彼はそこで判断するのは「飢餓」ということです。そのレッテルをその学生に与えます。それで食べ物をやるとします。もう少し聡明な友達だったら、金がないってことがこいつにとっては問題なんだと判断して、お金をポケットから出して、ホラちょっと何か食べなさいと学生に与えます。つまり「金欠」と処理されます。大学のなんとかセンターの職員だったら、これは家からの、親と子と関係がまずくなって仕送りがなくなってことなんだから、親子関係の断絶っていうのが問題だと判断します。そして例えば親に電話かけたりしてなんとか助けようとする。それで最後にこのこ出て行った僕は医者ですから、これは完全に脱水ですね。病気ですねって、その状態を見るわけです。それでこいつが苦しんでるのを、全員今言ったのはみんな助けようとしたわけですね。助けようとし

ただけど、みんな貼ったレッテルが違ったわけです。同じ状態に貼るレッテルが、

要するに、人間の苦悩とか思いとか逸脱、落ちこぼれ、そういう状態があった時にその解放を目指すために多くの人は、その状態にレッテルを貼る。例えばお金持ちだったら金欠というレッテルを貼る。そしてある視点・眼差しを持った人達、医学でも医者でもいい、これは病気なんだというレッテルを貼る。病気なんだからこの病気を回復すれば、こいつはこの苦悩、思い、逸脱から解放出来るんだということになる。そういう意味で、病気の概念というのは実は非常に意図的に社会的に文化的に構築されています。それを分かっていたら、例えば漢方・中国医学という病気と、僕ら近代医学がいう病気が全然違うのは分かりますよね。同じ思いを診ても、漢方の人達、中国医学の人達だったらこれは漢方のどうのこうのという概念で、1つの病気のレッテルを貼る。別な医学だったらこれは病気じゃないって言うかも分からない。要するに多様な医学があって多様な病気がある。そういう意味において病気概念というのは、基本的にその社会、その文化によって作られているんだということ。これは一応、医療社会学及び医療人類学の原論的な話です。

4. 医学の知識自身もまたその時代の中で作られたもの、近代国家と医療の制度化

次に2番目の仮説として知っていただきたいのは、そういうふうにならば病気を作り上げていく場合の医学の知識自身もまたその時代の中で作られたものということ。皆さんご存じのとおり、日本の漢方という近代医学とは全く違う医学知識体系があったわけ。それも中国から輸入した時は中国医学だったけど、日本の中でもまれて日本にしかない医学になっていったわけ。それは全然我々の近代医学とは違う。つまり医学知識の

理論というのは、アーユルヴェーダでも中国医学でも、そして近代医学でも、その時代の医学者共同体つまり医者達、医学の専門家達を中心になってその時代の社会的文化的文脈の中で多様な利害関係の中から構築されたものということ。だから超普遍的な医学理論はありませんし、超普遍的な医学知識もありません。ですから近代医学は日進月歩という名の下に次々と知識を作っていますが、それは何も新しい知識が見つかったわけではなくて、今までの知識を書き換えて新しい知識を作っているんです。そして、知識・理論を作っていく医者たちは、その文化・社会の中に生きていますから、そういう意味では社会的文化的文脈を反映しながら知識・理論の生産が行われている。それが第2番目の仮説です。

第3番目の仮説。ここまで付き合っていたら、今日の話が分かると思うんですが、近代社会が成立し国民国家というものが出来て来る19世紀以降の世界の在り方だと思って下さればいいのですが、少なくともそういう近代社会において医療とはどういうものとしてあったかという点です。他の文化圏の多くの社会でもそうだったんでしょうけれど、ミクロにみるなら医療には個別の目の前の患者を、医者という人が助け、救済し、病気を治す行為という側面があるでしょう。しかし医療という大きなシステムが人々に対して、一般的にはどういう機能を持つのかと考えると少し違ってきます。それはもう社会学の、医療に関する社会学のイロハですが、病というものがある時にそれは様々な落ちこぼれの1つ、逸脱だということ。要するに社会的規範、ルールを守らない。例えば仕事が出来ない、何かしなきゃいけないのにそういう社会的規範を守れない。そういう価値規範、もしくは社会的規範からの逸脱が病気だと考えると、医療というのは矯正することなんです。逸脱を矯正して元に戻してしまう。

もしくはちゃんとした状態に戻し、ルールを守らせる。そうするとどう見ても、病ついでうものを治す医療というのは、逸脱を統制するシステムだろう。こういう視点が医療社会学というものスタート地点です。パーソンズ達は、こういう視点に立って医療というのは実は「癒し」とか「救済」という個別の行為ではなくて、社会行為として見た場合には逸脱を統制するシステムなんだと言い切ります。

その目で見ると、19世紀中頃から世界中の近代国家において医療は制度化されます。どういうことかと言うと、19世紀の前半以前は、医療というのは好きな人が好きにやっていて良かったんです。例えば「あのおっちゃん手をかざして病気治すぞ」と噂になると、みんな集まる。そのうち「あいつ下手だ」とか「こっちのおっちゃんのほうが上手いぜ」とかいう話になる。せいぜいちっちゃい職業集団であって人民は好きに選べた。もちろん1ヵ所しかなかったらそこに行くしかない。そういうものに対して国民国家が「それじゃいかん」というようになった。要するに正しい医療で行われなければいけないと国家が言い出すわけです。なんでそんなことを言い出すかと言うと、国家としては人々を管理しなかった。近代国家のスタートした時からそうでした。

もう1つは、自分が支配した国家の中にとどめる人が病気で、どの人が死んで、どの人が生まれてきたかっていうのは知りたい。そうした場合は、疑人主義的な言い方なんですけど、何を使うか。法律家を使ってもあまりうまくいかない。教会、近代国家だからもう教会システムを使うのはよそうってなる。何が一番いいかと言ったら、医学ですよ。医学が人々の生きとし生ける、生老病死を把握出来るだろうということです。その意味で19世紀中頃から国民国家は総じて近代医療を制度化し、近代医療は唯一の国家が認める医療となりま

す。医者の免許証を国家が認定し、それから医学教育制度を作って、国家がそれを全部管理します。つまり自由に医師になれなくなる。それにより、素人と称される人が医療を出来なくなる。それから医師たちの医療のやり方も、医療による報酬制度（経済）も、もう国家によって管理されるという時代になります。

こう言う一番ピンとくる方は、多分今の開業医だと思います。開業医は、我々は自由に医療をやっていないと言うでしょう。もう隅から隅まで国家に管理された医療しか出来ない。医学教育システムもそうですから。例えば150年前の日本だったら医者になりたいという、例えばそこら辺の小金を持った人がどっかの医者の丁稚になって、何年間か見習いやって免許皆伝で医者になれた。これを近代国家は許さない。近代国家では、国家が医大・医学部を決めて、そこでの教育内容も国家が決める。その卒業生にだけ国家が管理する医師国家試験を受験させ、その合格者のみを医師としていく。これら、医師資格の制度化、医学教育の制度化、医療行為の制度化、医療経済の制度化、などを「医療の制度化」と言います。そうすると、少なくとも近代社会においては、病ついでうものがどう扱われるかと言うと、国家もしくは医療側としては逸脱を管理するシステムとして、統制するシステムとして医療があるんだということになります。近代の国家というのは、その権力の性格から言ってなるべくこれを中心に人々を管理していこうとします。人々がどう生きているかを知って、管理出来るものとして医療を使おうということになって、医療に医学に全ての権力を与えます。間接的権力です。間接と言うのは実際には医者は権力を持っていないからです。

例えば、出生に関する認定権ですが、出生診断書がないと我々は社会のメンバーにならないですよ。それから死んでメンバーじゃ

なくなる。死亡診断書を書くのは全部医者です。それから始まって、会社に入るにも健康診断書がある。何するにしても医学が管理するシステムを通過しないと我々は近代国家の中では生きられないことになっています。生まれた時から死ぬ時まで、端から端まで医学が管理する社会というのが、近代国家です。ただし医者、僕も医者ですが、医者個人としては管理しているつもりはないんですよ。一生懸命目の前の病気を治しているつもりだし、逆に自由にやろうとすると国家がそんなことやっちゃいけませんよという。もうがんじがらめです。医療用のベッドも作れないです。こんな医療をやりたいと言ってもそんな所にはお金出さないとと言われてしまいますしね。経済を握られていますから。こういうシステムが今作り上げられて、今日の我々の社会の医療の持つ意味だというのが、医療社会学及び医学哲学からの1つの議論です。

これである程度、「ガッテン、ガッテン」していただけたかとは思いますが、仮説ですから、そうじゃない立場を取る人達もいます。それが学問ですからね。こんなことを言う人というのはもう日本でもほんのわずかで皆さんもあまり聞かない話だと思います。でも学問的にはオーソドックスな話だと思います。続けていきましょう。ここ前提から始めたいと思います。よろしいですね。

5. 特定病因論から確率的病因論へ

今日のメタボの話に入る前に生活習慣病という概念をご説明しておかねばならないと思います。生活習慣病とは何かと言う前に、まず1960年から70年に医学の中において大きなパラダイムシフトが行われたことを見ておく必要があります。つまり医学理論が大きく変わったのです。ただ医学の中にいる人は、自分たちの理論が変わったということは分からんです。何故かと言うと彼らは繰り返し繰り返しの作業しているだけです。科学

論ではノーマルサイエンスと言います。だから工場の大きなシステムが変わっても働いている作業員は「ちょっと機械が変わっただけだ」ぐらいとか、「ああ、今度はこれに入力するのね」ぐらいのレベルでしか感じないのに似ています。でも外からずっと医学の理論、近代医学が出来た時からの理論を追ってきた人間から見ると大きく変わっていることがわかります。それは何かと言うと特定病因論から確率的病因論の出現ということです。

先ほど柄本さんの報告でも出ていましたが、近代医学を成立させたのはバイ菌学なんです。どういうことかと言うと、全ての病気には必ず原因がある。非常に単純な考え方です。こんなのは科学の世界では絶対にないのであって、原因というのは考えられないというのが科学の世界なんです。正確に言うと科学的な原因はないのです。かくなってかくなってかくなるってことを科学は言えるんですけど、どれが原因というのは確定できません。ところが医学だけは、原因というのがあると今でも考えている点で非常に変わった科学理論なんです。

それが成立したのは、1880年代、バイ菌がたくさん見つかった時です。どういう理論かと言うと、すぐに皆さんならピンとくると思うんです。1つの病気には必ず原因がある。病気の原因、病因です。例えば病気Aがある。するとこれには病因Aがある。それで病気Bがあったら必ずこの病因Bがある。それで病因Aが病気Aを引き起こす。病因Bは病気Bを引き起こす。病因Aは病気Aを引き起こすことは出来るけど病気Bを引き起こすことはない。この考え方があって、この病因に選ばれたのが1880年代はバイ菌だったんです。それまで感染症が医学及び社会の脅威だったので、感染症を対象として研究してバイ菌が見つかります。コレラ菌、炭疽菌、結核菌などがどんどん見つかっていきます。

それでこの考え方でバイ菌が病因になる。

例えば、結核という病気を一生懸命研究したら、結核の患者にしかない菌が見つかる。その菌を培養して動物にやってみたら結核みたいな症状が起きた。結核じゃない患者、動物とか人間には結核菌が見つからない。非常に単純な図式からこの理論が作られました。こういうことによって近代医学には一気にこの考え方が広がります。これが「特定病因論」です。そうすると次に何を考えるか。原因が見つかったんだから、病気を治す、もしくは病気をなくすには、病因を潰せばいいことになるのです。病気を引き起こす原因が、1対1の特定対応だから、結核病の人には結核菌が体の中に入って病気を起こしているんだから結核菌を倒す。コレラ病の人はコレラ菌を倒すという発想になります。

皆さんだったら、ああ抗生物質かと想像するでしょう。ところが実際に役に立つ抗生物質が開発されるまでに、この特定病因論が定着してから、70年かかるのです。この理論が成立して、これで治療をやろうと言い出して近代医学がスタートしたともいえるのですが、有効な抗生物質はなかなか開発されませんでした。しかし、結核もコレラもなくなっていきます。治っていきます。全然役に立たない薬を使ったり、役に立たないけれど収容所に入れておいたら、いつの間にか治ったのです。結核で死ぬ人がどんどん少なくなっていきます。なんで治ったのでしょうか。

皆さんの世代だったら、ストマイとかカナマイとかいう言葉を聞いたことあるでしょう。リファンピシン、アイナー。あれが全部揃って結核菌を殺せる時代。もしくはコレラ菌を殺せる時代というのは、1950年代以降なんです。

ところが、感染症はこういう理論とは関係なく、生活が良くなったらなくなったんです。皆さんの小さい頃、ガキ達は黄色い凍を垂らしてましたよね。あれは慢性の副鼻腔炎でいわゆる蓄膿です。あんなのは治療しなかった。

今のガキ達には全然ないですよ。同じように、そういう風に何も治療しなくても、あった病気がなくなるというのは皆さんも経験していますよね。お年寄りには昔はみんな背骨が曲がってましたよね。今は背骨が曲がっていたら骨粗鬆症とかなんとかが言われます。でも今はそういう姿の老人はあまり見られない。治療したわけではない。誰もホルモン剤を飲んだわけではない。カルシウムをたくさん飲んだわけでもない。でも皆さんにそういう病気はなくなってしまった。それはまた別な議論の枠にあがっているんですが。

ともかく、医学はこの特定病因論でずっとやってきたんです。ところが1960年代ぐらいになると、近代社会では、感染症が周りになくなってしまった。世界的にはなくなったわけじゃ全然ないんです。実は第3世界に追いやってしまったんです。近代的な意味での栄養と清潔の観念が社会の中にあって、栄養と清潔が保てないマイナスの空間はアジア、アフリカのほうです。今でもアジア、アフリカの死亡率のトップは感染症です。マラリアとかコレラで毎日何百万人という人が死んでいますから。

それで、この感染症がなくなってきた時に、何が医学の課題もしくは社会の課題になったかと言うといわゆる慢性疾患で、典型的な例としては、虚血性心疾患があります。医学用語ではあるんですが。これは何かと言うと狭心症から心筋梗塞まで入ります。これを最初は特定病因論で議論したんです。例えば皆さん知っているとおり、脚気というのは僕らにとってポピュラーな病気だったわけです。日本人にとっては特にそうでした。ところが近代医学が入ってきて、脚気も病原菌が原因とかって言い出して、それで森鷗外と陸軍が「病原菌を、特定菌を探せ」と言って、軍隊の中で消毒したり、脚気菌を毎日顕微鏡で探したりした時代もあるくらいです。何でも特定の病因があるだろうという考え方でやってきた

のが、行き詰まったのです。

虚血性心疾患、それから糖尿病とか高血圧とか。これらはどうやってもバイ菌が見つからないし、たった1つの物質が見つからない。ホルモンとかですね、何か1つの物質が見つければ特定病因論で、「あ、病気の原因はこれです。じゃあこれを排除しましょう」とか「これが足りないのをこれを入れてやりましょう」とかやれる。ところがはっきり言って全身の血管が動脈硬化でぼろぼろになっている虚血性心疾患に代表されるものの場合、ばい菌や物質のような一つの特定の病因を見つけることが出来ないで困ってしまうわけです。

6. 統計学の利用とリスクファクターの抽出

特定病因論は限界があるということで、それでは医学は何をやろうとしたかと言うと、当時発達してきた統計学を使った。どういうことをやったかと言うと、虚血性心疾患になりやすい人達をグルーピングして調査した。例えば、米国マサチューセッツ州でやった大規模な調査がありまして、それは何かと言うと、住民5,000人を9年間調査して、その人達から統計学的データをとろうとした。虚血性心疾患の病因がわかっているわけでないからとにかく住民の皆さんの日常生活をチェックしていくわけです。

その時に彼ら研究者が考えたのは、「これはきっと何か影響があると今までみんな言っている」ということ(もの)です。例えば、「心筋梗塞に影響ある」と思われるものを最初から頭の中に入れておいて、それが生活の中にあるかないかを調べる。住民に「じゃあ今日からやります。皆さんよろしく協力お願いします。次の項目に関して皆さんの生活で行っているか、あるか、などを答えて下さい」という。聞く項目は、例えば、毎日運動してますか？ タバコ吸ってますか？ 体重はどれ

くらいですか？ 病気を持っていますか？ などなど。そのような調査(結果)と、その住民たちの虚血性心疾患の発症との関連性を、ずっと9年間かけて研究したんです。平均をとるとか統計的な手続きを踏む。そうするとこのグループは心筋梗塞になった、狭心症になったとわかるわけです。それに比べてこのグループはならなかったと。じゃあこのグループとこのグループの差はなんだということを一つ一つ検討していく。その調査研究に1つ1つのチェック項目として選ばれたのが、いわゆる後から言われる「生活習慣」です。チェック項目は「生活習慣」だけじゃないんですが、「生活習慣」も含めたわけです。つまり、いろいろな項目が「要因」として選ばれます。例えば高血圧があるとか、糖尿病があるとか、それからタバコ吸っているか否かとか、運動しているか否かとか、男か女かとか、年齢とか。そして、これを統計的に処理します。そうしたら、ある要因がプラスの人は虚血性心疾患になりやすい。その要因がマイナスの人は虚血性心疾患になりにくいと分かったわけです。そこで、この「生活=項目=要因」を、「リスクファクター」と称して取り出しました。

この時代のこのような調査研究から分かった、考え出された、「虚血性心疾患のリスクファクター」は、9つです。1つは「男」。女はなりにくい。それから「加齢」。年を取るとなりやすい。そんなの当たり前のことなんです。それから「糖尿病」、「高血圧」。これらの人は虚血性心疾患になりやすい。

アメリカのWASPと言われる人たちがいます。ホワイト・アングロサクソン・プロテスタントのことです。だいたい米国大統領がホワイトでアングロサクソンでプロテスタントでない人っていうのはたった2人しかいない。彼らがアメリカの価値の担い手ですから彼らの生活習慣の中から「生活習慣」が項目として選ばれたようです。様々なチェックし

て意図的に選んだのです。何故かと言うと調査というのは最初から調べる（聞く）項目を作らないと調査としてデータ出ません。だからいくつかの要因に目をつけて最初から入れていたわけです。そのようにして項目として選ばれ、調査により、リスクファクターとして選ばれたのが、まず「タバコ（喫煙）」です。この当時にアメリカ人が考え出したモーレッツというような性格を「タイプA（性格）」といいます。要するに日本で言うとモーレッツ社員がモデルです。並ぶのはイヤだ、早めに飯食うとかですね、ガツガツとすぐ仕事してしまう、仕事がないとイライラするとかですね。これらの調査で、そういう「タイプA性格」の人は虚血性心疾患になりやすく、「タイプA」がリスクファクターとされます。そして、さらには、リスクは低いリスクファクターとして「ストレス（を感じているか）」、「肥満」なども同様に選ばれます。そして、血中物質（の測定）も調査項目にあり、血中コレステロール値の高い人は、虚血性心疾患になりやすいとされ、「コレステロール高値」がリスクファクターと選ばれます。

かくして、男、高齢、糖尿病、高血圧、タバコ喫煙、タイプA性格、コレステロール高値、それからストレス、肥満、カテゴリーがそもそも全く違う物質や行為や習慣が、虚血性心疾患の「リスクファクター」（危険因子）とされていきます。

そこで、近代医学がその次に「危険因子を減らせば病気は減るだろう」と考えたのです。でもこれはリスクですから、1つ減らしたら、全体のシステム条件が全然違ってくるわけですよ。

例えばここで、ギャーギャー騒ぐ学生A君がいるとします。そのためにその場がうるさい。教室がうるさい時にいつもここに座っていて、こいつがいるといつもうるさいんだということになる。それでこいつが教室騒然のリスクファクターだと考えて、じゃあA君を

部屋から出したらこの教室は静かになるかということ。それは仮説としては考えられるけれど、実際にやってみたらどうでしょう。その学生A君がいなくなったら、今度は今まで静かだった学生B君が喋り始めるわけですよ。するともっとうるさくなる可能性さえあるわけです。

これがシステム論の考え方です。人間の体ってシステムなんです。これを近代医学はどういう風にそう考えたか分かりませんが、「危険因子を減らせば、病気が減るはずだ」と言い出したんです。これはだから科学とか統計学とかシステム論をやっている人からは、ここでもうおかしいと思われて仕方ないことをしている。これは「リスクの物化」ともいえます。もちろん、最初からその危険を指摘していた人もいたんですが。しかし、医学をやっている人の多くは、あまりこういうことを深く考えないで、目の前に危険因子があるんだからそれを少なくしようという発想になってしまう。でも、さっきの話で言うと、A君がいるといつもうるさい。確かにA君を外に出せば静かになる可能性はかなり高いんですよ。高いんだけど、論理的な必然性ではない。B君やC君が、A君がいなくなったら俺しゃべろうって出てくるかもしれない。

7. タバコとタイプAとコレステロール高値——リスクファクターの物化

後の話で出てくるんですが、それで医学がこの方法論上で考えたのは、危険因子をどうやったら減らせるかです。選んでしまった危険因子をです。それで例えば、男、今なら出来る。女にしてしまえばいい。でもこの当時は男を女に変えられるとは思わなかったから、これはコントロール出来ないで除外します。次に年齢、アンチエイジングと言っても、年齢は元に戻せない。加齢も止めることも出来ない。この危険因子はコントロール出

来ない。糖尿病と高血圧は別々に治療してもらいましょうとなる。「ストレス(を感じる生活)」なんては、もう近代社会の問題で、ちょっとコントロールはできないし、「肥満」もその人個人の問題で、ちょっとコントロールはしにくい、とその時代では考えられたのです。

そしてタバコとタイプAとコレステロール高値、これらが残ったんですね。それで一番考えたのはどれが製薬業界と医学業界にとって金になるかです。

最初に使われたのがコレステロール高値です。薬を使ってコレステロールを下げてる。そうしてコレステロールを低値か中値にしまえば、虚血性心疾患も減るだろうということです。それでコレステロール値を降下させる薬の開発が始まります。それで皆さんが飲んでいるメバロチンが開発される。

続けてタイプAの性格改善、これもわずかですが試みが行われました。さすがアメリカです。ところが、タイプAという考え方自身は、ベトナム戦争の前後の一過性のものにすぎず、アメリカの当時の世相であって、決して個人の性格ではないということの後から心理学の人たちが言い出します。タイプAの性格改造教育とかやって、イライラした性格をやめれば心筋梗塞ならないよ。やめましょう、イライラは、ゆったりとしましょう。こういうことをやります。でも効果もないし、かつタイプA自体が否定されてきますから、これはなくなります。

それで残ったのがタバコ。タバコの研究活動が始まります。元々流れとしてあった禁煙運動という、宗教者・道徳家たちが考え出したものがあります。「タバコ嫌いよ！ タバコは不道徳よ！ タバコ吸っている人なんか人間じゃないよ！」というムーブメントから始まったタバコの研究がここに結びついてきて、タバコが、虚血性心疾患・癌・呼吸器疾患、多くの病気の最大のリスクファクターとして認知されるようになり、タバコが医学

的にも証明された「悪」として、世界から放逐されていきます。

こういう風に考え方が変わって、特定病因論に代わって確率論的病因論が出てきます。これが確立するのが1960年から65年ぐらいまでの間です。特定病因論で解決出来ない病気は、全部確率論的病因論で解決できるんだということになりました。それは全部説明できるんです。例えば足の裏がかゆくても、こういう風にデータ取って、グループ作ってリスク計算をすれば必ず出るんです。足の裏がかゆい病気は、靴とかゲタとかをリスクファクターに出来るはずで、それは相関性だから、リスクファクターと実際の病気との、病理的機序・因果関係というのはそれほど要求されないわけです。でも治療は出来るだろうという考え方です。リスクファクターを、リスクの文脈・システムから切り離して、「物化」し、この「リスクファクター」を消滅させるのが医学的治療なのだとしたわけです。つまり、この方法論では危険性に過ぎない「リスク」が、実体がある「病気」にされてしまったのです。非常に面白い。人ごとながら、自分も医者なんです。理論的には非常に面白い考え方が近代医学の中で支配的になります。現在では、この確率論的病因論というのが近代医学の理論の中心になってしまい、統計的処理をして、それからリスクファクターを出して、そのリスクファクターをコントロールするのが治療だという考え方になっていきます。

8. 成人病という概念を日本の国家は作り上げた

ここで日本での話になります。まず、「成人病」とはどのような概念なのかをご説明しておきます。皆さんの世代だったら、ちょうど現役でバリバリで会社で働いている時、会社で言われたと思います。「成人病」とは、1957年に、医学ではなくて厚生省、つまり国家が

勝手に作り上げた病気です。医学だって勝手に病気を作り出すわけですが、これはまったく国家が、それも日本の国家が作り上げた病気です。医学の必然とか医学の理論や知識からきた病気ではない。1957年の厚生省の定義はこうです。「成人病とは、主として脳卒中、ガンなどの悪性腫瘍、心臓病などの、40歳前後から急に死亡率が高くなり、しかも全死因の中で高位を占め、40から60歳の働き盛りが多い疾患」。

これは絶対に医学的定義ではない。これは社会的定義ですね。国家にとって一番いいのは医療費がかからないことです。国家にとってはギリギリ働けるまで働いてポトッと死んでくれるのが一番いいわけです。ところがこの時言われたのは「早死にする人が出てきた。もうちょっと先の定年まで働いて欲しいのに」ということです。労働力としてちゃんと働いて勤労の義務を守って欲しい、国家への納税の義務を守って働いて欲しいのに病気に罹って働けなくなるとは困るということです。それで脳卒中、ガン、悪性腫瘍、心臓病などを独特のカテゴリーで括って病気概念を作っちゃいます。ですから「成人病」というカテゴリーに含まれるのは脳卒中であり、ガンであり、悪性腫瘍であり、心臓病です。なんでそんなカテゴリーが成立するかというと、働き盛りの人がこのくらいで死んでもらっては困るということです。

1957年ですからこの確率論的病因論が出る前です。これらは感染症のやり方では予防も治療も出来ない。抗生物質を渡したり、隔離してどこかに閉じ込めておくという事は出来ない。そんな出来ない病気が流行しているわけです。バタバタ脳卒中で倒れる。これは国家にとってはゆゆしきことだという事情からも「成人病」というカテゴリーは必要だった。医学には「え？何言うてんねん。お役人は」ということで最初はそっぽ向かれてしまいます。成人病は近代医学の本流の中では

バカにされ続けた病気概念です。医学的には根拠がないですから。

成人病概念を作って、国家は何やったかと言うと、早期発見早期治療をやれば成人病はなくせるんだと言い始めた。確率論的病因論が出る前の、国家戦略としてはまあ妥当というか、そのぐらいのことしか考えられないだろうというのがあります。だから57年というのは、確率論的病因論の成立前ですから、非常に先見の明がある。日本の官僚は、「成人病」という定義をしてこれらの中にガンも脳卒中も全部ぶち込んでしまった。これは成人病なんだということにした。この時代に「成人病」という言葉を英語で「アダルト・ディージズ」って訳した人がいましたが、それをアメリカ人に言ったら「それは性病のことか？」と言われたという有名な話があるくらいに日本に特異的な病気です。

それで早期発見早期治療と言い出した。これは皆さん健診を受けさせられた時に聞いたと思うんです。つまり手遅れになる前に、症状が軽い時に、病気を捕まえれば、病気を治療出来るし病気はなくせる。早期発見早期治療。僕らも医学部学生時代、公衆衛生学とか予防医学の時間にこの8つの文字を金科玉条の如く教えられました。それで治療より予防ということ、つまり国家はすでに治療の限界を知っていたわけです。それじゃあ予防しよう、どう予防するんだという話になる。早めの症状の時、例えば血圧が高めの時、だからガンだったら早めに検診して見つけるということになる。小さいうちに見つける。糖尿病だったらまだ症状が出ないけれどオシッコの中に糖が出て、血糖値が高いぐらいの時に、腎臓とか血管がやられる前に見つけようとするわけです。これは、第二次予防と呼ばれます。予防は後から出てきますけど、第一次予防、第二次予防、第三次予防と定義されます。第一次予防は、病気が出る前に病気の芽を潰してしまうことです。第二次予防は病気が出

ているんだけど軽いうち、早期に見つけて早期に治療しようということ。第三次予防はもう病気が進行してしまった場合に、病気によって失ってしまった機能を何らかの形で取り戻してやるということです。つまり死に至るとか機能不全に陥るのを何らかの形で予防する。リハビリテーションの考え方が含まれています。

それで第二次予防の戦略を立てます。早期発見早期治療です。これが1957年から40年間の健康政策に使われます。成人病予防のためということで莫大な検診システムを使ってやります。実はこれが、どんな風に計算・評価しても失敗します。つまり年齢が高齢化になった、それから病気の数、病院の数が増えたとか、そういうファクターを引いて調整して計算しても成人病は増え続けます。それはもう最初の10年ほどで分かったんです。そんなテクノロジーアセスメントに対する考え方が日本の国家官僚には全然ないのです。つまり技術はやりっぱなしでアウトプットをちゃんとして成果があったかということを見る眼差しがなくて、やりっぱなしです。検診もやりっぱなしですね。

9. 早期発見早期治療という健康政策の失敗の露呈、がん検診の無意味さの露呈

実は二つのことが露呈してきます。時代的には1980年代から90年代にかけてです。1つは健康政策としてやってきた成人病の早期発見早期治療というのは全部失敗だったとわかります。右肩上がりに成人病が増え続けます。末端では会社を通してちゃんと成人病検診している、かつ市町村にも成人病検診を義務付けてやっているのにです。それでも成人病は増え続けているということがはっきりします。

それからもう1つは、がん検診に意味がないことが露呈しました。がん検診というものを

を国家は導入します。お金は地方行政が出せという形で。これもやりっぱなしです。検診を推進した人達が考えたやり方は、見つければいいだろうというもの。それだけのコストをかけているのに助かる病気を見つけるという発想が全然なくて、見つければそれで成果だということだけで進めてしまったのです。

集団検診で胸のX線写真を撮りますね。はい、がんが見つかった、発見できて、良かった良かったって喜びますね。ところが本当にやるなら、何のためにつけるかと言ったら助けなきゃいけないわけですよ。そうでしょ。つけるためじゃないんです。助けるためにやる。治療して病気を治す、その病気で死ぬのを防ぐためです。そこで、肺ガンなどは、見つかったも助からないものが多いわけですね。そうするとわざわざX線とか放射線をかけて検診して病気を見つけることにどれくらいの意味があるのか。逆にX線のために白血病にかかってしまうリスクなど様々なことをちゃんと計算しなきゃいけないわけです。

欧米ではどうかというと、がん検診というのはやっぱり60年代、70年代にかけてやっていました。しかし多くのがん検診は無意味とわかった。検診にかけたコストの分だけの病気の治癒率はないとわかったのです。米国では肺ガン検診のチェックは、90年代くらいまでには意味がないとわかってやめています。日本は検診の効果に対してほとんどアセスメントしていなかったから、「検診して5人もがんが見つかった。良かった、見つかった」とか言っていた。でも当人には良くないでしょうね。治らないのですから。見つかったと医者達とか検診する国家が言っている。ところがガンの死亡率はどんどん上がっていく。治せないがんを見つけたり、見つけてもしようがないものを見つけていくわけですから。

それで厚生省はさすがに90年代に早期発

見早期治療の成人病の検診がまったく無駄だった、失敗だったということを確認します。それからガン検診は有効性がなかったということも認めざるを得なくなります。これは外圧とでもいうか、米国のデータや学問方法論からの影響でそうになっていきます。

そこから次に国としての健康政策として何が出来ると言った時に、もう早期発見早期治療では病気をなくせないなら、もう一歩時間的に遡ろうということになった。病気になる前に病気になるやつを潰せばいいんだということ。つまり、病気になりそうな人をとっ捕まえて、何らかの処置をすれば、きっと病気の数は減るだろうと考え始めた。

要するに、ちょっとグレてるやつを捕まえればヤクザの数は少なくなるだろうというのと同じような発想です。そこで「生活習慣病」というこれまた日本独特な言葉を厚生省が考え出します。ただしこの96年の厚生省の「生活習慣病」については時代が時代であったので、医学が諸手を上げて受け入れていきます、ちょっとだけタイムラグがあるんですが、諸手を上げて賛成します。成人病の時は「何バカなこと言ってんだい」と言ってなかなか受け入れませんでした。それがもうすでにそれだけ医学が国家の従属機関という形に徹底し始めたということです。医学会の独立・自律とか医師会の独立・自律なんかもうない時代ですから、そして出現したのが「生活習慣病」です。

10. 生活習慣病という政治的概念の構築と予防医学の強化

これまた見て分かるとおり医学的定義・疾病概念ではないでしょう。「生活習慣病とは食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」。厚生省はこう定義します。1996年です。

それではどんな病気を具体的にイメージしているかということ、厚生省の定義はこうです。

「食習慣と関係するのは糖尿病、肥満症、高脂血症、高尿酸血症、循環器病、大腸ガン、歯周病。運動習慣と関係するのは糖尿病や肥満症。喫煙と関係するのは扁平上皮ガン、循環器病、慢性気管支炎。飲酒とアルコール性肝炎。」

これら全部を集めたら、日本人が今悩んでいる病気の90%ぐらい、あるいは90%を超すんじゃないでしょうか。つまり、はっきり言うとほぼ全部の病気なんです。それを、新たに生活習慣病と定義する。国家が「成人病」に次ぐ新しい健康政策をやります。これが「生活習慣病」です。

ここでさっきも言った、確率論的病因論が反映されるわけです。確率論的病因論は、この中で、タバコとかを取り上げます。厚生省の人達は、生活習慣というのを新たにリスクとして考え出します。

米国の研究で生活習慣を調べたものとしてブレスローの研究というのがありまして、ブレスローという人が5000人の集団を9年以上追っかけた研究があって、それはもう明確にこの研究がもっと個別の生活習慣をリスクファクターに仕立て上げちゃったんです。このブレスローの研究が、日本の厚生省・生活習慣病関連の人たちにバイブルみたいに使われます。

ブレスローの研究はどういうことをやったか、何をリスクファクターにしたかということ、人々の生活習慣をそれ自身リスクファクターにした。

例えば、睡眠時間です。この睡眠が危険因子化するの、やっぱり睡眠が多すぎたり少なすぎたりする時です。適当な睡眠時間があるというのは、6時間から8時間です。それから運動しなさすぎ、しすぎも危険因子にされる。でも米国の場合はしなさ過ぎでない適宜な運動というのは僕らが信じられないくらいで運動選手ぐらいの水準です。だから1週間に1、2回、強烈な運動を2時間ぐらいす

るのがいいという話になる。その辺を歩くというのは彼らの考えでは運動には入らない。それから勿論タバコ。それから飲酒。飲酒は適度となります。適度と言っても彼らの適度と僕らの適度はかなり違います。そうやって「いい健康習慣」と「悪い健康習慣」とカテゴリー化して、「悪い健康習慣」は、危険因子として、「いい健康習慣」というのはマイナスの危険因子として計算してみせるんです。

このプレスローの研究を厚生省は、はっきり言って、そのままコピーします。コピーして「生活習慣病」を作ります。ですから彼らの考え方は生活習慣を病気の上位概念にして、これらの病気、つまり今悩んでいる全ての病気をなくすには、生活習慣をコントロールすれば治るんだ、なくせるんだと堂々と主張します。予防の考え方から言うと二次予防がダメだとわかった。成人病で失敗した。それで一次予防だとなった。病気になる前に病気をなくせばいい。「病気になる前に病気をなくす」というのは論理的におかしい言い方なんで、正確に表現すると、「病気になる可能性(リスク)」を「病気」として扱い、それ(リスク)を排除すれば、病気はなくなるんだという考え方ですね。

このような思惑で、生活習慣病がこの1996年から厚生省の健康政策の中心になって、当時の医学は、公衆衛生学・予防医学関係はもちろん、臨床医学もこれを受け入れます。生活習慣病という概念は、医学的な概念ではないのです。これは政治の概念です。日本の医学は生活習慣病なんてものをこのままですんなりと受け入れて自分達の概念の中に取り入れてしまいます。それで何を行ったかと言うと、多くの、全ての病気は生活習慣病だと言い始めた。それは当たり前です。生きとし生ける人間はみな病気になるんです。生きとし生ける者の生活上の習慣は必ず何らかの形で病気に反映していくわけです。いいなり悪いなりに。

それで健康政策・予防医学としては一次予防を推進するという事で、オシッコに血が出ている、糖が出ているとかそういう現出したものを扱う二次予防ではなくて、その可能性のある状態をコントロールしようという、つまりリスクをコントロールしようとする一次予防の話になる。

その時に厚生省がとんでもないこと、漢方医学の人に対して大変失礼なことをやります。厚生省は「生活習慣病は漢方の未病と同じだ」と言い、「未病を治すのだ」とも言いますが。漢方を知っている人はご存知だと思いますが、「未病」という概念は漢方の中ではまったく別の意味で使っています。それを「未病」と堂々と厚生省が言って、我々は未病を治すんだと言い出します。僕に言わせれば、漢方学者がこれに対して反論しなかったのも、非常におかしいですね。

そうすると、これの生活習慣病治療は非常に革命的な医療になってきます。何が革命的かと言うと、まず病気じゃない人間を予防の対象とします。それまで予防というのは、ある程度病気になった人とか、病気の症状が出ている人を対象にしていました。生活習慣病は病気になってない人を治療するんです。

だから皆さんがヤクザの映画を見て、「うわ～賛成、いやカッコいいな」と思い、心の中でちょっと悪いことしようかと思ったり、ちょっとその辺を肩切って歩いただけで、暴力団なんか取締法違反とかって言われてパクられるのと同じようなものです。

それから、治療期間が無限になります。一生になります。つまり50、60ではなくて、40、30、20、10歳代。だから今生活習慣病についても子供も対象とする検診もやろうという人達が出てきますね。その最たるものがメタボリック症候群です。子供の検診をそのうちやるでしょう。

11. 行為が治療対象になり、かつての道徳家の仕事を医学が引き受ける

それから僕ら医学、医療をやっている人間にとっては非常に気になる変化が起きている。それまでは病気を対象としていた。医学が治療するのにね。つまり病気の部分とか病気の体を対象とする。それがそうじゃなくて治療の対象が行為になった、もしくは習慣になったわけです。

ですからタバコにしても、タバコのニコチンを対象にしてニコチン無害化を医学でも考えるのが古典的な医学だったんですね。そうじゃなくてタバコを吸うことを管理しようというようになった。だから性病で言えばセックスをすることを管理しようということです。例えば淋病の淋菌というバイ菌を管理する、もしくはそういう感染した身体を管理するわけじゃなくて、つまり行為、ハビトゥスを矯正させようとするのです。かつての道徳家がやっていたことを医学が引き受けるということです。行為が治療対象になります。

それから治療手段については、これまでの医学は、医者が看護師などと一緒に医療者が治療をやってきました。ところが生活習慣を変えさせるということはその当人が関わらなきゃいけないってことです。治療手段を本人に任せる、やらせる、本人を治療手段とする。例えば、タバコをやめなさい。太るのをやめなさい。食べるのをよしなさい。それまでの古典的な医学だったら医者がその人間を抱えて強引に食わせないって形でやっていたのが、食わせないことを、生活習慣の中で当人がやることを強制するわけです。

本人の意志、行為選択が必要だということになります。これは画期的です。ライフスタイル、それから健康、生き方。例えば、タバコを吸わない生き方。朝ちゃんと起きて運動をする生き方。朝昼晩ちゃんと食事する生き方。それから夜中まで働かないようなとかね。ちゃんとよく眠る。そういうライフスタイル

を要求するわけですね。私みたいな古典的な人間はそんなの勝手だろうって言いたいんだけど、それを健康、病気の名の下に強制するわけです。そして、それを自ら考えてやりなさい、という形で強制する。非常に革新的な考え方ですね。

これが生活習慣病の基本的な考え方です。この生活習慣病治療が行われ始めた時にはほとんどの人は文句は言わなかった。それは何故かと言うと健康と病気というのは、強烈なイデオロギーの元になっているからです。「そうか、やっぱり病気はないほうがいだろう。健康がいいや」ということです。我々の意識を暗黙の形で支配している、健康幻想及び病気幻想に則った形で進行したわけです。よくよく考えると、これは非常に問題があるんじゃないかと英米の社会学者あたりが後になって言い出します。でも、こんなことを言っている人は日本では、まだあまりいないんですよ。社会学者は生活習慣病というものについてもっと物を言うべきですね。

イギリスには「ヘルスプロモーションの社会学」というジャンルがありまして、近代を受容した人間によって構成されている社会、及びその社会の理念に対して問題があるんじゃないかと問いをなげかけています。そこでは、医療を通して国家がここまで我々に関与してくること自身に問題があるんじゃないかという視点、この生活習慣病というものを明確に社会的なイデオロギーとして捉えてみようという視点が含まれています。

12. 国家、医学、資本主義にとって役に立たないものはリスクファクターにならない

生活習慣病というのは日本の言葉なのですが、イギリスの社会学者はヘルスプロモーションという言葉を生生活習慣病的発想の「健康増進」という意味で使います。その議論の中で指摘されていることを、私なりに生活習

慣病にあてはめてご紹介しますと、多分今日の皆さんの疑問にちょっとでもシンクロナイズ出来るんじゃないかと思っています。

1つは、生活習慣病に見られる危険因子、リスクファクターというものの選択が恣意的だということです。先ほど言いましたように研究とか調査する時には先にこれはリスクファクターになるんじゃないかという見当をつけて、項目としてアンケートをとって調査していくわけです。その研究を進める人たちの先入感がありますよね。例えば、金魚を毎日見ているか否かということをしリスクファクターからリスクファクターじゃないかなどと項目を立てて調査している人は誰もいないわけです。ところが金魚大好きで金魚に癒されている人がいたら、きっと金魚といるのが健康とか入れるはずです。そうすると、生活習慣のリスクファクター化を作り出した人たちの意図というのは何だったのか。

さっきも言いましたように、米国ではWASPの価値観に合ったライフスタイルが非常に是とされて、そのライフスタイルに合わせた形でリスクファクターの提出が行われています。そういう意味で、リスクファクターとして選ばれるものは何か、逆に選ばれないものは何かという視点で考えてみる必要があります。リスクファクターとして選ばれるのは、国家と医学と資本主義にとって「都合の良い」ものです。逆に言えば、国家、医学、資本主義にとって「都合の悪い」ものはリスクファクターにならない。

どういうことかと言うと、それまでの社会学が持っている健康と病気についてのデータで、病気と一番相関性のあるファクターは何かと言ったら貧困なんですよ。これは、いわゆる「平均寿命」、から始まって妊娠や出生に関係する死亡率、子供から大人・高齢まで、全部、不健康と貧困というのは相関します。どんな風にデータをとっても相関します。もっと言えばその社会の格差による不健康で

あり、不平等です。しかし、これは絶対、リスクファクターにはしない。

だから最初に言った例ですが、ここでA君がぶっ倒れているとする。この時に原因として誰もが「お金」ってものは選ばないのと同じことです。お金出すのはイヤだから代わりに何が選ばれたかと考えたらい。例えば喫煙は選ばれても、公害とか大気汚染は選ばれません。社会的な環境的な要因は全部リスクファクターとして選ばれません。常識的に分かるでしょ。肺ガンの増加と大気汚染というのは必ず相関性があるわけです。絶対大気汚染は選ばれません。選ばれるリスクファクターは個人の生活習慣に関することばかりです。ほとんどそういうリスクファクターが選ばれていく。

これにはどういう意図があるのか。つまり病気の責任はどこにあるかと言ったら、国家でも環境でも社会でもなくて、個人にあるということになります。意図して個人が関係するものにリスクファクターが設定されております。全てです。大気汚染と貧困と環境というのをリスクファクターにすればちゃんと別のデータが出ると思います。そうすると全員にお金をやって、大気汚染・環境破壊の原因そのものをなくせという話になります。

13. 「病気になったのはお前のせいや」とすれば国家も社会も企業も責任を免除される

だからその「生活習慣病」が社会的な言説として持つ意味というものを考えると、「病気になったのはお前のせいや」ということになります。お前が悪い生活しているからだということになります。「あんたがタバコ吸ったからや、あんたが不摂生な生活してるからや、あんたが変なこと考えてるからや」とか何でもいいんです。要するにその個人の問題にしてやって、病気個人責任論にすれば、国家も社会も企業も責任は負わないで済む。当人の問

題にするというのが生活習慣病のリスクファクターの選択によって恣意的に行われていることの持つ意味です。これを僕らは、病気個人責任イデオロギー、または犠牲者非難イデオロギーと言います。これをクラフォードという社会学者が、一言で「you are dangerous to yourself」,つまりお前はお前自身にとって危険な存在なんだと表現しました。

あんたが病気になったのはあんたが悪いんやで。あんたが自分で責任負いや。国も社会も文句言われとうないわというのがホンネです。ね。「You are dangerous to yourself」はクラフォードの論文のタイトルです。

医師が道徳家的になりつつある。日本風と言えば、「you are virtuous」要するに、「あなたは不道徳なんだ、道徳的なことをやらないからあなたは病気になったんだ」となります。virtuousでもimmoralでもいいのですが、道徳的非難として犠牲者=病人を非難できるわけです。

それでそれは何を意味するかと言うと、じゃあ病気にならないためにはどうするかと言ったら「自分でやんなさい」ということです。「自分で規則正しい生活を送って、自分で道徳的に、清い正しい生活をしなさい。いわんや、医者とか国家権力に逆らっちゃいけませんよ、我々の言うことは正しいんですからね」。こういうことが生活習慣病の言説の中に込められている。だから非常に政治的です。

ここで思い出すのは、ウィルヒョーという有名な学者のことです。1860年頃のドイツの細胞病理学を築いた人なのですが、彼は若くして非常に優秀な医者だったので、1847年シュレジェンで発疹チフスが流行した時に、国の原因調査団のメンバーに選ばれます。彼はシュレジェンに調査に行った時に何をそこで見たかと言うと、貧困と政治の不毛さ、ユンカー達による農民の収奪を見る訳です。彼は国家に提出した報告レポートに「シュレジェンの発疹チフスの原因は貧困と政治的抑

圧である」ってことを書き「処方箋は、人々に完全な民主主義と教育と自由と富を与えることである」とまで書いています。それから1848年の革命に参加します。その時に「医学は自然科学ではなくて、一つの社会科学だ」と言い、医学が革命に参加するべきであることを主張します。勿論この革命は負けて、ウィルヒョーはパクられ、獄中で転向したことになっています。彼は、その後、病理学研究に従事し、病理学の教授になります。我々は今でも、ウィルヒョーという名前を病理学の教科書や、リンパ節の呼称に見ることがあります。それと同時に一部の社会医学の中で、先ほどのセリフは、次のように解釈され語られます。

「医療はすべて政治であり、政治は大規模な医療に他ならない」

ウィルヒョーの言葉を「逆の意味」で思い出すようなことが今起きているというのが、僕の見解です。

14. 「メタボリック症候群」の登場とそれにかかわる学会の舞台裏

さて、次は話題のメタボリック症候群の話になります。もうだいたい分かりましたね。生活習慣病という概念を使って国家は人々を管理する。それから医学は管理に手を貸すために自分達の基本的な医学の言説を捨ててまでも「生活習慣病」という概念を受け入れて豊かになったという話です。ところが、生活習慣病という概念で96年から10年間近くやってきてもう1つ説得力がないと気づきました。それでもう一押ししようという発想が国家にあり登場したのが「メタボリック症候群」です。何故かと言うと、生活習慣病は皆さんお分かりのとおり、ごちゃ混ぜ概念です。糖尿病でもなければ高血圧でもなくて心筋梗塞でもない。具体的に見えませんよね、皆さんにとって。

もし皆さんが糖尿病と診断されたら、「これ

は生活習慣病なの、いや糖尿病でしょう、じゃあ薬飲めばいいんでしょ」と思いますよね。だから人々に「真面目に生活をしなさい」というには脅しが効かなかったわけです。皆さん脅されませんね。生活習慣病検診というのを会社で受けていても、あんまり脅されない。それでもう1つ脅しの概念が必要だということで登場したのがメタボリック症候群です。これは生活習慣病の中の1つの病気という形で出てきます。生活習慣病の性格を全部備えた病気。生活習慣病と言えば、今申し上げましたガンとか糖尿病とか高脂血症、様々な病気の複合を指して、これは発症の機序の共通性による疾患群だった。しかし、逆に、この生活習慣病の発症機序をモデルにした病気が1つあれば、生活習慣病が包摂していた多くの人々を全部その病気の患者枠の中に入れることが出来る。そうすれば、さっき国家権力が考えた人々を安寧に管理するということが実現できます。従属させながら管理して生活までコントロール出来るということの意図に合うだろうということです。

ずっと見ていて機は熟したりとみたわけです。当時、「症候群X」とか、「死のカルテット」とか、「内臓脂肪症候群」とか様々に言われていた病気の中から、ちょうど日本の学者達がうまい具合に「メタボリック症候群」みたいなものを考えてくれた。これだ！と厚生省の官僚が一気に手を伸ばして8つの学会に同時に、共通の症候群、病気概念として「メタボリック症候群」を認めさせます。8つの学会が同時に一つの病気の概念や基準を作るなんて今まであり得なかった。だって今でも同じ病気でありながら学会によって疾病概念や診断基準が異なる病気というのが、結構あるんですから。それなのに8つの学会の足並みが揃います。日本肥満学会が中心になって、厚生労働省のバックアップでメタボリック症候群の診断基準検討委員会を作ります。そのメンバーを見ると、7つの学会からは1人ず

つ出ているが、14人中7人は実は日本肥満学会の人です。それを日本内科学会の総会に持って行って、内科学会を入れるから8つの学会になり、8学会共同の疾病概念として成立します。

「メタボリック症候群」というものを日本で決めようってポーンとやっちゃうわけです。メタボリック症候群が概念として成立したのは2005年の4月の学会です。ところがもうこれを健診に入れて国家が国民全部を対象に今年の4月から実施する。期間が3年しかないんです。だから厚生労働省が、全部準備しておいて「メタボリック症候群」を作らせたとも言えるでしょう。その気になって調べて、文献、公文書を全部探っていけば、どういう風に疾病概念・診断基準が作られたかというのはいくらもわかります。

それで「メタボリック症候群」というのは、各国が「シンドロームX」とか言って悩んでいた概念であったという意味では全世界にあるものです。各国の医学会も様々な研究をしながら疾病概念を検討していたんです。かつ、日本の学会が定義しようとしていた頃には、この「メタボリック症候群」という言い方はやめようと言った外国の学会もあります。またアメリカでは、メタボリック症候群という名前で診断したら犯罪だと言い出した医学研究者までいました。多くの国の学会ではメタボリック症候群というのは医学的な有効性もないし、意味のない概念だとされています。ですから日本で8つの学会が一緒になって決めた時、すぐにアメリカの糖尿病学会の人からは、「お前ら本気か」というようなクレームが付いたと言われています。

この(日本製)「メタボリック症候群」に関して、医学関係の人が今一番問題にしている点を言うと、我々国民についてのデータを出すと「国民の半数はメタボリック症候群及び予備群になる」んです。その意味はなんですか。厚生労働省は分かってそれをやってる

んです。それに加担した公衆衛生関係の人達とか医者達も分かってやっています。一部の人達だけが、「これはおかしい、こんなのは疾病概念として意味がない。国民全員病気だよと言っているのに等しい。国民半分以上を治療の対象として意味あるのか」とか言っている。でも、メタボリック症候群は、治療機会を作り出すためにあるんです。

15. 人口全部を治療対象もしくは健診対象とするポピュレーションストラテジー

そもそも病の概念はどうやって作られたか、冒頭で話しましたように、医療はその患いからその人を解放するために病気概念を作って医療行為をやっているんです。ですから国民の過半数が病気だと、まったく意味がないだろうという話が出るんですが、実は国家としても医学側としても意味があるんです。1つは、公衆衛生をやっている方だったら分かるんですが、全ての人を病気にしたほうが病気を治せるということが公衆衛生の言説にあるんです。これはポピュレーションストラテジーと言いましてどういうことかと言いますと、こういう風になります [図1]。

この図は、米国の予防医学・公衆衛生の教科書に載っている図で、集団の血中総コレステロール値と、冠動脈疾患死亡率との関係を

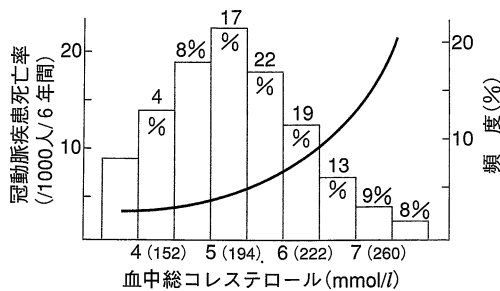


図1 寄与割合の予防医学戦略への応用

血中総コレステロール値と冠動脈疾患死亡率 (MRFIT)

棒グラフ上の数値は死亡者数全体に占める各階級からの死亡者数の割合 (%)

示したものです。つまり、米国のデータです。

図のグラフの横軸は血中総コレステロール値で、棒グラフの棒の高さが、そのコレステロール値の人の人数 (頻度) です。棒グラフの上に%で書かれている数字は、死亡者数全体に占める各階級 (コレステロール値) からの死亡者数の割合です。右肩上がりの曲線は、冠動脈疾患死亡率 (男性 40-59 歳) です。さて、右肩上がりの曲線から、血中コレステロールが高いと、冠動脈疾患死亡率が高いのはわかりますね。同時に、コレステロール値が低い人たちからも冠動脈疾患死亡が出ているのもわかりますね。棒グラフの棒が示すのは、コレステロールが高値の人は、集団の中では少数 (低頻度) であることですね。そして、棒グラフの棒の上の数字が、そのコレステロール値の人たちから出た冠動脈疾患死亡者数が、その集団全体の冠動脈疾患死亡者数の何%になるかなのです。これらを見ると、次のことが言えますね。確かに、コレステロール値が高いと、冠動脈疾患死亡率が高い。しかし、コレステロール値の高い人 (この表から 260 以上として) は集団の中では少数であるので、コレステロール高値で冠動脈疾患死亡した人は少なく、集団としての冠動脈疾患死亡者数の中の 17% に過ぎないのです。残りの死亡者 83% は、コレステロール低値 (259 以下) の人たちから出ているのです。ここから、ハイリスク (コレステロール高値の人たち) を治療して、その治療がうまくいって全員、死亡を避けることができたとしても、集団全体としては、少数の死亡減少に過ぎないのです。ですので、リスクの低い (コレステロール低値) 集団も (これらは集団の数が大きいので) 治療しなければ、集団としては病気・死亡を大きくは減らせないという理論 (治療戦略) が出来ることになります。これがポピュレーション・ストラテジーという戦略です。

それで今までの病気のリスクコントロールはこの高い人だけを集めてやっていたわけで

す。リスクが高い人、コレステロール値が高い人、それから血圧が高い人を治療していたわけです。ところがリスクというのは線が引けないからグラッとあるわけです。コレステロール値が低い人もそれなりにリスクを持っているわけです。ハイリスクの人だけをピックアップして治療するというのが今までの治療だったわけです。メタボリック症候群が出る前までの生活習慣病の治療です。ですからコレステロール値が240の人は治療して、200の人はちょっと様子見ましようかってなっていたわけです。

メタボリック症候群の面白い所は、これを全部治療しろとなったことです。どういうことかと言うと、このハイリスクの人数を集めて治療した場合、人数は少ない。ところが、このローリスクの入る人数は多いんだけど、リスクはグラッとあるからこの辺からもう病人が出るわけです。分かりますね。ここからも病人が出る。ここからも病人が出る。リスクが低くてもある程度は出ます。リスクとはそういうものです。ただしハイリスクの人は極端に出やすいということです。それで計算するとですね、こちらの高いリスクの人からの発症数と、残りのローリスクの人たちからの患者数を計算すると、ローリスクの人たちの人数が圧倒的に多いので、ローリスクからの患者数の方が多い。そんなの当たり前です。こっちのほうが人数が多い。

そうしたら社会、集団と見て、例えば、全部としてこの中（集団全体）から病気を少なくしようとしたら、リスクの高い人を少人数集めてきて治療するんじゃなくて、全員治療するんです。そしたらこの集団の中から病気は少なくなる。分かりますか。だから治療対象のリスク基準（いわゆる異常値）を下げていくわけです。そうすると、治療の対象が広がる。それで究極的には人口全部を治療対象とする。もしくは健診の対象とする。これはポピュレーションストラテジーといって、公

衆衛生のラディカルな考えです。この理論を前提にメタボリック症候群というのは人口の過半数を管理することを正当化出来るわけです。そうすると個別の病人はどうでもいいんだけど、集団として病気の数が減らせることになります。つまり集団を対象とした概念です。それが第1点です。

それから第2点は、そうした場合にやっぱり医療産業、製薬産業、健康産業が儲かるんです。国家的には医療費を下げることを国は至上命題にしているけれど、医療産業、医療産業、健康産業がどんどん繁盛するのはいいことなんです。資本の増大になりますし、国にとっては税金が入ります。そうすると医療費を上げないで、医療産業と製薬産業と健康産業にとって好ましいことが出来るのです。何故かというメタボリック症候群の治療というのは、まず医療機関で検査などして、それから生活指導を行う。この段階では、薬を使わない（医療費になる薬を使わない）で、国民医療費以外で各自自分で治療しなさいと指示される。生活を直しなさい。それに柄本さんのお話して出ている健康食品を飲みなさいとか、健康器具を買って運動しなさい、自分でどこかのヘルスクラブに行って運動しなさいとなります。薬局で薬（OTC）やトクホや健康食品を自費で買ってやるのも自由ですよ。そうすると医療費は上がらないけど、医療産業、製薬産業、健康産業は栄えることになります。それに加え、現在の保険制度下では、ある程度のメタボリック症候群は、必ず投薬治療が行われるので製薬産業の利潤も増加するでしょう。何しろ人口のほぼ半分を対象としていますから。国家にとっては全ての人間をトータルに監視出来るし、医療産業・製薬産業の利潤も担保される。これはもう国家にとっては喜ぶべきことですね。

それでこれをメタボ検診という形でいきなり今年4月からやろうとしている。とんでもない、完全な強制です。もしそれをやらな

かったら健保組合、団体及び市町村はですね、罰金を払わされます。かつその5年間10年間でアセスメントがあって、それでメタボの人間を減らさなかった市町村団体、健康組合はまた10%のペナルティを課せられるのです。後期高齢者保険にです。一部上場会社の健康組合が試算したら、今までの健診程度でやっていたら、下手すりゃ数十億円のペナルティをくうと、出てきます。ちょっと今までぐらいの健診の受診率や受診後相談でやっていたらかなわない事態になる。

16. 腹囲だったら自分で測れるので説得力があるという擬似的可視性の巧妙さ

問題はですね、この辺から医療人類学の領分の話になるんですが、このメタボリック症候群の「面白さ」、「際どさ」とは、実は腹囲ということを基準に入れてしまっていることです。腹囲を基準に入れたことは、医学的にはかなり批判されています。内臓脂肪との関連データがデタラメだ、あんな数値で内臓脂肪が分かるかとか、腹囲の測定なんか測定法を決めてやっても毎回バラバラな数値が出て意味ないとか、いろいろ言われています。もっともメタボリック症候群の病気発生機序に、内臓脂肪があんまり影響していないんじゃないかという学説のほうが欧米では有力になっていますが、日本のメタボリック症候群研究者は、内臓脂肪学説（仮説ですが）をとっていますので、腹囲は重視されます。

そのくらいのレベルでやるんですが、問題は診断基準に腹周りを入れた（作った）ということ。これを素朴に考えたのなら、上手く出来すぎています。何故かと言うと今までのリスクとか、生活習慣と言っても人々には目に見えないのです。血液を採ってもらって、胸の写真を撮ってもらって、「あんたコレステロール値高いよ」って言う、「ああそう」とか言って、また帰って来たら忘れる。とこ

ろがですね、腹囲だったら自分で測れる。だからリスクということに対しての説得力が腹の周りから分かるんです。だから擬似的可視性です。これがウケた。

人々は、自分で自分の病気を見つけることが出来て、自分は病人だと自分で診断出来る。自分は危険な存在なんだと自分で自分を診ながら言うのです。そうすると多くの人達は、腹の周りでリスクを関知して、私は自分がリスクな存在だと認識する構図です。

さっき言った、「You are dangerous to yourself」、「あなたはリスクな存在なんだ、あなたにとって、」という言い方がありましたが、これを一気に自らの目で見ながらやれるわけです。メタボ検診によって自ら診断して自ら治療するという、国家にとっては好ましい医療の時代が来るのです。医療にはさほど金がかからない。かつ従順に医療の権力の中に吸い込まれていく人達を作っていく。もし、ここまで意図して疾病概念が作られたのなら、正に見事に作られたものです。メタボリック症候群というのは、

17. 健康増進法で健康が「義務」にされているが、これはナチス以来

それに対して健康増進法とかが見事に並行していて、これを制度化する。つまり法律でもうがんじがらめにしちゃうということも起きています。先ほど柄本さんも言いましたが、こんなの近代法を勉強した人間だったらバカかというような法律です。

まず近代の考え方からして健康というのは権利なんです。社会権の中に入っていて、我々は健康であることを国に要求出来るわけ。健康な生活をする。だから仮に僕はちょっと病気が悪かったら、それなりの健康の生活をするように国は僕に何らかの形でオファーしなきゃいけないんですね。これは社会権という考え方です。ですから健康は権利です。医学哲学では、健康権という言葉で表現しま

す。それで日本国憲法でもですね、25条に生存権、13条に幸福追求権というものがありまして、それらが、社会権・健康権にあたります。これに関する議論はご存じの朝日訴訟というのがありますよね。

そういう風に少なくとも近代国家、国民国家にとって健康というのは権利であって、日本人国民にとって義務というのは3つしかないんですね。納税と勤労と教育です。健康がなんで義務なんだ。健康に関しては国家の義務なんですよ。国民を健康にしてやる、もしくは健康であるような条件を提供してやるのが、国の義務であって、人々の義務では絶対ないのです。近代の理念から言ってそうです。それなのに健康増進法では、国民の義務（責務）ということにしてしまった。要するにそれを制度化してしまっただけが健康増進法です。そしたら健康を失敗した人、健康じゃない人、病気の人ってというのは義務をサポートしているわけです。義務違反で処罰されますね。納税しないのと同じですね。

じゃあ病人はどうなるとなりますが、国は実はそこまで考えています。病人は死んでもらいたいですよ。もう、健康寿命という言葉もこれと同時に作られています。つまりピンピンとして生きるのが寿命であって、寝たきりとか痴呆になったらもう寿命じゃないんだという見方です。国の理想は、ずっと働いてあまり社会に金を使わずにストンと死んでくれることです。ピンピンコロリがいいことなんだとか言いますが、寝たきり老人とか、痴呆になった人とかはもう社会に役に立たないから、健康寿命の範囲からはずれてるから、死んで貰いましょうということですよ。

この健康増進法では健康という概念がいい加減・曖昧・無定義的に使われています。それは曖昧であるが故に、広く解釈でき、何でも「不健康」に入れることが出来ます。健康増進法というものは、制度の問題として徹底して、逸脱、病気、それから健康に逆らう者

は全部排除していこうという考え方なのです。国民は全部、(国の定める)健康でなきゃいけないということです。ちなみに、19世紀以降国民国家が出来てからですね、国民に健康を義務付けたのは、日本とナチスドイツだけです。私の知っている限り。

ナチスドイツでは、ゲッペルス達が「病気というのは道徳からの逸脱だ。つまり、反道徳的反国家的存在である。全ての人間は健康じゃなきゃいけない」ということを強調しました。勿論レイシズムがありまして、ゲルマン民族のみが人間なんだということで、もうその前に人間じゃない存在もたくさん作っておいた上でですが、それに健康を強制して、不治とみなされた病人は排除されて、精神病の患者とかガンの患者などはガス室で殺されます。だからその健康を義務として強制する裏側には何があるかということ、義務を逸脱して病気になってしまった人間、それからどうしても健康になれない人間、それらはもう人間じゃないんだから、この世からどこかにいってもらいましょう、という考え方を包摂しているのが健康の義務化の考え方です。

18. 生きさせる権力を批判的にとらえ返していく

そうすると、こういうことを思い出すんです。最後にもう時間ですが、言っておきたい。これはフーコーの言葉ですが、古い権力として、死なせるか生きるままにしておくという権力の在り方があったんだけど、後期近代の権力というのは、「生きさせる」。つまりすごく生産的で頑張って生きなさい。健康で生きなさい。ダメなら「死の中に廃棄する」という、この二分法というのをやっているのです。ですから我々はこの健康言説、特にメタボリック症候群に現れる文章をずっと読んでいって何を感じるかというと、世界はもうこれから健康か非健康かで分類されていくということです。

健康と非健康。健康な人は更なる健康であることを強制される。非健康のうちダメな人は廃棄、死の中に放棄されてしまう。例えばリハビリテーションの費用がもうなくなって、老人医療費が全部切り捨てられて、お年寄りには社会の役に立たないから死んでもらいましょうということになる。だから政策でもう節々に見えますよね。役に立たない人は早く逝って下さいと。それを「ピンピンコロリ」とか、「周りに迷惑かけないように早く死にたい」というような民間のイデオロギーと一致させるわけです。

私なんかやっぱり周りに迷惑かけても生き延びたいという方なのでこういう考え方の広がり疑問を持ちますね。そういう意味では今後、メタボリック症候群を軸にこの考え方が徹底して、医療費の切り捨てとかりハビリテーションの切り捨てとか、新生児、年寄りの医療費の切り捨てとかどんどん進んでいって、「生きさせるか、死の中に廃棄するか」という、この二分法で進んでいく時代が来るんじゃないかと危惧します。今の権力の動向を見ているとそう思います。そういう意味ではちょっと暗い話、どうしようかって話になってしまいます。

ちょっと長くなりましたが、だいたいこれがメタボリック症候群の発生、生活習慣病とメタボリック症候群が要求される社会の構造ということについての私の医学哲学からのアプローチの紹介です。これくらいでよろしいですか。暗い話になってしまってすみません。

【質疑応答】

司会（高田）

ありがとうございます。それでは自由にご義論、ご質問お願いいたします。

フロア（女性A）

実は私、前にメタボリックシンドローム絡みの薬を売っている会社で働いていて、大型薬が出るということで、出る前から会社内で

は大騒ぎで、これが出たらすごい売れるんだ、儲かるってことで最初は大騒ぎして喜んでいたらどうか、そういう雰囲気だったんですね。それで、医療費がかからないとおっしゃっていましたが、メタボ関連の薬はそんなに安い薬ではないので、網に掛かる人が増えると思えば逆に医療費は伸びるのではないかと思っただけですけれど、そういう心配はないのでしょうか。

佐藤

ご指摘のとおり、結果的には医療費は伸びます。ただですね、医療費が伸びないという言説（主張）がこの「日本版メタボリック症候群」の中には入っています。

どういうことかと言うとこの医学理論と経済の動向っていうのがまたアヤなんです。米国などのメタボリック症候群という概念は、診断基準の上位にインシュリン抵抗性というのがあるんです。インシュリン抵抗性が他の病的機序を引き起こす。これがメイン、病因論的にはトップにあるんです。このインシュリン抵抗性というものは、（薬物など）何らかの形でコントロール出来る。つまり薬でメタボ症候群は治せる・防げる可能性があるというような仮説で症候群を作ったんです。これが米国版メタボリック症候群。ところが日本の研究者のメタボリック症候群の考え方では、病因論的に内臓脂肪をトップに置いたんです。内臓脂肪があつてそこからアディポサイトカインという物質が出て、これがインシュリン抵抗性を下げて他の病気を作ると考えた。そうすると治療は、一番上位のものをコントロールすることになるので、ここに内臓脂肪のコントロールの必要性が出てくるんです。他の国のメタボリック症候群では、病因論的には内臓脂肪はあまり重要視をしてないのね。

これはどういうことか、これを何故国家が喜んだかと言うと、薬では簡単には内臓脂肪はコントロール出来ないんですよ、そうする

とこれをコントロールするのは生活です。だから今メタボリック症候群の治療・予防はやせることなのです。メタボの人をたくさん捕まえての治療というのはどうなるかというと、健康指導です。管理栄養士と保健師と医者。会社や市町村でメタボ健診して、メタボの人は、健康指導・生活指導・食事指導を受けることになる。これは全部医療費には計上されないのです。

ご存じのとおり、国民医療費の計算方法というのは、保険がきくものだけです。そうすると膨大な金が、健診機関、健康産業、保健師、管理栄養士、医師にも流れるが、医療費には計上されない。もし米国版メタボリック症候群だったら、将来多分インシュリン抵抗性に関しての物質・薬物の研究・開発が進んでいくでしょうし、必然的に医療費の増加が想定されますね。

でも、日本版メタボリック症候群でも、もし内臓脂肪を減らせる薬を開発出来たら、それで治療できることになるんですよ。そんな治療薬が開発されたら、開発者は一気に億万長者になれまして、かつ医療費にどんと跳ね返ることになりますね。ただ医療費のコントロールは、する気になったら、この新薬に保険をかきせなきゃいいわけだから、医療費に計上されない。保険がかきせるかきかせないかで医療費がコントロール出来るんですよ。そうですね。

ところがですね、国家はメタボリック症候群を10%減らせれば、5年間で2兆円の医療費が減ると言う。何故かと言うとメタボリック症候群が病気を作っているからという理屈です。この病気はメタボリック症候群で運動すれば病気が減るから医療費が減るってことです。だいたい5年で2兆円の医療費が減る。今医療費は年間32兆円です。ところが2兆円ってというのはどうやって算出したかと言うと、まったく根拠がないのです。その2兆円ってというのは、例えば、総務省がだいた

い2兆円ぐらい減らせと言っている。あれと同じですよ。国家公務員を減らす時にその人数に合わせて何をやったかと言うと、国立大学を全部独立法人にしたんですよ。その人数がぴったり合ったから。同じことですよ。

それでもっと言うんですけどね、実は今の日本のメタボリック症候群の人達で医療費を使っている人達がありますよね。治療を受けていますね。メタボリック症候群の人がどのくらい日本で医療費を使っているかと言うと、日本の医療費のうち、メタボリック症候群的な病気が関係しているのは2.9%ぐらいなんです。だからメタボリック症候群対策をやっても、医療費は2.9%しか減らないんです。それから、実際に検診を行う。医者に行って相談しなさいということを誰が判断するかと言うと、医者が判断します。じゃあ検診をやって1回医者に行きなさいと判断指示され、医院・病院に行ったら、医者はただ帰すはずはない。検査して薬出します。だって病院だって経営してるんだから、患者来たら、じゃあこの検査もしておきましょう、この検査、保険ききますよって言ってやりますよ。さらに、「もう治療し始めたほうがいいですよ」と薬出すこともあるでしょう。それです、ね、「メタボ健診5年間で、国民医療費は2兆円のマイナスじゃなくて、5兆円ぐらい増える」という医療経済学者達もいます。

フロア（女性A）

ありがとうございます。もう1つ質問があります。先ほどの健康増進法のこと、結局政府がやるべき義務を国民に転嫁するというのはどういうことですか。例えば、政府や自民党が国民が健康を得る権利を国民の守るべき基準であるとすり替えたという流れの一環なのかなって思ったのですが。

佐藤

近代国家というのは、近代の理念から言えば、国家が大きな義務を有している、国民の権利、国民が自由であることを守るための義

務が国家にはあるんだけど、それが逆転していく。多くの国はナショナリズムによって転嫁をやってきましたよね。同じことです。だからケネディの有名なアジテーションも、「君らは国家に何をしてもらうんじゃない、あなた方は国家に何が出来るか考えなさい」でした。あのオバマも言ってるけど、同じようなことですよ。どの国でもだからそういうことはやってますよね。ただ病に関してそれをやるっていうのは、お話したとおり、ナチと日本ぐらいでしょうね。

フロア（女性B）

それは憲法草案を通すのは結構難しいから、そういう小さいほうで気づかれないようにジワジワと法の転換をしていくというようなことなんでしょうか。

佐藤

総体的に世界的にみて近代社会というのはそっちのほうに行っているのかもしれませんが。全部。だから義務で言えばさっき柄本さんが紹介した食育、あれも義務ですよ。責務という言葉がちゃんとあげてある。責務という言葉で義務をやっているのは、法律的には3つか4つやっぱりあります。探すと。例えば福祉関係の法律にもありますし。ただそれはもうもっと具体的なことを言っています。抽象的な健康みたいものを、曖昧模糊な概念を義務化させるなんていうのは、「お前は正しくあれ」と言うのと同じですよ。「正しくなかったら処罰するで」と言って。でも「正しい」って何ですかね。

フロア（女性A）

ある種のいらぬ罪悪感を植え付けることで勝手に踊ってくれる人を増やすっていうことですか。

佐藤

まあ制度化ですからね。理念として掲げると同時にこれを法律化することによって何が成功したかと言うと、皆さんの前から灰皿をなくすこととかタバコ吸ったら公共の場所で

吸ったらお金を取るとか、飛行機の座席から引きずり出すとかですね。そういうことが合法的に可能になったわけですよ。

フロア（女性A）

でもタバコに関して言えば、私はタバコを吸わないのですが、この禁煙ファシズムが出る前、私の勤めている会社中、妊婦がいよ何が何だろうがモクモクと真っ白い状況でした。今でも路上でも歩きながらタバコ吸う人、後ろに人がいても小さい子供の近くでもどんな状況でも吸う人がいて、それを思うとファシズムなのは分かってるんだけど、タバコに関してはなんか少なくなって嬉しいっていうのが正直に言うことができました。

佐藤

1つは他者に害を与えるか与えないかという議論がある一方で、自分のイヤなものに対して我々は社会の中でどうやってお互いがネゴシエーションしていくかっていう問題ですね。ただ問題は例えばヤーさんが人権を無視されてパクられたら法律家としては、やっぱりヤーさんは嫌いで、ヤーさんにも迷惑かけてる人はいるけど、例えば別件逮捕で、とんでもないことででっち上げでパクられたらやっぱりそれは人権無視だろうと言わざるを得ないんじゃないかということです。僕は、ヤーさん嫌いですけどそう思う。法律家、弁護士達もそう思うでしょうし、僕らもその社会の中で生きていて、タバコは嫌いだけどタバコ吸う人が意味もなく排除されていって目の前から放逐されていくことはちょっとおかしいんじゃないかと思う感性は必要なんじゃないかなと僕は思いますね。だから副煙流なんてあまりアテにしないでよろしい。むしろ大気汚染のほうか肺ガンとの関連は、検討されるべきでしょうね。

フロア（女性A）

分かりました。ありがとうございます。

司会（高田）

それでは他にありますか。

フロア（男性B）

ちょっとアルコール依存に関して気になっていたことがありまして、近代医学以前ですと、アルコール依存は道徳の問題でしたよね。酒飲みは不道徳的な人とされた。近代医学になって医療化というか、病気として定義されるようになりましたよね。今度は病気として定義されるということですから、また再び、ここでの文脈でやっぱり不道徳な存在という新しいパラダイムに入ってきたということですか。

佐藤

生活習慣病の概念の導入によって医療は今まで以上に道徳的なことに関わってきます。例えば男性同性愛者、いわゆるゲイの話がありますね。ゲイは近代までは、神への冒瀆であって犯罪であって、その次に不道徳となったわけですね。それが近代後期にかけて、「病気」ということになり、おかげで、その道徳的なブレーミングからは逃れることになったわけですね。その次に今は趣味の問題になっていますよね。そういう風に病気とされることによって、犯罪や不道徳から逃れることのできた多くの病気があるんですね。しかし今度は生活習慣病ということでもう1回、病気が道徳的にとがめられてしまうというのが、道徳的ブレーミングです。どういうことかと言うと、例えば、「酒飲むから体に悪いんだとか、不摂生してるから体に悪いんだとか、夜遊びして遅くまで起きてたりしてるから風邪引くんだ」、「規則正しい生活をしなさい」と生活習慣病言説を医師が語り、そういう形で道徳的な言説でも医療、治療がやれる。実際は自分がそれをやっていた人達がそれで非常に喜んだということもありますね。私が言っていたことは本当だったんだ、だから不摂生すれば病気になるよということになってきます。この医師（保健師・看護師）の語りは、ご質問の方のおっしゃったとおり、もう一回道徳的な言説の傘が医学言説に乗っかってくるとい

うことになります。医学言説は道徳的な言説を捨てた、特に科学的な医学の言説はそうなんだけど、この生活習慣病という概念はむしろ道徳的な言説の復活であるということがいえません。

フロア（男性B）

貝原益軒の「養生訓」がありますね。あれは一種のイデオロギーと見ていいのかどうか分かりませんが、国民が自立的に好きだから勝手にあれをやるというのは別に問題ないわけですね。国家が一種の規制をして、あんな風に節制しなさいみたいなということではなければ。

佐藤

文化的に自分の判断・判定で、「健康習慣」をやっていくことは、それは自由であると思います。勿論社会や文化が国家権力と無関係の、相対的にフリーな場所にあるかと言われたら、僕はそう思わないんですが。問題は、国家や第三者が、ある個人に「健康習慣を行使しなさい」と命令・強制することは「おかしい」ということなのです。あえて議論すれば、近代というのは人間が自由に生きることを中心とした社会だということになります。そういう価値観から見たら第三者が、それが組織であろうとも他人であろうとも国家であろうとも、私以外の第三者が私のことを、お前はこうしろとか、こうするのはいかんと言うのは、「イヤやな」というような文脈の延長です。だから自らがその時代の文化に合わせて、僕らの文化では入れ墨が必要なんですよとか言えば、それは勝手にやって下さいというのは、僕は認めますね。ですからどうぞ勝手にタバコ吸って下さいということになります。

コーディネーター（井上）

本当に非常に興味深い話で、健康が義務化される社会の舞台裏というのを非常に分かりやすく説明して下さいと思います。それでは、我々どうしたらいいのかということに関して少しお話をいただけないかなと思います。

す。つまり我々はやはり病気にかかった時に医者を頼りにしてしまうところがありますね。医療というものに対しての信頼感というものが圧倒的にあるわけですよ。それで今のお話ですと、医療っていうのはどうも信用出来ない。何をしてるか分からないところがあるということで、皆さん少し不安になってきたところもあると思うんですが、そういう時にじゃあどういう選択を我々は普通していったらいいのか。その辺についてお考えのことがあったら、と思ったんですけど。

佐藤

言いつばなしで終えて、処方箋は出さないので社会学者のスタンスなんですけど、さっきの柄本さんもどうなんでしょうね。僕らは近代人として不条理の中では生きられないし、自分の身の回りに起きていることは知っておきたい。自分がどういう状態になっているかということへの興味を僕らは捨てることは出来ないと思います。それから僕らは意味のない世界に生きられない。そうすると病という不条理に対して我々はどう対峙するのか。それを今までは医学が意味付けしたり、医学が理由付けをして我々はそれを素直に受け取って生きられたということです。ところがその医学がどうも国家と一緒に我々にとって不具合のようなことを強制してくるとわかりました。そうしたら我々は国家と医学とどう付き合っていたらいいのかなというのは出てくると思うんです。処方箋はないですね。

でも、ある社会学者だったら、自分たちの健康という概念を捨てようと提案するでしょう。つまり僕らを矯正させてこういうことをやっているのは、僕らが健康というものに憧れを持っていたり、健康であることが何か素晴らしいことだと思っているからいけないのであって、健康というものに対して「何が健康や、健康がなんぼのもんや」っていうくらいのことを思って、「健康という幻想」を捨ててしまっ

たし、死ぬ時は死ぬんだと考えるしかない、と言うでしょう。

必要最低限の自分の要求する治療を医療に要求することはしていい。例えば足が動かなかったら足だけ動かしてくれとか、手が動かなくなったら手だけ動かしてくれ、頭が痛くなったら頭痛だけ治してくれというようにね。そういう形で医療にささやかに要求していかうかという生き方というのが僕は一番いいと思います。これが多くの人にとって説得力のある解答法ではないかと思っています。つまり健康と医療と、ついでに国家という幻想を全部捨てましょうということです。

実は医学的にはシビアなデータもあります。まず「生活習慣はなかなか変えられない」ということについてのデータで、今までに多くの公衆衛生学者が出し、多くの研究者は知っています。それから「生活習慣を変えたとしても病気はそんなに減らない」というデータもたくさんあります。ですから自分のやっていること自身は、病気をなくすのには、あまり意味ないかもしれないだろうと、まともな公衆衛生学者とか疫学者だったら言うはずですよ。日本の研究者の多くは、国家・体制側からお金をもらわないと、研究出来ないのです。割と若手でも言わない方が多かったです。ただ最近このメタボに関してだけはさすがにあまりに「めっちゃくちゃ」なので色々と言う人が公衆衛生学者や医者の中にも増えて、おおっと思って僕も喜んでいるんですが、マスメディアもちょっとメタボに疑問を投げかける特集を組み始めています。

そういう意味では、ご質問への1つの回答は、「たかが医療やされど医療や」と思って、一歩引いて自分の要求するものだけを医療に、自分の必要なものだけを医療に求めていって、自分の魂と全身は預けないというのが、近代的な主体には向いているのかなと思います。それが1つの回答でしょうね。ちなみに私は健康診断は受けたことはありません

ん。

コーディネーター（井上）

どうもありがとうございます。医療の内輪で隠されている情報について市民がもっと広く知っていくことがやはり必要なのかなと思います。

佐藤

さっきのあの柄本さんの議論と同じで、隠されたものを明らかにして、実はその効果は曖昧であり、たかがこの程度のことでやっているんだという事実を多くの人が知る必要がある。もしくは意図してやってるんだということを知る必要があります。意図は意図なりに「こう来たか」とか「あ、今度はこう来るのか」という形で、そういうものの全体像が見られるようにしていかなきゃいけないと思います。ただ僕らみたいマイナーな研究をやっている人間は発表の機会とか様々なことで奪われています。それからマスメディアもそんなものはなかなか採り上げないしね。もっと憂慮すべきなのはこういうこと言っていると、職場がなくなるということです。私なんか医学部でこういう話を医学部の学生相手にやっていますもんで、学生が心配して、「先生、今日の講義の内容は大丈夫ですか。あんなこと言っちゃっていいんですか」って、いつもレポートに書いてくる（笑）。「心配ありがとうございます」って返してますけどね。

コーディネーター（井上）

疫学って怖いと思うのは統計によって病理として処理してしまうから、個人の個別的な違いを無視して一般化して言ってしまいがちだっていうことですよ。メタボなんて非常に分かりやすい話でそんな腹囲のサイズを一律に決められても、個人差がはなはだしくあるわけですから。しかもそのさっき説明にあったように内臓脂肪の問題っていうのは、医療では直せないというわけですよ。

佐藤先生が論文にお書きになっていましたけど、ブレスローのデータでタバコというの

が肺ガンに関してはリスクファクターだけでも、アルツハイマーなどの病気に関してはメリットファクターとして作用しているっていうことでしたよね。因果関係ではないけれど、統計的に相関関係が出ているということがありますよね。そのことが日本の厚生労働省の白書では隠されてしまう。出てこないという風な指摘をされています。その辺のことなんかも実はもっと必要な情報なんじゃないかな。

佐藤

ただデータというのは意図的に作れました、人数を増やしてリスクファクターの計算方法を使って交絡因子を仮定して、例えばこの人はタバコ飲みだけお酒飲みなんだということで、別な因子を使ってやると色々と操作出来るんですね。シンプルに昔はタバコだけのファクターで統計をとった時にはタバコ吸っている人はアルツハイマーになりにくい。それから大腸ガンになりにくい。クローン病にもなりにくいっていうデータがあったんですよ。ところがタバコがリスクファクターの最高のものとして国家がもろ手を挙げて、医学が国家と一緒にタバコを放逐しようという話になった。最強のリスクファクターにしようと言った時に新たな研究が行われて、アルツハイマーに関して別な交絡因子の問題だという議論が出て、単純ではないぞということになった。タバコを吸っている人はアルツハイマーになりにくいというデータは今は「上」から消されています。だからタバコ禁煙主義者達は、そのアルツハイマーのデータは、古いとか、もう全部嘘だって言いますよ。

そうじゃなくて、別な統計の取り方をすれば、別の色んなデータ作れるってことなんです。実際タバコの研究っていうのはさっき言いましたように、ナンシーおばちゃんが「タバコ嫌いや！」っていうことで始めた嫌煙運動が次々ロビー活動をやってタバコに関する

研究に予算が付き、それからタバコが害だという医学データがどんどん作られていくという経緯を持っています。その時に彼女みたいな人が「酒飲み嫌い！」とやっていたらきっと酒についても同じようなデータが作られていたでしょう。ただ文化的に酒っていうものは許容されていますからね。そういう意味ではアルコールから始まって何でもリスクといえぱりリスクですよ。塩鮭だって塩辛だってなんだってみんなリスクですよ。ついには日本人はだから日本食を食うなっていう話になってしまいます。

そんなもんで生き方を変えるのか、ということになります。素朴に考えると、人間はなるようになるんです。こんなセリフを言っているのかどうかわかりませんが、人間病気になる時はなりますから。あまりこんなことやってもたぶん長生きが増えるわけでもないと思いますね。今までのデータをちゃんと見て、自分の身体が調子悪くなった時に信頼出来る、自分の要求出来るような、これだけはやってくれっていうような病院で治療して、また調子良くなったら病院や医療から離れるというのが一番幸せに長生き出来る方法じゃないかと思いますね。なにせ米国のデータだと年間10万人ぐらいが病院で医療事故で死んでいるっていうデータもありますしね。病院に行くと実は死にやすくなるのです。

コーディネーター (井上)

本当にそうらしいですね。医療の世界の内

幕については知られていないことが多いと思います。フロアの皆さんのほうからも何かこの機会に聞いておきたいこととか、あるいはご意見などありましたらいかがでしょうか。

フロア (男性C)

意見というより、非常に面白いなというのが感想なんです。私も喫煙者の1人なんです。そういう意味でこのタバコの取り締まりの動きが今象徴的なんですけども、それと同じようなのがこのメタボリックでして、今やどちらかと言うとむしろ社会から排除されつつあると言うんですか、そういう危険性をやっぱり感じますよね。そこら辺が今聞いているの本当に自分の感想だなと思ってます。

コーディネーター (井上)

今の社会には何か汚いものとかドロドロしたものを排除していく力が非常に強く働いていると思います。象徴的ですよ。タバコの煙っていかにもモクモクしてね。悪の権化として可視的です。ついでに言えば心理主義化、つまり個人の心の問題に厄介な問題を全て還元していこうとする動きも連動して起きているのではと思います。「心のケア」の過剰を問い直して行くという場合に先ほどの佐藤先生の健康不安社会についての説明がかなりあてはまってくると、個人的には思いました。

司会

それでは、終わります。佐藤先生ありがとうございました。(拍手)

