

「先制医療」の正体を探る

——生活習慣病の隠謀学的解説——

村 岡 潔

〔抄 録〕

本稿は、「先制医療」の隠謀学的解説です。「先制医療」とは21世紀に産官学が一体となって推進し始めた「高度先端医療」であり、最高段階の予防医学をさします。まず「先制医療」の概要について紹介し、次に、日ごろ馴染んでいる「生活習慣病」とその変装（変奏）であるメタボリックシンドロームをとりあげ、その正体（等身大の姿）とは何なのかを考えます。それらはマスメディア等を通じて周知の健康増進のプロパガンダの言葉ですが、その中身のあいまいさやその意図するところは意外と知られていません。ここではそうした問題点を明確にしなが、ら、「先制医療」のアナトミー（文化社会学的解剖）を行い、予防医学について概説します。

キーワード：「先制医療」、生活習慣病とメタボリックシンドローム、エビデンス、隠謀学

「……医者まかせにせず、自分で自分の病状をよく分析し、情報を収集し、自分で判断を下さなければならない。何でも人まかせにし、自分で決断したこともなければ、責任をとったこともない人には、これは結構きつい仕事かも知れない。しかし、あえてそれをしなければ、あなたはガンでよく死ぬことができなくなるのだ。……よく死ぬことができなければ、よく生きることなどなおさらできはしないのである。」（池田清彦，1998）

I. 先制医療の台頭

今世紀に入ると、装いを新たにした医療戦略の予防医学が台頭してきています。「先制医療」preemptive medicine⁽¹⁾と呼ばれる先端医療です。本稿は、こうした先端予防医学の「健康の

先物買い」傾向の長短、特に問題点について言及します。ここでいう健康の先物買いとは、健康者なのに将来が心配で、病気にならないように今のうちから何らかの医学的介入手段をとることです。現時点では、訴える症状もなく、まだ病気と診断されていないにも関わらず、将来の健康を確保する目的で医療技術を利用するよう、医療者・製薬産業から誘導されつつあることの実態についてですが、特に、問題なのは、効果がまだ不確定な医療技術的介入があたかも有効であるかのようなプロパガンダが行われている点です。

「先制医療」について検討する前に、予備知識として、予防医学の概念について確認しておきましょう。一般に、予防とは悪い事態が起こらないよう未然にふせぐことを言い、予防医学とは、病因（病気の原因・要因）を事前に除去あるいは無害化することで発病を防ぐことを目的とする分野の医学・医療⁽²⁾です。また予防医学は、個人ではなく専ら集団を対象として、健康保持・疾病予防の方策を研究し実践する医学領域でもあります。ふつう、予防には1次予防から、2次予防、3次予防まであり、未然に発病を防ぐことを最大の獲得目標とする対策は1次予防といえます。1次予防とは、疾病やケガがまだ発現していない、いわば健康な段階で行われる予防であり、疾病、障害などの発生を未然に防ぐ目的です⁽³⁾。通常、1次予防は、健康教育、感染症予防、環境の整備や汚染対策、食生活指導、適度な運動指導などを行う衛生学・公衆衛生学、保健学、栄養学等の学際的關係者が行う領域です。生活習慣病対策はその代表例です。つぎに既に罹患した患者の病状をそれ以上悪化させないための対策を2次予防といい、主に臨床の医療者が携わるわけです。また3次予防は、一定の治療後に残存する症状の回復を目指すリハビリテーションを主に指しています⁽⁴⁾。

II. 「先制医療」の特徴とは？

この節では、「先制医療 (Preemptive Medicine)」の概念について述べ、その予防医学的特徴について鳥瞰します。鶴見大学先制医療研究センター長の齊藤一郎は（齊藤，2013）、「先制医療」は「病気が発症することをあらかじめ高い精度で予測 (Predictive diagnosis) し病態・病因の発生やメカニズムに合わせて治療を講じ、発症を防止するか、遅らせるという、新しい医療のパラダイム」と述べていますが、その説明文はかなりあいまいです。例えば、「病気が発症することを事前に高精度で予測するか、正確な発症診断を行う」といいますが、高精度とは蓋然的という意味なのか、正確とは100%という意味か、いずれも判然としません。ともかく、「先制医療」とは、将来発病することを予知させる何か確からしい根拠をもとに、病態発生機序に対抗し病因を除去するために医療技術による介入を行い、発病を予防するか遅らせる（一時的に予防する）ことを目的とする戦略ということのようです。ここまでの文脈では、それがなぜ「新しい医療のパラダイム」なのかは理解できません。なぜなら、生活習慣病対策やメタボリック・シンドローム対策にも同様の性格があるからです。したがって、これらも「先

制医療」の一部にふくまれることになります。

さて、予防医学や「先制医療」の解説でしばしば用いられる「治療」という用語ですが、従来の治療との混乱を避けるために、ここでは、現に病気や怪我で苦しんでいる患者に対する対処行動（医療技術・手段の行使）に限定します。予防のために介入することは、「予防的介入」ないしは「予見的介入」として区別し「治療」とは呼ばないでおきましょう。なお「先制医療」では、まだ病気ではないが、病気になる可能性が高い人に予防的介入が許されるとしています。そして、健康者・健康者と傷病者・患者という従来の二項対立の中間に、「未病」者という第三項を設けています。日本未病研究学会によれば「未病」とは、健康状態だが著しく病気に近い状態を意味するとのこと⁵⁾。

次に『日本の未来を拓く医療 治療医学から先制医療へ』の説明を見ますと（井村，2012：14-15）、「先制医療は個人の遺伝的特徴に注目し、全く症状のない発症前に診断して治療介入しようという医療である。従来の予防と異なって『個の医療』に立脚し、発症前診断を目指した『予測の医学』と強調しています。これからの予防医学である「先制医療」は個の医学であり、遺伝的特徴を指標にした個人に特化した医療になることが期待されると述べています。しかし、個といっても、漢方などと違い、個の遺伝的特徴に還元されたものです。なお、この場合、遺伝子検査だけでなく新たなゲノム情報、エピゲノム [ゲノム以外の遺伝子情報（村岡註）]、プロテオーム・バイオマーカー、メタボローム [生物が持つすべての代謝産物（村岡註）]、分子イメージング等々の極めて専門分化したバイオテクノロジーの成果に基づくものを指しています（井村，2012：18-46, 48-96）

以上の見解をまとめると、「先制医療」とは、遺伝的特徴に依拠して発症前診断を行い、その予測（予見）によって未病の人に予見的介入を行う予防医学的体系となります。また、それは昨今言われる「個別化医療 Personalized medicine」に相当します⁶⁾。要するに、未病の人間を介入対象とする「先制医療」とは『予測の医学』であり『個の医学・医療』の一部の特質をもち、その点が従来の経験主義的な予防医学と異なるとします。しかし、医学・医療というものは、元来経験主義的なシステムだという理解がかけています。「先制医療」が依拠する「遺伝的特徴」も、家系といった疫学的観点や遺伝子の浸透率（遺伝子易さ。個人がもつ遺伝子の「異常」から実際に発病する率）といった数理統計学的な確率演算を基礎として見出される指標に他なりません。井村は、「集団」と「個人」を「先制医療」では区別できるという楽観的立場なのです。確かに、臨床の風景をみれば、一般に患者個々人に医師が個別に対応しているようにみえますが、実際、その「個人」は、没個性的で集団を構成する要素の一つとしての個人に他ならないのですから。

例えば、患者個人に付与される検査結果の意味づけは、ある集団の分布上のどこに位置するかから導かれます。その集団の分布上に恣意的に線引きされた点（カット・オフ・ポイント）以内なら正常、以外なら異常という具合に。なお、厳密に言うならば、統計的に集団の分布に

個人をあてはめるとき、位置を決められる個人（要素）は、その集団に含まれていなければなりません（例えば、東京のある受験生の集団を試験して得られた平均と標準偏差を使って、同じテストだからとして京都の受験生に行って得られた得点からその偏差値を計算するようなものです）。したがって、今の臨床医学がやっている検査値の解釈には、「同じ人間だから、きつとあてはまるはずだ」という安直な外挿による対比という曖昧さが常に付きまとうのです。

これに対して、井村らは、遺伝子検査や個人に特徴的な微量生成物を指標とすることで個人識別が可能だという前提に立ちます。しかし、本文中でも指摘したように、この個人識別もまた集団のデータから経験的に抽出されるものなので、現代医学において集団の特質から独立した個人という想定は理論的には不可能なのです。一方、漢方では、それが通常可能です。なぜなら、漢方では、個々人の診断、すなわち「証」は、たとえ、現代医学から観たら同じ「糖尿病」と診断される患者も、それぞれ別個の証となるので、漢方は元祖「個別化医療」の体系と言えます。他方、「先制医療」の個別化医療では、遺伝子の組み合わせの異常が同等であれば、同一の未病群（集団）として同一の予見的介入を受けることになるはずだから、実際は個の医療とは必ずしも言えないのです⁽⁷⁾。

しかも、ハンチントン病のように優性遺伝で浸透率 100%のものは非常に少ないため、遺伝子配列（ゲノム情報）だけで個々人の特異性を確実に予測することは難しいわけです。「先制医療」も、また、遺伝的因子と環境的因子の相互作用の中から将来病気になるという性質（以下、「未病性」）を見出す他はないのです。なお、井村らが「先制医療」の指標として他に挙げる「プロテオーム・バイオマーカー、メタボローム、分子イメージング」等々は、遺伝子による生成物なので（身体という内部環境内の）環境的因子のカテゴリーに含まれるものです。こうしてみると「先制医療」は、むしろ生活習慣病やメタボリック・シンドロームなどの近年の予防医学の特質を継承するものなりましょう。

重要な点の「予測に基づいた予見的介入はどれだけ成功するのか、すなわち未病の防御率はどれほどなのか」については、シミュレーションもなく、全くの未知数であると言わざるを得ません。予防医学は基本的に善的行為のはずですが、医学理論を吟味する医学哲学やその効能を評価する EBM の立場からは、「未病」の防御率の予測もしないままに、「先制医療」が推進されることに一抹の不安をぬぐいきれません。その不安とは、「予測の医学」を「個人の医学」として進める際に遺伝子検査を含めた臨床検査が濫用・多用される危険性であり、現時点での予防医学の最流行としての生活習慣病（とメタボリック・シンドローム）政策と同様に、当初の善なる目標である未病を防ぐこととは裏腹に患者数が増加するという逆説的現象がさらに加速されるという恐れなのです。

III. 「先制医療」と生活習慣病との関連性

ここでは、まず「先制医療」の候補疾患を複数見てみましょう。例えば、関連遺伝子が多く見ついているアルツハイマー病がその候補ですが、そのゲノム情報から発病の可能性が高い群の発症前診断が一定程度可能になってきているからだといえます。他にはパーキンソン病や運動神経ニューロンの障害である筋委縮性側索硬化症 (ALS; Amyotrophic Lateral Sclerosis) を挙げ、2型糖尿病も遺伝素因の関与が考えられるので「先制医療」の候補になりうるといえます。さらに非感染性の慢性疾患や骨粗鬆症も多くは遺伝素因と環境因子の相互作用によって発症するため、「先制医療」の対象です。さらに遺伝性のがんなどのリスクが高い人には前癌状態 [がん発生の危険性が有意に増加した一般的状態で異形成ともいいますが、前がん状態とみなさない医学者も少なくありません (村岡註)] で診断し、薬物による発症の化学予防 (chemoprevention) や手術 [予防的切除を指す (村岡註)] などの介入を行う「先制医療」も成立します。化学予防は、乳がん以外にも、大腸がん、前立腺がん、食道がんなど種々の試みがあり、井村らは、「先制医療」の対象となる疾患は極めて多く、極言すればすべての慢性疾患が対象となりうると豪語します。

同時に井村は「先制医療」として早急に臨床研究を推進していくべき疾患群に以下のような優先順位を付けています (井村, 2012: 24-25)。第1は「発症前に診断しないと治療 [介入 (村岡註)] の方法がないもの、または極めて困難なもの」の群で、先述のアルツハイマー病等の神経変性疾患や膀胱がん等が該当します。第2は「発症すると重篤な後遺症を残す疾患」群で、脳血管障害や心筋梗塞などで、骨粗鬆症も入れるべきだとしています。第3は、「発症時にすでに合併症を起こしている可能性がある疾患」群で、発症時にはある程度血管性病変が進行している可能性が高い2型糖尿病や、関節リウマチや1型糖尿病のような自己免疫疾患です。さらに今後、「先制医療」の対象とするか検討すべき疾患として統合失調症のような精神疾患も視野に入れています。

ところで、第1群から第3群に至る疾患群では、依然、重要な「先制医療」の要素となる「確度の高い発症前診断」の確立が今後の研究待ちの状態のままであり、さらに予防に結びつく介入法はその先のことです。診断技術の研究価値だけでは病気が増えただけで、結局は、治療をもたらす可能性が高い治療法が開発されて初めて有意義になるわけです。

また、鎌谷直之 (鎌谷, 2013: 48-5) も先制医療の拡大をめぐる危険性について次のように指摘します。すなわち、「ゲノムを先制医療に用いる場合、単一遺伝子疾患では単純な論理で済み、ゲノム上の変異で疾患の発症が予測できるので発症の予防法を考えればよい」として、フェニルケトン尿症をあげ予防的治療が実行されていることを挙げています。ただし、その他の場合には複数の遺伝子と複数の環境要因が関与しており、予測は100%ではなく確率的であ

ることを知る必要があるとし、さもないと「先制医療」はわが国では過剰医療をもたらす可能性すらあると指摘します。

予見的介入法の開発に関しては、彼ら提唱者は、内科から外科までの多岐にわたる医療の各分野の治療の専門家と連携しながら模索している状況です。特に、アルツハイマー病、2型糖尿病、骨粗鬆症、及び乳癌といった各種の生活習慣病やメタボリック・シンドロームに携わっている臨床医や医学研究者に「先制医療」の介入法の開発が委ねられているのが実情です。

IV. 「生活習慣病」のレトリック

さて、現在具現化されている「先制医療」の代表格の「生活習慣病」は、1996年、厚生省が「生活習慣に着目した疾病概念の導入が必要」だとして発表したものです（厚生省、1996）。曰く「生活習慣病 (life-style related diseases)」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と定義することが適切であると考えられる」と。定義なのにまあ自信のないあいまいな書き方です。「生活習慣病」は行政用語であり、医師がカルテに書く病名ではありません。一般に「生活習慣」は幅広い概念で、言わば「生き方」「生き様」のことですから、生まれてから死ぬまでの人の一生における生活のしかた全体を指しています。どのような病気も、生きている時に罹るので、その人の生き方に関係ない病気はないわけです。すると、この定義ではほぼ全ての病気が「生活習慣病」に該当することになります。

たとえば、年中「風邪」気味なのは休養不足の慢性疲労のせいだとすれば風邪も「生活習慣病」です。「肥満」を恐怖するあまりもっぱら炭酸飲料とサラダだけでダイエットした結果、結核で入院した女性（小池、1999）にとっては結核も「生活習慣病」です。飲酒癖の人だけでなく、麻薬常習者の肝障害も、また「家庭内暴力」による慢性的な外傷もそうなります。精神疾患であるうつ病も幼児期に受けた虐待とその後の社会心理的ストレスのある生活を続けたことによる「生活習慣病」だとする見方（海老原、2011）もあります。

ところが、厚生省が意図した「生活習慣病」はどうもこうした解釈ではなく、{「インスリン非依存糖尿病、肥満、高脂血症（家族性のものを除く）、循環器病（先天性のものを除く）、大腸がん（家族性のものを除く）、歯周病、高血圧症、肺扁平上皮がん、慢性気管支炎、肺気腫、アルコール性肝疾患」}を「生活習慣病」を構成する病気の代表例に挙げて、すでに「生活習慣」（実は食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒）[以下「4つの生活習慣」はこの意味]との関連が明らかだとしています。ここでは「先天性」「家族性」といった「遺伝」と関与するものを除くとして、「生活習慣病」は後天性 [= 生まれた時は「健常」だったがその後、生活の途上で受けた影響によって病気や障害が起こる様子] の疾患だと強調するためです。（やがて市民の間ではこうした限定形容は消えて「肺がん」「大腸がん」さらには「がん」全体が「生活習慣」で

なると思われそうです)。「肥満」もりっぱな病気にされています。

これは厚生省(厚生労働省)が、後天性だから「生活習慣病」は「4つの生活習慣」を改善することで予防できるというストーリーを展開していくためです。曰く「生活習慣病は、今や健康長寿の最大の阻害要因となるだけでなく、国民医療費にも大きな影響を与えています。その多くは、不健全な生活の積み重ねによって内臓脂肪型肥満となり、これが原因となって引き起こされるものですが、これは個人が日常生活の中での適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙を実践することによって予防することができる」と(厚生労働省, 2011)。まさに「生活習慣病」の多くが「個人」の適切な運動・食生活・禁煙の実践で予防できると明言しています。

しかし、仮に「4つの生活習慣」が関わっている後天性の病気だからといって、その生活習慣を改めたらそのまま予防できたり軽減できたりする根拠にはなりません。つまり、「不健全な生活習慣が生活習慣病を起こす」という命題が仮りに真であったとしても、その命題の裏「健全な生活習慣は生活習慣病を起こさない」は必ずしも真ではないからです。予防は論理的には保証されていないから、正確には、予防の可能性ありくらいにとどめるべきです。

一方、元の命題の対偶「生活習慣病をおこさないならば、健全な生活習慣だ」は(元の命題が真ならば)真ということになります。医学のレトリックには、よくこの手が使われます。ある人が、生活習慣をよく守っていたのに「生活習慣病」に罹ってしまったら、医学は「生活習慣の守り方が不適切」だったと居直ります。運動不足解消が目的の水泳、ジョギング、あるいはウォーキングの後で体重が減れば適度な運動とされるのに、それらの最中に心臓発作でも起こすと「適度ではなく過剰な運動」だったと言い返します。こうして、命題「適切な生活習慣が生活習慣病を予防する」は常に真であることがゆるぎないものになるわけです(これは強弁ないしはトリックです)。

V. 健康と病気の多元的ファクター

病気の要因に関して厚生省は、(厚生省, 1996) 遺伝子の異常や加齢を含めた「遺伝要因」、病原体、有害物質、事故、ストレス等「外部環境要因」、食習慣、運動習慣をはじめとする「生活習慣要因」等さまざまな要因が複雑に関連して疾病の発症及び予後に影響していると知りながらも、個人の対応が困難な「遺伝要因」や「外部環境要因」と違い「生活習慣要因」ならば食習慣の改善や適度な運動、飲酒・喫煙対策などの手法で個人での対応は可能だと断定しています。これは個人に健康の自己責任を問うための布石なのです。

この場合も、「個人での対応が困難」だとか「可能だ」という表現が問題です。たとえば食習慣には文化社会的な背景があり個人だけで態度変容することは容易ではありません。一方、風邪やエイズのウイルス(病原体)から身を守ったり、食品添加物や農薬(有害物質)使用の食品を避けたり、騒音(ストレス)がひどい場所から引っ越したりするなど「外部環境要

因」でも個人の行動で対処できるものもあります。実際、これらの3要因はさまざまな形で影響しあって発病に至るとというのが医学の通念であり、「遺伝要因」や「環境要因」と無関係に「生活習慣要因」だけを切り離して考えるのは危ういことです。

次に、ではなぜ、厚生省が「4つの生活習慣」にこだわったのか、また、数多くある生活習慣の中から〔食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒〕を選んだわけについて見ておきましょう。厚生省の行政文書（厚生省、1966）では、その24年も前、米国の公衆衛生学者のL・プレスローらの研究で挙げられた「7つの健康習慣」（1972年）が、健康と生活習慣との関係の度合いを示す唯一大きな根拠として取り上げられているからです。その7つの健康習慣〔health practice；健康に関わる生活習慣〕とは、〔1）適正な睡眠時間、2）喫煙をしない、3）適正体重を維持する、4）過度の飲酒をしない、5）定期的にかなり激しいスポーツをする、6）朝食を毎日食べる、7）間食をしない〕です。これらの7つの生活習慣は、江戸時代の貝原益軒の『養生訓』にも匹敵する内容であり、わが国でも親しみやすく反射的に受け入れやすい戒律と言えましょう^⑧。

では、これらの「健康習慣」はどの程度「疾患」と関わっているのか、ここでは、L・プレスローの1983年出版の訳書（プレスロー、1989）から見てみましょう〔注3〕。それは「あらゆる死因を総合した死亡率」〔＝総死亡率〕を健康指標〔健康の度合いを示す指標で、平均寿命や乳児死亡率などもその一つ〕とし、7つの「健康習慣」についてそれぞれ以下のように評価しています。本調査は1965-1974年まで米国アラメダ郡の男女4700人余（男女約半々）を9年間追跡したもので、男女別に30～40歳代、50歳代、60歳代のグループ毎に評価したものです。

- 1) 「適正な睡眠時間」に関しては、「6時間以下」>「9時間以上」>「7～8時間」の順に死亡率が低かった。
- 2) 「喫煙をしない」では「喫煙中・喫煙歴あり」が「喫煙歴なし」より死亡率が高かった。
- 3) 「適正体重を維持する」では、ケトレー指数（＝〔体重（ポンド）／身長（インチ）〕の2乗でBMIに近いもの）で「10%以上やせ」と「中間」と「30%以上肥満」の3群の比較。30～50代の男性群と50～60代の女性群では（中間）<（肥満）<（やせ）の順に死亡率が高い傾向が見られた。また、男性の60代では（肥満）が、一番死亡率が低かった。女性の30～50代は大差なかった。
- 4) 「過度の飲酒をしない」では、30～60代全体では男女とも中等度の飲酒で死亡率が低かった。男女3群比較はさまざまであり、男性の60歳代、及び女性の50歳代では飲酒指標（頻度×量）の大きいほど死亡率が低かった。
- 5) 「定期的にかなり激しいスポーツをする」では、運動量〔（水泳・散歩、体操、スポーツ、園芸、釣り／狩り）×頻度〕に比例して死亡率が低かった。
- 6) 「朝食を毎日食べる」では、「ほとんど毎日」「ときどき」「稀に／全くとらない」の3群

で比較し、「ほとんど毎日」食べる群の死亡率が一番低かった。

7)「間食をしない」では、間食と死亡率の間には明らかな関連はなかった。

これらの検討からプレスローらは、「喫煙しない」「運動する」「飲酒は適度」「適正体重」「適正睡眠時間」の5つを主な健康習慣として採用しましたが、さらに前3者が死亡率を強く予測しようと結論づけましたが、この結論は言い過ぎです。

また、その数が(0~2個)や(3個)から(4~5個)となるにつれて「虚血性心疾患」「脳血管障害」「がん」「その他(呼吸器疾患, 消化器疾患, 事故, 自殺など)」の死亡率が低下していました。厚生省は、これをもって「実施している健康習慣の数の多い者ほど疾患の罹患が少なく、また寿命も長かったことを明らかにした」と勝手に拡大解釈しました。しかし、「3つの項目だけで死亡率が低かった」=「寿命が長かった」とは言えません。これもまた強弁でありすりかえです。さらに「健康習慣の数の多い者ほど疾患の罹患が少ない」ということまでには言っていません。これらの病気に罹った人全員が死ぬわけではないからです。

さらにプレスローらは社会的ネットワークと死亡率との関係も調査し、男性では、配偶者がいない人、友人・家族との付き合いが密でない人、宗教活動に不参加の人ほど、また、女性では、友人・家族との付き合いが密でない人、宗教活動や組織活動に不参加の人ほど死亡率が高かったとしています。つまり、生活習慣には、単に「健康指標」だけでなく、社会的ネットワークとの関係も指標として含むべきなのです。また、心理状態や性格傾向も不健康な生活習慣や行動に結びついていることも指摘しています。意図してはずしたのか、これらは「4つの生活習慣」のみに限定した厚生省の「生活習慣病」観に全く欠けている視点です。

ちなみにF・ケンディッグらの『万物寿命事典』には寿命の計算の仕方が載っています(ケンディッグ:1983)⁽⁹⁾。こちらは、厚生省「生活習慣病」よりも具体的で、〔健康習慣〕〔遺伝〕〔生活環境〕〔態度〕など人間を取り巻く複数の多元的な要因が健康指標として採用されている点が重要です。「生活習慣」が「生活習慣病」に関係するといった厚生省のあいまい表現とは違って、喫煙、肥満、運動、睡眠のどの程度が問題か、それが寿命にどう反映するのが次のように明記されています。

〔健康習慣要因〕〔註:(+)は延長;(-)は短縮〕

- 1) 喫煙者で1日の喫煙量が2箱なら-8年。1~2箱なら-6年。1箱以下なら-3年。
- 2) 現在の体重が標準体重を4.5kgオーバーするごとに-1年。
- 3) 週に3回以上運動するなら+3年。
- 4) 40歳以上の男性で毎年何回か健康診断を受けているなら+2年。
年にすくなくとも1回健康診断をしている女性はすべて+2年。
- 5) 9時間以上睡眠をとるなら-4年。

〔遺伝要因〕

- 1) 祖父母のうち2人が80歳位まで生存していたら+2年。4人すべてが80歳以上であれば+5年。
- 2) 直接の家族の誰かが50歳以前に心臓発作か脳卒中（脳梗塞・脳出血）で死亡しているなら-4年。
- 3) 両親、兄弟、姉妹のなかにガン、心臓病、または、糖尿病のある場合には-3年。

〔生活環境要因〕

- 1) 200万人以上の大都市に住んでいるのなら-1年。1万人以下の小都市に住んでいるのなら+1年。
- 2) 職業がデスクワークであるなら-2年。肉体労働なら+2年。
- 3) 同居者がいる場合には+4年。そうでない場合には、25歳から+10歳ごとに-1年。
- 4) あなたが車の運転の際にシート・ヘルトを着用し、制限スピード内で走行するなら+1年。この1年間にスピード違反切符をすでに1枚もらっていたら-1年（車の事故は死因の上位）。
- 5) 所得が1225万円以上あれば-2年（高所得の職業は平均寿命を短くするから）。
- 6) 大学卒業者なら+1年。大学院修了の学位を取得しているなら+2年。
- 7) 60歳以上になってもまだ働いていたら+3年。

〔態度要因〕

- 1) 熱情的、攻撃的、怒りやすい人は-3年。
- 2) 今の生活が不幸だと感じている人は-2年、幸福だと感じている人は+2年。〔差し引き4年の差（村岡註）〕

これらの項目からは、「健康習慣要因」だけでなく、「遺伝要因」「生活環境要因」「態度要因」がいかに寿命（健康指標）に影響するかが理解できます。ちなみに各項目の増減（+/-）の年数は、多変量解析（重回帰分析等）で算出可能な数値です。厚生労働省も「健康習慣要因」と「健康や病気」との関係を国民に具体的に示すべきです。

VI. 正常と異常——検査値の両義性——

現代医療では病院でも健康診断でも、病気の診断や経過の判断に血液や心電図やCTなどの検査データが必ず出てきます。20世紀の中葉までは直接個人を診察して得た所見が主でしたが、検査機器の発達・普及につれて診察所見は従となり、検査データに基づく診断が中心のなやり方になってきました。特に「生活習慣病」では自覚症状のない「高血圧」「高血糖」「脂質

異常」などの裏付けには検査の数値が不可欠です⁽¹⁰⁾。

さらに現代医学では、医師は目の前の個人を診療するにも、「正常（標準，基準）」なのか異常なのかは、集団の大勢・傾向に照らし合わせて構成された観念（アイデア）、言い換えれば、頭の中にあるデータの平均値などの数表や平均的画像のパターン認識からその人が病気かどうかをプラトニックに診断するのが風習になっています。ちなみに受診者という「生身の人間」も「データ」を抽出された後は「抜け殻」とみなしてあまり相手にせず、専らデータを治療（正常化）することに血眼になる工学的な医師も昨今増えています。19世紀以降、統計学が盛んになると、集団の平均値が「正常」という規範となり、すべての検査データが平均値である「平均人」が理想像とみなされるようになり、平均的なものに価値を認める風潮になりました。逆に、検査値が平均から離れれば離れるほど異常とみなされる運命になったわけです。

この場合、正規分布〔ベルカーヴ。お寺の鐘の断面のような形の統計の単位となる分布〕を手本にするなら、全集団のほぼ95%が正常範囲（平均値から前後に標準偏差〔バラツキ〕の2倍幅の範囲）であり、値の小さい方の2.5%と大きい方の2.5%を異常値とみなすのが通例です。なお理論上は、検査項目が増えるにつれて異常出現率（10項目で約20%、30項目で約50%）も高くなります。（総合臨牀，1978）

たとえば、治療を受けている糖尿病患者は約237万（約2%）であり（糖尿病ネットワーク，2009）全国的には妥当な範囲です。一方、厚生労働省の調査（厚生労働省，2007）によれば「糖尿病」の場合、国民の17.3%（約2,210万人）が、また「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」では40歳から74歳までの男性の50%、女性の20%が治療や対策が必要な病的状態で要治療者（＝患者）と決めつけています。

このように集団の半数近くを病気とするのは、本来の「正常／異常」の仕分けからはまったくのオキテ破りです。過半数を占めるような状態は一般には正常とみなす方が妥当でしょう。しかも、個人レベルでは、正常範囲から外れている「健常者」もいれば、正常範囲内にいる患者もいます。ですから、医師は、本来、検査値で患者を解釈するのではなく、患者の状態（症状）に照らして検査値の意味を解釈してきたものです。ところが、「生活習慣病」は、ほとんど無症状なので少し異常値が出ただけでも「病気」と診断できるしくみになっているのです。近年、医師集団の側がある疾患や病的状態の頻度（リスク）が高まってくると判断した数値を異常値としてさらに低めにとるような、オキテ破りの仕分けが増えています。つまり一定の医学学会の多数決で検査値の異常値（診断判定値）を意図的に下方（正常値側）にスライドさせ、従来の正常値の一部を異常値に変更することが起きているわけです。

1970年代のWHO基準では、最高血圧が160mmHg以上か最低血圧95mmHg以上のいずれかであれば高血圧で、最高血圧140mmHg未満かつ最低血圧90mmHg未満が正常血圧でした。この基準では1973年の久山町の場合、60歳以上70歳未満の約30%、70～80歳代の男50%、女46%が高血圧者⁽¹¹⁾と分類されました（総合臨牀，1978）。ところが、2009年の高血圧学会

の高血圧治療ガイドラインでは正常血圧は最高 130mmHg 未満かつ最低 85mmHg 未満とされ、最高 140mmHg 以上、または最低 90mmHg 以上が高血圧と改定されました。これを先の久山町に当てはめると 60～69 歳の約 70%、70～89 歳の約 80%が高血圧症か血圧が高い患者となるわけです。つまり、改定（さじ加減）によって高血圧症患者を 70～80 歳代では 30%、60 歳代では 40%も増やしたことになります。近年の WHO の野望は最高 120mmHg 以上を高血圧とすることです。

VII. 戦略はハイリスク戦略からポピュレーション戦略へ

このように治療戦略を変更し、集団の大多数に網をかけるようなことをするのはなぜでしょう。それは、治療戦略が「一次予防」第一となり、ポピュレーション戦略に変わったからです。先述のように、1996 年、厚生省は、40 年来の（脳卒中、がん、心臓病などの）「成人病」対策を見直し、それに替わる「生活習慣病」戦略を発表しました。この見直しは、「成人病」対策にもかかわらず「成人病」が増加し続けていることに加え、「早期発見・早期治療」を目指して推進してきた日本の「がん検診」のほとんどが統計的に「有効性」が証明されなかった事実によるものと考えられます（佐藤，2010）。見直しをすること自体、その成果が不十分だった証拠ですが、その点は黙して語らずです。

「早期発見・早期治療」は、予防医学では二次予防に相当します。先述しましたように二次予防とは、病気はすでに発生しているが主に集団検診などで早期に発見して即治療し重症化や手遅れを予防するという考えです。これに対して、一次予防とは、健康な状態に働きかけ病気が発生しないようにすることで、公衆衛生による生活環境・社会環境の改善、予防接種、事故防止、生活習慣の改善などが含まれます。

つまり見直しは、「早期発見・早期治療」の二次予防から一次予防への変更です。しかも一次予防の中でも、手間隙・金のかかる社会環境の改善ではなく、個人の自己責任のレベルに働きかけることが可能な「生活習慣」が病気を発生させるとする「生活習慣病」の発案に至ります。それに連動して公衆衛生・医療行政的にはハイリスク戦略からポピュレーション戦略へと移ります。前者は検診で異常値がでたようなリスクの高い者に対して重点的に対処することであり、後者は正常値を含めたリスクの低い集団の大多数にも網をかけて対処するという戦略です。

注意すべきはこの「リスク」という用語の意味です。ある人に「特定の疾患・症状（イベント）が発生する確率（危険度、イベント発生率、罹患率とも）」を「リスク」と言い、「発病（イベント発生）・疾患進展のリスクを高める要因・特徴・条件をリスクファクター [危険因子]」と言います。また「現在の疾患の予後を予測する所見や合併症」を「予後因子」と呼びますが、リスクファクターや予後因子は「アウトカム [帰結]」と因果関係があるとは限りません。つまり、リスクファクターや予後因子を治療・是正しても疾患のアウトカムが改善するとは限り

ませんし、それによる副作用も考慮しなければならないのです(能登, 2010)。これは第1節で論理的にも考察した通りです。

「生活習慣病」の考え方は、「(悪い)生活習慣」と「生活習慣病」に関連があった場合、「(悪い)生活習慣」をリスクファクターと考え、そのリスクファクターを取り除けば「生活習慣病」が予防できるという前提です。これはハイリスク・戦略にはなりません。しかし、両者に関連性(相関)があっても因果関係が保証されない以上、それで「生活習慣病」を必ず防げるとは保証されないわけです。予防できるかもしれないしできないかも知れません。厚生労働省は、このことを有り体に市民に対して明言すべきなのです⁽¹²⁾。

それとリスクファクターの設定の仕方には、「社会システムではなく常に個人の日常生活の行為」が選ばれるという特徴があります。たとえば、喫煙や肥満がリスクファクターとされても、タバコ産業やファーストフード産業がリスクファクターとされることはありません。このことは「生活習慣病」という言説が、発症もしていない個人の日常生活に対する医学的介入を正当化(医療化)し、かつ、病気発生の責任(原因)は社会環境にはなく、個人の行為や生活習慣にあると決めつける自己責任論を主張する言説(犠牲者非難イデオロギー)となるわけです(佐藤, 2010)。

VIII. メタボリックシンドロームの不可思議さ

一般に、ポピュレーション戦略は、正常集団内でも、ある病気が発生する頻度は低いが高リスクはあること、したがってその集団の人数が増えれば「正常集団」からも患者が出てくる可能性がある想定しておいて、だから医療的介入が必要だとする医療戦略です。たとえば、総コレステロール値が高い人だけでなく低い人でも心疾患のリスクがあるとして、集団の大多数を介入のターゲットにするものです。なぜなら「人間、生きていること自体がリスクファクター(病気の元)だから」というプロパガンダです。2005年、この延長線上に登場したのが「メタボリックシンドローム」でした。この言葉は、既存の{高血圧症, 糖尿病, 肥満[症], 高脂血症, 循環器病, 大腸がん, 肺がん, 等々}の疾患群という漠然とした「生活習慣病」の概念をぴったりと具現化する(佐藤, 2010) キャッチ・フレーズとしてすぐに医師の間もふくめ全国に広がります。

「メタボリックシンドローム(代謝異常症候群)」は実質「生活習慣病」の代名詞なので、当然、その診断基準はデータだけで判定する操作的(基準を満たすかどうかだけで決まる)概念となっています。すなわち腹腔内の脂肪の蓄積(CTスキャン等で内臓脂肪量100平方cm以上[量と言いながら面積で代用?])に加え、{空腹時の高血糖(110mg/dl以上), 高血圧(最高血圧130mmHg以上, または最低血圧85mmHg以上), 脂質代謝異常(中性脂肪150mg/dl以上, またはHDLコレステロール40mg/dl未満)}の3項目中2項目に該当する者(日本臨牀,

2011) は、誰でも「メタボリックシンドローム患者」になれます。

注意すべきなのは、「高血糖」「高血圧」「脂質代謝異常」という、元来、症状にすぎなかったものが、将来何かの病気になる危険性のサインという意味のリスクファクター＝「病気」とすりかえられています。また、判定基準も、いわゆる「正常値」を超えたらいきなり「異常」という、これまでになくハードルを下げた形で設定されていることです。たとえば一般診療では、血糖値は{110mg/dl 以下が正常、126mg/dl 以上が糖尿病（かつては 140mg/dl 以上が糖尿病)}ですし、高血圧も（最高 140mmHg 以上、または最低 90mmHg 以上）です。それを異常（血圧高値）を最高血圧を 130mmHg 以上にするということは、久山町のデータで見れば 60～80 歳代の集団の 70～80% がメタボリックシンドロームの候補者になるわけで、まさにポピュレーション戦略です。

その上 CT で内臓脂肪量〔面積〕の測定が時間的にも費用面でも難としたのか、誰でも容易に測れるウエスト周囲長（男性で 85cm 以上、女性で 90cm 以上）で代用した点です。こうして「メタボリックシンドローム」は、「ウエスト基準オーバー」＝「メタボ」という流行語となって一人歩きを始め、太目の人は病人視されるはめになりました⁽¹³⁾。

能登によれば、ウエスト基準の元になる内臓脂肪面積 100cm² が複数のリスクファクターの検出に適正だとして日本肥満学会が用いた文献を EBM〔根拠に基づいた医療〕の観点から検証するとその妥当性は低く、結果や信頼性の評価もできず、評価する価値があるかも不明です（能登、2010）。浜も、関連文献の検討から腹囲 85cm もメタボリックシンドローム自体も「科学的根拠のない全くのまやかし」だと批判し、「内臓脂肪が多い人やメタボリックシンドロームに該当するとされた人たちを長期間観察して死亡や寿命との関連を調べた疫学調査は皆無」だと指摘しています（浜、2006）。

ところで「生活習慣病」政策開始から早 20 年ですが、「健康日本 21」中間評価報告書では（厚生科学審議会、2007）、健康日本 21 策定時〔2001 年〕に比べて「脳卒中、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の改善傾向が見られ」、女性肥満者の増加に歯止めがかかったが〔25.2% から 24.6% の変化で歯止めと言えるか疑問〕、「高血圧症、糖尿病などの生活習慣病の有病者は特に中高年男性で改善していない。さらに男性の肥満者〔24.3% から 29% へ〕の割合」も改善していないと白状しています。しかも、運動量の減少、ストレスの増加、高脂血症の増加などから見ると謳い文句の生活習慣の改善も不十分ですし、脳卒中や虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少も生活習慣の改善によるものという断定はできません。

以上から明らかになったことは、予防医学としての「生活習慣病」や「メタボリックシンドローム」は、長期的な調査結果を踏まえた上で有用だったという明確な根拠に裏づけされたものではなく、医学界や厚生労働省による一種のマニフェストないしはプロパガンダの類にすぎない可能性が高いのです。40～74 歳までのメタボリックシンドローム該当者・予備軍〔患者〕の 1960 万人を 10 年間で 4 分の 1 以上（約 500 万人以上）減少させるという目標も勝算あるも

のとは思えません。これは、言わば、「よい生活習慣が病気を防ぐ」という信条に基づく全国民を巻き込んだ運動であり「壮大な人体実験」に他ならないのです。

その結果人々は食事、運動、喫煙などの生活習慣の是正に勤しむように指導されるわけですが、さらにやさしい仕掛けが待っています。すなわち治療マニュアル(『今日の治療薬』, 2011)では、生活習慣の改善によって検査データが正常にならなければ、高血圧では高めの人では1ヶ月~低めの人でも3ヶ月以内に、高脂血症(脂質異常症)では3~6ヶ月以内に、また、糖尿病では2-3ヶ月程度で改善がなければ薬物療法に切り替えてよいことになっています。要するに何十年も続けてきた生活習慣を3ヶ月程度で変えるのは、至難の業なので、多くの人が薬を飲まされるのは必至です。実際、わが国での特定健診・特定保健指導に関する統計では、介入(保健指導あり)群と対象(保健指導なし)群とでは、検査結果(体重、BMI、腹囲、血圧、中性脂肪、糖代謝:HbA1C[糖化ヘモグロビン量])に有意差は認められませんでした(日本臨牀, 2011)。これは保健指導しても1年程度の短期間ではデータは変えられないことを示しています。

すなわち、生活習慣改善といっておきながら、すぐに薬物治療に移行する図式なのです。結局、健康だった高齢者がたちまち患者という烙印を押されて格好の薬消費者に変貌させられます。投薬にうるさいはずの米国でも約80%の高齢者が慢性疾患のために処方薬を服用し65歳以上の高齢者の処方が全処方の30%を占めています(ベイツ診察法, 2008)が、日本では複数処方が多いので薬消費量はさらに多いと言えましょう。おどろいたことに、厚生労働省の調査(厚生労働省, 2010)では、70歳以上の国民の約50%が降圧剤を服用しています。

しかも、薬物治療には必ず副作用など想定外の現象が起こります。たとえば脳梗塞の急性期に最高160mmHg最低90mmHg程度の血圧でも降圧剤で下げると死亡者や自立できない人が増加したり、また、脳卒中になっても栄養状態の指標となる総コレステロール値が251mg/dl以上の方がそれ未満の人よりも症状が軽く予後(病気の経過・帰結)がよいようです(浜, 2007)。また、別のデータでは有名なハワイの調査で、総コレステロール値が低くなるほど心疾患の死亡率が低くなりますが、逆にがんの死亡率が増えてくるという結果も出ています。

そこで頭を切り替えて「正常とされていた部分にも実はリスクがある」というポピュレーション戦略の言い分を逆手にとることが必要です。たとえば140~150mmHgの血圧は180mmHgに比べれば比較的安全と考えるように、リスクではなく「安全因子」に重きを置くという価値観から正常/異常を分類するように考える(名郷, 2007)ならば、血圧の数値の変化に一喜一憂しないで済むようになるでしょう。

IX. 「生活習慣病」という心の楔から自由に生きよう

以上、「先制医療」の理論的脆弱性と、その代表格の「生活習慣病」のリアルな姿を見てき

ました。最後に、文化社会的側面からみた「生活習慣病」の疑問点を若干追加しておきます。国民的「生活習慣病」予防運動も、国民の一人ひとりが自己の判断で、健康以外の何か具体的な目的のためには体が資本だとして健康に留意し、生活改善を図ろうとする契機となるならば、さほどの問題点はないのです。

問題は、政府が「健康増進法」なるものを公布し、「国民の責務」として「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」（健康増進法、2002）と勝手に定めたことです。つまり日本では、かつてのナチス・ドイツのように、知らぬ間に健康であることが国民の責任かつ義務となっていたのです。近代の理念では、健康な生活とは元来、国民の権利（日本国憲法 25 条では「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」でしかありませんが）であり、それを国家が国民に保障するものだったはずがです。最低限度も保障されないのです。

いわば日本国家の認識としては、「不健康な生活習慣」で体を壊した人、患者（けが人や病人）は国民の義務をサボタージュした法律違反者と位置づけられるわけです。しかも、メタボリック症候群の健康診断を特定健診制度の名のもとで義務づけてしまいました。それを実施する健保組合や市町村には、検診者の努力でも成績が上がらないとペナルティがきます。「生活習慣病」の基軸となる生活習慣を「個人が対応可能な 4 つの生活習慣」に絞ったことは、この点からも意味があるのです。「（自動車の排気ガスでも胸部 X 線検査や CT スキャンによる放射能被曝でもなく）タバコを吸って肺がんになった」り「暴飲暴食でメタボになった」のは自業自得だというストーリーが完成するからです。これは正に犠牲者非難イデオロギー victim blaming ideology, つまり「生活習慣病」になったのはその人の個人の日々の努力が足りなかったためであるという個人責任論に立脚しているのです。一方、国家も社会もタバコ産業・ファーストフード産業などの企業も免罪される仕組みです（佐藤、2008）。

さらなる問題点は、「生活習慣病」や「メタボリックシンドローム」は人々に一生涯病気に対する不安や恐怖心をかきたてる根源になっているということです。特に、ターゲットの高齢者は、長生きして 90 歳以上になっても、「健康寿命」でなければ意味がないとされます。高齢者でも随時検査され、やれ血圧が高いやれコレステロール値が高いとして病人とされ食事制限され投薬されて老後を楽しむことができない世の中になっています。

福島が言うように、糖尿病患者の多くが、発病の原因として過去の自己の悪い生活習慣を自認しているが、それは、今後患者が身につけ、一生継続することが奨励される「よい生活習慣」と比較対照することによって、事後的に見出された「悪い生活習慣」なのです。このように糖尿病治療に必須の生活習慣の改善要請は、医学的だけでなく道徳的観点からも自己の生活習慣を否定することを余儀なくされたものなのです（福島、2005）。

また「メタボリックシンドローム」の背景には「メタボリックドミノ」（日本臨牀、2011）という仮説があります。それは、「悪い生活習慣」=>「内臓肥満」=>「高血圧、高血糖、

脂質異常」=>「虚血性心疾患, 脳血管障害, 糖尿病等」=>「心不全, 認知症, 失明, 下肢切断, 人工透析等々」と, こうした悪夢の出来事がドミノ倒しのように次々に起こって最後は重篤な結果になるという説明体系「肥満がドミノの始まりだから肥満を抑えれば解決とする単純化したモデル」です。これは一般市民には, いったん生活習慣を乱して肥満が起これば最後に悲惨な結果になる運命であるかのようなイメージを与えるものです。しかし, 人間の体にはホメオスターテス(恒常性)が保障する体力・治癒力⁽¹⁴⁾が常時働いて身体の不都合を修復していて, 決してこのようなドミノ倒し式に病気へと進むことはほとんどありません。「生活習慣病」を言う前に, 医学界はこの点こそ強調すべきなのです。

厚生労働省は「生活習慣病は健康長寿の最大の阻害要因」とみなしてきました。でも, 2009年の日本人の平均寿命は男79.59年, 女86.44年で過去最高かつ世界トップクラスです。人間の最長寿命は120歳とも言われますから, まだ先を目指して執着するかのようです。実際「生活習慣病」を素直に読むと「若いときから一生正しい生活習慣を行えば病気にならない」かのように聞こえます。ところが, 厚生労働省の生命表のデータでは, 日本の平均寿命は, ほぼ臨界に達しているようです。

なぜなら「特定死因を除去した場合の平均余命の伸び」(厚生労働省, 2009)の表を見ると, 65歳の場合[現余命の男18.6年, 女23.6年に加えて], 「がんで男3.1年, 女2.1年」, 「心疾患で男1.2年, 女1.6年」, 「脳血管障害で男0.8年, 女1年」, 「糖尿病で男女とも0.1年」の伸びという結果になっています。これは今この瞬間に日本から死因の3割を占める「がん」が消滅した理想状態でも65歳では男で3年, 女で2年しか余命は伸びないことを意味するからです。「メタボリックシンドローム」という国民を総動員する運動が100%効果をあげ脳卒中, 心疾患, 糖尿病のない理想郷を築いても, せいぜい男で2年, 女で3年を超えない余命の伸び幅なのです。「生活習慣病」は労が多く功が少ない政策なのです。

人間の社会も一種の生態系でさまざまな人々から構成されています。いかに平均寿命が伸びても0歳で死ぬ子も100歳以上生きる高齢者も依然存在します。太った人もいればやせた人もいます。そして各々が好むと好まざるに関わらず自己の文化や社会との関わりの中で「生活習慣」を築いて棲み分けています。この「習慣の力」に対して国家が強制的に介入して「正しい生活習慣」に矯正しようとしても生態系は流動的に変化し国の思惑通りにならなかったのが今までの歴史です⁽¹⁵⁾。

「生活習慣病」では第2次大戦後の食の「欧米化」が悪者にされますが, こうした食の変化こそが「平均寿命」をかくも延ばしてきた要因のひとつといったほうが正確でしょう。これも生態系の反応なのです。政府がやるべきは, 「生活習慣病」なる個人責任論で国民を攻め立てるのではなく, まちがいなくまず国民に豊かな社会環境を用意することです。きちんと労働時間・労働賃金が守られ, 土日など休日が保障される社会環境を提供して疲労回復を保障し, 過労死させないような環境づくりにつとめるべきです。

健康は、それ自体に価値があるのではなく、それによって人生を楽しむためにあります。高齢者は、高齢まで生きてきているという自分の健康や体力にもっと自信をもってよいのです。自身をそこまで育ててきたのが今までの「生活習慣」であり、それを小賢しい数字でいまさら異常だなどといわれても動じることはありません。いくつになっても悲観的に「病気」を生きるより楽観的に生きるほうが治癒力・免疫力を高めます⁽¹⁶⁾。

以上、「生活習慣病」の正体について書いてきましたが、これが私なりの「生活習慣病」なる脅迫観念対策の処方箋です。現代は、市民の一人ひとりが自らそうした処方箋を出すべき時なのです。

〔注〕

- (1) 「先制医療」という用語を筆者が知ったのは、5年前の国際バイオテクノロジー会議兼展覧会で配布されていたパンフレット上であった。この会議兼展覧会は毎年5月に東京ビッグサイトで開催され2015年で14回目になる（主催：リード エグジビション ジャパン株式会社）。その参加者は、遺伝子や再生医療などバイオテクノロジーの医学者・研究者以外にも、薬剤開発に携わる製薬会社、医療機器メーカーあるいは厚生労働省などの行政官など多領域にわたる。医療産業で産学官が協同する形態は、1980年代の遺伝子テクノロジー医療の推進のころに萌芽があると言えよう〔バイオ・科学者たちの夢と不安 (2) バイオがビジネスになる〕NHK, 1994年7月放映〕。それまでは、こうした産学協同は、利益相反等の関係から倫理上問題視されてきたと思うが、今日では研究・開発資金のことも含め、こうした協同はなし崩し的に不可避的な形態と見なされてきている。しかし、学会発表や論文誌上で散見される企業から研究資金を受けている研究者の「利益相反はない」と主張や自己申告を額面通り問題なしとすることは問題が大きい。なお「先制医療」は本稿ではまだ人口に膾炙された用語ではないので「」つきで記載する。
- (2) 本邦では医学という学問体系を社会的臨床的に応用したものが「医療」とされている。本稿での「医学・医療」という表現は、その総体を指している。ちなみに英語圏ではいずれも medicine となる。同様に Modern medicine を邦訳すると「近代医学」「現代医療」「近代医療」あるいは「現代医学」となる〔村岡潔「現代医療とヘルスケア」、小野寺伸夫他著『看護学入門5巻 保健医療福祉のしくみ・看護と法律』（第5版）メヂカルフレンド社、2014年、2-12頁参照〕。
- (3) 高島豊編著『実践予防医学 理論と実際』診断と治療社、2003年、5-7頁。下線は引用者（村岡）。
- (4) ちなみに、予防医学の実践者には、発病してしまった患者に対処する従来の「治療の医学」よりも予防医学のほうをどこか価値が高いとみなす傾向もある。例えば、日本における地域医療の先駆者であり、その著『村で病気をたたかう』（岩波新書）でも知られる医師、若月俊一は、治療医学と対比しながら予防医学の重要性について「予防は治療にまさる」とする。すなわち、今までの医療は治療が中心であったが「病気を重くしないようにする、病気を早く発見する。さらに進んで病気にならないように「予防」することはもっと重大である」と〔若月俊一『若月俊一対話集 第2集 予防は治療にまさる』株式会社旬報社、2010年、67-73頁〕。なお、「病気を重くしないようにする、病気を早く発見する」というのは、二次予防を指す。よく言われる「早期発見、早期治療」も二次予防のスローガンであり、一次予防の戦略である生活習慣病対策のスローガンとは言えない。
- (5) 日本未病研究学会のホームページ (<http://www.mibyyou.or.jp/about/>) によると、未病とは、中国語由来の東洋医学の文言で、書き下すと「未ダ病ニナラザル」となる。従って、病気ではないことになるが、「未ダ」という点には病気を予期している意味が内在している。そこで当学会では、未病とは「健康状態の範囲であるが病気に著しく近い身体又は心の状態」と定義する。

なお、「未病」という言葉を使うと、「病」の字に引きずられて「未病を治療する」という言い方をする者が出てくるが、ここでは、それは誤用とみなす。あたかも病気が実在するような予定調和に基づいているからである。

- (6) 南雲明によれば、個別化医療とは、患者の遺伝的背景・生理的状态・疾患の状態などを考慮して、患者個々に最適な治療法を設定する医療と定義される。個別化医療の目標は「治療の最適化」と「疾患の予防・予後予測」に大別される。前者は、個別の体質などを遺伝的情報や代謝産物などのミクロの材料を用いて予測し、より効果を高め、できる限り副作用を抑えることを目指す点で、通常の医療の強化を目指している。後者には、疾患リスク予測による予防医学と未病対策の「先制医療」が含まれている。
- (7) もっとも近代医学・現代医療では、漢方などの代替医療の多くと異なり、診断からただちに治療法(対処法)が導き出されるとは限らない。一般的には、数千種類に及ぶ単一遺伝子病のように診断がついても治療をもたらす確実な治療法のない疾患がかなり多い。したがって、診断がついても確実な治療法がないのは現代医療では常態と言えよう。ちなみに確実な治療法としたのは、治療法とは単に対処法という意味に他ならず必ずしも治療を保証するとは限らないからである。例えば、がん治療はがんに対処することであり、必ずしもがんの治療を約束するものではない。
- (8) 「養生訓」には「眠りを少なくすることが養生の道」「煙草の性は毒である」「色白で肥ったひと [に] ……この病気 [中風] が起こる」「酒は……ほどよく飲めば益が多く、多飲すれば損失が多い」「毎日少しずつ身体を動かして運動するのがよい」「朝夕の食事は日頃のように食べて……」「[朝夕の食事以外に] 昼間や夜中、その他の食事を好んではいけない」などの戒めが書かれている(貝原益軒『伊藤友信訳』『養生訓 全現代語訳』講談社学術文庫、1982年、順に50、138、172、131、40、239頁)。
- (9) 余命の計算方法は、男女別の平均余命(この後平均何年生きられるか)表から、自分の性別、年代にあった平均余命を持ち点(年齢Y)とし、次に、[健康習慣要因]からはじめて、四つの要因の各項目をすべて計算し(持ち点Yから+か-し)、最後に残った数値Yが自身の余命ということになる。なお、(標準体重kg) = (身長mの2乗) × 22なので、175cmで76.4Kgの人の場合、標準体重 = 1.75 × 1.75 × 22 = 67.4Kgで、9kg 過剰なので-2年。ちなみに、標準体重以下は0点ですが極度にやせている人も死亡率が高くなる。参考のために日本の平均余命の表を下記に示す。

＜表1＞平均余命(日本人、2006年)

年齢	男	女	年齢	男	女	年齢	男	女
0歳	79.0	85.8	35歳	45.0	51.5	70歳	14.7	19.1
5歳	74.3	81.1	40歳	40.3	46.7	75歳	11.3	15.0
10歳	69.3	76.1	45歳	35.6	41.9	80歳	8.5	11.3
15歳	64.4	71.2	50歳	31.0	37.1	85歳	6.1	8.1
20歳	59.5	66.2	55歳	26.6	32.5	90歳	4.3	5.7
25歳	54.7	61.3	60歳	22.4	27.9	95歳	3.1	3.9
30歳	49.8	56.4	65歳	18.5	23.4	100歳	2.2	2.6

(厚生労働省)

- (10) X線写真やCTなどの画像であれば予備知識なしでも形の変化がわかることもあるが、血液検査などの数値になると予備知識なしには解釈は不可能である。それでも数字で示されると、魔術にかかったかのように、その値を絶対的なものと信じ、すこしでも標準値(正常値)から外れているとどこか悪いのではないかと、病気なのではないかと心配になる。近年、自動血圧計の普及により、どこでも簡単に血圧が測れるようになると、最高血圧が140mmHgを1つでも超えると自分は高血圧だと信じるようになる。ここに心配のもとがある。
- (11) 1970年代後半には、高血圧はそれ自体が疾病ではなく、腎臓病などの基礎疾患を探すべき症状だっ

「先制医療」の正体を探る（村岡 潔）

た。また1930年代までは、それは身体の必要（本態性；essential）から高い状態なので下げるべきではないとされていた（コムロー、1984）。

その後、英国では「特定の原因と結びつかない不明確な症状は治療すべきか？ 軽度あるいは中等度の高血圧の人を集団検診で早期発見して、投薬の必要な患者に仕立てあげるべきどうか」とか、「自覚症状のない早期の高血圧」を治療して「延命効果が得られるかどうかかわからない」といった論争が起こった。一方「製薬業界は、当然ながら高血圧治療剤の開発を続け、……1950年代後半～1960年代初頭にかけて平均よりちょっと高いが自覚症状のない人向けの2種類の薬」を開発し、高血圧剤を広く用いるべきだと主張し、高血圧は「治療」すべきものとなっていった（ディクソン、1981）。ちなみに、2008年の世界の大型医薬品売上高ランキングでは、上位の降圧剤だけで212.5億ドル（約2兆1千億円）を売り上げるまでになっている。

(<http://www.utobrain.co.jp/news-release/2009/0730/index.shtml> より算出)

- (12) 相関関係は因果関係と同じではない。グールドによれば「相関という手法は、とくにそうした誤った形で使われてきた。それは、相関が因果関係を推論する道を提供すると思われたからである。……相関という事実は原因に関しては何の意味も持たない。」（グールド、1989）。
- (13) NPO 医薬ビジランスセンター（略称：「薬のチェック」）は、メタボリックシンドロームの診断基準を批判しつつ、別の診断基準を示している。ウエストではなく「BMIが28以上」、空腹時血糖値は「100mg/dl以上」[と厳しいが、該当者には食事療法と運動療法を薦め、それでも高い人のみインスリン使用で、他では経口糖尿病薬不要]と説明し、高血圧は160/100以上とし、中性脂肪は「気にしない」(高ければ節酒・食事療法)で総コレステロールも280mg/dlとゆるくなっている（「薬のチェック」、2006）。重要なのはデータだけの判断ではなく個人の状況に合わせていることである。
- (14) 人間では、遺伝子DNAレベルでも細胞レベルでも臓器のレベルでも受けた障害を直ちに治しにかかる「治癒系」The Healing Systemという自己修復システムが存在している（Weil、1995）。これは自然治癒力の別の表現である。
- (15) たばこ価格と喫煙率は、よく相関するように思われがちだが、27ヶ国の国際比較ではあまり相関性がないという結果が出ている。（本川、2010）禁煙のためにタバコ価格を値上げするという介入（政策）は必ずしもうまくいかないということを示している。
- (16) 試みに、(注9)で示した「平均余命の計算」をするとわかるが、20歳代の若者より、60歳以降の年配者の方に寿命（推定結果）が長くなる傾向がある。これは中年を超えて一定程度生き延びるとさらに余命が保障されることを意味している。

〔引用文献〕（註：各項目の頁数は文中の出現順、[]内は副題）

池田清彦、1998「解説」、近藤誠『がんは切ればなおるのか』新潮文庫、245頁

井村裕夫、2012、井村裕夫編著『日本の未来を拓く医療 治療医学から先制医療へ』診断と治療社

海老原幸雄、2010「うつ病は心の生活習慣病」<http://mediasabor.jp/2010/02/151.html>

（アクセス日：2011/08/09）

鎌谷直之、2012「ゲノム情報—その先制医療への展望—」、井村裕夫編著、前掲書（5）、48-55頁

小池雄介、1999『「結核」の恐怖』PHP研究所、70-74頁

厚生省、1996「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」

<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/1217-1.html>（アクセス：2011年8月19日）

斉藤一郎、2013「About Preemptive Medicine 先制医療とは」

<http://ccs.tsurumi-u.ac.jp/preemptivemedicine/basicinformation.html>

（アクセス日：2013年8月3日）

グールド、SJ、1989『人間の測りまちがい [差別の科学史]』（鈴木善次・森脇靖子訳）河出書房新社、301-303頁

- 健康増進法, 2002 http://www.ron.gr.jp/law/law/kenko_zo.htm (アクセス日: 2011年7月30日)
- 厚生科学審議会, 2007 『「健康日本21」中間評価報告書』(2007年4月10日), 10-28頁
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka_tyukan.pdf
(アクセス日: 2011年8月30日)
- 厚生省, 1996 「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について (意見具申)」
<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/1217-1.html> (アクセス: 2011年8月19日)
- 厚生労働省, 2009 「平成21年簡易生命表の概況について」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/> (アクセス: 2011年8月25日)
- 厚生労働省, 2010 「平成19年国民健康・栄養調査報告」 p.178
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou09/01.html> (アクセス: 2011年8月30日)
- 厚生労働省, 2011 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/> (アクセス: 2011年8月30日)
- コムロー, J・H, 1984 『医学を変えた発見の物語』(諏訪邦夫訳) 中外医学社, 254-255頁
- 今日の治療薬, 2011 浦部昌夫他編『今日の治療薬2011』南江堂, 554-556, 365, 332-335頁
- 佐藤純一, 2008 「生活習慣病の作られ方」, 『社会情報』第18巻第1号, 53-81頁
- 佐藤純一, 2010 「生活習慣病」(黒田浩一郎, 他編著)『先端医療の社会学』世界思想社, 110-111, 126-131頁
- 総合臨牀, 1978 『正常値・異常値』「総合臨牀」第27巻増刊, 1-2, 8-9, 29-34頁
- ディクソン, B, 1981 『近代医学の壁 [魔弾の効用を超えて]』(奥地幹雄・西俣総平訳) 岩波書店, 244-254頁
- 名郷直樹, 2007 「病人と正常人の境目」, 尾藤誠司編『医師アタマ [医師と患者はなぜすれ違うのか?]』医学書院, 31-39頁
- 日本臨牀, 2011 『メタボリックシンドローム (第2版)』「日本臨牀」第69巻増刊, 6, 737-741, 26-31頁
- 能登洋, 2010 『やさしいエビデンスの読み方・使い方 [副題: 臨床統計学からEBMの真実を読む]』南江堂, 54-55, 90-92, 80-81頁
- 浜六郎, 2006 『薬のチェックは命のチェック』医薬ビジランスセンター, 18-21頁
- 浜六郎, 2007 『薬のチェックは命のチェック』医薬ビジランスセンター, 20-25頁
- フランク・ケンディック, リチャード・ハットン, 1983 『万物寿命事典』(川勝久, 松野弘訳) 講談社ブルーバックス, 1983年, pp.57-59
- プレスロー, L, バークマン, L, 1989 『生活習慣と健康』(森本兼義監訳) HJB出版局, 60-153頁
- ベイツ診察法, 2008 ビックリー・LS & スセラギ, PG 『ベイツ診察法』(福井次矢・井部俊子監修) メディカル・サイエンス・インターナショナル, 852-853頁
- 本川裕, 2010 『統計データはおもしろい!』技術評論社, 103-107頁
- 「薬のチェック」, 2006 『薬のチェックは命のチェック』医薬ビジランスセンター, 15頁
- ワイル, A, 1995 『癒す心, 治る力 [自発的治療とはなにか]』角川書店, 「治癒系」105-130頁
(Weil, A, 1995 'Spontaneous Healing,' Fawcett Columbine, New York pp.71-85)

〔付記〕

本稿は予防医学に関する医学哲学的概説である。

(むらおか きよし 社会福祉学科)
2017年10月31日受理