

論文

## 社会学としての“健康隠謀学”の構想

村 岡 潔

〔抄 録〕

本稿は、健康に関する隠謀学を、社会学あるいは医療社会学の一分野としての「健康隠謀学」として構想するための試論です。まず(0)節では、(陰謀ではなく)「隠謀 plot」の用語法と「隠謀学 plottology」の定義を示しました。「隠謀学」は、筆者の造語で、この社会に満ち溢れている数々の「隠謀」を解釈するための論理学であり、行動科学であり、文化的解剖学(アナトミー)です。特に本稿では隠謀をプロットとし、隠謀を企図することをプロットイングと表現します。(1)節の「隠謀学の生物学的基礎」では、陰謀が成り立つためには人間の思い込みが不可欠であることについて説明し、(2)節では、プロットイングのための権威的錯覚化の観念について述べ、コラーゲンなどを例に健康食品のCM戦略としてのプロットの謎解きを行いました。(3)節では、健康隠謀学においてプロットイングの解釈に有用と思われるプラセボ反応と「3た論法」という二つの装置について解説し、健康隠謀学の元祖ともいえる高橋暁正らの仕事についても紹介しました。そして最後に(4)節では、「生活習慣病」のレトリックについて分析し、それがもつプロットの問題点と産学官のコラボによるプロットイングとしての特性について解説しました。そして、これらの4節の記述を通じて健康に関する隠謀学的方法論の構想の一端を提示することで、健康の隠謀学が社会学の一分野として成立しうるかどうか、その可能性について問うてみました。

キーワード：隠謀 plot, 健康隠謀学, プラセボ反応, 「3た論法」, 「生活習慣病」

### (0) はじめに～〈隠謀〉という意味

『広辞苑』(第4版)の「陰謀・隠謀」の説明で「①ひそかにたくらむはかりごと。謀叛の計略…。②〔法〕二人以上の者が犯罪行為を謀議すること。」とあるように、一般に「インボ

ウ」という言葉には否定的なニュアンスが含まれます。しかし本稿では、それを専ら「隠謀」<sup>(1)</sup>という言葉で統一し、ニュートラルなイメージの要語として用います。「隠謀」には、誕生日のサプライズ・プレゼントのような肯定的意味も付与されることもありますので。このように本稿では「隠謀」は専ら「隠された企図」の意味で使います。

また「隠謀」の英訳語は“plot”を採用します。“plot”は、『オックスフォード現代英英辞典』では、*the activity of making secret plans in order to achieve an aim, often by tricking people* 及び、*the series of events which form the story of a novel, play, film/movie, etc.* と解説されています。すなわち「隠謀 plot」とは、「ある目的を達成するため秘密裏の計画を立てること」や「小説・演劇・映画などのストーリーを構成する一連の出来事」です。言い換えると「人生や生活上の様々な出来事」を計画者の利害関心に沿った形で実現するための筋書きやアプローチと言えます。

ちなみに、隠謀（すなわち隠された企図）という言葉を使っても「インボウ」という言葉には否定的なニュアンスを払拭しきれないので、多くの場合、この「隠謀・企図」を「プロット」で表現し、「隠謀・企図」を試みるアプローチを「プロットティング」と言うことにします。例えば、大人の言い訳時の嘘も、幼児のたわいもない嘘も「プロット」であり、がん患者に本当の病名を告知しない隠謀的アプローチは「プロットティング」と言えるでしょう。いずれも、相手に何らかの形でフェイントをかけ自己のプロット（本懐）を遂げようとするものだからです。こうした日常生活の駆け引きもプロットやプロットティングという側面からみようとすることで、社会の出来事の解釈や研究の対象となりえます。

次に論題の「隠謀学 *plottology*」は筆者の造語で、プロットやプロットティングを研究する学問を意味します。隠謀学は、この世の日常茶飯事に満ち溢れている数々のプロット（隠謀）を解説し研究することで社会における人々の営為の構造や機能を解説し解明することを第一の目的とするものですので、社会的特性を備えていると言えます。また、隠謀学は、学際的な学問体系としての文化社会的解剖学（アナトミー）であり、論理学、行動科学、文化人類学、哲学・倫理学、生物学、医学などの多角的な視野が求められます。

さらに、臨床のプラグマティズム的観点からは、性善説で生きている人に対する性悪説の世界観からの批判やツッコミであり、人生で駆け引き上手になるための手引きともなります。例えば、「金儲けの話」「骨董屋の店先の掘り出し物」「水子供養のための金の仏像」「健康食品」などのうまい話は、すべて隠謀学の対象となりうるものです<sup>(2)</sup>。ちなみに世間では、現れた事象や現象について解釈し、そのからくりを暴く際に、「インボウ」という言葉を使うことに一抹の後ろめたさやなにか邪道なやり方という意識を抱く場合もあるようです。しかし隠謀学は、そうした現象が発現する構造や機能を正面から追究するものであり、決して単なる井戸端会議の世間話に終わるものではありません。

本稿は、健康と病理、医療・ヘルスケアと健康至上主義 *healthism* 等々を扱う医療社会学

の一領域としての健康隠謀学を構想するものです。以下、隠謀学の生物学的基礎、サプリメントや健康食品、生活習慣病と健康診断等を取り上げながら、その分析や解説のアプローチ法やプロセスに含まれる「社会学としての健康隠謀学」の観念を披瀝し、諸賢の御批判を仰ぐものです。

## (1) 隠謀学の生物学的基礎について

私たちは動物でもあり、感覚器官で世界（外界だけでなく体内も）を知覚し、そして脳と神経系の判断・指令を介して、専ら運動器官で世界に働きかけて日々生活しています。この知覚されて脳内に形成された世界像は、あたかも、それが世界そのままの姿であるかのように信じられています。それは、実は、人間という動物種、所属する民族や文化社会、幼児か青年か高齢者か、あるいはジェンダーなどの文化社会的諸条件に照らし合わせて、さらに、その時々の各人の利害関心にしがって切り取られた世界の切断面に他ならないのです。これこそ各自が得る世界の情報の実体（＝マイクロレベルの世界観のモデル）なのです。

一方、人間は「諸関係の総体（アンサンブル）」〔マルクス〕ですから、このモデルは、その個人が暮らす共同体（コミュニオン）の構成員との交通（コミュニケーション）の中で形成されるもので、一定程度の独創性とともにながりの共通性（共役性／通訳可能性）があります。したがって文化人類学あるいは社会人類学などでは、この〈認知のためのモデルの総体〉は慣習的な文化社会的レンズ（俗的には世間を見る色眼鏡）として機能します。

まとめると、私たちは感官、例えば視覚で世界を認知するものの、その「世界」は文化社会的レンズでみた自分の世界像であり、決して外界の物自体（*ding an sich*）を見ているわけではないのです。両者は、ユクスキュルら<sup>(3)</sup>のいう環境世界（*Umwelt*）と環境（*Welt*）の関係にあります。人間が放射線被曝や感電したりするのは、蝶が蜘蛛の巣にかかるようなもので、危険な環境が見えないからなのです。この両者の較差を錯覚や錯視といいます。ここでいう環境は、物理的存在と想定されますが、当事者を取り囲むいわば「客観的世界」です。その客観的世界には、家や家電や交通機関やロボットのような物質的存在だけでなく、他者としての「生身の」人間もペットも客観的存在として含まれています。つまり隠謀学の生物学的基礎は、自らが認識する環境世界があたかも環境そのものであるとみなすこと、すなわち人間の感覚はつねに「錯覚」準備状態にあるということです。しかも、大脳が発達したホモサピエンスは知覚が切り取ってきた世界の情報の欠如部分を想像して補正し「環境」としてイメージする能力に長けています。

隠謀の企図、すなわちプロットは、こうした錯覚や思い込みの準備状態を活用することによって機能しています。こういう話があります。10世紀末、赤毛のエイリークは、北大西洋のある無人島を発見し「氷の島 *Iceland*」と命名しましたが、その名のためか入植希望者

がなかなか現れませんでした。そこで彼はさらに北にある島には入植希望者が多数現れることを願い「緑の島 Greenland」と名付けました<sup>(4)</sup>。「緑の島」という言葉からの連想を誘導し錯覚させるプロットイングの手法は隠謀学的には古典的なものですが、今日の CM (Commercial Message) では、常套手段になっています。つまり、CM とは元来、プロットイングを行なう隠謀学的なコミュニケーションの重要な手段なのです。

次に健康隠謀学 Healthcare Plottology の基礎としての、「健康生活」に思い込みを誘導するという手法（本稿の言い方では、ヘルス・プロットイング）に進みましょう。

## (2) 権威的錯覚化～寄らしむべし知らしむべからず

健康隠謀学では、ヘルス・プロットイングの構成要素としての「権威的錯覚化」を重視します。権威的錯覚化の背景には「寄らしむべし、知らしむべからず」という江戸時代以来の医療従事者がとり続けてきた伝統的〔陋習的〕態度があります。この領域では、数学や統計学などがプロットの「確からしさを裏付ける」役目を果たします。例えば、「99.9% 除菌」<sup>(5)</sup>とか「医学博士〇〇先生の研究成果」などのように数字、%、小数点、OK ネーム（権威者の名前）、学会名などの権威的要素によって錯覚化が企図される可能性があります。

医師や医学博士や医学会が権威をもつ背景には、医療やヘルスケアの領域（近代西洋医学・現代医療）それ自体が、特に 19 世紀以降のグローバリゼーションによって、本邦のみならず世界的に権威化されてきた点があります。また、1980 年代には、私見では、理数系が得意で偏差値が高い高校生は医学部入学を目指すといった風潮が確立し、このことも医学系の権威化に一役買っています（例えば医学生や薬学生は 6 年間も大学で勉強している、等）。しかも本邦では、明治 7 年の医制発布によって、漢方や鍼灸などの東洋医学ですら正統医学の地位を失っており、人々は無条件で現代医学に診てもらおうよう文化社会的に方向づけられています。その上、識字率 99% を誇る国民でありながら、全人民に必要なはずの医療能力は乏しく、医療従事者たちが医療の知識と技術を実質独占しているため、医学的なりテラシー（識医率）はかなり低いので<sup>(6)</sup>、なおさら権威的錯覚化に拍車がかかると言えましょう。これはすでに医療社会学の分野ですので、当然「健康隠謀学」にも通じてきます。江戸時代からの「知らしむべからず、寄らしむべし」という権威主義化の手法が継続しているのです。

「健康食品」<sup>(7)</sup>の CM の場面では、各種のサプリメントが「健康に良い」と喧伝されるだけで愛用されています。美肌・長寿に関するサプリメントも「カラダに良いから良いのだ」といったトートロジーによる消費が誘導されています。人気のコラーゲンやヒアウロン酸も茶の間をにぎわしているサプリメントの一例です。しかし、もともとサプリメントは、普通に食事ができない患者や病弱の人向けに開発されたものです。それを製薬産業が一般にも販路を開拓しようというプロットのもと、万人向けの転用商品にしようと考えたのがサプリメント戦略なの

です。

隠謀学的視点からは、次のような CM 戦略のパターン (CM 文法) が浮かび上がってきます。

- ① 栄養素 XXX は健康の維持や美容に大切である。
- ② しかし XXX の摂取は不足している。なぜなら、普通の食事では十分に摂取できない。特に高齢者ではそうである。
- ③ ところで、ここに代替となるサプリメント S がある。S で美肌の回復、若返りも可能である。
- ④ S の錠剤やカプセルには、S を含む一般食品より濃い量が含まれるので、即席で十分な量を簡単に摂取できて便利である。
- ⑤ 「大勢の国民の皆様が S を御愛用」などと有名タレントなどが喧伝する。

この出発点の命題①も命題②も根拠があいまいで「真」とは言えないのに CM では「真」であるかのように断定的に語られます。これによって、消費者に危機感を煽っておいて、命題③と④で助け舟を出すのです。これが典型的な CM 戦略における [マッチで火をつけ、ポンプで消す] マッチ・ポンプ様式です。⑤は、④をさらにプッシュする権威主義化のスタイルです。ここでは、①から⑤までを CM 文法と呼びましょう。コラーゲンやヒアルロン酸は①の XXX に相当します。また、こういう CM 攻撃を日々メディアから行い、視聴者が食生活に自信を無くすように仕向けます。これも売り手の常套手段なのです。

ここで用いられる CM 文法を、隠謀学的に検討してみます。①や②の正否は、実際に図書館やインターネットなどで調べるとわかりますが、正しいという確たるエビデンス (根拠) はありません。

しかし、医学や薬学により権威主義化された CM 文法に逆らって、自分で正否を調べない消費者が少なくないとするれば、多くが健康や若さや美貌を取り返そうという思いにかられ、③で紹介されたサプリメントをとってそれを補おうと考えるはずというのがヘルス・プロットティングの目的とするところなのです。

一方、人気のコラーゲンやヒアルロン酸を経口で摂取しても、それぞれの分子が格段に大きすぎて小腸で吸収されることは理論上あり得ないことは一般には意外と知られていません<sup>(8)</sup>。例えば、コラーゲンはタンパク質の一部ですから、小腸で吸収される際には最小単位のアミノ酸にまで分解されます。しかも、吸収されて体内に入ったアミノ酸は、元通りの姿に再合成されるわけでもありません。つまり、サプリメントで飲んだコラーゲンが、そのまま飲んだ人の希望通りの場所 (関節・皮膚) に運ばれる保障は全くないのですが、あたかも体内でそのまま栄養となり期待通りの働きをすると想像してしまいます。

しかし、サプリメントの製造者側はこのことは黙して語りません。ですから、CM は、重要

なことは説明しないだけで、多くの場合、ウソはついていません。そうしておいて、最初から、消費者の側の思い込みを狙っているわけです。これは誘導された思い込みであり、ありていに言えば騙しの構造です<sup>(9)</sup>。このように **CM** は巧みに、吸収前の機能や精度を饒舌に語りますが、その後のことは黙して語らずです。それどころか、コラーゲンなどの高分子の物質が腸では吸収されにくいということが消費者に少しずつ知られてきたためか、その対策としてか、最近では、「低分子化コラーゲン」なる呼称で小腸での吸収率をよくしたという怪しい言説さえ登場しています<sup>(10)</sup>。「低分子化コラーゲン」の実体はアミノ酸が2つ以上結合したペプチドです。分解前のコラーゲンの機能が分解後のアミノ酸になったら失われるにもかかわらず、消費者を「コラーゲン」という言葉を使って同じ機能だとミスリード（誤読・誤誘導）させようとするプロットがうかがわれます。「低分子のコラーゲン」は、まさにフェイクなのです。

健康隠謀学では、このように健康至上主義と関係の深いサプリメントという商品を構成している構造や機能、さらには、消費者をどのようにしてサプリメントの消費に走らせるようとするプロットや文化社会的な背景も探究の対象となります。また、コラーゲン分解後のアミノ酸なのに効果があったとする「消費者」が登場する **CM** も少なくありません。もちろん **CM** のフェイクとして演技もあるとしても、本人が「私には本当に効いたという実感がある」と実感している場合もありえましょう。法律上、薬効を面と向かって唱えないので「個人的見解」などと但し書きをつけていますが。このことは、次節の「プラセボ反応」や「3た論法」という、プロットや成否に影響する現象と深く関わっています。

### （3）プラセボ反応と「3た論法」

この節では医療とヘルスケアの領域の隠謀学の観点として、この節では、プラセボ反応と「3た論法」に焦点を当てます。どちらも現代医療や医療倫理の分野では逸脱した問題ある事象として知られるところですが、隠謀学的には人間の価値判断をリードないしはミスリードさせる機能を持つものとして中立的な事象と考えています。

プラセボ<sup>(11)</sup>とは「人を満足させる」というラテン語由来の語で、一般的には「薬物治療の対象ではない症状を訴えて薬を欲しがる患者に、気休めに処方する薬効なしの偽薬」を指し、その偽薬で症状改善など効果が現れることを「プラセボ効果」と言います。また、C. G. ヘルマンのテキスト<sup>(12)</sup>では一般的に薬が人間の生理や心理に与える薬の影響は単に化学的な薬理作用だけで決まるのではなく、次の4つの文化・社会的要因が統合された総合的薬物効果（Total Drug Effect）だとしています。すなわち、①「薬物の薬理学的作用」に加え、②「味・形・色・薬名 [の知名度] などの製剤自体の性状」、③「投薬を受ける患者の年齢、経験、教育、個性、経験、文化社会的背景などの特質」、④「薬の処方者・調合者の個性、年

齢、態度、専門的地位や権威の度合い、及び⑤「診察室、病棟、検査室、あるいは社交行事が行われる処方と投薬の場・セッティング」です。ですからプラセーボは、①薬理成分を除いた、②から⑤までの4つの文化社会的要因に匹敵するものになります。

一方、A・ワイル<sup>(13)(14)</sup>は、薬効(化学的作用)を持たないプラセーボが外部からもたらす効果ではなく、プラセーボに対応する患者の内発的な反応なのでプラセーボ「効果」ではなく、プラセーボ「反応」と呼ぶべきだとしています。薬物の臨床試験では、薬効の無いはずの「対照のプラセーボ」にも被検者の3割近くが有効に反応するというのが相場ということから、筆者も、このプラセーボ反応は、患者の内発的な自己治癒力(自然治癒力 *vis medicatrix naturae*)の発露の一形態と理解しています。プラセーボの使用は倫理的には患者を騙すことになるとして非道徳的とされますが、医療者がプラセーボを用いるとするプロットイングが、なぜ患者(人間)の心身や機微に影響を与えるかの解釈にも、こうした文化社会的背景を考慮する必要があることを示しています。総合的薬物効果やプラセーボ反応という視点は、社会学としての健康隠謀学を構成する重要な要素になると言えます。例えば、臨床では、頻回に手足の痛みを訴える患者に生理的食塩水[0.9%の食塩水]の筋肉注射が効くとか、かつて狭心症の痛みビタミンE[鎮痛作用はない]が有効だったという話がありますし、前節の「サプリメントが効果を上げたという体験談」もプラセーボ反応の視点から解釈することも可能です。

次の「3た論法」とは、「使った、治った、だから効いた」と結論する3段論法まがいの誤った因果論を示します。医療現場での効果判定・薬効判定にみられる「3た論法」の問題性が東大医学部講師(当時)の高橋暁生らによって指摘されたのは1960年代初頭のことで、当時グロンサン研究会で行われた「使った、治った、効いた」の「3た論法」による薬効判定に対して対照実験(二重目隠し試験 DBT)の必要性が、このころ本邦では問われはじめました<sup>(15)(16)</sup>。

この「3た論法」は、論理的に正当な3段論法とは異なり、間違った論法なので、その命題の正しさを証明することにはなりません。しかし、隠謀学的には、先のサプリメントでみたように、「A:薬を服用した」そして「B:症状が改善した/元気になった」などの事象が時系列の前後関係で出現した場合、医療者を含め多くの人々が日ごろ効果判定に使っている手法なのです。「3た論法」現象はこの意味で、人々をミスリードする様式の1つとして健康隠謀学のテーマになりうるものです。1960年代の終わりに高橋暁正らは、市販されている「保健薬」[今日でいうドリンク剤]の成分や薬効を検証し因果関係を薬理学的に吟味しています。

その著『保健薬を診断する～効かない薬・危険な薬』<sup>(17)</sup>は1968年出版後3年余りで28刷を重ねています。今日も市販されている「リボビタミンD」の「疲労回復はウソ」、「アリナミンA」は「無効・大量服用は危険」などと結論付けられています。また、リボビタミンDでは、例えば、今でもタウリン1000mg[たった1g]が効くかのように喧伝されていますが、タウ

リンはアミノ酸のシステインやメチオニンから体内で合成されるもので決して外から摂る必要はないと書かれています。しかし、50年後の今日でもタウリン入りのリポビタンDは売られ続けています。一方、皮肉なことに『保健薬を診断する』の本の方は、1980年代ごろまでには絶版になったようです。前の節でもサプリメントでのCM戦略で述べたように、こうした医学的栄養学的事実は隠蔽され黙して語らずなのです。

それでも愛飲する人はそれを飲むと効いた気になるからだと思いますが、その因果関係の根拠はやはり「飲んだ、すっきりした、だから効く」といった3た論法で説明されるようなものでしょう。「ドリンク剤」を飲んだ瞬間に即効性があるようにみえるのは、大概、含まれるカフェインやアルコール（4分の1は胃で吸収）のためなのです。ちなみにリポビタンでは、無水カフェイン50mg（≒コーヒー1杯分）とアルコール0.1~1.0%（注：多くのビールはアルコール5%）が入っています。他の成分は、他の飲み薬一般と同様、小腸で吸収され肝臓で一部解毒され、残ったものが血液循環によって全身に回るまでには小一時間はかかります。こういったものが半世紀にわたって労働者の間で飲まれ続けていることに対し、谷本真由美は、日本のサラリーマンの働き方に関して「なぜそんなにドリンク剤や健康食品が必要なのか？そんなものを随時とらなければやっていけない仕事とは何なのか？」とか「なぜ病気になっても仕事にいくのだ？ 病気になる前になぜ休まないのか？」といった疑問を外国人の同僚からぶつけられると述べています<sup>(18)</sup>。これにも、先述の総合的薬物効果の文化社会的要素が関わってきます。

こうしてみると高橋暁正らの試みは、健康隠謀学の嚆矢とみなすことも可能でしょう。なぜドリンク剤や健康食品が必要となっているのかを労働条件もふまえて考察することも探究のテーマとなります。また、薬局処方医薬品は、きちんとした対照試験（治験）をへて統計科学的に有効性が証明されたものです（とはいっても個人差による医学の不確実性がありますから万人に有効だというわけではない）が、実地臨床上では、医師が個々の患者に処方するときに厳密にその追試をしながら治療しているわけではないことは要注意です。つまり、そうやって厳密なプロセスを経て製品化された医薬品も、下手をすると臨床医からでも「3た論法」で処方され続けることがありえます。

例えば、膝が痛いというシニアの女性に、ポンタールという消炎鎮痛解熱剤を痛み止めとして処方したところ、患者は睡眠薬として服用していたという話があります。ポンタールには眠気を催すという副作用はありませんが、おそらく最初に膝の痛みが取れてよく眠れたのでしよう。この事象は、医師からすればプラセボ反応でもあり、本人からすれば「3た論法」の応用ということになります（医師や本人のプロットではないが）。しかし、このような臨床医学の不確実性<sup>(19)</sup>も援用すれば、こうした結果は、医療やヘルスケアにおけるプロットイングでもたらすことも可能となりえるのです。



#### (4) 生活習慣病のレトリック～現代医療のプロットィング

この節では、健康隠謀学が対象とする予防医学の代表格で国民にも周知の「生活習慣病」のレトリックについて取り上げます。このテーマについてはすでに「生活習慣病の正体を探る」<sup>(20)</sup>で発表した拙稿の概要を紹介しつつ、発表当時には触れなかった健康隠謀学的要素について述べたいと思います。

「生活習慣病」は、1996年、厚生省（現・厚生省）が「生活習慣に着目した疾病概念の導入が必要」だとして発表したのがはじまりです<sup>(21)</sup>。その定義は「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」とあいまいな書き方です。一般に「生活習慣」は言わば「生き方」「生き様」のことですからどのような病気も人の生き方に関係ない病気はないので、すべての病気が「生活習慣病」に該当するはずですが、ところが、厚生省のプロットの「生活習慣病」は「インスリン非依存糖尿病、肥満、高脂血症、循環器病、大腸がん、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」といった限定された後天性の病気を代表例とし、それらは「4つの生活習慣」（実は食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒）との関連が明らかだと断言しました。これは、国家レベルでのマッチ・ポンプです。

つまり個人の生活態度が悪いと病気になるという脅しです。そして、少しでも早期に発見して対策を絶てるようにということで健康診断を普及させます。しかし「生活習慣病」は、「未病」などと言われるように病気の前段階とされますから（予防概念があてはまるのもそのため）、自覚症状はほとんどありません。そこでラベリングの根拠は、検査データに限られます。高血圧、糖尿病（実は高血糖症で尿糖がないことが多い）、高脂血症（今は脂質異常症）などはすべて、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」と厚生省は豪語します<sup>(22)</sup>。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。

ところで、悪い生活習慣を改めたら「生活習慣病」を予防できるという確たる論理的根拠はありません。仮に「不健全な生活習慣が生活習慣病を起こす」という命題が真だとしても、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（非喫煙者でも肺がんになることが少なくないように）。まあ、「生活習慣病」では医学的にはよくない生活を改めるべきとする以外にないわけですが。いずれにしろ、米国のように、肥満も含め「生活習慣病」になるのは、その人個人に責任があるという個人責任論（社会的には犠牲者非難イデオロギー）に持ち込むことができます。国家としては、たばこ産業やファストフードなどの産業をコントロールすることは政治的にもやりにくいからでしょう。

そこで国民は食事、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、成人が生活習慣を改めることはなかなか難しい相談です。ここで登場するのが「助け舟」としてすかさず登場する、やさしい仕掛けのポンプです。『今日の治療薬』という治療マニュアル<sup>(23)</sup>には、生活習慣の改善を試みても検査データが正常化しなければ、高血圧では、高めの人は1ヶ月、普通の高血圧でも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〔高血糖症〕では2-3ヶ月程度で改善しなければ薬物療法に切り替える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ヶ月程度で変えることは無理です。健康日本21の中間報告に見るように至難の業なので、多くの人が薬を飲まされる羽目になるでしょう。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、保健指導ありの介入群と保健指導なしの対照群との間に、検査結果（体重、BMI〔体格指数〕、腹囲、血圧、中性脂肪、糖代謝：HBA1C〔糖化ヘモグロビン量〕）に有意差はありませんでした<sup>(24)</sup>。これは1年程度の保健指導ではデータは変えられないという証左です。

健康隠謀学的にみると、昨今、産官学が一体となった「健康医療産業」、特に製薬産業や健診業界にとって「生活習慣病」政策（21世紀にはメタボリックシンドローム）という名のプロットは好ましいものと言えるでしょう。一方、形容矛盾の「未病患者 potential patient」と位置づけられた多くの健康だったはずのシニアは格好の薬の消費者に変貌させられます。米国でも約80%の高齢者が慢性疾患のための薬を服用し65歳以上の高齢者の処方が全処方の30%を占めています<sup>(25)</sup>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。ちなみに、厚生労働省の調査<sup>(26)</sup>では、70歳以上の国民の約50%が降圧剤を服用しています。つまり「生活習慣病」政策は、患者を増産する機能を有していることとなります<sup>(27)</sup>。

肥満も厚生省の「生活習慣病」の仲間いつのまにか入っていました。肥満に関してもあるプロットが行なわれています。「生活習慣病（メタボリック・シンドローム）」は、数値などのデータ依存ですから、操作 operation がしやすいのです。例えば、BMIと死亡率の関係を示す棒グラフはしばしばBMI=22をほぼ平均として上方に開いた左右ほぼ対称の形を示します。このグラフの読みは、しばしばBMIが大きいほうの中心から右側だけが強調されます。その結果、周知の肥満度が高いほど死亡率も高いという言説が生まれるわけです。ところがなぜか左側の痩せの部分については語られることはほぼありません。肥満研究者は、神経性食欲不振症などのごく少数例を除けば、痩せの問題はないかのように見せかけるためかもしれません。

さらなるプロットとしては、国際基準がBMI=30以上を肥満としているのに、厚生省、日本肥満学会など日本の「生活習慣病-メタボリック・シンドローム」予防の推進団体は、BMI=25以上に基準を下げていることです。それは、日本人は世界でもトップレベルの

スマートな国民であり、もし BMI を国際標準にすると日本人の肥満人口は全体の 3% 程度になってしまうからとされています (25 以上にすると 4 人に 1 人が肥満になります)。こうなると「肥満」を「生活習慣病」のすべての元とするような「メタボリックドミノ [内臓肥満から、ドミノ倒しのように次々と生活習慣病が重症化していく]」という仮説の根拠が無くなってしまいますから (そして肥満学会員もくいつぱぐれる恐れもあります)。

こういう傾向は「高血圧」でも同じです。高血圧の基準は、「生活習慣病」政策が開始される 1996 年までは、最高血圧 180/最低血圧 100 で高血圧症の人は 170 万人ほどでしたが、それ以後はいきなり 140/90 となり、2000 年には 2000 万人近くに増え、2008 年の特定健診 (保健指導) の 130/85 に改定されると高血圧症の患者は 2700 万人ほどに増員されました<sup>(28)</sup>。2019 年には、高血圧学会は前年の米国を真似して、ついに 120/80 を推奨しました。その結果、試算では 4000 万人ほどが高血圧人口となるわけです。

健康隠謀学的見地からは、こういう事態を解釈してみましよう。先述のように、この増幅された高血圧人口のほとんどが降圧剤の消費者になるのですから、関連製薬会社やそこから研究資金を得ている研究者は理屈ではとても潤うはずですが、しかし、日本国民がポリファーマシー (多剤大量療法) の下、命がけで消費した薬の代金は製薬会社に行くはずですが、その多額の売り上げが国庫に税金収入となって入ってくるかどうかは定かではありません。製薬会社は優遇税制の下にあるからだけでなく、今日では資本は国境を超えているので国外に流れていく可能性が大きいからです。このルートの研究も健康隠謀学の対象でもあります。

また、「生活習慣病」では、いったん薬消費者になると薬物中毒とは言えないまでも生涯薬はやめられなくなります。なぜなら、この種の薬は、言わば対症療法であって、病気の根本的治療を行っているわけではないからです。さらに困った事態があります。

例えば、北九州の久山町民 60 歳以上 580 名を調査した「血圧値別にみた脳卒中発症率」<sup>(29)</sup> というデータがありますが、最高血圧が 140 以下であったとしても私算では脳卒中発症者の約 3 割を占めているのです。これはおそらく興奮などによる血圧の急上昇 (サージ) が起こったためと考えられますが、このように正常範囲でも「生活習慣病」になりうるということは総コレステロールでも知られています。健康隠謀学的に解釈すると、このことは、健診をして異常値を示したハイリスクの人に集中的に介入するという従来の「ハイリスク戦略」が破綻したことを意味しています。こうなると今や全人口に薬を飲んでもらうという全人口集団 (ポピュレーション) 戦略に進みつつあるというのが実情と思われる。本稿では割愛しましたが、がん予防ワクチンなどを推進するプロットもこのポピュレーション戦略と言えます。ワクチンは、患者だけではなく、大多数の健康者に予防という大義名分のもと堂々と投与できるところにメリットがあります。この戦略は、今や予防医学の最高段階としての先制医療<sup>(30)</sup>として健康隠謀学からも注目されているテーマなのです。

このように医学医療あるいはヘルスケア現象に隠されたプロットの解読は、健康陰謀学が社

会学的方法論と通底していることを示しています。

〔注〕

- (1) 「陰謀」では、基本的に計画者は集団・複数であり、歴史的政治的要素が大きく、獲得目標も大がかりなもので権謀術策の代名詞とします。例えば、太平洋戦争における真珠湾攻撃〔日本側は奇襲のつもりだったが、米国側はそれを事前に察知して奇襲させることで米国世論の参戦に傾ける意図があったともいう〕が挙げられます。これらはマクロのレベルの「陰謀（共謀 conspiracy）」というべきもので、本稿の隠謀とは区別します。
- (2) 隠謀学は、日常生活に隠された罫を見抜くためにこそあれ、逆の隠謀力を増進するためのものではありません。
- (3) ユクスキュル、クリサート『生物から見た世界』岩波文庫、2003年、1-40頁
- (4) カクヨム <https://kakuyomu.jp/works/1177354054882179642/episodes/1177354054883387370>（アクセス日：2020年4月15日）
- (5) 「99.9%除菌」というのは「除菌」という言葉にもカラクリがあります。すなわち、「除菌」では、カビや酵母などの真菌類に対する効果についてはうたっていません〔<https://www.fcg-r.co.jp/en-virepo/2014/141208-32.html>〕。また、99.9%という聞こえがよいですが、0.1%も菌が残存すれば、菌の繁殖力からすれば1日もすれば元の状態に戻りえます。
- (6) 村岡 潔「義務教育における初等教育の必要性について」佛教大学教育学部論集、2017年、49-55頁
- (7) 「健康食品」というものが「食品」一般とどう違うのかに明確な定義はないようです。反対語の概念からすれば「不健康食品」とでもなりますが、食べて健康を害するものは、一般には毒というのであって「健康食品」などというものは厳密には存在しません。これも、CMという言葉のマジックにすぎません。
- (8) 養分を吸収するのは主に小腸ですが、その際の分子のサイズの上限はおおよそ分子量500です。ところが、コラーゲンの分子量は10万～30万、ヒアルロン酸は400万というオーダーなので、コラーゲンやヒアルロン酸はそのままの形では吸収されないのです。コラーゲンならばアミノ酸に、ヒアルロン酸はグルコサミンとグロン酸という最小単位にまで分解されてしまいます。なおコラーゲンは動物の皮膚や骨、腱などの結合組織の主成分です。ちなみに、商品化されるコラーゲンの原料は、通常は食されない廉価のくず肉というべきもので、ブタやウシの骨や皮、あるいは魚の鱗や皮〔<https://www.nippi-inc.co.jp/product/gelatin/tabid/91/Default.aspx>（アクセス日：2020年4月18日）〕などです。ヒアルロン酸の原料は、ニワトリの鶏冠トサカ等〔<https://nihoncollagen-hyaluron.com/about/about-hyalu>（アクセス日：2020年4月18日）〕です。
- (9) この構造が騙しや詐欺の手法と同じとしても違法性が問えるかは不詳です。骨董品で偽物をかかわされても、骨董店の店主を詐欺罪で訴追しにくいと同じ構造です。しかし、倫理的には、製造者責任としてのアカウントビリティ（説明責任）を問われる問題です。
- (10) アミノコラーゲン <https://www.meiji.co.jp/health/amicolla/standard/>（アクセス日：2020年4月18日）
- (11) 原語 Placebo は、プラセーボ、プラシーボ、プラセボ、偽薬などと訳されますが、ここではプラセーボとします。プラセーボ反応や「プラセーボ効果」をまとめてプラセーボ現象ということもあります。
- (12) C. G. Helman: Culture, Health, and Illness, Fifth Edition, Hodder Arnold, 2007, p.196
- (13) 村岡 潔「項目92：プラセーボ」、『文化現象としての医療』1992年、
- (14) A・ワイル（上野圭一訳）『人はなぜ治るのか』（増補改訂版）日本教文社、1993年、276-281頁

- (15) 新田千春, 松枝亜希子「高橋暁正」<http://www.arsvi.com/w/tk02.htm> (アクセス日: 2020年4月20日)
- (16) 松枝亜希子「高橋暁正の薬効の科学的検証と『薬のひろば』の活動」, *Core Ethics* 2014年, Vol.10, 251-259頁
- (17) 高橋暁正, 佐久間昭, 平沢正夫編集『保健薬を診断する～効かない薬・危険な薬』三一書房, 1968年, 表紙, 3-52, 92-109頁
- (18) 谷本真由美『日本が世界で一番「貧しい国」である件について』祥伝社, 2014年, 29-35頁
- (19) 中川米造『医学の不確実性』日本評論社, 1996年, 36-80頁
- (20) 村岡 潔「『生活習慣病』の正体を探る－なぜ生活習慣が病気の元にされたのか－」, 井上芳保編著『健康不安と過剰医療の時代～医療化社会の正体を問う』長崎出版, 2012年, 66-94頁
- (21) 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> (アクセス日: 2011年8月19日)
- (22) 厚生労働省: 2011 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/> (アクセス日: 2011年8月30日)
- (23) 浦部昌夫他編『今日の治療薬 2011』南江堂, 2011年, 554-556, 365, 332-335頁
- (24) 日本臨牀『メタボリックシンドローム(第2版)』「日本臨牀」第69巻増刊, 2011年, 6, 737-741, 26-31頁
- (25) L. S. ビックリー, P. G. スズラギ『バイツ診察法』(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, 2008年, 852-853頁
- (26) 厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査報告」2010年, 178頁  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou09/01.html> (アクセス日: 2011年8月30日)
- (27) たとえば臨牀では脳卒中で血圧が高いと下げたがりますが, 脳梗塞の急性期に最高160 mmHg 最低90 mmHg 程度の血圧でも降圧剤で下げると, そのままの場合より死者や自立できない人が増加します。また, 脳卒中でも総コレステロール値が251 mg/dl 以上の人がそれ未満の人[日本の正常値は220 mg/dl 未満]よりも症状が軽く予後(病気の経過・帰結)がよいそうです[浜 六郎『薬のチェックは命のチェック』医薬ビジランスセンター, 2007年, 20-25頁]ようです。コレステロールは栄養状態の指標であり, 有名なハワイの調査では, 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るものの, 逆にがんの死亡率が増えてくるというデータもあります  
[http://www.jmi.or.jp/qanda/bunri3/q\\_041.html](http://www.jmi.or.jp/qanda/bunri3/q_041.html) (アクセス日: 2020年4月20日)。
- (28) 別冊宝島編集部編『命を脅かす!! 「健康診断」の恐怖』2011年, 50-53頁
- (29) 血圧値別にみた脳卒中発症率 <https://minds.jqhc.or.jp/n/med/4/med0019/G0000180/0010> (アクセス日: 2018年9月10日)
- (30) 村岡 潔「予防医学の最高段階としての『先制医療』」, 森下直貴編『生命と科学技術の倫理学－デジタル時代の身体・脳・心・社会』丸善出版, 2016年, 34-56頁

〔付記〕

本稿は2019年度, 科学研究費助成事業による研究成果の一部である。

(むらおか きよし 元社会福祉学科教員)  
2020年5月11日受理