The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	病気の作り方 : 現代日本におけるメタボ対策の根拠をめぐって
Author(s)	Kasch, Franziska
Citation	メタフュシカ. 2012, 43, p. 75-86
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/26488
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

病気の作り方
──現代日本におけるメタボ対策の根拠をめぐって──

Franziska Kasch

0）はじめに

病気とは何であろうか？　近代医学は、病気が細菌やヴィールス、環境の影響などによって起こるとしている。一方、年をとって関節が磨損したり、体の自己治癒力が弱まったりすることによっても病気が起こる。医療は従来、このような病気の原因を識別し、治療を行おうとした。ところが、病気の原因についての知識が増えるにつれて、治療より病気の原因をなくして発症を防ぐことのほうが重視されてきた。

それのため、インフラストラクチャーの整備による公衆衛生の増進をはじめとして、ワクチン注射などの措置が通常の病気予防対策となった。この措置と安定した食料供給のおかげで、かつて第一の死亡原因であった感染症が現代の先進諸国には少ない。他方、癌や心血管疾患による死亡は多い。現代日本でも、第一の死亡原因は癌となっており、第二の死亡原因は脳卒中である（Ölschleger 2008:31-33）。言うまでもなく、医学はこれらの病気に関しても原因を探し、発症予防に努力しているが、小さな成功はあったものの、ワクチンのように有効な予防対策はまだ手に入れられていない。それは、感染症と違って、癌や心血管疾患の原因が多岐にわたり、因果関係が未だに解明されていないためであろう。故に、医学は、原因が多岐にわたる病気の場合、把握の仕方を単純化し、最も発症に関係あるとされる原因をしぼり込もうとする。

例えば心血管疾患の場合には、食生活（コレステロール）、タバコ、ストレス、運動不足、高血圧や肥満などが原因としてあげられ、いわゆる「危険因子」（英語で言うと「risk factor」）とされた（Timmermann 2010:254）。Timmermann（2010:253）によれば、危険因子とは、1950 年代にアメリカの流行病学でつくり出された概念である。当時、伝統的には感染症を研究してきた流行病学が新しい研究方向に向かい、心血管疾患のような慢性病に焦点を当てるようになっていた（同上）。

危険因子を特定するアプローチは、細菌やヴィールスによっては説明できない病気の解明には有力であると考えられ、現代まで続けられてきた。というのも、危険因子アプローチは極めて柔

軟性に富んでおり、病気の数多い原因の中からいずれが最も発症に関係があるかという問題に、ほぼ任意の解答を与えられるからである。心血管疾患の例に戻れば、上述の危険因子は心血管疾患に関係があることは認められたにもかかわらず、同様に統計上関連性のある貧困などの原因は認められていない（Timmermann 2010:257）。このことから、科学的な根拠以外の要因が病気とその原因の定義に影響を与えると言える。

上に述べたことは、近年よく聞く「メタボリックシンドローム」（俗語で「メタボ」）にも当てはまる。メタボリックシンドロームは様々な危険因子を総合する概念であるが、その根拠に関しては今に至るまで疑問が残っている。にもかかわらず、日本政府は 2008 年から「メタボ対策」を義務化し、メタボリックシンドロームを命取りの病気の始まりとした。医学的根拠を欠くこの施策は、どのような経緯で実現されたのであろうか。

本稿の目的は、現代日本におけるメタボ対策の根拠を考察することである。まずは、メタボ対策を紹介し、なぜ日本政府がメタボ対策を義務化したかを示す。次に、不明な点が残るものの、いかにメタボ対策が根拠づけられたかについて論じる。この結果、メタボ対策の本当の根拠は、自己責任論であることが明らかとなる。最後に、その自己責任論は江戸時代の思想に起源をもつことを考察する。

1）現代日本におけるメタボ対策とは何か？

現代日本におけるメタボ対策は 2008 年 4 月にスタートした特定健診・保健指導によって始まった。その目的はメタボリックシンドロームの人を見つけ出すことであり、その対象となるのは、40 歳以上 74 歳以下の日本人（約 5,600 万人）である（結城 2007:18-20）。

日本ではメタボリックシンドロームは次のように定義されている。腹囲が男性は 85cm 以上で、女性は 90cm 以上であること、または BMI が 25 以上であること、ならびに高血糖、高コレステロール、高血圧という危険因子のうち二つ以上を満たしていること（結城 2007:8-9）。しかし、特定健診で使われている危険因子の診断基準は、メタボリックシンドロームの定義より厳しくなっている点もある。例えば、空腹時の血糖はメタボリックシンドロームの定義においては 110mg/dl 以上と設定されているのに、特定健診においてはさらに低く 100mg/dl 以上と設定されているのである。これは、「インスリン抵抗性や食後高血糖の段階でメタボリックシンドローム予備群としてより早く見つけ、生活習慣をより早く修正し、メタボリックシンドロームになるのを防ごうとしている」と説明されている（水嶋・松本 2008:7）。それに加えて、喫煙の有無と年齢が特定健診の結果に影響を及ぼす。

以上の点によって、対象者はメタボリックシンドローム該当者かその予備群に分類され、それぞれの支援レベルが決まる。該当者でも予備群でもない人も含め、すべての人に「生活習慣の見直しや生活習慣改善に必要な情報」が提供される（水嶋・松本 2008:6）。メタボリックシンドローム予備群と診断された人は、動機づけ支援レベルとなり、「医師・保健師・管理栄養士などとの面接で生活習慣を振り返り、自分で実行できる行動目標」を立てる（同上）。この初回面接の 6 ヶ月後、「電話やメール等で健康状態や生活習慣の確認」が行われる（同上）。他方、メタボリ

ックシンドローム該当者と診断された人は、積極的支援レベルとなり、予備群と同じように初回面接が行われる。それから、該当者は3ヶ月以上にわたって定期的な「サポートを受けながら、健康づくりや生活習慣改善を継続」する（同上）。その結果は、予備群と同様、6ヶ月後に確認される。

なお、特定健診と保健指導の日程は毎年同じようにくり返される。特定健診は4月に行われ、その結果が6月に報告される。動機づけ支援も積極的支援も10月から始まり、翌年3月まで続く。そして、4月にはまた特定健診が行われ、結果が改善したかどうかが確認される。改善が見られなかったり、わずかだったりする場合にはもう一度保健指導を受けることとなる。

2）現代日本におけるメタボ対策はなぜ行われる？

メタボ対策の目的は医療費を減少させることである。日本人の平均寿命は第二次世界大戦からだんだん延び続け、少し前まで日本女性は世界で最も平均寿命が長いことで知られていたが、高齢化と少子化とともに医療費は増加した。他の国と比べると、日本の医療費は高いとは言えないが、医療費の上昇はこれからも続くと予測されている（結城 2007:2）。これについて厚生労働省は次のように述べている。

> このような超高齢少子社会を人類は未だかつて経験したことはなく、21世紀の日本は、疾病による負担が極めて大きな社会となると考えられる。高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、病気を治すこと、あるいは介護のための社会的負担を減らすことが重要である。よって、我が国にとって、より健康な社会を目指すことが、21世紀の大きな課題となるのである。（MHLW 2000:2）

「より健康な社会」の実現は、実は1970年代に始まった「国民健康づくり運動」の目的でもあり、この運動は現在まで続いている。その内容は標準的な健診の開発を始め、高齢者の生きがいつくりにいたるまで様々な対策を含んでいる。そのうち、第三次国民健康づくり運動である「健康日本21」は2000年に始まり、生活習慣病の予防を目的としたのである。

かつて「成人病」と呼ばれた生活習慣病、つまり心血管疾患や糖尿病などの病気への対応は、医療費の大部分を占めているものの、これらの病気は悪い生活習慣に起因するものであり、生活習慣改善で簡単に予防できると考えられている。そこで、健康日本21は食生活、運動、ストレス、タバコ、アルコールなどの生活習慣を見直そうとし、2010年までに達成すべき数値目標を細かく設定したが、2005年の中間評価は悪かった。

> これまで、生活習慣病に関する一次予防、二次予防施策を推進してきたが、「健康日本21」の中間評価における暫定直近実績値からは、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加（20-60歳代男性）や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化している現状がある。（MHLW 2007:3）

その原因は、設定された数値目標をいかに実現するかの筋道が明らかにされなかったことである（松下・熊谷 2003:11）。特に、対象者は誰なのかということが健康日本 21 において明確ではなかったので、一般的な情報提供以外の対策はほとんど実施されなかった。生活習慣病についての知識は普及したけれども、国民は生活習慣病を自分自身の問題としてではなく、他人の問題として理解し、自分の生活習慣を変更する必要があると認知しなかったのである（松下・熊谷 2003:29）。この状態を改善すべく講じられたのが、メタボ対策である。

> 今後の健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させることが目的となる。生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行う。（MHLW 2007:5）

厚生労働省によれば、その「科学的根拠が国際的に蓄積してきて［いる］。（中略）さらに、メタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明らかになったところである」（MHLW 2007:5）。しかし、次節で示すように、メタボリックシンドロームに関しては不明な点が残っており、メタボ対策の科学的根拠については疑問がある。

3）現代日本におけるメタボ対策の不明な点と根拠づけ

日本で行われたメタボリックシンドロームの研究では、「久山町研究」が最も知られている。この研究は 1988 年から 2002 年まで福岡県の久山町で行われ、40 歳以上の日本人 2452 人のデータが収集された（Ninomiya et al. 2007:2063）。久山町研究によれば、メタボリックシンドロームは心血管疾患のリスクを高めるが、この結果はメタボリックシンドロームの定義に左右されることも明瞭となった（同上 2007:2067）。すなわち、久山町研究で使われたのは、National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III（NCEP: ATP III）による定義と International Diabetes Federation（IDF）が日本人に勧める腹囲（男性 90cm、女性 80cm）であるけれども、同じように NCEP: ATP III の定義を使った他の研究では、メタボリックシンドロームと心血管疾患の関係を明らかにすることができなかった（同上）。Ninomiya et al. は、他の研究で使われたのは上述した日本のメタボリックシンドロームの定義において設定された腹囲（男性 85cm、女性 90cm）であったので、この腹囲についての解釈の違いが研究結果の違いに結びついたと述べている（同上）。

ところが、メタボリックシンドロームの定義に関してまだ合意がないのは腹囲だけではない。メタボリックシンドロームは現在まで医療界で議論されており、このシンドロームの本当のところは何であるのか、そもそも存在するのか、肥満がそれに関連するかしないかについては意見の不一致が続く。以下では、メタボリックシンドロームという概念がいかに発展したかを記述する。

3.1）メタボリックシンドロームという概念の発展

代謝異常と慢性病の関係を明らかにしようとする研究は1920年代から行われており、様々な代謝異常に共通する原因があることを前提としている。1920年代には、糖尿病と血圧の関係に焦点が当てられていたが、1930年代後半には、その焦点が糖尿病とインスリン抵抗性に移った（Döring 2010:330-333）。1940年代後半からは肥満との関連も議論されるようになり、糖尿病者は必ずしも肥満しているとは言えないことが注目を集めた（同上）。それから、女性型肥満と男性型肥満が区別され、1980年代まではお腹中心の脂肪が心血管疾患の発症に重要な役割を果たすと言われてきた（同上）。さらに、1960年代からは、はじめに述べた危険因子の相互作用や生活習慣との関係についての研究が盛んとなり、メタボリックシンドロームの形成に大きな影響を及ぼした（同上）。

ただし、これらの研究はまだ散発的でまとまりなく行われたし、「メタボリックシンドローム」という名称さえも使われていなかった。1981年に初めてメタボリックシンドロームという概念を使ったのはMarkolf HanefeldとWolfgang Leonhardtであった（Döring 2010:333）。HanefeldとLeonhardtによれば、メタボリックシンドロームには悪い生活習慣以外の要因として、遺伝子が関係する（同上）。そして、メタボリックシンドロームが広く知られてきたのは、Gerald M. Reavenが1988年に公刊した「Banting Lecture」である（Döring 2010:333-334）。ReavenはHanefeldとLeonhardtと同じように遺伝子の影響を認め、メタボリックシンドロームを「シンドローム X」と名づけた（同上）。Reaven（1988:1605）によれば、シンドローム Xはインスリン抵抗性によってひき起こされるが、インスリン抵抗性は運動不足や肥満によって起こりやすいので、運動と肥満予防で心血管疾患と糖尿病を防ぐことができるという。また、Norman Kaplanは1989年にReavenのシンドローム Xの概念を推し進め、内臓脂肪の役割を強調した「Deadly Quartet」（死の四重奏）という概念を提案した（Döring 2010:334）。このように、メタボリックシンドロームという概念は安定を見ることなく、様々な定義と名称において発展したことが分かる。

1998年に初めて形式上メタボリックシンドロームを定義したのはWorld Health Organization（WHO）であった（Cornier et al. 2008:778）。それにより、メタボリックシンドロームという名称は確定したが、定義の混乱は解決されていない。現在、メタボリックシンドロームの定義は7つも混在しているのである（Döring 2010:335）。

しかも、定義は相次いで立てられたものの、メタボリックシンドロームの診断は実際に効果的なのかどうかには議論の中心は移った。例えば、Reaven（2006:1244）によれば、患者はメタボリックシンドロームと診断されていないのに、周知の危険因子があり、心血管疾患のリスクが高い場合があり得る。故に、メタボリックシンドロームより各危険因子を診断して治療したほうがいいという（同上）。ここから、Reavenは、メタボリックシンドロームを診断しないことを勧めるAmerican Diabetes Association（ADA）とEuropean Association for the Study of Diabetes（EASO）の見解に賛成する（同上）。

上記でまとめた流れを見れば、メタボリックシンドロームはただ発見されたのではなく、むしろ何十年にわたって数多くの科学者によって作られてきた概念であることが明瞭である。その発

展に大きな影響を与えたのはWHOによる定義である。医学データベースであるPubMedにおいて「metabolic syndrome」を検索すれば、現在（2012年10月）4万件以上の結果が出る。毎年公刊された件数を参考にすれば、1998年まではその数が徐々にしか増えていないが、それ以降は急激な増加が見られる。特に、IDFは2005年に定義を設定してから、著しい増加があった。このことから、病気の概念形成過程には国際組織が権力のある役割を果たすと言える。すなわち、メタボリックシンドロームに関する議論は長年続いてきたのに、広く注目を集めたのは国際組織がメタボリックシンドロームに関心を持つようになってからなのである。

しかし、このように国際組織がメタボリックシンドロームに関心を持つようになったのはなぜであろうか。Martin Döring（2010:345）によれば、その理由は現代における肥満言説にある。Döringはこの言説に使われている共同象徴（Kollektivsymbole）を分析した結果、メタボリックシンドロームは肥満と結びついて死にいたる病気とされつつ、将来に起こると推測される健康および経済上の問題とみなされていることを示した（Döring 2010:341）。これにより、メタボリックシンドロームの存在と重要性はいわゆる肥満の流行を背景として正当される（同上）。例えば、「肥満の流行」（epidemic of obesity）という共同象徴は、肥満を流行病とし、その恐ろしさを強調する。流行病自体は脅威を感じさせる概念であり、直ちに対処することが必要だと思わせる（Döring 2010:342）。従って、肥満は流行病ではないのに、その概念を肥満に使えば、流行病と同じような脅威を感じさせられる。

なお、メタボリックシンドロームの存在を表すために、「メタボリックシンドロームとは○○である」というような直接法現在の形で記述されている共同象徴が多い（Döring 2010:343）。「メタボリックシンドロームは○○と思われている」などの暫定性を表す述べ方はほとんどない（同上）。そのうえ、メタボリックシンドロームの重要性を強調するために、その発展は直線的であったように見せる共同象徴が頻繁に現れる。「メタボリックシンドロームは少なくとも80年以前から存在している」といった述べ方によって、メタボリックシンドロームは長い歴史を持つものとされる（Döring 2010:344）。しかし、この歴史的把握では、メタボリックシンドロームについての知識が次第に増えたわけではなく、実は、多くの矛盾点を含んでいることが無視されている。それは、その多くの矛盾にもかかわらず、メタボリックシンドロームの概念が肥満問題のために解決方法を提供するとされているからである（Döring 2010:345）。ところが、この解決方法なるものはメタボリックシンドロームがいかに肥満言説に統合されたかという過程を考慮すれば、根拠に基づいたものであるとは言えない。むしろ、Döring（2010:346）が指摘するように、「健康に悪い行為を非社会的とみなす（中略）消費社会」における病気の作り方がこれを通して明らかとなる。同じメカニズムは、現代日本におけるメタボ対策の根拠づけにも見られる。

3.2）現代日本におけるメタボ対策の根拠づけ

もう一度先に述べた「国民健康づくり運動」に戻れば、健康づくりによって日本では健康な人がいなくなったという逆説が起こったことが分かる。上杉正幸（2002:94）によれば、1972年には厚生白書に「半健康」というカテゴリーが現われた。これは「本人が健康だと思っていてもひ

そかに症状が進行している状態を半健康な状態と位置づけたの」である（同上）。つまり、実際に病気ではなくても、健康づくりが必要となり、健康に悪い生活習慣を続けてはいけないとされる。それは 2008 年までは単なる理念にとどまっていたが、特定健診の義務化によって実現されることになった。その実現に一役買ったのが、肥満言説とメタボリックシンドローム概念であった。

まず、肥満であるが、肥満は日本が抱える大きな問題とされているにもかかわらず、実は、WHO が肥満（obesity）と定義した BMI 30 以上の日本人は人口の 3％程度しか存在しない（OECD 2009:59）。しかし、日本は他の国とは異なる肥満定義を使っているので、肥満の問題は実際より大きく見える。というのも、WHO の定義とは違って、日本肥満学会は 1999 年に BMI 25 以上を肥満であると定義したのである。他の国では BMI 25 ～ 30 は「過体重」（overweight）と呼ばれるが、このカテゴリーは日本肥満学会の定義にはないので、結果として過体重と肥満というカテゴリーが 1 つに融合して、日本では「肥満」とみなされることになる（松下・熊谷 2003:103）。この肥満定義を当てはめると、20 歳から 60 歳までの日本人男性の 24％と 40 歳から 60 歳までの日本人女性の 25％は肥満となる（MHLW 2000:1-3）。それにより、最も肥満が多いアメリカ（約 30％）に近い数字が出てきて、「肥満の流行」という共同象徴を日本にも当てはめることが可能となってしまう。しかも、日本人には軽い肥満でも危険であると考えられているから、この見方は抵抗なく受け入れられる。

日本肥満学会は 2002 年にいわゆる「肥満症」（obesity disease）の基準を発表し、日本には WHO の肥満定義上の肥満者は少ないと認める反面、日本人には BMI 30 以下でも「肥満に関係する異常」が起こると主張した（JASSO 2002:987）。これは、内臓脂肪面積に比例して「肥満に関係する異常」の数が多くなるという、松澤佑次が行った肥満研究を根拠としている（JASSO 2002:989）。「肥満に関係する異常」とは、上述した日本のメタボリックシンドロームの定義の場合と同様、高血糖、高血圧、高コレステロールであるとされる（JASSO 2002:988）。松澤の研究結果によれば、内臓脂肪面積が 100㎠の場合、その異常の数は 1 であるが、大櫛陽一が指摘するように、その異常の数が 2 に達するような内臓脂肪面積は存在しない。ところが、メタボリックシンドロームと診断されるためには、日本では高血糖、高血圧、高コレステロールのうち二つ以上が必要であると規定されているので、結局日本にはメタボリックシンドロームは存在しないということが明確となる（大櫛 2007:73）。そのうえ、松澤の研究結果が示すのは、内臓脂肪面積が 100㎠以下と BMI 25 以下の対象者の半分ほどは「肥満に関係する異常」があることである（JASSO 2002:989）。このことから、「肥満に関係する異常」という概念自体が疑わしいと言わなければならないし、高血糖、高血圧、高コレステロールといった危険因子には肥満以外の原因があると推論できる。

にもかかわらず、日本肥満学会は軽い肥満でも病気とみなすが、それは次のような考え方に従っているからである。すなわち、日本肥満学会によれば、「軽い肥満の日本人でも肥満に関係する異常が生じがちであるから、日本人を「肥満症」と診断するうえでの適切な基準を樹立することが最優先である」（JASSO 2002:990、筆者訳）。肥満学会がこのように主張するのは、WHO の肥満定義を当てはめると、日本には殆ど肥満者がいないことになり、WHO の定義を日本に生か

せないためである（同上）。言い換えれば、世界的な肥満言説とは逆に、日本肥満学会にとっては、日本に肥満者がいないことが問題である。肥満でない人にも「肥満に関係する異常」が起こることが明白である以上、肥満ではない人は実は肥満者であったと見せる論理が必要なのである。上述のとおり、肥満以外の原因が代謝異常を起こす可能性もあるのだが、肥満学会はそのことを認めていない。

このようにして、メタボリックシンドロームの日本基準は日本肥満学会が提案した「肥満症」概念に添ったものとなった。その定義と診断基準は 2005 年に『日本内科学会雑誌』で発表されたが、そこには不可解な点が残っている（和田 2008:91）。日本内科学会雑誌では、メタボリックシンドロームの名称が一般的だとされ、逐語訳である「代謝症候群」の使用は認められなかった（和田 2008:92）。しかし、和田知可志（同上）によれば、「メタボリックシンドロームの日本基準がどの会議で健診に採用されることになったのか、「内臓脂肪症候群」という日本語訳がどこで採用されることになったのか、判然としない」ままに、「厚生省は突如、公式文書においても、メタボリックシンドロームを「内臓脂肪症候群」とした」。和田はそれ故に、「メタボリックシンドロームの日本基準が、国からの要請を受けて作られたものである」と推測している（和田 2008:93）。この推測を支えるのは、メタボリックシンドロームの日本基準は 3 回の会議だけで決定されたことである。和田（2008:96）が指摘するように、「普通、医学の「診断基準」が提案された場合、まずは「暫定基準」と位置づけられ、それが妥当なものかどうか、何年もかけて臨床現場で検討され、学会レベルで承認されて初めて真の『診断基準』となる」。ところが、メタボリックシンドロームの日本基準は学会レベルでは公認されていないのである（和田 2008:101）。

厚生労働省にとっては、メタボリックシンドロームの日本基準は健康日本 21 を実現するための「理想的な道具」（和田 2008:103）であり、なるほど公認を要しないであろう。メタボリックシンドロームの日本基準によって生活習慣が悪いかどうかは容易に把握することができる。腹囲を測って基準を超えると「メタボ」となり、生活習慣を見直さなければならない。そうしないと、いわゆる「メタボリックドミノ」が始まり、悪い生活習慣が内臓脂肪に結実し、さらに脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の合併症などにいたる流れから脱出ができないという、まるでそれが「運命であるかのようなイメージ」が一般市民に与えられる（村岡 2012:88）。それ故、メタボと診断されたのに生活習慣を改善しなければ、その人が病気になるのは当然であり、本人の自分の責任とされる。これは「自己責任論」とも呼ばれる。なお、病気になると、医療費がかかったり、最悪の場合には働けず社会的役割を果たせなかったりすることがあるので、この責任には社会的側面もある。

和田（2008:101-103）によれば、自己責任論は成人病が生活習慣病と名づけられたときから強化され、健康日本 21 によっていわば明文化されるにいたった。そして、メタボ対策は自己責任論を実現する手段と言える。ところが、生活習慣と病気を結びつける自己責任論は日本の思想において新しいものではなく、実は、遅くとも江戸時代から存在する。次節において、メタボ対策は江戸時代に起源があると考えられることを示したい。

4）現代日本のメタボ対策の歴史的起源

医者でもあり、儒学者でもあった貝原益軒（1630-1714）が著した『養生訓』は、江戸時代における自己責任論の例の一つであろう。益軒によれば、体に悪いのは「内から生ずる欲望と外からやってくる邪気」（益軒 1982:31）である。「前者は、飲食の欲、好色の欲、眠りの欲、言語をほしいままにする欲や、喜・怒・憂・思・悲・恐・驚の七情の欲をいう。後者は、風・寒・暑・湿の天の四気をいうのである」（同上）。内欲をおさえるために、益軒は「飲食を適度にして過食をせず」、「正しく睡眠を取り」、「ほどよく運動」せよ（同上）など、健康日本 21 と極めて似た提案をする。さらに、健康日本 21 と同様、飲食は『養生訓』の大部分を占める主題である。

「飲食は生命を養う養分である」と益軒（1982:87）は述べるが、同時に飲食は危険なことでもあり、益軒はこれについて古人を引用する。「禍は口よりいで、病は口より入」（益軒 1982:88）。それゆえ、「口から出し入れするものは、つねに注意しなければならない」（同上）。なぜならば、食べ過ぎる人は自分の寿命を縮めるからである。

益軒（1982:40）によれば、「人間の寿命は百歳をもって上限とする」。また、「上寿は百歳、中寿は八十歳、下寿は六十歳である。六十歳以上のひとは長生きである」（同上）。このことから、少なくとも 60 歳まで生きることは誰でもできるはずであるが、「五十歳未満の短命のひとが多い」（同上）と益軒は認める。その原因は益軒にとって、短命の人が養生をうまく実践していないことである。しかも、その人は、「まして大いなる生命を私ひとりのいのちと思って、慎まず、飲食・色欲を思いのままにし、元気をそこない病いとなり、もって生まれた天命をちぢめ」る（益軒 1982:29）人である。故に、「飲食・好色によって病気になるのは、もちろん自己の過失によるのである」（益軒 1982:37）。

また、益軒は「生命を私ひとりのいのちと思って」いる人を批判していることから、『養生訓』の自己責任論にも社会的側面があると言えるが、このことは「飲食の欲を制することのできないひとは義理を忘れる」（益軒 1982:89）という主張においてさらに明確となる。そして、このような人は「いわゆる口腹のひと」（同上）であり、「飲食のことばかりいうひとはいやしまれる」（益軒 1982:92）ので、悪い生活習慣は江戸時代でも非社会的な行為とみなされたと言える。

江戸時代における自己責任論の例をもう一つ挙げよう。水野南北（1760-1834）は、江戸時代中期に日本一の観相家として知られ、『相法極意修身録』という著作において食事と運命の関係を記述した。

南北は益軒以上に食生活を重んじ、食を人生の根本とするし、食は薬の意味ももつと言う。「たとえどのような良薬を用いても、食べなければ生命を保つことはできない。ゆえに人間の真の良薬は食である」（1987:13）。食は薬だというとき、南北は「薬」という言葉を広い意味で使っている。病気にならないという意味もあるが、運命を変える力を持つということも意味する。それ故、南北（1987:16）は、「食事の多少によって、人間の貧富や寿命や、未来の運命を予知することができる」と主張する。その理由として、南北は古人を引用しつつ、こう述べている。

古人の言に「天に禄無き人は生ぜず地に根無き草は生えず」ということがあるが貧賤を問

わず、その身のほどによって天より与えられた一定の食事量がある。そのことをわきまえず、みだりにむさぼり食うものは、天の規律を破る者である。（同上）

益軒によれば寿命は天によって定められており、その寿命を養生によって保つべきであるが、南北（1987:28）によれば「寿命はあっても、その人が一生に食べるべき量が尽きることによって死ぬ者が多い」。従って、「寿命の長短は、（中略）その人が常にどんな食事をしているかによって判断すれば、万に一つも判断は狂うことがない。故に病人を観相するときは、まず食事のことを問うべきである」（同上）。すなわち、益軒においては、食べ過ぎることが病気に繋がり、それで寿命を縮める恐れがあるが、南北においては、「一生に食べるべき量」があり、その量が尽きると死ぬということである。食べ過ぎるというより、定められた量をあまりにも早く食べ尽くすのである。こうして、両者とも、病気や早すぎる死を個人の責任とみなしていることになる。

もちろん、益軒と南北の考え方を健康日本21やメタボ対策と比較すれば、同一とは言えないが、類似性は顕著である。特に、食べ過ぎることと病気の運命的な結びつけ方は、先に触れた「メタボリックドミノ」論に似ており、自己責任論に直結する。たしかに、「飲食の欲を制することのできないひとは義理を忘れる」とか、「みだりにむさぼり食うものは、天の規律を破る者である」などと言う者は現代日本にはいないけれども、南北（1987:36）も使った「腹八分」という言い回しは今でも使われていることから、江戸時代の食生活に関する思想は今日まで伝わってきていると言える。だからこそ、メタボ対策は医学的根拠に欠けているにもかかわらず、日本人に極めて理解し納得しやすいと考えられる。

5）おわりに

本稿は、現代日本におけるメタボ対策の根拠について考察した。健康づくり運動が始まって以来、日本の健康対策は病気予防を目的としたが、病気予防は危険因子の予防となりつつ、まだ病気ではない日本人が「半健康」とされた。それから、世界中における肥満言説を背景として、肥満ではない日本人が「肥満症」にかかっていると称された。そして、メタボリックシンドロームが注目を集めるようになるや、肥満症の概念に沿って、「内臓脂肪症候群」としてのメタボリックシンドロームの日本基準が決められ、日本人は「メタボ」とされたのである。

厚生労働省によればこの決定は医学的根拠に基づくが、このことについては疑問が残る。むしろ、メタボ対策の根拠づけには「自己責任論」が大きな影響を与えたであろう。自己責任論においては、病気になるのは個人の責任とされ、悪い生活習慣は非社会的な行為とみなされる。この発想は、結果的に生活習慣の改善に役に立つし、似ているような形で遅くとも江戸時代から伝えてきたから、日本人の納得を得やすく、医学的根拠づけも不要となる。この意味で、メタボ対策は日本政府にとって理想的な道具かもしれないが、相次いで「病気」を作り出し、日本を健康不安社会としながら、本当に医療費の負担が減るかどうかは疑問に思う。

（フランツィスカ・カッシュ　臨床哲学・博士後期課程）

参考文献

Cornier, Marc-Andre et al.: The Metabolic Syndrome. In: Endocrine Reviews Vol. 29, No. 7 (2008), pp. 777-822.

Döring, Martin: Konzeptualisierung(en) des Metabolischen Syndroms: Versuch einer diskurshistorischen Analyse über ein zeitgenössisches Syndromkonzept. In: Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Ed. by Martin Lengwiler and Jeannette Madarász. transcript Verlag, Bielefeld 2010, pp. 325-353.

JASSO (The Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan, Japan Society for the Study of Obesity): New Criteria for 'Obesity Disease' in Japan. In: Circulation Journal Vol. 66 (2002), pp. 987-992.

貝原益軒『養生訓』伊藤友信訳、講談社学術文庫、東京 1982.

松下拡・熊谷勝子『健康日本 21 と地域保険計画』勁草書房、東京 2003.

MHLW『21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）について　報告書』2000.

MHLW『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』2007.

水嶋春朔･松本秀子『脱メタボリックシンドローム大作戦　生活習慣改善で内臓脂肪を減らそう』社会保険出版社 2008.

水野南北『食は運命を左右する　現代語訳　相法極意修身録』玉井禮一郎訳、たまいらぼ、東京 1987.

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、東京 2012、67-94 頁.

Ninomiya, Toshiharu et al.: Impact of Metabolic Syndrome on the Development of Cardiovascular Disease in a General Japanese Population: The Hisayama Study. In: Stroke Vol. 38 (2007), pp. 2063-2069.

OECD: Health at a Glance 2009. OECD Indicators. 2009.

Ölschleger, Hans Dieter: Fertility and Mortality. In: The Demographic Challenge. A Handbook about Japan. Ed. by Florian Coulmas et al. Leiden 2008, pp. 25-40.

大櫛陽一『メタボの罠　「病人」にされる健康な人々』角川 SSC 新書、東京 2007.

Reaven, Gerald M.: Banting Lecture 1988. Role of Insulin Resistance in Human Disease. In: Diabetes Vol. 37 (1988), pp. 1595-1607.

Reaven, Gerald M.: The Metabolic Syndrome. Is This Diagnosis Necessary? In: The American Journal of Clinical Nutrition Vol. 83 (2006), pp. 1237-1247.

Timmermann, Carsten: Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin. In: Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Ed. by Martin Lengwiler and Jeannette Madarász. transcript Verlag, Bielefeld 2010, pp. 251-277.

上杉正幸『健康病　健康社会はわれわれを不幸にする』洋泉社、東京 2002.

和田知可志「メタボ健診は病んだ厚生行政の産物だ」、佐藤純一・浜六郎・和田知可志『「脱メタボ」に騙されるな！』洋泉社、東京 2008、83-132 頁.

結城康博『～メタボ対策の制度を知ろう～　入門　特定健診・保健指導』ぎょうせい、東京 2007.

Die Erschaffung von Krankheit
——Über die Begründung der Maßnahmen Gegen das Metabolische Syndrom im Gegenwärtigen Japan——

Franziska Kasch

Der vorliegende Aufsatz widmet sich der Frage nach der Begründung der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom im gegenwärtigen Japan. Zwar beruft sich die japanische Regierung auf die evidenzbasierte Medizin und behauptet, dass in verschiedenen japanischen und internationalen Studien die Dringlichkeit von Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom bewiesen worden sei, doch bei Betrachtung der Entstehung dieses Syndromkonzepts kommen daran Zweifel auf. So zeigt sich, dass gegenwärtig unterschiedliche Definitionen des Metabolischen Syndroms existieren und in Europa sowie den USA aufgrund zahlreicher ungeklärter Fragen von seiner Diagnose und Behandlung abgeraten wird.

Dennoch stellt das Metabolische Syndrom ein wirksames Mittel für die japanische Gesundheitspolitik dar, deren Ziel es ist, durch Krankheitsvorbeugung die stetig steigenden Kosten des Gesundheitssystems zu senken. Seit dem Jahr 2000 stehen dabei die sogenannten „lebensstilbedingten Krankheiten" im Mittelpunkt, von denen gesagt wird, dass sie durch einen „guten" Lebensstil bekämpt werden könnten. Allerdings war es bis zur Einführung der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom nicht möglich, diejenigen Japaner mit einem „schlechten" Lebensstil zu erfassen und zur Verbesserung ihres Lebensstils zu bewegen. Daher wurde vor dem Hintergrund des weltweiten Übergewichtsdiskurses ein japanspezifisches Konzept des Metabolischen Syndroms entwickelt, mithilfe dessen schon leicht übergewichtige Japaner als fettleibig und somit potenziell krank eingestuft werden können. Diese sollen dann Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und durch Gewichtsreduktion ihr Krankheitsrisiko verringern.

Dem zugrunde liegt das „Prinzip der Eigenverantwortung", das, wie gezeigt wird, spätestens seit der Edo-Zeit in Japan existiert und den eigenen Lebenstil——allen voran die Essgewohnheiten——in eine direkte Beziehung zu Krankheit und Tod setzt.

「キーワード」
メタボ対策、生活習慣病、肥満言説、共同象徴、自己責任論