

2025 年 2 月 24 日 日本学術会議主催学術フォーラム

「成人病から生活習慣病、そして今後～疾病予防をさらにすすめるために～」講演 2

私が「生活習慣病」の用語見直しが必要と考える理由

二木 立（日本福祉大学名誉教授。元日本学術会議連携会員）

はじめにーこの主張をするのは今回が3度目（の正直？）

○2017 年「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点ー用語見直しを検討する時期」（1）。

○2024 年『『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しの必要性・再論』（2）。

簡単な自己紹介：リハビリテーション科専門医出身の医療経済・政策学研究者

○私の二人の恩師の教え：

＊川上武氏：「医療の進歩は2つの力（医療技術の革新と社会の人権意識の強弱）によって与えられている」（3）ー『現代日本病人史』（1982）と『戦後日本病人史』（2002）（4,5）。

＊上田敏氏：「障害者の全人間的復権としてのリハビリテーション」、「『復権』がキーワード」（6）。

○私も、技術進歩と患者・障害者の人権の複眼的視点から医療の経済分析・政策研究。

＊生活習慣病という用語は、糖尿病患者等に対する偏見・差別を助長し、しかも日本の医療政策を歪めていると考え、以前から「生活習慣病」とカッコ付けで表記している。

○以下、5つの柱で話し、最後に「結論・提言」を述べる。

1. 1996 年の公衆衛生審議会「意見具申」は、「生活習慣病」概念を提唱したが、重要な指摘も2つした(1)

①「疾病の要因と対策のあり方」図で、「外部（環境）要因」と「遺伝要因」と「生活習慣要因」の3つを同等に扱った。

②『『生活習慣病』に着目した疾病概念の導入の必要性』の項の最後で、「但し、疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』、『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮する必要がある」と注意喚起した。

2. しかし、その後、厚生（労働）省はこの点にほとんど言及しなかったため、「生活習慣病」＝「個人の不摂生が原因・自己責任」との誤解・偏見・差別が蔓延した(1,2)

○「生活習慣病」の提唱者である日野原重明先生自身も同じ主張：「あなたの日常の悪い習慣からくる病気、何年も何十年も毎日繰り返しているあなたの習慣の中に、何か悪い因子があって、そのために病気がだんだんと作られるそのような病気を総称して、私は『習慣病』と呼びたいのです」（1978）（1:160 頁）。

○麻生太郎副総理「食いたいだけ食って、飲みたいだけ飲んで、糖尿病になって病院に入っているやつの医療費はおれたちが払っている。公平ではない」（2013 年 4 月 25 日）。

○最悪の言説は**長谷川豊氏**（元フジテレビアナウンサー）：2016年に、人工透析患者の8～9割は「自業自得」の食生活と生活習慣が原因だとして、透析患者への医療給付を否定し、「無理だと泣くならそのまま殺してしまえ」との暴言を吐いた(1:160頁)。長谷川氏はこの発言で炎上したが、2017年総選挙に日本維新の会公認で立候補し、落選。

○**江崎禎英氏**（当時経産省。現、岐阜県知事）も、2018年に、類似した主張をよりマイルドに述べた：「生活習慣病は主として患者自身の自己管理に原因があります。このような疾病の性質の違いを全く考慮せずに保険制度が適用されるため、健康管理に努めていようが、不摂生な生活をしていようが、病気になれば全く同じように医療給付を受けることができます」、「自覚症状のない人に自覚を促すためには、分かりやすい制度設計が必要となります。例えば、健康管理への取り組み（健康状態ではありません）を昇進の際の評価項目にすることです」(7)。

「生活習慣病」（患者）への誤解や偏見は、政治家の意識や現実の医療政策にも歪みを生む

○自民党「人生100年時代の社会保障へ（メッセージ）」(2016)：「医療介護費用の多くは、生活習慣病、がん、認知症への対応」であり、「これらは、普段から健康管理を徹底すれば、予防や進行の抑制が可能なものも多い」にもかかわらず、「現行制度では、健康管理をしっかりとってきた方も、そうではなく生活習慣病になってしまった方も、同じ自己負担で治療が受けられる」ことを問題視し、健康管理での自助を促す「**健康ゴールド免許**」（健康維持に取り組んできた方が病気になった場合は、自己負担を低くする）の創設を提唱(1:151頁)。

○**日本維新の会の2024年総選挙公約**もソックリの主張：「医療保険に保険料割引制度を導入」、「定期的な検診受診者や健康リスクの低い被保険者などの保険料を値引きすることで、一人ひとりが健康価値を高める行動を起こすインセンティブを設けます」(8)。

3. しかし、「意見具申」後、膨大な実証研究により、「生活習慣病」の発症・悪化には、遺伝的要因や環境要因、社会経済的要因が大きな影響を与えることが明らかになっている

○ライフコース・アプローチ（疫学）：「生活習慣病」は「成人期の生活習慣だけでなく、30年以上前の小児期や、さらには妊娠期にまで遡れる」(近藤克則氏。(9))。

○世界的にも、国民の健康増進のためには、「健康の社会的要因 (social determinants of health. SDH) に取り組む必要が強調されるようになっている。例：イギリスの「社会的処方」、アメリカでも米国科学工学医学アカデミーが2019年に「社会的ケアを医療提供に統合する」報告書を発表(10)。

○ただし、私はSDHを「**健康の社会的決定要因**」と訳すことには疑問があり、「健康の社会的要因」、「社会的な健康規定要因（2024年版医師国家試験出題基準）、「健康の経済的・社会的要因」（2019年「医療経済学会のスコープ」）が妥当と思っている(2)。

4. ここで誤解のないように：私は、政府・自治体の健康増進・健康寿命延伸政策にも、個人が健康増進に取り組むことにも、強制が伴わない限り、賛成

○私自身は、長年、禁酒禁煙、毎日3食摂取、早寝早起きの「健康優良爺 (not 児)」。大学退職後は、毎日35分以上の「速歩」を追加し、心身ともすこぶる健康。

しかし、医療経済学の膨大な実証研究に基づけば、それにより、総医療費・生涯医療費を減らすことは困難。

○Quiz:「この問題で大事なのは、予防と健康づくりは財政のためではないということ。あくまで一人ひとりの幸せのため。そこを置き去りにしてはいけません」(2019) (11)。

この発言者は誰か？(私も大賛成だが、私ではない)

○厚生労働省は、「2006 年医療保険構造改革」時に、生活習慣病予防(メタボ健診など)により平成 37 年度(2025 年度)で、医療費を 2 兆円「適正化」できると主張(12)。しかし、これは経済財政諮問会議・財務省が求めた医療費の『伸び率管理』への対抗」として、厚生労働省がひねり出した「根拠のない数値目標」だった(村上正泰氏の証言(13))。

○参考：私は、1980 年代以降、厚生(労働)省や一部の研究者が発表した「医療の質を向上させつつ(維持しつつ)医療費を抑制する」とのさまざまな提案・主張を検討してきたが、そのほとんどは論理的または実証的に成り立たないとの結論を得ている(14)。

5. 『生活習慣病』はすでにローカル方言・死語となっている(橋本英樹氏)(15)

○2011 年にヴァルゴーダ氏(デンマーク)がそのものズバリ、『生活習慣病』概念は廃棄されるべき」と主張していた(16)(1:159 頁)。

○橋本氏の指摘は、私も 2017 年と 2024 年の PubMed 検索で確認(2)。

* 2024 年 1 月 25 日: "life-style diseases"は 84 件しかヒットせず、しかもそのうち 32 件は日本人の発表&そのうち 19 件は日本語雑誌または日本の学会の欧文誌掲載。これは、"non-communicable disease"(NCDs, 非感染性疾患) 15,803 件の 0.5 %にすぎなかった。

* 2025 年 2 月 10 日の再検索: それぞれ、85 件、49,822 件、0.2 %。

* 同日の CiNii 検索: 生活習慣病は 22,989 件! 「生活習慣病」は「ローカル方言」。

結論・提言：日本糖尿病学会と日本糖尿病協会は、糖尿病の呼称変更を検討している。それと併せて、「生活習慣病」の呼称見直し(健康増進法改正等)も行うべき

○同学会・協会は 2023 年 9 月に、糖尿病の呼称変更の有力候補として、「ダイアベティス」を示した。ただし、「ダイアベティス」への異論も根強く、成案はまだまとまっていない。

* 私も「ダイアベティス」は分かりにくく、国民の支持・理解は得られないと思う。

○私は、とりあえず、健康増進法第 16 条等の「生活習慣病」を「生活習慣関連病」に変更するのが現実的と考えている(1)。

* 「生活習慣病」への変更を最初に提唱したのは原昌平氏(2016)(1:159 頁)。

* 「生活習慣病」という用語が行政を含め、広く使われていることを考慮すると、大幅な変更は困難。

* 国際的には NCDs(非感染性疾患)が使われているが、範囲が広すぎると思う。

○「健康日本 21(第三次)推進のための説明資料」(2023)も、「用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である」。

○参考：過去の医学用語の変更例(17)

* ①「老人性痴呆」から「認知症」への変更は厚生労働省の『痴呆』に替わる用語に関する検討会(座長：高久史磨)で公式に検討され、2014 年に「報告書」が発表

された後は、マスコミを含めて速やかに用語変更が行われた。

＊②日本精神神経学会は全国精神障害者家族会連合会の要請を受けて 2002 年に「精神分裂病」を「統合失調症」に変更し、それが社会的に広く認知された。

＊③リハビリテーション医療分野でも、「維持期」(リハビリ)から「生活期」(リハビリ)への用語変更が、2010 年の「地域包括ケア研究会報告書」の提案が契機となり、2011～2012 年に厚生労働省(老健局)主導で行われた。ただし、この変更はなし崩しで行われたため、リハビリ医療界以外にはほとんど知られていない。

文献

(1)二木立「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点ー用語見直しを検討する時期」『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,150-161 頁。

(2)二木立『『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しの必要性・再論』『文化連情報』2024 年 3 月号(552 号):40-46 頁。

(3)二木立「川上武先生の医療政策・医療史研究の軌跡と現代的意義」『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,161-178 頁。(原著:川上武『現代の医療問題』東京大学出版会、1970,211 頁)。

(4)川上武『現代日本病人史』勁草書房,1982。

(5)川上武編著、坂口志朗・藤井博之編集協力『戦後日本病人史』農文協,2002。

(6)上田敏『リハビリテーションを考えるー障害者の全人間的復権』勁草書房,1983。

(7)江崎禎英『社会は変えられる 世界が憧れる日本へ』国書刊行会,2018,47,55 頁。

(8)二木立「医療・社会保障の選挙公約での与党と一部野党の『逆転現象』」『文化連情報』2024 年 12 月号(561 号):22-25 頁。

(9)近藤克則『健康格差社会への処方箋』医学書院,2017,第 1 章「ライフコース・アプローチ」。

(10)二木立「健康の社会的要因の重視には大賛成。しかし、日本での『社会的処方』の制度化は困難で『多職種連携』の推進が現実的だ」『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,168-175 頁。

(11)菅義偉・小泉進次郎「(対談)令和の日本政治を語ろう」『文藝春秋』2019 年 9 月号:94-105 頁(二木立『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房,2020,34 頁で引用)。

(12)栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研,2007,80 頁。

(13)村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP 新書,2009,169-174 頁(「医療費適正化計画に位置付けられたメタボ健診と平均在院日数短縮」)。

(14)二木立「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証」『文化連情報』2024 年 2 月号(551 号):32-38 頁。

(15)橋本英樹『『生活習慣病』というラベルの歴史と国内外の動向、そして功罪』『糖尿病プラクティス』38(2):164-168 頁,2021。

(16)Vallgrda S: Why the concept "lifestyle disease" should be avoided? Scandinavian Journal of Public Health 39:773-775,2011. ((1):159 頁で引用)

(17)二木立『『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る』『病院医療の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,199-213 頁。