

生活習慣病と健康

杉 本 加 代

高知大学医学部看護学科 〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮

I. はじめに

1951年（昭和26）に脳血管疾患が結核に代わって死亡原因の第1位を占めるようになり、1958年（昭和33）には、脳血管疾患、悪性新生物、心臓病といった慢性疾患が死因において上位を占めるようになり、現在では死因の約6割を占めています¹⁾。医療費については、悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管疾患、糖尿病、虚血性心疾患の医療費を合計すると8兆円を超え、一般診療医療費の32%を占めています²⁾。これらの疾患の発症には、食習慣や運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣が関与していることが明らかとなり、発症を予防するには生活習慣の改善が重要となります。

2008年（平成20）4月からは、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて「特定健康診査」「特定保健指導」が実施されるようになりました。これには、「予防医学への画期的動き」と捉える意見や、「健診によって新たな疾病が見つかり、医療費は押し上げられる」と考える意見など賛否両論があります。しかし、生活習慣に起因する疾患の予防に、個人の行動が大きく関与していることについては異論の余地はありません。

そこで本稿では、制度によって守られる個人の健康ではなく、自

分で守る個人の健康について考えます。

Ⅱ．本 論

1．成人病から生活習慣病

成人病とは、1957年（昭和32）に開催された成人病予防対策協議連絡会の議事録に「成人病とは主として脳卒中、がんなどの悪性腫瘍、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も高位を占め、40～60歳位の働き盛りに多い疾患を考えている」との記述があります³⁾。つまり、加齢により発症する疾患であると捉えられていました。

しかし近年、偏食、朝食欠食など子どもの食生活の乱れがみられ、肥満傾向の増大など健康への影響が深刻な問題となってきました¹⁾。さらに体を動かして遊ぶよりもゲームに熱中するなど、運動不足や体力低下も問題となっています。そしてその結果、子どもに「成人病」と言われる疾患がみられるようになり、「成人病」は加齢だけが原因で起こる疾患ではないことが知られてきました。

日野原重明氏（聖路加国際病院理事長）は、「成人の慢性病は、ある日突然病気になるのではなく、若い頃からの日常生活のあり方やよくない習慣を繰り返すなかで病気の根がだんだん広がっていき、ある年齢に達すると症状が出てくることが多い」ことに着目し、1978年（昭和53）から「習慣病」という名称を提唱していました⁴⁾。

日野原氏から遅れること約20年、1996年（平成8）に厚生大臣（当時）の諮問機関である公衆衛生審議会成人病難病対策部会に

においても、「成人病」は疾病の発症や進行に個人の生活習慣が深く関与していることが明らかになってきたことが示されました。そこで、国民に対して、生活習慣改善のための実行可能な手法を提示し、その定着を促す目的で、それまで加齢という要素に着目してきた「成人病」を生活習慣という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という名称が提唱されました⁵⁾。

公衆衛生審議会の意見具申によると、生活習慣病とは、「食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する症候群」と定義されています。そして、この疾患群には、高血圧、肥満、糖尿病、高脂血、循環器病（動脈硬化症、心筋梗塞、脳血管疾患などを含む、大腸がん、肺がん（扁平上皮がん）、アルコール性肝炎、歯周病が含まれます⁶⁾。

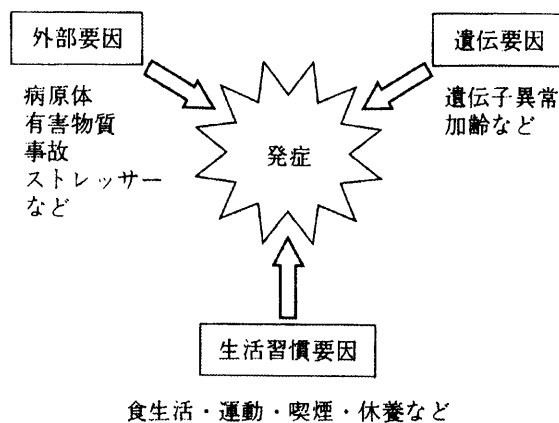


図1 生活習慣病の発生要因（厚生省公衆衛生審議会、1996年）

香川靖雄：生活習慣病を防ぐー健康寿命をめざしてー、岩波新書、P.9、2007

2. 疾病の予防

疾病の予防には、【一次予防】 【二次予防】 【三次予防】 があります。一次予防とは、健康を増進し、発病を予防することを目的とします。二次予防は、疾病の早期発見・早期治療を目的とします。成人病を早期に発見し、治療に繋げるために行われてきた老人保健法による基本健康診査は、この二次予防に該当します。三次予防は、発病後その進行を抑制し、再発・重症化を防ぎ、リハビリテーションなどによる社会復帰を目的とします。二次予防と三次予防は、疾病の進行を予防することはできても、疾病そのものを防ぐことにはなりません。つまり、疾病がある、健康が損なわれているということが前提です。

これに対して一次予防は、健康な人、未だ発病には至っていない人を対象として行われる予防であり、健康維持を前提としています。偏った食習慣、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣を改善することで、高血圧、高脂血症、高血糖、初期がん、高尿酸血症などに陥らず、健康な状態を保つという考え方です。「高齢者の医療の確保に関する法律」により実施される「特定健康診査」「特定保健指導」は、この一次予防に該当します。

3. 生活習慣とその変更

生活習慣は、本人が長年の間に経験を重ねて培った「固定した行動様式」であり、本人にとって一番楽な行動です⁷⁾。一日働いた褒美として好きな物を食べただけ食べる、ストレス解消のために晩酌をするなど、生活していくための本人なりの対策となっています。ところが、健診後の保健指導では、その行動様式を環

境の変化や本人の変身願望ではなく、このままでは生活習慣病になる確立が高いという「不都合が起こりそう」というだけで行動変容を求められるのです。

本人にとれば、今までの一番楽な行動様式から脱却して、「健康的」と言われる行動の実践することを求められるのです。つまり、生活習慣の改善には本人の意思である「変身願望」が不可欠で、それは、あくまでも本人が健康を維持するという目的のためです。

4. 生活習慣病への対策

平成15年施行の健康増進法第2条では、「国民は、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」と明文化されています。また、高齢者の医療の確保に関する法律の第2条第1項では、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」とあります。つまり、個人は、保険者の提供する特定健診を受け、生活習慣病のリスクに応じた特定保健指導を受ける権利と義務を獲得したのです⁸⁾。生活習慣病の発症は、個人の生活の質（QOL）を低下させるため、適切な対策によって生活習慣病を予防する、ここに特定健診・特定保健指導の意義があり⁹⁾、憲法第13条の個人の「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」が尊重されているようにみえます。

しかし、生活習慣病と対をなして出てくるのは、医療費の伸びの抑制です。健康日本21のように警告するだけでは明確な成果が

得られなかったためか、特定健診・特定保健指導では、健診受診率、保健指導の実施率やその改善率に目標値が設定されます。そして、目標達成程度に応じて、保険者に経済的負担を課すというものです。これは、保険者から被保険者を見た場合、その体格、特に肥満の程度に注目をするのではないのでしょうか。それが、雇用主と被雇用者となると、さらにその危険性は増します。標準的体格の従業員と肥満が改善しない従業員、同じ人件費を支払うのであれば、特定健診・特定保健指導に係るペナルティに該当しない従業員を好ましく思うのではないのでしょうか。つまり、個人の能力よりも体格によって雇用条件に影響を及ぼすことも予想されます。これは、医療費高騰の抑制を目的とした政策の弊害とも言えます。

また、人は既成の行動の型から逸脱すると緊張を強いられ、これを避けるため人は既成の行動の型に執着します¹⁰⁾。特定保健指導は、生活習慣病予防の名の下に本人が安寧に過ごしている生活習慣からの脱却を指示します。逸脱することによる緊張感への支援は、どの程度なされるのでしょうか。

特定健診は、生活習慣病を予防するために身体的基準を用いて身体状態を測る健診です。それが、個人の精神的健康や社会的健康に好ましくない影響を及ぼしたり、生活の質（QOL）の低下になるのでは本末転倒です。個人の生活の質（QOL）を向上するには、個人が、身体的・精神的・社会的条件のバランスを取って良好な状態にあることが重要であり、その結果として個人の生活の質（QOL）が高まることになります。

保険者は、特定健診受診率、特定保健指導の実施率やその改善

率にばかり注目するのではなく、なぜそのような生活習慣になっているのかという原因や個人の生活の質（QOL）にも配慮する必要があります。

5. 個人の健康

個人の保健・医療領域における行動には、「保健行動」「病感行動」「病者役割行動」があります¹¹⁾が、特に本稿に関わりが深いのは「保健行動」であり、それは、自らを健康であると思っている人が、疾病の予防あるいは発見を目的として自覚症状のない段階で行う何らかの活動です¹²⁾。つまり、個人が、生活習慣病予防のために食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣を見直し、あるいは生活習慣病の発見を目的として健診を受けることです。個人の生活習慣は基本的に自己責任であり、個人には自らの健康を把握・保持するために、能動的に制度を活用する姿勢が必要です。医療費抑制のために特定健診を受けさせられているのではなく、自発的に健診や保健指導を受ける意識が欠かせません。

しかし、保健行動をとる役割や責任を専ら個人の意欲や意思や選択に求め、それが実行できない者を無自覚や不注意などと非難する動きに対しては、低所得者や低学歴者などで保健行動と取り得ない者を非難する事だとの批判もあります¹³⁾。例えば現在のワーキングプアに該当する人々に対して、自主的な保健行動を説明しても、日々の生活が安定していなければ健康について考え行動するゆとりは生じません。高齢者の医療の確保に関する法律で「国民は、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の

保持増進に努める」と謳っていても、心身の不調の自覚はあるが、保健行動や病感行動（病気だと感じている人が、健康状態を明らかにし、適切な治療方法を見つけるために行う何らかの活動¹⁴⁾）を取ることは困難です。

今後は、自らの健康を守るための保健行動ができる人と、それが困難な人が存在していることを踏まえ、対象者に合わせた健康の増進に関する正しい知識の普及や健診や保健指導が求められます。国民全員の「生命、自由及び幸福追求に対する権利」が守られる制度が必要です。

Ⅲ．結 論

自分の健康を守り、最適な生活の質（QOL）を確保するのも、必要に応じて生活習慣を改善するのも自分自身です。自発的に生活習慣を見直し・改善することにより、生活習慣病を予防することが大切です。

〈引用文献〉

- 1) 財団法人厚生統計協会編集：厚生指標（臨時増刊）国民衛生の動向，第55巻第9号，2008，P79.
- 2) 前掲書1) P79.
- 3) 前掲書1) P79.
- 4) 木下由美子編集代表：エッセンシャル地域看護学，医歯薬出版，2006．P168.
- 5) 前掲書4) P168.
- 6) 香川靖雄：生活習慣病を防ぐー健康寿命をめざしてー，岩波新書，

2007. P8.
- 7) 安達淑子：行動変容をサポートする 保健指導バイタルポイントー情報提供・動機づけ支援・積極的支援ー，医歯薬出版，2007. P6.
- 8) 酒巻哲夫：電子メールによる保健指導ー生活習慣病対策における新しいアプローチ，臨床スポーツ医学，25(2)，139-145，2008.
- 9) 山本英紀：特定健診・保健指導の意義ー特定健診・特定保健指導の実際ー，総合臨牀，57(5)，1503-1510，2008.
- 10) 園田恭一：健康の理論と保健社会学，東京大学出版会，1993. P98.
- 11) 前掲書10) P61-62.
- 12) 前掲書10) P62.
- 13) 園田恭一，川田智恵子(編)：健康観の転換ー新しい健康理論の展開，東京大学出版会，1998. P12.
- 14) 前掲書10) P62.