

## 健康格差を抑える“未病”について

～ これからの動向としての未病フード ～

福生 吉裕

（財）博慈会老人病研究所 所長

### 講師 経歴

福生 吉裕（ふくお よしひろ）

医学博士 昭和22年10月20日生まれ

財団法人博慈会 老人病研究所 所長  
日本医科大学 客員教授  
日本未病システム学会 常任理事

### 【略歴】

昭和47年 日本医科大学医学部 卒業  
昭和53年 微生物学免疫学にて医学博士号修得  
昭和59年10月 日本医科大学 内科 講師  
平成 2年 4月 同 内科 助教授  
平成 7年 4月 中国 長春中医学院 客員教授  
平成13年10月 財団法人博慈会 老人病研究所 所長  
兼 日本医科大学 客員教授

現在に至る

### 【専門領域】

- ・動脈硬化、高脂血症、膠原病、老人病の臨床「自分の身体は自分で守る」自己管理の重要性を高齢社会における健康安心システムの提唱している。
- ・現在は主に未病と抗老化を研究している。

### 【主要著書】

- 1) 「病気の秘密は血液にあった」(法研)
- 2) 「改訂新版 からだがわかる本」(法研)
- 3) 「免疫からみた動脈硬化」(ライフサイエンス)
- 4) 「未病を治す。大豆レシチン物語」(日本医療企画)
- 5) 「未病息災」(源草社)
- 6) 「病気になるまえに治す。メタボリックシンドロームは未病で治す」(法研)

共著：治未病、油脂の栄養と疾病、脳血管障害の臨床、老人の病気、Medical technology など多くあり。



はじめに

寿命には格差がある

日本人の平均寿命は男性79歳、女性86歳と世界の中でも最高位の長寿を保っています。しかし世界の中には中国の72歳、インドの63歳、ザンビアの40歳と大きく開きがあります。さらにこの格差は所得とも相関があることが分かってきました。世界の国によって寿命に格差があるのは確かです。また我が日本においても人それぞれに健康と寿命に差があることは確かです。ではこの健康の格差を最小限に抑えるにはどうしたらよいのでしょうか。その答えの一つに未病医学があります。一方、少子高齢社会となり医療費の高騰は進んでおりその適正化が叫ばれています。21世紀の医療の課題はいかに経済的に国民皆保険制度を維持しつつこの健康格差を抑えるかが問題です。その知恵として未病の概念があります。

本日は健康と病気の間としての未病を科学として行ってきた日本未病システム学会を紹介し、その目指す社会的実用性について解説を行いたいと

思います。

また、本年4月より動き出した特定健診との関係についても解説を行いたいと思います。

## 第一部：健康格差と未病

### 1) 健康格差は未病で治す

#### 未病のめざす理想的な生き方

日本では今、「格差」という言葉が流行していますが、一番重要なのは経済格差ではなく、命の格差だと思っています。日本人の寿命はずっと延び続けてきました。文献によると、奈良時代の平均寿命は30歳半ばで、明治時代には50歳ぐらいになり、そこから急激に延びて、今や82.3歳に達しています。きんさん、ぎんさん、泉重千代さんなど、100歳を越す国民的有名人も登場しました。現在も、100歳以上の方は4万人ほどいます。しかしその一方で、20代、30代の若さで亡くなる方がいるのも事実です。国の経済力や人種によって平均寿命に格差が生じるだけでなく、同じ日本の中でも寿命に違いが生じます。これこそ、究極の格差ではないでしょうか。（資料1）

こうした寿命格差を「未病」の時期に防ごうというのが、今日の話の結論と提言です。では、未病とはなんなのか、未病は本当に治せるのかということになります。未病の目指す理想的な生き方は、アンチエイジングとは少しニュアンスが違います。それは、みんなが高齢になるまでずっと元気に過ごし、99歳くらいでバタバタと人生を終えるのを理想としているのが未病のスタイルです。

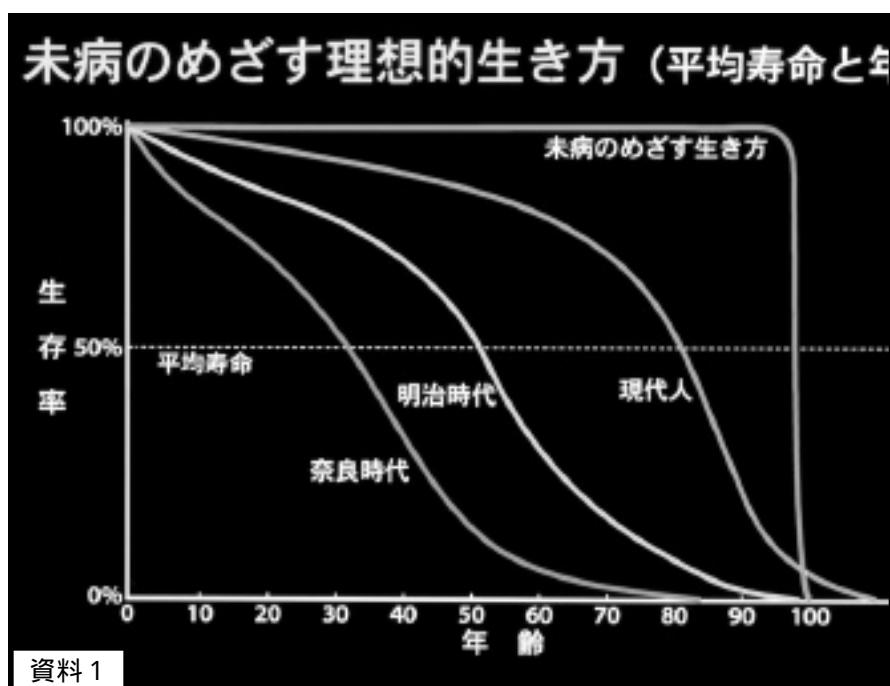
### 2) 発想の転換：健康と病気間の未病

日本人の健康寿命が1961年にできた「皆保険制度」のもとに保たれているのは、自明の理です。アメリカのヒラリー・クリントンも同様の制度をつくろうと試みましたが、できませんでした。中国にもありません。まさに、日本独自の制度ということです。しかし、現在の日本の医療事情に目を通すと、総医療費の高騰、宙に浮いた年金問題、コムスンに象徴される介護保険の問題などにより、国民皆保険制度は存続の危機に立たされています。このような医療セミナーが持たれるのも、今後の医療に対して漠然とした不安感があるのだと推察されます。

では、少子化の時代、この重要な制度を維持していくにはどうしたらよいか。

幾何学の問題も、一本の補助線を引くことで解答が導き出されることがあります。未病の概念は現在の逼塞した医療状況を解決する「補助線」のような存在ではないかと思っています。

それは我々の頭の中には健康と病気、この2つの世界しかないと思込んでいる所の発想を変えらる事なのです。健康が障害されれば病気になる。病気の世界では医療保険、治療、薬などが適用され、その結果、治れば健康に戻る。私が医学部生の時に学んだのも、「病気はなぜ起こるのか」「どう診断するのか」「どうすれば治るのか」という



病気の世界と、「治れば健康」という結論でした。しかし、病気の世界と健康の世界の間には、もうひとつ、「未病」という別の空間がある事を見出す事です。(資料2)

それは健康と病気は連続しており、その間に未病という世界が存在するととらえる事なのです。最近のコマーシャルでは、未病を「病気になる前の状態」と表現しているのに対し、日本未病システム学会では「健康と病気の間」と明確に定義しています。

### 3) 未病いわれ

この未病という言葉は、『黄帝内経』という古代医学書の中から再発見されました。これは約2000年程前の中国の書物で、その中の素問の項に「聖人はすでに病みたるを治すのではなく、未病(未だ病まざる)を治す」と記述されています。「病気になってからではなく、病気にならないうちに治す」という意味ですが、ここに出てくる聖人とは名医という意味ですが、日本未病システム学会で推奨する聖人とは一般人です。一般の人が自分自身の未病のコントローラーになることで、山積する医療問題を改善していこうという考えです。これが日本未病システム学会の骨子となっています。

中国から未病という言葉を書して持ってきたのは、日本の遣隋使、遣唐使たちでした。今、仁和寺にその記載が残っています。その後、本家中国では未病という言葉が全く使われなくなりましたが、日本未病システム学会が未病の概念を普及させたことにより、再認識されるようになりました。つまり、逆輸出したというわけです。ちなみに、17世紀の貝原益軒の『養生訓』の中にも、未病についての記述がみられます。

### 4) 未病の範囲

#### 未病の概念

現代では、医学の発展、医療機器の進歩によって誕生したMRI(核磁気共鳴画像法)などの画像診断のお陰で、まったく自覚がないのに身体の中の異常を知ることができるようになりました。

未病には西洋学的未病と東洋学的未病の2種類があります。西洋学的未病は、「自覚症状がないが検査で異常が見つかる」場合です。(資料3)

いたって元気な68歳男性の血圧は146mmHg - 88mmHgで、頭のMRIを撮ったところ、正常な脳では見られないラクネというブツブツ状のものが発見されました。これを「無症候性脳梗塞」と



資料2

呼びます。次に、52歳女性の肝臓にポツポツと穴が開いていると、正常な肝臓ではないので、「肝のう胞」といいます。やはり、自覚症状はありません。（資料4）

高血圧、境界域高血圧、高脂血症、糖尿病、軽い糖尿病、肥満、メタボリックシンドローム、動脈硬化、骨粗鬆症、無症候性貧血、B型のキャリア、未破裂の動脈瘤、睡眠時無呼吸症候群などがあります。

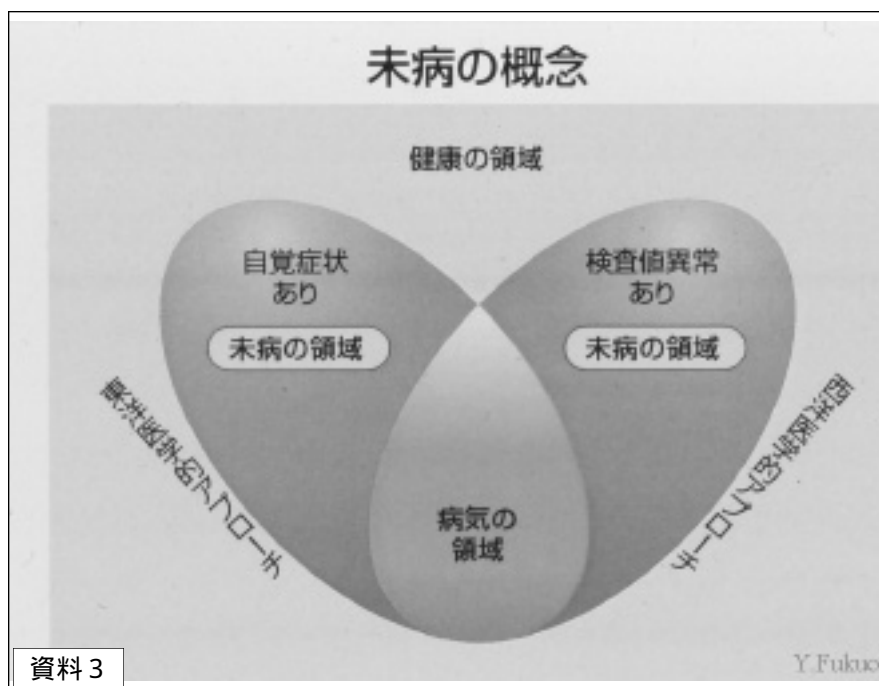
医療検査の発展によって、自覚症状はないが、検査をすると異常が見つかるケースが数多く発見されるようになりました。それが健康と病気の状態、未病です。

東洋学的未病は、「自覚症

状はあるが検査では異常が見つからない」場合です。肩凝り、冷えのぼせ、悪血などが該当します。

自覚症状、検査異常値ともにあるのが「病気」で、どちらもないのが「健康」ということです。

健康と病気の間を未病で区切ったのは、ひとつの知恵といえます。現在、未病の対象者は5千万人以上です。この未病の段階を科学することが、これからの大きな課題になると思います。



資料3

### 未病の対象

総数5000万人強  
(2008年)

<p><b>西洋医学的未病</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・境界域高血圧</li> <li>・高脂血症</li> <li>・境界域糖尿病</li> <li>・肥満</li> <li>・高尿酸血症</li> <li>・脂肪肝</li> <li>・メタボリック・シンドローム</li> <li>・動脈硬化</li> <li>・骨粗しょう症</li> <li>・遠視腎</li> <li>・タンパク尿、潜在性血尿</li> <li>・無症候性貧血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝炎(B)キャリアー</li> <li>・無症候性脂膜炎</li> <li>・未破裂脳動脈瘤</li> <li>・脂肪肝、肝のう胞</li> <li>・睡眠時無呼吸症候群</li> <li>・たばこ依存症</li> <li>・ピロリ感染</li> </ul> <p><b>東洋医学的未病</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>冷え</li> <li>のぼせ</li> <li>お血</li> </ul> <p><b>中間的未病</b>      慢性疲労   軽度認知症</p>
---	---

資料4

## 5) メタボリックシンドローム

### メタボと健康格差

未病の中で、非常に話題になのがメタボリックシンドロームです。メタボは健康格差をもたらす元凶です。悪い生活習慣によって肥満になり、インシュリンに対する感度が悪くなる抵抗性が進み、糖尿病、高脂血症などを引き起こし、最後には透析、失明、EDに至ります。これがメタボの怖さです。未病の段階で症状をコントロールできれば、健康格差は生まれないと考えます。(資料5)

### メタボ健診とCTの普及

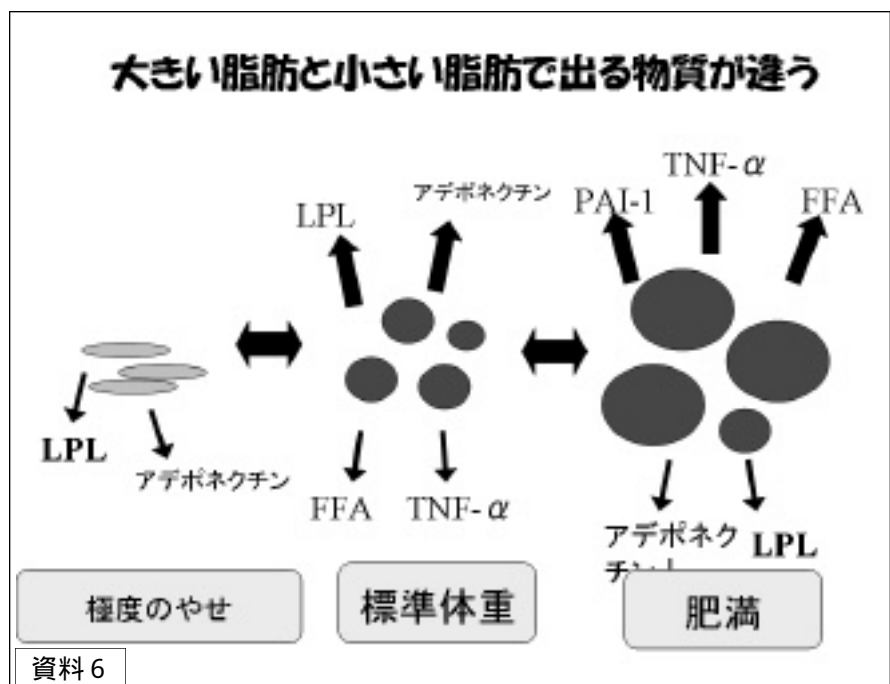
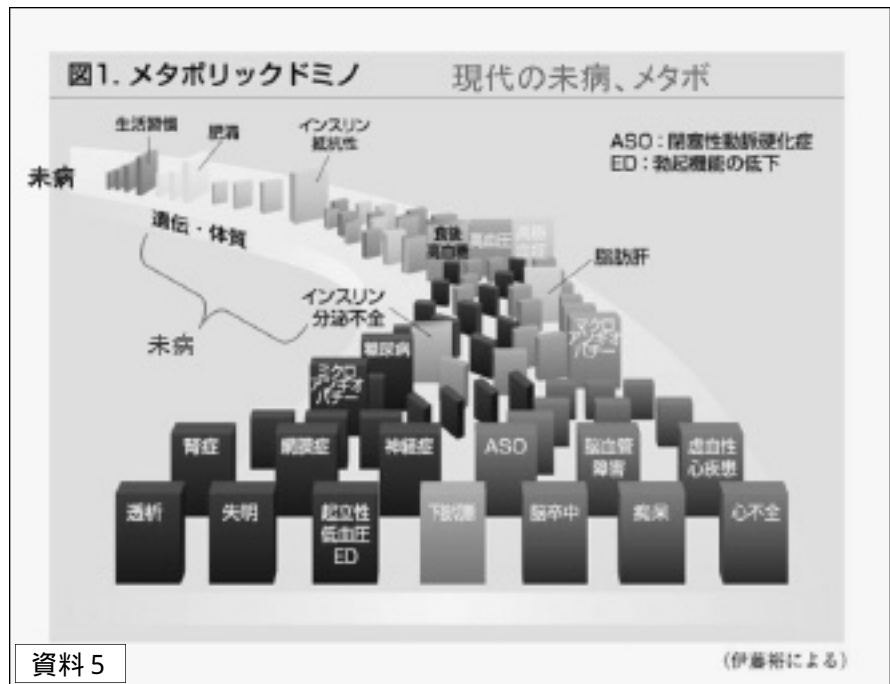
再び、現代の未病「メタボリックシンドローム」について、詳しくお話ししていきたいと思ひます。

日本でメタボ健診が普及したのは、アメリカに比べCT(コンピュータ断層撮影)の普及率が非常に高かったことです。CTで内臓脂肪を計測し、100平方センチメートル以上あると、心筋梗塞の発症率が将来急速に高まることが判明しました。内臓脂肪が動脈硬化を引き起こす元だと考えられます。

脂肪は従来、単にカロリーを保存する役割しかないと考えられていました。脂肪は細胞培養するのが難しく、シャーレの中に置いても、培養液より軽いので浮かんでしまいます。ところが、長崎大学の先生がこの性質を利用し、シャーレを反転して脂肪細胞を天井に接着させ、培養することに成功しました。これにより、「動脈硬化に悪い作用をする生理活性物質を出す」という脂肪の生態が明らかに

なりました。そこでCTの技術と基礎医学的知識の裏づけがなされ、特定健診へと結びついていったのです。(資料6)

おもしろいのは、大きい脂肪と小さい脂肪とでは、出す物質が違ふことです。大きな脂肪細胞はアンジオテンシノーゲン、TNF、PAI-1等、動脈硬化にとって悪玉の生理活性物質を出します。小さい脂肪細胞はアディポネクチンという、動脈硬化を抑える善玉の生理活性物質を出しま



す。つまり、肥満の人も、ダイエットして痩せれば善玉の物質が増え、動脈硬化が抑制されることが分かったのです。実際、中鎖脂肪酸を含む食物を摂取したラットは、他のラットに比べて脂肪細胞が小さく、血糖値も低く抑えられることが実験で証明されました。食事コントロールは、脱メタボのポイントのひとつといえるでしょう。

### メタボリックシンドローム対策

今日ご参加のみなさんも、メタボを気にしている方がいると思いますが、脱メタボ対策のコツとしては、次の7点があげられます。

- 食事は三度三度きちんととる。
- 夕食はなるべく家で食べる。
- 寝る前に食べない。
- 食物繊維を満遍なく食べる。
- アルコール量は妻の顔を見て飲む程度にとどめる。
- 街を無料のジムとし、なるべくエスカレーターに乗らずに、一日30分以上の歩行をする。
- 善玉の生理活性化物質であるアディポネクチンを上げる。

### アディポネクチンを上げるには？

アディポネクチンを上げるためには、一番は、運動と食事によって標準体重にする方法は、安価ですし副作用もありません。食に関しては、大豆のイソフラボン、カテキン、ピーマン、キウイ、ゴマ、中鎖脂肪酸などが、アディポネクチンを上げるのに有効。動物実験及び臨床的なデータがあります。

### 現代の養生訓

運動、食事の次にくるのが「薬」です。血圧系ではアディポネクチンを上げるのはARBと言われるアンジオテンシンレセプターのプロッター等です。カルシウム拮抗剤はアディポネクチンを上げません。高脂血症の薬ではフィブラート系がよく上げスタチン系はあまり上げません。糖尿病の薬では - グリコシターゼ阻害剤、アクトスです。SU剤などはあまり上げません。これは現代の養生訓といえましょう。（資料7）

## 現代の養生訓

Y.Fukuo2006

- ポイント:アディポネクチンを上昇させること
- 方法: 中くらいの脂肪を保つ

第一段階:運動とカロリー制限  
 第二段階:茶カテキン、大豆、トマト、ピーマン、  
 中鎖脂肪酸、キウイ、ごま、ゴーヤ  
 第三段階:高血圧剤(ARB)、高脂血症剤(ベザフィ  
 プラート)糖尿病剤(αグルコシダーゼ阻害剤、アクト  
 ス(PPER γ 刺激剤)漢方(防風通聖散)

資料7

## 未病の分類と未病の従事者

日本未病システム学会のガイドラインでは、健康と病気の間、「未病1」と「未病2」があります。未病1は、自分で自分の身体を治せる状態を指し、アドバイス対応となります。未病2は治療、医療の支援を要する段階です。(資料8)

病気には医療関係者が対応しますが、未病にはサプリメントをはじめ、「未病医療」が関わってきます。医師だけでなく、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師など、さまざまな分野の専門職が従事します。

### 6) 日本未病システム学会の活動

日本未病システム学会は、今年、創立15周年を迎えました。医師、薬剤師、管理栄養士、歯科医師、臨床検査技師など約1200名の会員を擁する団体で、未病についての症例検討、研究発表などを行っています。また、未病栄養士セミナー、臨床検査セミナーなど、全国各地でさまざまな催しを行っています。

### 7) 特定健診の問題点と未病

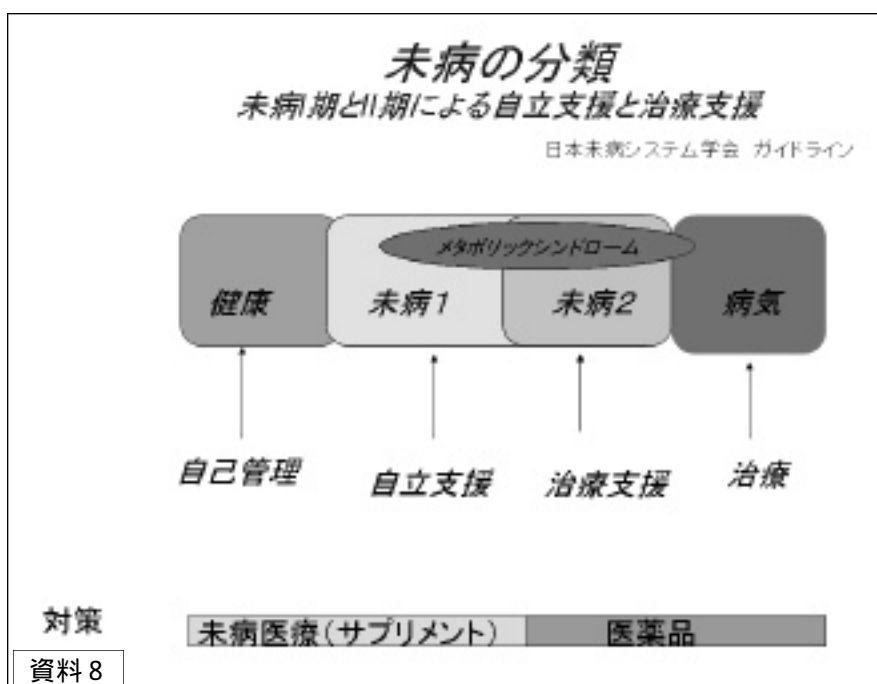
#### 未病産業の萌芽と予防医学

現在、少子高齢化社会の中で、ひとつのエネルギー、ベクトルを持った「未病産業」というのが生まれつつあります。それは未病ファーマシー、ジェネリック、サプリメント、スポーツ、アロマセラピー、特定検診などを含む大きな世界です。コマーシャル等により、未病という言葉は随分知られるようになってきました。

そして、予防医学としての国のセーフティネットシステムが動き始めました。予防医学と未病の違いは、予防というと健康と病気のふたつの世界しか持ちません。「病気にならないように予防しよう」というのが、予防医学の考え方です。未病は健康と病気の世界で、人生観を有する状態を認める事なのです。

#### 介護保険制度ではいきづまるだけ

介護保険制度がスタートする2000年まで、日本は病院内外の医療、救急医療、小児医療、周産期医療、老人医療、終末期医療の全てを医療機関が統合するシステムをとっていました。しかし、社会的入院や医療費増大の問題を背景に、要介護者の介護の部分は、別にひとつのシステムをつくって担おうということになりました。このような経緯で2000年に誕生したのが「介護システム」です。介護保険制度の施行により、実際に約4～5兆円の医療費が削減されましたが、高齢社会では、これだけでは行き詰ってきます。(資料9)



### 特定健診・特定保健指導が出来た理由

そこで2008年4月から始まったのが「特定健診・特定保健指導」です。このままいくと、日本の医療費は平成25年までに54兆円に達することが予測されるため、新しい保険制度によってその流れを食い止めるのが狙いです。しかし、これを予防医学として考えるとかなり難しいので、私は予防医学ではなく、未病の観点からとらえる教育が必要だと思えます。

特定健診の対象者は、40歳から74歳までの公的医療保険加入者約5600万人です。まずは腹位の測定とBMIの算出を行います。基準値以上の方はさらに血糖、脂質（中性脂肪及びHDLコレステロール）、血圧、喫煙習慣の有無から危険度によりクラス分けされ、クラスに合った保健指導を受けることになります。

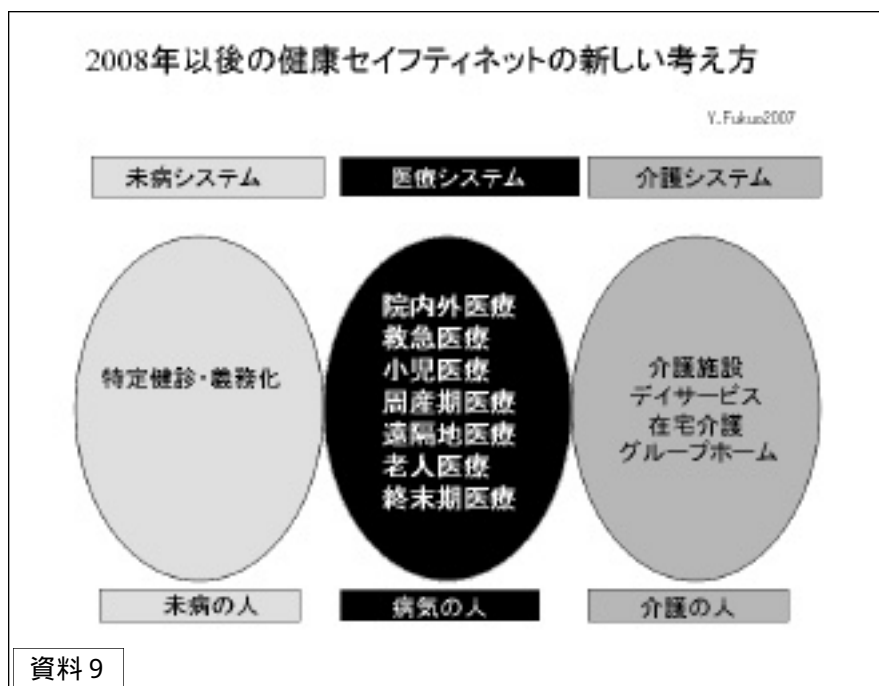
腹位の基準値は男性85cm、女性90cmですが、この腹位測定段階で、約2000万人のメタボな方々の抽出が予想され、平成25年までに約25%を削減することが目的です。達成できない場合は、後期高齢者医療保険用に約10%の拠出というペナルティが課されます。これは後期高齢者医療制度を維持するためのシステムなのです。

現在、管理栄養士は約7万人、保健師は約4万人です。この人数で保健指導を担っていくのは非常に厳しいと思われます。また、この制度は未病の人を抽出し、保健指導によって健康格差を抑えることを目標とすべきなのに、厚生労働省側の認識はまだ漠然としています。メタボの人をコ

ントロールしようとするのは予防医学の考え方です。へたをすると、大量の病気の人を作る基にもなってきます。(資料10)

### 特定健診・特定保健指導の問題点

特定健診・特定保健指導の問題点を挙げてみます。まず、「メタボ検診」というドラスティックな名前が先走りしており、制度ができた目的、基本理念は何か明確化されていません。保健指導



### 特定健診の問題点

- (1) 制度に基本理念が明確化されていない
- (2) 保健指導についてエビデンスが明確ではない
- (3) 後期高齢者医療制度への支援金拠出問題が不透明
- (4) 保健指導を行うマンパワーの研修体制の不備
- (5) 個人情報の取り扱い規制が不十分

資料10



が有効かどうかのエビデンスも示されていません。とりあえず、やらないよりやった方がいいということで出発しています。また、受診率や保健指導の目標到達度によって、後期高齢者医療制度への負担金が生じますが、まだ不明瞭です。保健指導を行うマンパワーにも不備があります。

特定健診の義務化により、数千億円のビジネスが発生しました。検査会社はもちろん、保健指導者の教育事業、人材派遣、出版、サプリメント、フィットネスクラブ等々、制度の外郭で関連の産業が賑わいをみせています。しかし、真ん中が空洞で、外側だけが騒いでいるように思います。「健康と病気は連続しており、病気に至る前の段階が未病である。その未病を治すのは自分である」という未病の概念を、一刻も早く厚生労働省は皆に伝え、その認識の上に立って特定健診を進めていただきたい。へたをすれば数年後には、サブプライムショックならぬ、特定健診ショックに見舞われるのではないかと心配されます。

## 第二部：健康格差への未病フードからの挑戦

### 1) 健康食品の進化（歴史的考察）

#### 中国古来の薬の分類

では次に新しい健康食品の動向を考えるにあたり、私たちはどのような薬を持っていたかを観ていきたいと思います。

今から5000年以上前の古代中国の伝説上の皇帝「神農」がいます。日本で言うと、天照大神や日本武尊のような存在だと思われれます。神農は野山を歩き、百草を集めては、自ら服用してそれが毒草か薬草かを調べました。医薬と薬を司る神として崇められ、大阪道修町では今も「神農祭」が執り行われています。


『神農本草経』は、神農の名を託した中国最古の本草書といわれ、365種の薬草を上品（じょうほん）・中品（ち

ゅうほん）・下品（げほん）と薬効別に分類して記載しているのが特徴です。上品とは、副作用がなく、長期にわたって使用可能で、体力増強、不老長寿の作用があるもので、朝鮮人参などが含まれます。中品は体力を養う目的の薬で、病気を予防するものです。下品は病気を治すために用いるもので、毒が多いため長期服用は好ましくないとされています。現代の薬は下品ということになります。

この本によると、健康食品やサプリメントは上品に属すると考えられます。抗ガン剤や抗生物質、酵素剤などは、病気を治すものなので下品です。神農が自らモニターとなって実験したお陰で、このようなことがわかったのです。（資料11）

### 私たちは何を薬としていたか 中国古来の薬の分類

(神農本草経より：陶弘景(452-536))



- 上品: 副作用がなく長期にわたって服用可能で体力増強、不老長寿などを旨とする。  
朝鮮人参、甘草、地黄、杜仲、靈芝など。  
(サプリメント、健康食品。)
- 中品: 体力を補い病気を予防する事を目的としたもの。  
生薑、葛根、麻黄、牡丹皮など  
(生活習慣病薬：高脂血症薬、高血圧薬、糖尿病薬など)
- 下品: 病気を治すために用いるもの、長期連用は不可。  
大黃、桔梗、附子、半夏、桃仁など  
(消炎薬系、抗生物質、抗ガン剤など)

}

未病の薬

薬

神農(生有部・クズノミ科植物)  
「百草の滋味を嘗(な)め、一日にして七十毒に當る」

資料11

## 健康食品の進化

薬から健康食品までの流れを歴史的に辿ると、最初は「薬食同源」でした。その後、『神農本草経』の中で上品・中品・下品の分類がなされます。江戸時代になると、貝原益軒の著した『養生訓』によって、「食養生」の考え方が広まりました。現代になると健康食品、サプリメントが登場し、定義区分が曖昧な中から、1991年に「トクホ（特定保健用食品）」という概念が出てきました。2005年にこの制度の見直しが行われ、条件付きトクホ、規格基準型トクホ、疾病リスク低減表示の容認など、新たなトクホが加わりました。

（資料 12）

この中で、条件付きトクホは臨床試験が必要で、新薬の許可を得るには100～200億円かかりますが、トクホの場合も2億円以上かかると言われています。それは二重盲検を義務付けられているからですが、これをパスできるのが条件付きトクホです。規格基準型トクホは、トクホのジェネリックです。

## 2) サプリメントの伸びる条件とは（日本とアメリカの相違）

アメリカでサプリメントが伸びている理由

サプリメントは、今アメリカで非常に流行しています。これは、アメリカ経済の危機的状況とも深く関わっているようです。ご存知のごとくアメリカには皆保険制度がありません。一般的な保険は、HMOという会員制民間健康維持組織ですが、人口の約20%、約4000万人が無保険者になっているのが現状です。医療保険制度が完備していないため、サプリメントに頼らざるを得ないというのが、アメリカでサプリメントの需要が伸びている大きな理由となっています。

日本では、健康への将来的不安、医療機関への不信任感、社会保障システムへの不安、

健康食品業界の努力、健康食品ブームなどの理由から、日本でもサプリメントの伸びが見られます。

日米比較より見た健康食品が伸びる条件、伸びない条件

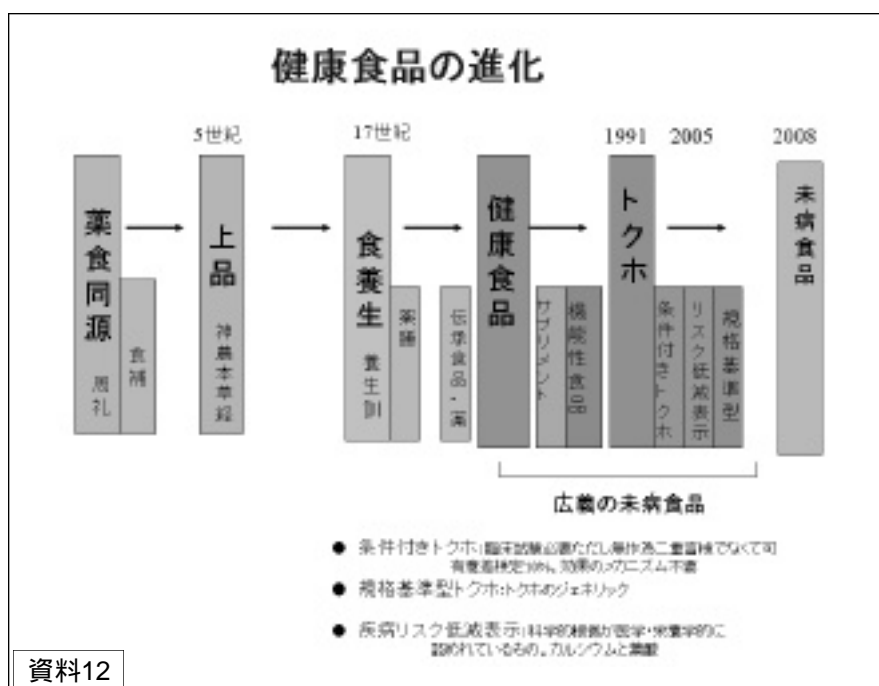
日本で健康食品が伸びる条件を考えて、日米比較によって検証してみました。

まず、これはあってはならないことですが、日本から皆保険制度がなくなると、サプリメントが確実に伸びますが、それでは本末転倒になります。他には、団塊世代の高齢化、医療不信、医療費の高騰、健康意識の向上、メディア宣伝などが、伸びる条件として考えられます。

今、一番可能性が高いのは、サプリメントの位置づけを明確にすることです。日本では健康食品自体の位置づけ、対象となる人の位置づけ、制度上の位置づけが不在です。どういう人が飲めばいいのか、それは薬なのか、食品なのかハッキリしていなかったことが、サプリメントが普及する上でのネックとなっていたのです。

トクホは「食品」

1991年に保健機能食品制度を定めた時、厚生労働省はトクホの対象者を「半健康人、半病人」と表現しました。恐らく、どう表現してよいか分か



らなかったのだと思います。そして、2005年に食薬区分における保健機能食品の位置付けがなされ、トクホは健康増進法・食品衛生法に基づく「食品」に属し、薬事法で定める「医薬品」とは一線を画するものであることが示されました。食品なので、トクホの効能効果は出すことができません。安全性を厚生労働省が保障するということです。

トクホの評価は、基礎データをもとに数十人のモニターが2～3ヵ月間服用した後、効き目があったか、なかったかの判断をする結果がもとなるので、かなりバラツキがあるのが特徴です。その上、数億単位の経費がかかります。取得するのにかなりの困難がかかり、安全性は保障されるが、あまりメリットがないという声も聞こえてきます。

### 3) 特定健診の出現とサプリへの影響

特定健診・保健指導の出現は何をもたらすか？

厚生労働省は2008年度から、40歳から74歳まで約5600万人の公的医療保険加入者に対し、メタボリックシンドロームを予防・改善するための「特定健診」を受けるとを義務付けました。これに伴い、健康食品業界が活気づいてきています。

特定健診では血圧測定その他、HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪の値を測る血液化学検査、血糖検査、

-GTPなどを測る肝機能検査などが行われ、数値によって、正常域、保健指導域、受診勧奨域に振り分けられます。(資料13)

その数値が明確に出てきました。保健指導域の範囲は、血圧で言うと131～139mmHg、LDLが121～139mg/dl。正常域は、血圧130mmHg以下、中性脂肪150mg/dl以下、血糖100mg/dl以下、-GTP50単位以下という厳しさです。みなさんの中で、「自分は全て正常値だ」と胸を張っ

て言える方は、どれくらいいらっしゃるでしょうか。

「病気にならないように」受ける特定健診ですが、現実には保健指導域に入る方が非常にたくさん出てくると思われます。日本未病システム学会が定めた未病の分類に当てはめると、未病1が保健指導、未病2が受診勧奨です。健康と病気の間位置する未病1に属するのは、自助努力による生活改善サプリメントで改善出来る人たちです。ここに、数兆円の医療費を削減できる可能性が潜んでいるのです。

特定健診義務化によって曖昧だった未病の場が明確になり、サプリメント業界は待望の需要拡大のチャンスを得ました。実際、この4月から「コレステロールを下げる」、「血圧を下げる」、「脂肪が燃焼しやすくなる」などと謳ったサプリメントが、たくさん発売され始めました。まさに食品業界は「メタボ健診特需」の様相を呈していますが、逆に効果が数値で出てこないサプリメントは淘汰されていきます。「危機はチャンス」、「特定健診は両刃の剣」と言えるでしょう。

薬事法改正で医療システムの崩壊を防ぐ

特定健診の結果、どれかひとつでも正常域を超える数値があると、保健指導域、または受診勧奨域送りとなります。ここに「保健指導VS受診干

### どれか一つでも悪いと受診となる！ 保健指導 VS 受診勧奨は1:10

	(未病I)	(未病II)	
	正常域	保健指導期	受診勧奨期
血圧 (S) :	130以下	131-139mmHg	140mmHg以上
脂質 : LDL :	80-120	121-139mg/dl	140mg/dl 以上
HDL :	40以上	35-39mg/dl	34mg/dl 以下
T-G :	150以下	150-299mg/dl	300mg/dl 以上
血糖 :	80-100	101-125mg/dl	126mg/dl 以上
HbA1c :		5.2%以上	6.1%以上
γ-GTP :	30-51	52-100IU以内	101IU以上
(対応)	自然体	(運動・栄養・ サプリメント)	医薬品

資料13

参考: 健康局総務課資料

渉」の構図が生まれてきます。正常域に入る入らない人の割合は1対10くらいではないかと思われま。へたをすれば特定健診とは、多くの病人をつくり出す装置となるでしょう。そうだとしたら本末転倒です。医療システム崩壊を招く壮大な実験とみなされても仕方ありません。私は、特定健診の目的を明確にせずに見切り発車してしまったことが、一番の問題ととらえています。ここに未病という概念の必要性が出て来ます。

一方医療システムの崩壊を防ぐため、今、伝家の宝刀が抜かれようとしています。それは、2009年の薬事法改正です。大きく変わるの3点で、1つ目が「登録販売者制度」の実施です。今までは薬剤師が常駐していなければ薬を販売することができませんでしたが、改正薬事法の施行後は、登録販売者がいればコンビニでも薬の販売が可能になるということです。2つ目は、軽症の生活習慣病患者には、看護師が薬を投与することができるという法案が審議されている事です。3つ目が、「スイッチOTC」の拡大です。OTCとは薬局で買える薬を指します。今まで医師の判断でしか使用できなかった処方箋を必要とした薬を、薬局でも買えるようにしたのが「スイッチOTC」です。その数を増やすことが検討されています。

薬事法が改正されると、糖尿病系の - グルコシターゼ阻害剤、血圧系のACE阻害剤、コレステロールを抑えるスタチン系、血流凝固抑制のバップアリン等、これら未病の薬が薬局の店頭で買えるようになる可能性があります。今後の動向としてはこのような手立てで、医療システムの崩壊を食い止めようとして来ると考えられます。

変化するサプリメントの流通系

次に流通系をみてみましょう。現在のサプリメントの売上高は、スーパー、コンビニなどのショップ系が約1200億

円、ドラッグストア、相談薬局などの薬系ルートが約2100億円、ダイレクトマーケティングが約9100億円となっています。

それが特定健診によってどう変わるか、ショップ系はやや増え、薬系は減り、ダイレクトマーケティングも少し減るとみられています。そして、新たに医系ルートというものが出現します。この医系が伸びれば、玉石混淆のサプリメント業界は厳しくチェックされるでしょう。きちんと保健指導域の人たちの改善に結び付くサプリメントが選択されると思います。

4) 未病フードの条件

たとえば、高血圧と診断された人が、あるサプリメントを6ヵ月間飲み続けると、6ヵ月後の保健指導で数値によって正確に改善したかが判明します。このように特定健診の保健指導による試練をクリアした健康食品が「未病フード」となります。保健指導域に入った方々が安心して摂ることのできる健康食品として生き残っていくのでしよう。(資料14)

未病フードの条件は、6ヵ月間で結果を出すことです。血圧系は基準値が厳しいので、これまでの健康食品では該当するものが出てこないかもしれません。中性脂肪は基準値の範囲が広いので、

## 未病フードの条件

- 1) 特定健診・保健指導で結果が出るモノ
  - ・6ヶ月間の数値で判断される。
  - ・特定保健指導の検査値の範囲に留められるか、改善に向かうモノ
- 2) ターゲットは中性脂肪 (150~299mg/dl)
  - 血圧系 (139mmHg以内) 難しい
  - 血糖系 (HbA1c 6.0%以内)
- 3) 体重 ダイエット系は中難
- 4) 早期に始めることが推奨される

2008.Y.Fukuo

資料14

比較的該当するものが未病フードとして出てきやすいと思います。

#### 5) 特定健診時代に期待される未病食品材料

糖尿系で代替甘味料、メイラード反応の抑制が期待される素材は、変性しない糖です。微量元素。アディポネクチンの増加を促進するものとしては、 $\alpha$ -アミラーゼ阻害剤、 $\alpha$ -グルコシターゼ阻害剤が挙げられます。また、脂肪系で脂肪の分化を促進する素材としては、大豆イソフラボン、パセリ成分、リコピン、PPAR、タイゼインなどの素材が生き残ると考えられます。

(資料15)(資料16)

#### 6) 評価としての健康食品直接民主主義

サプリメント市場の拡大に伴い、信頼される安定供給機構が新たなルートとして開発されていきます。健康食品の選択に際しては、エビデンスが重要視されます。健康が阻害される健康食品であってはなりません。

そこで未病リサーチスクエア協会では、自らが神農になって健康食品を服用していただくモニターを募集しています。モニターのデータを日本未

## 期待される未病フードの材料

- <糖尿系>
- 1)代替甘味料: 羅漢果、ステビア
- 2)メイラード反応抑制: カテキン、ニガウリ、  
 $\alpha$ リボ酸、沢ワサビ、アセロナ葉
- 3)微量元素: 亜鉛、クロム、バナジウム
- 4)アディポネクチン増加: オスモチン
- 5) $\alpha$ アミラーゼ阻害: 小麦アルブミン
- 6) $\alpha$ グルコシターゼ阻害: 桑葉
- 7)インスリン分泌増強: バナバ、サボニン
- 8)吸収阻害: 難消化デキストリン

資料15

## 期待される未病フードの材料

- <肥満・脂肪系>
- 1)脂肪細胞分化促進: 大豆イソフラボン、ニンジン、  
パセリ成分、柑橘類、リコピン、
- 2)脂肪分解: 大黃(セニジン)
- 3)PPAR $\gamma$ 作用: イソフラボン(ヘスペレチン、ナリンゲ  
ニン、ダイゼイン)
- 4)肝臓内脂肪合成の抑制: 多価不飽和脂肪酸、セサミン、  
ビール酵母

資料16

病システム学会などで検証し、結果をホームページ上で報告することによって、安全性の保証された健康食品を世に広めていくことを目的としています。(資料17)

また、学会では未病医、未病指導師の認定も行っています。このような活動を通じて、すぐれた健康食品の選択・普及に関わっていかれたらと思います。

特定健診を契機に、日本の医療制度の中で、未病フードがひとつの大きな産業に育っていくのではないかと期待しています。御静聴どうもありがとうございました。

