

「人生 100 歳時代に備える“現代未病”の概念とその活用プラン」

提言

令和元年版

2019 年 10 月

一般社団法人日本賢人会議所 未病タスク委員会

一般社団法人 日本未病総合研究所

はじめに

人生100歳時代の到来に備えて

福生吉裕

少子高齢時代に加え人生100歳時代を迎える現状が日本に迫ってきています。リンダ・グラットン著「ライフシフト」では2007年生まれの日本人はその半数は107歳を迎えると予想され、一躍、“人生100歳時代”は現実となりました。さて、一概に慶賀な事として喜べるのか未知の困難の始まりなのか、その判断は付きにくいところです。

問題は三つ有ります。一つは労働力人口の減少です。2016年は6,648万人、労働力率は60%ですが、2065年の労働力人口は4,000万人弱と約4割減少し、労働力率は50%程度まで低下することが推測されます。

その為、第二として医療社会保障システムに大きな打撃が来る事は自明の理となります。我が国の医療保障システムの枠組みは1961年に出来た国民皆保険制度の形態を基本軸にしています。当時65歳以上が7%だったのに対し2018年では28%以上に達して来ています。すなわち人口ピラミッドの逆転化が生じ、社会システムを維持するには極めて不安定な状態になって来たことを実感できるからです。平成から始まった少子高齢化による社会システムの“ねじれ”が令和の時代には重くのしかかってくる可能性があります。

第三として問題なのは、この現状に対して政府はこれまで多くの対策をなしてきたのですが、小手先だけの制度改革で、効果は一時的であり根本的な問題解決になっていないことです。このまま人口の高齢化と少子化が同時に進むと、**開いたワニの口の様に社会福祉制度は増え続ける支出と減り続ける収入によりかみ合うことなく機能不全を起こします。**

そこで日本賢人会議所では2018年より未病タスク委員会を設置し、未病を応用して持続可能な安心かつ安全の社会医療システムとするための検討会を持ってまいりました。未病とは後述するように2000年前に中国で生まれた言葉ですが、現代の日本で第三の心身状態として健康と病気の間に“加える”事で身体状況のパイを広げて見ようとする試みです。この提言書は、この「現代未病」を活用したシステムで、健康医療における安心安全の社会を継続させるためのプランです。日本賢人会議所と日本未病総合研究所が連携して、日本未病システム学会が提唱する未病を元にして100歳時代に向けてのプランをつくりましたので、ここに提言として報告いたします。

(目次)

【提言 総論】

ページ

- ・なぜ「現代未病」なのか 福生吉裕
- ・自助、互助、共助、公助と未病 小林正博

【提言 各論】

- 1) 未病のための食育のススメ 渥美豊太郎
- 2) 科研費のキーワードに未病の項目を 福生吉裕
- 3) ヘルスリテラシーは未来の健康を決定付けるキーワード 井上哲
- 4) 未病活動の推進策について 坪井清
- 5) 食育の役割その重要性 長野美根
- 6) 人生100年時代を迎えて「未病の日」を国民的行事に 尾山重美
- 7) 未病ケア食品の育成と普及 早乙女和雄
- 8) 世界共通用語としてのMibyouを 福生吉裕
- 9) 未病は東アジアの国々の共通の資源 福生吉裕

(総論)

なぜ「現代未病」なのか (現代にマッチした新しい健康感の提言)

福生吉裕

1) 「聖人は未病を治す」。とは

私達の提言する未病とは「現代未病」をさします。約 2000 年前の中国古典である黄帝内経に書かれた未病 (古典) を基に現代の日本の状況に合わせた未病の活用版です。特に少子高齢時代の医療システムの維持に活用出来る未病をさします。

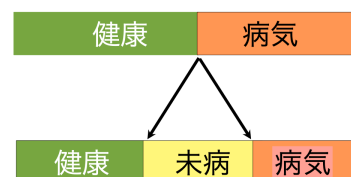
黄帝内経に現れるこれまでの未病には「聖人は已病を治さず未病を治す」とあり、いわゆる“名医が未病を治すことが出来る”となります。この流れは秘伝につながりました。なぜなら自覚症状の少ない病気の前の状態を検査機器の無い時代に診断するのですから至難の業に違いありません。その後しかるべくしてこの未病診断は秘伝中の秘伝となっていました。これでは未病は普及しません。実際、実社会において未病医として生活が出来たという確証は残っていません。さらに中国では元、清、などの異民族間との抗争があり、その間に焚書坑儒も行われ、この古典未病は中国では医療として根付かず、やがて廃れてしまいました。

2) 古典未病と現代未病の相違 (二元論からの脱却)

少子高齢社会を迎えた現代の日本にマッチする未病とは、まずこの未病を治すのは聖人ではなく一般人である「あなた」であるということに基軸をおきます。これが「現代未病」の根幹でもあります。あなた=自分、ですので「自助でコントロール出来る身体状態はどこなのか」から入ります。その為、これまでの「病気になる前の状態」という概念から、一步踏み込み、未病を「健康と病気間の身体状態」とし、さらに「自覚症状があるか無いか」の観点を組み入れ分類したのが「現代未病」です。

ここに世界は健康か病気の二つの世界しかないと思い込んでいた二元論ではなく第三の心身状態としての未病の存在を提唱しております。(福生 (1) により提唱された日本で生まれた比較的新しい未病の概念です。) 検査に明るい西洋医学と自覚症状や「証」を診る東洋医学の手法を融合させた 21 世紀の未病の概念なのです。第三の心身状態としての位置づけを理解し、私達の身体状態を健康、未病、病気と三段階に分けています。これにより心身状態のパイを広げる事が出来ます。少子高齢時代の今日、未病の状態を自分が自分の未病の医師となりケアする事は、医療保障制度をより

100歳時代に備えるキーワード：未病



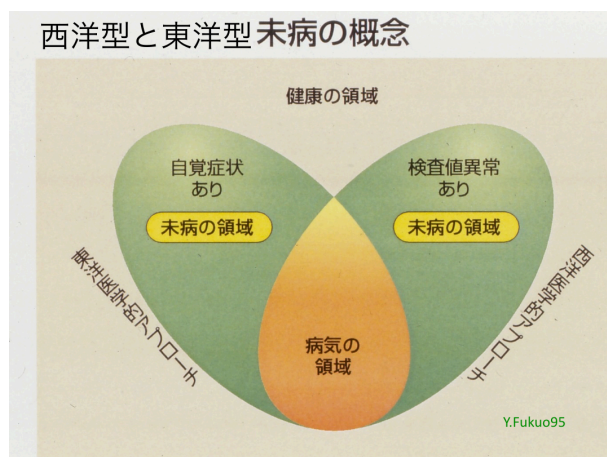
身体状態のパイを増やす。第三の身体状態：(未病)

継続させるブレイクスルーとなるのではないのでしょうか。この未病状態に含まれる人は2017年では約5,000万人とも推定されています。(図-1)

3) 現代未病の概念と分類とは

ではもう少し病気の前の未病についての分類を示します。

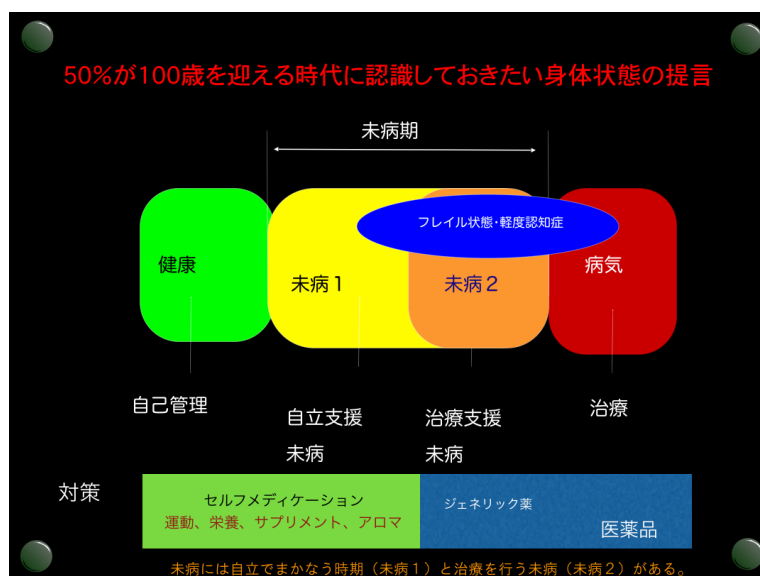
未病には「自覚症状は無いが検査をすると異常がある西洋医学型未病」と「軽微な自覚症状はあるが検査では異常が見られない東洋医学型未病」の二つの領域の未病に分けられます(図-2)。



これは日本未病システム学会が採用する未病となっております。「病気」すなわち病の気とは異常な自覚症状があり、検査でも異常があるのが「病気」と言う身体状態になります。さらにこれは下記のごとく「未病1」と「未病2」に分かれます(図-3)。

未病1は自助努力で健康に戻る状態です。すなわち自分の身体に鋭くなることで生活習慣の改善(運動、栄養の取り方)および軽医療による自助努力で健康に向かう状態をさします。この状態があること

を知り、そしてこの状態は自助で改善出来ることを理解し、実践するシステムが100歳時代を迎える私達の心構えとして有効と考えられます。“未病を治す主役は生活者自身である”事を「現代未病」は基本概念としています。



4) 未病と予防の違い

よく聞かれる質問に「未病」と「予防」の違いがあります。どちらも病気の前の状態の対応を現しているようですが違います。「予防」は病気にならないようにする“手段”の事をさします。

予防は健康世界と病気世界しかない二元論に立脚しており、病原となる素因を遠ざけるようにすることをさします。ペスト、コレラ、結核、インフルエンザなどの感染症の予防というのが分かりやすく、この予防には“公助”の意味合いが強くなってきます。それに比べて「未病」は身体状況の一定の“ゾーン”をさします。微妙な病弱化が内在している状態を自己で認識し、悪化させないように“自助”で改善させる事を目標としています。

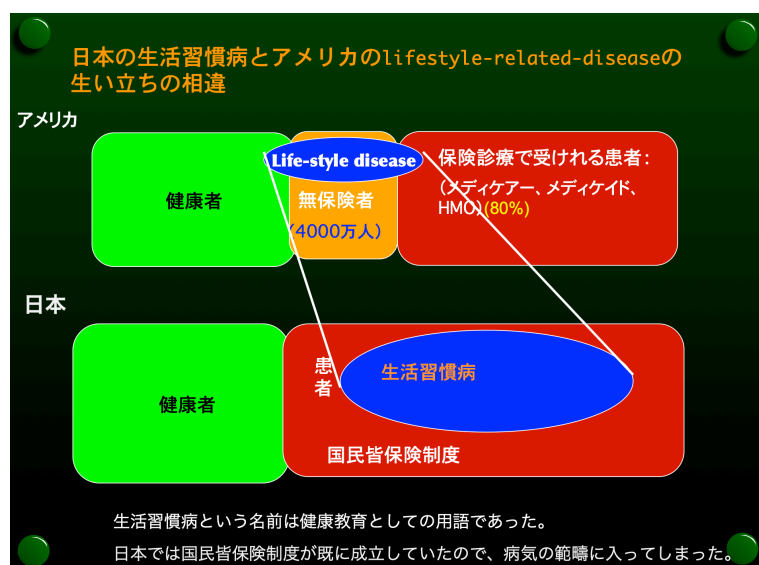
未病医療＝自助的医療

予防医療＝公助的医療

を念頭に置いて下さい。

5) 生活習慣病と未病

1997年に厚労省ではこれまで「成人病」といわれた呼称を「生活習慣病」という名前に変えました。生活習慣病という名のいわれはアメリカより来ております。当時のアメリカでは「ヘルシーピープル21」運動が行われ、その教育用語として Life-style-related disease が登場しております。肥満や運動不足は糖尿病や心臓病につながるという医学教育キャンペーンの中で使われた用語です。それが生活習慣病として直訳されて日本でも使われるようになりました。国民皆保険制度が無く、人種のサラダボールであり、そして無保険者が約4000万人もいるアメリカでの病気予防の啓発用語として使われた lifestyle-related-disease がそのまま国民皆保険制度の整備が出来ていた日本に入ったのです。日本では「生活習慣病」となり（病気）の範疇に



そのまま入り安易に医療保険でケアされるという状態に陥ったのも確かです (図-4)。生活習慣病の中には十分に未病が存在している事を再確認していただきたいと思います。今後、生活習慣病の中での未病を見いだし啓発して行くことも大きな課題となるかと思います。

(図-4)

6) 現代未病が示す未病の数値

全ての病気の前には未病ゾーンがあります。日本未病システム学会では未病の値を科学的に表現することを研究目標としております²⁾。各々に関しましては紙面の都合上もあり、この提言内では割愛しますが、ここでは代表的な生活習慣病に関する検査での未病の値を示します。(表-1)は特定健診・特定保健制度と未病を組み合わせた分かりやすい表です。

血圧、血中脂質、血糖などの指標を表しています。特定健診で言う保健指導期は未病Ⅰに当たり、受診勧奨期は未病Ⅱに当たります。未病Ⅰ期ですと自助努力で運動、カロリー制限、そして適切なサプリメントで行動変容を行い改善を図ります(図-5)。未病Ⅱでは未病専門指導師およびお医者さんと相談して下さい。これらの数値を常に正常域に入っている様にする事で健康寿命が延びることに繋がります。

表1 特定健診・保健指導と未病の時期の関係

		未病Ⅰ期		未病Ⅱ期
		正常域	保健指導期	受診勧奨期
血圧		130以内	131-139mmHg	140mmHg以上
脂質	LDL	119	120-139mg/dl	140mg/dl以上
	HDL	40以上	35-39mg/dl	34mg/dl以下
	T-G※	149以下	150-299mg/dl	300mg/dl以上
血糖		80	100-125mg/dl	126mg/dl以上
HbA1c		5.5以下	5.6~6.4%以内	6.5%以上
γ-GTP		50 U以下	50-100 IU以内	101 U以上
(対応)		自然体	(運動・栄養・サプリメント)	医薬品

※中性脂肪

出典:福生吉裕

神奈川県が示す未病の説明は健康と病気間の“グレイゾーン”であるとしています。しかし、グレイとはせず科学である以上未病を広く活用してもらうためにも、未病の値の明確化を提言いたします。

(図-5)

未病の値の明確化の提言

- 神奈川県(黒岩知事)の推奨する未病はグレイゾーン。



- グレイゾーンでは一般化が望めない。混乱を招く可能性もある。科学として明確化する事で、発展が出来る。



- 日本未病システム学会、日本未病総合研究所の提言する未病の見える化。

5) 100歳時代対応型未病ソサ

イテューの拡充を(マイクロ未病とマクロ未病)

これまで述べておりました個人の未病を探究するのを「マイクロ未病学」といいます。自分の身体に鋭くなり未病のケアを行う学問です。その為に未病範囲を数値で決める事で科学性が出て

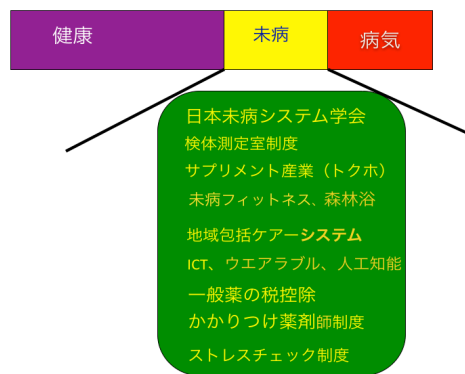
来ます。未病検査機器の研究や未病改善の食品などの開発などに未病の範囲は重要であり、この決定にはエビデンスに則ってなされなければなりません。これを主に行っているのが日本未病システム学会や日本未病総合研究所です。一方、少子高齢社会において国民全体が未病ケアを行いやすくする社会システムを考えるのが「マクロ未病学」です。地域包括ケアシステムや未病制度などを研究します。マクロ未病学としてはこれまででは機能性食品制度（2015）、ストレスチェック制度（2015）、検体測定室制度（2014）、かかりつけ薬剤師制度（2016）、一般薬の還付制度（2017）などが行われてきました。これらはさしずめ隠れ未病システムといえます。

100歳時代を幸齢社会とするには、この未病社会を如何に構築するかにあります。個々のミクロ未病と社会制度としてのマクロ未病学が連携融合してこそ、医療経済的効果が見込まれる、未病空間（未病ソサイエティー）の出現が可能となると思われます（図-6）。今後の健康意識改革が求められます。AIはじめITによる技術の導入、そして5G社会を組み入れた未病ソサイエティーがより現実の場として実現致すことを願いここに未病提言と致します。

（参考文献）

- 1) Y.Fukuo: The concept of Mibyou in aging society. Geriatrics and Gerontology International 4: S214-215, 2004。
- 2) 福生吉裕:現代における未病医学とは。未病医学入門。2-7。2006年。金芳堂

“未病ソサイエティー”の出現
（100歳社会への準備として自分で出来る健康管理の「場」が必要とされる）



Y.Fukuo 2010

（図-6）

自助・互助・共助・公助と未病

小林正博

2025 年問題

私たちの日本は、勤勉な人々が日々積み重ねてきた生活水準の向上と充実した社会保障制度のおかげで、世界のトップとなる長寿社会を実現しました。しかしそれは、人類史上未曾有の速さと規模で高齢化が進み、第一次ベビーブームと呼ばれる「団塊の世代」すべてが後期高齢者（75 歳以上）となる、いわゆる「2025 年問題」が目前であることを意味しています。全人口のおよそ 2 割が後期高齢者、3 割が 65 歳以上となり、労働人口も減少、膨大な赤字公債が国の財政を疲弊させる中で、このまま増え続ける医療や介護の公的負担を放置すれば、私たちの国そのものがもはや致命的な病魔に侵されかねない状況にあることは明らかです。

次の表は、高齢化と医療費の関係を示していますが、65 歳未満の 1 年間の医療費が約 18 万円であるのに対して、65 歳以上は約 73 万円、75 歳以上は約 91 万円と、それぞれ 4 倍、5 倍に跳ね上がることが分かります。医療費全体の 6 割が、3 割（27.3%）に満たない 65 歳以上の層に費やされています。現在の保健医療・介護のシステムが続く限り、高齢化にともない医療費は確実に増加します。

2016 年度 年齢階級別国民医療費 （厚生労働省「国民医療費の概況」）

	人口比	推計額	構成割合	一人当たり医療費
65 歳未満	72.7%	169,797 億円	40.3%	18.39 万円
65 歳以上	27.3%	251,584 億円	59.7%	72.73 万円
75 歳以上	13.3%	153,796 億円	36.5%	90.96 万円

持続不可能な日本

少子化による人口減少と長期にわたる景気低迷で税収が減る一方で、医療をはじめとする社会保障費など歳出は増え続けています。借金に頼った財政運営により公的債務残高は GDP の 2 倍（2017 年 234.7%）以上、国民一人当たり 815.5 万円（2015 年 4 月）を背負っており、世界 1 位の借金大国とも言われています。経済協力開発機構（OECD）は、「日本は持続不可能な（unsustainable）公的債務の削減に取り組む必要がある」と 2013 年から警告しています。

1990 年の国の一般歳出に占める公助としての社会保障費は 29.4%でしたが、来年は 55.9%と国の政策に割り当てられる半分以上が年金、医療、介護を中心とした社会保障費となっています。

	歳出総額	一般歳出 (政策経費)	社会保障費	社会保障費 ／歳出総額	社会保障費 ／一般歳出
1990 年	69.3 兆円	39.0 兆円	11.5 兆円	16.6%	29.4%
2012 年	90.3 兆円	51.2 兆円	26.4 兆円	29.2%	51.5%
2019 年	101.5 兆円	61.9 兆円	34.6 兆円	34.1%	55.9%

(財務省 HP)

私たちが病院に行った際の医療費の財源は、ともに助け合う「共助」としての健康保険、「公助」としての国の社会保障費、「自助」としての自己負担分の3つで構成されますが、このうち国の社会保障費は約4割を占めています。高齢化社会に入って医療にかかる費用（コスト）は、2012年で35.1兆円ですが、2025年には54.0兆円と54%増加するものと推計されています。その伸びは、年金の17%、介護費用の29%を凌駕するもので、その背景は高齢者が増えるという人口動態もさることながら、実は医療の高度化や日本の医療システムが抱える課題にあることも見逃せません。次に、その背景を見て行きます。

社会保障費用	2012 年度	2025 年度	増加率	増加額に占める割合	名目 GDP 比の増減
年金	53.8 兆円	60.4 兆円	12%	17%	-1.3%
医療	35.1 兆円	54.0 兆円	54%	48%	+1.5%
介護	8.4 兆円	19.8 兆円	136%	29%	+1.5%
その他	12.2 兆円	14.6 兆円	20%	6%	-0.2%
合計	109.5 兆円	148.9 兆円	36%		+1.6%
GDP	479.6 兆円	610.6 兆円	27%		

(厚生労働省 HP)

日本の医療システムの課題

➤ 世界一多い病院数

人口100万人当たりの病床を伴う病院数（2012年）は、日本が67で、フランスおよびドイツが40、カナダ21、アメリカ19など、わが国では病院が贅沢に乱立しているともいえます。戦後85年ころまで、量的拡充に重点が置かれ、一定の基準さえ満たせば医療法人による自由な開業を認めてきた結果でもあります。

➤ 世界一長い在院日数

OECD加盟34か国の平均在院日数が7.4日であるのに対し、日本は17.5日と圧倒的に長く、白内障晶体の再建術や内視鏡による大腸ポリープ切除術など欧米では外来ですま

せる手術をわが国では依然として入院により行っている状況があります。これらは、診療報酬のあり方も一つの課題ですが、しばしば「素泊まり入院」と揶揄されています。

➤ **高度医療機器への過剰投資**

出来高払いの診療報酬制度の中で、リスクの低い画像診断は病院の売り上げを伸ばせる手軽な手段ですが、それらの医療機器には数億円の投資を要します。人口 100 万人当たりの MRI の保有は OECD 平均で 13.3 台ですが、日本では 46.9 台と 3.5 倍で、CT も 4 倍以上の開きがあります。病院同士は、診療報酬制度により定価によるサービスを供給する一方で、ハイテク機器の導入により差別化し、異常な競争を展開してきた結果でもあるのです。

➤ **手厚い看護体制**

入院の際の診療報酬は、看護師ひとりが受け持つ入院患者の数により「7 対 1 看護」「10 対 1 看護」「13 対 1 看護」「15 対 1 看護」に大別されています。現状では入院患者の重篤度や看護ニーズに関わらず、より手厚い看護を行う方が診療報酬は増える仕組みのため、「7 対 1 看護」が増え、看護師の争奪戦がおこり、看護師不足が慢性化している状況があります。厚生労働省は 2006 年度の本制度の導入時に重傷者病床「7 対 1 看護」を 4 万床と想定しましたが、実際には 35 万の増床となり、この間に費やされた過剰な入院費は 2 兆円を超えると推計されています。さらに、ここで発生する看護体制のミスマッチは、病床稼働率を上げて看護師の人件費を確保するため、必要以上に在院日数を延ばす「素泊まり入院」が増えるという悪循環を生み出しています。

地域包括ケアシステムの導入と「自助・互助・共助・公助」

前述したわが国の医療システムの課題等への取組みは継続して行われていますが、少子高齢化社会に対応するため、国は地域包括ケアシステムを柱とする政策を進めています。日本各地の特性やリソースに応じて、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の 5 つのサービスを一体的に提供できる体制を整えようという取り組みですが、その際、「自助・互助・共助・公助」を費用負担の視点から厚生労働省の「地域包括ケア研究会」は、次のように説明しています。

「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」こと以外に、自費による市場サービスの購入も含まれます。これに対して「互助」は、相互に支えあっているという意味で「共助」とは共通点はあるものの、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものであり、主に地域の住民やボランティアという形で支えられています。

さらに、「自助・互助・共助・公助」は時代や地域により変化するとして、次のように述べています。すでに、財政負担による「公助」、年金や医療、介護などの社会保障制度としての「共助」に限界が見えつつあることから、「自助」「互助」へ期待するとのメッセージと理解せざるを得ません。

「自助・互助・共助・公助」は、時代とともに範囲や役割を変化させていきます。

2025年には、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加することが予想されるため、「自助」「互助」の概念や範囲、役割に新しい形が求められます。

住民間のつながりが希薄な都市部では、強い「互助」を期待するのが難しい一方、民間サービス市場が大きく、「自助」によるサービス購入が可能な部分も多いと考えられています。反対に都市部以外の地域は、民間市場が限定的になりますが、「互助」の役割が大きくなります。

「共助」「公助」を求める声が根強いのは確かですが、少子高齢化や財政状況を考えると大幅な拡充は難しいため、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要です。

「公助」「共助」から「自助」「互助」へのシフトが期待され、政府や自治体がそのための取り組みを進めていることを、わたしたちは改めて認識する必要があります。良い悪いではなく、現在の社会保障システムを破綻に導かないためには、やむを得ない選択肢と考えざるを得ない、客観的に見ても私たちの国はそこまで来ているのです。

地域包括ケアシステムと未病システム

福生吉裕先生の説く「現代未病」すなわち「未病システム」のポイントは、「健康と病気の間」を科学として明らかにし、そして「自助の精神」で健康維持につとめること。未病を資源として活用することで経済的に安価に社会保障が次の世代にまで継続することを特徴としています。この考えは、政府と自治体がともに進めようとしている次に示す地域包括ケアシステムと極めて高い親和性を持ち、相乗効果シナジーが期待できるものです。

地域包括ケアシステムの概念

このシステムは、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスと、その前提として「住まい」「生活支援・福祉サービス」が相互に連携して、在宅を基本とした生活を支えるものです。

【住まいと住まい方】

生活の基盤として必要な住まいがきちんと整備され、本人の希望と経済力に沿った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提です。周囲のサポートは必要ですが、それと同時に高齢者のプライバシーや人間としての尊厳が十分に守られた住環境を実現する必要があります。

【生活支援・福祉サービス】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などの要因があっても、尊厳ある生活を継続できるように生活支援を行います。生活支援の中には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く存在し、担い手も多様です。

【介護・医療・予防】

個々人の抱える課題に合わせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供します。

【本人・家族の選択と心構え】

「住まいと住まい方」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つの構成要素には含まれないものの、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として触れておく必要がある部分です。単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人とその家族が理解し、心構えを持つことが重要です。

地域包括システムの全てのプレーヤーに「未病システム」の理解と活用を

「公助・共助」から「自助・互助」へのシフトが進む中で、新たに期待され注目される地域包括ケアシステムに関わるプレーヤーは多種多様です。わが国の世界に誇れるものの手厚すぎると言われる従前の医療システムの資源を、段階的に地域包括ケアシステムに移していくとともに、同システムと極めて親和性が高い未病システム概念を、これらすべてのプレーヤーが共有し活用していくことが求められています。そのためには、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護福祉士、支援ボランティアなどすべての参画者が、保健医療教育の場でより容易に「未病システム」について学ぶ機会を提供し、その活用を進めるための支援を展開することが重要です。

現代未病を説く「未病システム」を資源として活用することで、私たちの社会保障システムが経済的に持続可能となり次の世代にまで残せるよう、国民全員で理解し力を合わせましょう。

第二部

【未病ケアの提言 各論】

提言（１）

未病のための食育のススメ （今こそ！未病のための食教育という国民運動を！）

渥美豊太郎

陸軍少将・陸軍薬剤監の石塚左玄は1896年の「化学的食養長寿論」の中で「学童を持つ人は、体育も智育も才育もすべて食育にあると考えるべきである。」として、体育、知育、才育の基本となるものとして「食育」の重要性を説き、先祖伝来のその土地の食生活の持つ意味として、地産地消の原点である「入郷従郷」の考え方や、食の知識とその実践が心身ともに健全な人をつくるという食育を説いています。

100年以上が経過し今日、便利で豊かな国として世界の先進国となった日本の国民が今一度原点に返り、食の持つ重要性和健康と病との相関関係を理解することが必要と考えます。

平成17年制定の「食育基本法」は、食育とは生きる上での基本であって、知育、徳育及び体育の基礎となるべきもの、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てることを目的としています。現実にはこれを理解し、実践する方はまだまだ少ないと言えます。

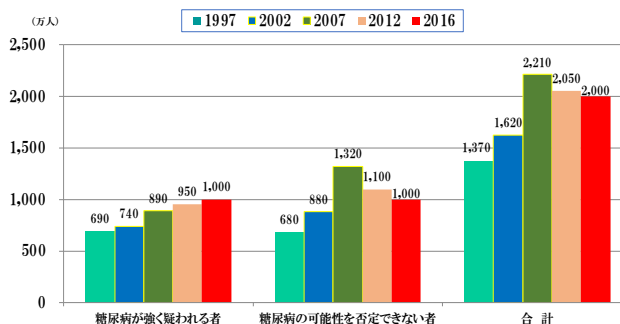
かつてアメリカでは

「現代病は食生活の間違いで起こる食源病である」として、上院の栄養問題特別委員会でマクガバン議員を委員長として、世界中の権威や研究機関の頭脳を動員して食事と健康の関係を

調べ1977年マクガバン報告にまとめました。「ガン、心臓病をはじめ、多くの病気が増え続けている。医学を活用し、巨費が注ぎ込まれているのに、アメリカ国民は病気ばかり増え、ますます不健康になるばかりである。この原因を解明し、根本的な対策をたてないことにはアメリカは病気で滅んでしまう。」が調査の原点と言われ、現代の間違った食生活を改め、病気を予防する以

糖尿病

「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移（20歳以上、男女計）



厚生労働省「平成25年国民健康・栄養調査結果の概要」

外に国民が健康になる方法はないとしました。今こそ日本の国民が広く食育を理解、実践する環境作りが必要と考えます。

1. 食育推進のロードマップ

(1) 三つ子の魂100まで！

現在、日本では健康無関心層が70%もいるともいわれますが、長年の野放図なライフスタイルに起因するところがあり、大人になってから問題視しても、それを矯正することは困難を極めます。昔から「三つ子の魂100まで」といわれますが、幼少期にどのような生活習慣を送ったかがとても重要です。それは言い換えれば、それは親の意識次第ともいえます。健康無関心層世代を作らないためにも、今こそ幼児からの正しい食教育の環境作りが求められます。

(2) 食育保育園設立の提案

かつての伝統的食生活の時代から、いつでもどこでも好きなときに食べ物を手にすることができる時代へと変わり、消費者が好む食品がマーケットの主流となり、幼児期からこうした「食」になれることで、人間本来（日本人本来）の味覚を持たないままに成長した若者が多く存在します。待機児童問題で保育園等の新設が推進されていますが、保育園は「食育」をテーマに前面に打ち出した保育園作りを提案します。

日本人の味は「六味」といわれ、一方西洋人は「甘い」「酸っぱい」「塩辛い」「ぴりっと辛い」の四味が中心です。中国は「苦い」を加え五味です。日本は「うまい」を加えて六味です。多岐にわたる味覚をもっていた日本人だからこそ、素材の持ち味を生かした独特の食文化を築けてきたわけですが、手近な調味料でなく一手間、二手間かけてこそ世界に誇る日本食といえ、そうした食教育を幼少期から行うことで食を選べる人に育てることができると考えます。

実際、福島県では食育を実践する園があります。

例えば・・・

- ・年中、年長さんの子どたちは、全員三枚おろしができます。



・キッズ イン ザ キッチンでは3歳児から包丁を持たせて柔らかいものから切る練習をしています。

・毎日、自分たちが食べる昼やおやつは園児たち自らが作っています。食物を選ぶ子ども作りは、即ち自分の人生を作れる大人になるためのステップという考え方です。



・市の認可保育園が受け入れられないアレルギーの子どもたちも受け入れ、対応できるスキルを持っています。

・親御さんに対する食育講座を通じて家族全員への啓発も推進し、食育参観日も設け一体となった取組みを実施しています。

・食育に力を入れる他にも、さらに良い環境で学べる保育園です。例えば英検ジュニアクラスをつくり、レベル別に保育園児を教育し、小学校入学の前段階の下地作りをしています。算数やそろばん、平仮名、カタカナ練習など小学校入学前にきちんと準備をして卒園し、賢い子供を作っています。



(3) 子育ては親育て！

幼児期から「何を食べるか、どのように食べるか」を理解した子供を育てることは、子育てをする親自身を育てることに繋がります。自分の子供は良い子に育てたいと願うのは親の常です。

ある調査では「口コミ」は、通常の広告活動の2倍以上の情報効果があるともいわれますが、最大の口コミ場所は「家庭」にあると考えます。日頃、家庭で話す何気無い会話や、親子の会話こそ最大の口コミです。働き方改革推進時代こそ、夫婦や家族揃って「何をどう食べるかという食

啓発・普及活動を推進することで、それがひいては行動変容が起こりにくいといわれる、7割もある健康無関心層への働きかけにつながると考えます。

（４）人生１００年時代に向

かっての受け皿作り

保育園などで幼児には一人の大人が付くことが理想ですが、実際に保育士の数など対応がギリギリの環境が多いと思いますが、そうした園に、ボランティアとして健康な高齢者に加わってもらい、園児との交流、遊戯などに参加し、

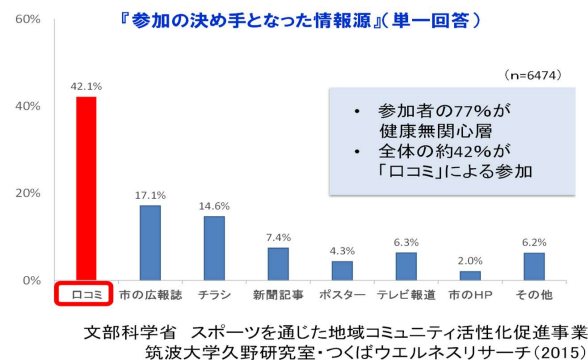
サポートしてもらうことも提案します。人生１００年時代には健康に活動できる高齢者が増えてこそ、その意義が高まります。健康な高齢者による保育園児ケアを通じて子供から大人までが一体となって未来を担う子供達を育て、かつ高齢者も活性化し、有償の場合なら雇用の受け皿としても期待できます。

これこそ「イキイキ健康社会」のモデルだと考えます。

（５）真の健康推進国に向かって

日本は世界に誇る和食という伝統的食文化を持った国であり、今やそれを求めて世界中から人々が集まる時代となってきました。世界に誇る食文化を食卓と併せて、学校や地域での実践も求められます。しかし食材や食品を生産する側の価値観を変える活動も必要があります。安ければ売れるという考えから、身体に良いものを売ろうという価値観に企業・生産者がシフトしていくことが重要であり、そのための流通モデル、企業価値観を作っていくための企業教育もなくてはなりません。そして良いものに自然と手を伸ばす健全な買い手を創ることが、消費者が社会を変えていく源泉だと考えます。健康に良いものを生産し、流通させる企業への健康（未病）助成ポイントを作り、応援サポートする取り組みも必要だと考えます。こうした国をあげての国民運動こそ、心身ともに健康な日本人を創る未病教育だと考えます。

口コミを誘発させる広報は無関心層にリーチ出来る



提言 2

科研費応募のキーワードに“未病”の項目を

福生吉裕

「科研費の応募キーワードに未病の項目を加えること」を提言します。

科学研究費（科研費）は文部科学省より全国の優秀な研究者に配分する公の研究費で、国の科学の牽引を行うべく研究への投資でもあります。多くの大学を初め研究機関に所属の研究者はこの科研費を獲得する事は研究を進めるにあたり大変励みとなります。優秀な研究者としてのステータスを担保されたことにもなります。

文部科学省の下、独立行政法人日本学術振興会がこの科研費の選考、交付の業務を行っています。毎年全国一斉に公募が行われ、その中で厳格な審査が通過した課題研究に科研費の助成金が支払われるシステムです。毎年約4～5倍の倍率です。

応募出来る研究者は国の認定した機関に所属する研究者に限られ研究者番号を付与された者です。分野は多岐にわたり、人文・社会系、理工系、生物系などが含まれ、それらはさらに分野、分科、細目に区分されています。細目には2000もの項目に分かれそれぞれキーワードは決まっております。しかし問題なのはこの細目のキーワードに「未病」はまだ入っておりません。

研究の規模により、特別推進研究、基盤研究A～C、若手研究、萌芽的研究などがあり、150万円から5億円までその助成金額は分かれています。期間は数年間単位で行われます。全国より毎年10万件ほどの応募があり、そしてその総額は38億円にも昇ります。

さて、“未病の研究”に関して若手研究者の力は重要です。そしてその育成は言を待ちません。現在、未病に関し、その研究を深め、研究者間の情報交換の場としては日本未病システム学会が担っておりますが、多くの会員は大学教育などの学校教育でこの未病学を受けた者は無く、学会を通じて独自に学習した者がほとんどです。それはこれまでの文科省の下での未病が教育課程に入っていないからです。本来は学校教育として未病教育、未病医学講座などが求められますがこれありません。ただ一つ崇城大学薬学部に未病薬学教室があるだけです。

その理由の一つは未病という言葉が文科省ではまだ十分に認知されていないからであり、学術大系がまだ文部科学省で出来ていないところがネックになっていると考えられます。

さて、未病の段階からのケアの重要性は政府が作成した「健康・医療戦略推進本部」（代表安倍晋一）にも見られます。さらに健康医療戦略2017年2月17日には“未病の概念”が閣議決定されています。

その冒頭部分には「健康・医療・介護に分散している情報を個人単位として統合する際には、健康か病気という二分論ではなく、健康と病気を連続的に捉える「未病」の考え方が重要になると予想される。その際には健康・医療関連の社会制度にも変革が求められ、その流れの中で新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待される」と記述されております。

少子高齢社会において健康感の一端を形造る大きな概念として注目されだしたからです。日本未病システム学会も25年間未病の研究を続けて科学的エビデンスの集積が出来て来ています。

一方、韓国においては文部教育機関での科研費制度があり、実際国家予算から未病を題名とした研究助成金を若手の研究者の育成として出ております。

すでに韓国の科研費応募項目には「未病」がキーワードに組み入れられております。さらに国立韓国東洋医学院（KIOM）では日本円で60億円の予算で未病研究が進んでいます。ビッグデータを活用した遠隔健康管理など5G世界の研究に未病が加わっております。韓国ではこれらの学術資金に多くの若手研究者が応募し獲得し研究が盛んに行われております。

日本は未病研究に関しては韓国より歴史も長く、25年間先行しており、多くに業績を積んでいます。が、未病の研究開発に関しては科研費などの予算が付いておらず、その研究範囲は限られた者に入っていると言わざるを得ません。

韓国だけでなく中国、台湾の東アジア諸国も今では日本と同様の少子高齢化が進んできており、それぞれの国民皆保険制度の維持のためにも未病への関心が急速に進んで来ております。

先行する日本の未病研究を維持する上にも、若手研究者の育成においても科研費の有無は

重要であり、応募が受けられるように科研費応募項目に未病のキーワードの設定を提言致す次第です。

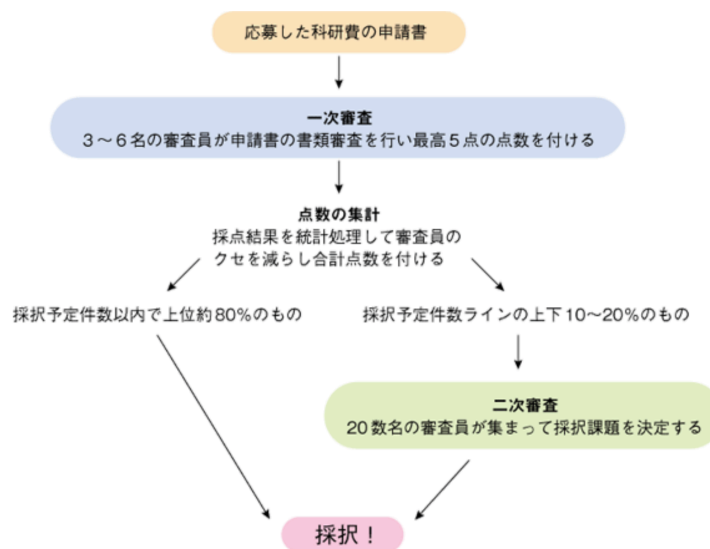


図2 科研費の審査の流れ

表 個人で応募できる科研費の主な研究種目の平成20年度新規採択数

研究種目	応募総数	採択数	採択率(%)	研究費の期間	金額	年齢制限など
特別推進研究	114	19	16.7	3～5年	5億円程度	なし
基盤研究(S)	551	85	15.4	5年	5千万～2億円	なし
基盤研究(A)	2,439	545	22.3	3～5年	2千万～5千万円	なし
基盤研究(B)	11,717	2,601	22.2	3～5年	5百万～2千万円	なし
基盤研究(C)	32,939	7,128	21.6	3～5年	5百万円以下	なし
萌芽研究 (挑戦的萌芽研究)	15,605	1,117	7.2	1～3年	5百万円以下	なし
若手研究(S)	805	39	4.8	5年	3千万～1億円程度	42歳以下
若手研究(A)	1,430	254	17.8	2～4年	5百万～3千万円	39歳以下
若手研究(B)	18,322	5,068	27.7	2～4年	5百万円以下	39歳以下
若手研究 (スタートアップ)	3,759	934	24.9	2年	150万円以下	研究機関に採用されたばかりの研究者
特別研究員奨励費	2,896	2,896	100	2～3年	150万円以内/年、 ただし、特別研究員 SPD は300万円以内/年	日本学術振興会の 特別研究員
特定領域研究 (新学術領域研究)	5,890	1,210	20.5	2年	3百万～5百万円/年	なし

ただし「特定領域研究」は平成19年度のデータで、平成20年度からは新学術領域研究と名を変えている。「萌芽研究」は平成21年度から「挑戦的萌芽研究」に変更されている

科研費獲得のコツ HP より

(提言3) ヘルスリテラシーは未来の健康を決定付けるキーワード

井上 哲

1) 健康を獲得し、維持するには

WHO では『ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章』で「人々は自らの健康をコントロールし、改善出来るようにすることが必要だ。人々かは身体的、精神的、社会的に良好な状態に到達するためには、個人や集団が自己の目標を確認・実現し、ニーズを満たすことが出来、そして環境を改善しあるいは変えられない環境に対処することが出来るようになるなければならない。」とありました。

この提言により公衆衛生分野にパラダイムシフトを生み出し、新しい公衆衛生と絶賛され 21世紀の健康戦略として、世界各国で取り込まれるようになってきました。

この憲章で、特に注目すべきことは、「健康の社会的決定要因」に対処する必要性を指摘し、人々の参加・取り組みおよび能力・権力の強化を尊重し、保健医療の方向性の根本的な転換を主張した点にあったと報告されています。

2) 2035～40年には団塊の世代のジュニアまでが後期高齢者に入る時代がすぐそこまで

医療技術の進歩は目覚ましく生命科学の研究も進みます平均寿命、健康寿命は延伸しています。一方高齢化に伴う医療介護費等は増大する一方です。

健康寿命と平均寿命の差を1年縮める努力を全世代で取り組んで行き、共に心身健康で楽しい幸齢者社会を作って行きたいものです。

3) ヘルスリテラシーは未来の健康を決定付けるキーワードです。

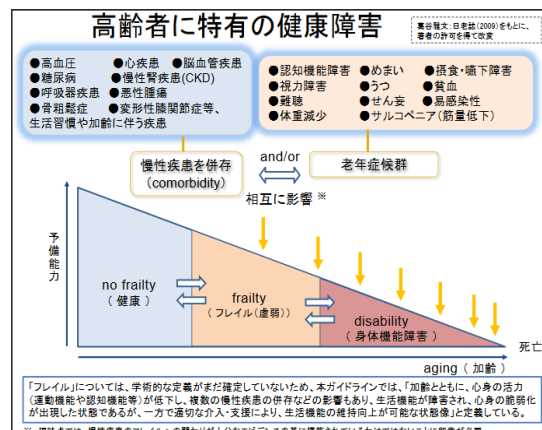
ドン・ナットビーム (WHO コンサルタント・シドニー大学公衆衛生学教授)はヘルスリテラシーについて「健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力」と定義しています。

日常生活における疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり、意思決定をし「生涯を通じて生活の質を維持・向上させることが出来る能力」とも述べています。

4) ”未病リテラシー“：健康を徐々に蝕む未病を知ることで

生活習慣病から来る代表的な未病。自覚症状が有る無しに関わらずほっておけば必ず医療機関の門を潜る事になります。

未病には老齢化による筋力低下や口腔トラブルによる栄養不足等 “フレイル”も未病の範疇に入ると思います。

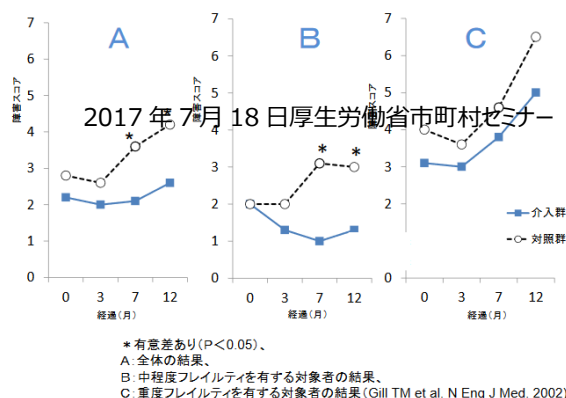


加えて各依存症が心身を蝕み、様々な要因での引きこもり、“孤独”、MCI や鬱など地域社会とコミュニケーションの取れないでいる方もその後の経過を見れば未病として皆で支えて行かねばなりません。これらは高齢者に限ったことではありません。若い世代にも目を配ってゆきたいと思います。

ここで未病にとって大事なことは「適切な介入により可逆性がある」、すなわち改善し、より健康に戻ることが出来るということです。取り返しのつかなくなる前に。

不健康な食生活や運動不足、個々のケア等の対策を中心としたヘルスプロモーションが未病克服のキーワードです。

フレイルティを有する高齢者に対する運動の効果



5) ヘルスリテラシー教育を幼児期から始め、小中高、社会人の各世代にあった健康教育が必要

幼児期からの食育から始まり全世代に渡る継続的な健康教育が必要です。自らがより健康情報に触れ、情報の中から、必要な情報を選び出し、取り組み、結果を評価する事が重要であると同時に義務でもあります。

個人が取り組めるよう社会全体で環境を作りそのサポートをする責任があります。

将来の健康長寿を決定付ける子供の孤食、偏った食事など充分配慮して行かねばなりません。

特に、若い女性の健康注意が必要です。極端なダイエット、低賃金長時間労働はその本人の健康にとどまらず、胎児や育児等将来の健康社会にも影響を及ぼします。

高齢者の健康維持は当然ながら、幼児から全世代の健康に取り組みたいものです。

全ての人が健康寿命を1年延伸ばし、健康なライフスタイルを実現するためにまず「健康になりたい、健康を維持したい、健康で楽しく生きたい」という健康志向と「どうすれば健康を維持できるか、誰に聞けばアドバイスしてくれるか」を知る必要があります。

6) ヘルスリテラシー能力を社会全体で高める

ヘルスリテラシー教育は個人だけの話ではなく企業、行政にとっても健康経営は大事なポイントとなります。経営効率が上がるとされています。

医療や介護にかかれない、かからない等健康格差、これがそのまま医療費高騰へつながります。

また、貧困は健康に対する大きな脅威であることも念頭に置いて、誰人も置き去りにする事のない公平な社会の実現が望まれます。

例え現在病気を抱えていようとも障害があろうとも、より健康になる権利があります。

それには、平和でかつ身を守る住居があり、教育を受け、一定の社会保障を受け、社会的に良好な人間関係が保て、人並な食物や所得があり、女性特有の様々な健康問題を含めこれらを乗り越えるエンパワーメントが個人も必要であるが、社会こそが必要です。

加えて民族分断による紛争、環境汚染、地震や地球温暖化の影響か、自然災害が頻発しており生活破綻等個人や国を超えた地球規模の問題も噴出し、全てが健康社会に影響を与えている事も知らねばなりません。

今こそ将来のあるべき姿を想定し格差社会が進んでいる現在、1人も置き去りにすること無く社会全体で健康に取り組む必要が感じられます。自らの健康と全世代、全社会の人々が安心して協力しあえる国作り、街作りが喫緊の課題です。

7) 社会リテラシーの事例

「孤独」の国家損失は年間 4.9 兆円

2 年前イギリスのテリーザ・メイ首相は「孤独担当大臣」のポストを新設し、トレイシー・クラウチ氏を任命したことを発表した。

イギリス社会で「孤独」に困っている人のための総合的な政策を率いるという。

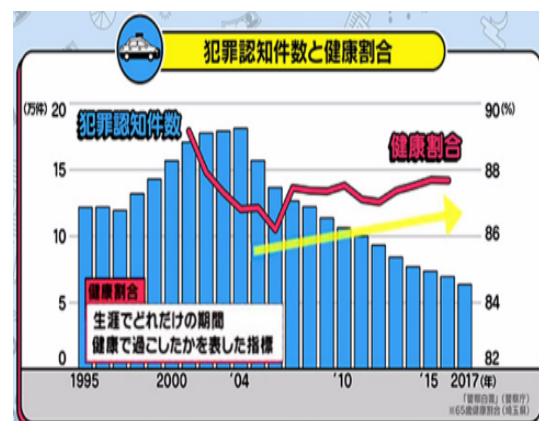
事例では、各部署が横断的に協力しあい地域の人たちが一緒に食事繋がりを生む地域コミュニケーションの取組みを紹介していた。日本の各自治体では地域包括支援センター等単独で取り組んでいるが、問題は引きこもりの方々の参加が少ないということを聞いている。これは個人の問題ではなく行政を含め横断的な組織で検討してゆく必要があるのではないのでしょうか。

8) 日本でも興味ある事例があった。

NHK が、お年寄りのべ 41 万人の生活習慣や行動のデータを AI で分析した結果読み解いた「健康寿命」を延ばすための 3 つの提言をしました。

読書習慣、ひとり暮らしのコミュニティ、地域安全などの施策が健康向上の大きな成果につながったとしています。図書館で読みたい本を探して歩き回り、知的な刺激を受け、過去の記憶が呼び覚まされるおかげか、物忘れが少なくなり「心が動くと体が動く」で実際に行動に移るとしています。

「地域の治安」が健康に影響するとも述べています。確かに他の報告でも格差の大きさが治安悪化の背景にあり、格差が大きい国のほうが富裕層を含めて死亡率が高いと報告されています。興味が持たれるのは、いずれも高齢者福祉課だけでは対応できない問題であることです。



9) 今から考えておかなければならない問題

「西洋の自死」ダグラス・マレー著 欧州における移民、難民の事例。

数十年にわたり大量の移民を受け入れてきた欧州で今、テロが頻発しています。伝統的な寛容という文化や価値観が崩れ、差別社会が生じ、貧困と食糧と教育の欠如が即健康に影響します。

「高齢化社会や経済成長」には必要だとの法案も通り、日本でも確実に同様な問題が発生して来ます。リテラシー（識字）力不足から生活や教育に支障を来とし、いずれ異文化との軋轢の問題もありますが、ここでは彼ら家族を含めた健康に関する問題も発生することに留意したいところです。

決して移民受け入れ反対と言うことではありません。世界市民として堂々と受け入れて、日本人は古来異文化をよく融合し独自の文化を作ってきた経験を生かし、誰人も分断することのない社会にして行かねばなりません。

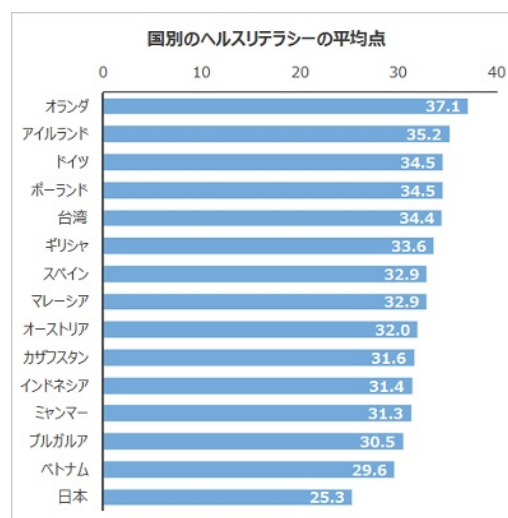
少子高齢社会でも、いくつになっても働く意欲のある人には職を提供し、子育て時代を含め女性の働きやすい環境を整え、人口減少にも ICT 導入等効率化をより推進し、無理に GDP を押し上げる政策をとらず、必要な社会保障が可能な社会を皆で考えてゆきたいと思います。

10) 日本はヘルスリテラシー力が低い

WHO2018 発表で“健康寿命”が男女合わせて世界 2 位にも関わらず、日本人の多くは“自分を健康だ”と考えている人が少なく、ヘルスリテラシーは欧州と比較して低いと報告されています。

自分は健康だの調査では日本は 34 カ国中最下位です。（右図）

European Health Literacy Survey (HLS-EU) に関連した報告ではヘルスリテラシーに社会格差のあることが指摘され、健康格差の是正と公平のために、その測定と介入を進める必要があるとされています。



聖路加国際大・中山和弘さん運営サイト「健康を決める力」
(<https://www.healthliteracy.jp/kenkou/japan.html>) より

ヘルスリテラシーを推進するに当たり、市民一人ひとりではなく、家族を含め健康作りを支える社会・労働環境の整備や自然環境の保全、生活環境の整備の中で社会全体で推進することが重要となります。

国民皆保険がしっかり根付いている日本で「病気になった時、専門家(医師、薬剤師、心理士など)に相談できる場所」を見つけるとの問いに、日本では 6 割が難しいと回答したのに対して EU では 1 割と差が開きました。

日本では少々疑問な点があっても医師や薬剤師に助言や意見を求めない傾向があります。インターネット上の健康情報は玉石混合で、来院や購入に“うまく誘い込む広告”も多々ありエビデンスは表示されていず、薬剤師や医療機関との繋がりとは必須でしょう。

プライマリーケアをより積極的に意識することで専門家との垣根を低くする必要があります。

組織からのサポートとして、いくつかの病院では歯科衛生士を配置し、入院後口腔チェック、スクリーニングリスク管理することで嚥下性肺炎の減少が紹介されていました。

地域での活動でも、独自に地域活動のヘルスプロモーション活動基準を作成し、自己評価を行っているという。ヘルスリテラシーは他の人との繋がりを広げる施策と言ってもよいかもしれません。

1 1) 重要なのが、ヘルスリテラシーの低い人へのセーフティネット

ヘルスリテラシーの低い人は、セーフティネットとして高い人と繋がりの保障がなされていることも不可欠です。繋がっている人を活用出来ることもヘルスリテラシーです。そのようなコミュニティを作り支援して行くことは市民、行政のリテラシーです。ヘルスリテラシーの能力の一つに、変わろうとしている人へ、その変化のステージへの介入方法と持続したサポートも重要です。

1 2) 批判的ヘルスリテラシーを身に付ける

アメリカでは、健康の社会的決定要因と健康の関係について学習し、批判的ヘルスリテラシーを身に付けるための組織 Just Health Action があります。大学の国際保健、公衆衛生、工学、都市計画などのコース、高校、クリニック、保健医療機関、公衆衛生部局などで教えています。

1 3) 米国のヘルスリテラシーの e-ラーニング

公衆衛生プロフェッショナルのための健康リテラシーのゴールは、参加者を健康リテラシーの基礎に導入し、公衆衛生実行内の健康リテラシーの重要性を示す事だ、としています。

このコースは、公衆衛生プロフェッショナルとしてする仕事において健康リテラシーの意義について考え、コースは、健康リテラシーの原則と戦略を講習参加者の毎日の活動に応用するために、実用的なステップを提供しているとの事。

1 4) ヘルスリテラシー「理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力」を全国に展開！

(提言 1) 全国的な地域、年齢、男女、生活スタイルを加味したヘルスリテラシーの測定のための尺度を策定する。(参考:ヘルスリテラシー測定尺度 HLS-EU-Q47 日本語版)

ヘルスリテラシーを測定し、地政学的に、生活様式別、性別、年代別等ヘルスリテラシーを測定し、個人及び市民リテラシー、文化リテラシー、メディアリテラシー等広く社会を含めた形でのヘルスリテラシー測定が望まれます。

重要なのは健康情報に基づいた適切な意思決定が困難な人々を支援するためのツールとしてのヘルスリテラシーの測定機能と数年単位に変化の推移評価が重要です。

(提言 2) ヘルスリテラシー教育を行う

保育・幼児から小中高及び世代毎の健康教育を行う(健康教育受講記録を残す)。

ヘルスリテラシーの聖域をなくし、正規非正規にかかわらず構成員、公的部門を含め、全ての団体組織に健康経営を徹底する。企業、受講者へのインセンティブも考慮する。

「学習支援のための Web サイト構築する」

学習支援の目的で、健康情報をアニメ化解りやすく、楽しく学べるサイトを提供する。

健康相談は対人をベースに音声やタブレット、FAX 等多様性を持たせると同時に AI 使い、質問の趣旨を正確に把握し素早く回答する。と同時にマスの傾向性を分析し各施策に生かす。

当然ながら個人情報のセキュリティ確保はって呈されるべきである。

(提言 3) ヘルスリテラシーの能力を有するヘルスアドバイザー資格を創設する。

対象は医療従事者のみならず栄養士、保健士、保育士、児童福祉士、福祉士、介護士、心理士、教師(養護教諭のみではなく)、民生委員、保護司及び公衆衛生や福祉などの行政に携わる全ての人等々に資格の取得を推進する。

ヘルスアドバイザーを交え、教育委員会、福祉課、高齢者支援、保健衛生課、交通安全部門等と先のヘルスリテラシーの測定を参考にした地域及び市民上のヘルスリテラシーを向上会議を行う。

目的は健康情報に基づいた適切な意思決定が困難な人々を支援するため役割の異なる行政の各部門をつなぎ市民や地域支援ネットワークを運営を含めてサポートする。

教育支援の目的で「ヘルスアドバイザー支援の情報 Web サイト」(日本版ヘルスリテラシーの e-ラーニング)を構築する。

例として米国疾患予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)が開発した e-learning プログラムがあります。公衆衛生の専門職が市民のヘルスリテラシーに関して正しい知識を持ち、専門職自ら市民のヘルスリテラシーを向上させるような適切な行動がとれることを目指した学習プログラムです。これを参考に日本の地域特性に合ったヘルスアドバイザー学習プログラムの作成が望まれる。

(提言 4) ICT 活用によるヘルスリテラシー向上 (プライマリーケアとのコミュニケーションツール)

★健康状態の見える化で自分の健康状態の把握と医師とのコミュニケーションツール

各自治体、医療機関ごとに所持している健康診断時の血液検査データや検診データを統合し、推移と医師の所見、健康への取り組みの目標と結果の見える化システムを構築する

事例：産業医と共同で開発した血液検査データを記録し、変化と目標と結果の見える化

(NINO システム社 健康増進支援システム)

★確かなエビデンスに基づき簡単な質問と測定でフレイルの早期発見の Web ツールの開発

事例：九州大学疫学研究所と共同作成されたいたフレイル度の見える化システム

(NINO システム社 フレイル予防通信簿)

★24 時間いつでもどこでもウェアラブルで健康データを記録、担当医と情報を共有し個人の健康管理と自覚症状が出る前にアラーム発信システム

事例：複数国、超 100 万人の血圧、心拍数、呼吸数、血中酸素、心電図、体力、血中糖度、血中アルコール度、BIA 分析の自動推測し監視するシステム

(VYVO 社 ICON、HERO EXTENCE の生体情報を送信し BIG データに統合、AI で分析)

※高齢者や過疎地の通院の光明の在宅診療と遠隔診療融合朗報か

★上記の少ない事例ではありますが、今後整えられるであろう、医療情報システムの統合の目的に遠隔診療或いは旅行先の診療、医療機関や薬剤師、福祉機関間の医療情報の交換コミュニケーションツール、個人のヘルスリテラシーの能力としての医療機関とのコミュニケーションツールとして効果検討する情報になるのではないかと思います。

ヘルスリテラシーを広く普及し、ヘルスプロモーションの恩恵を受け、少子化による人手不足や医療費の問題などを解決して世界の模範になる社会を作り、悠々と乗り越えて行きたいものです。

(提言 4)

未病活動の推進策について

坪井 清

【要旨】

「百歳時代」が現実的なものと実感される今日、誰もが「元気に百歳を迎えたい」と願っています。未病活動は、こうした健康寿命の延伸に不可欠なものと言えます。

これまでの古典未病では「未病を治す」のは優秀な医師にのみできるものと捉えられていました。しかし、百歳時代では医療費も嵩み、また繁忙を極める名医にばかり依存することはできません。一般人一人一人が「自分の医者」になることが求められます。

未病活動の推進がこうした個人レベルでの自発性に依存するからには、その推進にとって強い動機づけとなる効果的なインセンティブを付与することが求められます。また、昨今目覚ましく進展している ICT を活用した未病管理の推進も併せ行うべきと考えます。

1. 未病活動に効果的なインセンティブの付与

(1) 百歳を迎えた健康人への表彰と長寿の秘訣の共有

元気に百歳を迎えた、即ち介護制度に依存せず自立できる健康長寿者を地方自治体などが表彰するものです。具体的な表彰内容は、百歳健康長寿を目指すのに励みになるものを表彰者(各自治体など)が創意工夫して決めます。健康長寿者の認定は、医師による健康診断で行われます。経過的には「百歳長寿者」に加えて「九十歳長寿者」も対象にしてよいでしょう。

健康長寿の表彰式では、表彰受賞者に「健康長寿の秘訣」を体験談として披露してもらいます。それを関係のホームページなどで公表し、健康長寿の秘訣が社会で広く共有されるようにします。

(2) 高齢者スポーツ大会の開催

百歳、九十歳も含め広く高齢者(六十歳以上)を対象にしたスポーツ大会を地域毎に(できれば全国大会も)開催し、その参加そして上位に入賞することを目標に健康に不可欠な運動を習慣化させ、健康長寿に繋げようとするものです。

スポーツ種目は、高齢者にとり無理の無いものとし、参加者は医師の健康診断を受け参加を認められた者としします。

こうしてスポーツ年齢の長寿化が健康年齢の長寿化に繋がり、健康寿命の延伸が図られる、という好循環が期待されます。

(3) 歩数により保険料を優遇する医療保険の普及

既に商品化されていますが、「歩くことが健康に欠かせない」ということに着目して「一日平均歩数(8千歩など)を達成すれば保険料を一部軽減する」という医療保険があります。保険料の優遇というインセンティブで毎日の歩数を多くさせ健康増進に結びつけようとする試みです。

歩数の計測はウェアブル端末を活用するもので、アプリに体重も入力すれば歩く動機付けに一層役立つものと思われます。こうして「歩く」ことへの意欲なり意識が高まれば、日常生活でも自然と「エスカレーターやエレベーターを使わずに階段を歩く」ようになるでしょう。(図-1)

e-wellness データベースから推定する
日常の歩数と医療費の関係

単位：円

年齢	年間平均 1 日当たり歩数		
	低 (5000 歩 未満)	中 (5000 歩～8999 歩)	高 (9000 歩以上)
55 歳	99,781	74,892	41,177
60 歳	174,817	149,929	116,214
65 歳	249,854	224,965	191,250
70 歳	324,890	300,002	266,287
75 歳	399,927	375,038	341,324

「筑波大学久野研究室と慶應義塾大学駒村研究室 2015」による

(4) 健康寿命達成者の介護保険料の優遇

上記(3)の官製版として、健康寿命の達成者(現在 男性 72 歳、女性 75 歳)に対して介護保険料を半額に優遇し、更なる健康寿命の延伸のインセンティブとするものです。もともと健康寿命達成者は、それだけ医療費や介護費用を使わなかったわけですからそのご褒美として介護保険料を優遇してもよいとも言えます。この場合も「健康寿命の達成・維持」の認定には医師による健康診断が必須ですが、加えてその歳に至るまでの各年の所定の健康診断記録を「健康手帳」として保持していることを条件とすることも検討に値します。

(5) 生涯現役をサポートする施策

健康寿命の長寿化・百歳時代の到来に伴い「生涯現役」の実現を加速すべきです。人生 100 年も生きる経済的リスクに備えることのほか、高齢者が「現役として働く」ことで「社会の人と触れ、頭や気を使い、かつ足を使う(歩く)」ことになり、更なる健康長寿の効果が見込まれるからです。

高齢者の就業をサポートするものとして、次の就業に必要な健康状態が良好であることを継続して証明するシステムが要請されます。更に、高齢者の就業機会を確保するためには、高齢者の得意業務や希望職種とそれを受け入れる採用側のニーズを的確にマッチングできるシステムを構築、整備することが望まれます。

2. ICT 活用による未病管理の推進

1. で述べた各種インセンティブでは、その多くが「医師による健康診断」が要件となります。これらの健康診断やウェアラブル端末(IoT)を通じて得られる有意なデータは、「ビッグデータ」として収集・蓄積することが肝要です。そしてそのデータから AI を駆使して「未病から健康又は病気へ遷移する分岐点解析」を行い未病対策に役立つようにします。

健康診断の項目としては「自分の歯の本数」も含めるべきです。これは「80 歳になっても 20 本以上自分の歯が有れば食べる楽しみが味わえる」といった「80 20 運動」を勘案したアイディアで、健康長寿を支える上での必須データと考えるからです。

ICT の活用として、2018 年度の診療報酬改定で本来の「医師と患者との対面診療」とは別に「オンライン診療(遠隔診療)」～ スマホなどを利用したリアルタイムでのビデオ通話による診療～が新たに認められました。遠隔診療は、対面診療とは異なり病院などへの往復や待ち時間なども気にせずに割安の料金で受診できますので、未病診断にも活用してみるとよいでしょう。毎日の食事メニューを写真送信して食事診断をしてもらうのも効果的と考えます。遠隔診療は、初の導入でもあり実施面で様々な条件が付けられていますが、今後患者・医師双方に役立つ使い易い仕組みづくりが期待されます。

【結び】

本稿では「健康寿命達成者にその歳に至るまでの各年の所定の健康診断記録を『健康手帳』として保持していること」や「未病分野での AI の活用、オンライン診療」について提言いたしました。前者は「パーソナル・ヘルス・レコード」に当たりますし、後者は「新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動き」と捉えられます。

これらの点は、「未病」について盛り込まれ閣議決定された「健康・医療 戦略」(平成 29 年 2 月 17 日)の「はじめに(末段)」で指摘されているところです。併せて同閣議決定についてご確認いただくと幸いです。

(提言 5) 食育の役割 (新しい知見により食育を進める体制づくりを)

長野美根

(はじめに)

現在、日本では、国民がなんらかの形で医療保険制度に加入する「国民皆保険」が確立しており、国民健康保険や各種健康保険組合による健康診断の実施体制も充実しています。そのため、初期の疾病を早く発見することができ、さらに保健指導などにより、発症を予防するための注意喚起も行われるようになっていきます。

そのような体制のもとで、日本人の寿命は確実に伸びていますが、その長寿をもたらしている理由の一つに「食生活」があげられます。そのなかでも「日本食」は、使用される食品の種類が多く、調味料をはじめ腸内環境を整える発酵食品も多様であること、また、「和食」がユネスコ無形文化遺産に登録されたことから、世界の人々の関心を集めています。

しかし現実には、決して現在の日本人の食事が本当に健康的な食事であるとはいえません。それは、昔の日本の食事についても同様です。もう一度、食事を食育というデータという面より見直し、食育システムの再検討の重要制を提言させていただきます。

1) (動物と人による知見より)

たとえば 1960 年から 2005 年までを 15 年ごとに区切り、その年に食べられていた食事を調理して凍結乾燥した後に、マウス（老化促進マウス）の餌に 30% 添加し 48 週間摂取させました。すると、1975 年の食事が、最も老化を抑制することがわかりました。さらに、軽度肥満者 (BMI24~30) 60 名と、健康な人 32 名を、1975 年型の食事を食べるグループと、現代型の食事を食べるグループに分け、1 日 3 食、28 日間にわたって摂取してもらう研究も行われました。その結果、1975 年型の食事を食べた軽度肥満者グループでは BMI が明らかに減少し、糖尿病の指標であるヘモグロビン A1c は減少傾向に、善玉である HDL コレステロールは増加傾向になりました。また、健康な人のグループでは、1975 年型の食事を摂取したほうが、現代型のグループに比べてストレスが軽減され、運動機能が向上しました。

なぜ、このように 1975 年の食事が健康によいという結果になったのでしょうか。1975 年型の食事の特徴は ①主菜・副菜を合わせて 3 品以上になるように、また多様な食材が少量ずつ使用されている ②調理法では「煮る」「焼く」「蒸す」「生」が多く、食用油を多く使用する「揚げ」「炒める」は少なかった ③食材では大豆・魚介・野菜・果物・海藻・きのこ・緑茶を多く摂取している ④調味料はだし汁・醤油・味噌・酒・みりんなどの発酵調味料が多い、などがあ

げられます。

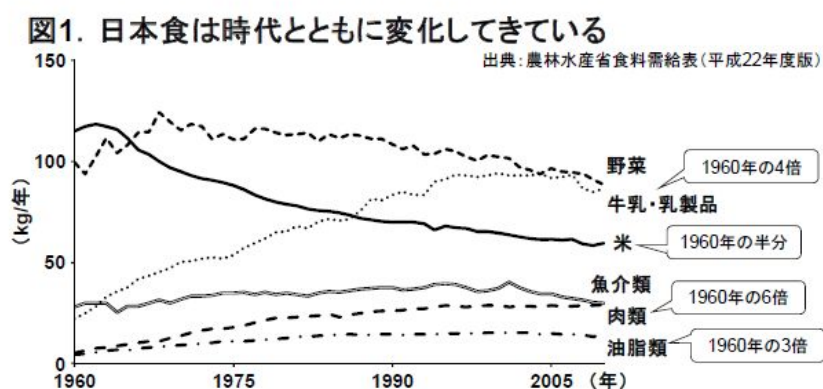
この結果を裏付けるように、1975 年当時に多用されていた日本酒、味噌、醤油などの発酵調味料の消費は、まさに 1975 年前後をピークに、現在までにそれぞれ約 1/3、1/2、2/3 に減少しています。これらの調味料には炎症を抑制し、腸内フローラの環境を整えるペプチドも含まれており、日本人の健康を支えてきたと考えられます。

このように、40 年前の日本食が現代よりも健康によいことや、調味料使いの変化など、科学的に検証された結果を、食育の現場に役立てていくことが、今求められています。

では、「40 年前の食事をどの世代の人も作ることができるか」となると、それは容易ではありません。たとえば現在は、だし汁はインスタントを使うことが圧倒的に多くなっています。そのような状況で食育を推進するためには、さまざまな世代に対して、1975 年当時の食事に代表されるような健康によい食事作りを提案、指導できる拠点づくりが必要です。たとえば、人が集まりやすいターミナル駅やショッピングセンターなどに、講義室や調理実習室を設置したり、既存の料理学校との提携を考えるのも一法でしょう。

また、実際に栄養指導にあたる役割は、保健所や行政の所属栄養士が中心となりますが、この体制にも近年は新しい課題が生じていると思われます。それは、科学の発展により、栄養学をはじめ学問的に新しい知見が次々と明らかになる一方で、それにキャッチアップしきれていない栄養士も見られることです。その背景には、栄養士には免許更新制度がないこともあります。栄養士が継続的に指導を受けられる拠点を設けるためには、行政が近隣教育機関（大学など）と提携することも視野に入れる必要があると思います。

(図-1)

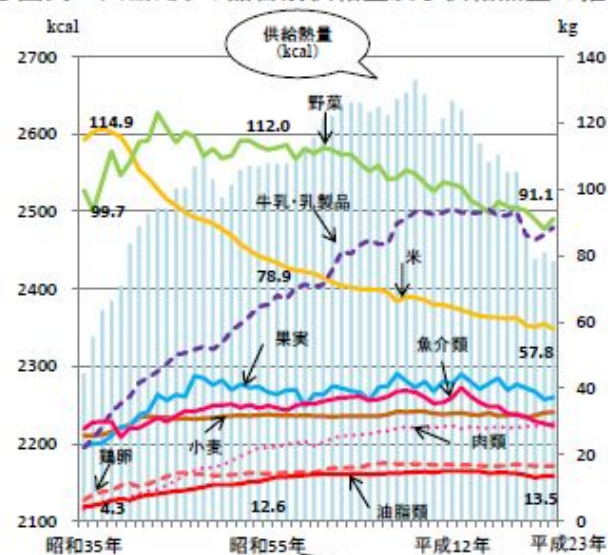


＜出典：日本農芸
化学会 2013 年度
大会トピックス
賞 レジューメよ
り＞

http://www.jsbba.or.jp/wp-content/uploads/file/award/2013/topics/49_2A20a01.pdf

(図 2)

○国民一人当たりの品目別供給量及び供給熱量の推移



資料: 農林水産省「食料供給表」

注: 1) 国民一人一年当たりの供給量は、

国民一人一年当たりの供給純食料

2) 供給熱量は国民一人一日当たりの値

3) グラフ中の数値は、米、野菜、

油脂類の昭和35年度、55年度、平成23年度の値

「日本型食生活」
が形成

(図-2) は昭和35年より平成23年間の日本人の摂取熱量の推移を現したものであるが

近年の品目別供給量は、肉類、牛乳・乳製品、油脂類が増加傾向であるのに対し、米、野菜、魚介類が減少傾向にあり、総エネルギー摂取量(供給熱量)も減少している。

(出典: わが国の食生活の現状と食育の推進について 農林水産省)

http://www.maff.go.jp/kanto/syo_an/seikatsu/iken/pdf/h250521hamamatsusiryou2.pdf

2) “危ない健康法” への警鐘も食育の役割

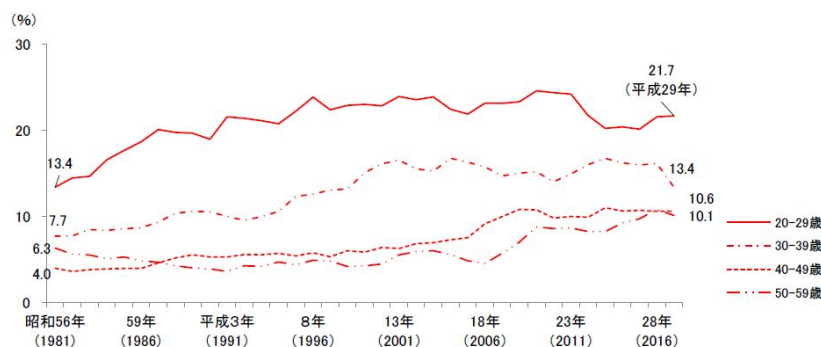
2015 年食事摂取基準から、全エネルギー摂取量に対して、たんぱく質摂取割合が 13~20%、脂質摂取割合が 20~30%、炭水化物摂取割合が 50~65%となるように目標量が定められています。しかし最近では、「低炭水化物」がよいという情報が多く露出し、極端な「低炭水化物ダイエット」による悪影響が問題視されています。

肥満になると、脂質異常症、高血圧症、糖尿病などを発症しやすくなります。その結果、動脈硬化症から心筋梗塞や脳梗塞が引き起こされます。日本における死因は悪性新生物(がん)のほか、心疾患、脳血管疾患が高い割合を占めているため、肥満の予防が重要であるのはたしかです。しかし日本では、肥満とされる BMI25 以上は全体の約 19%、BMI30 以上はわずか 3%程度であり、先進国の中では最低レベルにあります。また、日本人の一日の総エネルギー摂取量は 1975 年から減少傾向にあります。肥満者が少ないことはよいことですが、やみくもに「やせ」をめざす風潮には疑問を持たざるを得ません。

日本では新生児の出生体重も 1975 年から徐々に減少していますが、この現象には若い女性の「やせ」志向も影響していると考えられます。さらには、低体重で出生した子どもが、20 歳台

でメタボリックシンドロームになるという問題も起こっています。成人の肥満防止は今後とも考えなければいけませんが、同時に妊娠中の適正な体重増加についても、啓蒙が必須であるといえます。

図 19 やせの者(BMI<18.5 kg/m²)の割合の年次推移(20~59 歳、女性)



(図-2)

女性の「やせ」の割合は、近年特に 20 代、30 代で大きく増加している。

(出典：平成 29 年 国民健康・栄養調査

の概要 厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf>

3) 学校を保護者・子ども・地域の食育の場に

日本では小学校や多くの中学校で学校給食制度が実施されています。保護者は食材費の負担だけで、栄養価に優れた食事が提供され、「地産地消」が多くの地域で実践されるなど、世界の中でも特筆すべき制度だといえます。

ただし一方で、保護者によっては、学校給食があるからと、家庭での朝食や夕食がなおざりになるケースも見られることが危惧されます。保護者をはじめ、児童・生徒自身も「食」の重要性を学習していく必要があります。

にもかかわらず、心配されるのは、小学校・中学校での生活科や家庭科での調理実習の機会が減っていることです。児童、生徒数の減少により、専任の家庭科教員がいなくなり、非常勤講師が授業を担当している学校が多くなっています。必然的に実習をともなう「食」に関する授業が減少傾向にあるのです。この問題を解消するためには、複数の教員が協力して多様な形で指導する TT (チームティーチング) 制度を導入したり、また長期休業 (夏休み、冬休み、春休み) 中に学校の調理実習室を使用し、児童・生徒に「食」についての実習を伴う学習の機会を計画することも有効でしょう。さらには、調理実習室を、授業で使わない時間帯に一般に開放し、地域における「食」の拠点とするなど、柔軟なアイデアを実現していくことも必要ではないでしょうか。

（提言 6）

人生100年時代を迎えて「未病の日“12月17日”」を国民的行事にしよう！

尾山重美

日本未病システム学会は、25年程前から“未病”の研究やその啓蒙活動に邁進されており、その基点となる記念日を先駆者である17世紀の儒学者貝原益軒の誕生日“12月17日”を「未病の日」として制定されております。これからは誰もが“人生100年時代”の到来に備えて自分の病気は未病の初期からその改善に着手し健康寿命を延ばせる時代となりました。国民が健康づくりに取り組む義務は、健康増進法第二条に定められ、その成果である寿命の延伸は個人はもとより、家族、社会の幸福度をはかるバロメータとも言われ、更には、“次世代への最大の贈り物”であることを思慮すれば、人類最大のテーマと言っても過言では無いと考えております。



（貝原益軒 1630年12月17日誕生）

昨今の超少子高齢化の進展に伴って、健康への関心は高まりつつあるものの、その旗印となる“未病コンセプト”は未だ低いと言われ、画一的な国民的総出の取り組みが叫ばれております。折しも、これからの2025年問題、或いは政府の2040年目標である「健康寿命2年延長」

等は必ず達成すべき大目標であることを鑑みれば、併せて「未病の日“12月17日”」を国民的行事として制定することで国民の健康への関心は更に深まり、全国的な取り組みや各種イベントが波状的に展開・推進されていくものと思われます。



（貝原益軒 83歳の時完成した養生訓 約10万字）

因みに、隣国中国では2008年より国指導による「未病治療センター」が全国17省市で57カ

所に設置され、これからの“大・少子高齢化社会”に向けての備えが既にスタートしております。

又、アジアの糖尿病人口は、20～79歳で糖尿病にかかる人の割合は世界平均8.5%であるのに対し、東南・南アジアは9.3と高い水準にあります。（世界銀行統計）

日本は経済大国のみならず健康寿命の先進国であることを思慮すれば、これらのリーダー国としても“未病への取り組み”を大々的に取り上げ、これらの国民的行事への制定はもとより各国の模範となるよう強く押し進めていく必要があると考えます。

生活習慣病の最大の根源と言われる“喫煙”、並びに“飲酒”等は未病対策の最大のテーマになっていくと思われます。

現在の学生達の飲酒経験者は、中学生16%・高校生29%、紙巻タバコの経験者は中学生2.6%、高校生5.1%と言われます。

一方、大学での全面禁煙率は未だ20%程度で、国の試算による“たばこ害”は総損失2兆500億円（2015年）と推定されております。

又、現在、中学と高校の学習指導要領に「がん教育」が盛り込まれ、全国の学校で“がんの授業”が始まっております。近い将来には“未病学”への取り組みが必須科目になると考えますが、少なくとも生活習慣が大きく変貌していく節目になるであろう「成人の日」や「還暦、或いは会社等で定年を迎えられた人達」に対してはこれらの未病学を率先して学習し、理解して頂く必要があると考えます。

未来を託す世代の「成人の日」は禁酒・禁煙が解禁となる節目の年齢であり、併せて、生活様式が変化していくタイミングでもあることを思慮すれば、自らの健康づくりに対する義務、更にはその基礎となる“未病”に対する知識をより深めて頂く必要があります。その為の施策として、各市町村等で開催される成人の日には、必ず、未病に関する”基調講演・学習活動”の実施を、強く求めます。

また、還暦を迎えた人達は、戦後の日本文化・経済を支えてきた功労者であると同時に、これからの熟年ライフのターニングポイントを迎える人達であります。

彼等はこれからの人生100年時代を迎えるに当たり自助・互助・共助・公助の社会福祉システムと密接に関わりながら、自らの健康寿命を設計していく当事者であり、健康寿命延伸を達成すべきスマートシルバーGpであると同時に今後の福祉厚生行政成否のカギを握る世代です。

これらの人達への啓蒙活動は、これからの社会保障システムや医療・介護・食文化等において大きく影響を及ぼすことに思いを致せば、今一度この節目に、自らの健康づくりに対する義務付け、

並びに未病に対する見識・関心を深めて頂く必要があります。

具体的な施策としては、現在、家族・仲間・故郷等で執り行われている“(祝) 還暦長寿”を全国的な“一斉祝賀行事(仮称 還暦大祭)”として格上・普及させ、「未病の日」の記念日に併合することで、より深化した長寿・健康寿命への取り組みが現実味を帯びて来るものと思われます。

況して、これらの行事は、故郷の仲間同志で執り行われることも多いことから、故郷との交流の後押しをすることに繋がり、更にはその“架け橋”となり、地方創生の一端を担う可能性が極めて高いと思われます。

“未病の日”を基軸とした年次毎の取り組みは国民の健康増進への意識改革やその起爆剤となり、これらは“未病コンセプト”の資産としてスパイラル状に積層化して行き、国民の健康寿命の延伸を生み、福祉財政上の節減・効率的運用のみならず、これからの日本社会における世代間の調和と絆を強めながら、究極の「少子高齢化対策」の力強い礎となります。更には、中国をはじめ、より一層潜在化する各国の“少子高齢化施策の嚆矢”になると確信致します。

図式1に、「“未病の日を国民的行事にする”ことの効果、並びにその可能性」を示します。

又、図式2には、「未病の日を基軸とした“未病コンセプト”の浸透と政策予想」を示します。

[参考資料]

「日本経済新聞」日本経済新聞社



12月17日が「未病の日」に制定されました。

未病とは放置すれば病気になる状態を指します。

現代では「自覚症状はないが検査では異常がある状態」と

「自覚症状はあるが検査では異常がない状態」を合わせた状態を指します。

暴飲暴食をさげ、自分で体調管理に気をつけ、病気にならない生活を

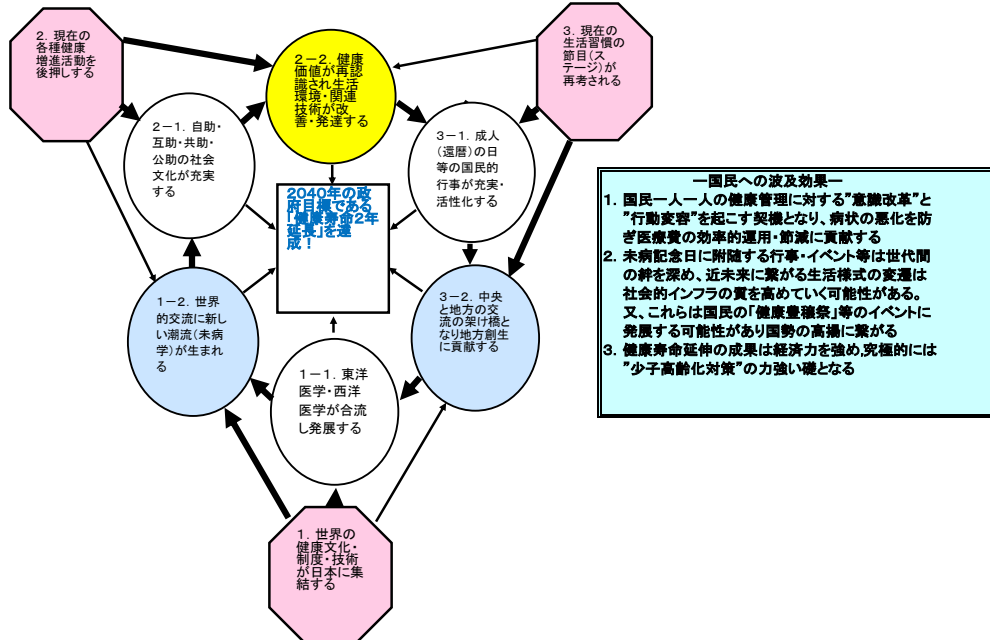
一般社団法人
日本未病システム学会

詳しくはこちらから
<http://www.j-mibyouto.or.jp/mibyotowa.htm>

(日本未病システム学会が制定した「未病の日」のチラシ)

図式1

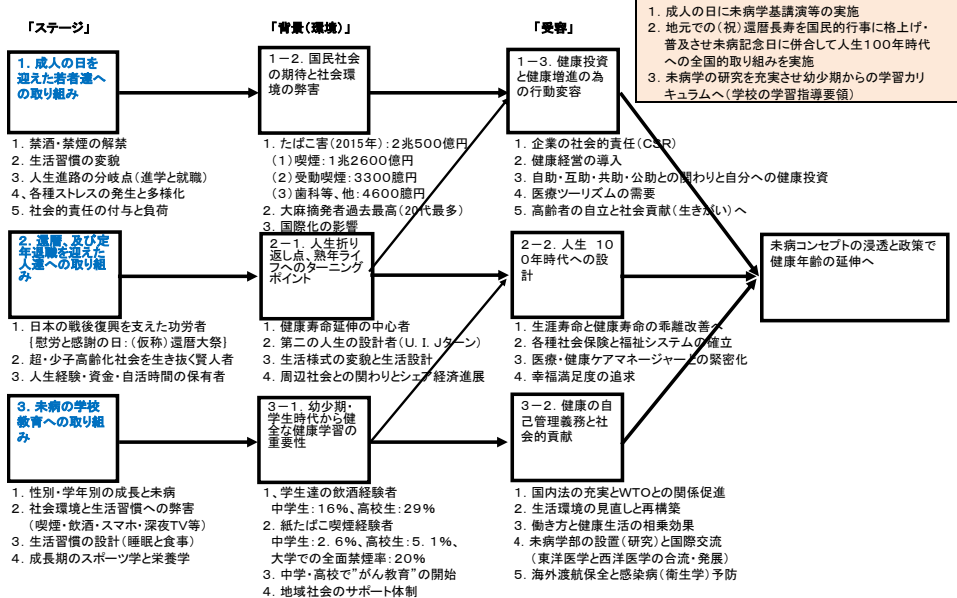
「未病の日を国民的行事にすることの効果、及びその可能性」



図式2

未病の日を基軸とした「未病コンセプト」の浸透と政策予想

一健康年齢延伸は未来社会への最大の贈り物一



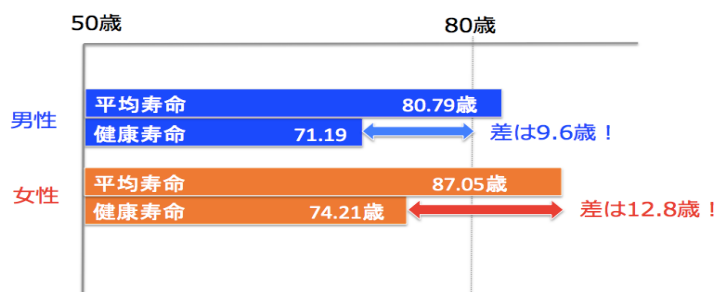
(提言 7)

未病ケア食品（サプリメントなどの機能性食品）の育成と普及

早乙女和雄

(要旨)

超高齢化社会へ突入した日本で、平均寿命と健康寿命の差が社会保障費の増大に拍車をかけています。最近の科学的研究によっても示されているように、適度な運動や睡眠、それに食事内容の偏りなどの生活習慣を改善し、バランスのとれた食事内容にするとともに、食品の持つ機能性を正しく理解し、補助的にサプリメントなど機能性食品を有効に利用することは個人の健康に貢献するばかりでなく、社会保障費の削減などの大きな効果も期待できます。



食品の新たな機能性表示制度が2015年4月から施行されました。この制度は、米国のダイエタリーサプリメント（栄養補助食品）の表示に関する制度（栄養補助食品健康教育法）を参考にされ、教育という言葉が入っているように、国民を教育することが大きな目的です。今回の日本の機能性食品表示制度も、食品の機能性を表示することで国民自らが健康情報を学び、健康に対する関心を高めてもらい、健康寿命の延伸につなげるのが大きな狙いです。同時に人生の初期段階での未病教育、つまり学校教育の中で未病ケアの概念を認知させ、未病ケアの大切さを知らしめることも大切です。

米国の医師、看護師のサプリメント利用状況

—米国CRNによるHealthcare Professionals Impact Study (2007)の結果—

◆調査対象：医師900名、看護師277名

	医師 (n=900)	看護師 (n=277)
サプリメント利用率 (常用、時に利用、季節の変わり目に利用)	72%	89%
サプリメント常用者の割合	51%	59%
患者に対するサプリメントの推奨経験	79%	82%

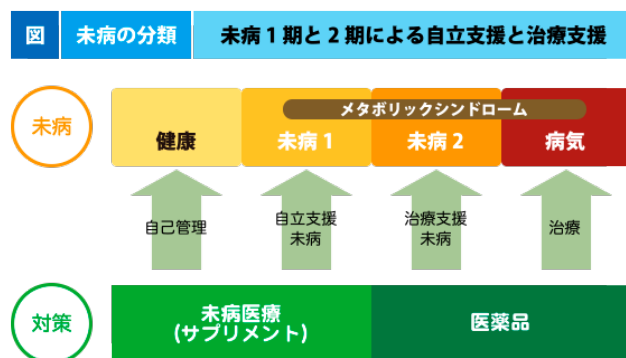
	HCP Impact Study 2007 医師 (n=900)	HCP Impact Study 2007 看護師 (n=277)	NHANES 1999-2000 成人 (n=4882)	CRN Consumer Confidence Survey 2007 (n=4882)
サプリメント利用率 (常用、時に利用、季節の 変わり目に利用)	72%	89%		68%
サプリメント常用者の割合	51%	59%	全成人の62% 40-60歳の65% 65歳以上の62%	62%

NHANES: National Health and Nutritional Examination Survey
出典: Nutrition Journal 2009 8:29 Dickinson et al.

ダイエタリーサプリメントを使うとどの位医療費の削減につながるのかという調査結果が2013年に米国で発表されました。米疾病管理予防センター（CDC）によると、米国で医療費の約75%を占める冠動脈性心臓病（CHD）、糖尿病によるCHD、加齢による眼病、骨粗しょう

症の4大疾病について調査した結果、55歳以上の人の各々の発症リスクを約10～20%

低下させる可能性が期待できると報告されました。サプリメントによって医療費が削減される可能性は非常に大きいと思われます。



また患者がサプリメントを選ぶ上で最も重視している点について北海道大学など 5 大学と大手ドラッグストアが共同で行った「サプリメントの関するアンケート調査」によると、「医師」「薬剤師」などの医療関係者の意見を重視する人が多く、「医師」や「薬剤師」からの推奨が

大きな影響を与えることから、サプリメントなど機能性食品の推奨を後押しする制度、2017 年に中医協で話し合われた薬を出さずに生活指導する場合のほうが保険点数を高くなる制度の推進が期待されます。薬を服用している患者が主治医の指導の下でサプリメントなど機能性食品を上手に利用すれば薬を減らすこともできると同時に、特に高齢者の多剤併用による有害事象に対する減薬は有効だと考えられます。

さらには消費者がサプリメントなど機能性食品の摂取にメリットを感じられるように、OTC 医薬品の医療費控除制度と同様に、サプリメントなど機能性食品の購入に対するインセンティブとしての税の優遇措置が求められます。

以上未病ケア食品としてのサプリメントなど機能性食品の育成・普及を図るため、以下の 3 点を提言いたします。

- 1) 「未病教育の実施」ー幼児期からの学校教育の中での教育が必要
- 2) 医師、薬剤師など医療関係者がサプリメントなど機能性食品を推奨できる制度の推進
- 3) 消費者のサプリメントなど機能性食品の摂取を後押しするインセンティブの実施

(提言 8) 世界共通用語としての Mibyou を

福生吉裕

未病が多くの方に膾炙される時代となって来ました。その中には未病の概念そのものや英文表記や発音に若干の違いのある未病も出て来ました。

将来、未病が国際用語として取り上げられていく世界を想定して、混乱がないようにその正しい呼び方を提言したいと思います。

「未病」を読める人種の方は漢字文化圏の日本、中国、韓国、台湾の人々が主にこの未病を発音することはできます。私達日本人はミビョウと発音しますが中国と台湾ではウェイビン、韓国ではミビョンと発音します。それぞれのお国の発音です。

実はこの呼び方を巡ってはすでに 2003 年に国際学会で検討されました。それは横浜パシフィコで開催された第 7 回アジア・オセアニア老年病学会でのシンポジウムの一つであります「未病シンポジウム」で検討されました。(図-1)

パネリストには中国、韓国はじめ漢字文化圏でないタイ人、アメリカ人も参加しておりました。少子高齢社会を迎えようとする時代に先駆を切ったシンポジウムでありました。



そこで開催国の日本は未病を Mibyou と表記することを提唱し、中国、韓国も一応 Mibyou で同意して頂きました。なぜならこの時代、中国、韓国では一漢字としての「未」も「病」も使って知ってはおりましたが、「未病」となるとそのはっきりした概念は当時はなかったのです。

それに比べ、日本では日本未病システム学会により、1995 年に Mibyou という呼び方はすでに統一されておりました。当時の中国では未病に相当する状態を「亜健康」として呼んでおり、殆どの

医学関係者はじめ人民の方々は「未病」とは日本人が勝手に造った造語と信じていたからです。

時を経ること3年半、2007年8月、ハルピンにて中国中医結合活血化癥学会が持たれました。この学会のシンポジウムで中国の医学者達はこの未病についてしっかりと向かい合ってきました。

未病という言葉は7世紀に中国での勉強を終えた遣隋使、遣唐使らにより日本にもたらされた概念であると学習していたからです。大会長である日中友好病院の史載祥教授との合意により日本ではMibyou, 中国ではWeibin と発音しようと締結されました。（写真2）それが日中未病医学国際語宣言として記録に残されております。共創互惠の精神で日本と中国はこの未病をより深化させて行こうという事になりました。

韓国では2012年 韓国国立東洋医学院 (KIOM) の主催の下、日本、中国、台湾の未病研究者が集まり未病シンポジウムがもたれました。各国の未病の概念が紹介され、未病研究で先行している日本の概念が理解されております。また席上中国では2008年に「治未病センター」が既に全国に設置され活動していることを報告しております。

韓国では未病表記を Mibyeong と発音することを発表しました。

国際用語として未病を用い、表記は日本 Mibyou. 中国、台湾 Weibin, 韓国 Mibyeong となりました。

今、日本では第二の未病ブームを迎えております。しかし、異質で粗雑な英文表記の未病が巷にあふれ出ているように見えます。将来を展望するにあたりまして、国際的にも歴史的にも明確に学会を通して認知されております未病の正しい英文表記や呼び方は重要です。このことを再確認する時期に来ているのでは内でしょうか。Mibyou を正しい未病の英文表記として提言いたします。



(写真-2) 2007年8月26日に開催されたハルピンでの日中合作学術会議

(国際中医結合活血化癥学会) 未病は日本では Mibyou, 中国では Weibing と発音することが決まった)

(提言 9) ユニバーサル・未病・カバレッジ構想の提言

(未病は東アジアの国々の共通の資源)

福生吉裕

日本、中国、韓国、台湾の東アジアでの未病システム連携を提言致します。

これまでも述べられておりますが、今や、人口の高齢化や老年人口の増加、それに伴う少子化は日本に限らず、全世界的状況で大きな課題となってきました。

さらに、少子化に関しては2014年時点で、東アジアにおいて日本、韓国、台湾、中国など4か国の合計特殊出生率は、すでに人口安定に必要な2.1を大幅に下回って来ています。この状態が続けば、東アジアは世界に先駆けて少子高齢化による連鎖で共に社会保障制度の破綻の到来が如実に迫っていることになります。

一方、グローバル経済の背景の下、これらの流れは一举に東アジア各国の経済問題として波及しかねません。そこで直面する共通の高齢社会の問題に対し、日本、中国、韓国、台湾の東アジア諸国は運命共同体としての意識を高め連携して取り組むことが重要と考えられます。

WHO は経済上の問題での健康保障が難しくなる人々をなくすため、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ運動を進めており、多くのプロジェクトを作ってきました。それは意義のあることですが、現在の未病を理解出来る東アジア諸国の共通の問題は少子高齢社会での国民皆保険制度の継続に対して危険水域の状態に落ちている事が問題です。これが直面する課題です。

そこで東アジアに合った「ユニバーサル・未病・カバレッジ運動」の推奨を提言致します。

(ユニバーサル・未病・カバレッジ運動)

日本では25年前より健康と病気の間未病に注目し、学会が出来ております。この学会で科学的にアプローチを行った未病ケア関連業績が蓄積されております。未病と言う第三の身体状態としての未病その存在が理解しやすく、日本がすでにとってきた未病対策を東アジア諸国にシステムとして輸出することは、少しでも東アジアの健康連携にとって安心材料に成ります。

まず、未病という漢字が理解出来る東アジア諸国間に日本が育んできた未病システムを提供することです。

その第一として未病リテラシーの普及です。各国に合った未病の呼び名での普及です。日本はmibyou、韓国はmibyoen、中国、台湾はweibin、です。

これを即刻に共通の言語として認知し、普及を図ることです。それぞれ各国の国民の間で呼ばれ

てきた歴史の尊重です。協調が重要です。神奈川県黒岩知事が行おうとしている Me-byo での統一は根拠が無く、押しつけに過ぎず返って諸外国から反発を招く軽挙妄動的暴挙と言えます。

第二として、日本未病システム学会の「現代未病」の概念（提言 2 参照）の普及、浸透です。科学性に基づいた未病の概念が基本となります。東アジア各国での研究者による研究会、学会の設立も望まれます。

第三として日本が制度化したストレスチェック制度、機能性食品制度、検体測定室制度、かかりつけ薬局制度、一般薬の税還付制度これらの紹介も未病システムとしての定着になります。

第四はソサエティー 5 に通じる「未病の見える化」を支える IoT, ビッグデータ活用による未病の AI 事業、“あるく保険”が出来た未病保険制度の紹介などが考えられます。

高齢社会のトップを走る日本が、問題解決の重要なツールとしてこれら未病ケア業績を東アジアの国々と連携し、WHO などの国際機関の協力も得ながら、共に東アジアの国々に情報発信する機構が出来ることは有意義だと考えます。未病を東アジアの国民に取って共通の資源と言えます。

そこで東アジア未病共同体機構の推進を提言の一つに加えたいと思います。



〈各国との連携の現状〉

中国 長春中医薬大学を中心として、中国未病学会を立上げております。

韓国 韓国国際東洋医学院 (KIOM) Lee 教授、釜山大学教授に韓国未病システム学会の設立委員を依頼 2018 年

台湾 台湾領事館に台湾での未病フォーラム開催の依頼し台湾大学で台湾未病フォーラムを開催した。2019 年 1 月 13 日

〈参考資料〉

- 1 世界の高齢化率と予測（内閣府 HP 平成 26 年版高齢社会白書より）
- 2 「未病と抗老化」第 24 巻（2015 年 6 月）福生吉裕「積極的未病主義」
- 3 「未病と抗老化」第 25 巻（2016 年 6 月）福生吉浩「未病の概念は東アジア 4 国の共通の資源」

一般社団法人 日本賢人会議所 未病タスク委員会

座長	福生 吉裕 (.)
メンバー	渥美 豊太郎 (.)
	井上 哲 (.)
	尾山 重美 (.)
	小林 正博 (.)
	早乙女 和雄 (.)
	坪井 清 (.)
	長野 美根 (.)