

報告

マインドフルネス認知療法の原理に基づく新しい食事と運動アドバイス

—治療薬の服用が不要になった境界型糖尿病患者の事例を中心に

大賀英史 (独)国立健康・栄養研究所 国際・産学共同研究センター
Ohga, Hidefumi

はじめに

従来の食事指導、運動指導においては、食事を制限したり、運動量を増やすなど、意図的になにかを行わせる指導が中心となり、その実施および継続が困難であることがしばしば指摘されてきた。本稿では、従来とは逆に、制限を設けず義務感をもたせないようなアプローチについて、実際に体重と血糖値が大幅に減少した境界型糖尿病患者の事例とともに報告する。

対象者と方法

対象者は、施設メンテナンス会社勤務の男性(60歳、以下H氏)である。54歳のときに国立高度専門医療センターの一つであるA病院にて境界型糖尿病と診断され、以後数回にわたって食事指導を受け減量を実践したものの、リバウンドを繰り返していた(表1)。

平成19年6月、H氏はA病院において体重を少し落とすように医師から指示を受けたものの、過去のリバウンドの繰り返しを思い、意欲が出ず、加えて血圧が上昇して立位時にめまいを感じていた状態であった。そのような折、顔色のよくなかったH氏に筆者が、自身が作成したメタボリック症候群に関する講演資料を紹介したところ興味をもたれたことから、食事指導を行い、同時にウォーキングを中心とした健康づくりサークルへと勧誘した。以後、平成20年1月までの約6カ月半に

表1 事例のプロフィール*

身体計測値	身長167.8cm, 体重88.8kg, BMI31.5kg/m ²
家族構成	妻との2人暮らし(長男結婚し独立)
仕事内容	施設メンテナンスの会社で部下40人ほどの現場統括者。管理業務であるため身体活動量は事務職と同程度。
現病歴	糖尿病(過去の検査値は表5に示す)。血圧は134/70mmHg(服薬中)
通院頻度	定期的な検査のため約2カ月に1回
服薬歴(内容)	糖尿病治療薬(ジベストB錠)50mgを毎日朝・夕食後に各1錠、高血圧薬(プロプレス錠8)8mgを朝食後に1錠、それぞれ約6年間服薬
喫煙習慣	40年前より平均40本/日
栄養指導	糖尿病と診断された年に数カ月おきに数回、その後、6年間で2度ほど受ける。

*観察開始前の平成19年6月20日現在の状況

わたって経過観察を続けた(現在も継続中)。

●指導内容

食事

以下の点を指導した。()内は、補足的に説明した内容である。

(1) 食事量、飲酒量、エネルギーなどの数値にあまり神経質にならず、「好きなものを好きなときに好きなだけ」食べる。(指導内容を遵守しようとするあまり、禁止や抑制によるストレスがかかり、その解放のために過食や高エネルギー食の摂取をしがちになる。ここでいう「好きなもの」とは、そうした行動を防ぐため、「好きなものでも“多くなければ”よい」という意味。また「好きなとき」

表2 観察開始前と後の食事および身体活動の状況

食事状況	
開始前	朝食：出勤途中にターミナル駅でてんぷら入り立ち食いそば。昼：勤務先施設内の食堂などで定食1人分を完食。夕食はご飯2杯と栄養バランスを考えた主菜、副菜。間食はとくになし。飲酒は週2日の休肝日の指導を守り、夕食外食時（約週2回）は瓶ビール大2本、焼酎大コップ2杯程度で、自宅では瓶ビール大1本、焼酎大コップ2杯程度。
開始直後	朝食および昼食 コンビニの弁当1個とおにぎり2個。おにぎりは、昼食時に、朝の残りの弁当で足りなくなった白米を補うために食べたが、次第に2個が1個になり、そして購入しなくなった。夕食は自宅時および外食時（週2程度）の内容は変わらず、量的には半分へ減量。飲酒量は変わらないが、外食時の飲酒後のラーメンは食べなくなった。
6週間経過時から現在	朝食および昼食：味わう食べ方によって観察開始直後の量では次第に多いと感じるようになり、弁当専門店での惣菜を4ないし6種類と大きめのおにぎり1個の購入に切り替え、朝・昼2食で完食。それ以外は開始直後から変化なし。
身体活動状況	
観察開始前	通勤時に自宅と最寄り駅の間を徒歩（片道15分程度）。運動はとくになし。
開始後から現在まで	8月から毎週土・日の早朝ウォーキングのサークル（60歳前後の男性を中心に毎回7人ほどが参加）に加入し、1km10分の速度で約1時間の歩行と、体操20分とストレッチを10分するメニューにほぼ全回参加。8月なかばから、通勤時に勤務先とターミナル駅の間を約40分かけて、景色や空気を味わうことを意識するウォーキングを自主的に実施。出勤前と帰宅時にストレッチや体操を約15分。週末早朝と通勤時の歩数の平均は、1日約14,000歩。

とは、「空腹に耐えて血糖値が下がりすぎると反動で食べ過ぎる」のを防ぐため、食べたいと思ったときに食べられる状況なら、回数を分けて食べるという意味。さらに「好きなだけ」とは、満腹するまでではなく、気持ちが満たされればやめるという意味。）

(2) 食事の前と途中に、深呼吸を行い、ゆったりとした気分になって食す。（副交感神経が優位になり、消化も促進する。）

(3) 食事の味を「味の余韻を聴くように」して味わうことに集中する。味覚以外の五感もフルに働かせ、食事の最中に入ってくる感覚情報（香りや色）も味わうようにする。（そのことで脳が“たくさん食べた”と誤認し、また嚙む回数も増える。）

運動

(1) “健康づくりは仲間づくりから”ということで、H氏の居住地が筆者と近かったことから、8月から毎週土曜および日曜の早朝は、筆者が主宰する早朝ウォーキングサークル（H氏と近い年齢の男性仲間約7人が参加）にお招きした。運動量は表2参照。ウォーキング終了後に喫茶店で会話も1時間ほど楽しむプログラムである。

(2) 日頃の歩行時も、歩数や距離を意識するよ

表3 体重、腹囲、摂取エネルギーの変化

観察時期	体重(kg)	腹囲(cm)	摂取エネルギー(kcal)
7月第3週 ²⁾	89.0	—	2,750
7月第4週	88.5	113	2,490
8月第1週	87.0		//
8月第2週	84.0		//
8月第3週	83.0		//
8月第4週	82.0	106	//
9月第1週	82.0		2,300
9月第2週	81.0		//
9月第3週	80.0		2,110
9月第4週	79.0		//
9月第5週	79.0	100	//
10月第1週	78.0		//
10月第2週	78.0		//
10月第3週	77.5		//
10月第4週	77.5	94	//
(中略)	—	—	//
11月第4週	75.0	92	//

- 1) 本人から聞き取った食事内容による推計値。
- 2) 観察開始時の値を示す。

りも、ゆっくりとていねいに歩いたり、ゆうゆうと歩いてみるなど“歩き方”を意識してみる。

(3) 靴の裏に受ける感覚など歩くことで生じる身体感覚を意識したり、景色、川、風の音などを味わうようにする。

表4 定期検査時の検査値の変化

	基準値	2006年 9月27日	2007年 2月7日	2007年 4月18日	2007年 6月20日	2007年 8月29日	2007年 10月31日	2008年 1月31日
γ-GTP	10~47(U/l)	44	33	37	49	29	24	42
中性脂肪	30~149(mg/dl)	90	105	58	109	87	87	114
総コレステロール	128~219(mg/dl)	211	223	192	209	187	189	214
HDL-コレステロール	41~84(mg/dl)	77	80	77	75	65	82	104
空腹時血糖	80~110(mg/dl)	130	125	125	137	114	104	119
ヘモグロビンA1c	4.3~5.8(%)	6.1	6.0	6.4	6.4	6.1	5.5	5.5

本検査結果はH氏本人の了解を得て掲載。検査はいずれもH氏が通院中のA病院で実施。

■ 数値は基準値範囲を超えたもの。

2007年までは服薬時の値。2008年データは正月休みから禁煙を持続。検査日前夜に仕事上の不可避の飲食機会があった。

表5 H氏の感想

項目	内容
1 従来の栄養指導との差異	これまでの栄養指導では、「舌」とか「味わう」という言葉は聞いた覚えがなかったので、自分にはそれがとても新鮮だった。これまでの栄養指導ではすべて受け身だったが、自分で意識して味わうことは能動的で、それによって、感覚が蘇ってくる。食べ方を変えることで五感が復元でき、生き生きとしてくる。いままでも食事指導は受けていたが、今回は自然に無理なく改善できている。
2 取り組む姿勢	今回は、これまでのように「痩せたい」と思わなかった。周囲は変化に驚き、賞賛もいただいたが、誰かに褒められたい、といったことが、動機付けになったわけではない。あくまで自然体で努力しないというモットーを守ってきた。
3 食べ方と満足感	これまで「満腹」すればいいと、食事をエサのように食べていた。習慣として口から物を入れているだけで味わっていなかったが、味わうことで、結果的によく噛めるようになり、「満足」もできるのだということを体験的に知った。駅前での麺類やカレーの立ち食いでかき込む回数がだんだん減っていったのは、腹は膨れても、味わって噛まないことから、「満足」しなくなったからだと思う。噛もうと思ってもよく噛めないが、ゆったりした気持ちでよく味わうとよく噛めるようになるのがこの方式の最大の特徴だと思う。
4 生活や自己の全般の変化	(家庭での食事) 食事がおいしくなった。家庭での食事に、「おいしい! おいしい!」というようになったら、妻が当初は怪訝な顔をしながらも、嬉しい様子で、次第に家庭内の雰囲気まで変わっていった。(自宅での行動) 以前よりなぜか身の回りを苦もなく整理するようになり、妻からうるさくいわれなくなった。(ウォーキング) 以前は、ポケーっと歩いていたのが、音とか景色を味わって歩くようになった。(生活全般) いままで、当たり前だと思っていたのが、自分をみつめたり、自分全体を見直すきっかけとなった。

8月末と10月末の検査結果の報告を受けた時点で、筆者と別の者が2人で面談したものを要約した。

以上、原則は食事と同じであり、いずれも「努力する気持ちをもたずに自然体で臨み、できるだけ楽しむようにする」ように強調した。

結果

表2に、指導前後のH氏の取り組み内容を示す。表3に、体重、腹囲の変化、摂取エネルギー量の推計値を示す。当初の2カ月間は1カ月で約4kgのペースで減量し、最終的には体重は89.0kgから75.0kgへと12kg減少した。表4に検査値の推移を示す。HbA_{1c}が、3カ月半で6.4%か

ら5.5%になったことで、10月末で薬の処方はなくなった。さらに3カ月後の平成20年1月末の検査でも5.5%であった。

表5に、8月末および10月末に実施したインタビュー結果のまとめを示す。

考察

1. 心構えと動機づけ

本例は「ゆったりとした気持ちで味わって食事をする」と「毎日、楽しみながらウォーキングをする」という単純な心持ちをもって実践する

ことにより、境界型糖尿病として6年間通院していたものが、約3カ月で血糖値が正常域に戻り、服薬が不要となった事例である。

ここでは、どうしてそれが可能だったか、という動機づけの視点からこれを考察してみる。

H氏は、表5の感想にあるように、最初から一貫して、目標とすべき体重や抑制する摂取エネルギーなどの“数字”はあえて意識せず、日々の食事やウォーキング、体操を“楽しみ”、できるだけ自然体で取り組むように、心がけたとのことであった。「好きなものを好きなときに好きなだけ食べる」という食事に関するアドバイスは、先に十分な食事指導を受けていることを前提としたものであり、当然のことながら、科学的な意味づけをていねいに説明し、理解をしてもらった。このフレーズは、それまで制限と義務感で満ちていたH氏にとって、そのこわばり意識から解放され、取り組んでみようという動機づけになったとのことであった。実際に、従来より食事を減量しても、我慢が必要ではなかったのは、味わうことに意識を集中する食べ方により、満腹感ではなく満足感が得られ、また、味わって食べるとよく噛めるとのことであった。

こうした考え方は、実は欧米で行われている、いわゆるマインドフルネス認知療法¹⁾と共通のものであることを、先行事例を検索する過程で最近筆者は知った。

これは、従来の認知療法の弱点を補おうとする欧米で盛んになってきた心理療法であり、呼吸や身体の一部などの注意の集中により、主に精神疾患や心療内科的な治療・予防、医療関係者のストレスの予防などに実績があるアプローチである。その考え方の根底には、①善悪の判断を行わず、ありのままを受け入れる（むやみに努力しない）こと、②未来の心配や過去の分析を行わないで、“いま・ここ”の瞬間に受ける五感に注意を集中させること、などである。この療法は、主としてストレス過多などの心理療法を要する者に向けたものであるが、過食傾向の患者が減量に成功したり、身体活動の習慣を獲得した実績がある。その入門

的なトレーニングである「食べる瞑想」²⁾や「歩行瞑想の行い方」³⁾や他の文献⁴⁾からも、本事例で報告者が用いた方法ならびに背後の考え方ときわめて近いと考えられる。

マインドフルネスの原理に則って、H氏の事例を整理してみると、①食事や歩行の最中に、五感をフルに働かせ、能動的に感覚刺激を味わう、②食事を少なくしよう、噛もう、もっと歩こう、と心の片隅には残しつつも、正面から意識しないようにする（目標を意識すると、味や歩く楽しさがわからず、苦行のように感じて、実行できなくなる）、③努力をしようとせず、自然体で臨むと、「結果的に」一般的に望まれる目標を超える行動や検査値になることがある、ということが、ポイントとしてまとめられよう。

2. 栄養指導

H氏の感想(表5)では、「これまでの栄養指導との差異が新鮮であった」とのことであった。特定保健指導などのハイリスク・アプローチでは、食事内容のグラム数、エネルギーといった基本的知識の指導はある程度必要であろうが、指導される者にとっては、数字自体を目標としても実施ができないのに、目標意識や義務感から解放されると実施できるという“皮肉な”心理学的な傾向があることを、指導をする者はよく認識し、対象者自身が主体的に楽しさや快感を発見し、味わうよう、能動的な姿勢の形成を支援することも忘れてはならないだろう。

3. ウォーキング

筆者は、H氏に対して運動に関する指導は食事に対するように個人的には行わず、休日に集まるサークルを紹介し、その機会を提供したのみであり、H氏が2週間後から平日の通勤時のウォーキングを開始されたことは、後で知ったことである。本サークル参加者は、まちづくりなどに熱心な同じ市の市民であり、団塊の世代(現在60歳±2歳程度)であるが、市外在住のH氏は仲間として受け入れられたことをたいへん喜ばれ、熱心に参加

されていたことも動機づけに作用したと思われる。このサークルには、58歳男性の現役会社員で、休日に仲間と一緒に自らが暮らす街を歩く楽しさを覚えたのがきっかけとなって、平日の電車による帰宅時に駅と駅を部分的につないで歩く方法を考案し、1日平均1万3千歩歩くことを実行された方もいる。この方は、気がついたときには、約3カ月で体重が75 kgから71 kg、88 cmの腹囲が83 cmとなり、高脂血症薬(リピトール)が服薬中止となった。

マインドフルネスアプローチでも「社会との結びつきが、生きる力を養う」⁵⁾という側面を大切にしているようであるが、仲間と歩きながら健康づくりをする楽しさを覚えると、一人のときでも歩くことが苦痛でなくなり、継続できるようである。

まとめ

健康的な行動を観念的に捉えて改善を試みたり、

目標と実際の数字の差に一喜一憂したりせず、心を研ぎ澄まし、楽しさを味わうというアプローチによって、薬や器具に依存せずとも、人間本来がもっている力が引き出されることで、食欲のように本能的な欲求にドライブされるものを制御できる面と、自ら関心をもって能動的に取り組む姿勢が引き出される可能性が示唆された。来年度からはじまる特定保健指導や、その効果を引き出すためのポピュレーションアプローチとの有機的な連携に向けて、参考となれば幸甚である。

文献

- 1) J.カバットジン(春木 豊, 訳), マインドフルネスストレス低減法: 北大路書房; 2007.
- 2) 同 p 46-8.
- 3) 同 p 171-3.
- 4) ジェフ・ブランドリー(増田恵里子, 草川秀子, 訳), 10分間瞑想健康法 日々の不安・うつ・パニックがとけていく!: オープンナレッジ; 2006.
- 5) 文献1) p 361-3.

* * *

まちづくりは、住民の主体的な参加により進められるという傾向のあることも、重要ながポイントです。

ユニバーサルデザインは必ず高齢社会には最も適した考え方であるとしても、この考え方がわが国でも広まっているという事は、高齢者にとって生活主体参加能力が問われる時代にもなっているという事を、意味してします。

(吉田 仁美)

健康づくりでまちづくり (東京都東久留米市)

■健康づくりとまちづくり

健康づくりとまちづくりは相性がいいものです。まちづくりを知らずしては出来ません。気に入った休憩場所を見つけたら、他にもいい場所がないか探したりする事が、距離を伸ばす動機づけになります。また、健康づくりは仲間づくりとも相性がいいものです。自分だけの取り組みだと壁にぶつかり、飽きがちですが、仲間が出来ると、教科書に書かれていない実践士のノウハウや、地域の施設やサークル等の情報を得ることが出来ます。健康づくり・まちづくり・仲間づくりは、それぞれが目的であり手段でもある、一体として進むのが理想です。これは、健康づくりのテーマが、語彙の共通性(括弧)と当事者性(個人性)の両面を併せ持つからでしょう。

筆者の立場は、心理学や教育学的な切り口による公衆衛生学の研究に従事しているが、日常的な機会や場所を活用した健康づくりのシステムの開発の研究計画が厚生労働省の科学研究事業に採択され、2005年度より主任研究者として研究班活動に携わっています。一方で、自分が住む市で「東久留米市生涯学習まちづくり研究会」として市民活動を主宰し、健康づくりを主軸としたまちづくりの楽しさを堪能しています。

■東久留米市生涯学習まちづくり研究会は、「健康づくり」がメイン

現在の会員は、地域子育てを果たした60代後半と、これからの地域を面白くしようとしたいという団

く継続できる。毎週2回ほど確実に全員と会えることから、研究会活動が計画的に行える。

■ 市民向けの発表会（他の共助組織との連携）（第4段階）

自分達の楽しさを地元の方さんにも伝えるべく、メンバーの実践成果と支援を受けている専門家の研究成果の発表会を、現在準備中。先述の「まちづくりサポートセンター」から開催の支援を受け、地元の医師会や企業の集まりである地区の法人会の後援も受け、患者さんや会員企業へ幅広く案内をいただく。



早朝からストレッチして健康づくり

■ まちづくりの課題

まちづくりは、例えば、健康などの何らかの専門的な課題を掲げて間口を絞ることが実践的になり効果的ですが、一方でその専門課題にとらわれずに視野を広く俯瞰的かつ長期的に見ることも必要です。そのような視点を併せ持つ市民と出会うには、自治体が市民との協働により「共助」を支援する企画や、WEB上の公設民営の市民活動情報サイト（前述）が、媒介をしてくれます。これは、公共的な関心事ともに、個人的に追求する趣味も併せ持つ人がそのような機会や情報にアクセスするためでしょう。そのような方々は、地域活動でも忙しく、関心が多面的なので、自由な会話や情報交換が短時間に出来るようにすることが、「活動を根付かせる」要因かもしれません。

次に「継続を可能にする楽しさ」についてですが、最近まで、家は寝に帰るだけの暮らしを送った地域を殆ど知らないサテライトにとっては、地元で何年も農業や商業に従事し、地域を個別具体的に知っている方々が持つ地域への愛着とはすこし異なると、地域への情熱があるようです。それは、地元を新たに知っていく過程や地域の様々なイベントを楽しめることを喜びつつも、他方では、それまでの生き方を「悔悛」し、過去を自嘲できる仲間と力を合わせ、後に続く世代に同じ過ちを繰り返させないで、という使命感にも似た意思が根底にあるようです。それを理解して尊重することが、深い地元での「楽しさ」を保つ秘訣かと思われます。

最後に「拡がりを産むエネルギー」ですが、個人の努力や訓練で満足する趣味の世界（自助）ではなく、また、自治体から委嘱された委員会や官製ボランティア（公助）によるまちづくりでもなく、共助といっても、マンションの管理組合のような現代的な「地縁」や会員のための互助に限定した閉じた組織でもなく、また見ぬ人にも常に開かれた共助の組織において、他の組織との連携を自ら進んで作っていく活動が、まちづくりの拡がるエネルギーを産み出すのだと考えられます。それがあって、地域で楽しく暮らすことが出来、それが結果的に「まちづくり」活動になるのでしょう。

（大賀 英史）

塊の世代（現役最後か再雇用の初年度あたり）の方々が中心です。現在、これらの出会いを活かし、先述の研究班の専門家の協力を得ながら、まちづくり・健康づくりの市民活動を通じたアクションリサーチを進めているところです。まちづくりを進めるにあたっては、知人にひたひたお話をかけた後、どうすればいいのかといったことや、活動の根付け方、継続を可能にする楽しさ、拡がりを産むエネルギーの持続といった課題が横たわります。ここでは、地域の活動を、行政主導のもの（公助）、個人的に関心や気のあった者のサークル（自助）、非営利でサービスを提供する組織や入会をオープンにしている市民団体（共助）の3つに分け、我々の研究会活動（共助）の経緯を追ってみます。

■銭湯でメタボ対策（自助と共助）（第1段階）

銭湯の主人M氏（88歳）が役員をしている池青色甲吉会・東久留米支部の仲間呼びかけにいただいたお陰で、支部会員であり銭湯の常連でもある方々の継続的かつ熱心な参加が得られ、現在のコアメンバーに。一般の入浴者への拡がりが難しいのは、現在の銭湯利用者には、以前ほど共助の色合いが少なくなってきたためか。

■市の企画事業を通じた市民との出会い（共助と公助の重なり）（第2段階）

A氏（60代半ば）は退職後、自身の健康回復のため、市が開催する教室（公助）への参加や健康維持のサークル活動（自助）に熱心に取り組まれていたが、最近「団塊の世代と地域社会・市民企画委員」に公募で就任されるなど、健康づくりからまちづくりへと視点を拡大。我々の研究会には段階1から

参加され、公共機関に幅広く案内される。Y氏は、現役サラリーマン（88歳）で、退職後に居場所がなく図書館で一日を過ごす集団の光景を見てショックを受け、市民活動に参加。前述の委員に応募。A氏と知り合う。個人的には腰痛・肩こりに悩まされていて、我々の研究会に参加。今では腰痛が治り、ウォーキングで減量も出来た。T氏（60歳）は、地元FM局の番組づくりをボランティアで担当。市が開設した市民団体活動の紹介サイト（<http://kuru2.genki365.net/>）で本研究会の活動を知り、取材対象として参加。今では研究会の中心的役割をされ、研究会の複数のメンバーの活動が、番組で紹介される。S氏（88歳）は、「まちづくりサポートセンター」という市民と行政、市民と市民の中間で支援する組織活動を発足当初より3年ほど活動。筆者とは、市の指定管理者制度による企画事業「市民へらが夏祭り」の団塊世代を核とした市民活動の情報交換の場での出会い、考え方が共鳴。T氏とS氏は、お互いコミュニケーションづくりや知り合いを増やすことに関心があり、ウォーキング歴が長く、健康に問題はないが、歴史や文化的な関心や社会起業家的なところが共通点。

■土日の早朝6時からのウォーキングとストレッチの定例化（自助と共助の重なり）（第3段階）

リーダーのI氏（88歳）は、段階1の銭湯でメタボ対策からの参加者。現役時代から通算して20年以上のウォーキング歴と名指導者からの直伝によるストレッチの丁寧なインストラクターぶりが、とても好評。教わったことを自宅でも取り組むメンバーは腰痛や肩こりから解放され、成果の美感につながっている。昔時6人ぐらいで、会話を楽しみながら1時間ほど川縁を散歩し、終わった後もメンバーが1時間ほど喫茶店で談話。朝9時には解散するので日中が有効に使える。本研究会活動を負担な

藤原 住民とどうまくコラボレーションしている自

治体では、住民もそういうことを肌で感じてい

ますよね。そして、ポピュレーション・アプローチ

では、自主グループに現場を任せる。ポピュレー

ション戦略を、保健師ができるだけ直接的に関

与せずにコーディネートする立場で俯瞰的に見

て、個別な支援事例、困難事例に対し、全力を

投球できるといのが理想だと思います。

大賀 ベテラン保健師なら、「ほら、私たちの

言ってきた通りだ」と感じると思っていますけど、

その方々の時代のコラボレーションと、いまの

時代のはちよつと違う。

藤原 いまの保健師さんのほうが、むしろ新し

いコラボレーションの形ができる。シニアポランテ

ィアにかわいがられ、むしろがおまえらを育てて

やったんじゃよ、みたいな感じでね。

の行政保健師を見ていると、完全な年功序列で、

汗を流しても、昇進にも結びつかない。それが

気の毒です。

大賀 ただ、住民からすれば、仕事を越えてつ

き合ってくれたから信頼する、という部分もあ

りますね。

稲葉 これからは、現場の活動を促進するイン

センティブに結びつけてあげないといけないで

しょうね。

大賀 セクト主義もウイン・ウインを邪魔して

いますね。

藤原 ボランティアも、組織横断的にソーシャ

ル・キャピタルで安全とか防犯を担保するという

なら、氏素性のわからない、怪しい者じゃござい

ませんということを明らかにしないといけない。

ういとまを嫌がるか、プラスアルファを望むか、

その違いですよね。信頼関係を結ぶところで、

どれだけ汗をかいたり、骨を折ってもらえるか

が、期待したいところなんですけどね。

大賀 さて時間も来ましたので、最後に一つ提

案なのですが、読者から「私たちのやっていること

は、ソーシャル・キャピタルで説明できるのでは？」

という活動報告を募集するというのはどうでし

ょう。「公衆衛生情報」ならではの、学会誌にはで

きない試みになると思います。

内容は、「NHKのど自慢」の出場者が単に歌

を唄うのが上手い人ではなく、地元色にあふれ、

物真似でなく、自分自身に強烈なストーリーがあ

り、一生懸命で人間臭い人が選ばれているよう

に、本誌で求める活動報告も、そういった報告を

期待したいものです。投稿者も採用されんがた

めに識者を意識するのではなく、読者一般に問

いかけるために本誌の誌面を借りるといった互惠

的な場にできれば、読者と読者をつなぐソーシャ

ル・キャピタルとしての本誌の役割を強めていけ

るかなと思います。

稲葉 言いつばなしでもいいなら喜んで(笑)。

藤原 我々も、そこからアイデアをもらったらし

て(笑)。

大賀 お二人の賛同も得られ、編集部もうなず

いるので、読者のみなさん、こうすればソーシャ

ル・キャピタルが高まり、健康増進にもなります

よ、といったアイデアや実際の活動の事例報告が

ありましたら、編集事務局までお寄せください。

お待ちしております。

緊急告知

「この活動ってソーシャル・キャピタルづくり?」という取り組みを募集いたします。本鼎談に出席いただいた方々などにそれを評価していただき、誌面で紹介していく予定です。どしどし情報をお寄せください。

ご連絡先

株式会社ライフ出版社
月刊「公衆衛生情報」編集事務局
〒113-0033 文京区本郷1丁目20-7安藤ビル301
FAX 03-3815-3715
E-mail Public-Health@clock.ocn.ne.jp

えてきます。そちらの面を引き出すには、福祉よりも、より広い人たちの参加や影響を考慮する衛生の枠組みでこそ、すっきりと理解できると思いますね。

短絡的な「削減」には限界

地域の利点を包括的に検証すべき

稲葉 私はいま自治体病院へのアンケート調査をやろうとしています。自治体病院は、経済的に厳しい患者さんも積極的に診るし、予防医学の活動もするから、どうしても赤字になる。にもかかわらず、「赤字を何とかしろ!」と言われる。地域の医療に対する信頼をつくり、体に何かあったらそこへ行けばいいと住民に思わせる、すごい価値があるのに……。

大賀 放漫経営があれば、民間企業の経営手法を取り入れるべきでしょうが、それと民営化とは話が違う。高齢化で社会保障の数は増えていて当然ですから、それに見合った適正なサービスを提供する公的な資産という評価も必要ですよね。そうでないと、費用がかさむからという理由でいつそ自治体そのものも民営化してしまえばいいじゃないか、みたいな転倒した話にもなってしまう。

稲葉 医療には、保険と同じような価値があるわけですよね。いつ病気になるかわからないから。どこに効率性の基準をおくんだという話です。それは、ソーシャル・キャピタルの議論を通

じて、きちんと確認したいところですね。同じように、保健センターや保健所も、ソーシャル・キャピタルづくりには欠かせない組織だということを示せないと、あんなものいらぬというこゝろになってしまうよ。

大賀 行政の事務職の方も「削減、削減」と言いますが、実は単年度会計で考えているだけで、長期的に保健とか医療に消費あるいは投資した分が将来、高額納税者がまちを気に入って転入して来るといふような、包括的な検証を行っていないわけではないのです。

稲葉 ある市には立派な県立病院があり、その周りに開業医や薬局がたくさんできています。過去二〇年間の中心市街地の利用マップをつくってみたら、増えているのは開業医や薬局だけ。新しい産業が興っていないなかで、唯一まちの維持に貢献していたのが県立病院だったのです。長い目で見ないと、経済効果なんてわからないのです。大賀 支出ばかりではなく、地域の人たちへのトータルなメリットなど、真のインカムを考えねばいけません。自然に体を動かす仕掛けや環境をつくった健康につながって、ムダな出費が減って、資産が上がるという施策を考えるべきです。

稲葉 おとしの衆議院議員選挙では、郵政民営化の是非を問う単一イシューの問いかけをやりましたが、自治体病院や保健センター、保健所などについても、こういうメリットを生み出しているけれど支持しますか、支持しませんかと、民意を反映させるべきです。採算が取れなくて

もメリットがあればいい、という人たちもたくさんいると思います。民意を反映させる民主主義のシステムが、実はソーシャル・キャピタルづくりの近道になるのではいっしょね。

Win-Winのためにみんなが 少しずつコストを負担し合う

大賀 いまの日本の社会のあり方を、自助、共助、公助で整理してみると、これまでは公助から出発し、それに頼りすぎてきたけれど、その限界と反省からの振り子が反対に振れ、自助を基本としようとする流れが続いてきて、でもそれじゃあちよつとキツイし、格差も出てくるから、共助というものが改めて見直されている、ということだと思ふのです。そして、それでダメなら最後に公助、という順番になってきた。ここで問題なのは、わが国は、共助と公助が曖昧になりやすいという点です。つまり、行政も、共助が大事故から育てようと「支援」するのですが、住民には役所が「主催」する事業と映り、それに親和性を持つ住民がその事業に集まり、いつのまにか共助育成支援が公助にすり替わってしまふ。

特定保健指導はハイリスク・アプローチで自助の類いですが、それだけでは不十分だからと、ポピュレーション・アプローチで補完するため、自治体を取り組むと、共助の育成を結果的に阻害してしまう。そもそもポピュレーション・アプローチの主役は自治体(役所)なのでしょう。

重ねていくなかで、必要に迫られて地域のしがらみにもみくちやにされながら、ソーシャル・キャピタルを意識していくのかなと思います。

大賀 自然発生的なものは放つておいても育っていくけれど、ブリッジングなものをつくらないといけない。保健師などは経験上、そのノウハウを持っているわけですが、上司や組織がソーシャル・キャピタルを理解せず、狭い意味での健康支援に「専心」してしまつと、決して広がらない。日本の健康増進はまだ、役所が行うものという理解が支配的なせいとか、他の課の「所掌」に踏み込んで領域侵犯しないよう、細心の注意を払っている。健康増進を直訳すると、ヘルスプロモーションとなりますが、WHO関連で紹介される海外のヘルスプロモーション活動は、あえて分野横断的にやっていますよね。それは、単にイデオロギーからではなくて、おそらく間接的なメリットも含めて、そのほうが効果はかなりあるというのがわかつているからだと思いますね。わが国でも、庁内の課を横断的にするのをまずは基本として、主催者も産学官民で横断的に取り組んで、ソーシャル・キャピタルを育めば、大きなメリットがある、ということをお訴える必要がありそうですね。

藤原 互恵性の持つ社会的意義を保健師や行政職員に訴えるのは大事だと思います。

稲葉 昔から「持ちつ持たれつ」「お互いさま」という言葉を使っていましたよね。

大賀 それを絶やさないためにも、がんばらなといけない。だけど、現場の人は日常業務に追われ、一貫して続けるのがむずかしければ、

研究者は重要なリソースになります。あとはそれをどう膨らませていくかです。一つは、学校という「培養地」があります。行政職員も住民に任せきりにするのはなく、健康課、市民文化課、産業振興課みたいな課に持つていくなど、セクターを超えて考えるべきですね。

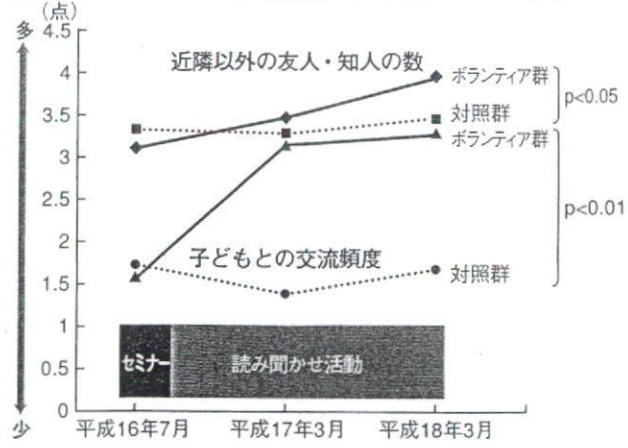
稲葉 去年、地域が責任を持つ新しい公立学校をつくるコミュニティ・スクール法案が出ましたが、そこにソーシャル・キャピタルを入れてもらうべきです。

藤原 シニアボランティアの場合、活動の継続と健康は切っても切れない縁があるので、教育委員会や福祉部門よりも、保健センターがバックにしているほうが安心されます。最近のことですが、世代間交流活動では、高齢者から子どもへの結核などの感染を気にする学校施設がありました。保健センターと相談して感染させないためのボランティア管理のあり方を統一したのです。保育園や幼稚園など、結核に免疫のない子どもがいるところでの集団発生の防止は、保健部門の本来的な仕事です。年に一回胸のレントゲン撮影を勧めるといった簡単なことですが、そのとき、シニアボランティアのプライバシー保護が議論になりました。ボランティアのプライバシーとクライアートのプライバシーのどちらを優先するか、ボランティアと議論になりましたが、結局、子どもの安全と信頼を優先すべきだという結論になったのです。それは、自分の健診受診へのモチベーションにもつながり、シニアのニーズも満たし、うまい具合にウィン・ウィンができました。

稲葉 利他心のうまい循環ですね。

大賀 いまは、衛生が福祉の枠で一緒にされる流れですよ。福祉は、限られた資源を最悪の状態の人から選んでいわば事後的に提供していきますが、衛生学は違う。象徴的なのは、疫学の原点である、汚染されていた給水場の水（井戸水）を飲む地域でコレラが有意に蔓延したことを発見した話のように、一点の漏れがあると金持ちも貧乏も全員が感染してしまうため、全員を想定した対策であり、また事前的な対応が必要となります。ソーシャル・キャピタルも、互助組織的な面を見れば、福祉の枠組みで理解するのが容易ですが、よくよくこの概念を見つめれば、地域のある部分ではなく、地域の全体を幅広いセクターで横断的に見ようという面が見

図6 りぶりんとボランティア開始後の社会的ネットワークの推移



*一般化線形モデル性、年齢、地域、初回健診時の社会活動性得点を調整済み

がそう思っていて、それで初めて規範になるので、そういう意味では、いま言われたような形でないと、規範はつくれない。

大賀 僕も昨年から、自分が住むまちで一市民として、「生涯学習まちづくり研究会・健康増進部会」というのを主宰していますが、参加くださる方の多くは退職者や団塊の世代で、年齢でいえば私より二〇歳ぐらい上とかなり離れています。でも、なぜだかその方々と一緒にウォーキングしたり、健康づくり講座のイベントを一緒に準備するのが、楽しくて仕方ない(笑)。地域での自主的な活動は、世間での地位や利害がまったく関係がない分、関係がつかざるか否かは、人間として面白いとか、誠実かどうかということが、すべてです。年齢が違っても、言ってみれば友だち関係なわけです。普通の友だちならほとんど想定内の付き合いになります。この会の交わりでは、近くの自主農園の芋掘りや早朝のラジオ体操のほか、きりがないので説明を省きますが、ほとんどが体験したことがない想定外のことばかりなのです。そのお誘いや薦めに乗ってみると、なぜか溶け込めてどれも面白く、地域のさまざまな情報や名所を教わり、とても役立っています。一方、仲間のみなさんもおそらく、私のような存在は不思議極まりないはず(笑)だと思っのです。年齢が若いうえに、金儲けにならない健康づくり講座を継続するわけですから。お互い付き合い方がむずかしいかと思つたら、意外と話が合う。

こういうことに継続的に関心を持って取り組

むのは、普通の人はなかなか仕事の関係でできませんが、研究者のなかでも公衆衛生系の人には特段、苦痛でも不思議でもないはず。先ほど、研究者の地域への介入は一種のバイアスであるみたいなことを言いましたが、それも地域の人々と研究者とのウイン・ウインの関係の構築とも言えるかもしれません。この関係も、ソーシャル・キャピタルの一部と考えればよいでしょうね。

欠かせない分野横断的な取り組み 保健分野のイニシアチブに期待

藤原 大賀先生が冒頭、ソーシャル・キャピタルの波及性について言われていましたが、地域の世代間交流の経験から、高齢者と子どもはすぐに馴染むのですが、保護者世代はむずかしい面があります。この世代にどれだけ理解を得られ、喜んでくれるかが波及の鍵になると思います。シニアボランティアが、学校外の近所のスーパーマーケットなどで見知らぬ親子にでくわし、子どもは多分読み聞かせボランティアをしている小学校の生徒だと思っんですけど、そのお母さんにお辞儀されることがあるんです。うちの子どもがいつもお世話になってますみたいな。それがうれしいようです。そういうのも鍵なのでしょう。

ですが、保護者の高齢者イメージはすぐには変わりません。しかし、子どもに利益をもたらすという観点のボランティア活動ということで、親として心理的あるいは物理的な負担が軽減

し、そのスコアが改善します。アメリカの Experience Corpsでも、高齢者の介入によって無関心だった親が触発され、学校行事に協力する回数が増えたとか、子どもとの会話が増えたとか、そういうデータが出ています。子どもにメリットがあれば、ソーシャル・キャピタルの醸成にも間接的に役立つと思います。

稲葉 公立学校などを拠点にするのは重要ですね。種を蒔いておいて、そのうち何か生えてくる。ソーシャル・キャピタルの苗床です。

藤原 活動場所は学校、そしてシニアボランティアを養成したり支援するのは保健部門が得意なので、保健と学校教育の連携モデルが欠かせません。

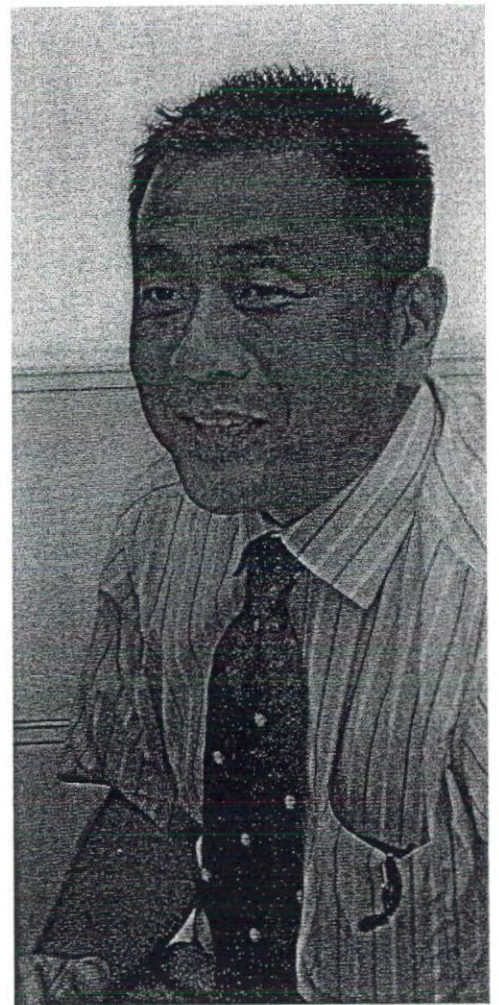
稲葉 複合的な対応をしないと、ウイン・ウインにならない。

藤原 たとえば、中央区では読み聞かせのボランティアは地下鉄などを乗り継いで学校まで来る人が多く、越境して来る子どもたちも多い。だから、はじめはソーシャル・キャピタルといつてもピンと来ないのですが、読み聞かせ活動を継続するなかで、会議の場所を借りるのは社会福祉協議会、絵本を借りるのに図書館関係者、活動予算の折衝のためには町内会や老人クラブのお歴々と同席する必要も出てきます。地域のさまざまな施設・機関の人と顔を合わせをし、それを通じて地域に目が開く部分も多いようです(次頁図6)。これまでの、まず地域ありきと違って、定年後にデビューする新しいタイプの人は白紙の状態から社会活動を始め、でも経験を

企業ですと、バランスシート(貸借対照表)というものが有り、ブランド力といった目に見えないものを資産として記載するかしないかという問題があります。ブランド力はのれん代、つまりその企業が持つブランドイメージやノウハウなど、目に見えないけれども価値があるものです。商標権、ロイヤリティ契約などの販売網の潜在力、顧客リストなどもそれにあたります。ソーシャル・キャピタルは、社会全体でバランスシートをつけた場合に、それと同じように本来は計上されるべきんですけど、まだ計上されていない貴重なものです。そういう、ブランド力みたいなものを、社会全体で考えてみようという話なのです。

藤原 先ほどの大賀先生のご指摘は、研究者効果みたいなことだと思っております。一つ面白い例があります。シニアボランティアは、活動前にセミナーを三か月受け、絵本に関する勉強をしたり、われわれも濃密に介入する。そして、その後意識調査をすると、自己効力感などがぼーんと跳ね上がるんです。実力がついたとか、生涯学習に対する達成感やいよいよ読み聞かせデビューというところでハイテンションになるんですね。ところが、長期的に活動を続けると、学校で苦労しながら、現実に直面し冷静な態度になってくるのです。ですから、自立したボランティア集団としてやっていたら、行政とか研究者の影響はかなり薄まっていくと思います。

ところで、ソーシャル・キャピタルを保健師なり行政職がどう扱っていくか考えたとき、一つは学術的な尺度を効果判定に用いることも大事だと



思うのですが、これまでの健康づくりの仲よしグループづくりとはかなり違う概念だなと感じるのです。規範・信頼、互酬性はどのように養えばいいのでしょうか。

稲葉 互酬性というのは規範ということ、長い目で見た場合に利他的な行動をとることが結果として、自分にもプラスになるという話です。これは、みんなが意識をつくっていくものではなく、文化的な側面が強い。これをつくる手法は正直言つてわかりません。法律を整備し、悪いことをした人を罰するのが一つですが、それで行動が変わるかというところ、むずかしい。

藤原 我々のプロジェクトや、そのモデルとしたアメリカのシニアボランティア研究では、「Win-Win(ウィン・ウィン)」が進めます。この言葉は住民の受けがよく、とくに高齢者は儉約家でまじめな切り詰め屋なので、片方だけが得するよりは、一石二鳥、三鳥のほうが経済的でいいとい

う発想がしっくりいくみたいです。

稲葉 そういうキャンペーンで養うのはありですね。藤原 研究では、子どもから見た高齢者へのイメージの変化も追っています。アメリカでは高齢者差別が大きな問題になっていて、みすばらしいとか、汚いというイメージがあるか、あるいは優しいとか、温かいというイメージがあるか、高齢者をそういうステレオタイプで見るかどうかを研究していますが、我が国では世代間交流やシニアボランティアなどによって、子どもの高齢者観が変わるか、というエビデンスがありません。そこで、一年余りの追跡調査をしたら、ボランティアと読み聞かせを通して交流している子どものほうがいいイメージが維持されていたのです。成長とともに大人への批判的な見方が増え、普通はじりじり落ちるのですが、長期に維持できそうなのです。

稲葉 小さい頃からこうだと言われて、みんな

保健分野は、どの領域とも連携しやすく
保健師もコラボレーションが得意。
その意味で、保健分野の活躍に期待したい。

藤原佳典 ふじわら・よしのり

1993年北海道大学医学部卒業。京都大学医学部附属病院老年科、兵庫県立尼崎病院内科への勤務の後、東京都立大学(現在、首都大学東京)都市科学研究所地域保健福祉研究室を経て、2000年より東京都老人総合研究所地域保健部門研究員、2007年より現職。2002年米国ジョンズ・ホプキンス大学Center on Aging and Health訪問研究員。専門は、公衆衛生学、老年医学、老年学など。医学博士(京都大学大学院医学研究科)

三鳥ということが理解されますね。

稲葉 そうなのです。公共的な存在が触媒を用意しておかないと、つぶれてしまうのです。

大賀 藤原先生のお話を、目を閉じて光景を想像しながら聞いていたら、「そういうまちに住みたいなあ」と思えてきました。仮に自分の子どもがその学校に通ってなくても、読み聞かせが終わった後に、学校から出てきた子どもの顔が輝いていたり、ボランティアの人と「こんにちは」とあいさつしたり、そういう取り組みをしている地区に自分が住んでいるんだという満足感や、子どもが大きくなったらその学校に通うかもしれないみたいな期待感が、現時点では当事者ではない住民にとっても資産になるのかなと。そうやって波及するのでしょうか。

公共機関で働く人たちが事業でかかわれるのはごく一部の人ですが、使命としては、かかわるべきは全住民だというギャップがある。これまでは、会っていない住民のことはあきらめていたり、どうがんばれば集められるかと一次的な物の見方をしていましたが、藤原先生の試みのような働きをする資源が地域にあれば、その思想や活動は広がっていく。そして、ステップを踏めば、ボランティアとしてそこに加わって、さらに拡大しますよね。

稲葉 保健師などのマンパワーは当然限られています。それを補うのがボランティアなのでしょうが、ボンディングなグループが長持ちする一方で、ブリッジングなグループはそうはいかないので、公共的なキーパーソンが欠かせません。

藤原 読み聞かせのシニアボランティアは、地域を

越えて集まってくるクラブですから、ブリッジングなネットワークですが、校長が替わったり、ボランティアも会長がリタイアしたら、ころっと方向性が変わったりと、かなり流動的です。それに比べて、自治会とか町会、老人クラブと学校や保健センターのつき合いは言わば腐れ縁で、それこそピッチャーが変わっても、活動の方向性は変わらないという普遍性があります。ボンディング、ブリッジングという言葉は使っていないんですけど、一つの拠点となる学校ができたなら、次はそれを線や面につなげて、その地域ではどここの学校に通っても、同じようなボランティアがいてみたいなことになればいいねと、草の根的にやっています。

ただ、その際の課題は、ボランティアの限界性です。ボランティアは行政にとってあればなおいいデザートみたいなもので、日本ではトップダウンでボランティアを配置しろという仕組みがないです。ソーシャル・キャピタルのつなぎ役のコーディネーターもいない。だから、現場の職員に負担がかかり、いまいち普及しない。広めるには、戦略が必要です。

稲葉 コーディネーターをやったら、所得税が減免になるとか、孫の教育費が安くなるとか、そういう世代間の移転も含めたインセンティブがほしいですね。行政もある程度の負担をし、それで元を取るような形を考えないといけません。

藤原 地域通貨やタイムグラミみたいなものですね。

大賀 行政にとっては少ない投資で、トータルで

見たときの公的な支出を減らせるのであれば、願ったりかなったりなはずですよ。

「Win-Win」で育み みんなでシェアするもの

大賀 なぜ、いまソーシャル・キャピタルが目されるのかと考えると、社会的に必然性があるからでしょう。これまでは、経済の市場に乗らない外性の部分を自治体がつばら担ってきまして、その自治体も財政が厳しくなり、担えなくなってきた。そこをだれが担うかと考えると、近代市民社会を主体的に形成する地域住民に、いよいよ役割が回ってきたと。つまり、「公共行政」ではなくてきたわけです。そこで、改めてこのキャピタルの持ち主はだれかと問いただすと、たしかに測定するための地理的単位こそ行政区ではあるけれど、キャピタルの帰属先はその行政区に住む住民である。それがこの概念により浮き彫りになったのではないのでしょうか。

ただ問題は、それを測定したり、何も無い段階からその形成をしたりするのは、普通の住民自身はなかなかできないという点です。そのため、ソーシャル・キャピタルの報告がある地域は、ボランティアか補助金事業かは別として、研究者が関与しているところになりがちです。でも、これでは外部に依存していることには変わりがない。ならば、どこまでが住民のソーシャル・キャピタルなのか、という疑問が残ります。

稲葉 そういう考え方もありますが、たとえば

う例です。効いているのは熱意とか価値観なのに、「子」の字の影響のように見えてしまう。こういう交絡因子は、いままでではできれば排除しなくては

いけないとしてきたわけですが、むしろ逆に着目すべきなのかもしれない。今年七月二十七日の朝日新聞に載っていたハーバード大学のフラムミンガム・スタディを紹介した記事でも、肥満になるライフスタイルを持つ人は、友だちも同じような習慣の人を選ぶ、と書いています(オリジナルのペーパーは「ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン」で、オンラインでだれでも全文が読めます。原文 = [Nicholas A et al. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. N Engl J Med. 2007;357:370-379])。その内容は、もともとは親などの影響を受けるけれど、三二年間ずっと追跡調査してみると、似たようなネットワークがお互いに模倣し合って、肥満に対する抵抗感が薄れるということ

です。いわば、悪い方向への感染というか流布ですが、そういった見えなかった部分にこそ着目すべきではないかと思えますね。

稲葉 類は類を呼ぶから、ネットワークづくりの際も放っておくと同じような人たちが集まってしまう。何か違うアクセントを入れることが重要だと思えます。

実は、私は頸椎ヘルニアを患い、「手術しろ」と言われたんですが、怖くてずっと牽引に通っていたのです。病院に行くと、高齢者が「今日は〇〇さん、見えないわね。具合が悪いのかしら」と話している。当時は、何ていう会話だと思いまし

たが、集まって会話することは意味のあることです。病院でしか会話できないようにしてしま

った行政や社会は誤ったのではないかと。大賀 お互いに学び合うという点では、ポピュレーション・アプローチと言えるかもしれません。私は、本誌座談会(本誌二〇〇七年二月号、三月号「ポピュレーション・アプローチを考える」参照)で、居酒屋や銭湯で健康の話しながら健康づくりを進めることに取り組んでいるとお話したのですが、先ほどの肥満の伝染のように、似たような人たちがもし放っておかれたら、悪いほうに流されてしまう可能性があるのでは、いわば「重力」に逆らって、食事のことを気にしたり、体重を管理することが知的で格好いいといった、一つの「美学」みたいなもので話題提供する、というのがソシヤル・キャピタルとして評価されているのではないかと思っています。

稲葉 乳がんの手術を受けた人たちが定期的に話し合うと、術後の生存率がそれやらなかった人たちよりも高くなったという論文があります。すし、皮膚がんでも同じような論文があります。

大賀 セルフヘルプグループの効果ですね。医療領域だと、患者というラベリングによってグループをつくれるのですが、公衆衛生や健康づくりの領域では、境界線が引きにくい、いい意味での閉じたグループをつくりにくい、という永遠の課題があると思います。でも、たとえばメタボリックシンドロームというのは、ある意味では擬似的な疾病モデルであり、ラベルを張られた者同士が話題を共通にするという意味で、ボンディングな健康づくり

のグループ、さらにそれをソーシャル・キャピタルとして成長させていけるかもしれません。

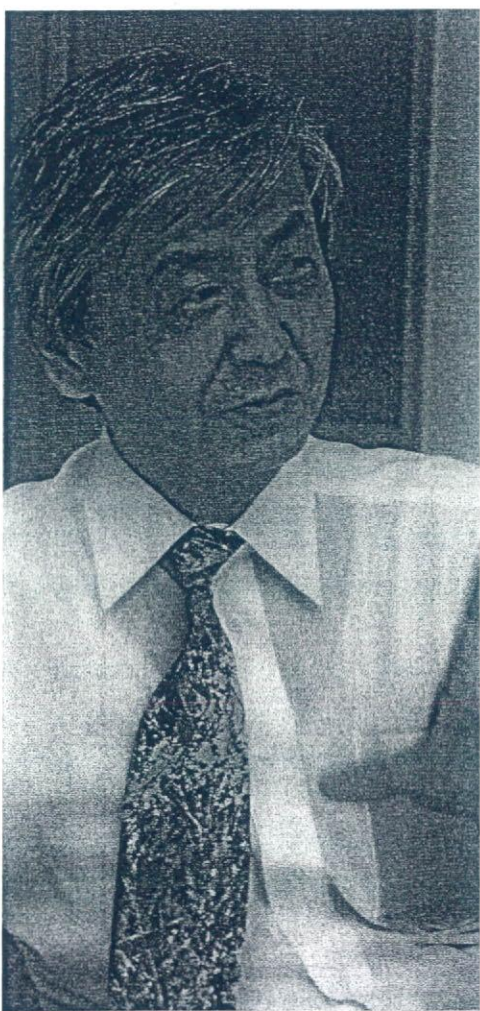
公共的な触媒とインセンティブがなければ育つていかない

藤原 読み聞かせのシニアボランティアのコンセプトは、子どもなどへの貢献という部分とともに、高齢者の介護予防なのですが、単純作業は意味がないので、必ず勉強してもらおう要素を持たせています。奥深い絵本の世界を勉強したり、読み方の抑揚を暗記したり、という知的学習部分が非常に多く、それも上達させたいと。また、ネットワークとかサポートというコンセプトも重視し、一匹狼の人はいりませんというスタンスで、この三本柱でやっています。でも、一般公募ですから、動機やバックグラウンドが違う人がこの指とまれで集まってくる。なかには、絵本は好きだけれど協調性がないとか、いろいろな人がいます。そこで、何回もセミナーを行い、実践を重ねると、一匹狼だった人が、たとえば自分が出番の日に熱を出したり、あるいは家族の介護が必要になったりして穴をあけるのはまずい、ピンチヒッターがいたほうがいい、だから緊急連絡体制が必要だと認識して、「グループ活動第一主義」に変わっていく。仲間に恥をかかさなため、勉強するようにもなります。稲葉先生が先ほど何か別のアクセントを入れる必要があるとおっしゃいましたが、客観的にボランティアを見る第三者がいれば、ボランティアはもうワンステップ進み、一石二鳥、

善し、ソーシャルサポート・ネットワークの項目が向上します。アメリカのボランティア研究を見ていると、心理的な効果は二年、三年ぐらいで改善してくるのですが、死亡あるいはADL（日常生活動作）など身体への影響まで出るには七、八年かかるようです。ソーシャル・キャピタルに関心を持っている住民はもとも健康度が高く、天井効果で改善度が見えにくいのですが、それでも長く見ていると格差は出ます。読み聞かせという知的ボランティア活動の場合、音読もしますし、文章や抑揚を覚えますし、そのときだけ集中すればいいわけではなく、今度また出番があれば、それに合わせて本を選んで準備して、その後また仲間と反省会をしてと、サイクリックに繰り返す生活モデル型の活動なので、介入研究として長期的に継続が期待できます。その結果、認知機能も維持できるのではないかと期待しているところです（図4、5）。いずれにしても小さな事例なり、介入研究を増やすのが手ですね。

類が類を呼ぶ「資産」 異なるアクセントを加える必要

藤原 シニアボランティアと対照群三〇〇人ぐらの聞き取りをしていると、一人、二人迷惑おじいさん、おばあさんがいると暗い気分になると答える人がいます。一粒の阻害分子に引つ張られ全体のソーシャル・キャピタル・スコアがガクンと落ちる場合があります。



大賀 いまのお話を聞いていて、だれにとつての社会的資産かと考えたとき、サークル活動や個人レベルの規範といった個人に知覚されたマイ・ソーシャル・キャピタル、すなわち「私の資産」というようなものと、パブリック・ソーシャル・キャピタル、つまり公共空間あるいはそれと対応する「行政府単位での資産」というのがあるのかなと思いましたが。その二つは、最後に結局はつながるのでしょうか。

たとえば、自分の例で言えば、私はまちづくりの研究会で早朝ウォーキングをしているのですが、眠いな、サボろうかなと思つても、みんなが心配するかなと考え直し、出て行くということのままあります。こういうことはいろいろなサークルのメンバーにもよくある話で、それらの総和が結局、まち全体のウォーキングの参加者数にあらわれる。だから、まずは、好き嫌いの問題を乗り越える方策を含め、マイ・ソーシャル・キャピタル

ルが地域に育つようにする。そうすれば、それがいずれ行政府単位としてのキャピタルになるのでしょうかね。

稲葉 外国の研究では客観的な指標で地域の格差などを見るのですが、私が分析した限りでは、日本ではむしろ主観的な指標のほうが効くようです。

ところで、朝食を毎日きちんと食べている子どもは成績などのパフォーマンスがいいというデータがあります。これは、朝食をきちんと食べさせられる環境が重要というふうに理解しているのですが、どうお考えですか。

大賀 疫学的に、コンファウンディング・ファクター（交絡因子）と言われるものですね。たとえば以前、「〇〇子」と「子」の字がつく子どもは賢いという話がありました。大脳生理学的には関係ないはずですが、奇をてらつた名前をつけない保守的な親は勉強をよくさせるから、そうだったとい

ソーシャル・キャピタルの醸成には 世代間移転を含めたインセンティブと 公共的なキーパーソンの関与が欠かせない。

稲葉陽二 いなば・ようじ

1973年京都大学経済学部卒業、1978年米国スタンフォード大学経営大学院修了(MBA)。OECD(経済開発協力機構)、日本開発銀行、財団法人日本経済研究所常務理事、日本政策投資銀行設備投資研究所長などを経て、2003年より日本大学法学部教授。1996年に米国の所得格差問題を紹介した「中流」が消えるアメリカ 繁栄のなかの挫折(日本経済新聞社)を上梓。その後、ソーシャル・キャピタルの概念を紹介した「日本経済と信頼の経済学」(東洋経済新報社)、「ソーシャル・キャピタル」[信頼の絆]で解く現代経済・社会の諸問題(生産性出版)などを著し、ソーシャル・キャピタルの重要性を訴えている

関係はかなり言われています。ネットワークとキャピタルをあえて違うと意識をすると、それこそ、サークルあるいは友だち関係の有無にとどまらず、まちがどうであるか、まちづくり的な視点がないか、ソーシャル・キャピタルという概念にはあるのかなと思います。保健師や公衆衛生の関係者も、行政が集めたセンサスデータで地区間の比較をするだけではなく、先ほどのような質問表を個人に配って、個人に知覚されたものの変化とともに、その人の健康度との関連、あるいはそのまちの変化を追うといい。それ自身が具体的な改善目標にもなりますし……。

稲葉 ソーシャル・キャピタルが心臓疾患やうつに効くというのを、どう思いますか。

藤原 うつに関しては、その先の自殺まで含め、関係があると思います。自殺直前まで行く医療の介入がないとダメですが、自殺予防の専門家によると、うつや自殺に対する偏見をなくす啓発活動、つまり一次予防の成否は地域のソーシャル・キャピタルによると言われます。うつ傾向が

ないなら大半は、閉じこもり対策で大丈夫です。カウンセリングより、別の機会、たとえば「近所で体操教室をやっているから、おいでよ」みたいな感じのアプローチをかけると、そこで太陽を浴びて体を動かして何となく溶け込んで改善することがあります。一方、心臓疾患については、ライフイベントのストレスサーによる自律神経の乱れを、ソーシャルサポート・ネットワークが緩和してくれると言われています。

稲葉 家庭環境や人間関係がしっかりとしてい

る家庭は、生まれてきた赤ちゃんの体重がそうじゃないところと違う、という論文もあるんですが……。

藤原 親の喫煙などの影響もあるでしょうけど、子育てに対する意識の強さ、親のライフスタイルがダイレクトに影響していると思います。いまの時代、子育てのネットワークも一つの大きなソーシャル・キャピタルで、妊娠中から意識のある未来のママさんたちは、たとえば保健センターの母親教室に入って、いいネットワークを広げています。そうかと思えば、夜の居酒屋に、赤ちゃんを連れてきてたばこをスパバと吸うママさんグループのなかに妊婦さんがいることもありますね。横で飲んでる私のビールまで不味くなってしまう。これは、負のキャピタルですね。

日本でも大規模な追跡調査や介入研究などを通し実証を

稲葉 被験者の鼻に風邪のウイルスをつけたら、ソーシャル・ネットワークがある人のほうが風邪をひかなかったという論文もあるのです。

藤原 精度の高い大規模なデータか、介入研究でない、現場では上司に相手にされないし、突拍子もないモデルは住民にも理解されない。データを蓄積し、何年か追跡したら有意差が出てきたと言えれば、現場の保健師などの専門職としては、上司にも話を通しやすくなるし、展開するモチベーションも維持できるのかなと。

でも実際、単年度事業のなかでは、そんな悠長なことは言ってられない。ジレンマですね。

大賀 ただ、正しいかどうかを問わずに、「こんなことをやったら、なぜかわからないけど上手くいった」みたいなことを出し合うのも、閉塞しているいまは必要かもしれません。結果オーライで、安全性さえあればやってみようというの

もあっていいのかなと。

藤原 そうかもしれませんね。ただし、疾病などの発症率の変化を見ようと思えば、大規模な追跡調査が必要です。介入研究でもある程度のこととは言えます。我々が行っている「REPRINTS」研究の学校ボランティアの一年間の短期的な効果として、健康度自己評価を見ると、介入群は改

図4 読み聞かせボランティアによる受け手への効果

子どもへの効果	保護者への効果	教職員への効果
<ul style="list-style-type: none"> ●活字・文学離れ予防 ●集中力 ●シニアへの尊敬・感謝 ●教師・保護者以外の第三者の介在 	<ul style="list-style-type: none"> ●シニアへの尊敬・感謝 ●PTAの負担軽減 ●地域の見守りの一助 	<ul style="list-style-type: none"> ●開かれた学校のモデル ●重層的な地域との連携モデル

図5 読み聞かせボランティアによるシニアへの効果

心理的効果	身体的効果	認知機能効果
<ul style="list-style-type: none"> ●自尊心 ●自己効力感 ●社会的サポート・ネットワーク ●絵本から受ける感受性 	<ul style="list-style-type: none"> ●定期的な参加による身体活動の増進 ●ウォーミングアップ 軽体操(手遊び) ●発声法 	<ul style="list-style-type: none"> ●記憶力 ●実行機能 ●言語能力

が載っていました(Mujahid MS, et al. "Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to ecometrics." Am J Epidemiol. 2007 Apr 15;165(8):858-67)。半径一マイル以内の家の周りの状況について、美観度、健康的な食品の調達度、安心度や犯罪件数、社会的な融れ合い度といった総合的な指標(表3)をもとにアンケートし、この指標が高いほど、心臓疾患が少ないという相関があるとしています(*)。

(*)編集部注 地域での調査で本スケールを使いたいという方は、編集部経由で大賀先生までご連絡ください。現在、適切な日本語訳を検討中で、完了次第、希望者に全文を送付する用意があるそうです。複数の地域から希望があった場合、ふさわしい統計解析による比較検討もお考えです。

稲葉 心臓病とうつの発生が圧倒的に少ないという論文が多いですね。古典的なのは、「ロセト・ストーリー」という本です。ロセトは一八八〇年にイタリア移民がつくったまちで、オイルをたくさん使ったイタリア料理を食べているのに、周辺と比べると心臓疾患と消化性潰瘍、うつが圧倒的に少ない。調査しても原因がわからず、同じバツクグラウンドの人たち同士、目配りが届いているコミュニティだったから、それが効いているのではなにかという結論になっています。ただ、六〇年代にコミュニティが崩れ、一九七一年頃から有意差が縮小しはじめ、やがて消えたとされています。大賀 ソーシャル・ネットワーク論でも、うつこの

表3 まちとくらしに関するアンケート(抜粋)

美観度についてお尋ねします。

- ・家の近くは、たばこの吸殻やごみなどがたくさん落ちている。
- ・家の近くには、素敵だと思う家が建っている。

歩く環境についてお尋ねします。

- ・家の近くのスポーツジムは、健康づくりの機会をたくさん提供している。
- ・私は、健康づくり(例:ジョギングやサイクリング、スポーツ)をしている人を家の近くで、よく見かける。

健康的な食品の調達度についてお尋ねします。

- ・近所の店は、野菜やフルーツの品数が多い。
- ・近所の店では、いろいろな種類の低脂肪食品を売っている。

安心度についてお尋ねします。

- ・家の周りは、昼でも夜でも、外出は安全である。
- ・家の周りでは、暴力行為はほとんどない。

犯罪件数度についてお尋ねします。

この6か月の間にどのくらいの頻度で起こりましたか。

- ・家の周りで、凶器などを使った争い事がどのくらいありましたか。
- ・家の周りで、泥棒やひったくりがどのくらいありましたか。

社会のふれあい度についてお尋ねします。

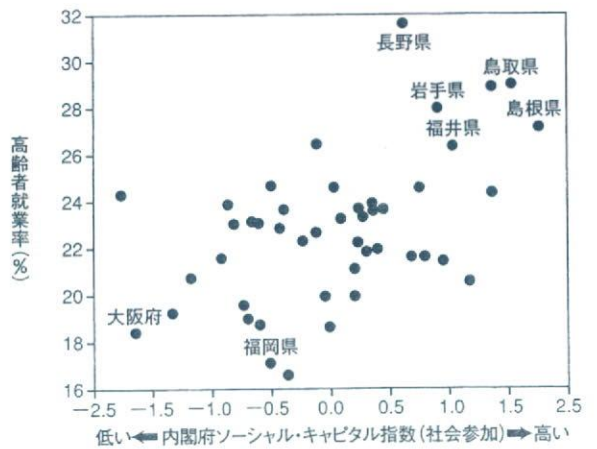
- ・ご近所さんは、お互いに進んで助け合っている。
- ・ご近所さんは、互いに信頼し合える。

ご近所つきあい度についてお尋ねします。

- ・あなたとご近所さんは、お互いに頼みごとをしますか。
(子どもを見てもらう、買い物を頼む、生活上の物の貸し借りなど、ちょっとしたこと)
- ・あなたとご近所さんは、集まりを開いたり、知人が誘われた集まりに、自分も一緒に行くことがありますか。

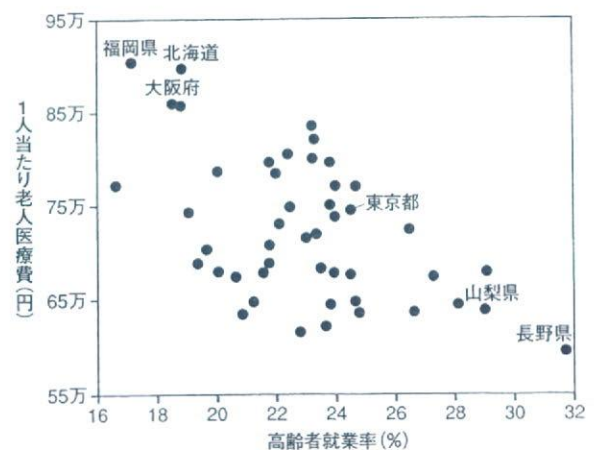
※全文は7分野で、各3~7項目から構成され、全31項目となる。

図2 社会参加と高齢者の就業率



内閣府2003年調査と「平成12年国勢調査報告」より稲葉氏作成
 出典:稲葉氏著「ソーシャル・キャピタル―「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸課題」(生産性出版)の136頁

図3 都道府県別1人当たり老人医療費と高齢者就業率



「平成14年度老人医療事業年報」「平成12年国勢調査報告」より稲葉氏作成
 出典:稲葉氏著「ソーシャル・キャピタル―「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸課題」(生産性出版)の136頁

出典:Mujahid MS, et al. "Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to ecometrics." Am J Epidemiol. 2007 Apr 15;165(8):858-67.より抜粋 日本語訳:大賀氏

デックス(指数)を統合し、都道府県別の「市民生活動指数」というソーシャル・キャピタルのインデックスを作成されており、それらが失業率や犯罪率と逆相関関係にあることを確認しています。内閣府も、こうした指数を出しています(図1)。

人の心のなかの「信頼」をはかる主観的な指数もあります。内閣府では、「一般的に人は信頼できると思うか?」といった主観をアンケートしています(表2)。このインデックスと、社会経済的なファクターをクロスさせると、いろいろな相関を示します。たとえば、都道府県別のソーシャル・キャピタル・インデックスのなかの、市民活動への参加状況や寄付の状況といった社会参加の指標と、高齢者就業率の相関は高くなっています(図2)、高齢者の就業率が高いところは一人当たりの老人医療費が低いのです(図3)。

大賀 保健師や管理栄養士らの専門職も、自治体の職員であれば、集団全体を見るべきですから、これまでの老人保健事業のように、保健センターなどに来る一部の人たち向けの健康度の変化を追うツールとしてはなく、ニーズが顕在化した人に対する事業は、潜在的なニーズが内包されていると考えられる地域全体への波及性もあるので、それらを込みで評価できる概念と捉えるべきですね。ですから、ソーシャル・キャピタルという言葉を使う以上は、そのまわりの医療費が減ったかとか、就業率との相関があるという視点は持つておく必要がありますよね。

稲葉 主観的健康感の調査は、その後の健康状況の予測にも有効と言われているようですが、

それと同様に、人に対する一般的な信頼度を聞く、「あなたは人を信用できますか?」という有名な質問は世界価値観調査でも使われ、多くの研究者がこれを使って実証研究をしています。

日本では実証研究が少ないのですが、大規模なものとしては、日本福祉大学の近藤克則氏が行った愛知老年学的評価研究があります。サンプル数が三万二、〇〇〇人程で、そのなかの一部のデータを使って、主観的な、要するにあなたは人を信頼できますか、という質問を取り上げ、健康との相関を取っています。それによると、社会的支援の受領者でかつ提供者でもある高齢者は、そうした支援を受けておらず提供することもない人と比べると、主観的な健康感がずっとよく、しかも抑うつになる人も少ない。また、地域組織にいか所でも参加している高齢者の主観的健康感は、そうでない高齢者より良好です。

心疾患やうつとの相関が高いことが多くの論文でも指摘されている

稲葉 私は杉並区在住なのですが、ある時期、痴漢や空き巣が多く出て、学校の通学路を中心に子どもたちを守る会をつくり、父兄がパトロールをやっていたのです。そこへ、地域の高齢者が犬の散歩とか植木の水やりとかをしていたので、「通学の時間帯にやってくれませんか?」とお願いました。すると、たくさん人が出て子どもたちも安心し、結果、暴漢などが減っていったという事例があるんです。

大賀 そういふ話なら、アメリカン・ジャーナル・オブ・エビデンス・オリゴジの今年の四月号に、そうした環境を測定するスケールをつくったという論文

図1 内閣府調査における都道府県ごとのソーシャル・キャピタル指数 内閣府(2003年)「ソーシャル・キャピタル 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」

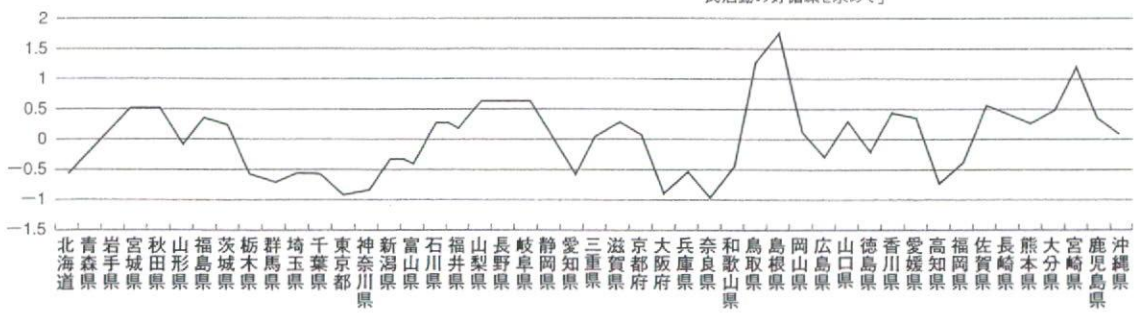


表2 内閣府調査が2003年に実施したアンケートの質問概要

1. 他人への信頼
1-1 一般的に人は信頼できると思うか(10段階で回答)
1-2 「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人を信頼できるか
2. 日常的なつきあいについて
2-1 ご近所とのつきあい ①つきあいの程度、②つきあっている人の数
2-2 つきあいの頻度と手段 ①友人知人とのつきあい、②親戚・親類とのつきあい、③職場の同僚とのつきあい
3. 地域での活動状況について
3-1 「地縁団体」「地縁活動」は盛んか
3-2 調査回答者の地域活動への参加状況 ①活動の種類、②頻度、③成果
3-3 調査回答者の今後の活動に関する意向

出典:稲葉氏著「ソーシャル・キャピタル―「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸課題」(生産性出版)の48頁

ージの変化など、波及効果を調べています。プログラム自体がどう地域で普及していくかも観察していきまして、そういう実践からもソーシャル・キャピタルは飲み込める部分が多いですね。

大賀 ソーシャル・キャピタルは、経済学のベースからその限界を超えようとして出てきただけあり、評価の数量化も期待できますし、ある意味では、これまで保健師などがやってきたものを包含する考え方でもあるので、やっぱり健康なまちづくりって大事だったのね、正しかったのねと、理論的な後ろ盾を得られると思います。政治学、社会学としても、また医学分野においても、世界的に実証データが蓄積されていることから、それらを学べば、自分の言葉ではなかなか伝えられなかったことを上司や同僚にもわかってもらえるようになるのではないかと思います。

ソーシャル・キャピタル指数が高いと 高齢者就業率が高く医療費が低い

大賀 ただし、ソーシャル・キャピタルを学んで、自己肯定に留まるのではなく、これまでの体験を通して直観的・個人的に取り組んで来たことをもつと理論的かつ組織戦略的に進めるために活かす、そういうビジョンに立つことが重要ですね。むしろ、自分たちに何が欠けていたのかを見極める姿勢が大事で、そういう面でも効果的だと思います。つまり、保健活動が地域社会に与える作用だけではなく、それとは反対に、地域社

会が保健に与える作用を自覚的に把握するため
の概念ツールと捉えるということですね。

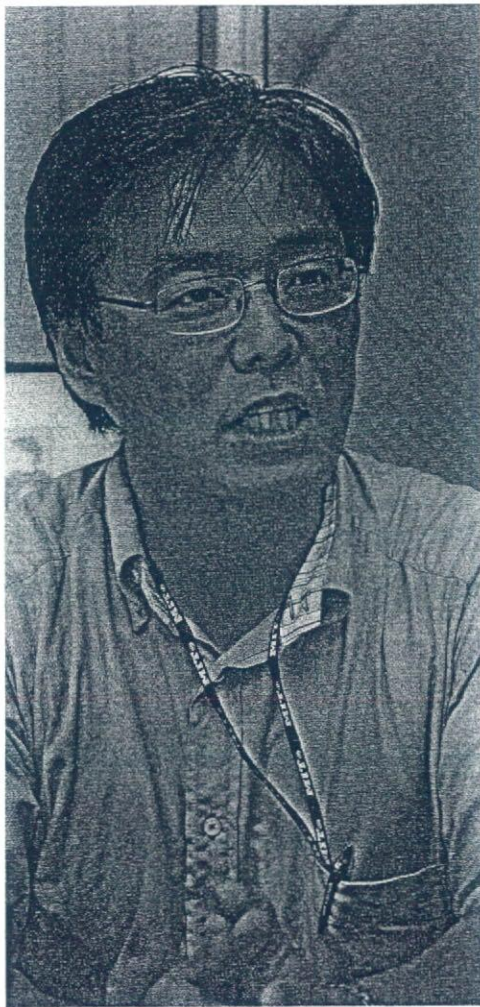
ところで、住民活動支援あるいは健康なまちづくりを行政の施策として考えると、稲葉先生がご本でも指摘されているように、従来型の親戚や友人などのボンディングなネットワークとともに、横断的なブリッジングなグループあるいはソーシャル・キャピタルづくりを考える必要があると思います。要するに、クラブをつなぐ仕組みや役割が大事ではないかと。これが武器となって横に広がって実際にまちが改善していく、そういうふうにソーシャル・キャピタルという概念が使われたらいいですね。

稲葉 ボンディングとブリッジングを少し整理しますと、自分と同じバックグラウンドを持つている人とのネットワークがボンディングで、結束強化型とか、紐帯強化型と言われます。一方、自分とバックグラウンドが違う人たちとのネットワ

ークはブリッジングなネットワークで、橋渡し的な機能を持ち、活動にも広がりが出てくる。

ボンディングなネットワークはグループ内の関心事が中心で保守的になり、よくない面があるとも指摘されるのですが、地縁的なグループは基本的にボンディングです。同じ地域に住み、経験を共有しているわけですから。健康への寄与という考えから言うと、ボンディングなものはその目から見たらいいものです。しかし、地域ではそういうものがなくなってきた。自治体は何とかそういうものを補い、人為的につくっていく必要があると思います。

それから、ソーシャル・キャピタルをどうはかるかということについては、いまは測定できるという整理がなされています。たとえば、大阪大学の山内直人氏は、NPO法人数や総人口に占める献血指数、ボランティア行動者数などのイン



経済学の分野から出てきており
保健活動の定量的な評価指標にもなる。
地域への波及性に着目して活用したい。

大賀英史 おおが・ひでみ

1991年東京大学大学院教育学研究科(教育学修士)、1996年東京大学大学院医学系研究科博士課程単位取得(医学博士)。長野県看護大学、国際会計事務所系コンサルティング会社を経て、2002年国立健康・栄養研究所・国際産学連携センター。産学連携の共同研究の成果を社会還元すべく、2006年より研究開発型ベンチャー「ヘルシーライフクワイエット・リサーチ&コンサルティング合同会社」を設立し、代表に就任。社会起業家(利益追求を超えた社会的創造)を目指し、地域や職域での実践的な研究を展開中