

地域社会ぐるみでの高齢者の健康づくり

Improving the Health of Elderly People through Society-wide Activities

本稿では、地域社会ぐるみで、高齢者の健康維持を行っていく方向性を提案する。近年、健康維持を行うためには、個人の健康決定要因を対象とした働きかけだけでなく、地域の健康決定要因を対象とした働きかけも重要であることが提唱されている。この背景には、個人の健康が本人の生物としての要因だけでなく、その人の生活する学校や職場、地域社会といった社会的な要因からも影響を受けていることが、近年の研究により明らかになってきたという流れがある。

健康に影響を及ぼす社会的要因には様々なものがあるが、本稿では特にソーシャル・キャピタルに着目する。ソーシャル・キャピタルは、地域住民の間の信頼感や互助意識に基づく人的つながり等を指す概念で、これが個人ではなく地域固有の性質としてそこに蓄積されているという見方である。これまでも、地域社会のソーシャル・キャピタルを有効利用することにより健康向上を図ろうとする活動が自然発生的に行われてきたが、散発的であったといえる。しかし、今後、このような活動を少数の例外的事例から、より広範に多くの地域で行っていくために、行政としてこのような地域活動を直接支援し円滑化していくことが求められるのではないだろうか。本稿では、韓国の敬老堂、山梨の無尽、愛知県武豊町の介入研究の例を参考にしながら、その実現可能性や有効性について考える。

This report showed the trends in the field of good health maintenance for elderly people by mutual cooperation in communities. Earlier studies proposed that, for health maintenance, not only working on individual determinants, but working on the community level is important. This is based on the thought that people are influenced not only by biological determinants but social determinants such as schools and workplaces. This report focused on the relationship between health maintenance and social capital, a notion indicating the feeling of trust and mutual aid characterized by communities.

The approach through social capital to improve people's health has been introduced in some communities in the past; however, they were a rather spontaneous, non-deliberate attempt. Since this approach should not be a sporadic example but should be deliberately introduced, both the local and national government should support and facilitate the approach. This report examines the feasibility and effectiveness of the approach by taking a look at examples of Kyunrodang in Korea, Mujin in Yamanashi, and Taketoyo in Aichi.



1 | はじめに

近年、大手保険会社による保険金未払いや、大手介護サービス提供会社による不祥事など、市場の提供するサービスの質的な低下が見られる。また、財政難や市町村合併などにより、行政サービスは量的に減少してきている。一方で、中山間部の地域社会では人口の高齢化が年々進み、地域社会を支える上で住民の健康維持がますます重要になってきている。中山間地域では、高齢化により地域社会の最低限の機能が維持できず消滅する集落も出てきている。このように、高齢者の健康の維持・向上をめぐる外的な状況が悪化する中で、サービスの担い手として、市場でもなく政府でもない地域社会の互助的な能力を最大限に引き出す施策が求められてきている。本稿では、このような社会的背景を踏まえ、高齢者の健康を地域社会ぐるみで維持・向上させる戦略について考えたい。

本稿の構成は以下の通りである。まず、はじめに、健康を維持・向上させる戦略には、個人を対象にした戦略と社会全体を対象とした戦略があることを紹介し、それぞれの特徴を示す。つづいて、本論として、ソーシャル・キャピタルの概念を説明し、それが地域社会に及ぼす様々な好影響について紹介した上で、ソーシャル・キャピタルが地域に住む住民一人ひとりの健康に好影響を

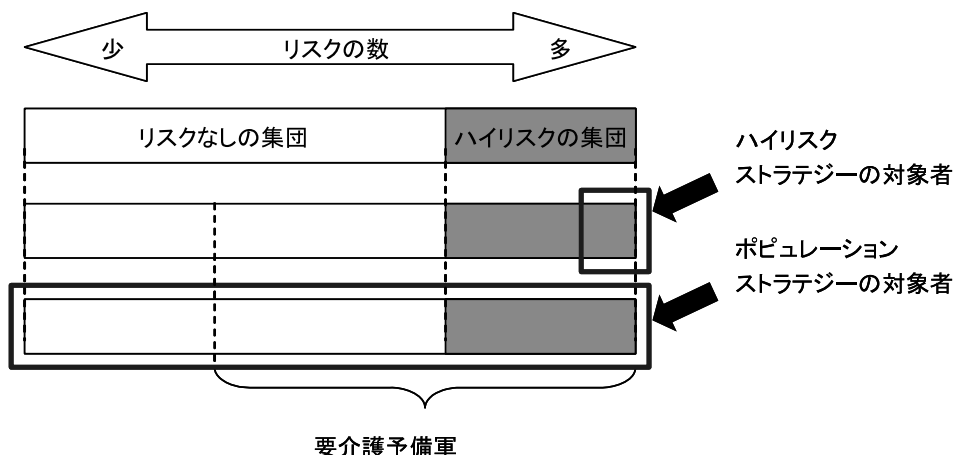
及ぼすことを、国内外の実証研究から紹介する。さらに、ソーシャル・キャピタルを利用した地域社会ぐるみでの健康の維持・向上の取り組みの実例を紹介し、最後にソーシャル・キャピタルを利用した地域社会ぐるみでの健康維持・向上を支援する政策の可能性について考える。

2 | 個人への介入ではなく 地域社会への介入へ

地域住民の健康を維持・増進させる政策的な戦略は、ハイリスクストラテジー (high-risk strategy) とポピュレーションストラテジー (population strategy) の二つに分ける事ができる (Rose, 1992)。前者は、喫煙者や高血圧者といった高いリスクを持つ人に対象を絞って禁煙指導や減塩食指導を実施するといった個人を対象にした戦略であり、後者は社会全体を対象にした戦略である。図表1は、それを概念的に示したものである。例えば、要介護リスクで考えると、同じ年齢の人口の中にもリスクを多く持つ人とリスクを持たない人がいる。ハイリスクストラテジーが、リスクを多く持つ人に対象を絞り、その対象者一人ひとりに働きかけを行う戦略 (図中段) であるのに対して、ポピュレーションストラテジーは人口全体に働きかけを行う戦略である (図下段)。

予防医学はハイリスクストラテジーとポピュレーションストラテジーの二つの戦略を統合するものが望ましく、主力はポピュレーションストラテジーであるといわれて

図表1 ハイリスクストラテジーとポピュレーションストラテジー



いる (Rose, 1992)。しかし、厚生労働省が行う健康日本21における取り組みでは、個人を対象にしたハイリスクストラテジーだけが行われているという指摘もあり (篠崎次男, 2003)、どちらかと言えば個人を対象にしたハイリスクストラテジーに重点が置かれているのが現状である。

一方、禁煙を行うことが困難なように、個人の行動パターンはそう簡単に変わらないことが分かってきている。個人の生活習慣や行動の変容をめざすハイリスクストラテジーの効果は、長期的な無作為化臨床試験ではほとんど否定されており (近藤克則, 2004)、イギリスでは個人の行動が容易に変容しないことからその費用対効果を疑問視する報告もある (Wanless, 2004)。

(1) 健康に影響する因子の階層構造

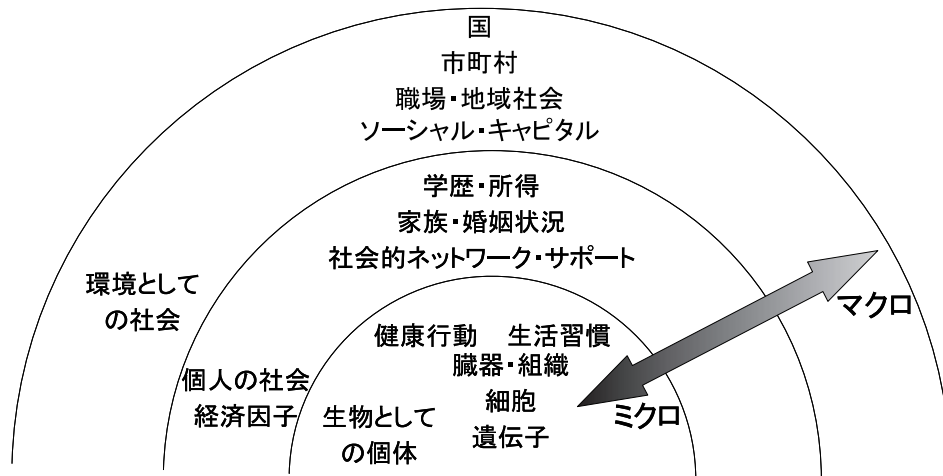
ポピュレーションストラテジーが重要である理由は、他にもある。それは、健康を決定する要因が本人の要因だけではないことである。健康に影響を及ぼす因子は遺伝子だけではなく、社会的要因もある。健康に影響する因子をいくつかのレベルに分けて考えると図表2のようになる。図表2はミクロの因子を内側に、マクロの因子を外側において示したものである (近藤克則, 2006)。最も内側の「生物としての個体」に着目する生物学モデルでは、健康を個人の内側にある遺伝子などの因子や

ライフスタイルで説明しようとする従来型のオーソドックスな考え方である。この考え方が重要であることは間違いないが、一方、第2層の「個人の社会経済的因子」や第3層の「環境としての社会」の影響も無視できない。例えば、人とのつながりや交流が、健康を維持するうえで重要であることは日常の感覚からも分かることである。しかし、それが科学的に立証され、サイエンス誌等に掲載されるようになったのは近年のことのようである (House, Landis, & Umberson, 1988)。どちらかといえば、これまでは個人の要因だけに着目してきた感があり、近年、「個人の社会経済的因子」や「環境としての社会」にもより着目していこうとする流れが強まっている。ハイリスクストラテジーは主に第1層の要因を、ポピュレーションストラテジーは第3層及び第2層の要因を主な対象とした戦略である。

(2) 介護予防の個人介入におけるスクリーニングの限界

ハイリスクストラテジーは、介入する (働きかけを行う) 個人を探すことから始まるが、介護予防においてそれは容易ではない。2006年4月の介護保険法改正では、要支援・要介護認定になる前の高齢者 (特定高齢者) の健康状態を維持するために運動教室を市町村に義務付け、運動教室による健康維持によって増加する介護給付費を抑制しようとしたが、仙台市では、国が予想した人数の

図表2 健康の決定因子の階層構造



出所：近藤克則 (2005)。「健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか」医学書院。より許諾を得て転載

50分の1しか特定高齢者を見つけることができなかった（河北新報, 2006年10月13日）。特定高齢者の把握は、厚生労働省が作った25項目からなる「基本チェックリスト」を使い、健診時などに回答してもらう形式で、その結果に基づき市町村が認定するものだが、これがうまく機能せず、特定高齢者を把握することができなかったようである。全国的にも同じような状況が多数見られた。また、重要な点として、不健康な生活をしている人ほど健診などには参加しない傾向があり、ハイリスクストラテジーは、個人へ働きかけを行う前の段階でつまずき、働きかけそのものが行えない場合がある。

(3) 新規の要介護者の半数は、前年にリスク0から発生

また、別の視点としてハイリスク者だけが要介護状態になるのではないという点も見落とされがちである。厚生労働省は、どのような要因を持つ人が介護状態になりやすいか、その要因を要介護リスクとして示している。図表3の棒グラフの上段は、調査開始時点から1年以内に介護状態になった人が、厚生労働書の示す5つの要介護リスク（転倒・うつ・口腔・低栄養・閉じこもり）を調査開始時点で幾つ持っていたかを示したものである。1年以内に要介護認定を受けた684人のうち、5つの介護リスクが1つもなかった者は362人（52.9%）と約半数を占めていた。要介護になる人の約半数は1年前に全く

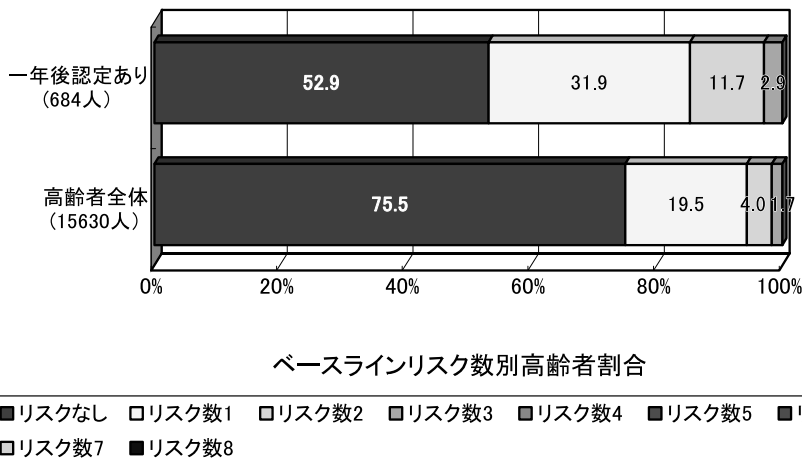
リスクを持たないグループから発生していることが分かる（近藤克則, 平井寛, & 吉井清子, 2006年1月23日）。

また、図表3の棒グラフの下段を見ると、要介護状態にない高齢者全体（1年以内に要介護認定を受けた684人+受けなかった人14,946人）では、リスクを1つ以上持つ人の割合は25%程度である。ハイリスク者ほど要介護状態になる確率が高いが、リスクが高い高齢者の数は高齢者全体から見ると割合は少ないことが分かる。これらのことから、介護予防を行うためにハイリスク者だけに介入していたのでは、リスクがないところから発生する介護状態を防ぐことができないことが分かる。

(4) 地域社会への介入の例

ポピュレーションストラテジーとして環境的な要因へ介入することは、個人へ介入するハイリスクストラテジーよりも、むらなく地域住民全体に影響をもたらすため、例えば、低所得者で十分な医療・福祉サービスを受けられない者や、条件不利地域に住みアクセスの悪さから都市住民と同様のサービスを受けることができない者、さらには、ハイリスクストラテジーにおいてリスクが高いにもかかわらず対象から漏れた者への効果も期待できる。このような点において、ポピュレーションストラテジーはハイリスクストラテジーよりも効果的な面を持っている。

図表3 新たに認定を受けた人の1年前の要介護リスク数



出所：近藤克則ほか（2006）「介護予防においてハイリスク・ストラテジーはどの程度期待できるか」第16回日本疫学会学術総会資料

本稿は、ポピュレーションストラテジーとしてソーシャル・キャピタルの向上を通じた地域住民の健康の維持・向上を目指す戦略を提案するものであるが、その他のポピュレーションストラテジーの例としては、一般的には、路上喫煙禁止や、学校教育を通じた健康的な栄養・食事に関する学習と地域への普及、また、歩きやすい歩道や公園の整備などが挙げられる（水嶋春朝，2000）。また、費用対効果の高いポピュレーションストラテジーの例として水道水のフッ素濃度を高め虫歯の予防を行うウォーターフロリデーションがあり、世界の約60カ国で行われているという（日本むし歯予防フッ素推進会議，2006）。

3 | ソーシャル・キャピタルと健康

(1) ソーシャル・キャピタルとは

ソーシャル・キャピタルの概念は「県民性」の概念によく似た部分がある。誰も「〇〇県の人には～な性格な人が多い」といった会話をした経験があると思われ、県民性という言葉は日本人に親しみのある言葉である。県民性という概念は、その県という空間に居住する人々の性質を指す言葉であり、さらに、一人ひとりの行動パターンがその人が置かれる地域の慣習や文化から影響を受けるという意味を含んでいる。この点において、県民性の概念は、意味は同一ではないが、ソーシャル・キャピタル¹の概念と似た性質を持っている。もし、ソーシャル・キャピタルという概念について、理解を助けるために直感的説明をするならば、ソーシャル・キャピタルは「協力についての県民性」と表現できるかもしれない。ソーシャル・キャピタルは、実際は様々な空間の大きさを想定して用いられるが、ソーシャル・キャピタルは、ある空間に居住する人々の性質のうち、特に協調性に関する部分を指す概念である。

ソーシャル・キャピタルの定義は論者により違いがある（Halpern, 2005; Lin, 2001; Office for National Statistics, 2001）が、アメリカの政治学者Putnamによれば「協調的な諸活動を活発にする事によって社会の

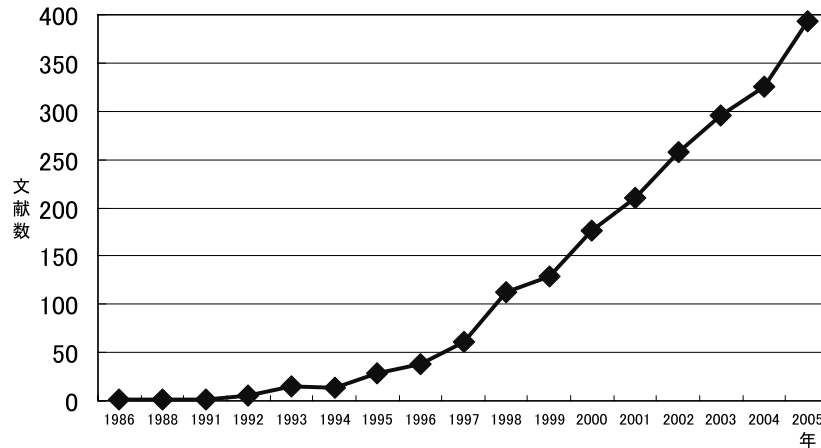
効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった、社会組織の特徴」（Putnam, 1993）と定義されている。この定義について、集落や自治会といったより身近な空間の単位で考えてみる。例えば、地域ぐるみで、防犯活動や防火活動などに取り組む場合、地域内の人々の協力が上手くいき、それがスムーズに進む地域と、そうでない地域がある。それを決める要因には様々なものが考えられるが、地域住民の間で日常的な交流があり、お互いへの信頼感があり、困ったときには助けあう関係や雰囲気があるほど協力が進みやすい。ソーシャル・キャピタルという言葉は、そのようなものを包括的に指す概念といえる。

ソーシャル・キャピタル概念を用いた研究は、パットナムの一連の研究以降（Putnam, 1993, 1995）、増加してきており（図表4）、実際に、協調行動を促す要素であるソーシャル・キャピタルが、社会的に重要な様々なパフォーマンスを向上させることを示す定量的研究が、世界銀行をはじめとした多くの国・機関により示されている。それらを見ると、分析単位の空間の大きさは様々であるが、ソーシャル・キャピタルが、制度のパフォーマンス（Putnam, 1993）・灌漑施設や共有地の管理（Krishna & Uphoff, 1999）・治安（Kennedy, Kawachi, Prothrow-Stith, Lochner, & Gupta, 1998）・地域住民の健康（Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997; Kim, Subramanian, & Kawachi, 2006; Subramanian, Kawachi, & Kennedy, 2001; 市田行信, 吉川郷主, 平井寛, 近藤克則, & 小林慎太郎, 2005）・家計所得（Narayan & Pritchett, 1999）・経済成長率（Uslaner, 2002）に影響を及ぼすことが報告されている。

(2) 国内におけるソーシャル・キャピタル研究をめぐる動き

海外ではじまったソーシャル・キャピタルの研究であるが、日本国内においてもソーシャル・キャピタルへの注目は高まってきている。首相官邸では、「地域固有の「ソーシャル・キャピタル」を活性化する」という文言を、

図表4 ソーシャル・キャピタルに関する文献の伸び



出所：Web of Scienceから著者が作成。TS（トピック）="social capital"; DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI; Timespan=1900-2006.として検索。検索日2006年11月2日, 総文献数2371.

「地域再生基本方針（平成19年4月安部内閣閣議決定）」の「地域再生のために政府が実施すべき施策に関する基本的な方針」として明記している（地域再生本部, 2007）。また、内閣府の平成14年の調査を皮切りに、国土交通省、農林水産省などがまとまりのある研究を実施している。また、海外ではイギリス、アイルランド、カナダをはじめとした国々や世界銀行、OECDなども取り組みを行っている。

（3）ソーシャル・キャピタルの測定方法

ソーシャル・キャピタルを測定する場合、失業率や高齢化率のように地域ごとに平均や割合として集計するか、または地域にある組織の数等を代理的な変数として用いる事が多い。

一般的には地域住民の間の交流頻度や信頼感、助け合いの規範等を、個人アンケートによって尋ね、それを地域ごとに集計する方法が採られる。また、主成分分析を用いて集計された変数を合成する場合もある。代表的な質問項目として世界銀行のSocial Capital Assessment Tool (Krishna & Shrader, 2002) やイギリスのGeneral Household Surveyをベースにしたもの (Hall, 2005)、農林水産省の調査項目（農村振興局, 2007）、内閣府の調査項目（内閣府国民生活局, 2003）がある。

（4）ソーシャル・キャピタルと健康に関する研究の紹介

●国内・海外でのソーシャル・キャピタル研究

ソーシャル・キャピタルと健康との関連を分析した先駆的定量的研究として、Kawachiらがアメリカの39の州を対象に、ソーシャル・キャピタルの指標と死亡率 (Kawachi, Kennedy, Lochner et al., 1997) との相関を示したものが挙げられ、ソーシャル・キャピタルが豊かな州で死亡率が低いことを示した。その他には、カナダ（サスカチュワン州）の30の保健区を対象にしたもの (Veenstra, 2002) や、日本の都道府県を集計単位とした内閣府の調査（内閣府国民生活局, 2003）などがある。ただし、これらの研究は、地域ごとに集計された健康指標およびソーシャル・キャピタルの関係を調べたものであり地域住民の所得分布などの人口構成の影響を受けるため、これらの影響をできるだけ除いた上で関連を評価しなければ誤った結論が導かれる可能性があることが知られている (Diez-Roux, 1998; 市田行信, 2007a; 西信雄, 2006)。したがって、ソーシャル・キャピタルと健康の関係を正しく検証するには、マルチレベル分析² (Subramanian, 2003; 市田行信, 2007b) というやや複雑な統計手法が必要とされる。

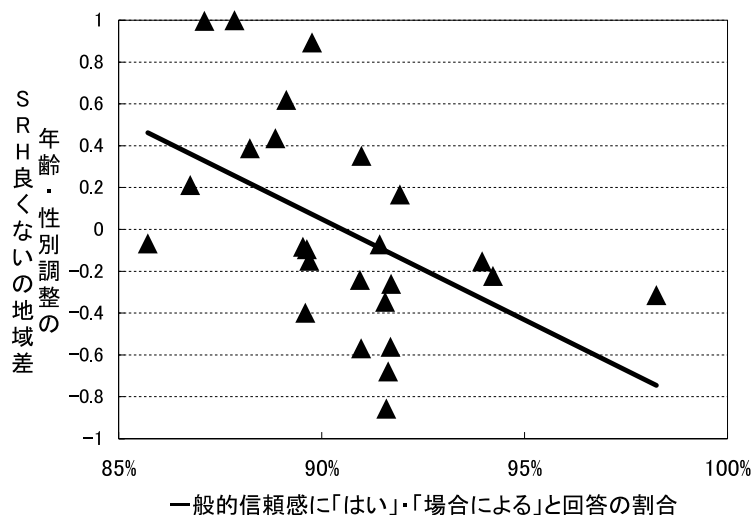
マルチレベル分析によって、ソーシャル・キャピタルと健康の関係を検証した最初の研究はアメリカの39州に住む14万4,692人を対象にしたSubramanianらによる

分析 (Subramanian, Kawachi, & Kennedy, 2001) があり、年齢・性別・人種・所得・健康保険への加入・健康診断の受診・喫煙・婚姻状態などの影響を取り除いても、ソーシャル・キャピタルが主観的健康感に好ましい影響を及ぼしていることが示されている。それを含めて、海外ではマルチレベル分析によりソーシャル・キャピタルと個人の健康の関連を分析した論文が14本あり、そのうち9本が両者の間に好ましい関連を報告している (Islam, Merlo, Kawachi, Lindstrom, & Gerdtham, 2006; Kavanagh, Turrell, & Subramanian, 2006; Kim, Subramanian, & Kawachi, 2006; Turrell, Kavanagh, & Subramanian, 2006)。

国内において、高齢者を対象とし、より地域社会に近い単位で、ソーシャル・キャピタルと健康の関係を検証した研究として、市田 (2007c) が挙げられる。図表5は、同研究におけるソーシャル・キャピタルの指標である一般的信頼感と、地域ごとに年齢と性別を調整した主観的健康感 (SRH) の平均との関係を示したものである。市田らは、2003年に行われた自記式郵送調査による AGES (愛知老年学的評価研究) データ (近藤克則 & 平井寛, 2005) を用いて、知多半島の25の旧市区町村 (昭和25年2月1日の市町村の区域) に居住する要介護認

定を受けていない65歳以上の在宅高齢者1万5,225名 (配布票数の44%) を対象に、ソーシャル・キャピタルと主観的健康感の関係を検証した。主観的健康感 (SRH) は、「現在のあなたの健康状態はいかがですか」に対して「1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない」の選択肢から回答するもので、27の研究のレビューから、他の心理社会的要因・健康行動・生理学上の危険因子とは独立に、死亡率の予測に対して高い妥当性を持つことが示されている (Idler & Benyamini, 1997)。ソーシャル・キャピタルの変数は、先行研究 (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999) に従い、一般的信頼感の質問である「一般的に、人は信頼できると思いますか」の質問に対して、「1. はい 2. いいえ 3. 場合による」によって回答する質問から「1. はい」または「3. 場合による」の割合を旧市区町村ごとに求め、マルチレベル分析によりソーシャル・キャピタルと主観的健康感の関係を検証している。その結果、人口構成の要因として年齢・性別・等価所得³・学歴・婚姻状態、地域レベルの説明変数として平均等価所得の影響を考慮しても、ソーシャル・キャピタルが高齢者の健康に好ましい影響を及ぼしていることが示された (市田行信, 2007c)。

図表5 一般的信頼感と年齢・性別調整済み主観的健康感



出所：市田行信 (2007c)。ソーシャル・キャピタル—地域の視点から—。『検証「健康格差社会」 (近藤克則編) より許諾を得て転載

4 | ソーシャル・キャピタル向上による健康づくりの取り組み

ここまでは、統計的手法により定量的にソーシャル・キャピタルと健康の関係を検証した研究結果を紹介した。概して、そのうちの多くの研究でソーシャル・キャピタルと健康の好ましい関係が支持されている。ここからは、ソーシャル・キャピタルが健康に好ましい影響を与えていると考えられる実例を見ることで、ソーシャル・キャピタルを向上させることで地域住民の健康を向上させる戦略の実現性と有効性を考える。ここでは、韓国の「敬老堂 (Kyungrodang)」の例 (斎藤嘉孝, 近藤克則, 平井寛, & 市田行信, 2007)、山梨県の無尽講の例、そして、愛知県武豊町でのソーシャル・キャピタル向上による閉じこもり予防を紹介し、今後ソーシャル・キャピタルを活用した介護予防を地域住民主体で行っていく戦略に向けて、その可能性を示したい。

(1) 敬老堂

敬老堂は韓国政府が行う高齢者向けの施策またはその施設を指し、全国におよそ51,000カ所あり、全高齢者の40%以上が参加しているといわれている⁴。敬老堂は、標準的な建物として、1~3つの部屋が存在し、うち1部屋がホールのような役割をはたし、台所とトイレが付いている。外的な印象は、日本における集落の公民館である。そこでは、ダンス、マッサージ、歌、囲碁、将棋、習字、語学、パソコン、識字などのプログラムが、地域住民により定期的に行われており、自由に参加できるようになっている。施設の鍵は、地元住民の係の者が管理し、毎日朝から夕方まで開放されている。昼食を参加者で調理して食べるのが慣わしとなっている。参加している者の多くは散発的に敬老堂に来るのではなく、毎日、敬老堂で時間を過ごすことが多い。

敬老堂の原型は前近代にさかのぼるといわれる。朝鮮王朝時代、上の者が下の者を思いやるという儒教的観念に基づいて、各地域の名家が自宅の一部を下層民に開放していたのが始まりであるという。敬老堂の原型は、社会階層でいえば上層部のためではなく、下層部や一般大

衆のためのものであったと考えられる。

敬老堂が現在のように、全国規模で実施されるようになったのは1980年代からであり、それまでは地域住民による自然発生的な仕組みであった。敬老堂を管轄するのは韓国厚生省 (Ministry of Health & Social Affairs) であり、具体的運用は地方行政 (老人福祉館、老人福祉センターなど) に任されている。160世帯に2カ所の敬老堂の設置が法的に義務づけられており、都市部でマンションなどが並ぶ地域においてもその1階が敬老堂になっていることが多い。敬老堂のない地域 (村・区など) は少なく、全国にくまなく存在している。2005年の韓国統計局報告による高齢者人口約438万人に対し、韓国中に51,000カ所強の敬老堂が存在するといわれており、計算上は高齢者約86人に1カ所である。1つの敬老堂の参加者は平均約28名である (Cho, 2006)。

敬老堂の制度では、施設の整備といったハード面に目が行きがちであるが、組織のマネジメントや敬老堂で実際に行われる内容といったソフト面にも近年、重点が置かれるようになってきている。敬老堂の中には、飲酒・賭博が行われているものもあり (斎藤嘉孝, 近藤克則, 平井寛 et al., 2007)、それが新たな住民の参加を妨げてきた側面がある。現在では、この状況を改善するために、韓国政府は活性化プログラムとして1500カ所を対象に、積極的な支援を行っている。各敬老堂で行われる体操や学習などのプログラムは地域住民による講師により担われているが、それらの講師を広域的な地域的拠点に定期的集め、講師の育成やプログラムの提供を行うしくみが整ってきており、それが有効に機能するようになってきている。また、「老人福祉センター」(厚生省管轄)からは、ソーシャルワーカーが派遣され、適切に運営が行われているか点検が行われている。敬老堂が、健康に良いことを実証的に示した研究は存在していないが、古くから存続してきていることや、韓国全土にそれが政策的に広められたことから、高齢者の閉じこもりや生活の機能を維持する上で、一定の有効性があるものと考えられる。

(2) 無尽講

無尽は、回転貯蓄信用組合の一種で、戦後復興期まで中下流層の住民間で金融面での互助を行なうものであった (Kondo, Minai, Imai, & Yamagata, 2007)。参加者は、毎回会費を持参して集まり、その会費の一部が集められ貯蓄されるか、または、集まりの最後に行われるくじに当たったものが持ち帰るようなしくみになっている。無尽は、山梨県に古くから続き、いつから始まったのかは定かではないが、農村の相互扶助のシステムの一つであったと考えられ、不作や災害により困窮したメンバーを助けるものであったと考えられる。

全国の他県を見ると無尽のような金融機能を持った相互扶助の制度が、現在でも活動を存続している都道府県は、山梨や沖縄以外に目立ったところは見当たらないが、多くの人が村落共同体に属し生活をしてきた時期には、このような金融機能を持つ様々な互助組織が全国的に存在していたと考えられる。

無尽の、空間的単位としては、様々なものがあり広域的なものから、集落単位でのものまでである。ここでは主に、集落単位の無尽に着目するが、山下 (1983) によれば、集落単位の無尽は、自治会が組織として全戸を網羅している形になっている場合でも、同じ空間で自治会とは別に組織されていることが少なくなかったという。昔は、村落共同体＝ムラにとって、無尽は農繁期の相互労務提供である「ユイ」「ユイガエシ」と並んで貧しい中での助け合いの精神を具体化する仕組みだったという。現在ではお金の貸し借りといった金融機能はほとんどなく、地域活動の組織として存続しているものがほとんどであるが、戦前は、無尽の金は貴いものであったといわれる。山梨は山に囲まれ耕地面積も小さく、戦前は大部分が小作だけであったことから、不作の年には困窮する農家も少なくなかったという。中には、年末に肥料代や酒屋の支払いをするとほとんど手元にお金が残らない農家もあり、無尽のお金により年を越したこともあったという (山下靖典, 1983)。

現在では、金融のための互助組織というよりも地域活

動の組織として存続している無尽であるが、山梨県と山梨大学がまとめた「健康寿命実態調査」によれば、現在でも無尽の相互援助システム、社会ネットワークシステムが、生活活動能力の維持に関連していたことが調査から示唆されたという (山梨大学医学部保健学Ⅱ講座, 2004)。また、無尽に参加する要介護状態にない高齢者581人を2年間追跡した結果、無尽への参加が、参加者の生活機能の維持に役立っていることが明らかになり (Kondo, Minai, Imai et al., 2007)、その健康への有用性が示されている。

(3) 武豊町「憩いのサロン」

武豊町の「憩いのサロン」事業は、2007年5月から武豊町と日本福祉大学などが共同で、ソーシャル・キャピタルの向上により住民の交流を活性化することで、要介護のリスクである閉じこもりを減少させることを主眼に、介護予防を目指す試みで、参加者の健康状態を追跡しその効果を検証している (平井寛 & 近藤克則, 2008)。

知多半島の北東部に位置する愛知県武豊町は人口約4万2,000人、高齢者率は17.3%である。海沿いに工業地帯が広がって都市化が進み、近隣住民の交流は希薄になりがちといわれる (鳥越恭, 小坂田基, & 西内高志, 2007年11月24日)。「憩いのサロン」事業では、月に1~2回、公民館など3カ所に、60~80人の高齢者が集まり、歌や体操、ゲーム、茶飲み話などを楽しむ。企画や進行も地域住民のボランティアで担当する。参加者からは、「外に出た時、あの人はサロンにおったなと、近所で寄り道をするようになりました」という感想や、また、「足が痛い」「調子が悪い」と言葉を交わし「この医者がおすすめだよ」など互いの健康に気を使うようになったという (鳥越恭, 小坂田基, & 西内高志, 2007年11月24日)。

武豊町の試み (武豊町モデル) にはいくつかの特徴がある。武豊町モデルでは地域全体に介入し「閉じこもり」の少ない地域づくりを目指すため、いくつかの方針を定めている。その中から、ソーシャル・キャピタルの向上に関する部分を抜き出すと以下の点が挙げられる。

①介入の前の段階のソーシャル・キャピタル及び地域住民の健康をアンケートにより実際に測定したうえで、その変化を追跡している点。

②計画や方針の作成はトップダウンでありながら、活動が定着し持続するように住民主体によるボトムアップにより計画が実行に移されていった点。

まず、①について述べる。地域づくりを通じた健康づくり活動はこれまでも多く行われ、当事者以外の第三者からは効果が見えにくいといった批判もあったが、それはその効果を科学的な方法で評価する取組みが行われてこなかったためであると考えられる。そのため、同じような地域づくりタイプの健康づくり活動を他の地域で行おうとしても、その効果が見えにくかったり、また何をどのようにすればよいのかが分からないといった状況が少なくなかったと考えられる。武豊町モデルでは、介入の前の段階で、ソーシャル・キャピタル及び地域住民の健康をアンケートにより把握し、それを介入開始から追跡することで、より客観的で、他地域への示唆が分かり易くなっている。つまり、データに基づく客観的評価が行われている点で特徴があると考えられる。

次に②についてであるが、一般的に、トップダウンで介入を行うほうが手間がかからないが、介入の事業が終了した後で、活動が地域に根付きにくく持続性が低くなるといわれトレードオフがある。逆に、ボトムアップでそれを行うと事業終了後も活動が持続しやすいが、地域住民の自主性を引き出し、その意見をワークショップ等により穏やかに調整していくプロセスに多大な手間がかかる。武豊町モデルではその中間を取っている。計画や方針の作成は武豊町と日本福祉大学が行い、活動の立ち上げからは地域住民が主体で行った。まず、ソーシャル・キャピタル及び地域住民の健康を把握するためのアンケートにおいて、活動の運営ボランティアへの協力の意向を把握し、後日、運営ボランティア募集のための説明会を行い事業の理念・方針の説明とボランティア募集の呼びかけを行った。そして、参加に協力したボランティアを主体に、先行事例視察・ワークショップを行うこ

とで、住民主体のボトムアップ型の事業へと転換していった。このようなプロセスを通じて、活動の持続性のために必要な地域住民の能力が育成されていったと考えられる。

武豊町の介入事業はまだ途中であり、中間評価までしか行われていないが、現時点では同町内においてこれまで行われた事業よりも、多くの地域住民の参加が得られており、一定の効果が発現していると考えられる。

5 | 3事例からのまとめと制度の提案

まず、敬老堂と無尽の事例から、集落単位でのソーシャル・キャピタルが地域住民の健康に好影響を与えていることが示唆される。そして、それが非常に長い間、行政の関与がほとんどない状況で住民主体により存続していきていることが分かる。敬老堂については、その健康への影響を厳密な分析により検証したものはないが、本来の目的として高齢者の健康維持やいきがいのためにつくられており、また、それが長く続いてきていることや、敬老堂を韓国全体に広めるための法整備も行われてきていることから、その効果は実際にそれに関わる人の間では十分に認識されていると想像される。また、無尽については、その本来の目的は、金融による相互扶助であるが、その金融による相互扶助の機能が不要になりつつある現代においても山梨県内では多くの無尽が活発に活動していることから、それが金融以外の面において参加する地域住民に何らかのメリットをもたらしていることが想像される。そのメリットとは、いきがいや健康など様々なものが考えられるが、こちらについてはその健康への好ましい影響が追跡調査等により検証され支持されている。

確かに、既存のソーシャル・キャピタルを活用することはできたとしても、新たにソーシャル・キャピタルを作り出すことで介護予防を行っていくのはそれほど容易ではないという意見もある。無尽講や敬老堂は古くから続き、地域住民の間に根付いたもので、そのため参加者にとっては、その活動内容への抵抗感が少なく参加がし

易い。新たな活動の場合、その活動の存在を認識することがまず容易ではなく、さらにそこへ高齢者に参加してもらい、組織に馴染むように誘導することは簡単なことではない。無尽や敬老堂のように、すでに活動を行っている人からの情報や誘いがあり、それへの参加は歳相応になれば当たり前のこととして、ライフコースに含まれていれば参加は自然なものともいえるであろう。それに対して、そのような歴史的な組織が存在しない地域において、そのような住民間のネットワークの受け皿となるような組織を新規につくり、そこへの参加を呼びかけていくことは容易ではない。

しかし、敬老堂のように、一部の地域で歴史的に行われていた取り組みを、法的な整備とそれを支える地域ごとの支援組織の整備により、全国に拡げること成功した例が実際に存在する。また、武豊町の試みはまだ道半ばであるが、現在のところ順調に進んでいると考えられ、もしこの試みが順調に推移すれば、そのプログラム理論はソーシャル・キャピタルを新たに地域に作り出すことにより介護予防を行う上で重要なモデルとなるに違いない。

敬老堂と武豊町の例における重要な点は、両者とも地域の拠点を整備することで、リーダーや講師、またボランティアの育成といったソフト部分の強化に力を入れている点や住民主体の原則が貫かれている点である。確かに、武豊町以外でも、地域住民の社会的ネットワークを活用した介護予防等の試みは行われている。しかしそれらの事例の多くは、大学関係者が人的資源を投入して手厚い介入を行っているために特殊な事例となっている場合が少なくない。大学や行政が手厚い介入を行った場合、事業終了後に大学や行政の手が離れた後に住民主体で活動を継続していけなくなってしまう可能性がある。活動を継続していくためには、日々の問題を解決し、変化する地域のニーズに合わせて、組織の改善を行っていく自律的な能力が地域住民に必要と考えられる。

敬老堂が自然発生的なしくみから、法的な制度へと発展したように、日本においても介護予防を目的とした住

民主体によるソーシャル・キャピタル等の社会的ネットワーク等の活用を資金面で広く薄く支援する制度の整備が望まれる。実際に、農村の農地や農道を保全することを目的に、地域住民のソーシャル・キャピタルを活用する取り組みへの資金面での支援が「中山間地域等直接支払制度」や、「農地・水・環境保全向上対策」として法制度として実施されており、介護予防においても参考になると考えられる。

「中山間地域等直接支払制度」や、「農地・水・環境保全向上対策」が、地域住民の自助努力を促すための特徴が二つある。まず、第一に、その支援を受けるためには、集落単位での合意形成（集落協定）が要件となっている点である。集落として協定を締結するためには、作業環境や労働力など多くの条件が整わなければならないが、協定に参加する集落内の住民一人ひとりが5年間の共同作業を怠らない（中山間地域等直接支払制度の場合）といった集落内での約束が必要となる。このため、支援を受けるためには最低限のソーシャル・キャピタルが必要になる。二点目として、支援の金額は、二階建てになっている点である。両施策とも、その支援を受けるためには、農地の管理等の最低限行わなければならない一階部分と、行うことが望ましい項目の中からどれかを選ぶオプションの二階部分からなっている。二階建ての部分には、環境保全活動や、環境教育、また、集落営農（農業の土地・機械等の生産要素の共同利用）など、支援を要請する地域ごとに異なるニーズやそこに住む地域住民が実際に行いたいことに広く対応できるようになっている。これを健康維持にあてはめれば、例えば、独居老人への定期訪問や、高齢者の健康状態を毎月チェックするためのチェック表の提出などが、最低限行うことが望ましい一階部分となり、グループでの毎日30分のウォーキングや高齢者主体での公民館での昼食提供といった部分がオプションとしての二階建て部分になると考えられる。このような、支援策のメニューに対して住民間で納得し協定を結ぶことのできた集落に対して、費用対効果に合った形で、資金的な支援を行ってはどうだろうか。

この施策の第一の特徴は、行政や民間会社が直接サービスを提供することのできない遠隔地域においても介護予防対策を行うことができる点である。それは、敬老堂と無尽講が住民の自主運営を主とし、行政が第三者的に支援するものであるため、従来型の施設建設によるサービス提供と比較して費用を抑えて施策の実施が可能であることによる。近年は、市町村合併により行政サービスがより市街地の中心部へ統合されており、遠隔地ではその量的な低下が著しい。また、いうまでもなく民間団体は、中山間地域のような需要が少ない地域に対してはサービスそのものを提供していない。このような地域での住民主体での介護予防活動に対して広く薄く資金的に支援を行うことは、機会を提供するという点でも意義があるのではないか。

また、別の視点として、介護予防協定による活動は、前期高齢者が運営のボランティアとなり、後期高齢者を支えることで生きがいの場ともなる。実際、敬老堂の運営ではそのような場面が多く見られる。今後、団塊高齢者が大量に退職し、社会的役割を失う中でそのような場を提供することは、退職した高齢者の健康を維持する上で効果があるはずである。実際に、社会的サポートを受けただけよりも、さらに提供している人ほど健康状態が良好であるという研究結果もある（斉藤嘉孝, 2007）。

さらに、ソーシャル・キャピタルを向上させると健康以外にも副次的な効果があり、地域全体の安心・安全の向上や地域の活性化につながる可能性がある。ソーシャル・キャピタルは社会的に重要なさまざまな事柄に好ましい影響があるといわれている（Halpern, 2005; 稲葉陽二, 2007）。例えば、武豊町の介入研究の事例でもあ

ったように事業に参加した人の間で新たに顔見知りが増え地域内でのネットワークが密になれば、独居老人が洪水で逃げ遅れ、地域住民がその存在に気がつかないために取り残され被災するというようなリスクも減少すると考えられる。

本稿では、地域全体へ働きかけを行い地域住民の健康を向上させるポピュレーション・アプローチの重要性を説明し、ソーシャル・キャピタルを向上させることによりそれを図る戦略を紹介した。ソーシャル・キャピタルと健康との関連を分析した定量的研究を紹介し、その関係が確からしいことを示した上で、ソーシャル・キャピタルの活用により健康の維持、向上が見られる事例を紹介し、その戦略の可能性と有効性について材料を示した。今後、より多くの事例収集に基づき、戦略を実施する上で行うべき内容をより具体化していく作業が必要と考えられる。また、事例収集と同時に、武豊町の介入研究のように、介入開始前のアンケート調査（ベースライン調査）を評価の基準とした適切な施策評価による効果の検証も必要である。地域主体でソーシャル・キャピタルを向上させ住民の健康維持・向上を行っていく戦略は、その具体化のための作業が必要だが、その健康への効果や、防犯、防災など安心・安全な地域をつくるためにも、魅力ある戦略なのではないだろうか。

【謝辞】

本報告は科学研究費の補助を受けた「介護予防に向けた社会疫学研究－健康寿命をエンドポイントとする大規模コホート研究－（18390200）」の成果を含んでいる。記して謝意を表する。

【注】

¹ social capitalを直訳すると「社会資本」となるが、これは社会全体の道路・橋・電気・水道などの設備を指す「インフラストラクチャー」と混同しやすい。「社会関係資本」という訳語がしばしばあてられることもあるが、ここでは、「ソーシャル・キャピタル」とした。

² マルチレベル分析とは、データがグループに分かれている際に用いられる回帰分析の手法の一種である。公衆衛生学においては、主に個人のデータが地域ごとにグループとなっているために用いられる。統計学的には、誤差項の分散共分散行列の情報がない場合において行われる特殊な一般化最小二乗法（Generalized Least Squares）によるパラメータ推定法であり、広義にはそれを土台とした分析の枠組みを指している。その必要性として以下の二点が挙げられる。第一に、もし地域内で似た傾向を示す目的変数（個人のレベル）からなる線形モデルのパラメータを最小二乗法により推定した場合、推定されるパラメータの標準誤差は実際よりも一般的に小さくなり、パラメータが誤って有意になりやすくなることで誤った結論が導かれる可能性があるためである。第二に、データがグループに分かれている場合に、

グループごとにデータを集計しその変数同士（例えば、失業率と犯罪率）で正の相関があったとしても、個人レベルでは全く相関がない（生態学的錯誤）可能性があるためである。

³ 等価所得は、世帯所得を世帯人数の平方根で除したものである。

⁴ 2005 National Census Report on Population and Houseから。それによれば、全人口のうち10%は家にいて（閉じこもり含む）、5%は長期ケア施設ににいるという。残り45%は中間層またはそれ以上の階層で、家族や友人との付き合いをしている。

【参考文献】

- ・ Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine* New York: Oxford University Press
- ・ 篠崎次男 (2003). 「構造改革」と健康増進法 ―住民と保健師の協同で切り開く保健活動. 東京: 萌文社.
- ・ 近藤克則 (2004). *New Public Health*のパラダイム-社会疫学への誘い(10) 社会のありようと健康(3) 介入すべきは個人か社会か, *公衆衛生* pp. 815-820).
- ・ Wanless, D. (2004). *Securing our future health; Taking a long-term view, Final Report: HMTreasury.*
- ・ 近藤克則 (2006). 社会関係と健康. In 川上憲人, 小林廉毅, & 橋本英樹 (Eds.), *社会格差と健康 -社会疫学からのアプローチ-* (pp. 163-185). 東京都: 東京大学出版会.
- ・ House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- ・ 河北新報 (2006年10月13日). 介護予防教室は閉古鳥-対象者、想定50分の1以下, *河北新報朝刊* (p. 3ページ). 仙台市.
- ・ 近藤克則, 平井寛, & 吉井清子 (2006年1月23日). 介護予防においてハイリスク・ストラテジーはどの程度期待できるか, *第16回日本疫学会学術総会*. 中小企業振興会館 名古屋市.
- ・ 水嶋春朔 (2000). *地域診断のすすめ方-根拠に基づく生活習慣病対策と評価-* 第2版 東京: 医学書院
- ・ 日本むし歯予防フッ素推進会議 (2006). フロリデーション・ファクト2005―正しい科学に基づく水道水フッ化物濃度調整― (p. 86). 東京: (財) 口腔保健協会.
- ・ Griffin, S., Jones, K., & Tomer, S. (2001). An economic evaluation of community water fluoridation. *J Public Health Dent*, 61(2), 78-86.
- ・ Halpern, D. (2005). *Social Capital* Cambridge, UK: Polity Press
- ・ Lin, N. (2001). *Social Capital -A Theory of Social Structure and Action-* Cambridge: Cambridge University Press
- ・ Office for National Statistics, U.K. (2001). *Social Capital A review of the literature: the Office for National Statistics, UK.*
- ・ Putnam, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy* New Jersey, (河田潤一訳, 2001, 『哲学する民主主義 -伝統と改革の市民的構造-』, NTT出版, 東京): Princeton University Press
- ・ Putnam, R. (1995). Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. *PS: Political Science and Politics*, XXVIII(4), 664-683.
- ・ Krishna, A., & Uphoff, N. (1999). Mapping and Measuring Social Capital: A Conceptual and Empirical Study of Collective Action for Conserving and Developing Watersheds in Rajasthan, India, *Social Capital Initiative Working Paper No. 13: Social Capital Initiative Working Paper No. 13*, The World Bank.
- ・ Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K., & Gupta, V. (1998). Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Soc Sci Med*, 47(1), 7-17.
- ・ Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- ・ Kim, D., Subramanian, S.V., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *J Epidemiol Community Health*, 60(2), 116-122.
- ・ Subramanian, S.V., Kawachi, I., & Kennedy, B.P. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Soc Sci Med*, 53(1), 9-19.
- ・ 市田行信, 吉川郷主, 平井寛, 近藤克則, & 小林慎太郎 (2005). マルチレベル分析による高齢者の健康とソーシャルキャピタルに関する研究―知多半島28校区に居住する高齢者9,248人のデータから―. In 農村計画学会 (Ed.), *農村計画学会論文集* pp. 277-282). 東京: 農林統計協会.
- ・ Narayan, D., & Pritchett, L. (1999). Cents and sociability: Household income and social capital in rural Tanzania. *Economic Development & Cultural Change*, 47(4), 871.
- ・ Uslaner, E. (2002). *The Moral Foundations of Trust* New York: Cambridge University Press
- ・ 地域再生本部 (2007). 『地域再生基本方針』.
- ・ Krishna, A., & Shrader, E. (2002). The Social Capital Assessment Tool: Design and Implementation. In C. Crootaert, & T.V. Bastelaer (Eds.), *Understanding and Measuring Social Capital* (pp. 17-40), <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/10,contentMDK:20193049~menuPK:20418220~pagePK:20148956~piPK:20216618~theSitePK:20401015,20193000.html>. Washington DC: World Bank.
- ・ Hall, C. (2005). *Social Capital: Introductory User Guide*. In ESDS (Ed.).
- ・ 農村振興局 (2007). 第3回「農村におけるソーシャル・キャピタル研究会」 配付資料一覧.
- ・ 内閣府国民生活局 (2003). 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 (p. 177). 東京: 国立印刷局.
- ・ Veenstra, G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Soc Sci Med*, 54(6), 849-868.
- ・ Diez-Roux, A.V. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health*, 88(2), 216-222.
- ・ 市田行信 (2007a). 4つの錯誤 (コラム) . In 近藤克則 (Ed.), *検証「健康格差社会」* (pp. 107-115). 東京: 医学書院.

- ・西信雄 (2006). 社会経済要因の多重レベル分析. In 川上憲人, 小林廉毅, & 橋本英樹 (Eds.), *社会格差と健康 -社会疫学からのアプローチ-* (pp. 189-213). 東京都: 東京大学出版会.
- ・Subramanian, S.V. (2003). Multilevel methods for public health research. In I. Kawachi, & L.F. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 65-111). New York: Oxford University Press.
- ・市田行信 (2007b). マルチレベル分析 (コラム). In 近藤克則 (Ed.), *検証「健康格差社会」* (pp. 107-115). 東京: 医学書院.
- ・Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindstrom, M., & Gerdtham, U.G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health*, 5(1), 3.
- ・Kavanagh, A.M., Turrell, G., & Subramanian, S.V. (2006). Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *Int. J. Epidemiol.*, 35(3), 607-613.
- ・Turrell, G., Kavanagh, A., & Subramanian, S.V. (2006). Area variation in mortality in Tasmania (Australia): the contributions of socioeconomic disadvantage, social capital and geographic remoteness. *Health & Place*, 12(3), 291-305.
- ・市田行信 (2007c). ソーシャル・キャピタル—地域の視点から—. In 近藤克則 (Ed.), *検証「健康格差社会」* (pp. 107-115). 東京: 医学書院.
- ・近藤克則, & 平井寛 (2005). 調査目的と調査対象者・地域の特徴. 連載「日本の高齢者—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」, *公衆衛生* (p. 69-72).
- ・Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21-37.
- ・Kawachi, I., Kennedy, B.P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*, 89(8), 1187-1193.
- ・斎藤嘉孝, 近藤克則, 平井寛, & 市田行信 (2007). 韓国における高齢者向け地域福祉施策: 『敬老堂』からの示唆. *海外社会保障研究*(159).
- ・Cho, S.Y. (2006). Development of Kyunrodang senior care services in Korea. *21st Century COE Program, Nihon Fukushi University Working Paper Series* <http://www.nihonfukushi-u.jp/coe/>.
- ・Kondo, N., Minai, J., Imai, H., & Yamagata, Z. (2007). Engagement in a cohesive group and higher-level functional capacity in older adults in Japan: a case of the Mujin. *Soc Sci Med*, 64(11), 2311-2323.
- ・山下靖典 (1983). *甲州人* 東京: 皓星社
- ・山梨大学医学部保健学Ⅱ講座 (2004). Ⅲ 健康寿命実態調査および生態学的研究の報告. *山梨県ホームページ*, <http://www.pref.yamanashi.jp/barrier/html/chouju/94324068888.html>.
- ・鳥越恭, 小坂田基, & 西内高志 (2007年11月24日). 感情の共有 もたらす健康一つながる 10 (第4部信頼の作り方) —, *読売新聞* (p. 15). 東京.
- ・斎藤嘉孝 (2007). 社会的サポート. In 近藤克則 (Ed.), *検証「健康格差社会」* (pp. 91-97). 東京: 医学書院.
- ・稲葉陽二 (2007). *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* 東京: 生産性出版
- ・平井寛, & 近藤克則 (2008). 介護予防プログラムの開発と評価—「閉じこもり」予防事業武豊町モデル. In 日本福祉大学COE推進委員会 (Ed.), *福祉社会開発学 - 理論・政策・実際*. 京都: ミネルヴァ書房.