

ひとの健やかでこころ豊かな未来を実現するために

# ひと・健康・未来

vol. **36**

2024. 3

**特集** ひと・健康・未来 座談会シリーズ 第4回

「こどもまんなか」な未来社会とは？

第55回 未来研究会

**Identified Patient と支援者双方の視点と共鳴**

蓮尾 英明 関西医科大学病院 心療内科学講座 教授

第56回 未来研究会

**ケアからつくる社会**

村上 靖彦 大阪大学大学院人間科学研究科 教授／感染症総合教育研究拠点 CiDER 兼任教員

特別講演会

**さまざまな生理作用が期待される腸管ホルモンインクレチンの歴史と現状、展望**

清野 裕 関西電力病院 総長／関西電力医学研究所 所長



# ひと・健康・未来

第36号 2024年3月発行

発行 公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団  
〒604-8171 京都市中京区烏丸通御池下ル虎屋町 566-1  
井門明治安田生命ビル 6F  
TEL & FAX 075-212-1854

印刷所 株式会社あおぞら印刷  
〒604-8431 京都市中京区西ノ京原町 15  
TEL 075-813-3350 FAX 075-813-3331

公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団では、ホームページを運営し事業の広報活動を展開しています。研究助成公募や市民公開講座に関する内容はホームページをご確認ください。

ホームページアドレス

<https://www.jnhf.or.jp/>



04

特集

ひと・健康・未来 座談会シリーズ 第4回

『ポストコロナにどのような未来を築くか  
— 幸福感を増進させるために必要なこと —』

# 「いづれもまんなか」な

## 未来社会とは？

〈座談会企画／コーディネーター〉

京都大学大学院教育学研究科教授  
公益財団法人ひと・健康・未来研究財団理事

明和政子

認定NPO法人びーのびーの理事長  
NPO法人子育てひろば全国連絡協議会 理事長

奥山千鶴子

東京大学大学院経済学研究科教授

山口慎太郎

元厚生労働省事務次官／全国社会福祉協議会 会長

村木厚子

16

未来研究会

## Identified Patientと支援者双方の視点と共鳴

関西医科大学病院心療内科学講座教授

蓮尾英明

22

未来研究会

## ケアからつくる社会

大阪大学大学院人間科学研究科教授  
感染症総合教育研究拠点(COVID)兼任教員

村上靖彦

28

特別講演会

## さまざまな生理作用が期待される 腸管ホルモンインクレチンの歴史と現状、展望

関西電力病院 総長  
関西電力医学研究所 所長  
公益財団法人ひと・健康・未来研究財団 評議員

清野 裕

36

研究助成

## 第20回 助成研究発表会 開催報告

37

研究助成

## 2024年度 研究助成の募集

38

コラム

ひとと健康と未来と — 財団の窓から —

## 第5回 「ソバキキュリアス」というライフスタイル

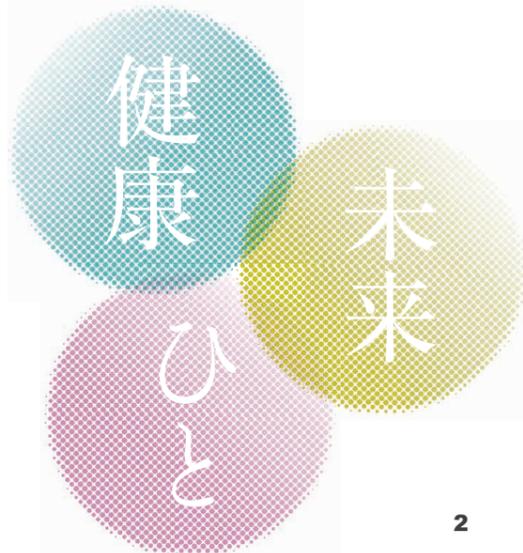
公益財団法人ひと・健康・未来研究財団 理事長  
京都大学名誉教授・滋賀医科大学名誉教授

塩田 浩平

39

## インフォメーション・編集後記

シンポジウムのご案内



### 表紙について

特集をテーマに、京都市立芸術大学／大学院の皆さんに描いていただいています。



〈作者〉

高山 春香 さん 京都市立芸術大学 美術学部 ビジュアルデザイン専攻 4 回生  
どんな時も子どもを「まんなか」に、受け入れてくれる大人がたくさんいる社会をイメージして制作しました。

監修／辰巳 明久 教授

大人達が作る輪の中に駆け込んでいく子供はどのような表情をしているのでしょうか…。想像してみてください。

『ポストコロナにどのような未来を築くか  
— 幸福感を増進させるために必要なこと —』

# 「いづれもまんなか」な

## 未来社会とは？

2023年4月、こども施策を社会全体で総合的かつ強力に推進していくための「こども基本法」が施行され、こども政策の司令塔となる「こども家庭庁」が始動しました。施策のキーワードとして、「こどもまんなか社会の実現」が謳われていますが、その内容の具体化はこれからです。今回の座談会では、当該分野の第一線で親子支援を推進しておられる先生方にお集まりいただき、それぞれの視点から、日本が目指すべき「こどもまんなか社会」について議論いただきます。



奥山 千鶴子 おくやま ちづこ

認定NPO法人びーのびーの理事長  
NPO法人子育てひろば全国連絡協議会 理事長

1985年筑波大学人間学類卒業。企業で働き第1子育休取得後に退職。その後地域の親たちと横浜市港北区にて2000（平成12）年NPO法人を設立、主に乳幼児家庭への支援として区内4カ所の地域子育て支援拠点等を運営。2007年には全国組織の子育てひろば全国連絡協議会を設立（会員数約1,400）。現在、こども家庭庁こども家庭審議会臨時委員、こども未来戦略会議等の委員を務める。

山口 慎太郎 やまぐち しんたろう

東京大学大学院経済学研究科 教授

内閣府・男女共同参画会議議員なども務める。2006年アメリカ・ウィスコンシン大学経済学博士号（Ph.D.）取得。カナダ・マクマスター大学助教授などを経て2019年より現職。専門は労働経済学と家族の経済学。『「家族の幸せ」の経済学』（光文社新書）で第41回サントリー学芸賞を受賞。『子育て支援の経済学』（日本評論社）は第64回日経・経済図書文化賞を受賞。



村木 厚子 むらき あつこ

元厚生労働省 事務次官  
全国社会福祉協議会 会長

1955年高知県生まれ。土佐高校、高知大学卒業。1978年労働省（現厚生労働省）入省。2009年、郵便不正事件で有印公文書偽造等の罪に問われ、逮捕・起訴されるも、2010年無罪が確定、復職。2013年から2015年まで厚生労働事務次官。退官後は津田塾大学客員教授を務めるほか、企業の社外取締役などを務めている。また、2023年からは全国社会福祉協議会会長を務めている。



座談会企画／コーディネーター

明和 政子 みょうわ まさこ

京都大学大学院教育学研究科 教授  
公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団 理事

京都大学大学院教育学研究科博士後期課程修了。博士（教育学）。京都大学霊長類研究所研究員、京都大学大学院教育学研究科准教授などを経て、現在、京都大学大学院教育学研究科教授、日本学術会議会員、文部科学省科学技術・学術審議会委員。こども家庭庁こども家庭審議会臨時委員。ヒトとヒト以外の霊長類を胎児期から比較し、ヒト特有の脳と心、その進化的基盤を明らかにする「比較認知発達科学」という分野を世界にさががけて開拓した。近著に『マスク社会が危ない—子どもの発達に「毎日マスク」はどう影響するか？』（宝島新書）『ヒトの発達の謎を解く—胎児期から人類の未来まで』（ちくま新書）など多数。

**明和** 本日の座談会では、「生まれてきてよかった」「子どもを育てることってこんなに感動するんだ」と次世代が感じられる日本社会の実現を目指して、さまざまな角度から議論していきたいと思います。

議論のポイントは2つあるように感じます。ひとつめは、現代日本が抱える子育て・少子化問題の整理です。ふたつめは、その根底にある原因をたどるのです。

さらにその前提として必要となるのは、「子どもとはどのような存在か？」を考えることだと思います。たとえば、パンデミック以降、日本では大人に求められてきた新しい生活様式を子どもにもそっくりそのまま守らせてきました。しかし、子どもの脳は、大人の脳の単なるミニチュア版ではありません。日々の環境の影響を受けて脳が大きく変容する、質の全く異なる脳をもっている存在です。子どもとはどのような存在なのかを科学的に理解し、日本の子育て・少子化問題を従来とは異なる発想で考えることが今こそ必要だと感じ、本座談会を企画しました。

さて、私も二児を育てている親当事者として本音を言いますと、子育てって辛いですね。

**奥山** そうですね(笑)。私は長男が2歳のときに、仕事を辞めて専業主婦になり、これで忙しい生活も一段落すると思っていました。むしろ仕事しているほうがラクと思うぐらい大変でした。子育てをちょっとためていました。でも、そのときになって初めて、自分が育ったことも時代の地域が、いかに子どもにとって豊かなところだったのかということに気がついたわけです。

### ITは集団で「じゅも」を育て、進化してきた生物

**明和** 私も、主婦業中心の2年間、辛いと感じられ

なかったです。今でも、その時の自分のこころを思い出すと涙が溢れてきます。

**妊娠・出産前**、私はチンパンジーの脳とこころの研究をしていました。そもそも、ヒトは母親が一人で子どもを産み、育てることで命を繋いできた生物ではありません。女性が子どもを妊娠、出産したあとは、集団のメンバーが共同で育てる「共同養育」というスタイルをとって子育てしてきたと考えられています。

ヒトのお母さんは、子どもを産んで2年もすれば、授乳していても排卵が再開しますよね。しかし、チンパンジーの出産間隔は、7年に1回程度です。7年経つと子どもが自立しますが、その時によく排卵が再開し、次の子どもを産む準備が整うのです。つまり、チンパンジーはお母さんが一人で子どもを産み育てながら進化してきた生物であり、ヒトの子育てスタイルとはまったく異なる。生物学的にみると、お母さんが一人で育てることを当たり前とする現代社会はおかしなことが起こっている事態と言えます。

**奥山** 多分、戦前はきょうだいも多く、子どもたちが地域で育つことが当たり前でしたが、戦後の高度成長期に、核家族化が進みました。また農村社会では、嫁として働き手であることが求められる母が子どもを見るということが難しい面もあったと思うんですね。だから戦後、核家族で幸せな家族風景みたいなものを描いた時期があった。国も、男性が働き、団地や家に母子がいることが都合がよい、というような時期が続いてきました。でも、そのとき既にコインロッカーベビーみたいな話が出てきていて、本当は家族が社会から孤立して課題を内包したまま、外には見えにくくなってしまったということではないでしょうか。

そうした中で、女性たちは子どもを幼稚園に入れるまでは手元で育てることがいいんだというような3歳児神話に縛られてきたような気がします。明和先生の共同養育の観点から言えば、核家族というのは、明らかにヒトの子育てには向いてないやり方だろうと思います。私自身は、核家族・密室育児の子育てから脱却したかった。だから、私たちが立ち上げたNPO法人の「子育てひろば」<sup>※</sup>は、昔で言えば縁側のような機能であったり、井戸端的な機能で、何か地域と家庭をつなぐような、架け橋のようなところを目指しています。

※「子育てひろば」は、就園前の子どもと保護者・養育者がつどい交流する場です。制度的には、児童福祉法に位置付けられた「地域子育て支援拠点事業」となりますが、子育て支援センター、子育てひろば等の名称で呼ばれており、全国に8,000か所程度設置されています。

**明和** 私たちがこれほどまでに「子育ては母の手で」というバイアスに縛られ続けてきたのはなぜなのでしょう。ただ、最近ではお父さんもお子さんをだっこして保育園に連れていく光景をよく目にするようになりました。隔世の感があります(笑)。

**奥山** 私たちの現場でも、子育てを夫婦二人で共にという方たちが結構多くて、二人でやるのが当たり前というような流れにはなってきたかなとは思っています。

**明和** お父さんも子育てに積極的に参加する雰囲気は、いつ頃から感じられるようになりましたか。

**奥山** コロナ禍で夫の在宅ワークが増えたのは、大きいんじゃないでしょうか。在宅ワークにはプラス面とマイナス面があって、プラス面は、通勤が無くなった余裕時

間で、パパが保育園や幼稚園の送迎や料理をしてくれるようになったとか。マイナス面は、パパが家で仕事をしていると静かにしないといけないので、私たちは大歓迎ですが、「子育てひろば」に遊びに来た、というようなところ。住宅事情とかいろいろ理由があるのだと思いますが、変わってきたのは間違いありません。

### 男性の育休の意味

**山口** 子育てって、世界中で女性がするもの、みたいな位置づけがありました。それが、男性も育児休業(育休)を取るようになって、だいぶ状況は変わってきたんじゃないかと思います。

男性の育休の研究で、非常に面白いなと思ったのがカナダです。育休は6週間ぐらいなんです。女性に比べると圧倒的に短い、それでは意味がないんじゃないか、そう思う方がたくさんいらっしゃいます。ただ、研究結果を見てみると、生まれてから1か月〜2か月育休を取って、たとえば無理やり、義務感から子育てするとしても、3年後の育児時間、家事時間が非常に長くなっているんです。ライフスタイルや価値観の大きな転換が起こる最初のきっかけとして、育休ってとても大事なもののなんだなというのがわかってきたと思います。

あと、子どもをかわいがったりスキンシップすることでおキシトシン(愛情ホルモン)が出てきて、かわいさがわかるようになる、というメカニズムを聞いたときに、社会科学の研究と、科学の研究がつながったなという思いを非常に強く持ちました。

これは自分自身でも実感していて、ほかの人にもそういう人が多いですね。実は、私自身は元々子どもが好きにな方ではなくて、子どもが生まれて最初に意識したのは



妻の身体のことでした。でも、そこから先は、子どもがかわいいから早く帰りたいと思いましたし、仕事上、時間に融通が利いたので早く帰って世話をしていました。今、政策的に男性の育休取得推進をすごくプッシュしていますが、育休そのものは、過小評価されています。最初の一か月で価値観が変わるということがまだ知られていませんし。父親がより育児にかかわることで、結果的に母親も働きやすくなったり、さらには少子化の解決にもつながるなど、本来持っているポテンシャルの高さが伝わっていません。わかっていたら、14%なんて低い育休取得率にはならないですね。

**明和** オキシトシンの話も含めて、産後の数か月が夫婦で共同養育を開始するうえでとても重要な時期であるというお話に共感します。日本の慣習に「里帰り出産」がありますよね。

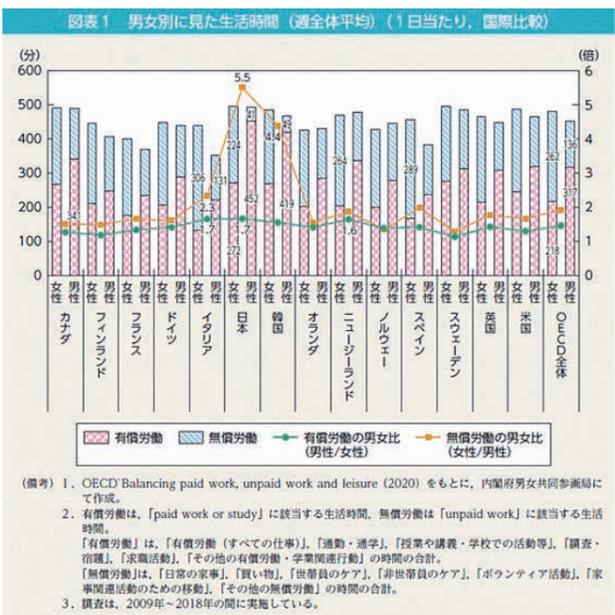
**奥山** コロナ前に調べたところ、私たちの地域では半数が里帰り出産だったんですね。ですが、コロナで里帰りができなくなりました。今、3割ぐらいです。夫婦だけでやり切るといふ人たちは1割もいませんでしたが、2割ぐらいになってきています。そうすると、里帰り出産が、今後どうなるのか気になります。それに、夫婦だけでやり切るのも大変ですね。産後サポートや家事支援も含め、制度的に保証されるのはとても大事なことだと思うんですね。子ども未来戦略会議でも、そういったことを強調して話しましたが、なかなか難しかったです。日本の子育てのその根底にある問題は何でしょう。

日本の男性の生活時間のほとんどが有償労働

**村木** 男女共同参画白書（令和2年版）に掲載されている、男性と女性の無償労働と有償労働を合計した生活時間の国際比較があります（図表1）。先進国の中で日本人は長時間働いているとみんま思っています。トータルで見たらそんなに差はないんです。実は日本の女性の無償労働、有償労働も、世界とほぼ一緒なんです。日本の特殊性は何かというと、男性の生活時間のほとんどが有償労働に使われている、これは韓国もですが、ほかの国と本当に突出して違います。ですから、男性の働き方が問題の根底にあるのではと思っています。

先ほどの、職住分離、あるいは農村から都市部へ人が移動してきて家族の単位が小さくなったときに、誰かが働きに出ると、もう一人が子育てを背負う、それがお母さん、というのを標準形にしてしまった。赤ちゃんの面倒は濃密に時間がかかるのに、お母さん一人に負担が全部かかって。私は、育休のない時代で、産休だけで1日に一言でも話したい、でした。産休明けで出勤したときに、仕事のほうがよっぽどラクだと思いました。37年半、役所で働いて、役所の机がいとおいと思っただけあの瞬間だけ（笑）。こどもを一番愛してる人であるお母さんが一番濃厚に子育てができてるんだから政策としてはベストだろう、という幻想がなかなか消えなかったのが、この30年ほどだったのかなと。

そこを変えようというときに、これまでは「女性が働くために」という視点でしたが、冷静に先程のデータを見て、変わらなきゃいけないのは男性の働き方ということにやっと気がついて、政策のターゲットが正しい方向



図表1 男女別に見た生活時間（週全体平均）（1日当たり、国際比較）  
 (備考) 1. OECD Balancing paid work, unpaid work and leisure (2020) をもとに、内閣府男女共同参画局にて作成。  
 2. 有償労働は、「paid work or study」に該当する生活時間、無償労働は「unpaid work」に該当する生活時間。  
 「有償労働」は、「有償労働（すべての仕事）」、「通勤・通学」、「授業や講義・学校での活動等」、「調査・宿題」、「求職活動」、「その他の有償労働・学業関連活動」の時間の合計。  
 「無償労働」は、「日常の家事」、「買い物」、「世帯員のケア」、「非世帯員のケア」、「ボランティア活動」、「家事関連活動のための移動」、「その他の無償労働」の時間の合計。  
 3. 調査は、2009年～2018年の間に実施している。

向にいったのはこの10年ほどという気がします。加えて、コロナがそれに気づいてもらう役割を果たした。有償労働のうちの通勤時間分の2時間を家庭に向けることができたんだと思っ。私は行政官として、もっと客観的にデータを見ていけば、もっと早く気づけたんじゃないかという反省があります。

**明和** 当事者はおかしなことに気づきやすいですが、他方、その思いが正しいかどうかを冷静に判断することは難しいですね。とくに、男性が大半を占める時空間で働いていると、自分の考えは甘いのではないかと、無意識にこころに収めてしまいがちです。

赤ちゃんにふれる体験から

**明和** 京都大学で授業を担当しているクラスで聞いたことがあります。50名ほどいたのですが、これまで赤ちゃんにふれたり、抱っこしたことがある、と答えた学生はわずか2名程度です。つまり、今の若い世代は、初めてふれ合うこどもが自分のこどもとなっています。

**山口** 私はカナダで赤ちゃんにふれる機会があったので、そういった経験があると変わりますね。

**明和** 赤ちゃんにふれるとオキシトシン分泌など身体生理面に変動が生じ、こどもと接するときの脳やこころの働きに作用することがわかっています。しかし、こどもという存在にふれた経験のない若い世代では、こどもを持ちたいという動機を高めるきっかけすら得ていないわけ。こうした現状で、「経済面で（多少は）子育てを支援しますから、こどもをたくさん産んでください」と若い世代に求めても無理だと思います。彼ら彼女らが自ら子育てしたいと思える、動機を高める施策として有効とは言えません。

**奥山** 今、現場で力を入れていることのひとつが、中学生と赤ちゃんのふれあい体験授業です。家庭科の学習指導要領において解説が記載されるようになったのは大きいと感じています。地元では、中学校9校のうち4校が行っています。実際、中学2年生が、私たちの「子育てひろば」に来て、赤ちゃんにふれ合ったり、お母さんやお父さんの話を聞いたりするのですが、それを体験するかしんかでは大きな違いがあります。アンケートでは、こどもをとてかわいと思う率がだいぶ上がりま

**山口** 私はアメリカで学位を取って、カナダで就職しました。帰国後、なぜ女性やこどものことを研究しているの？みたいなニュアンスで言う人はいない、今も、日本人との共同研究では、トピック上、女性研究者のほうが同じような関心を持っている方が多いと思います。村木さんがおっしゃったように、日本の労働時間は確かに男女差はないですが、家事育児時間、無償労働で言うと、女性は男性の5・5倍です。政策研究を見ていると、もちろんまだやる余地はありますが、言われるほど悪い政策をしているわけではない。一方で変わっていないのが働き方というか、会社の仕組みだと思っていて、ボールは民間にあるのだから、もっと経団連とかも動いてほしいですね。

**村木** 先程のデータは、最近のものですが、10年前に政策で使っていたのは、6歳未満のこどもがいる家庭の夫の家事育児時間とか、夫の家事育児時間ごとに見た女性の就業継続率、2人目以降の出生率で、男性の家事育児時間が第2児出生にはかなり大きな影響があるというのは、はっきり数字に出ていました。ここで、じゃあ夫はこんなに働いた上に、さらに家事育児もしないといけないのか、ということではなく、自分の時間の使い方が日本は非常に特殊だということを見せることで、ボールは働く場にあるのだということをもっと早くに言えたのではないかなと思っています。

**奥山** 今の若い人たちは、自分の時間が大事って言うじゃないですか。タイムパフォーマンスを重視して、時間についてかなりこだわっている。それを考えたら、こどもを産み育てることがリスクと思ってしまう感覚というのはありそうな気がしますよ。

実施前6割ぐらいだったのが、実施後8割まで上がります。カナダでは「Roots of Empathy/共感の根」という未来の親育てとして、学校において1年を通して赤ちゃんの成長を体験的に学ぶプログラムがあると聞いています。

**明和** 京都大学でも新たな取り組みが始まりました。学童保育「キッズコミュニティ」の新設です。教職員の子育てを支援する福利厚生事業の範囲を超え、大学全体で未来に活躍するこどもを育てていこう、というコンセプトです。さらに、もうひとつねらいがあります。それは、学生もそこにボランティアとして参加し、こどもという存在を身体で感じ、こころを震わせる機会とすることです。大学内でそうした体験を提供することで、人類未来の幸福に資する研究を豊かな発想で開拓できる人材を育成できればと考えています。

**奥山** 私たちが運営している「子育てひろば」には、医学部や保健・看護系の学生さんが毎年実習に来てくれます。地域にこども支援の社会資源があり、医療だけでなく地域のネットワークを体感することが目的だそう。それで、終了後のレポートでは、自分には想像できなかった保護者の方々の気持ちを知ることができた、妊娠期のプログラムで多くの専門職や地域のネットワークの力を感じた、と書かれています。やっぱり学生さんが親の話を聞くとか、こどもとふれあうというのはとっても大事だと、改めて思います。

**明和** ふれあいの影響に、男性女性の違いはないですよ。



**奥山** ええ。男女差を感じることはあまりないです。

**明和** 「母性」という表現がよく使われていますが、その実体についての科学的根拠は見出されていません。最新の脳科学の知見では、子どもとふれ合う経験を積むことで、親としての脳とところが発達していくこと、さらに、そこには性差がみられないことが明確に示されています。「親性脳」と呼ばれます。さきほど山口さんがおっしゃいましたが、生後数か月の間に赤ちゃんにふれる身体経験は、子育て場面で脳活動を変化させ、親性脳が発達します。子育てとは、子どもだけでなく、実は親も育っていくプロセスなのです。親性脳が発達しないと、親として適切にふるまうことが難しくなります。企業はこの点を十分理解し、育児取得率を上げることだけを目標とせず、育児に期待する中身にまで踏み込んで、若い世代を子育ての日常に送りだしてほしいです。

**山口** オキシトシンって簡単に測れるものなんですか。

**明和** ヒトを対象とした研究では、血液だけでなく唾液で測っているものも多いです。

### 子育てのベネフィット

**山口** 私は少子化について研究していて、今までは、政策に対して出生率がどう反応するかというマクロの社会政策研究をやっていました。政策には非常に多くのお金がかけてはいますが、それで動く出生率は、1・4に上がったら成功という、0・1か0・2のような規模での増加率なんです。奥山さんがおっしゃる、タイパ、コスパ（コストパフォーマンス）が悪いと若い人が感じて

先ほどふれた親性脳の中核は「前頭前野」です。前頭前野は、目の前にないものをイメージしたり、未来について推論したりするヒト特有の認知能力を生み出します。親性脳の中核がなぜ前頭前野であるかというと、子育てとは実はきわめて知的な営みであるからです。たとえば、子育てでは、自分とはまったく異なる相手（子ども）に対してどのような状況で何をしたらよいかを常に相手の立場にたってイメージし、さらに、柔軟に思考し、対応することが求められます。単純な知的作業では決してないのです。育児を終えて会社に復帰すると、以前よりパフォーマンス力が上がる、という報告もあります。実際、私もそうであったと思います。子どもの世話をしながら、次に何をしたら効率よく物事が進むか、ずっと考えている毎日（笑）。まさにマルチタスクを日々こなす、前頭前野が鍛えられる日常です。

**村木** 多分、実際に育児を取った人は感じていると思うのですが、育児は、会社の社員教育ではできないすばらしい研修に社員を出すこととイコールなんだということ、科学的に証明していただくと、会社もやる気になるような気がしますよね。自分のことを考えると本当に成長しました（笑）。自分と違うものに対して理解しようとする力がとても上がりますよね。

**山口** 部下との接し方が変わりそうですね。

**村木** 私、育児後に職場に戻ったとき、すごくほめてもらったんですよ。よくなった、懐が深くなったって（笑）。

**奥山** 自分の子育てでは、子どもをなかなか冷静に見られなくて、ほかの子どもは冷静に見られることってあるじゃないですか。でも、成熟した「子育てひろば」は、



しまうようなところが結構大きな問題だと実は思っています。コスト面で言うと、キャリアコストといって、働けなくなることで所得が落ちるといふ部分については具体的な推計値が出されるので、マイナス面ばかりが強調されていないかと感じます。一方で、今後の研究として、赤ちゃんがかわいいとか、家族を持つことは楽しいと感じることが、子どもを持つことのベネフィット（利益）として、どれほど大きいものなのかも見たいと思っています。しかも、オキシトシンが簡単に測れるなら、それでちゃんとしたエビデンスを取りたいと思っています。

**明和** ただし、生体試料はマイナス80℃で急速冷凍しなければいけないので大変ですよ（笑）。

**山口** そこは先生に来てもらって（笑）。皆さんでいろいろ連携して研究につなげていきたいなと思いましたね。

**村木** 例えば北欧などで、児童手当を上げると出生率が反応するといわれていて、上がりますが、その後じわっとその効果は低減していくんですね。結果としてそんなに効率的な政策ではない。やっぱり、先ほどのベネフィットとか、何か違うアプローチがないと、日本の政策は失敗するんじゃないかなと、とても危機感があるんです。

**明和** 子育てをすることのベネフィットは、何を指標としてみるかによって大きく変わりますよね。脳科学者としての立場でみると、子育てのベネフィットのひとつは、育てる側の脳とところが大きく成長する点にあると思います。

客観的に子どもを捉えることができる雰囲気できてきます。家で子どもと1対1だと、お互いが追い込まれてしまう。それが集団でいて、さらに親子だけじゃなくて、例えば、シニアの男性や中学生がいたり、老若男女いろんな人たちがいるほうが雰囲気がとても緩和されるような感じがするんですね。親も子どもに寛容になれる。そういうのって何か理由がありますか。

**明和** 複数の脳が関わりあって、新しい発想、理解が生まれることはよくあることです。子育てひろばの事例ですと、多種多様な個々の脳、とくに前頭前野の働きが互いに共有され、補完し合うことができる貴重な時間だと思っています。自分だけでは気づけなかったことでも、誰かの脳の働きとつながることによって、自分を客観的に捉える思考が生まれるのでしょうか。

**村木** 私は労働の視点から入ったので、女性も働けるようにと、働いている人への保育の提供を主流にこの何年かはやってきました。奥山さんたちの努力もあって、専業主婦であっても、子どもを集団の中で育てられたり、ほかの大人と会話をしたり交流したりしつつ子どもを見るという、グループの中での子育てができることについて言われ始めていますが、なぜ必要かとか、よりよいことだと言ったための理論構築はまだ弱いんですよね。

### 「子どもも、親もともに育つ」

**奥山** 幼稚園、保育園も共同養育の場ですが、親の参画が少ないと感じます。でも、私たちの「子育てひろば」は親も一緒にいるということが大きい。だから、親も学べる環境にあります。幼稚園や保育園の前にそういった





環境を経てから行くほうが絶対いいだろうなと思っています。とにかく来てもらって、いろんな人たちの子育てを見たり、聞いたり、体感してもらおう。子ども同士がトランプになることもありますが、そこをみんなが見守ったり、何か手法を考えたり、子どもの気持ちを代弁したりとか、それがあること、親自身も成長につながっていると感じます。

**村木** フランスの子育て政策として、プロのベビーシッターさんや、ファミリーサポートをしている人たちが、預かっている子どもを連れていく場所があるんですね。そこでは、遊ばせ方や育て方をプロの人に習いつつ、子どもたちはいろんな遊具でみんなと一緒に遊べる。ベビーシッターと子どもが家の中にいたら、お母さんは働きに行けるかもしれません。それがベストの子育てかどうかといったら、お母さんは悩むと思うんですね。だから、子どもの育て方として、よりよい大人になることについては、あまり日本では言ってもらえないので、とても苦労しています。

**奥山** そうですね。指導する・される場ではなくて、体験できる場のほうがいいと思っています。スタッフは、もうファシリテート（お世話）ぐらいで、皆さん自身の知恵の伝授みたいな場所、例えば、「おむつはずし」に対して、私たちスタッフが回答するのではなく、おむつはずしが済んだ人に話を聞けばいいだけであって、皆さんが話しやすいような環境を作っていくような場です。

**明和** これからは就労にかかわらず、すべての子どもが保育所等に預かってもらえる制度も始まります。一見よいことのように感じますが、私が危惧するのは、保育がたんなる「サービス」と捉えられてしまうことです。先

ほど申し上げましたが、保育はきわめて高度な認知能力を必要とする知的な営みです。保育は誰にでもできる仕事ではありません。また、保育所は、現代版の共同養育の場として機能することが今後大きく期待されますが、今は子どもだけでなく、親も社会が育むべき対象となっています。にもかかわらず、「預かりますので、親は存分に外で働いてください。子育てを楽にしましょう」と、親と子を切り離れた支援になっている。たいへんおかしなことです。

**村木** 女性が働くことの実現があまりにも遅かったの、女性がまた家庭に戻る流れにいくことに対する恐怖感というのが、一定の年齢以上の人にはあるかもしれないですね。日本はどうしても、女性が仕事を続けられるようにという、育児休業を長くするとか、短時間勤務を増やすという発想で、結局二律背反になって、仕事の割合をすつと小さくしましようという、構図が変わってない。そうではなく、すごく楽しく働いてるし、すごく楽しく子育てしてる、という本当の意味での両立の絵が見えれば、みんなそんなに怖がらないんじゃないかなって思っています。

### 生涯にわたる心身の資本の土台は 子ども期につくられる

**明和** 欧米圏での子どもの捉え方は、「国の将来を担う未来の大人」です。健康な国民は国家のリソースですから、手厚い子ども施策が国主導で行われています。とくに最近、数十年にわたる大規模コホート研究の成果が示されたことが、その流れを加速させています。生涯にわたる心身の土台は子ども期につくられることが科学的に

証明され、この時期を守るためのエビデンスに基づいた施策が次々と提案されています。

その一例を紹介します。子ども期（5〜11歳）の前頭前野の発達、大人になったとき（25歳以上）の社会経済状況と大きく関連するという事実です。子ども期に前頭前野の発達が良好だった者は、大人になったときに健康状態もよく、収入も高いことがわかりました。しかし、前頭前野の発達が厳しかった子は、大人になったときの健康状態が悪く、また収入も低いことが明確に示されました。

さらに、子ども期から40歳になるまで個人を追跡調査した結果も出てきました。子ども期の脳の発達は、中期以降の心身の健康状態、さらには脳の老化にも関係していました。生まれ落ちた環境によらず、子ども期を手厚く保障することこそが、将来の国民の健康、さらには人類の持続的発展にきわめて重要なのです。それは、医療費の削減にも貢献します。

### 子育てには親以外の大人のかかわりが必要

**奥山** 私たちの法人では保育園も運営していて、4、5歳児に、テーマを決めて語り合う、最近はやりの「子ども会議」を職員が実施してみたところ、子どもたちはいろいろなことを発言してくれたようです。子どもたちはとてもよく大人を見ていて、お父さんお母さんのこともよく配慮している。4、5歳児でこの力つてすごいなって思うようなことが多々あるわけです。それを考えると、本当に子どもたちにとって、合わせ鏡のように親の影響力は大きいと感じます。つまり、親が将来にわたって大きな影響を与えるとすれば、その子どもにかかわる大人が親以外にも、たくさんいたほうがいいし、保育士

だけでなくいろんなボランティアや地域の人たちが入ること、子どもにとつて社会への信頼を生むのではないかと思います。でも、親以外の大人たちが子どもたちにかかわれる機会、仕組み、そういうものが日本にはあまりありません。

また、保育所や学童保育、習い事等の送迎を担っているファミリーサポートセンター事業（ファミサポ）の提供会員は、まるで疑似家族のように、運動会や誕生日会にまで呼んでもらうような感じで、子どもにとつては忘れられない、地域のおじちゃんおばちゃんなんです。でも、政策を作る人たちはファミサポのことを存じなかったりする。だから、もつと地域の人たちが家庭応援できるような仕組みを作ったほうがいいと思います。

**村木** 「子育て四訓」というのがありますよね。乳児は肌を離すな、目を離すな。青年は目を離せ、心を離すな、というふうになっていく。娘たちはもう30代になっていますが、それまで単純に、子どもが成長して力をつけるのは、そのための勉強の機会や経験の機会を親が与えたからで、だからだんだん離していけるんだと思っていたのですが、最近、違つたなと。やっぱり娘たちは相変わらずいろんな人に頼って生きていて、それが親でなくなるだけなんだというのをすごく感じるんですね。だから、どれだけ安心して頼れる人を周りに作るかということを教えるのが育児のプロセスで、その一番最初が保育園だったり、奥山さんの「子育てひろば」のほかにお母さんだったり。だから、育児の在り方、仕組みを少しでも科学的に知ること、そういう環境でたくさんのかかわってもらって育てることの大事さを、もうちょっと皆様に伝えられるといいですよ。

**明和** ここで、子ども家庭庁が示した「子どもまんなか社会」の「子どもまんなか」の意味を考えてみたいと思います。

**山口** 「子どもまんなか」が何を意味するのか、ちょっと判然としないうところはありますが、それでも、子ども家庭庁の今回の取り組みでいいなと思ったのは、子どもの意見を聞くということが重視されているところ。その機会が確保されるようになったのは大きな変化だと思っています。これまで大人が、こういうのがいいだろうと、勝手に想像してしまう部分が多かったと思うのですが、まずは聞くところから、コミュニケーションを取るうつつという、当たり前といえば当たり前なだけで、その当たり前が、これまであんまり顧みられなかったところ、そういうところが非常に重要な変化だったかなとは感じますね。

**奥山** 第一歩としては大きいですよ。

**村木** 子どもを年齢で区切らなかつたところもすごくいいと思っています。子どもはいろんなことができないから親の保護下だ、親の言うこと聞かなくていいけない、保護は権利の制約とワンセットだと言っている人がいます。全否定はできませんが、でも、やっぱり一人の人格として子どもがステップを踏んで成長していくことを助けるという発想が要ると思うんですよ。

また、子どもは保護されますが、一方で18歳になった途端に大人だから自分でやらないと、とすごく極端なんです。だから、18歳以降も成長を助けていくとか、足りないところだけ補ってあげる政策が欲しいと思います。そうしてだんだん自立をしていく、自分が頼れる人をたくさん見つけて、上手に頼って生きていくプロセス

をわれわれは政策でも手伝えるようになればいいというのが、私の今のイメージです。

**奥山** もう皆さんがおっしゃっているとおり、子どもたちの話を聞くということ、子どもたちが生き生きと遊んでる姿、それが大事ですよ。あと、「子どもが真ん中」って違う漢字で書くと、「子ども我慢中」になっちゃうんです。我慢中にならないようにしなきゃいけないかなと思ってます（笑）。

**子育ては感動に満ちている**

**明和** 今、幼少期から子どもに接する経験がないまま親になっていく世代を迎えました。親としての役割をスタートさせた者は、まさに「子育てにおける子ども」ですよ。大人対子どもという従来の二項対立的な見方ではなく、子どもも親も社会のまんなかに置かれて育まれるべきであるという認識を日本でも深めていきたいものです。

そのために科学者である私にできることは、ヒトという生物がもつ脳とこころの基本的特性を科学的根拠をもって示し、正しい理解を社会に浸透させていくこと、それにより、親子を応援したいと思う者をひとりでも多く増やしていくことだと思ってます。

ただ、正直言って私には未来の人類の姿が想像できなくなっています。ChatGPTなどの生成AIに「どうやって子育てしたらいい？」と尋ねると、わずか数秒でそれなりの答えが返ってくる時代を迎えました。デジタル空間で1日の多くの時間を過ごす世代が親になっていくわけです。赤ちゃんの肌触りや匂いといった身体感覚、子どもとのふれあいによってオキシトシンやドーパミンを

充進させ、心身を震わせる経験はますます希薄になっていくでしょう。ホモ・サピエンスという生物がもつ命の繋ぎかたは、今後消えていくかもしれません。しかし、私はそれでも、子育てで得られる感性を若い世代に体験してもらいたい。子どもがある程度大きくなった今だから言えることなのかもしれませんが、子育てはとても美しい営みです。辛いこと、苦しいことのほうが圧倒的に多いのも事実ですが、子育てなしには得られなかった感動は人生の宝物になると断言できます。

**村木** 濃密になりますよね、人生が。

**山口** 自分はなかなか成長しないけど、子どもは日々成長してくれるので楽しいってところも（笑）。

**明和** そうですね。子どもの人生もともに味わわせてもらっています。ともに泣いて、ともに喜んで。

**奥山** あれだけ喜怒哀楽を全開できる子どもに対応するというのはすごいエネルギーが必要ですよ。もちろん子どもたちが感情表出できること自体がすごいですね。

**明和** 今、自分の感情を素直に表現することを躊躇するお子さん、増えていますね。

**奥山** そうですね。喜怒哀楽を全開できるのは多分1、2歳ぐらいじゃないですか。3歳過ぎたらもう大人へ配慮しちゃいますものね。

**明和** 親が過度に不安に陥っていることがその一因だと思います。脳はつねに世界を予測しています。その予測

**村木** 今、自分の教え子たちはほとんどが18歳なんです。周りには自分のことをどう思うか、自分がやっていることが正解かどうかをとてにも気にする。それから、社会ってこうでしょ、という前提があって、そこに自分を合わせなきゃって一生懸命考えてるんですよ。だからそれを早く壊してあげたいと思うんですよ。社会は変えられるとか、それに合わせなくてもいいっていうのも、もっと早くから知っていると楽になれるかなって。

**親も子も「自分が好き」と思える未来社会へ**

**山口** 若い人のほうが不安感があるのかな。子どもを持つことがリスクって思うのも何となくわかるんだけど、いろんなロールモデルが提示されなきゃいけないと感じますね。大人が提供するロールモデルって、1種類の正しさしか用意しないような感じがするんですけど、恐らくそれだと全く不安は解消されない。

**明和** 自分のことを好きだと思える社会でないと、不安は軽減できませんよね。その点で、科学技術の進展に期待できることはあるのでしょうか。

**山口** 何ですかね。結構、研究や科学の発見は、自分が昔から思っていたような固定観念と違うことがあるので、こんなのあるんだっていうのを知ることができますよね。直接的な実験には基づいてない、ちょっと頭でっかちな学び方もしれないですが。

私の場合、特に性差についての研究はかなり自分の思い込みをひっくり返してくれました。経済学の研究で、何で男女で賃金格差があるか、に対して、男のほうが競争心が強いからだ、という説明があるんですね。競争心

があると、リスクの高いプロジェクトにチャレンジするので、成功したときの報酬が大きいと。そして、「何で男のほうが競争心が強いんだ？」のところ、**「生まれつきだよね」**と思ってしまうんですね。でも、いろいろ研究を見ると、生まれつきだけで決まるわけではなくて、社会のありように影響を受けていることがわかる。そこで私は、そうなのか、と説得されたんですよ。いろんなかたちで思い込みを解きほぐしてくれたなという感じはしますね。

**明和** 私たち科学者は、「いま・ここ」の当たり前をつねに疑い、地道にデータを蓄積して検証を重ねる努力を続けていくことしかできません。その努力の末に得たエビデンスを社会に活かしていただくには、現場のプロの方々の力が不可欠です。立場を超えて志を共有し、科学と社会がつながりあって新しいイノベーションを興すことが、日本は苦手であるように思います。

本日のお話のすべてが、私のこころにすんと落ちました。それは、立場も専門も異なる皆さんが考えてこられたことの根幹が、実は共通していたからだと思います。目指すべき方向はほぼ明確になっているのかもしれない。次は、その実現に向けて多くの国民が志を共有し、夢をもって未来社会を描けるか、そのためのアクションを実際に起こせるかどうかにかかっている。その扇の要として、子ども家庭庁の機能が今後いつそう発展していくことを願っています。

本日は有意義な時間をいただき、まことにありがとうございました。

の閾値からはずれると、心身に緊張、不安が一気に高まります。子どもはこうあるべきという信念が強い親ほど、子どもがその予測の枠からはみ出しそうになることに過度な不安を覚えます。子どものためというよりも、自分の不安を軽減するために「こうしなさい」と支配しがちになる。

**奥山** 大人が安心して子育てをできる環境を作らないとまずいですね。

**山口** 自分が育てられた育て方しか知らないんで、それはずれるとすごく怖く感じるかもしれないですね。

息子は5歳までカナダにいて、カナダの幼稚園と日本の幼稚園に行きましたが、教育の仕方がびっくりするぐらい違っていて。日本の感覚で言うと、カナダは、もうカオスですね（笑）。先生が何もコントロールできてないように見えてしまう。これで子どもは育つのか、大丈夫なのかというのが最初に見たときの率直な感想でした。でも、よく見てみると、どの子どももいい子だし、カナダの大学で教えていた子どもたちも立派な青年たちばかりでした。だから、いろんな育て方があるんだなと思っただけで、私もあの経験で寛容になった、というのはあります（笑）。

**奥山** いや、本当ですよ。私たちも「子育てひろば」の園庭で泥んこ遊びをわざと赤ちゃんコーナーから見せられるような間取りにしています。今は親自身も泥んこで遊ぶ経験がない人も多いので、それを実際に見せないイメージできないですよ。

**山口** そうですね。あんなのありなの？ということを見せて、ありなんだなってわかるようにします。



# Identified Patientと支援者双方の視点と共鳴

関西医科大学病院心療内科学講座教授

蓮尾 英明 はすお ひであき



黒ずんだ祖母の手

## 全人的医療とは

最初に、われわれが一番大事にしている全人的医療の視点についてお話しします。全人的医療の定義とは(図1)、病気だけではなく、身体、心理、社会、行動的側面から、病気を持った患者さんを診ること。言葉で言うのは易しいですが、実際それを実践していくのはなかなか難しいですね。私が所属している心療内科の講座の中には、心療内科、総合診療科、緩和ケアセンターがありますが、すべて全人的医療を実践しており、横断的になっています。

私自身が全人的医療に興味を持ったエピソードです。

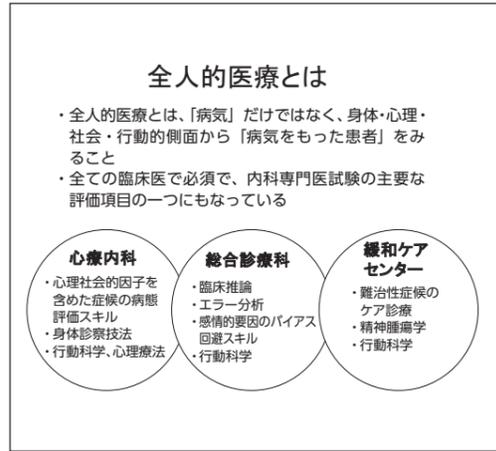


図1

右下の写真は、祖母の手です。祖母は若いときに乳がんになり、長期的に抗がん剤の治療を受けていました。その影響で白質脳症になり、首から下がほとんど動かない状況になりました。幸いにもがんは根治しましたが後遺症で寝たきりになり、母親が、私が小学生のときからずっと介護をしていました。当時、介護保険はありませぬ。祖母の手が黒ずんでいるのは、腰痛が強くなると裏拳で壁を叩いて母親を呼んでいたためです。赤ひげのような老年な往診医が診てくれましたが、全然痛みが取れない。それで、生意気だった私が「こんな腰痛も取れないのか、やぶ医者が」って言うと、老医師に思いつきりびんたをされました。人生で親にも殴られたことがなかったのに、痛みの後のひりひりとした類の感覚、怒りと恥ずかしさが混在した感情を今でもありありと覚えています。そのとき老医師が、「この腰痛はおまえが作った痛みだ。おまえがきちんとおばあを見ないから、こんなに痛がってるんだ」、そして、祖母の腰にマジックで印をつけて、「ここを押したら治るから、毎日押せ」と言ったんですね。それで私は毎日泣きながら押していたのですが、不思議なことに祖母の腰痛が取れたんです。そのときはとても驚いて、何が起ったんだろうって。このことが、一生の体験として、今の臨床や研究に生きています。

全人的医療には、個人内と個人間の視点があり、個人内とは心と身体をつながりを見ていくことで、個人間と

一生懸命お世話をしていきましたが、家事や子育てもありました。そのなかで、孫の私が毎日足繁く通って、身体を触ることが腰痛の軽減につながったのではないかと思います。やはり、個人内だけでなく、個人間の視点も持つ、それによって生き方、生き様というところに相互作用や気づきが広がっていくところが全人的医療の視点であり、醍醐味であると思っています。

最近、積極的に緩和医療に取り組んでおり、患者さんの生き方、生き様などところをアートの側面で注目しています。さらに個人間、個人内のところまで、気づきや広がりを見ていくことがアートの側面としては大事じゃないかと思っています(図2)。

そういう中で、大切な視点として今回題名で挙げた、Identified patient(図3)を挙げさせて頂きました。これは心理療法の中の一つの言葉で、「患者と認識された人」のことで、色々な意味合いで使います。例えば「Cancer patient」は、人の中にがんがある、「人IIがん」のイメージです。これを英文校正に依頼すると、Patient with Cancerと修正されて返ってきます。それはその通

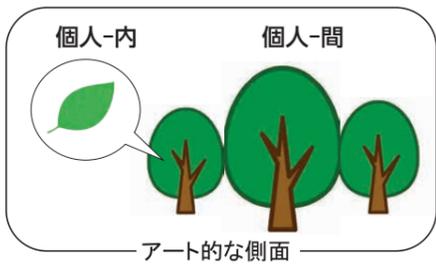


図2 '私'の全人的医療のあり方

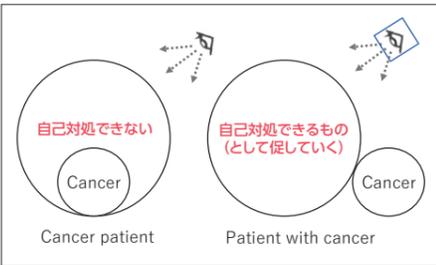


図3 Identified patientsの診かた

り、その人の身体の中にもがんという異物があるだけであって、それは当然、別のものとしたほうがいい。医療者がCancer Patientという視点で見過ぎるといいことはないということ、症例を挙げながらお話しします。

## 40代、膝がんの男性

この方はずーっと「呼吸が重い」と言っていました。でも実際には胸水は溜まってないし、肺転移もない。因性の呼吸困難として、酸素を投与したり、中にはモルヒネを投与した医師もいましたが効かない。何なんだろうと精神科に出しますが、特に精神病理的な問題はないと返されて、主治医が困ってしまい、心療内科に来られました。疾患ではなく病態として捉え、肺が膨らむことを補助する呼吸補助筋の機能低下による呼吸困難として判断しました。終末期がん患者によくみられる筋肉が萎縮していく悪液質が背景にありました。呼吸が重いという表現は、骨等の胸郭を助間筋等の筋肉が支えきれず、鎧を着てるような感覚を表したものでした。

さらにこの方は、常に呼吸を上手にしよう意識していません。呼吸は、半自動運動なんじゃないですか、意識しない時は上手にできますが、意識すると上手くできない。「上手に呼吸して」と学生に体験を促すと、しばしば呼吸が荒くなってしまふ。歩行や呼吸は、意識すると上手くできない。そこで、この方にそういう情報をフィードバックすると「そう言われたらそうだと思う」と。そして、どうも意識を内に向けないと、自分の情緒が保てないぐらい自分は追いつめられていたということに気づかれました。今の厳しいがんの状況からすると、今後の過ごし方を考えるなど、意識を外に向けないといけないのに、それが怖くて内に向いてたんじゃないかとおっしゃいました。右下の写真は、自分の思いを聞いてほしいという

ことで、カンファレンス室に緩和ケアチームのメンバーを呼んで、語ってもらったときに撮ったものです。



やはり生きたい、もう少し自分の人生を楽しみたかった。親御さんとの揉め事があって、でも、育ててくれた感謝だとか、逆縁になってしまふ自分のふがいなさやつらさとか、そういうものと恐らく向き合いたくなかった。でも、親には絶対言えないから、自分が死んだあとにそれを伝えてほしいと。最期に「こうやって気にかけてもらえることが、そんな些細なかかわりが、何よりも生きる希望になる」とおっしゃっていました。

右端にいる研修医に最近会ったときに当時の緩和ケアチームの研修の感想を聞く機会がありました。彼女は「先生から教わったことはあまり覚えてないが、この方の話してくれたことや、呼吸困難の中にあつたつらさへの気づきが自分の中の体験としてすごく残ってます」と語りました。彼女は、私が幼少期に受けたような同じような経験を、この方とのつながりを通して得て、現在婦人科で全人的医療をしています。

私が殴られたときの感覚や感情を通して得られた気づき。先ほどの研修医が得られた気づき。気づきは、すごく大事で、医療の中に取り入れたいと考えています。『死神さんとアヒルさん』という絵本があります。お話の中のアヒルさんはもう少ししたら死ぬんですが、それをわかっていない。急に死神が見えたのでびっくりして、そして気づくんです。でも死神からしたら、いや、あなたが生まれたときからずーっと私はいるんだよと。

当たり前のことですが、アヒルさんにとっては何ものすこい衝撃的なことなんです。

がん患者さんも同じだと思うんです。自分はすーっと生きる、死ぬなんてことは考えていない中に、急に「死」が突きつけられ、いろんなことに気づきます。そして、気づきの経験というものは、気づいた後、変化していきます。では、どうやったら気づきが得られるか、よくいうのが、何らかの意外性の体験です。今までの自分の頭の中では理解できない、自分の常識の範囲外のことと起こったときに、人は気づきが起るといい、それをパラドックスが起きる、といいます。こういうものを、偶発的ではなく、意図的に医療の中で活かしていいか。やはり一番大きいのは、個人内のあるところを個人間、例えば医療者がその患者さんの病態を診ていきながら、医療者の理解をフィードバックしながら、お互いが気づき合い、フィードバックし合うというような過程が大事ではないかと思えます。

### 食道がん、在宅ケアの男性

私は週に1回、在宅緩和ケアとして、がん患者さんの訪問診療をしています。大病院に通院できなくなった方のご自宅に伺い最期まで診ています。左官工としてまじめにずっと働き、身寄りはなく、ずっと一人で生きてこられた方がいます。進行食道がんで物理的に狭窄したためにつかえて苦しく食べられない。手術の時期は逸しており、延命治療は希望されませんでした。ただ、「つかえを何とかしてほしい」と訴えるものの食道狭窄に対する放射線治療やステント治療といった姑息的治療も拒否されたため、医療者としては無力感に晒される診療が続きました。そこで、しっかりと話を聞いてみると、どうも食道のつかえではないらしい。難聴でコミュニケーション

ションが取りにくい状態ですが、「この方がどういう人生を生きて、何を大事にして生きてきたか」をすつとライフレビューしてみました。

この方が何より大事にしてきたのは、絶対人に嘘をつかない、迷惑をかけないこと。そして、まじめにその日できることをすつと真摯に70年以上やってきた。そこが自分の人生の誇りなんだとのことでした。また、将棋が強くて、日本将棋連盟の五段を取られていることもわかりました。そこでかなり強くすすめ、初めてデイスーパーに行き、久しぶりに将棋をしたらすごく嬉しかったそうです。医療者から見ると、この方は物理的に孤独でしたので、将棋をやって楽しかったですねって言うけど、そうでもないとおっしゃる。別に人との交流を求めて生きてきたわけじゃないし、自分とは人との交流がなくても困難は感じてないし、つらくないと言われる。でも強がつてるわけでもなさそうなんです。ただ、自分が生きてきたことが、何も残らない、誰もそれを知ってくれないということがつらいと。だから、将棋をした相手の記憶に自分が残ったことが嬉しかったと。そして、一緒に写真を撮って、私という人間がいたということを物理的に残してほしいし、先生の記憶の中に残してほしいと言われました。そういう話のあとに、「初めて（胸の）つかえが取れた」とおっしゃったんです。つかえて、これだっただんですね。自分の存在がそのまま消えていってしまうという実存的なつらさ。自分という存在が残らないという孤独感が、この方のつらさで胸のつかえとして表現されていたんだと感じた症例でした。



マイクロなレベルの視覚的フィードバック

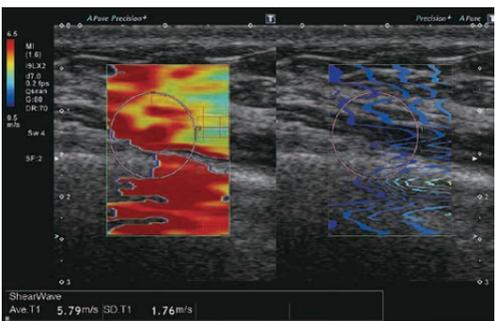


図4 エラストグラフィー

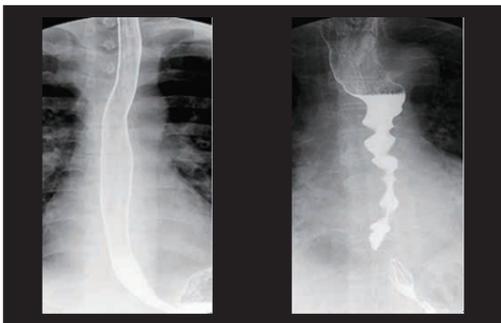


図5 バリウムの造影写真

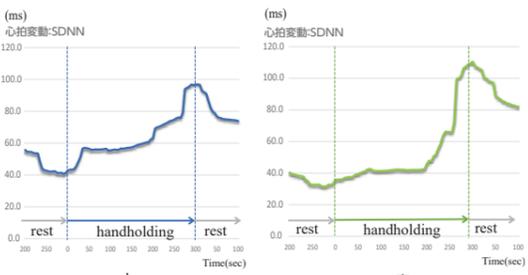


図6 相互作用による心拍変動共鳴現象

リがあります。この関わりは、本人は治せるかもしれないという期待度を上げていきます。そういう意味では、Identified Patientの診方をしていくためには、まず患者さんがその病態を理解し、個人内をしっかりと見ていく必要があると思えます。

### 食道痙攣、68歳の男性

次は、体験的なフィードバックによる意外性の体験を得た症例です。がん治療後のサバイバーの68歳男性で、がんは治っている状況下で間欠的な胸痛が頻回にでていました。本人は、がんの再発じゃないかと心配しますが、主治医は違うと言う。すつたもんだをして心療内科に紹介されました。診察すると、びまん性食道痙攣という機能的な痛みでした。バリウムの造影をした写真(図5)を見ると、左が正常な食道で、右は如何にも痙攣している状態です。食道はこんなに痙攣するのかとびつ

りされると思います。この食道痙攣とつながった心理社会的要因には孤独がありました。退職後から胸痛が出たと、本人もはつきり言っていました。恐らく生き方の喪失、仕事一筋に頑張ってきた方で、家庭内にも居場所がない。ただ、本人にその認識はなく、がんの再発に意識がいついていたんですね。そこで画像で視覚的にフィードバックすると、「ああ、こういうふうな痛みが出ることもあるんですね」と。治療については、心理社会的要因が影響しているので、ストレス等の自己対処でよくなる人が多いんです。しかし、本人は最初から、「いや、もう無理です、こんなよくならないよ」って言われます。図3にあった、Disease Patientという感じで見てると思うんですね。そう見ざるを得ないのは、孤独である自分と向き合いたくなかったんじゃないか。小説『ムーミン谷の冬』に、ムーミンときき火をしてい

### 急性白血病、15歳の男性

次に、意外性の体験による「気づき」という症例です。急性の白血病で入院中の15歳の男性で、胸が痛いとのことでした。この方も筋筋膜性疼痛で、肋間筋のところ、ピンポイントで痛いところがありました。がん治療で衰弱してトイレに自力で行けない、でも家族や医療者には気遣って助けは求めず、涙を流して這ってトイレに行くような方でした。思春期のがん患者さんの研究は結構あって、この世代は利他的な感覚、俯瞰的な視野がすく育っているといわれています。逆に高齢の方は、二分化されていて、利他的な感覚があまり育まれていないというデータがあります。若い子ほど利他的、家族のために、医療者のためにというような感覚を持っていたり、行動をしている。悪く言えば自分を抑圧してるともいわれています。この方もいかにそういう感じでした。

この方は、胸の痛みはがんの再発によるものだと考えていました。本人に筋筋膜性疼痛と言語的にフィードバックしても納得はされず、自己対処できないものとして布団にこもって泣いている状況でした。そこで超音波のエラストグラフィーという硬度を測定する機器を用いて、試験的な試みですが視覚的にフィードバックすることにしました。赤くなっているところにトリガーポイントがあり、硬いところです。超音波の波動を送ると、硬いところだけ速度が速くなっています(図4)。この画像をリアルタイムに見せると、彼は非常に驚き、「本当にこういうことがあるんですね」と納得してくれました。そして、「この筋肉の緊張は、自分の心の緊張だ」と思う。怖くて怖くて仕方がなかった」とも語りました。筋筋膜性疼痛の局所治療には、自己対処できるような関わり、例えばストレッチや筋膜リリースのようなリハビ

なものなんだ。まさにそのことが、わたしを安心させるんだけどね」というシーンがあります。恐らくこの方は、今の現状を曖昧に、はつきりさせないということが大事で、それによって、孤独とは向き合わずに安心する、その代わりに痛みを自分で選んでいたのだと思われました。ですので、それは、一つの生き方、考え方なのかと思いつながら、経過を見守ることにしました。

そんな中、ある緩和ケアの研究に参加していただくことで変化が起きました。がん患者さんやサバイバーの方に協力頂いて、手を握るといふケアに興味があるのかを調べた研究です。臨床現場では、家族が患者さんの手を握るといふケアをよく見るのですが、実際にどのような効果があるのかはわかっていません。そこで、自律神経機能を評価する心拍変動を用いて、握る方と握られる方の両者の心拍変動を比べました。この方は夫婦で手を握ったことがなく、当初は「えー？」つという感じでした。ただ、別に妻と仲は悪くなく家庭内に意識が向かなかっただけのようでしたので参加して下さいました。

心拍変動値は上がるほど、自律神経機能が高まることを示唆します。結果を見ると、面白いのが、夫と妻の変動の形がかなり似ていて、手を握ってしばらくは、ものすごく心拍変動値が低い状態でした。のちのインタビュー情報では、妻の手を握るのはすごく恥ずかしかったけれど、だんだん手の温かさとか、汗ばんだ手がこの人らしいなと思ったそうです。インタビューは別々にしましたが、後半は、お互いが「もう離したくないな」と同じことを言っていて、心拍変動値の結果も同じように最後にぐーっと高まって、手を離すと下がっていくなど、心拍変動値が一種の共鳴をしていました。本人にとって、これは非常に大きなことだったようで、妻の

温もりだとかがとても伝わって、すごく感謝しないといけないと、自分から奥さんに働きかけるようになったそうです。今では外来に来られると、そんなのろけ話ばかりです(笑)。身体感覚の体験が意外性の体験になって、パラドックスになった症例です(図7)。

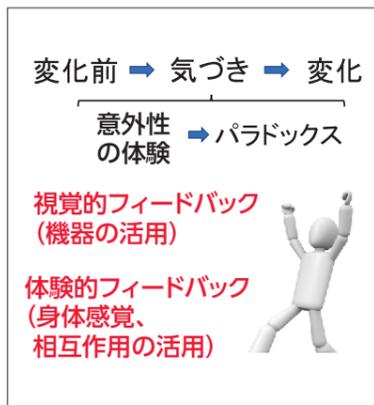


図7 2つの症例で起こったこと：気づき

ブラシーボ効果

では、「気づき」がなぜ大事なのか。ちょっと違った視点から見ると、「気づき」はブラシーボ効果を高めるんじゃないかと思っています(図8)。治療への期待度を上げる、いわゆるプラセボ研究はたくさんあります。その中には、ブラシーボ効果を高める遺伝子の研究も多いですが、「気づき」との関連研究もあって、そういうところにも興味を持って研究している先人はいたんだなと思うと、興味がさらに引かれました。

言葉がけも大事ですね。腫瘍内科医を取り上げた『母のがん』というアメリカの漫画の一コマがあります。医師から「抗がん剤を使用しています。来週にはもっと気分が悪くなるかもしれませんが、再来週には今ぐらいに戻るでしょう。」と言われても、今も元気がないから、

が老医師に教わった虚血性圧迫法、30秒圧迫して、30秒離すというのを家族が行い、これが筋筋膜性疼痛にどのように影響するのかを、行うように見せかけるシヤム群と無治療群と比べてみました。  
2週間後、家族による虚血性圧迫法群の2/3は50%以上の鎮痛が図れていました。それだけでなく、虚血性圧迫法群の家族の自尊心は高まり、介護負担度は減っていました。シヤム群でも介護肯定感は上がっており、家族は患者のために何か役に立ちたい思いが強いのだなということがよくわかりました。医療者は、患者とその家族の個人間のつながりを意識して、それを治療応用する必要があると思っています。

リラクゼーション効果

次に、看護師さんと私が取り組んでいる研究です。家族は患者に対して罪悪感を持っていて、自身の心身の緊張感に対してリラクゼーションやってみましょうよって勧められても、まず断ります。「自分だけが楽になるわけにはいかない」、「そんな時間はない」と言われます。じゃあ、「あなた自身がリラクゼーションすることが患者さんのためになるんだらやりやりますか」と聞いたたら、「じゃあやります」と皆さん言うんです。家族に催眠をかけることでリラクゼーション下において、患者さんの手を握ってもらう。そうすると、患者さんの拡張能や蠕動能といった胃運動機能が高まっていることが超音波で確認できます。要は、あなたがリラクゼーションすることは患者さんのためになるんだから、あなたはリラクゼーションをするべきだということを視覚的にフィードバックして説得し、家族に積極的にリラクゼーションをしてもらっています。

「今」に戻ると言われてもそんなにはうれしくはないでしょう。こうした、一つひとつの言葉かけが、患者さんの期待度を上げたり下げたりします。結果として期待度は恐らく上がりません。それを聞いていた家族もネガティブに取りまよって。私自身、臨床でも気を付けています。

次に、視覚的なフィードバックですね。筋筋膜性疼痛というのは、筋膜が癒着して起こることが多いのですが、癒着した筋膜をはがして痛みを取るとい治療があまりありません。癒着してるところの間に生理食塩水を入れて、それを見たいという人が結構いて、じゃあ見てみる？と、癒着した部分をはがれていく瞬間を見ていくと、みんな、「わあ、すごい、これは効くね」とよくおっしゃいます。そこで、これを見せる、見せない、の2群に分けて検証しました。やはり視覚的なフィードバックをし

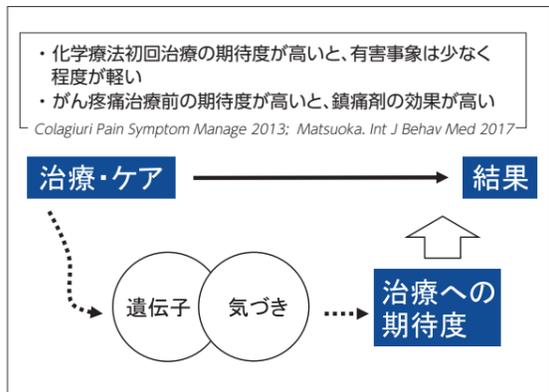


図8 期待度(ブラシーボ効果)の関連因子

オンラインのさらなる活用

先ほどの筋筋膜性疼痛の研究や、私の幼少期の経験から、やっぱり「孤独」というものにとっても興味があります。コロナ禍では、入院患者さんはずっと孤独な状況で、一人で食事をする、こんなにもご飯がおいしくないとはいわなかったとみんなおっしゃいます。何とか院内でオンラインの共食を普及させようとしたのですが、院内にインフラが発達していないので、まず、病院を説得するために急いでやった研究があります。

健常者を対象として、オンラインの共食をしてみましたが、先ほどの心拍変動値をみると、まだ症例が少ないですが、ほぼ全例お互いが高値になり、1例だけお互いが低値になっていました(図9)。片方が高まって、片方が下がるといのはなく、共食というのは、お互いに影響し合っていることがわかりました。この結

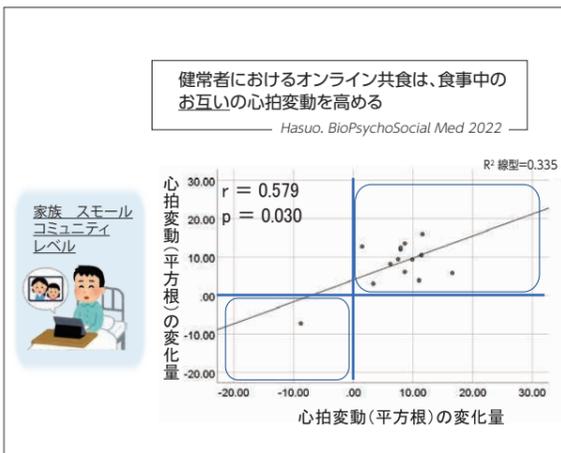


図9 個人-間の視点の治療的応用

た群は、していない群に比べ、治療の期待の高まり度数が上がっていて、実際、1週間後の痛みが減少しました。

あとは、体験的なフィードバックです。リラクゼーションをした時、「このリラクゼーションは効いた」と思った人はその後の経過がいいし、そのリラクゼーションを長く続けます。お風呂に入ると、ああ気持ちいいとなれば、またお風呂に入りたいと思います。看護師さんが患者さんにリラクゼーションを教えますが、全然次の日やってくれないことがあります。それは、その人はそれが効くと思えないからです。ですので最初、外来でもいいので、ちょっとやってみたら、その人が効くかと思えたらしめたもので、その後は続けてもらえらと思います。

70代女性の在宅緩和ケア

在宅緩和ケアで最期まで診させてもらった隣がんの70代の女性の方です。最近、がんの診断がついた早期から心療内科や緩和ケアに紹介を受けて診ることが多いですね。この方、隣がんでは長い方で、4年間最期まで頑張られ、私は診断の時から最期の看取りまでかわらせてもらいました。痛みや抑うつなど、様々な症状で困られました。比較的そこは症状コントロールできていたと思います。ただ、4年間で一度も私は笑顔を見たことがありませんでした。でもご家族が見せてくれる、息子さんとお孫さんと一緒にお風呂に入っている写真は笑っている。本人にそういう話を振っても、何も言ってくれませんが、本人にとってはこれが最大の緩和ケアだったんじゃないか、これ個人間の視点という中で、とても大事な時間だったんだろうと思います。そこで、個人間の視点で治療的応用はできないかと、ある研究をやってみました。これは私の祖母を想定した研究で、私

果から、大学でもオンライン共食をするブースを作ってもらいました。今はもうコロナが明けて、あまり必要がなくなりましたが、このまま終わるのはもったいないので、もう少しこれを個人間で発展させたいと思っています。詳細は省きますが、医学生や研修医に体験してもらうために、商業施設を活用して、孤独を認識している高齢の人が集まって、みんなでリアルタイムで一緒に料理をしたり、食事をする。オンラインで一緒に同じ作業をしていくということをしています。そこに、患者さんにも参加してもらったら、社会的処方にはなるとも思っています。今は、まだ実験段階ですけどね。

私はまだ、医療の中でしか全人的医療を見れていない状況です。やはり全人的医療というものを見ていくうえでは、医療だけでなく、宗教や哲学、文学、社会、教育、福祉といったところの知識を得ながら、学びながら発展させたいと思っています。

PROFILE

蓮尾 英明  
Hideaki Hasuo

2003年 関西医科大学 卒業。2013年 国立がん研究センター 東病院 緩和医療科医員を経て、2015年より 関西医科大学 に帰学。2022年より 心療内科 学講座教授。

日本内科学会専門医 / 指導医、日本心療内科学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本緩和医療学会専門医。

# ケアからつくる社会

大阪大学大学院人間科学研究科教授  
感染症総合教育研究拠点(CID)兼任教員

むらかみ やすひこ  
村上 靖彦

もともと哲学の研究者だったのですが、たまたま友達から誘われて小児科の病院で自閉症の子どもたちと会う機会があり、医療現場のフィールドワークを今からちょうど20年前に始めました。そのあと、大阪に2008年に移ってきてからは、看取りの問題に興味を持ち、看護師さんの聞き取りを始めました。ちょうどその頃に父がちょっとかわいそうに亡くなり方をして、それがきっかけで、もう少しよいかたちで入って死ぬことができるはずだ、と。10年ほど続けていたのですが、その間に、今日の話のベースとなっている、大阪の西成区でのフィールドワークを始めました。

## DVの被害者がDVの加害者に

大阪市西成区というのは、日本有数の貧困地区になります。生活保護率が23%、全国平均が1・6%ですから約15倍、僕が調査に入っている西成の北部、あいりん地区と呼ばれる釜ヶ崎は40%を超えるぐらいの生活保護率になっています。その地域で虐待に追い込まれてしまったお母さん方のサポートグループをしている看護師さんにお誘いいただいて、2014年から調査に入りました。

大阪市内西成区というのは、日本有数の貧困地区になります。生活保護率が23%、全国平均が1・6%ですから約15倍、僕が調査に入っている西成の北部、あいりん地区と呼ばれる釜ヶ崎は40%を超えるぐらいの生活保護率になっています。その地域で虐待に追い込まれてしまったお母さん方のサポートグループをしている看護師さんにお誘いいただいて、2014年から調査に入りました。

## コミュニティという居場所

調査を進める上で、子どもの話を聞かないといけない。困窮状態にある子どもたちに直接聞くのは難しいので、成人した人たちを中心に話を聞きました。で、そのときに一つ、すごく印象的というか、大事なことに気づきました。最初、西成の子どもたちってすごく大変な状況、虐待だけでなく、お母さんが覚醒剤で逮捕されていたり、自死されていたり、そういう方が含まれているので、すごくシビアナ聞き取りになると思っていました。ところが、実際にはそうじゃない。すごく大変な経験を当然されていますが、彼らは何とかなってる、割とハッピーに、大人になっている。かたや、学生たちや、他の地域でもインタビューを取りましたが、経済的には恵まれても結構しんどい。大学のゼミ生で自死している学生もいて、それを考えたときに、西成には、何かのヒントがあると気づきました。ある意味これは自明で、実はそれ、居場所だったんです。大人たちがサポートしてくれている環境が整っていて、仲間との、今で言うピアグループという状況がある中で西成の子どもたちは育っているんですね。なので、社会的には大変なだけけれど

た。

児童相談所で一時保護になるような重大な虐待をしてしまったお母さんたち、一般に加害と呼ばれる人たちというのは、ほとんどの場合はご自身が暴力被害者で、深刻なPTSD（心的外傷後ストレス障害）を抱えているらしいです。多くのケースでパートナーから深刻なDVを受けている、あるいは幼少期に虐待を受けて、今現在その後遺症に苦しんでいる方たちです。なので、実は子どもたちを殴ってしまったのは、子どもが嫌いなわけでも、育てたくないわけでもなくて、子どもに対する愛情はすごくあるんだけど、困難な状況の中でフラッシュバックが起きたり、貧困もあってもうどうしようもなくなくなって、子どもにけがを負わせてしまうというケースがほとんどです。そういうグループに3年間通っていました。

## 人工的に作られた街

大阪市西成区は、大阪市の南部で、難波や天王寺、阿倍野という繁華街から徒歩圏内にあります。西成区の北東部は人工的に作られた街です。20世紀の初頭に、一説

も、横のつながりとか、大人たちのサポートの中で何とか自分を支えていくことができてるんだと。

今、僕らが生きている日本は、基本的には資本主義というかたちで社会の仕組みが作られている。非人称的立法制度も資本主義も顔の見えないかたちで社会は組み立てられているわけです。ところが、西成だったり、「浦河べてるの家」という精神障がいの方たちの作ったコミュニティ、いくつかの旧同和地区は、地域の中でケアを軸にしたコミュニティが作られています。こうしたコミュニティには、今の日本のメジャーな流れとは違った暮らし方だったり、人間関係の作り方があって、自分でも足を運んで目にしてきました。

あと、今まで書いた本への反省があつて、ケアのすごくよい面ばかり書いてきたんですね。特にプロのケア、看護師さんたちの卓越したケアに興味があつて、優れた対人関係のスキルを皆さんお持ちなので、それを可視化することに注力していました。だけど、実際そんなにうまくいかない。そもそもプロのケア以前に家族労働というか、家族ケアがそのベースなわけです。で、ここ何年か、フェミニズム（性差別からの解放）議論の中で、家族ケアが不払い労働であるという議論は皆さん共通の認識になりつつあると思います。要するに、戦後の日本では扶養家族制度で誘導された専業主婦制度の中で、不払いの労働をさせられてきている、専業主婦がそこに縛りつけられている仕組みであると。なので、家族のケアというのは、実は家長制と男女差別の構造をそのままインストールされ、それによって支えられ、戦後の資本主義の高度経済成長期に代表されるような仕組みとして成り立ってきたということが挙げられます。



では万国勸業博覧会で天皇の行幸を前に区画整理が実施され、労働者たちが難波から南側に追い出され、釜ヶ崎が形成されていきます。日本でも代表的な、差別を受けてきた、社会的困窮に追いやられてきた人たちが集住している地域で、その後、高度経済成長期に全国各地から居場所を失った方たちが西成に流入してきています。

この地域の子どもの施設に通い、最初は虐待のグループに入りましたが、そこからだんだんと知り合いが増えたことで、草の根のネットワークが見えてきました。それぞれのグループの支援者の方たちも繋がっているんですね。西成の大きな特徴は制度によらない、国の法律や制度で支援体制が組み立てられているわけではない、高度経済成長期までは放つとかれ、行政からは全く放置さ

## 虐待の温床

もう一つ大事な問題、家族ケアを見た場合、すごく大きなネガティブな要素があるわけですよね。それは子どもに対してもそうですし、嫁姑関係だったり、いろんなかたちでネガティブな感情が生じます。特に虐待といわれるのは極端なケースで、虐待は法制度の外で放置されるのは21世紀になりようやく刑事罰が適用されるようになりました。例えば、性虐待は刑事罰の対象になっていませんでしたし、親からの虐待のほとんどは今でも処罰されない。逆に子どもの側が保護ということで一時保護所に隔離、監禁される、スマホも取り上げられて、非常に奇妙です。つまり、日本の支援制度は、被害者である子どもが人権を奪われる仕組みになっている。これ、いろんな問題がかかわっていて、なかなか難しいなというのがあります。

プロの看護ケアを見ると、感情労働の問題をずっと言われていますし、今でも精神科病棟や重度心身障がい者施設、あるいは高齢者施設では虐待のニュースがもう毎年必ず出てきますよね。その逆のパターンもあります。昔からですが、在宅医療で、ヘルパーさんや訪問看護師さんたちが患者さんから暴力を受けるケース、非常に多いです。

こういう問題があつたうえで、じゃあ、どうしたらいいんだろうということですね。いろんな意味で、家族ケアを基本にした日本の社会の制度にかなり無理がきています。そもそも共働きでないと結婚して子どもを育てるのは不可能になってるので、専業主婦制度が成り立っていない。ヤングケアラーが今になって問題になっているのもそういうことですよね。かつて主婦に押しつけら



いつ、誰が来てもいい。彼は一人っ子で母子家庭、お母さんは自死されていて、お母さんは乳児院の出身なので、家族は母親以外の存在を知らない。そもそもお母さんが親のことを知らない。だからこそと言うべきか、「こどもの里」のスタッフたちが家族だということになります。

みんな居場所の語りが必要です。西成以外でのインタビューでは出てきません。この違いが決定的なんだなって思います。居場所、高齢者施設でもそうなんです。何か義務じゃなくて、来たいから来てる。安心できて帰ってこれる場所。何もなくていいし、何をしてもいい場所ってことなんです。

今、僕ら、何かすることにむちゃくちゃ追い立てられる。学校だったり、職場が最たるものですが、そうじゃない場所を僕たちは必要としているなというのを西成に通いながら思いました。ただ、そういう場所は自動的にできるわけではない、プロの支援者がいることの意味は確かにあります。現代版の居場所を作っていくには、支援スタッフがずっといて、子どもを見守って、卒業して、20歳になって帰ってきても同じスタッフがいることに大きな意味がある。実際、先ほど紹介した映画に映ってた子たちに今も会います。子どもたちは成人して働いています。が、ぶらーっと「ただいま」って帰ってくる、その子たちの根っこになつてるので。すごく大事です。

### 存在が肯定されるのが居場所

で、高齢者施設の話。新しい方、認知症が強い方が来られると、利用者さんは不安に思うようで、あの人がい

で社会的なステータスも全くなかったけれど、〇〇ちゃんママとして社会の中で存在を認められることになるわけですね。そうやって自分がここにいていいんだっていう、肯定を得ているわけです。だから、子ども食堂って子どもだけでなく、そこに関わった人みんな支えられてる、存在が肯定される場所なんです。

居場所がすごい大事なんだっていうのは早いうちにわかっていました。早い段階で居場所に繋がっていた人は、サポートを受けられている。極端な話、お母さんが逮捕されたり、くも膜下出血で倒れたケース、あるいは覚醒剤のケースでも、もう支援者の人たち、気づいて、サポートの仕組みを作ってるわけですね。なので、居場所って、困難を抱えた子どもだけのためにあるのではなく、子ども全員のためにあるべきものだということがわかります。つまり、誰もが遊べる場所だから、何かあったときにサポートが生まれ、手遅れにならない段階でサポートに入ることが出来る。なので、こういう居場所だけではなくて、実は福祉制度全般だと思っただけですけども、ユニバーサルである必要がすごくあるなっていうのを感じます。ヤングケアラーに限らず生活困窮に限らず、誰もが遊べる場所が必要です。

### アウトリーチの隙間を作らない

アウトリーチでもう一つ、大事な機能があります。それは社会の中の隙間を作らないということ。日本の福祉制度って、年齢制限だったり、申請主義なので、自分で申請しないとサービスが受けられない仕組みになっています。困難を抱えている人、あるいはニューカマーの方たち、自分で申請できず漏れてしまうことがあります。

わ、みたいな感じになるそうです。そういう雰囲気を感じ取って本人も帰りたいみたいな感じになるそうです。まずスタッフがその人をしっかり受け入れ、積極的にコミュニケーションを取ることで、ちよつとずつでも心が通い始めたら、周りの人も、この人は全然怖い人じゃないんやみたいな。コミュニケーションが整っていきたくも気持ちで伝わる。「この人面白い、かわいい人なんや」みたいなのが徐々に伝わり、利用者さんもその人を受け入れ始める。ここでもプロの支援者が新しく入ってこられた方と利用者さんたちとの関係作りをサポートする、つなぎ役になる。こうしたプロの支援があつて居場所が生まれ始める。その居場所が何が起こるかかっていうと、そこにいる人の存在が肯定される、何にもなくてもよく、そこにいるだけで肯定される。そういう場所が僕ら必要なんだなっていうのを感じます。

「にしなり☆こども食堂」って釜ヶ崎の西隣にある、日本で多分2番目に古いこども食堂です。今は移転していますが、僕がよく通ってた頃は市営住宅で運営されていました。その川辺さんのお話です。

「うちに来てる若いお母ちゃん、母子家庭で生活保護ももってたんです。子どもが保育所行つたらすることなくてだらーつとしていて、もう私なんかどうでもいいしみたいな。それが、食堂に来たことで、子どもたちが自分を見てくれて、自分に声をかけてくれる。それで、やっぱり私って一人じゃないんやって。地域の子どもたちと出会う、ただそれだけのことで人の気持ちってそんなに変わる、居心地がいいって。」

こども食堂ですが、たまにすごく困窮しているお母さんが一緒にご飯を食べるケースがあつて、そういうお母さんです。子どもと来ることで、〇〇ちゃんママ、って声がかかる。声をかけられたお母さんは、今ま

で、それを見つづけるのがアウトリーチです。

インタビューでも協力していただいた保育士の西野さんの若い頃の出来事です。

『ある日、児童館に「うちのアパートに路上で寝てるような10代らしい子がいてるんやけど」って電話がありました。で、見に行くと、実は以前から気になってた17才の少年でした。夕方ぐらいになると小学校の門の周りをうろろろしていたのですが、夜、アパートの階段で寝ている子が同じ子で、これは今日、声かけ時やと思つたので声かけさせてもらいました。』

結局、この子はホームレスでした。で、保育士さんは、児童館で小学校低学年を担当している。そこに近所のおばさんが電話をかけてきて、17歳ですよ、もう大人に近い人がホームレスみたいだって。普通だったら、保育士さん、近所のおばさん、17歳の男の子、つながりやうがない人たちがつながるような環境ができていますね。これ、西野さんが普段から地域の中に出て、子どもたちと遊んでいて、ホームレスの人たちに声をかける活動がされていて、それを近所のおばさんが見てるんです。こういうアンテナ、SOSを出せない子どもたちのシグナルを感じ取るアンテナを持つてる人が複数いたことで、こういう隙間を見つづけるというアウトリーチ活動が可能になっています。こういう場面が西成では地域のネットワークとして制度化されています。

不就学児童はかなり増えています。別に子どもだけの話ではなくて、大人の社会的困窮支援でも、熱心に外回りや夜回りをして、声かけをして、支援につなげるという活動をされているグループがあります。今日お話ししたかったのは、一人一人の声を聞くことが面で広がっているときに、紹介したようなケアから成り立つようなコミュニティができあがっている。そして子どもたちは、



認定NPO法人 こどもの里



市営住宅で運営されていた頃のにしなり☆こども食堂

本気でつき合ってくれ、向き合ってくれ、ぶつかれる大人を求めている。また、そういう大人たち、西成で出会った方たちから見えてくるケアから作る社会の姿でした。

## 村上 靖彦

Yasuhiko Murakami

P R O F I L E

大阪大学 人間科学研究科教授・感染症総合教育研究拠点 CiDER 兼任教員  
 専門は哲学および現象学的な質的研究  
 著書：『子どもたちが作る町 大阪・西成の子育て支援』、世界思想社、2021  
 『ケアとは何か 看護・福祉で大事なこと』、中公新書、2021  
 『「ヤングケアラー」とは誰か 家族を“気づかう”子どもたちの孤立』、朝日選書、2022  
 『客観性の落とし穴』、ちくまプリマー新書、2023 他

# さまざまな生理作用が期待される

## 腸管ホルモンインクレチンの歴史と現状、展望

関西電力病院 総長 清野 裕  
 関西電力医学研究所 所長 清野 裕  
 公益財団法人ひと・健康・未来研究財団 評議員

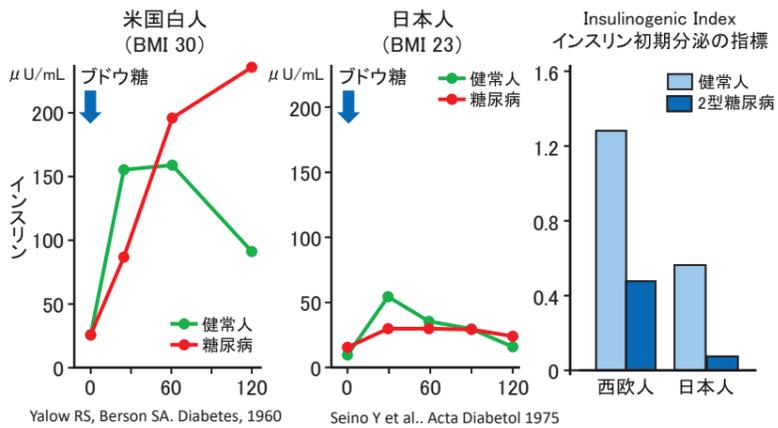
### From Bed to Bench, and Back

最初に、私がどのような境遇をたどって、今日に至ったか、少しお話ししたいと思います(図1)。私が京都大学を卒業して2年足らずのうちに大学紛争が起き、京都大学も封鎖になりましたので、県立尼崎病院へ赴任いたしました。そこで多くの患者さんを対象に様々な試験をして莫大なデータを手にすることができました。そこで起こりました疑問を元に、神戸大学でインスリン分泌、インクレチンの基礎研究を行いました。そしてこのインクレチンの研究が開いたのは、2000年初頭に製薬会社がこの研究データをもとに薬を作り、それが一挙に広がったからです。大学にいたときは国内の賞を2、3個いただき、関西電力病院へ移ってからは国外から十数個の賞もいただきました。つまり、一つの病院でも、何かこつこつやっておれば、何か恵まれることがあるのです。私は、「From Bed to Bench, and Back」という言葉が好きです。臨床での疑問を基礎研究で解き明かして、また患者さんに還元すべきである、研究はそういうものではないかと考えています。

### インクレチンは炭水化物を検知する計算器

図2は、糖を経口負荷したときの結果です。日本人の糖尿病患者は、当時(1975年)BMIの平均は23でしたが、米国白人は30でした。米国白人では、健康者で多くのインスリンが出ており、糖尿病患者では糖負荷後さらに多く出ています。しかし、日本人は健康者でもインスリンの分泌量は低く、糖尿病患者になるとさらに低くなっています。右端の棒グラフにありますように、日本人は初期のインスリン分泌が非常に悪いことから、私は低インスリン分泌、低BMIの「アジア型糖尿病」を提唱しました。当時は、そんなものがあるはずがない、これは1型糖尿病(インスリンを作る膵臓の細胞(β細胞)が壊されることによりインスリンが出にくくなり、血糖値が上昇する糖尿病)ではないか、あるいはインスリンの測定が間違っているのではないかとこのような意見もいただきましたが、今日では、このアジア型糖尿病は世界中で広く認められています。

一方で、境界型(2型糖尿病(生活習慣や遺伝的な影響により、インスリンが出にくくなったり、効きにくく



インスリン初期分泌不全が主体のアジア型糖尿病の概念を提唱した

図2

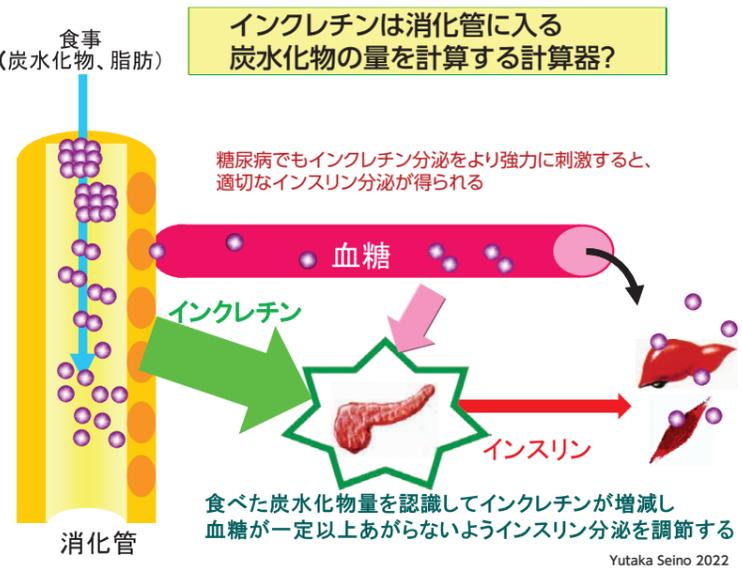


図3

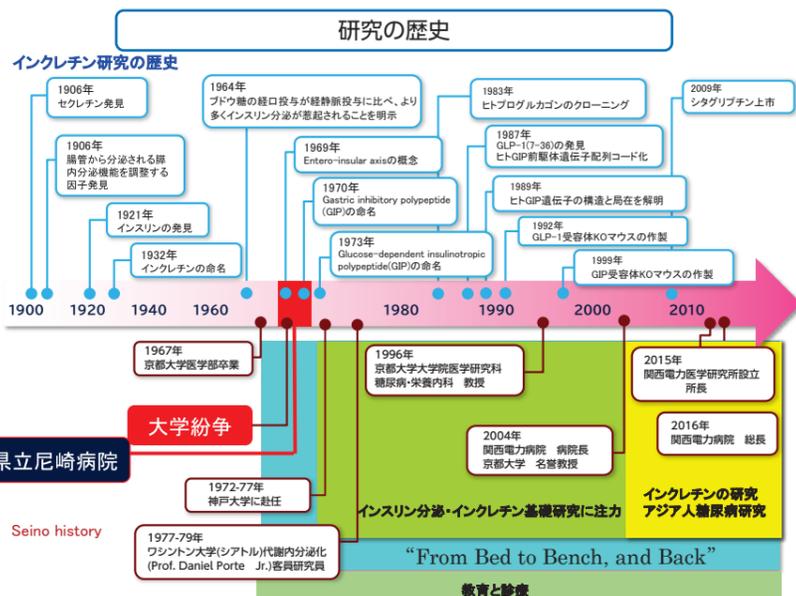


図1

解されるとブドウ糖になる)に換算して血管内に注射すると、ものすごく血糖値は上がります。血糖値が上がればインスリンが出るというのは皆さんよくご存じだと思いますが、ご飯1杯食べたときのインスリン分泌には、血糖値が上がったことによつて出るインスリンと、インクレチンによつて出るインスリンがあります。ごはんを2杯食べるとこのインクレチンによるインスリン分泌が増加するので、血糖値は常に一定になります。ところが糖尿病の患者さんでは、血糖値が上がっても、糖によるインスリン分泌は悪いうえに、インクレチンによるインスリン分泌も少ないため血糖が上昇します。すなわち、食事の炭水化物量を検知して、必要なインスリンを出すように調節しているのが、インクレチンです(図3)。また、糖尿病ではインクレチンの分泌は同じよう起こっても、それを受け取る膵β細胞のほうに障害があるために、十分なインスリンが得られず血糖が上がります。ただ、その場合でも、より強くインクレチンの分泌を刺激すると、適当なインスリンが得られるので、これが創薬につながっています。

### インクレチンを構成する2つのホルモン GIPとGLP-1

インクレチンには、消化管の上部から出るGIPと、下部から出るGLP-1の二つのホルモンがあります。健康な人ではGIPとGLP-1が2対1という割合で作用しています。実は当時、私はこのインクレチンという名前も知りませんが、消化管ホルモンとして研究を始めて、10年以上経って、外国でこういう概念が既にあったということを知りました。

1902年、ホルモン第1号のセクレチンが、十二指



腸から膵外分泌（消化酵素を作り腸内に送り出す）を刺激することが発見されました。十二指腸に送られるものがあるなら、膵内分泌（様々なホルモンを作り血液中に送り出す）を調整する因子もあるであろうと、ムーアと人が十二指腸の抽出物を糖尿病患者に投与したところ、尿糖と尿量が減って糖尿病状態が改善されたので、何か調整する因子が存在しているのではないかとということを示唆しました。

1920年代になると、何十ccもの血液が必要だったようですが血糖を測れるようになり、腸管の抽出物を注射すると、血糖が下がる事が分かりましたので、その因子は「Nestine secretion [Insulin]「インクレチン」と命名されました。しかしそれ以後、本体がわからないまま30年が過ぎることになります。

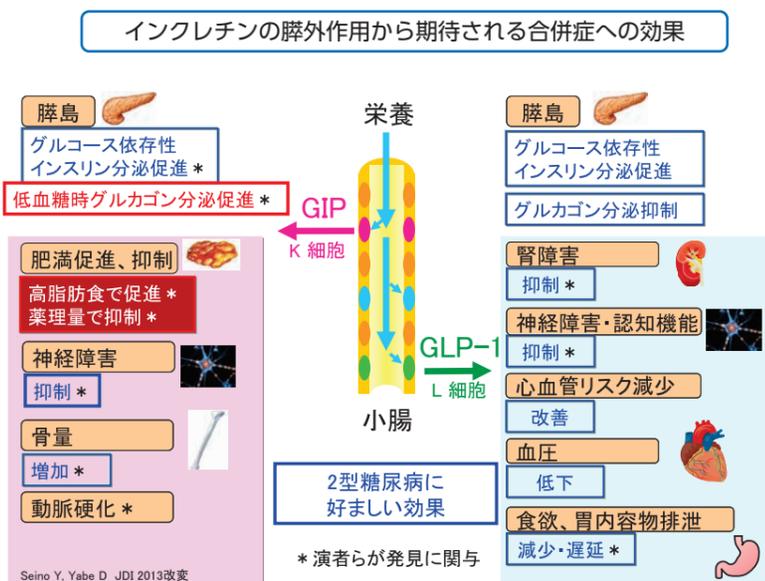


図4

肉・魚を先に食べる

食事を摂る際、はじめにご飯を食べると健康な人でも血糖値は上がりますが、野菜を先に食べると血糖値の上昇は抑えられるということはこれまで明らかになっています。しかし、野菜といっても中途半端な量ではだめで、1食にキャベツ半個ぐらい食べないと血糖抑制効果はなく、あまり現実的ではありません。ところが、肉、

ところが1960年、インスリン測定法がバーソンとヤローによって開発され、ブドウ糖を経脈的に投与した時に比べ、経口的に投与した時の方が、同じ血糖上昇でもより多くのインスリンが分泌されることが明らかになり、インクレチン研究が再度脚光を浴びるに至りました。しかしその時もインクレチンが何であるかは依然として不明でした。

1970年、カナダのブリティッシュコロンビア大学のブラウン教授が、胃酸分泌抑制ホルモンとしてGIPを発見されました。しかも、ブドウ糖とGIPをともに投与すると、よりインスリンが増強されることが分かり、このGIPはインクレチンではないかと想定されました。しかし、直接作用かどうかは不明でした。当時私たちは膵臓のランゲルハンス島を単離してインスリンを測定する方法を開発していたので、京都大学薬学部の矢島教授に合成のGIPを作成いただき、試験を行いました。その結果、グルコース濃度が低いときはGIPを添加してもインスリン分泌は全然増えず、グルコース濃度が高いときだけ、GIPはインスリン分泌を促進しました。したがって血糖依存性にインスリンを分泌するインクレチンの概念に一致したホルモンであるということを確認しました。

その後、グルカゴン（血糖値を上げるホルモン）の遺伝子を構造決定されたシカゴ大学のベル教授が、グルカゴン遺伝子には、GLP-1という分子も含まれているということを示唆しました。

その数年後に、イギリスのグループが、ブドウ糖と、GLP-1と一緒に投与すると、インスリン分泌が増強され血糖が早く下がることから、GLP-1もインクレチンであるということを示唆し、現在ではこのGIPとGLP-1の二つがインクレチンとして認められています。魚は、その中に含まれる脂肪酸がインクレチン分泌を促進しますので、肉や魚を食べた後にご飯を食べれば、食後血糖上昇が抑えられるのではないかとという仮説を立て、実験を行ってみました。

実験方法は、魚を食べて15分後にご飯を食べる、あるいは肉を食べて15分後にご飯を食べる。そうしますと、ご飯を先に食べた場合と比べて食後の血糖上昇は抑えられ、インクレチン分泌は増えていました（図5）。そして、胃の運動が非常に抑制されていました。胃の運動が抑制されるということは、胃からの栄養の排出時間が遅くなることになるので、血糖も上がりにくくなります。キャベツを半個食べてからご飯を食べても、食後血糖は上がらなくなりますが、これはインクレチンとは全く関係がなく、恐らく野菜の食物繊維が糖の吸収を抑えて血糖を下げるためなので、魚・肉と野菜の両者は違う機序で作用していることになりました。ただ、この肉や魚を食べた後に15分間ずっとご飯を食べるのを待つというのは現実的ではないという指摘をよくいただきます。そこで、次のような実験を行いました。

食べるタイミングの検証

健康な人に、ご飯とおかずの食べ方を5種類用意しました。一つ目はご飯を食べて15分後におかずを食べる。二つ目は、ご飯とおかずを一緒に食べる、いわゆる三角食です。昔からよく学校教育でも行われておりましたが、これが一般的な食べ方。あとは、ご飯を食べる5分前、または10分前、あるいは15分前におかずを食べ始める。以上の5種類です。その結果、ご飯を食べる5分前、10分前、15分前のどのタイミングでも、おかずから食べた場合において、食後血糖は非常に抑制されて

す。

GIPとGLP-1の研究は、GIPについては私どものグループで、GLP-1についてはカナダのドラーカー教授が、それぞれの受容体の欠損マウスを作成して、多くの共同研究を行いました。そもそも、このインクレチンは膵臓のランゲルハンス島に働いて血糖依存性にインスリンを出すというのが定義でしたが、私どもは高脂肪食で飼育したマウスをずっと観察していました。そうしますと、GIP受容体の欠損マウスでは、いくら高脂肪食を食べても太らず、内臓脂肪もつかないということが分かり、このことからGIPには脂肪蓄積作用がある、つまりインクレチンにも膵外作用があるということを報告しました。

また、GLP-1については、腎臓の血管内皮に受容体があるということを見つけました。1型糖尿病のモデルマウスにGLP-1受容体作動薬を投薬すると、糸球体硬化が防げることも、また通常は大量に発生する活性酸素も抑えられ、尿中アルブミンが減ることが分かりました。現在、このGLP-1受容体作動薬は、糖尿病腎症の進行を抑制することが臨床でも明らかになっており、患者さんに使われています。

このようにインクレチンは、もともと持っていた作用以外に、全身でいろいろな作用を示しますが、青字は糖尿病にとって好都合な作用です。全体的に見ると、高脂肪を食べると太る以外は糖尿病の患者に使用できます。何よりも低血糖を起させずに、体重、体脂肪は減り、また筋肉はあまり減らない点もよい。今度はこれをどう応用するか、食事と関係があるホルモンなので食事療法にいいのではないかと考えました。

これまでの実験結果より得られた「食べる順番」の効果

		タンパク質 多価不飽和脂肪酸	タンパク質 飽和・一価不飽和脂肪酸	食物繊維
食後血糖上昇		抑制	抑制	抑制
インクレチン	GLP-1	↑↑	↑↑	変化なし
	GIP	↑	↑↑	変化なし
胃排出		延長	延長	変化なし

魚や肉を米飯の前に喫食することで胃排出時間が延長し食後血糖上昇が抑制される  
野菜を米飯の前に喫食すると糖の吸収抑制を介して血糖上昇を抑制する

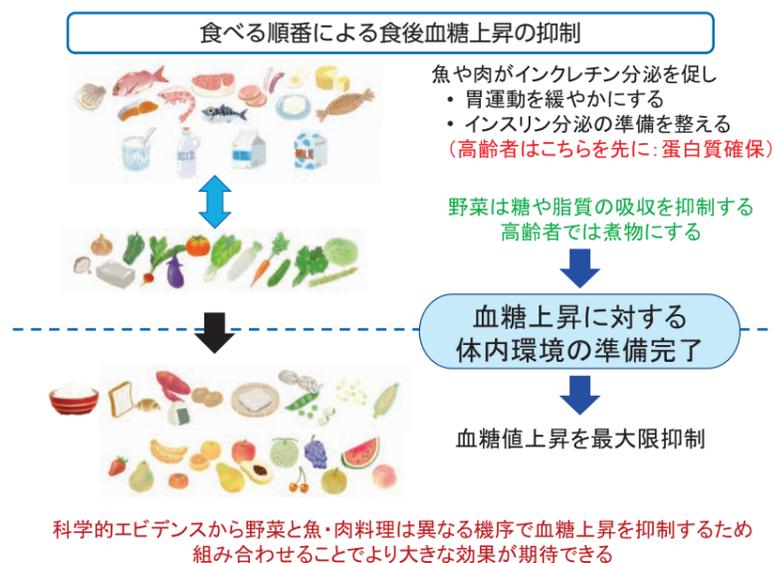
図5

いました(図6)。ですから、食後血糖を抑えるためには、少なくともご飯を食べる5分前からおかずを食べることが肝要です。

世界には様々なコース料理がありますが、日本の会席料理は、先付けの後に魚やお肉が出て、その後でご飯やフルーツが出ますね。一方、フランス料理は最初にワインと共にパンが出て、最後に大きなデザートが出ますので、血糖はおそらくかなり上がったままでしょう。世界のコース料理の中でも、日本の会席料理は最も血糖が上がりにくいので、こういう食べ方を家庭でもしていただければと思います。

また、ファーストフードなどの手軽な一品料理は、栄養素に分解して食べることができません。三大栄養素(炭水化物、脂質、たんぱく質)と一緒に食べると血糖がすぐ上がって長時間続くので、特に糖尿病の人には具合が悪い。そこで次のような実験を試してみました。健康な人に、ファーストフードの店の牛丼を食べてもらったところ、結構長い間、血糖は上がったままでした。ところが、牛丼の上の部分だけを牛皿としても売っていますので、まず牛皿を食べて、その後15分経ってからご飯を食べてもらおうと、食後血糖はかなり抑えられました(図7)。しかし皆さんに、例えばカレーライスの上の部分だけ先に食べて、ご飯は食べるのを待って下さいというのも極めて非現実的です。ですので、たんぱく質と脂質はあるが、炭水化物のないもの(焼き鳥、豆腐など)をまずはじめに食べて、その後で麺類やどんぶりなどを食べていただくと、かなり食後血糖の改善に寄与するのではないかと思います。

今度はそのメカニズムを知るために、マウスにブドウ糖を投与する場合と、あらかじめオリブオイルを投与



Seino Y, et al. JDI 2015; Kuwata H et al. Diabetologia 2016  
図8

してからブドウ糖を投与する実験を行いました。その結果、オリブオイルを先に投与した場合は、非常にインクレチンが出て、胃運動が抑えられ、血糖上昇が緩やかになるという、全くヒトと同じようなことが起こりました。

したがって、食事を摂る際は、肉、魚、乳製品をまず食べる。高齢者は余力があれば野菜を食べる、という食べ方を推奨しています(図8)。

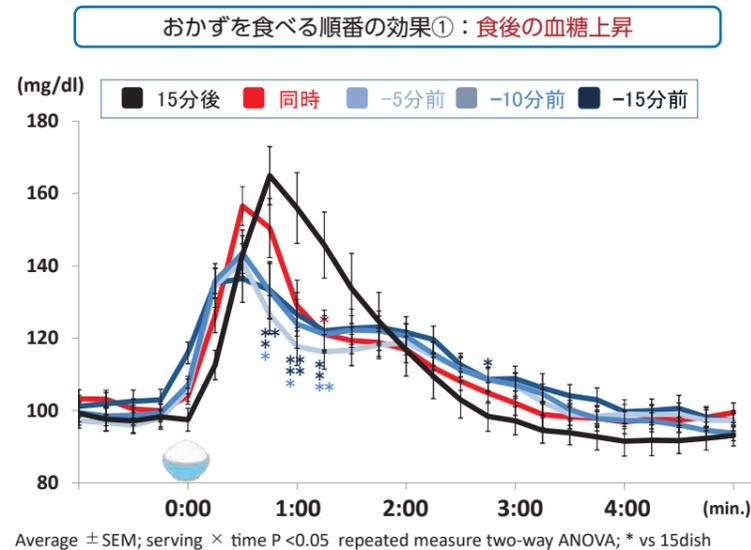


図6

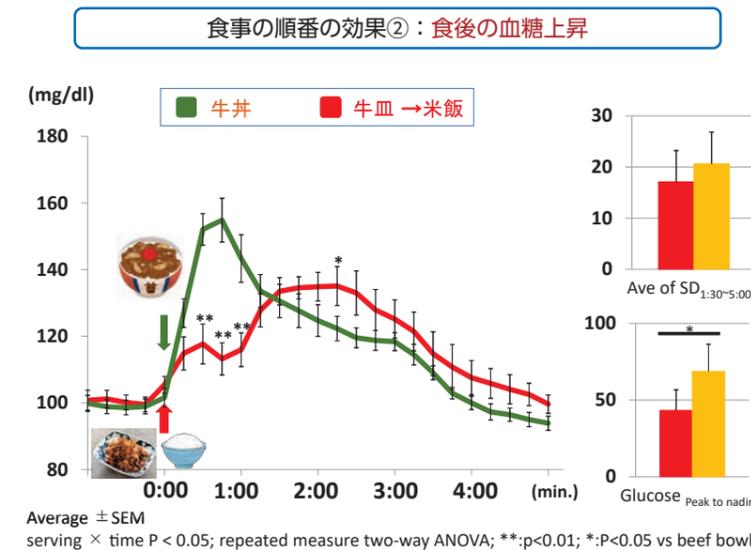


図7

食事で老化対策

日本は高齢化率が世界で1位という状況ですが、高齢化で何が困るかという点、最近注目されている、いわゆる「フレイル」という筋肉の減少により身体が不自由になることです。大体50代から全身の骨格筋は減っていきますが、特に下肢筋の減少は30代から起こります。このような筋肉が一定量以上減ることをサルコペニアと言います。高齢者で病気がない方で、サルコペニアの方は大体10%ぐらいですが、例えば糖尿病や透析、あるいはCOPD(慢性閉塞性肺疾患)、がんの方は3倍から4倍、サルコペニアの有病率が高いということもわかっています。

図9は老化において、どういうプロセスから身体が不自由になって亡くなるかというモデルを示しています。65歳未満の方の場合、例えば脳卒中が原因で、ちょっと体が動きにくくなる、骨折して寝たきりになる、肺炎で亡くなる、のように疾患がキリになって進行します。一方75歳以上で要介護になる方の場合、健康な状態から、何となく体がしんどい、歩きのがちよっと危なっかしくなってきたというフレイル状態になる、そのうちに寝たきりになって亡くなる、という人が多い。ただこのフレイルの状態は可逆性、つまり元に戻すことができますので、うまく介入(対策)して、この身体障害の時期を短くすることが大変重要です。

高齢になって、あまり生活習慣病対策ばかりにこだわっていると、逆にフレイルになるというのにもよく見かけます。したがって、個人によりますが、この65歳から75歳あたりで、生活習慣病対策からフレイル対策へのギアチェンジも必要ということになります。骨格筋量とエネルギー摂取量、骨格筋量とたんぱく質の摂取量は正の相関が

老化における重症介護に至るプロセス (予防が重要)

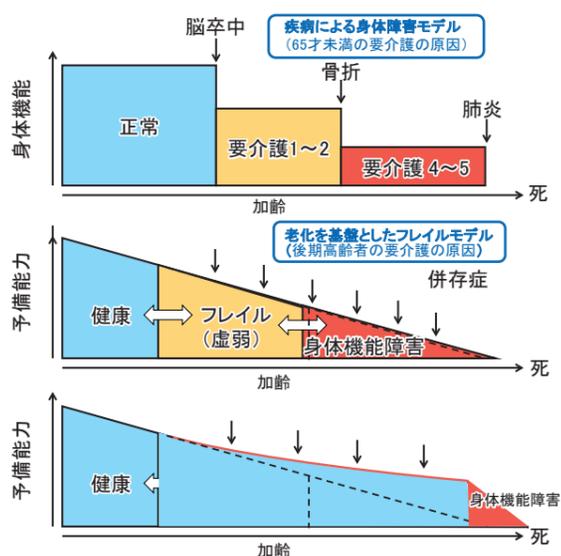
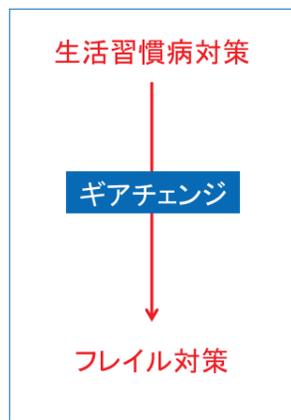


図9



あるので、しっかりと食べる、たんぱく質も十分食べるということが重要です。

### 筋たんぱく合成にもインスリンが必要

骨格筋はアミノ酸の中のロイシンが引き金になって、必須アミノ酸（たんぱく質を構成するアミノ酸のうち、体内で作ることができず、食事から摂取が必要なアミノ酸）から合成されます。そして、一つ問題がありまして、筋肉は1日3回合成されることです。食後、約2時間以内に合成され、その後分解される、を3回繰り返します。ですから、たんぱくの摂取は3食とも最低量ないと困るわけです。例えば、朝はコーヒートパン、茹で卵で終わり、昼もそばやラーメンだけというのはよく見かけますが、非常にたんぱく質が少ない。その代わりに夜にたくさん食べている、と言われるかもしれないですが、たんぱく質は食べだめが一切効かないので、この場合でも筋肉は減っていくこととなります。

では、インクレチンと筋肉はどんな関係にあるのか。インクレチン分泌が多いと骨格筋量が多い、あるいは筋力が強いということが示されています。インクレチンの作用を強める投薬をした場合と、そうでない場合の骨格筋の変化を調べたところ、インクレチンを増やす薬がない場合は、1年の間に四肢筋や下肢筋は減りますが、インクレチン増強薬を使った場合には、減少はほとんど見られません。つまり、やはりインクレチンは重要です。

ではこの場合もどういう食べ方をしたらいいかということですが、やはりまずたんぱく質、脂肪を食べていただきたい。たんぱく質はアミノ酸として吸収されて筋肉にたどり着きます。脂肪は脂肪酸としてインクレチンになると非常に効いたと評価されましたが、この薬剤は少量でも6%以下になり、大量に使用すると5%台はほぼ正常値にできる薬です。体重は用量依存性に減って、最大で10キロ以上減るといので、日本でもとても短期間に広まっています。高齢者では体重が減るのは好ましくないため、デュラグルチドのような体重の減らない、GLP-1受容体作動薬が適しています。

ところで、GLP-1とGIPの二つが混ざり合うと、非常に効果が大きいということですが、GIP受容体作動薬はまだ開発段階で市場に出ていません。われわれもこのGIPだけが作用するGIP受容体作動薬について

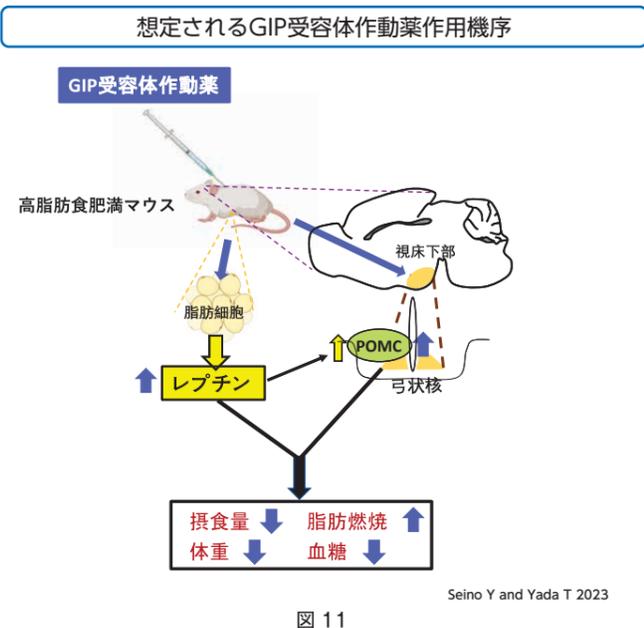


図 11

Seino Y and Yada T 2023

の分泌を強く刺激します。つまり、アミノ酸から筋たんぱくが合成されるわけですが、そのときにインスリンも必要というわけです。ですので、炭水化物を食べて血糖が上がることによるインスリン分泌と、このインクレチンによるインスリン分泌は、より強力に筋たんぱくの合成にも非常に役に立ちます。

私が推奨しているのは、まずたんぱく質と脂肪を食べ、インクレチン分泌を増やし、それから炭水化物を食べ、食後早期にインスリンを、ほとんど分泌させることです（図10）。肥満すると早期のインスリンは増えず、遅れて（食後2時間、3時間）インスリンがたくさん出てくるようになります。そうするとさらに脂肪蓄積は起こり、骨格筋にはうまく働きません。ぜひ、インクレチンを出す食べ方を30分ぐらい後に、歩いたり、またはちょっと坂道や階段を上がったりしてみてください。レジスタンス運動になりますから、かなり骨格筋量の維持、あるいは増加に期待できます。

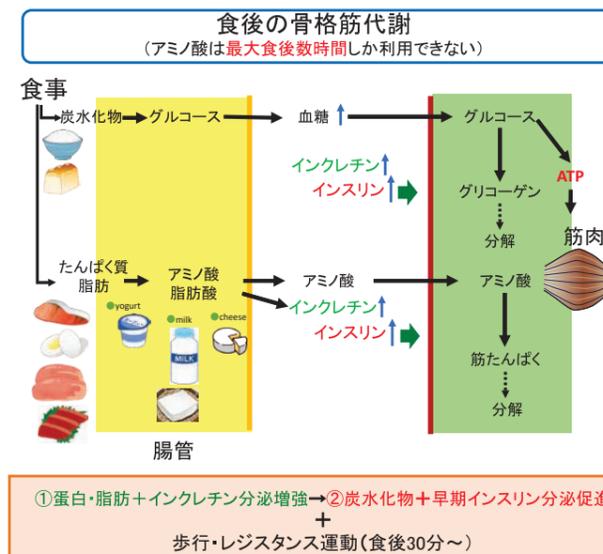
### 血糖を下げるだけではない インクレチン関連薬の研究

最後にインクレチン関連薬についてお話しします。創薬において、GLP-1、GIPの様々な作用がわかってきたことは非常に大きい。GLP-1とGIPは、DPP-4という酵素によって速やかに分解されます。つまり、このDPP-4を阻害すれば、GLP-1とGIPは分解されなくなり、かなりの量が膵β細胞に届くことができ、インスリンを分泌することが可能となります。または、このDPP-4に抵抗するGLP-1受容体作動薬や、このGIP/GLP-1受容体作動薬を使えば、血中で長い間作用してインスリンを出すのでは

て、最近実験しているところですが。

GIP受容体作動薬は、高脂肪食肥満マウスに与えると、用量依存性に血糖が改善し、2週間の連続投薬ではその期間中、血糖値と体重が減少し、それが維持されました。食欲は面白いことに、初めは落ちますが、また元へ回復している、この体重減少は単に食欲が減っただけのものではありません。また、高脂肪食で飼育すると肝臓に脂肪肝の部分が非常に多くなりますが、このGIP受容体作動薬を投薬すると脂肪肝が是正され、肝重量も減少しました。さらに、血液中の食欲に関わるホルモンであるレプチンが非常に増えることがわかりました。GLP-1やレプチンは、満腹中枢を活性化させるので、満腹という感覚になって抗肥満作用が起こります。さらにこの満腹中枢を刺激すると、末梢のエネルギ代謝が活発になって脂肪が燃え、さらに抗肥満作用が増強されることもわかっています。このGIP受容体作動薬は、高脂肪食肥満マウスの脂肪細胞からレプチンの分泌を介して、満腹中枢のPOMCニューロンに働いて作用する、それと同時にこの薬はPOMCニューロンに直接作用もするため、両方の作用で、摂食量が減る、体重が減る、あるいは血糖が下がる。さらに脂肪燃焼が増加して糖尿病状態、肥満状態がよくなるのではないかと考えています（図11）。しかし、これはまだ糖尿病モデルやヒトを対象として研究はされていませんので、ヒトで実際に効果があるかどうかはわかりません。

このように、インクレチンというのは、食べ物から薬までかなりの分野をカバーしており、糖尿病、肥満、あるいはサルコペニア、いろいろところで活用できるということをお願いして終わりたいと思います。どうもありがとうございました。



Yutaka Seino 2022 12

図 10

ないかと考えられています。最近日本で使われているのがチルゼパチドという薬で、構造の中にGIPの活性部位とGLP-1の活性部位の二つ持っていて、GIPとGLP-1の二つの受容体にくっつくことができます。今までの薬ですと、HbA1c（血液中における糖と結合したヘモグロビンの割合、過去1〜2ヶ月前の血糖値を反映する）が6%台に

## 清野 裕

Yutaka Seino

## PROFILE

関西電力病院 総長 Kansai Electric Power Hospital  
 関西電力医学研究所 所長 Kansai Electric Power Medical Research Institute  
 公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団 評議員

【略歴】 昭和42年 京都大学医学部卒業  
 昭和52~54年 ワシントン大学（シアトル）代謝・内分泌科  
 (Prof. Daniel Porte Jr.) 客員研究員  
 平成8年 京都大学大学院医学研究科糖尿病・栄養内科学教授  
 平成16年 関西電力病院病院長（～平成28年）  
 平成16年 京都大学名誉教授  
 平成27年 関西電力医学研究所所長  
 平成28年 関西電力病院総長  
 現在に至る

【研究分野】 糖尿病学とくにアジア型糖尿病、インスリン分泌機構、  
 インクレチン、病態栄養学



## 第20回 助成研究発表会 開催報告

新型コロナウイルスが5類感染症に移行されたことで、オンラインから、2019年度以来となる対面での発表会となりました。全国から24名の研究者が一堂に会し、厳しいコロナ禍での貴重な研究について活発な意見が交換され、交流を深められました。また、発表会を締めくくる特別講演会では、糖尿病の世界的権威である清野裕 関西電力病院総長を招き、会場とオンライン参加で一般の方々にも聴講していただくなど、第20回という節目に相応しい有意義な助成研究発表会となりました。

### ■開催概要

〈開催日時・会場〉

2023年11月11日(土) 11時～16時  
京都タワーホテル 9F「八閣」

### ■プログラム

〈発表会〉

発表分野…食品、環境、医学、福祉  
発表形式…ポスター発表(3部制)  
発表者…1部8名、全24名

〈懇親会／優秀賞・理事長賞表彰〉

すべての発表を対象に、優れた研究発表内容にして優秀賞3名、理事長賞1名が、発表者と財団関係者の投票により選出されました。受賞者には、金一封や記念品等が贈呈されました。受賞者は次の4名です。

表彰式／上中：左から、小栗先生、永野先生、岡崎先生、佐藤先生、塩田理事長



特別講演会／左上：清野先生、左下：会場風景

発表会／右上、右下：会場風景

### 「優秀賞」

・永野 真理子(ながの まりこ)

京都先端科学大学バイオ環境学部

「水田生態系における多種共存の解明」

・岡崎 研太郎(おかざき けんたろう)

九州大学大学院医学研究院

「通所型テイクア施設におけるドラムサークルワークシヨップの開発と、高齢者・介護職員に与える影響の混合研究法による評価」

・佐藤 和秀(さとう かずひで)

名古屋大学大学院医学系研究科

「体内をくまなく照らすことができる生体光照射デバイス開発と臨床応用」

### 「理事長賞」

・小栗 靖生(おぐり やすお)

京都大学大学院農学研究科

「熱産生脂肪細胞の誘導因子の探索と予防医学への応用」

### 〈特別講演会〉

講演…清野 裕(関西電力病院総長／財団評議員)

「さまざまな生理作用が期待される腸管ホルモンの応用」

「インクレチンの歴史と現状、展望」

お忙しい中、発表会にご参加いただいた研究者の皆さま、ありがとうございました。こうした研究が明るく健康やかな未来につながることを願っています。

当財団は、これからもひとの健康やかで心豊かな未来を実現する研究、SDGsにつながる研究を助成してまいります。引き続き、熱意溢れる研究をお待ちしております。

# 2024年度 研究助成の募集

## 募集分野

Nutrition science  
食品

Human environment  
環境

Preventive medicine  
医学

Well-being  
福祉

ひとの健康やかで心豊かな未来を実現する研究  
若い研究者による意欲的な研究  
SDGsにつながる研究を助成します

採用実績のある方の再チャレンジもお待ちしております

募集  
期間

2024年 4月1日～4月30日

- 研究助成金  
1件につき20万円～100万円(2023年度 14件採用)
- 研究期間  
2024年9月～2025年8月末までの1年間(研究期間は原則1年間とします)
- 応募資格  
日本国内において上記募集分野に関する研究を行う人
- 選考結果通知  
2024年7月上旬に採否を申請者全員に通知します。
- 助成金交付  
2024年8月より交付します。  
※営利目的の研究には助成できません。  
※個人への交付はできません。団体・組織に限ります。

詳しい内容は財団のホームページでご確認ください。

公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団  
(<https://www.jnhf.or.jp>)



# ひと・健康・未来 インフォメーション

『ひと・健康・未来シンポジウム』のご案内

市民公開講座 第30回 ひと・健康・未来シンポジウム 2024 京都

テーマ 『記憶に残し、未来を拓く  
—共に生きるために—』

日 時：2024年7月7日(日) 13:00~16:20

場 所：ヒューリックホール京都  
京都市中京区蛸薬師通河原町東入  
立誠ガーデン ヒューリック京都 1F

対面  
オンライン  
同時開催



ヒューリックホール京都

企画 畠中 宗一 大阪市立大学名誉教授/関西福祉科学大学名誉教授  
はたなか むねかず 公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団 理事

講演1 『源氏物語の凄さ』

帯木 蓬生 精神科医/作家 主な作品：『守教(上)(下)』『閉鎖病棟』『ネガティブ・ケイパビリティ』  
はきはぎ ほうせい 2024年『香子—紫式部物語(一)~(五)』を刊行

講演2 『進化と文明のミスマッチから見た未来社会』

山極 壽一 総合地球環境学研究所 所長/京大名誉教授  
やまぎわ じゅいち 公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団 理事

鼎談



帯木 蓬生 × 山極 壽一 × 畠中 宗一

参加申込

A 会場参加(定員200名) →電話・FAX・メールでお申込み下さい。

B オンライン参加(定員500名) →メールでお申込み下さい。

参加方法(AかBどちらか)・お名前・ふりがな(複数の場合は全員分)・連絡先を添えて、下記までお申し込みください。

TEL&FAX: 075-212-1854

E-mail: hitokenkoumirai@jnhf.or.jp

公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団・事務局



財団ホームページ  
https://jnhf.or.jp

vol. 36

2024. 3

編集後記

機関誌第36号をお届けします。  
座談会シリーズ第4回「『こともまんなか』な未来社会とは？」は、明和理事の企画で2023年6月16日に京都大学東京オフィスで開催されたもので、子ども基本法が制定され、子ども家庭庁が開始するなかで、わが国が目指すべき「こともまんなか社会」の方向性に関して示唆的な議論が展開されています。  
未来研究会の報告は、2023年7月7日に開催された蓮尾英明氏の「Identified patient」と支援者双方の視点と共鳴」及び2023年9月22日に開催された村上靖彦氏の「ケアからつくる社会」です。前者は、具体的な臨床例のなかに全人的医療を志向する氏のスタンスが伺え、有意義なメッセージが伝えられたように思います。後者は、あいりん地区のネットワークを、親の声を聞くアウトリーチによって、子どもの声を聞く居場所が支えられていると表現し、これがケアの原型として提示され、現代社会のありようとケアの原型をどのような回路で接続していくか、新たな問いが含まれています。  
助成研究発表会における特別講演は、清野裕氏による「さまざまな生理作用が期待される腸管ホルモニンクレチンの歴史と現状、展望」です。  
号数を重ねる度に、財団の活動が多様なメッセージを発信していることに気づきます。われわれの発信が、未来への羅針盤となることを期待します。

編集委員長 理事 畠中 宗一

## ひとと健康と未来と 財団の窓から

### コラム 第5回 「ソバーキュリアス」というライフスタイル

「ソバーキュリアス (sober curious)」という言葉をご存知でしょうか。soberは「しらふ」、curiousは「関心(好奇心)がある」という意味で、「ソバーキュリアス」は、あえてお酒を飲まない(控える)生活スタイルのことです。禁酒のような強制ではなく、ポジティブな気持ちでアルコールを飲まないことを選択する、という意味があります。ソバーキュリアスの活動は2010年代後半に欧米で始まり、ワリントン (R. Warrington) の“Sober Curious” (2019年、邦訳『飲まない生き方 ソバーキュリアス』)の書物が火付け役となりました。

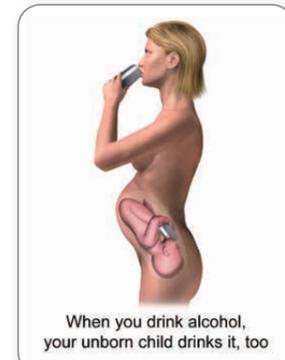
古い時代から酒類は宴会に不可欠のものとして、付き合いの潤滑剤として、また個人がリラックスしたりリフレッシュしたりする時に、多くの人々が口にしてきました。わが国では「酒は百薬の長」という言葉もあります。

一方で、欧米を中心にアルコール依存症が社会的な問題となり、過度の飲酒や慢性的な飲酒習慣が心身の健康に

及ぼす悪影響が指摘されてきました。また、2020年以降のコロナ禍で宴会などの機会がなくなったことも、人々が飲酒について考え直す機会になったと考えられます。

過剰量または習慣的な飲酒が健康に及ぼす影響は、肝臓・膵臓・循環器系など多臓器にわたり、メタボリックシンドロームの誘因にもなります。認知症などとの関連も示唆されています。筆者が専門とする先天異常(生まれつきの障害)の領域では、妊娠中や授乳中の飲酒が胎児・乳児の発育に重大な影響を及ぼすことが1970年頃から指摘され、啓発活動が行われてきました(図)。胎盤は母親の血液中

の有害な物質から胎児を守っていますが、アルコールは分子量が小さいので、そのまま胎盤の関門を通過して胎児に到達します。特に発育中の脳や神経系の細胞はアルコールに敏感で、脳の発育、生後の知能や行動に悪影響があることがわかっています。そのほかに、顔面や身体の発育にも障害が起こります(胎児性アルコール症候群)。米国では、新生児の500~1000人に1人が、母親が妊娠中に飲んだアルコールの影響(胎児性アルコールスペクトラム



When you drink alcohol, your unborn child drinks it, too

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Blausen\_0405\_FetalAlcoholSyndrome.png

障害)を持って生まれており、アルコールが精神発達の遅れの主要な原因の一つであるとされています。胎児・乳幼児に対するアルコールの安全量(ここまでは大丈夫という量)はわかっておらず、妊婦・授乳婦は少量でも飲酒してはならないとされています。

外国では、飲酒する画像を広告に使用することを禁止している国が少なく、酒類のテレビコマーシャルそのものが許されていない国もあります。わが国ではこの問題に対する危機意識

が乏しく、テレビでは若い女性がおいしそうにビールを飲むコマーシャルが年中放映されています。アルコール飲料に「妊娠中や授乳中の飲酒は胎児・乳児の発育に悪影響を与える恐れがあります」という注意が書かれてはいますが、小さい字でほとんど目につきません。

一つの明るい材料は、酒造メーカーがソバーキュリアスに関心をもち、積極的にノンアルコール飲料を開発していることです。ノンアルコール飲料を揃えたバーやスナックも増えているようです。飲酒についても、多様な嗜好を互いに尊重する社会になればよいと考えます。



Profile

しおた こうへい 公益財団法人 ひと・健康・未来研究財団 理事長  
塩田 浩平 京都大学名誉教授・滋賀医科大学名誉教授

1946年三重県生まれ。京都大学医学部卒業。国立遺伝学研究所研究員、米国ワシントン大学客員研究員、ベルリン自由大学客員教授、京都大学医学部助教授、教授等を経て、京都大学医学研究科長・医学部長、京都大学理事・副学長、国立大学法人滋賀医科大学学長を歴任。ヒトの発生学、先天異常の成因・発症機序・予防について研究。著書に「Color Atlas of Clinical Embryology」(Saunders、共著)、「人体発生学講義ノート」(金芳堂)など。