

〈総説〉

ソーシャル・キャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より—

木村美也子

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 健康社会学分野

Social Capital, Its Introduction in Public Health, and Subsequent Controversies in Western Countries

Miyako KIMURA

Department of Health Sociology, Graduate School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo

抄録

社会学・政治学などの分野で注目を浴びていたソーシャル・キャピタルという概念が社会疫学・公衆衛生学の分野に取り入れられるようになり、わずか10年あまりで非常に多くの研究者の興味を集めるようになってきた。ソーシャル・キャピタルを構成する信頼・規範・ネットワークというものは、目で見て確かめられるものではないが、人と社会の理想的な結びつきにより大きな力を生み出すと考えられることから、その健康に及ぼす効果にも期待が寄せられるようになっていく。しかしその一方で、ソーシャル・キャピタル概念を公衆衛生学分野に応用することには多くの批判もあり、欧米を中心に議論が続けられてきた。これは、理想と現実社会の溝ともいえるものだろう。

かつての日本は欧米のような格差がなく、ソーシャル・キャピタルの豊かな社会であるとみなされてきたが、近年、わが国においても社会経済的格差がみられるようになり、また人々の社会との関わりにも変化がみられている。そしてこの社会的要因が人々の健康にどのような影響を及ぼすのかということは、今後のわが国の公衆衛生学分野においても避けられない課題になってゆくものと思われる。こうした点を踏まえ、本論文では、ソーシャル・キャピタルと公衆衛生学分野への導入を概説し、欧米でのソーシャル・キャピタル批判をその研究方法・道義的側面から詳述する。さらに、ソーシャル・キャピタルへの期待と現実の溝を児童虐待を例に述べ、貧困がソーシャル・キャピタルと健康に及ぼす影響とわが国におけるソーシャル・キャピタルの研究の意義を論じる。

ソーシャル・キャピタル研究には様々な難しさが伴うと考えられるが、人と社会とのつながりによって健康により影響がみられるとするのなら、そこには健康の維持・向上への大きな可能性があるということになる。従って、欧米における議論から多くを学び、日本の文化や社会経済状況を鑑みたソーシャル・キャピタル研究が、公衆衛生の現場と政策において必要であると考えられる。

キーワード： ソーシャル・キャピタル、公衆衛生、社会疫学、日本、格差

Abstract

The appearance of Putnam's social capital concept has stimulated researchers' interest in the fields of social epidemiology and public health since the previous decade. Although trust, norms, and networks are invisible, these components of social capital could draw ideal social and human relations and have been expected to affect the health of the population. On the other hand, the applications of social capital concepts to studies in the field of public health have led to various criticisms and have stayed in the center of controversies in Western countries. These controversies seem to pertain to the gap between the ideal world and real one.

[平成20年8月1日受理]

〒113-0033 文京区本郷7-3-1

TEL 03-5841-3514 FAX 03-5684-6083

E-mail: kimurami-ty@umin.ac.jp / miyakokk@hotmail.com

In Japan, which was once regarded as being egalitarian and as having strong social cohesions, the increasing social and economic inequalities have overwhelmed the current population, and social relations have been altered. Therefore, exploring social factors and health among the Japanese should be important for Japanese politics and the public. This study outlines a brief history of social capital and its introduction in the fields of public health, and discusses four points: the controversies arising from social capital study methods and its ethical aspects of social capital studies, the gap between expected results and the real society, the impact of poverty on social capital and health, and the importance of exploring social capital and health in Japan. Although social capital studies include various difficulties, the concept of social capital provides us with possibilities for improving health status through social relations. Along with an understanding of Japanese culture and socio-economic conditions, further researches on the relationship between social capital and health will be needed in public health practice and policies.

Keywords: social capital, public health, social epidemiology, Japan, inequality

(accepted for publication, 1st August 2008.)

I. はじめに

社会・政治・経済・経営学の分野で発展してきたソーシャル・キャピタルという概念が、社会疫学・公衆衛生学の分野へと取り入れられてから10年あまりが経過した。政治学者 Putnam はこのソーシャル・キャピタルという概念を「信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」^{1,2)}と説明しているが、この目に見えない力と健康との関係を探る研究が開始されて以来、わずかな期間に多くの研究者がこのテーマに惹きつけられ、欧米を中心とした諸国で、膨大な量の研究³⁾が生まれてきた。この研究の急速なる発展は、経済格差や階級格差といった社会構造的要因が健康に及ぼす影響を追求する社会疫学の発展とも深く関係している。つまり、格差が人々の信頼感や社会的結束を核とするソーシャル・キャピタルを弱め、結果として健康に悪影響を及ぼすのではないかという観点⁴⁾から、社会疫学・公衆衛生学の分野でも注目を浴びることとなったといえるだろう。この“social capital”という言葉は「社会資本」「社会関係資本」「人間関係資本」と訳されてきたが、本来の意味とは違う印象で捉えられてしまう可能性があると考え「ソーシャル・キャピタル」⁴⁾と表記されることが多くなってきた。近年、わが国でも高齢者を対象とした大規模な社会疫学調査 Aichi Gerontological Evaluation Study (以下 AGES) プロジェクト⁵⁾が進められ、この概念を取り入れた研究も行われている。医学中央雑誌でも、2004年から“ソーシャル・キャピタル”ということばが登場するようになり、これをキーワードとして検索すると、24件の文献にヒットする(2004～2008年)。この数は、3万件近い文献が出版されている³⁾といわれる欧米に比べれば、非常に少なく、わが国のソーシャル・キャピタルと健康に関する研究はまだ始まったばかりであるとも言えるだろう。しかし、今後はわが国の公衆衛生の分野でも、重要なテーマのひとつになってゆくものと考えられる。なぜならば、アメリカのような経済

格差やヨーロッパ諸国のような階級制度が見られない、すなわち格差がないと言われてきた日本⁷⁾においても、社会経済的格差、健康格差が存在する^{4,5)}ことが明らかになってきており、既に、ソーシャル・キャピタルの豊かさと主観的健康感など⁶⁾に関連がみられているためである。

別な言い方をすれば、今後、研究が発展し、ソーシャル・キャピタルと社会経済的格差、健康格差に相関がみられることが明らかになれば、その格差をより少なくすることと地域・集団の力を高めることによって、公衆衛生が直面している様々な健康問題に、プラスの効果が期待されるということでもある。

だが、一見理想的に思われるこの概念の描き出す世界には、多くの批判も寄せられており、主に欧米の研究者の間で激しい論争が繰り広げられてきた。欧米において何がどう問題とされ、どのようなことが危惧されてきたかという批判的側面をより深く見ることは、わが国におけるソーシャル・キャピタル研究の発展と今後の政策への反映に重要なことではないかと思われる。

そこで本論文ではソーシャル・キャピタル論の公衆衛生学への導入と、欧米における議論を、その研究方法と道義的側面から概説し、期待される効果と現実の溝、貧困からの影響など実証研究にみられる問題点を紹介しながら、わが国におけるソーシャル・キャピタルの研究の意義について論じることとする。

II. ソーシャル・キャピタル論の歴史と公衆衛生学への導入

1) 他者との関わりから生じる力への着眼

最初に人と社会のつながりに着目し、社会的統合度が人間の生活に最も影響すると述べたのは、19世紀後半から20世紀初頭に活躍したフランスの社会学者 Durkheim であると言われている^{1,8)}。Durkheim は、近代化や都市化が出生率を下げ、人間関係を疎遠にし、社会的結束を壊し、男性の自殺率の増加を招いたと述べ、その論拠として、家庭やコミュニティ活動に従事している女性たちの自殺率の低さ

をあげた⁸⁾。近年、この研究で出されていた数値は公的な自殺完遂者数のみを対象としたものであり、未遂者の方では男性より女性の方が2, 3倍多く、家庭の存在などが必ずしも自殺行為を留めるものではない⁸⁾と批判されている。しかし、今から遡ること100年以上も昔に、社会的統合度と人々の健康の係に注目した意義は大きいであろう。

そして実際にソーシャル・キャピタルという言葉が最初に使用したのは、アメリカの教育学者 Hanifan (1916年) である^{2,9,10)}と言われている。Hanifan はソーシャル・キャピタルを、善意・信頼・相互の共感・グループ内の社会的交流と定義づけ、その力が農村地域における学校教育のパフォーマンスに重要⁷⁾なものであるとしている。

また、アメリカ及びカナダで活躍した都市計画の専門家であり、活動家としても知られる Jacobs (1961年) の、「都市再構築がコミュニティの破壊と人々の疎外感を増す」という都市再開政策批判¹¹⁾が、現代のソーシャル・キャピタル概念に近い考えを、最初に用いた研究だとする考えもある^{1,9,12,13)}。いずれにしてもソーシャル・キャピタルと名づけられたこの他者との関わりから生じる力は、その後様々な研究者たちによって異なった解釈を与えられ、広がってゆくこととなった。

フランスの社会学者 Bourdieu はソーシャル・キャピタルを「個人が権力や資源にアクセスするためのネットワーク」とし、これによって教育・雇用の機会が規定され、社会階層の規定・分化につながると述べた^{2,9,10,12,14)}。アメリカの社会学者 Coleman¹⁵⁾はこれとは反対に、ソーシャル・キャピタルを分化ではなく「社会における人々の結びつきを強めるもの」と考え、「確かな行動を促進し、互いの関係を維持するための投資行動」であるとした⁹⁾。そして、最も注目を浴びたアメリカの政治学者 Putnam は、1993年に「Making Democracy Work」¹⁾を著し、ソーシャル・キャピタルを「協調行動の促進によって社会の効率性を高める社会制度」であるとし、「信頼」「互恵性の規範」「ネットワーク」をその要素と考えた。Putnam が Bourdieu や Coleman と異なるのは、ソーシャル・キャピタルを個人のものとし、社会のものと考え、地域性・社会的結束による力を重視している点である。従ってこの考えは途上国の開発事業に活用できるものとして、以降、多くの援助機関などで取り上げられ⁹⁾、世界に広まっていった。更に Putnam は「Bowling alone」¹⁶⁾を著し、近代化に伴い、急激に進んでいった個人主義を「孤独にボウリングを楽しむアメリカ人」というメタファーを使って表現し、PTA やボーイスカウト、選挙の投票率、教会活動などの著しい減少に見られるソーシャル・キャピタルの喪失に警鐘を鳴らした。またここで彼は健康についても触れ、ソーシャル・キャピタルが豊かであると、風邪・心臓発作・脳卒中・うつ病などに罹りにくく、喫煙や飲酒、児童虐待などの行動も少なくなると述べている。これは、社会的なつながりが緊密なところでは病後の介護や移動といったサポートが供給されやすく、セーフティ・ネットが充実し、生理的にも

ストレス緩衝効果の可能性があるためであると説明づけられている。

このようにして、他者との関わりから生じる力への着眼から始まったソーシャル・キャピタルという目に見えない「資本」は、援助機関や政府、研究者たちに注目され、多くの期待を集めるようになっていったのである。

2) ソーシャル・キャピタル論の公衆衛生学への導入

これまで述べてきたように、社会学など多分野で使われてきた概念が、公衆衛生学分野に取り入れられることになった背景には、社会と健康の関係を探究する学問の発展が大きく寄与していると考えられる。社会の統合度に注目した Durkheim 以前にも、社会構造や社会状況と健康の関係をみる研究は19世紀初頭からヨーロッパにおいて始まっており、20世紀後半には社会構造要因と疾病の関係をみる研究として発展、1990年代には社会疫学として確立されたといわれている¹⁷⁾。この社会疫学の観点に Putnam の概念と手法を加え、ソーシャル・キャピタルと所得格差・死亡率の関係を探究したのが Kawachi¹⁸⁾らであった。彼らはアメリカの39州の general social survey のデータを使い、「たいていの人はチャンスがあればつけ込もうとする」^{10,18)}などの質問項目によってソーシャル・キャピタルを測定し、州別に分析した結果、所得格差があるほど人々の間に信頼感がなくなり、死亡率が高くなるとの発表を1997年に行った。

Coleman の概念を用いて家庭内のソーシャル・キャピタルをみた研究¹⁹⁾などはそれ以前にも見られたが、国民の健康とソーシャル・キャピタルを巡る研究が爆発的に増え^{3,20,21)}といったのは、この Putnam の概念を取り入れた社会疫学研究が発表されてからである。従ってこの現象には社会構造要因が健康に及ぼす影響を追及した社会疫学の発展²²⁾と、公衆衛生の健康に対する個人的アプローチが限界にきていた²³⁾ことが、大きく関わっていたと考えられている。

所得格差がいかに健康に影響を及ぼすかという点について、Godoy ら²⁴⁾は所得格差が他人との比較によって妬みや怒り、敵意、社会的な疎外感、不安といった感情を深め²⁵⁻³⁰⁾、ストレスを生み、それが飲酒や喫煙などの行動へと繋がるのではないかと²⁵⁾と述べている。また、コミュニティにおける所得格差は、①健康を増進する公共政策を進めることが難しくなる³¹⁻³³⁾、②住まいが収入・民族などによって分かれ、公共サービスにもアクセスしにくくなる³⁴⁾、③健康を守るコミュニティのソーシャル・キャピタル(信頼、セーフティネット、相互依存の関係)が失われる³⁵⁾、といったことから個人の健康に影響すると考えられている。こうした所得格差に加え、人々を取り巻く社会(家族形態・働き方など)の変化などが、ソーシャル・キャピタルと健康双方に変化をもたらすものと思われる。

海外の研究で、ソーシャル・キャピタルと健康の間に関連が報告された主なものは、死亡率³⁶⁾、死亡率と犯罪率³⁷⁾、主観的健康感³⁸⁻⁴⁴⁾、精神病の有病率⁴⁵⁾、心臓病の発生

率⁴⁶⁾、性感染症の罹患率⁴⁷⁾、結核の罹患率⁴⁸⁾などである。但し、これらの中でマルチレベル分析という個人レベルの影響を除いた分析法を使用しているのは、主観的健康感との関係をみた研究の一部⁴²⁻⁴⁴⁾のみであるため、全ての研究に妥当性があるとは言い難く、解釈には注意が必要である。この点については次章で述べるが、こうした多岐に渡る研究が生まれること自体が、ソーシャル・キャピタルに対する大きな期待の表れであるといえるだろう。そしてソーシャル・キャピタルが健康に影響する経路としては、個人レベル（地域の住民個人の貧しさ、ネットワークの乏しさや孤立からの影響）とコミュニティレベル（住んでいる地域からの影響）の2通りがある¹⁰⁾といわれている。例えば住んでいる地域からは、①禁煙・スポーツ活動参加などを通し、健康行動の変化を促す、②市民運動などを通じ、健康に良いサービス・アメニティの増加を図る、③犯罪の減少や信頼感によりストレスを軽減し、健康に作用する、④投票などによって自治体の政策に影響を及ぼす、といった経路で健康に影響を及ぼす¹⁰⁾と考えられている。

また、ソーシャル・キャピタルはその多面的要素から、整理・分類して捉え、活用する必要があるとされている。例えば「性質」の面では、内部結合型“Bonding”（家族・グループのメンバーなど同質的な結びつき）と橋渡し型“Bridging”（異なる組織間における異質な人・組織を結ぶネットワーク）に、「形態」別ではフォーマルなもの（PTAなど）とインフォーマルなもの（スポーツの試合など）に、「程度」の面では厚いもの（家族の絆など）と薄いもの（相槌など）に、「志向」としては内部志向（商工会議所など）と外部志向（赤十字など）に、分類することができる。さらに、「性質」に連結型“Linking”（社会階層の異なる個人や団体をつなぐ関係）を加え、区別する見方もある²⁾。また、橋渡し型は水平型“Horizontal”（コミュニティ同士や行政間の同レベルの横のつながり）と垂直型“Vertical”（行政とコミュニティなどに力に差のあるもののつながり）⁹⁾として、区別される。加えて「構成要素の特徴」からは、構造的“Structural”なもの（ネットワークなど）と認知的“Cognitive”なもの（規範など）に、「機能が及ぶ範囲」としてはマクロレベル（政治的環境）とミクロレベル（コミュニティなど）⁹⁾にも分類され、こうした面だけを捉えてみても、ソーシャル・キャピタルのもつ多面さ、複雑さが窺える。

これらを実際のプライマリ・ケアにおけるソーシャル・キャピタル⁹⁾としてしてみると、保健に関する認識向上・行動変容のための住民主体の保健活動参加は「認知的」、コミュニティ・ヘルス・ワーカーと住民間の信頼関係、住民組織間のネットワーク、地域保健行政組織と住民組織・中央行政と地方行政・地域行政同士のネットワークは水平・垂直の「橋渡し型」、住民組織内の規範は「内部結束型」⁹⁾として、それぞれ重要視されることがわかる。橋渡し型のソーシャル・キャピタルは、市民社会・人々の健康に多くの影響を与えるものとして、特に期待されると

ころだが、実証研究のほとんどが内部結合型のソーシャル・キャピタルと健康をみるもので、橋渡し型のソーシャル・キャピタルと健康の関連を調査した研究は非常に少ない¹²⁾と言われている。この点については、今後の研究の発展が望まれるところである。いずれにしても、多面的で広義な概念であるソーシャル・キャピタルは、「国民の健康」「社会」「公共政策」を視野に置く公衆衛生の考えとも重複する部分が多く、様々な議論を経ながらも積極的に受け入れられ、そして今後も一層活用されてゆくものと考えられる。

III. ソーシャル・キャピタルの研究方法に対する批判

ソーシャル・キャピタルを巡る様々な議論とは、では具体的にどのようなものなのか、ここでは研究方法に焦点をあてて概略したい。まず、定義・測定方法が不統一な中で、研究者たちは本当に同じものを測っているのかどうか⁴⁹⁾という疑問があげられている。例えばソーシャル・キャピタルを集団に属するもの/社会的結束（social cohesion）と捉えるか、個人のネットワークに属するものと捉えるかによって、その構成要素に違いが生じてくる。例えば、集団のものと捉える場合には、個人の属性である“ソーシャル・サポート”“ソーシャル・ネットワーク”はソーシャル・キャピタルに含まず^{23,50)}、個人のものと捉える場合には、両方ともソーシャル・キャピタルの構成要素³⁾として考えられるということである。また、PutnamよりもBourdieuの概念を使い、ソーシャル・キャピタルを①地域やコミュニティのネットワーク・ベースの資源、②住民たちの資源へのアクセス⁵¹⁾、という観点から捉える方がコミュニティの複雑さや地域の社会経済的特徴と健康を表すのに適している^{52,53)}という意見もみられる。これはPutnamがソーシャル・キャピタルを地理的な違いから見ているのに対し、Bourdieuは個人の社会経済的背景の違いから見ている⁵⁴⁾ため、より現実的なのではないかという意見である。

また後に詳述するが、個人・子どものソーシャル・キャピタルをみるColeman¹⁵⁾の概念を取り入れる研究^{49,55)}もあり、同じソーシャル・キャピタルという言葉を使用しながらも、その中身は様々である。

ソーシャル・キャピタルを集団のものと捉えるか、個人のものとして捉えるかという点に関してKawachiらは、“双方に属するもの”³⁾とし、個人・コミュニティ・学校・職場・州や国などそれぞれのレベルにおいて、人々の健康に影響を及ぼすものではないかと述べている。恐らくこの見解が一番妥当なのであろう。政治学者であるPutnamが、政治に影響を及ぼす集団の力が地理的に異なっていることに着目し、それをソーシャル・キャピタルの違いとして捉え、その多方面に渡る効力を指摘したことは、確かに公衆衛生の分野にも多大な影響を及ぼした。しかし現実の社会は、特に人々の健康は、集団の地理的特色でのみ考えられ

るものではない。例えば仕事で忙しく、地域と繋がりを持つことが全くできなくても、個人で幅広いネットワークを持っている場合は、そのネットワークを通じて健康に関する情報を得たり、病院を紹介されたり、失業や転職の際に新たな仕事を紹介されることもあると思われる。社会的活動や集団に属することができない個人で、病いや悩みをもつ人間が、遠隔地に住む自分と同じ境遇の個人と心を通い合わせ、そのつながりによって精神的な安定を得る場合もあるだろう。従って、人によっては個人のネットワークの方が、集団の力よりも大きな意味をなす場合もあると思われる。但し、個人のネットワークの方に重きを置いてしまうと、公衆衛生にとって重要と考えられる地域における集団力が軽視されてしまう可能性がある。また、職場や学校における安全対策や健康づくりへの取組みには、それぞれの場での人々の連携が最も重要であろう。それ故、様々なレベル・つながりのソーシャル・キャピタルというものが存在すると捉えるのが妥当ではないかと思われる。

そして、ソーシャル・キャピタル研究において、社会心理的背景をより深く理解するための質的研究の重要さと、その数の少なさが指摘^{51,54)}されている。これは、人は決して画一的なものではなく、また地域性、年代・ライフステージによって、人と社会の関わりは異なり、求められる施策にも違いがあるため、深い探求が求められるということであろう。特にわが国におけるソーシャル・キャピタルの研究はまだ始まったばかりであり、様々な年代・地域の個人が人や社会とのつながりをどのように考え、何を求めているのか、明らかになっていない点が多いため、今後の質的研究の発展は重要であると考えられる。

次に測定法であるが、Putnam の概念を使用した研究では、「規範」「ネットワーク」「信頼」を「選挙の投票率」「ボランティア組織への参加度」「人に対する信頼感」などによって測り、州（地区）単位でみてゆくという方法がよく使われている。我が国では、「ボランティアのグループ」「市民運動・消費者運動」などへの参加・非参加からネットワークの変数を、「多くの場合、人は他の人の役に立とうとすると思いますか」で助け合いの規範変数を取り、抑うつ度、主観的健康感との関連をみたもの⁶⁾や、「私の近所には誰かが家を留守にしたときに、その家のことを気軽に世話をしてくれる雰囲気がある」などの質問項目を使い、主観的健康感との関連をみたもの⁵⁶⁾があるが、エチオピアなどでは「近所の人困ったときに金銭を貸してくれるか」⁵⁷⁾のような質問項目も使われており、研究者の興味、研究対象の文化的背景などから無制限に広がっている。しかしこの点については、地域・集団によって人と人、人と社会との結びつきの形態や表現の仕方も異なる場合も多く、研究対象の背景を考慮したソーシャル・キャピタルを測定するためには、質問の多様性・増加は止むを得ないことであると考えられる。

データ収集・分析に関しても、主に Putnam の概念を取り入れた研究に対する批判が主なものであるが、人々の住

む場所の脈絡的特徴ではなく、特別な地域に暮らす人々の集団的特徴を地域の健康として捉えている点、二次データが用いられることが多く、深い探求ができていないという点⁵⁰⁾、客観的で構造的なもの（地域組織の数）、機能的なもの（協調行動）、主観的・認知的なもの（信頼性）など異なる次元のものを一緒にしている点¹⁰⁾、多くの研究が個人レベルのデータを集めてきてエコロジカルレベルのソーシャル・キャピタルとしている点^{52,58)}、が批判の対象となってきた。最後の点に関しては、先に述べたマルチレベル分析という統計的分析法の有用性が指摘^{12,59,60)}されている。マルチレベル分析では地域レベルで集めたデータから個人レベルの要因（compositional effect＝構成効果）の影響を取り除き、地域レベルの要因（contextual effect＝脈絡効果）だけを見ることができるといわれる⁶⁰⁾というのだが、こうした研究が顕著な増加をみせるのは2003年以降⁵⁹⁾と比較的最近のことである。従って、マルチレベル分析を採用していないソーシャル・キャピタルと健康を巡る研究は多く¹²⁾、これらの研究結果に対し、懐疑的な見方がされる向きもある。わが国では市田他⁶⁾により、マルチレベル分析を取り入れた研究が進められており、その研究の発展に期待がもたれるところである。このような、より妥当性の高い分析法の採用、ソーシャル・キャピタル概念の整理・分類、“地域”の健康を測定する際の精緻な研究デザインなどが、ソーシャル・キャピタルと健康を巡る研究の発展のため、また多くの批判に応えるためにも、強く望まれることである。

IV. ソーシャル・キャピタルをめぐる道義的な観点からの批判

ソーシャル・キャピタルの研究方法に対する批判の一方で、道義的な観点からの批判も、早くから起こってきた。しかし、こうした批判は、ソーシャル・キャピタルに関する研究から示唆や提言を導き出す際に重要な視点となり、政策へと反映させる際にも有用であると考えられる。そこで本章では、ソーシャル・キャピタルの道義的な面での批判を詳述したい。

まずソーシャル・キャピタルのネガティブな面について、Portes⁶¹⁾は、①外部の人間を排除する傾向、②グループメンバーの行き過ぎた主張、③個人の自由の制限、④好ましくない方向へ引きずられる可能性、を挙げている。これは集団のもつ力がより力のない人間を排除もしくは圧倒してしまうことを意味していると思われる。同様に、McKenzie 他⁵⁰⁾もソーシャル・キャピタルの豊かな場で精神病院建設に対する反対運動が見られることなどを挙げ、ソーシャル・キャピタルには少数派をより隅に追いやる危険性があると警告している。

また、元々豊かであったり時間的余裕がある人がソーシャル・キャピタルの指標と共通する要素をもっているのではないかと、ということも考えられる。日本におけるソーシャル・キャピタルの個人属性傾向は、自営業やその手伝

い、企業の経営者、公務員、教員、学生、主婦とされ、学歴が高いほど、収入が多いほど、持ち家の人ほど、ソーシャル・キャピタルが豊か⁶²⁾であるといわれている。しかし、信頼し合える豊かなコミュニティに暮らしたいと願っても、それが実現する否かは社会的・経済的な力次第であり、人々の意思だけでは叶えられない、という批判¹⁴⁾もあり、ソーシャル・キャピタルの豊かな地域の一面だけを取り上げて賞賛することには、十分な注意が必要である。これは、貧しい家庭はコミュニティやソーシャル・サポート、ヘルスサービスから取り残される傾向があり、こうした状況が彼らの健康を損ない、さらに健康を損なったことで彼らは益々社会の片隅に追いやられる⁶³⁾悪循環が考えられるということである。

そして、研究者や為政者に対する批判として、公衆衛生分野でのソーシャル・キャピタル研究者は、「犠牲者（被害者）への責任転嫁」を行っているのではないか⁶⁴⁾という見方がある。これは健康問題の原因をソーシャル・キャピタルの乏しさのせいであると考えた場合、社会経済的に恵まれない人々の健康問題は、「彼ら自身がソーシャル・ネットワークに参加しなかったせい」であると、個人の責任に転嫁されることに対する危惧である。

Kawachi 他³⁾も①コミュニティにみられる犯罪率の高さや健康状態の悪さは住民たちが協力し合わず、信頼し合わない結果とする「コミュニティへの責任転嫁」の危険性、②社会的な結束を強めることで貧困と健康格差の問題を解決しようとするのは、為政者にとっての安上がりな方法に過ぎない、③ソーシャル・キャピタルを作るのに必要な政策や介入を明確にすることは困難（伝統的なコミュニティの価値を支持する研究者が多いが、過去のネットワークを再構築する現実的方法はない）という3つの観点から、ソーシャル・キャピタル支持者に対する批判を紹介している。

またソーシャル・キャピタルの概念を現実社会に生かす際、「誰が参加し、誰が排除されるのか」⁶⁵⁾ということも問題とされる。例えば Silva 他⁶⁶⁾は、その質的研究において、ペルーにおけるソーシャル・キャピタルの重要性を述べながらも、コミュニティ内でより高いポジションにいるのは依然男性であり、現地で行われていた食料配給プログラムの遂行にあたって、実際に重荷を背負い、時間を使われるのは女性であったと報告している。Molyneux⁶⁷⁾もソーシャル・キャピタルを巡る政策、研究ではジェンダーの問題が無視されているとし、ソーシャル・キャピタルを豊かにするということは、女性のボランティア、無給の労働を増やすのではないかと危惧している。

このように、弱い立場に置かれた人間により多くの負担がかかるかもしれないという危険性が、「ソーシャル・キャピタルの豊かな社会」と背中合わせになっていると考えられるため、道義的観点からの批判となっているのではないかと考えられる。この点に関しては、わが国の施策に反映する際にも、十分な配慮が必要であると考えられる。

V. ソーシャル・キャピタルへの期待と現実の溝：児童虐待を例に

Putnam のソーシャル・キャピタル論が登場した後、様々な論議がある一方で、その効果には大きな期待が寄せられ、援助機関を始め多くの国々がこの概念を政策に取り入れていった⁶²⁾。しかしソーシャル・キャピタルと健康という観点からのみ見れば、求められる成果、データが十分に得られているとは言い難い面もある。例えば、居住地域のソーシャル・キャピタルは幼い子どもをもつ家族、特に女性にとって重大であり⁶⁸⁾、ソーシャル・キャピタルの乏しさは児童虐待のリスクを高める^{16,69-70)}といわれている。逆に、ソーシャル・キャピタルの豊かさは、貧困・親の薬物依存など他のリスクファクターから子どもを保護する⁷¹⁾働きがあるといわれ、政府やステークホルダーからも大きな期待が寄せられてきた⁷²⁾。実際、児童虐待（近年はより広義な意味でマルトリートメント⁷³⁾とも呼ばれる）は世界的に深刻な問題で^{71,73)}、アメリカだけでも年間896,000件（2002年）の報告があり、1896年の2倍の増加を示している⁷⁴⁾。こうした現象の背景に、Putnam の指摘するアメリカのソーシャル・キャピタルの荒廃が関与しているのか、本当に豊かなソーシャル・キャピタルが形成されることによって、何らかの効果が期待できるのかどうか、興味を持たれるところである。しかしながら児童虐待とソーシャル・キャピタルの実証研究は決して多くなく、その研究結果も一律ではない。無論、ソーシャル・キャピタルと健康を巡る研究に関しては、期待される効果がみられない場合も（特にメンタルヘルスとの関係では）多々ある^{75,76)}が、本章では数々のソーシャル・キャピタルのレビュー論文の中でもほとんど触れられていない⁷⁷⁾児童虐待とソーシャル・キャピタルに関わる実証研究を例として紹介しながら、ソーシャル・キャピタルに寄せられる期待と現実との溝について述べることにする。

Vinson と Baldry⁷⁰⁾はオーストラリアのウエスタン・シドニーにおいて、国勢調査のユニット別に、3年間に3回以上子どものマルトリートメントが確認された地域を“マルトリートメント群”それ以外の地域を“非マルトリートメント群”とし、それぞれ子育て中の住民を抽出して地域の結束度を測り⁷⁸⁾、比較した。このエコロジカル研究の対象者の収入は同程度であったが、“マルトリートメント群”地域の住民（39名）は、“非マルトリートメント群”地域の住民（178名）に比べ、貧しい地域で子どもを育てているという意識が強く（約2倍）、隣住民との付き合いが少なく、住んでいる場所へのネガティブな思いがみられたという。更に、ソーシャル・ワーカーら専門家13人を対象としたインタビューでは、郊外の公共住宅にマルトリートメントが多く見られること、そうした住民たちの多くがプレッシャーを感じており、飲酒、ドラッグ、家庭内暴力などが共通してみられることなどが語られた。この研究では特定の地域にマルトリートメントが集中的に見られ、地域

の結束度の低さとも関連が示されたため、コミュニティとソーシャル・キャピタルと子どもの健康に関わる研究^{69,79)}によく引用されている。実際ソーシャル・ワーカーらのインタビューは、貧困・マルトリートメントのみられる地域の状況を説明するのに、効果的に用いられている。但し、信頼感・地域の結束度に着目しながらも、ソーシャル・キャピタルという概念自体は用いておらず、量的研究の方でもマルチレベル分析などを行っていないことから、ソーシャル・キャピタルがマルトリートメントにどのような影響を及ぼしているのかを説明するには、十分とは言えない結果になっている。

一方、Runyan 他⁵⁵⁾はアメリカの4地域における縦断研究 Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN) のベースラインデータを利用し、横断研究を行った。この研究では、未熟児、若年出産（母親の年齢が17歳以下）、親のアルコール・薬物依存などハイリスクな状態にあると考えられる667名の子ども（2～5歳）とその養育者を対象としている。子どもについては、発育面（Battelle Developmental Inventory Screening Test を使用）と行動面（Child Behavior Checklist を使用）から、“良好”“良好でない”に分け、ケースコントロールとして分析を行った。ソーシャル・キャピタルについては Coleman の概念を用い、両親共に暮らしている、家庭に二人以上子どもがいない、定期的な教会への参加、育児者へのソーシャル・サポート、隣人からのサポートなどを、個人レベルで測定している。その結果、子どもの発育と行動が“良好”（ケース）であると分類された子どもは全体のわずか13%であり、彼らは“良好でない”（コントロール）子どもに比べて隣人からのサポート、教会への参加が多かったということが報告された。

これに対し Saluja 他⁴⁹⁾は同じ LONGSCAN のデータを用い、子どもが6歳児になった時点でその育児者215名を対象とした調査を行っている。そして、個人をユニットとしたソーシャル・キャピタル（The Neighborhood Risk Assessment instrument で測定）とソーシャル・サポート（Functional Social Support Questionnaire で測定）を別々に分析した。その結果、ソーシャル・サポートにはマルトリートメントと母親のうつ・不安・攻撃性の関連を緩和する効果が見られたが、ソーシャル・キャピタルの方では確認することができなかったという結果が示された。こうしたことから Saluja 他⁴⁹⁾らは、Runyan 他⁵⁵⁾の研究はソーシャル・キャピタルではなくソーシャル・サポートを測定していたのではないかと、ソーシャル・キャピタルはエコロジカルレベルでしか妥当性がないのではないかと結論づけている。確かにこの点については、エコロジカルレベルのデータも有用であると思われるが、妥当性ということで考えるのであれば、個人レベル・エコロジカルレベル双方のソーシャル・キャピタルを測定・分析する方が、より妥当性の高い結果が得られると考えられる。また、使用されたソーシャル・キャピタルのインデックスに関しても、

「教会への参加などは他の社会に適用できない」「家庭に二人親がいる」「子どもの数が二人以下」などで簡単に測れるものではない、などといった批判⁸⁰⁾があることから、Coleman の尺度に拘らず、社会規範や助け合いの基本ともなるべき「会話」「挨拶」「子どもの役割分担（手伝い）」などを子どものソーシャル・キャピタルの尺度として使用するのも一考かと思われる。

次に紹介する Keenan 他⁸¹⁾のコホート研究は、ノースカロライナに住む2歳以下の子どもで、外傷性脳損傷（半数以上が虐待の疑い有り）で入院した子ども（112名）の機能の安定性と家族の特徴を2年に渡って調査したものである。この研究でもソーシャル・キャピタルは、地域のサポート、教会の参加度、家にいる子どもの数、母親のパートナーの有無、ソーシャル・サポートなど、Coleman の概念に基づいて測定されている。そして、入院している子の家族の22%が非常に貧しく、39%がソーシャル・キャピタルも乏しい状況であったことが報告されている。しかし、この研究では、ソーシャル・キャピタルを、家庭の特徴のひとつとして捉えられているだけで、特に深く論じられてはおらず、実践への示唆としても、看護師の訪問を充実させるなど、サポートという形でのソーシャル・キャピタルに期待しているのみである。

このように児童虐待とソーシャル・キャピタルに関しては、同居している親の数、子どもの数、母親が子どもの大学進学にける期待度、子どもの転校回数、宗教に基づいた私立高校に入学しているかどうかなどで子どものソーシャル・キャピタルをみる Coleman の概念を元にした研究⁴⁹⁾がよくみられる。しかしこれだけでは、リスクアセスメントのようにリスク・ファクターを捉え、サポートや介入という形でのソーシャル・キャピタルを充実させることしかできないのではないかと考えられる。家庭環境のみを捉えるのではなく、子どもの主体的な家族の関わりを捉えるなど、測定の仕方自体に多少工夫が必要なのではないだろうか。

Coleman と Putnam の概念を取り入れたものとしては、Zolotor 他⁷⁹⁾の研究がある。これは、アメリカに住む18歳未満の子をもつ母親1435名を対象とした横断研究で、世帯レベルのソーシャル・キャピタルの低さが体罰、ネグレクト、精神的な罰、家庭内暴力の危険因子となっているかどうかを明らかにしようとしたものである。ここではソーシャル・キャピタルを、地域の特徴、望ましくない行動を見たとき取る行動、母親にパートナーがいるかどうか、教会にどれくらい行っているか、といった質問から測り、4ポイントソーシャル・キャピタル・インデックスというものを作成している。また、子育てにおける親の行動は Parent-Child Conflict Tactics Scale を中心に測り、ソーシャル・キャピタル・インデックスが1つ上がる度に、ネグレクト、精神的虐待、家庭内暴力が30%減少すると報告した。但し体罰だけはソーシャル・キャピタルとの間に関連がみられないという意外な結果であった。これに対

し研究者らは、「パートナーに対する暴力は違法であるが子どもを叩くことは違法でない」といった社会通念が関係しているのではないかと推察しているが、この点に関しては、心理社会的な側面の更なる探究と説明が必要であると思われる。しかしこの研究は、Coleman の概念を元に家庭内のソーシャル・キャピタルを測りながらも、親の社会規範、地域の特徴なども捉えており、Saluja 他⁴⁹⁾Runyan 他⁵⁵⁾よりは虐待をする親とその家庭・社会との関わりが測定されていると考えられる。

以上のように、ソーシャル・キャピタルの乏しさと児童虐待には関連性が認められるものの、説明のつかない面もあり、また Coleman の概念だけで子どもや家庭のソーシャル・キャピタルをみるには限界があるように感じられることから、新たな尺度の開発などが必要だと考えられる。また、マルチレベル分析によってソーシャル・キャピタルと児童虐待の相関が実証されているわけではないため、ソーシャル・キャピタルの豊かさが児童虐待のリスクを減じると言及するにはまだまだ不十分であると考えられる。従って、現段階ではソーシャル・キャピタルが児童虐待に及ぼす効果について、多くの期待に応えられるような結果は得られていないといえるだろう。

わが国においては、ソーシャル・キャピタルと児童虐待についての研究は見られず、地域・近所との関わりが親にどのような影響をもたらしているのか、明らかになっていない。わが国でも地域によって児童虐待群・非児童虐待群と分類できるほどの違いがみられるのかどうか、公共住宅では他の住宅より多くの児童虐待がみられるのかどうか、もしみられるのであれば、住宅と近隣住民は親に具体的にどのような影響を及ぼすのかなど、ソーシャル・キャピタルの概念を用いた研究は、虐待問題を新たな視点からみる機会を与え得るのではないだろうか。

VI. 貧困がソーシャル・キャピタルと健康に及ぼす影響

児童虐待とソーシャル・キャピタルの関係をみた研究からは、貧困が大きく関与していることも窺えたが、他の研究においても同様のことがみられている。ここではその実証研究の一部を紹介し、貧困がソーシャル・キャピタルと健康にどのように関係しているかを述べたい。

Moffitt 他⁸²⁾はイギリスにおいて若年出産をした母親の状況を明らかにしようと、双子を20歳以下で出産した若い母親群562名（以下若年母群）と、それ以上の年齢で出産した年上の母親群554名（以下成人母群）に分け、子どもが5歳の時点で横断研究を行った。この研究はソーシャル・キャピタルの定義や概念についても特に触れておらず、またマルチレベル分析も行っていないが、“この辺りの人々は近隣住民を助けようとしていますか”“近所の人たちは信頼できますか”“子どもが学校を休んでうろうろしていたら近所の人たちは何か行動を起こすと思いますか？”など地域の社会的結束、信頼感、社会統制度を査定する質

問を使用している。そして、若年母群は成人母群に比べ、上記の質問に「そう思わない」と答える割合が多く、ヒューマン/ソーシャル・キャピタルともに非常に乏しく、社会経済的に困窮した状態にあり、メンタルヘルスに問題を抱え、虐待的行動が多くみられ、子どもも感情面・行動面共に問題が多く、怪我や病気も多いということが報告されている。これは、貧困を中心に様々な問題が累積的に関わっている典型的な例であり、このような状況で、ソーシャル・キャピタルの充実を求めるのは難しく、教育、仕事、収入、地域、住居、メンタルヘルスなど、多方面からの状況改善・支援が望まる。

Drukker 他⁸³⁾は、オランダ・マーストリヒトにおいて、①統計局のデータから客観的な地域の社会経済状況を、②36地区から無作為抽出した200人の市民から地域レベルの主観的ソーシャル・キャピタル（インフォーマルな社会統制と社会的結束・信頼感で測定）を、③7236人の子どものとその家族のコホート研究のデータから子どものクオリティ・オブ・ライフと家族・個人の置かれている状態を測定し、それぞれの関係を明らかにしようと試みた。ここでは、個人レベル・地域レベルのマルチレベル分析が行われ、地域の社会経済的な貧困度の高さとソーシャル・キャピタルの低さに相関が見られたこと、子どものメンタル・ヘルスと問題行動は、インフォーマルな社会統制に特に相関していることが、報告された。

しかし Linden 他⁸⁴⁾は、この研究では地域の貧困とソーシャル・キャピタルに高い相関があるため、それぞれの効果が見られなかったとし、Drukker 他⁸³⁾と同じ①②のデータに、個人レベルの社会経済状況のデータを加え、マルチレベル分析を行った。個人レベルの社会経済状況は、オランダ・マーストリヒトに住む子どもで、メンタルヘルスサービスを利用した経験のあるもの56名（ケース）と利用経験のないもの206名（コントロール）のデータを用いており、個人の社会経済状況とメンタルヘルスサービス利用の関係を個人レベルで、貧困とソーシャル・キャピタルの関係を地域レベルで分析している。その結果、より貧困地域に暮らす子どもほどメンタルヘルスケアサービスに訪れるリスクが高まること、ソーシャル・キャピタルの変数（インフォーマルな社会統制、社会的結束、信頼）は主効果ではないものの、子どものメンタルヘルスケアサービス利用を緩和していることが明らかになった。また、社会的結束が強い場合は精神病患者をグループ内で支えようとするが、社会的結束が弱い場合は、逆にそうした個人をグループから排除する傾向があり、そのため精神病患者はより早く専門家の元へ行くのではないかという解釈もなされている。これは Drukker⁸³⁾の行ったマルチレベル分析を更に発展させ、社会経済状況とメンタルヘルスサービス利用度、ソーシャル・キャピタルとの関係をより詳細にみたもので、集団と個人の心理・行動に対する深い洞察も窺えるものである。

一方 Caughey 他⁸⁵⁾は、アメリカのボルチモア市の39地域

から、3～4.5歳の子をもつアフリカン・アメリカンの養育者200名にインタビューを行ない、親のコミュニティとの関わりと幼稚園児の問題行動の関係を横断研究によって調査した。ここではソーシャル・キャピタルを親の psychological sense of community-general psychological と sense of community-knows neighbors というスケールを用いて測り、子どもの問題行動は、児童行動チェックリストによって測定している。そして、sense of community-knows neighbors（親が近所の人々をよく知っているかどうか）は子どもの問題行動に関連しているが、それは地域の貧困度によって異なるという結果が述べられた。すなわち、同じように親が近所の人々をよく知らない（ソーシャル・キャピタルが乏しい）状況でも、地域の貧困度が低い場合には子の問題行動がもっとも多くなり、貧困度が高い場合には子の問題行動がもっとも少ないという、非常に複雑な結果が報告されたのである。これについて、「貧しく、ソーシャル・キャピタルも乏しい地域では、厳しい状況に対する親の対処能力が発展し、その力が子どもの健康的な成長を促すことができるのではないか」という興味深い解釈がなされている。また、豊かなコミュニティに暮らす子どもにとって、コミュニティと交流がないことは問題行動の危険因子となるかもしれないが、貧しい地域に暮らす子どもにとってはそれが悪影響を防ぐ結果に繋がっているのではないかなど、ソーシャル・キャピタルの豊かさが個人にとって一様に有益なものではないことが述べられている。またこの研究では、地域レベルのソーシャル・キャピタルしか測られていないが、社会経済状況の方を家族レベル（貧困度・親の教育歴）と地域レベル（失業率など）の双方から測定しているため、地域のソーシャル・キャピタルとさまざまなレベルの貧困との関係をみることは可能になっている。但しこの研究は横断研究であるため、家族のソーシャル・キャピタルと子の問題行動の因果関係は言及できない。

次に、ソーシャル・ネットワークとソーシャル・キャピタルの役割、貧困・排斥・地域・健康・well being の関係を探究するために行われた質的研究を紹介する。Cattell⁸⁶⁾ はロンドンの貧困地域2ヶ所において、それぞれ35～37人の住民を対象とした半構造化インタビューを行ない、「地域住民の特徴と認識」「貧困と排斥」「社会的意識」がソーシャル・ネットワークとソーシャル・キャピタルに影響を及ぼしていると述べた。この中で、住民たちの不平等感の認識が、ソーシャル・キャピタルと意欲喪失の源となっている一方、様々なネットワークがソーシャル・キャピタルをつくり、well being に影響を及ぼしているということも述べられている。例えば、“引越してきたときは幸せだと思っても、3～4ヶ月後には互いに激しく競い合う”などと周囲との関係をネガティブに捉えている人もいれば、不平等を認識し、周囲の貧しさを嫌悪した住民の中には、“以前は疎外感を感じていたけれど、住民組織に参加するようになったことで孤独でなくなり、健康状態も良く

なった”と感じている人がいるなど、住民たちの様々な心理的側面が紹介されている。更に、“不信感が強い”“ストレスフルで住民たちの健康状態が悪い”など、貧困地帯にみられる信頼感の希薄さ、警戒心、不安なども詳述されているが、こうした点は、他の質的研究^{76,87)}とも一致する部分である。そしてCattell⁸⁶⁾は、ソーシャル・キャピタルは貧困・住む場所・健康・well being の関係を理解するのに役立つものの、貧困が健康に害を及ぼすということを説明するには十分でなく、「社会的排除」を考慮すべきだと結論づけている。これは、貧困は直接的に健康にネガティブな影響をもたらすが、疎外感はそのを更に悪化させるという住民たちの声から導かれた結果だと思われる。

以上のことから、貧困のインパクトは大きく、ソーシャル・キャピタルと健康の研究結果に影響を及ぼすことが示唆されるが、その作用は個人の特徴や心理社会的背景と複雑に絡み合い、単純に解釈・言及し難いことが理解できる。またソーシャル・キャピタルには貧困が健康に及ぼす影響を緩衝する力と強める力があり、ともすれば諸刃の刃になりかねない面もあると考えられる。貧しさが死活問題である人には、いかに貧困を軽減するかの方が最優先すべき課題であり、マクロレベルの政策なしでソーシャル・キャピタルの研究をするのは危険であるとの指摘¹⁴⁾もみられることから、貧困と健康の問題を扱う場合には内部結合型のソーシャル・キャピタルに多大な期待を寄せるのではなく、まずマクロなレベルでの橋渡し型のソーシャル・キャピタルの充実に目を向ける必要があると考えられる。

VII. わが国におけるソーシャル・キャピタルの研究の意義

ソーシャル・キャピタルと健康を巡る研究に対する様々な議論を通じ、研究方法の問題点や求められる道義的配慮、期待通りの効果が見られない現実の研究や複雑な貧困との関係などを概説してきたが、こうした多くの困難に挑戦しながらも尚、わが国における研究の発展には大きな意義があると考えられるには次のような理由がある。第一に、世界に向けて、わが国ならではの提案ができる可能性があるという点である。現在日本の女性の平均寿命は85.99歳と世界第一位、男性の平均寿命も79.19歳と世界第三位⁸⁸⁾で、依然として世界に名だたる長寿国である。そして海外からみると、我が国はソーシャル・キャピタルの豊かな国として知られ、その信頼社会が経済的成功を導き、社会的結束力が世界一の長寿に関連してきた⁴⁾と考えられてきた。近年では、阪神淡路大震災の際の住民の助け合いが、日本のソーシャル・キャピタルの豊かさを示すものとして世界に紹介されており、近隣住民とコミュニティの結びつきが強い地域、「まちづくり」が発展している地域ほど、素早い復興を遂げたという報告⁸⁹⁻⁹⁰⁾がある。しかしこうした我が国のソーシャル・キャピタルが本当に長寿に影響しているのか、もしそうであるとしてクオリティ・オブ・ライフの面ではどうなのか、長寿以外の健康問題にどのよう

なプラスの効果を与えているのか、明らかになっていない点はあまりにも多い。従って、わが国におけるソーシャル・キャピタルと健康の関係を探究し、世界と比べどういう点が優れ、どのような効果が得られているのかを明らかにし、世界に向けて提案できれば、その研究の意義は非常に大きいと考えられる。

第二に、日本国内でもみられるようになった所得・健康格差が、わが国のソーシャル・キャピタルにどのような影響を与えているのか、そしてそれが健康とどう結びついているのかを明らかにすることで、得られるべき政策への示唆は大きいのではないかと期待である。これまで述べてきたように、貧困が人々の健康に及ぼす影響が懸念されるが、ソーシャル・キャピタルにどのような影響を及ぼし、またそれがどのように健康に関係しているか、一様に言及できない複雑さがある。実際、わが国でも所得格差や健康格差が問題とされており^{7,4)}、信頼感の低下^{2,4)}、治安の悪化⁴⁾の認識が高まっていることから、ソーシャル・キャピタルの低下を危惧²⁾する声がある。また、高齢者を対象とした AGES プロジェクト^{5,6)}においても、所得格差と高齢者の健康問題、ソーシャル・キャピタルの相関が明らかにされつつあり、上記の危惧が現実のものとなってきた状況が窺える。しかし高齢者に見られるこうした所得格差・健康・ソーシャル・キャピタルの関連が、あらゆる地域、他の年齢層にも見られるものかどうか、もしそうであるとしたら、進み行くわが国の高齢化社会を担う世代の健康にどのような影響を及ぼすのか、探求すべき大きな課題である。平成18年度の民間給与実態統計調査⁹¹⁾によると、一年を通じて民間企業に勤務した給与所得者4485万人のうち、1000万円以上の給与所得者は全体の5%、300万円以下は全体の38.8%となっている。同調査の平成14年のデータでは、1000万円以上の給与所得者が全体の4.9%であり、300万円以下が34.9%となっていることから、給与所得の低い層でより多くの増加が見られ、格差が広がりつつあることもわかる。こうした所得の減少と格差の拡大、わが国のソーシャル・キャピタル・人々の健康の関係が実際にどのようなものであるか、どのような地域・年齢層で、こういった特徴が見られるかなどを明らかにすることで、マクロなレベルでの政策への反映（例えば格差是正・貧困対策と橋渡し型のソーシャル・キャピタルの活用）が、期待できるはずである。

第三に、地域の力を最大限に引き出せるのではないかと希望である。現在、自主的に行われている子育て支援活動、高齢者福祉活動⁶²⁾、防犯パトロール、住民ネットワーク形成、ホームレスへの雇用機会提供のための雑誌販売など⁹²⁾、コミュニティレベルでのソーシャル・キャピタルとして有益に思われるものが次々と生まれているが、今後もその可能性は無限にあると思われる。例えば Pan 他⁹³⁾は、Asset-Based Community Development (ABCD) というコミュニティ力を高めるアプローチを紹介し、小児科医がいかにかこのアプローチを自分のものとして活用し

たかを実例をあげて説明している。この中で、救急医療に携わる小児科医が、犬に噛まれて運ばれて来る子どもの多さに疑問をもち、子どもの犬に対する知識のなさに問題があると突き止めた後、コミュニティメンバー（犬の飼い主、交通指導員、子どもたち、町内会、幼稚園、市の公園）の協力を得、様々な総合的活動のもと新しいソーシャル・ネットワークを立ち上げ、「コミュニティにおける子ども」という社会的規範を変えたということが報告されている。これはまさにソーシャル・キャピタルのもつ力を最大限に生かしたものであるといえるだろう。このようにコミュニティの力を生かし、市民自らの手で健康をつくり、維持してゆく可能性がわが国においても十分に期待できるのではないだろうか。

第四に、わが国の公衆衛生が直面している問題に対し、解決の糸口を探すための一案が得られないかという期待である。4章で述べた児童虐待は、わが国でも深刻な問題となっており、2006年度に全国の児童相談所に対応した児童虐待相談対応件数は37,323件と、統計を取り始めた1990年度の約34倍にも上っている⁹⁴⁾。そして、虐待法施行を始め、国・自治体によって様々な取組みがなされてきたにも変らず、今もって増加に歯止めはかかっていない。このように世界においても重要視され、ソーシャル・キャピタルの効果を期待されながら確かな成果の得られていない問題は、わが国においても対外的にも大変意義のある研究であると考えられる。また、わが国には児童虐待以外にも増加し続ける若年無業者⁹⁵⁾（ニートや引きこもりを含む）など、具体的な解決策が得られない問題がある。こうした子ども、青少年の健康、well being に大きな影響を与えるであろう問題に対し、ソーシャル・キャピタルはどのような働きをするのか、わが国においてはまだ何もわかっていないのが現状である。例えば、地域とのつながり、仲間意識・帰属意識といったソーシャル・キャピタルを形成するものが、虐待をする親や被虐待児、若年無業者などに多少なりともポジティブな影響を与えることができるのなら、その活用には大きな期待がもてると考えられるのではないだろうか。

以上の点から、わが国におけるソーシャル・キャピタルと健康を巡る研究には多くの可能性がみられ、重要な意義が認められると考えられる。しかし研究を進める際には、欧米諸国で批判の対象となってきた点を踏まえ、特に今後の施策への示唆などには、多面的な配慮が必要と考えられる。

研究方法に関しては、マルチレベル分析などの導入、わが国・地域独自の文化、考え方、人とのつきあい方がどのような効果をもたらしているか、量的研究の結果からだけでは判断しにくい面を質的研究によって説明づけることも大事⁶⁸⁾であると考えられる。単身赴任者が数多くみられるわが国においては、赴任地の地域活動には全く関与していなくても、家族が暮らす地では活発な地域活動や人づき合いがあるという場合もあるかもしれず、子どもが地域の

小・中学校に通っている間はPTA活動や地域の活動に頻繁に関わっていたが、子どもの手が離れてからは仕事につき、地域とはほとんど関わりがなくなったというケースもあるであろう。すなわち、同じ人であってもライフステージによって、住む場所によって、地域や人づき合いの形態が変化することが想定できるため、どのような人がどの時点でどのような社会との関わりが求めているか、質的研究によって個々の声を拾ってゆかなくてはわからない部分も多いと思われる。

また、地域の特色の一例として、古くから日本にある無尽という金融機能をもつ相互扶助組織が山梨県に今も存在し、ソーシャル・ネットワークとして機能していること、この無尽に関与している高齢者と生活機能の能力の高さに関連がみられたということが、581人の介護状態にない高齢者を対象としたコホート研究⁹⁶⁾によって明らかになっている。こうした日本独自のソーシャル・キャピタルが他の地域、他の年代にもみられるのか、或いは“困った時はお互いさま”といった助け合い意識、“向こう三軒両隣”といった親しい近所づきあいが、今でも多くの地域でみられ、若い世代へも受け継がれているのかどうか、そうしたものが健康にどう作用しているのか、わが国における効果的なソーシャル・キャピタルの形態を追求する必要があるのではないかとと思われる。

道義的な面では、ボランティア活動を強調し過ぎることによる危険性²²⁾を意識し、集団行動による圧力や参加への強制、排除といったことが行われないよう、特に細やかな配慮が必要であると思われる。実際、信頼感・社会的規範・安心感がある地域ほどストレスのリスクが低い⁹⁷⁾、ボランティア・グループへの参加が心理的ストレスを減少する⁹⁸⁾という研究が見られる一方で、コミュニティやPTAなどとの関係がストレスフルな日常を作り上げる可能性があり、むしろ重荷になる⁹⁹⁾との報告もある。また女性は他者の問題をわが身のこととして捉えやすく、ソーシャル・ネットワークのストレスフルな面が、サポート的な面より強く関係する場合があること、特に資源の少ない女性はネットワークからもたらされる要求に応えることが難しく、利より害になる可能性があること¹⁰⁰⁾、などから、グループ行動を強調することには十分な注意が必要であると思われる。そして、ソーシャル・キャピタルの乏しさと不健康に相関がみられたときにも、不健康なのは個人やコミュニティの責任とせず、人々の心理社会的側面を探究しながら、より効果的なソーシャル・キャピタルの構築を考えてゆくべきであろう。そのためには、まずわが国の様々な地域・年齢層におけるソーシャル・キャピタルと健康の関わりを明らかにし、貧困問題に留意しながらソーシャル・キャピタルの果たしうる役割を考える必要があると思われる。

以上の点に留意し、わが国の文化、習慣が作り上げた社会・人との関わり方がどのように健康に影響しているかを明らかにすることができれば、新たな角度からの発見とし

て、わが国の国民の健康にも、世界の公衆衛生にも、大きな貢献ができるのではないだろうか。

引用文献

- 1) Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work: Civic tradition in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- 2) 内閣府国民生活局. 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. 東京：内閣府；2003.
- 3) Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social capital and health: A decade of progress and beyond. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. Social capital and health. New York: Springer; 2008. p.1-26.
- 4) 近藤克則. 健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか. 東京：医学書院；2005.
- 5) 近藤克則, 編. 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京：医学書院；2007.
- 6) 市田行信. ソーシャル・キャピタル—地域の視点から—. 近藤克則, 編. 検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 東京：医学書院；2007. p.107-19.
- 7) Kawachi I, 藤澤由和, 高尾総司. The health of Japanese—What can we learn from America? 保健医療科学 2007；56：114-7.
- 8) Kushner HI, Sterk CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. American Journal of Public Health 2005;95:1139-43.
- 9) 国際協力事業団 国際協力総合研修所. ソーシャル・キャピタルと国際協力—持続する成果を目指して—[事例分析編]. 東京：国際協力事業団 国際協力総合研修所；2002.
- 10) 近藤克則. 社会関係と健康. 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, 編. 社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ. 東京：東京大学出版会；2006. p.153-85.
- 11) Jacobs J. The death and life of great American cities. New York: Vintage; 1961.
- 12) Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham Ulf-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. International Journal for Equity in Health 2006;5:3. doi: 10.1186/1475-9276-5-3.
- 13) Woolcock M. Social capital and economic development: Towards a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society 1998;2:151-208.
- 14) Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. Social Science & Medicine 2005;60:71-86.
- 15) Coleman JS. Social capital in the creation of human

- capital. *The American Journal of Sociology* 1988;94: S95-S120.
- 16) Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 1995;6:65-78.
 - 17) 本庄かおり. 社会疫学の発展. *保健医療科学*2007 ; 56 : 99-105.
 - 18) Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 1997;87:1491-8.
 - 19) Parcel TL, Menaghan EG. Family social capital and children's behavior problems. *Social Psychology Quarterly* 1993;56:120-35.
 - 20) Moore S, Shiell A, Hawe P, Haines VA. The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into public health research. *American Journal of public health* 2005;95 (8):1330-7.
 - 21) Poortinga W. Social relations or Social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine* 2006;63:255-70.
 - 22) Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place* 1999;5:259-70.
 - 23) Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:650-67.
 - 24) Godoy RA, Reyes-García V, McDade T, Huanca T, Leonard WR, Tanner S, Vadez V. Does village inequality in modern income harm the psyche? Anger, fear, sadness, and alcohol consumption in a pre-industrial society. *Social Science & Medicine* 2006;63:359-72.
 - 25) Kawachi I, Kennedy BP. *The health of nations : why inequality is harmful to your health*. New York:New Press; 2002.
 - 26) Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly* 2001;79:387-427.
 - 27) Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health. *BMJ* 2001;322:1233-6.
 - 28) Wilkinson RG. Commentary. *BMJ* 1997;314:1727-8.
 - 29) Matt SJ. Children's envy and the emergence of the modern consumer ethic, 1890-1930. *Journal of Social History* 2002;36:283-302.
 - 30) Kopp MS, Skrabski A, Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated mortality in a changing society. *Social Science & Medicine* 2000;51:1351-61.
 - 31) Deaton A. Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature* 2003;41:113-58.
 - 32) Diez-Roux AV, Link BG, Northridge ME. A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Social Science & Medicine* 2000;50:673-87.
 - 33) Kaplan GA, Pamuch ER, Lynch RD, Cohen RD, Balfour JL. Income inequality and mortality in the United States. *BMJ* 1996;312:999-1003.
 - 34) Lobmayer P, Wilkinson RG. Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;183-7.
 - 35) Egolf B, Lasker J, Wolf S, Potvin L. The Roseto effect. *American Journal of Public Health* 1992;82:1089-92.
 - 36) Kennedy B, Kawachi I, Brainerd E. The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development* 1998;26:2029-43.
 - 37) Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy, BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Social Health Illness* 1998;20:578-97.
 - 38) Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine* 2000;51:1421-35.
 - 39) Hyppä MT, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 2001;32:148-55.
 - 40) Bolin K, Lindgren B, Lindström M, Nystedt P. Investments in social capital-implications of Social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine* 2003;56:2379-90.
 - 41) Pollack CE, von dem Knesebeck O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health Place* 2004;10: 383-91.
 - 42) Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science & Medicine* 2001;53:9-19.
 - 43) Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: A multilevel analysis. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2002;79:S21-S34.
 - 44) Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J. Individual self-reported health, social participation and neighborhood: a multilevel analysis in Malmö,

- Sweden. *Preventive Medicine* 2004;39:135-41.
- 45) McCulloch A. Social environments and health: cross sectional national survey. *BMJ* 2001;323:208-9.
 - 46) Sundquist K, Lindström M, Malmström M, Johansson S, Sundquist J. Social participation and coronary heart disease: a follow-up study of 6900 women and men in Sweden. *Social Science & Medicine* 2004;58:615-22.
 - 47) Holtgrave DR, Crosby RA. Social capital poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, Chlamydia and AIDS in the United States. *Sexually Transmitted Infections* 2003;79:62-4.
 - 48) Holtgrave DR, Crosby RA. Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;26:159-62.
 - 49) Saluja G, Kotch J, Lee LC. Effects of child abuse and neglect: Does social capital really matter? *Archives of Pediatrics Adolescent & Medicine* 2003;157:681-6.
 - 50) McKenzie K, Whitley R, Weich S. Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry* 2002;181:280-3.
 - 51) Carpiano RM Actual or potential neighborhood resources for health: What can Bourdieu offer for understanding mechanisms linking social capital to health? In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p.83-93.
 - 52) Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine* 2000;51:871-85.
 - 53) Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place* 2007;13:639-655.
 - 54) Whitley R. Social capital and public health: Qualitative and ethnographic approaches. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p.95-115.
 - 55) Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, et al. Children who prosper in unfavorable environment: The relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101:12-8.
 - 56) 藤澤由和, 濱野強, 小藪明生. 地区単位のソーシャル・キャピタルが主観的健康感に及ぼす影響. *厚生* の指標 2007 ; 54 : 18-23.
 - 57) Fantahun M, Berhane Y, Wall S, Byass P, Högborg U. Women's involvement in household decision-making and strengthening Social capital-crucial factors for child survival in Ethiopia. *Acta Pædiatrica* 2007;96:582-9.
 - 58) Kawachi I, Kim D, Coutts A, Subramanian SV. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:682-90.
 - 59) Subramanian SV, 濱野強, 小松裕和, 藤澤由和. 健康格差と保健政策 (2) エコロジカルファクターを加味した健康政策—マルチレベル分析の視点から—. *保健医療科学* 2007 ; 56 : 83-89.
 - 60) 西信雄. 社会経済要因の多重レベル分析. 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹編. *社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ*. 東京: 東京大学出版会; 2006. p.189-213.
 - 61) Portes, A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 1998;24:1-24.
 - 62) 内閣府経済社会総合研究所, 編. *コミュニティ機能再生とソーシャルキャピタルに関する研究調査報告書*. 東京: 内閣府; 2005.
 - 63) Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 2004;24:441-59.
 - 64) Lindström M. Social capital and health-related behaviors. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p.215-238.
 - 65) Wakefield SEL, Poland B. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine* 2005;60:2819-32.
 - 66) De Silva MJ, Harpham T, Huttly SR, Bartolini R, Penny ME. Understanding sources and types of Social capital in Peru. *Community Development Journal* 2007;42:19-33.
 - 67) Molyneux, M. Gender and the silences of social capital: lessons from Latin America. *Development and Change* 2002;33:167-88.
 - 68) Almedom AM, Glandon D. Social capital and mental health: An updated interdisciplinary review of primary evidence. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p.191-214.
 - 69) Alperstein G, Raman S. Promoting mental health and emotional well-being among children and youth: a role for community child health? *Child Care, Health & Development* 2003;29:269-74.
 - 70) Vinson T, Baldry E. The spatial clustering of child maltreatment: Are micro-social environments involved? *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, No199. Canberra: Australian Institute of Criminology;1999. p.1-6.

- 71) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano L, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization;2002.
- 72) Australian Bureau of Statistics. Social capital and social wellbeing.2002. available at <http://www.oecd.org/dataoecd/2/30/2380806.pdf>
- 73) World health Organization and International society for prevention of child abuse and neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO Press; 2006.
- 74) Wu SS, Ma C-Xing, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, Roth J. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:1253-64.
- 75) Harpham T. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *The British Journal of Psychiatrists* 2005;187:161-67.
- 76) Mulvaney C, Kendrick D. Depressive symptoms in mothers of pre-school children: effects of deprivation, social support, stress and neighbourhood social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:202-8.
- 77) Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. Social capital and health. New York: Springer; 2008.
- 78) Buckner JC. The development of an instrument to measure neighbourhood cohesion. *American Journal of Community Psychology* 1988;16:771-91.
- 79) Zolotor AJ, Runyan DK. Social capital, family violence, and neglect. *Pediatrics* 2006;117:1124-31.
- 80) Vimpani G. The role of social cohesiveness in promoting optimum child development. In: Australian Institute Family Studies. Youth suicide prevention Bulletin 2001;5:20-4.
- 81) Keenan HT, Runyan DK, Nocera M. Longitudinal follow-up of families and young children with traumatic brain injury. *Pediatrics* 2006;117:1291-97.
- 82) Moffitt TE, E-Risk Study Team. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43:727-42.
- 83) Drukker M, Kaplan C, Feron F, Van OsJ. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine* 2003;57:825-41.
- 84) Van der Linden J, Drukker M, Gunther N, Feron F, Van Os J. Children's mental health service use neighbourhood socioeconomic deprivation and social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38:507-14.
- 85) Caughy MOB, O'Campo PJ, Muntaner C. When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine* 2003;57:227-37.
- 86) Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine* 2001;52:1501-16.
- 87) Attree P. Growing up in disadvantage: a systematic review of the qualitative evidence. *Child Care, Health & Development* 2004;30:679-89.
- 88) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 日本人の平均余命. 簡易生命表平成19年. 東京: 厚生労働省; 2007.
- 89) Nakagawa Y, Shaw R. Social capital: A missing link to disaster recovery. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 2004;22:5-34.
- 90) Kawachi I, Subramanian SV. Measuring and modeling the social and geographic context of trauma: A multilevel modeling approach. *Journal of Traumatic Stress* 2006;19:195-203.
- 91) 国税庁長官官房企画課. 平成18年分民間給与実態統計調査－調査結果報告－. 東京: 国税庁; 2007.
- 92) 山内直人. コミュニティ活性化とソーシャル・キャピタル. 公衆衛生 2006; 70: 6-9.
- 93) Pan RJ, Littlefield D, Valladolid SG, Tapping PJ, West DC. Building healthier communities for children and families: Applying asset-based community development to community pediatrics. *Pediatrics* 2005;115:1185-7.
- 94) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成18年度社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例). 平成18年度児童相談所における児童虐待相談対応件数等. 東京: 厚生労働省; 2007.
- 95) 内閣府政策統括官. 平成17年青少年の就労に関する研究調査. 東京: 内閣府; 2005.
- 96) Kondo N, Minami J, Imai H, Yamagata Z. Engagement in a cohesive group and higher-level functional capacity in older adults in Japan: A case of the Mujin. *Social Science & Medicine* 2007;64:2311-23.
- 97) Phongsavan P, Chey T, Bauman A, Brooks R, Silove D. Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social Science & Medicine* 2006;63:2546-61.
- 98) Rietschlin J. Voluntary association membership and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior* 1998;39:348-55.
- 99) Brodsky AE. Resilient single mothers in risky neighborhoods: Negative psychological sense of community. *Journal of Community Psychology* 1996;24: 347-63.
- 100) Kawachi I, Berkmen LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* 2001;78:458-67.