

とうふ 豆腐

美味で栄養価も高い
旬の食材をご紹介しますこのページ。
今回のテーマは、豆腐です。



東アジアから東南アジアまで広く作られている豆腐ですが、白くて柔らかい豆腐は日本独自のもの。中華料理などの豆腐は生で食べることは少なく、固めて水分の少ない、沖縄の島豆腐に似たものが中心です。

日本の豆腐は、大きく絹ごしと木綿の2種類があります。一般の豆腐は、水に浸して柔らかくした大豆をすりつぶし、煮だして豆乳を作り、熱い豆乳ににがりを入れてたんぱく質を凝固させて作ります。凝固させる際、布を敷いた型箱に入れて圧搾、水をしばらくつ成型したのが木綿豆腐。絹ごしは圧搾を行わず、濃い目の豆乳ににがりを入れたらそのまま型箱で固まらせます。もともと日本では木綿豆腐が作られていましたが、江戸時代に豆腐料理の老舗「笹の雪」が絹ごしを考案しました。

【歴史】

豆腐は中国から伝来したと考えられていますが、中国で豆腐が誕生したのは漢の時代（紀元前2世紀頃）とする説、唐の時代（8〜9世紀）とする説など諸説あり、絶対の定説はありません。

日本への伝来時期も同様で、僧・空海が伝えたとするものや鎌倉時代に帰化僧が伝えたとするものもあり、はっきりわかりません。文献では1183年の奈良・春日神社の供物帖に「唐府」の記述があり、これが豆腐をさすと考えられます。伝来した当初、豆腐は僧侶の精進料理として食べられていましたが、室町時代には全国の武家・公家に高級料理として食べられるようになり、江戸時代には庶民が口にするようになりました。100種類の豆腐料理を紹介していることで有名な『豆腐百珍』は、江戸中期の1782年刊です。豆腐を使った冬の味覚といえは湯豆腐ですが、『豆腐百珍』では湯のかわりに葛湯を使った「湯やっこ」を紹介しています。

豆腐の 名前の由来



俗に「豆腐と納豆は、中国から伝来した際に名前が入れ違って伝えられた」といいますが、これは間違い。「納豆」は日本固有の呼び名です。混同しうがありません。中国でも、豆乳を固めて作る豆腐を「豆腐」と呼びます。

中国語で「腐」という漢字は「固める」「液体と固体の間の柔らかいゲル状のもの」を指すので、つまり豆腐とは「豆（乳）を固めたもの」の意味になります。

Contents

- 旬菜百景「豆腐」 2
- 産業医からのメッセージ 4

第4回メンタル不調を引き起こす「性格要因」

(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻 正弘



- 大人のこだわり充実ライフ 10
- シリーズ・健診について考える 12

第4回「健診の進化」とは？



自治医科大学 地域医療学 教授

小谷 和彦

- 財団 News ニュース 15
- プライバシーマークの認証が更新されました

インターネットが発達し、個人情報に関する保護意識の高まった今日では、健康管理の分野でも、個人情報保護への取り組みは不可欠な課題です。当財団では、個人情報保護に関する最も一般的な基準である「プライバシーマーク」の認証を2013年に取得。今回は、その更新審査にもパスすることができました。安全で安心して受けられる健診機関の一つの条件といえます。

本誌で掲載してほしい健康に関わるテーマ、当財団へのご要望などございましたら、メール、FAX 等にてお寄せいただければ幸いです。

一般財団法人 日本健康増進財団

- 発行人 三木一正
 - 編集委員 鈴木賢二／森崎伊久磨／森 誠
森山博美／栢田喜文／阿部 悟
岡本庸子
 - 住 所 〒150-0013
東京都渋谷区恵比寿一丁目24番4号
恵比寿ハートビル
 - T E L 03-5420-8011 (代表)
 - F A X 03-5420-8039
 - E - M a i l jhpf@e-kenkou21.or.jp
- ※本誌の全部もしくは一部の無断転載や複製を禁じます。

【栄養】

高たんぱく・低カロリー食品の代表格・豆腐。重量の80〜90%は水分ですが、水分以外の成分ではたんぱく質が半分近くを占めます。また必須アミノ酸が豊富で、消化されやすく吸収率も高いため、栄養的には優等生です。

一方、意外なのは豆腐は脂質も多く含むこと。これは大豆の脂分の多くが豆腐に移行するためですが、不飽和脂肪酸、とくにリノール酸やリノレン酸などが多いため、健康面でもあまり心配はいりません。このほかイソフラボンやオリゴ糖、糖尿病の

【目利き】

豆腐の選び方でよく紹介されるのが大豆(産地・遺伝子組み換え品種の有無)、にがり(天然か凝固剤か)、添加剤の有無などですが、通は製法や水のおいしい土地か否かまで気を配ります。

最近のスーパーなどでは、充填豆腐を多く目にするようになりました。これは冷たい豆乳に凝固剤を入れ、そのままパックに流し込み、加熱・冷

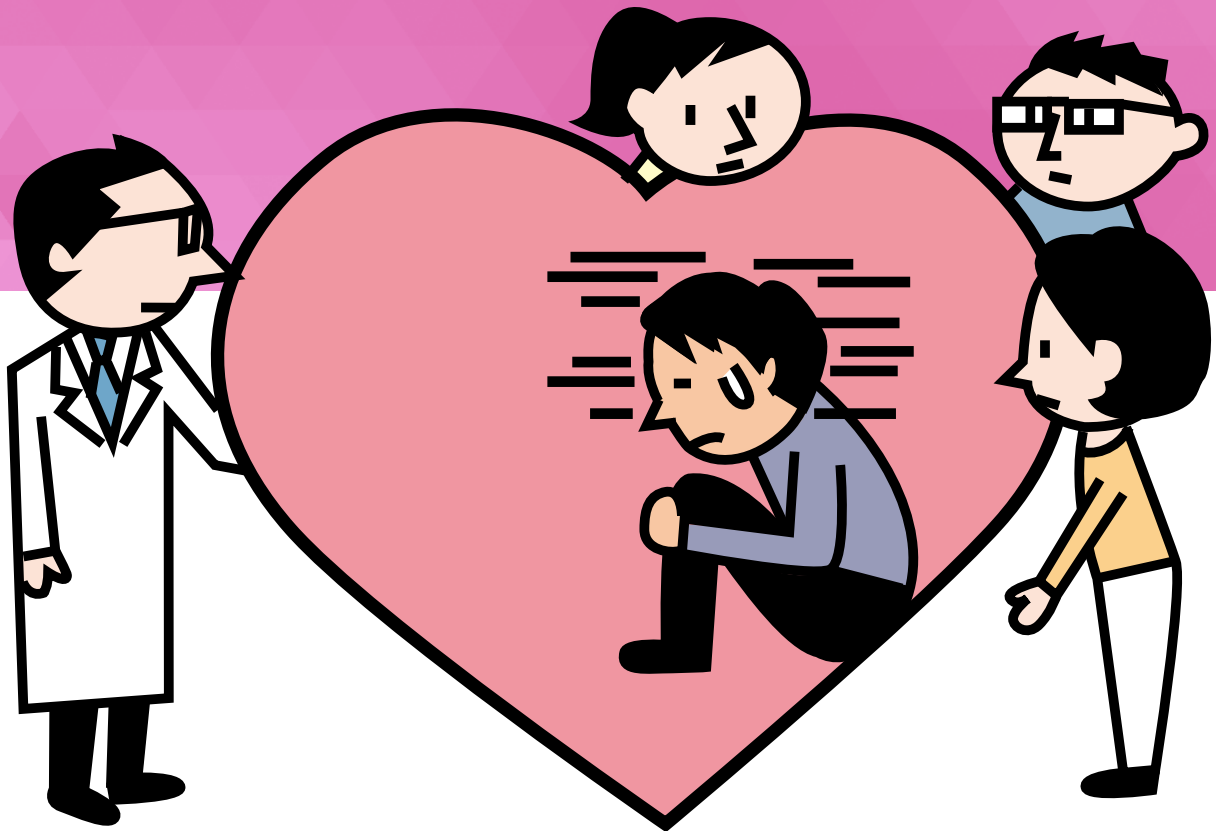
却して固める製法です。材料のロスが少なく、腐りにくく日持ちするなどのいいことづくめで、最近はいよいよです。伝統的な製法の豆腐はパックの中で水に浮く形、充填豆腐は水が入らずパックの形のままだに成型されていますので、目で見て識別できます。

にがりは、昔は海水から塩を作る際にできる天然のにがりが使われましたが、最近国内で海水から塩を作ることが減り、国産のにがりはほとんど出回りません。塩化マグネシウムや硫酸カルシウムなど化学的な凝固剤を使うことが多いようです。

第4回

メンタル不調を引き起こす 「性格要因」

——(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長 辻正弘



「新型うつ病」という言葉がマスコミを賑わせていますが、新型、旧型という違いが出てくる原因として人格・性格 (personality) 形成における育った文化の違いが大きいというのが今回のお話です。

1 うつ病と病前性格

私が産業医になった2003年頃は、強迫型性格傾向を主体とし、まじめ、責任感が強く、自責的、頑張り屋、社会性のある典型的なメンランコリー親和型性格のメンタル不調者が半分以上を占めていました。いわゆる「メンランコリー親和型うつ病」です。このタイプのメンタル不調者は心のエネルギーが枯渇しており、基本的には自殺に気を付け、休職してもらい投薬治療を開始すれば回復することが多かったと思います。

しかし、2005年頃より回避型・依存型性格傾向を主体とする「逃避型抑うつ」、「現代型うつ病」と呼ばれる新しいタイプのメンタル不調者が増えてきました。心のエネルギーが枯渇していないタイプです。他責的で、アフターファイブや土日は元気に遊べるけれど、仕事をすると頭が重くなったり、気分が重くなって仕事にならず家に引きこもる（気分反応性）、昼夜の逆転した生活になり

(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻正弘 (つじまさひろ)

profile

医師・医学博士・労働衛生コンサルタント。

京都大学理学部(数学科)、経済学部(経済学科)卒業後サラリーマンを経て、東京大学理Ⅲ類入学。1988年同医学部医学科卒業後、東大病院での研修を経て第一内科入局。病院勤務を経て東京大学医学系大学院博士課程卒業後、同大学院ならびに医学部助手を経て、2003年より日立ソフト健康管理統括センタ長[合併により2011年度より日立ソリューションズ健康管理統括センタ長]。2004年より3年間東京大学保健センター非常勤講師兼務。専門は消化器内科(内視鏡)。



がちであるが入社できた時は普通に働けるというメンタル不調です。

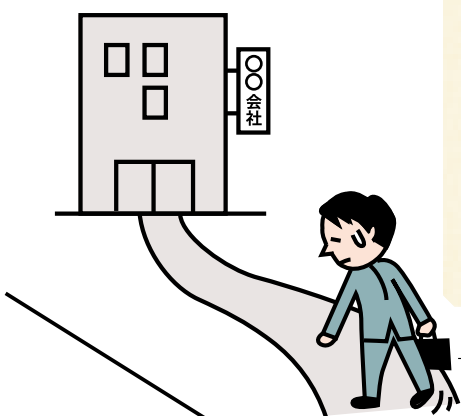
さらに2007年頃から境界型性格傾向を思わせる攻撃性の目立つメンタル不調者が目立つようになりました。拒絶過敏(注1)、過食・肥満、気分反応性、鉛の様に重い身体的重圧感を伴っており、「非定型うつ病」と呼ばれるものです。

産業医として「新型うつ」の社員の特徴として思うことは、自分へのこだわりの強さとサラリーマンとしてのプロ意識の低さです。職場という公的な場にプライベートな理由を平気で持ち込むのです。「風邪で朝遅刻することのどこがいけないのですか」とはよく聞かれる文言ですが、要するに遅刻の頻度が問題なわけです。体調の維持管理はプロとしての基本と思うのですが、そういう感覚には乏しく、体を鍛えて風邪を引かないようにしようとはされません。給料に見合った労務を提供できていないことに対して危機感に乏しい人が多いのです。休職復職を繰り返しがちで、自分が休むことにより周囲の同僚に多大な迷惑をかけることを気にしている素振りもありません。職場では困った存在になります。こうした「新型うつ」は明らかに性格の問題と深い関連があります。どのタイプの「うつ病」も強迫型性格傾向を母体とし、本人の社会性が高く大人の自我構造をもっている

メランコリー型に、社会性が低く子どもの自我構造しかもっていない場合は現代型や逃避型になります。今までの生き方に何らかの無理があったからこそ、その無理が高じて仕事や生活に破綻を来したのですから、今までの生き方を修正することが求められます。過去へのこだわりを捨て新しい生き方へと軌道修正ができないと再発を防ぐことは難しいと思います。ただ、これは幼少期の愛着障害などの問題を抱え、自分へのこだわりが強い人にとってはピッチャーが打球フォームを変えるようなもので難しいものです。

注1

拒絶過敏…自分に対する否定的なニュアンスの言動、しぐさや、仕事上で注意されたりすることなどに対して、ふつうでは考えられない激しい反応を示すこと。



2

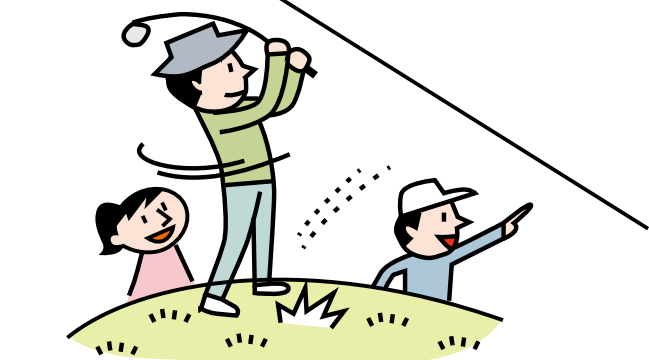
新型うつ病

(木村・笠原分類Ⅲ型、一部Ⅳ型)と

旧型うつ病

(木村・笠原分類Ⅰ型、メランコリー親和型うつ病)

これまで「新型うつ」、「旧型うつ」という言葉を用いてきましたが、うつ状態を示し気分反応性のあるものを「新型うつ」と定義しておきます。新型うつ(ディスチミア親和型)と旧型うつ(メランコリー親和型)の対比を示しておきます(表1)。



1975年に発表された笠原嘉生のうつ病分類(表2)において、「病像、亜型、病前性格、発病状況、治療への反応、経過、年齢、体型、生活史、家庭像、仮称、従来の診断名との関係」という項目に基づく多軸診断ともいべき分類法を示しておられますが、この分類は現在でも非常に有用です。この分類でも病前性格が大きな役割を果たします(注3)。性格に相当する英語の personality はギリシャ語の persona (仮面) に由来し人間の成長段階に合わせて、人生という舞台上身に付け重ねていった仮面がその人の personality (性格・人格) になるとの考えに由来します。ここでは性格を生まれてから現在に至るまでに身に付けた生き方(生活・考え方)の様式と定義しておきます。

新型うつというのは笠原分類でのⅢ型(葛藤反応型うつ病)もしくはⅣ型になると思いますが、「抗うつ薬が効果を示さず精神療法を要す」「自責傾向少なく他責傾向あり」と40年も前にはつきりと記されています。このようにこうした病態そのものは1970年代には知られていましたが、多数派を占めるようになったのが2005年頃以降の現代の日本社会の特徴です。

ここで注意しておきたいのは「旧型うつ」「新型うつ」という区別はあくまでも「あるがままの病態(病気それ自体)」を分析するための分析

| 経過 | 年齢 | 体型 | 生活史 | 家庭像 | 仮称 | 従来の診断名との関係 |
|--|--|------------|--|---|-----------------------------|--|
| 概して良好。ふつう一定の時間(3カ月から6カ月が多い)を要して治癒。反復傾向はⅡより少ない。Ⅱ型Ⅰ-3は遷延すること多い | 中年から初老期に多い。ただし20代、30代にも稀ではない。10代にもありうる | どちらかという細長型 | 発病前の社会適応良好、仮面うつ病的な身体的違和感をもつこと多し | 原則として病者自身が家庭内での精神的・経済的支柱であることが多い。伝統的・思考的な家庭 | メランコリー性格型うつ病、あるいは性格(反応)型うつ病 | 内因性うつ病 軽症うつ病 反応性うつ病 心因性うつ病 神経症性うつ病 抑うつ神経症 更年期(退行期)うつ病 非定型精神病 |
| 概して良好であるが、反復傾向はⅠより高い | 初発は若年期に比較的多く、晩発は少ない | 肥満型多い | インターバルにおいての社会適応はⅠほど十分ならず | 家庭内に権威的もしくは庇護的人物をもつ。大家族構成が多い。伝統志向のつよい家族 | 循環型うつ病 | 躁うつ病 内因性うつ病 循環病 循環性うつ病 非定型精神病 |
| 慢性化遷延化の傾向つよい | 二つあり、一つは10代後半から20代、今一つは40代、50代 | 特徴なし | すでにうつ病発症前から神経症症状もしくは性格神経症の傾向を示す | 特徴なし | 葛藤反応型うつ病 | 神経症性うつ病 抑うつ神経症 反応性うつ病 心因性うつ病 心因反応 更年期(退行期)うつ病 Claiming depression Hysterodepression |
| 早晩分裂病性症状を発現する | 青春後期 | 細長型多い | 少年期、青春前期において「模範児童」的。自己アイデンティティをめぐる困難前駆すること多し | 分裂病の家族研究として知られる特徴を示す場合が多い | 偽循環病型分裂病 | 神経症性うつ病無気力反応 Student apathy 境界型分裂病 慢性軽症分裂病分裂質 |
| 一過性、ただしⅤ-2は遷延多し | 特徴なし | 特徴なし | 特徴なし | 特徴なし | 悲壮反応 | 神経症性うつ病 抑うつ神経症 反応性うつ病 心因性うつ病 心因反応 |
| この分類の視点から捉えられないうつ状態をまとめたもの | | | | | その他のうつ状態 | 症候性うつ病 医薬原性うつ病 老年うつ病 脳動脈硬化性うつ病 若年うつ病 Ictal depression |

表 1

| 年齢層 | ディスマミア親和型 | メランコリー親和型 |
|---------|---|--|
| | 青年層 | 中高年層 |
| 関連気質 | スチューデント・アパシー 退却傾向と無気力 | 執着気質 メランコリー性格 |
| 病前性格 | 自己自身への愛着(役割抜き) 規範に対してストレスであると抵抗する 秩序への否定感情と漠然とした万能感 元々仕事熱心ではない | 社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心 |
| 気分反応性 | 強い(遊びはできるが、仕事はできない) | 弱い(遊びも仕事も何もできない) |
| 症候学的特徴 | 不安全感と倦怠 回避と他罰的感情(他者への非難) 衝動的な自傷、一方で軽やかな自殺企図 | 焦燥と抑制 疲弊と罪悪感(申し訳なさを表明) 完遂しかねない「熟慮した」自殺企図 |
| 薬物への反応 | 多くは部分的効果(病み終えない) | 多くは良好(病み終える) |
| 認知と行動特性 | どこまでが「生き方」で、どこからが「症状経過」か不分明 | 疾病による行動変化が明らか |
| 予後と環境変化 | 休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善することがある | 休養と服薬で全般に軽快しやすい 場・環境の変化は |

樽味伸、神庭重信「うつ病の社会文化的試論……」一部改変 日本社会精神医学会誌 13:129-136、2005

表 2 笠原嘉「精神病と神経症」みすず書房より(注2)

| 項目 類型 | 病 像 | 亜 型 | 病前性格 | 発病状況 | 治療への反応 |
|----------|--|--|---------------------------------|--|---|
| I 型 | 精神症状と身体症状の双方を具備する典型的うつ病像。しばしばその症状は網羅的で、かつ多くの例において画一的である | I-1: 単相うつ病、しばしば軽症 I-2: 軽躁(あるいはうつ)の混入 I-3: 持続的葛藤の二次的な露呈 I-4: 非定型精神病像の混入 | メランコリー親和型性格(テレンバッハ)、執着性格(下田、平沢) | 特有の状況変化頻度高い(転勤、昇任、家族成員の移動、身体疾患への罹患、負担の急激な増加ないし軽減、出産、居住地の移動と改変、愛着する事物あるいは財産の喪失など) | 治療意欲高い 抗うつ剤によく反応、ときにニューロレプチカの併用を要す。 精神療法は支持的療法で十分 |
| II 型 | I型に準じるが、個別症状をI型ほど網羅的にもたず、画一性にもとほしい | II-1: 躁とうつの規則的反復 II-2: 主としてうつ病相のみの反復 II-3: 主として躁病相のみの反復 II-4: 非定型精神病像の混入 躁うつ混合状態あり | 循環性格(クレチマー) | I型ほど明白でない場合が多い、生物学的条件の関与と少なくない(季節、月経、出産等) | 抗うつ剤への反応はIほどよくない |
| III 型 | I型のように一連の症状を完備せず。ときに依存性、誇大性大。その他の神経症状併存。自責傾向は少ない。他責傾向あり。 | III-1: 神経症レベルに止まるもの III-2: 一過的に精神病レベルにおちこむもの | 未熟 秩序愛ならびに他者への配慮性少なし | 過大な負担、性格的弱点にふれるような困難、対人葛藤、成熟危機 | 抗うつ剤ほとんど無効。本格的な精神療法を要す |
| IV 型 | うつ病像の非典型性、アクティグ・アウト、自己アイデンティティ拡散、無気力がめだつ。躁病相もありうる。ただし、躁もうつも病相の長さは短い。(いわゆる境界例にあたるものが多い) | IV-1: うつ病像のみ IV-2: 躁病像を併せもつもの | 分裂質 | 個別化の危機(恋愛、性愛体験、宗教的体験、孤立、自立、旅行、受験等) | 抗うつによる根本的改善なし。精神療法もしばしば困難 |
| V 型 | 悲壮体験への反応としてのうつ状態 | V-1: 正常悲壮反応 V-2: 異常悲壮反応 V-3: 精神病レベルの症状の混入 | 特徴なし | 悲壮体験 | 抗うつ剤無効 |
| VI 型 | その他のうつ状態。症状の非典型性、多様性。多種の症状の依存 | VI-1: 明白な身体的基盤をもつたうつ状態(症候性、医薬原性など) VI-2: 老年性変化が基盤に推定されるもの VI-3: 若年のうつ状態 VI-4: その他 | | 「病前性格-発病状況-病像-経過」をセットと | |

道具・分析概念であって、実際の病態は明確に区別できるものではないということ。 「旧型うつ」と考えられるケースでも「新型うつ」と考えられるケースでも、あるがままの病態（病気それ自体）には両者の要素がさまざまな割合でミックスされています。「新型うつ」の要素が強い「旧型うつ」の要素が強いこと、程度差に過ぎないことが多く、「新型うつ」と「旧型うつ」の違いは自我を形成する際の背景となった家庭や日本の文化の差に過ぎないことが多いのです。「旧型うつ」の社員でも1980年代以降に生まれていれば「新型うつ」の要素が多くなり、「旧型うつ」の人でも1960年以前に生まれていれば、「旧型うつ」の要素が多くなると思います。

現実の「うつ」は両者のミックスであり、「新型うつ」「旧型うつ」というように明確に区別できるのは「分析概念」としてだけであることを忘れてはいけません。このように育った文化によって症状の現れ方に違いが出てくるのであれば、新型うつがこれ程はびこる現代の日本社会には子どもの心を育てる文化に根本的な欠陥があるような気がしてなりません。

注2
笠原薫、「うつ病と神経症」…みすず書房

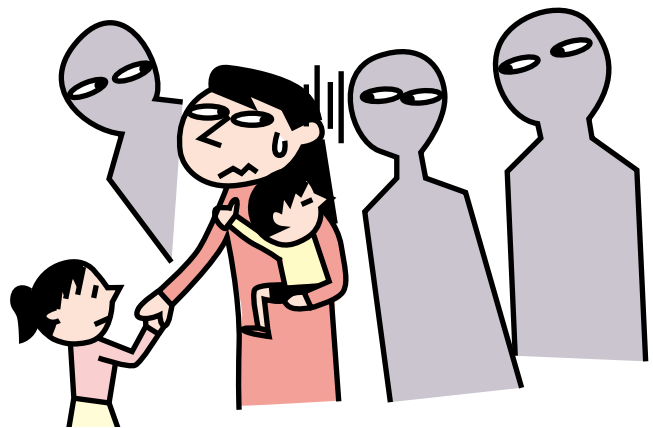
注3
うつ病と病前性格には関連がないという論文もありますが、DSM-4によるうつ病概念の拡散を考えていないことが原因だと思えます。最近「神経質」と関連があるという論文がありますが、納得できるものです (Personality and Major Depression-A Swedish Longitudinal, Population-Based Twin Study, JAMA Psychiatry, October 1, 2006, Vol63, No10, Kenneth S Kendler et al)。

3 大人になる 過程のなかで過ごす 文化の役割

人間が人間になるためには文化によって調教されることが必要で、それが無いと人間はとんでもない化け物になってしまいます。人間は育った文化を取り込んで性格として内面化していきます。「新型うつ」にして「旧型うつ」にして、「うつ」になる人は自我形成の際の背景となった家庭や日本の文化に過剰に一体化し、過剰適応してしまつて柔軟性に欠けるのが特徴です。場の雰囲気非常に敏感であったり、気が小さく周囲の目を極端に気にしたり、場の雰囲気を自分の中に取り込み、それに過剰に一体化しやすい傾向にあると思えます。夜7時以降の就労が禁止さ

れているにもかかわらず、忙しい職場にいてもどうしても夜遅くまで働いてしまつて翌日から出社できなくなり、自ら墓穴を掘つてしまうように見える社員も多いのです。

「菊と刀」(注4) という名著があります。第二次世界大戦中にアメリカ在住の日本人移民にヒアリングを重ねて書かれた本で、その中に「罪の文化と恥の文化」というテーマがあります。「罪の文化」というのはキリスト教の原罪という観念に象徴されるように唯一絶対神を信じる一神教の社会で見られるもので、唯一絶対神との関係で罪というのは決まってきます(注5)。それに対して「恥の文化」というのは日本社会で普通に見られるものです。恥という観念の背後には唯一絶対神を意識するのではなく、常に人の目(世間の目)を意識した文化があると思えます。世間というものが日本においては西欧におけるキリスト教の役割を担っており、生活や行動の規範の中心にあつたと思えます。赤ん坊として生まれ大人へと成長して行く過程で的人格形成において、育った文化の影響を強く受けるというのは当然のことといえます。敗戦前の日本文化の中で人格形成をした人やその子供たちに共通するのは「世間(他人)に迷惑を掛けるな」と「死ぬ気で頑張れ」という二本柱でした。こういう規範が支配的な文化の中で育つと、気分



障害を患ったときには「メランコリー親和型うつ病」として現れるのが当然といえます。以前の日本ではメランコリー親和型うつ病が支配的であつたにもかかわらず、最近では「新型うつ」が多く見られ、メランコリー親和型うつ病がシラカンスのような絶滅危惧種のように言われるのも、大人になる過程での育った文化の違いが大きいと思います。敗戦という社会の大激震を経て、戦前の日本社会を支えていた規範や道徳は良いものも悪いものも全てひっくり返るめて否定されたのが戦後の日本社会だと思えます。否定の中心になつたのは、

多感な青年期に社会の劇変を経験した人やその子供たちです。主観的にはどうであれ、結果として近隣諸国にも迷惑をかけ、310万人もの日本人が命を落としその挙句に残された荒廃した国土、インパール大作戦に典型的に見られるような無謀な作戦で武器も食料もなく徒に命を落としていった兵士たちの無念さを思うと、戦後になって戦前の日本文化が全否定されてしまったのも仕方ないのかもしれない。敗戦という形で日本文化の持つ欠点明らかに、「自由な個人」という言葉に象徴されるような、自分らしさや個人を尊重する文化（自分へのこだわりを重んじる文化）への憧れが市民権を得たのが戦後社会です。「自由な個人」というものには大きな魅力を感じますが、それを生み出した西欧社会には2000年にも亘るキリスト教の伝統があり、日本人からみれば窮屈きわまりない唯一神との契約の中から生まれきた「自由な個人」でもあるのです。そうした伝統を持たない日本社会において、その負の側面が顕在化したのが、「新型うつ」や「ひきこもり」がはびこっている今の日本社会です。「新型うつ」にしろ「ひきこもり」にしろ、本来ならば元気に働いて老人や子供を支えないといけない人たちが、社会や家庭に支えられないと生きていけないというのは明らかに異常であり、会社に



おける「新型うつ」と家庭における「ひきこもり」は同根の現象と思います。高塚雄介の「ひきこもる若者たちの心理」によれば【①自己存在に対するこだわり、②自分を押し込めたい自信の無さ、③他者との争い・対立を避けたい心理】の三つが重なり、「ひきこもり」へと繋がる心的状態もたらされるとのことです（注6）。こうした心理をもった青年が仕事において結果責任を負うという、社会人としての出立に際して変調をきたしたのが「新型うつ」と思います。まさに「日本を揺るがす人材の危機」（注7）なのです。

注4 「菊と刀」、ルース・ベネディクト、講談社学術文庫

注5 一神教の世界においていかに神が中心的役割を果たしているかの例として岸田秀が指摘している例が含蓄に富むと思います。結婚式を挙げるとき日本人はお互いに結婚相手に対して永遠の愛を誓うというのが自然に感じると思いますが、教会での結婚式では結婚相手に永遠の愛を誓うのではなく、あくまでも神に対して永遠の愛を誓うという指摘です。

注6 ひきこもる若者たちの心理
東京都「若者の自立支援に関する実態調査」から見えてきたもの
こころの健康だより2008年10月号
No. 93 明星大学教授高塚雄介より抜粋

調査から見えてきた「ひきこもる」若者たちの心的世界

「ひきこもり」がもたらされる要因はさまざまであり……ただ、きっかけは何であれ、その後形成されてくる心のひきこみはいったいどのようなものであるか……今回の調査から浮かび上がってきたものは「心理的ひきこもり」と呼ぶべき存在です。どのような心理状態にあるかという、内的矛盾を抱えたまま、葛藤回避的な世界にしがみつこうとしている若者たちです。では、どのような葛藤から回避しようとしているのでしょうか。

注7 自己存在に対するこだわり
「自分へのこだわりの強さ」です。時

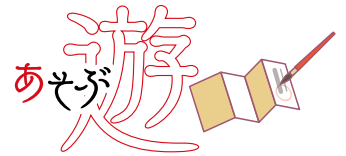
にそれはプライドとなって、他者との違いを誇示しようとする意識や行動を創り出しますが、なかなか表面化しません。

注2 自分を押し込めたい自信のなさ
そうしたこだわりやプライドを有しながら、それを前面に押し出していくだけの自信は持っていません。人前にそれをさらけ出すことへの怖れや不安が常につきまとっています。それだけに人に近づくことを恐れており、他者との親密な関係を作ることには抵抗を感じています。

注3 他者との争い・対立を避けたい心理
「人と争う」ことを避けようとする意識傾向の存在です。これは、今日における若者たちに共通する意識傾向でもあります。

この三つの心理状態が重なる時、身動きが取れなくなり、「ひきこもり」へとつながる心的状態がもたらされると考えられる。「自己実現」であるとか「自己肯定感」という言葉に象徴される、自分へのこだわりを重視する近代的自我（一神教的自我）と他者との調和を気にする古典的自我（世間で支える自我）とが内面において共存している（明朝は辻による追加改変）。

注7 「日本を揺るがす人材の危機」（職場を襲う新型うつ、NHK取材班「編者」、2013年4月15日、株式会社文藝春秋）



御朱印集め

最近、とくに女性の間で
静かなブームとなっているのが
「御朱印集め」です。

「御朱印集め」とは？

歴史ブームの流れか、お城や刀剣などさまざまなテーマに熱中する人が増えてきました。そんななか、最近、とくに女性を中心に人気を集めているのが御朱印集めです。

御朱印とは、神社・仏閣にお参りした際にいただくもので、墨や朱墨で寺社やご本尊のお名前や姿、参拝の日付が押印されたり、筆で書かれたりしています。もともとはお寺に写経した経を納めた人がその証としていただくものだったといわれますが、時代とともに（一説には江戸時代後期より）霊場巡りなどの際の参拝の記念にいただいて帰るようになったのだといえます。



御朱印帳

御朱印をいただくための帳面が、「御朱印帳」です。寺社により、また参拝時期などの関係で混雑している場合などは用意された和紙に書いていただくこともあります。基本的に御朱印は持参した御朱印帳に書いていただきます。

御朱印帳に規格はありません。大きさは文庫本程度からA5判、B5判くらいまで、綴じ方はジャバラ式のものともひもで綴じた和製本ものがあります。最近は御朱印帳として販売されており、自分なりに使いやすいものを選ぶので結構ですが、墨が乗りにくい洋紙は不向き、また通常のノートやスケッチブックなどを出したりするのは失礼に当たります。

人により、お寺と神社で御朱印帳を分ける場合がありますが、これは必須の決まりごとというわけではありません。整理のために便利な方はとりいれてもよいでしょう。ただし寺社により一部では、他宗派の御朱印の書かれた御朱印帳には御朱印をいただけなかったり、文言が簡略化される例もありますので、そうした場合はその寺社で御朱印帳を購入させていただいたりするのが無難です。



「楽しさ」のポイント

本来は、訪れた霊場や七福神巡りの思い出などを呼び起こすきっかけとなるのが御朱印でしたが、ご住職やご神職・氏子の方が墨や朱墨でしたためる御朱印には、独特の美しさがあります。それ自体を鑑賞するにあたっては、**達者な手跡、梵字や旧字体の形の妙、縁の動植物が描かれたものもあったり、その寺社だけの唯一無二の魅力が**まつまっています。

また御朱印に書かれた文字や言葉、またはその意味などを讀んだり理解できるようにしたりすると、ものを集める楽しみに加えてあなたの御朱印集めはさらに意義深いものとなるはずですよ。

御朱印、御朱印集めは日本固有のものといわれますが、最近では日本を訪れた外国の人が御朱印を求める例も少なくありません。



「マナー」を守って

お寺や神社は信仰の場で、御朱印は駅や観光地の記念スタンプではありません。**基本的には礼と敬意を守ってお願いすればよいのですが、初めて御朱印をいただく方は以下のようなことに注意しましょう。**

必ず参拝した後に

書いていただくのに時間が必要なため、参拝者の多い寺社では参拝前に御朱印帳を預かるところもありますが、御朱印は参拝の証ですので、基本は参拝後にお願ひしましょう。もちろん電話や郵便でお願ひしたりするのは論外です。

礼と節度

お願ひの際・いただいた後は、寺社への礼儀を忘れずに（かぶったままの帽子や背負ったリュックなどは失礼にあたります）。極端な話では、お願ひの口上やお礼の言葉すら忘れる方がいるといえます。書いていただいている間は、話しかけて気を散らさないように配慮し、飲食、携帯電話の操作、撮影なども無礼です。

寸志

多くの寺社では御朱印の記帳に300〜500円程度の寸志をお願ひし、寺社の保存費用などにあてられています。また大きな釣り銭のないように小銭を準備したうえでお願ひする心遣いも大切ですよ。

時期や時間帯

御朱印を書いていただくには、時間がかかります。参拝者の多い時期、参拝時間ギリギリのお願ひなどは自重しましょう。寺社により拝観時間よりも早めに受付を終了する場合もあるので、時間には余裕をもって。またご住職・ご神職がご多忙の際などは、**時期・時間をうかがって出なおしてください。**

保管は大切に

御朱印は御札や御守に準じる意味を持ち、年配の方などは神棚において保管したりします。粗末に扱うのは厳禁です。

お願ひする場所は

お寺や神社を問わず、御朱印は「御朱印受付」の札を出しているところも

多いようです。御守や御札、おみくじをいただく場やその周辺を探してみましよう。お寺の場合は今も納経所でいただける例もありますが、これらが見当たらない場合は、寺務所や社務所でおたずねしてください。



参拝のしかた

初詣の際にも気になるお参りのしかたですが、基本的には「礼」の問題です。以下は標準的なしかたです。

神社の場合

鳥居をくぐる際はまず一礼。鳥居をくぐった先の参道では、道の真ん中は神様（ないはその「気」）の通るところとなります。端を歩くようにしましょう。参拝の前には手水で手と口を清め、穢れを祓ってください。拝殿では、賽銭を納めて鈴を鳴らし（ちなみにお賽銭は投げるのは、本来は失礼にあたります）、二拝二拍手。お参りを終えたら一礼を（二礼二拍手一礼）。

お寺の場合

やはりまずは山門で一礼。手水で清めたら、本堂で賽銭を納めて合掌。神社のように拍手ではなく、静かに手を合わせる合掌ですので、パチンパチンと音高く打ち鳴らさないようにご注意を。

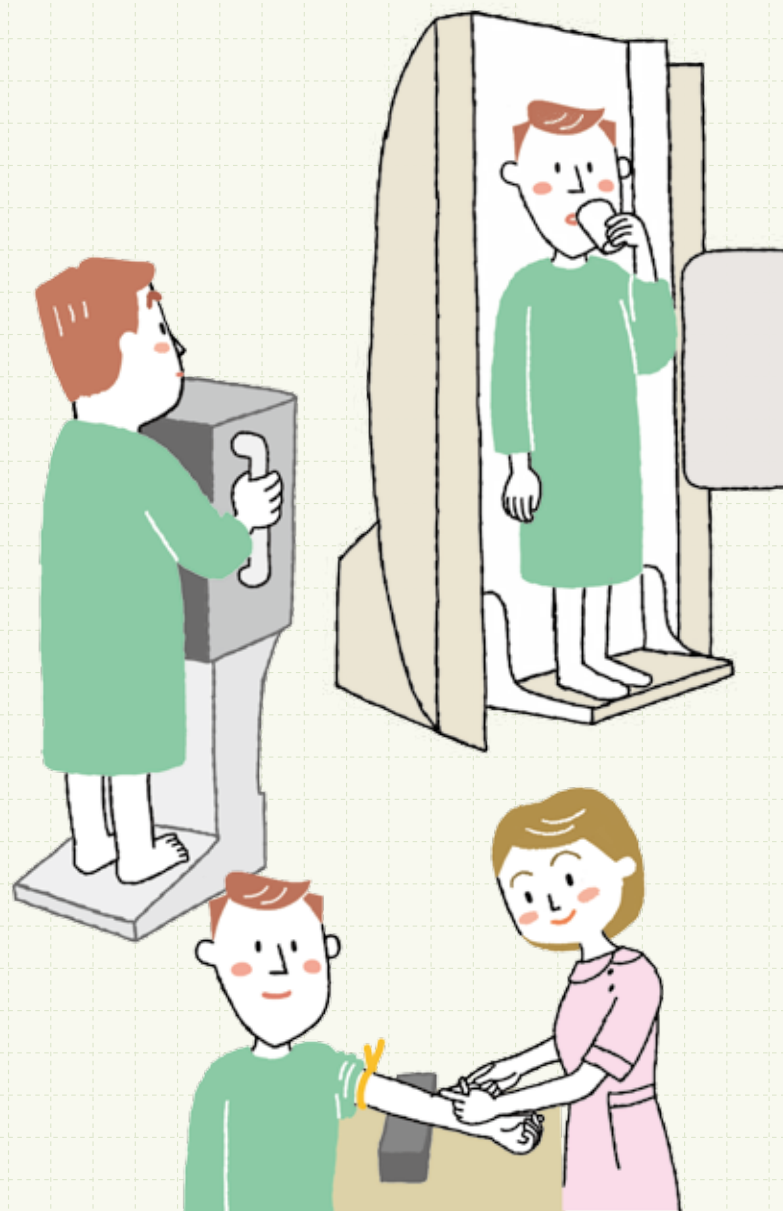
★**寺社・宗派によりお参りのしかたは異なります。たとえば出雲大社などは二礼四拍手一礼、またお寺によっては両手の指を組む合掌もあります。**

「健診の進化」

とは？

健診の進路

— 自治医科大学 地域医療学 教授 小谷 和彦



健診（あるいは時に検診）を巡る現況について話を進めてきました。現在の総合健診の有効性を証明する難しさや、その有効性を高めるために生活習慣改善を促す仕組みとセットにする必要性に触れました。個別にカスタマイズする任意式健診のような展開にも触れました。そして、健診についてはさらに議論を大いに深める段階にあるということもお伝えしてきました。

今回はシリーズの最終稿として、健診のあり方やその結果の活かし方に関する情報や考えを提供させて頂きたいと思えます。



自治医科大学
地域医療学 教授
小谷 和彦（こたにかずひこ）

Profile

略歴

1992年 自治医科大学医学部 卒業 地域医療に従事
2008年 自治医科大学 公衆衛生学（兼）医学部臨床検査医学
2012年 米国 NIH（National Institutes of Health）脂質部門 留学
2015年 自治医科大学 地域医療学 教授
同 公衆衛生学（兼）医学部臨床検査医学 兼任教授

その他

2005年～ 国立京都医療センター予防医学研究室 客員室長
2010年～ Touro大学 California 校酸化・糖化疾患研究部客員教授

専門領域

予防医学、健康教育学、地域医療学、脂質代謝検査学、動脈硬化学

健診のあり方

健診のコンセプトや内容の革新については、依然として検討したいところです。ちょうど最近、この点に関する議論が、海外においてもありました(文献1と2)。健診自体あるいはその効果についての批判はあるとして、これに任せて健診を中止してしまうと社会全体の健康保持・増進に対する契機や気運を失いかねないという見方があります。健診という存在が社会に根づいていることが一因です。また、健診は、**プライマリケア医との関係**を作る機会であり、対話を重ねることであらゆる健康問題を相談するための場に発展しえます。このような付随した価値が発生する効果は見逃せないという見方もあります。

海外の議論では、こうした見方に基づき、健診がうまい仕掛けとなるような再構築への提言がなされています。例えば、受診者の健康問題はITのような現代のテクノロジを用いて把握し、またコメディカルとのチーム化でサービスを分業して重厚にし、プライマリケア医との個別対話を十分に確保する方向性が挙げられていました。そして、健診は受診者個々の心身に関する総評をしたり健康観を形成したりする場であるべきとつづられています。

私も、健診はプライマリケアに接触する好機だと思えます。医療面接(問診)の際に医

療従事者と意見交換をしたり、生活習慣の意義や検査の結果を学習したりすることで幅広く総合的な医療情報を勉強することができま

す。医療は、専門家と受診者の双方が持っている知識に差があつて、いわば情報の非対称性という状況のなかで行われています。これが、しばしば、実地で不具合をきたしています。例えば、さらに詳しい検査の実施や薬の服用を決定する場面では専門家と受診者間での情報の共有が求められるのですが、情報の非対称性によって受診者の自己決定が困難になることもありま

す。健康な、あるいは未病の時期から心身に関心を高め、さまざまな医療情報を勉強することは、こうした状況の是正に貢献すると思われま



健診結果の社会的活用

昨今の健診では、個別にカスタマイズして各受診者の健康問題にさらに接近することが指向されています。健診結果も個人のものとして活用する工夫が一層なされるようになっていきます。これに加え、健診のあり方に関連して、健診結果を社会的資源として集団で活用することについても採り上げたいと思います。

現代社会におけるヘルスケア体制では、限られた資源を有効に利用し、自助(個人が主体的に行う)とともに、共助や公助(地域や公的組織と協力して行う)を組み合わせる重要性が認識されてきました。そして、個人に焦点化することに加えて、集団、地域あるいは職域にアプローチする予防医学の展開が、最近、注目されています。

疾病の危険因子を持つている集団の中で危険度の高い者に対して働きかけて病気を予防する方法を**ハイリスクアプローチ**と呼び、集団全体や環境に対して働きかける方法を**ポピュレーションアプローチ**と呼びます。実は、生活習慣は、家族や同僚、そして住んだり働いたりしている環境といった周囲から影響を受けています。その影響度は案外に大きいことが知られるようになり、ポピュレーションアプローチの重要性が謳われるようになってきました。

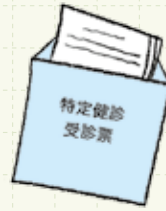
図1 ポピュレーションアプローチ (例)



タバコ自販機撤廃条例の制定



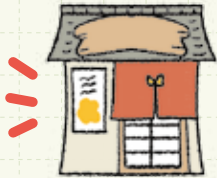
栄養成分表示化条例の制定



健診受診費助成



健診地区宣言



健康推進飲食店の店頭掲示



ウォーキング道路の整備



運動公園の造設



健康指標記録媒体の
地区内設置

特定健康診査・保健指導で生活習慣改善が特に必要な個人を抽出して重点的に保健指導を実施するのは、ハイリスクアプローチと言えます。他方で、特定保健指導の対象に該当しなくても生活習慣病の危険性が潜んでいる人は少なからずいます。集団全体の危険度の低減を図り、「向健康社会」を目指すには、こうした人も含めてのアプローチを考えていくほうがスマートです。そこで、例えば、生活習慣、特に運動習慣を獲得したり継続したりするためにウォーキングしやすい道路や公園を整備したり、運動の健康効果を広く情報提供する住民組織が啓発活動をしたりするのはポピュレーションアプローチ（共助や公助に相当）と言えます。ポピュレーションアプローチのいくつかの例を図1に示します（文献3）。

地域や職域での健診（含生活習慣）の結果を（個人情報保護に配慮した上で）全体の結果としてまとめて、集団の傾向として開示してフィードバックしたり、集団教室を実施したりすることはもつと実現していいと考えられます。実際には、特定健診結果の全国的なデータ活用も進んできていますが、卑近なところで考えてみましょう。ある集団において比較的特異な結果が見られた場合に、この情報をその集団で共有するとします。これによって、いわばご当地健診が立案されたり、集団の向健康意識が高まって何らかのアクションが起これば、延いてはその集団に属する一人ひとりの健康度も向上してくるといった流れに繋がっていく可能性があります。

おわりに

健診の実施に留まらず、そのコンセプトや中身、すなわちあり方についての話題の一端を提示しました。また、健診を単なる個人のものとせず、社会的活用をもパッケージとする考えも提示しました。とまれ、健診は社会的存在として進化を迫られています。

「The 健診」、その進路は？

——皆でさらなる模索を続けて参りましょう。

文献

1. Mehrotra A, Prochazka A. Improving Value in Health Care—Against the Annual Physical. *N Engl J Med.* 2015;373:1485-7.
2. Goroll AH. Toward Trusting Therapeutic Relationships—In Favor of the Annual Physical. *N Engl J Med.* 2015;373:1487-9.
3. 小谷和彦. 参加者の心と体を動かす健康教室の実践. 2009年、羊土社（東京）刊.

プライバシーマークの認証が 更新されました

当財団では、健診データを初めとする「個人情報の保護」に最善の努力を図っています。その一環として2013年にプライバシーマークを取得。今回その更新が行われ、個人情報が厳重に守られている施設としてあらためて認証を受けました。安全で安心して受けられる健診機関の一つの条件といえます。

「プライバシーマーク」とは……

個人情報保護法は2005年4月1日に全面施行された法律で、インターネットの発達した高度な情報社会のなかで、個人情報の有効活用とその保護を目的としています。個人情報を取り扱う事業者（個人情報取扱事業者）はこの法律に適合し、個人情報保護の体制を確立することが求められます。

こうした個人情報保護に関し、経済産業省の外郭団体・日本情報経済社会推進協会（JIPDEC）が行う認証制度が「プライバシーマーク」です。個人情報保護のマネジメントシステムが構築されているか、適切なシステムを維持しているか、PDCAサイクルが正しく運用されているか、書類と現地監査により厳重に審査され、基準を明確に満たさなければ認証されません。現在、全国14,000社以上がその認証を取得しています（平成27年12月現在）。

当財団は2013年に 認証取得

健診機関は個人の健康情報という機微な情報を扱うこともあり、受診者や医療保険者が安全で有効に健診データ等を活用するには、適切な個人情報の取り扱いが不可欠です。当財団では2013年4月にプライバシーマークを取得しました。

プライバシーマークは一度取得すれば終わりではなく、2年に1回、再審査を受け更新しなければなりません。この更新審査は、技術の進歩や個人情報をめぐる社会環境の変化に応じて改定された最新のJIS Q 15001に則って行われます。今回、当財団は更新を受けたことで、個人情報保護に適切に取り組んでいる施設としてあらためて認証いただくことになりました。

PDCAサイクル

プライバシーマークは単なるインターネットのセキュリティ対策の認証ではなく、個人情報保護のマネジメントシステムが構築され、日常的に運用されているかが確認されます。

そのためには、Plan（計画）、Do（運用）、Check（監査）、Act（見直し）のPDCAサイクルが正しく回っている必要があります。PDCAサイクルは段階的の向上を目指すものであり、審査員は前回の審査より厳しくチェック、不具合を指摘し、さらなる改善を求めてきます。したがって前回のまま同じことをしていれば今回も合格するというわけにはいかず、継続的に改善に取り組み、その成果を見せなければなりません。

