

【研究ノート】

森林療法から考察する補完・代替療法としての健康文化

林 美 枝 子

はじめに

健康文化とは健康を相対的な視点で包括的に捉えるということであるが、健康をそのように文化的な側面からも捉える動きは 1961 年にアメリカの公衆衛生学者 Dunn が WHO の保健憲章前文を発展的に解釈し Wellness という概念を提唱したときからはじまったものである。彼はその著書 High-Level Wellness で、健康を社会環境や自然環境、人生観や個人の生きがいなどからも規定されるものであることを説いた。その後、アメリカではウェルネス運動が盛んになり、健康の多様性を明らかにする健康科学の研究も多くの国で行なわれるようになる。

時期を同じくして応用人類学として成立しつつあった医療人類学から報告された健康観や病観に関する異民族事例が、近代西欧の医療パラダイムであったバイオメディカル・モデル¹ 一辺倒の援助姿勢に疑問を投げかけるようになる。国際公衆衛生や海外への医療協力の現場では、必ずしもこれが有効な戦略ではないことが理解され、相対的な指標を健康や医療の根拠にする流れが加速した。

健康と不健康を不連続な二元論でとらえる視点から、連続したものとしてとらえる、まさにパラダイム・シフトが起こり、生物医学的な要因だけで健康や疾病を定義するのではなく、ライフスタイルや社会環境、個人の満足度なども健康を定義する要因となっていく。

また、1978 年、WHO がカザフスタン共和国のアルマアタで宣言した公衆衛生に関する保健の理念と施策の特徴の一つは、住民側の自助努力が明言されたことである。1981 年には「全ての人々に健康を」というスローガンが採択されたが、近現代医療資源の絶対的な不足は明らかで、結局はこの宣言は既にある伝統的医療資源の再評価や自助的健康への期待へと大きく変化することになる。しかも 1998 年には WHO の審議委員会は新しい健康の定義として身体的 (physical)、心理的 (psychological)、社会的 (social)、に加え、霊性的 (spiritual) に良好な状態をも意味するとした画期的な変更を決議し、1999 年の総会に諮っている。

実は 1990 年代は疾病構造の変化に伴って近現代西洋医学の限界の一端が、発展途上の異文化社会に対する医療援助の現場だけではなく、ごく一般的な人々の治療戦略の場にも押し寄せた時期であった。通常医療を補完したり、代替したりする様々な療法の利用が、医療先進諸国を中心に爆発的に普及したのである。通常医療の相対化は、健康観の変化をもたらし、21 世紀に向けた新たな健康文化の創造が希求されるようになったといえよう。

本研究ではそうした健康文化の創造の一つとして身近な森林療法を対象としているが、具体的には林野庁が 2004 年以降、その確立と普及を推進している「森林セラピー」の推進事業にかかわる事例から主たる考察を行っている。つまり本論文ではまだ定義が定まらない森林療法を「森林資源の健康資源化による健康文化の創造」と捉えているが、「森林セラピー」は「医学的なエビデンス (証拠) に裏付けられた森林浴効果」(NPO 法人森林セラピーソサイエティ 2009;6) という明確な定義が既になされ、この定義を行った森林セラピーソサイエティにより商標登録もなされている単語である。本研究では、より身近な森林における簡易プログラムの模索やその実施が地域社会の健康文化に与える影響、及び健康文化の変容、健康観の変

化の可能性を医療人類学的な相対的視点で理解する研究を進めているため、あえて森林療法という単語を使用している。ただし英語圏には森林療法にあたる療法がないため、これを英語表記すると何れもForest Therapyとなり、混乱を招くかもしれない。筆者も執筆著の一人である『森林医学』へのカスタマーレビューには、本書の執筆者達が、ある者は「森林療法」、またある者は「森林セラピー」と述べていることへの一貫性のなさが指摘されていた²。森林療法や「森林セラピー」の研究は、これらの単語に言及する度に定義を明らかにしなければならないほど、研究が始まったばかりの分野であることが理解できよう。

本論考における森林療法の定義の背景は、現在では医療人類学の研究領域の一部となっている、1990年代からの補完・代替療法（Complementary Alternative Medicine 通称CAM）の世界的な利用率の高まりにある。以下の論考では、まずそうした補完・代替療法を文脈とした森林療法の位置づけを説明し、この試みの何が日本初の新たな健康文化の創造を意味することになるのか、さらには、森林療法や「森林セラピー」への取り組み事例を通して、今後の健康観の変化に対する森林療法の研究の可能性を示唆する。

1. 補完・代替療法の定義と森林療法の背景

1-1 補完・代替療法と日本の現状

補完・代替療法とは、通常医療とされている現代西洋医学を補完、あるいは代替する療法の総称である。Eisenbergらは1993年、補完・代替療法を医学系大学で教えられておらず、病院で一般的に実施されてもいない療法である、と定義した。具体的には各国・各地域の多様な伝統医療やREIKI³、カイロプラクティック等の近代に登場した比較的新しい療法、あるいはオーバー・ザ・カウンターと呼ばれるビタミンやミネラル等の薬店での購入など、あらゆる治療的資源を包括的に総称したものである。当該社会に端を発するものではない療法や、臨床的効果を明らかにすることが容易ではないもの、制度や資格とは無関係の自己治療までがそこには含まれており、その分類や整理は容易ではない。実はこれらの種々雑多な療法が補完・代替する通常医療自体が、国や地域によって少なからず異なっており、補完・代替療法はまさに国や地域毎に個別具体的な整理・分類が必要であると思われる。

補完・代替療法の先行研究に関しては、既に筆者ら（2006）によって先述した『森林医学』第一部においてレビューが行われているため、以下ではその内容を簡単にまとめてみよう。

1993年以降、欧米では補完・代替療法の利用が急激に盛んになり、多くの論文が執筆されてきた。大半は臨床研究であるが、利用率に関する社会医学的な研究も多い。例えばKesslerら（2001）によるとアメリカ人の約68%は何らかの代替療法の利用者であり、Fisherら（1994）によると欧州では各国民の20%から50%が、MacLennanら（1996）の調査ではオーストラリア人の約49%が利用者であった。日本では、Yamashitaら（2002）の調査から対象者の76%が何らかの代替療法を利用していた。つまり先行研究からは先進諸国の中で最も補完・代替療法を利用する割合が高い国は日本ということになる。

現代西洋医学が普及していない国や地域では、現在に至るまで伝統医療や民間薬、自己治療によって自らの健康を管理しており、1990年代からの補完・代替療法の利用率の高まりは、むしろ現代西洋医学が普及している国や地域における伝統的な医療資源の処方復活や健康ビジネスの市場拡大によるものであった。筆者はこうした処方復活について、その理由の一つとして疾病構造の変化を挙げ、沖縄での事例をいくつか報告してきた（林 2005、2007；林ら

2004)。

前述したように利用率を明らかにした諸研究からは、日本は他の医療先進諸国と比較して補完・代替療法の一般利用が盛んであることが理解できるが、その理由の一つは、補完・代替療法の歴史的経緯にある。例えば鍼灸などは、8世紀の大宝律令では国営医療とされ、その後民間療法化して、現在では法的に公的な医療類似行為となり健康保険の適用も受けている。漢方も同様の歴史的経緯を背景に、Watanabeら(2001)の京都府医師会の調査では、医師の約96%が自らの病院で処方し、多くはその効果を信じていた。暮らしに深く浸透してきたこれら日本における法的に公的な医療類似行為や国民健康保険が適用される補完・代替療法の利用実態の研究は、補完・代替療法の法的位置づけや保険適用に取り組もうとしている国や地域からは、まさにその研究成果の発信が待たれている研究課題である。

一方、現在日本では、法的に公的ではない医療類似行為の受診や、その関連商品の購入は患者が自己責任によって自律的に行なっている。補完・代替療法の中には無料、あるいは比較的安価に購入、または利用できる療法も多く、これらは補完・代替療法の多勢を占めている。2002年に筆者が行なった大都市郊外住宅(札幌市清田区)に居住する無作為抽出の中老年男女300人を対象とした健康に関する調査結果からは、補完・代替療法の利用は入院経験者の利用率だけではなく、入院経験のない者の利用率も極めて高いことがわかった(林2003)。医療保険における皆保険制度が整っていないアメリカでは、無保険者が多く医療費が高いため、補完・代替療法の利用率が高まっている理由が理解できるが、皆保険制度が整い、国際比較をすれば医療費の自己負担が安価で、しかも医療施設へのフリーアクセスという独自の制度に支えられている日本で、なぜ補完・代替療法の利用率が高いのかという問いに対する答えがこの研究からは明らかになった。多くの日本人が健康の増進や疾病・介護予防を目的として補完・代替療法を利用しているのである。補完・代替療法の研究が始動した頃、積極的にこの分野の研究成果を発表していた蒲原も、「患者だけではなく一般住民にとっての一次予防の役割が補完・代替療法には期待されている」と指摘していた(蒲原2002:197)。

「森林セラピー」について、その制度化、及び普及に力を尽くしてきた平野は「森林セラピーと森林医学が目指すところ」は、以上で述べた「補完代替療法の発展形の分野」であると明言している(平野ら2009:6)。では、なぜ平野は、補完・代替療法の「発展形」という言葉を「森林セラピー」に使用したのであろうか。

少なくともこれまでの補完・代替療法には森林療法や「森林セラピー」という単独の療法や名称は世界のどの地域にもなく、もちろん日本にもなかった。つまり森林療法は類似した伝統的医療資源はなく、体系だった知識や指導をする専門家もいない、全く新しい補完・代替療法ということになる。しかも森林療法の創造は自然発生的に始まったものでも、健康ビジネスによるしかけや商品として始まったものでもない。その誕生の特異性は、林野庁という国の行政機関の取り組みによるものという点にある。関連分野の専門家が森林に関する研究成果を持ち寄り、知識的基盤となる森林医学という新たな学問の体系化に挑むことができるのも、官主導のスタートであったことと無関係ではない。その成果は、いち早く先述した『森林医学』や『森林医学Ⅱ』としてまとめられている。

日本観光協会は『ヘルスツーリズムの推進に向けて』において、ヘルスツアーのタイプの一つに森林療法を挙げ、その目的を「健康増進」だけではなく、「診断・疾病予防」としている(日本観光協会2007)。プログラムに医療活動のメニューが盛り込まれているからである。ヘルスツーリズムについて、研究者である佐藤は「観光とは無縁であった医学や医療、あるい

は公的機関といった分野に新しい連携事業をもたらすことになる」と指摘している（佐藤 2010:7）。

健康文化としての森林療法の詳細が一般に共有化されるようになれば、身近な森林での個人的な実施も可能であるとは思われるが、林野庁が推進している「森林セラピー」はその定義からも分かるように医療的な効果の裏付けのもとに実施されることを意図し、既に北海道では通常の医療施設で高血圧の代替療法的な効果に関する研究も始まっている（住友ら 2006）。

平野の発展形が意味するところは、このように補完・代替療法が通常医学や観光等の経済活動とよりよく連携する可能性を意味しているのかもしれない。

1-2 森林療法の背景と位置づけ

WHO は 120 か国余りの世界の国や地域における伝統医療資源に関して、その法的立場をまとめているが（WHO 2001）、その中には「森林療法」、「森林セラピー」という名称は独立した一つの療法としてどの国からも紹介されていない。もちろん森林資源は、食材や建築材、香料あるいは水資源として他の補完・代替療法の多面的な健康資源であるが、森そのものが医療資源として捉えられているわけではない。

しかし森林を含む自然環境やその生態系を治療の一部として利用した療法は「自然療法」（Naturopathy）と呼ばれ、欧米では利用率の高い療法の一つである。「自然療法」とは「人の生命力を高めることで自然治癒力を引き出す療法」であり（イングリス 1971:287）、自然食品の食事、健康な生活習慣、健康の阻害要因とはならない住環境、自然な生態系に囲まれて暮らすことを、治療を目的として専門家の管理のもとで行う療法である。欧州における「自然療法」の歴史は古く、多くの分派が発生しているが、鉱泉の湧き出る森林地域の治療所で水治療と運動療法を中心に行う現在の自然療法となったのは 19 世紀の初めである。ドイツでは、自然療法と通常医学の連携が進み、現在では自然療法は医学部の必修科目であり、医師の国家試験の出題科目にもなっている。

伝統的な自然療法から新たに 19 世紀の後半にはクナイプ（Sebastian Kneipp）による煎じ薬入りの水療法が始まり、クナイプ療法として普及、現在に継承されている。その発祥の地である保養地について平野や上原がその著書で報告しているが、平野はそこを森林の理想郷であると表現している（平野 1996、上原 2005）。

クナイプの弟子の一人ルスト（Benedict Lust）はアメリカに渡り、アメリカの自然療法の創始者と称されるようになる。つまりドイツの伝統的自然療法をその源流の一つとするアメリカの自然療法は、アメリカ医師会による民間療法のための手引き書（アメリカ医師会編 2000）によると、診療所や温泉の療養所に患者を滞在させ、自然食や断食、ハーブやマッサージなどによって生命力を増幅させることで疾病からの自然回復をはかる療法を意味している。ドイツのように必ずしも森林資源を健康資源化しているわけではない。「森林散策」や「森林の空気浴」はその治療手段のごく一部となっている。しかも手引き書ではアメリカ自然療法士学会の会員の活動は合法的な医療活動であるが、その治療は非科学的なものも含まれているため、公式の認可状を与えるべきではないとする批判論文も紹介されている。

日本では自然療法という言葉はあまり聞かないが、湯治や滞在型の山寺での断食や瞑想などは欧米の自然療法のメニューの一部に近似した内容であることがわかる。アメリカのように自然療法士の指導の下で、そのために設けられた施設に滞在することや、ドイツのように資格を有した医師の管理のもと保険適用を受けて全国規模の保養が実施されているわけではないが、症状の軽減や自己治癒力の増進、健康への自己啓発のために自然環境を利用する文化はささや

かではあるがかつての日本にもあったといえよう。

しかし、例えば近年、温泉浴が日本ではブームとなったが、その目的から伝統的な湯治は退き、美容効果やストレス解消を目的としたものへと変容している。ほとんどがショートステイのプログラムで、医療施設との連携を謳うものはあまり聞かれない。利用者は、多くはコマースリズムに喚起された消費者であり、健康あるいは観光ビジネスの商品購入の一環として温泉に出向く。かつての湯治場の復活も、医療資源としての再生というより、観光資源としての再生と捉えることができよう。つまり少なくとも現在組織的に取り組まれている「森林セラピー」は、こうした日本型の自然環境を利用した伝統的な療法からは具体的に何らかの知識や方法論を継承したものではないといえる。

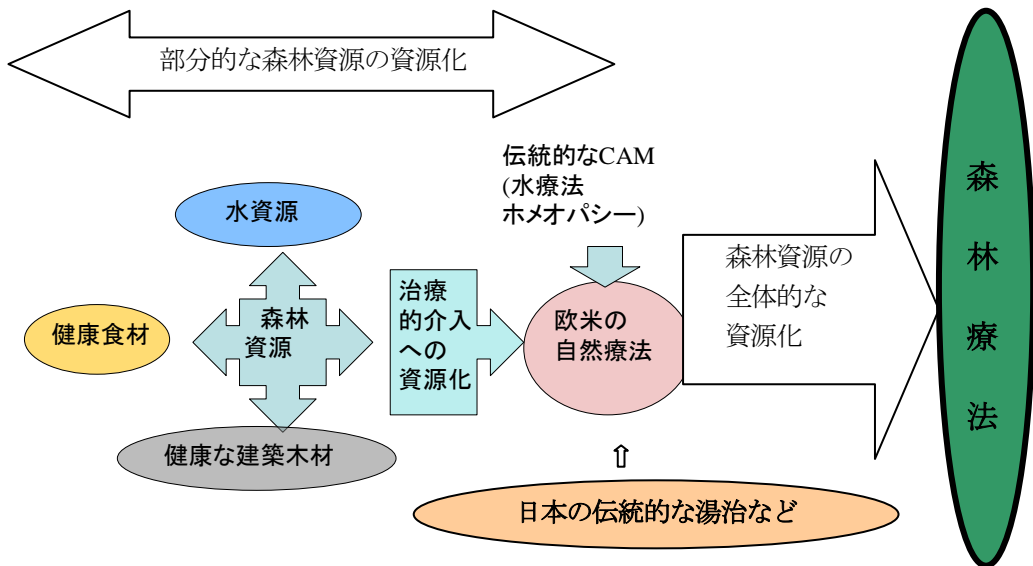


図1 森林資源の利用の変化から見た森林療法

日本における森林療法は、国土の70%を占めている豊富な森林資源を、健康増進や疾病予防のための資源化、あるいは治療的介入のために資源化する試みであり、部分的な森林資源ではなく森林環境そのものを全体として資源化する試みでもある（図1参照）。現在、世界的には通常医療と補完・代替療法を連携させた統合医療が取り組まれているが、この流れは「多くは多種多様な療法の集合でしかなかった補完・代替療法を医学的な視点から再編し、新たに根拠に基づいた治療資源に組み替える」ことであるが、森林療法はそうした新たな健康文化創造の最初の試みであるといえよう（林ら 2006:47）。

2. 国や関係団体による「森林セラピー」の取り組み経緯と現状

当時の林野庁長官秋山智英によって、「森林浴」という言葉が日本で初めて提唱されたのは1982年のことである。彼が森林官として屋久島や木曾のヒノキ、青森のヒバの独特の芳香（フィトンチッド）に心理的・生理的鎮静作用があることを体験的に知っていたからであるが、秋山の提唱した「森林浴」は欧州における単なる「森での空気浴」ではない。この言葉の中には「森」という資源を部分の集合ではない、全体として別の何かの意味づける力があつたとい

える。以後、林野庁は森林政策の一環として自然休養林での森林浴の施策を展開してきたが、現在、森林浴という言葉は一般に定着した観がある。秋山はその理由の一つを「日本独自の森林文化の存在があったことを見逃してはならない」とし、「日本文化の特徴の根源を森林やそれを成立させている自然や風土に求めている考え方」が多いからではないか、と考察した（秋山 2006:356-357）。日本における補完・代替療法の研究を先導してきた渥美は、世界におけるこの分野での研究や教育活動の革新的変化の一つに「文化的意義」を挙げている。なぜなら、補完・代替療法が与えた変化は文化的あるいは価値観の変遷の背景の中でこそ、その本質をとらえる必要があるからである（渥美 2000）。秋山が提唱した「森林浴」という言葉の力は、森に関する日本人の価値観を再生してくれただけではなく、森林医学という新たな知識や森林療法、「森林セラピー」という健康文化創造の下地となったといえよう。

1990年には森林資源の総合的な利用を促進することを旨とした「森林の保健機能の増進に関する特別措置法」が制定された。改正を経て、現在の同法第一条には「公衆の保健の用に供することが相当と認められる森林につき保健機能の増進を図るための特別の措置を講ずることにより、森林資源の総合的な利用を促進し、もって林業地域の振興と国民の福祉の向上に寄与する」という目的が明確に謳われている。

また2001年には森林に対する国民の要請の多様化を受けて旧「林業基本法」は「森林・林業基本法」に改定された。この中では「森林の有する多面的機能」として、国土の保全、水源のかん養、自然環境の保全、地球温暖化の防止、林産物の供給等の様々な機能とともに「公衆の保健」機能が明確に述べられていた。しかも森林の所有者等はこれら多面的機能が確保されることを旨として、その森林の整備、及び保全が図られるように努めなければならないとされている。これが、自治体等が森林の整備や保全計画をたてる際に、その計画域での保健機能森林区域の有無やその整備に関する事項を盛り込む法的根拠となっている。さらに17条には公衆の保健又は教育のための森林の利用の促進に必要な施策を国は講ずることが謳われ、森林資源の健康資源化への流れが政治過程となったことが理解できる。

2004年にはオブザーバーとして林野庁と厚生労働省が参加する「森林セラピー研究会」が大学の医学部や企業、森林総合研究所によって設立され、以後産学官連携の「森林セラピー」への取り組みがスタートした。「森林系環境要素が人の生理的効果に及ぼす影響の解明」事業の成果を経て、2008年に研究会はNPO法人「森林セラピーソサイエティ」となり、「森林セラピー基地」、「森林セラピーロード」の認定事業や、森林浴が健康に与える効果などの医学的な課題の解明や、健康増進に向けた森林の活用方法、「森林セラピー」の普及を図るための公開シンポジウムなどを開催、人材育成プログラムとしての「森林セラピーガイド」、「森林セラピスト」の全国一斉検定試験も2009年よりスタートし、第1回検定実施の結果、「森林セラピスト」が142名、「森林セラピーガイド」が361名誕生した（第2回検定の募集案内より）。

「森林セラピー」への取り組みという施策によって、「公衆の保健又は教育のための森林の利用の促進に必要な施策」が具体化し、医学的な根拠を明らかにすること、あるいは制度の構築、認定や検定の制度が僅か5年で一気に整ったことが理解できる。

「森林セラピーガイド」とは「森林に関する環境科学的な知識に加え、森の癒し効果についての生理学的な知見を有する者で、利用者に対し、正しい森林セラピーの方法を教えるなど「森林浴を効果的に実践していくための指導を行う者」とソサイエティでは定義している。さらに「森林セラピスト」は「森林セラピーを通じて心とからだの健康を維持・増進していくための補助・助言を行っていく者」で、特に健康・心理学系については専門的な知識と高いコミ

コミュニケーション能力が求められるとしている。前者は森林セラピー検定2級試験の合格と講習の終了、後者は同1級試験の合格と筆記試験、実技試験の合格が義務づけられている。(NPO 法人森林セラピーソサイエティ 2009:7)

「森林セラピー」は、森林の癒し効果が検証された「森林セラピー基地」、「森林セラピーロード」で実施される。ソサイエティのステアリングコミティではこれらを統一の生理実験方法⁴によって評価・認定し、科学的なエビデンスを持った森としている。ソサイエティのHPによると現在全国には既に38箇所の科学的エビデンスを持った森が認定されているが、北海道では鶴居村の山崎山林のみがこの認定を2006年に受けている。自治体ではなく釧路市の民間企業(株)北都が基地申請したもので、指定を受けているのは釧路湿原を望む所有山林である。しかし2009年9月以降「森林セラピー」の活動を休止している。新たに道東の津別町が北海道の自治体としては初めて、2010年1月、第6期の申請を行なった。町役場では町民にセラピーガイドの受験を薦め、担当者によると既に検定の受験を予定している町民が20名近く名乗りをあげており、そのためのセミナーが予定されている。認定基地への申請が、新たな町民活動の契機となっており、今後は、「森林セラピー」の実施が町や地域にどのような健康観の変容をもたらすかの医療人類学的研究が可能になろう。

基地候補の森林に対しては生理的データによる根拠だけではなく、食事、温泉、歴史、文化等を織り込んだ特色ある宿泊プラン、将来構想、持続・発展性、管理主体並びに地域住民の受け入れ態勢等のソフト面の状況も審査される。もちろん森林環境や宿泊施設、病院等のハード面の検証も必須となっているため、申請も認定も容易なことではない。少なくとも申請から認定まで書類審査、現地調査、生理実験を経て1年余りを要する。何れにしてもソサイエティの申請、認定事項の詳細を縦覧すると、健康文化としての森林療法の創造は、上記のような医療人類学的なフィールドとしてだけではなく、観光分野でのヘルシーツーリズムへの試みやその集客効果、あるいは具体的な健康文化の創造とその普及、人材育成や彼らのネットワーク作りに関する人文・社会系研究のフィールドをも提供してくれる可能性が十分に期待できることが伺える。まさに認定基地をフィールドとした「森林セラピー」に関する人文・社会領域での具体的な研究成果はこれから示されてくるのである。以下では、初期の認定基地である長野県信濃町での簡単な調査報告と、これまで筆者が取り組んできた身近な森での森林療法への試みを紹介し、認定基地申請を行なった津別町をフィールドとして現在展開しつつある研究課題について述べていく。

3. 「森林セラピー」や森林療法の具体的な実施事例

長野県信濃町は野尻湖、黒姫高原など信越五岳に囲まれ、森林資源に恵まれているため、かつてはスキー客で栄えていたが、スキー客の減少によって、今は「森林セラピー」による町の活性化に活路を見出そうとしている自治体である。町独自の集中講義により認定された森林メディカルトレーナーの制度やアロマセラピー、薬草茶などを提供する「癒しの森の宿」事業、またトレーナーや宿毎のインターネットでの情報発信、医療機関や医療関係者との連携、信濃町役場癒しの森係によるワンストップ窓口の機能など、まさに官民協働で森林療法にむけた地域資源の再構築を行っており、そのプログラムも個々のセラピーメニューも多様で豊かであった。調査は2007年2月に実施したが、当時はまだ認定を受けた直後で、その効果に関しては町役場の担当者も具体的な数値は示せない状態であったが、後発を伺っている同様の資源や問題を抱えている周辺自治体に先んじたいと、「森林セラピー」への取り組みの制度化や組織

態勢作りへの熱意が感じられた。基地認定から数年を経たことになる 2009 年の町政要覧を見ると、認定以後も全体としての日帰り観光客数は減少していることが分かるが、一方、延宿泊客数は増加しており、滞在型の森林療法の具体的なプログラムの提案が効果をあげているのではないかと思われる。さらに、ここには積雪時の冬季メニューの提案もあり、北海道で通年の森林療法を構築する際には、極めて示唆に富む認定地であろう。HP の「医師のいる森で」といったコピーや企業関係者への福利厚生としての研修利用を勧めるページからは、ソサイエティが構築しようとしている「森林セラピー」のモデルケースがここでは展開していることが分かる。

森林療法の端緒は「心身に適した心地よい森林を見つける、あるいは作り出すという取り組み」であるといわれているが（上原 2005:18）、科学的に効果が検証された認定基地はどこにでもあるわけではない。「森林セラピー」は困難であってもより裾野を広く捉えた森林療法なら身近な森林環境に、心地良い森林を見つけること、あるいは作り出すことからスタートすることができる。以下では、認定基地ではないがすでに整備された既存の森林で森林療法の試みを開始している事例や、筆者による身近な森での（具体的には大学内の森林を利用）森林療法の場の設定事例を紹介する。

森林療法のプログラム体験とその効果測定は、富良野市教育委員会生涯学習センターの協力を得て富良野市内の森林で、これまでに 2008 年 7 月と 2009 年 7 月の 2 回実施している。体験者は札幌からバスで引率した学生や近隣の社会人であるが、地元のボランティアの協力で彼らを小グループに分け、森林浴や森野観察を行いながらのウォーキング・プログラムを体験した（写真 1）。所要時間は 1 時間程度である。実施前後に血圧や唾液アミラーゼからストレス値を測り、それら数値の減少から一人一人が森林療法の効果を実感できるようになっていた。測定結果は最高・最低血圧は多くが低下していたが、ストレス値の改善はあまり見られなかった（図 2 参照）。

富良野市の森林療法は滞在型のものではなく、日帰りでの実施であり、プログラムもメニューも極めて簡易なものである。生涯学習センターの担当者に言わせると「ちゃんとしたプログラム」ではなく、「素人がやっている」ということであるが、道内の最初の認定基地であった鶴居村山崎山林のプログラムも、元山林プロデューサーであった山中氏によると、氏が独自に開発したものであった。ここでは妥当性が検証されている自記式気分調査票を森に入る前後に参加者に記入してもらおうのだが、この調査票の使用に関してもその開発者に直接個人的に氏



写真 1 富良野市での森林療法の体験

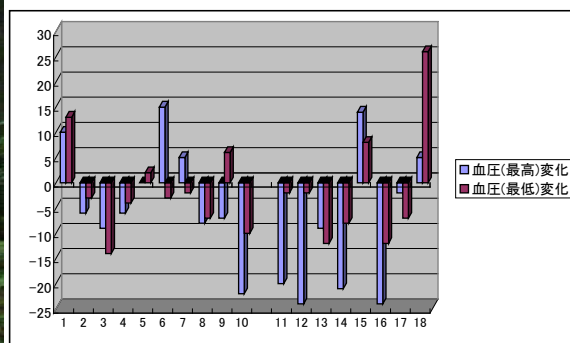


図 2 2008 年時の参加者の血圧変化（全体としては約 72%の被験者の血圧が低下した）

が利用を依頼したものだという。森での実施内容は参加者のニーズに合わせて調整しているようで、森林療法に取り組んでいる他所でよくやられているウォーキングや自然観察だけではなく、森での昼寝等の種々のオリジナルなヒーリング・テクニックが試されている。

富良野市で体験した森林療法は、信濃町のように官民が一体となった体系だった森林療法ではない。既に市民や観光客用に森の散策路や拠点となる施設は整備されており、ボランティアでの案内人には東大演習林で森林の管理や整備に従事していた専門家やノルディック・フィットネス・ウォーキングのトレーナーといった地元の人材も豊富である。そうした場や施設、人的資源を行政がニーズに応じてマッチングすることで、森林療法は需要が発生した時にその都度供給し、その窓口が生涯学習センターであった。しかし、地域資源を再構築することで森林療法の実施を可能としている富良野市の事例は、森林療法の間口の広さを知らしめてくれた。ソサイエティが普及に尽くしている「森林セラピー」を理想の形としながらも、その途上で手軽に体験できる身近な森林療法が試みられることは、健康文化として広く森林療法や「森林セラピー」が一般に受け入れられるために必要なプロセスであろう。

筆者も身近な大学の森で、授業の合間や仕事の合間に学生や教職員が体験できる、極めて平易な森林療法の場とプログラム作りを試みている⁵。契機は 2008 年に大学が行った環境宣言であるが、その中の具体的な取り組みの一つとして森林療法はスタートした。2009 年からは単独で医療人類学的な視点から行なっていた試みに園芸療法や北海道での免疫保養地を研究、教育する研究者が加わり、より多角的な視点で研究課題が模索されるようになっていく。研究準備のために、まず、2008 年にキャンパスの南西部に広がる大学の森に 120 メートルほどのエントランス・ロードと 600 メートルのヒーリング・ロードを設けた。ソサイエティでは散策の所要時間 20 分を距離の 1 ユニットとしているが、そのためにはかなり広い森林領域が必要になる。今回設けた道は高低差がかなりあるが、ゆっくり散策してもその一周に要する時間は 15 分程度のものである。付属の幼稚園生用と教職員用の二種類のパンフレットを作成し、手作りのポスターも年度別に制作（図 3）、2009 年には道案内の看板も設置した。

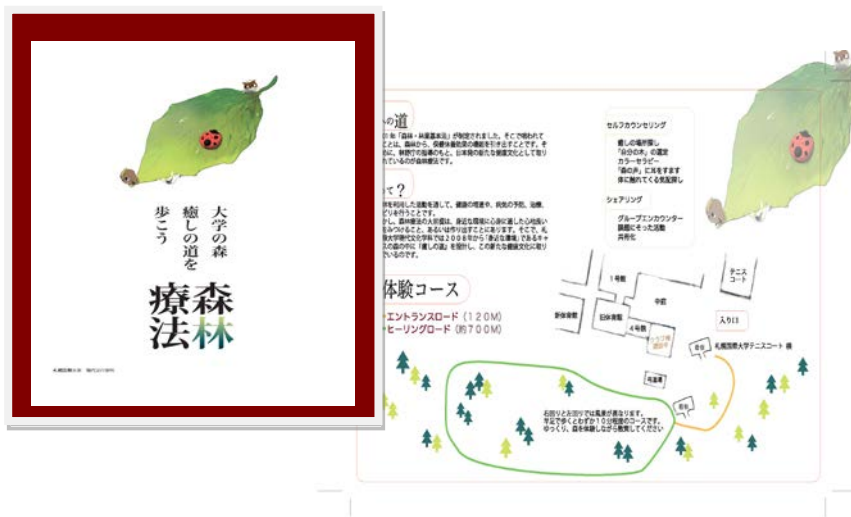


図 3 身近な森での体験用ポスターとパンフレット

こうした取り組みにはコストはほとんどかからず、PC 環境や専用ソフトさえあれば、パンフレットやポスターは作成できる。今後もヒーリング・ロードを散策するための緩衝材となるチップの敷設や散策の距離や時間で消費カロリーを判断できるようなサインの整備など、残されている作業は多いが、まずは具体的なメニューやプログラム作りが緊要な課題となっている。

基地認定を申請した津別町で、既に 2009 年から、「森林セラピー」への取り組みの施策的な過程や、申請予定のセラピーロードの効果測定⁹の調査を既に開始している。また今後の医療関係機関との連携の様子や、人材育成の状況、町民の健康観の変化などをテーマにした研究を計画している。

おわりに 今後の研究課題について

現在ドイツでは全国 350 箇所に及ぶ保養地で自然療法のプログラムにそって専門の医師や療法士が治療にあたっており、こうした保養地で健康保険制度のもとで療養することを国民は権利として享受している。日本では高齢者医療費の高騰が予想され、介護予防に取り組みねばならず、メタボ対策のように生活習慣病の予防にも尽くさねばならない。そのための方法論と場を提供するものとして「森林セラピー」の基地造りと人材育成が急がれている。しかし、医学的な根拠のある本格的なセラピーが制度として普及するためにも、これまで述べてきたように、より広い視野での森林資源の健康資源化への取り組みも大切である。

北海道の森林面積は、総面積の 71%に当たる 554 万ヘクタールで、道民一人当たりではおよそ 1 ヘクタールとなり、全国平均の約 5 倍の面積である。しかもその所有形態は、国有林、道有林といった公共の森林面積の占める割合が全国に比べて著しく高い。現在の調査地津別町でも、セラピーロードに申請する予定の 3 つの森に関しては道有林や町有林、かつては国有林といった説明が成され、いずれにしても森の公共性が前提となっていた。広く人々に共有される公共の森であることは、過度な健康ビジネスの介入や商品化を避けることができるということでもある。民間企業が基地認定を受けた山崎山林が、現在は森林への一般の人々の立ち入りを停止している状況を考えると、自治体である津別町の挑戦は、森林の特徴的な所有形態からも、北海道ブランドとなる「森林セラピー」の理想型を模索する舞台となるのではないだろうか。

北海道では 2001 年から道庁内にプロジェクトを設置して、現在の森林状況を分かりやすく示すための評価基準を作成してきた。評価の対象は、森林の多面的機能のうち 1・水土保全機能、2・生活環境保全機能、3・生態系保全機能、4・文化創造機能、5・木材生産機能、の 5 つである。担当部局では、森林の機能については、まだ認識が限定的であるため、新しい知見が得られた場合には必要に応じてその機能を積極的に取り入れていきたいとしている。4 の文化創造機能とは、森林を保全しながら有効に利用していく知恵や、その結晶としての技術、制度、生活様式の総体をいい、21 世紀の時代変化に即した「森の文化」を創造することである。是非、具体的な有効利用の一つとして森林療法を新たに認識するべきであろう。これらの評価基準を決定する過程で、北海道は 1967 年から 1999 年に発表された 134 件の文献調査を行った。しかし森林療法、「森林セラピー」の効果に関する論文や森林医学の確立に資する研究結果は、この文献調査以後に発表されている。しかも健康文化としての森林療法に関する医療人類学や社会医学領域の研究に関してはまだ緒についたばかりである。森林資源がこれほど豊かな北海道からこれらの研究や成果が発信されるためにも、身近な森林資源を利用した道内各地の自治体や民間団体が行っている独自の森林療法の試みや、津別町のセラピー基地認定への挑戦など

に、官民学連携の支援が強く求められているといえよう。

本研究は北海道民族学会の 2009 年第一回研究発表会で発表した内容とその後の研究内容をまとめたものである。研究の一部は札幌国際大学北海道地域・観光研究センターの研究助成金を得て実施している。

[注]

- 1 広井は、この単語を以下のように説明している。「歴史的に見ると、19 世紀に『特定病因論』というかたちで確立したものである。それが、20 世紀初めにかけてまず感染症の予防、後に治療に絶大とも言える成果をもたらした（抗生物質の開発など）、世紀半ば以降は分子生物学と合流して現在の遺伝子研究等へと展開してきた、医学の“メインストリーム”をなすと言ってよい考え方である。」週刊医学界新聞 第 2381 号 2000 年 3 月 27 日刊
- 2 <http://www.amazon.co.jp/product-reviews>
- 3 REIKI は 1922 年に日本の臼井甕男が創設した「臼井霊気療法」がその源流。所謂手かざし療法の一種。現在はアメリカの 100 万人、ドイツの 40 万人が実施していると言われ、イギリス、カナダでは保険が適応されている。技術と知識は有料の伝授（アチューンメント）によって資格継承されている。
- 4 統一の生理実験として、実際に用いられる生理指標を 3 つ挙げている。測定が容易で短時間で実施できる、ポータブルな測定器、外界の環境要因等の測定誤差が生じにくいもの、である。以上の指標を考慮して具体的に脳血液動態や脳波計測、血圧、脈拍数、心電図の測定、唾液中アミラーゼ活性の測定などを挙げている。（詳細は平野ら 2009:27-35）また HP も参照にした。<http://forest-therapy.jp> 及び <http://www.fo-society.jp>
- 5 取り組みの経緯は HP にアップしている。
- 6 津別町の協力を得、基地認定の 3 つの森に関する環境や効果に関する研究を実施。予備調査は 9 月、効果測定は 10 月に行った。結果は札幌国際大学北海道地域・観光研究センター第 3 号年報（2010 年 3 月発刊）に助成研究の報告書として掲載。

参考文献

秋山智英

2006 「森林の特性と健康」『森林医学』朝倉書店。

アメリカ医師会編

2000 『アメリカ医師会がガイドする代替療法の医学的根拠—民間療法を正しく判断する手引き』田村康二訳、泉書房。

渥美和彦

2000 『世界における相補・代替医療の現況と問題点』JACT 出版。

ブライアン・イングリシ。

1971 『外辺医療』木村忠治郎訳 東明社。

Dunn, H.L.

1961 *High-Level Wellness*. Beatty Press.

Eisenberg, D.M. *et al.*

1993 Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med.* 328(4):246-52

Eisenberg, D.M. *et al.*

1998 Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 Results of a Follow-Up National Survey. *JAMA.* 1280: 1569-1575

林美枝子

2003 「清田区住民の身体的・精神的健康とその関連要因—札幌市清田区における中高齢者のライフスタイルと健康—」『TECHNICAL REPORT』0052:44-34 札幌国際大学地域総合研究センター。

2005 「沖縄県離島における伝統的補完・代替療法の実態と医療費の関連診療報酬明細書に基づく分析疫学的研究」『北海道医学雑誌』81-1:31-43。

2007 「沖縄における伝統的民俗医療資源の研究—瀉血・吸血に関する考察—」『北海道民族学』第 3

号:16-30.

林美枝子、坂倉恵美子、堀川尚子、片倉洋子、岸玲子

2004 「沖縄県栗国島在宅高齢者の補完・代替療法としての自己治療の実施と健康状況、及び他の社会的健康要因との関連」『日本公衛誌』51: 774-789.

林美枝子、西條泰明、岸玲子

2006 「森林と補完・代替療法」『森林医学』朝倉書店.

平野秀樹

1996 『森林理想郷を求めて』中央公論社.

NPO 法人森林セラピーソサイエティ

2009 『森林セラピー 森林セラピスト(森林健康指導士)養成・検定テキスト』朝日新聞出版.

蒲原聖可

2002 『代替療法』中央公論社.

Kessler, R.C. *et al.*

2001 Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med.* 135:262-268.

MacLennan, A.H. *et al.*

1996 Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet.* 347(9001):569-573.

日本観光協会

2007 『ヘルスツーリズムの推進に向けて—ヘルスツーリズムに関する調査報告書—』日本観光協会.

Fisher, P. *et al.*

1994 Complementary Medicine in Europe. *BMJ.* 309: 107-111.

佐藤博康

2010 「ヘルスツーリズムの現状と可能性」『プラクティス』No2:4-7 財団法人北海道市町村振興協会.

住友和弘、前田冷子、土屋里美、猪苺冬樹 その他

2006 「森林療法は高血圧治療代替療法となりうるか」『森林科学』48:21-25.

上原巖

2005 『森林療法のすすめ』コモンズ.

Watanabe, S. *et al.*

2001 Unique place of Kampo (Japanese traditional medicine) in complementary and alternative medicine: a survey of doctors belonging to the regional medical association in Japan. *Tohoku J Exp Med.* 194(1):55-63.

WHO

2001 *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review.* WHO

Yamashita, H. *et al.*

2002 Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med.* 10(2):84-93.

長野県信濃町要覧は町のHPを参照 <http://www.town.shinanomachi.nagano.jp>

(はやし・みえこ／札幌国際大学)