



図1 分析データの抽出段階

ているのであろうか。危惧は、現場の単なる思いこみに過ぎなかつたのであろうか。2番目の分析結果に基づき「通所系サービスにおいても介護予防効果があった」と、なぜ結論していないのであろうか。検討会の2番目の分析における改善群には、「利用回数を減らしたから改善した」のではなく「状態が改善したために利用回数を減らした」という「逆の因果関係」を持つ者が少なからず含まれているのではないかという疑問も湧く。これらを考慮して分析すれば、異なる結果が得られる可能性がある。

介護保険制度の優れている点の1つは、要介護認定データや給付データが電子化されていることである。それを活用すれば、厚生労働省でなくとも、政策効果の評価は可能である。

本研究の目的は、保険者が持つデータを活用し、「逆の因果関係」を考慮して再分析し、結果の再現性を追加検証することである。そのために本稿では、まず検討会の報告書には記載されていない介護予防給付の利用回数の減少が実際にどれくらいあったのかを明らかにする。次に、より妥当と思われる分析方法によっても、利用回数が減少した人において、検討会報告書が言うように悪化群は減ったのか、それとも現場の声のように、悪化群はむしろ増えたのか、を検証する。

## II 研究方法

### 1 分析対象

データは、A県内の7保険者から得た。日本福祉大学が開発し厚生労働省を通じて市町村に配布されている「介護保険給付分析ソフト」及び「介護保険事業実績分析ソフト2006」を用いて<sup>4</sup>、2005年4月から2007年3月までの2年間の介護給付（2007年7月の審査分レセプトまで）データ延べ288,532人月（約12,000人×各人の観察月数）分を抽出した。それを被保険者毎に結合した給付実績データとした。

分析の対象は、2006年4月の新予防給付の導入以前から予防給付を利用していった要支援認定者のうち、2006年4月以降に新予防給付を利用しており要支援1と認定された者560人を抽出した。要介護状態に変化がなく介護サービス利用回数のみが変化した者を分析対象とするため、要支援と要支援1の間に要介護1以上と認定を受けたことがある者および2年間に給付の中止がある者を除いた。さらに通所系サービスあるいは訪問介護の給付実績がある者に限定した結果、分析対象は432人となった（図1）。

### 2 給付種類と利用回数の分類

利用していた予防給付の種類（重複あり）によって、対象は以下の5群に分けた。①訪問介護：252人、②通所介護：188人、③通所リハ：72人、

④通所介護または通所リハ（②+③、以下「通所系サービス」）：259人、⑤通所介護または通所リハまたは訪問介護（①+②+③、以下「予防給付」）：432人の5つに分けた（表1）。

この給付種類別に各被保険者が新予防給付に移行した前後の新・旧予防給付の利用（給付）回数の変化を求めた。利用回数が①増加群、②不变群、③減少群の3群に分けた。

### 3 要介護度変化の分類と用いた指標

要支援1に移行後の要介護度変化に着目し、要支援1を維持した者を「維持群」、要支援2以上になったものを「悪化群」とした。悪化した者の割合に関する指標として、検討会と同じ「悪化比率」と「悪化発生率」の二つを用いた。「悪化比率」とは単純に「悪化した人数/全体人数」を計算したものである。しかし、この指標は、被保険者毎に要支援1から要介護度が悪化するまでの時期の長さが異なる場合に、要支援1を維持した期間が長くても（図2の③）短くても（図2の④）同じ悪化と見なされてしまう性格がある。そこで、要支援1を維持していた期間の長さを反映する指標として、検討会も用いている「要介護度が悪化した者の発生率（以下、悪化発生率）」＝悪化した人数/要支援1の維持期間（人月法）、も算出した。

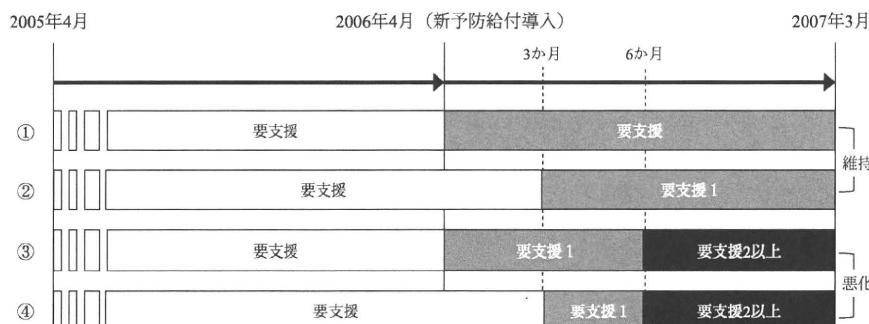
### 4 統計学的検定方法

まずデータが正規分布か否かを検討した結果、正規性の仮定を満たしていなかったので、対応のある標本のウィルコクソン符号順位検定（Paired-samples Wilcoxon Signed Ranks Test）を用い、移行前後において利用回数が有意に減少しているか否かを検定した。移行前後の利用回数が①増加群、②不变群、③減少群の3群間ににおける「悪化比率」の比較にはカイ2乗検定（ $3 \times 2$ ）を用いた。全ての分析は統計ソフトSPSS Ver11.5を使用した。

## III 研究結果

### 1 新予防給付導入前後における予防給付利用回数の変化

要支援1に移行後に、予防給付の利用回数は41.7%（180/432人）で減少していた（表2）。月平均利用回数（表1）は、通所介護で4.9回→4.4回、通所リハで4.4回→4.0回、訪問介護で6.4回→5.2回と全体的に減少していた。予防給付の種類による5つのグループ別に見ると、①訪問介護、②通所介護、④通所系サービス、⑤予防給付においては有意に減少し（ $p < 0.001$ ）、③通所リハにおいても減少の傾向（ $p = 0.051$ ）を認めた。利用回数が多かった者ほど利用回数が抑えられた結果、利用回数の標準偏差は全て小さくなっ



注) この図の場合、悪化比率は50%（=悪化した2人/全体4人）、悪化発生率は0.067（=悪化した2人/要支援1の維持期間30か月）となる。1,000人を1年間追跡（12,000人月）する場合には、 $12,000 \times 0.067 = 800$ 人となり、1,000人中80%が悪化することを意味する。

図2 維持・悪化及び悪化発生率の概念

表1 新予防給付利用前後における月平均利用回数の変化

給付種類	月利用回数	(人, %, 回/月)			
		移行前(要支援)	移行後(要支援)	利用回数変化	
(5) 予防給付*	9回以上	88 (20.4)	47 (10.9)	-41	(-46.6)
	7~8回	114 (26.4)	108 (25.0)	-6	(-5.3)
	5~6回	52 (12.6)	42 (9.7)	-10	(-19.2)
	3~4回	160 (37.0)	217 (50.2)	57	(35.6)
	2回以下	18 (4.2)	18 (4.2)	0	(0.0)
	計	432 (100.0)	432 (100.0)	0	(0.0)
	平均利用回数	6.6	5.7	-0.9	(-13.6)
標準偏差		3.66	2.52	-	-
① 訪問介護*	9回以上	55 (21.8)	19 (7.5)	-36	(-65.5)
	7~8回	43 (17.1)	61 (24.2)	18	(41.9)
	5~6回	19 (7.5)	17 (6.7)	-2	(-10.5)
	3~4回	115 (45.6)	142 (56.3)	27	(23.5)
	2回以下	20 (7.9)	13 (5.2)	-7	(-35.0)
	計	252 (100.0)	252 (100.0)	0	(0.0)
	平均利用回数	6.4	5.2	-1.2	(-18.8)
標準偏差		4.28	2.18	-	-
④ 通所サービス*	9回以上	15 (5.8)	9 (3.5)	-6	(-40.0)
	7~8回	73 (28.2)	38 (14.7)	-35	(-47.9)
	5~6回	40 (15.4)	33 (12.7)	-7	(-17.5)
	3~4回	101 (39.0)	155 (59.8)	54	(53.5)
	2回以下	30 (11.6)	24 (9.3)	-6	(-20.0)
	計	259 (100.0)	259 (100.0)	0	(0.0)
	平均利用回数	5.1	4.5	-0.6	(-11.8)
標準偏差		2.42	1.97	-	-
② 通所介護*	9回以上	3 (1.6)	6 (3.2)	3	(100.0)
	7~8回	52 (27.7)	28 (14.9)	-24	(-46.2)
	5~6回	32 (17.0)	19 (10.1)	-13	(-40.6)
	3~4回	76 (40.4)	115 (61.2)	39	(51.3)
	2回以下	25 (13.3)	20 (10.6)	-5	(-20.0)
	計	188 (100.0)	188 (100.0)	0	(0.0)
	平均利用回数	4.9	4.4	-0.5	(-10.2)
標準偏差		2.23	2.07	-	-
③ 通所リハビリ*	9回以上	4 (5.6)	2 (2.8)	-2	(-50.0)
	7~8回	12 (16.7)	8 (11.1)	-4	(-33.3)
	5~6回	11 (15.3)	14 (19.4)	3	(27.3)
	3~4回	30 (41.7)	32 (44.4)	2	(6.7)
	2回以下	15 (20.8)	16 (22.2)	1	(6.7)
	計	72 (100.0)	72 (100.0)	0	(0.0)
	平均利用回数	4.4	4.0	-0.4	(-9.1)
標準偏差		2.68	2.38	-	-

注) \*P&lt;0.001

ていた。

## 2 新予防給付導入のアウトカム評価：利用回数の変化群別「悪化比率」と「悪化発生率」

新予防給付利用前後においてその利用回数の

変化群（増加群、不变群、減少群の3群と、増加と不变を合わせた増加・不变群、減少群の2群）間で「悪化比率」と「悪化発生率」を比較した。予防給付、訪問介護、通所系サービス、通所介護、通所リハビリの5つに分け、分析結果を表2に示した。

表2 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化

区分		要介護度			全体	(人, %)	
		維持		悪化			
		増加	不変			悪化発生率 <sup>*1</sup>	
⑤ 予 防 給 付 <sup>ns</sup>	増加	81	(90.0)	9 (10.0)	90 (100.0)	0.017	(199)
	不変	155	(95.7)	7 (4.3)	162 (100.0)	0.006	(76)
	(増加不变)	236	(93.7)	16 (6.3)	252 (100.0)	(0.010)	(116)
	減少	164	(91.1)	16 (8.9)	180 (100.0)	0.014	(170)
	全体	400	(92.6)	32 (7.4)	432 (100.0)	0.012	(138)
① 訪 問 介 護 <sup>ns</sup>	増加	42	(85.7)	7 (14.3)	49 (100.0)	0.025	(302)
	不変	98	(92.5)	8 (7.5)	106 (100.0)	0.012	(138)
	(増加不变)	140	(90.3)	15 (9.7)	155 (100.0)	(0.015)	(185)
	減少	91	(93.8)	6 (6.2)	97 (100.0)	0.009	(113)
	全体	231	(91.7)	21 (8.3)	252 (100.0)	0.013	(156)
利 用 回 数	④ 通 所 系 ビ ス <sup>**</sup>	増加	50	(96.2)	2 (3.8)	52 (100.0)	0.006 (67)
	不変	92	(96.8)	3 (3.2)	95 (100.0)	0.005 (56)	
	(増加不变)	142	(96.6)	5 (3.4)	147 (100.0)	(0.005) (60)	
	減少	95	(84.8)	17 (15.2)	112 (100.0)	0.025 (302)	
	全体	237	(91.5)	22 (8.5)	259 (100.0)	0.013 (157)	
② 通 所 介 護*	増加	39	(95.1)	2 (4.9)	41 (100.0)	0.008 (98)	
	不変	70	(95.9)	3 (4.1)	73 (100.0)	0.006 (72)	
	(増加不变)	109	(95.6)	5 (4.4)	114 (100.0)	(0.007) (81)	
	減少	61	(82.4)	13 (17.6)	74 (100.0)	0.030 (364)	
	全体	170	(90.4)	18 (9.6)	188 (100.0)	0.015 (184)	
③ 通 所 リ ハ <sup>ns</sup>	増加	15	(100.0)	0 (0.0)	15 (100.0)	0.000 (0)	
	不変	24	(100.0)	0 (0.0)	24 (100.0)	0.000 (0)	
	(増加不变)	39	(100.0)	0 (0.0)	39 (100.0)	(0.000) (0)	
	減少	29	(87.9)	4 (12.1)	33 (100.0)	0.020 (234)	
	全体	68	(94.4)	4 (5.6)	72 (100.0)	0.008 (94)	

注) 1) \*P&lt;0.05, \*\*P&lt;0.01

2) ※1: 悪化発生率の( )は1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、悪化する人数を意味。

予防給付全体( $n=432$  要支援1)の悪化比率は、利用回数増加群で10.0%と最も高く、次に減少群で8.9%、維持群が4.3%の順で、増加・不变群では6.3%であった。これは検討会の報告( $n=2,265$  要支援1 ( $n=797$ )と2 ( $n=1,468$ ))と同じ傾向であったが、検討会とは異なり統計学的に有意な関連ではなかった( $p=0.175$ )。

次に、予防給付を、通所系サービスと訪問介護に分けると、両者で逆の傾向が見られた。訪問介護に限定すると、全体と同様に、利用回数が増加した群で悪化比率が14.3%で一番高く、減少群で6.2%と最も低かったが、統計学的に有意ではなかった。悪化発生率では、増加群が0.025、減少群が0.009であった。

一方、通所系サービスでは、予防給付全体、訪問介護とは逆に、利用回数が増えた群における

悪化比率3.8%に対し、減少した者では15.2%と4倍高くなかった。これは統計学的に有意であった( $p<0.01$ )。悪化発生率でみても減少群で0.025と増加群や不变群より5倍も高かった。通所介護、通所リハ別にみても、同じであった。

## IV 考察

### 1 分析の主な所見

要支援1に移行後に、①予防給付の利用回数は有意に減少し、②予防給付全体で見れば、利用回数減少群で悪化する者の割合は少なかったが、検討会の報告書とは異なり統計学的な有意差はなかった。また、訪問介護と通所系サービスに分けて分析した結果では、③訪問介護においては、予防給付全体と同様に利用回数が増加した

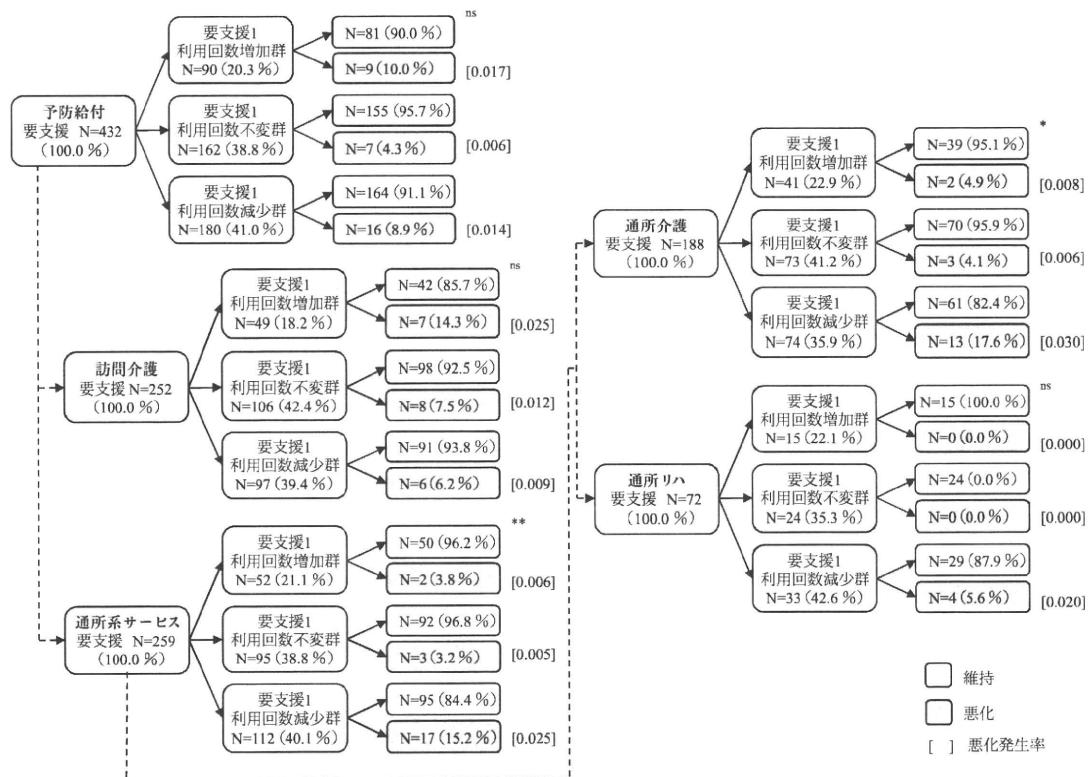


図3 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化

者で悪化発生率が一番高かったが、ここでも統計学的な有意差はなかった。さらに④通所系サービスでは、報告書とは反対に、利用回数が減少した者で悪化比率では4倍と有意に高く、悪化発生率では5倍も高かった。

## 2 本分析と検討会報告書の分析方法の違い

厚生労働省の検討会と異なる結果が得られたのは、3つの点で分析方法が異なるためと思われる。

第1に、本分析では給付実績データを用いたことである。検討会では、利用者からの聞き取りによって、移行前の利用回数と要介護度のデータを得ている。このような思い出し法では、主観による誤差が大きくなることが知られている。客観的な給付実績データを使った本分析で、利用回数の変化は1ヶ月あたり0.4~1.2回とさほど

大きなものではなかった。これは、わずかな記憶間違いにより結果に影響を与えた可能性があることを意味する。利用回数に関しては、給付実績データを用いた本分析の方が、信頼性と妥当性が高いと考えられる。

第2に、利用回数の変化と要介護度変化の両者の関連を単純に分析すると、利用回数の減少と要介護度の改善は強い関連を示すと予想される。なぜならば「利用回数の減少によって要介護度が改善した」者だけでなく、逆に「要介護度が改善したために利用回数を減らした」者もそこには含まれてくるからである。この「逆の因果関係」の混在を排除するため、本分析では、2006年4月以降初めての要介護認定で要支援から要支援1と要介護度に変化がなかった者だけを対象にした。その時の利用回数の変化だけで群分けし、その後の要介護度の変化を分析した。こ

の分析方法によって、要介護度の改善のために利用回数を減らした者は排除でき、要介護の変化よりも利用回数の変化が先行した者だけをとらえていると考えられる。

一方、検討会の報告書〔2008b〕を読むと、要介護度の変化と利用回数の変化が同時点で起きた者も含めているように読める。実際、報告書のデータ（表3に再掲）を見ても、利用回数の減少で、増加・不变に比べ要介護度の改善が10%ポイント前後多くなっている。利用回数が減ったにもかかわらず、これほど改善が増えるとは考えにくく、「逆の因果関係」を排除しないまま両者の関連を分析した可能性が高いことを示唆している。仮に、これが「逆の因果関係」を排除した分析結果だとすれば、利用回数を減少した方が、要介護度に悪影響がないに留まらず、むしろ要介護度の改善をもたらすことを意味している。ならば、なぜこの分析結果に基づき、保険者やケアマネージャーに介護予防給付の利用回数減少を推奨しなかったのか、理解に苦しむ。

第3に、検討会の分析対象には、要支援1と2が含まれているが、本研究では要支援2を含めなかった。要支援2は、2006年4月以前には、要介護1であった者である。2006年4月前後の利用回数の変化による影響を見るためには、その前後で要介護度が不变でかつ利用回数のみが変わった者を対象にすべきと考えたからである。一方、本分析では要支援2を対象に含めなかつたために、要介護度が「改善」した者を考慮できなくなった。給付実績データでは、要支援あるいは要支援1か

ら「改善」した場合、利用中止となる。ただし観察期間中に利用を中止した者の中には、改善し自立した者だけでなく、悪化して病院に入院して利用を中断した者も含まれている。この点も考え、本分析の対象とはしなかった。

検討会の報告書〔2008a〕の中にある1番目の分析方法を見ると、同様な考察のもとで要支援1のみを対象としている。なぜ、利用サービス種類別の利用回数変化別に要介護度変化をみる時のみ、要支援2を含めたのか、分析対象と方法についての記述が見あたらない。

検討会報告書の要支援2を含んだ分析結果を見ると（表3に再掲）、確かに要介護度悪化群は利用回数が増加した者に多い（利用回数が増加・不变・減少した者別の悪化群の割合は、通所介護ではそれぞれ15.2%に対し8.5%, 5.2%, 通所リハでも12.7%に対し9.3%, 5.4%）。しかし、それは要支援2（2006年4月以前は要介護1）を対象に含めたために、要支援1への改善群が増えたことによる可能性がある。改善群の割合を、利用回数が増加・不变・減少の順に見ると、通所介護では12.4%, 17.9%, 24.7%, 通所リハでは14.1%, 18.3%, 30.0%と、利用回数が減少した者で改善群が多い（24.7~30.0%）のが目立つ。つまり、要支援2を対象に加えたために、改善群が増え、そのせいで悪化群が占める割合が（4.7~5.7%に）減った可能性が否定できない。もし、報告書が言うように、本当に利用回数が減少した者で悪化群が減るのであれば、要支援1に限定しても利用回数が減少した者で悪化群も減ると期待できる。しかし、要支援1に限定した本分析

表3 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化（検討会の報告）

利用回数		増加			不变			減少			(%)
要介護度		維持	悪化	改善	維持	悪化	改善	維持	悪化	改善	
3サービスの合計*		72.6	13.7	13.7	71.8	10.4	17.8	68.9	4.7	26.4	
訪問介護		71.8	12.0	16.2	72.0	10.3	17.7	66.3	5.7	28.0	
通所系サービス		72.7	13.2	14.1	71.9	10.4	17.7	68.6	4.7	26.7	
通所介護		72.4	15.2	12.4	73.6	8.5	17.9	70.1	5.2	24.7	
通所リハ		73.2	12.7	14.1	72.3	9.3	18.3	64.6	5.4	30.0	

注) \*1:3サービスの合計は本研究の予防給付にあたる。

出典) 厚生労働省検討会の報告をもとに筆者が作成。

の結果では、利用回数減少群で悪化群が4~5倍も増えていた。少なくとも検討会が分析したデータにおいて、対象者を要支援1に限定した場合の内訳も示されるべきと考える。

その他、「悪化比率」に加え「悪化発生率」も見たことである。検討会も、1番目の分析結果では、人月法による「悪化発生率」も報告し、その理由として観察期間にバラツキがあるためとしている。本分析においても、観察期間に1~12ヶ月とバラツキが見られているため、「悪化比率」のみでなく「悪化発生率」も検討し、以上の結果が不变であることを確認した。

### 3 本分析方法の限界

稀なことと思われるが、新制度への移行後に利用回数が減らないように配慮して、一部の保険者が要介護認定の2次判定において、実際よりも要介護度を重い方へと区分変更している可能性を考えられる。この場合には、給付実績データであっても利用者の悪化の実態を反映していない可能性が残る。その可能性の大きさを検討するために、分析に用いたデータの提供保険者に対する追加的な面接調査も行った。分析対象とした7保険者のうち5保険者の介護認定担当者に訪問面接で「新予防給付への移行により利用していたサービス量が減ってしまうのを避けるために、要介護度の2次判定で配慮することがありますか。あるとすればそのタイミングはいつか」を質問した。その結果、「移行時の2次判定に考慮されることはない」との回答が4保険者で、1保険者のみ「移行時の2次判定時に考慮することはありえる」と回答した。そこで、この1保険者を除く4保険者のデータで再分析したが、結果は同じであった。

その他、検討会の方法と同じく、本分析も行政データを用いた後方視的な分析であるための限界があり、改善すべき余地はいろいろある。しかし、いくつかの点で、厚生労働省の検討会よりも妥当性が高いと思われる分析方法を用いた結果、異なる評価結果が得られたことに違いない。

### 4 新予防給付がもらしたるもの

新予防給付の導入後に予防給付の利用回数の減少がみられたのは、厚生労働省によるサービス利用抑制策の効果であろう。つまり新予防給付に適用された1ヶ月毎の定額制は、保険財源の効率化には効果があった。一方で、利用量過少を招きサービスの質低下を招く可能性もある。したがって、費用抑制の効果だけではなく、質の低下を招いていなかったかという視点からの検証も重要である。介護予防を目的とする新予防給付で言えば、もし利用の抑制によって要介護度が悪化する者が増えるようであれば、定額制導入の負の側面が出たことになる。今回の分析方法によると、通所系サービスにおいて利用回数が（週二回から週一回へなど）減少した利用者において、利用回数が不变・増加した者より、要介護度の悪化発生が4倍以上高いという結果が出た。つまり、利用の抑制が悪化の発生を増加させた可能性が高い。

一方、訪問介護では、統計的な有意差は消失したが通所系サービスとは反対の結果が出た。その原因として、①給付サービス種類の違い、②移行前と後の利用回数の水準や減少幅の大きさなどが考えられる。

①給付サービス種類の違いについては、通所系サービスでは、利用の減少が外出や身体活動の減少を招き廃用症候群を来して要介護度が悪化したが、訪問介護では、ヘルパーにしてもらっていたことを自分でやらざるを得なくなつたために、むしろ身体機能が維持された可能性もある。この場合、通所系サービスでは、費用の抑制が質の低下を招いたが、訪問介護では、費用抑制と質向上の両方を実現したことになる。

②移行前後の利用回数の水準や減少幅の大きさについては、訪問介護に比べ通所系サービスでは、導入前後の変化が大きかった。例えば、要介護度が悪化した者の利用回数変化をみると、通所系サービスでは減少群において平均3.1回/月も利用回数が減少していたのに比べて、訪問介護では平均1.0回/月と3分の1の減少に止まつた。また、移行前後の利用回数の増減によって

通所系サービスでは利用者間の利用回数の差が広がった（2.2回／月）が、訪問介護では逆に差が0.4回／月と縮まっていた。つまり新予防給付の導入は訪問介護に対しては相対的に「適正サービス」の利用を誘導したが、通所系サービスに対しては「過小サービス」を助長した可能性もある。

行政データを用いた後方視的な本分析だけでは断定は出来ないが、より大規模なデータを用いた前方視的な評価で、同じような結果が示されるのであれば、通所系の1ヶ月あたりの定額制の導入は、サービスの質の低下を招いた可能性が高い。

### 5 より厳密なプログラム評価を

政策の導入は、意図した結果だけでなく、意図せざる結果、いわば副作用も招くことがある。今回の分析方法では、通所系サービスにおいて、サービスの質の低下を招いた可能性が示された。もし、これが実態を反映しているとすれば、通所系サービスだけでも1千5百億円（2007年度の介護予防サービス保険給付額）もの財源が投入されているにも関わらず、制度改正後に要介護度悪化した者が約3倍（増加・不变0.005→減少を含んだ全体0.013）に増え、全国では約2万人に悪影響が及んでいると推計できる<sup>5)</sup>。単純に計算すれば、約2万人の要介護度悪化によって年間給付額は最小約130億円増えたと試算できる<sup>6)</sup>。海外では、1億円規模の予算を割いて、より厳密なプログラム評価研究を行い、意図した効果だけでなく、意図せざる副作用についても検証をしている。一見、莫大な費用に見えるが、これほど大きな影響がある制度変更であれば、より厳密なプログラム評価を行い、それによる無駄や副作用をチェックする評価研究にかける費用は、十分に費用対効果の高いものだと考える。

分析対象の選び方や、用いる指標によって、異なる結果が得られることは我々もよく経験する。今回のように、その可能性が示された場合には、より妥当な方法によるプログラム評価によって、再評価をすべきだと考える。その時に

は、政府とは独立した第三者による再評価が必要と考える。なぜならば、医学研究の世界では、効果を期待している者（新薬であれば製薬会社）がスポンサーとなった研究では、「利益相反」が生じて「新薬が有用」とする論文が多く報告されていることが知られているからである。

福祉社会は立場の異なる多くの主体（官・企業・NPO・市民・専門職など）によって担われる社会である。立場が違えば、重視される価値・基準も異なってくる。したがって、異なる立場の評価主体による多元的な評価が必要である。今回の分析に基づけば、厚生労働省の検討会による評価だけを根拠に「介護予防給付は有効」「通所系サービスの利用回数を制限しても要介護度の悪化は招かない」と結論することには、慎重であるべきだと思われる。立場の異なる者でも納得のいくような妥当性の高い方法による第3者による再評価が望まれる。

### V 結語

2006年4月の介護保険制度の見直しで、定額制の介護報酬を通所系サービスに導入したことにより、介護給付費だけでなく通所系サービスの利用回数も抑制された。7保険者の給付実績データを用いた分析の結果、通所系サービスの利用回数減少群において、要介護状態の発症・悪化が4倍以上に増えていた。

既存の給付実績データを用いたために避けられない方法論上の制約がある分析であるため、この結果から断定的な結論を下すのが我々の意図ではない。しかし、これが実態を反映しているものとすれば、検討会の報告書の結論とは異なり、通所系サービスでは、新予防給付の導入によって、全国で2万人規模で要介護度が悪化した人が出て、単純に試算すると130億円規模の給付が増えた可能性がある。

意図せざる結果を招いていないのか、より妥当性の高い方法で再評価されるべきである。それは、利害相反を避けるため、第三者の手によって行われることが望ましいと考える。

## 謝辞

「私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（文部科学省）により開設された健康社会研究センターにおいて、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「介護保険の総合的政策評価ベンチマークシステムの開発」（H22-長寿-指定-008）の助成を受けて行った研究である。記して深謝します。

## 注

- 1) 改正介護保険法（第八条の二）では「介護予防」について「身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう」と定義している。
- 2) 通所サービスの報酬が、予防プランにより回数は「必要なだけ」とされながら、要支援1は月に22,260円、要支援2は月に43,530円と月の定額に変更された。
- 3) 介護保険法改正前より要支援1は61,500円から49,700円で2割減、要介護1から要支援2への移行は165,800円から104,000円へと4割減である。
- 4) 保険者が自ら介護保険事業の実績を把握・分析することを支援する政策評価支援ソフトとして開発され、厚生労働省を通じて2001年6月に全国自治体に配布された。各都道府県の国民健康保険団体連合会から毎月提供される「保険者向け給付実績情報」をソースデータとして、介護保険サービスの利用実績を分析できるデータ形式に変換する特徴を持つ。
- 5) 通所系サービスにおける利用回数の減少がなかった增加・不变群（0.005）に比べて、減少群を含んだ全体の悪化発生率（0.013）は2.6倍高かった。新予防給付の導入によって要介護度が悪化した人数は平成21年度1月に要支援1受給者数338,900人に基づき、本研究の結果による

通所系サービス利用者割合（60%）と悪化発生率増加分（0.008）を勘案した推定値である。  
6)  $19,521 \text{人} \times 5,430 \text{単位} [要支援2の10,400単位 - \text{要支援1の} 4,970 \text{単位}] \times 12 \text{か月}$ 。

## 参考文献

- 遠藤久夫・池上直己（2005）『医療保険・診療報酬制度』勁草書房。  
 大阪ボランティア協会（2008）『福祉小六法2008』中央法規。  
 厚生労働省（2006）『介護報酬の平成18年4月改定について』社会保障審議会介護給付費分科会。  
 ———（2004）『介護保険制度改革の全体像』2009年7月現在（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>）。  
 ———（2008a）『介護予防サービスの定量的な効果分析について』第4回介護予防継続的評価分析等検討会。  
 ———（2008b）『介護予防サービスの利用回数の変化ごとの介護度の変化について』第4回介護予防継続的評価分析等検討会。  
 国民健康保険中央会（2009）『介護保険認定者・受給者の状況』平成21年1月分。  
 近藤克則（2008）『介護保険政策の評価研究』『社会政策研究』第8号、153-154頁。  
 ———（2008）『福祉社会開発におけるプログラム評価』二木立代表編『福祉社会開発学：理論・政策・実際』第7章、ミネルヴァ書房。  
 社会福祉法人東京都社会福祉協議会介護保険居宅事業者連絡会（2006）『介護保険制度改革の影響調査（利用者調査）報告書』『介護経営白書2006年版』第4章。  
 平野隆之、笹川 修（2008）『介護保険給付実績分析ソフトの設計思想と到達点：保険者主体の評価ツール』『社会政策研究』第8号、176-188頁。  
 読売新聞（2007）『負担増に戸惑いや不安』2007年9月27日記事（<http://www.yomiuri.co.jp/e-japan/yamaguchi/kikaku/073/5.htm>）。

(Dongmin Seo 韓国、健康保険審査評価院  
 審査評価政策研究所主任研究員)  
 (こんどう・かつのり 日本福祉大学教授)

ソーシャル・キャピタルの類型に着目した介護予防サービス  
— 結合型SCと橋渡し型SCをつなぐソーシャルワーク —

川 島 典 子

同志社社会福祉学 2010年 第24号 括刷

## 《論文》

# ソーシャル・キャピタルの類型に着目した介護予防サービス ——結合型SCと橋渡し型SCをつなぐソーシャルワーク——

川島典子  
(筑紫女学園大学短期大学部)

## I はじめに

本稿の目的は、近年、社会福祉学、政治学、経済学、社会学、公衆衛生学、開発学などの分野で脚光を浴びているソーシャル・キャピタル（以下SC）に着目し、地域における介護予防サービスをより有効に展開していくための方法論をソーシャルワークの視点から明らかにしていくことにある。

改正介護保険制度下における一般高齢者（以下、一次予防事業対象者）への介護予防サービスを限りある専門職だけで行うのは困難であり、インフォーマルサービスとの連携が必要であることを考えた際、SCの構成要素である地域のボランティアやNPO法人などの社会資源をシステム化することは必須事項である。また、SCを発掘し開発していくことは、今後、地域福祉の分野においてソーシャルワーカーに求められる重要な役割の一つになる。しかし、SCの概念やソーシャルワークとSCの関係は、いまだ明確にされていない。そこで本稿では、先行文献研究によりSCの概念整理を行い、ソーシャルワークとSCの関係について明らかにして、介護予防サービスには結合型SCと橋渡し型SCの双方の要素を併せ持ったSCを駆使する必要があることを論じた上で、事例研究を行う。

## II SCの概念整理

### （1）先行文献研究による概念整理

SCは「社会資本」と直訳されるが、いわゆる道路などのインフラとしての物的資本ではなく、人的資本を表わす言葉であるため、現在では「社会関係資本」と訳すのが一般的である。90年代に入ってから、SC研究が脚光を浴びる火つけ役となったアメリカの政治学者ロバート・D・パットナムは、イタリアの政治に関する研究において「社会資本は、調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」だと述べ、SCが豊かな地域の人々は信頼しあい、自発的に協力するため、民主主義が円滑に機能すると論じている（R. D. Putnam 1993; 2006）。

しかし、SCという言葉が初めて使用されたのは、1916年にアメリカの農学校の州教育長J. J. ハニファンが発表した地域に着目した論文にさかのぼる。その後、70年代に入ってから主として個人レベルのSC論が展開され、やがてパットナムの研究に引き継がれた<sup>(1)</sup>。

近年では、公衆衛生学の分野でもSCの概念が注目されている。イチロー・カワチは、日本人が健康で長生きする理由は、社会内部における経済格差が米国より少なく、地域や職場における社会的結果が米国より豊かであるからではないかという仮説を立て、実証的に検証する研究を行っている（イチロー他 2004；イチロー他 2008）。わが国においても近藤らが愛知県内を中心として同様の実証研究を行い、やはり、SCが豊かな地域では健康度が高いという結果を得ている（近藤 2007）。

SC研究においては、個人レベルのSCと地域レベルのSCに関する論争が常に展開されているが、鹿毛は、社会学では個人の人脈などをSCとみなす個人と社会経済的地位などの相関を見る個人レベルの変数による研究が主であったのに対して、ペットナムの研究は州ごとに集計されたSCの指標と州のパフォーマンスとの相関を見る地域レベル変数による研究であり、SCが地域や集団に蓄積されていくという考えを強調した新しいものになったとしている（鹿毛 2002）。このようにSCをマクロの視点で捉える立場は、公衆衛生学の定量的研究においても主流となりつつある（市田 2007）。

しかし、ここ数年、個人レベルのSCと健康との関連についても再び注目が集まるようになってきており、地域レベルだけでなく個人レベルのSCも主観的健康感と関連があるのではないかという先行研究もある（Kim, D and I kawachi 2006；福島・吉川・市田 2009）。

## （2）SCの類型による概念整理

### ①結合（結束）型・橋渡し（接合）型、垂直型・水平型、構造的・認知的SC

次に、SCの類型について言及してみたい。SCを類型化して論じる概念の一つに、「結合型（bonding）」SCと「橋渡し型（bridging）」SCがある（Narayan, D 1999）。「結合（結束）型」SCは、組織内部の人と人の同質的な結びつきで内部に信頼や協力を生むものであり、大学の同窓会や地縁の深い結びつきなどがこれに当たる。強い絆・結束によって特徴づけられ内部志向的であるため、この性格が強すぎると閉鎖的で排他的になりがちである。一方、「橋渡し（接合）型」SCは、異質なものの同士を結びつけるものであり、NPO法人などの活動などはこれに該当する。結合（結束）型に比べ弱く薄い結びつきではあるが、より開放的横断的であって広い互酬性を生み、外部志向的である。更に、社会的地位が異なる階層の人間のつながりとしてのSCである「連結型（linking）」SCもある。

「垂直型（Vertical）」SCと「水平型（Horizontal）」SCは、SCの概念を参加組織により分類する類型である。「垂直型」SCは、政治関係の団体や会、業界団体・同業団体、市民運動・消費者運動、宗教団体などの内部に垂直的な上下関係のある団体をさし、「水平型」SCは、ボランティアグループ、スポーツ関係のグループやクラブ、町内会・老人クラブ・消防団、趣味の会などの、上下関係や主従関係のない水平的な関係の団体をさす。

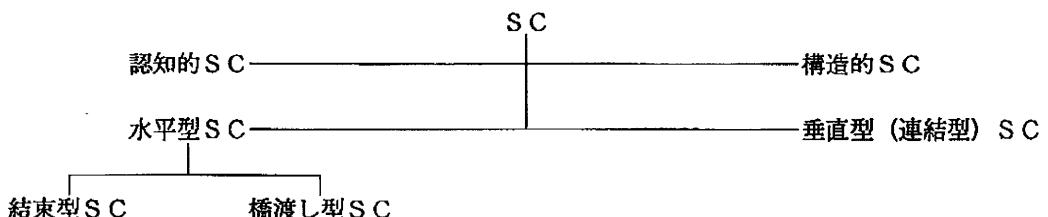
更に、SCの構成要素の特徴に着目した類型として「構造的（structural）」SCと「認知的（cognitive）」SCがある（Kishna, A and Uphoff, N 1999）。「構造的」SCは、いわゆる役割、ネットワーク、規範などをさし、「認知的」SCは、個人の心理的な変化等に影響を与える

る規範、価値観、心情などである。「構造的」SCと「認知的」SCの間に「行動的(behavioral)」SCを位置づける論者もいる(Pitkin Derose K, Varda DM 2009)。

## ② SCの類型を整理した最新の概念整理

海外の先行研究における最新の概念図としてIslamらとEngstromら、Deroseらの概念図も紹介しておく。いずれも前述したSCの類型をうまくクロスさせて捉え、まとめている。

### i) Islam らの概念図



(Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindstrom M, Gerdtham UG 2006) 筆者訳

### ii) Engstrom らの概念図

	認知的	構造的
水平型	市民間の信頼	市民参加
垂直型	政治上の信頼	政治参加

(Engstrom K, Mattsson F, Jarleborg A, Hallqvist J 2008) 筆者訳

### iii) Derose らの概念図

	Cognitive (認知的)	Behavioral (行動的)	Structural (構造的)
Bonding (結合型)	同じ集団内での信用、近隣の閉塞的な集団内での信頼	過去に趣味の会等に参加している頻度、同質的な主体からなる集団へのメンバーシップに基づく参加	結束の強さ (強い)
Bridging (橋渡し型)	(NPO等)の異種集団間における信頼、個人の安全に関する共通認識	投票への参加 多様な主体からなる集団へのメンバーシップに基づく参加	結束の強さ (弱い)
Linking (連結型)	ヘルスケアを提供してくれる人への信頼、地域組織に対する信頼	政府や公的機関に対して出される意見	結束の密度 (地域組織とのコンタクトの回数)

(Pitkin Derose K, Varda DM 2009) 近藤、市田、筆者訳

### III 地域福祉学におけるSC研究の経緯

#### (1) 地域福祉学におけるSCの先行研究

社会福祉学の分野でも、殊に地域福祉学の分野において、野口が2005年の地域福祉学会誌の巻頭言に、地域福祉の未来を開くシナリオの一つとして、失業率を減少させ犯罪抑止効果もあり健康増進や出生率を向上させ教育にも有効なSCを高めることの重要性を述べている。野口は「一定の地域内でのSCの強さだけに目標が向く傾向には、ややもすると内向きや排他的なSCが形成されないよう留意する必要がある。それに固執するとコミュニティの分断や対立を招く恐れがある」と、結合型SCのはらむ問題点についても触れている。野口の論点で括目すべきは「今までの地域福祉の方法論では、地域社会のSCと新しい市民活動のSCを別々に見てきたが（中略）これらの両者のSCを結合させていく方法をとる必要がある」と論じている点にある。つまり、概念上は対極にあるはずの結合型SCと橋渡し型SCを、現実社会においては結びつけることが現在の地域福祉の課題であるというのである。なぜならば、「現在では、自治会や町内会、婦人会や老人会などの地縁組織への加入率が大都市部でも地方の集落においても低下し衰退化が著しい」からだと野口は言及している（野口 2005）。

その後、所らが先行文献研究によるSCの概念整理を行い（所 2007、など）、川島ゆり子も地域福祉とSCの関連について述べた論文を発表している（川島ゆり子 2008）<sup>(2)</sup>。

#### (2) ソーシャルワークにおけるSCに関する先行研究

ソーシャルワークにおけるSCについて初めて論じたのは牧里である。牧里は、社会福祉実践におけるSCとは「家族関係や近隣関係、職場関係などの一口に社会関係と呼ばれる人間関係のストック（資産、財産）」をさすと述べている。そして「対話しコミュニケーションの力を回復させる専門職がソーシャルワーカーだとすれば、社会関係資本の価値が減殺されないように、いやストックが蓄積されるように仕事をするのが社会福祉士なのだ」とソーシャルワーカーの役割にも触れている（牧里 2007）。

その他、地域福祉に関する文献でSCについて触れた文献は、いずれも2007年に発表されたもので、論者は野口である（野口他 2007、他）。その文献の中で、小林も若干、SCについて述べている。小林は「地域福祉計画の立案・実行プロセスにステークホルダーとして関与するのは、地域福祉に関心をもつ住民をはじめ行政や社協、福祉関係団体や各種住民組織、およびNPOやボランティア団体などのソーシャル・キャピタルを構成するものである」として、「福祉関係団体や各種住民組織、NPOや地域のボランティア」を「SCを構成するもの」として捉えている（小林 2007）。ソーシャルワーク実践とSCを関連づける際、地域におけるSCとは具体的に何なのかということを把握しておく必要があるが、地域のボランティアやNPO法人、住民組織などをSCを構成する要素であるとする位置づけには、筆者も同感である。

#### (3) 介護予防サービスにおけるSCに関する先行研究

介護予防サービスとSCの関係について論及した先行研究はいまだ少ない。唯一、平井が興味

深い研究を行っている。平井は、愛知県のT町において、2007年よりサロンをつくることによって、①個人の信頼・規範・ネットワークは介入で変えられるか、②その直接的・間接的効果で地域のSCを高くすることができるか、③地域SCが高くなることで地域全体の健康状態は良くなるか、を研究の目的として三年間にわたり縦断調査を行った。

その結果、「新しい友人の有無」は、介入地域が9.0人、非介入地域では5.8人と介入地域の方が多く、「信頼の規範の変化」に関しては「あなたの地域の人々は一般的に信用できると思いますか」という問に対し「信用できる」と回答した人の割合が介入地域は69.0%から70.2%に増えたのに対し、非介入地域では66.0%から65.8%に減った。「規範の変化」に関しては「あなたの地域の人々は多くの場合、他の人の役に立とうとしますか」という問に対し「そう思う」と回答した人の割合は介入地域で51.0%から50.3%になり、ほぼ横ばいだったのに対し、非介入地域では、50.2%から45.6%に減ったという。

これらの結果から、平井は、①サロン参加者は非参加者に比べ「新しい友人が増えた」と回答する割合が高い、②サロン参加者は非参加者に比べ、助け合いの規範が高くなった者、高い状態を維持した者が多い、などの結論を得ている（平井 2008）<sup>(3)</sup>。

#### IV SCの類型に着目した介護予防サービス

##### （1）一次予防事業対象者に対する介護予防サービスに有効なSCの類型

平井の研究結果は、介入することがSCを豊かにして要介護高齢者を増やさず、介護予防につながるであろうことを示唆している。つまり、ソーシャルワーカーが地域に介入して、地域のSCを豊かにすれば、それが結果的に介護予防につながる可能性は大きいのである。では、具体的に、どのようにしてSCを豊かにすれば良いのだろう。

ただ単に、昔ながらの地縁や互助・共助を復活させて結合型SCを豊かにすれば良いのだろうか。野口も指摘しているように、結合型SCは、閉塞された社会における過干渉が生む余計なストレスを生じさせかねない欠点もはらんでいる。しかし、NPO法人や趣味の会などの橋渡し型SCだけでは、近隣の豊かなSCを熟成するのは困難であろう。また、福島らが行った個人レベルのSCが主観的健康感に及ぼす影響を調べた調査の結果からも、地域住民の主観的健康感を良好に保つためには「ブリッジング型（橋渡し型）の信頼関係を発展させる中にも、ボンディング型（結合型）の信頼関係が損なわれないような配慮をする必要がある」ことが明らかになっている（福島他 2009）。

従って、地域における介護予防サービスには、結合型SCと橋渡し型SCの性質を併せ持ったSCを駆使するのがより有効であると思われる。結合型SCの構成要素である町内会や自治会組織などと、橋渡し型SCの構成要素であるNPO法人などを社会福祉協議会（以下、社協）や地域包括支援センターなどのソーシャルワーカーが、うまくつないでコーディネートし組織化しつつ、介護予防サービスを推進することが肝要になってくるのである。

## (2) SCの類型に着目した介護予防サービスの地域福祉における位置づけと意義

ここで、SCの類型に着目した介護予防サービスの地域福祉における位置づけと、その目的や意義、主要プログラム、期待される効果、政策動向と現場の矛盾などについて今一度確認した上で、改めて介護予防サービスにおいて結合型SCと橋渡し型SCを結合させる効果を主張する意義について論じてみたい。

そもそも介護予防サービスは、地域において行われるべきものである。地域を基盤とした介護予防サービスは、地域住民が住み慣れた地域で在宅で最期まで生き生きと自己実現しながら暮らせるようにするために何時までも健康でいることを目的として行われる。具体的なプログラムとしては、転倒骨折予防、認知症予防、閉じこもり予防、口腔ケア、低栄養予防などがあげられる。地域福祉における介護予防サービスの位置づけや、介護予防サービスにて駆使すべきソーシャルワークは集団と個人の双方に介入するコミュニティソーシャルワークであるべきことを、筆者は既に論文にして発表している（川島 2004）。

一次予防事業対象者に対する閉じこもり予防は、市町村社協のソーシャルワーカーを中心となつて行う「ふれあい・いきいきサロン」などを主なステージとして実施されており、転倒骨折予防教室や認知症予防教室は、改正介護保険法による地域支援事業の下、地域包括支援センターの社会福祉士、保健師、主任ケアマネージャーの三職種連携で行われている。改正介護保険制度による介護予防マネジメントを必要とする要支援者と軽度の要介護者や特定高齢者（二次予防事業対象者）ではなく、健康な一次予防事業対象者に対する介護予防サービスは、市町村社協や、地域包括支援センターのソーシャルワーカーが、対象者の社会関係性を重視しつつ行うことにより、要介護状態になることを予防する効果は十分に期待できる。

2006年以降、介護保険制度が予防重視型に改正され、改正前は利用できなかつた介護予防に関するサービスが要支援者と軽度の要介護者に限つて介護保険制度で利用できるようになつた。しかし、在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行したことによって、従来、一次予防事業対象者に対して行われていた介護予防教室を行うステージが失われつつあるという矛盾も生じてきている（川島 2007）。前述の通り、改正後に施行された地域支援事業には、地域包括支援センターに配置された社会福祉士、保健師、主任ケネージャーの三職種が連携して一次予防事業対象者に対する介護予防サービスを行うように定められているが、実際は、社会福祉士は総合相談業務に保健師は介護予防マネジメントに忙殺され、健康な高齢者の介護予防までは履行し難い状況にある。そこで、今後は、ソーシャルワーカーがSCを発掘し、地域のボランティアやNPO法人などと協働して一次予防事業対象者への介護予防サービスを履行していく必要があるのである（川島 2008）。

近藤らの先行研究によれば、今後の介護予防戦略のポイントは、「高齢者に役割を」「社会・地域参加」「ネットワークづくり」「NPO」などを共通のキーワードにした「個人ではなく地域や集団に介入」「環境の改善を図る」であるという（近藤他 2007）。まさに、社会関係性を重視し、地域や集団に介入して、エコロジカルアプローチを駆使するソーシャルワーカーの役割が期待されるところである。愛知県内を中心として行われた近藤らの先行研究では、前述の通り、SCの

豊かな地域ほど健康な高齢者が多いという結果が得られている。筆者はその結果に注目し、SCを豊かにすることが介護予防につながり、地域のSCを豊かにする役割を担うべき専門職はソーシャルワーカーであるべきだと考えた。

では、ソーシャルワーカーは、具体的にどのようにして地域のSCを豊かにしていくべきなのか。そう考えるに至った時、結合型SCと橋渡し型SCを結合させることが健康に影響を与えるという前述の実証的な先行研究を基盤とした本稿で主張する試論に到達したのである。実際に、日本地域福祉学会第24回大会で発表された地域福祉の現場における事例のなかにも、自治会活動やNPO法人の活動をつないで地域福祉を活性化させた例が散見された。地域によっては自治会からNPO法人に歩み寄り、また或る地域によってはNPO法人から町内会組織に声をかけた事例もある。理論とは関係なく地域福祉の現場で機が熟するかのように興りつつある「自治会活動とNPO法人の活動をつなぐ」という帰納的に得られた経験知を演繹的に理論的裏づけをするという点においても、本稿の仮説は有効であると考える。

そこで次節では、具体的に、介護予防サービスにおいて結合型SCと橋渡し型SCをつないだ具体的事例についてふれてみたい。

### (3) 介護予防サービスにおいて結合型SCと橋渡し型SCの双方をつないだ事例

S県M市H町にあるNPO法人「Kの家」は、いわゆるグループホームである認知症型共同生活介護事業所と、共用型認知症対応型通所介護事業所、更に、通所と入所の両方のサービスが利用できる小規模多機能型居宅介護事業所を併設している。現在、グループホームへの入所者は9名、通所者2名、小規模多機能型施設への登録者は25名である。H町は、公民館活動や地区社会福祉協議会活動の盛んな地域であり、自治会活動も活発に行われている。人口約20万人弱・高齢化率約23%であるM市の北部に位置するH町は、人口約1万人・高齢化率約15%の、旧農業地帯と新興住宅地を擁する新旧住民混在地域である。「Kの家」の職員の内訳は、社会福祉士1名・介護福祉士8名・看護師1名である。当初、認知症予防のための介護予防（歌唱による音楽療法など）をグループホームの入所者のみを対象に行っていた「Kの家」では、やがて地域の自治会（世帯数約100）にサービスを開放し、現在では、月1度のADL体操教室や、2月に1度のアロマ教室、音楽療法などに、自治会の会員である一次予防事業対象者も参加し、自治会員の一部はボランティアとして介護予防サービスに関わっている。

また、M県I市（人口約10万人）では、市社協が中心となってNPO法人と住民自治協議会（自治会）をつなぐ様々な試みを行っているが、介護予防サービスに関しても空家を改修して拠点を整備し介護予防のためのデイサービスを地域住民参加によって行い、それをNPO法人化する予定であるという。

以上の二事例は、いずれも結合型SCである自治会組織と橋渡し型SCであるNPO法人をうまくつないで介護予防サービスを行っている事例であり、I市に関しては、そのコーディネート役を市社協のソーシャルワーカーが担っている。しかしながら、M市に関しては、残念ながらソーシャルワーカーが介入しているわけではない。いわば偶発的にある事例の一つといえるかもしれない

ない。それが、いまだ試論である本研究の限界である。

## V 今後の課題

以上、SCの概念をまとめ、地域における介護予防サービスに有効であると思われるSCの類型について述べた上で、若干の事例研究を行った。SCが豊かな地域は健康度が保たれるという仮説は国内外の様々な実証研究によって検証されているが、結合型SCと橋渡し型SCの双方をソーシャルワーカーがコーディネートすれば、一次予防事業対象者の健康度が保たれるという本稿の仮説を検証した実証研究は、いまだない。今後は、結合型SCと橋渡し型SCの双方を駆使した介護予防サービスを行っている地域で、自記式アンケート郵送調査法による調査を行い、多変量解析によって分析して本稿の仮説を検証し、SCを豊かにするためのソーシャルワーカーの役割をより明確にしていきたい。

また、実証的研究と共に更なる事例研究を重ね、介護予防サービスにおいてソーシャルワーカーが果たすべき役割を帰納的に抽出し、具体的にどのような手法で結合型SCと橋渡し型SCをつないでいくのかを普遍的に示せるように体系化することも必要である。更に、介護予防マネジメントに忙殺され、従来の総合相談業務すら手薄になっていることが指摘されている地域包括支援センターのソーシャルワーカーが、社協のソーシャルワーカーなどと連携し、地域におけるSCを強化・活用できるようにするためにどうしたら良いのかという方策も併せて探究していくことが、本研究の今後の課題である。

(本稿は、日本地域福祉学会第24回大会において発表した内容を加筆修正したものである。)

## 謝辞

本研究は、「平成20年21年度文科省科研費若手研究（スタートアップ）」（課題番号20830142、研究代表者）、「平成22年度文科省科研費補助金基盤研究（C）」（課題番号22530666、研究代表者）、「平成22年度厚生労働省科研費補助金（長寿科学総合）」（研究課題名「介護保険の総合的政策評価ベンチマークシステムの開発」H22-長寿-指定-008、分担研究者）の助成を受けた継続研究の成果の一部である。SCの概念整理に関しては、AGES（愛知老年学的評価研究）の「SC研究会」のメンバーから多くの示唆を得た。記して謝意を表する。

## 注

- (1)ハニファン以降、2005年までの先行研究（東 2003；稻葉 2007；宮川 2004など）におけるSCの定義を時系列的にまとめると以下の表のようになる（表は筆者作成）。

### 先行文献による概念整理

L. J. ハニファン（1916年） アメリカ・教育者	学校が成功するためには地域社会の関与が重要であるが、コミュニティ発展のためには仲間意識・共感・社会的交流の蓄積が必要でそれらがSCである
--------------------------------	--

J. ジェイコブズ (1961年) カナダ・都市計画論者	建築学・都市社会学的な視点から都市開発への問題を提起し、近代都市における隣人関係などの社会的ネットワークをSCと表現した
ラウリー (1977年) アメリカ・経済学者	アメリカにおいて白人と有色人種を比較した場合、白人の方が生まれた時点から人的資本獲得に有利な環境がある利点を指摘し、それをSCとした
ブルデュー (1986年) フランス・社会学者	人間の日常的現実的なコミュニケーション活動に着目し、その円滑化のための資本として文化資本やSC（当人に何らかの利益をもたらす形で社会化された人間関係の総体。例えば「人脈」や「コネ」「顔の広さ」）を定義
コールマン (1988年) アメリカ・社会学者	SCとは、社会構造のある局面から構成されるものであり、その構造の中に含まれる個人に対し、ある特定の行為を促進するような機能をもっている
R. パットナム (1993年) アメリカ・政治学者	SCとは、協調行動を活発にすることによって社会の効率性を改善しうる信頼、規範、ネットワークなどの社会組織の特徴である
F. フクヤマ (1995年) アメリカ・社会学者	SCとは信頼（コミュニティの他のメンバーが共有している規範に基づいて規則正しい正直で協調的な行動をとると考えられるようなコミュニティにおいて生じる期待）が社会全体あるいは社会の特定の部分に広く行き渡ることから生じる社会の能力であり集団を構成するメンバーの間で共有されるインフォーマルな価値あるいは規範の集合である
世界銀行 (1996年)	SCとは、社会的なつながりの量・質を決定する制度、関係、規範である。社会的なつながりは、経済の繁栄や経済発展の持続に不可欠である。SCは、単に社会を支えている制度ではなく、社会的つながりを強くするための糊の役割を果たしている
W. ベイカー (2000年) アメリカ・経済学者	SCは、個人的なネットワークやビジネスのネットワークから得られる資源であり、情報・アイデア・指示方向・ビジネスチャンス・富・権力や影響力・精神的サポート・善意・信頼・協力をさす
M. ウールコック (2000年) アメリカ・経済学者	SCとは、協調行動を容易にさせる規範・ネットワークである

N. リン (2001年) アメリカ・社会学者	SCは、市場における見返りを期待してなされる社会的関係への投資であり、目的を持った行動のためにアクセスしたり動員されるもので、活用される社会構造のなかに埋め込まれた資源である
O E C D (2001年)	規範や価値観を共有し、お互いを理解しているような人々で構成されたネットワークで、集団内部または集団間の協力関係の増進に寄与するものがSC
R. パート (2005年) アメリカ・社会学者	関係構造における個人の位置づけによって創造される利点がSCである

- (2)川島ゆり子の紹介する稻葉の「SC論は社会関係に何らかの投資行為をすることによってリターンを取得する過程として捉えることができる」(稻葉 2005)という概念は、稻葉の概念整理やSC論全般を俯瞰的に表したものではない。現に稻葉は別の文献で「信頼・規範・ネットワークは人々の心に働きかけてはじめて意味を持つ。言いかえれば市場での売買などが生じなくても重要な役割を演じている」(稻葉 2007)と述べ、SC論を単に投資行為や利益を媒体として語っていないことを著わしている。また、個人レベルのSCを「個としての利益」、地域レベルのSCを「集団としての利益」と捉える捉え方にも疑問を禁じえない。川島のいう利益に着目したSC論は、主にリンらの概念に依拠したものであり、先行研究の全てを網羅して総合的かつ客観的に述べたものではない。更に、今後の研究の方針として、個人レベルのSCに視座を置くという姿勢にも危惧を感じる。昨今は、個人レベルのSCと地域レベルのSCに関するデータの双方を同時に分析するマルチレベル分析も多く用いられているため、マクロな視点も必要である地域における実証研究に関してSC研究の視点を個人レベルだけに定めるスタイルは、研究結果の偏りを生む危険性を孕んでいる。しかしながら「ネットワーク間にブリッジを渡すソーシャルワーカーの戦略的行為を暗黙知から形式知に転換するという新たな視座をソーシャルワーク実践に提供しうる」のがSC論であるという見解には賛同できる。
- (3)平井の介入した地域のSCの類型に関しては、論文中にその点に関する記述がないため、平井が提示した事例のSCの類型の詳細を記すことはここでは控える。

#### 文献

- R. D. Putnam (1993) Making Democracy Work-Civic Traditions in Modern Italy- Princeton University press.
- ロバート・D・パットナム著 柴田康文訳 (2006)『孤独なボウリング』柏書房.
- 東洋一 (2003)「ソーシャル・キャピタルとは何か—その研究の変遷と今日的意義について—」「E S P 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」2003 9月号 No.377 (社) 経済企画協会.
- 稻葉陽二 (2007)『ソーシャル・キャピタル論「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸課題』生産性出版.