

201101009B

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業

ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究

平成 22-23 年度 総合研究報告書

平成 24 年 3 月

主任研究者 井上 由起子  
国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官

## 目 次

### ◆総合研究報告書

ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究 .....	3
--------------------------------	---

### ◆分担研究報告書

I. ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムの関係整理 .....	11
II. 事例紹介 .....	23
III. 事例を読み解き、【社会的仕組み】を組み立てる際の視点 .....	65
IV. ソーシャル・キャピタルを活かした住まいと活動拠点の計画 .....	77
V. 地域交流拠点を活かしたコミュニティ・ソーシャルワークのあり方 .....	107
VI. 大牟田市地域交流拠点の考え方と運営特性に関する研究 .....	135

### ◆研究発表

- I. 学会発表
- II. 総説

総合研究報告書

ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)  
総合研究計画書

ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究

主任研究者 井上 由起子  
国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部 首席主任研究官

研究要旨

我が国の地域包括ケアシステムは自助・互助・共助・公助の役割分担と連携を意識しながら進められている。地域包括ケアシステムには、integrated care(統合型のケア)と community based care (地域を基盤としたケア) という二つの独立したコンセプトがあるが、政府が国レベルの政策として推進しているのは、フォーマルケア(共助)に位置づく医療と介護の integrated care を一定の地理的範囲 (community 30分で駆け付けられる範囲) で実現することにある。インフォーマルケア(互助)は期待されるものにすぎないため、明確な目標設定ができる内容とはならず、政策に位置づけることは困難である。しかしながら、一方で、互助を地域包括ケアシステムに活かすための手法について各保険者は模索を続けている。

以上を踏まえ、本研究では、地域包括ケアシステムの文脈からソーシャル・キャピタルをどのように定義しうるかについて論じたうえで、ソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムの要素に位置づけようとする全国9つの事例について現地調査とヒアリング調査を実施した。あわせて、上記の中から1地域を選び、インフォーマルケアとフォーマルケアの連携を利用者レベルで実現するための課題を明らかにするために、個別支援計画に関する事例調査を行った。これらを踏まえて、互助を地域包括ケアシステムに活かすための社会的仕組みを組み立てる際の留意点の抽出と、それを空間に落とし込むための視座について検討した。

研究分担者 森本佳樹：立教大学コミュニティ福祉学部 教授  
筒井孝子：国立保健医療科学院福祉サービス部 福祉マネジメント室長  
研究協力者 山口 健太郎：近畿大学工学部建築学科 准教授  
高尾 総司：岡山大学大学院医歯薬総合研究科 講師  
本間 里見：熊本大学大学教育機能開発総合研究センター 准教授  
大口達也：立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程  
岡田 哲郎：立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程  
片山 友子：立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程  
任 賢宰：立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程  
陳 燕：立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程

## A 研究の背景と目的

我が国における地域包括ケアシステムには二つの独立したコンセプトがある。一つは integrated care（統合型のケア）であり、いま一つは community based care（地域を基盤としたケア）である。地域包括ケアシステムでは自助・互助・共助・公助の役割分担と連携が重要とされているが、国レベルで政策として推進しているのは一定の地理的領域（community 30分以内でかけつけられる範囲）で、フォーマルケアである共助に位置づく医療と介護の integrated care を実現することにある。インフォーマルケアである互助は期待されるものにすぎないため、明確な目標設定ができる内容とはならず、政策に位置づけることは困難である。しかしながら、一方で、互助を地域包括ケアシステムに活かすための手法について各保険者は模索を続けている。行政・自治組織・社会福祉協議会・民生委員・ケア事業者・住民など多様な担い手による協働を通して、互助を「ある程度期待できるもの」として地域包括ケアシステムに位置付けることができれば、地域包括ケアシステムの運営に寄与することが可能となるかもしれない。

以上を踏まえ、本研究では、地域包括ケアシステムの文脈からソーシャル・キャピタルをどのように定義しうるかについて論じたうえで、ソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムの要素に位置づけようとする全国9つの事例について現地調査とヒアリング調査を実施した。あわせて、上記の中から1地域を選び、インフォーマルケアとフォーマルケアの連携を利用者レベルで実現するための課題を明らかにするために、個別支援計画に関する事例調査を行った。これらを踏まえ

て、互助を地域包括ケアシステムに活かすための社会的仕組みを組み立てる際の留意点と、それを空間に落とし込むための視座について検討した。これらを踏まえて、個々の保険者が自助・互助・共助・公助の役割分担と連携を地域包括ケアシステムの効果的で効率的な運営に役立てるための知見をとりまとめることを、本研究の目的とする。

## B 研究方法

上記の研究目的に沿って、以下の4つの調査研究を実施した。

### 調査1. ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムの関係整理に関する調査

ソーシャル・キャピタルに関する既往研究を踏まえたうえで、地域包括ケアシステムの文脈からソーシャル・キャピタルをどのように定義しうるかについて論述した。

### 調査2. 大牟田市地域交流拠点の運営に関する調査

大牟田市が取り組む地域交流施設の運営特性と活動状況を明らかにするために、地域交流施設37か所に対するアンケート調査、大牟田市保健福祉部局職員80名に対する地域交流施設の評価に関するアンケート調査を実施した。

### 調査3. 地域交流拠点を活かしたコミュニティ・ソーシャルワークに関する調査

大牟田市地域交流施設を活用する介護保険利用者の個別支援計画（12例）についてヒアリング調査を行い、地域交流拠点を活かしたコミュニティ・ソーシャルワークについて検証するとともに、個別支援計画書のあり方について検討を加えた。

### 調査4. ソーシャル・キャピタルと地域

包括ケアシステムに関する先進事例調査  
ソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムの要素に位置づけようとする取り組みについて、全国9つの事例について現地調査とヒアリング調査を実施したうえで、社会的仕組みを組み立てる際の留意点と、それを空間に落とし込むための視座について検討した。

#### 倫理的配慮

国立保健医療科学院研究倫理審査にて承認を受けた（承認番号 NIPH-IBRA#0056）。

#### C 分析結果および考察

##### 調査1. ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムの関係整理に関する調査

我が国における地域包括ケアシステムには二つの独立したコンセプトがある。一つは医療と介護の integrated care であり、いま一つは community based care である。地域包括ケアシステムにおけるソーシャル・キャピタルを本研究においては以下のように定義する。地域包括ケアシステムの中核をなす integrated care in community への取り組みが不断なく行われていることを自明のこととしたうえで、地域住民の『ネットワーク』『規範』『信頼』に対して、利用者・保険者・医療福祉機関・地域組織・地域住民・家族等が協力しながら「ある程度期待できる」互助を醸成し、それを共助と結びつけながら、地域包括ケアシステムの運営を円滑に行うような社会的仕組み、と定義する。

ここでいう「ある程度期待できる」互助とはコモンな互助であり、互酬性と共同性のバランスがとれた互惠性のうえに

成立している。その担い手は村落共同体的なものから市民社会的なものへと移行しつつあるが、この互助については、その性質から、国レベルで施策化できるものではなく、地域圏域単位で検討せざるをえないものである。したがって、現行の行政システムにおいては、介護保険の保険者である市町村が検討すべきこととなる。

この互助の存在を核に、自助・互助・共助・公助の役割分担と連携が適切になされたとき、地域包括ケアシステムは、システムと生活世界の双方で成立するものへと姿を変えているであろう。制度化された共助や公助と、システムとしての安定性はないものの顔が見える関係を基盤とした自助や互助が結合することが望まれているわけだが、これらをどのようなバランスで整えることが個々の地域包括ケアシステムに望まれるかは、最終的にはその構成員が判断することとなる。インフォーマルケアを政策に位置づけることはできないが、ソーシャル・キャピタルを基盤としたインフォーマルケアや、そこに備わる『規範』や『信頼』といった特性は、国が示してきた医療と介護の連携を目的とした地域包括ケアシステムの円滑な運営にとって重要であり、これが豊かであること、その選択を住民自身が行うというプロセスを経たところでは、自助、互助、共助、公助といった区別を意識することがない、地域包括ケアシステムが構築される可能性がある。

##### 調査2. 大牟田市地域交流拠点の運営に関する調査

大牟田市地域交流施設は介護保険事業者が小規模多機能型居宅介護等に併設して運営するもので、設置運営コストを抑えつつもコーディネーター役の職員を兼務で常駐させ、自助・互助・共助・公助

の情報一元化と連携、地域包括支援センターとの役割分担が目指されている。

大牟田市地域交流施設の全体像を把握した後、地域交流施設の活性化において地域指標と地域交流施設指標がどのような影響を与えているかを明らかにするために5つの調査を実施した。得られた結果は以下の通りである。

① 22 小学校区に 36 ヲ所の地域交流施設があり、小学校区を圏域としている。

② 市内の 86.7% の高齢者にとって徒歩圏 (半径 1000m) に地域交流施設がある。

③ 86.1% の地域交流施設は何らかの介護保険事業を併設させている。

④ まちなか立地が推進されているものの、併設の介護保険事業所の事業性に左右されるため、人口が少ない地域、互助の醸成を優先すべき地域への配置は行政主導で行う必要がある。

⑤ 職員の多くは同一建物の別部署 (小規模多機能等) との兼務が半数を超える。

⑥ 月平均利用者数は 127.8 人であった。活動は介護予防事業、法人独自事業、住民自治事業、住民サークル活動、法人と住民の双方が主体的にかかわる活動に分類できた。

⑦ ボランティアの活用、住民キーパーソンの発掘、地域活動への参加等をおして住民との連携が模索されている。

⑧ 評価の高い施設と低い施設を左右する因子 (地域指標と地域交流施設指標) について分析を行ったところ、地域指標との間に有意差はなかった。一方、地域交流施設指標のいくつかの項目において有意差があることが判明した。運営手法を向上させることで地域交流施設の活動の活発化が可能となることが示唆された。評価が高い施設には、地域住民が訪問しやすい建物整備、管理者の居場所 (交流施設に常駐、同一建物に常駐)、年間利

用者数多い、独自事業や促進事業の実施、キーパーソンやボランティア有り、地域活動への関与などであった。

調査 3. 地域交流拠点を活かしたコミュニティ・ソーシャルワークに関する調査

大牟田市地域交流拠点 37 か所のうち活動が活発である 3 法人を抽出し、小規模多機能型居宅介護事業所および居宅介護支援事業所の個別支援計画 12 例について、ケアマネージャーに半構造化面接によるヒアリング調査を実施した。分析結果は以下のとおりであった。

① 実際のケアマネジメントでは全ての事例において互助のサポートを組み入れている。

② 互助の担い手は「A: 民生委員等の地域関係者」「B: 従来より本人と関わりが深い人 (家族、友人、知人)」「C: 地域交流拠点で新たに形成された個人的な関わりのある人」「D: 地域交流拠点で組織化された互助グループ」等があった。これらを「プライベートな互助」、「コモンな互助」の枠組みで認識している法人はなかった。

③ 個別支援計画書に互助を記載している事例は数例のみであった。記載している場合でも、週間サービス計画書ではなく、居宅サービス計画書にのみ記載されていた。現在の個別支援計画書の書式では、支援における「責任の範囲」という観点から互助を記載することが難しい。一方で、「常設性」のある「コモンな互助」については、居宅サービス計画書を中心に記載が可能であると思われ、この点をふまえた書式の改善が望まれる。

④ 地域交流拠点で実施されているプログラムは比較的「自立」もしくは「軽度の方」が多い。よって、現時点では地域交流拠点が担う互助は、D のケースが多く、C のケースは少ない。しかし、今後 D の

担い手が支援を必要な状況になった場合には、Cのケースが増える可能性が確認された。

#### 調査4. ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムに関する先進事例調査

ソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムの要素に位置づけようとする全国9つの事例を調査した。調査対象は以下の通りである。

事例1：公田町団地一人暮らし世帯安心生活支援モデル（神奈川県横浜市栄区）

事例2：大阪府営住宅ふれあいリビング事業（大阪府全域）

事例3：ファミリー伏見（京都府京都市伏見区）

事例4：潤生園交流拠点事業（神奈川県小田原市）

事例5：ワーカーズわくわく（神奈川県横浜市瀬谷区）

事例6：隠居長屋ろんち（鹿児島県霧島市）

事例7：大牟田市地域交流拠点事業（福岡県大牟田市）

事例8：富士宮市地域包括ケアシステム（静岡県富士宮市）

事例9：横浜市地域ケアプラザ事業（神奈川県横浜市全域）

この9事例をもとに、ソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムと結びつけ、互助と共助の役割分担と連携に向けた社会的仕組みを組み立てる際の留意点を抽出するとともに、それを地域空間に落とし込む際の視座を明らかにした。抽出された留意点は以下の6点である。

- ①担い手としての住民の力
- ②理念と目標の共有
- ③適切なエリア設定
- ④活動拠点の整備

⑤コモンな互助として期待される主な機能

⑥居住形態と見守り・生活支援サービス

留意点は以下の3点にまとめられる。第一に、コモンな互助として期待される主な機能には、孤立の解消と居場所の提供、見守り（安否確認）、生活支援サービス（食事、買い物、洗濯、掃除、環境整備、ゴミ出し、移動、各種手続き）、自助に結びつくヘルスケアプログラムの4つがある。第二に、担い手としての住民の力に乏しい場合には、行政はその支援を行うと同時に、互助として期待される機能を互助以外の自助・（共助）・公助のいずれで担うかを併せて検討する。第三に、これらのインフォーマルケアには個人単位での対応が馴染むものと地域単位での対応が馴染むものがあり、このことが有償性の導入の仕方、居住形態とインフォーマルケアのあり方に影響を与える可能性がある。

## D 研究発表

### 1 総説

井上由起子，地域包括ケアにおける住まいとサービス，病院設備，vol.53 No.5(302)，2011.9，P40-43

井上由起子，高齢社会における公営住宅の可能性，住宅，2012.1，P39-45

### 2 学会発表

本間里見，陳晨，位寄和久：大牟田市の民営地域交流施設に関する研究その1，建築学会大会学術講演梗概集，2011,E-2,P449-450

陳晨，本間里見，位寄和久：大牟田市の民営地域交流施設に関する研究その2，建築学会大会学術講演梗概集，2011，E-2,P451-452

山口健太郎，井上由起子：大牟田市地域



交流施設とソーシャル・キャピタルに関する研究その1, 2011,E-2, P209-210  
井上由起子, 山口健太郎: 大牟田市地域  
交流施設とソーシャル・キャピタルに関する研究その2, 建築学会大会学術講演  
梗概集, 2011,E-2,P211-213

E 知的財産権の取得状況

なし

## I . ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムの関係整理

この章では地域包括ケアシステムの文脈からソーシャル・キャピタルを検討する。

井上由起子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス部 上席主任研究官）  
筒井 孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス研究分野 統括研究官）

## 1 地域包括ケアシステムの概念整理

我が国における地域包括ケアシステムには二つの独立したコンセプトがある。一つは integrated care（統合型のケア）であり、いま一つは community based care（地域を基盤としたケア）である<sup>1</sup>。

### ■ integrated care

現在、厚生労働省は医療サービスと介護サービスを integrated した care を提供するためのシステムづくりに向けた取り組みを行っている。integrated care には、①急性期から回復期さらには慢性期へと至る垂直的統合、②慢性期ケアにおける水平的統合という二つの段階がある<sup>2</sup>。地域包括ケアシステムが主として扱うのは②の段階である。

垂直的統合は主として医療の機能分担の枠組みなかでなされており、水平的統合は医療と介護にわたる枠組みのなかでなされている。地理的範囲という観点からみれば、垂直的統合は、疾患の治癒ステージに応じて三次医療圏から二次医療圏さらには一次医療圏・・・というように広範囲から狭範囲へと絞られてゆく。②の水平的統合は、地域包括ケアシステムの定義にもあるように「おおむね 30 分以内にかけてつけられる範囲（中学校区等）」を指し、地理的範囲は一定である。①の最終ステージにおける地理的範囲と②の地理的範囲を合致させることは、①から②へのスムーズな移行、②における医療と介護の統合において重要な意味をもつ

### ■ community based care

地域包括ケアシステムにおける community based care とはどのようなものを指すのか。「おおむね 30 分以内にかけてつけられる範囲（中学校区等）」のなかで医療と介護の integrated care が提供できるという意味であれば、integrated care in community ということになる。

また、地域包括ケアシステムで示されている 4 つのケア主体（自助、互助、共助、公助）がそれぞれの役割を発揮することに着目するのであれば、互助、すなわちインフォーマルケアを含めたものとして community based care を捉えることになる。care by citizens in community ということになる。

地域包括ケアシステムにおける community based care の community が地理的範囲を指すのか、人々の営みとしてのコミュニティ（市民社会、地域共同体など）を指すのか、その点について明確な定義はなされていないが、報告書に概ね 30 分以内と示されたことから、地理的範囲が意識されていることは言うまでもない。

<sup>1</sup> 筒井孝子 (2011). 平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業（研究代表 高橋紘士）」, 国際医療福祉大学 :p15  
<sup>2</sup> 太田貞司・大口達也 (2012). 地域包括ケアシステム構築のための地域連携の仕組みづくり、平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保健者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」, 立教大学

## ■インフォーマルケアと地域包括ケアシステム

ここで改めて確認しておくべきは、日本が国レベルの政策で扱っているのは、医療と介護の連携によって integrated care をシステムとして整えることにあるということである。医療と介護は介護保険や医療保険という制度化されたフォーマルケアであるがゆえに、所与のものとなり、integrated care は国レベルの政策になりえる。

一方、インフォーマルケアや互助は所与のものではなく期待されるものにすぎない<sup>3</sup>ため、制度に組み込むことは極めて困難である。すなわち、インフォーマルケアを国レベルで地域包括ケアシステムに政策として組み込むことは、困難であるし、実現可能な施策として、明確な目標設定をできる内容ともならない。

よって、地域包括ケアシステムの文脈では community は地理的範囲として捉え、これについて検討することが必要となると言えよう。ここで新たな問いとしては、インフォーマルケアや互助が期待するものにすぎないことを理解したうえで、それを一定の地理的範囲で「ある程度は期待できるもの」にする取り組みは、ありうるのか、それが実現できたときの地域包括ケアシステムとそれまでの地域包括ケアシステムに違いはあるのか、という問いである。

本研究の焦点の一つは、この問いに従って、実施されたものであるが、ここまでの議論からも明らかなように、この研究は、医療と介護の連携による integrated care が、地理的範囲である community（おおむね 30 分以内にかけてつけられる範囲（中学校区等））において実現されつつあり、また、この圏域にいかなる資源を投下すべきであるかを検討することを出発点としているという点を強調しておきたい。

## 2 ソーシャル・キャピタルとインフォーマルケア

### ■ソーシャル・キャピタルとは

諸外国と同様に、近年、我が国でもソーシャル・キャピタルに関する研究が盛んに行われている。この言葉は極めて多義的に用いられている。例えば、J.S. コールマンは「人々の関係の中に埋め込まれたものであり、物的資本および人的資本同様、生産的な活動を容易にするもの」と定義し、『義務』『期待』『制裁』という三つの形態を示した。

ソーシャル・キャピタル研究の礎をつくった R.D. パットナム（1940-）は「人々の協調行動を活発にすることで、社会の効率性を高めることのできる『信頼』、『規範』、『ネットワーク』といった社会的仕組みの特徴」と定義し、J. ジェイコブス（1916-2006）は「近代都市における隣人関係などの社会的ネットワーク」と定義した。ソーシャル・キャピタルは、「地域に暮らす人々の『ネットワーク』のなかにある守るべき『規範』や他者への『信頼』であり、人々の協調活動を活発にさせ、社会の効率性が高まるよ

3 池田省三 (2011). 介護保険論, 中央法規 : p240

うな【社会的仕組み】を指すと言えそうである。

さて、ここで重要なことは、①人々の『ネットワーク』『規範』『信頼』は土地や時代によって変化すること、②【社会的仕組み】の具体は社会における何の効率性を高めたいのかによって異なること、である。①は対象とする地域によって、すなわち、下町、都心、ニュータウン、工業都市、地方都市、農村・漁村によって異なるであろうし、人口密度、移動手段、生活構造の特徴によっても異なるであろう。②は本論では「地域包括ケアシステムの効率性を高める」ことを目途としている。

このほかにも、教育、環境、育児、国際援助、防災、健康、まちづくり、震災復興など、市場の外と内の両方におよび、とりわけ、市場の外からの力が大きな意味を持つものにおいて、ソーシャル・キャピタルへの着目が高まっている。

## ■人々の営みとしてのコミュニティと地理的範囲としてのコミュニティ

さて、パットナムはイタリアの南部と北部を対象に制度パフォーマンス指標を測定し、制度パフォーマンスは北部で高く、南部で低いことを明らかにした。同様に、市民性は北部で高く、南部で低いことも明らかにした。すなわち、南部の地縁的共同体よりも北部の市民社会のなかにソーシャル・キャピタルが潤沢にあることを明らかにしたといえる。

このことを我が国に置き換えて考える場合には、以下の二点に留意が必要となろう。その第一は、ソーシャル・キャピタルを活かして何らかのインフォーマルケアや互助を構築する場合、村落共同体的な関係の再生という働きかけよりも、市民社会的な関係の強化に働きかけるほうが実効性は高いだろうということである。

これは、パットナムの研究から示唆されたことと関連するわけだが、我が国に地縁的共同体が残る地域が農村や漁村を中心に多数あることは論を待たないとしても、市民社会と呼べる地域があるのか、その萌芽があるとしてそれはどのようなものか、ということである。市民社会と呼べるものの理解を助けるものとして、社会学者のワイヤーマンが提案した「親密な二次的關係」<sup>4</sup>がある。

この関係は、いわゆる一次的関係（家族や友人といった極めて感情的な結合が強いもの）と二次的關係（間接的で感情的な結合が弱いもの）の中間に位置するもので、一次的関係の親密さを持ちながらも、合理性と業績原理を重視する二次的關係の特性をも備えるものとして理解され、「ラポール、私的問題よりも公的問題、家族的関わりよりも個人的関わり、脱退するのに低いコスト」といった特徴があるとされている。別の言葉でいえば、一次的関係に強くみられる共同性と二次的關係に強くみられる互酬性をバランスよく兼ね備えた互惠性とでも言えばよいであろうか。

留意点の第二は、これと関連することであるが、西欧や北米では社会階層によって居住域が区画として分けられているのに対し、日本においては、居住域の区画は厳密ではなく、とくに所得階層による住み分けは、明確ではない。例えば、都市部やその近郊では、何十年にわたる土地着きの地主層、相続の問題によって、切り売りされた

---

4 大谷信介 (1995). 現代都市住民のパーソナル・ネットワーク, ミネルヴァ書房: p159

土地を購入し、そこに移り住んできた中堅所得者層、地主のもつ小規模な土地に建てられたアパートに住む若年層や生活に困難を抱える層、こういった様々な人々が同じ地理的範域に居住していることが少なくない。

このような地域でソーシャル・キャピタルを活かして何らかのインフォーマルケアを構築する場合、インフォーマルケアの内容（ある人が欲するインフォーマルケアを周囲の人々も同じように欲するのか）とその対価（無償労働であれ労働時間を貨幣に置き換えるのであれ、どれくらいの対価であればインフォーマルケアが流通するのか）を設定する過程において、利害関係の調整に困難を伴うことが想定される。

## ■資本と市場からみたソーシャル・キャピタル

ソーシャル・キャピタルを資本との関係性から整理したのは、前述の J.S. コールマン（1926-1995）とブルデュー（1930-2002）である。J.S. コールマンは資本には物理的資本、人的資本、ソーシャル・キャピタルがあり、物理的資本と人的資本は私財であるが、ソーシャル・キャピタルは公共財であると述べた。

ソーシャル・キャピタルによってもたらされるインフォーマルケアは、私的なものではなく、公共的なものであることが示唆されているが、この理解は、インフォーマルケアを一定の地理的範域で「ある程度は期待できるもの」にする取り組みに結びつくかもしれない。

ブルデュー（1930-2002）は、資本は経済（economic）資本、文化（cultural）資本、社会（social）資本の3つの形態をとり、社会資本がソーシャル・キャピタルであると定義するとともに、ある資本を他の資本に転換する際の目安は労働時間であるとした。

介護保険制度は自助や互助で賄うことが困難になりつつある社会の変化を見据えて、介護報酬によって規定される疑似市場を作り出すことで、家族等による無償労働を経済資本に置き換えた例といえる<sup>5</sup>。

今日、介護保険でカバーすべき労働が何であるかについて盛んに議論がなされている。この背景には、サービス付き高齢者向け住宅の登場によって、介護保険施設や認知症GHや特定施設では介護保険でカバーされてきた生活支援サービスが介護保険から切り離されて、利用者の全額自己負担として基礎サービス費などの名目で徴収されていること、定時巡回随時対応型訪問介護看護の制度化によって支給限度額を超えた部分を全額自費で賄わざるを得なかった現状に変化がみえるのかといったこと、要支援や軽度者が給付の対象から外れるのではないかとといった憶測が根強くあること、などがあるものと推察される。

本研究では、インフォーマルケアのうち何を介護保険給付の対象とし、何を対象から外すのか、といったことには視点を置かない。インフォーマルケアとフォーマルケアの双方が存在するという事実は将来にわたって変わらないとの理解にたち、介護保険等による共助とインフォーマルケアによる互助を結び付ける仕組みとは何か、イン

5 筒井孝子 (2009). 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究 (研究代表 井上由起子)」:p1-24

フォーマルケアがフォーマルケアの効率的で効果的な運営に寄与する可能性はあるのか、を探ることに視点を置く。すなわち、ソーシャル・キャピタルが市場メカニズムの外から市場に影響を与える概念として用いられていることの本質を検討する。

## ■二つのインフォーマルケア

前項で、ソーシャル・キャピタルは人々の『ネットワーク』『規範』『信頼』であり、それらを基盤としてかたちづくられる【社会的仕組み】と記載した。本研究でいえば、この社会的仕組みとは地域包括ケアシステムにソーシャル・キャピタルを基盤としたインフォーマルケアを取り込む仕組みと考えてよいだろう。

さて、インフォーマルケアには①ソーシャル・キャピタルを基盤としたインフォーマルケアと、②そうではないインフォーマルケアとがあることをまずは確認しておきたい。

②のインフォーマルケアの特徴は、以下のように説明できる。すなわち、AとBとの間に成立するインフォーマルケアは、AとBであるが故に成立しており、BをCに置き換えることはできない。属人的で、個人差が大きく、代替不可能であり、Bの不在によって消滅するという意味で持続性に欠ける。きわめて私的な互助（プライベートな互助）といってよいだろう。もちろん、AとBの親密さがAとCの親密さと同質であればこの限りではないが、そのような同心円的で重層的な人間関係が残る地域は急速に減っている。

これに対し、①のインフォーマルケアは、社会的仕組みを媒介としているが故に、AとBとの関係をAとCとの関係に読み替えても成立する可能性が高く、保険制度ほどではないにせよ代替可能であり、一定程度、持続性があり、常設されており、個人差は大きくない。この社会的仕組みの担い手が旧来的な地縁的共同体から市民社会的な組織に移りつつあることは前述したとおりである。

コールマンがソーシャル・キャピタルは公共財であると述べていることから、ここでのインフォーマルケアを公共的な互助と呼びたいところであるが、自助・互助・共助・公助の枠組みとの関連から誤解を招く恐れがあるため、これに代わる言葉として、以下では「コモンな互助」と呼ぶ。

以上の理解に立ち、本研究ではインフォーマルケアの中核をなす互助には、プライベートな互助とコモンな互助があると定義する。プライベートな互助とは私とあなたとの間に成立するものであり、コモンな互助とは、わたしたちの間に成立するものである。コモンな互助とは「ある程度は期待できる」互助と同じ意味で用いる。ソーシャル・キャピタルと親和性がある互助は、その定義からみて、コモンな互助であり、「ある程度期待できる」互助である。

## ■インフォーマルケアと自助・互助

インフォーマルケアの担い手には、家族、友人、ボランティア、地域住民などが考えられる。地域包括ケア研究会報告書では、互助を「住民主体のサービスやボランティア活動」と記載し、自助を「セルフケアの取り組み」と記載している。このため互助

のいまひとつの担い手である家族によるケアへの言及は少ない。自助に関する取り組みもほとんどみられない。

家族が利用者に最も近い位置にいること、自助・互助・共助・公助の補完性原理を鑑みると、イギリスで見られるようなセルフケアの取り組みや利用者家族への取り組み6を、「ある程度期待できる互助」とどう関係づけられるのか、といった視点も重要になるであろう。

日本で2006年に提唱された地域包括ケアシステム構築に際して、その推進が示された生活支援サービスと呼ばれる内容は、この「ある程度期待できる互助」として、これまで隣人、知人、友人が提供者となって無給で提供されていたインフォーマルケアの領域に位置するものであった。これを、先に述べたように、ある程度までは、期待できる互助とし、さらにシステムの一部とするためには、多様なケアの中から、可能となる要素を抽出する必要がある。

元来、ケアは、有給と無給にもかかわらず、感情の共感を含んだサポートを提供することである。これらのサポートは、日本だけでなく、多くの国々においても女性が担ってきてわけだが、明らかに私的な領域に存在したものであった7。また、職業としてケアを提供する際の担い手の多くも女性であり、報酬も評価も低い労働であった。

こういったインフォーマルケアの出自については、70年代からフェミニストらによる研究がなされ、家事と子育て（その時、高齢者介護は、まだ課題になっていなかったが）は、女性による無給の私的な感情に基づくケアとされてきたが、実際のところは、男性が家庭外での仕事ができるようになるため、力を復活させるものとして暗黙的に位置づけられた、いわば有給の雇用に隠されたシャドウワーク（Shadow work）として存在してきたのであると、ジェンダー論者からは、批判的な論考が示されている8, 9。

しかし、ケアは人に対する日常の社会的、精神的、情緒的、身体的な関心（attention）を含むことになる10という定義からは、いわゆる医療サービスとの違いが想起される内容ともいえ、期待できる互助には、今回の地域包括ケアシステムが目指す、医療と介護の連携に資する内容としての期待はされていないものといえるだろう。

ただし、それは、必要がないと知っているわけではなく、インフォーマルケアに対しての正当な評価が求められているということに留意すべきである。前述したように、1970年代に実施されたフェミニストらの研究からは、インフォーマルケアの暗黙的

---

6 Department of Health(2006). Our health, our care, our say: a new direction for community services. London; Department of Health.

7 Thomas C.(1993) "De-constructing concept of care", Sociology, Vol. 27, No. 4, P649-669.Tronto, J.(1996) "Politics of care; Fürsorge und Wohlfahrt", Transit- Europäische Revue, Vol. 7, No. 12, P147.

8 Lewis, J. (1992) "Gender and the development of welfare regimes", Journal of European Social policy Vol. 2, No. 3, P159-173.

9 Daly M, Lewis J.(1993) "Introduction : conceptualising social care in the context of welfare state reconstructing". in J.Lewis ed. Gender , social care and welfare state reconstructing Europe, Aldershot: Ashgate, P81-103.

10 Knijn T, Kremer M. (1997)"Gender and the caring dimension of the welfare state: towards inclusive citizenship", Social politics ,Vol. 4, No. 3, P 328-361.



な目標は、男性の労働力を確保し、サポートすることにあつたとの指摘がなされている。したがって、このシャドウワークを労働として正当に評価するための家庭での家事や育児労働への従事に対する「家事のための手当」が提案された11のであった。だが、この提案は、結局のところ、女性を育児と家事に固定化する危険性があるとの理由から導入されず、その代わりとして、女性の教育と仕事という市場へのアクセスを確保し、家族の民主化を通して、女性が世話をするという固定概念からの脱却を目指すことになったという経緯がある。

つまり、フェミニスト達は、家事や育児のための社会手当の支給という代替として、国に対して、女性のために雇用機会を拡大するという政策や、これらのうち、特に育児というケアの提供には、国が一定の責任を負うことを明確にすることを要求した。こうした経緯が踏襲されたのが、「家族による介護から社会による介護へ」というスローガンのもと、女性の視点から「介護の社会化」を国に提言していった「高齢社会をよくする女性の会」をはじめとする我が国のフェミニストらの活動であった。彼女達は当時、主介護者であった嫁を介護に固定化することになるとの主張から、家族への現金給付に反対し、その代替として、国が介護の責任を担うことを求めた。これは、介護保険という「介護の社会化」の制度化を推進することになった12。

結果として、介護保険制度が実施された後、多くの主婦は、ヘルパーとして働くこととなり、これは、日本の介護市場にとっては、大きな労働供給源となっている。これは1970年代に、女性の労働市場へのアクセスを要求したのと同じ現象、すなわち、これまでの家族によって無給で行われていた作業を有給へとシフト化し、同時に主婦層の社会的進出の拡大を図るという現象が日本でも起きたことを意味している。

ただし、ヨーロッパの国々で認められている高齢者介護における家族給付には、別の意義がある。これは、そもそもケアという行為は、自由な関係に基づくもの、社会から義務づけられるもの、契約によるもの、これらのいずれにも関わらず、情緒的な絆を有する子どもや配偶者、高齢者との関係づくりが前提となる。

このため、ケアというものは、他人に対する関心や人間の身体的、情緒的な依存性を必ず意識させることになる13。このような依存関係を克服するための仕掛けとして、ヨーロッパの国々では、家族によるケアに対しての社会給付を導入した14, 15。

しかし、日本では、家族への現金給付という社会手当ではなく、ケアのフォーマル化を推進するという方法が採られた。これは、諸外国では、ほとんど主たる介護者ではない縁戚者である「嫁」が、日本では、主介護者としての役割を担っていたという特

---

11 Dalla Costa M, James S.(1973) Die Macht der Frauen und der Umstuz der Gesellschaft, Berlin: Merve.

12 Tsutsui T, Matushige T, Otaga M, Morikawa M(2010). "From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities' : switching to a small government by the shift of long-term care provision". ISA world congress of Sociology ,Gothenburg, Sweden 11-17 July 2010, discussion paper.

13 Senghaas-Knobloch E.(1999) "Das promlem der "Angewiesenheit" in der postindustriellen Gesellschaft", Artec paper 75, Universität Bremen.

14 Daly M, Lewis J.(2000) "The concept of Social care and the analysis of contemporary welfare state", British Journal of Sociology ,Vol. 51, No. 2, P 281-289.

15 Ballarin P,Euler C, Le Feuvre N, Raevaara E.(2003) "Women in the European Union" URL:www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/wee20.html

殊な事情があったためである。

つまり、血縁の薄い嫁が主介護者であったが故に、ケアの依存性という観点での議論は生まれにくい構造となっており、どちらかといえば、イエ制度を基盤とする互酬制による介護という慣習の克服のほうに優先されたものと推察される。

そして、今回、類似の性質をもつ生活支援サービスもまた、担い手が隣人、知人であるものの、そもそも、これらがインフォーマルケアを出自とすることを鑑みれば、その担い手と、サービス提供主体の組織化と共に、労働市場への取り込みをどのようにすべきかについては、より慎重に検討されるべき内容といえる。

おそらく、「ある程度期待できる互助」を地域包括ケアシステムに包含するにあたっては、各地域圏域の構成員の特徴として、例えば、その所得や、地域活動の参加状況、健康状態等、単なる地方や都市という特徴だけでなく、多様な情報を必要とすることになる。さらに具体的に示すとすると、構成員に血縁者が含まれる割合はどのくらいか、地縁による活動実施履歴や、互助を実施できる若年層の構成員に占める割合、あるいは、これらがすべて存在しない場合に他の地域のボランティア人材を利用できるか、さらに、すべてが期待できない場合を想定し、ケアを購入とした場合、構成員から定額の利用料としては、いくらが拠出できるか、また、拠出を是とする集団かどうかなど、多くの選択肢が考えられる。

さらに、これらの選択肢から、もっとも良い方法を行政が提示し、これを構成員が選択できる能力があることが前提となって、「ある程度期待できる互助」が行政の構築するシステムに包含されとうことになるわけだが、この包含される際には、「ある程度」と示されるだけでは、システム化は不可能であることから、地域圏域の能力に応じて、この取り組みによる最低の基準が明らかにされ、目標が容易に理解できるものとならなければならないことを意味している。

## ■まとめ

ここまでの整理をふまえて、ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムとの関係性をまとめておきたい。

地域包括ケアシステムにおけるソーシャル・キャピタルとは、地域包括ケアシステムの中核をなす integrated care in community への取り組みが不断なく行われていることを自明のこととしたうえで、地域住民の『ネットワーク』『規範』『信頼』に対して、利用者・保険者・医療福祉機関・地域組織・地域住民・家族等が協力しながら「ある程度期待できる」互助を醸成し、それを共助と結びつけながら、地域包括ケアシステムの運営を円滑に行うような社会的仕組みを指す。

ここでいう「ある程度期待できる」互助とはコモンな互助であり、互酬性と共同性のバランスがとれた互惠性のうえに成立している。その担い手は村落共同体的なものから市民社会的なものへと移行しつつあるが、この互助については、その性質から、国レベルで施策化できるものではなく、地域圏域単位で検討せざるをえないものである。したがって、現行の行政システムにおいては、介護保険の保険者である市町村が検討すべきこととなる。

この互助の存在を核に、自助・互助・共助・公助の役割分担と連携が適切になされたとき、地域包括ケアシステムは、システムと生活世界の双方で成立するものへと姿を変えているであろう。制度化された共助や公助と、システムとしての安定性はないものの顔が見える関係を基盤とした自助や互助が結合することが望まれているわけだが、これらをどのようなバランスで整えることが個々の地域包括ケアシステムに望まれるかは、最終的にはその構成員が判断することとなる。

しかしながら、ソーシャル・キャピタルを基盤としたインフォーマルケアや、そこに備わる『規範』や『信頼』といった特性は、国が示してきた医療と介護の連携を目的とした地域包括ケアシステムの円滑な運営にとっても重要であり、これが豊かであること、その選択を住民自身が行うというプロセスを経たところでは、自助、互助、共助、公助といった区別を意識することがない、地域包括ケアシステムが構築される可能性がある。

## ■補論

さて、本論では自助・互助・共助・公助の役割分担と連携に焦点をおいて、ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアシステムの関係性を検討した。本章でも記載したとおり、この枠組みは「医療と介護のintegrated careの取り組みが不断なく行われていること」を前提としている。

とするならば、integrated careに向けた取り組みが緒についた現時点で、自助・互助・共助・公助の役割分担と連携に焦点をおくことは、いささかの混乱を招くかもしれない。地域包括ケアシステムの枠組みで議論するのは時期尚早である、との批判は正当なのかもしれない。

ソーシャル・キャピタルは、「地域に暮らす人々の『ネットワーク』のなかにある守るべき『規範』や他者への『信頼』であり、人々の協調活動を活発にさせ、社会の効率性が高まるような【社会的仕組み】」であるから、これを医療と介護のintegrated careを達成するための枠組みでとらえることも、実は可能である。

その時には、例えば、ソーシャル・キャピタルを基盤として、利用者・家族・住民・保健医療福祉機関・行政、それぞれが選択した、それぞれのフェアネスを維持しうるような仕組みとは何かといったテーマを掲げることになるのかもしれない。

## Ⅱ．事例紹介

この章ではソーシャル・キャピタルを活かしたインフォーマルケアを地域包括ケアシステムの要素に位置づけようとする取り組みについて、全国9つの事例を提示する。

主任研究者：井上由起子

(国立保健医療科学院医療・福祉サービス部上席主任研究官)

研究協力者：山口健太郎

(近畿大学建築学部 准教授)