

論文

中国上海市においてケアマネジメント体制を構築するための要件

——高齢者のサービス利用のプロセスから——

孫 心悅[†]

要約：本研究では、中国上海市において介護保険制度が試行されて以降、高齢者がどのようなプロセスで社区居宅養老サービスを利用しているかについて明らかにした。そのうえで、断片化したケアの諸事例を分析することを通して、既存の供給体制における課題を検討し、それらの課題に対応するケアマネジメント体制を構築するための要件を提示した。その結果、社区居宅養老サービス供給体制にケアマネジメント体制を導入し、アセスメント、サービスの調整、モニタリングという3つの機能の整備が必要であることが示された。それを踏まえ、中国上海市においてケアマネジメント体制を構築するための要件について、アセスメント機能を明確にしたうえで、コーディネートの中核としたサービスデリバリーシステムの枠組みを提示した。

キーワード：在宅ケア、ケアマネジメント、介護保険制度の実施、サービス供給体制、サービス利用

目次

1. 研究背景と目的
2. 用語説明
3. 研究の方法
 - 3-1. 調査協力者
 - 3-2. 調査内容と分析方法
 - 3-3. 倫理的配慮
4. 研究結果－高齢者がサービスを利用するまでのプロセス
 - 4-1. 【サービス利用のきっかけ】
 - 4-2. 【介護保険制度の申請と利用】
 - 4-3. 【サービスの選択と申請】
 - 4-4. 【サービス利用】
5. 考察－社区居宅養老サービス供給システムにおける課題
 - 5-1. 利用したいサービスが利用できなかった事例（事例①, ⑨, ⑩）
 - 5-2. 制度の対象者とならなかった事例（事例②, ④, ⑦）
 - 5-3. 制度の改定で利用できるサービス量が減少した事例（事例③, ⑥）
 - 5-4. サービス利用のプロセスからわかるサービス供給体制における課題

[†]同志社大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程

*2023年5月8日受付、査読審査を経て2023年6月30日掲載決定

6. 結論－ケアマネジメント体制を構築するための要件
- 6-1. アセスメント機能の明確化
- 6-2. サービスデリバリーシステムの構築

1. 研究背景と目的

中国では2016年6月に人力資源社会保障部が打ち出した「長期介護保険制度試行拠点の展開に関する指導意見」において、15のパイロット地域が発表され、介護保険制度の導入が始まった。その後、2020年に「長期介護保険制度試行拠点の拡大に関する指導意見」が発表され、14のパイロット地域が追加された。それにより現在、介護保険制度の中核となす社区居宅養老サービス供給体制の整備が各地の重点課題となっている。

しかし、パイロット地域の一つである上海市においては、介護保険制度が導入されたことにより、社区居宅養老サービスが介護保険サービスと介護保険外サービスに分かれ、それぞれ異なるシステムにより供給されているため、社区居宅養老サービスの供給の分断化が進んでいる。また、日本と同様に、2000年以降中国においても介護の社会化が推進され、ケアの担い手が多元化した。それにより高齢者の在宅ケアは生活ニーズに応じて家族や専門家らが分担されることとなったが、ケアの連続性や一貫性が確保されないという包括的なケアの揺らぎが生じており、高齢者に断片化したケアをもたらした。

包括的なケアに関しては、個々の要介護者のニーズに最もふさわしいサービスを提供し、ケアを再包括する手段として登場したケアマネジメントが各国で展開されている。日本ではケアマネジメントが介護保険制度とのセットとして推進されてきたが、中国ではケアマネジメントが未だに実施されていない状況である。それについて、白澤(2018: 7)も「中国では、高齢者の在宅ケアサービスは、個々の地域でのコミュニティー・センターである社区で実施されているが、サービスをパッケージして提供するケアマネジメントといった発想には至っていない」と指摘している。しかし、在宅の高齢者を支援する在宅ケアの目標は、地域で暮らしている高齢者にとって「心理的にも日常的にも利用しやすいサービス」を提供することである。そのため、社区居宅養老サービスをパッケージとして包括的に「宅」で利用できるように取り組み、中国においてもケアマネジメント体制を構築することが求められている。

ケアマネジメント体制を構築する方法について白澤は、利用者がどのような手順でサービスやサポートを利用していくのかというサービス等の利用過程を理解する必要性を強調し、「そのサービス等の利用過程を拒んでいるハードルを除去する方策を進めることにより、利用者が円滑にサービスを利用できる地域システムが確立されれば、ケア

マネジメントシステムができあがることになる」と指摘している（白澤 2018: 76-77）。白澤の指摘に依拠し、中国の実情に適合するケアマネジメント体制を構築するためには、介護保険制度が導入されている現段階において、高齢者はどのように各サービスを利用しているか、サービスを利用する際にどのような課題をもっているかを検討する必要がある。しかし、サービスの利用過程に関する実態を調査した先行研究は見当たらず、事例調査を通して、実際に高齢者のサービス利用までのプロセスにどのような課題があるかを明らかにした研究もない。

そこで本研究では、質的調査を通して、中国上海市において介護保険制度のもと、実際に高齢者が社区居宅養老サービスを利用するまでのプロセスを明らかにする。そのうえで、断片化したケアの諸事例を分析することを通して、既存の供給体制における課題を検討し、それらの課題に対応するケアマネジメント体制を構築するための要件を提示する。

2. 用語説明

まず中国における「社区」について説明する。上海市は〈市－区－街道－社区〉という構造である。「社区」は本来、英語の「コミュニティ」の中国語訳である。政策において、社区は「一定地域の範囲内に居住する人々によって、構成される社会生活の共同体」と定義されており、この点から見れば、日本の「地域」と類似している。

次に、「居民委員会」と「街道」について説明する。社区には福祉サービスなどを提供する場所や施設が設置されており、それらの付属施設の中には居民委員会という住民自治組織が必置とされる。居民委員会は、法律で自治組織と規定されていたが、実際は街道弁事処の指導をうけ、行政や制度の影響を強く受けている（劉 2022: 13；李ら 2022: 107）。また、社区の範囲は、居民委員会の管轄区と定められており、いくつかの社区が合わさり、街道という基礎自治体が成り立っている。街道には、街道弁事処が設置されており、それは基礎行政機関であり、区の下に置かれている。

そして、「区民政部」について、区民政部は、区レベルの行政機関であり、区の民間団体の管理や社会福祉事業等を含む民政事業に関する発展の政策と計画を策定する。また、社会福祉事業について、市政府が定める大綱に基づき、区内の詳細な年間計画を制定、実施、監督等を行う。

このような基礎自治体の構造の中で、「社区居宅養老サービス」は「居宅養老サービス」と「社区養老サービス」を合わせたものであり、社区と街道を拠点とする在宅サービスである。具体的に、「社会養老服务体系建設規範劃（社会養老サービス体系の構築計画）（2011-2015年）」によると、「居宅養老サービス」は日常生活ケア、家事サービ

ス等、訪問サービスが主要なサービス形態であり、一方、「社区养老服务」はデイケアと居宅养老のサポートという2つの機能を持ち、主に日中独居となる高齢者へ提供するサービスを指すもの、と定義されている。

社区养老服务のなか、各街道に「総合的高齢者サービスセンター」の設置が推進されている。それは社区における各種の介護保険外サービスを寄り集めたところであり、公的サービスの名義をもっているが、実際入札方式で民間団体により運営されている。

3. 研究の方法

3-1. 調査協力者

本研究では、高齢者が社区居宅养老服务を利用するまでのプロセスを明らかにするため、サービスの供給を担っている支援者4名、中国の地域福祉にかかわる支援者6名、利用者の家族5名の合計15名に対し聞き取り調査を行った。調査協力者の属性は表1に示している。サービス供給を担う関係者だけでなく、利用者家族や地域福祉にかかわる支援者も対象者とした理由は、以下のとおりである。実際高齢者がサービス利用までのプロセスを明らかにするため、サービス供給を担っている関係者だけではなく、利用者側の視点も不可欠であるため、利用者家族5名に調査を依頼した。また、高齢者のサービス利用には利用者を取り巻く環境が大きな影響を与えていることを踏まえ、高

表1 調査協力者の属性

対象者	職名／利用者との関係	実務年数／利用年数	性別	調査場所
サービス供給を担う支援者	A サービス事業所 i の管理者	5 年	女	オンライン
	B サービス事業所 ii の責任者	22 年	女	オンライン
	C ホームヘルパー	3 年	女	C の自宅
	D サービス事業所 iii の管理者	16 年	女	オンライン
地域福祉にかかわる支援者	E 居民委員会 i の職員	5 年	女	居民委員会 i の事務所
	F 居民委員会 ii の職員	10 年	女	居民委員会 ii の事務所
	G 街道弁事処 i の職員	12 年	女	オンライン
	H 街道弁事処 i の職員	15 年	女	オンライン
	I 街道弁事処 ii の職員	17 年	女	街道弁事処 ii の事務所
	J 区民政部养老と児童福祉課課長	17 年	男	オンライン
利用者家族	K 利用者の子の配偶者	2 年	女	利用者の自宅
	L 利用者の娘	3 年	女	利用者の自宅
	M 利用者の娘	2 年	女	利用者の自宅
	N 利用者の孫	5 年	女	オンライン
	O 利用者の子の配偶者	利用できていない	女	利用者の自宅

(筆者作成)

齢者に一番身近な存在でサービス利用に関する手続きに関与し、また住民の相談、制度やサービス事業者等の情報の提供等の役割を果たしている居民委員会や街道弁事処の職員6名にも調査を依頼した。

3-2. 調査内容と分析方法

日常生活に課題を抱えている高齢者が社区居宅養老サービスを利用するまでのプロセスを明らかにするため、調査対象者に対し、1人1時間から1時間半程度の半構造化インタビューを実施した。調査期間は2022年2月～11月である。質問項目について、支援者には①社区居宅養老サービスの内容、②介護保険制度やサービスの申請に関する手続き、③支援困難事例、④各関係者間の連携、及び利用者の家族には⑤現在利用しているサービス、⑥サービス利用のきっかけ、⑦サービス利用までのプロセス、⑧困っていることを聞いた。

分析方法については、高齢者がサービス利用までのプロセスを明らかにするため、佐藤郁哉(2008)の質的データ分析法を参考にした。具体的に、インタビュー内容を逐語録にし、断片化作業を行い、コードをつけ、類似しているコードを整理しカテゴリー化した。さらに生成したカテゴリーをストーリー化し、高齢者がサービスを受けるまでのプロセスをまとめた。本文中では、プロセスは【 】、カテゴリーは〈 〉で表記している。

また、サービスを利用するまでのプロセスから社区居宅養老サービスの供給体制における課題を考察するため、インタビューのなかで語られた事例を要約版事例-コード・マトリックスに整理し(佐藤2008:111-127)、それらの事例から断片化したケアを受けている事例を3つ選定し、事例分析を行った。その3つの事例を選定する流れについて、まず本研究は社区居宅養老サービスの供給体制における課題を検討するため、生活ニーズに合ったサービスや支援により自立した生活を送っている事例(事例⑤と⑧)を除外した。次に、事例の中で言及された当事者が困っている点やサービス利用までの経緯に基づき、共通している課題、かつ経緯が類似している事例を3種類に分類し、その3種類からそれぞれ、課題がもっとも複雑な事例を1つ選定し、分析を行った。

3-3. 倫理的配慮

本研究は、日本社会福祉学会における研究倫理規定を厳守し、具体的に、調査対象者に事前に研究趣旨について口頭で説明し、かつ本研究についての説明書を渡した。また、対象者から同意を得たうえで、インタビュー内容について筆記方式でメモを取り、すべてICレコーダーに録音した。さらに、調査データの学会発表・研究論文執筆への利用に関しても同意を得た。また、本研究は同志社大学研究倫理委員会の承認を得て実

施した（承認番号：21016）。

4. 研究結果－高齢者がサービスを利用するまでのプロセス

介護保険制度の試行段階において、高齢者が社区居宅養老サービスを受けるまでのプロセスについて、22のコードを生成し、11のカテゴリーにまとめた。さらに、その11のカテゴリーを【サービス利用のきっかけ】【介護保険制度の申請と利用】【サービスの選択と申請】【サービス利用】、という4つの段階に分けた（表2）。以下、段階ごとに説明する。

表2 高齢者がサービスを受けるまでのプロセス

プロセス	カテゴリー	コード	
【サービス利用のきっかけ】	〈介護保険制度の普及啓発〉	居民委員会からの介護保険制度に関する情報提供	
		サービス事業者からの介護保険制度に関する情報提供	
		ICT やマスコミ等からの情報提供	
		地域住民からの紹介	
	〈困難事例の発見〉	老人クラブ等での情報提供	
		居民委員会による定期訪問を通じた介入	
【介護保険制度の申請と利用】	〈情報提供と申請の受付〉	高齢者本人やその家族からの相談	
		地域住民からの困難事例に対する相談	
	〈要介護認定の実施〉	養老顧問による制度とサービスに関する情報提供	
		街道に付属する機関による介護保険制度の申請の受付	
	【サービスの選択と申請】	〈訪問介護サービスの選択と申請〉	第三者認定機関の認定員が訪問し認定を行う
			要介護認定の結果交付
介護保険制度の申請と同時に任意の選択			
〈訪問介護以外のサービスの選択と申請〉		街道から近いサービス事業所を紹介	
		高齢者本人がインターネットでサービスの情報収集	
		高齢者本人とサービス事業者の契約	
【サービス利用】	〈サービス内容の相談と利用〉	民間団体により一人暮らし高齢者などへのボランティアの派遣	
		居民委員会でデイサービスなどの社区サービス利用の申請	
		居宅養老手当制度の利用	
		訪問介護の内容について、直接、ホームヘルパーと相談	
	〈サービス事業者に対する監督〉	訪問介護事業者から介護プランの提供	
		高齢者本人がデイサービスや老人食堂等の利用時間を決定	
		祝日に民間団体が主催する特別行事に参加	
		利用者や関係者からの苦情解決	
		サービス事業者の質に対する評価	
		サービスの質についての定期的な調査	
〈サービス利用の変更〉	サービスへの不満があればサービス事業者の変更		
	要介護認定の更新		

（筆者作成）

4-1. 【サービス利用のきっかけ】

【サービス利用のきっかけ】段階では、〈介護保険制度の普及啓発〉〈困難事例の発見〉という2つのカテゴリーを生成した。

上海市において、介護保険制度は2017年から試行されたが、住民の認知度を高めるためには、〈介護保険制度の普及啓発〉が必要である。そのため、住民に最も近い組織である居民委員会は案内チラシの送付や説明会等を通して、介護保険制度についての情報を提供している。また、サービス供給側は自身の事業所のサービス利用率を高めるため、チラシやSNS等、様々な手段を用い介護保険制度に関する情報を提供している。そのほか、老人クラブや地域住民等、インフォーマルな社会関係からの紹介も、介護保険制度の情報の普及に貢献している。

次に、〈困難事例の発見〉について、住民に対する公的な支援に関して、主に居民委員会の職員による定期訪問などのアウトリーチの活用が挙げられる。居民委員会は管轄する社区の住民の基本情報や生活状況を把握する義務があるため、生活課題のある高齢者に対し、職員による定期訪問等のアウトリーチが業務内容として定められている。一方、地域住民間の互助に基づき、生活に困難を抱えている高齢者や独居のため安否確認の必要な高齢者に対し、隣人等による困難事例に関する相談も少なくない。このように居民委員会は地域住民から最も近い相談窓口として、日常生活に困難や悩みを抱えている高齢者や地域住民からの相談を受け、サービスの利用につなげている。

4-2. 【介護保険制度の申請と利用】

さまざまな機関等による情報提供により【サービス利用のきっかけ】を得て、さらにサービス利用の意思がある高齢者は、次の段階、すなわち【介護保険制度の申請と利用】を行う。【介護保険制度の申請と利用】段階では、〈情報提供と申請の受付〉〈要介護認定の実施〉という2つのカテゴリーを生成した。

まず、〈情報提供と申請の受付〉について、具体的に説明する。介護保険制度の申請の受付は街道に付属する機関で可能である。居民委員会と街道弁事処はサービス利用の意思がある高齢者に対し、制度とサービスに関する情報を提供する責任がある。具体的に、情報の提供は、居民委員会と街道弁事処に設置されている養老顧問が担当する。2018年に上海で始まった養老顧問制度のなかで設けられた養老顧問は、主に街道弁事処や居民委員会の中で高齢者事業を担当する職員が兼任している。養老顧問は、高齢者からの電話や面接等での相談を通して、制度やサービスに関する情報、及び申請方法に関する情報を提供し、必要に応じてサービス利用計画を作成する等、社会資源を利用者に結びつける役割を果たしている。

次に、〈要介護認定の実施〉においては、図1で示しているように、街道弁事処や居

民委員会で情報の提供と相談を受けたあとは、高齢者本人あるいはその家族が街道に付属されている「社区事務受理サービスセンター」⁽¹⁾で介護保険制度の申請を行う。申請後、認定を行う第三者認定機関⁽²⁾が高齢者の自宅を訪問し、2名の調査員により聞き取り調査を実施する。さらに、調査結果をもとにコンピューターによる初回判定を実施した後、第三者認定機関で3名以上の認定員による最終判定を行う。要介護認定は申請受付から15日以内に行われ、その結果は「社区事務受理サービスセンター」により高齢者本人に交付されると同時に、判定の公正性に対する監督を受けるため、その結果は該当センターで15日間公表される。なお、認定結果が交付される前に、街道弁事処や居民委員会から高齢者本人に通知される場合もある。

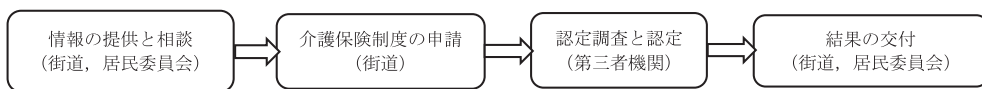


図1 要介護認定の流れ

(「上海市老年照護統一需求評估弁理流程和協議管理實施細則（試行）」に基づき筆者作成)

4-3. 【サービスの選択と申請】

介護保険制度を申請した後、高齢者は【サービスの選択と申請】を行う。現在、上海市の社区居宅養老サービスにおいて、介護保険制度の給付サービスは訪問介護しかないため、この段階は、〈訪問介護サービスの選択と申請〉と〈訪問介護以外のサービスの選択と申請〉に分けられる。介護保険制度を利用する場合、高齢者自身が訪問介護のサービス事業者を選択し、契約する。ただし、街道によって、サービス事業者を選択するプロセスが異なる。

例えば、本研究の調査対象者が所属しているすべての街道では、申請と同時にサービス事業者を選択することが求められるため、介護保険制度の申請時に任意にサービス事業者を選択し、認定結果が出た後に、直接事業者から高齢者に連絡を行う。一方、調査対象者Aによると、介護保険の申請と同時にサービス事業者を選択するというプロセスと異なり、認定結果が出た後に、街道弁事処から近くのサービス事業者の推薦を受けたり、高齢者本人がインターネットでサービス事業者の情報を調べたうえで、自由にサービス事業者と契約する街道もある。

その2つのサービス事業者を選択するプロセスを比較すると、前者はサービス申請の手続きが少なく、高齢者が一つの流れでサービスの利用につながるが、サービスに関する情報を十分に把握しないまま任意にサービスを選択する高齢者が多いため、利用しているサービスが自分のニーズに適応しない可能性が生じる。一方、後者の場合、高齢者はサービス事業者の情報を十分に把握したうえで、自分のニーズに応じて自由にサービス事業者を選択することができるが、街道弁事処やサービス事業者等のいくつかの機関

と連絡する必要があるため、手続きの簡潔化等によって高齢者の利便性を向上することが求められている。

次に、〈訪問介護以外のサービスの選択と申請〉については、介護保険制度利用の有無にかかわらず、高齢者本人の意思で、居民委員会と街道弁事処から情報を得て、デイサービス等の社区養老サービスを利用することもできるが、各サービス事業者に連絡し、契約する手続きが別途必要である。社区養老サービス利用の具体的な手続きについては街道によって異なるが、調査協力者の所属街道で実施している方法に限り、以下の三種の形式に分けることができる。なお、各街道は各自の状況に基づき、以下の三種の形式のすべて、あるいは混合して採用している場合もある。

一つ目は高齢者各自でサービス事業者と連絡、契約する「全開放式」である。この形式を採用している街道では、居民委員会がサービス事業者に関する情報提供の役割しか果たさないため、サービス利用の意思がある高齢者は各自のニーズによって、それぞれの事業者に連絡し、その受け入れ条件を確認し、相談や契約する必要がある。サービスの申請者が多い場合は、申請の順番により高齢者を受け入れる形となっている。

二つ目は居民委員会により利用者を選定する「半開放式」である。具体的に、デイサービスや総合的サービスセンター等の社区養老サービスを利用する際は、居民委員会に申請する必要がある。デイサービスや総合的サービスセンターは公的名義をもっているため、ほかの事業者より、利用する意思のある高齢者が多い一方で資源は限られている。そのため、申請者が多い場合は、居民委員会が申請者の情報を比較したうえで利用者を選定することになる。

三つ目は、サービスの申請なく社会資源が派遣される「閉鎖式」である。この形式はすべての街道で実施されており、原則として、一人暮らし高齢者と生活困窮の状態にある高齢者を対象に、居民委員会の職員がその名簿と状況を把握しながら、民間団体に報告し、ボランティア等の社会資源を派遣する仕組みとなっている。なお、【サービスのきっかけ】段階で、アウトリーチや地域住民からの相談によって明らかになった処遇困難ケースに対しては、居民委員会がその状況に応じて民間団体に連絡し、支援を求める場合もある。

上記の三種の形式のなか、三つ目の「閉鎖式」はすべての街道で実施されており、一人暮らし、及び生活困窮の状態にある高齢者のサービス利用はある程度保障されている。一方、それ以外の一般的な高齢者は「全開放式」あるいは「半開放式」の形式で各社区養老サービスの利用を申請しており、サービスによって利用までの手続きや利用者の選定基準が異なるため、サービス利用のプロセスに関する公平性問題が生じる可能性がある。例えば、「半開放式」の場合、居民委員会により利用者を選定する際に、選定の基準は何か、申請者たちの状況が十分に把握されているか等が明確にされていないな

どの課題がある。一方、「全開放式」の場合、高齢者を受け入れる基準は申請の順番であるため、切実にサービス利用が必要な高齢者は申請の手続きになじみがなく、申請が遅くなった場合、サービスを利用できないケースが発生する可能性もある。

4.4. 【サービス利用】

【サービス利用】段階では、〈サービス内容の相談と利用〉〈サービス事業者に対する監督〉〈サービス利用の変更〉という3つのカテゴリーを生成した。

〈サービス内容の相談と実施〉について、まず、介護保険制度のもと訪問介護を利用する場合、認定区分により利用時間数が定められている。また、「長期介護保険サービス項目リストと関係サービスの基準、規範に関する通知」によると、訪問介護のサービス内容は、基本的な日常生活上の支援と臨床的介護（医療的看護）に分けられ、原則、洗濯や掃除、料理等を提供することはできない。ただし、実際高齢者が訪問介護を受ける際のサービス内容は、ホームヘルパーと相談した上で自由に決める場合が多く、洗濯や掃除、料理等の支援も受けている。

一方、訪問介護以外のサービスを利用する場合、高齢者は自分のニーズや意思でデイサービスや老人食堂等の利用時間を決定することができる。また、「老人の日」のような祝日には、民間団体による特別行事が多く、居民委員会や街道弁事処との連絡調整を通して、デイサービスや老人ホームなどの施設で活動を行ったり、一人暮らしの高齢者を訪問したり、民間団体と社区养老服务が協力して行う高齢者向けの地域活動が開催されたりもする。

〈サービス事業者に対する監督〉について、政府はサービス事業者に対する監督や利用者からの苦情解決を担当し、サービスの質に関する調査も定期的に行う。その調査では、サービス事業者の質を評価する基準項目の一つとして、利用者の意見も聞いている。それらの調査を担当するのは区政府民政局の公務員であるため、サービス事業者に対する監督は政府の役割と責任とされていることがわかる。

最後に〈サービス利用の変更〉について、サービスへの不満があればサービス事業者と解約し、他の事業者に変更することができるが、その前に、事業者の変更ではなくヘルパーの交代で済む場合が多い。そのほか、身体状況の変化により要介護認定の更新が行われ介護度に変更になった場合、サービスの内容を変更したり、医療介護等資格を有するホームヘルパーに変更することもある。

5. 考察—社区居宅养老服务供給システムにおける課題

以上、現在の介護保険体制において、高齢者が社区居宅养老服务を利用するまで

のプロセスを明らかにした。そのプロセスに基づき、中国上海市における社区居宅养老服务利用のシステムを図2に整理した。図2が示すとおり、高齢者が利用できるサービスは、介護保険制度のなかのサービスである訪問介護サービス、及び社区养老服务を主とする介護保険外サービスに分かれ、その両者は2つの独立したシステムにより運営されている。さらに、介護保険外サービスの利用システムにおいては、高齢者は各自でそれぞれの社区养老服务の受給要件を確認し、契約する必要があるが、利用システム内の諸サービスも分断しており、ケアの連続性と一貫性が確保されていない。以下に、インタビューのなかで語られた断片化したケアを受けている事例に対する分析を行い、サービス供給体制における課題を分析する。

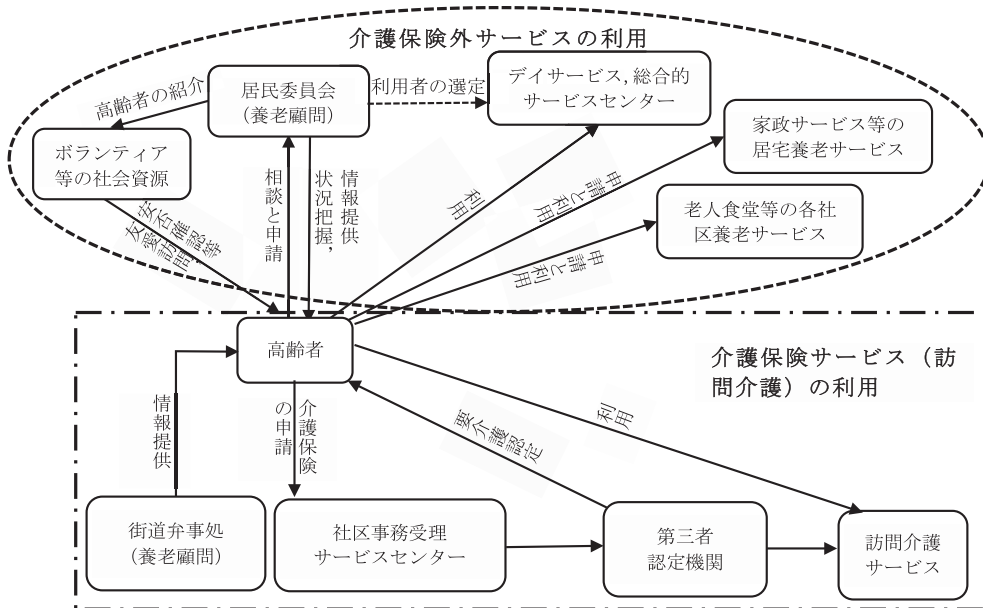


図2 中国上海市における社区居宅养老服务利用のシステム（筆者作成）

具体的に、インタビューのなかで語られた10の事例を表3に整理し、「利用したいサービスが利用できなかった事例」「制度の対象者とならなかった事例」「制度の改定で利用できるサービス量が減少した事例」という3種類に分類した。その3種類からそれぞれ1つの事例を選定し、事例の中で高齢者が社区居宅养老服务を利用するまでのプロセスを踏まえ、サービス供給体制における課題について分析を行った。

表3 事例—コード・マトリックス

事例	【サービス利用のきっかけ】	【介護保険制度の申請と利用】	【サービスの選択と申請】	【サービス利用】
事例① Q (78歳, 男性, 歩行障害があり, 子供と同居) (対象者Nの語りより)	日中は一人暮らしで, 居民委員会からの紹介を受け, 介護保険制度の利用を考えた。	居民委員会の養老顧問と相談し, 街道弁事処で介護保険制度を申請した。要介護認定結果は3級。	家の近くにある訪問介護事業者と契約したが, 近くのデイサービスも利用したい。	訪問介護は週に3時間利用している。デイサービスは送迎サービスの提供がなく, 利用できなかった。
事例② R (78歳, 女性, 一人暮らしで, 身体機能は比較的良好) (対象者Gの語りより)	「徘徊」症状など, 認知症と疑われる症状があり, 居民委員会の職員Gが介護保険制度の利用を勧めた。	Gの付き添いのもと, 街道弁事処で介護保険制度を申請した。第三者認定機関による要介護認定調査を実施したが, 対象者と認定されなかった。	居民委員会の職員GはBの日常生活上の世話と安否確認のため民間団体に連絡しボランティアが派遣されている。	日常生活上の支援が不足したままである。
事例③ T (73歳, 女性, 高血圧, 糖尿病, 軽度の精神障害, 寝たきり状態) (対象者Mの語りより)	家政婦が骨折し, それ以降, 娘は同僚から介護保険が紹介された。	娘は介護保険の介護員になり自分の母親の介護をすることを決め, 街道弁事処で介護保険制度を申請した。要介護認定結果は5級。	娘が所属している訪問介護事業者と契約し, 娘は介護員としてTの介護をしている。	訪問介護は週に7時間利用している。要介護認定調査の基準が厳しくなり, 要介護認定を更新する際に結果は6級から5級に下がった。娘はTの入浴に困っている。
事例④ U (72歳, 女性, 乳がん, 76歳の夫と同居) (対象者Oの語りより)	乳がんで退院後の在宅療養で介護が必要となった。居民委員会の宣伝から介護保険の利用を考えた。	夫が代行して介護保険制度を申請したが, 対象者と認定されなかった。	介護保険外の各サービスは自宅で受けるものではないため, 利用する意向がない。	在宅療養時は夫が介護していたが, 乳がんの再発で再度入院した。
事例⑤ V (90歳, 女性, IADLが低下, 一人暮らし) (対象者Kの語りより)	街道弁事処の職員である子の嫁Kから介護保険制度の利用を勧められた。	Kが代行して介護保険制度を申請した。要介護認定結果は5級。	家の近くにある訪問介護事業者と契約した。独居高齢者のため, ボランティアも派遣されている。	訪問介護は週に7時間利用している。訪問介護事業者, ボランティア及び子の嫁からの介護や世話を受け, 安定した生活を送っている。
事例⑥ W (80歳, 男性, 脳卒中中で入院し寝たきり状態に, 子と同居) (対象者Lの語りより)	サービス事業者のチラシから介護保険制度を知り, 利用を考えた。	子がサービス事業者と相談して, 介護保険制度を申請した。要介護認定結果は5級。	家の近くにある訪問介護事業者と契約した。家政婦も雇っている。	訪問介護は週に7時間利用していたが, 要介護認定調査の基準が厳しくなり, 要介護認定を更新する際に結果は5級から4級に下がった。現在週に5時間利用している。
事例⑦ X (80代, 女性, 寝たきり状態, 上海市戸籍をもっていない) (対象者Aの語りより)	子が上海で仕事しているため, 子と暮らしている。寝たきり状態になり, 介護が必要となった。	上海市戸籍をもっていないため, 介護保険等の各制度の対象者とならない。	居民委員会と街道弁事処に相談して, ボランティアが派遣されている。家政婦の介護を受けている。	家政婦は自費のため, 経済的な負担が高い。
事例⑧ Y (100歳, 男性, 身体機能は比較的良好, 子と同居) (対象者Iの語りより)	街道弁事処から介護保険制度の利用が勧められた。	第三者認定機関による要介護認定調査が実施されたが, 対象者と認定されなかった。	百歳老人のため, 居民委員会と街道弁事処からボランティアが派遣されている。総合的サービスセンターも利用している。	介護保険制度を利用していないが, 総合的サービスセンターの利用とボランティアの支援で自立した生活を送っている。
事例⑨ Z (80代, 男性, ADL良好, IADL低下, 子と同居) (対象者Eの語りより)	日中は一人のため, 友達から介護保険制度の利用が勧められた。	居民委員会の養老顧問と相談し, 介護保険制度を申請した。要介護認定結果は3級。	家の近くにある訪問介護事業者と契約したが, 老人食堂も利用したい。	訪問介護は週に3時間利用している。一人では外出できないため, 老人食堂は利用していない。同行支援のサービスの存在を知らない。
事例⑩ P (80代, 女性, ADL良好, IADL低下, 子と同居) (対象者Gの語りより)	日中は一人のため, 子どもが居民委員会から介護保険制度や区内の各サービスに関する情報を得た。	子が居民委員会の養老顧問と相談し, Pの代行として介護保険制度を申請した。要介護認定結果は2級。	子がネットで事業者に関する情報を得たうえで訪問介護事業者と契約した。総合的サービスセンターも申請した。	訪問介護は週に3時間利用している。総合的サービスセンターの申請数が多く, 待機期間が長いいため利用できていない。

(筆者作成)

5-1. 利用したいサービスが利用できなかった事例（事例①，⑨，⑩）

【事例①（調査対象者 N から聞き取り）】

Q さん，78 歳，男性，歩行障害がある。子供と同居しているが，日中は一人で生活している。Q さんは介護保険制度の利用を考えており，居民委員会の養老顧問から制度に関する説明を受け，街道で介護保険制度を申請した。その後，自宅で第三者認定機関による要介護認定調査を受けて，地域の訪問介護事業者と契約した。しかし，訪問介護の給付は 1 週間に 3 時間が限度とされており，訪問介護以外の時間は日中，家で一人となる。Q さんは自宅内の移動における転倒への不安や精神的な孤独感を抱いており，近くのデイサービスも利用したいと考えた。しかし，そのデイサービスは送迎サービスを提供しておらず，歩行障害がある Q さんはデイサービスを利用できなかった。また，Q さんは独居老人ではないため，多くのボランティアをコーディネートする機関における支援の対象者と認められない。

この事例から Q さんの生活課題は日中，家で過ごすことにより生じる転倒リスクや精神的な孤独感であるが，介護保険制度における訪問介護のみでは，Q さんの生活課題は解決されていないことがわかる。その理由として，以下の 3 点が考えられる。

一つ目は，Q さんの潜在的ニーズが把握されていないという点である。事例から，Q さんの現在の生活状況を把握できるのは養老顧問と第三者認定機関の認定員である。しかし，養老顧問は介護保険制度利用の意思を示した Q さんに対し，聞きとった内容だけをもとに介護保険の情報提供を行っており，Q さんの生活を全体的に把握し，自宅での転倒リスクや精神的な孤独といった潜在的な課題やニーズを把握できていない。また，第三者認定機関の認定員は，認定調査の基準に沿って Q さんの自立能力や疾病の状態等，介護が必要とされる心身機能を調査したが，本人の生活状況やニーズは考慮されていない。

二つ目は，デイサービスに送迎サービスがなく，それを補う社会資源にもアクセスできないという点である。現在，上海市におけるデイサービスのほとんどは送迎サービスが提供されていない。本来，サービス事業者は利用者のニーズにもとづきサービス内容を開発していくことが求められているが，デイサービス運営の財源確保や政府主導のサービス運営方式等の課題により（梁 2012: 17-19），短期間で送迎サービスを新設することは難しい。そこで，ボランティア等の既存の社会資源による同行支援等を活用することを通して，不足する送迎サービスを補うことが期待される。実際，2021 年 12 月末までに上海市に公式に登録されている社区ボランティアは 590 万人を超え，人口の 23 %を占めており（『新華社』2022 年 3 月 4 日），ボランティア資源は充実しているといわれている。

しかし，以下のような背景により Q さんはボランティア等の社会資源にアクセスできない。まず，Q さんは独居老人ではないため，多くのボランティアをコーディネートする機関における支援の対象者として認められず，前章で説明したサービス申

請なしで社会資源が派遣される「閉鎖式」サービス利用が適用されない。また、一つ目に指摘したように、居民委員会の養老顧問は Q さんの生活課題やニーズを把握しておらず、介護保険サービスを利用している Q さんをインフォーマルな支援が必要ではない高齢者とみなしている。ゆえに、居民委員会から民間団体への連絡は行われず、Q さんへの送迎サービスはなされないままとされている。このように、現状、ボランティア等の社会資源を高齢者に結びつける媒介役は居民委員会しかいないが、居民委員会が高齢者のニーズを十分に把握していないため、その媒介役の機能が果たされておらず、ボランティア等の社会資源は、Q さんのような高齢者のニーズに応じた活用がなされていない。

三つ目は、生活課題が解決したかどうかの評価が適切になされていないという点である。サービスの質に関する評価において、利用者自身の意見も聞き取ってはいるが、その評価の視点はあくまでサービス事業者であり、サービス内容が本当に利用者の生活課題の解決につながっているか、サービスとニーズが適合しているか等、利用者を主体とする評価がなされていない。それゆえ、介護保険サービスの利用では Q さんの生活課題の解決に結びついていない現状が課題として認識されていない。

5-2. 制度の対象者とならなかった事例（事例②，④，⑦）

【事例②（調査対象者 G から聞き取り）】

R さん，78 歳，女性。一人暮らしで，身体機能は比較的良好であるが，いわゆる「徘徊」症状など，認知症と疑われる症状がある。養老顧問も兼任している居民委員会の職員 F が定期的な訪問の中で R さんの生活状況を把握し，介護保険制度の利用を勧めた。職員 F の付き添いのもと，R さんは街道で介護保険制度を申請した。その後，要介護認定調査を実施する第三者認定機関が R さんを訪問し，2 名の調査員により R さんの様子や状況などを観察，聞き取りを行い，認定調査用の項目をチェックする形で認定調査を行った。しかし，調査当日の R さんの様子からは認知症の症状が把握されず，介護保険制度の対象者と認定されなかった。その後，居民委員会の職員 F は R さんの日常生活上の世話と安否確認のため民間団体に連絡しボランティアを派遣したが，R さんの日常生活上の支援は不足したままである。

R さんの生活課題は認知症の症状がもたらす日常生活上の困難であるが，介護保険制度の対象者とならなかったため利用できるサービスが十分でない。その背景には，要介護認定調査体制の不具合，介護保険制度における関係機関同士の連携やコーディネート機能の不備があると考えられる。

まず，要介護認定調査体制の不具合について，上海市における要介護認定調査は，日常的に高齢者とのかわりがない第三者機関が行う。その第三者認定機関が R さんを訪問し，2 名の調査員により認定調査を実施したが，認定日の一日のみの調査で判定を

行ったため、日常的な認知症の症状は考慮されず、認定結果に反映されていない。また、「上海市老年照護統一需求評估調査表（上海市高齢者介護に関する統一のニーズ評価調査表）」によると、認定内容は、主に介護を必要とする心身機能に着目し、自立能力と疾病の重さにより判定されており、本人の生活状況や意思が留意されていない。さらに、調査員の資格からして、2名の調査員のうち、医療関係資格を持つB型調査員が1名以上必要とされているが、福祉や医療現場の経験者が担当できるA型調査員による調査は必須条件とされていない。このように、認定調査の内容と調査員の資格に対する条件からして、介護保険における要介護認定調査は「生活モデル」より「医学モデル」を志向する傾向があり、かつ一日のみの認定調査は時間の制約を受け、記載の漏れや不備等が生じやすく、Rさんのように実際には支援が必要な高齢者が制度の対象とならなかった事例も生じている。

次に、介護保険制度における関係機関どうしの連携やコーディネート機能の不備について説明する。認定調査以外、居民委員会の職員は定期的な訪問によりRさんとかかわり続けており、その生活課題やニーズを把握することも可能である。しかし、認定調査を実施する第三者認定機関と居民委員会は日常的に十分な連携がなされておらず、居民委員会が認定調査にかかわることが難しい。このような関係機関の連携不足により、日常生活に困難を抱えている高齢者が介護保険制度を利用しようと思っても、利用者の生活課題やニーズが十分に把握されず制度の対象とならない状況が発生している。居民委員会の職員は「仕方がなく、Rさんに区内のほかの社会資源を多く提供する」と述べていたが、それは補足的な対応でありRさんのような高齢者の状況に対応するサービスとは言えない。図3で示しているように、居民委員会はサービス利用に関する各関係機関やサービス事業者とのつながりが弱く、介護保険制度のサービス利用システムにもほとんど関与していない。その結果、居民委員会の職員はRさんのような高齢者の生活ニーズや困難を把握しているとしても、各関係機関との連携が足りないことに加え、各関係機関をコーディネートする機能や権限が付与されていないため、高齢者のニーズに応じた適切なサービスや社会資源を調整することが困難である。

5-3. 制度の改定で利用できるサービス量が減少した事例（事例③、⑥）

【事例③（調査対象者Mから聞き取り）】

Tさん、73歳、女性。高血圧と糖尿病がある。軽度の精神障害があり、障害者手帳も持っている。4年前に転倒したが、血糖値が高いことが原因で手術ができず、その後寝たきり状態になった。糖尿病の合併症で視力も低下し失明した。娘Mさんと同居しており、主に娘が介護しているが、娘は仕事をしているため、家政婦を雇い日常生活の世話を受けている。しかし、経済的な負担に加え、家政婦も高齢のため勤務中に骨折し事故が発生して以降、娘は家政婦の利用を遠慮するようになった。その後、同僚から介護保険制度を紹介してもらっ

た。娘は経済的な面を考慮し、介護保険の介護員（中国語では護理員）を申請して自分の母親の介護をすることを決めた。その後、娘は資格をとって、ある訪問介護事業者の介護員として登録した。娘は街道で介護保険制度を申請し、自分が所属している訪問介護事業者と契約し、介護員として T さんの介護をしている。申請後、T さんは自宅で第三者認定機関からの要介護認定調査を受けた。最初の要介護認定結果は最高級の 6 級であり、一日 1 時間、週に 7 時間が限度とされた。しかし、2 年後の更新で、要介護認定調査の基準が厳しくなり、認定結果は 5 級に下げられた。また、娘は T さんの介護をしているが、自宅の環境や自分の体力に限界があり、T さんの入浴について困っている。実際 T さんの地域で入浴サービスがあるが、娘はその存在を知っておらず、利用していない。また、娘は入浴問題を自分のニーズや課題として認識していないため、街道弁事処や居民委員会などに相談に行ったことがなく、入浴の問題は解決しないままである。

T さんの事例を、以下の 2 つの課題から検討してみる。

一つ目はアセスメント機能の実施に対する検討である。事例①と同様に、T さんのニーズや課題を把握する存在が必要であるが、本事例では家政婦や介護員となった娘 M さんの存在が T さんを取り巻く社会環境のストレンクスである。娘 M さんは介護員になるため介護に関する教育や訓練を受けて、資格をもっており、積極的に介護問題の解決に取り組む意識や介護力を有する。しかし、娘 M さんは生活課題をアセスメントする能力が不足しており、入浴の問題を自分のニーズや生活課題として認識していないため、主体的に助けを求めると至っていない。逆に言えば、娘 M さんは自分の家庭のニーズを把握するためのアセスメント機能を向上させ、街道弁事処や居民委員会から助けを求めれば、あるいは、地域にある各サービスに関する情報を収集する能力を身につけ、入浴サービスの存在を知れば、「入浴問題で困る」という生活ニーズや課題は生じないともいえる。そこで、高齢者本人あるいは娘 M さんのような介護者等を支援し、そのストレンクスを引き出すため、アセスメント能力や情報収集能力を育成する普及啓発や講演会などの地域活動が求められている。

一方、高齢者本人やその介護者のストレンクスが最大限に発揮されても、アセスメント機能や自分のニーズに応じてサービスを調整することには限界がある。例えば、この事例で娘 M さんの行為から、M さんは母親の生活ニーズをアセスメントする能力がないとはいえないであろう。入浴問題という生活ニーズの漏れは娘 M さんのアセスメント能力の欠如に起因することではなく、アセスメントに関する専門知識や訓練を受けていないからである。その状態で生活ニーズや課題をアセスメントすることに限界があることを無視していけない。それゆえ、一方的に高齢者やその介護者自身の能力を引き出すだけでなく、アセスメント機能を担当する専門職の存在も必要不可欠であろう。

二つ目は介護保険のサービス内容を決定する基準に関する課題である。本事例では、要介護認定調査の基準が厳しくなったため、T さんの要介護認定結果は 6 級から 5 級に

下がった。それは T さんの身体的状況が改善されたがゆえの変更ではなく、要介護認定調査の基準に基づいた結果である。基準が厳しくなったことが原因で認定結果が下がった高齢者は本事例だけではなく、他事例や支援者から多く言及された。例えば、「近年、基準が厳しくなったため、高齢者が利用できるサービスが少なくなったり、介護保険の対象者にならなかった状況が多く発生し、高齢者のニーズが保障されていない」と指摘している街道弁事処の職員が少なくない。その指摘から、体制制定者が介護保険の財政や費用管理の立場に立っている場合、要介護認定の基準を変更することで、サービスの利用量や介護保険の支出を抑制できる現状がある。現在上海市の要介護認定は、介護保険の受給資格の認定手続きを兼ね、介護保険のなかでサービスの上限の査定としてのみとらえており、高齢者のニーズを優先に考慮する基準ではない。それゆえ、体制制定者は財政抑制の立場から介護保険内サービスを制限した場合、高齢者の最低限度のニーズさえ満たされない可能性が生じる。そうすると、要介護認定が単に費用管理、さらに費用抑制を可能にする手段として発展しており、高齢者のニーズに対して柔軟に対応するインフォーマルサービスの調整や提供が困難となっている。

5-4. サービス利用のプロセスからわかるサービス供給体制における課題

以上の3つの事例からわかるように、社区居宅養老サービス供給体制における主な課題は、利用者の生活状況や生活課題に応じて、適切なサービスが供給されておらず、利用者の円滑なサービス利用を阻害しているという点である。その結果、介護保険制度によるサービスを利用しても、利用者の生活課題が解決されていない状況が生じている。以下に、前章で明らかになったサービス利用のプロセスの段階ごとに、サービス供給体制における課題を整理する（図3を参考）。

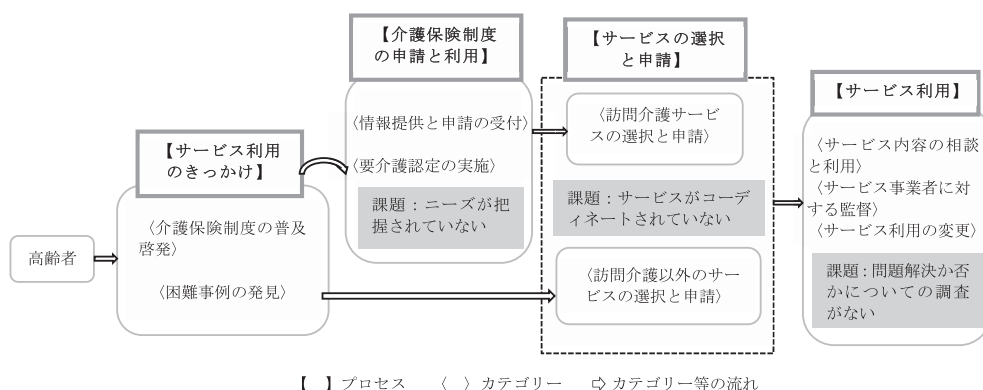


図3 高齢者がサービスを受けるまでのプロセス（筆者作成）

まず、【サービス利用のきっかけ】と【介護保険制度の申請】という2つの段階において、高齢者の生活課題をアセスメントする機関や体制が存在しないという課題が考え

られる。上記の3つの事例ともに、高齢者は第三者認定機関により要介護認定を受けるが、それは介護給付のための根拠でしかなく、実際に潜在化している生活課題やニーズが把握されておらず、要介護認定調査体制の不具合が示された。このような要介護認定が介護保険の受給資格の認定手続きを兼ねる形は日本でも同様である。日本の場合、2000年に介護保険が導入された際に、要介護認定がサービスの上限の査定としての機能と定められたが、把握されていないニーズの判定はケアマネジメントにより補足している。しかしその状況について、西村は以下のように指摘している。

要介護認定とケアマネジメントを事実上一連のものとして運用することが必要である。イギリスにおける『ニーズ優先アプローチ』は日本でも適用されるべきであり、不足しているサービスに合わせて、要介護認定をサービスの上限の査定としてのみとらえることは、あってはならないことである。(西村 2000: 104)

西村はサービスの上限の査定よりニーズを優先する必要があると指摘しており、日本においては、要介護認定とニーズ判定を分別することではなく、イギリスのように要介護認定の基準の中にニーズ判定の項目を入れる必要があると主張している。西村に依拠すれば、ケアマネジメントがいまだに実施されていない中国においては、現行している要介護認定調査の基準を改めて問い直し、認定調査でニーズ判定を行い、アセスメント機能が果たせるように要介護認定体制を改革する必要がある。その改革が難しい場合、日本を参考に、介護保険内の要介護認定と別に、ニーズ判定を行うアセスメント機能を補足することも求められる。

次に、【サービスの選択と申請】の段階においては、関係機関どうしの連携やコーディネート機能の不備により、高齢者が生活課題に応じたサービスや社会資源にアクセスできないという課題がある。具体的に、事例③のように、高齢者やその家族にとって、自分のニーズを把握したとしても、サービスや社会資源に関する情報を収集し選択することには限界がある。さらに、事例①と②のように、高齢者のニーズが把握されても、高齢者に必要なサービスや支援が円滑に届けられていない。高齢者が適切な社会資源にアクセスできない理由は、事例②で分析したように、各サービスや関係機関のつながりが弱く、高齢者のニーズに応じて各サービスや社会資源をコーディネートする機関がないためである。このように、関係機関の連携やコーディネート機能の不備という課題により、ニーズ把握を行う【サービス利用のきっかけ】とその後のニーズ解決にあたる【サービス利用】の段階の連続性が担保されていない。それゆえ、高齢者が受けるケアが断片化され、そのニーズが満たされていない状況が生じている。

さらに、【サービス利用】の段階においては、サービスの利用により高齢者の生活課題が解決されたか否かについての利用者の視点からの評価、すなわちモニタリングがな

されていないという課題がある。そのため、上記の断片化したケアを受けている事例で示されたように、「サービスの利用」を以て、高齢者の生活問題は解決したと捉えられている可能性がある。モニタリング機能が実施されていない場合、サービスの質に関する調査があるにもかかわらず、その調査における視点は高齢者ではなく、サービス提供者であるため、高齢者の生活課題が放置されたままとなっている。このような現在のサービス供給体制に基づいたサービス利用においては、生活支援の役割が十分に果たされていないことが認識されていない。

以上を踏まえ、現在の社区居宅養老サービス供給体制における課題は、アセスメント機能を効果的に発揮させながら、各サービスや社会資源をコーディネートし、関係機関を連携させる体制を構築していくことであり、それを実現するため、既存のサービス供給体制にケアマネジメント体制を導入することが求められると考える。

6. 結論—ケアマネジメント体制を構築するための要件

以上、支援者と利用者家族への聞き取り調査を通して、中国上海市において、介護保険制度が試行されて以降、実際に高齢者が社区居宅養老サービスを利用するまでのプロセスを【サービスの利用のきっかけ】【介護保険制度の申請と利用】【サービスの選択と申請】【サービス利用】に分類した。そのプロセスを通して、社区居宅養老サービスの供給体制における課題は、アセスメント、サービスの調整、モニタリングという3つの機能を整備すること、具体的に、ケアマネジメント体制構築の必要性であることが確認された。以下に、その課題を踏まえ、中国上海市においてケアマネジメント体制を構築するための要件について提示する。

6-1. アセスメント機能の明確化

ケアマネジメント体制構築の前提として、その入り口であるアセスメント機能を明確化する必要がある。以下に、要介護認定とアセスメントを区別しながら、ケアマネジメントにおけるアセスメント機能の特徴を検討する。

まず、要介護認定とアセスメントの両者が異なる意味を持っているため、その中国語の用語を区別する必要性を強調したい。要介護認定は中国において「需求評估」という用語が使われている。「需求評估」という言葉は *needs assessment* から直訳されている中国語訳であるが、現状、ニーズ判定を意味するアセスメント機能は発揮されておらず、実質的には介護保険の受給資格の認定手続きとなっている。「需求評估」という用語自体は要介護認定をアセスメントと誤解する可能性を招きしやすいため、アセスメントと要介護認定の特徴を区別したうえで、「需求評估」の機能を改めて問い直す必要が

ある。

要介護認定の特徴について、橋本（2000: 4）は、「要介護認定においては、介護を必要とする心身機能（問題行動を含む）に着目するものであって、各人の生活状況にはほとんど着目していない」と指摘しているが、高齢者の生活全般における情報収集を行うことなく、一回の調査のみで要介護レベルを判定する「需求評価」も同じ特徴を持つと考える。一方、アセスメントの定義について、80年代始まりからアメリカの学者である Schneider & Weiss は「人の生活課題とケアニーズを識別できる社会的状況、物理的、心理的機能を深く収集する方法」と定義している（Schneider ら 1982: 12）。その定義からすると、アセスメントには生活課題とニーズを識別できる、また深く情報を収集するという2つの特徴を持つことがわかる。この点からして、高齢者の生活全体を把握せず、かつ情報収集を行うことなく、一回の調査のみで要介護レベルを判定する「需求評価」はアセスメントとはなっていない。

そこで、ニーズ判定を行うアセスメント機能を補足することがケアマネジメント体制の構築要件の一つであると考えられる。その理由について説明する。ケアマネジメントの特徴について、河野は「政策的側面からは資源管理と費用抑制であり、実践的側面からは利用者を中心としたサービスや資源の調整とサービス・システムの連携である」と指摘しており（河野 2021: 44）、ケアマネジメントは、政策と実践という二つの側面からの性質を持っていることがわかる。しかし、アセスメントと要介護認定を混同したままケアマネジメント体制を構築すると、「需求評価」はサービスの上限を査定するという政策的側面に偏重することとなり、ケアマネジメントの実践的側面において求められる機能を失う可能性がある。したがって、ケアマネジメント体制を構築する前に、アセスメント機能の特徴や性質を再確認したうえで、利用者本意の立場から高齢者のニーズ判定を行うというアセスメント本来の機能を補足することが求められる。

6-2. サービスデリバリーシステムの構築

高齢者の生活ニーズに適したサービスや資源を調整し提供するためには、利用者のサービス利用のプロセスと合致するサービスデリバリーシステムの構築もケアマネジメント体制の要件の一つである。サービスデリバリーとは、利用者にフォーマルやインフォーマルなサービスが円滑に届けるプロセスのことを指す。以下にケアマネジメントの過程からサービスデリバリーシステムの枠組みを提示したいと考える（図4を参照）。

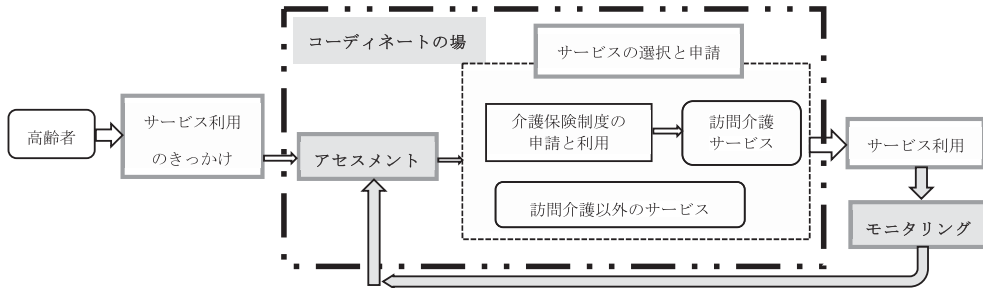


図4 サービスデリバリーシステムの構想図 (筆者作成)

ケアマネジメントの過程について、各国の実践やモデル等が異なるが、基本的な技法として、①入口、②アセスメント、③ケース目標の設定とケアプランの作成、④ケアプランの実施、⑤利用者及びケア提供状況についてのモニタリング及びフォローアップ、⑥再アセスメント、⑦終結という7点が挙げられている(白澤1992: 17)。その過程を前章で明らかになった高齢者のサービス利用過程に当てはまると、まず、【介護保険制度の申請と利用】と【サービスの選択と申請】という2つの段階では②のアセスメントを行う機関が求められている。次に、【サービスの選択と申請】段階においては、各サービスや社会資源をコーディネートする場を設定することを通して、高齢者のニーズに応じて、③のケース目標の設定とケアプランの作成の過程を追加することが必要である。最後、【サービス利用】段階の後に、⑤の利用者及びケア提供状況についてのモニタリング及びフォローアップを追加し、サービス利用が利用者の生活課題を解決したか否かを調査する過程が求められる。また、上記のプロセスによって生活課題が解決されていない場合は、アセスメント段階に戻り、⑥の再アセスメントを行う必要がある。

その枠組みにおいて、高齢者のニーズに応じたサービスや社会資源を総合的にコーディネートする仕組みの実現がサービスデリバリーシステムの中核となっている。具体的に、適切な社会資源にアクセスできない高齢者に対し、そのニーズに基づき、介護保険制度も含め、各サービスや社会資源をコーディネートする場を構築することを提案する。具体的に、日本の地域代表者会議のように、各サービスや社会資源の代表者を選出しチームを結成することを通して、コーディネートの場を構築する。その場を拠点とし、アセスメントから得た高齢者のニーズや生活課題に基づき、適切なサービスをマネジメントすることができる。また、チームで高齢者のケース目標を共有したうえで、相互の役割分担を理解しながら、各自の業務を実行していくため、各サービスや社会資源の役割と機能が効率的、かつ効果的に発揮できることが期待される。

さらに、図4で提示している枠組みにおいて、【介護保険制度の申請と利用】は独立した段階ではなく、【サービスの選択と申請】という段階のなかに内包し、その前段階において、高齢者のニーズに応じて総合的にサービスをコーディネートすることを優先

的に行う仕組みを強調したい。つまり、介護保険制度の利用の有無にかかわらず、先にサービスを調整し、適切なサービスを高齢者に提供するケアプランの作成が求められると考える。その理由について説明する。既存のサービス利用までのプロセスから見れば、先に【介護保険制度の申請と利用】を経って【サービスの選択と申請】に移り、介護保険外のサービスは介護保険制度を利用できなかった場合の補足的なものとして用意されている。その結果、高齢者のニーズに基づいたサービス利用より、介護保険制度の適用が優先的に考慮される。しかし、介護保険サービスはほかのサービスと比べて身体的ケアに偏るため、介護保険制度の利用を制限される場合、介護保険外のサービス利用では高齢者の身体的ケアニーズを満たさない状況が生じている。実際、調査対象者によれば、「近年要介護認定の基準が高められ、介護保険サービスの利用が難しくなる」状況があると指摘している。そうすると、介護保険制度の実施に行政の権力と判断が伴うことにより、既存のサービス供給体制の設定は生活支援を起点としたものではなく、高齢者のニーズに合ったサービス利用も確保できない。したがって、高齢者の生活を支援するサービスの供給を確保するため、介護保険制度は優先的に考慮されるのではなく、高齢者にとって適切なサービス利用を支援する制度として存在し、介護保険サービスと他サービスが並行して高齢者を支援することが求められていると考える。

今後は、中国においてケアマネジメント体制を導入するために、サービスデリバリーシステムの構築をめぐって、サービスや社会資源を総合的にコーディネートする場の担い手や具体的な構築方法等を中心に検討していきたい。

注

- (1) 都市住民の自治組織に属しており、スタッフは基本的に地域住民によって選出され、通常は全額出資の公的機関に所属している。その機能は公共サービスの実施、公共サービスの組織化、社区サービスの指導とされている。
- (2) 上海市における要介護認定調査は第三者機関により担当している。要介護認定と供給を切り離すことを通してサービス決定における公正中立が担保される。要介護認定の基準は全国で統一されておらず、上海市の場合は、独自に定めた基準（上海市老年照護統一需求評估調査表（上海市高齢者介護に関する統一のニーズ評価調査表））に基づいて認定される。

参考文献

- Charles Rappand・Richard Goscha（2006）The Strength Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities（=2008、田中英樹訳『ストレングスマデル精神障害者のためのケースマネジメント（第2版）』金剛出版。）
- Schneider, B.・Weiss, L.（1982）*Prepared for the national long-term care channeling demonstration program: The channeling case management manual*, Philadelphia: Temple University Institute on Aging.
- 閔 翹鯤（2020）「快速老齡化語境下社会工作專業性的反思与定位——兼論社区居家養老服務供給碎片化」『石家学院学报』22(04), 91-94.
- 呉 宇（2022）「590万名志愿者成為上海市民展示軟实力的“金名片”」『新華社』2022年3月4日（<https://m.gmw.cn/baijia/2022-03/04/1302830040.html>, 2023. 6. 19）.

- 橋本泰子 (2000) 「第1部総論」橋本泰子・竹内孝仁・白澤政和監修『海外と日本のケアマネジメント』中央法規, 92-106.
- 井上信宏 (2005) 「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築—ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ—」『信州大学経済学論集』53, 75-97.
- 黄進 (2017) 「整合型養老服务体系芻議」『成都医学院学报』2017, 12(04), 401-405.
- 満文萍 (2018) 「城市社区养老服务供給碎片化及其協同治理路径研究」浙江财经大学公共管理学院2018年度修士論文.
- 西村淳 (2000) 「第2部I イギリスのケアマネジメント」橋本泰子・竹内孝仁・白澤政和監修『海外と日本のケアマネジメント』中央法規, 92-106.
- 能本守康 (2017) 『初めて学ぶケアマネジメントテキスト』中央法規.
- 李艶麗・張紫菁 (2022) 「嵌入性視角下城市社区居委会“内卷化”困境及成因」『安徽行政学院学报』2022(1), 106-112.
- 梁賈 (2012) 「深圳市老年日間照料中心研究」中国社会科学院社会工作專攻2012年度修士論文.
- 劉艶婷 (2022) 「社区居委会負担過重的形成邏輯与治理策略——以J省D市C区LH社区為例」吉林大學行政学院2022年度修士論文.
- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.
- 白澤政和 (2002) 「生活支援としてのケアマネジメントの方法」『ケアマネジメント学』1, 17-28.
- 白澤政和 (2018) 『ケアマネジメントの本質—生活支援のあり方と実践方法』中央法規.
- 白澤政和 (2019) 『ケアマネジメント論—わかりやすい基礎理論と幅広い事例から学ぶ』ミネルヴァ書房.
- 白澤政和 (2006) 「ストレングスモデルの考え方」『月刊ケアマネジメント』(3), 32-37.
- 張秀敏 (2014) 「社区における高齢者在宅介護サービスに関する研究—中国・長春市を事例として—」奈良女子大学大学院人間文化研究科2014年度博士論文.
- 上野谷加代子 (1993) 「在宅ケア・ネットワークの課題」沢田清方・上野谷加代子編『日本の在宅ケア』中央法規, 1-28.
- 楊璇 (2021) 「上海市社区养老顧問服務質量提升研究—以Q街道為例」華東師範大学公共管理專攻2021年度修士論文.
- 介護事業アウトバウンド促進コンソーシアム (2017) 「平成28年度医療技術・サービス拠点化促進事業(上海介護拠点促進プロジェクト)」.

Requirements for Establishing a Care Management System in Shanghai,China:

From the Process of Service Utilization for the Elderly

Sun Xinyue

This study revealed the process by which the elderly utilize community-based elderly care services in Shanghai, China, since the introduction of the long-term care insurance system. Through analyzing the cases of fragmented care, the study considered the challenges in the existing supply system and presented requirements for establishing a care management system that addresses those challenges. As a result, it was shown that a care management system is necessary in the community-based elderly care service supply system, with three functions of assessment, service coordination, and monitoring needing to be established. Based on this, the study proposed a framework for a service delivery system centered on coordination, clearly defining the assessment function, as requirements for establishing a care management system in Shanghai, China.

Key words: Home care, Care management, Implementation of long-term care insurance system, Service supply system, Service utilization