

# 現段階における在宅福祉 サービスの課題と展望

北川 與司 雄

## I はじめに

これから高齢化社会をむかえるにあたって、老人の生活をどのようにして地域で保障していくかが問題となってくる。この問題を考えるにあたって重要な考察を要するのに在宅福祉サービスがある。これはこれからの地域福祉において要となる分野である。元来、福祉生活というのは幸せに生きるということであり、ここで地域福祉の定義をしてみると、岡村重夫教授によれば、「地域福祉は直接的サービス活動としてのコミュニティ・ケアと地域組織化という2本の柱をもつ」とされている。これが種々の論者の共通項であろう（岡村重夫『地域福祉論』1974年、58ページ）。在宅ケアをベースとする地域福祉の充実が、今日の高齢化時代に要請されており、精神障害者福祉サイドからもノーマリゼーション視点による地域福祉の充実の時代が到来しているといえる。

さて在宅福祉サービスは、①予防的サービス、②専門的ケア、③在宅ケア、④福祉増進サービスの4つに分かれるが、②と③を合わせて狭義の在宅福祉サービスと呼ぶ人もいる<sup>1)</sup>。ここでは在宅福祉サービスのみを主として取り上げ、環境改善サービスと組織化活動は他の機会に論ずることとする（この割愛した二つのものうち興味のある方は右田紀久恵、定藤丈弘共編、『地域福祉講座』第3巻、中央法規出版、1986年と右田紀久恵、牧里毎治共編『地域福祉講座』第6巻、中央法規出版、1985年、を参照されたい）。

1) 永田幹夫『地域福祉組織論』改訂版、全国社会福祉協議会、1985年、40ページ。

## II 在宅福祉サービス充実の必要条件

まず、予防的サービスとは、「要援護にならないための諸活動、地域住民全体、あるいは特定の階層の集団等に対して行なわれる」<sup>2)</sup>ものである。その内容は、情報の提供、教育・相談活動、ニーズの早期発見、事故等の発生を防ぐための地域環境条件や物品危険防止等の点検整備である<sup>3)</sup>。

情報の提供については、情報化社会と呼ばれるように、ホーム・ヘルパー等からより迅速に伝達が可能になったが、使用する通信機器の費用がかさむようになってしまった。これらの機器は、多くの要援護者及び要介護者が共同で購入する必要がある、機器の機能にも要援護者は詳しく知っておく必要がある。

教育・相談活動は、ホーム・ヘルパーのみでなく、コーディネイターも参加する必要があるが、教育の場を選定するにあたり費用の問題があり、これも地域の募金や地方公共団体からの資金等で建設する必要がある<sup>4)</sup>。スウェーデン等のようにこのような施設を無料で利用できる国もあるが、わが国では十分な施設がないのが現状であり、地方公共団体に対して、より一層の働きかけが必要である。人的資源は、現在はボランティアで占められるホーム・ヘルパー等の肩によりすがっているのが普通である。しかしホーム・ヘルパーは多くが身分が不安定であり、善意で無償のボランティアに今後の高齢化社会の在宅ケアを全面的に依存していくことは、量的にも質的にも限界がある。専門的な知識をもつ在宅ケアの養成と共に、一挙に正規公務員ではなくても福祉労働者としての待遇を強める「パート福祉職」のように大量養成していくべきである。ただし、これにも後述するように、重要な問題をはらんでいる。ニーズの発見も早期においてなされねばならず、在宅ケアのプロの育成やヘルパーの専門性を

2) 阿部志郎・右田紀久恵・永田幹夫・三浦文夫編『地域福祉教室』有斐閣、1984年、70～71ページ。

3) 同上、同ページ。

4) 募金活動は、その募金の趣旨を徹底的に伝えてみれば、驚くほどの高額になる。しかし、継続的に施設を運営していくためには、地方公共団体に措置費として資金を要求することもできる。京極高宣『明日の福祉をめざして』中央法規出版、1987年12月を参照されたい。

高めるといふ点では、相当の知識を得たものでなければ、十分、発見の必要性をみたせない<sup>5)</sup>。

さて次に専門的ケアの問題に移ろう。その内容は「要援護者及び要介助者のニーズのうち、従来社会福祉施設、医療機関の一部で行われてきた専門的サービスを地域で再編成したもので、特質はあくまで専門的サービスを中軸とするもの」である。医療、看護については、それぞれの、要介護者を入院させる施設ケアと訪問ケアの二種類であるが、リハビリテーション等は入院させて行なうのが最適であるのに対し、カウンセリング等は訪問ケアですませることが出来る。しかし今日、この分野の制度は著しく不合理である。現在、高齢者入院患者の入院料一割負担が強行されているが、訪問ケアの場合、費用の自己負担も一割とするのははなはだおかしい。なぜならば、入院患者の使用する機器、看護の濃密さに比べて、訪問ケアの場合は薄いからである<sup>6)</sup>。

さらに、薬代が相当の部分をおくめていて入院している場合に医師のカウンセリングにまかされていたものを薬で代用すれば、患者が入院する場合よりもより一層薬づけになる可能性がある。この現象に対して、病院施設の社会化、中間施設の創設、サービスネットワークの整備等が叫ばれている。

しかし、このような施設を作る財源と人的資源をどうしてまかなうかが問題となる。この対策として、一つの可能性を示すのは、生活協同組合方式である。在宅福祉を協同組合的組織で実行する構想は、オール・マイティではなくても、今後より検討されてよいであろう。なぜならば、地域の組織化と施設の社会化をすすめてきた種々の組織のうち、一番財源が安定しているからである。灘神戸生協の在宅福祉への参加がすでに始まっている。現行の他の組織、とりわけ「公」「私」の「私」の分野はこういう組織と協力していくことが肝心だからである<sup>7)</sup>。さて次に主題である在宅ケアを論ずることとする。

5) 前掲『地域福祉教室』同ページ。

6) 同上書、同ページ。

7) 全国社会福祉協議会、『新しいコミュニティの創造、灘神戸生協の在宅福祉』1986年3月。

### III 在宅ケアの現状

在宅ケアの内容は、「家族内で充足されてきた日常生活上の介助、保護、養育等のニーズが家族機能の変化により社会化されたものを施設で対応するのではなく、地域で在宅のまま再編するもの。必ずしも専門的サービスとする必要はなく、非専門的サービスとして地域住民の参加を求める。」<sup>8)</sup> というものである。具体的には、給食、配給、入浴、洗濯、布団乾燥、買い物、歩行、外出、雑用などである。現在、ボランティアに最も依存している度合が強いものである。つまり、最もコミュニティ・ケアが促進されているケアである。この面では、全国的に社会福祉協議会職員の活動が、活発に行なわれてきたが、ケアの第一線に配置されてきたのは、先にも述べた無償ボランティアや、社協雇いあげの身分、待遇とも劣悪な「有償ボランティア」である。

一部の人々の意見では身体障害者が使えるような福祉機器も、シルバー産業の生産物として歓迎するむきもあるが、資本主義企業はより高い利潤率を求める主体であるから、これら福祉機器は、非営利的事業体が行なうのが望ましい。もしそのような事業体がないなら、公益法人を設立し工場を作る必要がある。製作上の技術は、スウェーデン等ですでに製作しているものを輸入するのも一案である。

次に④の福祉増進サービスについては、要援護者及び介護者に限らず、一般住民を含めて福祉の増進をはかるものであり、老人の社会参加、生きがい対策であるが、積極的に地域住民が老人の特技をみせてもらったり、老人同士が共同して作業できるような仕事場の提供とか老人が地域社会にさまざまなかたちで参加し、社会的役割を果たしうるようにしなければならない。これは、老人ボケを防ぐ面からも大切であることはいうまでもない。

以上のように在宅福祉サービスの内容を概略してきたが、地域福祉のかなめである地方公共団体政策に対する住民の側の主体的参加及び参画を詳細にとり

8) 前掲『地域福祉教室』70ページ。

あげてみよう。

### (1) 地域福祉と施設福祉

地域福祉の時代だからといって施設福祉の重みが現代において軽くなったというわけではない。現代においても施設福祉は重要な位置になり、予算規模も人的資源も社会福祉全体に占める割合は相当高くなっている。ただ福祉課題の発展からみると、緊急課題としては、当面、在宅福祉の充実、さらには地域福祉の展開が重要になってきているということである。在宅福祉はホーム・ヘルパー制度や保育所、老人福祉センター、児童館の整備拡充によって定着化してきたものである。しかし、現段階で在宅福祉施設が飽和点に達しているとはいえない。予算規模、人員配置、処遇水準において施設福祉と比べると大幅に遅れている<sup>9)</sup>。

### (2) 日本におけるコミュニティ・ケア論の展開

シーボーム報告が公刊された翌年の1969年に、東京都社会福祉審議会が「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」（答申）を発表している。さらに中央社会福祉審議会答申が1971年に、コミュニティ・ケアをわが国の社会福祉の理念と運営の新しい方向性として示した点では注目し得る。この答申の主要点の一つは、コミュニティ・ケアの場を施設、地域社会の双方に求めていることである。施設の地域への解放は住民全体と入所者との相互理解のための第一歩であり、地域全体で要介護者たちのニーズを満たしていくという精神である。第二は、治療コミュニティという用語を使っていることである。この用語は精神衛生の領域で使いはじめられたのであるが、施設の機能の水準を高めていこうというものである。すなわち、治療、教育、訓練、リハビリテーションの設備、マンパワーを強化しようということになる。第三は、地域社会に各種の機能をもった施設を配置していくことを主張している。つまり在宅福

9) 小田兼三・右田紀久恵共編『地域福祉講座』第5巻、中央法規出版、1985年、17ページ。

社の進展に合わせて地域の諸施設を再編していこうというものである<sup>10)</sup>。

次にノーマリゼーションについてみていくと、1970年代以後のわが国の社会福祉は、それまで遅れていた地域福祉、在宅福祉の整備を開始した。特に、障害者の「完全参加と平等」の理念の実現に向かって大きく前進していくことが強調された。

ノーマリゼーションとは、①障害者にとって常態的な一日のリズムを意味する。②正常な日課、すなわち規制づくめでない日課を意味する。③個人的な意味をもった家族だけの日をとともなう正常な一年のリズムの経験を意味する。④障害者にとって正常な人生サイクルを経験することを意味する。⑤同性も異性もいる地域社会で生活することを意味する。⑥障害者にとって正常な経済水準が保障されることを意味する。⑦障害者を取り巻く物的諸条件の水準が一般社会の市民に適用される水準と同じでなければならないことを意味する。以上である<sup>11)</sup>。

ではこのような諸条件を満たしていくためには、現在の地域の空間的構造を変えていくことも一大要因である。たとえば町づくりについてみると、以下のようなことを実施しなければならない。車イスに乗った障害者のために階段のある場所ではその横に傾斜の緩やかな坂道をつけるとか、電車の車両の入口のへりとホームの床面の段差をなくすようにホームを作るとか、また、各駅ごとにエレベーターを備えた地下鉄をつくったり、等々である。また、盲人のために点字をこれらの諸施設に付けておくようにしなければならない。

### (3) 在宅福祉の担い手について

新しい援助条件である在宅福祉を推進していくには、まずその必要性を国民、市民の総意とする作業から始まる。そのためには、要援護者をはじめ、住民のニーズを的確に把握する必要がある。現在の在宅ニーズといわれているニーズ

10) 同上, 37~40ページ。

11) 同上, 48~49ページ。

の中には現行の社会福祉制度の未活用や制度の不十分さから生ずる問題もあるが、大部分は現行制度では対応できないものが多い。ややもすると現行福祉六法で対応できないものをすべて在宅ニーズと呼ぶなどの混乱が生じている。現行サービスの不十分さは改善していかなければならない。個別ニーズに対し、各々の担当部局がバラバラに対応していくのではなく、現行の社会、経済状況に規定された住民の生活総体との関連で総合的にニーズを把握していく必要がある。その際、要介護者とその家族（要援護者）及び支援者、そして現在不十分ながらも在宅福祉の一端を担っているホーム・ヘルパーなどの現職をその調査に参加させることが必須の条件である。ホーム・ヘルパーはイギリスよりの外来語であるが、専門の看護教育を受けたいわゆる家庭看護婦の意味で使われている。わが国も現在、ヘルパーの資格制度の方向に向かっている。

今まで「私」の分野を眺めてきたが、「公」の分野についてみてみよう。

在宅福祉推進のためには、三つの領域で行政側の責任ある役割遂行が望まれる。一つには、前述したように在宅福祉は施設ケアや中間施設ケアをも含む地域福祉の援助体系の中ではじめてその力を発揮する。

在宅福祉と施設ケアの大きな違いは担い手にあるといえよう。施設ケアはボランティアの協力はあっても、その中心的機能は専門家によって担われている。それに対し、在宅福祉サービスは事例によって専門家や素人（ボランティア及び近隣住民）や家族などの担う度合いが質・量とも異なってくる。在宅福祉の中心的内容である家事、介護、育児などは家庭内の重要な機能だが、家族の形態の変化とかかわらざるを得ない。

このような事態の結果、以下のような施設制度が重要視されるようになってきた。それは保健所（保健婦）、福祉事務所、老人福祉課（老人福祉司）、県（府）、保健医協会（医師）、市社協（ボランティア・センター職員）、ホーム・ヘルパー、ボランティア団体等である。そしてこれらの人々の役割調整が必要となる。大別して、サービスを直接的に対象者に提供することにかかわる担い手（ケア・ワークの担い手）と、その基盤づくりのための地域組織化や福祉組

織化,そしてケア・ワークをコーディネート(調整)していく担い手(コミュニティワークの担い手)とがある。

さて次に,この種のマンパワー問題の課題とは,担い手の職種の多様化と量的拡大,労働の形態の多様化,ボランティア養成,住民参加のルート作り,専門職の質的向上,コミュニティ・ワーカー(コーディネイター)の配置の改善,既存の民生・児童委員,保護司,社会教育委員等の協力と理解,有料ヘルパーから市場型供給システムまでの理解などが課題となってくるであろう<sup>12)</sup>。ホームヘルプ制度としての家庭奉仕員派遣事業が発足してからはや20年を経過している。この家庭奉仕員と呼ばれている人が,今まで述べてきたホーム・ヘルパーである。家庭奉仕員派遣事業は制度的には1962年に国庫補助事業として250人の老人家庭奉仕員の設置が予算化され,翌年に制定された老人福祉法の第12条に規定が盛り込まれた。この間,制度的にはいろいろな変化がみられる。

たとえば,1967年には身体障害者家庭奉仕員派遣事業も施行され,さらに1970年には心身障害児家庭奉仕員派遣事業が制度化された。そして1976年以降は三つの事業が予算上一体的に運用されるようになった。さらに1982年からは有料ヘルパーが導入されることになった。その主流となっている老人家庭奉仕員制度だけをとってみても,1968年には派遣対象が要保護老人世帯から低所得の家庭に拡大され,さらに1969年からはねたきり老人をも対象に組み込まれた<sup>13)</sup>。1981年末,中央社会福祉審議会は,「当面の在宅福祉対策のあり方について」と題した意見具申を行っているが,ホーム・ヘルパー制度に関する改革提案の主要な柱は,ホームヘルプ・ニーズが高いのに,現行制度を維持するだけでは賅いきれないという認識がある。これらのニーズは,人口の高齢化,保健医療技術の進歩と共に,婦人の労働市場への進出,核家族化,地域的相互扶助の低下などによってますます増大する傾向にある。パートタイム・ヘルパー

12) 右田紀久恵・井岡勉編『地域福祉——今問われているもの』ミネルヴァ書房,1984年,286ページ。

13) 同上,286ページ。



を導入することによって増員確保を図ろうとする意見がある<sup>14)</sup>が、この路線の追求は、ケアの商品化である。フルタイム・ヘルパーとパートタイム・ヘルパーの組み合わせ、運用を慎重に考えなければ介護の断片化やヘルパーと利用者の間での軋轢が絶えないことにもなりかねない。

ここでまず指摘しておかなければならないことは、ヘルパーの身分の不安定性にもかかわるが、労働条件が必ずしもよくないことである。最近行なわれた(1981年)全社協の「家庭奉仕員の活動と意識に関する調査」(以下全社協調査と略す)によりながらその労働条件をみると、まず給与の面では1980年5月時点で月額8～9万円が平均的な額となっている。ほぼ国基準(同年度で年額116万6000円)、8～9万円が6割を占めているが、8万円を下回る人が約3割もいる。給与以外の諸手当、ボーナスについても条件はあまり良いとはいえない。その支給率は通勤手当で32%、超勤手当、扶養手当、住宅手当等10%以下である。ボーナスは8割が支給されているが、約14%のヘルパーには支給されていない。その他ホーム・ヘルプ業務の特質から考察しておかなければならないことがある。それは健康診断、有給休暇、研修制度なども労働条件のうちに入れておく必要がある。先の全社協調査では、以下のものである<sup>15)</sup>。健康診断を年一回受けている人は全体の65.4%しかいない。職務ながら、要介護者及び要援護者からの伝染性疾患の感染や介護に伴う腰痛、肘痛などの職業病にかかりやすいのに、有給休暇についても、年休のない者13.2%、休暇制度はあっても日数そのものがない者15.3%、取りにくい者23.5%となっている。実に劣悪な労働条件である。早々に解決しなければならない問題である。

次に民生委員の活動状況をみとめることにする。民生委員は福祉事務所をはじめ行政機関に対する協力業務と民協や社協を拠点として民間自主的活動の両面にわたって、調査、相談指導、連絡通報、行事・運動参加協力、在宅福祉サービス実施等々、広範かつ多種多様な諸活動を展開している。ここで全国民生

14) 同相、289ページ。

15) 同上、294ページ。

委員の活動状況をみとめることにする<sup>16)</sup>。

民生委員は個別の相談指導に当たることが多いが、各法別相談指導件数(1982年度)でみると、16万9000人の民生委員による相談指導件数総数は、約124万6000余件にのぼり、民生委員一人あたり73.6件となる。福祉六法別では、老人福祉が53.5%と半数を占め、ついで生活保護20.4%、以下身障福祉9.0%、児童福祉7.7%、母子福祉7.0%、精薄福祉2.4%となっている。1970年度から82年度までの推移でみると、総数は4.0倍に増えているのに対して、老人福祉は実に8.2倍に達し、母子福祉3.5倍、身障福祉3.5倍、生活保護2.3倍、児童福祉1.9倍、精薄福祉1.8倍となっている。地域における老人問題の深刻さを反映するものである。

今後の課題としては、第一に民生委員の基本的性格、立場を確認することが先決である。『民生委員制度』が提起するように、民生委員は民間人＝住民の立場から、民間性を代表して公務としての活動を展開するものであり、民生委員制度は、社会福祉行政に対する住民参加の制度化されたものとしてみる必要がある<sup>17)</sup>。よってこれはいわゆる「私」の分野に属する。法律で「公」的責任を「私」的の分野に転嫁してはならないと定められていることにも注意すべきである。

さて、最後に、在宅福祉サービスの問題点としてサービス財政の分権化と住民参加にふれておく。

#### (4) 財政の分権化

福祉関係における財政改革の重点の一つとして、財政の分権化という点がある。機関委任事務を通じて国と地方の間に形成される中央集権化は、財政関係によってより強固となることは周知の事実である。地方自治体への補助金(国庫支出金)には負担金・委託金・狭義の補助金があるが、いずれもその基準が

16) 同上、同ページ。

17) 同上、345ページ。

不明確であったり、基準通りに支出されなかったり、予算依存支出であるために、地方自治体の超過負担をともしつつ事務が進められている。国庫支出金の問題点と改革については、従来から多くの論争があるが、その中で改革への提案も含まれているが、特に以下のような補助金と負担金についての目前の改革課題としてとりあげるべきである。①各省庁に類似のものが重複、②交付申請手続の煩煩、③交付手続・書類作成事務が多いため人件費・旅費がかさむ、④中央省庁からの割当て、⑤地域の实情に合わないための無駄、等である。いずれについても、全国知事会、地方自治体からの実態をふまえた指摘とその内容を我々に公表させねばならない。こうした指摘を地方自治体が連帯して積み上げ、全国レベルの住民課題とすることにより、地方分権型財政の途を切り開けるのである。

次に住民の参加については、R・アーンスタインは、参加を①非参加の段階（操作・対策）、②形式的参加の段階（情報提供、協議、諮問、宥和）、③市民権力の段階（共同決定、権限委譲、自主管理）の段階に分類しているが、地域福祉、在宅福祉の条件としての参加は、③の段階までを含むものである。しかし、ここにも問題は存在する。コミュニティ・センター等にみられる自治省型の「管理・運営権限の住民委譲」は形としては③の段階に該当するが、これは一種の政策型にとどまっている。この問題は在宅福祉サービスの進め方にもみられる。住民参加は単なる政策決定過程への参加ではなく、政策決定過程に参加し、その決定に影響を与える行為であり、権利保障と民主制の原理に立脚したものであるから、その手続的権利保障と参加適格性が今後の課題である。英国の地方オブズマン制度等が参考になると思われる。このようにして、住民は自らの生活を自ら統制していく者として成長していくべきであろう。

#### IV 在宅福祉サービスの制度化の課題

最後に、これからの在宅福祉サービスの方向をいかにしていくかという点について検討する。

第一に、施設サービス基準と在宅福祉とのそれに格差があってはならないはずである。措置費のもつ問題点を再検討し、措置費との関連において在宅福祉基準を設定することこそ公的責任の第一の課題であろう。

たしかに数多くの在宅福祉サービスのなかには、民間の自主的努力によって行なわれている貴重な例が数多くある。今日必要とされ、あるいは現に行われている在宅福祉サービスの多くは、その施設整備といい、マン・パワーの確保といい、その多くは税金に依存しなければならない部面が大きくなってきている。

そしてとくに在宅者援助とか、地域中心の社会福祉などが主張される原因の一つは、これまでバラバラであった諸施設、サービスが地域レベルで、または対象者中心に統合されることの必要性があるのである<sup>18)</sup>。

また、社会福祉サービスを受けることを「恥辱」と考えるような風潮は、次第に影をひそめ、逆に社会福祉サービスを積極的に受け止め、権利としての社会福祉という考え方が定着してきている<sup>19)</sup>。むしろこれからの社会福祉は、現在よりもさらに現金給付では対応できない非貨幣的ニーズを主要な課題としていくことになると思われる。少なくとも非貨幣的ニーズの充足は、原則的にニーズの発生する場に近いところにおいて行なわれる必要がある。そのサービスの実施は、住民と密着した基礎的行政組織としての市町村があたることが適当であると考えられる。そうであれば、これまでの社会福祉事務配分についてのルールは、必ずしも非貨幣的ニーズの充足を考える場合に適切でない場合も起こりうる。

これまでのわが国の社会福祉にあって、特に生活保護が中心的役割を果たしていた時期においては、非貨幣的ニーズに対して、それが家族のニーズ充足メカニズムで充足しきれない場合には収容（施設）ケアの形をとることが広く行なわれていた。これからは対人福祉サービスにおいて居宅処遇の役割が大きく

18) 全国社会福祉協議会、『在宅福祉サービスの戦略』1979年、4～7ページ。

19) 糸賀一雄『福祉の思想』日本放送出版協会、1968年、参照。阿部志郎編『地域福祉の思想と実践』海声社、1986年参照。

なっていかなければならない。またその際、ホーム・ヘルパーや民生委員の資格化が計られていく必要もある。

また、居宅とサービス・機関・施設は可能な限り接近させておかなければ、在宅福祉サービスの効果・効率は半減する。

それらに地域性が不可欠だといわれるのはこのためである。このようなサービスは、絶対量が少ない現状の状況では、在宅福祉といえる水準に達していない。しかしデイセンターなどの通所サービスや短期滞在施設などについてもその絶対数が不足している。さらに適正配置を十分に検討することが重要な課題である。歩いて到達できる小地域単位に通所または利用施設が存在し、その利用が保障されていなければならない。用地取得等に問題があり、それが不可能な場合、移動保障が不可欠である。在宅福祉が施設福祉に勝るものであるという以上、そのサービスは一定のニーズを満たすための基準が必要であるし、それを利用することによる効果測定が必要である。いま老人、障害者に限って見れば、在宅の老人、障害者の日常生活動作や困難を、リハビリテーションにおける日常生活動作能力とは別の目的で測定し、それに適合するサービス基準が必要である。例えば、①身の回りの動作、②日常生活に必要な家事動作、③会話その他のコミュニケーション動作に分けて、それらを(イ)自分でできる(自立)、(ロ)介助を要する、(ハ)補装具・装置によってできる、(ニ)全くできない、などのレベルに分けてニーズを測定し、それに対応する援助の方法やサービスを基準化することが当面の課題である。この作業から、本人への直接介護・援助、自立のための装具・装置・機器の提供、間接的援助(本人・家族への)、通所利用施設の整備、住環境条件の整備、などのサービス提供基準を設定することができる。これを踏まえて、最低限、移動能力度、身辺動作自立度、家事行動自立度、外出自立度、コミュニケーション自立度、身辺動作介助度、家事介助度等に応じた、在宅サービス基準の設定が急務である。また効果測定は上述してきた基準が設定されれば必然的に可能となる。同程度の生活能力の欠損状態にある老人、障害者に対して施設であるよりも在宅であるが故のより一層の自立効

果を明示し立証する必要がある。これにはサービス利用者のフォローアップと、その方法を検討しなければならない。

また、一般の事務やケース・ワークとは違って、ケース・マネジメントの視点に立脚した援助サービスの組織的・計画的な提供、さらにより一層発展したスーパービジョンの体制を確立しなければならないであろう<sup>20)21)</sup>。

---

20) 小田兼三・右田紀久恵共編『地域福祉講座』第5巻, 中央法規出版, 1985年, 291~293ページ。

21) 諸外国の文献のうち, 本稿のうえで参考になったものを以下に掲げる。

“The Philosophy of Welfare” Edited by Braian Abel-Smith and Kay Titmuss, Allen & Unwin Ltd, 1987.

“Medical Costs”, by Rashi Fein, Harvard University Press, 1986.

“The Future of Welfare”, Edited by Rudolf Klein and Michael O'Higgins, Basil Blackwell Ltd, 1985.

“Social Welfare”, by Michael Sullivan, Unwin Hyman Ltd, (Allen & Unwin), 1987.

“Local Health Policy in Action” by Eli Ginzberg, Miram Ostow, Edition M. Davis, (Publishers) Rowman & Allanheld, 1985.