

近隣地区レベルでのサービス提供のための組織的方法

(アメリカ)

1960年代半ばから後半にかけての、貧困戦争を中心としたアメリカの社会福祉の激動は、今日なお色んな面で重要な影響を留めているが、地方レベルあるいは近隣地区レベルでの社会的サービスの提供のための組織的方法 (social service delivery) の面からそれを把えなおしてみても、その意義と問題点が幾つか指摘できる。

まず第一に、サービスの利用度を高めるための援助機能 (access function) が専門分化してきたことである。すなわち、情報、助言、送致、フォローアップ、代弁などの援助機能が、地域サービス体系の一部として発展してきたことが指摘できる。しかし、第二に、そうした発展の一方では、アクセス・サービスと直接サービス (direct service) との間の不均衡がみられるようになったことである。60年代後半以降、地域に多数建てられてきた多目的サービス・センターも、従来の断片的サービスを一つの屋根の下に集めた所といった域を出ず、新たにサービスを追加することにならなかった。

第3には、60年代後半以降、クライアントは、サービス利用者 (consumer) と把えられることによって、自分に必要なサービスを自分で自発的に統合して利用する主体であるという前提がおかれてきたことが指摘できる。これは、一面では確かに積極的な意味をもっているが、他面では、自発的に統合できない場合のニーズに対応するための体制、すなわちケース・レベルでのサービスの統合のための方策を欠く結果となった。

第4には、市民参加の促進によって、地域社会の諸機関は、親しみのもてるものとなり、利用しやすくなったことが評価されなければならない。しかし反

面では、幾つかの近隣地区のセンターがソーシャル・アクションの拠点となることによって、問題も生じてきた。というのも、サービスの改良運動の発展は政治的・社会的な変動という領域では、多くのものを達成したが、サービス提供の組織的方法の体系化という面では、ほとんど何の成果も生まなかったからである。

60年代後半から引き継いできた以上のような問題点や課題は、老人福祉サービスの拡大など、新たな変化がみられるようになった70年代半ばの今日的状況のもとで、あらためて次のように問い直されなければならない——「今日における社会的サービス提供のための最善の組織的方法は何か」、と。

サービス提供の組織的方法をめぐるいくつかの課題

第一の課題は、サービスの制度レベルでの統合とケース・レベルでの統合を同時に推進することである。第2期のニクソン政権のもとで、ホワイト・ハウスがイニシアティブをとって行なった二つの制度改革は、主としてサービスの統合化という観点から、サービス提供の組織的方法の改善をはかろうとするものであった。その一つは、連邦特別補助金制度 (special revenue sharing) であり、もう一つは、行政改革 (management reform) であった。前者は、運用面で州の自由裁量の幅を広くした連邦の新たな補助金制度のことであり、これによって財政面での地方分権化を促進し、従来とかく個々ばらばらに展開されてきたサービスや事業を、地方レベルでのニーズの実態に即して統合化しようと企図したものであった。要するにこの制度は、連邦の行なうサービス保障のミニマムを設定し、そのもとでの政策内容の大枠を決め、それに基づいて、州がそれぞれの実情に応じて、独自の方法で効果的かつ効率的なサービスの提供を行なおうとするものであった。

これに対して、後者の行政改革の方は、地方の社会的サービスを担当する行政当局の行政能力を拡充すること (capacity building) によって、サービスの統合化をはかろうとするものであり、具体的には、機構面での統合や計画

面の総合化、およびコンピューターの導入による情報のシステム化などを主な内容としている。

しかし、これらの改革は、現在までのところ、必ずしも十分な成果をおさめていない。その限界の一つは、これらの改革が、制度レベルでのサービスの統合化に偏していたことである。というのも、真の意味でのサービスの統合化は、制度レベルと同時にケース・レベルでも推し進められなければならないからである。とりわけ近隣地区レベルでのサービス提供の組織的方法を革新していくには、地方一州一連邦といった各レベルでの制度的・政策的なサービスの統合化と、ケース・レベルでのサービスの統合化を調和させていくことが、一つの大きな課題なのである。

第二の課題は、福祉サービス（general-personal social services）としての独自のネットワークを形成していくことである。福祉サービスは、社会化と発達を促進するとともに、適応と社会復帰に役立つことを目的としており、教育、住宅、保健医療、雇用、所得保障などの他の社会的制度の部門には属さない独自の体系を持っているし、また持たなければならない。すなわち、福祉サービスのネットワークを形成していくには、他の部門の諸制度との間に境界を設定していくことが必要である。

しかし、福祉サービスのもう一つの独自の機能として広く認められているのは、情報、助言、送致、代弁などの資源として、他の諸々の部門の社会的制度の利用度を高め、またそれらの間の調整を行なうことである。そしてこの機能は、医療ソーシャルワーク、精神医学ソーシャルワーク、学校ソーシャルワークなどのように、他の社会的制度体系に属している職員によって遂行される場合と、他の制度とは独立のそれ専門の機関や団体を通じて遂行される場合があり、福祉サービスとしてのネットワークを形成していくには、これらのことも考慮に入れておく必要がある。

第三の課題は、サービスの計画過程への住民やサービス利用者の参加を促進することである。近隣地区サービス計画への住民参加は、今日では最早避けて

通ることのできない課題となっている。参加は、サービスの利用度を高め、事業運営の地方分権化を進め、利用者からのフィードバックを促進するだけでなく、利用者の参加の場合、それによって利用者の自立性を高めるといった効果も期待できる。

そこで実際的な問題としては、個々のサービスの背景や目標に適合した参加の方式を、どのように選択するかということが重要となる。機関のもっている権限範囲によって異なることでもあるが、例えば、地方レベルの諸機関が合同して、多くの面でサービス利用者の参加を求め、計画のための委員会をつくっていくことなどが必要である。

第四の課題は、社会的サービスの目標と対象を拡大することである。そもそも社会的サービスが普遍主義に基づいて実施されるか選別主義に基づいて実施されるかは、実際には国の財政のあり方によって大きくは枠づけされる。例えば、州は、サービスによっては、なお厳しいミーンズ・テストを行っている場合もあるし、1974年の社会的サービスに関する改正（いわゆる Title 20）によって、普遍主義的なサービスの実施を推進している場合もある。

この課題を追求していく際にまず必要なことは、社会的サービスの目標をどのように設定するのかという点での合意を達成することである。ニクソン政権第一期の後半に打ち出された目標概念は、最も狭く圧縮されたものであって、例えば福祉サービスのもっている社会化、発達、適応改善、機能向上などの目標を軽視するものであった。社会的サービスが、経済的・身体的に依存性はなくても、諸々の生活機能のレベルがまだ最適のレベルに達していない人々にも、多様に提供されるものであるとするならば、それは、貧困者や重い障害をもっている人々だけに留まらず、それら以外の人々をも対象にしなければならない。

ところで、社会的サービスがこのように普遍的なものになるとすれば、それに要する費用は、合理的な利用料の徴収によってまかなわれてよいだろう。ただ、最近盛んに論じられていることに、社会的サービスに市場メカニズムを導入するという考え方があるが、社会的サービスは、あくまでも市場メカニズム

以外の基準に基づいてサービスの利用が決められるべきである。何故ならば、社会的サービスの利用が望ましいかどうかは、社会的に決定されるべきものだからである。

第五の課題は、サービスの統合化に並行して、ジェネラリストとしてのソーシャル・ワーカーを養成・確保していくことである。アメリカのソーシャル・ワーカーは、これまで、専門職であることに一体感を求めてきたために、ジェネラリストとしての実践という面では大きく立ち遅れてきた。そのために、効果的なサービス提供の組織的方法を実現する能力を欠いてきた。

サービスの統合化は、地方レベルでジェネラリストとして働く職員なしには実現できるものではない。このことを明確にし、そのための適切な教育・訓練の課程を具体化していくことが、今日のソーシャル・ワークにおけるマンパワー政策の基本になるであろう。

Kahn, A. J., Service Delivery at the Neighborhood Level: Experience, Theory, and Fads, Social Service Review (March 1976.) pp.23 - 56.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

病院財政改革法の効果

(西ドイツ)

病院への公的資金の導入と、病院療養費の規制を定めた「病院財政改革法」(KHG)が、1972年7月1日に公布されて以来3年を経過したが、この間のこの法律による効果が連邦政府によって公表された。

病院財政改革法は、(1)公的資金導入の促進と病院運営を保障しうる病院療養費(日額)の原則の確立、(2)各州の病院需要計画に基づく需要に応じた病院制

度の編成、(3)社会的に負担しうる病院療養費設定への寄与、を目的としたものである。以下、政府の報告の概要である。

連邦および州の病院建設費等への支出はつぎのとおりである。これによると、これまでに連邦から28.4億マルク、州から75.8億マルクが支出されたことになる。

	連 邦	州
1973年	10.4億マルク	23.9億マルク
1974年	9.3億マルク	26.5億マルク
1975年	8.7億マルク	25.4億マルク

また、疾病保険から病院療養費として支出されたものはつぎのとおりである。

1973年	117億マルク
1974年	152億マルク
1975年	185億マルク

これによると、疾病保険からは454億マルクが支出され、この期間(3年間)に病院に対して総額558.2億マルクが支払われたことになる。

公的資金の病院への投入は、単に病院財政の安定に役立つばかりでなく、病床の増設、医療技術設備の改善、医療従事者の増員、医療内容の改善などにも寄与している。病院財政改革の最終的目標は、国民の要求に合った医療を確保することであるが、これを全国的に公平に行うことが課題である。地域的な差などを考慮していかに行うか、もっか病院経済保障問題委員会の作業部会で1975年から検討しており、まもなく結論が出る予定である。

ところで疾病保険から病院に支出される額は年々増大しているが、1日当たり病院療養費も、1968年39.60マルク、1972年74.90マルク、1973年88.40マルク、1974年112.50マルクと急テンポで上昇している。こうした費用の増大は主として医療従事者の増加によるものである。これは一面、病院医療水準の向上につながっている。たとえば、表1のとおり、医師1人当たりベッド数、看