

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これを行うか、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

護要員1人当たりベッド数はともに減少し、患者1人当たりの医師および看護要員の1日当たり労働時間数はともに増加している。すなわち、1966年に比べ1973年においては、患者1人当たり労働時間数(1日当たり)は、医師の場合27%、看護要員の場合29%増加している。しかし、医療従事者の労働生産性は表2のとおり低下している。この労働生産性の低下に対処しながら、病院医療を改善していくには、とくに人件費を増やしていく方法しかない。だが、疾病保険の財政状況からしてあくまで負担に耐えうるものでなければならない。

病院の看護要員数は、1966年の11万人から1973年には18万人になっているが、労働生産性と労働時間が変わらなかったら、1973年には121,500人で足りたは

表1 医師・看護要員1人当たり病床数、労働時間数

年	全一般病院病床数		大学病院病床数		患者1人に対する1日当たり労働時間数	
	医師1人当たり	看護要員1人当たり	医師1人当たり	看護要員1人当たり	医師1人当たり	看護要員1人当たり
1966	14.0	3.9	6.0	2.6	28.7	104.0
1972	10.2	2.8	4.1	2.0	35.8	128.7
1973	9.9	2.7	3.8	1.9	36.7	134.6

(注)労働時間は、1966年週48時間、1972年43時間、1973年42時間として計算したものである。

(資料)Die Krankenversicherung, März 1976, S.63.

ずである。週48時間から42時間への労働時間の短縮は17,500人の要員を必要とするので、この点を加味すれば139,000人まではやむえなかったが、あとの41,000人については問題がある。もちろん、労働条件の改善のために必要なことであるが、人件費に資源を多く費やせば病院の他の部門にまわすべきものがなくなってしまう。

表2 医師・看護要員の労働生産性の推移

	1966年	1973年	変動率
医師1人当たり診療日数	4,401	3,017	31.5%
看護要員1人当たり診療日数	1,224	826	32.5
医師1人当たり患者数	241	177	22.6
看護要員1人当たり患者数	66.7	48.5	27.3
診療時間当たり診療日数	0.579	0.447	22.8
100診療時間当たり患者数	3.16	2.62	17.1

(注)診療時間は、1966年週48時間、1973年週42時間として計算した。
(資料)表1と同じ。

社会的に負担しうる病院療養費をどのようにきめるかが大きな問題であるが、これをきめる際、まず費用の負担者である疾病金庫の立場が強いものでなければならない。そのために連邦政府および州政府は、従来の病院療養費のきめ方をどのように改善するかを検討している。一方、地区疾病金庫全国連合会は、病院療養費の額は病院と疾病金庫の間で交渉し、もし合意が得られない場合には仲裁機関がこれを裁定することを提案している。しかし、その前に社会的に負担しうる病院療養費とはどのような額であるかをきめる必要がある。これはむずかしい問題であるが、病院によって請求される療養費の額が病院医療サービスの内容を考慮したうえで経済的なものとみなされるかどうかは確定すれば、この問題は負担側の負担能力によってきまる。もし、不経済な病院運営と不必要な病院医療サービスが行われれば、社会的に負担できない。

そこで連邦政府としては、病院における医師および看護要員によるサービスに対する報酬の基準を示すつもりである。遅くとも1978年1月1日より共通的な拘束力のある費用・給付計算の導入が予定されているが、これは病院事業の経済性と経営力にとって重要な意味をもつとともに、同時に病院療養費の社会

的負担の可能性にとっても重要な意味がある。この費用・給付計算は、経営状況を明確にするものである。これによって事業管理が適切に行われ、経営的な諸指標、たとえば経済性の指標、経営力の指標または収益の指標が確定される。ともかく、この共通的な拘束のある費用・給付計算は、遅くとも1976年半ばまでには定められ、病院にとって新しい計算制度が確立される予定である。

Krankenhaus-Bericht der Bundesregierung,

Die Krankenversicherung, März 1976, S.61 - 65.

(石本忠義 健保連)



保健サービスと社会サービスに関する資料集 —1834～現在—

ブリアン・ワトキン編

1

保健サービスの供給、支払体制においても、社会保障制度一般においても、我国ではイギリスを例にとった論議が、良きにつけ悪きにつけ頻繁になされている。ところで、これも繰り返し強調されることではあるが、イギリスの保健サービスや社会保障について論ずる場合に特に留意すべきことは、その歴史的経過と社会的背景、そして資本主義国としての発展段階を踏まえて考察するという点である。このために役立つ研究は、他の国に関するものと比べれば比較的多いのであるが、Poor LawやNational Insurance ActやNational Health Service Actなどの原典を読むことは、特定の研究施設以外では困難である。

イギリス本国においても、事情は似ており、保健サービスや社会サービスの特に行政に携わることを目的に学んでいる学生や、現場の若い人々が、自分たちの仕事の骨格を歴史的に作りあげてきた諸勧告や報告、法律のオリジナルに触れることが今日では困難になっている。こうした問題に対応して編まれたのが本書である。

2

編者は、本書の読者対象として上記の人々をあげているが、日本では決して若い人とどまらずにもっと広範な、社会保障に関心を持つ人々にとって役立つであろうと思われる。

内容は、77の史資料の抜粋および概括であり、それぞれ極めて重要なものばかりである。編者は、「極めて熱心な学生でなくとも」使いこなせるような大きさと価格になるように編集したと述べているが、まさにその通りで、A5版で468