

ソーシャルワークと組織の運営管理

〔-A病院のソーシャルワーク運営管理を題材に-〕

野田 秀孝・外山 弘幸*

The Administrating of Social Work and Social Administration
〔-In the subject of the social work administration by the A hospital-〕
HIDETAKA Noda and HIROYUKI Toyama

E-mail : noda@edu.u-toyama.ac.jp

〔摘要〕

社会福祉運営管理は、政策を含むアドミニストレーションの意味と、従来行政措置制度で行われていた社会福祉サービスの運営の意味で考えられていた。今日の社会福祉では社会福祉サービスは行政措置ではなく契約制度で提供されるようになり、アドミニストレーションも新しい考え方をしなければならない。本稿はソーシャルワークのアドミニストレーションの視点で、A病院のソーシャルワーク運営管理を題材に、その課題を検討する。

キーワード：ソーシャルワーク ソーシャル・アドミニストレーション ソーシャル・ウェルフェア・アドミニストレーション マネジメント

keywords : social work, social administration, social welfare administration, management

I はじめに

社会福祉運営管理とは、ソーシャル・アドミニストレーションとしての国や自治体の福祉政策を含む社会福祉組織のサービス活動の運営管理（広義）と、ソーシャル・ウェルフェア・アドミニストレーションとしての社会福祉施設の運営管理（狭義）と理解されてきた。

R.M.テトマス(1971)は社会福祉運営管理を「基本的には一連の社会的ニーズの研究と、欠乏状態の中でこれらのニーズを充足するための組織（それは伝統的には社会的諸サービスとか社会福祉と呼ばれるもの）がもつ機能の研究」と定義している。これは広義の社会福祉運営管理を指し、それを運営していくための狭義の社会福祉運営管理を必要とすると解釈される。

1990年代以降社会福祉サービスの整備が進み、福祉サービスの利用が行政処分である措置から契約による利用に変化している。また、社会福祉士や精神保健福祉士などの国家資格化もされたことにより、社会福祉の運営がソーシャルワーカーとして重要に

なっている。

本稿では、社会福祉運営管理をソーシャルワーカーの視点から、ソーシャル・ウェルフェア・アドミニストレーションを捉えて、その現状と課題を考察し、この10年で組織の規模拡大と共にソーシャルワーカー配置が飛躍的に増えた事例としてA病院を取り上げ検証する。

II 社会福祉運営管理とは

我が国の社会福祉は、篤志型の寄付とその家族の献身的な労働から出発し、補助金によって施設を作り、公的な助成と行政の管理のもと措置福祉として、零細規模で画一的なサービス提供を行ってきた。社会福祉事業法に規定されていたように、社会福祉事業はごく限られた事業主体の参入しか許されず、その規模も一つの法人で、一つないしはごく少数のサービス提供を行うのが通例であった。法人の運営管理と社会福祉施設の運営管理がほぼ同一のものとして行われていたと考えられる。また、公的な助成と行政の管理のもとで行われる社会福祉事業であったため、法人及び社会福祉施設の経営管理という観点で運営管理を考える必要性はなかったと考えられる。

*江南厚生病院医療福祉相談室ソーシャルワーカー主任

少子高齢化の進展や医療などの科学技術の進歩が、従来の福祉サービス対象者に加えて、福祉サービスに新たなニーズを増加させたこと。社会保障費の急激な増加、社会福祉関係従事者の増加へと進展し、我が国の社会保障を基礎構造から改革しなければならないことを示していると考えられる。

1990年代からの社会福祉基礎構造改革は、従来の措置福祉から契約・利用する福祉への転換を進めており、社会福祉分野を新たな産業として捉え、従来のようなサービス提供主体を社会福祉法人などの事業主体に限定した在り方から、民間企業などの営利法人を含めた様々な事業主体の参入へと規制緩和が進むこととなった。

福祉サービスの提供主体は、社会福祉事業法の「国、地方公共団体、社会福祉法人その他社会福祉事業を営業者」から、2000年に改定された社会福祉法では「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者」へと対象をせまく限定するものではなく、多様なサービス提供主体を想定したものへと改定されている。

また、2003年には、地方自治法の一部改正により指定管理者制度が発足し、これまで、国、地方公共団体、社会福祉法人に限定されていた特別養護老人ホームなどを始めとする高齢者施設や障害者施設、保育所、児童館などを、営利企業、財団法人、NPO法人などに包括的に代行させる（行政処分）ことができるようになった。

社会福祉サービスの対象者については、社会福祉事業法では、その基本理念において、社会福祉の対象者を「援護、育成又は更生の措置を要する者」としていたが、1990年の改定において、対象を「福祉サービスを必要とする者」と改めより一般化した。

その後の社会福祉法への改定においても、第1条の目的に、「福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉の推進を図る」ことが加わり、一般化した福祉サービス利用者がより明確にされると共に、地域における社会福祉、いわゆる「地域福祉」が明文化された。

これまで社会福祉分野では、「対象者」「措置者」「処遇を受ける者」という概念から、「福祉サービスの利用者」として位置付けられたものと考えられる。

福祉措置の下での運営管理は、補助金や措置費を財源とし、弾力的な運用は許可されず、補助金や措置費はその目的を限定して使わなければならない、施

設整備については篤志家の寄付金と国及び地方公共団体の補助金に限定され、措置委託された費用から施設整備の費用を捻出することは大幅に制限されていた。補助金や措置委託費は予定されていた費用を使いきることでされており、経営的観点からは検討されていなかったと考えられる。

P・F・ドラッカー（2007）は非営利組織の運営について、「内部指向になりがちである。あまり大儀にコミットし、正しいことを行っていると信じるがゆえに、組織自体を目的と錯覚する。それでは単なる官僚主義である。『ミッションに貢献するか』を考えずに、『内規に合っているか』を考える。結果、成果は損なわれビジョンも献身も見失われる。」と指摘している。社会福祉事業である社会福祉サービスは公益性や社会福祉法人の非営利性が重視され、補助金や福祉措置費主体の運営と、サービスを提供するソーシャルワーカーの社会福祉援助方法と共に、運営管理は限定的にとらえられていたと考えられる。

新たなニーズの増加により、社会福祉関係従事者の増加や、規制緩和により、自由度が増したことなどにより、様々な主体の参入による連携と競合が生まれ、経営管理や運営管理の必要度は増していると考えられる。

社会福祉基礎構造改革が進むなかで、社会福祉サービスは、提供側と利用側が共に変容している。しかし、一般の財の供給という形のみで成立しているわけではない。武川正吾（2001）は、社会福祉の供給が、福祉多元主義の中では、公的部門、インフォーマル部門、ボランティア部門、市場部門で供給されるとしたうえで、社会サービスにおいて成立可能な市場は、純粋な市場というよりは準市場であるという指摘を紹介している。社会福祉サービスは、対価を利用者だけに求めることでは成立しない。サービスの対価は国や地方公共団体が決定する。また、サービスの選択や評価は利用者だけではうまくいかない。社会的なニーズに基づいて提供されるという特徴があり、国や地方公共団体の果たす役割が依然大きいと考えられる。

今日の社会福祉サービスの供給が、価格が統制された準市場であるとしたうえで、福祉サービスの選択や決定はすべて国や地方公共団体が行っていた措置福祉とは異なり、契約・利用する福祉へ転換しているため、より質の高いサービスを求められ、それを価格には反映できないといった制限された競争が

必要となってきた。

Ⅲ ソーシャルワーカーとしての運営管理の現状と課題

社会福祉基礎構造改革が進むなかで、社会福祉ニーズの多様化とそれに応えられるよう社会福祉サービスの提供主体や方法の多様化などが図られている。ソーシャルワーカーとして、今日的なソーシャルアドミニストレーションをどのように捉えていく必要があるのかを考察したい。

ソーシャルワーカーにとっての運営管理とは、社会福祉援助の方法の基本原則が利用者主体の原則や自己決定、非審判的態度などにあり、主体は利用者であり、管理という概念になじめないということも自らが運営管理の主体であることを意識させるのに不向きであったと考えられる。

H.トレッカー（1977）によると、「ソーシャルワークにおけるアドミニストレーションとは、サービスを提供するために協力体制を作り上げ、また、それを持続させるよう、人々が共に働くプロセスであり、目的の達成度と業務遂行の技術と能力の成長度がアドミニストレーションを有効たらしめる。」と指摘している。

ソーシャルワーカーとしての運営管理として、第一に、国民にとっての必要性があげられる。今日の福祉の課題は、貧困対策ではなく、社会生活をしていく上での困難にどのように対応していくかといった「新しい貧困」と称されるニーズの増加に象徴される。その新しいニーズに対応することがソーシャルワーカーなどの福祉専門職に必要とされている。

国民にとっての必要を充足するために、1992年に「福祉人材確保法」（社会福祉事業法・現社会福祉法の一部改正）が成立し、1993年に「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」が厚生労働大臣より告示された。福祉人材の確保の目標として、専門的知識・技術と豊かな人間性を備えた資質の高い人材を早急に育成すること、魅力ある職場づくりを促進し、必要な人材を確保することとして、これらの措置により、国民のニーズに対応し、適切なサービスを提供することなどが掲げられた。社会福祉事業を営む者の行うべき措置として、職員待遇の充実、資質の向上、就業の促進及び定着化、地域の理解と交流の促進、

経営基盤の強化という5つの領域について具体的な方向性を示し、国および地方公共団体が講ずる支援措置として、経営者などが講ずるべき措置に対応する5点について支援措置が示された。

2007年に「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針の見直しについて」が示され、労働環境の整備の推進、キャリアアップのしくみの構築、福祉・介護サービスの周知と理解、潜在有資格者の参入の促進、多様な人材の参入・参加の促進などについての方向性が示された。人材育成について、職場研修の重要性や生涯にわたる研修体系の確立の必要性が指摘された。

ソーシャルワーカーとしての運営管理として、第二に必要なことは、労働者であり専門家であるソーシャルワーカー自身にとっての必要である。

近年の介護・福祉ニーズの多様化・高度化に対応し、人材の確保・資質向上を図ることが求められ、2007年に社会福祉士及び介護福祉士法が改正された。

社会福祉士の定義規定の見直しが図られ、「専門的知識・技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと（「相談援助」）を業とする者」から「専門的知識・技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うこと（「相談援助」）を業とする者」とされた。

また、サービスの利用支援、成年後見、権利擁護など新しい相談援助の業務の拡大に伴って、従来の福祉サービスを介した相談援助のほか、他のサービス関係者との連絡・調整を行い、橋渡しを行うことが明示された。また、「誠実義務」と資格習得後の自己研鑽を求める「資質の向上の責務」が加えられ、他職種との「連携」の規定が見直された。

社団法人日本社会福祉士会では、2007年社会福祉士及び介護福祉士法改正時の付帯決議に基づき、専門社会福祉士の認定の仕組みの検討を2008年から行い、2012年より運用を計画している。

大学教育などの高等教育を受ければ、即ソーシャルワークが出来るということを保障するものではない。ソーシャルワーカーとしての実践的経験と実践の積み重ねの中での研鑽が、ソーシャルワークを可能にしていくと考えられる。

ソーシャルワーカーにとっての運営管理として、第三に必要なことは、ソーシャルワーカーが所属している団体・機関にとっての必要である。

社会福祉基礎構造改革の中での社会福祉サービス調協は、措置福祉において行われていた画一的なサービスではなく、限定された競争の下で、サービスの質の向上をしていくことが求められている。社会福祉サービスに求められる倫理を基盤に、サービスを運営管理し、質を高めることが求められている。

社会福祉サービスは、一つの施設の中で、一人の専門職からだけで提供されるものではない。施設という限定的な場所ではなく、地域を基盤とし、多様なニーズに多様な提供主体で対応するために、一つの施設に複数のソーシャルワーカーが配置されているのも珍しくはなくなっている。

地域を基盤とする福祉において社会福祉サービスは、多様な関係機関から、多様な専門職から成る関係者から提供されるものである。チームワークを構築することが不可欠であり、効率的な質の高いサービスを提供するための方法を考えていく必要がある。

国民のニーズが多様化するなかでソーシャルワーカーである社会福祉士の業務や、その配置においても、多様化していると考えられる。

IV A病院におけるソーシャルワーク運営管理の背景と実際

A病院は2008年同市内にあった同系列のふたつの病院が移転・統合し、678床の地域の中核病院として開院した。診療科32科、医療療養型病床54床、緩和ケア病床20床を有している。平均在院日数は15日、2013年度からDPC^(注)の導入を予定している。

移転・統合前の病院に医療ソーシャルワーカーが初めて配置をされたのは1988年である。スクリーニングシステムを早期から導入をし、退院支援システムの作成等を医療ソーシャルワーカーが中心となって行ってきた。医療ソーシャルワーカーは現在、9名配置されており、全員が社会福祉士資格を所持している。医療ソーシャルワーカーの経験年数は22年を筆頭に15年、12年、8年、5年(2名)、3年、2年、初任者で構成されている。

医療ソーシャルワーカーについては、現在のところ国家資格が法制化されていない。1989年に厚生労働省で策定されその後、2002年に改定された

「医療ソーシャルワーカー業務指針」に示された業務の範囲で支援を行っている。改正された「医療ソーシャルワーカー業務指針」では、その前文で「医療ソーシャルワーカーは近年、その業務の範囲が一定程度明確となったものの、一方で、患者や家族のニーズは多様化しており、医療ソーシャルワーカーは、このような期待に十分応えているとは言い難い。

精神保健福祉士については、すでに精神保健福祉士法によって資格が法制化され、同法に基づき業務が行われているが、医療ソーシャルワーカー全体の業務の内容について規程したものではない。」とし、医療ソーシャルワーカーの資格が法律上ないために、この業務指針はこのような実情に鑑み、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針として現在の医療ソーシャルワーカーの業務内容を規定するものとして機能していることをうたっている。

指針では医療ソーシャルワーカーの業務の範囲は①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助②退院援助③社会復帰援助④受診・受療援助⑤経済的問題の解決、調整援助⑥地域活動という6つに分類をしている。A病院の業務分類は別表のように11項目に分かれている。

その項目を「医療ソーシャルワーカー業務指針」の6つの分類に照らし合わせると、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助については「心理・情緒援助」「治療療養生活援助」「家族問題援助」「住宅問題援助」という項目が該当し②退院援助については「退院・転院援助」③社会復帰援助については「職業・就労援助」「教育問題援助」④受診・受療援助については「受診・入院援助」⑤経済的問題の解決、調整援助については「医療費・経済援助」⑥地域活動については「日常生活援助」がそれに該当していると思われる。

医療ソーシャルワーカー業務指針に示された業務にA病院の医療福祉相談室の業務を照らし合わせ、医療ソーシャルワーカーがそれぞれ3名時の2000年度、4名時の2004年度、8名時の2010年度の業務件数を統計的にあらわしたのが表-1(A病院業務統計)である。

2010年の業務統計では、「医療ソーシャルワーカー業務指針」の業務範囲である、全ての項目の業務を行っているが、このうち退院援助が業務全体の70%を占めている。比較対象として2004年度の業務

統計を見てみると、退院援助は業務全体の50%であることから、この数年で退院援助の占める割合が増えていることがわかる。また在院日数短縮化により、入院早期から介入をして他職種と協働で退院援助を行うことが必要になってきている。

以前のように何度かの面談を経て退院するケースもあるが、多くのケースは時間的な余裕がなく退院援助も一度の面談で方向性を決めなくてはいけない状況である。

今後、A病院もDPCを導入することで在院日数も短くなると思われる。医療ソーシャルワーカーは、退院後の生活を予測して支援を行い、質の高い支援を行うことが求められると思われる。

表-1 A病院業務統計

	MSW数	3名	4名	8名
医療ソーシャルワーカー業務指針	A病院業務分類	2000年度	2004年度	2010年度
①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助	心理・情緒援助	30	68	38
	治療療養生活援助	766	1014	365
	家族問題援助	103	161	46
	住宅問題援助	49	12	3
②退院援助	退院・転院援助	4071	5032	8252
③社会復帰援助	職業・就労援助	19	5	13
	教育問題援助	34	0	1
④受診・受療援助	受診・入院援助	181	373	185
⑤経済的問題の解決、調整援助	医療費・経済援助	1974	2646	2060
⑥地域活動	日常生活援助	517	488	181
	その他	461	221	84
	合計	8205	10020	11228

A病院の移転・統合前、それぞれの病院の医療ソーシャルワーカー人数は2名と4名であった。移転・統合の年に1名新規採用され7名となり、その翌年に1名新規採用、2011年4月に1名新規採用されており、経験年数3年以下は現時点でも3名おり、新人教育もしばらく行っていかなくてはならない環境である。現在、医療ソーシャルワーカーは9名、2010年11月より医療福祉相談室に看護師1名も配属されており、他職種と共に医療福祉相談室をどう創りあげていくかということが目下の課題である。

医療ソーシャルワーカーが所属する医療福祉相談

室は地域医療福祉連携室の一部門である。地域医療福祉連携室は他に病診連携室、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で構成されている。医療ソーシャルワーカーである室長が全体を管理している。

統合する前の倍以上の人数で組織された部署を運営していく上では、いくつかの課題がみえてきた。以前は対象者数も限られていたが、取り扱い件数が多く毎日の申し送りでは、ケース概要を把握することが困難になってきた。また全員で申し送りをすることで、必要以上に時間を要し業務に支障が生じるようになった。

一方で日常的に支援方法を迷っている時にひとつのケースについて複数の医療ソーシャルワーカーに相談することで、責任を持った対応になっていないことや支援方法のズレにより、相談した医療ソーシャルワーカー自身の迷いが増すことがあった。また相談や報告が経験年数の長い医療ソーシャルワーカーに集中することで、中堅と言われる12年、8年の経験年数を持つ医療ソーシャルワーカーの人材育成の機会を充分作ることができなかった。その他、事例検討等が十分活用されておらず、一定水準以上の質を保った医療ソーシャルワーカーの支援方針の共有等ができていなかった。

そこで今後の医療福祉相談室の運営管理方法の検討を約1年かけて行い、そのひとつの取り組みとして医療ソーシャルワーカーのチーム制について導入していくことを決めた。室長・主任の役割を、明確にし、相談・報告体制を周知した。2010年4月から役職者を除く医療ソーシャルワーカー6名を3名のチームに分けて日々の業務を行うことにした。チームは経験年数12年、8年の医療ソーシャルワーカーをリーダーとして位置付け、後輩からの相談・報告を受ける形とした。(図-1 A病院地域医療連携室組織図)

チーム内で毎日の申し送りを行い、どのようなケースを担当しているか把握をし、担当者不在時にはチーム内でフォローしていく体制とした。また随時、症例検討を行いチーム内で意見交換をして、支援にかすようにした。今までは全員の日程を調整することが難しく、相談したい時にすぐに相談できないという問題もあったが人数が限られているため、臨機応変に対応することが可能になった。また機の配置もチーム員がすぐ相談できるように、チームで固め

るという環境上の工夫も行った。チームでは、チームごとにミーティングを行い課題を検討するようにした。またチーム内で年間目標を立て、部門目標に照らし合わせてチーム目標を立て、それを個人目標にも反映させるようにした。その他、それまで経験年数の長い医療ソーシャルワーカーがひとりで振り分けをしていた「ケース依頼書」についても、リーダーと共に分けるようにして、チームメンバーの力量等をリーダーが把握することで、チームがひとつの組織として動くようにした。

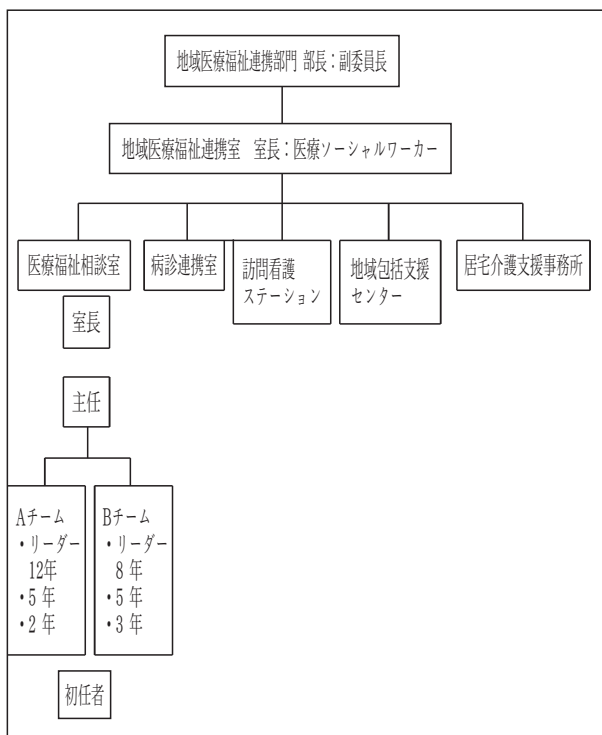


図-1 A病院地域福祉連携室組織図

実際、チーム制がどのような効果を及ぼしているのか、チーム制導入後半年が経過した2010年10月に6名の医療ソーシャルワーカーへアンケートを実施した。方法はアンケート用紙を配布、無記名にて回答してもらった上で回収をした。

質問内容は「ケース対応をして困った時に相談する相手」「チーム制を導入してどう思うか」「チーム制にして相談・報告に変化はあったか」「チームミーティングについて思うこと」という項目で構成をした。

「ケース対応時の相談相手」については全員がチームメンバーと回答しており、日々の相談相手はチームリーダーに相談・報告していることがわかった。また「チーム制導入」に関しては「導入してよかつ

た。」と全員が答えた。経験年数が5年以下の比較的短い医療ソーシャルワーカー4人のうち3人が「相談・報告がしやすくなった。」と回答しチーム制が定着していることがわかった。またチームリーダーの記述からは「後輩の目標を知り、指導がしやすくなった」と自らも人材育成を行う立場であると自覚した意見も見られるようになり、運営管理に一定の効果を感じることができた。しかし一方で「自分のチームの活動状況は理解していても、もう一方のチームの活動内容がわかりにくい」という意見もあり、運営管理の方法についてさらに考えていく必要があると感じた。

V A病院におけるソーシャルワーク運営管理の今後の課題

以前から医療ソーシャルワーカー業務において、運営管理がされていなかったわけではないが、A病院においてより運営管理を意識した業務を行うようになった背景には次のことがあげられるだろう。

2007年12月公布の「社会福祉法及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」において「介護・福祉ニーズの多様化・高度化に対応し、人材の確保・資質の向上を図ること」を背景に資質向上の責務が追加され、資格取得後の自己研さんが求められており、国民のニーズへの対応として明記されている。また一方、2010年「診療報酬改定の基本指針」においても4つの視点のひとつに「医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」として質の高いサービスを国民が受けるための医療機関等の連携や医療関係職種間の連携強化についても記載されている。質の高いサービスをけることは、国民の当然の権利として考えられている。

また、ある一定の質を担保することは、専門職として業務を行う上では必要であり、患者・家族が安心して療養していく上で必要なことである。A病院では医療ソーシャルワーカー全体、あるいはチーム等のミーティングを定期的に行い、情報共有をすると共に、運営管理をする立場の医療ソーシャルワーカーで協議する機会を増やしている。室長・主任は毎週1回定期的にミーティングを開催し、情報共有と医療福祉相談室のあるべき姿についての意思統一の機会を意図的に設けている。またリーダーふたりを加えたミーティングについても隔週1回、チー

ムの活動状況報告を聞き、そこから出てきた課題を協議している。その他、毎日の申し送りでは十分協議することができないケースは、「症例検討」を随時実施し、基本的な援助方針の確認をして質や援助方針の統一をはかるようにしている。日々の煩雑な業務の中でミーティング等に時間をかけている理由には、日々内容も様々な相談が寄せられる医療機関の部門として、まずは部署内のチームワークが大切であり、質の維持・向上を目指す必要があるためである。現在、A病院の課題としては医療ソーシャルワーカーの教育である。経験年数が3年以下の医療ソーシャルワーカーが3名おり、教育実践をしていく上ではただ「見て覚える」というものではなく、他職種が行っているように個々人の能力に応じた研修計画をつくっていく必要がある。ひとりが新人医療ソーシャルワーカーを育てるのではなく、それぞれの経験年数に応じた立場で、分野を決め責任をもって伝えることで職場として育てていくことが必要になっている。また今年度から事例を通じて医療ソーシャルワーカー自身が自己成長できるよう、経験年数の長い、管理的立場の医療ソーシャルワーカーが希望する医療ソーシャルワーカーに対して「職場内スーパービジョン」についても行うことも予定している。

医療機関において、医療ソーシャルワーカーが所属する医療福祉部門はサービス部門と捉えられる。サービス部門の特徴は他の分野で生み出された余剰の利益で運営されている。A病院においても医療や接遇に関する苦情相談の窓口は医療ソーシャルワーカーも担っている。このサービス部門が機能していなければ、病院全体の質を高めることはできず、機関の発展にはつながらないだろう。

A病院においては移転・統合という機会により倍以上の数に変わったという職場環境上理由も加わり、運営体制を必然的に見直すきっかけとなった。その時々医療情勢や社会情勢に応じて運営管理体制について検討していくことが必要である。

VI まとめ

社会福祉運営管理は、社会福祉政策も含む広義と社会福祉施設の運営管理である狭義と理解されてきた。社会福祉基礎構造改革が進む中み、行政処分である措置制度から、契約を主体とする利用制度へと変革した。その中で社会福祉サービスは、社会政策

から非営利組織をとおして供給されるものではなくなってきたといえる。

このことは、非営利組織だからそこから供給されるサービスであり、画一的で一方向的なサービス提供というのではなく、例えば営利組織であっても、基準さえ満たしていれば許可制度の中で福祉サービスが供給される。利用者はそのサービスを、契約でもって利用するという形態に変化している。このことは、どのような組織であるかではなく、何をして、どのような成果をあげているかとびう問題に変化しているといえる。

社会福祉サービスの利用は、単一の施設の中で、同じサービスが提供されるという施設中心主義のサービス供給体制から、地域を基盤に多様なニーズに対して、多様な供給主体から、多様なサービスが供給されるというサービス多元主義のサービス供給体制に変化している。

ソーシャルワークは、施設や組織に少数配置され、サービスの量・質ともに、利用者のニーズに応えられるものではなく、施設や組織の機能として提供されるものであった。サービス多元主義のサービス提供体制では、ニーズに合わせて様々なサービス提供機関と連携・協働が求められ、複数のソーシャルワーカーが、コーディネータ役としても施設や組織に配置されるようになってきた。

P.F.ドラッカー(2001)は、新しいニーズの出現はマネジメントの必要性を飛躍的に高めているとし、多元社会は公的部門も含めて、様々な組織のマネジメントを必要としている。また、経済活動の余剰で賄われるサービス部門が成果を上げることは可能であると指摘している。このことを社会福祉サービスに置き換えてみると、社会福祉施設が単なる社会福祉サービス供給機関ではなく、様々なニーズにこたえてサービスをマネジメントしたうえで提供する多様なサービス提供機関の1つであるとする、ソーシャルワークの業務は、連携や調整を主体とするコーディネータがその主体となってくる。

医療機関でのソーシャルワークの提供は、医療機関のサービス提供の目的が医療の提供であるが、疾病を原因とした生活問題を医療の専門家だけでは担えないという問題を解決するために、近年医療ソーシャルワーカーを配置する病院が増え、その配置員数も複数配置へと増加している。

ソーシャルワークを単なる個人の技術として捉え

ていては、組織としてのサービスの質を担保することが不可能になってきている。組織的な運営管理が不可欠となっていており、利用者のニーズによる必要と、ソーシャルワーカーのニーズである個人の成長と組織としての質の担保という必要が、医療の提供という目的に対して、社会福祉サービスであるソーシャルワークの提供の質を担保する必要になっていると考えられる。

ソーシャルワーカーとしての社会福祉運営管理は、社会福祉サービスが公的なものと捉えられていた期間が長く、効率や質ではなく、サービスが存在することに重きが置かれていた。社会の変革と、社会福祉の基礎構造改革により、社会福祉サービスの効率と質が問われるようになり、ソーシャルワークはその管理運営を、これまで以上に必要とされる専門職となっていると考えられる。職場や組織で培ってきた経験知などを、質の担保をしながらどのように伝えていくかという課題が大きくなってきている。

文献／References

- R.M. テトマス (1971)：三浦文夫監訳『社会福祉と社会保障』東京大学出版 15頁 18頁
- P.F. ドラッカー (2007)：上田惇生訳『ドラッカー名著集4 非営利組織の経営』、ダイヤモンド社 126頁
- 武川正吾 (2001)：『福祉社会—社会政策とその考え方』有斐閣アテルマ 283～287頁
- H. トレッカー (1977)：今岡健一郎監訳『新しいアドミニストレーション』日本YMCA 同盟出版部
- P.F. ドラッカー (2001)：上田惇生編訳『エッセンシャル版マネジメント—基本と原則』ダイヤモンド社 9頁～52頁)

注) DPC：2003年4月より全国82の特定機能病院等で開始された、診断群分類包括評価を用いた入院費の定額払い方式のこと。導入に際して5つの要件を満たすことが必要。限られた範囲内でいかに効率的な医療を行うかが焦点となる。2010年4月全国で約1300医療機関が導入している。

(2011年5月20日受付)

(2011年7月20日受理)