

平成27年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)

地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的な
サービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書

株式会社 明治安田生活福祉研究所

平成28年3月

目 次

I	調査研究の目的	1
II	調査研究体制・研究方法	3
	1. 委員会実施経過	3
	2. 研究方法	3
III	調査研究結果	5
	1. 地域包括ケアシステムとは	5
	(1) 定義と目的	5
	(2) サービス内容・体系	5
	2. 検討項目	6
	(1) 包括ケアの構築	6
	(2) ヒト・モノ・カネの柔軟な運用体制の整備	6
	(3) サービス体系に対応した介護報酬の設定	6
	(4) ケアのチェック体制の整備	7
	(5) 自治体の役割の明確化	7
	(6) コストシミュレーション	7
IV	包括ケアの構築	8
	1. 包括ケアの定義	8
	2. 包括ケア構築の三つの局面	9
	(1) 事業者レベルでの統合	9
	(2) サービス類型レベルでの統合	14
	(3) 担い手レベルでの統合	16
V	包括ケアの参考事例	20
	事例 1	
	事業者レベルでの統合（一事業体の多角化）	
	—医療法人誠心会グループ 鹿児島県日置市—	20
	(1) 医療法人誠心会グループの概要	20
	(2) 事業者レベルでの統合	21
	(3) 特色	22
	事例 2	
	事業者レベルでの統合（一事業体の事業多角化と一部連携）	
	—株式会社楓の風グループ 東京都町田市—	26
	(1) 株式会社楓の風グループの概要	26
	(2) 事業者レベルでの統合と一部連携	27
	(3) 専門職の質の向上	28

事例3

サービス類型レベルでの統合

—株式会社誠心 アクラスタウン 福岡県太宰府市— …………… 33

(1) 株式会社誠心の概要 …………… 33

(2) サービス類型レベルでの統合 …………… 34

(3) ケアの質の向上 …………… 37

(4) 地域貢献 …………… 38

(5) 介護のイメージアップ …………… 39

事例4

サービス類型レベルでの統合

—社会福祉法人端山園 きたおおじ 京都府京都市— …………… 41

(1) 社会福祉法人端山園の概要 …………… 41

(2) サービス類型レベルでの統合である小規模多機能型居宅介護の普及活動 … 41

VI 寄稿論文 …………… 46

(1) オランダにおけるビュートゾルフの事例

国際医療福祉大学大学院教授 堀田聡子 …………… 46

(2) 浦安市における ICT を活用した地域包括ケアシステム構築の事例

—浦安市医師会の地域医療介護連携「在宅クラウド浦安方式」—

メディカルアイ株式会社 代表取締役 山口典枝 …………… 53

【参考文献】 …………… 59

I 調査研究の目的

地域包括ケアシステムが具体的な政策課題として法制上に初めて登場したのは、2005年の介護保険法改正時といえる。この改正を受けて地域密着型サービスや地域支援事業が取り入れられ、小規模多機能型居宅介護や地域包括支援センター等が導入された。以後、地域の関係者が一堂に会して地域のケア体制や連携のあり方を話し合う地域ケア会議の義務付け¹、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進する方向へコーディネートする生活支援コーディネーターの創設、住まいの確保であるサービス付き高齢者向け住宅の建設促進等、地域包括ケアシステムの実現に向けた施策が打ち出されてきている。

しかしこうした諸施策の実施にもかかわらず、地域包括ケアシステムについては、漫然としたイメージは浮かんでも具体的な姿がみえない等の声が少なからず存在する。

たとえば、元日本経済新聞編集委員で介護問題について鋭い指摘を続ける浅川²は「地域包括ケアの具体像が示されないまま、関係者に戸惑いが全国的に広がっている」と述べている。また地域包括ケア研究会委員を務め、地域包括ケアに詳しい筒井³は「現場レベルにおける地域包括ケアシステムの構築は、2005年からその推進が目指されてきたにもかかわらず、一向に進んでこなかった。これは、ひとえに、この「地域での介護」が目指す具体的なあり方が理解されなかったためと考えられる」と指摘している。ここで「地域での介護」とは、まさに地域包括ケアシステムが目指す介護と解されるが、それが理解されていなければ、地域包括ケアシステムをどのように構築すれば良いかがわからないのは当然といえよう。

このような状況で、自治体も含め関係者一般に、具体的に何を行うのか、特にそれを作り上げていくためには何を行うべきか、そのことが必ずしも判然としているとはいえないというのが現状と思われる。

そこで本調査研究では、地域包括ケアシステムをいかに構築するか、その方策に関する検討項目（政策課題）を洗い出すとともに、その中で特に核心をなす包括ケア構築について、関連する先進事例を織り込みつつ具体的に考察することとする。

ここでいう検討項目は、地域包括ケアシステム構築（制度的措置を講ずること）の施策に係る事項なので、基本的には行政、とりわけ国の領域に属する事項である。検討項目が俎上に載せられれば、誰が、何を、いつまでに、を示すことが必要になるほか、その取扱いいかんでは法律改正、基準改正、報酬改定等につながることになる。

ここで大切なことはまず何を行うか、つまり検討項目を洗い出すことだと考える。本調査研究では完成版の施策を提示するものではなく、あくまでもその出発点である

¹ 介護保険法 115 条の 48

² 浅川澄一『高齢者住宅新聞』高齢者住宅新聞、2015年6月3日、4頁

³ 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規出版、2014年、2頁

検討項目の提示である。検討項目の中身の具体化は今後に委ねたい。

ところで検討項目について何を基準に洗い出すかであるが、それは当然に地域包括ケアシステムの目的に照らしてということになる。そしてそれは、①できる限り住み慣れた地域の在宅生活を維持するという前提のもとでの利用者満足度の充足（包括ケアの享受）と、②実際にそのサービスの提供を担う事業者（現場で直接サービスを提供する担い手を含む）が目的に沿うよう、効果的・効率的に提供できるようにすることの二点であると思われる。

利用者の満足度充足は、地域包括ケアシステムの目的（後述）そのものなので、ここでは割愛するとすれば、事業者が合目的かつ効果的・効率的に提供できるような体制づくりに役立つ観点から洗い出されることが肝要と考える。したがって本調査研究では原則として事業者に焦点を当てて論じる。

実は、このほか地域包括ケアシステム構築のうえで大きな役割を担う存在として、自治体がある。地域包括ケアシステムの柱の一つが地域単位でのシステム作りだからである。

自治体は国によって制度設計されたもとで、所轄する地域の実情に合致したシステム設計を担ううえで、極めて重要な役割を発揮することが要請されている。

この意味で、地域包括ケアシステム構築にあたっては、自治体と事業者は車の両輪といえる。ただ自治体の役割については、既に地域包括ケア研究会等で研究が深められているので、本調査研究では事業者に係る役割に限定して若干例示するに留めている。

なお、住まいの確保は地域包括ケアシステム構築にあたってすべての土台となる重要事項であるが、これは地域包括ケアシステムだけの問題ではなく、住宅対策として全世代を対象に検討されるべき事項であるため、本稿では対象外とする。

II 調査研究体制・研究方法

本調査研究は以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

(敬称略・五十音順)

○委員会委員

委員長	： 田中 滋	(慶應義塾大学 名誉教授)
委員	： 足立 浩	(日本福祉大学 経済学部経済学科 教授)
委員	： 土屋 敬三	(医療と介護の経営情報室 室長)
委員	： 堀田 聡子	(国際医療福祉大学大学院 教授)
委員	： 牧 健太郎	(公認会計士・税理士)
委員	： 山田 尋志	(地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表)

○オブザーバー

厚生労働省老健局総務課

○事務局

プロジェクトリーダー	： 松原 由美	(株式会社明治安田生活福祉研究所 医療・福祉政策研究部長 主席研究員)
	： 浅野 有紀	(株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
	： 加藤 千尋	(株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
	： 小島健太郎	(株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)
	： 山本健太郎	(株式会社明治安田生活福祉研究所 研究員)

1. 委員会実施経過

委員会の開催状況は以下の通りである。

- ・第1回委員会：2015年9月14日
- ・第2回委員会：2016年2月2日

2. 研究方法

本調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を踏まえ、理論研究を行った。

ヒアリングは2015年7月から2016年3月にかけて次頁の通り実施した。ヒアリング先は、地域包括ケアシステム所管の行政担当者（OB含む）や有識者から先進的取り組みを実施している候補として挙げた先を選んだ。また、地域包括ケアシステム

構築に向けた具体的方策に関する意見を探る意味からも、ヒアリング先は、表1に記した以外に、社団法人訪問看護協会の宮崎和加子事務局長や、地域包括ケアシステムへの取組みが進んでいるといわれるオランダにおいて、医療・介護・福祉等に詳しいオランダ在住の通訳兼社会保障研究家のシャボットあかね氏ほか、国および自治体の高齢者対策担当者、学識経験者、医療介護福祉経営コンサルタント、表1掲載以外の介護事業者等、地域包括ケアシステムにかかわる方々から意見聴取を行った⁴。

表1 ヒアリング先一覧

訪問日	所在地	訪問先	
7月31日 ・ 8月19日	台東区	医療法人社団輝生会	石川誠(理事長) 堀見洋継(地域包括ケア推進部長) 澤瀉昌樹(作業療法士) 小石一江(看護師) 鮫島光博(医師)
8月22日	京都市	リガーレ～暮らしの架け橋～ ・地域密着型総合ケアセンターきたおおじ ・地域密着型ケアセンターいまくまの	山田尋志(代表) 杉原優子(きたおおじ施設長) 伊東典子(いまくまのマネージャー)
12月7日	太宰府市	株式会社誠心 ・アクラスタウン	吉松泰子(代表取締役) 吉松正剛(専務取締役) 田中大介(在宅部長)
12月11日	港区	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	川原秀夫(理事長)
12月13日	鹿児島県日置市	医療法人ゆのもと記念病院グループ ・高齢者多機能福祉施設 光里苑 ・高齢者多機能福祉施設 ふきあげタウン ・ビクトリア街 ・養護老人ホーム 美里	前原くるみ(理事長) 石合良光(理事) 東恭子(ビクトリア街施設長) 野元鉄矢(光里苑施設長)
12月14日	鹿児島県始良市	NPOよかあんべ	黒岩尚文(代表) 苮口淳(よかあんべ管理者)
12月14日	宮崎市	認定NPOホームホスピス宮崎 ・かあさんの家	市原美穂(理事長) 祐末めぐみ(かあさんの家統括マネージャー) 長内さゆり(在宅看護専門看護師)
12月22日	小田原市	社会福祉法人小田原福祉会 ・潤生園在宅介護総合センターれんげの里 ・みんなの家ほたるだ ・みんなの家はくさん	時田純(理事長) 時田佳代子(常務理事) 佐野光子(経営本部副本部長)
1月4日	岐阜市・池田町	株式会社新生メディカル 社会福祉法人新生会 ・リハビリセンター白鳥 ・サンビレッジ宮路	石原美智子(代表取締役) 今村あおい(取締役部長)
1月5日	上田市	NPO新田の風 イイジマ薬局 い内科クリニック 社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ ・新田の家 ・南天神の家	飯島康典(上田薬剤師会会長) 井益雄(い内科クリニック院長) 宮島渡(アザレアンさなだ総合施設長) 工藤力(新田の家チーフ) 兼宗佐織(新田の家管理者)
1月26日	練馬区	ちいき・ケア株式会社 ・ビューツルフ練馬富士見台	成田正幸(代表取締役社長) 佐藤友美(看護師) 松本幸子(看護師)
2月23日	町田市	株式会社風の風	小室貴之(代表取締役) 野島あけみ(グループ副代表)
3月2日	新宿区	株式会社ケアーズ ・暮らしの保健室 ・坂町ミモザの家	秋山正子(白十字訪問看護ステーション統括所長)

⁴ いうまでもなくヒアリング先のご意見は参考にさせて頂いたが、本報告書で示す考察等と意見が一致しているとは限らない。あくまでも本調査研究内容に事実誤認や稚拙な点等があればその文責はすべて事務局にある。

Ⅲ 調査研究結果

1. 地域包括ケアシステムとは

本調査研究の目的は、地域包括ケアシステム構築の具体的方策について検討することにあるが、地域包括ケアシステムの具体的姿がみえない等の声が聞かれるため、改めてここで簡単に地域包括ケアシステムの概要を示すこととする。

(1) 定義と目的

地域包括ケアシステムについては、その対象を全住民と捉える考え方も存在するが、本調査研究では下記の通り法⁵の定義を用いることとする。

「地域包括ケアシステム」とは、地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう（下線は事務局による）。

このような体制を構築する目的は、一言でいえば、高齢者が住み慣れた地域で、その生活を可能な限り安心して継続できるように、高齢者の生活全体を支えるサービス提供体制の確立である。

(2) サービス内容・体系

地域包括ケアシステムが目指すサービス内容・体系と、それがどのような基本的考え方・理念で提供されるサービスで、従来システムでのサービスとどこが異なるのかを以下に示す。

従来の介護サービスは、介護の社会化、家族介護の負担軽減が第一義的に謳われたもので、したがって介護サービス（在宅介護）は家族介護の一部を肩代わりするというものである。これに対して地域包括ケアシステムが目指すサービスは、対象となる高齢者が要介護状態にあるのはいうに及ばず、医的管理を必要としても、また認知症となっても、できる限り住み慣れた地域でその生活を継続できるよう、当該高齢者の生活全体を支えるというサービスである。その意味で「包括ケア」とそれを実現する行為となる「統合」がキーワードとなる。

それは医療と介護を一体化し、なおかつ 24 時間 365 日切れ目ないサービスが住み慣れた地域に行き届く体制である。その骨子を列挙すると以下の通りである。

- ・在宅ケアがベース
- ・訪問・通所サービスが中心的役割（施設は後方支援的位置づけ。基地的役割）
- ・地域単位でのサービス供給体制(住み慣れた地域でのケア供給体制)
- ・医療・介護の一体的提供（ここでいう医療はいわゆる支える医療のうち在宅医療、

⁵ 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 第 2 条

訪問医療の領域)

- ・ 包括ケアの供給体制
- ・ 地域力（インフォーマルケア）の積極的組入れ。要支援者、軽度要介護者向けサービスはできるだけインフォーマルケアや一般ビジネスを活用

2. 検討項目

施策につながる検討項目は、既に様々なところで指摘されている。しかしそれらの多くは、単発的である等、必ずしも体系的に述べられているわけではない。本調査研究では、それらを含め事業体の視点から整理した。

検討項目を一言でいえば、既存の専門分化体制を様々な面から統合集約することである。

検討項目を列挙すると少なくとも以下の事項が要検討と考えられるが、既に述べた通り包括ケア構築を除く（2）～（6）までは項目の提示と若干のコメントを付すに留め、その中身の具体的検討は次年度以降に委ねるとし、本調査研究では、包括ケア構築について考察する。

（1）包括ケアの構築

包括ケアを構築するには、様々なサービスをコーディネートし、マネジメントすることが必須となるが、そのためには実施主体の有機的關係の構築が欠かせない。その方法論を論じる（詳細は後述）。

（2）ヒト・モノ・カネの柔軟な運用体制の整備

包括ケアを実現するためには、後述するように事業体レベルでいえば、複数の事業体の経営統合か連携、または一事業体の多角化、サービス類型レベルでいえばパッケージ化、現場で直接サービスを提供する担い手レベルでいえば業務のマルチ化等が考えられるが、そうしたことが効果的に実施できるためには、ヒト・モノ・カネの弾力的運用を図る必要がある。包括ケアを普及させるうえで支障となる規制の緩和、または必要な新たな規制の設定等が求められる。

（3）サービス体系に対応した介護報酬の設定

サービス類型に応じ包括料金か出来高払いかを定め、複合化したサービスや、地域特性に対応した介護報酬を設定する。

なお、これら実態を反映した介護報酬設定のためには、経営の実態把握が欠かせない。オランダでは、全介護事業体には営利、非営利を問わず財務諸表、事業報告書、質の評価結果の提出が義務付けられ、かつそれが公表されている⁶。わが国でも社会福

⁶ 明治安田生活福祉研究所『厚生労働省平成 25 年度老人保健健康増進等事業 介護保険に

社法人の財務諸表公開が義務付けられたところである。税や社会保険料といった広い意味での公的資金で賄われている事業体がどういう経営状態にあるのか、国民に対する説明責任があると考えられ、適正な介護報酬設定の基礎材料として、各事業体の財務諸表の提出義務化について検討が求められよう。

(4) ケアのチェック体制の整備

包括ケアが進み、たとえば一事業体で包括的にサービスを提供する体制等が広がれば、外部の目が届きにくくなる可能性がある。また、包括ケアとともに包括料金払いが浸透すれば、手抜きや過少サービスの恐れが内在することとなる。これらへの対応策として、ケアのチェック体制の整備が必要である。

(5) 自治体の役割の明確化

本調査研究では、事業体の事業展開に係る事項に限定して、自治体の役割をいくつか例示すると以下の通りである。

- ①所轄地域におけるマスタープランの作成
 - ・生活圏域の設定、圏域内の市場分析・需給予測、目標の設定
- ②事業体の配置計画
 - ・独占、寡占、自由参入のうち、どういう市場を創設するか。場合によっては地区割も考えられる。
- ③インフォーマルサービスの活性化等
 - ・インフォーマル組織の組織化・育成並びに事業体とのネットワーク作り
- ④事業体はじめ関係機関との調整
 - ・生活圏域として中学校区が想定されているが、そうした市場規模に対して、既に小規模の単品事業体から事業集団ともいえる複合体⁷まで、幅広く存在しているほか、全国展開ないし都道府県をまたいでサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の住まいの分野で盛んな新規進出がみられ、これら既成事実化、既得権益化が進んでいる。つまり、更地にもものを作るというわけにはいかない事情がある。この辺りの交通整理をどのように進めるかという大きな課題がある。

(6) コストシミュレーション

地域包括ケアシステムは従来システムに比べ、サービス充実度が相当高まると考えられるので、統合、集約によるコスト減が期待される部分があるとはいえ、相応のコスト増が発生すると思われる。公的資金で賄う部分が大きいだけにコストシミュレーションが必要であろう。

おける利益の捉え方、経営のあり方に関する調査研究事業』2014年、35頁

⁷二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998年

IV 包括ケアの構築

包括ケア構築については本調査研究結果の一つであるので、本来は前Ⅲ章のところで述べるべきであるが、本調査研究の中核部分をなすテーマであるため、ここに章を改めて論述する。

1 包括ケアの定義

包括ケアというまでもなく、ケアを統合することによって出来上がるケアだが、ケアを統合するとは、多くの様々なケアを有機的に関連付けて、それを利用者のニーズに合致するよう適切に組み合わせ包括的に提供することである。このため包括ケアを実現するには、「適切なコーディネート」と「適切なマネジメント」の二つが不可欠となる。したがってこの二つの機能を実現しうる主体は何で（誰で）、それをどう作るかが鍵となる。この視点を欠いたままで包括ケアを要とする地域包括ケアシステムの成就是難しい。

包括ケアを通俗的にいえば、利用者に対して必要とするサービスが包括的に提供されるサービスということである。

しかし、必要なサービスが利用者に包括的に提供されている点に着目すれば、従来の供給システムで提供されているサービスも包括ケアといえるのではないだろうか。各単品サービス業者がケアマネジャー作成のケアプランのもとで、結果的に連携した形をとり、利用者に必要とされるサービスを結果として包括的に提供しているのではないだろうか。

ただ違うのは、従来システムでは利用者の生活全体を支えるということは想定されていないので、必要サービスの範囲が大きく異なる点であろう。特に決定的なのは在宅医療サービスの欠如であろうし、このほか24時間随時サービスや巡回頻度を高めた定期巡回サービス等の未整備である。

つまりサービスの充実度または種類に大きな差異があるだけである。これは制度設計の考え方の違いなのでやむを得ない。したがってこうした不足しているサービスを整備すれば、従来システムでも解決されるのではないだろうか。現に従来システムのもとで、既に地域包括ケアシステムを目指したサービスが逐次導入されている。これらの導入が完了すれば、それを地域包括ケアシステムといえるのであろうか。

地域包括ケアシステムという新たな概念を用いるからには、単にサービスの品揃えを充実させ、それを結果的に包括ケア化して提供することではないだろう。地域包括ケアシステム下での包括ケアは、従来システムのそれでは克服できない点を解消する包括ケアであることが求められる。

それでは従来システムにおける包括ケアでは克服できない点は何か。

一つ目は、今述べた品揃えが不足していることである。しかしこれは既述の通り制度設計の考え方が違うので、不足していると批判するのは酷である。

二つ目は、各サービスが個々独立的、縦割りので、包括ケアが結果として生じていることである。結果として連携による包括ケアのため、連携参加者間に基本的考え方・理念の共有、いわゆる規範的統合を欠いていることである。

そして三つ目は—これが従来システムと地域包括ケアシステムとで根本的に異なる点だが—統一性、迅速性、柔軟性が欠けていることである。

三つ目についての詳しい説明は、項を改めて述べるのでここでは省略するが、一言だけ触れると、これは統一意思のもとで初めて実現するということである。

WHO⁸は包括ケアを「診断、治療、ケア、リハビリテーション、健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念」と定義している（下線は事務局による）。つまり必要なサービスを管理し、その実施主体である組織をまとめる概念である。組織をまとめるためには統一意思が機能するメカニズムが不可欠である。このことは、まとめる主体の存在が必須で、それは何であるかを明確にすることである。

そこで、従来システムにおける包括ケアの克服できない点を踏まえ、かつ地域包括ケアシステムで新たに生じる要素（サービス類型の拡大、それに伴う提供主体・関係者の一層の多様化）を加味し、改めて地域包括ケアシステムにおける包括ケアを本調査研究では以下の通り定義する。

「有機的で迅速かつ柔軟な対応ができるような統一意思のもとで、利用者が在宅生活を継続していくうえで必要なサービスが在宅で一体的・一元的に提供されるケア」

2 包括ケア構築の三つの局面

包括ケアを構築するには、以下に示す三つの局面からのアプローチが考えられる。これは包括ケア構築に不可欠な「コーディネート」と「マネジメント」の二つの機能を、誰がどう発揮するかの方法論といえる。

（1）事業体レベルでの統合

これはサービスを提供する事業体を統合することによって、統一的マネジメントを確保し、包括ケアを実現しようとするものである。これには大別して二つあり、一つは複数の事業体の一つの協働体を組成して行う方法、二つ目は一事業体が事業を総合化（多角化）して行う方法である。表に示すと次の通りである。

⁸ Oliver Gröne and Mila Gracia-Barbero, “Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services”, *International Journal of Integrated Care*, 2001, pp.6

表2 事業体レベルでの統合

事業者	統合の方法
複数事業体	経営統合
	系列化
	連携
一事業体	事業多角化

1) 複数の事業体による協働体方式

複数の事業体による協働体組成は、単品あるいは複数のサービスを提供するいくつかの事業体を一つの協働体として組成し、その統一意思のもとで包括ケアを実現しようとするものである。

上表に示すように、協働体方式は、現実の事業経営の場での使われ方によって分類すると、経営統合、系列化、連携の三つの形態が一般的である。この分類は法律上独立している各事業主体が実質的に独立（自己決定できる）しているか否か、別ないい方をすれば、意思決定が統一的で迅速かつ柔軟に行えるか否か、によるものである。以下それぞれについて検討してみよう。

経営統合は、資本関係を結ぶこと（一方が他方の事業資金の過半を拠出。株式組織であれば一方が他方の株式の過半を取得）で協働するものである。

系列化は、資本関係を必ずしも要件とはしないが営業取引関係（一方の発注量が他方の総受注量の過半を占めているもの＝いわゆる下請け的關係）を通じて協働するものである。これは多くのパーツメーカーと一つのアッセンブリー企業の間で成り立つ自動車産業等にみられる形態である。

これに対して連携は、資本面でも取引面でもこうした関係は必ずしも存在せず、相互に対等な関係を維持したままでの合意形成による協働である。

これで明らかなように、経営統合および系列化（以後まとめて経営統合という）は、一方が他方に対して経済的に優位に立ち、意思決定のうえで上意下達のタテの關係が成り立っているのに対して、連携は連携者相互が経済的にも独立していて、意思決定が対等なヨコの關係である。意思決定を基準に考えれば、経営統合は統一性が保証され、迅速かつ柔軟であるのに対して、連携はまず合意によって連携契約を締結しなければならないが、契約締結後も、問題・課題が発生する都度、対等者間の合意成立を必要とするので、統一性が絶対的でなく、迅速性、柔軟性、したがって多くの場合、効率性でも劣るのは否定できない。

元厚生労働省老健局長で現岡山大学客員教授の宮島⁹は、次のように指摘している。「ことは「連携」といったゆるやかな統合で済むのかという疑問がある。診療所の訪

⁹ 宮島 俊彦『地域包括ケアの展望』社会保健研究所、2013年、27頁

問診療、訪問看護ステーションの訪問看護、老人保健施設からの訪問リハビリ、訪問介護、通所介護等が違う事業所で提供されている中で、利用者にとって最適なサービスをケアマネジメントすることが可能だろうか。むしろ、訪問系サービスと通所サービスは、同じ事業主体に統合していくほうが、より良いサービス提供につながるのではないか。」

また、同じく厚生労働省 OB で現早稲田大学教授の植村¹⁰⁾は、「上意下達のタテの関係で「連携¹¹⁾」を確保しようとするれば、事業体の統合、系列化の方向に向かわざるを得ない」、「(連携) は、多くの事業体、専門職が、個々の利用者(患者)に関わる形態であるが、統一的なマネジメントがなされなければ、包括的なケアは実現できない」と指摘している。

さらに、医療法人や社会福祉法人の経営組織のあり方にもふれた国民会議報告書¹²⁾では、「医療法人等との間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、たとえばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。」とし、連携が遅々として進まなかった現状を踏まえ経営統合を促進する道を整備すべきことを提言している。

さて、縷々述べてきた通り、組織をまとめる方法、つまり統一意思を働かせるには、経営統合と連携の手法があり、どちらもケア統合には有効な手法であるが、統一性・迅速性・柔軟性という面では、経営統合が望ましいと考えられる。ここで連携を否定しているのでは決してない。特に医療と介護は異なる組織で提供せざるを得ず、連携が主流となろう。ただ、連携策だけでは事が進まない事実を述べているわけである。

ここで問題は、望ましいと考えられる経営統合が円滑に実現できるかということである。

経営統合は原則、優勝劣敗の論理が働く場で起こることだからである。つまり経営破綻ないしそれが近い将来予想されるような事業体が生じなければ、なかなか成立しないことである。経営維持の体力を保持している状況下では、容易に相手の軍門には下り難いということであろう。一般の産業界では激しい競争の中で技術革新、消費者嗜好の変化、価格変動等が著しいので、優勝劣敗が往々にして発生する。

¹⁰⁾ 植村 尚史「大都市部における医療・介護連携のあり方と情報ネットワークの位置づけ」『厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方に関する研究(研究代表者 植村 尚史)』、2015年、103頁

¹¹⁾ 本調査研究でいう協働の意味と思われる

¹²⁾ 社会保障制度改革国民会議『社会保障制度改革国民会議報告書』、2013年、28頁

これに対して、医療、介護、福祉の世界では公的資金で購買力は支えられ、価格も多くは公定価格で安定し、需要も高齢社会のもとで安定成長が見込まれる等の経営環境にあり、競争の熾烈な他産業と比べれば、経営は総じて安定しているといえるからである。特に当該業界のメインプレーヤーである医療法人、社会福祉法人にはそれが該当する。医療法人の協会の会長が「医療法人の経営者は一国一城の主であり、経営の統合に参加するとは考えにくい」と公の場で正直に本音を述べている¹³。

したがって自然の成り行きに任せたのでは、極めて長い時間を要することになる。といって政策としてこれを推進するとしても、よほど強力な促進策とセットでなければその達成は難しいと思われる。このため即効性は期待できない。

ただ、経営統合の器を用意しておく意味はある。

現在、規制上の理由等もあって、別法人になっているが、実態は資本関係があり、同一の経営者のもとで経営されている事業集団（たとえば二木のいう保健・医療・福祉の複合体¹⁴）は既に少なからず存在している。

また、経営統合によって事業集団が形成されるには、長い時間を要すると指摘したが、地域包括ケアシステム導入によって生活圏域が設定され、そこでの事業体の有様が形成されるといった新たな経営環境を考えると、当該圏域内に複合体のような強力な事業集団が存在しているケースでは、事業体間格差が鮮明となって、意外と事業体のグループ化が進まないとも限らない。こうした事態に備えて、器の用意は考えておくべきだろう。

この器を使えば、各事業体がバラバラでいるよりもヒト・モノ・カネがより柔軟に使いやすくなることが期待される。

たとえば、国民会議報告書の提案を受け昨年成立した地域医療連携推進法人¹⁵は、非営利法人のみを対象とし医療連携が主眼にあるが、社会福祉法人を中心に、診療所と組む体制は、まさに医療と介護のケア統合を行うにあたり、有効な器となることが考えられる。

地域医療連携推進法人では営利会社が参画できない制度であるため、経営統合を促進することを目的により使い勝手の良い新たな法人類型を創設することも一考であろう¹⁶。

次に連携はどうか。連携は各事業体が独立性を保持できるので、経営統合ほどの困難性はないが、基本的には同じ経営環境にあると考えておかねばなるまい。

加えて連携は既述の通り意思決定が対等なヨコの関係なので、問題、課題の発生の

¹³ 『社会保険旬報』2015年12月21日、No.2625、33頁

¹⁴ 二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998年

¹⁵ 医療法の一部を改正する法律

¹⁶ その際には、医療法人や社会福祉法人といった非営利組織から営利組織間への資金の流用がおきないように（取引等を通して実質配当等の非営利性に疑義が生じないように）、ファイヤーウォールの設定が必要となる。

都度関係者間の合意を必要とする。このためには専門職間で情報の共有、頻繁な打合せの機会等の設定が不可欠だが、これは考えるほどに簡単ではない。

たとえば医療・介護の一体的提供のために開催されるケア担当者会議で、予定されているメンバー全員が顔を揃えることはかなり難しい。特にリーダーたるべき医師は多忙なため欠席しがちとなるケースが多いといわれる。また、会議開催によって顔の見える関係が構築されるといっても、開催頻度によるが、それぞれに人事異動が頻繁にあって想定通りにはいかない。そもそも会議体による意思決定では責任体制が曖昧・希薄となりがちである。

また、これらの状況を打破するために医療・介護間の情報ネットワークの構築が流行りだが、患者情報程度の共有は簡単にできるものの、肝心の患者の病状の判断の共有については、使用する言語や評価の段階を統一される等の情報の翻訳作業が必要となり、このためにまた複数回に及ぶ事前の関係者の打合せを要することとなる。

このような実情を踏まえれば、対等な事業体の合意形成を前提とする連携に、過大な期待を寄せるのは慎重であるべきであろう。

2) 一事業体の事業多角化

これは、一事業体があるまま単独でサービスの多角化を進め、必要なサービスすべてを一元的に提供することによって、包括ケアを実現しようとする形態である。一事業体による多角化なので経営統合や連携のように手間暇がかからず、しかも肝心の意思決定が極めて容易に達せられるといつてよい。ある意味、包括ケアを実現するうえで最適の方法であろう。そしてこうした事業体は既に相当程度存在する。

たとえば医療法人で病院、老健、特養、在宅医療・介護事業等を多角的に経営する複合体¹⁷である。

また、社会福祉法人も既に地域で介護、福祉（一部地域では医療含む）を相当程度展開している上、収益事業として各種事業を展開できる体制にある。

したがって一事業体の多角化のケースでは、少々支援する程度でケア統合の実をあげられよう。

事業体レベルでの統合は以上の通りであるが、ただこれを推進すると問題点が一つある。寡占・独占の弊害、いわゆる囲い込みである。

しかし、医療・介護・福祉事業において直接患者や利用者へサービスを提供する事業をここで社会保障関連事業と定義すると、こうした社会保障関連事業における寡占・独占問題を、他の一般産業と同列に論じるのは必ずしも適切ではないだろう。

寡占・独占の弊害の第一は、価格のつり上げだが、公定価格のためこの道は塞がれている。

¹⁷ 二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998年

弊害の第二は、競争がなくなることによる質の低下だが、この点も、施設基準や人員配置基準等が厳しく設定されている。特にこれらサービスの要となる医療法人や社会福祉法人には株式会社と比べ、たとえば厳しい行政等による審査が設けられていることから、質の面でも一定レベルは保障されているといえよう。

弊害の第三は、利用者の選択肢がなくなることである。措置から介護保険へ移行した際に、利用者・家族の選択が高らかに謳われた経緯もある。だが、要介護高齢者にとって、レストランを選ぶように事業体選択が保障されることが、どれほど重要かは疑問がある。そもそも、予算以外についてはケアマネジャーにお任せの場合が多いと聞く。

社会保障事業のこうした特色に鑑みれば、むしろ寡占・独占により効率化（たとえば訪問介護・看護の移動距離が短くなること等の効率化）と質の向上（自治体等が示す一定条件をクリアする事業体のみが事業を行う、地域密着で事業ができること等による質の向上）の方が、メリットが大きいのではないだろうか。そもそもわが国における社会保障事業は、基調として社会連帯の考えで運営されており、競争よりも協調を尊ぶ事業である。

（２）サービス類型レベルでの統合

サービス類型レベルでの統合とは、様々な単品サービスを統合することによって、サービス自体の包括性を高めようという方法である。具体的には、訪問介護、訪問看護、デイサービス等の単品サービスを統合した複合型サービス（パッケージサービス）を指す。

これは個々独立的、縦割りの設計されている単品サービスそのものが統合されることであり、事業者レベルでの経営統合や連携のようにその実現に手間暇がかからず、法の改正等も不要であるため、即効性が期待される。さらに、複数サービスが同一サービス（財布が同一）となることで、サービス間の調整等が効率的で迅速、かつ柔軟となろう。

事業者レベルの統合が、包括ケアで求められるサービスを原則すべて供給しうるのに対して、このサービス類型レベルでの統合は、包括ケアの一部を構成するものである。後述の担い手レベルでの統合も同様である。

既に単品サービスを統合した複合型サービス（パッケージサービス）として、小規模多機能型居宅介護（泊り＋通い＋訪問介護＋居宅介護支援の統合）、看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能＋看護）、定期巡回随時対応型訪問介護看護（訪問看護＋介護の統合）の三種類が存在する。これら三種類とも、24時間365日随時対応型で包括料金である。

これら三種類のサービスとも、運営している事業者へのヒアリングによると、従来の単品サービスと比べ、24時間365日利用者のニーズに迅速に対応しやすい優れたサ

ービスとのことであるが、以下のような問題点の指摘があった。

まず、単品サービス（出来高サービス）と複合型サービス（包括料金サービス）が同一市場に併存していると、サービス利用を控える層は単品サービス、ヘビーユーザーは何度利用しても同一料金である複合型サービスを選択し、複合型サービスを提供する事業者が不利となる問題が生じているとのことである。

また、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護を利用すると、外部ケアマネジャーが利用できないため、外部ケアマネジャー側が利用者を奪われるとしてこれらサービスを利用者に紹介しづらくなったり、そのため利用者が当該サービスを知らない、たとえ知っていても、従来から世話になっているケアマネジャーと縁が切れることを利用者が嫌がる等、複合型サービスの利用が適していても利用を躊躇する等の支障を生じているとのことであった。

後者の問題については、定期巡回随時対応型訪問介護看護のように、外部ケアマネジャーとの共同ケアマネジメントも可能とする対応を求める声があった。共同ケアマネジメントにより、利用者の生活全体をみた臨機応変な対応を可能としつつ、外部ケアマネジャーも維持することにより、当該サービスが外部ケアマネジャーから紹介されやすくなるほか、外部の目が定期的に入ることで、サービスの複合化により何をしているのか外からみえづらく内にこもりがちな側面を有する複合型サービスへのけん制機能も期待され、この検討も一考であろう。

既にある三つの複合型サービスと違い、現状のように多くの単品サービスが個々独立的に提供されている問題として、ヒアリングでは下記の意見があった。

「各サービス事業者が縦割りで利用者にサービスを提供し、それをケアマネジャーによるコーディネート等により連携が図られているわが国の介護保険制度では、ケアプランを作るにも各事業者のハンコが必要であり、また修正にもケア担当者会議やハンコが要ることに象徴されているように、迅速性や柔軟性に欠ける。」

「アセスメントの際には医療と介護の双方からの評価が必要である。しかし現実には医療の視点、特に予測してケアプランを立てるといった視点が不足している。」

「施設に入所すれば、契約先は一つであり支払先も一つで包括的にケアされるのに対し、在宅では利用者や家族が分断されたサービス事業者と契約し、サービスを追加すれば出来高払いで料金が追加される等、利用者側に負担感が大きい。」

こうした課題に応えるためにも、複合型サービスの開発や普及が望まれる。

複合型サービスとしては、これら三種類のサービスのほかにも、たとえば包括ケアステーションを立ちあげ、「訪問看護」＋「訪問介護」＋「居宅介護支援サービス」を統合して提供する形態も考えられよう。さらにこれをベースに、リハビリを追加する、デイサービスを追加する、相談事業を追加する等、いろいろなバリエーションも可能となる。また、既にある小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の定員を緩和し、サービスの幅を広げることも一考であろう。

一方で、サービス類型の統合化は、多様な事業者が在宅高齢者に関わる従来型と比べ、何が行われているのか、外部からみえづらくなる欠点を持つ。しかも包括払いのため、より時給の低い職種へサービス提供を誘導する恐れもある。そこで徹底した情報開示が求められる。

医療において包括料金が浸透しても、質の悪化が大きな問題となっていない大きな要因の一つに、DPC¹⁸データの提出義務付けが考えられる。介護についても、介護行為をコーディングし、いつ、どのような行為を行ったのか、データ提出を義務付けることは、ケアの評価を進めるとともに、事業者への過少サービスへの抑制、介護に関する質や知見の累積・向上が期待される。

さらに、こうした介護データの事業者別の公開は、保険者と事業者間の会話を可能にする。たとえば利用者一人当りのケア提供回数や保険外利用費用等、自治体内でランキングすれば、これらが多い事業者や低い事業者に対し、その理由を問い合わせること（指導するのではない）を積み重ねる中で、地域の実情に応じたケアのあり方の摺合せにもつながることが期待される。

なお、このようなデータ提出に人手不足の介護事業者が大きな負担を負うようでは本末転倒である。近年介護分野で各連携先との情報共有および業務管理と介護報酬申請等に利用されているソフトは、一事業所当たり 5 千円～2 万円程度のものが普及されつつあり、業務日誌を打ち込めば自動的に介護コード化される等、既述の機能に介護データ提出が付加された、低廉なソフト開発が急がれる。

さらに、全国小規模多機能型居宅介護連絡協議会で検討しているような、地域住民を交えた評価制度の実施¹⁹は、事業者へのけん制および応援の意味でも効果が期待される。現在の地域密着型事業への第三者評価の義務化は、評価者が事業者に選ばれる必要があるため、事業者寄りとならざるを得ない、予定された一日だけの訪問では評価が困難等の基本的問題があり、費用対効果の面で疑問がある。これに代わる制度として、日頃それら事業者をみている地域住民や地域行政等も交えた評価体制構築は前向きな検討に値しよう。

（3）担い手レベルでの統合

これは現場で直接サービスを提供する担い手レベルでの業務のマルチ化で、これによってサービスの包括度を高めようというものである。これは文字通り一人の担い手に異種業務を兼任させる方法である。

¹⁸ DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは、平成15年4月に特定機能病院等に導入された急性期入院医療の診断群分類に基づく一日当りの包括評価制度

¹⁹ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域包括ケアの実現に向けた小規模多機能型居宅介護の質の確保・向上のための調査研究報告書』2012 年 3 月

地域包括ケアシステムで目指す在宅ケアに係る業務には、訪問医師や訪問リハビリ師等も存在するが、これらの業務に比べて異質性がさほど強くなく極めて密接であるという点で捉えると、訪問介護職員、訪問看護師、ケアマネジャーが在宅ケア専門職（業務）の三本柱とあってよいだろう。事実、ケアマネジャーの多くは介護福祉士である。そこで、この三業務を一人の担い手に統合してはどうかということである。このうちケアマネジャーは現在、直接サービス提供に携わることは想定されていないが、アセスメントやケアプラン作成という極めて重要な役割を考えれば、利用者本人を最も熟知すべき立場にあるわけだから、サービス提供に自ら関わることはむしろ極めて望ましい姿と考える。

そのほかにも担い手レベルでの統合メリットは非常に大きい。その第一は、利用者との信頼関係の醸成である。なんといってもサービス提供の現場で、利用者とは対話しつつ、利用者の様態やその変化を逸早く確認でき、また利用者の要望・相談事に即座に対応可能となるので、迅速性、柔軟性に富み利用者の信頼を得ることにつながる。第二は、自分が利用者の生活全体を支えているという自負である。そしてそこから生まれる高揚感は責任感につながり、一層の励みとなる。少々情緒的な話になるが、介護の現場ではもちろん技術や豊富なサービスも大切だが、利用者が担い手を信頼し、それによって利用者が安心の気持ちを持つこともまた重要なことと思われる。第三は、こうした兼務は人材活用の効率化をもたらすだけでなく、やりがいのある職場ということが知られていけば、新たな人材の流入も期待されるので、介護・看護の人材不足解消にも少なからず貢献しよう。

ただこれを実施するには、以下の措置を講じる必要がある。

1) サービス提供者の資格・養成制度の一元化・連続化

地域包括ケア研究会報告書において、介護職員、介護福祉士、看護師といった地域包括ケアを支える人材が、相互の資格を取りやすくすることが提言されている²⁰。現状でも、資格取得に要するごく一部の単位については、新たに関連資格を取る際に免除するといった計らいがあるものの、十分とはいえず、より取得しやすいように資格・養成制度の一元化・連続化が求められる。

これについて地域包括ケアに取り組む他国の状況をみてみよう。

たとえばオランダでは表3に示す通り介護・看護職の資格取得ルートが一元化されている。オランダも日本同様、介護団体と看護団体が別々に存在していたが、その後、両団体が統合された。1997年には看護職と介護職の資格制度が一元化され、介護職から看護職の資格取得が容易になるような段階別の資格制度が導入された。これにより、たとえばヘルパーが看護師資格の取得を目指した時に、また一から勉強をするのでは

²⁰ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング『平成21年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケア研究会報告書』2009年、47頁

なく、表3のレベル2までの教育が免除され、より上位の資格取得が容易となっている。

表3 オランダ介護・看護職の資格取得のルート

レベル1	(zorghulp)	教育機関が半年から1年未満のケアアシスタント
レベル2	(helpende)	教育期間2年のヘルパー
レベル3	(verzorgenda)	教育期間3年のケアワーカー
レベル4	(verpleegkundig)	教育期間4年の看護師
レベル5		教育期間4年の看護師(学士レベル)

* レベル3はケアワーカーだが一部の看護業務可

フィンランドでは、看護・介護・福祉の資格（准看護師、保育士、ヘルパー等）を統合化しラヒホイタヤという資格を90年代に設けた。なおこれら資格取得のための費用はすべて無償で公が負担をすることで、国を挙げて当該分野の人材不足への支援を行っている。

ドイツでは、地域包括ケア従事者の専門職間の教育と給与の同一化が図られている。ドイツの介護士と看護師の基礎教育内容は同じであり、当然に教育期間も同じである（授業時間2,100時間以上、実習時間2,500時間以上。養成期間3年）。こうしたことから州によっては異なるものの、原則両者の給与も同等レベルにある。

ただしドイツでは介護保険適用者が日本でいえば要介護3以上の重度者のみであるので、より高い専門性を求められているという背景があることは認識しておく必要がある。このため、介護士は要介護高齢者の生活をみるプロとして、看護をみるプロの看護師と同レベルの位置づけにある。在宅ではそれぞれの職種が入れ替わり利用者へケアを提供するが、その際に介護士は生活を支える視点で、看護師は看護の視点で、対等な立場で意見を交わすという体制が敷かれている。

これら先進諸国の資格・養成制度で共通しているのは、専門職間の資格において、職業上の上下格差、意識をなくしている点である。この点は多いに参考とすべき点ではないだろうか。

2) 看護職、介護職の業務拡大

サービスの担い手が不足する中、上記資格・養成制度の一元化・連続化の一環で、介護職・看護職の業務拡大も求められよう。先の地域包括ケア研究会報告書では、「介護福祉士の教育過程の中で、医療に関する基礎的な教育も実施し、国家資格を取得した後は、要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施が可能となる仕組みを構築していくべきである」と提言し、また「介護福祉士の業務範囲の見直しとともに、看護職員については、たとえば一定範囲内の薬剤選択・量の調節・処方の実施等、在宅医

療をより積極的に提供できる方策を検討する」と記している²¹。

オランダのレベル3のケアワーカーにも、フィンランドのラヒホイタヤにも、ドイツの介護士にも、一定の医療行為が認められている。アメリカやオランダでは看護師の中でも Nurse Practitioners は、医師の業務の一部代替が可能である。

ただし、これらが医療費削減だけを目的に行われては、人件費の高い者の責任をより人件費の低い者に負担させているだけになりかねず、ますます医療、介護分野の人手不足を加速させると思われる。担い手の業務拡大の目的は、利用者を中心に据えた包括的、有機的なケア提供体制確立を上位概念として、ケア提供者をより自律させるためであることが求められる。

²¹三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『平成 21 年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケア研究会報告書』2009 年、47 頁

V 包括ケアの参考事例

第V章では、包括ケアに関し参考となる事例を取り上げたい。

地域包括ケアシステムは2025年から2040年のスパンで完成を目指すシステムとされている。つまり地域包括ケアシステムは目下のところ、構築途上にある訳である。したがって参考事例といっても完成版ではなく、それに向けての途上にある姿を示すこととなる。

事例1は、事業者レベルでの統合のうち、一事業体が多角化する形で包括ケアを図っている例である。これは競争状況が比較的緩やかで、土地代も相対的に安い郡部立地のケースである。

事例2も、事業者レベルでの統合のうち一事業体の多角化の例であるが、これは競争が激しく土地代も高い都市部立地のケースである。

事例3は、サービス類型レベルでの統合で、地方都市において住宅を拠点とした包括ケアを図っている事例である。

事例4は、これもサービス類型レベルでの統合の事例だが、都市部において小規模多機能型居宅介護サービスの普及を図っている事例である。

事例1

事業者レベルでの統合（一事業体の多角化）

—医療法人誠心会グループ 鹿児島県日置市 郡部における中小病院を中核とした事例—

（1）医療法人誠心会グループの概要

医療法人誠心会グループは、鹿児島市から高速を使い車で20分程度の日置市（人口約5万人）を中心に立地する。グループの中核である医療法人誠心会のもとで、ゆのもと記念病院（10対1看護で一般病棟82床、回復期リハ病棟25床、計107床）を中心に、地域の一次（および二次）救急から在宅医療・介護、予防、福祉、住まいまでを一手に担う、職員数1,100名を超える医療・介護・福祉の巨大複合体グループである。提供するサービスは別表の通りで、医療法人、社会福祉法人、株式会社、NPO法人を通じて、病院、診療所のほか、老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、盲養護老人ホーム、軽費老人ホーム、訪問介護、デイケア、デイサービス、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護付有料老人ホーム、フィットネス等を展開している。

医療法人誠心会グループ	
法人名	医療法人誠心会
設立	1964年
所在地	鹿児島県日置市 (人口:約5万人、高齢化率:31.6%)
職員数	約1,100人
事業	医療法人
	医療施設
	・病院
	・診療所5か所
	介護・福祉施設
	・介護老人保健施設
	・グループホーム8か所
	住まい
	・サービス付き高齢者向け住宅
	在宅サービス
	・訪問看護
	・訪問介護
	・デイサービス
	・デイケア
	・居宅介護支援事業所2か所
	・小規模多機能ホーム
	社会福祉法人
	・軽費老人ホーム
	・特別養護老人ホーム
	・盲養護老人ホーム
	・養護老人ホーム
	株式会社
	介護・福祉施設
	・介護付有料老人ホーム2か所
	・グループホーム2か所
	在宅サービス
	・小規模多機能ホーム2か所
	その他
	・フィットネス
	NPO法人
	・訪問介護

(2) 事業者レベルでの統合

1964年に医院を開業、1969年にゆのもと温泉病院を開設し、1991年に現理事長が療養型病床だけではなく地域の救急も担うという思いから、病院名をゆのもと記念病院に変更した。各サービスのほとんどが、市の介護計画の整備目標に合わせて拡充されたものであり、自治体と連携を図りながら地域に必要とされるサービスを整えるうちに、今日の巨大な供給体制となったという。

1960年代から地域医療の実践で地域の信頼を獲得し、1990年代から高齢者サービスを中心に多角化を始め、多角化開始から25年かけて（開業からは約50年かけて）現在の医療から介護、福祉、住まいまで何でも揃う供給体制となった。このように事業者レベルの統合や拡大成長には、それ相応の時間がかかることがわかる。

日置市内に病院は9施設あるが、どれも200床未満の中小病院である。ゆのもと記念病院は、地域の病院が次々に急性期を辞めていく中、地域に急性期がなければ安心して暮らせないという信念から、急性期を続けている。このため、日置市内においては、医療法人誠心会グループはゆるやかなリーダー的存在にあると考えられる。

ここで参考までに日置市における、医療法人誠心会グループのシェアをみてみよう。表4によると、病院や有床診療所のシェアは1~2割弱だが、グループホームや介護老人保健施設では3割以上、介護付有料老人ホームでは100%である。在宅サービスをもみても(表5)、概ね2~4割近くのシェアを有しており、訪問看護、小規模多機能型居宅介護等は事業者が3事業者に限られる等、ある程度の寡占が進んでいる様子がわかる。

表4 日置市における医療法人誠心会グループの施設シェア(定員ベース)

事業名	日置市の定員数 合計(人)	医療法人誠心会グループ の定員数合計(人)	割合(%)
病院	856	107	12.5
有床診療所	118	19	16.1
特別養護老人ホーム	340	80	23.5
介護付有料老人ホーム	100	100	100.0
グループホーム	234	72	30.8
介護老人保健施設	250	80	32.0

資料:厚生労働省「介護サービス情報公開システム」より作成

表5 日置市における医療法人誠心会グループの在宅シェア(利用者数ベース)

事業名	日置市の利用者数 合計(人)	医療法人誠心会グループ の利用者数合計(人)	割合(%)
通所介護	378	35	9.3
通所リハ	418	140	33.5
訪問看護	65	25	38.5
訪問介護	525	141	26.9
訪問リハ	67	15	22.4
居宅介護支援事業所	1267	285	22.5
小規模多機能ホーム	83	29	34.9

資料:厚生労働省「介護サービス情報公開システム」より作成

(3) 特色

当グループの特色の第一は、一次(および二次)救急の急性期から介護、福祉、住まいまで、フルラインでサービスを揃えている点である。このため統一意思のもとで、利用者(患者)の状態に合わせた最も適切な場所で適切なサービスを臨機応変に提供できる体制にある。

たとえば退院後、在宅に不安があれば病院に隣接したサービス付き高齢者向け住宅に転居することも可能であり、同グループによる小規模多機能型居宅介護を利用しな

がら入院前の自宅で在宅を維持することも可能である。

なお、病人や要介護になる前に予防をすることが重要であり、また介護保険に頼らずに自立して住民自らが予防にあたることは介護保険の財政負担を軽減し、地域住民にとって大きなプラスであるという信念のもと、フィットネスクラブを開設している。当初は大手フィットネスクラブに運営を打診したが、会員が300名も集まらないだろうということで断られ、当該グループが運営している。赤字が免れないのであれば、せめて会員増をとということで、会費を月額3,000円まで抑え、ジム、プール、スタジオ、サウナ、岩盤浴、風呂が使い放題で、かつ高齢者が多い地域のため無料送迎バスを運行したところ、現在の会員は1,000名を超えている。昼食持ち込み可のため、一日中友達と当クラブで過ごす人もいる等、デイサービス代わりとなっているという。

さらに当グループではサービス付き高齢者向け住宅で家賃減免制度を採り入れており、地域の低所得者の住まい確保に大きく貢献している。申請の度に社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ会長等がメンバーの「家賃減免審査委員会」が開かれ、審査を行う。グループへの利益誘導が疑われないよう、審査委員会メンバーにグループ幹部は入っていない。当初は家族の負担能力も審査したが、それが元で家族の争いとなったケースが生じたことから、家族間の争いを起こすために実施しているのではないという理事長判断で、本人の所得収入証明書のみで審査が行われるようになった。現在入居者50人中、8割が家賃減免制度を利用し、うち半分が家賃負担ゼロである。これら家賃減免の財源はすべてグループ全体で負担しており、補助金ゼロで運営されている。

第二は、職員が自律している点である。

当グループでは無資格者をなくそう運動を展開しており、職員のほとんどが有資格者である。介護初任者研修実施機関として県指定を受けているため、無資格者も働きながら資格を取得できる。職員が講師になり教科書以外無料で、介護福祉士、ケアマネジャー、訪問介護員の資格が取得できる体制を敷いている。週1~2回の頻度で、これら資格取得の講習会がそれぞれの資格毎にグループ内で開かれている。筆者が訪問した日（休日）には、40名ほどが介護福祉士の模擬試験を受けていた。講師代は当該職員の残業代としてグループより支給される。

このように、より上位の資格を目指し勉強するムードがあり、職員も介護職員として働くだけでなく教員にもなり、職員のやる気を引き出している。こうした職員の専門性を確立し、その能力発揮を支援する体制から、職員は何をすべきか自ら考え、指示待ち人間ではなく自律して働く文化が共有されているように見受けられる。たとえば筆者が訪問した日の深夜から早朝にかけて、グループホーム入居の高齢者が行方不明になったが、関係者50名がボランティアで一斉に集まって捜索にあたり、事なきを得た。

病院の院内保育所をゆのもと記念病院グループ職員全体に開放し、働きながら子育て

とする環境も整えている。職員の育休後の職場復帰率は 100%である。

一般に医療・介護・福祉分野では離職率の高さが問題になるが、当グループでは、こうした公的資格取得制度や充実した職員研修制度および福利厚生制度等により、職員の定着率が高く、離職率の問題は話題にならない。また、職員が職場を気に入り、友達や親族を誘い一緒に働くケースも多く、人手不足の問題は相当程度緩和されている。なお、定年は 60 歳としているが、職員の多くが定年後も働き続け、最高年齢は 80 歳である。

第三は、地域貢献である。

当グループでは、写真にある通り少年ソフトボール大会、社会人ソフトボール大会、ゲートボール大会、グランドゴルフ大会等をそれぞれ主催し、フィットネス以外でも地域住民の健康増進に一役買っている。ソフトボール大会は、日置市だけでなく鹿児島県全域から 400 名の参加があるほど規模が拡大している。そのほか、当グループが拠点地域の 6 ヶ所で主催する夏祭りは大規模で地域の名物であり、近隣住民の楽しみの一つとなっている。

自治体主催の祭りに人手が足りなければグループから職員を出すとともに、地元で毎年行われる豊年祭では、売れ残った野菜等を法人がすべて買い取り、農家が赤字になることを防いでいる。法人で使う食材は、スーパーで大量購入する方が安いですが、地元の農家や肉屋、米屋等から直接仕入れ、地産地消を率先している。

既述のサービス付き高齢者向け住宅の家賃減免制度のように高齢者だけでなく、それ以外の低所得層のために、衣食住の無償提供を行っている。たとえば火事等の災害や DV 等の被害で逃げてこられた等何等かの理由で自治体の世話にはなりたくない、仕事に行くのに適した服がない、高齢ではないためサービス付き高齢者向け住宅の入居者要件に合わない等の方のために、職員のための居室の一角を無償で貸し出し、朝晩の食事や服を提供している。路上で行き倒れた身元不明者や、身元がわかっても引き取られない方がいれば、グループで葬式を出し、供養している。これらも公的な補助を受けず、すべてグループの収益で賄っている。

当グループの初代理事長は、生まれ故郷の知覧の地で特攻隊の悲しい歴史と平和の尊さを次世代に伝えたいと、知覧特攻平和会館の建設に奔走する等、地域貢献、故郷への恩返しに力を注いできたという。現理事長には、先代の故郷に恩返しする、地域貢献する気概を引き継いだ自負があるという。

地域包括ケアシステムにおいて、インフォーマルケアの活用が期待される中、こうした長年に亘る地道な地域貢献は、地域力活用の下地となって今後さらに効果を発揮するのではないだろうか。

地域に信頼できる非営利法人が大規模に育つことで、包括ケアが上意下達でここまで実行できるという良い事例といえよう。

少年ソフトボール大会①



ゲートボール大会



少年ソフトボール大会②



夏祭り



社会人ソフトボール大会



秋祭り



写真提供：医療法人誠心会グループ

事例 2

事業者レベルでの統合（一事業体の事業多角化と一部連携）

—株式会社楓の風グループ 東京都町田市

—都市部における訪問看護ステーション等を拠点とした事例—

都市部は競争が激しく地価も高いこと等から、資本を要する大型施設を軸とした複合型展開を図ることが郡部と比べると困難である。そうした都市部において、小資本でできる一事業体による多角化の例である。先に述べた事例 1 はフルラインサービスをほぼ完成させているのに対して、事例 2 は在宅に的を絞ったサービスの統合事例である。

（1）株式会社楓の風グループの概要

株式会社楓の風グループは町田市（人口約 42 万人、高齢化率 24.7%）を拠点に、その周辺地域である横浜市、川崎市、国立市等において、直営により訪問看護ステーション 14 事業所、訪問介護 1 事業所、デイサービス 32 事業所（うちフランチャイズ 20 事業所²²）を運営するほか、資本関係のない医療法人と連携する形で在宅療養支援診療所²³ 2 事業所を展開している。

なお、町田市における訪問看護利用者数ベースでみたシェアは 6.7%、デイサービスでは 6.0%である²⁴。

楓の風グループの始まりは、医師、看護師、保健師、社会福祉士、介護福祉士、弁護士、行政書士、建築家が集まり、理想的な地域医療や地域福祉のサービスのあり方を考える会としてスタートした。理想的なサービスと、適切な収益実現とのバランスの追求を目指して、2001 年に特定非営利活動法人楓の風が誕生した。

2003 年、東京都で初めて理学療法士を常駐させたリハビリテーション重視のデイサービスを開設したことを皮切りに、半年から 1 年毎に在宅関連事業を開設している。

なお、2010 年に株式会社化し、2014 年には政府系ファンドである地域経済活性化支援機構²⁵が設立した地域ヘルスケア産業支援ファンド²⁶により支援企業の第一号と

²² フランチャイズ展開は、北は北海道から南は香川まで広範囲に亘っている。

²³ 24時間連絡を受ける医師または看護師を配置し、当該診療所において、又はほかの保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保する等の要件がある。

²⁴ 厚生労働省「介護サービス情報公開システム」より試算

²⁵ 当機構は、株式会社企業再生支援機構法に基づき、同 21 年 10 月に設立された。（当該機構 HP より抜粋）

²⁶ ヘルスケア産業を担う民間企業等が創意工夫を発揮できる市場環境の整備にむけ、ヘルスケア産業に対して資金供給及び経営ノウハウの提供を行い、新たなビジネスモデルの開発・普及を促していくため、平成 26 年 9 月 1 日に地域経済活性化支援機構（REVIC）内

して出資を受けた²⁷。

株式会社楓の風グループ	
法人名	株式会社楓の風
事業開始年	2003年
所在地	東京都町田市 (人口:約42万人、高齢化率:24.7%)
事業	訪問看護(2007年開始 現在 14か所) デイサービス(2003年開始 現在32か所 うちフランチャイズ20か所) 訪問介護(2008年開始 現在1か所)
連携先事業	診療所(2011年開始 現在2か所)

(2) 事業者レベルでの統合と一部連携

楓の風グループは既述の通り各在宅サービスを展開するほか、資本関係のない医療法人立の診療所と連携する形で、在宅医療を確保し、在宅生活を維持するうえで必要なサービスを最低限揃えている。

競争が激しく土地代の高い都市部において、自ら施設を有せずに事業展開できる在宅関連事業に特化したことは大きなポイントであろう。もともと診療所や訪問看護ステーションは場所を取らない。さらに楓の風グループでは、デイサービスでもマンション1階の90~100平米程度の店舗を借りて行う小規模デイサービスを展開し、かつ活動と参加に焦点をあてたりハビリテーションの提供に特化し、入浴や食事の提供も行わないため、大きな設備投資も不要であり、一般的なデイサービスと比べると施設コスト負担が非常に少ない。

一方、いくら在宅医療から介護までサービスを揃えても、24時間365日対応できなければ、また末期等の重度にも対応できなければ、在宅は維持できない。この点、楓の風グループでは24時間365日対応の体制を築き、訪問診療、訪問看護、訪問介護、デイサービスの組合せと、後述のインフォーマルケアとの調整等を通し、包括ケアの提供を目指している。さらに、認定看護師(緩和ケア、精神科、がん性疼痛看護)を14名も有し、かつ看護師等が7名以上等、要件が厳しい機能強化型訪問看護療養費1を取得している訪問看護ステーションを3事業所も有している。このため、在宅でも手術を除けば病院と同じ治療が受けられる体制を構築し、予防から看取りまで提供することで、施設を有さずに在宅継続を可能としている。

に設立された。

²⁷現在の資本金は175百万円、株主のほとんどがこの政府系ファンドである。政府が横浜銀行や福岡銀行等の有力地銀5行とみずほ銀行に協力を呼びかけ設立したもので、事業が安定した段階で出資を解消し、地銀からの融資に切り替えられる仕組みであり、地銀が収益源を多様化するために広域連携しているということである。

(3) 専門職の質の向上

1) 専門職全員によるアセスメントとケアプラン

楓の風グループの特色は、看護師をはじめ、リハビリ療法士等といった専門職全員にアセスメント、およびケアプラン作成を行うことを奨励している点である。楓の風では、なかでも特にアセスメントこそが、専門職の喜び・やりがいの源であり、この気持ちを持つことがケアの質向上に不可欠と考えている。

2) 専門職によるアセスメントの効果

専門職がアセスメントを行う効果として、第一に専門性を発揮できる、成長できる職場として専門職、特に看護師から人気が高い点が指摘されよう。看護師不足のため、看護師であれば誰でも採用するような看護師不足の中、楓の風グループでは理念が一致しない人材は採用しないと公言するほど、人気がある。

開設当時には看護師が3名であったが、9年後の現在では看護師²⁸76名を有し(常勤70名)、既述のようにうち2割が認定看護師(緩和ケア、精神科、がん性疼痛看護)である。このように看護師の質も量も充実を図った結果、要件が厳しい機能強化型訪問看護療養費1を取得している訪問看護ステーションが全国に137事業所²⁹あるうち、楓の風グループではそれを3事業所有するに至っている。

こうした質の向上を図ってきたことによって、先に記した連携先診療所以外でも地域の開業医や、利用者と家族にもファンが多く、開業医からの紹介や、元利用者の家族の紹介で利用につながるケースも多いという。これが第二の効果である。

こうした結果、業績面でも二桁台の利益率計上を果たすことができている。

第三は、アセスメントのレベルが事業所全体であがっていくことである。事業所にはケアマネジャーも所属しているが、ケアマネジャーによるアセスメントの話も、看護師やリハビリ療法士等ケアマネジャー以外の者によるアセスメントの話も、後述のSECIモデルの過程で相互に意見交換する中で、介護保険内のサービスに利用者を押し込めるのではなく、地域資源も活用した生活支援が実行可能となる。

たとえばアセスメントの結果、ある男性利用者が、軽度の要介護状態にある妻の役に立っていないことが辛いという思いを持っているケースがあった。そこで利用者が自力で歩けるようになる可能性がほとんどないにもかかわらず歩行訓練を行うよりも、回復の限界を考慮し、車いすを自走で上手に使えるように訓練した結果、利用者は車いすに乗った自分の膝の上買い物かごを乗せ、利用者の妻はその車いすを杖の代りとする事で、二人で協力しながら買い物ができるようになった。この際、家からスーパーまで400mあったので、その間にある交番に見守りの依頼や、地域包括支援センターにボランティアの同行を依頼できるようになった。

²⁸ すべて正看護師

²⁹ 2015年9月1日時点 保険局医療課調べ

別のケースではある利用者が、麻雀が生きがだったが、近所の麻雀屋が2階にあることから杖を使う要介護になってからは麻雀を諦めていた。そこで楓の風事業所が近所の麻雀屋へ行き階段場での手すりの設置を麻雀屋へ頼み、利用者が自力で麻雀屋へ行けるように手配した。

このように、地域資源を活用していくことで、介護保険だけでは担えない生活の細々とした部分を支えることが可能となり、見守り目的のデイサービスや訪問介護・看護は不要となる等、介護保険サービス利用を抑制することにもつながる。

事実、楓の風グループでは、利用者やその家族、地域の力を引出し、楓の風が関わらなくても済む状況となることを目標とし、週2回のデイサービスや訪問看護の利用を週1回で済むように調整していく等、介護保険の利用回数を減らすことに成功した事例も少なくない。

3) アセスメントのマネジメント

以下では訪問看護を例にみてみよう。

看護師は、同じプロである看護師から認められてこそ満足すると、楓の風グループでは捉えている。そこで看護については、直行直帰を原則行わずに毎日朝夕行われるミーティングにて、10分間は反省点を、20分間は看護師自身が行った成果について報告する時間を設けている。ここでのポイントは、反省点はそこそこにし、小さくとも専門職冥利に尽きることの発見に努め、成果を共有することで、同じプロである看護師から認められ、満足度が得られるよう工夫している点であるという。

なお、この毎朝夕のミーティングは看護師には実施しているが、訪問介護では実施できていないという。直行直帰が原則となっている。介護職員にアセスメント実施も奨励できていない。

さて、上記ミーティングは、満足度を得るだけでなく、看護師同士で看護に関し新たな知見を得、自分やほかの看護師のアセスメント、ケアプランについて検討する絶好の機会となっている。看護師は自己成長意欲が強いといわれる。この自己成長意欲を様々な機会を捉えて満たす、そのプロセスを楓の風グループでは、野中郁次郎のSECI³⁰モデルを使って説明する。このSECIモデルこそ、楓の風グループのアセスメントのマネジメント手法である。

野中³¹によると、知識には、暗黙知と形式知がある。暗黙知とは、言語化できない特定状況に関する個人的な知識であり、形式知とは、形式的・論理的言語によって伝達できる知識をいう。この暗黙知と形式知が、個人・集団・組織の間で相互に絶え間なく変換・移転することによって新たな知識が想像され、SECIモデルとは、暗黙知

³⁰ SECIとは Socialization Externalization Combination Internalization

³¹ 野中郁次郎、紺野登『知識経営のすすめーナレッジマネジメントとその時代』ちくま新書、1999年

と形式知の交換と知識移転のプロセスをいう³²。

SECI モデルは、①共同体験等によって暗黙知を獲得・伝達プロセス（共同化）、②得られた暗黙知を共有できるよう形式知に変換するプロセス（表出化）、③形式知同士を組み合わせて新たな形式知を創造するプロセス（連結化）、④利用可能となった形式知を基に、個人が実践を行い、その知識を体得するプロセス（内面化）という4つの知識創造プロセスがあると考え、その4つの知識変換モードが絶えず循環することでイノベーションが起きるとする。

①共同化

まず各看護師が訪問看護やアセスメント等を実践することで、それぞれ現場で生まれる経験や勘といった暗黙知を獲得する。この段階ではまだ個人が頭や体の中になんともなく経験として有する暗黙知のレベルである。

②表出化

次に、各々が訪問看護やアセスメント等を通じた暗黙知の経験、勘等を、毎日朝夕行われるミーティングで発表を行ったり、ICTに入力することで言語化し、他者の自分と似たような経験を聞く、自分も話すこと等を通じ、または同じ事象に対し別の意見や知見を聞くことを通じ、暗黙知が初めて看護師チームの知見、形式知として共有される。

③連結化

看護師チームが共有した新たな形式知に加えて、既に形式知となっている過去の研究、事例等と統合し、それを利用者に関わるチーム全員で確認することで、知識の信頼度を高める。チームには法人内外の医師やケアマネジャー等も含まれており、第三者の意見を取り込む。そして、複合的な視点を持った再アセスメント、新たなケアプラン、ケア方法等の新たな形式知を創造する。

④内面化

利用可能となった形式知を基に、各看護師がアセスメント、訪問看護といった実践を行い、その知識を体得する。さらにその経験を通じて、新しい暗黙知を蓄積する。その後、さらに進化した上記①の共同化へ進み、自法人全体のケアのレベルアップを図る。同時に、自法人のみでなく連携するほかの組織や住民等も、うまく巻き込みながら地域全体の在宅限界レベルを上げていく。

³² 野中郁次郎、竹内弘高『知識創造企業』東洋経済新聞社、2011年

■SECIモデル



出典：野中郁次郎、竹内弘高『知識創造企業』東洋経済新聞社、2011年

このように、楓の風グループでは第三者の目が入ることによって新たな気づき、創造が生まれることから、職員や組織の成長のために法人内・外の医師やケアマネジャーとともにアセスメントを行うことを重要視している。

さらに、これらの仕組みを継続させるため、PDCAサイクルを用いて定期的に評価し、次につなげる体制を敷いている。

こうした同じ専門職同士、また異職種同士の会話、評価、検討、勉強を通し、利用者の生活をいかに支えるか、そのために地域も含めた資源をどう活用するか、アセスメント、ケアプラン作成に活かしている。

なお、こうしたアセスメント等を通して専門職の成長意欲を刺激し、モチベーションをあげるには、その前提として不満のない職場環境を整えていることが求められよう。楓の風ではこの点について、二要因論³³の考えを活用している（表6）。

二要因論とは、働くうえで満たされないと不満を感じる衛生要因と、満たされるとモチベーションがあがる動機づけ要因に分けられる。衛生要因と動機づけ要因は表裏の関係ではなく、仕事への満足の反対は不満足ではなく、仕事への満足を抱けないことにある。同様に、不満足の反対も満足ではなく、不満足が存在しないことであるとされる。つまり、衛生要因がいくら満たされていたとしても、動機づけ要因が満たされない限り、満足できないのである。

³³ フレデリック・ハーズバーグ「モチベーションとは何か」『新版動機づける力 モチベーションの理論と実践』ダイヤモンド社、2009年

表6 二要因論

極端な「不満足」を招いた要因 (衛生要因)	極端な「満足」を招いた要因 (動機づけ要因)
<ul style="list-style-type: none"> ・会社の方針と管理 ・監督 ・監督者との関係 ・労働条件 ・給与 ・同僚との関係 ・個人生活 ・部下との関係 ・身分 ・保障 	<ul style="list-style-type: none"> ・達成 ・承認 ・仕事そのもの ・責任 ・昇進 ・成長

出典：フレデリック・ハーズバーグ「モチベーションとは何か」『新版動機づける力 モチベーションの理論と実践』ダイヤモンド社、2009年 17頁を参考に作成

楓の風グループでは、介護事業はボランティアではなく、高額な報酬を稼ぐ場でもないことを認識し、標準的な報酬ではあるが、生活の不安が無いことを大切な要素と公言している。

衛生要因に関しては、訪問看護ステーションの常勤看護師の給与が500万円/年、所長クラスで600万円/年である。訪問看護ステーションの所長も含む常勤看護師の平均給与が44.8万円/月³⁴であることを考えると、決して高くはない、世間相場並みの数値であるが、生活には十分困らない水準にあるといえる。いい換えると、楓の風グループに就職する看護師は、高い給与目当てに就職しているわけではないことがわかる。

なお、楓の風グループではICT³⁵を用いて、業務日誌を打てば（場合によっては口頭で述べれば）自動的に報酬請求までできるほか、利用者情報がいつでもどこでも閲覧でき、さらに業務上相談したいことがあれば他事業所も含め、皆に意見を求めることも瞬時に可能といった、看護師が雑務から解放され、看護業務に専念できる体制を構築している。

サービスの担い手にアセスメントの一端を任せることによる、専門職のモチベーションアップで、利用者からも開業医からも専門職からも人気を得ている好事例と考えられる。

³⁴ 平成26年度介護事業経営実態調査

³⁵ なお、このソフトは地域で共有され普及しなければ意味がないことから、無償でIT企業から配布されている。報酬請求ソフトを使ってはじめて課金され、1事業所当たり3万4千円/月の利用料だけが、このICTの費用である。

事例 3

サービス類型レベルでの統合

—株式会社誠心 アクラスタウン 福岡県太宰府市

—地方都市における有料老人ホームを拠点とした事例—

(1) 株式会社誠心の概要

2005年に設立された株式会社誠心は太宰府市（人口約7万人、高齢化率25.7%）に立地し、住宅型有料老人ホーム³⁶アクラスタウン（定員50名）を運営するほかに、隣接する形で介護付き有料老人ホーム（定員30名）、訪問介護ステーション、訪問介護事業所、デイサービス、サービス付き高齢者向け住宅（一般にみられる集合住宅ではなく一戸建てが8棟同一敷地内に集中して建てられている。一棟につき一名または夫婦で利用可）、薬局、フィットネスジム、カフェ、そうざい店、レストランを経営する。このほか、上記二つの老人ホームの同一敷地内または近隣にて、すべて無償でギャラリー、図書館、近隣住民の集会場、児童館を開設し、老人ホームに老若男女の地域住民が集まる工夫をすることで、老人ホーム周辺が一つの街のような雰囲気を醸し出している。

太宰府市における有料老人ホームの入所者数ベースでみた誠心グループ（有料老人ホーム2施設。定員合計80名）のシェアは2割弱程度である³⁷。

³⁶ 住宅型有料老人ホームでは、日常の生活支援とは別に介護が必要となった場合、当該老人ホームの外部からサービスを受ける。

³⁷ 厚生労働省「介護サービス情報公開システム」より試算

株式会社誠心	
法人名	株式会社誠心
設立	2005年9月
所在地	福岡県太宰府市 (人口:約7万人、高齢者率:25.7%)
職員数	約90人
事業	住まい <ul style="list-style-type: none"> ・サービス付き高齢者向け住宅 ・有料老人ホーム2か所 在宅サービス <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護 ・訪問介護 ・デイサービス その他 <ul style="list-style-type: none"> ・カフェ ・レストラン ・フィットネス ・図書館(無料) ・ギャラリー(無料) ・地域集会所(無料) ・児童館(無料)

(2) サービス類型レベルでの統合

アクラスタウンのユニークな点は、要介護2までは食事と見守り、入浴への支援があれば生活できるとし、このレベルで介護保険を利用することは、介護保険財政の破綻を招き無駄であるという社長の信念のもと、要介護2以下の利用者には介護保険を原則利用せず、介護保険の代わりに、下記の「安心パック」(のうち「見守りサービス」)を提供している点である。

逆に要介護3以上には、介護保険をフルに利用したうえで、かつ下記の「安心パック」の「身体・生活サービス」を提供する。アクラスタウンの社長曰く、現在の介護保険給付は軽度者に手厚すぎ、重度者に不足するレベルであり、軽度者分を重度者に配分すべきとのことである。それを自ら実践しているという。

安心パックは利用者のニーズに応じ、表7の通り三種類ある。この安心パックがここでいうサービス類型レベルでの統合の事例である。

表7 安心パック

サービス名	金額	サービス内容
見守りサービス	2,000円/日	高齢者の日常生活について見守り 適宜必要な支援
生活サービス	3,000円/日	上記「見守りサービス」+居室清掃、衣 類整理、買い物支援、些細な相談等
身体・生活サービス	4,000円/日	上記「生活サービス」+介護保険サー ビス限度額を超える身体介護、看護 サービス、通所サービス等

概ね、要支援の場合は「見守りサービス」のみ、要介護1から2は「生活サービス」、要介護3以上は「身体・生活サービス」を利用するという。

たとえば要介護2の場合、介護給付限度額までフルに活用すれば約19万円分のサービスが支給され、収入にもよるが1割の自己負担1.9万円ですむ。これに対しアクラスタウンでは9万円の自己負担となることから、介護保険を利用した方が得と思えるが、多くの入居者は社長の信念に納得し、要介護2までは原則介護保険を使わずに、月9万円の「安心パック（生活サービス）」を利用する。

その理由は、第一に介護保険ではたとえ満額利用しても、24時間365日の包括的サービスが得られないが、アクラスタウンではそれが可能だからである。

第二は、人員配置の手厚さである。介護付有料老人ホームに入居すれば、包括的ケアが提供されるとはいえるが、アクラスタウンでは入居者とスタッフの比率が1対1.5であり、隣接する老人ホーム、アクラスタウン敷地内の訪問看護ステーションと合わせて看護師が14名もいる等、人員配置が手厚い。

第三は、看取りまで提供されるため安心して終の棲家として暮らせる点である。アクラスタウンでは二つの老人ホームの入居者80名に対し、年間30名程度の看取りを行っていることからわかる通り、医的ニーズにも十分応えられる体制にある。

アクラスタウンで要介護2までの利用者に提供されている見守りサービスは、通常の出来高ベースの訪問介護で賄えば月60万円相当のサービスになるという(表8参照。表8は要介護2の利用者O氏³⁸の安心パック提供例である)。月60万円を個人一人で賄うのは大変だが、たとえば介護職員一人を24時間365日雇い、それを日中分は利用者3人で、夜間分は利用者10人程度で賄うと考えれば、利用者一人当り月9万円で済む(9万円/月の料金のうち、仮に日中分は7万円、夜間は2万円とすると、日中分は7万円×利用者3人=21万円、夜間分は2万円×利用者10人=20万円となり、介護職員一人分の給与が日中も夜間も賄える)。

³⁸ 脳梗塞後右半身麻痺、高血圧、痔出血による貧血、歩行時に息切れあり。

表8 安心パックの実例

	○氏の基本生活	安心パック	介護保険+自費
5:00			
6:00			
7:00	起床 トイレ、着替え		身体サービス、245単位/毎日
8:00	朝食	朝食声掛け、配膳、片付け	生活サービス 183単位/毎日
9:00	服薬		
10:00	居室掃除、シーツ交換	居室掃除	生活サービス 235単位/週2回
11:00	トイレ	トイレ介助	身体サービス 165単位/毎日
12:00	昼食	昼食声掛け、配膳、片付け	生活サービス 183単位/毎日
13:00	病状観察	病状観察	訪問看護 472単位/週2回
14:00			
15:00	入浴(週3回)	入浴介助 月水金	身体サービス 402単位/週3回
16:00			
17:00	トイレ	トイレ介助	身体サービス 165単位/毎日
18:00	夕食	夕食声掛け、配膳、片付け	生活サービス 183単位/毎日
19:00	テレビ		
20:00	トイレ、着替え		身体サービス 245単位/毎日
21:00	就寝		
22:00			
23:00			
0:00			身体サービス 248単位/毎日
1:00	トイレ (2回)		
2:00			
3:00			身体サービス 248単位/毎日
4:00			
随時	対話ケア	対話ケア	随時対応なし
	ごみ集め	ごみ集め	
	ナースコール対応	ナースコール対応	
	主治医との連携 緊急時の対応	主治医との連携 緊急時の対応	
費用		9万円/月	合計66,430単位 うち、介護保険19,480単位を除くと 46,950単位。469,500円が上乗せ横 だし分の自己負担分。

生活を継続するうえで食事は必須だが、だからといって介護保険の訪問介護において調理を提供すれば、調理だけで一時間近く過ぎ、かつ一食当りコストが介護保険費用の2,000円/時（40分以上の生活援助に対する介護報酬）+食材費となってしまう。アクラスタウンであれば、一食300～500円程度で食事が提供されるほか、同一敷地

内のレストランで食べる、一つ 50～150 円のおそうざいで済ますこと等も可能である。

ヘルパーまたは看護師が 1 日 1 時間滞在するだけでは高齢者の生活は維持できない。それよりも短時間で、スポットで何度も入る方が効率的で安心感も与えるという。

(3) ケアの質の向上

アクラスタウンの社長は、ケアの質とは、ケアプランだと考えているという。ケアプランは、利用者が要介護等、様々な制約がある中でどういう生活を送りたいのかを基に、どう生活を暮せば良いか、そのためのプランニングである。それが多くのケアプランは業務分担表になっているから、ケアの質が低くなっているとのことである。

ケアプランを作成するための代表的アセスメント方式である MDS (Minimum Data Set) 方式は、360 項目の領域をチェックする必要があり、忙しい現場で使うには時間がかかりすぎることから、この MDS 方式を基に 18 項目の問題領域まで絞り込み、誰でも容易にアセスメントを行うことができるアセスメント方式を社長自ら作成した。

こうした誰もが使いやすいアセスメント方式を用いたうえで、より良いケアプランを作成し、ケアの質を上げるため、毎朝 1 時間半をかけて社長も参加するミーティングを行い、現状提供されているケアについて検討会を行う。

介護職や看護師も、質を高めることを目的に自らアセスメント、ケアプラン作成を検討する。また、上記ミーティングを通し、こうしたアセスメント、ケアプランの目的、意味を理解したうえでケアを提供するため、業務分担としてのケアではなく、利用者の生活全般をみたケアとなる。

このように、サービスの担い手が業務分担係になるのではなく、自ら利用者の生活全体をみてケアを提供する効果として、第一は職員の専門性の向上が指摘される。第二は、このような専門性の向上や権限移譲からくる職員のやりがいである。第三は、専門性や、やりがいを持った職員であることから、利用者や家族から信頼されることである。この信頼がさらに職員のやりがいを生む。たとえばアクラスタウンの利用者のほとんどはアクラスタウンで看取られるが、利用者が息を引き取る寸前には、たとえ深夜でも家族のほかに職員が自発的に駆けつける。アクラスタウンを第二の家のように感じる利用者・家族が多いことから、葬儀までアクラスタウンで行う家族が少なくない。ご焼香には自然に職員や利用者も参列する。第四は、やりがいがあることから、職員に人気があり、職員が辞めないことである。ほとんどの職員が常勤だが、職員の給与は、ほかの福祉施設と比べて同程度だという。サービスの担い手不足で施設のベッド数をフル稼働できない施設も多い中、既述のように利用者 1 人に対して職員 1.5 の配置、看護師も 14 名を有している。第五は、やりがいを持つことから、サービスの担い手が自立することである。

また、アクラスタウンでは、利用者の家族と利用者の最期の迎え方を話し合い、延

命措置はしない等、基本項目を確認しあっている。かといって過少医療ではない。たとえば家族が胃ろうを嫌がっても、必要があると判断すれば家族と利用者へ丁寧に説明し、一時的に胃ろうをいれて安定してから自分で食べられるように誘導する等、医療ニーズの高い利用者の生活を支えている。このため、看護の知識の乏しい施設では救急車を呼ぶような病状変化が起きても、必要に応じてかかりつけ医を呼ぶ、看護師が病状観察をする等で対応し、すぐに救急車を呼ぶようなことはしない。こうしたことが可能なのも、既述のように絶えず利用者の生活全般をみるケアが教育され、またサービスの担い手が自立しているからである。このためアクラスタウン入居者の無駄な入院や救急は生じず、医療費の適切な使用に貢献しているともいえる。

(4) 地域貢献

既述のように、老人ホーム内には図書館、ギャラリー、周辺に集会所、児童館を設け、すべて無料で提供しており、利用者、地域住民関係なく、老若男女誰もが利用できる。それに加え、フィットネス、カフェ、レストラン等、幼児から高齢者までが自由に利用できる施設もある。また、誰もが購入可能な数種類のそうざいを1個50～150円、ご飯や味噌汁を50円という低価格で販売し、老人ホームの利用者だけでなく、近隣の高齢者や子育て世帯等も利用している。要介護になった高齢者が町に出ていく頻度が減る分、町の人たちが老人ホームに足を運ぶことで、老人ホーム周辺が街のようになることを目指しているという。

アクラスタウン内には、看護師の詰め所がなく、休憩時にはリビングで利用者とともに過ごす。また遊びに来た地域住民が食器を洗う、非番の職員やその子どもたちが遊びにきたついでに庭の掃除をしていく等、誰が利用者で誰が地域住民で誰が当番の職員かわからないほど、良い意味で雑多でアットホームな雰囲気である。

既述の無償の児童館や集会所等は、すべて株式会社誠心の負担で建設、運営されている。株式会社誠心は、社長とその息子しか株主がいない。常に二桁台の利益率を出しているが、設立以来無配であり、利益が出れば新たな介護関連事業か、既述の無償施設、サービスに投下している。

アクラスタウンは食費、介護サービス、住まい等オールインクルーシブで20～30万円かかるため、主な対象者は厚生年金受給者であるが、たとえば子どもが障がいを持つ親子が困っていれば、生活保護の範囲で住めるよう共益費は免除し家賃を3万円まで落としている。認知症がひどくどの施設も引き取らないとなれば、社長自らがアクラスタウン横のアパートを借りて、その認知症患者の容態が落ち着くまで半年近くも共同生活を送ったこともある。家賃や食費の実費以外は全くのボランティアである。

補助金がない分、制度の枠に捉われず、理想とするサービスの実現に邁進し、利益はすべて介護関係か地域貢献に使う等、社会保障事業における営利組織のあるべき経

営の姿を実践しているといえよう。

(5) 介護のイメージアップ

アクラスタウンの建物は若者から高齢者までが好むような、木のぬくもりを感じさせるオシャレなペンション風である。アクラスタウンは、2014年に医療福祉施設の建築を審査する「医療福祉建築賞」、および高齢者住宅における医療との連携や認知症対応等を審査する「リビングオブザイヤー」を、ともにグランプリを受賞している。

だが、こうした建物を高額に建てたのでは、事業リスクが高ただけでなく利用者負担に跳ね返る。木造も一部取り込み、個室を出てすぐ廊下にトイレがある設計で（3名に一つのトイレ）、トイレ、風呂を共同にする等で建築費を抑えた。ユニットケアではトイレ付きが常識だが、部屋の中にトイレがある方が常識外であり、一般家庭ではトイレは廊下にあるもの、という考えによる。こうした設計の工夫もあり、定員50名に対し4億円で建設し、一床当り建設費800万円であり、特別養護老人ホームの一床当り建設費1,000万円～1,200万円と比べ、安く建設している。

介護職員の制服は、ワイシャツに黒いベスト、黒い腰巻のエプロン姿で、まるで都会のレストランの給仕服のようである。近所の80歳を超えた高齢女性がパートで喫茶店の給仕をしているが、その制服は襟にフリルがボリュームいっぱいについた、ヨーロッパ風であり、大変に可愛らしいものである。

こうした建物、職員の制服等も大きな要因となって、明るく軽やかな雰囲気がアクラスタウンやそれを取り囲む各施設等に流れている。介護に興味のなかった者も、介護現場で働いてみようかなと思わせるのではないかと質問したところ、事実、全く異業種からの転職組も少なくないという。

給与は介護職、看護職とも全国平均レベルだが、当該地域の他産業と比べても決して見劣りしないという。そのため、介護職員の半数近くは男性である。介護というと、3Kと揶揄されるが、アクラスタウンではそのようなイメージを持つ職員も利用者もいないと思われる。既述のように、利用者からも職員からも愛される老人ホームである。

アクラスタウンの社長は、利用者や職員だけでなく、地域の若者が自分達の事業をみて、若者自身の老後に対し明るい未来を感じ取ってほしいという。厚生年金で賄える範囲で、要介護になってもあれだけ豊かな暮らしが自分の住む地域でできると分かれば、今一生懸命働こうと思うのではないか、それが日本に大きな貢献をもたらすのではないかと考えているという。

アクラスタウン(外観)



アクラスタウン(夜景)



介護職員の制服



児童館



無料ギャラリー



1個50~150円のお惣菜



写真提供：株式会社誠心

事例 4

サービス類型レベルでの統合

—社会福祉法人端山園 きたおおじ 京都府京都市

小規模多機能型居宅介護の普及活動事例—

(1) 社会福祉法人端山園の概要

社会福祉法人^{はやまえん}端山園は 1976 年京都市（人口約 147 万人、高齢化率 26.7%）に設立され、特別養護老人ホーム（定員 50 名）、ショートステイ（定員 4 名）、デイサービス（定員 30 名）、居宅介護支援センター、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、配食サービス、保育園のほか、同じ京都市内で芳春院に土地を借り、地域密着型総合ケアセンターきたおおじ（以下、きたおおじ）という名の複合施設を運営している。きたおおじでは、小規模多機能型居宅介護（定員 29 名、契約者数 24 名³⁹、宿泊定員一日当り 5 名）、ショートステイ（10 名）、地域密着型特別養護老人ホーム（29 名）、サービス付き高齢者向け住宅（6 戸）、地域交流サロンを提供している。

ここで事例として挙げるのは、きたおおじが主体となって行っている小規模多機能型居宅介護の普及活動である。

きたおおじは、理念を共有し経営ノウハウ等を学ぶ、7 つの社会福祉法人から成るグループの拠点でもある（詳細は後述）。

地域密着型総合ケアセンターきたおおじ	
開設者	社会福祉法人 端山園
開設年	2012年
所在地	京都府京都市 (人口:約147万人、高齢化率:26.7%)
事業	在宅サービス ・小規模多機能型居宅介護 ・ショートステイ 介護・福祉施設 ・地域密着型特別養護老人ホーム 住まい ・サービス付き高齢者向け住宅

(2) サービス類型レベルでの統合である小規模多機能型居宅介護の普及活動

今まで述べてきた事例とはやや趣を異にするが、事例 4 ではサービス類型レベルでの統合のうち、既に実施されている小規模多機能型居宅介護の普及活動について述べる。

³⁹ 2016 年 3 月 25 日現在

1) きたおおじ設立の背景

従来の介護保険サービスでは、24時間365日在宅を支えることが難しく、かつ出来高であるため、利用者負担が増えるとなると必要なサービスも利用を差し控えるケースもみられた。これに対し小規模多機能型居宅介護は、予防から認知症、重度の方まで幅広いステージの利用者を対象に、訪問、通い、泊りを提供することで24時間365日、利用者の生活を支えることが可能であり、包括払いのため、必要な時に必要なサービスが提供できる。

2006年より小規模多機能型居宅介護が制度化されるにあたり、2004年度に、京都市老人福祉施設協議会で地域密着（小規模多機能）プロジェクト⁴⁰を立ち上げた。当時の同協議会会長が、きたおおじの代表である。プロジェクトでは社会福祉法人がこれまで以上に地域に根差したサービス展開を図り、24時間365日地域を支える地域密着型サービスを拡充していくべきとの考えのもと、特別養護老人ホーム申込者をマッピングし、小規模多機能型居宅介護をどこに開設すれば良いかが検討された。

こうした取組みの結果、小規模多機能型居宅介護の制度開始当初は27施設中23施設が社会福祉法人による開設であった。しかし2009年以降、民間営利事業者や医療法人の参入が増加し、社会福祉法人のシェアが4割に低下した。

そこで同協議会会長は、営利企業のような利益を目的とせず、公営と比べ民間ならではの臨機応変な対応ができる社会福祉法人が中心となって、小規模多機能型居宅介護を普及拡大させるべく、手始めに当該事業を開設していない社会福祉法人の理事長にヒアリング調査を行った。その結果判明したことは、①人材がない、②方法がわからない、③情報がない等の理由により開設したくてもできないということであった。

そこで小規模多機能型居宅介護事業を開始していない社会福祉法人のうち、きたおおじ代表と理念をともにする3法人とともに、きたおおじを当該事業のケーススタディとして、どのように当該事業を開設・運営するかを学ぶこととした。当初は3法人の共同出資による共同事業を目指したが、社会福祉法人の資金を他法人に拠出できない規制から、既に当該事業を開設・運営している、きたおおじ代表の出身母体である端山園が開設主体となり、きたおおじは2012年に設立された。

2) 他法人とのグループ化

きたおおじ代表は、「地域包括ケアを推進するためには、生活圏域毎の介護サービス資源や、住民が集える場を用意し、住み慣れた地域で馴染みの人間関係と、切れ目のないサービス、さらにそれらと他の地域資源を文字通り包括的にコーディネートで

⁴⁰ 地域密着型プロジェクトは、3つのチームで構成される。一つは、政策提言チームで、特別養護老人ホームの申込者が多数いる地域に小規模多機能を設置するという目的のため、申込者のマッピングを行った。二つ目は研修プロジェクトで、個々の高齢者にとっての「地域」の意味を学び、研修カリキュラムを作成した。三つ目は、経営プロジェクトで、報酬や職員配置等小規模多機能型居宅介護の経営に関する研究を行った。

きる人材を育成・配置することなくしては難しい」という。

そこで、公益法人である社会福祉法人がその推進の中核的な推進母体を担うべきではないかという、きたおおじ代表の考えに共感し、未だそのような展開を行えていない中小法人が共同することで、①小規模多機能型居宅介護のような地域密着型サービスとともに地域住民が集える場を設ける、②上記のサービスと地域資源を包括的にコーディネートできる人材を育成・配置すること、を目的として、きたおおじを拠点とする「リガーレ暮らしの架け橋」（以下、リガーレ）という社会福祉法人のグループが形成された。

リガーレは既述の通り、当初は3法人であったが、現在は7法人に増えている。7法人中、5法人が京都府内、一つは滋賀県、もう一つは青森県である。参加申し込みがいくつかあるが、理念共有を優先し断っているという。

リガーレのメンバーは、きたおおじの開設・運営した各種サービスを通じて、金融機関、自治体、建設会社との交渉、地域住民への説明会等、開業・運営ノウハウを学んでいった。

また、リガーレは看護師、介護福祉士・社会福祉士の資格を有するベテランを一名ずつスーパーバイザーとして雇用し、各法人へ巡回させ、組織とケアの質の標準化に向け各法人の課題を整理し、法人職員との協議のうえ、具体的な行動計画を策定した。以下ではその課題発見から解決に向けての行動に関する一連の流れを示す。

たとえば、研修や人材育成については、研究効果や課題を検証する仕組みがない、新人研修は行われているが、研修後に継続してフォローアップする研修やエルダー制等の仕組みがないという課題が判明した。

次に目標（何をどのように改善するのか）は、協議の結果、新人研修を行うとともに、実施後、フォローアップの仕組みをつくり実行すると設定した。

達成基準（達成を評価する指標）は、①新人研修を計画的に実施する、②「習熟度チェック表」で確認し、一定の習熟度を持つ新人を育成する、③研修参加の職員が、参加目的、ねらいを把握し参加できると決めた。

手段（改善のために使う資源）としては、①新人育成プログラムの検証を3か月、6か月、1年後に行い、新人の育成状況と指導側の体制のバランスを図り、次の新人教育に活かしていく。成長段階ステップ（成長判断基準）を設定する。②新人職員は、人材開発・研究センターの実施する「きたおおじ新人研修」に参加する。③伝達研修の場や研修報告書を活用して、研修で得た知識や気づきを実践に活かす機会を設ける。④プリセプター⁴¹制度を創設し、日常の中で研修成果を確認する、等である。

このように、スーパーバイザーを使って各法人の課題、目標、達成基準（評価指標）、手段を明らかにし、定期的にPDCAサイクルを回す仕組みを取り入れている。

リガーレに参加した法人のうち、1法人が小規模多機能型居宅介護を、3法人が地

⁴¹ 新人看護師の教育・指導を行う看護師

域密着型特別養護老人ホームを新規に開設した。このように、中小法人ではなかなか人材育成まで手が回らず、かえって人材不足を加速させている問題があるが、リーグレ結成による上記取組みにより確かな手ごたえを感じているという。たとえばスーパーバイザーが入ったことに対するアンケートでは下記のような意見が寄せられている。

「自分が課題と感じていたことが漠然としていてなかなか具体的な言葉で表現できていなかったが、今回言語化して頂き、こういうことが良かったんだと腑に落ちた」

「いつも同じように進行している会議に何も疑問を抱かずに実施してきたが、質問されたり、疑問を投げられることで見直すきっかけとなった」

「今回会議に参加し、二つの気づきがあった。①会議は報告が中心だったけれど会議は人材育成の場、職員の成長だということ。②どのような人を育てるのか、一人一人イメージが違っていると気づいたので、みんなで考えを合わせていくことが大切。今まで私は人の成長にどれだけ関わってきたのだろうか？人材育成に貢献することがチームの育成になり組織の育成につながるのだと強く感じた」

「介護主任が大きく変化してきた。自分が指導していた時とは明らかに違いを感じている。新人も含めて、スタッフへのリーダーの関わりや声のかけ方が変わってきており、自分の役割が判ってきたと感じる」

きたおおじの代表は、官でもなく民でもない、利益配当を目的とせず、行政の下請けでもない、地域社会の貢献を目的とし、得た利益はすべて事業継続を含め地域に還元する社会福祉法人の経営モデルを模索しているという。また小規模多機能型居宅介護を包括ケア実現に必要な不可欠のサービスと捉え、これを社会福祉法人が経営の安定性、戦略をもって展開するには一定の経営規模が欠かせないため、こうしたグループ化を進めていく考えであるという。

3) 包括ケア構築への取組み

きたおおじでは、上記の小規模多機能型居宅介護の機能に加え、すべての世代が支え合う風土づくりを目指し、地域サロンを同一敷地内に設け、地域住民がきたおおじに足を運ぶ仕組み作りをしている。従来の介護施設は施設利用者と職員しか立ち入ることがなかったため、閉鎖的なイメージが強かった。きたおおじでは地域住民が地域交流サロンの様々なイベント等を通し、要介護高齢者への理解を深め、支え合う土壌ができることを期待している。また、元気なうちから地域交流サロンに出入りすることで、職員や雰囲気慣れ、要支援や要介護が進むにつれ、同じ建物に併設されている小規模多機能型居宅介護やショートステイ、サービス付き高齢者向け住宅、地域密着型特別養護老人ホーム等を利用することを想定しており、行きつけの店に足を運ぶような感覚で、きたおおじが利用されるという生活の継続性を意識しているという。

地域交流サロンでは、第1と第3土曜日/日曜日に、一品100円でドリンクやトー

ストをきたおおじ喫茶として提供しているほか、いきいき教室の開催（第4日曜日）、地域住民のお茶会や俳句会等のスペースの貸し出しを行っている。

こうした取組みを通し、きたおおじの利用者の近隣住民同士が見守る、簡単な生活支援を行うような土壌構築を図っている。

これらの取組みから地域交流の重要性を再確認したきたおおじ代表は、現在京都市に対し、新たな地域密着型施設を建設する場合、地域交流の場を設けることを義務付けることを提案している。

小規模多機能型居宅介護事業数がなかなか伸びない中、人材育成や経営指導を受ける機会に乏しい中小法人が連携し、力をつけて包括ケアに取り組む好事例と思われる。

VI 寄稿論文

(1) オランダにおけるビュートゾルフの事例

国際医療福祉大学大学院教授 堀田聡子

高齢化が進み、疾病構造が変化する中、地域包括ケアを成す二つのコンセプトとされる地域を基盤とするケア（community-based care）と統合ケア（integrated care）は、我が国のみならず、特に 90 年代以降の欧米各国におけるヘルスケア・ソーシャルケア改革に共通するチャレンジとなってきた。

オランダ⁴²は、この二つのコンセプトを含むシステム構築を実際に試みた数少ない国とされ、1968 年に世界で初めて長期ケア保障について普遍的な強制加入の社会保険制度を導入（特別医療費保険・AWBZ）、プライマリ・ケアを重視し、保険者機能の強化と管理競争の導入により、効率的な短期医療保険制度（ZVW）運営を行っていることでも知られる。近年、特に長期ケアの持続可能性が大きな課題となり、2007 年に地方自治体を基盤として互助を活用しながらできる限り自立と社会参画を促す社会支援法（Wmo）を導入して AWBZ から家事援助等を移行、2015 年にはさらに Wmo、ZVW 及び青少年ケア法（Jeugdwet）への移行をはかり、その対象を特別な住まい等で 24 時間ケアを必要とする者のみに縮小のうえ、AWBZ を廃止して長期ケア法（Wlz）として再編する大改革が行われ、現在も転換期にある⁴³。

ここではオランダで始まり、いまや世界的にも統合ケアの先進事例の一つとみなされる非営利の在宅ケア組織 BUURTZORG 財団（BUURTZORG はオランダ語で「コミュニティケア」の意味、以下ビュートゾルフ⁴⁴）をとりあげ、その理念と実践を紹介する。

1) ビュートゾルフの概要

ビュートゾルフは、地区看護師であるヨス・デ・ブロック氏が 2006 年に起業した、「専門性の高い地域ナースらが、あらゆるタイプの利用者にトータルケアを提供する

⁴² 国土面積は約 4 万 2,000k m²、総人口は約 1,700 万人（65 歳以上人口約 300 万人）、高齢者世帯の家族構成は単身・夫婦のみ世帯が 9 割以上、平均寿命は男性 79.9 歳・女性 83.3 歳。

⁴³ 2014 年までのオランダにおけるケア提供体制およびケアの担い手を巡る諸施策の変遷については、堀田聡子『オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—』労働政策研究報告書 No.167、2014 年を参照のこと。ただし 2015 年改革の内容は含まない。

⁴⁴ 詳細は、特集「Buurtzorg との邂逅—何を学び、どう活かすのか」『訪問看護と介護』第 19 巻 6 号、2014 年 6 月を参照のこと（参考文献を含む）。平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「統合ケアを指向した新たな地域包括ケアステーションに関する研究（H27-医療-指定-024）」において、より多角的な検討を行っており、その結果は 5 月末までに報告書としてとりまとめる予定である。

セルフマネジメントチームのネットワーク組織」である。

2007年1月に1チーム4人で始動し、2016年2月現在、全国約830チームで約9,000人の看護師・介護士・リハ職ら（以下、地域ナース）が活躍、これをコーチ18人と本部（バックオフィス）スタッフ40人が支える。利用者は約60,000人（オランダの在宅ケア利用者の約15%に相当）、年間売上高は約3.2億ユーロにのぼる（利益率は約4%）。

利用者満足度は全国の在宅ケア組織の中でトップ、スタッフ満足度は全産業トップで「最優秀雇用者賞」を連続受賞、就職を希望する地域ナースが引きも切らず、利用者からも専門職からも選ばれるビュートゾルフは、現在、オランダのすべての産業を通じて最も成長している事業者といわれる。

これをほかの在宅ケア組織の約半分のコストで実現しているとあって、創業直後から注目を集め、政府文書にも「ケアの量でなく成果を重視し、よりよいケアをより安く提供するビュートゾルフモデルのさらなる推進」が盛り込まれる等、最近のオランダにおけるケア関連政策に大きな影響を与えている。

さらに、統合ケア、プロフェッショナリズム、セルフマネジメントチームといった様々な観点から国際的な関心も集めており、各国からの要請に応じてスウェーデン、米国でもビュートゾルフ・チームが展開、我が国でも2015年に「ビュートゾルフ」の名称を冠した事業所が創業⁴⁵、英国、ノルウェー、シンガポール等多くの国々で事業計画が進行中である。

2) 起業の背景とミッション

ここでビュートゾルフ創業の背景をみておこう。オランダでは、伝統的に宗教的基盤に基づく地域密着の宗教・宗派別民間非営利組織にケア提供の実施・運営が委ねられ、「地区看護師」が家庭医、ソーシャルワーカー、ホームケア、リハ職、公衆衛生看護師、福祉団体やボランティア等と緊密な連携のもと、村落ごとの小さなチームで地域住民に保健・予防、訪問看護・身体介護等を提供していた。

ところが、1987年の医療制度に対するラディカルな改革案（デッカープラン）を契機に市場志向への転換が図られると、地域に根ざしたケア提供のあり方は大きく変質する。特に1990年代は暗黒の時代ともいわれ、合併・大規模化の失敗は多くの経営破綻を招き、利用者は細切れで継続性なく必要以上に提供されるケアへの不満を、専門職は組織のヒエラルキーに飲み込まれ利用者に向き合えず、自律性とプロフェッショナリズムを欠く仕事への不満を高めた。

従来、地区看護師らが担っていたアセスメント（ケア判定、我が国における要介護認定のようなもの）は全国统一基準により独立機関が担い、ケアに対する支払いは看

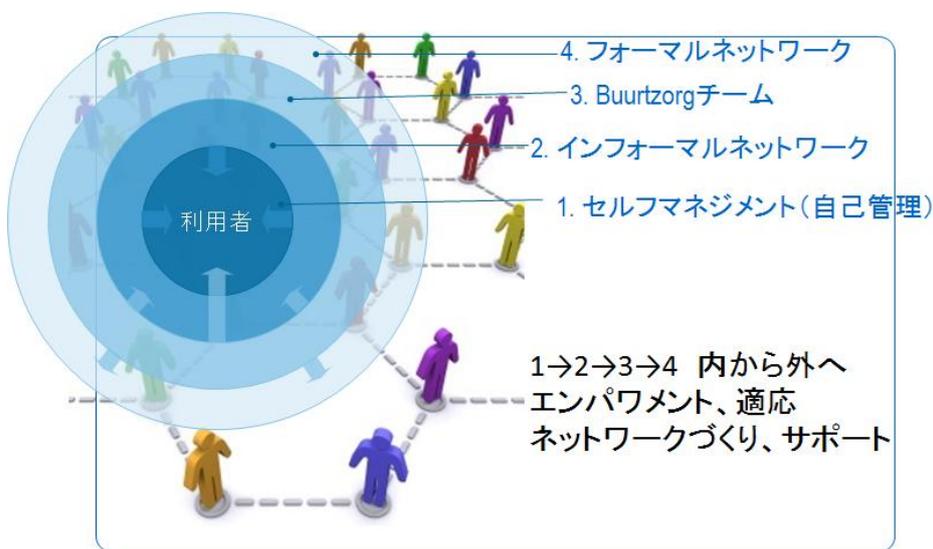
⁴⁵ その経過・現状と展望については、『訪問看護と介護』第21巻5号、2016年5月にて特集「日本版ビュートゾルフ」始動として紹介予定。

護・介護・リハビリ等といった「機能」別の出来高払いとなり、アセスメントとケア・サポートが分離され、さらにケア・サポートについても機能別分業が進み、地区看護師を要とする地域密着型トータルケアは姿を潜めてしまったのである。「できるだけ多くのケアを教育レベルの低いワーカーに提供させれば儲かる」という誤ったインセンティブに基づくビジネスベースのケア提供が優勢となり、(判定の範囲内で) 必要かどうかにかかわらず「商品」として画一化されたケアが「消費」されるようになる。

こうした中、自らも看護師であるヨス・デ・ブロック氏が、専門職としての職業倫理に則り、「患者の力を第一に、患者とそのネットワークとの協働により最良の解決策を見出す。そのために各チームがすべてのプロセスに責任を持って専門性の高いケアを提供する」というミッションをもって(図1)、それが追求できる組織とビジネスモデルとして創業したのがビュートゾルフということになる。

ここで「専門性が高いケア」とは、①コンテクストを大切に、患者を全人的にみること、②実践知、クラフトマンシップと科学的根拠に基づく自律的で確かなもの、③常に質の向上を目指す変革者の態度、④質と生産性といったアウトカムに対する説明責任、⑤振り返り、学びあい、ナレッジを共有・進化させるチームワーク等が重視される。

図1 ビュートゾルフの玉ねぎモデル



3) 専門職への信頼に基づくフラットな自律型チーム

オランダ全土に広がるビュートゾルフの約 830 チームは、それぞれ最大 12 人の地域ナースによる自律型チームで、人口約 1 万人圏域の利用者 40~60 人程度を 24 時間 365 日サポートする。

月々 100~150 人のナースがビュートゾルフの門を叩き、入職を希望する地域にビュー

ートゾルフのチームがなければ新たに立ち上げ、既にチームがあり、チームのナースらが一緒に働きたいと思えば採用となり、概ね 12 人を超えるとチームを分割する。

地域ナースの約 7 割が看護師、それに看護行為の一部ができるヘルスケアワーカー、「ビュートゾルフプラス」と呼ばれるチームではリハビリ職も含まれ、ほかのオランダの在宅ケア組織よりも教育水準が高いことも特徴の一つである。

各チームには管理者も事務職もおらず、階層もない。専門職に対する信頼に基づいて、専門職自らが考えた「地域ナースの専門性」と「一人一人のリーダーシップ」が発揮される組織とは、玉ねぎモデルに象徴される明確なミッションの共有を基盤として、各チームが利用者はもちろん、ナースの採用・教育、計画、財務、イノベーション、あらゆる連携・調整業務といったすべてのプロセスに裁量を持つセルフマネジメントチームである。

これを、バックオフィス（報酬の請求、労働契約、給与支払い等、ヘルプデスクとしても機能）とコーチ（チームからのリクエストを受け、担当チームを訪ねる等してチーム自らが解決策を見出すことを支援）がサポートする。

ナースらは入職時に自律型チームで働くスキルを学ぶため、「OIM トレーニング」と呼ばれる（問題やその背景にある原因の追究ではなく）解決策を引き出すことに焦点をあてた対話や意思決定に関する研修を受講することができる。これをもとにチームは定期的にミーティングを開き、利用者との対話の共有、ケアの振り返り、チーム運営にかかる議論や役割分担、その確認を行う。

継続的な学習は、利用者との対話、チームにおけるリフレクションに加えビュートゾルフウェブ（後述の 5）が基本となる。ケアの質の向上、教育、地域活動等については年間計画を立てて取り組むこととしており、チーム独自の「教育予算」をもち、その効果的な推進に役立てる。

4) 玉ねぎモデルに基づく統合ケア

ビュートゾルフでは、ケアマネジメントとケア・サポートの分業をせず、ケア・サポートの機能別分業もしない。あらゆる年齢・疾患・障がいの利用者に対して、玉ねぎモデル（前述の 2）のもとで「ケースマネジメント」「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」を柔軟に組み合わせ、全人的ケアを提供する。

各利用者に窓口となるパーソナルコーチ役を決め、利用者を中心にだいたい 5 人までの少人数でチームを成し、今後の方向性と目標、役割を共有することにより、タイムリーに一貫性あるケアを実現する。細切れの分業を廃することは、多くのスタッフの移動、情報共有や連携・調整のコスト削減にもつながる。

創業当初は、ほかの在宅ケア組織で働いていたベテランナースが大半であったが、近年は、病院やナーシングホーム等を辞めてくる者、また新卒を含め若いナースも増えており、各チームに職業経験や専門性、年齢等が異なる地域ナースが 10 人程度いる

ことで、日常的に学びあい、それぞれの強みを活かした「チームとしての」包括的支援が可能となっている。

「玉ねぎモデル」に基づくケアは、以下の6つの構成要素からなる。これらはバラバラであってはならず、利用者によって異なるバランスが要求される。

- ① ニーズアセスメントとケアプラン作成（オマハシステム…5）参照
- ② インフォーマル・ネットワークのマッピングと活性化（介護者の相談にも随時対応、家族やボランティアへのケアの研修や助言も）
- ③ フォーマル・ネットワークのマッピングと連携・調整
- ④ ケア・サポートの提供
- ⑤ 共感的・社会関係支援
- ⑥ セルフケアの支援

玉ねぎモデルの中心は自立支援であり、住民の健康意識の向上、地域におけるつながりの醸成と協働が欠かせない。そこで、近年は、地域の健康促進、クライアントの社会参加、ケア提供期間の短縮、再発予防等に向け、各チームの創意工夫で地域に根ざした様々な「予防プロジェクト」が展開されている。

こうした地域活動は、地域住民とともに地域の自立を高めることに加え、地域の事業者とも（個々の利用者の支援を通じた協働に加え）、玉ねぎモデルの考え方を共有する手がかりとなっている。

以下の写真はその一例である（地域のデイサービス利用者のお散歩支援は、次第に地域住民のボランティア参加により専門職がいなくても行われるお散歩クラブへと発展。できないことなくできることに光をあてるアイデアとしてあるチームが始めた歩行器レースは今やオリンピックスタジアムで全国大会を開催するまでに。地元ラジオ局で毎週番組をもつチームでは病気や障がいとともに暮らす知恵を伝える）。

お散歩クラブ



歩行器レース



ラジオ番組



5) ビュートゾルフウェブ：アカウントビリティとナレッジマネジメント

シンプルな組織でチームに最高の自律性を与えることに加え、ICT（ビュートゾルフウェブ）の活用によってナースを煩雑な事務から解放し、ミッションを共有する実践共同体としての一体感を生み出していることもビュートゾルフの今日の特徴である。ビュートゾルフは創業と同時に、ICT 開発を担う eCare という営利組織を立ち上げ、地域ナースたちの意見を繰り返し聞きながら、地域ナースのナレッジや創造性の発揮と創出が最も促されるものとして、ビュートゾルフウェブのアジャイル開発を行っている。

2008 年以降、スタッフ全員がいつでもどこからでもログインできるようになり、現在は全スタッフに iPad が支給されている。ビュートゾルフウェブの主な機能は次の通りである（図 2）

図 2 ビュートゾルフウェブの主な機能



- ① 業務管理：利用者情報、文書共有、従業員データ・勤務時間登録・シフト管理、バックオフィスとのコミュニケーション
- ② コミュニティ：ミッション・理念の共有、連帯感醸成、事例やイノベーション等を含むナースのナレッジの共有・議論、質疑応答
- ③ チームの生産性の「見える化」(チームコンパス)：各ナースの日々の記録等をもとに、自分のチームのケア提供状況とその特徴について、全チーム平均と比較可能なメーターやグラフで随時確認できる

- ④ ケアの品質管理と「見える化」(クライアントコンパス) : オマハシステム⁴⁶に基づきアセスメント・目標設定・ケアプラン作成・アウトカムのモニタリング

ビュートゾルフウェブは、約 9,000 人の地域ナースのナレッジマネジメントの”ba”であり、地域ナースが間接業務を効率化してケアに集中できるためのツールであり、自律型チームのケアの質と生産性に関する説明責任も担保している。

「オマハシステム」については、(ビュートゾルフとは別に) オマハシステムサポートという財団が設立され、オマハシステムのオランダ語訳やソースコード作成、ライセンスの維持管理を担うことにより、ビュートゾルフ以外の在宅ケア組織やシステムベンダーにおいても活用されるようになり、同財団が政府からの財政支援、研究機関と密接な連携のもと、患者属性ごとのアウトカムに関する分析や知見の蓄積がはかられている⁴⁷。

ビュートゾルフにおける「アカウントビリティ」の徹底が牽引する形で、在宅ケアのアウトカムが示されていった結果、地域ナースらは再びケア判定を自らの手に取り戻し、またビュートゾルフでは利用者宅で何を行っても 1 時間あたり定額払いを受けるに至った。

6) ビュートゾルフのアウトカム

ケアの質、できるだけ同じナースがやってくること、柔軟で迅速な対応、ナース同士・家庭医等との情報共有がしっかりしていること等から利用者満足度は例年最高水準で、患者団体や高齢者団体からも支持される。

小さなチームで自律的に働けること、強いチームスピリット、使いやすい ICT 等により地域ナースの満足度も高く、離職率は 5%程度にとどまる。

ビュートゾルフは、機能別分業を廃したトータルケア、間接費の低さ、労働生産性の高さ(フラットな組織、ICT の活用、小さなバックオフィス)、利用者あたりのケア提供時間・期間が短い(玉ねぎモデル、エビデンスに基づき不要なケアを提供しない)こと等により、他の在宅ケア組織の約半分のコストで利用者満足と従業員満足を実現しているといわれ、このモデルを広げることによるオランダのケアの持続可能性を高めることができると期待されている。

⁴⁶ 1970 年代に米国・オマハの訪問看護協会等が中心となって開発した全人的見地からみた地域看護活動の標準分類方式で、利用者のみならず、家族やコミュニティも視野に入れた看護診断(問題分類)→介入分類→アウトカム評定からなる体系。ビュートゾルフは何をどれだけ提供したかではなく、アウトカムに基づく支払いに関する議論を活発化させることも意識してよりよい品質管理の方法を模索、様々な方法を検討のうえ、国際標準、全人的であり、地域ナースの視点でみてケアマネジメントのサイクルの中で活用しやすいことを理由にオマハシステムを採用。

⁴⁷ 吉江悟「なぜいま、ケアの見える化が必要か」『訪問看護と介護』第 21 巻 4 号、2016 年 4 月

(2) 浦安市における ICT を活用した地域包括ケアシステム構築の事例

—浦安市医師会の地域医療介護連携「在宅クラウド浦安方式」—

メディカルアイ株式会社 代表取締役 山口典枝

浦安市医師会では、在宅医療に取り組む医師が中心となり、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所を巻き込んで、地域医療介護連携「在宅クラウド浦安方式」を 2 年前から推進している。その後訪問薬剤管理指導を積極的に行っていきたいと考える浦安市薬剤師会、さらには浦安市歯科医師会も参加、現在では市内の参加機関数は 50 組織、参加者は約 140 人を超える取組みとなっている。

1) 取組みの背景

浦安市の高齢化率は 15.5%と千葉県内で最も低く（2015 年 4 月 1 日現在）、全国的にみても有数の高齢化率が低い地域である。しかしながら、今後、高齢者人口の増加とともに高齢化率は進み、医療・介護の需要も増加することが見込まれる。

住民の住まいや生活の状況としては、持ち家率が高くまた、長年市に暮らす方が多い。このような環境下、浦安市医師会では、患者が最後まで住み慣れた自宅で過ごし、浦安市内で「生ききる」ことを支援することを目標に、ICT を活用した医療介護連携の取組みを 2014 年 3 月から開始した。

浦安市では、かつて全国に先駆けて主治医・副主治医制を導入、在宅療養患者を医師同士の連携により支えていこうと取組んだ経験がある。ただ当時は、まだインターネット環境が十分ではなく、タブレット端末やスマートフォン等もなかった時代であり、構築したのは FAX ベースの仕組みであり、結果としてこの取組みは根付くことはなかった。

2) プロジェクトの開始

高齢の患者は、診療所、病院、介護施設等複数の施設にかかっているが、情報は各施設で保存されているため情報共有が不十分となり、病病・病診連携、医療と介護の連携が十分にできていないのではないかと。このような問題意識から、2013 年冬頃から在宅医療の関係者、特に複数施設・複数職種の間をつないでいるケアマネジャーや訪問看護師を対象に行ったヒアリング内容とりまとめ、「浦安方式」の多職種連携の確立することを目指すこととなった。その手段として、ICT は医療情報の取扱いに関する各種ガイドラインに準拠したクラウド型のシステムを用いることを決定した。

現状高齢化率の低さにより問題が顕在化していないものの、在宅医療を行う医師は多くなく、都内の医師が往診している例もあることを医師会としては問題視し、今後在宅医療を行う医師、特に若手の医師を地域内で増やしていくために、「地域全体で在宅主治医を支援して、在宅医療のすそ野を広げるモデル」とすることを目標に置いた。

～キックオフより～

- 在宅医療の供給が不足する中、開業医個人のがんばりではなく、開業医間の連携および後方支援病院の積極的な支援により開業医が在宅医療に取り組める環境を整備することは重要
 - *ほかの地域も同様の状況であり、全国に提案できるものを構築していく
- 単なる受け入れに留まらず、受け入れ前のアセスメント機会を作ったり、入院時や救急搬送時のルールを作ったり、病院の負荷を増やさない仕組みを目指す
 - *後方支援病院の入院プログラムやデイサービスの活用を具体的に定義

目標を達成するために、「役割分担の再整理を行って連携しやすくする」とともに、医師を始めとした多忙な専門職の負荷が情報共有の開始によって過大とならないように、「各職種および患者・家族の負担を増やさない情報共有のあり方を定義」することとした。多くの地域で在宅多職種連携の取組みが既に開始されているが、在宅多職種連携にICTを導入したことにより効果よりも負担増が重くのしかかっているという例もよく聞くことから、浦安市医師会においては、業務負荷を増やさないように注意して取組みを推進した。

具体的には、コミュニケーションルールを定め、訪問記録を細かく書くのではなく「変化に着目」して最低限の記述に留めること、医師を中心としたチームでどういったやり取りが効果的かチームで「小ミーティングを行って議論すること」を推奨した。また、医師と看護師のみの連携が多くなりがちだったため、活躍の余地がある薬剤師に積極的に在宅多職種チームに入ってもらうとともに、誰がどの情報を取得するのか、役割分担を明確にすることを目標とした。

そのほか、会合等で出された「ルール」は次の通りである。

- 共有情報をぎりぎりまで絞り込み、既にある情報、現在の業務を活かして情報共有を行う
- 使われていない情報提供は、この機会になくす
- テンプレート化・標準化を進め、迷いなく簡単に情報入力できるようにシステムを設定する
- 誰かが一度聞いたら再度聞く必要がないように、基本情報は共同でメンテナンスする
- 利用中のシステムがあれば、二重入力の手間を取るのではなく CSV 等データ読込できないか検討する
- 現在行っている紙の記録は、先にクラウドに記録したものから加筆・印刷できないか検討する
- 既往、家族情報、生活情報、Living Will 等は、関係者全員で共有・共同で更新

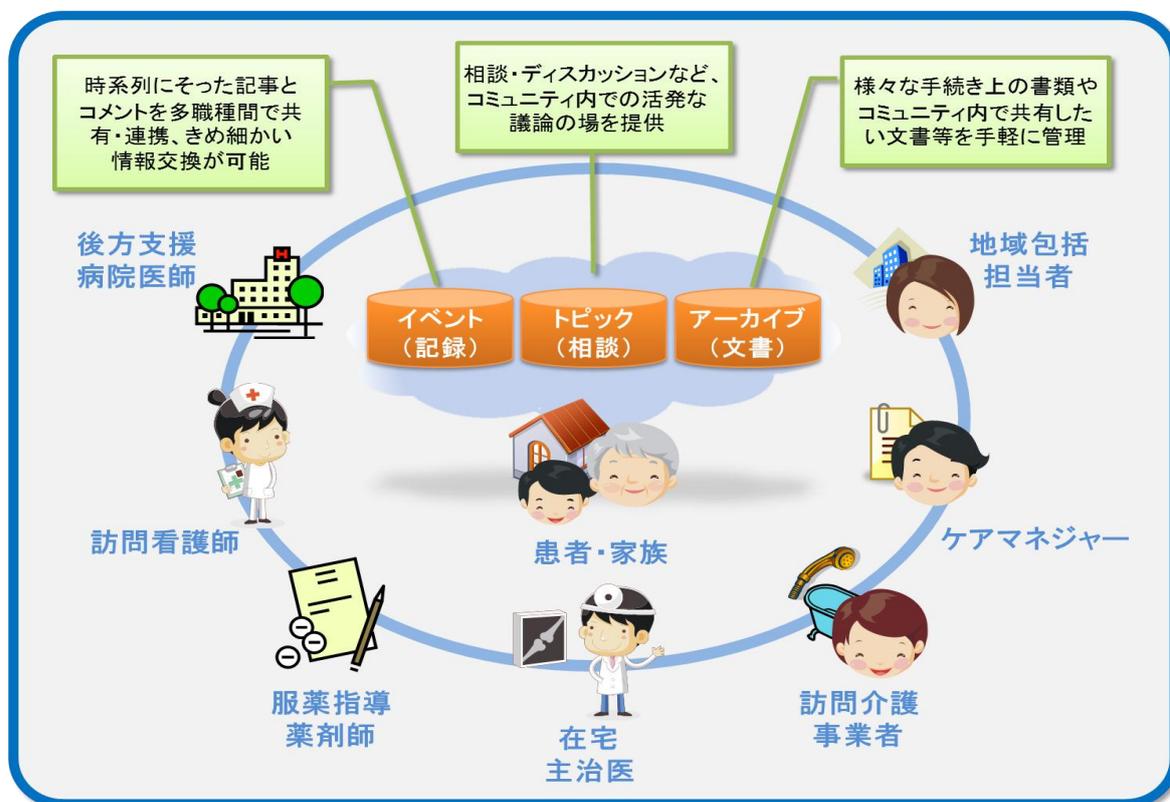
する

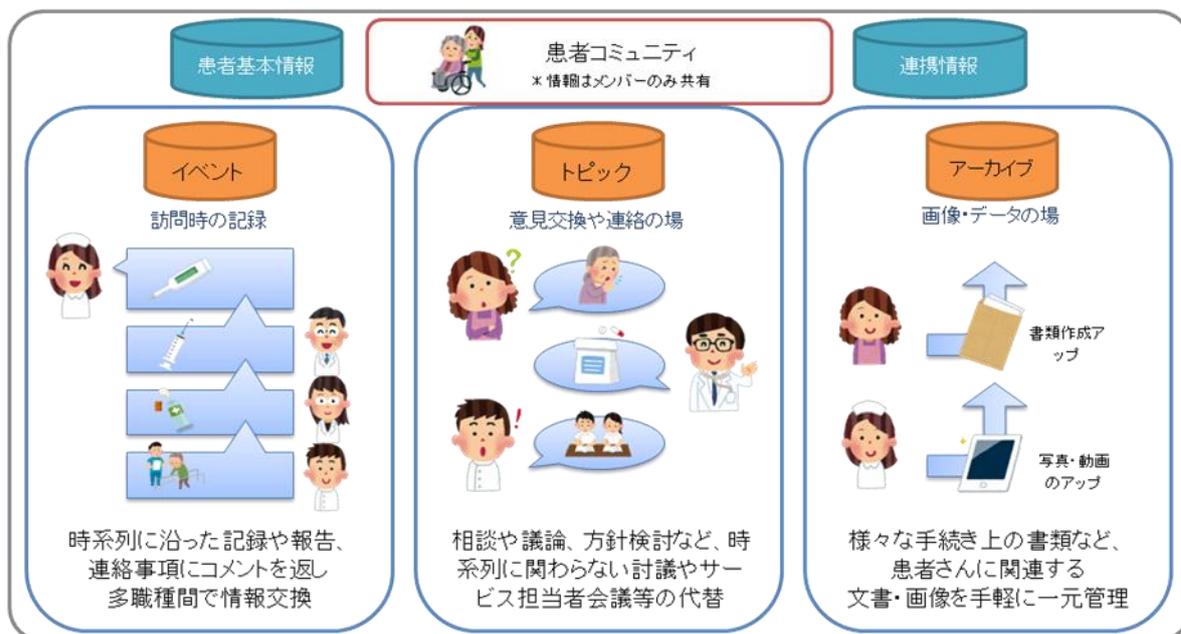
- あいさつ、郵送等の手間を地域全体でなくし、実務的に運用する

3) ICTの仕組みについて

情報共有の仕組みとしては、希望する患者個人（主治医が取組みを説明して、患者・家族から同意書を取得）に関する、クラウド上に統合された医療・介護等の「カルテ」を持つイメージで、クラウド型のシステムを導入した。浦安市は障がい者向けの対応が充実しているとの評価を得ているが、情報をファイルの形で一元化して、いつでも情報を取り出せるようにファイリングしている。そのイメージで、個人の健康・医療・介護に必要な情報を統合管理したうえで、最新情報がすぐにわかるようにした。また、クラウド型システムの運用にあたっては、電子カルテと同程度の各種ガイドラインに則ることと、個人の同意を得ることを前提とした。ただし、電子カルテ情報を直接開示するのではなく、本当に患者の在宅療養に必要な情報のみを関係者間で共有することとして、二重入力の手間や診療情報の開示というハードルの高さを軽減するよう利用法に配慮した。

ICTの機能としては、訪問記録、掲示板機能、文書管理機能の三つを主に利用した。地域内でゆるやかなルールを設けて運用を開始し、その後うまく活用できた例を勉強会等で共有することにより、ツール活用を推進していった。





初期導入費用（約 50 万円）および初年度の運用費用（年間 72 万円）は、浦安市医師会が費用を負担、2015 年度からは浦安市の助成を受けて利用者拡大に対応するとともに（ICT 利用料、セキュリティ対策費含め約 230 万円、事務局業務の外部委託費用が年約 300 万円）、保険薬局から調剤情報を共有情報に取り込める機能、診療情報提供書や訪問看護指示書を共有情報から簡便に作成できる支援機能、患者横断で現在自分に依頼されていること・自分が依頼していることの方が分かる機能等、ツールの機能の充実（合計約 200 万円）を図った。

4) 連携の成果

浦安市では、病院での役割分担が元々明確だったこともあり、後方支援病院と在宅主治医との連携の成果についてはすぐに成功事例を得られ、今回の大目標である「在宅医療に医師が取り組むハードルを低くすること」に貢献したと評価ができた。また、後方支援病院の MSW や看護師、薬剤師も連携に参加、入院前の状況をツールを通じて把握することにより、患者情報の取得時間の短縮化・確実化に本取組みが貢献するとの期待があり、成果が出つつある。

～事例①：後方支援病院との連携がスムーズに、すぐに患者を病院に～

患者 A さんは、複数の疾病を持つ虚弱高齢者。認知症の夫と同居。娘は近くに別居という状況で、在宅主治医の定期的に訪問診療を受けている。ある日訪問看護師の書き込みから容体の変化を知り、主治医は臨時で往診を行った。患者宅での診察後すぐに入院が必要と判断、その場で後方支援病院へ受け入れを依頼した。後方支援病院で

は、クラウド上の記録を読み、スムーズに受け入れが行えた。在宅主治医にとっては、すぐに患者を病院に送れ、後方支援病院に患者を送ってもよいのだと感ずることができた。また、都内で日中勤務している娘は、帰宅後に診療所と後方支援病院の連携について聞き、安心されたとのことである。

一人の在宅主治医と一つの訪問看護ステーションとの間のやりとりであれば、従来型の電話や FAX でも対応可能である。しかしながら、病状によってはより多くの多職種による多種多様なケアが必要となる。このようなケースにおいて、クラウド型のツールは大変有用であった。看護・介護担当者からは、医師に対する垣根が低くなった、相談しやすくなったとのコメントが寄せられ、医師からは、ツール導入前には細かくできなかったフォロー（説明や指導）が看護師やケアマネジャーに対してできるため、教育効果があるとの指摘もあった。

～事例② 複数のケアを必要とする患者さんの情報共有が容易に～

神経難病を患う患者 B さんのケースでは、一つの訪問看護ステーションでは対応できず、リハビリ担当を含む三つのステーションでケアを行っている。そのため、これまではチーム内の連絡にかかる業務負荷（すぐに全員に情報を伝えること、確実に内容を伝えること）が大きかった。本取組み開始後は、検査結果の共有を伝えたいなどの注意喚起や、容体の変化の共有、ケアマネジャーからの入退院情報の共有等、ツールに書き込めば関係者全員すぐに共有できるようになった。内容伝達の徹底も図れるようになり、一人の患者をとりまくケアをチーム全員で行うことができているとの実感を、チームメンバーが持つことができている。

「在宅クラウド浦安方式」では、患者や家族もこのシステムでの情報共有に参加し、希望や意見を述べる試みも行っており、安心して在宅療養ができるようにしている。高齢の場合には ICT ツールを使いこなすことは難しいが、今後団塊の世代が高齢化していく中では、高齢者も十分に ICT を使いこなすことができるだろう。患者自身あるいは家族が支援して、容体を知らせたり希望を多職種に伝える手段として、実際に本ツールは有用であった。

～事例③がん末期の患者さんがシステムに参加～

治療はもうできないと宣告された患者 C さん（50 歳代後半）は、住み慣れた自宅で余生を全うしたいと考え、在宅療養を開始した。浦安市医師会のクラウドシステムのことを聞き、ご本人が希望により参加された。ご自身もチームメンバーの一員として、連携外の病院に通院した際の病院主治医の所見や自身の容体を書き込んだり、最後には家族が代わりに書き込んで、往診前に容体の変化を知らせたりした。医師・訪問看

看護師・薬剤師・ケアマネジャー・本人家族のチーム全員で、最後まで患者に対するケアができた。多職種チームの中の誰が何をしているのか、チーム内でどのようなやり取りがされているのかすべて把握でき、患者本人の希望も伝えることができ、ご家族は本当に感謝されていた。まさに「生ききる」ことに取組みが役に立った事例であった。

24時間365日対応を行う在宅専門の医師ではなく、一般医師でも在宅診療に対応可能となり、当初からの目標である「地域全体で在宅主治医を支援して、在宅医療のすそ野を広げるモデル」として、浦安市内で拡大していくための道筋ができた。さらに今後は、ほかの地域でも取組めるような普遍化についても、検討していく予定である。

5) 今後の課題

利用者・利用職種が当初の想定以上に拡大する中で、医師会主体の取組みをどのように地域全体の取組みへと発展させていくかの検討が、最大の課題である。これまでのところ、医師会主導で看護・介護担当の多職種と現場からのボトムアップで仕組みを構築してきた。今後はこの取組みが浦安市の地域包括ケアシステムの中でどのような位置づけを占めていくのか、来年度も市からの助成が予定されている中で明らかにし、地域住民にどのように貢献していくのか、検討を継続していく必要がある。春からは地域包括支援センターの職員による情報閲覧も検討されており、今後は行政をも巻き込んで、住民（患者・家族）が必要とされるサービスすべてが統合された形で提供されるよう、取組みを発展させていく必要がある。

また、参加を開始したばかりの歯科医師会との連携、自動取込した調剤情報をどのようにチームで活かしていくかといった情報の利活用面での検討、認知症対策等の市が重点管理している課題により直接的に伝えていくにはどのように情報を共有・チームで対応していくとよいのかといった、個別テーマに対する検討も行っていく予定である。

【参 考 文 献】

- ・新井 光吉「アメリカの長期ケアと高齢者包括ケア・プログラム（PACE）—オンロックの活動を中心に—」『社会科学論集』第130号，2010年6月
- ・新井 光吉「アメリカの介護者支援—PACEによる地域包括ケア拡大の可能性—」『海外社会保障研究』No.184，2013年
- ・伊原 和人・天池 麻由美「マネジドケアと高齢者介護（その1）—普及するマネジドケア介護プログラム—」『The America Report』1999年9月3日
- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『アメリカ医療関連データ集【2013年版】』2014年
- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2013年版】』2014年
- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『地域包括ケアに関する指標の検討』2013年
- ・一般財団法人高齢者住宅財団監修『実践事例から読み解くサービス付き高齢者向け住宅—地域包括ケア時代の住まいとサービスを目指して—』中央法規出版，2013年
- ・一般社団法人シルバーサービス振興会『地域に密着した小規模多機能施設の効果的な展開方策に関する調査研究事業報告書』2006年
- ・一般社団法人24時間在宅ケア研究会『平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業 定期巡回・随時対応サービスの質の向上に関する調査研究』2014年
- ・江草 安彦『介護経営白書2013年度版』日本医療企画，2013年
- ・江草 安彦『介護経営白書2014—2015年版』日本医療企画，2014年
- ・大久保 繭音「Research Report 平成25年度 小規模多機能型居宅介護の経営状況について」独立行政法人福祉医療機構，2015年9月17日
- ・太田 秀樹・秋山 正子・板井 孝壱郎・大島 伸一『治す医療から、支える医療へ—超高齢社会に向けた在宅ケアの理論と実践—』図書出版木星舎，2012年
- ・河口 洋行「オンロック/PACEモデル（米国高齢者医療介護プログラム）の概要と課題—わが国介護保険への示唆—」『海外社会保障研究』No.135，2001年
- ・クルーム 洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』No.164，2008年
- ・公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団『小規模多機能型居宅介護の可能性と在宅医療 住み慣れた地域での在宅医療のあり方』2011年
- ・近藤 克則「オンロック/PACEモデルに見る保健・医療・福祉統合」『テキスト医療・福祉マネジメント』ミネルヴァ書房，2005年
- ・斉藤 弥生『認知症高齢者に対する小規模多機能ケアの効果を測る実証的研究』2009年
- ・財団法人介護労働安定センター『平成22年度介護労働実態調査特別調査 小規模多機能型居宅介護実態調査結果』2011年

- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域包括ケアの実現に向けた小規模多機能型居宅介護の質の確保・向上のための調査研究』2012 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金事業 小規模多機能型居宅介護における地域でのセーフティネット機能に関する調査研究』2012 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域密着型サービスの質の向上の取組に関する調査研究』2013 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域密着型サービスを活用した自治体の戦略に関する調査研究』2013 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金事業 小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究』2013 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金事業 運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究』2014 年
- ・全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会『平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金事業 小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究』2015 年
- ・高橋 誠一・大阪 純・志水 田鶴子・吉田 昌司『改正介護保険における「新しい地域支援事業」の生活支援コーディネーター〈地域支え合い推進員〉と協議体』全国コミュニティライフサポートセンター, 2015 年
- ・高橋 紘士・武藤 正樹『地域連携論－医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援－』オーム社, 2013 年
- ・高橋 紘士『地域包括ケアシステム』オーム社, 2013 年
- ・田中 滋『地域包括ケアサクセスガイドー地域力を高めて高齢者の在宅生活を支えるー』メディカ出版, 2014 年
- ・田中 滋・栃本 一三郎・日本介護経営学会『介護イノベーションー介護ビジネスをつくる、つなげる、創造するー』第一法規, 2011 年
- ・辻 哲夫『超高齢社会 第 3 弾日本のシナリオ』時評社, 2015 年
- ・筒井 孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略ーintegrated care の理論とその応用ー』中央法規出版, 2014 年
- ・東京大学高齢社会総合研究機構『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』東京大学出版会, 2014 年
- ・独立行政法人福祉医療機構『認知症高齢者グループホーム及び小規模多機能施設の実態調査について』2012 年

- ・独立行政法人福祉医療機構『認知症高齢者グループホーム及び小規模多機能施設の実態調査について』2010年
- ・新潟県福祉保健部高齢福祉保健課『小規模多機能型居宅介護事業所及び複合型サービスに関する実態調査』2013年
- ・西平 賢哉・西村 由美子「アメリカにおける長期介護をめぐる動向—PACEを中心に—」『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』Vol.3, 2007年
- ・日本社会事業大学『平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業 定期巡回・随時対応サービス・小規模多機能型居宅介護の地域の実情に応じたサービス・経営モデルの研究』2013年
- ・日本総合研究所『平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業 集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究』2013年
- ・日本総合研究所『平成25年度老人保健事業推進費等補助金事業 事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集』2014年
- ・八王子市『小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業所整備促進に向けた調査報告書』2014年
- ・堀田 聡子「JILPT Discussion Paper Series 12-07 オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—」独立行政法人労働政策研究・研修機構, 2012年7月
- ・堀田 聡子「オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—」『労働政策研究報告書』No.167, 2014年
- ・松原 由美「マネジドケア保険の実情とわが国の保険者機能のあり方」『健康保険』第57巻7号, 2003年7月
- ・松原 由美『これからの中小病院経営』医療文化社, 2004年
- ・松原 由美『介護事業と非営利組織の経営のあり方—利益と内部留保のあり方を中心に—』医療文化社, 2015年
- ・みずほ情報総研株式会社『平成24年度老人保健事業推進費等補助金事業 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究』2013年
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社『平成20年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～』2009年
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社『平成21年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域包括ケア研究会報告書』2010年
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社『平成23年度老人保健事業推進費等補助金事業 24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスのあり方に関する調査研究』2012年

- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金事業 地域の実情に応じた定期巡回・随時対応サービス・小規模多機能型居宅介護等の推進に関する調査研究』2013 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 25 年度調査） 集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究』2013 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金事業 <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点』2013 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金事業 <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究』2014 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金事業 定期巡回・随時対応サービス並びに小規模多機能型居宅介護の推進に向けたケアマネジメントの実態調査及び普及促進方策に関する調査研究』2014 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金事業 定期巡回・随時対応サービスにおける事業所間連携に関する調査研究』2015 年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社『平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金事業 複合型サービスにおける自己評価・外部評価のあり方に関する調査研究事業報告書』2015 年
- ・宮下 公美子『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』メディカ出版, 2015 年
- ・宮島 俊彦『地域包括ケアの展望ー超高齢化社会を生き抜くためにー』社会保険研究所, 2013 年
- ・明治安田生活福祉研究所『諸外国の医療・高齢者介護に関する制度比較調査報告書』内閣府, 2011 年
- ・吉松 泰子『「高齢者ケアプラン策定指針」（厚生科学研究所発行）及び「高齢者ケアプラン策定指針」要約版<現場で使える実践本>』株式会社誠心, 2011 年
- ・吉松 泰子『みとりびと。施設における“見取り”の介護』株式会社誠心, 2012 年
- ・若林 直樹『ネットワーク組織ー社会ネットワーク論からの新たな組織像ー』有斐閣, 2009 年
- ・A.J.E.de Veer, H.E.Brandt, F.G.Schellevis, A.L.Francke, *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd*, NIVEL, 2008
- ・CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, *Quick Facts about Programs of All-InclusiveCare for the Elderly (PACE)*, CMS Product No. 11341,

January 2011

- Buurtzorg en Transitieprogramma in de Langdurige Zorg, *maatschappelijke Business Case (mBC) Buurtzorg Nederland*, 2009
- Frederic Laloux, Ken Wilber, *Reinventing organizations : A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*, Nelson Parker, 2014
- Jennie Chin Hansen, Maureen Hewitt, *PACE Provides a Sense of Belonging for Elders*, Generations Number1 / Spring 2012, pp.37-43, 2012
- Healthcare & Life Sciences Institute, *Value walks : Successful habits for improving workforce motivation and productivity*, 2014
- Mukamel D.B, Temkin-Greener H, Delavan R, Peterson DR, Gross D, Kunitz S, Williams TF, *Team Performance and Risk-Adjusted Health Outcomes in the Program of All –Inclusive Care for the Elderly(PACE)*, The Gerontologist, Vol.46,No.2,pp.227-237, 2006
- shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL, *Discharge Planning from Hospital to Home(Review)*, The Cochrane Library 2010, Issue 1
- Maria M. Hofmarcher, Howard Oxley, Elena Rusticelli, *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*, OECD Health Working Papers 30, 2007
- Jos de Blok ほか『訪問看護と介護 2014年6月号』医学書院、2014年6月
- カレン・S・マーティン, ナンシー・J・シート著, 別所 遊子・斎藤 好子翻訳「オマハシステムによる地域看護ハンドブック」, 1997年

平成27年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)

**地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的な
サービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書**

委託先：株式会社明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

電話 03-3283-8303

FAX 03-3201-7837