

平成 28 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分)

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

平成 29 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

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

はじめに

検討会座長 慶應義塾大学 田中滋

介護保険制度財政の9割強は、社会連帯の仕組みである共助概念に基づく1号・2号保険料と、安定の基盤を守るための公助財源たる政府・自治体の一般会計からの公費財源によって賄われている。サービスを利用していない人も含む1号被保険者、さらに2号保険料については同じ保険者に属するわけでもない他地域の住民や、企業等の事業主を合わせた納税者の拠出の上に成り立っている介護保険サービス提供は、常に効果的・効率的な進化を目指さなければならない責任を負う。つまり、効果的・効率的な運営は、事業者と介護保険者に課せられた社会的使命と言える。

効果的・効率的なサービス提供を考える際は、介護保険サービスを成り立たせている4つの層を取り上げるかによって取り組み方が異なる。4つの層は以下のように表せる。

- ①「個々の利用者」と「個々の介護・医療・福祉従事者（チーム）」の関係 = 「ケア論」
- ②サービス事業所の管理
- ③サービス事業者（法人）の経営
- ④介護政策・医療政策 <本報告の対象外なのでここでは取り上げない>

第1層と2層については、ある程度までとはいえ、個別ケースを通貫する共通の効率化手段、有効な手段等を模索する検討が可能である。

それに対し、第3層の経営は、一般に唯一無二の正解は存在せず、個々の事業者（法人）のミッション・沿革・競争環境・組織内外の資源の量と質等々によって、とりうる戦略代替案の束は異なりうる。さらに事業経営者は、採択すべきではない選択肢を除いた後でも、可能な戦略案の束の中から自組織の理念をも踏まえ、整合性のとれたプラン（およびそのサブシステムの構成）を一つだけ選び、その実施過程を計画・運営しなくてはならない。これこそが経営者固有の責務なのである。

主に第3層（法人経営）レベルで効果的・効率的な仕組みを目指す事業者を調査した本報告書では、上に記した見方に基づき、無理に一般解を求めるのではなく、委員同士および事務局によって繰り返し行われた討議を通じて、一定程度合意が得られた内容を個別調査事例ごとに提示する形式とした（なお実際の経営者がどのように判断し、選択し、実行してきたかに関しては、われわれ委員が外から検討しただけでは捉えきれないと自覚している）。個別事例ごとの経営判断とその成果に対する評価である以上、強調した特徴や長所、学ぶべき事柄は事例により違っている。

本報告は、事務局の努力により短時間で効率的に行われた調査の記述に基づく、介護経営をめぐる知的シミュレーションの成果と受け取っていただきたい。

－ 目 次 －

はじめに

<調査研究の概要>

- | | |
|---------------|---|
| 1. 調査研究の背景と目的 | 1 |
| 2. 調査研究の方法 | 2 |
| 3. 事例の概要 | 5 |

<個別事例分析> 12

- | | |
|--|----|
| 4-1. 社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部
【複数法人の本部機能の独立・法人化】 | 12 |
| 4-2. 社会福祉法人 京都老人福祉協会
【分野を超えた事業間連携】 | 23 |
| 4-3. 社会福祉法人 同和園
【特養機能を活かした事業開発 及び 大規模施設の法人マネジメント】 | 31 |
| 4-4. チーム敬絆(医療法人敬絆会/NPO法人木もれび/NPO法人いっぷく/NPO法人ユナイテッド・ケア)
【事業移管による経営統合】 | 44 |
| 4-5. チーム三茶(世田谷区内の 11 事業所が参加)
【在宅ケア連携パスを用いた事業所間連携】 | 55 |
| 4-6. よどまちステーション(よどきり医療と介護のまちづくり株式会社/株式会社やさしい手)
【まちなか小規模拠点における看護・介護連携】 | 64 |
| 4-7. 星総合病院グループ
【病院グループにおける中長期を展望した取り組み】 | 73 |

1. 調査研究の背景と目的

地域包括ケアシステムの構築に向け多様な取り組みが進められている中、真に地域包括ケアシステムが機能するためには、介護保険サービスの量的な充足のみならず、高齢者本人を中心に、日常生活圏域において必要な支援・機能が統合的・一体的に確保・提供できる環境整備が重要と認識されてきた。

一部の先行研究においては、オランダの在宅ケア組織 BUURTZORG 等の先進事例をもとに、住み慣れた地域・住まいでの暮らしの継続や QOL・QOD の確保・向上のために必要な多様な機能や、多職種による支援を、統合的・一体的に提供するための組織やチーム、マネジメントのあり方等が検討されつつある。しかし、地域包括ケアシステムの構築が進んだ際に、サービス提供体制やマネジメントをどのように変えていくべきかについて、社会全体において具体的なイメージが共有されているとは言えない状況にある。

そこで、本研究事業では、わが国における統合的・一体的にサービス提供を行っている事業者（先行事例）のケーススタディを通じて、これからの地域包括ケア時代にふさわしいマネジメントのあり方を検討する多くの事業者にとって参考となり得る取り組みを示すことを目的とする。

2. 調査研究の方法

1) 検討会の設置・開催

調査研究の実施にあたっては、介護分野に精通した学識経験者のほか、在宅介護・在宅医療の事業に関わる経営者の代表等、有識者6名で構成される検討会を設置し、全5回の議論を踏まえて調査設計や分析、報告書のとりまとめ等を行った。

地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の連携・統合のあり方に関する検討会 委員名簿

(50音順)

座長	香取 幹	株式会社やさしい手 代表取締役社長
	田中 滋	慶應義塾大学 名誉教授
	服部 真治	一般社団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員
	堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院 教授
	武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会 理事長
	山田 尋志	リガーレ暮らしの架け橋グループ本部 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	課長補佐 石井 義恭
	企画法令係 矢野 修司
	企画調整係 赤尾 政則

<開催実績>

回	実施日時	アジェンダ
第1回	8月2日(火) 17:30～19:30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 調査研究の目的・内容(認識の共有) ○ 事例調査対象の選定のためのディスカッション ○ 事例調査の視点・把握すべき事項に関するディスカッション
第2回	9月28日(水) 10:00～12:00	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事例調査(前半4事例)のご報告 ○ 事例をもとにした効果的・効率的なサービス提供体制のあり方に関するディスカッション ○ 事例調査(後半)の進め方(再検討)
第3回	12月12日(月) 15:00～17:00	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事例調査(後半3事例)のご報告 ○ 事例をもとにした効果的・効率的なサービス提供体制のあり方に関するディスカッション
第4回	2月13日(月) 9:30～11:30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 望ましい統合・連携のあり方(ディスカッション) ○ 望ましい統合・連携の推進のために必要な施策(ディスカッション)
第5回	3月14日(火) 18:00～20:00	<ul style="list-style-type: none"> ○ 報告書のとりまとめについて

2)事例調査

検討会委員からの推薦及び議論に基づき、法人種別や統合・連携のタイプの異なる7つの事例を選定し、訪問インタビューを通じて、ケーススタディ(事例調査・分析)を実施した。

図表 統合・連携の取り組み事例 一覧

類型	事例	概要	頁
社会福祉法人による取り組み	1 社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部	【複数法人の本部機能の独立・法人化】 ・複数の社会福祉法人が共同して本部機能(採用・研修、人事・総務、地域展開支援等)を独立・法人化した事例	12
	2 社会福祉法人 京都老人福祉協会	【分野を超えた事業間連携】 ・介護・子育て支援・障害者就労支援等、分野を超えた複合的な機能整備による事業間連携の事例	23
	3 社会福祉法人 同和園	【特養機能を活かした事業開発 及び 大規模施設の法人マネジメント】 ・「新結合」による特養機能を活かした事業開発の事例 ・大規模施設を中心とする法人におけるマネジメント(理念浸透、情報共有、労務管理)に関する取り組み事例	31
複数の法人種別が 関与している取り組み	4 チーム敬絆	【事業移管による経営統合】 ・複数のNPO法人・医療法人間での事業、職員、利用者の移管による経営統合の事例	44
	5 チーム三茶	【在宅ケア連携パスを用いた事業所間連携】 ・法人・事業所を超えた在宅ケア連携パス、コーチングを用いた事業所間連携の事例	55
病院母体の法人による 取り組み事例	6 よどまちステーション (よどき医療と介護の まちづくり株式会社、 株式会社やさしい手)	【まちなか小規模拠点における看護・介護連携】 ・病院から独立して設置されたまちなかの小規模在宅ケア拠点における看護・介護の連携事例	64
	7 星総合病院グループ	【病院グループにおける中長期を展望した取り組み】 ・地域の中核を担う急性期病院グループにおける、中長期を展望した取り組み事例	73

図表 主なインタビュー項目

<p>1. 基礎的情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 統合・連携に関わる主な法人・組織とその概要 ・ 提供サービスの状況 ・ サービス提供対象としている圏域とその圏域における位置づけ(シェア 等) ・ 主な利用者像 <p>2. 統合・連携に向けた取り組みの概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアの方針、理念・ビジョン等の共有を円滑にするための仕組み ・ 提供サービスの詳細(サービス利用の入り口とケアのつながり) ・ 法人・組織、各専門職が果たしている機能と役割分担 ・ 法人・組織間の連携・統合をもたらす仕掛け(例えば協定、役員等の共通化 等) ・ チーム・マネジメントや情報共有を支える仕組み(情報共有の仕組み、情報システム等) <p>3. 統合・連携の成果／課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 統合・連携により「効果的・効率的」になった点 ・ 収支上(あるいは財政上)の成果 ・ 課題となっている点、もしくは、統合・連携の阻害要素
--

3) 報告書のとりまとめ

ケーススタディの内容及び検討会での議論を踏まえ、本報告書としてとりまとめた。

事例調査において、法人種別や統合・連携のタイプの異なる、多様性に富んだ事例を収集できたことから、今後の法人経営や事業展開の方向性を検討している事業者にとって参考となるよう、本報告書では、各事例の取り組み経緯や内容等に関する詳細なケーススタディを中心にとりまとめることとした。その際、事例ごとに、検討会等で議論された内容を併せて掲載する形とした。

3. 事例の概要

【事例1】社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 【複数法人の本部機能の独立・法人化】

1. 社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 (1/2)

(1) 取り組みの概要

取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 端山園、北桑会、緑寿会の3社会福祉法人は、地域包括ケアの構築にあたって、社会福祉法人こそが地域展開を図り、推進役になるべきと考えていた。 ● しかし、中小規模の法人では、地域展開を牽引できる人材の確保が困難で、実績・ノウハウも不足していた。 ● そこで、複数の法人が共同で仕組みを構築することをめざし、グループ化の検討を始めた。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 7つの社会福祉法人の共有本部機能として、独立した機関「リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部」を設立。「介護サービスの質の標準化」、「介護等人材の確保・育成」、「地域展開に必要な機能とノウハウの集積(経営管理機能の強化)」のための取り組みに着手。 ● 第1ステージ(2012~14年)は「介護サービスの質の標準化」、第2ステージ(2015~16年)は「介護等人材の確保・育成」のための取り組みを推進。今後、経営管理機能の強化(総務機能等の一元化)に着手予定。
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● 本部機能を共有化することにより、効率的に以下の取り組みを実施。 <ol style="list-style-type: none"> ① スーパーバイザー(SV)による巡回訪問と研修強化による質の向上 ② 人材の確保・採用(グループとして就職フェアに参加 等) ③ 本部支援により、グループ法人による地域密着型事業所開設を実現 ● 成功のポイントは、以下の3点。 <ol style="list-style-type: none"> ① 同規模の法人でグループ化を進めたこと ② 研修・人材育成、給与体系・キャリアパス、地域展開支援等の間接機能を共有化したこと ③ 現場職員が価値(意義)を感じやすい取組から着手していること

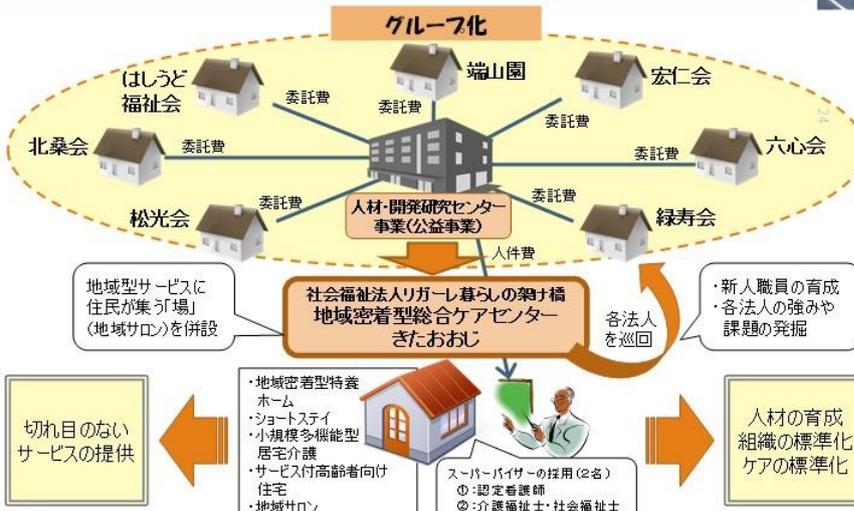
1. 社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 (2/2)

(2) 取り組み内容

- 社会福祉法人リガーレ 暮らしの架け橋グループ本部は、7つの社会福祉法人の共有本部機能として設置された。
- リガーレの機能は、地域密着型総合ケアセンター「きたおおじ」(運営部門)と、「人材・開発研究センター」(開発部門)で構成される。
- グループ傘下の各法人が負担する「委託費」で「人材・開発研究センター」の専任スーパーバイザー(SV)2名の人件費が賄われている。



- 地域密着型総合ケアセンター「きたおおじ」**
- 特別介護老人ホーム(29名)
 - 短期入所(10名)
 - 小規模多機能(25名)
 - サービス付き高齢者向け住宅(6戸)
 - 地域交流サロン



【事例2】社会福祉法人 京都老人福祉協会 【分野を超えた事業間連携】

2. 社会福祉法人 京都老人福祉協会 (1/2)

(1) 取り組みの概要

<p>取り組みの 背景・目的</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 身近な地域でサービスが受けられる環境・体制づくりや、地域に根づいた小規模な拠点整備を重視する政策的な考え方や、現場における本人だけでなく「家族」を意識・理解したサービス提供の重要性の高まりを捉えて、まちなかにある民家を活用した小規模で、介護・子育て・障害等の分野を超えた多機能な拠点を整備していくという方向性を打ち出した。
<p>取り組み内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● まちなかで民家等を活用した、小規模で、介護・障害・子育て等の分野を超えた機能を持つ複合拠点を整備。 ● 障害者就労支援事業A就労の場として、介護事業等との連携により、特別養護老人ホーム等のバックヤード業務を受託。
<p>取り組み成果等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● まちなかにある民家等を改修・利用しているため、地域に溶け込んだ親しみやすい雰囲気づくりに成功しており、高齢者、子ども、その家族という多様な世代が自然に集う場となっている。 ● 障害者就労支援事業と介護事業の連携では、就労支援事業としての報酬(収入)を得つつ、以下のような合理化に成功している。 <ol style="list-style-type: none"> ① 障害者に対し多様な就労の場・機会を提供し、仕事を選べる環境をつくること ② 介護職員にとって負担となる間接業務(ノンコア業務)の委託化による効率化 ③ 障害者雇用の機会を創出し、地域に貢献

2. 社会福祉法人 京都老人福祉協会 (2/2)

(2) 取り組み内容

- 介護・障害・子育て等の分野を超えた機能を持つまちなかの小規模な複合拠点では、「家族」「世代」を意識したサービス提供を実現。
- 同時に、事業間で建物・設備と人材を“兼用”することにより、業務の効率化が図られている。
(シナジー効果の事例)



「板橋の町家ほっこり」
(2006年6月開設)

- 小規模多機能型居宅介護(25名)
- 認知症対応型通所介護(10名)
- サービス付き高齢者向け住宅(20戸)
- 和喫茶さくら



「稲荷の家ほっこり」
(2007年5月開設)

- 小規模多機能型居宅介護(25名)
- 地域子育て支援拠点事業

機能複合化による建物・設備、人材の「兼用」

- 法人本部のある特別養護老人ホーム等施設では、障害者就労支援事業Aを実施しており、その就労の場として、介護事業等との連携が行われている。
- 特別養護老人ホーム等のバックヤード業務を就労支援事業で受託することによって、介護職員のノンコア業務の負担軽減と、就労支援による報酬獲得、地域への貢献の3つを同時に果たしている。

特別養護老人ホーム
養護老人ホーム
本部 等

介護職員のノンコア業務の負担軽減
(外部流出するはずのコストを内製化)

- バックヤード業務をアウトソース
- ・ リネン等クリーニング
 - ・ 洗車
 - ・ 接客(お茶し)
 - ・ 草むしり 等

就労支援事業A

就労支援事業としての報酬が収入となる

地域への貢献
・ 適切な水準の給料での障害者雇用の創出

- ・ 障害者の雇用
- ・ 就労訓練
- ・ 業務の分担・シフトの管理

【事例3】社会福祉法人 同和園 【特養機能を活かした事業開発 及び 大規模施設の法人マネジメント】

3. 社会福祉法人 同和園 (1/2)

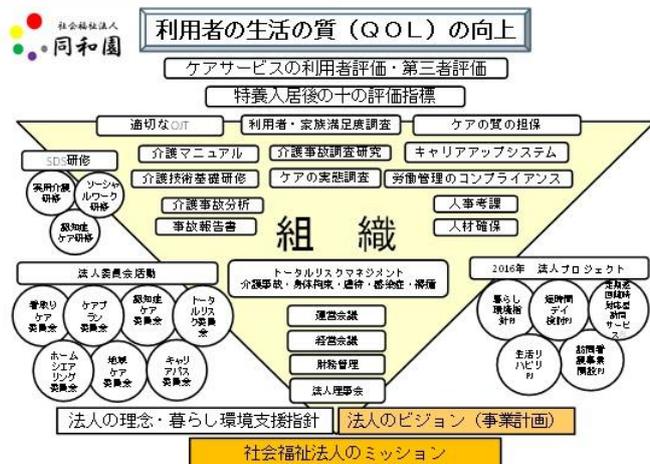
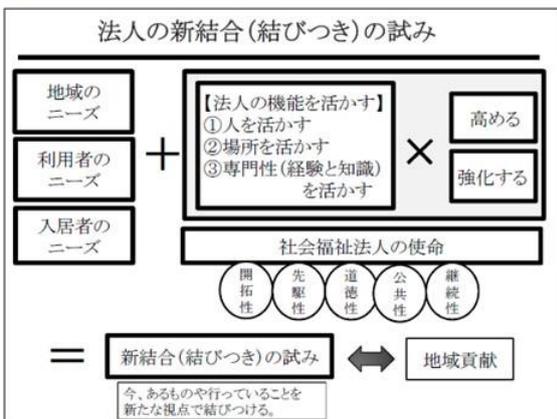
(1) 取り組みの概要

取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 同和園は、90年超にわたり地域の福祉を担ってきた法人で、大規模特別養護老人ホームを中心に、在宅介護、介護予防、障害者支援、子育て支援等多様なサービスを提供している。 ● 介護保険制度が施行された2000年に「同和園施設ケア改革宣言」を発し、「その人らしい生活」を大切に生活ユニットケアへの転換・改革に取り組んできた。 ● 2010年から新たな改革フェーズ(第2幕)として、特別養護老人ホームの持つ「24時間」「大規模」「多機能」な特徴を活かし、施設における重度化対応と地域への展開に着手。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別養護老人ホームをはじめ、地域・利用者・入居者のニーズと、法人内資源(施設・設備や人材)・専門性を結びつけて、これまで提供していない新しいサービスを生み出そうという「新結合」(新規事業の開発)の取り組みを展開。 ● 同時に、大規模特別養護老人ホームにおけるマネジメント面でも様々な工夫を実施。
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● 組織横断的な取り組みを展開することにより、同一利用者に対する付加価値サービスの提供が実現され、職員の意識・モチベーションの向上にもつながっている。 ● 同時に、マネジメントの工夫により、職員への理念の浸透、即時性ある情報共有、腰痛に起因する離職・休職ゼロ等の成果が見られている。 ● 成功のポイントは、いずれの取り組みでも、職員が主体的に参加する仕組みを取り入れている点にある。

3. 社会福祉法人 同和園 (2/2)

(2) 取り組み内容

- ニーズに応じて法人内の機能・資源を再編する「新結合」の取り組みを通じて、「半日型デイサービス」「井戸端ステーション」「地域リハビリテーション」等を事業化。
- マネジメント面の工夫
 - ・ 職員参加型による中長期ビジョン・事業計画・ケア指針づくり
 - ・ インカム無線を活用した即時性ある情報共有
 - ・ 腰痛に着目した職員の健康づくり支援と労務管理
 - ・ ボトムアップ(逆ピラミッド型)組織体制づくり 等



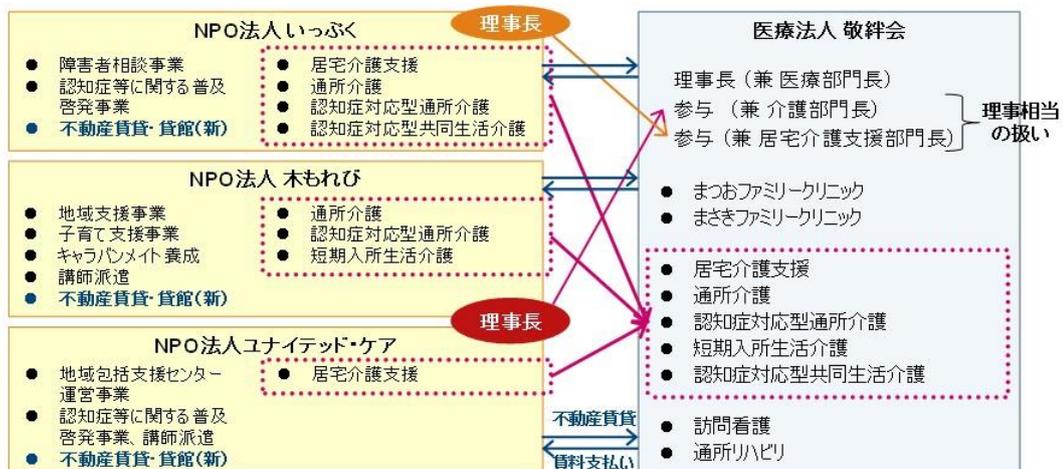
〔事例4〕 チーム敬絆 【事業移管による経営統合】

4. チーム敬絆(医療法人敬絆会/NPO法人木もれび/NPO法人いっぶく/NPO法人ユナイテッド・ケア) (1/2)
 (1) 取り組みの概要

取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前から顔見知りで、めざしている方向性が近いと考えていた小規模なNPO法人、医療法人の代表者たちが、「連携」や「協働」レベルでできることには限界があると感じ、法人の持つ資源を集約し有効活用できるようにするため、「経営統合」をめざした。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人形態の異なる組織を経営統合(合併)する制度はないが、NPO法人が行っている在宅介護事業と職員、利用者(顧客)を医療法人に移管する形で、実質的な経営統合を実現。
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● 実質的な経営統合により、以下のような成果が得られた。 <ol style="list-style-type: none"> ① 人材の確保・配置が容易になった ② バックオフィス業務等のコストの合理化が図られた ③ 資産の有効活用が図れるようになった ④ 新しい事業への挑戦・投資が行いやすくなった ● 以下のような点が、成功のポイントとなっている。 <ol style="list-style-type: none"> ① めざす方向性を名文化して共有したこと ② 各法人の実績や特徴・思いを尊重し、対等となるように配慮されたこと ③ 現場職員が価値(意義)を感じやすい取組から着手していること

4. チーム敬絆(医療法人敬絆会/NPO法人木もれび/NPO法人いっぶく/NPO法人ユナイテッド・ケア) (2/2)
 (2) 取り組み内容

- 2015年10月、4法人の代表が「統合合意書」を締結し、具体的な検討・調整を開始。
- 執行体制：統合前の医療法人の理事長を、新法人理事長に、NPO法人理事長を参与として理事相当の待遇・権限とした。
- 運営体制：医療部門、介護部門、本部機能の3つに再編。本部機能を現場から独立させ、専任スタッフを配置。
- 財務面：各部門、事業所の責任・役割を明確化、それぞれが独立採算で運営することを基本とした。
- 各種規定(決済規定、稟議規定、就業関連規則・給与体系・等級制度等)を統一化



【事例5】チーム三茶【在宅ケア連携パスを用いた事業所間連携】

5. チーム三茶（世田谷区内の11事業所が参加）(1/2)

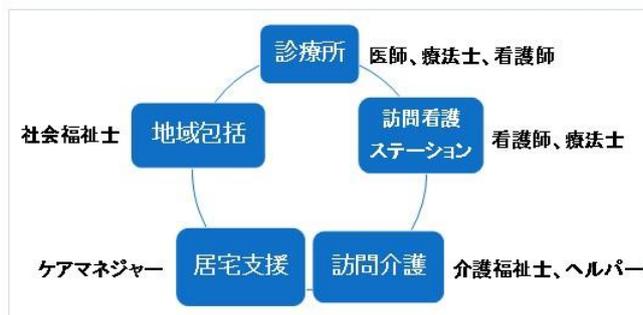
(1) 取り組みの概要

取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般財団法人オレンジクロスが主催する「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」（2015年3月～2016年3月）への参加が契機となった。 ● リハビリを専門とする医師や専門職は、訪問リハビリ・看護の利用者のうち1/3程度は、能力の回復という目標を達成すれば訪問リハビリ・看護を「修了」とできると考えていたが、サービス提供を止めることに対し、利用者、家族だけでなく、ケアマネジャーや介護職等も不安を感じると知り、訪問リハビリ・看護の「修了」を織り込んだケアの流れを確立する必要性を感じていた。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● プロジェクト初年度前半の成果が、事例検討を通じた他職種の理解に留まった反省から、計画を見直し、大腿部頸部骨折の在宅ケア連携パスの作成、コーチング研修に組み込むこととした。
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● 大腿部頸部骨折に関する在宅ケア連携パスの形で、退院が決まってからケアの準備～開始～リハビリ・看護・介護のサービス提供開始～リハビリ・看護の「修了」までのケアの流れと、各専門職の役割が明確化され、ケアの標準化が図られた。 ● また、パス作成のための協議を通じて、参加したメンバー間で用語の統一化や各職種に対する理解等が進んだ。 ● 以下のような点が、成功のポイントとなっている。 <ol style="list-style-type: none"> ① 定期的に時間をとって、十分な協議を重ねたこと ② 実践的に価値を出しやすい(意義を感じやすい)取り組みから着手したこと ③ 取り組みの意義や成果を確認し合いながら進めていること

5. チーム三茶（世田谷区内の11事業所が参加）(2/2)

(2) 取り組み内容

- 「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」への参加を契機に、世田谷区で在宅向けのリハビリ・看護・介護に関するサービス提供を行っている10法人・11事業所から、法人・事業所や職種を超えて集まった有志専門職でチームを結成。
- 在宅復帰時のリハビリケースとして多く見られる「大腿部頸部骨折」を採り挙げ、在宅ケア連携パスの作成に着手。月2回の定例ミーティングを通じて、ケアの時間経過に沿って各専門職が行う業務を整理していった。
- 本人を中心として傍らに寄り添ったケアを実現するためのコミュニケーションを学ぶため、チームでコーチング研修を受講。



【事例6】よどまちステーション【まちなか小規模拠点における看護・介護連携】

6. よどまちステーション（よどきり医療と介護のまちづくり株式会社／株式会社やさしい手）（1/2）

(1) 取り組みの概要

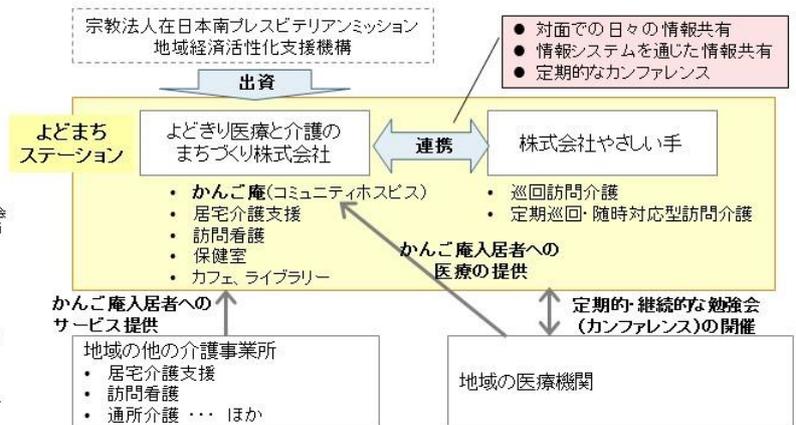
取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院で働く看護師が、退院時の地域の受け皿の必要性を感じたこと、病気になる前から、地域に出て、予防や健康づくりに関わるまちの「保健室」的な機能が必要だと感じたことが発端。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 2016年4月、母体法人が運営する淀川キリスト教病院から、在宅向けの看護・介護機能を独立させ、「よどまちステーション」を設置。 ● よどきり医療と介護のまちづくり株式会社と株式会社やさしい手2社による共同運営を実現。
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● 「かんご庵」入居者にとって必要なサービスメニュー（住宅、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護）が同一の拠点にコンパクトに集約・整備され、ワンストップでサービスが受けやすい環境を実現。 ● 成功のポイントは、以下の3点。 <ol style="list-style-type: none"> ① 「協定」によるゴール（「理念」「目的」）、連携・協力の必要性、それぞれの役割分担の明文化・共有したこと ② 顔の見える関係を活かした高密度な情報共有の仕組み ③ 連携による成功体験が、連携を加速化・深化させるドライブとして機能

6. よどまちステーション（よどきり医療と介護のまちづくり株式会社／株式会社やさしい手）（2/2）

(2) 取り組み内容



- よどきり医療と介護のまちづくり株式会社は、宗教法人在日本南プレスビテリアンミッションと地域経済活性化支援機構が2015年に設立した会社で、よどまちステーションの機能のうち、かんご庵(ホスピス型賃貸住宅)、居宅介護支援、訪問看護等の運営を担う。
- 株式会社やさしい手は、かんご庵入居者のほか、近隣に住む在宅要介護者に巡回型で訪問介護を提供。
- よどまちステーションの立ち上げならびに共同運営を行うにあたり、両法人間で「包括業務提携契約」ならびに「合意書」を締結。



〔事例7〕 星総合病院グループ 【病院グループにおける中長期を展望した取り組み】

7. 星総合病院グループ (1/2)

(1) 取り組みの概要

取り組みの 背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 郡山市の人口が減少に転じたことや東日本大震災時の被災経験から、経営トップが、地域の人口や活力が維持されなければ、病院の存続も難しいとの強い危機意識を持つようになった。
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院医療を機軸に、退院後のリハビリ・看護等、連続性の高いサービスはグループ法人内に積極整備、生活・予防等のサービスは地域の他法人との連携で確保。看護を中心に、地域の人材育成にも多様な形で貢献 ● 地域の将来を展望した農業×まちづくり(日本版CCRC(生涯活躍のまち))の取り組みも展開
取り組み成果等	<ul style="list-style-type: none"> ● グループ内では、事業に応じて3種類の法人格(公益財団法人、社会福祉法人、NPO法人)を使い分けながら、経営層・現場トップ層の人事交流や会議等を通じて理念・方向性や経営情報の共有化が図られている。 ● 法人の強みである看護をキーとして、急性期から在宅までの人材の育成・スキルアップを推進しており、星総合病院が地域の人材養成拠点となっている。 ● 経営トップが示す地域の将来を展望したビジョンの下に、「まちづくり」の観点から人材を結集し、地域を考えた新しい取り組みを生み出し続けている。

7. 星総合病院グループ (2/2)

(2) 取り組み内容

- 星総合病院グループは、公益財団法人、社会福祉法人、NPO法人の3つの法人で構成される。それぞれ独立性を尊重した運営を行いつつ、経営層(理事等)や現場トップ層(事務長、看護師長等)の人事交流や定例会議を通じて、理念・方向性の共有が図られている。
- 医療政策における平均在院日数の短縮化への対応として、安心して早期退院できる状況をつくるため、訪問看護・訪問リハビリを、病院と同じ公益財団法人の事業として位置づけ、積極的に取り組んでいる。一方、訪問介護等は地域の事業者との連携により確保する形としている。
- ポラリス保健看護学院で看護師を養成しつつ、病院、訪問看護事業、看護学院教員等の職場をローテーションしながらスキルアップを図れる仕組みを構築。
- 中長期的に病院・法人を維持するためには、地域の人口の維持・確保を図る必要があり、その際のキーワードが安全・安心、食と捉え、農業×まちづくり(日本版CCRC(生涯活躍のまち))の取り組みを展開。
- 地域の元気なシニア等に対し農業等の雇用機会を創出しつつ、そこで採れた農作物を活用し、以下のような取り組みにつなげている。
 - ・ レストラン形式で地域の人たちに提供
 - ・ グループの病院・施設の給食等の食材として購入
 - ・ 地元生産者との協働による、栄養価が高く安全性の高い農産物の開発、メニュー開発等

< 星総合病院 >



< ポラリス保健看護学院 >



<個別事例分析>

4-1. 社会福祉法人 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 【複数法人の本部機能の独立・法人化】

1) 基本情報



展開エリア	7法人中5法人は京都府、1法人が滋賀県、1法人が青森県
関連する法人 (法人設立年月)	社会福祉法人 端山園 (京都府) 社会福祉法人 北桑会 (京都府) 社会福祉法人 緑寿会 (京都府) 社会福祉法人 松光会 (京都府) 社会福祉法人 はしうど福祉会 (京都府) 社会福祉法人 六心会 (滋賀県) 社会福祉法人 宏仁会 (青森県)
取り組みの中心となる 拠点施設・機能	リガーレ グループ本部 社会福祉法人 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 (京都市北区紫野大徳寺町, 2012年8月) <7法人の本部機能> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービスの質の標準化 ・ 介護等人材の確保・育成 ・ 地域展開に必要な機能とノウハウの集約化(経営管理機能の強化) <地域密着型サービス拠点「きたおおじ」> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型特別養護老人ホーム (定員 29名) ・ ショートステイ (定員 10名) ・ 小規模多機能型居宅介護 (登録 29名) ・ サービス付高齢者向け住宅 (6室) ・ 地域交流サロン

2) 社会福祉法人グループ「リガーレ」本部における統合・連携のための取り組みの概要

地域包括ケア構築に向け、地域資源を包括的にコーディネートできる人材を育成・配置する必要性の高まりから、複数の社会福祉法人によって本部機能を共同設置したものが「リガーレ 暮らしの架け橋」である。

リガーレでは、京都府を中心に主要活動地域が異なる7つの社会福祉法人が協議会を設置する形で合意形成を図り、共有本部機能を持つ独立的な機関として「きたおおじ」を設置した。この本部を中心として、グループ法人間で、介護サービスの質の標準化、介護等人材の確保・育成、地域展開に必要な機能とノウハウの集約化(経営管理機能の強化)のための取り組みを行っている。

介護サービスの質の標準化の観点では、スーパーバイザーによる派遣・助言の仕組みづくりを行い、介護等人材の確保・育成の観点からは、グループ統一研修の実施、採用活動の一部共通化と、人事制度等の共通化に向けた取り組みを進めている。

さらに、借地交渉、設計と建設、住民説明会、補助金・融資申請手続き、職員募集・研修、地域住民・事業者との連携・協議等、地域展開に必要な機能とノウハウを集約化し、グループ法人の地域展開や施設の大規模改修等に対して助言・サポートを行っている。

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部における社会福祉法人グループ化の取り組みは、2010年3月、端山園、北桑会、緑寿会という京都市内で介護サービス等を担う3つの社会福祉法人の問題意識から出発した。当時、第5期介護保険事業計画の策定を前に、3法人の代表は、京都市における地域包括ケアの構築にあたって、社会福祉法人こそが地域展開を図り、その推進役となるべきだと考えていた。しかし、中小規模の法人が単独で地域展開を進めていくには、慢性的な人材不足を抱える中で、地域事業展開の企画・推進を行う法人内の資源と地域内の資源をコーディネートできるような人材はおらず、また、実績・ノウハウも不足している。そこで、志を同じくする複数の法人が、共同で仕組みをつくることによって、中小法人が直面する、人材確保・育成・定着、そして、新たな時代に対応する事業展開のための情報や人材などの課題を解決することを目指そう、という考えから、3法人での協議が始まった。

2010年9月には京都地域包括ケア事業研究会を発足し、じっさいに地域密着型複合拠点きたおおじの開設を共同で行いながら、そのプロセスを開示し、そこからともに学びを得ることを目的に、勉強会を始めた。そうして、社会福祉法人グループ化・業務共同化のための検討を進めるうちに、徐々に賛同者が増え、現状では参加法人は7法人となった。

各法人がこの取り組みに参加した主な理由には、以下のようなものが挙げられる。その背景には、地域包括ケアを推進したいという意欲と、その中で中小法人では十分に対応ができないということへの危機感がある。

- これからの厳しい経営環境へ立ち向かうための機能強化
- 1法人1施設等の規模では、福祉・介護職員の確保・定着に課題がある
- 老朽施設更新・地域展開の戦略をたてる情報・人材が確保しにくい
- 同規模の法人が共同で行うことへの安心感
- 社会福祉法人へ求められる役割に対し、真摯に考える仲間と共同できる安心感

2010年8月、グループ本部としての機能を有する、地域密着型総合ケアセンターきたおおじが開設され、「介護サービスの質の標準化」、「介護等人材の確保・育成」、「地域展開に必要な機能とノウハウの集約化(経営管理機能の強化)」の3つの観点の取り組みが開始された。

図表 検討経緯

2010年3月	3法人によるグループ化を目指すことを決定 <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉法人 端山園(職員数約80人、年間売上3億円、6事業所) ・ 社会福祉法人 北桑会(職員数約260人、年間売上12億円、18事業所) ・ 社会福祉法人 緑寿会(職員数約70人、年間売上4.3億円、7事業所)
2010年6月	代表法人(端山園)による「きたおおじ」交付金申請
2010年9月	京都地域包括ケア事業研究会設立 (共同化の取り組み状況の開示と、地域包括ケアを学び合うことを目的とする) ⇒ 2010年9月第1回～2013年5月第12回開催
2011年4月	京都地域密着型サービス事業者協議会設立
2012年1月	社会福祉法人 六心会(滋賀県、職員数約160人、年間売上10億円、9事業所)が参加(参加法人4法人に)
2012年4月	社会福祉法人 宏仁会(青森県、職員数約210人、年間売上8.4億円、20事業所)が特別会員として参加(参加法人5法人に)
2012年8月	社会福祉法人 松光会(京都府、職員数約70人、年間売上4.5億円、2事業所)が参加(参加法人6法人に) 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ開設
2013年4月	社会福祉法人 はしんど福祉会(京都府、職員数約130人、年間売上6億円、8事業所)が参加(参加法人7法人に)
2013年11月	社会福祉法人共同事業の名称が「リガーレ～暮らしの架け橋～」と決定された
2017年3月	グループ本部、社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋、認可設立

出所)リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 提供資料より

(2)地域の状況(外部環境)

2006年度から国がめざす方向性として位置づけられた地域包括ケアの実現は、京都市でも、第3期京都市長寿すこやかプラン以降、重点課題として位置づけられ、現在もそれに向けた取り組みが進行している。中でも、在宅の中重度者を支えるための地域に密着した介護拠点の創出は喫緊の課題となっており、その推進役として、長年にわたって特別養護老人ホーム等で24時間365日のケア提供を行ってきた社会福祉法人への期待が高まっていた。

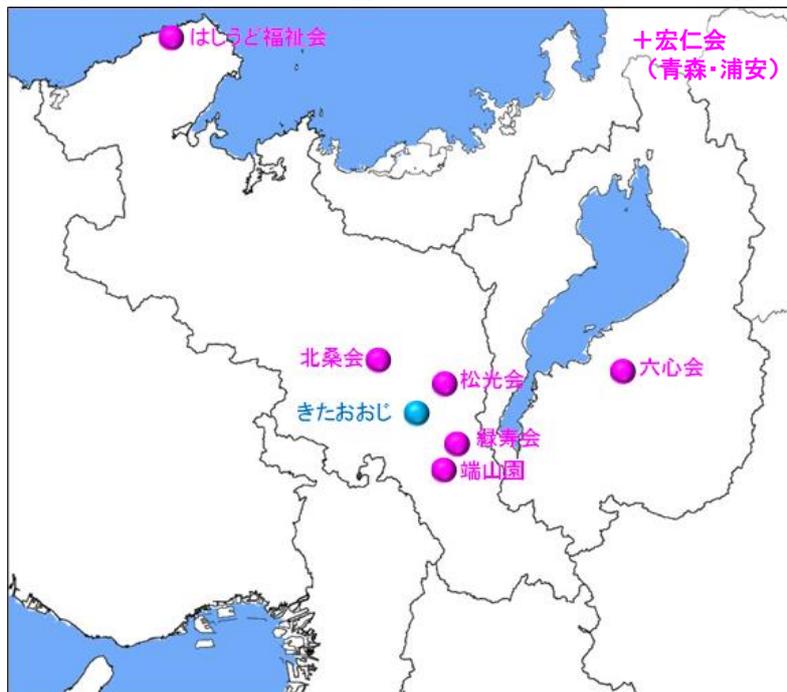
京都市では、日常生活圏域が61圏域設定されているが、第3期京都市長寿すこやかプランの計画が終了する2008年時点の地域密着型サービスの整備状況は、認知症高齢者グループホームが整備された圏域が40圏域、小規模多機能型居宅介護拠点が整備された圏域が26圏域で、このほか、小規模特別養護老人ホーム5箇所、小規模介護専用型特定施設3箇所、夜間対応型訪問介護ステーション4箇所が整備された状態であった。当時、京都市内の小規模多機能型居宅介護の整備主体の約75%が社会福祉法人であり、これは、全国の傾向(約30%)に比べてかなり高い水準であった。

しかし、地域包括ケアの実現のためには、なお、地域密着型サービスの整備促進が必要な状況であり、その促進を図る目的で、2011年4月に「京都地域密着型サービス事業所協議会」が発足された。その前身となった京都市老人福祉施設協議会の小規模多機能PTでは、地域密着型サービスに取り組めない理由として、意欲はあっても、法人としての組織が小規模で、地域展開を推進できる人材がいないこと、運営のノウハウがないことなどが指摘されていた。そのため、「京都地域密着型サービス事業所協議会」では、地域密着型サービスに取り組む上での支援や、市内で展開していくための土地や家屋の物件情報提供等を担うことが検討されていた。

このように、京都市では、地域包括ケア体制の構築に向け、地域密着型サービスの整備を推進しようという機運が高まっていた。

以上のような地域の状況から、リガーレに参加する7法人のうち4法人が主として京都市内で事業展開する法人となっている。

図表 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 に参加している法人



出所)リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 提供資料より

4) 運営体制と運営の仕組み

地域密着型総合ケアセンターきたおおじの機能は、運営部門と開発部門とに分かれている。

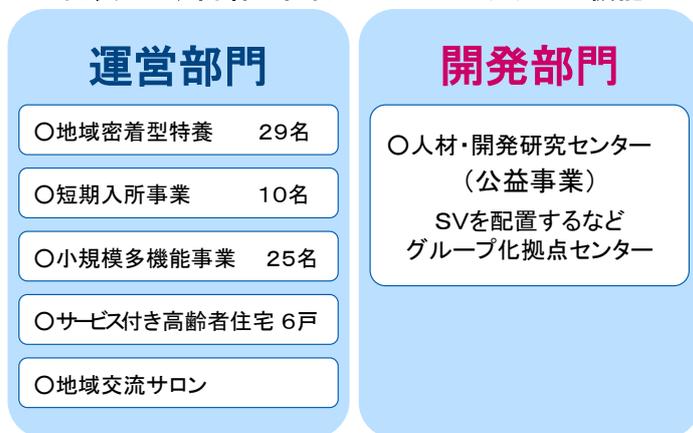
運営部門は、地域密着型特別養護老人ホーム(入所定員 29 名、短期入所定員 10 名)、小規模多機能居宅介護事業(定員 25 名)、サービス付き高齢者向け住宅(6 戸)、地域サロンで構成され、京都市北区紫野における地域に密着した複合的な介護サービス拠点となっている。

開発部門は、リガールに参加する社会福祉法人の本部機能に相当し、主として、地域展開等に必要となる人材・開発研究センターの機能が整備されており、リガールに参加する社会福祉法人の共有機能として運営されている。

本部機能の運営にかかるコストは、各法人から「委託費」として「人材・開発研究センター」に支払われ(合計年 1,500 万円)、それによって、本部機能専任で働くスーパーバイザー2名の人件費等が賄われている。

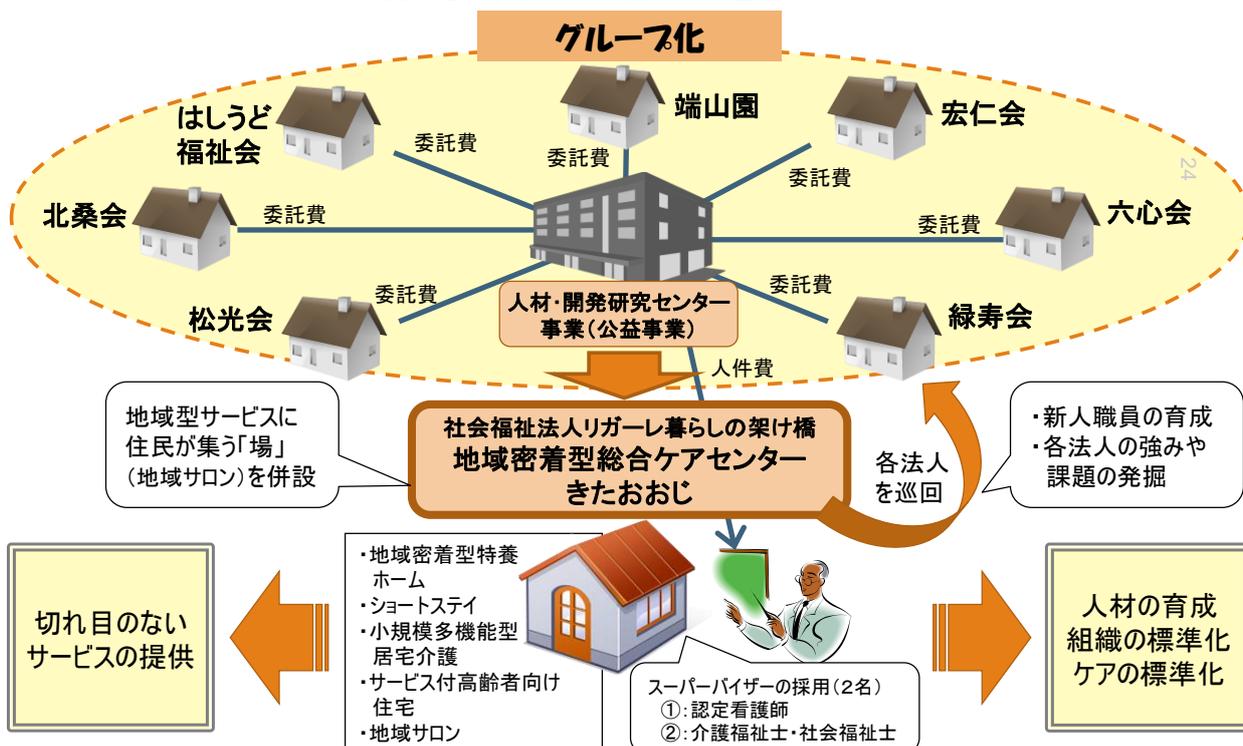
2017 年3月、グループ本部は、社会福祉法人リガール暮らしの架け橋として認可され、法人として独立している。

図表 地域密着型総合センターきたおおじの機能



出所)リガール 暮らしの架け橋 グループ本部 提供資料より

図表 きたおおじの位置づけと運営の仕組み



出所)第2回社会福祉法人の在り方等に関する検討会(平成 25 年 10 月 28 日)資料1 に一部加筆して作成

5) 統合・連携に関わる取り組みの内容／経過

きたおおじにおけるグループ本部としての取り組みは、大きく3つのステージに分けられる。

第1ステージは、きたおおじを開設した2012～2014年度までの3年間で、「介護サービスの質の標準化」に向けた取り組みから着手され、給与・キャリアパスの一元化に向けた委員会の設置や、次世代経営人材等向けの事業経営等に関する勉強会等が進められ、施設の地域展開についても、グループ4法人が地域密着型事業所を設立している。

第2ステージは、2015～2016年度の2年間で、グループ統一研修の実施や給与・キャリアパス一元化等、「介護等人材の確保・育成」の観点からの取り組みに、活動の中心を移していった。

今後(2017年度以降)の計画として、第3ステージでは、グループとして人材共同募集を行なうこと、さらに、経営管理機能の強化に向け、給与・キャリアパス及び総務機能の一元化等に着手していく予定である。

図表 リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部の取り組み

	介護サービスの質の標準化	介護等人材の確保・育成	経営管理機能の強化・支援
第1ステージ (平成24～26年度)	<ul style="list-style-type: none"> SVの法人巡回訪問 アセスメントシートに基づく課題の提示⇒行動計画策定 	<ul style="list-style-type: none"> 給与・キャリアパスの一元化に向けた委員会の設置 グループパンフレット作成、就職フェアの試行 	<ul style="list-style-type: none"> 京都地域包括ケア事業研究会の開催(事業の方向性、社会福祉法人の可能性を学び合う) 次世代経営人材のための勉強会 老朽化施設の改修支援・地域展開支援
第2ステージ (平成27・28年度)	<ul style="list-style-type: none"> サービス統括責任者会議発足 小規模多機能ネットワーク会議発足 	<ul style="list-style-type: none"> リガーレ統一研修の実施 グループ研修委員会の発足 給与・キャリアパス一元化の推進 職員共同募集の試行 	<ul style="list-style-type: none"> グループの輪の拡大(統一研修参加法人の加入) 次世代経営者のための福祉・介護経営基礎講座の開催 経営戦略会議発足 本部経営のための新法人設立の検討・準備
第3ステージ (これから)	<ul style="list-style-type: none"> (これまでの取り組みの継続) 	<ul style="list-style-type: none"> 職員採用の共同化の本格実施 給与・キャリアパスの一元化を通じた人事の活性化 	<ul style="list-style-type: none"> グループ経営機能の強化 総務機能の一元化 会計、給与、報酬請求等事務の一元化 共同購入

出所)リガーレ 暮らしの架け橋 グループ本部 提供資料より

(1)介護サービスの質の標準化のための取り組み

第1ステージにおいて、最初に行われた取り組みは、「介護サービスの質の標準化」に向けて、スーパーバイザー(SV)による巡回訪問である。

きたおおじの本部機能で専任として雇用した認知症看護認定看護師1名、社会福祉士兼介護福祉士1名の2名が、スーパーバイザーとして、週1回(月数回)程度、1回あたり半日～終日かけて、グループ法人のもつ拠点を巡回訪問する形で実施された。スーパーバイザーに関与してもらう内容は事前に決めておくが、空き時間には何を相談してもよいルールとしたことから、困難ケース等個別の利用者に対するケアの相談、人事や総務に関する相談、組織・チームに関する相談等にも対応している。

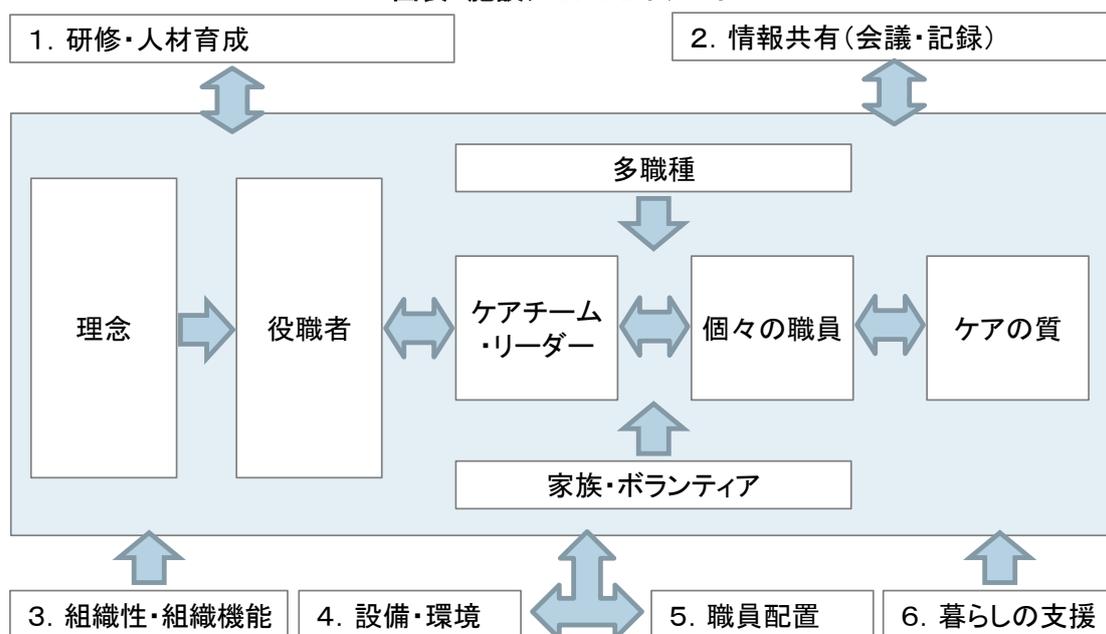
初年度は、スーパーバイザー(SV)が、共通のアセスメントシート(下記図表参照)に沿って課題をとりまとめて各法人に提示し、法人側ではこれを踏まえた課題改善のための「行動計画」を策定した。アセスメントシートは、「1. 研修・人材育成」、「2. 情報共有(会議・記録)」、「3. 組織性・組織機能」、「4. 設備・環境」、「5. 職員配置」、「6. 暮らしの支援(アウトカム)」という6つの項目で構成されており、それぞれについて具体的に課題が提示されることに加え、スーパーバイザーからは課題解決に向けた助言も受けられることで、参加法人にとって、自法人の取り組みを見直すきっかけとなった。また、既に起きている問題への対応ではなく、将来を見通して先んじて考えるという形に転換され、質が高まることへの実感を持って取り組むことができるようになった。

2年目は、行動計画を実施しながら、現場の状況がどのように変化しているかを点検・評価し、さらに改善策を検討するという形で、3年目はこれらPDCAサイクルが自然に回っていくように、サポートが行われた。

経験豊富なスーパーバイザーが継続的に関わり、具体的に助言やサポートを行うことで、リガールに参加して、現場のケアの質が確実に高まっていることを、参加法人の職員の多くが実感できたことが、グループ本部機能やスーパーバイザーへの信頼となって、さらなる取り組みに発展していく布石となっている。

第2ステージ以降も、スーパーバイザーによる巡回訪問は継続して実施され、活動として定着している。また、4年超の取り組みを通じて蓄積されたデータの分析等を通じて、共通課題の改善に向けた分析・検討も行われた。

図表 施設アセスメントシート



出所)リガール 暮らしの架け橋 グループ本部 提供資料より

(2) 介護等人材の確保・育成のための取り組み

グループ本部設置の目的の、二つ目の柱は「介護等人材の確保・育成」である。リガーレでは、人材育成(研修)面、職員の採用面、人事面の3つ側面から、グループ法人への支援を行っている。

①人材育成(研修)面の取り組み

第1ステージでは、個々の法人では実施が難しい研修をリガーレで集約して実施する取り組みが行われた。具体的には、ケアの質の向上やキャリア形成につながるような、採用時研修、介護技術等の課題別研修、リーダー研修、役職者研修、資格取得研修などが、複数法人で統一して実施するリガーレ研修として位置づけられている。リガーレ研修は、「きたおおじ」で実施し、各法人の職員が参加する形で実施された。研修受講前に、研修の「ねらい」と「責任」を伝えることにより、受講の成果を高める工夫が行われている。

また、同時に、OJTのためのブラザーシスター制度の徹底も図られ、新人・指導者・部署リーダー・スーパーバイザーが参加する定期育成カンファレンスの仕組みも導入された。

第2ステージでは、リガーレ研修のメニュー構成は継続しつつ、開催場所は、アクセス性・利便性のよい外部会場を確保して実施する方式に変更し、リガーレ統一研修と位置づけられた。

また、グループ研修委員会を発足し、スーパーバイザーによる企画・研修から、すべてのグループ法人の介護統括責任者が参加する研修企画への転換が図られた。これにより、制度や状況の変化とグループ法人の課題・ニーズの双方に応じた研修企画を行う体制となった。また、研修のみ参加を希望する法人を受け入れ、人材育成の輪を拡大することができる状況となった。

②人材確保・採用面の取り組み

第1ステージでは、リガーレ統一の求人パンフレットの作成や、グループとしての就職フェアへの参加等を行った。複数法人で参加することにより、フェア等への参加費用をグループ法人で分担することができ、コスト抑制につながったことのほか、中小規模の法人では参加が難しい他業種との混合フェア等新しい機会を得ることができた等の成果が得られた。

第2ステージでは、リガーレブランドを生かして共同で職員募集を行うことを計画しており、2017年3月の就職フェア等で新卒採用の共同化を試行的に行うことが計画されている。

③人事機能面

将来的には、グループ法人間での人事異動ができるようにすることをめざしており、そのために、スーパーバイザーによるケアの質・チームの質の標準化と並行して、人事面の制度・仕組みの統一化も進められている。

第1ステージでは、「給与・キャリアパスシステムの考え方検討会」を設置し、グループ法人それぞれの現行給与体系やキャリアパスの仕組みについて情報共有・研究し合う場とし、相互の制度・仕組みの共通点と相違点の把握・分析が行われた。

第2ステージでは、第1ステージでの分析をもとに、給与表とキャリアパスシステムの一元化・統一化を図るための具体的な検討作業が着手された。同時に、出向・人事交流等の人事異動の仕組みの研究・検討や、労務問題解決窓口の一元化、総務機能の一部共有化等も進められた。

(3)地域展開に必要な機能とノウハウの集約化(経営管理機能の強化)のための取り組み

リガーレの取り組みのねらいは、地域包括ケアの実現に向けて、中小規模であっても長く地域で実績を積んできた社会福祉法人が、地域密着型サービス拠点の整備等の推進役となっていける体制をつくるという観点から出発している。そのため、リガーレでは、老朽化した特別養護老人ホーム等の建替え・改修の機会を捉えて、地域展開を図っていくために必要な機能やノウハウを集約するという観点からの取り組みも進めている。

①経営のあり方を学び合う研究会・勉強会等の実施

リガーレ参加7法人中6法人において、次世代経営者の育成が共通の課題となっていたことから、次世代経営者の育成のための研究会・勉強会が様々な立ち上げられた。

リガーレグループの将来を考えるにあたって、グループが一緒になって地域包括ケアにおける福祉・介護事業の方向性を学ぶ機会を設けようという主旨から、2010年9月に「地域包括ケア事業研究会」を設立し、厚生労働省の政策担当者、研究者、先進地域の事業者等を招き、年4回、2013年5月までに12回の研究会を実施してきた。この研究会は、リガーレの取り組みをディスカローズする機会としても位置づけ、毎回、京都市、京都府の行政担当者にも参加を呼びかけたほか、グループ法人以外の研究会のみ参加する法人会員、個人会員等の参加も受け入れて実施された。

2013～2014年度にかけては、グループ法人と、京都市地域包括ケア事業研究会の会員法人のうち、次世代を担う経営人材20名程度が参加する月1回の勉強会を始め、全19回開催された。

第2ステージに入ってから、これらの発展系として、20代、30代の若手人材を対象に、次世代経営者のための福祉・介護経営基礎講座を始め、2015年度は毎月、2016年度は隔月で開催された。

②老朽化施設の改修支援・地域展開支援

グループ法人が運営する老朽化した施設を対象に、建替え・改修と合わせて、地域展開を行う計画を立て、第1ステージでは4法人の地域展開と、1法人の特別養護老人ホーム個室化のための大規模改修の支援、第2ステージでは1法人の地域展開の支援が行われた。

具体的には、グループ本部が、きたおおじの開設を通じて得た知見をもとに、リガーレに登録している設計、金融等の外部専門員の協力を得て、戦略の検討、計画の立案等の支援を行った。特に、地域展開の際の、借地交渉、設計と建設、住民説明会、補助金・融資申請手続き、職員募集・研修、地域住民・事業者との協議等について、きたおおじでの経験を踏まえた助言・サポートが、地域展開や建替え等を円滑に進めることに役立った。

<実績>

- (第1ステージ) ・北桑会 : 地域密着特養(29名)、短期入所(10名)、認知デイを整備
- ・六心会 : 地域密着特養(29名)、短期入所(10名)を整備
- ・端山園 : 地域密着特養(10名)を整備、特養個室化のための大規模改修実施
- ・松光会 : 小規模多機能居宅介護を整備
- (第2ステージ) ・端山園 : グループホーム(18名)、小規模多機能型居宅介護を整備

③グループ経営機能強化のための取り組み

第2ステージでは、グループとしての経営機能を強化する観点から、以下のような取り組みも行われた。

- ・経営戦略会議の発足 : リガーレ代表者による経営戦略会議が設置された。社会福祉法改正等の制度変更の影響に関する情報収集、各法人の経営課題の共有・協議等を行う場として、隔月で開催されている。
- ・総務機能の一元化 : グループとしてのスケールメリットを追求する観点から、会計、給与、報酬請求等事務の一元化に向けた検討・準備と、共同購入の実現に向けた検討・準備とが行われた。
- ・法人本部機能のための新法人設立の検討・準備 : 取り組みを始めた当初は、制度上の制約などがあり、グループ本部機能を独立した社会福祉法人とすることができず、リガーレ本部を、グループ法人のひとつである端山園により設立することとなった。そのため、リガーレの機能を独立させ、グループ参加法人による意思決定のもとで活動を行えるよう、新たな社会福祉法人の設立に向けた検討・準備が行われ、2017年1月によりやく法人設立を果たした。

6)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

複数の法人が集まったことにより、本部機能(の一部)を共通化することができ、民間企業でいう間接部門のシェアード化と同等の効果が生じている。

①スーパーバイザーによる巡回訪問と研修強化による質の向上

複数法人が共同で人件費を拠出することにより、専門能力の高い選任のスーパーバイザー2名を雇用・配置することができ、スーパーバイザーがグループ法人を巡回訪問することで、ケアの品質の底上げ、標準化が図られつつある。

同時に、研修の内容や機会が充実したことにより、知識や技術の習得機会も増えている。

②人材の確保・採用

グループとして就職フェア等に参加することにより、新たな求人チャネルの獲得に結びついている。

さらに、給与体系やキャリアパス等の共通化に向けた取り組みが進められており、将来的にグループ間での人事異動ができるようになると、必要人員を相互に補い合い、効率的かつ効果的な人員配置につながると想定される。

③地域展開の実現

グループ本部が、きたおおじ立ち上げ時の経験等に基づき、助言・サポート等を行ったことにより、実際に5つの複合的な地域密着型の介護サービス拠点が整備され、1つの特別養護老人ホーム個室化が実現された。

(2)統合・連携の成功要因

①同規模の法人でグループ化を進めたこと

グループに参加している法人の規模がおおむね同規模であったことが、このようなグループ化を行う上でのポイントのひとつとなっている。

法人の規模が異なると、直面している問題に違いが生じやすいことや、相対的に大きな法人に対して、他法人が防御的・牽制的になりやすいこと等から、対等な関係づくりが難しくなった恐れもある。

②本部に集約した機能の選定

個別の法人ではノウハウの蓄積が難しい機能、スケールメリットが働きやすい機能という観点から本部機能が構成された結果、間接部門の機能が中心となっていることにより、共通化・統一化を図りやすかったと考えられる。

- ・研修・人材育成
- ・給与体系・キャリアパス
- ・施設改修・地域展開施設の新規整備支援 等

③現場職員が価値(意義)を感じやすい取り組みから着手していること

現場として成果を感じやすい「介護サービスの質の向上」に関する取り組みから着手し、次いで、共通課題となる人材の確保・育成に取り組んだことによって、各法人の経営層・管理者層だけでなく、現場職員にもグループ化の価値(意義)が実感できる取り組みとなった。そのことによって、グループ本部が中心となって行う取り組みに対する信頼が生じ、取り組みの継続性の確保につながっている。

(3) 統合・連携を阻害する要素／課題

社会福祉法人には経営統合(合併)の概念はあるが、グループ化の概念は存在しない。しかし、いきなり、独立して規定・ルールをつくり、運営されてきた法人を経営統合するにはハードルが高く、法人の独自性を一定程度残しながら、緩やかに連携・統合できる仕組みが求められている。

社会福祉法人グループ化の概念がないことによって、リガレグループの本部機能を独立した「社会福祉法人」として構築するために苦慮をした経過がある。本来目指している各法人と対等かつ等距離の関係を持つ独立した機関とするため、複数の社会福祉法人が資金を拠出し合っ本部期間を設けるための制度上の仕組みが求められる。

《検討会での議論等より》

- かつては、地域の施設整備を急ぐがゆえに、施設開設のために法人設立が求められるという、順序が逆の展開が図られた時期があった。そのせいもあって、社会福祉法人は、原則として1法人1施設とされる法運用が行われた過去の歴史がある。そうした経緯から、現在でも、小規模な法人が多数存在している。旧措置時代には、施設長1人、事務長1人、生活相談員1人といった限られた人数で、日常的な福祉サービスの提供を担ってきたため、介護保険施行後20年近くも経過した現時点においても、新しい環境に応じた経営を展望できるような人材育成に関して課題を抱えている法人も多い。このような法人の場合、施設の老朽化が進んで、建替えを行う際に、政策的に進められている個室化・地域展開等への対応が上手くできない事例も少なくない。
- 特に、地域展開等を図るには、土地の探索、借地交渉、住民説明、金融機関との調整等ができる経営企画人材が必要となるが、小規模な法人が単独でこのような人材を確保しよう望んでも、必要な能力を有する人材からの応募が得にくい、あるいは専任で配置するだけの人件費を賄えない等、困難が伴うケースが多い。
- また、現場で働く職員の確保・定着については、社会福祉法人に限らず、都市部を中心に困難化しており、それに対し、強い不安や問題意識を持つ経営者も増えている。
- 一方で、力のあるリーダーのいる大規模な社会福祉法人との合併・統合に対して不安を感じる法人・経営者も多いと考えられる。
- 本事例は、上記のような点に悩む小規模な社会福祉法人にとって、完全な経営統合(合併)と異なり、複数の法人が、サービス提供に関わる実業務は個別に運営する形態を維持したまま、間接業務を中心とする本部機能を集約・共有化し、効率化、高付加価値化を図るとい、新しい統合・連携のモデルを提示している。
- 本事例では、グループ本部機能を社会福祉法人として独立させる前例がなく、苦慮した側面があるが、本事例により前例ができたことや、社会福祉法人に限定せず、NPO法人等の形態で本部機能を集約する等の応用も考え得る。
- また、取り組みのプロセスとして、各法人が現場で最も困っている「介護サービスの質の向上」と「人材」に焦点を当て、その機能を集約化することでスケールメリットを働かせた工夫もポイントとなっている。その際、スーパーバイザーが果たした役割が大きい。
- 「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」を実際に整備・開設する過程を通じて、参加法人共同で地域展開に必要なノウハウを蓄積した実証的な手法も参考とすべき点である。ここでの経験をもとに、グループ本部による地域展開支援実施によって、実際に、グループ法人で、地域密着型特別養護老人ホームや小規模多機能居宅介護等が開設できたことも、本事例の重要な成果となっている。

4-2. 社会福祉法人 京都老人福祉協会【分野を超えた事業間連携】

1) 基本情報



<京都老人ホーム(特別養護老人ホーム)>



<稲荷の家 ほっこり
(小規模多機能型居宅介護、地域子育て支援拠点事業)>



<板橋の町家 ほっこり
(小規模多機能型居宅介護/認知症対応型通所介護/和喫茶さくら/サービス付き高齢者向け住宅)>

展開エリア	京都府京都市伏見区（主として深草圏域）
関連する法人 (法人設立年月)	社会福祉法人 京都老人福祉協会（1957年6月） 京都市社会福祉協議会が中心となり京都市の指導援助を得て法人設立
取り組みの中心となる 拠点施設・機能	<p><基幹施設></p> <ul style="list-style-type: none"> 京都老人ホーム（本部、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、診療所、深草・南部地域包括支援センター、障害者就労支援事業 他） <p><まちなか多機能拠点></p> <ul style="list-style-type: none"> 稲荷の家ほっこり（小規模多機能型居宅介護、つどいの広場(子育て支援事業) 板橋の町家ほっこり（小規模多機能型居宅介護/認知症対応型通所介護/和喫茶さくら/サービス付き高齢者向け住宅） 藤森センターほっこり（保育事業/通所介護/放課後等デイサービス） 小栗栖の家ほっこり（小規模多機能型居宅介護/小規模特別養護老人ホーム/サービス付き高齢者向け住宅） 醍醐の家ほっこり（通所介護/グループホーム/居宅介護支援事業/認知症対応型通所介護/小規模多機能型居宅介護） <p><在宅介護事業複合拠点・子育て支援拠点・その他></p> <ul style="list-style-type: none"> 介護：東高瀬川センター、伏見センター、おぐりすセンター、春日丘センター、深草センターほっこり 子育て：京都市児童療育センター「なないろ」、うづらこども園、墨染つどいの広場 まちかど相談スポット北部・中部
主な利用者像	各拠点に対し、徒歩または自転車で通えるエリアの住民(世帯)が中心

2) 京都老人福祉協会における統合・連携のための取り組みの概要

京都老人福祉協会は、救貧政策としての養護老人ホーム事業から出発し、高齢者介護のほか、障害者の就労支援事業や保育等の子ども向け事業等も担う社会福祉法人であり、まちなかの民家等を活用した小規模な拠点を、地域の中に整備するという方針のもと、事業を展開している。

地域の中の民家等を改修して、小規模な拠点で、介護事業、障害者向け事業、子ども向け事業など、事業横断的に多機能を組み合わせて複合拠点化している点に特徴がある。地域にある既存の民家等を改修して利用しているため、地域に溶け込んだ外観で親しみやすい雰囲気づくりに貢献している。

建物・設備を“兼用”することにより、厨房設備や事務所スペース、事務機器・設備(コピー機、ロッカー等)の共用化が図られている。

人材についても、各事業の基準に沿って必要数「配置」しながらも、運用的には相互に柔軟にサポートし合う体制とし、管理職も一元化するといった“兼用”が図られている。これは、介護福祉士と保育士のように、複数の専門資格を所有する職員がもともと多かったことも素地としてあったが、資格取得を奨励することで職員のモチベーションが高まるといった副次的な効果にもつながっている。

また、同法人が運営する特別養護老人ホームを中核とする大規模複合施設では、洗車、清掃、リネン類の洗濯などの間接業務を障害者向けの就労支援事業の職場として位置づけており、就労支援事業の収入を得ながら、特別養護老人ホームの委託費の合理化を図ることに成功している。

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

京都老人福祉協会は、京都市社会福祉協議会が中心となり、京都市の指導援助を得て 1957 年6月に設立された社会福祉法人である。当時は、救貧政策としての養護老人ホーム等を実施しており、以降、地域の老舗の社会福祉法人として、福祉の領域で事業を続けてきた。

ゴールドプランを契機に、介護保険創設をにらんだ在宅介護事業に着手し、介護領域の事業にも進出を果たし、その後、障害者向けサービス、子ども向けサービス等へも事業範囲を広げながら、同時に、「施設」から「在宅」、「地域」へと事業フィールドを展開してきた。

地域に密着して介護・福祉・子育て等の事業を行う中で、どの分野のサービスにおいても、事業対象となる本人だけでなく、家族の状況を理解した上でサービス提供することが大事だとの考えを持つようになった。家族を意識して見ると、同じ世帯で介護サービスと子育て支援サービスを利用しているというケースも少なくないことが分かってきた。

一方で、介護や福祉の政策がめざす方向としても、日常生活圏域等、より身近な地域でサービスを受けられる環境・体制づくりや、地域に根づいた小規模な拠点整備を重視する考え方が明確化されてきた。

京都老人福祉協会は、これら双方の流れを早い段階から意識し、まちなかにある民家等を活用した小規模で、介護・子育て・障害等の分野を超えた多機能な拠点を整備していくという方向性を打ち出し、積極的に事業展開を図ってきた。

図表 京都老人福祉協会の主な沿革

1957年 6月	法人設立
1957年 7月	施設許可 定員 36名
1963年 8月	老人福祉法により養護老人ホームとなる 定員 130名
1979年 7月	特別養護老人ホーム 定員 80名を併設
:	(この間に施設定員増設、短期入所事業開始 等)
1986年 8月	移動入浴サービス開始 (在宅向けサービスに着手)
1992年 4月	デイサービスセンター・在宅介護支援センター開所
:	(この間に施設定員増設、在宅介護拠点を複数開設 等)
2003年 4月	障害者支援費制度訪問介護事業開始 (障害者向けサービスに着手)
2006年 4月	まちかど相談スポット開設 (地域ごとの相談拠点を整備)
2006年 6月	板橋の町家 ほっこり開設 (小規模多機能型居宅介護・和喫茶さくら) (まちなか拠点多機能拠点整備へと事業方針を転換)
:	(この間、まちなか拠点整備を推進)
2007年 10月	京都市子育て支援活動いきいきセンター事業開始(稲荷の家)(子育て支援に着手)
2009年 4月	京都市深草・中部地域包括支援センター開設
2009年 10月	うづら保育園 事業運営継承
2014年 5月	ワークパートナーYUI(就労継続支援 A型) (障害者就労支援事業に着手)

出所) 京都老人福祉協会HPより作成

(2)地域の状況(外部環境)

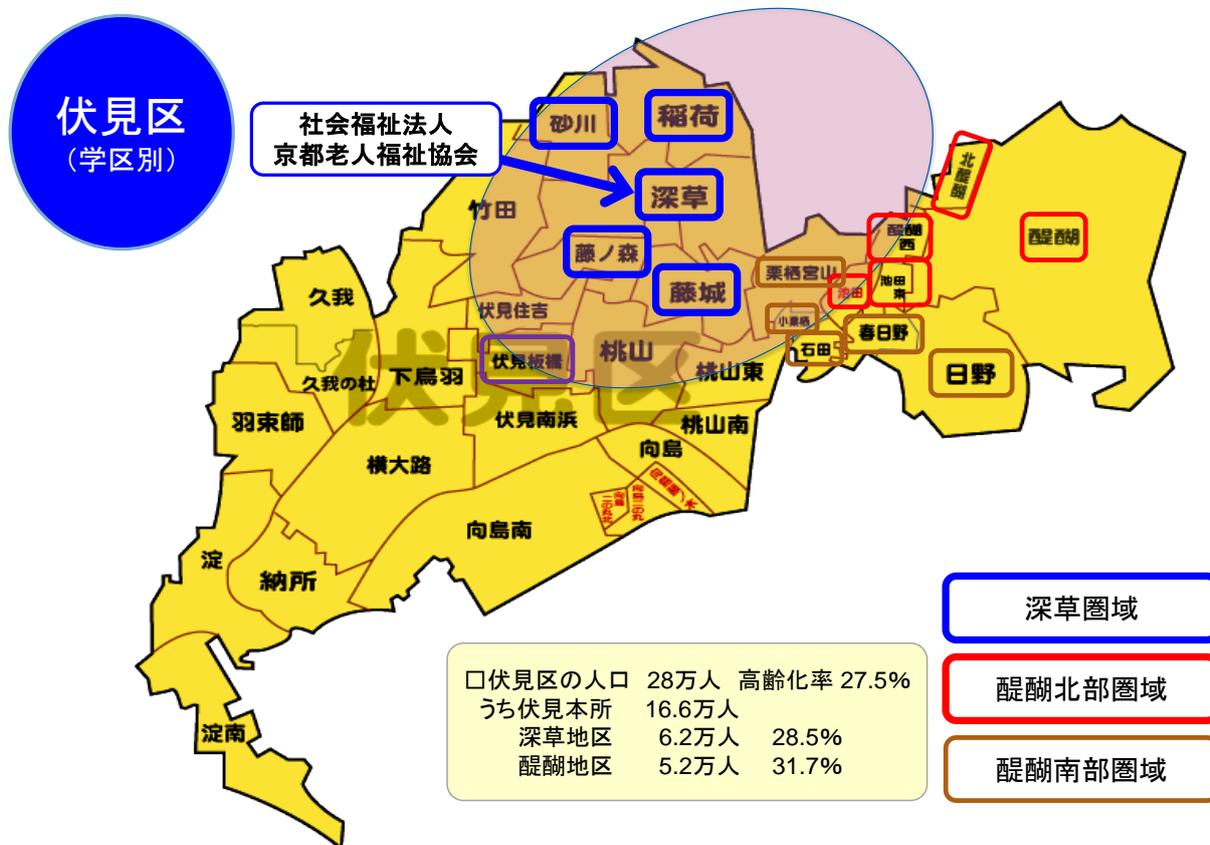
京都老人福祉協会の本部は、京都市伏見区にある。伏見区は、人口 28 万人と京都市の中でも大きな行政区で、高齢化率約 28%と、高齢者の多い地域でもある。

京都老人福祉協会の主な活動エリアは、このうち深草圏域と呼ばれる人口 6.2 万人のエリアで、高齢化率は伏見区全体よりもやや高い 29%となっている。

伏見区では、京都老人福祉協会は、法人規模も大きく(職員数約 820 名)、老舗の法人としての地位を獲得しているが、隣接するエリアには武田病院グループ、洛和会ヘルスケアシステム等、全国有数の規模と経営力を誇る医療・介護・福祉事業の大規模法人グループが存在する。

このため、京都老人福祉協会は、これら法人との差別化を図りつつ、地域に根ざした事業展開とすることで、法人のポジション獲得を図ってきた。

図表 京都老人福祉協会の主な事業展開エリア



出所)インタビュー内容等をもとに作成

4)統合・連携に関わる取り組みの内容

(1)まちなかの小規模拠点での多機能併設の取り組み

京都老人福祉協会では、2006年6月の「板橋の町家 ほっこり」の開設以降、「ほっこり」というブランド名で、小規模で介護・障害・子育て等の分野を超えた機能を持つ複合拠点の整備を進めている。

「板橋の町家 ほっこり」は、開設当初は、小規模多機能型居宅介護(定員25名)と和喫茶さくらのみの拠点であったが、後に、隣接する民家を改修してつなぎ、認知症対応型通所介護(定員10名)の事業所とした。さらに、隣接する場所にサービス付き高齢者向け住宅(さくらハウス板橋、20室)を建設し、介護中心の複合拠点となっている。

介護以外の機能を併設した拠点のひとつに、「稲荷の家 ほっこり」(2007年5月開設)がある。この拠点も、民家改修型で、厨房や居室、トイレを増築して、1階を小規模多機能型居宅介護、2階を地域子育て支援事業「つどいの広場」としている。

小規模多機能型居宅介護は、定員25名、現在15名が登録、泊まりは最大で6名まで受け付けられる。

子育て支援事業では、京都市から年間500万円の委託料を受けて、常勤職員2名(管理者を含む)を配置、週5日開所し、1日あたり10人程度の利用を受け入れている。

「つどいの広場」は2階ということになっているが、実態としては、1階のリビングや中庭で、高齢者と子どもや保護者が一緒に過ごすことが多く、また、季節のイベント等も共同で開催される等、多世代が集う場となっている。

このように、本来は小規模な拠点機能を、組み合わせることで複合的に整備することによって、建物・設備や人材の“兼用”ができ、単一機能で整備するよりも、効率的な運営が可能となる。

建物・設備面では、リビングや中庭等、誰もが集まれる空間をつくりやすいことに加え、厨房やトイレ等の共用設備・空間や、職員が利用する事務室、更衣室、書類等の保管スペース等のバックヤードの空間、コピー機、電話等の設備を“兼用”とでき、採算性を確保しやすくなっている。

人材面でも、管理者以外の職員は、各事業の人員基準等に定められた必要数を配置しているが、兼務が認められている管理者は、双方の事業を把握・管理する者として1名に集約されている。管理者以外の職員も、運用的には、介護事業で配置された職員、子育て事業で配置された職員が共同で対応することも多い。そのため、食事の準備等、人手を要することへの対応も効率的に行うことができる。

さらに、多様な職員と一緒に働くことにより、職員相互に気づきが得やすくなり、職員の視野が広がり、意欲・意識の維持・向上を図りやすい環境となっている。

また、同一世帯で双方のサービスを利用している人もおり、職員が「世帯」「家族」を意識して対応するようになってきたことから、利用者の世帯の困りごとに関するニーズを相互に共有し、そのニーズに対して、何が必要なのかを考え、柔軟なアイデアを出す雰囲気が醸成されつつある。

「稲庭の家 ほっこり」では、子育て支援事業を併設したことにより、地域の高齢者のいない世帯にもこの拠点の存在やサービス内容等を認知してもらえるようになり、施設に対する心理的なハードルが下がって、真に地域に開かれた拠点になりつつある。

(2) 法人本部を中心とする就労支援事業Aと介護事業との連携

京都老人福祉協会では、2014年5月から新たに障害者就労支援事業Aを開始している。就労支援事業には、雇用契約を結んで就労支援を行う「A型」と、雇用契約を結ばない「B型」とがある。「B型」の場合、授産施設の平均工賃が障害者に支払われるのに対し、「A型」は最低賃金以上の給与を支払う仕組みとなっているため、障害者にとってより高い収入が得られる就労機会となる。この就労支援事業Aにおいて、法人本部がある京都老人ホームで行われている介護事業等との連携が行われている。

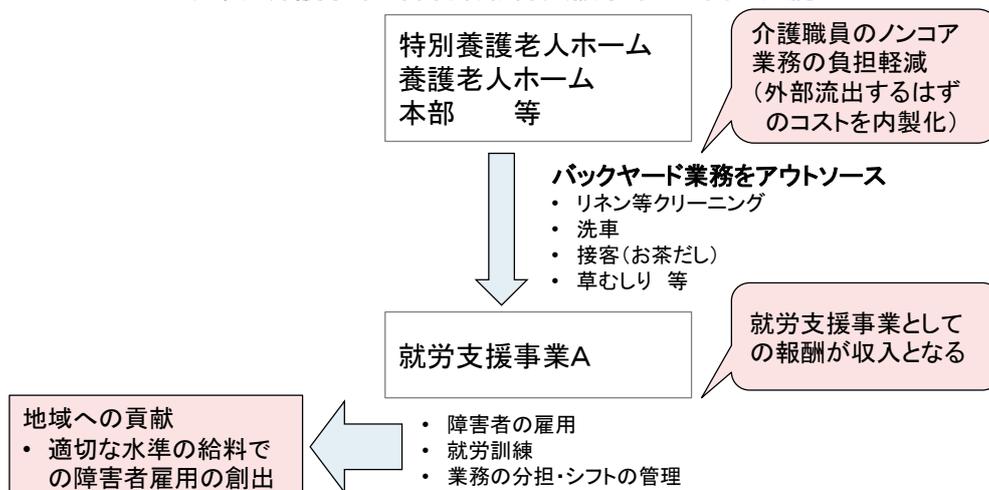
京都老人ホームは、養護老人ホーム、特別養護老人ホームという法人設立開始当初から行ってきた施設事業のほか、診療所、深草・南部地域包括支援センター、居宅介護支援事業、訪問介護、訪問入浴、配食サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護やさっちゃんくら(レストラン)といった多様な機能が併設された大規模な複合施設である。各施設では、リネン類のクリーニング、清掃、洗車、草むしり、来客等へのお茶出し等多様なバックヤード業務が日々発生していることから、これらを業務として切り出して、併設された就労支援Aの事業所がその業務を受託する形をとっている。

これにより、障害者に対しては多様な就労形態を提供し、地域に対しても障害者の雇用機会創出に貢献しながら、同時に、施設で働く介護職員にとっても、介護以外の業務(ノンコア業務)にかかる手間や負担の軽減につながっている。

収支上では、ほかの外部事業者へ委託する場合に発生する委託費相当額のコストを内製化しながら、就労支援事業Aとしての新たな収入(報酬)が得られるという利点もある。

京都老人福祉協会では、今後、さらに障害者雇用に適した業務(タスク)の定義化(商品開発)を行い、他法人からの受注も含めて、障害者就労支援事業Aを積極的に事業拡大していくことを検討している。

図表 介護事業と障害者就労支援事業Aの間の連携



出所)インタビュー内容等をもとに作成

(3) 他法人からの事業継承後の事業における統合のための工夫

京都老人福祉協会では、2009年10月に、他法人から保育園の事業を継承した。この拠点では、保育のほか、学童クラブ、一時保育等の事業も併せて実施されている。2015年4月からは、「認定こども園」に転換し、運営している。

事業継承に際しては、元の事業者から職員や利用者を引き継いで、事業者が変わったことによる影響を最小限にするよう配慮された。それによって、京都老人福祉協会とは意識・風土の異なる職員が、京都老人福祉協会の職員と一緒に働く環境が生まれた。

意識や風土の違いは、規定・規則等と異なり、目に見える大きな違いではないが、日常の業務の中で、小さなすれ違いとなって表れる。そのため、すれ違いが生じる都度、話し合って対応を決めるほか、意識・風土のすり合わせのために月に1~2回話し合いの場を設けるといった工夫が行われている。

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

介護事業と子育て支援事業、障害者就労支援事業等の、分野の異なる事業を併設・複合拠点化することによって、以下のような効果が生じている。

①建物・設備の“兼用”

同一建物を利用することで、厨房設備、事務所スペース、事務所機器(コピー機、ロッカー等)などの共用ができる。

②人の“兼用”

拠点の管理職は、他事業との兼務が認められているため、複数の事業があっても1人に集約することができる。それによって、人件費の節約につながるほか、1人の管理者が拠点全体の状況を把握・管理ができるといった利点がある。

管理職以外の職員も、運用面の融通により、時間的な業務の多寡を、相互に補って平準化できる。また、多様な職員が同じ職場で働くことによって、お互いに気づきが得られる機会が増える。同一の世帯で介護と子育ての双方の支援が必要となることも多く、利用者の「世帯」「家族」に寄り添ったサービスのあり方について考えるようにもなっていく。これらによって、複数の専門資格取得等、職員のモチベーションの維持・向上につながりやすい。

③地域における認知度・信頼の向上

地域に住む子どものいない住民が子育て支援事業を知るきっかけとなったり、逆に、高齢者のいない世帯が介護事業を知るきっかけとなったりして、地域における拠点の認知度が高まりやすい。そのことによって、地域からの信頼を獲得しやすくなっている。

④介護事業のバックヤード業務を就労支援事業Aで受託

特別養護老人ホーム・診療所・地域包括支援センター等が併設された大規模複合施設では、洗車、清掃、リネン類の洗濯などの間接業務を障害者向けの就労支援事業の就労の場として活用している。これによって、就労支援事業の収入を得ながら、特別養護老人ホームの委託費の合理化を図り、さらには、地域に対して障害者の雇用機会創出に貢献することに成功している。

(2)統合・連携の成功要因

まちなかの小規模拠点での取り組みでは、地域にある既存の民家等を改修して利用しているため、地域に溶け込んだ外観で親しみやすい雰囲気の拠点づくりに成功している。これによって、高齢者、子どもとその保護者という多様な世代が自然に集う場となっている。ただし、改修費用は新築と同程度かかるため、必ずしもコスト節約になっていない面もある。

人材面では、もともと、介護福祉士と保育士といったように、複数の専門資格を有する職員が多かったことが、現場の運用において有効に作用した。

介護事業と障害者就労支援事業の連携の取り組みでは、サービスの質に影響しない間接業務を切り出し、就労支援事業の対象としたことにある。間接業務の効率化が図られることは、介護職員にとっても歓迎されることであり、現場職員の賛同・協力が得やすかった。

まちなかへの複合的で小規模な拠点を整備する取り組みは、「まだ道半ば」と認識されており、現場で生じる小さな問題等にひとつひとつ対応しながら、ノウハウを確立していくことがめざされている。実行しながら、改善をしていく方式を採ることによって、具体的な問題・課題が見えやすくなることを活用した取り組みとなっている。

(3)統合・連携を阻害する要素／課題

分野の異なる事業を併設して行う場合、施設基準、人員基準、運営基準等が連携の阻害要因となることがある。政省令では明記されておらず、行政サイドの裁量・判断による部分に論点が生じることが多く、厳密に運用すると、事業間で連携するほど手間やコストがかかる構造になっている。

建物については、事業固有のスペースを確保することが必要、とされている場合がある。調理場や食堂等に関し、建物構造的には広く使える空間があっても、仕切りを設ける等して、事業ごとの空間に区切ることや、入り口を別にするために2箇所設けるよう指導を受けるといったことが生じている。

人員については、兼務可能とされている職員が限定されているため、必ずしも人員を減らせるわけではない。

運営に関しては、特に情報管理に関する事項の扱いが厳しく、顧客情報は事業ごとに収納する棚を分けて、鍵をかけて管理するよう指導を受けことがある。

《検討会での議論等より》

- 本事例の特徴は、高齢者、子ども、障害者といった異なる分野のサービスを組み合わせたサービス提供拠点整備を行っている点と、一般の労働市場では職を得にくい障害者をケアの対象としてだけでなく、就労する立場として捉え、就労支援という形態でサービス行っている点である。このように2本の軸が組み合わさっているところが優れた特徴と言える。
- 横軸にあたる異なる分野のサービスを組み合わせたサービス提供拠点は、地域包括ケアの考え方に合致する、小規模な拠点をまちなかに整備していることに加え、「地域力強化検討会」で検討されている介護、子育て、障害、病気等の分野を超えて、「複合課題丸ごと」、「世帯丸ごと」受け止める考え方に通じる取り組みと言える。
- 各サービス提供拠点は、民家をベースとした小規模な拠点が中心となっているが、そこで、建物・設備と人材(兼務可能な管理職等)を“兼用”することにより、効率化が図られている。
- さらに、人材面では複数資格の取得推奨や、人事ローテーションによる多様な事業・部門での経験蓄積を進めるあり方等は、職員の成長を促し、人材価値を高める結果にもつながると考えられる。地域包括ケアの構築のためには、多職種の連携に加えて、個々の福祉人材を多機能化させる観点も重要であり、そういった観点からも注目される取り組みと言える。
- また、同法人が行っている就労支援事業と、特別養護老人ホーム等のバックヤード業務(洗車、清掃、リネン類の洗濯等)を組み合わせることで、障害者向けに多様な就労機会を提供しつつ、特別養護老人ホーム等の業務の合理化が図られている。

4-3. 社会福祉法人 同和園 【特養機能を活かした事業開発 及び 大規模施設の法人マネジメント】

1) 基本情報



展開エリア	京都府京都市伏見区（主として醍醐圏域）、京都市山科区・宇治市の一部
関連する法人 (法人設立年月)	社会福祉法人 同和園 (京都養老院開設 1921 年 6 月, 法人設立 1952 年 5 月)
取り組みの中心となる 拠点施設・機能	<p><介護保険事業></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホーム(定員 188 名;ユニット型 108 名・従来型 80 名) ・ 短期入所事業(併設型定員 40 名) ・ 通所介護事業(敷地内 2 箇所, 定員 95 名) ・ 通所介護事業(サテライト 1 箇所 定員 25 名) ・ 認知症対応型通所介護事(定員 12 名) ・ 訪問介護事業 ・ 訪問看護事業 ・ 定期巡回随時対応型訪問看護事業 ・ 居宅介護支援 ・ 地域包括支援センター <p><障害者支援事業></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅支援、同行援助、移動支援等 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養護老人ホーム(定員 90 名) ・ コミュニティカフェ 2 箇所 ・ 配食サービス
主な利用者像	伏見区の住民(世帯)が中心。特養の入所者は要介護3以上が中心 2015 年度は、特別養護老人ホーム・養護老人ホーム合計で 86 名の看取りを実践

2)同和園における統合・連携のための取り組みの概要

同和園は、仏教をベースとしつつ、90年を超える長きにわたって地域の社会福祉に取り組んできた法人である。大規模な特別養護老人ホームを中心に、在宅介護や介護予防、障害者支援、子育て等に至るまで多機能なサービス提供を行っている。

介護保険創設以降、特別養護老人ホームは、看取り対応や重度化対応に力を入れ、最終的に重度な高齢者の介護を引き受けてくれる法人として、近隣地域の在宅介護事業者や医療機関からの信頼を獲得してきた。

そのような中、近年、特別養護老人ホームの持つ「24時間」、「大規模」、「多機能」という特徴を活かしながら、「新結合」と呼ばれる部門横断的な新規事業開発への取り組みが進められている。これは、地域のニーズを踏まえた上で、法人内の事業所・部門等が保有している人・場所・専門性・設備等の資源を結びつけて、これまで提供されていない新しい付加価値サービスを生み出そうという取り組みである。実績として、「半日型デイサービス」や「井戸端ステーション」、「地域リハビリテーション」等のサービス提供が実現されている。

「井戸端ステーション」は、京都市が指定する支え合い型ヘルプサービスと制度外の訪問サービス、サロンの3つを柱として組み合わせて提供する地域のステーション機能である。機能的には、同和園が従前より保有している在宅サービスの機能の一部を組み合わせた状態だが、介護保険ではカバーされない範囲の新しい付加価値型サービスとして再構成されている。

「新結合」の取り組みは、職員参加のもとに行われている。参加型の仕組みを活用することで、職員それぞれが自分のこととして考え、取り組む姿勢が培われつつあり、人材育成効果が実感されている。

また、同法人では、理念の共有に力を入れており、職員参加型で中長期の経営ビジョンづくりが行われている。職員参加型のプロジェクトチームを組成して、利用者・家族に対するアンケート調査や、全職員の聞き取り調査等をベースとして、時間をかけた議論を通じてビジョンづくりが行われている。

事業計画は、利用者の視点からみた目標(ゴール)を10の「指針」として取りまとめ、それぞれごとにロジック・ツリーを用いてキーとなる要素(職員側からみた目標)を具体化して落とし込んだ形になっている。ロジック・ツリーには思考プロセスが現れるため、誰が見ても考え方を理解できる利点があるほか、検討プロセス自体にも意味を持たせるような工夫がなされている。

多くの職員ビジョン作成に関わることにより、企画職員だけでつくるよりも時間がかかるという欠点はあるが、職員の主体意識が強くなるとともに、実行力が高まるとの評価がなされている。

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

同和園は、京都仏教護国団の社会事業の一環として、1921(大正 10)年に「京都養老院」が開設されたことが原点となっている。当時は、仏教をベースとしながら、救貧政策を担う京都府下初の施設であった。以降、90年を超える長い年月、京都市の福祉を支えてきた実績を有する。

現在本部がある京都市醍醐地域に移転をしたのは1934年、次いで1941年には財団法人へと改組、さらに戦後、1952年に社会福祉法人へと改組、同時に診療所を併設し、現在の同和園の原型ができ上がった。

1963年に老人福祉法が施行されたことから、1964年に養護老人ホームへ移行、さらに1972年に特別養護老人ホーム(京都市内3施設目)を開設し、事業の中心が老人福祉へと移った。平成に入ってから(1989年以降)は、送迎入浴サービス事業、ショートステイ・ミドルステイ、デイサービス等の高齢者向け在宅事業への展開が強化された。

介護保険が施行された2000年には、「同和園施設ケア改革宣言」を法人内外に向けて発し、同和園ケアサポート理念、大綱、要綱を整備し、施設ケアから「その人らしい生活」を大切にする生活ユニットケアへの転換・改革に取り組まれてきた。

2010年からは、新たな改革フェイズ(第2幕)と位置づけ、地域包括ケアの構築をめざす中での特別養護老人ホームの役割として看取りの強化等の重度化対応に取り組むとともに、「新結合」等の取り組みを通じた新しい地域支援事業等を含む在宅生活を支える事業への挑戦を通じて、法人として自立度の高い人から重度の人まで対応できるサービス提供体制づくりを進めている。

図表 同和園の主な沿革

1921年 12月	京都仏教護国団によって京都府下初の救貧のための施設「京都養老院」
1932年 3月	京都府により救護施設に認定される(定員 60名)
1934年 8月	現在地(京都市伏見区醍醐)に移転
1941年 2月	財団法人設立、財団法人 同和園に改称、定員 120名に増員
1946年 10月	生活保護法による保護施設として認可
1952年 5月	社会福祉法人設立・改組(定員 140名)、園診療所設置
1964年 3月	養老院を老人福祉法に位置づく「養護老人ホーム」へ移行
1968年 7月	養護老人ホーム定員を 240名に増員
1972年 2月	特別養護老人ホーム北寮(定員 50名)開設、養護老人ホーム定員を 190名に変更
1973年 4月	園診療所を付属診療所として開設
1975年 4月	建替えを機に、特別養護老人ホーム定員 90名、養護老人ホーム定員 110名に変更
1989年 4月	送迎入浴サービス事業開始
1991年 8月	「さつき寮」(定員 30名)新築、特別養護老人ホーム定員 180名に増員、ショートステイ事業(定員 20名)、デイサービスセンター(定員 15名)を開始
1998年 7月	京都市在宅介護支援センター同和園を開設
2001年 3月	ホームヘルプサービス事業、配食サービス事業開始
2001年 9月	特別養護老人ホーム定員 260床、ショートステイ 40床に増員、養護老人ホーム 40床を完全個室化、デイサービス 35人に増員
2003年 7月	逆デイサービス「あじさいの家」オープン
2005年 7月	西野の家「はなさんち」(デイサービス 10人、居宅介護支援)
2006年 4月	京都市醍醐・北部地域包括支援センターを開設
2010年 4月	コミュニティカフェ「倶会一処」開設
2011年 4月	コミュニティカフェ「ひのぼっこ」開設
2011年 5月	日野の家「げんさんち」(通所介護 25名)開設
2016年 3月	24時間安心ケアステーション醍醐開設(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業)
2016年 11月	同和園訪問看護ステーション開設

出所) 同和園「創設 90周年記念誌」より作成

図表 同和園の改革宣言の内容

『同和園改革宣言』 2000年4月

大正10年に創設以来、同和園は、80年間多くの人々により創られ、支えられてきました。

そして、いま、我々はここで生活される全ての方々のため、「その人らしい生活」を守り、また、次の世代にこの事業を伝承すべく、とどまることなく、あゆまなくてはなりません。

80周年の記念事業では、新しい建物が出来ますが、建物だけでなく、中身も生まれ変わらなくてはなりません。措置制度から介護保険制度へと大改革の中、単に時代や制度に振り回されるのではなく、そこに関わる我々福祉の従事者が、新しい高齢化社会を築くために一丸となって動いて行かなくてはなりません。

新しい取り組み

同和園は、今後「生活ユニットケア」に取り組んでいきます。

はじめは、新しい建物から始めますが、既存の建物でも、順次行っていきます。

この「生活ユニットケア」は、単に利用者の方を小グループに分けることだけが目的ではなく、『そこに入居者と介護者が対等に生活が出来、にゆうきよしゃの、その人の生き方を尊重し、その人らしい人生(生活)を完結していただくお手伝いが出来る』、そんな「生活の場」を提供していきます。

そのためには、建物構造だけでなく、一番大切な、介護者自身が変わっていくように、『同和園ケアサポート理念』に沿って日々研鑽に励みます。

出所)同和園「創設90周年記念誌」より

(2) 地域の状況(外部環境)

同和園の本部は、京都市伏見区にある。伏見区は、人口 28 万人と京都市の中でも大きな行政区で、高齢化率約 28%と、高齢者の多い地域でもある。

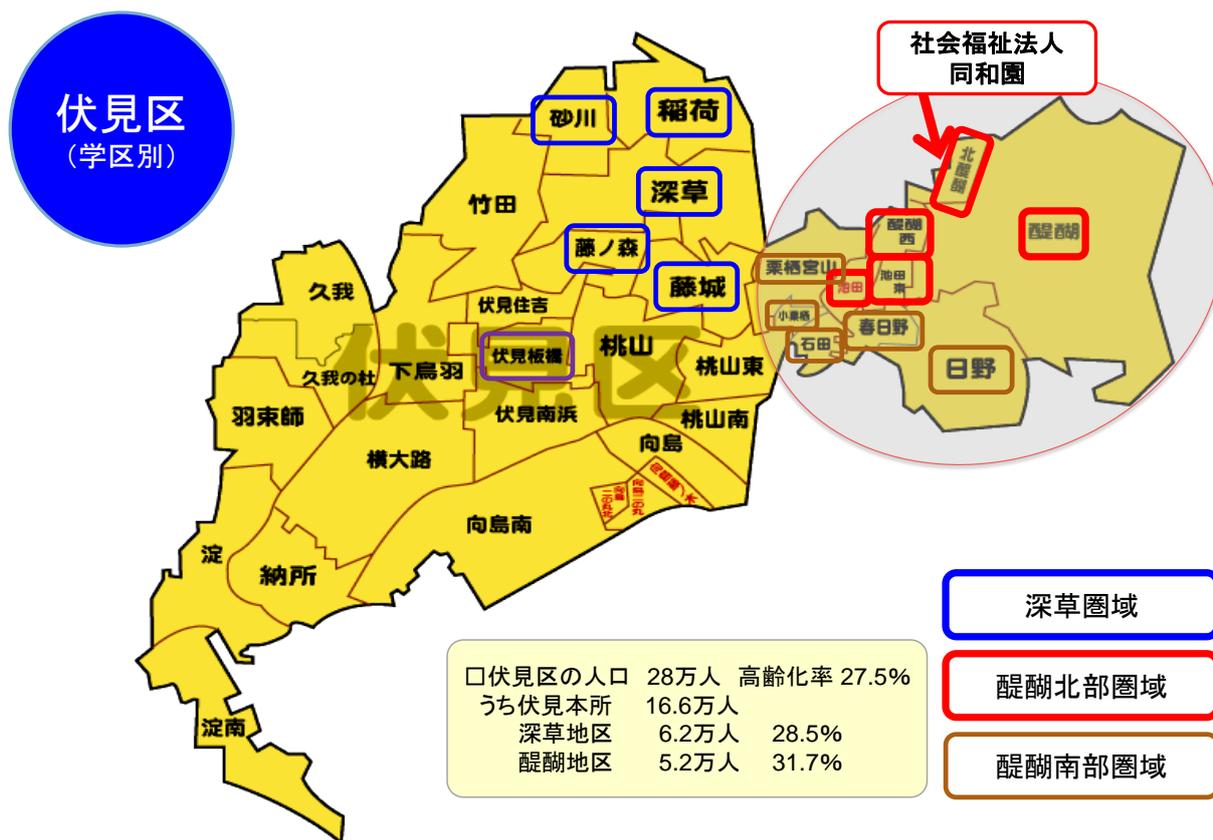
同和園の主な活動エリアは、伏見区の東端に位置する醍醐圏域と呼ばれる人口 5.2 万人のエリアで、高齢化率は伏見区全体よりも高い 32%となっている。

醍醐地域はさらに、北部と南部の2つの日常生活圏域に分けることができ、それぞれに地域包括支援センターが設置されている。このうち、同和園が運営を受託している北部地域包括支援センターがある北部圏域は、高齢化率 35.1%と、京都市内でも高齢化率のかなり高い地域となっている。

同和園は、1921(大正 10)年に京都府下で初の養老院を開設した京都府内でも最も老舗の法人という位置づけがある。しかし、隣接するエリアには武田病院グループ、洛和会ヘルスケアシステム等、全国有数の規模と経営力を誇る医療・介護・福祉事業の大規模法人グループが存在する。また、この地域には、大規模な公営住宅があり、貧困、外国人、犯罪等の様々な問題を抱えている地域でもある。

このため、同和園では、これら法人との差別化を図りつつ、看取りを実践できる特別養護老人ホームを強みとしつつ、地域のニーズを把握し、在宅サービス事業、地域支援事業、障害者支援事業やインフォーマルサービスを実施し、地域において法人の役割を果たしてきた。

図表 同和園の主な事業展開エリア



出所) 社会福祉法人同和園 提供資料より

4) 運営体制と運営の仕組み または 統合・連携に関わる取り組みの内容／経過

(1) 「新結合」を通じた部門横断的な新規事業開発の取り組み

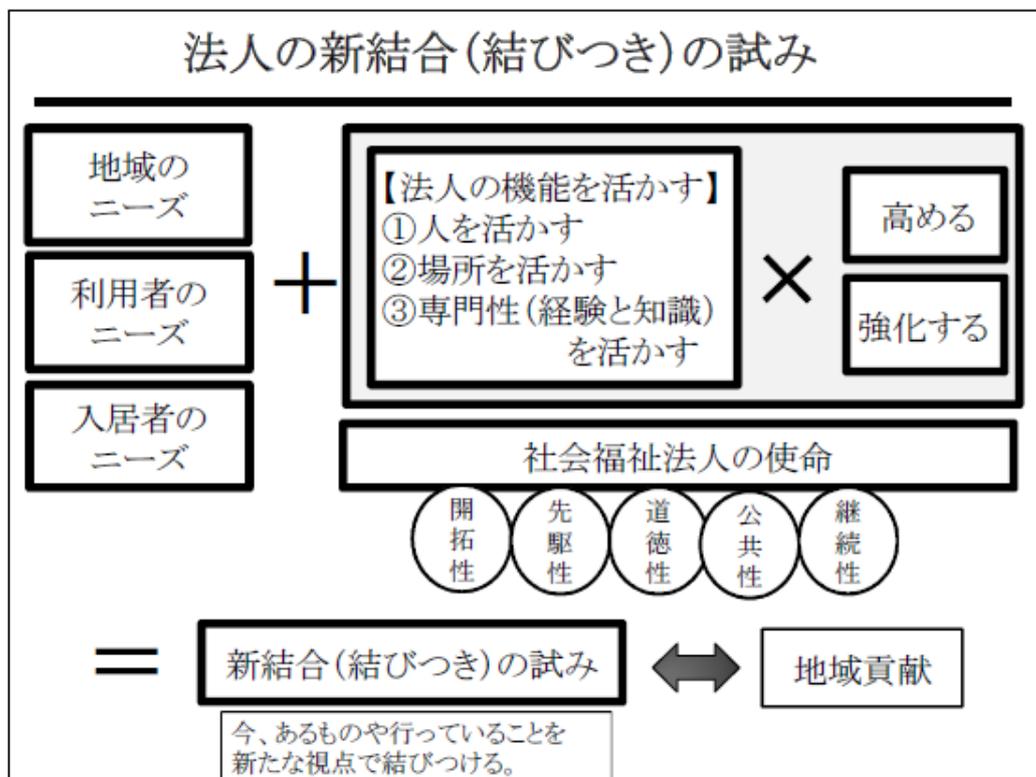
同和園の法人としての強みは、特別養護老人ホームを中心とした施設の対応力で、24 時間サービス、大規模、多機能という点に特徴がある。これらは、法人の長い歴史の中で築き上げてきたもので、その知識、技術、経験を在宅の高齢者や障害者、地域で暮らす人々にも還元していくことが、今後、法人に求められている役割と認識されている。このとき、必ずしも法人内に閉じるのではなく、地域の中で包括的なケア体制をつくることが重要と考え、地域内の他事業所との連携・協力も重視している。

法人の中核施設である特別養護老人ホームは、稼働率 98%超に達しており、制度変更により原則要介護3以上に入所が限定されたこともあって、平均要介護度も高まっている。特別養護老人ホームでの「看取り」には、早期から取り組んでいるが、入居者の重度化に対応するという観点からも、地域の在宅事業所からの信頼を得る観点からも、一層重要になると考え、力を入れている。どんなに重度でも、困難ケースでも、同和園ならば逃げないで対応してくれる、という信頼を、地域の中で獲得することが重要、と考えている。

そのような中、法人内の事業所・部門等を超えた活動として「新結合」の取り組みが展開されている。これは、地域・利用者・入居者のニーズと、法人内資源(施設・設備や人材)・専門性を結びつけて、これまで提供していない新しいサービスを生み出そうという新規事業の開発の取り組みである。このため、「新結合」で提案された事業は、目新しい事業というよりも、既存利用者に対する付加的サービス(クロス・セル)としての意義を有する。

これまでに、「半日型デイサービス」、「地域リハビリテーション」、「井戸端ステーション」等が事業化されている。これらは、支援の入り口になり得るサービスとして、今後、拡大していくことを目指している。

図表 「新結合」の考え方



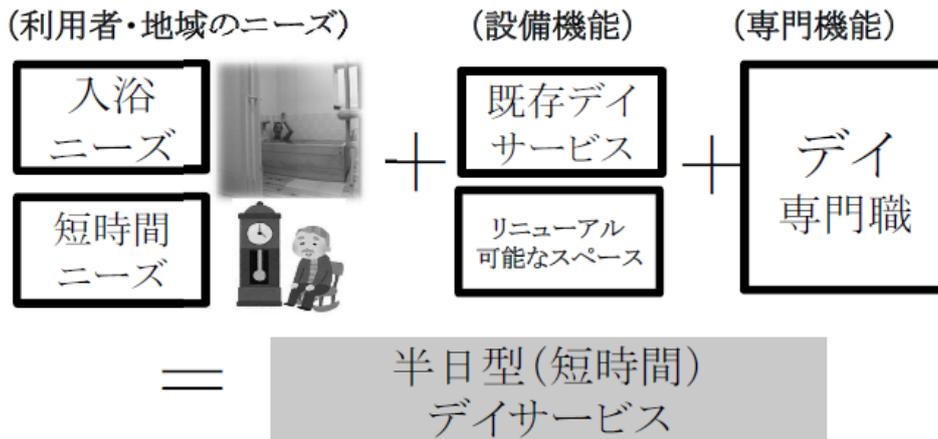
出所) 社会福祉法人同和園 提供資料より

①半日型デイサービス

半日型デイサービスは、地域内に入浴に対するニーズや、短時間のデイサービスへのニーズがあることを感じていたことから、既存のデイサービスの施設と、一部リニューアル可能なスペースを活用して、デイサービスの職員という人材・専門性を組み合わせて、入浴に特化した短時間型デイサービスとして事業化された新規サービスで、2015年2月より、定員10名、週1日の形で試行的に事業が開始された。

試行事業を通じてニーズの広がり確認されたことから、施設改修を行い、定員30名(午前15名、午後15名)、週6日の形で2016年7月より本格稼働された。

図表 「半日型(短時間)デイサービス」の考え方と概要



(平成27年2月より同和園デイサービスセンターで試行実施)

内容	具体的な取り組み
短時間のデイ、入浴に特化したデイのニーズがあり、新しい地域支援事業を見据え半日型デイを開始。	入浴に特化したデイ、短時間デイのニーズに応えるために、すでに実施していたデイの定休日を活用し、平成27年2月より、半日型デイを開始。→ ニーズの広がりを実感し、改修工事をえて、平成28年7月より本格的に実施。



出所) 社会福祉法人同和園 提供資料より



②地域リハビリテーション

法人内のリハビリ専門職を集約したリハビリ室を独立設置し、施設向けと在宅向けの双方を担う形となっている。

さらに、地域リハビリテーションを推進のために、訪問看護ステーション内に理学療法士を配置し、法人のリハビリ室と連携を図り、サービス提供を行っている。

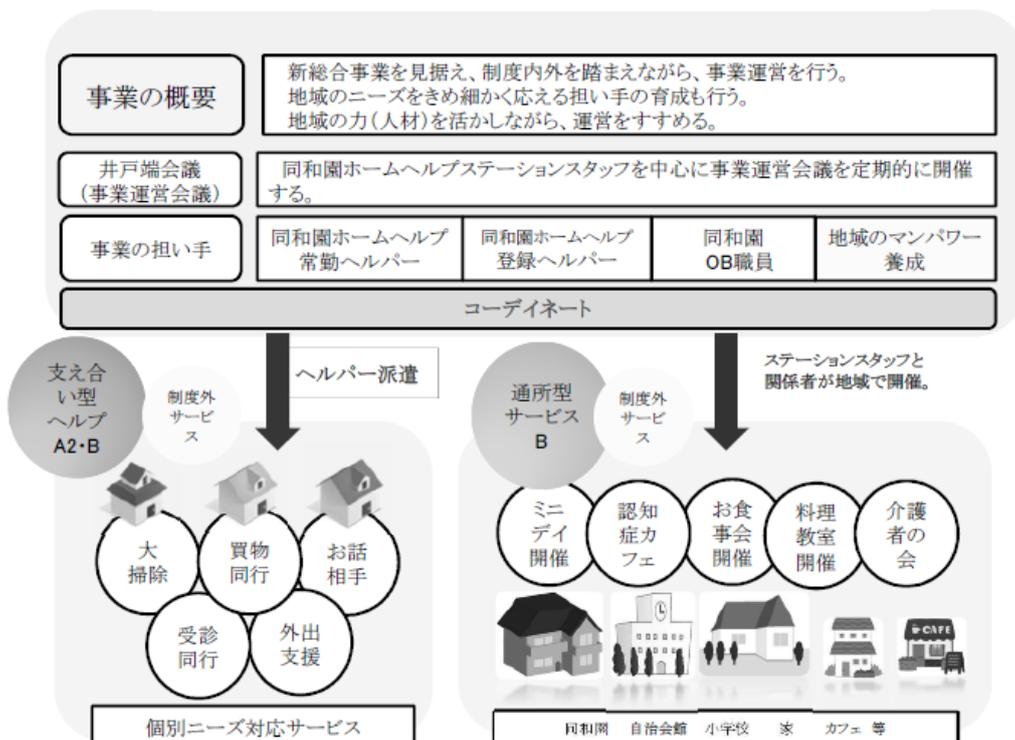
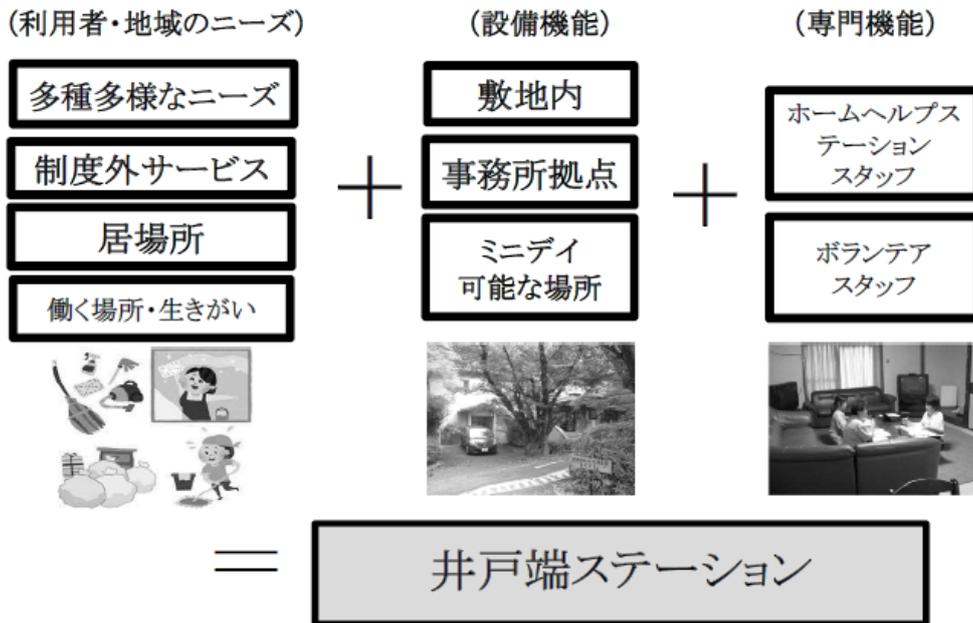
また、地域包括支援センターとも連携し、介護保険制度外の介護予防教室や認知症カフェ等に出向く介護予防推進のためのアウトリーチ活動も実践している。

③井戸端ステーション

井戸端ステーションは、地域の介護保険制度では満たされないニーズに対して、デイサービスやホームヘルプサービスの資源（建物、専門職等）に、ボランティアスタッフを加えて、支え合い型ヘルプサービス（京都市指定）、制度外訪問サービス、サロンの3つを柱として組み合わせて提供するというサービスで、ホームヘルプステーションが中核となって取り組んでいる。新しい地域支援事業の「支え合い型ヘルス A2・B」として位置づけられるもので、地域主導で行うところに特徴があり、OB 職員や地域人材（有償ボランティア）の活用も念頭に置かれている。

利用者も職員も同和園の在宅サービス（デイサービス、ホームヘルプ等）と重なる面があり、介護保険でカバーされない機能を「補完」する役割を担っている。

図表 「井戸端ステーション」の考え方と概要



出所) 社会福祉法人同和園 提供資料より

(2)大規模特別養護老人ホームにおけるマネジメントのための取り組み

同和園は、「24時間サービス」「大規模」「多機能」を特徴とする特別養護老人ホームを中核とする法人で、職員数が合計489名(常勤職員274名、非常勤職員215名(2016年9月時点)、このほか、OB職員や、有償ボランティア等も含め、多様な人がサービス提供に関わっている。このため、職員等のマネジメントの観点から、以下のような取り組みが行われている。

①法人理念の浸透のための取り組み

多くの職員が、理念を共有して日々の業務にあたるようにするため、「理念研修」、「職員参加型の中長期ビジョン、事業計画立案」、「SDS研修」等を実施している。

毎年、全職員が参加して、園長が講師となって中長期ビジョンと事業計画を共有する「理念研修」の場を設けている。研修は、すべての職員が参加できるように、5回程度に分けて実施されている。

「職員参加型ケア指針づくり」では、利用者・家族アンケート、全職員の聞き取り等を踏まえ、職員参加型のプロジェクトチームを設けて3年がかりで「特別養護老人ホーム入居後の十の評価指標」、「暮らし環境支援指針」を立案するという取り組みが実施された。

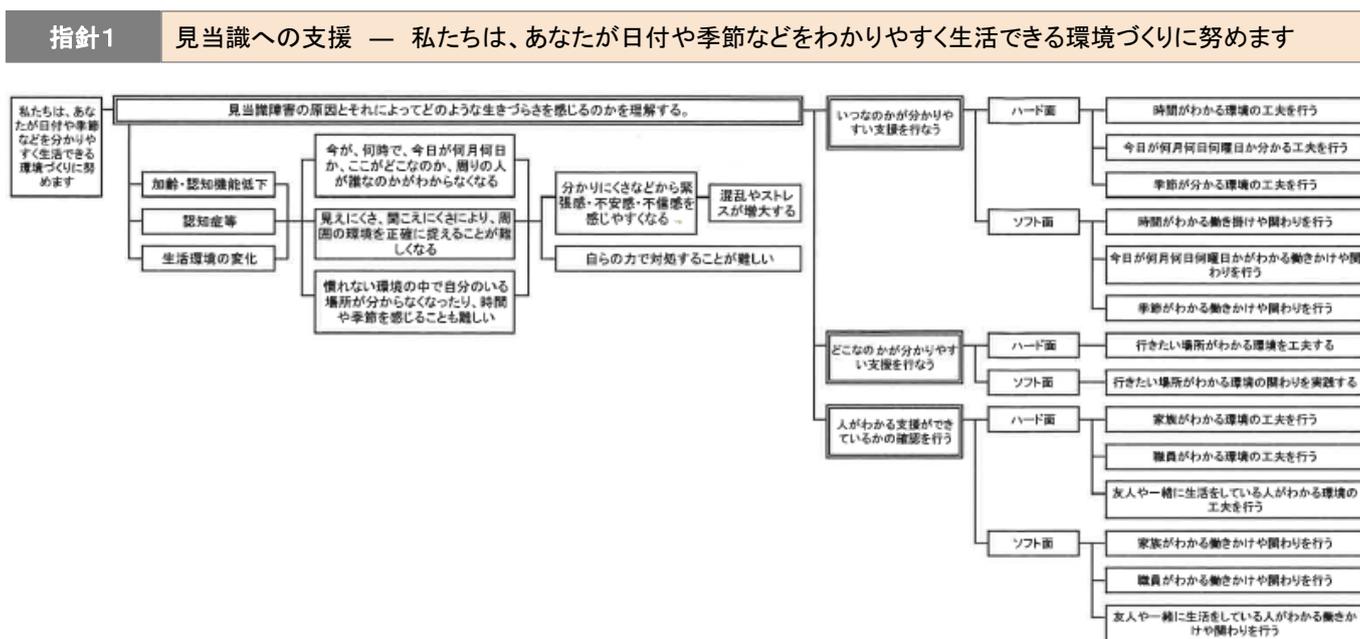
「暮らし環境支援指針」は、利用者の視点から目標(ゴール)として「暮らし環境支援指針十箇条」を設定し、指針ごとにロジック・ツリーを用いて、それぞれごとにキーとなる要素(職員(提供側)からみた目標)に分解・構造化し、具体的な施策に落とし込む形で作成されている(下記図表参照)。ロジック・ツリーに思考プロセスを残すことで、職員の誰がみても考えていることがわかる(見える)形となっている。

単にケア指針をつくるだけであれば、少数の幹部職員で議論してつくる方が早いですが、職員自身が参加して、考えるという検討プロセスにこそ価値があると考えて取り組んでいる。

「SDS研修」(Self-Development System, 自己啓発援助)では、近隣の病院の医師、ソーシャルワークを専門とする大学の研究者などの3名の外部有識者の協力のもと、継続的に考え、学ぶ機会として設けられている。具体的には、事例検討等を通じて考える「塾」形式で開催されており、それぞれの指導者の塾ごとに、「知識」、「技術」、「価値」をテーマに内容が構成されている。

図表 暮らし環境支援指針十箇条 2015年初版(2016年4月1日)より

□ で囲われている部分は、別途、細則でその内容がまとめられている。



出所) 社会福祉法人同和園 提供資料より

③インカム無線を利用した即時性ある情報共有の仕組みの導入

2016年6月より、介護職員全員がインカム無線機を装着してケアにあたる仕組みを導入した。このインカム無線機は、工事現場向けに開発されたもので、完全防水となっている。コスト面では、初期投資として1台約6万円が発生するが、ランニングコストは特にない。

職員は、日常の業務を行う際に、このインカム無線機を身につけたまま行う。このインカム無線を通じて呼びかけると、ユニットまたはフロアの全職員に聞こえるようになっているため、他の職員の応援が必要な場面が生じたとき等に呼びかけを行う。これによって、呼びかけを聞いた近くの職員が駆けつけて、すぐに対応できるようになったこととともに、実際に応援に駆けつけた職員以外にも、どのようなことが生じているかの情報が随時共有されることとなり、特別な申し送り等をしなくても、大規模特別養護老人ホームの中での情報共有が進んだという効果も生じている

④職員の腰痛対策等

介護の現場で職員に多く見られる職業病のトップは「腰痛」である。もともとヘルニアを持っていた等身体的な要因からくる腰痛は、労災の対象ともなり、産業医の協力を得て治療・支援等の手段がある。一方、心理的な面から生じる腰痛があることも知られるようになってきたが、これに対しては、明確な治療法がなく、離職につながる場合もあるため、マネジメント上の重要な問題となっていた。

そのような状況を背景に、「介護福祉士はプロのアスリートと同様、自分の身体のメンテナンスをきちんとできるようにすべき」との考えから、3年ほど前から、ピラティス・ヨガを取り入れた腰痛予防の取り組みが始められた。

まず、新人職員を対象に、年に2、3回、日中に腰痛予防教室を行う。その後、自由参加の形態で月1回(毎月第4土曜日)にピラティス・ヨガ教室を開催している。ピラティス・ヨガが取り入れられた理由は、その特徴が、ストレッチと、体幹を鍛えることとで腰痛が起りにくい身体をつくることにあり、身体のメンテナンスという考え方に適していたためである。

取り組み成果として、腰痛に起因する離職・休職ゼロが達成されている。

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

既存の資源を活用しながら、組織横断的な取り組み「新結合」を展開することにより、下のような効果が生じている。

①職員意識・モチベーションの向上

必要とされている新たなサービスを生み出そうという意欲が高まり、日常的に利用者や家族と接する中でもニーズに対して敏感になるとともに、法人の既存機能で利用できる資源はないかということも常に考えるようになる等、職員の意識やモチベーションが向上するといった効果が見られている。

②同一利用者に対する付加価値サービス提供

「新結合」により創設されたサービスの利用者、職員は、ともに介護保険サービスの利用者、職員ともほぼ重なってくる。このため、同一利用者(顧客)に対して、介護保険上のサービスを補完する介護保険外のサービスを提供する形となっており、クロスセルマーケティング的な効果ももたらしている。

また、大規模特別養護老人ホーム等で共通する課題として、職員間の理念浸透、情報共有、労務問題等があるが、これに対しても、それぞれの取り組みを通じて、課題を解決している。

①職員間の理念浸透

職員参加型で経営ビジョン・事業計画・ケア指針をつくることにより、職員ひとりひとりが考える機会を持つことによって、単に研修を受けるよりも深く、理念や計画を理解できるようになった。

②即時性ある情報共有

インカム無線を導入したことにより、他の職員の応援が必要な場面でこれを通じて呼びかけるということを通じて、即時の応援対応が出来ることに加え、特別な申し送り等を行わなくても、施設内で生じていることを職員全員が随時知ることができるようになった。

②腰痛に起因する離職・休職ゼロの達成

ピラティス・ヨガによる腰痛予防教室を、新入職員研修と月1回の定期的なサークル活動として取り入れたことにより、腰痛に起因する離職・休職ゼロが達成された。

(2)統合・連携の成功要因

「新結合」や職員参加型の経営ビジョン・事業計画・ケア指針作成では、職員が参加する仕組みとすることで、職員の自分のこととして考え、取り組む姿勢、主体性が培われている。

また、介護分野ではこれまであまり取り入れられていない、インカム無線機のようなツールや、ピラティス・ヨガ教室のような機会を、いち早く取り入れていることが、よりよい労働環境づくりに寄与している。

(3)統合・連携を阻害する要素／課題

(当該事例に関しては、特になし)

《検討会での議論等より》

- 本事例は、大都市の郊外部に立地する大規模施設を中核とする法人にとって、事業展開の仕方に加え、組織運営のマネジメントの観点でも参考となる事例である。
- 事業展開に関しては、法人の中核を担う特別養護老人ホームにおいて、地域における介護の“最後の砦”として看取りを含む重度化対応に力を入れながら、「新結合」の取り組みを通じて、地域のニーズに対応すべく、介護保険外の新しいタイプのサービスを展開しつつある点に特徴がある。「新結合」とは、施設の持つ機能(食事提供やリハビリ等)を要素に分解して、地域に対して提供するため、新たに組み合わせ再構築する取り組みで、地域リハビリテーション、通所型サービスBや支え合い型ヘルプ等の地域支援事業に位置づく新たなサービスを生み出している。
- 通所型サービスB等の事業は、住民ボランティアが担い手の中核となる事業であるため、地域に対して参画を促す取り組みが必要となるが、ここでも、OB職員の活用やボランティアの有償化等の工夫が行われている。
- マネジメントの観点では、法人がめざす理念や考え方の共有が図られ、ボトムアップの風土をつくっている点が特徴と言える。組織構造的には、利用者を最上部に位置づけ、利用者とは日々接点を持つ専門職を上位に、管理職や管理部門等を下部に位置づけた逆ピラミッド型の組織図を用いている。同様にケアの考え方についても、利用者の視点で構成されたケアの品質に関わる事項を上部に、ケアの品質に影響をもたらす研修やキャリアアップシステム、事故分析等の要素を中段に、管理的な要素を下部に位置づけた逆ピラミッドで表現されている。
- これらの考え方のベースには、法人の理念や暮らし環境支援指針(ケア指針)、社会福祉法人としてのミッションに対する考え方等があり、職員参加型で指針や計画として取りまとめていく過程を通じて職員間への浸透が図られている。こうした考え方を実際の業務等に生かすために行われている、インカム無線の導入や腰痛予防の取り組みも含め、マネジメントのための各種の工夫が参考になる。
- 新しい事業が生み出されている背景には、マネジメントの観点で行われている各種の取り組みを通じて、職員が自発的に考える風土、新しいアイデアを生み出し挑戦する風土が育てられてきた進化が、プラスに作用している。職員が自発的に考え、生み出した新しいサービスを、職員自ら推進し、管理者・管理部門がそれを支援する体制となっており、今後安定してサービス提供が継続していくと期待させる事業となっている。

4-4. チーム敬絆(医療法人敬絆会/NPO法人木もれび/NPO法人いっぶく/NPO法人ユナイテッド・ケア)
【事業移管による経営統合】

1) 基本情報



展開エリア	滋賀県近江八幡市, 竜王町
関連する法人 (法人設立年月)	医療法人敬絆会(2013年2月) ※前身であるまつおファミリークリニックは2012年5月開院 NPO法人いっぶく(2005年9月, 主たる事務所の所在地は滋賀県竜王町) NPO法人木もれび(2006年2月) NPO法人ユナイテッド・ケア(2013年9月)
本部所在地	滋賀県近江八幡市鷹飼町
事業領域	<ul style="list-style-type: none"> • クリニック 2箇所 <ul style="list-style-type: none"> ・まつおファミリークリニック・・・有床診療所, 在宅療養支援診療所, 消化器内科・外科・肛門科・ペインクリニック・皮膚科 ・まさきファミリークリニック・・・脳神経外科・内科・外科・リハビリテーション科・放射線科 • 居宅介護支援事業所 3箇所(あづち, はちまん, りゅうおう) • 訪問看護ステーション 1箇所(優美) • デイサービス 一般 4箇所(木もれびの家, アクティブプラザ虹, いっぶく老蘇庵, いっぶくてんま屋) <li style="padding-left: 40px;">認知症対応型 2箇所(ケアホーム木もれび, 木のおうちいっぶく家) • 通所リハビリ 1箇所(メディカルリハらん) • 短期入所 1箇所(木もれびの家) • グループホーム 1箇所(いっぶく安土庵)
主な利用者像	地域包括支援センター等から依頼される困難ケースが多い。医療・ケアの質への期待が高い人が多い

2) チーム敬絆における法人間の事業移管による事業統合の取り組みの概要

滋賀県近江八幡市において在宅介護を担うNPO3法人と医療法人とが、将来にわたり安定的かつ柔軟な地域医療・在宅介護を提供するためのガバナンス強化を目的として、NPO法人で実施していた全ての介護事業を医療法人に移管することによって、実質的な経営統合を実現した。

それにより、人材の確保・配置が容易になった、バックオフィス業務等のコストの合理化・資産の有効活用が図れるようになった、新しい事業への挑戦・投資が行いやすくなった等の成果を実現できた。

一方で、医療法人では実施できないサービスがあることや、資産・債務の処理に関わる実務的問題等から、NPO法人も廃止せず、存続させている。

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

NPO法人いっぷく、NPO法人木もれびは、代表同士が法人設立以前から知人関係にあり、日常的に情報交換・意見交換する機会を持っていた。そのような中で、お互いにケアのあり方に関する考え方やめざす方向性が近いと感じていたことから、将来的に経営統合もあり得ることを緩やかにイメージするようになっていった。

その後、両代表がクリニック代表の医師とも知り合ったことから、重度になっても住み慣れた地域で生活を続けられるようにするには、医療と介護とを必要に応じて柔軟に組み合わせて提供することが必要であり、そのためには、医療(クリニック)も含めた統合とする方がよい、という考え方に発展していった。

そこで、4法人(NPO法人いっぷく、NPO法人木もれび、NPO法人ユナイテッド・ケア、クリニック)の代表が、以下のような内容を明記した「統合合意書」を作成し、協定を結んだ上で、経営統合を具体化するための検討に着手した。

図表 「統合合意書」の項目

1. 統合の目的
2. 事業統合後の各法人の役割
3. 経営陣
4. 組織図
5. 職務権限
6. 統合資産及び債務
7. 従業員
8. 行政からの委託事業の取り扱い
9. 協議
10. 秘密保持

出所) インタビュー内容等をもとに作成

(2)地域の状況(外部環境)

NPO法人いっぶく及びNPO法人木もれびが活動している近江八幡市や竜王町は、NPOによる市民活動が比較的活発な地域である。

滋賀県には約600のNPO法人が存在し、人口当たりで換算すると滋賀県は全国でも常に上位(10位前後)に位置している。また、活動領域を「保健、医療又は福祉の増進を図る活動」とするNPO法人が全体の2/3を占めており、全国平均(約60%)より高いのも特徴となっている。

このうち、近江八幡市内で活動するNPO法人は52法人、うち「保健、医療又は福祉の増進を図る活動」で活動する法人が40法人(69%)となっている。

本事例の対象となる2つのNPO法人は、このような地域環境の中で、比較的早期に設立された法人であり、着実に地域で運営実績を積み重ねてきた。

また、両法人の代表は、NPO法人立ち上げ前から、地域の保健・福祉・介護等の領域で働いてきた実績を有し、ともに近江八幡市の介護保険事業計画を立案する「近江八幡市総合介護市民協議会」の委員を務めていたことから、地域住民や同じ分野で活動をする事業者・専門職等からも信頼を得ている状態であった。

○NPO法人いっぶくの代表である岡山氏は、竜王町の元保健師で、2015年4月には近江八幡市議に当選を果たしている。

○NPO法人木もれびの代表である森村氏は、元近江八幡市職員で、福祉や介護を担当する課・部署で、事業者を支援する立場で長らく働いてきた経歴を有する。

一方、よりマクロな視点で見ると、全国的に人口減少が進む中、近江八幡市では、近年も人口が緩やかに増加する傾向が見られている。そのような中でも、高齢化率の高まり、一人暮らしや夫婦のみ高齢者世帯の増加といった傾向は、全国と同様見られており、特に増加が顕著な在宅の軽度要介護者を支えるためのサービス基盤整備の必要性が高い状況にある。

このような地域環境の中で、両NPO法人の代表は、同地域で訪問看護師が不足していることに着眼し、地域の各事業所に看護師が分散して配置されていることによって、在宅で生活する要介護高齢者の支援にトータルに関わることができず、看護職の専門性が十分に発揮できない非効率な状態をつくっている、と考えていった。

また、もうひとつの課題として、「認知症になった場合の地域での生活の継続」の難しさもあった。その要因は、介護に関わる専門職の疾患に対する理解不足、適切な医療・介護サービスの不足、またサービス間連携においても柔軟で機動力を発揮する必要があると考えたため、医療の専門職(医師、看護師)と介護の専門職(ケアマネジャー、介護職員等)、さらには住宅の専門家が連携することで、状態変化を捉えながら、自宅または住み慣れた地域にあるケアができる住居(サービス付き高齢者向け住宅やグループホーム)で、医療・介護サービスを受けながら最期まで暮らしていくために必要なサービスのラインナップを揃える必要がある、と考えていた。

4)法人間の事業移管による経営統合の取り組み

(1)経営統合に至るまでの沿革・経緯

旧知の間柄であったNPO法人いっぷく、NPO法人木もれびの代表同士が経営統合を意識し始めたのは、2010年頃からである。

当初、いっぷく、木もれびがNPO法人で介護事業を行っていたのは、法人設立が容易であることと、市からの補助金(対象がNPO法人・社会福祉法人に限定される)が受けられること、という2つの理由からであった。

2012年2月に、まつおファミリークリニックが開院し、診療を開始した。地域で事業を続ける中で、2013年頃、NPO法人木もれびの代表・森村氏と松尾医師とが知り合う機会を得た。以降、徐々にお互いの人柄や医療・介護に対する考え方を知る中で、信頼感を高めて行き、介護だけでなく医療も含めた連携へと理想とするケアのイメージが膨らんでいった。

同じ頃、行政サイドでは、市直営で運営されていた地域包括支援センターを民間委託しようとする動きが起こった。NPO法人いっぷく、木もれびでも受託に向けた検討を開始したが、その際、近江八幡市から、「介護サービス提供を行わない法人(同一の土地・建物への併設も不可)」ということが委託条件として提示されたため、既に介護サービス提供を行っている現NPO法人での受託は難しいと判断された。さらに検討をし、新たなNPO法人を設立し、そこが受託者となることで条件を満たすというアイデアが生まれ、2013年9月、NPO法人ユナイテッド・ケアが設立された。これにより、関連するNPO法人は3つとなった。

このとき、地域包括支援センターの事務所をどこに開設するかということがもうひとつの問題となっていた。近江八幡市内では、既存の建物の空き事務所を探しても見つからないような状況であった。その一方で、新たに建物を建てることを想定した場合、市街化調整区域にしか土地がなく、都市計画法によって市街化調整区域には介護事業所は建てられないと定められていた。このとき、クリニック(医療機関)であれば、市街化調整区域に建てられること、地域包括支援センターの委託条件として、介護事業所への併設は認めないとされていたが、医療機関に併設することは禁じられていなかったことから、まつおファミリークリニック(消化器科)とは専門とする診療科が異なるクリニックをもう1つ開設し、そこに事務所を併設するというアイデアが生まれた。これによって、2014年7月にまさきファミリークリニックを開設し、そこにテナント入居する形で、受託した地域包括支援センターの事務所を開設した。

まつおファミリークリニック開設後2年がたち、医療法人の設立資格を得た2014年2月、医療法人敬絆会を設立した。同時に、まつおファミリークリニックを有床診化し、入院機能を整備した。これにより、緩やかに思い描いてきた理想とするケア体制に必要な機能・要素が揃った状態となったことから、経営統合に向けた議論に着手できる状況となった。

関係法人の代表者たちは、日常の診療やケアを通じて実態的な連携・協働を進める中で、「連携」や「協働」レベルでできることには限界があると感じ、「経営統合」ができれば、法人の持つ資源の有効活用や事業展開等がしやすくなると考えていた。そのため、「将来にわたり、サービスの質的にも経営的にも安定的かつ柔軟な地域医療・在宅介護事業を運営するためのガバナンス強化」を目的として、「経営統合」をめざすこととした。

2015年10月、4法人(NPO法人いっぷく、NPO法人木もれび、NPO法人ユナイテッド・ケア、医療法人敬絆会)の代表が「統合合意書」を締結し、この協定に基づいて、具体的な検討が開始された。

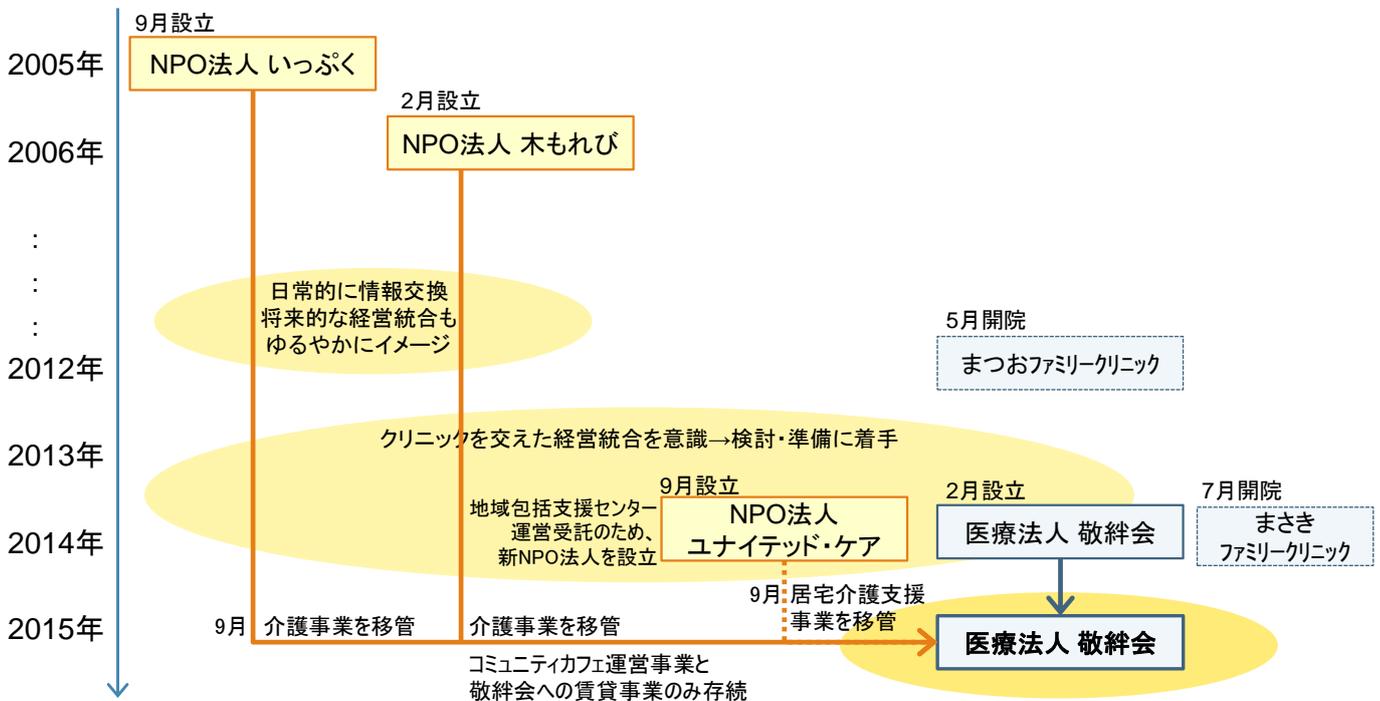
図表 「経営統合」によりめざした事項

(「連携」「協働」では達成が難しいと感じていた事項)

- 持続可能なガバナンス
 - ・ 人事異動・配置転換による人材マネジメント
 - ・ 資産・備品等法人が保有する資源の有効活用
 - ・ 物品調達の一元化によるコスト合理化
 - ・ 地域における信用力が増し、事業展開上有利となる
- スピード感、柔軟性、創造性、効率性を発揮する実践体制により、少子高齢化という新しい社会構造下での医療及び介護を有効に提供することができる。
- 法人として地域マネジメントのイニシアチブをとることができる

出所)インタビュー内容等をもとに作成

図表 経営統合に至るまでの各法人の沿革・経緯



出所)インタビュー内容等をもとに作成

(2) 事業移管による経営統合

既存の制度・スキームでは、法人種別の異なる法人を統合する手段はないことから、NPO法人が実施している事業と職員とを医療法人に移管(NPO法人の介護事業を廃止し、医療法人の介護事業を新設)し、利用者を引き継ぐ形で、実態として「経営統合」を進めることとした。

このとき、NPO法人ユナイテッド・ケアからは、居宅介護支援事業所と地域包括支援センター事業を運営していたが、地域包括支援センターを運営する法人は介護サービス部門を持たないという受託条件があるため、居宅介護支援事業のみを医療法人に移管した。

また、NPO法人いっぷく、木もれびの2法人からも、介護保険上のサービス提供に関わる事業は医療法人に移管したが、介護保険以外の事業は存続する形をとった。

その際、元の法人それぞれの強みや地域からの信頼を継続して生かせるように、各介護事業所の施設名称は従来どおりとする等の配慮をした。

① 執行体制

医療法人の理事長は、原則医師である必要があることから、統合前の医療法人理事長がそのまま就任する形とした。

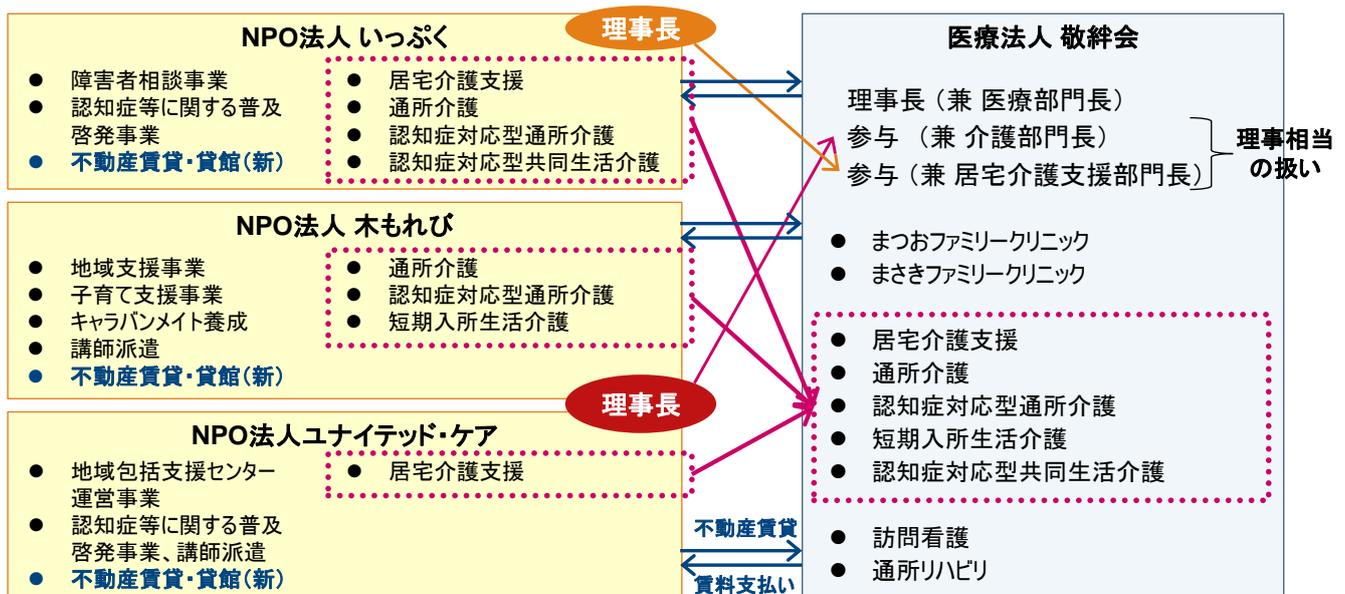
NPO3法人の理事長(2法人の理事長が同一人物のため、実質2人)は、実質的には理事長と同等の待遇・権限で、医療法人の参与に就任した。

まつおファミリークリニック院長の知人で、クリニック開設時にも協力を得られた不動産コンサルタントに、法人の監査役に就いてもらう形とした。これによって、統合時の資産の移転、不動産賃貸や事業拡大の際の投資等に関してアドバイスを受けやすい体制となった。

理事長のみに権限が集中しないよう、また、各法人のこれまでの実績や特徴・思い等を尊重/けん制しながら運営できるよう、「経営会議」で意思決定をする仕組みとした。

「経営会議」は、月2回、理事が参加する形で開催し、重要事項はこの会議で協議し決定する仕組みとなっている。

図表 法人間の事業の移管・再編



出所) インタビュー内容等をもとに作成

②運営体制

新医療法人の組織は、大きく医療部門、介護部門と、本部機能の3つに分けられる。

医療部門の部門長は、理事長(医師)が兼務し、介護部門は、旧NPO理事長2名が分担して担当、統括する体制とした。

介護部門は、さらに介護サービス提供を担うケアチームと居宅介護支援事業所(群)とに分けられ、前者を旧・NPO法人木もれび代表が担当(介護部門長)、後者を旧・NPO法人いっぶくの代表が担当(居宅介護支援部門長)している。

③本部機能の集約化

従前の体制では、現場の職員が事務とサービス提供の両方を抱える体制となっていたが、統合後は、現場から独立した本部機能を設置し、事務の専任スタッフを配置することができた。

④財政面

新医療法人では、各部門、事業所の責任、役割を明確化し、それぞれが独立採算で運営することを基本とする形とした。

(3)経営統合による仕組み・ルール等の統一化

実質的な経営統合に伴い、法人運営に関わる各種の仕組み・ルール等についても、統一化を図った。

①各種規定の統一

決済規定、稟議規定、就業関係規則・給与体系・等級制度等の統一を図った。

規定類の統一化にあっては、司法書士、税理士、社会保険労務士等の専門家を交え、一文ずつ内容の相違点を確認し、どの形態に統一するかを協議した。

特に、就業関係規則・給与体系・等級制度等は、各職員が従前に比べて条件が悪くならないように配慮して設定した。

②現場の運営体制整備

相互に顔が見える等の小規模事業者のよさを維持するため、理事による経営会議とは別に、事業現場で業務上の意思決定ができる体制とするため、現場管理職による定例会議を設定した。

定例会議では、事業所ごとに月次報告を作成、共有する仕組みとした。

③情報共有の仕組み

組織が大きくなった分、情報をタイムラグなく共有・伝達する仕組みが必要となり、メールによる連絡網を再構築し、連絡の徹底を図った。

併せて、理事、管理職には、必要な際にすぐに連絡がつくように、携帯電話の常時携行を義務付けた。

⑤アウトソースの一元化

従前、各法人が個別に委託していた税理士、社会保険労務士等も、過去の取引先の中から、新しい運営体制にとっても最も適した人を選定し、一元化した。

(4)統合後のNPO法人の存続

実質的な経営統合後も、以下の3つの理由からNPO法人も存続させることとなった。

○保有資産(不動産)の移管に伴う課税を避けるため

従前NPOが保有していた資産や債務を、医療法人に移転しようとする、譲与税・消費税等の課税対象になってしまうことから、資産・債務はNPO法人に残すこととした。

医療法人に移管された事業で、NPO法人が所有する資産を利用する場合は、法人間で賃貸借契約を結び、医療法人からNPO法人に賃料を支払い、それを原資に債務を返済するという方法を採っている。

○医療法人では実施できないサービスを継続するため

住民の地域生活を継続する観点から必要となる相談・支援等であっても、医療法人では実施できない事項が出てくる可能性があると考え、それらの事業の受け皿とする観点から、NPO法人を存続することとした。

実際に、介護保険上のサービスではない事業は、各NPO法人の業務として存続させている。

○NPO法人が築いてきた実績に基づく知名度・信頼を活かすため

NPO法人は、医療法人／クリニックよりも長い運営実績を有していたため、地域での知名度や信頼も得ており、関連法人として存続させるメリットがあった。

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

実質的に経営統合したことで、当初ねらいどおり、スケールメリットやシナジー効果が働くようになり、以下のような成果が表れつつある。

①人材の確保・配置が容易になった

就業関係規則・給与体系等が統一できたことにより、当初のねらいのひとつだった従前の法人枠を超えた人事異動、管理職の任命等ができる素地ができた。

また、組織が大きくなり、法人所属の職員数が増えたことで、シフトの調整等が行いやすくなった。具体的には、休暇がとりやすくなったことや、緊急時・アクシデント時の応援体制も組みやすくなったことのほか、研修でいない場合の人繰りなどがしやすくなったことにより、研修が受けやすくなった等の効果が見られた。

採用面でも、職員の採用もしやすくなったという効果が出ている。例えば、クリニックの看護師としては条件が合わなくても、訪問看護で条件が合えばそちらで採用するといったことができるようになったことや、事業所単位では専任で職員1人を確保できない場合でも、複数事業所の兼務の形態であれば採用できる、といったことがあるためである。具体的には、デイサービスの看護職を訪問看護ステーションとの連携で確保できるようになったため、デイサービス専任をやめ、訪問看護から看護職を訪問させる形とした。その結果、看護・介護職員バランスを理想像(1:9)に近づけることができた。

また、兼務の活用により、サービス毎にケアの担当の看護職が変わることのない体制をつくることができ、利用者にとってもよい仕組みとできた。具体的には、デイサービスの看護職を訪問看護ステーションとの連携で確保したことにより、デイサービスも訪問看護も、自宅での様子とデイサービスでの様子の双方を把握してケアが行えるようになった。

中期的な観点からは、職員が増えると、多様な働き方を提示できるようになり、ロールモデルを見つけやすくなったことも、働きやすさの改善に貢献したと考えられる。

②バックオフィス業務等のコストの合理化

現場から独立して本部部門を設置したことにより、現場業務と間接業務の分離ができ、現場の職員が事務等の仕事に煩わされることなく、現場の業務に専念できる体制とすることができた。

また、従前は法人ごとに契約をしていた税理士、社会保険労務士等を一元化等することで、委託に関するコストの合理化を図ることができた。

③資産の有効活用が図れるようになった

建物設備、車両、物品等も、法人単位で保有していた際に稼働率が低かったものを、共用資産とすることによって稼働率が上がり、より効率的に利用できるようになった。

④新しい事業への挑戦・投資が行いやすくなった

新規事業所を開設する際には、近江八幡市の地域の状況として、賃貸物件では望ましい立地・広さ等の物件を見つけにくい状況にあったが、法人規模が大きくなったことで資金力や信用力が増し、新規建設を含む投資が行いやすくなった。このことにより、新しい事業への展開が行いやすくなった。

また、新規事業に伴う事業リスクの観点では、きちんとした養成・教育体系が確立され、状態像の変化を適切に判断して伝えられるという看護師の知識・スキルを持つ看護職を採用・確保できるかどうかのカギとなるが多かった。実質的な経営統合により、看護職員を確保しやすくなったことが、事業リスクを下げることにも寄与することとなった。

これらの結果として、看護小規模多機能の新規事業所を立ち上げ準備を進められる状況になったほか、物忘れ外来の開設、リハビリ事業及び介護予防総合事業の受託を実現することができた。

(2) 統合・連携の成功要因

①めざす方向性を明文化して共有したこと

経営統合の検討を始める以前より法人代表同士の交流があり、めざしている方向性が類似していたことに加え、「統合合意書」として明文化したことにより、めざす方向性を具体的に共有することができたことが、ブレることなく取り組みを進められた要因のひとつとなっている。

また、時間をかけて十分に協議を重ねたことも、相互の信頼を深め、方向性を共有していく際に重要な要素となった。このような「協議」を重視する姿勢は、実質的な経営統合後も、継続的に開催される「経営会議」に活かされている。

②各法人の実績や特徴・思い等を尊重し、対等となるように配慮されたこと

従前の各法人の代表者は、新法人における役職は、形式上、理事、参与という位置づけとなるが、実質的な待遇・権限は同等であることを「統合合意書」の段階から明確にしてきた。

その具体的な実現方法として、重要な意思決定に関し、協議を通じて意思決定する場として「経営会議」を位置づけることで、それぞれの考え・思い等が尊重できる体制となった。

このような体制・仕組みは、大規模法人による吸収合併等とは異なる、小規模法人同士の対等合併のひとつのモデルになる形態と言える。

③現場職員が経営統合の価値(意義)を感じやすい取り組みから着手していること

1事業所では確保が難しい専門職を兼務で確保する、事務等の間接業務を本部職員に集約化する等、現場の専門職が現場の業務に専念しやすい体制づくりに優先的に取り組んでいる。現場職員が経営統合の価値(意義)を実感できるようになることで、統合に伴う組織体制や規定・ルール等の変化にも理解や協力が得やすい状況をつくりだしている。

このような法人の姿勢は、法人内の職員だけでなく、地域の医療・介護等の分野で働く専門職にも知らせるようになってきていることから、求職者からも、「医療・介護が連携して地域を支えている理想の法人」と認識・評価され、採用等の面でも有利な状況ができつつある。

(3) 統合・連携を阻害する要素／課題

①法人種別の異なる法人の経営統合のための制度・スキームがないこと

現行の制度・スキームでは、法人種別の異なる主体を経営統合するスキームはほとんど存在しない。唯一、地域医療連携推進法人という仕組みがつくられたが、この制度の対象は医療法人を主な対象としてつくられており、社会福祉法人やNPO法人が利用できる仕組みとはなっていない。

②経営統合のデメリット(マイナス面)

「経営会議」、「定例会議」等の協議を通じて意思決定・運営する仕組みとしたため、理事や管理職にとっては、協議や調整にかかる時間、会議時間等が増大した。そのため、即断即決のような意思決定は行いにくくなった。

反面、以下のようなプラスの側面があることも認識されている。

○理事にとっては、意思決定に対する責任が分担され、自信を持ちやすくなった、気が楽になった、という側面がある。

○管理職にとっては、協議を通じて、視野が広がったり、考えざるを得ない環境となったりして、リーダー層の育成につながっている側面がある。

③保有資産の移管時に課税対象となること

統合前のNPO法人の業務は、実態的にはほとんど医療法人に移管されたが、保有資産を移管すると課税対象となる等の理由から、完全な廃止をできず、法人として存続させている。もし、税制面での配慮があれば、資産の移転を含む完全な経営統合もできたのではないかと考えられている。

④都市計画法による立地制約

都市計画法により、市街化調整区域では、クリニックやデイサービス等の「サービス提供拠点」は設置できるが、訪問系サービスの「事務所」は単独設置できないことが、新規事業所開設の妨げとなっている。

《検討会での議論等より》

- 小規模なNPO法人、医療法人が、法人種別の違いを超えて、事業移管を通じて、実質的な経営統合を図った事例である。法人種別の異なる法人を1つの法人に統合するスキームは、地域医療連携法人を除くと現状では存在せず、地域医療連携推進法人ではNPO法人が参加できる仕組みとなっていない。そのため、本事例では、実質的な経営統合を志向し、事業、職員、利用者を特定の法人に移管・集約する方法により、擬似的に法人統合が行われている。本事例は、このような取り組みの着眼点に特徴があることに加え、取り組みプロセスにおける様々な工夫が参考になる事例と言える。
- このような形で実質的な経営統合を円滑に進めるためには、従前の法人の代表同士が、「統合合意書」のような形で協定を結んだ上で、理念や事業方針といった法人がめざす姿の具体化・統一化から、十分な協議を重ねていく過程が不可欠である。各法人のそれまでの実績や特徴、代表者のみならず働く職員それぞれの思い等も尊重しながら、対等な関係で協議が進められた点がポイントとなっている。
- 現在の形態は、必ずしもチームがめざしている最終形ではなく、例えば、近江八幡市の地域包括支援センターの委託条件に、介護保険サービスを提供していない事業者と定められているため、介護事業を移管した後も、NPO法人を存続させ、地域包括支援センターの運営はNPO法人が担う形を採っている。制度要件等があっても、その要件を満たすための工夫を行い、法人がめざしている事業の実現に向けて取り組みを前進させている点は、多くの事業者にとって参考になる点である。
- 専門職の確保、特に看護の専門職の確保が課題となっている事業者にとって、専門職を1つの法人に集約・統合して、訪問看護事業所とデイサービス事業所の兼務等、効率的な人員配置、人材登用が図られた点や、看護小規模多機能型居宅介護の新規事業所の立ち上げ準備が進められるようになった点などが、参考になると考えられる。

4-5. チーム三茶(世田谷区内の 11 事業所が参加)【在宅ケア連携パスを用いた事業所間連携】

1) 基本情報



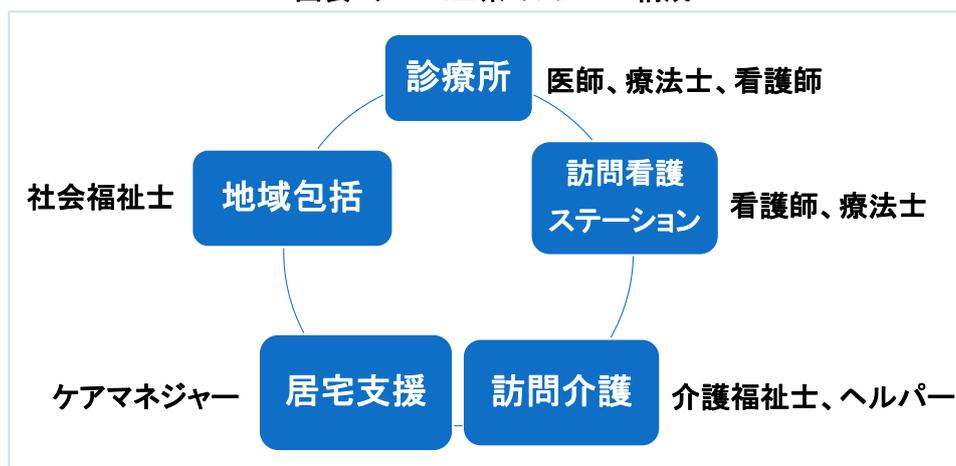
展開エリア	東京都世田谷区 (世田谷地域のうち、主として、下馬地区、上馬地区、太子堂地区)
関連する事業所/法人 (法人設立年月)	チーム代表: 三軒茶屋リハビリテーションクリニック 院長 長谷川 幹 <1次参加チーム(6 法人・6 事業所)> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションクリニック ・ 地域包括支援センター(社会福祉法人) ・ 居宅介護支援事業所(株式会社) ・ 居宅介護支援事業所(株式会社, 薬局系) ・ 訪問介護(営利法人) ・ 訪問看護ステーション(株式会社) <2次参加チーム(4 法人・5 事業所)> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション(株式会社 4 事業所, 事業団 1 事業所, 計 6 事業所)
活動開始時期	2015 年 2 月～ (2次チームは 2016 年 6 月～)
主な利用者像	世田谷区下馬地区・上馬地区・太子堂地区に住む医療機関を退院した人(する予定)、生活上支障をきたした障害のある人及び高齢者等を中心に、リハビリ・看護・介護等を提供

2) チーム三茶の地域における多職種連携のための取り組みの概要

チーム三茶は、世田谷区で在宅でのリハビリ・看護・介護に関するサービス提供を担っている10法人・11事業所から、法人・事業所や職種を超えて集まった専門職が、退院後のリハビリ・看護・介護を、切れ目なく、包括的に提供することをめざして、多職種による連携のための基盤的な仕組み(在宅ケア連携パス)の構築・導入に取り組んだ事例である。

参加している専門職の所属先の多くは、小規模法人で、地域に根づいた事業を展開している。参加者は、「所属法人から組織的に了解を得られていること」を条件に参加しているが、専門職個人の意思で活動に参加する形が採られている。もともと、日常的な介護サービス提供を通じて、「地域で顔の見える関係」にあった専門職が参加していることが特徴である。

図表 チーム三茶のメンバー構成



出所) チーム三茶 提供資料より

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

取り組みの契機となったのは、一般財団法人オレンジクロスが主催する「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」(2015年3月～2016年3月)に参加したことである。

同プロジェクトに参加した直接のきっかけは、「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」の代表世話人である堀田聡子医療介護福祉政策研究フォーラム 理事/Buurtzorg Innovator から、チーム代表の長谷川幹医師に参加の呼びかけがあったことである。そこから、長谷川医師が日頃つながりを持っており、ケアの方向性や地域性などが近い専門職に声をかけ、1次参加チーム6法人・6事業所から参加する専門職による「チーム三茶」が結成された。

(2) 地域の状況(外部環境)

世田谷区の人口は約 89.2 万人と、政令指定都市並みの人口規模を有している。高齢化率は 19.5%と低く、子育て世帯なども多い住宅都市となっている。

世田谷区は、大きく5つの地域(世田谷地域、北沢地域、玉川地域、砧地域、烏山地域)に分けられるが、チーム三茶の主な活動エリアは、このうち、世田谷地域に属する下馬地区、上馬地区、太子堂地区の3地区である。世田谷地域の人口約 23.8 万人のうち、チーム三茶の主な活動エリアの人口は合計約 9.4 万人(下馬地区 4.2 万人、上馬地区 2.8 万人、太子堂地区 2.4 万人)となっている。

世田谷区内の居宅介護事業所数 252 事業所に対し、チーム三茶の参加事業所とかかわりを持っている事業所は 32 事業所、このほかに関わりのある医療機関が 27 機関(病院は除く)ある。

取り組み開始以前から、実際に、同一の利用者に対してサービス提供を行い、それに関わる連絡・調整、情報共有をするといった連携は行われていたが、個別ケースごとに一から対応を相談・検討する状態であったため、非効率な側面があった。

4) 統合・連携に関わる取り組みの経過

(1) 当初計画～初年度の取り組み

「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」の当初計画では、初年度に、以下の4つの取り組みを計画した。

- ①事例を通して職種の内容を理解する(医師、介護支援専門員(および地域包括担当者)、訪問看護師、訪問介護、訪問理学・作業療法士、薬剤師)
- ②担当者会議の内容をより実質的なものとするために、事前にミニ担当者会議を実施するという「担当者会議の組み立て方検討」
- ③障害者・高齢者・家族等の地域住民に対する「地域包括を念頭にした勉強会の開催」
- ④「自主サークルへの支援」

当初計画した取り組み内容は、障害のある人(高齢者・障害者等)へのより質の高いケアは、「本人の主体性」をベースとして周囲の人がどのようにかかわるかがカギとなる、と捉えて、主として以下の4つを活動のねらいとして立てられたものである。

- ①より質の高いケアの実現
- ②より働きがいのある仕事、働きやすい職場づくり
- ③よりコストを下げる(経費削減、業務効率化)
- ④多主体、多職種によるフラットなチームという理念の実践

具体的な活動は、このねらいに沿って、参加する専門職個人々人が、それぞれの思い・考えを持ち寄り、それを共有することからスタートした。

しかし、この計画は、募集締切間近になって作成したことから、取り組み内容の具体化が必ずしも十分ではなかったため、プロジェクト初年度前半で計画どおりに実施でき、成果が実感できたのは、①の職種を理解するのみであった。

初年度前半の活動の一環で行われたプロジェクトのワークショップにおいて、ビュートゾルフの活動を学んだことを契機に、具体的に成果が出しやすい取り組み内容に改めることとして、計画を練り直し、「在宅ケア連携パスの作成」と「コーチング研修」の2つの取り組みに集約することとした。

①パス作成に取り組んだ理由・背景

「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」初年度前半の取り組みの中で、各専門職/サービス提供事業所が、どのような手順で、どのような仕事をしているか、改めて相互に説明・情報共有を行った。

その取り組みの結果、知っているようで知らないことが多々あること、同じ言葉・表現を使っているが、表している状況が必ずしも一致していなかったこと等が明らかになった(例えば、「基本情報」といったときにどのような項目の情報を指しているのか、「モニタリング」といったときに具体的に何をすることを指しているのか 等)。

また、他の専門職が行っている取り組みで、自らのケア実践においても参考となること、役立ちそうなことにも多々気づくことができた。

そこで、お互いに共有・理解した各専門職の役割や業務を、利用者を中心として、ケアの時間経過に沿って再整理し、「アウトカム」を意識しながらチームとして各専門職がどのように関わるかという観点から可視化しようという考えに至った。

特に、長谷川医師やリハビリ専門職は、本来、利用者の1/3は、能力の回復という目標を達成できたら訪問リハビリや看護は「修了」(卒業)できる、という考え方を持っていたが、サービス提供を止めることに対して、利用者や家族だけでなく、ケアマネジャーや介護職等、他の専門職が不安に感じるということがわかり、関係する専門職が協力して計画的に訪問リハビリの「修了」をめざしてケアを行っていくことが必要である、と強く再認識されるようになった。

このようなことから、能力や生活の質が変化する回復時の訪問リハビリの「修了」を織り込んだ在宅ケア連携パスを作成し、利用者や家族への説明等の際に活用することで、利用者、家族と関係する専門職とが、先を見通しながら安心してサービスを受ける／提供することができるようにする、ということが新たな目標として再設定された。

②コーチングに取り組んだ理由・背景

主として障害のある人へのケアにおいては、関係する専門職が目標を共有しながら、本人の主体性を引き出すという関わり方が重要になる。しかし、実際には、その関わり方の過程で、専門職それぞれが関わり方に悩むことが多いことが、初年度前半の取り組みの中で明らかになった。

リハビリ・介護等の現場における利用者本人や家族とのコミュニケーションの「目標を共有し、本人の主体性を引き出す」という特徴が、コーチングの技法と親和性・類似性が高いと考えたことから、関わり方を学ぶ研修の一環として、チームの取り組みとして採り上げることにした。

図表 「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」の実施内容の変遷

当初の計画	実証プロジェクト (前半)	実証プロジェクト (計画見直し後)
<ul style="list-style-type: none"> ● 事例検討(本人・家族・医療・福祉職) 職種間で行っている事例検討会を継続しつつ多職種による横断的な事例検討会を開催する ● 担当者会議の組み立て方検討 事前にミニ担当者会議を行い課題の焦点を共有する ● 地域包括を念頭にした勉強会の開催 障害のある人、高齢者、家族(区民)へ医療・福祉関係の情報提供 ワンコイン塾など勉強会 ● 自主サークルへの支援 長谷川医師が30年支援しているサークルへの支援ほか 	<ul style="list-style-type: none"> ● 事例検討(本人・家族・医療・福祉職) 事例を通して各職種の仕事と役割の理解する活動を進め、知らなかったことや課題が明らかになった ● 担当者会議の組み立て方検討 意義は大きかったが、時間がかかりすぎて継続しきれなかった ● 地域包括を念頭にした勉強会の開催 未実施 ● 自主サークルへの支援 長谷川医師が30年支援しているサークルへの支援 	<p>本人が主体的に参加する在宅ケアを軸に</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅版ケア連携パスの作成 本人も含めて、目標と進行状況を共有し、合意を得るための仕組み パスの内容と現状の照らし合わせにより、目標を見直すためにも活用 ● コーチング 本人とケアに関わる多様な専門職が目標を共有するコーチング研修を導入

出所) チーム三茶提供資料、インタビューをもとに作成

(2) 在宅ケア連携パスへの取り組み

在宅ケア連携パスの対象疾患として、在宅復帰時のリハビリケースとして多く見られる「大腿骨頸部骨折」を採り上げることとした。「大腿骨頸部骨折」患者が退院することを想定して、退院前から順次、時間経過に沿って、どの専門職が、どのタイミングで、何を目的として、どんなことを行うのか、必要となる情報共有の内容は何か/共有先はどの専門職か、等の手順を整理・とりまとめたものを完成形として想定した。

具体的な取り組み方法としては、2015年10月頃から月2回のペースで集まり、協議を行っている。予め各専門職が、ケアの時間経過に沿って、自分が該当する専門職が行うべき業務を整理した案を作成し、持ち寄る。それを、会議の場で読み合わせ、分かりにくい点や手順を変えた方がよい点等を相互に指摘し合いながら、修正・加筆を行うことで明文化していく。

このとき、参加メンバーの中に、病院で臨床パスの作成に関わった経験を持つ専門職がいたことが、取り組みを円滑に進める上で、重要な要素となった。

こうした作業や議論の中で、職種による視点の違い、同じ職種でも経験や立場等の違いからくる視点の違いがあること、事業所によってやり方に違いがあることなどが見えるようになっていき、1年かけて議論した結果、「大腿骨頸部骨折」のケースに関しては、ケアの方向性、状態像等を表す言葉とその定義、業務の流れを整理、共通化することができた。今後、いよいよ実践フェーズに入り、実践をしながら適宜バージョンアップを図っていく予定となっている。

在宅ケア連携パスの作成の取り組みの成果は、完成したパスそのもの(成果物)だけでなく、それをつくる過程で行った協議を通じて、専門職間の相互理解が進んだというプロセスや関係者の実感自体も重要な成果となっている。参加者から寄せられた具体的な成果に対する実感として、以下のようなものが挙げられている。

- 関係する専門職の間で、言語・表現の共通化が進んだ。
- パスを活用することで、本人や家族を含め、関与する全ての人が目標(ゴール)を明確に共有できるようになった。また、専門職が自分の行っているケアの意味や果たしている役割を認識できるようになった。
- 訪問リハビリや看護を「修了」という概念を専門職間で理解・共有できるようになり、目標を達成できたときに、本人や家族だけでなく、関連する専門職間においても、訪問リハビリや看護の提供を止めることへの不安や抵抗感を軽減する効果があった。それによって、ケアそのもののあり方を、依存関係的なケアからアウトカム志向のケアへと、転換していくことにも役立つツールとなった。
- ケアを進める上では、パスにはマニュアル的な意義があり、ケアのプロセスを通じて、現在この高齢者がどの段階にあり、どの専門職が何をしている段階なのかかが、相互に理解できるようになった。また、ケアの「標準形」が明らかになったことにより、新人や経験の浅い人でも、パスに従ってケアを行うことによって適切にケアを進められるといった研修的な意義もあった。
- パスで定めた「標準形」をもとにしながら、状況の変化があった際に、誰にどう連絡・相談するかがパスで明らかになった(連絡が入るようになって、安心できた)ことに加え、状況変化に応じたケア内容の見直し・変更が容易になった。
- 訪問リハビリや看護の提供を「修了」した後のモニタリング等は、主として介護職の役割として、改めて位置づけられたことにより、介護職の意識や専門性の向上等にも役立つ内容となった。
- 従前より顔の見える関係で、同一の利用者に対するサービス提供を通じた情報共有や連携は行われていたが、在宅ケア連携パスを作成し、また、パスに基づきケア・業務を「実践」してみて、はじめて自信を持って「連携できた」と言えるようになった。

(3) コーチング研修への取り組み

「コーチング」とは、達成したい目標等に対して、本人が努力を重ねていく際に、傍らに寄り添って、客観的に、本人の特性や強みを活かして、本来持っている能力と可能性を最大限に発揮できるように助言・支援を行うコミュニケーションの技法である。本人に考えさせ、行動を促すために、相手の取るべき手段を引き出す形でコミュニケーションサポートを行う点に特徴があり、主として競技スポーツの世界で発展してきたものである。近年では、ビジネス等の領域でも、人材育成やコミュニケーションの手法として、研修等が行われるようになっている。

この「目標を共有し、本人の主体性を引き出す」という点が、本人を中心に、多様な専門職がチームでケアを提供していく際のコミュニケーションに応用できるのではないかと、との考えから、チーム全員で研修を受ける取り組みを行った。

具体的には、1～2カ月の間に、2時間×5回のコーチング研修をチーム全員で受講した。

研修の内容は、聴講形式に加え、事例または体験を基にお互いにやり取りをするシミュレーション形式の2つの手法で行われた。

◆コーチングの内容(例)

- 対象者に対して「ゼロポジション」(先入観を排除し、聴きながら評価をしたり、操作や説得したりせず、傾聴する状態)となっているか
- 対象者が向かう方向を助ける形になっているか (どこへ向かうかを共有し、対象者が考える)
- 相手の言葉を引き出す、傾聴、間を取る (誘導になっていないか)
- コーチングの成果、意義など

コーチングの講師料等は受講者で分担して負担する仕組みとした。参加者が多いほど、1人が負担する金額を低く抑えることができるため、単体で講師を依頼すると割高になってしまう小規模事業所・小規模法人にとって、複数の事業所・法人から参加者が集まったからこそ、協働で講師を招聘することができた。

研修の参加者からは、以下のような事項が成果として寄せられた。

- 日ごろの業務や、他の研修においても、コーチングの考え方やスキルを身につけることにより、まず「聴く、聴き取る」姿勢がとれるようになった。
- 参加者から、コーチングを学ぶことにより周囲のかかわり方が広がったことに加え、チーム内での関係づくりにも影響を及ぼすことにつながっている、との感想が寄せられた。
- 2つの形式で学ぶことにより、知識として得たものを自分で実際に体験してみることができ、それによって成果を実感することができた。

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

プロジェクトに参加した初年度前半は、手探り状態での取り組みとなり、計画どおりに実行ができなかった側面があったが、そのような中でも、定期的に協議を重ねることによって、各専門職の仕事や役割の相互理解が進み、言語・表現の共通化が進んだ状態となった。これによって、在宅ケア連携パスの作成が可能な素地ができた側面があり、取り組みの助走期間としての役割を果たした。

在宅ケア連携パスという形で、病院で退院が決まってからのケアの準備～開始～実施～リハビリ・看護・介護のサービス提供開始～リハビリ・看護の「修了」までの流れと、各段階での各専門職の役割・業務が明確化したことで、ケアの標準化が図られ、新人や経験の浅い者でも安心して自分の役割を果たすことができるようになった。

また、パスを作成する過程を通じて、言語・表現が共通化できたことにより、誤解なく情報が伝達できるようになった。

特に、お互いにわかっている「つもり」であったことが、明確に確認でき、職種間で理解・共有されたことが参加者にとって大きな収穫となった。このことが、チーム以外の事業所とのコミュニケーションにも応用され、従前より意識的に伝達できるようになった。

コーチングは、小規模な事業所・法人が単独で行うと大きなコスト負担となる場所、複数の事業所で負担し合うことでスケールメリットを働かせ、参加者1人あたりの負担額を低く抑えることができた。

この2つの取り組みは、参加メンバーの多くが成果に対する「手ごたえ」を感じられたことから、「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」終了後も継続して取り組まれ、さらに参加者も増える(2次参加チーム)等、継続・発展が見られる。

(2)統合・連携の成功要因

①定期的に時間をとって、十分な協議を重ねたこと

月2回の定例会議の形で、1年間活動を続けたことにより、十分な議論ができたことが、成果物(在宅ケア連携パス)に加えて、活動プロセスを通じた参加者の学び・成長につながっている。

②実践的に価値を出しやすい(意義を感じやすい)取り組みから着手していること

「パス」という具体的で実践的なツールの作成を活動のベースとしたことにより、各専門職が自分の業務に直結し、成果を実感・確認できたことにより、取り組みが継続できている。

特に、小規模事業所・法人の場合、事業所内・法人内で相談して得られる助言も、研修等に参加する機会も限られがちなため、チームとして助言し合う関係が構築できたことの意義は大きいと考えられる。

③取り組みの意義や成果を確認し合いながら進めていること

会議後、各専門職がどのように感じたのかをフィードバックしあう機会も設けることにより、相互に意義を確認し合っている(成功体験を共有している)ことも、取り組みの継続につながるポイントと考えられる。(「やらされ感」なく、自発的に取り組んでいる)。

(3)統合・連携を阻害する要素／課題

①通所系サービスの事業所からの参加が得にくかったこと

通所系サービスの事業所・法人にも参加の呼びかけを行ったが、理解が得ることが難しく、参加してもらえなかった。これは、通所系サービスは、交流や外に出ることを目的・目標として長期間利用されることが多く、「修了」という考え方が浸透しづらいことも影響していると考えられる。

②参加者以外への成果の共有・普及が難しかったこと

参加メンバー間では活動の成果が成果物(在宅ケア連携パス)そのものだけでなく、活動の中で得られる気づきや学び等にもあると捉え、取り組みの成果を実感できた。この活動を、直接活動に参加していない参加メンバーの所属事業所・法人や、新たに参加してくるメンバー等に普及していくには、個別事例を通して実際に経験し積み重ねる必要があることが、今後の課題となっている。

《検討会での議論等より》

- 本事例は、都市部において、同一エリアで事業展開する事業内容や法人種別等が異なる小規模法人同士がチームを形成し、「退院支援」に着目して、個別ケースに対するマネジメントの観点から、目標を共有しながら、看護、介護、訪問リハビリ、診療を提供していく仕組みづくりをめざした、臨床面での統合・連携の取り組み事例である。具体的な実践として、コーチング研修と在宅ケア連携パスの作成が行われている。
- 本事例では、参加法人の組織的な取り組みではなく、有志専門職による取り組みという要素が強いが、現場の臨床的側面からの統合・連携をめざした活動は、法人や事業所管理者の意思決定によらずとも、現場レベルでも始められるという点で、取り組みやすい活動と言える。
- 本事例の在宅ケア連携パスは、退院前から心身の能力が回復して訪問リハビリの提供を「修了」するまでの時間経過に沿って、どのタイミングで、どの専門職が、何のために何をするのかを示した手順を言語化し、まとめたものとなっている。パス作成ための協議を通じて、各専門職が行う業務の共通定義化や共有・参照すべき情報項目の具体化等が図られ、それによって相互理解が進む教育研修的な効果をもたらしている。今後、完成したパスを患者本人や家族に対しても提示し、①退院時点では、退院後の生活に対する不安を軽減し、希望を持てるようになる、②在宅ケア開始後は、ケアの目標や内容を共有しながら、安心して訪問リハビリの「修了」を迎えられるようになる、が期待される。また、専門職の知識が増え、在宅生活の限界点を高める成果にもつながっていくと考えられる。
- 取り組み内容が実践性の高い内容となっており、参加メンバーが取り組みの効果や意義を実感できているため、さらに参加メンバーが増えている実態や、大腿骨骨折に加えて脳卒中の在宅ケア連携パスについて検討を始めている進展等、活動の継続・拡大に結びついている点が参考になる点である。
- また、医療・介護連携の観点では、ケアの入り口として「退院支援」に注目した点がポイントとなっている。医療と介護、あるいは、入院と在宅といった異なる専門領域をつなぐための「コネクタ」として、疾患管理のための「病状観察」、「介護観察」が重要となる。「病状観察」は、看護職等医療分野の専門職が担う業務であるが、服薬状況、通院スケジュール管理、水分・栄養の摂取状況、睡眠状況等を介護職が把握し、関係する専門職と共有する「介護観察」が確立されれば、それが医師や看護師とケアマネジャー、介護職等をつなぐ「コネクタ」となり得、ケアの標準化、質の向上に寄与するものと考えられる。
- なお、「介護観察」を確立するためには、介護サービスの利用者像を疾患、要介護状態、家族介護意向等でコーディングするための研究・開発を、国が推進・支援していく体制の整備が望まれる。

4-6. よどまちステーション(よどきり医療と介護のまちづくり株式会社/株式会社やさしい手)
【まちなか小規模拠点における看護・介護連携】

1)基本情報



<よどまちステーション概観>



<かんご庵の内観(共有スペース)>

展開エリア	大阪府大阪市東淀川区
関連する法人 (法人設立年月)	よどきり医療と介護のまちづくり株式会社(2015年4月) 株式会社やさしい手(1993年10月)
取り組みの中心となる 拠点施設・機能	よどまちステーション <よどきり医療と介護のまちづくり株式会社> <ul style="list-style-type: none"> ・ よどまちカフェ ・ ライブラリー ・ よどまち保健室 ・ よどきりケアプランセンター(居宅介護支援事業所) ・ よどきり訪問看護ステーション ・ かんご庵(居室6室) <株式会社やさしい手> <ul style="list-style-type: none"> ・ 東淀川巡回訪問介護 ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
主な利用者像	徒歩又は自転車で通えるエリアの住民(世帯)が中心

2)「よどまちステーション」における医療・看護・介護・予防・住まいの一体的提供のための取り組みの概要

「よどまちステーション」は、大阪市東淀川区の住宅地の中に設置された、地域包括ケアを構成する要素である、医療・看護・介護・予防・住まい等の機能が集約・一体化された地域包括ケアの拠点として、2016年4月にオープンされた。

2階建ての建物の1階部分に、よどまちカフェ、ライブラリー、よどまち保健室(相談窓口)等の地域の保健・健康づくり・予防活動の拠点となる機能と、介護保険のケアプラン作成を担うケアプランセンター(居宅介護支援事業所)、訪問看護ステーション、訪問介護事業所の機能が併設されている。

カフェやライブラリー、保健室等は、地域住民が気軽に訪れ、交流したり相談したりできるような開かれたスペースとなっており、セミナーやイベントなどが開催されている。例えば、イベントでは、「お薬相談」や、熱中症等身近な健康問題を取り上げた「まちの元気塾」、音楽セラピーやリズムを行う「幼児教室」、絵本の読み聞かせを行う「絵本塾」等が行われている。地域の町内会や子育てサークルが場所を借りることもできるようになっている。ライブラリーでは、参加者がお気に入りの本を寄贈する「植本祭」が定期的に開催され、多様な書籍が集まってきている。

2階には、「かんご庵」という名称で、ターミナル期に対応できる住宅(生活の場)として、ホスピス型の賃貸住宅6室が整備されている。各居室にはミニキッチン、トイレ、シャワーが整備され、中央には広い共有リビング・キッチンが配置されている。生活空間としてリビング・キッチンが中央に配置され、食事をつくる過程を見たり、音を聞いたり、香りを感じたりできることで、生活の場らしさを演出する効果が得られている。

生活の一方で、重度だからこそ必要となる看護・介護等のサービスは、1階に併設されている居宅介護支援、訪問介護、訪問看護等からサービス提供を行うことで、「かんご庵」での生活を支えられるように考えられている。

図表 よどまちステーションの機能構成イメージ

2 階	かんご庵		
1 階	よどまち カフェ	よどまち 保健室	やさしい手 訪問介護 事業所
	よどきりケア プランセンター		よどきり訪問看護ス テーション

出所)よどきり医療と介護のまちづくり株式会社提供資料をもとに作成

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

「よどまちステーション」は、病院で働く看護師たちが、退院時の地域の受け皿の必要性を痛感し、また、病気になって病院を訪れてからではなく、それより早く、予防や健康づくりに関わりたい、そのためには地域に出て、敷居の低い地域の「保健室」的な機能が必要との考えから構想されたものである。地域に開かれた、カフェや保健室、ライブラリーといった機能が中核に位置づけられているのは、そのような考えに基づくものである。よどきり医療と介護のまちづくり株式会社を設立することによって、母体法人が運営する淀川キリスト教病院から在宅向けの看護・介護機能を独立させた形で整備された。

がんだけでなく、難病、慢性疾患、老衰等で余命が短い方であっても、本人主体で、自由に生活できる自宅に近い生活の場が必要との考えから、制度によって制約を受ける医療機関や福祉施設ではなく、誰もが利用しやすい賃貸住宅として「かんど庵」を整備することとなった。入居者に何か変化が生じたときには、すぐに対応できるよう、24 時間看護師が常駐するため、訪問看護の機能を併設、さらには、生活を支えるための居宅介護支援、訪問介護の機能も併設することとした。これにより、ターミナル期等重度なケアが必要な方に対しても、包括的にサービス提供できる体制が構築された。

「よどまちステーション」の機能・事業メニューの検討にあたっては、退院調整・支援を担い、地域の医療機関や事業者との連携づくりに携わってきた複数の看護師でディスカッションし、その意見を集約して決定した。建物設計段階でも、看護師等の現場職員が意見を出し合いながら、機能の配置等について検討を行った。

さらに、「よどまちステーション」が、大阪府・市の「スマートエイジング・シティ構想」のモデル事業として指定を受け、大阪府、大阪市、東淀川区の協力・支援を受けながら取り組むこととなったことも、事業の推進に重要な役割を果たした。「スマートエイジング・シティ構想」は、2014 年1月に大阪府と大阪市が共同で発表した「大阪府市医療戦略会議提言」で示された7つの戦略のひとつに位置づくもので、「ヘルスケア」、「エイジング」をキーワードとして、高齢者を含む多世代が住みなれた地域で安心して快適に住み続けられるまちを指向するというものである。「よどまちステーション」のコンセプトと、この方向性が類似していることから、モデル事業としての指定を受けるに至っている。

運営は、場所があれば始められるカフェの運営から開始し、地域に対し、「よどまちステーション」の存在と取り組みを発進することから着手した。次いで、ケアプランセンター、訪問看護、訪問介護等の在宅介護事業を立ち上げ、「かんど庵」は最後に運営開始となった。

(2) 地域の状況(外部環境)

大阪市東淀川区は、人口約 17.7 万人、高齢者人口 3.6 万人(高齢化率約 20%)と、若い世代も多く居住している区である。

その一方で、高齢者の4割は単独世帯であることや、住民の6割が生活保護を受給する世帯であること等が特徴となっている。

昔ながらの商店街もあり、近所づきあい等、地域コミュニティが保たれた下町的なよさを残した地域でもある。

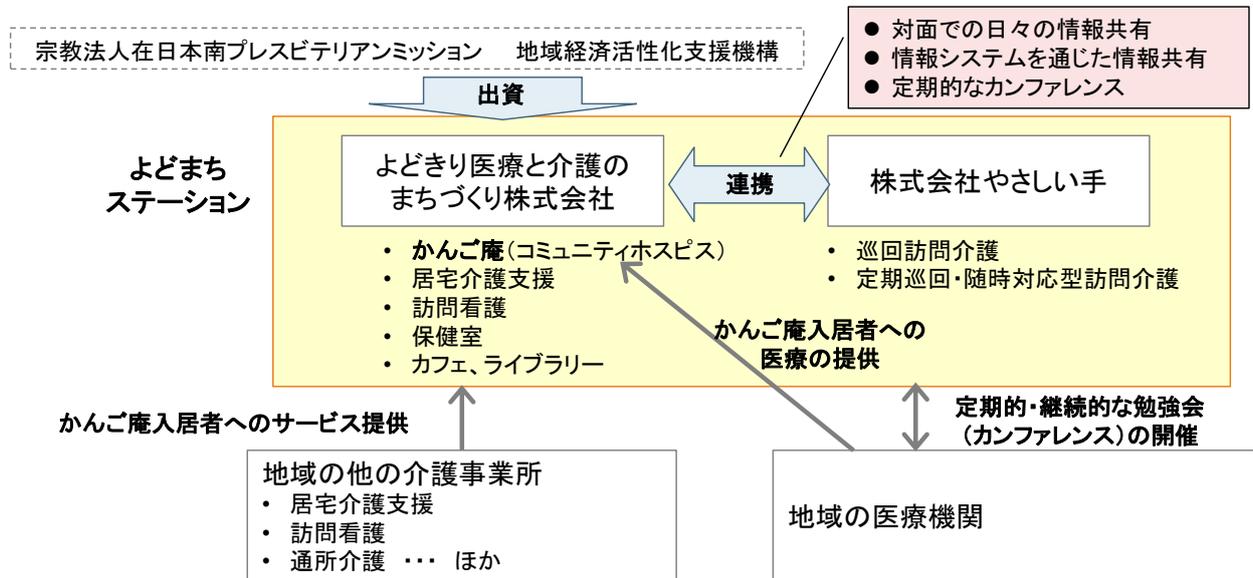
このような地域特性に対し、東淀川区は「歩いて暮らせる東淀川区」を標榜し、東京都大田区の取り組み等を参考に、地域コミュニティを生かして、見守りができるような地域づくりをめざしていた。このような地域性があったことは、地域に開かれた地域包括ケアの拠点をつくる取り組みに適したフィールドであったと言える。

4) 運営体制と運営の仕組み

(1) 2法人の契約に基づく提携関係

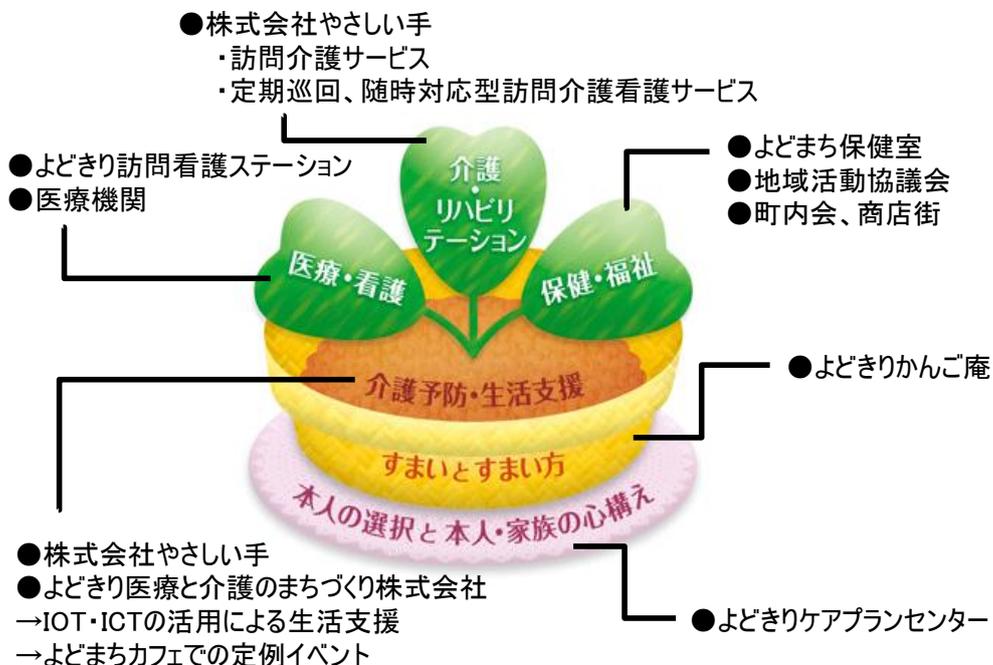
「よどまちステーション」の機能のうち、訪問介護は株式会社やさしい手がテナント入居する形で担っているが、それ以外のカフェ等の健康づくり・地域コミュニティスペースの運営も「かんご庵」及び居宅介護支援事業所、訪問看護事業所の運営も、よどきり医療と介護のまちづくり株式会社が担っている。

図表 よどまちステーションの運営体制



出所) インタビューをもとに作成

図表 よどまちステーションにおける地域包括ケアの機能分担イメージ図



利用者の在宅生活継続を実現するためのナラティブアプローチの共有。

出所) 株式会社やさしい手 提供資料より

よどきり医療と介護のまちづくり株式会社は、「よどまちステーション」を開設・運営するために、宗教法人在日本南プレスビテリアンミッションと株式会社地域経済活性化支援機構の共同出資により、2015年4月に設立された株式会社である。法人種別を株式会社とした理由は、株式会社という法人種別が制度に捉われず広く事業を行えるような自由度があり、かつ設立しやすかったことである。また、母体法人が外資系であったため、本国の親法人にも理解されやすい法人種別として株式会社を選んだという側面もある。

「よどまちステーション」には、よどきり医療と介護のまちづくり株式会社より、看護師が約30名、ケアマネジャーが3名、その他、調理員や事務職員等が配置されている。お互いの専門性を発揮しつつも、固定的な配属・役割は設けず、気づいた人が柔軟に対応するような形で業務を担っている。

株式会社やさしい手とは、「よどまちステーション」の立ち上げに際して、よどきり医療と介護のまちづくり株式会社から声をかける形で連携、共同運営に至った。よどきり医療と介護のまちづくり株式会社では、提携先として声をかける事業者を検討する際に、「かんど庵」には、ターミナル期の方のほか、退院直後等で医療依存度の高い方が入居することが想定されているため、24時間定期巡回ができることや、喀痰吸引等ができること等を重視して検討し、これらに多く実績を有することを評価して株式会社やさしい手に声をかけることとした。

両法人の連携は、2つの法人双方で、NDA(秘密保持契約書)を締結して協議を開始し、最終的には、「よどまちステーション」の事業への取り組みにあたって、入居促進に向けた協力、看護と介護の連携促進に向けた協力等を明示した「包括業務提携契約」ならびに「合意書」を両法人間で締結することによって実現している。契約の形で、理念・目的を共有、合意していることが、事業運営のベースをつくっている。また、契約書には、このほか、「法令順守」「各主体の義務」「各主体の業務内容」「苦情対応」「個人情報利用に関する同意」の項目が盛り込まれている。「各主体の義務」「各主体の業務内容」の中で、役割分担と協力関係が明確化されていることが、円滑な連携の重要なポイントとなっている。

ただし、「かんど庵」の入居者等は、必ずしも両法人の訪問介護、訪問看護を利用しなければいけないわけではなく、在宅で生活している際にケアを受けていた事業所から継続してサービスを受けることも選択できるようになっている。

また、医療面については、「かんど庵」の入居者等が従前からかかっている主治医からの診療(訪問診療)をベースとしているが、離れた地域から入居する場合等、必要に応じて、近隣の医師を紹介することもできるようになっている。このような関係は、「よどまちステーション」の看護師が、「東淀川区の在宅医療連携を考える会」や「こぶしネット」等の活動を通じて、従前から東淀川区医師会とも密接に連携してきた実績があって形成されている。

図表 よどまちステーションにおける「包括業務提携契約書」の理念・目的

■ 包括業務提携契約書より(理念・目的) 抜粋

第1条(理念)

地域包括ケアの実現に向けて、甲、乙の患者および丙の利用者の地域居住の継続を目標として、甲の入院患者の在宅復帰、退院支援を積極的に行い、乙の訪問看護サービスと丙の訪問介護サービスを提供し、緊急時にも甲、乙、丙は連携し、甲、乙の患者および丙の利用者と地域の信頼を獲得する。

第2条(目的)

本業務提携は以下の方法により、甲と乙の患者と丙の利用者の在宅生活限界点の引き上げに寄与し、甲の入院患者の在宅復帰を実現して、乙の患者および丙の利用者の在宅生活の継続を目指すこと、また甲乙の患者および丙の利用者の拡大を目指すことを目的とする。

- 1) 入院患者の在宅復帰支援
- 2) 重度要介護者、認知症高齢者および高医療依存度者の地域居住継続支援
- 3) 在宅復帰支援検討会の開催
- 4) 甲乙丙の相互間協力

出所) 株式会社やさしい手 提供資料より

(2) 連携のための多様な会議

「よどまちステーション」では、同一拠点内に複合的に機能が配置されている利点を活かしながら、連携のための多様な会議が開催されている。

① かんご庵運営会議

入居者の情報共有のため、開催される会議。必要サービスやその受け入れについての情報共有・合意を行う。

② 退院前・入居前カンファレンス(随時)

以下のような事項について情報共有するため、退院前・かんご庵入居前にカンファレンスを開催し、共通のアセスメント認識を持った上で、必要なサービスを検討する。この検討を踏まえて、看護として実施する内容、訪問介護で実施する内容、その他かんご庵での対応内容を、具体的に確定する。

カンファレンスには、「よどまちステーション」の看護師、ケアマネジャー、株式会社やさしい手の介護職員が参加する。退院前カンファレンスの場合は、これらに加えて、主治医等も参加する。

- ・疾患・病状
- ・服薬状況
- ・ADL の状況
- ・生活状況
- ・アセスメントに基づく課題、ニーズ

③ 申し送りミーティング(毎朝)

毎朝のミーティングを通じて、シフト交代する職員に対して、看護側、介護側双方から、以下の状況を報告・共有する。報告内容に基づいて状況を分析し、その日にどのような対応が必要か等を検討、相互に対応案を提案し、議論を通じて方針を決める。

- ・利用者情報
- ・利用者の健康状態(看護から)
- ・利用者の前日の変化の状況(介護から、記録に基づいて対応事項を報告し、看護師の確認を受ける)

④ ケースカンファレンス(月1~2回程度、必要都度)

必要に応じて、以下のような観点からケースを検討するためのケースカンファレンスを開催する。

看護師、介護職員のほか、訪問診療に訪れる医師やサービス提供を担っている他事業所の専門職が参加したり、食事に関して相談するために調理員が参加したりする場合もある。

- ・課題に対する解決策の検討
- ・予後に関する検討
- ・ケアについての評価・見直し

(3) その他の情報の共有・連携のための工夫

定期的に行われる会議のほか、随時の情報共有・相談・協議が行われている。同一拠点内に複合的に機能が整備されていることによって、「いま、ここで判断をしたい」事項が生じたときに、“立ちカンファレンス”状態で、すぐに情報共有・相談・協議を行って、結論を出すことができている。例えば、訪問診療の医師が帰るときには、玄関口で多職種が集まって、医師に質問・確認をしたり、医師からの助言・指示を受けたりすることが多い。

また、利用者に関する基礎的な情報や、健康状態・生活状態等の観察情報を随時共有できるようにするため、両法人が持つ情報システムを相互に参照できる仕組みとしている。

(4)地域の専門職で学びあう機会づくり

「よどまちステーション」の共有機能を生かして、地域の医療・看護・介護等の専門職が学びあう場も設けられている。

「かngo庵」の運営を支えている地域の医療機関とは、定期的・継続的な勉強会(カンファレンス)を設けている。

また、「こぶしカフェ」の名称で、月に回、「こぶしネット」に参加する地域でケアに関わっている医療・看護・介護・福祉・行政等に関わる関係者が集い、語りあう機会を設けている。

◆こぶしネットの概要

在宅医療連携を考える会「こぶしネット」は、大阪市東淀川区の高齢者や障がい者の在宅生活を支えるために、地域での在宅医療を通じて医療・介護・行政の連携のありかたを考え、東淀川区の特性を生かした地域包括ケアの推進を目的とする会。

<目的>

- 在宅医療を通じて東淀川区の医療と介護と行政の顔の見える連携を考える関係者会議とする。
- 各職種における技量の向上、人材育成を目指す。
- 東淀川区民に向けて、在宅医療及び介護の啓発活動を行うこと。
- 事業を通じて抽出された課題の検討を行い、高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるような街づくりを区に提言する。

<構成団体>

- 医療関係 : 東淀川区医師会・東淀川区歯科医師会・東淀川区薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、淀川キリスト教病院・医誠会病院・淀川若葉会病院・成仁会病院
- 地域包括支援センター : 東淀川区地域包括支援センター・東淀川区北部地域包括支援センター・東淀川区南西部地域包括支援センター・東淀川区中部包括支援センター
- 福祉事業所 : 居宅介護支援事業所・介護施設・訪問介護事業所・通所介護事業所・障がい者団体協議会
- 公的機関 : 東淀川区役所・東淀川区保健福祉センター・東淀川区民生委員児童委員協議会
- 顧問 : 東淀川区長・東淀川区医師会長

出所)「こぶしネット」WEB サイト(<http://kobushinet.jp/index.html>)より

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

①利用者にとって必要な機能の集約・整備

「かんご庵」入居者にとって必要なサービスメニュー(住宅(生活の場)、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護)が同一の拠点にコンパクトに集約・整備されることで、ワンストップでサービスが受けやすい環境が整備されている。

その一方で、別の事業所からサービスを選択することもできるような仕組みとすることで、利用者の意思を尊重している。

②高頻度・高スピードな情報共有

多機能が同一建物内に整備されることにより、情報共有の頻度とスピードが高い水準で維持できている。

具体的には、多層的な会議体が定期的に運営できていることに加え、“立ちカンファレンス”状態で、「いま、ここで判断したい」ことをすぐに相談して、判断・方針決定できていることが、「よどまちステーション」における多職種連携のポイントとなっている。

(2)統合・連携の成功要因

①「協定」による、ゴール(「理念」「目的」、連携・協力の必要性、それぞれの役割分担の明文化と共有

法人間で連携協定を結ぶことにより、「連携」の目的や内容を具体化し、職員の意識統一が図られている。

②顔の見える関係を活かした高密度な情報共有の仕組み

両法人が持つ情報システムを相互に参照できるようにし、入居者に関する基礎的情報を共有しつつ、多層的な会議体の定期的な運営と、「いま、ここで判断したい」ことを随時共有・相談する“立ちカンファレンス”状態の双方があることによって、「顔が見える関係」を活かした密度の高い情報共有が実現されている。

③連携が連携を加速化・深化する

法人間、職種間で情報開示・情報共有が行われていくと、それぞれの役割の違いが認識しやすくなり、対等なコミュニケーションがとりやすくなる(境界線がなくなり、組織がフラット化する)。

このことにより、さらに、業務が円滑に進み、利用者の状態が安定していく。

その結果、成功と呼べる成果が得やすくなり、その成功体験が、さらに連携を前向きに進めるドライブをかける要素となっている。

例えば、「かんご庵」の成功体験としては、「在宅復帰」型と「穏やかな看取り」型の双方があり、穏やかな看取りを達成するだけでなく、退院支援から在宅復帰を支援する流れも重要な成果となっている。

(3)統合・連携を阻害する要素／課題

(当該事例に関しては、特になし)

《検討会での議論等より》

- 本事例は、地域の中核病院が、在宅向けの看護・介護機能を独立させて、新たな法人・拠点を整備した取り組み事例である。
- 「よどまちステーション」のコンセプトや機能の立案の中核を担ったのは、①退院調整等を担う看護の専門職であり、保健・看護の視点から必要と考えられた退院時の地域の受け皿としての機能、②病気になる前から地域に出て、予防や健康づくりに関わるための、敷居の低い地域の「保健室」的な機能、等が中核に据えられている。
- 「よどまちステーション」の運営は、よどきり医療と介護のまちづくり株式会社を中心に、訪問介護部分は株式会社やさしい手と連携して提供する仕組みが構築されている。2社間で「包括業務提携契約」と「合意書」とを締結し、それに基づき運営がなされている。このとき、契約書等において、それぞれの主体の責任範囲や業務内容、役割分担と協力関係を具体的に記述している点がポイントとなっている。
- また、事業所自体を同一の建物内に併設・整備し、「顔の見える関係」の中で密度の高い情報共有が実現されていることも、複数の事業主体の円滑な連携の観点で重要なポイントとなっている。
- 一方で、ホスピス型賃貸住宅も併設されているが、看護と介護とが協働で定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供していくにあたって、日常的な業務の中で、緩和ケア病棟と同水準のケアを提供したい看護サイドの考え方と、在宅での日常生活からケアを組み立てる介護サイドの考え方の相違が生じる事態も見られた。その振り返りを通じ、今後、実績・経験を重ねる中で望ましいケアの水準の考え方を確立していく必要があるという課題が明確になったことも、これまでの取り組みの成果と言える。

4-7. 星総合病院グループ【病院グループにおける中長期を展望した取り組み】

1) 基本情報



展開エリア	福島県郡山市 (駅周辺・向河原エリア、星ヶ丘エリア)
関連する法人 (法人設立年月)	公益財団法人 星総合病院 (1925年病院設立、1954年財団法人設立、2012年公益財団法人認定) 社会福祉法人 愛星福祉会 (1987年法人設立) NPO 法人 ぴあステーション・シリウス (2004年法人設立)
取り組みの中心となる 拠点施設・機能	<p>＜公益財団法人 星総合病院＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所：星総合病院、星ヶ丘病院、三春町立三春病院(指定管理)、ほし横塚クリニック ・ 訪問看護：星訪問看護ステーション、星ヶ丘訪問看護ステーション、三春訪問看護ステーション、星訪問看護ステーションしずか ・ その他高齢者施設：介護老人保健施設オリオン、養護老人ホーム三春町敬老園(指定管理) ・ ポラリス保健看護学院 ・ 健康増進施設「かがやき健康館」 ・ 保育園：ほしのご保育園、星ヶ丘保育園、三春町第一保育所(指定管理) <p>＜社会福祉法人 愛星福祉会＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホーム星ヶ丘ホーム、ホームヘルプサービスセンター、デイサービスセンター、在宅介護支援センター ・ 片平・喜久田地域包括支援センター ・ 精神障害者自立訓練(生活訓練・宿泊型) 北天寮 <p>＜NPO 法人 ぴあステーション・シリウス＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内の環境整備、特別養護老人ホーム等の洗濯作業、喫茶店きらら、農耕作業等
主な利用者像	郡山市民全般

2) 星総合病院グループにおける統合・連携のための取り組みの概要

星総合病院グループは、公益財団法人、社会福祉法人、NPO法人の3つの法人で構成される。各法人は、それぞれの独立性を尊重して組織的に経営するため、一定の距離を保ちながら組織体制がつくられている一方で、グループとしての結束力を高める観点から、人事交流や定例会議を通じて経営層(理事等)や現場トップ層(事務長、看護師長等)の理念・方向性の共有が図られている。

さらに、郡山市圏域の人口を一定水準に保ち、安定して活気のある地域を維持しなければ、病院の存続も危ぶまれる、という強い危機意識を背景に、元気なシニアの活躍の場となる「農業」を通じた地域づくりへの取り組みが進められている。

自法人・グループ内にポラリス保健看護学院という看護師・保健師の養成学校や訪問看護等病棟とは異なる現場を有していること、多様な実績・経験を持つ能力の高い看護職員が多いということ等を強みと捉え、看護をキーとして、他法人の専門職に対しても、勉強会等を通じて育成・スキルアップの機会を提供している。

3) 取り組みの背景ときっかけ

(1) 取り組みの背景・ねらい、きっかけとなった事象

星総合病院は、1925年に星医院が創設されたことに端を発する。終戦後、1952年に医療法人を設立したが、福島県には公立病院がなかったことから、福島県から税金の減免を行う代わりに医療の充実を図ってほしいという打診があり、1954年に財団法人を設立、法人種別の転換を図った。財団法人とすることによって、法人税、固定資産税、不動産取得税の減免が受けられるほか、公的な事業を行う上で、県・市からの補助が受けやすい等のメリットが得られた。

2012年には、公益財団法人の認定を受けた。このときは、公益法人制度の改革に向けた検討を実施していた時期にあたり、内閣府からは「病院の公益財団法人化は認められない」といわれ、厚生労働省からは「社会医療法人等への直接の移行はできないため、移行を望むのであれば、一度財団を解散し精算して新たに設立する必要がある」と言われた。しかし、法人を解散して設立しなおす場合、保有資産等の移管に対して課税される可能性があった。そのため、全国の財団法人立の病院を組織化し、内閣府、厚生労働省、医師会、福島県等に掛け合い、何度も協議を重ねて、ようやく公益法人化が認められた。

今後は、公益財団法人として、これまで以上に地域に貢献する役割を果たしていくことをめざしている。

関連法人としては、1987年には主として高齢者介護を担う主体として社会福祉法人愛星福祉会が、2004年には障害者支援事業等を担う主体として、NPO法人ぴあステーション・シリウスが設立されている。

星総合病院グループでは、従業員福祉にも力を入れており、その一環として、子育て支援にも積極的に取り組んでいる。2015年12月には、郡山市内では発の事業所内保育事業の認可を取得し、運営を開始し、続いて、2016年12月には、市内2番目の事業所内保育事業の認可も取得・運営開始した。

図表 星総合病院グループの主な沿革

1925年 3月	星医院 創設
1952年 2月	星病院と改称
1953年 5月	医療法人 設立
1954年 3月	財団法人に転換し 、星第一病院と改称
1960年 5月	附属准看護婦養成所設立
1968年 4月	財団法人星総合病院 設立
1987年 7月	社会福祉法人 愛星福祉会 設立
1991年 7月	本院 480床使用許可
1992年 2月	老人保健施設ライフケア星ヶ丘開設
1995年 4月	附属星ヶ丘保育園開設
1998年 4月	附属高等看護学院をポリス保健看護学院に名称変更、 同時に看護師養成課程から保健師看護師統合カリキュラム課程へ変更 星ヶ丘訪問看護ステーション開設
1999年 4月	星総合病院在宅介護支援センター開設
2004年 5月	NPO 法人 ぴあステーション・シリウス 設立
2007年 3月	星総合病院が地域医療支援病院に認定
2007年 4月	三春町立三春病院開院(指定管理開始)
2012年 12月	公益財団法人認定
2013年 7月	ポリス保健看護学院新校舎、星総合病院新病院オープン

出所) 京都老人福祉協会HPより作成

(2) 地域の状況(外部環境)

星総合病院は、430 床の病床を持ち、地域医療支援病院、臨床研修指定病院、救急告示病院としても指定を受けている地域の中核病院である。グループ内には、精神科病床 570 床を持つ星ヶ丘病院もある。

郡山市圏域全体では、急性期一般病床が 3,551 床、22 病院が存在しており、星総合病院の病床シェアは 12.1%である。圏域内には、ほかに 400 床を超える病院が3つ存在(太田西ノ内病院、総合南東北病院、太田熱海病院)することから、一定の競争環境の下にある。郡山市圏域の人口が、2005 年をピークに減少に転じていることや、2011 年3月 11 日に起きた東日本大震災で郡山市内でも大きな被害を受けたこと等の影響で、経営が厳しくなっている病院も出てきている。

星総合病院も、東日本大震災によって建物が大きく損壊し、入院機能が停止、しばらくは外来診療用プレハブ棟を仮設で設置する等して診療を継続し、2013 年7月に現在の新病院をオープンさせた。

グループ理事長の星氏は、このときの経験等から、人口減少・高齢化や災害等によって地域が衰退することに強い危機意識を持っている。と同時に、入院機能が停止した際に、地域の他の医療機関に患者を受け入れてもらう等の協力が得られた経験から、「困ったときには助け合う、昔ながらの持ちつ持たれつ」の関係を大事にしながら、地域の医療をみんなで守っていくことが重要だ」と考えるようになった。郡山市は新幹線駅があることによって、他の都市以上に東京圏に人口を取られてしまうリスクが高く、地域の人の暮らしを守らなければ、人口減少が加速化し、病院やグループを維持することがより難しくなる、と考えている。

そのため、今後、診療報酬が徐々に低下し一層経営環境が厳しくなったとしても、地域や、地域の人々の暮らしを守るための取り組みに力を入れる必要がある、として、後述の食と農業に関する取り組み等、中長期的な視点に立った医療・介護・福祉に留まらない幅広い取り組みが行われている。

図表 郡山市圏域の医療機関・訪問看護ステーション と 星総合病院の圏域シェア

病院名称	精神 病床	感染症 病床	結核 病床	療養 病床	一般 病床	計				
							郡山市	三春町	計	
◎一般財団法人 太田総合病院 附属 太田西ノ内病院	50				1,055	1,105	訪問看護ステーション数	33	2	35
◎公益財団法人 星総合病院 星ヶ丘病院	570					570	うち星総合病院 圏域シェア	3 9.1%	1 50.0%	4 11.4%
◎一般財団法人 太田総合病院 附属 太田熱海病院				96	403	499	※郡山市内の訪問看護事業の利用者ベースの シェアは推定13.5%			
医療法人 安積保養園付属 あさかホスピタル	495					495				
◎一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院					461	461				
針生ヶ丘病院	451					451				
◎公益財団法人 星総合病院					430	430				
◎公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院					305	305				
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院				199	51	250				
一般財団法人 慈山会 医学研究所付属 坪井病院					230	230				
◎医療法人 明信会 今泉西病院				42	116	158				
医療法人社団新生会 南東北第二病院				101	55	156				
公益財団法人 星総合病院 計	570	0	0	0	430	1,000				
郡山市圏域シェア	36.4%	-	-	0.0%	12.1%	17.1%				
郡山市保健所管轄 計 22病院	1,566	0	0	731	3,551	5,848				
福島県 計 133病院	6,969	36	98	4,006	15,466	26,575				

出所) 福島県HPの情報等をもとに作成

※平成 28 年 4 月 1 日時点

※「◎」は、救急病院

※病床数は医療法第 27 条に基づく使用許可病床数

4)統合・連携に関わる取り組みの内容

(1)星総合病院グループにおける法人間の役割分担と連携

星総合病院グループには、公益財団法人のほか、社会福祉法人、NPO法人が存在する。もともと、社会福祉法人は社会福祉法人でしか行えない事業の実施、NPO法人は精神障害者の自立支援のため、地域とつながる小回りのきく組織、という目的で設立したものである。

近年、それぞれの経営の独立性が求められるようになってきたことから、理事等の構成も経営も独立した体制をとってきた。社会福祉法人の拠点となっている地域は地理的に少し離れており、地域的に棲み分けしているような状態となっていた。

しかし、診療報酬、介護報酬等が厳しくなる中で、それぞれを別々に経営していくと非効率なことが多く発生し、経営的に立ち行かなくなる恐れがある、と考えるようになった。

このことから、グループ内の法人・施設の相互連携を重視し、同じマネジメントの下で活動していけるよう、体制を変えつつある。

具体的には、各法人の経営層(理事)の関係を深めるとともに、事務長や看護師長クラスの人事交流を行っている。また、経営状況(帳簿類)・課題を共有するための経営会議と事務長会議を、それぞれ週1回の頻度で開催している。

ただし、社会福祉法人、NPO法人とした理由もそれぞれ存在することから、今後も、法人としては統合する予定はなく、必要に応じて人材の共有・異動等を行うことで連携を図っていく予定である。

(2)看護を中核に据えた医療・介護連携

星総合病院グループでは、公益財団法人で介護老人保健施設「オリオン」と4つの訪問看護ステーションの運営を、社会福祉法人 愛星福祉会で、特別養護老人ホーム「星ヶ丘ホーム」、ホームヘルプサービスセンター、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、片平・喜久田地域包括支援センター等の介護事業を実施している。

医療政策では、平均在院日数の短縮化に向けた政策が進められており、病院としてもそれに沿った形で診療を行っているが、患者は早期に退院することに不安や不満を感じることも多い。「病院を追い出された」と言われないようにするには、退院してもサービスの連続性が確保されていることが重要となる。このようなとき、訪問看護や訪問リハビリを上手く利用することによって、安心して早期退院できる状況をつくることができる。訪問看護は、病状の予後管理と心身の回復をサポートするのに対し、訪問リハビリは、患者本人が行うリハビリ、自助努力を補完し、本人のやる気と、家族の協力を引き出し、維持する役割を果たしており、それを組み合わせることで、在宅で自立して生活できるようにサポートしていく形となる。

このときに重要となるのが、入院時と同等の質のサービスを提供できるようにすること、入院している間に退院後の生活の見通しを立て適切に計画・準備をすることにより、本人の状態の維持・回復と生活の建て直しを図ること、である。一定の品質を担保する観点では、他法人との連携によるサービス確保よりも同一法人・グループで実施する方が円滑かつ確実なため、訪問看護、訪問リハビリは公益財団法人の事業として積極的に取り組まれている。

訪問看護事業や看護学校の教員という職場があることは、看護師のローテーション先、スキルアップの場・機会としての意義もある。

患者側から見ても、病院の看護師と訪問で在宅に来る看護師が同一であることは安心感をもちやすく、意義がある。保健師等、地域・在宅での健康づくりに関する意識や知識、経験等のある職員が、在宅介護の領域で活躍することは、地域にとって価値が高い。「民間民生委員」的な機能・役割を果たす看護職を輩出することがめざされている。そのため、ポラリス保健看護学院では、保健師育成カリキュラムを整備しており、1年生から思想を教え、実践能力をつけてもらい、将来地域のキーパーソンになり得る人材の育成を図っている。

(3) 地域内の他法人との連携

自法人・グループ内の連携・協力を大事にしながらも、地域の他法人との連携も不可欠と捉え、以下のような取り組みが行われている。

① 病診連携の一環としての患者の紹介・逆紹介等

最も日常的に行われているのが、地域の診療所等との間の病診連携の一環としての患者の紹介・逆紹介である。特に、退院時は、診療所に逆紹介するだけでなく、看護・介護等の在宅サービスを導入が必要となることも多い。前述のとおり、訪問看護、訪問リハビリは、自法人から提供可能であるが、訪問介護、訪問入浴、配食サービス等は、自法人・グループで行う必然性が看護やリハビリに比べて低く、また、法人経営の観点からみて介護は医療よりも利益が出しづらく、積極的に展開する意義が低い。そのため、社会福祉法人 愛星福祉会が運営する特別養護老人ホーム「星ヶ丘ホーム」の地域以外では、自法人・グループでは積極的に事業展開をしない方針としており、他法人が運営する介護事業所と連携することとなる。

実際に患者の紹介・逆紹介等を伴う実践的な連携を行う場合、その基盤として、技術的なすり合わせをする必要があるため、共同で勉強会等の機会を設けている。このような取り組みは長く行っているが、医療安全・感染症対策等報酬上に加算・減算が増えたことが契機となって、取り組みに力が入るようになった。

他法人の専門職のレベルアップに貢献したいという思いから始めたものではあるが、実際には、自法人・グループの看護師の質が上がるという成果も出ている。これは、研修1コマ当たり 2,000 円程度の講師料を支払う仕組みとしたため、教える側に責任感が生まれ、講師を行う前に勉強するようになったためである。それにより、研修の質も上がった上に、実際に診療現場で働く際のコーチングスキルが上がった、病院全体における学ぶ機運が高まった等の成果ももたらしており、認定看護師を希望する職員や、大学院への進学を希望する職員等も増えている。

地域の医療機関との勉強会を通じて、病院の姿勢や、ロールモデルにできる働き方を地域の同じ分野で働く人たちに見せることもできるようになったことで、外部から良い人材が集まるようになった。

② 救急面の連携

郡山市圏域には、5つの救急病院が存在するが、救急医療においても適宜役割分担と連携を図っている。

星総合病院は2次救急までは、その日の受入状況や救急隊から聞いた他病院の様子などをもとに受入判断をしていくが、3次救急は本来担ってはいない。

しかし、震災を契機として建て替えた新病院には、将来起こりうる災害等の緊急事態を見据えて、ヘリポートを整備したことから、ドクターヘリで運ばれる患者をそのヘリポートで受け入れた後、救急車で3次救急の指定医療機関に搬送するといった協力を行っている。ドクターヘリのヘリコプターの運用そのものは県の管轄であるため、星総合病院はヘリコプターの発着場を提供する形で協力している。ヘリポートの整備費は1億7千万円、ほかにメンテナンス等のランニングコストがかかっているが、地域への貢献のひとつと位置づけ、毎月 10 件程度をヘリポートで受付、うち7件は3次救急への連携という形になっている。

③ 地域の健康教室「どこでもメディカルセミナー」の開催

星総合病院では、地域の医療関連分野で働く専門職との連携を充実させ、相互に医療・看護の質を向上することを目的として、「どこでもメディカルセミナー」を開催している。自法人・グループの職員が、勉強会を希望する施設・事業所に直接出向き、希望に沿ったテーマで講演を行う形としている。

テーマは多様で、2016 年4月時点で 103 講座が用意されている。これらは、現場で働く医療職が

「困ったこと」「改善したいこと」等を学ぶという観点から構成されており、希望者が聞きたい内容を選ぶことができる。

このセミナーを始めた当初(2011年3月)は、一般の人向けの健康教室であったが、受講者はいつも同じ、継続できない等課題が生じた。

その後、准看護師が多い医療機関や新設の介護事業所等で、疾患や医療・看護に関する勉強の機会が少ないことを知った。

その頃、ある地域の医療機関からの依頼を受け、昼休みや夜の時間帯を利用した褥瘡に関する勉強会を何度も開催するという経験も得た。その際は、勉強を重ねるうちに、その病院の褥瘡がゼロになり、講師を務めた自法人・グループの職員にとっても大きな成功体験となった。

このようなことから、現在の専門職向けに施設に赴き勉強会を開催するスタイルに行き着いた。

④間接業務の共同化の取り組み

診療やサービス提供に関わらない間接業務の部分でも、他法人との連携した取り組みを行っている。

具体的には、病院等で使う物品の共同購入や、病院食メニューに関する共同研究・共同開発などである。

これらの取り組みは、一部はスケールメリットが働くことにより、直接的にコスト削減等に結びつくこともあるが、そうでない場合でも、長い目、広い視点で見れば地域全体にとってプラスとなることであれば取り組むべき、という方針で考えられている。

(4)地域の将来を展望した農業×まちづくりへの貢献

前述のとおり、中長期的に、現在の病院の事業規模を維持するためには、地域の人口が一定以上に保たれることが必須条件となる、人口を維持するためには、この地域での暮らしが安心・安全なものではないといけない、との考えから、地域の人口の維持・確保に役立つ事業として、日本版CCRC(生涯活躍のまち)の整備についても、積極的に取り組まれている。

郡山市圏域では、高齢化率は高まっているが、絶対数としての高齢者数も既に減少に転じ、人口減少フェーズに入っている。そのため、地域を支える人材として元気なシニア層に着目し、リタイアしてから病気・要介護になる前の約 20 年間で地域で活躍してもらう仕組みをつくりたいと考え、団塊世代の次の世代をターゲットにした日本版CCRC(生涯活躍のまち)の整備をめざした取り組みに着手した。

元気なシニアには、地域の子育てや教育、農業等で貢献してもらい、その対価を現役世代に通常支払う給与よりやや安く設定することで、地域経営を成り立たせるという考え方である。シニア自身も地域貢献を通じて、健康・元気な状態を維持できれば、好循環を形成できると見越していることである。

まず、地域での安心・安全な暮らしを考えた場合に、キーとなるのは「食事」である、と見定めた。その際、ひきこもりを助長する恐れのある「配食」形式ではなく、自分たちで地域でつくったものを集まって一緒に食べることができる「給食・レストラン」形式で提供する方針とした。「給食・レストラン」形式を採用すれば、喫食状況が確認できるため、たんぱく質不足の予防等、栄養バランスやフレイル予防への配慮も、ごくさりげない形で行うことができるというメリットもある。加えて、子どもから高齢者まで、多様な年齢層が集まってともに食事をするのは、子どもの情操教育等にも意義がある。

誰もが集まりやすい拠点とするには、立地の選定が重要であり、自宅からのアクセスのよいところにつくるため、学校の地域開放、余裕教室の活用等も想定し、建物＝「小学校」、ソフト＝「食」を中心に据えたまちづくりに取り組むことで、皆が豊かに暮らせる地域の実現をめざす、といった構想になっている。

このような「農業」と「食」に関する事業を推進する事業母体は、障害者就労支援事業を担うために設立したNPO法人である。働き手としては、自法人・グループをリタイアしたシニア層や就労支援事業の障害者を中心とする想定で、自法人・グループの職員には、58歳になったときに、2週間休暇を取得できる仕組みを導入し、自分が退職後、どのような人生を過ごすのか、どのように地域で活動できるかを考えてもらう機会が設けられている。将来的に、農園を複数展開していく計画があるが、農地の購入が農業法人に限定されていることから、農業法人を設立することも視野においている。

農業を後押しする仕掛けとして、農業を通じて収穫した生産物を自法人・グループで提供する食材として一定程度まで買い取ることを保障している。グループ内の入院・入所者の食事には、年間 50 トンの米をはじめ、相当量の野菜、食材の消費がある。農業自体の収支は、現時点では、約 2000 万円投資して、売上が 400 万円程度という状況だが、NPO法人で行う農業の生産物を食材に利用することで節約される購入費も含めれば、経営面でも直接的にもメリットが生じる。

ただし、地元の農家にとって極端に不利益が生じないよう、自法人・グループが農業に参入する際、地元の農家に、「生産量は法人の消費量の 50%を超えることはない」、「できるだけ地産地消のものを使う」ことを約束し、農家に対しても一定の利益保全を図るよう配慮した。

そのような調整の後、農業に参入したことで、地元生産者と距離が縮まり、協働事業、メニュー開発、栄養価が高く安全性の高い農産物の開発等、新たな価値の創造につながりつつある。

5)まとめ

(1)統合・連携により「効果的・効率的」になっている点

①グループ内3法人の規範的統合

グループ内では3種類の法人種別(公益財団法人、社会福祉法人、NPO法人)を持ち、それぞれの特性や規制の違いを踏まえながら、事業に適した法人種別で事業を実施するよう、法人形態を経営ツールのひとつとして活用している。

3法人それぞれの独立性を尊重して組織的に経営するため、一定の距離を保ちながら組織体制づくりを進める一方で、グループとしての結束力を高める観点から、経営層(理事等)や事務長、看護師長等現場トップ層は、人事交流や週1回の経営会議、事務長会議等で理念・方向性や経営情報の共有化が図られている。

②経営トップが示すビジョンの下に「まちづくり」の観点から人材を結集

職員や、さらには地域の住民までの参加を求めながら、生涯活躍のまち(日本版CCRC)への取り組みが進められている。これは、郡山市圏域の人口を一定水準に保ち、安定して活気のある地域を維持する観点からの取り組みで、その核として、元気なシニアの活躍の場となる「農業」への取り組みが位置づけられている。「食」は誰にとっても身近なテーマであり、かつ、健康づくりの基礎的な要素となっていることから、中長期的に力を入れるべき事業として理事長が打ち出したものである。

グループ内の病院・施設で利用する食材として、米や野菜等の生産物を買取することを前提に、地産地消型の安全な農作物づくりに取り組むことで、グループのOB職員や地域のシニア等に就労の場も提供することにもつながっており、主旨に賛同して参加する人が集まってきている。

③法人の強みである看護をキーとして、急性期から在宅までの人材の育成・スキルアップを推進

医療と連続して提供することで価値を発揮しやすい訪問看護や訪問リハビリ等の事業に限定してグループ内に積極的に整備し、それ以外の生活・予防等のサービスは地域の他法人との連携により確保するという戦略を採っている。

核となる看護の人材を確保し、一定の質を担保する観点から、グループ内にポラリス保健看護学院という看護師・保健師の養成学校を持ち、学年40名、4年過程の教育を行っている。特に、地域の視点で健康づくりを考えることのできる保健師は、グループだけでなく、地域の医療・介護・予防に貢献する貴重な人材と言える。

また、訪問看護や看護学校の教員という職場があることは、病院看護師のローテーション先、スキルアップの場・機会としての意義もある。

こうして育った看護師・保健師は、地域に開かれた各種の勉強会等を開催し、地域住民や他法人の看護・介護職に対しても研修機会を提供する等、地域貢献も果たしている。

(2)統合・連携の成功要因

①看護職を中心に、星総合病院が地域の人材養成拠点となっていること

保健師・看護職等を養成する学校を保有しているほか、地域に開かれた各種の勉強会を開催し、地域住民、地域の他法人の医療・看護職等に対し、学ぶ機会を提供するなど、星総合病院グループが、看護を中心とした地域の人材養成拠点となっている。

②中長期的な視野にたって、地域を考えた新しい取り組みを生み出し続けていること

経営トップ(理事長)が、自法人・グループだけでなく、地域の将来まで考えた取り組みを展開していることが、本来は競合となるべき要素を持つ医療・介護事業者や地元農家等からも信頼を得ることにつながり、協調して取り組みを進めることができている。

そのことが、さらに、地域全体にとってプラスとなっているほか、自法人・グループの経営の安定化・効率化にも寄与しているという好循環を形成している。

(3)統合・連携を阻害する要素／課題

医療と介護・福祉の連携に関しては、以下のような連携を阻害する要素が存在する。

①患者によっては、早期退院して在宅に移行するメリットが少ないケースがあること

早期に退院することに対して心理的に不安を持つ患者や家族は珍しくない。

早期に退院すれば、入院期間が短くなり入院費用は安くなるものの、後期高齢者の場合は、在宅診療と在宅介護を組み合わせ、入院並みの密度(頻度)のサービスを確保しようとする、結果的に自己負担する総額が高くなってしまふ場合があるため、患者の年齢や所得条件等によっては、早期退院に対するインセンティブが働かないケースもある。そのような場合に、早期退院を強く勧める対応は、病院側にとってリスクとなることがある。

②病院が期待するレベル・機動力の在宅での診療・看護・介護等を確保することが難しいこと

星総合病院グループが直接提供するサービスは、法人の強みを活かし、診療と連続した提供により価値を発揮しやすい訪問看護や訪問リハビリに絞ってグループ内に積極的に整備し、それ以外の生活・予防等のサービスは地域の他法人との連携により確保する戦略が採られている。このような形で地域の他法人の事業所と連携してサービス提供を行っていく際に、医療と介護・福祉もしくは病院と在宅での診療・看護・介護では、制度面でも経営面でも考え方に違いを感じる場面があり、医療の側から見ると、レベルや機動力の面で連携しづらいと思うケースが多い。例えば、介護保険サービスは、制度上、認定の仕組みがあるため、状態変化が生じやすい退院直後における機動的なサービス提供という観点から見て、足かせになる事例が存在し得る。

同様に、障害者福祉の領域でも、障害の状態が固定するまでは障害認定が受けにくく、その間のサービス提供が行いにくい事例が見られる。

医療側の発想では、状態像が悪い状態で固定化する前に維持・回復を図る介入が重要であり、(各地の急性期医療の現場で実際に必ずできているかどうかは別として)そこにこそ集中的に質の高いサービスを集中投下する価値があると考えられるものと想定されるが、介護や福祉では、一定程度安定した状態を想定した制度設計となっている点に相違があるとの指摘もなされている。

一方で、経営面から見た場合、介護や福祉は医療よりも利益獲得が相対的に難しい報酬体系となっていると思われるため、病院側が介護や福祉のサービスに対する積極的事業拡大を躊躇させる要素となっている、と星総合病院では捉えていた。

《検討会での議論等より》

- 本事例は、地域の中核病院における規範的統合の先行事例と言える。星総合病院グループは、二次救急も担う地域の中核的な急性期病院であるが、事業展開の拠点となっている郡山市圏域の人口が減少に転じたことから、中長期的な病院と地域の存続に対し、強い危機意識を持ったことが、取り組みの発端となっている。
- 併設するポラリス保健看護学院、訪問看護(在宅部門)、病院という看護職員にとって多様な就労の場の確保・ローテーションや、地域に開かれた各種の勉強会等の開催等を通じて、活躍の機会を設けた展開が、モチベーションの維持・向上、スキルアップ等につながっている。
- 同法人グループでは、地域の中核を担う大規模な法人としての自覚と、東日本大震災の経験等から、地域に対して強い責任意識も持っており、地域の医療・看護・介護等の人材育成に関しても、多様な研修機会を提供するなど、積極的に貢献しようとしている。グループ法人だけでなく、地域の他事業者の人材のレベルアップまでも課題として捉え、そのための取り組みを展開している姿勢等は、各地域の中核となる大規模法人の参考となると考えられる。
- さらに、地域の将来を見据えた事業として、職員や地域の住民までの参加を求めながら、生涯活躍のまち(CCRC)への取り組みが進められている点も、本事例の特徴である。これは、郡山市圏域の人口を一定水準に保ち、安定して活気のある地域を維持する観点からの取り組みで、その核として、元気なシニアの活躍の場となる「農業」と「食」への取り組みが位置づけられている。生産物をグループ内の病院・施設が購入する契約によって、地産地消型の安全な農作物づくりの運営が安定するとともに、グループのOB職員や地域のシニア等に就労の場も提供する貢献も実現しており、主旨に賛同して参加する人が集まってきている。

平成 28 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分)

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

平成 29 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)
〔ユニットコード:6786430〕