HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	高齢者介護組織の経営に関する事例分析 ： 北海長正会とさつき会
Author(s)	深山, 誠也
Description	研究論文
Citation	地域経済経営ネットワーク研究センター年報, 13, 55-133
Issue Date	2024-03-29
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/91709
Type	departmental bulletin paper
File Information	REBN_13_055.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

地域経済経営ネットワーク研究センター年報　第 13 号
北海道大学　2024. 3

＜研究論文＞

高齢者介護組織の経営に関する事例分析
―北海長正会とさつき会―

深山　誠也

【要約】本研究は，わが国の高齢者介護組織が「なぜ」そして「どのように」経営されるのかを実証的に解明し，高齢者介護組織の経営に関する理論構築を目的としている。本稿では，「北海長正会」と「さつき会」の 2 事例を本研究の理論的枠組「資源，活動，価値基準の組織能力パッケージ」にもとづいて詳細に分析するための準備作業を行う。具体的には，(1) 聴き取り調査，(2) 事業報告書と内部資料の参照，(3) 新聞・雑誌記事などの刊行物と各種ウェブサイトの参照によって収集された情報にもとづき，濃密な事例を作成した。2 事例はそれぞれ 4 期間に分けられ，各期間における資源，活動，価値基準，そして 3 つの結び付きが分析された。
【キーワード】社会福祉法人；高齢者介護；資源，活動，価値基準の組織能力パッケージ；事例分析

Ⅰ　序

本研究は，わが国の高齢者介護組織が「なぜ」そして「どのように」経営されるのかを実証的に解明し，高齢者介護組織の経営に関する理論構築を目的としている。

本稿では，「北海長正会」と「さつき会」の 2 事例を本研究の理論的枠組「資源，活動，価値基準の組織能力パッケージ」にもとづいて詳細に分析するために，準備作業として濃密な事例の作成を行う。事例作成にあたっては，複数の源泉から多様なデータが収集された。具体的には，(1) 聴き取り調査，(2) 事業報告書と内部資料の参照，(3) 新聞・雑誌記事などの刊行物と各種ウェブサイトの参照によって収集された。以下本稿で用いられたデータについて説明する。

(1)　聴き取り調査 [1)]

北海長正会に関する聴き取り調査は，2012 年 12 月から 2014 年 6 月までの約 2 年にわたり断続的に実施された。この聴き取り調査は，北海長正会の運営に関わった 2 名に対して試みられた。2 名は，三瓶徹総合施設長（2012 年 12 月 21 日，2013 年 7 月 1 日），神部健史四恩園施設長兼管理課長（2014 年 6 月 9 日）である。2015 年，中川浩一地域サポートセンターともに施設長の案内の下，地域サポートセンターともにの見学を行った。

さつき会に関する聴取調査は，2015 年 7 月から 2021 年 11 月までの約 7 年にわたり断続的に実施された。この聴き取り調査は，さつき会の運営に関わった 2 名に対して試みられた。2 名は，波潟幸敏常務理事・鷹栖さつき苑施設長（2015 年 7 月 16 日，2021 年 11 月 18 日），ぬくもり友の会の創設に尽力した澤口隆（2015 年 10 月 3 日）である。2015 年から 2016 年に，複数回にわたり，ぬくもり友の会の会合に参加した。2021 年，波潟施設長と大矢敏之理学療法士の案内の下，ぬくもりの家たかほの見学を行った。

以上 4 氏に対する対面式の聴き取り調査は，おおむね 1 時間半から 2 時間かけて行われた。

1）調査対象者の役職は全て当時のものである。

これら聴き取り調査は，半構造化された質問を事前に送付し，それに回答させる形式で実施された。加えて，自由な質問形式も採用し，できるだけ多くのデータが収集できるよう計画・実施された。

(2) 事業報告書と内部資料の参照

研究対象となった2事例の組織はいずれも，毎年度，事業報告書を発行している。事業報告書には，各年度の事業計画と事業報告の他，機関紙や内部の委員会報告書なども掲載されている。

北海長正会の事業報告書は，1998年度から2014年度のものが収集された。さつき会の事業報告書は，1989年度から2017年度のものが収集された。2組織の事業報告書の場合，いずれもページ数は年度によって異なるものの，年を重ねるごとにページ数が増加し，単年度あたり200ページを超えることもある。例えば，北海長正会の2008年度の事業報告書は340ページであり，さつき会の2008年度の事業報告書は195ページである。なお，さつき会の事業報告書は一部年度に欠落があるため，10年ごとに発行されている記念誌で補完した。

(3) 新聞・雑誌記事などの刊行物と各種ウェブサイト

本研究では，上記以外にも，新聞・雑誌記事などの刊行物と各種ウェブサイトが参考にされた。北海長正会に関しては，三瓶徹施設長が寄稿した雑誌記事，三瓶や職員が参加したシンポジウムの資料などが，聴き取り調査によって収集されたデータを補完するために利用された。さつき会に関しては，波潟幸敏施設長が寄稿した雑誌記事，『北海道新聞』や『介護新聞』などの記事，さつき会をとりあげた3冊の書籍，さつき会やさつき会が所属する全国高齢者ケア研究会のブログなど，様々なデータを収集した。

Ⅱ 北海長正会の事例とその分析

「北海長正会」は，北海道北広島市に拠点を置く社会福祉法人である。北海長正会は，障害者介護事業と高齢者介護事業などを展開している。2014年時点で，「北広島リハビリセンター特養部四恩園」，「デイホームさとみ」，「地域交流ホームさとみ」，「地域サポートセンターともに」の主に4つの事業拠点を持っている。これらの事業拠点では，複数のサービスが提供されている。**図1**は，その事業開始時期と事業拠点における主なサービスの配置を示している。

以下では，北海長正会の経営を4つの期間に区分し，それぞれの期間における事例の記述と分析を行う。第1期は，1976年の社会福祉法人の設立から1999年までの介護保険制度開始以前の措置制度の時期である。第2期は，2000年から2002年までの介護保険制度開始直後の時期である。第3期は，2003年から2008年までの介護報酬がマイナス改定された時期である。第4期は，2009年から2014年までの介護報酬がプラス改定され，地域包括ケアが推進された時期である。

1. 第1期（～1999年：介護保険制度導入直前期）

(1) 第1期の事例

① 「北海長正会」の設立

1976年5月，社会福祉法人「北海長正会」（以下，北海長正会）は，長澤大七理事長によって設立された。長澤大七は，札幌市で産婦人科医院を開業する医師であった。1977年6月，身体障害者介護サービス事業所である肢体不自由者更生施設「北広島リハビリセンター」を開設した。長澤大七の父である長澤雄七は，脳卒中後遺症により半身麻痺になり，20年にわたる闘病生活を送った。長澤雄七は，代表取締役を務める株式会社長澤医科寮所有の土地48,997平方メートルを北海長正会の基本財産および施設用敷地として寄付を行った。長澤雄七は北広島リハビリセンターの完成前に亡くなり，子息の長澤大七がその意志を引き継いだ[2)]。

1975年時点では，1976年に定員100名規模

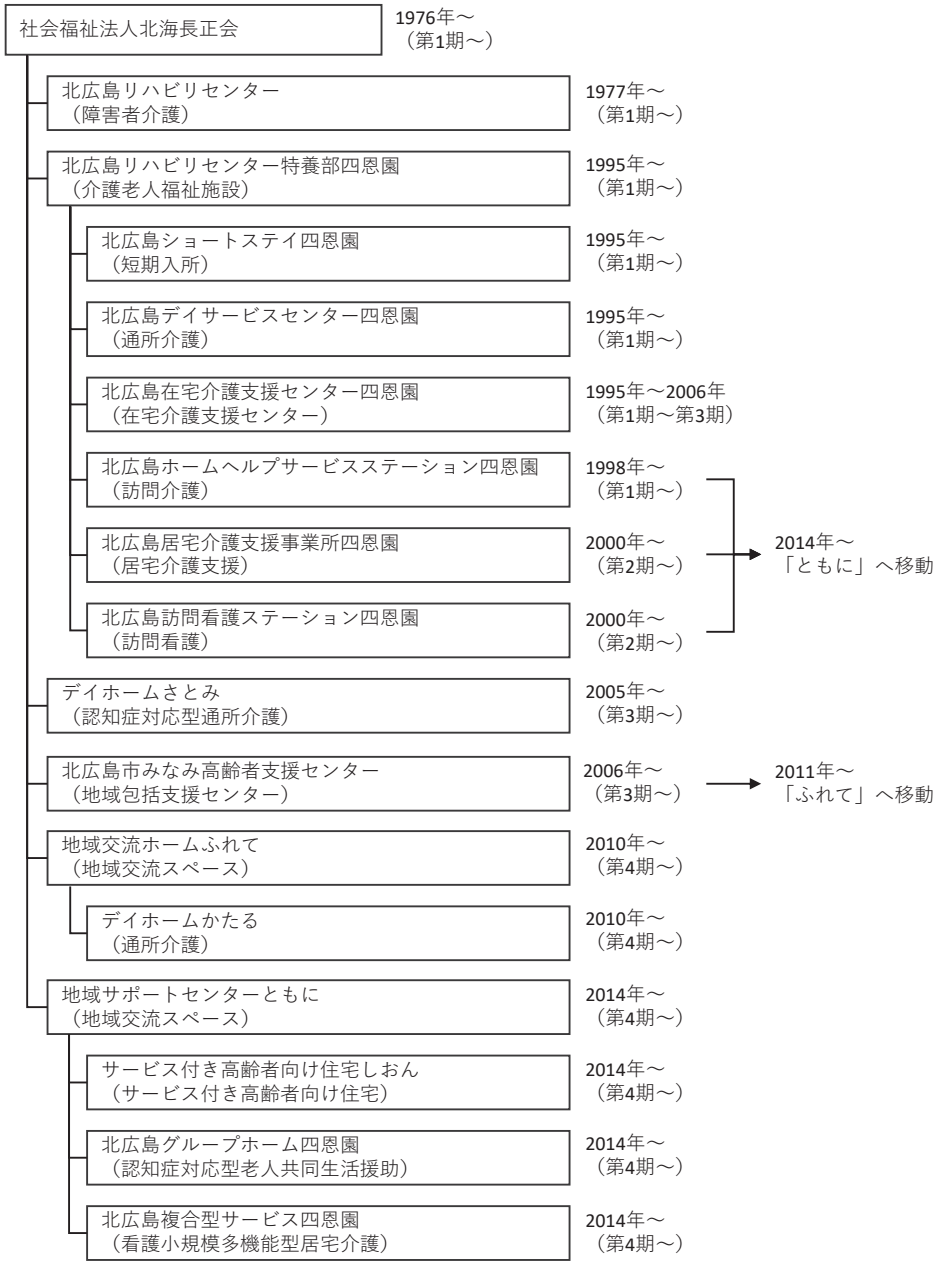


図１　北海長正会における事業の広がり

の重度身体障害者更生援護施設を建設し，1977年に定員 100 名規模の特別養護老人ホームを建設する計画であった。しかし，オイルショックや国の方針転換によって，重度身体障害者更生援護施設は定員 80 名までの補助しか得られず，計画を変更せざるをえなかった。特別養護老人ホームの建設計画は，広島町（現在の北広島

2）『北広島リハビリセンター 10 周年記念誌』，pp. 19-21。

市[3]）から町財政への圧迫につながるという理由で反対された。そこで，身体障害者療護施設に計画が変更され，建設に至った[4]。身体障害者介護事業は，現在に至るまで継続されている。

② *高齢者介護事業の開始準備と広島町の要請*

後に初代施設長を務めることになる三瓶徹は，北海長正会の設立に関わったメンバーの一人であった。彼は，山形県出身であり，北海道という地域における社会福祉に強い関心を持っており，北海道の社会福祉に貢献したいという自らの考え方について，次のように語っている。

> 私の個人の生き方というか，仕事に対する考え方として，いつも追い込まれたときに考えるのは，生まれが本州なものですから，何をしに北海道に来たのかということなんです。私は，北海道に社会福祉をやりにきた。北海道というひとつのフィールドの中で，仕事を一本で考えたい[5]。

三瓶は，北海長正会の設立から1年半後に，一度同法人から離れた。そして，北海道内の福祉関係の仕事を転々とし，同法人を含めて3つの特別養護老人ホーム等の開設に関与した。福祉機器販売に関わり在宅サービスの現場の悲惨さに気付いたことを機に，彼の意識は大きく変わった。施設サービスのみで完結させる考え方ではなく，在宅サービスを重視した考え方になった。彼は「地域に特化して，この地域のニーズに応えていく資源になる」というスタンスを持ち，在宅サービスに重点を置くようになった。彼は，そのスタンスについて次のように述べている。

> 施設の中でできることをやっていこうと考えた時に，「地域」に視点を置くことにしました。施設があって地域の人たちがあるのではなくて，地域の人たちにとって必要な資源としての施設サービスという視点です。施設サービスだけではできないから，在宅サービスも含めてやりたいということで動きました[6]。

北海長正会では，社会福祉法人の設立当初から，高齢者介護サービスの1つである特別養護老人ホームを開設しようとする動きがあった。北海長正会の当時の理事が，三瓶に特別養護老人ホームの設立を手伝うよう依頼し，彼は北海長正会に戻ることになった。

1990年ごろ，広島町から，北海長正会に通所介護サービス事業所と在宅介護支援センターを開設してほしいという要請があった。当時，広島町内で，高齢者介護サービスを提供していた社会福祉法人は，札幌厚生会だけであった。札幌厚生会は，特別養護老人ホーム聖芳園を運営しており，広島町は当初，聖芳園にデイサービスセンターと在宅支援センターの開設を要請する予定であった。しかし，聖芳園の建つ土地の面積が狭く，その土地は借地であった。このため，札幌厚生会は新たにデイサービスセンターや在宅介護支援センターなどの事業を行う余裕がなかった。

北海長正会は，広島町からデイサービスセンターと在宅介護支援センターの開設の要請を受諾するにあたり，特別養護老人ホームを含めての開設を要望した。

③ *「北広島リハビリセンター特養部四恩園」の開設*

1995年10月，北海長正会は，「北広島リハビリセンター特養部四恩園」（以下，特養部四恩園）を開設し，高齢者介護サービスを始めた。特養部四恩園は，定員50名の特別養護老人ホームであった。特養部四恩園には「北広島ショートステイ四恩園」が併設され，定員10名の短期入所サービスも提供された。居室の構成と配置は，個室16室，2人部屋16室，4人部屋3室である。これらの居室部分は，2階の

3）1996年，広島町は市制施行し，北広島市に改称した。

4）『北広島リハビリセンター10周年記念誌』，pp. 22-23。

5）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。

6）三瓶への聴き取り調査，2012年12月21日。

回廊型の 1 フロア 3 面に配置されている。三瓶は，特養部四恩園の開設に伴って，施設長に就任した。

1995 年 11 月，「北広島デイサービスセンター四恩園」と「北広島在宅介護支援センター四恩園」が開始された。北広島デイサービスセンター四恩園は，在宅の高齢者に対して，心身機能の維持向上を図る通所介護サービスを提供する。北広島在宅介護支援センター四恩園は，在宅介護に関する相談に 24 時間応じ，関連機関との連絡調整を図る。いずれのサービスも広島町ではこれまで提供されておらず，広島町の委託を受けて事業を開始した[7]。これらの事業所は，特養部四恩園の 1 階部分が利用された。

④　在宅サービスの拡大

1998 年，北広島デイサービスセンター四恩園では，利用時間の延長とホリデーサービスを開始した[8]。利用時間は，午前と午後のそれぞれ 2 時間ずつ計 4 時間延長され，開所時間は午前 8 時から午後 6 時までとなった。ホリデーサービスにより，土曜，日曜，祝日の利用も可能となった。利用者のニーズの多様化に対応するためであり，365 日の通所介護サービスの開所が実現された[9]。

1998 年，北広島市から訪問介護サービス事業の委託を受け，「北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園」を開設した。北広島市からの委託の際，北海長正会は，2000 年までに 24 時間巡回型の訪問介護サービスを実施することを北広島市から要請された[10]。1 年間で，利用世帯数は，90 世帯から 130 世帯に増加した。高齢者介護事業では，利用者増加に対応するため，職員数を 30 名から 50 名に増加した[11]。

訪問介護サービスの開始の結果，北海長正会は，在宅サービスの三本柱である「通所介護サービス」，「短期入所サービス」，「訪問介護サービス」を揃えた。三瓶施設長は，広報誌「四恩園」の中で，「1998 年度は，四恩園にとって在宅サービスに本格的に取り組む年となります」と述べた。

1999 年 4 月，北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園において，24 時間巡回型の訪問介護サービスが開始された[12]。巡回型では，主に寝たきりの高齢者を対象として，深夜の寝返りやおむつ交換など，1 回 30 分以内の派遣が想定された。また，通常の滞在型の訪問介護サービスも，利用時間が朝 1 時間，夜 2 時間延長され，午前 7 時から午後 9 時までとなった。定休日であった日曜日のサービスを行うことによって，365 日間対応可能になった[13]。

⑤　手探りでのケアと多数の離職者

北海長正会では，特養部四恩園の開設以来，利用者本位のケアを実現することが目指されていた[14]。しかし，認知症高齢者に対して適切な対応をすることが困難であった[15]。1998 年，認知症高齢者が徘徊により行方不明になることがしばしば生じた[16]。当時，認知症高齢者に対してどのように対応すればよいのかに関して，明確なものはなかった。その上，北海長正会は，設立当初は身体障害者介護のみを行っており，認知症高齢者に対するケアのノウハウが蓄積されていなかった。職員は，手探りでケアの提供方法を探るしかなかった。三瓶施設長は，当時の状況について次のように述べてい

7）『北海長正会事業報告書』（1998 年度），p. 1。
8）北広島デイサービスセンター四恩園を紹介するパンフレットには，「365 日，年中無休で元気発信！」というキャッチコピーが掲載されている。
9），10）『北海長正会事業報告書』（1998 年度），p. 27。
11）『北海長正会事業報告書』（1999 年度），p. 29。
12）北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園を紹介するパンフレットには，「毎日安心，24 時間 365 日お手伝い！」というキャッチコピーが掲載されている。
13）『北海道新聞』（1999 年 3 月 2 日）。
14）三瓶・高橋（1996），p. 21。
15）『北海長正会事業報告書』（1998 年度），p. 49。
16）*ibid.*，p. 19。

る。

> オープンしたばかりのときは，北海長正会にどうしてこんなに認知症の人ばかりいるんだろうと思いました。北海長正会だけにこんなにいるのかなというふうに思ったんです。しかし，他の施設もみんな同じで，大変な思いをしていました。当時，まだ認知症高齢者に対してどういう対応をとるべきかについて明確なものがなかったので，右往左往しました[17]。

北海長正会を利用する認知症高齢者の数は，三瓶施設長の予想以上に多かった。1998年，短期入所サービスでは，1日の利用平均人数が8名から10名と，ほぼ満床に近い状況で利用されていた。この利用者の7割は，認知症高齢者であった[18]。

第1期の北海長正会は，措置制度のもとに置かれていた。措置制度とは，福祉サービスの利用に際し，行政機関が，サービスの実施の要否，サービス内容，提供主体等を決定して，行政処分として要援護者にサービスを提供し，サービス提供者には行政機関がその費用を公費で支払う仕組みである。社会福祉法人側からみれば，顧客獲得競争がなく，十分な収入が見込める制度であった。北海長正会も当時は，この措置制度のもとにあったため，支出に応じた十分な収入を得ることができた。措置制度のもとでは，予算を使い切ることが重要であり，かつ行政処分という特徴から，提供されるサービスの質を高めることは必ずしも求められなかった。

認知症高齢者の利用者が増加する一方，業務内容が不明確であったため，職員はまさに手探りの状態で介護業務を行うことになった。この結果，職員は，肉体的・精神的に疲れ果ててしまい，多くの職員が退職した。1999年，北海長正会の離職率は約40%であった。三瓶施設長は，特養部四恩園の開始後5年間について次のように述べている。

> 認知症高齢者への対応ができなかったんです。だからみんな苦労したし，辞めていきました。私自身もその能力がないとはわからなかったので，職員には悪いことをしたと思いました[19]。

⑥ *基本理念の制定*

三瓶施設長は，介護保険制度の開始に対して，開設当時から強い危機意識を持っていた。1999年度の事業報告書には，「巣立ちの時であります。今までは親鳥（国）が餌（措置費）を運んで（行政処分）きてくれたが，これからは自ら（法人）が餌（介護報酬）を取りに（良質のサービス提供という営業）羽ばたく時であります[20]」と述べられている。彼は，介護保険制度が開始される前に，介護保険制度に対応するための下地を作らなければならないと考えた。

1997年，介護保険制度の開始に向けた準備として，次の基本理念が制定された。

> 北広島リハビリセンター特養部四恩園は，ノーマライゼーションの理念を基調とし，特別養護老人ホームの施設サービスの機能と併設する老人デイサービスセンター・在宅介護支援センターの在宅サービスの機能の連携により，「基本的人権」，「人間としての尊厳」，「自己実現」が保たれ，一人一人が生きがいを持ち，安心して心豊かな生活が送れるようQOL[21]の充実に努め，利用者本位のサービスが提供できるよう北広島市の高齢者福祉サービスの拠点としてサービス機能の充実，向上に努めることを基本理念とする[22]。

同年，事業1係と事業2係の名称が，「施設サービス係」と「在宅サービス係」に変更された。この名称には，施設福祉サービスや在宅福祉サービスのように，「福祉」をあえて含めなかった。利用者のニーズが多様化，高度化して

17）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
18）『北海長正会事業報告書』（1998年度），p. 21。
19）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
20）『北海長正会事業報告書』（1999年度），p. 22。
21）Quality of Life（生活の質）の略。
22）『北海長正会事業報告書』（1998年度），p. 48。

いるため，福祉の視点を超えた生活の視点が求められていた[23]。

同年，「福祉職場で働くための心構え」が作成された[24]。介護保険制度[25]の開始によって，より質の高いサービスが求められることが予想された。職員の質がサービスの質に直結するため，職員の専門性と人間性のいずれの向上も必要であった。「福祉現場で働くための心構え」の参照によって，職員の自己啓発や日々の実践と反省に用いられることが期待された[26]。三瓶施設長は，「福祉職場で働くための心構え」について次のように述べている。

> 制度を自分たちの中で理解し，どういうふうにしていかないといけないかという意識を，2000年までに確立しないといけない[27]。

1998年，基本理念を形骸化させないために，5つの実践項目が作られた。5つの実践項目とは，「利用者に喜んでもらえるように」，「利用者の役に立てるように」，「力のでる『ほうれんそう』」，「地域の資源の活用とつながり」，「信頼は接し方から」である[28]。「利用者に喜んでもらえるように」や「利用者の役に立てるように」などの実践項目に示されているように，利用者のニーズに応えることの必要性が訴えられた。

1999年，「利用者・入居者」という呼び方を「お客様」という呼び方に変更した[29]。社会福祉基礎構造改革によって，社会福祉法人は利用者本位を重視する必要に迫られた。介護保険制度の開始の結果，北海長正会が「選ばれる施設」となるためには，職員の意識改革が不可欠であった[30]。呼び方の変更は，職員の意識改革を目指したものであった。しかし，基本理念は十分に浸透せず，特養部四恩園の職員を中心に意識改革は即座には進まなかった。

⑦　情報開示の取り組み

三瓶施設長は，理念を形骸化させることなく，実践を通じて「かたち」にすることを重視した[31]。その一環として，利用者，利用者家族，地域住民に対してサービス内容を周知し，信頼関係を築こうとした。

1998年，事業報告書を利用者，利用者家族，役職員等に配布した。事業報告書には，法人の沿革，組織図，役職員名，各事業と業務内容，当年度の事業計画・予算，前年度の事業実績が載せられている。

同年，利用者家族に対して，利用者の施設での生活状況を記録した「介護記録」の開示を始めた。かつては施設でどのようなサービスを受けているかわからないという意見が多く存在した。施設は開示を行ったが，利用者家族からの開示の申請がなかった。そこで，1999年，「介護記録」が「生活のご様子」と名付けられ，3カ月ごとに利用者家族に送付されるようになった[32]。

(2)　第1期の分析（図2）

①　資源

第1期において，4つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（4）〈職員の低い貢献意欲〉，資源（7）〈認知症ケアの不十分な知識〉，資源（9）〈北広島市との緩やかな関係〉，資源（12）〈四恩園〉である。以下，4つの資源について説明する。

資源（4）〈職員の低い貢献意欲〉は次のよう

23）*ibid.*，p. 49。
24）*ibid.*，p. 48。
25）介護保険制度は，家族だけで支えることが困難となった要介護高齢者を社会全体で支援するために，措置制度による高齢者福祉ではなく社会保険の介護保険とすることで，介護サービスの供給と利用の拡大のためのより大きな財源を調達できる仕組みを構築したものである（木下他編，2017，p. 122）。
26）『北海長正会事業報告書』（1998年度），p. 17。
27）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
28）『北海長正会事業報告書』（1998年度），p. 17。
29）『北海長正会事業報告書』（1999年度），p. 24。
30）*ibid.*，pp. 21-22。
31）三瓶（2014），p. 31。
32）*ibid.*，p. 32。

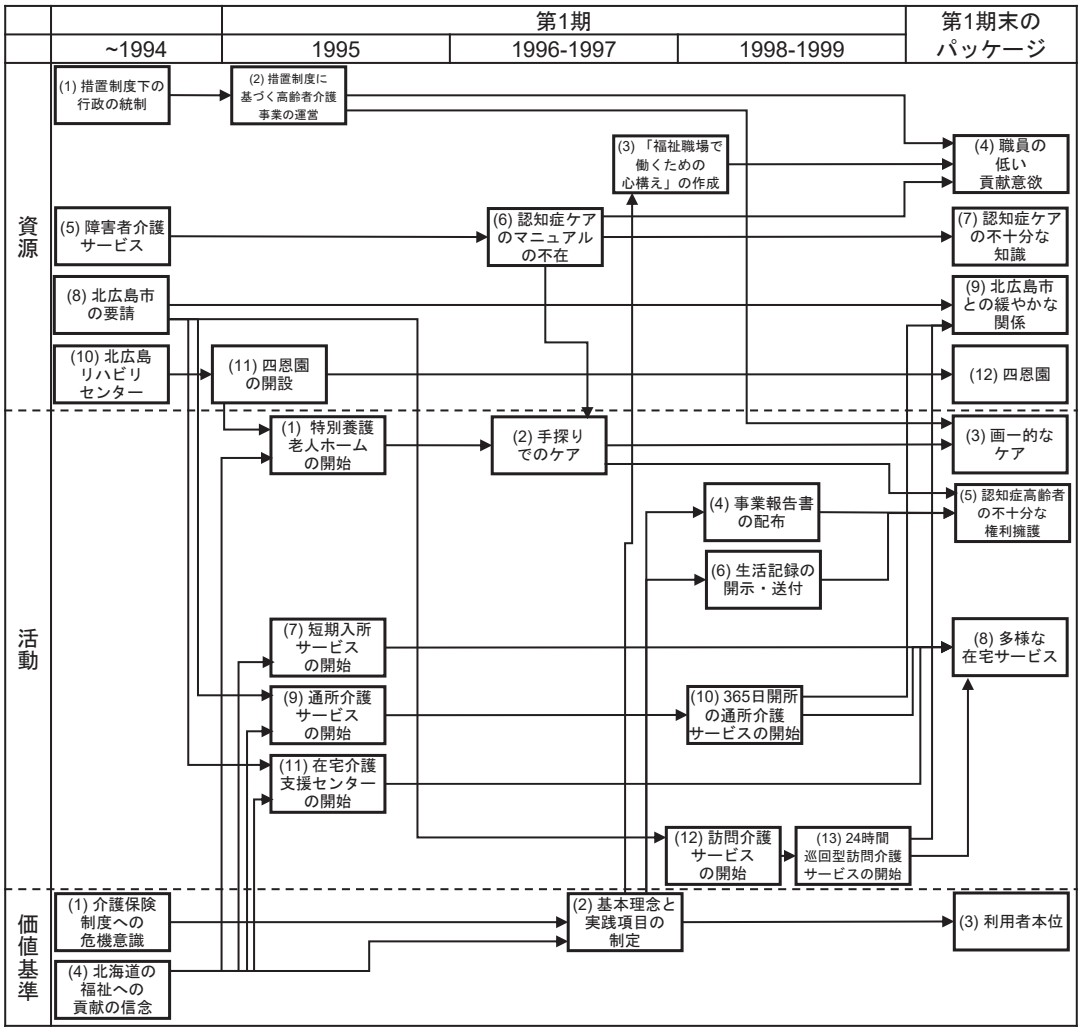


図 2　第 1 期の分析結果

に生成・特定化された。北海長正会では，1995 年の高齢者介護事業の開始以来，(2)〈措置制度に基づく高齢者介護事業の運営〉を行っていた。職員は，(6)〈認知症ケアのマニュアルの不在〉のため，想定以上に多い認知症高齢者に対応できなかった。介護保険制度の開始が迫っていたものの，(2)〈措置制度に基づく高齢者介護事業の運営〉に慣れた職員は，介護保険制度に対する危機意識が低かった。1999 年には，職員の意識を変えるべく，価値基準 (2)〈基本理念と実践項目の制定〉に基づき，(3)〈「福祉現場で働くための心構え」の作成〉がされたものの，職員の十分な意識変化にはつながらず，資源 (4)〈職員の低い貢献意欲〉が生成・特定化された。

資源 (7)〈認知症ケアの不十分な知識〉は次のように生成・特定化された。北海長正会では，1995 年に高齢者介護サービスを展開するまで，(5)〈障害者介護サービス〉が提供されていたため，高齢者介護サービスのための (6)〈認知症ケアのマニュアルの不在〉であった。このため，北海長正会では，資源 (7)〈認知症

ケアの不十分な知識〉が生成・特定化された。

資源（9）〈北広島市との緩やかな関係〉は次のように生成・特定化された。1990 年前後に広島町（北広島市）から在宅サービスの提供拠点となるよう要請（（8）〈北広島市の要請〉）があった。北海長正会は，この要請に応えるようにして在宅サービスを整備（活動（9）〈通所介護サービスの開始〉他）した結果，資源（9）〈北広島市との緩やかな関係〉が生成・特定化された。

資源（12）〈四恩園〉は，次のように生成・特定化された。北海長正会は，初代理事長の父である長澤雄七の土地の寄付によって，1977 年，肢体不自由者更正施設である（10）〈北広島リハビリセンター〉を開設した。北海長正会は，この土地の一部を活用し，1995 年に（11）〈四恩園の開設〉を行った。この結果として，資源（12）〈四恩園〉が生成・特定化された。

②　活動

第 1 期において，3 つの活動が生成・展開された。すなわち，活動（3）〈画一的なケア〉，活動（5）〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉，活動（8）〈多様な在宅サービス〉である。以下 3 つの活動について説明する。

活動（3）〈画一的なケア〉は，次のように生成・展開が行われた。1995 年，（1）〈特別養護老人ホームの開始〉がなされ，多数の認知症高齢者への対応が必要なことが明らかになった。しかし，資源（6）〈認知症ケアのマニュアルの不在〉のため，（2）〈手探りでのケア〉にならざるをえなかった。その上，資源（2）〈措置制度に基づく高齢者介護事業の運営〉があり，高い介護の質は求められていなかったため（2）〈手探りでのケア〉が続けられた結果，活動（3）〈画一的なケア〉が生成・展開された。

活動（5）〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉は，次のように生成・展開が行われた。（3）〈画一的なケア〉の生成・展開と同様に，認知症高齢者への対応は，（2）〈手探りでのケア〉にならざるをえなかった。手探りの提供の限界を抱えながらも，高齢者ケアを提供する職員の実践を利用者や利用者家族に知ってもらうべく，価値基準（2）〈基本理念と実践項目の制定〉に基づき，1998 年には（4）〈事業報告書の配布〉，1999 年には（6）〈生活記録の開示・送付〉が行われた。しかし，認知症に関する正しい理解に基づいたサービスの提供にはつながらず，認知症高齢者に対する抑制・拘束や失礼な言葉遣いなどが生じ，活動（5）〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉が生成・展開された。

活動（8）〈多様な在宅サービス〉は，次のように生成・展開が行われた。最初の契機は，資源（8）〈北広島市の要請〉であった。この要請に対応するため，第 1 期の北海長正会では，1995 年，（7）〈短期入所サービスの開始〉，（9）〈通所介護サービスの開始〉，そして（11）〈在宅介護支援センターの開始〉がされた。さらに，1998 年，（12）〈訪問介護サービスの開始〉がされた。通所介護サービスでは，1998 年に休日や祝祭日も提供されるようになった（（10）〈365 日開所の通所介護サービスの開始〉）。訪問介護サービスでは，1999 年，24 時間巡回型の訪問介護や移送サービスが開始された（（13）〈24 時間巡回型訪問介護サービスの開始〉）。これらのサービスの提供が開始されたことで，活動（8）〈多様な在宅サービス〉が生成・展開された。

③　価値基準

第 1 期において，価値基準（3）〈利用者本位〉が認識・定義された。1995 年，北海長正会が開始する前から，この施設長となる三瓶は，（1）〈介護保険制度への危機意識〉と（4）〈北海道の福祉への貢献の信念〉を持っていた。介護保険制度の開始に先立って，1997 年，（2）〈基本理念と実践項目の制定〉がされ，価値基準（3）〈利用者本位〉が認識・定義された。

④　3 つの結び付き

第 1 期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第 1 の資源のリストは，（4）〈職員の低い貢

献意欲〉，(7)〈認知症ケアの不十分な知識〉，(9)〈北広島市との緩やかな関係〉，(12)〈四恩園〉の4つからなっていた。このうち，(4)〈職員の低い貢献意欲〉，(7)〈認知症ケアの不十分な知識〉，(9)〈北広島市との緩やかな関係〉の3つは，不十分に生成された資源であった。

第2の活動のリストは，(3)〈画一的なケア〉，(5)〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉，(8)〈多様な在宅サービス〉の3つからなっていた。このうち，(3)〈画一的なケア〉と(5)〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉の2つは，不十分に展開された活動であった。

第3の価値基準のリストは，(3)〈利用者本位〉のみからなっていた。この価値基準は主に経営者によって重視されていたものの，十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第1期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは不完全なパッケージの構成にとどまり，北海長正会の第1期の組織成果は低かった。

2. 第2期（2000年〜2002年：介護保険制度導入直後期）

(1) 第2期の事例

① 介護保険制度の開始

2000年4月，介護保険制度が開始された。第1期までの措置制度はサービスの提供者本位の制度であったが[33]，介護保険制度は利用者本位の制度であった。介護保険制度が，高齢者やその家族にとってこれまでの制度より，安心して生活ができるシステムとして機能するためには，サービス事業者は相当の努力が必要であることが認識された[34]。介護保険制度の利用者本位の考え方は，北海長正会の基本理念と共通していた。同法人の基本理念を確実に実行できるようにするための質の高いサービスを提供するための仕組みづくりが必要であった[35]。

他方，三瓶施設長は，介護保険制度には生活の視点や福祉の視点が不足しており，家庭の事情は十分に考慮されない制度であると認識した。このため，介護保険制度の介護給付だけを前提とするのではなく，サービス利用者のニーズに率直に耳を傾け，福祉に関わる他組織とも連携しながらケアの計画を立てる必要があると認識した[36]。

② 介護保険制度に基づく介護サービス

2000年4月，第1期時点で提供を開始していた施設サービスと在宅サービスの各事業所が，介護保険制度の指定を受けた。同時期の4月，「北広島居宅介護支援事業所四恩園」が開設され，居宅介護支援サービスの提供が開始された。同事業所では，在宅の要介護者等が，介護保険から給付される在宅サービス等を適切に利用できるように，要介護者等の依頼をうけ，ケアプランの作成，在宅サービス事業者との利用調整や，介護保険施設への紹介等のケアマネジメントが行われた。

2000年5月，「北広島訪問看護ステーション四恩園」が開設され，訪問看護サービスの提供が開始された。訪問看護サービスの場合，看護師が高齢者の自宅を訪問し，療養上の世話や必要な診療の補助を行う。訪問介護サービスの利用者には，医療的ニーズが高いケースもあり，訪問看護師と連携しながらサービスが提供されることも多かった。

③ サービスの再構築

介護保険制度下の運営基準は，措置制度下の運営基準より高かった。このため，従来と同じ考え方や業務方法では運営基準をクリアすることは困難になった[37]。特養部四恩園でも，業務内容が質量ともに構造的に変化しており，以下の6つの課題が認識されていた。1）短期入

33）『北海長正会事業報告書』（2000年度），p. 20。
34）*ibid.*，p. 23。
35）*ibid.*，p. 25。
36）*ibid.*，p. 23。
37）『北海長正会事業報告書』（2002年度），p. 35。

所サービス利用者が多数存在し，日々変わる利用者への対応に追われた。2）施設サービスと在宅サービスの職員間での密接な情報共有・連携が求められた。3）利用者家族への一層の情報提供が求められた。4）認知症高齢者の増加によって業務量が各段に増加した。5）サービス提供結果への社会的責任がこれまで以上に重くなった。6）介護保険制度によりケアプランなどの記録がサービス提供において不可欠な業務となった[38]。

2000 年，施設サービス課長（兼係長）が退職し，後任として神部健史が着任した[39]。彼は，着任前から北海長正会が厳しい状況におかれていることを三瓶施設長から聞かされていた。神部施設サービス課長は，着任してすぐの会議において，5 年間で集中的に業務方法を改善することを宣言した。彼は次のように語っている。

> 「今まで行ってきたことを同じように行うつもりはない」というお話をしました。「当然よいことは，これまで行ってきた形でこれからも行えるのであれば行う。方法を半分変えることもある。今まで行ってきたけども，まったく行わないこともある。行ってこなかったことで，これから新しく行うこともある」。これから 5 年間で集中的に改善することを最初の会議で宣言しました[40]。

2001 年，介護保険制度の開始によって大きな混乱はなかったものの，北海長正会は多くのボディブローを受けたことが記されている[41]。多様化した利用者の個別ニーズに応えるため，業務量は雪だるま式に増え，業務量，残業時間が増加した。同時に，重度の認知症高齢者の増加[42]，緊急の受け入れ，入院の対応など医療ニーズを抱える利用者が増え，職員の精神的負担が増加した。

同年，利用者の重度化に伴い，職員は増員された。職員数は，開設時の 4 倍近い 180 名となった[43]。しかし，人件費，事務費，事業費が増加し，経営の不安定化を招いた[44]。業務の負荷が高まる中で，現場職員間に不和が生じ，ストレスが蓄積された結果，特養部四恩園開設以来の職員が，毎月のように辞めていった[45]。

2001 年，特養部四恩園では「サービスの再構築」が試みられた。「サービスの再構築」は，次の 3 つの取り組みからなっていた。第 1 に，業務の標準化である。提供されるサービスが職員の能力や経験に依存しないようにするため，個々の業務の標準化が図られる。これに関連して，「サービス・マニュアル」が作成された。パターン化されている業務については，「サービス・マニュアル」を作成し，誰でもスムーズに対応できる仕組みを作ることが進められた。第 2 に，業務の効率化である。業務における 1 つ 1 つの作業内容への配置人数・作業時間・作業工程や方法などに「ムリ・ムラ・ムダ」がないかが精査される。第 3 に，事業間の情報共有・連携の強化である。施設サービスと在宅サービス間，職種間，勤務シフト間の情報共有・連携の強化を図り，利用者の状況を把握するための仕組みが作られる[46]。

神部は，業務方法の変更の徹底に努めた。彼は，「現場に一言ものを言わせなかった[47]」と語っている。たとえば，会議をする際には，彼が司会，進行，意見，まとめまですべてを行った。

④　サービス・マニュアルの作成

2001 年，サービス・マニュアル検討委員会が設置された。サービス・マニュアル検討委員

38），39）『北海長正会事業報告書』（2001 年度），p. 33。
40）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。
41）『北海長正会事業報告書』（2002 年度），p. 38。
42）『北海長正会事業報告書』（2000 年度），p. 25。
43）*ibid.*，p. 34。
44）『北海長正会事業報告書』（2002 年度），p. 37。
45）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。『北海長正会事業報告書』（2002 年度），p. 38。
46）『北海長正会事業報告書』（2001 年度），p. 33。
47）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。

会は，三瓶施設長が委員長となり，神部課長を含む課長，係長，主任級のほとんどの職員が関わった。サービス・マニュアルの作成を含む「サービスの再構築」は，高齢者介護事業全体を巻き込む一大プロジェクトになった。2002年，高齢者介護事業におけるサービス・マニュアルである「四恩園業務指針基準」が作成された。この年の6月26日と9月5日，四恩園業務指針基準が，職員全体会議において説明された。

⑤ 社会福祉法の制定

2000年6月7日，社会福祉基礎構造改革により，社会福祉法が制定された。社会福祉基礎構造改革は1997年から進められ，社会福祉法人の抜本的な改革を進めるものであった。社会福祉事業者は，情報提供（75条），利用契約時の説明（76条），契約時の書面交付（77条），福祉サービスの質向上のための措置（78条），誇大広告の禁止（79条），苦情処理（82条）に取り組むように定められた。さらに，業種に応じて，利用者本位，自立支援，個人の尊厳，地域権利擁護事業，リスクマネジメント，第三者事業評価などの新しい課題が課されることになった。

北海長正会においても，社会福祉基礎構造改革のキーワードである「サービスの質の確保」，「対等な関係」，「選択に足るサービス」，「積極的な情報開示」を実践し，「サービス評価」というハードルを越えることで，職員の意識改革を図り，利用者の選択に足る良質なサービスを提供する必要があると認識された[48]。

⑥ 苦情処理委員会の設置

社会福祉法は，社会福祉法人が苦情を解決するための体制を作ることを求めた。苦情を解決するための体制として，苦情解決責任者を設置することや苦情受付担当者を任命すること，および第三者委員を設置することが規定された。

2000年10月27日，北海長正会は第1回苦情処理委員会を開催した。同年，苦情処理委員会は3回開催され，2001年から毎年4回開催された。苦情処理委員会で検討される内容は，必ずしも苦情に限定されない。苦情にまでは至らなかった内容，要望，職員の対応によるヒヤリハットなども検討された。2002年，新しい事業体制にも既存の事業体制にもリスクは存在するため，そのリスクを隠すことなく職員，家族，利用者と共有することが新しいサービス体制の構築への一歩であると考えられた[49]。

⑦ サービスの自己評価の実施

2001年，北海長正会は「サービスの自己評価」を実施し，その結果の公表をはじめた。サービスの自己評価は，事業者が指定基準（厚生省令）を満たしたうえで，さらに良いサービスを目指し，サービスの質の向上を図るために自身のサービスを見直すためのものである。サービスの自己評価で用いられる基準は，サービス評価における着眼点を整理したものである。基準を満たしているかどうかが○あるいは×で判断され，×の点が改善すべき指針となる。たとえば，2001年の場合，サービスに関するマニュアル等を作成し，職員に徹底しているかという項目に対し×がつけられており，サービスのマニュアルについて，検討課題になっていることが示された。北海長正会では，この自己評価にもとづいて改善が行われた。

⑧ 職員の意識の変化

介護保険制度の開始によって，職員の意識の変化が促進された。まず，介護保険制度の開始をきっかけとして，自らに関わる業務の問題として明確化し，現場職員の危機意識は一層高まった。さらに，介護保険制度によって，特養部四恩園で施設サービスを提供する職員と在宅サービスを提供する職員の間で，地域への貢献に関する意識の差が縮まった。三瓶施設長は，職員の意識の変化について次のように述べている。

48）『北海長正会事業報告書』（2000年度），p. 24。

49）『北海長正会事業報告書』（2002年度），p. 38。

介護保険制度以前には，特養は特養で完結し，職員はお客さんの気持ちを十分にわかっていなかった。短期入所サービスの利用者から職員への苦情がでるんです。介護保険制度が始まったら，短期入所サービスの送迎も，特養の職員がやらないといけません。そうしたら苦情はいきなり特養に来るわけです。しかし，特養の職員が地域を支えているってことを理解するのに，時間はそんなにかからなかったんです。ある特養の職員が送迎した時に，利用者家族から「四恩園の短期入所サービスがなかったら，私は生きていけなかった。この人を殺して，私も死ぬ覚悟でいました。でも，四恩園の短期入所サービスがあることで，私たちは助かりました」というのを聞きました。特養の職員も「私たちが地域を支えている」という自覚を持てました[50]。

⑨　*地域福祉サービスの重視*

2001 年，北広島市，特に北広島団地における高齢化の課題を認識した。北広島団地は，1993 年からの 7 年間で高齢化率が毎年 1% ずつ上昇し続けており，北広島市内でも高齢化率の高い地区であった。同団地の人口は，北広島市の人口の 32.8% を占めており，今後も急速な高齢化が進むことを考えると，要介護者への対症療法的な制度対応だけでは，「安心できる住みよいまち」からは遠のくと認識されていた[51]。

2002 年，三瓶施設長は，北海長正会が北広島市内を中心とした「地域福祉サービスステーション」であるべきと考えるようになった。従来，特別養護老人ホームのような入所型施設は，入所している利用者のみをサービスの対象としてとらえ「身体介護」を中心としたケア・サービスを提供することを使命としてきた。しかし，今後，入所型施設は，目の前にいる利用者だけでなく利用者家族や地域で暮らす人々全員をサービスの対象としてとらえなければならないと考えられるようになった[52]。地域生活の視点から，地域や社会を意識した参加型のプラン作りや施設の社会化活動にも力を入れ[53]，共生できる社会づくりをする必要があると考えられた[54]。三瓶施設長は，北海長正会が地域住民の集える場所を作り，高齢者介護サービスを必要とする利用者のみに注目するのではなく，地域に必要とされる存在になろうと考えるようになった。彼はこの構想について次のように述べている。

2001 年や 2002 年くらいから，一軒家を購入し，地域に還元し，そこを好きなように使ってくださいという構想をやろうと思っていました[55]。

(2)　第 2 期の分析（図 3）

①　*資源*

第 2 期において，4 つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉，資源（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉，資源（9）〈北広島市との緩やかな関係〉，資源（12）〈四恩園〉である。以下，4 つの資源について説明する。

資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉は，（14）〈重度の要介護者の受入増加〉，（16）〈在宅サービス利用者家族の反応〉，活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって生成・特定化された。1 つめの（14）〈重度の要介護者の受入増加〉は，（13）〈介護保険制度の開始〉によって生成・特定化された。北海長正会は，介護保険制度の開始以降，重度の要介護者を積極的に受け入れる方針をとった。2 つめの（16）〈在宅サービス利用者家族の反応〉は，（14）〈重度の要介護者の受入増加〉によって生成・特定化された。北海長正会は，職員の貢献意欲を向上させるために，この利用者家族の反応を職員に積極的に共有した。3 つめの活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉

50）三瓶への聴き取り調査，2013 年 7 月 1 日。
51）『北海長正会事業報告書』（2001 年度），p. 31。
52）『北海長正会事業報告書』（2002 年度），p. 37。
53），54）*ibid.*，p. 30。
55）三瓶への聴き取り調査，2013 年 7 月 1 日。

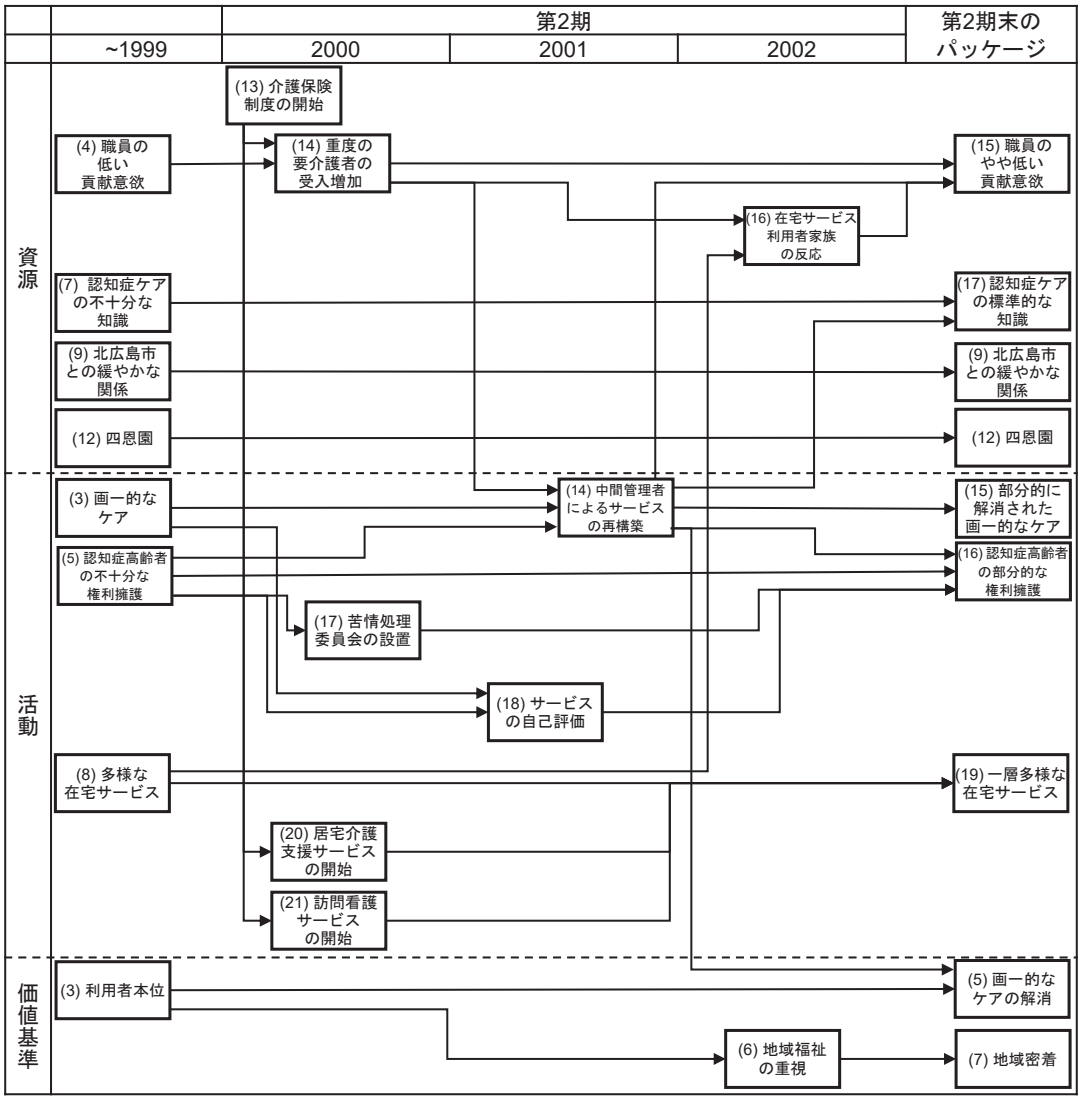


図 3　第 2 期の分析結果

は，業務の見直しによって職員の円滑な遂行をもたらした。これらの結果，(4)〈職員の低い貢献意欲〉は，資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉へと変化した。

資源（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉は，2001 年の活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって，生成・特定化された。活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって，2002 年，職員に必要な心構えや考え方をまとめた「四恩園業務指針基準」が作成された。この結果，（7）〈認知症ケアの不十分な知識〉は，資源（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉に変化した。

資源（9）〈北広島市との緩やかな関係〉と資源（12）〈四恩園〉は，第 1 期に引き続き生成･特定化された。

②　活動

第 2 期において，3 つの活動が生成・展開さ

れた。すなわち，活動（15）〈部分的に解消された画一的なケア〉，活動（16）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉，活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉である。以下 3 つの活動について説明する。

活動（15）〈部分的に解消された画一的なケア〉は，（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって生成・展開された。サービスの再構築によって，（3）〈画一的なケア〉が見直され，活動（15）〈部分的に解消された画一的なケア〉に変化した。

活動（16）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉は，第 1 期に始められた活動に加えて，第 2 期には以下の 3 つの活動が実施された。すなわち，2000 年の（17）〈苦情処理委員会の設置〉，2001 年の（18）〈サービスの自己評価〉と（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉である。これらの活動は，北海長正会で提供されるケアを改善させるために用いられ，（5）〈認知症高齢者の不十分な権利擁護〉は，活動（15）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉へと変化した。

活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉は，（20）〈居宅介護支援サービスの開始〉や（21）〈訪問看護サービスの開始〉の追加によって生成・展開された。北海長正会は，資源（13）〈介護保険制度の開始〉によって制度化されたこれら 2 つの活動を追加した。この結果，（8）〈多様な在宅サービス〉は，活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉に変化した。

③　価値基準

第 2 期において，2 つの価値基準が認識・定義された。すなわち，価値基準（5）〈画一的なケアの解消〉と価値基準（7）〈地域密着〉である。以下 2 つの価値基準について説明する。

価値基準（5）〈画一的なケアの解消〉は，2001 年の活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって，認識・定義された。北海長正会では，第 1 期に（3）〈利用者本位〉が認識・定義されていたものの，その価値基準によって目指すべきものが不明確であった。活動（14）〈中間管理者によるサービスの再構築〉によって，（3）〈利用者本位〉が価値基準（5）〈画一的なケアの解消〉へと明確に認識・定義されるようになった。

価値基準（7）〈地域密着〉は，2002 年の（6）〈地域福祉の重視〉によって，新たに認識・定義された。2002 年の（6）〈地域福祉の重視〉によって，北海長正会は，地域のニーズに応えられる存在を目指すことを明示した。

④　3 つの結び付き

第 2 期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第 1 の資源のリストは，（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉，（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉，（9）〈北広島市との緩やかな関係〉，（12）〈四恩園〉の 4 つからなっていた。このうち，（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉，（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉，（9）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉の 3 つは，不十分に生成・特定化された資源であった。

第 2 の活動のリストは，（3）〈部分的に解消された画一的なケア〉，（16）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉，（19）〈一層多様な在宅サービス〉の 3 つからなっていた。このうち，（3）〈画一的なケア〉と（16）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉は，不十分に生成・展開された活動であった。

第 3 の価値基準のリストは，（5）〈画一的なケアの解消〉と（7）〈地域密着〉の 2 つからなっていた。いずれの価値基準も，十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第 2 期末の資源，活動，価値基準の 3 つのリストは，不完全なパッケージを構成し，北海長正会の第 2 期の組織成果は低かった。なお，パッケージの不完全さは第 1 期と比べて改善され，北海長正会の第 2 期の組織成果は高まった。

3. 第3期（2003年～2008年：介護報酬のマイナス改定期）

(1) 第3期の事例

① サービス検討委員会の設置

2003年2月，サービス検討委員会が設置された。サービス検討委員会は，2000年に設置された苦情処理委員会が名称変更されたものである。

2003年4月，北海長正会は，NPO法人権利擁護市民福祉オンブズマン機構と契約した[56]。月2回2名の市民福祉オンブズマンが，北広島リハビリセンターと特養部四恩園と北広島デイサービスセンター四恩園を訪問し，利用者の生活の様子や職員の対応などについて聴き取りを行った。そして，オンブズマンは，その内容に応じて勧告・指摘・提案を文書で提示した。

同年5月から，市民福祉オンブズマンと北広島市介護保険課職員が，北海長正会の職員とともに，サービス検討委員会に出席するようになった。サービス検討委員会では，利用者の苦情・事故等のリスク，身体拘束の禁止および施設入所判定に関する事項が検討された。北海長正会の利用者の権利擁護やサービスの質向上を目的に，北海長正会が地域に求められる福祉サービスを提供できるように，助言や議論がなされた。委員会に第三者が加わることにより，サービスの内容についてより客観的な指摘や評価が得られるようになった[57]。

三瓶施設長は，苦情処理委員会を，社会福祉法によって義務化された苦情処理の場のみにはしたくなかった。そこでサービス検討委員会と名称を変更した。彼は，この点について次のように語っている。

> 私は苦情処理委員会ではなくて，サービスを検討する委員会でなければならないと考えました。苦情の対応ではなく，サービスをどのようにして良くしていくかということを検討会として広がりを持たせた方がいい。その中で，その地域の人たちと第三者を呼んで，「こんな苦情がありました。こんな事故がありました。すみませんでした」というのではなくて，「私たちはこうやって，結果はこうなんです。みなさまはどう考えますか」という委員会にしたかったんです[58]。

② リスクマネジメントシートの導入

2003年，リスクマネジメントシートが，事業報告書で公表されるようになった。リスクマネジメントシートには，事業ごとにどのような事故，苦情，破損，ヒヤリハット，気づき，遅刻などのリスクが生じたかが集計されている。これらのリスクがいつ生じたのか，誰に対して生じたのか，どこで生じたのかなどがまとめられている。リスクマネジメントシートは，各事業での再発防止などに用いられた。また，苦情処理委員会から引き続き，サービス検討委員会でも検討された。

③ 実践項目の追加

2003年，基本理念に新たな実践項目として「地域に求められる資源として」が追加された。この項目は，北海長正会によって提供されるサービスが地域住民の生活を支え，北海長正会が地域にとって無くてはならない存在になることを強く意識したものであった[59]。

2003年6月，厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会が『「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」の報告書』を公表した。この報告書は，個別ケアと地域ケアの充実を目指した内容となっていた[60]。個別ケアに関しては，「個室・ユニットケア」こそが利用者の尊厳を守ることができると主張された。地域ケアに関しては，介護保険のサービスを中核としつつ，保健・福祉・医療の専門職相互の連携，さらにはボラン

56）『北海長正会事業報告書』（2003年度），pp. 249-250。
57）三瓶（2014），p. 33。
58）三瓶への聴き取り調査，2012年7月1日。
59）『北海長正会事業報告書』（2003年度），p. 29。
60）『北海長正会事業報告書』（2004年度），p. 32。

ティアなどの住民活動も含めた連携によって，地域の様々な資源を統合した包括的なケアである「地域包括ケア[61]」を推進するものであった[62]。

2004年，北海長正会は，充実したサービス提供を目指すために新たな地域ケアの展開とともに，特養部四恩園における認知症高齢者の個別ケアの充実を図る中長期ビジョンを設定した[63]。以下では，地域ケアの取り組みとして「小地域担当制」を説明した後，個別ケアの取り組みとして「ユニットケア」，「個別外出」，「生活向上委員会」について説明する。

④　*小地域担当制*

2004年，「小地域担当制」の構想が提案された。小地域担当制は，北広島団地をいくつかの小地域に分割し，小地域ごとにチームを編成し，そのチームごとにサービスを提供する試みである[64]。従来，北海長正会では，北広島市全域を包括する地域福祉サービスを展開してきた。しかし，このような地域展開は地域の実態を見えづらくし，地域に求められるサービスを提供しづらくした[65]。事業ごとの縦割りのサービス提供からチームによる包括的なサービス提供に変えることによって，地域住民のつながりや支えあいを大切にし，地域密着による一体感を形成し，地域の活性化につなげようとした[66]。

同年，北広島居宅介護支援事業所四恩園では，ケアマネジャーを地域別に割り振り，担当制とした。同時期の7月，北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園では，訪問介護サービスの職員の編成を小地域ごとに割り当てた。その際，200件以上の職員の派遣調整が必要になり，現場が混乱した[67]。

⑤　*「デイホームさとみ」の開設*

2005年，小地域担当制の一環として，「デイホームさとみ」が開設された。デイホームさとみは，北広島団地内の民家を活用した，定員10名の認知症対応型通所介護サービスの提供拠点である。デイホームさとみでは，認知症高齢者を対象者として，その有する能力に応じ可能な限り日常生活を営むことができるよう普通の民家を活用し，①入浴・食事の提供とその介護，②生活等についての相談・助言，③健康状態の確認，④機能訓練などのサービス提供を行う[68]。普通の民家を活用することにより，環境の変化にともなうBPSD（行動障害）の発生をできるだけ少なくする意図があった[69]。

北広島団地内の民家は，広島町の前町長から1,300万円で購入したものであった。北海長正会はその民家を認知症対応型の通所介護サービスの事業拠点に改築した。住宅街の中での通所介護サービスの提供は，北海長正会にとって初めての試みであった。三瓶施設長は，地域住民による反発があるかもしれないと不安に感じていた。しかし実際には，地域住民は北海長正会の事業展開を歓迎した。彼は，その時の状況について次のように語っている。

> 私たちも初めての地域展開でね。ましてや団地の真ん中に，住民の人たちがいっぱいいる中の一軒，ひとつの一戸建てで事業をするわけですから，どういう反応をするのかなと思っていたんです。地域の人も高齢化しており，四恩園がここで事業をしてくれるってことは，自分たちにとっては非常に心強いというふうに言ってくれて，大歓迎してくれたんです[70]。

デイホームさとみの北広島団地に密着した

61）『「2015年の高齢者介護」報告書』（https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html）。
62）『北海長正会事業報告書』（2004年度），p. 34。
63）*ibid.*，p. 32。
64）*ibid.*，p. 33。
65）『北海長正会事業報告書』（2006年度），p. 35。
66）『北海長正会事業報告書』（2004年度），p. 33。
67）『北海長正会事業報告書』（2005年度），pp. 40-41。
68）『北海長正会事業報告書』（2006年度），p. 2。
69）『北海長正会事業報告書』（2005年度），p. 40。
70）三瓶への聴き取り調査，2012年12月21日。

サービス提供は，北海長正会の地域ケアの方針を後押しした。デイホームさとみによるサテライト型デイサービスの試みは，地域にとって「小さなホームの大きな一歩」であると捉えられた[71]。

⑥ 2006年の介護保険制度改正による影響

2006年4月，介護保険制度改正に伴い，介護報酬が改定された。北海長正会では，①介護予防通所介護，②介護予防訪問介護，③介護予防訪問看護，④介護予防短期入所生活介護，⑤介護予防認知症対応型通所介護の指定を受けた[72]。そして，北広島市から委託されていた在宅介護支援センターは，新たに制度化された地域包括支援センターへと指定変更された[73]。

2006年の介護保険制度改正によって，収入は減少傾向になった。北海長正会の在宅サービスの要介護認定者の半数近くは要介護1までの利用者であり，収入の増加が望めなかったからである。さらに，特養や短期入所サービスでは，利用者の重度化が職員の負担になっており，人員も決められたよりも多く配置しなければ回らない状況であった[74]。

⑦ 小地域担当制の見直し

2006年，「小地域担当制」の見直しが図られた。北広島市から委託された地域包括支援センターは，要支援・要介護状態と認定される以前から一貫性・連続性のある介護予防を行うためのケアプランを作成する。2006年の介護保険制度改正によって，北海長正会の在宅サービスの利用者の約半数が，要支援に該当するようになった。要支援の利用者のケアマネジメントは，基本的に地域包括支援センターのケアマネジャーによって行われるため，従来のケアマネジャーとは異なるケアマネジメントが行われる可能性が生じた。利用者に混乱を生じさせないようにするために，小地域担当制の見直しが必要になった[75]。三瓶施設長は，地域包括ケアの実施の難しさについて，次のように述べている。

> 1つの法人にこのエリアの事業すべてをお任せし，そのチェックを自治体がするというやり方でないと難しいです。地域包括ケアは，誰が，どのように行うかということと，その事業者たちをまとめきれるかということで，システム化が難しいんです[76]。

北広島市内には，多数の高齢者介護サービスを提供する事業者が存在しており，地域包括ケアを構築するためには，これらの事業者間での情報共有が不可欠であった。

2006年10月，北広島市介護サービス連絡協議会が発足した[77]。三瓶施設長が，この連絡協議会の代表発起人を務めた。この連絡協議会の目的は，北広島市内で介護サービスに関わる北広島市および事業所などが地域事情を理解し相互の情報の共有と連携により，介護サービスの質の向上および安定した介護サービスの供給を図ることで，サービス利用者の尊厳の保持と自立を支援し，地域の福祉に寄与することであった[78]。

さらに，2007年ごろ，人材確保が困難になった。北海長正会では，人材確保が困難な理由について，①景気の動向による働き手の減少，②介護サービス事業における賃金などの労働条件，③重度化に伴う介護業務の厳しさと問われるサービスの質との乖離による意欲の低下，④中堅職員や有資格者の高い外部流動性，⑤民間参入による事業所の増加が認識されていた[79]。小地域担当制は先駆的な試みであり，それを行うには従来以上の多くの職員が必要であったが，十分に揃えることができなかった。

71）『北海長正会事業報告書』（2004年度），p. 40。
72），73）『北海長正会事業報告書』（2006年度），p. 1。
74）『北海長正会事業報告書』（2007年度），p. 31。
75）『北海長正会事業報告書』（2006年度），p. 35。
76）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
77）『北海長正会事業報告書』（2007年度），p. 38。
78）*ibid.*，p. 261。
79）*ibid.*，p. 32。

2008 年，小地域担当制の取り組みが曖昧になったため，地域に向けた取り組みの方向性を再検討した[80]。三瓶施設長は，小地域担当制をうまく進められなかったことについて，次のように語っている。

> 北海長正会は地域への事業展開を行いました。今の地域包括ケアシステムの考え方は，北広島団地をケアマネジャー，ホームヘルパー，デイサービス，訪問看護の事業単位でみていくというものです。この小地域担当制は，人が足りなくてうまくいかなかった[81]。

⑧　通所介護サービスの縮小

2006 年，北広島デイサービスセンター四恩園において，通所介護サービスの 365 日開所が停止された。通所介護サービスの利用者は，2004 年をピークに減少した。2005 年，第 22 回サービス検討委員会において，サービス提供時間を増加させなければ，通所介護サービスの経営が成り立たないことが述べられた[82]。さらに，2003 年と 2006 年の介護報酬のマイナス改定と人材確保の困難さの問題を抱えていた。通所介護サービスを 365 日開所する場合，冬場の開所が困難になる。冬場の開所のためには除雪が必要となる。除雪は介護職員ではなく，管理課の職員の仕事であった。介護職員に加え，管理課の職員を 365 日確保することは困難であった[83]。

⑨　個別ケアの重視

2004 年ごろから，三瓶施設長は，全国老人福祉施設協議会の研修委員を担当するようになり，認知症の実践者研修やリーダー研修の講師として関わるようになった。彼は，認知症介護指導者になるために約 10 週間かけて，講師養成の研修を受けた。この研修を受ける中で，彼の認知症ケアについての認識や知識が更新されていった[84]。2005 年，彼は，この経験を基に「認知症高齢者ケア標準化実践行動指針」を作成した[85]。この行動指針は，職員が認知症への理解を深め，基本的なケアの方法の意思統一を図ることを目的とした。認知症高齢者の個別性を配慮しないケアが，認知症高齢者にストレスを感じさせ，妄想や徘徊などの行動障害を生む。それはケアの提供者側のストレスになり，ケアの提供者側のストレスが認知症高齢者の新たなストレスとなる悪循環を生じさせる。このため，認知症高齢者一人ひとりの個別性に応じたケアを実践することが重要であることが述べられている。

三瓶施設長は，この後，全国老人福祉施設協議会の様々な委員会等に関わるようになり，様々な場で認知症高齢者の権利擁護についての講師を務めるようになった。神部施設サービス課長は，三瓶施設長の夢や理想を聞き，それをいかに実現させるかに心を砕いた。このことについて，神部は次のように述べている。

> 三瓶施設長の言っていることは間違いない。理想論とか夢物語を言っているように感じるかもしれないけれども，理想とか夢ではなくて，現実のものとしていかないといけない。三瓶施設長に恥をかかせちゃいけないと思っていました[86]。

2004 年，個別ケアの充実を図るため，「個別ケア推進委員会」が設置され，住環境のあり方やサービス体制の見直しが検討された[87]。

⑩　ユニットケア

上述のように，2003 年 6 月，「高齢者介護研究会」の報告書では，個室・ユニットケアの方法こそが個別ケアのあり方であるとされ，ユニットケアが国策として進められていた。2003 年 4 月の介護報酬改定においても，介護報酬が従来型とユニット型の特別養護老人ホームで分

80）『北海長正会事業報告書』（2008 年度），p. 30。
81）三瓶への聴き取り調査，2013 年 7 月 1 日。
82）『北海長正会事業報告書』（2006 年度），p. 243。
83）三瓶への聴き取り調査，2013 年 7 月 1 日。
84）三瓶への聴き取り調査，2012 年 12 月 21 日。
85）『北海長正会事業報告書』（2005 年度），p. 36。
86）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。
87），88）『北海長正会事業報告書』（2004 年度），p. 34。

けられ，ユニット型の介護報酬が高く設定された。

2002年，北海長正会の職員がユニットケアに関わる複数の外部研修に参加した[88]。他方，三瓶施設長と神部課長は，ユニットケアにあまり期待していなかった。2003年11月，第13回サービス検討委員会において，三瓶施設長は，「ユニットケア・逆デイサービス等に関しては，現場が一番悩んでいる。厚労省はそのようなサービスを推進しているが，良い情報だけが流れてデメリットの話が出てこない」と発言している[89]。神部課長も，ユニットケアについて懐疑的であった。

2004年，特養部四恩園において，ユニットケアの導入が試みられた[90]。ユニットケアを試行する際，食事のみに注目し，少人数のグループごとに提供する方法が採用された。従来，特養部四恩園では，1つの食堂に50人の利用者を集め，提供する方法が採用されていた。一部の利用者をベッドのある部屋の前の談話室に分離させて，食事をさせた。この試みは，利用者が職員と穏やかに会話をしつつ，ゆっくりと食事を楽しむということを意図したものであった。

しかし，ユニットケアの試行は，次の3つの理由からうまくいかなかった。第1に，特養部四恩園の施設構造は，ユニットケアには不向きであった。特養部四恩園は，個室ユニット型と呼ばれる施設構造ではなく，従来型と呼ばれるものであった。個室ユニット型の施設構造では，個室のそばにリビング，ダイニングスペース，洗面所などの生活スペースが置かれ，ユニットとよばれる小規模の生活単位で分かれている。他方，特養部四恩園では，多床室や2人部屋が多数あり，回廊型に多くの部屋が配置されているため，ユニットごとに生活スペースを配置するのは困難であった。

第2に，職員の行動が食事の提供方法の変更前と変わらなかった。従来の方法は，効率的に食事の配膳，介助，片付けを行うことができた。職員はこの方法に慣れており，利用者とゆっくりと会話をしながら食事を提供することに無関心であった。さらに，少人数での食事は早く片付くため，分かれて食事を提供していた職員は，食堂に戻り，すぐに他の職員の手伝いを始めた[91]。

第3に，食事の提供方法の変更に対して，利用者家族が反対した。一部の利用者を食堂ではなく別の場所に分けて食事を提供することを，汚いものを隠す行動[92]として利用者家族に誤解された。利用者家族への説明を行ったものの，利用者家族の反応は変わらなかった。三瓶は，ユニットケアと利用者家族の反応について次のように述べている。

> ユニットケアに取り組んだが，うまくいかなかった。家族の人たちからの反対があった。ユニットケアのメリットを伝えたものの，家族の人たちは，安全で安心して暮らすことができればそれで十分だと言われた[93]。

その後も，食事の提供方法に関しては，次のような試行錯誤がなされた。例えば，食堂をパーテーションで4つに仕切り，4つの小集団に分けて食事を提供した。しかし，この方法は，利用者からの反対を受けた。食堂1か所で食事を提供することによって，誤嚥の危険性の高い利用者やより介助の必要性の高い利用者に対して，職員が集中してしまう。しかし，パーテーションで区切られているため，それ以外の利用者に対して目が届かない恐れがあった。そ

89）*ibid.*, p. 257。
90）『北海長正会事業報告書』（2005年度），p. 36。
91）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
92）食堂から分けて，食事をとらせていた利用者が，偶然にもペースト状の食事しか食べられない人であった。その利用者は，咀嚼する際に口からこぼれてしまう。そのようになってしまうことを職員が隠そうとしていると利用者家族に誤解された。
93）三瓶への聴き取り調査，2012年12月21日。

のことを不安に感じた利用者に批判された[94]。

2006年ごろ，このような経緯からユニットケアは中止された。2006年の施設サービス課事業計画では，新しいケア体制の構築として「グループケアのための環境づくり」の記述があった[95]。他方，2007年の施設サービス課事業計画では，グループケアについて記述されていない[96]。神部課長は，ユニットケアの見直しについて次のように述べている。

> 個別ケアの1つの方法としてユニットケアがあるということを再認識したときに，ユニットケアを見直すという形ではなく，個別ケアのあり方を見直すという形でまた取り組み始めました[97]。

⑪　個別外出

2005年，個別ケアへの異なるアプローチとして，個別外出が取り組まれるようになった。ユニットケアを試行した際，ある利用者が食堂の同じテーブルに集まっている利用者と寿司を食べに行きたいと言ったことから，利用者間になじみの関係が存在することに職員が気づいた。そこで，ユニットケアのために区切ったテーブルに集う少人数のグループで外出を試みた。従来，特養部四恩園で行われていた外出行事は，利用者のほぼ全員が一斉に外出するものであった[98]。

同じ時期，「逆デイサービス」が開始された。逆デイサービスとは，施設入所者が地域へ出向いて，日中の時間を過ごすというものである。従来のデイサービスの場合，自宅（地域）から施設という方向で日中にサービスが利用される。他方，逆デイサービスの場合，施設から地域という逆の方向でサービスが利用される。2003年，第13回サービス検討委員会において，市民オンブズマンから「逆デイサービス」が提案され[99]，2004年，逆デイサービスの検討が開始された[100]。2005年，逆デイサービスが，同年に開設されたデイホームさとみを利用して実施された。土日に利用者3名から5名が参加し，職員1名とボランティア1，2名が対応した[101]。

しかし，個別外出は，担当できる職員数や時間の制約があり，さらに利用者の体力や持病により行けない人も多数いた。このため，個別ケアには限界があった。神部課長は，個別外出の限界を踏まえて日常の生活を重視するようになった。彼は，次のように述べている。

> 体力的な問題，病気の問題で個別外出に行けない人もいます。個別ケアを考えたときに，外出だけでいいのかと考えるようになりました。生活とは，日常と非日常が繰り返されていくものです。日常を中心に据えて，その日常がちゃんと送られることによって，花見だったり，外出だったり，イベントに参加できる。そして，また日常に戻って，日常がちゃんと送られることによって，また翌年の花見に出られるのです[102]。

⑫　生活向上委員会の設置

2005年，生活向上委員会が設置された[103]。生活向上委員会は，特養部四恩園の係長，主任などの中堅職員によって構成され，日常生活の改善に取り組んだ。しかし，生活向上委員会では，日常生活の向上というあいまいな形での目標が，現場職員に共有されていたにすぎなかった。どのようにして具体的に日常生活を向上させるかについては明確でなかった。生活の向上を含めて，尊厳，自立支援，家庭的雰囲気などについての現場職員の中での解釈は曖昧であった。神部は次のように語っている。

> 尊厳ある生活とか，自立支援だとかは，現場職員が3人いれば3人とも「うん」とはいう。しかし，3人の自立支援のイメージが違えば，ベクト

94）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
95）『北海長正会事業報告書』（2006年度），p. 49。
96）『北海長正会事業報告書』（2007年度），p. 47。
97），98）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
99）『北海長正会事業報告書』（2004年度），p. 257。
100）*ibid.*，p. 55。
101）『北海長正会事業報告書』（2005年度），p. 65。
102）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
103）『北海長正会事業報告書』（2005年度），p. 64。

ルが違う方向に向くわけです。家庭的雰囲気の施設にするぞっていうとみんな「うん」っていうんですよ。でも聞くと，みんなその解釈がちがうんですよ[104]。

⑬ 現場への権限委譲

2001年以降，神部課長が中心となって，高齢者介護事業の「サービスの再構築」を進めた。2005年ごろまで，彼が高齢者介護事業の業務改善についての主たる意思決定を行っていた。

三瓶施設長は，神部課長に権限委譲しており，次のように述べている。

私は現場にあまりちょっかいを出さないほうがいい，現場に任せるなら任せるというふうにしたほうがいいと思いました。ただし，報告はきちんとうけて，私が責任を負うという形です。責任は負わないでお前らやれという話にはなりませんから[105]。

神部課長も次のように述べている。

こういうことをしゃべらせてもらうとか，こうしていきたいということは，三瓶施設長に事前に許可をいただくという形にはなっていましたが，かなり任せていただいていた[106]。

2006年，神部課長は高齢者介護事業における会議の進め方を変え，現場職員の関与を強めた。彼は次のように述べている。

職員に対して「どう思う」というコーチングではなく，「こうしていこう」や「こうしなさい」というティーチングの時代が，2001年から5年間くらいありました。2006年ごろから，今日の会議のテーマや連絡事項を30分弱話した後，1時間ずっとグループワークをするようになりました。みんながしゃべっているときに，私が横から茶々を入れることも一切しない[107]。

2001年からの5年間，北海長正会では，特養部四恩園や短期入所サービスに関して，問題を抱えた高齢者を絶対に断らず受け入れてきた。神部は，そのような人々を受け入れる中で，職員の能力が高まったと感じた。職員が，グループワークの中でも意見を出すようになった。このグループワークには，正職員から臨時職員まで，当日夜勤の一部職員を除き，全ての職員が参加した。特別養護老人ホームでは，現場職員は変則勤務であるため，普段，現場職員間で十分なコミュニケーションを図ることができなかった。このグループワークを通じて，現場職員間で十分なコミュニケーションが図られたことによって，情報共有が進んだ[108]。

2008年，職員のメンタルヘルスへの対応のため，上司との面談の機会が設けられ，コミュニケーションを図り，風通しのよい職場環境づくりが取り組まれた[109]。

(2) 第3期の分析（図4）

① 資源

第3期において，5つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉，資源（23）〈更新された認知症ケアの知識〉，資源（27）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉，資源（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉，資源（30）〈住宅街のデイホームさとみ〉である。以下，5つの資源について説明する。

資源（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉は，次の3つの契機によって生成・特定化された。第1に，2006年ごろの（20）〈グループワーク形式の会議〉である。このころより，会議がグループワーク形式で進められるようになった。この会議は，職員間のコミュニケーションの場となり，職員の貢献意欲を高めた。第2に，2006年ごろの活動（24）〈ユニットケアの中止〉である。ユニットケアの導入によって，職員と利用者の対話の促進が期待されたものの，職員は利用者との対話を軽視し，作業を

104）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
105）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
106），107），108）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
109）『北海長正会事業報告書』（2008年度），p. 30。

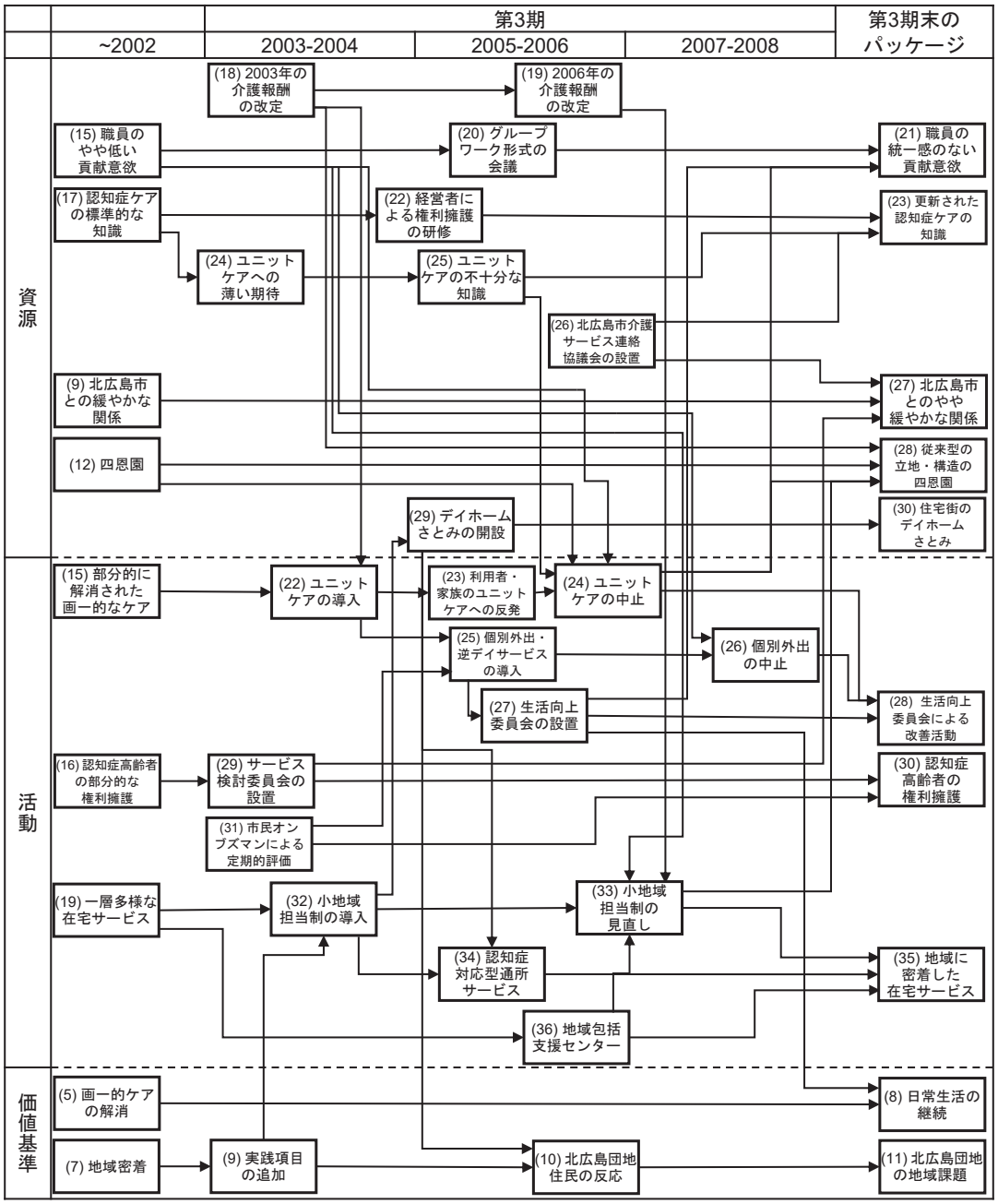


図 4　第 3 期の分析結果

いち早く済ませることに注力していることが明らかになった。この結果，活動（24）〈ユニットケアの中止〉が行われた。ユニットケア導入への抵抗は，職員が新たなケア導入への貢献意欲が低いことを示した。第 3 に，2006 年の活動（27）〈生活向上委員会の設置〉である。活動（27）〈生活向上委員会の設置〉によって，利用者の生活を向上させる際にはどのような点

を優先すべきかという点が，職員によってばらばらであることが明らかになった。これらの結果，資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉は，（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉へと変化した。

資源（23）〈更新された認知症ケアの知識〉は，次の3つの契機によって，生成・特定化された。第1に，2004年の（22）〈経営者による権利擁護の研修〉であり，三瓶施設長が北海道老人福祉施設協議会の研修委員長に携わるようになったことを示している。（22）〈経営者による権利擁護の研修〉によって，認知症ケアの行動指針が作成された。第2に，2005年ごろの（25）〈ユニットケアの不十分な知識〉であり，経営者や中間管理者が（24）〈ユニットケアへの薄い期待〉しかもっていなかったため，ユニットケアについての理解が不十分であったことを示している。ユニットケアについての知識は蓄積されなかった。第3に，2006年の（26）〈北広島市介護サービス連絡協議会の設置〉であり，北広島市内の介護事業者との情報共有が始められた。これらの結果，（17）〈認知症ケアの標準的な知識〉は，資源（23）〈更新された認知症ケアの知識〉へと変化した。

資源（27）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉は，活動（29）〈サービス検討委員会の設置〉と資源（26）〈北広島市介護サービス連絡協議会の設置〉によって生成・特定化された。第1の活動（29）〈サービス検討委員会の設置〉によって，2003年，北広島市職員が定期的に参加して北海長正会の取り組みが議論された。第2の（26）〈北広島市介護サービス連絡協議会の設置〉には，北広島市も参加した。これらの結果，（9）〈北広島との緩やかな関係〉は，資源（27）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉に変化した。

資源（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉は，（18）〈2003年の介護報酬の改定〉，活動（24）〈ユニットケアの中止〉，（33）〈小地域担当制の見直し〉の3つによって，生成・特定化された。第1の（18）〈2003年の介護報酬の改定〉は，介護報酬を従来型とユニット型に分け，さらにユニット型の介護報酬を高く設定した。（12）〈四恩園〉は，介護保険制度の区分によれば，従来型の特別養護老人ホームの施設構造に該当した。第2の活動（24）〈ユニットケアの中止〉によって，多床室で従来型の構造を持った特養部四恩園は，ユニットケアの導入が困難であることが明らかになった。第3の活動（33）〈小地域担当制の見直し〉によって，（12）〈四恩園〉の立地は住宅街から1kmほど離れた丘の上にあり，住み慣れた地域に近いとはいえないことが明らかになった。これらの結果として，資源（12）〈四恩園〉は，（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉に変化した。

資源（30）〈住宅街のデイホームさとみ〉は，次のように生成・特定化された。北海長正会が活動（32）〈小地域担当制の導入〉の一環として，2005年に資源（29）〈デイホームさとみの開設〉がされることで生成・特定化された。デイホームさとみは住宅街に位置し，北広島リハビリセンター以外で初めての事業拠点であった。

② 活動

第3期において，3つの活動が生成・展開された。すなわち，活動（28）〈生活向上委員会による改善活動〉，活動（30）〈認知症高齢者の権利擁護〉，活動（35）〈地域に密着した在宅サービス〉である。以下3つの活動について説明する。

活動（28）〈生活向上委員会による改善活動〉は，（24）〈ユニットケアの中止〉，（26）〈個別外出の中止〉，（27）〈生活向上委員会の設置〉の3つの契機によって，生成・展開された。

第1の（24）〈ユニットケアの中止〉が生じた経緯は以下の通りである。まず，北海長正会では，2004年に（22）〈ユニットケアの導入〉の背景として，資源（18）〈2003年の介護報酬の改定〉があった。この改定では，ユニットケアの導入が推進されており，介護報酬に反映さ

れていた。

次に，2004 年に導入されたユニットケアは，以下の 4 つの理由により，2006 年ごろに（24）〈ユニットケアの中止〉になった。1 つめは，第 2 期末の資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉である。ユニットケアの導入は，職員の貢献意欲に十分な変化を及ぼさず，職員の行動は変わらなかった。2 つめは，資源（25）〈ユニットケアの不十分な知識〉である。経営者や中間管理者は，資源（24）〈ユニットケアへの薄い期待〉しか持っておらず，ユニットケアの適切な実施方法への理解が不十分であった。3 つめは，資源（12）〈四恩園〉である。従来型の構造を持つ特養部四恩園でユニットケアを実施することは難しいことが明らかになった。4 つめは，活動（23）〈利用者・家族のユニットケアへの反発〉である。利用者家族は，ユニットケアの試行錯誤に反発し，従来のサービスに戻すよう要請した。

第 2 の（26）〈個別外出の中止〉が生じた経緯は以下の通りである。まず，北海長正会では，2005 年ごろ，（25）〈個別外出・逆デイサービスの導入〉が以下の 2 つの背景により実施された。1 つめは，（22）〈ユニットケアの導入〉である。（22）〈ユニットケアの導入〉によって，利用者間の人間関係が明らかになった。この利用者間の人間関係を活用した，ユニットケアとは異なるアプローチが進められた。2 つめは，（29）〈サービス検討委員会の設置〉である。（25）〈個別外出・逆デイサービスの導入〉は，サービス検討委員会において行政や市民オンブズマンから期待されていた。

次に，（26）〈個別外出の中止〉は，以下の 2 つの理由によるものであった。1 つは，第 2 期末の資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉であり，担当できる職員が限られていたからであった。もう 1 つは，利用者の体力や持病のために対象者が限られており，個別外出は限定的な効果しか期待できなかったからであった。

第 3 の（27）〈生活向上委員会の設置〉は，（22）〈ユニットケアの導入〉と（25）〈個別外出・逆デイサービスの導入〉が十分な効果を期待できなかったため，生成・展開された。

以上のように，（15）〈部分的に解消された画一的なケア〉は，（22）〈ユニットケアの導入〉，（25）〈個別外出･逆デイサービスの導入〉，（27）〈生活向上委員会の設置〉の 3 つを生成・展開させた。しかし，（24）〈ユニットケアの中止〉と（26）〈個別外出の中止〉によって，（27）〈生活向上委員会の設置〉のみが残った結果，活動（28）〈生活向上委員会による改善活動〉へと変化した。

活動（30）〈認知症高齢者の権利擁護〉は，（29）〈サービス検討委員会の設置〉と（31）〈市民オンブズマンによる定期的評価〉によって，生成・展開された。サービス検討委員会と市民オンブズマンによって，提供されるケアが認知症高齢者の権利擁護が十分に達成されているかが検討されるようになった。この結果，（16）〈認知症高齢者の部分的な権利擁護〉は，活動（30）〈認知症高齢者の権利擁護〉に変化した。

活動（35）〈地域に密着した在宅サービス〉は，（33）〈小地域担当制の見直し〉によって，生成・展開された。（33）〈小地域担当制の見直し〉が生じた経緯は以下の通りである。まず，2004 年に（32）〈小地域担当制の導入〉が試みられた。（32）〈小地域担当制の導入〉は，（19）〈一層多様な在宅サービス〉の利便性を向上させるために，生成・展開された。（32）〈小地域担当制の導入〉は，価値基準（7）〈地域密着〉とも合致するものであった。（34）〈認知症対応型通所サービス〉と（36）〈地域包括支援センター〉は，（32）〈小地域担当制の導入〉の一環として，生成・展開された。

次に，2004 年に導入された小地域担当制は，以下の 3 つの理由により，2008 年ごろに（33）〈小地域担当制の見直し〉につながった。1 つめは，第 2 期末の資源（15）〈職員のやや低い貢献意欲〉である。小地域担当制の展開には，

多くの職員や資金が必要であったが，職員は不足していた。2つめは，資源（19）〈2006年の介護報酬の改定〉である。（19）〈2006年の介護報酬の改定〉によって，運営資金は不足していた。3つめは，（36）〈地域包括支援センター〉である。（36）〈地域包括支援センター〉は，2006年の介護報酬の改定によって，地域包括ケアの中心的な拠点として制度化された。この新たな仕組みは，（32）〈小地域担当制の導入〉の取り組みと重複する部分があり，利用者の混乱を招いた。

以上のように，（19）〈一層多様な在宅サービス〉は，（32）〈小地域担当制の導入〉によって利便性の向上が図られたものの，（33）〈小地域担当制の見直し〉を惹起した。その結果，（32）〈小地域担当制の導入〉の一環として生成・展開された（34）〈認知症対応型通所サービス〉と（36）〈地域包括支援センター〉を中心に，活動（35）〈地域に密着した在宅サービス〉が生成・展開されるようになった。

③ 価値基準

第3期において，2つの価値基準が認識・定義された。すなわち，価値基準（8）〈日常生活の継続〉と価値基準（10）〈北広島団地の地域課題〉である。以下2つの価値基準について説明する。

価値基準（8）〈日常生活の継続〉は，活動（27）〈生活向上委員会の設置〉によって認識・定義された。活動（27）〈生活向上委員会の設置〉の生成・展開によって，非日常生活の改善には限界があると確認された。この結果，価値基準（8）〈日常生活の継続〉が認識・定義された。

価値基準（11）〈北広島団地の地域課題〉は，（9）〈実践項目の追加〉と（10）〈北広島団地住民の反応〉によって（7）〈地域密着〉が推進された結果として，認識・定義された。第1の（9）〈実践項目の追加〉は，第2期の（6）〈地域福祉の重視〉が明示化されたものであった。第2の（10）〈北広島団地住民の反応〉は，資源（29）〈デイホームさとみの開設〉に対する地域住民の好反応である。資源（29）〈デイホームさとみの開設〉は，四恩園を離れ住宅街の中で事業展開をはじめて行うものであり，北海長正会の地域密着を象徴する事業所であった。（10）〈北広島団地住民の反応〉は，北海長正会の地域密着の事業展開を後押しするものであった。この結果，価値基準（7）〈地域密着〉は，価値基準（11）〈北広島団地の地域課題〉へと変化した。

④ 3つの結び付き

第3期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第1の資源のリストは，（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉，（23）〈更新された認知症ケアの知識〉，（27）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉，（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉，（30）〈住宅街のデイホームさとみ〉の5つからなっていた。このうち，（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉，（23）〈更新された認知症ケアの知識〉，（27）〈北広島市とのやや緩やかな関係〉，（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉の4つは，不十分に生成・特定化された資源であった。

第2の活動のリストは，（28）〈生活向上委員会による改善活動〉，（30）〈認知症高齢者の権利擁護〉，（35）〈地域に密着した在宅サービス〉の3つからなっていた。このうち，（28）〈生活向上委員会による改善活動〉と（35）〈地域に密着した在宅サービス〉の2つは，不十分に生成・展開された活動であった。

第3の価値基準のリストは，（8）〈日常生活の継続〉と（10）〈北広島団地の地域課題〉の2つからなっていた。いずれの価値基準も，十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第3期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは，不完全なパッケージを構成し，北海長正会の第3期の組織成果は低かった。

4. 第 4 期（2009 年〜2014 年：介護報酬のプラス改定期）

(1) 第 4 期の事例

① 三大ケア改善委員会の設置

2009 年，生活向上委員会の名称が変更され，三大ケア改善委員会が設置された。生活向上委員会では，日常生活の向上が目指されたものの，いかにして日常生活を向上させるかに関しては現場職員間での解釈は一様ではなかった。2006 年ごろから，神部施設サービス課長らは，日常生活の向上には，食事・排泄・入浴の三大ケアの改善が不可欠であると強く認識するようになった[110]。しかし，特養部四恩園の職員は，三大ケアをありふれたルーティンワークとして捉えており，その改善にはほとんど関心を持たなかった。神部は，三大ケアへの注目について次のように述べている。

> 現場職員は，三大ケアはつまらないルーティンワークであるというイメージを持っていました。そこでわれわれは，三大ケアを生活を向上させる，QOL を上げるものという発想で捉え，ネガティブではなくポジティブに位置づけました[111]。

三大ケア改善委員会への名称変更は，三大ケアをポジティブに捉えようとする決意の表れであった。長谷川施設サービス係長は，三大ケア改善委員会の考え方について次のように述べている。

> 三大ケア改善委員会の根底には，「日常の当たり前の生活が保障されないところに，行事や外出などの非日常（特別な事）があっても楽しめるだろうか？いや楽しめるわけがない！だからまずは，その人の日常をしっかり支えよう」という考えがある[112]。

② おむつゼロ運動

2009 年，「第 6 期介護力向上講習会」が開催され，神部課長と長谷川係長が参加した。介護力向上講習会は，全国老人福祉施設協議会が主催する研修会である。第 6 期介護力向上講習会では，おむつゼロを目指して歩行，排泄，食事，認知症等のトータル的な改善に取り組み，自立支援介護の理論と実践を中心に「介護学」を確立することを目的に開催された[113]。

おむつゼロ運動は三大ケア改善委員会と同時期に開始されたが，当初おむつゼロと三大ケア改善委員会は結び付けて考えられていなかった。神部は，おむつゼロと三大ケア改善委員会とのつながりについて次のように述べている。

> 全国老人福祉施設協議会で，おむつアンダー 30 という動きがあることは雑誌などで知っていました。でも，三大ケア改善委員会とはリンクしていませんでした。入浴・食事・排泄という基本的なケアを見直していくということは，当然三瓶施設長も知っていました。僕たちは最初から別物と思っていたんですけども，三瓶施設長自身は，おむつゼロとリンクさせたらと思っていたのかもしれないです[114]。

第 6 期介護力向上講習会は，2009 年 5 月から 2010 年 3 月まで 6 回開催され，長谷川は全ての回に参加した[115]。彼ら 2 人いずれも，おむつ使用ゼロの実現に対して半信半疑であった。長谷川は，おむつゼロについて次のように述べている。

> 具体的に何をするかと言うと「おむつアンダー 30（日中おむつ使用率 30% 以下）」と「認知症を治す」の 2 つです。この命題を与えられたとき，正直オムツなんて外れるわけがない，認知症なんて治るわけがないと凝り固まった頭ではそうとしか考えられませんでした。年をとればオムツを付けるのが当然，認知症は進行性の病だから治るなんてありえないという具合に。私自身，当初は半信半疑でありました[116]。

110）『北海長正会事業報告書』（2006 年度），p. 49。
111）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。
112）『四恩園機関紙』（2012 年 11 月 1 日）。
113）『全国老人福祉施設協議会事業報告書』（2009 年度），p. 16。
114）神部への聴き取り調査，2014 年 6 月 9 日。
115）『北海長正会事業報告書』（2010 年度），p. 82。
116）『四恩園機関紙』（2009 年 11 月 30 日）。

2009年5月，特養部四恩園においておむつゼロ運動が開始された。おむつ交換中心の作業から，トイレ誘導中心のケアへと変更された[117]。現場職員のおむつゼロ運動への反応は冷ややかであった。取り組みを開始してすぐに，職員は，トイレに誘導した入所者のおむつがほとんど濡れていないことに気づいた[118]。排泄ケア改善委員会は「お年寄りはおむつ交換が嫌なのではなく，おむつが嫌なのだ」の合言葉を示し[119]，職員は入所者におむつは不可欠という認識を変化させた[120]。その結果，2010年1月には，日中のおむつ使用率が80%から20%台へと大きく低下した[121]。2010年度前半，日中のおむつ使用率が12%まで低下した[122]。

おむつ使用率を下げるには，職員が利用者個々の症状や状況を理解する必要があった。長谷川係長は，毎月のケア会議において，講習会で学んできた自立支援のためのケアの考え方を説明した[123]。特に，良好な排泄を行う上での水分摂取の重要性を何度も話した。各入所者の担当職員に働きかけ，事例検討を行った。長谷川係長は，おむつゼロ運動を進める上で大切なことについて次のように述べている。

> まずお一人お一人のアセスメントを行う。その方におむつは本当に必要か？座れるADLはないか？同時に「水分・栄養・排便・運動」の基本ケアを提供し，排泄の自立を目指す。さらにゼロを達成するためにチーム全員が団結して取り組む[124]。

長谷川係長の発言にもあるように，チーム全員がおむつゼロ運動に対して団結することが重要であった。特養部四恩園では，2006年ごろから，毎月開催されるケア会議がグループワークを中心に進められた。グループワーク形式で進めることによって，この会議は正規職員と非常勤職員全員が，気軽にコミュニケーションをとる場となっていた。しかし，会議の内容は，必ずしもテーマに沿ったものでないこともあった。神部課長は，2010年ごろまでのケア会議について次のように述べている。

> 半分以上がパートですから，グループワークに慣れてないんですよ。意見も出てこない。さらに，ちょっと盛り上がると，全然関係ない話をしていたりするんです。その時に，みんなが集うコミュニティの場として使えないかと思いました。パートの職員は変則勤務ですので，次に会うのは4，5日後という場合もあります。グループワークの組み方も，パートさんだけ，日勤しかやらない人だけ，正規職員だけじゃなく，全部シャッフルしてグループを作ることもありました[125]。

2010年半ばくらいから，グループワークは，より具体的に考えられるようになった。神部課長は次のように述べている。

> 「家庭的とは何か」ということが，基本理念から言葉としてはわかります。次は，「そういうことは具体的に何がある？お客様に喜んでいただけるようにという基本理念があるけれども，どういうことしている？」，「役に立てるという基本理念はあるけども，何しているの？むしろ，そうじゃないことがほかにない？」というのをグループで話してもらいました[126]。

長谷川係長は，オムツゼロに取り組むことによって職員が成長したと次のように振り返る。

> 介護職が一人一人のお客様と対話しながら，どうしたらオムツに頼らずに生活できるかを考え，実践する，チームで話し合うという日々が，絶え間なく繰り返されていきました。介護職だけではどうしても行き詰ってしまった時は，生活相談員や看護師が支えてくれ，まさにおむつ外しは，チームの力が試されるものでした。試される中で，チームは変化し成長した[127]。

117）『四恩園機関紙』（2012年11月1日）。
118）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。
119）『北海長正会事業報告書』（2010年度），p. 31。
120）*ibid.*，p. 115。
121）*ibid.*，p. 31。
122）『北海長正会事業報告書』（2011年度），p. 142。
123），124）『四恩園機関紙』（2011年11月1日）。
125），126）神部への聴き取り調査，2014年6月9日。

2011 年 6 月，日中のおむつ使用をゼロにした。おむつゼロ運動の取り組みの結果，安易なおむつ使用に対する職員の意識改革が進んだ[128]。おむつゼロ運動に取り組む中で，水や食事，運動などの基本的なケアを実践することが，利用者の健康状態の向上につながり，生活感のある施策につながった。自立した排泄ができるようになったことで，外出頻度が増えることや，失禁がなくなることや，臀部の爛れの改善がみられるようになった。

おむつゼロ運動は，現場職員が主導して始めたものであり，三瓶施設長からの指示によって始められたものではなかった。当初，彼もこの取り組みの成否については半信半疑であった。ただし，おむつゼロ運動が成功した場合，札幌の歓楽街である「すすきの」に職員全員を連れていくと約束するなどして，職員を鼓舞した[129]。

③　三大ケア改善委員会の拡大

おむつ使用率の低下に伴って，三大ケア改善員会の取り組みが活発になった。2010 年，食事委員会では，一斉の食事を改め，朝食や昼食の時間を拡大した。入浴委員会では，機械浴から一般浴への移行が検討された[130]。同年には，新たに褥瘡委員会が発足された。ケア会議において褥瘡[131]がテーマとして挙がり，その解決にはこれまでのケアを見直す必要があると認識されたからであった。褥瘡委員会では，褥瘡をゼロにすることを目指す J-zero プロジェクトが開始された。2012 年，リスクマネジメント・研修委員会が発足した。リスクマネジメント・研修委員会では，全体的なリスクマネジメントや，新人職員，実習生への教育，指導方法が検討された。これらの委員会の追加や委員会の構成メンバーの入れ替わりなどを経て，三大ケア改善委員会は五大ケア改善委員会に拡大された[132]。

④　組織構造の再編

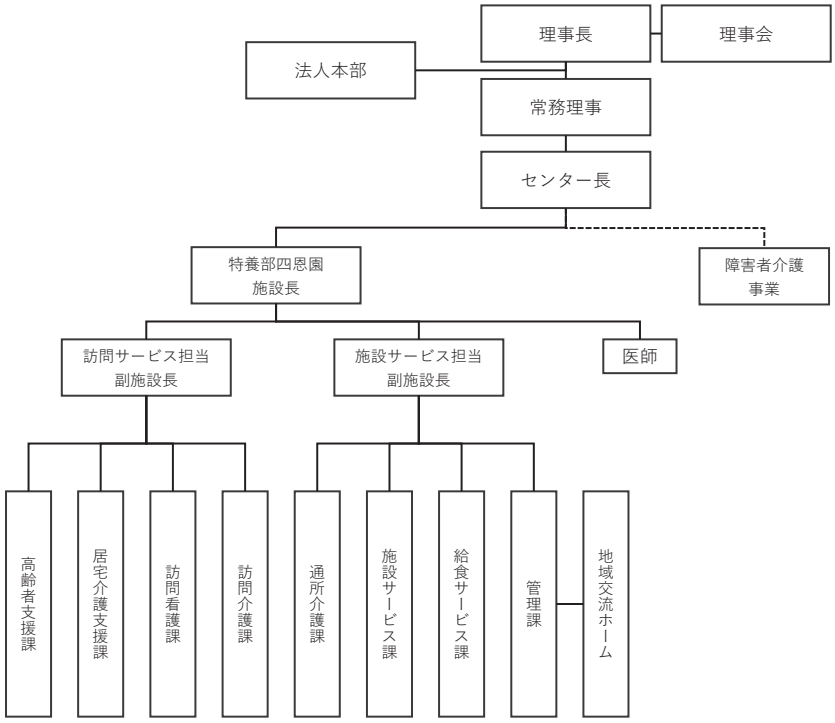
2010 年，北海長正会において，介護従事者の確保・定着は重点課題であった。2009 年 10 月，国から介護職員処遇改善交付金が交付された。この交付金を用いて，介護職員の賃金の底上げだけでなく，職員全体の待遇改善を目指す必要があると認識された[133]。

2010 年，北海長正会では，組織構造が再編された。権限と責任を持って事業を展開する仕組みをつくるために，すべての部門が係から課に変更となった。各課には課長職が設置された。さらに，高齢者介護事業における訪問サービス系と施設サービス系に大きく分け，それぞれに副施設長職を設けた。訪問サービス系は，各事業がそれぞれ独自性を発揮できるようにし，地域包括ケアシステムにどのように取り組んでいくかを検討する。施設サービス系は，ハード（建物）面とソフト（ケア）面を考え，潤いと安らぎのある場とケアの提供を検討する。組織が将来とも円滑に機能するかどうかは，職員の育成にかかっており，そのための人材育成システムづくりを中長期計画の中で考えた。

組織構造の再編によって，多くの職員が昇格した。この昇格は，職員の成長を評価するという意味と，次の事業に向けて職員を育てるという意味があった。**図 5** は，2011 年度の北海長正会の組織図である。三瓶施設長は，この組織構造の再編について次のように述べた。

> 組織構造の再編は，職員が成長してきたという意味もあるし，次の事業のための人を育てるという意味もあります。これまで係長職だった者を課長職に引き上げ，主任職だった者を係長に引き上げ，平の職員だった者を主任に引き上げ，17 名くらいが昇格しました[134]。

127）『四恩園機関紙』（2012 年 11 月 1 日）。
128）『北海長正会事業報告書』（2012 年度），p. 140。
129）三瓶への聴き取り調査，2012 年 12 月 21 日。
130）『北海長正会事業報告書』（2011 年度），p. 142。
131）褥瘡（じょくそう）とは床ずれを指す。
132）『四恩園機関紙』（2012 年 11 月 1 日）。
133）『北海長正会事業報告書』（2010 年度），p. 30。



出典：『北海長正会事業報告書』（2011年度），p. 11をもとに筆者作成。

図5　2011年度の北海長正会の組織図

彼は，職員の定着率を高める際，管理者の役割を強調し，次のように述べている。

> 人材確保の努力よりも，辞めさせない努力をやっていかないとだめです。だから，職員の満足をどうやって高めるかってことですよね。お客様に喜んでもらうためには，職員も喜んで働いてもらう必要がある。管理職が仏頂面で働いていたら，職員に笑顔なんてありません。そこは意識してやらないといけないし，現場を管理職は支えていかないといけない。管理職にとってのお客様は職員であり，現場にとってお客様は大切です[135]。

これらの取り組みを通じて，第4期の離職率は5%前後まで下がった。

⑤「地域交流ホームふれて」の開設

北広島団地内のスーパー銭湯「湯ったり館」が2009年4月10日に閉館予定であり，経営譲渡先を模索していることが，『北海道新聞』に掲載された。「湯ったり館」は，1990年から営業を開始し，住民の憩いの場となってきたものの，2006年ごろから利用者が減少し，年間500万円近い赤字を計上していた[136]。この建物は，外壁が劣化し剥がれ，風の強い日には近隣の住宅へ飛んでくるなど，近隣住民に脅威を与えていた。しかし，元運営会社にはこの問題に対処する余裕がなく，民間施設であったため北広島市も手を打てなかった[137]。

2009年，北海長正会は「湯ったり館」を購入・改修し，地域交流ホームとして活用する方針を示した[138]。三瓶施設長は，2002年ごろから，一軒家を購入して地域に開放するという構想を持っており，その構想に合う民家を探していた。スーパー銭湯は，構想以上の大きさであり，1,000平米近くある物件であった。想定よりも大きいものであったが，「デイホームさとみ」のときにも，地域の人たちから大歓迎を受けたため，三瓶には「地域交流ホームふれて」を運営できるという自信があった。北海長正会にとっても，このスーパー銭湯の廃業は脅威となる恐れがあった。彼は次のように語ってい

134）三瓶への聴き取り調査，2012年12月21日。
135）三瓶への聴き取り調査，2013年7月1日。
136）『北海道新聞』（2009年3月20日）。
137）三瓶への聴き取り調査，2012年12月21日。
138）『北海長正会事業報告書』（2009年度），「平成21年度事業報告書発刊にあたって」。

る。

> スーパー銭湯は，北広島団地の真ん中にありました。この場所に他の事業所が入ってくるということになれば，当然脅威です。北海長正会は，北広島団地とは離れた丘の上で事業を行っています。地域の人たちからすると，近いほうがいいんですよ[139]。

2010 年 6 月，北広島団地地域交流ホームふれて運営検討委員会が設置された。建物の工事に入る前から，地域住民に建物の活用方法を一緒に考えてもらうために，地域住民を運営検討委員会に関与させた。運営検討委員会は北海長正会の職員と地域住民から構成された。その人選は，自治会の会長や民生委員にこだらわず，地域に積極的に参加している人や障害者など，様々な世代から行われた[140]。2011 年 3 月までに計 14 回の会議が開催された。運営検討委員会の意見は，地域交流ホームふれての設計に反映された。運営検討委員会は，委員長を中心に行われた。

2010 年 12 月，「地域交流ホームふれて」が開設された。この施設の目的は，同年 11 月 23 日のオープニングセレモニーにおいて制定された「ふれて宣言」において，次のように示された。

> 地域交流ホームふれては，地域の子どもたちをはじめ，子育て世代や高齢者・障がい児者の方々が，ここに集い，積極的に交流し，お互いに支え合う，地域の拠り所となることを目指します。そして，住民一人ひとりが「この団地に住んで良かった」，「この団地で生まれて良かった」と実感できる，住民一人ひとりがお互いを見守り，お互いを尊重し，「生涯，ここで暮らそう！」と決意できる，安心して暮らすことのできる地域社会の実現を目指します[141]。

地域交流ホームふれては，世代や障害形態を超えて，お互いを支え合うことのできるコミュニケーションづくりの場を提供するために，①喫茶コーナーでの地域の人たちの語らいや安らぎの場の提供，②キッズコーナーでの地域の子供たちや子育て世代が集える場の提供，③地域住民へのイベント・ミニ講座などによる学習機会の提供，④身体障害者支援施設や特別養護老人ホームの利用者の逆デイサービスの実施が行われた[142]。三瓶施設長は，ふれてにおける事業計画をより綿密に策定した。彼は次のように語っている。

> 事業計画を立てるときに「制度の中で計画を立てることは誰でもできる。でも，ふれての地域交流には線路はない。制度で決めていることもないし，地域によって事情は違う。だから，もっと詳細で具体的に，そして，地域交流の発想については慎重でないといけないし，大胆でないといけない」という話をふれての担当職員に強く言いました[143]。

2010 年 12 月，「ふれて市民スタッフの会」が結成された。ふれて市民スタッフの会は，ボランティア 10 名で開始し，ボランティア間に上下をつくらないことを原則とした。

2011 年 9 月，地域交流ホームふれてにおいて，「ふれてフェスティバル」が開催された。ふれてフェスティバルは，開設 1 周年を迎えるふれてを北広島団地内外に PR して世代を超えたつながりを強め，地域の商店街も活性化させようと市民スタッフが発案したものであった。趣旨に賛同した商店街の飲食店なども出店に協力した[144]。

2012 年 11 月，ふれてに通う母親たちが，子連れでのんびりと楽しめる飲食店などをまとめたリーフレット「ままっぷ」の準備号を作成した。準備号では，9 か所の飲食店や施設などが紹介され，100 部が発行された。2014 年 5 月，

139）三瓶への聴き取り調査，2012 年 12 月 21 日。
140）中島他（2012），pp. 27-28。
141）『北海長正会事業報告書』（2011 年度），p. 245。
142）*ibid.*，p. 38。
143）三瓶への聴き取り調査，2012 年 12 月 21 日。
144）『北海道新聞』（2011 年 9 月 22 日）。

準備号が好評であったことから，第1号として18か所の情報を掲載し，450部が発行された。北海長正会は，住民主体の活動を応援するために費用を負担した[145]。

⑥ *デイホームかたるの開設と在宅サービスにおける個別外出*

2010年12月，地域交流ホームふれての開設に伴い，デイホームかたるが開設された。デイホームかたるは，地域交流ホームの2階を利用していた。デイホームかたるの利益は，地域交流ホームふれての運営費として活用された。かたるは，定員20名で，平日と日曜日に通所介護サービスを提供した。デイホームかたるの開設によって，北広島デイサービスセンター四恩園は，定員を58名から45名に変更した。北広島デイサービスセンター四恩園では，職員不足のため，個別の外出行事に対応できていなかった。定員の変更により，利用者と職員の距離を縮めることができた[146]。2011年，個別外出が数年ぶりに再開された[147]。デイホームかたると北広島デイサービスセンター四恩園をあわせて，365日開所体制が再開された。

2010年，訪問看護ステーション四恩園では，「ススキノツアー」の外出行事が実施された。利用者4名とその家族，スタッフとボランティアの計7名が，ススキノのスナックに外出する行事が催された。外出行事は訪問看護ステーションの開設以来行われていたが，夜の外出行事の企画は行われてこなかった[148]。さらに2011年，「たんすに眠っている着物を着てお茶会を楽しもう」の外出行事が行われた[149]。

⑦ *「北広島市みなみ高齢者支援センター」と団地団らんネット*

2011年4月，地域包括支援センターである「北広島市みなみ高齢者支援センター」が，地域交流ホームふれての1階に移転した。北広島団地の中心部に移転したことによって，来所での相談件数が増加した[150]。

みなみ高齢者支援センターは，2005年，北広島団地地区地域ケア会議「団地団らんネット[151]」を発足させた。団地団らんネットは，みなみ高齢者支援センター職員，民生委員，自治会長などがメンバーとなり，高齢者のサロンづくりや災害時の連絡体制の整備に取り組んだ。2009年，みなみ高齢者支援センターが市の委託を受けて，北広島団地内の高齢者を対象に行った生活実態の聞き取り調査において，「歩いて買い物に行くのがつらい」という声が多かった。北広島団地内は坂道が多く，買い物袋を提げた高齢者が，時折歩道にしゃがみこんで休んでいる光景がみられていた[152]。

2010年9月から11月にかけて，団地団らんネットは，団地内の散歩コースとバス停のそばに，15か所のベンチを設置した。北海長正会が購入費用を負担し，北海道白樺高等養護学校がベンチを製作した[153]。2011年8月，さらに11か所のベンチが設置された[154]。2014年，「ふれて」で喫茶コーナーなどを担当するボランティアグループ「ふれて市民スタッフの会」と，同施設でイベントを開いている住民が，収益の一部を新たなベンチの購入費用として活用することにした。毎年10台ほどのベンチ購入を目指すほか，設置から4年が経過した木製ベンチの修繕も実施した[155]。

⑧ *「地域サポートセンターともに」の開設*

2007年，北広島市教員委員会は，北広島団地地区の広葉小学校と若葉小学校，高台小学校と緑陽小学校をそれぞれ統合し2校を発足させることを決定した。2010年5月，空き校舎と

145）『北海道新聞』（2014年5月1日）。
146）『北海長正会事業報告書』（2011年度），p. 34。
147）『北海長正会事業報告書』（2012年度），p. 34。
148）『北海道新聞』（2010年9月7日）。
149）『北海道新聞』（2011年10月5日）。
150）『北海長正会事業報告書』（2012年度），p. 163。
151）『四恩園機関紙』（2010年11月1日号）。
152）『北海道新聞』（2010年6月24日）。
153）『北海道新聞』（2010年9月16日）。
154）『北海道新聞』（2011年8月20日）。
155）『北海道新聞』（2014年6月28日）。

なる広葉小学校と緑陽小学校の利活用について考える市民検討会議が発足した。市民検討会議は，学識経験者と公募の市民 15 人で構成された。10 回の会議を経て，2011 年 3 月，北広島市学校跡施設市民検討会議報告書が提出された。この報告書には，学校の活用方法として，高齢者福祉，スポーツ，子育て支援などの方向性が示された[156]。

2012 年 3 月，緑陽小学校と広葉小学校の 2 校が閉校した。同月，市役所内に設置された利活用策定会議において，緑陽小学校については，2012 年度にスポーツや高齢者福祉，子育て支援など様々な活用法を，民間事業者から募集し，学識経験者や地域住民などで構成する委員会で審査し，選定された業者に土地・建物を無償で貸与し，内装や改修を事業者に負担させる計画を決定した。

2012 年 6 月，旧緑陽小学校の施設を無料で賃借する民間事業者の募集が開始され[157]，江別市の社会福祉法人「北叡会」と南幌町の医療法人「やわらぎ」からなる共同体と北海長正会の 2 つの事業者が応募した。三瓶施設長は，北海長正会の応募の理由について，次のように述べている。

> 打って出ないとまずい。あそこに大手が入ってきたら，我々が地域に関わって築いてきたものがぐちゃぐちゃにされる可能性がありました。地域を理解しない人達が入ってきてサービスを展開するのは，今まで我々が培ってきたものがあるので，不本意でした。これまで少なくとも，北海長正会が地域に拒否されたことは 1 回もありません。「さとみ」の時もそうでしたし，「ふれて」の時もそうでした。緑陽小学校の利活用事業の時も，地域住民から「ぜひやってくれるといいね」という，そういう話があったんです[158]。

2012 年 9 月，これら 2 つの事業者による公開プレゼンテーションが行われた。公開プレゼンテーションには，学識経験者や地域住民など 5 人の審査委員と市民約 40 人が参加した。

北海長正会は，学校の 1 階の一部を高齢者向け住宅に，2 階を認知症対応の介護事業などに活用し，グラウンドは，地域住民が野球やサッカー場として利用できるようにするほか，近隣の歩行者・自転車用道路「トリムコース」の休憩ステーションを設置することなどを提案した。約 4 億 8,000 万円の改修費が見込まれた。他方，北叡会とやわらぎの共同体は，グラウンドに特別養護老人ホームを新たに建設し，学校内に医療部門を設け，体育館はプロバスケットボールチーム「レバンガ北海道」を誘致すると提案した。約 15 億円の総事業費が見込まれた。

三瓶は，緑陽小学校跡地利用の事業計画を作成するにあたり，2010 年 3 月に北広島市活性化検討委員会が策定した北広島団地活性化基本方針にもとづき，3 つの理念，8 つの方針，20 の実践計画を策定した。3 つの理念とは，①「北広島団地に住み続けられること」の重視，②「将来，住民となる次世代」の重視，③「北広島団地の魅力アップ」の重視であった。この事業計画は，地域交流ホームふれてにおいて策定された事業計画がベースとなった。他方，彼にとって，北叡会とやわらぎの共同体の事業計画は，地域コミュニティの再生等を主張するものとしては違和感を覚えるものであった[159]。

同年 10 月，北海長正会が，緑陽小学校跡施設の無償貸出先として選定された。選定理由として，①地域交流の場やトリムコースの休憩ステーション設置など地域活性化策が盛り込まれている点，②市民優先の雇用で新規雇用創出につながる点，③市内で継続的な社会福祉事業を展開し地域への理解度が高い点などが挙げられた[160]。2013 年 4 月，緑陽小学校跡施設が，北

156）『北広島市学校跡施設市民検討会議報告書』（2011 年 3 月）。
157）『北海道新聞』（2012 年 6 月 28 日）。
158）三瓶への聴き取り調査，2012 年 12 月 21 日。
159）原（2013），p.132。
160）『北海道新聞』（2012 年 10 月 11 日）。

広島市から北海長正会へ管理移行され，同年8月，増改修工事が着手された。

2014年4月，北広島団地地域サポートセンター「ともに」が開設された。この拠点は，1）北広島複合型サービス四恩園，2）北広島グループホーム四恩園，3）地域サポートセンターともに，4）サービス付き高齢者向け住宅しおん，5）北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園，6）北広島訪問看護ステーション四恩園，7）北広島居宅介護支援事業所四恩園の7つからなっていた。7つの施設の概要は次のとおりである。

1）「北広島複合型サービス四恩園」は，第2種社会福祉事業の複合型サービス[161]を提供する。複合型サービスとは，「通い」「泊まり」「訪問」「看護サービス」という4つの機能を持ち，介護と医療の連携のもと柔軟なサービス提供が可能となる。馴染みの場所で，慣れ親しんだ人間関係の中で，4つの機能を有機的に展開していくことで，認知症利用者の環境変化によるダメージを防ぐことができ，一体的に提供できる看護サービスによって経管栄養やインスリン投与などの医療ニーズを持つ方の受け入れも可能となる。365日24時間つながり，必要なサービスを切れ目なく，緊急時の受け入れを行うことで，在宅介護を行う介護者の不安を軽減し，地域で暮らし続けることを支えた。北広島市の地域密着型サービスとしてははじめての複合型事業所であった[162]。定員は25名であった。

2）「北広島グループホーム四恩園」は，第2種社会福祉事業の認知症対応型老人共同生活援助サービスを提供する。このサービスでは，認知症になることで生じる生活の「しづらさ」や「やりづらさ」を個別に把握し支援することで，最後まで自分らしさが尊重され，住み慣れた地域の中で誰もが尊厳ある普通の暮らしを送れることが目指されている[163]。入所定員は18名であり，9名ずつ2つの生活単位（ユニット）によって分けられている[164]。

3）「地域サポートセンターともに」は，公益事業の地域交流スペースを提供する。2013年12月，開設に先立ち，市民ボランティア「ともに市民スタッフの会」が発足した。北海長正会の担当職員は，市民スタッフとアイディアを出し合いながら，多くの人達が出会いつながる場所の創造を目指した。具体的には，①住民や北海長正会職員を講師として地域に役立つ講座の定期的な開催，②喫茶・キッズコーナーの提供，③活動室・体育館・グラウンドの地域住民への貸し出し，④合宿などの宿泊施設の提供，⑤地域食堂の提供，⑥災害時の拠点提供が行われた。2014年9月，「ともに市民スタッフの会」による喫茶コーナーが開始された。喫茶コーナーは，開始当初週1回の営業であったが，のちに週3回の営業に拡大された。

4）「サービス付き高齢者向け住宅しおん」は，公益事業のサービス付き高齢者向け住宅を提供する。自宅での生活に不安を感じ，住み慣れた地域での生活を継続するために住み替えを希望する北広島市民などを入所対象としている。24時間体制での見守り確認・生活相談・食事サービスが整った安心で安全な住まいであり，介護が必要になったときにも訪問介護や訪問看護などを活用することで看取りも可能である。サービス付き高齢者向け住宅しおんには，31室が設けられ，夫婦での入所も可能である[165]。

5）北広島ホームヘルプサービスステーション四恩園，6）北広島訪問看護ステーション四恩園，7）北広島居宅介護支援事業所四恩園の

161）のちに，看護小規模多機能型居宅介護に指定された。
162）『北海長正会事業報告書』（2014年度），pp. 50-51。
163）*ibid.*，p. 50。
164）*ibid.*，p. 6。
165）*ibid.*，p. 8。

3つの事業所は，北広島リハビリセンター特養部四恩園から「地域サポートセンターともに」に移転された。

(2)　第4期の分析（図6）

①　資源

第4期において，7つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（35）〈職員の高い貢献意欲〉，資源（39）〈さらに更新された認知症ケアの知識〉，資源（42）〈北広島市との協力的な関係〉，資源（28）〈従来型の立地・構造の四恩園〉，資源（30）〈住宅街のデイホームさとみ〉，資源（45）〈地域交流ホームふれて〉，資源（48）〈地域サポートセンターともに〉である。以下7つの資源について説明する。

資源（35）〈職員の高い貢献意欲〉は，（34）〈おむつゼロの達成〉と（40）〈職員昇格と職員構造の再編〉によって，生成・特定化された。第1の（34）〈おむつゼロの達成〉は，「食事・排泄・入浴のケアの改善が利用者の日常生活の向上につながる」ことを職員に強く確信させ，これら三大ケアの改善への貢献意欲を高めた。（34）〈おむつゼロの達成〉は，（33）〈おむつ着用状況についての職員の気づき〉，（36）〈経営者によるおむつゼロと三大ケアの結び付け〉，（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉の3つによって実現した。1つめの（33）〈おむつ着用状況についての職員の気づき〉は，おむつゼロ運動の開始当初における職員の気づきを示している。おむつゼロ運動を始めた当初，おむつゼロにすることはほとんど無理なことと思われていた。実際に始めてみると，職員は利用者のおむつゼロの実現可能性に気づいた。2つめの（36）〈経営者によるおむつゼロと三大ケアの結び付け〉は，三瓶施設長がおむつゼロ運動を三大ケアの改善と関連付けたことを示している。神部施設サービス課長や現場職員は，これらの関連を全く考えていなかった。3つめの（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉は，現場職員のおむつゼロ運動を推進させる原動力となった。これら3つの出来事によって，（34）〈おむつゼロの達成〉が促進された。

第2の（40）〈職員昇格と組織構造の再編〉は，（31）〈2009年の介護報酬の改定〉と（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉の契機によって実施された。北海長正会では，第3期から（20）〈グループワーク形式の会議〉が実施されていた。（20）〈グループワーク形式の会議〉は，中堅職員の成長を促し，（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉の生成・特定化に至った。（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉は，職員の成長を表すものであった。さらに，（31）〈2009年の介護報酬の改定〉が介護職員の処遇改善を推進していた。これらの契機によって，資源（40）〈職員昇格と組織構造の再編〉が実施された。

以上のように，（34）〈おむつゼロの達成〉と（40）〈職員昇格と職員構造の再編〉によって，職員の努力が実を結ぶとともに，職員の成長が正当に評価された。この結果，（21）〈職員の統一感のない貢献意欲〉は，（35）〈職員の高い貢献意欲〉へと変化した。

資源（39）〈さらに更新された認知症ケアの知識〉は，2013年の（38）〈認知症介護標準化実践行動指針の作成〉によって，生成・特定化された。（38）〈認知症介護標準化実践行動指針の作成〉は，（37）〈中堅職員主導のグループワーク〉の一環として実施された。認知症介護標準化実践行動指針は13項目で構成されており，北海長正会の認知症ケアの知識の蓄積を示すものであった。この結果，（23）〈更新された認知症ケアの知識〉は，資源（39）〈さらに更新された認知症ケアの知識〉へと変化した。

資源（42）〈北広島市との協力的な関係〉は，（41）〈地域貢献への北広島市の評価〉と（46）〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉によって，生成・特定化された。（44）〈地域交流ホームふれての開設〉をはじめとした北海長正会の地域貢献の活動は，北広島市が高く評価するものであった。さらに，（46）〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉は，

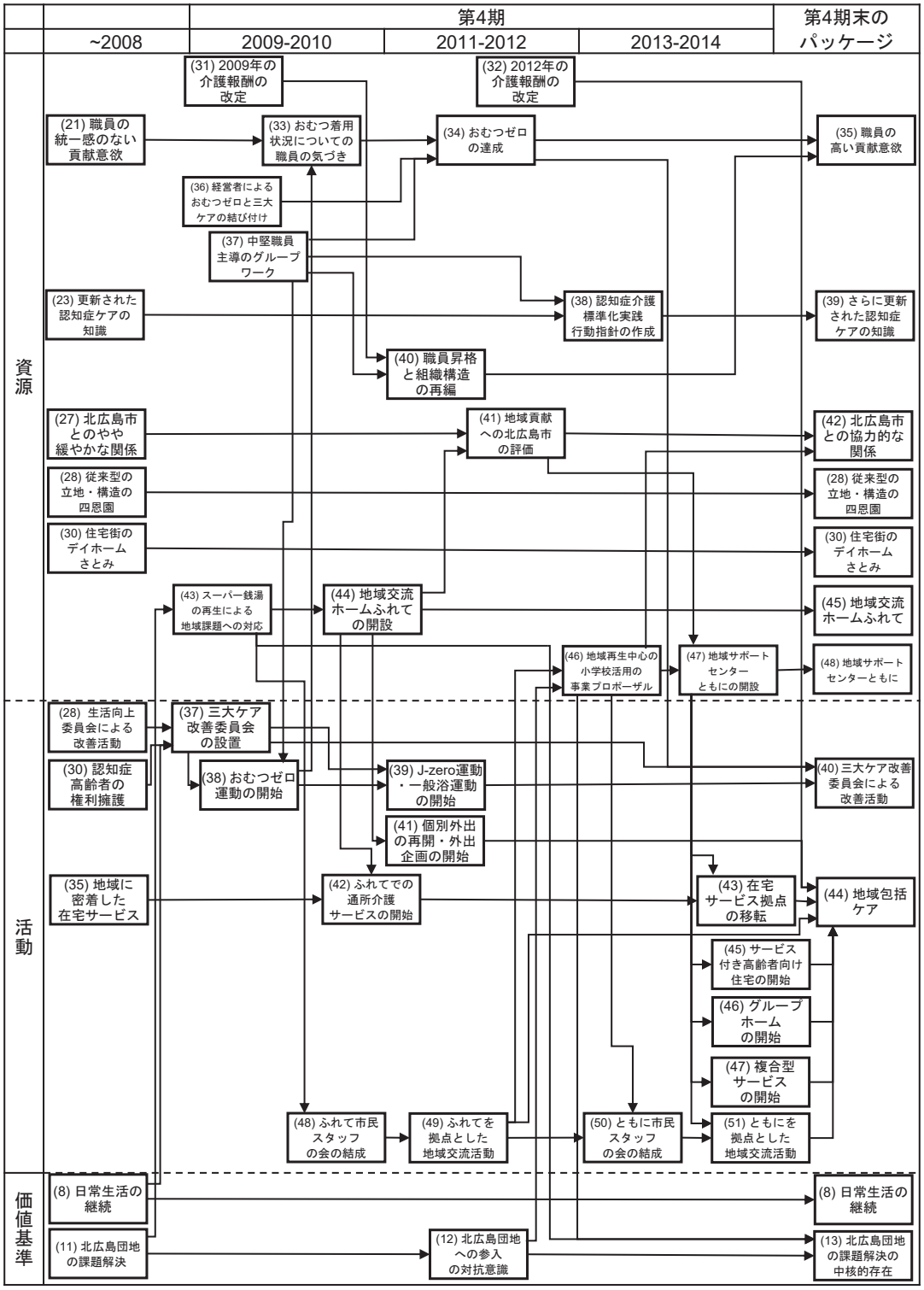

~2008
第4期
2009-2010
2011-2012
2013-2014
第4期末のパッケージ
資源
活動
価値基準
(31) 2009年の介護報酬の改定
(32) 2012年の介護報酬の改定
(21) 職員の統一感のない貢献意欲
(33) おむつ着用状況についての職員の気づき
(34) おむつゼロの達成
(35) 職員の高い貢献意欲
(36) 経営者によるおむつゼロと三大ケアの結び付け
(37) 中堅職員主導のグループワーク
(23) 更新された認知症ケアの知識
(38) 認知症介護標準化実践行動指針の作成
(39) さらに更新された認知症ケアの知識
(40) 職員昇格と組織構造の再編
(27) 北広島市とのやや緩やかな関係
(41) 地域貢献への北広島市の評価
(42) 北広島市との協力的な関係
(28) 従来型の立地・構造の四恩園
(28) 従来型の立地・構造の四恩園
(30) 住宅街のデイホームさとみ
(30) 住宅街のデイホームさとみ
(43) スーパー銭湯の再生による地域課題への対応
(44) 地域交流ホームふれての開設
(45) 地域交流ホームふれて
(46) 地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル
(47) 地域サポートセンターともにの開設
(48) 地域サポートセンターともに
(28) 生活向上委員会による改善活動
(37) 三大ケア改善委員会の設置
(30) 認知症高齢者の権利擁護
(38) おむつゼロ運動の開始
(39) J-zero運動・一般浴運動の開始
(40) 三大ケア改善委員会による改善活動
(41) 個別外出の再開・外出企画の開始
(35) 地域に密着した在宅サービス
(42) ふれてでの通所介護サービスの開始
(43) 在宅サービス拠点の移転
(44) 地域包括ケア
(45) サービス付き高齢者向け住宅の開始
(46) グループホームの開始
(47) 複合型サービスの開始
(48) ふれて市民スタッフの会の結成
(49) ふれてを拠点とした地域交流活動
(50) ともに市民スタッフの会の結成
(51) ともにを拠点とした地域交流活動
(8) 日常生活の継続
(8) 日常生活の継続
(11) 北広島団地の課題解決
(12) 北広島団地への参入の対抗意識
(13) 北広島団地の課題解決の中核的存在

図 6　第 4 期の分析結果

北広島市活性化検討委員会が 2010 年に策定した北広島団地活性化基本方針と合致するものであった。これらの結果として，〈27〉〈北広島市とのやや緩やかな関係〉は資源〈42〉〈北広島市との協力的な関係〉へと変化した。

資源〈28〉〈従来型の立地・構造の四恩園〉と資源〈30〉〈住宅街のデイホームさとみ〉は，第 3 期に引き続き，生成・特定化された。

資源〈45〉〈地域交流ホームふれて〉は，2010 年の〈44〉〈地域交流ホームふれての開設〉によって，生成・特定化された。北海長正会は，価値基準〈11〉〈北広島団地の課題解決〉によって，北広島団地の衰退を象徴するスーパー銭湯の廃業への対応に強い関心を持った。〈43〉〈スーパー銭湯の再生による地域課題への対応〉によって，〈44〉〈地域交流ホームふれての開設〉が実施された。

資源〈48〉〈地域サポートセンターともに〉は，2012 年の〈47〉〈地域サポートセンターともにの開設〉によって，生成・特定化された。北広島団地では，閉校した小学校の活用の事業者の公募が行われることで，高齢者介護事業者が参入する可能性が高まった。北海長正会は，価値基準〈12〉〈北広島団地への参入の危機意識〉によってこの公募に参加し，〈46〉〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉を作成した。北海長正会は，〈44〉〈地域交流ホームふれての開設〉によって，地域貢献に対して北広島市から評価されていた。〈46〉〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉と〈41〉〈地域貢献への北広島市の評価〉によって，〈47〉〈地域サポートセンターともにの開設〉が実施された。

② *活動*

第 4 期において，2 つの活動が生成・展開された。すなわち，活動〈40〉〈三大ケア改善委員会による改善活動〉と活動〈44〉〈地域包括ケア〉である。以下 2 つの活動について説明する。

活動〈40〉〈三大ケア改善委員会による改善活動〉は，〈37〉〈三大ケア改善委員会の設置〉，〈38〉〈おむつゼロ運動の開始〉，〈39〉〈J-zero 運動・一般浴運動の開始〉によって，生成・展開された。1 つめの〈37〉〈三大ケア改善委員会の設置〉は，2009 年に生じた。三大ケア改善委員会は，食事・入浴・排泄という三大ケアによる日常生活の改善に注目し，生活改善委員会よりも明確な目標を持っていた。2 つめの〈38〉〈おむつゼロ運動の開始〉は，2009 年に資源〈37〉〈中堅職員主導のグループワーク〉によって実施された。3 つめの〈39〉〈J-zero 運動・一般浴運動の開始〉は，おむつゼロ運動が進められることで，三大ケア改善委員会が活発に活動することによって実施された。これら 3 つを契機に，〈28〉〈生活向上委員会による改善活動〉と〈30〉〈認知症高齢者の権利擁護〉は，活動〈40〉〈三大ケア改善委員会による改善活動〉へと変化した。

活動〈44〉〈地域包括ケア〉は，〈41〉〈個別外出の再開・外出企画の開始〉，「地域交流ホームふれて」に関わる活動，「地域サポートセンターともに」に関わる活動によって，生成・展開された。第 1 の〈41〉〈個別外出の再開・外出企画の開始〉は，2011 年ごろ生じた。特別養護老人ホームの入所者や在宅サービスの利用者が地域との関わりが持てるように，積極的に企画が行われた。

第 2 の「地域交流ホームふれて」に関わる活動は，〈42〉〈ふれてでの通所介護サービスの開始〉，〈48〉〈ふれて市民スタッフの会の結成〉，〈49〉〈ふれてを拠点とした地域交流活動〉の 3 つである。地域交流ホームふれてを拠点として，在宅サービスや地域交流活動が生成・展開された。

第 3 の「地域サポートセンターともに」に関わる活動は，〈43〉〈在宅サービス拠点の移転〉，〈45〉〈サービス付き高齢者向け住宅の開始〉，〈46〉〈グループホームの開始〉，〈47〉〈複合型サービスの開始〉，〈50〉〈ともに市民スタッフの会の結成〉，〈51〉〈ともにを拠点とした地域

交流活動〉の6つである。地域サポートセンターともにを拠点として，従来提供されてこなかった介護サービスの実施，在宅サービスの移転，地域交流活動が生成・展開された。

以上のように，これら3つの活動によって，(35)〈地域に密着した在宅サービス〉は活動(44)〈地域包括ケア〉へと変化した。

③ 価値基準

第4期において，2つの価値基準が認識・定義された。すなわち，価値基準（8)〈日常生活の継続〉と価値基準（13)〈北広島団地の課題解決の中核的存在〉である。以下2つの価値基準について説明する。

価値基準（8)〈日常生活の継続〉は，第3期に引き続き，認識・定義された。活動（37)〈三大ケア改善委員会の設置〉や資源（34)〈おむつゼロの達成〉などによって，価値基準（8)〈日常生活の継続〉は，具体的な内容を備えたものになった。

価値基準（13)〈北広島団地の課題解決の中核的存在〉は，資源（43)〈スーパー銭湯の再生による地域課題への対応〉，資源（46)〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉，(12)〈北広島団地への参入の対抗意識〉によって，認識・定義された。資源（43)〈スーパー銭湯の再生による地域課題への対応〉と資源(46)〈地域再生中心の小学校活用の事業プロポーザル〉は，北広島団地の直面している地域課題を解決するために生成・特定化された。これら2つによって，北海長正会は他のどの組織よりも北広島団地のことを把握しているという自負を持つようになり，(11)〈北広島団地の課題解決〉をさらに推進させるべきと考えるようになった。さらに，(12)〈北広島団地への参入の対抗意識〉は，他の社会福祉法人が北広島団地に参入することへの対抗意識を生み出し，北海長正会こそが北広島団地における課題を解決する中核的な存在であることを強く認識・定義させた。これらの結果として，(11)〈北広島団地の課題解決〉は，価値基準（13)〈北広島団地の課題解決の中核的存在〉に変化した。

④ 3つの結び付き

第4期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第1の資源のリストは，(35)〈職員の高い貢献意欲〉，(39)〈さらに更新された認知症ケアの知識〉，(42)〈北広島市との協力的な関係〉，(28)〈従来型の立地・構造の四恩園〉，(30)〈住宅街のデイホームさとみ〉，(45)〈地域交流ホームふれて〉，(48)〈地域サポートセンターともに〉の7つからなっていた。これらすべては十分に生成・特定化された資源であった。

第2の活動のリストは，(40)〈三大ケア改善委員会による改善活動〉と（44)〈地域包括ケア〉の2つからなっていた。これらすべては，十分に生成・展開された活動であった。

第3の価値基準のリストは，(8)〈日常生活の継続〉と（13)〈北広島団地の課題解決の中核的存在〉の2つからなっていた。いずれの価値基準も，十分に具体的な内容を備えたものであった。

以上のように，第4期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは，完全なパッケージを構成し，北海長正会の第4期の組織成果は高かった。

Ⅲ さつき会の事例とその分析

「さつき会」は，北海道鷹栖町に拠点を置く社会福祉法人であり，高齢者介護事業を展開している。2017年時点で，「特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑」，「多機能型グループホーム鷹栖なごみの家」，「地域密着型特別養護老人ホームぬくもりの家えん」，「サービス付き高齢者向け住宅ぬくもりの家たかほ」の4つの事業拠点を持っている。これらの事業拠点では，複数のサービスが提供されており，**図7**は，その事業開始時期と事業拠点における主なサービスの配置を示している。

以下では，さつき会の経営を4つの期間に区

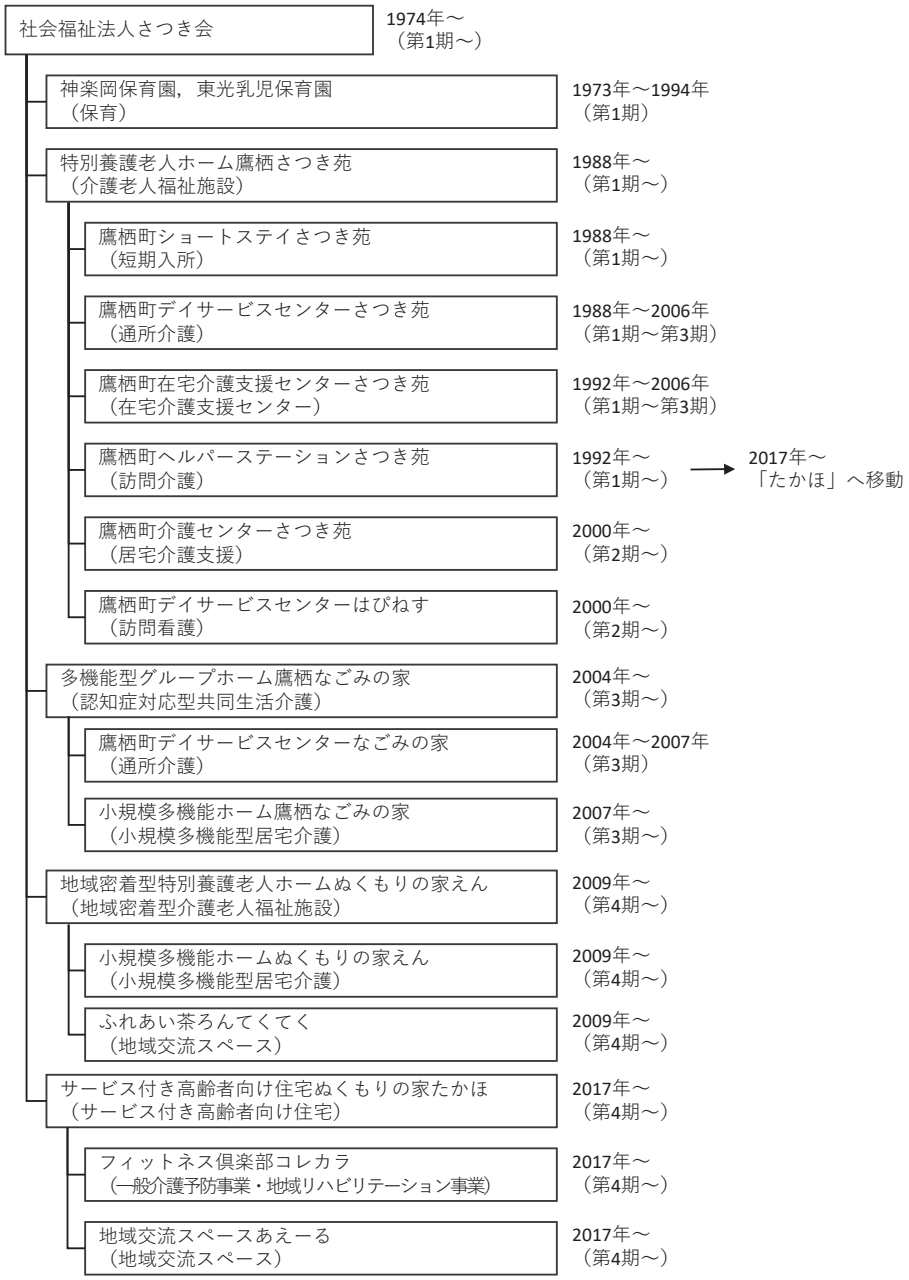


図7　さつき会における事業の広がり

分し，それぞれの期間における事例の記述と分析を行う。第1期は，1974年の社会福祉法人の設立から1999年までの介護保険制度開始以前の措置制度時期である。第2期は，2000年から2002年までの介護保険制度開始直後の時期である。第3期は，2003年から2008年までの介護報酬のマイナス改定の時期である。第4期は，2009年から2017年までの介護報酬がプラス改定され，地域包括ケアが推進された時期である。

1. 第1期（～1999年：介護保険制度導入直前期）

(1) 第1期の事例

① 「さつき会」の設立と鷹栖町の要請

1974年，社会福祉法人「さつき会」（以下，さつき会）は，初代理事長の村田宗彦によって設立された。さつき会は，旭川市において保育所事業（1974年，神楽岡保育園，1983年，東光乳児保育園）を開始した。1987年まで，さつき会は，旭川市内で保育所事業のみを展開していた。

鷹栖町は，北海道旭川市に隣接した自治体であり，農村地域に存在する。1979年から，鷹栖町では「健やかに老いる」まちづくりが積極的に推進され，健康と福祉の町として全国的に知られるようになった。1975年頃から，鷹栖町でも高齢化が進展したが，町内には特別養護老人ホームは1つも設置されていなかった。「健やかに老いる」ためには，特別養護老人ホームの建設が鷹栖町政における重要な課題となった。

1986年，当時の小林勝彦町長と町内の浅井基典医師は，さつき会理事長であった村田美代子に会い，鷹栖町での特別養護老人ホームの開設を要請した。鷹栖町は役場に程近い土地の無償提供や資金提供を行い，さつき会はその要請を受諾した[166]。

② 「鷹栖さつき苑」の開設と開設時の運営方針

1988年4月，「特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑」（以下，鷹栖さつき苑）が開設された。特別養護老人ホームにおける施設サービスの提供に先立って，同年3月，同建物内にて通所介護サービス（B型）が開始された。通所介護サービス（B型）の開始は，北海道内の町村で初めてであった。さらに，同年4月，短期入所サービスも開始された。

鷹栖さつき苑の初代施設長には，村田宗康が就任した。1988年当時，高齢者介護施設や高齢者向け病院では，多人数部屋でのプライバシーの軽視，身体拘束，人前で裸にしての混浴など，高齢者の尊厳は軽視されていた。村田施設長は，そのような状況に対して疑問を抱き，「自分自身が入りたいと思える特養を作ろう[167]」，「自信をもって自分の親を入れられる施設をつくる[168]」ことを目標に「利用者本位」の高齢者介護サービスの提供を重視した。さらに，彼は，高齢者介護は「在宅ケアを中心に据えた施設展開でなければならない[169]」とする考え方を持ち，特別養護老人ホームをはじめとした施設サービスだけではなく，在宅サービスも重視した[170]。

1988年，鷹栖さつき苑の開設に合わせて，多数の職員が採用された。採用された職員全員は，全く介護経験がなかった[171]。このため，介護に関わる知識と経験が不足しており，作業をこなすだけで精一杯であった。さらに，措置制度の下での運営であったため，配置できる職員数は限られていた。職員不足の中で様々なサービスを提供するために，職員は施設サービスと在宅サービスの両方を担った。職員が様々なサービスに取り組むことによって，施設と在宅の間の縦割りのない，利用者の心身の状態に合わせた介護サービスの提供が試みられた[172]。

③ 開設当初の鷹栖さつき苑での介護の特徴

1988年の開設当初，鷹栖さつき苑では，「人として当たり前の生活[173]」の提供のために，「三食離床」や「プライバシー・個人の尊厳の尊重」が取り組まれた。これらは，当時の一般的な高齢者介護施設ではほとんど取り組まれていなかったものであった。

「三食離床」は，入所者を寝たきりにさせな

166）『鷹栖さつき苑20周年記念誌』，p. 70。

167）波潟（2003a），p. 42。
168）『広報さつき』，vol. 69。
169）池本（1991），p. 115。
170）植村他（1992），p. 1035。
171）谷本（2006），p. 64。
172）西田（1996），p. 251。
173）谷本（2006），p. 64。

いために，毎食時にベッドから食堂に移動させ，座って食事をさせることである。「プライバシー・個人の尊厳の尊重」に関しては，利用者との会話時に指示形ではなく依頼形の言葉を使うこと，目の高さを相手と同じにすること，入浴介助時には居室で裸にして移動させないこと，おむつ交換時にはカーテンで他人から見えないようにすることなどが実践された[174]。

これらの介護が提供される中で，さつき会では日課や規則は設けられていなかった。日課や規則を設けないことによって，職員が利用者に対し個別の対応を手探りで考えることができる一方，業務内容が不明確なため，職員は緊張状態に置かれた[175]。

④　*ケースマネジメントによる多様な在宅サービス*

1989 年 10 月，さつき会は，鷹栖町の行政，診療所，鷹栖町社会福祉協議会，研究者とともに「ケースマネジメント会議[176]」を発足させ，在宅サービスの改善を試行した。ケースマネジメント会議は，鷹栖町の行政・医療・福祉の関係者が 2 週間に 1 回ずつ集まり，在宅での介護を必要とする高齢者や家族に対して提供されるサービスについて検討し，検討結果を実施した[177]。

ケースマネジメント会議を通じて，さつき会では在宅での生活に困難を抱える高齢者向けに新たなサービスがいくつも生み出された。1990 年，移送サービスが提供された。これは，自家用車や公共の交通機関を利用できない高齢者などが福祉サービスや病院を利用するときに，車椅子や寝台で移送するサービスである。北海道内において，いち早く導入された。また同年，配食サービスが提供された。ケースマネジメント会議を通じて，糖尿病患者に食事を配送する必要が明らかになった。鷹栖さつき苑が食事を作り，診療所の看護師が配送した。鷹栖町は公平性を重んじる必要があるため，従来実施しにくいサービスであったが，鷹栖さつき苑の柔軟性を活かして実施された[178]。1991 年，緊急通報サービスが提供された。これは，1 人暮らしの高齢者世帯等を対象に，自宅での緊急時に電話またはペンダントの緊急ボタンを使うことで，鷹栖さつき苑に連絡できるものであった。いずれのサービスも，在宅生活で困難を抱えていた高齢者への個別対応として開始されたものであった。

1992 年，「鷹栖町在宅介護支援センター」が発足した。鷹栖町在宅介護支援センターは鷹栖町からの委託事業であり，鷹栖さつき苑内に開設された。その責任者には，当時さつき会の生活相談員を務めていた波潟幸敏が就任した。彼は，ケースマネジメント会議の発足当初から関わっていた。ほかには看護師と訪問介護員が配属され，鷹栖町在宅介護支援センターはケースマネジメントの核となる組織・窓口となり，ケア会議で検討される高齢者の数は飛躍的に増加した。潜在的に在宅支援を必要としている人が多かった。月 2 回のケースマネジメント会議だけではなく，必要なときには臨時の関係者の集まりが自主的に設けられた[179]。

⑤　*労働組合の結成と経営陣の交代*

鷹栖さつき苑の開設以降，初代施設長の村田は，上述の当時としては先駆的な取り組みを推進した。しかし，これらの取り組みは，職員の業務に重い負担をもたらした。1989 年度から 1991 年度の事業報告書には，職員の大幅な入れ替わりが生じていることが記述されている。

174）北海道ケースマネジメント研究会（1994），p. 145，『鷹栖さつき苑 10 周年記念誌』，p. 109。
175）『鷹栖さつき苑 10 周年記念誌』，p. 78。
176）ケースマネジメントは，高齢者の心身状態や生活環境，家族の意向などを受けて，介護の計画を作成することである。現在ではケアマネジメント，居宅介護支援と呼ばれる。
177）北海道ケースマネジメント研究会（1994），p. 29。
178）西田（1996），p. 251。
179）『鷹栖さつき苑 20 周年記念誌』，p. 73。

1990年度は，退職者8名，新規採用者8名であり，1991年度は，退職者7名，新規採用者11名であった。1991年度の事業報告書には，「ケアスタッフ及び厨房職員の慢性的な欠員が生じ，処遇レベルの低下，また指導員，事務員，栄養士が代替員となるなど，利用者に対するサービス水準が低下したことは否めない」と記述されている。開設当時に所属していた職員の多くは，当時の仕事の辛さを強調している。開設から5年間鷹栖さつき苑に勤めた職員は，「一日のプログラムさえはっきりとは決まっていない中，不安と緊張を抱えながら毎日を過ごしていた[180]」と述べている。開設から関わり介護部長などを務めた谷本は，「知識も経験もなかったので仕事は決して楽ではなかったし，辞めたいと思うこともあった[181]」と述べている。同じく，開設から関わった現施設長の波潟は，「施設長が熱心なだけに，職員からすると仕事はきつかった[182]」と述べている。

1992年，波潟を含むさつき会職員は労働組合を設立した。彼は，「仲間が一人，二人と辞めていく。過労で倒れる者もいました。お年寄りの人権を守るためにも，われわれ職員が人権意識を強く持たなければならない。こう思って，私は労働組合を結成しました[183]」と述べている。労働組合の結成を受けて，1992年，村田美代子理事長と村田宗康施設長は，経営から退き，その後の経営を鷹栖町に一任した。彼らの退任を機に，さつき会は，高齢者介護事業への参入前に行っていた保育所事業を分離した。

1992年，さつき会の経営陣は一新された。3代目理事長に浅井基典が就任し，鷹栖さつき苑の2代目施設長に打本一麿が就任した。浅井理事長は，1968年から鷹栖町に診療所を開業しており，その開業時には診療施設の無償提供を受け，鷹栖町と深いつながりがあった。打本施設長は，北海道庁職員として福祉行政に携わっていた。新たに就任した2人の経営陣は，鷹栖町による在宅サービス拡充の方針に一致した意見を持っていた。打本施設長は，「在宅福祉部門の拡張充実がこれから必要だと考えていますし，町の考え方も同じです[184]」と述べている。

1996年，3代目施設長に城田日出男が就任した。彼は，鷹栖町立鷹栖小学校長を務めた元教員であった。城田施設長は，「鷹栖町が掲げております『老いて障害を持っても，住み慣れた家で家族や隣人と共に，笑顔で幸せに暮らし続けることが出来る鷹栖の町づくり』を福祉の大眼目として掲げ，これらをずっと続けていくには在宅福祉の部分をより充実させていかなければならないと思います[185]」と述べている。2代目の打本施設長と同様に，鷹栖町の在宅サービスの拡張の方針に一致した意見を持っていた。さらに，1998年，4代目理事長に鷹栖町で歯科診療所を開業している木津真庭が就任した。

⑥ 在宅サービスの拡充

ケースマネジメント会議が続けられる中で，鷹栖町における在宅サービスの不足が明らかになった。1997年から1999年にかけて，さつき会は在宅サービスを拡充した。1997年には，鷹栖さつき苑の短期入所サービス専用のベッドが7床増え，計10床となった。同年，鷹栖町の老人保健福祉センターを活用し，定員8名のサテライト型通所介護サービスが開始された。1999年9月，鷹栖町福祉の拠点であるサンホールはぴねす[186]が鷹栖さつき苑に併設された。訪問介護事業所，介護支援センター，サテライト型通所介護サービスはサンホールはぴねすに移転された。移転に伴い，通所介護サービス

180）『鷹栖さつき苑10周年記念誌』，pp. 78-79。
181）谷本（2006），p. 64。
182）加藤（2007），p. 59。
183）*ibid.*，p. 60。
184）打本・越湖（1993），p. 52。
185）『鷹栖さつき苑10周年記念誌』，p. 94。
186）サンホールはぴねすには，役場の保健福祉係，鷹栖町社会福祉協議会，鷹栖町高齢者事業団，訪問看護ステーションが設置された。

（C 型）と通所介護サービス（E 型）が新たに開始された。

⑦　画一的なサービスとユニットケアの試行

1992 年，労働組合との関係正常化は喫緊の課題となった。打本施設長は，「介護を専門に学んだ職員が国の基準より多く置かれています[187]」と述べているなど，労働組合との関係改善に配慮し，業務日課の設定などの労働環境の改善を図った[188]ものの，初代施設長の村田ほど，利用者本位のサービスを積極的に推進することはなかった。

職員の間で，利用者本位のサービスに対する関心が薄れていった。当時，在宅福祉課長であった波潟は一職員として労働組合に関与していた。彼は，当時の状況について「目標が達成されて，組合も次なる目標を見失いました。職員も保守的になり，お年寄りのためという方針も薄れていきました。自分達の仕事に希望も見いだせませんでした[189]」と語っている。

1998 年頃，庶務課長であった波潟は，さつき会における介護サービスのあり方について疑問を抱いていた[190]。さつき会の介護サービスは，利用者本位とは言いがたく，職員本位での提供体制となっていた。集団的，画一的，流れ作業的に介護が提供され，職員が時間や日課に追われて業務を行い[191]，疲弊感に押しつぶされていた。そのように提供された介護では，高齢者の生き生きとした生活の場を作ることは不可能になっていた。

1999 年，波潟は「ユニットケア」を知り，第 1 回ユニットケア全国セミナーに職員を参加させた。ユニットケアとは，従来の大規模のケア単位から小規模のケア単位にすることで個別ケアを実践することにより，入所者が家庭らしい環境の中で自分らしい生活を送れるようにするものである[192]。波潟は，ユニットケアの導入によって従来の介護サービスを変えることができるだろうと考えていた。

鷹栖さつき苑では，毎週日曜日を「ユニットケアの日」に設定した。短期入所サービスの利用者も含めた 60 人の利用者が 30 人ずつ 2 組に分けられ，レクリエーション，茶話会，誕生会や食事が別々に行われるように変更された[193]。しかし，この試行は好結果にはつながらなかった。利用者は「なんで日曜日だけ分けるのか」と疑問を感じるようになり，スタッフも「ユニットケアの日」が忙しくなり，戸惑った。「ユニットケアをすると職員が楽しくなる」と書籍などで紹介されているにも関わらず，利用者の症状が改善することはなく，職員が楽しく仕事をするということにもつながらなかった。波潟は，管理者や職員がユニットケアを十分に理解する前に，ユニットケアの導入を目標としたと述べている[194]。ユニットケアの試行は数カ月で中止された。

⑧　介護保険制度への対応の必要性の認識

1998 年頃，さつき会の経営陣は，介護保険制度の開始に対する危機意識を感じていた。城田 3 代目施設長が，「介護保険点数による財源によって施設を経営していかなければならない新たな事態に，速やかに移行できる強力さと的確な対応が可能となる柔軟さが施設に要求されている[195]」と述べているように，介護保険制度への対応は喫緊の課題となっていた。さつき会では，介護保険制度が開始される 2 年前の 1998 年ごろから，開始に向けた準備が進められていた。措置制度から介護保険制度への変化は，「選ばれる施設」，「地域に頼りがいのある施設[196]」を目指す必要を明確にし，措置制度下の経営方針を変える契機となった。

187）打本・越湖（1993），p. 54。
188）『鷹栖さつき苑 10 周年記念誌』，p. 2。
189）加藤（2007），p. 60。
190）*ibid.*，p. 57。
191）波潟（2003a），p. 43。
192）『鷹栖さつき苑 20 周年記念誌』，p. 22。
193）加藤（2007），p. 57。
194）波潟（2003b），p. 57。
195）『鷹栖さつき苑 20 周年記念誌』，p. 3。
196）『さつき会事業報告書』（1997 年度），p. 1。

(2)　第 1 期の分析（図 8）

①　資源

第 1 期において，4 つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（5）〈職員の低い貢献意欲〉, 資源（9）〈認知症ケアの不十分な知識〉, 資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉, 資源（16）〈鷹栖さつき苑〉である。以下 4 つの資源について説明する。

資源（5）〈職員の低い貢献意欲〉は，（2）〈措置制度に基づく高齢者介護事業の運営〉と（4）〈労働組合結成による初代施設長の退任〉によって生成・特定化された。さつき会は，1988 年の高齢者介護事業の開始以来，（2）〈措置制度に基づく高齢者介護事業の運営〉を行った。措置制度下の高齢者介護組織は，高い介護サービスの質をほとんど求められていなかった。さつき会は，高齢者介護事業の開始に伴い，1988 年の（3）〈多数の介護未経験の職員〉を採用した。しかし，次の 2 つの理由によって多数の離職者が発生した。1 つめは，活動（2）〈手探りでのケア〉である。（3）〈多数の介護未経験の職員〉は，（7）〈認知症ケアのマニュアルの不在〉のため，活動（2）〈手探りでのケア〉を行わざるをえなかった。活動（2）〈手探りでのケア〉は，職員の作業負担を高めた。2 つめは，活動（6）〈尊厳やプライバシーに配慮

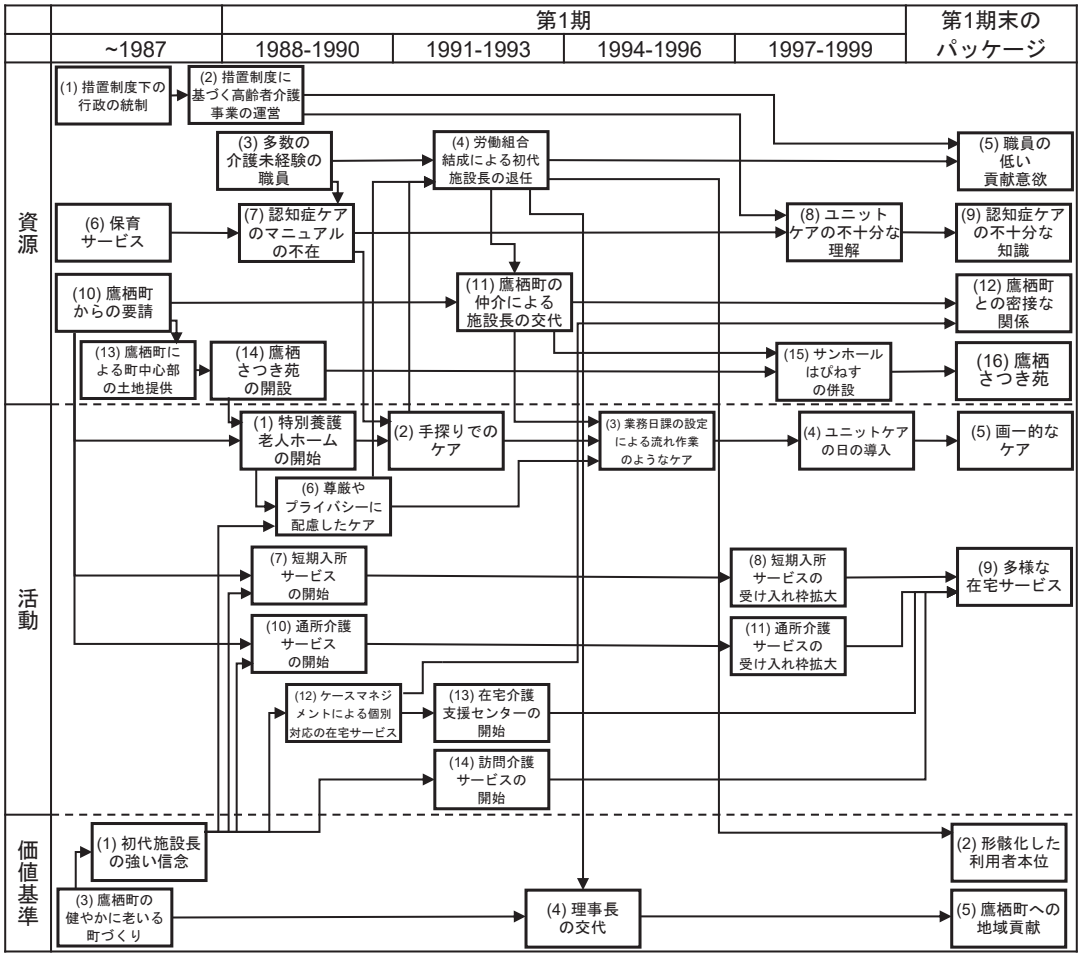


図 8　第 1 期の分析結果

したケア〉である。価値基準（1）〈初代施設長の強い信念〉によって，当時の一般的なケアの水準を超える活動（6）〈尊厳やプライバシーに配慮したケア〉の提供が推進され，職員の作業負担を高めた。職員は多数の離職者が発生する状況に反発し，労働組合を結成した。労働組合の結成によって，初代施設長は退任に追い込まれた。（4）〈労働組合の結成による初代施設長の退任〉によって，初代施設長の「特養らしくない特養」という介護サービスの質の向上の目標が失われた結果，資源（5）〈職員の低い貢献意欲〉が生成・特定化された。

資源（9）〈認知症ケアの不十分な知識〉は次のように生成・特定化された。さつき会は，1988 年の高齢者介護事業の開始に際して，（3）〈多数の介護未経験の職員〉を抱えた。さらに，さつき会は高齢者介護サービスを展開するまでは（6）〈保育サービス〉を展開していたため，認知症ケアに関わるノウハウは蓄積されていなかった。このため，（7）〈認知症ケアのマニュアルの不在〉が生じた。1997 年ごろには，庶務課長に就任した波潟が，さつき会の介護サービスの質の低さに問題意識を持ち，ユニットケアの導入を試みたが，（8）〈ユニットケアの不十分な理解〉にとどまった。この結果として，資源（9）〈認知症ケアの不十分な知識〉が生成・特定化された。

資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉は次のように生成・特定化された。第 1 に，1987 年以前に鷹栖町から高齢者介護サービスの提供を要請された。（10）〈鷹栖町からの要請〉に応えることによって，鷹栖町との関係が構築された。第 2 に，1989 年に活動（12）〈ケースマネジメントによる個別対応の在宅サービス〉が，鷹栖町などとの頻繁な連絡調整によって実施されるようになった。第 3 に，1992 年に（11）〈鷹栖町の仲介による施設長の交代〉が行われた。初代施設長の退任後は，北海道庁 OB と鷹栖小学校の元校長がそれぞれ就任し，鷹栖町との関係を深めた。この結果として，資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉が生成・特定化された。

資源（16）〈鷹栖さつき苑〉は次のように生成・特定化された。1988 年，（13）〈鷹栖町による町中心部の土地提供〉を受け，（14）〈鷹栖さつき苑の開設〉を行った。1999 年，鷹栖町が，鷹栖さつき苑に（15）〈サンホールはぴねすの併設〉を行った。これらの結果，資源（16）〈鷹栖さつき苑〉が生成・特定化された。

② *活動*

第 1 期において，2 つの活動が生成・展開された。すなわち，活動（5）〈画一的なケア〉と活動（9）〈多様な在宅サービス〉である。以下 2 つの活動について説明する。

活動（5）〈画一的なケア〉は次のように生成・展開された。さつき会では，1988 年の（1）〈特別養護老人ホームの開始〉の当初から，価値基準（1）〈初代施設長の強い信念〉によって（6）〈尊厳やプライバシーに配慮したケア〉が生成・展開された。他方，資源（3）〈多数の介護未経験の職員〉と資源（7）〈認知症ケアのマニュアルの不在〉によって，（2）〈手探りでのケア〉とならざるをえなかった。（6）〈尊厳やプライバシーに配慮したケア〉と（2）〈手探りでのケア〉は職員の作業負担を高め，資源（4）〈労働組合結成による初代施設長の退任〉を引き起こした。資源（11）〈鷹栖町の仲介による施設長の交代〉によって，労働組合との関係改善が進められ，（3）〈業務日課の設定による流れ作業のようなケア〉が生成・展開された。1999 年には，（4）〈ユニットケアの日の導入〉が行われたが，介護サービスの質は向上しなかった。これらの結果，活動（5）〈画一的なケア〉が生成・展開された。

活動（9）〈多様な在宅サービス〉は次のように生成・展開された。第 1 に，1988 年の鷹栖さつき苑の開設にともなって，（7）〈短期入所サービスの開始〉と（10）〈通所介護サービスの開始〉が行われた。第 2 に，1989 年，（12）〈ケースマネジメントによる個別対応の在宅

サービス〉が行われた。第3に，ケースマネジメントの推進のため，1992年，(13)〈在宅介護支援センターの開始〉と(14)〈訪問介護サービスの開始〉が行われた。第4に，1997年から1999年に，在宅サービスの不足に対応するため，(8)〈短期入所サービスの受け入れ枠拡大〉と(11)〈通所介護サービスの受け入れ枠拡大〉が行われた。最終的に，活動(9)〈多様な在宅サービス〉が生成・展開された。

③ 価値基準

第1期において，2つの価値基準が認識・定義された。すなわち，価値基準(2)〈形骸化した利用者本位〉と価値基準(5)〈鷹栖町への地域貢献〉である。以下2つの価値基準について説明する。

価値基準(2)〈形骸化した利用者本位〉は次のように認識・定義された。(1)〈初代施設長の強い信念〉によって，「特養らしくない特養」を目指すという目標が明確になった。しかし，この目標を達成するための体制を作ることができず，資源(4)〈労働組合結成による初代施設長の退任〉によって，この目標への関心が薄まった。この結果，価値基準(2)〈形骸化した利用者本位〉が認識・定義された。

価値基準(5)〈鷹栖町への地域貢献〉は次のように認識・定義された。第1に，鷹栖町では，1967年から町長を務めた小林勝彦によって「健やかに老いる町づくり」という地域福祉の基本方針が提唱され推進されていた。さつき会の初代施設長の考え方も，(3)〈鷹栖町の健やかに老いる町づくり〉と一致していた。第2に，資源(4)〈労働組合結成による初代施設長の退任〉によって，(4)〈理事長の交代〉が生じた。新たに就任した浅井理事長は，小林勝彦町長とともに鷹栖町の地域福祉の推進を図った医師であった。この結果，価値基準(5)〈鷹栖町への地域貢献〉が認識・定義された。

④ 3つの結び付き

第1期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第1の資源のリストは，(5)〈職員の低い貢献意欲〉，(9)〈認知症ケアの不十分な知識〉，(12)〈鷹栖町との密接な関係〉，(16)〈鷹栖さつき苑〉の4つからなっていた。このうち，(5)〈職員の低い貢献意欲〉と(9)〈認知症ケアの不十分な知識〉の2つは不十分に生成・特定化された資源であった。

第2の活動のリストは，(5)〈画一的なケア〉と(9)〈多様な在宅サービス〉の2つからなっていた。このうち，活動(5)〈画一的なケア〉は，不十分に生成・展開された活動であった。

第3の価値基準のリストは，(2)〈形骸化した利用者本位〉と(5)〈鷹栖町への地域貢献〉である。いずれの価値基準も，十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第1期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは不完全なパッケージの構成にとどまり，さつき会の第1期の組織成果は低かった。

2. 第2期（2000年〜2002年：介護保険制度導入直後期）

(1) 第2期の事例

① 介護保険制度の開始とさつき会の対応

2000年，介護保険制度が開始された。さつき会にとって，介護保険制度への対応は喫緊の課題であった。2000年度事業報告書には，「2000年度におけるすべての活動は，介護保険体制へのスムーズな軟着陸と，社会福祉法人としての存在価値の向上および地域の福祉ニーズに的確に応えられる体制の構築に収斂された」と述べられている[197]。

同年，介護保険制度によって，居宅介護支援サービスが制度化された。さつき会でも，居宅介護支援サービスを担う「鷹栖町介護センターさつき苑」が開設された。鷹栖町介護センターさつき苑の事業内容は，要介護・要支援認定を受けた高齢者が自宅で自立した日常生活を可能

197)『さつき会事業報告書』(2000年度)，p. 85。

な限り送られるように，必要なサービスを計画することであった[198]。

介護保険制度への対応策として，経営の合理化が進められた。適正利益を確保するためには，経費削減を推進する必要があると認識されていた[199]。2000 年，給食部門をシダックスフードサービス等に外部委託した。外部委託によって年間 1,600 万円の経費削減を行った[200]。さらに，2000 年以降，多様な雇用形態での採用を積極に行い，人件費の軽減・抑制を推進した。職員全体に占める嘱託職員とパート職員の数は次第に増加した。

2001 年，組織機構改革を実施し，①組織のフラット化，②部門の統合，③職員集団のユニット化を図った。①組織のフラット化に関しては，全ての課長職が廃止され，施設長・副施設長と第一線の管理者である係長・主任との距離が縮まった。②部門の統合に関しては，医務係が生活福祉係に統合された。医務係には看護職員，生活福祉係には介護職員が所属し，ともに特別養護老人ホームの入所者と短期入所サービスの利用者に介護サービスを提供していた。これらの統合によって，看護職員と介護職員が全く同じ生活支援業務を行えるようになった。③職員集団のユニット化に関しては，これまでの生活福祉係が，生活福祉第 1 係と生活福祉第 2 係に分割された。これまでの通所介護係も，通所介護第 1 係と通所介護第 2 係に分割された。これらの分割は，自律した小集団の組織を作るためであった[201]。

②　ユニットケアへの準備

2001 年，波潟幸敏が副施設長に就任し，これまで以上の権限を獲得し，ユニットケアの再導入を図った[202]。職員は，これまでに提供されてきたケアが適切でないと認識していたものの，変えられずにいた[203]。

波潟は，まず職員の意識改革のために，研修やミーティングを繰り返し行った。2001 年 8 月，外部講師を招き，ユニットケアの学習会を開催した。2001 年 11 月から 2002 年の 2 月，ユニットケア全国セミナーなどの外部研修と先進施設の見学・実習に職員を派遣した[204]。派遣された職員は，「同じ特養なのにお年寄りの表情が違う」，「職員が生き生きしていてうらやましい」という感想を述べた[205]。

2001 年 8 月から 12 月，副施設長，企画総務係長，生活福祉係長 2 人，生活福祉係主任 2 人の 6 人が，施設ケア改革プロジェクト 21 推進委員会発足のための準備会議を計 5 回行った[206]。また仕事後に何度も集まり，研修で気づき学びを得たことを本音でぶつけ合った。

2002 年 1 月，委員公募によって選任された一般職員 2 人を加え，施設ケア改革プロジェクト 21 推進委員会が設置された。施設ケア改革プロジェクト 21 推進委員会の会議は月に 1 回開催された[207]。この会議では，「自分たちの入りたい施設を自分たちの手で創り上げよう」を合言葉に，各委員が自分の入りたい施設の理想や 3 年後の鷹栖さつき苑でのケアのあるべき姿について共有した。どうすれば施設入所者が家庭的な雰囲気を味わい，当たり前の生活を送ることができるようになるのか，施設入所者と職員が共に生き生きと楽しく暮らせるようになるのか，その具体化のために何を変えなければならないかなど，ユニットケアだけにとどまらず様々な問題について議論を重ねた。この会議によって，参加者は他の職員もこれまでのケアに対して無気力感を覚えていたことに気づいた[208]。

198）『鷹栖さつき苑 20 周年記念誌』，p. 47。
199）『さつき会事業報告書』（2000 年度），p. 10。
200），201）波潟（2003a），波潟（2003b），波潟（2004a）。
202）加藤（2007），p. 58。
203）波潟（2003a），p. 43。
204）『さつき会事業報告書』（2000 年度），p. 94。
205）波潟（2003a），p.43。
206），207）『さつき会事業報告書』（2000 年度），p. 94。
208）波潟（2003a），p. 43。

③ 4代目施設長の就任

2002年4月，4代目施設長に波潟幸敏が就任した。彼は，前述の通り，さつき会における高齢者介護サービスの開始当初から関与してきた。在宅の高齢者が，特別養護老人ホームや病院に生活の場を移したときに，元気やその人らしさがなくなっていく様子を体感していた。この経験の中で，「施設の生活は果たしてこれで良いのだろうか？生活の場として相応しいケアがあるのではないか[209]」と，さつき会の施設サービスについてこれでいいのかと疑問を抱くようになった[210]。

波潟施設長は，ユニットケアの導入には施設長が重要な役割を担うことを主張していた。「トップ・マネジャーは，施設の体質・風土，財務状態，職員集団の意識レベルや改革に耐えられる体力があるかを見極め，目指すべき方向と進路を決め，道を切り開く必要がある」と述べた[211]。現場職員のモチベーションが高まっていても，トップ・マネジャーが決断をしないことがある[212]ため，彼は施設長の意識改革の必要性を強く主張したのである[213]。

④ ユニットケアの再導入

2002年6月，第1次施設ケア改革プロジェクト21実施計画書が提出された。波潟施設長は，職員に対して新しい鷹栖さつき苑を一から創り上げる決意とビジョンを示した。同月，ユニットケアの再導入に先立って，彼は，利用者およびその家族に対して「ユニットケア説明会」を開催した[214]。ユニットケア説明会では，従来のケアをビデオに撮影し，家族に対してそのケアを示した。そしてこれからは利用者の生活に寄り添ったケアを実現するためにユニットケアを行うと説明がなされた[215]。

2002年7月，実施計画書に基づき，ユニットごとに生活環境が整備され，ケアが提供されるようになった。ユニットケアの再導入には，次の4つの内容に重点が置かれた[216]。1つめが，居住環境の変更である。鷹栖さつき苑の建物は，廊下の片側に多人数部屋が並ぶ，典型的な従来型の構造であった。従来型の建物構造では，職員が少人数で施設入所者に対して効率よく介護を提供することに適していた。入所者60人が広く無機質な食堂に一斉に毎回集まり，食事をしていた。ユニットケアの再導入後には，鷹栖さつき苑の建物が，すずらんユニット，なでしこユニット，たんぽぽユニットと呼ばれる3つの生活単位に分けられた。60人の入所者と職員がこれら3つのユニットに完全に区分され，配置された。ユニットごとに建物を区切り，それぞれに共同リビングと食堂が設置された。さらに1つのユニット内でも3か所程度に分け，5人程度の入所者が1つの食卓を囲んで職員と一緒に食事がとれるようなスペースも設けられた。

2つめが，職員配置の変更である。ユニットケアの再導入前には，勤務シフトが6種類に分けられていた。勤務シフトが6種類と複雑であること，夜間の勤務シフトが少人数で16時間もの長時間拘束されていたことなどの問題を抱えていた。ユニットケアの再導入後には，勤務シフトが3種類に分けられ，すべての勤務シフトの拘束時間が8時間になった。夜間の時間帯はユニットごとに1名配置し，職員を完全に分けて固定化する完全三交代制を導入した。職員配置の変更に伴って，職員が増員された。入所者2.9人を職員1人が担当する人員配置が，入所者2.3人を職員1人が担当する人員配置の体制に変わり，職員1人あたりが対応する入所者数が少なくなった。居住環境の変更に係る施設整備や勤務シフトの変更に係る増員のための経

209）波潟（2006），p. 11。
210）加藤（2007），p. 57。
211）波潟（2003a），波潟（2003b），波潟（2004a）。
212）波潟（2004b），p. 62。
213）加藤（2005），p. 60。
214）『さつき会事業報告書』（2001年度），p. 114。
215）加藤（2005），p. 61。
216）波潟（2003a），波潟（2003b），波潟（2004a）。

費は，給食部門の外部委託によって浮いた経費が充当された。

3つめが，職員のケアに対する姿勢の変更である。ユニットケアの再導入前には，職員主体で流れ作業のように介護が提供されており，利用者主体とは言いがたかった[217]。例えば，入所者が唯一集まる場所であった小ホールに職員はおらず，入所者と職員とのコミュニケーションは少なかった。ユニットケアの再導入後には，入所者に寄り添うケアが重視されるようになった。入所者の嗜好などその人らしさを見つけだすために，職員が少しでも入所者と関わる時間を増やそうとした。

4つめが，管理者による監督・指揮の変更である。3つのユニットを横断的に監督・指揮する役割を持ったスーパーバイザーを2人配置した。彼らは現場に関わりながら，職員と入所者との関わり方に注目し，ケアやコミュニケーションの方法についてのアドバイスを行った。

⑤　ユニットケアの再導入の効果

ユニットケアの再導入は，多くの変化をもたらした。波潟施設長は，ユニットケア再導入による変化と成果として，①顔なじみ，濃密な関係，会話の増加，②生き生きとした表情・笑顔の増加，③認知症高齢者の精神的・情緒的安定，④疾病の早期発見，治癒の短期化，⑤面会回数・滞在時間の増加，⑥職員の責任感・自主性・資質の向上，⑦仕事に対するやりがい・楽しみの7つを挙げている[218]。ユニットケア再導入前には，硬い廊下を四つん這いになって日中徘徊していた入所者が徘徊しなくなり，他の入所者とコミュニケーションをとろうとするようになった[219]。職員と入所者とのコミュニケーションが増え，職員の仕事に対するモチベーションが高まった。職員から「仕事に来るのが楽しくなった」，「苦しくなくなった」，「充実感が全然違う」という声があがるようになった[220]。2002年度の施設ケア改革プロジェクト21推進委員会の活動報告には，職員の「主体性」・「自発性」が増えたことが記述されている。他方，いずれの効果も，データとして数値化できるものではなく，情緒的な変化にとどまっていた[221]。

波潟施設長は，「ユニットケアがもたらすものは利用者主体のケアと職員の意識改革だと思う。ドラマチックに言えば，15年間の集団的介護，流れ作業的な介護という呪縛からようやく抜け出すことができ，大規模施設のマスプロケアを打ち破ってくれた[222]」，「ユニットケアとは，利用者一人ひとりに『よく気が利くケア』を行うことである[223]」と述べ，ユニットケアを高く評価した。そして，第2次施設ケア改革プロジェクト21実施計画書の策定によって，ユニットケアをさらに推進しようとした[224]。

⑥　ユニットケアによる課題の発見

ユニットケアを進める中で，新たに次の3つの課題[225]が見つけられた。第1に，職員個々の資質・能力が不十分であった。流れ作業に慣れた職員は，常に動いていなければ落ち着くことができず，高齢者に寄り添うことの重要性を十分に理解できなかった[226]。その上，個々の能力を高める仕組みも十分とはいえなかった。人材育成，能力開発の仕組みとルールがなく，職員教育・研修が体系化されていなかった[227]。

第2に，ユニットケアに関わる実践的な情報が不十分であった。当時，北海道内の特別養護老人ホームにおけるユニットケアの導入は全施設の1割程度であり，様々な課題を抱えていた

217）波潟（2003a），p. 43。
218），219）波潟（2004b），p. 59。
220）波潟（2003a），p. 46。
221）波潟（2004b），p. 59。
222）波潟（2003b），p. 62。
223）波潟（2004a），p. 33。
224）『さつき会事業報告書』（2002年度），p. 4。
225）波潟（2004a），p. 32。
226）波潟（2003a），p. 49。
227）『さつき会事業報告書』（2000年度），pp. 10-12。

ものの，一施設のみの取り組みでは十分な解決には限界があった。このため，道内の他施設との情報共有が目指された。

第3に，リロケーション・ダメージへの完全な解決にはつながらなかったことである。リロケーション・ダメージとは，在宅の高齢者が特別養護老人ホームなどに入所した際に劇的に弱ることである。ユニットケアの導入によって，ケアの質は改善されたものの，現場職員から，「確かにユニットケアにしてよくなったけど，なんだかお年寄りがかごの中の小鳥みたい。これで良いのだろうか」との疑問が投げかけられた。現場職員からのこの提言は，自宅や地域に近い場所で暮らせることこそ理想であることに気づかせるきっかけとなった[228)]。

(2) 第2期の分析（図9）

① 資源

第2期において，4つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（22）〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉，資源（24）〈ユニットケアの部分的な知識〉，資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，資源（26）〈改良された鷹栖さつき苑〉である。以下，4つの資源について説明する。

資源（22）〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉は，（17）〈介護保険制度の開始〉と（21）〈「入りたい施設」についてのグループワーク〉の2つを契機に生成・特定化された。第1の（17）〈介護保険制度の開始〉は2000年に生じた。さつき会は，介護保険制度への対応として，資源（18）〈非正規職員を中心とする多数の採用〉によって，法定数以上の職員を確保した。しかし，2002年ごろのさつき会には，人材育成を体系立てて行う仕組みがなかった。（19）〈不十分な職員育成〉によって，離職者が増加していた。

第2の（21）〈「入りたい施設」についてのグループワーク〉は，2001年に生じた。第1期にユニットケアの導入に失敗したことをうけて，活動（15）〈施設ケア改革プロジェクト21推進委員会の設立〉によって職員の意識改革が行われた。中堅職員を中心に（23）〈ユニットケアの先進施設見学〉を行い，その見学を通じて得られた気づきや学びを共有した。次に，現場職員のユニットケアへの関心を高めるため，「どうすれば自分が入りたい施設にできるか」をグループで話し合わせた。（21）〈「入りたい施設」についてのグループワーク〉によって，現場職員の間に従来の業務に対する不満が共有され，現場職員はその不満を解消するために今後何をすべきかについて積極的に考えるようになった。これらの結果，（5）〈職員の低い貢献意欲〉は，資源（22）〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉へと変化した。

資源（24）〈ユニットケアの部分的な知識〉は，次のように生成・特定化された。2001年の活動（15）〈施設ケア改革プロジェクト21推進委員会の設立〉によって，中堅職員がユニットケアを先進施設から学ぶ機会となった。（23）〈ユニットケアの先進施設見学〉で得られた知識に基づき，2002年にユニットケアが再導入された。活動（17）〈ユニットケアの再導入〉によって，職員は入所者についての情報を知ることができるようになった。しかし，（19）〈不十分な職員育成〉のために知識は不十分にしか蓄積されず，職員間の能力の差が顕在化した。この結果，（9）〈認知症ケアの不十分な知識〉は資源（24）〈ユニットケアの部分的な知識〉へと変化した。

資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉は，第1期に引き続き生成・特定化された。

資源（26）〈改良された鷹栖さつき苑〉は，2002年ごろの（25）〈独立した生活スペースの整備〉によって，生成・特定化された。鷹栖さつき苑は多床室で従来型の建物構造であったため，ユニットケアの実施には適していなかった。活動（15）〈施設ケア改革プロジェクト21推進委員会の設立〉によって施設整備が進めら

228）波潟（2003a），波潟（2003b），波潟（2004a）。

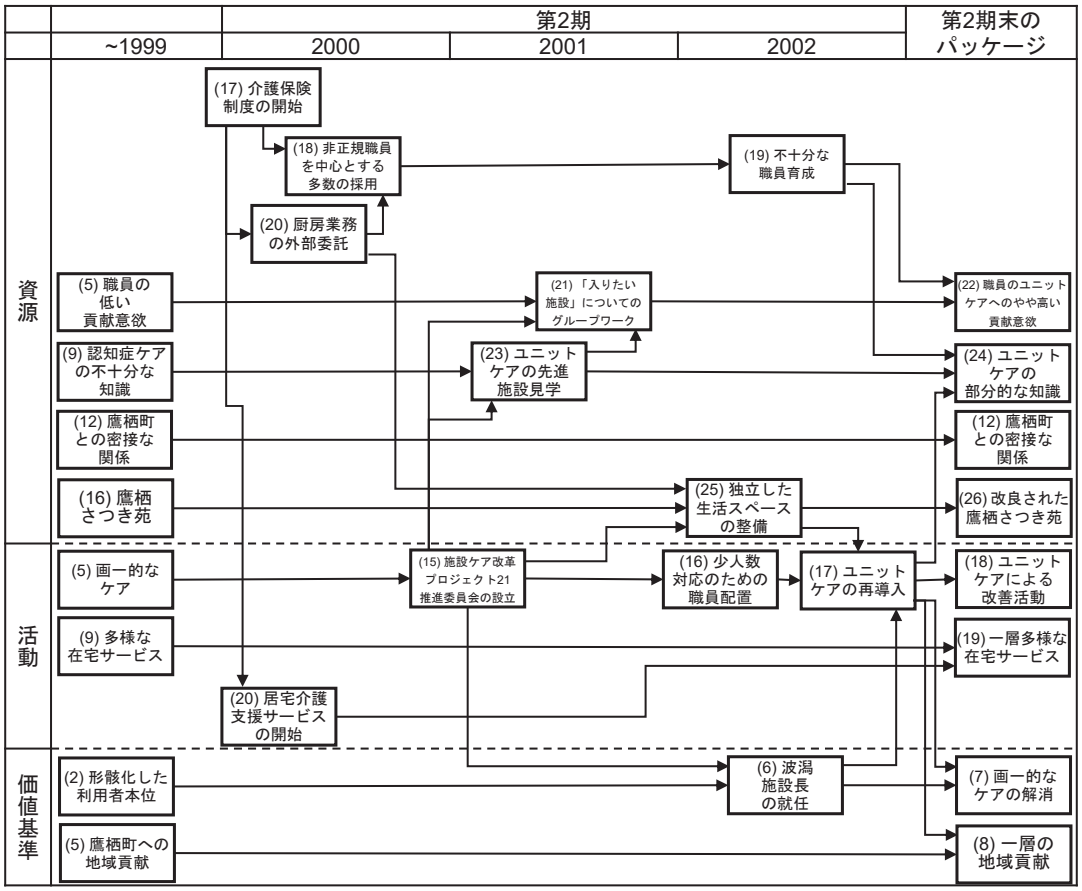


図 9　第 2 期の分析結果

れた。施設整備には（20）〈厨房業務の外部委託〉によって浮いた費用が充てられた。この結果，（16）〈鷹栖さつき苑〉は資源（26）〈改良された鷹栖さつき苑〉へと変化した。

②　活動

第 2 期において，2 つの活動が生成・展開された。すなわち，活動（18）〈ユニットケアによる改善活動〉と活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉である。以下 2 つの活動について説明する。

活動（18）〈ユニットケアによる改善活動〉は，（17）〈ユニットケアの再導入〉によって生成・展開された。（17）〈ユニットケアの再導入〉の経緯は次の通りである。2001 年に副施設長となった波潟が中心となって，活動（15）〈施設ケア改革プロジェクト 21 推進委員会の設立〉をした。施設ケア改革プロジェクト 21 では，ユニットケア実施のために，①職員の意識改革（資源（21）〈「入りたい施設」についてのグループワーク〉と資源（23）〈ユニットケアの先進施設見学〉），②施設内の環境整備（資源（25）〈独立した生活スペースの整備〉），③ユニットごとの職員の固定化・スタッフシフトの変更（活動（16）〈少人数対応のための職員配置〉）を行った。さらに，2002 年，価値基準（6）〈波潟施設長の就任〉によって，活動（17）〈ユニットケアの再導入〉はさらに推進された。これらの結果，（5）〈画一的なケア〉は，活動（18）〈ユニットケアによる改善活動〉に変化した。

活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉は，（20）〈居宅介護支援サービスの開始〉によって，生成・展開された。居宅介護支援サービスは，2000年の資源（17）〈介護保険制度の開始〉によって新たに制度化された。この結果，（9）〈多様な在宅サービス〉は，活動（19）〈一層多様な在宅サービス〉へと変化した。

③ 価値基準

第2期において，2つの価値基準が認識・定義された。すなわち，価値基準（7）〈画一的なケアの解消〉と価値基準（8）〈一層の地域貢献〉である。以下2つの価値基準について説明する。

価値基準（7）〈画一的なケアの解消〉は，次のように認識・定義された。第1に，副施設長になった波潟は，2001年の活動（15）〈施設ケア改革プロジェクト21推進委員会の設立〉によって，第1期末に認識・定義された（2）〈形骸化した利用者本位〉を変えようとした。第2に，2002年の（6）〈波潟施設長の就任〉によって，ユニットケアを通じた画一的なケアの解消がさらに推進された。第3に，2002年の活動（17）〈ユニットケアの再導入〉の結果，入所者への寄り添い，家庭的で生活感覚に満ちた環境を作ることで，その人らしい生活を構築できると一層認識されるようになった。これらの結果，（2）〈形骸化した利用者本位〉は，価値基準（7）〈画一的なケアの解消〉へと変化した。

価値基準（8）〈一層の地域貢献〉は，2002年の活動（17）〈ユニットケアの再導入〉によって認識・定義された。ユニットケアの再導入に取り組んでいた中堅職員からの提言をきっかけとして，単に施設内の環境を住み慣れたものに近づけるだけでなく，住み慣れた地域とのつながりを断たないようにすることが重視されるようになった。これらの結果，（5）〈地域貢献〉は，価値基準（8）〈一層の地域貢献〉へと変化した。

④ 3つの結び付き

第2期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第1の資源のリストは，（22）〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉，（24）〈ユニットケアの部分的な知識〉，（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，（26）〈改良された鷹栖さつき苑〉の4つからなっていた。このうち，（22）〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉と（24）〈ユニットケアの部分的な知識〉の2つは，不十分に生成・特定化された資源であった。

第2の活動のリストは，（18）〈ユニットケアによる改善活動〉と（19）〈一層多様な在宅サービス〉の2つからなっていた。いずれの活動も，十分に生成・展開されたものであった。

第3の価値基準のリストは，（7）〈画一的なケアの解消〉と（8）〈一層の地域貢献〉の2つからなっていた。このうち，（8）〈一層の地域貢献〉は十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第2期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは部分的なパッケージの構成にとどまり，さつき会の第2期の組織成果は中程度であった。

3. 第3期（2003年〜2008年：介護報酬のマイナス改定期）

(1) 第3期の事例

① ユニットケアの推進

2003年，介護報酬が改定された。この介護報酬の改定は，ユニットケアを推奨していた。ユニット型個室特養が制度化され，介護報酬が優遇されていた。また，ユニットケアを導入する従来型特養の介護報酬も，導入していない従来型特養より優遇されていた。

2003年3月，さつき会は「かみかわユニットケア・サテライトケア研究会」を結成した。研究会は，鷹栖町の位置する北海道上川郡を中心とした高齢者福祉施設に対し，ユニットケアの実践やサテライトケアの啓発をすすめていくことを目的としていた。身近な地域の中で「率直に本音でモノを言い合う」を合言葉に，認め

合い，支え合い，競い合う施設同士のネットワークを築く[229]ため，上川管内で先駆的にユニットケアに取り組む鷹栖さつき苑と美瑛慈光園，そして上川支庁が世話人となり，お互いに啓発しながら，切磋琢磨する研究会が催されるようになった。

2004年，第2次施設ケア改革プロジェクト21が策定され，「利用者が，小規模な生活空間と家庭的な雰囲気の中で，継続的なグループを保ち，日常生活は可能な限り利用者と職員が共に行い，必要な生活支援とケアを受けながら生活できるようになる」ことを短期目標として定められた。この具体化のための方法として「ユニットケア」の実践を位置づけ，従来型の鷹栖さつき苑における小規模ケアの取り組みを行った[230]。2005年，鷹栖さつき苑では，職員間の連携を深めるために，各職種が一つのスタッフルームで事務作業を行うようになった。同一フロアでの事務作業によって，職員間のコミュニケーションが容易になった[231]。他方，鷹栖さつき苑の「個別ケア」は限界を抱えていた。鷹栖さつき苑の居室の大半は4人部屋であり，プライベートな空間が確保できなかった。改築による個室化も困難であった[232]。

②　「鷹栖なごみの家」の開設

2004年5月，「多機能型グループホーム鷹栖なごみの家」が開設された。鷹栖なごみの家は，鷹栖高校，郷土資料館，鷹栖町商工会などが入る複合施設プラザ・クロス10に囲まれた，鷹栖町の中心市街地に立地している。この土地は，以前給食センターが建てられていた町有地であったが，2003年度，鷹栖町が給食センターを解体し，さつき会に無償貸与した[233]。

鷹栖なごみの家は，洋ユニットと和ユニットの2つのユニットからなる，定員18名の全室個室型のグループホームであり，次の4つの特徴がある。第1に，認知症を持ちながらも，趣味や今までの生活の中で行ってきた調理や掃除などの日常生活を奪うことなく，できる限り自分で行うことを支援する。第2に，住み慣れた地域の中で暮らすことや地域の人や自然と触れ合うことを大切にし，地域行事や地域活動に積極的に参加する。第3に，できるだけ家庭に近い環境で過ごせるように，プライベートを保つことができる全室個室でトイレも隣接して設置されており，ユニットごとにリビング，食堂，浴室が用意されている。第4に，在宅サービス拠点や地域交流スペースが併設されており，馴染みの関係や地域住民との交流ができるよう配慮する。

鷹栖なごみの家と従来型の特別養護老人ホームの違いについて，鷹栖なごみの家は，「自宅でもない，施設でもない，認知症高齢者が安心して暮らせる『もうひとつの家』[234]」であると述べられている。鷹栖なごみの家の初代管理責任者である谷本政美は，「大型施設での限界を感じ，少人数で家庭的な雰囲気のグループホーム[235]」を目指し，特別養護老人ホームでは難しかった「利用者の意思を尊重し参加する場づくり，例えば食事づくりを一緒に行うこと[236]」を実践できると述べている。

③　鷹栖なごみの家における在宅サービスと地域交流スペース

2004年5月，鷹栖なごみの家において短期入所サービス（定員2名）が開始され，同年10月，通所介護サービス（定員10名）が開始された。短期入所サービスは通所介護サービス利用者向けの自主事業として運営された[237]。これらのサービスの同時提供の意図は，同じ場所で同じ職員が，グループホームならではの家

229）波潟（2006），p. 11。
230）波潟（2004a），p. 25。
231）波潟（2012a），p. 78。
232）『読売新聞』（2004年8月4日）。
233）『北海道新聞』（2003年3月14日）。
234）『介護新聞』（2004年4月1日）。
235）『北海道新聞』（2004年5月15日）。
236）おはよう21編集部（2005），p. 7。
237）『介護新聞』（2004年5月13日）。

庭的な生活環境の中で，通所，宿泊，入居の一連のサービスを提供することによって，利用者の精神的な負担や不安を軽減させることであった[238]。「通って，泊まれて，住むことのできる」場を提供することによって，在宅高齢者の馴染みの関係と環境を崩すことなく，その人らしい生活を送ることが目指された。波潟施設長は，短期入所サービスを自主事業として行った理由について，「通ってきて，どうしても泊まらないといけないような人たちがそばにいたので，部屋を作って泊まれるようにしようと考えました。常に目の前の困っている人のニーズに，制度があろうがなかろうが，それに応えていく[239]」と述べている。

鷹栖なごみの家には，地域交流スペースが設置された。この地域交流スペースは，地域住民が気軽に足を運ぶ「まちかどサロン」や，職員の子供を預かる託児所などの活用が目指された。しかし，地域交流スペースは，意図していたほど活用されなかった。地域住民と入所者との交流は「行事としての参加[240]」に過ぎず，「一緒に畑を起こし，漬物や梅酒を作るような日常的な交流に至っていない[241]」と記述されている。地域住民をはじめとした地域資源を施設内に取り入れる仕組みを作ることが必要であると認識されていた[242]。

④ ケア方針の混乱と病変・苦情・事故の増加

2005年ごろ，病変・事故・苦情が増加した[243]。2005年度の事業報告書では，「脱水，低栄養，褥創，介護事故が多く，事故，苦情の対応に追われた一年であった[244]」と記述されている。重度の認知症や重度の障害を抱えた高齢者が増加しており，その個別ケアを実現するには，「より高い知識や技術が必要であり，大きな壁となった[245]」。さらに，職員による「『寄り添うケア』，『入居者本位のケア』への理解が不十分であったことにより，いつのまにか入居者の生活リズムに乱れが生じた[246]」。波潟施設長は，寄り添うケアへの過度の重視について，当時を振り返り次のように述べている。

> 職員が「寄り添い」という聞こえのよい言葉に惑わされました。お年寄りと一緒にお茶を飲んだり買い物に行ったりという楽しいことに時間を割いてしまいました。このため，水分のケアや排泄のケアが軽視されていました[247]。

2006年，波潟施設長は，さつき会のケアのあり方について疑念を抱くようになった。彼は，2006年7月に寄稿した記事の中で，「認知症の人が，自分らしく人間らしく生活しているかと問われ，『できている』と答えられる施設はどれくらいあるだろうか。正直，鷹栖さつき苑ではできていない。この4年間，鷹栖さつき苑ではユニットケアというひとつの手段を通して，特養で生活を取り戻し，認知症の人の秘めた能力や生きる力を引き出し，生活者としての主体を再建する取り組みをすすめている。しかし，誰のための何のためのユニットケアなのかを見失い迷走し，そのたびに目の前のお年寄りと職員たちが『形ではなくケアだよ』と教えてくれる[248]」と述べている。さらに，2006年の介護報酬改定において，ユニットケアを行う従来型特養への報酬が減額された。波潟施設長は，「これ以上の減額は，従来型特養のユニットケアの灯火を消すことにもなりかねない[249]」と述べている。

⑤ 離職者の増加

2002年以降，さつき会では離職者が増加した。『介護人財マネジメント』の記事によれば，

238）『北海道新聞』（2004年4月27日）。
239）波潟への聴き取り調査，2015年7月16日。
240）『さつき会事業報告書』（2005年度），p. 39。
241）『毎日新聞』（2005年1月9日）。
242）『介護新聞』（2005年3月17日）。
243）波潟（2012a），p. 76。
244）『さつき会事業報告書』（2005年度），p. 1。
245）*ibid.*，p. 160。
246）『さつき会事業報告書』（2006年度），p. 40。
247）波潟への聴き取り調査，2015年7月16日。
248），249）波潟（2006），p. 11。

鷹栖さつき苑において，職場環境を理由にした介看護職員の離職は2002年度から2006年度にかけて増加し，特に非正規職員[250]の離職が多かった[251]。2005年ごろ，鷹栖さつき苑の離職者は，職員の3割にあたる9人にまで増えた。

離職者の増加が生じた当初には，波潟施設長はその問題を重視していなかった。彼は，その当時について「職場の雲行きが怪しくなってきたときは，まだ大丈夫だとか，なんとか立て直せるとか考えていました[252]」と述べている。

2005年，増加する離職者への対応のために，エルダー制度が導入された。エルダー制度とは，新人職員一人につきエルダーと呼ばれる先輩職員一人を指導担当として充て，実務を通じた指導・助言の提供や相談相手となるものである。新人職員の不安や緊張を軽減させるとともに，適切に業務を教えることが目指された。新人の育成方法については，先輩職員に任されていた。

しかし，エルダー制度は十分な成果をあげることができなかった。エルダー制度は，業務の習熟度を確認する「基本チェックリスト」を用いて進められた。新入職員には，このチェックリストを覚えなければいけないというプレッシャーがかかった。他方，エルダー職員にも，チェックリストを覚えさせなければいけないというプレッシャーがかかった。さらに，経験の浅い職員がエルダーになった際には，エルダー職員は新人職員への気配りどころか，教えるのに精いっぱいになり精根尽き果ててしまった。当時，チェックリストを介した面談は行われていたが，「新人職員のための面談」にはなっていなかった[253]。さらに，さつき会では，中堅職員が減る一方，経験1〜2年未満の新人職員の割合が増加した。十分に指導できる中堅職員が少なくなる一方，次々と新人職員が入社した。新人職員の育成指導やユニットごとに組まれる勤務シフトは，中堅職員に過度の負担をかけた。

⑥　崩壊の危機とユニットケアの中断

上述のように，2005年ごろ，離職，ケアの質低下，不安定な運営が同時多発的に生じた。波潟施設長は，この事態を「崩壊の危機[254]」と記述している。

2006年4月，波潟施設長は，職員全体会議において，これまでの経営方針に誤りがあったことを認め，職員に謝罪した[255]。彼は，「影響が目に見えるようになったときは，焦りと認めたくないという気持ちもありました。実際に影響が出ている以上は，そこは猛省し，自分の失敗を認めなければいけませんでした[256]」と述べている。同会議において，職員に対して，「特養ケア見直しのためのアンケート」を実施した。アンケート結果についてグループワークを行い，現状と今後の課題を明確にし，リーダー会議において，「人間らしく，自分らしく，さつき苑を安心して生活できる住まいにしよう」という介護ビジョンを策定し，鷹栖さつき苑の目指すケアの方向性の意思統一を図った。ケアの原点に立ち返り，入所者に対するケアを見直し，根拠のある安定したケアの提供に努めた[257]。また，アンケート結果を受けて，相談室として使われていた部屋を職員休憩室に改装した。職員休憩室は，職員が利用者と離れ，他の職員とくつろげる空間になった[258]。

2006年，鷹栖さつき苑のユニットが3つから2つに減らされ，鷹栖さつき苑におけるユ

250）職員全体に占める非正規職員の割合は，2000年度に37%程度であったが，2005年度に59%まで上昇し，2008年度に69%に至った。
251）波潟（2012a），p. 79。
252）波潟（2014），p. 11。
253）全国高齢者ケア研究会ブログ（2011年3月18日）。
254）波潟（2012a），p. 79。
255）波潟への聴き取り調査，2015年7月16日。
256）波潟（2014），p. 11。
257）『さつき会事業報告書』（2006年度），pp. 39-40。
258）波潟（2012a），pp. 78-79。

ニットケアの運用が見直された。2006年度の事業報告書には，「ユニットケアに取り組み5年となるが，17，18年度は大きな変革の時期を迎えた[259]」と記述された。波潟施設長は，「ユニットケアをして，うまくいっていたのは1，2年くらいまででした。うまくいっているようにみえただけかな。ユニットケアをやって，うまくいったように思い込んでいました。このままユニットケアを進めても崩壊するだけなので，いったん前の体制に戻しました[260]」と述べている。組織体制と勤務シフトの見直しによって，職員が安心して働ける環境の整備を目指した。

2006年，ユニットごとの食事の提供が中止された。2002年から毎食，複式献立を実施してきた。これは利用者自身が好きな食事を選んで食べることで，利用者の意思・嗜好を尊重しQOLの向上を図る目的があった。介護職員の慢性的不足や2006年11月下旬からのノロウイルスの集団感染によって，食事の提供方法を変更せざるをえなくなった[261]。

⑦ *総合記録シートとケアチェックの導入*

2005年，鷹栖さつき苑において「総合記録シート」が導入された。総合記録シートとは，バイタルサイン，食事・水分の摂取状況，排泄状況，認知症の行動・心理症状，生活の状況などに関する，介護士，看護師，管理栄養士，相談員（ケアマネジャー）によって集められた，利用者情報が1枚に集約されたものである[262]。情報を一元化し，1週間分を一覧できるようにすることで，利用者の症状の変化を読み取りやすくする目的がある。総合記録シートの導入前には，水分チェック表，食事チェック表，排泄チェック表，バイタルチェック表，体位交換表，そのほかの様子を記述する記録など，あらゆる情報がそれぞれ別の書類に記録されていた。体調の変化や認知症の行動・心理症状の発生時などには，その要因を分析するために，ばらばらの記録から情報を集める必要があった[263]。このため，利用者の体調の変化への対応は遅れがちであった。

同年，総合記録シートに基づいて，週1回の「ケアチェック」が行われるようになった。ケアチェックとは，実施されたケアの経過を観察することである。従来の業務日誌では，ある1日の記録を確認することができる一方，数日間にわたる利用者の症状の変化を確認することは困難であった。ケアチェックを行うことによって，そのような変化を見つけ出そうとした。しかし，週1回のケアチェックは，職員が強い目的意識をもつこともなく，なんとなくしており[264]，利用者の症状の変化を迅速に見つけ出すことはできていなかった。2006年に，週2回のケアチェックを行う「ダブルチェック[265]」へと移行し，「栄養，水分，褥創についてのケアチェック体制を導入し，健康状態の把握と疾病予防，早期発見に努めた[266]」ことが記述されている。

⑧ *2006年の組織構造の再編*

利用者の病変・事故・苦情の増加という問題と離職者の増加による運営の不安定化という問題は悪循環を起こし[267]，ケアと運営が「崩壊の危機[268]」に陥った。利用者の病変・事故・苦情の増加と離職者の増加の2つは，重要な問題と認識されるようになった。2006年，「崩壊の危機」への対応のため，主に2つの組織構造の再編を行った[269]。1つは，介護部長の設置

259）『さつき会事業報告書』（2006年度），p. 40。
260）波潟への聴き取り調査，2015年7月16日。
261）『さつき会事業報告書』（2006年度），pp. 25-26。
262）波潟（2012a），p. 77。
263）尾上（2012），p. 62。
264）全国高齢者ケア研究会ブログ（2014年1月26日）。
265）さつき会内部資料。
266）『さつき会事業報告書』（2006年度），p. 39。
267）波潟（2014），p. 11。
268）波潟（2012a），p. 76。
269）『さつき会事業報告書』（2005年度），p. 154。

である。介護部長は，ケアの質向上，職員のモチベーションアップ，メンタルケア，スーパービジョン，介護リーダー育成を図るため，法人内全事業のケア・人材の管理に関与し，必要な助言・指導およびマネジメントする権限を持つ。もう 1 つは，法人事務局と企画総務係の再編である。企画総務係の担当業務であった人事・賃金制度改革や人材育成システムの整備などの企画業務が法人事務局に移管され，企画総務係は総務係に名称が変わった[270]。企画総務係では日常の総務・会計等の定型的業務の遂行で多くの時間が費やされており，企画業務に手が回っていなかった[271]。

⑨　第 1 次中期経営 3 カ年計画の策定

2007 年度，第 1 次中期経営 3 カ年計画が策定された。中期経営 3 カ年計画は，具体的で詳細な策定が目指された。2006 年度までの事業計画では，中長期的なビジョンや具体的な計画の策定は未着手であった[272]。

中期経営 3 カ年計画は，従来の単年度の計画と次の 5 点の違いがあった。1 つめは，法人全体レベルの基本方針・重点目標・取組内容と，事業所・部署レベルの基本方針・重点目標・取組内容の両方が示されている。法人全体レベルの基本方針・計画は施設長によって，各事業所・部署レベルの基本方針は施設長と課長によってそれぞれ策定される。各事業所・各部署における年間の活動計画は，リーダー（主任，ユニットリーダー）以上の管理者によって策定される。2 つめは，法人全体レベルの取組内容を担当する事業所・部署が示されて，事業所・部署レベルではその担当責任者が示されている。3 つめは，取組内容について達成されるべき目標が定量的に示されている。4 つめは，単年度のみではなく，3 年間の目標が設定されている。5 つめは，年間の活動計画の進捗度が，月次で管理されている。リーダー会議と呼ばれる各事業所・部署におけるリーダー以上の管理者の会議において，毎月点検が行われている。年度の半ばに中間評価がなされ，年度末に最終評価がなされる。その評価は，目標に対する達成度に基づいている。

第 1 次中期経営 3 カ年計画は，2007 年度から 2009 年度までの中期計画である。この計画の目的は，山積している課題解決に取り組むと同時に，利用者の満足，職員の満足，組織の満足を担保できる組織基盤を築くことであった。良いケアをする仕組み，スタッフが働きやすい仕組み，新人が離職しない仕組み，ケアの心と技術を習得する仕組みを，どれも重視しながら本格的に「ケアと運営体制の基盤づくり」に取り組み始めた[273]。

法人全体としては，次の 5 つの基本方針と 6 つの重点目標が設定された。5 つの基本方針は，(1)「安全で根拠に基づく効果的な介護サービスの提供を」，(2)「安心と信頼ある地域密着の施設・事業所に」，(3)「自立と尊厳を支え生きがいある生活を」，(4)「創造性豊かな自律した福祉人材づくりと職場の活性化を」，(5)「安定経営の持続と経営基盤の強化を」である。

重点目標は 6 つである。第 1 に，根拠に基づく介護・看護サービスを確実に提供するための基盤を整備する。第 2 に，地域と家族の力を活かした施設運営の基盤を整備する。第 3 に，個々の基礎介護力とチームワークの向上を図る。第 4 に，新人介護・看護職員が安心して働ける職場づくりの基盤を整備する。第 5 に，職員の働く意欲を喚起する職場環境の基盤を整備する。第 6 に，効率的・安定的な業務推進体制の基盤を整備する。特に，第 1 次中期経営 3 ヵ年計画では，「業務の標準化」，「ケアの個別化」，「介護人材の育成」が重点課題として位置づけられた[274]。

270）*ibid.*，pp. 154-156。
271）*ibid.*，p. 25。
272）『さつき会事業報告書』（2006 年度），p. 1。
273）波潟（2012a），p. 76。
274）『さつき会事業報告書』(2006 年度), pp. 134-139。

⑩ 組織的な職員育成への注力

2007年度から第1次中期経営3か年計画が策定・実施されたことにより，人材の確保・育成に向けて，次の3つのように組織的に取り組まれるようになった。第1に，新人職員向けの教育体制が構築された。2006年度は，採用1年目の職員の研修カリキュラムが見直された。2007年度は，新人職員向けの年間研修計画とその運用マニュアルが作成された。2008年度は，運用マニュアルが随時見直された。新人職員に期待される目的と目標と到達点が明確化され，具体的な研修内容が作成された。

第2に，現任の一般職員向け研修体制が構築された。2007年度，2006年度に実施された職員研修ニーズ調査に基づき，職員全体研修が4回実施された。職員全体研修は，食中毒予防法，救急救命講習，ノロウイルス感染予防研修，マニュアルづくり勉強会であった。このうち，食中毒予防法からノロウイルス感染予防研修までの3回の研修は，2005年度と2006年度に利用者の病変や介護事故が多発したことや，2006年度にノロウイルスの集団感染が発生したことにより，職員から要望が高かったため実施された[275]。

第3に，リーダー・管理者向け研修体制が構築された。2007年，リーダー・管理者研修会が定例的に開催された。さつき会では，全国高齢者ケア研究会[276]のトータルケア・プログラム[277]が導入された。トータルケアとは，身体的重度でかつ認知症の利用者の急増に対応した，「利用者の状態を総合的に把握して実践されるケア」である。利用者を総合的に把握するため，①スタッフによる日常的な観察，②記録によるエビデンスにもとづいた観察，③多職種協働による観察により，体調悪化の兆候を捉え対応することである[278]。2007年のリーダー・管理者研修会には，全国高齢者ケア研究会代表の泉田照雄が参加し，リーダー職員とともに過去の退去者の記録のスクリーニングを行った。そのスクリーニングによって，それまでのケアが後手に回っていたことや，入居者を十分に見られていなかったことにリーダー職員が気づいた。このリーダー勉強会が，トータルケア導入の真のスタートとなった[279]。

⑪ 介護保険制度改正に伴う対応

2006年の介護保険制度改正に伴い，介護予防サービスが開始された。また同年，介護保険制度改正により，鷹栖町が「地域包括支援センター」を運営するようになり，在宅介護支援センターは廃止された。

2007年7月，「小規模多機能ホームなごみの家」が開設された。2004年に開設されたデイセンターなごみの家における通所サービスと短期入所サービスが，小規模多機能型居宅介護サービスに転換されたのである。小規模多機能型居宅介護サービスは，地域で暮らす高齢者の困りごとに柔軟に対応できるように，通い・泊まり・訪問・相談の機能を持ち，できるだけ地域，そして自宅で生活できるように支えることを目標とした[280]。ケアマネジャーが常駐し，通い・泊まり・訪問の連続したサービスが提供され，緊急的なニーズに即応するようになった

275）『さつき会事業報告書』（2007年度），p. 25。

276）2006年，全国高齢者ケア研究会が設立された。研究会のメンバーは，主にユニットケアに先駆的に取り組んできた特別養護老人ホームの施設長である。2005年ごろから，さつき会を含む多くの介護現場において，高齢者の重度化への対応が課題になっていた。全国高齢者ケア研究会の代表である泉田照雄は「トータルケア」を提唱した。

277）当初，グレードアップケアプログラムという名称であった。

278）内田洋行ITレポート「【ふれあい福祉セミナー】これからの高齢者ケア　特別養護老人ホーム要介護度3時代の重度化ケアの必要性」（https://www.uchida.co.jp/system/report/20160013.html）。

279）全国高齢者ケア研究会ブログ（2014年1月26日）。

280）『鷹栖さつき苑20周年記念誌』，p. 32。

ことできめ細やかなケアマネジメントと安定したサービスが提供されるようになった。

⑫　*住民参加の必要性*

さつき会は，ユニットケアや小規模多機能型介護施設を整備するなど，当時としては先進的な施設整備や運営にいち早く努めてきた。しかし，特別養護老人ホームやグループホームへの入居者や，農繁期により一時的に自宅で介護できないために短期入所サービスを利用する高齢者は，不安な表情や徘徊などを行った。このため，入居者や利用者の症状や状態が大きく改善することはなかった。

波潟施設長は，施設水準や運営体制がよくなれば，高齢者の症状は改善されるはずであると確信していたが，入居者の目立った改善がないことに気づいた。その際，その原因が認知症などの入居者が抱える疾患が原因であると決め付けていた。しかし，住み慣れた家族や地域から離れて孤立した施設に入所することで環境が大きく変化してしまい，それによる不安が認知症状などを進みやすくし，寝たきりなどを助長する原因となることが分かってきた[281]。彼は，これまでのケアでは足りない点について，次のように述べている。

> さつき苑とか，なごみの家という全室個室のユニット型グループホームを作ったけれども，いまいち自分の中で違うなと思いました。まだまだお年寄りが，かつて自分が在宅でみていたようなやっぱり生き生きとした暮らしをできていない。暮らしの楽しみだとか，温かさとか，うるおいに関わること，これは人と出会ったりだとか，つながったりだとかが足りていない[282]。

暮らしの中での楽しみや温かさやうるおいをより充実させるために，職員を増強することには限界があった。波潟施設長は，地域住民の力について次のように述べている。

> これまではスタッフのコミュニケーション，一緒にお茶を飲む時間だとかを増やすとかもしたけれども，そこで止まっちゃったんです。これ以上職員のマンパワーを増やすわけにもいかないし，職員に負担をかけるわけにもいかない。じゃあこのプラスアルファをどうやって埋めようかと思ったときに，それが地域の力，地域住民の力を借りることができれば，少しでもそこのすきまが埋まるんじゃないかなと思ったんです[283]。

⑬　*北野の介護を考える住民と事業所の勉強会の結成*

2005 年ごろ，特別養護老人ホームは，鷹栖町の中心街である鷹栖地区にしかなかった。鷹栖町には，鷹栖地区以外に旭川市に近い北野地区に大きめの集落があった。北野地区には，介護施設がなくかつ入居待機者が 90 人ほどいたため，北野地区に新しい介護施設をつくってほしいとの要望が多くでていた[284]。

2005 年 11 月から半年間かけて，さつき会の幹部，鷹栖町の福祉担当者，鷹栖町社会福祉協議会との間で，勉強会が月 1 回から 2 回行われた。勉強会では，課題の共有，住民参画の仕掛けや地域の顔役探しなどを始めた。この時，住民参画の集まりについては，団体代表や充て職の集まりにするのではなく，主体的な人の集まりにしたいとの意識の共有が図られた[285]。勉強会には，全国高齢者ケア研究会代表の泉田氏を招き助言などを求めた。この勉強会について，波潟は次のように語っている。

> 地域福祉コーディネーターの泉田さんから，せっかく施設をつくるんだから，住民参加で地域を巻き込んで，地域の人たちと共に高齢者の暮らしを支えるような取り組みづくりをチャレンジしてみたらどうっていうふうにアドバイスを受けました[286]。

2006 年 6 月，鷹栖町主催で町の各団体のリー

281）波潟（2012b），p. 41。
282），283）波潟への聴き取り調査，2015 年 7 月 16 日。
284）波潟（2013）。
285）神谷（2017），p. 33。
286）波潟への聴き取り調査，2015 年 7 月 16 日。

ダーを対象とした「鷹栖町リーダー講演会」が開催された。この講演会の際に，町の保健福祉課長から開拓農家の3代目で地域住民のまとめ役であった澤口隆を紹介された。彼は，2003年6月から2008年7月まで母親の介護に携わり，さつき会のデイサービスやショートステイサービス等を利用していた。

波潟施設長は，澤口に直接会い，住民参画型の施設の整備について相談した。その際，彼から「住民の力や知恵を借りたいのだったら，一肌脱いでもいいよ[287]」と，住民参画型の施設整備への協力の了承が得られた。澤口は，翌々日に，代表的な地域住民15人の名簿を渡した。波潟施設長は，15人の名簿を渡された際に，澤口から次のように言われた。

> 波潟さんが自ら足を運んで説明し，このメンバーに本気度が伝わるかどうかで，今後，住民が主体的に参画するかどうか決まるのだ[288]。

澤口も，このときの状況について次のように語る。

> やっぱり人にお願いするときには，電話ではだめだ。相手の目をみてお願いしなかったら，うんと言ってくれない。私もまわるから，あなたもまわりなさいよってね[289]。

2006年7月，紹介された15人の地域住民からの協力が得られ，「北野の介護を考える住民と事業所の勉強会」が結成された。2年9カ月間で勉強会が16回，親睦会が3回，先進地域視察が3回それぞれ行われた。勉強会では，どういった老後の生活を望むのかといった意見交換や，大型の特養と小規模の特養での生活スタイルの違いを細かくみることで，自分が入りたいと思う特養はどういった施設なのかという意見交換を行いながら，少しずつ施設像を具体化させていった。勉強会のメンバーは当初15名であったが，きめ細かく継続的に動ける人を増やそうという観点から，新たに18名のメンバーを追加し33名となった[290]。

また，さつき会職員とこの地域住民が2人1組になって北野地区の訪問調査を行い，住民1人1人から特別養護老人ホームへの要望を聞き取って歩いた。地域住民191人への訪問調査が行われた。この191人の訪問調査により，特別養護老人ホームだけではなく，農閑期や家族の緊急時などの特別なときに安心して預けられる場所や地域の人々の交流の場が求められていることが明らかになった。

このような地域住民との対話の中で，施設の立地や設計について協議を重ねていった。建設の基本設計の段階から住民の意見を反映させた。地域住民の澤口は，北野地区での建設場所の選定について次のように語る。

> ぬくもりの家えんを建てるときは，どこに建てるか，どんな規模にするかもきまっていなかった。波潟さんと相談して，幼稚園も近いということでここに決めました[291]。

住民の意見を反映させ，北野地区の介護施設は，サテライト型特別養護老人ホームと小規模多機能型居宅介護を併設し，そこに地域交流スペースを設置するという方向で整備された。基本設計についても地域住民の意見を大きく反映させた。交流スペースは，基本設計段階において全面フローリングの予定であったが，「北野の介護を考える住民と事業所の勉強会」の意見によって一部畳の小上がりに変更され[292]，中庭の花壇も作物の育ちが良い方向に配置を変更させた。調理室は各ユニットの中間に配置して，調理場から食事をしている光景が見えるようにして，入居者も職員と会話ができるように設計された[293]。

287），288）波潟（2013）。
289）澤口への聴き取り調査，2015年10月3日。
290）神谷（2017），p. 32。
291）澤口への聴き取り調査，2015年10月3日。
292）波潟（2012b），p. 41。
293）波潟（2013）。

(2)　第 3 期の分析（図 10）

①　資源

第 3 期において，5 つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（37）〈職員のやや高い貢献意欲〉，資源（39）〈トータルケアの知識〉，資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，資源（40）〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，資源（43）〈鷹栖なごみの家〉である。以下 5 つの資源について説明する。

資源（37）〈職員のやや高い貢献意欲〉は，（31）〈組織的な職員育成への注力〉，（34）〈特養のケア見直しのグループワーク〉，（36）〈リーダー勉強会〉の 3 つの契機によって生成・特定化された。

1 つめの（31）〈組織的な職員育成への注力〉は次のように生じた。さつき会は，第 2 期のはじめから職員確保のため非正規職員の採用を増加させた。（29）〈非正規職員採用の一層の増加〉によって経験の少ない職員が増加したため，職員育成の必要性が高まった。しかし，第 2 期の分析の①資源で示したように（19）〈不十分な職員育成〉しか行われていなかった。さ

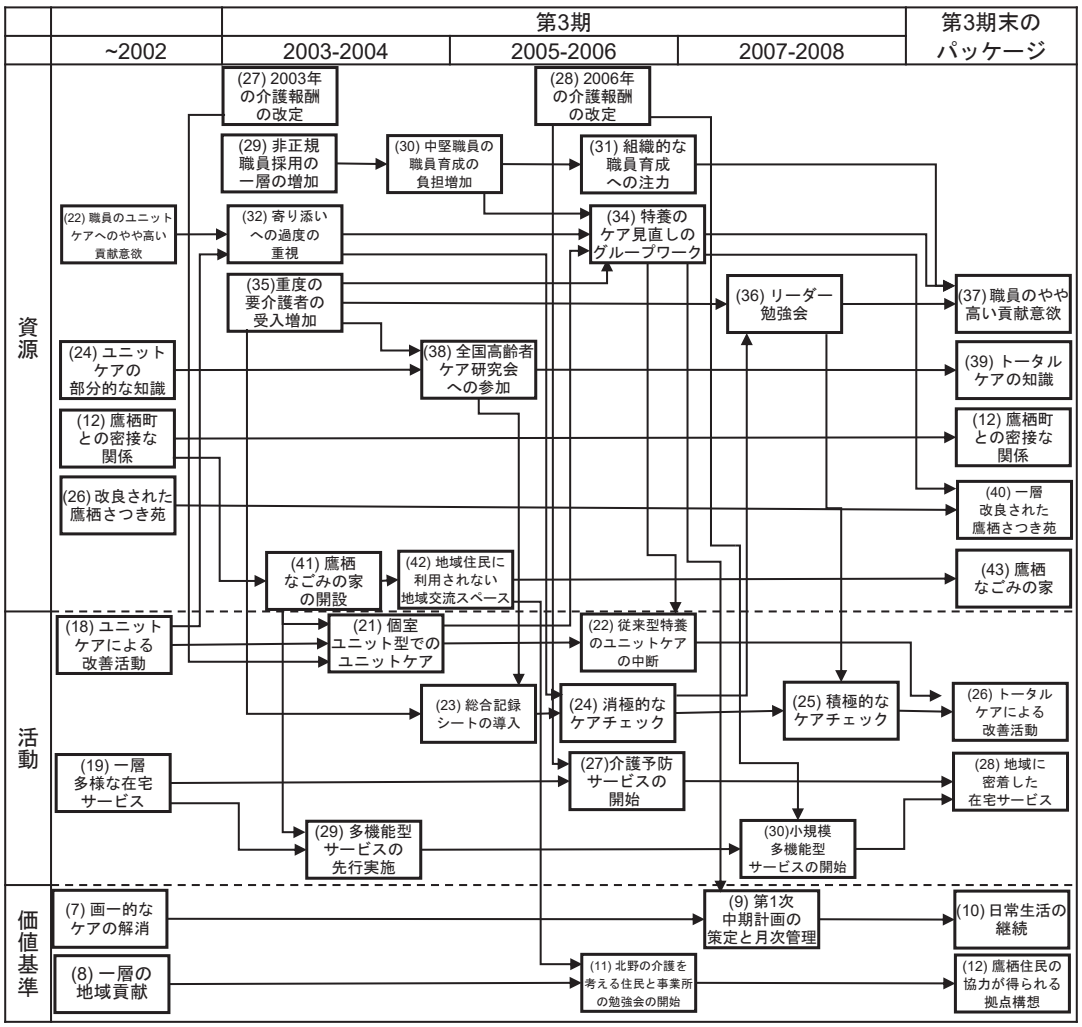


図 10　第 3 期の分析結果

らに，職員育成のために導入されたエルダー制度も，中堅職員の負担を一層増加させた。(30)〈中堅職員の職員育成の負担増加〉によって，離職者はさらに増加したため，さつき会は2006年ごろから人材の育成と定着に注力した。2006年に人材育成機能を法人本部に移管し，2007年の第1次中期経営計画に人材育成の項目が含められた。(31)〈組織的な職員育成への注力〉は，職員の貢献意欲の低下を抑えた。

2つめの(34)〈特養のケア見直しのグループワーク〉は次のように生じた。さつき会では，第2期末の(22)〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉が進展し，(32)〈寄り添いへの過度の重視〉が生じた。(32)〈寄り添いへの過度の重視〉は，(35)〈重度の要介護者の受入増加〉への対応を困難にすると同時に，(30)〈中堅職員の職員育成の負担増加〉を生じさせた。これらによって円滑に業務を遂行できなくなったため，2006年に(34)〈特養のケア見直しのグループワーク〉が行われ，推進されてきたユニットケアが見直されることになった。(34)〈特養のケア見直しのグループワーク〉は，職員のユニットケアへの貢献意欲を抑えるとともに，トータルケアへの貢献意欲を高めた。

3つめの(36)〈リーダー勉強会〉は次のように生じた。2003年ごろから生じた(35)〈重度の要介護者の受入増加〉に対応するため，活動(23)〈総合記録シートの導入〉がなされた。しかし，活動(24)〈消極的なケアチェック〉のため，(35)〈重度の要介護者の受入増加〉に十分に対応できていなかった。2007年，全国高齢者ケア研究会の泉田が参加した(36)〈リーダー勉強会〉で行われた退居者のスクリーニング調査を実施した結果，中堅職員は(32)〈寄り添いへの過度の重視〉によって利用者の病変への対応が遅れていたことに気づいた。(36)〈リーダー勉強会〉によって，中堅職員を中心にトータルケアへの貢献意欲を高めた。これら3つの契機によって，(22)〈職員のユニットケアへのやや高い貢献意欲〉は資源(37)〈職員のやや高い貢献意欲〉へと変化した。

資源(39)〈トータルケアの知識〉は，2005年の(38)〈全国高齢者ケア研究会への参加〉によって生成・特定化された。全国高齢者ケア研究会の会員は，ユニットケアに先駆的に取り組んできた特別養護老人ホームなどによって構成されており，従来のユニットケアにおける限界を共有していた。この研究会を通じて，(35)〈重度の要介護者の受入増加〉への対応方法についての知識が得られた。この結果，(24)〈ユニットケアの部分的な知識〉は資源(39)〈トータルケアの知識〉へと変化した。

資源(12)〈鷹栖町との密接な関係〉は，第2期に引き続き生成・特定化された。

資源(40)〈一層改良された鷹栖さつき苑〉は，2005年から2006年に行われた改修工事によって，生成・特定化された。この改修工事によって，多職種の職員が事務作業をするためのスタッフルームや，(34)〈特養のケア見直しのグループワーク〉を通じて職員から希望された職員休憩室が設置された。この結果，(26)〈改良された鷹栖さつき苑〉は，資源(40)〈一層改良された鷹栖さつき苑〉へと変化した。

資源(42)〈鷹栖なごみの家〉は，2004年の(41)〈鷹栖なごみの家の開設〉によって生成・特定化された。(41)〈鷹栖なごみの家の開設〉の際には，当時の鷹栖町長による支援によって，町の所有していた土地を無償で借りることができた。鷹栖なごみの家は，全室個室ユニット型の構造をもったグループホームであり，地域交流スペースも併設されている先進的な構造であった。

② 活動

第3期において，活動(26)〈トータルケアによる改善活動〉と活動(28)〈地域に密着した在宅サービス〉の2つの活動が生成・展開された。以下，2つの活動について説明する。

活動(26)〈トータルケアによる改善活動〉は，(22)〈従来型特養のユニットケアの中断〉

と（23）〈総合記録シートの導入〉の 2 つの契機によって生成・展開された。

1 つめの（22）〈従来型特養のユニットケアの中断〉は，2006 年に実施された。さつき会では，第 2 期から（18）〈ユニットケアによる改善活動〉が推進され，2004 年に鷹栖なごみの家において（21）〈個室ユニット型でのユニットケア〉が実施された。しかし，2003 年ごろから資源（30）〈中堅職員の職員育成の負担増加〉，資源（32）〈寄り添いへの過度の重視〉，資源（35）〈重度の要介護者の受入増加〉によって，現場は混乱した。この現場の混乱を止めるため，（22）〈従来型特養のユニットケアの中断〉を実施し，ユニットケアを中心とした改善活動は見直されることになった。

2 つめの（23）〈総合記録シートの導入〉は，2005 年に実施された。総合記録シートは資源（35）〈重度の要介護者の受入増加〉に対応するために導入された。しかし，総合記録シートの導入当初，職員はこのシートを用いた（24）〈消極的なケアチェック〉しか行わず，十分に活用しなかった。資源（36）〈リーダー勉強会〉によって，中堅職員は重度の要介護者への対応が後手に回っていることに気づき，（25）〈積極的なケアチェック〉を行うようになった。

これら 2 つの契機によって，（18）〈ユニットケアによる改善活動〉は（26）〈トータルケアによる改善活動〉へと変化した。

活動（28）〈地域に密着した在宅サービス〉は，（27）〈介護予防サービスの開始〉と（30）〈小規模多機能型サービスの開始〉によって生成・展開された。（27）〈介護予防サービスの開始〉と（30）〈小規模多機能型サービスの開始〉のいずれも，資源（28）〈2006 年の介護報酬の改定〉によって新たに制度化された。なお，（30）〈小規模多機能型サービスの開始〉は 2007 年に生成・展開されたが，制度化に先立つ 2004 年に（29）〈多機能型サービスの先行実施〉が自主事業として行われていた。この結果，（19）〈一層多様な在宅サービス〉は，活動（28）〈地域に密着した在宅サービス〉へと変化した。

③　価値基準

第 3 期において，価値基準（10）〈日常生活の継続〉と価値基準（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉の 2 つの価値基準が認識・定義された。以下 2 つの価値基準について説明する。

価値基準（10）〈日常生活の継続〉は，（9）〈第 1 次中期計画の策定と月次管理〉によって認識・定義された。（9）〈第 1 次中期計画の策定と月次管理〉は，2007 年に資源（34）〈特養のケア見直しのグループワーク〉の結果をうけて，実施された。さつき会では，2003 年以降，資源（30）〈中堅職員の職員育成の負担増加〉，資源（32）〈寄り添いへの過度の重視〉，資源（35）〈重度の要介護者の受入増加〉によって，現場は混乱した。波潟施設長はこの混乱を直視し，資源（34）〈特養のケア見直しのグループワーク〉において，職員に対して従来の（7）〈画一的なケアの解消〉の方針の誤りを認め，改めることを決定した。第 1 次中期計画は，この方針変更を踏まえたものであり，月次で進捗管理されることによって，この変更を強く推し進めた。この結果，（7）〈画一的なケアの解消〉は価値基準（9）〈日常生活の継続〉へと変化した。

価値基準（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉は，次のように認識・定義された。2004 年に開設された鷹栖なごみの家には，地域交流スペースが併設されたものの，地域住民に利用されなかった。（8）〈一層の地域貢献〉のためには，資源（42）〈地域住民に利用されない地域交流スペース〉を解決する必要があった。2006 年に（11）〈北野の介護を考える住民と事業所の勉強会の開始〉を実施することによって，（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉が重視されるようになった。この結果，（8）〈一層の地域貢献〉は，価値基準（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉へと変化し

た。

④ 3つの結び付き

第3期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第1の資源のリストは，(37)〈職員のやや高い貢献意欲〉，(39)〈トータルケアの知識〉，(12)〈鷹栖町との密接な関係〉，(40)〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，(42)〈鷹栖なごみの家〉の5つからなっていた。このうち，(37)〈職員のやや高い貢献意欲〉，(39)〈トータルケアの知識〉，(40)〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，(42)〈鷹栖なごみの家〉の4つは，不十分に生成・特定化された資源であった。

第2の活動のリストは，(26)〈トータルケアによる改善活動〉と(28)〈地域に密着した在宅サービス〉の2つからなっていた。いずれの活動も，(26)〈トータルケアによる改善活動〉と(28)〈地域に密着した在宅サービス〉の2つは，不十分に生成・展開されたものであった。

第3の価値基準のリストは，(10)〈日常生活の継続〉と(12)〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉の2つからなっていた。いずれの価値基準も，十分に具体的な内容を備えたものではなかった。

以上のように，第3期末の資源，活動，価値基準の3つのリストは部分的なパッケージの構成にとどまり，さつき会の第3期の組織成果は低かった。

4. 第4期（2009年～2017年：介護報酬のプラス改定期）

(1) 第4期の事例

① 「ぬくもりの家えん」の開設

2009年5月1日，地域安心拠点「ぬくもりの家えん」が開設された。この拠点は，①「地域密着型特別養護老人ホームぬくもりの家えん」，②「小規模多機能ホームぬくもりの家えん」，③「ふれあい茶ろんてくてく」の3つからなっていた。

①「地域密着型特別養護老人ホームぬくもりの家えん」は，ユニット型地域密着型介護老人福祉施設である。この施設では，「地域の中で生きることを支援する」を理念として，地域とのつながりやなじみの人間関係を絶つことなく，障害があっても最期まで安心して暮らし続けられることが目指されている。鷹栖町在住で要介護状態の人が入所でき，入所定員は20名である。10名ずつ2つの生活単位（ユニット）によって分けられている。できることはできるだけ自分で行う「自立支援」と，障害があっても今までの暮らし方や生き方を大切にする「QOLの向上」が重視されている。

②「小規模多機能ホームぬくもりの家えん」は，小規模多機能型居宅介護サービスを提供する。このサービスは，介護が必要になった高齢者が，自宅で構築してきた人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう，「通い」を中心に，必要に応じて「訪問」や「泊まり」の3つのサービスを組み合わせて利用される。

③「ふれあい茶ろんてくてく」は，地域交流スペース・介護予防拠点である。この地域交流スペースは，住民互助組織「ぬくもり友の会」の活動拠点となった。ぬくもり友の会は，2009年，ぬくもりの家えんの開設を契機に，「北野の介護を考える住民と事業所の勉強会」が発展し，設立された。ぬくもり友の会には，63名の地域住民が所属する。

ぬくもり友の会は，会合や勉強会の場として地域交流スペースを利用し，ぬくもりの家えんの様々な活用方法を提案した。ぬくもり友の会の主な取り組みには，1）コーヒー茶ろん，2）朝市「てくてく」，3）ぬくもりの家えんの整備がある。1）コーヒー茶ろんは，地域交流スペースにて毎週火曜日に開かれる喫茶店である。ぬくもり友の会のメンバーが交代で運営し，メンバーの集まる口実となっている。麻雀サロンや手芸サロンも開催されている。2）朝市「てくてく」は，7月から10月の毎週土曜日の11時から13時までの時間帯に，ぬくもり

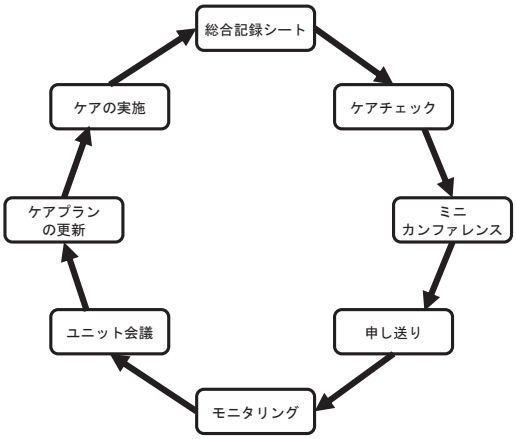
の家えんの駐車場を開放して開催される。近所の農家が自家栽培の野菜等を出品したり，フリーマーケットのように出店者が商品を出したりしている。3）ぬくもりの家えんの整備は，ぬくもりの家えんの周囲の花壇づくりや菜園づくりである。ぬくもり友の会のメンバーが自宅で育てた 500 株近い数の苗を持ち寄り，えんの玄関先や中庭の花壇づくりを手伝った[294]。

さつき会，鷹栖町，ぬくもり友の会が協力することによって，地域安心拠点ぬくもりの家えんの開設につなげたことは，厚生労働省の「地域包括ケアシステムの構築に関する事例集」に掲載された[295]。また，2016 年，ぬくもり友の会は，北海道新聞が主催する「第 40 回道新ボランティア奨励賞」の一般奨励賞を受賞した[296]。

② *トータルケアの推進*

2009 年以降も，トータルケアの改善が進められた。2009 年，鷹栖さつき苑の入所者の状況の変化を把握するために，ケアチェックが週 2 回から週 3 回に増やされた[297]。さらに，入所者のモニタリングが見直され，毎月定期的に行われるようになった。モニタリングは，事前に作成されたケアプランの実施状況や改善点を確認することであり，鷹栖さつき苑では従来不定期に行われていた[298]。2010 年，看護職員を中心に，入院・退去者の分析・検証が開始された。2011 年，課長も週 3 回のケアチェックに関わるようになった[299]。

鷹栖さつき苑では，トータルケアの改善が進められた結果，**図 11** に示すトータルケアシステムを構築することができた。波潟施設長は，トータルケアを高齢者介護版の PDCA サイクル[300] であると述べている[301]。トータルケアシステムは，①ケアプランに基づきケアが実施される。②ケアの内容や結果は総合記録シートに記録される。③週に 2，3 回ケアチェックを行い，入居者の状態変化を早期に把握するミニカンファレンスを行う。④朝・夕の申し送りで，要観察者への対応や具体的なケア方法を指示・アドバイスする。⑤毎月，全入所者のケアプランのモニタリングを実施する。⑥介護職，看護職，栄養士，介護支援専門員が参加する毎月のユニット会議において，情報共有とケアの検討を行い，ケアプランが更新される[302]。これらによって，鷹栖さつき苑では，毎日の情報の確認と共有の場での「申し送り」，週単位での「ケアチェック」，月単位での「ユニット会議」が行われ，個別ケアの統一やケア変更後の評価が安定してできるようになった[303]。



出典：全国高齢者ケア研究会ブログ（2014 年 1 月 26 日），さつき会内部資料，尾上（2012），pp. 61-67 をもとに，筆者作成。

図 11　鷹栖さつき苑におけるトータルケア

2010 年度の事業報告書には，「短期的な評価ではなく，中・長期的に状態の変化を観察し早

294）『北海道新聞』（2010 年 6 月 22 日）。
295）厚生労働省 web ページ（https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/）。
296）『北海道新聞』（2016 年 8 月 13 日）。
297）さつき会内部資料。
298）『さつき会事業報告書』（2009 年度），p. 56。
299）さつき会内部資料。
300）Plan（計画），Do（実行），Check（評価），Action（改善）の 4 つのプロセスを繰り返すことにより業務改善が実施されるサイクルである。
301）波潟への聴き取り調査，2015 年 7 月 16 日。
302）全国高齢者ケア研究会ブログ（2014 年 1 月 26 日），尾上（2012），pp. 61-67。
303）尾上（2012），p. 67。

めに対応することで，状態の悪化を予防することができた事例が多くみられた。その結果，過去4年間の中では最も少ない入院者数と受診者数となった」と記述されているなど，トータルケアに関わる取り組みを通じて，入院や通院の予防につながった。波潟施設長は，重度化対応への重視について次のように述べている。

> 2010年頃がターニングポイントでした。これからの特養の課題とビジョンが重度化対応だとはっきりとわかりました。そのために，重度化対応の知識と技術とシステムをきっちりしておかないと大変なことになると思いました[304]。

2010年，毎日・毎週・毎月・半年ごとのケアチェックとカンファレンスによって，状態・状況を早めに把握し，対処した結果，入院日数，入院者数，受診数が少なくなった。この件について，尾上健介生活福祉係長は，「自分たちのケアの方向性は間違っていない」ことを職員と確認したと述べている[305]。

さらに，入院者数や受診者数の減少は一過性のものではなく，2011年と2012年にも同様の結果が生じていた。2011年には，上半期の入院者18名，退居者11名から下半期には入院者6名，退居者2名といずれも大幅に減少した。入院延べ日数は，2007年には最多の879日であったが，2014年には331日まで減少した[306]。

③ 第2次中期経営3カ年計画の策定

2010年，第2次中期経営3カ年計画が策定され，法人全体として，次の5つの基本方針と6つの重点目標が設定された。5つの基本方針は，(1) 安全で根拠に基づく効果的な介護サービスの提供を，(2) 安心と信頼ある地域密着の施設・事業所に，(3) 自立と尊厳を支え生きがいある生活を，(4) 豊かな人間性と高度な専門性を有する人材の育成，(5) 安定経営の持続と経営基盤の強化を，である。

重点目標は6つである。1) 根拠に基づき，心をこめた丁寧なケア・支援を行うための基盤を整備する。2) 地域と家族の力を活かした施設運営の基盤を整備する。3) 個々の基礎介護力・能力向上と心を通わせ協力し合うチームワークづくりをする。4) 自己課題と研修が連動する育成プログラムを整備する。5) 職員のやりがいと働きがいのある人事賃金制度を整備する。6) 効率的・安定的な業務推進体制の基盤を整備する。

特に，第2次中期経営3ヵ年計画では，人材の育成と定着が重視された。2009年の介護報酬の改定では職員の待遇改善が推進されていた。第1次中期経営3カ年計画の基本方針と重点目標との変更点は，基本方針の（4）と，重点目標の1)，3)，4)，5)，の4項目であった。これら基本方針（4）と重点目標の4項目の項目はすべて，人材の育成と定着に密接に関わるものであった。2010年度の事業報告書には，「入居者の生活の質の向上を図るためには，『安定した介護力』がなくてはならない[307]」と述べられている。

2010年，人材育成システム検討委員会が設立され，「教育とサポートを通じて一人ひとりの可能性を生かす」ことを基本理念として，職員の教育・サポート体制を充実させるよう試みられた[308]。波潟は，第2次中期経営3カ年計画における人材の育成と定着について，次のように述べている。

> 幹部職員でもう喧々諤々の議論をしてできたのが，教育とサポートです。どうして教育が一番先にきているかというと，もちろん一番大事だからです。組織作りは教育です。ちゃんと教えてもらってないことをできてないと言われるのは，職員にとってそんな理不尽なことはないと思います。徹底して教育して，それがちゃんとできてい

304）波潟への聴き取り調査，2015年7月16日。
305）全国高齢者ケア研究会ブログ（2011年4月28日）。
306）全国高齢者ケア研究会ブログ（2014年1月26日）。
307）『さつき会事業報告書』（2010年度），p. 51。
308）『さつき会事業報告書』（2009年度），p. 25。

るかどうかを見て，できていなければサポートする。教育とサポートを通じて，一人一人の可能性を活かすということを理念にしました[309]。

④　*職員の成長の実感*

2010 年 2 月 28 日，第 1 回サービス向上発表会が開催された。サービス向上発表会は，1 年間ケア・サービスの質向上に向けて取り組んできたことを，振り返り・まとめ・報告し，スタッフの実践力を高めるとともに，事業所や職種を超えて，その努力を共有する場である。上位入賞者は，老人福祉施設研究大会への参加資格も得られる[310]。

2011 年，主任クラスとリーダークラスの全職員が，基礎介護力向上研修（レベルアップ研修）を指導できるようになった[311]。基礎介護力向上研修は 2009 年に開始され，介護の基本である食事・入浴・排泄・移乗移動・認知症ケアについての研修会であった[312]。職員が研修の講師役を務められるようになり，職員の成長を確認することができた。

⑤　*エルダー制度の改良と定期面談の導入*

2010 年から，エルダー制度の改良が試みられた。エルダーを担当する 2 年目以上の職員に対するサポートに重点が置かれた。2010 年，エルダーの業務内容や指導方法，手順を明確にした要綱が作成された。2011 年，エルダーのための研修会が実施された。

2010 年，2 年目以上の職員への定期面談が導入された。定期面談には，①職員の不安や悩みの共有・サポートと②部下と上司間の関係づくりの構築の 2 つの目的があった。定期面談は，上司が部下に対して 1 回あたり 20 分かけて年 2 回行った。長時間になることを避け，部下からの悩みや要望をひろいあげることに重点がおかれた[313]。このような定期面談を効果的にできるようにするために，面談者となる上司向けに面談者研修が実施された。面談者研修では，面談される側と面談する側に分かれロールプレイが行われた。面談後のアンケートで，面談を受けた職員の 8 割が不安や悩みを解決できたという結果が得られた。上司は部下の考えを知ることができ，上司と部下の関係も改善された[314]。

⑥　*リフレッシュ休暇*

2008 年まで，さつき会では，現場の業務や職員は十分に安定しているとはいえず，連休を取得できる状況にはなかった[315]。職員は 3 日以上の有給休暇を取得できず，連休もできなかった[316]。2009 年，リフレッシュ休暇の導入が試みられ，鷹栖さつき苑の全職員が 3 日以上の連休を取得できるようになった。2010 年，鷹栖さつき苑では希望者全員が 5 連休のリフレッシュ休暇を取得できるようになった。また，なごみの家の希望者全員が 3 連休を取得できるようになった。デイサービスはぴねすやぬくもりの家えんなどの事業所でも，4 連休以上のリフレッシュ休暇を取得できるようになった。

⑦　*新人事管理・賃金制度*

さつき会では，常勤職員は正職員と嘱託職員に分かれた二重構造であった。嘱託職員は，仕事内容が正職員と同じであるのに，給料が正職員より低かった。さつき会では，嘱託職員が増加していた。

2010 年 11 月から 2012 年 5 月までを移行期間として，嘱託職員の正職員化を試みた。2010 年，人材育成システム検討委員会で協議され，全職員への説明会が行われた。2011 年，新人事管理・賃金制度の内容とそれに伴う財源措置

309）波潟への聴き取り調査，2015 年 7 月 16 日。
310）『鷹栖さつき苑 30 周年記念誌』，p. 18。
311）波潟への聴き取り調査，2015 年 7 月 16 日。
312）『さつき会事業報告書』（2009 年度），p. 56。
313）『さつき会事業報告書』（2010 年度），p. 19。
314）全国高齢者ケア研究会ブログ（2010 年 12 月 2 日）。
315）全国高齢者ケア研究会ブログ（2013 年 6 月 11 日）。
316）『さつき会事業報告書』（2007 年度），p. 47，『さつき会事業報告書』（2008 年度），p. 55。

を確定し，職員説明会や個別面談を行った。2012年6月，新人事管理・賃金制度が導入され，すべての常勤職員が正職員として採用された。

新人事管理・賃金制度では，キャリアパス（役割資格等級）が明示されるようになった。キャリアパスとは，法人の人材育成制度の中でどのような職務にどのような立場で就くか，またそこに到達するためにどのような経験を積み，どのようなスキルを身につけるかといった道筋のことである。キャリアアップのために必要となる基準，条件，求められる役割を明確化することで，職員が将来の目標に向けて意欲的に取り組むことが可能になる[317]。

さつき会のキャリアパス制度は，まず一般職と専門職と総合職の3つの職群に分けられる。1つめの一般職に該当するのは，入社後5年未満の介護職員である。一般職は，一般職2級と一般職1級に分かれる。

2つめの専門職に該当するのは，入社後10年以下の看護職員，管理栄養士，理学療法士などである。専門職は，部門長の下，特定業務内容に関して，高度な専門知識・技術を用いて職種の範となり，信頼性の高い業務を遂行することが求められる職員である。専門職は，専門職2級と専門職1級に分かれる。

3つめの総合職に該当するのは，入社後5年以上の職員である。総合職は7段階の資格等級に分けられる。資格等級は，下から，総合職，専任職，指導職2級，指導職1級，管理職，経営2級，経営1級である。総合職と専任職は非管理職の職員である。指導職2級・1級と管理職は，課長やユニットリーダーに該当する中間管理者である。経営2級と経営1級は，部長や副施設長に該当する中間管理者と，施設長に該当する経営管理者である。

これらの資格等級間の昇格要件は，基本となるのは勤続年数である。また，資格等級によって，面接，上司推薦，昇格試験，研究発表，複数事業所経験などが必要になることが明示されている。各資格等級のおおむねの給与額も提示されるようになった。

⑧ 2011年の組織構造の再編

2011年，介護・看護・栄養・相談の専門職が一体となって利用者の生活支援を行うため，管理栄養士を鷹栖さつき苑の介護看護部門と同じ部署に位置づけた[318]。同年のさつき会の組織図は，**図12**の通りである。管理栄養士の業務を鷹栖さつき苑の栄養・給食業務に集中させるため，栄養士を1名増員し，デイセンターはぴねす，鷹栖なごみの家，ぬくもりの家えんの栄養・給食管理業務を担当させた[319]。同年，鷹栖さつき苑におけるユニットごとの食事が全て再提供されることにより，ユニットケアが再開された[320]。

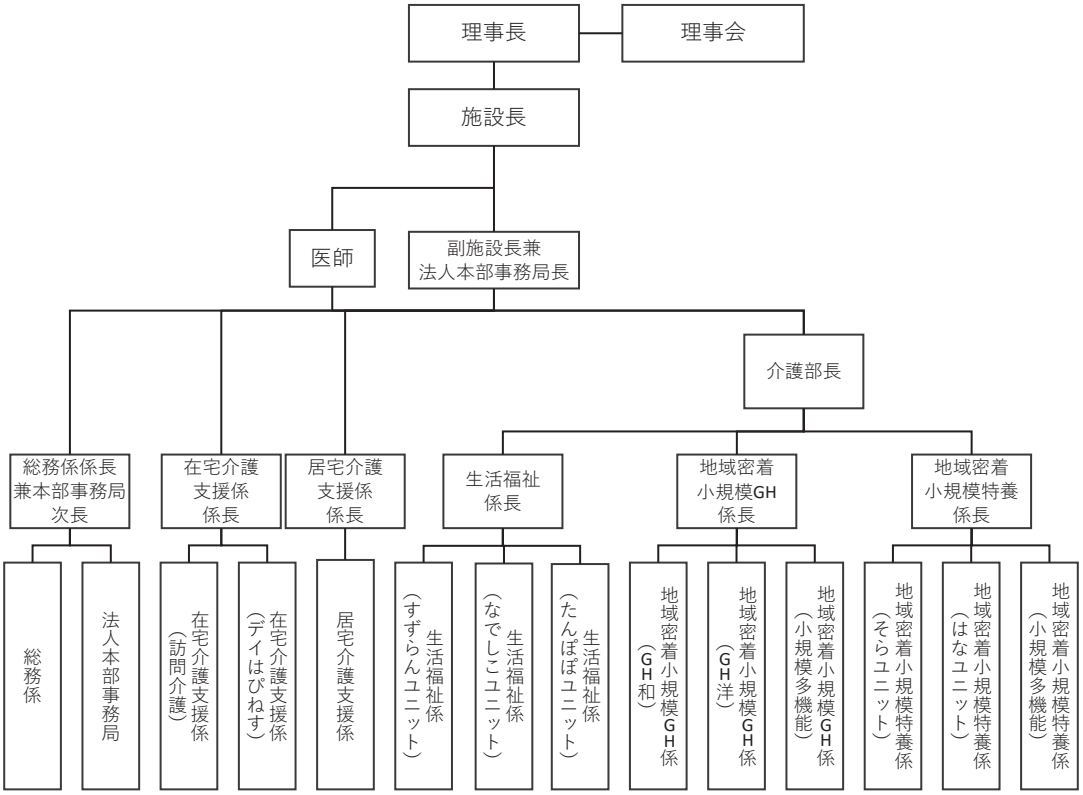
⑨ 北海道産業人材育成企業知事表彰の受賞

2010年からの第2次中期経営3ヵ年計画の実施によって，離職者は減少した。2012年，職場環境を一因にあげ退職した者の離職率は5.1%であった[321]。

2012年，さつき会は第1回北海道産業人材育成企業知事表彰を受賞した[322]。この表彰は，北海道が人材育成に積極的に取り組む中小企業をたたえる目的で，2012年に創設した。研修制度など人材育成の方針や独自の能力開発制度，技術認定制度の有無などをポイントに審査され，各年度3企業・団体が選定される[323]。さつき会は，新入職員向けのエルダー制度や教育の実施，定期面談の実施，法人独自のキャリアパスの策定などによる，人材育成，職場づくりの取組が評価されたことによって，福祉・介

317）さつき会webサイト（http://satsuki-kai.jp）。

318）波潟（2012a），pp. 79-80。
319）『さつき会事業報告書』（2011年度），pp. 201-202。
320）さつき会内部資料。
321）『さつき会事業報告書』（2012年度），p. 1。
322）『介護新聞』（2012年11月22日）。
323）『北海道新聞』（2012年8月7日）。



出典：『さつき会事業報告書』（2011 年度），pp. 201-202 をもとに筆者作成。

図 12　2011 年度のさつき会の組織図

護分野から唯一選定された[324]。

その後も，離職率は 5% 前後と低い状態で推移した。2014 年から 2017 年の新規採用職員の離職率は 0% であり，高い職員定着率であった。2018 年，離職率の低さなどが評価され，第 1 回北海道地域福祉学会優秀実践賞を受賞した[325]。

⑩　在宅サービスにおける業務改善

2011 年から，通所介護サービス事業所のデイサービスはぴねすでは，「健康づくり」に力が入れられるようになった。2011 年，e-ball と呼ばれるボール状の器具を用いた高齢者向けの健康体操[326]を導入した[327]。2012 年，認知症の予防および維持・改善を目的とする「くもん学習療法[328]」を導入した[329]。

2012 年，波潟施設長が居宅介護サービス事業所の鷹栖町介護センターさつき苑の管理者を兼任するようになり[330]，在宅高齢者の健康状

324）北海道庁 Web サイト（https://www.pref.hokkaido.lg.jp/kz/jzi/jyushyoukigyouH24.html）。

325）北海道地域福祉学会 Web サイト（https://hacd.jp/award/2018yuusyuu01/）。

326）e-ball は，NPO 法人北海道健康づくり協会が開発した商品である。

327）『さつき会事業報告書』（2011 年度），p. 89。

328）くもん学習療法は，音読と計算を中心とする教材を用いた学習を，学習者と支援者がコミュニケーションをとりながら行うことにより，学習者の認知機能やコミュニケーション機能，身辺自立機能などの前頭前野機能の維持・改善を図るものである（学習療法センター Web サイト（https://www.kumon-lt.co.jp/））。

329）『さつき会事業報告書』（2012 年度），p. 77。

330）『さつき会事業報告書』（2011 年度），p. 98。

態の把握と維持に取り組んだ。同年8月，鷹栖町介護センターさつき苑のケアマネジャーは，在宅サービスを利用する要介護高齢者の水分摂取量を把握することによって，在宅高齢者の重度化予防に取り組み始めた[331]。さつき会では，特別養護老人ホームの入所者と比べて，在宅サービスの利用者は平均要介護が低いにも関わらず，体調を崩したり，入院したりする人が約2倍に達していた[332]。在宅サービスの利用者の水分摂取量は，本人も家族も十分に管理できていなかった。また，通所介護サービスや訪問介護サービスのスタッフも，自分が関わっているときのみの把握にとどまり，1日の総水分摂取量や1週間の平均水分摂取量は把握していなかった。

水分の摂り方や記録方法は，ケアマネジャーが一人ひとりの状態にあった方法を考えて，本人・家族へ提案している。基本は月1回のモニタリング時に自宅医訪問した際，記録用紙を確認し，一日あたり平均摂取量を算出し，本人へ助言・提案している。重度要介護者の利用者の場合，週1回訪問し，目標値を大きく下回る時などは，家族への積極的な提案を行うようにした。ケアプランに明記し，水分ケアをケアマネジャーの仕事として位置づけた[333]。水分ケアを行った結果，水分摂取量が増加し，利用者の排便状況などの健康状態が改善した[334]。

2013年，鷹栖町介護センターさつき苑のケアマネジャーが，「活き活きはぴねすプラン」の作成をはじめた。「活き活きはぴねすプラン」とは，ケアマネジャーが年1回，担当する高齢者の元気や笑顔を引き出すためのプランをたて，ケアマネジャー自身が支援者となり積極的に外出支援を行うものである。どこに行きたいか，誰と会いたいか，何を見たいか，誰と行くか等，一つひとつ聞きながら，できるだけ利用者の希望に沿った計画を立て，実践した[335]。

⑪　第3次中期経営3か年計画の策定

2013年，第3次中期経営3か年計画が策定された。法人全体としての基本方針は，「地域に生きることを支える」である。この基本方針は，次のように説明されている。

> 私たちの目標は，高齢者が最後まで住み慣れた地域で，自立した尊厳ある人間らしい生活を送ることです。そのためにどうすればよいか。その答えは一人ひとりの利用者によって異なります。私たちは，一人でも多くの人が一日でも長く，地域に住み続けられるよう，個々のニーズに的確かつ迅速に対応しながら，さつき会が地域安心拠点となるための基盤づくりに全力を尽くす3年間とします[336]。

重点目標は5つである。1）施設で生活する利用者が，最後まで人生を楽しく豊かに暮らせるよう，良質高度なケア・サービスを，心をこめて提供できる基盤を整備する。2）介護を要する地域住民とその家族が，的確なケアマネジメントの下，必要な時，必要なサービスを利用して，鷹栖町で住み続けることを支援する基盤を整備する。3）人を大切にし，ヒトを育てようとする，温かく意欲的で支持的な職場をつくり，安心アップ，やる気アップ，チーム力アップ，定着率アップ，業績アップを図る。4）地域と家族の力を活かした施設運営の基盤を整備する。5）効率的・安定的な法人経営・施設運営体制の基盤を整備する。

⑫　在宅サービスにおける健康の維持管理

2013年から，在宅サービスの各事業所では，利用者の健康を把握，維持するために，在宅版のトータルケアが導入された。同年，居宅介護支援サービス事業所の鷹栖町介護センターさつき苑において，総合記録シートが導入され

331）『さつき会事業報告書』（2012年度），p. 85。
332）波潟他（2013），p. 19。
333）*ibid.*，pp. 19-21。
334）『メディアあさひかわ』（2013年10月15日）。
335）『鷹栖さつき苑30周年記念誌』，p. 24。
336）社会福祉法人さつき会　中期経営3か年計画〈2013年～2015年〉。

た[337]。2014年，訪問介護サービス事業所の鷹栖町ヘルパーステーションさつき苑において，総合記録シートが導入された[338]。2015年，通所介護サービス事業所のデイサービスセンターはぴねすにおいて，総合記録シートが活用され，ケアチェックによる疾患の早期発見や重度化予防が取り組まれた[339]。

デイサービスセンターはぴねすでは，トータルケア以外にもリハビリテーションによって重度化予防に取り組まれた。2014年，デイサービスセンターはぴねすにおいて，シルバーフィットネスコーナーが開設された。最新のリハビリマシンが4台導入され，看護師の指導のもと，一人ひとりの状態や体力に合わせたプログラムが作られ，運動機能の改善が図られた[340]。

2015年8月，通所介護サービスの機能強化を図るため，初めて理学療法士を1名採用した。理学療法士の採用は，介護予防事業の展開を見据え，「社会福祉法人として，地域で役割を担える人材確保が必要」と判断したからであった[341]。理学療法士による個別リハビリにより，対象となった26名の利用者のうち18名が生活動作を改善することができた[342]。

2016年，デイサービスセンターはぴねすに「利用者による」利用者のためのパークゴルフ場が開設した。「利用者による」とは，コース設定，物品調達，建設まですべて利用者が行ったことを意味している。男性利用者を中心に，屋外でのアクティビティの希望があがった。男性利用者たちは，かつて勤めていた仕事で鷹栖町のパークゴルフ場の建設に関わった経験があった[343]。この利用者たちが主体となり，デイサービスセンターはぴねすの中庭にパークゴルフ場を整備した。利用者自身が自宅から工具を持ち寄り，芝生に穴を空けカップを作る，フェンスを設営するなどした。維持管理も利用者主体で行われ，利用者の中から選ばれた運営委員がコースの整備を行った。デイサービスセンターにパークゴルフ場があることで，ゴルフをあきらめていた利用者も，マシンによるリハビリによって元気を取り戻し，再びゴルフを楽しんだ[344]。パークゴルフ場の建設という作業自体も，従来の通所介護サービスでは現れない動作を利用者に引き起こした[345]。

⑬　還流型介護人材育成

2015年，行政・高校・養成校と協働した介護人材の育成に取り組む「還流型介護人材育成」を開始した。地域の介護の担い手をまちぐるみで育て，地元に定着して活躍できる環境づくりを実現するためには，①地域課題とビジョンの明確化・共有，②まちぐるみの人材育成，③介護のイメージアップ，④人材定着の仕組みという4つの取組がうまく循環することが必要であると考えられた。

さつき会は，少子高齢化が進む中，介護人材不足への危機感を強めていた。この課題解決に向けて，最初に鷹栖町の介護需給の数値を明らかにした。町内で介護施設・事業所を運営するのは同法人のみであるため，その要介護高齢者数を算出し，高齢者人口がピークを迎える2040年までに必要となる介護職員数を推定したところ，30人にのぼることが判明した。そこで，鷹栖町福祉課とさつき会との間で，町の高齢化に関わる課題と人材確保のビジョンを共有した。さらに，ホームヘルパー2級の養成課程を導入していた北海道鷹栖高等学校が入学定員割れによる危機的状況に陥ったため，旭川大学・短期大学部の協力を得て介護職員初任者研

337）『さつき会事業報告書』（2013年度），p. 101。
338）『さつき会事業報告書』（2015年度），p. 59。
339）*ibid.*，pp. 67-68。
340）『鷹栖さつき苑30周年記念誌』，p. 26。
341）『介護新聞』（2016年4月7日）。
342）『さつき会事業報告書』（2015年度），p. 67。
343）『鷹栖さつき苑30周年記念誌』，p. 31。
344）『さつき会事業報告書』（2016年度），p. 47。
345）2017年度全国老人福祉施設研究会議優秀賞抄録「生活行為向上リハビリテーションの実践」。

修を町が負担して実施した。

介護職員初任者研修の費用は町が全額負担し，事務局を町が務めることになった。講師はさつき会職員と旭川大学・短期大学部の教員が担当し，実習先はさつき会が担った。介護の仕事のイメージアップを図る特別授業を実施するほか，2017年から鷹栖高校入学説明会の一環として保護者同伴でのさつき会の施設見学を組み込んだ。さつき会では，学校・各団体などと連携・協力し，小・中学校への福祉教育にも力を注いでいる。町内2か所の小学校3，4年生を対象とした福祉用具体験や高齢者との交流を図るイベント開催，中学生の職業体験としての実習の受け入れを行った。さらに，さつき会に就職した人材が長く活躍できるよう，前述のように，人材育成と定着の仕組みが構築されている。

このような活動の結果，鷹栖高校の入試倍率は北海道内の普通科では2番目の高さである1.6倍になった。毎年20人弱の介護職員初任者研修受講者を維持し，福祉系専門学校への進学者数も増えるなど，福祉系高校としての特色が地域に浸透しつつある。2018年，介護職員初任者研修受講生の1期生がさつき会に入職した[346]。同年の全国老人福祉施設研究会議において，還流型介護人材育成の取り組みが発表され，最優秀賞を受賞した[347]。

⑭ 第4次中期経営3か年計画の策定

2016年，第4次中期経営3か年計画が策定された。法人全体の基本方針は，「自分が入りたいと思える施設づくり」，「自分が住み続けたいと思える地域づくり」，「自分と仲間が働きやすく，働きがいのある職場づくり」の3つである。

重点目標は5つである。1）安心な住まいの整備と住民参加による元気づくり・生涯活躍の場づくりを支援する。2）在宅生活の継続のため，在宅系サービスの全事業所にトータルケアシステムを導入し，的確なケアマネジメントと在宅サービスを提供する。3）中重度要介護者の平穏な自立生活とQOL向上を目指し，多職種協働による根拠に基づいた専門的なケアを提供する。4）真の優しさと専門性を備えた職員育成とチーム力（人間関係，相互協力，目標共有など）の向上を支援する。5）適正利益の確保と業務効率化を図り，安定経営の基盤を整備する。

⑮ 総合事業の受託

2016年4月，鷹栖町から介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業，地域リハ活動支援事業）を受託した。地域介護予防活動支援事業では，住民主体の介護予防活動の企画・実施を支援し，他方，地域リハ活動支援事業では，地域ケア会議やサービス担当者会議などに参加し，課題要因の検討，改善可能性の方向付けなどを支援した[348]。

2016年，地域介護予防活動支援事業の一環として，理学療法士が中心となり，北海道リハビリテーション専門職協会の開発した健康体操をベースに，あったかすリハビリ体操[349]を考案し，実施した[350]。老人クラブなどに加え，住民互助組織「ぬくもり友の会」にも介護予防活動実施を呼びかけ，支援した[351]。

「元気づくり・生涯活躍」と「要介護状態になっても安心して暮らせる地域づくり」を両輪に，行政・地域住民と役割分担し，三者協働で取り組み始めた[352]。

⑯ 「ぬくもりの家たかほ」の開設

2017年5月，鷹栖町北野地区に「ぬくもりの家たかほ」が開設された。この施設は，18

346）『月刊老施協』，Vol.585，pp. 28-31。
347）『月刊老施協』，Vol.583，p. 25。
348）『介護新聞』（2016年4月7日）。
349）あったかすリハビリ体操はYouTubeでも紹介されている。
350）『さつき会事業報告書』（2016年度），p. 47。
351）『介護新聞』（2016年4月7日）。
352）『鷹栖さつき苑30周年記念誌』，p. 31。

室の個室で構成されるサービス付き高齢者向け住宅であり，鷹栖町で初めての開設であった。従来，在宅生活に限界を覚えた要介護高齢者は，2015 年の介護報酬の改定以降，原則要介護 3 以上にならないと特別養護老人ホームへ入所することができず，近隣の旭川市などの有料老人ホームなどに住まいを移さざるをえなかった。この施設にはスタッフが 24 時間 365 日常駐し，毎日 3 食作り立ての食事が提供され，日中の見守りサービスや夜間の緊急対応などにより，単身世帯や高齢者夫婦世帯でも安心して暮らすことができた。

「ぬくもりの家たかほ」は，国の推進している地域包括ケアシステムの総合的な拠点施設として，鷹栖町とさつき会が整備した。「ぬくもりの家たかほ」が位置する土地は，北野警察団地の跡地であり，鷹栖町が所有していた。鷹栖町は，定住者確保のために民間事業者を通じて賃貸住宅を建設する計画であった。しかし，予定していた民間事業者が倒産したため，2013 年，鷹栖町は高齢者向け住宅を建設する方針に変更した[353]。2012 年の介護報酬の改定で，地域包括ケアシステムの推進に向けた国と自治体の責務が規定され，鷹栖町は地域包括ケアを推進する必要に迫られていた。

「ぬくもりの家たかほ」には，①フィットネス倶楽部「コレカラ」と②地域交流スペース「あえーる」が併設された。①フィットネス倶楽部「コレカラ」は，国の「介護予防・日常生活支援総合事業」に基づき，町が設置し，その運営をさつき会に委託した[354]。ストレッチ機器，筋力トレーニング機器，有酸素運動機器を用いて身体機能の向上を図るとともに，認知課題と運動課題を同時に行うコグニサイズにより認知症予防を図るサーキットトレーニング，ノルウェー発祥の治療機器で柔軟性・体幹機能・バランス能力の向上が期待されるレッドコード教室，ご当地体操の「あったかすリハビリ体操」教室が行われている[355]。鷹栖町の運営費補助があり，機器の利用は 1 回 50 円（40〜59 歳は同 100 円）に抑えられている[356]。「コレカラ」の開設に伴い，理学療法士も雇用された。鷹栖町は理学療法士の人件費の半分を負担した[357]。利用登録時に，理学療法士が健康状態を聞き，体脂肪率などを検査する。運動の仕方を利用者に助言し，「カルテ」を作り，半年ごとに効果を確認する。利用登録者数は，開設以来増加し，1 年後には 300 人を超えた[358]。

利用登録者だけでなく，コレカラサポーターやあったかすリハビリ体操指導士といったボランティアとして参加する地域住民も増加した。コレカラサポーターは，フィットネス運営のサポーターとして養成講座を受講し，機器の使い方やアシスタントとして運営を支えている。あったかすリハビリ体操指導士は，解剖学，運動学，体操の効果や目的を学ぶ養成講座を 30 時間受講し，町の認定を受け，町内各地で行われる体操教室を展開する。「コレカラ」の入口には，ボランティアの活動予定と実績が掲示され，30 時間活動するとフィットネスの利用券または地域食堂の食事券を受け取ることができる[359]。

②地域交流スペース「あえーる」では，2017 年 6 月，地域食堂がはじまった[360]。主婦ボランティア，JA 女性部のグループをはじめとする 4 団体が食材を自分たちで用意して一日限りの食事提供を担当した。月に 7 回，交代で運営されており，11 時 30 分から 14 時 30 分まで開店している。このうち月 1 回は，管理栄養士を含むさつき会職員 3 人が健康料理教室を行った。席数は，カウンター席・テーブル席合わせ

353）『北海道新聞』（2013 年 11 月 8 日）。
354）『北海道新聞』（2018 年 5 月 28 日）。
355）杉岡（2020），p.136。
356）『北海道新聞』（2018 年 5 月 28 日）。
357）『介護新聞』（2017 年 11 月 16 日）。
358）『北海道新聞』（2018 年 5 月 28 日）。
359）杉岡（2020），p. 136。
360）『北海道新聞』（2017 年 10 月 8 日）。

て25席あり，1食500円，30食限定で提供している。各団体は，その日の売上の10％を場所使用料として支払う[361]。

また，「ぬくもりの家たかほ」の開設に際して，訪問介護サービス事業所の鷹栖町ヘルパーステーションさつき苑が，ぬくもりの家たかほ内に移設された。

(2) 第4期の分析（図13）

① 資源

第4期において，7つの資源が生成・特定化された。すなわち，資源（51）〈職員の高い貢献意欲〉，資源（56）〈高齢者介護に関する高い専門知識〉，資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，資源（40）〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，資源（43）〈鷹栖なごみの家〉，資源（59）〈ぬくもりの家えん〉，資源（62）〈ぬくもりの家たかほ〉である。以下7つの資源について説明する。

資源（51）〈職員の高い貢献意欲〉は，（49）〈還流型介護人材育成の開始〉と（50）〈職員によるトータルケアへの期待〉によって生成・特定化された。

1つめの（49）〈還流型介護人材育成の開始〉は，鷹栖町とさつき会と鷹栖高校等の介護福祉士養成校が連携し，地域で介護人材を育成する仕組みであり，2015年に実施された。（44）〈2009年の介護報酬の改定〉に介護職員の処遇改善が推進されていたこともあり，この仕組みの開始に先立ち，さつき会は職員への安定的な待遇と職員育成の体制の構築を図った。職員への安定的な待遇を提供するために，2009年に（47）〈嘱託職員の正職員化〉，2012年に（48）〈新人事管理・賃金制度の導入〉を行った。職員育成の体制を構築するために，2009年に現任職員研修の整理や基礎介護力向上研修の開始，2010年にエルダー制度の改良や定期的な面談の実施によって，（52）〈職員育成の体系化〉を行った。（52）〈職員育成の体系化〉は，職員の昇格条件や各資格等級における人材育成制度をまとめた（53）〈キャリアパスの明示〉へと結実した。これらの人事管理システムの構築は，（12）〈鷹栖町との密接な関係〉と結び付き，地域で介護人材を育成する仕組みの構築につながった。

2つめの（50）〈職員によるトータルケアへの期待〉は，第3期末に生成・展開された活動（26）〈トータルケアによる改善活動〉によって生じた。職員は，重度の要介護者の増加への対応として，トータルケアが有効であることを確信した。さらに（46）〈2015年の介護報酬の改定〉では，特別養護老人ホームへの入所が原則として要介護3以上になった。介護保険制度の変化により重度化した高齢者が増加したことで，職員は高齢者の重度化への対応の必要性を一層理解するようになった。

これらによって，（37）〈職員のやや高い貢献意欲〉は資源（51）〈職員の高い貢献意欲〉へと変化した。

資源（56）〈高齢者介護に関する高い専門知識〉は，（54）〈サービス向上発表会の開始〉，（55）〈中堅職員による研修指導〉，（57）〈理学療法士の採用〉の3つを契機によって生成・特定化された。

1つめの（54）〈サービス向上発表会の開始〉は，2010年に実施された。さつき会は，職員がサービス向上の取り組みや成果を法人内外に報告する機会を積極的に設けている。法人内ではサービス向上発表会での報告，法人外では全国高齢者ケア研究会や全国老人施設研究会議での報告が積極的に行われている。これらの報告によって，高齢者介護の専門知識の蓄積や職員間での共有につながった。

2つめの（55）〈中堅職員による研修指導〉は，2012年に実施された。さつき会では，（52）〈職員育成の体系化〉によって，職員の高齢者介護に関わる知識が深められた。（52）〈職員育成の体系化〉の一環として，2009年に基礎介護力向上研修が開始された当初，中堅職員によ

361）杉岡（2020），p. 137。

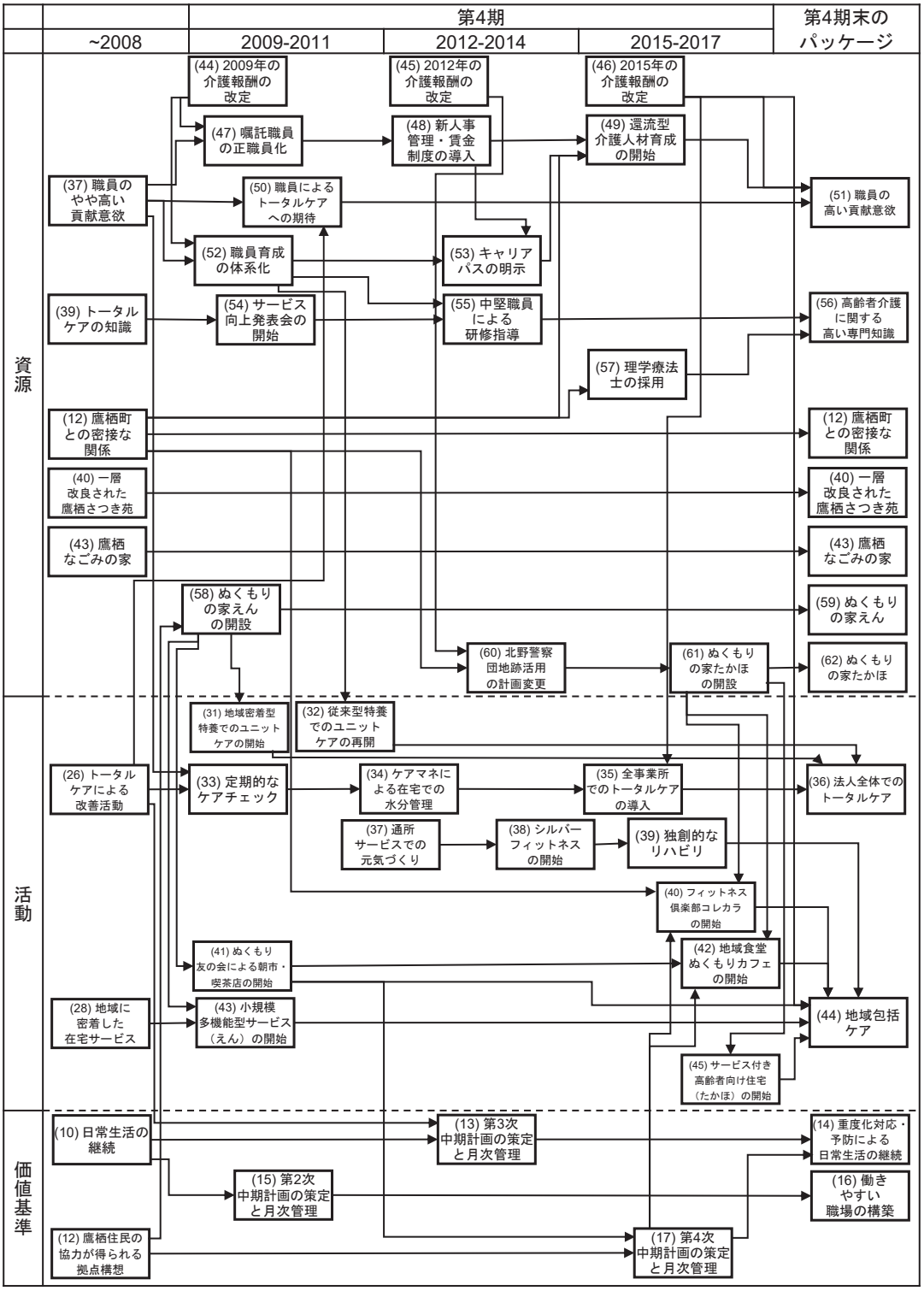


図 13　第 4 期の分析結果

る基礎介護の指導力は不十分であったが，次第に向上していった。

3つめの（57）〈理学療法士の採用〉は，2015年と2017年に生じた。理学療法士の採用は，鷹栖町からの支援によって実施された。理学療法士の採用によって，通所介護事業や総合事業における重度化予防のための運動機能向上訓練に関する知識が獲得された。

これらの結果，（39）〈トータルケアの知識〉は資源（56）〈高齢者介護に関する高い専門知識〉へと変化した。

資源（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，資源（40）〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，資源（43）〈鷹栖なごみの家〉の3つは，第3期から継続して生成・特定化された。

資源（59）〈ぬくもりの家えん〉は，（58）〈ぬくもりの家えんの開設〉によって生成・特定化された。ぬくもりの家えんは，価値基準（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉によって，2009年に鷹栖町北野地区において開設された。ぬくもりの家えんの設計には，開設の約3年前から行われた「北野の介護を考える住民と事業所の勉強会」における地域住民との協議の結果が反映された。

資源（62）〈ぬくもりの家たかほ〉は，（61）〈ぬくもりの家たかほの開設〉によって生成特定化された。ぬくもりの家たかほは，2017年に鷹栖町北野地区において開設された。ぬくもりの家たかほの開設は，2013年の（60）〈北野警察団地跡活用の計画変更〉によって生じた。鷹栖町は，北野警察団地の跡地を民間事業者に賃借し，賃貸住宅を建設・運営する計画であった。しかし，賃貸住宅を提案した民間事業者が自己破産したことで計画を変更する必要が生じた。計画の変更により，この跡地をサービス付き高齢者向け住宅として活用する案が示された。サービス付き高齢者向け住宅の建設の背景には，（45）〈2012年の介護報酬の改定〉の影響もあった。2012年の介護報酬の改定では，地域包括ケアシステムの推進に向けた国と自治体の責務が規定された。このため，鷹栖町は地域包括ケアを推進する必要が生じた。さつき会は，鷹栖町における中心的な高齢者介護サービスの事業者であった。鷹栖町が地域包括ケアを推進するためにも，さつき会の力が必要であった。

② 活動

第4期において，2つの活動が生成・展開された。すなわち，活動（36）〈法人全体でのトータルケア〉，活動（44）〈地域包括ケア〉である。以下2つの活動について説明する。

活動（36）〈法人全体でのトータルケア〉は，次のように生成・展開された。第1に，2009年以降，（33）〈定期的なケアチェック〉が行われることによって，日・週・月単位で入所者の体調・状態の変化を確認し，中長期的な体調・状態の変化を観察し早めに対応することができるようになった。第2に，2012年に（34）〈ケアマネによる在宅での水分管理〉が実施されるようになった。第3に，2014年に（35）〈全事業所でのトータルケアの導入〉が実施された。訪問介護サービスや通所介護サービスにおいて「たかす在宅版トータルケアシート」を用いたトータルケアが導入された。また，地域包括ケア推進チーム研究会によって，施設と在宅の連携もより進められるようになった。

活動（44）〈地域包括ケア〉は，高齢者の心身機能向上のための取り組み，地域住民による積極的な関与，一貫したケアのための事業拡大によって生成・展開された。

1つめの高齢者の心身機能向上のための取り組みは，軽度の認知症高齢者や自立した一般高齢者向けに新たに生成・展開された。軽度の認知症高齢者を対象とした取り組みとして，2011年ごろから，通所サービスにおいて，e-ball体操や学習療法が導入され，（37）〈通所サービスでの元気づくり〉が実施された。2015年には，（38）〈シルバーフィットネスの開始〉によって，軽度の在宅高齢者の重度化を防いだ。軽度の在宅高齢者の重度化を防ぐリハビリは，多様

な方法が用いられるようになった。通所介護サービスの利用者自らがパークゴルフ場の建設・整備を行うなど，(39)〈独創的なリハビリ〉も行われた。自立した一般高齢者を対象とした取り組みとして，(40)〈フィットネス倶楽部コレカラの開始〉が生じた。フィットネス倶楽部コレカラは，総合事業（一般介護予防事業）に該当し，自立した一般高齢者に対して理学療法士による身体機能評価・指導に基づく運動プログラムが提供されている。

2つめの地域住民による積極的な関与は，(40)〈フィットネス倶楽部コレカラの開始〉，(41)〈ぬくもり友の会による朝市・喫茶店の開始〉，(42)〈地域食堂ぬくもりカフェの開始〉によって生成・展開された。(40)〈フィットネス倶楽部コレカラの開始〉は，地域住民が「コレカラサポーター」や「あったかすリハビリ体操指導士」のボランティアとして健康増進に積極的に関与したことを示している。(41)〈ぬくもり友の会による朝市・喫茶店の開始〉は，地域住民互助組織のぬくもり友の会が，ぬくもりの家えんに併設された地域交流スペース等を活用して，入所者や地域住民間で日常的な交流を行ったことを示している。(42)〈地域食堂ぬくもりカフェの開始〉は，地域ボランティアが，ぬくもりの家たかほに併設された地域交流スペース等を活用して，地域食堂の運営による支え合いを行ったことを示している。

3つめの一貫したケアのための事業拡大は，(43)〈小規模多機能型サービス（えん）の開始〉と（45)〈サービス付き高齢者向け住宅（たかほ）の開始〉によって生成・展開された。(43)〈小規模多機能型サービス（えん）の開始〉は，第3期に生成・展開された鷹栖なごみの家での（30)〈小規模多機能型サービスの開始〉と併せて，鷹栖町内の2つの主要住宅地において小規模多機能サービスが提供されるようになったことを示している。(45)〈サービス付き高齢者向け住宅（たかほ）の開始〉は，鷹栖町内において切れ目のないケアを提供するために欠けていた，要介護度の低い高齢者向けのサービスの提供を可能にした。

これら3つによって，(28)〈地域に密着した在宅サービス〉は活動（44)〈地域包括ケア〉へと変化した。

③　価値基準

第4期において，価値基準（14)〈重度化対応・予防による日常生活の継続〉と価値基準（16)〈働きやすい職場の構築〉の2つの価値基準が認識・定義された。以下2つの価値基準について説明する。

第1に，価値基準（14)〈重度化対応・予防による日常生活の継続〉は，(13)〈第3次中期計画の策定と月次管理〉と（17)〈第4次中期計画の策定と月次管理〉の2つを契機として認識・定義された。

1つめの（13)〈第3次中期計画の策定と月次管理〉によって，「地域に生きることを支える」ことが基本方針として設定された。一人でも多くの人が一日でも長く，地域に住み続けられるように，提供される全てのサービスにおいて，重度化対応・予防に取り組むことが重視されるようになった。(13)〈第3次中期計画の策定と月次管理〉は，第3期の活動（26)〈トータルケアによる改善活動〉の生成・展開によって，重度化への対応と予防が入所者の生活の質の向上に重要であることを職員間で共有させた。

2つめの（17)〈第4次中期計画の策定と月次管理〉によって，自分が住み続けたいと思える地域づくりに向けて，地域包括ケアシステムの構築が一層重視されるようになった。2009年の活動（41)〈ぬくもり友の会による朝市・喫茶店の開始〉によって，地域住民との交流活動が，住み慣れた鷹栖町とのつながりを維持し，自宅で暮らすような温もりのある生活を送るために不可欠なものであると考えられるようになった。地域住民の協力を得ることが，高齢者の日常生活の継続にとって重要であると認識されるようになった。

第 2 に，価値基準（16）〈働きやすい職場の構築〉は，（15）〈第 2 次中期計画の策定と月次管理〉によって，重度化対応・予防によるケアの向上には人材の育成・定着や限られた人材の有効活用が不可欠と確認されたことで，認識・定義された。従来の経営方針はケア・職場・地域のバランスに欠けたものであった。これら 3 つのバランスを保った事業展開が重視されるようになった。

これらの結果，（10）〈日常生活の継続〉と（12）〈鷹栖住民の協力が得られる拠点構想〉は，価値基準（14）〈重度化対応・予防による日常生活の継続〉と価値基準（16）〈働きやすい職場の構築〉へと変化した。

④　3 つの結び付き

第 4 期末の資源，活動，価値基準の各リストおよび，それらの結び付きについて説明する。

第 1 の資源のリストは，（51）〈職員の高い貢献意欲〉，（56）〈高齢者介護に関する高い専門知識〉，（12）〈鷹栖町との密接な関係〉，（40）〈一層改良された鷹栖さつき苑〉，（43）〈鷹栖なごみの家〉，（59）〈ぬくもりの家えん〉，（62）〈ぬくもりの家たかほ〉の 7 つからなっていた。これらすべては十分に生成・特定化された資源であった。

第 2 の活動のリストは，（36）〈法人全体でのトータルケア〉と（44）〈地域包括ケア〉の 2 つからなっていた。いずれの活動も十分に生成・展開されたものであった。

第 3 の価値基準のリストは，（14）〈重度化対応・予防による日常生活の継続〉と（16）〈働きやすい職場の構築〉の 2 つからなっていた。いずれの価値基準も十分に具体的な内容を備えたものであった。

以上のように，第 4 期末の資源，活動，価値基準の 3 つのリストは，完全なパッケージを構成し，さつき会の第 4 期の組織成果は高かった。

参考文献

池本和夫（1991），「北海道鷹栖町 1990 年 10 月「丈夫で長生き 3 日患って死ねる」町を」地域活性化政策研究会『ムラに生きる・まちに生きる―全国ムラづくり・まちづくりレポート』ポット出版，pp. 107-123。

植村研一・宮内繁・村田宗康・川口靖子（1992），「第 40 回北海道農村医学会総会」『日本農業医学会誌』40（5），pp. 1035-1044。

打本一麿・越湖幸栄（1993），「ふるさとトーク / 高齢化社会―最悪の家庭と言えども最良の施設にまさる」『新郷土たかす』（31），pp. 48-59。

おはよう 21 編集部（2005），「既存施設の“壁”を乗り越え，ユニットケア，さらに地域へ」『おはよう 21』16（2），pp. 4-7。

尾上健介（2011），「鷹栖さつき苑版エルダー制度の仕組み」『月刊デイ』136，pp. 47-53。

――――（2012），「多職種協働で利用者の暮らしを守る情報共有の仕組みと工夫」『月刊デイ』155，pp. 61-67。

加藤仁（2005），「鎖された施設ではなく，ひらかれた施設に―鷹栖さつき苑施設長波潟幸敏さん」『おはよう 21』16（9），pp. 58-61。

―――（2007），『介護の「質」に挑む人びと―新しい扉をひらいた 28 人』中央法規出版。

神谷憲一（2017），「医療介護研究部 report　住民・行政・事業所の協働で作る地域で暮らし続ける仕組み」『しゃりばり』（457），pp. 22-24。

木下武徳・吉田健三・加藤美穂子編著（2017），『日本の社会保障システム―理念とデザイン』東京大学出版会。

三瓶徹（2014），「理念に沿ったケアを実現するための組織体制づくり―ケアによる権利侵害を防ぐための取り組み」『ふれあいケア』20（5），pp. 30-33。

三瓶徹・高橋紘士（1996），「処遇管理情報システムの導入と展開―特別養護老人ホーム四恩園における取り組み」『月刊福祉』79（7），pp. 20-23。

杉岡直人（2020），『まちづくりの福祉社会学』中央法規出版。

谷本政美（2006），「私を変えたあの人―私の人生を決めた，100 歳の人の言葉」『りんくる』10，p. 64。

中島修・大原裕介・酒田浩之・向山篤・寺下麻理・西山裕（2012）「シンポジウム：共生型福祉事業と北のまちづくり―パネルディスカッション」『年報公共政

策学』6，pp. 25-39。
波潟幸敏（2003a），「既存施設がユニットケア導入のためにうち破るべき壁―特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑の実践から」『総合ケア』13（10），pp. 41-49。
――――（2003b），「「仕方ない」から「当たり前」へ形だけのユニットケアでは何も変わらない！―失敗する理由と成功させるための秘訣」『痴呆介護』4（1），pp. 56-62。
――――（2004a），「特別養護老人ホームにおける痴呆介護の取組み―ユニットケアとは『気がつく・気になる・気が利く』ケア」『介護福祉』（54），pp. 23-33。
――――（2004b），「既存施設におけるユニットケアの取り組みと課題―仕方がないケアと環境から，当たり前のケアと環境へ」『新しい介護を創るユニットケア―ユニットケア・シンポジウム報告』高齢者痴呆介護研究・研修東京センター，pp. 50-63。
――――（2006），「プロとしてあきらめない」『おはよう21』17（8），p. 11。
――――（2012a），「ケアと運営体制の基盤づくりにより多職種協同を強める」『介護人財マネジメント』9（5），pp. 75-80。
――――（2012b），「事例レポート③　老いを豊かに―主体的住民参加と介護施設の運営　社会福祉法人さつき会　特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑」『開発こうほう』（588），pp. 41-43。
――――（2013），「地域とともに創る高齢者の豊かな暮らしを支える取組み」『高齢者ケア実践事例集（加除式資料）』中央法規，pp. 7341 の 1-7341 の 8。
――――（2014），「理念の伝承と仕組みづくりはトップの責任―社会福祉法人さつき会」『標準化と品質管理』7（3），pp. 9-14。
――――・佐々木恵子・細野有美・河田真美子（2013），「こうすればできるケアマネを中心とした在宅の水分管理」『月刊ケアマネジメント』24（8），pp. 19-21。
西田真理子（1996），「高齢社会のまちづくり―北海道鷹栖町を事例として」『北大法学研究科ジュニア・リサーチ・ジャーナル』3，pp. 233-264。
原勲（2014），「北海道ソーシャルイノベーション研究会に関する研究報告」『北翔大学北方圏学術情報センター年報』6，pp. 123-136。
北海道ケースマネジメント研究会（1994），『ケースマネジメントのすすめ―みんなで支える老人福祉』毎日新聞出版社北海道支社。