

特養経営モデル再考

——地方部に立地する2つの従来型特養の事例研究——

片桐 資津子

本稿では、よいケアを提供するため試行錯誤を重ねている2つの模範的な特養に着目し、規範概念ではなく、実態概念として特養経営モデルを再考した。

検討の結果、第1に、特養経営には介護保険制度に埋め込まれた制度的コンフリクトが存在した。第2に、特養内では、「よいケアの提供」と「労働強化の防止」との間に、特養外では、「事業体の持続性」と「外部からの諸資源の調達」の間に、コンフリクトが生じることが理論的に示された。

施設集約型と地域分散型という異なる経営戦略をとる2つの特養において、いかにしてコンフリクトを超克したのか分析した結果、特養内では、集約型も分散型も労働強化を防ぐためにミドルマネジメントを機能させていた。特養外では、両施設は互酬性を前提に、前者は行政と、後者は住民と協働して諸資源を調達した。コンフリクトは完全に超克されることはなかったが、それがよいケアの提供への原動力でもあることが示された。

1 背景

いま特養は、これまでのような単なる施設管理から、よいケアを提供するための法人経営へと大きく変化していかざるをえない状況に置かれている（社会福祉法人経営研究会編 2006）。団塊の世代が2025年までにケアリスクの高まる後期高齢者の仲間入りをするため、日本のケアニーズが集中的に高まるという予測があるからだ。

そもそも施設の使命とは何であろうか。それは、施設の内部においては、よいケアを組織的に提供することであり、外部においては、地域社会におけるケア拠点としての機能を果たすことである。よいケアとは、ここでは便宜上、「個別ケア」であるとしておきたい。よいケアが提供されれば、利用者の要介護度は現状維持か、もしくは改善することもある。

よいケアは、特養において提供されてきたのであろうか。確かに、これまでも施設において、よいケアは確実に存在していた。しかし、それはよいケアの提供に向けて、試行錯誤を繰り返す職員がいるかどうかといったような偶然性に左右されていた。具体的な方法論が共有されおらず、よいケアの提供が定着しない実態もあった。さらに、施設の外部である地域社会に目を向ければ、措置時代においては現代版姥捨て山というマイナスのイメージもあってか、地域住民にとって特養は訪れにくい場所となっていた¹。

しかし、2000年の介護保険制度の施行後、ケアを受ける権利が浸透し、地域住民による特養へのまなざしも変化してきた。たとえば家族に迷惑をかけたくないという意識も登場し、デイサービス等と併用して在宅ケアを受ける事例も一般的にみられるようになった。社会福祉法

人²だけでなく、営利や非営利といった多様なケア事業者も登場し(須田 2011; 千葉 2006)、ケアサービスの利用に対する抵抗感が薄れてきている。介護保険制度が社会に浸透しつつある昨今、認知症予防の諸活動を含め、ケア情報の取得を目的とした日常的な「関係性づくりの拠点」(天田 2003: 553, 556)として、あるいは、身近な「ケア拠点」(須田 2013)として、特養は、地域住民と関与し合うことが求められている。

とはいえ従来型特養は財務的に厳しい状態にある。たとえば「介護報酬の改定」(厚生労働省 2012a)により、個室完備の新型特養と比べて、多床室タイプの従来型特養の介護報酬が引き下げられた。従来型特養を主力とする社会福祉法人のなかには、「事業体の持続性」に危機感をもつ理事長も出てきている。ここに特養経営が必要な背景がある。

2 目的と方法

本稿の目的は、よいケアを提供するための特養経営モデルを再考することである。そのため「経営戦略³」の異なる2つの従来型特養を研究対象として選定した。その理由は両施設とも、北海道の地方部で、ケア職の離職者ゼロ⁴を達成し、かつ外部から諸資源を調達しながらよいケアを提供している模範的な特養として同業者から評価されているためである。

そこで以下のような研究方法を採用する。まず、福祉経営に関する概念を規範概念と捉えてきた既存研究との違いを明確にし、本稿で議論する特養経営モデルが、コンフリクトの認識や超克といったプロセスを含む実態概念であることを説明する(3節)。つぎに、このモデルを精緻化するため、異なる経営戦略を採用する2つの従来型特養に着目することを示し、本稿で

使用するデータの特徴を説明する(4節)。

さらに経営戦略が集約型のA園と分散型のB園において、よいケアの提供の際に不可避であるコンフリクトの超克プロセスについて、事例分析をおこなう(5節)。そして両施設の比較検討により、特養経営上のコンフリクトがどのような現状と課題をもつかを明らかにする(6節)。最後に、特養経営モデルの総括と残された課題を示す(7節)。

3 特養経営モデルの理論的検討

3-1 既存研究から導き出されるモデルを構成する要素

まず本稿で議論する特養経営モデルを構成する要素を考察するため、既存研究の検討から始めたい。

特養経営を探究する際、介護保険制度以前のものとして参考になるのは、社会福祉学における「福祉経営」(京極 1990)の概念である。この概念は「福祉政策と福祉臨床のかけ橋」(島田 2006: 25)であると同時に、かつ「政策とも臨床とも相対的自律性をもっている中間領域」(朴 2014: 44)である。福祉経営とは、福祉の政策と臨床をつなぐ場を運営することであり、この役割を担うのが社会福祉法人である。ゆえに社会福祉学の「福祉経営」では、「福祉サービスの重要性」(京極 1989; 小笠原・平野 2004)が強調される。

社会学では、福祉経営に関する既存研究は多くない。たとえば上野(2011)は、朴(2008)の研究を受け、NPO等の協セクターの優位性を指摘したうえで、福祉経営の要素として、(A)ケアの受け手とケアの与え手双方の利益が最大化、(B)持続可能性、(C)ソフトとハード両面にわたる経営管理、(D)市民の合意と資源

の調達、(E) 社会的設計の提案と実践の5点を挙げている。

また朴姫淑(2008、2014)は介護保険制度後の福祉経営について、「人々のニーズに対応する組織の経営」と定義したうえで、①利用者に対する包括的生活支援(ケアの質)、②労働者の雇用条件の確保(労働力再生産)、③事業体の持続性(経営責任と経営効率性)、④地域との関わり(住民参加と地域資源との連携)、⑤制度・政策提案能力(社会的行動)の5要素が総体的に最大化する経営であるとしている。

特養経営を考察するうえでコアとなるのは、京極(1989、1990)も強調する「福祉サービスの重要性」、すなわち「よいケアの提供」である。ケアの質と関連しているためこれは最も重要である。もう1つコアとなるのは、上野のいう「(B)持続可能性」であり、朴が挙げる「③事業体の持続性」である。なぜなら、事業体が存続しなければ、結局のところ特養はよいケアを提供し続けることができず、社会的使命が全うできなくなるからだ(朴2007、2014)。つまり、「事業体の持続性」と「よいケアの提供」は車の両輪である。

しかしながら、現状の介護保険制度のもとでは、特養経営上、「よいケアの提供」と「事業体の持続性」の両立は困難である。なぜならケア現場において、「よいケアの提供」により利用者の要介護度が改善したとしても、「事業体の持続性」に不可欠な介護報酬は減少するからだ。これを本稿では介護保険制度に埋め込まれた「制度的コンフリクト」と呼びたい。つまり特養側からすれば介護保険制度は「よいケアの提供」にとって制度上のインセンティブではなく、むしろ「制約」となっている。こういった「制約」のなかで特養としての使命を果たすた

めに、特養は内外に目を向けた経営戦略が必要になってきた。

そこで以下では、特養の「内」と「外」の双方のマネジメントについて先行研究を素材にして検討していく。

まず特養「内」に目を向ける。よいケアを提供するには、上野のいう「(A)ケアの受け手とケアの与え手双方の利益が最大化」することが肝要である。また朴が指摘する「①利用者に対する包括的生活支援」と「②労働者の雇用条件の確保」のバランスが要点となる。本稿においてもこの点を踏襲し、「よいケアの提供」と「労働強化の防止」の両者のバランスをとることが特養内経営であるとの立場を採用する(片桐2012a)。両者はいわばソフトの管理であり、最も重要である。

さらに「ハードの管理」、すなわち「(C)ソフトとハード両面にわたる経営管理」(上野2011)も必要であることはいうまでもない。よいケアの提供には「研修の開催」(片桐2012a)も欠かせない。

つぎに特養「外」において、特養がよいケアを提供し、地域のケア拠点として事業体を持続していくためには、上野が指摘する「(D)市民の合意と資源の調達」と「(E)社会的設計の提案と実践」が大事であり、そして朴が言及する「④地域との関わり」と「⑤制度・政策提案能力」が重要となる。これらを理論的に検討した結果、「住民からの承認」「住民との協働」「利用者家族との交流」の3項目として整理された(片桐2012a)。さらに特養外経営では、「行政との協働」も重要な項目として加える必要があるだろう(朴2014)。

まとめると、特養経営モデルを考究するにあたり、既存研究を検討した結果、「(1)よいケアの提供」「(2)事業体の持続性」「(3)労働

強化の防止」「(4) 行政との協働」「(5) 住民との協働」「(6) 研修の開催」「(7) 住民からの承認」「(8) ハードの管理」「(9) 利用者家族との交流」の9要素が、特養経営モデルの構成要素として導き出された。

3-2 実態概念としての特養経営モデル

既存の福祉経営の概念が、本稿の特養経営モデルと大きく異なるのは、規範概念として規定されている点である。たとえば、朴(2014)は、福祉経営について、福祉事業体が目指すべき経営の姿を指す規範概念であると説明している。なぜなら、この「概念自体が現状の福祉事業体の経営実態への批判を込めている」ため、「現状の福祉事業体の経営実態から帰納的に導き出せる概念ではない」(朴 2014: 58)との立場をとっているからだ。

確かに朴が指摘するように、福祉経営は「制度内での経営改善だけを考えると突破口はない」。さらに、いまの特養は利用者への「よいケアの提供」を使命としており、それは管理職の「自己搾取」や、ケア職の「低賃金・無償ボランティア労働」のもとで成り立つ「矛盾」を抱えている(朴 2014: 57)。ゆえに朴は「現状の経営状態を肯定するのではなく、経営者の自己搾取や労働者の自発的・強制的犠牲の実態、利用者の満足といったものを相対化する概念である」(朴 2014: 59)との立場から福祉経営を規範概念と規定している⁵。

しかし、本稿では規範概念ではなく実態概念として経営モデルを捉えたい。それは「労働強化の防止」により離職者ゼロ⁶を達成し、かつ「試行錯誤を重ねながら「外部からの諸資源の調達」を実行している従来型特養の実態を把握し、帰納的なアプローチにより経営モデルを導出する必要があると考えるからだ。

3-3 2つのコンフリクト

さらに、本稿で議論する特養経営モデルはコンフリクトを内包する必要がある。なぜなら現実の特養には、常にさまざまな問題、矛盾、制約、せめぎ合いがあるからだ。

コンフリクトにはいくつか種類があるだろう。まず、先にも言及した介護保険制度に埋め込まれた「制度的コンフリクト」が挙げられる。つぎに、この制度的コンフリクトから派生するコンフリクトもある。その派生の仕方は、それぞれの特養に共通する部分もあるが、逆に異なる部分——特養が立地する地域の歴史、周辺自治体との関係、地理的状況、中核都市へのアクセス、産業構造、ケア職の性別やジェンダーといった基本的属性等によって異なる部分——もある。さらには、あるコンフリクトが解消されたら、新たに別のコンフリクトが発生することも考えられる。

ここで組織経営のコンフリクトに焦点を当てた研究を検討しておきたい。まず医療事業体における財務と専門性のコンフリクトについての研究が挙げられる(Correia 2013; Muzio and Kirkpatrick 2011; Noordegraaf 2007; Carroll 2003)。確かに医療事業体と福祉事業体は、制度的にも内容的にも、別のカテゴリーである。しかし経営の分野から見ると共通項もある(野村編 2005)。財務管理を司る事務職と専門サービスを提供する専門職の間、すなわち管理と技術⁷の間に存在するコンフリクトの調整である(須田・浅川 2004)。人件費を含むコスト削減とケアの質の維持の間のコンフリクトがその典型であるといえる。

具体的に説明しよう。専門職の立場からは、ある医療・福祉サービスを提供する必要があるにもかかわらず人手や財源が足りない。財務の

立場からは、無い袖は振れぬため、「事業体の持続性」のためにはコスト削減を実行せざるをえない。そうするとケア現場においてサービスの質の低下を招く。逆に、サービスの質の低下を防ぐには、行政の補助金や地域住民の協力を含めて、外部から——「行政との協働」や「住民との協働」というかたちで——諸資源を調達してることが要請される。つまり、「事業体の持続性」と「外部からの諸資源の調達」のせめぎ合いが経営モデルを構成する1つの柱といえよう。

もう1つの柱として、ケア現場に焦点を当てる立場から、「利用者本位」と「専門職本位」のどちらを重視するかというコンフリクトが浮上する（春日 2003; 阿部 2010）。具体的にいえば、利用者の都合か施設の都合か、個別ケアか集団一括ケアか——本稿のコンフリクトでいえば、「よいケアの提供」と「労働強化の防止」——という福祉社会学で議論されてきた伝統的なコンフリクトと重なるものである。

3-4 プロセスへの着目

こういった伝統的なコンフリクトは、理論的には超克困難な難問として固定化される。

しかし実際にケア現場を凝視すると、このような伝統的コンフリクトを超克し、個別ケアを提供しようとして試行錯誤を重ねている特養もある。こういった特養のケア労働プロセスに焦点を当てた分析（片桐 2010）は、伝統的コンフリクトの超克と新たなコンフリクトの発生との関係を考察する際、たたき台になる。

ここでいうケア労働プロセスの分析とは、「よいケアの提供」に向けて試行錯誤を重ねる経緯を、①種まき段階、②実験段階、③模索段階、④成熟段階、⑤半回帰段階にわけ、その変化を辿るものである（片桐 2010）。個別ケアの実

現にとって必要なのは「チーム介護」である。しかし、これは社会福祉法人内の人事異動と介護チーム内の温度差により阻止され、結局、集団ケアに半回帰した。集団ケアに半回帰せず、チーム介護を成立させるには何が必要なのかという問いに対しては、ケア職が「相互に問い続け合う仕組み」であると結論づけられている。この研究（片桐 2010）では、よいケアの提供に向けた試行錯誤のプロセスが議論されたが、結局、集団ケアに半回帰したという点は見逃せない。この半回帰は——それが逆戻りであり、新たなコンフリクトの発生であり——特養のケア現場のプロセス分析からみえてきた実態である。本稿ではこの視点を踏襲したい。

以上の理論的検討を踏まえ、本稿では上記で検討した社会学における福祉経営の概念を参照枠⁸として踏まえつつ、介護保険制度以降の従来型特養という事業体単体のマネジメントとして、コンフリクトを内包する特養経営のモデルを考究する。具体的には、介護保険制度に埋め込まれた「制度的コンフリクト」から派生する特養の2つのコンフリクト——1つは、対内的コンフリクトとして「よいケアの提供」と「労働強化の防止」、もう1つは、対外的コンフリクトとして「事業体の持続性」と「外部からの諸資源の調達」（＝「行政との協働」あるいは「住民との協働」）——を含んだ特養経営モデルを探索していく。

4 データの特徴

4-1 事例の選定

特養経営モデルを探究するにあたり、本稿では2つの従来型特養を選定した。北海道A郡A町のA社会福祉法人が運営する特養A園と、同じく北海道B郡B町のB社会福祉法人が運

営する特養B園である。両施設の選定理由を説明したい。

第1に、よいケアの提供に向けてケア改革を実行した結果、両者とも5年後に職場の人間関係の苦痛による離職者がゼロという実績をもつに至ったため選定した。両施設は北海道の地方部でよいケアを提供するため試行錯誤を繰り返しているということが高い評価を得ている。具体的に紹介すると、A園は、B社会福祉法人のB理事長から「認知症ケアの1つの完成型である」ということで高く評価されている。他方で、B園は、「カリスマB理事長⁹によるトップダウンでよいケアを地域展開している」ということで複数の周辺自治体の特養関係者からの評判が高い¹⁰。

第2に、両施設は事業体を持続するために外部から諸資源を調達しているのだが、その調達の仕方が異なるため選定した。A園の経営戦略は、行政と協働した施設集約型（インテンシヴ型）で、B園は、地域ごとの諸資源を住民と協働して調達した地域分散型（サテライト型）である。これは後述するように、両施設が立地する地理的・社会的条件に加えて、特養が目指す理念の相違¹¹により規定されている。

第3に、調査対象として「地方部」に立地する社会福祉法人の「管理職」を選定した理由についても簡単に触れておきたい。都市部ではなく地方部の従来型特養を研究対象にした理由

は、介護保険制度の施行後、都市部では、協や民といった多様なアクターが福祉事業体として参入するなか、地方部では、こういった参入が少なく、おもに社会福祉法人が地域ケアを独占的に担い続けているからである。今回は、特養経営の環境条件を「統制」するため、地方部に限定した。また、質的データの収集を管理職に設定した理由は、社会福祉法人のトップマネジメントを起点にして、理事長という裁量権をもつ役職の視点から、特養経営モデルを考究することを目指しているからである。

4-2 集約型と分散型への着目

続いて、両園が立地するA町とB町の類似点と相違点を紹介したい。表1から明らかのように、両町とも面積、山林地帯の割合、高齢化率、後期高齢化率は類似しているが、他方で、人口と高齢単独世帯率は相違点として見てとれる。

最大の相違点は、生活圏域である。ここでいう生活圏域とは中学校区を意味し、自宅から30分以内でアクセスできるエリアを指す。A町的生活圏域は1つであるが、B町は4つの生活圏域となっている。これは、第1に「地形」と関連している。すなわちA町の場合、山林地帯がまとまって存在するため、基本的には生活圏域は分断されていない。これに対して、B町の場合は山林が散在しているため、生活圏域

表1 A町とB町の紹介

	面積	山林地帯の割合 (生活圏域)	人口	高齢化率	後期 高齢化率	高齢単独 世帯率
A町	695.87 km ²	76.4% (1生活圏域)	5,080人	32.1%	17.2%	18.1%
B町	677.16 km ²	72.9% (4生活圏域)	10,955人	33.1%	18.3%	14.5%

[出所] 両町の町政要覧より。データは2010年のもの。

表 2 社会福祉法人の概要

法人	A 社会福祉法人	B 社会福祉法人
開設	1987（昭和 62）年に開設	1977（昭和 52）年に開設
事業体	従来型特養ホーム A 園（短期入所）、 デイサービス事業、ホームヘルプサ ービス事業、グループホーム 新型特養ホーム等（2015 年開設予定）	従来型特養ホーム B 園（短期入所）、小 規模多機能型居宅介護、小規模多機能 ホーム、グループホーム、サテライト 特養
経営戦略	中心地に集約して併設（＝ 集約型 ）	a 圏域（中心地）以外の b 圏域、c 圏域、 d 圏域のそれぞれに小規模多機能型居 宅介護を分散して設置（＝ 分散型 ）

〔出所〕社会福祉法人のパンフレットと理事長からの聞き書きを参考に筆者が作成した。

が 4 つに分散している。

第 2 に商業・金融・文化施設、総合病院、駅・空港、総合振興局といった主要機関が集まる中核都市へのアクセス状況が異なっている。両施設とも町の中心地に立地しているのだが、特養と中核都市の役所との距離は A 町が 38km、B 町が 26km、また、特養と最寄りの空港との距離は A 町が 73km、B 町が 12km となっている。町民にとっては、A 町の場合はマイカーがないと中核都市へのアクセスが困難であるが、B 町の中心地と一部の周辺地は公共交通機関が充実しており中核都市にアクセスしやすい。このように A 町は生活圏域が 1 つであるため町の独立性が高いのに対して、B 町の場合、生活圏域が分散しているため、中核都市のベッドタウンとの見方ができる。

第 3 に「郷土史」もまた生活圏域の配置に関連している。両町は北海道の地方部に位置しているため、開拓・開基の歴史は、集落の栄枯盛衰を含めて、現在の地域社会のあり方を規定している。つまり地理的にも歴史的にも生活圏域の固有性と独立性が認められる。この点は、人口規模や面積といった統計データからは、くみ取ることが難しい（A 町史編さん委員会編 1970、1992；B 町史研究編纂会編 1970、B 町

郷土史研究会編 1980、1991）。

以上から、A 園は地域のケア資源を一点に集中させ、ケアで困ったときはここにアクセスすればいいという施設集約型の戦略を採用し、これに対して B 園は町内の 4 つの生活圏域それぞれにおいて、身近なところでケア拠点をつくるという地域分散型の経営戦略を採用することになった。両施設を運営する社会福祉法人の全体像について表 2 に示した。

4-3 調査方法

今回使用する質的データは、社会福祉法人 A の特養 A 園と社会福祉法人 B の特養 B 園における管理職、すなわち理事長、施設長、副施設長、そして介護主任からの非構造化インタビューにより得られたものの一部である。

調査方法としては、理事長を中心にインタビューを実施した。施設長、副施設長、介護主任には必要に応じて意見を求めた。A 園では集団インタビューの形式を、また B 園では理事長への個人インタビューの形式を採用した。

調査の概要は、表 3 のとおりである。なお A 園において、2013 年 11 月 18 日に実施した調査(表 3 で⑥と記載)では、理事長の不在のため、施設長を中心に集団インタビューを実施した。

表3 調査の概要

	日にち	時間	対象者	計
特養 A 園	①2013年2月2日	15時～21時	理事長、施設長、副施設長	31.0 時間
	②2013年2月3日	10時～13時	理事長、施設長、副施設長	
	③2013年6月6日	13時～20時	理事長、施設長、副施設長	
	④2013年11月16日	10時～17時	理事長、施設長、副施設長、介護主任	
	⑤2013年11月17日	10時～13時	理事長、施設長、副施設長	
	⑥2013年11月18日	10時～15時	施設長、副施設長、介護主任	
特養 B 園	①2012年11月5日	13時～17時	理事長と施設長	18.0 時間
	②2012年12月17日	11時～17時	理事長のみ	
	③2013年6月7日	13時半～17時	理事長のみ	
	④2014年2月24日	13時～17時半	理事長、施設長と生活相談員	

[出所] 筆者作成。

B園において、2014年2月24日に実施した調査(表3で④と記載)では、理事長のみ個人インタビューで、施設長と生活相談員は集団インタビューの形式となった。

次節では、経営戦略が集約型のA園と分散型のB園の事例分析をおこなう。ケア改革への着手から始まり、どのようなコンフリクトをどのように超克してきたのか、そしてどのような経緯で「よいケアの提供」と「事業体の持続性」の舵取りをしてきたか、明らかにしていきたい。なお、次節においてカギ括弧をつけた箇所は、上記の調査対象者の表現を引用したことを意味する。

5 事例分析

5-1 集約型戦略のA園の事例分析

5-1-1 ケア改革の意識定着

A園の理事長は、2003年に、同法人内の別の事業所で働いていたIさん(当時は50代女性・現副施設長)を引き抜き、スーパーバイザーの介護主任として特養本体のケア改革を実行するよう依頼した。Iさんによれば、目指したのは介護福祉士のテキストにも出ている「心身の状

況に応じた」ケアであり、これは身体介護と生活支援にわけられる。

ケア改革の最初に、理事長らは当時、身体介護のなかでも、集団ケアの象徴とされていた排泄ケアを見直すところから着手した。夜勤のケア職の間で「2時間おきに一齐にオムツ交換をするのが体力的に大変だし、睡眠中に起こされて汚れていないオムツを交換させられる利用者も気の毒だ」ということで意見がまとまった。そこで夜中のオムツ交換を辞め、利用者に熟睡してもらうことにした。朝、シーツを汚す利用者もいたが、それでも熟睡できたことに利用者も満足しているとの報告を受けた。夜中に排泄を希望する利用者は起きていればナースコールを押す。押せない利用者もいたが、夜勤のケア職は利用者の排泄リズムを個別に記録し始めたので、ある程度、予測して対応できるようになった。

このやり方に反対するベテランのケア職もいた。しかし、満足そうにしている利用者の表情や態度をみて徐々に賛成に変わっていった。夜勤のケア職の体力消耗も減った。ケア職は「自分たち職員が楽になれば、その分、利用者に目を向けられる」という事実気づくようになって

た。「これまでのケアの仕方をカイゼンすれば利用者も変わる」ということを実感するケア職が増え、ケア職の意識改革が浸透し始めた。

それでもまだケア改革に懐疑的なケア職もいた。そういうケア職に対しては、介護主任のIさんが「一人ずつ懇々と話し込む」ことにより、理解してもらった。排泄ケアだけではなく、食事や入浴についても同様に、Iさんが中心となってケア改革を進めていった。

5-1-2 サロンの活用

心身の状況に応じたケアのうち、「身」の部分を押さえたうえで、理事長らは「心」の部分の生活支援においてケア改革を遂行した。それはサロンの活用である。

60人程度の利用者を3つのユニットにわけ、それぞれにサロンという空間をもうけた。利用者とはケア職は要介護度や認知症の有無にとらわれずランダムに配置した。ユニットに配置するケア職も同様で機械的に配置した。ケア職としてユニットリーダー、サブリーダー、そして三番手を配置した。三番手には若手を置き、若手リーダーの育成を目的とした。

サロンではお茶の時間等、特にもうけなかったが、三々五々、利用者が集まってきた。半分以上が認知症であった。他のサロンも含めて出入りは自由で、誰かと話すこともあれば、一人で何かをすることもある。自らの日課に基づきサロンを活用する利用者もいた。

サロンでは利用者同士、「喧嘩もあるがそれは当然のこと」で、たとえ人間関係の相性が悪くても、「慣れてしまえば、そういう人だということ」で互いに受け入れていた。各サロンでは、利用者は「何となくおさまっている」。「人間同士のことなのでトラブルが起きるのは当然」と認識し、ケア職は利用者同士で「トラブ

ルがあっても危なくない限り、基本的には介入はしなかった」という。「見守り」の難しさと重要さをケア職で共有していった。もちろん「個々の利用者の生理現象を把握したうえでの話」とIさんは説明した。

利用者にとって居心地のよいサロンの空間を作りたかった。しかし予算が足りなかった。そこで「手作り感あふれる雰囲気」にするため、ハードの管理としては、椅子、間仕切り、のれん等、新規購入ではなく、リサイクルショップ等を活用した。お金をかけずに配置やデザインを工夫し、共同作業によって温かみのある生活道具へとアレンジしていた。

どうすれば居心地のよい空間を作れるのか。たとえば椅子を置く際、どこに置か色々とした。その結果、壁のある「隅っこに快適さを感じる利用者が多い」との事実を掴んだ。ケア職も居心地のよい物理的空間について自分たちで座ってみて確かめた。壁がないときは間仕切りで空間を仕切るなど工夫を重ねた。意図せざる結果として、このアレンジに関わったケア職の間に結束感をもたらした。

しかし特養関係者以外の住民とは交流が少なかったため、理事長はどうすれば住民がもっと特養という施設に興味をもってくれるかと思案していた。

理事長らは、サロンという場を活用して、ソフト面では、利用者の役割を引き出すことに力を入れた。はじめはケア職から利用者に役割を与えるというやり方で働きかけてみた。しかし「それが本当にその方の役割なのか、観察して、待ってみたいとわからない」。サロンのもつ力を活用しながら、利用者一人一人の能動的な役割を「見極め」るよう、ケア職に指示した。なかには待てずに手出しをするケア職もいた。そのときは介護主任と話し合い、「見極め」が重

要であることを確認する機会をもうけた。話し合いのなかで、利用者の生活史を知り、包括的な生活リハビリを見極めることの重要性がケア職に浸透していった。

5-1-3 ゆるやかな担当制

しかしケア職同士の関係、ケア職と利用者の関係において、さまざまな問題が起きてきた。労働強化は「それぞれのケア職が情報を抱え込むことにより起きる」。これはチーム介護の人間関係のみならず、ケア職と利用者の人間関係にもいえると理事長らは考えていた。

Iさんによれば「ケア職は利用者から嫌がらせを受けても抱え込む傾向がある」という。利用者とはケア職との関係は、年齢的にも性別的にも、そして立場的にも非対称的である。たとえば高齢男性の利用者が若いケア職の男性に対して厳しくあたるケースがあった。「ケアは女性の仕事なのに、なぜ若い男性がこんな仕事をしているのか！」と強い口調で高齢男性の利用者から言われ、若い男性ケア職がつらそうにしているという報告が介護主任のIさんのもとに届いた。そのため両者を「空間的に離す判断を下した」という。

そこで、チーム介護では、チーム内で利用者の担当者を正確に決めるのではなく、「ゆるやかな担当制」をとることにした。過去に担当制にしていたが、そうすると、先に紹介したように、ケア職は利用者からハラスメントを受けて追い詰められてしまう。ケア職と利用者にも相性がある。離職の原因となりそうな要因を事前に排除することによって、「よいケアの提供」と「労働強化の防止」の舵取りをしていた。

また、担当制の場合、「自分の担当の利用者にしか目が向かなくなる」ケア職もいた。そこで担当をゆるやかなものにしたら、「職員同士

で確認し合うようになった」という。

5-1-4 リーダーの明確化

このように、Iさんはスーパーバイザーとして各ユニットリーダーからケア情報を得ていた。チーム介護においては「ユニット会議」を最重視した。この会議では「どんなに些細な情報であっても出してもらおう」ことにした。

ケア改革に着手するまではケア職同士の間で好き嫌いといった感情で働く傾向がみられた。しかしそれはチーム介護の妨げになるため、Iさんは繰り返し注意してきた。ケア職同士の人間関係は「悪くなければいい」とし、「仲が良すぎるのも問題」であると理事長らは考えていた。なぜなら、チーム内の人間関係の良し悪しより大事なものは「情報の流れ」であり、「現場リーダーに情報を確実に伝えることがよいケアの提供にとって大切だから」という。この点を介護主任のIさんはケア職と「一人ずつ懇々と話し込む」ことにした。ケア職がユニットリーダーに確実に情報を伝えるため、リーダーの存在を明確にした。そしてリーダー機能が発揮しやすいよう、勤務シフトの見直しもおこない、ユニットリーダーの夜勤を月1回とした。日勤のほうが夜勤よりも情報の伝達量が多い。リーダーが一般のケア職と同じように夜勤になると、情報伝達に支障をきたすことがあるからだ。

5-1-5 法人内でのケアの統一化へ

よいケアの提供に向けたケア改革に取り組んで5年ほど経過した頃、ケア職の取り組みを確認し合う場が必要であることに加え、法人内のケアのレベルを統一化して高めていく必要があると理事長は考えるようになっていた。よいケアを提供している手ごたえは感じていたもの

の、以前のような集団ケアに半回帰しないとも限らない。慢心せずに、法人の生命線である「よいケアの提供」を維持していくためのツールとして、2008年に近隣の特養に声をかけ、定期的な「研修の開催」を提案した。

その提案は受け入れられ、毎年、新人のケア職が、よいケアに向けた試行錯誤の様子や成功事例を研修会で報告している。準備に際しては、リーダーに加えて先輩のケア職も手伝う。もちろんIさんも手伝う。パワーポイントによる資料作成では管理職も指導する。準備、報告、反省という一連の作業を通して、ケア職は自己への肯定的評価をもち、「今後のケアに向けて改善点を自覚していった」。新人研修のみならず、手伝うケア職にとっての研修の場にもなっている。研修会での報告の様子は映像資料としても保管している。

さらにはA園でのケアの質の高さを同じ社会福祉法人の他の事業所にも広げ、統一化していくことも実行している。グループホームのケア職との相互体験研修を含めた法人内の連携である。グループホームのケア職を対象にIさんによる講習会も開催している。

2015年から新たに小規模多機能ホームと新型サテライト特養が開設されるため、法人内のケアの質の統一化と新人ケア職の育成は、ますます重要であると理事長は認識している。そのため外部の専門家からの助言を得て、目下のところ「人事考課制度」を考案中である。

この人事考課制度は、ケア職については排泄介助、食事介助等、13分野113項目から成る。これは給与体系に反映させるのではない。ケア職にとっての目安にしてもらうという意図がある。なぜなら相対評価ではなく絶対評価としたからだ。看護職やその他の専門職についても、この制度を確立したいと考えている。まずはケ

ア職だけで実施してみるか、それとも看護職等の項目が出揃ってから一斉に実施するか、検討中であるという。

5-1-6 行政との協働

地方部の特養であるA園は、なぜこれほどまで「よいケアの提供」への意識が高く、さらにはそれを実現させることができているのか。ここには開設当初から現在までの「行政との協働」がある。

A園の理事長は、行政からの補助金といった実質的な支援を重視していた。自治体のまちづくり計画や介護保険事業計画と連動するかたちで行政と特養のそれぞれの役割を分担していた。さらに毎月2回開かれる「ケア会議」において、A町に必要なケアについて具体的に話し合い、介護保険制度により収入が減少しても自治体からの補助金収入を確保し、事業体の持続性を確保するものにしていく。

なぜそれが可能であったのか。それは、1987年の特養開設時に運営主体をめぐって町営にするか社会福祉法人にするか検討した際、自治体の負担を避けるために法人に任せたいという事情が挙げられる。つまり「運営は法人が担い、補助金は行政が出す」という役割分業が成立し、現在まで維持されてきた。これにより行政と社会福祉法人の間に互酬性が盛り込まれた信頼関係が確固たるものになっている。

さらに1993年には、それまで町営であった在宅福祉サービス事業を町職員4人のホームヘルパーを含めてA社会福祉法人にすべて委託した。つまり、自治体の在宅ケアも施設ケアもすべてA法人が担うことになった。ゆえに、独占事業体となったA法人は、地域ケアへの使命感をますます強めていったといえよう。ケアのプロ機関として「住民へのお返し」として

質の高いケアを提供していくことにつながった。

このようにA園は行政からの補助金を確保して、住民がケアについて困ったときに支援できるような大規模施設づくりを推進している。

しかしA園の理事長は、現状に満足していない。住民のなかには「昔の特養のイメージをもつ人もいる」からだ。受け身で住民を待つのではなく、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターのスタッフと連携して、「積極的に地域住民と関わっていくことの必要性を感じている」という。A町全体を俯瞰すれば、少子高齢化と人口減少が進展し、独居高齢者も増加している。A町においても、日本国内の地方部に共通の地域問題を抱えている。A法人は毎月2回開催される地域ケア会議での議論を通して、2015年から新たに小規模多機能ホームと新型サテライト特養を開設することになり、地域のケア拠点としての施設を住民に活用してもらうことを行政とともに実現していこうとしている。

5-1-7 小括

以上、集約型戦略のA園の特養経営モデルの枠組みで、コンフリクトとの出会い、超克、そして新たなコンフリクトの発生、さらに超克していくプロセスを記述してきた。

よいケアの提供と事業体の持続性という制度的コンフリクトを抱えたA園の場合、①ケア改革の意識定着、②サロンの活用、③ゆるやかな担当制、④リーダーの明確化、⑤法人内でのケアの統一化へ、⑥行政との協働という項目において、試行錯誤のプロセスが示された。

2003年にケア改革を標榜した理事長は、Iさんを介護主任として配置し、5年間かけて、ケアの質を高め続ける努力をしてきた。その後

も現状に甘んじることなく、よいケアの提供に向けて努力を重ねている。

この試行錯誤を支えたのは、第1に、理事長とIさんの二人三脚であった。これはコンフリクトの超克の心臓部として機能していた。第2に、特養と行政の互酬性の確保による協働であった。それは施設側からみれば行政による資金面の援助を含めた協働であり、行政側からみればA園の福祉サービスのよさに対する信頼感に基づく協働であった。第3に、近隣の施設との研修会の定期的な開催はA園のケア職にとって、よいケアを志向するための大きな刺激となっていた。最後にIさんが行ってきた「ミドルマネジメント機能」も「よいケアの提供」と「労働強化の防止」のコンフリクトを超克するのに貢献した。

他方でA園の理事長が危惧するのは「ミドルマネジメント機能」の次世代への継承である。2016年の新事業所の開設を見据え、新人ケア職の育成には力を入れているのだが、ケアの専門性にプラスアルファの部分が継承されないのではないかという心配がある。Iさんによれば、「よいケアとは心身の状況に応じたケアであるが、プラスアルファの部分が大事で、それは“ケア職人”にしかできない」と指摘する。「プラスアルファの部分」をいかにして次世代のリーダーに継承していけるか、この点が最大の課題であることが判明した。

5-2 分散型戦略のB園の事例分析

5-2-1 強引なケア改革者

分散型のB園の理事長B氏は、介護保険制度が始まる前の1980年代から、生活指導員として勤務するなか、集団ケアの実態をみて「こんなのはおかしいから変えたい」と思っていた。B氏は全国的にみてもかなり早い段階で、

生活リハビリと寝食分離の重要性を認識していた。

しかしB氏のやり方は「強引であった」。「生活指導員として、強烈なリーダーシップを発揮した」。たとえばオムツ交換について、当時は「定時交換」が主流だったのだが、寮母らに「随時交換」の断行を主張した。「当時の寮母はシングルマザーが多く、素直で従順というより元気な女性が多い」職場であった。当然、彼女たちはB氏が提案する新しいやり方を受け入れなかった。

生活指導員のやり方に反対していた寮母が、あるとき、オムツの定時交換の台車を使って、今まで通りのやり方を続けようとした。そのとき、B氏は「その定時交換用の台車を捨てた」という。かなり強引なやり方でケア改革を突破していった。台車を捨てられた寮母も家計を支えるために働いていたので離職できない状況にあった。

しかしケア改革に反対していた寮母らも、B生活指導員に反発しながらも、「変わっていった」。「B指導員は無茶苦茶なことを言うし、怒る」が、しかし「やってみると確かにそっこのほうがいい」という声が聞かれたという。

なぜ寮母らは変わっていったのか。第1に生活指導員B氏に「私利私欲がみられない」と寮母らに認識されていたこと、第2に「利用者本位というやり方にブレがなかった」こと、そして第3に外部の研修会にも参加して勉強していたB氏が「言うことに筋が通っていた」ことがその理由として挙げられる。

5-2-2 ユニットのケア

1992年頃から、B氏は、もっと「よいケアができるはず」だと考え始めていた。しかし、その方法を見つけれずにいた。そのときユニ

ットケアの存在を知ったB氏は、近隣施設の同志らと一緒に、既存の施設でユニットのケアをしようとして動いた。近隣の施設と連携して、有識者から助言も得ながら、「既存の施設でも、よいケアができることを国に訴えようとした」という。

大規模処遇の措置時代であったが、B園では利用者を小規模のユニットにわけてケアを開始した。100人程度の利用者を3つの棟のユニットにわけ、ケア職を固定して配置し、個別ケアを実践しようとした。この考えに賛同するケア職は一生懸命に取り組んだ。

しかし反対意見のケア職も多かった。結局のところ、ケア職の半数以上が「心身ともにボロボロになって離職」していった。「ユニット的なことはできるが自分たちがつらすぎる」というケア職の意見が象徴的であった。賛同者であっても、「反対者との人間関係の軋轢がつらくて離職していった人」もいた。B園のケア現場は「総崩れ」となり、大失敗であった。とはいえ、確実に「ケアの手法は変わっていった」。この点は大成功であった。

5-2-3 人材育成に力点

なぜ離職者が多発したのか。離職者はB園のみならず、近隣施設でも同じで「どの施設にも離職者がごそっと出た」。B氏は「それでもケアを変えていかねばならない」と考えていた。しかし「理念と熱意ではどうにもならない」こともわかっていたという。どうやってケア職を定着させるか。近隣の施設の同志と一緒に悩んだ挙げ句、「人を育てることから始めた」。新人研修である。

寮母時代のケア職は「ケアは教わるものではなく、見て盗めの世界」であった。しかしB氏は「新人を育てる仕組み」を確立することに

決めた。当時の寮母の典型的な反応は「そんな大事に育ててもらったことはない。教えられていないので教えることができない。後輩を大事にする気持ちもない」というものであった。

しかしカリスマ生活指導員のB氏は、新人ケア職と先輩ケア職の間でオン・ザ・ジョブ・トレーニングが可能となるような仕組みをつくり、実行していった。たとえば「一斉にケアするのではなく、利用者が起きるときに起こす。利用者がトイレに行きたいときにトイレに誘導する。そういう利用者のリズムに合わせていくケア」を先輩が新人にマンツーマンで教えていった。これによりB園内のケアの質の底上げを図った。

B氏がもっとも重視したのは「ケア職の自由裁量」であった。「何かあったら上が責任をとる」という姿勢を貫いた。たとえば生活支援において「外出くらいでは文書の提出は求めない」ことにした。ケア職の多くは文書の作成が苦手であった。外出のたびに、いちいち文書の提出を求めるとケア職の負担になる。ゆえに面倒だから外出はやめようということになってしまふ。この点をB氏は危惧したわけだ。また「試行錯誤を重ねてみて、おかしいと思えば変えればいい。やってみてダメだったら戻せばいい」ということをケア職に伝え、「自分たちで考えて工夫したケアによって利用者が変わった」というケア職の「実感や思い」を大事にするよう周知徹底していった。

5-2-4 開設当初のケア方針に立ち返る

B氏は特養本体において、よいケアの提供を目指してユニット的ケアを推進しながらも、他方で、「家に帰りたい」という利用者の思いも再確認していた。

B園が開設した1977年当初の「ケア方針」

は「自宅で暮らしたい」という利用者の希望を叶えることであった。つまり「在宅ケア支援としての大規模施設の役割」を認識し、在宅ケアを支えることがB社会福祉法人の「ケアの伝統」であると確信していた。よいケアとは「その人がその人自身になる、そのことを手助けすること」であると考え、「ただ寄り添って背中をさすってあげる」だけではなく、そのほかにもケア職にしかできないケアの専門性があると言いつづけてきた。「医師や看護師にはできない、ケア職にしかできないこと」とは、具体的には「利用者の生理現象の予測的把握」と「利用者本人の思いの代弁性」であり、これらは「医療に伍するもの」であると考えていた。

どうすれば「家に帰りたい」という利用者の思いを叶えられるのか。B氏は「在宅への復帰を念頭においたケア」、すなわち在宅ケア支援を重視した。認知症であっても「施設入所は最後の手段、最後のよりどころとして考え、まずはできるだけ住み慣れた地域で暮らすことを支援」しなければならないとの思いから、2002年に4つの生活圏域のうちの1つに小規模多機能型居宅介護事業所を開設した。

その際、気をつけたことは、小規模多機能型ホームを「地域のケア拠点」として住民からの承認を得て、その地域住民を「構想段階から巻き込む」ことであった。こうして4つの生活圏域における地域住民の参画により、小規模多機能型居宅介護施設や、特養本体とは別にサテライト型のミニ施設を展開する計画を行政や住民と協働して実現させていった。

ところで、ケア職の労働強化の防止はどうだったのだろうか。地域に飛び出していった特養のケア職もいたため、その場合、住民との接触が多くなり、仕事量も増えていった。他方、そのまま特養に残るケア職もいた。そのような

とき、仕事内容や人間関係についてつらそうにしているケア職に目配りしていたのは生活相談員であった。特養内のケア職と特養外のケア職の間にある乖離への配慮も生活相談員のミドルマネジメントに負っていた。

5-2-5 小規模多機能ホームを地域のケア拠点に

B氏が施設長に就任した2001年、B法人について「通えて、泊まれて、住むこともできて、家に帰ることもできる、地域生活に統合されたケア施設」を目指していくと宣言した。そして2002年12月には、B町の中心地であるa生活圏域に、宅老所型の小規模多機能ホームを開設し、2004年4月からは、B社会福祉法人全体の地域展開をにらんで、特養本体のケア改革に力を入れた。その頃2006年の介護保険制度の改正により、「小規模多機能サービス拠点の普及を推進していく観点から、多機能化されたサテライト型施設の入所部門を本体特養と共に1つの施設として運営できる」という制度的な素地が整った。これを受けて、2007年5月、a生活圏域に多機能型サテライト特養を20床にて開設した。

残りの3つの生活圏域については、それぞれ歴史も地理も異なる周辺地域であることを踏まえて、2005年、生活圏域ごとの介護サービス利用状況を行政とともに分析し、今後必要なサービス内容を議論した。その結果、2007年に、c生活圏域にて小規模多機能ホーム、2009年に、b生活圏域に小規模多機能ホーム、そして2014年に、d生活圏域に小規模多機能ホームを開設した。こうして4つの生活圏域における「地域のケア拠点化」が完了し、在宅ケアを支える地域包括ケアシステムを整えることができた。

こういった政策実行の過程において、B氏は、将来的に利用者になる可能性のある地域住民と施設のケア職が「顔と名前が一致するような関係」を形成することを目論み、地域という特養外からの働きかけによって特養本体への敷居を下げようとしていた。たとえば施設長のB氏は4つの生活圏域の集落にある地域自治組織のおもだったメンバーを運営推進会議に招き、2ヵ月に1度のペースで、ケア職との日常的交流を続けた。さらには広域に分散する同法人内の連携を強めたり、老人会・自治会といった地域住民組織の会長に、会議のメンバーとして参加してもらったりしていた。そのなかで地域住民から特養の存在が認識され、次第に評価されていった。

しかしB氏は、新たな問題点も認識していた。それは4つの生活圏域同士の関係性である。集落同士が互いに意識し合っていることが負の事態にならないようにする必要があると考えていた。

5-2-6 小規模多機能のよいところを特養に逆輸入

B町全体を4つの生活圏域にわけ、それぞれにおいて「地域のケア拠点」をつくることで得たノウハウを、理事長は、今度は特養本体に取り入れようとしていた。

最初に取り組んだことは「ケア職と利用者が一緒にご飯を食べること」であった。つぎに「ケア職による手作りのリビング」の実現であった。100床近いベッドのうち、ちょうどサテライト特養の分が20床空いたため、その空間を改修・改築していった。ここでは「住民との協働」がポイントになった。

小規模多機能のよいところは、「暮らしの場」があり、「暮らしそのものがケアとなる」こと

であるという。このよさをB園にも取り入れることにした。具体的にはB園では、手作りにより、できるだけ予算をかけずに居心地のよい空間を作り出そうと工夫を重ねた。ハード面では財政的な苦しさを逆にプラスの発想で捉え、地域の大工や左官といった地域の職人や技術者を巻き込みながら、改修していた。ホールの床の補修、木材を使った間仕切り等、かえって温かみのある仕上がりとなった。ソフト面でも大工や左官といった職人の知り合い等と日常的な関係を形成していた。この実践は、結果として住民と施設の距離感を縮めることとなった。

5-2-7 小括

以上、分散型戦略のB園におけるコンフリクトとの出会い、超克、そして新たなコンフリクトの発生、さらに超克していくというプロセスを記述してきた。

A園と同様に、よいケアの提供と事業体の持続性という制度的コンフリクトを抱えたB園の場合は、①強引なケア改革者、②ユニット的なケア、③人材育成に力点、④開設当初のケア方針に立ち返る、⑤小規模多機能ホームを地域のケア拠点に、⑥小規模多機能のよいところを特養に逆輸入という項目において、試行錯誤のプロセスが示された。

この試行錯誤を支えたのは、第1に、理事長のB氏のカリスマ性であった。第2に、このカリスマ性をかげで支えていたのは近隣特養の同志の存在であった。第3に改革の仕方は強引であっても、その内容はケア職に受け入れられていた。ケアが変われば利用者も変わっていくという手応えをケア職は実感していた。最後に、ケア改革の際、B氏が依拠したものが「開設当初のケア方針」という正統性をもったもの

であったことが挙げられる。

他方でB園の理事長が抱える問題は、特養本体がもつ二重性である。すなわち、特養について、一方では、独居で重度化した利用者にとって最後の砦として位置づけつつ、他方では、「家に帰りたい」という利用者の希望を叶える機関として位置づけている。「小規模多機能の利用者は幸せで、特養本体の利用者は不幸である」という表現に象徴される。

さらにもう1つ、B町の中心地にa生活圏域、周辺地にb、c、d生活圏域を設定したのだが、生活圏域同士の関係についての危惧がある。周辺地は中心地と比べて、歴史的にも社会的にもそれぞれ個性と独立性をもっている。これらの生活圏域同士の関係に加え、生活圏域の住民たちと社会福祉法人の関係にも配慮していく必要があると考えられる。

6 特養経営モデルとコンフリクトの超克

6-1 特養経営モデル

前節で分析した2つの特養におけるコンフリクトの超克プロセスの実態について、特養経営モデルの枠組みのなかで帰納的に整理したものが表4である。

ここで特養経営モデルの中身を再確認しておきたい。まず制度的コンフリクトは、「よいケアの提供」と「事業体の持続性」の間に存在する。これは介護保険制度に埋め込まれたコンフリクトであるため、制度が変更されない限り、基本的には超克することはできない。

さらにこの超克困難な制度的コンフリクトから派生するコンフリクトを本モデルに組み込んだ。特養内で派生するコンフリクトとは「よいケアの提供」と「労働強化の防止」であり、また、特養外で派生するコンフリクトとは「事業体の

表4 特養経営モデルとコンフリクト

特養内		特養外	
集約型 A 園	分散型 B 園	集約型 A 園	分散型 B 園
長期リフレッシュ休暇		行政担当者との信頼関係	顔と名前が一致する関係
リーダーの明確化 ゆるやかな担当制	人事異動 委員会の合理化	安定した補助金 月2回の地域ケア会議	住民を巻き込んだ改修・改築 住民が集まれる場所
新人ケア職の育成 「研修の開催」		互酬性の確保	
ミドルマネジメント機能		町の福祉をすべて担う	日常的交流
介護主任の働き	生活相談員の働き	「行政との協働」	「住民との協働」
「労働強化の防止」		外部からの諸資源の調達	
「よいケアの提供」		「事業体の持続性」	
チーム介護	暮らしの場づくり	「住民からの承認」	
サロンの活用	生理現象の予測的把握	「ハードの管理」	
人事考課制度	利用者の思いの代弁	「利用者家族との交流」	
介護保険制度に埋め込まれた「制度的コンフリクト」			

〔出所〕筆者が作成した。なお、灰色の塗りつぶしは特養経営モデルを、矢印はコンフリクトを、カギ括弧は理論的検討から抽出された特養経営モデルの構成要素を表す。

持続性」と「外部からの諸資源の調達」(=「行政との協働」もしくは「住民との協働」)である。

これらの派生的コンフリクトは、集約型のA園と分散型のB園において、具体的にどのようなかたちで存在し、いかにして超克されてきたのか、以下、検討していく。

6-2 特養内のコンフリクトとその超克——「よいケアの提供」と「労働強化の防止」

第1に、特養内において「よいケアの提供」を目指す場合、それは利用者本位の個別ケアを意味するのが一般的である。しかし、個別ケアの実行は、ケア労働の「無限定性」(井口2007)によって、ケア職の労働強化がもたらされることがある。ケア労働には「ここまでやったら100点満点」という評価尺度が存在しないからだ。さらにこの点数は、客観的というよりむしろケアを提供する側と提供される側の対面的な相互行為によって主観的に規定されるからだ(石橋2010)。ここに「よいケアの提供」

と「労働強化の防止」のコンフリクト超克の難しさと曖昧さがある。

今回調査対象とした2つの特養では、このコンフリクトをどう克服したのだろうか。

両園とも、「ミドルマネジメント機能」により、労働強化を防止するようなシステムを確立していた。加えて「新人ケア職の育成」と「研修の開催」に力を入れていた。ケア職の先輩が新人によりケアを教えることで、ケアの質の底上げを目論んでいた。これらは両園の共通点であると総括できる。

続いて、それぞれの特養がこのコンフリクトをどう乗り越えたのか、検討していきたい。

A園の理事長は、副施設長と相談して、ケア職の「チーム介護」と利用者同士の「サロンの力」に着目するケアを提供するよう、ケア職に周知徹底した。「身」の介護の部分ではケア職が利用者の個別性に配慮して身体介護をおこなうが、「心」の生活支援の部分では利用者同士の交流にも頼る。利用者とケア職の関係の

みならず、利用者同士やケア職同士の間関係の安定化にも配慮し、介護主任が、特養内の人間関係の「感情的安定化」と「機能的安定化」(Luhmann 1964=1996: 311)のバランスをとっていた。

つまりよいケアの提供のための「チーム介護」と「サロンの活用」は、5年間の試行錯誤の結果、同時にケア職の負担も軽減することになった。これは「チーム介護」と「サロンの力」が「よいケアの提供」と「労働強化の防止」の両方に寄与したと総括できる。またA園でもケア職に「長期リフレッシュ休暇」をもうけ、労働強化の防止に寄与した。

ただし問題もあった。A園では介護主任によるミドルマネジメントの働きがなければチーム介護の継続が難しいと理事長は認識していた。目下、この役目を果たせる後継者の育成が進んでいない。ミドルマネジメント機能を発揮できる人材をいかに養成すればいいかという新たなコンフリクトが生まれたといえる。介護主任のミドルマネジメントとは何か。対内的には、チーム介護をベースに、看護師や栄養士といった他の専門職との連携による問題解決、個々のケア職のストレス軽減、ケア職で対応できないケースへの対応であり、対外的には、家族を含めた特養訪問者への対応である。この役目について、介護主任は「旅館の女将のようなもの」と表現していた。A園の理事長は、現在、この新たなコンフリクトを克服するため、この役目を果たせるような後継者の育成に力を入れている。

つぎにB園では、どのようにして労働強化を防止していたのか。

分散型のB園のケア職のなかには、地域に出向くため、ケア職以外の専門職やケアに詳しくない住民とのやりとりが多いスタッフもい

た。そこで理事長は医療に伍する「ケアの専門性」を重視していた。理事長によれば、ケアの専門性とは「生理現象の予測的把握」と「利用者の思いの代弁」である。食事、排泄、入浴といった生理現象を個別的に予測し、なおかつ利用者の日常に最も詳しいのがケア職の専門性である。ケア職にはこういった高いプロ意識と実践が期待されていた。ゆえに労働強化の問題は重要であった。

これについてはB園でも生活相談員の「ミドルマネジメント機能」の働きが大きいことが示された。生活相談員は、ケア現場を観察して各ケア現場のリーダーから問題点について報告を受け、労働強化に陥りそうな職員がいる場合には目配りするという本来の役目を地道に果たしていた。「人事異動」と年1回の「長期リフレッシュ休暇の取得」、さらに不要となった「委員会の合理化」を図るなどして、ケア職の負担を減らす工夫をしていた。

しかしそれでも問題があった。それは、各生活圏域の小規模多機能ホームと特養本体の格差の存在である。B園の理事長は、ケア職に対して、開設当時から継承されているケア伝統——「自宅に戻りたい」という利用者の希望を叶えること、すなわち在宅ケア支援——を尊重してきた。この考えによれば、小規模多機能ホームの利用者はその夢が叶えられ、その支援をしているケア職もやりがいをもてる。しかし特養本体で働くケア職にとって、地域でケア職を全うしている同僚が羨ましく映ることもある。なぜなら、自分たちは在宅ケアを受けられない重度の利用者をケアしているからだ。B理事長もこの点について「同じ法人が提供するサービスであって、小規模多機能の利用者は幸せになれて、本体特養の利用者は幸せになれない、などということはあってはならない」とコメントし

ている。

規模の小さい自治体では、小さいからこそ法人全体の動きが見渡せるメリットがあるが、逆に格差も目立ちやすい。そうなるとう結局のところ、「特養の利用者は不幸で小規模多機能の利用者は幸せ」というかたちで、新たなスティグマが強化されるかもしれない。これについて、特養本体で働くケア職はどのような思いをもっているのだろうか。この点への配慮が不可欠である。

6-3 特養外のコンフリクトとその超克——「事業体の持続性」と「外部からの諸資源の調達」

第2に、特養外のコンフリクトに移る。特養外において「事業体の持続性」を目指す場合、限られた財源のために「コスト削減」を実行すると、介護保険制度による限られた財源に合わせてそれなりのケアを提供することになり、場合によっては職員の採用数や給与を減らすことになりケアの質の低下につながる。しかし「よいケアの提供」を続けようとする、財源不足から事業体としての存続に支障をきたす可能性がある。

両園ではこのコンフリクトをいかにして克服していたのか。

集約型のA園も分散型のB園も、外部資源を調達し、これによってコスト削減を食い止めていた。ただし、集約型と分散型という異なる戦略をとる両者は、その調達の仕方が異なっていた。

集約型のA園が外部から諸資源を調達する際に重視したことは、行政担当者と理事長A氏との信頼関係であった。この信頼関係は、行政担当者の異動後も継続しており、さらに現在の行政担当者にも、その信頼関係が受け継が

れていた。信頼関係の存立は、たとえばつぎのようなコメントに現れていた。「普通の組織は、削減されることを見込んで水増しした状態で予算の要求をするが、A理事長は誠実な数字を出してくる」「A氏が言うのなら間違いない」（2013年11月18日実施のA町役場担当者への聞き取り調査より）。

他方、分散型のB園は、町内の4つの生活圏域の住民という外部の資源に目を向けて「事業体の持続性」を成し遂げていた。施設ケアよりも在宅ケアを希望する住民ニーズを踏まえて、創業者の「ケア理念」にコミットし、A法人の役割は「在宅ケア支援」であると宣言した。その上で特養本体の役割を、重度の要介護高齢者に対して専門ケアを提供することであると位置づけた。そのため生活圏域において小規模多機能ホームの設置の構想段階から「住民との協働」を重視した。現在、住民とケア職が「顔と名前が一致する関係」を築きながら在宅ケア支援をおこなっている。こういった地域での取り組みで得た諸資源を今度は逆に特養本体に取り入れる手法で、事業体の持続性を図っている。

以上、両園が特養外コンフリクトを超克する際にとった外部資源の調達の仕方の相違点を示した。確かに両園がとった調達方法は異なっていたが、コアの部分は共通していた。それは、特養と協働相手との関係において「互酬性が確保」されていた点である。

たとえばA園の場合、行政との協働とはいえ、特養が行政から補助金をもらうということであれば、特養と行政の関係は対等ではない。あるいはB園の場合、住民との協働とはいえ、特養が地域住民から一方的に恩恵を受けるということであれば、特養と住民の関係性は対等ではない。

しかし両園とも協働相手や調達先との「互酬

性」を確保していた。たとえばA園の理事長は、行政から補助金をもらう代わりに「町の福祉をすべて担う」という使命感と実行力をもっていた。またB園の理事長は、「日常的交流」のなかで地域住民のケアニーズを聞き出し、細やかな助言を提供し、住民の福祉や地域活性化に寄与した。

さらに互酬性に関連して、第1に、両園とも、新規ケア職の採用を自治体内でおこない、少子高齢化による人口減少に悩む自治体に貢献した。A園では行政の支援を得て、ケア職の社員住宅を整備し、若いケア職が働きやすい環境を提供した。B園では、子育て支援のNPOと連携して、子育て中のケア職の女性が働きやすいようにした。第2に、地方部でも近年は町内会や自治会などの近隣との交流が必ずしも活発とはいえないなかで、両園とも、社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携して、認知症予防活動や介護講習などを通して、住民のケアニーズに応えることに寄与していた。このようなかたちで特養と協働相手の互酬性は確保されていた。

6-4 新たなコンフリクト

しかし新たなコンフリクトもみえてきた。第1に理事長の後継者問題である。A園の場合、A法人が最重視する行政担当者との信頼関係とは、理事長との信頼関係というよりむしろ理事長であるA氏個人との信頼関係を意味している。「A氏が言うのなら間違いない」という行政サイドのコメントに象徴されている。A町は独立性のある自治体である。近隣の中核都市へのアクセス状況が便利とはいえないため、町内で地域包括ケアを完結させねばならないという地理的事情によるのであろう。とはいえ本来、行政と法人は社会的立場が異なるため、コンフ

リクトが起きるのは必至である。だがA町の法人と行政は、A氏個人への絶大なる信頼感がコンフリクトを潜在化させているとの見方もできる。

第2に、よいケアを提供している事実が住民から認識されていない。A園に関わったことがある住民、もしくは現在進行形で関わっている住民はA園のケアが一流であることをわかっている。たとえばA町の保健福祉課の元課長によれば「1998年に赴任したときA園のケア職はバタバタしていたが、2008年に再度、赴任したときは利用者もケア職もゆったりしていた」と説明した。A園に関わっていない住民にもA園のケアのよさを知らせるにはどうしたらよいか。これもA園にとって新たなコンフリクトである。今後、2015年に新型サテライト特養と小規模多機能ホームを開設する予定のA法人は、地域に開かれた施設のあり方を模索していくなかで、このコンフリクトと向き合うことになるだろう。

B園における新たなコンフリクトは、第1に、4つの生活圏域同士の関係性に関するものである。同質的であることをよしとする地方部のムラ社会的な生活圏域（≒集落連合体）では、いいこともわるいことも、公平にしなければならない。「あちらでは会議が開かれたのにうちでは開かれない」といったような声を、いかにして「うちもあちらに負けていけない」という声に変えていけるのか。B理事長はこれを「非常にデリケートな問題」とであると認識していた。小さな町で決定的に対立することは双方にとって、次世代にも大きな禍根を残すことになる。住民も行政も法人も、こういった新たなコンフリクトが顕在化する危険性を十分に認識していた。

第2に、カリスマと呼ばれている理事長の

個性と努力が外部からの諸資源の調達を可能にしていた。B理事長は「社会福祉法人の理事長は放課後も忙しい」とコメントしたのだが、この「放課後」とは、4つの生活圏域の住民との交流を意味している。A園と同様、B園の場合も、理事長職の引き継ぎ問題が新たなコンフリクトとなっているといえよう。

このように既存のコンフリクトを超克した後、両園とも、新たなコンフリクトの発生が予測されることが示された。だがコンフリクトを超克しようとするのは、よいケアを提供し事業体を持続していくための「原動力」となるとの見方もできるだろう。

7 特養経営モデルの総括と残された課題

本稿では、「よいケアの提供」のための特養経営モデルについて考究してきた。集約型と分散型という異なる経営戦略をとる従来型特養を運営する社会福祉法人の管理職の質的データに着目し、既存のモデルを再考した。

まず「よいケアの提供」と「事業体の持続性」をめぐって、介護保険制度に埋め込まれた「制度的コンフリクト」が存在した。ここから2つのコンフリクトが派生した。1つは特養内における「よいケアの提供」と「労働強化の防止」で、もう1つは特養外における「事業体の持続性」と「外部からの諸資源の調達」(＝「行政との協働」と「住民との協働」)であった。

よいケアの定着に向けて試行錯誤を重ねるプロセスを分析した研究(片桐 2010)では、そのプロセスは「種まき段階」からはじまって、「実験段階」と「模索段階」を経て、「成熟段階」に至ると記述された。しかし片桐(2010)が調査対象としたK園の場合、不可避の外部要因によって集団ケアに半回帰した。その要因

とは人事異動であった。人事異動は労働強化を防止するどころか、かえって促進することがある。本稿の知見と照らし合わせると、要するに「ミドルマネジメント機能」に基づいた適切な人事異動がコンフリクトの超克のカギとなっていることがみえてきた。集団ケアに半回帰しないためには、ケア職の個人的努力のみに頼るのではなく、特養内において「常に問い続け合う仕組みづくり」(片桐 2010)が必要である。

この仕組みは、今回調査対象としたA園とB園でいえば「ミドルマネジメント機能」と重なる。たとえこの機能が仕組みに含まれていないとしても、偶然にケア職がこの機能を果たしていることもあるだろう。しかしそれは「偶然」なので持続性はない。ミドルマネジメント機能の重要性を特養組織で共有するには、一特養の施設長の権限では限界がある。トップマネジメント機能とミドルマネジメント機能が連動していることが重要であろう。今回調査対象として選定したA園やB園のように理事長と施設長が緊密に連携して、両機能を発揮していく必要がある。K園の事例はこの点に問題があったため、集団ケアへの半回帰が起きたとの見方ができるかもしれない。

K園の事例を含めて、本稿の結論として追加したいことは、ミドルマネジメントだけではなく、社会福祉法人全体を統括する理事長のトップマネジメントの視点から、「よいケアの提供」と「事業体の持続性」の間にある制度的コンフリクトの超克に向けて試行錯誤を重ねるプロセスを凝視することである。

今回、調査対象とした2つの従来型特養は、よいケアの提供に向けた経営戦略が対照的であった。施設集約型のA園は、まず特養内部においてケアの質を高め、行政や特養利用の関係者からの信頼を得た。基礎介護を押さえたうえ

で、ユニットごとにサロンという場をもうけ、「施設の地域化」(A 社会福祉法人 A 理事長による)を実現した。その上で、地域社会に目を向けて地域包括ケアのシステムづくりに着手し始めている。つまり特養内のユニットケアの充実から着手して、特養外の地域包括ケアの実現へという「入り口はユニット、出口は地域」(B 社会福祉法人 B 理事長による)という経営戦略であるといえる。

これに対して地域分散型の B 園はいわば「入り口は地域、出口はユニット」(B 理事長による)である。在宅ケアを支えるという理念のもと、特養外に目を向け、4つの生活圏域に小規模多機能型の拠点を置く構想を住民の力を借りて現実化してきた。近所に「集まれる場所」をつくり、そこで住民と議論しながら、特養と住民とが一緒になって地域包括ケアシステムづくりを実行してきた。いわば「地域の施設化」(A 理事長による)であった。B 園は、今後も引き続き4つの生活圏域で培ったノウハウを特養内のユニットケアに取り入れていくとのことである。

よいケアの提供において目指される「ユニットケア」とは何であろうか。それは結局のところ、「集団性を活用するケア」であり、利用者同士がもつ「グループのもつ力」(片桐 2012b)を援用するケアを意味すると考えられる。すなわち利用者が「役割」をもって他者と「共同」し、「安心」感のみならず「自由」も謳歌できるような環境——これが「グループのもつ力」を引き出すための環境であり、利用者に居心地のよさをもたらす環境となるといえるよう。特養は、利用者にとってケアを受ける場であると同時に、暮らしのための「居住」(天田 1996)の場でもあり、さらには人生の集大成をおこなう場でもある。

利用者同士が日常的に展開する相互作用を集団性と捉えるとき、よいケアには集団性が必要である。ただし集団性は、強制するのではなく、自然発生的なかたちで観察され、かつ A 園のサロンのように複数存在し、行き来が可能であることが望ましいだろう。

さらにこの集団性は、利用者が他者とのつながりのなかでインフォーマルな文化を生み出す「再生力集団」(Barkan 1995, 2003)の集積を意味する。これは特養というフォーマルな組織に創造的なものを生み出そうとする活気を与える。以上から、本稿では、不安を抱える利用者にとって特養が居心地のよい「暮らしの場」であるために、こういった重層的な集団性を活用していくケアを両園の理事長は目指していたと結論づけたい。

今回検討した特養経営モデルは、まだ発展途上にある。第 1 に、表 4 から明らかなように、特養内と特養外の経営モデルの記述に濃淡がある。今後は、特養を含めた社会福祉法人という「事業体の持続性」に向けて、いかにして「特養外部」から諸資源を調達してきたのかという特養外コンフリクトを帰納的なかたちでモデルに盛り込んでいく必要がある。その場合、「特養外部」には 2つのカテゴリーがあるだろう。1つは、社会福祉法人内の複数の事業所間での財務的な調整——赤字部門と黒字部門の財務的な調整——であり、もう 1つは、社会福祉法人外の行政や住民等からの財務的もしくは物的・人的な調達——行政からの補助金もしくは住民からの寄附やボランティアの調達——である。

第 2 に、本モデルの適用範囲は、地方部に位置する人口が 5千人から 1万人程度までの小規模の自治体に立地する従来型特養である。今後は、特養が置かれた外部環境——たとえば制度、人口規模、地理・歴史・文化、産業——を

射程に入れてより説明力の高いモデルに洗練していく必要がある。そのため都市部に立地する特養も調査対象とすることが要請される。なぜなら、特養経営モデルにおけるさまざまなコンフリクトは、特養内で発生し、特養内で超克していく側面のみならず、もう1つの側面——特養外で発生し、特養内で、あるいは特養内外で超克していく側面——もあるからだ。コンフリクト同士が関連しあっている場合もある。

これらの課題を認識したうえで、特養経営モデルのさらなる精緻化に向けて、今後も継続調査を実施する予定である。

注

¹ 明治以降、戦前の日本では、基本的にイエ制度のなかでケアの授受は完結していた。つまり居宅ケアという自助や互助が原則であり、身寄りがいない病弱の極貧単身者だけが「養老院」で、そして1963年の老人福祉法の施行後は「特養」で、市町村の「措置」を受けていた。ゆえに措置時代の施設は、地域社会から隔離された場所に立地していることが多く、差別や偏見が存在していたという日本における歴史的経緯がある。

² 日本国内の社会福祉法人の総数は2002年度以降に18,000を超え、2011年度は19,246となっている。そのうち施設経営の法人数は16,842である(厚生労働省2012b)。

³ これについて、朴姫淑は「経営における様々な制約の中で行われる事業体の工夫」(朴2008: 59)と定義している。

⁴ ここでいう離職者ゼロとは、社会福祉法人の特養本体において、「人間関係が苦痛でうつ病になって退職するケースがゼロであること」を意味する。本稿の調査対象であるA園とB園の両理事長によれば2008年くらいまではこういった離職者がいた。ただし福祉の世界を理解しないまま、まぎれ

込んできた離職者は両園とも存在する。調査対象のB園の施設長によれば、同法人内の他事業所では人間関係が苦痛で離職するケースもあるという。

⁵ 朴(2014)による事例分析は、福祉経営をめぐる諸アクター間の「協同・葛藤・調整していくガバナンス」(朴2014: 34)が盛り込まれ、プロセス重視である。たとえば地方自治体の福祉ガバナンス分析において、朴は「アクター間の関係は、対立可能性を孕んでいる」と指摘している。「行政と住民は福祉政策に対する目標を共有したが、議会議員の多数は反対に」回った。これは「行政の政策を支持する住民」と「議会の反対を支持する住民の対立」であり、要するに「住民間の対立」である(96-7)。さらに、自治体の外部から、メディア関係者や研究者といった「外部支援者が介入」し、「当事者と化する傾向がある」(97)とも指摘している。しかしながら、朴による福祉経営の概念そのものは規範的であり、コンフリクトは盛り込まれていない。

⁶ 確かに離職者ゼロという事実は、特養内部のケア職の労働条件のよさだけで成立しているとはいえない。特養の外部、すなわち特養が立地する地域におけるケア職の職業イメージや、ケア職従事者の置かれた家庭環境——たとえば一家の大黒柱としての稼ぎ手か、家計補助的な稼ぎ手か——にも左右されるからだ。しかしながら、なぜ人間関係の苦痛による離職者がゼロなのかという問題を掲げ、よいケアの提供という視座から、ケア労働プロセスの実態をありのままに捕捉して特養経営モデルを探究することにも意義があるだろう。

⁷ 医療技術は、財務管理とコンフリクトが生じるほど、その専門性は認識されている。しかし福祉(ケア)技術は、医療ほどではない。ケア技術やケアの専門性をめぐって多様な考え方があるからだ。ケア労働は素人でも可能であるという声や、よいケアを提供するにはハートのほうが大切であると

の声も聞く。ケアの専門性をどう捉えるかについて、社会学の議論(石橋 2006; 吉岡 2011)は少ない。⁸ 特養経営モデルの参照枠として、ここではおもに福祉経営の社会学の既存研究(上野 2011; 朴 2014)を取り上げ、相違点を示した。加えて、コンフリクトに関する社会学研究の参照前提を説明する必要があるだろう。コリンズ(Collins 1994=1997)における「紛争理論の伝統」での議論を借用すると、本稿の特養経営モデルは、ヘーゲルのいう「変化をひきおこすのは論理的諸矛盾」(Collins 1994=1997: 48)であるという考え方を土台にしているといえる。ちなみに、これを継承したマルクスは「不可避免的矛盾と変動、発展の諸段階、ユートピア的帰結」(48)へと至るが、本稿の立場はこれとは異なる。よいケアの提供という社会的使命を遂行するための「駆動力」として、コンフリクト自体を重視し、「内的矛盾」の超克に向けた試行錯誤に着眼する。その最終的な着地点はユートピアではなく、新たな矛盾の発生であるとの立場をとりたい。詳細な議論には別稿が必要である。

⁹ A 社会福祉法人の A 理事長(60 代男性)も B 社会福祉法人の B 理事長(60 代男性)も、両者とも、

民間会社からの転職組で、特養では、生活指導員もしくは生活相談員から、特養の施設長を経て、社会福祉法人の理事長に就任したというキャリアをもっている。

¹⁰ この他のデータとして、利用者の平均要介護度を紹介したい。A 園は、2009(平成 21)年度から 2013(平成 25)年度まで、それぞれ 3.5、3.6、3.5、3.3、3.4 であった。B 園の場合は、それぞれ 3.5、3.4、3.6、3.7、3.8 であった。全国の平均要介護度は 2009 年から 2012 年まで、それぞれ 3.86、3.88、3.89、3.89 となっている。小数点第 2 位を四捨五入すると 3.9 である。2013 年のデータは得られなかった(厚生労働省 2012c)。

¹¹ A 園の法人理念は「利用者本位のサービス提供と自立支援を目指して」であり、サロンを活用したユニットケアを実施している。他方、B 園は「在宅生活や家庭復帰を支援するため、地域の他の社会資源や機関、家族との連携を密にし、地域のケアシステムを作る」ことを理念として掲げ、4 つの生活圏域で小規模多機能ホームを運営している。そのため、A 園は施設集約型、B 園は地域分散型の経営戦略を採用している。

文献

- 阿部真大, 2010, 「ユニットケアはケアワーカーを幸せにするのか?」『日本労働社会学会年報』21: 43-70.
- A 町史編さん委員会編, 1970, 『A 町史』A 町.
- , 1992, 『A 町史 補追版(平成 4 年)』A 町.
- 天田城介, 1996, 「居住形態における米国老人の役割変化に関する比較文化的研究」『社会学研究科論集』3: 51-64.
- , 2003, 『〈老い衰えゆくこと〉の社会学』多賀出版.
- Barkan, Barry, 1995, “The Regenerative Community: The Live Oak Living Center and the Quest for Autonomy, Self-Esteem and Connection in Elder Care,” Gamroth, Lucia M., Joyce Semradek, and Elizabeth M. Tornquist eds., *Enhancing Autonomy in Long-Term Care: Concepts and Strategies*, New York: Springer, 169-192.
- , 2003, “The Live Oak Regenerative Community: Championing a Culture of Hope and Meaning,” Weiner,

- Audrey S. and Judah L. Ronch eds., *Culture Change in Long-Term Care*, New York: Haworth Social Work Practice Press, 197-221.
- B 町史研究編纂会編, 1970, 『B 町史 (第 3 巻)』 B 町役場.
- B 町郷土史研究会編, 1980, 『B 町史 (第 4 巻)』 B 町役場.
- , 1991, 『B 町史 (第 5 巻)』 B 町役場.
- Carroll, Lee Ann, 2003, "Communication in a Shared Governance Hospital: Managing Emergent Paradoxes," *Communication Studies*, 54(1): 35-55.
- Collins, Randall, 1994, *Four Sociological Traditions*, New York: Oxford University Press. (= 1997, 友枝敏雄訳『ランドル・コリンズが語る社会学の歴史』有斐閣.)
- Correia, Tiago, 2013, "The Interplay between Managerialism and Medical Professionalism in Hospital Organisations from the Doctors' Perspective: A Comparison of Two Distinctive Medical Units," *Health Sociology Review*, 22(3): 255-67.
- 井口高志, 2007, 『認知症家族介護を生きる——新しい認知症ケア時代の臨床社会学』東信堂.
- 石橋潔, 2006, 「専門職化によって形成される専門領域と非専門領域——その理論的枠組み」『久留米大学文学部紀要』2: 35-46.
- , 2010, 「表情を交わし合う相互行為——行為論およびケアとの関連において」『福祉社会学研究』7: 73-98.
- 春日キスヨ, 2003, 「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『思想』955: 216-36.
- 片桐資津子, 2010, 「介護労働とユニット志向ケアの導入プロセス——従来型特養における個別ケアの可能性と限界」『福祉社会学研究』7: 162-81.
- , 2012a, 「従来型特養の個別ケアに関する理論研究——地域特性と経営特性への着目」第 10 回福祉社会学会大会報告原稿.
- , 2012b, 「従来型特養と新型特養の比較研究——グループのもつ力に着目して」『社会学評論』63(1): 70-86.
- 京極高宣, 1989, 「社会福祉学に関する一断章——福祉政策学の構築をめぐる三浦文夫氏との対論から」『社会福祉学』30(1): 129-42.
- , 1990, 『現代福祉学の構図』中央法規出版.
- 厚生労働省, 2012a, 「平成 24 年度介護報酬改定の概要」, 厚生労働省ホームページ, (2014 年 1 月 12 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf>).
- , 2012b, 「平成 23 年度 福祉行政報告例の概況 結果の概要」, 厚生労働省ホームページ, (2014 年 1 月 12 日取得, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/11/dl/kekka_gaikyo.pdf).
- , 2012c, 「平成 24 年介護サービス施設・事業所調査の概況」 「4 介護保険施設の状況」, 厚生労働省ホームページ, (2014 年 3 月 16 日取得, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/dl/kekka-gaiyou_04.pdf).
- Luhmann, Niklas, 1964, *Funktionen und Folgen Formaler Organisation*, Berlin: Duncker & Humblot. (= 1996, 沢谷豊・関口光春・長谷川幸一訳『公式組織の機能とその派生的問題【下巻】』新泉社.)

- Muzio, D and Kirkpatrick, I., 2011, "Introduction: Professions and Organizations: A Conceptual Framework," *Current Sociology*, 59(4): 389-405.
- 野村秀和編, 2005, 『高齢社会の医療・福祉経営——非営利事業の可能性』 桜井書店.
- Noordegraaf, M, 2007, "From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains," *Administration & Society*, 39(6): 761-85.
- 小笠原浩一・平野方紹, 2004, 『社会福祉政策研究の課題——三浦理論の検証』 中央法規.
- 朴姫淑, 2007, 「地域福祉における住民参加の課題——秋田県旧鷹巣町の高齢者福祉政策から」『ソシオロギス』 31: 152-69.
- , 2008, 「介護保険以後『福祉経営』の戦略と課題」『日本の地域福祉』 21: 59-69.
- , 2014, 『地方自治体の福祉ガバナンス——「日本一の福祉」を目指した秋田県鷹巣町の20年』 ミネルヴァ書房.
- 島田肇, 2006, 「福祉経営学の考察——京極理論の研究展開枠組みからの検討」『東海学園大学研究紀要』 11: 17-42.
- 須田木綿子, 2011, 『対人サービスの民営化——行政—営利—非営利の境界線』 東信堂.
- , 2013, 「営利—非営利サービス供給組織の差異の縮小と社会福祉法人の存在意義」『ソーシャルワーク研究』 39(1): 46-52.
- 須田木綿子, 浅川典子, 2004, 「介護保険制度下における介護老人福祉施設の適応戦略とジレンマ——探索的研究」『社会福祉学』 45(2): 46-55.
- 社会福祉法人経営研究会編, 2006, 『社会福祉法人経営の現状と課題——新たな時代における福祉経営の確立に向けての基礎作業』 全国社会福祉協議会.
- 千葉正展, 2006, 『福祉経営論』 ヘルス・システム研究所.
- 上野千鶴子, 2011, 『ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ』 太田出版.
- 吉岡なみ子, 2011, 「介護職の『専門性』に対する認識と評価——介護老人福祉施設の場合」『福祉社会学研究』 8: 105-26.

【付記】

本研究は、独立行政法人日本学術振興会の科学研究費基盤研究(C) (課題番号: 23530726) の研究助成による成果の一部である。

(かたぎり しずこ、鹿児島大学法文学部、katagiri@leh.kagoshima-u.ac.jp)

(査読者 天田城介、石橋潔)

The Model of Administration of Nursing Home Revisited:

Case Study on Two Nursing Homes Located in Japanese Rural Areas

KATAGIRI, Shizuko

This article is explored that the model of Administration of Nursing Home, not as prescriptive but as substantial concept, has been revisited by analyzing the data from 2 nursing homes in which each manager works to provide good care services and get the different strategy.

As a result of the theoretical consideration firstly they have the institutional conflict embedded in Care Insurance System. Secondly in related to this conflict we confirm the internal conflict between “providing good care services” and “prevention of burnout labor.” We can also find the external conflict between “surviving agency” and “procuring different resources from the outside.”

It has been explored how they overcome these conflicts. Making comparison between the intensive strategic nursing home and the satellite strategic one led us to know that they functioned as the middle management to prevent the burnout syndrome of care workers in both nursing homes. Conversely in both of nursing homes they procured some resources from the outside, but the way how to get was different. The former one procured them from the town office and the latter one got them with the community members, and both were premised on reciprocity. Although not overcoming these conflicts, it works as the motive power to provide good care services in each facility.