

## 経営学的な視点から見た介護業界 ～進化する組織はどのように作り出せるか～

紀伊信之

(きい・のぶゆき)

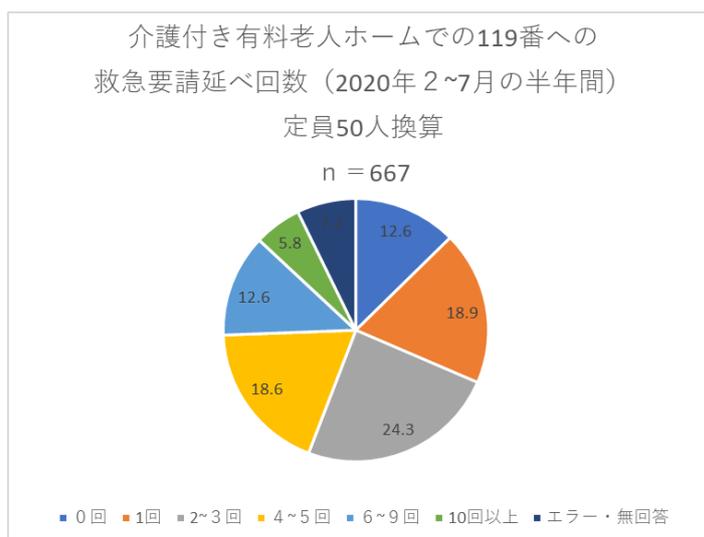
株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 高齢社会イノベーショングループ 部長

### 事業所ごとのケアのパフォーマンスの差・バラつき

「介護を科学するサイト」ということなのですが、私自身は文系、経済学部出身です。大学時代は経営学、マーケティングを学んでいました。株式会社日本総合研究所に入社した後は、民間企業の事業戦略作りや商品開発、経営改善のお手伝いを10年以上経験しました。2013年にヘルパー2級の資格を取ってから、介護業界に関わるようになり、今は介護業界に関する調査研究やコンサルティングに従事しています。そうしたバックグラウンドや経験を活かし、ここでは、「経営学」的な視点から、介護業界について思うところを書いてみたいと思います。

さて、介護業界で働く皆さんは、感覚的に「良い事業所」と「そうでもない事業所」がある、ということは何となく感じていらっしゃるのではないかと思います。それが数字に表れた調査結果があります。

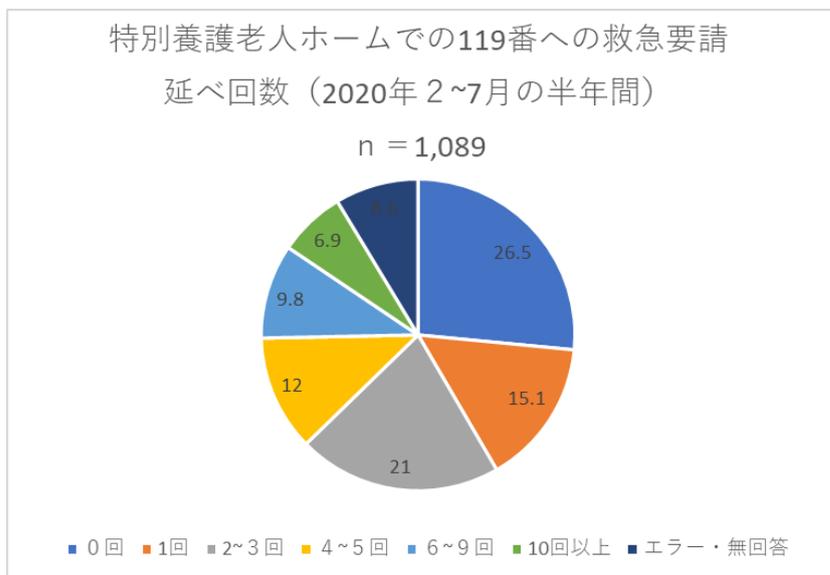
介護付き有料老人ホーム 667件を対象に、半年間の救急搬送の延べ回数を調べた調査があります<sup>1</sup>。結果は、「0回」が12.6%である一方で、「6~9回」(つまり月1回以上)が12.6%、「10回以上」というホームも5.8%あり、回数のバラつきが非常に大きいことがわかります。



搬送の原因の多くは誤嚥性肺炎や骨折等なので、要介護度の違いが原因ではないかと思っただけですが、平均介護度 2.0~2.5 の施設だけを見ても、概ね同じくらいのバラつきの結果

になっています。どうやら、要介護度の問題ではないようです。

介護付き有料老人ホームであれば、価格帯も様々なので、人員配置の手厚さの違いだろうかと思いました。そこで、特別養護老人ホームに対する同様の調査結果も見てみました<sup>2</sup>。特養 1,089 件に対する調査結果では、「0 回」が 26.5%と四分の一を占める一方で、やはり「6~9 回」が 9.8%、「10 回」が 6.9%となっています。



なお、群馬県の 73 件の特養を対象とした別の研究では、1 年間の救急搬送件数は、最小の施設が 0 名、最大の施設はなんと 47 名となっていました<sup>3</sup>。特養なので、入居者は原則要介護度 3 以上で、そこまで大きな違いがあると思えませんし、入居費用や人員配置も、民間の介護付き有料老人ホームほどのバラエティはないと思います。つまり、入居者の状態や、人の配置はそれほど変わらないにも関わらず、結果として、何度も救急搬送することになってしまっている施設と、救急搬送がほとんどなく平穏に過ごさせている施設まで、非常に幅が広いということです。住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に関する調査でも、概ね同じような結果になっていました。

もちろん、半年間や 1 年間という短い期間ですので、「たまたま重なる」ということはあると思います。また、「救急搬送」という事実だけをもって事業所の質を測れるわけではないでしょう。しかし、この差、バラつきは気になるところです。経営学は、どうすれば企業が安定して業績・パフォーマンスを向上させることができるかを研究する学問ですから、経営学的な感覚でいうと、ケアのパフォーマンスの一つである「救急搬送回数」の差がどこから生まれているかを分析したくなってしまう。少なくとも、入居者の状態や人員配置以外の変数・要素がそこには関わっている、ということはいえそうです。

ちなみに、総じて高いと言われる介護業界の離職率も事業所間で随分バラつきが大きいことがデータからわかります。6,412 件の介護事業所への調査結果<sup>4</sup>では、1 年間の離職率が 10%未滿の事業所が 46.6%と半数近くを占める一方で、20~30%が 13%、30%以上が 18.2%

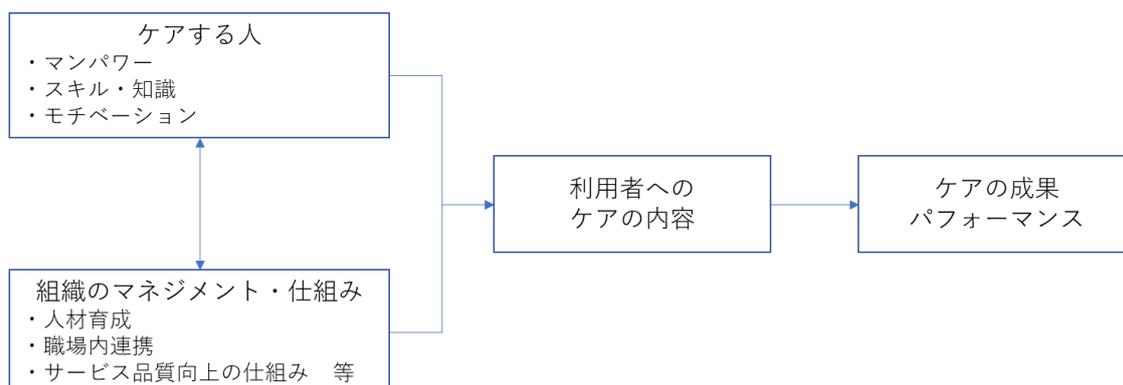
と、かなり差があります。離職防止策が取りにくい小規模事業所で離職率が高い傾向にはあるものの、同じ規模感の事業所間でも当然、バラつき・差があるようです。単純に事業所規模だけで語れない要素があるのだと考えられます。

おそらく、「救急搬送」や「離職率」以外にも、ホームや住まいでの看取り率、要介護度の維持・改善率等、様々な指標について、一見同じような条件の事業所間でも、バラつき・差が生じているのではないかと推察されます。

### ケアのパフォーマンスを左右するもの ～「人」と「マネジメント」～

こうしたケアの成果、パフォーマンスの差はどこから生じているのでしょうか。また、介護の現場で働く人々にとって、自らの職場でより良い成果を生むために何ができるのでしょうか。

仮説として、少し単純化した次のようなモデルを考えてみました。ケアのパフォーマンスに差がある、というのは、当然、実施しているケアの内容が異なる、ということから来ているはずです。では、このケア内容の差はどこから生まれているのでしょうか。



まず考えられるのは「ケアする人」です。人員配置の手厚さ（マンパワー）を除けば、ケアする人のスキルや知識、モチベーションは当然、ケアの内容やパフォーマンスに影響するでしょう。ベテランでモチベーションの高い集団と、「言われたことだけをやる」新人集団とでは、前者の方がケアの質やパフォーマンスが高いに決まっています。しかし、そんな理想的な集団が簡単に作れば誰も苦労はしないでしょう。むしろ、人材不足が深刻化する中、未経験者や経験の乏しい人に、いかにこの仕事の意義や醍醐味を徐々に実感してもらいながら、スキルとモチベーションをあげていってもらおうかが、多くの介護現場が頭を悩ませているポイントです。後述しますが、介護業界において働き手のモチベーションを高めることは極めて重要だと思います。

さて、「人」と同様に、あるいはそれ以上に差を生んでいると考えられるのは、利用者に最適なケアを提供するための組織のマネジメントや組織を動かす仕組みです。具体的には、

人材育成や適材適所の配置、職場内でのコミュニケーション・連携がどのように行われているか、サービスの品質を向上させる仕組みとして何が行われているかといったことが要素として挙げられます。複数の施設・事業所を運営する法人にコンサルティングや調査に関わることがありますが、同じ法人内でも、施設長やホーム長の考え方によって、事業所の運営のやり方が随分違うことが少なからずあります。その結果、入居率・利用率や売上に加え、冒頭にあげたような救急搬送や入院日数等のケアの質に関わるパフォーマンスに差が生じていることも目にします。

特に組織のマネジメントにおいて重要なのは、常に「昨日より今日、今日より明日良いケアを目指そう」という「改善・進化」ができる組織か、という点です。介護現場を取り巻く環境は刻々と、しかも大きく変化しつつあります。人材の採用は今後ますます難しくなるでしょう。介護保険制度も変わっていきます。テクノロジーの活用も、もはや不可欠になりつつあります。そうした中で、変化に適応し、問題に対処しながら、目の前の入居者・利用者の方々にとって最適なケアを提供していくためには、組織自身が日々、改善、進化していかななくてはなりません。「以前から、こうやっていたから」「これがうちの昔からのやり方だから」と変化を嫌う組織では、良いケアを提供し続けることは難しいでしょう。

ケアに関わる「人」をモチベートし、組織を日々改善・進化させていくこと。これが介護現場のマネジメントの根幹であり、介護現場のリーダーに期待される 2 つの大きな役割です。介護現場において求められるリーダーとは、「他の人よりうまく（早く）ケアができる人」ではありません。そうではなく、リーダーの役割は、「マネジメント」なのです。それぞれ、説明していきましょう。

### ケアする人をモチベートする

働く人のモチベーションが企業の業績を左右する、という点は経営学の分野では広く知られています。社員満足度が高い企業は安定的に業績が高く、満足度の低い企業は業績が低迷している、という相関関係が確認された調査研究もあります。

他の業界と比べても、介護業界ほど、働く人のモチベーションが仕事の成果を左右する業界はないと思います。現場の働き手の裁量が極めて大きい業界だからです。一人ひとりの働き手が、「言われたことだけをやる」のか、「入居者・利用者の QOL を高めるために何ができるか考えながらケアする」のか、それにより実際に行われるケアもまったく違ったものになるでしょう。ケアの内容自体は決まっても、ケアの細部、例えば、日々、入居者・利用者のどのような声掛けを行うか、入居者・利用者の状態をどこまで注意して観察できるか、こうした点は一人ひとりのスタッフにゆだねられています。しかし、こうしたケアの細部によってこそ、ケアの成果は大きく変わってきます。

「スタッフのモチベーションをあげようにも給料が上がらないから…」と考える人も多いかもしれません。確かに給与・処遇は重要です。ところが、実は給料を上げることは、働く人の不満は減らすけれども、モチベーションをあげる大きな要素ではないことが知られて

います。アメリカの臨床心理学者のハーズバーグは、仕事に対する満足をもたらす要因と不満をもたらす要因が異なることを示し、前者を動機付け要因、後者を衛生要因と呼びました（動機づけ・衛生理論）。動機付け要因として、仕事の達成感、責任範囲の拡大、能力向上や自己成長、チャレンジングな仕事などが挙げられます。一方、衛生要因としては、会社の方針、管理方法、労働環境、作業条件（金銭・時間・身分）等が挙げられています。つまり、給料が上がったら不満は下がるけれども、それによってやる気がでるわけではない、ということです。むしろ、良いケアをして利用者・入居者に喜んでもらえた、状態が良くなった、仕事を任せてもらえるようになった、以前できなかったことができるようになった、といったことがモチベーションをあげる要因なのです。これらは、まさに、現場のリーダーがスタッフに対して働きかけられる要素ではないでしょうか。これが、リーダーの大きな役割の一つは、働く人をモチベートすることだ、という理由です。

モチベーションをあげるアプローチは、自分自身の感情など内なるものから行動につながる「動因（ドライブ）」から動機づけされる「内発的動機づけ」と、報酬などの外からの「誘因（インセンティブ）」によって動機づけされる「外発的動機づけ」の二つのアプローチに分けられます。前者の「内発的動機づけ」は現場のリーダーに期待される要素です。

実際、介護業界における研究では、内発的動機づけについて、次の点が大事であることがわかっています<sup>5</sup>。

第一に、利用者との関係です。利用者のニーズに応じた介護、利用者に寄り添ったケアを行った手ごたえを感じたときに、専門職としてやりがいを感じる事が示されています。

第二に、組織やチームの人間関係です。特に上司や同僚からのサポートが受けられる環境にあるか、という点が大きいと言われています。グループホームの介護職員を対象にした調査では、上司が意見を聞いてくれるかどうか、上司が認めてくれるかどうかはやりがい、満足、仕事の魅力、楽しさに関連すると報告されています。

第三には、仕事の裁量感（コントロール感）や自律性、有能感、自らの仕事の意義や専門性を実感できることです。特別養護老人ホームを対象としたアンケート調査により、「仕事のコントロール」が「仕事の魅力」を有意に高めることが明らかになっています。逆に裁量や決定権がない職場では、自己実現の機会やコントロール感を満たす機会が少なくなり、仕事に対するやりがいや魅力が低下することが示唆されています。また、専門性については、介護老人保健施設に勤務する職員への調査では、「仕事に対する肯定的なイメージ」、「仕事の達成感」、「専門職としてのアイデンティティ」がモチベーションに直接的に影響するとされています。ややもすると、業界外からは「誰でもできる仕事」とみられることもありますが、実際は極めて専門性の高い仕事です。自分たち自身で、仕事の専門性が感じられること、そのことを通じて、自分の仕事に誇りがもてるかどうかはモチベーション向上のために極めて重要なのです。

いかがでしょうか。いずれも、現場リーダーがコントロールできそうな要素ではないでしょうか。働き手一人ひとりの声に耳を傾けながら、裁量を与え、考える機会を提供し、良い

ケアができればそれをしっかり認める。こうした日々の積み重ねにより、介護職としての「内なる動機」を引き出していくこと。これが現場リーダーに求められる人材マネジメントのポイントです。重要なことは、利用者・入居者一人ひとりと向き合うように、リーダーとして、ケアする現場スタッフにも人として接する、向き合うことではないかと思えます。

### 組織を日々進化させる PDCAサイクルの推進

次に、組織の改善・進化です。他の業界に比べて、介護現場は特に変化に対する抵抗感が強い業種だという印象があります。ICT ツールの導入をお手伝いすることがあるのですが、これまでと違うやり方、違う方法への反発が少なからずあることがほとんどです。しかし、そうしたテクノロジーの活用慣れしている組織では、相対的に抵抗が少なく、新しい機器の導入がスムーズに進みます。また、そうした組織では、テクノロジー以外の分野、例えば地域交流、入居者の自立支援、ACP、ノーリフトケアといった別のテーマについての取り組みも抵抗なく進んでいくことが多い気がします。変わることに抵抗なく、改善すること、進化することが習慣化されている組織は、特定の分野に限定されず、「入居者・利用者への最適なケア」「より良いケア」という目的に向かって、柔軟に新しいものを取り入れる素地・風土が出来上がっているように思います。

ここでいう、素地・風土は、「PDCA サイクルが回っているかどうか」と言い換えることもできます。目標を立てたうえで、どうすればその目標が達成できるかを考え（Plan）、実践してみて（Do）、何が、何故うまくいったか・いかなかったかを検証し（Check）、改善策を検討し・実践する（Action）。利用者個々人のケアマネジメントと同じように、この一連のプロセスの繰り返しを通じて、組織は改善・進化していくのです。スタッフを巻き込み、このPDCA サイクルを推進していくことが、現場のリーダーには求められます。

PDCA サイクルにおいて、まず必要なのは目標を共有化することです。目標を明確にし、言語化しないと成果を出すことは難しいでしょう。逆に、目標が定まり、共有できれば、そのテーマに関してはぐっと取り組みが進むことがあります。スーパーでは、レジの横に電池や電球、ガムなど「あと一点の買い足し商品」が置いてあることが多いと思います。あるスーパーでは、このレジ横について、担当や目標を決めず、何となく商品を並べていただけだったものを、仕入れ・陳列の担当を設定した上で、売上の目標を決め、工夫して商品選定をしてもらうようにしたところ、売上が数倍に伸びたそうです。このように、「目標を決めて、意識して取り組む」ことは、成果を出す上では極めて重要なことです。

ここで、是非、現場を引っ張るリーダーに意識してほしいことは、目標を定量化、すなわち、「数字で表す」ことです。介護の業界では、「その人らしさ」「寄り添う」といった定性的な言葉遣いが多く、数値化することに抵抗を感じる人が少なくない気がします。もちろん、その人個々人のストーリー、実現したい夢など、数字に表れない要素は大切に、それを否定するものではありません。一方で、検証し、目標通りにできたかどうかを振り返り、目標通りできた理由、できなかった理由を考えて次に生かすためには、定量化することが欠か

せません。「科学」において、定量化されていることは、大前提の一つです。

以下に例を示しますが、意外と、介護の現場にも定量化して目標設定できそうなものが多数あることがわかりいただけるのではないのでしょうか。介護以外のサービス業では、様々な分野・テーマで定量化を行い、サービスの質の向上を図ることが一般的です。介護に近い医療の業界でも同様です。首都圏で在宅医療を行う悠翔会では、人生の最期を支える上での品質指標として「急変を減らす」「入院を減らす」等を掲げて管理しているほか、看取りに関わった家族に、「悠翔会を親しい家族や友人にのど程度勧めたいと思うか」という推奨度（ネットプロモータースコア）も質問し、可視化しているそうです。

#### 定量化できるもの（例）

##### <利用者・入居者に関わること（事業所全体）>

- ・救急搬送件数
- ・入院日数
- ・要介護度や ADL 変化
- ・利用者や家族の満足度、推奨度
- ・(防止できる内容の、防止することに意味がある)事故件数
- ・褥瘡の発生状況
- ・看取り率
- ・多剤投与による有害事象（ポリファーマシー）が疑われる人の数

##### <業務に関わること>

- ・充実させたいケアに充てる時間
- ・削減したい業務に充てている時間（記録等の間接業務）
- ・効率化したい業務に関わる時間や回数

##### <利用者・入居者に関わること>

- ・(個々人の) 要介護度や ADL 変化
- ・認知症の行動・心理症状
- ・体重・BMI
- ・睡眠時間・睡眠スコア
- ・活動量

##### <働き手に関わること>

- ・従業員の満足度、モチベーション、ストレス度合い
- ・従業員の健康度合い（腰痛などの身体、メンタル）
- ・従業員の法人への愛着度、信頼感

利用者・入居者全体に関わる数値だけでなく、個々人の状況を定量化することも有効です。

例えば、東京都で普及が推進されている「日本版 BPSD ケアプログラム」は、NPI スコアで認知症の人の行動・心理症状を見える化し、多職種で共有することで、その改善を目指すものです。

こうした目標を立て、その目標に向けて創意工夫し、目標を達成する、という「成功体験」を積み重ねることは、先述の働き手のモチベーションにも、極めて大きなプラスの影響をもたらします。働き手のモチベーションは「楽しむこと」では上がりません。働き手のモチベーションをあげるのは「達成感」なのです。このことは、リーダーとして強く意識しておく必要があると思います。

### **経営者の仕事は、リーダーを育てること、リーダーが能力を発揮できる環境を整えること**

ここまで、ケアに関わる「人」をモチベートし、組織を日々改善・進化させていくというリーダーに期待される役割を述べてきました。当然ですが、こうしたリーダーを育てるのは経営者の仕事です。まず、現場のリーダーに対して、「現場のマネジメント」を期待することを伝えなくてはなりません。リーダーに任命される人の多くは、他の人よりケアという仕事ができる人です。「現場をマネジメントする」という役割を伝えないと、一介護スタッフの延長で、「困ったときにヘルプに入る人」「たくさん仕事をこなす人」になってしまう懸念があります。もちろん、ここで述べてきたような「マネジメント」という仕事は、日々のケアとは異なる別のスキル・専門性ですから、その能力を高めるための教育も必要になります。

なにより、「マネジャー」としての仕事に時間や労力を割かなくてはなりませんから、従来のシフトと比べて、その分の余力も必要になります。現場のリーダーが「マネジャー」として働けるような人的配置を行うことも必要になります。

いずれも、投資が必要です。しかし、この投資こそが、ケアのパフォーマンスを高め、人材の確保につながり、ひいては法人の業績に貢献するはずです。

進化する組織の要となるリーダーを育てること、そして、そのリーダーが能力を発揮できる環境を整えること。これは経営者にしかできない、経営の根幹にかかわる仕事ではないでしょうか。

---

#### \*引用文献

- \*1. PwC コンサルティング「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究事業」令和3年3月（令和2年度老人保健健康増進等事業）
- \*2. PwC コンサルティング「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」令和3年3月（令和2年度老人保健健康増進等事業）
- \*3. 山下喜代美、橋本由利子、河内智子（2019）「特別養護老人ホームにおける救急搬送の現状と要因に関する考察」東京福祉大学・大学院紀要 第9巻 第1-2合併号 pp29-37

- 
- \*4. 公益財団法人 介護労働安定センター「令和2年度介護労働実態調査 事業所における介護労働実態調査 結果報告書」
  - \*5. 菅野雅子（2020）「介護人材マネジメントの理論と実践」（法政大学出版局）



紀伊信之

株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 高齢社会イノベーショングループ 部長

1999年 京都大学経済学部卒業後、株式会社日本総合研究所入社。B2C分野のマーケティング、新規事業開発等のコンサルティングを経て、2018年より現職。介護現場へのテクノロジー活用、ケアマネジメント、介護人材確保、認知症共生、予防・健康づくりなど介護・高齢者・ヘルスケア関連の様々な官民の調査・コンサルティングに従事。