

社協へのコクピット機能の整備

事業企画提言書

はじめに

現在、私たちの暮らす地域における医療・介護・福祉の在り方を考えるうえで、都市部、一般市、中山間離島地域などに分けて、それぞれできめ細やかに制度の運用を見直し、堅牢、かつ、しなやかに対応する必要性が高まっている。

西海市について考える上で、今回SWN参加事業者という一定数の状況を前提に西海市の全ての医療・介護・福祉事業者のありようを評価することや、決定づけることは出来ないとしても、ヒアリングや経営資料から概ね以下「図1のI象限」にプロットされるのではないかと仮説づけた。

図 1

2025年現在～2040年予測

ケア・介護供給力充実

医療供給力不足	<p>III 医療縮小 × 介護充実</p> <p>在宅医療主導地域 訪看・在宅診療が中心の状況</p>	<p>IV 医療充実 × 介護充実</p> <p>地域包括ケア完成形 病院+在宅+施設</p>	医療供給力充実
	<p>I 医療縮小 × 介護不足</p> <p>在宅崩壊リスク地域 退院難民発生地域 支援空白・孤立化 →残存在宅医療資源のシェアは供給者減少に伴い一時的に拡大するが、ケア等の後方支援資源が廃業などで無くなり、近隣市への移送前提に →病院直入の増加や若年層中心に転居の増加により需要は限定的になる</p>	<p>II 医療充実 × 介護縮小</p> <p>退院難民発生地域 支援空白・孤立化 病院滞留・回転悪化</p>	
ケア・介護供給力不足			

Iの領域象限では、病院機能は、縮小傾向にあり、診療所などの外来は維持～減少傾向となり、近隣市の病院に入院した退院患者の後方支援などで訪問看護ニーズは増加し、在宅に特化した診療所もニーズが増加するフェーズとなる。一方で、ケアと繋げるケアマネは不足傾向で、訪問介護資源も不足し、通所介護は地理的制約と報酬制度上の評価のミスマッチで弱体化していくこと

で、在宅でのケアプランが実施できず、かつ、施設職員も集まらずに供給力が低下するという傾向が強まる。

SWN 参加事業者からのヒアリングは、市内事業者の一部ではあるものの、こうした特徴に符合する点が多く、この状況が悪い方向に進まないように取り組まねば、ケア・介護資源は減少し続け、やがて前方の在宅医療も複雑な需要に耐えられず限定的な供給になり、地域包括ケアの実装が出来ずに、地域住民は安心して暮らし続けることができなくなってしまう恐れがある。

近未来的な予測をするならば、悲観的かもしれないが、以下のように推移する可能性が高い。

フェーズ 1(現在～近未来)

- 訪問看護の負荷増大
- 医療依存度の高い在宅住民の増加と訪問診療負荷増大
- ケアマネ過重・高稼働・なり手不足

フェーズ 2(需給乖離拡大)

- 訪問介護の受入制限により事業所から遠隔な地域でサービス実施不能に
- 通所介護閉鎖・縮小により、送迎地域が限定的に
- 在宅生活限界世帯が増加し、ビジネスケアラーやヤングケアラーの増加や、老老・独居世帯の生活困難度が引きあがる

フェーズ 3(支援断絶)

- 在宅療養継続困難により、近隣市への移住などを選択
- 取り残された医療依存高齢者の孤立が増加
- 家族介護は破綻し、限界地域において支援する職員がより集まりにくくなる

フェーズ 4(地域機能崩壊リスク)

- 施設待機不能:この段階になって地域包括支援センターなどにおける相談・計画支援機能を自治体が拡充しても、施設などでの受け入れが不能となる

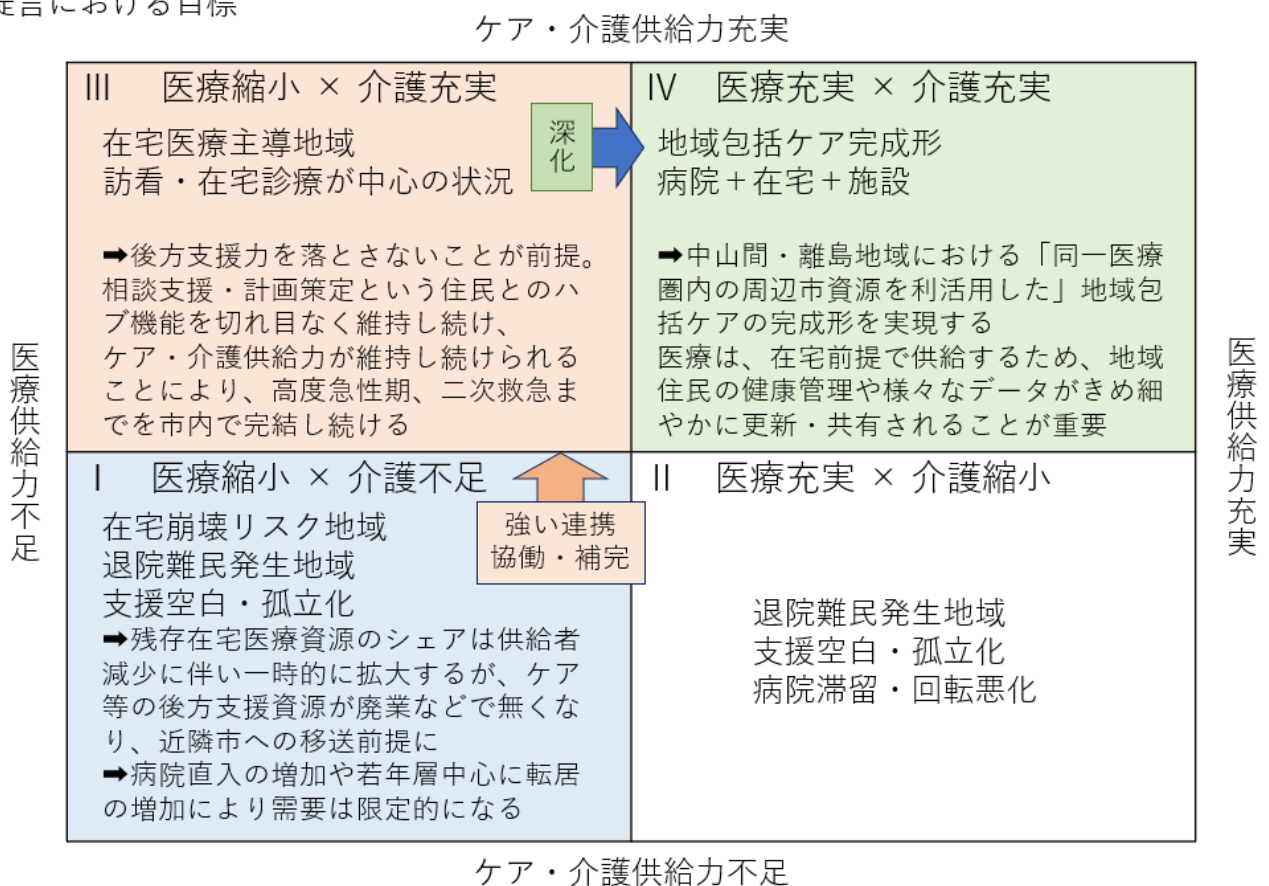
- 在宅支援不能: ケアプランは実行するプレイヤーがいなければ意味がなく、医療・介護・福祉だけでなく、安心して住み続けることのできる日常生活インフラ機能も失い生活が成り立たない状況に陥るケースが出てくる
- 医療・介護双方の疲弊により、現場職員の属人的体力・精神力に地域が委ねられる状況となり、社会保険サービスとして期待できる水準とはいえない状況が顕在化してくる

上記のフェーズで見た場合、現在はフェーズ1から2に移行している段階とも考えられる。そこで、この事業企画提言書では、中山間離島地域である西海市の地域特性を鑑みながら、それぞれの医療・介護・福祉事業者が「安心して住み続けられる地域」を維持する上で、検討が必要な視点を具体的にお示しすることで、この後に、自治体や県・国とも連携してより具体的な取り組みの計画を整え、実践するための「きっかけ」「議論の材料」としてご活用いただくことを狙いとする。

事業企画提言書においては、上記図1を以下図2のように展開することを目標としている。

図2

提言における目標



次頁からの企画提言は、上記の背景と狙いによって案とモデルの提示で構成されている。

目次

1. 事業の背景と目的
 2. ビジョンと基本方針
 3. 事業スキーム(全体像)の案
 4. 機能別の実施内容(詳細設計)のモデルと考え方
 - 4-1. 介護職員の“医療連携強化”育成機能
 - 4-2. 人材の派遣・リリーフ(広域代替)機能
 - 4-3. 海外人材「管理組合など」機能
 - 4-4. 医療・介護・福祉拠点となる遊休資源の利活用
 - 4-5. 地域の需要・供給の可視化(ダッシュボード)
 - 4-6. 医療と介護のパスを強化する情報連携システム
 - 4-7. サービスを継続するための補完機能と合理化
「社協での計画・相談支援機能のコクピット化～機能継続性の向上～」
 5. ガバナンス(医療・福祉協議体)と運営体制モデル
 6. 実施工程(3カ年ロードマップ)モデル
 7. 成果指標(KGI/KSF/KPI)と評価設計モデル
 8. 収支計画・財源スキーム(案)
 9. リスク管理・法令遵守モデル
 10. 今後の取り組みの初動で必要となるツールとアクション例示
-

1. 事業の背景と目的

西海市では、社会福祉協議会を中心に訪問介護・通所介護が市内全域を支えてきたが、福祉人材の確保難により拠点統廃合が進行し、このままでは「保険はあるがサービスが届かない」リスクが高い。一方、市内には医療・介護事業者が点在するが、いずれも人材難で継続が不安定である。

本事業は市域全体の人的・設備資源を“面”で最適化し、社協・行政を核とした協働型コクピット(需給マッチング・人材最適配置・情報連携中枢)を構築することを目標に、より具体的な検討を促進することで、住民に対する適正なサービス提供体制を再設計・持続化することを目的とする。

2. ビジョンと基本方針

ビジョン: 中山間・離島を含む西海市で、最期まで安心して暮らせる“切れ目のない医療・介護・福祉”を実現する。

基本方針:

1. 人的資源の集約・見える化・最適配置(人材コモンズ)
2. 既存のインフラ／遊休資源の最大活用(拠点の複機能化)
3. 医療一介護パスの強化と標準化(連携の型づくり)
4. 協議体ガバナンスによる合意形成と公平な運用
5. データにもとづく成果志向(KGI/KSF/KPI)と改善サイクル

3. 事業スキーム(全体像)の案

- **コクピット(司令塔):** 西海市社会福祉協議会(人材・需給・情報の統合運用)
- **共創パートナー:** SWN(さいかいウェルビーイングネットワーク協議会)参加事業所／市役所／地域包括支援センター／医師会(看護協会など)／ICTベンダー／大学など
- **主要機能群:** 1)医療連携強化の育成、2)派遣・リリース、3)海外人材管理組合、4)遊休資源の拠点化、5)需給可視化、6)情報連携システム(医療一介護パス強化)、7)居宅介護支援事業所の集約による計画・相談支援コクピット化
- **運用の柱:** 標準オペレーション(SOP:「Standard Operating Procedure(標準作業手順書)」の略称で、業務や作業の標準化と一貫性を実現するための具体的な手順をまとめた文書)／地域データ基盤／契約・合意形成／アウトカム評価

4. 機能別の実施内容(詳細設計)のモデルと考え方

4-1. 介護職員の“医療連携強化”育成機能

目的: 在宅・施設双方で医療連携を強化し、重度化・急変・退院直後等の場面で適切なケア判断・連絡・記録が行える介護職を育成。

到達像(1～2年):看護師・かかりつけ医師との共同ケース会議が「通常運転化」。退院前カンファ／退院後フォローの定型化。

育成設計:

- **コンピテンシー:** 観察(バイタル／疼痛／摂食嚥下／皮膚)・連絡(三報体制)・記録 SOAP (Subjective(主観的情報)、Objective(客観的情報)、Assessment(評価)、Plan(計画)の頭文字をとったもので、患者さんの情報を体系的に整理し、他スタッフと共有するための記録形式)の理解・倫理・感染対策・緊急時初動
- **カリキュラム案(12 モジュール／各 90 分程度を想定):**
 - 1)医療連携概論、2) フラグの見立て方(問題や異常の兆候、懸念事項を関係者間で共有・認識すること)、3) 服薬・副作用観察、4) 皮膚トラブル、5) 摂食嚥下・栄養、水分、6) 排泄・便秘・脱水、7) 認知症 BPSD 初動、8) リハ・ポジショニング、9) 感染制御、10) 緊急時連絡 SOP(標準オペレーション)、11) 退院支援・在宅移行、12) 倫理・ACP(将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんや利用者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さん・利用者さんの意思決定を支援するプロセスのこと)
- **実装方法:** 集合研修＋現場 OJT＋ケースメンタリング(月 1 回)＋eラーニング
- **評価:** 術前術後テスト、ケースレビュー(看護師同席)、ミニ CEX、360 度評価
- **認証:** SWN認定「医療介護福祉連携プラクティショナー(Lv1～3)」など標準化させる(プラクティショナー:実践者)

有効性:

- 急変時の**適正受診:** 過小／過剰受診・過剰検査の抑制
- 退院直後の**再入院率低下**、在宅生活の継続期間を延伸
- 医療側の**連携コスト低減**(情報の質向上)
- 介護職の**役割拡張による定着・満足度向上**
- 連携の主体となる人材養成の標準化により、中山間地離島エリアでのハブを志す市外からの意欲のある求人の増加(イノベーターを集める)

4-2. 人材の派遣・リリーフ(広域代替)機能

目的: 拠点統廃合や欠員発生時にもサービス空白を作らない代替供給能力を確保。

モデル:

- **SWN人財コモンズ**(共有人材の登録制プール): 常勤・短時間・副業・OB/OG・子育て層を含む
- **ディスパッチ規程**: 要請トリガ(急病/退職/繁忙)→SLA(「Service Level Agreement(サービスレベルアグリーメント)」の略で、サービス提供者と利用者の間で、提供するサービスの品質レベルについて合意する契約のことです。日本語では「サービス品質保証」や「サービス品質保証契約」とも呼ばれます。具体的には、稼働率、応答時間、障害復旧時間などのサービス品質を数値で明確に定義し、もし基準を下回った場合の補償内容なども定めます。ここでは、応答までに〇時間などというルールをイメージください。)→派遣/応援/出向の選択肢を設ける
- **シフト最適化**: 需要予測(季節・流行)、移動負担・資格要件を制約条件に最適化する
- **契約形態**: 共同事業契約/出向協定/(労働者派遣に該当する場合は法令順守)
- **原価・精算**: 時間単価+移動実費+管理費、月次クリアリング(精算)
- **SWN人財コモンズ認証資格を発行**: 介護施設夜勤専従や、介護施設日勤業務における入浴介助・排泄介助・食事介助をどのレベルで出来るかなどを認証するために、動画学習や、実務経験を要件化し、SWN人財コモンズ内での実務経験を評価しながら報酬額を臨機に決定する仕組みを構築(事務系・その他専門職も必要に応じて同様に推進)

有効性:

- 一時的欠員でのサービス停止・供給減少(空床など)回避
- 正規リーダー級職員が夜勤でバラバラなシフトとなり、経営課題解決の時間が取れなくなることなどを防ぐ
- 離島・遠隔地における支援ニーズへの対応機会損失を縮小
- 既存職員の過重労働抑制→離職率低減
- 市外からの兼務者(アルバイトなど含む)流入を増加
- SWN事業者内での兼務者の所得向上・帰属意識とモチベーションを向上
- 認証資格制度により要求基準を明示し事業者間の職員業務レベルの標準化を推進

【標準オペレーションプロセス(SOP)の例】

1. **要請発生**: 事業所管理者より「応援要請フォーム」送信(欠員理由、期間、必要資格等)

2. 受付確認:コクピットが受領後、30分以内に受付通知
3. 割当判断:人材コモンズ上の資格・距離・負荷に基づき自動スコアリング→候補抽出
4. 先着応諾/調整連絡:候補に通知→同意確認後に派遣決定
5. 初動派遣:原則「応答から4時間以内」に現場に到着
6. 業務実施:現場の管理者指揮下で業務(記録は標準シートに記載)
7. 完了報告:終了時に「派遣完了レポート」をシステムへ提出
8. 精算処理:派遣元・派遣先にて月次クリアリング、コクピットが調整

【精算ルール(標準)の例】

- 時間単価:資格別に設定(例:介護福祉士 2,100円/時間、初任者 1,800円/時間)
- 移動費:実費支給(車両の場合は距離×単価、船便は領収書精算)
- 管理費:1派遣あたり事務局管理費 500円(システム・調整費用)
- 精算サイクル:月末締め→翌月15日に口座振替
- キャンセル:前日17時以降は「2時間分」相当のキャンセル料
- トラブル時再配備:無償再派遣(天変地異を除く)

4-3. 海外人材「管理組合など」機能

目的:海外人材の“採用-育成-定着-継続雇用”を地域共同で進め、単独事業者の負担とリスクを低減。

機能:

- 統一採用・選考:送り出し機関選定、要件統一、面接共同化
- 資格・在留管理:手続き標準化、在留更新支援、コンプライアンス監査
- 研修:来日前オンライン教育+来日後ブリッジ研修(日本語・医療連携・介護技術)
- 生活支援:住まい・金融・交通・相談、家族帯同支援(規程化)
- キャリア:技能実習→特定技能→介護福祉士への学習・実務導線
- 配置:語学レベル・技能に応じた段階配置(プリセプター → 定常業務)

有効性:

- 採用単価の共同化による低減、ミスマッチの縮小
- 定着率の向上(統一支援とメンタリング)
- 地域全体の多文化共生の推進
- 共同での管理組合などの機能により、まとまった数の採用が可能

- 大規模で行えることにより、地方採用を嫌がる海外人材に対して、定期的な都市部での余暇支援を実施するなど、きめ細やか、かつ、大胆な対応を図れる

4-4. 医療・介護・福祉拠点となる遊休資源の利活用

目的: 空き施設・空床・遊休車両・公共施設を医療・介護・福祉連携の複合機能拠点として再編し、アクセス格差や無駄な設備投資コストを縮小。

手順:

1. 市内の資産インベントリ(地図化して「資産の目録」や「在庫一覧表」)
2. 用途・法的制約の確認(用途変更、耐震・防火、バリアフリー)
3. コンバージョン計画: デイ×リハ×地域交流×遠隔診療窓口
4. モビリティ連携: 巡回便・相乗り、送迎車両の共用、地域のコミュニティバス活用など
5. BCP: 停電・断水時の地域防災活動の拠点機能(非常電源・衛星回線)

有効性:

- 近接提供による医療サービスの受診・通所サービスの継続、インフォーマルサービスの開発・実施
- 移動コスト削減と送迎効率化
- 災害時の地域レジリエンス向上(レジリエンス:「困難やストレスに直面した際に、それを乗り越えて回復する力」)

4-5. 地域の需要・供給の可視化(ダッシュボード) 「SWN-Link ダッシュボード」

目的: サービス需給、待機、稼働、人材供給などを GIS×ダッシュボード(複数のデータを一覽で視覚的に表示するツール)で見える化し、需給調整の意思決定を迅速に。(GIS:「地理情報システム」の略称で、位置情報を含むさまざまな地理空間情報をコンピュータ上で重ね合わせて表示・分析するシステム)

設計:

- 主要指標:
《需要》要介護度別人口、要支援者、独居率、医療介護福祉サービスの必要性(トリガーご

との色付け)、看護必要度、送迎距離、インフォーマルサービス実施状況など

《供給》特養(ショート)定員/稼働、GH定員/稼働、看多機定員/稼働、通所定員/稼働、障がい者入所定員/稼働、障がい者生活支援定員/稼働、訪問看護や介護資源/稼働余力などのサービスの基本稼働状況など

《調整機能》訪問可能・待機資源者、空床資源予約、専門職連携要請、リリーフ出動要請など

- **データ連携**: SWN事業所内、社協連携先の民生委員など、地域包括支援センター、行政統計データ、病院退院・介護施設退所支援データ連携など
- **更新頻度**: 日次(オペレーション) / 週次(戦術的運用:最適化・修正) / 月次(戦略的運用:大きな意思決定)
- **意思決定への活用**: アラート(閾値超過:閾値(しきいち)を超えると、通常とは異なる状態や現象が発生し、アラート発報などの対応が取られること)、配賦提案、会議資料の自動生成

有効性:

- 地域内のサービス提供ボトルネックの特定→ピンポイント増援と偏在解消
- 稼働向上と売上・原価の最適化
- 市内住民や、連携外事業者へのSWNの取り組みや目的を説明する上での透明性向上(わかりやすく利便性の向上を説明できる環境が整う)

4-6. 事業者間の業務水準を標準化し医療と介護・福祉のパスを強化する情報連携システム「SWN-Link 連携パス」

目的: 退院前後・急変時・看取り場面などで、同じ情報を“同時に”参照できる環境を整備。(かかりつけ医不足などから想定される看取り介護不能事業所の増加を防ぐために、医師がどこにいても情報をオンラインで確認しながら、現地に駆け付けられるNP(診療看護師)や、SWNで育成した介護職員や看護職員(SWN認定「医療介護福祉連携プラクティショナーのLv3など」で看取り時や急変時の応急対応が出来ることを目指す。)

機能:

- 共有ケアプラン／連携記録(退院前アセス→多職種計画→在宅モニタ)
- 標準プロトコル: 連絡 SOP、評価基準(痛み・栄養・排泄・褥瘡・嚔下)、緊急時トリアージ
- メッセージング: 既存 ICT と API 連携／監査ログ／同意管理
- 可搬性: タブレット・スマホで離島からもアクセス(オフライン同期)
- 個人情報保護: 最小権限、監査証跡(システム上での「いつ」「誰が」「何を」「どのように」行ったかという操作や変更の履歴を時系列に記録したもの)、暗号化、同意履歴

有効性:

- 情報遅延の解消→誤連携・重複対応の減少
- 再入院率・救急受診率の低下
- 医療⇔介護の負担軽減(電話・FAX 削減)

【主な機能例】

1. 電子ケアパス共有: 退院前カンファ→在宅計画→訪問・通所→フォローの一元管理
2. 多職種チャット・掲示板: 利用者 ID 紐付け、タイムスタンプ管理
3. 緊急連絡フロー自動化: SOP テンプレート→医師・包括・家族へワンクリック連絡
4. ダッシュボード連携: 訪問記録・バイタル・通所実績→地図上に自動表示
5. 医療機関連携: 退院調整室 API 連携(共通データモデル HL7-FHIR 準拠)
6. 個人情報保護対応: 利用者ごとのアクセス権・暗号化・監査ログ

【導入要件例】

- 端末: スマートフォン／タブレット／PC 対応(オフラインキャッシュ機能)
- ネット環境: 拠点および移動エリアで 4G/Wi-Fi 対応、離島向け衛星回線オプション
- セキュリティ: 二要素認証、災害時バックアップ、同意管理機能実装

【機能を構築するためのパスの例示】

ケース例 ①: がん末期・医療依存度の高い方におけるパス連携

【ケース設定】

- 対象者: 80 歳女性、進行性肺がん(ステージⅣ)、在宅酸素療法(HOT)使用中、疼痛管理中
- 家族構成: 同居家族なし(近隣に娘が週 1 回訪問)
- 生活環境: 一戸建て(バリアなし)、訪問看護・訪問介護導入済み

医療 → 介護へのクリニカルケアパス(退院前後支援)

フェーズ	実施内容	担当	タイミング
【病院退院前期】	退院前カンファレンスの開催(看護師・ケアマネ・訪看・家族)疼痛コントロール方針・レスキュー薬・HOT(在宅酸素)設定の共有	退院調整看護師 主治医 ケアマネ	退院 2 日前
【退院当日】	退院指示書に基づく情報共有(API/紙併用)、訪問看護初回同行	訪看 ケアマネ 家族	退院当日
【退院後 1 週間】	疼痛スケール(NRS)評価と服薬遵守ケアマネ同行による環境調整(ポータブルトイレ・介助導線)	訪看 訪介 ケアマネ	退院後 1~3 日以内
【退院後 1 ヶ月】	月次ケアカンファ開催(症状緩和・QOL・ACP 確認)緊急時連絡 SOP の再確認(家族・医療)	多職種会議 ケアマネ	月 1 回
【看取り期】	モルヒネ持続静注管理、褥瘡リスク予防、排泄支援家族フォロー(グリーンケア準備:大切な人を失った人々の悲しみや痛みに寄り添い、立ち直り、自立できるようサポートすること)	訪看 主治医 訪介	看取り期~

成果イメージ:再入院回避/疼痛管理の安定/在宅看取り率向上

介護 → 医療へのケアクリニカルパス(急変・入院調整)

フェーズ	実施内容	担当	トリガー・タイミング
【急変兆候】	バイタル低下(SpO2<88%)、意識混濁、呼吸苦を確認「緊急 SOP」発動→医師・家族への即時連絡(連携システム介して)	訪介 家族	状態変化当日
【連携判断】	在宅医・訪看と状況協議①在宅緩和ケア継続 or ②医療機関連携(入院調整)	訪看 主治医 ケアマネ	当日~24 時間以内
【移行準備】	入院が必要な場合:紹介状・最新ケア記録・疼痛スケールを電子連携、看護必要度を医療側に事前共有	訪看 ケアマネ 医療連携窓口	入院前日~当日
【入院後】	医療→在宅ケアに備えた退院準備カンファ設定(初回 48 時間以内)服薬情報/栄養状態/環境調整可否を確認	入院病院/ケアマネ/訪看	入院 48 時間以内

フェーズ	実施内容	担当	トリガー・タイミング
【再訪問支援】	在宅復帰後の疼痛・栄養・排泄フォロー訪看＋ヘルパーの夜間体制協議	ケアマネ 訪看 訪介	在宅復帰後1～3日以内

成果イメージ: 急変時の適正判断／家族不安軽減／在宅と医療の循環確立

補足:

- 各パスの情報連携は「SWN-Link」にて、電子カルテ・訪問記録と同期
- ACP(意思決定支援)は初回ケアマネジメント時に確認／更新
- 看取り後のグリーフケア支援は、社協と包括が連携して実施

ケース例②: 認知症重度者の多職種連携ケアパス

【ケース設定】

- 対象者: 82歳男性、アルツハイマー型認知症(中等度→重度移行期)、BPSD(夕暮れ症候群・不穏)あり
- 家族構成: 同居家族あり(配偶者・要介護者)、長女が週1訪問
- 生活環境: 自宅(木造2階建)、近隣に包括センター・デイサービスあり

認知症重度化に対応するケアパス(在宅継続支援)

フェーズ	実施内容	担当	タイミング
【リスク上昇期】	認知機能評価(MMSE・BPSDチェック)家族支援ニーズ確認	ケアマネ 包括	半年毎 or 状態変化時
【日常生活期】	介護予防通所リハ→重度化対応デイサービスに変更服薬調整(抗精神病薬／睡眠薬)	ケアマネ 主治医 薬剤師	状況に応じて
【BPSD増悪時】	専門医コンサル依頼→環境調整(照明・夜間見守り)ショートステイ利用による家族レスパイト	ケアマネ 訪看 デイ 包括	増悪時(連絡24h以内)

フェーズ	実施内容	担当	タイミング
【看取り期】	ACP 再確認(家族・医療)看取り連携対象となる訪看選定	主治医 ケアマネ 訪看	症状進行時

成果イメージ: 介護者負担軽減、BPSD の安定、在宅継続 12 ヶ月以上を目標

ケース例③: 独居高齢者に対する包括支援と「高齢者等終身サポート」

【ケース設定】

- 対象者: 87 歳女性、独居、要介護 3、軽度認知症あり、服薬・食事管理に不安あり
- 家族構成: 子どもは県外在住(緊急連絡可)
- 生活環境: 古い平屋、冬季暖房に課題、買い物は訪問販売に依存

独居高齢者対応ケアパス+終身サポート連携

フェーズ	実施内容	担当	タイミング
【初動期】	初回アセスメントと「終身サポート契約」締結見守り・金銭管理・死後事務含む生活支援設計	包括 社協 司法書士 ケアマネ	初回 1 ヶ月以内
【日常生活期】	配食+服薬支援サービス導入在宅センサー設置(夜間転倒・火災検知)	訪問介護 配食業者 ICT	常時/導入後 1 ヶ月
【緊急・急変時】	緊急通報→社協「終身サポート担当」へ通知→家族/医療と連携	終身サポート担当 医療 包括	通報即時
【死後期】	死亡診断→葬儀社連絡/財産整理\賃貸契約解約/行政手続き代行	社協終身チーム 司法書士	死後 48 時間以内

成果イメージ: 独居不安軽減/入院・施設移行の抑制/死後手続きの円滑化

【高齢者等終身サポートの主な内容: 社協での対応を想定】

- 生前支援: 生活管理(配食・見守り・買い物代行)/日常金銭管理/入院時支援
- 死後支援: 葬儀手配/家財整理/住居明け渡し/役所・年金手続き
- 法的根拠: 任意後見契約/死後事務委任契約/公正証書対応

4-7. サービスを継続するための補完機能と合理化

「社協での計画・相談支援機能のコクピット化～機能継続性の向上～」

目的:将来的に、ケアマネジャーのライフイベントや事業所の運営状況の変化等により、やむを得ず離職や事業閉鎖が生じた場合においても、利用者への支援が途切れることのない体制づくりを行う必要がある。このため、社会福祉協議会において、地域の居宅介護支援事業所との強力な連携と協力のもと、必要な密度の高い情報を段階的に共有・集約し、緊急時や支援継続が困難となった場合のバックアップ機能を強化していきつつ、資源偏在によるサービス提供力の偏在に陥らないようにハブとなるコクピットを構築していく。

【到達像(3年以内)】

- SWN参加事業所の居宅介護支援事業所のケアプラン 70%以上を社協において情報集約
➡市内ケアプランの 70%以上がSWN-Link 上で情報連携
- 在宅介護のサービス利用率・稼働率の均衡化(地域偏在の解消)
- SWN参加事業者の稼働率も満床レベルで安定させ、社会資源を余すことなく活用していく

【実施内容】

1. **連携・集約方針の確立**:既存事業者への説明・契約調整・運営費精算方式の合意
2. **ケアマネジャー同士の補完的協働・連携／補完役の社協移籍者の受け入れや出向制度**:
 - 基本的には、各事業者の独立性を保つことが原則である。一方で、その独立性があるために、属人的理由によりサービス提供が継続できない状況に結び付く可能性があることから、社協に補完的役割を担うための移籍者や出向による労働力の集約(Wワーク含む)を行い、強力な情報共有により切れ目ないケアマネジメントを提供し続ける体制を構築する。
 - 社協へ“各ケアマネ事業者の情報”を集約しつつ、各事業所のケアマネ職員を「出向」形式で受け入れることも並行し、代替機能の補完準備を行う
 - 出向して補完事業所を構成する社協の居宅介護支援事業所には、元事業所との労務・賃金・評価制度を維持しつつも、特定事業所加算1取得を目指して、一人当たりプラン数や加算増収分をケアマネに還元する(出向時の特例的な給与制度を構築して、在籍法人に戻る場合は従前の規程を適用する)。
 - 社協の指揮下でSWNの特定ケアマネとして業務を実施し、地域内での居宅介護支援事業所の閉鎖や休止時などの有事に補完行動を実施する。

- 出向期間中も法人帰属は維持。出向協定で「目的／期間／報酬／秘密保持／業務指揮系統」を明文化
- 同時に、既存の居宅介護支援事業所の機能を活かし、連携・協働による多面的なコクピット化の推進を図る

3. 出向プロセスの詳細設計:

- ①事業者間協定(包括出向契約)
- ②個別ケアマネ職員の覚書締結(業務範囲／指揮命令者／出向期間)
- ③事業者間での「出向料」設定(例:1名あたり月額〇万円＋社会保険料調整)
- ④職員教育(社協のSOP／ICT使用方法)→業務開始

4. 補完のための業務標準化:アセスメント票／プラン作成／モニタリング／給付管理の統一

5. ICT インフラ統一:SWN-Link にケアマネ記録を実装、訪問看護等とAPI連携

6. 総合相談支援の強化:地域包括支援センターと機能統合し、相談→支援→ケアマネ管理のライン化

7. データ活用による調整:「要介護度別利用傾向」「稼働率」「空床状況」をもとに訪問・通所等の配分

8. 集約方針の確立:既存事業者への説明・契約調整・運営費精算方式の合意

9. ケアマネジャー移籍／兼務制度:社協所属＋事業所兼務モデルの構築

10. 業務標準化:アセスメント票／プラン作成／モニタリング／給付管理の統一

11. ICT インフラ統一:SWN-Link にケアマネ記録システムや訪問看護などのシステム等とAPI連携(異なるアプリケーションやシステム同士が、API(Application Programming Interface)という窓口を介してデータや機能をやり取りする仕組み)

12. 総合相談支援の強化:地域包括支援センターと機能統合し、相談→支援→ケアマネ管理のライン化

13. データ活用による調整:「要介護度別利用傾向」「稼働率」「空床状況」をもとに訪問・通所等の配分

【有効性】

- 地域におけるケアプランの質均一化とケアマネ業務負荷の平準化
 - 居宅介護支援事業所のケアマネにおけるライフイベント時やリタイヤ時の安心感醸成(事業継続のための保険的機能)
 - 市内全域のサービス偏在の是正と供給の最適化
 - 多職種カンファレンスの一元化と運用の効率化
 - 行政との横断連携(給付管理・地域ケア会議)が円滑化
 - ケースカンファレンス力の向上
-

5. ガバナンス(医療・福祉協議体)と運営体制 モデル

- 総会: SWNが主体、その他に行政・医師会(看護協会)・介護事業者・住民代表等に幅広くオブザーバー参加してもらった仕組みを前提とすることで、公益性を高める
- 運営委員会: 月例で実施。需給調整・人材・品質・ICT の4分科会
- 事務局(コクピット): 人材の資源配賦、データ分析と運用、契約・精算、教育、品質管理
- 合意文書: 基本協定／個別覚書／データ共有規程／秘密保持／費用分担

【将来構想: ガバナンスの進化と移管シナリオ】

本事業を実装する段階では、まずは社会福祉協議会(社協)を核とした協働運営を行うが、その前段階で次の課題が生じることが想定される:

- ① 社協の内部規程と役割範囲の制約
- ② 事業者間での「並列的な立場での運営参加」の困難さが生じる
- ③ 財源・監査・労務機構の中長期的な負担が社協に集中する恐れがある

そこで中長期的には、以下の移管シナリオを前提とする:

段階	実施内容	期間	主体
フェーズ0 (調整期)	当事業企画提言を議論の材料として活用し、SWN 参加事業者間での「現状の受け止め」「提言内容の咀嚼」「対話」「ゴール像の共有」「自治体への協力要請など方針決定」「具体的なプロセス設計」といった調整を行う	令和8年度	社協+行政+参画事業所
フェーズ1 (構築期)	社協の協働ガバナンス体制でパイロット実装(本事業)→ 出向・連携・ICT 運用・人材コモンスの試行・評価	令和X~X+1年度末	社協+行政+参画事業所
フェーズ2 (制度化検討期)	社協・行政・市議会協議のもと、「西海市社会福祉事業団設立」を検討(地方自治法・社会福祉法に基づく設置根拠整備)	令和X+1年中~令和X+2年度末	行政主導+社協支援
フェーズ3 (移管・拡大期)	社協の一部事業(計画支援・人材コモンス・ICT 等)を事業団へ移管 事業団を受皿に、参画事業者の対等な運営参画を推進	令和X+3年度以降	社会福祉事業団(新設)

【西海市社会福祉事業団:設立のメリット】

- 法人格独立により、事業団／社協／SWN／事業者／行政との役割と責任が明確化
- 参加事業者の横並び参画を保証(ガバナンス均衡)
- 事業拡張に応じた財源調達や労務管理の柔軟化
- 区域全体を対象とした福祉・介護・医療連携インフラ運営が可能
- 大学病院・教育機関との連携が促進(産学官連携の窓口として機能)
 - 実習・研修フィールド提供(介護・看護・リハ・福祉系大学等)
 - 地域包括ケアに関する共同研究・データ利活用プロジェクトの推進
 - 在宅医療／看取りに関する医療面協働(遠隔診療連携含む)
- 専門人材の育成基盤を構築可能(大学と連携した教育プログラム・資格 pathways: 手順化)
- 地域ブランド形成と県外・海外発信(地方創生／SDGs／地域共生モデルとしての発信力強化)
- 地域事業者の“後継者不足”対応としての事業譲渡受け皿機能
 - 市内の医療・介護・福祉事業者が廃業・縮小危機にある際、事業団が経営承継の受け皿として機能
 - 利用者のサービス継続・職員雇用の維持を最優先に、事業譲渡／指定管理／M&A／吸収合併など複数手法に対応
 - 「地域インフラとして必要な資源」を優先保全し、事業停滞や空白化を防ぐ
 - 事業者・後継者マッチング支援との相乗効果も期待
- 専門人材の育成基盤を構築可能(大学と連携した教育プログラム・資格 pathways)

【大学病院・教育機関連携がもたらす波及効果】

領域	主な内容	波及効果
教育・育成	大学・専攻科との連携による臨地実習受入地域研修センター機能の設置	地域内での人材育成循環を実現。就職定着率向上
医療連携	大学病院の在宅診療・看取り支援遠隔カンファレンス・相談連携	高度医療と地域ケアの橋渡しが非都市部でも可能に
研究・評価	地域包括ケアモデルの共同研究ケア・人材・ICT 成果データの統合分析	エビデンスベースの運用改善と外部助成の獲得
国際交流	海外人材育成プログラム共同運営グローバルネットワークの構築	外国人介護職の受入促進・地域事業者の国際発信力強化

【想定する機能移管対象】

- SWN人材commons(派遣・リリーフ運用)
- ケアマネ集約機能(相談支援・計画支援)
- SWN-Link 連携パス システムの運営: 公平性・公益性の見地から社協協働もあり得る
- 海外人材支援・統一研修
- SWN-Link ダッシュボード システムの運営: 公平性・公益性の見地から社協協働もあり得る

※ 社協は移管後も「地域福祉推進」「相談支援」の根幹として併存。
事業団は、より広域的・戦略的な介護・医療連携の実行法人として機能。

6. 実施工程(実装段階におけるロードマップ) モデル

Year 0(調整・準備期間:令和8年4月～令和9年3月)

- ・ 「現状の受け止め」「提言内容の咀嚼」「対話」「ゴール像の共有」「自治体への協力要請など方針決定」「具体的なプロセス設計」といった調整
- ・ 実施内容:資源調査／関係者協議／法的手続き／規程案作成／データ整備
- ・ 参加者要件:事業所管理者、社協職員、行政担当、医療機関代表、ICT 担当など

Year 1(令和X年4月～令和X+1年3月)

- ・ 医療連携育成(Lv1)開始:介護・支援職員 50 名を対象に 12 モジュール提供(受講率 90%以上を達成へ)
- ・ 派遣・リリーフ試行:人材コモンズ登録 25 名、応援依頼は最大月 5 件を想定
- ・ 海外人材第 1 陣受入:特定技能・技能実習合わせて年 15 名(各事業所で配置)
- ・ 遊休拠点の活用方針決定と 1 次改修:デイサービス+訪問介護+リハビリ+遠隔診療窓口機能化+インフォーマルサービスの創造(一か所)
- ・ ダッシュボード Ver.1 α 版公開:日次データ更新、GIS マップ表示

Year 2(令和X+1年4月～令和X+2年3月)

- ・ 医療連携育成(Lv1)第二期:介護・支援職員 50 名を対象に 12 モジュール提供(受講率 90%以上を達成へ)
- ・ 医療連携育成(Lv2～3)展開:計 30 名対象、ケースメンタリング開始
- ・ 派遣・リリーフ体制本格運用:応援依頼月 10 件、平均応答時間 3 時間以内を達成
- ・ 海外人材採用・配置の拡大:年 20 名コホート化(共通目的による集団化)、地域特化型の日本語教室を併設
- ・ 遊休拠点 1カ所目稼働開始:多機能型拠点へ(介護+子育て+医療連携+買い物支援などインフォーマルサービス)
- ・ ダッシュボード Ver.2 β 版公開:医療連携データ統合、在宅パス情報含む

Year 3(令和X+2年4月～令和X+3年3月)

- ・ 成果評価と制度化提案:条例・規程整備、事業費恒常化、広域展開調整
- ・ ダッシュボード運用部門の設立:地域包括ケアシステム実践連携センターへ移管→将来的に社会福祉事業団に移管
- ・ 遊休拠点 2カ所目の起草

7. 成果指標(KGI/KSF/KPI) モデル

KGI(3年後の最終目標):

- サービス空白率:0%達成
- 再入院率:15%削減
- 離職率:年率3%以下
- SWN参加事業者の事業稼働率(入所系98%、在宅92%以上)
- 在宅継続期間:平均+3.5ヶ月延伸

KSF(重要成功要因):

- 医療連携研修の受講率:90%以上
- 派遣SLA遵守率:95%以上(応答時間3時間以内)
- 海外人材1年定着率:85%以上
- 遊休拠点稼働率:70%以上
- ダッシュボード更新継続率:95%以上(月次)

KPI(主要指標例):

- 急変時連絡SOP遵守率:95%
- 退院前カンファレンス参加率:90%(現状45%→90%)
- 派遣・リリース初動までの平均応答時間:3時間以内
- 海外人材「特定技能」資格取得率:60%以上(2年後)
- 遊休拠点における通所サービス利用者数:1拠点あたり/月50名以上
- 情報連携システムを介した連絡回数:月100件以上
- ICTツール現場導入率(介護・医療):85%以上

8.収支計画・財源スキーム(案)

収支計画を立案する上で参考となりえる主な補助金・助成金(例示)

※ 下記は、令和7年度以降に存在しない場合があります。資金計画を策定する上での参考として例示していることにご留意ください。

名称	概要	特記事項
介護人材確保・職場環境改善等事業(補助金)	介護職員の処遇改善や職場環境整備を支援。 1人あたり最大約19,000円が目安。	介護サービス事業所が対象。介護補助者採用などが対象範囲。
地域医療介護総合確保基金事業補助金	地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号。以下「法」という。)第4条第1項に規定する県計画並びに地域医療介護総合確保基金管理運営要領による補助金。主に自治体が申請。	離島・中山間地域特性を持つ西海市には適合性高いと考えられる。
働き方改革推進支援助成金	ICT導入や業務改善、人材確保に向けた取り組みなどを通じて生産性向上を図る事業者を支援。	補助率や上限額は制度による。
その他:ICT導入補助／長崎県外国人留学生への奨学金等支給支援事業など	長崎県では、外国人介護留学生が介護福祉士資格を取得するために必要な奨学金や支援金を提供する介護施設に対し、その経費の一部を補助しています。	海外人材の管理組合機能を構築するなら活用可能。

収支予算案(概算モデル:3年度)

- 以下、3年間にわたる予算案(単位:千円)を概算(確定ではありません)で計上します。補助金・助成金の活用を前提としつつも、基本的にはガバメントクラウドファンディングを積極的に実施することが必要となります。「▲」は収入・補助金を示しています。

年度	項目	金額(千円)	備考
初年度	初期投資(ICTシステム導入、拠点改修、教育開発)	45,000	遊休拠点改修計画+SWN-Link導入+出向制度整備等
	運営費(人材バンク準備・調査費)	5,000	構築期の運営体制整備費用
	補助金収入または、ガバメントクラウドファンディング	▲30,000	基本的にはガバメントクラウドファンディングを中心に財源を構成するが、補助金が得られる場合にはその分の寄付収入が少なくすむ
	自己資金/市・県補助等	▲5,000	地元自治体や、SWN分担金等
	当期純費用	15,000	初期赤字を想定
2期目	運営費(本格運用)	18,000	人材コモンズ・派遣運用・ICT運用(保守含む)
	拠点追加改修費	10,000	遊休拠点第1拠点目改修実施
	補助金収入または、ガバメントクラウドファンディング	▲10,000	ガバメントクラウドファンディングを基本としながら、助成金などの活用による収入を見込む
	自己資金/市・県補助等	▲5,000	地元自治体や、SWN分担金等
	当期純費用	10,000	構築加速期も赤字想定
3期目	運営費(安定運用期)	10,000	継続運用・人材拡充含む
	遊休拠点維持・更新費用	3,000	システム保守・設備維持費
	補助金収入または、ガバメントクラウドファンディング	▲10,000	ガバメントクラウドファンディングを基本としながら、助成金などの活用による収入を見込む
	サービス収益増(インフォーマルサービス/居宅介護支援事業所集中化による増益分の一部/遊休資産活用による不動産収益)	▲15,000	稼働改善による収益増加
	当期純黒字	▲12,000	収益増により、数年度で黒字への転換可能性あり

9. リスク管理・法令遵守 モデル

- **法令**: 個人情報保護、労基法、入管法、労働者派遣法(該当する場合)、社会福祉法、介護保険法、医療法等に適合する取り組みとする
 - **コンプライアンス体制**: 法務・監査・苦情対応窓口、内部申告、年次監査を実施する
 - **主要リスクと対応**:
 - 事業者間の利害対立 → 中立的な事務局運営・配賦ロジックの公開をする
 - 人材引き抜き懸念 → コモンズ規程・ペナルティ条項を設ける
 - データ漏えい → 権限設計・暗号化・監査ログを監理する
 - 海外人材の適応 → 日本語教育・生活支援・メンター制などを盛り込む
-

10. 今後の取り組みの初動で必要となるツールとアクション 例示

以下の内容は、当事業計画(初案)を進めていくための必要最低限の準備事項となります。これらの内容について、我が事として熱をもって協働をし、進めることが大前提となります。他の都道府県の中山間地域などで部分的に先行している取り組みがあれば、率先して情報収集と研究を行い、先行事例が無ければ、イチからSWNのノウハウとして形成していくこととなります。

また、当該計画は、既に実施、または着手している SWN における取り組み(共同での求人活動、間口を広げるための体験移住:エクスカージョン、情報やノウハウの格差を解消する経営支援活動、課題別セミナーの実施、共同購入によるコスト適正化など)を継続させ発展させていく前提で構成しています。

- A) 連絡 SOP(急変/退院前後/感染)テンプレート(SOP:「Standard Operating Procedure(標準作業手順書)」の略称で、業務や作業の標準化と一貫性を実現するための具体的な手順をまとめた文書)
- B) 教育カリキュラム詳細(シラバス・評価票・ミニ CEX)
(ミニ CEX:医療従事者(医学生、研修医など)が実際の患者を診察する様子を指導医が短時間(約 15~20 分)観察し、その場で評価とフィードバックを行う「臨床能力評価法」のこと)
- C) 派遣・リリーフ規程(SLA:「Service Level Agreement(サービスレベルアグリーメント)」の略で、サービス提供者と利用者の間で、提供するサービスの品質レベルについて合意する契約書、要請書、精算書)
- D) 海外人材支援パッケージ(在留・生活・学習)
- E) 拠点改修チェックリスト(法規/設備)
- F) ダッシュボード指標定義・データ項目辞書
- G) 情報連携システム機能要件(監査・同意・可搬性)
- H) ガバメントクラウドファンディング実施に向けた準備
- I) ケアパス/クリニカルケアパスの策定

さいかいウェルビーイングネットワーク協議会
社協へのコクピット機能の整備 事業企画提言書

調査実施・コンサルティング・報告書 事業計画書(初案)作成

シムウェルマン株式会社

一般社団法人 介護人材政策研究会

・飯村芳樹

・天野尊明

・品川一茂