

A 看護小規模多機能型居宅介護事業所の ドミナント戦略と差別化集中戦略による 持続可能な経営

市橋 康佑

キーワード：看護小規模多機能型居宅介護、ドミナント戦略、差別化集中戦略

1. はじめに

日本社会は、世界に類を見ない速度で高齢化が進行しており、2025年には後期高齢者（75歳以上）が全人口の約18%を占め、2040年には65歳以上人口が全体の35%を超えると予測されている（厚生労働省 2023）。このような人口構造の変化は、医療・介護分野において単なる需要増加にとどまらず、複数の慢性疾患や認知症を併せ持つ高齢者の増加によって、より複雑かつ高度なケアを必要とする「重度化・複雑化の時代」の到来を意味している（厚生労働省 2023）。

こうした状況を背景に、2012年の介護保険制度改正により制度化された「看護小規模多機能型居宅介護」（以下、看多機）は、医療的ケアと生活支援を一体的に提供する地域密着型サービスとして、その重要性が高まっている。しかし、2025年1月時点における全国の看多機事業所数は1,098か所にとどまり、普及は依然として限定的である（厚生労働省 2025）。その要因として、制度上の制約に加え、安定的な経営基盤の確保や人材確保の困難さといった複合的な課題の存在が指摘されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2019）。

今後の制度改定や地域間競争の進展を見据えると、看多機の持続的運営を実現するためには、制度に依存した受け身の経営から脱却し、地域ニーズに応答する柔軟な体制を構築するとともに、戦略的経営判断にもとづく資源配分を行うことが求められる。

2. 研究の目的

本研究は、A 看多機が有する組織的・人的資源の強みと地域課題との適合性を検証し、将来的な持続可能性を高めるための戦略的方向性を明らかにすることを目的とする。あわせて、拠点展開の可能性やサービス提供の柔軟性向上を検討し、都市部における看多機の機能的価値を強化する方策を提示する。

3. 研究方法

本研究は、神戸市須磨区を中心に展開する A 看多機を対象としたケーススタディである。運営実態を多角的に把握し、戦略的方向性を導出するため、外部環境分析、内部環境分析、統合分析の 3 つの視点から検討を行った。

4. 研究結果

4-1 外部環境分析

4-1-1 制度的背景と将来の政策的方向性

わが国の地域医療構想は、病院と診療所を結ぶ「垂直連携」を基盤としてきた。しかし、自由開業医制や民間資本依存の高さにより、機能分化や地域最適化は限定的であり、外来機能の肥大化や病院間競合、資源の分散配置、人材不足が固定化している。

今後は「要医療・重介護」の高齢者が増加し、特に 85 歳以上では半数が要介護、4 割が認知症と推計される。2040 年には死亡数が年間約 170 万人に達し、死因はがん・心疾患に加え老衰が増える。死亡場所も病院から自宅・施設へ分散し、地域での看取り体制整備が不可欠となる。

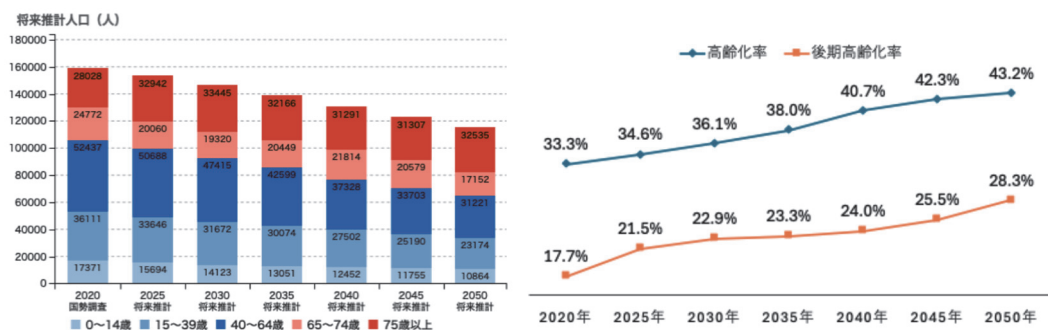
そのため医療の目的は「治す」から「治し支える」へ転換が求められ、介護・生活支援を含む多職種協働による「水平連携型の包括ケア」が重要となる。近年は在宅療養支援診療所や地域包括ケア病棟、介護医療院、かかりつけ医制度などが整備されてきた。今後は地域全体で限られた資源を有効活用し、社会的コストの最適化を図る必要がある。看多機はその中核として、地域包括ケアを支える役割が一層期待されている。

4-1-2 神戸市須磨区・長田区の地域特性と人口動態

神戸市須磨区および長田区は、市南西部に位置する南北に細長い都市型地域であり、可住地は限られるが、鉄道や幹線道路により市内外への交通利便性に優れている。長田区では新長田駅南地区への行政機能移転や西市民病院の移転計画が進行しており、医療・福祉資源の集積と地域包括ケア基盤の強化が見込まれる。

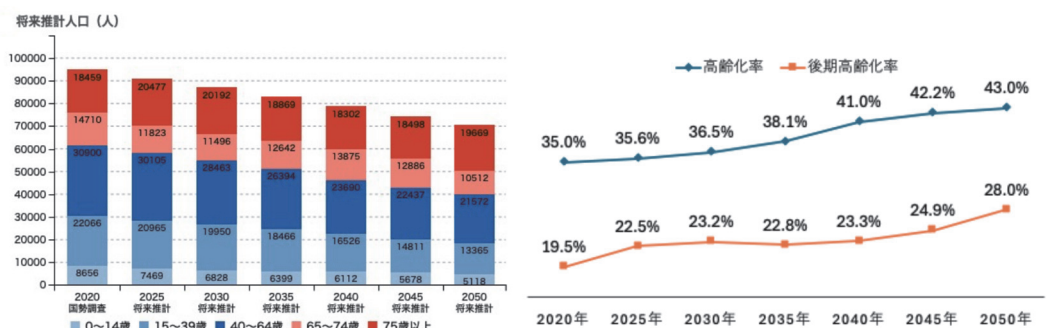
一方、両区では少子高齢化と人口減少が進行し、2040年までに総人口は減少する一方で、65歳以上人口はほぼ横ばいで推移する。その結果、高齢化率は40%を超え、後期高齢化率も23%前後に達すると推計される（図1・図2）。特に生産年齢人口の減少は顕著であり、労働力不足やケア提供体制への影響が懸念される。

すなわち、両区の特徴は、高齢者人口の絶対数は大きく変化しないにもかかわらず、総人口減少に伴って高齢化率が上昇し、重度介護・医療ニーズの増加と労働力不足が同時に進行する点にある。



出所：地域医療情報システムを基に筆者作成

図1：須磨区の将来人口構成の推計と高齢化率・後期高齢者率の推移



出所：地域医療情報システムを基に筆者作成

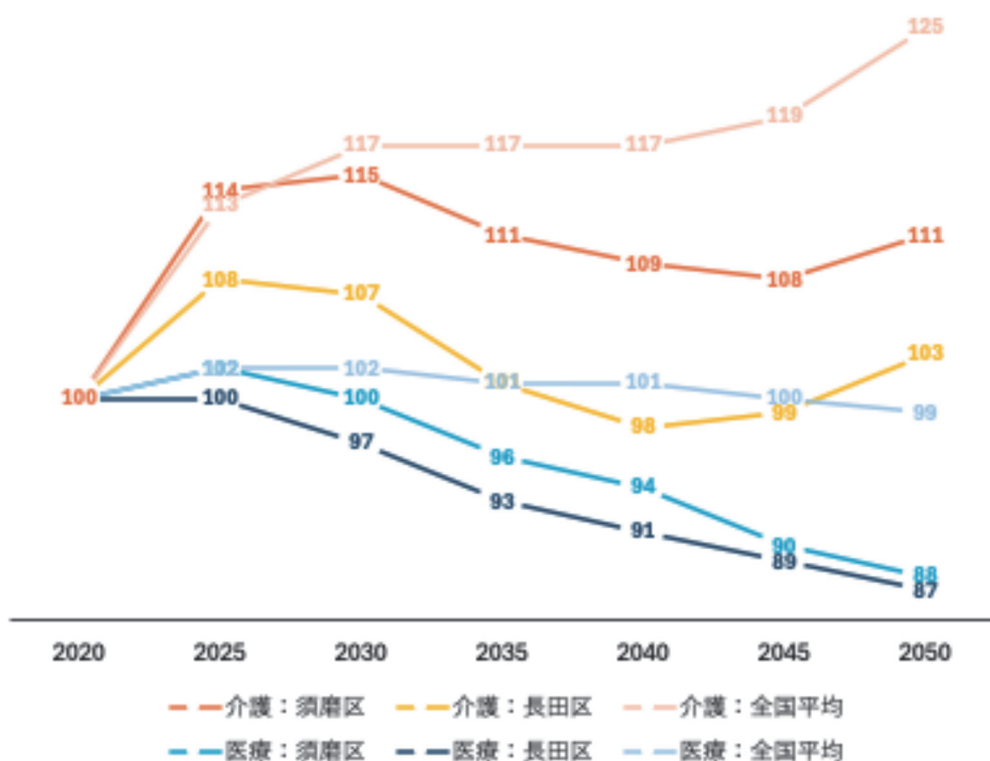
図2：長田区の将来人口構成の推計と高齢化率・後期高齢者率の推移

4-1-3 医療・介護需要の将来推計：須磨・長田区

須磨区・長田区における将来の医療・介護需要は、地域医療情報システム（JMAP）の推計値を用い、2020 年を基準（100）として指数化した（図 3）。

介護需要は、須磨区で 2025 年に 114、2030 年に 115 と上昇した後、2035 年に 111、2040 年に 109 へとやや減少し、2050 年には 111 となる。長田区では 2025 年に 108、2030 年に 107 で早期にピークを迎え、2040 年に 98 まで低下するが、2050 年には 103 に回復する。全国平均が 2020 年以降一貫して上昇する（2050 年に 125）中で、両区はいずれも中期的に減少傾向を示す点が特徴である。

医療需要は、須磨区で 2025 年に 102、2030 年に 100、2040 年に 94、2050 年に 88 と推移し、長田区でも 2025 年に 100、2030 年に 97、2040 年に 91、2050 年に 87 と減少傾向を示す。全国平均が 2030 年以降ほぼ横ばい（2050 年に 99）で推移するのに対し、両区はより急速な減少が予想される。



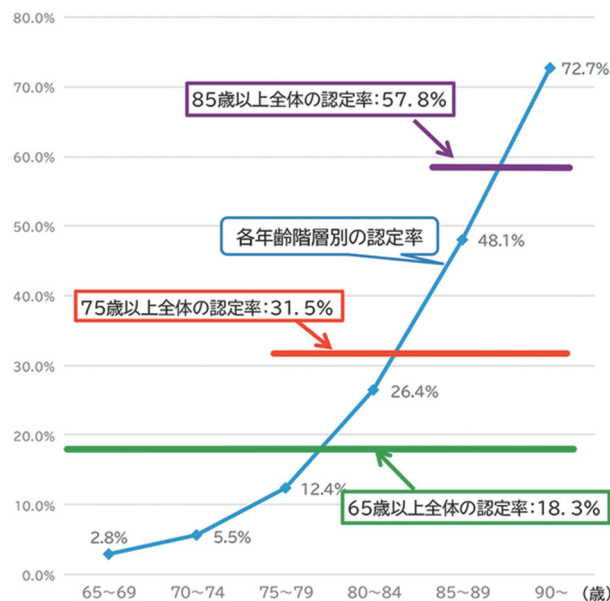
出所：地域医療情報システム（JMAP）

図 3：須磨区・長田区の医療・介護需要予測指数の推移

4-1-4 高齢年齢階級別人口構造と介護需要への影響

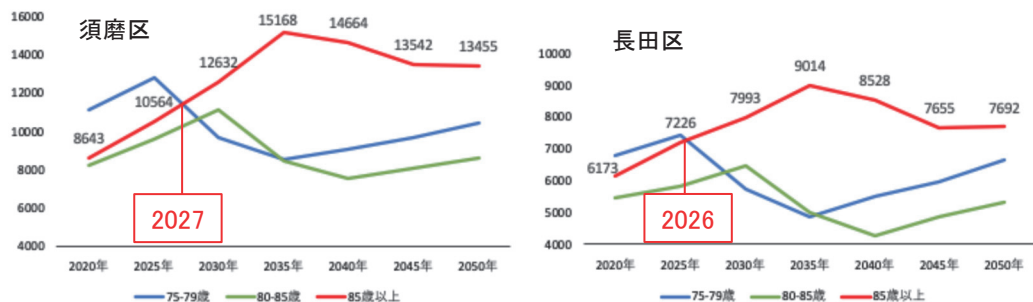
厚生労働省の統計によれば、要介護認定率は年齢とともに急激に上昇し、65歳以上全体で18.3%、75歳以上では31.5%、85歳以上では57.8%に達する（図4）。

年齢階級別人口推計では、須磨区では2027年に85歳以上人口が最大コーホートとなり、2035年に15,168人でピークを迎えた後、2040年時点でも14,664人と高水準を維持すると見込まれる（図5）。一方、長田区では2026年に85歳以上人口が最大となり、2035年に9,014人でピークを迎えた後、緩やかに減少に転じる（図5）。



出所：令和4年版厚生労働白書

図4：年齢階級別の要介護認定率



出所：国立社会保障・人口問題研究所のデータを基に筆者作成

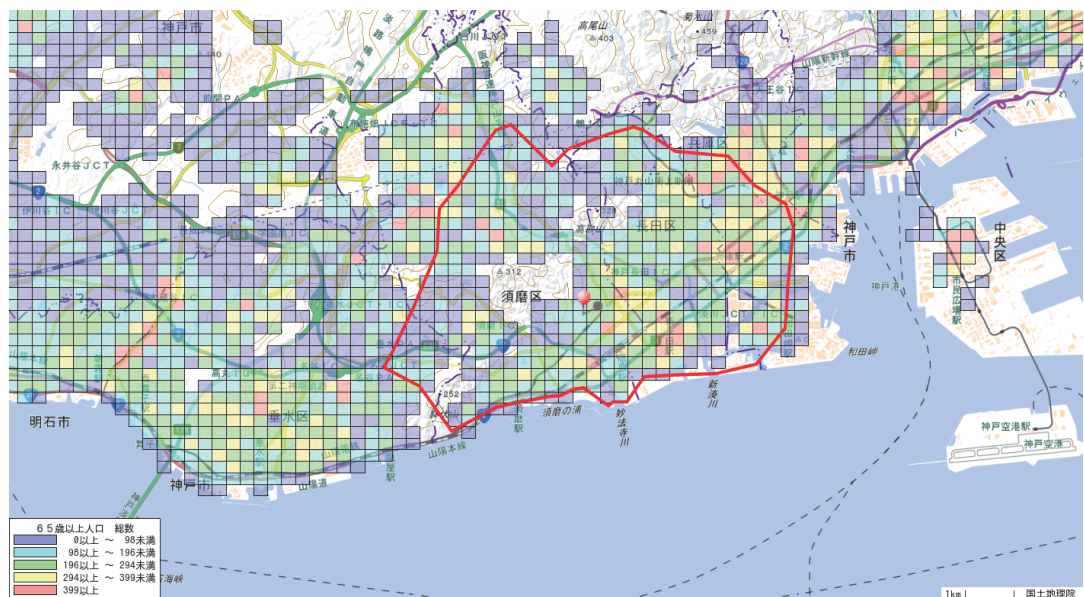
図5：須磨区・長田区 85歳以上が最大コーホートとなる年

4-1-5 高齢者人口の空間分布

65 歳以上人口は、須磨区南部から長田区南部の沿岸部、さらに JR 神戸線・山陽電鉄・市営地下鉄沿線にかけて、高齢者が 1 メッシュあたり 96 人以上集中する高密度地域が広がっている（図 6）。

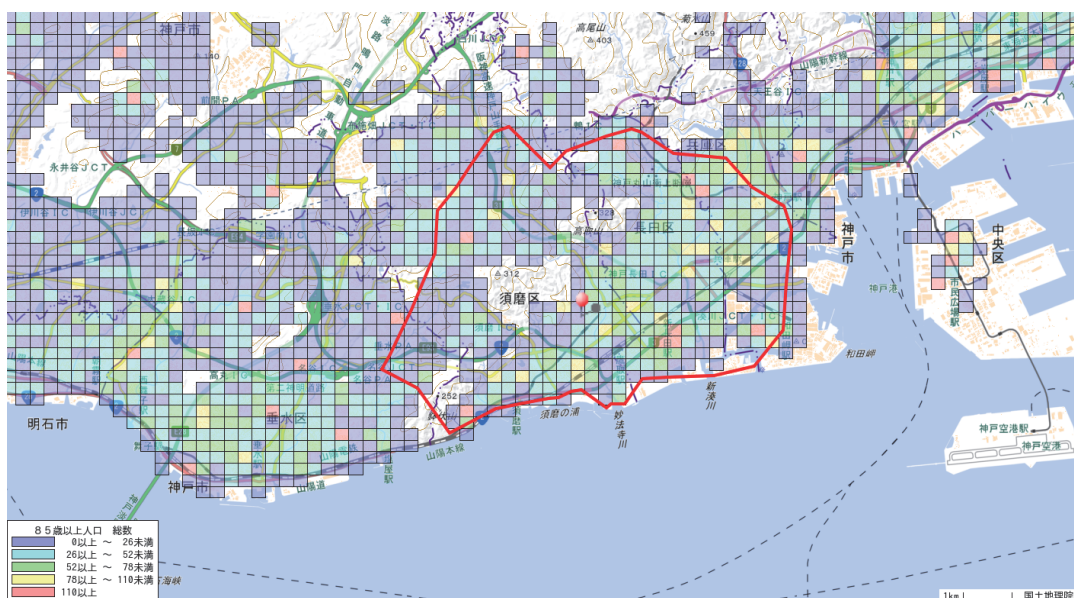
85 歳以上人口については、A 看多機周辺や長田区南東部で 1 メッシュあたり 11 人以上の集積が確認され、さらに須磨区北部の住宅密集地や主要駅周辺の高層集合住宅地でも小規模ながら高密度分布がみられた。これらの地域は医療機関や商業施設へのアクセスが良好であり、都市型の高齢者集積パターンを示している。

両者を重ね合わせると、65 歳以上人口が面的に広がる中に、85 歳以上人口の高密度地域が点在していることが明らかとなった。特に長田駅南部では 85 歳以上人口の局所的集積が顕著であり、今後の在宅医療・介護需要増加を示唆する地域的特徴といえる（図 7）。



J-STAT MAP を基に筆者作図

図 6 : 65 歳以上人口（250m メッシュデータ）



J-STAT MAP を基に筆者作図

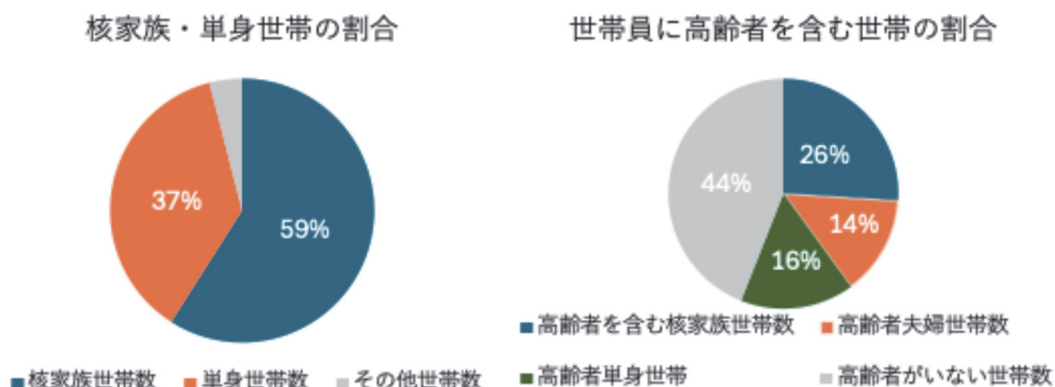
図 7 : 85 歳以上人口 (250m メッシュデータ)

4-1-6 世帯構造の特性 : 須磨区・長田区

須磨区における世帯構造の内訳をみると、核家族世帯が 59%と最も多くを占めている。そのうち高齢者を含む核家族世帯は 26%であり、一定程度の家族介護力を有する可能性があるものの、依然として親世代と子世代の同居は限定的であることが示唆される。一方で、単身世帯が 37%に達しており、その中には高齢者単身世帯が 16%を占める。さらに高齢者夫婦のみの世帯も 14%みられ、高齢者のみで生活する世帯が増加している状況が明らかとなった (図 8)。

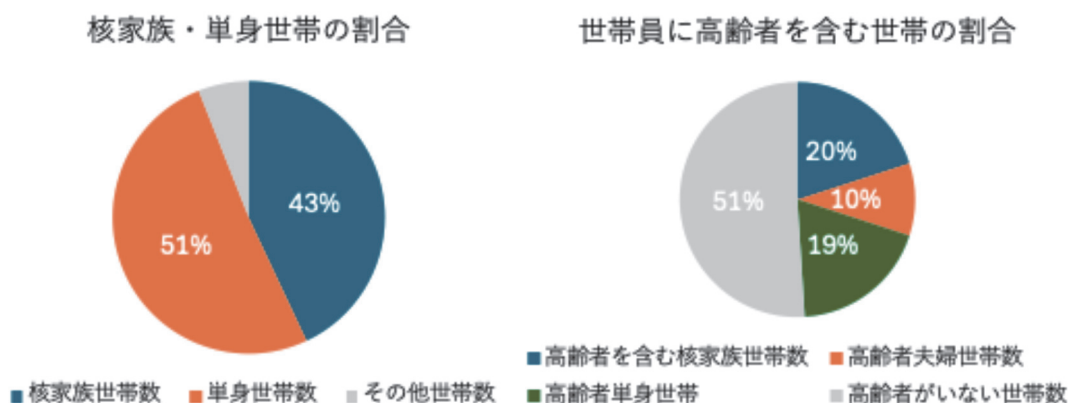
一方、長田区では単身世帯が 51%と半数を超えており、そのうち高齢者単身世帯が 19%を占めている。高齢者夫婦世帯は 10%にとどまり、核家族世帯も 43%と須磨区に比べて低い割合であった。また、高齢者を含む核家族世帯は 20%にとどまり、世帯内での介護支援力はさらに弱まっている状況が明らかになった (図 9)。

以上の結果から、両区に共通して核家族化と単身化の進展がみられ、須磨区・長田区いずれにおいても家族介護力の低下が明らかである。



出所：総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた 2024」より筆者が作図

図 8：須磨区の世帯構造の特性



出所：総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた 2024」より筆者が作図

図 9：長田区の世帯構造の特性

4-1-7 就業構造の特性：神戸市須磨区・長田区

須磨区および長田区の実業構造は、いずれも第 3 次産業従事者が多数を占める都市型労働市場を形成している。

須磨区の実業人口は 66,376 人で、就業者数は 63,402 人、完全失業者数は 2,974 人であった。産業別構成は第 1 次産業 216 人、第 2 次産業 11,383 人、第 3 次産業 49,361 人であり、第 3 次産業の割合は約 77.8%に達した。

長田区の労働力人口は 39,885 人で、就業者数は 37,486 人、完全失業者数は 2,399 人であった。産業別では第 1 次産業 114 人、第 2 次産業 8,044 人、第 3 次産業 27,297 人であり、第 3 次産業の割合は約 72.8%であった。

通勤構造を見ると、須磨区では区内就業者 21,062 人に対し、他地域への通勤者 39,606 人と流出超過の傾向を示した。一方、長田区では区内就業者 14,300 人、他地域への通勤者 20,744 人、他地域からの通勤流入者 19,725 人であり、流出入がほぼ均衡していた（総務省統計局、2024）。

両区に共通する特徴は、就業者の大半が第 3 次産業に従事している点、さらに通勤圏の広域化により居住と就労の場が分離する傾向が強い点である

4-1-8 競合環境分析

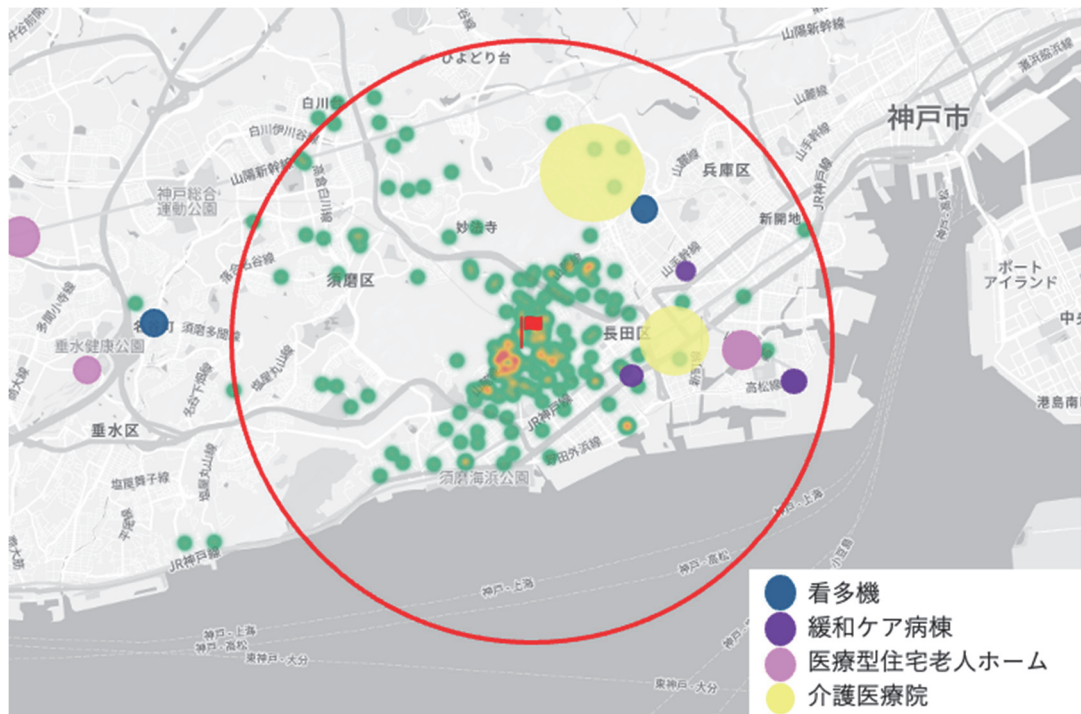
A 看多機を中心とした競合分析においては、車で片道 15 分圏内に所在する在宅系事業所、ならびに片道 30 分圏内に所在する施設系サービスや病院を対象とした。これらはいずれも、24 時間対応、医療ケア、看取り対応、宿泊機能を備えることを前提とし、同等の機能的価値を持つサービスと位置づけた。対象としたサービス種別は、①看護小規模多機能型居宅介護、②医療対応型住宅型有料老人ホーム、③医療特化型サービス付き高齢者向け住宅、④介護医療院、⑤緩和ケア病棟を有する病院のいずれかである。

調査の結果、圏域内には看護小規模多機能型居宅介護が 1 か所、医療対応型住宅型有料老人ホームが 1 か所、介護医療院が 2 か所、緩和ケア病棟を有する病院が 3 か所存在し、医療特化型サービス付き高齢者向け住宅は確認されなかった。A 看多機の利用者居住分布と競合施設の位置関係については（図 10）に示す。

これらのサービスは、いずれも医療依存度の高い利用者や終末期ケアを必要とする利用者を対象としており、A 看多機と潜在的な利用者層が重複するため競合関係にある。特に、同業種である看護小規模多機能型居宅介護は、報酬体系やサービス形態が同一であることから、商圈が重複する場合には直接的な利用者獲得競争が生じやすい。一方、医療対応型住宅型有料老人ホームや介護医療院や緩和ケア病棟は施設系サービスであるものの、医療依存度の高い利用者や看取り希望者の選択肢として機能するため、機能的な競合として位置づけられる（表 1）。

表 1 : A 看多機の競合サービス種別

サービス種別	特徴	競合度
同業種	看護小規模多機能型 居宅介護	通い・泊まり・訪問介護・訪問看護を一体提供する在宅支援系包括報酬。
機能・選択的競合	医療対応型住宅型 有料老人ホーム	看護師常駐、24時間対応、医師との連携あり、看取り対応できる施設系
機能・選択的競合	医療特化型 サ高住	訪問看護・訪問診療と連携、難病・終末期患者に対応できる施設系
機能・選択的競合	緩和ケア病棟 介護医療院 医療療養病床	終末期患者を入院で対応、在宅ケア困難時の選択肢
間接的競合	訪問看護＋訪問介護	在宅でのターミナルケア提供、柔軟性に限界あり
軽度層競合	小規模多機能型居宅介護	通い・泊まり・訪問介護のみ。医療対応力に欠ける



出所：A 看多機利用データ、各事業所公開情報を基に筆者作成（Looker Studio 使用）

図 10：A 看多機利用者の居住分布と競合の位置関係

4-2 内部環境分析

A 看多機の資源状況を明らかにするため、日本看護協会が 2023 年 3 月に実施した「看護小規模多機能型居宅介護の運営上の課題に関する調査」（以下、全国調査）を比較対象とした。全国調査は 293 事業所・利用者 2,338 名を対象に実施されたものであり、本研究では 2018 年 10 月から 2025 年 4 月までに A 看多機へ累計登録した利用者 201 名のデータを用いて比較分析を行った。

統計解析にあたっては、利用者属性、主傷病名、サービス利用回数などのカテゴリーデータについては Z 検定または二項検定を用い、平均値の比較には t 検定を適用した。有意水準は 5 % とし、p 値が 0.05 未満を *、0.01 未満を ** と表記して統計的に有意差ありと判定した。なお、統計解析には Microsoft Excel を使用した。

4-2-1 要介護度構成

A 看多機における平均要介護度は 3.72 であり、全国の 3.31 に比べて有意に高かった（表 2、 $p<0.001$ ）。

要介護度別の構成割合をみると、A 看多機では要介護 1 および 3 の割合が有意に低く、一方で要介護 5 の割合が有意に高かった（表 3、 $p<0.05$ ）。

さらに、要介護 4 以上の割合は A 看多機で 65.7 % と、全国の 50.2 % に比べ有意に高いことが示された（表 4、 $p<0.001$ ）。

表 2 : A 看多機と全国調査における要介護度の比較

	平均要介護度	標準偏差	n	t 値	p 値
A 看多機	3.72	1.32	201		
全国	3.31	1.39	2330	4.19	<0.001**

表 3 : A 看多機と全国における要介護度別割合の比較

	A 看多機 件数	A 看多機 割合(%)	全国 件数	全国 割合(%)	Z 値	p 値
要介護1	17	8.5	319	13.6	-2.36	0.018*
要介護2	28	13.9	413	17.7	-1.1	0.27
要介護3	24	11.9	435	18.6	-2.48	0.013*
要介護4	57	28.4	544	23.3	1.54	0.12
要介護5	75	37.3	619	26.5	3.34	<0.001**

表 4：A 看多機と全国における要介護 4 以上の割合の比較

	A 看多機	全国	n	二項検定 p 値
要介護4以上割合	65.7%(132/201)	50.20%	201	<0.001**

4-2-2 主傷病名

主傷病名の構成を（表 5）に示す。A 看多機においては、末期がんの利用者割合が 46.3%であり、全国の 4.0%と比較して有意に高かった（ $p<0.001$ ）。また、呼吸器疾患は A 看多機で 6.5%、全国で 3.0%（ $p=0.007$ ）、パーキンソン病以外の神経難病は A 看多機で 4.5%、全国で 2.1%（ $p=0.035$ ）であり、いずれも A 看多機において有意に高かった。

一方、認知症は A 看多機で 11.4%、全国で 20.9%（ $p=0.001$ ）、心臓病は A 看多機で 3.5%、全国で 7.4%（ $p=0.036$ ）、糖尿病は A 看多機で 2.0%、全国で 5.9%（ $p=0.021$ ）であり、いずれも A 看多機において有意に低かった。

また、脳卒中は A 看多機で 12.9%、全国で 18.0%であり、差を認める傾向はみられたが有意差には至らなかった（ $p=0.068$ ）。その他の疾患（骨折、腎臓・前立腺疾患、精神疾患、筋骨格系疾患、胃腸・肝胆疾患など）については、全国との間に統計学的に有意な差を認めなかった。

表 5：A 看多機と全国調査における疾患別利用者割合の比較

	A 看多機 件数	A 看多機 割合(%)	全国 件数	全国 割合(%)	Z 値	p 値
末期がん	93	46.3	93	4	22.08	<0.001**
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	26	12.9	422	18	-1.83	0.068
認知症(アルツハイマー病等)	23	11.4	488	20.9	-3.2	0.0014**
呼吸器疾患(肺炎や気管支炎等)	13	6.5	69	3	2.71	0.0068**
パーキンソン病	13	6.5	122	5.2	0.76	0.4487
パーキンソン病以外の神経難病	9	4.5	50	2.1	2.11	0.0347*
心臓病	7	3.5	174	7.4	-2.09	0.0363*
糖尿病	4	2	137	5.9	-2.3	0.021*
末期がん以外のがん	4	2	64	2.7	-0.63	0.53
骨折	2	1	68	2.9	-1.59	0.12
腎臓・前立腺の病気	2	1	78	3.3	-1.82	0.15
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	2	1	67	2.9	-1.57	0.11
精神疾患	2	1	62	2.7	-1.44	0.068
胃腸・肝臓・胆のうの病気	1	0.5	38	1.6	-1.25	0.21
その他	0	0	113	4.8	-3.19	0.0014**
高血圧	0	0	104	4.4	-3.05	0.002**
血液・免疫の疾患	0	0	26	1.1	-1.5	0.13
高脂血症(脂質異常)	0	0	7	0.3	-0.78	0.44
不明・無回答	0	0	147	6.3	-	-

4-2-3 過去1年の看取り割合と利用終了者の転帰

過去1年間（2024年4月～2025年3月）におけるA看多機の利用終了者20名であり、そのうち11名（55.0%）が自宅または事業所内で看取られていた。この割合は、全国調査における平均値33.7%と比較して有意に高かった（表6、 $p<0.001$ ）

A看多機における利用終了者の転帰の内訳は、「自宅または事業所内での看取り」が11名で最も多く、次いで「医療機関への入院」が5名、「介護保険施設への入所・入居」および「状態改善による在宅サービス移行」がそれぞれ2名であった（表7）。

全国調査（有効回答201事業所）では、過去1年間の利用終了者数は平均11.9名であり、その内訳は「医療機関への入院」が平均3.5名、「看取り（自宅・事業所内合算）」が平均4.2名であった（表7）。

これらの結果から、A看多機では全国平均に比べて看取りの割合が有意に高く、終末期支援の実施頻度が高いことが示された。

表6：A看多機と全国調査における看取り割合の比較（過去1年間）

	A看多機	全国	n	二項検定 p値
看取り割合	55.0% (11/20)	33.70%	20	<0.001**

表7：A看多機と全国調査における利用終了者の転帰比較（過去1年間）

	A看多機(実数, n=20)	全国(平均値, n=201)
介護保険施設(特養・老健・介護医療院等)への入所・入居	2	1.7
居住系サービス(特定施設・有料老人ホーム・サ高住等)への入居	0	0.9
医療機関への入院	5	3.5
自宅および事業所内での看取り	11	4.2
自宅での看取り	9	1.8
事業所内での看取り	2	2.4
状態が改善し他の在宅サービス利用に移行	2	1.1
その他	0	0.5
合計	20	11.9

4-2-4 A看多機の転帰の内訳

A看多機の2018年10月から2025年4月までの累計転帰件数を（図11）に示す。死亡は128件で、その内訳は在宅死亡54件、看多機死亡57件、入院死亡17件であった。入院死亡（17件）および入院（14件）を除く170件（全体の84.6%）は、看多機を利用しながら在宅療養を全うしたか、あるいは状態が改善して居宅（10件）や施設（16件）へ移行、もしくは利用を継続中（33件）であった。

これらの結果から、A 看多機では利用者の 84.6%が在宅生活を継続できており、地域における在宅療養支援の中核的役割を担っていることが示された。

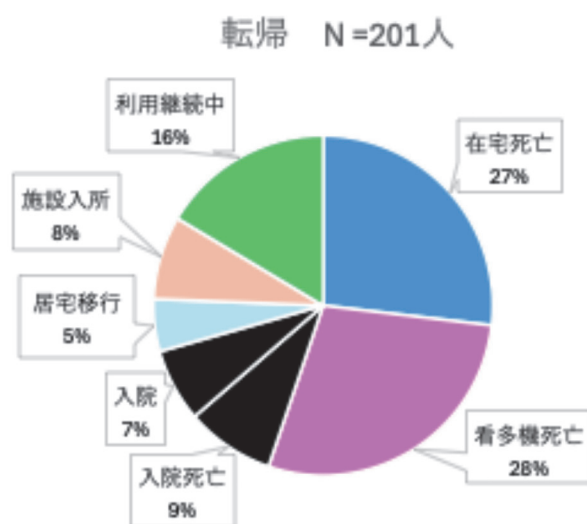


図 11: A 看多機の転帰の内訳

4-2-5 1 か月間のサービス利用回数の比較

A 看多機と全国調査における 1 か月間の各サービス利用回数を比較した結果を（表 8）に示す。泊まり利用の平均回数は A 看多機 6.8 回、全国 6.9 回であり、有意差は認められなかった。通い利用の平均回数は A 看多機 16.4 回、全国 15.3 回であり、 χ^2 検定では有意差を認めたが（ $p=0.027$ ）、t 検定では有意差は認められなかった。訪問介護利用の平均回数は A 看多機 21.7 回、全国 13.5 回であり、いずれの検定においても有意に高かった（ $p<0.001$ ）。一方、訪問看護利用の平均回数は A 看多機 1.4 回、全国 3.8 回であり、いずれの検定においても有意に低かった（ $p=0.003$, $p<0.001$ ）。

以上より、A 看多機においては全国と比べて、1 か月間の訪問介護利用頻度が高く、訪問看護利用頻度が低い傾向が明らかとなった。

表 8 : A 看多機と全国における 1 か月間のサービス利用回数の比較

	A 看多機 平均回数	全国 平均回数	χ^2 値	p 値	t 値	p 値
泊まりサービス	6.8	6.9	5.47	0.242	-0.11	0.92
通いサービス	16.4	15.3	10.96	0.027*	1.16	0.26
訪問介護サービス	21.7	13.5	25.94	<0.001**	6.16	<0.001**
訪問看護サービス	1.4	3.8	13.82	0.003**	-6.31	**<0.001

4-2-6 要介護度別のサービス利用平均回数

要介護度別にサービス利用の平均回数を比較したところ、A 看多機の「泊まり」利用は要介護 2 および 4 で全国平均より少なく、要介護 5 では多い傾向が認められた。

「通い」利用は要介護 2～5 において全国平均と同等かやや多く、とくに要介護 5 で高値を示した。訪問介護については、要介護 2～5 すべてにおいて全国より多く、特に要介護 3 および要介護 4 で顕著に高かった。一方、訪問看護の利用回数は全ての要介護度において全国平均を下回っていた（表 9）。

以上の結果から、A 看多機では要介護 5 において「泊まり」「通い」「訪問介護」の利用頻度が全国と比較して相対的に高い一方で、「訪問看護」の利用が少ないという特徴が示された

表 9 : A 看多機と全国調査における要介護度別サービス利用平均回数

	A(泊まり)	全国(泊まり)	A(通い)	全国(通い)	A(訪問介護)	全国(訪問介護)	A(訪問看護)	全国(訪問看護)
全体	6.8 (n=28)	6.9 (n=2338)	16.4 (n=28)	15.3 (n=2338)	21.7 (n=28)	13.5 (n=2338)	1.4 (n=28)	3.8 (n=2338)
要介護1	0.0 (n=1)	3.2 (n=319)	2.0 (n=1)	11.9 (n=319)	6.0 (n=1)	12.9 (n=319)	1.0 (n=1)	3.2 (n=319)
要介護2	3.5 (n=6)	5.1 (n=413)	12.3 (n=6)	14.3 (n=413)	21.3 (n=6)	13.5 (n=413)	0.7 (n=6)	3.3 (n=413)
要介護3	0.0 (n=2)	6.3 (n=435)	15.5 (n=2)	15.5 (n=435)	31.0 (n=2)	14.2 (n=435)	1.0 (n=2)	3.1 (n=435)
要介護4	4.9 (n=7)	8.3 (n=544)	15.7 (n=7)	16.1 (n=544)	26.0 (n=7)	13.1 (n=544)	3.1 (n=7)	3.8 (n=544)
要介護5	11.3 (n=12)	9.4 (n=619)	20.3 (n=12)	17.0 (n=619)	19.1 (n=12)	13.5 (n=619)	1.0 (n=12)	5.1 (n=619)

4-2-7 医療的ケアの提供状況

A 看多機における医療的ケアの実施状況を全国調査と比較した結果を（表 10）に示す。まず、「服薬指導・管理」「口腔ケア」「身体的リハビリテーション」「身体の清潔保持」「家族への指導・支援」「療養環境整備」「精神状態への対応」「他機関との連携・調整」はいずれも 100% で実施されており、全国調査（33.2～61.8%）を大きく上回っていた（ $p < 0.001$ ）。さらに、「療養指導」「褥瘡予防」「睡眠ケア」「摂食嚥下リハビリ」「創傷処置」「喀痰吸引」においても、全国と比較して有意に高い割合が確認された（ $p < 0.001$ ）。また、「経管栄養」（ $p = 0.027$ ）、「静脈内注射（点滴含む）」（ $p = 0.001$ ）、「カテーテル管理」（ $p = 0.019$ ）、「気管切開ケア」（ $p = 0.009$ ）、「人工呼吸器管理」（ $p = 0.029$ ）、「導尿」（ $p = 0.043$ ）など、高度な医療的ケアにおいても有意に高い結果が得られた。一方、「浣腸」（ $p = 0.011$ ）は全国調査よりも低い割合を示し、「褥瘡処置」「インスリン注射」「疼痛管理」「酸素療法」については有意差を認めなかった。

以上より、A 看多機は基礎的ケアから在宅療養支援、さらには高度医療的ケアまで幅広い領域で全国平均を上回る実施率を示しており、特に「喀痰吸引」「経管栄養」

「静脈内注射」「気管切開ケア」「人工呼吸器管理」など重度者対応を可能にする医療的ケアを一定水準で提供していることが明らかとなった。

表 10：A 看多機と全国における医療的ケア提供状況の比較

	A看多機(%)	全国(%)	Z値	p値
服薬指導・管理	100	55.6	4.71	<0.001**
口腔ケア	100	45.3	5.78	<0.001**
身体的リハビリテーション	100	33.5	7.37	<0.001**
身体の清潔保持の管理・援助	100	61.8	4.14	<0.001**
家族等への指導・支援	100	38.8	6.59	<0.001**
家屋の改善・療養環境整備の支援	100	8	12.36	<0.001**
本人の精神的な状態の変化への対応	100	33.2	7.82	<0.001**
他の医療機関・介護事業所との連絡・調整	100	40.9	6.46	<0.001**
本人への療養指導	89.3	16	9.46	<0.001**
褥瘡の予防	85.7	17	9.41	<0.001**
睡眠のためのケア	57.1	10.3	6.86	<0.001**
摂食嚥下リハビリテーション	39.3	6.5	6.06	<0.001**
創傷処置	39.3	9.9	5.2	<0.001**
喀痰吸引	32.1	9.2	4.51	<0.001**
経管栄養	25	11.5	2.21	0.027*
静脈内注射(点滴含む)	14.3	3.3	3.18	0.001**
排便	14.3	18.7	-0.92	0.356
その他のカテーテル管理	7.1	1.5	2.35	0.019*
ターミナルケア	7.1	3.6	1.36	0.175
気管切開のケア	7.1	1.4	2.61	0.009**
酸素療法	7.1	5.1	0.65	0.515
簡易血糖測定	7.1	3.3	1.33	0.184
尿道留置カテーテルの管理	7.1	7.9	-0.17	0.863
疼痛管理(麻薬なし)	7.1	5.1	0.65	0.515
インスリン注射	7.1	4.6	0.84	0.400
褥瘡処置	7.1	4.7	0.62	0.537
疼痛管理(麻薬使用)	3.6	1.6	1.1	0.270
中心静脈栄養(ポート管理含む)	3.6	1.3	1.06	0.290
人工呼吸器の管理	3.6	0.4	2.19	0.029*
導尿	3.6	0.6	2.02	0.043*
浣腸	3.6	16.6	-2.55	0.011*
がん薬物療法の管理	0	1.3	-0.6	0.546
輸血	0	0.1	-0.21	0.835
ストーマの管理	0	3.2	-1.01	0.314
ネブライザー	0	0.5	-0.38	0.702

4-2-8 紹介元の構成

当事業所への利用者紹介元は、特定の病院や居宅支援事業所からの紹介が大きな割合を占めている。最も多いのはN病院（19％）で、次いで居宅支援（同法人）14％、

K 病院 13%、居宅支援（他事業所）11%となっている。その他、小規模多機能型居宅介護（2%）、老健（2%）、診療所（2%）、および「なし」（3%）が続く。残りの34%程度はその他の32箇所の病院からの紹介であり、紹介元が多様化していることがうかがえる(図12)。

この分布は、新規利用者を安定的に獲得するという観点と、紹介元を多様化させることでリスクを分散するという観点の二つから評価できる。

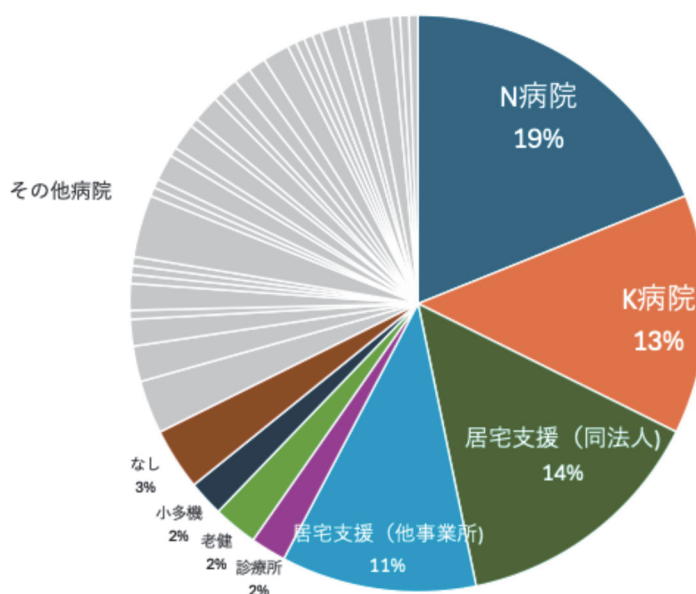


図 12： A 看多機の紹介元

4-3 戦略的統合分析

4-3-1 VRIO 分析

本節では、A 看多機の内部資源および能力のうち、競争優位性に寄与する要素を明らかにするため、VRIO 分析（Value：価値、Rarity：希少性、Inimitability：模倣困難性、Organization：組織活用能力）を適用した。評価は本研究で得られた実測データと全国調査の比較に基づき、持続的競争優位（Sustainable Competitive Advantage）、一時的競争優位（Temporary Competitive Advantage）、競争均衡（Competitive Parity）等に分類した（表11）。

① 高度医療依存度の利用者に対応できる臨床対応力

A 看多機の平均要介護度は 3.72 と全国平均を上回り、要介護 4・5 の構成比は 65.7%に達していた。主傷病では末期がんや神経難病の利用者割合が全国より高く、重度・高医療依存度の利用者を多く受け入れていることが明らかとなった。さらに、「服薬指導・管理」「口腔ケア」「身体的リハビリテーション」「家族等への支援」などの基礎的ケアから、「喀痰吸引」「経管栄養」「静脈内注射」「カテーテル管理」「気管切開のケア」「人工呼吸器の管理」「導尿」といった高度な医療的ケアに至るまで、幅広い領域で実施率が高く、臨床対応力の高さが示された。

この能力は地域の需要に対して高い価値を有し、同水準の対応力を備える事業所は限られるため希少性が高い。緩和ケアやがん看護に特化した看護師、吸引や注入に対応可能な介護職、標準化されたプロトコルの整備などは長期的な投資と症例の蓄積を必要とし、模倣困難性も高い。加えて、24 時間対応と多職種連携の体制が確立しており、組織活用能力も十分であることから、持続的競争優位に該当すると考えられる。

② 在宅療養継続および看取りを高率で実現する運用力

2018 年 10 月～2025 年 4 月の延べ転帰 201 件のうち、入院死亡（17 件）および入院（14 件）を除く 170 件（全体の 84.6%）は、在宅療養を継続したまま死亡に至るか、状態が改善して居宅・施設へ移行、あるいは利用を継続していた。直近 1 年間の看取り割合は 55.0%と全国平均 33.7%を大きく上回っていることから、その実績は希少性が高い。

在宅療養の継続や看取りは地域包括ケアにおける中核的アウトカムであり、それを高率で実現していることは高い価値を有する。さらに、「通い・泊まり・訪問」を統合した包括的サービスの運営、夜間や緊急時の即応体制、家族への支援体制といった複合的なプロセスによって支えられており、これらは容易に模倣できるものではない。加えて、在宅療養継続を高める取り組みは理念に基づく経営として創設以来一貫して実施されており、その実践が組織文化として定着していることから、組織活用能力も十分であるといえる。以上の点から、この強みは持続的競争優位に分類される。

③ 連携資産と医療保険・介護保険を使い分ける二重トラック運用

A 看多機の紹介元は、N 病院 19%、K 病院 13%、同法人居宅 14%、他法人居宅 11%に加え、その他 32 病院で計 34%と、多元的かつ安定した流入経路を有している。特

に末期がん利用者が多く、訪問看護の多くは医療保険で提供されており、介護保険サービスと併用することで高頻度の訪問を可能としている。このように、医療保険と介護保険を柔軟に使い分ける「二重トラック運用」は、利用者ニーズに応じた切れ目ない支援を実現する点で高い価値を有する。

また、広域かつ多病院からの紹介基盤と在宅療養支援診療所との密接な連携体制は希少であり、信頼関係や症例実績の積み重ねを要することから模倣困難性も高いと評価できる。さらに、退院前調整から初回訪問に至るまでの一貫したフローが確立し、制度横断的なサービス提供を可能とする組織活用能力も備わっている。以上より、この強みは持続的競争優位に分類される。

④ 在宅生活継続を軸とした理念運営方針

A 看多機の運営方針は「在宅生活支援」を核としており、可能な限り利用者が在宅で過ごせるよう、サービスは必要時に限定して提供されている。具体的には、全国的にみられる 30 日以上長期連泊利用や、施設化の傾向が指摘される看多機も存在するが、A 看多機においては長期連泊（30 日以上）は一切発生していない。さらに、原則として 5 泊以上の連泊も行わない方針を堅持している。

この方針は、看多機を在宅支援サービスとして位置づける国の制度趣旨と合致しており、入所施設化を防ぎつつ、地域包括ケアの中核機能としての役割を適正に体现しているといえる。すなわち、利用者が住み慣れた地域や自宅で生活を継続できるように支援する「施設化しない」の姿勢が、A 看多機の運営の大きな特徴として明らかになった。

この特徴は地域における在宅支援ニーズへの適合性が高いだけでなく、同様の方針を徹底している事業所が少ないことから希少性を備えている。また、方針は職員の意識や運営ルールとして組織的に確立されており、理念の共有と浸透は長期的な実践と文化形成を通じて醸成されるため、外部による模倣は容易ではない。

以上の点から、この方針は A 看多機にとって「持続的競争優位」に分類される。

総じて、①高度医療依存度対応力および②在宅療養継続力は、成果と臨床能力に裏づけられた中核強みとして持続的競争優位に該当する。③連携資産と④理念運用は、ネットワーク活用と組織文化定着を通じ、一時的～中長期的優位を形成している。これらは次章の SWOT 分析の強み（S）を裏づけると同時に、後で述べる「A 看多機能に

よる有機的連携を伴うドミナント戦略」および「差別化集中戦略による専門性強化」の基盤を構成する。

表 11:VRIO 分析

	V	R	I	O	競争優位性
高度医療依存度の利用者に対応できる臨床対応力	◎	◎	◎	◎	持続的競争優位
在宅療養継続および看取りを高率で実現する運用力	◎	◎	◎	◎	持続的競争優位
連携資産と医療保険・介護保険を使い分ける二重トラック運用	◎	◎	◎	◎	持続的競争優位
在宅生活継続を軸とした理念運営方針	◎	◎	◎	◎	持続的競争優位

4-3-2 SWOT 分析

本節では、外部環境分析および内部環境分析の結果を統合し、A 看多機の現状と戦略課題を明らかにするため SWOT 分析を行った。分析結果を整理したものを(表 12)に示す。

Strengths (強み)

(表 11) の VRIO 分析で示した通り、A 看多機の強みは「高度医療依存度の利用者に対応できる臨床対応力」、「在宅療養継続および看取りを高率で実現する運用力」、「連携資産と医療・介護保険を使い分ける二重トラック運用」、「在宅生活継続を軸とした理念に基づく運営方針」に整理される。

Weaknesses (弱み)

第一の弱みは、利用者紹介元の偏在である。現状、紹介元は特定病院に集中しており、N 病院からの紹介が全体の 19%、K 病院からの紹介が 13%を占めている。一方で、他法人の居宅介護支援事業所からの紹介は 11%にとどまり、地域ケアマネジャーとの連携は限定的である。また、その他 32 病院からの紹介は合計で 34%に達するものの、1 病院あたりの紹介件数は少なく、個々の医療機関との関係性は相対的に希薄であるといえる。

第二の弱みは、高負荷なサービス提供構造である。A 看多機では要介護度 4 以上の利用者割合が 65.7%に達し、全国平均 50.2%を大きく上回っている。その結果、訪問介護の平均利用回数は 21.7 回（全国 13.5 回）、通いサービスは 16.4 回（全国 15.3 回）と、全国より高い水準で提供されている。これは重度利用者に質の高いケ

アを実現している一方で、職員にとっては身体的な介護負担が大きく、業務効率確保の困難さを増している。

さらに、精神的負担の大きさも課題となる。A 看多機における直近 1 年間の在宅・事業所内での看取り率は 55.0% と高く、全国平均 33.7% を大きく上回っている。看取り件数が多いことは地域ニーズに応える強みである一方で、職員にとっては死別体験の蓄積や心理的ストレスにつながりやすく離職や人材定着に影響を及ぼすリスクがある。

Opportunities（機会）

第一に、高齢化の急速な進展が挙げられる。須磨区では 2040 年に高齢化率 40.7%、長田区では 41.0% に達すると見込まれており、いずれも 85 歳以上人口が最大コーホートを形成する。特に須磨区では 2035 年に 85 歳以上が約 1.5 万人に達し、以降も高水準を維持すると予測されている。このことは、複数の慢性疾患や認知症を有する高齢者が増加し、在宅医療・介護の需要が一層拡大することを意味する。

第二に、単身世帯・老老世帯の増加が機会要因となる。須磨区では「高齢者単身世帯」が 16%、「高齢者夫婦世帯」が 14% を占め、両者を合わせた「高齢者のみの世帯」は 30% に達している。長田区においても「高齢者単身世帯」が 19%、「高齢者夫婦世帯」が 10% であり、「高齢者のみの世帯」は 29% を占める。こうした家族介護力の低下は、在宅生活継続を支援する看多機に対するニーズを高める方向に作用していると考えられる。

第三に、政策的後押しがある。国は地域包括ケアの中核サービスとして看多機の普及を位置づけ、終末期ケアの在宅移行促進を進めている。病床削減や死亡場所の多様化に伴い、2040 年には年間死亡数が 170 万人に達する見込みであり、病院中心から在宅・施設への看取りシフトが不可避となる。A 看多機が担う「在宅看取り支援」の需要は確実に高まる。

第四に、ICT や医療連携の進展も重要な機会である。オンライン診療や遠隔モニタリング技術の普及は、重度者や独居高齢者の支援効率を高める可能性がある。また、長田区では西市民病院の駅周辺移転が計画されており、地域の医療資源集積との連携強化によって、サービスの差別化・高度化を図る余地が大きい。

Threats（脅威）

第一に、労働力不足の深刻化である。須磨区では生産年齢人口が2025年の84,334人から2040年には64,830人へと約2割減少し、長田区でも同様の減少傾向が見込まれている。介護人材の確保難に加え、看取り件数の増加や重度利用者への対応強化により職員負担は一層増大することが予測される。さらに、都市部特有の人材流動性の高さは、安定雇用や人材定着を難しくする要因となっている。

第二に、競合事業所の増加と構造変化である。A看多機から車で15分圏内には既に他の看多機1カ所、医療対応型住宅型有料老人ホーム1カ所、介護医療院2カ所、緩和ケア病棟を有する病院3カ所が存在し、医療依存度の高い利用者や終末期ケアをめぐる競合は避けられない。加えて、政策的に看多機の推進が続けば同業種の新規参入が増えるリスクがある。さらに近年は、ICTやDXの導入が加速する中で、他の介護サービスや施設系サービスも重度利用者への対応力を高める可能性があり、差別化の優位性が相対的に縮小する懸念がある。

第三に、制度改定リスクである。看多機は2012年に制度化された比較的新しい制度であり、報酬改定や制度趣旨の変更によって経営基盤が影響を受ける可能性がある。全国の看多機事業所数は2025年1月時点で1,098か所にとどまっており、制度の普及が限定的な中、制度的持続性や財政的裏付けには依然として不確実性が残されている。

表 12:SWOT 分析

Strengths (強み)	高度医療依存度の利用者に対応できる臨床対応力
	在宅療養継続および看取りを高率で実現する運用力
	連携資産と医療保険・介護保険を使い分ける二重トラック運用
	在宅生活継続を軸とした理念に基づく運営方針
Weaknesses (弱み)	利用者紹介元の偏在
	高負荷なサービス提供構造
	身体的介護負担の大きさ
	精神的負担の大きさ
Opportunities (機会)	高齢化の急速な進展
	単身世帯・老老世帯の増加
	政策的後押し
	ICT・医療連携の進展
Threats (脅威)	労働力不足の深刻化
	競合事業所の増加
	競合の構造変化
	制度改定リスク

4-3-3 クロス SWOT 分析

本節では、前節で整理した SWOT 分析をもとに、外部環境の機会・脅威と内部環境の強み・弱みを掛け合わせ、今後の戦略課題を抽出した（表 13）。

S×O（強みを活かして機会を捉える戦略）

A 看多機が有する「高度医療依存度への対応力」や「在宅療養継続・看取りを高率で実現する運用力」といった強みは、地域の高齢化進展、単身・老老世帯の増加、在宅看取り推進政策といった外部機会と高い親和性を持つ。これらを背景に、在宅支援の地域拠点としての役割を拡大し、在宅完結型ケアを主導することが戦略的方向性となる。

W×O（弱みを克服して機会を捉える戦略）

紹介元の偏在や高負荷なサービス提供体制といった弱みは、ICT の普及や医療資源の集積といった外部機会を活用することで改善可能である。具体的には、病院の地域連携室や地域包括支援センター、ケアマネジャーとのネットワークを強化し、紹介経路を多様化することが重要である。また、排泄センサーやウェアラブル機器を用いた遠隔モニタリングにより、利用者の状態変化をリアルタイムで把握し、訪問頻度やケア内容を最適化することができる。これにより職員の身体的負担を軽減し、加えて AI 記録支援やオンラインカンファレンスを導入することで、精神的負担や情報共有の負荷を軽減し、重度利用者への質の高いサービスを持続的に提供できる体制の構築が可能となる。

S×T（強みを活かして脅威に備える戦略）

競合事業所の増加や制度改定リスクといった脅威に対しては、A 看多機の持つ「理念に基づいた運営方針」や「二重トラック運用による柔軟な支援体制」を差別化要素として強調することが必要である。特に、在宅での高度医療と看取りを一貫して実現できる点を機能ブランド化し、地域の病院・在宅医療機関・インフォーマル資源との有機的連携を定着させることで、他事業所が容易に模倣できない優位性を確保する。その結果、制度改定や競争激化の環境下においても、安定した事業運営を継続できる。

W×T（弱みと脅威が重なるリスクへの対応）

人材不足の深刻化や競合事業所の増加といった外部脅威は、A 看多機における高負荷なサービス提供構造や職員の身体的・精神的負担の大きさと重なり、事業継続性に対する最大のリスクとなる。この領域では、人材確保・定着を最重要課題と位置づける必要がある。具体的には、専門研修や資格取得支援によるキャリア形成、外国人スタッフの採用・定着支援、多職種連携による業務分担を推進することが有効である。さらに、看取りに伴う心理的ストレスに対応するメンタルヘルス支援やピアサポート体制を整備し、職員の精神的負担を軽減することが求められる。加えて、SNS を積極的に活用して理念や日常の実践を発信し、共感型の採用につなげるとともに、地域住民や利用者家族との信頼醸成にも役立てることで、人材不足リスクへの多面的対応が可能となる。

以上のクロス SWOT 分析により、A 看多機は「強みを機会と結びつけて拡大を図る」「弱みを外部資源で補完する」「差別化によって脅威を回避する」「人材戦略を通じてリスクに備える」という 4 つの方向性を得た。これらを統合し、次章では具体的な成長戦略として「有機的連携を伴うドミナント戦略」「差別化集中戦略」「新規拠点展開方針」を提示する。

表 13 クロス SWOT

機会 (Opportunities)		脅威 (Threats)	
強み (Strengths)	S×O戦略	S×T戦略	W×T戦略
	高度医療依存度への対応力や看取り実績を活かし、高齢化や独居世帯の増加といった需要拡大に応じて、在宅完結型ケアの地域拠点としての役割を強化する。		理念に基づく運営方針や二重トラック運用を差別化要素として打ち出し、在宅医療・看取りを一貫して実現する機能ブランドを確立することで、競合増加や制度改定リスクに備える。
弱み (Weaknesses)	W×O戦略		
	紹介元の偏在を解消するため地域連携室やケアマネとの関係を拡大し、さらに排泄センサーやウェアラブル機器などICTを活用して職員負担を軽減しつつ質の高いケアを維持する。		人材不足や高負荷構造に対応するため、キャリア形成支援や外国人採用を進め、メンタルヘルスやピアサポートを充実させる。同時にSNS発信で理念を共有し、共感型の採用につなげる。

5. 考察

本研究で行なった SWOT 分析（表 12）およびクロス SWOT 分析（表 13）の結果より、A 看多機は「高度医療依存度利用者への対応力」や「在宅療養継続・看取り実

績」といった強みを活かすことで、地域高齢化や在宅看取り推進政策といった外部機会を取り込み得る一方で、紹介元の偏在や高負荷なサービス提供体制などの弱みを抱え、さらに労働力不足や競合事業所の増加、制度改定リスクといった外部脅威と重なり合うことで、事業継続性に対する大きな課題が浮き彫りとなった。

これらの分析結果からは、①地域包括ケアの中核的役割を担うための連携基盤の強化、②重度者や終末期ケアに対応できる専門性の明確化・可視化、③職員の負担軽減と人材確保・定着に向けた仕組みづくり、といった具体的課題が抽出された。

こうした課題を踏まえ、まず既存拠点を核に商圏内で利用者の囲い込みと、看多機が中核となる有機的連携基盤の強化を図る「ドミナント戦略」の推進が重要である。

同時に、施設系サービスとは根本的に異なる「住み慣れた自宅で暮らし続けられる在宅ケア」を中核価値として明確に打ち出し、さらに看多機間の競合においても際立つ専門性を発揮する「差別化集中戦略」を組み合わせることで、競争優位を長期的に維持できる。

5-1 A 看多機能による有機的連携を伴うドミナント戦略

本戦略は、従来の顧客囲い込みを目的とする営業的ドミナントに限定されるものではなく、A 看多機を在宅での高度医療・看取りを担う地域ハブとして位置づけ、半径 15 分圏の中で「小さな地域包括ケアシステム」を構築することを目指すものである。すなわち、A 看多機を核としつつ、有機的連携ネットワークを編成し、地域完結型ケアの実現に資する体制を築く。

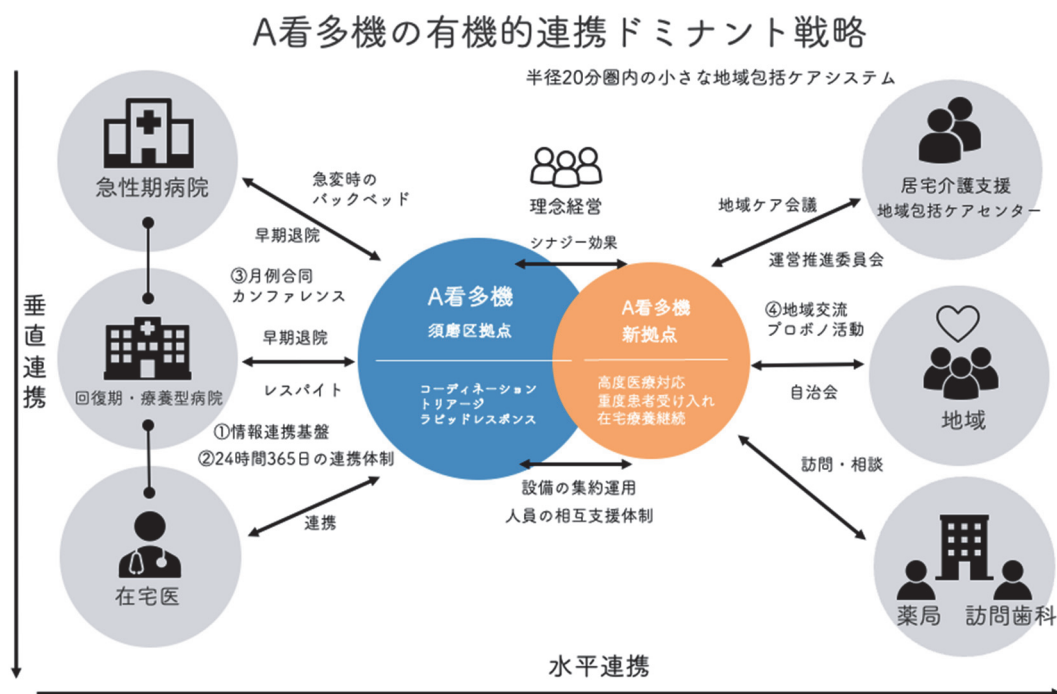
連携対象は、（１）機能強化型在宅療養支援診療所（２）急性期・回復期病院、（３）レスパイト病院（４）訪問看護（当法人）（５）薬局・訪問歯、（６）地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（７）自治会・民生委員・ボランティア等のインフォーマル資源とし、それぞれの役割分担を明確化する。A 看多機は、その中心として、調整（コーディネート）、トリアージ（緊急度・必要度に応じた振り分け）、およびラピッドレスポンス（迅速対応）を担う。

これらの連携を実効性あるものとするため、実装は①情報連携基盤（ICT ツールの統一による多職種間情報共有の推進）、②24 時間 365 日の連携体制の確立、③月例合同カンファレンス（症例検討・指標レビュー）、④地域交流・プロボノ活動（専門的知見の社会貢献）によって構成する。これらの仕組みは、VRIO 分析における組織活用能力（O: Organization）を地域レベルに拡張し、ネットワーク全体を模倣困難な社会関係資本として機能させる。

成果評価指標（KPI）として、在宅継続率（目標 85%以上）、在宅・事業所内看取り率（55%以上）、救急搬送回避率、患者満足度、介護負担度（Zarit 介護負担尺度）を設定し、年次で公表するとともに改善サイクルを回す。この「オープン・ドミナント」戦略は、自治会・民生委員・ボランティア等のインフォーマル資源を含む多層的連携を通じて、地域全体の在宅ケア供給力を底上げするものである。

あわせて、A 看多機が掲げる「在宅で最後まで」の理念を支える調整力・即応力・臨床力を機能ブランドとして可視化し、地域完結型連携エコシステムを核に、強みを地域資産として増幅させることを目指す。その一方で、営業的・地理的ドミナントの要素である「利用者の囲い込み」や「地理的集中による効率性・認知度向上」といった側面も重視し、商圈内におけるシェア拡大やブランド浸透を図る。

これにより、地域社会の信頼に裏付けられた医療・介護の持続可能な供給体制と、経営上の安定基盤を同時に確立することが可能となり、A 看多機は理念と専門性を兼ね備えた中核拠点として長期的な成長を遂げることができる。



5-2 差別化集中戦略による専門性強化

政策的後押しにより新規看多機の開設が加速する中、同業間での競争激化は避けられない。その中で優位性を確保するためには、制度上の標準サービスにとどまらず、独自の機能的価値を明確に打ち出し、模倣困難な専門性を確立することが不可欠である。本戦略の差別化の中核は、施設系サービスと対照をなす「生活に移さずに、生活の場に医療を持ち込む」という在宅型の価値創造にある。すなわち、利用者が住み慣れた自宅で暮らし続けながら、必要な高度医療や看取りを受けられる体制を確立することこそが、A 看多機の最大の強みである。

実際に A 看多機では、要介護 4・5 の割合が 65.7%と全国平均（50.2%）を大きく上回り、在宅・事業所内看取り率は 55.0%（全国平均 33.7%）、在宅継続率は 84.6%と、高い水準を実現している。こうした実績を背景に、A 看多機が提供するサービスは、がん末期や神経難病といった高医療依存度利用者への対応力、多職種連携による包括的支援体制、高い在宅療養継続率と看取り実績を支える臨床力、急変時に迅速に対応するラピッドレスポンス能力、さらに家族支援やレスパイト機能といった複数の専門機能が有機的に組み合わされている点に特徴がある。これらの機能が一体的に運用されることにより、他事業所が容易に模倣できない競争優位性を発揮する。

さらに、この専門性を持続的に高めるために、医療的ケアに関する専門研修や資格取得支援を継続的に行い、最新の医療知識や技術を迅速に現場へ反映させる体制を整備している。同時に、「医療ニーズの高い利用者とその家族が安心・安全に過ごせる社会をつくる」という理念を全職員に浸透させ、採用・研修・評価制度の全てに一貫して組み込むことで、理念を組織文化として定着させている。

また、プロボノ活動や地域イベントへの参画を通じて、医療介護の枠を超えた地域貢献を推進し、地域住民との信頼関係を深化させている。これにより、利用者や家族からのフィードバックを理念実践の指標として活用し、継続的な改善サイクルを回すことが可能となっている。

施設系サービスでは難しい、生活習慣やこだわりを尊重した支援、起きたい時間に起き、食べたいものを食べ、会いたい人に会う自由を守りながら、高度な医療と介護を一体で提供する。この「生活と医療の融合」という価値は、制度の標準を超える独自性を持ち、他事業所が追随することの難しい差別化要素である。A 看多機は、この専門性を磨き続けることによって、地域における唯一無二の存在として競争優位を長期的に確立することができる。

5-3 今後の新規拠点の展開方向

新規拠点展開においては、政策的後押しや地域包括ケアの推進に伴い、全国的に看多機の新規開設が進展することが予測される。その中で競争優位を確保するためには、単なる数的拡大ではなく、差別化と地域貢献を同時に実現できる立地選定が不可欠である。

具体的な候補地としては、看多機の未設置地域であり、その他の競合事業所も相対的に少ない長田区南部が挙げられる。この地域は高齢化率の上昇に伴い在宅療養や看取りニーズの増大が見込まれる一方、令和13年に予定される西市民病院の移転により医療・介護インフラ整備が進行中である。しかし現時点では、在宅支援機能全体の整備は進みつつあるものの、医療依存度の高い利用者や看取りを含む一貫支援を担う看多機の機能を果たしている事業所は存在していない。そのため、A看多機が参入することにより、地域における在宅療養支援の空白を補完し、独自の役割を発揮できる余地は極めて大きいと考えられる。

新店舗においては、既存事業所で培った理念経営や職員教育、医療対応力といったノウハウを標準化し、開設初期から高いサービス品質を維持できる体制を構築することが重要である。また、「医療ニーズの高い方を最期まで在宅で支援する」という機能的価値を全拠点で共有することにより、利用者および地域からの信頼を早期に確立することが可能となる。

さらに、既存事業所と新店舗の両輪展開によって、職員のキャリアパスや異動機会を拡充し、人材定着率の向上および採用競争力の強化を図ることができる。加えて、各拠点における実践知や運営データを本部に集約・分析し、全体としてのサービス品質向上に還元する仕組みを構築することで、持続的な成長循環を形成できる。

以上より、A看多機の新規拠点展開は、単なる事業規模の拡大にとどまらず、理念と専門性を兼ね備えた在宅ケアのモデル事業所群としての地位を確立し、持続的かつ発展的に地域社会へ貢献する戦略的意義を持つといえる。

5-4 戦略的結論

本研究で行ったSWOT分析（表12）、クロスSWOT分析（表13）の結果から、A看多機の持続的成長と地域貢献に向けた戦略的方向性として三つの柱が抽出された。第一に、既存拠点を核として商圈内での利用者基盤を拡充し、病院・在宅医療機関・インフォーマル資源を含む有機的連携基盤を強化する「ドミナント戦略」の推進が必要

である。これにより、半径 20 分圏内における小さな地域包括ケアシステムを形成し、地域完結型ケアを実現する基盤を築くことができる。

第二に、A 看多機が掲げる「医療ニーズが高くても在宅で過ごせる」という価値を明確に打ち出し、要介護度の高い利用者や看取り支援を中心に独自の専門性を強化する「差別化集中戦略」を徹底することが求められる。とりわけ、在宅療養継続率や看取り実績といった強みを可視化し、理念経営と専門的ケアを一体化させることで、他事業所には模倣困難な競争優位を確立できる。

第三に、未だ看多機の機能を担う事業所が存在していない長田区南部など、在宅支援機能が不足するエリアに新規拠点を展開することが重要である。既存拠点と新規拠点の両輪展開により、サービス提供の地域格差を補完するとともに、職員のキャリア形成や人材定着を促進し、事業全体の発展的な循環を形成することが可能となる。

以上の三点を統合的に実施することで、A 看多機は単なる事業規模の拡大にとどまらず、理念と専門性を兼ね備えた在宅ケアのモデル事業所群として、地域包括ケアの中核的存在へと成長できる。さらに、地域の医療・介護資源を結集し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会の実現に貢献することが期待される。

6. おわりに

本研究では、A 看多機を事例として、看多機の役割と持続的成長に向けた戦略について検討した。人口動態の変化や人材不足を背景に病院機能の転換が進むなか、地域全体の医療体制を底上げする存在として、看多機の役割は今後さらに大きくなることが示された。特に、地域の生活圏内において、医療から介護の過程を行き来しながら利用者と家族に寄り添い、在宅での看取りまで支援するという「患者と自宅の距離」の近さを追求することが、競争激化や人材確保難といった課題への対応策となることを明らかにした。

分析の結果、高度医療対応力、多職種連携、理念経営といった強みが確認され、これらを差別化の基盤として位置づけることの有効性が示唆された。その上で、A 看多機が持続的成長を遂げるためには、①商圏内での基盤強化と連携によるドミナント戦略、②医療依存度の高い利用者への対応力を核とした差別化集中戦略、③未充足地域への新規拠点展開による地域貢献と相乗効果の創出、という三つの方向性を統合的に実施することが重要であると結論づけられる。

今後の課題としては、本研究で提示した戦略の実行可能性を高めるために、現場での運営データや利用者・家族の満足度を継続的に収集・分析することが求められる。また、人材育成や ICT 活用といった経営資源の強化を並行して進めることで、理念と専門性を兼ね備えた在宅ケアのモデル事業所群としての地位を確立できると考えられる。

もっとも、本研究は単一事業所を対象とした事例分析にとどまるため、今後は複数地域や異なる運営主体による看多機の事例を比較することで、より普遍的な成功要因や課題を明らかにしていく必要がある。これらの知見の蓄積は、在宅医療・介護の持続可能な発展や地域包括ケアの深化に寄与し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会の実現に資するものと期待される。

謝辞

本論文の作成にあたり、終始熱心かつ丁寧にご指導賜りました兵庫県立大学大学院社会科学部 木下隆志教授に深甚なる謝意を表します。

また、兵庫県立大学大学院社会科学部 医療マネジメントコースおよび介護マネジメントコースにおいてご指導いただきました教員・講師の先生方、ならびに院生同期の皆様からは、多くのご支援と励ましを賜りました。ここに心より感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 猪飼周平（2013）『病院の世紀の理論』有斐閣.
- [2] 片平伸子（2019）「看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題—事例報告の分析から—」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』42(1), 32-39.
- [3] 片平伸子・丸尾智実・小川妙子（2019）「看護と介護と一緒にサービスを提供する強みと課題」『医療と介護 Next』5(6).
- [4] 叶谷由佳（2021）「看護小規模多機能型居宅介護事業所と医療機関の連携」『看護』73(11), 2021 年 11 月号, 日本看護協会.
- [5] 厚生労働省（2023）『令和 5 年版 厚生労働白書 ～人口減少社会を支える全世代型社会保障の構築に向けて～』.
- [6] 公益社団法人日本看護協会（2023）『看護小規模多機能型居宅介護の普及等に関する調査研究事業 報告書』令和 5 年 3 月.
- [7] 神戸市（2011）『須磨区まちづくり推進計画』.

- [8] 社会保障制度改革国民会議（2013）『社会保障制度改革国民会議報告書』平成25年8月6日.
- [9] 中村奈央（2023）「看護小規模多機能型居宅介護の普及等に関する調査研究事業解説」『Community Care』25(9), 2023年8月号.
- [10] 福田裕子（2019）「看護小規模多機能型居宅介護の現状と運営のポイント」『Community Care』2019年6月号.
- [11] 堀川尚子（2023）「看護小規模多機能型居宅介護の普及に向けて」『看護』2023年10月号, 日本看護協会.
- [12] 堀智子（2019）「看護小規模多機能居宅介護施設における看取り実践の実態調査」『藍野大学紀要』32, 51-60.
- [13] 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング（2020）『地域共生社会に貢献する看護小規模多機能型居宅介護事業所および療養通所介護の多機能化に関する調査研究事業 報告書』令和2(2020)年3月.
- [14] 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング（2025）『看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及と機能強化に関する調査研究事業 報告書』令和7(2025)年3月.
- [15] 宮崎和加子（2015）「看護小規模多機能型居宅介護を報酬改定の狙い通り普及させるには」『医療と介護 Next』1(3)

引用ホームページ

- [1] 総務省統計局（2024）『統計でみる市区町村のすがた 2024』.
<https://www.stat.go.jp/data/s-sugata/index.html>
(2025年7月21日アクセス)
- [2] 総務省統計局（2024）『国勢調査 2024年結果』. e-Stat 政府統計の総合窓口
<https://www.e-stat.go.jp> (2025年7月21日アクセス)
- [3] 国土交通省（2024）『建築着工統計調査報告 令和5年度分』.
https://www.mlit.go.jp/report/press/joho04_hh_001227.html
(2025年7月21日アクセス)
- [4] 国立社会保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/>
(2021年7月21日アクセス)
- [5] JMAP 地域医療情報システム <https://jmap.jp/facilities/search>
(2021年7月21日アクセス)
- [6] 厚生労働省：介護事業所・生活関連情報検索（介護サービス情報公表システム）

- <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [7] 厚生労働省 (2023) 『我が国の人口について (令和 5 年版 厚生労働白書)』.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [8] 厚生労働省 (2025) 『令和 6 (2024) 年簡易生命表の概況』.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life24/index.html>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [9] 厚生労働省 (2022) 『年齢階級別要介護認定率』 (令和 4 年版 厚生労働白書 図表 2-1-4) . <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/21/backdata/01-02-01-04.html> (2025 年 8 月 1 日アクセス)
- [10] 厚生労働省 (2022) 『第 4 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料 在宅医療の基盤整備について (その 1)』 令和 4 年 7 月 20 日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000966230.pdf>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [11] 厚生労働省 (2021) 『第 1 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ』 令和 3 年 10 月 13 日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842258.pdf>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [12] 厚生労働省 (2022) 『第 7 回第 8 次医療計画等に関する検討会 資料 1』 令和 4 年 3 月 4 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911302.pdf>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [13] 厚生労働省老健局 (2025) 『令和 7 年 3 月 介護給付費等実態統計月報』.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2025/03.html>
(2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [14] 神戸市 (2023) 『神戸市立医療センター西市民病院の移転整備について』.
<https://www.city.kobe.lg.jp/a65055/shise/kekaku/health/nishi-saiseibi.html> (2025 年 7 月 21 日アクセス)
- [15] 神戸市保健福祉局 『要介護・要支援認定者数の推移 (区別統計)』.
<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/shiryo/nintei.html> (2025 年 7 月 21 日アクセス)