

# NEW FRONTIERS

—先人たちの取り組み—

## プロの味と生産性向上の両立へ 龍岡会「セントラルキッチン」の決断

— 調理師1人当たり1.75倍の生産量拡大を実現 —

医療法人社団龍岡会 理事長 大森順方さん

東京都区部を中心に介護老人保健施設等を展開する龍岡会。介護保険制度の開始前に内科診療からケアサービスへと、さらにフィールドアクティビティ、ソーシャルアクションや選択食などの斬新なサービスを次々と生み出すことで注目されています。

龍岡会を悩ませたのは、建設予定の新施設で給食作りを担当する調理師が見つからないことでした。この問題を解決すべく同社は業界でも例のないセントラルキッチン方式を新施設に導入することを決断します。今回はセントラルキッチン導入の陣頭指揮をとられた大森さんに取組みの内容や意義などを伺いました。

### 企業について

企 業 名／医療法人社団龍岡会  
所 在 地／東京都文京区  
創 営 業／1927年(設立1993年12月)  
事 業 内 容／介護老人保健施設運営  
内科病院  
従業員数／約1,000名(施設数9)



理事長 大森順方さん

- ・1993年、「医療法人社団龍岡会」を設立
- ・2007年、「社会福祉法人龍岡会」設立。共に理事長を務める
- ・ほかに「公益財団法人国際医療福祉教育財団」理事長など各種要職を兼務。趣味は学生時代に打ち込んだサッカーとヨット

### インタビューについて

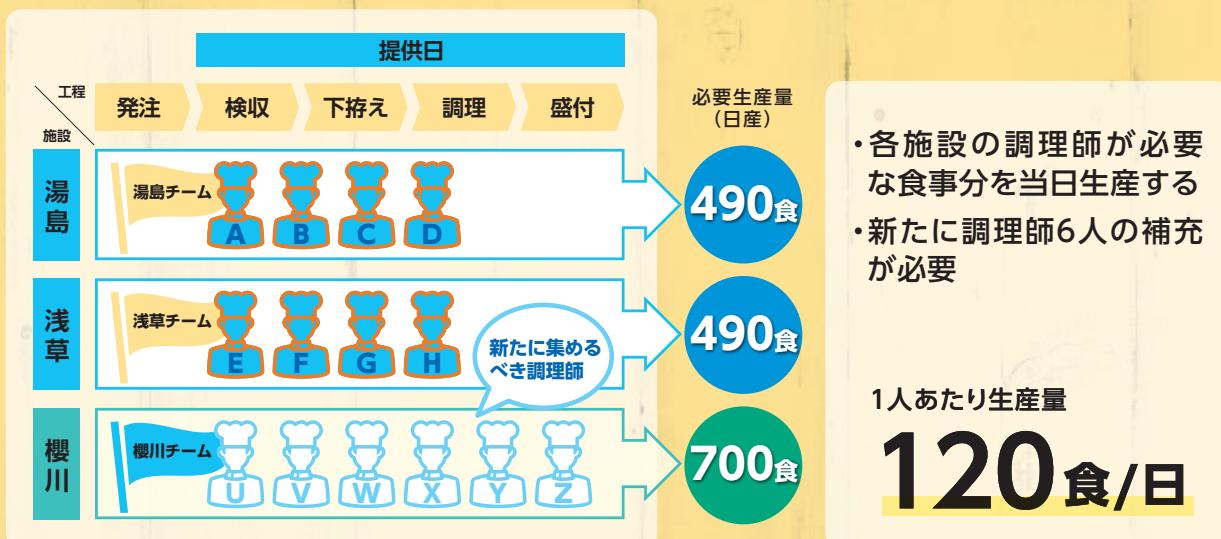
## 取組みによって起きた変化

ざっくり  
言うと…

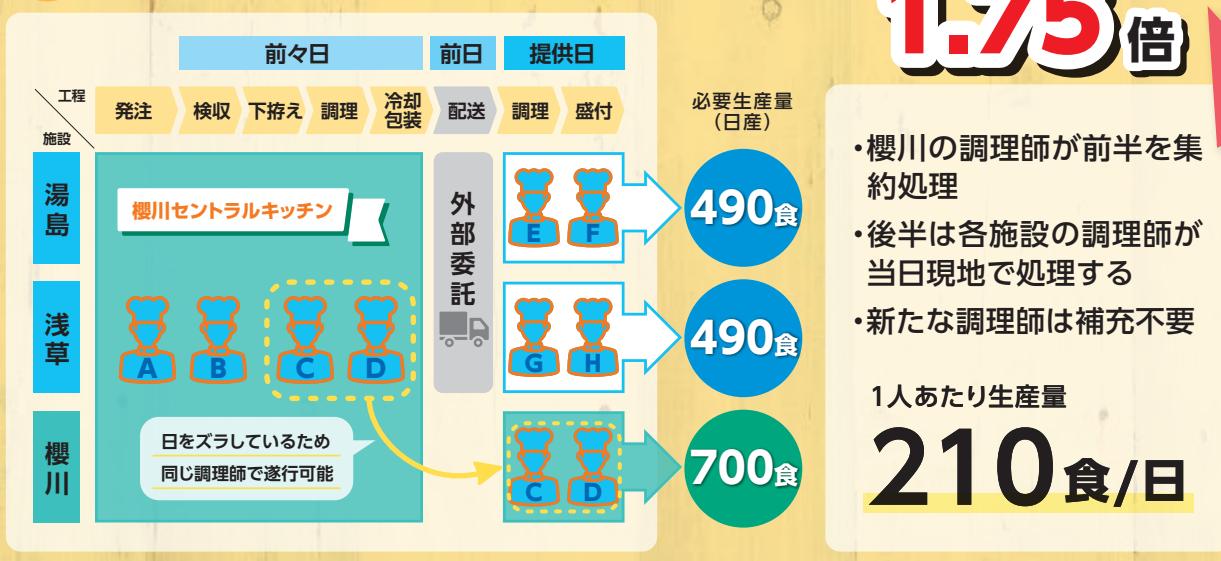
- 龍岡会は、それまで各施設内で完結していた給食の生産工程のうち、共通する前半部分を新施設(櫻川)で集約処理できるよう工程を組み替えた
- 当時はまだ珍しかった技術(新調理システム)とノウハウ(HACCP)を組み合わせ、生産工程を高い精度でコントロールできるようになったことで、効率性と安全性を同時に高めることができた
- 従来方式では調理師1人あたり日産120食だったが、セントラルキッチン方式への転換後は210食(1.75倍)にまで生産能力が拡大している

### 初期案(従来方式)と最終案(セントラルキッチン方式)の違い

#### 初期案 従来方式の適用



#### 最終案 セントラルキッチン方式への転換



## 取組みの内容とすすめ方



### 取組みの概要

- ✓ ねらい ①生産能力の拡大(現在の人員数を前提として)  
②食の質の安定と向上
- ✓ 活動 2004年4月～2005年4月に立上げ準備  
2004.4～ 基本設計、現状業務の改善検討  
2004.7～ 機器設定、モニタリング方法策定  
2004.8～ 衛生管理の学習、マニュアル作成、トレーニング
- ✓ 体制 12名(理事長+調理師+管理栄養士)
- ✓ コスト 新調理システムの導入、独自の発注システムの開発・導入

#### 腕の良い調理師が集まらない!

イ セントラルキッチン方式の導入はどのような経緯で始まったのでしょうか?

大 3つめの介護老人保健施設を櫻川に開設しようとして、調理師集めに苦しんだことがきっかけです。稼働中2施設で調理を担当する8名は、いずれも料亭や高級フレンチで修行していた若い調理師たちで、知り合いからの紹介を経て来ていただいた人材でした。新施設にも同様に優秀な調理師を配置したかったのですが、知り合いづてで勧誘できる先がなくなってしまい、別のアプローチの必要性を感じていました。

#### 「食は上薬にして医薬は下薬なり」の理念を実践したい

イ 調理スタッフの増員や給食事業者の活用などの選択肢もあったかと思いますが、なぜセントラルキッチンを選ばれたのでしょうか?

大 事業の拡大が、ゲストへの食事の質の低下につながることを絶対に避けたかったからです。そのうえでは無理にスタッフを増やすよりも、今いる調理師たちのチームの限界を引き上げるほうが有効だと考えました。

龍岡会がゲストの食事を重視しているのは、美味しい食事こそが、健康を取り戻していくための最初の活力をゲストに与えてくれるからです。施設に来所されるゲストの多くは低栄養から虚弱体質になっています。こうしたゲストに必要なのは、まず食事を通じて徐々に心身を回復していただき、その後の適切な運動・睡眠へとつなげていくケアです。私は「食は上薬\*にして、医薬は下薬なり」ということをモットーとしていますが、ケアサービスはその思想をゲストに寄り添い実践する場であると捉えています。

#### 高い精度での生産計画の立案・遂行が求められる

イ 具体的にどんな活動をされたのでしょうか?

大 懇意の厨房機器メーカーに声をかけ、セントラルキッチン導入に向けたプロジェクトを立ち上げました。プロジェクトには私、調理師たち、管理栄養士ら全員が参画し、最初の約3ヶ月間でセントラルキッチンの基本設計を策定しました。

(次のページへ→)

イ →インタビュー  
大 →大森理事長

\*上薬とは、栄養学・漢方薬学に登場する用語で、強い効果はないものの、処方全体の作用を調整したり副作用を減らすような、「命を養う薬」のことを指します。

## 取組みの内容とすすめ方

そのうえでメンバーが適切に生産管理・衛生管理を遂行できるよう、約半年をかけて実務的なトレーニングやマニュアル作成を進めました。

**イ** なるほど。準備にかなり時間と手間をかけた印象ですね。立ち上がりはスムーズに?

**大** いざ運用を始めるとやはり一筋縄ではいきませんでした。導入によって最も複雑化した工程は「発注」なんですが、既存の発注ソフトでは対処できず、管理栄養士に大きな負担をかけてしましました。

**イ** どのような困難があったんでしょう?

**大** どの食材を、いつ、どのくらい発注するかを全施設を見渡して高い精度で計画しなければならないというハードルが厳しかったです。以前は管理栄養士が各施設で1日分の食材を発注すればよく、過不足があっても施設内で柔軟に対応可能でした。セントラルキッチン方式では全施設の2~3日後の食材分も含めた発注・管理が求められるうえ、各施設で対応できる幅が限られるため、過不足があると定められた基準を満たせなくなるおそれが出てきます。結局、発注システムの独自開発が必要でした。

**イ** 現場の仕事も大きく変わったようですね。モチベーションの問題はなかったですか?

**大** 調理師の仕事の中心は新規のメニュー・レシピ開発になり、鍋釜を振ることではなくなりました。

不満もあったかもしれません、私からはこの最先端の取組みを通じて、業界のトップランナーになって欲しいとの期待を伝えました。いま振り返って、当人たちも誇りに思っていてくれれば嬉しいですね。あと実は浮いたコストの分だけ良い食材を使って良いとしたのもウケたみたいです。そこはやっぱり料理人ですよね(笑)。

### 業界全体として、セントラルキッチンへの対応は不可避

**イ** 業態はやや異なりますが、これから生産性向上に取り組まれる中食・給食事業者の方々にアドバイスをお願いします。

**大** 私見ですが、クックサーブでの給食は人件費負担が重く、人を集められないため存続は厳しいのではないかと。セントラルキッチンを前提としたクックチル、フリーズ等に経営として対応されることをお勧めしたいです。

**イ** →インタビュー  
**大** →大森理事長



### 編集コメント

セントラルキッチンの導入は、仕入から調理までを組織的・計画的・規格化されたプロセスへと一変させるため、ハード(機器)を使いこなすソフト(ヒト・IT)側の適応が求められます。その変化に、今いる現場スタッフがついてきてくれるかどうか…?それは経営から現場に歩み寄り、一緒に学び、成長できるかどうかにかかっています。