

Title	地域包括ケアシステムにおける保険薬剤師・介護支援専門員の連携に関する研究： リレーションシップ・マーケティングの手法を用いて
Sub Title	
Author	遠藤, 馨(Endō, Kaoru) 山本, 晶(Yamamoto, Hikaru)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2017
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2017年度経営学 第3281号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002017-3281">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002017-3281</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程

学位論文（ 2017 年度）

論文題名

地域包括ケアシステムにおける保険薬剤師・介護支援専門員の連携に関する研究  
ーリレーションシップ・マーケティングの手法を用いてー

指導教員	山本 晶
副指導教員	田中 滋
副指導教員	中村 洋
副指導教員	余田 拓郎

氏 名	遠藤 馨
-----	------

## 論文要旨

所属ゼミ	山本 晶 研究会	氏名	遠藤 馨
(論文題名)			
地域包括ケアシステムにおける保険薬剤師・介護支援専門員の連携に関する研究 ーリレーションシップ・マーケティングの手法を用いてー			
(内容の要旨)			
<p>日本は、人口減少社会を迎える中、高齢化の進展によって、虚弱高齢者の増加の問題に直面している。そのため、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組みとして地域包括ケアシステムが構築されている。この地域包括ケアシステムにおいては、医療・介護を含む多職種連携が重要な要素となる。</p> <p>しかしながら、医療・介護の専門職である保険薬剤師と介護支援専門員の連携は、まだ十分には進んでいない。</p> <p>本研究では、顧客との間に「リレーションシップ（関係性）」と呼ばれる、友好的で、持続的かつ安定的な結びつきを構築することで、長期的な成果を目指すリレーションシップ・マーケティングの手法を用いながら、医療・介護・福祉分野の多職種チームの概念を取り入れて、保険薬剤師と介護支援専門員の連携の要因を調査・分析する。</p> <p>分析の結果から、連携を進めるためのリレーションシップを構築するためには、リレーションシップ・ベネフィットが重要であり、次に対応能力が重要であることがわかった。コミュニケーションを推進するためには、共有価値を持つことが大きく影響し、相手の職種への理解も必要となることが検証された。これらの要素によって、信頼が醸成され、協調や薬剤師からのサポート提供と介護支援専門員からのサポート提供が促され、リレーションシップ・コミットメントが醸成されることでリレーションシップ・解消意思を減らすことが検証された。また、連携によって顧客紹介を促すためには、リレーションシップ・コミットメントと信頼の両方が必要であることがわかった。</p> <p>この研究からの提言としては、今後保険薬剤師と介護支援専門員の連携を進めていくような地域においては、連携のための場作りが重要であり、実際に連携が開始されてからは具体的な実績作りと実績の共有が重要であるということである。その中で上記結果の要素を盛り込んでいくことが連携の推進につながるのである。</p>			

## 目次

第1章	研究の背景	3
第1節	本研究の問題意識	3
第2節	本研究の目的	4
第2章	本邦における社会保障制度	5
第1節	社会保障制度を取り巻く環境	5
第2節	地域包括ケアシステム	8
第3節	医薬分業	9
第4節	介護保険制度	11
第5節	医療・介護連携	13
第3章	先行研究	17
第1節	リレーションシップ・マーケティングに関する先行研究	17
第2節	連携に関する先行研究	21
第4章	研究方法	25
第1節	調査設計	25
第2節	構成概念構築	27
第3節	調査方法	31
第5章	研究結果	34
第1節	調査結果	34
第2節	分析結果	35
第3節	考察	41
第6章	研究示唆	45
第1節	連携推進への提言	45
第2節	事例紹介	47
第3節	地域包括ケアシステムの構築に向けて	50
第4節	研究の理論的貢献	52
第7章	本研究の限界	53
参考文献一覧		

## 第1章 研究の背景

### 第1節 本研究の問題意識

日本は、高齢化の進展により要介護者が増加する中、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるための体制を目指し、地域包括ケアシステムを構築している。現在、地域の高齢者が抱える課題は複雑になってきている。医療については複数疾患の合併による多剤併用やフレイルの増加、介護については専門的な対応を必要とするケースの増加、福祉については貧困や虐待といった課題を抱えているケースが増加している。これら課題への対応には、医療・介護・福祉などの職種を超えた情報共有と協力が必要となる。したがって、地域包括ケアシステムにおいて重要となる要素は多職種連携であると考えられる。

筆者が勤務していた保険薬局においても、これまでの薬物治療だけでなく、予防から介護までの幅広い視点と対応力、そして地域社会と他職種とのつながりがより求められるようになると思う。加えて、人口減少が進むとされる地方においては、医療・介護従事者の確保が今後更に重要になると考えられる。そのような環境下では、限られた地域資源で地域の医療・介護体制を構築していかなければならず、より密な多職種連携が重要になる。

しかしながら、保険薬剤師と介護支援専門員の連携は十分とは言えない状況であると考えられる。その理由として、平成26年度の地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理及び在宅服薬支援の向上及び効率化のための調査研究事業によると、介護支援専門員との在宅患者に係る日常的な情報交換の状況について「情報交換を全くしていない」と回答する保険薬局は全体の52.9%を占めていたことが挙げられる。もうひとつの理由として、平成24年愛媛県介護支援専門員アンケート調査結果で、保険薬局に対して「連携不要・連携なし」が40%という結果が出ており、評価に結び付く関係性が構築されていないということが挙げられる。愛媛県という限られた地域での調査結果ではあるが、全国的に同様の傾向がある可能性も十分に考えられる。よって、これらの調査結果から、連携が出来ている保険薬局はまだ十分に多くなく、そこに勤務する保険薬剤師も同様に十分な連携が出来ていないということが分かる。

したがって、多職種連携の中のひとつである保険薬剤師と介護支援専門員の連携の重要性が高まる一方で、十分な連携が出てきている薬局が少ないという現状に対して、本研究を通して、保険薬剤師と介護支援専門員との連携の成功要因を探り、地域包括ケアシステムに向けて連携推進への提言を行う。

## 第2節 本研究の目的

日本は、人口減少社会を迎える中、高齢化の進展によって、虚弱高齢者の増加の問題に直面している。そのため、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組みとして地域包括ケアシステムが構築されている。この地域包括ケアシステムにおいては、医療・介護を含む多職種連携が重要な要素となることはこれまでに述べてきた。よって、本研究では、保険薬剤師と介護支援専門員の連携に焦点を当てて、その連携の要因を分析し、どのようにすれば連携が機能していくのかを提言する。

## 第2章 本邦における社会保障制度

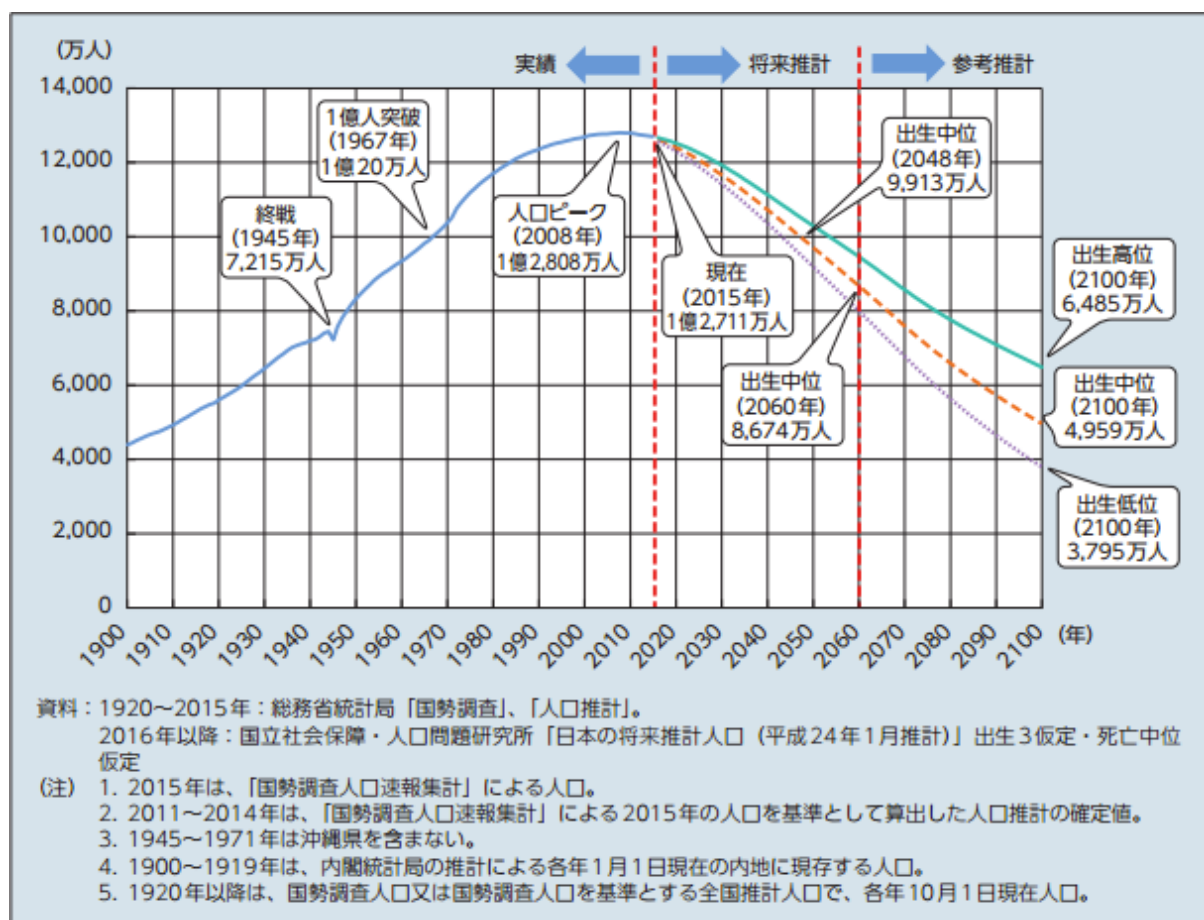
### 第1節 社会保障制度を取り巻く環境

#### ● 総人口の推移

平成28年版厚生労働白書によると、終戦直後の1945（昭和20）年に7,215万人であった我が国の人口は、その後、増加を続け、1967（昭和42）年には1億人を突破し、2008（平成20）年には1億2,808万人とピークに達した。しかし、その後は減少局面に転じ、2015（平成27）年の総人口は1億2,711万人と2011（平成23）年から5年連続で減少している。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位推計によると、我が国の人口は今後も減少し続け、2048（平成60）年には9,913万人と1億人を割り込み、2060（平成72）年には8,674万人になると推計されている。また、2061（平成73）年以降の人口については、参考推計ではあるものの、2100（平成112）年には4,959万人と5,000万人を下回る見込みとなっている。

図1 長期的な日本の人口推移

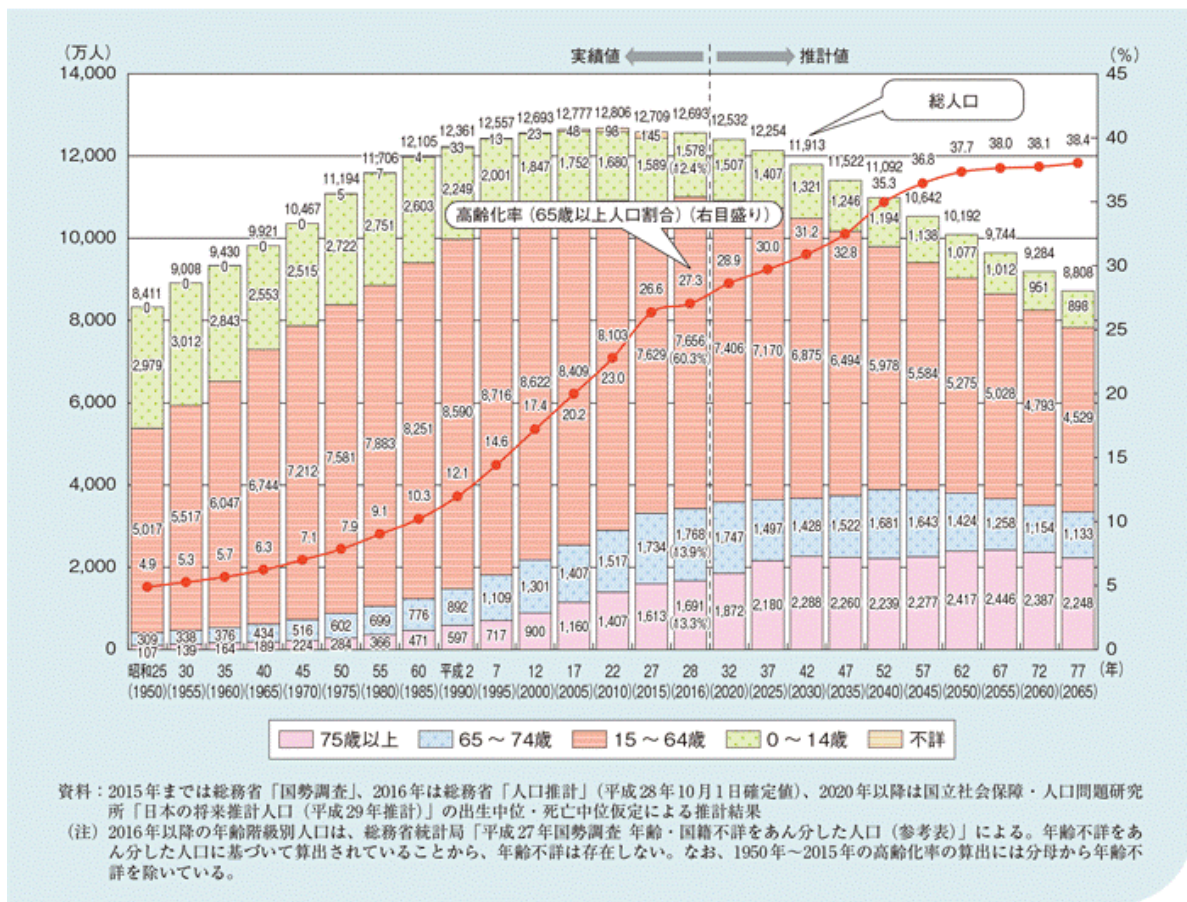


## ● 人口構成の変化

平成 29 年版高齢社会白書によると、我が国の年齢区分別人口推移と将来推計を示すと図 2 のとおりとなる。年少人口（14 歳以下）割合は、2016（平成 28）年は 12.4% であり、生産年齢人口（15～64 歳）割合については 60.3% である。高齢者人口については、65～74 歳は 13.9%、75 歳以上は 13.3% である。

高齢化率（65 歳以上人口割合）については、1950 年時点では 5% に満たなかったが、1985（昭和 60）年には 10.3%、2005（平成 17）年には 20.2% と急速に上昇し、2016（平成 28）年は 27.3% と過去最高となっている。将来（出生中位・死亡中位推計）においても、2060 年まで一貫して高齢化率は上昇していくことが見込まれており、2060 年時点では約 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる見込みである。特に、75 歳以上の後期高齢者人口の増加が著しく、1950 年時点では 107 万人だったのが、2005 年には 1160 万人となり、2016 年には 1691 万人まで増加している。団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年には 2180 万人にまで増加が予想されている。

図 2 高齢化の推移と将来推計



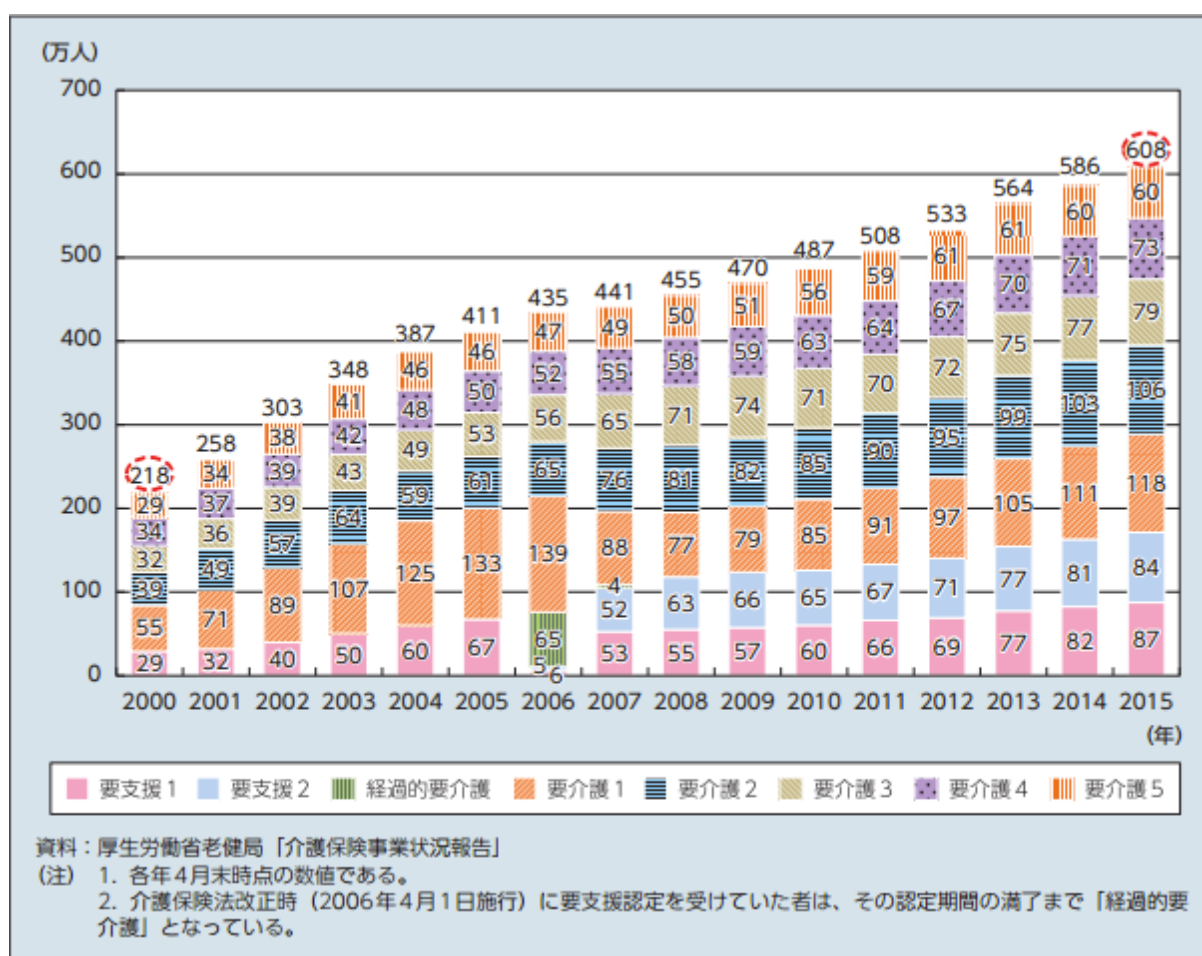
出典：平成 29 年版高齢社会白書, p5, 図表 1-1-5



● 要介護（要支援）認定者数の推移

平成 28 年版厚生労働白書によると、要介護（要支援）認定者数は、介護保険制度開始時の 2000（平成 12）年の約 218 万人から 2015（平成 27）年では約 608 万人と大幅に増加している。したがって、医療提供体制の発達と社会保障制度の適用拡大によって、高齢者の死亡率の低下と平均寿命の長寿化が成され、高齢人口が増加したが、元気な高齢者だけでなく、虚弱な高齢者も増えていることがわかる。よって、この状況に対処しなければならず、地域包括ケアシステムという概念が作られた。

図 3 要介護（要支援）認定者数の推移



出典：平成 28 年版厚生労働白書, p16, 図表 1-1-14

## 第2節 地域包括ケアシステム

### ● 地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組みとして定義されている<sup>注1</sup>。要介護者の地域生活は、介護だけでなく、生活の前提となる住まいと、自立的な暮らしのための生活支援や社会参加の機会が確保され、必要に応じて専門職による医療、看護、介護、リハビリテーション、保健・福祉サービスなど多様なサービスや支援が必要になる。

### ● 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016）によると、専門職は多くの場合、自らの持つ専門知識や技術を最大限に用いてサービス提供する業務を通じて、利用者や患者の抱えている問題や課題の解決を図っており、地域包括ケアシステムを表す植木鉢の絵においては、「医療・看護・介護・リハビリテーション・保健・福祉」は葉として表現されている。

そして、植木鉢の絵は、ある一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして提示されている。地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが有機的な連携の下、一体的に提供される体制が担保されてはじめて、「住み慣れた地域での生活を継続する」未来が可能になるとされている。したがって、地域包括ケアシステム構築とは、地域資源をどのようなバランスで組み合わせ、相互に連携させるかに関わるマネジメントの仕組みとして議論すべきテーマと理解しなくてはならず、その重要な要素として、多職種連携が挙げられると考えられる。

図4 地域包括ケアシステムの「植木鉢」



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016）p19

注1 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点」、平成20年度老人保健健康増進等事業、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

### 第3節 医薬分業

#### ● 医薬分業の定義

公益社団法人日本薬剤師会によると、医薬分業とは、薬の処方と調剤を分離し、それぞれを医師、薬剤師という専門家が分担して行うことを意味している。

外来で処方箋を受け取った患者のうち、院外の薬局で調剤を受けた割合を「処方箋受取率」といい、「医薬分業率」とも呼んでいる。

医薬分業は長い道のりをへて進んでいる。図5に示すように、厚生省が37のモデル国立病院に対して完全分業(院外処方箋受取率70%以上)を指示した1997年以降、急速に進み、2003年に初めて全国の医薬分業率が50%を超えた。

2012年度の1年間に全国で発行された処方箋の枚数は7億5888万枚にのぼっており、医薬分業率は66.1%に達した。

図5 医薬分業率と処方箋枚数推移



出典：公益社団法人日本薬剤師会 HP

#### ● 保険調剤の仕組み

公益社団法人日本薬剤師会のHPによると、保険診療にもとづいて医師の出す処方箋に従い、調剤を行う薬局のことを「保険薬局」と呼ぶと記載されている。患者は、保険薬局の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険薬局に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法その他の医療保険各法に規定されており、保険調剤は「保険者と保険薬局との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約調剤”」と称される。

## ● 薬剤師の責務

薬剤師法の第1条には、薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする定められている。

薬剤師法の第25条の2には、薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならないと定められている。

よって、国民の健康な生活を確保するために、情報の提供を行うことは多職種連携において重要な責務になることがわかる。

## ● 薬剤師の在宅医療

保険薬剤師が在宅医療を行う際に算定できる報酬としては、医療保険による在宅患者訪問薬剤管理指導料と介護保険による居宅療養管理指導費の二つがある。患者が介護保険を利用している場合は、介護保険の居宅療養管理指導費を優先するとされている。これらを算定する場合は、患者から同意・承諾を得る必要があり、定められた内容を満たす医療サービスを提供しなければならない。

公益社団法人東京都薬剤師会のHPによると算定にあたって必要な医療サービスは、在宅での療養を行っている患者さんであって通院が困難な方に対して、処方医の指示に基づき、作成した薬学的な管理計画に基づき患者さんのお宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤の服薬状況・保管状況及び残薬の有無の確認などを行い、訪問結果を処方医に報告することまでを含む業務であると紹介されている。

## 第4節 介護保険制度

### ● 介護保険制度の制定

田中滋（2016）によると、要介護高齢者の増大に対処すべく、日本は、1989年以來、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21によって提供体制整備に努め、さらに介護保険制度を発足させ（2000年）、保険給付サービスなどを通じ虚弱高齢者の自立支援を図るべく、自治体や事業者ともども力を注いできた。介護保険法の第1条では「尊厳の保持」「国民の共同連帯の理念」がうたわれている。

### ● 介護保険制度における介護支援専門員

厚生労働省の介護支援専門員概要によると、介護支援専門員（ケアマネジャー）とは、要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、サービス（訪問介護、デイサービスなど）を受けられるようにケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者とされている。

また、要介護者や要支援者の人が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者とされている。

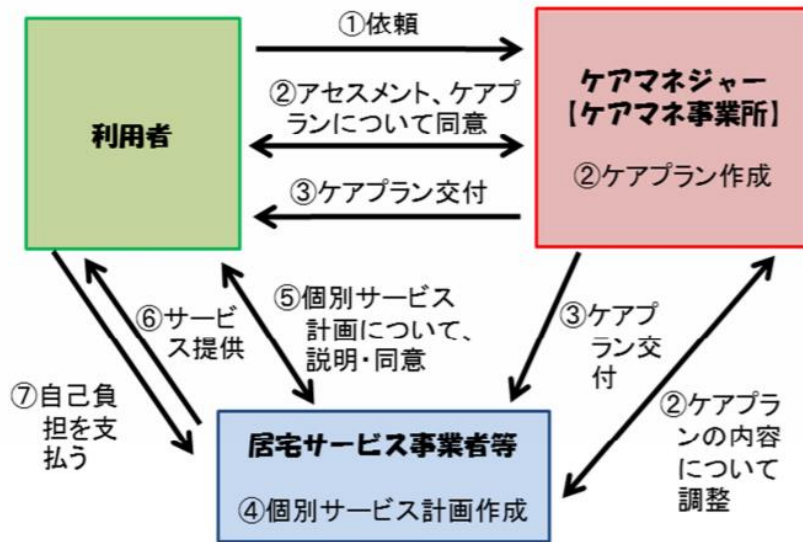
介護支援専門員になるには、保健医療福祉分野での実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上である者などが、介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、介護支援専門員実務研修の課程を修了し、介護支援専門員証の交付を受けた場合に、介護支援専門員となることができる。

業務内容は、居宅における業務と施設などにおける業務に大きく分けられる。

#### （1）居宅における業務

図6のような業務の流れとなっている。要介護者や要支援者の人の相談を受け、ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整や、入所を必要とする場合の介護保険施設への紹介などを行う。主に居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）で働いている。居宅における業務をする介護支援専門員を、居宅介護支援専門員と呼ぶ。

図6 居宅における業務の流れ（イメージ）

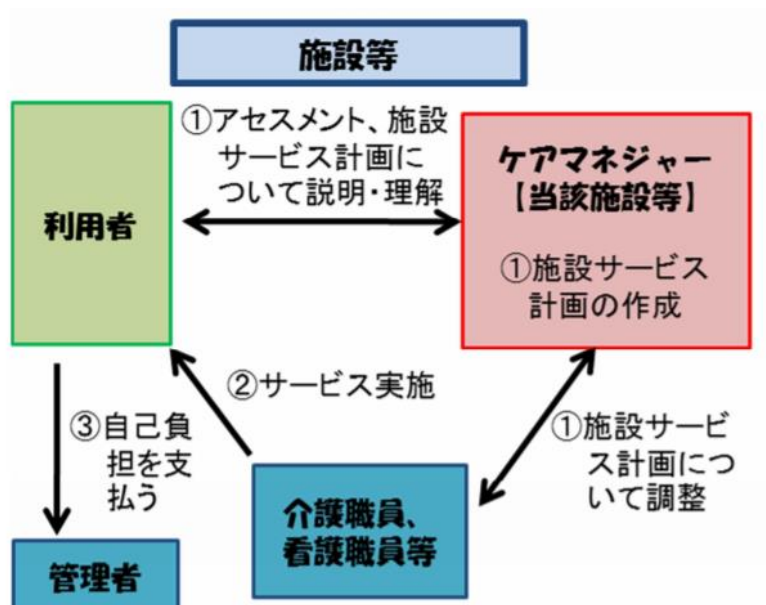


出典：厚生労働省 介護支援専門員 概要

(2) 施設などにおける業務

施設等のサービスを利用している利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するため、解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成する。主に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスで働いている。

図7 施設における業務の流れ（イメージ）



出典：厚生労働省 介護支援専門員 概要



## ● 地域包括支援センター

厚生労働省の地域包括支援センターの概要によると、地域包括支援センターとは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。

主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。

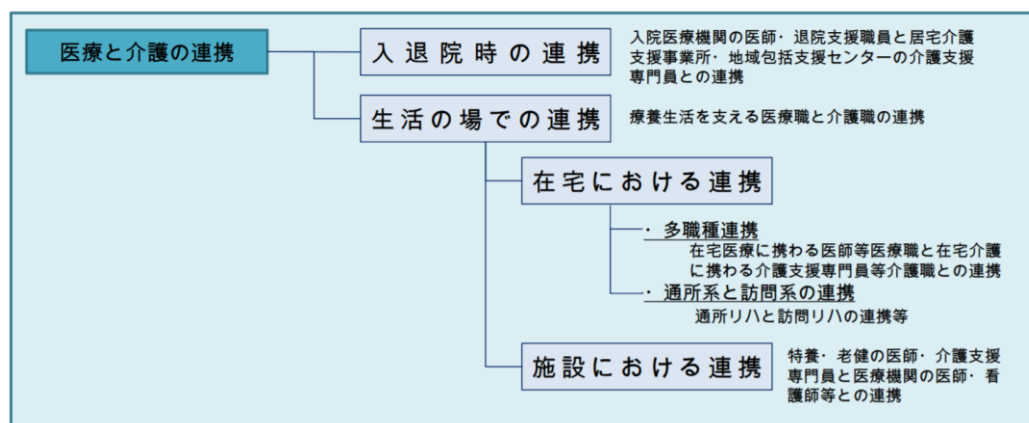
地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,328カ所あり、ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,072カ所となる。

## 第5節 医療・介護連携

### ● 医療と介護の連携の場面

図8は医療・介護連携の場면을記している。医療・介護連携は、入退院時の連携と生活の場での連携の2つの重要な場面があり、そこで関わる専門職は異なってくる。入退院時の連携においては、入院医療機関の医師や退院支援職員と退院後の支援をする居宅介護支援専門員との連携が重要になる。生活の場での連携においては、更に2つの場面がある。ひとつは在宅における連携であり、もうひとつは施設における連携である。生活の場での連携においては、療養生活を支える連携となるため、より生活に密着した情報共有や、入院を繰り返さないようにするための連携が求められる。また、保険薬局においては、外来患者から受けた介護に関する相談内容を介護支援専門員に伝え、患者と介護支援専門員をつなぐことが連携を機能させるために重要である。

図8 医療・介護連携の場面



出典：社会保障審議会 介護保険部会（第68回）参考資料1

保険薬局の在宅における多職種連携の業務の流れと連携の様子を記したものが図9になる。在宅医療を受ける患者へ「訪問前」「訪問中」「訪問後」のそれぞれの段階で他職種とどのような連携をしているのかを記しており、右側の丸はどの職種が情報を発信しているかを示しており、矢印は情報がどの職種へ伝えられているかを示している。居宅介護支援事業所は介護支援専門員を表しており、訪問介護事業所は介護ヘルパーを表している。薬局は診療所の次に居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携が多く、介護専門職の中では、介護支援専門員との連携が重要であることがわかる。

図9 薬局における多職種連携にかかわる業務

多職種連携に関わる業務		作業内容・方法	薬局	診療所	歯科診療所	訪問看護 ST	居宅介護 支援事業所	地域包括 支援センター	訪問介護 事業所
1. 訪問前	①) 初回・定期的に行う業務	a. 居宅療養管理指導依頼書の受取	←	●					
		b. サービス担当者会議への出席	←				●		
		c. 処方箋の受取	←	●					
		d. 処方箋の疑義照会	●	→					
		e. 居宅サービス計画書の受け取り	←					●	
	②) 訪問毎に行う業務	a. 患者・利用者の容態の確認	←	●	●	●	●	●	●
2. 訪問中	a. 他の事業者の記録の確認	←	●	●	●	●	●	●	
	b. 処方に関する情報の記載	●	→	→	→	→	→	→	
3. 訪問後	①) 訪問毎に行う業務	a. 患者・利用者の容態の報告	●	→	→	→	→	→	→
	②) 定期的に行う業務	a. 訪問薬剤指導報告書/居宅療養管理指導報告書の作成・送付	●	→	→				

出典：在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書（2015）, p30, 図表 2-38

● 医療と介護の連携の課題と目指す姿

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2007）で取り上げられていた高齢者の薬物療法の特性と問題点には次の三つがある。第一に、加齢とともに複数の疾患を合併することが多くなることである。このため、多剤併用が多くなり、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる。第二に、視覚や聴覚機能の低下、嚥下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要となることである。第三に、腎機能・肝機能の加齢による低下、体成分組成(筋肉量減少・体脂肪比率増加等)の変化による体内動態の変動があることである。これら三つの特性と問題点に対して、生理機能の個人差に対応した処方、調剤、服薬の管理が必要であり、そのためには生活状況も踏



まえた対応が求められる。したがって、患者が介護保険を利用している場合は、より一層の介護専門職との連携が求められる。

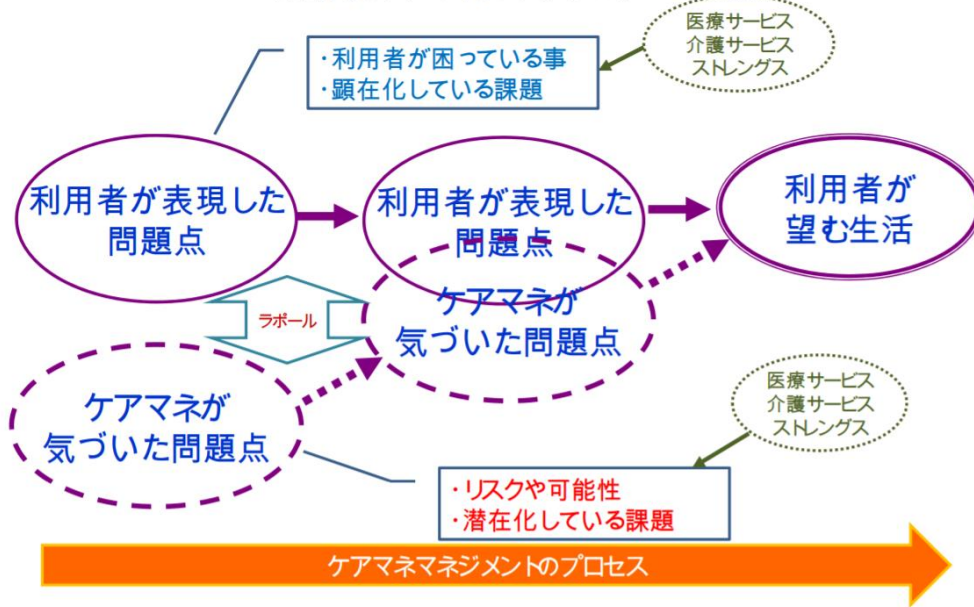
在宅医療患者の抱える問題点としては、中央社会保険医療協議会（平成 23 年 2 月 16 日）在宅医療における薬剤師業務については、主に薬剤の保管状況や薬剤の飲み忘れ、服用薬剤の理解不足、副作用の発症を挙げている。そして、これらの問題に対して、薬剤師が介入することで、60～70%改善されることを示している。在宅医療においても、保険薬剤師と介護支援専門員が連携をすることにより、薬剤の服用タイミングを介護ヘルパーの訪問時間に合わせたものにし、飲み忘れを防いだり、薬剤の情報を共有したりすることで患者の服用をサポートすることができ、連携は患者の治療に大きな効果がある。

図 10 は介護支援専門員のケアマネジメントの課題と目標を表している。ケアマネジメントの課題は、介護保険の利用者が表現した問題点とケアマネジャーが気づいた問題点を利用者とケアマネジャーがラポール<sup>注2</sup>を築くことで問題点を共有することである。そして、ケアマネジメントの目標は、それらケアマネジメントのプロセスを通して、利用者が望む生活を目指すことである。しかしながら、田中滋によると、利用者が望む生活では、お世話が中心となり、必ずしも利用者自身の自立につながるとは限らないため、その目標は利用者が自立できる生活であると説いている。よって、本研究では田中滋の目標を採用する。

一方で、利用者の生活における問題点をケアマネジャーが全て把握することは難しいと考えられる。生活における問題の中には介護に関わる問題もあれば、医療に関わる問題もある。医療に関わる問題といっても、疾患から薬まで内容は幅広く、専門性が求められる。実際の問題として、例えば多職種連携に薬剤師が十分に介入しないことで、看護師や介護職がやむなく薬の管理をし、問題が根本から解決されていない事例も見られる。したがって、図11 ように、これら顕在化している課題と潜在化している課題に対して、医療専門職などの他職種や家族が問題点を発見し、ケアマネジャーや他職種、そして利用者とその家族とラポールを築きながら問題点を共有して、解決していくことで、より利用者が自立できる生活を目指していくことが重要だと考えられる。

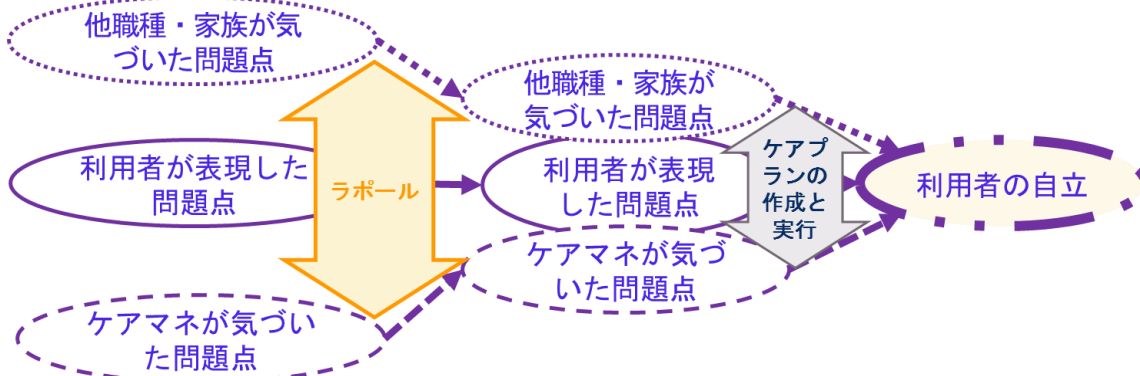
注2 話し手と聴き手の間に築かれる信頼関係のことをラポール（Rapport）という。  
特定非営利活動法人 キャリア・コンサルティング協議会 H24 年 大学等における  
キャリア教育実践講習 テキストより

図 10 ケアマネジメントの課題と目標  
 ~ 御用聞きケアマネ」といわれるが…… ~



出典：水上 直彦（2013）多職種協働によるケアマネジメントの課題

図 11 多職種連携のケアマネジメントの課題と目標



出典：水上 直彦（2013）多職種協働によるケアマネジメントの課題をもとに田中 滋の指導の下で筆者が作成

● 保険薬剤師と介護支援専門員の連携の成功の定義

これまで述べたことを踏まえ、本研究における保険薬剤師と介護支援専門員の連携の成功を次のように定義する。

「利用者・患者への質の高いアセスメントができ、最適な治療・ケアマネジメントが提供され、利用者の自立の維持と最期まで住み慣れた地域で暮らし続けることができる体制が維持されること。」

### 第3章 先行研究

#### 第1節 リレーションシップ・マーケティングに関する先行研究

##### ● リレーションシップ・マーケティングの定義

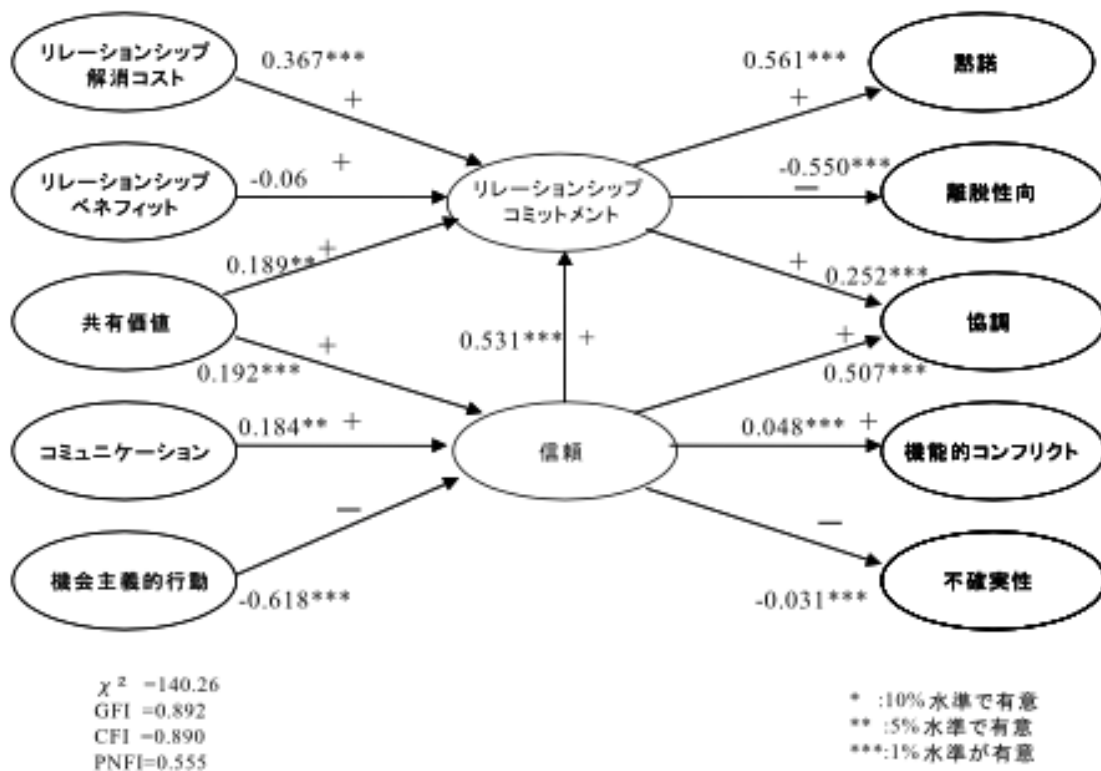
久保田（2012）によると、リレーションシップ・マーケティングは、「売り手と買い手の深い結びつきが、ときとして当事者らにさまざまなベネフィットをもたらす」という考えのもとで、「顧客をその場限りの取引相手ではなく、将来にわたり取引を続けるパートナーとしてとらえ、良好な間柄を築いていく」ことを目指すものであるとされている。このためリレーションシップ・マーケティングでは、短期的な関係や敵対的な関係についてではなく、時間の経過とともに形成される、長期的かつ友好的な関係について議論が展開される。そして、久保田（2012）によるとその定義は、リレーションシップ・マーケティングとは、顧客との間に「リレーションシップ（関係性）」と呼ばれる、友好的で、持続的かつ安定的な結びつきを構築することで、長期的にみて好ましい成果を実現しようとする、売り手の活動であるとされている。

先行研究において比較的引用回数が多い Morgan and Hunt(1994)によると、リレーションシップ・マーケティングとは、「成功裏なリレーションシップを確立し、育成し、維持することを目指す、すべてのマーケティング活動」と定義している。この定義について、顧客はもちろん、政府や従業員までがその範囲に入ると主張するわけであると久保田（2012）は解説している。

● コミットメントと信頼の理論

Morgan and Hunt(1994)は、タイヤの卸売業者と小売業者を調査し、リレーションシップ・マーケティングを成功させる中心的な要因として、関係へのコミットメントと信頼が前提要因と結果要因の間に存在していると仮定する「リレーションシップのKMVモデル」を構築している(図12)。関係へのコミットメントと信頼があれば、右側の決定要因により影響を与えることが期待できるとした。KMVモデルには、関係へのコミットメントと信頼が媒介する、5つの前提要因と、5つの結果要因が提案されている。

図12 KMV (Key Mediating Variable) モデル



出典: Morgan, R. M. and S. D. Hunt (1994), "The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing," *Journal of Marketing*, 58(July), pp.20-38.

Morgan and Hunt (1994)では、取引相手が、現在の関係の維持のために最大限の努力をしても良いと考えるくらい重要だと信じることを関係へのコミットメントと定義している。また、取引相手に対して信用できる・誠実であると自信を持って思えた時、信頼できるとしている。

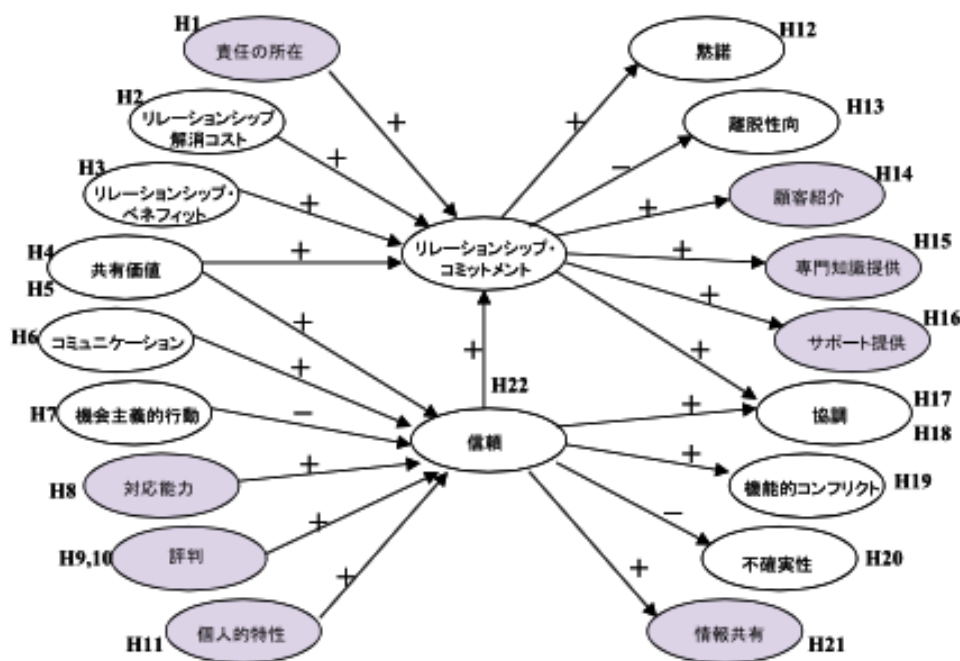
KMVモデル(図12)の変数は次の12個であり、前提要因は、「リレーションシップ解消コスト」、「リレーションシップ・ベネフィット」、「共有価値」、「コミ

コミュニケーション」、「機会主義的行動」の5つである。媒介要因は、「リレーションシップ・コミットメント」、「信頼」の2つである。結果要因は、「黙諾」、「離脱性向」、「協調」、「機能的コンフリクト」、「不確実性」の5つである。図12の通り、13本の因果関係があるが、「リレーションシップ・ベネフィット→リレーションシップ・コミットメント」以外全て有意としている。

● 医療連携のリレーションシップ・マーケティングを用いた先行研究

井上・富田(2002)は、地域の中核的な医療機関が周辺の医療機関との連携を促進するために実施している医療連携推進事業などの活動は、マーケティングの観点から見るとリレーションシップ・マーケティングと解することができるとした。リレーションシップ・マーケティングとは、当事者双方の目的を達成するために、あらゆる利害関係者を対象としてリレーションシップを確立、維持、強化するよう働きかける活動であるとし、リレーションシップ・マーケティングのフレームワークを用いて医療機関同士のリレーションシップ構築メカニズムを探、医療連携を効果的に機能させるための要件を導出した。その際、Morgan and Hunt (1994)の実証研究と亀田総合病院と国立長野病院の2つの医療機関へのインタビュー調査に基づいて仮説モデル(図13)を設定し、検証を行なっている。

図13 井上・富田(2002) 仮説モデル



出典：井上・富田(2002), p68, 図4

井上・富田（2002）が追加した変数は、具体的には、「責任の所在」「対応能力」「評判」「個人的特性」という4つの前提要因と、「顧客紹介」「専門知識提供」「サポート提供」「情報共有」という4つの結果要因である。これらの変数はモデルにおいて網掛けで示されている。

検証の結果として、医療機関同士のリレーションシップでは、コミットメントと信頼の前提要因として、責任の所在の明確さ、リレーションシップ解消コストの高さ、リレーションシップによるベネフィットの高さ、価値の共有、コミュニケーション、対応能力の高さ、同業者・顧客からの高い評判が重要であり、中でも特に、ベネフィットが大きな影響を及ぼすとしている。そして、コミットメントと信頼が形成された後には、顧客紹介、専門知識の提供、サポートの提供、協調、機能的コンフリクト、不確実性の減少、情報の共有がもたらされ、特に、顧客紹介、協調、専門知識提供などが大きな影響を受けることを明らかにした。

## 第2節 連携に関する先行研究

### ● 連携の定義

医療・介護の連携について調べるに当たって、保健・医療・福祉の分野における連携の定義について確認する。山中（2003）によると、連携とは「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス。」と定義されている。これまでの連携の定義について表にしたものが表1である。

Germain (1984) <sup>(9)</sup>	連携とは、単独の分野（あるいは個人）だけでは達成できないあるいは充分には達成できないヘルスケアに関連した特定の目標や職務を遂行するために、二つあるいはそれ以上の分野（また、場合によっては同じ分野の二人あるいはそれ以上の個人）がコミュニケーション、計画、行動を交換する協力的プロセスである。
Andrew (1990) <sup>(10)</sup>	専門職間連携は、異なった専門職が共通の目標を達成するために、独自の知識・技術・組織の展望・個人的態度を駆使して問題解決を行う時に起こる。
Abramson & Rosenthal (1995) <sup>(11)</sup>	連携とは、多様だが各自自立した行為者（組織あるいは個人）で構成されたグループが、共同主導権を持ちながら、共有された問題を解決するあるいは共通の目標を達成する流動的なプロセスである。
高山 (1993) <sup>(12)</sup>	保健・医療・福祉に関連する専門職および施設機関が従来の自己完結的な支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で協力体制を築くこと
前田 (1990) <sup>(13)</sup>	異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をするのである。（中略）別々の組織に属しながら、違った職種の間でとる定期的な協力関係である。その時々いくつかの組織間の単なる連絡よりは、業務のうえで確立された協力関係といってよい。
久保 (2000) <sup>(14)</sup>	保健・医療・福祉の各専門職ないしは各機関がある共通の目標に向けて互いに協力しながら業務を遂行すること

表1 欧米および日本の論者による「連携」の定義

出典：山中京子（2003）「医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成」, p3, 表1

これら定義の変遷を読むと過去は、主に専門職の連携についての定義が多いが、山中（2003）では、専門職と非専門職が共通の目標に向けて協力するという内容が加わっていることがわかる。

## ● チームの定義

菊地（2002）によると、チームには次の3つの共通した要件が挙げられている。第一に、共通／共有された目標。第二に、メンバーの相互依存的な協働。第三に、小集団である。これらを踏まえ、Brannickら（1997）を一部修正し、チームの定義を、明確な共有された目標を達成するために協働して働く、異なった課題を持った2人以上の識別可能な小集団としている。

## ● ワーク・チームの構造とチーム・アプローチ・モデル

菊地（2000）によると、業務を行うワーク・チームの特徴を次のように表現している。常にチームに課せられた課題やチームを取り巻く様々な状況などの環境に対応して、内部構造つまりチームメンバーの地位と役割の典型的なパターンを任意に変更することによって、チームの力をもっとも有効に発揮できるようにした組織の形態。

菊地（2002）によると多職種チームに関する研究は、主にリハビリテーションの領域で行われてきた。そして、チーム・アプローチ・モデルには、マルチディシプリナリー・モデル、インターディシプリナリー・モデル、トランスディシプリナリー・モデルの3つがあると言われているが、一致した定義がないとされている。しかしながら、共通している特徴としては次のようなものがある。

マルチディシプリナリー・モデルについては、「アセスメント、ケアプランの作成そしてケアの提供などが個別に行われ、チームとしての協働・連携が十分に行われていない。その結果、利用者（患者）に対して何らかの不利益が生じることがある。」と挙げている。

インターディシプリナリー・モデルについては、「他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、アセスメント、ケアプラン作成そしてケアの提供などに多職種による協働・連携が行われている。」と挙げている。

トランスディシプリナリー・モデルについては、「役割解放（role release）と呼ばれる、意図的・計画的な専門職間の役割の横断的共有を行う。しばしば、インターディシプリナリー・モデルの進んだものとされることがある。」と挙げている。



一方、Germain (1984) は、マルチディシプリナリー・モデルとインターディシプリナリー・モデルを次のように定義している。マルチディシプリナリー・モデルについては、「医療チームは、医師の患者の治療に対する専門性と法的責任によって、リーダーシップとコントロールが医師に帰属するので、本質的に階層的である。」としている。インターディシプリナリー・モデルについては、「在宅サービスを提供するチームのような協働・連携を重視するものであり、医療チームが用いるマルチディシプリナリー・モデルのように、人命に関わる危険な状況や時間的制約のもとで活動することが少なく、また一人の人物から支持を受ける必要も少ない。」

これらGermain (1984) の定義は、チームが活動する状況やチームに課せられた課題の性質の点からモデルを区別している。菊地 (2002) によると、マルチディシプリナリー・モデルに共通して挙げられる特徴は、チームとしての協働・連携が十分に行われていないとされているため、マルチディシプリナリー・モデルとトランスディシプリナリー・モデルを区別する上ではGermain (1984) の定義が参考になるとしている。

### ● 多職種チーム

菊地 (2002) は、多職種チームの活動について、タスクワークとチームワークを挙げている。タスクワークとは、チームの中の専門単位を形成する行動プログラムの集合であり、各チームメンバーが個別に与えられた課題を達成するための個人レベルの行動プログラムと、チームに与えられた課題を達成するためのチームレベルの行動プログラムがあるとしている。前者はチームの中での各専門職の役割に、後者はチームに課せられた課題を達成するために用いられるチーム・アプローチ・モデルに該当するものであり、いずれも与えられた課題を達成するためにもっとも効果的・効率的な行動プログラムが選ばれる必要がある。

チームワークとは、チームの中の専門単位を形成する行動プログラムの集合を、互いに結びつけ調整・統合するための体系的な行動プログラムであり、チームの構造によってもっとも効果的・効率的な行動プログラムが選ばれる必要がある。

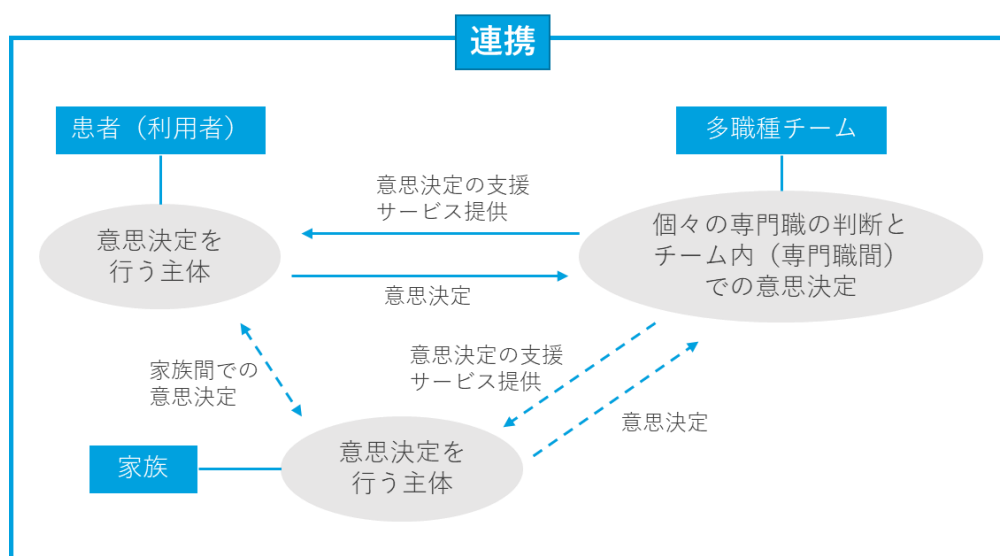
菊地 (2002) は、多職種チームは、ワーク・チームという業務を行う組織の1つであるとし、多職種チームのメンバーには患者や家族は含まれないとしている。その理由は、患者や家族は組織の一員ではないためである。患者は保健・医療・福祉などの各種サービスを使う利用者であり、サービス利用にあたっての意思決定を行

う主体であると記している。チームは患者がよりよい意思決定を行えるように支援して、その決定に従ってサービスを提供していく。もし、患者が痴呆などで意思決定能力を失っている時などは家族に対しても必要なサービスを提供したり、よりよい意思決定を行えるように支援したりする必要があるとしている。

菊地（2002）の多職種チームへの説明は、地域包括ケアシステムの植木鉢の図の考えに近い。地域包括ケアシステムにおいて、本人の選択と本人・家族の心構えを土台として、その上に医療・介護・保健・福祉などの専門サービスが個々に合わせて提供されるとしていた。一方で、菊地（2002）の多職種チームへの考えは、山中（2003）の連携の定義とは異なり、本人と家族は含めていない。山中（2003）の連携の定義は、図11の多職種連携におけるケアマネジメントの課題と目標の考えに近い。すなわち、本人と家族が専門職と協力し、単独では解決できない共通の目標を達成するというものである。しかしながら、菊地（2002）も山中（2003）も共有された目標に向かって取り組むという点においては同じであり、連携の中のサービス提供の主体として専門職を挙げている。つまり、広義の連携においては本人と家族が入り、狭義の連携においては専門職だけの多職種チームとなる。その関係を示すと図14のようになる。

したがって、今回は保険薬剤師と介護支援専門員の専門職同士の連携であるため、菊地（2002）の内容を採用し、構成概念を構築する。

図14 多職種チームと患者・家族の関係



出典：菊地（2002）「多職種チームとは何か」, p3, 図1をもとに作成

## 第4章 研究方法

### 第1節 調査設計

本研究では、Morgan and Hunt(1994)の KMV モデルをベースとして医療連携のリレーションシップ・マーケティングを調査した井上・富田 (2002) のモデルを改良し、保険薬剤師と介護支援専門員の連携における分析モデルを探索的に構築し、検証する。すなわち、仮説探索型の研究とする。

#### ● リレーションシップ・マーケティングを用いる理由

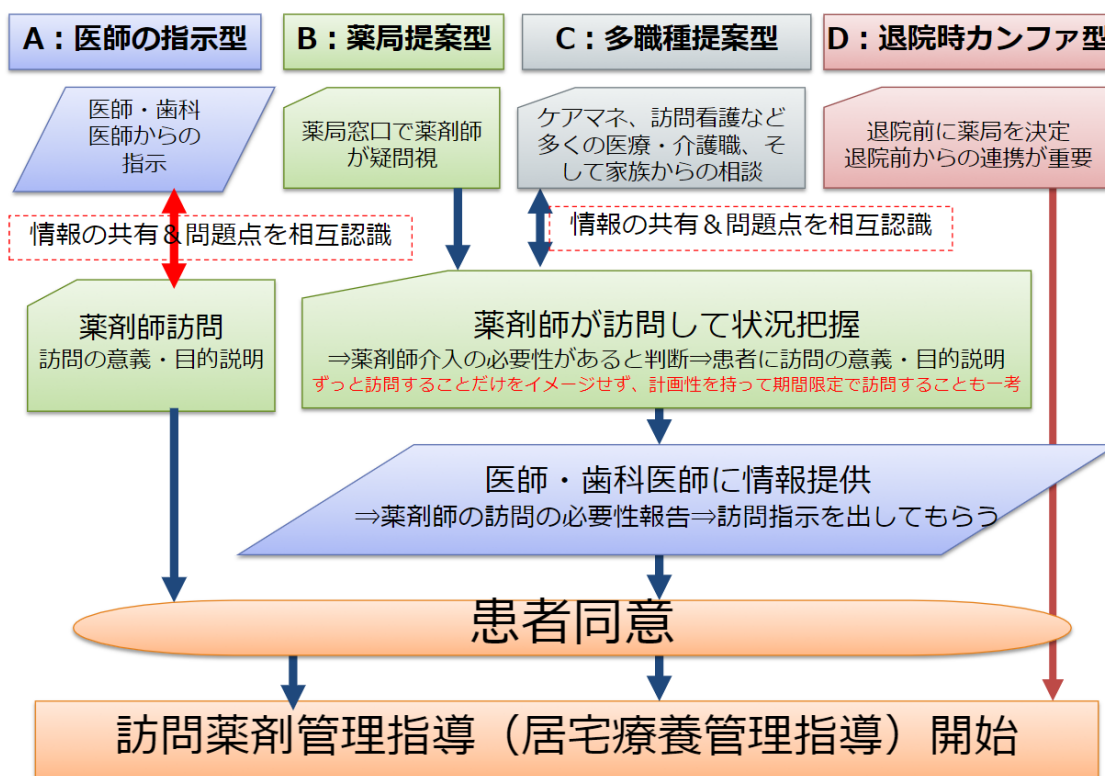
なぜ、リレーションシップ・マーケティングの手法を用いるかについて述べる。嶋口 (1995) は、リレーションシップという用語には、相互信頼に基づいた崇高なスピリッツや精神的優秀性といった価値を含み持っている指摘しており、リレーションシップ・マーケティングの課題は、価値ある良き関係をいかに維持・強化・発展させるかであると主張している。すなわち、マーケティング企業は常に顧客（企業）との間に信頼関係を結ぶことを思考すべきであり、その手法と成果こそがリレーションシップ・マーケティング研究の対象であるとしている。

また、久保田 (2012) によると、リレーションシップ・マーケティングとは、顧客との間に「リレーションシップ（関係性）」と呼ばれる、友好的で、持続的かつ安定的な結びつきを構築することで、長期的にみて好ましい成果を実現しようとする、売り手の活動であると定義されている。

今回の地域包括ケアシステムにおける多職種連携はまさに信頼関係が重要であり、それら信頼関係を通して長期的に患者・利用者の望む姿を目指さなくてはならない。加えて、保険薬剤師と介護支援専門員の連携における患者・利用者の紹介の流れを踏まえると医療と介護の質を高める点と経済的利益を受ける点で価値ある良き関係になっており、リレーションシップ・マーケティングが適応できると考える。

まず患者の紹介については、図 15 の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を開始する4つのパターンが参考になる。

図 15 訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）開始に至る4つのパターン



出典：川添（2016），p5

これまでは、保険薬剤師が在宅医療を開始するパターンとして、Aの医師の指示型が最も多かった。しかしながら、公益社団法人日本薬剤師会常務理事の安部好弘によると、近年ではCの多職種提案型が増えているとされる。この要因としては、少しずつ保険薬剤師と介護専門職の連携が進んでいることが考えられる。多職種提案型にはケアマネジャー（介護支援専門員）も含まれており、介護支援専門員の相談をきっかけに、保険薬剤師が状況を把握し、医師・歯科医師に情報提供し、患者の同意を得て、在宅医療が開始されるという流れになる。したがって、介護支援専門員が患者・利用者を保険薬剤師に紹介するという流れであることがわかり、ここにリレーションシップが介在することで保険薬剤師と介護支援専門員の長期的関係の発展につながると考えられる。

介護保険を利用する利用者は自分の担当となる介護支援専門員を持たなければならない。この担当となる介護支援専門員が中心となってケアプランを作成することとなる。もしここで、利用者に在宅医療が必要になった場合や服用の管理上の問題が起きた時に、かかりつけ薬剤師を持っていないとなると、この担当となる介護支援専門員がその患者に関わりのある薬剤師や介護支援専門員が付き合いのある薬剤師に相談をす

ることになる。したがって、相談を受けた薬剤師は、その利用者の薬の管理をしたり、在宅医療を担当したりすることができると思う。それによって、薬剤師は新しい利用者を担当することができるようになる。つまり、介護支援専門員から保険薬剤師へ利用者（患者）の紹介が起こることになり、それが薬剤師にとっては新たな収益源になるのである。

一方、患者がかかりつけ薬剤師を持っていて、介護保険の利用の必要性があるのにも関わらず、介護保険を利用していない場合は、保険薬剤師が患者に介護支援専門員を紹介し、介護保険の利用を開始するケースも考えられる。それにより、介護支援専門員は新たな利用者を得ることができる。

以上の内容により、保険薬剤師と介護支援専門員の連携は、リレーションシップ・マーケティング研究の対象になると考えられる。

## 第2節 構成概念構築

前章の先行研究をもとに本研究の分析モデルを構築する。リレーションシップ・マーケティングの理論を使う上で、Morgan and Hunt(1994)で中心的要因となっており、井上・富田（2002）においても用いられていたリレーションシップ・コミットメントと信頼は本研究においても媒介要因として採用する。保険薬剤師と介護支援専門員の連携においても、相手に関係維持のために最大限の努力をしても良いと考えるくらい重要だと信じることは十分に考えられ、信用できる・誠実であると自身を持って思えることも同様に考えられるためである。

### ● 前提要因

前提要因については、井上・富田（2002）で用いられていた構成概念の一部を採用した。採用した構成概念について、「リレーションシップ・ベネフィット」の定義は、井上・富田（2002）において、製品の有益性、顧客満足、製品性能などの点でリレーションシップから得られるベネフィットのこととしている。今回の保険薬剤師と介護支援専門員の連携におけるベネフィットに置き換えると、連携をすることでより優れた医療・介護サービスを提供できることである。また、識者へのインタビューにおいて、日本薬剤師会常務理事の安部氏によると、「連携をすることで毎日訪問できない中で、患者の服用状況を確認することができる。」といった内容があったため、今回採用した。

「対応能力」の定義は、井上・富田（2002）においては、相手の期待、要求に対して迅速かつ的確に対応する能力である。医療法人緑風会ケアマネジャーによると、「利用者さんが直接ドクターに言えなくて服用していない薬があるが定期処方され、たまっている等の問題に対して、保険薬剤師が医師との橋渡しをしてくれたことがある。」といった話があり、今回の構成概念においても対応能力は重要であると判断し、採用した。

「共有価値」について、井上・富田（2002）において、定義は特定の行動、目標、方針の重要性や適切性について双方のパートナーが有している共通の信念であるとされている。日本薬剤師会常務理事の有澤氏は、インタビューで「連携で求められるのは、利用者さんを中心に寄り添う形で専門性を出していける人。」と述べている。また、介護保険の理念が自立支援であることも踏まえると重要な構成概念である。菊地（2002）や山中（2003）においても共通の目標がチーム、連携において必要であると記載されていることから共有価値を採用した。

「コミュニケーション」について、井上・富田（2002）では、気持ちや意見などを相手に伝達することを指し、公式なものだけでなく非公式なものも含むと定義されている。菊地（2002）においてもチーム・アプローチ・モデルの中のトランスディシプリナリー・モデルでは、他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれていると記載されていることからコミュニケーションは重要な構成概念である。コミュニケーションに該当する質問項目では、保険薬剤師との具体的なやり取りの頻度を尋ね、保険薬剤師とやり取りをしている介護支援専門員を抽出できるようにした。

「相手の職種への理解」については、井上・富田（2002）では無い構成概念であり、今回のインタビュー調査で特に挙げられていた内容であったため、構成概念に採用した。例えば、次のような内容がインタビュー調査でわかった。有限会社飯島代表取締役社長の飯島氏は、「ケアマネジャーは、薬剤師が疑義照会をして、薬を変更できることも知らない。」と述べ、青森県薬剤師会会長であり、日本介護支援専門員協会初代会長の木村氏は、「薬剤師も介護支援専門員もお互いの職種のことを知らない。」と述べている。また、日本薬剤師会常務理事の安部氏は、「連携で求められるのは、職種の理解、お互いの専門性への理解。」と述べており、相手の職種への理解が連携の要因を調べる上で重要であると判断した。その定義は、リレーションシップを形成する相手の役割を理解しており、お互いの専門性の違いを理解し、相手がどんな仕事をするかができるかを理解しているとした。

## ● 結果要因

結果要因については、井上・富田（2002）で用いられていた構成概念の一部を採用し、インタビュー調査と菊地（2002）の内容をもとに新たに採用した構成概念がある。

「顧客紹介」については、井上・富田（2002）で採用された構成概念であり、既に述べたように今回の保険薬剤師と介護支援専門員においても患者・利用者の紹介が行われると考え、採用した。その定義は、パートナーに対して自らの顧客を紹介することである。

「協調」については、井上・富田（2002）でも採用されていた構成概念であるが、インタビュー調査の内容と菊地（2002）を参考に定義を変更した。定義は、当事者にとって重要な情報・知識を提供し、協働で行動することである。保険薬剤師と介護支援専門員は、在宅業務で連携を行う場合は、保険薬剤師側が医師の処方箋通りに薬を調剤し、患者宅に配達し、薬の説明と服薬管理を行い、その報告を医師と介護支援専門員に行わなければならない。したがって、今回は情報共有と協調を同じ構成概念にした。インタビュー調査においても、情報共有と協働で行動することの重要性が述べられている。例えば、日本薬剤師会常務理事の安部氏は、「患者さんから嘘つかれてしまうと患者宅にも行けない。そのような中、患者宅で介護をしているヘルパーからケアマネジャーに情報が入り、薬の管理状況を薬剤師に共有してもらえると実状がわかり、次の手が打てる。」「毎日いけない中で、ヘルパーさんにわかるように薬の管理を教えて、ケアマネジャーがコントロールできるようにする。ヘルパーからケアマネジャーに情報が行き、ケアマネジャーから薬剤師に情報が来るような体制にしなければならない。」と述べている。安部氏の内容では、ヘルパーという他の専門職も連携の範囲に入れているが、地域包括ケアシステムが保険薬剤師と介護支援専門員の2者間だけのシステムではないためである。まずは保険薬剤師と介護支援専門員の情報共有と協働的行動が行われることで、多職種での連携がより機能し、患者の薬物治療がより良くなっていくと考えられるため、今回採用した。

「薬剤師からのサポート提供」は、井上・富田（2002）ではサポート提供としてのみ採用されていたが、薬剤師という内容を追記した。菊地（2003）の先行研究において、多職種チームの活動には、タスクワークとチームワークがあり、各専門職の行う活動を区別しているため、連携の要因をより区別できるようにするため採用した。その定義は、パートナーに対して、薬剤師から作業的、物的援助を提供することである。

「介護支援専門員からのサポート提供」は、薬剤師からのサポート提供と同様に、連携の要因をより区別できるようにするため採用した。その定義は、パートナーに対して、介護支援専門員から専門的な知識や機会を提供することである。

「リレーションシップ・解消意思」は、今回採用した構成概念である。定義は、リレーションシップを解消したいという意味である。こちらを採用した理由は、先にも述べたが、保険薬剤師と介護支援専門員の連携は患者との契約が必要になり、一度連携が形成されると2者間の意思で連携解消が難しいためである。しかしながら、解消したいという意思を持っている可能性は考えられるため、今回採用した。

### ● 採用しなかった構成概念

今回採用しなかった構成概念について、「責任の所在」については、保険薬剤師と介護支援専門員という医療と介護で異なる分野の専門職同士の連携であるため、担当する分野や責任は明確であると考え、採用しなかった。「リレーションシップ・解消コスト」と「離脱性向」、「不確実性」については、保険薬剤師と介護支援専門員の連携は患者との契約が必要になり、一度連携が形成されると2者間の意思で連携解消が難しいと考えられるため、本研究とは合わないと考え、採用しなかった。「機会主義的行動」、「評判」、「個人的特性」、「黙諾」については、連携の成功要因を分析するという目的にそぐわないため、採用しなかった。「機能的コンフリクト」については、今回の保険薬剤師と介護支援専門員の連携がまだ十分にできている薬局が少ないという現状を考慮し、現段階ではまだ機能的コンフリクトを行うほどの連携が少ないと予想されたこと、そして今後連携がどのようにすれば機能していくのかを提言するという目的に合わせて今回は採用しなかった。



### 第3節 調査方法

調査方法としては、前述の分析モデルをもとに各構成概念を測定し、検証するために、保険薬剤師に対する観測変数・質問事項を作成し、介護支援専門員にアンケート調査を実施した。

構成概念の作成と観測変数・質問事項の作成に当たっては、実務上の妥当性を担保するために、2017年7月から10月にかけて、保険薬剤師と介護支援専門員の業務を理解している識者にインタビュー調査を行った。実際にインタビュー調査の相手を表2に記す。

表2 インタビュー調査対象

職種	所属・役職	対象者
薬剤師	公益社団法人日本薬剤師会常務理事	安部 好弘 有澤 賢二
	一般社団法人上田薬剤師会会長	飯島 康典
	一般社団法人上田薬剤師会	飯島 伴典
	有限会社飯島代表取締役社長	飯島 裕也
	一般社団法人青森県薬剤師会会長 一般社団法人日本介護支援専門員協会初代会長	木村 隆次
介護支援専門員	株式会社やさしい手	介護支援事業担当者
	社会福祉法人緑風会	介護支援専門員

作成した各質問事項は「非常に当てはまる」から「全く当てはまらない」までの5段階で評価してもらい、わからない場合は「99 わからない」を選択してもらった。わからないという回答については欠損値として処理を行った。今回、わからないを設定した理由は、回答数の確保のためである。保険薬剤師と介護支援専門員の連携が十分に進んでいる状況ではないため、質問事項によっては回答できない内容もあると考えた。構成概念に対応する観測変数・質問事項を表3にまとめる。

表3 質問項目

構成概念	観測変数・質問項目
相手の職種への理解	x1. 貴方は、薬剤師が居宅療養管理指導・訪問薬剤管理指導を行えることを知っている。 x2. 貴方は、薬剤師が医師に確認した上で、薬を変更できることを知っている。 x3. 貴方は、薬剤師がガーゼやオムツなどの衛生用品を扱う知識があることを知っている。

リレーションシップ・ベネフィット	<p>x4. 貴方は、当該薬剤師との連携によって効率的な業務ができる。</p> <p>x5. 貴方は、当該薬剤師との連携によって利用者により優れた医療介護サービスを提供できる。</p>
共有価値	<p>x6. 貴方と当該薬剤師の自立支援の理念は共通している。</p> <p>x7. 貴方と当該薬剤師の薬物療法・ケア方針は共通している。</p> <p>x8. 貴方と当該薬剤師の利用者中心の考えは共通している。</p>
コミュニケーション	<p>x9. 貴方は、業務や地域の研修会などで当該薬剤師との接触機会を多く持っている。</p> <p>x10. 貴方と当該薬剤師は、飲み会など非公式な場での接触機会を多く持っている。</p> <p>x11. 貴方と当該薬剤師は、気軽に連絡を取り合う。</p> <p>x12. 薬剤師とのやり取りの頻度について教えてください。 月 8 回以上 ・ 月 4~7 回以上 ・ 月 2~3 回程度 ・ 月 1 回以下 ・ なし</p>
対応能力	<p>x13. 当該薬剤師は、依頼した事柄に対し、迅速かつ適切な対応する。</p> <p>x14. 当該薬剤師は、定期的な報告を遅れることなく行う。</p> <p>x15. 当該薬剤師は、残薬の調整に対応してくれる。</p>
顧客紹介	<p>x16. 当該薬剤師に利用者を紹介したい。</p> <p>x17. 当該薬剤師から貴方に利用者の紹介がある。</p> <p>x18. 当該薬剤師との連携は貴方の利用者数増加に貢献している。</p> <p>x19. 昨年度における当該薬剤師から貴方への紹介利用者数をお答えください。( ) 人 (正確な人数がお分かりにならない場合は、おおよその人数でかまいません)</p> <p>x20. 昨年度における貴方から当該薬剤師への紹介利用者数をお答えください。( ) 人 (正確な人数がお分かりにならない場合は、おおよその人数でかまいません)</p>
リレーションシップ・解消意思	<p>x21. 貴方は、当該薬剤師との連携を解消したい。</p> <p>x22. 新しい薬剤師が見つかるのであれば、当該薬剤師との連携を解消したい。</p> <p>x23. 当該薬剤師は、貴方の要望を受け入れようとしない。</p> <p>x24. 当該薬剤師は、貴方に要求を押し付けてくる。</p>
協調	<p>x25. 当該薬剤師は、貴方へ薬に関わる知識 (効能や用法、管理の仕方など) を提供してくれる。</p> <p>x26. 当該薬剤師は、貴方へ利用者の病気や症状に関わる知識を提供してくれる。</p> <p>x27. 貴方と当該薬剤師は、利用者の服用状況が良くなるように協力している。</p> <p>x28. 貴方と当該薬剤師は、利用者の症状が悪化しないように協力している。</p> <p>x29. 貴方と当該薬剤師は、利用者の情報を十分に共有している。</p> <p>x30. 貴方と当該薬剤師は、利用者の情報だけでなく、地域の様々な情報を共有している。</p>

薬剤師からのサポート提供	<p>x31. 当該薬剤師は、服薬カレンダーや服薬管理ボックスを提供してくれる。</p> <p>x32. 当該薬剤師は、利用者の服用薬を用法通りセットしてくれる。</p>
介護支援専門員からのサポート提供	<p>x33. 貴方は、当該薬剤師が関与している利用者のケアプランの提供を行なっている。</p> <p>x34. 貴方は、当該薬剤師から相談があった場合は、介護サービスの情報を提供している。</p> <p>x35. 貴方は、当該薬剤師をサービス担当者会議に呼んでいる。</p> <p>x36. 貴方と当該薬剤師は、同行訪問を行っている。</p>
リレーションシップ・コミットメント	<p>x37. 貴方にとって当該薬剤師は、代わりが居ない。</p> <p>x38. 貴方は、当該薬剤師との連携を継続したい。</p> <p>x39. 当該薬剤師との連携を解消することは貴方にとって困ることである。</p>
信頼	<p>x40. 貴方は、当該薬剤師と対等な関係のもとで仕事をしている。</p> <p>x41. 貴方と当該薬剤師に意見の対立が生じたとしても友好的に解決できる。</p> <p>x42. 当該薬剤師は、貴方との連携に対して不安はないと思う。</p>

## ● アンケート調査対象者

今回の調査目的は、保険薬剤師と介護支援専門員の連携の要因を分析することであるため、保険薬剤師と連携を実施したことがある介護支援専門員を対象にアンケート調査を行う。

## ● 調査実施期間

2017年11月2日～11月21日（20日間）

## ● 調査方法

Google フォームによる Web アンケート方式を用いた。Web 環境の都合で難しい場合は、紙面での調査を実施した。

## ● 依頼方法

メールに依頼文と Google フォームの URL を記載して依頼した。

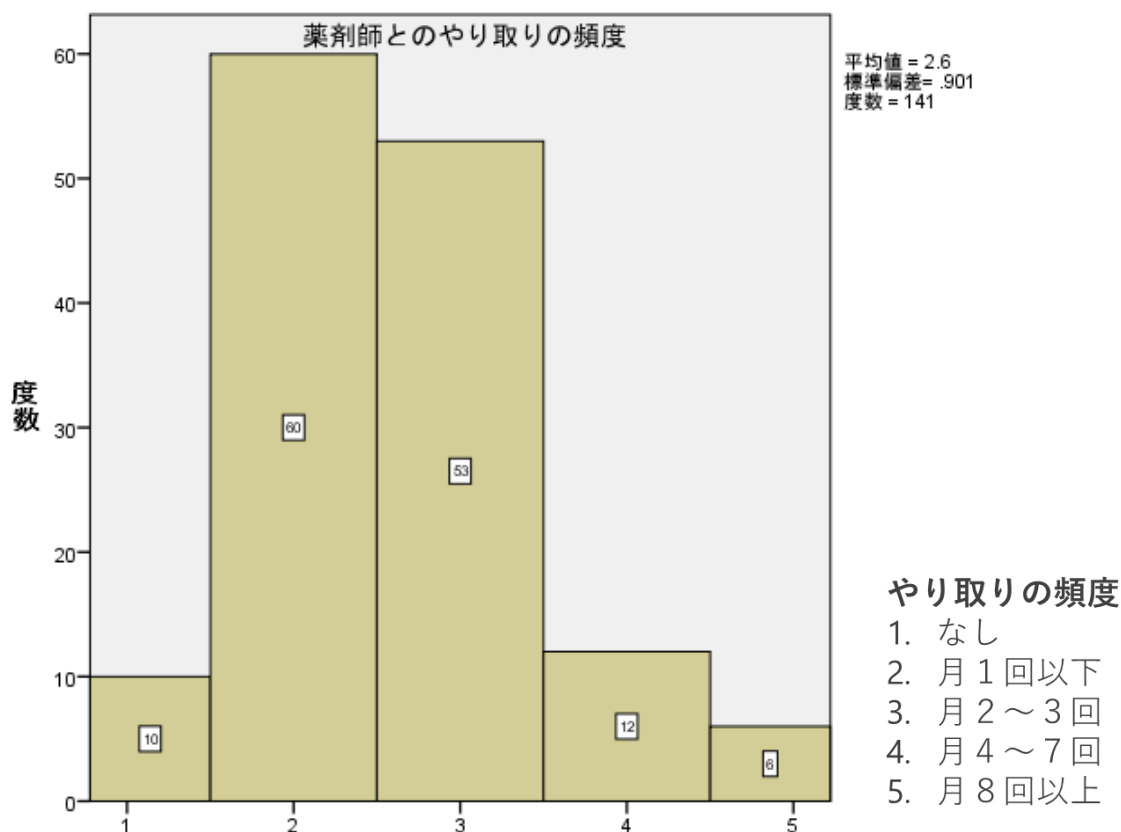
## 第5章 研究結果

### 第1節 調査結果

#### ● アンケート調査結果

アンケート回答数は144件あった。今回は保険薬剤師と連携したことがある人を対象としているため、やり取りのある介護支援専門員の131件を分析に用いる。図16がやり取りの頻度の内訳である。内訳を見ると、月1回以下が最も多く、日頃のやり取りが少ないことが分かる。一方、月2～3回の頻度でやり取りしている方も多い。在宅業務においては、2週間に1回の頻度で医師から処方箋が発行され、薬剤師が訪問して薬物療法の管理をし、医師と介護支援専門員に報告するため、こちらは在宅業務で定期的にやり取りを行っている層であることがわかる。中には月8回以上もやり取りをしている介護支援専門員も6名おり、介護支援専門員の中でも保険薬剤師とのやり取りの頻度に差があることが分かる。

図16 アンケート回答者の保険薬剤師とのやり取りの頻度内訳



## 第2節 分析結果

### ● 分析方法

IBM SPSS・Amos 24 を用いて共分散構造分析を行い、探索的に分析モデルを検討した。Amos の推定法については最尤法を用いた。欠損値については、系列平均値を代入して分析を行った。

### ● 構成概念の評価

アンケート調査結果をもとに、各構成概念についての評価を行った。構成概念の内的整合性を評価する Cronbach の  $\alpha$  係数を用いた。その結果を表4に示す。相手の職種への理解と薬剤師からのサポート提供については、 $\alpha$  係数が 0.6 を下回っており、内的整合性が保たれていない可能性がある。しかしながら、構成概念の構築において、相手の職種への理解はインタビュー調査を通して重要性がある構成概念であった。薬剤師からのサポート提供は菊地（2002）の先行研究において各専門職の役割についての記述があり、それぞれ構成概念として導入することが研究目的の達成につながると考えるため、採用する。

表4 Cronbach の  $\alpha$  係数結果

構成概念	観測変数の数	$\alpha$ 係数
相手の職種への理解	3	.558
リレーションシップ・ベネフィット	2	.740
共有価値	3	.859
コミュニケーション	3	.730
対応能力	3	.811
顧客紹介	3	.608
リレーションシップ・解消意思	4	.896
協調	6	.916
薬剤師からのサポート提供	2	.425
介護支援専門員からのサポート提供	4	.717
リレーションシップ・コミットメント	3	.697
信頼	3	.884

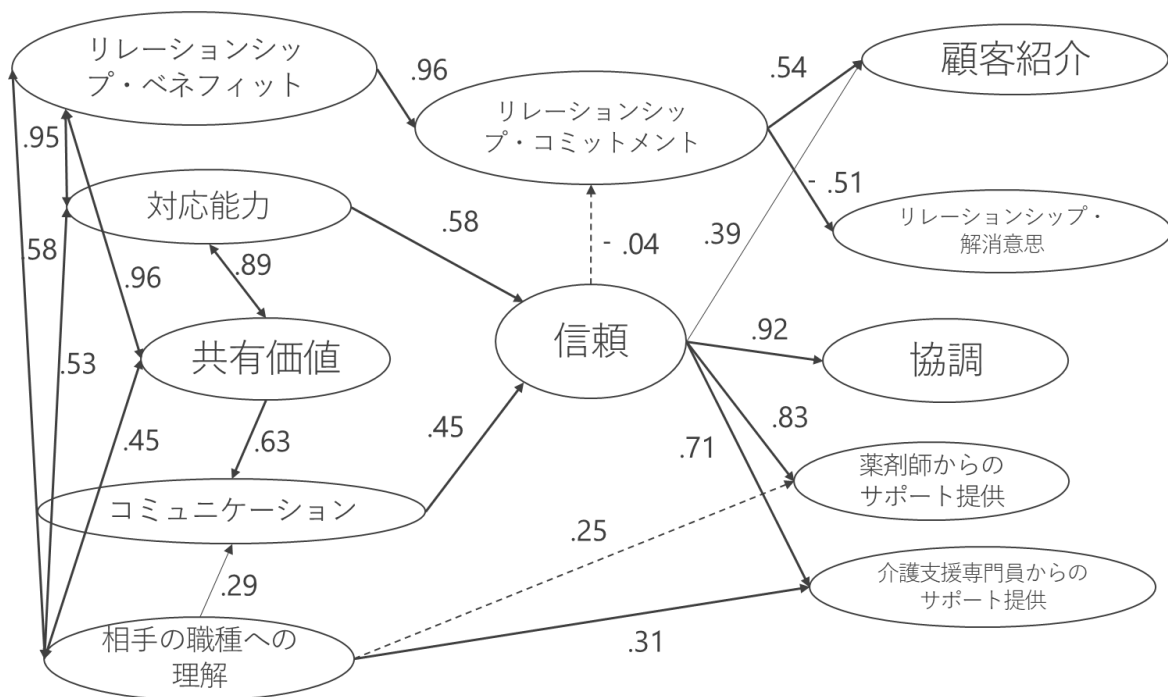
● 分析結果

Amos により、最も適合度が良かった今回の分析モデルを図 17 に示す。観測変数が多く、見えづらくなってしまうことから、観測変数は省略し、潜在変数のみを示す。また、後述する分析結果も併記することとした。分析モデルの標準化推定値は表 5 および表 6 の通りである。因子間相関が見られたため、表 7 に相関係数をまとめた。

分析モデルの適合度は、CFI=.866 と .900 に満たなかったが、RMSEA=.064 と 0.05~0.1 の範囲に収まっており、モデルの当てはまりはまずまず良いと考える。

図 17 において、潜在変数を指す双方向の矢印は共変関係を設定していることを表す。その近くの数字は相関係数を表している。単方向の矢印は因果関係を表しており、その近くの数字は標準化推定値である。矢印が太い実線は、パスが有意確率 1% で支持されたものであり、細い実線はパスが有意確率 5% で支持されたものである。点線はパスが支持されなかったものである。

図 17 分析モデルの分析結果



CMIN	自由度	有意確率	CFI	PCFI	RMSEA
1047.039	682	.000	.866	.797	.064

表5 因子負荷量

			推定値	t 値	有意確率
x 1	<---	相手の職種への理解	.658	4.357	.000
x 2	<---	相手の職種への理解	.738	4.473	.000
x 3	<---	相手の職種への理解	.482	a	a
x 4	<---	リレーションシップ・ ベネフィット	.835	a	a
x 5	<---	リレーションシップ・ ベネフィット	.740	9.777	.000
x 6	<---	共有価値	.767	10.278	.000
x 7	<---	共有価値	.784	10.610	.000
x 8	<---	共有価値	.851	a	a
x 9	<---	コミュニケーション	.555	5.899	.000
x 10	<---	コミュニケーション	.508	5.381	.000
x 11	<---	コミュニケーション	.803	a	a
x 13	<---	対応能力	.873	8.347	.000
x 14	<---	対応能力	.653	a	a
x 15	<---	対応能力	.734	7.298	.000
x 16	<---	顧客紹介	.850	a	a
x 17	<---	顧客紹介	.330	3.466	.000
x 18	<---	顧客紹介	.381	3.997	.000
x 21	<---	リレーションシップ・ 解消意思	.871	a	a
x 22	<---	リレーションシップ・ 解消意思	.861	11.218	.000
x 23	<---	リレーションシップ・ 解消意思	.675	8.350	.000
x 24	<---	リレーションシップ・ 解消意思	.635	7.721	.000
x 25	<---	協調	.814	9.685	.000
x 26	<---	協調	.792	9.384	.000
x 27	<---	協調	.772	9.118	.000
x 28	<---	協調	.848	10.163	.000
x 29	<---	協調	.757	a	a
x 30	<---	協調	.655	7.574	.000
x 31	<---	薬剤師からのサポート 提供	.443	a	a

<b>x 32</b>	<---	薬剤師からのサポート提供	.538	4.245	.000
<b>x 33</b>	<---	介護支援専門員からのサポート提供	.520	5.107	.000
<b>x 34</b>	<---	介護支援専門員からのサポート提供	.548	5.351	.000
<b>x 35</b>	<---	介護支援専門員からのサポート提供	.604	5.807	.000
<b>x 36</b>	<---	介護支援専門員からのサポート提供	.647	a	a
<b>x 37</b>	<---	リレーションシップ・コミットメント	.527	6.217	.000
<b>x 38</b>	<---	リレーションシップ・コミットメント	.872	a	a
<b>x 39</b>	<---	リレーションシップ・コミットメント	.632	7.795	.000
<b>x 40</b>	<---	信頼	.700	a	a
<b>x 41</b>	<---	信頼	.736	7.921	.000
<b>x 42</b>	<---	信頼	.639	6.913	.000

表6 標準化推定値

			推定値	t 値	有意確率
コミュニケーション	<---	相手の職種への理解	.286	2.358	.018
コミュニケーション	<---	共有価値	.627	5.816	.000
信頼	<---	コミュニケーション	.448	3.453	.000
信頼	<---	対応能力	.582	4.383	.000
リレーションシップ・コミットメント	<---	信頼	-.045	-.225	.822
リレーションシップ・コミットメント	<---	リレーションシップ・ベネフィット	.963	4.626	.000
顧客紹介	<---	リレーションシップ・コミットメント	.536	3.040	.002
協調	<---	信頼	.916	7.666	.000
介護支援専門員からのサポート提供	<---	相手の職種への理解	.308	2.301	.021
薬剤師からのサポート提供	<---	相手の職種への理解	.250	1.341	.180
リレーションシップ・解消意思	<---	リレーションシップ・コミットメント	-.508	-5.364	.000
介護支援専門員からのサポート提供	<---	信頼	.711	5.065	.000
薬剤師からのサポート提供	<---	信頼	.827	3.869	.000



顧客紹介	<---	信頼	.386	2.234	.025
------	------	----	------	-------	------

表7 相関

			推定値	t 値	有意確率
対応能力	<--->	リレーションシップ・ベネフィット	.947	5.618	.000
対応能力	<--->	相手の職種への理解	.529	3.223	.001
リレーションシップ・ベネフィット	<--->	相手の職種への理解	.577	3.516	.000
リレーションシップ・ベネフィット	<--->	共有価値	.959	6.563	.000
対応能力	<--->	共有価値	.888	5.508	.000
共有価値	<--->	相手の職種への理解	.447	3.058	.002

### ● パスについて

前提要因で「リレーションシップ・コミットメント」に向かうパスを持つのは、「リレーションシップ・ベネフィット」だけであった。その標準化推定値は.96と大きな値であり、「リレーションシップ・ベネフィット」が「リレーションシップ・コミットメント」に大きく影響していることがわかる。

前提要因で「信頼」に向かうパスを持つのは、「対応能力」と「コミュニケーション」であった。「対応能力」の標準化推定値は.58、「コミュニケーション」の標準化推定値は.45であり、「信頼」により影響を与えるのは「対応能力」であることがわかる。一方で、「コミュニケーション」に影響を及ぼすのは、「共有価値」と「相手の職種への理解」であり、標準化推定値は「共有価値」が.63、「相手の職種への理解」が.29であった。これにより、「共有価値」の方が「コミュニケーション」に大きく影響することがわかる。しかしながら、「相手の職種への理解」は結果要因の「薬剤師からのサポート提供」「介護支援専門員からのサポート提供」に向かうパスがあった。「薬剤師からのサポート提供」は5%有意水準を上回ってしまったので、パスは支持されなかった。一方で、「介護支援専門員からのサポート提供」についてはパスが支持され、標準化推定値は.31であり、「相手の職種への理解」が「介護支援専門員からのサポート提供」に直接影響を及ぼすことがわかる。

媒介要因では、「リレーションシップ・コミットメント」から「顧客紹介」と「リレーションシップ・解消意思」にパスが向かい、標準化推定値は「顧客紹介」へが.54、「リレーションシップ・解消意思」へが-.51であった。これにより、「リ

レーションシップ・コミットメント」が高まると「リレーションシップ・解消意思」が減っていくことがわかる。

「信頼」からは「リレーションシップ・コミットメント」、「顧客紹介」、「協調」、「薬剤師からのサポート提供」、「介護支援専門員からのサポート提供」へのパスがあった。その中でも「信頼」から「リレーションシップ・コミットメント」へのパスが支持されず、パス係数は負を示している点が先行研究とは異なった。「顧客紹介」へのパスの標準化推定値は.39であり、「リレーションシップ・コミットメント」から「顧客紹介」への標準化推定値よりは小さいものの、「信頼」も影響を与えるということがわかった。「協調」へのパスは.92と大きな影響を与えることがわかった。「薬剤師からのサポート提供」は.83であり、「介護支援専門員からのサポート提供」は.71であった。「信頼」からの影響は「薬剤師からのサポート提供」の方が大きいですが、直接効果と間接効果を考慮すると「相手の職種への理解」からの影響は「介護支援専門員からのサポート提供」の方が大きいことがわかった。

#### ● 共変関係について

図 17 と表 7 より、因子間相関が認められる潜在変数があった。「対応能力」と「リレーションシップ・ベネフィット」は相関係数が.95と強い相関である。「対応能力」と「相手の職種への理解」は相関係数が.53であり、「リレーションシップ・ベネフィット」と「相手の職種への理解」は相関係数が.58であった。「共有価値」と「相手の職種への理解」は相関係数が.45であり、「相手の職種への理解」と相関にある潜在変数は中程度の相関であることがわかる。「リレーションシップ・ベネフィット」と「共有価値」の相関係数は.96でこちらも強い相関が認められた。「対応能力」と「共有価値」の相関係数は.89でこちらも強い相関があった。

### 第3節 考察

#### ● 前提要因

「リレーションシップ・ベネフィット」が「リレーションシップ・コミットメント」に唯一影響を与える結果になり、かつ大きな影響を与えることについては、連携を行うベネフィットを実感することで、パートナーに対して、連携を維持するために最大限の努力をしても良いと思える相手であると信じられるという状況を表していると考えられる。これは、医療と介護の専門職として、連携を行うことで患者・利用者により優れた医療介護サービスを提供したいという姿勢が結果として出たのだと考える。また、連携でのベネフィットを出すためには、専門職として努力をしなければならない。よりレベルの高いパートナーと連携をすとなれば、連携をすることでのベネフィットも実感しやすい。ベネフィットを実感することによって、相手を信じ、より高いレベルでのやり取りを行えるように努力をするのだと考える。

「対応能力」から「信頼」のパスが「コミュニケーション」よりも大きな標準化推定値になったことについて、保険薬剤師と介護支援専門員の連携においては、患者・利用者の治療・ケアに直結する課題が多く、特に在宅医療などにおいては、夜間・休日の対応や急変時など緊急で薬が必要になった時に迅速に対応してもらうことが重要となる。患者の残薬や医師に相談にしばらくのような内容を薬剤師に対応して欲しいという介護支援専門員が多いことから「対応能力」が「信頼」に大きく影響を与える理由になったのだと考える。

「共有価値」から「コミュニケーション」のパスが支持されたことと「共有価値」の方が「相手の職種への理解」よりも大きな標準化推定値になったことについては、「共有価値」があることでパートナーに対して相談してみよう、話してみようと思えるようになることが考えられる。また、「共有価値」がある専門職同士は同じ研修会に参加することも多く、それがきっかけとしてコミュニケーションが生まれるのではないかと考える。「相手の職種への理解」を持っている人は必ずしも、コミュニケーションを取ろうとしない、研修会に参加しないということがあるため、「コミュニケーション」へのパスの標準化推定値が.29 とあまり大きな値にならなかったのではないかと考える。しかしながら、「相手の職種への理解」から「介護支援専門員からのサポート提供」に直接のパスが支持されたことについては、介護支援専門員は利用者の薬の問題を抱えているが、その相談を訪問看護師に行っていたり、相談したくてもできずに抱えていたりするケースが多いためと考える。保険薬剤師は具体的にどうい

うことができるのかを理解すれば、自分の利用者の薬の問題を解決できるかもしれないと考え、保険薬剤師に対してサポート提供がなされるのだと考える。

一方で、「相手の職種への理解」から「薬剤師からのサポート提供」のパスが支持されなかったことについては、「薬剤師からのサポート提供」の観測変数の内容が相手の職種を理解していなくても保険薬剤師が行うべき内容であったためではないかと考える。この点については、質問項目の検討が必要と考える。

「コミュニケーション」から「信頼」については、やはり普段から接触機会があり、気軽に連携が取れるような関係になっていると信頼も醸成されるということがわかった。「コミュニケーション」を促す要因として「共有価値」と「相手の職種への理解」があったことについては、先行研究とは異なる結果であり、今回の保険薬剤師と介護支援専門員の連携が、患者・利用者の治療・ケアのために働く職種であり、お互いに異なる分野で異なる組織に所属しながら連携を取らなくてはならないという状況を表していると考えられる。医療専門職ははるか昔からある職種が多く、馴染みが深い。介護専門職は近年の寿命の長期化がもたらした新しい職種であり、常に更新されつづけている職種のひとつでもあるため、まだまだ理解が進んでいない一面がある。医療も介護も専門性が高いが、お互いに共同で業務をするということはこれまで少なかった。そのために、名前は知っているが具体的に何ができる人なのかわからないという状況が起きているのだと考える。また、医療専門職と介護専門職で距離があることも多く、その時に距離を縮めるきっかけとして、共有価値が必要になるのではないかと考える。

「共有価値」と「リレーションシップ・ベネフィット」、「対応能力」に強い相関があることについて、「共有価値」を持っている専門職は、患者・利用者のために働くという意思が強く、自己研鑽を積んでいるため、対応能力が高く、連携をすることでのベネフィットも大きいのではないかと考える。

## ● 媒介要因

「信頼」から「リレーションシップ・コミットメント」へのパスが支持されなかったことについては、連携の形成段階が影響していると考えられる。実際の連携においては、連携の経験が深く、信頼関係があると、お互いに阿吽の呼吸で業務を行うことができ、指示などの負担が減ることがある。一方で、連携が始まって初期の段階は、お互いの連携をうまくいかせようとお互いに努力をし、成果を実感するようになるこ

とで、パートナーに対して最大限の努力をしても良いと感じるようになる段階があることも考えられる。

したがって、信頼が高まってリレーションシップ・コミットメントが表す「関係維持のために最大限の努力をしても良い」となるかは、連携の段階によって異なるため、今回の結果になったと考える。

## ● 結果要因

「リレーションシップ・コミットメント」から「顧客紹介」へのパスが支持され、「信頼」からのパスよりも標準化推定値が大きくなったことについて、連携において、患者・利用者を紹介したいと考えるのは、実際に連携を行っていて、ベネフィットがあるパートナーが良いということを表していると考ええる。今回、「リレーションシップ・コミットメント」の前提要因が「リレーションシップ・ベネフィット」だけであったことを考えると、保険薬剤師と介護支援専門員の連携においては、具体的なベネフィットをしっかりと出せることがお互いの患者・利用者を増やすために重要であると考ええる。

「リレーションシップ・コミットメント」から「リレーションシップ・解消意思」のパスが支持されたことについては、こちらも連携をすることで、ベネフィットを実感することで、連携を解消したいという意思を減らすことができるというのを表していると考ええる。コミュニケーションが取れて、対応が早い人であって信頼があったとしても、連携をすることでのベネフィットを実感できなければ、パートナーに連携を解消したいと思われる可能性があるということを表していると考ええる。

「信頼」から「顧客紹介」へのパスが支持されたことについては、信頼できるパートナーに対しても患者・利用者を紹介したいと考えることを表している。よって、患者・利用者を紹介してもらうためには、コミュニケーションも取りつつ、しっかりと対応して、連携のベネフィットも感じてもらえるように努力しなければならない。

「信頼」から「協調」へのパスが支持され、標準化推定値が大きかったことについては、コミュニケーションが取れ、実際に対応能力があつて、信頼ができるパートナーであれば、情報共有を行い、協働で患者宅に行ったりすることが起きるということを表している。協働で業務を行う上では、コミュニケーションが円滑に取れ、対応能力があることが重要であり、一緒業務を行うなら信頼ができる人が良いというのを表していると考ええる。

「信頼」から「薬剤師からのサポート提供」に対してパスが支持されたことについては、保険薬剤師もコミュニケーションが取れ、対応能力があり、信頼ができる介護支援専門員に対してサポートしたいと考えるということが考えられる。

「信頼」から「介護支援専門員からのサポート提供」に対してのパスが支持されたことについては、介護支援専門員もコミュニケーションが取れ、対応能力があり、信頼ができる保険薬剤師に対してサポートしたいと考えるということが考えられる。

## 第6章 研究示唆

### 第1節 連携推進への提言

今回の問題意識として、保険薬剤師と介護支援専門員の連携の重要性が高まる一方で、十分な連携ができている薬局は少ないということを挙げていた。本研究の分析をもとに、地域包括ケアシステムに向けて、地域での保険薬剤師と介護支援専門員の連携推進のための提言を行う。

#### ● 提言1：連携推進のための場に参加する

連携のためのリレーションシップを形成するためには、共有価値を持つことと相手の職種への理解を深めることでコミュニケーションが高まり、信頼が醸成されることがわかった。そして、リレーションシップのベネフィットを理解することでコミットメントが高まり、顧客紹介につながったり、解消したいという意思を減らせたりすることがわかった。したがって、まだ連携が十分にできていない保険薬剤師と介護支援専門員は、治療・ケアの理念をお互いに学び、共有するということが重要になり、お互いの職種への理解を同時に深めていくことが重要である。その為には、地域での多職種が集まる研修会に参加することが効果的である。特に効果的な研修会の形式は、ワークショップ型の研修会であり、参加者同士がお互いに会話し、仕事の内容を共有できるものが相応しい。それら研修会を通してコミュニケーションを深めると共に、お互いの抱える課題を共有し、それぞれの専門職の目線で課題解決について話し合うことで連携のベネフィットも感じられると考える。そして、その後の懇親会にも参加して更にコミュニケーションを取っていくことが信頼の醸成につながると考える。

しかしながら、地域の視点で見ると、連携が進んでいる地域は既にそのような研修会の場を設けている所があり、そこに参加をすれば良いが、まだ連携が進んでいないような地域であるとそのような多職種参加型の研修会は少ないのではないかと考える。そこで、これから連携を進めていく地域における連携構築期の研修会の在り方を提言する。

これから連携を進めていく地域においては、多職種が集まる場を提供し、ワークショップ型研修会にして、多職種が交流できるグループを作成する。そして、研修会の内容もすべてワークショップ型にするのではなく、医療と介護それぞれの専門職が集まるため、はじめは各専門職の紹介を入れ、それぞれの保険制度の理念を学ぶ講義の時間も設ける。そして、連携のベネフィットとなる具体的な改善事例を紹介しながら、お互いが連携をする効果を理解していく内容とする。研修会終了後は懇親会の場を設け、時には交流会だけを実施していくことが地域全体の連携を進めていくためには重

要であると考え。多職種が集まり、お互いの職種への理解を深めることで、介護支援専門員からのサポート提供が行われることも今回の研究でわかっており、まずはお互いを知ることが、具体的な連携につながると考えられる。したがって、これから連携を進めていきたい地域は、そのような場を設けることが連携構築の第一歩になると考える。

本研究の問題意識として、保険薬剤師・介護支援専門員の連携の重要性が高まる一方で、十分な連携ができている薬局は少ないということを挙げた。したがって、十分に連携できていない薬局は、先に述べた内容を含む研修会を開催することで、地域の連携の中心として機能し、結果として多職種からも理解され、情報と信頼が集まる薬局となり、他の薬局との差別化ができると考える。

### ● 提言2：連携における実績を出し、共有する

連携が始まってから、よりリレーションシップを築いていくためには具体的な成果を出していくことが重要である。それによりベネフィットをより感じる事ができ、お互いのコミットメントを高め、顧客紹介や解消したいという意思を減らすことができる。また、コミュニケーションが信頼を高める上で重要であったが、対応能力も信頼を高める上で重要である。連携のパートナーから求めがあればすぐに対応することはもちろんのこと、日頃から対応能力を磨いておくことも重要である。

また、介護支援専門員へのアンケート調査では、薬剤師に対して夜間や休日なども相談や対応に応じて欲しいといった回答や麻薬の取り扱いの相談についての要望もあった。中には、「最近では、薬剤師さんが先生に薬を少なくするなどの提案ができる方が出てきました。」といった回答もあり、医師への減薬の提案を行い、患者の薬が減り、連携のベネフィットを感じていると考えられるケースもある。しかしながら、一方では、「利用のメリットが分かりにくい。どちらからと言うと訪問看護が管理してくれる事が多いかもしれません。」といった回答もあり、まだまだ連携のベネフィットを実感してもらえない状況が浮き彫りになっている。

したがって、対応能力を磨くと共に、成果となった実績を具体的に共有し、どうすれば患者のためになるのか、連携のベネフィットが生まれるのかということも共有していくことが重要であると考え。その時は、薬剤師だけの研修会や介護支援専門員だけの研修会で実績を共有するのではなく、多職種研修会において実績を共有することが大事である。それにより、お互いの職種への理解を深め、連携のベネフィットを共有することができ、コミットメントや信頼を高めることができると考える。その結



果として、協調としての情報共有や同行訪問が進み、患者の生活状況に合わせた薬物治療という協働作業が行われる。それが連携の成功につながると考える。

## 第2節 事例紹介

### ● 地域包括ケアシステムにおける連携推進に向けて

本研究での示唆として、「おおた高齢者見守りネットワーク（みま～も）」の事例を紹介する。地域包括ケアシステムにおいては保険薬剤師と介護支援専門員の連携は一部の機能である。今後、地域での多職種連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を進めるために、「みま～も」の事例は場作りとしての本研究の要素が見られた。

みま～もの調査に当たっては、社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 地域ささえあいセンター センター長 おおた高齢者見守りネットワーク発起人 澤登久雄に協力いただき、2017年8月9日にインタビュー調査を実施した。

### ● 地域の課題

大田区地域包括支援センターの相談事例で一番多いのは、介護保険関係の相談。二番目が各自治体の高齢者施策のサービスである。しかし、近年急増しているのが、経済的な問題、家族の問題、住まいの問題、虐待・権利擁護、消費者被害といった相談も、割合は少ないが急増してきている。相談件数は1万件/月だが、相談内容件数は1万5千件/月を超える。つまり、一人の相談が一つの内容で終わらず、多問題化してきている状況にある。

しかしながら、相談してきている人達は専門職につながることが出来た人達であり、本当はサービスを必要としているのに、つながることが出来ない地域の人々が実は多くいるという課題があった。つながることが出来ない地域の人達の例としては、①介護をきっかけに地域とのつながりを絶ち孤立する高齢者世帯②生活保護を受けるまでには至らないが生活に困窮している高齢者③キーパーソンが精神疾患の要介護者④一人暮らしで90歳かつ認知症といった例がある。これら4事例を困難ケースとして扱う専門職も少なくないが、これから高齢化が進む地域においては、今後このようなケースはごく普通になっていくことが考えられる。そして、このような人達は介護や医療が必要となった時に相談しに来ることが出来るのだろうかという課題が考えられる。

## ● みま～もの取り組み

そこで、みま～ものは、共通の理念として、「お客さんを作らない、主体を作る」を掲げ、①地域づくりセミナー②みま～もサポーター・みま～もステーション③高齢者見守りキーホルダー登録システムの3つの取り組みを実施し、高齢者見守りネットワークを構築した。それぞれについて下記にまとめる。

### 【地域づくりセミナー】

毎月第2土曜日に地域住民を対象とした地域づくりセミナーを開催している。

目的：地域の人達に気づきの視点を持ってもらうこと。

参加者の目的：①隣近所の異変に気づくため②先々の自分自身のために学ぶ。

活動初期からの変化：初期は20~30名だったが、継続することで毎月130名を超える地域の方が参加している。

講師：みま～もの協賛会員事業所の専門職や地元の専門機関の方々。

### 【みま～もサポーター・みま～もステーション】

年会費2000円でサポーターはみま～もの取り組みである公園清掃や食堂のスタッフ、各種講座の講師などを主体的に行う。みま～もステーションは商店街の空き店舗を活用したその為の場である。

目的：商店街組合と大田区と連携した住民主体の「場」作り。

参加者の目的：地域住民がもっと専門職とつながり、やりがい・役割をもって主体的になれること。

活動初期からの変化：H26年度は年間290講座、延べ参加数1900名だが、H28年度は350講座、延べ参加人数2800名まで増加した。

講師：みま～もの協賛会員事業所の専門職やみま～もサポーター。

### 【高齢者見守りキーホルダー登録システム】

キーホルダー表には登録番号、裏には暮らすエリアの地域包括支援センターの連絡先が記載されている。毎年の誕生日に住民が地域包括支援センターに来て情報の更新をする。

目的：元気なうちから地域包括支援センターと地域住民がつながることが出来る。

参加者の目的：身元が確認できない状況で救急搬送された際や認知症の徘徊時に、迅速に身元確認をしてもらえるため、安心が得られる。

活動初期からの変化：H21年度は大田区の全20地域包括支援センターのうち6センターのみが協力していたが、住民からの反響があり、H24年度から大田区の高齢者施策サービスとなった。

みま～もの取り組みの中の「地域づくりセミナー」において、本研究の要素があると考えられる。

### ● 地域づくりセミナーの意義

みま～もの地域づくりセミナーは、みま～もの協賛会員事業所の専門職や地元の専門機関の方々が講師となって、地域の人達に気づきの視点を持ってもらうことを目的として行っている。本研究のモデルに照らし合わせて地域づくりセミナーを見ていく。まず、共有価値については、先に述べたように「お客さんを作らない、主体を作る」という共通の理念があり、その為に地域の人達に気づきの視点を持ってもらうという目的がある。地域の人達が気づきの視点を持つことによって、地域住民同士の見守りの目が発達し、自分の家族や近所の住民の異変に気づきやすくなり、必要なサービスを早期に受けられるようになるメリットがある。これが連携におけるベネフィットである。また、みま～もの協賛会員事業所の専門職や地元の専門機関が講師となり、地域住民向けのセミナーを行うため、その内容を通して他の専門職についての理解が深まる。この講師役は自分たちでセミナー内容を企画しなければならないため、必要に応じて他の専門職とやり取りをしなければならず、この準備過程を通してコミュニケーションが生まれるというメリットがある。

したがって、みま～もの地域づくりセミナーは、共有価値、相手の職種への理解、コミュニケーション、リレーションシップ・ベネフィットを高める状況にあるため、そこに参加する専門職同士のリレーションシップ・コミットメントと信頼が醸成されやすい環境が出来ているのだと考えられる。お互いにそのようなリレーションシップが形成されているからこそ、地域住民からの求めがあった時にすぐに対応できる状況にあり、その先の協調といった情報共有や協働作業が生まれているのだと考えられる。

澤登氏は、専門職がみま～もに関わる意義として、「地域住民のやりがいを専門職がずっと一緒にサポートする。」ことを挙げている。「専門職はしてあげるという発想が中心になっているため、専門職というプライド（ヨロイ）を脱いで、待つのではなく、地域に飛び出していこうという動機が必要である。」と述べている。また、「地

域づくりセミナーを通して、講師の専門職と住民が顔見知りになることでサービスを受ける時のハードルが下がる。」というメリットも述べている。

### ● みま～ものメリット

みま～ものメリットは参加する地域住民と専門職のそれぞれに対してある。

地域住民にとっては、元気なうちから、日常的に医療・保健・福祉の専門職につながる事ができ、安心を得られるということである。地域包括支援センターは介護予防支援も行っているため、介護保険利用の必要性が高まった場合、すぐに相談できるというメリットがある。

専門職にとっては、地域の中で様々な専門職、専門機関、異業種の人たちと自分自身のネットワークを構築することができるというメリットがある。みま～もを通して連携が構築されると、地域住民の抱えている問題が複雑化していくなかで、地域住民を通して情報が集まり、医療・介護・福祉の専門職が様々な観点から問題の解決に取り組むことができるようになる。

みま～もは、共通の理念を明確にし、取り組みの目的を共有した上で、地域住民と地域の専門職がお互いを理解し、コミュニケーションが促されるような仕組みが作られていた。それを通して、連携のベネフィットを実感しやすくし、それぞれの対応が進むようになっていたことが、その地域で活動する人達のリレーションシップの構築につながり、成果を上げているのだと考えられる。

### 第3節 地域包括ケアシステムの構築に向けて

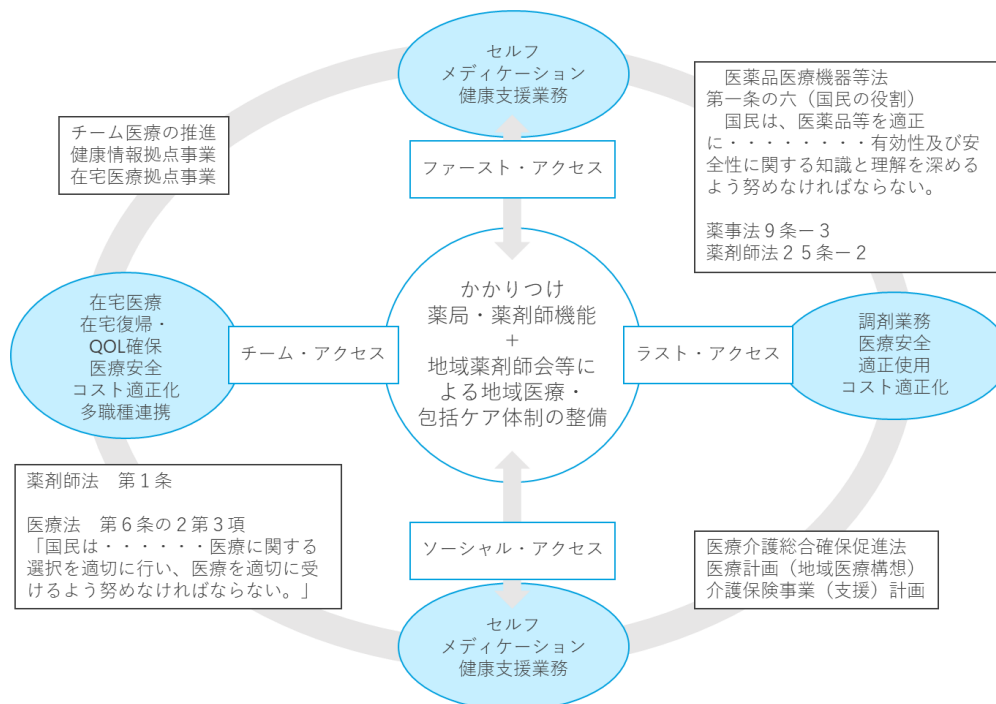
田中（2017）によると、地域包括ケアシステムについて次のような理解が広がっていると紹介されている。「日常生活圏域を単位として、住民の中で何らかの支援を必要としている人々...たとえば子育て中の親、児童や幼児、虚弱ないし要介護の高齢者、認知症の人やその家族、障がい者、そのほかの理由で疎外されている人など...誰もが、住み慣れた居宅で、さまざまな支援を得つつできる限り自立し、安心して暮らし続けられる仕組み」そして、地域包括ケアシステムの特徴として、「地域の数だけ地域包括ケアシステムは異なる」ということを挙げている。

澤登氏は2016年2月4日の都市型の看護介護医療等連携研究会の講演で次のように述べている。「『利用者や入居者のために、どうあるべきか』ではなく、『自分たちの事業者が地域のために何ができるのか』という視点で活動すれば、長期的な取り組みになり、何よりも地域住民の『安心』につながると思っています。」これらの内

容を通して、地域包括ケアシステムの構築においては、全ての地域住民が安心して暮らしていただけるように、その地域に合った形で医療・介護・保健・福祉といった専門的サービスが提供されるようにしていくことが重要になる。

安部（2017）は、地域包括ケアシステムにおける薬剤師、薬局の役割として図 18 の4つのアクセスを挙げている。

図 18 地域包括ケアシステムにおける薬局の役割



出典：安部（2017），p12，図 1

第一に、在宅医療に関しては多職種とのチーム・アクセス。第二に、調剤業務では患者が最後に相談できる相手なのでラスト・アクセス。第三に、少し具合が悪い時にセルフ・ケアの相談に乗ったり、健康支援の取組みをしなければならないとするファースト・アクセス。第四に、地域活動などソーシャル・アクセスである。

地域医療の中で、保険薬局は、日頃から定期的に患者との接点がある為、異変を早期に発見しやすいメリットがあり、かつ地域の情報を集約することができると思う。これからは地域の状況に合わせてこの4つの機能を果たし、地域の住民が安心して暮らせるようにするためには自分たちは何ができるかを常に考えていかなければならない。

#### 第4節 研究の理論的貢献

今回は医療連携においてリレーションシップ・マーケティングの手法を用いて調査をした井上・富田（2002）の先行研究を参考にした。また、これまでリレーションシップ・マーケティングについての研究は多くなされてきているが、医療分野での連携については井上・富田（2002）の研究だけである。

したがって、医療・介護の連携についてリレーションシップ・マーケティングの方法を用いて、保険薬局と介護支援専門員の連携について調査をすることは今後の多職種連携を進めるためにも意義があり、加えてリレーションシップ・マーケティングの適用を拡大するという意義もあると考えられる。

また、連携について分析するだけでなく、先進事例をもとにどのようにすれば連携が機能していくかを併せて調査したことで、これから連携が進んでいくような地域に対しても具体的で実現可能な方法としての示唆を与えることができたのではないかと考える。

## 第7章 本研究の限界

### ● サンプル数とサンプルの偏り

本研究では、保険薬剤師と介護支援専門員の連携の要因を分析するという目的のもと、保険薬剤師と連携をしている介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施した。しかしながら、保険薬剤師と連携をしている多くの介護支援専門員にアンケート調査を依頼するのは金銭的にも難しく、人的ネットワークを駆使してのアンケート調査となった。

また、分析で扱ったデータは、薬剤師と連携をしたことがある介護支援専門員を対象としているため、これから連携しようと考えている介護支援専門員のデータが反映されていない。

したがって、サンプル数が少なくなってしまったこととサンプルに偏りが出ている可能性がある。

### ● 構成概念の一部が個別事項

分析モデルの構成概念のうち、「薬剤師からのサポート提供」「介護支援専門員からのサポート提供」については特定の専門職についての構成概念になっている。

### ● 欠損値を系列平均値で代入

質問項目によっては、欠損値が多く、分析に支障をきたすことがあったため、欠損値を代入して対応した。それにより、データの正確性が落ちる可能性がある。

### ● Cronbach の $\alpha$ 係数

本研究では、インタビュー調査や連携に関する先行研究を参考に新たな構成概念を設けて分析をしたが、その中に Cronbach の  $\alpha$  係数が 0.6 を下回っている概念を使用している。

### ● モデルの適合度

本研究の分析モデルの適合度は CFI=.866 と .900 を下回っている。

## 【参考文献一覧】

1. Brannick,M.T., Prince,C.(1997) “An Overview of Team Performance Measurement.” ,Team Performance Assessment and Measurement, 3-16,Lawrence Erlbaum Associates.
2. Germain,C.B(1984),”Social Work Practice in Health Care”,Free Press,209-214
3. Morgan and Hunt(1994), “The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing”, Journal of Marketing, Vol.58 (July),20-38
4. 一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長 水上 直彦 「多職種協働によるケアマネジメントの課題」 (2013) 第1回 日本医師会 在宅医リーダー研修会「多職種協働の実践」
5. 井上淳子 富田健司 (2002) 「医療連携におけるリレーションシップ・マーケティング」 『医療と社会』 Vol.12 No3 2002, 61-83
6. 愛媛県 保健福祉部 生きがい推進局 長寿介護課 愛媛大学医学部 (医療福祉支援センター) (2013) 「平成 24 年度 愛媛県介護支援専門員 アンケート調査結果【概要版】」 1
7. 菊地和則 (2000) 「多職種チームの構造と機能 - 多職種チーム研究の基本的枠組み - 」 『社会福祉学』,41 (1) ,13-25
8. 菊地和則 (2002) 「多職種チームとは何か」 『リハビリテーション看護に活用するチームアプローチの理論と実践』,2-15
9. 久保田進彦 (2012) 「リレーションシップ・マーケティング：コミットメント・アプローチによる把握」 有斐閣
10. 公益社団法人東京都薬剤師会  
<http://www.toyaku.or.jp/pharmacist/mission/coaching.html>
11. 公益社団法人日本薬剤師会 <http://www.nichiyaku.or.jp/index.html>
12. 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事 安部好弘 (2017年12月11日) 「薬剤師のサービスの質で薬局が選ばれることが重要」 『社会保険旬報 No.2696』, 6-12
13. 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 (2007年2月5日) 参考資料
14. 厚生労働省 介護支援専門員 概要  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000054119.html>
15. 厚生労働省 在宅医療介護推進プロジェクトチーム (2012) 「在宅医療・介護の推進について」,4



16. 厚生労働省 地域包括ケアシステム  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_kourei\\_sha/chiiki-houkatsu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/chiiki-houkatsu/index.html)
17. 厚生労働省保険局医療課医療指導監査室（2016）「保険調剤の理解のために」
18. 厚生労働省（2015）平成 27 年度衛生行政報告例の概況  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/15/](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/15/)
19. 国立大学法人 東京大学（2015）「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤の整備に係るガイドラインの策定等に関する調査研究事業
20. 在宅医療推進会議（平成 28 年 2 月 4 日）「日本薬剤師会の取り組みについて」,3
21. 嶋口充輝（1995）「関係性マーケティングの現状と課題」『マーケティングジャーナル』,57
22. 社会保障審議会 介護保険部会（第 68 回）（2016）「参考資料」
23. 田中滋（2016）「地域包括ケアシステムの進化の経緯と将来像」『公衆衛生』80 巻 8 号
24. 田中滋（2017）「はじめに」『都市型の看護介護医療等連携研究会 講演集 vol.4』,2-4
25. 中央社会保険医療協議会（平成 23 年 2 月 16 日）「在宅医療における薬剤師業務について」
26. 豊田秀樹（2004）「共分散構造分析 [疑問偏]」『朝倉書店』
27. 豊田秀樹・前田忠彦・柳井晴夫（2003）「原因をさぐる統計学 共分散構造分析入門」『講談社』
28. 平成 26 年度老人保健健康増進等事業（2014）「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理及び在宅服薬支援の向上及び効率化のための調査研究事業」
29. 平成 28 年版厚生労働白書（2016）
30. 平成 29 年版高齢社会白書（2017）
31. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2016）「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント」『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書』

32. 山中京子 (2003) 「医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成」『社会問題研究』, 53 (1) 大阪府立大学

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、主査の山本晶准教授から、研究や分析手法について丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。また、副査の田中滋名誉教授から、研究や社会保障制度についてご指導を賜り、加えて研究に必要な識者を紹介していただきました。心より感謝申し上げます。そして、副査の余田拓郎教授には、研究の理論や分析手法についてご助言とご指導を賜り、副査の中村洋教授には、研究の着眼点について鋭いご指摘をいただきました。感謝申し上げます。

そして、多くのご指摘と気づきを与えてくださいました山本ゼミの同期と田中ゼミの同期の皆様には感謝いたします。