

## 第5回 教育コンテンツ作成WG会議

### 議事次第

日 時：令和5年11月21日（火） 10：00～12：00（予定）

会議形式：

会 場：薬学教育協議会事務局（日本薬学会長井記念館4F）

1. 作業の進捗状況について
2. （株）カビネットさんからの作業内容についての説明
3. その他

<配付資料>

# 医師の考え方の一例

## <医学的適用>

・**診断・予後・合併症**(認知症の場合、アルツハイマー型認知症か、レビー小体型認知症か、脳梗塞による認知症かなど)

→ 何らかの認知症であり、今後、悪化していくと考えられる。転倒などでADLが下がっていく可能性もある。誤嚥や異食といった認知症に基づいた事故や病状変化、合併症が起こる可能性がある。また、記憶の混乱がある。

・**診療方針・治療方針**

→ 根本的に治療できる方法はないと考えられる。基本的な治療は、合併症に対する治療と不穏への対応。不穏に対して薬物的な抑制をかける必要が出てくるかもしれない。

・**服用薬剤**

→ 認知機能を低下させる薬剤が含まれていないか確認する必要がある。きちんと飲み込めているか服用時に口腔内を確認するために、介護者の全介助が必要。

・**病気の変化に対する臨時的診療対応**

→ 転倒、骨折、誤嚥、不穏が想定される。不穏による採血の拒否など、治療介入ができない可能性も高い。

・**合併症**(排尿ができなくなったら尿道カテーテル、胃ろう、心停止した際に蘇生するか救急対応するか、家で看取るのか)

→ 尿道カテーテルや胃ろうは自己抜去の可能性がある。心停止の場合の蘇生について、本人・家族の希望の有無を確認する必要がある。

・**ゴールの設定**(家で看取るか、急変時は救急搬送するか、介護しきれなくなったら施設に入所するか)

→ いまの認知機能では受け入れ施設が見つからない可能性もある。

## <患者の意向>

・**ACP(事前に患者の意思を本人・家族にヒアリングしていく。病院に入りたいのか、最後まで家で行きたいのか)**

→ 本人がどこまで把握しているのかは不明。老人ホームへの入所の意向が本人にあるか不明。今回の場合、患者の意思は家族の推定から判断していく。

・**患者の意向は家族に委ねられる部分が大きい**

→ 本人にしっかりとした意思があったとしても、家族が介護できるかは難しいように見える。そうとうな介護介入が必要となる。

・**患者の意向と家族の意向のジレンマ**

→ 介護体制をどこまで組み立てられるかによって、患者の意向が尊重することができるかもしれない。全ての意向を尊重しようとしても、以前の自宅と今の家の環境等に乖離がある(記憶の混乱がある)。完全に希望に沿うことはできない。

→ おむつは拒否している。短期記憶障害が強いので、おしっこを漏らすことに関しては改善はおそらく見込めないため、失禁の度に本人が悲しい思いをする。おむつの拒否は本人のプライドによるものかもしれない。排泄の失敗は介護者にとっても負担となる。おむつは本人の苦しみも家族の苦しみを軽減できる可能性がある。

## <生活の質(QOL)>

・**持続可能な介護環境がどのラインにあるか**(介護者が大きなストレスを抱えることなく、介護していけるかどうか)

→ 週3回のデーサービス、訪問看護の間は、介護者が休むことができる。介護者の心身の健康が保てるかを考えると、主介護者(嫁)がほとんどの介護を担っており、サービスが入ったとしても辛いことが予測される。追い詰められると人に優しくできなくなったり、暴力に変化してしまうこともある。ケアマネジャーが状況を確認し、今後の方向性を再考していくことが必要。

・**患者の意思を考慮して、叶える**

→ 本人の意思の表出が難しく、家族が患者の意思を推定していくしかない。家にいることを第一に捉えるのであれば、一部細かいことは犠牲にしていかなければならないかもしれない。全ての願いを叶えるのは困難。

・**患者が嬉しい、家族が生活を破壊されずに介護していけるか**

→ 家で生活することを本人が嬉しい思っていると捉えるのであれば、それを目標に不完全ながらやっていく。但し、本人だけではなく家族の生活の質、人生の質を損なってしまわないようにする。

・**介護サービスのアレンジによって、一歩進んだQOLを実現することができる**

→ 今回の事例では当てはまらない。

## <周囲の状況>

・**介護力(家族の協力がどれくらいあるのか)**

→ 独居や老々介護に比べて、介護力がある。しかし、それぞれが仕事等で忙しいため、介護サービスを入れることは必須。

・**介護ストレスに家族が耐えられるのか**

→ 介護サービスを入れたとしても、生活の大部分は家族の介護が必要になってくる。介護サービスが全ての解決策にはならない。認知症は予後が長い、長期の介護生活に耐えられるかを予測しないといけない。

・**家庭の環境、金銭的な余力**

→ 介護施設に入るには金銭的な負担が発生する。軽費で入れるところは空きがない場合が多い。

・**導入可能な介護サービスがどれくらいあるか**

・**ケアマネジャーと協議しながら進める**

# モラルジレンマ

- ・「介護者は、おむつを履かせたい」⇔「本人のプライドが許さない」
- ・「危険を回避するために、部屋の鍵を閉める」⇔「本人にとっては監禁されている気持ちになる」

## 【現場で実際にみられることがあるモラルジレンマ】

認知症の介護の負荷は大きく、家族から「死なせてください」「歩けなくしてください」といった発言がみられるような、切羽詰まった現場もある。このような場合、常識的なモラルを踏まえたアドバイスは、家族の苦悩を深めてしまうことがある。認知症の介護において、モラルジレンマは常に生じる。いかに患者と家族の苦悩を緩和していくかが、医師として大事なポイントである。

## 医師の対応

- ・「介護者は、おむつを履かせたい」⇔「本人のプライドが許さない」

→ おむつの着用拒否に対して、おむつっぽくない紙パンツの利用を薦めてみる。

→ 排尿だけではなく排便も問題と思われる。排便の管理は介護者にとって辛い作業である。介護者を休ませるために、介護サービスの導入を勧める。排泄の管理を訪問看護にできるだけ担ってもらう。具体的には、定期的に訪問看護師に浣腸を行ってもらったり、浣腸と入浴をデイサービス先で行ってもらう。これにより、自宅での失敗がかなり減ると思われる。また、排便に関しては、薬を用い定期的に決まった時間に排泄できるように処方調整する。

- ・「危険を回避するために、部屋の鍵を閉める」⇔「本人にとっては監禁されている気持ちになる」

→ 介護者の外出が不可能な状況なので、訪問看護やデイサービス、ショートステイを活用することによって、介護者の外出する時間を確保する。

→ 生活の中で危険性のある物(刃物やコンロなど火が出る物)を、隠したり、患者が触れられないようする。

→ 自分がどこにいるのかわからなくなることによって事件が起こるので(見当識障害)、各部屋に、「風呂」「台所」など大きな文字の張り紙をする。

→ 物理的な抑制よりも、薬物的抑制の方が苦痛の緩和に有用と考えられる場合は、十分な検討の後にメジャーTRANキライザーの投与も考慮する。

→ 転倒骨折の予防として骨粗鬆症薬の投与も考えられるが、効果やアドヒアランスに問題がある場合もある。離床センサーの活用や介護サービスで手すりを設置するなどの予防策も考えられる。

# 総合的に患者・生活者をみる姿勢

薬学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）

## A 薬剤師として求められる基本的な資質・能力

薬剤師は、豊かな人間性と医療人としての高い倫理観を備え、薬の専門家として医療安全を認識し、責任をもって患者、生活者の命と健康な生活を守り、医療と薬学の発展に寄与して社会に貢献できるよう、以下の資質・能力について、生涯にわたって研鑽していくことが求められる。

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. プロフェッショナリズム     | 6. 情報・科学技術を活かす能力   |
| 2. 総合的に患者・生活者をみる姿勢 | 7. 薬物治療の実践的能力      |
| 3. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢   | 8. コミュニケーション能力     |
| 4. 科学的探究           | 9. 多職種連携能力         |
| 5. 専門知識に基づいた問題解決能力 | 10. 社会における医療の役割の理解 |

## 「総合的に患者・生活者をみる姿勢」

患者・生活者の身体的、心理的、社会的背景などを把握し、  
全人的、総合的に捉えて、質の高い医療・福祉・公衆衛生を実現する。



**薬剤師の関わりを必要としている患者・生活者の一人一人を個人として捉えて、彼らの身体だけでなく、心理的・社会的背景も踏まえて、健康とウェルビーイングを実現するためのケアを提供する。**

**ファーマシューティカル・ケアの概念**（Hepler & Strandの定義, 1990年）

患者の生活の質を改善するという明確な結果をもたらすためにとられる薬物療法を、責任を持って提供すること

## 実現するために必要な視点

健康の維持・回復とウェルビーイングを実現するためのケアの提供

一人の人間として理解する

### 全人的な理解

患者・生活者、その家族や介護者  
その人の身体的、心理的、社会的背景  
その人が生きてきた生活環境や歴史（人生）  
価値観や人生観

個人が社会で幸福に生きる

### ウェル・ ビーイング

地域の実情。社会の制度  
個人が社会で幸福に生きる

**薬剤師としての最低限の任務（調剤・医薬品の供給）にとどまらない姿勢で、責任をもって関わり、最善の意思決定や行動に関与する。**

## 「総合的に患者・生活者をみる姿勢」の学修

- この資質・能力とコアカリとの関係性
- Bを中心に例示、それ以外の領域との関わりも可能な範囲で



この資質・能力を高めることで

患者・生活者との信頼性が強化され、  
薬剤師のプロフェッショナルとしての行動につながる

## 学修方法（方略）について

- 全人的・総合的に患者・生活者を捉える能力を培うためには、状況や文脈を知る必要があり、多様な意見を共有し、ディスカッションを繰り返しながら学ぶことが求められる。
- 事例や地域社会の観察データを用いて、患者・生活者の背景あるいは地域社会の問題を同定し、それらを解決するための知識を探索し、それを現実の課題に適応し、組み合わせ、目の前の個人や地域の課題に対する解決案を、複数の視点で多様なデータや推論を用いて説明あるいは記述する。
- このプロセスが重要。

大学内： シチュエーション・ベースド・ラーニング（SGD、PBL、TBLなどで）

大学外： 実務実習、地域活動への参画など

- 方略の概要を解説