

第6回 教育コンテンツ作成 WG 会議
議事次第

会議名 : 第6回教育コンテンツ作成 WG (薬学教育協議会)
日時 : 令和5年12月26日(火) 10:00~12:00 (予定)
形式 : ハイブリッド会議 (現地+Zoom)
会場 : 日本薬学会長井記念館1階C会議室 (ホスト会場)

1. 教育コンテンツ作成作業の進捗状況について
2. その他

<配付資料>

※先生方より資料のご提示がございましたら、お知らせいたします。

<視聴予定>

EBM と NBM について (12.20 段階における修正バージョン)

総合的に患者・生活者をみる姿勢

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	豊かな人間性と生命の尊厳に関する深い認識をもち、薬剤師としての人の健康の維持・増進に貢献する使命感と責任感、患者・生活者の権利を尊重して利益を守る倫理観を持ち、医薬品等による健康被害(薬害、医療事故、重篤な副作用等)を発生させることがないよう最善の努力を重ね、利他的な態度で生活と命を最優先する医療・福祉・公衆衛生を実現する。
2. 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。
3. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	医療・福祉・公衆衛生を担う薬剤師として、自己及び他者と共に研鑽し教えあひながら、自ら到達すべき目標を定め、生涯にわたって学び続ける。
4. 科学的探究	薬学的視点から、医療・福祉・公衆衛生における課題を的確に見出し、その解決に向けた科学的思考を身に付けながら、学術・研究活動を適切に計画・実践し薬学の発展に貢献する。
5. 専門知識に基づいた問題解決能力	医薬品や他の化学物質の生命や環境への関わりを専門的な観点で把握し、適切な科学的判断ができるよう、薬学的知識と技能を修得し、これらを多様かつ高度な医療・福祉・公衆衛生に向けて活用する。
6. 情報・科学技術を活かす能力	社会における高度先端技術に関心を持ち、薬剤師としての専門性を活かし、情報・科学技術に関する倫理・法律・制度・規範を遵守して疫学、人工知能やビッグデータ等に係る技術を積極的に活用する。
7. 薬物治療の実践的能力	薬物治療を主体的に計画・実施・評価し、的確な医薬品の供給、状況に応じた調剤、服薬指導、患者中心の処方提案等の薬学的管理を実践する。
8. コミュニケーション能力	患者・生活者、医療者と共感的で良好なコミュニケーションをとり、的確で円滑な情報の共有、交換を通してその意思決定を支援する。
9. 多職種連携能力	多職種連携を構成する全ての人々の役割を理解し、お互いに対等な関係性を築きながら、患者・生活者中心の質の高い医療・福祉・公衆衛生を実践する。
10. 社会における医療の役割の理解	地域社会から国際社会にわたる広い視野に立ち、未病・予防、治療、予後管理・看取りまで質の高い医療・福祉・公衆衛生を担う。

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	豊かな人間性と生命の尊厳に関する深い認識をもち、薬剤師としての人の健康の維持・増進に貢献する使命感と責任感、患者・生活者の権利を尊重して利益を守る倫理観を持ち、医薬品等による健康被害(薬害、医療事故、重篤な副作用等)を発生させることがないよう最善の努力を重ね、利他的な態度で生活と命を最優先する医療・福祉・公衆衛生を実現する。
2. 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。
3. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	医療・福祉・公衆衛生を担う薬剤師として、自己及び他者と共に研鑽し教えあいながら、自ら到達すべき目標を定め、生涯にわたって学び続ける。
4. 科学的探究	薬学的視点から、医療・福祉・公衆衛生における課題を的確に見出し、その解決に向けた科学的思考を身に付けながら、学術・研究活動を適切に計画・実践し薬学の発展に貢献する。
5. 専門知識に基づいた問題解決能力	医薬品や他の化学物質の生命や環境への関わりを専門的な観点で把握し、適切な科学的判断ができるよう、薬学的知識と技能を修得し、これらを多様かつ高度な医療・福祉・公衆衛生に向けて活用する。
6. 情報・科学技術を活かす能力	社会における高度先端技術に関心を持ち、薬剤師としての専門性を活かし、情報・科学技術に関する倫理・法律・制度・規範を遵守して疫学、人工知能やビッグデータ等に係る技術を積極的に利活用する。
7. 薬物治療の実践的能力	薬物治療を主体的に計画・実施・評価し、的確な医薬品の供給、状況に応じた調剤、服薬指導、患者中心の処方提案等の薬学的管理を実践する。
8. コミュニケーション能力	患者・生活者、医療者と共感的で良好なコミュニケーションをとり、的確で円滑な情報の共有、交換を通してその意思決定を支援する。
9. 多職種連携能力	多職種連携を構成する全ての人々の役割を理解し、お互いに対等な関係性を築きながら、患者・生活者中心の質の高い医療・福祉・公衆衛生を実践する。
10. 社会における医療の役割の理解	地域社会から国際社会にわたる広い視野に立ち、未病・予防、治療、予後管理・看取りまで質の高い医療・福祉・公衆衛生を担う。

3

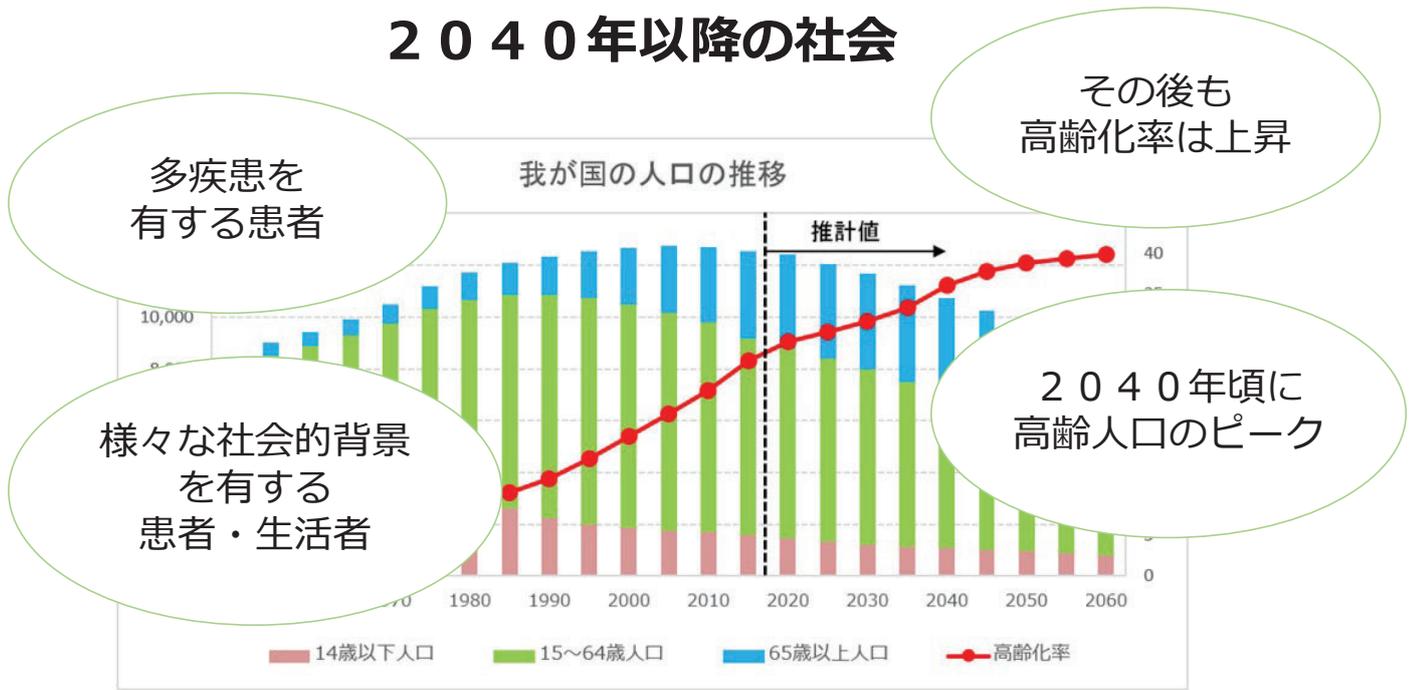
「総合的に患者・生活者をみる姿勢」

薬学教育モデル・コア・カリキュラム 改訂の概要

I 改訂の基本的方針

- 大きく変貌する社会で活躍できる薬剤師を想定した教育内容
- 生涯にわたって目標とする「薬剤師として求められる基本的な資質・能力」を提示した新たなモデル・コア・カリキュラムの展開
- 各大学の責任あるカリキュラム運用のための自由度の向上
- 臨床薬学という教育体制の構築
- 課題の発見と解決を科学的に探究する人材育成の視点
- 医学・歯学教育のモデル・コア・カリキュラムとの一部共通化

2040年以降の社会

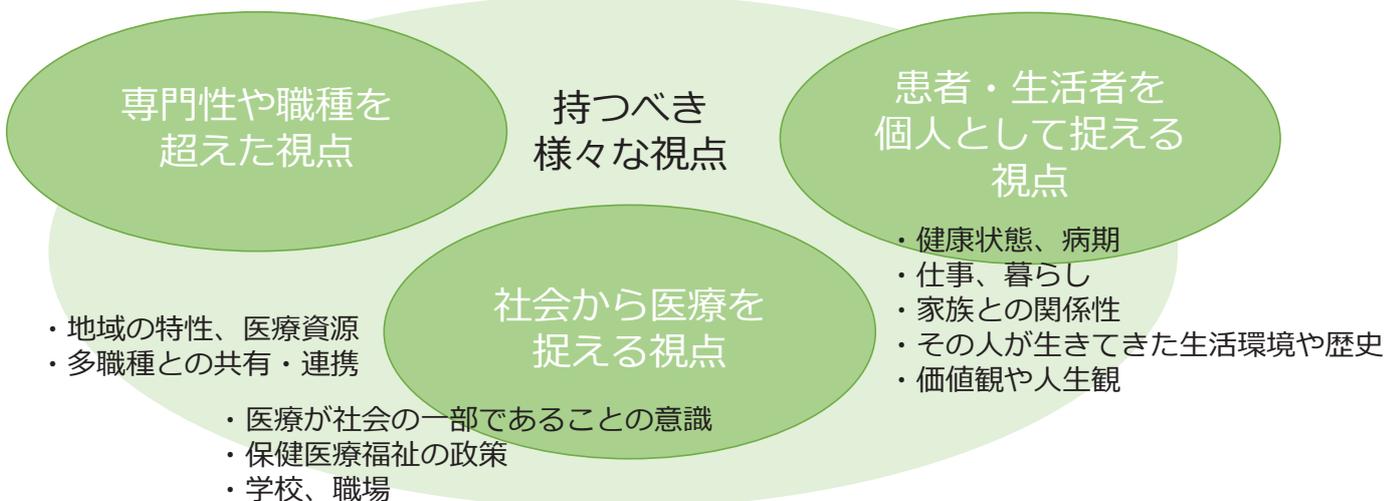


これらの患者・生活者の身体的、心理的、社会的背景などを把握し、**全人的、総合的にみる姿勢**が、医療人として求められる

途中

「全人的、総合的にみる」とは

職種の専門性にとどまらず、**患者・生活者が抱える課題**を包括的に捉える



図は仮

気づき → 課題解決に向けた知識・技能の活用 → 提案・行動

患者・生活者のウェルビーイング（身体的、心理的、社会的に良好な状態）の実現

「総合的に患者・生活者をみる姿勢」を培うための学び

- **様々な視点を養うことが重要**
 - 視点は、知識・技能の到達だけでは獲得できない
 - コアカリの領域と連動させながら学ぶ
 - 答えを見つけることよりも、状況や文脈を理解することが大事
- **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重要**
 - 例えば、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。
 - ディスカッションのプロセスによって、視点が培われる。

効果的な学修方法（例示）

大学内で（SGD、PBL、TBL等の方法で）

- 当事者の体験・経験談の語りの共有
- シチュエーション・ベースド・トレーニング など

注：イメージに合うイラストがあれば入れる

大学外で（多職種・多様な人々と接する経験、振り返り）

- 臨地での実習
- 地域活動への参画 など

途中

シチュエーション・ベースド・トレーニングとは

- リアリティのある実際の状況や問題に基づいて学修するシミュレーション教育の方法
- シチュエーション・ベースド・トレーニングの手順（TBL形式の場合）
 - 学生の視点を養うためのリアリティのある教材（シナリオ、動画、語りなど）を用いたグループワーク
 - 学習目標の設定
 - 事前学習（テーマに合った知識・技能の学習）
 - 教材をみて、個人で課題を抽出
 - チームの他の学習者と課題を共有する
 - 学習者同士で十分ディスカッションし、課題の解決策を導く
 - フィードバック

途中

作成した教材の説明

導入講義 資料（オリエン資料）

- アクティブラーニング（TBL/PBLなど...）について
- EBMとNBMについて（正しい考え方の提示）
- 4分割法

シチュエーションベースドトレーニング（NBM）
対象が**祖母と家族**

- 動画教材
- 教員用資料
- 学生用資料

追加資料・在宅医療の現状、コメント....

（プロフェッショナリズムの観点も入れる。医療制度、介護制度、介護保険等...多角的に繋げる）

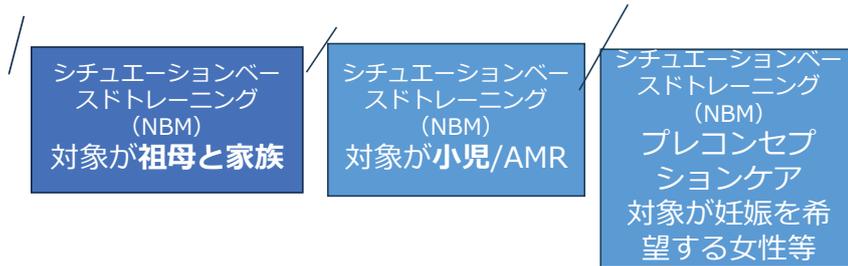
動画に結びつけた観点のリソース講義パワポ（川名先生）**追加教材：補助資料（多職種の視点）**を作ること

- 医師/歯科医師の考え方
- 看護師の考え方
- PT/OTの考え方
- ケアマネの考え方
- 栄養士の考え方

目的や実情に合わせて活用

大学での学修

- 1回の授業、1科目のみで「総合的に患者・生活者をみる姿勢」を培うことはできない。
- 6年間にわたるカリキュラムの中で、学生に多様な視点を持たせるような取り組みが求められる。
- 同じ教材であっても、学習目標や学生（学年、学科など）が変わると、ディスカッションの内容は変化するため、繰り返して学ぶ機会を設けてもよい。



◎「総合的に患者・生活者をみる姿勢」の概要

プロフェSSIONナリズム
 全人的な視点/地域の視点/人生の視点/社会の視点
 制作物②-1

制作物①

導入講義 資料（オリエン資料）美和子先生イメージ

医学部の導入と類似 川名先生スライド 1-5
 患者・生活者を知る（心理学的視点） 有田先生

シチュエーションベースドトレーニング (NBM)
 対象が祖母と家族

シチュエーションベースドトレーニング (NBM)
 対象が小児/AMR

シチュエーションベースドトレーニング (NBM)
 プレコンセプションケア
 対象が妊娠を希望する女性等

対象：薬学部 低学年（1,2年をイメージ）

言葉の統一、なるべくR4改定コアカリ

動画/TBL→PBL

方略として
 : TBL/PBLのやり方
 (レクチャー)

具体例 (学修ツールの紹介)
 動画の使い方など
 4分割法
 (有田先生のご意見も)

中耳炎のシナリオ
小児在宅

NBM

薬剤師としての視点

薬薬連携

多職種連携 制作物②-2 (未完)

「総合的に患者・生活者をみる姿勢」の概要に関する
 学修するための心構え (学修の準備/心構え)
 本事例に対するエキスパートのインタビュー
 ↓
 何を考えて、学修するべきか？
 社会の中の薬剤師 (社会と薬学)

追加資料・在宅医療の現状、コメント....

(プロフェSSIONナリズムの観点も入れる。医療制度、介護制度、介護保険等...多角的に繋げる)

動画に結びつけた観点のリソース講義パワポ (川名先生)

追加教材：補助資料 (多職種の視点) を作ることに

- ・ 医師/歯科医師の考え方
- ・ 看護師の考え方
- ・ PT/OTの考え方
- ・ ケアマネの考え方
- ・ 栄養士の考え方

学修教材の提示例

倫理的事例/倫理的問題を検討するための学修プログラム

「在宅患者の思いと共に暮らす家族の思い（患者と家族のナラティブ）を理解しよう（仮）」

学修成果（仮）

認知症の在宅患者の思いと共に暮らす家族の思い（患者と家族のナラティブ）を理解しつつ、在宅患者と家族の倫理的問題に対して、4分割法（医学的適用、患者の意向、生活の質、周囲の状況）を活用して、(1) 状況認識、(2) 価値観の対立や疑問点・問題点の検討、そして(3) 最適な対応を提案する能力を身につける。

学修到達目標（仮）

- 在宅患者と家族の倫理的問題を4分割法（医学的適用、患者の意向、生活の質、周囲の状況）の視点で分類し認識の把握ができる。
- 4分割法で把握した在宅患者と家族の倫理的問題をグループで共有し、グループ討議により、価値観の対立や疑問点、問題点を検討できる（モラルジレンマの抽出ができる）。
- 在宅患者と家族の倫理的問題に起因する疑問点や問題点について、グループ討議により、最適な対応を提案できる。

学修教材の概要（仮）

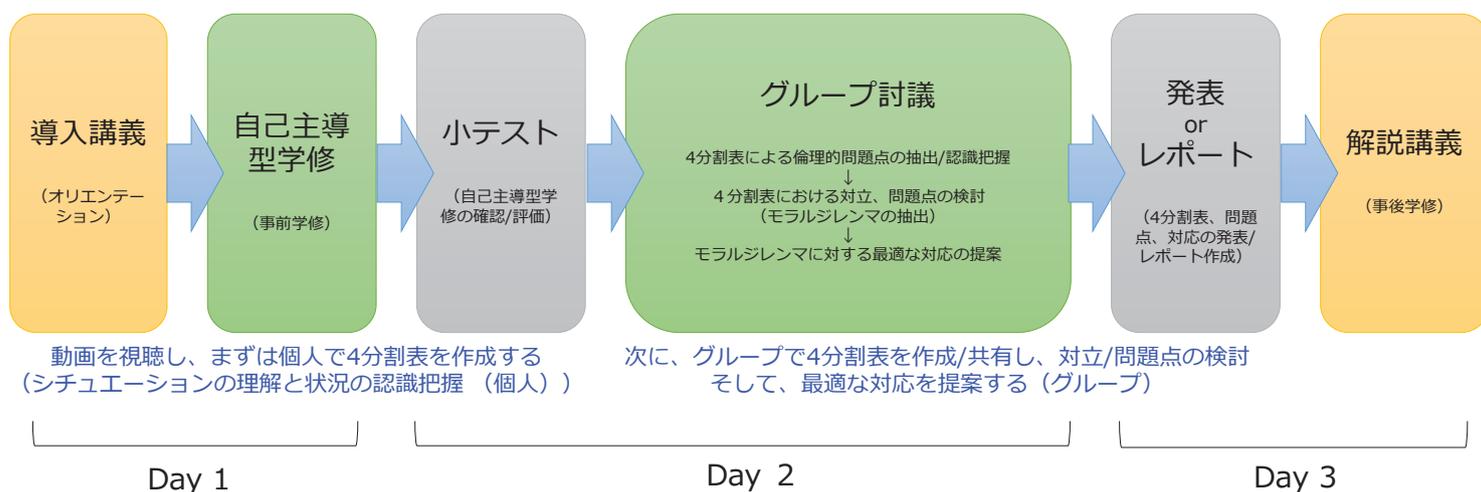
認知症の在宅患者と共に暮らす家族の問題等に関する動画を視聴後、TBL（Team Based Learning）を実施しながら、患者と家族のナラティブを理解し、4分割法により状況を認識し、最適な対応を提案することを目指す。

対象/グループ構成/講義形式

薬学部 低学年（1,2 年をイメージ）、1グループ 5~6名

シチュエーション・ベースド・トレーニング / TBL（Team Based Learning）形式

学修の流れ（例）



動画教材について（仮）

今回使用する動画「祖母と家族の暮らし」は、昭和大学薬学部が、文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム」採択事業で制作されたものです。 昭和大学薬学部「大学と地域で育むホームファーマシスト ～患者と家族の思いを支え、在宅チーム医療を実践する薬剤師養成プログラム～（平成26～30年）」

動画データの挿入

導入講義

（オリエンテーション）

内容

概要説明（学修のねらい、学修成果、学修到達目標の提示、実施スケジュール、評価方法等の説明）

導入講義「倫理的事例/問題を検討するためには（4分割表の活用方法等）」

状況説明（シチュエーション/前提条件等の説明）

動画視聴

自己主導型学修のやり方...等

必要な学修教材

- ・ 概要説明 パワーポイント（各大学で作成）
- ・ 導入講義 パワーポイント（提供教材「4分割表の活用」.pptx を参考）
- ・ 状況説明 パワーポイント（提供教材「〇〇〇〇」.pptx を参考）
- ・ 動画（提供教材「祖母と家族の暮らし」.mp4 を使用）
- ・ 自己主導型学修のやり方...等（各大学で作成）

自己主導型学修

(事前学修)

内容

自己主導型学修では、動画視聴後、まずは「個人」で4分割表を作成し、本症例のシチュエーションの理解と、在宅患者と家族の倫理的問題の状況の認識把握を学修します。

はじめに 動画の内容に基づいて ① 医学的適応、次に ② 患者の意向、③ 周囲の状況、そして ④ 生活の質 (QOL) の順番で状況を整理し、認識把握する (4分割表を作成する)

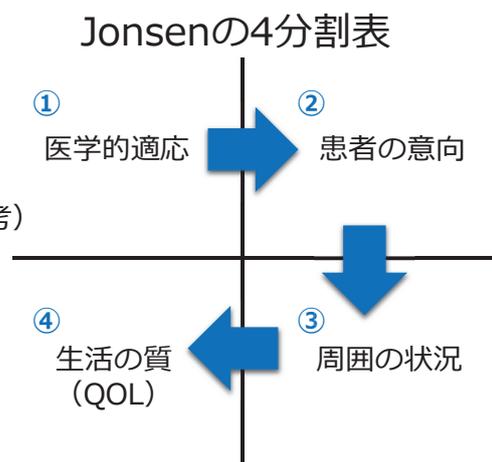
次に 4分割表から、価値観の対立、疑問点、問題点等を検討する
(モラルジレンマを抽出する) ← 個人作業はどこまで考えさせるか？

必要な学修教材

- 4分割表の雛形 パワーポイント (提供教材「4分割表 雛形」.pptx を参考)

評価ポイント

必要なら、個人で作成した4分割表を提出させて評価する
(提出/評価されることで、自己主導型学修の教育効果を高める工夫)



小テスト

(自己主導型学修の確認/評価)

内容

一般的なTBL (Team Based Learning) であれば、グループ討議の前に、自己主導型学修の確認、内容の質確保、そして個人評価として、小テストを実施する。

本学修教材での、小テストの実施有無は自由とする。参考例として、実施した場合の知識に関する評価項目を下記に記す。

知識 評価項目 (例)

- 倫理的事例/問題を検討するための方法論について (4分割表の活用方法等)
- 動画の視聴有無を確認する内容...等

必要な学修教材

- 小テスト (各大学で作成)

評価ポイント

知識として、倫理的事例/問題を検討するための方法論、意義等を簡単なMCQ (Multiple-Choice Question) 等で評価する (このタイミングで評価することで、この後のグループ学修の教育効果を高める工夫)

グループ討議

4分割表による倫理的問題点の抽出/認識把握
↓
4分割表における対立、問題点の検討
(モラルジレンマの抽出)
↓
モラルジレンマに対する最適な対応の提案

グループ討議の準備

内容

グループ討議を始めるまえに、以下のルールや進め方を共有する。

グループ討議の基本ルール

- 全員が発言し、全員で協力する
- 他人の意見を否定しない
- 考えが変わった場合、意見を変えても良い
- 可能な限り、意見の根拠を明示する

臨床で倫理事例を検討するためのルール¹⁾

- 1人で抱え込まず、チームで議論する
- 「議論している人物」と「議論内容の評価」を区別する
- 「客観的事実」と「主観的評価」を区別する
- 「事実が的確に把握されているか」「評価および評価基準が適切か」を検討する

進め方/役割の確認

- 役割分担を決める(例: 司会(発表者を兼務)、書記...等)
- 司会は、グループ全員(書記も含めて)が発言できるように配慮する
- 書記は、プロダクトの最終仕上げも行う

Ref. 1) 有田悦子、足立智孝、薬学人のための事例で学ぶ倫理学、p.200-203, 南江堂2020

グループ討議

4分割表による倫理的問題点の抽出/認識把握
↓
4分割表における対立、問題点の検討
(モラルジレンマの抽出)
↓
モラルジレンマに対する最適な対応の提案

Step 1 4分割表による倫理的問題点の抽出/認識把握

内容

グループ討議 Step 1 では、① グループ全員で動画を再視聴し、その後、個人で作成した4分割表の内容を共有しながら、① 医学的適応、次に② 患者の意向、③ 周囲の状況、そして④ 生活の質(QOL)の順番で状況を整理し、合意形成を図りながら、グループでの4分割表を作成する。

Step 1 での留意事項

- 動画内の非言語情報(しぐさ、表情等)にも着目する
- Step 1 では、客観的な情報を整理し把握する(個人的/主観的な評価は議論しない)

必要な学修教材

- 動画(提供教材「祖母と家族の暮らし」.mp4を使用)
- 4分割表の雛形 パワーポイント(提供教材「4分割表 雛形」.pptxを参考)

グループ討議

4分割表による倫理的問題点の抽出/認識把握
↓
4分割表における対立、問題点の検討
(モラルジレンマの抽出)
↓
モラルジレンマに対する最適な対応の提案

Step 2 4分割表における対立、問題点の検討 (モラルジレンマの抽出)

内容

グループ討議 Step 2 では、① グループで作成した4分割表における価値観等の対立や、疑問点、問題点を検討し、② モラルジレンマを抽出する。

Step 2 での留意事項

- 価値観の対立、相互関係、問題点等は、グループで作成した4分割表に加筆し、情報を一元化して討議する

必要な学修教材

- 4分割表の雛形 パワーポイント (提供教材「4分割表 雛形」.pptx を参考)

グループ討議

4分割表による倫理的問題点の抽出/認識把握
↓
4分割表における対立、問題点の検討
(モラルジレンマの抽出)
↓
モラルジレンマに対する最適な対応の提案

Step 3 モラルジレンマに対する最適な対応の提案

内容

グループ討議 Step 3 では、① グループで抽出したモラルジレンマに対して、薬剤師がそれらに対応するために必要なことを討議し、グループとして最適な対応を提案する。なお、患者のQOLを最大限に上げるために、誰が、いつまでに、何をすれば...という具体的な提案を意識する。

最後に、② 発表/レポートに向けて、最終的な4分割表(加筆あり)、モラルジレンマ、対応の提案をグループでまとめる。

Step 3 での留意事項

- 価値観の対立、相互関係、問題点等が加筆された4分割表をみながら、全体を踏まえた提案を考える
- 提案した対応が、どのモラルジレンマに起因するか意識する
- 可能な限り、議論の経過が分かるような発表/レポートになるように作成する

必要な学修教材

- 4分割表の雛形 パワーポイント (提供教材「4分割表 雛形」.pptx を参考)

発表 or レポート

(4分割表/問題点/対応の発表/レポート)

内容

発表 (or レポート) では、グループで作成したプロダクト「① 最終的な4分割表 (加筆あり)、② モラルジレンマ、③ 対応の提案」を発表する。また、他のグループとの類似点や相違点、そして質問内容等を踏まえて、多角的な視点も加味して自グループのプロダクトを見直す。

発表 (or レポート) での留意事項

- 類似点や相違点など、グループ間の積極的な質疑が行われるように促す
- 可能であれば、発表での指摘事項や気づきを加味して、自グループのプロダクトの修正を促す

必要な学修教材

- 4分割表の雛形 パワーポイント (提供教材「4分割表 雛形」.pptx を参考)

評価ポイント

必要ならば、発表内容やプレゼン手法等に関して、学生間評価表 (ルーブリック等) を用いて評価する (プロダクト作成、発表、そしてプレゼン手法に関して教育効果を高める工夫)

解説講義

(事後学修)

内容

本症例に関する多職種の視点 (医師、看護師、PT/OT、ケアマネ、栄養士...等)

臨床現場からのメッセージ

(プロフェッショナリズム/私ならこう考える/臨床で必要な医療・福祉/介護・制度...等)

まとめ (学修のねらい、学修成果、学修到達目標、ウェルビーイングの実現に向けて薬剤師ができること)

↑

キチンと「しまる」ような「まとめ スライド」が必要かも... ?

必要な学修教材

- 多職種の視点 パワーポイント (提供教材「〇〇〇〇」.pptx を参考)
- 臨床現場からのメッセージ パワーポイント (提供教材「〇〇〇〇」.pptx を参考)
- まとめ スライド (提供教材「〇〇〇〇」.pptx を参考) ?

総合的に患者・生活者をみる姿勢を学ぶ薬学生へ ～ 臨床現場のモラルジレンマ～

□症例

80歳代・女性

□主病名

認知症・高血圧・慢性心不全・頻尿

□家族構成

息子夫婦と同居（主介護者は息子の配偶者）

□ADL

自立歩行は可能であるが、排泄に介助が必要

□認知機能

衰えつつある

食事をとったこと、トイレに行ったことを忘れる

□介護度

要介護2

□医療・介護サービスの利用状況

訪問診療、居宅療養管理指導（薬剤師）、
短期入所生活介護（ショートステイ）

□急変時対応

本人：DNRの理解困難・意思把握困難

息子：少しでも長生きしてほしい

□主な処方薬

ロサルタン、エドキサバン、ビソプロロール、
アゾセミド、スピロラクトン、ドネペジル

□印象に残るエピソード

慢性心不全の増悪のため、下腿浮腫に対して臨時
処方された**フロセミド**を持ち訪問した。



主介護者が「本人はオムツを拒んでおり、これ以上失禁の後始末が増えるのは困る。もう、限界です。」と薬の使用を**拒否**。



いったん薬を持ち帰り、医師には薬の開始まで数日待てる状況であるか確認し、2～3日の猶予を得た。ケアマネジャーから本人に**オムツではなく「リハビリパンツ」の使用を提案**していただく。



再度訪問する際、患者に適したサイズのリハビリパンツを持参。本人にリハビリパンツの特徴を説明。主介護者にはフロセミドの使用をご**快諾**いただいた。

在宅医療では、薬が使える状況を整えるところから関わらなければなりません。薬だけでなく、制度や商品の知識が多いほど問題解決の可能性が高まります。



※個人情報保護の観点から事例理解が損なわれない範囲において内容の一部を改変した。

医学的対応

- ・認知症で意志疎通が難しい
- ・基礎疾患は慢性心不全・認知症・高血圧・頻尿
- ・下腿浮腫に対してフロセミド処方
- ・息切れや咳は無し

患者の意向

家で暮らしたい
自分でできることは自分でやりたい

（自分にオムツは必要ないと思っている）
（ポータブルトイレの使用にも抵抗がある）

QOL

<患者>

- ・自立にこだわる性格
- ・家の中を歩いて移動することは可能だが、移動速度は遅い
- ・排泄の際にトイレに間に合わない

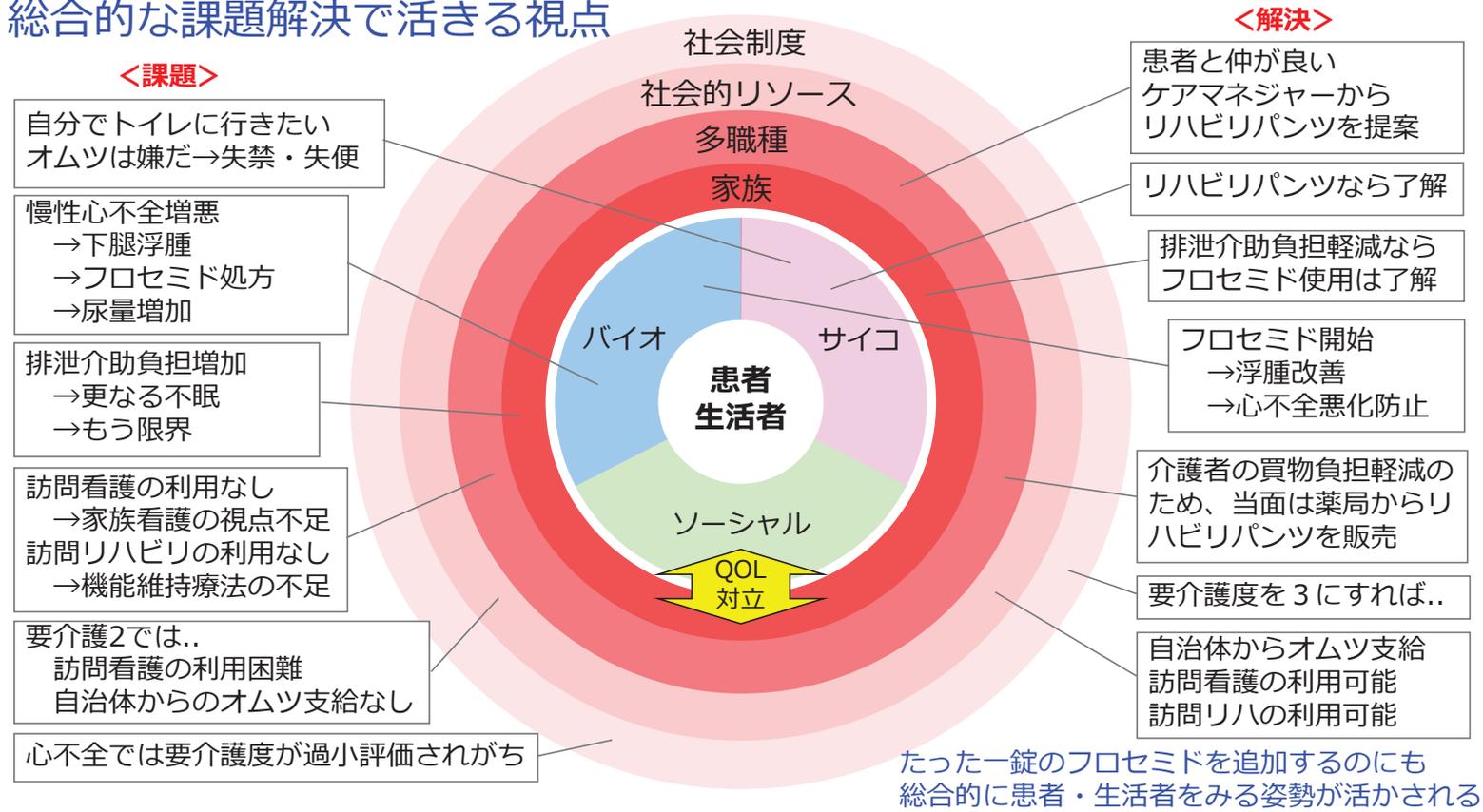
<主介護者>

- ・夜間も30分おきに排泄介助と清掃
- ・慢性的な睡眠不足

周囲の状況

- ・息子の配偶者への介護負担の集中
- ・息子は母の意向を重要視、配偶者の意向に鈍感
- ・患者と親密であるのはケアマネジャー
- ・要介護2（心不全では要介護度が低くなりがち）
- ・要介護2ではオムツの自治体支給はない
- ・要介護2では訪問看護の利用が困難
- ・訪問看護の利用なく家族看護の視点が手薄
- ・理学療法の利用なくリハビリの視点が手薄

総合的な課題解決で生きる視点



作業療法士／理学療法士 の考え方の一例

4分割表

<医学的適用>

- 女性、高齢。
- 圧迫骨折により、コルセット着用し杖を使用することで、家の中は見守り程度で移動ができています。
- トイレも自分で行けているが、尿失禁がある。
- 外出は車椅子で介助が必要である。
- 食事は介助なしで自身で行うことができています。
- 一人になったときに不穏症状がみられるため、常に目が離せない状況。
- 要介護2に認定され、デイサービスが3日、訪問介護が3日。

<患者の意向>

- 自分でトイレに行って排泄したい。おむつはしたくない。

<生活の質（QOL）>

- 息子の配偶者のQOLが低い。
- 本人は人と触れている時間が少なく、息子の配偶者と主に接している。本人のQOLはやや低い。

<周囲の状況>

- 5人家族で、孫娘は大学での活動で、孫息子は受験で、息子(夫)は仕事が忙しく、孫娘以外はあまり介護に参加できていない。
- 2階建て
- 玄関に手すりがあるが段差がある。
- 廊下に手すりがある。
- ベットがなく、床に寝ている状況。

モラルジレンマ

- 家で看なければという介護者の使命感と施設への入所
- 息子の介護や認知症の大変さの不理解
- 息子の配偶者としては家族に介助を手伝ってほしいが、娘に大学生活を謳歌してほしいとも思っている
- 自分でトイレに行く、布団で寝る、という昔の生活スタイルを変えたくない

OT／PTの対応

- 家族の介助量を減らし介護の負担を軽減できるよう対応を考えていく。
- 排泄：本人に腰痛があるので、布団の近くにポータブルトイレを置くことで対応はできないか？
- ベットの導入：ベッド導入により尿失禁が減る可能性もある。但し、ベッドから起き上がるのにも介助が必要と思われる。
- 離床センサーを使うことで、少し目を離すことも可能かもしれない。
- 廊下の手すり：使用されていない。位置が悪いため、逆に邪魔になっているのではないか。必要がないのであれば、車椅子が通れないといったことや介助者の動きを制限してしまう可能性がある。取ってしまった方が良いかもしれない。また、適切な位置にない場合、手すりにつかまろうとして逆に転倒のリスクになってしまうこともある。
- 玄関：今の状態は転倒リスクが高い可能性が考えられる。手すりの位置が悪いのではないか。縦の配置の場合、登る時は使いやすいが、降りる時は使いにくいいため、斜めの設置の方が良い。手すり側に依存して左右どちらの足を出すかが決まる。杖を右に持っていたので、左足の力が弱いと思われる。登る時と降りる時の左右の足を考え、手すりを設置する。また、段差が大きいので、踏み台などを設置する。段を降りたところに椅子を置いて、靴を履きやすくする。

ケアマネジャーの 考え方の一例

4分割表

<医学的適用>

- ・ 認知症がかなり進行している。主治医に確認が必要（どういった認知症か？アルツハイマー型か？どれくらい前から認知症が出ているか？徘徊はあるか？）
- ・ 転倒して骨折の経歴あり
- ・ 他の疾患はあるか？服用薬は？
- ・ どのような医療機関にかかっているか？通院はお嫁さんが付き添っているのか？
- ・ 同居人がいるので、おそらく薬は飲んでいると思われる。
- ・ 要介護認定2

<患者の意向>

- ・ 住み慣れた自宅に帰りたい。
- ・ 「トイレができなくなったら人間終わりだ」。羞恥心。自分でトイレに行きたい。
- ・ 一人暮らしの際には自分の口にあう物を食べていたと思われ、食べ慣れた物を食べたいのではないかと。

<生活の質（QOL）>

- ・ 知らないところで住んでいる。
- ・ 生活の安全安心は確保されている。
- ・ 趣味、やりたいことがかつてはあったのかもしれないが、いまはできてはいない。
- ・ 部屋の中で一人ですごしている。
- ・ かなりの制約を受けておりQOLが低いと思われる。
- ・ 自分で出来る事は何かあるか。家族の中で役割を持つことができるか。

<周囲の状況>

- ・ 息子の配偶者は専業主婦？パートに出る等、完全に独居になる時間があるか？
- ・ 実の息子はサラリーマンで朝から夜まで不在、日中の介護に参加できていない。
- ・ 持ち家なので環境的には恵まれている（マンションなどでは苦情がくることも）
- ・ 実の息子の家族関係が良好であり、家族が一緒に考え、寄り添う傾向にある。
- ・ 孫娘は介護に協力的である。

モラルジレンマ

- ・ 本人が家に帰りたいとの思いがあるが、遠方であるので介護者が通うのは難しく、介護保険サービスを使ったとしても、家で一人で生活するのは難しい
- ・ 息子の配偶者が潰れてしまわないように、他の家族も介護に参加した方が良いが、息子が仕事を辞めて介護に入ることはできない、孫娘が部活を辞めると言っているが母親として部活を続けて欲しいと思っている。
- ・ 施設に入ること自体は悪いことではないが、息子の配偶者が自身が介護しきれない為に施設に入所することを辛く思っているようであり、本人も施設に入りたくないかどうか不明である。
- ・ 車椅子で外出するのが好きなようであるので外出の機会を増やすこと考えたいが、家族の負担も大きい
- ・ 部屋の外鍵をかけないと安全を保てない場面があるが、罪悪感がある(部屋に閉じ込めるのは虐待案件になるうる)
- ・ おむつを着けてもらえると助かるが、本人はしたくない
- ・ 自分で出来る事もあるが、家族が「認知症＝何もできない人」と思い込んでいて、何もやらせようとしない。

ケアマネジャーとしての対応

- 本人支援(本人の自立支援、自分らしく生活していくための支援)と家族支援を行っていく。最終的には両方のバランスをとっていく。
- 認知症の場合、家族の負担が大きく、息子の配偶者が潰れてしまい、家庭崩壊に繋がる可能性がある。家族の介護負担を減らすことが必要である。
- 今回のケースの場合、問題のないご家族である。家族の声が大きい場合、本人の希望よりも家族の希望が優先されるケースもある。本人の気持ちを置き去りにしてはいけない。
- 今回のケースの場合、本人の意思表示が度々見られる。トイレに自分で行きたい、外出が好きなど、意思表示が可能な部分がある。御本人の気持ちやご自身で出来ることを聞きながら、援助の方針を決めていく。
- 息子の配偶者が自由になれる時間を確保できるよう、デイサービスの活用や、学生の孫娘、孫息子の協力を仰ぐ。
- ヘルパーに何を担ってもらうか？ 買い物は生活支援に該当するので頼めない。そその部分をカバーしてもらう。
- この家での生活に前向きになってもらえるように、食事をどうするか？ 排泄をどうするか？ 清潔をどうするか？ を考えていく。
 - 食事：口に合わないと言われてしまった。
 - 排泄：失敗してしまうが、おむつを履きたくない。トイレの場所が分からないのか？ ただ間に合わないのか？ トイレに行くまでに障害があるのか(手すりをつければ解決する場合もある)？、ポータブルトイレの導入に抵抗はあるか？ など考えていく。
 - 清潔：お風呂の頻度は？ 本人だけで入れているのか？ 介助が必要ではないか？ ヘルパーさんに手伝ってもらうことを検討する。
 - 安全な住環境：トイレに行くまでの導線上やお風呂、寝室(布団より介護ベットが良い場合もある。要介護2の場合、介護ベットを入れられる)などに手すりがあるか？

ケアプランを作成する際は、ご自宅を訪問して御本人のアセスメントを行い、御本人が自分らしく生きるために必要なことと家族の負担を軽減することを総合的に考えてケアプランを立てる。介護度によって入れられるサービスのボリュームが異なるので、相談しながら決めていく。

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可能性が高い。基本的な治療は、合併症に対する治療と不穏への対応となる。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。服用時にきちんと飲み込んでいるか口腔内を確認するために、介護者の全介助が必要である。
- ・ **病気の変化に対する臨時の診療対応**
→ 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もある。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、最後まで家でやりたいのか)**
→ 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多い**
→ 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。相当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、患者の意向をどこまで尊重することができるか変わってくる。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ため、おむつは本人の苦しみだけではなく家族の苦しみも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、訪問介護の間は、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(息子の配偶者)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である。
- ・ **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。
- ・ **患者が嬉しさを感じる生活、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か捉えるのであれば、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うようにする。
- ・ **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。軽費で入所できる施設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が、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ていたが、本人にとっては監禁されている気持ちになる。

【実際の現場で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が、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おう。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おう。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ことも可能である。

- ・ **危険を回避するために部屋の鍵を閉めていたが、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、介護者が外出できる時間を確保する。

→ 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トラン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。

看護師の考え方の一例

4分割表

<医学的適用>

- ・ 認知症が進行し、息子の配偶者を認識できていないときもある。息子の配偶者が主介護者であるが受け入れてもらっていない（がんや神経難病などの場合は、ある程度、関わり方は明確であるが、認知症の方への関わり方は難しい）
- ・ 尿失禁は仕方が部分もあるが、排便の失敗に関する不快感や清潔のお手伝いが必要かもしれない。便秘を起こしている可能性も高い。
- ・ 認知症に対する治療として、興奮が強い時に薬の使用、生活のリズムを整えることで不穏の改善が期待できる。治療内容の見直しが必要な可能性もある。
- ・ 起きている時に目が離せない。見当識障害がある。
- ・ 要介護2。動けている部分で判定されている可能性があり、認知症の進行度合いに比べ要介護度が低いと感じる。

<生活の質（QOL）>

- ・ 息子の配偶者の負担をどれくらい減らしていくことができるか考える必要がある。
- ・ お嫁さんが介護から開放される時間を作る、増やす。買い物に行くことができる余裕や自由となる時間をいかに作っていくかが課題。

<患者の意向>

- ・ 自分でトイレに行けなくなったらおしまいと感じている。失禁をしてしまう自分を認めきれない。おむつへの抵抗感がある。
- ・ 田舎の家を売ってしまったので帰る場所はないが、帰りたいと言っていることにどう対応していくか？

<周囲の状況>

- ・ 自覚のない、無意識の虐待となってしまうように対策が必要
- ・ 実の息子が介護をできていない、実母の認知症の進行を受け止めきれしていない。
- ・ 実の息子の仕事との調整が難しいが、実母への関わりを増やし、今の状況を理解、気づき、実母と嫁の間を取り持つような行動変容を期待
- ・ お嫁さんの負担をどれくらい減らしていくことができるのか？
- ・ 施設に入所も一つの手段（住み慣れた街の施設への入所も一つの選択肢）

モラルジレンマ

- ・ 本人はおむつに抵抗があるが、介護側はおむつを着用してほしい
- ・ 扉の施錠による閉じ込めることは拘束であり、虐待であるが、徘徊することによるリスクもある
- ・ 生活している場が、本来、本人が住んでいた場所ではないが、一人で生活することは難しく、家族が田舎に引っ越すことは難しい

看護師としての対応

- ・ 祖母の身体的、精神的な不快を取り除くための対応を考え、また、家族の精神面に対しフォローしていく必要がある。
- ・ 排泄面：寝る時にパッドの使用を勧める(普通のパンツに装着が可能)。人の手があるならば、失禁する前にトイレに誘導することが可能かもしれない。
- ・ 介護サービス：訪問介護による身体の介護として清潔ケア、排泄、トイレ誘導はできるが、1日24時間の中の1、2時間であるので、介護側の負担軽減は少ない。デイサービスを増やすことを提案する。認知症に対し良い刺激になる可能性があり、息子の配偶者の自由な時間の確保にも繋がる。また、現在の状態に対し介護度が低いと思われるので、介護度を上げることを提案する。
- ・ 寝たきりになってしまって、おむつの中で排泄ができるようになると介護負担は減るが、その段階になる前からの介入が重要である。看護師を含め色々なサービスが入った方が良い。
- ・ 訪問看護の場合：排泄面において、尿失禁は仕方がないかもしれないが、排便の不快感、清潔のお手伝いを行う。また、家族に対するフォローを行っていく。どんなことに困っていて、家族の体調、生活全般の困りごと、愚痴でも良いので聞く。気持ちを赤の他人に吐き出してもらい、気持ちが軽くなることもある。
- ・ 今の段階でも訪問看護が入っていてもいいと思う。「何々のケアの提供」といった具体的な事が無かったとしても、認知症の症状について、どういう波で興奮したり、何が穏やかにさせる方法なのか等のアセスメントが可能である。また、訪問看護師の場合は、家族に対するフォローを行っていくことも可能である。

【訪問看護師の役割】

- ・ 生じている問題に対し、本人の行動や家族の不調など、何が影響しているかについて聞き取りを行い、主治医との橋渡しを行う。看護師の聞き取った情報が処方に繋がることもある。
- ・ 看護師が関わる時間や回数は多いので、全体的な調整役も担っており、介護サービスの提案をケアマネにすることもある。
- ・ 医療者としてのアセスメントの中で、QOLが上がるように、こういうことはできないかと提案をしていく。

管理栄養士の考え方の一例

4分割表

<医学的適用>

- ・ 認知症である。
- ・ 腰椎圧迫骨折の既往がある。
- ・ 尿失禁がある。
- ・ 介護認定2
- ・ 嚥下の障害は無さそうである。
- ・ お箸の使用は、現時点では問題はない。
- ・ 味の好み、食べられる物の硬さについては不明である。

<患者の意向>

- ・ 「お家に帰りたい」
- ・ 「ごはんが美味しくない」
- ・ おむつは履きたくない。

<生活の質（QOL）>

- ・ たまに外出しているようだが、日中に何をしているか不明である。
- ・ 活動が少ない印象がある。
- ・ 本人のやりたことなどが不明である。
- ・ 本人は自分の家に帰りたいと思っているが、違う環境で生活している。
- ・ 息子家族の食の好みと本人の好みが違う可能性がある。
- ・ 息子の配偶者の負担が大きい。息抜きや外出ができない状況。

<周囲の状況>

- ・ 息子の配偶者が主な介護者であり、孫娘は介護に携わってあげたいという気持ちがあるが、現状できていない。
- ・ 息子は仕事があるので介護することができていない。
- ・ 孫息子は、母親を気遣って施設に預けたほうが良いのではないかと思っている。
- ・ 家に階段があり、手すりもあるが、生活環境に不安がある。
- ・ お風呂の状況は不明。
- ・ 食事はお嫁さんが作り、おそらく3食食べている。
- ・ 和式布団を利用している。

モラルジレンマ

- ・ 本人は「家に帰りたい」が、一人で暮らすことはできない
- ・ 息子は介護をしてあげたい気持ちはあるが、仕事が忙しい
- ・ 孫娘はお母さんのお手伝い(祖母の介護)をしたいが、学校があるのでなかなかできない
- ・ 息子の配偶者はお世話をしたい気持ちはあるが、介護の負担が大きい
- ・ 息子の配偶者は食事を一生懸命作っているが、本人は美味しくないから食べたくないと言っている

管理栄養士としての対応

- 認知症であるが動ける部分もあるので、息子の配偶者が調理する際に本人に手伝ってもらったり、味見をしてもらうことはできないか提案してみる。何か手伝うことができれば、やりがいに繋がる。
- 食べられなくなると、状態が悪化するので、食べてもらえるような工夫をする。
- 食事の内容を整えるサポートをするために以下を聴取する。
 - 1日の中での食事の取り方
 - 食事やおやつの内容
 - 固い物は食べにくいのか？
 - 食の好み(フライが好きか？煮物が好きか？肉と魚のどちらが好きか？和食と洋食のどちらが好きか？など)
- 食事内容(朝・昼・夜)を確認後、口腔状況(咀嚼・嚥下など)を考慮しながら、骨強度を維持できるようにカルシウム、たんぱく質をしっかりと補給できるような食事内容を提案をする。
- リハビリを導入した際には、リハビリ後の栄養補給についての提案をする。

【管理栄養士の在宅医療での役割】

認知症が進行した状態や半身不随の場合：食器やお箸・スプーンなどの選び方、誤嚥しないように身体を支える力が弱くなった際の食べる姿勢の取り方、食事の時間が長いと眠くなり摂取量が減るので短時間で食べられるよう環境改善(テレビを消す、視界から気になる物を無くすなど)を提案する。

誤嚥がある場合：トロミの付け方やとろみ剤の選び方、歯茎で潰せるくらいの咀嚼力がなくなった場合は、誤嚥しないようなミキサー食やお粥の作り方、活用できる市販品を提案する。

独居の場合：栄養として何がどれくらい足りていないのか評価し、食事内容を提案する。

総合的に患者・生活者を見る姿勢から薬学的ケアを提供

- 医学薬学的視点のみならず、患者の思い、家族、周囲の状況、生活のQOLを総合的にみる。
- 薬学的ケアとは：患者や家族の生活の質を改善または維持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

□症例

80歳代・男性

□主病名

糖尿病、糖尿病腎症(腎不全で透析導入近い)
脳梗塞後遺症、重症低血糖で入院

□家族構成

配偶者、娘家族の6人暮らし。愛犬。
(主介護者は、患者の配偶者)

□ADL

脳梗塞後手足の麻痺あり、歩行困難で介助必要

□認知機能

衰えつつある
食事をとったこと、トイレに行ったことを忘れる

□介護度

要介護3

□事例の入院経過と退院カンファレンス

糖尿病と糖尿病腎症など、5診療科にかかり、かかりつけ薬局を持っておらず、毎回違う薬局で薬の調剤を受けていた。高齢の配偶者は、毎回受診後の薬を整理するのに、まる1日要し、調剤受けた薬は、ジェネリック医薬品と先発品名も異なるため、区別できずに苦労し、飲み間違いや飲み忘れも多かった。腎機能が悪化したため、糖尿病薬のアマリール3mg錠からジェネリックの成分名でグリメピリド錠1mgを1日2回朝、昼食前の1日2mgに減量になったが、自宅で薬を飲み間違えて、3mgのアマリールを2錠服用し、3倍量服用。重症低血糖(血糖値39mg/dl)で倒れ、救急車で運ばれ入院した。腎機能は透析近い値まで低下し、退院に向けて、退院後多職種でどのような支援が必要か話し合われた。

※個人情報保護の観点から事例理解が損なわれない範囲において内容の一部を改変した。

状況の整理(4分割表を活用して)

<医学的適用>

- ・患者の医学的状況（糖尿病、糖尿病腎症など。）
- ①薬の飲み間違いによる重症低血糖で入院。薬の管理が出来ておらず、低血糖の対処も理解不足。
- ②糖尿病腎症で透析近い病状。自宅での食事管理のための栄養指導必要。カリウム、塩分管理、蛋白制限など必要。
- ③退院後の目標として、安全な食事と薬の管理必要

<生活の質（QOL）>

- ・身体的苦痛：低血糖と高血糖が激しく、体調が悪い。腎機能低下し、むくみもあり、気分悪い
- ・精神状態への影響：透析への不安、自宅でいつまで過ごせるか、寿命が短いのではないかという不安。
- ・生活面への影響：家族と自宅で過ごしたいため、在宅サービス受け、自宅で過ごせる体調を整えたい。入院したくない。

<患者の意向>

- ①薬が多くて、理解できていない。
- ②透析をできるだけ予防し、自宅で食事に気を付けて、犬や孫に囲まれて過ごしたい。
- ③食事や薬の管理が複雑なため、妻や娘に世話をかけてしまうのが、申し訳ない。

<周囲の状況>

- ・患者の置かれている環境：配偶者と娘家族、犬と暮らし、患者を支える家族はいる。
- ・家族の意向：家族は患者を自宅での暮らしを支えていきたいが、食事の管理と薬の管理が複雑で不安。娘は、働いているため、配偶者一人で管理困難。
- ・家族間の合意：薬剤師や栄養士の訪問サービス受け、家族の不安を解消しながら、在宅医療支えたい。
- ・経済的な問題：薬代がかかるので、ジェネリックなど、医療の質を落とさず、年金生活で可能な医療希望

モラルジレンマの抽出と多職種での対応策の検討

- ・ステップ1：状況の整理
「医学的適用」「患者の意向」「周囲の状況」「生活の質（QOL）」に情報を記入し 状況を整理
- ・ステップ2：モラルジレンマの抽出
ステップ1から、患者は、病状の悪化から、低血糖と透析近い病状で、自宅では、薬の管理と栄養管理を厳しく管理する必要がある。
<問題点>本人は、余命をできるだけ自宅療養を望むも、家族だけでは、複雑な薬の管理と栄養管理は、困難な状態。
- ・ステップ3：多職種で検討した対応策の提案
退院カンファレンスで本人の希望を共有し、多職種で検討した結果、在宅での療養の不安を取り除く、薬剤師による在宅での服薬支援と栄養士による訪問栄養指導、主治医と連携をとった結果、食事を無理なく改善でき、飲み間違いも防ぎ、薬の減量をしながら、体調が改善した。また食事に関しては、家族が負担になりすぎないように、スーパーでは販売していない、腎不全用の低たんぱく米や低塩、低カリウムの食塩や醤油などの治療食など、薬局が窓口となり各種取り寄せ配達し、生活支援を行った。医師もびっくりするほど、透析導入にならずに、最後まで自宅で孫と犬に囲まれて、3年半の在宅療で過ごす事ができ、本人、家族の希望を叶えられた。

病院内での医療が全てでは、ありません。人生の多くの過ごす在宅にて、その人らしい人生の思いに寄り添って、地域、社会の資源を活用し、薬学的ケアを提供できる薬剤師になるには、どうしたら良いのでしょうか？薬剤師一人では解決できない課題も多いものです。まずは、問題を明確化する力をつけ、是非患者、家族のために、地域の多職種で連携をはかって、一緒に対応策を検討できる薬剤師になって下さい。

歯科医師の考え方の一例

4分割表

<医学的適用>

- 祖母は長く独居であり、半年前に家族と生活するという環境の変化が大きい。これに伴い認知が進行している可能性もある。
- 転倒リスクが高く腰椎圧迫骨折を経験している。
- 入れ歯ではなく、ご自身の歯で、自身の手で箸を使用していたが、認知症による味覚の変化が生じている可能性がある。
- 口腔ケアを本人が行っているのか？ 家族が手伝っているのか？
- 排泄が困難
- 介護認定2

<患者の意向>

- 生活の環境が大きく変わっているので、前の環境に戻りたい。
- トイレを自身でできないとことで、自尊心が損なわれている。

<生活の質（QOL）>

- 家族の生活環境も変わっている。
- 息子の配偶者の介護負担が大きく、生活の質が下がっている。
- おむつの拒否による介護の負担が大きい。
- 孫娘に母親を助けたいという気持ちから来る精神的な負担が生じている。
- 本人の生活の質も以前に比べると落ちていると感じ取れるが、同居することにより生活の質は上がっているとも考えられる。しかし、本人はそれのように感じられない。

<周囲の状況>

- 介護負担が息子の配偶者に集中している。
- 家族の協力はあるが、安定していない。
- 介護認定が下りたことで、デイサービスや訪問介護により生活のリズムができそうだが、現在は不安定である。。まだ本人自体も落ち着いていない。
- 介護は先が見えないので、これからどうなっていくのか皆が不安を抱えている。

モラルジレンマ

- おむつを使用したくない気持ちがあるので、その気持ちを尊重するには介護サービス等を活用しカバーしていく必要がある。
- 施設への入居の場合は、金銭的問題もある。
- 危険に対するリスクが大きいので、拘束が必要となるほどの介護への不安がある。
- 認知症のせいと分かりつつも、受け止めきれない言葉や態度がみられる。

【現場で実際にみられることがあるモラルジレンマ】

患者自身が、医療（医師の介入等）を拒否することも現場ではみられる。その際、ケアマネジャーが介入し、「美味しい物が食べられるように口の中を診てもらいましょうか？」と提案し、歯科医師が医師に先行して在宅に介入するケースもある。

歯科医師の対応

- 認知症で味覚が変わることや、カンジダ等によって味が変わったり、乾燥によっても味覚が変わることがある。
→現段階では介入は難しいが、味がおかしい、食べたくない、食べられる量が減ってきた等が生じた場合、介入の依頼がくることが多い
- 口腔ケアを本人が行っているのか？家族が手伝っているのか？情報を収集する。
→ご飯を口から食べることで歯を磨くことで口腔内の清潔が保たれる。

【歯科医師の役割】

義歯の場合：毎日洗うものだが、認知症が進むとずっと装着していることもある。また、家族が義歯が把握できていない場合もある。家族による義歯の管理ができない場合、介入していく。

胃ろう等の場合：口から食べていないので、咀嚼が行われず唾液分泌の減少により乾燥と自浄作用の低下が生じ、口腔内の汚染が逆に強くなる。また、乾燥していくと粘膜が荒れやすくなったり、口腔内の汚染により誤嚥性肺炎などのリスクが高くなる。そのためより専門的な口腔ケアが必要。

口腔の問題は、本人が口が痛いと言わない限り、周りが気づかないことが多い。