

薬剤師のモラルディレンマ
—ケース検討から学ぶ倫理的問題の対応法—

川村 和美^{a,b}

Moral Dilemmas of the Pharmacist
—Ways of Coping with Ethical Problems in Light of Case Studies—

Kazumi KAWAMURA^{a,b}

^a*Sugi Medical Co., LTD., Success-Higashinonbashi Bldg. 3-7-14, Higashinonbashi, Chuo-ku, Tokyo 103-0004, Japan, and* ^b*Shizuoka University, 836 Ohya, Suruga-ku, Shizuoka 422-8529, Japan*

(Received February 6, 2009)

Pharmacological education in Japan has focused less on the cultivation of medical care providers than on fostering personnel who could develop and manufacture medical products. Pharmacists who passed the national board were able to take part in providing medical treatment even if they lacked the knowledge or capabilities required in a clinical setting. Given both this educational background and the systematic problem that there was no division of labor in the pharmacological field, and given that they operated in a work environment where there was almost no opportunity for direct contact with patients, pharmacists for many years lacked self-awareness as persons who handle medical products that can affect human lives, and failed to take full account of their role as administrators of these products. However, there has been a significant change in the role of pharmacists and in the environment in which they operate since the pharmacist discipline was first established. Whereas in the past the job of pharmacists was simply to deal with the materials of medical products, the job has changed to involve dealing directly with patients. Currently, most pharmacists are engaged in work that provides direct support to people. Ethical behavior is demanded in clinical situations that involve people's interaction with one another. The need is urgent, therefore, for us to apply an understanding of ethical theory and conduct systematic case method-based ethical education to cultivate an ethical outlook among pharmacological students and pharmacists.

Key words—moral dilemma; pharmaceutical ethics; ethics education; ethical outlook

1. 薬剤師に対するニーズの変化と薬学教育

わが国の薬学教育は、明治以来の西洋医学導入に伴う歴史的経過があつて、医薬品の製造・開発者の養成に重きがおかれ、医療人としての薬剤師の養成という点では不十分であつた。講義においても実習においても医療に連なる諸学が重視されず、臨床とは無関係にあるいは短期間の調剤実習において、臨床とわずかなつながりをもつといったスタイルで進められてきた。資格試験に合格さえすれば、臨床で必要な知識や能力がなくとも医療に携われるのが薬剤師の実状であつた。

こうした教育背景と、医薬分業が実際のところ確立されていなかった制度上の問題、患者と直に接する機会が極端に少ない職場環境下にも起因して、薬剤師は人命を左右する薬を扱う者であるとの自覚や、その薬の管理者であることの認識を持つことが長年できなかつた。その結果、薬剤師は機械的な実務に終始することになってしまった。¹⁾

「自分の係わつたことで人の命を殺めてはいけない」これは、薬剤師に限らず、国民の常識的な倫理観だろう。ところが、古くから繰り返されてきた薬害事件をいくら調べても、薬剤師はなかなか表に出て来ない。開発、流通、調剤、投薬とあらゆる場面で薬と接する職域の広い薬剤師が、数々の薬害事件に一切係わつていなかったとは考えにくい。「薬剤師という職業人に責任を追求するほど周囲は期待していなかつた」と考えられるのではなからうか。

^aスギメディカル㈱(〒103-0004 中央区東日本橋 3-7-14 サクセス東日本橋ビル), ^b静岡大学(〒422-8529 静岡市駿河区大谷 836)

e-mail: k-kawamura@drug-sugi.co.jp

本総説は、日本薬学会第128年会シンポジウムS43で発表したものを中心に記述したものである。

このように薬剤師という職業が果たす役割への自他覚的な認識の希薄さから、薬剤師のプロフェッショナルリズムを育成する取り組みも倫理教育も、ずっとなおざりにされてきたと言える。

1990年に入り、行政的な施策によって医薬分業の推進、病棟業務の定着が本格化し、基礎よりも臨床で活用できる薬学教育へと変化を始めた。1992年の医療法改正では、薬剤師が医師や看護師と並ぶ“医療の担い手”に位置づけられた。

そんな矢先に世間を騒がせた1993年のソリブジン事件では、「病院には薬剤部があり、相互作用については絶えず点検しなければならないにも拘らず、素通りしてしまっている」と大きく報道された。病院薬剤師の責任が初めて問題視されたこの事件は、薬剤師に対する国民のニーズの変化を、まさに表す象徴的な事件だっただろう (Source 1)。ところが、このときに至っても薬剤師に対する倫理教育が、特に求められることはなかった。

筆者は1995年の卒業年(薬剤師免許取得後)に、680床の病院で1年間の臨床研修を受けるコースへと進学した。研修病院では代謝内分泌内科病棟に配属となり、午前中は主に回診同行や調剤を、午後は配属病棟のTDM業務や糖尿病教室の開講、服薬指導業務等を行う中で、薬剤師が担うべき職務について考え、みつける日々を経験した。

病棟では休日でも患者が急変したと呼び出されて駆けつける医師や、担当患者をアドヴォケート(advocate)しようと医師に必死に意見する看護師の姿を常にみてきた。その横で研修生という立場だからというよりも、薬剤師だからどこか遠慮がちにしてしまう自分の態度に歯がゆさを募らせていた。患者の病室を訪れたとき、偶然知り得てしまった情報や患者から「言わないで」と聞かされた話を、どのように処理することが適切なのか、どうしたら患者のためになるのか、その解決方法に確かな根拠を見い出せないでいた。

2. 薬剤師の倫理教育と職業倫理に対する誤解

2-1. 倫理観は現場で養われるか 2006年には薬学部6年制がスタートし、講義内容の大幅変更や医療薬学科の創設、医療機関での実習の必修化並びにOSCE (objective structured clinical examination ; 客観的臨床能力実技試験) や CBT (computer-based testing ; コンピュータで解答する試験) の導入等が

行われて、薬学生は昔とは比較できないほど臨床に近づいた教育を受けられるようになっていく。この薬学教育年限の延長に伴い、日本薬学会より薬学教育モデル・コアカリキュラムが策定され、そこには倫理教育の必要性とその基準が示された。基準を示したところで、倫理問題を解決できる薬剤師を養成するための教育を実施するのは容易ではなく、各薬科大学の教育には大きなバラつきがある。

ホスピス見学、看護体験、高齢者施設の訪問、ヘルパー体験など、薬学教育界にはびこる「臨床に出れば倫理観は養われる」との幻想は、改善する必要がある。確かに見学や体験は、自己の職業と社会のつながりを知ることができる上、患者の状況を把握するために、あるいは患者の苦しみを理解するために重要である。しかし、心の情操教育はヒューマニズム教育の名の下、倫理教育にとって代わるものではない。

2-2. 徒弟モデルは有効か 臨床の現場で倫理観が養われるという発想の1つに、徒弟モデルがある。「日々患者と接している先輩の倫理観は研ぎ澄まされているだろう」、あるいは「これまでに問題がないのならこれまでのやり方に従うことが正しい」と考える説である。

前述のように、患者と接することが倫理観を養うことには直結しない上、“これまでに問題がなかった”という事実が、これまでの慣行の正しさを立証することにはならない。雪印集団食中毒事件にしても、不二家の期限切れ原材料使用問題にしても、船場吉兆の産地偽装や客の食べ残しの再提供問題にしても、石屋製菓の賞味期限1ヵ月先延ばし問題にしても、これまでの慣行に従った結果、「食品会社としてあるまじき行為」と叩かれ、中には倒産まで追い込まれた事例もある。時代とニーズは、日々刻々と変わっている。

第一、倫理問題を繰り返し検討・理解して、倫理



川村和美

スギメディカル(株)教育事業部主任研究員。1995年名城大学薬学部卒業。同大学薬学専攻科の臨床研修時に、薬剤師に対する倫理教育の必要性を感じ、薬学研究科にて研究を始める。1997年修了。2003年学位受与。2006年より静岡大学人文社会科学研究科に在籍し、実践的な薬剤師向け倫理教育の構築・展開を目指している。

Source 1. Harmful Event of the Sorivudine

日本商事が開発した帯状疱疹治療薬ソリブジンが、1993年9月の発売後1年間に15人の死者を出した事件。その後、治験段階で投与された患者3人が死亡していたことが判明した。また、最初の死亡例が日本商事に報告された9月20日から約3週間の間に、同社社員175名が同社株を売却していたことが分かり、インサイダー取引容疑で捜索された。ソリブジンは、がん患者や手術後の患者で免疫力が低下したときに、ヘルペスウィルスが増殖し、皮膚に帯のように水膨れができる帯状疱疹の新薬として開発された。内服で使用でき、既存の抗ウイルス剤よりも1日の服用量が少なく済む利便性があるとされた。

新聞の指摘するソリブジン事件の問題点
情報の隠蔽：危険性、動物実験の結果、治験時死亡、不注意な取扱い：警告の弱さ、医療倫理違反：インサイダー取引

薬の添付文書には、この抗がん剤との併用を避けるよう記されていたが、重大な副作用の恐れがある場合は、特別に「警告」欄を設けて注意を呼びかけるのがふつう。ソリブジンの場合、当初は一般の「使用上の注意」欄に記されていただけで、「警告」欄が設けられたのは死者が出た後の10月12日だった（朝日 93.11.25 朝刊）。

社員研修用の内部資料に、「併用で死亡する恐れがある」との記述がある（朝日 93.11.27 朝刊）。

厚生省、添付文書の記載方法の変更を都道府県に指導。ソリブジンの場合、相互作用の項目に「併用投与を避けること」と記載されているだけで、警告や禁忌の項目には何も記載されていなかった。パンフレットについても、有効性やいかに安全かを示す図が中心で、相互作用についての注意は裏面に小さく記載されているだけだった（朝日 93.11.25 夕刊）。

ソリブジンを処方した皮膚科の医師が、抗がん剤を飲んでいのかどうかを聞かなかった場合（毎日新聞 93.11.20、統報 11.21）。

患者本人ががん告知を受けていない場合（毎日新聞 93.11.17）。

同一医師が両剤とも処方した場合（毎日 93.11.25）。

「報告例のうち7人は、同一病院で処方。しかも、そのうち3人は担当医に両剤とも処方されていた」「両剤を同一の医療機関で投与したのが4例、同一の医師によるケースが2例あり、医師に併用の危険性が十分に伝わっていなかった」会社の記載が十分でなかった、医師が記載を軽視した。臨床試験で併用による死亡例があった。しかし、メーカー側の「因果関係は不明」という説明のまま、厚相の諮問機関「中央薬事審議会」で新薬として承認した。第Ⅲ相治験中に異例の動物実験、その結果を治験医師に告知せず（毎日 94.05.10）。

治験対象患者の人権問題（毎日 94.05.10）「治験担当医は今年初めまで数回、遺族への謝罪と補償交渉の打診を同社に要請したが、同社は現在まで遺族へ通告せず、補償交渉にも入っていない」「がん告知されなかったのが死亡の原因」と医師の責任を問う声も上がっている（毎日 94.07.02）。

治験総括担当医師の責任（毎日 94.05.21）。

出典：<http://www.mi-net.org/yakugai/dacases/sorbzin/soribmain.html>

問題を察知できる感性を意識的に磨いている先輩でない限り、倫理問題に気付くことすらできない可能性が高い。

2-3. 職業倫理を個人の道徳観に委ねる風潮

薬業界には「倫理観は幼少の頃から形成された個人の感性である」との意見も根強く、薬剤師の職業倫理のあり方までも、個人の道徳観に委ねる風潮がある。育ってきた環境や経験によって、同じことを見聞きしても Yes と答える人もいれば No と答える人もいる。個々人の価値観によって、その判断は大きく異なると予測される。社会の一員として評価される上では、ある程度の判断は個性として許されるかも知れないが、薬剤師として同一の問題に対して判断を迫られたとき、薬剤師によってバラバラの結論を導き出すことが果たして許されるのだろうか。

職業人としての倫理観の醸成は、人間としての一般的な道徳観の形成とは異なる。誰も生まれたときから、その職業になると決まっているわけではなく、職業は後天的に決まることが多いものだ。当然、倫理がその社会の同じ倫理的基盤の上に成り立つものとして、個人の判断と職業人の判断が同じこともあるだろうが、人として守らなければならないことと、人間の命を預かる医療従事者として薬剤師が守らなければならないことが、必ずしもイコールというわけではない。職業倫理を、一般的な個人の道徳観に還元することはできない。

また、有徳な人は正しい倫理的決定ができるはずだという考え方もある。「倫理観のない奴は薬剤師を止めてしまえ」といった極端な意見を耳にしたこともある。「薬剤師は有徳であれ」と叱咤激励したい気持ちは分からなくもないが、薬剤師という資格を与えられたことを転機として、個人が自然と有徳になれるなど、実に説得力に欠ける議論である（Source 2）。

処方外での精神安定剤を混入した薬剤師逮捕事件の後、薬剤師に対するこんな書き込みをインターネット上で目にした。「そこら辺の事務員に白衣着せて薬を触らせてる薬局が多いだろ、人件費抑制で」「零細企業に倫理求めてもしょうがないんだよ」まるで、社会から「薬剤師の倫理観には期待できない」と烙印を押されたようだ。

本事件は特殊なケースであったとしても、一般的に、どんなに有徳な人もディレンマに遭遇したとき

Source 2. Case of Pharmacist was under arrested

三重県伊勢市の「マイニチ薬局」2店で2002年6月、子供にアレルギー治療薬として処方外の精神安定剤が投与され、入院3人を含む16人がけいれんや体の異常を訴えた事件で、県警捜査1課と伊勢署は16日、同薬局に当時勤務していた薬剤師、吉田真樹容疑者(30)を傷害容疑で逮捕した。吉田容疑者は人事などへの不満から「会社を困らせるためにやった」と容疑を認めており、県警は、偽計業務妨害の疑いもあるとみて調べている。

調べで吉田容疑者は、昨年6月13日午後6~7時ごろ、勤務していた同薬局曾祢店で精神安定剤ハロペリドールを、小児用抗アレルギー剤のビンに混入。この直後來店した同県小俣町の男児(8)にアレルギー薬としてこの薬を処方し、男児にけいれんなどの傷害を負わせた疑い。男児は8日間入院した。

同店では同月11日、伊勢市内の女児(3)が、また、同薬局小木店では同月25日、同県玉城町の女児(10)が、同様に抗アレルギー剤を処方され、けいれんなどの症状などで入院した。処方したのは吉田容疑者とは別の薬剤師だったが、処方された薬からハロペリドールが検出された。吉田容疑者は小木店に過去勤めており、この2件についても関与を認める供述をしているという。

吉田容疑者は「薬剤師としてあってはならないことをした。子供たちに申し訳ない」などと供述しているという。

また、2店では2002年1月から2月にかけて、向精神薬190錠などが紛失する事件があり、県警は吉田容疑者を追及する。

一方、マイニチ薬局の神農淳一社長は16日、会見し「患者と家族の方に申し訳ない」と謝罪した。社長によると吉田容疑者の勤務態度は「勉強熱心でまじめ」だったという。同薬局は同年12月までに2店を廃業した。

吉田容疑者は現在、同県内の別の薬局に勤務している。この薬局の関係者は「勤務態度はまじめだった」と逮捕に驚いていた。(毎日新聞) [2003年4月17日0時10分更新]

出典：<http://www.med-apple.co.jp/news/trial/t2003.02/t04.17.03.html>

※過去の事件の発覚時期を明確にするため西暦のみ筆者追加

には、その倫理観を発揮できないことの方が多い。裏を返せば、単純明快に解決できるような問題なら、ディレンマとは言わないのである。臨床には自分自身の判断を貫くことのできない要素がたくさん転がっていて、これが実に悩ましい。このようなメタ的な側面を抜きにして、職業倫理を語ることはできない。

2-4. 倫理規定を守っていればよいか 「職業倫理は倫理規定を守っていればいいはずだ」という主張もある。確かに、倫理規定は自らの職業団体が

掲げる規範の呈示であり、従うべき職務指針である。熟慮された理想が箇条書きの条文として、述べられていることが多い。

しかし、倫理規定は言われて守れる、唱えて従えるような簡単なものだろうか。並べられた抽象的な文章から、眼前のディレンマをどのように解決できるというのか。条文の一つ一つを実務にどう反映させて、どのように守るのかという筋道を自ら立てることができなければ、倫理規定は職務規範としての役割を果たせない。業務手順のマニュアル化やシステムの導入にも同じことが言える。本人が守る意義、その必要性を理解していなければ、これらは意味をなさない。倫理規定は実践現場への落とし込みが重要であり、その有効な手立てがなければ、どんなにすばらしい倫理規定も形骸化してしまう。

さらに、倫理規定は作られたそのときから、現状の業務とは乖離していく。薬剤師の役割や国民のニーズ、臨床は日々刻々と変化し続けている。定期的に条文を見直し、時代に即応した倫理規定を呈示しなければならないことはもちろんだが、そうしたギャップがあることを一人ひとりの専門家が理解して、倫理規定を遵守していなければならないだろう。

ファーマシューティカル・ケア、POSの概念、コミュニケーション・スキルの向上など、私たちは様々なことに取り組み、多くの技能を獲得してきた。しかし、私たちは数々の誤解によって、業務で出会う“判断に困る”モラルディレンマについて、よりよい判断を下す能力を磨いて来なかった。そのため、“人間の命を預かる”職業人として、自信をもって何らかの答えを出すという力をもち合わせてはいない。この事実を真摯に受け止め、早急に対策を講じなければならない。

3. プロフェッショナルリズム教育

プロフェッション(専門職; profession)とは公益的活動を行うために、特殊教育を受けて専門的技能を保持する人を指す。その専門的技能に対して資格(qualification)が与えられ、職業独占の承認を受けている。したがって、プロフェッションには自己規律(自立的倫理)が要求され、公益的活動に反する行為は許されず、ミスをしたときには厳しくその責任を問われる。薬剤師も国家資格を与えられた医療従事者として、自身の職業に対する確固たるプロフェッショナルリズム(専門家精神; profession-

alizm) を育成しなければ、いつまで経っても薬の専門家たりえない。

3-1. プロフェッションの起源を知る 中世の西欧社会では、自分の希望によってあらゆる職業に就くことが可能だった。そのような社会において、人の死を扱う聖職者、人のトラブルを扱う弁護士、人の病を扱う医師は、“三大職種”として、とりわけ高い倫理観が必要であると考えられた。なぜなら、これらの職種は“人の不幸を扱う”特殊な職業だからである。

専門的な知識と技能は一般に分かりにくく独占的で、専門家が自分の利益のためだけに専門能力を用いる可能性がある。人の困難な状況につけこんで金を稼ぐという危険もある。このようなリスクを防ぐため、人々は専門的な知識と技能の使用を社会が管理するための社会構造を生み出した。それが専門職制度である。

Profession はラテン語の *professio* に由来し、「誓いをたてる」という意味をもった用語である。専門職に固有の専門能力を所持し実践する者として他者の前に現れるとき、専門家は自分が専門職団体のメンバーであり、専門職の倫理的責務を自分自身のものとして受け入れているということを社会に向かって宣言するとした。専門職が宣誓職業と言われる所以である。こうして専門家が専門能力を実践する際には、特別の道徳的責務が求められてきた。

社会学の開拓者と言われる *Carr-Saunders* と *Wilson* の実証研究 (1933) によれば、プロフェッションとは、①長期的な訓練による専門技術の獲得、②特別な責任感情を具体化した倫理綱領、③職業団体・結社の形成、④利益追求ではない固定報酬制度の4点である。^{2,3)} *Bayles* (1988) によれば、①公共性に貢献し、重要な公共サービスをもたらす、②専門職を遂行するには抽象化・体系化された専門知識が必要である、専門職になるためには高度な訓練を要する、③専門職自身が定める自己規制基準が存在する、④特定の専門職を選定する免許制度の手続きが存在する、専門職の仕事を行うのに独占権をもつ専門職もあり得る、⑤専門職団体の設置は専門職にとって重要な側面である、専門職団体は専門職の基準を定め養成基準を決めることで免許制度の手続きを執行する。の5点を満たすことが専門職の条件である。³⁾ 現在、専門職とは一般に一定の学問的

訓練と社会的な誓約が求められる職業を指すようになってきている。

3-2. 日本におけるプロフェッション 西欧においてプロフェッションと呼ばれている職種は、日本社会にもほとんど存在している。明治7年(1874)、“医政”が發布され、薬舗主(後の薬剤師)に調剤権が賦与されたときから、薬剤師も専門職として存在している。ところが、わが国の薬剤師はこの職業の起源や歴史的な背景を知らないまま、資格を手にしてしまっている。

わが国にはプロフェッションとノン・プロフェッションを区別する習慣がない。数々のプロフェッションは単なる職種として輸入され、その根幹となる精神 (*professionalism*) までは輸入されなかった。国の厳しい監督下に据えられた日本のプロフェッションは、自生的に登場して自らの地位を獲得してきた西欧のプロフェッションとは、根本的に異なる特色をもつ (Table 1)。職域が資格によって保護されているため、独占しようという意識が希薄であり、これが責任感や倫理観の欠如となって現れてしまっている。プロフェッションを育成しようとする風土がないため、ビジネス世界の基本原理である営利主義・商業主義にならなければ職業として成り立たず、ゆえにプロフェッションの公共性や公益性が一般に理解されない、だから社会は期待もしいという悪循環をもたらしていると言えよう。

日本と西欧のプロフェッションの起源に違いがあるとは言え、わが国においても医療専門職は人の病を扱うことに変わりはない。本質的な要素である健康及び生命の維持は、わが国でもたいていの人々によって“価値がある”と認められており、その重要度は極めて高いと思われる。薬剤師も医療専門職の

Table 1. The Profession's Feature in Our Country

- | | |
|---|---------------------------------|
| ① | 国家によって導入され、国家の保護の下に発展してきた |
| ② | 社会の側にプロフェッションの存在意義を認める基盤が乏しい |
| ③ | プロフェッションの側も、プロフェッションとしての自覚に乏しい |
| ④ | 営利主義・商業主義の影響を相対的に強く受けている |
| ⑤ | 社会的啓蒙を図ることをせずに、直接的に法律・制度を実現しやすい |

一員として特殊教育を受け、専門的技能を所持し他者に実践する者として、国家から特別な資格を与えられているのだから、西欧のプロフェッション概念に学ばなければならない側面もある。わが国の薬剤師は自らの職業が、公益的活動を行うために存在していることを認識しなければならない。

プロフェッション確立の歴史的な背景をもち、社会的に誓いや規制を求められることのなかった日本において、真正のプロフェッションへと導く1つの鍵は、個々のプロフェッショナルリズムをいかに育てるかという点に係っている。薬剤師は人々にとって、かけがえのない健康の回復・維持に大きく係わる“薬”を扱う専門職である。そして、その“薬”は健康を害する危険性をも併せ持っている。だからこそ、私たち薬剤師の判断は重大かつ信頼を要する。

「自らの職業は社会に対してどうあるべきか」という問いを持たなければ、プロフェッションにふさわしい行為も態度も見出すことはできず、望ましい患者との関係を築くことも難しい。専門職のサービスを求める人々に対して、「私は人々のために自分の知識や技術を活用して生きることを求められているのだ」という意識が必要である。自身に課された責務に対して深い理解をもつ者のみが、専門職の業務に頻発する困難な課題にも応えらえると思われる。薬剤師人生の生涯に渡り、自らの職業に対するプロフェッショナルリズムを育成する努力が必要なのである。

3-3. チーム医療とプロフェッショナルリズム

現在、多くの病院において感染制御チーム (infection control team; ICT) や栄養サポートチーム (nutrition support team; NST)、緩和ケアチーム (palliative care team; PCT) 等に薬剤師も加わっている。2007年4月の医療法改正では、保険調剤薬局が“医療提供施設”に位置づけられ、薬局に勤務する薬剤師の在宅医療への本格的な参画が始動して、多くの薬剤師がより臨床に近いところで業務をすることになった。いまや薬局の薬剤師も、様々な医療関係者と協力して、医療に取り組んでいる。

チーム医療とは *Encyclopedia of Bioethics, 3rd Ed* によると、「了解の上に成り立った目標を達成するために、互いに補足し合う専門的な技術を用いる2名以上の医療専門職者からなり、協働した包括的な患者ケアが多くのチーム医療の第一義的な目標であ

る」と定義されている。⁴⁾ チームで係わる場合には、基本的理念やケア方針がメンバーに行き渡っていないなければならない。「薬剤師に言ったのに医師に伝わってなかった」「看護師に頼んだのに理学療法士が来てくれない」にも拘らずチーム加算が請求される。これではチーム医療の意義はなく、医師が1人で係わった方が患者・家族にとってメリットが大きということにもなりかねない。

①医療のセーフティネットが、チームのメンバーによって諸処にカバーされ合うこと、②各メンバーの視点を共有して互いに有効活用すること、がチームで係わるメリットだろう。このメリットを提供するには、自分自身の職能の役割を正確に察知することが大前提である。薬剤師だからといって薬のことばかりに固執するのではなく、薬剤師がどうすることでケアは向上するのか、メンバーから何をすることが薬剤師に求められているのか、感性を研ぎ澄ませて臨まなければならない。ニーズ以下の働きやニーズとは異なる働きしかできない薬剤師に、チームのメンバーになって欲しいと考える人は誰もいない。

次に、他職種の役割を深く理解することである。各々に得意とする領域を、よく知らないまま医療を勧めたなら、医療のセーフティネットがカバーされ合うどころか、職種間に隙間だらけの危ないネットを張ることになってしまう。互いの理解不足によって、情報の伝達先を誤ったり他職種の職域を侵していたなら、患者のニーズに合致した医療は到底提供できるはずもない。

その職務が生まれたときから、ベッドサイドで業務をしてきた医師・看護師に比べると、薬剤師の病棟業務歴は浅い。だからと言って、薬剤師として最適と判断した薬物治療をなし得る努力よりも、他職種へのおかしな遠慮が先立つのはおかしい。自らが学んだ知識をもって、患者のために薬剤師の視点から主張するということがなければ、チーム医療に薬剤師が加わる意味はない。患者の治療に向かう熱意は、どの医療従事者も同じであるべきだ。

定期的なカンファレンスやミーティング、日々の申し送りやラウンドを通じて、周囲にメリットを生み出す活動を実践し、各職種間の信頼関係を構築しなければ、迷惑を被るのは患者であり家族である。互いの能力が尊重されて共通の方針をもち得なけれ

ばチームは成立し難く、職能間の連携なくしてよき医療は望めない。

職場によって薬剤師に与えられた役割は異なる部分もあるが、一人ひとりの薬剤師が自らの職業の使命を熟考し、自らのプロフェッションをかけて職務を果たせば、どの職場でも周囲から頼られ、必要とされ、後に信頼を生み出す。国家資格を与えられた私たちは、国民に対して高い倫理観をもって職務に携わる責任がある。対人援助の現場で倫理的葛藤に陥ったとき、より適切な打開策を見い出せる薬剤師が、今まさに必要とされている。

4. 薬剤師の倫理教育

現在、25万人を超える薬剤師が日本中で働いており、そのうち薬局への就職者が60.9%、病院への就職者が19.4%、製薬企業への就職者が18.0%と、そのほとんどが対人援助職である。かつて薬だけを扱っていた時代とは違って、対人援助職として患者や家族と向き合う場合には、細部に渡る配慮を要する。薬剤師の倫理教育やコミュニケーション能力の涵養が求められるゆえんである。

しかし、「倫理観を発揮する」ということは、すでに述べたように、患者や家族を憐れむ「ヒューマニティに溢れた同情的態度」で接することとは全く違う。患者・家族の意向を受け止めつつ、関係者全員がそれなりに納得のいく答えをみつけなければならない。では、モラルディレンマを解決するには、どのような方法が有効なのだろうか。

4-1. 倫理理論を学ぶ 私たちはその場での判断を迫られるとき、とかく直感で行動してしまいがちである。トラブルが深刻なほど、私たちは自分の立場からしか物事を考えられないことが多い。直感に基づく判断は場当たりの対応になりがちで、道徳的に重大な相違がみられないようなケースであっても、皆が同じように受け取るとは限らず、対応も人によって異なる。よって、その感性や直感が本当に正しいかどうか、妥当性を持たせる必要がある(道徳的正当化)。この行為が倫理的に正しいという信念は、もっともな理由(good reasons)に基づいているべきである。⁵⁾ こうした道徳的正当化の根拠となる倫理理論を学ぶ必要がある。

功利主義(utilitarianism)はベンサム(Jeremy Bentham, 1748-1832)やミル(John Stuart Mill, 1806-73)を中心として発展した倫理理論であり、

「ある行為は幸福を増す程度に比例して正しく、幸福の逆を生む程度に比例して誤っている」とみなす“最大多数の最大幸福”に代表される考え方である。つまり、結果の善し悪しによって行為の善悪を判定する。

これに対して、義務論(deontology)はカント(Immanuel Kant, 1724-1804)を中心として発展した倫理理論であり、「行為はそれが人間の従うべき道徳規則に適合している場合に正しい」と考える。功利主義のように行為の結果のみで善悪を判断するならば、過程の悪さなど問題にせず、嘘をも肯定する。快楽や幸福というような抽象的な概念を定義することは困難で、人によって基準が異なるため万人に共通の規範とはなり得ない。

功利主義と義務論には未だ対立があるが、それぞれの考え方から自分の判断について、相手の幸福増大や守るべき義務に準じた判断・行為の正しさといった、何らかの道徳的正当性を導き出すことができる。

伝統的な医の倫理の歴史は古く、古代ギリシャのヒポクラテスの誓いに始まる(Source 3)。この誓いには、無危害、恩恵の義務、自死幫助と中絶の禁止、自己研鑽、自己規制と患者差別の禁止、守秘義務等が謳われている。ここには、現代にも通じる医師の職務規範が掲げられており、診療に際して医師が心得ておく道徳的義務として、今日もなお取り上げられることが多い。

しかし、1960-70年代にアメリカで非倫理的な研究や人体実験の発覚に伴う患者の権利擁護と、遺伝子治療や臓器移植などの先端医療技術の発展によって、ヒポクラテスの誓いは患者や社会の視点に欠けていると批判され、1970年代以降のバイオエシックス(bioethics)運動へと発展した。「医学の進歩が必ずしも患者の幸福や満足に結び付いていないのではないか」という疑問から、患者の意思を尊重しなかった従来の医師や医療関係者の態度や行為を批判して、社会が改善を要求したのである。

1973年には「生物医学及び行動科学研究の人間の被験者保護のための国家委員会」が設置され、1978年には国家委員会の報告書であるベルモント・レポートが出されて、医科学研究の倫理原則から医療倫理の原則を形作っていった。ベルモント・レポートにおいて、ビーチャム(Tom L. Beauchamp)が、

Source 3. Oath of Hippocrates

『医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイア及びすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断に従ってこの誓いと約束を守ることを、この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かって、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則に基づき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分ち与え、それ以外の誰にも与えない。○私は能力と判断の限り患者に利益すると思ふ養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。○頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。○純粋と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。○結石を切り出すことは神かけてしない。それを業とするものに委せる。○いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷の違いを考慮しない。○医に關すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。○この誓いを守り続ける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしこの誓いを破るならばその反対の運命を賜りたい』

「①自律尊重原則 (The Principle of Respect for Autonomy) : 自立的な本人の意思決定を尊重せよ」、
 「②善行原則 (The Principle of Beneficence) : 患者に利益をもたらせ」、
 「③正義原則 (The Principle of Justice) : 利益とリスク・費用を公平に配分せよ」
 の3原則を提示した。

さらに、ピーチャムとチルドレス (James F. Childress) は、1979年、著書「生物医学倫理の諸原則 (Principles of Biomedical Ethics)」のなかで、前述の3原則に「④無危害原則 (The Principle of Nonmaleficence) : 患者に危害を及ぼすのは避けよ」を加え、4原則を提示した。^{6,7)} 生物医学倫理の4原則は簡潔なために医療現場で用いられやすく、医学・医療の倫理問題を統一的に扱うための基礎理論を与えた。医療従事者間で考え方を共有できるという点でも受け入れやすく、今日も生命倫理や医療倫理の分野で基本の倫理原則とされる。

これらの4原則を用いれば、直ちに問題が解決できるというものではないが、問題の分析に役立つ有効な理論である。4原則はいずれも大切にすべき倫理的価値であるため、比較考量を行って4原則とも最大限に守れる可能性を追求する努力が重要であ

る。薬剤師も“薬剤師としてよりよい判断を下す際に基盤となる”倫理理論・倫理原則をしっかりと学ぶ必要がある。

4-2. ケース・アプローチ 医療現場では、治療方針を巡って見解の相違があったり、患者-家族間での意向が異なったり、患者が適切とは思えない治療を望むなど、あらゆる場面で葛藤が起こってくる。その中で何が正しくて何が間違っているのか、どういう選択が適切でどういう選択が不適切なのか、倫理的に考えなければならない。臨床現場の意思決定が困難な場面で、どのように考えていけばいいのか知る1つの手立てとして、ケース・アプローチがある。これらは臨床倫理学 (clinical ethics) という学問分野において発展してきた手法である。臨床倫理学は臨床現場における倫理的問題を解決することを主目的とし、患者診療で直面する倫理的問題を同定・分析し、解決し、医療従事者・医学生に対する倫理学教育、臨床研究などを扱う分野である。⁸⁾

4-2-1. 4分割表 ジョンセン (Albert R. Jonson) らの“ケース・メソッド (case method)”と呼ばれる方法論は、個々の臨床例を集積し、決疑論 (casuistry) の手法を基に、それらを議論・分析して実践的解答を導き出すことを目指すものである。ジョンセンらは症例分析のための4つの項目、①医学的適応 (medical indication)、②患者の選好 (patient preferences)、③QOL (quality of life)、④周囲の状況 (contextual features) を挙げた。⁹⁾ この4項目は、直面しているケースに含まれる事実を正確に把握し、問題点を整理して、各項目の重要性を様々な角度から検討、考察、評価するための重要なポイントである。また、4項目を枠に収めた4分割表が、症例の倫理的課題を検討するための検討シートとして採用されている (Table 2)。医療従事者に取り組みやすく、直面している問題を整理し、状況を思考する道筋を明晰にすることが可能である。白浜のアプローチは、

1) 問題の認知と分析: 倫理的問題がありそうな症例を取り上げ、問題点を4分割表に記入する。

2) 調査検討: それぞれ挙げられた問題について分からない部分を調査する。

3) 具体的対応: 4分割表全体を見回して、できることから対策を立てる。

Table 2. Table of 4 Categories (Case Consideration Seat)

<p>1) 医学的適応 Medical Indication “Benefit, Non-maleficence” 恩恵, 無害の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性 (Futility) 5. 医療事故, 医療ミス 	<p>2) 患者の選好 Patient Preferences “Autonomy” 自己決定の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の判断能力 2. インフォームド・コンセント 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 <ul style="list-style-type: none"> • 代行判断 • 最善利益
<p>3) QOL QOL (生きることの質) “Well-Being” 幸福追求の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. QOL の定義と評価 (身体, 心理, 社会, スピリチュアル) 2. 誰がどのように決定するのか <ul style="list-style-type: none"> • 偏見の危険 • 何が患者にとって最善か 3. QOL に影響を及ぼす因子 	<p>4) 周囲の状況 Contextual Features “Justice-Utility” 公正と効用の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面, 公共の利益 4. 施設方針, 診療形態, 研究教育 5. 法律, 慣習 6. 宗教 7. その他

※この表は Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics-A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992 (邦訳: 大井 玄, 赤林 朗監訳「臨床倫理学: 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ」新興医学出版社 1997) で展開している倫理的な症例検討の考え方をまとめて出されているものに、筆者が白浜雅司先生の最新論文 [レジデントノート Vol. 7 No. 12 (3月号) 2006, pp. 1621-1626, 羊土社発行] を追記したものです。
<http://square.umin.ac.jp/masashi/4box.html>
<http://square.umin.ac.jp/masashi/mawarino.htm>

の手順で進められる。

白浜は、「ある症例の倫理的課題を検討するための道具として4分割表を用い、4つの枠の中に問題点を入れて考えようとするものである。一中略—とにかくどの枠にも何らかの問題点を入れて検討するようにする。とかく倫理的な問題は、ある1つの面だけが強調される傾向があるが、実際の症例では多くの課題が入り組んでいることが多いのである。特に医師が最初の医学的適応だけに目を奪われがちになったり、看護婦やソーシャルワーカーがQOLだけを強調したり、法律家が患者の意向だけを強調するような傾向があるのはある程度仕方ないことだが、このような道具を使っていろいろな職種の人が、(患者自身や家族も含めて) 広い視野から討論するための枠組みと考えると分かりやすだろう」と解説している。¹⁰⁾

先駆的な医療機関では、多職種参加のカンファレ

ンスやミーティング等に、この4分割表を用いて症例検討や倫理検討 (ethics case conference) を進めている。

4-2-2. 5分割表 4分割表は前述のような、多職種がともに検討する枠組みを与えたという点で大きなメリットがあるものの、医師の視点に基づく医師のための分析シートという側面が否めず、筆者は薬剤師にとって必ずしも使い勝手のよいものではないとの印象を抱いてきた。本表がワシントン大学の医学部における倫理教育プログラム作成の際に考案された手法であることを考えると、4分割表の使いにくさは薬剤師に限ったことではなく、コ・メディカル全般に言えることであろうとの結論に至った。そこで、コ・メディカルの視点から、4分割表の問題点を挙げてみた。

白浜の定義によると、臨床倫理とは「日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医

Table 3. Problem's of Table of 4 Categories

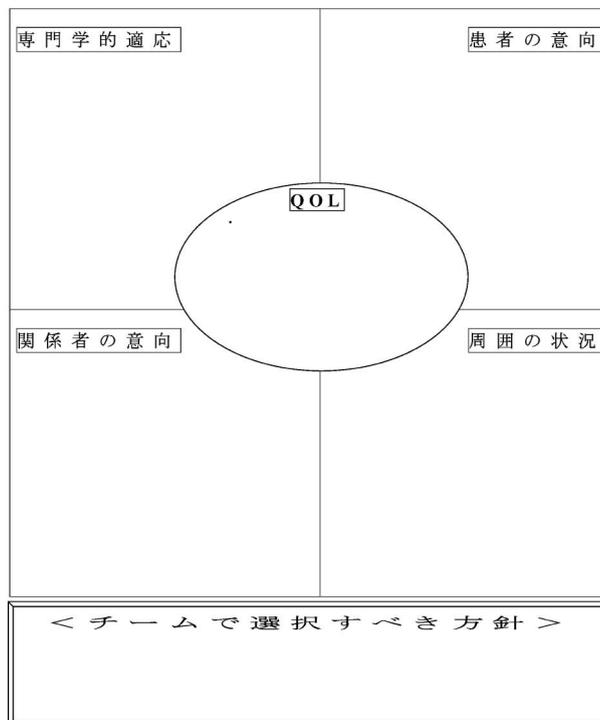
- ① コ・メディカルの専門性や視点に基づく分析が反映されにくい (コ・メディカルが医学的適応を分析するには無理がある)
- ② それぞれの立場や考え方の違いを明確化しにくい (家族や各コ・メディカルの意向が可視化されにくい)
- ③ コ・メディカルは治療方針の決定者ではないため、特に医師の意向が自身の専門学的適応に大きく反映する

療者間の立場や考え方の違いから生じる様々な問題に気づき、分析して、それぞれの価値観を尊重しながら、関係する者が納得できる最善の解決策を模索していくこと¹⁰⁾である。メンバーの専門分野が活かされ、チーム相互に関係者の意向を理解することが、臨床倫理のポイントであると言えよう。現在の医療は細分化・専門分化され、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床検査技士、栄養士など、数々の専門家で構成されたチーム医療の下に、よりレベルの高い医療が進められている。そこで、臨床倫理の諸問題を各メンバーが道徳的推論を行い合うに当たって、それぞれの価値観を尊重しながら、最善の解決策を模索できる検討シートが作れないものか考えた。

コ・メディカルは本来、医学教育を受けて来たわけではないため、医師を超えるような医学的問題点を見い出せるはずがない。医師と並ぶ知識をもって医学的適応を理解することも難しい。となると、コ・メディカルが医学的適応の枠を苦勞して埋める意義は、いかほどのものだろうか。なんのための医療の細分化か専門化かということを考えて、むしろ大切なのはコ・メディカルの専門性や視点に基づく分析がなされ、その意向がシートにきちんと反映されることである。そこで、医学的適応の項目を「専門学的適応」に変更した。

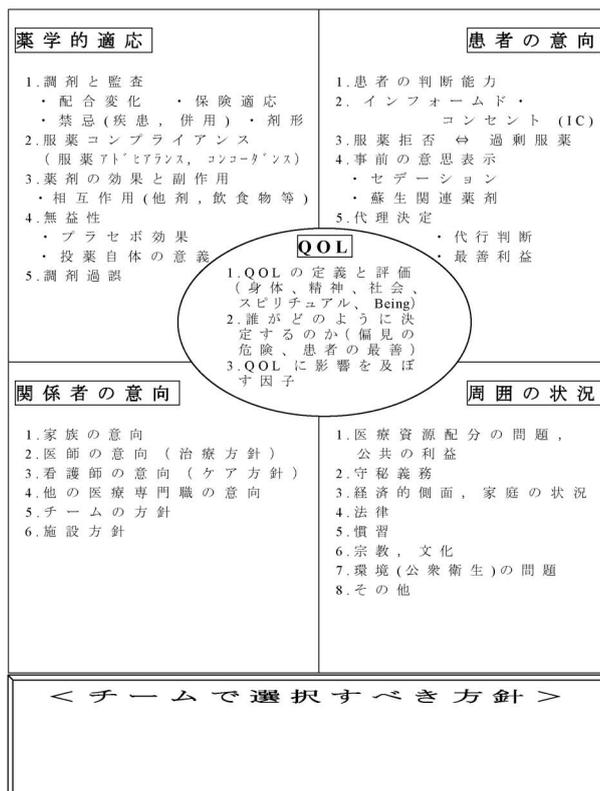
コ・メディカルは治療方針の決定者ではないところが、医師とは決定的に異なる点である。医師の希望する治療方針が、コ・メディカルの意向によって通らないことはまずないと思われるが、コ・メディカルが自身の専門学的視点から適切であると判断した医療を、患者に届けるためには医師の了解が必要である。コ・メディカルにとって、特にメディカルである医師の意向が、自身の専門学的適応に大きく影響する。

Table 4. Table of 5 Categories



※ この表はコ・メディカル向けに筆者が5分割表として提唱し、多職種参加のケース検討時に活用しているものです。

Table 5. Table of 5 Categories (for Pharmacists)



※ この表は川村の提唱する5分割表を薬剤師向けにして、「薬剤師のモラルディレンマ」薬局、南山堂、2008を用いたケース・アプローチの際に活用してきているものです。

また、4分割表では家族の意向も可視化されにくい。立場の違いや考え方の違いから、ディレンマは生じてくる。患者と反対の意向をもつ家族もいるであろうし、家族の意向が医療者側の意向と対立する場合もある。家族も含めた、それぞれの意向を明確にする必要性を感じ、「関係者の意向」という項目を新たに設けた。

QOLは、①専門学的適応、②患者の意向、③関係者の意向、④周囲の状況の4項目と連動して勘案すべき項目であるとの発想から中心においた。QOLは4分割表でもなかなか見出すことが難しい項目だが、中心に置き各項目との関係性を常に意識しながら、考えることで見い出せるようになったと感じている。

医師が医学的適応だけ、看護師がQOLだけ、法律家が患者の意向だけ、ソーシャルワーカーが周囲の状況だけを主に担当するならば、なにも分割表を用いる必要はない。病と闘い苦悩する患者と家族には様々な問題や想いがあり、医療従事者は各々に何らかの情報を受け取っているはずである。複数の関係者の多面的・多角的な視点をもって、断片的な情報をジグソーパズルのようにつなぎ合わせ組み立てたとき、より蓋然性をもつ医療を提供できるのではなかろうか。

臨床倫理の定義からすると、複数の医療従事者が自分の専門分野から複数の証言に渡って、患者が恩恵を得られるように検討することがケース・アプローチの醍醐味であろう。5分割表はメンバーの専門性と各々の意向をも明確化する、“チーム医療に生きる”ツールであると感じている。

川村の5分割表を用いたケース・アプローチは、

1) 問題の把握：関係者が認知した問題点を、各々に5分割表へ記入する。立場によって、把握する問題の相違や軽重が異なる。

2) 課題の検討：5分割表を持ち寄り、あらゆる検討事項を挙げる。自分には気付かなかった、あるいは軽視していた課題が見えてくるため、より多角的にケースを捉えることができる。

3) 方針の決定：多くの課題に対して、異なる視点をもった関係者が一緒に悩むというプロセスを経ることによって、より妥当性のある方針が導き出される。

4) 対応の選択：各々の5分割表を比較考量し

て、対策の優先順位を見出す。5分割表を用いることによって、各関係者の具体的な役割も明確化できる。

の手順で進めている。

多職種参加のグループ討論を行う際に、5分割表を用いることによって各々の専門性が発揮されるとともに、本人、家族、関係者の気持ちや各々の考え方や価値観を見出し易くなったように感じている。また、エホバの証人の輸血拒否が法的に認められているように、個性や価値観の多様性が尊重される現代において、医学的なアプローチが必ずしも最優先されるということはない。関係者の視点を広く取り入れて検討することが、提供する医療の可能性を拓げるという意味でも重要である。チーム医療において、5分割表活用の意義は大きいと思われる。

4-2-3. 5分割表（薬剤師編） 薬剤師はモラルディレンマを適切に迅速に対処できる力を、ケースと5分割表を用いて、どのように養えるのだろうか。以下に、薬剤師向けの5分割表の各枠の各項目について解説する。

①薬学的適応（pharmaceutical indication）

自身の専門性を発揮する上で、薬剤師は圧倒的な薬学的知識を有することが大前提である。これをなくして、患者の最善の薬物療法を判断することはできない。

1) 調剤と監査：配合変化や禁忌（疾患、併用）の有無、適切な剤形か、保険適応内の処方か、保険適応外処方の場合にはエビデンスの提供と処方の是非など。

2) 服薬コンプライアンス（アドヒアランス、コンコーダンス）：どんな処方であっても、きちんと服薬されていないければ、薬物療法の評価はできない。

3) 薬剤の効果と副作用：処方薬の有効性と安全性は確保されているか、効果が最大になる方法か、副作用は許容できる範囲か、副作用対策はあるか、すべきか、体内動態から効果と副作用が予測できるか、他剤あるいは飲食物の併用による相互作用はないか等、最適な薬剤を選択できる判断力が必要である。

4) 無益性：薬剤の効果発現は個人差が大きく、効果が得られない場合も、逆に予測以上に得られる場合もある。

a. 薬剤の効果は、薬理学的効果と治療努力に伴

う非特異的効果の和である。¹¹⁾ この非特異的効果はあらゆる治療に認められる。非活性の物質を鎮痛薬として投与した場合、30%前後の人に鎮痛効果 (placebo-effects) を認めることは古くから知られており、¹²⁾ 他にも健康な人 108 人にプラシーボを投与したところ、そのうち 18 人 (14.3%) の人に肝機能異常が出たとの報告もある。¹³⁾

b. 医師にとってみると、当該患者にとって薬剤の効果が期待できない場合でも、医学研究の視点から投薬自体に意味があることもある。

②患者の意向 (patient preferences)

薬剤師は、医師には言えないことや看護師に知られたくないことを患者から聞くことがある。患者のための医療を実践するために、患者の意向を正確に理解し、どこまでそのニーズに応じていくのか、見極めることが重要である。

1) 判断能力の有無：精神疾患を抱える患者や老人や子供も“分からない”と決めつけるのではなく、まずもってその理解力や判断能力が発揮できるよう、丁寧な対応で支援する必要がある。

2) インフォームド・コンセント：薬剤は本人が納得して使うことで、その効果発現は大きく左右されることも多い。横並びの IC ということが言われるように、薬剤情報は薬剤師から提供することが望まれる。患者本人がその薬剤の必要性や特徴を理解するまで繰り返し支援する。

3) 服薬拒否・過剰服薬：患者は処方薬を服薬しないことがある。また思い込みや勘違いによって、過剰に服薬することもある。患者の意思を尊重しながら服薬しなかった、あるいは必要以上に服薬をした場合のデメリットについて伝えるほか、患者のニーズに応じた別の薬剤の提案を考慮するときもある。

4) 事前の意思表示：薬剤師が事前の意思表示に直接係わることは少ないが、終末期におけるセデーション実施や蘇生に使用する薬剤の投与について判断する際に、患者が家族や周囲の人、主治医にどのような最期を望むと話していたかなどを知ることが大切である。

5) 代理決定：判断できない患者の場合には、患者の代弁者を決定することが大切である。例えば、認知症患者は判断ができないため、家族や介護者に服薬指導をすることが求められる。

③関係者の意向 (persons concerned preferences)

臨床の現場では、おかれた立場や考え方の違いによって、様々な問題が発生する。家族も含めた関係者の気持ちや各々の目線から物事を考えてみるということが、チーム医療を進める上で欠かせない。それぞれの価値観を尊重しながら、関係者全員が受け入れられる判断の形成を目指す。

1) 家族の意向：家族の意向は、患者本人の意思が十分に尊重され、現状に適していると判断できなければ、安易に優先されるべきではない。

2) 医師の意向 (治療方針)：最適な薬物療法を提案する上でもチームの一員としても、治療方針の決定者である医師の意向を理解することが欠かせない。

3) 看護師の意向 (ケア方針)：患者に最も関わりの多い看護師の意向やケア方針を知ることが、薬剤師が判断をする上で大変参考になる。

4) 他の医療従事者の意向：メンバー間に意見の対立があつて、医療の本質がぶれたり、提供されるべき医療が妨げられることのないよう、医療従事者間の意向を相互に知る必要がある。

5) チームの方針：患者・家族をチームのメンバーと捉えるところから始める。チームの理念や方針を熟知して係わることが、チームの一員となる条件である。

6) 施設の方針：施設の方針に伴って、採用薬 (保険適応外処方やジェネリック医薬品の取り扱い等を含む) が決まり、薬物療法の選択肢も必然的に変わる。

④周囲の状況 (contextual features)

他の4つの枠には入らないような問題は、周囲の状況の中に入れて最善の解決策を模索する。

1) 医療資源配分の問題、公共の利益：日本の医療経済は、国民皆保険制度の継続も危ぶまれるほど切迫している。医療資源の中で薬剤費の占める割合は最も高く、無駄のない投薬やジェネリック医薬品の効率的な推進に薬剤師が努力する必要がある。

2) 守秘義務：業務上知り得た患者の秘密は、特別な理由がない限り公表してはならない。治療のために患者情報を共有するという兼ね合いと慎重な配慮を要する。現在、薬剤感受性並びに易罹患性の遺伝子解析が技術的に可能となっている。2009年3月には副作用のリスクを処方前に評価できる遺伝子

診断薬が発売となり、ゲノム創薬の分野も飛躍的に進展している。これらの遺伝情報が薬剤師にも開示される可能性は十分にあることから、その取り扱いには細心の注意が求められる。

3) 経済的側面・家庭の状況：患者の経済的な側面や家庭の状況から、必要に応じて医療ソーシャルワーカーや行政を紹介する。

4) 法律：薬剤師は薬剤師法、薬事法、医療法、健康保険法など数多くの法律に準じている。ところが、調剤後の医療用麻薬の取り扱いには何ら規制がないため、家族が患者死亡後の残薬の処理に困るケースが日本全国で多発している。患者宅に残された薬剤の危険性までも考慮した対策が求められよう。

5) 慣習：製薬会社主催の勉強会時に出される弁当や販促物の配布、製薬会社のMRとの関係など、医療界特有の慣習によって採用薬や処方薬に影響を与えることもある。慣習について、再考すべき点は未だある。

6) 宗教・文化：宗教上、問題となる動物由来の成分を含む薬剤の使用にあたっては、配慮を要する。国によって鎮咳薬がダイエットの有効成分として販売している国や、大麻を合法とする国もある。

7) 環境（公衆衛生）の問題：薬剤師は医療の担い手であると同時に、公衆衛生の担い手でもある。医療が行われる際に用いられる薬剤の環境に対する影響をも、配慮しなければならないだろう。

8) その他：他の項目には入らない倫理的問題を記入する。

⑤QOL (quality of life)

健康の測定指標であるQOLは、先端医療技術の進展によって“生活の質”に留まらなくなってきた。人間の生命の始期や終末が不明確になっている現在、QOLは“生きることの質”、どう生きるかどうか死ぬかといった“生命の質”や“人生の質”といったように、生命倫理の観点から限りなく広がって、いまやSOL (sanctity of life；生命の神聖性)と混同されて議論されることも少なくない。そんな医療技術を扱う者だからこそ、QOLの概念を正しく理解することが求められる。

1) QOLの定義と評価：身体的、精神的、社会的、スピリチュアル、ここに存在する (Being) 価値、の5側面から総合的な評価を行う。

2) 誰がどのように決定するのか：QOLの評価はとかく医療従事者が行いがちであるが、あくまでも患者本人がどう受け取り、どう感じているのかということを見い出す姿勢で常に臨む。

3) QOLに影響を及ぼす因子：QOLを5分割表の中心に据えて、4つの象限との関係性の中から向上させる因子を提供し、低下させる因子を除くように考える。

まずは、臨床上に転がっているモラルディレンマを察知できる感性を磨かなければならない。そのためは、具体的なケースを繰り返し検討する方法が取り組みやすい。こうしたトレーニングによって、臨床上の倫理的な問題点に気づきやすくなり、その問題への対応を自分なりに考えられるようになる。次に、他者との意見交換や想像上の立場交換を行って、多角的な視点を養うことである。道徳的推論によって導き出された自身の倫理的判断が、独善的なものになっていないかどうか、考慮すべき事柄を可能な限りすべて考慮できたかどうかを、他者との討論の中に見い出す。

倫理は避けて通りたい堅苦しいものではなく、大変身近で必要なものである。いつ自分が出会うかも分からないケースを用いて検討し、分析し、結論を導き出すという経験を積み重ねることで、私たちは薬剤師としての判断を明確化できる。熟考した上での対応は状況を少しでも好転させ、以後にモラルディレンマに遭遇したとき、適切に迅速に対処できる力となるだろう。

4-3. モラルトレーニングの必要性 疾病構造の変化や医療の構造改革によって、ほとんどの薬剤師は対人援助職となり、多くの薬剤師が日々倫理的な問題に直面しているはずである。知識を蓄え技術を磨くばかりでは、患者と社会が求む医療の担い手にはなり得ない。ますます社会へと向かう薬剤師業務を鑑みても、薬剤師という国家資格を与えられた私たちは、倫理的な問題をも解決し得る一定レベルの判断力（職業倫理）を国民に保証しなければならない。

倫理理論・倫理原則を学ぶこと、プロフェッショナルリズムの育成、ケース・アプローチといった倫理的問題を考える上で有効なトレーニングは、自身の判断を確信もったものとする。複雑な現代社会において、次々と現れる倫理的・法的・社会的な諸問題

と出会ったときに、それにどう対処し、それをどう考えたらよいかを導いてくれる“問題解決能力”となる。だからこそ、よりよい結論を導くことができるようになるための倫理教育(モラルトレーニング)が必要不可欠である。死生学, 世界情勢, 医療政策, 環境問題等, 幅広く関心を持ち, 複合的な視野から適切な判断が行える相応の見識を早急に身に付けて, “社会とともに歩む医療”の担い手となれる日が1日も早く来ることを願う。こうした取り組みによって, 薬剤師の職業倫理は間違いなく育成されよう。

REFERENCES

- 1) Okuda J., Kawamura K.: *Yakuzaisi to kusuri to rinnri*; 7th edition, Jiho, 2007.
- 2) Ishi M. System and policy in academic profession training : Consideration from aspect of profession theory, Tohoku University Repository, **57**(1), 2008.
- 3) Akabayashi A., ed.: “Nyuumon Iryourinnri I” Keisousyobou, 2005.
- 4) Stephen G. P., “Seimeirinnri Hyakkajitenn” 225–251, 2024–2035. Maruzen, 2007.
- 5) Tony Hope,: “Medical Ethics” Iwanami Shyoten, 2007.
- 6) Tom L. B, James F. C., “Principles of Medical Ethics” Seibunndo, 1997.
- 7) Tom L. B., James F. C., “Principle of Biomedical Ethics” 5th edition, Oxford University Press, 2001.
- 8) Fukui T., Asai A., Ohnishi M., Rinshou Rinnrigaku Nyuumon, Igakusyoinn, 2003.
- 9) Akabayashi A., ed. “Rinnsyou Rinnrigaku” 5th edition, Shinnkouigaku Syuppannsya, 2006
- 10) <http://square.umin.ac.jp/masashi/kangaekata.html>
- 11) Blaschke T. F., Nies A. S., Mamelok R. D., Placebo Effects. Goodman L.S., Gilman A. G., (eds), The Pharmacological Basis of Therapeutics. 55–56, Macmillan Pub, New York, 1985.
- 12) Lasagna L, Mosteller F, von Felsinger JM, Beecher HK, *Am J Med* **16**: 770–779, (1954).
- 13) Kobayashi M., Sugimoto M., Yamada N., Shibata H., *Jpn. J. Clin. Pharmacol. Ther.*, **24**(1), 187–188, (1993).