

いま求められている薬剤師倫理教育とは？—「薬学教育モデル・コアカリキュラム」はその羅針盤となり得るか？—

松田 純

**What Kind of Ethical Education for Pharmacists is Necessary?  
—Can “The Core Curriculum Model for Pharmacology Education”  
Provide the Needed Guidance?—**

Jun MATSUDA

*Shizuoka University, Faculty of Humanities and Social Sciences, 836 Ohya,  
Suruga-ku, Shizuoka 422-8529, Japan*

(Received February 6, 2009)

Section A of “The core curriculum model for pharmacy education” (2002)—“Learning about Humanism”— outlines the educational contents for ethics in pharmaceutical departments. People who read this section are likely to conclude that the cultivation of human sensitivity is of prime importance in ethics education in pharmacy. However, if a pharmacist found herself or himself on the horns of a moral dilemma during clinical practice, she/he may discover that human sensitivity alone may not provide the answer. When searching for ethically appropriate conduct in concrete cases, both moral insight and good judgment are necessary. The main contents of ethics education in a pharmaceutical department should be instruction in the ethics of medicine and pharmacy and practical exercises in handling moral dilemmas that pharmacists might encounter in actual situations. “Humanism” implies not only humanitarianism but also anthropocentrism. Plants, animals, and ecological systems are considered to be objects of ethical concern in some contemporary ethics, such as L. Siep’s “Concrete Ethics (Konkrete Ethik, 2004)”. The pharmacist’s job specifications require her or him to treat laboratory animals ethically and to have environmental consciousness. Humanism-based ethics are too narrow for pharmacy ethics. Pharmacy students should learn a more comprehensive ethics that covers social ethics, bioethics, and environmental ethics. Such ethics and moral training should be given, especially, both before and after long-term practical training in hospitals and pharmacies.

**Key words**—ethics education; core curriculum model; pharmacy education; humanism; moral dilemma

### 1. 医療構造改革と薬剤師の役割変化

医療構造改革によって日本の医療情勢は激しい変化に見舞われている。現在は全死亡者の約8割が、医療施設で最期を迎えているが、国は自宅等での死亡割合を現在の約2割から4割に引き上げ、死亡前1ヵ月の入院医療費を約9000億円(2002年度)から約4000億円に縮減する効果を見込んでいる。「最期は在宅で」が国家施策となった。

現在、在宅療養を支える体制が未整備なままに、療養病床の大幅削減を進めているため、医療難民や介護難民の大量発生など、大きな問題が生じてい

る。在宅療養の体制整備は喫緊の課題である。保険薬局も、在宅療養の一翼を担う医療提供施設として期待されている。病院薬剤部が行っていた抗がん剤、麻薬、輸液薬、注射薬を町の薬局が在宅患者のベッドサイドへ届け、服薬指導をするという業務が始まっている。それに対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料[月の1回目500点、月2回以降4回まで300点]が2006年に新設された。

先進的な病院では、すでに緩和ケアチームなどに薬剤師も加わり、終末期の患者のケアに係わっている。これからは町の保険薬局の薬剤師が在宅医療の最前線で、終末期患者と身近に接し、最期をケアする機会が増えてくる。大手薬局などでは、こうした制度改革をふまえた戦略として、クリーンルームを併設した拠点薬局を増やし、注射剤・輸液の調剤な

静岡大学人文学部(〒422-8529 静岡市駿河区大谷 836)  
e-mail: jsjmatu@ipc.shizuoka.ac.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。

どに24時間対応できる体制を調べようとしている。保険薬局が訪問薬剤管理事業に乗り出して行くと、薬剤師は未踏の世界に足を踏み入れることになる。これまで店舗では調剤と服薬指導で済んでいたかも知れないが、自宅で療養する高齢者や終末期患者に輸液や疼痛治療剤を届けたりする場合、様々な配慮を必要とする患者やその家族と向き合うことになる。薬剤師の倫理教育やコミュニケーション能力の涵養の必要性が強調されるゆえんである。「薬学教育モデル・コアカリキュラム」(2002年)が冒頭で、「生命に関わる職業人となることを自覚し」、「人との共感的態度を身につけ」「相手の気持ちに配慮することなどを教育目標に掲げているのも、こうした時代を見据えてのことであろう。

## 2. 求められる倫理教育とは？ ケースから考えてみる

薬剤師の役割が大きく変化しつつある時代に、薬剤師を目指す薬学部生にどんな倫理教育をしたらよいのか？ これに多くの薬学部が頭を悩ませている。本シンポジウムもこうした課題意識をもって企画・開催された。

薬剤師の倫理教育のあり方が話題になると、「現場(病棟、ホスピス、在宅など)で学べ、それが倫理教育」だという趣旨の発言を耳にする。「人間の死を現場で身近に体験する。そこから人の生死の重みを実感できる。それが生きたヒューマニズム教育になる」という思いがそこにはあるようだ。現代文化は、死を覆い隠し忘却させる文化だと言われる。<sup>1)</sup> 医療スタッフなどを除いて、人の死を看取る機会是一般人にはめったにない。こうした状況のなかで、現場で人の死を体験することは、たしかに貴重な体験となろう。しかし、学生をこのように激励して現場に送り出すだけで、薬学部はその任務を果たしたことになるだろうか？ たしかに〈死〉は、人生の実相を単純明快に示す教育効果をもっている。しかし医療者が体験する患者の死には、今日しばしば複雑な倫理的葛藤が絡むことが多い。「人との共感的態度を身につける」という教育目標だけでは、本質的に重要な問題が抜け落ちるのではないだろうか？

例えば、次のようなケースを考えてみる。

私は〇〇堂薬局の薬剤師(42歳)。Aさん(78

歳)宅に、薬を届けて約半年になる。Aさんは昨年、健康診断で胃がんが見つかった。入院して、胃の全摘出手術をしたが、すでに肝臓にも転移して、余命は長くて1年程度との見通しが主治医から伝えられた。高齢に加えて、病院が長く置いてくれないこともあって、入院中及び退院後のリハビリはほとんど行われなかった。現在は、寝たきりの状態になっている。がんによる痛みも始まっているが、疼痛緩和の処置はほとんどなされていない。退院直後から、Aさんは「早くお迎えに来てほしい」「こんな状態で生きていても仕方がない」「妻を看病から解放をしてやりたい」「すぐに死ねる薬をくれないか」と繰り返し訴えていた。1週間前から痰がひどく排出されるようになって、肺炎の診断から抗生物質が処方された。ところが、この1週間、少しもよくなる様子はなく、40°C近い熱が続き、非常に危険な状態である。74歳である妻の心労も限界に達しているようで、Aさんが肺炎になってからというものの、笑顔がみられなくなっている。ある日、Aさん宅を訪れた際、服用していたはずの抗生物質の薬袋が中身が入ったまま、ベッド下から見つかった。

薬剤師：1週間前から開始されている抗生物質の件ですが…

患者の妻：はい。

薬剤師：もしかして、ご主人は飲んでいらっやらないのでしょうか？

妻：…ええ。

薬剤師：どうしてですか？ このお薬を飲まなければ、ご主人の肺炎はよくなりませんよ。

妻：それでいいんです。

薬剤師：えっ！…。これほど高い熱では、ご主人の体のご負担は大きく、命に係わります。医師の指示通りに、抗生物質を飲ませて下さい。



松田 純

静岡大学人文学部教授／大学院人文社会科学部研究科・臨床人間科学専攻で生命環境倫理学を担当。1995年文学博士。2001年、ボン大学「科学と倫理のための研究所」客員教授。薬剤師のモラルディレンマ、共編著、南山堂、近刊。現在『薬局』南山堂に連載中。遺伝子技術の進展と人間の未来——ドイツ生命環境倫理学に学ぶ、知泉書館、2005。

妻：夫は薬を飲みたくないと言いました，早く楽になりたいと繰り返し申ししております．私も夫の最期の願いをかなえてやるべきだと思います，無理に飲ませることはしたくありません．

薬剤師：でも，先生がなんておっしゃられるか…

妻：先生は関係ありません．夫が望んでいるから，これでよいのです．

薬剤師：…

### 3. 倫理的葛藤

このケースにおいて，患者の意思を代弁しているかに見受けられる妻の話に，薬剤師はまずは耳を傾ける必要がある．だが，妻の話に深く「共感」し，その直接的な感情に従って行動することで，適切な行動となるだろうか？ ここには様々な問題が潜んでいる．患者に認知症の症状はないのか，患者に十分な判断能力はあったのか，もしあったとした場合，なぜ患者は抗生物質の服用を拒んでいるのか，早く死にたいという声をそのまま受けとめていいのか……等々．

一般に，「死なせてほしい」という患者の声の背景には，「こんな状態では生きたくない」という思いがある．「生きたくない」と思わせている状態は何か，身体的にどんな苦痛があるのか，精神的な悩みはどうか，家族に負担をかけることへの気兼ねは……等々を検討し，それらを全体としてどう改善できるかを考える必要がある．ただし，薬剤師にできることは限られている．ソーシャルワーカーなど他の専門職とも連携し，ケア・チームとして対応した方がよい．薬剤師はとりわけ医療者として，患者のQOLを少しでも高めるために何ができるかを第一に考えるべきであろう．例えば，疼痛緩和のための処置がなされていないようだが，身体的な痛みが持続する状態では，生きる希望すら分らないだろう．モルヒネやオピオイド製剤などを用いれば，たいいてい痛みはコントロールできる．痛みが取れただけでも，生を前向きに捉え直すきっかけになり得る．疼痛緩和薬についての知識を持った薬剤師であれば，医師に疼痛緩和のための処置を提案できるだろう．こうした改善の努力をせずに，患者の言葉をそのまま受け止めて，「死への希望」を支援するというのは思慮を欠き，危険である．

本ケースを分析してみると，次のような倫理的葛

藤が浮かび上がる．

a) 医療者は患者を傷つけたり，苦しめてはならない（無危害の原則）．患者の病状回復のためにできるだけのことをする（善行の原則）．これは医療者の義務でもある．

b) 妻の話によれば，患者は病気の治癒ではなく，できるだけ早い死を望んでいる．患者の意思を尊重すること（自律尊重の原則）も医療者の義務である．

a) 無危害及び善行，b) 自律尊重，いずれも守らなければならない大事なことである．しかし一見したところ，a)とb)の両立は難しいようにみえる．こうした葛藤に直面するとき，共感的態度だけでは，判断できないであろう．まずは，患者が本当に望んでいることは何か，困難をもたらしている原因は何か，といったことについて正確に理解するよう努め，その上で，何をより優先すべきかを比較考量しなければならない．そのためには，治療における医療者-患者関係や，終末期医療などに関する生命倫理的な見識を必要とする．

生物医学倫理では無危害の原則，善行の原則，自律尊重の原則，正義（公正）の原則という四原則<sup>2)</sup>が掲げられる．ここにさらに誠実の原則（約束を守る，守秘など）が加わることもある．これらはいずれも大切にすべき倫理的価値である．こうした原則に即して，患者の健康や安全を守る，患者の意思を尊重する，家族の願いにも配慮する，医療チームの協力態勢を維持する，医療資源の公正・効率的配分に努める．これらはいずれも必要な配慮である．ところが，複数の倫理的価値や原則の両立が難しくみえるときがある．\*1 Aを立てたら，Bが立たない．どちらを選ぶか？ なぜAが優先され，Bが後回しにされるのか？ それは倫理的考量的問題である．情操教育で培われる「ヒューマニズム」的情緒だけで決定できる事柄ではない．

また，それらがいずれも大切にすべき価値であるならば，それらの両立をぎりぎりまで模索すべきである．仮にいずれかを犠牲にせざるを得ない時でも，その犠牲を最小限にとどめ，打撃を少なくする努力が必要だ．それには創意工夫やアイデアも求められる．幅広い意味での，高度な政策的能力が求められる．

さらに，医療現場では，倫理はすぐに法律に結び

つきやすい。本ケースでも、もしもこの状態のまま患者が死に至り、妻があえて薬を飲ませようとしなかった事実が発覚した場合、妻は警察の取調べを受ける可能性がある。服薬拒否が患者自身の意思であると明確に確認できず、処方された薬を妻が患者に飲ませなかったのではないかという疑いが生じた場合、妻に保護責任者遺棄致死罪の嫌疑がかけられる可能性がある。事情を知っていた薬剤師も、警察が詳しい状況を把握するための参考人として意見を聴取される可能性がある。刑法 218 条に「老年者、幼年者、身体障害者または病者を保護する責任のある者がこれらの者を遺棄し、またはその生存に必要な保護をしなかったときは、3 月以上 5 年以下の懲役に処する」とある。近年、介護放棄や幼児虐待などの増加で、こうした事件や判例が増えている。<sup>\*2</sup> 重症患者や終末期の患者のケアにあたる場合には、こうした法律や関係法規や諸制度についての見識も必要であろう。近年の治療休止をめぐる事件や、厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007 年 5 月）や、日本救急医学会、日本医師会など各種団体の終末期医療に関する独自指針などの学習も必要である。

本ケースのように、判断に迷うような場面に立たされた場合、様々なことを配慮しなければならない。事態を正しく分析し、何が問題かを適切に理解するには、生命倫理学についての基本の理解が必要だ。問題点を理解したら、事態を解決する道、あるいは少しでも改善する道を探らなければならない。医療・薬学的ケアには、薬学的知識や医学的知識（最新情報を含む）を要する。介護のマンパワーや経済的問題など対人援助的なケアには、医療職だけでは限界があり、それらを専門とする他の多様な職種（ソーシャルワーカーやケア・マネジャーなど）との連携が必要となる。薬剤師は直接こうした問題に取り組む立場にはないが、これら他の専門職の仕事内容についてある程度の理解がなければ、円滑な連携はできない。近年コミュニケーション能力の涵養が薬学教育のなかで重視されているが、円滑なコミュニケーションを成り立たせるには、それにふさわしい幅広い教養と実地体験が必要であろう。さらに、死がテーマとなる場合は、死をどう捉えるか？ 生きるとはどういうことか？ といった死生の文化や死生学への取り組みも求められる。かかる総合的

視点から、諸学を総動員した倫理教育が、薬剤師に求められている。

\*1 この倫理的葛藤 (ethical conflict) はモラルディレンマ (moral dilemma) とも捉えることができる。「ディレンマ」はギリシャ語の  $\delta\iota + \lambda\eta\mu\mu\alpha$  (di-lemma) に由来し、「2 つの前提」を意味する。2 つの前提条件を認めてしまうと、進退きわまった結論に追い込まれる推論として、「板ばさみ」の意味を持つようになった。その推論を両刀論法また両角論法という。2 つの条件命題（「もし<sup>つ</sup>ならば、……」という命題）のそれぞれを角に見立てていることから、西洋古代の論理学以来、そう呼ばれている。

$p \supset r$  (p ならば r)

$q \supset r$  (q ならば r)

$p \vee q$  (p または q)

$\therefore r$  (ゆえに r)

この r が苦境にあたる内容だと、まさに「板ばさみ」の意味のディレンマになる。

上記以外にさらに 3 つの型があるが省略し、本文のケースをできるだけ単純化して、上記の型に当てはめてみると、次のようになる。

p = 「患者の意思」を尊重して、抗生物質の投与という治療を中止する

q = 患者の意思を無視して、抗生物質の投薬という治療を続行する

r = 患者の well-being (善き生) を確保できない

①  $p \supset r$  (患者の意思を尊重して治療を中止すれば、患者の生命は守れず、その結果、患者の well-being を確保できない)

②  $q \supset r$  (患者の意思を無視して治療を続行すれば、患者は自律を尊重されなかったことに不満になり、well-being を確保できない)

③  $p \vee q$  患者の意思を尊重して治療を中止するか、それとも患者の意思を無視して治療を続行するかのいずれかである。

④  $\therefore r$  ゆえに、いずれにしても患者の well-being を確保できない

論理上、両刀論法を逃れる道は 2 種類ある。

1 つは①または②、あるいは両方の条件命題を突き崩すやり方である。「p ならば r」ではなく、「p ならば r ではない (あるいは r とは限らない)」、または「別の結果 s が生じる」などと反駁する。選択肢そのものに立ち向かうことから、これを「角をつかまえる」と呼ぶ。もう 1 つは、 $p \vee q$  (p または q) という前提の

選択肢を逃れることである。これを、2つの選択肢を角に見立て、「角のあいだを逃れる」と呼ぶ。

本例では、抗がん治療と並行して、あるいはそれに替えて、疼痛緩和の治療を適切に行い、さらにトータルペインへの緩和療法を積極的に行えば、患者は治療の中止ではなく、もっと「生き続けたい」と思うようになり、積極的な治療を望むようになるかもしれない。そうなれば、患者の well-being のために行う医療措置が同時に患者の意思と合致し、自律を尊重することにもなる。これは「患者の意思を尊重して治療を中止するか、それとも患者の意思を無視して治療を続行するかのいずれか」という二者択一を逃れ、「患者の意思を尊重して治療を続行する」という第3の選択肢 (t) を新たに見出したことになる。p ∨ q ∨ t という選択肢になることで、最初の両刀論法は不成立となる。こうした工夫の努力は論理上の反駁になるだけでなく、ディレンマの実際の解消にもつながる可能性がある。

- \*2 熊本県警玉名署は、病気の母の世話をせず飢餓状態にして死なせたとして、51歳の息子を保護責任者遺棄致死の疑いで逮捕した（2007年7月3日）。直接の死因は細菌性肺炎であるが、母の体重は20キロだった。容疑者は母と2人暮らし。「介護に疲れ、静かに死なせてやりたいと思った」と供述（読売新聞 2007年7月3日）。

#### 4. 「薬学教育モデル・コアカリキュラム」の問題点

2002年に策定された「薬学教育モデル・コアカリキュラム」は、冒頭に「A 全学年を通して：ヒューマニズムについて学ぶ」を掲げている。これはちょうど憲法でいえば「前文」にあたり、すべての薬学教育を貫く根本精神を謳っている。しかし「ヒューマニズムについて学ぶ」というのは漠然としたイメージであり、情操教育のイメージを与える。ここで言うヒューマニズムとは、おそらく人道主義、博愛主義の意味であり、病者や困窮者に「優しく思いやりをもって対応しよう」というメッセージが込められている。しかし、ヒューマニズムには、「人間中心主義 (anthropocentrism)」という強い意味もある。これは、特に環境倫理学のなかで、非人間中心主義 (生命中心主義あるいは生態系中心主義) に対立して論じられる。人間中心主義とは、自然は

人間のためにあり、自然を人間のために最大限効率的に利用することを善しとし、人間のためにこそ自然は保護されるべきだとする考えを言う。これに対して非人間中心主義は、自然には固有の価値があり、人間の都合を離れても守るに値するものだという考えを言う（松田純『遺伝子技術の進展と人間の未来』知泉書館、2005、pp. 203-233）。

いま始まったばかりの薬剤師倫理教育のなかで、こんな難しい問題まで考える必要があるのかと思われるかも知れない。むしろ薬剤師倫理教育だからこそ必要なのだと言いたい。その理由はこうだ。

薬学では薬の開発の過程で、前臨床試験で動物実験が行われ、多くの実験動物が犠牲になる。人間以外の動物に対しても倫理的配慮が要求される。これを扱うのは動物倫理学 (animal ethics) である。2006年6月文部科学省は、動物倫理を踏まえて、「研究機関等における動物実験等の実施に関する基本指針」を策定し、実験動物に対して一層厳しい倫理的配慮を求めている。薬学部をもつ大学はすでに本指針に即した学内規則を制定しているはずである。

また薬剤師は特に環境にも配慮する使命を帯びている。病院薬剤師は院内の衛生環境に気を配るとともに、薬剤を含む医療廃棄物によって院外に環境汚染を引き起こさないよう配慮する義務がある。学校薬剤師は、学校保健法によれば、飲料水やプールの水質検査など校内の環境衛生の維持・改善に従事することになっている。このように、薬剤師は環境マネジメントにとくに係わりの深い職業なのだ。それゆえ薬剤師を養成する薬学部の倫理教育には、「人間中心主義」を超える視点、“超ヒューマニズム”の視点の導入が求められる。

倫理学は古来、人と人との関係を律する規範についての学であった。これまでの倫理や倫理学は、人間同士の直接的な関係、身近な相互作用の領域で、「お互いさま」を原理にして成り立っていた。「自分がして欲しくないことを他人にはしてはいけない」「自分がして欲しいことを他人にもしなさい」等々。その最小限のルールが「他人に危害を加えない」という無危害原則だ。これに背いて他人に危害を加えた場合には、重大な責任をとらなければならない。「他者危害を避ける原則」を基本にした隣人に対する責任倫理。これは直接的な因果関係がみえる人間関係のなかでは、依然として妥当する。だが現代の

科学技術の圧倒的なパワーと地球環境の危機を考えると、この狭い責任論では不十分だ。科学技術はもはや自然の懷に抱かれたなまやさしいものではなくなくなった。現代技術を「縛めを解かれたプロメテウス」ととらえ、責任というものの重みを一気に高めたのはハンス・ヨーナス（1903-1993）の『責任という原理—科学技術文明のための倫理学の試み』<sup>3)</sup>（加藤尚武監訳、東信堂、2000）である。

ヨーナスは次のように言う。これまでの倫理学や法は、人間相互間の正義や秩序、権利・義務・責任の関係などを扱ってきた。ところが人間の技術が巨大な力を持つにいたった今、行為の直接的な結果だけを評価する従来の倫理学の欠陥が明らかになった。人間の行為が、自然の秩序に永続的な損害を与えないか？ 同世代人の範囲を超えて未来の人間に影響を与えないか？ そういうことが問われるようになった。「地球の生命圏全体という途方もない新しい規模の対象が、われわれの責任対象に付け加えられなければならない」。しかも個々の行為とその結果ではなく、「因果系列の累積的な性格」を考慮に入れて、科学技術による世界の改変を評価しなくてはならない。知ることが新しい義務となった、と。

「因果系列の累積的な性格」とは、「風が吹けば桶屋が儲かる」といった間接的な影響関係よりも遙か遠くにまで達する影響のことを言う。自動車を走らせれば、大気中の二酸化炭素濃度が上昇し、温暖化を促進し、太平洋に浮かぶ美しい島々を刻一刻と水没させている。「ドライブをしているとき、そのことは私の意図のなかになかった。そんなことになるとは知らなかった」と言って、責任を逃れることはできない。技術が世界に与える影響について「知る義務」があるとヨーナスは言う。

こうしたヨーナスの提起を受けて、現代ドイツの生命環境倫理学者ジープは、とりわけ近代倫理学によって狭められた倫理学を再び、広く「世界」へと開放しようとする。この「世界」には人間社会と自然世界とが含まれる。倫理学が個人間の諸権利・諸義務についての考察を超えて、社会倫理へと開かれるだけでなく、人間関係にとどまらず、自然（他の生物種と地球生態系）に対する倫理（自然倫理）をも包摂する。<sup>4)</sup>

薬学における倫理教育では、これまで薬剤という物質を扱ってきた薬剤師が人間に向き合うことがま

ずもって求められており（対物操作から対人援助へ）、その意味でヒューマニズムを強調したい気持ちは理解できる。しかし現代倫理学は、人間のみを対象とした倫理では狭いという認識にすでに達している。温暖化による異常気象など生態系の危機が切迫し、新型インフルエンザによるパンデミックが現実のものとなったいま、生態系や人間以外の動植物への視点を欠く倫理では時代の要請に答えられない。薬学教育モデル・コアカリキュラムの「A 全学年を通して：ヒューマニズムについて学ぶ」という“憲法的”スローガンは、21世紀という時代にふさわしいもっと包括的な構想、例えば、「全学年、全生涯を通して、いのちと人間と倫理について学ぶ」といったものに改訂する必要がある。この場合の「いのち」は、人間以外の生物種も含む生命環境という広い意味となる。

##### 5. 薬学部における薬剤師の倫理教育プログラム

「薬学教育モデル・コアカリキュラム」の「B イントロダクション」も倫理教育の内容を含んでいる。「一般目標」では「薬学生としてのモチベーションを高めるために、薬の専門家として身につけるべき基本的知識、技能、態度を修得し、卒業生の活躍する現場などを体験する」を掲げている。「1) 薬学への招待」では、「薬の専門家として必要な基本姿勢を身につけるために、医療、社会における薬学の役割、薬剤師の使命を知り、どのように薬学が発展してきたかを理解する」を「一般目標」に掲げ、「薬学生として学習に対するモチベーションを高めるために、卒業生の活躍する現場などを体験する」早期体験学習を奨励している。先輩薬剤師が活躍する現場を訪問し、早い学年から、国民の健康に責任を負う医療者としての自覚を高め、学習を動機づけることは大いに奨励すべきであろう。ここでテーマとなる“社会のなかの薬剤師”を本格的に学ぶのは「C 薬学専門教育」の末尾「C18 薬学と社会」であり、

- 1) 薬剤師を取巻く法律と制度
- 2) 社会保障制度と薬剤経済
- 3) コミュニティーファーマシー

が挙げられている。

さらに、「薬学教育モデル・コアカリキュラム」の姉妹編にあたる「実務実習モデル・コアカリキュラム」にも薬剤師の倫理に関する項目が散見され

る。結局、両モデル・コアカリキュラムを通じて、倫理教育を指示しているところは「薬学教育モデル・コアカリキュラム」のA, B, C18, そして「実務実習モデル・コアカリキュラム」の4つに分散している。この4つをつなげて見据えている薬学部の教員は少ないのではないだろうか。各学年を追って倫理教育をどう深めていくかについて、もっと明快な一貫したプログラムが必要であるように思う。

例えば、「B イントロダクション」が奨励するように、早期体験学習をとおして、医療者としての自覚と学習へのモチベーションを高めながら、倫理学や生命倫理学並びに薬事法制や薬事政策の学習を始める。その後は、実習の事前事後が重要なポイントとなる。今わたしの手元にある平成19年版『薬学生のための病院実習テキスト』『薬学生のための保険薬局実習テキスト』（東海地区薬学部生 病院・薬局実習に関する調整機構編）には、実習の心構えや、業務に必要な法律・規則などが詳細に記されている。これら心構えや法規が必要なのは、それぞれ倫理的な理由があつてのことである。心構えや法規を単に教え込むというのではなく、「なぜそうしなければならないのか」、その倫理的理由をしっかりと学ぶような事前講習会であってほしい。実習前の授業のなかで、こうした実践的な倫理教育を展開し、実習後に実際に体験したケースなどを出し合い、グループ討論などで検討し合うという取り組みは、学習効果をあげる上でとても有効であろう。職業倫理はプロフェッション（専門職）としての自覚がないと身につかない。倫理教育を「教養科目」と位置づけて、薬学の専門教育の邪魔にならない低学年に設定するのは見識を欠く。このように実務実習の機会に、倫理・法規・政策を一貫した連関のなかで考察し深めて行く「薬剤師のための倫理と法」という包括的教育モデルの構築がいま求められている。それ

は科学リテラシーと倫理リテラシーをともに向上させるような、極めて学際的で総合的な教育構想となるろう。

倫理教育はマニュアル的な教育であってはならない。マニュアル志向は「A の場合は B」と機械的に答を求める姿勢を生む。それは、自分では何も考えられないような、手段とノウハウの連鎖に奴隷的に服従する精神を育てる。倫理にとって重要なのは理由と目的を明確に意識することである。なんのための新薬開発か、なんのための治験か、なんのための調剤か、なんのためのインフォームド・コンセントか、なんのための服薬指導か、なんのための緩和医療か……。倫理的なトレーニングは道徳的な理由と行動の目的を考え抜くところにポイントがある。理由と目的の根幹に倫理的諸価値があるはずである。直面する諸問題をこの倫理的諸価値に照らして判断する力を鍛え、主体的な判断能力を育成することが鍵となる。現実のケースは条件を微妙に変えながら、無数のヴァリエーションをもつ。マニュアル志向の教育を目指せば、無数のケースを用意せざるを得ない。それは無理である。マニュアルがなくても、同僚や他の専門職と対話しながら、適切な判断に到達できる力を養う。これが薬剤師としての社会的責任を全うするために必要な倫理教育の王道であろう。

#### REFERENCES

- 1) Kishimoto H., *Shi wo mitumerukokoro*, Kodansha, pp. 139–144, 1964.
- 2) Beauchamp T. L., Childress, J. F., *Principles of biomedical ethics*. 3th ed. N. Y, 1989.
- 3) Jonas H. *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel, 1979.
- 4) Siep, L., *Konkrete Ethik*, Suhrkamp, 2004