

ホスピス：その医療的法的諸問題

—主にアメリカにおける薬剤師の役割を中心として—

三浦 泉^{*}、河島 進^{**}

Hospices : Medical and Legal Problems
—With Reference to the Pharmacist's Role
in the United States—

Izumi Miura, Susumu Kawashima

目 次

- I はじめに
- II ホスピスについて
 - 1. 序 説
 - 2. ホスピスとは
 - 3. ホスピスの歴史の概要
 - 4. ホスピスにおけるターミナルケアについて
- III ホスピスにおける医療と薬剤師の役割
 - 1. アメリカにおけるホスピスケアの基本
 - (i) 医学的管理 (ii) 看護 (iii) 相互的専門的訓練チーム (iv) 患者及び家族のケア
 - 2. ホスピスケア, チーム
 - (i) ソーシャルワーカー, カウンセラー (ii) 牧師 (iii) 理学療法士, 作業療法士, 言語療法士 (iv) 栄養士 (v) ボランティア (vi) 薬剤師
 - 3. ホスピスケアの対象となる疾病について
 - 4. ホスピスにおける治療
 - (i) 症状コントロールの一般原則 (ii) 疼痛のコントロール (iii) 末期患者の他の症状とその管理 (iv) 疼痛コントロールの他の方法
 - 5. 薬剤師の役割
 - (i) 薬物の選択及び投与 (ii) 入院へのコンサルタント (iii) 薬物治療モニタリング
 - (iv) DI活動 (v) 薬の相互作用のスクリーニング (vi) 薬物の保管管理 (vii) 末期患者及び家族へのカウンセリング (viii) ホスピスケアに求められる研究
 - 6. ホスピスケアにおける薬剤師活動及び薬剤師教育についての問題
- IV ホスピスにおける法的諸問題について
 - 1. 医師の過失責任と緩和ケアにおける薬剤師の過失責任について
 - 2. 医師の説明義務と患者の同意について
- V む す び

* 法学教室, II, IV章

** 薬剤学 I 教室, III章

I はじめに

昭和60年12月27日、わが国では医療法の一部改正（法律第109号）がなされた。この改正の目的は、21世紀に向って、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学医術の進歩などを想定しつつ、かつ、従来の治療を中心とした医療から、疾病の予防、早期発見、リハビリテーションなど広い領域を含む“包括医療”体制の確立を意図したものである。その内容は、大きく分けて、都道府県医療計画、いわゆる“地域医療”と医療法人に関する事項であるが、特に、地域における充実した医療体制を整備することにより、国民の健康と福祉の向上に寄与せんとしたものである。

筆者らは、これらの改正において種々注目すべき点があると考ええる。特に“地域医療”の目的のなかで、まず、アメリカの医療システムにおけるホームケア（プライマリ・ケアの1つ）の導入を図ろうとしている点である。つまり、地域医療において、プライマリ・ケア推進のために、医療施設及び医療従事者の確保ならびに研修体制の整備を都道府県の医療計画に要請したことである。それは、わが国の現在の医療制度が、保障制度として非常に優れていると考えられる側面を認識しつつ、さらに、医療の質の向上を促進させることを意図していると思われる。そして、いま一つは、薬局と病院等との機能及び業務の連携の強化に関することが明記されたことである。即ち、薬局及び薬剤師のより積極的な医療への参加と、医療の質の向上に対する協力と努力を法律の上で明確に要求したことである。したがって、薬剤師には、地域医療に対する建設的な意見を述べる機会を与えられた反面、非常に広範囲の業務を実行し、医療の質の向上に対して貢献する厳しい業務を課せられたといえる。そしてそのために、薬剤師職能の新たな確立と、薬剤師の教育、資質の充実が求められることになったのである。

さて、われわれは、こうしたわが国の医療制度の今後の方向を期待しながらも、それでもなおかつ、現状においては、治療（Cure）に全力が注がれているが、ケア（Care）に関しては軽視されているのではないかと考えているのである。たとえば、末期疾病（癌など）の治療管理が患者本人及びその家族にとって不十分なのでないかと考えられる。そこで、ケアを中心としたホスピス医療がイギリスからアメリカへと展開されていることに着目し、その内容がいかなるものであるか、癌治療にふさわしいものであるのか、また医療システムのなかでどのように位置付けられているのか、について検討した。さらに、数少ないけれども、わが国で実践されているホスピスケアでは、薬剤師が直接関与していない事実を知り、ホスピス医療において薬剤師の役割があるのかどうか、また法的問題があるか否かについて、主としてアメリカのホスピスに関する文献ならびにわが国の著書に基づいて考察した。⁽¹⁾

- (1) 本稿を草ずるにあたっては、わが国のホスピスに関する著書、訳書並びにアメリカの著書を参考とした。わが国の著書（初版の年代順に）として、(1)柏木哲夫、死にゆく人々のケア、— 末期患者へのチームアプローチ、医学書院、1978年（昭和53年）5月15日第1版第1刷（1985年8月1日第1版第6刷）(2)柏木哲夫、臨死患者ケアの理論と実際、— 死にゆく患者の看護—、日本総研出版、1980年（昭和55年）、7月1日第1版第1刷（第6刷1982年12月15日）、(3)ビクター&ローズマリー・ゾルザ、岡村昭彦監訳、木村恵子訳、ホスピス— 末期ガン患者への宣告—、家の光協会、昭和56年に12月10日第1版（昭和57年2月1日第2版）、(4)サンドル・ストガード、高見安規子訳、ホスピス・ムーヴメント— よりよき生のために、時事通信社、昭和57年6月1日、昭和57年6月1日発行、(5)Kenneth P. Cohen、芥藤武、柏木哲夫訳、ホスピス— 末期医療の思想と方法、医学書院、1982年（昭和57年）5月15日第1版第1刷（1983年8月1日第1版第2刷）、(6)NHK取材班、日本の条件9医療— あなたのあすを誰が

看る一、日本放送出版協会、昭和57年10月20日第1刷、(7)若林一美、安らかな死のために—ホスピス—、現代出版、1982年(昭和57年)6月21日初版第1刷、(8)日本経済新聞社編、ドキュメント聖隷ホスピス、昭和58年4月1日第1刷、(9)柏木哲夫、生と死を支える—ホスピス・ケアの実践—、朝日新聞社、1983年(昭和58年)5月20日第1刷、(10)原義雄・千原明、ホスピス・ケア—看取りの医療への提言—、メヂカルフレンド社、昭和58年8月25日第1版第1刷(昭和61年7月26日第1版5刷)、(11)柏木哲夫、ホスピスをめざして、医学書院、1983年(昭和58年)11月1日第1版第1刷、(12)シシリ・ソングラス他編著、岡村昭彦監訳、ホスピスハンドブック—この運動の反省と未来—、家の光協会、昭和59年7月20日第1版、(13)柏木哲夫、死にゆく患者と家族への援助—ホスピスケアの実際、医学書院、1986年5月1日第1版第1刷、アメリカの著書として、(1)Kenneth P. Cohen, Hospice—Prescription for Forminal Care, An Aspen Publication, 1979, (2)Anne Munley, The Hospice Alternative,—A New Context for Death and Dying, Basic Books, Publishers, New York, 1983, (3)Edited by Paul R. Torrens, M. D. M. P. H, Hospice Programs and Public Policy, American Hospitals Publisling Inc., 1985.

II ホスピスについて

1. 序 説

「死」、それは生命のあるものにとっては不可避の結末であり、当然の宿命である。そして死は一般の人間にとって大きな恐怖でもある。その恐怖は、分析してみると、(1)苦痛への恐怖、(2)孤独への恐怖、(3)不愉快な体験への恐れ—尊厳を失なうことへの恐れ—、(4)家族や社会の負担になることへの恐れ、(5)未知なるものを前にしての不安、(6)人生に対する不安と結びついた死への不安、(7)人生を不完全なままに終えることへの不安、(8)自己の消滅への不安、(9)死後の審判や罰に関する不安⁽²⁾などがある。特に肉体の消滅をもって具現する死(何を基準として死と判定するかについて議論のあるところである。肺臓死、心臓死、脳死の問題がある)は、死後の世界の靈魂を信じると信じないにかかわらず、すべての人間が直面せざるをえない事実である。

死については、かつてより哲学者や宗教家が、その解釈ないし意味づけに力を注いできた。死が生命あるものにとっての永遠のテーマとされていることは否定できない事実なのである。

哲学者ショーペンハウアーは、その著「意志と表象としての世界」⁽³⁾のなかで死について論じている。筆者なりに抜粋してみよう。「……考えることをしない動物におけると同様に、人間においてもまた、自分は自然そのものなのだ、世界そのものなのだ、というかの最内奥の意識から生まれてくる安心感が平生は持続的な状態としては優位を占めているのである。死は確実に間近だという思想が、かくべつ人間をおびやかさないのはそのためなのであって、誰もがまるで自分は永遠に生きているに違いないとでもいうように、その日をやり過ごしている。これは大げさに言えば次のように言えるであろう。普通なら、彼の気持と死刑の宣告を受けている罪人の気持との間には、けっして大差はあり得ないはずのものだが、誰しもが自分の死の確かさについては本当に切実な実感を抱いていない。いうまでもなく誰も抽象的・理論的には死の確かさを認めているのではあるが、しかし誰もがこれを考えないようにして、けっして自分の切実な意識のなかに受け入れようとはしないのである」と述べ、さらに「時折まざまざとこの死の確かさはなにかの機会があって思いうかべるときにしか人間に不安を抱かせることは

ない」のである。

哲学者パスカルもまた死について、その著「パンセ」⁽⁴⁾で多面的に考察している。そのなかには、ショーペンハウアの思想に類似した文章が見出される。「ここに幾人かの人が鎖につながれているのを想像しよう。みな死刑を宣告されている。そのなかの何人かが毎日他の人たちの目の前で殺されていく。残った者は、自分たちの運命もその仲間たちと同じであることを悟り、悲しみと絶望とのうちに互いに顔を見合わせながら、自分の番がくるのを待っている。これが人間の状態を描いた図なのである。」と。

人間は現実にはそうした死刑囚のような状態にあることを、日々の生活のなかで忘却しているにすぎない。死は我々にとって切実な問題として眼前にあるにもかかわらず、これを避けようとしているのがわれわれの姿なのである。死はある意味では、人生の長い道程を経た終着駅ではなくて、現に今ここにあることなのである。また死は、われ自身かただひとりで直面しなければならない現象である。自分の出生が自分ひとりの体験であったと同様に、死もまた自らのものであって、他者による身代わりのできないものである。それゆえにこそ死は恐怖であり、孤独なものであると言えよう。哲学者ハイデッカーは、くしくも彼の著「現存在と時間性」⁽⁵⁾でこう述べている。「いかなるひともし他者から彼の死亡を取り除いてやることはできないのである。誰かが「他者の代わりに死んでやる」ことならたしかにできはする。けれどもこのことは、つねに、「或る特定の事柄において」他者の代わりに犠牲になってやるということにほかならない。だが、このように誰かの代わりに死亡してやるということが意味するのは、そのおかげで他者からその死がほんの少しでも取り除かれたということでは、けっしてありえない。死亡は、それぞれの現存在がそのときどきにみずからわが身に引き受けざるを得ないものなのである。死は、それが「存在する」かぎり、本質的にそのつど私のものである」。他者のために犠牲になる死はあっても、自らの死は自らが背負わなければならない。この事実は、たとえいかなる人間であろうと厳粛に受け止めなければならない。

他者のために犠牲になる死は、隣人愛の究極的な愛の姿型であろう。古今東西、わずかではあるが、そうした行為が為されていることは筆者も多少承知している。しかし凡庸な者には、はかり知れない世界でもある。

考えてみれば、死は個々人が自ら引受けざるを得ない不可避的事実であり、死の意味の探求は、逆に「生きる」ことの意義を知ることでもある。「生きる」という実存的問題を投げかけている死は、まさしく我々に意義ある人生への探求を迫るものでもある。こうして死の問題は、生の問題と密接な連関性ないし不可分性をもって迫ってくるものとして、認識せざるを得ないのである。死は、その人の生涯がいかなるものであったかの結論であって、人生の総決算でもある。

筆者は、こうした視点を踏えながら、自らの死を受容しつつある人間（末期患者）の問題をどう取扱い、どう対処されるべきか、に関心を抱いてきた。

人間はいかにすれば実質のある人生（life of quality）を生き、尊厳をもった死を迎えられるか。また、現代社会、とくに医療のなかで、死に直面した人間（患者）は真に、価値ある尊いものとして扱われているのかどうかなどの疑問に蓬着しているからである。そして筆者としては、死の医療という現代社会の重要なかつ困難な問題に対して、ホスピス医療からの示唆をたよりに考察を試みたいと考えているのである。

2. ホスピスとは

現代の重要な病気の典型は癌である、と言われている。勿論、他に多くの難病があることは承知しているつもりであるが、治療困難な病気という点では、最も注目されているものの一つが癌である。人類の歴史は、ある意味では病気との闘いであった。それは、13世紀のライ、14世紀のペスト、16世紀の梅毒、17～18世紀の痘瘡・発疹チフス、19世紀のコレラ・結核、20世紀のインフルエンザ、そして癌・心臓病と、人間の生存の歴史はまさしく病気の苦難から治療への模索克服にかかっていた、といっても言い過ぎではないであろう。そして現代の医学もそうした過程のうえに立たされているのである。わが国においても、アメリカにおいても癌はわれわれを悩まし続けている。そのことは末期患者で死亡した人々の手記、日記等がかなり出版されている事実によっても証明されている。⁽⁷⁾

では、こうした末期患者に対して、現代の医療制度の下では、いかなる治療がなされているのか。一般に医師は治療 (Cure) するのが目的であり、そのためには十分な設備、検査方法、最高度の医学的知識・技術等を用いて治療 (生命、健康の回復) せねば敗北であると考えているであろう。そのことは決して無意味ではない。むしろわれわれは、そう期待しているのである。しかし反面、死が迫まっている末期患者に関しては、治療よりむしろケア (Care) が必要であるにもかかわらず、延命への努力が強調されるあまり、尊い死の受容といった視点が欠落してはいないか、といった疑問が生じてくるであろう。ホスピス医療の登場は、まさにそうした疑問から出発しており、現代の医療への挑戦とも見られる。しかし同時にホスピスは現代医療そのものに対して、重要な提言を内包しているようにも感じられるのである。

わが国では、畳の上で死を迎えるのが当然とされてきた。そして死に向っている人々もそうありたいと念じて、家族の待つ家庭に帰りたくくり返えし希望を述べるのが一般であった。そのことは現時点においてもほとんど変わっていないであろう。このような心情はアメリカでも共通のようであり、人々は家庭のベッドでのケア、ケアを願っているとされている。家族に見守られて死を迎えたいという願いは、洋の東西問わず変わらぬ気持ちであるらしい。そこで現代の医療は、そうした要求に対していかなる解答をなすのか。ホスピスケアの必要性が、近代において、イギリスからアメリカへと展開され、さらに世界に広がろうとしているのはまさに、現代医療のこの空白を埋める警鐘の意味をもっていると思われる。

ホスピスとは、全米ホスピス協会 (National Hospice Organization) によれば、次のように定義される。それは「末期患者とその家族に対する痛みと症状コントロールを支えるサービスのための相互的専門的訓練 (interdisciplinary)⁽⁹⁾」のプログラムである。ホスピスはケアの特殊な概念であって、特殊なケアの場所ではない」と。

ホスピスは末期患者 (特に癌による) の身体的精神的苦痛をいかに緩和するか、また患者とその家族に対していかにケアをするか等に重点を置いているといえよう。さらに患者と家族の希望に沿って「その人らしい生」を全うするために援助をすることにより、⁽¹⁰⁾ 患者の人生の死の時点まで質の高いものに維持するために努めるのである。そのためのケアは、病院という医療機関内に限定されるものではなく、ホーム (在宅) におけるケアも重要な役割を担っている。アメリカにおけるホスピスは、病院ホスピスよりも、むしろ訪問看護 (ケア) に多くの働きをなしていると言われている。ホスピスは場所や設備ではない。それは、出来得る限り長く、生

の尊厳とそのコントロールを維持することを、患者に可能にするためのプログラムである。

そのプログラムのなかで、特に症状コントロールについてみれば、(1)身体的痛み (Physical pain) (2)精神的痛み (Matirial pain), (3)社会的痛み (Social pain), (4)宗教的痛み (Spritual pain) をそれぞれ専門的に分担するのがホスピスケアである。⁽¹¹⁾ そのためには、各々専門分野に分れて、それらの専門職がケアを担当することによって行なわれる。そして担当者のチームを組んで末期患者に関する役割を分担することになる。そのメンバーとしては、ホスピスコーディネーター又は医務部長、医師、ナース、心理学者、牧師、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、療法師 (身体的)、ボランティア⁽¹²⁾があり、彼らは病院内ケアまたは在宅ケアにおいてその働きをなしているのである。これらの人々の役割については後述したい。(Ⅲ-1, 2)。

3. ホスピスの歴史の概要

ホスピスの歴史を遡るならば、病院の歴史の流れから観る必要があるであろう。しかし本稿では、病院そのものの歴史の説明は除かざるをえない。

ホスピスの起源は古代インド、エジプトにおける初期の病院に遡ることができる。しかし当時の病院は、今日知られている治療に重きを置いたものではなく、むしろ“やさしい愛情のあるケア”にあったと見られている。⁽¹³⁾ そこから考えられることは、治療を目的とする現代の病院も、その原型は実はケアを中心としていたということである。しかし古代ギリシアやローマ時代においては、温泉療法や水浴療法など医師の指導によって適切な治療が施され、⁽¹⁴⁾ むしろ現代的な意味で病院の萌芽が垣間みられた。しかしまだ、ホスピスの原型と目しうるものは現われていなかった。ホスピスの理念的なものが現われるには、ヨーロッパ中世を待たなければならなかった。

周知のように古代ローマにキリスト教が伝えられて以来、迫害と殉教の歴史を経て、キリスト教社会体制が確立しはじめる。そのなかで教会、修道院が設立され、病院もそれらに付随して開設・発展することになる。特にホスピスがやや明確になってくるのは、修道院においてキリスト教的愛の精神による病人へのケアが強調されたと思われる点においてである。特に十字軍の時代に、「修道院内に“Hospitia”と呼ばれる旅人や巡礼者達に食物や休息を与える場所が出現した⁽¹⁵⁾」と言われるように、当時の修道院は、病院の役割を担いつつ、薬の調剤さえも行なわれていた。しかし現代的意味での病院では勿論なく、旅人や巡礼者が旅に疲れ果てて死を迎える旅人や巡礼者に愛となぐさめの精神をもって、ケアを施すことをその使命としていたと思われる。まさにそうした精神がホスピスの基本にあることを見忘れることはできない。

このようなキリスト教的精神に端を発した近代的なホスピスが、19世紀半ば、「アイルランドのダブリンに慈善修道会のシスター、メアリ・アイケンヘッドを中心に不治の病人を集め看護と精神的に癒しを目的として建てられた」、⁽¹⁶⁾ といわれている。⁽¹⁷⁾ 現代のホスピスは、イギリスのロンドンにおいて開花した。1967年にシシリー・ソンドース博士によって設立されたセントクリストファーホスピスがそれである。そしてその後、ソンドース博士の仕事に刺激され、アメリカのエール大学、ニューヘブン病院、そしてその地域の人々が中心となり、1974年にニューヘブンホスピスが誕生するに至ったのである。⁽¹⁸⁾

4. ホスピスにおけるターミナルケアについて

ホスピスケアは、まさしくターミナルケアの中心の問題を提起するものである。患者が病院における治療（キュア）で健康回復の望みを失なった場合に、この末期患者をいかに取扱うかの問題がそれである。医療担当者は、末期患者の期待と希望にいかに対処すべきか、という切実な課題に直面せざるをえないわけである。そのような状況のなかで、ホスピスケアの役割は、すこぶる重要な位置を占めてくると思われる。

ところでターミナルケアにおいて、患者（本人）または医師は、以下の三つの基本的事項に注目しなければならない。¹⁰⁹すなわち

①どこで死を迎えるかということ、②病名および症状の告知をすべきか否かということ、③延命のために全面的な努力を行なうべきか、あるいは苦痛を取り除くことに主眼を置くべきかということ。

それでこれらの事項に関して、ホスピスケアにいかなる問題があるのかを、筆者なりに考えてみたい。

第1点については、当然のことであるが、ホスピスにおいて死を迎えることも、またホームケアとして家庭において家族に見守られて死を迎えることも可能である。その際、特にアメリカにおいて展開されている訪問看護の方式が考えられる。

第2点については、ホスピスでは、末期患者に対して病名および症状を告知し、患者がそれを知ったうえでケアがなされるのが自然である。ただし、その告知の具体的な方法はそれぞれのケースに応じて考慮されなければならない。医師の診断における判断が、患者本人の人生観・性格・育った環境・社会的立場・教養・信仰の問題等の背景を考慮して告知がなされ、そのうえでケアがなされることが望ましいといえる。このようにホスピスでは、患者が病名を知っていることがよりよいケアに役立つと考えられることから、告知が必須的な要件となっているのである。ところで末期患者（特に癌の場合の）が病名および症状を告知された場合、絶望感に陥り、結果として死を早めるといった議論もなされるかもしれない。しかし筆者は、わが国のホスピスを実際に見聞して、かならずしもそうでないことを知った。告知された後のケアの在り方（方法）に配慮がなされ、また人間的なケアがなされるならば、告知はかならずしも否定的な要素を含むものとは考えられないのである。アメリカでは、この告知は、わが国よりもはるかに当然のこととしてなされているようである。その固有な文化・民族性・社会的宗教的背景等に基づいてなされているからであり、また医療問題が訴訟社会といわれるほど法律問題となるためでもある。ところがわが国では、この告知の問題は、現在のところ、かなり微妙な問題と考えられているのが実情である。

第3点については、ホスピスケアの場合、末期患者の延命効果の問題よりも、身体的精神的苦痛をいかに緩和して、その残された生をいかに充実したものに為すかに焦点が置かれる。すなわち生の質を高めることにその主眼があるといえよう。そのための Pain control の最善の方法が模索されているのであり、限られた人生を有意義なものにするために、そのケアに全力が投入されているのである。

アメリカのホスピスのプログラムは次のように述べられている。すなわちホスピスケアの狙いは、「痛みとその他の症状のコントロールにあり、それはいたずらに延命策として人工の手段は用いないということです。治療の継続は、ホスピスのサービスでは、批判される要素ですが、それはホスピスの目的の焦点が治療というよりも、むしろ苦痛の一時の緩和にあるからで

す。ホスピスのプログラムを、末期患者へのその他の取り組みと区別するのは、サービスの性質とそこにある理念であって建物などのような周囲の環境ではありません⁽²⁾と。要するにいわゆる治療面にそれほど力を注がないのがホスピスケアであるということになる。しかし同時に、アメリカのホスピス協会の基準のなかで、適切な治療を目標とし、また適切な治療こそホスピスケアの最終目標であると定義されているのも事実であり、「治療をしないホスピスは存在しない⁽²⁾」と言われているのも否定できない。その意味では、ホスピスは「死の家」というイメージではなく、治療を否定しないホスピスへと進展しているように思われる。延命のため人工的手法も併せ用いられているのである。わが国の聖隷ホスピスにおいてもまた、「死の受容ができる患者でも、やはり一日も長く家族とともに生きたいと切望し、延命を願い、できるだけ治療的努力を続けてほしいと熱望している。こうした努力を放棄して患者を見捨てる態度はどうしてもとれない⁽²⁾」と語られている。筆者もまたそうあってほしいと願う者の一人である。

- (2) アルフォンス・デーケン、メヂカルフレンド社編集部、叢書「死への準備教育」、A・デーケン、死を考える、第3巻、メヂカルフレンド社、昭和61年5月20日第2刷、197～208頁参照。
- (3) ショーペンハウアー、西尾幹二訳、「意志としての世界の第二考察」、世界の名著、45巻、中央公論社、昭和55年4月20日初版、513頁参照。
- (4) パスカル、前田陽一、由木康訳、「パンセ」、世界の名著、29巻、中央公論社、昭和53年7月20日初版、155頁参照。
- (5) ハイデガー、原佑、渡辺二郎訳、「存在と時間」、世界の名著、74巻、中央公論社、昭和55年2月20日初版、395頁参照。
- (6) 立川昭二、病気の社会史 — 文明に探る病因 —、NHKブックス152、昭和58年5月20日第17刷、15頁～16頁参照。
- (7) 近年、癌で死亡する人々の数が増加していることは周知の事実である。わが国の昭和60年の人口動態統計によれば、昭和59年より死亡者数が、12,000人増加し、752,000人になり、そのなかで癌死亡者は188,000人となって死因中第1位である。(昭和61年6月27日、毎日新聞朝刊による)。

なお、癌で倒れた人の闘病記録が数多く出版され、その苦闘の様子は読む者の心を痛めふるわせるものがある。治癒の医学的努力が払われるべきは勿論であるが、治療の方法も模索されなければならないと考えられるのである。

ちなみに、わが国の出版物(初版の年代順に)として筆者が参考にしたのは次の通りである。高見順「詩集死の淵より」、講談社文庫、昭和46年7月1日、朝山新一、「さよならありがとう、みんな(癌と闘った夫妻の記録)」中公新書、昭和46年2月25日、岸本英夫、「死を見つめる心、ガンとたたかった十年間」、講談社文庫、昭和48年3月15日、原崎百子、「わが涙よ、わが歌となれ」、新教出版社、1979年(昭和54年)3月31日、井村和清、「飛鳥へ、そしてまだ見ぬ子へ」、祥伝社、昭和55年5月25日、吉岡昭正、「死の受容」、ガンと向きあった365日、毎日新聞社、昭和55年11月30日、児玉隆也、「ガン病棟の98日」、新潮文庫、昭和55年12月25日、松岡寿夫、「ガン宣告」、講談社、1981年(昭和56年)12月8日、西川喜作、「輝やけ我が命の日々よ — ガンを宣告された精神科医の1000日 —」、新潮社、1982年(昭和57年)10月15日、大橋祥宏、「林檎の夜 — 癌、友だちの戦記」、知人館、1984年(昭和59年)4月10日、雨宮育造、雨宮淑子著・編、「この一日を永遠に、— ガン闘病ホスピス日記 —」、キリスト教新聞社、1984年(昭和59年)8月22日、内村普、「死よ何というつらさ — ガン・痛哭のドキュメント —」、北国出版社、昭和61年7月18日、その他癌死に関するものとして、柳田邦夫、「ガン50人の勇気」、文藝春秋、昭和56年3月1日、柳田邦夫、「明日に刻む闘い — ガン回廊からの報告 —」、文藝春秋、昭和56年8月5日、日野原重明、「死をどう生きたか」、中公新書、昭和58年3月25日、石井仁、「担癌者」、新潮社、1984年(昭和59年)2月5日、向井承子、「たたかいはいのち果てるまで、— 医師中新井邦夫の愛

の実践——」, 新潮社, 1984年(昭和59年7月10日), 塚本哲也, 「ガンと戦った昭和史(上・下)——塚本寛甫と医師たち——」文藝春秋, 昭和61年4月1日), 朝日新聞特別取材班, 「ガンとの対決」(上・下), 朝日新聞社, 昭和56年5月30日(上), 昭和56年11月30日(下), 庭瀬康二, 「ガン病棟のカルテ」新潮社, 昭和57年2月25日, 抑田邦夫, 「死の医学」への序章, 新潮社, 1986年(昭和61年)12月5日などがある。

- (8) National Hospice Organization 発行のパンフレットの The Basics of Hospice, 1986による。
 (9) Interdisciplinary team とは, 各専門分野より成るチーム・アプローチ, (注15, 112頁)と訳されているが, 筆者は相互的専門的訓練チームと訳した。これには, 特別に訓練された健康(health)専門職, 非医療専門職, 家族メンバーとボランティアが含まれる。このチームは通常医師によって指導され, 1人またはそれ以上のナース, ソーシャルワーカー, 心理学科医者, 物理療法士と牧師を含むものである。ホスピスコーディネーターは, 在宅, 入院患者のいかなる状態に関しても, すべてのホスピスサービスの適切な調整を行う責任を負う。また患者ケアコーディネーターは, ホスピスチーム・主治医・患者・患者の家族等との密接な関係を図りつつ仕事をする(Hospice: Its concept and Legislative Development, september 1982, at 10. より訳する)。

なお, 1978年には全米ホスピス協会が法人化され, これによってホスピスケアプログラム規範が採用され, その規範に合致するプログラムを有するホスピスが認定されることになっている。その規範は次の22項目からなる。すなわち(1)適切な治療こそ, ホスピスケアの最終目標である。(2)治癒がもはや不可能な場合は, 一時緩和的看護が, もっとも適切なケアの形である。(3)一時緩和的治療は, 慢性の兆候や症状による苦痛の防止を目指す。(4)ホスピス入院は, 患者とその家族のニーズがあるかどうか, 彼らが看護の要請を表明したかどうか, によって決める。(5)ホスピス・ケアは専門家の非専門家のサービスの混合である。(6)ホスピスにおける看護では, 患者とその家族の生活の, あらゆる側面が治療に関連して, 有効である, と考える。(7)ホスピス・ケアは患者とその家族の信条をすべて尊重し, 彼らの個人的, 哲学的, 倫理的, 宗教的要素を満たす, 様々な方策を試ける。(8)ホスピス・ケアは絶え間ない看護である。(9)ホスピス・ケア・プログラムは患者と家族をひとまとめにして, ケアの一単位と考える。(10)患者と家族は, ホスピス・ケア・チームの中心的存在である, と考えられている。(11)ホスピス看護計画では, 家族のなかに看病の責任を負ってくれる者のいない患者の世話をすることができる人々を見だし, 配属し, 監督しようと努める。(12)ホスピスによる家族に対するケアは, 患者の死後も続く。(13)ホスピスは年中無休。一日24時間, 1週7日間の看護を受けられる。(14)ホスピス・ケアは, 職域関連的なチームで行なう。(15)ホスピス・プログラムは, 職員を支える, 組織的, 非公式の手段を与える。(16)ホスピス・プログラムは, 全米ホスピス協会の規範と, 患者と家族に対する看護の組織を司る適切な法律と規制に従うものである。(17)ホスピス・プログラムの活動は中央行政の調整に従う。(18)絶望的な症状をコントロールする最善の道は, ホスピス・ケアの本質で, 職域関連のチームによる, 医療, 看護その他のサービスを必要とする。(19)ホスピス・ケア・プログラムはつぎの職種を含む。(a)職員全体の医療部長, (b)ケアチームの一員として職員に加わる医師, (c)患者の担当医(外来または主治医)と密接に連絡をとりあうこと。(20)看護の場所を決定するファクターとして, 患者のニーズと好みに基づき, ホスピス・プログラムは, 入院看護も在宅看護を行う。(21)教育, トレーニング, ホスピス・サービスの評価は, ホスピス・ケア・プログラムの活動として, 現在進行中である。(22)全患者について, 精密, かつ最新の記録が保管されている。(なお, この規範の詳細については, 日本経済新聞社編「ドキュメント, 聖隷ホスピス, 昭和58年4月1日第1刷, 159頁~162頁を参照されたい。)

この規範は, ホスピスの資格・目的を定めることにより, 「ホスピスに名を借りた不完全, 不適切な施設の氾濫を防ぎ, 連邦や州などからの補助金を獲得しやすい狙い」をもつとされている。(前掲書(7)「がんとの対決(下)」100頁参照)。

- (10) 柏木哲夫, 「生と死を支える——ホスピス・ケアの実践」, 朝日新聞社, 1983年5月20日第1刷, 46頁参照。
 (11) 柏木哲夫, 「臨死患者ケアの理論と実践, ——死にゆく患者の看護——」, 日本総研出版, 1982年12月,

15日第1版6刷, 142頁参照

- (12) National Hospice Organization, About Hospice, at 10.
- (13) ホスピスの語源は, ラテン語 (hospitium) のホスト (Host) 客をもてなす主人またはゲスト (Guest) 客に由来するものであり, 「本来は旅人が憩いのために短い期間だけ滞在するコミュニティを意味し, 旅ゆく人たちが補給や休養をしたり, また, この人々を世話したりする場所」のことであると言われる (ビクター&ローズマリー・ゾルザ, 監訳岡村昭彦, 木村恵子訳, 「ホスピス — 末期ガン患者への宣告 —」, 家の光協会, 昭和59年2月1日第2版, 396頁参照。
- (14) Marlene Scham, and Arnold Schan, Hospices: Medical and Legal considerations, 1985, Cyril H. Wecht, Series editor, Legal Medicine 1985, Praeger publishers, at 301.
- (15) Kenneth P. Cohen Ph. D, MPH., 斎藤武, 柏木哲夫訳, ホスピス — 末期医療の思想と方法 — 医学書院, 1983年8月1日第1版2刷, 21頁参照。
- (16) Kenneth P. Cohen, 斎藤武, 柏木哲夫・前掲書(15), 21頁参照。
- (17) 沖藤典子, 平安なれ命の終り, — ホスピス病棟からの報告, 新潮社, 昭和61年7月15日第6刷, 38頁参照。
- (18) Barbara Coleman, A Consumer Guide to Hospice care, National Consumers League, June 1986, at 1.
- (19) 大井玄, ターミナルケアの現状とあり方, ジュリス増刊総合特集No.44, 日本の医療 — これから, 有斐閣, 1986年9月25日, 229頁参照。なお, その内容については, デレク・ドイル編, — 季羽倭文子監訳, 相原真理子訳, ターミナル・ケア — イギリスのホスピス・ムーブメントに学ぶ —, メヂカルフレンド社, 昭和61年4月14日第1版を参照されたい。
- (20) シシリー・ソングラス他編, 岡村昭彦監訳, ホスピスケアハンドブック, 家の光協会, 昭和59年7月20日第1版, 241頁参照。
- (21) 原義雄, 千原明, ホスピス・ケア — 看取りの医療への提言 —, メヂカルフレンド社, 昭和61年7月26日第1版第5刷, 78頁参照。
- (22) 前掲書(21), 76頁参照。

III ホスピスにおける医療と薬剤師の役割

1. アメリカにおけるホスピスケアの基本

前章で述べたように, ホスピスケアでは, 患者個人の所有物, 例えば花, 本, ペット, 家具などをはじめ, 家族あるいは友人達をも常に身の回りにおく事ができる。患者達はもはやその人生をさらに長引かせることはできないけれども, 親切で愛情に満ちた一定のケアを受けることができる。

アメリカにおけるホスピスは, 大むね次の3つの型である。⁽²⁴⁾

- (1) 末期症状の患者に場所を準備提供し, 他の病院での治療行為には抵触しないような全ての機能を持つケアセンター
- (2) 死にゆく患者及びそれを看護する家族を助けるために病院内に設けられたホスピスケアチームによるケア
- (3) 末期症状の患者及びその家族に医療の保護とカウンセリングを行うサポートチームで, 訪問や電話や手紙などで激励するケアである。

— 全米ホスピス協会が出したホスピスの定義によれば, これらのホスピスの働きは次の(1)~(3)の4項になるだろう。^{(24), (25)}

(イ) 医学的管理

ホスピスについて、しばしば誤解されることの1つは、ホスピスでは医学的管理をほとんど行わない、という認識である。歴史的にはこのような管理がほとんど行われず、末期の病人がただ静かに死を迎えるような援助のみであった時期があった。しかし近代では、この管理は必要不可欠なものとなっていて、ホスピス内のメディカル・ディレクターにより、専門的な患者管理が行われている。したがって、病状を知るために必要な諸検査、患者、家族の希望による輸液や輸血、さらには、抗癌剤などの投与のような医療が施される。しかし、ホスピスにおけるこのような医学的管理は、全てケア（Care）が中心であって、延命のみを目指す治療（Cure）が中心ではないということは、最も重要な点であり、かつ病院における医療行為とのはっきりした違いであることが認識されねばならない。

(ロ) 看護

近代ホスピスの中心はナースであるという過言ではない。ナースの業務は実に多様であり、かつホスピスナースとしての独特の業務がある。

- i 診療に伴う看護—回診介助、身体測定、投薬、注射、採血、創傷のガーゼ交換、褥創処置、冷温電法、吸引、IVHルートの交換、浣腸、導尿などの一般的看護。
- ii 看護行動に関する行為—ベッドサイドでの対話、バイタルサイン・チェック、病状観察、患者の安全への援助、看護計画などの行為。
- iii 日常生活に対する援助—ベッドメイキング、シーツ交換、環境整備、体位変換、清拭、入浴介助、洗髪、結髪、食事介助、排泄の援助、歩行介助などの援助活動。
- iv ホスピスナースとしての独特の活動

傾聴：特にホスピスでは重要な点で、ベッドサイドに座り込んで聴くという態度が必要とされる。

家族のケア：患者に対すると同程度に必要である。

遺族のケア：ホスピスで亡くなった患者の遺族に対しても、入院時の担当ナースが、電話や手紙や訪問などで慰める。

訪問看護：これにより一時退院が可能になる患者もあり、患者が希望し、家族にその受け入れ態勢があれば、自宅で死を迎えることもできる。

患者の霊的ケア：ホスピスへ入院した患者で信仰を求める人々には、牧師と協力してこのケアを行う。特定の信仰を持たなくても、心のやすらぎはケアにとって大切である。

(ハ) 相互的専門的訓練チーム（interdisciplinary team）によるケア

通常、医師、ナース、薬剤師、牧師、ソーシャルワーカー、栄養士、理学療法士、ボランティアなど一定のホスピス訓練を受けた多くの職種の人々によるケアチームにより支えられている。

(ニ) 患者及び家族のケア

ホスピスの特徴は、患者とその家族をいろいろな方法で支えることであり、スタッフとの共同社会を形成することである。この目的のために様々な集いや会が持たれる。筆者が訪問したホスピスでも、お茶会—ホスピスロビーで毎日午後2時半から1時間持たれ、お茶とお菓子で、患者と家族、スタッフが話し合い励まし合う、交わり会—月に1度行われるホスピス全体の交わり会で、映画を観たりスタッフが歌を歌ったり、ケーキと飲み物、果物が出る、特別の会—

イースターには映画と宣教師のお話、クリスマスにはスタッフによる劇、家族の作品展なども計画される、などのケアが行われていた。このケアのためには、スタッフ同志が常に良いコミュニケーションを保つことが肝要で、そのためのきめ細かなカンファレンスがくり返し行われる。

上に述べたように、ホスピスケアでは看護が主体である。したがって医師中心の病院に沿った型でのホスピスケアでは、医師側とチームの他のメンバー、ことにナースや薬剤師やソーシャルワーカーなどの自覚と努力が必要である。ナース中心のホスピスを実現するためには、医師は従来の医師像から脱却してチームのメンバー、特にナースとの話し合いで全てを決定するシステムを造り上げなければならない。一方では、チームのメンバーの十分な医学、看護に関する知識を身につける努力が必要となり、このための教育プログラムが多くの場合準備されている。

2. ホスピスケア・チーム ⑧～⑩

ホスピスケアはナースが中心のシステムであることは述べた。しかし、多種多様なニーズを持つ末期患者と家族を支えてゆくためには、ケアに当たる側が各専門分野を生かしてチームを組む必要がある。ホスピスのチームメンバーとして次のような職種が一般的である。1). 医師 2). ナース 3). 相互的専門的訓練チーム—後述するが、このメンバーへの薬剤師の関与は、ホスピスにより差がある。また、医師、ナースもこのメンバーとなっていることも多い。4). その他のメンバー、ソーシャルワーカー、カウンセラー、牧師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、ホームヘルパー、ボランティアなどである。ナースについては述べたので、その他のメンバーについて述べると以下ようになる。

(イ) ソーシャルワーカー、カウンセラー

ホスピスにおけるソーシャルワーカーの働きは重要である。仕事の内容は広い範囲にわたるが、主として患者と家族の社会、心理、経済問題に関する相談にのることである。家族間の人間関係の問題、経済的問題、職場の問題などが患者の身体的苦痛より大きい位置を占めることさえある。

(ロ) 牧 師

ホスピスにおける霊的ケアは、病名を知っている、いないにかかわらず、病状の進行と共に患者は自分が重症であり、死が近づいていることを感じはじめ、死への恐れ、死後の世界などについて、共に祈ることで、感情的苦痛を緩和するケアとして必要である。しかし、この点について、本来キリスト教を中心に発展した欧米のホスピスやわが国でも一部に見られるホスピスでは特に問題はないと考えられるが、他の様々な宗教心を持つ人、あるいは無信仰者の多いわが国では、信仰の自由と相まって、1つの課題になるものと思われる。訪問したわが国のホスピスでは、信仰の制限は全くなく、例えば朝の礼拝も自由参加となっていた。しかし、実際には、入院して後に洗礼を受ける患者も多いということである。このような点から、例えば、仏教を霊的ケアの中心とするようなホスピスが出現する可能性もあると思われる。

(ハ) 理学療法士、作業療法士、言語療法士

本質的に患者の病んでいる部分にケアし、患者全体として健康だが弱っている部分の回復を計るのがホスピスケアの目的である。体力が無く、部屋に閉じ込めりである患者や寝たきりになってしまった患者が、理学療法士たちの働きで、歩行訓練や機能回復に努め、ロビーなどへ一人で出られるようになる。この結果、患者が少くとも死を迎えるまで、独自の力で出来る限

りのことを行い得るとい希望を抱くことになる。事実、寝たきりの状態で入院して来た患者がリハビリテーションに努め、一人で歩けるようになった例も少ない。

(イ) 栄養士

患者の多くが食欲不振を来す、あるいは経口摂取が困難になってくる。しかし、痛みのコントロールが完全になってくると、患者の食欲も増進してくる。したがって、より体力の増進を計るためには、いかにして栄養を摂取するかにかかってくるから、病院の末期患者の病棟と同様に、栄養士、調理士の能力が問われる。さらに、ホスピスでは病院と異なり、家族が自由に患者に食事を調理してあげることができるようになっているので、その相談にのることも必要である。

(ロ) ボランティア

ホスピスケアはボランティアの力によるところが非常に大きい。欧米諸国のようにボランティア活動が常識である国民性のもとでは、専門職（医師、ナース、薬剤師など）のボランティアもかなり多く働いているが、わが国はこのような経験の少ない国民性であるために、ボランティアは少ない上に、専ら非専門職で、主婦の方が多い。ボランティアの働きも多方面にわたる。その主なものは、患者の話し相手、衣生活の援助、病床の整とん、入浴の世話、清拭、シーツ交換、配膳、下膳、食事の世話、ファミリーキッチンの整とん、タオル類の準備、患者の買い物、散歩の付添いなど実に多様である。アメリカでは、前述のように、専門職のボランティアも居て、無収入でパートタイムあるいはフルタイムボランティアとしてホスピスケアにあたっている。

(ハ) 薬剤師

1981年、ベリーら⁽⁸⁾は、ホスピス協会に登録されているホスピスから、75施設を選び、薬剤師のホスピスケアチームのメンバーとしての係わり合いについて調査した。最終的に76%（57ホスピス）の回答を得た。しかし、そのうち9ホスピスの回答はデータ不足で集計から除外した。表1はその66施設の特質を示している。また、表2は施設における薬剤師の有無についてまとめたものである。

表1. 調査対象となった施設の特質 (n=66)

施設の種類	No.	%
ケアの対象患者		
外来患者のみ	35	53
入院患者のみ	8	12
外来及び入院患者	23	35
登録種類		
Skilled	2	3
Chronic	2	3
General	10	15
Hospice	14	21
その他	5	8
1つ以上の登録	4	6
無回答	29	44

Joni I. Berry et al., Am. J. Hosp. Pharm.,(38)1010(1981)

表2. 施設と薬剤師の有無

施設の種類	薬剤師・無し (n=11)		薬剤師・有 (n=37)	
	No.	%	No.	%
業務の種類				
外来患者のみ	10	91	19	51
入院患者のみ	1	9	5	14
外来及び入院患者	0	0	13	35
登録種類				
Skilled	0	0	2	5
Chronic	0	0	1	3
General	0	0	6	16
Hospice	1	9	9	24
その他	0	0	4	11
1つ以上の登録	0	0	2	5
無回答	10	91	13	35
疼痛評価ガイドライン				
作成	6	55	27	73
薬剤師によるDI	4	36	35	95

Joni I. Berry et al., Am. J. Hosp. Pharm., (38) 1010 (1981)

48ホスピスのうち37施設では、専属の薬剤師が居り、薬剤師が居ない11施設のうち10施設は将来薬剤師業務を要求する積りであると答えている。薬剤師の業務時間については、11ホスピスではフルタイム、7施設ではパートタイム、19施設は回答がなかった。報酬についての調査結果は、37施設のうち、13名の薬剤師がその業務で報酬を得ていたが、10名はボランティアとして業務を行っていた。このボランティアとしての労働は高率だと考えられる。68%の薬剤師は、主として、ホスピスコンサルタントとしての仕事に従事している。コンサルタントの役割については、回答の内容からだけでは明瞭ではないが、医師や他の薬剤師やホスピスケアチームに対して薬物に関する種々の問題のアドバイスを行うことにあると思われる。

表2の結果で、2つの群で異なっているのは、まず患者のケアの型である。数は少いけれども、薬剤師を持たないホスピスの91%は外来患者のみを扱い、それとは対照的に、薬剤師を持つホスピスの51%は外来患者のみ、14%は入院患者のみ、35%は両者をケアしていることである。外来患者のみのホスピスで薬剤師の存在する率が低いのは、ホームケアが中心となっているためであると思われ、この場合は、後述するように、開局薬剤師がその役割を果たしている。第2の差異は、登録の種類である。薬剤師を持つ24のホスピスは全て登録されている。ホスピス協会に登録されている種類は表に示した通りであるが、例えば、コネチカットのホスピスでは、登録薬剤師による薬局業務を持っていることが条件とされている。この登録権を得るためには、組織的に運営される薬局業務を実行していることが必要とされている。

施設における他の特質、例えば、1日の1患者当りの薬の数、種類、疼痛や症状の評価のためのガイドラインの有無、薬剤師によるDI(医薬品情報)の準備などでは、各ホスピス間に

有意差は認められなかった。しかし、DIの質についてはかなりの差があった。薬剤師を持つホスピス群では、95%が薬剤師からDIを受けており、一方、薬剤師を持たない施設群では、36%のみが薬剤師からDIを受けていた。

表3は、相互的専門的訓練チームのメンバーとして薬剤師が関与しているかどうかの調査結果である。ホスピスに協力している薬剤師の46%は、このチームのメンバーとなっている。そ

表3. 相互的専門的訓練チームのメンバーと薬剤師

	薬剤師を持っている (n=37)		チームメンバーと なっている (n=17)		チームメンバーと なっていない (n=20)	
	No.	%	No.	%	No.	%
施設の種 類						
外来患者のみ	19	51	9	53	10	50
入院患者のみ	5	14	2	12	3	15
外来及び入院患者	13	35	6	35	7	35
薬剤師の労働						
フルタイム	11	30	6	35	5	25
パートタイム	7	19	2	12	5	25
有給	13	35	6	35	7	35
ボランティア	10	27	4	24	6	30
コンサルタント	25	68	10	59	15	75
1日1患者当りの薬物数						
0	9	24	3	18	6	30
1~3	10	27	5	29	5	25
4~7	16	43	7	41	9	45
8~10	2	5	2	12	0	0
薬剤師業務						
薬物療法の考察と実施	15	41	9	53	6	30
訪問	2	5	1	6	1	5
治療歴の保管	11	30	7	41	4	20
ホスピス内での業務教育	26	70	14	82	12	60
入院回診への参画*	6/18	33	6/8	75	0/10	0
ホスピスに、常時、薬の指示者が居る	16	43	8	47	8	40
疼痛評価のガイドラインを持つ	27	73	12	76	14	70
薬剤師の関与						
薬の指示への協力	4/16	25	3/8	38	1/8	13
患者の薬に対する教育	19	51	9	53	10	50
疼痛評価ガイドライン						
作成への参画	9/27	33	6/13	46	3/14	21
DIスタッフの養成	35	95	17	100	18	90

* 特殊業務として、回答を得た数について取り上げた。

Joni I. Berry et al., Am. J. Hosp. Pharm., (38) 1010 (1981)

の55%はフルタイムで、29%はパートタイムで業務を行っている。データは少ないけれども、ホスピスで働いている薬剤師がケアに費やしている総時間は多く、チームのメンバーの間で高い評価を得ており、その相互関係において重要な要素となっている。一方、薬剤師がこのチームに入っていない場合、75%の薬剤師が、コンサルタントとしての業務を担っている。もちろん、チームメンバーとなっている場合も、薬剤師のコンサルタントとしての役割は大きく、59%を占めている。

薬物の貯蔵、保管に関する考え方や取扱い、各患者についての薬歴の作成と保管、患者への薬についての教育における薬剤師の関与、また、疼痛と症状の評価に対するガイドライン作成における薬剤師の関与についての調査結果では、薬剤師を相互的専門的訓練チームのメンバーと考えている施設では、これらの役割において、薬剤師が重要な位置を占めていることが示された。また、薬剤師業務をより改善するために、さらにどのような業務を薬剤師に望むか、という質問に対するホスピスディレクターの回答は、多くの場合、教育、DIそして研究領域への参画であった。

また、ホスピスケアに対する開局薬剤師の関与が望まれており、このための教育プログラムの必要性が示唆された。つまり、外来患者は、必要とする薬物治療上の種々の問題を常に持っているため、この患者指導における開局薬剤師のより強い関与が望まれるということである。一般に、薬剤師は、新薬、疼痛及び症状の評価、薬物相互作用についての情報源として優れた能力を持っていると評価されている。したがって、ホスピスディレクター達は、薬剤師が、ホスピスのナースや医師達と、もっと親密に関係を持って働く必要があると考えている。他のホスピスメンバーに対する薬剤師業務の教育を行い、さらに、コンサルタント業務をより拡大することが、この親密な人間関係を確立することになると思われる。この報告の最後に、薬剤師が疼痛と症状コントロールの分野を受け持って、ホスピスの研究部門にもっと多く参画して欲しいという強い要望が述べられている。この点は、相互的専門的訓練チームの中で、薬剤師が中心的役割を果たす上で重要な意味を持つと考えられる。

ホスピスケアチームのメンバーの数^(24, 25)については、各ホスピスで様々である。例えば、コネチカットホスピスでは、44床で全従業員は420名である。そのうち、150名が有給で、残りの270名はボランティアである。ナースは84名（正看42名、准看21名、看護助手21名）であり、医師6名（全てパートタイム）である。病棟責任者さえもパートタイムで、午前中はホスピス午後には他の病院で勤務している。ソーシャルワーカー2名、牧師（フルタイム1名、ボランティア4名）、そして薬剤師2名のメンバーである。わが国のホスピスの例では、23床で医師3名、ナース17名、ソーシャルワーカー1名、牧師1名、理学療法士1名、ボランティア150名（延べ人数）である。このように、一般病院に比べ、ケアメンバーの人数が対患者比で圧倒的に大きいのがホスピスケアの特徴である。また、ケアメンバーが病院とは異なり、常に一定で、人が変わることがないことも大きな特徴である。

3. ホスピスケアの対象となる疾病^{(24)~(26)}

1978年4月1日～1979年3月31日までの1年間に、イギリス、セントジョセフ・ホスピスに収容された患者は、表4に示すようである。男性では気管支癌が多く、全体の27%を占め、肺実質癌は12%で、両者で男性患者の4割近くを占めている。女性では乳癌が30%と多い。

表4. セントジョセフ・ホスピスの年間の末期患者数と診断名 (512名)

診断名	男性	女性	診断名	男性	女性
原発巣不明の carcinoma-tosis(癌腫症)	27	47	腎臓	6	1
脳腫瘍	20	12	肝臓	8	3
白血病	—	3	肺臓	31 (12%)	13
癌の原発部位			リンパ腺	2	2
膀胱	11	4	口腔	1	4
骨	2	—	食道	3	2
乳房	—	76 (30%)	卵巣	—	5
気管支	71 (27%)	7	脾臓	9	5
子宮頸部	—	10	前立腺	12	—
結腸	12	12	直腸	9	7
胆のう	1	3	皮膚	6	7
性器	3	4	胃	18 (7%)	15 (6%)
小腸	4	2	喉頭	16	—
			子宮体部	—	5
			合計	262	250

柏木哲夫, 「ホスピスをめざして」, p.144 (1983)

表5. 主な癌の全国罹患者数と死亡率
(1975 (昭和50) 年厚生省調べ)

診断名	全国の年間推定患者数	人口10万人当たりの患率	50年の死亡率	3年生存率 (%)
胃がん	67,260	56.7	49,857	25.7
男	42,107	71.0	30,403	26.8
女	25,153	42.2	19,454	23.9
肺がん	18,359	15.2	14,759	8.7
男	13,438	22.3	10,711	7.4
女	4,921	8.2	4,048	12.0
乳がん	9,737	15.1	3,262	66.5
子宮がん	15,704	27.1	6,075	62.6

柏木哲夫, 「ホスピスをめざして」, p.144 (1983)

表5には、わが国の癌の発生頻度を示すが、胃癌が多い。しかし、イギリスのホスピスでは7%程度で、国民性の差を示している。また、先に示したベリーの報告では、ケアの対象となっている疾病については、38施設が末期癌である。他の疾病については、循環器系障害、慢性肺疾患、末期腎不全、肝硬変などであった。ホスピスケアが、単に末期癌のみでなく、難治性疾患の末期ケアとしても機能していることが示唆され、表5の結果とあいまって、わが国においても、今後、ホスピスケアの必要性が高くなる事を示しているのではないだろうか。

患者の年齢層については、表6及び表7に示すように、高令者が多いけれども、50才以下の、比較的若い患者がかなり居ることに着目しなければならない。また、患者の平均在院期間が、

表6. セントジョセフ・ホスピス
に入院した患者の年齢 (1978~79)

年 齢	男 性	女 性
21-30歳	1	—
31-40	2	2
41-50	13	11
51-60	41	41
61-70	91	62
71-80	87	75
81-90	25	50
91-100	2	9
合 計	262	250

平均在院日数 31日

柏木哲夫, 「ホスピスをめざして」, p.145 (1983)

表7. 淀川キリスト教病院の入院患者

総入院患者数	290名 (男 143, 女 147)
入院患者平均年齢	62.6才 (男62.7, 女62.4)
逝去者総数	221名 (男 112, 女 109)
平均在院日数	45.2日 (男31.7, 女59.1)
退院者総数	51名 (男 22, 女 29)
再入院総数	24名 (男 7, 女 17)

1984年4月~1986年3月の2年間のデータ

淀川キリスト教病院ホスピス資料

セントジョセフホスピスで31日, 淀川キリスト教病院ホスピスでは45.2日といった短いものであることは, ケアの質の高さを必要とすることを示している。

4. ホスピスにおける治療

既に述べたように, ホスピスケアの対象患者のほとんどは, 末期疾病, 特に末期癌であり, 現代医学の力を結集しても, 治ゆに導くことができないと分っている状態の患者である。したがって, 患者は実に様々な症状を持っている。

本節では, これらのホスピス患者の症状コントロールについて触れ, ホスピスケアにおいて薬剤師が関与する, あるいは関与すべき領域を明確にしたい。

(i) 症状コントロールの一般原則^{(24), (25), (27), (28)}

- i 症状コントロールの目的は, 症状の緩和であって, 病気の治療ではない。
- ii 症状コントロールの一般的なあり方
 - a. 一定のケアを患者及び家族に施す。
 - b. 患者 (及び家族) の症状は, 身体的, 精神的及び社会的苦悩により生じるという認識を持つこと。
 - c. 薬物は手段の中心であるが, 放射線照射, 化学療法及びリハビリテーションのような他の治療法も, 有効に利用できるということを理解しておくこと。
 - d. 各症状は独立した問題として認識すべきで, 基礎にある病気の種々の過程の総和として現われているものではないと理解すべきである。

表8は, ホスピス患者が訴えた症状である。

これらの患者の苦痛の緩和と生命の質の向上のためには, ホスピスは一般病院と同様に積極的に医療行為を行う。例えば, 症状コントロールのための医療は, その時々患者の状態によりきめ細かく実行される。ただ, この積極性は一般病院の癌病棟とは異なり, 治ゆへの積極性ではなく, 患者の苦痛の緩和に向けての積極性である。苦痛の緩和が適切に行われないと, 患者は苦痛と闘うことに精力を使い果たしてしまい, 命を縮めることにもなる。事実, 病状があ

表8. 患者が訴える症状

症 状	%	症 状	%
痛 み	77	頭 痛	6
便 秘	42	排泄物	5
食欲不振	35	排尿障害	4
呼吸困難	32	めまい	4
不 安	31	怒 り	4
抑うつ	25	胸やけ	3
咳	29	発 汗	2
嘔 吐	23	ねむけ	2
悪 心	14	消化不良	2
腹水と浮腫	12	かゆみ	2
嚥下困難	11	しゃっくり	2
尿失禁	8	喘 鳴	1
不 眠	7	けいれん	1
下 痢	6		

柏木哲夫, 「ホスピスをめざして」, p.179 (1983)

る程度進行した場合、治ゆへの医療行為を止め、苦痛の緩和に徹する方が、結果的には延命効果があるということをも多くの臨床家が報告している。⁽²⁴⁾

(四) 疼痛のコントロール^{(24), (25), (27), (28)}

ホスピスは人生の総決算の場となる。しかし、表9に示したように、末期癌の痛みは、主たる症状の中で最も大きなものであり、この痛みは患者の生活を全て奪ってしまう。痛みのコントロールが適切でなければ、この痛みと闘うことでエネルギーを消費してしまい、人生の終局が、単にこの闘いに終始してしまうことになる。したがって、ホスピスケアでは、疼痛コントロールは特に重要視される。

- i 急性疼痛と慢性疼痛は、異なった性質を持った異種のものである。
 - a. 急性疼痛は、通常短い期間で、診断の基準として有用である。
 - b. 慢性疼痛は、絶え間がない痛みで、“痛みから苦痛への持続”である。これは、もはや診断基準としては価値がない。
 - c. 慢性疼痛は、大きな精神的要素を抱えていて、他の要因により様々な程度に影響を受け易い。

ii 慢性疼痛の処置における治療目的

進行癌による疼痛は、本来慢性的、かつ持続的である。痛みがいつ終るか予測することは難しく、軽減することはほとんどなく、増強の一途を招く。しかも、増強した痛みは、しばしば患者の全神経を奪い孤立させる。抑うつ、心配、不安、精神的孤立、軽減されない他の症状、そして痛み自体が、あらゆる痛みを増強させる要因となる。

- a. 必要ならば、1日中適当量の薬物を与えて疼痛の再発を防止する。“痛みの記憶”を消すためには、例えば、鎮痛剤は通常4時間毎に投与される。痛みが軽減するまで、徐々に量をふやしていく。また、次の投与は、前回投与の効果が切れる前に、したがって、患者が要求する前に投与することが必要である。この無痛覚の適正なレベル

を維持するために薬物量を急速にふやす必要がある場合は、他の薬物を追加するか、他の方法を考慮する。例えば、痛みが骨転移によるものであれば、抗炎症剤か放射線療法を追加し、神経圧迫によるものであれば、フェノールブロックなどを考える。

- b. しかし、患者が正常な反応をし、明るい感覚を維持できるように、疼痛コントロールに必要な最少量から開始すべきである。
- c. 薬物は、経口、直腸あるいは非経口投与などのうち、患者にとって最も簡便な経路で与える。

以上が疼痛コントロールの原則である。それでは、このコントロールは、具体的に、どのように実施されるであろうか。

軽度の痛み：痛みはあるが苦痛ではない。

1. アセタミノフェン 錠剤で1回2錠(500mg) 4時間毎
2. アセタミノフェンとデキストロプロボキシフェンの併用^(32, 注1)
3. アスピリンまたはコデイン 錠剤で1回2錠(600mgまたは60mg) 4時間毎

中程度の痛み：痛みのために、家事や読書のような日常の仕事から注意がそらされる。

1. シクリジン30mgとジピパノン10mgの併用^(32, 注2) 4時間毎
2. ブロンプトンカクテル(ブロンプトンミクスチャー)^(24, 25, 29, 30, 31)

ソングース⁽²⁰⁾により1962年に発表された、モルヒネ、コカインを主薬とし、アルコールを加えた水剤である。ブロンプトンカクテルの名称は、イギリスの胸部疾患専門病院、ブロンプトン病院の外科医ロバーツが混合液を投与し始めたことから名付けられた。

標準処方

ソングースが発表した時は、ヘロインとコカインとジンのカクテルであったが、1973年のB.P. (イギリス薬局方) では、次のような内容に変更されている。

塩酸コカイン	1000mg
塩酸ヘロイン	1000mg
90%エタノール	250ml
シロップ	250ml
クロロホルム水	625ml

しかし、その後、ヘロインとモルヒネの対照試験が行われ、ヘロイン対モルヒネが1対1.5の割合で用いられれば、臨床的に差がないことが分り、ヘロインに代ってモルヒネが用いられるようになった。わが国では、例えば、東京病院方式が用いられている。

(1) 主剤(1回量)

塩酸モルヒネ(mg)	3以上
塩酸コカイン(mg)	0~10

(2) 矯味剤(1回量)

a ジン(ml)	0~4
ワイン(ml)	0~2
単シロップ(ml)	2
b 90%エタノール(ml)	1~3

単シロップ (ml)	1
c レモン液 (ml)	0.5
単シロップ (ml)	1

年齢、体重、疼痛の程度に合わせて、この中での組み合わせ処方を用いる。

代表的処方例（1回分）

塩酸モルヒネ	10mg
塩酸コカイン	5 mg
ワ イ ン	1 ml
単シロップ	2 ml
水	適量
全 量	10ml

通常の初回投与量は、モルヒネ5～10mgとすることが多いが、24～48時間様子を観察し、傾眠傾向や食事摂取量が障害されたり、呼吸抑制が見られる時は減量する。モルヒネの投与量は様々であるが、1回45mgまでの増量も報告されている（塩酸モルヒネ極量、経口、1回20mg、1日60mg）。処方中のコカインは、患者の気分を高揚させるといわれているが、1973年、トワイクロスらにより、評価試験が行われ、コカイン併用群では、投与開始後に意識と活力において、わずかであるが改善傾向が認められた。しかし、コカインを中止しても効果に差は認められなかった。これらの結果から、一定の少量のコカインが与えられると、数日後には耐性が発現することが示され、コカインとモルヒネの併用初期には効果があるが、後には（5日後）比較的效果がないことが分った。また老人では、この添加により、不穏、不安、興奮、錯乱、幻覚などが出現することが多く、コカインの中止まで続くことが分った。したがって、現在コカインは添加することは少く、モルヒネ、アルコール、シロップからなるカクテル（例えば、マクミランミクスチャー、モルヒネソルーションのような、モルヒネと制吐剤にウイスキー、ブランディーを加えたもの）が用いられて来ている。矯味剤のアルコール類とかレモン液は、本人の好みや状況に応じて用いる。例えば、口内炎合併者ではレモン液を用いたり、甘味についても、患者の好みにより調節する必要がある。これらのブロンプトンミクスチャー、モルヒネカクテルは、いずれも長期に用いることが可能で、イギリスでは3年間、わが国でも、1日315mgのモルヒネ量で、275日投与の例が報告されている。もし、コカインを除くことで、眠気が出て持続するようであれば、デキサンフェタミン5mg^(32, 注3)か、メチルフェニデート13mgを1日1～2回投与することで抑えることができる。

3. フェナゾシン（5mg）^(32, 注4) 1回1～3錠 4時間毎

本剤は有効で強力な鎮痛剤で、錠剤を好む患者に用いる。

強度の痛み：痛みで頭がいっぱいである。内臓反射を伴うことがある。

ブロンプトンミクスチャーを中心にした強力な鎮痛薬が用いられ、通常4時間毎に投与する。近年、本来麻薬中毒の治療薬として開発されたメサドンが、この種の痛みのコントロールに併用されるようになった。特に、患者が死に至る数日前になり、昏睡に陥入り、経口投与が無理になった場合、注射薬として投与される。しかし、メサドンには蓄積作用があるので、長期投与には適さない。

骨の痛み：しばしば、痛みの強さが広い範囲で変化し、患者の行動によって影響されるため、非常にやっかいな問題である。鎮痛剤に抗炎症剤を併用する方法が効果的であることが多い。アスピリン、フェニルブタゾン、インドメタミン、イブプロフェンなどが用いられている。その他、フェノチアジン系薬物、ベンゾジアゼピン類をはじめ、ステロイドホルモン（例えば、プレドニゾン5～10mg 1日3回）などの投与は有効で、モルヒネの必要量を減らすことも出来る。

以上述べたブロンプトンミクスチャーを中心とした疼痛コントロールは、図1に示すように実施されることが多い。⁽⁸⁰⁾

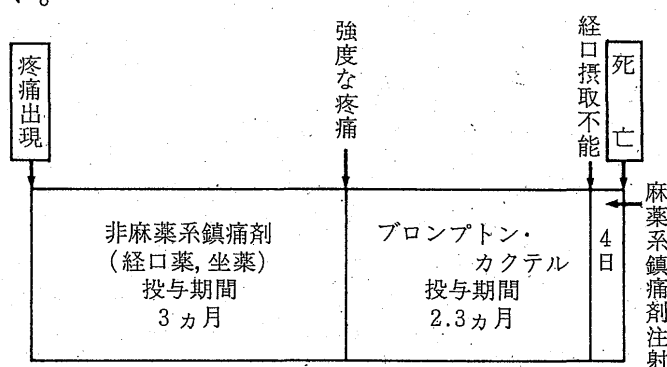


図1. 疼痛出現とその対策
ブロンプトン・カクテル継続使用例 (27例)
柏木哲夫編「ホスピスと末期ケア」, p.108 (1983)

モルヒネ製剤を用いる時の副作用と対策

まず、便秘に対する緩下剤（例えば酸化マグネシウム）、吐気、嘔吐に対する制吐剤（例えば、プロクロルペラジン、ウインタミン）の併用を必ず行うべきである。傾眠、眠気に対してはメチルフェニデートの投与あるいはモルヒネの減量を行い、幻覚、幻聴が出現した時はコカインを中止、舌、咽頭粘膜のしびれ感のある時もコカインを中止することが必要である。また、排尿困難に対しては、導尿あるいはエビプロスタットを併用する。これらの対策により、副作用を克服しながらモルヒネ製剤を有効に用いることができる。その他、軽度であるが、ふらふら感、目がチカチカする、呼吸数減少などの副作用が認められることがある。

耐性、依存性について

現在まで、経口摂取したモルヒネによる精神的依存性は、殆んど経験されていない。肉体的依存性（投与中止による禁断現象）は、大量投与時に急に中止すれば生じる可能性はあるが、漸減することにより、依存性を生じさせずに投与することが可能である。これらの問題は、患者の平均的在院期間を考慮すれば、実際のケアでは特に障害になるとは考え難い。また、患者自身が、ブロンプトンミクスチャーなどが麻薬であると知った場合も、多くは、患者への説明で十分に納得し、服用拒否が起きることはない⁽⁸³⁾と報告されている。

モルヒネの4時間毎の投与について

多くの専門家達は、投与量、投与間隔を過少評価し、麻薬の作用を過大評価しがちであるが、モルヒネは短時間作用性の薬物である（図2）。経口投与では、鎮痛効果の半減期は2～4時間であり、これはモルヒネの血中濃度と密接に関係している。モルヒネの安全域は狭くないため、投与後の最高血中濃度と投与間隔が重要である。つまり、その血中濃度を、有効範囲内であつ中毒濃度以下に維持する必要がある（図3）。

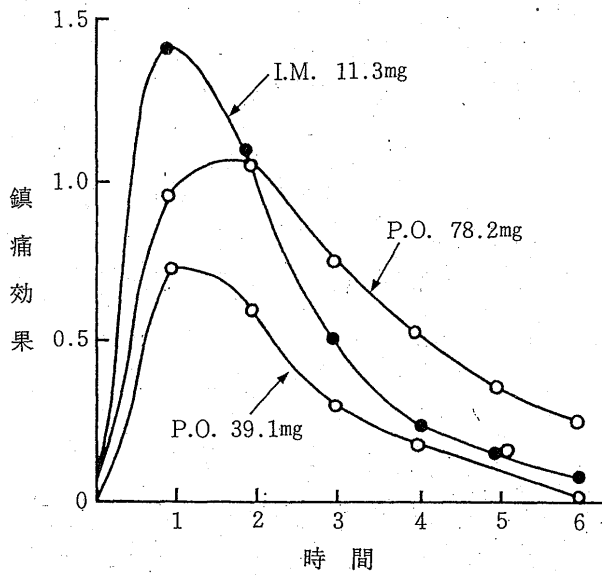


図2. モルヒネの経口 (P. O.) および筋肉内投与 (I. M.) 時の時間, 効果曲線
Goodman L. S and Gilman A, "The pharmacological basis of therapeutics." U. S. A (1980)

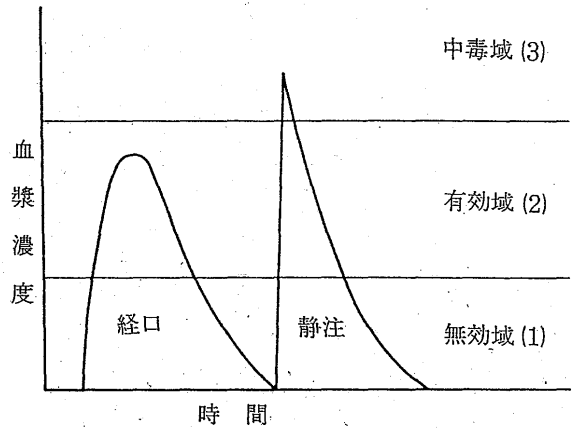


図3. 経口および静注時における血漿濃度時間曲線
D. W. Vere, "Topics in therapeutics 4", London (1978)

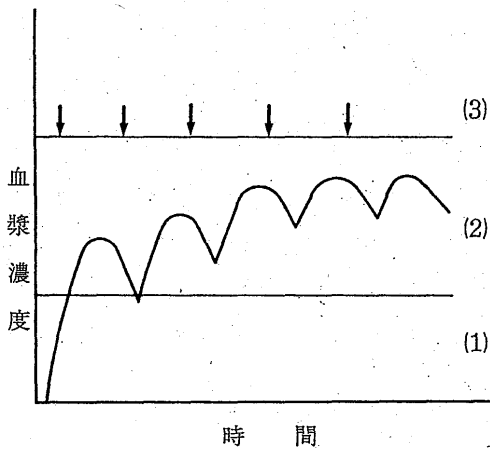


図4. 鎮痛効果を常に一定に維持するために必要な間隔で投与
D. W. Vere, "Topics in therapeutics 4", London (1978)

図3に示すように、経口投与は静脈内投与より安全である。痛みの発現のないことが最も重要な治療目的であるとすると、投与間隔は一定でなされる必要がある(図4)。投与間隔によっては、鎮痛効果を維持することができない場合があることは、ファルマコキネティクス理論から明白である。したがって、鎮痛効果を維持するために、少なくとも1日4回、多くの場合1日5~6回必要であると考えられている。末期患者の疼痛緩和に対して「必要時投与」という指示は、非論理的で役に立たないばかりでなく、不適切な疼痛コントロールに至らせる。

^{(24), (25), (24)}
疼痛コントロールの成果

イギリスのホスピスにおける結果であるが、表9に示すように、年々その効果は高くなっている。同時に、患者の精神的状況についてもコントロール・ケアの効果が上っている。

表9. 症状軽快の年次変化(%)

症 状	1975-76年	1976-77年	1977-78年
痛 み	83	87	91
不 安	34	41	43
抑うつ	29	37	42

柏木哲夫, 「ホスピスをめざして」, p.181 (1983)

しかし、このような症状コントロールの成果はホスピスケアに特異的なものであろうか。これについていくつかの研究がある。パークスは、⁽²⁵⁾患者が死亡時にどの程度疼痛を持っていたかを調査した。その結果、病院では10~20%、開業医では28%であったのに対し、ホスピスでは5%であった。ヒントンは、⁽²⁶⁾総合病院、癌専門病院、自宅、ホスピスの4つの場所を取り上げて、患者の痛みのレベルをチェックした。その結果、痛みが最も少なかったのはホスピスであり、次いで総合病院、癌専門病院、自宅の順であった。このように、ホスピスケアにより、疼痛コントロールが充分に行われ得ることが示されている。筆者が訪問したホスピスでの、余命わずか2ヶ月であると考えられるある患者の「痛みが消えるだけで、人生に喜びが生まれました」という言葉は、正にホスピスケアにおける疼痛コントロールの成果を裏付けている。このような疼痛コントロールには、疼痛の評価が客観的に行われることが望ましく、次のようなペインスケールを作成している報告もある。⁽²⁸⁾

図5. ペインスケール

0	.....	なし
1	.....	緩和
2	.....	中程度(不快にする)
3	.....	重篤(悩ます)
4	.....	非常に重篤(恐ろしい)
5	.....	耐えられない(抵抗不可能)

John F. Scott, The Canadian J. of Hosp. Pharm, (32) 163 (1979)

㊦ 末期患者の他の症状とその管理⁽³²⁾

- I 食欲不振：副腎皮質ホルモン剤が用いられる。プレドニゾン(2.5mg) 1回2錠 1日3回投与。また、食前にアルコールやワインなどを摂取することも良い。
- II 吐気と嘔吐：モルヒネ投与により生じるものと同様で、その対策に用いる薬物を投与する。また、メトクロプラミドなどの注射薬も有効である。
- III 口内乾燥：局所の放射線療法、多種薬物の服用、脱水などの様々な原因で生じる。少量ずつ頻回に飲み物を与えたり、砕いた氷をしゃぶらせるなどの局所的方法で処置可能である。
- IV しゃっくり：メトクロプラミド10mgの経口あるいは筋肉内注射、クロルプロマジン20mgの経口か筋肉内注射による投与が行われる。

- v 呼吸困難：気管支拡張剤，粘液溶解剤などの他，サルブタモール2～4 mg，1日3回，あるいはアミノフィリン坐薬1～2個の投与，副腎皮質ホルモン剤（プレドニゾロン，初回10～15mg，1日3回，維持量5 mg，1日3回），抗生物質などが投与される。
- vi 不安感：ジアゼパム2～5 mg，1日3回，クロルプロマジン10～25mg，1日4～6回の投与。
- vii 抑うつ：アミトリプチリンなどの三環系抗うつ剤を10～25mg，1日3回用いる。
- viii 不眠症：ニトラゼパムなどの非バルビツレート剤や，催眠剤とクロルプロマジンなどの併用が効果的である。
- ix 浮腫：フロセミドなどの利尿剤投与あるいは導尿などの処置。
- x かゆみ：抗ヒスタミン剤，副腎皮質ホルモン剤などの投与，胆汁うつ帯性のかゆみに対しては，コレスチラミンの投与が行われる。
- xi 下痢：リン酸コデイン15～60mg，1日3回投与。

以上述べたように，ホスピスケアでは疼痛コントロールのみならず，他の様々な症状コントロールに多種類の薬物を積極的に用いる。したがって，これらの薬剤の調製，管理は薬剤師により行われなければならない。

(二) 疼痛コントロールの他の方法²⁶⁾

現在用いられている方法は，1). 放射線治療 2). 抗癌剤投与 3). 手術 4). 物理療法などである。これらは，様々な程度で疼痛緩和に薬物によるコントロールと併用され効果を上げている。筆者は，わが国のホスピスケアの疼痛コントロールに，東洋医学的手法，ことに，鍼灸を取り入れることに大変興味を持っている。針麻酔による鎮痛効果は良く知られている事実であり，末期患者の疼痛コントロールへの応用は期待できるものと考えている。また，ホスピスケアの患者では，経口摂取が困難になったり，注射薬の投与も限界があるため，例えば坐剤，粘膜（例えば，口腔あるいは鼻）への投与，あるいは塗布薬，貼布薬などの剤形が必要となる。剤形に対する研究については別に述べるが，このような剤形への漢方薬などの応用も考えることが必要であろう。

5. 薬剤師の役割^{27)～28)}

2節で，ホスピスケアへの薬剤師の関与について，アメリカに実例をとり述べたが，わが国のホスピスでは，まだ薬剤師はケアチームとして存在していなかった。これは，わが国における現医療保険制度下でホスピスを運営する上での経済的理由が主たる原因であって，わが国のホスピスに薬剤師が不要であるということではない。事実，いずれのホスピスでも，ホスピスに隣接する病院の薬剤師により全面的にサポートされている。

本節では，アメリカのホスピスにおける薬剤師の活動を参考にして，薬剤師の役割について述べる。

(1) 薬物の選択及び投与

前節で述べたように，患者の気分を最上にすることがケアの最大目的で，その目的達成のために，徹底的な疼痛緩和と随伴する諸症状の管理が行われる。そのために用いられる薬物の種類は非常に多い。薬剤師は，まず，患者に治療の目的を明らかにし，この目的のために多くの薬物を用いることの利益，不利益を明確にし，患者の理解を深めることができる。そして，薬

剤投与のための調剤、製剤の業務がある。これは、専ら症状コントロールのために必要であるので、例えば、鎮痛剤の種類や投与量は1日のうちに何度も変更されるから、随時、調剤されることが必要である。しかし、この場合、多くの薬物について、薬物の有効性、治療上類似した薬物間の効力差、毒性、他の薬物や食物との相互作用などに対する薬理学的およびファルマコキネティクスの知識から、最適薬物を選択し、投与量を決定する能力を要求されることになる。また、剤形選択の問題もある。前述したように、ホスピスケアでは、多くの場合、最も簡便な経口剤が用いられるが、患者の状況が変わってくれば、この剤形による投与が不可能になり、他の有効で、簡便な剤形が必要となる。しかし、何種類もの剤形で市販されている薬物は、極く限られており、ケアに必要な薬物全体からは、ほとんど無いといっても過言ではない。したがって、薬剤師には、必要に応じて、他の剤形の調製が要求されることになる。しかし、このような製剤化は、全ての薬物に適用できるわけではなく、難問となることが多い。例えば、経口吸収により薬効が得られる薬物であっても、直腸吸収や経皮吸収で有効に用い得るとは限らず、特殊な工夫（例えば、吸収促進剤の添加、基剤選択など）を必要とすることが多い。したがって、ホスピスケアで用いられる薬物について、常にこのような基礎的研究の必要があり、薬剤師が、その専門家として従事することが強く望まれる。さらに、調製された薬物の投与についても、最も適した投与時間、投与間隔は、薬物の作用時間、剤形の持続時間などから決定されなければならない。つまり、ファルマコキネティクスの見地からの検討が必要になる。例えば、1週間に1度程度の血液中濃度の測定や日々の尿中排泄量などから、患者の薬物投与に対するコントロール状態を推測し、投与量、投与間隔を適切に変更し、薬物治療上の効果を最大にできるはずである。また、患者への薬の投与も、薬剤師自身が行えば、患者の状態をより把握でき、薬物療法に係る種々の問題を早期に見出し、薬物療法の質を高めることができる。このためには、患者の日々の状況を的確に知ることが必要で、アメリカのホスピスでは、毎朝、回診に薬剤師が参画している。回診は医師と婦長と薬剤師の3名により行われていて、患者の症状と薬物について、一人一人の患者毎に検討している。ホスピスケアでは、病院におけるよりも薬物治療上の効果、ことに疼痛コントロールにおける効果を常に確認することが強く求められると考えられる。

(ロ) 入院へのコンサルタント

これは地域薬剤師（例えば開局薬剤師）に特徴的な役割である。多くの患者達（ホームケア患者）と親密で長い付き合いのある薬剤師は、これらの患者の中から、ホスピスへ入院すべき患者を選び出すことができる。この機能を果たすことが、薬剤師の評価にもなる。地域薬剤師は、患者の疾病や治療歴や家族関係について熟知しているので、ホスピスケアでの患者のニーズを的確にとらえ、評価することができる。わが国では、現時点では、開局薬剤師がこのような役割を果たし得るだけのホスピスが準備されていないが、将来、ホスピスケアが広く実施されるようになれば、あるいはホームケアが医療制度の中に取り入れられるようになれば、プライマリー・ケアの一翼を担って、大きな役割を果たすことができるであろう。

(ハ) 薬物治療モニタリング

ホスピス内外を問わず、薬局では患者の薬物歴（治療歴）が保管されており、これがケア上の薬物治療評価に役立つ。ことに、開局薬剤師は、個々の患者の薬物療法の効果や副作用を的確にモニターできる。(ロ)で述べたように、患者のスクリーニングや非処方せん薬の使用につい

て、処方薬との組み合わせで、どのように用いるかといった指導も行うことができる。わが国でも、開局薬剤師が患者カルテを持つようになって来ており、さらに詳細な記録として、その実施が開局薬剤師全体にゆきわたれば、ホスピスケアへの貢献度は高いものとなるに違いない。

(二) Drug Information活動 (DI 活動)

i 患者及び家族への薬物の適正使用の指導

末期疾病患者では、新しい痛みや症状が病気の症状として現われ、病気の拡大の証拠として示される。このコントロールに用いられる多くの薬物について、患者に可能性のある副作用を知らせることは、むしろ、心の平和を増強し、情緒的にも安定な状態にさせる。例えば、ある患者は、「鎮痛」が殆んど即時的に生じることを知っている。したがって投与した薬物の効果が、服用後5分程度で作用しなければ、薬物選択が失敗であることになる。患者は、薬が作用するまで待つべき時間をあらかじめ知らされる必要がある。また、作用の持続時間、つまり、2回目はいつ服用すべきなのかといった問題についても、はっきりと知らされていることが必要である。多くの患者は薬に疑問を抱く。薬剤師はこれに答え、患者や家族が十分に理解するように配慮すべきである。これは、ホスピスケアで用いられる薬物のみならず、いわゆるOTC薬（市販薬）でも同様である。このような面から、ホスピスケアを受ける患者は、常に同じ薬局から必要な薬をもらうようにすべきであるといえる。

ii ホスピスケア・メンバーに対する情報提供

医師及びナースなどの医療チームに対しては、薬物の薬理作用、副作用、相互作用、薬物選択における問題点など、詳しい情報を常に準備し提供できるようにすべきである。日々、時々刻々変化する患者の状態に対して、適切なコントロールを行うために必要不可欠な業務である。一方、ホスピスケアでは、その他のメンバー、例えば、ソーシャルワーカー、ボランティアのような非専門的ケアメンバーに対しても、薬物治療の効果、患者の反応などを理解してもらえよう、薬剤師が、そのための情報を提供すると共に、教育を担当すべきである。このような活動が、他のスタッフとの関係をより深め、より質の高い薬物によるケアを可能にすると思われる。

(三) 薬物相互作用のスクリーニング

ホスピスケアでは、ことに、症状コントロールのために多種類の薬物を用いるので、薬物間の相互作用、食物との相互作用などの生じる可能性が高い。特に、老人の患者ではその機会が高いと考えられる。これらの相互作用は、軽い不都合な症状（例えば、胃症状のために抗コリン剤を服用している患者の口渇）から強度の不都合な症状（例えば、緑内障患者に上記の目的で抗コリン剤を与える）まで、広い範囲で生じる。したがって、患者の症状コントロールに際し生じる相互作用を十分に検討し、これらの不都合を防止することは、適切な薬物の選択、剤形の選択、投与量及び投与間隔の決定に大きく影響を与え、薬物によるコントロールの質をより高くすることになる。

(四) 薬物の保管管理

病院や薬局におけると同様に、使用する薬物の数量、品質の管理、保管上の問題とその処置を考えなければならない。非麻薬性の劇薬ばかりでなく、麻薬を多量に用いるから、その管理には十二分に対策が取られる必要がある。また、ホスピスに入院する患者ばかりであれば、問

題とはなり難いが、ホームケアが中心になると、例えば、24時間サービスする薬局が無いという場合、ことは重大である。つまり、ホームケアの患者が薬を適切な時間に服用することが困難になるからである。さらに、必要な薬物を十分に薬局が保管していなければ、なお一層深刻な問題となる。したがって、医薬分業を推進しつつあるわが国でも、ホームケアを考慮した上で、薬局側の何らかの組織化が必要となるのではないだろうか。

(b) 末期患者及び家族へのカウンセリング⁶³⁾

ホスピスケアは、患者と同時に、その家族のケアにも力が注がれる。ホスピス薬剤師は、この患者と家族に会って、家を訪問したりすることで、患者や家族が精神的な安定を得ることに寄与できる。末期患者が最も満足感を得にくいのは、精神的満足である。薬剤師、ことに地域薬剤師が訪問することは、患者の精神的高揚をもたらす。また、長年家族を知っているような場合は、健康管理の専門家として、あるいは親しい隣人として認識され、家族の心の支えとなり得る。このようなあり方は、電話によるケアでも可能で、アメリカではこの方式も多い。薬剤師、ガーリーは、1週5時間をホスピスで働いているが、患者に死を告げる以外、薬剤師が関与しないケアはあり得ないと述べている。薬剤師は、患者及び家族に、死や死にゆくという事についてカウンセリングしなければならないと報告している。

このようなカウンセリングを行うためには、薬剤師自身が死についての明確な考え方を持っている事、さらに、末期患者の死の過程についての知識を持っている必要がある。次に述べるのは、その死の過程の諸相で、「キューブラーロスの死の段階モデル^{64), 65)}」と呼ばれるものである。

重い病気にかかっている患者が、心理的にどのような死を迎えるかということについて、従来、科学的研究の対象として避けられていた。キューブラーロスは、このような患者の死にゆく過程について、1つの臨床的研究の成果を示し、患者の死に対する理解と死の恐怖をどのようにして和らげるかという問題について、具体的に考える手掛りを提供した。死は複雑な諸相をたどるから、キューブラーロスが症例研究から概念化した死の過程も、どの死にも当てはまるものではないが、彼女が示唆した一連の遂次的な5つの段階は、死の過程に1つの輪郭を与えたものと考えられる。この5つの段階は、200名の死に臨んだ患者と面接した結果から選んだ死の過程を説明したものである。

第1段階 — 否認 (Denial)

この段階では、患者は自身の病気の程度を排斥したり、あるいは最小にしようとする。したがって、ケアに携わる専門家が、患者に事実と直面することを強要すると、患者との関係を打ちこわすことになるかも知れない。ある人にとっては、否認は、長期間自分をかばう最良の行為であるが、多くの人々にとっては、突然現われた荒廃した場に自身をさらす、極く短い行為となる。このように「私にはそんなことはあり得ない」と、死を認めようとはしない否認である。一時的な自己防衛として生じるがやがて徐々に死を受容し始める。

第2段階 — 怒り (Anger)

一度宣告されると、多くの患者は理解し難い怒りを持つようになる。この怒りは癌に集約されるが、しばしば、他のあることに向けられることもある。例えば、ある母親は、いつもと変わらないのに、子供のふるまいにとっても厳しくなる。ある患者は、スタッフの接触時間が短いといって批判するようになる。このような怒りは、生産的でさえあり得る。ある時は人々を活性化し、しばしば抑制された感情を表に現れさせる。この段階では、常にケアをする側が、患者

の要求が何であるかを具体的にすることが重要である。ケアする側が、最も良いと感じることが、同時に患者の要求に一致することも多い。死の否認が維持できなくなると、やがて死ななければならないことに対して怒ったり、生き続ける健康な人々を羨望したり、恨んだりするようになるのである。

第3段階 — 取り引き (Bargaining)

この段階で、患者は「もし、私の誕生日、記念日、娘の卒業式などを行うことができるのなら、この条件を受け入れます」などという。これは、患者が厳しい予後の現実に不本意ながら取引し始めたことを示している。この状態で、薬剤師が患者と接することは大きな意味がある。というのは、多くの場合、“取り引き”は薬物治療の効果次第であるからである。このような患者と話す時は、あまり楽観的や悲観的にならないで、真実のみを維持し、患者の要求を支持することが重要である。この段階は、一般にあまり知られていないが、比較的短時間で、人々や神に対して何らかの申し出をして約束する。約束が可能であれば、死という出来事を避けたい、そうでなければ、せめて痛みや身体的不快のない状態が欲しいと願う。

第4段階 — 抑うつ (Depression)

一度この段階に入ると、患者は死の可能性を受け入れる。そして、抑うつ状態が自然の反応として始まる。全ての患者は、安心、支持、激励を必要とする。ある臨床医達は、この段階の患者は抗うつ剤治療で良くなると感じている。他の医師達は、これらの薬物の使用は実際に感情を抑制するため、働く能力をなくすると感じている。

第5段階 — 受容 (Acceptance)

全ての患者がこの最終段階に到達するわけではないが、多くは心の平和を感じ、もはや、自分の運命を悲しんだり、取り引きをしたり、愛する人々から離れたたりしなくなる。しばしば、自分の病気を、自分が進んでゆかねばならない1つの状態として見つめ、生きることの他の見方をしようと決心する。自分の死という運命に対して、怒りも抑うつも感じない段階で、患者は疲れてしまっている。

ガーリーは、ホスピス活動を通して、ほとんどの薬学生達及び病院の薬剤師達が、死の過程を感情的にも知的にも気づかず、死にゆく患者とどう接するかという訓練を受けていないと述べている。これは、わが国の薬学教育においても全く同様で、薬剤師教育も含めて考えるべき面であろう。

(f) ホスピスケアに求められる研究

疼痛緩和のための薬物療法を中心とした治療法の開発、より新しく強力な鎮痛薬の検索、剤形の研究、投与量、投与間隔の検討、副作用の予防、相互作用の回避など、ホスピスケアでは多くの問題を抱え、しかも難問であることが多い。薬剤師は、この疼痛コントロール領域における研究に寄与することが強く望まれる。もちろん、医師との協力により実施することで、質の高いものになる。筆者は、剤形開発と同時に、モルヒネに代わり得る鎮痛薬はあり得ると考えている。また、疼痛コントロールの他の手段として、前述したような鍼灸やカイロプラクティックのような手法を取り入れることも考えてみる必要性を感じている。薬剤師が、同時に鍼灸師やカイロプラクティック施術者として、疼痛コントロールの研究を行ってもよいのではないだろうか。

6. ホスピスケアにおける薬剤師活動及び薬剤師教育についての問題^{(7), (8)}

ホスピスケアでの薬剤師の役割でもあるが、薬剤師自身及び他の薬剤師の教育は重要である。キューブラーロスの死の段階の知識が必要なことは前に述べたけれども、もちろん、癌の積極的及び維持治療、疼痛及び症状コントロール、副作用及び相互作用などのような専門的知識の教育はいうまでもない。さらに、ホスピスの歴史、ケアのフィロソフィーや概念、死に対する近代的なフィロソフィーなどの教育訓練も必要である。しかし、このような範囲の問題は薬学の教育カリキュラムには入ってはいない。これらの概念を身につけるための効果的な方法の1つは、ホスピスで、ボランティア訓練を受けることである。そのためのプログラムは、いろいろなホスピスに準備されている。

コミュニティー教育は、薬剤師のみならずホスピスメンバー全てに必要である。教育は2つの目的で行われる。第1は、ホスピスコミュニティーは、疼痛と症状コントロール及び薬物使用というホスピス概念に沿って造られている、ことを自覚させること。一般的なホスピスの概念は、これを知る人によって教えられるが、ホスピス患者の疼痛や症状コントロールについて、薬剤師は特別な立場で教育をすべき役割を持っている。多くの人々は、たとえ適切な量を用いても、麻薬を用いれば“しへき”に恐れをなす。これらの薬物を用いて適切な管理をすることにより、患者が可能な限り人生を送り得る好結果をもたらすに違いない、という薬物療法の基本をメンバーに教育する立場にある。第2には、経済的にあるいはボランティア活動により、一般社会がホスピスを支援することを促進することである。ことに、開局薬剤師の協力を得ることは、さらに他の教育効果を生む。地方では薬局の24時間サービスがないために、ホームケア患者が薬を服用できないことについては前に述べたが、十分な種類の薬の保管がなかったり、開局薬剤師がホスピスケアでどれ程多くの薬を用いるかを知らない時に問題が生じる。つまり薬剤師が処方せんをうめつくす程の多種の薬物に不信を抱けば、患者や家族は、なお一層不信感を抱くことになる。したがって、薬剤師に対して適切な教育がなされれば、例えば、24時間体制も、病院、薬局などの薬剤師の協力により解決し、また、麻薬をはじめとする多くの薬物についても相互協力を得ることができるようになる。わが国でも、アメリカにおけると同様に、ホームケアが定着してくれば大きな問題になるに相違ない。

わが国の薬学教育に「臨床薬学」の概念が取り入れられてかなりの年月を経た。最後に、臨床薬学を実践するのが臨床薬剤師であるという仮定にたって、現医療制度のもとでの活動とホスピスケアにおける薬剤師活動の関係について考察したい。

医師法第17条に「医師でなければ医業をなしてはならない」、保健婦助産婦看護婦法第31条に「看護婦でなければ、第5条に規定する業をなしてはならない」(第5条「看護婦とは、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする女子をいう」と規定している。また、あん摩、マッサージ指圧師、はり師、きゅう師に関する法律の第1条「医師以外の者で、あん摩、マッサージ若しくは指圧、はり又はきゅうを業とする者は、それぞれの免許を受けなければならない」と規定している。したがって、薬剤師は「医業」、「療養上の世話」「診療の補助」「施術」を行為として行ってはならないことになる。⁽⁸⁾これを分り易く説明すると、例えば、肩こりであれば、これを診察して消炎鎮痛剤を注射することは「診療」で医師の業、

はりを打つのは「施術」ではり師の業、孫が肩をたたくのは「放任行為」として、薬剤師も行為として行ってよいことがらとなる。

一方、薬剤師が臨床の場で、その職能を発揮することは、第一義的には「調剤に従事する」ということである。「調剤」については近時、その概念が拡大され、「処方せん監査」に始まり「服薬指導」までを含むという説が一応認められている。したがって、臨床薬剤師が進んで行うべき行為は調剤概念拡大説に沿った調剤であるといえる。つまり、患者との関係についていえば、医師は対人的、直接的であるのに対し、薬剤師は対物的、間接的でなければならないことになる。これは、調剤の「服薬指導」に例をとれば、医師の服薬指導は医師法に基づき、診療の際に、その薬物療法の一環として行うもので、治療行為の一環であって「対人的服薬指導」ともいうべきものである。一方、薬剤師が医師の服薬指導と同じ意味の服薬指導をすることは、明らかに医師法に違反することになる。つまり「薬剤師の服薬指導は、医師のそれと同じ法的性格のもので、医師を補助したり、医師の服薬指導の不足分を補うものである」ことはない。薬剤師のそれは「対物的服薬指導」ともいうべきもので「調剤」の一環に入るものである。⁽²³⁾

それでは、臨床薬剤師として、あるいはホスピスケアでの薬剤師の役割は、「調剤」にとどまり、これまでに述べて来た行為は行い得ないのであろうか。

「医業」は医師の独占業務である。しかし医行為のレベルに達しないもの（例えば、軽医療）あるいは代理治療でないもの（自己医療）はその範囲に入らない。また、医療の社会的ニードは変遷して来ており、高令化社会に向けて、人口構造と疾病構造の変化により、患者へ還元される代理治療が増えてくると考えられる。さらに情報化社会では、一般大衆の医学的知識レベルが向上し、現在は医行為とされているものが、非医行為となってくることも予測される。そして、いわゆる「包括医療」と「地域医療」にみられる医療法改正には、「保健」、「福祉」をも含めた広義の医療と、その具体的方法の「地域医療」は、薬剤師が対物的位置から、もっと患者個人の情報をふまえた調剤へと業務を拡大できることを示唆している。⁽²⁴⁾ 医師の独占業務から解放された分野および保健、福祉として新規に医療にとりこまれた分野は医師も含めて、全ての医療従事者の進出が期待され、また同時に可能となる。ホスピスケアは、正に、臨床薬剤師が、これらの種々の規定から脱却して、共に医療従事者としての薬剤師の職能を発揮できる医療の場であると考えられる。そして、薬剤師のあり方として、例えば同時に、鍼灸師であったり、看護師であったり、カイロプラクティック施術士であったりすることが、ホスピスケアにとっては、より以上の役割を果し得ることになるのではないだろうか。

(23) Peter P. Lamy and Bruce H. Krug, *Sharing in the Caring: The Pharmacist's Place in Hospice, the Apothecary*, (1985) at 11~16.

(24) 柏木哲夫、「死にゆく患者と家族への援助——ホスピスケアの実際」, 医学書院, 1986年5月1日, 第1刷。

(25) 柏木哲夫, 「ホスピスをめざして——生を支えるケア」, 医学書院, 1983年11月1日, 第1刷。

(26) Joni I. Berry, Charles C. Pulliam, Stephen M. Caiula, and Fred M. Eckel, *Pharmaceutical Services in Hospices*, *Am. J. Hosp. Pharm.*, (1981) 38. at 1010-1014.

(27) Joni I. Berry, *Pharmacy Services in Hospice Organizations*, *Hospital Formulary*, (1982), at 1333-1338.

- (28) Gilbert Finkelstein, *The Hospice Concept: Part II Helping the Patient's die with dignity*, *New Jersey Journal of Pharmacy*, (1985) at 34-35.
- (29) John F. Scott, *The Pain of Dying*, *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, (1979) vol 32, at 163-168.
- (30) 柏木哲雄編, 「現代のエスプリ・ホスピスと末期ケア」, 至文堂, 昭和58年4月1日, 第1刷。
- (31) Goodman, L. S. and Gilman, A. "The pharmacological basis of therapeutics," 6th edition, 506, Macmillan Publishing Co. INC., U. S. A., 1980
- (32) サンドル, ストグード著, 高見安規子訳, 「ホスピスムーブメント」, 時事通信社, 昭和57年6月1日。
 注1 消炎鎮痛薬, イギリス薬局方では, 塩酸デキストロプロポキシフェンとして, アメリカ薬局方では, 塩酸プロポキシフェンとして記載されている。日本では市販されていない。
 注2 鎮痛, 鎮静催眠薬, イギリス薬局方で塩酸ジピパノンとして記載されている。日本及びアメリカでは入手できない。
 注3 イギリス薬局方では, 硫酸デキストロアンフェタミンとして記載されている。アメリカ薬局方には, リン酸塩及び硫酸塩が記載されている。日本薬局方(7局)には硫酸アンフェタミン(d1体)として記載されていた。同効薬として, 塩酸メタンフェタミン(ヒロポン(大日本))がある。
 注4 麻薬性鎮痛薬, イギリス薬局方には, 臭化水素酸フェナゾシンとして記載されているが, 日本及びアメリカでは入手できない。
 注5 麻薬性鎮痛薬, イギリス及びアメリカ薬局方には塩酸メサドンとして記載されている。日本では市販されていない。
- (33) J. Ken Walters, *The Pharmacist's Role in Counseling Hospice Patients and Their Families*, *NARD Journal*, (1984) at 61-65.
- (34) Patricia A. Mullan, *Opportunities for Service*, *American Pharmacy*, (1982) NS22, at 17-20.
- (35) Fred B. Gable, *Death with Dignity: The Pharmacist's Role in Hospice Care*, *the Apothecary*, (1980) at 64-67.
- (36) *The Hospice Connection*, *American Pharmacy*, (1984) NS24, at 46-49.
- (37) Julia L. Quigley, Mark A. Quigley and Ashok K. Gumbhir, *Partners in Patient Care*, *American Pharmacy*, (1982) NS22, at 12-15.
- (38) Walter L. Fitzgerald, *Providing Pharmacy Services to the Hospice Patient: A word of Caution*, *the Apothecary*, (1985) at 22.
- (39) Jerald K. Karabensh, *Death with Dignity*, *ibid.*, (1985) at 7.
- (40) Cyrelle K. Gerson, *Hospice: People-Centered Care*, *American Pharmacy*, (1980) NS20, at 27-29.
- (41) John D. Blum, *Hospice Licensure: Part 1. Facing Up to the Challenge*, *Legal Aspects of Medical Practice*, (1981) at 6-8.
- (42) John D. Blum, *Hospice Licensure: Part 2. Suggestions for Medical Legislation*, *ibid.*, (1981) at 5-7.
- (43) Ellen A. Pryga, *Hospice regs pose major hurdles for medical staffs*, *The Hospital Medical Staff*, (1983) at 7-11.
- (44) James E. DuBe, *Hospice Care and the Pharmacist*, *U. S. Pharmacist*, (1981) at 28-32.
- (45) Arthur G. Lipman, *Drug therapy in terminally ill patients*, *American Journal of Hospital Pharmacy*, (1975) vol 32, at 270-276.
- (46) Michael A. Galt and Kimberly A. Galt, *Pharmaceutical services in hospital-based home health-care agencies-1982*, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1984, vol. 41, at 2355-2359.

- (47) Thomas C. Cerullo, The Pharmacist's Responsibility to the Patient, *Trial*, (1981) at 31-33.
- (48) John Wroblewski, Pharmacist's looking to define role in hospice care, *Drug Topics*, (1981) at 48-50.
- (49) Lynn B. Dodell, Medicare coverage of hospice care, *American Journal of Hospital Pharmacy*, (1984) vol 41, at 942-944.
- (50) Robert E. Enck, How to promote hospice to hospital medical staffs, *The Hospital Medical Staffs*, (1983) at 2-6.
- (51) Donald E. Gibson, Hospice: Morality and Economics, *The Gerontologist*, (1984), vol. 24, (1), at 4-8.
- (52) E. キュブラーロス著, 川口正吉訳, 「死ぬ瞬間 — 死にゆく人々の対話」, 読売新聞社, 昭和46年4月10日, 第1刷。
- (53) 三輪亮壽, いわゆる臨床薬学の法的性格(上), *クリニカルファーマシー*, (1986) (5)57-60, いわゆる臨床薬学の法的性格(下), 同掲論文, (1986) (6), 52-54.
- (54) アメリカで取得できる技術者ライセンスであり, 日本では未だ認可されていない。現状では, 薬剤師, 鍼灸師, 接骨士などのライセンスを持っていれば, 約2年間の技術教育で認定書が得られるが, あくまでも私的認定書である。

IV ホスピスにおける法的諸問題について

ホスピスにおける治療行為(ホスピスケア)が, 法的にみて問題を包含しているのか, またホスピスケアのサービス(業務)には, 法的問題が存在し得るのか。これらの点につき筆者なりに考えることを提示したいと思う。

そこでまず, これらの問題につきアメリカにおいて指摘されている議論を参照したいと考える。

すなわち次の二つを主な検討課題として紹介したいと思う。その第1は, 「医師の過失責任と緩和ケアにおける薬剤師の過失責任」の問題であり, 第2は, 「医師の説明義務と患者の同意」についてのそれである。その際, 筆者は専らホスピス治療における法的責任に焦点を絞りたいと思う。

1. 医師の過失責任と緩和ケアにおける薬剤師の過失責任について

一般的に医師の治療行為における法的責任の根極としては, 債務不履行責任と不法行為責任とがある。これは言うまでもなく民事上の責任に属するものである。刑事責任対象となる場合もありうるが, 本稿では民事責任, 特に過失責任に限定して論じたい。まず簡単に債務不履行責任(民法第415条)について定義すれば, それは「契約関係にある者の間に発生する責任である⁶⁵⁾とされ, 特に診療契約に基づく債務不履行責任が医療過誤訴訟の際に問題となる。ところでこの診療契約は「医師に要求される臨床医学上の知識・技術を用いて速やかに患者の疾病の原因ないし病名を適確に診断したうえ, 適宜の治療行為をなすという事務処理を目的とする契約であり, 特約のない限り, 良好な結果の達成までを債務の内容を含むものではないと解されている⁶⁶⁾」ものである。

次に不法行為責任とは, 「ある人が他人の権利や利益を侵害し他人に損害を与えた場合に負う責任である⁶⁷⁾とされる。そして, いわゆる過失主義(に立つ不法行為責任)とは, 「故意過

失に基いて他人に損害を与えた場合にのみ加害者が損害賠償責任を負うという立法上の主義であって、加害者に過失がなくても、加害者の行為によって損害が発生したという関係があれば、それだけで損害賠償責任が発生するという無過失責任主義に対するものである⁶⁸⁾とされている。

周知のように、わが国の民法第709条は、「故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス」と規定している。すなわち、この規定によれば、不法行為の成立条件は、(1)故意または過失、(2)権利侵害ないしは違法性、(3)損害の発生、(4)因果関係の四つである。したがってこの不法行為責任は、原則として故意または過失がなければ成立せず、自己の行為に過失があることを根拠として、自己の行為についてのみ責任を負う、というものである。ところで自己の行為の過失とは、通説では、「違法な結果を予見すべきであるにもかかわらず不注意のためにこれを予見しないという心理状態（内心の状態）である⁶⁹⁾」と定義付られ、結果予見義務と結果回避義務から成る。したがってこの意味での注意義務違反と結果の発生⁶⁹⁾の間に通常考えられる因果関係（相当因果関係）が認められれば過失責任が成立することとなる。このように考えると、過失責任には過失認定の前提として注意義務の存在が必要であり、その注意義務にもとることにより結果の発生を招来させた場合に責任を問われることになるのである。

そこで、医師の過失責任における注意義務の基準について考えてみたい。

一般的には、医師の注意義務の基準は、「医療水準論」に基づいて判断されることになる。この医療水準論の基準については、種々模索されていて、かならずしも内容的に統一されているわけではなく、いまだ解決されていない問題も含まれている。そして現時点では、「医師には、有効性と安全性とが検証・是認された最初の医学知識・技術を可能なかぎり修得すべき義務（研鑽義務）、および、それらの最新の知識・技術の存在の認識は可能であるが、みずからはそれを十分には実施できない場合には、患者を適切な医療機関へ転送する、またはそこへ転医するよう説明・勧告すべき義務（転送義務ないし転医勧告義務）が強調・承認されてきた⁷⁰⁾」と説かれている程度に過ぎない。ではこうした医療水準論が主張する医療義務から出発した場合、医師にはどのような注意義務が課せられているとみるべきか。さらに引用を続けるなら、それは、「平均的医師にその当時一般に知られ、かつ、是認されている医学、すなわち「一般に認められた医学上の原則」であり、また、医療過誤は医学が患者の治療に応用される過程で発生するものであるから、一般的には当時の臨床医学の水準を基準として判断されるべきである⁷⁰⁾」とみられることになる。すなわちそこでは医師の一般的慣行が基準とされていると言えよう。しかしこの基準は、いわゆる「医学水準」という概念とは必ずしも同一ではない。この医学水準という言葉は、医学が学問的に到達しえた高い水準を示すものであって、高度な専門病院や大病院においてはその水準を満たすかもしれない。しかしこの水準を辺鄙な土地の病院の医師に要求するのは無理であろう。したがって、医師の注意義務の基準としては、この「医学水準」は適当ではなく、「医療水準」がその基準とならなければならない。言いかえるなら、ある医師の行為につき、この「医学水準」が、達成されていないからとの理由で、直ちにその治療行為を注意義務違反とするわけにはいかないのである。たとえば、都会の医師のように医学知識の入手が容易な立場にある者については、注意義務違反になりうる行為であっても、最新の医学知識の入手が困難であり医療設備も不足勝ちな辺鄙な土地の医師に対しては、これを過失ある行為とは判定しえないであろう⁷⁰⁾。

以上、医師の過失責任について概観したのであるが、では、本稿の目的であるホスピスの医師については、どのような過失責任の問題があるのでしょうか。一般的な病院が、治療行為を目的としているのと異なり、ホスピスでは治療よりもケアが中心である。したがって、ここでは過失責任の問題は本質的に少ない⁽⁶⁴⁾、と考えられなくもない。しかしながら、ケアを中心とするということは、治療行為を避けて末期患者を単に放置しておけばよいというものではない。ホスピスケアには、たとえば末期患者をその身体的苦痛から解放するという重要な役割（緩和ケア）が許されている。たしかに、この緩和ケアは、患者に対する延命効果よりも、患者をその肉体的苦痛から解放し、さらには精神的安らぎを与えることを主眼としている。しかしその際、物理的機械的加療が必要とされうることも否定できないのである。あるいはまた、痛みからの解放のためには、薬剤の投与が適切になされることも必要となるであろう。ところで薬剤に関しては、ケアのための薬剤の内容及び投与方法につき、すでに検討された通りである。前述（Ⅲ-4.5）。

さて、このような前提に立つときホスピスに携わる医師に関して法的責任の問題が起こりうることになるが、同様に緩和ケアに係わる薬剤師についてもこれを否定できないのではないであろうか。では末期患者が、薬剤師から投与されて、痛みから解放される場合⁽⁶⁵⁾、この薬剤師にはいかなる法的責任の問題が起こりうるのでしょうか。筆者は、薬剤師の役割を分類しつつ、この点を考察したいと思う。

そこで薬剤師の役割を分類すると、おおよそ次のようになるであろう。

1. 末期患者への苦痛緩和のための薬剤の調剤
2. 末期患者への薬剤の調製
3. 薬剤の投与量の適切性
4. 末期患者への薬に関するアドバイス

ホスピスケアにおける薬剤師の役割をこのように分類してみると、当然のことながら、それら各々の業務に関して一定の注意義務が課せられていると考えざるをえない。そしてこの注意義務こそ、薬剤師の過失責任の問題を論ずる前提となる。すなわち薬剤師には次のような注意義務が求められるのである。①調剤に関して、薬剤の成分を正しく把握し、調剤を正しく行って誤量を守る等の注意義務、②薬剤の調製（製剤）行為については、不純物の混合を避けるなどの注意義務、特に末期患者に対して、投与量等の不適切さのゆえに不当に死を生ぜしめな⁽⁶⁶⁾いたための注意義務、④薬に関する必要かつ十分なアドバイスを行なう注意義務、の四つである。そして薬剤師がこれらの注意義務を欠く場合に、注意義務違反による過失責任の問題を生じてくると考えられる。一般的医療行為においては、治ゆが目的とされていることから、薬剤師の注意義務違反により治ゆの成果が阻害されるなら、その法的責任の問題が強く問われよう。これに対してホスピスにおいては、末期患者に対して治療が緩和ケアのみになされるのであるからとの理由で、過失責任がないと断じることができない。なぜなら、苦痛さえ緩和させるなら薬剤を投与し死を早めてよいというわけではないからである。憲法上も保障されている最も基本的権利である生存権は、死に向いつつある人間にとっても、確保されなければならないこと言うまでもないのである。

2. 医師の説明義務と患者の同意について

ホスピスケアに携わる医師は、いかなる治療上の説明義務を負い、また末期患者は、どのような同意 (Informed Consent) があるのか。次にこれらの点を検討したいと思う。これらの分析に先立ち、まず一般的な医療においては、いかなる法的問題があるのかを概観したい。

わが国では、「医的侵襲たる治療行為は、たとえそれが患者の疾病を治癒せしめるものであったとしても、患者の同意が与えられていないかぎり、違法性を有するものであるという立場がとられてきた⁽⁶⁷⁾と説かれ、そして「患者の同意は、違法性阻却事由である」と捉えられてきた⁽⁶⁸⁾。したがって医師は患者に治療内容を十分に説明し、かつ患者は医師から十分な情報を得たうえでの同意をなし、その後に医師の治療行為がなされなければならないと考えられる。その際の患者への説明としては、治療に関する文献上の情報は勿論のこと、たとえば手術の場合のプラス面ばかりでなく、マイナス面も正しく知らされるという内容も包含され、これらが医師の説明義務の範囲を画定するとされているのである⁽⁶⁹⁾。したがってたとえば、一般的に患者の同意を欠いた専断の治療行為は、原則として傷害罪を構成する、と理解されているのである⁽⁷⁰⁾。またアメリカでは、仮に医学的にみて成功のうちに終わった治療行為であっても、患者の同意に基づかない場合は、暴行および傷害 (assault and battery) を構成し、当該医師は不法行為責任を負わなければならない⁽⁷¹⁾、とされている。

ところで、英米法においては、伝統的に患者は通常の場合、医療上の治療を承諾又は拒否するというコモン・ロー上の権利を持つ、と伝統的に考えられてきた⁽⁷²⁾。そして、同意原則もまたそうした伝統のうえに展開されてきた、とみることができよう。アメリカでは、この同意原則について、法理論として、過失 (negligence) か暴行罪かの二要件のいずれかに構成されうると説かれている⁽⁷³⁾。まず過失説によれば、説明不足につき医師が責任を負わねばならないのは、「説明をなすべきかどうかを決定する際に、医師がそれらの事情を十分に注意深く考慮していなかった場合である⁽⁷⁴⁾」として、医師の説明不足の責任を問うことになる。これに対して、暴行、傷害罪を説く立場によれば、仮に患者の同意があったとしても、それは医師の説明不足によるものゆえ無効になり、「医師の実施した診療行為は患者の同意なき診療行為となる⁽⁷⁵⁾」と。したがって医師行為は、同意なき患者の身体への「接触⁽⁷⁶⁾」となり、患者の身体を同意なしに傷つけることにほかならない、とみるのである。

これらの法理が、アメリカで展開されてきているのは、言うまでもなく、コモン・ローの伝統による法的展開、法に基づく社会、さらに人権意識等が影響されてきたからである。患者は医師に対して十分な治療上の情報を受け権利意識の強さにあらわれている。しかしながら医師から十分な情報伝達になされ、患者が同意 (自己決定) をするか否かが、その後の訴訟を防ぐといった結果を生むのではないか。患者の意思で同意し、治療がなされ、マイナス要因が現われた場合、医師は有利な抗弁を得るのではないか、という問題がある。それは医療過誤訴訟の多いアメリカ社会の当然の帰結かもしれない。

だが患者は、医学的に素人であり、専門的知識に乏しいがゆえに、はたして医師からの説明内容について十分な理解のうえ同意ができるのか否かである。患者に自己決定能力があるのか、はなはだ疑問でもある。患者が医師の説明に同意するために、より深い治療内容を知ろうとすれば、医師の治療行為が制限され、よりよい治療ができないといった問題が起こってくる。それは患者の自己決定権という権利の主張と密接な関係があり、患者が医療を受ける権利のなかで、患者側の主体的判断を認める立場が強くと、医師の治療上の行為に微妙に影響を与えかね

ないのである。そこで、医師の説明義務は、患者の自己決定権の行使が適正にできるであろう程度でよいのではないかという立場もあり、自己決定権は「原則」あるいは「尊重」であり、積極的に「自らが決定する」権利というよりも「同意する、あるいは承諾する」権利という程度に理解すればよいのではないかという主張もある。⁽⁷⁸⁾

以上の論点を前提として、ホスピスケアにおいていかなる問題があるのかを一試論として論述してみたい。

まず、ホスピスケアの中心である末期患者に対する問題について記したい。当然のことであるが、死にゆく患者が治療を拒否する場合があるということである。それは① 治療をしても健康の回復を望めない場合、患者の意思で拒否すること、② 健康の回復が可能であるが治療を拒否する場合、特に宗教的信念において拒否する（エホバの証人のケースなど）こと。③ 死を自ら望む場合、安楽死などである。⁽⁸⁰⁾ これらの問題は、患者の意思で治療を拒否し、自らの判断で決定することは言うまでもない。しかしその自己決定のためには、診断、治療について医師からの十分な説明が前提であり、患者が、それらを知る権利が有効に機能していることが条件である。それは患者の病名・症状等が十分に知らされていることが必要であり、その結果、末期患者の自己決定に至ると考えられる。問題なのは、末期患者が治療を拒否することを是認すべきかどうか、その拒否は、医学的判断が正確な診断においてなされたのかどうか、また治療を拒否することが、即、死に至るまで治療がなされなくてもよいのか、など検討されなければならないであろう。そのことは医師の説明に対して患者の同意のうえで、医師が治療の継続を中止したのかどうかといった点が問題になるのである。患者が末期疾病であるという医師の判定が、患者の自己決定によって治療を拒否したという合理的理由があれば、医師は責任を負わないと考えられる。たとえば、癌患者の場合、患者本人がそれを知ることにより、精神的負担に耐えられないために治療を拒否するといった場合、当然、医師の裁量で説明せずとも医師の法的責任を課さない。しかしながら、その合理的理由がどのような医療水準によってなされたのかという問題も無視することができないのである。

さて、ホスピスケアにおける末期患者の場合、いかなる法的問題があるのか、について論を進めたい。

まず、患者が末期疾病であると診断され、ホスピスに入院するにあたり、患者の同意があったか否かの問題がある。前述したように、患者の治療ならびに入院の拒否という意思があったか否かという点が問題になるからである。たとえば、この点についてアメリカの場合を例にして説明したい。その前提として、アメリカの医療保健制度からみれば、余命6ヶ月以内という医師の診断において、ホスピスに入院すれば、メディケア（老人障害者健康保険）、メディケイド（老人低所得者等医療扶助）の適用がなされ、給付を受けることができる。そして、メディケアの支給を受けるためには、患者は、その内容が緩和ケアであり、治療ではなく、症状コントロールにあると確認して署名せねばならないとされているのである。勿論、医師の判定の正確さと患者の同意が前提であるが、果たして十分な適切な判断ができ得るのか。通常医師の医学的判断は、余命2ヶ月の診断は可能であるが、6ヶ月の診断は困難であると言われている。アメリカでは前述したように「余命6ヶ月以内、治療の手立なし」との医師の証明書がなければホスピスに入れないとされている。⁽⁸³⁾ またさらに一医師のみの判定ではなく、主治医（attending Physician）とホスピスデレクターまたはホスピスチームの医師の診断がなければならない、と

されているのである。その診断の結果、一般的には、患者とその家族もしくは代理人の承諾によってホスピスケアを受けると考えられる。問題なのは、死にゆく末期患者に同意する意思能力があるのかどうか。医師の診断を正確に受け入れるだけの自己決定能力があるのか。もし患者に同意能力のない場合（アメリカでは、未成年者または正常な判断を欠く者である場合、同意権者は父母、後見人等であり、患者の同意は無意味であるのが原則であるとされる。しかし、未成年者が年長で十分判断力のある場合には、軽微な手術につき未成年者の同意のみで足りるとする判例が多いと言われる⁽⁵⁵⁾）、その家族もしくは代理人によって代行が可能ではないかと思う。形式的には書面において同意の意思を確認することになるであろう。アメリカのホスピスでは、「緩和ケアを受けようとする患者は、同意書に署名することになっている⁽⁵⁶⁾」のであり、「患者が極度に衰弱していたり、意識障害がある場合には、家族が同意書に署名することになっている⁽⁵⁷⁾」のである。しかしながら、書面における同意が、かならずしも患者が医師の行なう医療行為に全面的な同意が与えたと解すべきではないという議論もあるが、勿論、医師を信頼して署名された場合もあろうから、すべてが適法性がないとは言えないであろう。それは書面のみの同意の有効性ありとするのではなく、事実の具体的事情に応じて決定されるべき事柄であるという考え方もある。しかしこれらの議論は、例として掲げられているものが、手術承諾書の場合であり、ホスピスケアにおける末期患者の場合に妥当であるか疑問でもある。ホスピスケアにおける末期患者の同意の内容が、緩和ケアを中心とする痛みからの解放、不快からの緩和にあり、それらの同意内容の文書に署名する。延命のための治療行為ではないことなど書面に文書で、その内容を明記する必要がある。その書面に末期患者が同意の署名をすることになる。その文書がホスピスケアの要件を充足し、客観的医療的水準を満たすものであれば、適法性を有するものと考えられる。

(55) 松浦以津子, 医療事故と民事責任, 加藤一郎・森島昭夫編, 『医療と人権』, 有斐閣, 昭和59年9月5日第1刷, 373頁参照。

(56) 平林勝政, 医療過誤における契約的構成と不法行為の構成, 加藤一郎・米倉明編, 民法の争点, ジュリスト増刊, 有斐閣, 1978年7月20日, 340頁参照。

(57) 平林勝政, 前掲書(56), 340頁参照。

(58) 加藤一郎, 不法行為, 有斐閣, 昭和50年2月10日増補版第2刷, 5頁参照。

(59) 幾代通, 「不法行為」, 現代法学全集20Ⅱ, 筑摩書房, 昭和52年12月20日初版, 31頁参照, 加藤一郎・前掲書64頁参照。

(60) 田中実・藤井輝久著, 医療の法律紛争, 有斐閣, 昭和61年10月10日初版第1刷, 68頁参照。

(61) 新美育文, 医療過誤裁判, ジュリスト総合特集No.44, 有斐閣, 1986年9月25日, 174頁参照。

(62) 飯田英男, 法務総会研究所編, 医療過誤に関する研究, 法曹会, 昭和51年12月1日第1版2刷, 32頁参照。

(63) 松浦以津子, 前掲論文(55), 380頁参照。

(64) Stephen H. Bandeiam, MD, JD, The National Hospice Reimbursement Act, National Hospice Organization, 1984, at 8-9.

(65) Abigail Lawlis Kuzma, Hospice: The Legal Ramification of a place to Die, Indiana Law Journal, Vol 56: 73, at 673.

(66) Marlene Scham, MA, and Arnold Scham, M.D. supra note(14), at 320.

(67) わが国におけるこの説明義務の法的根拠は、医師法第23条, 民法第642条, 医師法第22条, 医師倫理1章, 2章に該当すると言われる。(田中実・藤井輝久・前掲書(60), 115頁参照)。

- (68) 新美育文, 医師の説明義務と患者の同意, 民法の争点, 有斐閣, 1978年, 7月20日, 342頁参照。
- (69) 新美・前掲論文(68), 342頁参照。
- (70) 加藤良夫, 患者の人権 — 医療への患者のアクセス権を中心として —, ジュリス総合特集No.44, 有斐閣, 1986年9月25日, 168頁参照。
- (71) 飯田英男・前掲書(62), 15頁参照。
- (72) 新美育文, 医師と患者の関係, 加藤一郎・森島昭夫編, 「医療と人権」, 有斐閣, 昭和59年9月5日第1刷, 127頁参照。
- (73) Mork Fowler, Appointing an agent to make Medical treatment choice, *Colombia Law Review*, Vol 84. May 1984, at 988.
- (74) Note. Informed consent and the dying Patient, *Yale Laws Journal*, Vol 83, 1974, at 1636.
- (75) 新美育文・前掲論文(72), 127頁参照。
- (76) 新美育文・前掲論文(72), 127頁参照。
- (77) 新美育文・前掲論文(72), 128頁参照。
- (78) 田中実・藤井輝久・前掲書(60), 118頁参照。
- (79) 蓮沼正明, 医療における社会性, — その実態と法理論の世界 —, 医事法学叢書1 医師と患者の関係 —, 日本評論社, 1986年7月10日第1刷, 168頁参照。
- (80) Note. Informed Consent and the Dying patient, *supra* note (74) at 1160~1161. なお, 安楽死とホスピスの問題については, 法的にも議論のあるところであるが, 続稿に譲りたいと思う。
- (81) NHK取材班, 日本の条件, 9 医療 — あなたのあすを誰が看る — 昭和57年10月20日, 256頁参照。
- (82) Babara Mishkin, MA, JD, Hospice monograph Decision in Hospices, National Hospice Organization, 1985, at 10. なお, アメリカの医療保険制度は, わが国とは異なり, 国民皆保険制度を持ってはいない。アメリカでは, 自らの生命・健康は自らで責任を持つべきであるといった考え方に裏打されており, 国家がいかなる分野においても, 干渉介入することを拒否する個人主義に徹しているのである。したがって医療の分野においても民間保険が発達してきたのである。しかしながら経済的富者は自己の財力で高度な医療を受けられるが, 経済的弱者は常に医療の機会に恵まれず, 社会問題化してきていたのである。そこで1935年, ルーズベルト大統領の時に, 「社会保障法」を成立させる際に, 公的医療保障制度をその一部に加える予定であったが, 医師団の圧力で実現しなかった。さらにトルーマン大統領も「公的保障法案」を議会に提出したが廃案になった(園田恭一・米林喜男編, 保健医療の社会学, 有斐閣238頁~239頁, 昭和58年9月10日初版第一刷)。その後, ケネディ大統領が「老人所得者層のみを対象とする限定された制度を提案し」, 1965年, ジョンソン大統領が, 社会保障法第18章(メディケア)を議会に提出し, 通過した。特に, この法案には, 病院退院後の医療について, 延長療養施設(ナースホーム等の施設)の入院費用を公費で負担することが盛り込まれた(カール・ペブルス, 岡本祐三訳, アメリカの老人医療, 勁草書房, 1985年6月25日第1刷, 20頁参照)。

以上, 簡単にアメリカの医療制度の経緯を概観したのであるが, 現在, ホスピス医療においては, 公的医療制度として, メディケア, メディケイドがあり, ホスピスケアが導入(1982年9月改正, 83年11月1日から実施)されている。それによると, 「医師によって生存期間が6ヶ月未満と診断された癌等の末期患者に対して, 通常平均入院費用の40%以下に相当するホスピスケアを1983年から3年間を限度として30日ないし90日支給する」とされた(石本忠義, 国際医療保障論, 勁草書房, 1985年10月5日第1刷, 117頁~118頁参照)。この給付制度が, 今春さらに増額のうえ恒久化されたと言われ, 大企業でも従業員とその家族がホスピスを利用する場合, その費用を負担する制度が導入されたと報じられている(日高昇一記者, 読売新聞, 昭和61年10月26日朝刊, ホスピス事情を中心としたリポート(連載記事による)これらのホスピスにおける公的医療制度のほか, アメリカでは民間保険等もあり, 政府, 議会も関心を強めているということである。勿論, 医療費の高騰に対する抑制策としての目的が含まれているが, 人道的側面も忘れることができない。わが国においても公的扶助の面で, ホスピスへの健康保険の適用が実現されるよう希望したい。

- (83) がん対決・前掲書(7), 97頁参照。
- (84) Paul R. Torrens, M.D., M.P.H, Hospice Programs and Public policy, American Hospital publishing Inc. 1985, at 165.
- (85) 細川清, 医師の開示義務 — アメリカ法の場合, 判例時報, 817号, 4頁参照。
- (86) 柏木哲夫・前掲書(10), 214頁参照。
- (87) 柏木哲夫・前掲書(10), 215頁参照。
- (88) 飯田英男・前掲書(62), 17頁参照。
- (89) 飯田英男・前掲書(62), 17頁参照。

V む す び

本稿では、ホスピス医療の内容とその法的諸問題について検討した。特に薬剤師の役割が、どのような点にあるのか、を中心として問いかけてみた。またわが国において、ホスピス医療が展開されることを予想して、現在試論ではあるが、アメリカの文献を参照しながら法的諸問題について論述した。

さて、本稿を終えるに当たり、ホスピス医療について、執筆中、本文と重複するかもしれないが、書き残した点及び感想を記してみたい。

1. ホスピス医療は、医師、ナースが中心的役割を担っていると思われるが、しかし各専門分野がチームを組んで取りくんでいることは論ずるまでもない。だが、その役割のなかで忘れることのできないのは、ボランティアの働きである。ボランティアについては、欧米社会において伝統的日常的な事柄として実践されており、その精神的基盤がキリスト教にあることはよく知られている。ボランティアの働きなくしては、その運営が困難であると言われている。わが国のホスピスの存在のカギの一つは、このボランティアの奉仕活動にかかっていると考えられるのである。

2. ホスピスでは、ケアにその目的があるので、ナースの役割が重要な立場とされている。勿論ホスピスチームの人々は対等の立場で尊重され、地位や職域は重要な要素ではない。わが国のホスピス（聖隷ホスピス、淀川キリスト教病院ホスピス）のナースは、全国からホスピス医療に賛同し、志願してきた人々によって構成されていると言われている。

3. 薬剤師の役割と将来の展望について、筆者は以下のような感想を持った。

(イ) ホスピスケアにおいても積極的に薬物治療が施される。もちろん、病院におけるそれと本質的に目的は異なるが、時々刻々変化する末期患者の症状に対応して、薬物の種類、量などが変えられることは同様である。したがって、その調剤及び投与間隔の決定は重要な業務である。ことに疼痛コントロールのためのあらゆる手段が用いられるため、その中における薬物療法の位置づけと、新しい薬物、手段の検索研究が行われなければならない。この分野での薬剤師の働きが期待される。この問題は、ホスピス患者への適用可能な剤形開発という観点からも、薬剤師でなければ解決できない分野である。

(ロ) 多種類の薬物の管理とそれらの薬物に関する種々の情報提供は、薬剤師に全面的に負うところである。さらに、ホスピスケアでは、他のケアチームのみならず、患者自身及びその家族への情報提供が必要であるため、情報の種類も多くなると思われる。また、これらの情報は、患者の状態を把握した上で提供できるものが多く、薬剤師が患者に直接応対することが要求さ

れよう。

(イ) ホスピスケアが、在宅ケアを含めた形で行なわれるようになれば、地域薬剤師（開局薬剤師）の役割は大きくなると思われる。ホスピスケアのスクリーニングをはじめ、在宅ケアの訪問、患者及び家族の教育など様々である。そのみならず、地域における薬局間の相互対応が必要となり、新しい組織化が望まれてこよう。しかし、これは基本的に医薬分業の推進となるものであり、実施可能であろう。

(ロ) また、ホスピスケアに、より新しい分野の疼痛コントロールを導入するという視点から、薬剤師職能が今以上に拡大し得ることが示唆され、薬剤師のあり方として、1つの新しい形が考え出されてくるとと思われる。

4. ホスピスケアにおける法的問題については、そのケアの中心が医師、ナースに重点が置かれている。そこで医師の過失責任とは何か、を一般の病院における医師の法理の概観を論じ、緩和ケアのためには、薬剤師が関与するという仮説のもとに論じた。また医師の説明義務がホスピス患者の同意原則法理とどのような関係があるのかを検討した。これらの法的問題については、アメリカの法論文では論じられているものであるが、わが国の法理論のもとで、いかなる展開がなされるのか、を筆者なりにアメリカ法論文（アメリカでは医療保険法と州法についても法的問題として論じている）を分析のうえ論じたつもりである。あくまでも問題提起の域を出ないものであった。しかしながら、わが国においてホスピス医療も、今後、その公共的社会的責任を担っていく制度として展開されていくであろうから、法的責任論も提示されてくると、筆者は考えている。さらに詳細な法理論の展開を自らに課し、今後の研究のプログラムにしたいと思っている。

5. ホスピス医療の充実には、健康保険制度の改革が望まれる。本文注（82）において簡単に記したが、アメリカの場合、医療費抑制の目的もあり、メディケア、メディケイド制度の下に、国からの保険給付がなされている。現在、1568（The 1986 Guide to the Nation's Hospiceによれば）のホスピスが設立されている理由の一つは、これら保険制度によるとも言われている。わが国においても、現在の健康保険制度の下で適用されないものか、特に在宅ケアにも支給範囲が拡げられないものであろうか。

6. わが国のホスピスの実情は、われわれが訪ねた浜松市の聖隷ホスピス、大阪市の淀川キリスト教病院ホスピスを含めて数ヶ所である。前者は、「院内独立型（一般病棟とは独立したホスピスとしての建物）」、後者は、「院内病棟型（一般病棟（6階）の上に（7階）ホスピス病棟を持つ）」のホスピスである。両者とも環境がよく、ゆったりとした病室と設備が準備され、末期患者の心の慰めとなる場所であろう。勿論、スタッフの献身的働きを見逃すことはできない。両ホスピスとも現行の保険制度の下で限られた範囲内で維持しながら、寄附金によって運営されているのが実情である。

さて、われわれのホスピスケアに関する研究から以下のように結論とした。

わが国における死因の第1位は「癌」である。この事実から末期患者に対する医療としてホスピスケアが要請される。しかし、わが国の国民性、宗教性、医療制度、ケアチーム、経済性などの要因が、ホスピスケアの導入に大きな影響を及ぼしている。したがって、医療制度の見直し、ケアチームの教育、経済的サポート、国民へのホスピスケアの啓蒙などが必要であろう。以上の点が改善されれば、わが国においても、さらにホスピスケアは制度として確立されてい

くであろうと思う。

最後に、ホスピス医療の一側面を考察し、問題提起をしたつもりであったが、かならずしも意をつくしたものではなかった。本稿では、ホスピス医療という広い範囲の問題を完結したとは思っていない。これらの問題提示をわれわれに課し、機会があれば、不十分な点について続稿に譲りたいと思う。

謝 辞

聖隷三方原病院ホスピスの原義雄先生はじめ、スタッフの方々、淀川キリスト教病院ホスピスの柏木哲夫先生はじめ、スタッフの方々に多大な御教示を賜りました。ここに感謝の意を表します。