The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	「病院組織倫理」試論 : 病院という場をどうデザインするか
Author(s)	服部, 俊子; 大北, 全俊; 牧, 一郎 他
Citation	Communication-Design. 2014, 11, p. 27-48
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/50093
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

「病院組織倫理」試論
—— 病院という場をどうデザインするか

服部俊子（大阪市立大学大学院看護学研究科）
大北全俊（大阪大学大学院医学系研究科）
牧一郎（市立池田病院小児科）
樫本直樹（大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD）

Rethinking Hospital Organization
—— An essay on Organizational Ethics in Hospital

Toshiko HATTORI (Graduate School of Nursing, Osaka City University)
Taketoshi OKITA (Graduate School of Medicine, Osaka University)
Ichiro MAKI (Department of Pediatrics, Ikeda municipal hospital)
Naoki KASHIMOTO (Center for the Study of Communication-Design: CSCD, Osaka University)

医療現場では日々、研究・治療の実施に伴い倫理的問題が生じている。多くの病院では、その問題に対応するために「倫理委員会」が、研究倫理／臨床倫理を現場で展開するという目的で設置されている。しかし、この「倫理委員会」は、医療現場の倫理的実践をサポートするシステムに寄与できているとは必ずしも言えない状況にある。医療現場に生じる倫理的問題は組織の問題を孕むにもかかわらず、この「倫理委員会」は個人の倫理に焦点をあてて検討するため、組織の次元にアプローチする手段としては限界がある。本稿は、倫理的な臨床実践を実質的にサポートするためにも、病院という医療組織の倫理——病院組織倫理——を、研究倫理／臨床倫理に隣接し、メソレベルの現象に焦点をあてる一つの分野として展開する必要性があることを論じる。

There has been much interest in medical ethics in Japan, an interest much more focused on patient care issues and on medical research. Though patient care (clinical) ethics cases and medical research ethics cases in clinical practice typically have hospital organizational implications, many of ethical issues in clinical practice is needed to address on an organizational research level. Our ‘Hospital Organization Ethics’ study focuses on the ethical dimension of not on the macro-level phenomena but on the mezo-level phenomena, as the differing ethical perspectives of medical research ethics, patient care ethics. Organizational Ethics in Hospital must work to integrate /beyond these perspectives into a unified organization program that promotes and sustains a positive ethical climate/ environment within each particular hospital.

キーワード
病院組織倫理、臨床倫理、倫理委員会
Organizational Ethics in Hospital, Clinical Ethics, Ethics committee

1. はじめに

医療現場では日々、臨床研究や治療・ケアの実践に伴い倫理的問題が生じており、その問題に対応するために多くの病院は「倫理委員会[1)]」を、研究倫理／臨床倫理を現場で展開するという目的で設置している。しかし、この「倫理委員会」は、医療現場の倫理――特に臨床倫理[2)]――をサポートするシステムに寄与できているとは必ずしも言いがたい。なぜなら、医療現場で生じる倫理的問題は組織的な問題を孕むことが多いが、「倫理委員会」におけるアプローチでは、「わたしはどうすべきか」という個人倫理（Individual Ethics）に主に焦点があたり「病院はどうすべきか」という組織レベル（Organizational Level）の視点を見落としていることが多いからである。それゆえ、組織的な問題をも個人の問題に帰属させてしまい、組織的な問題への対応という点で限界があるものと考える。

本稿は、病院という医療組織の倫理――病院組織倫理――を、研究倫理／臨床倫理に隣接する一つの分野として展開する必要があると主張することを目的とする。以下では、(1) 倫理委員会と院内サポートシステムの現状を、米国および日本における医療組織の「倫理委員会」制度と、倫理委員会制度に影響を及ぼした病院監査制度から説明する。次に、病院の「倫理委員会」活動を二つの病院の活動記録から報告する。まず、(2) 臨床倫理事例検討会の参加記録をもとに、臨床倫理検討会の一例を報告する。そして、(3) 倫理委員会を病院で制度化した医師が、倫理委員会を制度化した体験から現状を報告する。最後に、(4) 病院という組織の倫理を倫理学的に考察することの可能性を考え、病院組織倫理の必要性を示し、その青写真を描く。

2. 日本と米国の「倫理委員会」制度

現在、日本の病院の多くに設置されている「倫理委員会」は、米国の研究倫理／臨床倫理という二つの分野の「倫理委員会」を参考にしている。まずはその倫理分野の特徴と制度を概観する。

2.1 米国における二つ―研究倫理／臨床倫理―の倫理委員会

研究倫理（Research Ethics）は、被験者の人権や福祉が守られる研究の仕組みを考えるために1970年代にバイオエシックスの一分野として発展した学際的な分野である。ニュルンベルク綱領（1947年）や世界医師会ヘルシンキ宣言（1964年）において、研究の利益よ

り被験者の福祉を優先させる原則が採択されたにもかかわらず、米国では非人道的な人体実験が組織的な関与のもと、数多く実施されていたことが世間の明るみに出た。1974年、連邦議会は「全米研究規制法」を制定し、第三者による審査制度として、被験者保護のための国家委員会の設置や、病院や研究施設などのそれぞれの組織に対して、施設内審査委員会（Institutional Review Board、IRB）の設置など、非人道的な人体実験を規制するための取り組みを義務づけた。研究所や病院などの各組織はIRBを設置し監視体制を整備した[3)]。米国での研究倫理の「倫理委員会」制度は連邦から、委員会の構造的側面――研究倫理規準・規則、委員会構成・手続き――と実質的側面――機能や運営方法――の具体的指令という外的規制によって整備されたのである。

一方、臨床倫理（Clinical Ethics）は、米国の公民権運動を契機に1960年代に登場したバイオエシックスへの批判から誕生した分野である。バイオエシックスは、「医療・バイオテクノロジー・行動科学などにおいて生じてきた、生命（人間、動物、生態系）への人為的介入に関する倫理的諸問題について、さまざまな学問分野（生物学、医学、行動科学、法学、哲学、文学、歴史学、社会学、心理学、人類学、経済学、経営学など）の研究者やジャーナリストおよび、市民が集まって、学際的に議論する研究分野」［土屋2006:520］とされる。バイオエシックスの倫理学的方法論として、状況の具体的判断に向けて、自律尊重，善行、無危害、公正の原則にもとづき演繹的に推論を行なうという原則主義が確立された。しかし、原則主義は論点整理に役立つが、対立する諸原則のうちどの原則を優先すべきかには答えられず、具体的な解答を見いだすことには限界があった。そこで（主に）医療者から、医療現場に根ざした倫理学的方法論が必要だとの声があがり、1980年代中頃より、ケアの倫理、ナラティブ倫理、徳倫理などの原則主義に批判的な方法論が誕生した。しかし、それらも原則主義を補う理論にとどまり、臨床の倫理的問題を解決するものではなかった。このような現状をふまえ、臨床倫理は、倫理研究者たちと医療者の共同作業により、日常の臨床に生じる倫理的問題を認識／分析／解決しようとする試みから誕生した分野である。1970年代後半にはすでに（病院が自主的に設置した）倫理委員会で、医療者と倫理研究者たちが倫理的問題を検討する活動をはじめており、徐々に臨床倫理が医療現場に広まっていった。タスキギー事件の発覚[4)] やクインラン事件[5)] などにより人々に医療や研究の意思決定への関心を持たせたことや、クインラン事件の判決で、患者の意思決定事例が法廷にのぼらないよう各病院で患者の意思決定支援制度の整備が勧められたこと、医療現場の倫理的問題への対応を模索する医療者のニーズなどが、臨床倫理の誕生と広がりを後押しした［ジョンセン・ジェイムトン2003:262-283、品川1998:324-334］。

1983年、「医療および生物医学・行動科学研究における倫理問題を研究するための大統領委員会」は病院に患者の意思決定支援の制度整備を提言した。この提言は当初、実験的な要素が大きいとされたが、各病院は臨床の倫理的問題を検討する倫理委員会（病院内倫理委

員会Hospital Ethics Committee　以下HEC[6]）を、臨床倫理を展開する倫理委員会として設置し、2000年頃には病院の約93%に設置された［Fox and Myers and Robert A. 2007:13-25］。

臨床倫理の「倫理委員会」であるHECは病院に自主的に設置され、一方、研究倫理の「倫理委員会」であるIRBは、外的規制により各組織に設置され、それぞれの委員会が機能することで医療組織における倫理委員会制度は整備されていった。

2.2 日本の「倫理委員会」

日本で最初の倫理委員会は、1982年徳島大学医学部に体外受精胚移植の臨床応用の是非を検討するために設置された。それに引き続き倫理委員会は、1992年までにすべての大学医学部・医科大学に自主的に設置された。この動きは、1988年に倫理委員会間の情報交換を目的として発足した「大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会（現、医学系大学倫理委員会連絡会議）」に大きな影響を及ぼされたとされる[7]。その後、倫理委員会の設置は研究所／研究所附属病院、一般の病院まで広がっていった。日本の倫理委員会は研究倫理と臨床倫理を一手に担うものとして、外的規制がない中、自主的に設置されていった。

1990年、旧厚生省の「医薬品の臨床試験の実施に関する省令」（Good Clinical Practice、以下GCP）が施行され、治験審査委員会の設置が勧告された。外的規制がかけられ、各組織は治験審査を行う治験審査委員会をIRBという名称で（以下、和製IRB）設置し、倫理委員会が治験をのぞく臨床研究審査とHECの役割を担うことになった。和製IRBにはGCPが適用され、米国のIRBと同様、GCP遵守を監視する委員会として整備された。他方治験をのぞく臨床研究は2001年から倫理指針が策定され［厚生労働省オンライン[8]］、研究審査と研究認可後の監視まで病院の倫理委員会の役割と示された。

病院の「倫理委員会」を、臨床研究審査、治験審査、臨床倫理という3つの役割に応じた設置の推進役の一つに病院機能評価がある。病院機能評価は、1995 年に旧厚生省の外郭団体として設立された機構による病院監査事業であり、2年から4年ごとに評価項目を変更している。事業開始当初、倫理に関する評価項目は職業倫理だけだったが、2005年には臨床研究、治験、臨床倫理の3つが設定され、それぞれの倫理委員会で審査／検討する評価項目も示された。機能評価の認定病院は全体の4分の1であり、病床数にすると日本の全病床の半数とされ、病院の「倫理委員会」制度に影響を及ぼすだろう[9]。

「倫理委員会」の中でもHECの推進役となったのは、日本看護協会が1994年に発足させた専門看護師認定制度と、2006年に策定した「臨床倫理委員会の設置と活用に関する指針」と言えよう。専門看護師には「個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる（倫理調整）」の役割があり、専門看護師は所属する病院で、全看護師を対象にした（HEC機能の）倫理コンサルテーションや倫理教育を行っている。また、2006

年に策定した「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」は病院のHEC設置とHEC機能の臨床倫理事例検討の方法を示した指針であると思われる[10]。日本看護協会は病院の看護部に大きな影響力をもつ。

以上が「倫理委員会」制度の概要である。しかしながら制度が整備された当初から委員会はその機能を果たすにあたり限界があったと言える。2002年時点で、倫理委員会は人的・経済的な資源が絶対的に不足する中、遵守すべき倫理的規準も整備されていない臨床研究の審査体制の構築と、倫理的検討の方法もよくわからない臨床倫理を展開する体制の構築なども要求されることになり、過度な業務負担を負わされ機能不全に陥っているため、現場で実質的に機能するような具体的な配慮がなされなければならない、という指摘がすでになされている［赤林2002:277-288］。2013年には研究倫理審査会が実質的に機能していなかった実態が指摘され[11]、また倫理委員会とは別組織としてHECを設置している率も高くはなく、実際に機能できていないことが示唆され［一家2013:23-30］、総じて「倫理委員会」の機能不全が改善したとは言えない状況にある。どうすれば病院が倫理委員会を制度化し機能させられるかは、今後も引き続き検討を要する課題であると思われる。

こうした課題を考えていくためにも、次章では、看護部主導で臨床倫理事例会を設置した病院の検討会記録から、病院の「倫理委員会」活動の現状を報告する。

3. 医療現場に生じる組織的な問題

3.1 臨床倫理事例検討会について

臨床倫理は一定のプロセスを経て事例を検討することをその主な方法としている［浅井2012:1-21、清水・伊坂2005:177-184］。そして、検討するにあたり、関係者が顔を合わせて「検討会」と名付けて定期的な場を設定する試みも広がりつつあり［福岡ほか2010:1170-1175、宮坂ほか2009:28-31］、先に述べた「倫理の制度化」の一躍を担っている。本章では、大北自身が講師あるいはファシリテーターとして関わった「臨床倫理事例検討会」を通して、医療現場の倫理的問題にいかに組織的な問題が絡んでいるのか、その一例を示したいと考えている。

3.2 検討会の進め方と戸惑い

大北が主に関わっているのはある民間のA病院[12]で行われている検討会である。日本看護協会から提示された指針[13]を一つのきっかけにして看護部主導で始められ、現在に至るまで5年以上にわたり継続されている。開始された翌年には看護部から病院全体の職員を対象とするものに拡大され、医師をはじめ会によっては医療ソーシャルワーカーや理学療法士

等の参加もあったが、参加者の多くは看護師である。2ヶ月に1回の頻度で年に6回開催され、1回につき90分をかけひとつの事例について検討する。参加は自由で、これまでの傾向としては事例を提供した病棟のスタッフが主に参加し検討を行う。検討会は「シート」と呼ばれるものに基づきながらすすめられる。臨床倫理では医療実践に即した検討が求められるため、ケース・バイ・ケースの検討とならざるを得ない。それゆえ、それぞれの検討が「場当たり的」に行われるのではなく、「倫理的」な検討がなされているということを担保するために、臨床倫理の実践の適切なプロセスについて議論がなされてきた［浅井2012:25］。そのプロセスを眼に見える形にしたものが「シート」である。

よく知られたものとしては、A. R. ジョンセンらが開発した「四分割表」［ジョンセンほか2006:13］、清水哲郎らが開発した「臨床倫理検討シート[14)]」が挙げられる。四分割表は「医学的適応medical indications」「患者の意向 patient preferences」「QOL quality of life」「周囲の状況 contextual features」という項目に別れており、ビーチャムらが提唱するバイオエシックスの四原則に一定の配慮がなされるよう工夫されている。清水らの臨床倫理検討シートは、四原則をより整理した三原則――人間尊重、与益、社会的視点――に配慮できるよう項目を設定し、さらに日本の現状にあわせて患者と家族それぞれとのコミュニケーションのあり方を整理できるようより詳細な項目を設定している。筆者自身もこれらのシート、なかでも清水らの「臨床倫理検討シート」を主に使用してこれまで検討会に関わってきた。

はじめに事例について時系列に即した概要のみ用意し、検討会の場で関係者の話を受けながら大北が進行をつとめつつ同時に書記としてシートの記入を行っている。シートへの記入はプロジェクターで投影しながら参加者の確認のうえで行っている。シートに記入しながら検討を進めることで、その都度事例は異なるものであっても、配慮するべき倫理的な事項の見落としを避けつつ、ある程度安定した仕方で検討を進めることができる。

しかしながら、事例検討会をはじめた当初、シートを埋めていく過程であることに戸惑った。それは、シートが職種など立場の違いによる見え方や行動、考え方の相違を整理するようには設計されていない、ということだった。医療者と患者／家族の立場の違いは整理できるように設計されているが、医療者については一枚岩のものとして記入せざるを得ない。しかし、実際の検討の過程の多くの時間は、各参加者のそれぞれの立場から提示される証言や考えをまず列挙し、それらをつきあわせて順番に全員で共有していくことに費やされる。医師や看護師、理学療法士といった職種の違いによって、患者とのコミュニケーション内容は当然ながら異なる。同じ看護師であっても、例えば患者が急性期病棟からリハビリや療養型の病床に移動した場合などは、それぞれの患者の様子についての記述は異なる。また、同じ病棟の看護師同士であっても、管理者の立場である師長と担当ナースとでは患者の様子についての記述が異なるだけではなく、微妙な対立を示す場合――師長としては担当ナース個人の工夫や判断によりゆだねたいというニュアンスのことを発言するが、担当ナースとしては

管理者である師長に全体としての方針を定めてほしいと要求する場合など――もある。

以下、医療者相互の異なる立場の突き合わせが求められる「事例」を提示することで、医療現場の倫理の検討の場でどのように組織的な事柄が関わっているのか示したい[15)]。

3.3 事例検討会の検討

3.3.1 複数の関係者が集まってはじめて「事例」が形成されるということ

【課題事例01】入院している患者を自宅で介護することを家族は強く希望していた。A病院に入院するまで、また入院をしてからも他の病院へ患者を受診させ、そのために患者は疲労、また薬剤の飲みあわせで危険な場合があった。また、患者には認知症の症状あった。

患者の意思を明確にすることが難しい中、家族の意向通り退院の手続きを進めてもいいか否かということを主な問いとして検討が始められた。この事例検討は振り返りの検討会であり、結果としては退院をするまでに患者本人は亡くなっていた。必ずしも患者本人と家族との意向が乖離しているとまではいえず、家族も患者の見舞いなど世話をすることに熱心であり、家族の意向通りに退院の手続きをすすめても問題はなかったのではないか、ということを検討するために事例として挙げられた。はじめは患者が亡くなるまで主に関わっていた病棟のスタッフから患者の様子、家族の様子などその詳細が話された。かなり衰弱の進んでいた患者の安全を思うと、家族はその熱心さゆえにかえって患者を危険にさらす懸念はあったものの、予後のことなどを考えて自宅での看取りをすすめてもよかったのではないかという予見のもと検討はすすめられた。その過程で、別の病棟のスタッフがこれまでと異なる患者とその家族の様子について話しはじめた。患者は、同じ病院内の別の病棟に入院していたことがあるのだが、そのとき、家族がかなり強く暴言ともいえるような言葉を患者に投げつけている様子を目撃したことがあるというものだ。この証言は、事例を提供した病棟スタッフもこれまで知ることはなく、驚いていた。

結果、この事例については、患者の意思表示が不明確ななか、患者の保護という視点から退院手続きを進めなかったという判断でよかったのではないかということになった。

改めてこの事例検討について考察すると、認知症など本人の意思表示が不明確な場合は、なるべく多くの関係者による情報共有のもと患者をとりまく世界をより詳細にすることで患者の最善の利益についての判断が可能になると考えられる[16)]。しかし、同時に、日々の医療実践の中で病棟を超えた情報共有は難しいものと考えられる。合理的な医療を目指して、病棟内で医療が完結して行えるような体制を病棟ごとに作っているのが、医療組織構造であっ

て、言い換えれば、組織構造が、病棟を超えた情報共有を困難にしているとも言える。

3.3.2　暴力をふるう患者に対して「誰が」対応すべきかということ

【課題事例02】ある障碍により感情のコントロールが利かず、なにかの拍子に激高することのある患者がいた。その患者に看護師が暴力をふるわれ、口のところに軽い怪我をした。これまでも、よく暴力を振るうような行為があり、その度に担当ナースは暴力を避けながら対応していた。

障碍があるとはいえ暴力をふるう患者に看護師としてどのように接するべきかという問いに基づいて検討会が始められた。はじめのうち、担当ナースなど事例に関わっていたスタッフは「患者の右側ではなくて左側に立てば暴力はふるわれにくい」というような話をしていたが、次第に今回が初めての暴力事象ではなく数ヶ月前にも別の看護師が暴力を振るわれていたこと、そのときに病院として具体的な対策がとられないまま今回の暴力事象が起こり、それが検討会に出されたということが分かった。暴力事象についてしかるべき対応をする委員会――安全に関する委員会――が存在し、またそこに報告していたにもかかわらず、病院として何らかの対応がなされなかったのはなぜか、といったそのシステムの問題に検討のポイントは移った。事例を提示した病棟のスタッフが困惑し、また不満にも思っていたのは、患者に対する接し方と同時に、病院の管理のあり方でもあることが明らかになった。暴力をふるわれるリスクを抱えているスタッフとその安全に気を配りながら病院としてなかなか対応してくれないことに病棟師長は苛立ちを感じていると表明したことに対し、管理者の立場にある医師は再度報告を促した。結果、そういったシステムに何らかの問題があるということ――報告手続きが複雑である等――を参加者で共有した後、別途しかるべき場でシステムについて検討されるべきこと、そしてそういったシステムの問題と合わせて患者への対応を考えていくこと、となった。

このように、事例検討会に事例が提示されるに至る組織的なシステムに主な問題があったのだが、問いとしては倫理的な仕方で記述されることがある。むしろ、スタッフだけではなく師長――他の病棟の師長も含む――そして病院の安全管理の責任を担う立場の医師が同席して初めて、組織的な問題として記述されるに至ったのかもしれない。

また、この事例のように患者になんらかの「問題行動」がある場合[17]――例えば認知症でナースコールを頻回に押し続ける、転倒のリスクがあるが一人で動こうとする、他の患者に何らかの迷惑をかけるなど――、状況認識とともにとりうる選択肢を検討するためには、

病室の変更等、環境の変更を必要とする場合も多い。そのため管理者の立場にいる病院関係者が検討会の場に参加することは不可欠である。そして、このような事例において個々のスタッフの対応のみでは限界があることは明らかだと思われる。

3.4 事例検討会の可能性と限界

以上より、複数の関係者が参加することによってはじめて事例の記述が可能になるということ、また倫理的とされている事例を形成しているものの中に、組織的な事柄が抜きがたく入り込んでいること、それゆえ対応についても、個人レベルではなく組織レベルの対応が求められることが示唆されている。

医療現場での倫理的な問題に対しては組織的な取り組みが必要であること、また検討会そのものがそのような組織的な取り組みであることはこれまでにも指摘されている[18)]。このように、事例を検討する場が病院の中に設定され、そこで医療者が倫理的に問題ありと考える事例を提示し、検討が行われるということ自体、医療現場における倫理的な問題への組織的な取り組みとして十分に意義あることだろう。そこは、職種や部署、そして管理者とスタッフが組織横断的に、定期的に参加する場であり、一つの事例を参加者によって明確にし、共有し、そして今後の方針を検討する場である。つまり臨床倫理事例検討会は、事例として提示された医療者と患者の間で生じた何らかの問題が、組織の問題であるということを明確にしかつ組織的に共有する場としての可能性を持つものと言える。

しかしながら、臨床倫理事例検討会を続けていると、よく検討するべき「事例が出ない」ということが起きる。検討会の日程は決められているのだが、それまでに各病棟などに検討会に出す事例はないか検討会の担当者が呼びかけるのだが、なかなか事例が提示されないということがある。

その要因としては、いろいろなものが考えられる。まず、そもそも自身が直面している事態を「倫理的な」問題と認識していないため倫理検討会に出すべき事例だと気づいていない可能性があげられる。また特に終わった事例について振り返る場合など、実際に行った自らの判断と実践を後から参加者によって「裁かれる」ことに怖さと強い抵抗を感じるということも耳にすることがある。これらもそれぞれ検討するべき課題であるが、中でも「事例の出しにくさ」には、そもそも組織的な問題も関係しているのではないかと思われる。検討会では、ある程度日々の「職場」の人間関係をつまびらかにすることを余儀なくされる。少しでも円滑な人間関係を維持するために、なるべく明らかにすることなくやり過ごすことで対処してきたものを、わざわざ関係する当事者自身によってつまびらかにせざるをえない。医師と看護師との、管理者とスタッフとの、またスタッフ同士の見方や価値観の違いなど、擦り合わせが容易ではない相互のコンフリクトを、わざわざ明確にすることで、より相互の人間関係をぎくしゃくとさせるリスクを検討会ははらんでいる。つまり、事例を組織的な問題と

して明らかにし共有するという臨床倫理事例検討会の可能性そのものが、検討会自体の運営を難しくさせてもいるということである。病院の内部で、まさに組織的な取り組みとして臨床倫理事例検討会などが営まれる以上、そこは自由で対等な発話が保証される場とは言いがたい。上下の、そして横の、複雑な人間関係の中で実施されざるをえない。それゆえに、そう安易に事例を提示することも、またたとえ提示されたとしても思うままに発言をするということにも限界がある。

しかしながら、そのような組織の内部で検討がなされるからこそ、その検討の過程とその帰結は実効性をもつとも言える。全く別の場で、しがらみのないもの同士で議論が活発になされたとしてもその過程と帰結を現場に還元することはまた別の課題を生むだけであるだろう。

このような限界を抱えながら検討会を維持し、その可能性を追求していくためには、何らかの組織的な位置づけや工夫が必要となってくるだろう。

次章は、病院の「倫理委員会」活動の現状としてHECを制度化した医師の体験から報告する。

4. 病院の「倫理委員会」制度化の一例

4.1 市立池田病院の「倫理委員会」制度

市立池田病院は大阪府の北西、兵庫県との境に位置し、一般病床364床、20診療科を持つ急性期病院である。2000年に、病院機能評価の受審対策として、治験審査委員会と、医療行為と自主研究等の倫理に関する審査を行う倫理委員会を設置し、2006年に、倫理委員会の下部組織として倫理症例検討部会を設置した。

4.2 倫理委員会の制度化

病院機能評価の受審対策として倫理委員会が設置された当初、委員会業務は、規約や委員名簿の整備が中心で、審議事項としては薬品の適応外使用の審査などであった。牧は、2004年まで一委員として委員会に参加していたが、当時は、開催頻度も少なく、委員としての自覚があまりなかったため、委員会が形式的な運営であることにあまり疑問をもたなかった。しかし、倫理委員長になり、外部委員を含めてメンバー4名が交代となった頃より、「このままの運営ではいけないだろう」というぼんやりとした思いが生じた。多くの委員も「倫理とは何か」「倫理委員会で何をすべきなのか」を改めて勉強しなければと漠然と考えるようになっていた。そこで、倫理委員会の事務局[19]に相談し、彼女らが中心となって隔月開催だった委員会を毎月開催に変更し、「患者の権利」を見直すことと、倫理原則などの勉強を

開始することを倫理委員会に提案した。委員会の了承を得たのち、委員は議論を重ねながら「患者の権利と義務」を約6ヶ月かけて作成した。また、つながりのあったMRM（Medical Risk Management）たちとともに、他院のマニュアルや臨床倫理関係の著書、ウェブサイトを参考にし、議論をしながら「職員倫理規定」、「市立池田病院の臨床倫理原則」「代表的な臨床問題への対応」「インフォームドコンセントを実施するにあたって」などの原案を作成した。そして、倫理委員会で約1年をかけてすべての原案を議論しながら整理し「市立池田病院倫理基準」としてまとめた。

4.3 倫理症例検討部会の制度化

倫理委員会で勉強を進めていると[20]、臨床倫理では「四分割表」を用いた論点整理法を用いると情報が共有されやすいこと、多くの立場の人の意見を聞いて自分の考えをまとめること、安易に結論を出さないことなどが多職種協同の倫理的検討に重要だとわかり、その検討を続けることが患者や家族に対応する職員の倫理的姿勢につながることもわかった。当院でも病院職員が日常の倫理的問題を事例検討できる、また、倫理事例検討法や倫理的姿勢を学ぶことができる機会を設けるために、2006年に「倫理症例検討部会」（Ethics Case Conference、以下、ECC）を設立した。

当初、検討部会委員が事例検討の初心者だったので、検討部会は他院の報告例などを題材にした事例検討の勉強を手探りで行う場となった。同時に、院外講師を招いて倫理研修会の開催、マニュアル類の整備、所属部署に事例提供の呼びかけなど、病院全体に対する働きかけも行ったが、実際には相談事例が約半年間なく、ECCの運営が困難な時期が続いた。

しかし2008年に倫理的思考教育を受けた総合内科・家庭医療志向の医師、専門看護師・認定看護師や、倫理に興味を持つ病院職員が新たにECC委員に加入したことや「臨床倫理セミナー[21]」に一部のECC委員と委員以外の多くの看護師が参加し勉強する機会を得たこと、さらに、専門看護師が倫理調整を行う中で看護師に対する倫理教育を始めたことが、倫理事例検討法や検討の重要性の認識を、ECC 内部から病院全体に看護師を中心に拡げることになった。そして、ECCへの相談事例が増えた。ECC本来の倫理事例検討が実施され、ECCが倫理的思考法を学ぶ場となっていった。ECC活動は2008年を転機に機能しはじめたのである。さらにECCは「倫理的思考を診療現場に拡げる」ことをあらたな目標に掲げ、病棟で多職種が協同して倫理事例検討ができるように、2012年以降はECCが病棟に出向き事例検討のサポートを始めた。「倫理」という言葉に抵抗を感じる職員もあることからサポート活動に関しては「倫理」という言葉を用いないように心がけた。また、院内の横断的専門チーム（栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、高齢者サポートチームなど）と共同で合同勉強会を立ち上げ、院内事例の報告会や検討会、講演も開催した。今では、相談事例が増え、さらに事例を見ると、病棟で多職種が協同して倫理的問題を検討したが解決できな

かったのでECCに助言や提案を求めるといった内容になっており、ECCが押し進めた「病棟で多職種が協同して倫理事例検討をする」ことが定着してきているようである。ECCとしてはこの傾向を持続していけるような取り組みと事例検討の質を高めていくことが今後の課題である。

4.4 「倫理委員会」制度化を振り返って

当院のHECに相当する倫理委員会制度は10年以上の歳月がかかり、ようやく実質的に機能しはじめたように思われる。これほどまでに長い歳月の紆余曲折を経るとは想像すらしなかった。委員会の存続が危ぶまれた時期もあり、委員会運営に自信がないままであったが、同じ悩みや疑問をもつ職員が少数であっても集まり、それが違う集団ともつながり、問題を共有しながら細々でも話し合うことができたので「倫理委員会」活動が軌道にのることができたと考える。

倫理委員会は、委員や複数の委員以外のメンバーが「倫理委員会は何をすべきか」「倫理とは何か」などを勉強したり話し合いながら、「市立池田病院倫理基準」を作成した。そのプロセスは、ガイドラインやマニュアルなどの作成（構造的側面の整備）途中で生じた疑問をなおざりにせず話し合いを続けてきたプロセスでもあった。このことが、結果的に、構造的側面と実質的側面を整備することにつながったのではないだろうか。

一方、ECCは、相談事例がなく委員会活動が停滞した時期が数年間あったが、ECCで「倫理事例検討するとはどういうことか」「ECCは何をすべきか」などを議論したり勉強したりしながら、マニュアルの作成などを行った。その時期、本来の相談事例を検討する活動はできず開催を継続するための材料を提供することに精一杯だったが、そもそもECCは多職種で構成された委員会であり、ECCで一つのテーマについて話し合うことが委員にとって多職種協同で検討する場にはなっていたのかもしれない。

「ECCをどうしたらいいか」という根本的な課題を、立場が異なる者たちと模索したことは、検討の困難さと検討することの意義を体験する機会となり、委員に自覚されなくても倫理事例検討が病院に必要だという実感やニーズを（委員全員ではないだろうが、一部には確実に）もたらしたように思える[22)]。2008年に倫理的思考教育を受けた職員の加入は倫理事例検討方法の形式的知識をもたらしECC内部に化学反応をおこした。倫理事例検討技法の知識を実践に活用することができるようになったことで、すでに病院内にあったニーズを取り込むことができ、ECCが実質的に機能しはじめた。そして、ECC活動がECC内部から外部の病院全体に向けて広がり始めたことで倫理相談事例も増えた。倫理事例検討という本来のECC活動が停滞した時期もあったが、その時期は、ECCが機能するために必要な準備期間だったと言えるかもしれない。

倫理は個人の「プロフェッショナリズム」の態度であり、倫理的問題はプロフェッショナ

リズムの欠如の結果ととらえていたので、HECのような話し合う場が現場に必要だとわからなかった。しかし、ほかの職員も含め多くが倫理は個人の問題という認識をもっていたことがかえって、なぜHECのような委員会が必要かを立ち止まって考えさせたようにも思われる。そして、倫理委員会を実質的に機能させられたのは、委員会の整備段階から、分業する小集団内部で生じる疑問や問題をすくいあげ全体でそれを共有し対応していけるような、集団枠を超えたコミュニケーションを意図せずともできていたからかもしれない。集団内部に閉ざさない多職種協同のコミュニケーションを継続させる取り組みが今後の課題であると言える。

5. 臨床現場の倫理的実践をサポートするために

さて、ここまで2つの報告を見てきたが、これらの報告はこの論文の主題でもある「組織を対象とした倫理」の必要性を明らかにしているように思われる。というのも、検討会に事例としてあがってくる問題をみるかぎり、個々の医療者がそうした問題に直面するに至った背景には管理やシステムといった病院の組織的な問題が含まれており、その問題解決を単純に個人の行為のみにゆだねることはできず、そもそも直面しているその事態を組織的な問題として認識していない可能性もあるからである。

この二つの病院に限らず、医療現場の倫理的問題に対処するために、倫理委員会や検討会の設置、研修等が行われている。ただ、そうした取り組みから聞かれるのは、結局は参加者が一部に限られうまく機能しない、効果があがらないといった声や、根づかない倫理観を嘆く声である。こうした声の背景に目を向けてみるならば、「病院」ということで「病院スタッフ」ということがイメージされており、病院の個々のスタッフが医療現場で倫理的問題に出くわした際に、各自で倫理的な観点から判断できる「資質」（知識、感性などを含む）を身につけることが、結果としてよりよい病院につながる、という前提が見えてくる。つまり、前章の最後にも触れたように、倫理的問題とは個人のプロフェッショナリズムすなわち専門職性の欠如で生じる問題なので、各自が専門職者として批判的に考え、実践する個人になりさえすれば問題は解決するという考えが念頭に置かれていると言える。

しかしながら、そもそも、病院で働く医療スタッフはあくまでも組織の一員であるし、さらにその組織になじむこと、つまりは病院の方針に従うことが求められ、その組織の中で彼／彼女らは、さまざまな役割や複雑な人間関係の下に置かれる。そうした状況の中で、その状況から身をはがし、一個人として批判的に考えるということは難しく、そうした判断を下す権限があるかどうかも怪しいと言える。にもかかわらず、一専門職者の倫理観や判断能力の問題に落とし込んでしまうことが、個々の医療スタッフをとりまく現実とのあいだにズレ

を生じさせているように思われる。

以下では、このズレを少しでも埋め、病院がよりよい方向に変わっていくためにも、あらためて病院組織とはどのようなものなのかについて概観した後、個人ではなく病院組織を対象とする必要性、さらには臨床現場の倫理的実践をサポートすることを目的とした組織を対象とした倫理について考えてみたい。

5.1 病院組織とは

繰り返しになるが、医療現場での倫理的問題に直面するスタッフは病院という組織の中に属している。

病院組織を定義するのは難しいが、ごく簡単にいうと、病院とは多様な医療専門職と事務をはじめとする非専門職とが複合した組織である。一般的に、「組織」とは、①特定の明確な目標をもつこと、②目標を実現するために、地位と役割の分化がすすんでいること、③その結果、非人格的な主体としてみなされること、という3つの特徴をもち[23]、この特徴をあてはめるならば、病院とは患者の疾病や疾患に対して最前の医療・看護・ケアを提供するという「目標達成のための協同の形式」であり、個々の専門職としての役割のシステムによって形成されている。ここで注意が必要なのは、組織という見地から見れば、組織を構成している具体的なその人が問題なのではなく、その役割こそが重要であるという点である。

病院の組織形態とは、病院長を頂点にしたピラミッド型の組織図で表すことができ、そこにはヒエラルキーが存在し、そのコミュニケーションはトップダウン的性格をもつことになる。もちろん、病院組織は、一般的な営利組織と比べ、ヒエラルキーにおける階層数が少なく、ヨコに広がるフラットな組織形態をしており、いわゆる古典的な官僚制モデルが想定するような管理や統制の働きは弱いのかもしれない［田尾1998:51］。しかしながら、「合理的に組織を管理運営するために、人間的な要素を排除すること」［桑田・田尾2010:158］という官僚制システムがもつ本質的側面、すなわち、組織におかれた人間の行動が、管理者によって定められた規則に従う役割行動となってしまうこと〈没人格性〉、その役割行動を、強制や強要という形ではなく、（あたかも）自発的に受け入れる〈自発的服従〉という形をとってしまうこと[24]という側面は無視できないと思われる。

また経営の観点から見れば、病院組織とは、企業のような営利組織ではないが、赤字を出してはいけない組織でもある。周知のように、病院を取りまく現状は、コストや採算性といった経済効率性の向上、あるいは（過度とも言える）安全性への配慮など、さまざまな社会的な要求が向けられ、こうしたものがある程度、個々の患者に対する医療行為の内容や質を規定してくるという状況がある［霜田2004:91-93］。

こうした組織という形態そのものがもつ特性、および組織の管理・経営という観点、そして雇用関係という点からみても、病院で働く個々のスタッフは組織の一員として振る舞う

ことが求められ、病院の考え方・やり方に従うことが求められる。こうした要求が、「専門職としてすべきこと」と「自分のよいと思うこと」とのズレや「組織の論理」と「現場の論理」のズレを生みだすことがある。例えば、「私はこうした方がよいと思うが上司が許してくれない」「私が何かを言ったところで結局は何も変わらない」という想い、また、こんな権力関係、人間関係の中では話しづらい、話せない、ということが次第に話さないとなっていく。そして、徐々に組織や専門職としての地位が求める役割を引き受け、その期待に自ら応えていくこととなる。その意味でも、個人と組織は不可分の関係にあり、個人の行為は組織のあり方に強く左右されるのである。

5.2 組織を対象とした倫理の必要性

こうした状況にもかかわらず、医療現場におけるさまざまな取り組み、あるいは医療現場や臨床実践にかかわろうとしてきた倫理学（医療倫理、臨床倫理、医療専門職倫理など）は、これまであまりにも（倫理的）問題に対峙する「個人」、そしてその個人の「ふるまい」「資質」に焦点を当てすぎてきたように思う。しかし、先にも言及したように、個人と組織は不可分の関係にあり、個人の行為は組織のあり方に強く左右されるのであり、チャンブリスもいうように、問題を「難しいジレンマ」という枠組みにはめることは、倫理を個人化し「そもそもこの問題を生み出した構造的特性から我々の目を逸らすことになる」［チャンブリス2002:126-127］。

つまり、病院内あるいは臨床で生じる倫理的問題は、実際には病院の組織的構造や、他の集団との関係を孕んでおり、個人で解決できる問題はそう多くはない。彼が別の箇所で指摘しているように、倫理的な問題は人々の考え方を変えても解決できるわけではないのである［チャンブリス2002:159］。個人の意思決定の背後にあるものとしての「組織」、その問題を生み出した「組織」に目をむけず、ただ個人を変えようとしても、それは問題の本質を見逃すことになってしまう。こうした彼の指摘に共感するかどうかは別にしても、また彼が看護師を念頭に議論をしていることを差し引いたとしても、やはりこれまで医療現場にかかわろうとしてきた倫理学が「個人」に偏りすぎていたことに変わりはないであろう。もちろん、個人ではなく、医療を取りまく制度や政策、医療と社会との関係なども問題にされてきてはいる。例えば、専門職集団の対話やコミュニケーションの必要性や問題を抱えた際に相談できるようなサポート体制を整える必要性、あるいは社会における病院の役割といった観点である。

しかし、個人のふるまいや意思決定の背景にある「組織」、あるいは対話やコミュニケーションがおこなわれる「場」としての「環境」や「関係性」も問題にされるべきである。それは、個人レベルを「ミクロ」、そして制度や社会レベルを「マクロ」と表現するならば、その間の「メソ」レベルにある問題である。ここで断っておくが、筆者たちはいわゆる個人

倫理を、あるいは制度・社会を問題にすることを否定したいわけでは決してなく、あくまで「組織」という視点がこれまで見落とされてきたということを指摘する必要があると考えている。つまり、個人をどう変えるかだけではなく、その個人と切り離すことのできないものとしての組織、言い換えれば、その組織の中における個人のふるまいを対象とした倫理を考えないと臨床実践に寄り添うことはできないのではないかということである。

6. 病院組織倫理の青写真：病院の場のデザインについて

臨床現場での取り組みをサポートするためにも、そして実質的に機能させるためにも、次の二つの観点、すなわち、a）学問的なアプローチの方向性を示すことと、それをb）病院内に定着させることは重要である。本稿をしめくくるにあたり暫定的なものではあるが、病院組織倫理の青写真を最後に描いておきたい。

まずa）については、これまで臨床現場や臨床実践にかかわってきた医療専門職倫理や臨床倫理のように、個人を対象とするだけでは不十分であるだろう。また、ビジネス倫理などでよく見られるように、企業の経営トップの資質を問題にする、あるいは、企業を道徳的な主体とみなし、そのふるまいを問題とする[25]という方向性も考えられるが、こうした考え方は、参考にはなるものの、企業のふるまいを一個人や一主体の問題に還元しているという点で個人倫理の枠を出るものではないであろう。つまり、病院組織倫理は、組織を自明視し、個人や病院組織という主体にとって制約となる規範とその根拠を考え、「わたしはどうすべきか」という次元に働きかけるだけでは不十分であり、「病院はどうすべきか」という次元で考える必要性があると思われる。

その点をふまえ、次にb）について考えると、おそらく、組織を対象とするとは、「個人」ではなく「組織」を問題にするというように、組織と個人を二分法で考え、どちらかを優先して考えることではないであろう。というのも、組織は自明なものとしてあるのではなく、絶えず変化するものでもあるからである。組織の構成要因でもあり、組織と不可分の関係にある個々人は、当然ながら、組織の方針や自らの置かれている環境の影響を受ける。しかし、個人は組織（環境、関係）に影響を与えることもできる。病院組織が変わることで、そこで働くスタッフが変わり、そのことがスタッフ間の関係、ならびにスタッフと病院との関係が変わる、そして……というように、ゆっくりと持続的に回っていくプロセスとして「組織」を捉え直す必要があるように思われる。

実のところ、牧の報告にあった市立池田病院での取り組みは、この組織の捉え方の不十分さに気づき、組織として変わり始めている例なのかもしれない。以前はどちらかというと職員の「倫理教育」に力を入れていたが、そうした個人の倫理教育に加えて、ECCが病棟に

出向くなど組織として臨床現場に「対話の場」を作ることにより現場のスタッフの行動を変容させ、そのことが組織と個人との関係を変えていく、そういうプロセスがつくられはじめているように見える。

また大北が指摘したように、事例を検討する場が病院の中につくられ、そこで医療者が倫理的に問題ありと考える事例を提示し、上下の、そして横の、複雑な人間関係のなかで検討が行われるということ自体が医療現場における倫理的問題への組織的な取り組みとして十分に意義のあることであり、その検討の過程と帰結は実効性をもつといえる。

もっとも、池田市立病院では牧が指摘するように「集団内部に閉ざさない多職種協同のコミュニケーションを継続させる」という課題を抱えており、また大北のかかわるA病院では組織的な取り組みであるがゆえに事例を検討会に提示することに困難があった。それゆえ、こうした臨床現場の取り組みを後押しする病院組織倫理が求められるのであり、またそれは、病院の中における権力関係・人間関係や役割行動のなかに埋もれた規範を問い直すことをサポートするようなものとなるであろう。病院組織倫理は現状の病院という組織のなかで、臨床実践にかかわりつつ、個人と個人とのあいだ、個人と集団とのあいだ、そして集団と集団とのあいだにアプローチし、少しでも専門職内に閉じない、トップダウンではない「環境」あるいは「関係性」をどうすればつくっていけるのか、言い換えれば、病院という「場」をどうデザインしていくのか、という課題とも密接に関連した倫理でもある。

本稿の目的は、病院という医療組織の倫理――病院組織倫理――を、研究倫理／臨床倫理に隣接する一つの分野として展開することの必要性を論じるところにあった。そして本稿で取り上げた二つの病院に限らず、臨床現場における倫理実践をサポートし、実質的に機能させるためにも、暫定的ではあるが、二つの観点から病院組織倫理の青写真を示した。

今後は、病院の中における権力関係・人間関係や役割行動のなかに埋もれた規範を、その病院に属する人たちが、その組織の中で問い直し、病院組織の変容を促していくような営みをサポートしていくためにも、病院職員と協働で、病院組織倫理のより具体的なアプローチについて考えていきたい。

註

1）病院の「倫理委員会」は、病院内で生じる倫理的問題を検討／解決／予防するために話し合う――議論や対話、審議などコミュニケーション型は議論する内容に対応する――場であり、外部監査の傾向、設置主体である組織（病院や教育／研究機関、官庁など）のニーズ、倫理的問題が生じる領域――臨床研究や医療・ケアなど行為の種類――に対応する形で、役割や目的が、最終的にその組織によって与えられる。そのため、倫理委員会の設置数や種類、位置づけなど病院組織によって異なるようである。本稿では、分野や設置主体に限らず、倫理的問題に対応するために設置する委員会すべてを「倫理委員会」と記す。

2）1章で詳説するが、病院の研究倫理分野の倫理委員会は国や官庁からの倫理規準を遵守しているかという監視が主な役割で、委員会運営の裁量は病院にはほとんどない。だが臨床倫理分野の委員会は、病院のニーズや状況に応じて設置／運営が可能で病院に裁量がある。それゆえ、医療現場の倫理サポートを病院の文脈で検討するときには臨床倫理を展開することに特に焦点があたる。しかし、そのことは医療現場で研究倫理の問題がないということではない。

3）研究倫理とIRBの制度化については田代「2006:95-115」、赤林［2002:277-290］を参照のこと。

4）1934-72年にかけてアラバマ州タスキギーで、黒人男性約600人を対象に米国連邦政府公衆衛生局（PHS）が行った梅毒研究。内部告発を受けたマスコミが医学における人体実験の事実を、1972年に報道した。1973年に政府の調査委員会報告書が提出され1974年に国家研究法が成立した。この事件については、［香川 2000:172-174］、［米本1988:94-95］を参照のこと。

5）タスキギー事件が世間を騒がせたばかりの時期である1976 年に、ニュージャージー州最高裁判決で、不可逆的昏睡となったカレン・クインランの生命維持のための人工呼吸器を必ずしも本人の望んだ医療ではないという家族の訴えが認められた事件。それ以後、「医療および生物医学・行動科学研究における倫理問題を研究するための大統領委員会（US President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research）」や米国医師会（American Medical Association）が、治療の差し控えや中止、患者の治療を拒否する権利、代理判断と意思決定能力の是非など様々な問題を取り扱う体制を病院に求めた。この事件については、［香川2006:118-119］を参照のこと。

6）HEC の役割は、倫理事案の相談・審議・助言・提言（倫理相談・コンサルテーション）、院内指針の策定および評価、院内教育の3つとされる。［オーリシオ2007:2814-2820］

7）赤林によれば、この時期にこのような全国連携組織が成立した背景には、1980年代に医学部・医科大学で倫理委員会設置音ニーズが認識されたが、審議方法などの運営方針や他大学の作成しているガイドラインなどについて十分な情報が各大学になかったことが挙げられる。この組織は、行政からの財政的な支援も受けず、自主的に設置・運営している、という点で世界的にみても特徴的である。［赤林2001:700-703］

8）倫理指針については厚生労働省「厚生労働科学研究に関する指針」のウェブサイトを参照のこと。

9）病院機能評価の評価項目については病院機能評価ウェブサイトを参照のこと。

10）専門看護制度や指針に関しては、日本看護協会のウェブサイト（ただし、「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」は会員だけ閲覧可能）を参照のこと。

11）ディオバン（高血圧治療薬）事件を受けて厚生労働省がたちあげた検討会は、2013年

9月に提出した「高血圧症治療薬の臨床研究事案を踏まえた対応及び再発防止策について（中間とりまとめ）」で、「倫理審査委員会による審査がなされているが、なんら歯止めとなっていないこと。その記録も残されていない」と審査委員会が機能していなかったことを指摘した。

12）患者など関係者の特定を避けるためここではA病院と匿名で記述する。

13）日本看護協会　前掲註10参照

14）臨床倫理プロジェクトのウェブサイトを参照のこと。

15）以下の事例については、人物が特定されないよう論旨に影響ない範囲で一部内容を変更している。

16）もっともこの事例の検討会では患者の家族は参加しておらず、情報と意見の偏りは否めない。

17）「問題行動」について、実は医療者側のほうにこそ問題があったにも関わらず、その問題を指摘する患者が「クレーマー」として問題化された事例もあった。もっとも、問題が患者ではなく医療者側にあったということも、検討会の場で明らかになった。

18）例えば、身体拘束をめぐる倫理的な課題にいかに取り組むべきかと言ったことについて、それは組織的な課題であると日本看護協会は指摘している。［日本看護協会ウェブサイト「認知症の術後患者を抑制・拘束せずに安楽に過ごさせるための看護師の挑戦」］［宮坂ほか2009:23］

19）事務局が臨床研究管理部にあり、薬剤師資格を持つ3名のCRCが事務局業務を行っていた。彼女達が研究倫理や臨床倫理に関する知識をもっていたので知恵をもらえた。

20）ネット上で見ることができる臨床倫理に関するウェブサイトである、清水哲郎「臨床倫理プロジェクト」、白浜雅司「臨床倫理の症例検討と山村の診療所の医師の日常を伝えるページ」を参考にした。

21）清水哲郎が主宰する臨床倫理プロジェクト活動の一環で臨床倫理検討シートによる事例検討の研修会のこと。

22）委員全員とはいかないが、実際に多くの委員の言動や表情に変化があった（複数の人が口を揃える）。委員会活動とこの変化について、あらためて検証する機会を設けたい。

23）「組織organization」というのは人と人とのつながりを示す一つの形式であり、人が集まればできる「集団group」とは異なる。集団での役割は、子どもの遊び仲間における「ガキ大将」や「お調子者」というように、一人一人の個性との関連が強く、また流動的であるのに対し、組織においては、役割が人為的に編成され、地位として明確化・固定され、特定の人物（個性）と切り離されている点に特徴がある。なお、「組織」と「集団」の特徴に関する理解、また「官僚制」のもつ問題に関する説明においては、以下に上げる野村の文献に多くを負っている。［野村1998:312-316］。

24）ウェーバーは「支配」とは、「或る内容の命令を下した場合、特定の人々の服従が得られる可能性を指す」として、支配の成立にとって、服従する側の意志を重要視している。［ウェーバー 1972:86］

25）例えば、1970-80年代に展開された「モラルエージェンシー論争」。P.Frenchの「企業はモラルパーソンである」という問題提起を巡って論争が展開された。詳しくは、［宮坂 2009:15-48］を参照のこと。

謝辞

本研究は、平成24年度～平成26年度科学研究費補助金・挑戦的萌芽研究「病院における倫理サポートシステムの構築――医療組織倫理からのアプローチ」、課題番号：24652004、研究代表者：服部俊子に基づく研究成果の一部である。研究を支援してくださった関係諸機関にも謝意を表したい。

引用文献

（印刷文献）

赤林朗（2001）「日本における倫理委員会のあり方と課題」『看護管理』11（9）

――（2002）「倫理委員会の機能――その役割と責任」大西香代子（他）『医療倫理』勁草書房

浅井篤（2012）「臨床倫理―基礎と実践」浅井篤（他）『シリーズ生命倫理学13　臨床倫理』丸善出版

足立智孝（2011）「臨床倫理委員会に関する一考察―医療現場におけるバイオエシックス展開の観点から―」『麗澤大学紀要』92

チャンブリス, D.F.（2002）浅野祐子（訳）『ケアの向こう側――看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会

Fox, Ellen and Myers, Sarah and Pearlman, Robert A. (2007) “Ethics consultation in United States hospitals: a national survey,” *American Journal of Bioethics,* Feb 7(2) 13-25.

福岡富子ほか（2010）「ネットワークを重視した「臨床倫理事例研究会」の創設」『看護管理』20（30）医学書院

ヘスター , DM.（2009）前田正一・児玉聡（訳）『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』勁草書房

一家綱邦（2013）「再考・病院内倫理委員会―本邦の現状と再生のための序論―」『生命倫理』23（1）

――「生命倫理学会病院内倫理委員会の比較医事法学的研究―モデルと指導原理の探究―」http://dspace.wul.waseda.ac.jp/dspace/bitstream/2065/40321/1/Honbun-6032.pdf

（2014年6月5日確認）
ジョンセン, AR.・シーグラー, M.・ウインスレイド,WJ.（2006）赤林朗、蔵田伸雄、児玉聡（監訳）『臨床倫理学　第5版』新興医学出版社
ジョンセン, AR.・ジェイムトン, A.（2007）香川知晶（訳）「医療倫理（南北アメリカの歴史）」『生命倫理百科事典』丸善
香川知晶（2000）『生命倫理の成立』、勁草書房
――――（2006）『死ぬ権利――カレン・クインラン事件と生命倫理の転回』勁草書房
桑田耕太郎・田尾雅夫（2010）『組織論　補訂版』有斐閣
宮坂純一（2009）『道徳的主体としての現代企業』晃洋書房
宮坂道夫ほか（2009）「日常臨床における医療倫理の実践」『日外会誌』110（1）
野村一夫（1998）『社会学感覚　増補版』（文化書房博文社）
オーリシオ, MP.（2007）額賀淑郎（訳）「倫理委員会と倫理コンサルテーション」『生命倫理百科事典』丸善
清水哲郎（1997）『医療現場に臨む哲学』勁草書房
――――（2000）『医療現場に臨む哲学Ⅱことばに与る私たち』勁草書房
清水哲郎・伊坂青司（2005）『生命と人生の倫理』日本放送出版協会
霜田求（2004）「医療とビジネス」田中朋弘・柘植尚則（編）『ビジネス倫理学――哲学的アプローチ』ナカニシヤ出版
品川哲彦（1998）「哲学や倫理学の研究者は生命倫理学において何をすべきか」加藤尚武・加茂直樹（編）『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社
田尾雅夫（1998）「組織論の視点からみた病院」『病院』57（1）医学書院
田代志門（2006）「医療倫理における「研究と治療の区別」の歴史的意義 ―日米比較の視点から―」『臨床倫理学4』http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/online_journal/cleth-4/10_tashiro.pdf（2014年6月5日確認）
土屋貴志（2006）「生命倫理学bioethics」『現代倫理学事典』弘文堂
ウェーバー, M.（1972）清水幾太郎（訳）『社会学の根本概念』岩波文庫
米本昌平（1998）『先端医療革命』中央公論社

（ウェブ情報）
白浜雅司「臨床倫理の症例検討と山村の診療所の医師の日常を伝えるページ」
http://square.umin.ac.jp/masashi/（2014年4月11日確認）
厚生労働省「厚生労働科学研究に関する指針」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/index.html（2014年6月5日確認）

日本病院機能評価事業「評価項目」http://jcqhc.or.jp/works/examination/e2.html
（2014年6月5日現在）
日本看護協会「臨床倫理委員会の設置と活用に関する指針」2006
https://direct.nurse.or.jp/jna_system/JNA_ninsyou.asp（2014年6月5日確認）
――「資格認定制度」
http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns（2014年6月5日確認）
――「認知症の術後患者を抑制・拘束せずに安楽に過ごさせるための看護師の挑戦」
http://www.nurse.or.jp/rinri/case/challenge/column.html（2014年4月11日確認）
清水哲郎「臨床倫理プロジェクト」
http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/index-j.html（2014年4月11日確認）