

Title	Communication-Design 11 全文
Author(s)	
Citation	Communication-Design. 2014, 11
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/50096
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

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

Osaka University

目次

【論文】

ケアの「人間化」のために I :

淀川キリスト教病院における、対話を取り入れた臨床倫理検討会についての考察…… 1

高橋綾 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD)

川崎唯史 (大阪大学大学院文学研究科博士後期課程・日本学術振興会特別研究員DC)

本間直樹 (大阪大学CSCD)

「病院組織倫理」試論 —— 病院という場をどうデザインするか …………… 27

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)

檜本直樹 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD)

【実践報告】

誰のためのアウトリーチか？～世界トップレベル研究拠点における実践から～…… 49

坂野上淳 (大阪大学免疫学フロンティア研究センター)

【研究ノート】

「コミュニケーションティーチング」の定義に関する研究ノート…………… 55

蓮行 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD)

投稿規程…………… 62

ケアの「人間化」のために I

淀川キリスト教病院における、対話を取り入れた臨床倫理検討会についての考察

高橋綾 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD)

川崎唯史 (大阪大学大学院文学研究科博士後期課程・日本学術振興会特別研究員DC)

本間直樹 (大阪大学CSCD)

Thinking on Clinical Ethics through Dialogue among Medical Workers

— Toward “Humanization” of Caring I

Aya Takahashi (Center for the Study of Communication-Design: CSCD, Osaka University)

Tadashi Kawasaki (Osaka University, Graduate School of Letters /

Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

Naoki Homma (CSCD, Osaka University)

本稿では、大阪市内の病院において行われている臨床倫理に関する研修会での対話を紹介、分析し、それが参加者にどのような変化をもたらしたかについての考察を行った。この研修会の特色として、事例検討に続き、事例に関連する一般的なテーマについて、個人的な経験もまじえて語り合い、考える「倫理カフェ」という対話セッションを設けたことがある。それによって、参加者たちは医療者として自分たちが持っている前提や医療現場のルーティンを意識化することができた。さらに続く振り返りのセッションでは、最初の事例に戻って考えながら、そうした前提やルーティンを人間であるという視座からリフレームして、患者や家族の自然な生のあり方を受け入れることや、変容していく社会のなかで求められる医療やケアの新しいあり方について考えることが可能になっていると考えられた。さらに、筆者達は、ケアする人同士の対話は、科学化・効率化する医療、ケアの中で疎外されている、ケアする人と患者の自然な生についての語りを回復させ、ケアする人やケアのあり方そのものを「人間化」することにつながるのではないかという展望を持つに至った。

In this article, we would like to discuss the meaning of dialogues held in workshops on clinical ethics in a hospital in Osaka City. The workshops consist of 1) a clinical case examination, 2) a “philosophical cafe” on an ethical subject abstracted from the case, and 3) a case re-examination dialogue from a broader perspective. After outlining the three workshops, we will analyze in detail two sets of workshops held in 2012-2013, considering how the participants have changed their attitudes toward the cases through the philosophical cafes and case re-examination dialogues. As we will see, in philosophical cafes they became aware of some assumptions they had as medical workers, and so perceived the case differently in the third workshop: for example, they came to accept the natural way of living of patients and their families and to put the socio-political situation of medical care in a critical perspective. In conclusion, we would offer the view that dialogues among medical workers can revive their narratives on lives of patients and of themselves and therefore “humanize” their caring practice under threat of efficiency and scientification.

キーワード

臨床倫理、対話、ケアの人間化

Clinical Ethics, Dialogue, Humanization of Caring

はじめに

本稿の目的は、淀川キリスト教病院（大阪府大阪市）においてこの病院に勤務する看護師・訪問看護師・医師・ソーシャルワーカーなどの医療従事者を対象に行われている「臨床倫理検討会」（以下、「検討会」と略記）において導入された「倫理カフェ」「(事例) 振り返り」という対話型セッションについてその意義を考察することにある。

臨床倫理における事例検討については、その方法に関する研究はなされてきたが¹⁾、事例検討を行うことを通して医療者の考えや実践にどのような変化が起こるかを検討する研究は管見のかぎりまだなされていない。本稿は事例検討の新たな方法の試みを紹介するとともに、検討会参加者の変容に着目することによって、事例検討の経験が医療者に与える影響をも考察するものである。とはいえ、淀川キリスト教病院での検討会に対話型セッションが取り入れられたのは、後述するように検討会を運営するコアメンバーから発せられた実践上の要請に応じてのことであり、事例検討の方法をめぐる臨床倫理学の議論が先にあり、それを適用したということではない。また、筆者らが検討会に参加・協力しているのも、臨床倫理の専門家としてというよりも対話型セッションの進行役としてであり、初めから事例検討の方法を検討・改善することを目的としていたわけではない。したがって本稿は、臨床倫理に関する理論的な考察というよりも、対話セッションの試行とその進行という実践を経て、検討会の意義を検討するという意味で、アクションリサーチ型研究の一端をなすと言える²⁾。

対話型セッションを導入した検討会自体は2009年度から行われているが、2012年度からは、事例検討を行った後、その事例に含まれる一般的な問いについて対話を行うという従来の「検討会」の流れに加え、その後に、もう一度事例に立ち返り、その事例や患者、家族に対する医療者の関わりを見直すという3セッション目が設けられている。本稿では、この3つのセッション、特に、対話のセッションと対話の後のセッションの内容を詳しく検討することによって、事例に基づいた対話を行うことで、どういった変化が参加者に起こったのか、「検討会」における対話セッションの意義を明らかにすることを目的とする。

そこで以下では、淀川キリスト教病院の「臨床倫理検討会」と対話型セッションの導入の経緯やその形態について紹介し、2012年度、2013年度に行われた「検討会」での対話について、記録を元に分析を加える。その上で「検討会」に対話セッションを取り入れることの意義について考察を加える。

1. 淀川キリスト教病院における「臨床倫理検討会」と対話セッションの導入

1.1 導入の経緯と2011年度までの検討会について

淀川キリスト教病院における「臨床倫理検討会」³⁾は、病院に勤務する看護師、訪問看護師、医師、ソーシャルワーカーなどの医療従事者たちが集まり⁴⁾、各病棟であった倫理的な対応や思考が求められる事例について分析、振り返りを行い、次の実践につなげるために行われている院内の研修会の一つである。検討会には、毎回各病棟の看護師を中心に20-40人程度が参加し、10人程度のグループに分かれて事例の検討や対話を行っている。この検討会は、哲学対話を促進・支援する団体「カフェフィロ」⁵⁾と病院の検討会コアメンバー⁶⁾との協力によって開催されており、本稿執筆者である高橋や川崎などが進行役として対話に参加している。カフェフィロのメンバーは単に対話の進行をするだけでなく、検討会の形式や方法に関しても病院側のコアメンバーとともに話し合い、その意義や効果を検討し、改善の提案も行っている。

この検討会に対話セッションが取り入れられるようになったのは2009年6月からである。それ以前は現在も用いられている「臨床倫理検討シート」(後述)を用いた事例検討のみが行われており、そこに倫理学の専門家⁷⁾が同席して、コメントをするという形がとられていた。2009年度からは、検討会のコアメンバーから、事例検討だけではなく、参加者たちが自分たちの考えを話し、聞き合う対話型セッションを取り入れたいという希望があったため、事例検討に続くものとして、カフェフィロメンバーが(倫理学の専門家という立場ではなく)対話を促進する進行役という形で参加する対話型セッションが、新たに「倫理カフェ」



写真1 検討会での対話の様子

という名称で取り入れられることとなった⁸⁾。

2009年度から2011年度までは、月に1回、2時間程度の検討会が年6回開催された。ここでは、各病棟から出された対応が難しかった事例について、臨床倫理検討シートに基づき事例の分析や対応の検討を行う回と、その事例から参加者が気になることを抽出し、それをより一般的な問いの形にして対話を行う「倫理カフェ」の回の2セッションを1クールとして、二ヶ月連続の検討会を計三回行った⁹⁾。

事例検討の後に対話型のセッションを取り入れたことで、参加者からは、「患者を取り巻く社会的環境などに関する新たな視点を発見することや他人の意見を聞くことによって多くの価値観に触れることができていた」という肯定的な評価もなされた半面、一般的なテーマについて話し合う対話セッションだけで終わってしまうため、話し合われたことが具体的などのような臨床実践につながるのかが見えにくいという問題点も挙げられた。こうした意見を踏まえて2012年度からは、検討会の構成が見直されることになった。

1.2 2012年度・2013年度の検討会

2011年度の報告書において、倫理カフェでの話し合いがどのように臨床に活かされているかを評価しがたいという見解が出されたことを受け、2012年度からの検討会の方法が検討された。運営担当の看護師たちとカフェフィロのメンバーとのミーティングでも、倫理カフェで一つのクールを終わらせてしまうと、対話した内容がうまく臨床での実践・思考に結びつかないままで終わってしまう参加者もいるのではないかという意見があったことから、倫理カフェで話したことをふまえ、もう一度最初の事例を見直して、話し合うという「振り返り」のセッションを設定することが決まった¹⁰⁾。そこで2012年度は、検討会を年6回開催することに変わりはないものの、事例検討・倫理カフェ・(事例) 振り返りの3セッションで1クールを構成し、年に2クールを行うことにした。以下ではその3つのセッションにおいてどのようなことが行われているのかを簡単に紹介する。

1.2.1 事例検討

最初に行う事例検討では、清水哲郎氏の主宰する「臨床倫理プロジェクト」によって作成された「臨床倫理検討シート」を用いて、一つの事例を一時間ほどかけて検討する¹¹⁾。

事例はクールごとに異なる病棟から提供される。シートは「ステップ1」(本人プロフィール・経過・分岐点)の欄が記入された状態で参加者にあらかじめ配布される。事例検討の場では10名程度のグループに分かれ「ステップ2」(情報の整理と共有)と「ステップ3」(倫理的な観点からの検討)の項目を話し合いながら記入していく。

ステップ3の倫理的観点としては、医療倫理の原則にもある(1)相手を人間として尊重する(自律尊重)、(2)相手にできるかぎり大きな益をもたらす(与益・不加害)、(3)社会

的視点で適切であるように（公平さ）、の三つが記入項目として挙げられており¹²⁾、参加者たちはこの三つの観点から事例について分析、考察する。

事例検討セッションではカフェフィロメンバーは進行せず、参加者の中で司会を決め、シートの手順にしたがって考え、事例の分析を述べて行く。最後に各グループの検討内容を全体で共有し、次回の倫理カフェで話したいテーマを募る。事例検討の終了後、コアメンバーとカフェフィロの担当者で簡単なミーティングを行う。このミーティングにおいて、事例検討の際に出た意見を参考にしながら、倫理カフェのテーマまたは問いを決定する。病院のコアメンバーが作成した、事例検討の目標は次の四つである¹³⁾。1) 臨床で看護職が経験するジレンマの状況を、倫理原則、理論、基準を用いて批判的に分析し、どのような倫理的問題が包含されているかを明らかにする。2) 看護職が体験する倫理的ジレンマの解決の糸口を見出す力を習得する。3) 実践での倫理問題に関する看護職の責任を認識する。4) 倫理的問題が生じた際には、他職種を交えた意見交換を行うことができる。

1.2.2 倫理カフェ

一ヶ月後、事例から抽出されたテーマで、対話セッションを行う。二番目のセッションは、準備なしで気軽に参加し、色々なことを話してほしいという意図から「倫理カフェ」という呼称が用いられている。倫理カフェにおいては、事例検討の際と同じグループで話し合いがなされ、そこにカフェフィロメンバーが各グループに一人ずつ入り、対話の進行を行う。最後に全体で行うまとめの際にも、進行役が話し合った内容をまとめて発表する。

前述の「臨床倫理検討シート」では、「ステップ3」に続き、問題解決や合意を行い、今後の対応やケアについて話し合う「ステップ4」がアウトプットの段階として設定されている¹⁴⁾。淀川キリスト教病院での検討会の特徴は、このアウトプットの段階に代わるものとして、「倫理カフェ」（とそれに続く事例振り返り）という対話のフェーズを取り入れた点にある¹⁵⁾。

倫理カフェで重視されている点としては、1) 一つのテーマについて、自分の考えを明確にし、他人の考えに向かい合い、共に考えを深める、ということと、2) 医療者という立場だけでなく一個人としてテーマを考え、問題の根本を見出すことができるようになる、ということがある¹⁶⁾。1) については、事例検討では時間的制約もあり、事例の整理・分析に関心が向けられるため、参加者が意見を交換する時間は取りにくい。そのため、事例から発展させる形で、事例や対象についての考察ではなく、それぞれが感じ、考えていることを話し合える機会を倫理カフェという形で設けることにした。しかし、2) にあるように、倫理カフェは問題解決を目指す対話ではない。むしろ、取りうる治療の選択肢についての分析・考察、解決策の模索ではなく、事例全体を通じて医療者が問題と感じていることは何か、他の病棟の医療従事者とも共通して話し合える問題があるとすればそれは何かというかたちで、

資料1

淀川キリスト教病院で用いられている「臨床倫理検討シート」(臨床倫理プロジェクト [2013])

[ステップ2] 情報の整理と共有 【時点: / 選択の内容: 】

A 医療・介護情報と判断	
2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリットのアセスメント	2A-2 社会的視点から
2A-3 説明	家族に対して
B 本人・家族の意思と生活	
2B-1 本人の理解と意向	2B-2 家族の理解と意向
2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について (これらに関係するかもしれないエピソードなど)	

〔ステップ3〕 検討とオリエンテーション

3-0 問題となっていること・問題を感じていること

3-1 人として尊重することをめぐって

3-2 相手の益を目指すことをめぐって

3-3 社会的視点でのチェック

3-4 総合的検討と今後の対応の方針

より一般的・根本的な問題を「発見」し、それについて話し合うことが目指される。また、そのような根本的な問題について、医療や看護の前提をいったん括弧に入れ、一個人として語り合うことで、患者の立場や社会的な視点から問題や事例を見ることができるようになることを狙いとしている。

これらの目標を達成するために、話し合いの組織、進行の仕方として、重要なことは四つある。

- 1) 参加者の能動的な参加、発言、意見交換を促すこと。事例検討のように手順にしたがって分析項目を発表し、まとめるという形ではなく、進行役は問いに関連して、個々の参加者が話したいと思う事、互いに気になることを問い合い、考えることができるように進行をする。
- 2) 問いの設定は重要であり、倫理カフェのテーマや問いを決める際には、事例に含まれてはいるが、事例から離れ、一般的な問題として考えることのできるもの、医療現場に限定されないテーマや問いをあえて選ぶようにしている。
- 3) 実際の対話において、前回に検討した事例のことはいったん脇に置き、テーマまたは問いに向き合うことから始めること。事例への言及が禁じられるわけではないが、参加者は病院内外でのそれぞれの経験や考えたことから話し合い始めることが多い。進行役もそうした発言を促す。医療従事者ではない進行役が自分の日常で経験したことを話すことによって、参加者も医療者という立場を強く意識しないで話すようになることもある。
- 4) 全員が納得できる問いへの答えを探すのではなく、対話の中で考えを深めることを目指して、時間がなくなるまで話し合うこと。倫理カフェでは合意形成ではなく、多様な観点から考え、話し合いを通じた思考の深化を重視する。

1.2.3 振り返り¹⁷⁾

振り返りの際も倫理カフェと同様にカフェフィロのメンバーがグループに一人ずつ進行役として参加する。諸事情によりかなわないこともあるが、可能な限り倫理カフェと同じメンバーで、振り返りセッションも対話ができるように調整している。また、振り返りを意味あるものにするため、倫理カフェで話し合われた内容についてまとめたものが振り返りの前に参加者に配布されている。振り返りを開始する際にも、進行役が前月の倫理カフェの概略を簡単に伝えることがある。

コアメンバーによって、振り返りについては、1) 倫理カフェでの話し合いを踏まえて、事例を再検討する、2) 視野を広げることにより事例の見方についても差があることに気づく、という二つの目標が立てられている¹⁸⁾。話の内容や進め方に関しては、事前にこれについて話し合わなければならないということは設定されておらず、各グループの参加者の関心に応じて話が展開される。進行役は、倫理カフェの内容を踏まえ、改めて初めの事例を見直

したときにどんなことを感じるか、気づきや発見はあるか、というようなことや、またこの事例と同じような患者や家族に遭遇した場合どうすればよいのだろう、というようなことを問いかけ、出てきたことから対話の流れや中心的テーマを臨機応変に作り出す。

以下に2012年度、2013年度の実施内容について紹介しておく¹⁹⁾。

2012年度

	開催月日	参加者数	内 容
第1 クール	第1回 8月21日	31名	事例検討 「末期がん患者の高カロリー輸液の治療選択」
	第2回 9月18日	32名	倫理カフェ 「相手を思いやることとは」
	第3回 10月16日	28名	振り返り 「思いやり」の視点から検討
第2 クール	第4回 12月18日	24名	事例検討 「患者にDNR（蘇生措置拒否）の方針決定に参加してもらうか」
	第5回 1月15日	18名	倫理カフェ 「人としてみるとは？人として見られるとは？」
	第6回 2月12日	22名	振り返り 「人として」の視点から検討

2013年度

	開催月日	参加者数	内 容
第1 クール	第1回 6月18日	38名	事例検討 「病状理解と意向が十分に確認できない患者の治療の意思決定」
	第2回 7月16日	39名	倫理カフェ 「意思って何？」
	第3回 8月20日	34名	振り返り 「意思決定」の視点から検討
第2 クール	第4回 10月15日	38名	事例検討 「独居患者の治療選択」
	第5回 11月9日	35名	倫理カフェ 「おひとりさまの人生の最後」
	第6回 12月17日	33名	振り返り 倫理カフェの視点から検討

2.

対話セッションを取り入れることでの参加者の考え、事例に対する態度はどう変化したが

本節では、以上の検討会の形式、進め方の紹介を踏まえ、2012年度の第1クールと、2013年度の第2クールの内容を紹介するとともに、発言記録を分析し、事例への関わりの変化や参加者の気づきとしてどのようなことが起こったかを検討していく。

各年度から一クールずつ取り上げるのは、年度毎に参加者がかなりの程度異なるにも関わらず、次節で述べるようにいずれの年度においても同様の変化が見られたことを示すためである。2012年度の第1クールを取り上げるのは、医療現場によく見られる患者-家族関係の問題を含んだ事例であり、典型的な事例を扱った検討会がどのような経過を辿るかを示すためである。2013年度の第2クールを取り上げるのは、事例に関して、単に医療実践の問題としてではなく、政治的・社会的な側面をも視野に入れて話し合った場合にどのような変化が見られるかを考察するためである。

本節の執筆にあたっては、進行役として参加した際の観察と、発言記録を読み返した際の観察とを比較し、いずれにおいても際立っていた論点や意見を取り上げる。具体的には、複数のグループで重要な論点として参加者に受け取られ、時間をかけて話し合われていたもの、多くの発言の中で言及されたもの、その点をめぐって主張の重なりあるいは対立が見られたものを重視して詳述する。執筆者間でも、検討会においてどこに強調点があったかを確認して加筆・修正を行った。

ただし、以下で重視する論点の選定は、執筆者自身が進行役として検討会に参加していた以上、純粋に客観的なものではありえない。むしろ、上述のように進行役は参加者の発言に耳を傾けながら関心の集まっていると思われる論点を探っており、時にはそこに参加者の注意を集めるために介入することもある。さらに、倫理カフェと事例振り返りのセッション終了時の各グループのまとめとフィードバックも進行役が行っており、そこでも進行役から見た対話の流れ・起伏を述べている。とはいえ、進行役を務める者は、対話の流れを支配したり統御したりするのではなく、発言に応じて参加者の関心の所在や問題となっている論点を見定めるよう努めており、対話の実践を通してそうした訓練を積んでもいる。

2.1 2012年度の対話の分析

2.1.1 事例検討

2012年度の第1回の事例検討では、末期がんの治療選択において、身体的負担も大きく効果があまり期待できない治療を患者や家族が希望する場合、どのように対応し、治療を決定するかということが問題になった。事例検討の分岐点（複数の治療方針のうちどちらを選

ぶべきだったか、メリット・デメリットを挙げつつ検討する)としては、「末期がんの患者に本人、家族が希望している、高カロリー輸液(身体的な負担の多い治療)を実施するかどうか」が挙げられていた。しかし、参加者の多くは、治療の選択にも大きく影響を与えている患者や家族の背景や状況、この女性患者の場合、家族(夫)の「頑張ってもらいたい」という思いに応えようとするあまり、自分の思いを押さえて治療を続けようとしているのではないかと、ということを気にかけていた。そこから、患者が家族を思いやる気持ちと家族が患者を思いやる気持ちとがすれ違っているのではないかという疑問が生まれたことを受け、第2回目(2017年10月)の倫理カフェのテーマが「相手を思いやることとは」に設定された。

2.1.2 倫理カフェ

第2回の倫理カフェでは、この事例を離れて一般的に「相手を思いやるということ」について経験談や意見が交わされた。記録によれば²⁰⁾、以下のような論点が複数のグループで挙がっている。

1) 相手を思いやったつもりでも、相手の望むことと合致していない場合は思いやりと言えるか

第1回の事例に関連するこの論点は、ほとんどのグループで様々な経験が出され、話がなされている。どのグループでも、相手を思いやることは、自分の価値観の一方的な押しつけになってはいけない、という意見はありつつも、「思いやり」については目に見える利他的な行為に限らず、その背景にある「思い」が重要であるという観点から、相手にあえて厳しいことを言うことが思いやりになる場合もある、すぐにはそれに気づかなくても自分に余裕ができれば、あるいは時間が経てば相手が自分を思いやってくれていたということに気づくことがある、思いやったかどうかについては表面的な結果(相手の望むことであったか、感謝されたか)は関係ないのではないかというような意見が挙がっている。

2) 思いやりとは「ベーシックな他人への気遣い」である？

1)のような話を踏まえて、いくつかのグループでは、「思いやっているとすることをことさらに意識するのはうまくいっていない場合なのではないか」、「思いやりというのはそれほど重大なものではなくもっと日頃自然に私たちがやっていること、『ベーシックな他人への気遣い』のようなものではないか」「信頼関係がベースであれば、思いやりは(多少表面的な行き違いがあっても)存在している」という意見が挙がっている。参加者たちの中には、「思いやり」は相互行為や利他的行為そのものではなく、それらを支えるような次元にあるもの、すなわち愛情や信頼によってなりたつケア的関係と結びついていると考えた人もいたようである。

3) 看護師としての思いやりと、プライベートでの思いやりは違うのか

興味深いのはいくつかのグループで3)のような論点が話し合われていることである。これについては2)で考えられたように、思いやりが私たちの相互行為全般を支える「ベー

シックな他人への気遣い」であると考えられるとしたグループもあるものの、他のグループでは「思いやりは愛情がなくても、プロ（看護師）としての知識や技術があれば成立するのではないか」という意見が述べられている。この見解の差が何によるものなのかは、倫理カフェではそれ以上話し合われていないが興味深いものではある²¹⁾。

2.1.3 振り返り

こうした話し合いを踏まえて、第3回の振り返りセッションでは、事例関係者からこの患者や家族についてのより踏み込んだ紹介や経過報告があった後で、もう一度事例について思うこと、考えることを述べ合うことになった。事例検討や倫理カフェと比較する形で、振り返りにおいてどのようなことが話し合われたかを列記、分析する。

1) この家族の間には本当に思いのずれがあったのか？—死を間近にした患者、家族の気持ちに寄り添う

記録によると²²⁾、ほとんどのグループが、患者と家族の間に思いのずれがあったか、という点を中心に、本当にずれはあったのか、その場合どうすればよかったのか、ということ話を合っている。思いのずれがあったかどうか、という点については、「倫理カフェの話し合いをしてみて、患者にも家族にも、死を前にして『もっと生きたい、頑張っしてほしい』という気持ちと『もう死を受け入れなければならない、楽になりたい』という二つの相反する思いが出てくるのは自然なことである、と気づいた」という意見があったことに象徴されるように、患者も家族も死を前にしてこの二つの気持ちの間を揺れ動いており、そのことが「ずれ」に見えたとしても、根底にはお互いに対する深い気遣いや愛情が存在していたと、この家族の関係を捉えなおした参加者が多かったようである。他にも「二人で決めて頑張ってきたが、治療をやめたいということを知り、夫がショックを受けた。しかし、(患者は)本当にしんどくなってから『(治療を) やめたい』という気持ちになったので、不一致の時間はそんなに長くなかったのではないか。」「現状を受け入れるまでに時間がかかった。でも二人はその中で生きていきたのだから、二人には必要な時間だった。」という意見も出ており、この患者と家族の関係を「思いのずれがあり、それを修復できなかった」という形で捉えるのではなく、支え合って最期を迎えたのだと肯定的に見直し、受け入れるべきだと多くの参加者たちは感じたようである。

2) 医療者の対応、介入について

ただし、多くの参加者たちは、この事例を否定的な側面だけで語るべきではないということには同意しているものの、できれば患者と家族の気持ちの揺れを同期させ(あるいは違いがあることを双方が認めた上で)、最終的にはたがいに死を受け入れ、納得いく看取りへと着地させたほうがよい、と考えているようであった。そのため、短期的な意思疎通や治療選択のためではなく、看取りに至る長期的な視野の中で、医療者が個別に話を聞いて、それぞ

れの意向を知ることや、家族で話し合える場づくりをサポートすること、夫婦の関係はどうしても密になり、違いやずれを受け入れることができない場合もあるため、子どもなど他の家族にも話し合いに加わってもらおうこと、そうした話し合いも、意向のずれを確認し意思決定するためというよりは、互いに思いやっているということを伝え合い、感じられるためになされるべきではないかという意見が出ていた。また、医療職の経験からは、病状に応じて患者の気持ちの変化があること、体調がしんどくなってくると相手を思いやることや思いやりを受け取ることが難しくなることは予測できることから、そのことをあらかじめ家族に伝えておき、患者が「これ以上頑張れないので、治療を中止したい」と伝えた場合には、「頑張ってもらいたい」という家族の思いが拒絶されたわけではないということが理解できるように、医療者は家族のショックをケアする必要がある、というような関わりの方向性も提示された。進行役としては、参加者たちが、患者の気持ちや家族の気持ちを自分のこととして考えながら、患者と家族の関係を再記述しようとしており、また医療者としての関わりも見直そうとしていた点が印象に残っている。

2.2 2013年度の対話の分析

2.2.1 事例検討

次に、2013年度の第2クールを例にとる。第1セッションの事例検討では、独居で老年の患者の事例が取り上げられ、その治療選択が主な問題となった。事例検討の「分岐点」としては、「長い間独り暮らしで親類と連絡が取れず、かつ認知症が進んでおり明確な意思表示や治療方針の決定をすることが難しいと思われる患者に経管栄養や延命措置を施すかどうか」という点が挙げられていた。このような場合、通常親族に連絡を取り、キーパーソンとして患者本人に代わって治療方針の決定を行ってもらわざるをえないが、この患者の場合親族には連絡が取れず、しかし栄養の摂取や急変時の治療行為については何らかの選択をせざるをえないという困難が生じていた。事例検討のなかでは、医療者が代理決定を行ってよいのか、この患者にとっての最善とは何なのかについて話し合いがなされた。倫理カフェのテーマとしては、こうしたケースは今後、高齢独居者が増えるなかで避けて通れないであろうということから、そうした高齢独居の進む社会における終末期のあり方について考えるために「おひとりさまの人生の最期」が選ばれた。

2.2.2 倫理カフェ

倫理カフェにおいて話し合われたことは、主に三つの観点に集約することができる²³⁾。

1) 自分自身の人生やその最期について考えることができた

自分の死はまだ先のことであまり考えられないと言う参加者もいた一方で、このテーマを見て「他人事ではない」、「自分のことだ」と感じたと言う参加者、家族に依存せず自律した

自分を保ちたいという理由で独居やグループホームを選択することを考え、準備しているという参加者も少なからず存在した。そうした参加者とともに考えることで、他の参加者も自分自身の最期に思いを馳せることができただろう。このようにテーマに向き合うことによって、独居老人の最期は、単に超高齢社会における医療の難題としてではなく、いずれ死を迎える私たちにとって余所事ではない切実な問題として捉えられたように思われる。

2) 一人で死ぬことについて考えを深められた

おひとりさまの最期に関する不安の多くは孤独死の暗いイメージに根ざしているが、家族と暮らしているとしても、自分の死は他ならぬ自分のものであり、他の人とは共有も交替もできないという点は動かない。いくつかのグループでは、このような死の代替不可能性という側面に注目したことによって、独居でも家族がいても、最期となればあまり関係がないのではないか、という見方が出ている。高齢者の独居に対しては、「さみしい」「家族に見捨てられた」というような否定的なイメージがつきまとうが、自律した生き方としてポジティブに独居（あるいは家族以外の他人との生活）を選択する人もいるという意見もあったことから、否定的なイメージを見直す契機となった。

3) これからの高齢化社会を見据えた看取りや医療制度のありかたについての意見が出された

独居の場合は早めにリビングウィルを書いておいたほうがよい（医療者としては確認しておいたほうがよい）という意見や、本人の意思不明時の代理決定をまずは親族に求める現行のやり方がこれからは立ち行かなくなるだろうという予測を踏まえ、患者の意思がより尊重されるように意思決定システムを変更していく必要があるという意見も出た。

2.2.3 振り返り

それでは、倫理カフェを受けて行なわれた事例の振り返りでは、どのようなことが話し合われたのか。以下、事例検討や倫理カフェに内容と対比しつつ、三つの側面に注目してまとめる²⁴⁾。

1) 患者や患者の意思／代理決定のありかたについて

事例検討では、身寄りと疎遠になった独居という状況は、自宅退院を難しくし、代理決定も望み薄にする治療選択上の困難として捉えられていたが、振り返りでは、そうした状況も含めてその人の生き方なのであり、医療者はその生き方を丁寧に汲んで治療を考える必要があるという見方が多くのグループで共有された。認知症についても、それによって患者は意思が確認できない状態になっていると安易に判断するのではなく、認知症の患者でも、「こうしたい」という意思の全く無い人は存在せず、感情的な表出や身体的反応、これまでの生活史のなかに表出されているその人の思いや生き方を汲み取ることが重要であるという意見が多く出ていた。（これについては、2013年度の第1クールで「意思って何？」というテーマで対話を行っていたことも影響していると考えられる。）

また、代理決定のありかたについても、本人に治療選択ができないと見なされる場合、どんなに疎遠であってもまず親族に代理決定が求められる現状こそが問題であるという見方や、医療者も、親族による代理決定にこだわらずに、親族以外にその人の生活や人となりを知る人からも情報を得て患者をよりよく知ることが必要だとする意見が出た。

2) 「積極的な医療行為をしない」という決定について

さらに、仮に医療者が代理決定の主体となりえるとしても、「積極的な医療行為をしない」という選択肢を（患者の意思である場合は別にして）医療者として取ることは心理的な抵抗があり、難しいという率直な意見が出された。他方で余分な治療をして患者を苦しめないことが最善なのではないかという意見もあった。通常、終末期の患者に積極的な医療行為（延命措置）をするかどうかについては、することに対して、しないことに対しても医療者は倫理的問題があると感じ、そこに葛藤や困難を感じることが多い²⁵⁾。今回の事例では医療者の代理決定が問題になっていることから、この葛藤がより表面化して検討の対象になったと言える。

3) 代理決定における医療者の責任、医療者の価値観と社会的な価値観の擦り合わせについて

医療現場では、通常患者か家族が治療選択を行うため、医療者が代理決定をすることは、大きな（法的）責任が問われる、また、それが負いきれない、代理決定することは恐いと感じる参加者が多かった。これからの社会状況では、医療者がやむを得ず代理決定しなければならないことが増えると予想されるため、その場合は、プライマリナースなど特定の医療者が悩み苦しまないために、情報をできるだけ沢山集め、また関係するスタッフで話し合っ確認した上で治療方針を決めるべきだということが複数のグループで話し合われた。また、病院のトップが方針を決め、きちんと責任を負ってほしいという意見もあったが、責任は大きいけれども、倫理委員会のようなトップダウンによる裁定を待つのではなく、現場の医療者たちがじっくり話し合うことが重要だという意見もあった。

さらに、終末期に積極的な医療行為をしない、ということについては、公正な資源配分やQOLの観点からも社会的には認知される事柄になっていることもあり、医療者も「治療」から「看取り」へと価値観をシフトさせていくべきではないか、という意見や、高齢化や独居の進む社会において、よりよい医療や看取りのシステムを構築していくためにも、医療者の側だけでなく、患者や家族、社会的な価値観の成熟も必要である、というより大きな社会的視点への言及も目立った。さらにカフェフィロの進行役がそれらをまとめる形で、医療現場ではこれまで法的な行為の正当性や責任をベースに考えることが主流だったが、「看取り」ということが重要になってくるとすれば、法的モデルでの「責任」だけではなく、患者、家族、医療者の「納得」ということも同様に重視されるべきではないかということを投げかけて振り返りが閉じられた。

3.

考察 — 「臨床倫理検討会」に対話セッションを取り入れることの意義について

最後に2012年度と、2013年度の対話とその分析を踏まえ、臨床倫理検討会に対話セッションを取り入れることの意義について考察を加える。これまでの対話の分析から、筆者達は対話セッションの意義として参加者たちが医療者として自分が持っている前提に気づくことができ、それをリフレームして柔軟に考えられるようになるという点があるのではないかと考える。その結果、臨床倫理における重要な観点として挙げられていた「相手を人間として尊重する」「相手にできるかぎり大きな益をもたらす」「社会的視点で適切であるように」という観点に関してもより深く考えることが可能になっているように思われる。以下ではこの点を中心に考察し、また、さらに今後の展望として、医療者同士の対話が、ケアする人同士のエンパワーメントとケアの「人間化」につながるのではないかとすることを述べて結びとする。

1) 医療者自身が倫理的、対話的態度をとることができるようになる

1.で述べたことと重複するが、確認のため述べておくと、対話セッションは事例検討シートを用いた話し合いだけでは不十分な点があり、それを補うために設けられたものである。検討シートセッションの限界として、時間の制約があることからシートに空欄を埋めるだけで終わってしまう、事例の分岐点の設定にしても、医療的な視点（どの治療を選択するか、そのメリット・デメリット）からなされるに留まってしまうことが多く、事例について深く考えるところまでは及ばない、シートのなかに話し合いの枠組みがあらかじめ設定されているため、「話したいことを話す」というより、シートに沿って「話さなければならないことを話す」という受動的な参加になってしまいがちである、というような点があった。

そこで、倫理カフェ・振り返りという対話セッションは、形式を変えながら一つの事例について三ヶ月間連続で考えることによって、医療的視点以外も含めいろいろな角度から事例についてじっくり考えることができ、さらに、進行役の助けによって、参加者たちが他人と話し合うことや、共に考えることを、能動的、自律的に行うことができるようになるために設けられた。対話の記録や感想からも、参加者の考えは深まり、同僚や他人と話し合うことに対する能動性が生まれていることが伺える。

清水は臨床倫理について「患者の個別的事情、家族の思いを加味して、この方にとって何が大事かを考えていく」ことや、「患者・家族の意向は変り得る」ことに加えて「自分たち医療チームの判断・評価も動く可能性を認めつつ、相手の言葉に耳を傾ける」ことが重要であると述べ²⁶⁾、そうした態度を現場で働く医療者たちがとることができるようになるために臨床倫理事例検討シートを活用し、個別のケースについて考えることを勧めている。しか

し、清水が挙げているような医療の臨床において必要になる倫理的態度は、優れて対話的なものであり、事例検討シートだけの話し合いでは、そうした態度を涵養することは難しいと思われる²⁷⁾。淀川キリスト教病院の臨床倫理検討会の場合は、医療者同士が対話するなかで、互いの差異に気づきながら、それでも自分たちで共に考え、能動的に考える場を作っていくことによって、医療者自身が対話的、倫理的態度をとることができるようになる学びの環境を提供できていると言える。

2) 医療者（としての自分、自分たち）が持っている前提に気づく

さらに、「倫理カフェ」の対話の特徴として、単なる事例に基づいた対話セッションではなく、事例に関係する一般的な問いについて語り合うということ、医療現場以外の日常の経験からも問いについて考えるということをしているという点にある。そのことの意義はどこにあると言えるだろうか。

倫理カフェや振り返りのなかでは、しばしば個人としての自分と医療者としての自分の間の開きについて言及がなされている。「プライベートでの思いやりと職業上の思いやりは同じか、違うか」、「自分個人としては自律を大切に、家族や医療者にそこまで頼りたくはないと思っているが、医療者としての自分は患者さんから頼られ、世話をすることは当たり前だと感じていた」「延命治療をしないという選択を医療職としてすることは難しいと感じてしまう」というように、参加者たちは、一個人として問いやテーマについて考えるうちに、医療者としての自分（たち）が知らない間に持っている前提や価値観について気づきはじめる。医療者（としての自分／自分たち）はどうしてもそう見てしまうが、その見方、考え方と、医療現場以外の人々（医療者ではない個人としての自分や患者）の見方、考え方との間に開きがあるのではないか、ということに目を向けている。

3) 医療者としての自分の見方、枠組みをリフレーミングして、患者（相手）や家族のあり方を「自然なものとして」受け入れることができる

2) のことに意識が向いた結果、患者や事例の見方についても、倫理カフェの後では変化が生じている。2) でも見たように、倫理カフェや振り返りのセッションでは、患者をそれまでの生活を背負った一人の個人として見るできるようになり、患者と家族の関係についても、それまでの関係を踏まえて長期的な観点で見る必要があること、患者と家族との関係が固定的なものでなく、変わりゆくものであるということ踏まえてその姿を捉えられるようになってきている。これは臨床倫理（検討シート）でも重視されている「相手を人間として尊重する」という医療倫理の原則に適う態度であると言える。

しかし、それ以上に重要なこととして、対話セッションのなかでは、2) のように医療者の見方、枠組みに気づいた上で、それをリフレーミングして患者や家族の姿をもう一度見直

すということが起こっていると考えられる。2012年度の対話にもあるように、話し合いの感想として「医療者の側からは問題と見えることも、患者や家族にとっては自然なことだったのだ」という発言を筆者達はしばしば耳にした。

事例検討で挙げられたようなケース——思いのすれ違い、死を受け入れることができない患者と家族、独居で介護者や代理決定者のいない認知症が疑われる患者——は、症状の経過を予測することができ、適切な治療や対応を先回りして行っていきたい医療者にとっては、それを阻むもの、「問題」と映る。しかしながら、それらのことが「問題」となるのは、「死を迎える患者や家族は、その意思を一致させ、死を受け入れることが望ましい（のにそれができていない）」「患者が法的に有効な仕方意思を示して治療選択をする、それができない場合は親族に治療の選択をしてもらわなければならない（ができない）」という医療者の前提から見ているからにすぎないとも言える。参加者が「それは自然なことだったのだ」という言葉で表現しているのは、医療者（自分）の前提をリフレームすることさえできれば、それらはそもそも「問題」ではなくなってしまう可能性がある、という気づきを意味しているのだと思われる。

筆者たちは医療者との対話を通して、上で述べたような、医療者の前提やルーティンを当たり前のものとせず、患者や家族の姿を見直し、受け入れるということは非常に重要であると考えるようになった。医療者たちは常に「相手（患者）を人間として尊重する」ということが重要であると理解し、それを実行しようとしている。しかし、先に挙げたような医療者の前提が自覚化され、患者も医療者もともに人間であるという視座からリフレームされない限り、「相手（患者）を人間として尊重する」はどこまでも医療者から見た「患者」の域を超えることはない。「相手を人として尊重する」ということは、医療者の持つ前提が自覚化され、それがリフレームできたところからもう一度相手や出来事を見直した時に初めて可能になることであるはずである。

もちろん、ここで「問題ではなくなる」「自然なこととして受け入れる」とか、あるいは「医療者の前提をリフレームする」ということで言われているのは、医療職としての対応を何もしない、ということではない。むしろ、そういった見方ができて初めて、医療者の枠組みに合わせて患者や家族の態度、気持ちをむりやり変えようとするのではなく、しかし、これまでの医療者としての経験を本当の意味で生かしつつ、患者、家族の自然な変化にそって寄り添う創造的なケアの可能性に気づくことができるという意味である。倫理カフェの後の振り返りでは、事例の患者、家族へのケアはどうあるべきだったか、似たようなケースに対するケアのありかたについても話がなされている。しかし、ここには単なる解決策の提示以上のものが含まれていると思われる。すなわち、上のようなリフレーミングを経た上で、自分たち医療職の持つ前提や考えを柔軟に問い直して、相手にとっての最善について考え、なおかつ医療職の経験や専門的知識に照らし合わせても、最善かつ、納得いくケアのあり方を

共同で考えることが行われているからである。

4) 現状の医療現場のルーティンや価値観をリフレームし、社会や社会的な価値観が大きく変動するなかで、ケアや医療がどうあるべきかを考えることができる

2.2で紹介した2013年度の対話では、患者や家族に対してだけでなく、さらに大きな社会的視点からケアや医療のあり方の展望が話し合われており、ここでも2)の医療者や医療現場がどんな前提で動いているかを参加者たちが意識したことの影響が見てとれる。

臨床倫理検討シートにも「社会的視点で適切であるようにする」という項目はあるものの、そこではこの患者や家族が使うことのできる社会資源にはどのようなものがあるか、現状の社会（医療）資源の状況に応じて医療やケアが公平に配分されているか、というような、現状を鑑みたスタティックな分析がなされるに留まっている。

しかし、この対話セッションの中では、まず、医療者の側に「患者が意思決定できない場合には親族の代理決定をどんな場合でも重視する」という手順へのこだわりや、「医療者として、終末期に積極的治療を行わないという選択をすることは難しい」という価値観が根強く存在すること、それらの多くは法的枠組みにおける医療行為の正当性や医療者の責任という考え方に由来していることが確認されている。その上で、そうした従来のルーティンや価値観にこだわってはいは、これから到来するであろう高齢独居社会、「治療」から「看取り」へと人々の価値観がシフトしはじめている社会には対応できないということが指摘され、社会や社会的価値観が変容していくなかで、将来的に医療やケアがどのように変わっていかねばならないのかにまで考えを及ぼせてみるのが可能になっている。

医療現場の中での妥当性だけでなく、社会的な観点から見た場合の医療行為の倫理的妥当性について考えを及ぼせることはもちろん重要なことではある。しかし、事例検討を見る限り、医療者にとって社会というものは、患者と医療者の関係の外にある「第三のもの」として捉えられがちであり、社会の目や法はそれを意識して医療行為をしなければならないものの、「他律的」基準として現れることが多い印象がある。対話セッションでは、医療者としての自分も、患者も共に社会に生きる存在であり、医療現場の価値観と社会的価値観は異なることはあるが、対立したり、一方が一方に従属するのではなく、協調して変化していくものであるという認識の上で、社会と社会に含み込まれた医療のあり方を現場の医療者一人一人が主体的に考えられるようになっている。そのような態度は、参加者自身が指摘した通り、社会や社会的価値観が大きく変容する現代においては、医療職に欠かせない態度であると言えるだろう。

結び

本論では、淀川キリスト教病院で行われている臨床倫理検討会、特に2012年度、2013年度に行われた、事例検討につづき、倫理カフェ・振り返りという対話セッションを取り入れた検討会で話し合われたことを紹介、分析し、参加者たちのなかにどのような変化があったかを考察した。

この検討会の特徴は、一般的なテーマで、参加者が医療現場以外の経験についても話し合うという「倫理カフェ」と、それを受けて、もう一度事例に戻って話し合う振り返りの対話セッションを設けたことである。倫理カフェでは、参加者たちは、医療者として自分もっている前提や価値観に気づき、そのことと、患者や自分の個人的な「普段の」感じ方のあいだに開きがあるということに目を向けていた。その影響で、振り返りでは、医療者としての前提や医療現場のルーティンをリフレームし、患者（相手）や家族のあり方を「自然なものとして」受け入れることや、社会が大きく変動するなかで、ケアや医療がどうあるべきかを考えることができるようになっていたという考察がなされた。

この対話セッションを取り入れた臨床倫理検討会というプロジェクトは、今後もケアワーカーたちとの協働により、内容や形式を考慮し改善を加え、続いて行くものである。最後に、今後の展望という意味でも、なぜ医療者としての前提や医療現場のルーティンをリフレームすることが必要なのか、そのことのもつ意味について考えておきたい。

通常、臨床倫理検討会は、医療者が直面している倫理的ジレンマについて話し合い、問題点やそれに対する解決法を見いだすためになされるものである。しかし、筆者達は、そこに対話セッションを取り入れることで、医療者（特に看護師が）自分たちのケアについて肯定的に意味付けることができ、自信をもってケアを続けることができるという意味で、ケアワーカーのセルフケアや、エンパワーメントという新しい側面が付け加わるのではないかと考えている。

佐藤登美、西村ユミらは、身体論的看護について述べた本のなかで、看護や医療が科学化、効率化を目指して機能分化し、評価と管理の眼差しが医療行為のなかに浸透していくなかで、ケアをする者たちは、身体性に象徴される、人間として自然な「普段の感じ方」を脇へ措いていくことになっていると指摘している²⁸⁾。佐藤らが述べるように、看護の科学化が、ケアする者とされる者をつないでいる身体性、患者やケアする者自身の「生きられるからだ」の自然な感覚を、解剖生理学-病理学的な、観察の対象としての人体へと切り縮めているのだとすれば、倫理的な側面においては、法モデルの手続き論や法的なリスク管理を重視する考え方が医療現場に浸透し、手続きや基準を当てはめて個々の事例や医療者の行動について考えることが当たり前となることで、ケアする人たちは、そうした枠におさまりきらない患者や、自分自身のありのままの生、自然な感じ方をそのまま受け入れることが難しく

なっていると言えるのではないか。淀川キリスト教病院での対話セッションにおいて、見いだされ、語りあうことによって共有されたのは、そうした評価や管理のまなざしをリフレームしたところに見えてくる、患者と、ほかならぬ看護師自身の、自然な、普段の感じ方であったのではないかと筆者達は考えている。

死を受け入れられず、揺れる気持ちがすれちがってしまう患者や家族、親族や医療者に頼ることを拒み、認知症をわずらっても独居を好む患者の生は、医療化された、評価や管理の眼差しのもとでは否定的なものとして現れてくる。こうした患者の生やそこに含まれている普段の感じ方を自然なものとして受け入れるためには——患者の身体に目を向けるためには、それに呼応する自分の身体に目を向けなければならないのと同様——看護師自身が自分の自然な普段の感じ方、生き方を語ること、対話のなかでそれを自分が受け入れ、他人によって受け入れられることが必要となる。

患者のあり方をそのまま受け入れる、尊重することは患者のためだけではない。佐藤や西村らは、ケアする人たちが、自分や他人の「普通の感じ方」から切り離されていくことは、ケアする者のなかに「葛藤」²⁹⁾ や「自己疎外」³⁰⁾、ケアの「不全感」³¹⁾ をもたらすと述べる。佐藤は、患者の「普通の感じ方」を受け入れることができない場合、ケアする側にも医療的な見方と、患者の自然な思いに呼応してしまう看護師自身の感覚の間の「葛藤」が生じてくると述べている。あるいは、西村が指摘するように、私を感じるということが、他人とともにある私を感じることである以上、自分の自然な感じ方から疎外されるということは、世界や他者との同調、シンパシーの感覚からも疎外されることにもつながる。身体性同様、医療の枠組みに回収されない普通の人間の自然な思い、感じ方を大切にすることが、「人のケア」という本質³²⁾ に関わることであるとするなら、こうしたことから疎外されたケアする人たちは、自らの実践に対し、根本的な揺らぎや不全感を感じることになるはずだ。

筆者達は、倫理カフェ・振り返りの対話セッションは、患者やケアする人自身の自然な思いや、普段の感じ方について語り合い、それをピアの間で共有し、尊重しあうという経験になっており、そうした感じ方を損なわないケアのありかたを対話のなかで探していく試みでもあったと考えている。それにより、参加者たちのなかには、自分たちのケアについて肯定的に意味付けることができ、自信をもってケアを続けることができるようになった人もいるのではないかと推測される。

本稿を出発点にしてこの研究が到達すべき最終地点は、ケアの営みをより大きな枠組みから再考することにあるだろう。南米の教育哲学者パウロ・フレイレは、医療現場と並んで、近代化のもう一つの象徴である教育現場でも、知識注入中心、評価や管理センターの制度のなかで、人間の自然な生、能動的で主体的な生が疎外され、人間が単なる知識の入れモノとなってしまうと指摘している。フレイレによれば、それぞれの生について語り直す対話によって、人々はもう一度人間らしい、主体的な生を取り戻すことができる。筆者たちは、教

育現場と平行に、科学化や効率化が進む医療現場においても、評価や管理の眼差しが浸透し、そこに生きる人々の「普通の感じ方」、身体や感情を持って生を生きる「人間の現実的存在」³³⁾の疎外が起きていると言えるのではないかと考える。したがって、医療者、ケアする人同士の対話は、そうした評価と管理の眼差しによって疎外されているケアする人と患者の自然な生についての語りを蘇らせ、科学化、効率化のなかで疎外されているケアする人やケアのあり方を「人間化」³⁴⁾することにつながるのではないかという展望を持っている。今後はこの展望のもと、ケアする人たちと対話を行い、その成果を分析、考察していきたい。

註

- 1) 事例検討の方法としては、(1) ビーチャムとチルドレスの提唱した原則主義（いくつかの倫理原則からなるセットを個別事例に適用することによって判断するもの）によるもの（Beauchamp & Childress [2013]）、(2) ジョンセンらの決疑論的アプローチの具体的な方法である「4分割法」（ジョンセン（他）[2006]）、(3) 清水哲郎らが開発した「臨床倫理検討システム」のツールである「検討シート」（後に詳しく紹介する）を用いるもの（清水 [2005]）、(4) 浅井篤らの「ともに考えるための臨床倫理チェックリスト」を用いるもの（浅井（他）[2009]）などが挙げられる。
- 2) アクションリサーチについては、矢守 [2010] を参照のこと。
- 3) 病院内で倫理的な対応が問題となる事例について検討するためのその他の方式としては、院内の医療者だけでなく、病院外部から法律や倫理学の専門家を招いて行う「倫理委員会」もある。「倫理委員会」が病院責任者と専門家による判断や裁定を現場に通達、適用するためのものであるのに対して、「臨床倫理検討会」は医療実践の当事者である看護師や医師たちが対応の難しかった事例や倫理的な困難を感じた事例について反省し、検討し合うことによって、自ら倫理的に適切な対応、態度をとることができるようになることを狙いとしたものである。したがって、トップダウンの倫理ではなく、実践者が自ら考えるという意味で「臨床倫理」という言葉が用いられている。淀川キリスト教病院における臨床倫理検討会も基本的にはこの「臨床倫理」的考え方に基づいている。「臨床倫理」という考え方、アプローチについては清水 [2009] および浅井・高橋 [2012] を参照。
- 4) 多職種の医療者が対象の研修であるものの、看護部主催の研修であるため、看護師の参加者が主である。医師等の参加はそう多くない。
- 5) 2005年発足。哲学カフェやネオ・ソクラティック・ダイアログといった哲学プラクティスや子どもの哲学の実践をさまざまな場所で市民とともにやっている。これまでの活動についてはカフェフィロ [2014] を参照。
- 6) 検討会には訪問看護部門も含め各病棟から数十名の看護師が出席するが、そのうち十数

- 名の看護師がコアメンバーとして、事例や倫理カフェのテーマの選択・参加者のグループ分け・各検討会のまとめ・カフェフィロとの連絡などを担当している。
- 7) 2008年度まではカフェフィロメンバーの西村高宏が担当していたが、2009年度以降は西村の移動にともない、高橋がカフェフィロ側の担当者となった。それと同時に、対話形式が取り入れられることになった。
 - 8) 倫理カフェがどのような手順で進められるかについては、1.2にて詳述する。
 - 9) 本稿の目的は2012年度以降の対話の分析のため、2009年度から2011年度までの検討会の詳しい内容についてはここでは詳述しない。これについては、高橋・川崎 [2014] を参照のこと。またこの報告と内容の上で一部重複している部分がある。
 - 10) この「三段」構成については、NSD（ネオ・ソクラティック・ダイアログ）という対話セッションを行った後のアウトプットとして具体的な問題に対する考えを話し合う、という「対話コンポーネンツ」の方法を参考にした。この方法については本間・堀江 [2003] を参照。
 - 11) 臨床倫理プロジェクト [2013] (<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html> 2014年4月3日最終確認) 参照。
 - 12) 臨床倫理プロジェクト [2013] および清水 [2009: 23-28] を参照。
 - 13) 以下、「2011年度臨床倫理検討会報告書」より引用。なお、以下で参照する検討会の「報告書」は、各年度末にコアメンバーが病院に報告するために作成している文書であり、一般には公開されていない。本稿での引用に関しては、コアメンバーに確認していただき、了承を得ている。後に参照する「まとめ」についても同様である。
 - 14) ただし、ステップ4は検討シート作成者によっても絶対に必要なものではないとされている。
 - 15) あるいは、後で述べるように、検討シートを用いただけでは、それを機械的に埋めて行くだけになりがちであり、この検討シートで本来意図されていることが達せられないため、対話セッションという参加型のフェーズを取り入れていれて、より深く事例に直面し、考えられるようにしているとも言える。
 - 16) 前出「2011年度臨床倫理検討会報告書」にも倫理カフェの目標がそのように記されている。
 - 17) また後述するように、最後のセッションの呼称については、そこで何が起きているかを考察した上で、また、参加者が理解しやすく、参加や発言の仕方が分かりやすくなるように、検討・改善が必要であるが、ここではとりあえず「振り返り」としておく。
 - 18) 「2012年度臨床倫理検討会報告書」より引用。
 - 19) 「2012年度臨床倫理検討会報告書」および「2013年度臨床倫理検討会報告書」より引用。
 - 20) 「2012年度第2回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。なお、以下で参照する検討会の「ま

- とめ」は、第二・第三セッションの最後に口頭で行う、進行役による各グループの話し合いのまとめを基に、コアメンバーが後日作成し、検討会参加者およびカフェフィロメンバーに配布しているものであり、一般には公開されていない。
- 21) この検討会への関わりを通じて、特に看護師という職種は、看護やケアという行為には私たちがプライベートでなすケア的行為と通底しているところがありながら、それを職業として行っているという自覚があるため、その線引きを意識せざるをえないことが多いという印象を筆者らはもっている。この論点提示と見解の差はそれに由来するところが大きいのではないかと推測している。
- 22) 検討会コアメンバー作成の「2012年度第3回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 23) 以下、検討会コアメンバー作成の「2013年度第5回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 24) 以下、検討会コアメンバー作成の「2013年度第6回臨床倫理検討会まとめ」に基づく。
- 25) 日本老年医学会 [2012:3] (http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf) 参照。
- 26) 清水 [2009: 33-34]
- 27) 検討シートを使った臨床倫理検討会を長い時間かけて、倫理学の専門家の同席や参加のもとで行うことが想定されているようであるが、病院内の研修として一度にそうした長時間の検討会を持つことが難しいという実践上の制約にもよる。
- 28) 佐藤・西村 [2014]、特に第Ⅰ部（佐藤執筆）と第Ⅲ部（西村執筆）を参照。
- 29) 佐藤・西村 [2014: 5]
- 30) 佐藤・西村 [2014: 180]
- 31) 佐藤・西村 [2014: 6]
- 32) 佐藤・西村 [2014: 6]
- 33) 佐藤・西村 [2014: 183]、また市川 [1975: 226] を参照。
- 34) フレイレ [2011] 参照。また、周産期医療の分野では、妊娠、出産のプロセスが「(西洋)医療化」され、産む女性の主体性や、それぞれの地域、文化に独自の出産のあり方が疎外されることになっていることから、出産の社会的、文化的側面や、女性の身体の主体的な関わりを取り戻すことを意味する「出産の人間化 (ヒューマニゼーション)」を提唱している人々が存在する。本論で用いられている「人間化」という言葉も、妊産婦(患者)とケアワーカーというように対象こそ異なるものの、これらの考え方と同一線上にあるものであると言える。「出産の人間化 (ヒューマニゼーション)」という考え方、実践については、ワーグナー [2002] 参照。

文献表

浅井篤・高橋隆雄（責任編集）（2012）『臨床倫理』丸善出版

- 浅井篤（他）（編）（2009）「ともに考えるための臨床倫理チェックリスト」熊本大学大学院
医学薬学研究部生命倫理学分野
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013) Principles of Biomedical Ethics, 7th
edition, New York: Oxford University Press
- カフェフィロ（編）鷺田清一（監修）（2014）『哲学カフェのつくりかた』大阪大学出版会
- パウロ・フレイレ（2011）三砂ちずる（訳）『被抑圧者の教育学』亜紀書房
- 本間直樹・堀江剛（2003）「“対話コンポーネンツ”：臨床コミュニケーションのモデル形成
にむけて」鷺田清一（研究代表者）科学技術振興調整費『臨床コミュニケーションのモデル
開発と実践 平成14年度報告書』：144-163
- 市川浩（1975）『精神としての身体』勁草書房
- アルバート・R・ジョンセン（他）（2006）赤林朗（他）（監訳）『臨床倫理学第5版：臨床医
学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』新興医学出版社
- 日本老年医学会（2012）「高齢者ケアの意思決定プロセスにおけるガイドライン：人工的水
分、栄養補給の導入を中心として」
- 臨床倫理プロジェクト（2013）「臨床倫理検討シート」東京大学大学院人文社会系研究科
- 佐藤登美・西村ユミ（編著）（2014）『“生きるからだ”に向き合う：身体論的看護の試み』
へるす出版
- 清水哲郎（2005）「臨床倫理という営み」『理想』675：2-11
- 清水哲郎（2009）『臨床倫理の考え方と検討の実際 2009年度冬β版』東京大学大学院人文社
会系研究科
- 高橋綾・川崎唯史（2014）「淀川キリスト教病院での臨床倫理検討会の報告」『臨床哲学』
15-2：118-130
- マースデン・ワグナー（2002）井上裕美・河合蘭（監訳）『WHO勧告にみる望ましい周産
期ケアとその根拠』メディカ出版
- 矢守克也（2010）『アクションリサーチ 実践する人間科学』新曜社

「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する。

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 HEC⁶⁾ 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関係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「場当たりの」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、ピ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も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のか否かということを中心に検討が始められた。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、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對し、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にはらんでいる。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」「倫理委員会では何をすべきなのか」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年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「プロフェッショナルリズム」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な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、根拠の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ル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とも怪しいと言える。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」という思い、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^いな^いていく。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。彼が別の箇所では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職員員の「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きけるのか、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) デイオパン（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み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

チャンプリス, 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 一日米比較の視点から」『臨床倫理学4』http://www.lu-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)

誰のためのアウトリーチか？

～世界トップレベル研究拠点における実践から～

坂野上淳（大阪大学免疫学フロンティア研究センター）

Who should we be reaching out to?

—Practice from WPI—

Jun Sakanoue (Immunology Frontier Research Center: WPI-IFReC, Osaka University)

多額予算を用いたプロジェクト研究の現場では、アウトリーチ活動が科学好きの一般市民を満足させ、未来の科学者を夢見る高校生に希望を与えても、必ずしもプロジェクトへの高い評価には結びつかない。われわれは誰に向かってどのようにアウトリーチすればいいのか？巨大研究プロジェクトの代表といえる「世界トップレベル研究拠点」を例に考えたい。

In the research projects running with a huge budget, outreach efforts do not lead to receiving a high evaluation despite providing a feeling of satisfaction to general citizens who like scientific topics and high school students who desire to be scientists. This report discusses “For whom and how should we work on research outreach goals?”, taking WPI, a typical big research project as an example.

キーワード

世界トップレベル研究拠点、アウトリーチ、政策決定者
WPI, outreach, decision-maker

1. 世界トップレベル研究拠点プログラムとアウトリーチ

世界トップレベル研究拠点（World Premier International Research; WPI）はその名が示すとおり、研究面で世界トップクラスであるばかりでなく、研究所の体制が世界標準であることが総合科学技術会議の提言により求められてきた（内閣府 [2006]）。WPIは2007年に開始され10年間はその活動が保証されているが、10年間の活動の審査次第でその後の5年間の延長が認められる（図1）。すなわち、2017年までに世界中に「目に見える研究拠点」としての存在感であることを示さないかぎりプロジェクトは潰えるのである。

一方で、研究者自らが行う研究紹介活動、いわゆるアウトリーチが叫ばれて久しい。WPIにおいてアウトリーチを担ってきたのが各研究拠点のアウトリーチ担当者である。特に研究者と一般市民・学生が近い距離で率直な意見交換をする双方向的イベントにおける企画を重視し実行してきた。具体的には、イベント開催において研究者がプレゼンに集中できるため



図1 WPIプロジェクトの発足から継続期間

10年経過した時点での2017年の審査に合格すれば5年間の延長がある。さらに5年経過した2022年以降は大阪大学の資金による運営となる。

の開催に関わるあらゆる準備である（坂野上 [2012]）。

WPIがこうした活動に力を注いできたのには以下に示す政府の科学技術政策と深い関係がある。2006-2010年度の『第3期科学技術基本計画』（内閣府 [2006]）において「研究者等と国民が互いに対話しながら、国民のニーズを研究者等が共有するための双方向コミュニケーション活動であるアウトリーチ活動を推進する」とある。実際に、公的資金の配分を受けた大型プロジェクト（CRESTなど）では、研究者自身のアウトリーチ活動が半ば義務化されてきた。2007年にWPIがIFReC含む5拠点で発足し、その後3回にわたる事業仕分け（第一回：2009年11月、第二回：2010年4-5月、第三回：2010年10月）が行われた。

アウトリーチ担当者設置が各WPI拠点に設置されたのは2010年3月である。この時期から想像できることだが、第一回の事業仕分けにおいて、文部科学省WPI担当官が仕分け人から追求されたことに起因している。その結果、専門家以外にWPIの存在意義を示すことがWPIそのものの存続に関わると判断されたのである。こうして生まれたWPIアウトリーチ担当官は、研究者と一般市民をつなぐ双方向的なイベントを数々開催してきた。キーワードは「納税者への説明責任」であり、多額な国家プロジェクトであるWPIはその説明責任も大きいということである。その最たる目的は10年プロジェクトのWPIの予算を削らせないこと、さらに5年延長（計15年）の予算を勝ち獲ることである。

2. WPIのアウトリーチとその対象者

個々のアウトリーチ活動の対象者は比較的明確である。われわれがその一環として定着させたサイエンスカフェのシリーズでは、「科学好きのシニア層」であり納税者の中心といえるだろう。また、WPI拠点が持ち回りで主催してきた科学イベント「Science Talk Live」はこれから進学を目指す高校生向けのもの、同じくWPI合同で参加した「サイエンスアゴ

ラ」は、科学の裾野を広げるための主に子供向けのイベントである。さらに、WPIはアメリカ科学振興協会（American Association for the Advancement of Science; AAAS）の年次大会に日本館の一部として出展した。こうした一見雑多に見えるイベントの主催・参加もWPIの世間における認知度、さらに日本の科学技術政策の中での価値を上げプロジェクトの延長を勝ち取るためのものだ。いわば、アウトリーチの「顧客」は目の前のイベントのお客さんたちであると同時にWPIの研究者ともいえるのだ。

しかし、WPIの存続はつまるところ予算の確保の問題、日本の科学技術行政の問題である。ということは、アウトリーチの「真の顧客」は、WPIの予算を獲り続けるのに影響の大きな層である。したがって、われわれは、政策決定者（decision-maker）とは誰なのかを見極める必要がある。

WPI予算は財務省から文科省に配分される予算の中から捻出される。文科省が概算要求した額が満額降りてくるわけではないので、要求が減らされないためには文科省内でのWPI優先度が上位に位置することが望ましい。つまり、彼ら文科省職員にWPIの意義をアピールすることが、WPI予算の枠を安定化させる。

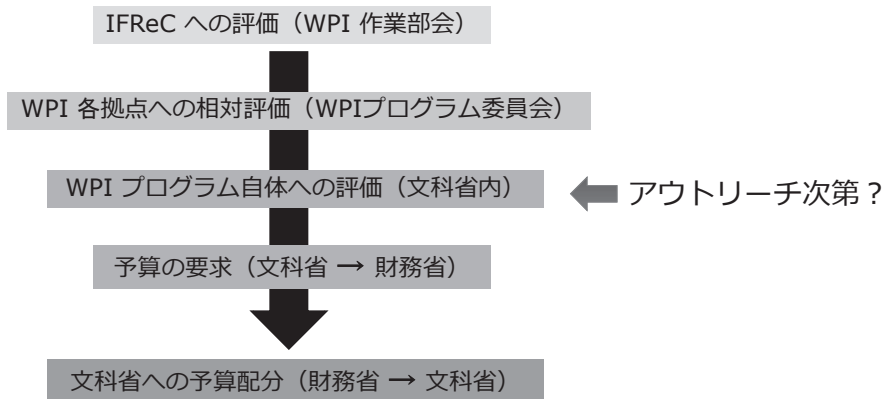


図2 WPIプロジェクトの評価と予算配分のスキーム

まず各拠点が作業部会とプログラム委員会に評価され、プログラム自体が文科省内で検討され、財務省向け概算要求に乗せられる。

このことから、アウトリーチの対象は予算の要求を作る文科省の職員ともいえるのだ。そのためには、「目に見える成果」をいかに確保するかがポイントだ。筆者にとって、2011年の内閣府主催「科学技術フェスタ」で出会った高校生が2013年春に阪大に入学し、現在免疫学を学ぶ一歩を踏み出したことは何より「目に見える成果」であったと自負している。これだけなら、阪大の顧客を確保したに過ぎないが、この体験談を文科省のWPI担当職員に話すとことのほか喜ばれる。「目に見える成果（=学生）」を獲得したことにより、自分の関わったプロジェクトの意義を霞ヶ関で説明しやすくなるという。

こうした考えを押し進めると、「Science Talk Live!」や「SSH大会」で出会った高校生、サイエンスカフェ常連のサラリーマン、さらに「AAAS年次総会」に参加した北米ジャーナリスト・一般市民は目の前の顧客として尊重するものの、WPI予算の獲得のためにはそれだけでは充分ではない。アウトリーチを目に見える成果として報告し、文科省内ひいては日本におけるWPIの存在感を示すことで予算が確保される。平たく言えば「日本のためにこんなに頑張っています」という文科省内へのアピールが必要なのだ。その典型例としてAAAS大会参加後の文部科学省の省内向け週刊誌『文教ニュース』（文部科学省 [2012]）への掲載をあげる。



図3 WPIのAAASへの参加を伝える『週刊文教ニュース』
(無断転載・複写不可)

1ページを使ってWPIの海外アウトリーチ活動を紹介しており、文科省内でWPIの認知・存在感上昇に貢献した。

『文教ニュース』自体はモノクロの自費出版風で大変地味なものだが、文科省と全国の大学の事務室にはまんべんなく行き渡る。そこで、2012年2月にWPIとして初めて参加した際は「海外で日本の教育・研究環境をアピールするWPIのアウトリーチ部隊」が紹介され、文科省内部でのWPI認知・評価が高まったと言われている。そのような評価から概算要求でのWPI予算の優先に結びつのがわれわれの望むべき姿である。

WPIのアウトリーチ活動の対象者を考える際には、こうした表面からは見えにくい政策決定者 (decision-maker) を意識しての活動が必須であろう (表1)。彼らに「アウトリーチしたことをアピールすること」で次に繋げるのだ。

もちろん、これは数多い時限研究プロジェクトの中でも、大きな国家予算が投入され、かつ10年以上と期間が長い WPIに特有であることは否めない。見直しする間もなく3年間で終わる一般研究プロジェクトでは、サイエンスカフェを科学者と市民が純粋に楽しむ姿も多

表1 WPIアウトリーチイベントの対象者

目の前の対象者（イベントの客）以外にIFReCとWPIプログラムの地位向上に結びつく「陰の対象者」とも呼ぶべき存在がある。

イベント	主催	対象者	陰の対象者(期待される効果)
サイエンスカフェ	IFReC	一般市民	大阪大学(学内でのIFReC評価)
Science Talk Live!	WPI 合同	中高生	文部科学省(予算作成時のWPI優先度)
スーパーサイエンス ハイスクール全国大会	JST 文部科学省	高校生	文部科学省(予算作成時のWPI優先度) 大阪大学(学内でのIFReC評価)
全米科学者会議 (AAAS) 総会	AAAS	北米市民 ジャーナリスト	文部科学省(予算作成時のWPI優先度)
WPI 成果集 (リーフレット)	JSPS 文部科学省	一般市民	文部科学省(予算請求時の説明責任) 財務省(予算作成時の文科省配分)

く見られる。しかし、将来にわたる恒久的な存在に関して、大学・研究機関レベルにおいても安穩とはできないだろう。免疫学の世界においても、理化学研究所 免疫・アレルギー科学総合研究センターが予算規模縮小により2013年から統合生命医科学研究センターに併合されたのは記憶に新しい。国が関与する研究所再編の動きの中で、「認知される努力を怠った功罪」が各地で表面化する日も遠くはないかもしれない。

3. アウトリーチの意外な対象者

個々の活動におけるアウトリーチ対象者は比較的明確であるが、対象者として忘れてはならないのが、自らのホスト機関、IFReCの場合は大阪大学そのものの存在だ（表1）。WPI研究拠点は英語を公用語とするなど各大学においてマイノリティとしての扱いを受けがちだ。「あそこは阪大の普通の部局とは違う」といった言葉も聞かれる。だからといって、学内でIFReCとWPIの認知度つまり大阪大学の看板分野を周知することを怠ると、大学自身にとってもマイナスとなる。一例を挙げると「本当に強い大学」というウェブ上に公開されたランキングがある。「財務力」「教育力」「就職力」の三項目において、順位をつけたものだ。このランキング2009年版において、大阪大学は東京大学、慶應大学に次いで3位にランクされた。これ以外の上位校も概ね受験偏差値の高い「難関名門校」に一致する。ところが、進学校の進学指導担当教諭によるアンケートに基づいた「高校からの評価が高い大学」ランキングにおいては、1位 京大100ポイント、2位 東北大97ポイントに対し、阪大は38ポイントで10位と低迷した。「高校からの評価」は実際に入学した生徒の感想に基づくようで、やや古いものの「本当に強い大学」とセットで提示されたら「阪大は入試が難しいだ

けでつまらない大学」という印象を高校生・予備校生に与えかねない。その結果、良質な受験生が集まらず、将来は阪大の質さえも落とす危険性がある。アウトリーチ対象者として自分の所属する大学そのものをあげたのはそのためである。つまり、IFReCが外部から評価されるためには阪大内部での評価を上げなければだめなのだ。大学内部へのアウトリーチによって、在学生やスタッフに自分たちの大学の強み・魅力を知らせることが満足度向上に繋がり、それらがアンケートなどを通じて受験生に伝われば、将来の学生の質の維持・向上に有効ではなかろうか。

現在大阪大学は、研究分野での世界ランキング10位以内を目標にしている。つまり研究力で東大を越えようとも取れるが、現実問題として被引用数で世界第7位（一本当たりの換算では世界第1位）の免疫学分野（トムソンロイター [2013]）以外では容易でない目標設定だ。しかし、阪大の免疫学、東北大の材料科学（いずれも各WPI拠点に対応）のように、得意分野を絞ることにより、各大学の存在価値を高められるとも考えられる。つまり、「その分野でトップレベルの研究がしたければ、私たちの大学へ来い」という受験生、研究者への誘い方である。己の得意分野を知り、目的を絞って設定し、アウトリーチ対象に働きかけることは、WPIに限らず生き残りのための普遍的なテーマであろう。

「顧客を選び満足感を向上させ、その評判を不特定多数に届ける」という一連の行為は民間企業の宣伝部の仕事に他ならない気もする。私たち研究機関のアウトリーチ担当官は「アウトリーチ＝宣伝活動」と割り切る覚悟もいるだろう。

文献

文部科学省（2012）「世界トップレベル研究拠点がAAAS年次大会に出展」『週刊文教ニュース』2180：34。

内閣府（2006）「世界トップレベルの研究拠点づくりについて」『第61回総合科学技術会議 配付資料』。

内閣府（2006）「第4章 社会・国民に支持される科学技術」『第3期科学技術基本計画』。

坂野上淳（2012）「もし世界トップレベル研究拠点のアウトリーチマネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」『Communication-Design』6：37-48。

トムソンロイター（2013）「論文の引用動向からみる日本の研究機関」ランキング

<http://ip-science.thomsonreuters.jp/press/release/2013/esi2013/ranking/>

週刊東洋経済（2010）「本当に強い大学」ランキング

<http://toyokeizai.net/articles/-/3214?page=1/>

「高校からの評価が高い大学」ランキング

<http://ranking100.web.fc2.com/koukouhyouka.html>

「コミュニケーションティーチング」の定義に関する研究ノート

運行（大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD）

Research note about the definition of “Communication Teaching”

Rengyou (Center for the Study of Communication-Design: CSCD, Osaka University)

「コミュニケーションティーチング」という語の成り立ちと、取り組みの沿革から始まり、コミュニケーションティーチングの内容と特長を、「演劇【で】【を】【から】」という助詞に着目したアプローチ、「参加者」からのアプローチ、「発表会」からのアプローチで説明する。続いては「演劇【から】」のアプローチをさらに深め、今後の展望と共にまとめる。

キーワード

演劇ワークショップ、教育、学習

Theatrical workshop, education, learning

1. 「コミュニケーションティーチング」という語と取り組みの沿革

筆者が2003年から取り組んできた、演劇の教育力を用いた教育学習支援プログラム群を「コミュニケーションティーチング」と呼んでいる。まずこの語がどのように生まれ、使われてきたのかの沿革を示す。（以下、肩書きは当時のものである。）

2003年1月

筆者が宇治市立小倉小学校にて糸井登（教諭）と藤川大祐（千葉大学准教授）との共同で演劇を小学校の算数に取り入れる「演劇で算数」の試みを開始。

2005年8月

松下電器（現パナソニック）のCSRプログラムとして、パナソニックわくわく体験ディスプレイ「演劇で環境問題」を実施。

2006年10月

宇治市立平盛小学校で「演劇で防災」を実施。

ここまでは自分たちの活動のことを、単に「演劇ワークショップ」と呼んでいた。

2005年4月～2006年3月

筆者が、文化庁「平成18年度新進芸術家国内研修制度研修員」として、平田オリザに師事したことがきっかけで、これまで実施していた「演劇ワークショップ」を指す言葉として、

平田の命名である「コミュニケーションティーチング」の語を使うようになる。「コミュニケーションティーチング」という語は「ドラマティーチング」という語からの連想から生み出された造語である。「演劇ワークショップ」は、非常に広い意味を指す言葉で、教育的プログラムから、観客参加型の公演形態のものまで含まれてしまうので、教育プログラムとして実施するものについて、「コミュニケーションティーチング」と呼び始めた。また、そのプログラムを講師として主導する者を「コミュニケーションティーチャー」と呼び始めた。

2007年6月

京都芸術センターにて実施した「コミュニケーションティーチングについて」（メインスピーカー：平田オリザ（青年団・大阪大学教授）、ゲストスピーカー：池田修（京都橘大学准教授）／糸井登（宇治市立平盛小学校教諭）／梶原剛（まつやまアーツマネジメント）、ナビゲーター：蓮行（劇団衛星）

関連事業＝平田オリザによる実演授業。同日昼に、平盛小学校にて「対話劇を作ろう」の授業）というシンポジウムで対外的に初めてその名称を使用している。

2007年10月

これまでのコミュニケーションティーチングの色々なテーマで実施して来たものを、「演劇で学ぼう！」シリーズとして再編。「環境編」、「防災編」、に加え、パナソニックわくわく体験ディスカバリーにて「演劇で学ぼう・防犯編」をスタート。

2007年11月

岡山県立大学「現代GPシンポジウム」にて「演劇でコミュニケーションを学ぼう」というワークショップを実施。

2008年4月～現在

文部科学省「現代的教育ニーズ取組支援プログラム」の一環として「コミュニケーションティーチング演劇演習」を、岡山県立大学保健福祉学部向けに通年科目として開講。翌年からは全学向けの夏期集中科目として開講。

2008年5月～

札幌・滋賀・愛媛・広島・東京・福岡・三重で「演劇で学ぼう！」シリーズを実施。以降、全国的に展開。

2009年10月

平成21年度地域力再生プロジェクト（京都府による補助金事業）として、京都府宇治市で「コミュニケーションティーチングによる地域力再生事業」を実施。「演劇で地域のことを学ぼう」プログラムをスタート。発表会に合わせてシンポジウムを実施し、前出の平田オリザ糸井登に加え、池田修、北川達夫（元外交官）、蓮行での議論を行った。（有限会社カヤ「明日の教室DVDシリーズ#5」として収録）

2010年4月～現在

大阪大学コミュニケーションデザイン科目「パフォーミングアーツの世界」にて、コミュニケーションティーチングを導入、実施。

2010年10月～2012年9月

独立行政法人科学技術振興機構（JST）・社会技術開発センター「犯罪からの子どもの安全」領域において、平田オリザを研究代表とする「演劇WSをコアとした地域防犯ネットワーク構築プロジェクト」を実施、防犯コミュニケーションティーチャーの育成に取り組んだ。

2011年3月

平成22年度京都府地域力再生事業として「地域密着型コミュニケーションティーチャー養成事業」に取り組み、地域人材資源としてのコミュニケーションティーチャーの育成に取り組んだ。

2011年4月

四国学院大学身体表現と舞台芸術マネジメント科目「身体表現ワークショップ」開講。この先攻では目指せるキャリアとして、「プロの俳優、舞台監督、演出家、劇作家、舞台芸術家、都市の劇場・地域の公共ホールのスタッフ、企画制作会社、文化財団、NPO、教員、保育士、社会福祉の分野の施設、一般企業」を挙げていて、演劇等の舞台芸術関係以外の業種への就職も想定した科目設計となっている。

2012年4月

天理医療大「芸術と生命実践演習」開講。看護師と臨床検査技師を目指す大学生に、演劇を教える。大学生は半期の演習を経て、近隣から大学のイベントに招かれた子どもたちに向けて、演劇を上演する。

同年4月～2013年3月

独立行政法人環境再生保全機構・地球環境基金助成事業「演劇ワークショップのノウハウを生かした『小学校教育における環境教育プログラム』の講師育成プロジェクト」にて、環境コミュニケーションティーチャーの育成に取り組んだ。

2013年

「交渉教育のための要素理論の研究 よりよき実践に向けて」（科研費）（野村美明/大阪大学大学院国際公共政策研究科）に、研究分担者として参画。小学生に直接民主制を体験させるコミュニケーションティーチング教材「件の宣言・小学生向け」の開発に取り組む。

2014年

「演劇ワークショップを用いた糖尿病医療者教育プログラムの開発普及と有効性の検証」（科研費）に、研究分担者として参画。

2014年7月

阪大病院で開催される平成26年度国公立大学附属病院医療安全セミナー（「大学病院で

行う科学的な医療安全」を目指して毎年実施されている) 内で、「演劇で医療安全コミュニケーションデザイン」を実施。

2. コミュニケーションティーチングの内容、特徴

筆者がプログラムディレクションしたコミュニケーションティーチングのプログラム「演劇で学ぼう」シリーズには、いくつかの特徴が挙げられる。前項で紹介した「演劇で学ぼう」シリーズと、その他のコミュニケーションティーチングの実践とを対比しながら、論を進める。

2.1 演劇【で】、演劇【を】、演劇【から】

「演劇で学ぼう」シリーズでは、目的は「演劇を上手く上演する事」とは設定されない。あくまで「環境」や「防災」といった「テーマ」を深く、多角的に、複雑に学ぶ手段として「演劇」を用いている。その意味を込めて、シリーズのタイトルは「演劇【で】学ぼう」となっている。

これに対し、2011年から四国学院大学で開講している講義「身体表現ワークショップ」は、舞台演劇人を目指す学生向けであるため、本義的な「演劇【を】教える・学ぶ」という内容である。一方で、実は大阪大で開講されている「パフォーミングアーツの世界」も天理医療大で開講されている「芸術と生命実践演習」も、同じく「演劇【を】教える・学ぶ」という内容になっている。四国学院大では、卒業生の中でプロの演劇人になれる者はごくわずかである、という前提から、他の職種でも通用する社会人を育成する必要があるが、演劇【を】学ぶ事によって、社会の広いテーマに目を向け、それを咀嚼し、さらに自分たちのチームで共有した上で、第三者に伝えられる形でまとめ直すという、高度なトレーニングを重ねることになる。これが、一般社会の他の業種で通用する人材の土台づくりになると考えられる。

演劇【で】学んだり、演劇【を】学んだりするうちに、演劇【から】学んだり、様々な知見を抽出することができる。これについては、第3項で改めて述べる。

2.2 参加者と、その参加の仕方

演劇で学ぼうシリーズは、プロの舞台俳優や演出家であるコミュニケーションティーチャーが、子ども(大人が参加することもある)と共同創作を行い、最終的には「共演する形で上演を行う」というスタイルを取る。参加者が高校生以上の場合などは、最終的にはコ

コミュニケーションティーチャーが共演せず、参加者のみで上演する場合もある。

参加者は、コミュニケーションティーチャーをファシリテーターとして、「環境」や「防災」といったその時々でディスカッションを行い、台本を作る作業から参画していく。

2.3 発表会

コミュニケーションティーチングの現状での中心的なプログラムである「演劇で学ぼう」シリーズでは、「演劇の社会的本能仮説」に基づき、「発表会」を重視するという考え方に立っている。

「演劇の社会的本能仮説」とは、「人間には表現欲求があり、とりわけ、演劇という形でアウトプットしたいという『社会的本能』がある。」というものである。この仮説の実証は困難ではあるが、複数の保育園でヒアリングした所、「子どもは誰も教えなくても、自然発生的に『ごっこ遊び』を始める。逆に言えば、『ごっこ遊び』をしない子供はいない」という保育士の方々の回答を得ており、有力な手がかりと考えている。

演劇の発表が本能に基づくものと仮定すると、その発表には非常に強い「内発的な動機」が発生するということになる。学習の動機付け、の難しさは様々な場面で語られるが、コミュニケーションティーチングの場合、発表会を設定する、という事そのものが、非常に強い「内発的動機付け」となるという、大きな特長がある。

ただし、発表会をする、という目的意識が強くなりすぎると、「とにかく、発表を形にするために、プロセスにおける合意形成がおろそかになる」、「内容を深化させる事より、笑いを取ることに走りがちになる」などのリスクがこれまで指摘されている。

3. 演劇【から】抽出できる知見とは？

「演劇で○○」シリーズは、実に多岐に渡る「○○」を入れることが可能である。第1項の「沿革」で示したものを含め、実績としては「演劇で算数」、「演劇で環境」、「演劇で数学」、「演劇で防犯」、「演劇で防災」、「演劇で地域を知ろう」、「演劇で食育」、「演劇で交通安全」、「演劇でキャリア教育」、「演劇で交渉教育」と、実に様々なものが挙げられる。具体的な構想としては、「演劇で医療者教育」、「演劇で司法リテラシー」、「演劇で語学（日本語教育を含む）」と行ったもののプログラム化が進んでいる。

演劇【で】何かのテーマに取り組む、という時の、共通する特徴は、

- (1) 登場人物を設定する（例：桃太郎と養祖父母と犬と猿と雉と鬼）
- (2) 場を設定する（例：昔々あるところに、そして鬼が島へ）
- (3) それらが巻き起こす「事件」を、ストーリーとして整える（例：お伴を連れて、鬼退治した）

(4) それをまとめたものを、身体表現を含めた形で発表する

ということである。「演劇で算数」であれば、

(1) 登場人物を設定する…見習い悪魔のデビーと、小学生のあきちゃん、お助け天使

(2) 場を設定する…悪魔小学校の校外学習で、一般の街にやって来た

(3) それらが巻き起こす「事件」を、ストーリーとして整える…デビーのいたずら魔法で、八百屋さんの野菜が全て四辺形に変えられてしまったが、あきちゃんがお助け天使（子ども達）の助けを借りて、その面積を求め（それで魔法が解ける）、野菜を元に戻す

(4) それをまとめたものを、身体表現を含めた形で発表する…授業参観で、親御さんに見てもらおう

という風に、具体的に記述できる。

上記の(1)から(4)のフレームを使えば、「演劇をやりたいという社会的本能」の力を利用して、高いモチベーションで、複雑な創作作業に、集団で取り組むことができる、というのが、演劇の取り組み【から】得た仮説である。学校教育であれば、主要教科と体育や美術などの実技教科、学活やクラブを含め全てのシーンでの応用が可能だろうし、「数学と体育」というような越境型の学習にも役立つと考えている。また、国際的な異文化理解や、デモクラシー教育とも非常に親和性が高い。また、これらの「演劇の持つ力」は子ども対象のみでなく、あらゆる人間を対象に発揮されると考えられるので、生涯学習、地域教育と呼ばれる様々な教育・学習シーンに、応用と実装が可能であろう。

子どものうちから、教科を分けて学習するが、それが生活感覚や身体性と一致して統合するという体験を持つ機会は少ない。これが「算数なんて、何の役に立つかわからない」という感覚を生む。演劇は、「何かを表現したい」という本能をコアに、「感性と知性と身体性を統合しようという振る舞い」を、老若男女を問わず起こさせる。細分化された「知」を、一個の身体内で統合させる力があると考えられる。そして、個々の内側で統合された「知」が、上演に向かう中で人と人の中で更に複雑に統合され、「上演」という形で世に出され、観客の喝采を浴びて報われ、強い成功体験がフィードバックされる。

このように演劇は、まず各個人の内部での、そしてそれを経てチームでの「統合知」を創ることに非常に効果が高いのではないかと、という仮説を持っている。

これらの仮説群が、「演劇【から】」得た知見であり、教育分野以外の、マーケティングや政治といった様々なジャンルに応用可能だろうと考えている。ここに挙げた仮説はほんの一部であるし、「科学的手法で明らかにする」ということには向かない種類の仮説もあるが、既存の知見を動員して、一部でも科学的に実証することが、急務であると考えている。

4.

今後の展望と、この研究ノートのまとめ

演劇の専門家が、コミュニケーションティーチャーの能力を身に付け、教育現場に参画していく（筆者の実践がこれにあたる）パターンと、すでに教育実践に関わっている実践者（教員、防災士、警察官等）が、コミュニケーションティーチングの能力を身につけていくパターンが想定されるが、現状ではまず前者の考え方に立った人材育成のカリキュラムの研究開発が先行して進んでいる。

今後は、科学的な手法を用いてコミュニケーションティーチングの効果を測定し、それらを前提とした（公・民を問わない）教育政策としての有用性を教育経済学的な見地からも明らかにしつつ、社会実装に結びつく様研究をすすめていく計画である。

Communication-Design (コミュニケーションデザイン・センター紀要)

投稿規程

1. 投稿者の資格

- 投稿者のうち少なくとも1名は、大阪大学の教員・研究員、および学生を含むこととする。
- ただし、Communication-Design 編集担当（以下、編集担当）が承認または原稿執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

2. 投稿内容・種類

2.1 投稿内容

- 投稿原稿の内容は自由であるが、広義のコミュニケーションデザインの概念・実践・教育方法の開発に寄与するものを対象とする。
- 原稿の対象は、論文、実践報告、研究ノートとする。

2.2 種類

2.2.1 論文（査読あり）

- 当該分野における新しい研究・開発の成果の記述で、研究の対象、方法、あるいは結果に独創性、創造性があり、かつ明確で価値のある結果や事実を含む。

2.2.2 実践報告（査読なしⁱ）

- 実践報告には下記のような内容を含む。
 - 教育、および社会学連携等の実践報告
 - 技術報告（設備・装置・ソフトウェアなどの設計・試験・運用・評価などの新しい経験やその結果の報告で、実用的価値のあるもの）
- なお、実践報告については、テキスト以外（画像・音声・映像等）を中心とした形式の投稿も可能とする。ただしその場合であっても、その背景や著者の意図に関する記述（1000文字以上）を含むこととする。

2.2.3 研究ノート（査読なしⁱ）

- 上記のカテゴリに当てはまらない原稿（下記の例示を参照）。
 - 短報（速報）：今後論文にまとめる予定の試論、又は速報的なもの。
 - 資料：論文のスタイルに収まりにくいもの。委員会・研究会が集約した意見・報告書など。
 - 編集者への手紙（letter to editor）：論文に対する意見、編集に対する意見など。
 - 書評：書物に対する評。
 - その他
- なお、実践報告については、テキスト以外（画像・音声・映像等）を中心とした形式の投稿も可能とする。ただしその場合であっても、その背景や著者の意図に関する記述（1000文字以上）を含むこととする。

3. 投稿原稿の作成及び提出

3.1 原稿の様式

- 原稿の様式は、別紙執筆要綱ⁱⁱによる。なお、編集担当において表記等をあらためることがある。

3.2 受理日

- 投稿原稿が編集担当に到着した日付をもって原稿の受理日とする。

3.3 内容

- 投稿原稿の内容は、原則として他の書籍・雑誌において未発表でかつ査読中でないものとする。

4. 査読手続き

4.1 査読の対象となる原稿

- 論文とする。
- 実践報告および研究ノートについては、編集の観点から修正を依頼する場合がある。

4.2 査読者の選出等

- 投稿された原稿について、編集担当が2名の査読者を選出し、別紙の査読要領にしたがって査読を行う。

4.3 投稿原稿の採否

- 査読の結果に基づいて編集担当が決定し、投稿者に通知する。

4.4 原稿の修正

- 査読照会事項について原稿の修正を行う場合は、旧原稿と査読所見に対する回答書を添えて、編集担当が指定した期間内に書類一式を再提出する。
- 著者校正は1回とし、再校以降は編集担当が担当する。

5. 著者校正

- 著者校正は1回とし、再校以降は編集担当が担当する。
- なお、マルチメディアの投稿原稿等については、配信上の加工が必要とされる場合、編集担当と著者との間で事前に協議することがある。

6. 媒体

- Communication-Design は、大阪大学学術情報庫（OUKA）を利用したオンラインジャーナルの形態で公開することを原則とする。

7. 著作権

- 本誌に掲載された内容については、投稿者に著作権があるものとする。
- また本誌は電子版も発行し、原稿は原則として大阪大学学術情報庫 OUKA に PDF ファイル又はその他の形式で掲載するため、著者はこれについての著作権上の複製権及び公衆送信権をコミュニケーションデザイン・センターに対して許諾することとする（これに掲載することを許諾しない場合は投稿時に申請するものとする）。
- また投稿において著作権者の存在する写真、図版、資料を引用する場合には、投稿者が責任をもって許可を得ておくこと。

附則

- この規程の改正は、2011年9月から施行する。

i 査読なしの場合でも、編集の観点から、原稿の改訂等を編集担当より依頼する場合がある。

ii 執筆要綱及びその他の書類は次の URL を参照のこと。 <http://cscd.osaka-u.ac.jp/data/orangebook/>

Communication-Design 11

異なる分野・文化・フィールド——人と人のつながりをデザインする

企画 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター

編集・制作 三成賢次
本間直樹
西川 勝
内野 花
内田みや子

表紙デザイン 清水良介

2014年8月29日 発行

発行 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター（CSCD）
〒560-0043 大阪府豊中市待兼山町1-16
Tel. 06-6850-6111（大阪大学代表） Fax. 06-4865-0121
<http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/>

印刷所 能登印刷株式会社

© Center for the Study of Communication-Design and Authors. All Rights Reserved.

2014 Printed in Japan

本書における全ての著作権は、大阪大学コミュニケーションデザイン・センターとその著者に帰属します。無断転載を禁ず。

㊦〈日本複写権センター委託出版物〉

本書を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上の例外を除き、禁じられています。

本書をコピーされる場合は、事前に日本複写権センター（JIRC）の許諾を受けてください。

JIRC [<http://www.jirc.or.jp> eメール：info@jirc.or.jp 電話：03-3401-2382]

ISSN 1881-8234

