



Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川医科大学紀要(一般教育)(2009.03) 第25号:1～21.

規則はなぜ守りにくいのか—安全管理の問題点と限界

長谷川吉昌

## 規則はなぜ守りにくいのかー安全管理の問題点と限界

### Why Is It So Difficult to Follow Given Rules? : Problems and

### Limitations of Safety Management

長谷川 吉昌

Yoshimasa HASEGAWA

---

#### Abstract

Unfortunately it is a common experience in our society that a set of rules introduced as a part of safety management system fails to prevent a tragic accident from occurring. The causes of such failures can be classified according to what features of each system are regarded as having relevancy to the accident occurred. In this paper I discuss how to learn appropriate lessons from failures showing some examples of the accidents that occurred recently in Japan. In the course of the discussion, some lessons are discarded as inappropriate. The lessons learned are used to clarify what problems we have to be faced with in controlling human behavior with safety management rules.

キーワード : 安全管理, リスク管理, 医療安全, フレーム問題, 応用倫理, 医療倫理  
safety management, risk management, medical safety, frame problem, applied ethics, medical ethics

---

#### 1. 問題設定

人間社会の常として、個々の成員が従うべきなんらかの掟が定められている。そのような掟ないし規則をさして社会規範とよぶことにすると、社会規範は、当該社会に所属する個々人の行動をなんらかの強制力のもとに一定範囲に拘束する効果をもつ。人間とはもっぱらそのような社会的強制力のおよぶ範囲内において社会生活を営むことによって生存し続けるような生物である。自然界に生息する野生生物の群れにおいても、比較的ヒトに近い生物種の生態を考えてみるとわかるように、そのような社会規範が萌芽的にであれ採用されていることも多い。逆に、同じ社会性動物であってもアリやミツバチのような昆虫の群れはこの種の規範をもたずに、しかしながら全体としてきわめて整然と秩序だった活動を営んでいる。自然環境への適応戦略という観点から両者を対照してみると、前者においては、われわれヒトがそうであるように、個体の行動がそのつど生物本能と並んで自己意識や同胞意識、社会集団への帰属意識などによって拘束されている。それに対し、後者の社会集団に属する個体どうしのかかわりにおいては、自己と他者との差異を明瞭に意識したうえで、個体差への関心が行動の選択に大きな影響を与えているようにはみえない。そうしてみると、ともに同じ社会集団に身をおく同種個体の境遇にそれなりの注意と関心をはらいつつ社会行動を選択す

ることが、ヒトという生物が生きていくその生き方を根本において制約する基本的態度であることになる。とはいえ、文明化された人間社会においては、他者への関心のもちようも時としてさまざまな屈折や倒錯を含み込む。そしてその関心のあり方の広がりに応じて、諸個人のとりうる社交行動にも多様なパターンが生じることだろう。だが、そのような多様性を示しつつも、およそ人の世に生きることとは、暗黙の了解に基づく規則によるのみならず、法令や会則などのように、明文化され、明示的な規約として採用された幾重もの規則によってもまた、自己の行動を意識的に律していくことを成立要件として含んでいる。

ところでこの種の規範的規則が人間社会においてそもそも必要とされるゆえんはどこにあるのだろうか。しごく単純素朴に考えるならば、それは社会集団内において互いの利害の衝突を調停し、共存を図るための手段として、であろう。深刻な利害の衝突などおよそ起こりえないような状況下でどういうわけか規範意識だけが高度に発達することなど、およそありそうな話ではない。その意味で規範とは、いわば生物個体同士が共存をはかるための「お作法」にほかならないともいえる<sup>1</sup>。もちろんこのような規範的規則がことさら規約されなくても、昆虫の群れがそうであるように各個体の行動が集団全体としてうまく調和を保つのであればなんら問題はないとも言えるが、そのような生物本能による行動の制御は、環境の変化に対して迅速に対応できるだけの柔軟性に欠ける憾みがある。それに対して、規則による行動の制御は、規約の改変によって、自然のおよび社会的な環境条件の変化にすばやく対処する可能性を原理上はもちうる。だがそのような適応行動が全体として効を奏するためには、規則を定め、またその規則に主体的に従うものと期待される人間諸個人が、それぞれの社会行動を選ぶにあたってさまざまな制約を満たしている必要がある。その制約を構成する条件が何かを考えることが本稿の目的である。以下では、社会集団における人間の活動のあり方を規制する規則として、特に安全管理のための規則を取りあげることとする<sup>2</sup>。不幸なことに、安全管理の失敗によって深刻な被害が発生することは、医療事故をひとつの典型としてわれわれの社会において日常茶飯の出来事といえる。その失敗原因を究明していくと、安全管理のためにあらかじめ設けられていた規則がそれとして機能していない場合が少なからずあり、そこでは、規則を逸脱した行動が原因のひとつとなって被害が発生していることがわかる。したがって、そのような事故による被害の深刻さやその発生頻度にかんがみれば、人がなぜ決められた規則を遵守できないかが切実な問題となる。以下ではまず、事故予防のための規則を導入することで人間の行動を規制しようという企てが失敗に終わる顕著なパターンを、近年報告された若干の事故事例から抽出する。ついでその分析結果をもとに、この種の企てが抱えざるをえない問題点を考察して、今後の安全管理のあるべき姿を模索する。

## 2. 規則の作り方：失敗事例から適切な教訓を学ぶこと

経験を通じてなにがしか教訓を学ぶ学習能力が人間にはそなわっている。この種の能力を適切に行使できないかぎり、社会生活を円滑に送ることはおよそ望みえない。だが、何をもって教訓と考えるかにかんして人はしばしば誤りを犯す。経験からそのつど適切な教訓を引き出すことは決して単純なことでもなければ容易なことでもない。その困難が具体的にどのような点にあるのか、事情の一端を昨年、学校教育現場で発生した一連の事故事例から確認しよう。

### [事故事例 1]

砲丸直撃 同級生の後頭部にあたり重傷（2008年2月29日、毎日新聞）

28 日午前 11 時 10 分ごろ、横浜市港南区港南台 6 の市立港南台第一中学校の校庭で、2 年の男子生徒(14)が投げた砲丸(重さ 2.7 キロ)が同じクラスの男子生徒(14)の後頭部に当たり重傷。神奈川県警港南署や横浜市によると、生徒たちは体育の授業中で、フライングディスクを投げていた。砲丸を投げた生徒は用具ケースにあった砲丸を見つけ「触ったことがないので投げてみた」という。

フライングディスクというのはかつて「frisbee」の名称で商品化されて普及した遊具である。事例 1 の事故は 2008 年の 2 月 29 日、フライングディスクを使った授業中に起こっている。ただしこの事故はディスクによってではなく砲丸によって発生している。つまりたまたま遊具ケースの中に砲丸を見つけた生徒が遊び半分でその砲丸を投げたところ、それが別の生徒の頭をうしろから直撃したというものだ。このような事例であれば、事故防止のための教訓をそこから学ぶことはたやすいように一見思える。その教訓の内容は「授業と関係のない遊びを授業中に行なってはいけない」というひとつの規則として取り出せそうだが、この規則を設けることだけで事故対策として十分であるかどうかを、事例 1 の 2 ヶ月ほどあとに東京都の高校で起きた次の事故事例とあわせて検討してみよう。

#### [事故事例 2]

投げたハンマー頭部に当たり男子高生重体(2008 年 4 月 21 日、産経新聞)

東京都立足立東高校の校庭で 19 日午後、陸上部の 3 年生の男子生徒(17)の投げたハンマー(重さ約 6 キロ)が、約 40 メートル先にいた 2 年生の男子部員(16)の頭に当たる事故が起きたことが分かった。男性顧問教諭(54)が 119 番通報、生徒は病院に運ばれたが、頭蓋骨骨折と脳挫傷で意識不明の重体。

当時、校庭には顧問教諭と陸上部の投擲部門の生徒 4 人がおり、教諭は被害生徒の近くにいた。被害生徒もハンマー投げの練習をしており、フェアグラウンド内にいたという。投げる生徒が「ハンマー行きます」と知らせる決まりだったが、教諭はこの声を確認できていないと話している。

3 年生の男子生徒がハンマーを投げた直後、「危ない」という叫び声を聞いて教諭が振り向いた直後、被害生徒にハンマーが当たったという。同校と警視庁綾瀬署で事故の原因を調べている。

この事例と事故事例 1 との共通点をまず考えよう。顕著な共通特徴は、砲丸とハンマーのちがいはあるにせよ、どちらもかなり重たい金属製の投擲用具によって被害が発生しているという点だ。しかもその用具は、できるだけ遠くまで投げてその飛距離を競うというのが本来の使いかただ。事例 1 は、砲丸投げの練習として行なわれたプレイが引き起こしたものではないけれども、どういう目的で砲丸が投じられたかはここでのポイントではない。そうではなく、ほかにも数多くの生徒のいるグラウンド内で、ハンマーや砲丸のような、重たくて硬い金属製の用具を投げるという行動じたいのもつ危険性が問題なのだ。その危険性に注意を向けないかぎり、たとえ「授業と関係のない遊びを授業中に行なってはいけない」というルールを設けたところでこの種の事故はなくなりはいだろう。なぜなら、遊びで投げようと競技や練習の一環として投げようと、ハンマーなり砲丸なりが人間を直撃すれば危害の発生はまず避けられないからである。そして、重たい投擲用具は、通常の人間の体力では軌道をコントロールすることがそもそも難しい。つまり、事例 1 から暫定的に引き出された上記の教訓は、端的に「的はずれ」なのである。

もちろんこの種の投擲種目の指導者たちも、上で指摘したような危険性については常々承知しており、一応の予防措置を講じてはいるようだ。報道記事にあるように事例2のケースだと、ハンマーを投げるときには、ほかのメンバーにそのことがわかるように大きな声ではっきりと合図を送ることがルールとして採用されていた。そしてそのルールがすべての参加者によって忠実に守られていれば、事例2のような事故はおそらく発生しなかったはずだ。だが、それにもかかわらず事故はじっさいに起きている。だから、制定された規則を守ることの難しさにここでも思いがいたるべきだろう。実際この種の事故の多くは、漫然とした行動によって起きている。仮にハンマーを投げる生徒が危険性をしっかりと認識して、大きな声で警告を発していたとしても、その周囲の生徒たちの中に漫然と警告を聞きのがす者がいれば、やはり事故はいずれ起きるものと考えねばなるまい。そして指導者が生徒たちに向かって「いいかお前ら、ハンマーを投げるときはな、かならずまわりの人間に大きな声で『投げるぞー!』と知らせろよ、危ないからな」と、口頭でただ一度説明するだけでは、なかなか事故は防げないことを事例2は示している。だから、事例1や2から得られる教訓はむしろ「人間の理解力や注意力を過信せずに安全確認の手続きには過剰なくらい念を入れよ」ということであり、事故対策としては、確認の徹底をはかるための規則や訓練を導入することが肝要だろう。この点を次の例とあわせて確認してほしい。

### [事故事例3]

陸上部員の円盤当たり中2 軽傷 (2008 年 4 月 29 日、毎日新聞)

29 日午後4時半ごろ、三重県名張市箕曲中村の市立赤目中学校グラウンドで、クラブ活動中の、同中学校2年の女子陸上部員(13)が投げた円盤(金属製、直径25センチ、厚み4センチ、重さ1キログラム)が、別の2年の女子部員(13)の左頭頂部に当たった。女子部員は軽傷。

県警名張署の調べでは、円盤を投げた部員は、負傷した部員を含め計3人で練習をしており、直前に「投げるよ」と他の2人に声をかけ、13メートル離れたネット(高さ約15メートル)に向けて投げた。しかし円盤はネットに当たって跳ね返り、近くにいた部員に当たったという。当時、顧問教師3人は別の競技の指導をしていた。

事例3は事例2のほぼ一週間後に三重県の中学校で起きている。今度の事故は砲丸投げでもハンマー投げでもなく円盤投げの練習中に起きており、先の二例と同じく、投げられた運動器具が別の生徒の頭部に当たっている。ただし今回は直撃事故ではない。投げられた円盤は防護用ネットから跳ね返ったあとで人間に当たっている。類似点と相違点とをチェックしたあとで事故原因を考えてみると、あいにくと情報が少なくて断定はできないのだが、一種の不注意による事故と考えられなくもない。つまり、投擲された円盤の行方を残りの生徒たち全員が目で追いかけたうえでの事故かどうか定かではないのだが、投げられたあとの円盤の描く軌跡について「おそらくこちらには落ちてこないだろう」という油断があったものと考えられる。ただし、すでに述べたようにこの点については情報が乏しく事故の詳細がわからないので断定はできない。むしろ人間の、特に中学生の判断力や注意力にあまり多くの期待を抱かないことのほうが、事故を防ぐうえでいっそう重要であると考えられる。過失の責任の所在について考えれば、仮に円盤がどの範囲で動きうるかについて十分な見通しが生徒たちになかったとしても、事故の発生を予見できなかったかどで責められるべきはむしろ生徒ではなく指導者の側ではなかろうか。「円盤がネットから跳ね返って思いがけない方向から落ちてくることがあるから、円盤の動きからけっして目を離すんじゃないぞ!」というくらいの

注意を、事前にしかも念入りに与えておくべきではなかったか、と筆者には思われる。このような注意が事故防止対策として安全管理上必要であるとしたら、その注意をきちんと生徒たちに理解させることが、生徒たちを指導する側の注意義務の中に含まれるだろうからである<sup>3</sup>。

最後にもうひとつだけ事例を挙げておこう。次の事例は、上記の三例とはちがって 2008 年度に発生した事故ではないし、学校内で起きたスポーツ関連の事故ですらないのだけれど、参考のために上の三つの事例と比べてみてもらいたい。

#### [事故事例 4]

給食早食い競争で中学生死亡 (2002 年 4 月 27 日、読売新聞)

愛知県尾西市の市立第一中学校で、当時 2 年生の男子生徒(14)が給食中に同級生と早食い競争をし、パンをのどに詰まらせて今月 24 日に死亡したことがわかった。同級生らは「正月にテレビで見た早食い番組をまねした」と話しているという。

学校によると、生徒は今年 1 月 15 日、給食が始まるとすぐに同級生 2 人と早食い競争を始め、直径約 5 センチのロールパンを一口で食べ、のどに詰まらせた。生徒は教室を飛び出して廊下の手洗い場で吐き出そうとし、駆けつけた養護教諭らもパンの一部を取り出したが、生徒は意識を失い、病院に運ばれていた。

学校が全校生徒を対象に調べた結果、51 人が「早食い競争をしたことがある」、76 人が「友だちがしているのを見たことがある」と答えたという。

毎年、年末年始になると、高齢者がもちを喉に詰まらせる死亡事故が、あたかも恒例であるかのようにきまって報道される。高齢者がもちを喉に詰まらせて命を落とさないようにするには、そもそも高齢者にもちを食べさせなければよいのだが、あいにくとそうもいかない。冬山登山と同様、危険であると知りつつも、あえて実行したい行動が人によってはあるからだ<sup>4</sup>。それに比べるとパンの早食い競争を行なう中学生たちについては、彼らが年少者であるがゆえに、給食でパンを早食いさせないようにするといった対策を講じることもあながち不可能ではない。たしかに不可能ではないのだが、「パンは喉に詰めやすいから気をつけろよ!」というのが本当にこの事故からわれわれが学ぶべき教訓なのだろうか。

この事例を一番目の事例と比較して共通点を抽出してもらいたい。二つの事故に共通しているような、顕著な事故パターンはないだろうか。最初の事例は、ひとりの生徒が用具ケースの中にたまたま砲丸を見つけたことに端を発している。砲丸を投げた動機は、ただ単に「投げてみたかった」からである。この生徒には、この状況下で砲丸を投げるという行動のもつ危険性の種類や程度について、投擲を思いとどまるに十分なだけの見通しがなかったのだろう。同じことが、スポーツ競技とは今のところみなされていないパンの早食い競争についても言える。この学校では、当時放映されていたテレビ番組の影響もあってか、この種の早食い競争が流行していたようだ。だから、犠牲になった生徒だけではなく、ほかの多くの生徒たちも同様の危険な行動を常時行っていた可能性が高い(記事の最後の段落にそう書いてある)。

私事にわたって恐縮であるが、筆者自身の少年時代の行動を胸に手を当てて反省してみると、この事例と遜色のない数々の愚行を少なくとも小学生時分には平然と行っていたように記憶する。たとえば、当時給食によく出た「冷凍ミカン」の早食い競争が小学校のクラスでは流行していた。それがあまりにも冷たくて、とうていよく噛んで食べてはいられないので、早食いといってもほと

んど丸呑みに近かったように思う。だから、事例4の記事を読んで「どこかの愚かな中学生がパンを喉に詰めて死んだそうだ」と呆れて済ます気にはとうていなれない。年齢のちがいこそあれ、自分たちもまた同じような行動を実行していたのだから、身につまされるのである。自分が不幸な目にあわずに済んだのはたんに、亡くなった少年よりも少しだけ運がよかったからにすぎないと思えるからだ。

さてそうすると、すでに事例3でも触れたことだが、このような事例からわれわれが学ぶべき教訓はむしろ「大人は年少者の分別を過信してはいけない」というものではなからうか。子供は大人と比べて人生経験が乏しいので、自分のとった行動の結果としてどのようなことが起こりがちかを予見する能力が大人よりもずっと低い。そのため、大人であれば危険を予測して自制するところでも、無思慮な行動を無造作にとってしまうことが時としてある。したがって、事故防止のために子供のとりうる行動パターンの範囲を予測するときには、あとさきをろくに考えずに行なわれるような無分別な行動も含めて、自分たちの行動よりもいっそう広い行動範囲を想定しながら事故防止対策を立てておかねばならないことになる。さもないと、学校のような比較的安全に管理されている環境のもとでさえ、思いがけない人身事故が発生しかねない。事故が起こったあとで「まさかここまで愚かだとは思わなかった」などと嘆息してもあとの祭りである。

ところで、ここで事例4をわざわざ追加したのは、事例3から得られる上記の教訓を強調するためではもちろんあるのだけれども、ただそれだけではない。そうではなく、過去の失敗事例から教訓をそのつど抽出するしかたについて次の論点を確認するためでもある。すなわち、同じひとつの事例を分析するのであっても、ほかのどのような事例と比較するかに応じて、何をその事例の顕著な特徴と見なすかが変わるという事情が一般にある。そうすると、比較対象としてどのような事例を取りあげるかしだい、それらの事例から抽出される共通パターンはさまざまに変化することになる。事故の発生パターンごとに立てられるべき防止対策についても、そこで抽出された共通特徴の変化に応じて大幅な変動が生じるわけだ。このような事情を真剣に考慮すると、ひとつの事故から十分な教訓を学ぶためには、類似点の明白なケースと比較するだけではなく、およそ類似しているように見えないような事例とも比較検討したうえで、何がその事例の重要な特徴なのかを多面的に判断すべきことになる。過去の失敗から教訓を学ぶこともそれほどたやすいことではない。安全対策とは、つまるところ、危険な状況——その状況下で各行為主体がとる行動がなんらかの深刻な被害を引き起こしかねないと予想されるような状況——を、そうではない別種の状況へと変換することだ。規範的規則の導入は、そのような状況の変化をもたらすための手段の一部として期待されているにすぎない。

### 3. 規則の与え方：一般的規則と具体的規則

ところで、安全管理のためにどのような規則が選ばれるべきかは、単に環境条件にのみ左右されるものではなく、当の環境下において行動を選ぶ行為主体にかんする条件にも当然のことながら左右される。与えられた状況下で各行為主体がどのような行動傾向を示すかに応じて、同じ状況下でも導入されるべき規則の内容はとうぜん変動するはずだ。行動傾向を左右する要因のうちで、主体のもつ認識のあり方にかんする条件は特に重要である。その中核となるのは状況認知を含む判断能力についての条件だ。定められた規則が遵守されると期待できるのは、その規則に従うべき当の行為主体の理解が規則の内容を的確に捉えているかぎりにおいてである。ところが多くの規則は、実のところこの制約を満たしてはいない。具体例を使ってこの点を次に確認しよう。

以下に掲げる報道記事は昨年度にわが国で発生したある医療事故にかんするものだ。

#### [事故事例 5]

採血針を 37 人に使い回し、島根の診療所で 14 人が肝炎感染（2008 年 05 月 22 日、読売新聞）

島根県益田市の診療所「おちハートクリニック」が 3 月末から約 1 か月間、患者計 37 人に対して、血糖値測定のために指先などに針を刺して採血する器具を使い回していたことがわかった。県医療対策課によると、クリニックの検査の結果、因果関係は不明だが、うち 14 人が B、C 型肝炎ウイルスに感染していることが確認された。複数の看護職員が自動的に針が交換されると誤解したのが原因という。厚生労働省は同様の器具の使い回しを禁じる通知を出しており、県は同クリニックを行政指導するとともに、今月中にも立ち入り検査する方針。

同課によると、器具は、糖尿病患者が自己管理のために使うペン型の製品で、交換可能なドラムに 6 針が入っており、1 針使うごとに自分でドラムを回して新しい針にする仕組み。赤い字で「複数患者使用不可」と書いたシール（縦 1.5 センチ、横 3.5 センチ）を本体に張っている。同クリニックでは、3 月までは使用のたびに針を取り換える別の器具を使っていたが、故障したため、3 月 28 日以降、今回の器具を使用。内科、循環器科、心療内科で複数の看護職員が使用方法を誤解して、複数の患者に、使用済みの同一の針で採血したという。4 月 30 日に看護師が誤りに気付いて保健所に連絡。同クリニックは 5 月 1～9 日に対象者全員に肝炎やエイズウイルス（HIV）などの検査を実施、B 型肝炎の抗原保有者 1 人、同抗体保有者 11 人、C 型肝炎の抗体保有者 2 人がいることが判明した。（中略）

同様の医療機器による肝炎感染は 2005 年に英国で発生。厚生省は 06 年 3 月、医療機関に同様の器具の使い回しを禁じる通知を出した。今回の器具の添付文書にも「個人の使用に限り、複数の患者に使用しない」「使い捨てて再使用しない」などと記載している。

大まかに分類すれば、本件はいわゆる院内感染事故の一例といえる。感染原因ごとにさらに細かく分類するとすれば、医療器具の誤使用による感染例にあたるだろう。一般に院内感染という種類の事故が安全管理上の不備によって、とりわけ衛生管理の不備によって発生することは明白である。仮に事故後の調査によって感染ルートを特定できなかった場合ですら、感染が起きている以上は何らかの不備があったことは否定できないだろう。本件は採血器具の針の使いまわしという、あからさまに危険な処置がおこなわれていた、原因の比較的わかりやすい例である。それでは、この事例において何が安全管理上の不備にあたり、再発防止のためにどのような処置が講じられるべきなのだろうか。つまり、この事例から学ぶべき教訓は何なのだろうか。もう一度記事の本文に目を通すと、3 月 28 日から 4 月 30 日までほぼ一月あまりのあいだ、問題の採血器具は複数の診療科に所属する看護師たちによって、患者ごとに針を交換することなく使い続けられていたことになる。本来交換すべき針を交換しなかった理由は、その必要がないと「誤解していた」からである。では、誤解によって器具の使い方を誤る危険性があるというのなら、どうやってそれを防止できるのだろうか。

世の中には思い込みの強い人がいるものである。だから、事前にどれだけの警告をしても思い込みによる誤解を完全に防止することはおそらくできまい。その点を考慮すると、看護師や医師のような、人の命をあずかる仕事、つまりは一瞬の不注意によって人命が奪われかねないような職業には、あまりに思い込みの強い人や注意力の散漫な人は向かないことになる。すなわち、この種

の職に就く人にはそれなりの適性が求められるということであり、そうである以上は、看護師なり医師なりとして実際に就業するまでのいずれかの段階で、適性の審査が厳格に行われることがほんらい望ましいことになる。だが今回のケースでは、診療の現場で不注意な人物が採用されていた、というだけの話ではすまない。なぜなら、記事の本文にあるように「内科、循環器科、心療内科で複数の看護職員が使用方法を誤解」しており、しかもほぼ一月あまりものあいだ誰もそのことに気がつかなかったのだから。だとすれば問題は、採用された看護職員一人ひとりの資質の問題にとどまらないことになる。たまたまどのような人材が現場に配置されるかだけでなく、組織全体の管理運営のしかたにどうぜん目を向けなければならないだろう。

その際まず問題となるのは、採血器具の使用法について適切な説明が行われ、スタッフ間で理解が共有されていたかどうかである。故障した古い採血器具とその代用として使われることになった新しい器具とのあいだで使用方法にちがいがあるといふのなら、そのちがいに注意を喚起するのが安全管理上、当然の配慮である。「そんなことは各人が勝手に気がつくべきことだ」とはいえない。なぜなら、記事に書かれているように、診療現場の人間は、医療器具の使用法や使用上の注意を記した取扱説明書——文中でいう「添付文書」——にすら、ろくに目を通さないのがどうやら通例のようだからだ。もちろん、説明書を読まずとも各使用者が器具の使用法に熟達しており、器具の使用にあたってどのような危険が伴いがちかを十分理解していれば問題はない。しかしながら、この種の事故事例を見るかぎりでは、個々の看護職員の自発的な努力によって、医療器具の使用法をそこまで理解せよとはいわずらいものがある。だとすれば、個人の自発的な努力に任せるやりかたではなく、職員に器具の使用法を周知徹底させるために何らかの組織的な取り組みが必要であることは明白だろう。

ここで注意すべきことは、器具の説明書には「使用時に手動で針を交換する操作が必要になります」という趣旨の注意書きが記されており、おそらく医療機器を製造販売する側はこれで十分だと考えていただろうことである。また、記事にあるように厚生労働省は、2005年にイギリスで起きた同種の事故事例を踏まえて「06年3月、医療機関に同様の器具の使い回しを禁じる通知を出した」ことによって、対策はすでに十分講じられたと考えていたのだろう。だが、このていどの対策では不十分であることが、今回の事例によってはからずとも証明されたわけだ。その不十分さがどこにあるかを考えることがここでは重要である。

問題の採血器具には、赤い字で「複数患者使用不可」と書いたシールを本体に張ってあるとのことであった。それにもかかわらず、実際に現場で起きたことはおそらく次のようなことだろう。すなわち、看護職員たちはこのシールの文面にまったく関心を払ってはいなかったか、あるいは、いちおうの注意を払っていたが、それは針の交換という行動へと実際に結びつくに十分なほどではなかったかの、いずれかだろう。だが後者の場合、シールの文面は明らかに、事故の発生に結びつきかねない行動を回避するよう促すひとつの警告であるのだから、なぜこの文面が実際の回避行動と結びつかずに警告が不発に終わってしまったのかは説明を要するだろう。その理由にあたる事情の一端を、ここでは簡便を期して、以下のたとえ話で確認しておきたい。

ある夫婦が、幼い子供を家庭に残して週末の夜を二人だけで映画を観て過ごすとする。日本ではあまり見かけないこのような習慣もアメリカではごくありふれた光景だ。子供とともに留守をあずかるベビー・シッターなる仕事があつて、映画によくあるように、近所の高校生などがアルバイトで引き受けていたりする。さて、両親は外出まぎわに子供に向かって「いい子にしているんだよ」と言い残したとしよう。それを聞いた子供が「うん、わかった!」と元気よく返事をして、ベビー

シッターともども両親を見送ったとする。さて、この子供は両親の外出中、本当にいい子にしていると期待できるだろうか。いや、それはかなり疑わしい。次のように考えてみてほしい。「いい子にしていなさい」式の指示を個々の場面で生かせるようになるためには、その時々でどのような行動をとることが「いい子にしている」ことにあたるのかをわきまえている必要がある。子供の発達段階にもよるだろうけれども、少なくとも幼い子供にかなして言えば、このような判断を的確に下すことはかなり難しいはずだ。なぜなら、子供がこの種の指示がきちんと守るためには、常日頃の両親の指示をその場その場で的確に思い出し、行動できなければならないからである。それらの指示とは、テレビゲームに長時間没頭しないこととか、食事の時には嫌いな野菜も残さずにちゃんと食べることとか、食事の前には手を洗うこととか、食後にはすぐに歯を磨くこととか、おやつを食べすぎないこととか、消灯時間を過ぎたら夜更かしをしないで就眠すること等々、数多くあることだろう。もしその子供が「いい子にしていなさい」というただ一言でもって、これらの指示を必要とときにすべて思い出し、かつ、そのつどの的確に実行できるというのであれば、子供をしつける側としてはそれだけで大助かりだろう。けれども、実情はどうかといえば、おそらくそうは問屋がよろずまい。だとすれば、子供に対して指示をあたえるときには「いい子でいてね」式の万能の指示ではなく、「ご飯を食べ終わったらすぐにちゃんと歯を磨くのよ」といった、細かな具体的指示でなければならないことになる。子供のしつけに横着は禁物なのだ。

さて、本題の事例5に話を戻すと、当該の診療施設において、採血器具上にあつて職員たちの目についたはずのシールによる警告が現実に行動規制の用をなさなかった理由の一端は、信じがたいかもしれないが、その警告内容が職員たちにとって実際の行動と結びつけられるほどには具体的でなかった、という点に求められる。つまり、件の看護職員たちは、何をすることが、針を複数の患者に対して使用することになるかを理解していなかったものと推定される。もしそうではなく、「複数患者使用不可」と印刷されたシールに注意を払ったうえで、しかも、針の交換手順を心得ながら、その手間を惜しんだあげくに感染事故を引き起こしていたのだとすれば、その行為はたんなる不注意による過失にとどまらず、結果を予見したうえでの故意による傷害という、れっきとした犯罪行為である嫌疑が濃厚だ。だが本件がそこまで悪質な事例ではないとすれば、ここで引き出されるべき教訓のひとつは「他人への指示は、相手がそれを理解できるていどにまで具体的に与えなければならない」というものだろう。本例に即して言えば、たんに「複数患者使用不可」とか「器具の使い回しはしないように」などと手短かに通知するだけでは、実際の行動を喚起するうえで不十分であることがわかる。そうではなく、たとえば「ほら、患者ごとにこの部分を回して針を交換するんだよ」といったしかたで、もはや誤解の余地が生じない程度まで具体的に指示を与えてやる必要がある。またそれ以外にも、「ボーっとしてついうっかり忘れていました」式のミスを防ぐためには、その指示がきちんと守られているかどうかをも、なんらかのしかたで組織的にチェックする必要さえあるだろう。そこまで徹底しなければ、人間はなかなか他人からの指示に従うことができないものなのだというのが、ここで学ぶべき第一の教訓だ。安全管理のためには、幼児へのしつけと同様、指示を出す側はけっして横着をしてはいけなく、また相手の注意力や理解力を過信してはいけなくないのである。

そうすると、安全管理上の指示や規則がそれとして機能するためには、その内容は「手取り足取り」しながら「かんでふくめるように教える」やり方でなければならないことになる。だが、そのような口頭での指示や指導、マニュアル化された規則に安全管理を頼りきることには、実のところ原理上の困難が潜んでいる。それがどのような困難であるかを理解するために、まずは次の例をみ

てもらいたい。

#### [事故事例6]

急病人乗せたままバス運行 老女死亡 京阪バス (2003年2月13日、毎日新聞)

京阪バス(京都市)の路線バスが7日朝、大阪府守口市を走行中、乗客の女性(77)の急病に気づきながら運行を続けていたことが分かった。女性は約2キロ先の終点で救急搬送されたが既に心肺停止状態で、同日、死亡した。守口市門真市消防組合は同社に、同様のケースは運行をやめて通報するよう申し入れた。守口署は同社と関係者から業務上過失致死の疑いで事情聴取している。

同社などによると、バスは寝屋川市駅発守口市駅行き。7日午前6時半ごろ、女性がぐったりしたため、近くのバス停で停車。運転手は寝屋川営業所に無線連絡したが、運行助役はすぐに119番通報しなかった。運転手も「女性は意識はあった」として運行を再開していた。そのため消防がバスの所在をつかめず、女性は乗客が異変に気付いてから約20分後に終点の守口市駅で救急車に乗せられた。女性は心筋こうそくの症状があり、通院途中だった。

京阪バスは当初、毎日新聞の取材に対し「消防と相談し、終点で救急車と合流するのが最も早いと判断した」と事実と異なる説明をしていた。

バス会社から運行業務を委託されている京阪シティバスの門脇稔社長の話「停車して救急車を待つのが当然で、マニュアル以前の問題だ。誠に申し訳ない。」

この事故事例には、次のような類例が海外にあるので、続けて引用しておこう。

#### [事故事例7]

新人のバス運転手が、自分の運転するバスに乗っていた少女が心臓発作を起こした際に、適切な行動ができなかったかどで停職処分を受けた。

組合幹部はこう語る「運転手は、決められた運行ルートを許可なく外れることを禁じたバス会社の規則を厳格に守りぬいたのだ。[だから] もし誰かに責任を負わせなければならないのなら、運転手が従うべき規則 [を定めた側] に負わせるべきだ」。

バス会社のスポークスマンは次のように言う「[例外規定を設けて] 規則に少しでも融通をもたせたが最後、[規則からの逸脱に対して] 歯止めがきかなくなるだろう」。(1986年5月31日、Arizona Daily Star) <sup>5</sup>

記事中段にある組合幹部の言い分は、(文体はともあれ) 次のように敷衍できよう。

運転手が乗客の女の子を見殺しにしただって? おいおい、馬鹿言ってもらっちゃ困るな。あいつを責めるのはお門違いだぜ。だってそうじゃねえか、俺たちはただ会社の決まりに従っただけなんだぜ。従わなければ給料を減らされるか、へたすりゃクビになるんだから、ほかにどんなやり方があるってんだ。亡くなったお嬢ちゃんにはお気の毒だが、うらむんなら俺たちじゃなく会社をうらむんだな。なぜって、決まりを作った俺たちに押しつけているのはバス会社の役員どもなんだからな。

組合幹部の発言が、ここまで露骨にではないにせよ、暗にバス会社に責任を転嫁しようとする申し開きであると考えられるのと同様に、記事の最後に記されたバス会社広報によるコメントの内容もおよそ次のような趣旨の弁明であると解釈できる。

ええ、たしかにわが社は「予定されたルートを勝手に外れてはいけない」という規則を定めております。また、その規則に従うよう運転手たちを指導しております。ですから今回の不幸な事故がこの規則のせいでは起きたとおっしゃるのなら、それはたしかにそうかもしれません。ですが、バス会社には運転手たちにこのような規則を厳格に守らせなければならない事情があるということも、ぜひ皆さんに考えてみてもらいたいのです。なぜなら規則というもの、いったん例外を認めてしまえば、あとはなくすにいろいろな例外を追加していくはめになりがちだからです。そして、いったんそうってしまったが最後、その規則が最後には骨抜きにされる結果になるということです。もしわが社の雇用する運転手たちが、なんだかんだと理由をつけてはバスの運行ルートを勝手に外れることにでもなったりしたら、バス会社としてはもうお手上げでしょう。ですから今回の件についても、指定されたルートから外れることを許可するような特例をバスの運行規則にわざわざ設けておかなかったからといって、わが社が責められる筋合いはまったくないはずですよ。われわれはたんに、バス会社を運営していくうえで必要な規則を定めておいただけなのですから。

この事例についてクレインは次のように考える<sup>6</sup>。乗客の死亡という最悪の結果をまねいたこの事故にかんして、世論の批判が運転手に向けられることは予想できる。たしかにこの運転手は融通がきかない。乗客のひとりが発作を起こした時点で臨機応変に対応していれば、彼女の命は助かったかもしれない。だが、規則に忠実でありすぎたことが本当にここでの問題なのだろうか。少し考えてみれば、次のような反論が思い浮かぶはずだ。「問題は、規則に従うことそのものにあるのではなく、むしろ、[バス会社によって]選ばれた特定の規則にあるのではないのか」。というのも、もしバスの運行規則が、いかなる状況下でも例外をいっさい許容しないような単純なルールではなく、次のような例外規定を伴っていさえすれば、死亡事故は起きなかったかもしれないからだ。

#### バス運行規則（改訂版）

運転手は、あらかじめ決められたバスの運行ルートを許可なく離れてはならない。ただし、乗客が急病であると判明したときには、ただちに最よりの診療施設へと急行せよ。

この改正された運行規則のもとでは、例の頭のかたい運転手といえども、みすみす急病の乗客を放置したままバスの通常運行を続けることはなかっただろう。だから、定められた規則に頑固なまでに忠実であることじたいが問題であるわけではないのだ、と。

「しかし」とクレインは言う、「[急行すべき]も最よりの病院が[運悪く]テロリストたちによって包囲されていたとわかったときにはどうなのか」。この第二の緊急事態に対処できるように、バス会社はさらに運行規則を改正すべきなのだろうか。

#### バス運行規則（再改訂版）

運転手は、あらかじめ決められたバスの運行ルートを許可なく離れてはならない。ただし、乗

客が急病であると判明したときには、ただちにもよりの診療施設へと急行せよ。ただし、もよりの病院がテロリストによって包囲されているときには、もよりの別の病院へと急行せよ。」

問題は次の点にある。もしこの種の改正がなされないかぎり、件の運転手は自分の判断で的確な行動を選べないというのなら、事態はほぼ絶望的だ。というのも、バスの運転手が業務において対処を求められるような緊急状況はほかにいくらかでも考えられるからだ。もしもよりの病院で火災が発生していたとしたら……、もし大規模な地震で道路が寸断されていたとしたら……、もし渋滞に巻き込まれたとしたら……、もし運転しているバスの車体に異状が見つかったとしたら……。この種の変則状況の出現パターンは、出現頻度の高低を度外視すれば、枚挙にいとまがないほどあるのだから、そのすべてに対して、対応の仕方を前もって指定しておくことなど実際上不可能だろう。それゆえ、業務マニュアルに記載されていないような行動パターンを選ぶことがバス運転手にいっさいできないというのなら、一部の状況下ではそれで万事休す、なのである。先の事故事例6を報道した記事の末尾で、「停車して救急車を待つのが当然で、マニュアル以前の問題だ。誠に申し訳ない。」というバス会社の社長のコメントが紹介されていたが、上述の事情にかんがみればもつともであるといわざるをえない。次のような場合を考えてみてほしい。事故事例6や7のケースで、幸運なことにたまたま救急救命士が乗客として乗り合わせていたとしよう。必要なことは救命のために速やかな応急処置を患者に施すことだから、この状況下では、たとえマニュアルになんと書いてあろうとも、病院への収容に先だってその場で患者を処置することのほうが、より望ましい対応であることになる。少し考えてみれば、マニュアルに記されていないような例外的な対応を必要とするケースはほかにいくらかでも見つかるはずだ。

問題は、規則には、それが作られたときには想定されていなかったような例外状況があるにもかかわらず、この運転手は、前もって定められて規則や上司の指示がないかぎり、何が適切な行動なのかを自分で考えて選び取ることができないらしいという点にある。そうである以上は、少々規則を細かく設定しなおしてみたところで、この運転手がそれによって例外状況に対処できるようにはどのみちならないだろう。もう少し詳しく説明してみると、運行マニュアルにはもともと、通常の状況下でバスがどのように運行されるべきかが規則として定めてあったはずだ。そして、一方に普通の状況があるとすれば、他方には、そこから外れた普通ではない状況があるはずだろう。「もし乗客のなかに急病人がいるときには……せよ」という補助的な規定は、通常の状況として対処できるような状況を少しだけ拡張して、急病人のいる状況としない状況へと場合分けしたうえで、分岐させたそれぞれの状況ごとに別々の規則を指定してみたにすぎない。だが、すでに指摘したようにこれは問題の根本的解決にはならない。なぜなら、話を急病人がいる状況に限ったとしても、そこには、この補助規則が使えるような典型的な状況と、そうではない例外的な状況とがあるだろうからだ。この「例外の例外」に対処するためのさらなる補助規則として、「もし急病人が乗り合わせており、しかも乗客のなかに医師や救急救命士がたまたまいるときには……せよ」とか「もよりの病院が火災事故にみまわれているときには……せよ」といったしかたで、状況をよりいっそう細かく分類してみたところで、あらゆる例外をそれによって覆いつくすことなど、とうていできない。しかも、規則からもれてしまった想定外の状況に対しては、運転手はいかかわらず無力なままではいるのだから、あらかじめ想定しておけなかった逸脱状況のパターンの数だけ、あいかわらず危険性が放置されることになる。それゆえ、運転手に期待されることは、そのような想定外の状況に対して、できあいの規則や他人からの指示に頼ることなく、あくまで自分の判断で立ち向かう

ことなのである。

さて、事例5をつかって確認しておいた「他人への指示は、相手がそれを理解できるていどにまで具体的に与えなければならない」という論点に戻ろう。今ここに、診療施設内での医療事故防止のために、過去に起きた医療事故の発生原因を、記録にのこるかぎりくまなく分析して作られた精密な安全管理マニュアルがあるとする。個々の医療スタッフがこのマニュアルに忠実に行動することによって、医療事故をかなりの確率で防ぐことがおそらくはできるだろう。しかしながら、これだけでは医療事故の防止にとって不十分であることは、以下のように考えれば理解できる。まず、マニュアル作成者がどれほどきめ細かく状況パターンを分類したとしても、それが類型化された一般的なパターンであるかぎり、マニュアル作成時には予想もしていなかったような変則的事態が出現する可能性がつねに残される。そのような変則事例の出来を免れうるような万能の規則とは、実のところ「いい子でいてね」式のきわめて横着な指示でしかない。そして、一般的な規則を個別状況へとどのように適用すべきかは、典型的な場面を少しでも外れればけっして自明なことがらではなく、それゆえわれわれは、時として重大な判断ミスを犯すことになりかねないのである。

たしかに細やかな規則の網の目によってかなりの程度まで危害を事前に防ぐことができるだろうが、それは完全な事故防止策ではありえない。なぜなら、規則には、それが導入された当初の目的に照らして、それに従うべき状況と、逆に従ってはならない状況とに二分できるはずだからだ。上で事例7を使って検討したさまざまな変則状況は、その二つのうちの後者に分類されるような状況である。その種の逸脱状況のもとでは規則の存在自体がかえって危険を誘発しかねないというのがそこで学びうる教訓のひとつだ。バス会社や診療施設にかぎらず、職場で実際に採用されている規則には、しばしばそのような安全管理上の落とし穴がいくつも空いている。この種の落とし穴を指して「セキュリティ・ホール」と呼ぶことがある。発見されたセキュリティ・ホールをふさいでおくことは、路面にぽっかりと空いた穴ぼこをふさいでおくことがそうであると同様に、安全管理の責任者が果たすべき当然のつとめである。この責務をバス会社の安全管理責任者は果たしておくべきであった。だが、そもそもセキュリティ・ホールは完全にふさがれるのだろうか。つまり、安全管理の点から見てまったく申し分がないと太鼓判が押せるような、完全無欠の規則集を作ることが、はたして可能なのだろうか。「否」というのが、先ほどの考察から得られる答である。規則の体系によって人間の行動を「はしの上げ下げまで」完璧に管理しつくすのはおそらく原理的に不可能だろう。

#### 4. 規則を評価する：既存の規則の安全性を妄信する危険性

では、規則による行動規制はどうあるべきなのだろうか。労務管理の場面をいったん離れて、より一般的な社会規範について考えてみよう。本稿の冒頭の節ですでに述べたように、各個人は、そのときどきで同時に帰属する社会集団の数に応じ、幾重にも規範的規則の諸体系によって行動の規制を受けながら社会生活を営んでいる。その規制手段として活用されている規範的規則の典型<sup>1)</sup>は、各種の法令である。ではわれわれが社会行動を選択する際に、この種の規則の内容をどれだけ把握し、参照しているのだろうか。このように改めて問いかけてみると、一部の専門家は別にして、規則に対するわれわれの理解ははなはだ心もとない。日本国憲法という基本的で包括的な規則体系をひとまずは初等教育課程において学習するとはいうものの、その内容がどれだけ理解され、また行動選択のうえで指針なり制約なりとして実際にいかほど活用されているかはきわめて疑わしいものがある。まして、個々の法律や条例ともなれば、そもそも規則の存在じたいを知らないまま暮らし

ていることも決して珍しいことではない。たとえば『ポケット六法 平成21年版』（有斐閣）の総頁数は1978頁である。現代社会において、法体系による規制が全体としてこれほど複雑多岐にわたっている以上、個々人がその存在すら知らない法令や解釈の仕方の不明な法令が相当数あったとしても無理からぬことである。「裁判員の参加する刑事裁判に関する法律」（裁判員法）が本年5月より施行されるにもかかわらず、わが国の法体系についての一般国民の理解ははなはだ怪しいものといえる。では、法律の専門家ならざる一般の市民は、意図せずして頻繁に法を犯し、その結果として処罰に服しているのだろうか。もしそうなら、われわれの社会生活はあたかも地雷原の上を歩むかのごとき物騒きわまりないものになってしまう。実際には事態はそこまでひどくはない。どうやらわれわれは、その内容をよく知りもしない規則の体系を、それなりによく遵守しながら社会活動を営んでいるようである。これはいったいどういうことなのだろうか。その説明としてひとつ考えられることは、個々人が一つひとつの法令の文面や解釈に通じていることはなくとも、法令が制定される際にその根拠としてはたらいっていたような基本的な発想だけは、社会常識としてそれなりに身につけているという可能性だ。つまり、その常識化された物事の捉え方に基づいて、個々の法令の条文や解釈を特定化することなしに、結果的にはそれらに従って行動しているということはある。いわば法に体现される精神が市民によってそれなりに共有されているということなのだが、それはもちろん生物本能の一部として先天的に組み込まれるものではなく、おそらくは学習の所産であるはずだ。

ここで、社会生活を円滑に送るうえで重要となるそのような理解が何に根ざしているのかを考えよう。私見によれば、それはある種の価値意識の社会的共有である。憲法や各種の法令の制定によってわれわれの社会が全体として尊重しようとしている基本的な価値とはどのようなものか、またそのような価値の尊重と合致する具体的な行動パターンとはどのようなものか、という理解こそが社会常識の核心をなしている。そして、それが身につかなければ、これまで組上に載せたさまざまな事例が示すように——瀕死の乗客を乗せたままバスを通常どおり運転してしまうといったような——愚かな失敗を繰り返すことになる。そこでは、人命の尊重という基本理念に忠実であるために、個々の局面でどのような行動が必要となるかが問われるのである。その判断の際に、なるほどわれわれは、中学校の社会科の授業で習うような憲法の基本理念や一般社会の建前を、また、専門職に就いている人間であれば、業界団体の倫理綱領や各種のガイドラインなどを、参照することがひとまずはできよう。だがそのような原理原則はあくまで一般論であって、それを個別の状況下でどのように適用すべきなのかにかんする具体的な規定を伴っていないことが多い。したがってその適用のあり方は、多くの局面において、行為主体自らが、経験からの学習結果に基づいて自分で判断しなければならない。

ここにはある種のジレンマがある。社会生活のあらゆる局面をカバーできるほど包括的なルールを定めようとすれば、そこで導入される規則は、抽象的な語彙をふんだんに使って記述されたきわめて一般的な規則とならざるをえない。その場合、個別の状況下で規則を具体的な行為と的確に結びつけるための解釈の努力が、各行為者に求められることになる。もちろんこれは容易なことではない。他方で、解釈の努力がもはや必要ないほど個別状況に適合した数多くの派生的規則へと、包括的一般的な規則——たとえば憲法のような——を細分化しようとする、六法全書の例が示すようにその総体は膨大な分量となり、習得のための努力はふたたび各行為者の肩に重くのしかかることだろう。

ところで、事故事例6においてバスの運転手は、乗客の体調不良をほかの乗客から知らされた際

に、営業所の上司に連絡を取っている。連絡を受けた営業助役は運転手に対してバスの運行をそのまま続けるよう指示したとされる。その理由をバス会社は「消防と相談し、終点で救急車と合流するのが最も早いと判断した」と説明したが、これが事実と反することはすぐに判明した。会社幹部がわざわざそうをついてまで助役の対応を世間の目から隠べいしようと企てたのは、助役や運転手のとった行動が乗客の人命の軽視にあたることに気がついていたからだろう。人命尊重という理念に反する行動をとった動機を記事の文面から直接読み取ることはできない。だが推測は成り立つ。バス会社にとって朝のラッシュ時はいわば一番の書き入れどきだ。この時間帯にバスダイヤどおり車両を運行させることができればバス会社にとって言うことはないだろう。だがこの営業面でのメリットは、乗客の身の安全を犠牲にしてまで追求してよいものではない。つまり会社幹部は、その局面においてどのような目的をもっとも優先的に追求すべきかという、価値選択についての判断を誤った疑いが濃厚である<sup>7</sup>。

また、運転手の行動について言えば、上役からの指示や会社の定めた就業規則に従うことで乗客の生命に危険が及ぶ公算が大きいというのなら、それは、運転手が規則や指示に従ってはならない状況である。事故事例6における運転手の行動のどこに誤りがあったのかと言うと、乗客の身の安全を確保することが先決であるという当然の原則に思いがいたらず、そのため、とにかく終点まで行けという上司の指示に唯々諾々と従ってしまった点だ。自分の判断で行動すべき緊急状況において、うっかりと他人の判断に身を任せてしまったことがこの運転手の過失である。自らの責任において行なうべき重要事項の決定を安易に他人の判断にゆだねてしまうこの態度は、普段の行動の積み重ねによっていつしか定着してしまう習性のようなものだろう。そうならないためには、大事なことであればあるほど日頃から自分の責任で判断するように自分をしつけておく必要がある。そのためにはさらに、そもそも大事なことはどのようなことがらのことなのかという価値評価の問題を日ごろから真剣に考えておくことが必要だ。ところが、苦しいことや厄介なことを避けて、なんとか楽をして暮らしたくなるのが人情だから、横着をする習慣がややもすると習性となってしまうがちである。しかも、ややこしいことは何も考えずに人の指図に従っているほうが、自分で苦心して考えをまとめるよりもずっと楽であろうし、また、右や左にいる人間と同じパターンで行動しているほうが自分独自の行動を取るよりも心情的にはずっと安心であろう。だから、どんな危険な習慣だって、いつもどおりのことをやっていてこれまで周りで事故がおきていなければ、それで人はいついつ安心してしまいがちである。その結果、周囲にいる誰かが死に瀕しているという重大な局面においてすら、他人からの指示がないかぎり何ひとつ自発的に行動できないような「指示待ち人間」になってしまいかねない。危機管理意識の欠落をもたらすこのような主体性の欠如はとても危険なセキュリティ・ホールだというのが、規則による行動規制の限界とあわせて、ここで学んでおくべき重要な教訓となる。この最後の論点を、事故事例5の翌月に報道された次の事例をもちいで確認しておこう。

#### [事故事例8]

点滴治療 患者1人死亡13人発熱、おう吐 三重・伊賀（2008年06月11日、毎日新聞）

三重県は10日、同県伊賀市上野車坂町の診療所「谷本整形」＝谷本広道院長（57）＝で5月23日から9日まで鎮痛薬の点滴治療を受けた14人の患者が腹痛、発熱、おう吐、ふるえなどの症状を訴え、1人が死亡したと発表した。同県は医療ミスなどの可能性があるとして調べている。三重県警によると、死亡したのは同市島ヶ原、無職、市川満智子さん（73）。県警は事

件事故の両面で捜査を始めた。

三重県などによると、死亡した市川さん以外に症状を訴えた13人は60～80歳代の男女。23日に3人、6月2日に2人、6日に1人、9日に7人が伊賀市内の病院に入院した。いずれも快方に向かっているが、11人はまだ入院中。(中略)

谷本整形は94年1月に開業した。医師は谷本院長1人で、看護師8人が勤務している。

三重県伊賀市の診療所で起きたこの院内感染事故において感染源となったのは作り置きされた点滴薬剤であることがのちに判明した。

点滴被害 薬剤を「作り置き」の違反 院内感染か (2008年06月11日、毎日新聞)

三重県伊賀市の診療所「谷本整形」で鎮痛薬の点滴治療を受けた患者らが腹痛、発熱などの症状を訴え1人が死亡した問題で、谷本広道院長と県は11日、診療所の院内感染防止マニュアルに違反して看護師の一人が点滴薬剤の作り置きをしていたことを明らかにした。同診療所では約2年前にも、点滴後に症状を訴えた患者が2例あったことも分かった。

県によると発覚のきっかけとなった9日は、看護師が点滴薬剤10人分を朝に「作り置き」し、必要に応じて追加していた。三重県は「明確な規定はないが、衛生面から長時間の作り置きは問題」としており、11日、診療所を立ち入り調査した。

診療所院長の談話では、この診療所には院内感染を防ぐための「感染防止マニュアル」がすでに作成されており、たまたま一人の看護師が「マニュアルに違反して」点滴薬剤の作り置きを行っていたという。もしそれが事実なら、この看護師がマニュアルどおりに業務をこなしていさえすれば事故は防げたことになる。だが事実はそうではなかった。翌日の報道を見てみよう。

三重の診療所、習慣的に作り置き 強制捜査へ (2008年06月12日、毎日新聞)

三重県伊賀市の診療所「谷本整形」で鎮痛薬の点滴治療を受けた患者らが腹痛などの症状を訴え1人が死亡した問題で、診療所では看護師が点滴薬剤を朝、習慣的に作り置きしていたことが県の調査で分かった。余ったものは次の診療日に使っていたという。(中略)

作り置きには複数の看護師がかかわり、準備した点滴セットが少なくなったことを確認した看護師が調合。通常は調合後1時間程度で使用していたという。しかし発症者は、前日が休診日の月曜日や前日の午後が休診の金曜日に集中しており、県は前の診療日のものを使うことがあったこととの因果関係がないか調べる。10日に死亡した伊賀市島ヶ原、無職、市川満智子さん(73)の死因は11日の司法解剖では特定できず、県警はさらに調べる。

この報道のあとにも途中経過がいろいろとあるのだが、結論を言えば、感染源となったのはこれらの作り置きされた点滴薬剤であった。その作り置きには、診療所の看護師全員が関与していたことがのちに判明している。冒頭の報道記事の中で紹介されていた院長の談話を聞くかぎりでは、たまたま診療所内に不心得者が一人いて、その人物のせいで院内感染が起きてしまったかのごとくであるが、実態はそうではなかった。職場にいる看護師全員が作り置きに関与しており、院長もその行動を黙認していたふしがある。だとすれば、問題は、特定個人の行動というよりはこの診療施設の体質にあることになる<sup>8</sup>。この事故がいわば組織ぐるみの不祥事である点を確認するために、こ

これらの点滴薬剤がなぜ作り置きされていたのかを報道記事から確認しておこう。

点滴死 タオル使い回し ずさん衛生管理 谷本整形（2008年06月12日、毎日新聞）

三重県伊賀市の「谷本整形」で点滴を受けた患者が異常を訴え、73歳女性が死亡した問題で、谷本広道院長が12日、診療所で報道陣の取材に応じ、点滴薬剤の作り置きについて「以前はたくさんやっていた」と述べた。一方、県の立ち入り調査などで、院内感染対策の指針がなく、作り置きした薬剤を事務机に置いたり、看護師がタオルを使い回しするなど、ずさんな衛生管理が明らかになった。

院長が問題発覚後に取材に応じたのは2回目。県警の家宅搜索終了直後に玄関に姿を現し、「野戦病院のような診療所で、多い時は（1日）350人の患者を診ている。院内感染の発生率も高いと思う」と語った。「昨年と一昨年に（今回と同じような被害が出た事案が）2件あった」と明かし、「（看護師にはその後）そういうことをすると言ったが、徹底されていなかった」と述べた。（中略）

一方、立ち入り調査などによると、診療所では毎朝、10～30人分の点滴薬剤を作製。鎮痛剤の点滴の調合作業は待合ロビーの奥の「中待合」の作業台と隣接する点滴室の2カ所で行い、調合後は点滴室の事務机の上で薬剤納品用の紙箱に入れて保管。医療機関では手洗いは紙タオルや使い捨ての滅菌布を使うのが普通だが、布製タオルを掛けて看護師が共有使用していた。

県の担当職員は「感染症への認識が薄いという印象を持った」と話した。

院内感染にかんする事故調査では「感染ルートは特定できませんでした」などと報告してお茶を濁すことがあるのだが、感染源がきちんと特定されたケースでは、この事例のように不衛生な環境下で事故が発生しているのが通例だ。わざわざ言うまでもないことだが、医療スタッフに衛生観念が乏しく、院内感染の危険性に対する認識が希薄であるということが、感染事故の発生を許す第一の要因である。常識的に判断すれば、今回の事故に先立って前年にも前々年にも同様の感染事例が確認できたのだから、そのいずれかの時点において安全管理のための手順を徹底して確認しておけば、今回の事故は未然に防げたはずである。ところが実際には安全確認は徹底されることなく、患者の死亡という最悪の事態を引き起こしている。記者会見において院長は、業務の多忙を言い合ひに出したうえで「私は早朝から深夜まで休みなく働いている、命をかけてやっている」などと、今回の事故に対し弁明めいたことを口にしていたのだが、それは事故対策をおろそかにしてよいとするまっとうな理由とはどういみなしが見当違いの弁明である。

さて次の報道記事は、事故現場となった谷本整形という職場の安全意識の低さを指摘する声取材したものだ。

直前調合基本 常識外れ 点滴作り置き 強制捜査（2008年06月12日、産経新聞）

看護師による薬剤の「作り置き」が原因で院内感染をおこした疑いが強まっている診療所「谷本整形」。効能の劣化や細菌の繁殖が進みやすい点滴薬剤は、投与の直前に調合するのが基本とされており、医療関係者からは常識を外れた診療所の対応をいぶかる声が相次いでいる。

点滴薬剤に使用された薬剤を製造、販売する業者は「開封後すぐに使うのが前提。開封したら滅菌状態は保てない」（食塩水の販売元）、「6時間までしか（効果と安全性は）分からない」（鎮痛剤のメーカー）と説明。大阪府内の医薬品卸業者は「そもそも作り置きすることを想定して製

造しておらず、開封後の薬剤の取り扱いにまでは責任を持ってない」と話す。

「通常は点滴する直前に調合する」と話すのは愛知県内にある診療所の医師（55）。「注意していても院内感染することがある。（薬剤を）作り置きするなら、注射器を使い捨てにしたりして院内の衛生面に気を付ける意味がなくなってしまう」と谷本整形の対応に首をかしげる。

また、大阪府立急性期・総合医療センター（大阪市住吉区）も「点滴薬剤は細菌が繁殖しやすいので、化学療法として薬剤を調合する場合、滅菌状態の部屋で使用量だけ作ること大原則。薬剤の作り置きは、医療人として言語道断の行為だ」と厳しく非難する。

直前調合が基本であるはずの点滴薬剤をその使用の一日前、二日前に調合する危険性を理解するには、次のようなたとえ話が役だつかも知れない。事故の舞台となった三重県伊賀市で初夏の六月ともなれば、かなり気温の高い日もあることだろう。さて、この町のとあるファミリー・レストランでは、注文したメニューにはどれもサラダが付くことになっている。サラダの具材は、夏らしくキュウリとレタスとニンジンとキャベツだとしよう。これらの生野菜を、一般に食品が腐敗しやすいこの時期に、客に出す前日や前々日に調理し、常温で放置していたとしたらどうなるだろうか。しかもこのファミリー・レストランでは、前年の夏にも前々年の夏にもサラダが原因で食中毒事故を起こしていたとしたら……。

この事故の性格を考えるうえで大事なことは、繰り返し事故が起きたあとでさえ、このような危険な手順が日常の業務として平然と行われ続けていたという点である。毎年のように食中毒事故を起こしているファミリー・レストランの店長が、診療所院長のように「私は早朝から深夜まで休みなく働いている、命をかけてやっている」などと口にしても、「それではしかたがないですね」とは誰も言わないだろう。「そういう問題ではなかろう」というのが、この場違いなコメントを聞いている側の自然な反応ではなかろうか。まして、死亡した患者の遺族が院長の発言に対してどのように感じるか、心情は察するに余りある。先ほどの記事の中で指摘されていたように、いわば常識とでもいふべきこのような安全意識が、なぜこの職場のスタッフには欠け落ちていたのだろうか<sup>9</sup>。言い換えると、危険な業務手順を危険なものと意識せずに実行し続けることが、この職場のスタッフたちにはなぜできたのだろうか。それを考えるヒントは、次の記事の中にある。

「谷本整形」8年前から点滴作り置き、元看護助手が証言（2008年06月13日、読売新聞）

三重県伊賀市の整形外科医院「谷本整形」（谷本広道院長）の点滴治療による業務上過失傷害事件で、点滴薬剤の作り置きが約8年前には既に行われていたことが、元看護助手の女性の証言でわかった。

また、県の調べに対し、8人の看護師全員が作り置きを認め、複数の看護師が「患者が多く、対応できず、必要に迫られて作り置きをした」などと説明していることも判明した。

この女性は2000年ごろから3年間、勤務し、複数の看護師が点滴薬剤を作り置きしているのを目撃した。別の病院に勤務した経験から、医師が処方してから点滴薬剤を調合することを知っており、疑問に思ったという。女性は「当時も1日平均約300人の患者が来院しており、院長の処方を受けて調合すると、待ち時間が長くなるため、作り置きは当然のことのように行われていた。今から思えば、とても怖いことをしていたと思う」と話している。

この記事で紹介されているスタッフの証言の中で、いくつか注目すべき発言がある。まず点滴薬

剤の作り置きが行われていた期間の長さである。事故当初の院長の談話とは異なり、この職場では過去数年間にわたって——毎日新聞の取材によれば「開業当初から」——点滴薬剤の作り置きが常態化していた。つまりこの職場では、すべての看護師が当たり前のようにその業務を行っていた。ところが、別の病院に勤務したことのある看護助手の一人が作り置きという慣習に疑問をもった。だが、その疑問は業務手順の改善へとつながることはなく、来院患者の多さを理由にそれまでどおり作り置きが続けられることとなった。

これらの証言から浮き彫りにされることは、この職場に勤務しているスタッフたちの、先ほど指摘した安全管理に対する意識の低さと、それに加えて、職場の慣習を盲信する危険性である。この職場において当たり前のように行われていた点滴薬剤の作り置きは、かつては当たり前のことではなかったはずだ。だがどこかの時点で、この危険な作業手順が何者かによって発案され慣習として定着するにいった。そして、忙しい業務のさなかにはもちろんのこと、一日の仕事を終えて家庭でくつろいでいるときでさえ、その安全性について誰もあえて疑いの目を向けようとはしなかったのだろう。もしそうではなく、作り置きの危険性に気がついていながら、それをそのまま放置していたのであるとすれば、その罪は無知や鈍感による過失危害以上に重たいことになる。だがおそらくそうではなく、スタッフたちは単純に業務の安全性を信じて疑おうとはしなかった、というところではないだろうか。もしそうであるとすれば、この事例から学ぶべき教訓は次のようなものだ。

職場において慣例となっており、それゆえ周囲の人間が一致して行なっている業務手順だからといって、それが社会的に許容される安全な手順であるとはかぎらない。言い換えれば、職場の同僚たちと同じことを業務として遂行しているからといって、それで安心してよいというわけではない。

日々の生活の中で繰り返し行なわれる決まりきった作業を、日常業務として着実にこなしていくこと。個人の習慣であるとともに職場の慣習として定着している行動パターンなので、誰もがその業務手順の適切さに疑いの目を向けることはない。習慣的なしは慣習的行動パターンであるとは、いわば「目新しいことをことさら何も考えることなしに実行できる」ということだ。この種の行動がルーチン化されることで、業務の作業効率が向上するのはまちがいない。あれこれといちいち考えながら作業を行うよりは、何も考えずにただひたすら体を動かすことに徹したほうが、作業も速いし仕事もずっと楽だからだ。だがそこには危険な落とし穴が待ち受けている。この事件にかんして言えば、点滴薬剤の作り置き以外にも数多くのミスがあったことが判明している。その一つひとつをここで取り上げて検討することはできないけれども、いずれも安全管理上のタブーにあたる危険な慣習であった。「考えずに体を動かす」ことが望ましい場面もあれば、そうでない場面もある。慣習や規則の適切さ、それがそもそもどのような目的のために採用されるにいったのか、本当にそれに従っていても問題は生じないのか、あるいは、いま現在なんらかの手直しを必要としないか、等々について意識的に考えることが時には必要である。そのような評価が可能であるためには、広範な社会常識とその中に体系的に組み込まれているはずの健全な価値意識、つまりは良識を身につけるよう、各人が自覚的に努力する以外に道はないだろう。結局のところ、規則の体系がどれほど整備されたところで、また、その結果としてどれほど周到な業務マニュアルが用意されたところで、それらの規則が採用されるにいった経緯や導入の狙いについて、業務を行なう側がまったくの無理解、無関心であっては安全管理などうまくは行かない。業務マニュアル等の安全管理

規則によって人間の行動を管理することには、このような制限がつきまとうのである<sup>10</sup>。

<sup>1</sup> 唐突だが、ここで旧約聖書の創世記に登場するエデンの園のエピソードを想起されたい。かの地が理想郷であるとされるゆえんは、気候温暖であるとか、居住民を襲う天敵がいなかったとか、食物が豊富にあるとかといった環境条件の良さのみにあるわけではない。それだけではなく、そこに居住する生物個体どうしの間で利害関心の対立がないことにもよるはずだ。というのも、もし仮にアダムとイヴとの間に確執がたえないのであれば、エデンの園の環境条件がどれほど生物個体の生存に適していようと、そこは楽園と呼ぶに値しないであろうからだ。そして、アダムとイヴが禁断の知恵の木の実を口にした結果、彼らはわれわれと同じように互いに対して敵意や憎しみを抱けるようになったのだとすれば、エデンの園におけるその禁忌は、個体間の利害関心の対立を予防するためのものであったと解釈することもあるいは可能かもしれない。

だがここで、この神話的エピソードからどのような寓意を読み取ることがもともと生産的にかんして議論がしたいわけではないので、神話世界からわれわれが身を置いている現実の状況へと目を転ずることにしよう。元来、人間のうちに潜む蛮性を馴致し、当人には抑制しがたい負の情念の有処理を行なう任を一面において果たしてきた宗教文化が、皮肉なことに現状においては、民族間の対立紛争の調停を妨げる要因のひとつとなっている観がある。因習により硬直化した思考を今後より柔軟なものへと解きほぐし、伝統を異にする社会集団の間で共有可能な価値評価や資源配分の枠組みを再構築することによって社会的価値の相互承認を図ることが、たとえどれほど時間がかかろうとも、紛争解決に向けた唯一の見込みある戦略であろうと筆者には思われる。

<sup>2</sup> したがって、前述の問題設定の射程圏内に明らかに含まれるにもかかわらず、国家間や民族間の紛争に代表されるような、社会集団どうしの利害の深刻な対立をどのように調停すべきかといった問題は本稿では追究されない。かわりに、具体的に言えば安全管理のための就業マニュアルのような規則の束によって、人間の行動をどこまで規制することができるかと期待できるか、一般に規則による行動規制にはどの程度期待がもてようかをもっぱら問題にする。

<sup>3</sup> わざわざ断るまでもないことかもしれないが、誤解のないように老婆心ながらひとこと補足しておく、ここで言う「注意義務」とは、生徒たちに注意を与える義務という意味ではなく、安全管理に注意を払う義務という意味である。

<sup>4</sup> 他人に行動の自由を認めることは、実行に値すると評価できる行動以外に、時として他人の明白な愚行をもあえて容認することを要求する。なぜなら、愚行であるというただそれだけの理由で他人の行動の選択にいちいち干渉しては、自由な行動選択などおよそ望みようもないからである。加藤尚武『現代倫理学入門』講談社学術文庫、1997年、第11章。

<sup>5</sup> ティム・クレイン『心は機械で作れるか』（土屋賢二監訳、勁草書房、2001年）178頁からの孫引きであるが、原文そのままではなく、日本語文としての読みやすさを考慮し、文意を損なわない範囲内で、改行や〔 〕内に補足説明を追加するなどの手直しを適宜ほどこした。

<sup>6</sup> ティム・クレイン、前掲書、179頁以下。

<sup>7</sup> 本稿で企業倫理の問題に触れることは紙幅の関係上ほとんどできない。たとえば2005年4月25日に起きたJR西日本福知山線列車脱線事故のケースなどを本例と比較検討してみると、安全管理を二の次にして利潤追求に執心する企業体質をはじめ、この種の事例に付随しがちな数々の問題点を検出できるだろう。

<sup>8</sup> 組織体質に由来する不正が発覚した場合に、不祥事の責任を組織の末端にいる特定個人にのみ負わせることで、不正の規模を実際よりも小さく見せかけようと偽装する傾向がしばしば見受けられる。このケースがそのような偽装工作の一例であるのかどうかを報道内容だけから確認することはできないが、その疑いがぬぐいきれないことは確かだ。安全管理の責任を負うべき者は、自らの公的発言によって「痛くもない腹をさぐられる」ことのしないよう肝に銘ずべきである。

<sup>9</sup> この種の非常識は、何もこの診療施設の責任者にかぎった話ではない。不祥事発覚後の記者会見において散見されるように、公的な場において少なくとも建前として何を語ることが許されるかを判断できるだけの健全な社会常識が、残念なことに安全管理の任に当たる者に欠落していることがときおりある。このことは、事故原因を究明して対策を検討するうえで少なからぬ意味をもつ。

<sup>10</sup> 日常生活の時々に行動を選ぶにあたって、その行動が社会全体にもたらしうる影響を点検できるだけの巨視的観点をもつことはまれである。日常の行動選択の多くは、意識的自覚的になされるというよりはむしろ、個人的習慣や社会的慣習に基づいて、いわば「盲目的に」なされるものだからである。その結果、行動を選ぶ場面において、規範的規則のもつ意義やその社会的効用、すなわち、規則制定の主眼や目的について思いをいたすことのほうが例外的となる。さらに言えば、老朽化してもはや意義をもたなくなった旧態依然たる規則に黙々と従い続ける因循さを人間は少なからずもちあわせており、因習がかつて果たしていた目的に対して、そ

---

れがすでに手段として不適切であることを外部から指摘されても、伝統の名のもとにそのしきたりに固執することさえまれではない。そういう見通しの悪さや融通のきかなさをわれわれがもち合わせている点を考慮するならば、人間の知性も存外、昆虫の知性からさほど隔たったものではないさえと言えるかもしれない。

(はせがわ よしまさ 哲学)