

表3：リスクマネジメント関連概念と情報開示の形態

概 念	情報の開示の形態	主たる準拠
C S R	CSRレポート、CSR報告書、 環境報告書、WEBページ	GRI「サステナビリティレポーティングガイド ライン2002」、 環境省「環境報告書ガイドライン（2003年版）」
コ ン プ ラ イ ア ン ス	コンプライアンス体制についてのア ニュアルレポート、WEBページ、有価証 券報告書における記載	
リ ス ク マ ネ ジ メ ン ト	リスクマネジメント体制についてのア ニュアルレポート、WEBページにおける記載	
	「事業等のリスク」についての有価証券 報告書における記載	2003年4月1日施行「企業内容等の開示に関す る内閣府令」
	「損失の危険の管理に関する規定その 他の体制」についての有価証券報告書に おける記載	2006年5月1日施行「会社法」施行規則第100号 第1項の2
コー ポ レ ー ト ガ バ ナ ン ス	コーポレートガバナンス体制について のアンニュアルレポート、WEBページ、 有価証券報告書における記載	1992年COSO「内部統制の枠組み」、2004年4月 OECD「コーポレートガバナンス原則改訂版」
内 部 統 制	内部統制についてのアンニュアルレポ ート、WEBページ、有価証券報告書にお ける記載	1992年COSO「内部統制の枠組み」、2003年6月 経済産業省「リスク新時代の内部統制」、2006年 5月1日施行の会社法第362条第4項第6号なら びに会社法施行規則第100条第1項
	内部統制報告書	企業会計審議会内部統制部会2007年2月「財務 報告に係る内部統制の評価及び監査に関する実 施基準の設定について」、2007年9月施行「金融 商品取引法」

表4：リスクマネジメントに関連する5概念の関係

CSR
「企業の社会的責任」を意味する。社会的ルールの遵守はCSRの大前提なので、コンプライアンスは当然CSRの中に含まれるが、CSRはむしろ「社会に対して「新たな価値」を提供する」（能動的責任）という積極的な意味合いの強い概念である。「飲酒運転をしない・させない」というのはコンプライアンスであり、またCSRの問題でもあるが、「社会に対する適正飲酒の啓発活動」はCSR固有の問題である。
コンプライアンス
法令、社会規範、道徳などの世間のさまざまな「ルール」を遵守することにより、ステークホルダーとの信頼関係を守ることを意味する。「企業倫理」と同義となる。CSRと重なるところが多くなるが、コンプライアンスはどちらかというと「ルール違反による信頼関係の破壊や社会的制裁を回避するための防衛的行為」という受動的な意味で使われる。従って、コンプライアンスは「リスクマネジメント」の一部となる。「社会に対して「新たな価値」を積極的に提供する」という能動的な意味合いが少ないところがCSRとの違いである。
リスクマネジメント
事故・災害など企業に損失を及ぼすリスクの実現を防止するための日常的活動（狭義のリスクマネジメント）、及びリスクが実現した場合の対応体制（クライシスマネジメント）を指す。リスクには自然災害リスク、市場リスク、情報リスク、財務リスクなどさまざまなものがあるが、コンプライアンスリスクももちろんその重要な要素である。これに、経営戦略に伴う投機的なリスク（利得と損失の双方の可能性）に対応するよりよい意思決定を通じて企業価値の向上を指向する経営戦略型リスクマネジメントを加えたものが、広義のリスクマネジメントである。（*イタリックの部分は筆者加筆）
内部統制
コンプライアンス、リスクマネジメントが確実に実行されるように、いろいろな人がいろいろな方法で相互に監視する仕組みを意味する。一般には業務執行ライン内の監視体制（狭義の内部統制）を指すが、広義にはライン外からの監視体制（コーポレートガバナンス）を含む。

コーポレートガバナンス

「企業統治」と訳され、広い意味での内部統制の一部である。株主は企業のオーナーとして、企業価値向上のために経営の健全化・効率化を求めるが、それを株主に代わって業務執行ラインの外にいる機関が監視する体制のことを指す。たとえば取締役会・監査役のあり方の検討と役割強化、社外取締役の導入などがコーポレートガバナンスの分野となる。

(出所) http://www.asahibeer.co.jp/csr/mng/ethics/ethics_01.html (2007年5月24日取得)

1.3.3. 「事業等のリスク」

2003年4月1日施行の「企業内容等の開示に関する内閣府令」の改正により、有価証券報告書に、「事業等のリスク」項目が新設され、企業が想定するリスクを網羅的に記載することが義務付けられた。「事業等のリスク」とは、事故・災害など損失のみをもたらす純粹リスクだけではなく、経営戦略に伴う投機的リスク、すなわち損失と利得の双方の可能性（ロス・オア・ゲイン・リスク）をも含む全企業リスクを示す。

柴教授らによる東京証券取引所一部上場の225社（日経225採用銘柄）が開示する「事業等のリスク」についての研究（柴・本間，2006）では、13のリスク分類が示されている。それは、A. 取引及び法的問題，B. 社会・経済，C. 自然現象，D. 政治，E. 技術，F. 経営及び内部統制，F-1. 財務，F-2. 製品・サービス，F-3. 雇用，G. 環境問題，H. 労働安全衛生，I. 施設・設備に関わるリスクである。

「事業等のリスク」の情報開示について、次の傾向が指摘できる。

- ① テークフォルダーが企業に求めるリスク情報は、「内部要因に関するリスク」であるのに対し、企業が積極的に公開しているのは「外部要因の変動のリスク」である（柴・本間，2006）。
- ② 企業不祥事リスクや風評リスクについての記述が欠如する傾向が見られる。
- ③ トップマネジメントやミドルマネジメントのリスクについての記述が欠如している。能力・性格・リーダーシップなど、経営者の資質が企業の業績を左右するわけで、こうした「経営者リスク」についても、どのような対応が可能であるか検討することが可能ではないか。

1.3.4. 会社法規定に基づく内部統制と「損失の危険の管理に関する規定その他の体制」

2006年5月1日施行の会社法第362条第4項第6号ならびに会社法施行規則第100条第1項に、内部統制に関する規定が見られる。会社法第362条第4項第6号は、取締役会の専決事項として、「取締役の職務の執行が法令及び定款に適合することを確保するための体制」と共に、「業務の適正を確保する体制」を整備することを求めている。「業務の適性を確保する体制」について、会社法施行規則第100号第1項は、次の5つの体制を規定している。

すなわち、①取締役の職務の執行に関する情報の保存及び管理に関する体制、②損失の危険の管理に関する規程その他の体制、③取締役の職務の執行が効率的に行われることを確保する

ための体制、④使用人の職務の執行が法令及び定款に適合することを確保するための体制、⑤当該株式会社並びにその親会社及び子会社から成る企業集団における業務の適正を確保するための体制である。

企業におけるリスク情報の開示に関わるのが、②の「損失の危険の管理に関する規程その他の体制」である。損失の危険とは、損失のみを発生するロス・オンリー・リスク（Loss Only Risk）を意味し、伝統的なリスクマネジメントの分類における純粹リスク（Pure Risk）に相当すると解釈できる。結局、「損失の危険の管理に関する規程その他の体制」は、企業活動に関するマイナスの可能性を低減し、ロスの最小化を図るための体制を中心としている。

「損失の危険の管理に関する規程その他の体制」の情報開示は、2008年度より本格化するが、現状で次の傾向が指摘できる。

- ①トップマネジメント（全般管理）やミドルマネジメント（部門管理）のリスクについての記述が見られない。経営戦略に関するリスクや生産、流通、販売、財務、労務、情報などのリスクの体系的列挙が見られない（亀井利明，2007）。
- ②企業不祥事リスクや風評リスクについての記述が見られない（前掲書）。
- ③COSO（2004）, *Enterprise Risk Management* は、内部統制の限界として、①判断の誤り、不注意（ヒューマンエラー）、複数担当者共謀、②組織内外の環境の変化や非定型的な取引への不対応、③費用と便益の比較衡量が必要、④経営者が不当な目的のために内部統制を無視ないし無効ならしめる可能性を挙げている。これら内部統制の限界について、リスクマネジメントの観点からいかに対応するかについて、情報開示することが可能ではないか。
- ④従業員のメンタルヘルス（心の危機管理）が社会問題化している。これは、長時間労働や、過酷なノルマなどの労働環境が主たる原因となっている。従業員のメンタルヘルスに関わるリスクや、その対応策としての、労働時間や労働環境に関わる改善について、具体的な表現で情報開示する必要がある。

1.4. リスクマネジメント・プロセスと「組織体制」ならびに「リスク・コミュニケーション」

現代企業におけるリスクマネジメントの役割として注目されている分野が、上述した①企業内でリスクマネジメント職能を担う「組織体制」の整備、その一つとして近年法制化された「内部統制」と、②企業と利害関係者間のリスク・コミュニケーションとしての「リスク情報の開示」である。これらの関係を上記リスクマネジメント・プロセスの基本的フレームワークにあてはめて図示すれば、図2のようになる。

①リスクの調査・確認→
→②リスクの評価・分析
リスク・コミュニケーション (a) 調査・確認, 評価・分析したリスクについて共通理解を図ること 企業内部 (トップマネジメント↔ミドルマネジメント↔現場) における共通理解 企業外部 (企業↔ステークホルダー) との共通理解
リスクマネジメントの組織 (a) リスクを調査・確認, 評価・分析するための組織体制作り
→③リスク処理の意思決定 (リスク・トリートメント)
リスク・コミュニケーション (b) 調査・確認, 評価・分析したリスクをどのように処理するかについて共通理解を図ること (c) 実際に事故が発生した場合に, リスク・危機への対応と損害軽減について共通理解を図ること 企業内部 (トップマネジメント↔ミドルマネジメント↔現場) における共通理解 企業外部 (企業↔ステークホルダー) との共通理解
リスクマネジメントの組織 (b) リスクに対応するための組織体制作り (c) 実際に事故が発生した場合に当該リスク・危機に対応するための緊急組織←BCP (事業継続計画)

図2：リスクマネジメント・プロセスのフレームワークにリスクマネジメントの組織体制作りとリスク・コミュニケーションとを当てはめた考え方

2. 医療機関におけるリスクマネジメントの組織とリスク・コミュニケーション

では、第1節で提示した企業リスクマネジメントのフレームワークに即して、医療機関におけるリスクマネジメントの組織とリスク・コミュニケーションについて検討してみよう。

2.1. 医療機関におけるリスク

医療機関におけるリスクとしておおよそ次の7点が挙げられる。

(1) 病院経営・管理に関わるリスク

昨今、医師・看護師不足に起因した病院閉鎖は大きな社会的問題になっている。病院閉鎖はその地域の病院不在を生み、受益者でありステークホルダーである地域住民は受けられるべき医療が受けられない事象が生じる。この視点からのリスクは、組織経営の問題（コーポレートガバナンス、CSR、運営、管理、財政）と人材の問題（絶対数の不足、配置エラー、不祥事、退職、労災、ハラスメント）に二分される。

(2) 医療安全管理の対象リスク

病院は医療を提供することで成立している以上、医療及びそれに関わる安全管理の充実が無ければ論ずるに値しない。大学病院のような大規模施設から病床を持たないクリニックに至るまで、必ず何らかの特筆すべき特徴を持ち合わせているのが普通で、何がリスクになるのかということを考えれば次のように集約される。

- ① 医療事故（医師の過誤や異状死・突然死）
- ② 院内感染（多耐剤性緑膿菌のような細菌感染に代表されるもの）
- ③ 先進・先端医療導入時のリスク（臓器移植のような特殊なものを含む）

この3点については、様々な学会、行政機関を交えたシンポジウム等で議論され、ガイドラインが策定されたりしている。

（3）災害リスク

自然災害と人為的災害に二分可能と考える。自然災害は、台風、地震、豪雨洪水等の発生が及ぼす影響であり、人為的災害は火災・爆発事故、放射能事故、経営・管理問題と関連するが、労働災害や交通災害も挙げられる。

特に災害について、災害拠点病院の場合、発生時には多数の傷病者を受け入れると同時に、災害発生地に医療チームを派遣するという2面的な活動が求められている。

（4）犯罪リスク

主として扱うべきものは、院内で発生する刑法犯（傷害、盗難、恐喝強要）や暴力団関係事案が挙げられるが、昨今の特徴としてストーカー、人格障害、セクハラ等特異なリスクが発生している。刑法犯に発展する前段階として、医療不信を理由とした不当要求行為も看過出来ない。不当要求行為についてはリスクの複雑化の様相を呈しており、対象を病院組織のみならず、医師・看護師含む職員個人に対する行為も見受けられる。このような患者を学校等教育機関における「モンスターペアレンツ」に対し「モンスターペイシェント」なる言葉で表現できる。

（5）情報管理

病院における情報は、患者等の個人情報（個人の病状を含む）と、医療に基づく病院機密情報に大分される。これらの情報は概してコンピュータ管理されているのが常であるが、付随するリスクとして、ウイルスや電子カルテのシステムダウンといった技術的なリスクがある。人為的に起こりうる情報管理上の代表的な例としては、診療録に記載されている個人情報の院外流出事案が挙げられる。

（6）インフラ関連のリスク

病院の建築物老朽化、増改築に対応していないことによるファシリティマネジメント・エラー（患者導線に代表される）、医療機器・設備の未整備（経営管理と関連するが医療機器だけでなく医師・看護師の人的資源を合わせた医療資源の先端的確保は非常に重要な課題である）などが考えられる。病院が組織として考えなければならないことは、収支に見合う整備であり、企業における「事業等のリスク」に相当するリスク情報はこの項目に該当する。

(7) 契約・法務（コンプライアンス・リスク）

日常業務として行われている診療契約はもとより、医事紛争・損害賠償を含めた裁判に至るまで、病院は様々な法律に基づき管理運営されている。現在、医療訴訟の平均審議年数はおよそ2年を要しており、公判を維持するための経済的体力も病院には求められる事になる。また、訴訟だけではなく、施設基準に基づく届出・許可、在籍医師・看護師の届出、標榜診療科に至るまで、病院の裁量で運営可能なものはほとんど無く、申請・届出・許可作業の煩雑さには計り知れないものがある。

具体的な医療機関を取り巻くリスクの事例として、急性期医療を扱う急性期病院であるベルランド総合病院（堺市東山、平成16年度実績で総合病院24診療科、入院ベッド数522床、病床稼働率92.3%、平均1日外来患者数1127人）では、急性期病院が抱える主要なリスク課題として次の8点が挙げられていた（山村，2005）。

- ①急病救急医療：医療資源（医師・看護師・設備・機器）の確保困難，患者の要求・期待とのギャップ，経営赤字。
- ②地域医療連携の溝：開業医と勤務医の意識差，IT化推進の遅れによる情報共有不足。
- ③医師確保困難：大卒後研修システム改定により，大学病院以外の病院で医師不足。
- ④経営改善：少子高齢化を背景とした医療制度改革による病院経営の圧迫，競争原理による同種他病院とのパイの奪い合い，平均在院日数短縮化による従来運用との歪み。
- ⑤看護師確保困難：慢性期医療に比べて，職務責任性が重く，勤務がハードな割に給与評価が低いため，自己退職が多い。
- ⑥権利意識向上：患者の権利が向上し，要求・期待が高くなってきている。患者義務についても自己責任が希薄化している。
- ⑦不当請求・犯罪増：医療不信を理由とした不当要求が増えている。医師・看護師への個人的な脅迫・強要の増加。
- ⑧組織統制の困難化：職種，部門多く権限勾配等による連携不備を来たしやす。

2.2. リスクマネジメント・システムのフレームワークから見た医療機関

(1) リスクの調査・確認（リスク・アイデンティフィケーション）

病院のリスク情報の取扱部署を一元化することは不可能である。医療安全については序文で述べたように、医療安全管理対策室があり、中でも院内感染については感染制御部、コンプライアンス・リスクについては管理課（当院においては医療課）といったように細分化されているのが通常である。担当部署がリスクの調査・確認（リスクの発見，リスクの洗い出し）を担う。

(2) リスクの評価・分析 (リスク・アセスメント)

病院において、各担当部署が実施したリスクの調査・確認作業に基づいて、どのようにリスクを評価・分析しているのかを考えた場合、一般企業に比べ未熟と云わざるを得ない。分かりやすい例として看護部がある。聖マリアンナ医科大学病院においてはおよそ900名の看護師が在籍し、現場である各病棟等に配置されている。各現場で発生した事案の情報（リスク情報、ヒヤリハット情報）は、主任・師長・副部長という順の堅固な縦割りの報告・連絡体制の中でやりとりされる。一部署としての看護部を評価するのであれば、看護師の共通理解を得ていることからリスク・コミュニケーションは機能している。医師が所属している医局、事務職が所属する事務部もほぼ同様である。

では、病院組織全体としてはどうであろうか。行政によく見られるように横の連携は機能しづらい状況にある。医師・看護師・事務職等の職種を越え、更に部署の垣根を越えての調整は容易ではない。病院組織としてリスク情報の評価・分析を円滑に行うためには部署横断的活動が可能な部署の設置が必要である。これは、リスクマネジメントの統合的な組織体制作りを意味する。

(3) リスク処理手段選択の意思決定 (リスク・トリートメント)

最終的なリスク対応を決定するのは、病院においては病院長となる。概して病院長は医師であることが多い。リスク処理手段選択の基本アプローチであるリスクの強度と頻度に基づく判断から「回避」「除去（病院の場合は防止）」、「転嫁（移転）」「保有」という選択が行われる。「回避」「除去（防止）」に対しては、現状把握・原因の分析・防止対策・追跡調査（PDCAサイクルと表現されることが多い）等のリスク・コントロール、「転嫁（移転）」「保有」に対しては、保証・保険・積立・収益等のリスク・ファイナンスで対応するということを、トップマネジメントである病院長以下、病院経営に携わる者は理解する必要に迫られる。

病院におけるリスクマネジメント組織体制構築の具体的事例として、第3節で詳述する聖マリアンナ医科大学病院が神奈川県から依頼され、臓器提供推進を院内システム構築し行なう際に非常に苦慮したケースがある。移植医療に関する取組みは患者のためであるため、院内システム構築は医療機関の責務である。しかし特定の一部署、一個人ではシステムの確立には至らず、院内リスクマネジメントの一端を担うものであった。実際の臓器提供時には、院内においてリスクの調査・確認（リスク・アイデンティフィケーション）そして評価・分析（リスク・アセスメント）、意思決定（リスク・トリートメント）に対し病院長直下の委員会と関係医師・倫理委員会・法医学・看護師・管理課・医事課等、多職種の部署協力が必要で、病院外では警察関係の協力が必要であった。以上のことから移植医療を含めた医療全体に組織的なリスクマネジメントを行渡らせる事が病院等医療機関にとって極めて重要であった。

2.3. 医療機関におけるリスクマネジメントの組織

2.3.1. 医療機関におけるリスクマネジメントの組織体制構築

安全管理の観点から見た場合、リスクマネジメントの具体的な組織体制作りが最も進んでいるのが医療の分野である。病院においては、リスクマネジメント体制構築が、一般企業よりもはるかに早くかつ具体的に実現・推進されてきた。以下に具体的な事例を見てみよう。

京都大学医学部附属病院の場合、2004年段階で、「病院長」の直属の組織として「医療事故調査委員会」「安全管理室」が設置され、後者の責任者を「統括リスクマネジャー」が務め、「安全管理室」の下に、各部署の「リスクマネジメント代表者会議」、さらにその下に「リスクマネジメント全体会議」が置かれ、「統括リスクマネジャー」は医療安全に関わる各種委員会、各種作業部会を統括するというリスクマネジメント体制であった（嶋森、2004）。

淀川キリスト教病院の場合、2002年段階で、「事業統括本部長」の直下に「リスクマネジメント最高責任者」（副院長クラス1名）と「リスクマネジメント事務局担当」（1名）が任命されて医療安全管理の観点から、「医務部」「看護部」「薬剤部」「コメディカル部」「事務系」を統括し、リスクマネジメントの統括組織（リスク諮問機関）として「リスクマネジメント委員会」と、事故諮問機関としての「医療事故会議」が組織された。また「顧問」「顧問弁護士」「医師会」「看護協会」「薬剤協会」が相談組織として位置づけられた（柴田、2002）。

2.3.2. 京都民医連中央病院におけるリスクマネジメント体制の事例

京都民医連中央病院では、2002年6月に専任のリスクマネジャーを置いて医療安全管理としての統合的なリスクマネジメントの組織体制を構築した（図3参照）。この組織変革の数ヵ月後に、検査部門での事件が発生した。その予防にはつながらなかったが、それをきっかけに、

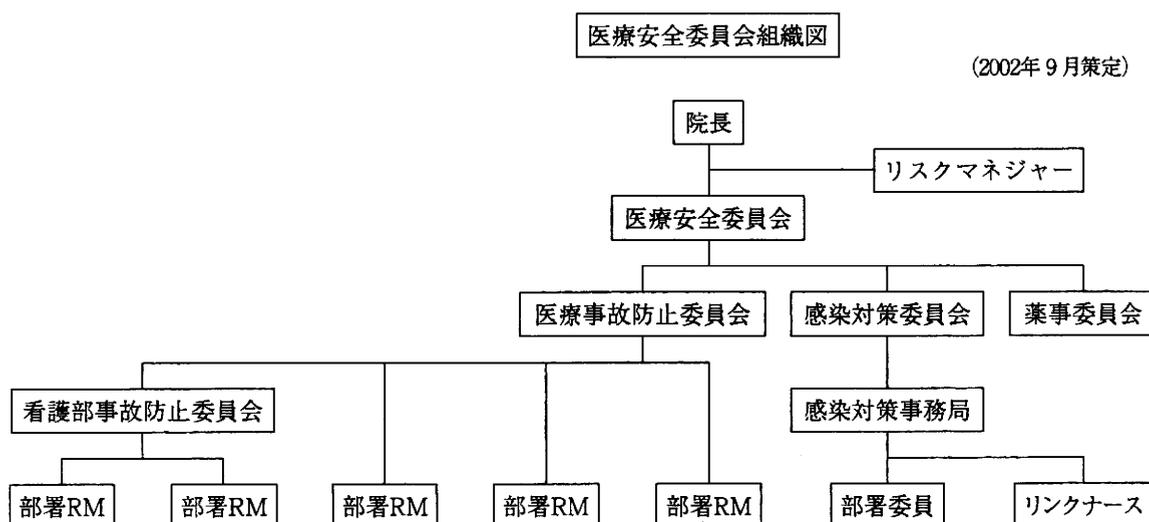


図3 京都民医連中央病院におけるリスクマネジメント体制

リスクに対する意識と専任のリスクマネジャーを中心とする体制に対する認識が病院内で一気に高まり、リスクマネジメント体制が本格稼働するに至った。リスクマネジメントの取り組みについては、同じくヒューマン・ファクターやヒューマン・エラーが重要な要素となっている航空安全の取り組みが参考にされた。(以下の記述は2004年3月現在の状況に基づく。)

(1) 医療安全管理の専門委員会

まず統括部署として「医療安全委員会」(月1回会議)が設置された。この会議には院長と事務長が参加し、院長が委員長を務める。「医療安全委員会」の下に3つの委員会が組織された。まず「医療事故防止委員会」(月1回会議)があり、副院長が委員長を務める。それに並列して、「感染対策委員会」(月1回会議)「薬事委員会」(月1回会議)がある。「感染対策委員会」の委員長は院長が務める。「医療事故防止委員会」の下には「看護部事故防止委員会」があり、「専任リスクマネジャー」が委員長を務める。

看護師の場合、最終経路になる場合が多く、事故・事例に遭遇することが多いので「看護部事故防止委員会」が独立して設置されている。一方、事務職、技術職、医師は個別の事故防止委員会は持っていないが、それぞれの部門管理者会議において必ず医療事故の問題が取り上げられる。

「医療事故防止委員会」の下には、各部署における「部署リスクマネジャー」が設置された。「部署リスクマネジャー」の全体会議は年2回開催される。ただし、看護部門の「部署リスクマネジャー」の会議は月1回開催される。

(2) 専任リスクマネジャー

「専任リスクマネジャー」は上述したすべての委員会に参加する。「専任リスクマネジャー」は、役職としては副看護部長であるが、身分的には院長直轄の「スタッフ」としての専任のリスクマネジャーであり、医療安全管理の業務に専念している。「専任リスクマネジャー」の組織上の位置づけは病院トップの「スタッフ」であり、医療安全管理面におけるリスクマネジメント体制の担当責任者である。

「専任リスクマネジャー」の活動として、その他の会議にも、必要な場合には出席して、その都度、医療安全管理とリスクマネジメントに関連した事項については報告を行う。重要な事例の場合には、医師の科長会議に直接出席して経過報告や調査報告を実施し、改善策についての伝達を行う。同様に看護部会議に出席して、看護部だけのさまざまなミスやトラブルの予防策について検討する。新聞報道には毎日目を通して、「医療事故防止委員会」に参加している次長の協力を得ながら情報をストックしておき、毎月まとめて委員会で報告したり、安全情報として流すなどしている。行政からの通達にも留意している。日常的には大小さまざまな事例への対処がある。事故を防止するための手順を作成していくことが必要となる。医療安全マニュアルという病院の大枠を定めたものが存在するが、細かい部分での予防策が不十分であるの

で、そうした部分を「部署リスクマネジャー」と協議しながら作成している。その他に、患者相談、苦情相談窓口の業務に協力している。

「専任リスクマネジャー」は院長直轄のスタッフ機能を担い、上記の各委員会もスタッフ組織である。病院にはこうしたスタッフ組織とは別に通常のライン組織がある。医療安全管理に関連して、例えば設備を変更する場合などには、縦のライン組織を通じて周知徹底することになる。このような点について、医療安全管理に関連した委員会のスタッフ組織と、院内のライン組織との関係をさらにレベルアップする必要があるのは、医療機関がリスクマネジメント体制を充実する際に共通の現実的な課題である。

(3) 病院経営のリスク管理との関連

米国の病院のリスクマネジメント体制が、医療安全面だけでなく、経営面・財務面でのリスク管理も管轄領域に入れているのとは異なり、日本では、大規模な病院でない限り、リスクマネジメントの組織が、財務面でのリスク管理（リスクファイナンス）にまで着手するわけにはいかないのが、必然的に医療安全管理（リスクコントロール）に集中する形となっている。あくまで患者の生命に直結する問題に関して医療事故を減らすことが、リスクマネジメント担当組織の限界領域であると認識されている。一方で、安全管理にはコストがかかるので、こうしたコストの予算計上に関する病院の意思決定について「専任リスクマネジャー」が制度的にいかに関わっていけるかが検討事項となっている。

保険に加入するかどうか、加入するとすればどのような保険に加入するかという保険管理に関わる意思決定は、病院の経営陣が行っている。具体的には、保険医協会の賠償責任保険に加入している。医師や看護師個人の責任が問われる事例が増加しており、個人加入についても検討されている。法務上のリスク管理については、顧問弁護士による対応となっている。

(4) 医療機関におけるリスクマネジメント体制構築上の課題

京都民医連中央病院における事例から、医療機関におけるリスクマネジメント体制構築上の課題として次の5点を指摘しておく。

- ①総合病院の場合、さまざまな職員が在籍するが、リスクに対する意識にはばらつきがある。いかなるリスクマネジメントの組織体制を構築しようが、組織全体としてリスクに対する意識を向上させる必要がある。
- ②専任リスクマネジャーや医療安全委員会などはスタッフ組織であるが、医療安全に関する決定事項を縦のラインで周知することにはいかに参画できるか。
- ③医療安全に関する財務面・予算面での病院の意思決定をいかに支援できるか。
- ④リスクマネジメント体制構築の成果・効果をどのように名に見える形（医療事故減少のデータ、現場改善の具体的事例）でアウトプットとして積み重ねていけるか。
- ⑤何よりも本稿における問題意識である医療安全管理におけるリスクのみならず病院の経営

や戦略に伴うリスクをも考慮に入れた統合的なリスクマネジメント体制をいかに構築するか。経営戦略型のリスクマネジメントといかに関連させるか。いかに医療安全管理面におけるリスクマネジメントの組織体制の充実を倒産防止を究極の目的とする病院経営自体のリスクマネジメントと結びつけることができるか。そのためにどのような組織が可能か。経営戦略型のリスクマネジメントは、医療機関においても実現可能か（亀井克之，2004）。

2.4. 医療機関におけるリスク・コミュニケーション

リスク・コミュニケーションとは、企業の場合、企業がどのようなリスクに直面しているか、そのリスクに対してどのように対応するかについて、企業内部（トップマネジメント、ミドルマネジメント、現場の3者間）と企業外部（株主・投資家・消費者・地域社会などのステークホルダー・利害関係者との間）において共通理解を図ることを意味していた（亀井克之，2008a；同2008b）。では病院の例を検討してみよう。

2.4.1. 病院内部の共通理解

病院と一口に言っても、医療機関は病床数や診療科等、様々な条件から分類されている。病院内部のリスク・コミュニケーションを考える時、その施設の規模を念頭に置いて組織を構築する必要がある。通常用いられている施設分類は簡略化すると次の3つに分かれている。

- 第1次施設 病床を持たないクリニック。
- 第2次施設 病床を持つ病院。
- 第3次施設 救命救急センター。

聖マリアンナ医科大学病院の場合、1208床を備える大学病院であり、救命救急センターをも併設していることから第3次施設に該当する。職員数およそ3000名の組織においては、トップマネジメント→ミドルマネジメント→現場という流れで、通常の連絡体制は機能している。早急に取り組まなければならない課題として、リスクマネジメントの統合的組織体制構築がある。これは病院においても一般企業と同様に重要な課題であり、方法論には何ら相違ないとする。そのためには、病院の組織規模に応じて、形態を考えなければならない。

リスクマネジメント形態の4分類であるA：業務管理型RM（安全管理型・保険管理型RM）、B：経営管理型RM、C：経営戦略型RM（統合型RM、全社的RM、エンタープライズRM）、D：危機管理型RMの中で、リスク情報の1つである医療安全管理に関しては、一般的な病院であれば業務管理型RMの体制が整備されている。

病院が一般企業に比べ遅れているものが、その他のリスク情報に対してどう対処するかということについてである。聖マリアンナ医科大学病院を例に考えた場合、それぞれのリスク情報について委員会を構築し審議している。一見すると業務管理型RMが徹底されていると見受けられるが、委員会で決定したことが病院組織としての見解にならないことから大きな組織の中で部署横断的なリスクマネジメントの実施には至っていないということは明らかである。

昨今の社会事象を鑑みた場合、経営戦略型RMが理想である。例えば、リスク情報のインフラについて、医療資源（人的及び機器的双方）の先端的確保には経営戦略に基づき投機的リスクの処理が要求される。本年、診療報酬の改定（DPC、包括算定）、後期高齢者制度（長寿医療）導入等、病院収益を下げる要素には事欠かない中で、病院は収益確保のため、厳しい経営を迫られている。病院組織が1つになり、全社的対応を迅速に行うためにも、戦略的意思決定の主体となりうる組織が必要となろう。

2.4.2. 病院外部の共通理解

病院におけるステークホルダーを考えると、内部は言うまでもなく職員であり、外部については患者（利害関係者）・行政機関・地域社会ということになる。

最大の利害関係者である患者との共通理解について、病院のリスク情報すべてに共通理解を求める必要はない。狭義には、患者個人の診療におけるリスクを的確に説明し、理解を得ること（情報開示、インフォームドコンセント）に集約される。病院のリスク情報のうち、医療安全以外の項目には、患者はあまり興味を示さないが、例えば、建学の精神や病院理念は通常、施設内に掲示されている。

行政機関については、厚生労働省、地方自治体（都道府県市区町村）が主となる。病院においては、様々な法律を遵守する必要に迫られ、数え切れない届出手続きを求められ、定期的なチェックを受けている。例えば、病棟の設備の老朽化に伴い、改修しアメニティを見直したただけでも書類の届出はもとより、立入検査をも受ける必要が生じるのである。このような経緯から、行政機関との良好な関係は不可欠であり、緊密なやり取りが生じる。

地域社会については、いくつかの視点が必要になる。地域社会における中核病院、災害拠点病院としての役割等が挙げられるが、中でも近隣の他医療機関（組織としての利害関係者）との連携を図るための共通理解を例にとろう。昨今、報道を賑わしている「救急患者のたらいまわし」は、病院間のリスク情報の共通理解が非常に重要であることを示している。リスク情報開示によるリスク・コミュニケーションが円滑に行われることで解決の一助にはなるものと考えられる。しかし、利害関係者である以上、積極的なリスク情報の共通理解がしばらく一面も合わせ待っている。具体的事例として、聖マリアンナ医科大学から川崎市内において急性期脳卒中医療（特にt-PA治療）に対し積極的に救急搬送方法や治療可能病院の選定を行なうべく働きかけた。しかし医師会、病院協会、行政の協力は全く得られず、バイパス搬送やリスクを伴うt-PA療法使用に関して市内での急性期脳卒中医療は全く進行しなかった。ところが1年かけてt-PA治療に対する患者について市内の8病院（大学附属病院や中核病院等）の間でコミュニケーションを取り続け、さらにMC（メディカルコントロール）協議会、救急局の協力を得て、ついには川崎脳卒中ネットワークが立ち上がった。これにより市内では速やかに的確に患者搬送ができ、急性期脳卒中治療が可能となった。そしてこれらはいずれ市民に還元される内容である。

リスク情報の共通理解について、病院内部と病院外部、ひいてはステークホルダーの種別によって、扱うリスク情報が異なることを念頭に置かなくてはならない。

2.4.3. リスク・コミュニケーションとしての情報開示の具体的手法

— 聖マリアンナ医科大学の事例 —

病院の監督は、医療法に基づき主として都道府県知事が所管している。一般企業における監査制度も法人組織である以上、行われているが、報告先は都道府県である。一般企業と決定的に違う点に、ステークホルダーに投資家は存在しない点が挙げられる。

そのため、本来であれば投資家による投資意思決定のために重視される収支報告や内部統制報告書を必要としない。

病院において情報開示の視点で重視されているのは、最大のステークホルダーである患者に対しての情報開示である。しかしながら、前述してきたリスクに関する情報のすべてを患者に開示する必要はない。医療法、厚生労働省主管の医療安全推進総合対策（平成14年4月17日）で病院が患者に対して、開示を求めている情報は、医療安全対策に基づき、患者の権利保全のために重点が置かれた病院組織の情報である。

聖マリアンナ医科大学病院の場合、情報開示は主として電子媒体であるホームページと紙媒体であるパンフレット、院内におけるモニターを用いた情報発信サービスの3つである。

(1) ホームページ

インターネットが普及している現在、病院がホームページを持っていることはもはや常識になっている。

病院にとって、CSR（企業の社会的責任）に該当するものは理念、基本方針であろう。コンプライアンスについては、病院が法令遵守を行うことは最低限当然のことで、もしそれがなければ病院は組織として存在することすら危うくなる。そのため、聖マリアンナ医科大学病院においても法令遵守について組織としての明記はしていない。ただし、「職員倫理指針」において、法令遵守を含む職員の遵守事項は明記されており、ホームページ上で開示も行っている。その上で、患者や社会にどう貢献するのかという視点で理念と基本方針は構成されている。

聖マリアンナ医科大学病院の理念は、「『生命の尊厳』を重んじ、病める人を癒す、愛ある医療を提供します」であり、基本方針については、「①患者さまの視点に立って、より快適で心の通い合う安全で良質な医療を提供します。 ②患者さまの人権を尊重し、十分な説明と同意のもとに開かれた医療を行います。 ③高度な医療と質の高い看護に努め、救急医療、災害医療等の拠点として、特定機能病院の使命を果たします。 ④地域との連携を深め、地域医療、地域住民の健康と福祉を支援します。 ⑤生命の尊厳とキリスト教の愛の精神を基調とする医療人を育成します」という5項目である。

患者にとって重要なリスク情報である医療安全については、「医療安全に関すること」の項

目で、聖マリアンナ医科大学の医療安全に対する取組みを開示している。企業におけるリスクマネジメント関連5概念のうち、リスクマネジメント・内部統制・コーポレートガバナンスに該当する内容について言及されている。

(2) パンフレット

直接のリスク情報とは言えないが、聖マリアンナ医科大学病院では病院広報の視点から、近隣地域医療機関を対象にした「診療のごあんない」、病院訪問者のための「病院パンフレット」、患者に渡すための「外来案内」「入院案内」等の小冊子が紙媒体として編集発行されている。当院が可能な治療についての記載が主であるが、前述した理念や基本方針も記載されている。近隣の医療機関との連携を推進するにあたり、病院の取組みを理解してもらうためには、パンフレットを用いて情報開示を行い、共通理解を図ることは非常に重要である。関連して、メディアカルサポートセンター（MSC）という部署を設置し、地域連携を重視している。

(3) 院内情報発信サービス

聖マリアンナ医科大学病院では、来院した患者の待ち時間対策の一環として、外来待合3ヶ所にモニターを設置し、病院のさまざまな情報や一般的な健康情報・予防対策等を発信している。共通理解とまでは呼べないまでも、不特定多数の患者が眼にすることが出来るこのシステムは、広報戦略においては有効なツールと考えられていて、全国500施設に上る病院が導入している現状がある。

以上、一口に病院のリスク情報といっても、それぞれのリスク情報は1つずつ部署を設置して取扱う必要があるほど、その専門ごとに特化している。すべてのリスク情報を一元的に1つの部署に集約させれば、各担当部署間で無用の軋轢を生み、それ自体が新たな組織内におけるリスクとなりかねない。現状を踏まえれば、病院においては、医療安全管理を所掌する安全管理対策室のような組織と、部門横断的なリスクを管理する部署の2局体制に落ち着くのではないだろうか。2局間におけるリスク・コミュニケーションが必須であることは言うまでもない。リスク情報の発信元である組織体制の構築は、それぞれの病院に適した方法論を用いるべきであろう。

3. 事例研究：臓器移植から見る医療機関のリスクマネジメント

— 聖マリアンナ医科大学病院における臓器移植体制の構築 —

3.1. 臓器移植をめぐる状況

1997年（平成9年）10月16日に臓器の移植に関する法律（以下法とする）が施行されて10年が経過した。施行当時、3～4年の経過の推移を踏まえて問題点を洗い出し、見直しを行うこ

とが念頭に置かれていた。しかし、現実として改正は行われることはなく、平成18年頃より、ようやく国会において改正臓器移植法の問題が取り上げられるようになった。法施行後、平成19年まで脳死下臓器提供は63例行われている。社会的な動きとしては、症例を追う毎にマスコミの扱いは小さくなってきており、一般市民に至るまでニュースバリューは低くなってきている感がある。これは日本における移植医療に問題が無くなった事を意味するものではなく、むしろ改正臓器移植法が国会で審議されている現在だからこそ、真摯に取り組む必要があろう。リスクマネジメントの一環として、病院が組織として臓器移植に取り組むシステムを構築することに意義がある。

臓器移植法の改正をめぐっては、2008年5月27日、脳死後の臓器提供の増加を目指す超党派の「臓器移植法改正推進議員連盟」(河村建夫会長)が衆参両院約60人の議員が参加し発足した。同法改正については2006年3月以降、①脳死を人の死とし家族の同意で提供可能、②提供年齢を現在の「15歳以上」から「12歳以上」に引き下げ、③生体移植などについての規定を追加という合計3案が国会に提出されている。衆院厚生労働委員会は審議のための小委員会を設置したが、実質的な審議は行われていない。河村会長は「中山太郎衆院議員らが提出した(脳死を人の死と認定する)案が(議論の)中心と考えるが、議連として早急に3案の調整を進めたい」としている。

3.2. 聖マリアンナ医科大学におけるリスクマネジメントの組織体制

病院におけるリスクマネジメントは、もともと「医療の質」「医療安全」に置換され同一のものとして扱われてきた。聖マリアンナ医科大学病院においても他医療機関と差異は無い。「医療の質」の確保や「医療安全」は病院においては非常に重要な視点であることに異論はないが、このことが、病院におけるリスクのマネジメントのすべてだということにはならない。「医療の質」「医療安全」の視点は英訳すれば、「Patient Safety」が妥当であり、「Risk Management」のすべてには当たらない。大学においても、病院においても経営困難に陥り、統廃合や閉鎖といった事象が発生する現在の状況を踏まえたとき、病院に求められることは、さまざまなリスクに組織としてどう向き合うのかということに他ならない。医療安全に関わるリスクのみならず、病院の経営や戦略展開に伴うリスクを含む病院の存続を脅かすあらゆるリスクに対する統合的なリスクマネジメントシステム構築の必要性は一般企業の場合となんら変わることはない。

聖マリアンナ医科大学病院は、病床数1208床(一般病床1156床、精神科病床52床)、外来通院患者数1日平均2300人、入院患者数1日平均900人である。病院組織の構成としては、診療科・診療施設・診療協力部門・事務部等からなっている(図4参照)。

聖マリアンナ医科大学病院におけるリスクマネジメントは「医療安全対策」「災害防災対策」「感染対策」に重点が置かれている。現状では、対象として医療安全のリスクのみならず経営リスクを包含する統合的なリスクマネジメントシステム構築には至っていない。以下に具体的な組織体制を見てみよう。

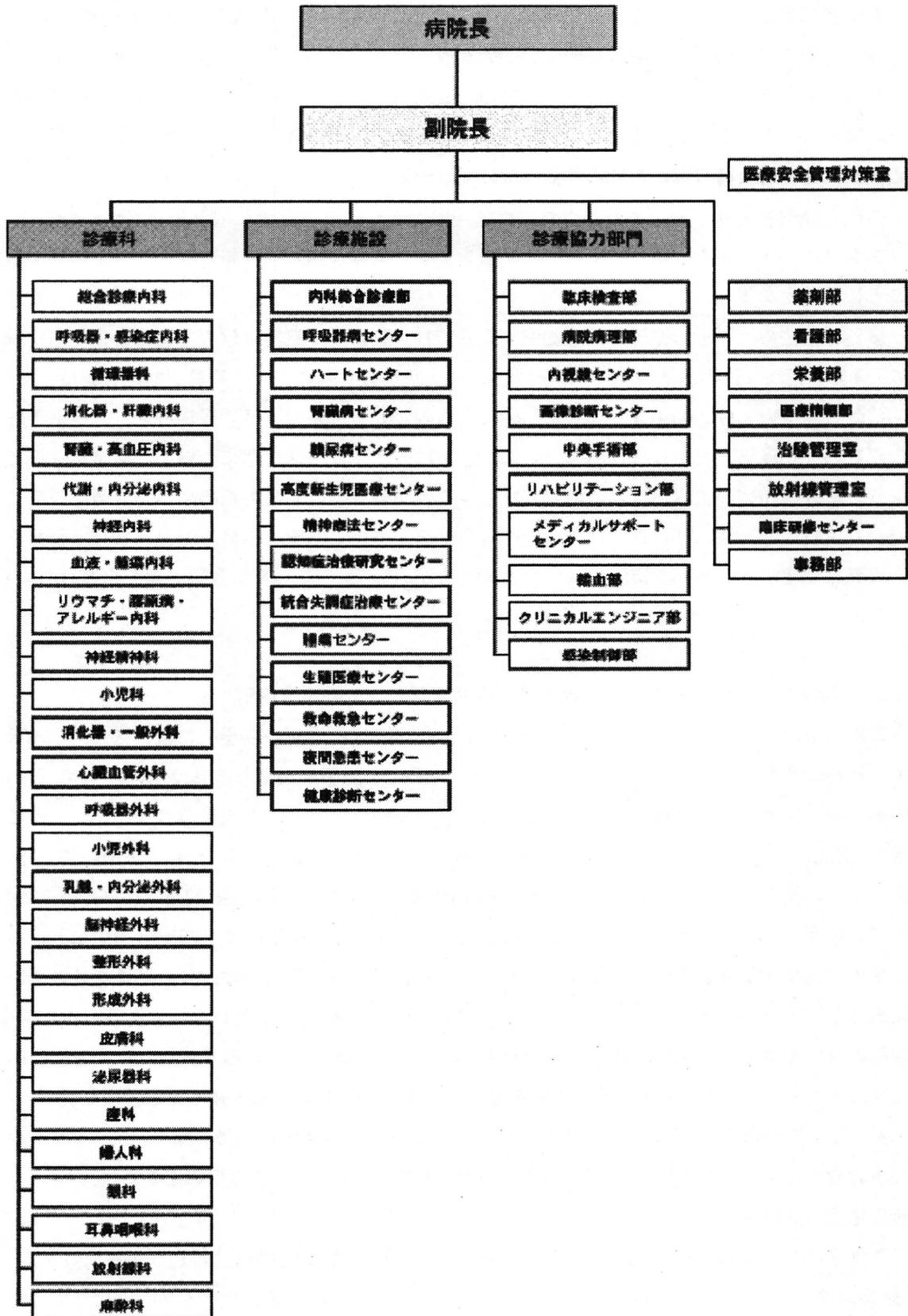


図4 聖マリアンナ医科大学病院の組織

3.2.1. 医療安全対策の組織

まず「医療安全対策」については、医療安全副院長直下に「医療安全管理対策室」が設けられている。室長のゼネラルリスクマネージャー（専任ではなく、現ゼネラルリスクマネージャーは小児外科部長が兼務している）を筆頭に、医師4名、看護師3名、事務、コ・メディカル等4名で構成されている。この他に全部署・全診療科から1名づつリスクマネージャーを任命し、（総計105名）定期的に毎月1回リスクマネージャー会議を開催し、情報共有や「ヒヤリ・ハット」と呼ばれるインシデントや事故等アクシデント事例の検討分析を行っている。ここで審議検討された結果が「医療安全委員会」に報告され、具体的な施策の実施に反映される。「医療の質」「医療安全」はこの部署が担当している。

「災害・防災対策」については、一手に担当している部署はなく、「防災対策委員会」で審議検討されている。委員会は、組織図に掲載される部署（部・課・室・センター等）ではなく委員長を含む委員すべてが兼務で様々な部署から任命されている。病院の中には防災対策委員会の他、必要に応じて相当数の委員会があり、職員によっては複数の委員に任命されているケースは珍しいことではない。現在、聖マリアンナ大学病院が抱える問題として委員会の数が多くなり過ぎてしまい、組織的な整理が必要な状態に陥っている点が挙げられる。災害・防災の言葉どおり、環境やインフラ的な視点が強いことから大学施設部が中心となって病院を含めてカバーしている現状にある。

3.2.2. 感染対策の組織

「感染対策」については、診療協力部門の1部署である「感染制御部」が担当している。専任医師1名、専任専従看護師3名を中心に総勢16名の医師・看護師・薬剤師から編成されている。院内感染対策や感染予防の啓発・啓蒙を職務としている。

3.2.3. 経営管理・経営戦略上のリスク管理組織設置の可能性

以上3つの重点領域について概観した。それぞれの視点や要素においては、相応の機能やレスポンスを確保している。しかし組織的なリスクマネジメントという視点から考えた時、未だ不十分といわざるを得ない。いくつかのリスクファクターに対して病院組織が、総体的な対応を可能にするためのマネジメント・システム構築が不可欠であろう。

では、逆に一般企業における経営管理部門は、医療機関の場合、どの部分に該当するのかという問いには答えに窮する。診療報酬の算定、現金収受等の実務は医事課であるが、経営戦略的な視点での施策の策定・実施にまでは至らない。本来、病院会計と庶務を所掌する管理課が聖マリアンナ医科大学病院においては妥当であろう。しかし、課長以下9名の人員配置（うち1名は病院長秘書）で会計から庶務に至る業務をこなしている現状では、経営戦略的施策の策定・実施までは不可能である。

リスクマネジメント・システムを構築し、実践するには、まず職員個人がリスクとは何かと

いうことを認識しリスク感性を高めていくことが必須である。その上で、リスクを洗い出し分類していく。分類したリスクを計画に当てはめ、対応を決定する。リスク因子、大きさ、コスト、時間経過毎の経営計画等を把握（リスクの可視化）するためにもBSC（バランス・スコア・カード）作成は有効である。PDCAサイクル手法は、決して新しいものではない。医療の現場においても有効に作用している上に、1診療行為から部署ごとのルーティン業務に常用される傾向になってきている。以上のことから、病院組織全体の組織力を向上させるための方策は、一般企業の場合と大した差異はないことは明らかである。

3.3. 臓器移植とリスクマネジメント

では、何故一見すると相関性を持たないように見える臓器移植のシステム構築がリスクマネジメントに相当するのかということに触れてみよう。

3.3.1. 法律的視点

臓器移植の法的根拠は冒頭に述べたように、臓器の移植に関する法律である。この法律の前身に1979年（昭和54年）に施行された「角膜と腎臓の移植に関する法律」がある。これは、心停止後の角膜と腎臓の移植を可能にしたものである。ところが、心臓・肺・肝臓等の臓器に対しては規定されておらず、これらの移植希望者は移植を希望しても叶わず、少数の患者が海外における外国人枠を利用し移植を受けているという法的不備があった。海外における移植がマスコミで取り上げられるようになり日本国内における移植の必要性が求められた。このような背景から「臓器の移植に関する法律」が施行されるのである。この法の施行により、脳死からの心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球（本人の書面による意思表示と家族の承諾）、心停止からの腎臓・脾臓・眼球（家族の承諾）移植を可能としたのである。

この法の特筆すべき点は、「脳死」を人の死と認めるには臓器移植を前提としなければならないこと、臓器移植・提供を希望する者の権利を認めていることにある。前者については、必然的に脳死判定や脳死診断をするためのシステムを医療機関に要求していることにほかならない。大多数の医療機関は2つの「死の定義」の狭間で迷い苦しむことになる。後に詳述するが、臓器移植は、「人の死」を前提にした先端医療であること、需給バランスが成立していない医療であることの2点はさまざまところに影響を及ぼしているのである。

後者については、臓器移植を受ける、受けない、臓器提供をする、しない（日本臓器移植ネットワークは「4つの権利」と称している。）といった患者の権利保護を医療機関は責務として負うことを意味する。この患者及び患者家族の権利保護は決して簡単な事ではない。通常、医療従事者でもない限り、臓器移植についてはイメージ程度の知識しか持たないのが普通である。日本臓器移植ネットワークはドナーカードに本人意思を記載の上、所持携帯してもらうよう啓発活動に努めているものの、公表データを引いても10%弱であり、医療の現場にいる我々はもっと低い割合だと感じている。また、医療従事者であっても臓器提供に至るプロセスを熟

知している人間は一部であり、医療機関内部であっても対応が周知出来ていない現状がある。その中で、いかに権利保護を行うのかということになる。基本的に、医療機関側が行わなければならないことは、患者及び患者家族の意思を確認することであり（ここに臓器提供という選択肢を提示することが含まれる）、死に際して臓器提供意思を確認した場合はその意思を実現しなければ法に違反することになる。実際に権利を阻害されたということで裁判に及んだ例は無いが、昨今における一般市民の権利意識は際立って向上しており、医療訴訟リスクを内在させているといっても過言ではない。

このような新しい概念を盛り込んだ法ではあるが、高すぎるハードル設定から「臓器移植禁止法」の異名をとるほど、施行当初の背景とは逆行した現状を生むことになっている。現在に至るまでの63症例は、余りに少ないものであり、昨今の「改正臓器移植法」論議の源はまさにこの点につきるものである。公共機関の色合いの強い病院であっても、一般企業と同様にコンプライアンスは避けて通ることは出来ずに要求される。昨今、新聞等マスコミは積極的に病院を取り巻く医療問題を取り上げている。例えば、医師法第21条「異状死の届け出」はその代表的な例と言える。この件の法解釈は、医師をはじめとする医療機関（医療機関内部においても外科学会と法医学会の立場の違いに見られるように決して1枚岩ではない）、警察等の捜査機関、弁護士、行政とそれぞれの立場ですべて異なる見解になる。特に捜査機関と医療機関の立場は、両極に位置するものであり、その妥協点を見出すことすら難しい現状がある。警察に代わる第三者機関の設置という方向性は決定したようだが、詳細や要綱を詰めるには至っておらず、まだ今しばらくの時間の経過の中で混迷することになると予想される。「医療と法律の共生」等のタイトルで、それぞれの関係機関からパネリストを招いてシンポジウムが行われているが、具体的な解決策を導き出したものはほとんど無いのではないだろうか。

病院が医療機関として、適正なコンプライアンスを行うために求められるものは、法律の条文解釈に至るまでの十分な理解と、企業でいうコーポレートガバナンスが不可欠である。発生する事象に対し、適正な情報収集を実施し、いち早く組織としての意思決定を実践するためのマネジメント・システム構築が即ち、医療訴訟リスクに対する備えであることにほかならない。

聖マリアンナ医科大学病院の場合、現在、臓器移植を扱う特定部署は存在しない。臓器移植が円滑に行われるためには、部署・職種を超えた協力体制が必要である。この協力体制はすなわち統合的なリスクマネジメントの組織体制と言い換えることができ、組織体制構築のアプローチが、組織的リスクマネジメントに直結すると言える。

3.3.2. 倫理的視点

臓器移植は「人の死」を前提としている。死に行く者の臓器提供があって初めて臓器移植が行われるわけで、提供が無ければ成立しない。更に脳死と心停止という2つの「死の定義」の狭間で、医療機関の現場でスタッフは苦悩している。臓器提供意思を確認するためには、その意思を抽出するためのアクションが必要になる。選択肢の提示（オプション提示）というが、

では、誰がいつ、どこでどのタイミングで行うのが問題になる。一番容易にオプション提示を行うことが可能なのは患者の主治医である医師である。医師の苦悩はここを起点としている。医師の必是は、患者を治すための医療を施すことであることに今も昔も変わりはない。オプション提示は、患者の死を意味することであり、提示を行う医師本人が患者の死を受容することにはかならない。患者家族が患者の死を受容するための悲嘆ケア（グリーフケア）はあるが、行う医師が患者の死を受容することはあまり重視されていない。円滑なオプション提示を行うためには、生命倫理、医療者の職業倫理に十分配慮した上でプロトコルを構築することが望ましい。

3.3.3. 宗教的視点

臓器移植と宗教は一見するとまったく無関係なものと思われる。しかし、現実問題として、わが国においては、脳死や臓器移植に反対する団体もいくつかある。宗教と密接な関わりを持っている団体が、脳死や臓器移植に反対の立場を取っているケースが多い。その論旨・主張は割と明快である。聖マリアンナ医科大学はキリスト教に基づいているが故に、宗教を無視出来ない。この視点からの検討を行う際、個人的価値観に左右されない客観的な思考が必要である。先端医療としての臓器移植を実践するには、反対意見に対して冷静かつ理論的論拠が求められる。そのためにも、背景を理解した上で臓器移植と宗教を切り離して考えるべきであろう。反対の立場を取っている団体の主張として、脳死については、わが国において、死の3兆候による心停止の定義で何の問題も生ずることは無く、脈々と歴史は刻まれてきた。臓器移植を推進するためだけに、死の定義を2つも作り、医療の現場を混乱させることは「人間の生命の尊厳」にも触れることである。

以下の3点がよく見られる論点・主張である。

- ①根治医療ではない事（例えば、慢性腎不全の根治に関する研究に医師は腐心するべきである。）
- ②医師もまた人でありミスはあるという前提に立った時、現在の各医療機関のシステム・法的手続きだけではあまりに不備であり、透明性の確保が出来ない事（例として本人の意思確認方法がドナーカードだけで十分なのであろうか？）
- ③医療の現場で移植医療を優先するあまり、本来患者が受ける事が出来るはずの救命・延命処置が省かれる懸念。宗派によって、考え方・動きに差はあるものの、積極的に反対活動を行っているところでは、ノン・ドナーカードを配布しているところもある。医療機関としての立場や考え方を明確にしておく必要がこうした視点からも生じるのである。

3.3.4. 組織的視点

臓器移植と一口に言っても、提供側と移植側の2つのシステムを病院は備えておかななくてはならない。特に本稿では聖マリアンナ医科大学病院が臓器提供に携わっていることもあり、臓