

個人倫理、組織倫理及び専門職倫理の 関係からみた経営倫理の課題

鈴木 貴 大

1. はじめに
2. 専門職の定義と専門職団体の役割
3. 医療事故の事例からみた個人倫理、組織倫理及び専門職倫理の関係
4. 専門職倫理の課題と専門職団体の役割の再考
5. 専門職倫理の概念拡張
6. 自動車の検査不正からみた「思考の傾斜」問題
7. むすびにかえて

1. はじめに

近年、大企業をはじめとする様々な組織が倫理制度を策定していることから、経営倫理 (business ethics) の重要性は広く社会に認知されていると理解することができよう。一方で、こうした倫理制度を策定している組織が組織不祥事を引き起こすことは決して珍しいことではない。こうした背景には、経営倫理を実践するために重要な機能を有する倫理制度が「認知」のレベルで留まってしまっており、組織における経営倫理の「理論」と「実践」との間に乖離が生じていることがひとつの要因として考えられる。したがって、倫理制度をいかにして組織構成員ひとりひとりの行動に浸透させ、「実践」レベルに結びつけるのが、今日の経営倫理研究をめぐる喫緊の課題であろう。

Barnard (1938) によれば、組織は「個人人格 (individual personality)」

と「組織人格 (organization personality)」との双方を有する組織構成員によって構成される (Barnard,1938,p.185)。個人人格とは「個々の組織構成員がこれまでの経験を通じて形成してきた文化的・宗教的な信念や価値観を反映したもの」である。一方、組織人格とは「組織の枠組みに自らの考えや行動を準拠させ、組織の目的を達成するために組織構成員が共有している価値観を反映したもの」である。組織とそれに属する個人とを対象とした先行研究をみると、組織構成員の個人人格と組織人格とを区別した上で、議論を展開しているものが少なくない⁽¹⁾。しかしながら、組織における個人が経営倫理を実践していくためには、組織人格と個人人格の双方に焦点を当て、これらを区別するのではなく、いかに統合していくのかを考えることが重要であると考えられる。

このことは、組織構成員の行動を規定する価値観においても同様のことがいえる。すなわち、彼(女)らは自身の業務を遂行する上で、倫理的なジレンマに直面した際、彼(女)らがこれまでの経験や他者との関係を通じて培われてきた道徳的価値基準である個人倫理 (individual ethics) と組織内部において共有される暗黙的な道徳的価値基準である組織倫理 (organizational ethics) の双方から行動が規定されるのである。その際、組織倫理が強固であればあるほど斉一性の原理やグループシンクといった弊害が生じやすく、組織構成員の個人倫理は軽視されやすくなってしまふ。こうした組織倫理の逆機能問題を解消するためにも、組織の管理者は、組織構成員個々の個人倫理を組織内に統合する仕組みを構築していく必要がある。

他方で、近年、医療従事者や弁護士など専門的な知識や技術の有する専門職従事者に求められる専門職倫理 (professional ethics) への注目が高まっている。こうした組織における個人は、個人倫理、組織倫理に加えて専門職倫理も有しており、その組織行動はより複雑に規定されているといえる。このことに鑑み、本稿では専門職倫理に焦点を当て、第一に医療事故の事例から個人倫理、組織倫理および専門職倫理

の関係を整理し、専門職倫理の課題を別扱することを試みる。さらに今日、急速に進展している情報通信技術 (Information and Communication Technology) の発展・普及に伴い、企業をはじめとする様々な組織の経済活動においてコストの削減や生産性の向上が期待され、同時に我々の生活はより豊かに、そして便利になることが予想される。一方で、こうした技術の扱い方を誤れば、それによって発生する企業 (組織) 不祥事の影響は甚大なものとなろう。したがって、技術の進展・普及が拡大すればするほど、様々な業種・職種においてそれに伴う専門職倫理が求められるようになるのである。したがって、専門職倫理の課題は決して局所的な問題ではなく、多くの企業や組織に関わる事項であるといえよう。かかる議論を踏まえ、本稿では、個人倫理、組織倫理および専門職倫理の調和を図ることの重要性を示唆し、これを果たすためには組織にどのようなことが求められるのかを考察することを目的とする。

2. 専門職の定義と専門職団体の役割

専門職の概念は、イギリスやアメリカにおいて形成された profession の概念を前提としている (山口、2005、176頁)。Barber (1965) は、専門職従事者の行動を規定する要素として、「一般的・体系的な高度な知識、個人の自己利益より社会的利益の優先、倫理綱領による行動の自己規制、業績を示す金銭や名誉による報償」を挙げている (Barber, 1965, pp.5-20)。また、中村 (1975) は、「専門家職業 (profession) とは、高度な科学的素養と科学を基礎として確立された専門技術とを体得しているとともに、高邁な倫理的道德観とそれに基づいて確立された厳格な実践規範を身につけた人々を指す」と述べている (中村、1975、167頁)。このように、専門職の定義は論者によって様々であるが、共通する要件として、①一般的・体系的である高度な専門的知識とそれを実践する技術を体得していること、ならびに②個人の利益ではなく社会

的利益を指向する厳格な規範の存在である。

専門職従事者は、当該職務の遂行にあたり、一般的に不可侵とされる領域への侵入を可能とする権利（例外的特殊権限）⁽²⁾を有する。例外的特殊権限は、必然的に権威（authority）と影響力（influence）を付随するため、これらを正当化（justify）するための根拠を必要とする。したがって、専門職従事者は科学や技術などの高度な専門性と、行為を正当化し得る厳格な専門職倫理を体得し、社会的利益のために活動するために社会から信頼されることが求められるのである（山口、2005、179頁）。このことに鑑みれば、専門職従事者の個人倫理は、組織倫理のみならず専門職倫理からも影響を受けることになり、自身の行動はより厳格に規定されているといえよう。

こうした専門職を規定する要件を遵守・維持、そして推進するために様々な専門職において、組織の枠を超えた専門職団体（professional association）が存在している。専門職団体は、外部に対してはその専門職の存在・承認を求める主張、さらに社会的地位の維持を図る手段を有すると同時に、内部に対しては専門職従事者への教育・資格付与、そして社会的使命の自覚とその目的達成のための自己訓練を促し、専門職としての意思決定・行為に一定の規律を加え、場合によっては懲戒を加えるものである（山口、2005、178頁）。

たとえば、日本医師会は医師の専門職倫理として「医の倫理綱領」を掲げている。その内容は、①医師は生涯学習の精神を保ち、常に医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす、②医師は職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける、③医師は医療を受ける人々の人格を尊重し、優しい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める、④医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす、⑤医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める、⑥医師は医療にあたって営利を目的としないことを挙げている⁽³⁾。

このように専門職団体が、組織という枠組みを超えて業界単位で行動指針を明示することは、個々の医療従事者が倫理的課題に直面した際に非倫理的行動へと陥ることを防止する役割を担う。この意味において専門職団体の果たす役割は重要であるといえよう。しかし、現実には、医療事故の発生が社会から注目を集めることは決して少なくない。こうした医療事故において、専門職倫理は医療従事者に対し、どのような影響を与えていたのだろうか。次章では、医療事故の事例からこのことに関して考察していくこととする。

3. 医療事故の事例からみた個人倫理、組織倫理及び専門職倫理の関係

千葉県がんセンターでは、2008年から2014年の期間、腹腔鏡下手術を受けた複数の患者が死亡するという事故が発生した。一連の問題では、50～80代の男女11人が手術当日から約9ヶ月後の期間に死亡した。千葉県の第三者委員会は、対象となる11例のうち、約10例で手術方法の選択、あるいは手術中の対応など診療上の問題があったとする報告書を公表した。残る1例にも手術前の手続きに不備があった。報告書によると、2013年1月に胆管がんの手術を受け、3ヶ月後に死亡した男性（当時74歳）に関して「難度の高い手術を腹腔鏡で行った判断は問題」としている。また、他に少なくとも2例において「腹腔鏡で手術を行うか慎重に検討すべきであった」などと指摘している（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、5-10頁）。

第三者委員による報告書に基づけば、同センターにおける医療事故は、高難度な手術を行うに際して、それを安全かつ、適正に実施するための体制、および医療従事者の意識が不十分であったことが主たる要因であると指摘されている。例えば、同センターでは、倫理審査委員会を設置しており、センター内で倫理的課題が発生した際には、倫理審査委員会で話し合うことが義務付けられていた。しかし、今回の

例では、保険適用のない高難度な手術であったにもかかわらず、倫理審査委員会への事前申請はなかった点が問題であったと指摘される（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、11頁）。さらに、こうした制度が機能しなかった背景には、倫理審査委員の構成に問題があったと考えられる。同センターでは、倫理審査委員会に関して「外部委員を複数名置き、その半数以上は、人文・社会科学面の有識者又は一般の立場とする」と規定されていた（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、11頁）。これにより、医師や看護師といった専門職従事者に傾斜した考えを防止することが期待される。しかしながら、実態はこの規定が遵守されておらず、その結果、制度の形骸化を引き起こす要因となったと考えられる。

また、第三者委員会は、手術の方法については「いずれも問題はない」と評価しているが、手術を担当した医師について「必ずしも十分な経験ではなかった可能性がある」また「高難度手術の担当医師として、経験が不足していたと思われる」と指摘している（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、5-10頁）。加えて、第三者委員会が実施したヒアリング調査によれば、腹腔鏡下手術に関して「リスクについて説明されていない」、「聞いた記憶がない」に加え、「手術の方法が腹腔鏡であると知らなかった」などの発言が患者の家族から挙げられた（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、29頁）。このように、手術の方法が適切であったとしても、それを実施するに際して、患者やその家族に正しい説明を行い、同意を得ることが医療従事者には求められており、こうした説明責任は、誰が手術を担当するのか、あるいはどのような方法で手術を実施するのかといった専門的な知識や技術と同様に重要視されなければならないであろう。

第三者委員会の報告書に基づき、千葉県がんセンターの事例の発生要因を分析してみると、「専門職倫理」あるいは「医の倫理」といった語句はあまり見られず、その主な発生要因は、組織における制度の運

用体制、あるいは個々の医療従事者の意識の低さといった組織倫理、個人倫理に関わることでであると指摘されていた。前述のように、専門職従事者は高度な知識や技術を有しており、重要な社会的使命を担っている。だからこそ、そうした知識や技術を扱う上で、特殊な倫理観（専門職倫理）が求められるのである。しかしながら、実際の医療事故の事例を考察してみると、こうした専門職倫理が、どこまで医療従事者の行動に影響を与えているのか疑問をもたざるを得ない。このことに鑑み、次章では、専門職倫理の課題を考察すると共に、この課題を是正するために専門職団体にはどのようなことが求められるのか、その役割を再考していくこととする。

4. 専門職倫理の課題と専門職団体の役割の再考

本稿では、専門職倫理に焦点を当て議論を展開しているものの、これは専門職従事者の個人倫理や組織倫理が低次であり、専門職倫理が高次であるということを示唆するものではない。専門職従事者が歪んだ個人倫理や組織倫理を有することもまた重大な企業（組織）不祥事を引き起こす要因となり得る。

たとえば、2014年6月、群馬大学医学部附属病院（以下、群大病院と表記）において、2009年以降、同一医師によって腹腔鏡下手術を受けた複数の患者が死亡するという事件が発生した。第三者委員会の報告書に基づけば、高難易度な手術にもかかわらず技術が未熟な医師に執刀させていたことから指導体制や管理体制に問題があった可能性があることなどが指摘されている（群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会、2016、30頁）。加えて、最も大きな要因として、組織内の競争意識の存在が挙げられる。

群大病院には、2015年4月に統合するまで、消化器の手術を担当する外科チームが旧第一外科と旧第二外科に分かれており、それぞれが異なる診療体制をとっていた。旧第一外科と旧第二外科では、肝臓手

術件数に大きな違いがないにもかかわらず、医師の数を比較してみると、2007年から2014年までの期間において旧第二外科は旧第一外科の3分の1以下の医師数となっていた。したがって、旧第二外科は少人数で手術に対応せざるを得ない状況だったのである。さらに、2つの診療科の間には潜在的な競争意識が存在しており、同じ診療分野を担っているにもかかわらず、各診療科で起きた合併症や死亡事例について共同で死亡症例検討会を開催したり、再発防止策が共有されたりすることはなく、個々の診療科内の問題として対応する体制となっていた(群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会、2016、31-32頁)。

院内で、同一診療領域を複数の集団が担当すると、限りある資源(人的・物的・財務的)が分散され、それぞれの好みの手技手法で慣習が並存し、標準化されないために患者の安全性が損なわれる可能性があること、また、集団間に無意識のうちに競争意識や対抗意識が生まれ、診療において良好な情報共有や協働関係を築くことができず、その結果、個々の集団ごとの診療の質が低下する可能性があることなど、様々な弊害が生じることとなる。これを防止するために、それぞれの診療科が連携を緊密に行い、起こりうる弊害を最小化にする努力が求められるのである。しかし、群大病院の消化器外科診療においては、同じフロアに患者を収容しながらも、互いに独立した診療体制をとっており、前述のような弊害を長い期間にわたって改善してこなかったことが、本事件の発生要因、そして発覚の遅れに繋がったと考えられる。

群大病院は特殊な事例ではあるが、こうした組織内における特定の集団間、あるいは個人間での競争意識や対抗意識によって、医療従事者間において重要な役割を担う情報共有が機能しないということは十分に考えられる。だからこそ、組織内において大きな権力を有する医師の個人倫理をいかにして「患者の利益」へと常に方向付けられるかが、医療法人にとって重要な課題であろう。

このように特定の集団や個人が自身の利得を追求した結果、重大な企業(組織)不祥事へと発展する事例もあるが、専門職従事者によって

構成される組織にとって、いかに組織倫理、あるいは組織構成員の個人倫理が健全であったとしても、彼（女）らが倫理的課題に直面した際、組織倫理や個人倫理だけでは対応することのできないこともある。こうした特殊な状況において、彼（女）らがどのように行動するべきかという指針を示す点において専門職倫理の意義は大きいといえよう。しかし、千葉県がんセンターの事例をみてみると、その主な発生要因として挙げられるのは組織倫理や個人倫理に関することである。また、群大病院における医療事故においても、院内に同一診療領域を担当する集団が複数あることによる競争意識が引き起こしたコミュニケーションの不足に加え、手術管理体制、麻酔管理体制、医療安全体制、あるいは倫理審査体制など制度の機能不全が主に指摘されている（群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会、2016、8-14頁）。さらに、同調査委員会の構成員をみてみると、日本医師会など専門職団体は関与していない（群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会、2016、79頁）。もちろん、外部の医療従事者、弁護士、あるいは有識者などが関与していることから、「医療」の分野に傾斜した思考を緩和することはできるものの、改めて専門職倫理の重要性および専門職団体の役割を再考する必要があるだろう。

日本医師会は、前述した「医の倫理綱領」によって、医療従事者に専門職従事者としての指針を示している。さらに「医師の職業倫理指針」を発行することにより、セカンド・オピニオンやインフォームド・コンセントの推進、あるいは他の医療関係者との連携などの重要性を主張している⁽⁴⁾。同様に、医師のみならず看護師⁽⁵⁾や薬剤師⁽⁶⁾など他の専門職団体も個々の専門職倫理を踏まえた指針を示している。繰り返しにはなるが、こうした指針を示すことが有意義であることは議論するまでもないであろう。重要なことは、こうした制度が個々の医療法人さらには医療従事者の行動にまで浸透しているかである。

医療とは必ずしも完成された技術ではなく、医療行為の結果が、意に反して患者への不利益となってしまうこともある。さらに言えば、

こうした医療法人における「患者の不利益」とは生死に関わる極めて重要な問題なのである。日本医師会は、違法行為や非倫理的行動を行った医師に対して罰則規定を設けている。しかしながら、医師が患者に与える影響に鑑みれば、こうした事後的対応のみならず、医療事故を未然に防止するためのより具体的な倫理制度を確立する必要がある。また、文化的要因に基づく国や地域ごとの価値観の多様化、あるいは、グローバル化や情報通信技術の進展に伴う価値観の変化によって、医療従事者に求められる専門職倫理はますます複雑化している。このことから、専門職団体が個々の医療法人と同等の制度を確立し、組織倫理や個人倫理の欠如に基づく非倫理的行動を牽制・防止する役割を担う必要がある。そのためには、日本医師会や日本看護協会などの専門職団体と個々の医療法人との対話が不可欠であり、同時に継続的な教育が求められると考える。

5. 専門職倫理の概念拡張

ここまで医療法人における医療事故の事例を踏まえ、専門職倫理の課題ならびに専門職団体の役割を再考することの必要性を主張してきた。第2章で述べたように、専門職の定義に共通することは、①一般的・体系的である高度な専門的知識とそれを実践する技術を体得していること、ならびに②個人の利益ではなく社会的利益を指向する厳格な規範の存在である。したがって、技術革新が進展し、一般的な企業、とりわけ株式会社における従業員に求められる知識や技術のみが向上することによって、彼（女）らを「専門職」と位置付けることは必ずしもかかる定義に該当するとはいえない。

しかしながら、現実の社会における技術革新、とりわけ AI (Artificial Intelligence: 人工知能) 技術は急速に進展・普及しており、我々の生活を大きく変えることが予想される。実際に、これまで単調な作業に限定されていたコンピューター化が、現在では10年前には不可能と考えら

れていた複雑な作業を行うようになってきている。自動車運転の開発がその一例である。2000年代初頭、様々な研究者が自動車の自動運転に関して、「対向車が走行している中で左折を行うことは多くの要因が伴うため、運転者の行動を再現できる一連の規則を見つけ出すことは不可能である」と指摘した。しかし、そのわずか数年後の2010年には、Googleが自動車の完全自動運転の開発に成功したことを発表したのである（Brynjolfsson and McAfee, 2014）。

近年の自動化に関する研究成果は、ビッグデータの利用可能性の拡大と機械学習の進展により、複雑な認知的作業を明確に定義された命題へと変換することが可能になった結果である。先に挙げた自動車のみならず、既存の職業のいくつかは今後AIやロボットによって代替される日もそう遠くはないであろう。他方、いかに技術革新が進展してもより専門的な知識や複雑な技術が求められる職種、あるいは普及したAIやロボットを管理する職種に関しては求められる能力（知識・技術）がますます高度になると考えられる。この意味において多くの職種に関して専門化が進展するといえよう。こうした現実社会の様相に鑑みれば、従来の専門職の定義をより広範に捉える必要がある。なぜなら、職種ごとの専門化が進展すればするほど、職種間での情報交換が困難となり、専門職従事者における問題のひとつである「思考の傾斜」が生じやすくなるからである。

たとえば、医療従事者は、「医療」という専門的かつ高度な知識や技術を有している。加えて、近年の医療技術の高度化の影響を受けて、こうした知識や技術はますます複雑になってきている。こうした中で、医療従事者に求められる「専門家（specialist）」としての専門性が高くなることに比例して、医療法人内における集団の独立性も高くなる。集団の独立性が高くなることで、医療法人を取り巻く組織外部との閉鎖性のみならず、組織内部においても部門間での閉鎖性が生じることとなる。さらに、この組織内部での閉鎖性が専門職従事者の「思考の傾斜」問題を引き起こすのである。

1995年、半導体メーカーであるインテル（Intel Corporation）の当時CEOが、前立腺癌の診断を受けた際、最善の治療法を見出すためにそれぞれ異なる治療法を実践している有名な医師に助言を求めた。この際、医師たち全員が、自分の専門分野における治療法を選択するように強く勧めたのである（Grove、2002、樫村訳、2002、32頁）。この際、医師たちが自身の利益を優先し、患者の利益を軽視する利益相反行為によって、自身の専門分野における治療法を勧めたのであれば当然問題であるが、さらに複雑なことは、患者の利益を優先していたとしても同様の状況が起こりうるということである。すなわち、専門性の高さとそれに伴う組織内部での閉鎖性によって、医師は他の分野における治療法の情報が不足し、自身の専門分野における治療法が最善であると考え、傾斜した思考になってしまう。その結果、自身の利益となる治療法を選択するか、あるいは患者にとって最善の治療法を提案するかといった倫理的問題に直面していることにすら気づかなくなってしまう⁽⁷⁾。

様々な職種における能力（知識・技術）の高度化が進展するほど、こうした「思考の傾斜」問題は生じやすくなる。以下では企業において、かかる問題がひとつの要因となって生じた企業不祥事の事例を取り上げる。

6. 自動車の検査不正からみた「思考の傾斜」問題

2017年9月、国土交通省は日産自動車株式会社（以下、日産と表記）の子会社である日産車体株式会社湘南工場において、完成検査員に任命されていない者が、完成検査員の付き添い等もなく自動車の完成検査に係る各種検査を行っていることを公表した。さらに国土交通省は、湘南工場に対する立入検査に引き続き他の工場ならびに子会社（栃木工場、追浜工場、日産九州および日産車体九州、オートワークス京都）の調査も行ったところオートワークス京都を除く工場と同様に完成検査の資格

を有さない者が検査していたことが発覚した（西村あさひ法律事務所、2017、10頁）。

こうした問題の背景には、完成検査を行うことのできる人員の不足がしばしば指摘されるが、第三者委員会（西村あさひ法律事務所）の調査によれば、追浜工場では現在と比較し、完成検査のラインに余裕のあった1989年頃から資格を有さない者による検査は行われており、技能に習熟してさえいけば、資格の有無に関係なく完成検査を行っても良いといった思考が広く浸透していたと指摘されている（西村あさひ法律事務所、2017、30頁）。さらに同委員会が従業員を対象に行ったヒアリング調査によれば、工場内の従業員は「完成検査員の資格よりも、習熟した検査員が検査しているかがより重要であり、検査員が習熟期間を経て見極めに合格した段階で、一人で作業することについては、それほど問題であるとの認識はなかった」、また、「検査に習熟して、見極めに合格すれば一人前であり、完成検査員の資格の有無は問題でないと思っていた」、「見極めが済んでいる人は、完成検査員と同等の能力があるという認識だった。」などと述べていたことが明らかになった（西村あさひ法律事務所、2017、31頁）。

かかる企業不祥事に鑑み、日産では完成検査の資格を有する人員配置の見直し、資格を有するまでのプロセスの見直しに加え、関係子会社を含む企業全体で従業員の意識を変えていかななくてはならないことを改善策として公表した。

しかし、そのわずか1年後の2018年7月に出荷前の自動車の排ガスや燃費の測定におけるデータ改ざんが行われていたことが発覚した（朝日新聞、2018年7月10日付、朝刊）。日産における度重なる企業不祥事の要因として、個々の従業員が逼迫した労働環境において自身のノルマを最優先に考え、倫理が後退してしまうという彼（女）らの個人倫理の問題、あるいは組織（工場）全体で資格を有することの意味を軽視してしまったが故に、不正が起きていることにすら気付かないといった組織倫理の問題があることは確かである。しかしながら、今回の事

例のように高度な知識や技術が求められる職場では、外部との閉鎖性、あるいは組織の独立性が強くなる傾向にある。すなわち、第5章で取り上げたように、専門的な知識や技術を有する者の間で外部との認識や考え方のズレが生じ、これが「思考の傾斜」問題を引き起こすのである。加えて、前述した個人倫理や組織倫理の問題がなく、仮に企業やそこで働く従業員が健全な個人倫理や組織倫理を有していたとしても、(専門職の定義を広く捉えた上での) 専門職従事者が「思考の傾斜」問題によって誤った行動をとってしまう危険を完全に払拭することは困難であろう。だからこそ、こうした高度な知識や技術を要する様々な職種に従事する者が組織外部とのコミュニケーションを図ることのできるよう専門職団体を設ける必要があると考える。

しかしながら、単に専門職団体を設けるだけでは、日本医師会など既存の専門職団体と同様の課題に直面することは自明であろう。ここで重要なことは、企業(あるいは組織)と専門職団体との「対話」・「関与」である。専門職団体が単に具体的な行動を規定した制度を確立し、その実践を企業に求めたとしても、制度の上にさらに制度を重ねることに終止してしまう。したがって、企業が適合・調和することの倫理制度を確立し、仮に企業における組織倫理や専門職従事者らの個人倫理が歪んでしまった場合に、それを修正し、非倫理的行動を牽制することに効果的な専門職倫理を企業と専門職団体とが協調してつくりあげていくことが必要であろう。

Epstein (1996) は、経営倫理の実践には公的規制と自主規制の相互に結びつけられることが重要であると述べている(エプスタイン著、中村ほか訳、1996、178頁)。公的規制とは政府によって確立され、施行される諸基準である。一方、自主規制とは、組織が単独で整備・確立する倫理制度のみならず、業界団体や専門職団体が確立する特定の組織に適用される規制も含まれる(エプスタイン著、中村ほか訳、1996、179-182頁)。したがって、企業において経営倫理を実践していくためには、政府、専門職団体との相互コミュニケーションを通じて、既存の制度

のあり方を見直し、専門職従事者らが倫理的行動を実践するための基盤となる、組織倫理、個人倫理、そして専門職倫理の統合を図ることが重要であろう。その上で、専門職従事者らは、様々なステイクホルダーとの「対話」・「関与」によって、相互理解を深めていくことに努めることが企業不祥事の防止へと繋がると思う。

7. むすびにかえて

野村総合研究所が2015年に行った調査によれば、今後数十年にわたって、日本における被雇用者の49%はAIやロボットに代替される可能性が高いとされている⁽⁸⁾。加えて、この調査では、自動化可能性が最も高い職種(表1)と自動化可能性が最も低い職種(表2)を挙げている。

これらの表からもわかるように、自動化可能性の低い職種の多くは、既存の専門職の定義にも該当する職種が多い。他方、自動化可能性の高い職種は比較的単調な作業を主としている。つまり、芸術家など創造性が求められる職種を除けば、高度な知識や技術の求められる広い意味での専門職は、AIやロボットが普及しても社会に残り、今後誕生する職種の多くも同様に高い専門性が必要とされると予想される。かかる理解に鑑み、本稿では専門職倫理に焦点を当て、これが一部の企業や組織にのみ該当する局所的な問題ではなく、より多くの企業や組織に専門職倫理が求められるようになることを指摘した上で、専門職団体の役割ならびにその課題を考察してきた。

表1 自動化可能性が最も高い職種

職種名	自動化可能になる確率
電車運転士：(Train Drivers)	99.8%
経理事務員：(Accounting Clerks)	99.8%
検針員：(Meter Reading Workers)	99.7%
一般事務員：(General Administrative Clerks)	99.7%
包装作業員：(Packing Workers)	99.7%
路線バス運転者：(Route Bus Drivers)	99.7%
積卸作業員：(Loading and Unloading Workers)	99.7%
梱包工：(Balers)	99.7%
レジ係：(Cashiers)	99.7%
製本作業員：(Binding Workers)	99.7%

表2 自動化可能性が最も低い職種

職種名	自動化可能になる確率
精神科医：(Psychiatrists)	0.1%
国際協力専門家： (International Cooperation Experts)	0.1%
作業療法士：(Occupational Therapists)	0.1%
言語聴覚士：(Speech Therapists)	0.1%
産業カウンセラー：(Industrial Counselors)	0.2%
外科医：(Surgeons)	0.2%
はり師・きゅう師： (Acupuncturists and Moxibutionists)	0.2%
盲・ろう・養護学校教員： (Special Education Teachers)	0.2%
メイクアップアーティスト：(Make-up Artists)	0.2%
小児科医：(Pediatricians)	0.2%

出所：野村総合研究所（2015）「日本におけるコンピューター化と仕事の未来」11頁。<https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/journal/2017/05/01J.pdf?la=ja-JP&hash=6B537BB1EB48465D0AF4A3EA1B1138809F916683>（最終アクセス：2019年6月4日）。

医療従事者や弁護士など従来の専門職の定義に該当する職種では、専門職団体を設けるとともに、組織内制度でも専門職従事者が陥る問題を是正する仕組みを構築してきた。たとえば、第3章で取り上げた

千葉県がんセンターでは、医療従事者の専門性による「思考の傾斜」問題を防止するために、倫理的問題が発生した際に、それを話し合う制度として倫理審査委員会を設置しており、その構成に関して「外部委員を複数名置き、その半数以上は、人文・社会科学面の有識者又は一般の立場とする（千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係わる第三者検証委員会、2015、11頁）」と規定していた。しかし実際には、その運用に問題があることもあり、重大な医療事故を引き起こすこととなった。こうした組織内部で生じうる、専門職、あるいは集団における「思考の傾斜」問題をどのように緩和させるのかという仕組み（制度）を構築することに加え、それをいかにして機能させるのかという運用体制まで含めた議論を行うことが、企業や組織が経営倫理を実践していく上で重要な課題事項であろう。

本稿では、「専門職」を広い意味で捉えつつ、これをひとつの枠組みで議論を展開してきた。これにより、専門職倫理における課題（とりわけ、「思考の傾斜」問題）が決して局所的な問題ではないことを指摘した点に意義があると考えられる。他方で、「専門職」を広い意味で捉えることによって、比較可能性の確保という点において課題が残ることも事実である。たとえば、本稿において取り上げた医療従事者と自動車の検査員とでは、職務内容、職務知識、そして倫理意識が大きく異なる。その結果、これら2つの職種を「専門職」の枠組みの中で比較することの客観的な論拠が弱くなっていると指摘されよう。このことに鑑み、再度、「専門職」の概念範囲を吟味する必要がある。

加えて、前述した職種によって求められる専門職倫理が異なること、あるいは技術革新がさらに進展することで社会がより複雑になることによって、異なる専門職従事者間での利害が対立した際の対応にまで議論を進めることができなかつた点も課題であろう。このことは、いかに専門職倫理が求められようと、私有財産制度に基づき、株主利益の最大化を経営の重要課題のひとつと位置付ける企業と、社会的使命の遂行を第一の課題と位置付ける医療法人をはじめとする非営利組織

にも同様のことがいえよう。しかしながら、経営者や組織の管理者とその組織に属する個々のメンバーとが相互に経営倫理の重要性を理解し、組織と個人のどちらかが一方的に組織倫理を形成していくのではなく、相互コミュニケーションを通じて「共創 (co-creation)」していくことの重要性を認識することが、経営倫理を実践する第一歩であると考えられる。

参考文献

- ・ Barber, B. (1965), Some Problems in the Sociology of the Profession in S. Lynn (ed), *The Profession in America*, pp.5-20.
- ・ Barnard, C. I., (1938), *The Functions of the Executive*, Harvard University Press.
- ・ Brynjolfsson, E., and McAfee, A. (2014), *The second machine age: Work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies*, WW Norton & Company.
- ・ Grove, A. S. (2002), *Swimming Across: A Memoir*, New York, Grand Central. (樫村志保訳 (2002) 『僕の起業は亡命から始まった—アンドリュー・グローブの半生の自伝』日経 BP 社)。
- ・ Werhane, P. H., Hartman, L. P., Archer, C., Englehardt, E. E., and Pritchard, M. S. (2014), *Obstacles to Ethical Decision-Making: Mental Models, Milgram and the Problem of Obedience*, Cambridge.
- ・ Morland, M. P. (2008), *Business Ethics as Practice*, Cambridge University Press.
- ・ エプスタイン著、中村瑞穂、風間信隆、角野信夫・出見世伸之、梅津光弘訳 (1996) 『企業倫理と経営社会政策過程』文眞堂。
- ・ 桑田耕太郎 (1983) 「組織学習の理論—その概念と課題—」『東京大学経済学研究』26号、1-10頁。
- ・ 桑田耕太郎、田尾雅夫 (1998) 『組織論』有斐閣アルマ。
- ・ 群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会「群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会報告書」2016年7月27日。
- ・ 鈴木貴大 (2018) 「経営倫理研究における行動倫理学アプローチの意義と課題」『商学研究論集』第49号、明治大学大学院商学研究科、33-48頁。
- ・ 千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係る第三者検証委員会「千葉県がんセンター腹腔鏡下手術に係る第三者検証委員会報告書」2015年7月15日。
- ・ 中村瑞穂 (1975) 『経営管理論序説』亜紀書房。
- ・ 中村瑞穂 (1994) 「企業経営と現代社会」丸山恵也、権泰吉『現代企業経

営一理論と実態一』ミネルヴァ書房。

- ・西村あさひ法律事務所「調査報告書（車両製造工場における不適切な完成検査の実施について）」2017年11月17日。
- ・野村総合研究所（2015）「日本におけるコンピューター化と仕事の未来」。
- ・山口厚江（2005）『高齢者介護ビジネスの社会的責任』文真堂。
- ・山下洋史（2005）『情報・知識共有を基礎としたマネジメント・モデル』東京経済情報出版。

参考 URL

- ・日本医師会 HP 「医の倫理綱領」。
<http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri2000.pdf>（最終アクセス日：2019年5月18日）。
- ・日本医師会 「医師の職業倫理指針 [第3版]」、2016年10月。
<http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012.2.pdf>（最終アクセス日：2019年5月10日）。
- ・日本看護協会 「看護者の倫理綱領」。
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf（最終アクセス日：2019年5月10日）。
- ・日本薬剤師会 「薬剤師倫理規定」。
<http://www.nichiyaku.or.jp/assets/pdf/FIP2014-Ethics-J.pdf>（最終アクセス日：2019年5月10日）。

新聞・記事

- ・朝日新聞 「25% が外部委員不在 医療事故調査の病院報告」2016年11月3日付、朝刊。
- ・日本経済新聞 「腹腔鏡手術『10例に問題』がんセンター 11人死亡 千葉県の第三者委」2015年3月31日付、北海道朝刊。
- ・日本経済新聞 「拠点病院指定更新せず 千葉県がんセンター 腹腔鏡死亡で」2015年4月15日付、沖縄夕刊。
- ・朝日新聞 「日産、不正の連鎖、無資格検査の発覚後もデータ改ざん」2018年7月10日付、朝刊。

- (1) たとえば、桑田と田尾（1998）は、組織における個人は「人間そのものではなく、人間が提供活動や諸力である」と論じ、個人のもつ信念や価値観とその活動とを区別することの重要性を主張している（桑田、田尾、1998、20頁）。
- (2) たとえば、医師による人体の切開行為、薬剤師による危険薬物の取り扱いなどである。
- (3) 日本医師会 HP 「医の倫理綱領」を参照。

<http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri2000.pdf>（最終アクセス日：2019年5月18日）。

- (4) 詳しくは、日本医師会「医師の職業倫理指針 [第3版]」、2016年10月を参照されたい。

<http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012.2.pdf>（最終アクセス日：2019年5月10日）。

- (5) 日本看護協会「看護者の倫理綱領」。

https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf（最終アクセス日：2019年5月10日）。

- (6) 日本薬剤師会「薬剤師倫理規定」。

<http://www.nichiyaku.or.jp/assets/pdf/FIP2014-Ethics-J.pdf>（最終アクセス日：2019年5月10日）。

- (7) 行動倫理学の分野においてこれを「自己中心主義のバイアス」と呼ぶ。詳しくは、鈴木貴大（2018）「経営倫理研究における行動倫理学アプローチの意義と課題」『商学研究論集』第49号、明治大学大学院商学研究科、33-48頁を参照されたい。

- (8) 野村総合研究所（2015）「日本におけるコンピューター化と仕事の未来」5頁を参照。<https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/journal/2017/05/01J.pdf?la=ja-JP&hash=6B537BB1EB48465D0AF4A3EA1B1138809F916683>（最終アクセス日：2019年6月4日）。