医療リスク なるほど〈3〉

浅野　睦

リスク要因分析手法

別の患者を手術室に…

リスクチェーンの5要因

前回（11月9日号）まで、医療におけるリスクマネジメントに対する基本的な姿勢を解説してまいりました。

今回は、より実践的なリスク対策を講じるための手段として、リスク要因の分析手法について詳しく解説していきたいと思います。

分析手法を解説する前に、最初にリスク要因とは何を指すのか、という点に触れておきます。

リスク要因の分析は、リスクマネジメントにおいて非常に重要な位置づけとなります。なぜなら、要因分析を実施することは、事故や問題発生に対する原因究明の第一段階であり、現状の把握を的確に行うための有効な手段でもあるからです。

リスク発生の原因を検証すると、さまざまな事象が複雑に絡み合った結果として事故に至っていることが分かります。

引き金となる事象だけでなく、組織、仕組み、教育など引き金を誘発する要因なども影響しているものなのです。事故と直接結びつく要因だけでなく、間接的に関連する要因などさまざまな要因が関係して事故となり表層化します。

チェーンのように重なって問題発生となるため、「リスクチェーン分析」と言います。このチェーンの一つひとつの要因は潜在化しやすいため、発見が難しい特性があります。チェーンを構成する要因は次の5つの種類に分けられます。

1　環境要因―職場・労働環境、気温、湿度など

2　ハザード（ハード要因）―設備、機器、医療用具（注射器・針、メスなど）など

3　ハザード（ソフト要因）―組織、仕組み、マニュアル、業務プロセスなど

4　人為的要因―故意・過失・ヒューマンエラーなど

5　ペリル―きっかけとなる事象、危害因子など

すべてのリスクに対して、これらすべての要因が必ず存在するわけではありません。

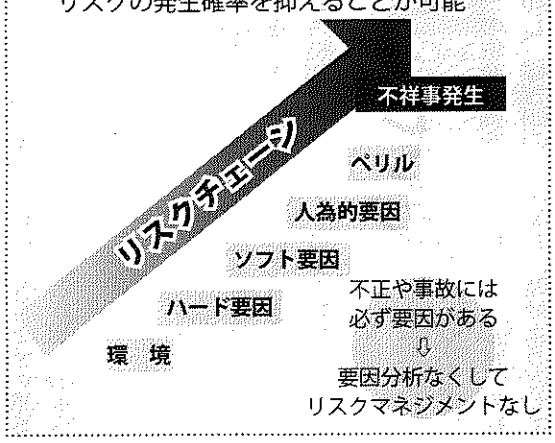
しかし、リスクを表面化させるうえで、これらの要因が関係していないかどうかを一つひとつ洗い出すことが大切です。洗い出されたリスク要因の連鎖をひとつでも多く断ち切ることができれば、リスクの発生を軽減することは可能になります。

一つひとつのリスク要因に対して対策を講じれば、リスクの発生確率を抑えることが可能になるということです。この考え方は、リスクチェーンの各要因を断ち切ることで、リスクをコントロールしうるということなのです。

では、具体的にどのように要因を分析していけばよいのでしょうか。ここでは事例を挙げながら、実際にどのような分析を行うのかを解説していきます。

■リスクチェーンで要因を分析する

リスクチェーンを断ち切る機会が多いほど
リスクの発生確率を抑えることが可能



想定要因はすべて挙げ 共通の危機要因を把握

［事例］

◆手術すべき患者を取り違えて、別の患者を手術室へ連れていった！

この事例は、発見された時点では事故とはいえませんが、インシデント（重大事故に至る可能性ありの事象）といえます。

事故情報だけでなく、ヒヤリハット報告書などによって挙げられるこれらのインシデントも要因の分析対象となります。できるだけ多くのインシデント情報の要因を分析することによって、組織に共通する要因の傾向を見ることができるのです。この事例の要因は、例えば以下のように想像できます。

●環境要因
・過酷な職場環境
・日勤・夜勤などの労務環境

●ハード要因
・患者識別のための用具不足・機能不全
・病室でのサイン
・カルテ

●ソフト要因
・申し送りプロセス
・患者確認フローの不徹底
・看護体制の機能不全（プライマリー型など）
・患者評価（認知度合いなど）

●人為的要因
・思い違いによる判断ミス
・患者自身のコミュニケーション能力低下
・他スタッフへの依存
・確認漏れ

当事例について、前述の各要因として考えられる事象を一つひとつ丁寧に列挙していきます。

仮に、何らかの対策を打っている場合でも、「対策済み」とか「ありえない要因」とするのではなく、想定される要因は全て挙げるようにします。

要因を挙げた後で、各要因に対して講じている手段を評価することになりますから、最初の段階では要因だけを抽出する作業を行います。

さらに、洗い出した要因を他のリスク内容の要因とともに集計します。集計すると、数種類の要因が重複して出てくることがあります。複数のリスクに共通する要因が存在する可能性があるということです。

例えば、ソフト要因に挙げられる「申し送りプロセス」や「看護体制の機能不全」などは、他のリスク内容でも挙げられる可能性があります。

これらをまとめることによって、組織に眠っている共通の危険要因を把握することが可能になります。重複する要因については、組織の共通課題と考えられます。

他のリスクと共通しない要因のなかには、当該リスク固有の要因もあります。

患者識別のための用具不足は患者確認ミスを防ぐ要因ではあっても、他のリスク要因にはなりにくいものです。

しかし、この要因に対して対策を打てば、かなりリスクの発生を抑制することにつながります。（それでも患者識別用具の付け間違いなどのリスクも考えられますが）

ここで大切なことは、リスクの発生に関与する要因をできるだけ多く挙げておくことなのです。対策を考える前に要因を挙げておかないと、事故が発生してから「このような原因で事故になるとは想定していなかった」ということになってしまうのです。

想定していなかった、という弁解はリスクマネジメントでは通用しません。リスクマネジメントはリスクの発生要因を想定するのが重要だからです。

コントロールの可能性判断

要因を挙げる際に留意すべき点としては、「管理」や「問題」といった大きな括りで要因を捉えないということです。

例えば「労務管理」や「人員の問題」といった表現などです。労務管理上のどこに要因があるのか、人員の問題のどこに要因があるのかを具体的に示す必要があります。

抽象化せずにできるだけ具体的で、根本的な原因への着目が大切です。

これらの要因が挙げられたら、各要因に対してコントロール可能な要因かどうかを判断します。

自然災害などの要因が出された場合には、自然災害をコントロールすることはできませんから、検討すべき対策の種類も問的に、「○○ですか？」と尋ねられると無意識的に「はい」と答えてしまう人がいますから、「お名前をおっしゃってください」と聞くことの方が、患者確認フローとしては効果的といえます。

このように、現行の手段が各要因とリスクの関係において有効かどうかを評価し、改善を検討することが重要です。

各要因をコントロールしうる対策が効果的であればあるほど、リスクの発生確率を下げることになります。このような作業を通じて、リスク要因を分析して最も優先すべき要因と判断されたもの対しては、さらに分析を進めていきます。

そのリスク要因が発生するには根本的にどのような理由が挙げられるか、という点において検証することで、より具体的で正確なリスクマネジメントが可能となります。こうしたできあがった具体的な解決策を計画的に実行することが求められます。

他の要因などのようなわけにはいきません。

逆に、コントロールしうる要因の場合には、現在の対策を挙げ、もし、対策の打たれていない要因があれば、どのような対策を打てばよいかを検討します。

ある程度、対策が打たれている場合には、その効果はどの程度のものかを評価します。仮に、「患者確認フローの不徹底」という要因で考えてみれば、現在、取られている患者確認フローは患者の確認において、どの程度有効な手段なのかを評価しなければなりません。

もし、看護師が「○○さんですか？」と患者に直接聞くのが患者確認フローだとしたら、患者確認フローそのものに欠陥があると考えられます。

患者のなかには限定質

□■あさの まこと　㈱フォーサイツコンサルティング代表取締役社長。1963年生まれ。丸井商品本部からプルデンシャル生命を経て、経営コンサルタントとして独立。