ヒヤリハット報告書の悪い例

事故に至ったプロセス必須
ルールの運用実態も記載

なるほど医療リスク (5)

浅野 睦

「なぜなぜ」を繰返し根本原因探る

今回は、事故防止策を考える上で必要な情報収集について見ていきたいと思います。

事故がなぜ起きたのかを把握することが要因分析につながり、対策を講じる上で重要となります。

なぜ、事故が起きたのかを詳細に調査していれば対策を考えるポイントがわかりますが、情報が少なかったり具体的でなかったりすると、対策の立てようがありません。どのような情報を集めればよいかを考えてみましょう。

事故の情報は、主に事故報告書やインシデントレポート（ヒヤリハット報告書）に記載されます。

インシデントや事故の情報を検証する背景には、「ハインリッヒの法則」（1・29・300の法則）があります。

1件の重大な事故には、隠れた29件の軽度な事故が存在し、さらには300件ものヒヤリやハットしたミスなどが潜んでいるという法則で、事故に至る発生確率を統計学的に分析した考え方のことをいいます。

厚生労働省では、こうした過去の医療機関におけるヒヤリハット事例を公表しています。

ケーススタディとして学ぶためにもこうした情報は有効であり、ヒヤリハットの詳細な事例を読むことでリスク意識も醸成されます。

では、医療現場で事故の未然防止に役立つヒヤリハット報告書はどのように作成すればよいでしょうか。

ここに、よくあるヒヤリハット報告書のタイプを挙げてみます。

1 事故に至ったプロセスが書かれていない

2 システムや仕組み、手順、ルールについての記載がない

3 事故当事者の始末書扱いになっている

4 不正（故意）と事故（エラー）を明確に分けていない

5 対策欄に「今後はしっかり徹底する」と書いてある

6 改善策のモニタリング方法が明らかになっていない

これらはすべてヒヤリハット報告書の悪い例です。どの点が悪いのでしょうか。

「事故に至ったプロセスが書かれていない」

誰が何をどのようにしようとしたところ、実際にはその通りにならなかった、など事故に至った経緯についての記載のことをいっています。

事故に至った具体的なプロセスに事故を生じさせる一因があった場合には、業務プロセスそのものを改善する必要がありますから、プロセスを記載することは必須のことになります。

「システムや仕組み、手順、ルールについての記載がない」

これも同様に大きな問題です。

「本来の手順では、医師が注射指示書に記載すべきところ、口頭で指示したため聞き間違えが起こった」など、本来なすべきルールや手順などが実際には、どのように運用されていたのかが報告書に書かれていれば、改善の方向も見えてきます。

こうした情報がなく、「看護師が聞き間違えた」とだけ書いている報告書をよく目にしますが、これでは再発防止には役立ちません。

「事故当事者の始末書扱いになっている」

ヒヤリハット報告書の目的をはき違えている例です。報告書の役割は犯人探しや、個人に責任を押し付けるためではなく、改善に向けた情報収集にあります。

始末書扱いにすると報告が少なくなり、情報が集まりにくくなります。再発防止のための仕組みづくりには、役立たない

改善策のモニタリング明確に

ことになってしまいます。報告書の目的を周知し、管理する者は決して報告者を責めないようにしたいものです。

「事故（エラー）と不正（故意）を明確に分けていない」

これも大きな問題のひとつです。意思をもって実施したことが事故に繋がった例と、意図せずに起こしてしまった事故では、事故の責任が大きく異なります。

意識を強く持っていてもエラーとして生じてしまうことと、本人の意識をコントロールしていれば、防ぐことができるはずのこととは分けて考えるべきです。不正は、人の意思が関与しますから、エラーとは区別して管理すべきことなのです。

「対策欄に、今後はしっかり徹底すると書いてある」

最も多く見られるヒヤリハット報告書の悪い例です。なぜその事故が起きて、具体的に何をどのように改善すればよいかが書かれておらず、人の意識だけで対策を打つというのはお粗末です。

意識はしっかり持っていても人は間違えるものです。しっかり徹底するために、どのような仕組みにするのかを書く必要があります。

「1人でチェックするのではなく、2人で声だし確認をしてチェック欄にサインをして、さらに手渡しの際に薬剤名と患者さま名を声に出す」など具体的なプロセスについての対策が必要です。

「改善策のモニタリング方法が明らかになっていない」

改善策は書かれていても、その対策が実際にどのように行われているかを時々チェックしなくてはなりません。

事故が起きて間もない時期は、新しいルールで指示を行うようにしたけれど、事故後数週間経つと慣れてしまってルール通りの指示方法を行なわなくなってしまい、再度同様の事故が生じたという報告を見たことがあります。

改善した場合には、その改善方法が有効なものかどうかも含めて、モニタリングをどのように行うのかを考えておくべきです。できればリスクマネジメント委員会や安全対策委員会などで話し合って、報告書にまとめておくとよいでしょう。

要因分析は情報共有の手段

要因の根本原因を探るための手法についても見ておきたいと思います。

同じ事故を繰り返さないために、事例としてヒヤリハット情報を収集するだけでなく、なぜ起きたのか、なぜその状況に陥ったのか、についての詳しい分析も大切です。根本原因分析のプロセスは、以下の通りです。

1 事故に至ったプロセスの把握

2 なぜなぜ分析

3 リスクチェーンの検証

4 リスクチェーンごとの対策立案

「事故に至ったプロセスの把握」は、先ほどのヒヤリハット報告書の書き方でみたとおりです。また、リスクチェーンについては前々回（07年12月14日）の本欄で詳しくみました。

ここでは、「なぜなぜ分析」が重要なポイントとなります。例えば、「確認を怠った」という事例があったとします。

最初に、「なぜ、確認を怠ったのか」という問いかけを行います。すると例えば、「別の患者さまから声をかけられて、そちらに気をとられてしまい確認を怠った」という理由が出てきます。

さらに、「別の患者さまから声をかけられて、なぜ気を取られたのか?」と問います。

「そのとき他の看護師がナースステーションにいなかったため」となり、「なぜ、他の看護師がいなかったのか?」という問いかけとなります。

「シフトの関係で、手薄な状態のまま他の病棟の応援をお願いしないで無理をしてしまった」となります。

人員体制上の無理をせずに、他の病棟や管理職による応援を依頼して看護体制をよくしていたら、発生を防ぐことができたかもしれません。

また、手薄な看護体制の場合には、1人の患者に対応している時には同時に他の患者を見ない、などのルールが必要かもしれません。このように「なぜなぜ」を繰り返して根本原因を探ることは改善への手がかりを掴みやすくなるのです。

もちろん、すべての事例に対して根本原因を解明することは、物理的に難しいと思われますので、重大な事故、もしくはそれを招くような重要なインシデントの序列をして、その優先順位の高いものから対処していくことが必要です。

抽出した事例に対して、徹底的に根本原因を探り、多くのインシデントを防ぐものへと対応させるようにします。

また、RCAの取り組みに対し、二次的な効果もみられます。要因分析を掘り下げて行うため、組織内の連携が必要となり、情報共有の手段ともなります。そして、教育的な側面を持つと考えられています。

このような情報の分析をしやすくするためには、ヒヤリハット報告書のフォーマットも分析に合わせたものにする必要があります。原因を分析しやすくするような工夫をして有効な情報収集を行いたいものです。

■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。