リスクアセスメントの本来の目的に関する一考察

リスクアセスメントが推進されている一方、ヒヤリハット件数が右肩下がりになっていると連絡があっている。リスクアセスメントとは、危険性や有害性の特定、リスクの見積り、優先度の設定、リスク低減措置の決定の一連の手順をいい、単なるチェックリストではなく、現場の安全文化を形成するための基本的枠組みとされる（厚生労働省）。果たして、当院が行っているリスクアセスメントは、現場の安全文化の形成に寄与しているのであろうか。

確かに、リスクアセスメントは潜在的な危険を科学的に洗い出し、組織全体の安全性を高めるために不可欠である。しかし、あまりにも厳格すぎる調査の手続きや、行き過ぎた責任追及は、現場での報告意欲を削ぎ、逆にヒヤリハット報告の減少を生み出してはいないだろうか。

以前、PEG交換の間接介助でバルーン破損を発見した際、内科医や病棟Nsに報告し、申し送りでも看護師長に伝わっていたと思うが、看護師長の朝礼で「俺に報告がなかった、皆さん気を付けましょう」と取り上げられたことがあった。また、提出したインシデントレポートの所見の部分も「主治医をはじめ、師長や他看護師にも報告・伝達がなかった」と変更されてしまった。私の感覚としては、内科医や病棟Nsに報告したのに何の対話もなく突然、皆の前で吊り上げられ、報告書も責められるように変更され、とても恐ろしい思いをした経験である。

リスクアセスメントは現場の安全性向上と安全文化の基盤をつくるツールであり、責任追及のための罠ではない。責任を追及しすぎるあまり、実際のリスクが見逃されてはならない。全てのスタッフが安心して報告できる環境づくりが、真の安全文化の醸成につながるべきである。

この問題を解決する方法として、小さなインシデントであればごくごく簡単な報告でよいので、報告されたレポートの所見部分は当事者が記載し、その場にいなかったスタッフは書き直さない、法令違反や重大な怠慢がない限り報告者の責任を問わない、という方針を徹底してはどうだろうか。これにより、軽微なインシデントの報告数が増え、インシデント：アクシデント比が改善し、報告する文化の向上につながると考える。

東京都立松沢病院の著書「『身体拘束最小化』を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開（2020）」には、行動制限を最小化するためには医療安全委員会の機能強化が欠かせないとし、以下の内容が書かれている。

リスクマネジャーが「なぜ転ばせてしまったのか」と個人を責めるのではなく、見守るという対応、「次にどうしていくか」「これからどうしていくか」という話し合いが、本当に守られていると実感することにつながる（間接引用p39, p127）。

専従リスクマネジャーに求められる役目は、事故が起こった時に張り切って調査に入り、責任を追及することではない。何もない時にⅠAレポートを集め、分析し、大きな事故の兆しを察知し、それを避けることである。事故は必ず起こる。事故の責任は、当事者だけでなくそれを防げなかったリスクマネジャーのものである。そうして最後は、看護部長、病院長が責任を負う覚悟を示すことが、職場の安心を高める（直接引用p5）。

さらにこの問題の解決を推進するならば、評価機会を強化する方法を取り入れてはどうだろうか。たとえば、面会に来られた家族を可能な限り病棟内に導き、職員の緊張を高めることで看護の質向上に結び付けるとともに、厳しい現場を理解してもらう。院外からの研修、見学等を積極的に受け入れる。第三者評価制度（巡回）の評価レポートの作成と病棟カンファの連携。病院幹部を含めた医療安全合同の年度末ディスカッション。学会、論文、講演、HPへの発信。これらの循環は、ジェームス・リーズン（James Reason）が提唱する「安全文化」の４要素（報告文化、正義の文化、柔軟な文化、学習する文化）にも沿っていると考えられ、安全性向上と安全文化の基盤として有効であろう。

結論として、リスクアセスメントが本来の目的である安全文化の醸成に寄与するためには、過度な責任追及や厳格な調査手続きが報告意欲を損ねるという側面を排除し、現場が安心してヒヤリハットを報告できる環境を如何に構築するか、という点にあるだろう。私は、全スタッフが安心して報告できる環境を整えることで真の安全文化の醸成と事故防止が実現されると考える。

2025年2月25日 看護師 牛根