

看護師さんの看護業務における取り組みについてのインタビュー調査

今回のインタビュー調査について

このたびは、インタビュー調査にご協力をいただき、ありがとうございます。

今回のインタビューでは、看護師さんの「看護の質の向上」や「ミスや失敗の防止」を図るための有効な方法を明らかにするために、看護業務における取り組みやコミュニケーションの様子などについてお尋ねします。

インタビュー調査にご協力いただくにあたって、事前に、次ページの質問項目への回答をお願い致します。インタビューに臨む際は、回答済みの質問票をご持参ください。

インタビューへの回答は、全て匿名で処理し、個人の回答を公表するようなことは一切ありませんので、安心して普段考えたり、行っておられることを率直にお答えください。

なお、私たちの備忘のために、インタビュー中の会話を録音させていただきたいと思いますが、ご了承いただければ有り難く存じます。

九州大学大学院人間環境学府 社会心理学研究室
藤井利江 藤村まこと

回答の方法

- 1 まず下欄に、あなたの「所属病棟と科」と「勤続年数」（看護師になってからの年数、現在の病棟で勤務してからの年数）を記入してください。

()病棟	()科
看護師になってから、	()年目
現在の病棟での勤務についてから、	()年目

- 2 続いて、次ページの質問項目への回答をお願いします。

質問

あなたご自身やあなたの病棟における「看護の質の向上」、つまり「看護業務における技術、知識、態度の向上」や「ミスや失敗の防止」のための取り組みの様子についてお尋ねします。

下に7つの質問項目が用意されています。それぞれについて、あなたご自身や病棟の状況にあてはまる度合いを、「大変よくあてはまる」～「全くあてはまらない」のうちから一つ選び、その目盛りに○をつけてください。

大変よくあてはまる
ある程度あてはまる
全くあてはまらない

1. あなたは看護業務を行う際、「看護の質の向上」、つまり「看護業務における技術、知識、態度の向上」を強く意識している。

--	--	--

2. あなたの病棟では、「看護の質」（看護業務における技術、知識、態度）を高めるために、特に取り組んでいることがある。

--	--	--

3. あなたの病棟では、看護業務における「こうすれはうまくいく」という工夫や心がけを、みんなで伝え合うことに積極的に取り組んでいる。

--	--	--

4. あなたの病棟では、伝え合った看護業務上の工夫や心がけが、各スタッフの看護業務に有効に活かされている。

--	--	--

5. あなたの病棟では、「ミスや失敗」を防止するために、特に取り組んでいることがある。

--	--	--

6. あなたの病棟では、看護業務におけるミスや失敗を、みんなで伝え合うことに積極的に取り組んでいる。

--	--	--

7. あなたの病棟では、伝え合った看護業務上のミスや失敗が、各スタッフの看護業務に有効に活かされている。

--	--	--

看護師さんの看護業務における取り組みについてのインタビュー調査

藤井利江 藤村まこと 古川久敬
(九州大学大学院)

インタビュー調査で尋ねることがら

1. 「看護の質の向上」のサイクルにおいて、「他者の経験」に関する情報がどのように取り入れられているかについて知るため、質問1～質問4で各看護師や各病棟での日頃の取り組みについて尋ねる。

質問1

質問紙の項目 1

あなたは看護業務を行う際、「看護の質の向上」つまり、「看護業務における技術、知識、態度の向上」を強く意識している。

インタビューすることがら

質問1

「看護の質の向上」つまり、「看護技術や新しい知識の獲得、及び患者さんへの対応や態度の向上」のための「こうすればうまくいく」という、あなたの工夫や心がけについて教えてください。

質問2

質問紙の項目 2

あなたの病棟では、「看護の質」（看護業務における技術、知識、態度）を高めるために、特に取り組んでいることがある。

インタビューすることがら

質問2

あなたの病棟では、「看護の質」を高めるためにどのようなことに取り組んでいますか？

質問 3

質問紙の項目 3

あなたの病棟では、看護業務における「こうすればうまくいく」という工夫や心がけを、みんなで伝え合うことに積極的に取り組んでいる。



インタビューすることがら

質問 3 (1)

あなたの病棟では、看護業務における工夫や心がけを伝え合う機会として、どのような機会がありますか？ また、各機会の頻度はどのくらいですか？

質問 3 (2)

工夫や心がけについて伝え合う際、どのような内容について伝え合っていますか？ (“理由” や “何に役立つか” についても伝え合っていますか？)

質問 4

質問紙の項目 4

あなたの病棟では、伝え合った看護業務上の工夫や心がけが、各スタッフの看護業務に有効に活かされている。



インタビューすることがら

質問 4 (1)

なぜ、そう思うのですか？

質問 4 (2)

あなたの病棟では、工夫や心がけに関する情報が全スタッフにどのくらい行きわたっているかを確かめる機会として、どのような機会がありますか？

2. 「ミスや失敗の防止」のサイクルにおいて、「他者の経験」に関する情報がどのように取り入れられているかについて知るため、質問 5～質問 7 で各看護師や各病棟での日頃の取り組みについて尋ねる。

質問 5

質問紙の項目 5

あなたの病棟では、「ミスや失敗」を防止するために、特に取り組んでいることがある。



インタビューすることがら

質問 5

あなたの病棟では、「ミスや失敗」を防止するためにどのようなことに取り組んでいますか？

質問 6

質問紙の項目 6

あなたの病棟では、看護業務におけるミスや失敗を、みんなで伝え合うことに積極的に取り組んでいる。



インタビューすることがら

質問 6 (1)

あなたの病棟では、看護業務におけるミスや失敗について伝え合う機会として、どのような機会がありますか？ また、各機会の頻度はどのくらいですか？

質問 6 (2)

ミスや失敗について伝え合う際、どのような内容について伝え合っていますか？ (“原因” やその “背景”, “対策” についても伝え合っていますか？)

質問 6 (3) セーフティ・レポートについてお尋ねします。

①あなたの病棟では、セーフティ・レポートにどの程度のミスや失敗から報告することになっていますか？

②あなたの病棟では、ミスや失敗をセーフティ・レポートに報告する際、どのようにして、またどの程度まで掘りさげて原因分析を行っていますか？

③あなたの病棟では、セーフティ・レポートをどのように活用していますか？

質問 7

質問紙の項目 7

あなたの病棟では、伝え合った看護業務上のミスや失敗が、各スタッフの看護業務に有効に活かされている。

インタビューすることがら

質問 7 (1)

なぜ、そう思うのですか？

質問 7 (2)

あなたの病棟では、ミスや失敗に関する情報が全スタッフにどのくらい行きわたっているかを確認する機会として、どのような機会がありますか？

質問 8

インタビューすることがら

質問 8 (1)

あなたは日頃、「看護の質の向上」と「ミスや失敗の防止」のどちらをより重視して看護業務を行っていますか？

質問 8 (2)

なぜ、「看護の質の向上」(「ミスや失敗の防止」)が、より重要であると思うのですか？

鉄道運転事故防止に関するフィールド・ワークおよび インフォーマル・インタビュー調査の結果報告

稲富 健¹⁾ ・ 三沢 良¹⁾ ・ 山口 裕幸²⁾
(九州大学大学院人間環境学府)¹⁾ (九州大学大学院人間環境学研究院)²⁾

本稿の概要

本稿では、2003年8月下旬から9月上旬にかけておこなったフィールド・ワークの実施概要を報告したうえで、フィールド・ワーク中におこなったインフォーマル・インタビューの結果を3つの視点から整理し報告する。

はじめに ー筆者らのこれまでの取り組みー

鉄道旅客運輸の業界では、安全設備の開発・設置、運転士の教育・訓練など、長年にわたる事故防止への取り組みにより、極めて安全性の高い交通を実現している。その意味において、鉄道業界は産業界における事故防止の優等生とさえ言われている(丸山, 2001)。しかし、それでも事故が完全になくなったわけではない。概観して年々減少傾向にあるものの、毎年一定件数の事故が発生しており、管理者・運転士の頭を悩ませている。現場の関係者にとって、事故の抑制に有効な方策を新たに見出すことが、目下、重要な目標となっている(山口, 2003)。

この問題に関して、筆者らは心理学的な視点に基づき、過去15年間に報告された事故報告記録の内容分析を行ってきた(山口, 2003; 三沢・山口, 2003)。これらの分析では、主に停車駅通過事故(停車すべき駅を通過してしまう)・停車位置不良事故(停車駅通過までは至らなくとも、所定の位置とは異なる位置で停車してしまう)を犯した運転士の心理状態の把握を試みた。その結果として、事故発生過程で重要な働きをしている要素として「睡魔」「妄想」「勘違い」「焦り」が挙げられること(山口, 2003)、また、さらなる詳細な分析によって、事故を起こした運転士は事故発生時、主に「雑念」(42.6%)、「遅延の回復」(25.5%)、「思い込み」(18.7%)をしていたことが見出された(三沢・山口, 2003)。

これらの分析により、事故を起こす直前の運転士の心理状態について、一定程度明らかにされたと言えよう。しかしながら、現場関係者の最終的なニーズである「具体的な事故防止策」の提言に至るまでは、まだまだ把握・検証しなければならない事柄が多く、道のりは険しい。

1 フィールド・ワークの実施内容報告

このような現状を鑑み、筆者らは事故防止に関する新たな視点を獲得するため、実際に現場の運転士に密着し業務内容を観察するフィールド・ワークを行った。フィールド・ワークには、主要な目標として(1)鉄道運転業務の具体的内容について包括的かつ正確な把握、(2)現場の運転士のインフォーマル・インタビューを行い、日頃の思っていることや感じていることを聞き出す、という2つの目標を掲げて臨んだ。

本稿では、まずフィールド・ワークの実施内容を報告し、続いてインフォーマル・インタビューによって得られた情報の分析結果を報告する。

(1) 調査協力者

業務への同行とインフォーマル・インタビューの主な協力者は、A 鉄道企業の B 電車区に所属する C 運転士（46 才、乗務年数 23 年）と D 運転士（49 才、乗務年数 19 年）の 2 名である。なお、インフォーマル・インタビューを実施した対象は上記の 2 名に限らない。添乗中や列車の乗継時、あるいは駅の乗継詰所などで出会った、他の運転士や車掌へもインタビューを実施した。

(2) 調査実施時期

平成 15 年 8 月下旬～9 月上旬の 10 日間である。この期間内において、C 運転士が勤務した 5 仕業 8 日間、D 運転士が勤務した 6 仕業 8 日間は、調査実施期間である。

(3) 調査手続き

2 名の調査者が 1 名ずつ C 運転士と D 運転士に同行した。調査者は原則として、運転士が出勤点呼（または出務点呼）を受ける時点から、退勤点呼（または到着点呼）を受ける時点まで運転士に同行し、業務遂行の観察とインフォーマル・インタビューを行った。調査者は、運転士が列車の運転業務を行っている際にも、運転士と同じ乗務員室に入室していた。休憩時間中は、駅の休憩室・乗務員詰所へ運転士に同行した。食事は運転士と同じ時間、同じ場所でとり、泊まり仕業の際は原則として運転士と同じ宿泊施設に宿泊した。列車運行業務以外の、エンド交換時のスイッチ類の切替や回金箱の受け渡しなどの業務、客車内の遺留品の確認や清掃といった雑務を、調査者は運転士と共に行った。

調査協力者である 2 名の運転士が担当した 8 日間の仕業の業務内容の内訳を Table 1 に示す。また、1 日の業務の流れを示した行程表の例を Figure1、Figure2 に示す。

なお、明らかに乗務員ではない服装をした調査者の姿を乗客が目にし、不審に思われる可能性も危惧された。そこで、A 協力企業の配慮により、調査者は運転士の着用する制服・制帽、および携行鞆を貸与してもらい、調査中はこれらを着用・携行した。

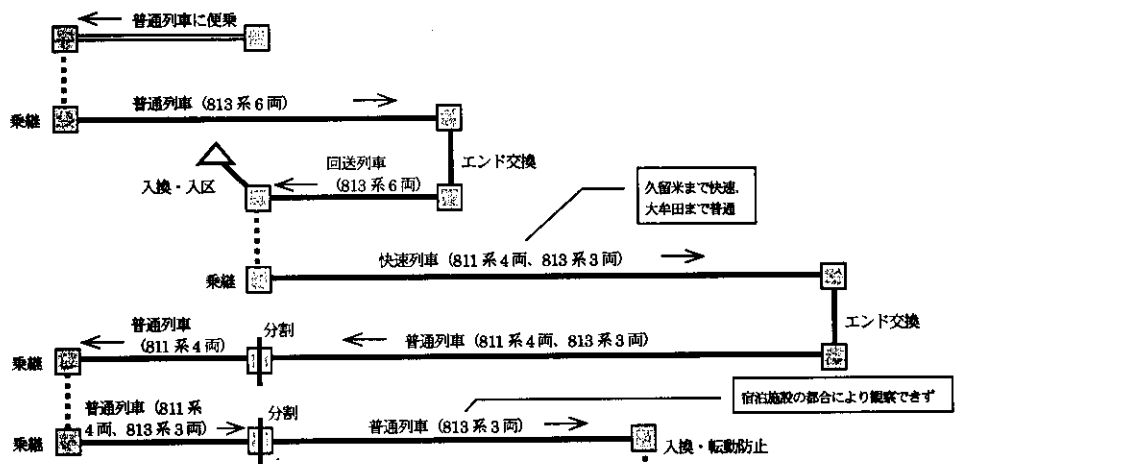
記録手段は運転士を心理的に圧迫することを考慮し、AV 機器は使用せず、メモ用紙に記録した。

Table1 調査実施期間における運転士の担当業務

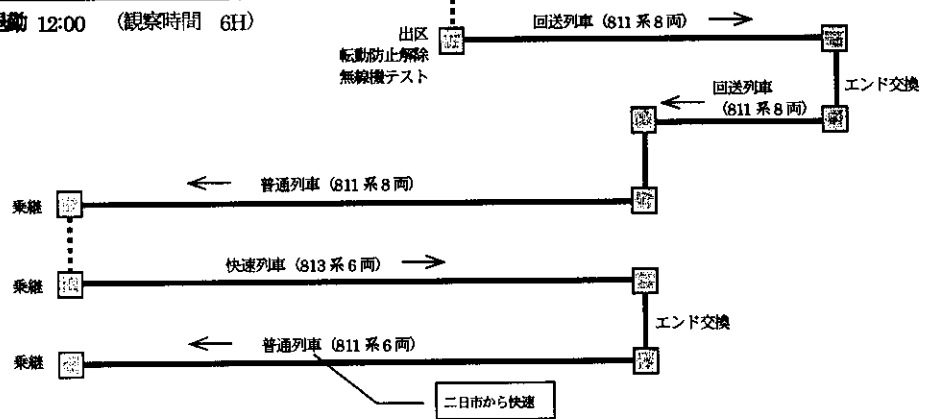
協力者	日付	運転担当列車					計	運転以外の業務					
		普通	ワンマン	快速	特急	回送		出区	入区	エンド交換	併合	分割	入換
C 運転士	8/24	4	—	1	—	1	6	—	1	2	—	—	—
	8/25	2	—	1	—	2	5	—	—	2	—	—	—
	8/26	—	2	—	1	1	4	—	1	2	—	—	1
	8/30	1	1	—	1	1	4	—	—	3	1	—	3
	8/31	4	—	—	—	—	4	1	—	4	—	—	1
	9/1	2	—	5	—	—	7	—	—	4	—	—	—
	9/2	—	—	2	3	2	7	—	2	—	1	—	—
	9/3	1	—	1	1	1	4	—	—	1	—	—	—
計		14	3	10	6	8	41	1	4	18	2	0	5
D 運転士	8/26	3	1	—	—	2	6	1	2	2	—	—	2
	8/27	3	—	—	—	—	3	—	—	1	—	1	—
	8/27	—	—	4	—	1	5	1	1	1	—	—	—
	8/28	2	—	—	1	1	4	1	—	1	—	—	1
	8/31	—	—	—	1	1	2	—	—	3	—	1	—
	9/1	3	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—
	9/4	1	—	1	6	2	10	—	—	5	1	—	1
	9/5	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
計		13	1	5	10	7	36	3	3	13	1	2	5

博 南 二 荒 大 荒
 福 日 牟 牟

8月24日 開始 15:00 終了 22:07 (観察時間 7H)



8月25日 開始 5:42 退勤 12:00 (観察時間 6H)



C 運転士 休平 25 泊作業 (8月24・25日)

Figure1 鉄道業務・行路表1(実際に運転士が業務中所持しているものを参考に作成)

C 運転士 休平 26 泊作業 (8月26・27日)

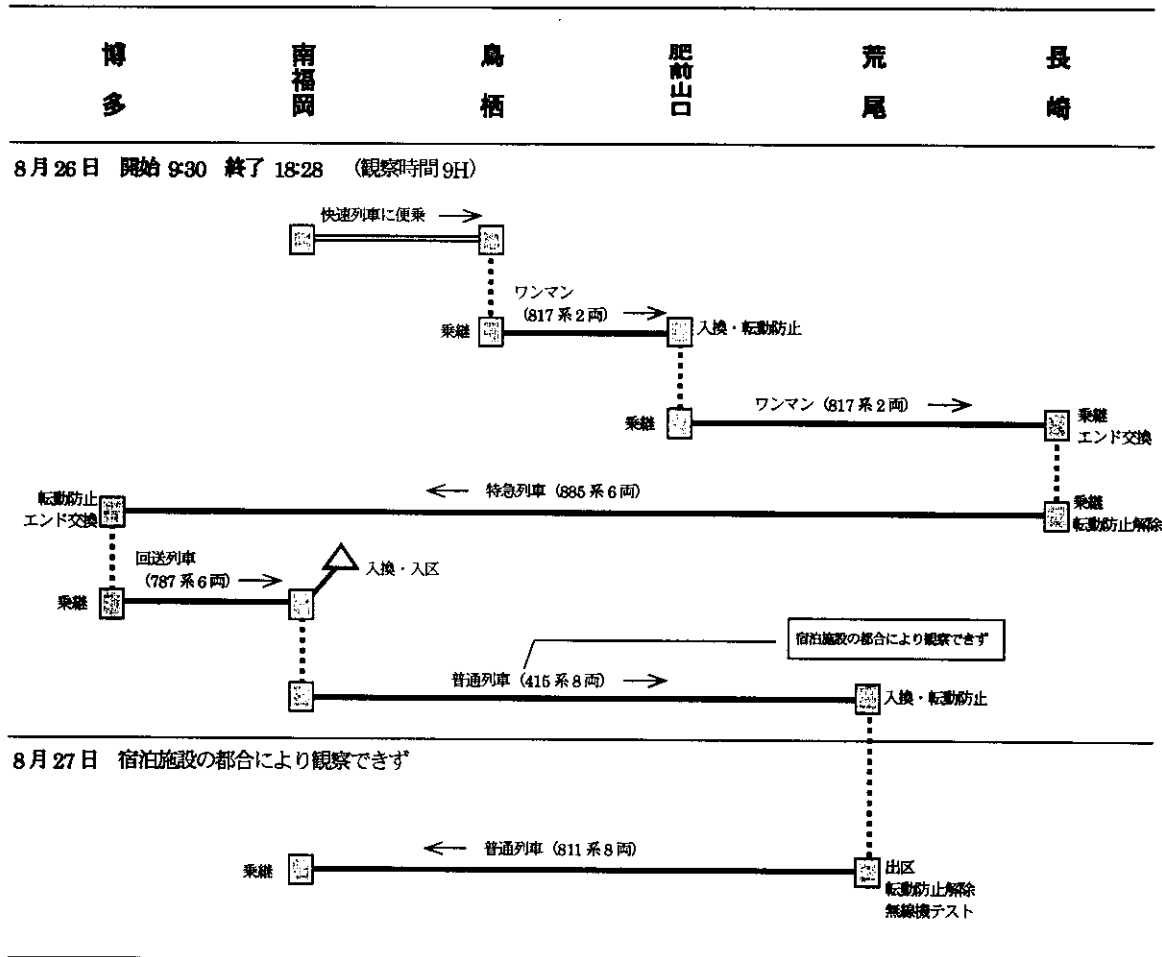


Figure2 鉄道業務・行路表2

2 インフォーマル・インタビューによって得られた示唆

続いて、インフォーマル・インタビューによって得られた情報を、特に「運転士の不満・要望発言」に焦点を当てながら整理し、考察する。

考察に先立ち、なぜ運転士の不満・要望発言を重要視するのか、その理由について触れておきたい。従来の事故防止対策では、安全装置の設置にしろ運転士の訓練・教育にしろ、基本的に管理者側（以下、会社とする）に主導権があり、言わば「トップ・ダウン的視点」に基づく対策であった。しかし、従来の事故防止対策の限界が見えつつある今、視点の転換を図る必要性があると考えられる。最前線で業務に携わる現場の運転士が、日頃何を思い、何を感じているか、ここにメイン・スポットを当てることで、新たな事故防止策につながる議論をボトム・アップ的に練り上げていくことができると思われる。

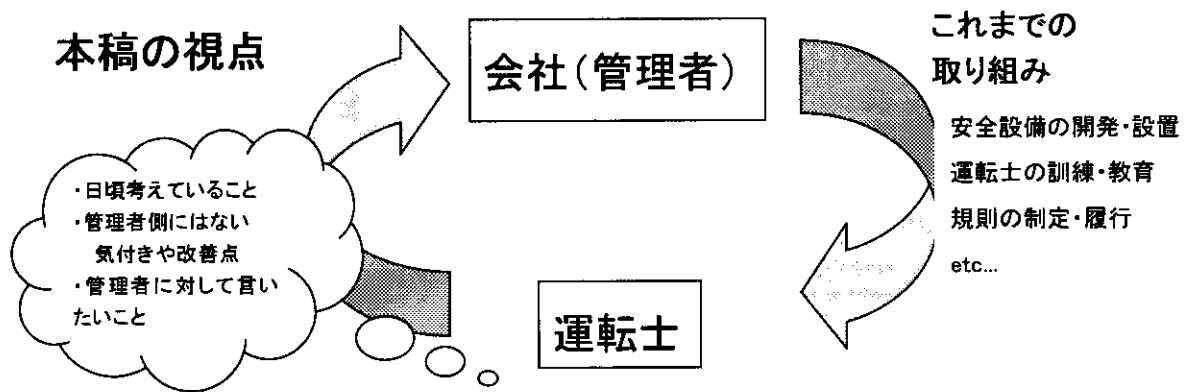


Figure3 本稿における視点と従来の取り組みにおける視点

(1) 基本動作について

基本動作とは、安全を確認し事故を抑制するために定められた、一連の動作を指す。会社側は「基本動作さえやれば事故は起きない」というスタンスであり、無事故を目指すということと、運転士に基本動作を徹底させることは殆ど同義であると見なしている。

しかし、この基本動作を完璧に遵守することは、現場の運転士にとって肉体的にも精神的にも非常にコストがかかる作業であることがわかった。「真面目にやると声が枯れる」「基本動作を徹底すると逆に注意が散漫になる。基本動作が目的なのか、前方注意が目的なのかわからなくなる」などといった発言が多く聞かれた。さらに「基本動作をせずとも事故を起こさない運転士はいる」「基本動作をやっても事故を起こす人は起こす」「基本動作では防げない事故がある」など、基本動作に対する不信感を表明する発言も聞かれた。

基本動作を徹底させようとする会社側に対し、運転士は基本動作の徹底それ自体を無理、あるいは有効性が低いと考えているようであり、見解の相違がうかがえる。この問題を解決するには2つのアプローチが必要であろう。1つは、運転士に再度、基本動作の重要性を認識させる取り組みを計画することである。もう1つは、現在の基本動作が最適なものであるか、運転士に徹底を呼びかけることに妥当性があるのか、人間工学的なアプローチによって再度確認することである。

(2) 一貫性に欠いた管理者（会社全体を含む）の姿勢

上述したように、会社側は安全第一を謳い運転士に基本動作を徹底させようとしているが、運転士に言わせれば、その一方で会社側はハード面での安全対策が不徹底であり、安全に対する姿勢として十分ではないという。たとえば運転しにくい車両、見えにくい信号など、運転士が何年も前から改善を主張しているものが依然としてなされないという。

また、運転士が感じている会社の一貫性のなさは安全に関する事柄だけに留まらない。たとえば、運転室は禁煙なのに灰皿が撤去されない、サービス向上を謳いながらコストダウンのために車両数を減らすといったことにも、会社の矛盾する姿勢を感じているようである。

こうした会社の姿勢に苛立ちを感じる運転士がいる一方で、こうした一貫性のない姿勢を、自

らの怠慢を正当化する材料に使っている運転士もいるようである。それは「安全第一といっても見かけだけ」「会社はどうせ本気で事故をなくそうとはしていない」といった発言に示されている。換言すれば、会社の不徹底で曖昧な姿勢が、楽をしたいと考えている運転士に心理的な逃げ道を与えているといえるだろう。会社として、安全に向けた徹底的な姿勢をしっかりと運転士に明示することが、運転士の安全意識の底上げを図ることになるだろう。

（３）運転士と会社の関係性を変える

運転士の発言によれば、少なくとも現状では、運転士と会社の関係は共に事故の抑制に向けて邁進していく協調関係として十分とはいえないことが示唆された。たとえば「会社は運転士の意見を聞かない」「運転士と会社との間で話し合いがない」といった発言がフィールド・ワーク中、多数聞かれた。

また、事故をおこした運転士に対する処罰の厳しさを指摘して、会社の姿勢を非難する発言も多数聞かれた。事故を起こした運転士には綿密な事情聴取がなされ、反省文が何回も課せられる。そのため、管理者に対して敵対意識すら感じている運転士もいるようである。ある管理者に反省文についてインタビューしたところ、「二度と事故を起こしてもらいたくないため、心を鬼にして書いてもらっている」とのことであった。しかしながら、こうした管理職の意図は、運転士には十分伝わっていないようである。

このような相互理解の欠如は、やはり日頃のコミュニケーション不足に起因していると思われる。また話し合いなどによって相互に意見交換する機会がないために、「管理する会社側と、管理される運転士側」という構図が確立してしまっているように思われる。今後はコミュニケーションの増加を図り、共に事故の抑制に向けて邁進していく協調関係を構築していく必要があるだろう。

（４）まとめ

以上３点の共通要素は、運転士と会社の相互理解の欠如と言えそうである。運転士は個々人異なった時間に出勤し、点呼をすませるとすぐ運転業務に向かう。運転業務中は基本的に個人プレーである。また、業務が終了すると退勤点呼を済ませ、多くの場合すぐに帰宅する。したがって、上司とのインタラクション、同僚とのインタラクションの頻度が、他の業種と比較するとかなり少ないと思われる。換言するならば、一人に来て、仕事を一人でし、終わったら帰るというサイクルが出来上がっているため、チームという感覚がないと言えよう。チームの一員として、たて（上司）、よこ（同僚の運転士）のインタラクションがもっと活発化すれば、会社についての意識、あるいは安全に関する意識も、ポジティブな方向に変化すると思われる。

結 び

以上、フィールド・ワークの概要とインフォーマル・インタビューの結果を報告した。これらの調査で得られた情報をもとに、筆者らは次なる展開として、運転士の安全遵守行動を規定する要因について組織レベルと個人レベルという２つの視点から検討するため、鉄道運転士に対し質問紙調査をおこなった。その内容は、今回の報告とは紙面を別にして報告することとする。

引用文献

- 丸山康則 2001 交通事故ー心理学から見た安全対策 大山正・丸山康則(編者): 『ヒューマンエラーの心理学』 Pp. 80-115.
- 山口裕幸 2003 組織の問題事象の発生メカニズムに関する社会心理学的研究ー鉄道事故の事例分析を通してー 厚生労働省科学研究費平成14年度総括・分担研究報告書
- 三沢 良・山口裕幸 2003 列車運転事故発生時における運転士の危険行為と心理状態に関する検討 日本社会心理学会第44回大会論文集, 378-379.

リスクマネジメント研究に関するレビュー

—リスクマネジメントの基本的考え方と実践—

山口 結花
(長崎純心大学現代福祉学科)

山口 裕幸
(九州大学大学院人間環境学研究院)

本論の概要

近年、乳製品会社の食中毒問題や電力会社の不祥事など企業による問題事象が発生している。このような問題事象はなぜ発生するのであろうか。また、このような問題事象を未然に防止することは不可能であったのであろうか。

本章では、健全な企業経営を阻害する要因を「リスク」として捉え、「リスク」の発生を防止し、最小限に抑えること及びリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みとして「リスクマネジメント」を取り上げる。まず、深刻な問題に至る以前に、リスクを発見し、対処していくためのリスクマネジメントのあり方が、企業の問題事象の防止に与える要因に関して、先行研究のレビューを行い検討する。次に、レビューによって得られた知見に基づき、リスクマネジメントを進める体制整備の際の重要な要因として、組織風土の改善とリスクマネジメントに取り組む際の視点（①組織防衛の視点、②顧客・社会の安全、満足提供の視点）の問題に焦点を当てながら、効果的なリスクマネジメントのあり方に関する提言を行う。

Ⅰ リスクとは？リスクマネジメントとは？ — 分類と定義 —

1 リスクとはなにか？リスクの分類

「リスク」とは健全な企業経営を阻害する要因として定義することができる（厚生労働省，2002）。そして、リスクの大きさは《リスクの大きさ＝損失発生頻度×損失の大きさ》として表される（日本損害保険協会，2001）。また、リスクは以下のように分類される（小名川，2002を改変）。

- (1)顧客上のリスク：潜在的に組織に存在し、対処を怠った結果、表面化しなくとも顧客間で組織への信頼が失墜し、組織の存続を脅かす要因へと結びつきやすいリスク。
 - ・欠陥商品の製造、販売→その結果、消費者問題や訴訟へ発展する可能性をもつ。
 - ・サービスの悪さ（商品の説明の不適切さ、顧客への対応の悪さなど）→組織への信用や評判を低下させ、結果的に組織の存続を脅かす要因と成りうる。
- (2)社会上のリスク：潜在的に蔓延していたものが蓄積した結果、社会的問題として顕在化するリスク。
 - ・企業過失（環境汚染による公害問題、食中毒被害など）
 - ・企業犯罪（顧客情報の流出、売却）
 - ・経営上の不祥事（反社会的な行為、幹部間の内紛、スキャンダルなど）
 - ・知的財産権の侵害（ノウハウの流出・侵害、情報漏洩）

(3)従業員上のリスク：雇用者と被雇用者間の中で生まれるリスクで、企業が被雇用者に対する不誠実な対応の結果、内部告発等により表面化しやすいリスク。

- ・人事上のトラブル（人事考課、査定の不公平さ、不当解雇）
- ・労務上のトラブル（セクシャルハラスメント、過労死、職業病）

(4)受け身のリスク：どんなに対策を行っていたとしても、防ぐことのできないリスク。

- ・天災（地震など）
- ・企業脅迫、テロ（グリコ・森永事件など）
- ・経営不安情報（風評被害）

2 リスクマネジメントとは？

リスクマネジメントとは、「マネジメント一般の領域にある専門分野の一つであり、組織がその使命や理念を達成するために、その資産や活動に及ぼすリスクの影響から最も費用効率よく組織を守るための一連のプロセス」と定義される（鮎澤，1999）。つまり、リスクマネジメントとは、「リスク」の発生を防止し、最小限に抑えること及びリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みと位置づけることができるであろう。

リスクマネジメントはリスクが発生する前にあらかじめ備えておくことであり、クライシスマネジメントはリスクが発生した後に危急な状態にどのように備えるか、そのような対処の仕方があるか対策をうって実践することと区別が設けられている。しかし、リスクマネジメントの研究をレビューすると、リスクマネジメントのプロセスの中に、リスク発生後の対策を包含しているものが大部分を占めている。従って、リスクマネジメントとクライシスマネジメントをあえて分離せず、上述したようにリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みとしてリスクマネジメントを位置づけることとする。

II なぜリスクマネジメントが必要か ～リスクマネジメント不足が生み出す弊害～

リスクは組織の持つ内部の体質によって形成されてくる。問題先送り体質や情報が循環しない体質等を有する組織であるならば、いつの間にか潜在的にリスクは蔓延していく。このようにリスクは組織内の温床で育ち、ある日、事件や事故クレームという形で顕在化する。リスクの認識や管理に不十分な点があるならば、組織の目標達成はおろか組織の存続も危ぶまれる事態が生じることとなる。このように、潜在的にリスクを育てる組織の体質として、以下のような体質が挙げられる（小名川，2002を参考に改変）。

- (1)情報を遮断する体質：クレームなどの悪い情報や末端の意見が組織の中でよく議論されることなく遮断され、その結果、悪い情報を社員が共有することなく事故として表面化するまで、伝わらないような体質。例) 三菱自動車のリコール隠し
- (2)緊張感が薄れる体質(安全管理のモラルが低下した体質):品質や安全といった管理を行う際、緊張感が薄れ、安全管理に対する認識や基準が甘くなっていく体質。例) 雪印乳業の食中毒事件
- (3)トップへの依存体質(ワンマン経営):組織の運営、企業経営の際、社長や会長といったトップの意見のみで経営方針が決定されてしまうようなトップダウン処理の会社で、部下が何も意見を述べるできない、あるいは述べることをやめてしまうような体質。例) そごうデパ

ートの経営破綻

(4)重要なリスクを見逃す体質：末端に対して重要な事故の情報が入っているにも関わらず、問題の原因の追及を行おうとせず、次々に事故を生み出す体質。例) アメリカのブリジストンファイヤストーン

このように潜在的にリスクを育てる組織の体質に共通するものとして、軽微な事故やその情報に関して見逃されやすい、リスクに関する情報が職員間で共有化されていないといったことが挙げられるであろう。Heinrich(1982)は、労災事故の研究で1件の重大事故の背景には、29件の同種の軽症事故、さらに300件の同種のインシデントが存在するとしている。重大な問題や事故を防ぐために、このような組織体質の改善、すなわち軽微な事故やインシデント情報を見逃さず、また、その情報を遮断してしまう組織システム上の問題を発見し、予防的な対応を組織的に行うリスクマネジメントの取り組みが必要と考えられる。

リスクマネジメントの機能が働くことにより、組織の体質見直しや業務システムのあり方に関する見直しの機会を作り出し、リスクを早期に発見し、大きな不祥事に発展することを防ぐことへつながらなければならない。従って、以下ではどのようにリスクマネジメントの実践を行うかについて、リスクマネジメントの実践プロセスを紹介する。

III リスクマネジメントの実践

1 リスクの把握

リスクマネジメントの第1段階は「リスクを把握すること」である。どのようなリスクが組織内に存在するか把握していなければ、対応策をたてることができないためである。利益の減少や社会的評判の低落など、組織にとって損害をもたらす状況に関して、組織内にどのようなリスクが現在潜んでいるのか調査を行い、把握しなければならない。リスクの把握方法として、以下4つの方法を紹介する。

(1) インシデント (アクシデント) レポート

職員からの自発的な報告を待つ方法。組織における事故の5~30%の出来事について把握可能とされている(浜島, 1991)。しかし、いくつかの問題点が明らかにされてきている。

インシデントレポートの問題点(日本看護協会, 2001)

- インシデントレポートを提出するかどうかは報告者の判断による。
- インシデントレポートの項目が明確に定義されておらず、適切に理解されていない。
- インシデントレポートには効果的な分析を行うための十分に詳しい情報が記載されていない。
- インシデントレポートはすべてのエラーの出来事に対して記入されているとは限らない。

→ 過小報告 (under reporting) となり現実を把握できない恐れがある (Spath, 1999)。

(2) オカーレンスレポート

重大な事故などあらかじめ報告すべき事故を定めておき、そのような事故が発生した場合には自発的に必ず、責任者やマネージャーに報告する方法 (Youngberg, 1998)。このレポートはエラーの有無に関わらず、重大な事態の発生を管理者が把握するために行われる。この方法では、組織における事故の40~60%の出来事について把握可能とされている(浜島, 1991)。

(3) オカーレンスクリーニング (チャートレビュー)

事前に把握する出来事について基準を作成し、その基準に合わせて該当する出来事を記録などから収集する方法。この方法では、組織における事故の 80～85% の出来事について把握可能とされている (浜島, 1991)。ただし、この方法に関しては、費用と時間が非常にかかるわりには、発見される事例が限定されるために効率的ではないとの報告もある (中島・児玉, 2000)。

(4) ホットライン

インシデント、アクシデントの中でも特に重大で緊急性を要する場合に使用するもので、リスクマネージャーに直接報告する方法。

ただし、上述したような把握方法は、あくまでも個人の自発性にゆだねられている部分が大きく、隠蔽工作などが行われてしまう可能性がある。従って、自発的な報告と併用して、リスクマネージャーの組織内視察や職員からの聞き込み、過去の事故・損失記録、外部団体の情報、第三者による評価を取り入れていくことでよりリスクの把握が可能と思われる。

2 リスクの評価・分析

リスクを把握した後は、第 2 段階として、そのリスクを分析しなければならない。組織に重大な結果をもたらすと予測されるリスクを特定し、そのリスクが引き起こしうる損害の大きさ、そのリスクの発生頻度について、定量的または定性的に分析することが求められる。問題の防止に取り組むためには、情報を収集し把握した後、問題の背景要因を多方面から分析し、対策を講じ、組織全体に周知徹底させる必要がある。その際、人間はエラーを犯すという前提に、個人ではなく組織システムの問題として捉え、予防の視点で事故やインシデントの原因や状況の分析を行うことが重要である。リスクの分析方法は大きく (1) マクロ分析 (統計分析)、(2) ミクロ分析の 2 つに分けることができる。

(1) マクロ分析 (統計分析)

統計分析用シートの集計分析 (当てはまる項目に関して、チェックを入れ、その数を集計し、分析する) により、インシデントや事故の傾向を把握することができる。この集計に基づき、それぞれの組織での発生頻度の把握が可能であり、「どのリスクを優先的に減らすための対応をとるべきか」に関する示唆を得ることができる。

(2) ミクロ分析

インシデントレポートや事故報告書によって収集された情報を分析する。SHEL モデルや 4M-4E 方式などがある。航空業界など、複雑な機器と人間との間で事故が起こりやすい業界での事故分析によって発展してきたものである (厚生労働省, 1999)。

①SHEL モデル (Hawkins, 1987) : 当事者である人間が最適な状態を保つためには 4 つの要因が影響しているということを表したものであり、人間の特性にハードを適合させるという考え方である (Table1)。すなわち、人間特性を考慮してシステムを設計することが、エラーを誘引しにくく、安全なシステムの構築につながるということである。SHEL モデルではすべての要素に関連している m (management ; 管理) がよく見えないとされ、安全、効率、人間の健康と福祉に関係するすべての要素に管理は大きな影響を与え、組織の文化、組織風土、安全文化などを左右するといわれる管理をいれた m-SHEL モデルが提案されている (河野, 1994)。

Table 1 SHELモデル

S (ソフトウェア)	マニュアル、規定などシステムの運用に関わる形にならないもの
H (ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造
E (環境)	物理的環境（照明、騒音、空調）だけではなく、仕事や行動に影響を与えるすべての環境
L (他者)	当事者以外の人々
L (当事者)	事故・インシデントに関わった本人

②4M-4E方式：事故の要因と対策の分析整理方法。マトリックス表（Table 2）に、事故の要因を4つに大別し、それぞれの要因ごとにさらに4つの視点で対策をたてて書き込む。この分析モデルは、アメリカの国家航空宇宙局（NASA）で事故の分析に用いられているものである。

Table 2 4M-4E方式のマトリックス表

	MAN (人間)	MACHINE (物、機械)	MEDIA (環境)	MANAGEMENT (管理)
EDUCATION (教育・訓練)				
ENGINEERING (技術・工学)				
ENFORCEMENT (強化・徹底)				
EXAMPLE (模範・事例)				

③根本原因分析：システムやプロセスに焦点をあて、直接原因から「なぜ起きたのか？」という問いを深めていくことで、事故の根本的な原因を探る手法。「誰が」事故を起こしたかというより、「なぜ」事故が起こったかということが重要となる（中島・児玉，2000）。

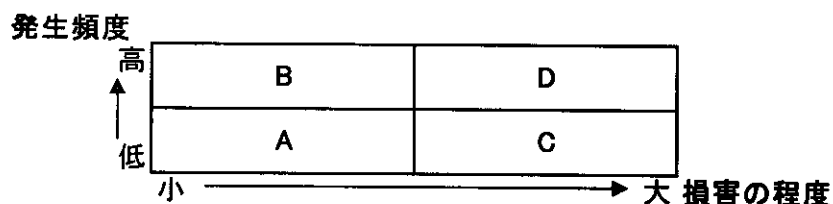


Fig 1 リスクの評価・類別（日本損害保険協会，2001を改変）

- A：損失の大きさが小さく、発生頻度も低いので、「リスクの保有」が適している。
- B：損失の大きさが小さく、発生頻度は高いので、発生頻度を低くするための「リスク軽減」を施すとともに、「リスクの保有」も検討する。
- C：損失の大きさが大きく、発生頻度は低いので、損失の大きさを小さくするための「リスク軽減」を施すとともに、保険による「リスク転嫁」も実施する。
- D：損失の大きさが大きく、発生頻度も高いので、「リスク軽減」を徹底的に行い、BまたはCと同種リスクになるようにする。

3 リスクへの対応

リスクの分析を行った後、リスクに対する対応策を考えていくのが第3段階である。なんらかの問題事象が発生した場合、あるいは問題に発展すると予測されるリスクを発見した場合、組織はそれに対して対応策を講じなければならない。対応の仕方としては、リスクをなくす、減らすあるいはリスクから生じる損害を最小限に抑えるということがあげられる。リスクへの対応策を選択する上で、リスクの発生頻度と損失の大きさによってリスクを分類し、相対的に適したリスクを選択することになるとされている (Fig. 1)。分類に基づき、リスクの軽減、転嫁等、経営に及ぼす影響を最小限にするための方法を選択し、実施することが求められる。

また、この分析結果を踏まえて、リスク発生の防止策とリスク発生後の対応策を考え、必要な情報を現場へフィードバックしていくことが次のリスクを未然に防ぐ上で必要である。このリスクへの対応が適切に行われるか否かが、将来の組織の存続に関わると考えられる。なぜならば、適切な対応がなされない場合、潜在的にリスクが蔓延することへつながり、大きな問題事象あるいは事故を生み出すことへつながると考えられるためである。

さらに、問題事象や事故が顧客や取引先、社会的に生じた場合、誠意ある対応をとることが重要である。誠意ある対応を迅速に行うことによって、組織に対する信頼が生まれ、大きな訴訟問題へ発展することを防ぎ、組織の大幅な損失へつながることを防止するであろう。