

# 実践・リスクの認識とその評価

## あなたはリスクを把握できていますか

マイケル・リーボウイツ

2006年度 RIMS理事長  
President of RIMS

Michael Liebowitz



本日は皆様の前で米国、そして世界のリスクマネジメント業界を代表してお話しする機会をいただき、大変光栄に思います。今年はいろいな国を訪問する準備をしていましたが、もっとも訪れてみたいと感じていたのが日本でした。日本は豊かな歴史、文化を持つとともに、「製造」そして「効率」という概念を再定義した国だからです。

さて、私はいつもリスクマネジメントについて考えています。どうすればわが社の社員たちが働く環境をより安全なものにできるのか？ もし生産のスピードを上げられるなら、同じ品質を常時確保できるのか？ 消費者に害を及ぼすようなことをしなかったか？ 生産工程の中で、危険な製品や危険な作業をもたらすようなネットワーク工程をどうすれば見つけられるのか？

実は約半年前、私は転職しました。現在の肩書きはニューヨーク市にあるニューヨーク大学のリスク・保険マネジメント ディレクターです。今日は、昼は学校で学び、夜はニューヨークのバー、レストラン、クラブで過ごす5万人のマンモス大学の学生たちのリスクをどう特定するかについての話もよいのですが、むしろ近代的ヘルスケアシステムにおけるリスクマネジメントについてお話することにします。なぜなら、今の仕事に就く前、私は17年間に渡りコネチカット州ブリッジポートにあるブリッジポート病院ヘルスケア サービス社(BHHS)のリスクマネジメント ディレクターをやっていたからです。

BHHS社はコネチカット州南部最大のヘルスケア プ

It is my pleasure to stand before you today as a representative of the profession of risk management not only in the United States but around the globe. As I prepared to visit the different countries this year the country that I was most excited about seeing is Japan. Japan is a country that is not only rich in history and culture but a country that has been able to take the word "manufacturing" and Efficiency and redefine it.

The art of risk management is something that I constantly think about. How can we identify new ways to provide a safer environment for our employees to work in? If we manufacture the product faster is it at the same level of quality all the time. Did we produce a consumer hazard? How do we identify the bottlenecks in a production process that contribute to the production of a dangerous product or a dangerous way of manufacturing a product?

About six months ago I changed where I work. I am now the Director of Risk Management and Insurance at New York University in New York City. Rather than bore on how to identify exposures in a global university of fifty thousand students, who spend the day hours in class and the night hours in the bars, restaurants and clubs of New York City I thought I would speak to you about risk identification in today's modern health care system. For seventeen years I was the Director of Risk Management at Bridgeport Hospital and Health Care Services in Bridgeport Connecticut USA.

Bridgeport Hospital and Healthcare Services is the largest

ロバイダーです。同社は病床数425のレベル1の外傷患者用病院を運営しており、多岐の専門分野を持つ医師が100名以上、その他に不動産管理、看護師派遣サービス、生物医学工学を事業分野としていました。BHHS社は創業128年を数える会社であり、このようなタイプの会社をこれだけの長期間運営していくにはそれなりの課題もありました。ヘルスケアの会社にはリスクマネジメントのプロセスを組み込んでいくことは、一般に想像される以上に難しいことです。それはヘルスケアは環境が急変している分野であり、多くの変動要因を有しているからです。多くのプロセスが二度と同じ方法で実施されません。例えば普通の風邪を治療する場合の変動要因について考えてみましょう。患者さんは皆個人ごとに違う特徴を持っており、ヘルスケアを提供する側も考えかたや治療方法が異なります。薬局に行くと薬を買う場合でも、棚には風邪を治すためのいろいろな薬が山ほどあります。しかし、これらの全ての薬が全ての人にいつも同じように効くとは限らないのです。

病院においても同様の変動要因がありますが、より重大な責任のもとに業務を行っています。外科医が命を救うように、症状を軽減するとともに患者をリスクにさらさないための戦略を考えなければならないのです。

ある月、医療事故報告書を読みながら、手術をした患部を再手術する患者の多いことに気がつきました。この月のデータに対する最初の調査の結果はあまりよいものではありませんでした。これらの患者さんたちは手術が終わってすぐに体内に残された異物を摘出するために再手術をしていたのです。調査期間を他の月にも拡大したところ、同じ様な理由で再手術している患者が他にもいることが分かりました。このこと自体は深刻な問題ではあるものの、多分是正することができたと思います。しかし、私が自問したのは、むしろどうすれば経営トップの注意をひきつけられるか、ということでした。私はこの問題について、さらにデータを収集することにしました。まず再手術にかかった時間、人件費、備品費用などを計算しました。この情報に、問題の処置を受けた患者数、その患者たちの持った不満を加えれば、組織にとって極めて大きなリスクであることが理解できます。この計算式にはさらに不適切な医療に対する損害賠償訴訟の費用、そしてそのような訴訟が起きた場合に増加すると予想される医療保険料のコストも含めなければなりません。さらに外科医たちに訴求したのは手術室が非生産的な手術に使用されているという事実でした。つまり、本来であれば外科医た

provider of healthcare in southern Connecticut. We operate a 425 bed Level 1 trauma hospital, a mutispecialty physician practice were over 100 physicians practice, a real-estate company, visiting nurse service, and a biomedical engineering company. BHHS has been in business for 128 years. Operating this type of business for that long comes with its challenges. Creating a risk management process in a healthcare environment is not as easy as you may think. Healthcare is a rapidly changing environment with many different variables. There are many processes that are never done the same way twice. Just think for a minute about all of the different variables that exist in treating the common cold. Each person is different and each healthcare practioneer is different in their methodology of treatment. If you go into the store where you purchase your medication the shelves are full of different remedies that can reduce, cure the common cold. Not all the different remedies work on all the people all of time.

In a hospital environment you are dealing with similar variables but the stakes are higher. You have to develop strategies that reduce exposures but do not harm patients similar to the way a surgeon saves a life.

For example while reviewing the medical incident reports for a given month I noticed a trend of patients returning to the operating room for reopening of their surgical site. My initial investigation into that data for the month was not very impressive. It showed that these patients were returning to the operating room for removal of a foreign body within a short period of time after their surgery. I than expanded the sample size of information and it revealed that many more patients were returning to the operating room for similar issues. This alone was a serious issue and was probably fixable. The question I asked myself was how hard will it be to get the attention of senior management. I decided that I needed to do some more data analysis on this issue. I then went back to the data to calculate the amount of time the second surgery had taken as well as the cost of man power and supplies. When you add up that information with the number of patients that this occurred to and the ill will these events generate then there is a substantial exposure to the organization. The other hard costs that factored into this equation are the total cost of a medical malpractice case for these types of untoward events as well as the increased cost of future premiums due to these events. What struck the surgeons was that there was time in the operating room schedule that was being used for unproductive surgery.

ちに追加収入をもたらす新規の手術が行えない、ということでした。

次のステップは問題の真因をつきとめ、他の問題と共通する要素がからんでいないかを見極めることでした。われわれはプロセスに従事しているキーとなる担当者たちを招集しました。リスクオーナーを召集できれば、原因を特定するのは比較的容易です。最初の作業はこのような問題発生に至ったリスク要因を全て洗い出し、担当者、製品、環境、時間などの分野ごとに分類することでした。このようにすれば真因への深堀りが可能となります。次に作業プロセスをフローチャート化し、プロセスの障害となるようなボトルネックがないか検証しました。これらのプロセスはさらにサブプロセスに分割されました。障害をもたらすボトルネックが多数特定されることも予想し、全てのネック事象を投票により重要性を区別し、最も重要な事象を3つ抽出しました。その結果、このケースでは、整理整頓、コミュニケーション、素材が特定されました。整理整頓についてはまず安価な仕分け用のツールを購入し、それぞれの部分に番号を振り、手術に使用するスポンジをあらかじめ適切に配置していくようにしました。コミュニケーションについては、全ての指示を口頭で繰り返し、患部へのスポンジの挿入と除去を文書化することにしました。素材面からは、スポンジの素材をX線で確認しやすいものへと変更しました。外科関連の全てのスタッフと医師がこの新しいやり方について研修を受けました。また、手術の事故をゼロにするために、これまでの報告や観察から集めた情報を文書化し、これらを毎月全てのスタッフに配布しました。この後半年にわたってモニタリングとプロセスの改善を続けた結果、手術の事故件数ゼロが実現できました。このことによって、組織のリスクは大幅に低減され、治療の質、患者の満足度も上がりました。さらに好ましいことに患者の病院における滞在時間が短縮され、より多くの手術ができるようになりました。この改善はやる気に満ちたリスクオーナーたちのチームがなければ決して成功することはなかったと思います。リスクマネジメント部は彼らに手順を教えはしましたが、病院のシステムの中で毎日仕事をしているのはリスクオーナーたちなのです。基本的なリスク特定の手法によって標準作業からの逸脱が見つかり、それぞれの分野の専門家たちがこの問題が再発しないための方法を考案するようになりました。リスクマネジメント・プロセスによって、問題の特定、解決のためのチームの編成、病院全体の業務を好転させる解決策が実施されました。

This meant that the operating rooms could not be used for new surgeries where the hospital and the surgeons can get paid.

They next step was to determine the root causes of the incidents to determine if there is a common factor involved. We were able to assemble the key individuals involved in the process. When you have all of the risk owners together it is relatively easy to determine the causes. The first task was to list all of the risk factors that caused these occurrences and break them down into categories, human, product, environmental, and time. This would allow us to further drill down to the root cause. We then flowed out the process of work and determined any bottlenecks that can cause a failure in the process. These processes were then broken down into sub process. Realizing that we could identify many process failures we decided to vote on all of the ones that were identified and concentrate on the top three. In this case they were organization, communication, and materials. In terms of organization we decided that we would purchase an inexpensive organizer and number the pockets and load them at the beginning of the case with the sponges that were going to be used in the surgery. For communication there would be a read back of all orders and written documentation pertaining to sponges put into a patient and removed from a patient. For material we changed the type of sponge to one that we easily visible on an x-ray. All of the surgical staff and surgeons were educated as to this new process. We also collected data from the documentation that was written as well as direct observation. The data was then feedback to all of the users on a monthly basis in an effort to get to zero defects per case. After six months of monitoring and adjusting the process we were able to obtain zero defects per case. This greatly reduced the liability on the organization while advancing the quality of the care it also added to increased patient satisfaction. A positive byproduct was that patients stayed for a shorter time in the hospital using less resources and operating rooms were now available to be used for other surgeries. This entire process would not have been successful without a very dedicated team of risk owners. The risk management department guided them through the process but the risk owners are the ones who have to work in these systems everyday. Fundamental risk identification uncovered the deviation from practice and guided a group of specialists in their field through a process to which will prevent this problem from reoccurring. The Risk management process was commended for identifying the issue and leading a team to create a solution that had a positive impact on the entire patient hospital continuum.

経営トップや監督官庁は、組織が必ずなんらかのリスクマネジメント・プロセスを有しているように求めます。全てのリスクマネジメント・プログラムの戦略的機能はリスク特定プロセスです。業務ごとのリスクマネジメントを運営していても、ERMを運営していても、リスク特定プロセスがリスクマネジメントの根幹にあるべきです。基本的なプロセスは常に一定です。私をご紹介した現実のケースでは、能動的で現場重視のリスク特定プロセスをとることによって調査のもととなるデータが特定され、問題が解決されました。リスク特定プロセスがうまく機能するには以下のような条件がなければなりません。

- ◎ 経営トップの支持
- ◎ 組織メンバー全体の支持
- ◎ 円滑なコミュニケーション
- ◎ データを分析するシステム
- ◎ 改革を実践するに当たっての組織の信頼

私の意見としてはこれらがリスクマネジメントを成功させる上でのキーとなる要素です。大局的に見ると、組織で保険をかけられるリスクとかけられないリスクを分類するのが最初の一步でしょう。

ではプロセスをどのようにはじめればいいのでしょうか？ 私の勤務先と似た社風の組織なら、経営トップの支持を得るには、リスクマネジメントの恩恵を説明することから始めてはいかがでしょうか。保険料の管理、ロスコントロール活動、クレーム管理、等です。これらの収支に直接影響する成果は、収益の増加と株主価値の上昇につながるだけに、経営トップの目を引きやすいのです。

リスクマップは理論だけから作成したり、リスクマネジメント部だけで作成するものではありません。私は組織の主要な部門を統括しているキーパーソンのリストを作成しました。これらのキーパーソンこそ私がリスクオーナーと呼んでいる人たちです。彼らとのブレインストーミングによって、われわれは組織が直面するリスクを分野分けしたリストを作成することができました。このようにリスクマネジメントについての理解が深い人たちと協議することができない時は、もっと単純な方法を取ります。まず担当者たちに対して3つの質問をします。

**1** あなたの担当分野で、昨年あなたに夜も眠れなくなるような思いをさせた要因は何ですか？

Senior management as well as the regulators demand that there be some type of risk management process in place. A strategic function of any risk management program is the risk identification process. The risk identification process should be the backbone of your risk management program whether you are practicing operational risk management or enterprise risk management; the fundamentals of the process are the same. In the real scenario I outlined just a few minutes ago it was an active and operational risk identification process that provided the information to begin this study and eventually correct the problem. To have a successful risk identification process you absolutely have to have the following support.

- ◎ *The support of senior management.*
- ◎ *The support of all the employees in your organization.*
- ◎ *A robust method of communications.*
- ◎ *Systems to analyze the data.*
- ◎ **THE TRUST OF YOUR ORGANIZATION TO EFFECT CHANGE.**

In my opinion these are the key critical function to be successful. On a large scale when you have identified all of the risks insurable or not in your organization you have created a risk map to begin to work from.

So how do you begin the process? To obtain senior management support if your organization is like mine you obtain the support of senior management by showing positive results from your program. Such as management of insurance premiums, loss control activities, claims control, etc. It is these bottom line oriented results that get the eye of senior management because ultimately they bring higher share holder value and increase profitability.

A risk map is not developed in a vacuum or within the risk management department. I developed a list of individuals who managed key departments in the organization. These key individuals are what I call the risk owners. Through a brainstorming session we developed a list of areas that created exposure for the organization. When you are not working with risk management professionals such as these managers I decided to make to concept extremely simple. I initially asked three questions of the group.

**1** *What kept you up at night last year as it pertains to the operation of your area?*

- 2 あなたの担当分野で、今年あなたに夜も眠れなくなるような思いをさせている要因は何ですか？
- 3 あなたの担当分野で、来年あなたに夜も眠れなくなるような思いをさせるであろう要因は何ですか？

このような単純な3つの質問をすることによって、マネジャーたちに各担当分野におけるリスクが何であるかをじっくり考えてもらえるようになります。答えをもらってリストができたなら、今度は優先順位付けです。この手順はマネジャーたち全員に集まってもらい投票することによって行います。リスクオーナーたちはそれぞれのリスクについて説明し、全員が1から5までのスコアを使ってリスクレベルを評価します。1が重要なリスク、5は大して重要ではないリスクです。もっともスコアの低かった3大リスクが、今後一年間をかけて対応すべきリスクということになります。なお、この3大リスクは分野ごとに特定されます。ランク付けの結果は経営トップに報告し、彼らがリスク低減の進捗状況を管理できるようにします。

特定されたリスクを低減していくにはいろいろな方法がありますが、われわれはシックスシグマを利用していました。ご存知の方も多いかと思いますが、シックスシグマではリスクを抱えている事業部門のプロセスを体系的に分解していきます。科学的なアプローチをすることにより、システムをいくつかの中核的な部品に解体していきます。このようにしてリスクオーナーたちはリスクをもたらしているボトルネックの工程を特定できるようになるのです。次にブレインストーミングを行い、ボトルネックをプロセスから除去し、可能な限り「完全」なプロセスを構築しなおすのです。つまりシックスシグマによってプロセスから欠陥を摘出し、できるだけ完成されたプロセスを作り上げるのです。

最初のブレインストーミングが行われた後には、問題解決評価指標が策定されます。この指標は問題解決の進捗状況を測定するために使われます。データは毎月リスクオーナーが収集し、リスクマネジメント部に連絡します。リスクマネジメント部では集めたデータをバークラフ、線チャート、管理図などに加工します。担当者はデータを見て、プロセスを継続的に改善し、可能な限り問題が起きないような状態にまで追い込んでいきます。これらの情報は全てリスクマネジメント委員会、そしてその他の委員会に報告されます。

最後に申し上げたいのは、リスク特定のプロセスは

- 2 *What keeps you up at night this year as it pertains to the operation of your area.*
- 3 *What will keep you up at night next year for the operation of your area?*

Using these three simple questions you begin to get the managers think of the areas of exposure in their sphere of responsibility. Once this list is created then the list has to be prioritized. That is done by a voting process of the entire group. The risk owners describes the concern then they are voted on using a 1 to 5 scoring. 1 would be a critical exposure and 5 would be a remote exposure. The three lowest scoring exposures would be the ones that would be worked on for the next 12 months. Each area would have three areas to work on. The results are reported to senior management and they follow the progress of the remediation of the exposure areas.

The process of working through the identified risk exposure areas can be accomplished in many different methodologies, we have chosen to use six sigma. You may or may not know six sigma is a process that systematically breaks down the processes within each exposure unit. By using a series of scientific methodologies we are able to break down systems into its core components. This allows the risk owners to identify the bottle necks in the process that are causing the exposure. You then brain storm to engineer the bottle necks out of the process and create as near to perfect process that you can get. I six sigma language it is called engineering the defects out of the process to get it as close to perfect as possible.

After the initial brain storming process and solution development metrics are developed. The metrics that are developed are used to monitor the implementation of the solutions. Data is collected on a monthly basis by the risk owner and communicated to the risk management office. The risk management office then develops specific graphs to represent the data. Examples of these graphs are bar charts, line charts and control charts. The data is reviewed and the process is constantly improved until it is as close to being defect free as possible. All of this information is reported to the risk management committee and the various governing committees.

In conclusion the risk identification process is one that can molded for an organizations needs. There is not one model that must be followed because each organization is different. The basic methodology or premises is the same for every

各組織のニーズに合わせて形成されなければならないということです。どの組織にもそれぞれの特徴があるので、これさえ使えばよいという汎用的なモデルはないのです。ただ、基本的な考えかたはどの組織にも共通しています。ニューヨーク大学のリスク・保険マネジメント ディレクターとしての私の役割は、前職と同じ方法にもとづくもので、同じようにリスク特定のプロセスを利用してリスクマップを作成することです。対象となる業務は複雑な医療システムではありませんが、リスク特定のプロセスが必要なことは変わりありません。ニューヨーク大学の大学院のスタッフからなるチームはリスク特定のプロセスを非常に前向きに受け入れてくれました。その結果、同大学においてこのプロセスはERMの枠組みの中で機能するようにしました。

このことはリスク特定のプロセスの設計者に組織の全ての部門へのアクセスを提供することになります。担当者はリスク管理の上で有用な情報を、改善できる立場にある担当者に直接伝えることができるのです。

リスク特定の戦略をどう展開すればいいか、教本はありません。組織によって、どのようにリスクを管理すべきかは、異なるからです。まずこの問題を解決するための計画を策定するのがよいでしょう。枠組みに関していえば、構築の手助けとなるツールがあります。RIMSのWebサイト [www.rims.org](http://www.rims.org) まで行って、ERMというタブをクリックしてみてください。ここにはRIMSの成熟度モデルがあります。このモデルを活用するための必要事項は短時間で記入できます。記入が終われば、あなたの組織においてリスク特定のプロセス、そしてERM戦略までも導入する段階にあるかどうかの診断結果をしてもらうことができます。このシステムをリスクマネジメント業務開始のきっかけに使ってください。おそらくあまり考慮しなかったリスクなどが特定されることになると思います。しかし、一通りの展開が実行できれば組織が保護され、経営トップは全てのリスク要素について認識している状態を実現できます。この状態に到達して、初めてリスクマネージャーは夜ゆっくり寝られるようになります。

本日はご清聴ありがとうございました。どのように私がリスク特定のプロセスを使ってキャリアを伸ばしていったか、リスクを低減するための組織作りについても、細かく説明できましたので、私にとっては大変充実した時間でした。この機会を糧に私の会社でも一層の研鑽を進めて行きたいと思っています。ありがとうございました。

organization. In my new role as the Director of Risk Management and Insurance at New York University I am using the same methodology and frame work to create a risk map using this type of risk identification process. I am no longer dealing with complicated medical systems but the risk identification process is the same. The team in higher education at New York University has embraced the use of the risk identification process. In the case of New York University I have wrapped it up inside a enterprise risk management framework.

This allows the designer of the risk identification process the access to all areas of the organization. In doing so you will have the opportunity to bring your findings directly to the people who can help effect change.

There is no cookbook on how to deploy a risk identification strategy. Each organization is different in how it handles it exposures.

I would suggest that you develop a plan to attack this issue. In today's world there are tools available to you to begin to build such a framework. I challenge you to go to the RIMS website [www.rims.org](http://www.rims.org) and go to the tab labeled Enterprise Risk Management. It is there you will find the RIMS Maturity Model. Complete the maturity model it will not take long. When you are done you will have an assessment of your organizations readiness to embrace not only the risk identification process but and Enterprise Risk Management strategy. Use this as your launching pad to begin your journey. I'm sure you will uncover exposures you did not know about. But when you have completed your deployment you will know that your organization is protected and the senior management team is aware of all of the exposures. It is only at this point that you as the risk manger can sleep at night.

I would like to thank you all for listening to me today. This has been exciting for because I have been able to explain to you in great detail how I have used the risk identification process to expand my career but allowed me to create a department that is focused minimizing risk issues. This will surely become woven into the cloth of my organization.

Thank You