

# ヒヤリハットをいかにシステム改善につなげるか -集積事例の分析の実際-

辻田 幸子

第64回国立病院総合医学会  
(平成22年11月25日 於福岡)

IRYO Vol. 66 No. 2 (60-62) 2012

**要旨**

根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）は、事例を深く掘り下げ、何が改善できるかという視点で検討する分析手法である。以前長崎川棚医療センターではSHELL分析を使用していたが、短時間での検討が難しく、十分な分析ができないまま対策が立案されていた。そこで、より客観的にヒヤリハット事例の分析を行いシステム改善につなげることを目的に2007年9月より、①「なぜ？なぜ？」と考えられる分析手法の定着、②システムエラーに目を向け改善策を見いだす、③他部門が今以上に医療安全に関心を持つことを目標にRCAの導入に取り組んだ。第1段階は各部署での検討、第2段階はRCA事例検討会を開催し意見が偏らないように多部門での検討の場を持った。開始当初は、各部署のセーフティマネージャーも試行錯誤の状態で作成に時間を要していたが、3年目を迎え、次第に情報の追加、ポイントの絞り込みもできるようになってきた。また、全体での討議でも少しずつ発言が増え、手法が浸透してきた。多職種で分析することで、広い視野での検討が可能となり、参加者のほとんどが新しい発見ができたことを実感している。RCAの繰り返しの中からシステム改善に繋がった事例は少なくないが、今後は改善されたシステムが、病院全体にどのような効果を与えているか評価が必要である。

**キーワード** RCA分析, 分析手法, 医療安全**はじめに**

著者は2007年から医療安全管理室において業務をしているが、それ以前は看護部の事故防止委員として医療安全に関わり、病棟で積極的にインシデントカンファレンスが定着するよう取り組んでいた。当時使用していたSHELL分析（S：ソフトウェア（Soft ware）、H：ハードウェア（Hard ware）、E：

環境（Environment）、L：他人・当事者（Live ware）の4つの要因をみつけようとするもの）短時間では分析が難しく、要因分析が不十分なままで対策立案となり、一般的な対策に終わっていた。日々の業務の中でカンファレンスに使える時間は15-20分と短く、効果的に分析できる方法としての根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）の有用性を感じた。

長崎川棚医療センター 医療安全管理室  
(平成23年月22日受付, 平成24年1月13日受理)How to Lead an Incident to the Improvement of Medical System : using the Root Cause Analysis  
Sachiko Tsujita, Nagasaki Kawatana Medical Center

Key Words: root cause analysis, technical skill analysis, safety management

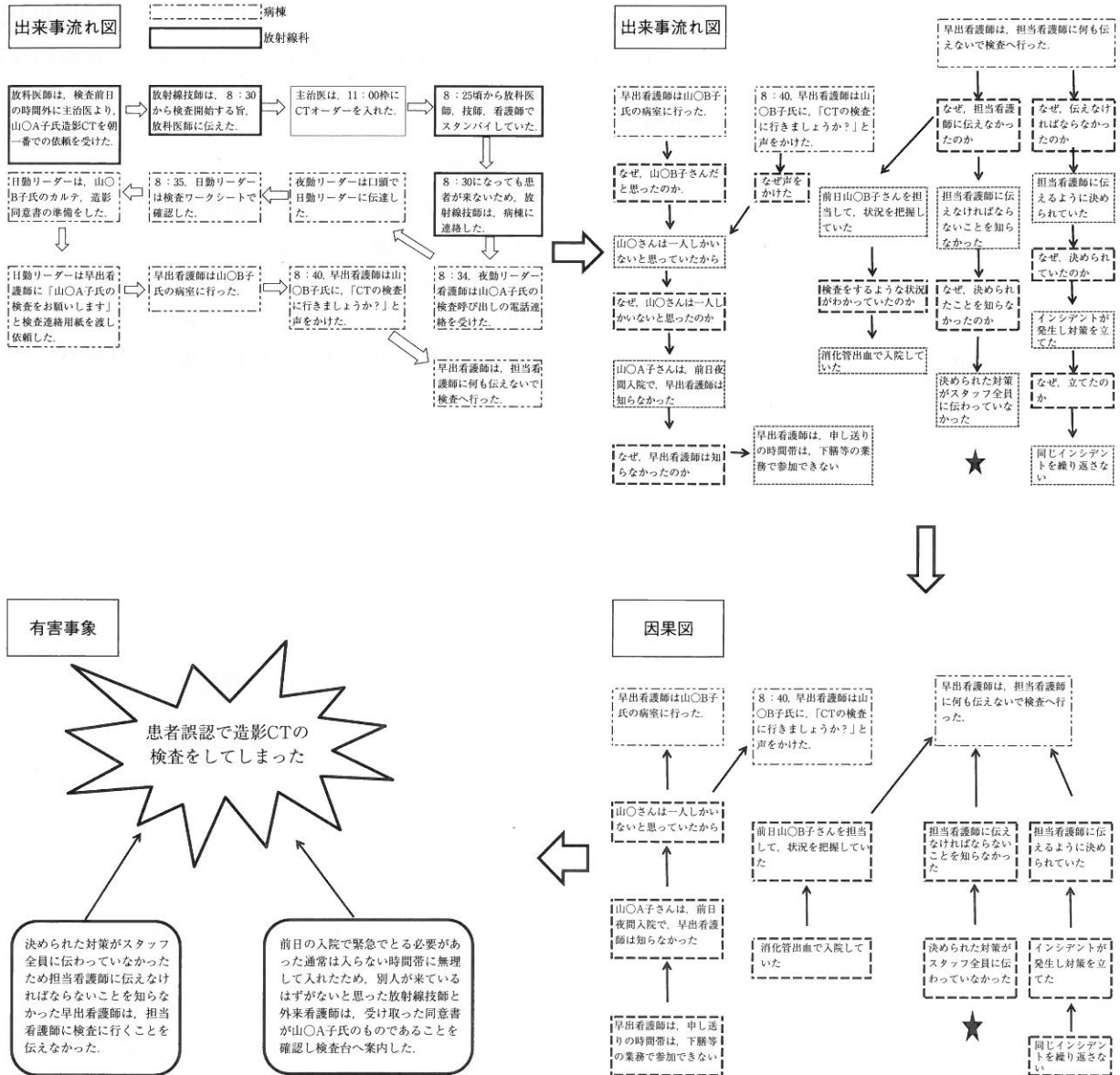


図 RCA 分析の実際

RCAは、本来、最重要事例や類似した事例をまとめて時間をかけて行う分析手法である。今回は、「なぜ?なぜ?」と考える過程で要因を短時間で絞り込むことができる点に着目して導入の環境作りに取り組んだ。

RCAの導入の実際

RCAを選んだ理由は、①時系列で出来事を「なぜ?なぜ?」と考えることで、漏れなく要因が導き出せること。②最低3回、「なぜ?なぜ?」と細かく分析することで、システムエラーに目を向けることができ、改善策が見いだせること。③それに加え、事例の個別性を引き出すことができることや誰でも

一緒に考えることができるので、他部門の職員がこれまで以上に医療安全に関心を持つよい機会になる、などである。RCAの定着に向けて、2段階で導入に取り組んだ。まず、開始前にRCAの手法について全体研修を行い、その後各部署でRCAを実施しながら機会教育で学びを深めていくことにした。

第1段階は、部署での定着を目指してインシデントカンファレンスの場でRCAを導入し分析することである。第2段階は、一度分析した事例を再度多職種を交えたRCAで検討することとし、最終目標を「病院全体で使える分析手法になる」こととした。

第1段階は部署での定着を目指して、各病棟で週1回行っているインシデントカンファレンスの事例の中から1事例を選び、月1回、RCAで検討した。

第1段階での目標は、「なぜ、なぜ」と考えることとした。事例はチームで考えられるもので、第2段階の検討を考慮し、部門間で連携や共有に効果がありそうな事例を選んだ。まず、報告された事例の内容をセーフティマネージャーが中心となり医療安全管理係長と（General Risk Manager：GRM）一緒に情報の不足部分を補いながら出来事流れ図にしていく作業を行った（図）。この過程は、個人を責めないように気を遣いながらの作業となり、思ったより時間がかかり難しかった。しかし、「情報不足がよくわかった」などの意見が聞かれ、作業を繰り返す中でみてきたことは、情報収集不足のままでは十分な分析ができないということだった。出来事流れ図が完成したら、次は各部署でのRCAを実施した。5-6名程度のメンバーで業務の中で利用できる20-30分の短い時間で検討した。事例の紹介を行い、準備された出来事流れ図より問題となりえるポイント（図）を絞ることから始めた。ポイントを絞ったら優先順位を決め、出来事一つ一つに対して「なぜ、なぜ」と3回、「なぜ」「答え」「なぜ」「答え」を繰り返し行った。時間を有効に使うために時々方向性がずれていないか確認し、個人ではなくシステムに目を向けるように注意して進行した。その後、答えを逆から辿っていき因果図、有害事象を表し対策を立案した（図）。

第2段階での目的は「病院内の意思疎通をはかり情報を共有すること」とし、事例検討会を行った。部署で一度行ったRCA分析をさらに多職種で行うことで、視点を広げ、医療安全は病院全体で取り組みたいと考えた。また、事例からの学びやRCA自体の教育をする場とした。

検討会の進行は、各部署のセーフティマネージャーが担当することとした。一度部署でRCAを行っていた事例でも、全体での検討会に向けての準備から実施までの過程で、さらに学ぶことが多く、終了後には達成感を感じることができた。同職種では見方や考え方が固定されがちで、他の職種の違う角

度からの意見は、新しい発見があったとの感想が聞かれた。検討会は、職種・部門を越えた横断的な議論ができることや多職種で行うことにより分析に深まりと広がりを与えた。

多職種での事例検討会で目指しているものとしては ①出来事流れ図や因果図を作成する中で、業務の流れを再認識できるようになる。②作業を行う中で何が要因なのか、対策が立案できるようになる。③担当する部署が達成感もち継続できるようになる。④意見交換を通して職種を越えた連帯感ができる、などである。

SHELL分析では、短時間で要因分析することができず、対策立案が不十分であった。RCAでは、出来事流れ図や因果図を作成する中で、発生要因、問題点、対策が発見できたことが改善につながっている。

---

## 今後の課題

---

RCAを通して、セーフティマネージャーの達成感は得られるものの負担も少なくない。部署で浸透させていくためには、一緒に考え行動してくれる人材の育成が必要である。また、改善されたシステムが、病院全体にどのような効果を与えているか評価する取り組みを検討する必要がある。

〈本論文の要旨は第64回国立病院総合医学会 シンポジウム「RCA（根本原因分析）導入による医療安全対策のすすめ」において「ヒヤリハットをいかにシステム改善につなげるか-集積事例の分析の実際-」として発表した内容に加筆したものである。〉

---

## [文献]

- 1) 飯田修平・柳川達生. RCAの基礎知識と活用事例, 東京:日本規格協会; 2007.