

# 小倉医療センターの医療安全管理における根本原因分析 (Root Cause Analysis:RCA)本格稼働に向けての取り組み

泓 ヨ シ 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 (63-66) 2012

## 要 旨

小倉医療センターでは、報告されたインシデント・アクシデント報告の事例中、看過できない重要と思われる事例についてイベントレビューで把握し、4M4Eやシェル(SHEL)分析を使って要因分析を行ってきたが、現状把握、対策立案、実施、評価、といった管理サイクルとしての改善に繋がっているかは疑問があった。最近、医療安全管理の研修において紹介される事例分析の手法、根本原因分析(Root Cause Analysis:RCA)(→67pを参照)は、問題解決の一つの手法で、アクシデントなど事例を系統的に分析してその根本原因・寄与因子・背後要因を同定し、対策立案・実施して、再発を図るプロセスである。当院でのRCAへの取り組みとして、まず、実働部隊であるセーフティマネジメント部会でレクチャーを行い、次に、セーフティマネージャーがタスクとなり全体や部署でRCA分析を行った。全体での分析は、医療安全管理者が事例を選択し、「出来事流れ図」を作成し、司会者となり実施した。当事者の思いを想像しながら、「なぜ?」を繰り返す中で、偶然おこったと考えがちな事例でも、当事者が行った行為に影響する部署特有の要因や、行為に至った多数の判断の背後に潜む、現場の日常的な危険要因が抽出できると実感した。そこで、RCAの理解を深め、より有効に活用できることを目的として、講師を招いてセーフティマネージャーを中心とした5時間の演習を行った。今回、当院でのRCAの定着・活用は、職種間のコミュニケーションの活性化を促し、医療安全文化の定着の一助になると思われたので報告する。

キーワード 根本原因分析、ヒューマンエラー、事例分析、他職種、協働

## はじめに

医療安全対策としてインシデント報告書が収集されているが、どう分析し、その結果をどう対策に結びつけてよいか苦慮しているのが多くの病院での実

情と思われる。小倉医療センターでは、報告されたインシデント・アクシデント報告の中で、看過できない、重要と思われる事例について、イベントレビューで把握し、4M4Eやシェル(SHEL)分析<sup>1)</sup>を使って要因分析を行ってきた。しかし、分析方法

国立病院機構小倉医療センター 医療安全管理係長  
(平成23年2月18日受付, 平成24年2月10日受理)

Trial of Root Cause Analysis in Medical Safety Management  
Yoshiko Fuke, NHO Kokura Medical Center

Key Words: RCA, human error, case analysis, team partnership

を統一化していないことや再発防止策の実施、評価、といった管理サイクルとして機能しないことを問題と考えていた。その時、根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）（→67pを参照）の研修を受け、実事例に用いたところ印象深い事例を経験した。当事者の思いを想像しながら、「なぜ？なぜ？」と分析すると、原因は当事者ではなく、薬剤が不足した場合は他の患者用から安易に借用するといった薬剤使用の実態、教育体制など部門の管理体制や仕組みこそが背後に潜む危険要因であることが明らかになっていった。まさに、「ヒューマンエラーは根本原因ではなく、先行する原因がある」<sup>2)</sup>ということを実感し、当院でのRCAの導入を試みた。

## RCAの稼働に向けて

### 1. 導入期

RCAの理解と活用を目的に、院外講師として種田憲一郎先生を迎えて2日間の研修会を企画した。「導入期」の研修会のテーマは、『ヒトは誰でも間違える、「この間違い」の分析が「未来の間違い」を防ぎます！』とした。1日目の講義の動画を用いた質問で、「人は見たいものしか目に入らない」という貴重な体験ができ、研修のひとつの大きな成果であった。

2日目は、実践期の主体となるセーフティマネージャー（SM）を中心に4グループ、計35名で受講した。普段「出来事」に対し、「なぜそうなったのか？」と疑問を持たずに、対策を先に考える傾向が強いため、演習では事象自体への疑問を抱くことが難しく、「なぜ？なぜ？」がうまく続かず大変苦労した。

演習は、「本来、MRI撮影室の前室にあるべき専用点滴スタンドが、2本ともMRI室内にあり、通常の点滴スタンドを室内に持ち込み、スタンドがMRIに吸着した事例」であった。この事例発生後、放射線部では既に幾つかの再発防止策を講じていた。演習中、MRI室を視察に行くと、MRI専用の点滴スタンドには外来と同じ黄色のテープの明示があるだけで、MRI専用の車椅子は肘乗せに黄色いテープが巻いてあったが、患者が腕を乗せるとそのテープは隠れてしまうことが指摘された。「職員向けの注意事項の掲示はどこにあるの？」といった意見も出た。その結果、MRI専用スタンドは全体に、車椅子には車輪に黄色のテープを巻くという改善策が

なされ、職員向けには、カラーで注意を引くポスターを貼った。

問題点を指摘したのはコメディカル部門やとくに事務部の職員であった。部外者の目線では当該部門で気づかないことが発見できることや現場に足を運ぶことの大切さを学んだ。

### 2. 実践期

「導入期」で教育を受けたSMを中心に各部門で実際の事例でRCAを開始した。「実践期」の問題点は、①分析に必要なまとまった時間が取り難い②出来事流れ図の作成に時間を要する、③検討人員、とくに他部門が集まりにくい、であった。そこで、「実践期」の目標を「部門ごとに行う」、「短時間で（30分程度）」、「他部門の職員も必ず参加する」にした。時間短縮のために、担当部門のSMは予め出来事流れ図を作成（図1）して、「なぜ？なぜ？」分析を実践してもらう「BOX」を指定し、事前に他部門のSMなどへ事例の情報の通知（出来事流れ図を含む）を行うことにした（図1）。

なお、「各部門」は各病棟を指す。

### 3. 評価期

現在は、「評価期」に入り、実践と併行してアンケートを随時施行し、方法を見直している。実践の開始時刻は、午後の日勤帯および勤務外の17時15分以降であった。所要時間は30分-1時間と設定したが、議論が盛り上がり時間超過のこともあった。時間の管理、分析の方向性を見失わないために、グループにはある程度RCA経験者の配置が必要である。これまで、18事例でRCAを施行し、延べ参加者は118名、その内他部門からの参加者は40名であった。職種別で医師の参加が少ないのは開催時刻の影響と考える（図2）。SMへ実施状況のアンケートでは、①根本原因分析を計画しない・参加しない理由として事例をまとめるのに時間を費やす、②背景として病棟の連携の問題や医師とのコミュニケーションの問題など気づかなかった、③確認のあいまいさ、スタッフ間の馴れ合い、コミュニケーションエラーがある、などであった。SMがRCAの準備の出来事流れ図を作成する際に、報告書に不足している情報の確認に時間を要していることがわかった。

RCAを広めるために『フローと一緒に根本原因分析をやってみましょう！』というテーマで院内研修会を行った。研修会は第1部の寸劇による事例

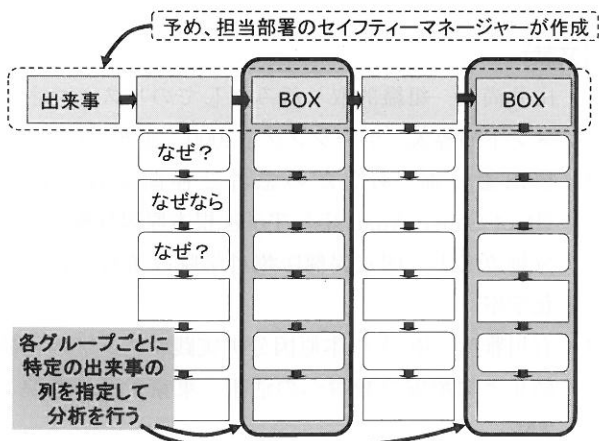


図1 出来事流れ図

紹介、第2部はグループごとの演習、第3部は発表と討論とした。寸劇は、研修会の参加を促すため楽しい演出にし、好評を博した。演習は「実践期」と同様に予め作成した出来事流れ図の中で、分析を行うBOXを指定した。SMはナビゲーターとしてアドバイスした。研修会のアンケートでは、①「なぜ」「なぜなら」という疑問を考えることで、通常勤務している中で考え直さないといけない点が潜んでいると思った（薬剤師）、②グループワークでは、自分では思いつかない「なぜ」「なぜなら」が発見できた（看護師）、③インシデントの原因を『ヒト』にしてしまいがちだが、いろいろな要素があると感じた、などの意見（感想）があがった。

### RCAを一連の流れとして 実践するための、運用手順

今後、RCAを管理サイクルとして機能させるために、病棟の運用責任者を病棟看護師長とし、以下の運用手順を計画した。①分析事例の選択は、事例の患者への影響レベル（3b以上・2回以上の繰り返し・ルール違反）を最優先に看護部長室や医療安全管理室からの助言を得て1例/月以上行うことを目標、②部門で事実の確認後文書にまとめそれをもとに出来事流れ図の作成、③各部門との日程を決める、④再発防止対策を立案し評価基準を決める、⑤対策立案表に各々の根本原因に対して対策案・実施期限・実施責任者・実施後の追跡とその時期を記載し、立案時とその後の評価、追跡時期ごとに看護部の事例については、看護部長室と医療安全管理室へ提出する、ことを取り決めた。

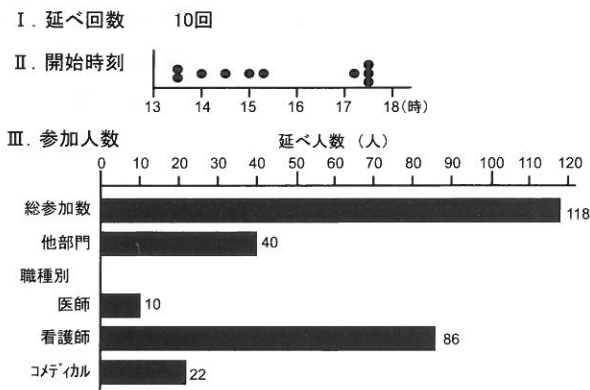


図2 現在までの各部署でのRCA実践状況

### まとめ

RCAの稼働に向けての取り組みで、以下の点が確認された。①出来事に対する分析過程で、いわゆる『ヒト』の要素が消去され、根本の問題が浮き彫りになることが実感できた、②他部門からの参加の重要性が認識できた、③分析に要する時間短縮には幾つかの工夫が必要であった、④分析の過程では、グループにリーダーの存在が不可欠である、⑤多くの職員にRCAを経験してもらうことが大切である、⑥RCAの定着・活用は、職種間のコミュニケーションとなり医療安全文化の定着の一助になると思われた。

### おわりに

RCAは、個人の修正ではなくシステムの欠陥を修正することに焦点をあて、「なぜ?なぜ?」を繰り返す。「それは必要な行為か?」「そこで、やらないといけないのか?」といった他部門の声に耳を傾けて明確に答えられないものは必要がないのかもしれない。現状のシステムを見直すためには、このような他職種の活用が必要である。

当院では院内の分析ツールとしてRCAを導入し、少しずつではあるが定着しているように思える。他部門が集まって事例を分析する過程は、根本原因を見つけ出すための過程だけではなく、自分たちで自らの問題点を見出し、職場の環境やシステムを見つめ直す思考を養う点で、実は、人を育てるための重要な過程のように思える。

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「医療安全管理におけるRCA（根本原因分析）の導入」として発表した内容に加筆したものである。

---

[文献]

- 1) 由井尚美. 組織的取り組みとしてのリスクマネジメントの導入. ナーシング 2000; 20(5): 17-23.
- 2) 種田憲一郎. あなたの患者と仲間を救うRCA (Root Cause Analysis) Tools 根本原因分析ツール分析ガイド. 国立保健医療科学院政策科学化安全化学室.
- 3) 石川雅彦. RCA 根本原因分析実践マニュアル再発防止と医療安全教育への活用. 東京: 医学書院; 2007.