

平成 26 年度 第2回 医療安全のためのワークショップ 次第  
(横浜市立病院等安全管理者会議)

平成 26 年 10 月 1 日(水) 13:30～16:30

横浜市技能文化会館 多目的ホール

講師 : 菊名記念病院 医療安全管理者 新村 美佐香 様

1 挨拶

横浜市健康福祉局 医療安全課 医療安全医務監 鈴木 敏旦

「インシデントレポートを活用するために ～RCA を体験してみよう～」

2 講義 13:30 ～ 14:30

休憩 14:30 ～ 14:40

3 グループワーク 14:40 ～ 16:10

4 まとめ、コメント 16:10 ～ 16:25

5 事務連絡 16:25 ～ 16:30

<平成26年度第2回医療安全のためのワークショップ>

## インシデントレポートを 活用するために ～RCAを体験してみよう～

平成26年10月1日13:30～16:30  
医療法人五星会 菊名記念病院  
医療安全管理室室長 新村 美佐香

### 事故の構造に基づく分析：

- ◆事故は単独の要因で引き起こされることは少ない
- ◆結果の重大性と比較すると小さな事象が連鎖して最終的な事故につながっている
- ◆時間軸の関係と因果関係の記述が重要
- ◆背後要因の因果関係を断ち切れれば、最終事象の発生を防止することができる

### 一般的にRCAとは・・・

「事故などのある出来事が発生した際に、その根本的な原因、背後要因・寄与因子を同定し、対策を立案・実施して、同様の出来事が発生することを予防するプロセスの総称である。」

—種田の定義より—

### RCA (ROOT CAUSE ANALYSIS)

—VA版—

- 米国退役軍人病院 (VA) の患者安全センターで開発された手法
- 出来事流れ図を作成し、出来事背後を「なぜ?なぜ?」と掘り下げていく
- この作業を進める手助けとして、RCA質問カードを用いる

#### 1) RCAの目的・意義:

RCAの目的は、当該のアクシデントおよびインシデント事例に類似した問題や事故の原因を追究した、再発を防止することである。

#### 2) RCAの対象:

RCAの対象事例は、アクシデントおよびインシデント事例から、頻度および重要度を勘案して決める。すべての事例を分析することはできないし、また、その必要性はない。明らかあるいは意図的な事件は、RCAではなく別に対応しなければならない。

#### 3) RCAの効用:

RCAは発生した当該事例の問題や事故の主たる要因を漏れなく導き出す道具である。一般的あるいは網羅的に分析するのではない。ある類型の事例を分析するのである。

#### 4) RCAの付随的効果:

RCAは問題の要因分析に役立つだけではなく、組織内の意思疎通、情報共有、教育の手段でもある。グループ討議をする中で、職種、部署横断的な議論をする風土が醸成される。また、出来事流れ図、因果図、特性要因図を作成する中で、業務の目的を再確認し、業務フローを分析・再検討することができる。これを実行するだけで、対策を立案し実施する前に、既に業務に業務改善をすることにつながるが多い。

#### RCAの手順:

- (1) RCAを実施するかどうかを検討 (トリアージ)
- (2) できごと流れ図 (フローチャート) の作成
- (3) 問題点の抽出 (なぜなぜ分析)
- (4) 背後要因関連図の作成・検証
- (5) 対策案のブレインストーミング
- (6) 対策の決定
- (7) 対策の実行
- (8) 対策の評価

#### (1) RCAを実施するかどうかを検討 (トリアージ)

##### <トリアージの視点>

- ◆ 分析対象外とする事例
  - ・ 犯罪に関わる事例
- ◆ 優先して実施する事例
  - ・ 発生すると患者への影響が大きい事例
  - ・ 発生頻度の高い事例
  - ・ 一般化することで他の事例の再発予防として共有できる可能性の高い事例
  - ・ 自施設の課題に関連している事例
  - ・ 多職種が関与している事例

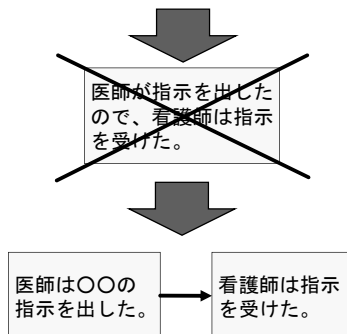
#### (2) できごと流れ図 (フローチャート) の作成



##### 【出来事流れ図作成の手順】

- ① 事例の読み込みを行う
- ② 「いつ」「誰が」「何をした」のか、事実を確認する
- ③ 付箋に「出来事 (事実)」を書き出す (1枚の付箋に1つの事実)
- ④ 付箋に書き出した「出来事 (事実)」を時系列に並べて貼り出す
- ⑤ 事例発生における時間の経過と事実を確認する

例) 医師が指示を出したので、看護師は指示を受けた。



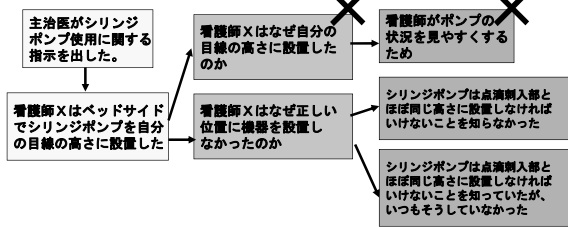
#### (3) 問題点の抽出 (なぜなぜ分析)

##### 【なぜなぜ分析の進め方】

- ① それぞれの出来事に対して、“なぜ (そうだったか) “と、メンバーそれぞれが疑問を投げかけ、その回答を付箋 (質問と回答は色違いが見やすい) に、そのまま書いて貼り付ける。付箋には、内容を整理して短い文章で記入する。
- ② “なぜ” → “答え” を繰り返して原因をどんどん深く掘り下げていくが、1つの出来事に対して、これを3回以上行う事が推奨される。

## なぜの質問を行う時の注意点

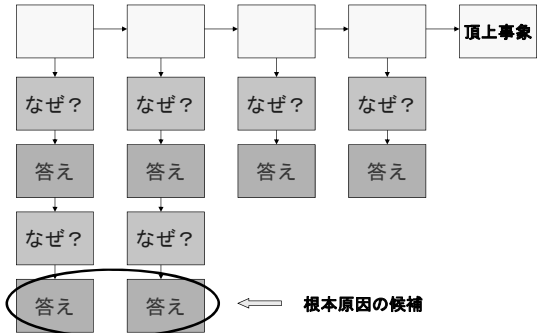
### <具体例>



※漠然となぜなぜと進めるだけでは組織の仕組みの問題は追及できない。

振り分け質問を参考にして、具体的な質問が出るようにしていく。

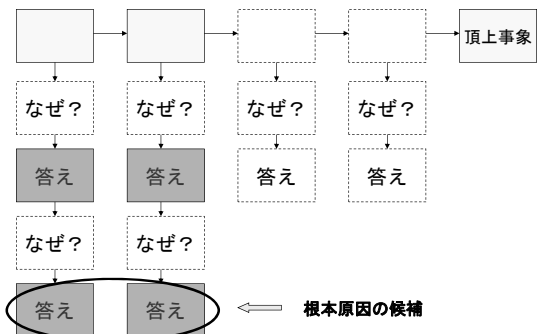
③質問および回答が出なくなるまで繰り返す。そして、疑問が出なくなった最後の回答が根本原因である可能性がある。根本原因は複数あってもかまわない。



## (4) 背後要因関連図（因果図）の作成・検証

### 【因果図の作成】

- ①因果図の作成に関しては、“なぜ”の部分を取り除くことで大筋は出来上がる。
- ②根本原因と事象との因果関係を図示する。
- ③できあがったら根本原因から事故まで順にたどり、論理的整合性を確認する。



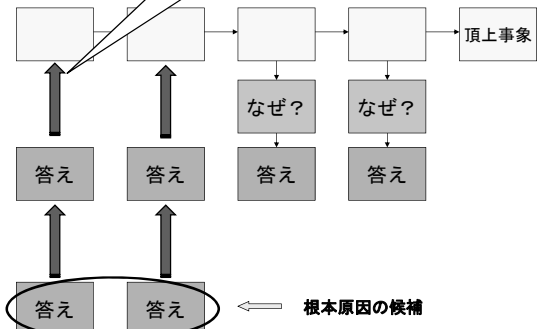
### 【因果連鎖の検証】

因果図の作成の過程で、因果連鎖を検証するときは、5つのルールに従うこと。

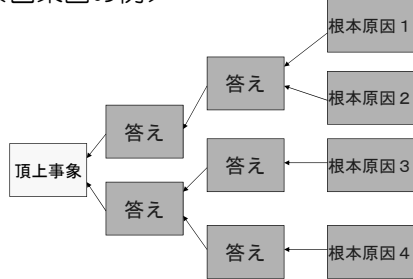
- ルール1 “原因” → “結果” の関係を明確にする
- ルール2 あいまいな表現を避けて正確に記載し、否定的表現の使用を避ける
- ルール3 ヒューマンエラーを原因にするのではなく、それに先立つ原因を同定する
- ルール4 手続きに違反した場合は、それに先立つ原因を同定する
- ルール5 本来業務として行うべきことに対して、事前に実施を決めていなかった場合、その実施の誤りそのものが根本原因である

最後の答えから、文章を前につなげて文章がつながるかどうかなを確認する

文章がつながらない場合は、質問の仕方が悪いのか、答えの書き方が悪いかのどちらかと考えやり直しをする。



＜因果図の例＞



【対策立案の7つの留意点】

- 留意点 ① 実行可能か？
- 留意点 ② 比較的容易・簡便に行えるものか？
- 留意点 ③ 内容がわかりやすく、具体的であるか？
- 留意点 ④ 実施することにより、高い効果が期待できるか？
- 留意点 ⑤ コストは容認できるか？  
(費用対効果の点)
- 留意点 ⑥ 効果の持続性はどうか？
- 留意点 ⑦ 関連部署の業務が、さらに増加しないか？  
“なぜ？”が不足していないか？

エラー防止対策の思考手順：

- 
1. やめる
  2. できない様にする
  3. わかりやすくする
  4. やりやすくする
  5. 知覚能力を高める
  6. 認知、予測させる
  7. 安全を優先させる
  8. できる能力をもたせる
  9. 自分で気づかせる
  10. 検出する
  11. そなえる
- } 教育

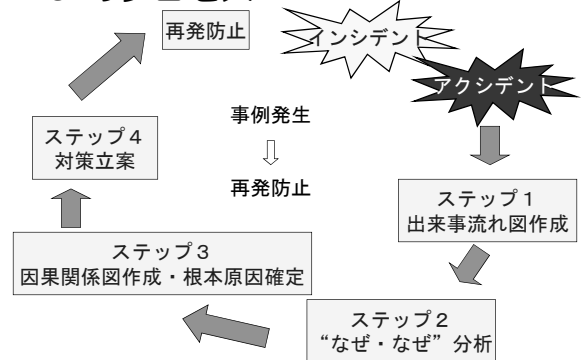
(6) 対策の決定

- ① 分析によって明らかになった根本原因に対して、有効と思われる対策案を立案する。
- ② 対策の実施時期、実施責任者、実施後の追跡方法と追跡担当者、およびその実施時期についても検討し明記する。

＜対策案の作成表＞

原因と結果の要約	
対策案	
実施期限	
実施担当 (責任者・委員会等)	
実施の追跡確認方法	
追跡確認の期間・頻度	

RCAのプロセス



それでは実際にRCAを  
展開してみましょう！



グループワークの進め方：

- まずは自己紹介をしましょう！
- 進行役、発表者を決める。
- 事例をみんなで読み込む。
- RCAの手順に沿って、事例を展開していく

<注意事項>

必ず全員が発言する→ブレインストーミング  
出た意見は否定しないこと

<施設設定>

- 病床数300床 急性期病院  
(ICU・CCU 15床)
- 電子カルテ導入済み
- 日本医療機能評価機構受診

お疲れ様でした！

