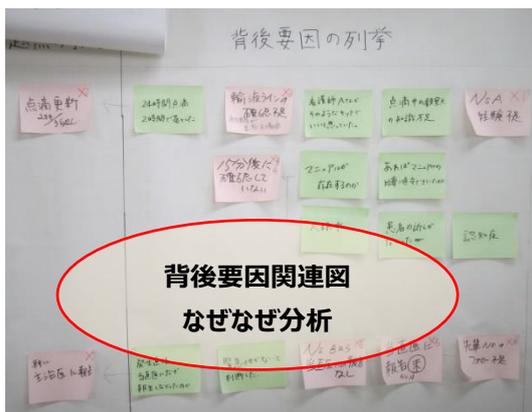
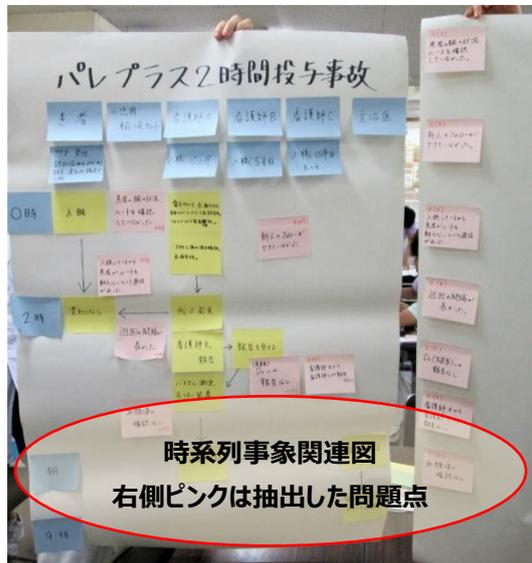


# 医療安全ニュース 11期/2号

## RCA (Root Cause Analysis) : 根本原因分析をやってみよう



### ● 事故が発生したと認識したら・・・

1. 当院の「医療事故防止マニュアル」では**初期対応**として患者・家族への対応「迅速に受傷者、被害者の救助、救命に全力を尽くす」とあります。基本的には、患者影響度の大小に拘わらず事故拡大防止にも努めなければなりません。次に、**経過の記録**から**再発防止**に向けて事故報告の作成と続いています。
2. 事故報告は業務報告とは異なります。記録として電子カルテに入力する作業との役割の違いは過去の「医療安全ニュース」でも解説した通りです。
3. 今回は事故報告から再発防止に向けた方策のひとつとして、**RCA**を取り上げます。

### ● 事故の根本原因を探る、要因を分析する！

1. 事故が起こったとき可及的速やかに対処する事は必須です。しかし、対処内容など表面的な部分を原因とすると、過程や背景（背後要因）を考えないまま根本原因とされ、そのままを再発防止策にしてしまうことがあります。
2. 例えると「当事者」に原因があるとして「〇〇さんが確認不足だったからだ」などとし、再発防止策として「確認を徹底する事」で終わってしまうことです。**何を確認するのか？ どうやって確認を徹底するのか？ なぜ確認するのか？ その為には何が必要か？ 何が足りないか？ 環境は？**が議論されておらず同じ状況になったとき誰でも同じ事故を起こしてしまう可能性が否定できません。
3. 当事者のみに責任を押しつけてしまうのではなく**システムの中の過程や背後要因を洗い出して改善**する必要があります。RCAには様々な手法がありますが、比較的簡単に取り組める「なぜなぜ分析」主体のRCAの大まかな手順を以下説明します。

### ● RCA : 根本原因分析の手順

1. 2019年7月からリスクマネージャー（RM）会議にて4チームに分かれ医療安全管理部門会議で作成した模擬事例「パレプラスを2時間で投与した事例」にて**RCA研修**をしました。以下は簡単な手順と左図はその様子です。初RCAのRMも多く、**手探り状態で始めていますので教科書通りでは無いことをご承知の上ご参照下さい。**
2. ①**時系列事象関連図**：ポストイットを使用し事実(事象)を整理します。②**問題点の抽出**：事象が内包している問題点を洗い出します。③**背後要因関連図**：問題がなぜ起きたのか？ **なぜなぜ分析**で背後要因を考えます。なぜなぜ分析とは、なぜを5回程度くり返し根本原因を探る手法です。④**対策案の列挙**：「ヒト」の行動を変える対策やPm-SHELL(10期/8号)など参考に対策案を考え列挙、残留リスク・効果・コスト・時間・労力など鑑み**再発防止策の採用を決定し実践し検証**します。
3. RCAの詳細はグループワーク研修しました各部署のRMに資料を配付しています。分析について、必要物品などいつでも**医療安全管理室までご相談下さい。**

参考・引用

・大阪府「医療安全対策指導者育成・研修事業」【演習】事例分析(I m S A F E R) S O M P O リスクマネジメント(株)医療・介護コンサルティング部 主席コンサルタント 大賀祐典

職員の皆様へ：お読みになりましたら下記へサインをお願いします。院内ラウンド時に確認させていただきます。