

医療安全のための RCA のルールブック

[評者] 武藤正樹 国際医療福祉大学附属三田病院副院長・同大学院教授

シリーズ 医療安全確保の考え方と手法 1 RCA の基礎知識と活用事例 [演習問題付き]

飯田修平・柳沢達生 共著

B5 判, 136 ページ

定価 1680 円 (本体 1600 円 + 税 5 %)

日本規格協会 TEL. 03-3583-0462



■ RCA の全体像を構造的に理解できる

RCA (根本原因分析) は、米英では医療事故分析手法の標準手法として広く定着している。もとも RCA は、事故のヒューマンファクターの陰に潜むシステム要因を解明する手法として産業界で開発された。米国では航空宇宙局 (NASA) のスペースシャトル事故で、またわが国では原子力発電所事故の原因分析で使われた。

医療においては、米国では JCAHO (保健医療機関認可合同委員会) が推奨し、また在郷軍人病院 (VA) グループが豊富な経験を有し、RCA 教育訓練コースも提供している。英国では、国営医療サービス (NHS) が事故分析の標準手法として採用し、e-learning 教材を Web 上で提供している。

さて本書は、著者の一人である柳川達生氏の米国における VA の RCA 研修コース受講経験と練馬総合病院における実践をベースに書かれている。RCA は、わが国ではこれまで断片的にしか紹介されてこなかったのが、全体像がいまひとつ不明確であった。筆者も本書を読んで、ようやく RCA の全体像を構造的に理解できた気がする。

そのステップは以下である。

〈ステップ1〉リスク評価表：まず、分析する事故事例を頻度と影響度のマトリックスである「リスク評価表」を使ってトリアージする。

〈ステップ2〉出来事流れ図：事実関係を時系列に沿って横軸方向に「出来事流れ図 (フローチャート)」を作成する。

〈ステップ3〉なぜなぜ分析：それぞれの出来事について「なぜなぜ分析」を縦軸に行なう。この「な

ぜなぜ分析」では、例えば「看護師による点滴処置における患者取り違え」では「なぜ患者を確認しなかったのか?」→「点滴実施時の確認方法が習慣になっていなかったから」、「なぜ習慣になっていないのか?」→「決められた患者確認手法が遵守されているかを継続的に追跡調査していないから」のように「なぜ」がなくなるまで繰り返す。この最後に残るのが根本原因の候補としてあがってくる。なお、「なぜなぜ分析」の「なぜ」を導くための「ふりわけ質問」という道具もある。

〈ステップ4〉因果連鎖図：ステップ3の「なぜ」を消して、根本原因間の「原因～結果の因果連鎖図」を縦横ななめに作成する。このときに使うのが、詳細は省くが「原因と結果要約の5つのルール」である。ところで、この因果連鎖図として NASA では、石川馨東大名誉教授発案のフィッシュボーン・ダイアグラム (魚の骨図) を使っているが、VA では使用していないようだ。

〈ステップ5〉対策立案：因果連鎖図上で連鎖ごとの検証が「因果連鎖検証の6つの規則」によって行なわれる。事故の原因がどのような因果関係にあるかを明確にして対策立案するというわけだ。

このように分析手法としては、RCA は、非常に網羅的・体系的でビジュアルにできている。このため、決められたルールにしたがって進めば、誰でも一定の対策を立案できるように工夫されている。ただこの論理アルゴリズムがやや煩雑という気がしないでもない。しかし、実際に RCA で数例をこなせば身につくだろう。まずは本書を RCA ルールブックとして片手に携え実際の事例で試してみてもと思う。