



いのちをまもるPARTNERS

医療安全全国共同行動

減らそう！有害事象 多様な主体の参画で 10

行動目標 7

事例要因分析から改善へ

～失敗事例を“宝の山”として活用できる体制を～

リスクマネジメントの取り組みが本格化した1999年以降、日本ではヒヤリ・ハットや医療事故の報告制度が開始され、原因分析を行うサイクルも定着してきた。一方で、再発防止に役立つ根本的な原因を「解明できないことが多い」という課題も指摘されている。国立保健医療科学院政策科学部安全科学室長の種田憲一郎氏らの支援チームは、インシデント事例や警鐘事例を“宝の山”と位置付ける。行動目標7では「事例要因分析の道具」と「改善の道具」の2種類を“宝を掘り出す道具”とし、推奨する安全対策2項目を設定した。項目の概要などはホームページ (http://kyodokodo.jp/index_b.html) で閲覧できる。具体的な実践をサポートする目的で支援チームが作成したハウツーガイドも入手することができる。

対策 1

事例要因分析の手法の周知と職場での実施

医療事故やヒヤリ・ハットの要因分析には複数のツールがあるが、支援チームはいずれも目的や方法論に、事実を時間経過に沿って正確に把握する、ヒューマンファクターズ（人が行う作業に共通する特徴）を理解しシステムにまつわる要因に目を行き届かせる、改善のための根本的対策が取れるレベルまで「なぜ」を繰り返して要因を掘り下

げる—という共通点があると、ハウツーガイドで指摘する。

事例を分析する手法として支援チームは、「RCA (Root Cause Analysis)」を推奨する。RCAは、本当の改善につながるレベルの要因を「根本的な原因」とし、それを分析する手法の総称。

RCAを職場で周知し、実施するポイントとしてハウツーガイドは、以下の2点を挙げている。

- ①事例要因分析のマニュアルの作成と研修の実施を通じて、各職場に事例要因分析の「ファシリテーター」を育成する。
- ②職場単位や調査分析チームによる事例要因分析を実施して、ヒヤリ・ハットや有害事象から改善課題を引き出す。

事例分析を中心的に行う「ファシリテーター」の育成方法については、異なる職種や部門から人選してチームを構成し、講習会に参加したり、院外から講師を招いたりして分析手法を習得し、それぞれがインストラクターとなる。さらに、インストラクターが各部署(病棟、診療科、部門)から選んだ候補

者1～2人に講習・演習を通じてやり方を伝授しファシリテーターとして中心的な役割を担ってもらい流れを勧めている。事例要因分析の目的を院長自らが明らかにしておくことも重要で、ハウツーガイドは、「犯人探し」ではなく「改善機会を見つけること」を明言することが重要としている。

RCA (事例要因分析) とは？

インシデント・アクシデントなどの事例を系統的に分析し、その根本原因・寄与因子・背後要因を同定し、対策を立案・実施して、再発の予防を図る手法の総称。

実施方法は、①組織横断的な分析チームとしての分析②日常勤務している職場(部署)・現場での分析—に大別される。

RCAの有効性について、支援チームは、業務のやり方やシステムの改善が促進され、「有

害事象が減少することが確認されている」ことなどを医療安全全国共同行動として推奨する根拠に挙げた。具体的には、米国の3次救急病院で、29カ月の間に、重篤な薬剤性有害事象の発生率が45%減少としたという報告や、RCAを活用した改善活動を実践している日本国内の病院のコメントをハウツーガイドで紹介している。

RCAを活用するに当たって支援チームが推奨するツールは

対策 2

事例要因分析で明らかになった課題に関する改善活動の実施

事例要因分析を通じて医療事故や有害事象が生じた真の原因としてシステムの問題が明らかになることで、「システムをより安全なものに改善するチャンスが生まれる」と支援チームは強調する。

有効な対策を見つける手法として支援チームは、院内のある部署でうまくやれている方法をほかの部署にも広めたり、国内外の他病院での成功事例に学んだりする「ベンチマーキング」と、プロジェクト・チーム

を形成し、PDCAなどの手順に従って対策を進める「質改善プロジェクト」を紹介した。

質改善プロジェクトの実施では、組織的な改善プロジェクトを計画し、実施し、その効果を評価し、さらに改善することを必要とした。支援チームはこのP (Plan)・D (Do) C・(Check) A・(Act) —というサイクルを、何を目的としてどんな点に留意して行うべきなのか、ハウツーガイドで解説している。

対策 3

さらにチャレンジ！ M&Mカンファレンスのプログラム化

チャレンジ項目

推奨される対策や実施項目をすべて行っている参加登録病院に向け、効果をさらに高める「チャレンジ項目」が設定されている。

Morbidity&Mortality Conference。入院中の死亡事例と重要な合併症事例について診療チームで要因を分析し、教訓の抽出と共有を図る教育的なカンファレンスのこと。失敗から学ぶことを提唱したE.A.コッドマン医師の考えを受け継ぎ、外科医の研鑽(けんさん)とレジデント教育の方法として主に外科分野で行われている。

患者安全が重要課題であるという認識の広がりとともに診療科横断的な合同カンファレンスを行うなどの展開も見られるとして、支援チームは、「医療安全全国共同行動を通じて多くの病院でM&Mカンファレン

スが、定例的に実施されるようになる(プログラム化)ことが望まれる」と強調している。

ハウツーガイドには、名古屋大医学部付属病院の実践事例などが収載されている。名大病院では、「集中治療室(ICU)入室後24時間以内の死亡例の全例」を対象とする。状況を説明できる診療科以外に、関連診療科の医師、看護師、事務スタッフ、研修医らが参加。安全管理担当者ら1～2人がファシリテーターとして司会進行を担当し、状況説明や質疑を通じて問題点を絞り込み、評価指標とともに改善策を立案する。

従来の症例検討会とは異なり、患者安全やシステム不全の視点を重視し、医学的見地からのみの検討をする場ではないといった特徴があるとしている。

2種類。「Medical SAFER」は、自治医科大医学部メディカルシミュレーションセンター長の河野龍太郎氏が、「VA-RCA tools」は米国退役

軍人病院患者安全センターがそれぞれ開発したもので、支援チームは今後、活用マニュアルなども公開することを予定している。