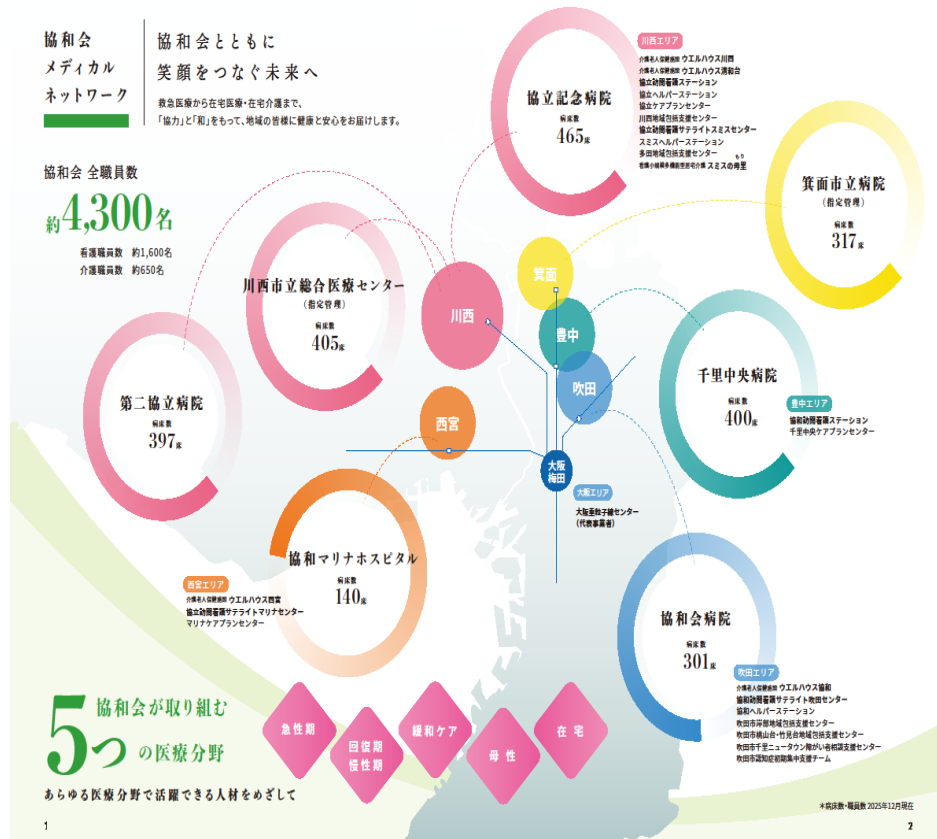


バウンダリースパニングを活用した 法人内医療安全の連携強化

川西市立総合医療センター
医療安全管理者
林谷 奈津子

医療法人協和会の特徴と課題



急性期病院
川西市立総合医療センター・箕面市立病院

慢性期病院
第二協立病院・協立記念病院・協和会病院
協和マリナホスピタル病院・千里中央病院

介護老人保健施設 4施設
在宅支援センター
看護小規模多機能型居宅介護

医療法人協和会の特徴と課題

課題

① ケアフェーズごとに文化や考え方が異なる

- 急性期は「治療継続」が優先される 老健・在宅は「生活維持」や「QOL」が重視される
- 同じ事象でも施設によって捉え方が異なる
- 急性期の経験しかないスタッフ、慢性期の経験しかないスタッフがいる

② 施設間の情報共有不足

- 他施設の状況が見えにくい
- 重大事象が施設内で完結しやすい
- 他施設の学びが共有されにくい

医療法人協和会の特徴と課題

③ 法人全体として考える機会が少ない

- 各施設毎の文化が強い
- 「自施設中心」になりやすい
- 法人として統一した安全文化形成が難しい
- 相談したくてもできないという意見もあった

**現場は施設単位になりやすく、情報・価値観・安全の考え方に
境界が生まれる**

クオリティマネジメント部研修で学んだこと

バウンダリースパニングとは

組織・職種・部門の「境界」を越えてつなぐ役割

【学んだこと】

相互理解の促進

共通目標の形成

組織間の橋渡し

情報共有による改善

相談できる関係づくり

Safety-Ⅱの視点

院内の医療安全体制整備
も必要であるが・・・



医療安全管理者の役割は

- 法人内の医療安全の体制を整備すること
- 法人内で医療安全について共有すること
- お互いが立場や施設の役割を理解して、支援を行うこと
- 相談ができる関係を作ること

施設間の医療安全をつなぐと
より強力な体制となる



実践① 標準化への取り組み

法人内で共通した安全の考え方を作るために

各施設で対応や考え方に差があったため、法人として標準化に取り組むこととした

転倒・転落

どの施設でも発生しており、対応に困っている共通課題であった

インシデント報告

報告の流れの違い、エスカレーション情報共有の方法、再発防止策の検討の違いがある

個人情報の保護

施設ごとに環境や業務内容が異なるため課題が異なっていた。

急性期：多職種・他人数での情報共有

老健・慢性期：生活の場に近い情報管理

在宅：訪問時の書類の管理など

死亡症例カンファレンス

死亡症例カンファレンスは急性期だけではなく・慢性期・介護老人施設・在宅においても重要と考えた

実践② 転倒・転落の対応を統一

まず着手したこと 転倒・転落の対応を標準化する

ケアフェーズ(急性期・慢性期・老健・在宅)による違い

急性期

- 転倒・転落による骨折は、本来の疾患治療を大きく妨げる
- そのため、迅速な診察と損傷レベルの診断が重要
- 早期対応が治療継続に直結する

慢性期

- 長期療養中の患者が多く、ADL低下や認知機能低下を伴う場合がある
- 身体拘束を避けながら安全を確保する視点が必要
- 多職種で継続的に関わりながら防止策を調整する必要がある

実践② 転倒・転落の対応を統一

ケアフェーズ(急性期・慢性期・老健・在宅)による違い

老健施設

- 常時医師がいる体制ではなく、直ちに診察が難しい場合がある
- 「生活の場」で発生する転倒である
- 骨折予防や環境調整など、継続的な対応が必要

在宅

- 患者自身の生活環境で転倒が発生する
- 医療者が常時そばにいないわけではない 家族支援が大きく影響する
- 「安全」だけでなく、その人らしい生活を支える視点が必要
- 地域や家族を含めた継続的支援が重要である

実践② 転倒・転落の対応を統一

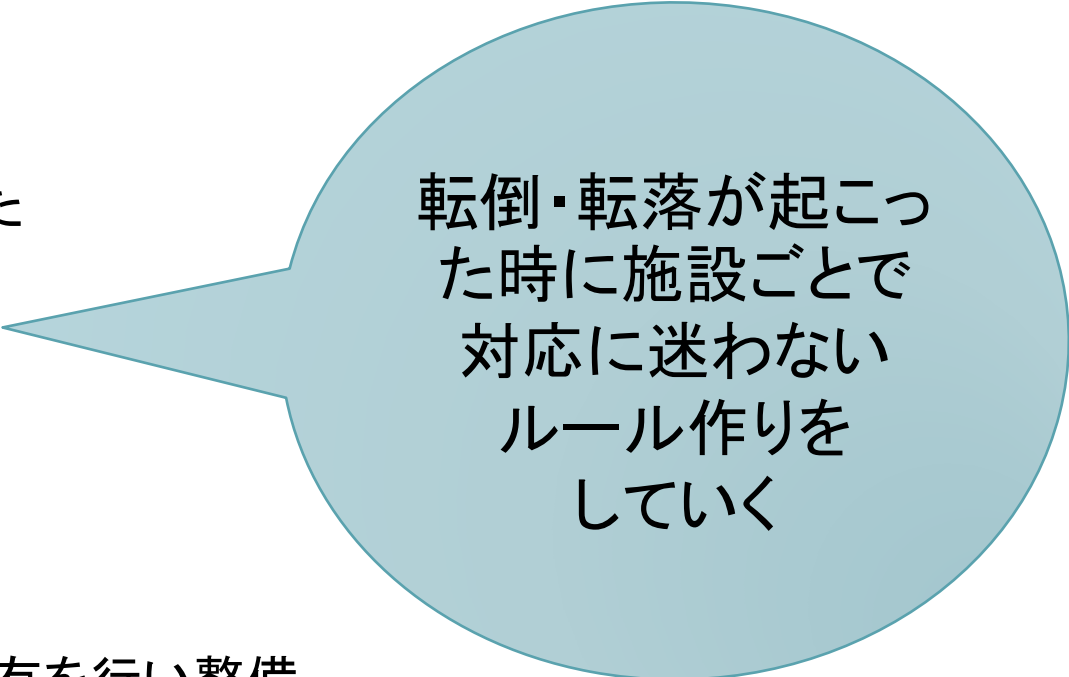
『転倒・転落対応指針』の作成を考える

課題

- ◆施設によって評価方法が異なる
- ◆報告基準(医師への報告)に差があった
- ◆初期対応のばらつきがあった

実践

- ◆共通の考え方を整理
- ◆初期対応を統一
- ◆ケアフェーズごとの医師報告基準の共有を行い整備
- ◆ケアフェーズごとの転倒・転落後の観察時間・記録の共有を行い整備

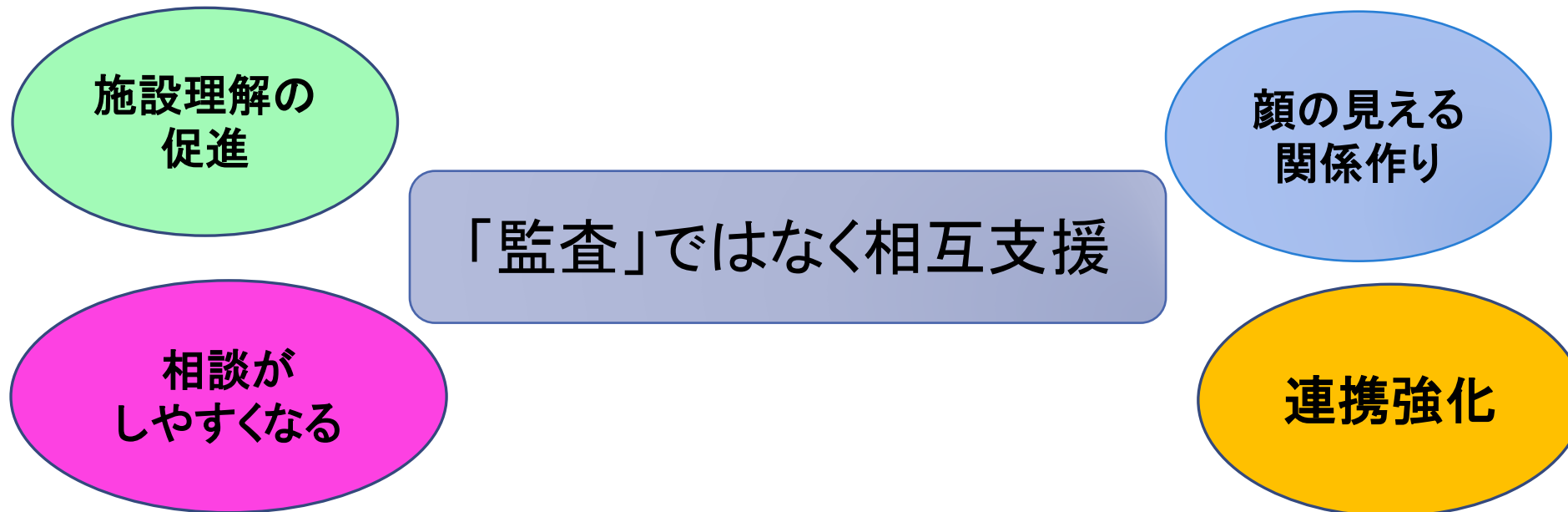


転倒・転落が起こった時に施設ごとで対応に迷わない
ルール作りをしていく

実践③ 法人施設内相互支援ラウンド

相互支援ラウンドの目的

法人内の各施設の境界を越え、医療安全に関する知見・実践・課題を共有し、相互支援と学習環境を通じて法人全体に安全性を向上させる



実践④ 重大事象の共有と組織改善

施設内で起こった重大事象について「再発防止策」を共有する

以前は施設内で起こった重大事象の概要について委員会で報告し共有をしていた



事象の概要は分かるが その後どうしたのか。どのような再発防止をしたのか分からない。

施設内で完結していた



改善

第2報として「再発防止策」も報告できるように報告方法を変更した
うまくいった再発防止策を委員会で共有した

Safety- II
の視点

取り組みによる変化と現場の声

法人内での標準化や施設間連携は、まだ取り組みの途中段階である

今後も継続していく

現場から聞かれた声

「お互いの現場が見えるようになった」
ケアフェーズごとの違いを
知ることができた

「自施設の課題が見えるようになった」
他施設との比較から改善点に気づけた
今まで当たり前だと思っていたことを
見直す機会になった

「相談しやすくなった」
顔の見える関係ができた
施設間の連絡が取りやすくなった
まず相談してみようという雰囲気にな
つながった

「対応に困らなくなった」
共通した考えができた
判断基準が整理された
相談できる安心感が生まれた

まとめ

クオリティマネジメント部での学びを通して

- 法人内の医療安全は「施設単独」では限界がある
- 法人全体で連携することが重要
- 境界を越えてつながることが安全文化につながる

今後の目標

- ◆さらに施設間連携を強化していく
- ◆法人全体で学ぶ文化を作る
- ◆安全文化を継続的に醸成する

つながることが法人
の医療安全を
強くする



謝辞

本研修を通じて、多くの学びと気づきをいただきました。
ご指導いただきました大阪大学医学部附属病院
中央クオリティマネジメント部の皆様に、心より感謝申し上げます。

ご静聴ありがとうございました