

第4章 地域連携・相談支援センター

平成25年4月1日、正式に病院組織に位置付けられたこのセクションは、移転により複数の職種が共同の執務室で業務がすすめられるようになったことで、院内外からより機能の充実を求められるようになっている。

1 組織の体制

代謝内分泌科の副院長がセンター長を務め、地域連携・相談支援センターの業務の細部にわたり職員をバックアップするとともに、対外的な窓口としてセンターを統率した。総合診療科の副部長が副センター長を務め、部署の運営を補佐した。

ソーシャルワーカー（Sw）は、常勤は主幹・主任・主事各1名、福祉部から出向された主任が1名、その他児童虐待対応医療ネットワークコーディネーターとして配置された1名を含む計3名の非常勤がその任にあたった。

チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）も昨年度と同様に常勤1名、週23時間の非常勤1名が患者への支援にあたった。

地域医療連携事務は、常勤は主査1名、非常勤2名、臨時職員1名の4名体制で、他の職種と協働しながら地域医療連携の任務を遂行している。

各職種の業務の実際は各項目を参照されたい。

2 執務環境

平成28年12月の新病院への移転を機に上記の職種の他、主として入退院支援と在宅支援相談を担当する看護師6名が2階の総合受付の横に「地域連携・相談支援センター」の看板を掲げることとなった。協働の執務室をソーシャルワーカー、看護師、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、事務の4職種が共有し連携を図りながら業務を遂行している。

患者ラウンジに面した4部屋の相談室のうち、1番大きな部屋は医療ケアの指導に利用し、吹き抜け階段に近い彩光がとりやすい部屋は子どもが安心して遊べるよう工夫が施されており主としてCLSが利用している。残る2室は主としてソーシャルワーカーが患者・家族の面談や関係者とのミーティング等に利用している。

3 定例会議

平成30年度も平成25年度から開催している月1回の定例会議を継続した。会議のスタイルは、開始当初からのスタイルを踏襲している。セクション長・副セクション長の他、オブザーバーとして事務局及び看護部の幹部職員、セクションに所属する常勤の職員は原則全員が出席。各職種が直面する業務内容と課題を全員で共有する他、セクションとして取り組むテーマ（組織・定数要望、地域連携懇談会、新規事業等）に関して自由に意見交換している。

4 地域医療連携事務

広報誌「小児医療センターだより」は年3回発行し、病院の新しい取組などを掲載し地域の医療機関や関係機関に向けた情報発信と連携を図るためのツールとして有効に活用した。

紹介元医療機関への礼状・報告書の発送の見直しを行い、礼状は診療日の翌々日の発送、報告書

は100%発送完了を目標とした。それにより一月後、三月後に報告書未作成の医師へ作成依頼を行い進捗管理を徹底して行った。

紹介元医療機関台帳から作成している「紹介元医療機関リスト」は紹介件数、診療科、所在地などを元に、当センターから送付する通知や案内など使用目的によって使い分けし、有効に活用している。病院移転後、新規患者数が増えたことによりお得意様医療機関（5件以上の紹介）が平成29年度の354件からH30年度は406件に増加した。

患者を紹介する際、その方法が分かりにくい、とのご意見が紹介元医療機関から出ていたことを受け、「一般の予約患者」「予約を早めたい患者」「当日受診の患者」に分けたフローを確立し「小児医療センターだより」等で周知した。また、地域医療機関から元患者の情報提供を求められるケースが多発していることを受け院内医師へ状況説明と協力依頼を行った。その結果、地域医療機関からの問い合わせや依頼に対する対応が迅速に行えるようになった。

外国人患者の増加に伴い国際化検討委員会の庶務を努め、外国人による院内の諸問題に取り組んだ。言語に対してはタブレット型のTV電話通訳を引き続き導入し緊急時でも対応可能なため幅広く使用している。費用が膨らんでいたアテンド式通訳からタブレット型通訳へ変更をすることにより、経費削減も視野に入れた業務を展開した。外国人無保険患者の会計トラブルに対しては、患者に医療コーディネーター会社を紹介する流れを確立し、受診に関する海外からの事前問い合わせを集約して受けることにより、会計に関するトラブルは起こらなかった。

地域の先生方との「顔の見える関係づくり」を意図して地域連携懇談会を3月に開催し院外62名、院内25名、計87名の参加を得た。当日の案内・誘導・受付等は病院全体で取り組むことができた。第一部の講演会は「地域に開かれた小児専門病院をめざして」をテーマに神奈川県立こども医療センターの星野陸夫先生にご講演をいただいた。第二部の懇談会は新たに各診療科医師による紹介と挨拶を取り入れた。軽食を提供し歓談の時間も多く作り有効な交流の場となった。

県民向け・関係機関向けの啓発活動の庶務を担当し企画運営を行った。平成30年度は「ダウン症候群セミナー」「公開講座 こどもの事故をなくそう」埼玉小児疾患集談会「唇顎口蓋裂セミナー」がある。

(事務 紫藤直美)

5 医療福祉相談

1) 職員体制

今年度は福祉部より、児童相談所経験者の福祉職1名の出向を受け、全体では常勤4人、非常勤1人の7人体制となっている。昨年度から継続して常勤3名で周産期・新生児部門、小児がん部門、急性期・虐待対応をそれぞれ1名ずつが担当した他、医療依存度が高い、あるいは社会的な問題によりソーシャルサポートが必要なケースは担当者を決めて支援を継続した。福祉部からの出向者においては、虐待対応を主として院内外の連携対応にあたり、児童相談所や関連機関とこれまで以上に密な関係を構築する一助となった。非常勤ソーシャルワーカーのうち1名は埼玉県児童虐待対応医療ネットワーク事業のコーディネーターとして地域からの相談に応じつつ、院内の虐待対応・予防にも積極的に参画した。他の2名は、患者相談窓口の対応を主として担いつつ、外国人へのアテンド通訳対応、年金相談、成人期の医療機関移行支援、外科系病棟の相談業務を担当した。

2) 相談対応件数

平成30年度の実相談対応件数は、12,028件であり前年度と比較すると約3.5%と若干ではあるが減少

している。これは、年度当初に非常勤職員の一部交代があったことや、病院機能評価受審、日本小児総合医療施設協議会など相談支援以外の業務が増加していたことも一因と考えられる。月別相談件数は表 1、相談件数の外来、入院病棟の割合は表 2、診療科別相談割合を表 3、新規相談紹介経路割合を表 4 に示した。

個別相談を含む医療連携強化を目的とした地域医療機関への個別訪問が 15 件、退院前後の家庭訪問は 9 回、院内外の個別カンファレンスへの参加はソーシャルワーカーがコーディネートしたものを含め 294 回（CAAT の臨時会議を含む）であった。この中には、退院を目的として関係機関との連携を図る目的で開催するような単発のカンファレンスだけでなく、虐待等を契機に関係機関に連絡をとった後に児童福祉法上の「要保護児童対策地域協議会」で定期的にカンファレンスを行っているケースも複数含まれている。

3) 委員会等

平成 30 年度にソーシャルワーカーが庶務の役割を務めた委員会等は次のとおりである。

①小児がん拠点病院整備委員会、②国際化検討委員会、③小児虐待対応チーム、④患者支援チーム、⑤入退院支援・地域連携チーム、⑥カリヨンの杜連携協議会

地域連携・相談支援センターは、小児がん相談支援センターも兼ねていることから、小児がん相談支援にかかる実績は次の項目に、また小児虐待対応チームの取り組みについては第 8 章に記した。

(SW 篠崎咲子)

6 小児がん相談支援センター

平成 30 年度の小児がん相談対応件数は電話対応 398 件、面談対応 440 件、その他（自宅訪問、受診同行、カンファレンス参加）58 件であった。入院後の患者家族への全件介入のほか、自宅で最期を過ごすことを選択する場合の退院調整や、成人年齢に達した患者の成人病院への移行支援対応も増加している。

その他の活動として、ピアサポート団体と小児がん経験者交流会を 8 月に共催し、小児がん患者家族セミナー・交流会を 1 月に開催している。また、2 月にはがんの子どもを守る会と共催、県立けやき特別支援学校の協力のもと国際小児がんデー啓発パネル展示を行った。

また、平成 26 年より県内の小児がん診療施設が参加する埼玉県小児がん診療病院連携協議会を開催し、ソーシャルワーカーが庶務を担っている。平成 30 年度は 3 月に開催し、当センター含め 9 施設の他、疾病対策課、経営管理課が参加し、テレビ会議システムをはじめとした県内の小児がん診療連携の今後の展望について連携を深める機会となった。

(SW 篠崎咲子)

7 チャイルド・ライフ・スペシャリスト

チャイルド・ライフ・スペシャリスト（以下 CLS）の活動は 7 年目を迎え、常勤 1 名、週 3 日の非常勤 1 名の 2 名体制で業務にあたり 4 年目を迎えた。今年度は、年間を通じて 2 名体制で業務にあっていたこともあり、総介入件数は過去最高数の 4489 件となった（表 6）。これは、昨年度に比べると 942 件の増加となり、2 名体制が導入されてから毎年、前年度比 500 件以上の増加を記録している。それにより、CLS が活動を始めた平成 24 年度から介入件数は年々増加の一途をたどっていることが明らかとな

った。

また、8月には、月の総介入件数が483件にも上り、過去最高件数となった(表6)。昨年度は春休みである3月が過去最高となっており、小児病院であるが故に、学童期のお子さんが長期休みに入る際に介入件数が増加する傾向にあることが分かった。介入内容の内訳としてはご家族への介入が最も多く1577件となっており、次いで日常的な遊びの介入(ノーマリゼーション)1538件となっている(表6)。例年、この二点においては介入の大きな割合を占めていたが、昨年度まではノーマリゼーションが一番多かったのに対し、わずかではあるが、今年度はご家族への対応が最も多い結果となった。これは、患者であるお子さんだけではなく、ご家族への介入もCLSの活動の根幹と捉え、しっかりと行ってきたことが現れたものだと考えられる。

依頼元としては、例年通り看護師からの依頼が最も多く、次いでラウンドでの介入、医師からの依頼となった(表7)。特筆すべきは昨年度、58件だった「その他」にあたる介入が今年度は323件となっている点である(表7)。これはご家族からのご依頼をその他とカウントしているためであり、この結果からもご家族への介入が多かったことがわかった。

また、対象者の年齢分布においては、昨年度は幼児期への介入が増加しつつも、学童期への介入が最多となっていたが、今年度は幼児期と学童期に大きな差は見られなかった(表8)。要因としては、未就学のお子さんに対しても、きちんと年齢に合わせた説明と心の準備のサポート(プリパレーション)や、治療や検査の際にお子さんがお子さんらしく頑張るサポート(ディストラクション)を行うことで前向きに取り組めるといった理解が、より一層、院内全体に浸透してきたためと考えられる。

加えて、表9にあるように、血液・腫瘍科である10A、10B、11Bへの介入が多いことは例年通りとは言え、今年度は昨年度までほとんど介入が見られなかった11A、件数が少なかった12A、HCU、外来で飛躍的に件数が増えている。これは、今まで介入科に偏りが見られていた活動から、入院・外来を問わず、大きく活動範囲が広がったことがわかる結果となった。

CLSの活動は年々、介入の件数、内容、対象者、介入科、すべての点において増加の一途をたどっている。限りあるマンパワーの中で多職種と連携を図り、今後ますますの発展を遂げていきたい。

(CLS 天野香菜絵)

表 1. 月別相談件数

H30.4	H30.5	H30.6	H30.7	H30.8	H30.9	H30.10	H30.11	H30.12	H31.1	H31.2	H31.3	累計
1,041	1,122	1,100	1,194	1,101	947	1,080	975	936	746	926	860	12,028

表 2. 相談対応入院病棟・外来別割合

外来	入院計											院外計	合計
	PICU	HCU	NICU	GCU	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A		
55%	3%	4%	3%	7%	4%	3%	3%	4%	6%	2%	5%	5%	100%

表 3. 診療科別相談対応数割合

新生児	代内	腎臓	感染	血腫	循環	神経	遺伝	総診	外科	心外	脳外	整形	形成	泌尿	耳鼻
14.56%	2.47%	1.95%	2.10%	8.22%	8.22%	10.68%	2.82%	10.78%	6.48%	0.18%	2.81%	4.35%	1.68%	1.36%	1.66%

眼科	皮膚	放射線	歯科	救急	集中	消肝	精保	予防接種	生活アレ	成長発育	夜尿遺尿	発達外来	その他	合計
0.89%	0.22%	0.69%	0.03%	1.64%	6.57%	1.05%	4.47%	0.02%	0.06%	0.02%	0.02%	2.66%	1.36%	100%

表 4. 新規相談紹介経路割合

医師	看護師	患者・家族	関係機関	コメディカル	事務	その他	合計
17.71%	17.25%	36.34%	14.31%	1.44%	4.58%	8.37%	100%

表 5. 外国人通訳利用実績

言語	アテンド通訳 利用件数	タブレット 利用件数	総利用件数
英語	8	24	32
中国語	23	12	35
韓国語		1	1
スペイン語	4	5	9
ポルトガル語		1	1
タガログ語	1		1
ウルドゥ語	11		11
ベトナム語	14		14
その他	2		2
合計	63	43	106

表 6

	介入内容									月合計
	Norm	Prep	Dis	家族	兄弟	通訳	グリーフ	間接介入	電話対応	
4月	143	62	43	143	20	2	13	37	1	464
5月	92	36	25	107	2	5	7	44	1	319
6月	107	42	25	134	1	9	5	24	1	348
7月	173	56	33	165	2	0	0	31	2	462
8月	164	70	42	154	14	3	3	31	2	483
9月	150	48	16	151	7	3	3	32	0	410
10月	164	49	29	167	1	1	7	24	5	447
11月	100	22	6	111	4	0	12	22	1	278
12月	110	46	23	113	4	1	3	34	1	335
1月	145	47	33	132	4	1	2	25	2	391
2月	90	55	29	102	1	0	1	16	1	295
3月	100	25	13	98	6	1	3	10	1	257
年間合計	1538	558	317	1577	66	26	59	330	18	4489

表 7

	依頼元						月合計
	看護師	医師	ラウンド	保育士	MSW	その他	
4月	152	130	60	0	7	2	351
5月	66	72	62	3	11	22	236
6月	100	62	76	9	7	17	271
7月	161	59	125	1	0	28	374
8月	166	45	96	8	3	47	365
9月	176	58	77	1	0	20	332
10月	128	63	127	8	2	23	351
11月	118	16	64	2	5	26	231
12月	141	13	62	0	2	28	246
1月	128	59	80	0	1	33	301
2月	96	26	36	0	2	33	193
3月	100	22	48	0	3	44	217
年間合計	1532	625	913	32	43	323	3468

表 8

	年齢					月合計
	乳児	幼児	学童	高校生以上	保護者	
4月	13	109	75	7	147	351
5月	2	72	42	8	112	236
6月	0	75	53	8	135	271
7月	3	98	96	12	165	374
8月	1	77	116	15	156	365
9月	2	78	95	7	150	332
10月	0	67	112	3	169	351
11月	4	43	67	4	113	231
12月	1	61	67	4	113	246
1月	1	81	71	14	134	301
2月	0	38	60	3	92	193
3月	4	54	59	2	98	217
年間合計	31	853	913	87	1584	3468

表 9

	病棟												月合計
	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	PICU	HCU	NICU	GCU	外来	
4月	12	6	148	4	14	20	10	33	43	8	0	53	147
5月	24	27	35	7	6	28	23	5	18	4	0	59	109
6月	14	7	96	3	2	44	11	7	6	1	0	80	105
7月	0	14	142	0	6	72	54	1	4	2	0	79	140
8月	13	0	163	2	0	69	39	2	12	2	5	58	118
9月	0	0	188	19	0	42	10	15	2	0	3	53	83
10月	0	8	224	2	1	22	24	13	4	1	2	50	94
11月	0	0	138	2	2	19	7	6	8	0	0	49	70
12月	19	4	94	1	7	39	25	2	4	0	0	51	82
1月	0	7	132	4	0	77	8	9	0	0	0	64	81
2月	0	7	71	0	1	34	31	0	2	0	0	47	80
3月	0	0	103	21	6	25	9	0	0	0	0	53	217
年間合計	82	80	1534	65	45	491	251	93	103	18	10	696	1326

第5章 病 歴

平成30年度は診療情報管理体制の整備・見直しに取り組み、課題として①「退院時サマリの期限内作成の徹底」②「院内における診療録記載事項の見直し」を挙げた。①については退院時サマリの作成状況を定期的に報告することで期限内作成の徹底に努めた。②についてはカルテ記載事項にばらつきのなく、職種間で相互に理解が得られるような記載方法に統一すべく記載マニュアルを改訂した。また診療録に係る同意書・帳票の整備にも取り組んだ。病歴室の職員配置及び主な業務は、次のとおりである。

1 職員配置

従前どおり、医事担当職員のうち1名が医事業務と兼務で病歴管理業務に当たった。診療報酬に定める「診療録管理体制加算2」の届出をしており、診療録管理体制を保持し、院内や患者に対する診療情報提供を側面から支援することを目指し業務を行った。

日常的な外来カルテの出庫・納庫、伝票貼付、院内スタッフの閲覧用病歴の出庫・納庫等は委託職員により行われている。30年度は、カルテ管理業務に1日平均3人が従事した。

2 主な業務

(1) 診療情報管理委員会：30年度は、診療情報管理委員長以下医師7名、看護師2名、コメディカル1名、業務部長、医事担当1名、病歴室担当（委託職員）1名の13名体制で、計5回の委員会を開催した。委員会の主な議題は、退院時サマリの早期作成対策、帳票の承認、カルテ監査等である。

(2) 病歴の返納：病歴管理要綱に基づき、退院患者の入院カルテが速やかに病歴室に返納されるよう、1か月に1回未返納カルテリストを作成し各診療科長に配付した。年度末にはその他に主治医（担当医）個々にリストを配付し、未返納・未作成を減らすよう督促を行った。

(3) 診療情報の提供：病名検索システムによる情報提供体制をとっており、情報の質を向上するためにサマリシステムの操作方法について新任医師オリエンテーション時に利用方法について周知を図った。

(4) 電子カルテ導入後より、同意書や紹介状、病状説明用紙など各種帳票についてスキャナ取込みを行っている。

(5) 新病院移転後、紙カルテの保管を外部に委託している。診療及び研究目的で紙カルテが必要となった場合には出庫の手配を、終了時には入庫の手配を行っている。

(石川 允人)

第6章 医療安全管理室

組織横断的に医療安全対策を推進するため病院長直属の組織である医療安全管理室は、決定された方針に基づき病院全体の医療安全体制確保のため、室長を中心に専従医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者ともに、各部署と連携を図りながら安全な医療の提供のため取り組みを行っている。さらに、医療安全管理室、医療安全管理委員会の下部組織にリスクマネジャー会議、輸血療法委員会、放射線安全委員会、医療安全看護部小委員会、院内救急検討会、呼吸サポートチーム会議と共に医療安全体制の整備に取り組んだ。

1 主な活動内容

1) インシデント報告書の受付け、対応、集計

1ヶ月毎に集計し、医療安全管理委員会及びリスクマネジャー会議、看護管理会議等にて報告を行った。

平成30年度報告件数は2,735件で、事象件数は2,291件あった。

発生状況・レベル別割合を以下に示す。表内の矢印は前年度との比較をします。

発生内容別

指示・伝達に関する項目	1.5% ↓
薬剤に関する項目	22.8% ↓
輸血に関する項目	0.5% ↑
給食・栄養に関する項目	1.8% ↓
処置・治療に関する項目	9.3% ↓
医療用具（機器）ドレーン・チューブに関する項目	25.2% ↓
検査に関する項目	7.9% ↑
療養上の場面に関する項目	23.1% ↑
その他の場面に関する項目	7.9% ↓

レベル別割合

レベル0	19.4% ↑
レベル1	54.6% ↓
レベル2	21.5% ↑
レベル3	4.6% ↑
レベル4	0.0%
レベル5	0.0%

2) 医療安全対策マニュアルの改訂・追加

- ①医療安全対策に関する体制図（2018.4.01、2018.12.12）
- ②医療安全管理室規定（2018.4.1）
- ③医療安全管理委員会要綱（2018.4.1、2018.12.12）
- ④医療安全管理検討小委員会要綱（2018.9.13）
- ⑤医療事故判断基準及び報告基準（2018.4.01、2018.12.12）
- ⑥インシデント報告とその対応について（2018.4.1）
- ⑦重大事象発生時の対応（2018.7.11）
- ⑧重大事象発生時の連絡の流れ（2018.4.1）
- ⑨重大事象発生時の対応体制、各関係者の役割（2018.7.11）
- ⑩医事紛争への対応体制フロー図（2018.6.1）

- ⑪重大事象調査検討委員会（合併症調査検討委員会）の考え方（2018.4.1）
- ⑫患者誤認防止策（2018.4.1）
- ⑬安全担保に関すること（院内共通）（2018.9.1、2018.12.12）
- ⑭部門共通 部門別安全対策（2018.4.1）
- ⑮指示伝達マニュアル（2018.4.1）
- ⑰診断治療のための静脈鎮静ガイドライン（2018.7.11）
- ⑱モニタープローベ電極の使用基準（2018.4.1）
- ⑲患者・家族への薬渡し忘れに対する対応について（2018.8.3）

3) 委員会・会議運営

医療安全管理委員会	毎月1回	合計12回開催した。
リスクマネジャー会議	毎月1回	合計12回開催した。
医療安全検討小委員会	毎週1回	合計40回開催した。

合併症調査検討委員会の開催・運営をした。

4) 医療安全研修会

13のテーマで延べ34回開催した。(表1)

今年度もチーム医療の質向上を目指し、チームトレーニング「チーム STEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety」を継続して実施した。TeamSTEPPS研修会は基礎編・中級編・継続編・発展編・実践編・応用編、今年度より新たに「平成編」を開始し、段階別に分け継続を図った。研修回数は基礎編3回、中級編3回、継続編2回、発展編2回、実践編3回、応用編2回、平成編4回開催した。職員の研修参加人数は基礎編85名（対象者参加率64%）、中級編86名（対象者参加率69%）、継続編84名（対象者参加率80%）、発展編83名（対象者参加率90%）、実践編102名（対象者参加率92%）、応用編73名で（対象参加率95%）、平成編159名で（対象参加率99%）、延べ672名が参加した。平成編では、1つのものをチームで作り上げ、よりメンバー間のサポートや意見交換を通して、協力やメンタルモデルの共有をどのように図ることを考え、チームワークが患者の医療安全の担保につながることを意識する機会となった。

講演会形式の研修は、元 武蔵野赤十字病院副院長（日本医学教育学会特別会員）日下 隼人氏を講師に迎え、テーマを「温かい医療、温かいコミュニケーション～患者・家族との信頼関係を築くために～」とし、延べ459名が参加した。

5) 医療安全ニュースの発行

「医療安全管理室通知」（表2）をタイムリーに発信し、必要な安全情報を共有した。

6) 指差し呼称他者評価

全職種に対して、指差し呼称他者評価を年2回（6月、10月）に実施した。評価は医療者間評価、患者・家族評価の2側面から実施した。

7) 医療安全推進月間

正面玄関2階の展示スペースに、部署・担当チーム毎に「3WORD」の撮影を行い、指差し呼称他者評価の結果と共に掲示した。

8) インシデント報告等改善への取り組み

- ①前年度に発生した事象について、各部署で対策後の経過、防止策の実施状況について、報告体制

を確立した。(PDCA サイクルによる再発防止)

- ②再発している MR 検査入室時に検査確認表を時系列で確認と「心得」を盛り込み知識と理解を目的に修正した。
- ③研修医師の指示に関して「指導医の承認」ができるシステムに変更した。
- ④電子カルテ上の「付箋利用」が煩雑となり、肝心の電子カルテが見えにくい状況であり、付箋自体も有効に活用できなくなっていた。付箋の有効期限が一律「終了日未定」であったので、有効期限を1年間に設定した。
- ⑤病棟・外来・救急部署で食品の消費期限の間違いが発生した。院内で取り扱われている食品の使用期限一覧表を作成・配布した。
- ⑥抑制マニュアルの変更と紙運用から電子カルテ運用に変更した。
- ⑦持続吸引器の吸引時間を「秒単位」に統一をし、単位間違い防止を実施した。
- ⑧生後 28 日目の「K2シロップ処方忘れ」を防止するために、日齢 28 日を含み電子カルテ上に、アラートを出すシステムに変更した。

9) 改善活動

- ① 各部署で「5 S活動(整理、整頓、清潔、清掃、躰)」の取り組みを継続実施し、3月に取り組み結果を掲示した。
- ② 指差し呼称他者評価を2回(年間)実施した。
- ③ チーム STEPPS 研修継続と平成編の導入し、ノンテクニカルスキル向上活動を実施した。
- ④ 認定制度の研修を継続し3回開催した。(認定人数…PICC4名、CVC16名)

10) 県立病院医療安全管理者会議

4回開催した。7月に医療安全管理室室長・業務部長を含めた合同会議を実施した。会議の主な内容は、埼玉県病院局の予期せぬ死亡事故について、医療事故調査制度について、画像診断報告書の確認方法について、医療安全計画、研修計画開催について、各施設における医療安全の情報交換などであった。

一昨年の県立がんセンターの重大事象を受け、医療安全管理者による「手術室の医療安全ラウンド」を開始、4病院の実施とラウンド結果を各施設にフィードバックにつなげた。さらに発生した事象を受け小児医療センターから「CVC講習会のテクニカルスキル」について、情報提供を実施した。

- 11) 東京都立小児総合医療センター「医療安全対策推進委員会」会議参加：6回
機能評価に向け「身体抑制使用の説明と同意」等について情報交換を行った。

12) 医療安全管理者研修への受講

継続している医療安全管理者研修を、医師1名、放射線技師1名を計画的に受講した。

13) 組織の医療安全文化調査の実施と今後の課題抽出

TeamSTEPPS 研修会を平成 24 年度より導入し 7 年間が経過した。今年度からは平成編を取り入れ継続的な研修とした。部署内で発生した事象について「ImSAFER 分析」を実施し、課題・傾向を明確にした。今後も部署内でのブリーフィング、デブリーフィング、チェックバックを定着され、患者の安全担保につながる行動が身に付く研修としたい。

「医療における安全文化に関する調査」では、全体の偏差値 54.1 と 0.87 ポイント上昇した。

部署毎の調査結果から課題を抽出し、次年度への安全文化向上に向けた取り組みにつなげた。病院機能評価受審し、事象発生後の対応、防止策の評価・継続、組織としての取り組みとしてPDCAの実施を行い、さらなる医療安全文化の醸成に努めていきたい。

(医療安全管理者 水村 こそ枝)

2 医薬品安全管理責任者報告

医薬品安全管理責任者の立場から、医療安全検討小委員会(毎週)で医薬品に関するインシデント・アクシデント事例について情報共有を図り、必要な対応を行った。また医療安全ラウンド(毎月)に同行し、病棟内における医薬品の管理と適正使用の状況を確認し、改善が必要な事案には適切な指示を行った。

さらに医療安全管理委員会(毎月)では、院内および調剤薬局からの疑義照会事例の集計・分析結果を報告し、事例の共有と対応を図ることで、潜在的なインシデント・アクシデント事例の減少に努めた。院内の疑義照会件数は毎月90件前後あり、投与量と投与方法に関する事例が全体の半数以上を占めている。小児病院に特徴的なものとして、複数の剤形を採用している医薬品での剤形の選択に関する事例が多い。また急性期医療の特徴として、指示の変更による重複オーダーの発見に関する事例も多い。調剤薬局からは毎月20件前後の疑義照会があり、投与量、投与方法、剤形の選択に関する事項が多かった。

この他、6月に新規採用看護師を対象とした医薬品の取り扱いに関する研修を実施した。また、1月には医薬品の安全使用に関する研修会で塩化カリウム注のプレフィルドシリンジの適正使用について取り上げた。参加者は202人であった。

(医薬品安全管理責任者 嶋崎 幸也)

3 医療機器安全管理責任者報告

平成30年度も医療法に基づき生命維持管理装置および保守が必要な医療機器の保守点検計画を策定した。年々膨らむ生命維持管理装置の保守費用に対し、保守内容を精査して保守費用削減に努めた。研修会および勉強会は216回開催し、参加者はのべ1704名であった。今後もテーマや開催方法の検討を行い効果的な開催を行っていきたい。

メーカーからの安全性情報、回収情報、インシデント事例に対し調査を行い院内への情報提供を行った。

(医療機器安全管理責任者 古山 義明)

表1 平成30年度 医療安全管理研修

	日 時	テーマ	主催
1	4月3日 5日	新採用者オリエンテーション「医療安全1」 「医療安全2」	医療安全管理室
2	6月25日 11月27日	テクニカルスキル領域別研修会 CVC講習会 (医師対象)	医療安全管理室
3	7月26日	PICC研修会 (医師対象)	
4	1月16日	医療安全管理研修会 (医薬品) テーマ「医療安全に配慮した注射薬の剤形 ～プレフィルドシリンジの目的と適正使用～」	
	2月19日	医療安全管理研修会 (輸血) テーマ「輸血過誤の防止」	
	2月25日	医療安全管理研修会 テーマ「温かい医療、温かいコミュニケーション ～患者・家族との信頼関係を築くために～」	医療安全管理室
5	7月4日 8月2日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 基礎編」合計2回	医療安全管理室
6	5月29日 6月20日 7月20日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 中級編」合計3回	医療安全管理室
7	6月14日 7月17日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 継続編」合計2回	医療安全管理者
8	5月16日 6月18日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 発展編」合計2回	医療安全管理室
9	5月25日 6月26日 7月26日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 実践編」合計3回	医療安全管理室
10	5月2日 7月12日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 応用編」合計2回	医療安全管理室
11	6月6、28日 7月24日 8月1日	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 平成編」合計4回	医療安全管理室

表2 平成30年度 医療安全管理室通知

1	4月1日	MR I 検査チェック表修正配布
2	5月9日	電子カルテシステム修正 「付箋」期限について
3	5月9日	「フリクションペン」の使用禁止再確認
4	7月11日	食品消費期限について
5	7月11日	配置薬の使用について
6	7月11日	医療安全対策マニュアル追加
7	7月11日	PMDA「医療安全情報について」5つの分野で国際的規格化
8		ディスプレイメジャー配布
9	8月1日	「アークティック シルクパット」の使用について
10	8月1日	救急外来における検査・処置のための鎮静ガイドラインの修正
11	8月 日	事務職員の6Rについて
12	9月1日	マグネット使用について
13	2月13日	「シルバーラセン入り気管切開カニューレを使用されているお子様とご家族へ」お知らせ
14	2月20日	ポンプ用輸液セット・ポンプ用輸液セットのパッケージとコネクターキャップ・クレンメの変更

*医療機能評価機構医療安全情報 12回：各部署へ配布

第7章 臨床研修委員会

協力型臨床研修病院として、平成30年度もさいたま赤十字病院から19名の初期研修医の小児科研修医を受け入れた。1～3ヶ月間の研修を感染免疫科、新生児科、集中治療科、外科、麻酔科、腎臓科、循環器科、血液腫瘍科、泌尿器科などが担当した。

後期研修に関しては、数年前から、社会からのニーズを背景に、小児科だけでなく各診療領域において安心・安全な標準的な医療を提供できる医師としての専門医を育成、認定するような新たな仕組みづくりが進められてきた。第三者機関として専門医機構が設立され、各施設のプログラムも機構が審査することとなった。当センターも基幹病院としてのプログラムを機構に申請し、平成28年度に承認されている。そして、平成29年度から新専門医制度がスタートすることとなった。本年度はその2年目にあたる。

本年度は5名の専攻医（新専門医制度では後期研修医ではなく、専攻医という）を迎えることができた。梁 偉博先生、谷 柚衣子先生、竹田里可子先生、朴 香花先生、先生の5名の先生である。梁 偉博先生、谷 柚衣子先生、竹田里可子先生、朴 香花先生の4名は一生懸命頑張って1年目の研修を行ない、研修が終了している。なお、朴 香花先生と前島拓馬先生は別の道を進みたいとのことで、大変残念であるが、朴 香花先生は平成30年度末で、前島拓馬先生は平成30年5月末で退職となった。2年目の後期研修は、堀口明由美先生、植松知咲子先生、須貝太郎先生の3名の先生が、同様に頑張って研修を行ない、2年目の研修を終了している。さらに、長谷川玲先生、田代昌久先生、江花 涼先生の3名の先生が3年目の後期研修を頑張って行い、充実した3年間の後期研修を終了している。

新専門医制度の施行に伴い、臨床研修委員会の果たす役割は大きくなり、重要性を増している。専攻医の教育、評価など課題は多い。臨床研修委員会としては一層の努力をしていきたい。

（臨床研修委員長 望月 弘）

第8章 小児虐待対応チーム（Child Abuse Action Team）

増加する乳幼児虐待の問題に、病院として組織的に対応するため、平成15年10月、院内に「小児虐待対応チーム（以下CAAT）」が置かれた。新病院への移転を機に、チームの在り方はこれまでとは違った様相を見せることになった。最も大きな変化は、外傷系の患者の増加である。救急搬送される患者の重症度が高くなり、これまでの「個々のケースに寄り添って動く」スタンスから「早期に判断し方針を決める」対応が求められるようになった。このため、月1回の定例会以外の臨時会議の目的を明確にし、極力短時間で開催できるよう模索を始めた。

メンバー構成は次のとおりである。リーダーは、代謝・内分泌科の副病院長、サブリーダーは放射線科の副病院長が務めた。その他の診療科としては、総合診療科、脳神経外科、新生児科、精神科、整形外科、眼科、集中治療科、形成外科、救急診療科、消化器・肝臓科で構成されており、医師のメンバーは15名となった。これら小児に関わるほとんどの診療科の医師が関与することにより、虐待診断および治療について多角的かつ重層的な視点から検討が可能となっている。看護部からは、副部長、GCU病棟師長、HCU病棟師長、救急外来師長、外来師長、小児看護専門看護師の6名がメンバーとなった。ソーシャルワーカーは、組織発足当初より情報の集約及び発信と関係者・関係機関をつなぐ機能を果たしてきた。今年度は福祉部から常勤1名が配属となり、常勤3名と児童虐待対応医療ネットワーク事業のコーディネーターとして雇用されている非常勤1名の計4名で対応した。更に法的対応が必要になったことを考慮し、事務局業務部長がメンバーに加わり、合計すると30年度の構成員は26名となった。

平成30年度中にCAATが新規にリストアップした児童数は203名であり、平成29年度の220名を17名（8%）下回った。CAAT発足から平成27年度まで対象件数に全例含めていた「埼玉県妊娠期からの虐待予防強化事業」に基づく養育支援連絡票発送者は、新生児病棟に入院する患者についてほぼ全ケース発送することとなったため、平成28年度以降は不適切養育に結びつくようなケースのみカウントすることとした。

平成30年度のCAATの実績は、臨時会議開催82回（28年度：24回、29年度：66回）、書面による通告30件（28年度：14件、29年度：33件）、一時保護委託23人・398日（28年度：19人・810日、29年度：21人・603日）となった。

CAATがリストアップした203件の内訳は、表3に示した。

（山中 庸子）

【埼玉県児童虐待対応医療ネットワーク事業】

平成28年度より、こども安全課から委託を受け、埼玉県内の医療機関を中心とするネットワーク事業を立ち上げた。同年、地域連携・相談支援センターに、この事業のコーディネーターとして非常勤のソーシャルワーカーを1名配置した。平成30年度も同じ職員が、他のソーシャルワーカーと協力しながら、地域からの虐待に関する相談・対応、コアメンバーの会議の設定、研修会の開催、統計業務、警察対応等を行った。

平成30年度に行った事業は、過去の死亡検証事例を題材にして、地域別の職種を超えた参加者のグループディスカッションを中心とした研修を2回（8月30日：68人出席、11月22日：72人出席）、児童虐待防止医療ネットワーク事業にいち早く取り組んできた千葉県、茨城県の中核的役割を担っている小児専門病院で、虐待対応に携わってきた小児科医師による教育講演を1回（1月23日：130人出席）開催した。

（村田 規子）

表1 受理時点の年齢構成

1歳未満	1歳以上 3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 9才未満	9歳以上 12歳未満	12歳以上 15歳未満	15歳以上	合計
94	56	25	9	10	8	1	203

表2 受理理由

関係機関から	救急	他院から	入通院中	合計
19	95	48	41	203

註：「入通院中」は、入通院している患者・家族に対して「何かおかしい」と感じるスタッフの気づきを示す。

表3 虐待内容

身体的虐待	心理的虐待	ネグレクト	性的虐待	その他	合計
23	7	145	8	20	203

註1:「ネグレクト」は、不適切養育全般を含む。熱傷・頭部外傷等身体に影響を及ぼす事故に関しても、未然に事故を防ぎえなかったことに焦点をあて、「ネグレクト」としてカウントしている。

註2:「その他」は、「妊娠期からの虐待予防事業」に基づき、保健機関に連絡票を発送したもののうち、特に虐待予防の視点を要するケースをカウントした。到着時心肺停止(CPAOA)、代理ミュンヒハウゼン症候群(MSBP)も「その他」としてカウントした。

註3:DV目撃は「心理的虐待」としてカウントした。

表4 主診療科

新生児科	代謝内分泌科	腎臓科	感免・アレルギー科	血液腫瘍科	循環器科	神経科	遺伝科	総合診療科
20	3	0	7	2	7	6	0	8
泌尿器科	消化器肝臓科	外科	心臓血管外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	発達外来	生活アレルギー科
0	2	6	0	5	9	14	2	1
皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	歯科	集中治療科	救急診療科	児童精神科	合計	
3	2	1	0	70	30	5	203	

表5 虐待と関係する身体科の疾患

頭部外傷	硬膜外血腫	7
	硬膜下血腫	15
	脳挫傷	2
骨折	頭蓋骨骨折	25
	肋骨骨折	4
	その他の骨折 (鎖骨、顔面、 上肢、下肢)	8
眼底出血		5
打撲痕・挫創		38
熱傷		13
栄養障害	低身長	1
	脱水	0
誤飲		17
溺水		5
CPAOA		8

註:ここには、対象患者の診断名が、虐待と関連する身体科の疾患を記載した。複数カウントあり。

第9章 栄養サポートチーム (Nutrition Support Team ; NST)

栄養サポートチーム (以下 NST) は、栄養管理を通じて疾患の治療や発育、発達を支える医療チームとして平成 20 年 7 月に活動を開始した。メンバーは病院長、副病院長、TNT 研修修了医師 (外科・消化器肝臓科・集中治療科、血液腫瘍科)、看護師 (各認定看護師・病棟担当看護師)、管理栄養士 (NST 専門療法士)、薬剤師 (NST 専門療法士)、臨床検査技師、理学療法士、医事職員の 22 名で構成されている。

平成 30 年度は、新たに血液腫瘍科の医師をメンバーに加え、NST 介入依頼のあった患者のみでなく、栄養不良患者へのアプローチ強化に取り組んだ。また、NST 加算の算定要件が緩和されたことから、算定へ向けての準備を始めた。

(1) NST 委員会・NST 看護部小委員会

NST 委員会は毎月第 1 木曜日に実施し、NST 活動の運営全般について協議を行った。また、看護部小委員会では、必要に応じて、NST 活動の情報共有を行い各病棟との連携を図った。

(2) 栄養評価

入院時、全例 (1 日入院を除く) に栄養管理計画書を作成し、栄養評価を実施している。栄養評価結果は電子カルテ上に表示し栄養不良者の情報を共有している。栄養不良と判定された場合は、2 週間後に再評価を実施している。再評価で高度栄養不良患者については、NST 回診時にメンバーで情報共有している。今年度は該当患者について NST カンファレンスを実施し、NST 介入へつなげるはたらきかけを強化した。

(3) NST 回診

担当医師からの依頼制とし、毎週月曜日カルテ回診・カンファレンスを行っている。また、病棟回診の定例化に取り組んだ。

(4) NST カンファレンス

9 月より隔週で、スクリーニングした高度栄養不良患者について、カルテ回診により栄養モニタリングを行った。必要に応じて主治医へ栄養介入の必要性を提案している。

(5) 栄養コンサルテーション

院内スタッフからの栄養管理に関する質問について対応した。

(6) NST 勉強会

栄養療法の啓蒙・普及のため勉強会の企画・運営を行っている。院内スタッフ全員向けに栄養に関する勉強会を 3 回実施した。

(7) NST 活動ツールの整備

栄養補助食品の見直し、検査オーダーNST セットの項目見直し、体成分分析装置の診療報酬算定に向けての運用整備を行った。

ア NST 委員会	9 回
イ 栄養管理計画書作成数	7216 件 (入院時 5903 件、再評価時 1313 件)
ウ NST 回診	41 回 (依頼 14 件 延べ回診人数 252 名)
エ NST カンファレンス	13 回 86 件
オ 栄養コンサルテーション	133 件
カ NST 勉強会	3 回 参加延べ人数 303 名
平成 30 年 7 月 23 日 (月)	腸内環境とシンバイオティクス
(参加者 114 名)	NST 活動の紹介
平成 30 年 11 月 26 日 (月)	その子は腸の病気ですか? 腸を甘やかさない栄養法
(参加者 129 名)	
平成 31 年 3 月 4 日 (月)	摂食嚥下シリーズ「子どもの食事の諸々を一緒に考えよう」
(参加者 60 名)	

(小山みどり)

第 10 章 呼吸療法サポートチーム (Respiratory care Support Team ; RST)

定例会議（月例会）を各月 1 回（4 月および 8 月を除く）、計 10 回開催し、その内容を含めて以下のような活動を行った。

1 RST ラウンド

- ・ 2014 年 11 月から病棟ラウンド（RST ラウンド）を正式に開始した。週 1 回（1 回 1 時間以内）多職種で呼吸療法・ケアを受けている入院患児のベッドサイドを回診している。ラウンドメンバーは、医師、看護師（小児救急看護認定、集中ケア認定または新生児集中ケア認定）、臨床工学技士および理学療法士である。
- ・ 2018 年 4 月 11 日から 2019 年 3 月 27 日までのラウンド回数は 39 回、述べ患者数は 74 人であった。
- ・ 基本的には、呼吸ケアチーム加算が算定可能な体制で運営している。
- ・ 新病院移転後は一般病棟のみを対象とし、主に PICU/HCU 退室後の患者（呼吸器症状があったもの）のベッドサイドを巡回した。ほかに在宅人工呼吸器患者や慢性疾患合併症としての呼吸器症状ケアへの評価・助言を行った。
- ・ 毎月の定例会で、ラウンド内容と問題点を報告した。病院全体で共有すべき事項については、RST ニュースレター等の手段で広報・啓発するようにしている。

2 RST ニュースレターの発行

- ・ 呼吸療法・ケアに関する基本的な知識やトピックを院内に紹介する目的で、ニュースレターを発行している（不定期）。
- ・ 第 35 号（2019 年 1 月）：「人工鼻と加温加湿器は併用禁止です」、第 36 号（同 2 月）：「シルバーラセン入気管カニューレの羽部分の破損にご注意ください!」、第 37 号（同 3 月）：「気管カニューレの必要時指示の表記方法について」。

3 『呼吸療法・ケアガイドブック』の増補・改訂

- ・ 看護手順の内容に準拠させ、出来るだけ複数職種が活用できる内容への改訂を適宜行っている。

(田中 学)