

第4章 地域連携・相談支援センター

地域連携・相談支援センターは平成25年4月1日、正式に病院組織に位置付けられ、移転に伴い複数の職種が共同の執務室で業務を進められるようになった。

1 組織の体制

副病院長（神経科）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、常勤は主任2名、主事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1名、移行期医療支援センターコーディネーター1名を含む計4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）は、常勤1名、非常勤1名が患者の支援にあたった。

地域医療連携事務は、常勤は主査1名、非常勤3名、移行期医療支援センター担当の非常勤1名の5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。

2F6番に相談窓口を設置し、標榜時間（8:45～17:00）に医療有資格者等が窓口対応を行っている。各職種の業務は以下のとおりである。

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と、主として入退院支援と在宅支援相談を担当する看護師9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。共同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25年度から開催している月1回の定例会議はセンター長、副センター長、前方連携担当の副病院長、看護部副部長、医事部長、事務局副局長（オブザーバー）、セクションに所属する常勤職員全員が出席する。各職種が直面する業務内容と課題、委員会活動、委託事業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を行っている。

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。また、診療科や各部門を紹介する病院冊子「診療のご案内2021」を作成し関係機関へ情報発信した。

紹介元医療機関への礼状・報告書は100%発送完了を目標とし、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。その結果、令和3度の達成率は礼状が99.9%、報告書が99.9%となった。

患者をご紹介いただいた医療機関の情報をもとに「紹介元医療機関リスト」を作成し、地域別、診療科別の統計を行い、患者紹介の傾向や特徴を把握し前方連携に役立てている。また、広報や通知・案内等の送付先リストとしても活用している。令和3年度のお得意様医療機関（5件以上の紹介）は466件となった。（前年比+10件）

地域医療連携事務は紹介元医療機関からの問合せ（予約を早めて欲しい、診療情報が欲しい等）に対し、スタッフは迅速かつ丁寧な対応を心掛け当センターと地域関係機関との橋渡しの役目となっている。

外国人患者の増加に伴い国際化の諸問題に取り組んだ。令和3年度は通訳の手配、外国人からの問合せ、院内各セクションからの問合せや依頼に対応した。外国人に対する予約時の諸確認（在留資格、保険資格、言語）の体制を院内で確立したことにより医療費未払いや言語による大きなトラブルを未然に防ぐことができた。

患者支援チームは、更なる患者サービス向上を目指し日々取り組んでいる。各職種が集まる定例会を毎週木曜日に開催し、相談窓口や各職種からの話題提供、ご意見カード（院内ボランティア、保育士、売店の店員からの意見）を通して問題解決に努めた。取組の一例として、院内案内ポスターの掲示や不要ポスターの撤去、駐輪場の整備や放置自転車の撤去、院内マップの改訂等がある。患者ご家族やスタッフからの小さな声にもきめ細やかに対応した。（表1：患者支援チーム 取組内容・件数）

対外的な活動として県民向け・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。県民向け医療セミナーでは、11月に「感染対策セミナー」をWithYouさいたまとの共催で開催した。関係機関向けには「埼玉小児疾患集談会」を4回、「唇顎口蓋裂セミナー」を2回、各診療科が地域との連携のために取組む「地域カンファレンス」を医事担当と協働で庶務を行った。

地域の先生方との「顔の見える関係づくり」を意図した「地域連携懇談会」は、例年は講堂で開催しているが感染拡大を鑑み Web 開催とした。128名の関係機関の方にご参加いただき連携を深めることができた。

表1：患者支援チーム 取組内容・件数

取組内容	対応件数	取組内容	対応件数
案内表示の追加・整備	8	帳票類	2
設備・環境の整備	7	駐車場	1
院内周知	4	喫煙	1
COVID-19 感染対策	3	災害対策	1
駐輪場	3	家族会	1
ホームページ	2	計	33

（事務 紫藤直美）

5 医療福祉相談

1) 職員体制

全体では常勤4名（うち1名は福祉部からの児童相談所経験者の派遣）、非常勤4名の8名体制である。年度当初は非常勤枠2名が欠員していたが、5月に2名の入職を受け、欠員が補充された。

周産期・新生児部門、小児がん部門、移行期医療支援、急性期・虐待対応、重症心身障害児・医療的ケア児・慢性疾患を抱える患者・家族への支援など活動分野は多岐にわたる。福祉部からの派遣職員は、虐待対応に関する主担当として院内外の連携・調整や直接的な家族対応も担い、児童相

談所や関連機関と病院関係者を繋ぐ重要な役割を果たしている。非常勤ソーシャルワーカーは虐待ネットワーク業務 1 名、移行期医療支援センター業務 1 名と専従で配置されている。専従業務のない 2 名の非常勤職員は、相談支援センターの窓口担当業務を主として患者サポート体制の一翼を担っている。

2) 相談対応件数

令和 3 年度の実相談対応件数は、11,784 件であり前年比 1 割増となっている。

業務全体の件数は別表に示した。(表 2：月別相談件数、表 3：相談件数の外来、入院病棟の割合、表 4：診療科別相談割合、表 5：新規相談紹介経路割合)

また、患者家族の支援体制構築、地域医療機関・関係機関との連携強化を目的とした地域関係機関との合同カンファレンス (75 件)、院内医療者間カンファレンス (64 件)、地域医療機関・関係機関訪問 (3 件)、家屋調査のための患者宅訪問 (1 件)、移行期医療支援のための受診同行 (1 件) を実施している。カンファレンスについては地域関係機関、院内関係者間カンファレンスとも前年比 1.5 割増であり、院内外との連携強化が示されている。

表 2：月別相談件数

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
1,055	930	1,139	1,061	914	869	1,045	973	1,048	879	749	1,122	11,784

表 3：相談件数の外来、入院病棟の割合

外来	入院											院外	計
	PICU	HCU	NICU	GCU	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A		
60.4%	1.6%	2.6%	2.5%	7.8%	3.1%	2.4%	2.6%	3.8%	2.9%	3.0%	2.7%	4.4%	100%

表 4：診療科別相談割合

新生児	代内	腎臓	感染	血腫	循環	神経	遺伝	総診
14.16%	2.71%	1.88%	2.06%	10.71%	10.01%	7.44%	4.20%	9.56%
外科	心外	脳外	整形	形成	泌尿	耳鼻	眼科	皮膚
4.39%	0.07%	1.83%	5.47%	1.54%	2.16%	2.24%	1.29%	0.33%
放射線	歯科	救急	集中	消化器	外傷	精保	予防接種	生活アレ
1.82%	0.13%	2.71%	2.72%	1.28%	1.04%	4.88%	0.07%	0.24%
移植外科	発達外来	その他	計					
0.24%	2.57%	0.25%	100%					

表 5：新規相談紹介経路割合

医師	看護師	患者 家族	コメディ カル	医療機関	保健機関	関係機関	児童 相談所	警察	事務	その他	計
16.24%	19.16%	31.52%	1.21%	3.83%	3.18%	6.61%	4.89%	2.62%	3.63%	7.11%	100%

6 小児がん相談支援センター

1) 相談対応件数

令和3年度の小児がん相談対応件数は電話対応 608 件（前年比約 1.5 割増）、面談対応 629 件（前年比約 1.4 割増）、その他（自宅訪問、受診同行、カンファレンス参加）53 件（前年比約 1.2 割増）であった。

2) 患者家族セミナー他

患者家族セミナーは、第1回は当センター理学療法士・作業療法士を講師に「家庭でできるリハビリテーション」をテーマとして開催、第2回は「先輩たちの話を聞こう～AYA 世代座談会～」を当センター血液・腫瘍科に通院中の高校生・大学生3名の座談会方式で開催した。

その他、がんの子どもを守る会との共催で、埼玉県立けやき特別支援学校の協力も得て国際小児がんデー啓発事業として小児がんの子ども達の絵画展の開催をした。

3) 小児がん拠点病院相談支援事業

小児がん拠点病院として、関東甲信越ブロックの他3拠点病院（国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センター、神奈川県立子ども医療センター）と共催で関東甲信越地域小児がん医療提供体制協議会相談支援部会を開催している。今年度は新たに小児がん拠点病院の相談支援部門の役割として指定された、地域ブロックの小児がん連携病院に向けた研修会（関東甲信越ブロック小児がん相談支援研修）も開催した。

4) 埼玉県小児がん診療病院連携協議会

相談支援センターが庶務を務めて開催している。当センター含め9施設（埼玉医科大学国際医療センター、埼玉医科大学総合医療センター、防衛医科大学校病院、獨協医科大学埼玉医療センター、北里大学メディカルセンター、自治医科大学附属さいたま医療センター、埼玉県立がんセンター、さいたま市立病院）の他、保健医療部疾病対策課、病院機構企画幹・経営企画担当が参加し、令和3年2月にweb開催をした。

(SW 篠崎咲子)

7 埼玉県移行期医療支援センター

平成31年4月、埼玉県保健医療部健康長寿課からの委託事業で地域連携・相談支援センターに「埼玉県移行期医療支援センター」を開設した。小児期発症の慢性疾患を有する成人患者とそれに近い患者が成人病院へスムーズに「移行」できるようサポートしていくシステムで患者本人が自律（自立）できることを目的としている。移行期医療支援のコーディネーターとして非常勤SW1名、非常勤事務職1名がおり、センター専用電話も設置されている。

活動3年目となる令和3年度の取組は、「子どもの病院から成人の病院へ～移行の必要性と準備について～」をテーマに患者家族向けのセミナーを10月にWEB開催した。移行の必要性について埼玉県立大学の看護学科の先生に、移行の準備と考え方についてはSWに、経験者の立場から経験談を患者ご家族にそれぞれ講義を依頼した。移行についてよく分かった等、81名の患者家族が参加し好評だった。

（その他の取組み）

①埼玉県難病医療連絡協議会に出席し移行期支援の現状について説明した。

②移行期医療支援あり方検討会を開催し、県内難病指定医療機関、小児慢性審査委員、健康長寿課が集まり移行期支援の取組状況と課題について協議した。

③移行期支援センター開設の全国7都道府県で開催する移行期医療支援センターセンター長会議、コーディネーター連絡会に参加し、各施設の取組状況の情報交換を行った。

④難病指定医療機関向けに移行支援体制に関する意向調査（アンケート）を開始した。県内の約2,500施設に実施する予定で令和3年度は500施設へ調査実施。残りは次年度に実施する予定。

昨年度までに取組んだセミナーやリーフレット配布により、移行期医療へ理解を示す患者家族は増加しており、「移行期」という言葉も患者家族へ浸透してきたと感じるが、一方で抵抗感は依然として残っている。医療的依存の高い患者や医療的ケアのある患者は、SWが在宅支援看護師と連携し移行先の医療機関と連絡調整を行っている。また、移行に不安を感じている患者家族の場合は、移行先の受診に同行するなど継続的に支援を行っている。（表:6 移行期医療支援センターの取組み件数）

表:6 移行期医療支援センターの取組み件数 (対応件数)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
院内新規	7	5	9	4	5	8	2	4	9	7	3	10	73
院外新規	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	5
電話対応	45	23	25	21	14	12	25	19	23	18	5	14	244
面談	12	8	15	15	13	12	9	12	12	10	5	13	136
※訪問等	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

(※訪問・受診同行・CF等)

8 委員会等（令和3年度に庶務を務めた委員会等）

①小児虐待対応チーム（CAAT） ②患者支援チーム ③在宅移行支援チーム ④小児がんセンター運営委員会 ⑤子どもの権利擁護委員会 ⑥小児疾患集談会

（小児虐待対応チームについては第9章に記した。）

（事務 紫藤直美）

9 チャイルド・ライフ・スペシャリスト

令和3年度は昨年度に引き続き、常勤1名、非常勤1名で勤務に従事した。（表7）の年間介入件数は3055件となり、新型コロナウイルスの影響が大きかった前年度に比べ113件増加がみられた。

（表8）の介入対象者の年齢分布を見ると、例年通りの分布となっている。（表9）は、依頼元の分布を示しており、今年度、MSWや保育士等のチーム医療を担う他職種からの依頼が増加していることを示している。（表10）にあるように患者さんの介入内容の分布は例年通りを示しているが、ご家族への介入ではグリーフケアでの介入が昨年度より増加している。また、ごきょうだいへの介入は全体的に増え、昨年度より21件増加した。新型コロナウイルスの感染に留意しながらの1年ではあったが、CLSが目指している患者・家族中心の医療の提供のため、患者さんへの介入だけでなく、ご家族やごきょうだいへの介入を模索しつつ活動を続けた結果が反映されていると考えられる。

表7：介入件数

(対応件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
288	181	291	297	242	258	288	260	272	267	144	267	3,055

表8：対象者年齢分布

乳児	幼児	学童	高校生～	保護者	計
288	181	291	297	242	258

表9：依頼元分布

看護師	医師	ラウンド	保育士	MSW	保護者・患者	計
1,192	557	140	12	50	581	2,532

表10：介入内容

介入内容	Norm	Prep	Dis	相談傾聴	通訳	グリーフ	間接介入	電話	他	計
患者	1,263	299	147		1	1	241	3	3	1,958
家族		44		892	7	36	10	30	1	1,020
きょうだい	6	31			0	5	34	0	1	77

Norm：ノーマリゼーションの略で遊びの介入

Prep：プレパレーションの略で処置や検査の前の関わり

Dis：ディストラクションの略で処置や検査中の関わり

(CLS 天野香菜絵)

第5章 病 歴

令和3年度は診療情報管理体制の昨年度取り組んだ退院サマリや病歴管理の精度管理に努めた。課題として①「退院時サマリの作成率の維持」②「サマリ記載事項の精査」を挙げた。①についてはTQMの活動として退院時サマリの作成状況を定期的に報告してもらい、作成率を維持しつつ、退院・転科後の早期作成率向上を今後も目指していく。令和3年度の実績率は83.3%（退院後14日以内の実績率99.4%）であった。②については、統計精度を高めるためにも、サマリ内の詳細な記載は不可欠であり、サマリ作成状況の報告と作成のお願いを週に一度メール配信や、サマリシステムの記載マニュアルを新規採用医師へ配布するなど行った。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、施設基準のとおり診療録管理体制の保持と、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。令和3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：令和3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、医事経営担当2名、病歴室担当（委託職員）の13名体制で、計3回委員会を開催した。委員会の主な議題は、退院時サマリの早期作成対策、帳票及び診療に使用する文書の承認、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、一部の紙カルテを除き、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。外部倉庫業者とカルテ管理体制について、適宜協議している。

(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、医療安全管理室は、医療安全管理委員会の下部組織にリスクマネージャー会議、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・向上に取り組んだ。

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ージャー会議、看護管理会議等にて報告を行った。

令和3年度報告件数は3,742件で、事象件数は3,152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示す。

発生内容別

指示・伝達に関する項目	7.6% ↑
薬剤に関する項目	23.7% ↓
輸血に関する項目	1.5% ↑
給食・栄養に関する項目	3.2% ↑
処置・治療に関する項目	6.8% ↑
医療用具（機器）ドレーン・チューブに関する項目	24.0% ↓
検査に関する項目	6.4% →
療養上の場面に関する項目	17.1% ↓
その他の場面に関する項目	9.7% ↑

レベル別割合

レベル0	34.5% ↑
レベル1	45.5% ↓
レベル2	15.0% ↓
レベル3a	4.4% ↓
レベル3b	0.6% ↓
レベル4a	0.1% ↑
レベル4b	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

令和4年

改訂 3月31日 地方独立行政法人埼玉県立病院機構事故対応指針

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。
リスクマネージャー会議	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44回開催した。
全死亡事例確認会	合計8回開催した。

4) 医療安全研修会

研修は、延べ88回開催し、e-ラーニング研修と並行して実施した。(表1)

【研修内容と受講状況】

①e-ラーニング研修

研修テーマ

- ・「基礎から学ぼう！医療安全」
- ・「多職種で取り組む転倒・転落、ヒヤリハット防止」

e-ラーニングを受講後にテストを実施し、提出する方法とした。

研修受講は 825 名となった。

②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「TeamSTEPPS : Team

Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety」を継続して実施した。

COVID-19 感染防止対策を実施しながら、新入職員へは入職時に基礎編を 1 回（66 名受講）実施した。さらに、COVID-19 感染防止対策のため「部署編」と題し、部署に出向き研修を実施した。研修回数は 81 回、研修受講は 737 名となった。

同じ部署のメンバーでのチームであったためか、ゲームの結果も高いものであった。

TeamSTEPPS 研修の受講数は、延べ 6446 人となっている。

令和 3 年度の医療安全研修受講率は、98.0%と前年度より 1.0%ポイント低下した。各部門での受講率はほぼ 100%であったが、医師の受講率は 91.1%であった。

③講演内容：インシデント報告の変遷と 2020 年重大事象（IVH 流速間違いによる過剰投与）の報告

COVID-19 感染防止対策のため、集合研修と ZOOM のハイブリッド開催とした。研修参加後のアンケート回答者は 147 名となった。

5) 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。結果については、会議にて報告し、年間のまとめを冊子配布した。

6) 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。結果については、会議にて報告し、年間のまとめを冊子配布した。

7) 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、病院全体で周知・確認のため会議で報告体制を整備し、継続実施している。
- ②転落事象を受け、転倒転落防止対策の見直しを実施。こどもの行動に合わせた対策を講じるために、ベッドコールや赤外線センサーのベッドセンサー類、緩衝マットの導入を行った。

8) 改善活動

- ①病院機能評価指摘事項の改善に向けた各部署の目標・内容を明確にし、継続した取り組みを行い、結果をサイボウズに掲載し、まとめを配布した。
- ②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、まとめを配布した。
- ③指差し呼称他者評価を 2 回（年間）実施し、結果をサイボウズに掲載し、まとめを配布した。

- ④ TeamSTEPPS 研修の継続として部署編を継続し、ノンテクニカルスキル向上への活動を実施した。
- ⑤ テクニカルスキル領域別認定制度の研修を継続し 5 回開催した。認定人数は、CVC 講習会 25 名、コメディカルスタッフによる喀痰吸引講習会 2 名であった。
- 9) 県立病院機構医療安全管理者会議
- COVID-19 感染拡大に伴い、ZOOM にて 6 月医療安全管理者拡大会議、9・12・3 月に医療安全管理者会議を開催した。会議の主な内容は、医療安全研修計画や開催方法とその現状、インシデント件数報告や共有事象報告、死亡事故報告など各施設における医療安全の情報交換などを行った。
- 10) 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：5 回
- COVID-19 感染拡大・緊急事態宣言等により予定より参加回数は減少した。
- 11) 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、看護師 1 名、放射線技師 1 名、臨床検査技師 1 名が受講した。また、国立保健医療科学院地域医療安全管理専攻科での研修を、看護師 1 名が受講した。
- 12) 医療対話推進者研修への受講
- 医療対話推進者研修を看護師 1 名が受講した。
- 13) 薬学部実習生に医療安全の基礎としての「小児病院の特徴を踏まえ入院中の安全」を中心とした内容で講義を合計 3 回開催した。
- 14) 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 10 年間が経過した。今年度も、COVID-19 感染拡大が継続する中、院内感染防止を行いながら研修を実施することを検討し、部署毎で開催することとし「部署編」として継続した。
- 「医療における安全文化に関する調査」では、全体の偏差値 52.94 と 0.69 ポイント上昇した。12 側面では、「部署内でのチームワーク」「上司の医療安全に対する態度や行動」は、194 施設中 1 位（2 年連続）、「出来事の報告される」「エラー後のフィードバック」は、194 施設中 3 位（2 年連続）であった。「部署間でのチームワーク」は、前年度と比較すると 194 施設中 60 位と著しく低下しているため、部署間の連携は大きな課題である。各部署でも毎年の調査結果から課題を抽出し、安全文化の向上に向けた取り組みを継続している。
- 令和 2 年度に発生した重大事象を風化させないために、改善策が継続されているかの確認、評価、再周知をした。その他の重大事象についても分析し、具体的な改善につなげている。患者家族へ安全な医療が提供できるよう組織としての取り組みをしている。さらなる安全文化の醸成に努めていきたい。
- （医療安全管理者 秋山 典子）

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、改善が必要な事項について対応を指示した。

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。令和 3 年度における、院内の疑義照会件数は 651 件で、このうち投与量に関するものが 241 件（37.0%）、投与方法に関するものが 101 件（15.5%）、投与日数に関するものが 51 件（7.8%）であった。この他にも、小児病院に特徴的な事項として、複数の剤形や規格を採用している医薬品の選択に関するものが 94 件（14.4%）あった。また、急性期医療に特徴的な事項として、指示の変更によるオダの重複に関するものは 71 件（10.9%）であった。

令和 3 年度における、院外処方箋の疑義照会件数は 281 件で、このうち投与量に関するものが 99 件（35.4%）、投与方法に関するものが 50 件（17.9%）であった。

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が、定例開催としている医薬品安全使用のための研修会については、新型コロナウイルス感染予防のために中止した。

（医薬品安全管理責任者 嶋崎 幸也）

3 医薬機器安全管理責任者報告

令和 3 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。しかし、今年度は更新して数年が経過したことによりベットサイドモニタのバッテリーやセントラルモニタの HDD 劣化が目立つようになり、来年度以降に保守費用が増加すると思われる。医療機器の適正使用に関する研修会および勉強会は昨年度に比べ 131%増の 184 回の開催となった。参加者は 112%増、のべ 1074 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 令和 3 年度 医療安全研修

	日 時	テーマ	主催
1	4 月 1 日	新採用者オリエンテーション「医療安全 1」 「TeamSTEPPS 基礎編」 1 回	医療安全管理室
2	4 月 1 日 7 月 21 日 8 月 13 日 1 月 19 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	12 月 13 日	テクニカルスキル領域別研修会 コメディカルスタッフによる喀痰吸引	医療安全管理室

4	2月7日	医療安全研修 テーマ：インシデント報告の変遷と2020年重大事象（IVH 流速間違いによる過剰投与）の報告	医療安全管理室
5	7月～3月	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 部署編」 合計 81 回	医療安全管理室
6	6月～12月	e-ラーニング研修 テーマ①「基礎から学ぼう！医療安全」 テーマ②「多職種で取り組む転倒・転落、ヒヤリハット防止」 受講者数：825名	医療安全管理室

*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 TQM推進室

TQM (Total Quality Management) とは、全員・全体 (Total) で、医療・サービスの質 (Quality) を、継続的に向上させる (Management) ことである。実際の活動には、「QC手法」と呼ばれる手法を用いる。

当院ではかねてより様々な業務・職務環境の改善活動が行われてきたが、この様な改善活動をさらに推進するために平成31年度(令和元年度)よりセクション横断的なTQM推進室が設置され院内QC活動の促進を図ってきた。令和3年度の活動を以下に報告する。

1 院内各QCサークルとテーマ一覧

37グループの改善活動が行われた。

その一覧を付表「令和3年度 QCサークル・テーマ一覧表」に示す。

2 QC活動年間計画

令和3年5月27日(木) TQMキックオフミーティング 本年度QCテーマ決定

令和3年10月28日(木) QCサークル中間報告会

令和4年2月24日(木) QCサークル成果報告会

3 TQM講演会

令和3年5月27日(木)

藤田医科大学病院救急総合内科 岩田充永先生

テーマ：「災害医療と安全管理を統合した COVID-19 対策～一大学病院の取り組み～」

令和3年9月24日(金)

名古屋大学医学部附属病院副院長患者安全推進部教授 長尾能雅先生

テーマ：「医療に品質を」

4 TQM掲示板

更新回数(新規掲示物掲載回数) 6回

5 業務改善提案

投書件数7件

6 令和3年度QC活動最優秀賞、優秀賞

賞	テーマ	セクション
最優秀賞	スマートに片づけて物品紛失を減らそう	耳鼻咽喉科・外来
優秀賞	PDカテテルの合併症を起こさない PDカテテル管理について看護師の育成	腎臓科・10B病棟
	幼児期の鎮静剤を用いた 頭部MRI の実施状況(外来)	神経科
	現場へ急げ!! ―ホットライン入電から出発までの時間短縮―	集中・救急・外傷・4A病棟

令和3年度 QCサークル・テーマ一覧

診療科 セクション	テーマ
新生児科	外来待ち時間対策
腎臓科 10B	PD カテーテルの合併症を起こさない PD カテーテル管理について看護師の育成
感染免疫科	紹介患者増加に向けた取り組みの「見える化」
血液腫瘍科 10A、11B	時間外退院数削減による他職種の残務軽減の試み
循環器科、10B 放射線科 手術室	血管撮影室 入れ替え時間の短縮
神経科	外来の頭部単純MRI 検査の鎮静剤使用の評価
遺伝科	先天異常症候群集団外来の午前中診察待ち時間を有意義に過ごしてもらおう
総合診療科	ICU から一般床転棟後、 早期にICU に再転棟せざるを得なかった症例の、 問題点の抽出と再発防止の具体案の作成
整形外科	整形外科外来 初診患者数の向上
形成外科、 外科、整形外科 9A、9B 入退院支援センター	外科系病棟の、週末空床を有効利用しよう
耳鼻咽喉科	スマートに片付けて物品紛失を減らそう
眼科	眼科の散瞳点眼薬の至適回数と散瞳確認時間の検討
麻酔科	適切なMRI 鎮静による検査の安全性向上と効率化
放射線科	放射線科 レポート既読率の上昇
歯科	「歯科検診の予約が取りづらい」を解消する。
集中、救急、 外傷、 4A (PICU)	現場へ急げ！！ ーホットライン入電から出発までの時間短縮ー
消化器肝臓科	ポリープ切除術および 内視鏡的粘膜切除術後の出血率
移植外科	先生！昨日の点滴が漏れました！えーっ!?原因は？

診療科 セクション	テーマ
保健発達部	他機関との連携等の業務を「見える化」する
病理診断科	病理診断報告の迅速化と精度向上
放射線技術部	病棟患者の放射線検査・治療呼び出し工夫による、 待機時間短縮
検査技術部	未保健収載検査項目の適正な検査依頼と 外注検査の適正化
薬剤部	院外処方箋の疑義照会対応の効率化（第Ⅱ期）
栄養部	朝食の残菜を減らそう！
臨床工学部	ベッドサイドモニタのテクニカルアラーム 低減による医療安全の向上
事務局 (管理部)	施設の省エネ、ペーパー削減 6階事務局はこちらです
事務局 (医事部)	ホームページのリニューアル
地域連携・ 相談支援センター	患者が親しみを感じる病院づくりと病院のPR
看護部	働きやすい 職場環境の整備（時間外削減）
4B (HCU)	日勤帯から夜勤帯への 申し送り時間短縮に向けた取り組み
5A、5B (NICU・GCU)	MRSA 発生密度率の低下
11A	時間外削減 質を下げない業務効率化を目指す！
12A	時間外削減！！ノー残業デーの実施（1人2日/月） ～第2章～
手術室運営室	手術室入れ替え時間の短縮
救急外来 集中、外傷、 救急	ER で円滑な診療のためのホワイトボード活用
外来 外来看護	①つながりのある外来看護（継続看護）の充実を目指そう ②外来における電話相談対応業務の整理 ③採血室待ち時間の削減
在宅 入退院支援 センター	入退院支援の促進と安全で効率のよい病床利用

TQM 推進室 小熊栄二（室長・副病院長・放射線科）、中田尚子（副病院長・看護部長）、
嶋崎幸也（薬剤部部長）、上島洋二（感染免疫科）、宮卓也（集中治療科）、植木恵子（看護部）、
古山義明（臨床工学部）、松山勇吉（経営担当主査）、大川由華（経営担当）

小熊栄二（TQM 推進室長）

第 8 章 臨床研修委員会

1 臨床研修委員会の立場

- (1) 小児科専門研修（以前は後期研修と称した）について、平成 29 年度からスタートした新専門医制度で当センターは基幹病院として日本専門医機構により承認されている。
- (2) 協力型臨床研修病院として、令和 2 年度はさいたま赤十字病院から 6 名、三井記念病院から 2 名、東京医科大学および順天堂大学から各 1 名の初期研修医をそれぞれ受け入れた。消化器肝臓科、血液腫瘍科、循環器科、新生児科、神経科、総合診療科がそれぞれ担当した。
- (3) 令和 3 年度も月 1 回の定例会議を開催し、研修環境およびプログラム調整にまつわる様々な案件を検討・審議した。
- (4) 委員会要項を策定した。

2 小児科専攻医（レジデント）

- (1) 令和 2 年度は以下の 5 名の専攻医を迎えた：藤林俊助、村木孝次、村越由佳、目黒麻里子、萬木文佳。
- (2) 5 名の専攻医の研修修了を承認した：康有美、堀田悠人、水島靖枝、水島喜隆、若松宏昌。この 3 名は、2022 年秋に予定されている小児科専門医試験に受験予定である。規定のプログラムを修了し、試験出願の必須項目となっている論文投稿もクリアした。
- (3) 2022 年度採用分の専攻医試験を行い、定員の 5 人を合格とした。

3 レジデント支援体制

- (1) メンター制度を整備し、院内各診療科のスタッフに依頼して各レジデントのメンターを務めてもらった。
- (2) 小児科専門医試験出願の必要条件となっている研修期間中の論文作成を委員会で管理し、遅滞のないよう働きかけた。

4 その他

- (1) コロナ禍の影響
 - ・サマーセミナーを中止した（2 年連続）
 - ・オンライン説明会（全 2 回）を開催した。
- (2) 専攻医評価について、専攻医の人数が年々増加して評価スケジュールも過密になってきた。Google フォームを活用して、作業の効率化を図っている。
- (3) 成都会という、従来は国立成育医療研究センターと東京都立小児総合医療センターのレジデントが開催していた合同カンファレンスに 2019 年から正式加入した（成埼玉に名称変更）。臨床研修委員会は委員長が世話人を務め、有志の委員が当日のサポートを行った。
(田中 学)

第9章 小児虐待対応チーム（Child Abuse Action Team）

平成15年10月、不適切な養育を受けていると疑われる子どもたちに対し、院内における対応を検討するため、「小児虐待対応チーム（以下CAAT）」が置かれた。

CAATの基本原則として、子どもの安全を第一に考えること、身体的虐待のみならず、あらゆる不適切な養育に対応すること、院内に小児虐待対応チームを組織することにより、一つの診療科を孤立させることなく病院全体として対応すること、等が挙げられる。

令和3年8月から、毎週火曜日にCAATコアメンバー（放射線科医、外傷診療科医、集中治療科医、精神科医、総合診療科医、看護副部長、救急外来師長、小児看護専門看護師、SW）による定例会議を始めた。これにより、虐待の疑いが強い重篤な症例だけでなく、養育環境に心配のある子どもたちを吸い上げられるようになった。また、定例会議では、過去に取り扱った症例の経過を共有できるようになった。

CAATでは、様々な検査に裏付けられた医学的な評価のみならず、家族関係の観察や地域機関から情報収集を行い、総合的に評価し、対応を検討する。怪我の重症度が重く、虐待が強く疑われる場合は警察への通報・児童相談所への通告を行い、養育支援が必要な症例については市町村への通告、支援依頼、情報提供を行った。また、受傷機転不明の重篤な外傷が認められ、一時保護を求めるような症例では、CAATの会議に児童相談所にも参加してもらい、一緒に対応を検討した。

令和3年度から、CAATの上位組織として子どもの権利擁護委員会が設置された。定期的にCAATの活動報告を行い、必要な助言と支援を受けた。

令和3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、昨年度の165名を38名上回った。令和3年度のCAATの実績としては、定例会での新規報告件数が129件、臨時会議が15件である。児童相談所等への通告は20件（児相17件、市町村3件）警察通報は1件。新規一時保護委託は15人（昨年度から継続して保護した1人を含めると16人）、一時保護の延べ日数は214日となった。

CAATがリストアップした203件の内訳は表に示した。

（高根澤 春江）

【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、こども安全課からの委託を受け、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。令和3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、統計業務、警察対応等を行った。コアメンバーの会議の設定、研修会の開催等は、事務局リーダーの副病院長、主査の協力を得て事業を進めた。

令和3年度事業は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点からWebで開催した。行った事業は、実行委員会を2回（7月15日：30名出席、12月9日：26名出席）、研修会を2回（9月16日：285人出席、11月4日：183人出席）開催した。教育講演会は、埼玉県の医療機関が連携し、医療現場から虐待の早期発見、深刻化の未然防止を図ることを目指し、2月17日（174人出席）にハイブリッドで開催した。当センター副病院長の放射線科小熊栄二医師に講師を依頼し、「児童虐待の画像診断の手続きと意義」をテーマに、虐待診断は生活状況の調査を合わせた総合診断によることが重要であり、画像診断を活かすためにも虐待対応の体制の構築が必要であることや画像の解釈と児童虐待診断に役立てるための注意点、注目する画像所見について小児放射線科医の目線で解説・助言され出席者から好評を得た。

（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
74	53	35	13	13	15	0	203

表 2 受理経路

関係機関	救急	他院	入通院中	合計
56	98	22	27	203

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
20	11	154	4	14	203

注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。

注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。

注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
13	1	4	4	1	3	10	0	13
泌尿器科	消化器・肝臓科	小児外科	心臓血管外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	皮膚科	耳鼻咽喉科
4	6	4	0	3	15	18	1	9
眼科	小児歯科	集中治療科	救急診療科	外傷診療科	精神科	合計		
1	0	14	40	26	13	203		

表 5 虐待と関係する疾患

頭部外傷	硬膜外血腫	0
	硬膜下血腫	13
	くも膜下出血	1
	脳浮腫	1
	脳挫傷	3
骨折	頭蓋骨骨折	13
	肋骨骨折	5
	その他の骨折 (鎖骨、顔面、上肢、下肢)	15
眼底出血		3
打撲痕・挫創		24
熱傷		12
栄養障害	低身長	0
	脱水	0
	体重減少	1
誤飲		11
溺水		1
CPAOA		5

注:複数カウントあり。

第 10 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、副病院長を顧問に、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 28 名で構成されている。

今年度も、新型コロナウイルス感染予防対策のため、活動を縮小せざるを得なかったが、NST 回診延べ人数は前年度より 70 人程増加し、新規依頼も増え、栄養不良患者への必要な介入が行えた。また、集中治療科医師メンバーによるセレン補充マニュアルが完成し、年齢や身体状況に応じたセレンの補充ができるようになった。

(1) NST 委員会・NST 看護部小委員会

NST 委員会は奇数月の第 4 木曜日にメール審議を中心に開催し、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、再評価で高度栄養不良患者については、病棟スタッフへ情報発信し、NST 介入へつなげるはたらきかけを行っている。

(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。緊急事態宣言、まん延防止等重点措置発令中は病棟回診を中止したが、依頼医との連携を密に取り栄養介入を行った。年間を通して集中治療科からの依頼が多く、次いで血液腫瘍科、循環器科の順であった。

(4) NST カンファレンス

栄養管理計画書よりスクリーニングした高度栄養不良患者について、NST メンバーで情報共有し、カルテ回診により栄養モニタリングを行っている。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。感染対策上カンファレンス時間を短縮するため、年度途中で中止する期間があった。

(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随時対応している。

(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。今年度は、新型コロナウイルスの感染対策のため、講堂及び Zoom によるオンライン配信のハイブリッド方式での勉強会を 1 回実施した。

(7) NST 活動ツールの整備

微量栄養素補充目的の栄養補助食品としてブイクレス CP10、テゾンを採用、また、乳化剤を配合したミルクと乳化しやすい、食事にプラス MCT オイルを採用した。食品扱いの経腸栄養剤では、ペプタメン インテンス、MA ラクフィア 1.0 を採用し、細やかな栄養療法の指示に柔軟に対応できるようにした。

電子カルテのサイボウズに、栄養に関する情報を NST ツールとして掲載、随時更新している。

ア NST 委員会	6 回
イ 栄養管理計画書作成数	7556 件 (入院時 5995 件、再評価時 1561 件)
ウ NST 回診	46 回 (依頼 23 件 延べ回診人数 411 名)
エ NST カンファレンス	6 回 29 件
オ 栄養コンサルテーション	129 件

(三浦明子)