

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、常勤は主任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た。

2階6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

2階6番窓口に「地域連携・相談支援センター」の看板を掲げ、共同の執務室でソーシャルワーカー、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、事務、看護師の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チャイルド・ライフ・スペシャリストが利用している。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（地域連携業務連絡会）はセンター長、副センター長、看護部副部長、医事部長、事務局副局長（オブザーバー）、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読みやすい形で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2022」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4年度の達成率は礼状が99.9%、報告書が100%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4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4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。赤ちゃんの休憩室(2Fプレイルーム)開放の整備、院内の分かりやすい案内表示、保育室の整備、駐輪場の整備等に取り組んだ。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3回開催し、3月には150回記念会として外部講師を招いて特別講演をおこなった。その他、「唇顎口蓋裂セミナー」を2回開催した。

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」を開催し、会場とWEBで100名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
環境整備	8
案内表示	7
保育室の整備	3
再来受付機の運用確認	2
駐輪場の整備	1
帳票類作成	1
計	22

(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。

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・家族への支援の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名が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4年度の実相談対応件数は、11,821件であり前年より37件増となっている。

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（77件）、院内医療者間カンファレンス（53件）、地域医療機関・関係機関訪問（4件）、家屋調査のための患者宅訪問（1件）を実施している。

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
932	965	1,038	1,005	1,075	905	1,007	1,009	921	960	906	1,098	11,821

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		
60.8%	1.8%	3.2%	2.7%	7.4%	3.2%	3.0%	2.5%	3.1%	2.7%	2.0%	3.7%	3.8%	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
13.99%	1.79%	1.80%	2.28%	8.88%	9.25%	9.13%	3.47%	9.09%
外科	心外	脳外	整形	形成	泌尿	耳鼻	眼科	皮膚
5.38%	0.06%	2.06%	5.03%	1.24%	2.99%	1.83%	0.85%	0.10%
放射線	歯科	救急	集中	消化器	外傷	精保	予防接種	生活アレ
1.36%	0.08%	2.41%	3.04%	1.66%	1.39%	7.26%	0.01%	0.04%
移植外科	発達外来	その他	計					
0.27%	2.86%	0.40%	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	依頼 なし	その他	計
14.6%	22.7%	32.2%	1.6%	4.7%	3.8%	5.9%	4.6%	1.1%	3.1%	4.4%	1.2%	100%

6. 小児がん相談支援センター

1) 相談対応件数

令和4年度の小児がん相談対応件数は電話対応 474 件、面談対応 542 件、その他（自宅訪問、受診同行、カンファレンス参加）37 件であった。

2) 患者家族セミナー他

患者家族セミナーは、第1回は当センター血液・腫瘍科医師を講師に「神経芽腫の新しい治療法「抗GD2療法」を学ぼう！」をテーマとして開催、第2回はAYA世代とその支援者を対象に「一緒に考えよう いろいろな気持ちとの向き合い方」をテーマに、当センター公認心理師を講師として開催した。

その他、例年とおり、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た。また、関東甲信越地域ブロックの小児がん連携病院に向けて、関東甲信越ブロック小児がん相談支援研修会を開催した。（テーマ：がんの子どもの在宅医療における連携を考える）

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、今年度から在宅医療部門として大宮在宅クリニックの医師が新規メンバーに加わった。行政からは保健医療部疾病対策課が参加した。

(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名がおり専用電話も設置されている。

活動4年目となる令和4年度の取組は、「いま知っておきたい！成人期移行～心疾患の患者さんと家族へのメッセージ」をテーマに患者家族向けのセミナーを11月にWEB開催した。主に心疾患の患者さんの移行医療の現状について受け手側はさいたま赤十字病院循環器内科の医師が、送り手側は小児医療センター循環器科の医師が講義を行った。また、移行を経験した患者ご家族が経験者の立場から経験談を話した。92組の患者家族が参加し「大変役に立った」などのご意見を多数いただいた。

(その他の取組み)

①移行期医療支援あり方検討会を開催し、移行期医療支援センター、難病指定医療機関、小児慢性

審査会委員、県関係課が集まり移行期医療支援センターの取組報告、成人機関向けアンケート結果報告、保護者向けアンケート結果報告、事例紹介をおこない移行支援について協議した。

②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。

③R3年度に引続き、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を行った。

④R4年度小児慢性特定疾病児童等移行期医療支援者養成研修会講義（動画配信）では、「埼玉県移行期医療支援センター 立上げの経緯と現在の活動について」事務担当がスライドをもとに講義を行った。

移行の必要性を理解する患者・家族は増加しており「移行期」という言葉も浸透しているが、抵抗感は依然として残っている。実際にいつから何を始めればいいのか、どのような準備が必要なのか、どのように移行先を選定すればよいかイメージがついていない方が多く、引き続き個別の支援やセミナー等で周知していく必要がある。

一方で意向調査の結果をもとに、受け手となる成人医療機関と連携する仕組み作りを取組んでいきたい。

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	13	3	5	4	12	10	7	5	6	11	16	21	113
院外新規	0	0	0	0	1	1	2	2	1	0	0	0	7
電話対応	22	18	38	27	31	51	53	29	35	47	39	51	441
面談	20	4	8	13	18	20	22	20	13	23	26	30	217
※訪問等	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6

(※訪問・受診同行・CF等)

8. 委員会等(令和4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4年度は昨年に引き続き、常勤1名、非常勤1名で勤務に従事した。表7にあるように年間の総介入件数は3303件となり、前年度より248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、例年通り幼児、学童への分布が多いものの、NICU・GCUからの依頼が増加傾向になったこともあり乳児への介入が増加したことは特筆すべき変化であった。表9は、依頼元の分布を示している。今年度は昨年度に比べ医師からの依頼がおおよそ2倍となった。表10にあるように患者への介入内容の分布は例年通りだが、表11、12にあるように、ご家族への介入やごきょうだいへの介入は全体的に増加した。令和4年度も新型コロナウイルスの影響はあったものの、少しずつCLSができることを見直しながら活動したことが介入件数の全体的な増加につながったと考えられる。

表:7 総介入件数

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年間合計
241	289	293	267	296	296	266	265	205	312	254	319	3303

表:8 対象者年齢分布

乳児	幼児	学童	高校生以上	家族	年間合計
50	726	850	32	1080	2738

表:9 依頼元分布

医師	看護師	MSW	ラウンド	家族、本人	年間合計
965	1216	27	85	445	2738

表:10 介入内容分布 (患者)

Norm	Prep	Dis	通訳	グリーフ	間接介入	電話応対	年間合計
1315	312	125	0	2	292	1	2047

表:11 介入内容分布 (家族)

相談傾聴	Prep	通訳	グリーフ	間接介入	電話応対	年間合計
952	55	10	63	32	38	1150

表:12 介入内容分布 (きょうだい)

Norm	Prep	通訳	グリーフ	間接介入	電話応対	年間合計
17	11	0	17	61	0	106

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

病歴室として診療情報管理体制向上の為に取り組んだ退院サマリの早期作成の推進、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4年度の作成率は98.2%（退院後14日以内の作成率85.4%）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が不可欠であり、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・経営担当職員のうち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4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、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、医療放射線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、院内救急体制検討会と共に医療安全体制の整備・向上に取り組んでいる。

1 主な活動内容

1) インシデント報告書の受付、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 4 年度の報告件数は 4,845 件、事象件数は 4,255 件であった。

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		
レベル別割合		
指示・伝達に関する項目	4.1% ↓	レベル 0 40.0% ↑
薬剤に関する項目	25.5% ↑	レベル 1 39.8% ↓
輸血に関する項目	0.9% ↓	レベル 2 14.5% ↓
給食・栄養に関する項目	3.1% ↓	レベル 3a 4.6% ↑
治療・処置に関する項目	7.8% ↑	レベル 3b 0.99% ↑
医療用具（機器）ドレーン・チューブに関する項目	25.4% ↑	レベル 4a 0% ↓
検査に関する項目	5.3% ↓	レベル 4b 0.05% ↑
療養上の場面に関する項目	16.4% ↓	レベル 5 0.02% ↑
その他の場面に関する項目	11.5% ↑	

2) 医療安全対策マニュアルの新規作成

自殺企図・自傷行為対策マニュアル、自殺行為発見時対応マニュアル（2022.12.31）

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 41 回開催した。

4) 医療安全管理研修会

研修は、延べ 15 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

- ・「みんなでつくり、みんなで根づかす医療安全文化」
- ・「磨け、コミュ力！医療安全のためのコミュニケーション」
- ・「チームの力で転倒・転落を防止する」

3テーマのうち1テーマを選択受講。e-ラーニング受講後にテストを実施し、提出する方法とした。1テーマ以上の受講者数は805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」を実施した。昨年度の医療における安全文化に関する調査結果から「オープンなコミュニケーション」「部署間でのチームワーク」が課題であり、COVID-19感染防止対策を実施しながら、「部署間編」と題し、多職種での集合研修を実施した。12月以降、COVID-19感染拡大のため集合研修の開催が困難となり、e-ラーニング「もう一度振り返ろう！チーム医療の基本」を視聴、テストの提出をもって受講とした。集合研修の開催回数は15回、受講者数は713名、e-ラーニング受講者数は162名となった。2年ぶりの集合研修だったが、初対面であってもより良いチームとは何かということを考えながら多職種が協力し合い楽しく学ぶことができた。

平成24年度から開催しているTeamSTEPPS研修の受講者数は、延べ7314人となっている。令和4年度の医療安全研修受講率は、92.6%と前年度より5.4ポイント低下した。各部署の受講率は事務局36%、医師82.2%、薬剤部92%、看護部96.7%、その他の部署は100%であった。

5) 指差し呼称他者評価

昨年度、患者誤認件数増加したことから、全職種に対して、指差し呼称他者評価を昨年度の2回より増やし、年3回(6月、9月、12月)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、医療安全管理委員会及びリスクマネージャー会議にて報告し、年度末に年間のまとめを冊子にして各部署へ配布した。

6) 医療安全推進月間(11月)

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、年度末に年間のまとめを冊子にして配布した。

7) 医療安全のための改善への取り組み

- ①前年度に発生した事象について、各部署で改善実施後の経過、防止策の実施状況を病院全体に周知・確認するために医療安全管理委員会及びリスクマネージャー会議での報告を継続している。
- ②転落事象を受け、転倒転落防止対策の強化を実施。看護部と連携し、高柵ベッドの中段ロックの廃止、患者家族向けDVD視聴の運用、ベビーモニターを導入などを実施した。
- ③モニターアラームのスマホ連動廃止に伴い、モニタービューアの運用を開始した。
- ④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、結果をガールーンに掲載し、まとめを配布した。
- ⑤各部署で「5S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。

- ⑥指差し呼称他者評価を3回（年間）実施し、結果をガルーンに掲載し、まとめを配布した。
- ⑦TeamSTEPPS研修の継続として部署間編を継続し、ノンテクニカルスキル向上への活動を実施した。
- ⑧テクニカルスキル領域別認定制度の研修を継続し2回開催した。認定人数は、CVC講習会27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・2月に医療安全管理者会議に参加した。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：4回
オブザーバーとして当院の医療安全対策の情報提供などを行った。
- 11) 医療安全管理者養成研修の受講
継続している医療安全管理者養成研修を、看護師2名、薬剤師1名が受講した。
- 12) 医療対話推進者研修の受講
医療対話推進者研修を看護師1名、MSW1名が受講した。
- 13) 薬学部実習生への講義
医療安全の基礎としての「小児病院の特徴を踏まえた入院中の安全」を中心とした内容で合計3回開催した。
- 14) 組織の医療安全文化調査の実施

TeamSTEPPS研修会を平成24年度より導入し11年目となった。昨年度の医療安全文化調査では、f)オープンなコミュニケーション、k)部署間でのチームワークが低値であり、COVID-19感染防止対策を実施しながら、「部署間編」として、2年ぶりに多職種での集合研修を開催、TeamSTEPPS研修を継続した。

医療安全文化調査では、全体の偏差値51.77であり前年度より1.17ポイント低下した。12側面では、c)上司の医療安全に対する態度や行動、e)部署内でのチームワーク、h)過誤に対する非懲罰的対応は、196施設中1位（c・e）は3年連続）、a)出来事の報告される頻度、g)エラー後のフィードバックは、196施設中3位（3年連続）であった。k)部署間でのチームワークは、前年度と比較すると2.63ポイント、196施設中18位と上昇した。また、改善すべき項目は、前年度の3項目からf)オープンなコミュニケーション、i)人員配置の2項目へ減少した。各部署においても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再周知をした。また、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 4 年度における、院内の疑義照会件数は 782 件で、このうち投与量に関するものが 355 件（45.4%）、投与方法に関するものが 120 件（15.3%）、投与日数に関するものが 52 件（6.6%）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 82 件（10.5%）であった。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ーダの重複に関するものは 75 件（9.6%）であった。

令和 4 年度における、院外処方箋の疑義照会件数は 284 件で、このうち投与量に関するものが 119 件（41.9%）、投与方法に関するものが 45 件（15.8%）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。また、定例開催している医薬品安全使用のための研修会については、感染防止の観点から集合形式での開催は中止した。その代替として病棟担当薬剤師が当該病棟で発生した医薬品にかかるインシデント・アクシデント事例を中心に、取り扱いに注意を要する医薬品の安全使用について情報提供と質疑応答を行うスタイルを試行し、看護師を対象に 411 名の参加者があった。

（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

令和 4 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。今年度は、経管栄養ポンプの更新を行ったことにより、院内だけでなく在宅で経管栄養ポンプを使用している患者への切り替えを実施した。切り替えを行うため、勉強会を 31 回実施した。院内と同じポンプを使用することにより、在宅指導をスムーズに行える。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 110%増の 203 回の開催となった。参加者は 120%増、のべ 1287 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4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」 44名受講	医療安全管理室
2	4月1日 10月18日	テクニカルスキル領域別研修会 CVC講習会（医師対象） 計27名受講	医療安全管理室
3	6月～3月	医療安全管理研修会 「TeamSTEPPS 部署間編」 合計15回 713名受講 e-ラーニング研修 「もう一度振り返ろう！チーム医療の基本」 162名受講	医療安全管理室
4	11月～2月	e-ラーニング研修 ①「みんなでつくり、みんなで根づかす医療安全文化」 ②「磨け、コミュカ！医療安全のためのコミュニケーション」 ③「チームの力で転倒・転落を防止する」 806名1テーマ以上受講	医療安全管理室

*日本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4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サークルの改善活動が行われた。

その一覧を付表「令和4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4年5月26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4年10月27日(木) QCサークル中間報告会

令和5年2月24日(金) QCサークル成果報告会

3. TQM講演会

令和4年6月10日(金)

大阪公立大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 部長 山口悦子 氏
テーマ「カイゼン(継続的質改善)の進め方、取り組み方」

4. TQM掲示板

更新回数(新規掲示物掲載回数) 12回

5. 業務改善提案

投書件数19件

6. 令和4年度QC活動最優秀賞、優秀賞

賞	テーマ	診療科・セクション
最優秀賞	是正処置報告システムにおける不適合(インシデント)分析	検査技術部
優秀賞	栄養スクリーニング兼栄養管理計画書 運用効率化	栄養部
	転倒・転落防止に向けた取り組み	看護部・9A・12A
	検体検査項目の適正化	感染免疫・アレルギー科

付表

令和4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（令和3年度からの継続）
循環器科・ 腎臓科・10B	ごみとリネン類を正しく分別して経費削減に貢献しよう！
感染免疫・ アレルギー科	検体検査項目の適正化
血液腫瘍科・ 外来・ 10A・11B	皮下埋め込み型中心静脈ポートの特徴とコツをつかみ、安全に取り扱おう
遺伝科	集団外来のオンライン運営
整形外科	観血的整復固定術の適応のある上腕骨顆上骨折の手術待機時間の検討
形成外科・9B	術後点滴刺入部のシーネ固定方法の改善と工夫
眼科	未熟児眼底診察における確実な散瞳方法の検討
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・ 病理診断科	画像診断報告書・ 病理診断報告書確認対策チームを作ろう！ 放射線超音波検査の改善活動 - 増え続ける検査需要に対応するための取り組み - 病理診断報告の迅速化と精度向上
歯科	一般外来の向上を目指して
集中・救急・ 外傷・PICU	上手い！早い！！安全に検査搬送します！！！！ 一画像検査にかかる時間を縮短を目指してー
消化器科・ 麻酔科	ポリープ切除術および 内視鏡的胆膵切除術後の出血率
保健発達部	他機関との連携等の業務を 「見える化」するPart2
放射線技術部	検査待ち時間の短縮
検査技術部	是正処置報告システムにおける 不適合（インシデント）分析
薬剤部	院外処方箋の疑義照会対応の効率化 第三期
栄養部	栄養スクリーニング兼栄養管理計画書 -運用効率化-

診療科 セクション	テーマ
臨床工学部	ベッドサイドモニタのアラーム低減による医療安全の向上
事務局(管理部)	省エネルギー推進
事務局(医事部)	Zoom会議操作マニュアルの共有
地域連携・ 相談支援センター	きょうだい向けニュースレターの発行
看護部	①身体抑制最少化(身体抑制ゼロを目指す) ②転倒・転落防止 ③働きやすい職場環境の整備（時間外の削減） ④病棟・外来一体化の推進
HCU	"みんなで守れ！危険な事故から子どもを救え！ 事故防止の説明ができる看護師の育成"
NICU・GCU・ 新生児科	MRSA新規発生密度率を下げる
9A	STOP👊 ベッド転落・離棟 病棟環境への取り組み
9B・ 形成外科	全スタッフ参加型 診療材料の在庫管理方法の改善
11A	時間外削減PART2 タイムマネジメント力を上げる！
12A	子どもの安全を守る 転倒・転落予防へ向けた取り組み
手術室	診療材料の期限切れ品目見える化し 期限切れ廃棄を削減しよう
ER・集中・ 外傷・救急	コスト漏れなしーみんな WIN-WIN
外来	時間外勤務の削減 ～タスクシフトを含めた業務改善～
在宅支援 相談室	適切な医学管理料請求に向けた 現状の把握と対策
入退院 支援センター	漏れなく取ろう！！入院時支援加算2！

TQM推進室 構成員

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）、植木恵子（看護部・副部長）、上島洋二（感染免疫科・医長）、宮卓也（集中治療科・医長）、古山義明（臨床工学部・副部長）、神原孝子（保健発達部・副技師長）、急次政志（検査技術部・副技師長）、石井香織（薬剤部・副技師長）、本田茜（放射線技術部・技師）、菅野由紀子（経営担当主査）、大川由華（経営担当主事）

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) 平成 29 年度からスタートした新専門医制度で、当センターは小児科専門研修プログラム整備基準に準拠し、日本専門医機構により小児科専門研修の基幹病院として承認されている。
- (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 7 名、三井記念病院から 4 名、埼玉医科大学から 1 名の初期研修医をそれぞれ受け入れた。循環器科、消化器肝臓科、新生児科、外科、整形外科および総合診療科がそれぞれ担当した。
- (3) 令和 4 年度も月 1 回の定例会議を開催し、研修環境に関係する様々な案件を検討・審議した。
- (4) 日本専門医機構に登録している「小児科専門研修プログラム」の更新の年となり、第 6 版（2022 年 5 月）を発行した。表紙に、当委員会の vision「子どもの医療に誇りを持ち、埼玉県と世界に通じる人材の成長を支援します」を掲げた。

2. 小児科専攻医(レジデント)

- (1) 令和 4 年度は以下の 5 名の専攻医を迎えた：加藤実咲、金内萌葉、近澤茅穂、高橋知滉、中橋匠。
- (2) 5 名の専攻医の研修修了を承認した：青山周平、齋藤佳奈子、坂田慎一郎、宮下晶、山木亮一。この 5 名は、2023 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) 2023 年度採用分の専攻医試験（応募者 10 人）を行い、定員の 5 人を合格とした。1 名は、カリキュラム制（他領域の専門医資格取得者）としての応募・採用である。

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。
- (3) 専攻医の勉強会の中で、当委員会では「レジデントクルズス」（主に 1 年次対象）の企画と調整を行っている。

4. その他

- (1) 専攻医募集の方法として、見学者への個別対応のほか、レジナビ Fair への参加、オンライン説明会およびサマーセミナーを開催した。
- (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。

（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4年度中にCAATが新規にリストアップした児童数は143名（表1）であり、昨年度の203名から減少している。しかしながら、養育環境が気になる患者に対する地域関係機関への情報照会は令和3年度231件に対し、令和4年度は276件と増加しているため、より広い間口で調査を行い、CAATにおいて検討する症例を絞り込んでいることがうかがえる。

令和4年度のCAATの実績としては、定例会での新規報告件数が84件、臨時会議が16件である。児童相談所等への通告は29件（児相23件、市町村6件）警察通報は1件。新規一時保護委託は11人（昨年度から継続して保護した2人を含めると13人）、一時保護の延べ日数は227日となった。

（篠崎 咲子）

【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4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、検察庁対応等を行った。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4年度事に行った事業は、実行委員会を2回（5月16日、1月17日）、研修会を3回開催した。研修会は過去のアンケート回答で要望が多かった性的虐待と虐待を受けた子どもへの支援、関わり方についての研修を企画し開催した。テーマへの関心の高さ、オンラインの参加し易さもあり、大変多くの幅広い職種の方の参加と好評を得ることができた。教育講演はハイブリット開催とし、最高検察庁総務部兼刑事政策推進室の事務取扱検事を講師に招き「児童虐待における多機関連携の重要性」を柱に捜査の流れ、刑事事件のルール、児童虐待事案の立証、司法面接等の説明、現状や課題について貴重な話を聞くことができた。研修会、教育講演開催を通し参加者同士が子どもの安全の実現を目標に関係機関が互いに理解を深め、連携しながら協力し合える関係の構築が重要であることを共有できた。

（村田 規子）

R4 年度研修開催実績

No.	テーマ	講師	肩書	開催日	参加人数
1	産婦人科思春期外来～性虐待の事例より～ (WEB 講演)	高橋 幸子	埼玉医科大学医療人育成支援センター・ 地域医学推進センター 産婦人科助教	R4.7.4	329
2	傷つけられた子どもの成長過程～虐待から保護 されたその後～(WEB 講演)	星野 崇啓	さいたま子どものこころクリニック院長	R4.11.17	321
3	児童虐待における多機関連携の重要性 (講堂+WEB)	西田 理恵子	最高検察庁刑事政策推進室検事	R5.2.3	228

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
45	22	24	18	13	16	5	143

表 2 受理経路

関係機関から	救急	他院から	入通院中	合計
63	47	4	29	143

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
37	32	69	2	3	143

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
15	1	5	2	2	2	12	4	5
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
1	3	7	0	2	10	10	0	3
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		
2	0	7	30	4	16	143		

表 5 虐待と関係する疾患

頭部外傷	硬膜外血腫	2
	硬膜下血腫	3
	くも膜下出血	0
	脳浮腫	3
	脳挫傷	0
骨折	頭蓋骨骨折	2
	肋骨骨折	5
	その他の骨折 (鎖骨、顔面、上肢、下肢)	11
眼底出血		7
打撲痕・挫創		14
熱傷		7
栄養障害	低身長	0
	脱水	0
	体重減少	0
誤飲		5
溺水		0
CPAOA		4

註: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（消化器肝臓科）、NST 医師・歯科医師教育セミナー受講医師（救急診療科）、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 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を講じつつ、状況をみながら NST カンファレンス、病棟訪問を実施し、栄養不良患者への介入を行った。また、5 年に 1 度の NST 稼働施設認定の更新申請を行い、2023 年 4 月 1 日～2028 年 3 月 31 日の認定を得た。

(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

今年度は栄養スクリーニング兼栄養管理計画書を診療報酬上の規定に合わせ見直した。栄養スクリーニングの対象者は、1 日入院を含む全患者としスクリーニング機能を強化した。栄養管理計画については、1 日入院を除く患者に実施している。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、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。感染防止対策のため、病棟訪問を中止する時期もあったが、依頼医との連携を密に取り栄養介入を行った。依頼は血液腫瘍科、集中治療科からが多く、ほかに消化器肝臓科、外科、移植外科、循環器科から依頼があった。

(4) NST カンファレンス

栄養スクリーニング兼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。

(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、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 2 回実施した。歯科医師による勉強会を初めて実施し好評を得た。

(7) NST 活動ツールの整備

MCT フォーミュラ、必須脂肪酸強化 MCT フォーミュラについては、微量栄養素であるセレンが不足しており補充の案内をしていたが、今年度セレンが添加されるようになり過剰摂取にならないよう情報提供を行った。また、患者の状態に応じ、アバンドなどの栄養補助食品を臨時採用し、より有用な栄養療法を実施できるよう対応した。

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	8303 件（入院時 6788 件、再評価時 1515 件）
ウ NST 回診	46 回（依頼 14 件 延べ回診人数 343 名）
エ NST カンファレンス	13 回 56 件
オ 栄養コンサルテーション	94 件

(三浦明子)