

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、常勤は主査1名、主任1名、主事1名、福祉部から出向された主任1名、非常勤は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、その他2名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、地域連携事務、退院支援看護師の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

地域医療機関との連携をより強化するため「医療連携機関登録制度」の仕組み作りを行った。初年度となる令和5年度の登録数は66施設で、ご登録いただいた医療機関へ登録証を発行した。

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5度の達成率は礼状、報告書ともに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。令和5年度のお得意様医療機関（5件以上の紹介）は544件となった（前年比+22件）。また、広報や通知・案内等の送付先リストとしても活用し、年3回発行する広報誌「小児医療センターだより」や診療科や各部門を紹介する病院冊子「診療のご案内2023」を関係機関へ発送した。

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5年度は帳票類の翻訳、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。設置型授乳室 mamaro の導入、2F プレイルームの利用再開の整備、院内の分かりやすい案内表示、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4回、「唇顎口蓋裂セミナー」を2回、医師会向け講演会を7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9回目となる「地域連携懇談会」を5年ぶりに対面のみで開催し、84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	15
LINE 呼出し/呼出し端末機	7
授乳室	4
案内	4
外来	4
表示	3
駐車場	2
駐輪場	1
保育室	1
予約	1
計	42

（事務 紫藤直美）

5. 医療福祉相談

1) 相談対応件数

周産期・新生児分野、小児がん分野、急性期・救急診療分野、虐待対応、移行期医療支援、重症心身障害児・医療的ケア児・慢性疾患関係等の幅広い分野において、院内各部署、院外他機関との連携・調整、患者・家族への心理社会的支援などのソーシャルワーク活動を行っている。

令和5年度の実相談対応件数は、11,928件であり前年より107件増となっている。全体の相談対応件数のうち、相談窓口での直接相談の対応は836件となる。

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(92件)、院内医療者間カンファレンス(42件)、地域医療機関・関係機関訪問(2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
922	1,011	1,045	1,000	1,029	1,070	1,039	964	1,051	956	863	978	11,928

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		
59.7%	2.2%	2.6%	2.7%	6.6%	3.2%	3.5%	1.7%	3.3%	3.9%	2.2%	5.2%	3.1%	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
12.77%	2.87%	2.48%	2.59%	7.58%	7.40%	9.24%	4.12%	11.27%
外科	心外	脳外	整形	形成	泌尿	耳鼻	眼科	皮膚
5.73%	0.18%	1.91%	4.85%	1.17%	1.79%	2.05%	1.06%	0.34%
放射線	歯科	救急	集中	消化器	外傷	精保	予防接種	生活アレ
1.08%	0.24%	2.19%	3.78%	1.63%	1.13%	6.93%	0.04%	0.03%
移植外科	発達外来	その他	計					
0.18%	2.93%	0.48%	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
14.9%	26.5%	31.4%	1.7%	4.2%	3.1%	5.1%	3.9%	1.3%	4.1%	2.9%	0.7%	100%

6. 小児がん相談支援センター

1) 相談対応件数

令和5年度の小児がん相談対応件数は電話対応 372 件、面談対応 460 件、その他（カンファレンス参加・開催等）28 件であった。

2) 関係イベント・セミナー

今年度より患者家族向けセミナーは関東甲信越地域小児がん医療提供体制協議会の企画として開催することとなった。当センターは第1回（全4回シリーズ）を担当し9月に「小児がんに関わる社会資源を知ろう」をテーマに開催した。

また、公益財団法人がんの子どもを守る会と共催し、埼玉県立けやき特別支援学校の協力も得て毎年2月に国際小児がんデー啓発活動として小児がんの子ども達の絵画展を開催している。

3) 小児がん拠点病院相談支援事業

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2回（7月・12月）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医療従事者を対象に、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（11月）。

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、年1回協議会を開催している。協議会には当センター含め県内の小児がん診療病院9施設と在宅医療分野から1施設、県のがん対策担当課が参加している。

【参加機関】

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、北里大学メディカルセンター、埼玉県立がんセンター、さいたま市立病院、自治医科大学さいたま医療センター（今年度欠席）、大宮在宅クリニック

行政：保健医療部疾病対策課、感染症対策課（オブザーバー）

（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5年目となる令和5年度の取組は、「何を準備するの？ どう進めるの？ 成人期移行 ～大人の病院へ移行する前に患者さんと家族が準備すること、知っておくべきこと～」をテーマに患者家族向けのセミナーを11月に小児医療センター講堂で開催した。神経科の医師がてんかん診療の経験から移行医療の現状について講義を行った。また、看護師が患者さん自身のセルフチェックを取り入れた成人移行に必要なこと、準備することを講義した。43組58名の患者家族が参加し「大変役に立った」、「他の疾患についても話を聞いてみたい」等の成人移行に対する貴重な意見を多数いただいた。

(その他の取組み)

- ①3回目となる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、次年度以降のあり方検討会について協議した。
- ②移行期医療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。
- ③移行期医療相談支援担当者意見交換会を開催し、各医療機関の相談担当者が抱える課題の確認と共有を行った。
- ④難病医療連絡協議会協力病院合同検討会議に出席し、成人移行に関する課題提示と成人医療機関への受入れ協力を求めた。
- ⑤さいたま赤十字病院、小児医療センター第1回移行期医療連携カンファレンスを開催し、腎臓科の成人移行の現状説明と移行先選定が困難な患者受入れについて協力依頼を行った。

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。

また、緊急時の受入れ先の事前確保が困難なため移行できない事例があり、日常管理と緊急時の対応など成人機関の役割分担を明確にする必要がある。

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	5	6	11	7	12	9	12	9	10	15	15	10	121
院外新規	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	1	7
電話対応	15	13	28	29	22	21	72	54	30	33	25	48	390
面談	13	14	21	13	17	19	17	20	22	27	19	33	235
※訪問等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

(※訪問・受診同行・CF等)

8. 委員会等(令和5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
- ⑦小児がん在宅医療支援ワーキングチーム

(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5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3779件となり、前年度より476件増加がみられた。介入内容の内訳としては、表8から表10に示しているとおおり、患者対応が2309件、ご家族への対応が1369件、ごきょうだい対応が101件であった。コロナ禍で一旦は、急激に減少したご家族、ごきょうだいへの介入が、昨年度に引き続き、増加傾向にあることを示している。

また、対象者の年齢分布を見ると、NICU・GCUからの依頼が多かった令和4年度に比べ、幼児への介入とご家族への介入に増加がみられている(表11)。これは、外来や一般床での介入が多かったことを反映していると考えられる。依頼元についても、全体的に増加している項目が多く、様々な角度からCLSへの依頼があった事が伺える結果となっている(表12)。

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
合計	308	304	366	374	384	338	284	325	298	300	227	271	3779

表8:介入内容分布(患者)

	Norm	Prep	Dis	通訳	グリーフ	間接介入	電話対応	年間合計
合計	1465	310	199	1	0	333	1	2309

表9:介入内容分布(家族)

	相談傾聴	Prep	通訳	グリーフ	間接介入	電話対応	年間合計
合計	1149	75	23	53	30	39	1369

表10:介入内容分布(きょうだい)

	Norm	Prep	通訳	グリーフ	間接介入	電話対応	年間合計
合計	18	9	0	9	65	0	101

表11:対象者年齢分布

	乳児	幼児	学童	高校生以上	家族	年間合計
合計	13	910	861	35	1264	3083

表12:依頼元分布

	医師	看護師	MSW	ラウンド	家族、本人	年間合計
合計	1105	1222	43	130	583	3083

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5年度の作成率は98.9%（退院後14日以内の作成率91.6%）であった。②については、病院機能評価受審に向けて量的点検、質的点検の体制を課題としつつ、現状の体制でどう対応していくか検討した。カルテ、サマリから統計精度を高めるためにも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5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、医事担当2名、病歴室担当（委託職員）の13名体制で、計6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：退院サマリ作成システム内からの情報抽出について、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ヵ月毎に集計し、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5年度の報告件数は5,382件、事象件数は4,658件であった。

発生内容別事象割合・レベル別報告割合を以下に示す。表内の矢印は前年度との比較を示す。

発生内容別事象割合

指示・伝達に関する項目	5.2% ↑
薬剤に関する項目	25.2% ↓
輸血に関する項目	0.6% ↓
給食・栄養に関する項目	2.5% ↓
治療・処置に関する項目	8.1% ↑
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	4.9% ↓
療養上の場面に関する項目	17.8% ↑
その他の場面に関する項目	11.7% ↑

レベル別報告割合

レベル0	41.84% ↑
レベル1	37.64% ↓
レベル2	15.54% ↑
レベル3a	3.80% ↓
レベル3b	1.14% ↑
レベル4a	0.04% ↑
レベル4b	0% ↓
レベル5	0% ↓

2) 医療安全対策マニュアルの改訂

医療安全対策マニュアルの全面改訂を行い、電子カルテに掲載しすぐにマニュアルで確認できるよう整備した。重大事象対応の「死亡事故発生時の対応について」「死亡事故発生時フロー」を作成し追加した。

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40回開催した。

4) 医療安全管理研修会

医療安全管理研修として以下の研修を行った。

①チーム医療の質向上を目指し、チームトレーニング「TeamSTEPS : Team Strategies and

Tools to Enhance Performance and Patient Safety」を実施した。今年度は患者誤認防止をテーマに、各セクションで1つのエピソードについて TeamSTEPPS のツールを利用し、患者誤認防止の具体案や、セクションで広める手段について話し合いを行った。また、話し合った内容をベースに患者誤認防止のポスターを作成した。ポスター作成に参加できなかったスタッフは「もう一度振り返ろう！チーム医療の基本」の eラーニングの視聴と、TeamSTEPPS のツールを活用した資料を読み、受講後のテスト・アンケートの回答を以て参加とした。ポスターの作成は 22 セクション、909 名が参加した。

②動画受講・eラーニング研修

以下の研修は、視聴後、アンケートやテストの回答を以て受講とした。

日時	方法	内容	参加人数
7月31日～9月30日	スライド配信	診療用放射線の安全利用のための研修	650名
12月15日～1月15日	eラーニング	医療安全を推進するためのコミュニケーションスキル	818名
2月21日 17:15～18:30 ～3月22日	ハイブリッド 動画配信	当院手術室の危機的出血対応 凝固検査異常値への対応と大量出血時の輸血療法	706名

医療安全管理研修会の受講率は、96.5%と前年度より 3.9 ポイント上昇した。各部署の受講率は医師 84.0%、事務局 96%、看護部 99.8%、その他の部署は 100%であった。

5) 指差し呼称他者評価

患者誤認防止対策である「指差し呼称」の他者評価を全職種を対象に年3回（6月、9月、12月）実施し、医療者間と患者家族の2側面から評価を行った。評価結果は、医療安全管理委員会及びリスクマネージャー会議で報告し共有した。また、患者家族へもフィードバックした。

6) 医療安全推進月間（11月）

正面玄関2階の展示スペースと6階の廊下に、TeamSTEPPS で作成した各セクションのポスターを掲示し、患者誤認防止にどのポスターが効果的か、職員を対象に投票を行った。総投票数は610票で、最多得票のPICUと手術室は、病院長より表彰された。

また、2階の展示スペースではポスターとともに患者家族からの指差し呼称の結果を掲示し、フィードバックを行った。

7) 医療安全のための改善への取り組み

①インシデントをふまえ、以下の再発防止策を講じた。

- ・一般病棟、外来で使用している心電図モニターのアラームの設定の統一を図った。SPO2アラームは1分経過するとアラームが一段高くなる設定（エスカレーション設定）とした。
- ・MRIの磁性体の持ち込みについて、放射線技術部との話し合い、医療安全ラウンドの実施により、持ち込み防止のための荷物置き場の設置やバイブレーション方式の金属探知機の導入を行った。
- ・手術部位のマーキングは「印」をつけるルールのみで形状の規定はなかったが、眼科と皮膚科は☆印、その他は手術部位の近傍に白抜きの○で統一した。

②医療安全ラウンドを計12回実施した。各セクションのリスクマネージャーと連携し、「輸液管理」「5S」「時刻確認」などの視点で行った。ラウンド結果はすぐにフィードバックし、物品管理や作業環境等の改善に役立てた。

- ③各セクションにある生体情報モニターおよび時計、ナースコール、監視カメラなどの機器類の時刻確認を毎月継続して実施した。
- ④電子カルテポータル画面に「SBAR」「TeamSTEPPS」「画像未読対策」について掲載し、啓蒙活動を行った。
- ⑤5S活動は、26セクションで年間計画を立て取り組んだ。年度末にまとめを行い、結果はいつでも閲覧できるよう電子管理を行った。
- ⑥心肺蘇生講習（PUSH講習）は計9回開催され、238名が参加した。
- ⑦医療安全管理委員会・リスクマネージャー会議で、報告者名も掲載した GoodJob 報告を計12回配布した。
- ⑧医療安全ニュースを計4回発行した。
- ⑨テクニカルスキルの向上を目的に、合併症等の危険を伴う中心静脈カテーテルの挿入に係る院内の認定制度を導入している。今年度は3回の講習会を開催し、計34名が認定された。
- 9) 県立病院機構医療安全管理者会議
 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：5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2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
 医療安全文化調査では、全体の偏差値53.41であり前年度より1.64ポイント上昇した。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、199施設中1位、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、199施設中3位であった。偏差値では、b)医療安全に対する総合的理解、d)組織学習ー継続的な改善、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、k)部署間でのチームワークの5項目が0.01~0.06ポイント低下し、l)仕事の引継ぎや患者の移動では2.63ポイントと大きく低下した。
- a)出来事の報告される頻度、f)オープンなコミュニケーション、i)人員配置、j)医療安全に対する病院管理支援の4項目の偏差値は0.03~2.09ポイント上昇した。特に、改善すべき側面として挙げられていたf)オープンなコミュニケーションの偏差値は2.09ポイント上昇した。理由として、TeamSTEPPS研修での患者誤認防止ポスター作成の取り組みや、感染症対策の緩和によりコミュニケーションがとりやすくなり向上したことが考えられる。改善すべき側面としては、前年度に引き続きi)人員配置があげられている。0.07ポイント偏差値は上昇したが、

高い病床利用率が続き、業務の煩雑さや人員が足りないように感じている職員が多いことが要因と考える。また、今年度新たに1) 仕事の引継ぎや患者の移動が改善すべき側面としてあげられた。入院や転棟などの患者の移動が多く、引継ぎ時のインシデント報告が増加していることが要因と考える。それぞれの部署の相互理解を深め、業務の見直しと削減が必要である。

(医療安全管理者 中山 幸子・岡本 友美)

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5年度における、院内の疑義照会件数は843件で、このうち投与量に関するものが399件(47.3%)、投与方法に関するものが112件(13.3%)、投与日数に関するものが51件(6.0%)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100件(11.9%)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72件(8.5%)であった。

令和5年度における、院外処方箋の疑義照会件数は497件で、このうち投与量に関するものが157件(31.6%)、投与方法に関するものが93件(18.7%)であった。また昨今の医薬品の供給不安の影響による処方の変更や中止に関するものが86件(17.3%)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、2月に医薬品安全使用のための研修会を開催し544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5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、重症系に設置されているフィリップス社製セントラルモニター21台の更新があり、院内への周知および勉強会を実施した。また、在宅でのHFNC導入患者が増加した。医療機器の中央管理では輸液ポンプ・シリンジポンプの使用前点検の運用変更を行い、病院機能評価に対応した運用とした。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比92%で、186回の開催となった。参加者は昨年度比90%、のべ1152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いME NEWSは7回発行した。

(医療機器安全管理責任者 古山 義明)

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 (Quality Control) 手法」と呼ばれる手法を用いる。

当センター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、このような改善活動をさらに推進するために令和元年度から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5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

36サークルの改善活動が行われた。

その一覧を別表「令和5年度 QCサークル・テーマ一覧」に示す。

2. QC活動年間計画

令和5年5月26日(金) キックオフミーティングにて本年度QCテーマ決定

令和5年10月26日(木) QCサークル中間報告会

令和6年2月29日(木) QCサークル成果報告会

3. TQM講演会

令和5年5月26日(金)

島根大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授 深見達弥 氏

テーマ「医療安全向上のための心理的安全性」

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10件

6. 全国大会参加

7. 令和5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	省エネルギー推進	事務局管理部管財担当
優秀賞	耳鼻咽喉科外来でのタスク・シェア	入退院支援センター・耳鼻咽喉科
	1点物器械を把握し、手術時欠品を阻止せよ!	手術室
	薬剤部・NICU・GCU病棟における薬剤業務の効率化	薬剤部・NICU・GCU

別表

令和5年度 Q Cサークル・テーマ一覧

診療科 セクション	テーマ
新生児科	グレードA帝王切開術への当科の対応
感染免疫科・ 地域診療連携室・ 外来	小児病院における成人移行のススメ
血液腫瘍科・ 10A・10B	退院・外泊・検査・手術等に伴う 食事変更オーダー遅延に伴う無駄を減らそう
整形外科	側弯症手術における自己血輸血の術前単位数に関して ー 21 日前と 28 日前ルールでの安全性と問題点 ー
形成外科・ 緩和ケア・9B	口蓋裂術後の疼痛コントロールの再考
麻酔科	適切なMR I 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・ 放射線技術部	未読対策会議、未読報告を開始しよう
歯科	一般外来の向上を目指して
保健発達部	リハ実施計画書作成における 自動アラート機能の効果検証
放射線技術部	核医学検査のR I 投与量の最適化
検査技術部	血液製剤廃棄についての検討
薬剤部・ NICU・GCU	薬剤部・NICU・GCU病棟における 薬剤業務の効率化
栄養部	アラカルト食にまつわる改善と効率化
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
地域連携・ 相談支援センター	入院時の医療費助成制度をわかりやすくしよう！
事務局管理部 管理担当	省エネルギー推進
2階事務局	お問い合わせへのクイックレスポンス

診療科 セクション	テーマ
看護部①	【身体抑制最小化WG】 身体抑制最小化（身体抑制ゼロを目指す）
看護部②	【転倒・転落防止WG】転落・転落防止
看護部③	働きやすい職場環境の整備（時間外の削減）
看護部④	病棟・外来一体化の推進
PICU・ 集中治療科・ 救急診療科・ 外傷診療科	上手い！早い！！安全に検査搬送します！ ー インシデント0を目指して ー
HCU・ 集中治療科・ 救急診療科・ 外傷診療科・ 栄養部	目指せ、HCUの廃棄食ゼロ！
HCU・ER	ベッドを入れ替えて患者移動を安楽に
NICU・GCU・ 新生児科	MRSA 新規発生患者数を低下させる
9A	定時ダヨ👋 NO残業で退勤しよう！
10B・腎臓科・ 循環器科	検査入院を見直して病床を有効活用する
11A	時間外削減PART3色々変えてみよう
12A・神経科・ 総合診療科・ 消化器内臓科・ 代謝内分泌科	独法3年 連携の輪を広げ、 オーダー締め切り後の欠食を減らす取り組み👏
手術室①	手術室、忘れ物なくし隊！
手術室②	1点物器械を把握し、手術時欠品を阻止せよ！
手術室③	みんな手術室へ頑張っで行けたよ
ER・集中治療科・ 外傷診療科・ 救急診療科	縫合処置、フォローアップ改善計画とタスクシフト
外来	中央治療室の業務改善
入退院支援センター ・耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉科外来でのタスク・シェア
入退院支援センター ・入院前支援担当	入院決定後の効率的な入院前支援の推進

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（副病院長兼看護部長）、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）、三浦義文（集中治療科・医長）、
神原孝子（保健発達部・副技師長）、茂木健太郎（放射線技術部・技師）、急式政志（検査技術部・副技師長）、
石井香織（薬剤部・副部長）、池上綾香（臨床工学部・主任）、菅野由紀子（企画担当・課長）、
大川由華（企画担当・主任）

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) 日本専門医機構で登録されている「小児科専門研修プログラム」について、2022 年 5 月に第 6 版を発行した。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」を掲げている。
- (3) 協力型臨床研修病院として、令和 5 年度はさいたま赤十字病院から 5 名、三井記念病院から 7 名、JCHO 東京新宿メディカルセンターから 2 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、泌尿器科および総合診療科がそれぞれ担当した。
- (4) 令和 5 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。

2. 小児科専攻医(レジデント)

- (1) 令和 5 年度は以下の 5 名の専攻医を迎えた：合原遥、上谷遼、後藤菜香乃、清水亮子、谷口立樹。
- (2) 4 名の専攻医の研修修了を承認した：藤林俊助、村越由佳、目黒麻里子、萬木文佳。この 4 名は、2024 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) 2024 年度採用分の専攻医試験（応募者 7 人）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。この場を借りて、感謝を申し上げる。
- (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) 「SCMC 小児科専門研修プログラム」研修のオプションとして、シミュレーションやクルーズ等を「臨床研修委員会推奨」として認定した。大部分が自己研鑽の扱いとなるが、レジデントが参加しやすい環境づくりを指向した。

4. その他

- (1) 専攻医募集の手段として、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) 「後期レジデント Facebook」を再開できる体制を整えた。

(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）」を設置した。

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。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、対応を検討している。怪我の程度が重く、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や支援依頼、情報提供を行っている。また、受傷機転不明の重篤な外傷が認められる等、早期に判断し方針を決めるために臨時会議を開催している。

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。令和4年度からは養育支援体制加算の算定のための職員研修を年2回開催している。

令和5年度中に、CAATで新規にリストアップした児童数は111名（表1）であり、昨年度の143名から減少した。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前年度276件、令和5年度は263件とほぼ横ばいとなっている。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、支援に繋がられるようになった。

令和5年度のCAATの実績は、定例会議50回、臨時会議7回開催し、新規報告件数が123件であった。児童相談所等への通告は24件（児相22件、市町村2件）、警察通報は3件であった。新規一時保護委託は17人（昨年度から継続して保護中の1名を含めると18名）、一時保護の延べ日数は810日と前年度の227日に比べ増加している。

（堀江 都美）

【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5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5年度に行った事業は、実行委員会を2回（6月6日：29名出席、1月25日：29名出席）、研修会を2回（9月21日：117人参加、12月1日：236人参加）、教育講演会を1回開催した。第1回研修会は、地域における虐待予防と対応のためのネットワーク強化を目的に入間地区における児童虐待の模擬事例を用い、グループディスカッションを通して顔の見える関係づくりを企画し開催した。第2回研修会は、過去の研修会アンケート回答で要望のあった「男児の性虐待診察について」をテーマに開催した。テーマへの関心の高さ、オンラインの参加しやすさもあり、大変多くの幅広い職種の方々の参加があった。教育講演会は、2月22日（180人参加）にハイブリットで開催した。警察大学校特別捜査幹部研修所長の小笠原和美様を講師に招き、「子どもたちを虐待・性暴力から守る」をテーマに児童虐待対応における多機関連携について講演していただき、児童虐待事案から見えてくる課題、岐阜市における多機関連携の新しい形の紹介など貴重な話を聞くことができた。

研修会、教育講演会開催を通し、関係機関が互いに理解を深め連携し地域の力で子どもたちや加害者をも守る仕組みの構築が重要であることを共有した。以下、児童虐待対応医療ネットワーク事業における研修開催実績を一覧表に示した。

R5 年度研修開催実績

No.	テーマ	講師	肩書	開催日	参加人数
1	子ども虐待問題を通して造るネットワーク 児童虐待事例検討会（現地開催）	森内 優子 星野 崇啓 岡田 邦之	イムス富士見総合病院小児科 さいたま子どものこころクリニック院長 おかだこどもの森クリニック 院長	R5. 9. 21	117
2	男児の性虐待診察について （ハイブリット開催講堂+Zoom）	溝口 史剛	前橋赤十字病院 小児科副部長	R5. 12. 1	236
3	児童虐待対応における多機関連携について （ハイブリット開催講堂+Zoom）	小笠原 和美	警察大学校 特別捜査幹部研修所長 最高検察庁刑事政策推進室検事	R6. 2. 22	180

(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
49	19	20	9	5	9	0	111

表2: 受理経路

関係機関から	救急	他院から	入通院中	合計
49	37	7	18	111

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
16	10	78	2	5	111

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	5	4	2	4	1	8	0	8
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	2	1	1	6	8	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	放射線科	合計	
3	0	20	10	2	3	1	111	

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	7
	くも膜下出血	1
	脳浮腫	2
	脳挫傷	1
骨折	頭蓋骨骨折	5
	肋骨骨折	1
	その他の骨折 (鎖骨、顔面、上肢、下肢)	5
眼底出血		5
打撲痕・挫創		11
熱傷		6
栄養障害	低身長	5
	脱水	0
	体重減少	2
誤飲		1
溺水		1
CPAOA		8

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、事務局職員 23 名で構成されている。

NST 回診、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ている。

(1) NST 委員会・NST 看護部小委員会

NST 委員会は奇数月の第 4 木曜日に開催し、NST 活動の運営全般について協議を行っている。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ている。

(2) 栄養評価

栄養スクリーニングについては全患者に実施し、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。隔週で病棟訪問を実施し、依頼医との連携を密に取り栄養介入を行っている。依頼は血液腫瘍科からが多く、ほかに消化器肝臓科、感染免疫科、移植外科、循環器科、集中治療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により高度栄養不良判定となった患者について、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。開催後 1 か月程度動画を配信しており、より多くのスタッフの受講が可能となっている。

(7) NST 活動ツールの整備

栄養補助食品は、患者の摂取しやすさ、使用頻度、価格面等を考慮し、経腸栄養剤、微量栄養素補充飲料等の見直しを行っている。

電子カルテのマニュアル全般に、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	9659 件（入院時 8069 件、再評価時 1590 件）
ウ NST 回診	46 回（依頼 18 件、延べ回診人数 344 名）
エ NST カンファレンス	22 回 95 件
オ 栄養コンサルテーション	134 件
カ NST 勉強会	R5. 9 月 25 日 アンケート回収数 261 枚 センタースタッフに伝えたい食物アレルギーについて R6. 1 月 22 日 アンケート回収数 191 枚 褥瘡危険因子の再評価によるケアの変化 -日頃の観察・勘をケアに反映する- センターで使用できる栄養補助食品のすべて

(三浦明子)

第11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

- ・ 病棟ラウンド（RST ラウンド）を月2回（1回30分）、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、臨床工学技士および理学療法士である。
- ・ 2023年3月20日までのラウンド人数は10人であった。

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48号（2023年7月）：「在宅ケアで電力に依存している子どもの家庭が停電に遭ったら…」、第49号（2024年2月）：「皆さんはアジャストフィットの体外長ってどこか知ってる??」、第50号（2024年3月）：「院内のバグバルブマスクの採用が変わります」。
- ・ 上記とは別に、「シリコン製気管切開チューブの上下逆挿入に注意」（6月）を院内配布した。

3. 「電カル・ポータル」のRST欄の充実

- ・ 以下の項目、文書類を電子カルテ・ポータルからいつでも、どこでも見ることができるようにした。随時、改訂を行っている。
- ・ 呼吸療法・ケアガイドブック、在宅用人工呼吸器および気管切開管理に関する文書、マニュアル類。

4. 医療安全および業務改善活動

- ・ 定例会議までの1か月間にSafe Masterで報告されたインシデント報告の中で、気管切開・酸素・人工呼吸器にそれぞれ関係するものを検討することにした。
- ・ PICU/HCU でのみ運用されていた、人工呼吸器のスタンバイモード時の表示方法をすべての病棟・すべての人工呼吸器で適用できるようにした（臨床工学部による）。

5. その他の活動

- ・ 在宅人工呼吸器や在宅酸素など、医療的ケアに電源を利用している患児の災害・停電時に備えた自助を目的とした「停電時アクションカード」を防災委員会における災害時トリアージの方針に沿う形に改訂した。
- ・ 気管カニューレ「シャイリー」の院内導入に際し、使用方法および注意点について院内で周知を図った。（田中 学）