

# 第1章 病院概要



# 第1節 沿革

## 1. 目的

本院の目的は、原則として一般診療機関で、診断、治療の困難な小児患者（15歳以下）を県内全域より紹介予約制で受け入れ、高度医療を行い、同時に小児医療関係者の研修、母子保健衛生に関する教育指導を行うことである。

## 2. 経緯

(昭和)

- 48. 1. 18 知事から医療問題懇談会に「静岡県医療水準を向上させるため」の方策について諮問
- 48. 4. 27 「県中部の静清地域に小児専門病院を新設することが妥当である」と答申
- 48. 9. 県議会において建設地を静岡市漆山に決定、敷地整備費として2億3千万円の予算を議決
- 49. 6. 実施計画、医療機器の整備、スタッフの選考等の協議機関として建設委員会設置
- 49. 12. 建築工事着手
- 51. 4. こども病院準備室を県衛生部内に設置
- 51. 10. 建築工事完成
- 52. 3. こども病院完成（所要経費75億円、建設準備期間4年）

(開院後のあゆみ)

- 52. 4. 1 静岡県立こども病院設置、初代院長として中村孝就任
- 52. 4. 20 内科（小児科）系各科診療開始
- 52. 5. 8 開院式挙行
- 52. 5. 16 外科系各科診療開始
- 52. 6. 1 外科系病棟開棟
- 53. 3. 26 院内保育所建物完成
- 54. 5. 10 外科系乳児開棟により全7病棟開棟
- 56. 12. 1 新生児未熟児救急車導入
- 57. 4. 1 訪問教育（院内学級）開始
- 61. 6. 30 県立病院総合医療システム導入開始

(平成)

- 3. 6. 1 MR I 棟開棟 無菌治療室の設置
- 4. 12. 1 新生児特定集中治療室及び指導相談科作業療法室の設置
- 5. 3. 26 特定集中治療室の設置
- 11. 8. 10 慢性疾患児家族宿泊施設「コアラの家」完成
- 13. 2. 23 地域医療支援病院の名称承認
- 13. 3. 1 静岡県予防接種センター設置
- 13. 6. 18 臨床修練指定病院の指定
- 15. 3. 10 新内科病棟、パワープラント完成
- 15. 9. 1 新医療情報システム運用開始
- 15. 10. 27 臨床研修病院の指定
- 16. 1. 26 病院機能評価認定証（Ver. 4.0）を取得
- 17. 4. 1 第5代院長として吉田隆實就任

- 第4代院長横田通夫名誉院長に就任
- 17. 12. 1 静岡市内小児2次救急輪番制に参加
  - 18. 7. 1 静岡こども救急電話相談開始（～19.3.31：施設提供、医師応援）
  - 18. 10. 1 院外処方開始
  - 19. 3. 9 周産期施設・外科病棟完成
  - 19. 6. 1 西館（外科、周産期、小児救急など各病棟）開棟
  - 20. 4. 1 こころの診療科（精神科）外来診療開始
  - 20. 12. 25 総合周産期母子医療センターの指定
  - 21. 1. 19 病院機能評価認定証（Ver. 5.0）を取得
  - 21. 4. 1 地方独立行政法人 静岡県立病院機構設立
  - 21. 4. 1 東館2病棟（精神科病棟）開床
  - 22. 7. 1 静岡県小児がん拠点病院の指定
  - 22. 9. 1 電子カルテ導入
  - 22. 12. 1 小児救命救急センターの指定

### 3. 学会等の施設認定状況

#### (1) 国、県等による指定

臨床修練指定病院（厚生労働省）  
臨床研修指定病院（厚生労働省）  
生活保護法指定医療機関（静岡県）  
養育医療指定医療機関（静岡県）  
結核予防法指定医療機関（静岡県）  
指定自立支援医療機関（静岡市）  
エイズ治療中核拠点病院（静岡県）  
地域医療支援病院（静岡県）  
予防接種センター（静岡県）  
救急病院（静岡県）  
総合周産期母子医療センター（静岡県）  
病院機能評価認定病院（(財)日本医療機能評価機構）  
小児がん拠点病院（静岡県）

#### (2) 学会による認定

日本小児科学会小児科専門医制度研修施設  
日本循環器学会認定循環器専門医研修関連施設  
日本小児神経科学会小児神経科専門医制度研修施設  
日本アレルギー学会認定教育施設  
日本麻酔科学会認定麻酔指導病院  
日本外科学会専門医制度修練施設  
日本小児外科学会専門医制度認定施設  
日本静脈経腸学会N S T専門療法士認定教育施設  
日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医教育施設  
日本整形外科学会専門医制度研修施設  
日本形成外科学会専門医研修施設  
三学会構成心臓外科専門医認定機構認定基幹施設  
日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関  
日本病理学会認定病理専門医制度認定病院S  
日本血液学会認定医研修施設  
日本脳神経外科学会専門医訓練施設  
日本周産期・新生児医学会専門医制度研修施設  
日本人類遺伝学会臨床細胞遺伝学認定士制度研修施設  
日本東洋医学会指定研修施設  
日本胸部外科学会認定医認定制度指定病院  
日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設認定病院  
日本がん治療認定医機構認定研修施設  
日本リハビリテーション医学会研修施設

#### 4. 施設基準等指定状況

平成23年3月31日現在

指定事項等	指定年月日等	指定機関等
国民健康保険療養取扱機関の申出受理	昭和52年4月1日	
生活保護法に基づく医療機関の指定 (第中—1号)	昭和52年4月1日	
保険医療機関の指定 (医4160380 歯4160386)	昭和52年4月1日	静岡社会保険事務局長
養育医療機関の指定 (保予第108号)	昭和52年4月20日	
結核予防法に基づく医療機関の指定 (保予第73号)	昭和52年6月23日	
身体障害者福祉法に基づく医療機関の指定 (厚生省社第616号)	昭和52年7月1日	
エイズ拠点病院	平成8年5月	静岡県(静岡中部)
地域医療支援病院	平成13年2月23日	静岡県(静岡市)
静岡県予防接種センター	平成13年3月1日	静岡県(静岡全県)
臨床修練指定病院	平成13年6月18日	厚生労働省
臨床研修病院	平成15年10月27日	厚生労働省
病院機能評価認定	平成21年1月19日	(財)日本医療機能評価機構
臨床研修病院入院診療加算 (臨床研修)第47号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
妊産婦緊急搬送入院加算 (妊産婦)第39号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
診療録管理体制加算 (診療録)第82号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
重症者等療養環境特別加算 (重)第83号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
栄養管理実施加算 (栄養管理)第202号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
医療安全対策加算1 (医療安全)第60号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
ハイリスク妊娠管理加算 (ハイ妊娠)第52号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
特定集中治療室管理料1 (集)第34号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
ウイルス疾患指導料 (ウ指)第5号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
検体検査管理加算(Ⅰ) (検Ⅰ)第114号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
検体検査管理加算(Ⅲ) (検Ⅲ)第33号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
小児食物アレルギー負荷検査 (小検)第29号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
画像診断管理加算2 (画2)第32号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
冠動脈CT撮影加算 (冠動C)第18号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
心臓MRI撮影加算 (心臓M)第20号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (脳Ⅱ)第159号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) (呼Ⅰ)第70号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
障害児(者)リハビリテーション料 (障)第12号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
集団コミュニケーション療法 (集コ)第35号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (ペ)第93号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
大動脈バルーンパンピング法(IABP法) (大)第64号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
生体腎移植術 (生腎)第9号	平成21年4月1日	東海北陸厚生局
精神病棟入院基本料 (精神入院)第57号	平成21年5月1日	東海北陸厚生局
精神科応急入院施設管理加算 (精応)第14号	平成21年5月1日	東海北陸厚生局
児童・思春期精神科入院医療管理加算 (児春)第1号	平成21年5月1日	東海北陸厚生局
血液細胞核酸増幅同定検査 (血)第23号	平成21年5月1日	東海北陸厚生局
精神科身体合併症管理加算 (精合併加算)第21号	平成21年6月1日	東海北陸厚生局

指定事項等		指定年月日等	指定機関等
精神科作業療法	(精)第40号	平成21年6月1日	東海北陸厚生局
外来化学療法加算2	(外化2)第20号	平成21年8月1日	東海北陸厚生局
新生児特定集中治療室管理料1		平成22年1月1日	東海北陸厚生局
総合周産期特定集中治療室管理料	(周)第5号	平成22年1月1日	東海北陸厚生局
救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	(救急加算)第48号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
強度行動障害入院医療管理加算	(強度行動)第3号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害)第2号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
薬剤管理指導料	(薬)第197号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
医療機器安全管理料1	(機安1)第67号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
検体検査管理加算(Ⅳ)	(検Ⅳ)第9号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
埋込型心電図検査	(埋心電)第9号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
胎児心エコー法	(胎心エコー)第3号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方)第15号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
無菌製剤処理料	(菌)第69号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
一酸化窒素吸入療法	(NO)第3号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
埋込型心電図記録計移術及び埋込型心電図記録計摘出術		平成22年4月1日	東海北陸厚生局
麻酔管理料(Ⅰ)	(麻管Ⅰ)第84号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
麻酔管理料(Ⅱ)	(麻管Ⅱ)第4号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
歯科矯正診断料	(矯診)第25号	平成22年4月1日	東海北陸厚生局
医師事務作業補助体制加算	(事務補助)第41号	平成22年5月1日	東海北陸厚生局
褥瘡患者管理加算	(褥)第163号	平成22年5月1日	東海北陸厚生局
神経学的検査	(神経)第77号	平成22年5月1日	東海北陸厚生局
一般病棟入院基本料	(一般入院)第171号	平成22年6月1日	東海北陸厚生局
急性期看護補助体制加算	(急性看補)第41号	平成22年6月1日	東海北陸厚生局
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復)第4号	平成22年6月1日	東海北陸厚生局
CT撮影及びMRI撮影	(C・M)第135号	平成22年6月1日	東海北陸厚生局
運動器リハビリテーション科(Ⅰ)	(運Ⅰ)第262号	平成22年6月1日	東海北陸厚生局
補助人工心臓	(補心)第8号	平成22年7月1日	東海北陸厚生局
小児入院医療管理料1	(小入1)第3号	平成22年10月1日	東海北陸厚生局
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩)第35号	平成23年1月1日	東海北陸厚生局
栄養サポートチーム加算	(栄養子)第24号	平成23年2月1日	東海北陸厚生局
感染防止対策加算	(感染防止)第22号	平成23年3月1日	東海北陸厚生局

## 第2節 施 設

### 1. 敷地及び建物

敷地面積 113,429.46 m<sup>2</sup>

名 称	構 築	延 面 積	摘 要
こども病院	鉄筋コンクリート6階建 PH2階	34,286.59 m <sup>2</sup>	
パワープラント	鉄筋コンクリート2階建	1,475.60 m <sup>2</sup>	
保育所	鉄骨平屋建	139.50 m <sup>2</sup>	
院長・副院長公舎	鉄筋コンクリート造スレートぶき2階建	200.78 m <sup>2</sup>	2棟 2戸分
医師共同宿舎	鉄筋コンクリート2階建	2,051.84 m <sup>2</sup>	6棟 28戸分
医師独身宿舎	〃	260.00 m <sup>2</sup>	1棟 10戸分
〃	鉄筋コンクリート3階建	339.06 m <sup>2</sup>	1棟 12戸分
看護師宿舎	〃	1,715.16 m <sup>2</sup>	3棟 60戸分
家族宿泊施設	(看護師宿舎G棟1階部分)	169.53 m <sup>2</sup>	コアの家 6戸分
計		40,638.06 m <sup>2</sup>	

### 2. 附属設備

主な附属設備は、次のとおりである。

設 備 名	設 置 機 械	数 量	型式及び性能
空気調和設備	ボイラー	3	炉筒煙管式 2,400kg/h×2、炉筒煙管式 1,800kg/h×1
	直焚冷温水機	1	冷房 2,110kw、暖房 1,800kw
	クーリングタワー	1	冷却能力 600 t
	水冷スクリューチラー	1	冷凍能力 242.3Kw 加熱能力 358.2Kw
	空冷式ヒートポンプチラー	1 1	冷却能力 180Kw 暖房能力 157Kw
	空調機	4 4	ハンドリングユニット 8時間×21、24時間×23
	ファンコイル	4 3 7	8時間×24系統、24時間×12系統
	パッケージ	4 3	パッケージビル用マルチ用、冷房能力 1,500kw
電気電話設備	高圧受変電	1	6,600V2,200kw 設備容量 10,435KVA
	常用発電機	1	ガスタービン(LNG)発電 6,600V312.5KVA (コージェネレーションシステム)
	非常用自家発電機	1	ガスタービン(A重油)発電 6,600V1,250VA
	〃	1	ディーゼル発電 6,600V 250kAV
	〃	1	西館ガスタービン 6,600V、750KVA
	電話交換機	1	自動構内交換装置 800回線
	院内 PHS	1	院内 PHS 受信機 245 台、PHS アンテナ 68 台
搬送昇降設備	エアーシューター	1	V-AS113 式 4 系統 42 ステーション
	ベルトコンベアー	1	
	高速エレベーター	2	乗用 750 kg 11 名 90m/分
	低速エレベーター	3	寝台用 1,000 kg 15 名 45m/分
	〃	1	〃 750 kg 11 名 45m/分
	機械室エレベーター	4	〃 1,000 kg 15 名 60m/分
	〃	2	乗用 1,000 kg 15 名 60m/分
	〃	2	人荷用 1,000 kg 15 名 60m/分
	〃	1	人荷用 2,000 kg 46 名 60m/分
	ダムウェーター	2	小荷物専用 50kg 30m/分
〃	2	〃 50kg 45m/分	
防災設備	スプリンクラー	1	ポンプ 900 L/分 78m22KW、ヘッド 3,596 個
	屋外消火栓	1	ポンプ 800 L/分 53m15KW、放水口 4 箇所
	自動火災報知器	1	熱感知器 1,419 個、煙感知器 282 個
衛生設備	高置水槽	6	病院用 20 トン×2、北館 15 トン×2、西館 8 トン×2
	受水槽	4	92 トン×2、雑用 57.5 トン×1 55.5 トン×1
	液体加熱器	2	ストレージタンク容量 4,480 L×2 流量 120 L/分×1
	医療ガスタンク	2	液化酸素 4,980 L×1 9,730L×1
	医療ガスマニホールド	1	液化窒素 4,980 L×1 15,000L×1
	R I 処理槽	1	O <sub>2</sub> 、N <sub>2</sub> O、N <sub>2</sub> 、CO <sub>2</sub>
	合併処理槽	1	放射能モニタリングシステム付 貯水槽 100m <sup>3</sup>
			活性汚泥法長時間ばっ気方式 2,000 人槽 270m <sup>3</sup> /日

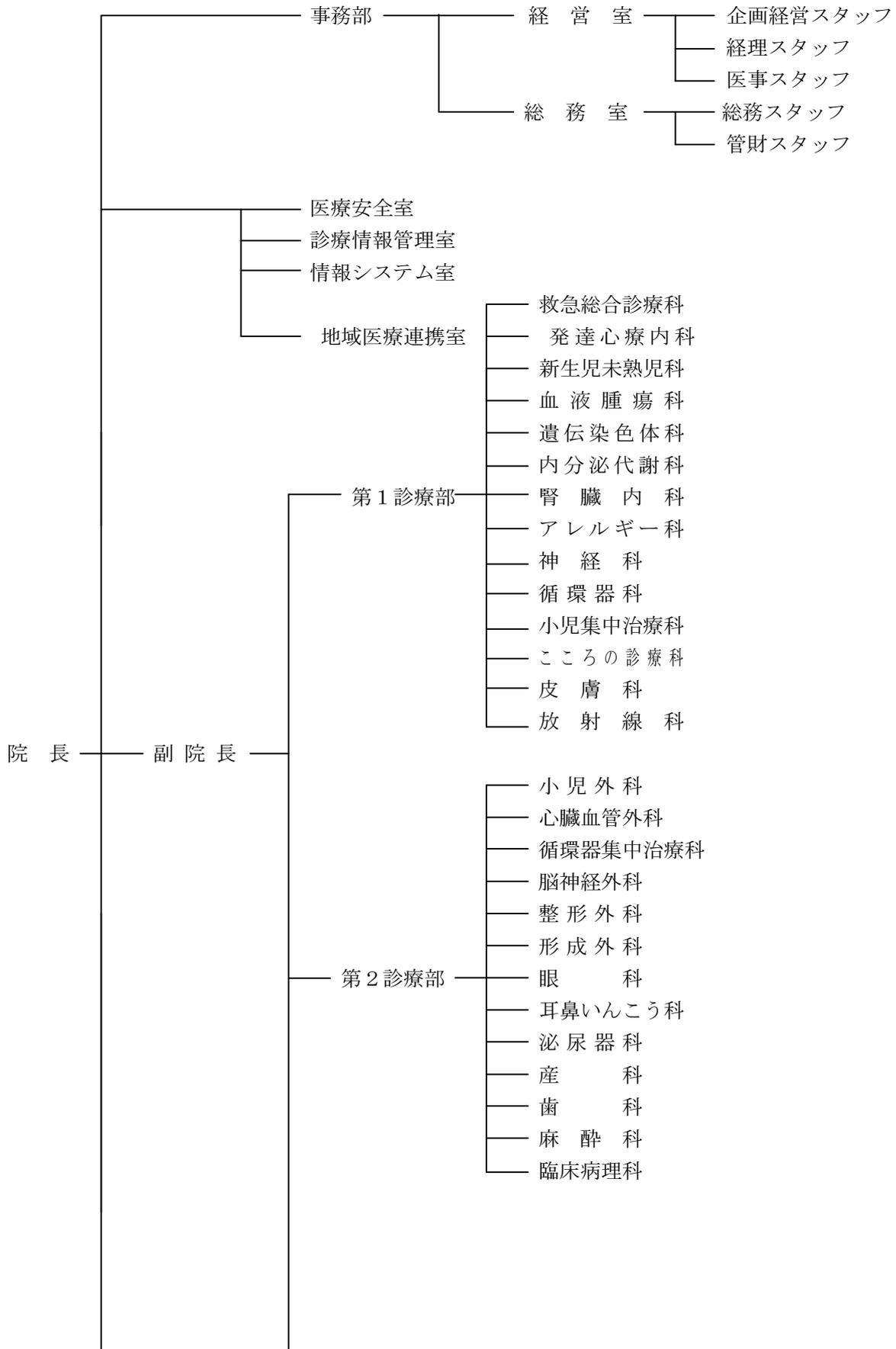
### 3. 主要固定資産

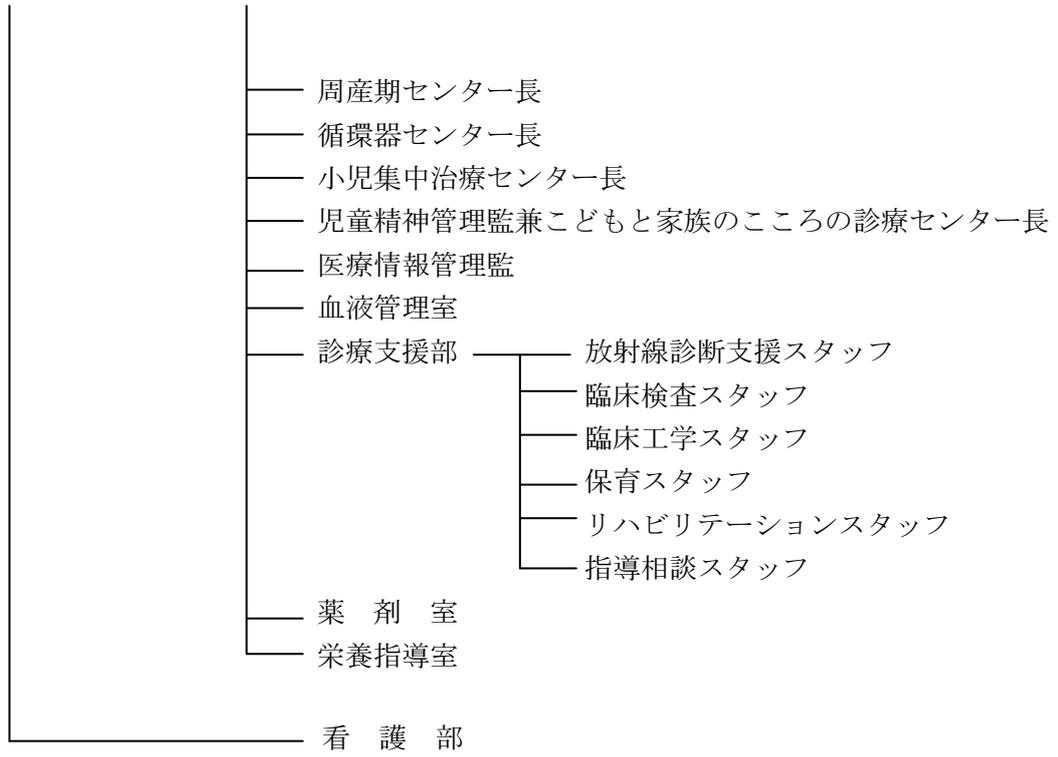
購入額3,000万円以上の固定資産は、次のとおりである。

資産名称	規格・型式	数量	科名
アンギオCT	シーメンス旭メディテック AXIOM Artis	1	放射線科一般
全身用磁気共鳴装置(MRI)	シーメンス MagnetomSymphony Maestro Class1.5T	1	放射線科一般
全身用コンピュータ断層撮影装置(CT)	東芝 XVIGOR TSX-012A	1	放射線科一般
ガンマーカメラシステム	シーメンス旭メディテック(株) Symbia T16	1	放射線科RI
高エネルギー直線加速装置	東芝メディカル プライマス ミッドエナジーM2-6745	1	放射線科一般
生体情報モニタリングシステム	フィリップス M3155B	1	心臓血管外科
CRシステム	富士写真フィルム FCR5000システム (FCR5000H×2 + IDT741×3 + IDT742 + HIC655D-2CRT + OD-F624L180)	1	放射線科一般
術野映像記録・PACS画像表示システム	DELL Express5800/110EJ	1	心臓血管外科
X線透視撮影装置	東芝 ULTIMAX MDX-8000Aほか	1	放射線科一般
心臓超音波診断装置	(株)フィリップスエレクトロニクスジャパンメディカルシステムズ iE33	1	循環器科
単純X線撮影装置	フィリップスメディカル Digital Diagnost TH/VS	1	放射線科一般
超音波診断装置	フィリップスメディカル SONOS5500	1	循環器科
患者監視システム	フィリップスメディカル M1166A 他	1	手術室
レーザー光治療装置	コヒレント ラムダAU	1	眼科
人工心肺装置	ノーリン スタックカート	2	心臓血管外科
シーリングシステム	ヘレウス ハナウポートシステム	1	手術室
血液照射装置	ノーディオン GAMMACELL3000	1	放射線科一般
超音波診断装置	アジレントテクノロジー SONOS5500	1	新生児未熟児科
3次元立体画像診断・治療装置	CARTO XP システム ジョンソンエンドジョンソン	1	手術室

### 第3節 組織・職員

#### 1. 組織





## 2. 職 員

### (1) 職員職種別配置及び異動

部 門	職 種	配当 22. 4. 1		退 職	採 用	23. 3. 31 実 数
		定 数	実 数			
事 務 部	一 般 事 務 職 ( 時 限 職 員 ) 診 療 情 報 管 理 士	27	28			28
		(1)	(1)			(1)
		1	1			1
第 1 診 療 部	医 師	51	50	2	2	50
第 2 診 療 部	医 師	41	36	6	4	34
	歯 科 医 師	1	1	0	0	1
診 療 支 援 部	放 射 線 技 師	13	13	0	0	13
	臨 床 検 査 技 師	22	23	0	0	23
	臨 床 工 学 技 師	5	5	0	0	5
	保 育 士	1	1	0	0	1
	歯 科 衛 生 士	1	1	0	0	1
	理 学 療 法 士	3	3	1	0	2
	作 業 療 法 士	3	3	0	0	3
	言 語 聴 覚 士	1	1	0	0	1
	視 能 訓 練 士	2	1	0	0	1
	臨 床 心 理 士	5	5	1	0	4
地 域 医 療 連 携 室	M S W	2	2	0	0	2
	看 護 師	2	2	0	0	2
	保 健 師	1	1	0	0	1
薬 剤 室	薬 剤 師	12	12	1	1	12
栄 養 指 導 室	栄 養 士	4	4	0	0	4
看 護 部	看 護 師	365	395	15	3	383
	計	564	589	26	10	573

(注) 1. 院長、副院長を含む。

2. 設備保守、整備、清掃、電話交換、洗濯、給食（一部）及び医事（一部）は、専門会社に委託している。

## (2) 主たる役職者

(平成 22 年 4 月 1 日)

役 職 名	氏 名	備 考
院 長	吉 田 隆 實	
院 長 代 理 兼 副 院 長	長 谷 川 史 郎	病院改革推進室長兼務
副 院 長	小 林 繁 一	医療安全室長兼務
〃	坂 本 喜 三 郎	循環器センター長兼務
事 務 部 長	小 林 亨 二	
次 長 兼 経 営 室 長	渡 井 康 之	経営監、病院改革推進室長補佐兼務
総 務 室 長	栗 田 豊 喜 夫	総務監兼務
役 職 名	氏 名	備 考
第 1 診 療 部 長 (内 科 系)	小 野 安 生	診療情報管理室長、情報システム室長、 循環器科医長兼務
救 急 総 合 診 療 科 医 長	加 藤 寛 幸	
〃	勝 又 元	
新 生 児 未 熟 児 科 医 長	田 中 靖 彦	
〃	森 千 左 子	
血 液 腫 瘍 科 医 長	堀 越 泰 雄	血液管理室長兼務
〃	工 藤 寿 子	
〃	渡 邊 修 大	
〃	阿 部 泰 子	
遺 伝 染 色 体 科 医 長	石 切 山 敏	
内 分 泌 代 謝 科 医 長	上 松 あ ゆ 美	
腎 臓 内 科 医 長	和 田 尚 弘	
〃	北 山 浩 嗣	
〃	山 田 昌 由	
ア レ ル ギ ー 科 医 長	木 村 光 明	
神 経 科 医 長	愛 波 秀 男	地域医療連携室長兼務
〃	渡 邊 誠 司	
循 環 器 科 医 長	小 野 安 生	
〃	新 居 正 基	
〃	満 下 紀 恵	
〃	金 成 海	
〃	芳 本 潤	
小 児 集 中 治 療 科 医 長	植 田 育 也	小児集中治療センター長兼務
〃	吉 本 昭	
〃	川 崎 達 也	
こ こ ろ の 診 療 科 医 長	山 崎 透	児童精神管理監、こどもと家族のこころ の診療センター長兼務
〃	大 石 聡	
〃	石 垣 ち ぐ さ	
〃	伊 藤 一 之	
放 射 線 科 医 長	小 山 雅 司	
第 2 診 療 部 長 (外 科 系)	堀 本 洋	麻酔科医長兼務
小 児 外 科 医 長	漆 原 直 人	
〃	福 本 弘 二	
〃	杉 山 彰 英	
〃	福 澤 宏 明	
心 臓 血 管 外 科 医 長	藤 本 欣 史	

〃	太田教隆	
〃	村田眞哉	
循環器集中治療科医長	大崎眞樹	
〃	登坂有子	
脳神経外科医長	田代 弦	
〃	石崎 竜司	
整形外科医長	滝川 一晴	
形成外科医長	朴 修三	診療支援部長兼務
泌尿器科医長	河村 秀樹	
〃	濱野 敦	
産科医長	西口 富三	周産期センター長兼務
〃	河村 隆一	
歯科医長	加藤 光剛	
麻酔科医長	堀本 洋	
臨床病理科医長	高桑 恵美	
〃	高岩 淵英人	
血液管理室長	堀越 泰雄	
指導相談室長	愛波 秀男	
診療支援部長	朴 修三	
放射線診断支援スタッフ技師長	矢野 正幸	
臨床検査スタッフ技師長	高木 義弘	
薬剤室長	高木 崇代	
栄養指導室長	芹 澤 陽子	
看護部長	岡村 暁美	
副看護部長	小栗 知津子	
〃	望月 美貴子	医療安全室長補佐兼務

## 第4節 管理・運営

### 1. 病棟構成

病棟は年齢、内科、外科系列を基準に構成している。

なお、実態に合わせ、昭和56年4月1日、平成11年12月3日、平成15年3月10日に病棟間の稼働床数の変更を行った。

病棟名(通称)	定床数(床)	開棟年月日	備考
新生児未熟児病棟(北2)	33	52.5.31	15.3.10 新棟完成により旧B2病棟を移設し開棟
内科系乳児病棟(北3)	28	53.3.14	旧A1病棟患者を引継ぎ開棟。15.3.10 新棟完成により旧A2病棟を移設し開棟
感染観察病棟(北4)	28	52.5.12	52.5.12～53.3.14 まで内科系乳児病棟兼感染観察病棟として使用。 53.5.16 から感染観察病棟となる。15.3.10 新棟完成により旧A1病棟を移設し開棟
内科系幼児学童病棟(北5)	28	53.3.17	旧S2病棟患者を引継ぎ開棟。15.3.10 新棟完成により旧B1病棟を移設し開棟
産科病棟(西2)	24	19.6.1	19.6.1 開棟
循環器病棟・CCU(西3・CCU)	36	52.6.1	19.6.1 新棟完成により旧循環器・ICU病棟(C3)を移設し開棟
日帰り手術ユニット(OP)	6	19.6.1	19.6.1 開棟
PICU(PICU)	12	19.6.1	19.6.1 開棟
外科系病棟(西6)	48	54.5.10	19.6.1 新棟完成により旧C2・S2病棟を移設し開棟
児童精神科病棟(東2)	36	21.4.1	21.4.1 開棟

### 2. 診療制度

#### (1) 紹介予約制

病院設立以来、外来患者の診療は紹介予約制となっている。

診療の申し込み方法は、次のとおりである。

- a) 紹介状(当院指定)を予め県内の病院、診療所に配布してある。
- b) 各医療機関の医師が紹介状に所要事項を記入し、患者の保護者経由又は直接こども病院に郵送する。
- c) 病院では地域連携室長が各診療科に振り分け、地域連携室が患者の保護者に診療日を通知する。
- d) 患者は指定日に来院する。なお、緊急を要する患者は、各医療機関からの電話紹介により診療をする。本制度はほぼ定着しており、紹介率は90%を超えている。

## (2) 診 療 科

診療各科は 24 科に細分してあり、診療申込みのあった患者をそれぞれ最善と思われる診療科に振り分けて診療を行っている。なお、専門科に該当しない症例は一般内科外来で診療にあたっている。また、多くの診療科に関連する患者については集団治療（各科の医師が意見交換を行い、診断、治療する。）を行っている。

## (3) 診 療 録 (カルテ)

平成 22 年 9 月より電子カルテシステムを導入し、以降の診療情報は基本的に電子媒体により管理するとともに、電子カルテの情報は医事情報システム端末（553 台）において閲覧等が可能となっている。

また、手術の同意書を始めとする関係書類はスキャナーし電子カルテに取り込むとともに、原本を患者単位で保管している。

なお、カルテ番号は従来通り、1 患者 1 番号制を取っており、外来診療の場合、紙カルテの必要な患者については事前に各診療科に準備している。

おって、紙カルテについては病歴室において集中管理するとともに、レントゲン等画像情報はフィルム及びデータとして、また、脳波、心電図等は電子カルテに取込み原本を保管している。

## 3. 会 計 制 度

当院は、地方独立行政法人法 45 条の規定に基づいた会計基準により運営されている。

## 4. 図 書

### (1) 概 説

高度医療に必要な情報提供の役割を担うのが図書室の役目である。

また、患者図書サービスに力を注ぎ、地域との連携も推進する。

#### a) 医学図書室

小児科関連の図書、雑誌を中心に蔵書を構築し、専任の医学司書（ヘルスサイエンス情報専門員上級・ビジネス著作権上級）がサービスを担当している。医学中央雑誌や PubMed 等のデータベースを備え、オンラインジャーナルを契約し、インターネットを通じて医学文献の検索、収集に努めている。

また、他の医療機関とネットワークをくみ文献の相互貸借を行い、利用者のニーズに応じている。（平成 22 年度文献依頼数 1,365 件）担当者としてのスキルアップのための研修にも積極的に参加している。

#### b) 患者図書サービス

「わくわく文庫」を入院中の患児のために展開して 16 年目になる。（1995 年より）

絵本・児童書等約 5,000 冊を保有し、ブックトラックに載せて各病棟・外来をローテーションさせている。図書室内にも占有のスペースを設置し、入院患児の QOL を高め、発達を支援している。

#### c) 患者家族への医学情報提供

チーム医療の一員として、入院患児の家族には医学図書室を開放し、適切な医学情報を提供

するサービスも行う。医療者とのコミュニケーションを促進し、インフォームド・コンセントにも役立っている。

d) 地域との連携

学校図書室、公共図書館とも連携し、医療情報の普及・啓発に努めている。

県内外公共図書館司書を対象に医学情報研修講師を務める。2010年7月には当院主催、静岡県立中央図書館共催で医学情報キホン勉強会を開催した。

参加しているネットワーク（東海地区医学図書館協議会、小児病院図書室連絡会、静岡県医療機関図書室連絡会、全国患者図書サービス連絡会、静岡県図書館協会）

(2) 規 模（平成22年8月末現在）

a) 単行本：和書3,860冊、洋書3,206冊、計7,066冊

b) 製本雑誌：和雑誌5,619冊、洋雑誌7,999冊、計13,618冊

c) 定期購読雑誌：和雑誌66タイトル、洋雑誌60タイトル(紙媒体)、計126タイトル

電子ジャーナル（和・洋雑誌）1,700タイトル（MDconsult, EBSCO, メディカルライオン）

(3) 設 備

医学中央雑誌 Web 版、パソコン4（内3台はインターネット接続）、コピー1（FAX併用）

## 5. 防 災 対 策

当病院では、新生児から幼児・学童まで幅広い年齢層のこどもを収容しているため、火災、地震等の災害時における患者の避難、救護等に備えて、万全の対策を講じておく必要がある。

そのため、消防法に基づく防災訓練、消防設備の点検等のほか、特に新規職員に対しては、防災教育をオリエンテーションに組み込み、徹底を図っている。

また、突発型地震が発生した場合に、入院患者はもちろんのこと、外部被災患者に対してもすみやかに医療を提供することを目的として、院内の対応を基本的・総合的に示した「地震防災マニュアル」や「トリアージマニュアル」を策定し、これに基づく訓練を行っている。

大規模地震に対する備えを強化するため、平成15年には北館（内科系病棟）の免震構造の採用とパワープラントの耐震構造での建替えを実施した。

また、平成19年3月に完成した西館（新外科棟）にも、免震構造を採用し、患者の安全をより一層強化した。

平成22年3月にA棟、H棟、J棟及びK棟の耐震化工事が完了し、病院全体として地震に対応できる施設となった。

平成22年4月からは、電子メールを利用した職員安否情報確認システムを立上げ、職員に対する防災情報の確実かつ迅速な伝達が可能となった。

## 6. 訪 問 教 育

治療期間の長い入院患者に対して訪問教育を行っている。

平成22年度の在籍状況は、次のとおりである。（毎月1日の在籍状況）

静岡県立中央特別支援学校病弱学級・訪問教育児童生徒数

きらら	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
小学部	11	14	13	16	16	16	17	20	21	17	18	16
中学部	3	3	3	5	5	4	5	4	4	4	4	3
高等部	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
総 数	15	18	17	22	22	21	23	25	26	22	23	20

こころの診療科入院児童訪問教育学級

そよかぜ	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
小学部	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
中学部	11	9	9	10	11	11	14	17	19	20	20	20
総数	11	9	9	10	11	11	14	18	20	21	21	21

## 7. 家族宿泊施設

小児専門病院として高度医療を行う当院は、県内外から多数の患者が来院しており、中でも遠隔地の家族は面会等のために長期間の滞在を余儀なくされている。したがって、入院時における情緒不安を解消するとともに、家族の経済的負担を軽減し、家族が宿泊することで親子のふれあいができるような家族宿泊施設「仮泊室（短期）・コアラの家（長期）」を設けている。

### (1) 利用基準

#### ア 利用対象者

- ・ 遠隔地又は交通手段の確保が困難な家族
- ・ 手術・検査入院で家族が希望した場合
- ・ 家族が患児と離れることに対し、強い不安を抱き宿泊を希望する場合
- ・ 手術前後で症状が不安定な患児の家族
- ・ 重症児の家族
- ・ ターミナル期の患児の家族
- ・ 在宅訓練のための患児と家族
- ・ 退院の目途が立っていない長期入院の患児で家族とのふれあいが必要な場合

#### イ 利用方法

- ・ 利用期間が1週間未満の場合が仮泊室
- ・ 利用期間が1週間以上の場合がコアラの家（1ヶ月以内）

#### ウ 年間利用実績

- ・ 仮泊室

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
宿泊室数(延)	93	78	107	70	92	118	93	96	102	96	103	116	1,164

- ・ コアラの家

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
宿泊室数(延)	106	132	106	114	128	141	142	131	115	121	80	140	1,456

#### エ 設備

- ・ 仮泊室（9室）  
和室 7.5畳×4室、6畳×4室  
洋室 6畳×1室
- ・ コアラの家（6戸）  
2Kタイプ×3戸（うち1戸は身障者対応タイプ）  
1Kタイプ×3戸

## 8. 静岡県血友病相談センター

本年度(平成 22 年度)の事業実績は下記の通りである。

### (1)

#### ① 研修会

平成 23 年 1 月 29 日(土)に男女共同参画団体施設 あざれあ 大会議室で第 18 回静岡エイズシンポジウムを開催した。“「伝えよう AIDS の正しい知識～過去から現在、未来へ」”をテーマに、静岡県熱海健康福祉センター所長 兼 熱海保健所長 三間屋純一先生による講演「私から見たわが国におけるエイズ医療の今日までの流れと振り返り」を始め、沼津市立病院 呼吸器内科部長 吉田康秀先生の「中学生にもわかるエイズ」、浜松日体中・高等学校 スクールカウンセラー 江間加奈子先生の「＜WYSH 教育＞の実践について」、プロジェクト コネクト 稲垣朝子さんの「中高生を対象とした HIV/AIDS 予防に関する出張授業の実践報告」の講演、模擬授業を行った。参加者は約 100 名。

#### ② 院内エイズ臨床カンファレンス

毎月第 1 水曜日午後 4 時～ 5 時。

各種学会・研究会報告を行い、第 18 回静岡エイズシンポジウムの企画を行った。

#### ③ その他の活動(血友病患者会など)

(1) 平成 22 年 7 月 17 日(土)～18 日(日)にかけて第 24 回血友病サマーキャンプを静岡県立朝霧野外活動センターで行った。参加者は患者家族と静岡県立こども病院血友病包括医療チームおよびボランティアを含め 59 名で、家庭治療・自己注射に対する正しい知識と技術の習得と親睦を図った。

(2) 平成 23 年 2 月 26 日(土)静岡県職員会館(もくせい会館)で、第 22 回静岡県血友病治療連絡会議を“運動機能を保つために、今、君たちが出来ること～成人医療機関からの提言”をテーマにシンポジウムを開催した。名古屋大学医学部附属病院 今井里佳看護師の「成人患者の問題点から小児期の関わりを考える」、東京大学医科学研究所附属病院 関節外科 理学療法士 久保田 実先生の「血友病のリハビリテーションについて」、名古屋大学医学部附属病院 輸血部教授 松下 正先生の「血友病関節症の発症とその予防」の講演を行った。

参加者は、約 60 名。

### (2)

#### ① 情報収集、提供

ブロック内会議等

HIV 治療情報および厚生労働省研究班のデータを県内の血友病関連施設 20 施設およびエイズ中核拠点病院 3 施設、その他拠点病院施設へ情報提供した。

## 9. ボランティア

こども病院では「継続的な活動を行うボランティア」「サマーショートボランティア」「単発ボランティア」を受け入れている。ボランティアの受け入れはボランティアコーディネーターが担当している。

「継続的な活動を行うボランティア」で組織する「つみきの会」は 12 年目となり、事務局は会長に加鹿厚子様、副会長に佐竹幸子様、会計に鈴木東名子様が就任された。一般ボランティア 111 名は

「事務局」、「病棟」、「外来」、「図書」、「作業」、「園芸」、「イベント部（ぞうさんのお部屋・えくぼ）」のグループに分かれて活動した。それ以外に「バルーンアート」「呈茶」ボランティアの病棟訪問、「わくわく祭り」や「クリスマス会」の協力、訪問教育での科学遊びや美術の講師派遣を行った。「つみきの会」と訪問教育「きらら」合同主催の第7回「フェスタ」も、例年どおり盛況に行うことができた。学生ボランティアは常葉学園大学「ひまわり」、英和学院大学「さくらんぼ」、県立大学短期大学部「こじか」の67名が病棟で子どもとの遊び、イベントへの参加で活動した。平成22年度の活動実績は総人数178名、総時間3,797時間であった。22年度受け入れの新会員は、一般ボランティア26名、学生ボランティア50名であった。

「サマーショートボランティア」は8月上旬、高校生22名の参加があった。5日間ずつ2週間にわたって、病棟・外来・図書でボランティア活動を経験した。

「単発ボランティア」は下表のように14件であった。

その他、セラピードッグ「ベイリー」の訪問、クリニックラウンの訪問を受けている。

(文責 藪崎和美)

平成22年度 単発ボランティア受入実績

グループ名等	実施日	場 所	内 容
清水エスパルス 岡崎選手訪問	4月28日	西6・北5・東2 大会議室	病棟訪問とサイン会
太陽ホスピタリティー	5月12日	理学療法室屋外広場	ミニ新幹線に乗車
デュオキタガワ	5月19日 10月6日 2月4日	各病棟 外来・院内保育所	バイオリンミニコンサート (3回実施)
小さな親切運動 中平順子様	5月20日 9月6日	北3・西3・西6 北4・北5・西3	紙芝居と読み聞かせ (2回実施)
サンリオ	6月29日	全病棟	キティちゃんによるパフォーマンス
静岡県警察音楽隊	8月5日	大会議室	コンサート
NeMoGo (ねもご) 根本淳子様他2名	8月19日	大会議室	アンサンブルコンサート (ピアノ・ベース・ドラム)
人形劇 日産労連提供	9月2日	大会議室	「赤ずきん」
チカパン&バーバラ村田 ゆいの会提供	9月15日	大会議室	パントマイム
ベネッセコーポレーション	10月8日	北4・西6	しまじろうの病棟訪問
アンサンブルヴァンドール 砂川恵子様他2名	11月4日	大会議室	ホルン・ピアノ・オーボエ演奏 と紙芝居
石川将人様他2名	11月16日	重役室	七五三の写真撮影
ファミリーインターナショナル静岡	12月9日	北4・西3・西6・東2・ 北3・北4	クリスマスコンサート
東海大学附属翔洋高等学校 中等部	12月22日	大会議室	吹奏楽コンサート

## 第5節 会議・委員会

### 1. 会議・委員会等

院内には、こども病院の管理、運営についての方針を協議し、決定する会議及び調査機関としての各種委員会を常設し、定期的に開催している。これとは別に法令の規定に基づく「防災管理委員会」及び「衛生委員会」「放射線・核医学安全管理委員会」も設置し運営されている。

#### (1) 会議

名 称	目 的	構 成 員
幹部会議	病院の管理及び運営について各委員会等で討議された事項を最終的に協議し、その方針を決定する。	院長、副院長、事務部長、看護部長、事務部次長、調査監、総務室長
管理会議	幹部会議での協議、決定事項を報告、周知させるとともに、各セクションの連絡事項について協議する。	院長、副院長、事務部長、看護部長、事務部次長、第1・第2診療部長、診療支援部長、地域医療連携室長、周産期センター長、小児集中治療センター長、こころの診療センター長、血液管理室長、医局長、副看護部長、放射線スタッフ技師長、臨床検査スタッフ技師長、薬剤室長、栄養指導室長、調査監、医事監、総務室長
拡大会議	管理会議の決定事項を報告、周知させるために、病院全体にわたる管理・運営について発案し、協議・検討する。	役付職員全員、事務部次長、総務室長

#### (2) 委員会

委員会の主なものは、次のとおりであり、それぞれ院長の諮問に応じて調査・審議し、その結果を報告し、又は意見を具申することとしている。なお、一部の委員会については、事務の簡素化のため限定的に事項の決定を委ねている。

## 委員会一覧

名 称	活 動 内 容
倫理委員会	医療行為、医学研究に関する倫理的配慮の審査
経営改善検討委員会	経営改善計画の推進、管理
病棟・外来運営委員会	病棟・外来の診療業務、運営に関する調査、検討
医療安全管理委員会	医療事故の調査、防止対策の検討
医療事故調査委員会	医療事故に関する調査、再発防止策の検討
児童虐待防止対策委員会	児童虐待防止に関する対策・研修・予防策の検討
医療器械等購入委員会	医療器械等購入計画及び機種選定
診療録個人情報管理委員会	診療録及び個人情報の保管管理に関する調査、検討
地域医療連携事業推進委員会	地域医療支援病院の運営及び地域連携に関する調査、検討
治験審査委員会	治験薬臨床試験の受託審査、治験実施に関する調査、検討
受託研究審査委員会	受託研究の審査
薬事委員会	新規採用薬・廃止薬の調査承認
薬剤業務運営委員会	薬剤業務に関する調査、検討
医療機器・医療ガス安全管理委員会	医療機器及び医療ガス配管に関する事項の調査、検討
感染対策委員会	院内感染対策の調査、検討及び同マニュアルの改定
輸血療法委員会	輸血療法の適正化、輸血用血液の適正使用の調査検討
研究研修委員会	研究研修事業に関する企画、調査
診療材料委員会	診療材料の調査、物流システムの構築検討
クリニカルパス推進委員会	クリニカルパスについての調査、検討
医療サービス・広報委員会	患者サービス向上、広報活動に関する企画調査
図書委員会	図書の管理及び図書購入に関する調査、検討
医療情報委員会	医療情報システムの管理、新システム構築に係る調査、検討
衛生委員会	職員の衛生管理に関する事項の調査、検討
放射線・核医学安全管理委員会	個人被曝線量調査及び核医学診療の円滑な推進の検討、機器の新規・更新
栄養管理委員会	患者給食に関する事項の調査、検討
手術委員会	手術枠の管理及び手術用機械器具類の調達検討
臨床検査運営委員会	臨床検査業務の運営に関する調査、検討
在宅医療推進委員会	在宅医療推進に関する調査、検討
ボランティア委員会	長期ボランティア導入に関する調査、検討
療養環境検討委員会	院内の療養環境改善策の検討（短期ボランティア・職員満足度調査業務を含む）
移植推進委員会	移植推進に関する検討
防災管理委員会	防災訓練の実施及び地震防災マニュアルの改定
事後審査委員会	入院形態の妥当性についての事例検討や病棟巡回の実施
行動制限最小化委員会	行動制限の必要性、法令に基づく手続きの適正さの確認、行動制限上の疑義の検討
利益相反委員会	職員の研究活動の適正な管理
寄付金管理委員会	寄付金等の受入れの可否、目的及び使途についての審査
診療報酬対応WG	保険制度への対応改善の検討
エコアクションWG	省エネ対策の推進を検討
小児脳死臓器移植検討WG	臓器移植推進協力病院としての対応を検討
内視鏡管理改善WG	内視鏡管理改善基準に関する検討
施設改善計画検討WG	将来的な病院施設改善計画の基本構想を検討

# I 会 議

## ○ 管理会議

1. 年間開催件数 12回
2. 年間参加者合計数
3. 委員会の目的：静岡県立こども病院運営の重要事項及び幹部会議から付託された事項などについて審議するとともに、各部門間の調整などを行うことを目的とする。

### 4. 委員会の活動計画：

第一回管理会議で新しい病院理念が承認され、毎日8：30AMに院内放送することになった。平成22年度こども病院の基本方針は、①専門病院、②教育、③地域連携、④効率的な病院経営、⑤働きやすい病院 を目指すことに変化はない。

9月の電子カルテ導入に向けて病院全体が取り組む。国の補助金を獲得し、本年度末にはESCO事業を開始する。

### 5. 活動実績：

第一回会議では新病院理念決定への説明、22年度病院方針について、各種委員会設置について説明。

第2回以後は、毎回ご意見への回答、経営改善目標の達成状況、が報告された。ご意見の傾向として言いたい放題の件数が増加した印象がある。また相反する希望が寄せられ、病院としては対応に苦しむこともあった。いずれにしても、言われた意見に対して目に見える形で早期に対応することが必要である。

以後は電子カルテ稼働への準備状況の報告や小児脳死下臓器提供のためのマニュアル作成、医学部を目指す高校生にこども病院での実習体験の実施などの提案が承認された。途中で看護師不足のため西6病棟12床を休床することになったが、この時出た看護師募集についての種々の意見は参考にさせてもらった。

当院の10～20年先を見据えた外来部分の改修・改善計画を、奥田建築事務所とともに検討することになった。これについてはWGを立ち上げ、院内から広く意見を募集することになっている。

北2病棟の生体情報モニターが予定機器購入リストから漏れていたことが判明した。病院機構の医療機器購入については、5ヵ年計画で大枠が決まっており、このままでは3億円以上と予想される生体情報モニターの購入は困難と思われる。そこで生体情報モニター購入については、まず機種検討WGを立ち上げ、次に資金の検討を行う必要が出てきた。さらにNICU、GCUの設備につき種々の問題点が明らかとなったため、生体情報モニター費用に改修費が上乗せになることが判明している。

### 6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

管理会議の位置づけが不明確のためか委員になかなか責任感が芽生えないのでは？

（委員長 吉田隆實）

## ○ 拡大会議

1. 年間開催件数 計 11 回（8 月以外毎月、3 月は委員会報告）  
平成 18 年度より基本的に毎月開催することになった。
2. 年間参加者合計数：出席は看護部
3. 委員会の目的：静岡県立こども病院の管理運営に関し広く周知徹底を図る。
4. 委員会の活動計画：必要に応じて随時開催。平成 22 年度もほぼ毎月第 4 水曜日に開催した。
5. 活動実績：

第 1 回は新しい病院理念「全てのこどもと家族のために安心・信頼・満足の得られる医療を行います」が披露され、提案者の表彰を行った。その後この理念は毎日 8：30 AM に院内放送されている。平成 22 年度こども病院の方針について説明するとともに、病院が目指す方向は①小児専門病院、②病院機能としての教育、③地域医療連携、④効率的な病院経営、⑤職員にとって働きやすい病院であることを確認した。また 9 月に電子カルテへ移行することの協力をお願いした。その後毎回神調調査監より 22 年度経営改善計画数値目標の進捗状況の報告があったが、4 月からの診療報酬改訂の影響でおおむね目標値を上回る結果であった。委員会からの重要事項については、翌月の拡大会議で報告した。E S C O 事業の開始、ボランティアコーディネーターの採用、小児脳死下臓器提供への対応、ハッピープロジェクトへの参加、医学部を目指す高校生へ病院体験実習のお手伝いを行ったことなどを報告した。9 月には看護師不足のため 10 月より西 6 病棟 12 床を休床することになった経過につき説明し、平成 23 年 4 月より再開する予定であることを確認した。

嬉しい報告として 7 月に静岡県より「静岡県小児がん拠点病院」に、12 月には国より「静岡県立こども病院は小児救命救急センター」に指定されたことを報告した。

最後の 11 回（平成 23 年 3 月 2 日）では 22 年度の委員会活動を報告してもらった。①移植推進委員会（実質活動なし）、②医療安全管理室、③こどもと家族のこころの診療センター一部会（開催 1 回のみ）、④診療材料委員会、⑤図書委員会、⑥医療情報委員会、⑦診療報酬請求改善委員会の計 7 つの委員会から報告があった。

院長として強調したのは、「当院への 35 億円の繰入金の説明責任が求められている。職員は病院の宣伝係りとして病院の実績を院外へ宣伝することを心がけてほしい。」

6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）  
相変わらず医局からの参加者が少ない。

（委員長 吉田隆實）

## II 委員会等

### (1) 倫理委員会

1. 委員会の目的  
こども病院に勤務する職員が行う人間を直接対象とした医学研究及び医療行為について、ヘルシンキ宣言等の趣旨を尊重した倫理的配慮を図るため、審査を行う。
2. 委員会の活動計画
  - ① 医学研究の審査
  - ② 先端医療の審査
3. 活動実績  
年間開催回数 7 回（参加人数名 136 名、委員 14 名）

年間審議件数 49件（承認 47件、保留2件）  
（循環器科4件、リハビリ2件、感染免疫アレルギー科4件、  
小児集中治療科2件、神経科5件、血液腫瘍科13件  
新生児未熟児科2件、周産期センター3件、血液管理室7件、  
看護部4件、臨床工学1件、麻酔科1件、心臓血管外科1件）

#### 4. 今後の課題

医療倫理に関する関心の高まりを受け、倫理審査の申請件数が増加している。1件あたりの審議時間を確保するためにも、審議の迅速化を図る。

（委員長 朴修三）

## (2) 外来・病棟運営委員会

### 1. 委員会の目的

外来・病棟における診療および管理を適切かつ円滑に運営できることを推進する

2. 年間開催件数 2回

3. 年間参加者合計数 57名

### 4. 活動実績および決定事項

#### 1) 委員会の基本方針の共有

- ① こども病院の運営基本方針を理解する
- ② 委員会に参加しているメンバーは経営的視点で、今何ができるか考えることを共通認識したうえで検討が必要
- ③ 診療量を増やすことを全診療科で考える
- ④ 病床稼働率の目標：85%

#### 2) 「入院依頼を断らない」の実行推進

#### 3) 外来機能の効率化の検討

- ① 外来患者待ち時間対策
- ② 採血業務改善
- ③ 秘書の有効活用

#### 4) 西6病棟12床休床に伴う病棟運営（平成22年11月～平成23年3月末）

- ① 外科系疾患患者の受け入れは空床がある限り、対応可能な病棟はすべて受け入れの方向で行動する
- ② 平成23年度4月休床解除するための努力を病院全体とする
- ③ 入院受け入れに対して病棟間で調整がつかない場合はベッドコントローラーが調整する

#### 5) 飛び込み新患者の診察科の決定

- ① 第1選択：総合診療科
- ② 第2選択：一般診療科

### 5. 課題

- 1) 外来患者・入院患者を増加させるためにはどうしたらよいか
- 2) 免疫力低下している患者の外来診療を度のスペースでおこなうか
- 3) キャリーオーバーの問題
- 4) 休床しているベッドをどこに配置するか

（委員長 坂本喜三郎）

## ○循環器センター部会

- 1 年間開催回数 1回
- 2 年間参加者数 13名（委員数 14名）
- 3 委員会の目的 循環器センターの運営について
- 4 会議の概要
  - ・他部署との関係で特に問題はなかった。
  - ・他病棟との連携をとることが今後の課題となる。

※平成23年度からは病棟・外来運営委員会に統合され部会は廃止

（委員長 坂本喜三郎）

## (3) 医療安全管理委員会

1. 年間開催件数 4回（臨時開催1回）
2. 年間参加者数
  - 1) 第1回委員会：平成22年 6月11日（金）参加者数 17名
  - 2) 第2回委員会：平成22年10月 8日（金）参加者数 16名
  - 3) 第3回委員会：平成23年 2月18日（金）参加者数 12名
  - 4) 臨時委員会：平成23年 1月12日（水）参加者数 16名
3. 委員会の目的：静岡県立こども病院における医療事故や紛争の防止などの医療安全管理に関わる事項に対関して調査、審議する。

### 4. 活動実績

各回ではまずそれまでのインシデント・アクシデント数の報告がある。年度途中でアクシデントとインシデントの区分法が変更になり（レベル3を3aと3bに区別）、9月より電子カルテへ移行に伴い報告も電子媒体で行うようになったため、厳密には過去のデータと比較できないと考えられるが件数としては例年とそれ程変化ない。しかしアクシデントのレベルが重症化している印象がある。またこのレベルに関しては少し納得しがたい分類と思われる例もあった。これらについては3病院医療安全室間のミーティングで図ることになった。

リスクマネージャー部会への参加者数を増やす方法につき検討されたが速効性の名案は出なかった。

当院が抱える証拠保全、訴訟事例について毎回報告があった。先述したようにアクシデントが重症化した家族は権利意識だけが強くなっているため、その後の家族の対応もかなり厳しいものに変ってきている。ある程度この点を職員が理解する必要がある。

この対抗策として、玄関に掲示してある患者の権利に義務も併記することも検討することになった。

CVカテによる事故が多発しているため、①マニュアルの作成と②慣れない医師1人が実施するのではなく、必ず指導医がペアとなるシステムを作ることになった。

臨時医療安全管理委員会（H23.1.12）は12月にMRI検査時に心肺停止の事故が発生したことを受けて開催されたものである。検査時の鎮静方法について焦点が絞られ、病院として医療安全室で鎮静指針を作成することになった。この鎮静指針は2月中にはできあがり、実施することになった。

### 5. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

鎮静指針の実施で不具合があれば、変更しながら改良することになっている。

訴訟に絡んで警察官が院内で活動することが増加している。職員が動揺しないように、ある程度の情報は流す必要がある。

（委員長 吉田隆實）

## ○セーフティーマネージャー部会

### 1 部会の目的

医療安全の体制を確保し推進するために、各部門の医療安全管理に係わる責任者で組織する。セーフティーマネージャー部会は次に掲げる業務を行う

- 1) 医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規定にのっとり活動する。
- 2) 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め病院長に報告する
- 3) 重大な問題発生時は速やかに原因分析、改善策の立案・実施、職員への周知をする。
- 4) 立案された改善策の実施状況を調査、見直しをする
- 5) SM部会は月1回開催する。重大事象発生時は適宜開催する。

### 2 活動実績

平成22年4月を除く、毎月第2金曜日に計11回開催。延べ参加者数419名（委員数53名）。今年度はアクシデント30件・インシデント1,633件が報告された。これに対する分析と再発防止のための対策を講じた。また、部会の運営に関する意識と意見の調査のためにアンケートを実施した。今年度は、新たに「各部署での医療安全に関する取り組み紹介」を試み、18部署 29件の紹介をした。

(決定実施事項)

- ・CVカテの安全対策検討にあたり現状把握のためのアンケートを実施した。
- ・東2病棟の患者は外出時の事故防止対策として非常用ブザーと連絡先カードを携帯することとした。
- ・抱っこ紐（スリング）の国民生活センターより事故報告があり当院でも使用を禁止した。
- ・血液腫瘍科患者の入院手続き簡略化についてWGを立ち上げた。
- ・電子カルテ導入に伴いセーフティーマネージメントシステムを変更した。影響レベルの表現も変更した。
- ・リスクマネジャー（RM）部会からセーフティマネジャー（SM）部会に名称変更した。
- ・口蓋裂食のセットメニューを追加した。
- ・麻薬使用時シリンジラベルにⓂの印を押して使用することとした。
- ・「出来事発生情報提供用紙」記載時には、電子カルテ上の「注意」に表示することとした。
- ・ネームバンド発行時の氏名間違い防止対策としてWチェックを決定した。
- ・検査時鎮静指針運用開始にあたって麻酔科記録用紙の記入見本を作製し提示した。
- ・ETCO<sub>2</sub>モニターは設置後使用開始予定。

(周知事項)

- ・呼吸器回路の接続間違い防止のための確認行動の徹底。
- ・新人看護師への麻薬の取り扱いを指導教育する。
- ・在宅人呼吸器（ウルトラ）使用時は静電気による内蔵バッテリー不具合防止のためシリコンカバーの装着で対応する。
- ・MET検討会で救急カートの点検を行い定数表の改定を行った。
- ・成人用ベット柵不足分を配布したので柵の適切な使用状況を各部署で確認する。
- ・アルコール綿花で発赤発症時はアルデヒド脱水酵素欠損症を念頭に置いて対応する。

### 3 翌年度への課題等

医療安全ラウンドの検討

職員間コミュニケーションの促進

（委員長 小林繁一）

#### (4) 児童虐待防止対策委員会

1. 委員会の目的：児童虐待が児童の心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えることにかんがみ、児童に対する虐待の禁止、児童虐待の防止などに関する取り組みを促進する。
2. 年間開催件数： 定例3回、緊急8回、計11回。
3. 当院からのCA通告： 12件
4. 活動実績：
  - (1) CAが疑われるケースについて通告の検討  
緊急または定例委員会で9件の症例検討を行い、8件を児童相談所に通告、1件を保健センターに連絡した。4件は委員会を行わず、児童相談所に通告した。
  - (2) 通告時及びその後の院内整備  
児童相談所の介入をスムーズにするため、委員から両親に対して児相に通告すると話をした。一時保護を行なう時は、院内の管理体制を整備した。また通告や一時保護後の病院に対する両親の苦情に対応した。
  - (3) 児童相談所との連携  
定例の委員会に県中央児童相談所、静岡市児童相談所の職員が参加し、情報交換を行った。
  - (4) 小児臓器移植に関するCAの検討  
脳死移植でも心臓死移植でも、CAの疑いがあれば移植はできない。  
児童相談所へCAの照会を行っても、回答を得られるかわからない。
  - (5) 講演会  
平成23年3月14日 東海学院大学大学院 長谷川博一教授  
「たすけて！！わたしは虐待したくない。～世代連鎖を断ち切る支援～」
5. 今後の課題  
こども病院ではCAが疑われる子どもの受診が年々増加している。児童相談所に通告するだけでなく、CAの再発を防ぐ取り組みが必要である。

(委員長 愛波秀男)

#### (5) 医療機器等購入委員会

1. 年間開催件数 5回
2. 年間参加者合計数 67人
3. 委員会の目的：静岡県立こども病院における医療機器などの購入に当たって、その器械などの種類、必要な性能の選定、その他購入事務の適正化を図る
4. 委員会の活動計画：必要に応じて随時開催
5. 活動実績  
平成22年度購入予定の器械備品について議論した。平成23年度の予算を確保するため、必要最小限の購入に留めた。また、複数機種を選定や一括購入により取得金額の低減に努めた。単独機種とする場合は、価格が低減しにくいいため、機種選定前に最大限の努力をするべきである。
6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項  
NICU/GCU 生体情報モニタの更新やX線透視装置等、高額機器の更新が予定されている。必要な機器であるか、購入の時期も含めて検討するべきである。価格低減のため、保守料等も含め複数機種を選定等、競争原理の働く形式での購入を進めていく。  
また、医療機器の賃借も可能になり、使用頻度の少ない機器や使用頻度に幅のある機器については、購入と賃借どちらが経済的であるか検討する。

(委員長 吉田隆實)

## (6) 診療録個人情報管理委員会

1. 委員会の目的  
診療録個人情報の管理運営を円滑に推進する。
2. 年間活動計画
  - (1) 診療録様式の制定と改正
  - (2) 外来病歴庫狭隘対策
3. 年間活動実績
  - (1) 年間開催回数 4 回
  - (2) 年間参加者合計数 37 名
  - (3) 主な審議、決定事項
    - 1 診療録関係様式の制定・改正  
こころの診療科で効率的な支援運用を行うために、外来カルテファイルの表側に白い○シールを貼り情報共有を行う。
    - 2 北館カルテ庫狭隘対策  
外来カルテについては終了。入院カルテについては継続中。
    - 3 退院サマリ記載率向上対策  
月初めに担当医と科長にリストを配布し徹底を図る。
    - 4 承認後の記載修正について  
第三者が閲覧しても真正性が保てる状態にする。
    - 5 電子カルテ稼働後の紙カルテの取り扱いについて  
期間を定めてカルテ出しを行い、段階的に減少していく。
    - 6 電子カルテ後の傷病名登録について  
原則として、医師のみが診断名の登録を行う事を徹底した。
4. 活動実績に基づく課題  
来年度への引継ぎ事項
  - 1 病歴管理上のチェックシートの作成について  
他院の状況を調査して当院の取り扱いを検討する。

(委員長 漆原直人)

## (7) 治験審査委員会

1. 年間開催回数 6 回
2. 年間参加委員のべ数 63 名
3. 委員会の目的  
治験審査委員会は、治験・製造販売後臨床試験（以下「治験」という。）に関する病院長の諮問機関である。治験審査委員会は、GCP\*に従い医療機関から独立した第三者的な立場から当院において治験を実施すること、又治験を継続して行うことを審査する組織で、被験者の人権、安全及び福祉を最優先に審査する必要がある。このため委員は、専門家ばかりではなく、医学・歯学・薬学、その他医療等に関する専門的知識を有する者以外の者（非専門委員）、治験の依頼を受けた医療機関と利害関係のない者（外部委員）を含めた者から構成されている。

### 【審査の種類】

種類	審査事項	頻度
初回審査	実施する治験が倫理的、科学的に妥当であるかどうか、また、当院で行うのに適当であるかどうか	その都度

継続審査	治験が適切に実施されているかどうか	1年に1回以上
	治験依頼者からの未知で重篤な副作用の発生の報告について、治験を継続することの可否	報告があった場合
	当院で発生した重篤な有害事象報告について、治験を継続することの可否	その都度
	被験者の治験参加に影響を与える有害事象発生時に説明文書を改訂した場合の内容の可否	その都度
	上記以外に院長が必要と認めた事項	その都度

#### 4. 活動実績

治験審査委員会は、当院の治験審査委員会規程により偶数月に開催され、平成22年度は6回開催している。審査の種類は、初回審査3件、安全性に関する審査8件、治験実施計画等の変更5件、終了報告2件、その他1件であった。

#### 5. 翌年度への課題

平成22年度、日本小児総合医療施設協議会の組織として小児治験ネットワーク設立の準備が開始された。正式には平成23年度の同協議会総会で承認後発足となる予定である。国立成育医療研究センターを中心とした治験審査委員会の中央化、事務局一元化で質の高い、迅速な治験を目指すことになることと期待されている。当院としてはこれに参加をしていくとともに、院内体制の整備をしていく必要がある。

(委員長 堀本 洋)

\*GCP：医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）

### (8) 受託研究審査委員会

1. 年間開催回数 6回

2. 年間参加委員のべ数 51名

3. 委員会の目的

受託研究審査委員会は、国およびそれに準じる機関以外のものから委託を受けて実施する研究（以下「受託研究」という。）に関する病院長の諮問機関である。受託研究審査の対象は、製薬企業等からの依頼で「医薬品の市販後調査の基準に関する省令」で定められた医薬品および医療用具の市販後調査である。委員会は当院において受託研究を実施することの安全性、倫理面からの妥当性を審査する。

4. 活動実績

受託研究審査委員会は、当院の受託研究審査委員会規程により偶数月に開催され、平成22年度は6回開催した。最近3カ年の審査件数を表に示す。

	20年度	21年度	22年度
新規案件	10	19	12
変更案件	12	11	10

5. 翌年度への課題

近年受託研究において患者の同意を必要とする案件が発生している。患者の説明書、同意書の内容についてより一層慎重な審議を行うために、平成23年度からは外部委員を含めた委員会の構成を予定している。

(委員長 堀本 洋)

## (9) 薬剤管理運営委員会

1. 年間開催回数 1回
2. 年間参加者合計数 9名 (委員数9名)
3. 委員会の目的  
薬剤の適正な管理、運用に係わる事項及び薬剤業務に関して検討を行い、薬剤業務を円滑に進めることを目的とする。
4. 委員会の活動計画
  - ① 薬剤業務の見直し
  - ② 電子カルテ運用にかかわる事項
5. 活動実績
  - ① 血液管理業務への関与について検討した。
    - ・アルブミン製剤を輸血用血液製剤とともに血液管理室で一元管理する方向
    - ・夜勤当直帯と休日午後は薬剤師が血液管理業務を行っているが、全て検査部で担当できるような組織変更の要望を出していく
  - ② 院外処方せん発行を促進する方法を検討した。
    - ・会議で科別院外処方箋発行率を公表
    - ・院内製剤を含むために院内処方となるケースを院外処方にするための方法
  - ③ 輸液無菌調製について、抗がん剤治療に伴う輸液調製を市販品で切り替えられるか検討を行った。
  - ④ 電子カルテ運用に伴う麻薬取扱いマニュアルの改正を行う。
  - ④ 持参薬鑑別の作業量が多いため、確認不可とする基準や使用不可とするものは持ち込み数量の記載をしないことなどを定めるようマニュアルを改正した。
6. 活動結果の課題  
服薬指導件数の増加及び注射薬混合調製業務の充実のためには、院外処方せんの発行を更に推進させるなど時間を捻出する必要がある為、薬剤業務の検討を続けていく。

(委員長 堀本 洋)

## (10) 診療報酬請求改善検討委員会

1. 委員会の目的 診療情報請求改善の管理運営を円滑に推進する。
2. 年間活動計画
  - (1) 査定・返戻・再審査請求状況
  - (2) 査定・返戻率改善の取り組み
  - (3) 電算データの改善
3. 年間活動実績
  - ① 年間開催回数 3回
  - ② 年間参加者合計数 40名
  - ③ 主な審議、決定事項
    - 1 ① 制定した事項
      - ・返戻レセプトマニュアル
    - ② 改正・変更した事項
      - ・診療報酬の査定状況帳票→復活件数項目の追加
    - 2 医師のための保険診療手引き「第23版」2010年の配布
    - 3 傷病名コードの統一の推進  
診療情報管理室にて頻用病名オーダーの標準化対応

- 4 再審査請求の取り組み  
コメント強化、査定ポイントの分析・周知
  - 5 査定減少への取り組み  
毎月、医事Sと診療科長を交えた検討会を開催する  
同じ薬剤や材料を使用している患者のコメントを流用する
4. 活動実績に基づく課題
- 来年度への引継ぎ事項
- ・5,000点ルールの妥当性について検討
  - ・DPC導入後の傾向分析について検討
  - ・システムによるコメント強化について検討
  - ・高額査定になっても診療行為として妥当であれば算定していくか方向性について検討
  - ・医事課における標準傷病名の修正処理対応について検討
- (委員長 小野安生)

## (11) 医療機器・医療ガス安全管理委員会

1. 委員会の目的  
病院内における医療機器および医療ガス設備の安全管理を図り、患者の安全を確保する  
(静岡県立こども病院医療機器・医療ガス安全管理委員会規定による)
2. 年間活動計画  
医療機器に関する安全使用のための研修会の実施  
医療機器の保守点検に関する計画の策定および保守点検の適切な実施および報告  
医療機器の安全使用に関する情報の収集  
医療ガス監督責任者、実施責任者の選任  
実施責任者に医療ガス設備の保守点検業務を行わせること  
医療ガス設備の点検結果の報告および確認  
医療ガスに係わる設備の新設および増改築等にあたり試験・検査を行い安全確認すること  
各部門での医療ガスに関する知識の普及、啓発の実施に努めること
3. 年間活動実績
  - ① 年間開催回数  
委員会の実施 1回 平成23年3月14日実施 午後5時
  - ② 年間参加者合計数  
8名(委員会メンバー11名)
  - ③ 主な審議、決定事項  
アイノフローの管理と初期セッティングについて、CEが行うこととなった。  
医療機器の監督責任者、実施責任者の選任 監督責任者：堀本第2診療部長  
実施責任者：山本主幹がそれぞれ選任された。  
(平成23年4月1日から平成24年3月31日まで)  
委員会規定の確認、医療機器の点検状況の説明

(委員長 堀本 洋)

## (12) 感染対策委員会

1. 年間開催件数 3回（1回は臨時で開催した）
2. 委員会の目的： 静岡県立こども病院内における感染症の実態を把握し、その発生の未然防止に努め、院内の衛生管理の万全を期する。
3. 委員会の活動計画： 必要に応じて随時開催
4. 活動実績：

ノロウイルス対策に追われた1年間であった。感染対策小委員会の委員、特に委員長の浜田感染症認定看護師に深謝したい。

第一回委員会では、4月の診療報酬改訂により「院内感染対策」に対する点数が認められているので、本年中に請求できるような人的配置について検討することになった。当院職員の定期検査でツベルクリン反応の代わりにQFTを行うことを決定。

ノロウイルス迅速検査については時間外対応することになった。血液科より看護部へ検討依頼のあった「中心静脈より採血」は拒否することが報告された。

第二回（臨時）委員会は、N3病棟におけるノロウイルス感染症対策を目的に開催された。感染対策小委員会として、病棟の患者看護への指導を厳しくすること、ドクターも看護師からの注意に従うことをアナウンスすることになった。

第三回委員会では、院内組織に「感染対策室」を組み込むとともに診療報酬請求で「感染対策」の保険請求を行うことを確認。また2人目の感染症認定看護師育成に努力することを確認した。委託業者職員の針刺し事故対策の検討過程で、委託業者職員の検査および予防接種などをどのようにするかが問題となり、事務と委託業者とで詰めることになった。

病院としてAIDS患者への対応が不明確であるため、院内関係者に一堂に集まってもらい、対応策を検討することになった。

本年度の院内感染症対策マニュアル作成項目として、①RSウイルス、②クロストリジウム・デフィシル、③セラピードッグ、等への対応、④感染症に関する保健所への報告、⑤周術期における予防的抗菌薬投与に関する指針などであった。

### 6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

平成22年10月よりICTが毎週火曜日に病棟ラウンドを行い、抗菌薬の適性使用、病棟の問題点について意見交換を行っている。保険請求上の条件にもなっているので、この活動につき6ヶ月毎程度に検証を行う。

（委員長 吉田隆實）

## (13) 感染対策小委員会

感染対策小委員会は院内感染対策の実動部隊である。感染対策委員会やICTの指導のもと、各部署での院内感染対策のリーダーとしての役割を担う。同時に各部署で発生している問題点を小委員会で提起し、解決を模索する役割も担う。さらにサーベイランスの情報収集と報告も重要な業務の一つである。

委員はICDやICN、医師、病棟や外来に所属するリンクナース、臨床検査技師、放射線科技師、薬剤師、栄養士、事務など各部署の代表から構成され、合計22名である。委員会は月1回の割で年に11回開催され、23年度の延べ出席者数は216名であった。各部署の一斉巡回も年4回実施している。

22年度は院内感染対策マニュアルの見直し作業を中心に活動した。部署ごと担当を決め、内容について「現状にあっているか」「追加が必要な内容がないか」「より使用しやすいための工夫をする」の3点に重点を置き検討、修正をおこなった。7項目についての見直しが終了している。

22年度の重要な事象は針刺し切創事故の多発である。例年10件程度であった件数が22年にまで増加した。過去手術室で集中的に発生していたが、病棟や外来での報告数の増加がみられた。そこで、新たな対策が必要と考え、ICTニュースによる注意喚起とともに、各部署にて、血管確保時の介助、針廃棄専用容器の使用など対策に取り組んだ。その結果23年度に入り発生件数は低下傾向を見せている。

また、北2病棟より超未熟児の重症真菌感染症発症を受け、超未熟児の真菌感染対策について提起され、他施設からの情報提供を受けるとともに、ICT・リンクナースで対策の検討をおこなった。その後重症真菌感染の発症は見られていないが、今後も継続的に注意を向けていくことになった。

22年度新たな試みとして、リンクナース中心に、参加型のノロウイルス勉強会を行った。参加者からは、「大変わかりやすかった」「多くの職員が参加できる様何回か行って欲しい」という意見を頂き、大変好評を得た。また、手指衛生遵守率サーベイランスも開始し、今後病棟での手指衛生遵守率改善への取り組みの継続につながればと考えている。

最後に、感染対策活動を通じ、「改革・改善推進制度」で理事長賞を1件、院長賞を1件受賞したことは、感染対策委員の熱心な取り組みの結果として報告する。

(浜田 真由美)

#### (14) 診療材料委員会

診療材料委員会は診療材料が効果的かつ効率的に使用されるように診療材料の適正な採用、購入、管理について奇数月の第二火曜日に年6回審議しています。当院で使用する診療材料の品目総数は、20年度が7,524品目でしたが、21年度に使用実績のない品目などの見直しで827品目(6,697品目)減少させ、本年度はさらに804品目(5,893品目)減少しました。

本年度はこれまで153件の新規採用の審議を行い、135件の採用を決定しました。その他更新が122件、臨時採用は175件採用しています。採用にあたっては、1増1減のルールを徹底し、採用品目総数ができるだけ増加しないようにする、適正な在庫数で無駄な在庫による期限切れや死蔵品をなくす事を目指しています。

本年度は事務方の努力により、使われていない品目の洗い出しが進み、総品目数を減少させる事が出来ました。中材や手術室の師長の協力もあり、使用頻度の少ないものも見直しも進みました。診療材料委員会の基本方針が理解されつつあるのか、申請する側もあらゆる種類をそろえるような申請は減少しているが、気を緩めることなく努力を継続していく方針です。

#### 問題点と課題

- 1) より安全で安価であるとして採用した輸液セットで医療事故が発生し、採用時の安全基準について医療安全室から要望があった。——採用前に十分な試用期間をとる？
- 2) 本年度から協和医科機械と協同で診療材料の購入価格削減の取り組みを行なっている。特に3病院で使用する材料を統一して購入し、価格を引き下げる試みが手袋、蓄尿袋などで進めており、今後診療材料費の減少に寄与できると考えている。
- 3) こども病院で使用するサイズの小さなものや特殊な用途に使用するものはものについては、同種同等品がなく競争入札等の手段がとれないものが多い。
- 4) 新規で採用したものが、採用時の申請どおりに使用されているかどうかについてはこれまで調べられていなかった。新規採用品目についてはより注意深く使用頻度や在庫動向をみていく方針とした。

(委員長 朴 修三)

## (15) クリニカルパス委員会

平成 22 年 10 月 1 日より電子カルテによる 35 件のクリニカルパスの運用が開始されました。パスの電子化に向けて、委員の方々には WG を立ち上げからパスひな形作成など多大の尽力をいただいた事を委員長より心より感謝申し上げます。

電子カルテでは外来と入院が分けられるため、パスの特徴である外来から入院のスムーズな運用ができず、導入当初はやや混乱しましたが、外来の適切な対応で対処できるようになりました。また、薬の事前登録や用法、用量、麻薬の使用など多くの運用上の問題についての問題も適切に行えるようになりました。

平成 23 年度は更なるパス運用症例の増加と運用の簡素化などを目指し、委員会で討論していく予定である。

(委員長 朴 修三)

## (16) 医療サービス・広報委員会

### 1 委員会の目的

- ・医療サービスや院内環境などについて患者・家族の満足の向上・改善に関すること
- ・広報、公聴に関すること
- ・年報の作成
- ・HP、病院案内・院内ニュース等に関すること

### 2 年間活動実績

- ① 年間開催回数 2 回
- ② 年間参加者合計数 16 名
- ③ 主な審議、決定事項
  - ・委員会規程の改正
  - ・21 年度年報の作成
  - ・患者満足度調査の実施と結果報告及び関係部署へ課題への対応依頼

### 3 活動実績に基づく課題

- ① 患者満足度調査結果への対応
  - 不満と感じている患者、家族が多い下記項目への具体的対応策を検討する必要がある。  
駐車場の混雑解消、トイレの改装、受付などにおける接遇の向上
- ② 年報の早期発行
  - 実績値確定後、速やかに発行できるよう各部署の協力を得る必要がある。

(委員長 小林亨二)

## (17) 医療情報委員会

本委員会は、平成 21 年度に引き続いて電子カルテシステム導入に関して、13 ある電子カルテ運用WGから提示された問題点等の検討を行い、当院の電子カルテ運用方針を決定した。

また、本委員会で内容を決定した操作研修会・総合リハーサルを経て、電子カルテシステムは昨年 9 月 19 日から正式稼働しており、本委員会では稼働後の懸案事項の検討を引き続き行っている。

## 1. 委員会構成員

計 30 名

委員長	副委員長	委員
小野 医療情報 管理監	坂本 副院長	山崎こころセンター長、漆原科長、河村科長、小山科長、大崎科長、北山医長金医長、太田医長、河村医長、望月副看護部長、松川師長、原師長、渡辺師長、菌田師長、鈴木師長、石井師長、佐野副師長、和田副師長、高木臨床検査科技師長、長谷川医療安全室主幹、角入薬剤室主幹、福井放射線科主任、北野指導相談S主幹、鈴木栄養指導室主任、渡井事務部次長、影山経理S長、佐藤医事S主査、山崎情報監

## 2. 開催日と議題

	開催日	主要議題
第1回	H22. 4. 5	院内文書管理形態、患者待ち案内表示、電子カルテシステム利用権設定
第2回	H22. 5. 10	運用WG 提示懸案事項検討、他院とのデータ連携の手法
第3回	H22. 6. 7	院内スキヤニングルール、稼働リハーサル実施計画
第4回	H22. 7. 5	診察記事画面規定値、院内紹介ルール、過去分サマリ、システム切替時入力
第5回	H22. 8. 10	第1回総合リハーサル評価、承諾書同意書の扱い
第6回	H22. 8. 23	医師の承認登録、障害時対応マニュアル、システム切替時スケジュール案
第7回	H22. 9. 6	診療データ管理ルール、他院からのCD保管方法、院内文書一覧確認
第8回	H22. 9. 13	第2回総合リハーサル評価、システム切替時対応、エコー写真の扱い
第9回	H22. 10. 18	稼働時課題一覧検討、今後のスケジュール
第10回	H22. 11. 15	システム課題対応状況報告、診察記事画面デフォルト表示、USBの取り扱い
第11回	H22. 12. 13	電子カルテ追加改造項目検討、DWH操作権限、脳波の電子カルテ保存
第12回	H23. 1. 17	電子カルテ追加改造項目決定、システム連絡票対応状況、自動ログオフ時間変更
第13回	H23. 2. 14	他院からの検査データ保存、注意メモ使用方法、診察記事閲覧、特定患者PW設定

## 3. 主な決定事項

	概要
1	患者待ち案内システムの表示仕様
2	システム切替時の外来予約枠抑制方針
3	処置行為の変更対応 → 中止の上、再入力
4	県版電子カルテの対応 → ゲートウェイサーバをプライムレポートシステムと連携し、データ出力機能は導入しない。
5	IN/OUT 締時間を当初の15時から9時に変更
6	各診療科別電子カルテシステム説明会開催 (5/20~6/1)
7	汎用オーダーの入力者はDR (ICU病棟の緊急時はNS入力、PICUは全てNS入力)
8	障害時対応マニュアルの作成
9	院内スキヤニングルール作成 (スキャン依頼用紙様式決定、外来・病棟での運用)
10	院内紹介のルール決定 (電話+メール+記事入力)
11	総合リハーサル実施 (8/7、9/4) 後の問題点検討 → 第1回95件、第2回64件
12	医師承認の運用 → 対象患者の主治医が「TODO」ボタンを押下し、未承認オーダー一覧より「承認」
13	システム切替時入院中患者の扱い → 9月中に退院する患者以外は電子カルテに移行

14	エコー写真のスキャニングルール → 「エコー画像スキャニング依頼」用紙で対応
15	診療データ管理ルール (USB 接続は許可端末のみ、他院からの画像データは放射線科で PACS 取込)
16	DWHの使用 (参照) 権限の医師への付与 (データ取り出しは情報システム室対応)
17	電子カルテ稼働後「システム課題一覧」の整理 → 全 107 項目につき対応策決定 (12/14 現在: NEC 対応済み 66、運用対応 12、追加改造 29)
18	電子カルテ追加改造項目決定 要望 98 項目中 33 項目は NEC 無償対応、20 項目につき追加改造対応
19	診察記事「注意メモ」使用方法 → 医療安全に関する事項は「注意メモ」、その他連絡事項は「付箋」対応
20	特定患者パスワード設定の基準 → 院内職員にセキュリティポリシーを徹底し、原則、パスワード設定は行わない。緊急事態時のみ対応する。
21	セキュリティ意識向上 (業務に無関係なカルテ閲覧の厳禁→委員長名で通知)

#### 4. 今後の課題と対応

- ・本委員会で決定した電子カルテ運用事項についての、院内職員への周知徹底方策  
→議事録の院内共有掲示、構成メンバーの各所属への報告、重要事項通知、委員会サマリ報告
- ・本委員会構成メンバー以外の部署からの電子カルテシステムの修正要望把握  
→委員会検討議題に対するアンケート調査の実施、電子カルテ上に改善要望DB構築、委員会の自由参加制確立
- ・当院の医療情報システム整備計画案の策定 (現行システムの改修ならびにシステム将来構想の構築)  
→情報システム室職員の資質向上、各部門の将来構想集約手法の確立、幹部会議との連携強化  
(委員長 小野安生)

### (18) 衛生委員会

#### 1. 目的

当委員会の目的は、職員の健康の保持増進を図り、健康障害を防止することである。

#### 2. 開催

委員会は毎月第4木曜に、年間9回開催した。(また3回は休会とした。)

#### 3. 活動実績

1) 職員の健康管理、健康保持等に係る事業として、下記を実施した。

- ①職員定期健康診断 (静岡県予防医学協会に委託して実施)
- ②特別健康診断 (静岡県予防医学協会に委託して実施)
- ③小児伝染性疾患抗体値検査及び予防接種
- ④インフルエンザ予防接種
- ⑤B型肝炎予防接種
- ⑥QFT検査
- ⑦職場巡視
- ⑧VDT検診・腰痛検診

2) 小児伝染性疾患 (麻疹・風疹・水痘・耳下腺炎) の対策として、全職員に抗体価検査を実施、低抗体価の者を対象に予防接種を行った。

3) 職員の過重労働による健康障害防止について、産業医を中心に検討を行った。また、産業医による健康相談を随時施行した。

4) QFT検査の結果、陽性及び判定保留の者について院内ICTの作成した「クオンティフ

ェロンによる結核検診の指針」に基づき問診票及び胸部 Xp により判定した。  
全員経過観察となった。

5) 職場巡視結果をもとに職場の環境衛生状況の改善要求を管財スタッフに挙げた。

#### 4. 課題

- 1) 委託職員に対する小児伝染性疾患（麻疹・風疹・水痘・耳下腺炎）対策が不十分であった。
- 2) 職場の環境衛生状況について、視察結果をもとに改善に向けて提案していく。

(委員長 西口富三)

### (19) 放射線・核医学安全管理委員会

#### 1 委員会の目的

放射性同位元素および放射線発生装置の取り扱いと管理、更には放射線障害発生の防止と安全に関する事項を主に協議し実行する。

#### 2 委員会の構成員および開催数

放射線科技師長を委員長に、放射線科、医局看護部、検査科、事務局の代表者 13 名で構成、開催数は年 2 回を原則とする。

#### 3 主な活動実績

1) 平成 22 年度放射線個人被曝線量および管理区域における漏洩線量：

個人被曝線量および漏洩線量の測定結果を精査・検討し、特に問題の無かったことを管理者へ報告した。

2) 放射線機器一括保守契約に関して：

契約以降、現場での故障対応業務の増加、保守の質の低下等の問題点が浮き彫りとなり、一括保守契約会社に対する今後の対応策を検討した。

3)  $^{99}\text{Mo}$  原料の供給に関して：

平成 21 年 5 月以降、カナダ原子力公社の原子炉トラブル及びオランダの原子炉点検作業に起因してテクネチウムの原料である  $^{99}\text{Mo}$  が世界的に不足していた件に関し、11 月 1 日より通常体制に復帰することを報告した。これに伴い、検査制限の解除を通達した。

4) 文部科学省による立入検査に関して：

放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律第 43 条の 2 に基づく文部科学省の立入検査（臼井暁子、須賀和夫担当官）が 11 月 29 日に実施され、指摘事項無く合格した事を報告した。

5) 管理区域の被害報告に関して：

震度 4 以上の地震発生時における文科省への報告義務に関し、本年度は 3 回の報告を行った。ただし、いずれも建造物等に異常無しであった。

(委員長 矢野正幸)

### (20) 栄養管理委員会

#### 1. 目的

栄養管理及び病院給食全般について審議し、適切な栄養管理を行うと共に、給食運営の向上並びに円滑化を図り、治療効果をあげることを目的とする。

2. 年間開催回数 6 回 参加者合計数 56 名 (委員数 12 人)

#### 3. 活動実績

- 第 1 回目 H22. 5. 24
- ・平成 22 年度栄養指導件数報告
  - ・食事オーダーの入力について
  - ・感染の対応について

- 第2回目 H22. 7. 15
  - ・委託業務実施状況検査について
  - ・電子カルテ移行時のダウン伝票の取り扱いについて
  - ・ミルク、特流対応のお願い
- 第3回目 H22. 9. 16
  - ・保健所立ち入り検査報告
  - ・第1回委託業者モニタリングの結果報告
  - ・電子カルテにおける食事入力について、普通ミルクの変更について
- 第4回目 H22. 11. 18
  - ・第2回給食業務委託管理について
  - ・年末年始の対応について
  - ・電子カルテ稼働後の報告
- 第5回目 H23. 1. 20
  - ・第2回委託業者モニタリングの結果報告
  - ・新メニューアンケート結果報告
  - ・年末年始の行事報告
- 第6回目 H23. 3. 17
  - ・委託契約について
  - ・嗜好調査の結果報告

#### 4. 次年度への課題

入院患者のQOLを高めるためのサービス及び、治療効果の上がる食事を、今後も提供できるように検討していく。

(委員長 芹澤陽子)

### (21) 手術委員会

#### 1. 委員会の目的

手術部門における運営を円滑に推進する。

#### 2. 活動実績

1) 委員会開催：1回 平成22年8月20日(金) 参加者数12名

#### 2) 報告及び審議内容

##### ①感染管理認定看護師より

- ・小児外科、心臓血管外科のSSI(手術創感染)調査結果
- ・抗菌薬をラセナゾリンに変更

##### ②形成外科：レーザー治療開始予定に伴う手術枠について

- ・全身麻酔下での治療となる。
- ・3月までに100件程度を予定

#### 3) 循環器科：アブレーションの手術枠について

- ・現在は手術の空枠を使用しているが、金曜日に枠を組めないか。

<決定事項>

枠の増加は困難なので、現行のまま。空き枠が発生したときは、優先的に循環器科に連絡する。

(委員長 堀本 洋)

### (22) 臨床検査運営委員会

#### 1. 委員会の目的

検査部門における運営を円滑に推進する。

- (1)臨床検査(院内検査、委託検査を含む)の実施に関すること
- (2)臨床検査部門の運営に関すること
- (3)その他院長よりの諮問に関すること

#### 2. 委員会の活動報告

例年9月と3月に開催しているが、電子カルテ、部門システム入れ換えが9月にあった

ため時間調整が出来ず、3月のみの開催となった。以下の事を報告、審議した。実務的な活動内容については、次項の臨床病理科内各種委員会が行った。

(1) 外注検査について

- 新規参入希望業者が無い為、従来からの3社と見積り合わせ、契約を行い執行しているが、予算内に収まる見込である。
- 例年、契約を4月と10月に行っているが、今年度はシステム入れ換えがあったため10月を11月に変更した。
- 契約している検査会社が行っていない検査依頼は、HLA抗体検査（LAB ScreenPRA クラス I およびクラス II）、QT 延長症候群遺伝子診断、抗グルタミン酸受容体抗体、クオンティフェロンゴールド、ミトコンドリアDNA変異検査通常検査、精髄性筋萎縮症（SMA）遺伝子検査（SMN1 遺伝子、NAIP 遺伝子）の6項目となった。

(2) 外部精度管理について

- 日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、静岡県医師会の調査（以上有料）、その他メーカーサーベイなどの調査（無料）に積極的に参加し、検査精度の確認と維持に努めた。

(3) 検査科運営について

- 活動報告をおこない、診療部からの意見を頂いた。
- 件数だけではなく、部門別収支の提出を求められた。

3. 臨床病理科内の活動

(1) 活動の拠点となる検査科内委員会

- 代表者会議、全体会議、精度保証委員会、ナイトセミナー（勉強会）、チーム医療連絡会を基盤として問題に取り組んだ。

(2) 主な活動

- 検査部門を4エリアにまとめ、エリア単位による検査体制構築を目指した。
- チーム医療については、NST、ICT、血液腫瘍科ラウンド、循環器ミーティング、移植カンファレンス、エイズカンファレンスに積極的に参加し、その報告と直近の検査データを持ち寄って毎週木曜日17時30分からチーム医療連絡会議を開催した。
- 病院機能評価V5受診に向けて、精度保証委員会委員を中心に、マニュアルの整備、検査室内の環境整備、各種コメントや検査項目の見直しの活動を行った。

(3) 技術向上について

- 日当直時のイレギュラーな業務に対応できるようにした。
- 心エコー検査と血液像検査を中心に、技術研修のカリキュラム作りを試みた。

(4) 主な年間活動について

- 心エコー検査の技師枠が、4月より月曜日午前と火曜日午後、7月より木曜日午後と拡大する
- 5月より、脳死判定マニュアル（脳波、ABR）の作成開始
- 7～9月、木曜日トレッドミル特別予約枠設置
- 9月6日、細菌同定感受性装置更新
- 9月18日、誘発電位筋電図測定装置更新
- 9月17日夕方より、新システム入れ換え、20日本格稼働開始
- 10月より、外来採血の運用検討開始
- 11月より、新生児低体温療法開始前脳波検査の24時間体制開始
- 11月16日、電子スパイロメーター更新
- 11月27日、小児臨床検査研究会を当院にて開催
- 3月1日より、北2病棟の凝固検査用検体の微量化開始

#### 4. 次年度への課題

- (1) 各種検査精度の維持と向上、ならびに検査技師の技術の向上に向けての体制作り
- (2) 業務全般の見直し
- (3) 病院機能評価、ISO15189 を視野に入れたマニュアルの見直し
- (4) 部門別収支の算出

(委員長 高木義弘)

### (23) 在宅医療推進委員会

1. 委員会の目的：在宅医療を行っている子ども達と、家族の生活を支援する。
2. 年間開催件数： 8回
3. 活動実績：

- (1) 新規に在宅人工呼吸療法を開始する患者様の支援方法を検討

新たに13名が開始、平成23年3月末時点で在宅人工呼吸療法を行う患者様は39名（うちマスク型タイプ7名）に増加。静岡市22名、静岡市以外の県中部地域6名、県東部地域11名で、東は駿東郡函南町から西は袋井市までの広範囲に居住。

退院前に地域の保健・医療機関、訪問看護ステーション等と連絡をとって合同カンファレンスを実施し、また家庭の訪問指導を行っている。

- (2) あらたな在宅医療の承認

1型糖尿病に対するインスリンポンプ療法を承認。

- (3) 在宅医療のための機器の検討

- (4) 在宅医療で供出する物品・薬品の検討

- (5) 超重症児を介護する家庭への支援についての検討

4. 今後の課題

家庭で超重症児の介護を行っている両親は、夜間も気管・鼻咽頭吸引や呼吸器・経皮酸素モニターのアラームへの対応に追われ、十分な睡眠時間をとることが出来ない。数日でもショートステイを行ってご両親の疲労をやわらげる必要があるが、小児ではショートステイを行える施設が圧倒的に不足している。急性期病院でも行える援助を検討していく。

(委員長 愛波秀男)

### (24) 療養環境検討委員会

- 1 委員会の目的

当委員会は、“静岡県立こども病院で治療を受ける子ども達にとってより良い療養環境とは何か？”を審議し、静岡県立こども病院の療養環境改善につながる適切な提案・活動を行うことを目的とする。

- 2 年間活動計画

原則として月1回（第1月曜日）開催する。ただし、わくわく祭りおよびクリスマス会開催月は、委員会を準備に充てる。

- ・わくわく祭り、クリスマス会の開催
- ・療養環境について審議・提案
- ・こども病院ボランティア受け入れ手順書に基づく単発ボランティアの受け入れ
- ・クリニックラウン活動支援
- ・こども基金の活用

- 3 年間活動実績

- ① 年間開催回数 5回

② 年間参加者合計数 135名

③ 主な審議、決定事項

- ・わくわく祭りとクリスマス会の企画・運営
- ・マニユライフ生命子どもの療養環境改善募金の紹介、応募についての提案
- ・単発ボランティアの受け入れについては、ボランティアコーディネーターに一部業務を移行し、スムーズな受け入れ・調整を実施
- ・クリニクラウン活動は、協会側の出資金と清水ロータリーの寄付金で2月までの計11回訪問
- ・こども基金の残高より紅白幕の購入を決定

4 活動実績に基づく課題

- ・マニユライフ生命子どもの療養環境改善募金の応募について、各部署からの応募方法・応募作品の選定方法等の検討
- ・わくわく祭りの日程の検討（8月開催では、屋上が炎天下になり、患者の負担が大きい）

（委員長 山崎 透）

## (25) 防災管理委員会

1. 年間開催件数 3回（H22年5月12日、7月14日、H23年3月23日）

2. 委員会の目的： 静岡県立こども病院における防火管理及び地震対策の総合的な推進を図る

3. 委員会の活動計画および活動実績：

第一回の委員会では、平成21年6月より施行されている「消防法の改正」に従って作成された「静岡県立こども病院 消防計画」が承認された。消防計画に従い「防災管理者の選任・届出」「消防計画の作成・届出」「自衛消防組織の設置・届出」「防災管理点検報告」などの項目も承認された。

第二回の委員会では、1) 例年の如く平成22年度防災訓練スケジュールを承認した。その内容は①年間5回の防災部会の開催、②トリアージ図上訓練（8月大会議室）、③総合防災訓練（9月1日大会議室に防災管理委員が集合）、④こども病院夜間想定防火避難訓練（10月）、⑤トリアージ訓練（11月）であり、すべて実施された。また職員のために「こども病院トリアージ講演会」を2回予定し、開催された。2) 地震災害医療救護応援班（3班）および救護班（2班）の任命。3) トリアージ訓練の実施場所のレイアウトを提示し、実際のトリアージ訓練で使用した。東日本大震災の派遣を確認するため、3月23日臨時防災管理委員会を開催した。この時まで当院では病院としての災害地への派遣はなく、個人的に他の団体チームに参加して災害地へ入っていた。3月18日午後県庁からの要請により県立病院機構としてチームを派遣することになったので、こちらへ集中することを確認した。

4. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

実際の訓練計画、活動は防災管理委員会防災活動部会にお願いしている。

この防災管理部会は、年間のスケジュールを承認し、参加者を確保することを主に行っている。10月15日の夜間想定訓練では、①火災箇所のアナウンスが不適切であった。全ての職員が理解できるよう院内放送すべきである。②避難経路が火災箇所と交差するなど相応しくない避難経路がみられた。③消防車を要請した場合に、西館前は高さ制限に触れて侵入できない。予め内科病棟側から入るよう消防車へ指示する必要がある。④参加する医師が少ないが、本当に非常事態に対応できるのかとの声あり、⑤新採用看護師には病棟の消火器の場所を教え、非常ドアのロック解除方法を説明すること。

（委員長 吉田隆實）

## (26) 行動制限最小化委員会、事後審査委員会

### 1. 委員会の目的

「行動制限最小化委員会」は精神保健福祉法において設置について規定されており、診療報酬上も委員会の設置が求められている。

東2病棟の入院患者の行動制限について、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づき、患者の基本的な人権に配慮しつつ、医療・保護のために必要な場合の最小限の行動制限が適正に実施されているかを多職種によって検証し、改善を見出すことを目的としている。

### 2. 年間開催回数

行動制限最小化委員会・・・・・・12回（毎月第3金曜日に開催）

事後審査委員会・・・・・・2回（行動制限最小化委員会に合わせて開催）

### 3. 年間参加者合計数 計77名（行動制限最小化委員会・事後審査委員会の合計）（委員数6名）

### 4. 活動実績

①病棟から提示される行動制限一覧表をもとに、行動制限ケースの検討を行った。

また、行動制限の必要性、法令に基づく手続きの適正さの確認や、行動制限を行う上で県や市への疑義照会についての検討等を合わせて行った。

②事後審査委員会では、入院形態、行動制限に関する症例についての検証、入院形態の妥当性についての調査や病棟巡回を行った。

③職員の教育・啓発のため、精神保健福祉法や行動制限に関する研修会を3回実施した。

### 5. 活動実績に基づく課題

来年度も「患者個人の人権を尊重する」という観点から、常に、人権に配慮した行動制限が適切に実施されるよう検証を行い、それが安心・安全な医療につながるよう、委員会を開催していく。

（委員長 山崎 透）

## (27) 利益相反委員会

### 1. 委員会の目的

職員の研究活動が、外部との経済的な利益関係によって公正かつ適正な判断を損なうことのないよう適正に管理することを目的とする。

### 2. 年間活動計画

職員から提出される利益相反自己申告書に基づき開催する。

### 3. 年間活動実績

① 年間開催回数 0回（迅速審議5件）

② 主な審議、決定事項（迅速審議）

治験臨床研究（3件）

利益相反非該当、勧告事項なし

厚生労働省科学研究費補助金研究（2件）

利益相反非該当、勧告事項なし

### 4. 活動実績に基づく課題

利益相反自己申告書の提出がないと審議が始まらないため、委員会の周知が必要。

（委員長 小林亨二）

## (28) 寄付金管理委員会

### 1. 委員会の目的

寄付金等の受け入れの可否

寄付金等の目的及び使途についての審査

## 2. 活動計画

22年度より、寄付金管理委員会を発足  
寄付金等の受入状況に応じて、随時開催

## 3. 活動実績

①年間開催件数 2回

②年間参加者合計数 21名

③主な審議、決定事項

第1回(5月6日):チャリティーコンサート寄付金90万円の用途について審議。病院内でアンケートをとり、上位項目について購入することに決定。

第2回(6月17日):民間企業からの寄付についての受入可否について審議。受け入れ基準をクリアしているため、受け入れすることに決定。

## 4. 活動実績に基づく課題

寄付金を積立し、病院全体の利益になるよう戦略的な使用を検討

(委員長 小林亨二)

## ○がん化学療法検討部会

1.年間開催回数:1回(平成22年度新設)、今後定期的に年4回の開催を予定

2.年間参加者合計数:8名(委員数10名)

3.委員会の目的:①地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすための整備、特に②外来化学療法加算I種の取得を目指すことを目的とする。

### 4.委員会の活動計画

①外来ケモ室の整備

②がん化学療法レジメン審査の検討

③がん患者カウンセリング料の検討

### 5.活動実績

①診療場所について、10番診察室、外科外来、西館応急外来等について検討中。

②現況調査で血液腫瘍科医師と薬剤師とでレジメンを確認する際に参考とする文献の抜粋のみを提出している場合があることが判明した。現在は掲載された雑誌、治療成績がわかるように文献そのものを提出することとした。

③カウンセリング研修を受けた医師がいないため取得できないことがわかった。

### 6.活動実績に基づく課題

①診療場所について検討中。「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」には「外来化学療法室に、専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師については、専従であることが望ましい。」とあり、看護部の協力も不可欠である。

②前出の「指針」には「化学療法のレジメン(治療内容をいう。)を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。」と明記されている。現状では院内でレジメン審査委員会を設置していることも病院はほとんどなく、審査委員の選定や運営など設置までには困難が予想される。

③認定看護師はいてもカウンセリング研修を受けた医師がいないため今後の取得を目指す

(委員長 工藤寿子)

## ○周産期センター部会

1. 年間開催件数 2回
2. 年間参加者合計数 30人
3. 活動実績

・第一回（7月1日）

産科救急時の体制について討議した。超緊急（15分以内の娩出）緊急（30－40分以内の娩出）そして、準緊急（1－2時間以内）における体制を確認した。

また、院内出生新生児（外科系疾患）の受入体制についても協議したが、結論は出ず次回部会時に改めて検討することとした。

・第二回（8月10日）

前回に引き続き院内出生新生児（外科系疾患）の受入体制について協議した結果、①横隔膜ヘルニアについてはNICU当直者数が増員となった場合（2～3名）は改めて検討することとし、当面の生後管理はPICUで行うこと②その他の外科系疾患については体重1,500g程度を目安とし、1,500g未満の場合はNICU管理、それ以上はPICU管理とする。なお、脳外科疾患については従来通り体重2,000gを目安とし、2,000g未満の場合はNICU管理、それ以上はPICU管理とすることとした。

（委員長 西口富三）

## ○PICU・救急部会

1. 年間開催件数 1回
2. 年間参加者合計数 22名
3. 委員会の目的

PICU開設後、その運営方法について、また運営上の諸問題について討議する

4. 委員会の活動計画

診療実績の報告

運営上の諸問題の抽出

運営上の諸問題についての討議

5. 活動実績

診療実績を報告した

患者のスムーズな入退室について外来・病棟部門と討議を行った

6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

PICUは開設満4年を経過し、当委員会もその役割を終え、次年度から外来・病棟運営委員会に統合されることとなった。

院内の連携の面では、時間外の緊急入院に際して、PICUか一般病床かの選択で当直看護師長とPICU責任医との見解の相違が生じていることが度々議論になった。

会議の場において、小児集中治療科長より、PICUは基本的には気道・呼吸・循環・意識状態といった生命維持に重要な臓器系の不全状態にある患者を入院適応とするという原則を説明した。その上で、ベッドコントロール上問題が生じる場合は、その時の当直看護師長とPICU責任医とで良く話し合い、適応外入室も許容することを申し合わせた。

ただし、安易な適応外入室を行いPICUが満床になり、さらに同日時間外の遅い勤務帯でPICU入室適応患者が発生した場合は、PICU在室患者の病棟への緊急押し出し退出になり得ることをご理解いただきたいとは申し添えた。

また、救急患者はPICU、病棟は旧来の業務、ということではなく2次救急患者は適応通り

病棟入院でしっかり診ていくという病院全体の診療の方向性についても再確認させていただいた。

さらに、入院病床の決定に疑義のある場合は、後に禍根を残さぬよう、その場で当事者同士が有機的な意見交換をおこなうことが大切であること、また、病院としてその職場環境を醸成することでも合意した。

(委員長 植田育也)

## ○DPC部会（兼コード検討委員会）

1. 委員会の目的  
DPCの管理運営を円滑に推進する。
2. 年間活動計画  
(1) 適切なコーディングを行う体制を検討する。  
(2) 職員にDPCに関する情報提供を行う。
3. 年間活動実績
  - ①年間開催回数 3回
  - ②年間参加者合計数 30名
  - ③主な審議、決定事項
    - 1 改正・変更した事項
      - ・様式1入力項目の見直しについて
    - 2 未入力件数減少対策
      - ・ドクター依頼を月末2日前に通知する。
      - ・依頼方法をペーパーから電子カルテメール機能に変更
      - ・月末報告を各診療科長あてに通知する
    - 3 コーディング検証
      - ・長期入院の取り扱いについて  
→1入院1手術1MDCを原則としていく
      - ・2SD超えの患者に対する対策として、「2SD超え3日前対象患者リスト」を作成し、取り下げ減少に努める。
      - ・複数科入院の取り扱いとしては、転科時に担当医に対し、病名・様式1の入力確認と未入力催促を行っていく。
    - 4 MED I - T A R G E T 検証結果
      - ・指導料算定状況が他施設に比べ、格段に低い状況である。
      - ・後発医薬品については、対象薬剤リストを作成し薬剤室へ報告する。
4. 活動実績に基づく課題
  - ・コーディングによる取り下げ返戻の減少への取り組み
  - ・上岡谷主任看護師（診療情報管理士）による対象傷病名一覧（新生児版）の作成による院内共通マニュアルの作成
  - ・複数科入院の取り扱いについて、病棟クラークの業務としてシステム化することを検討

(委員長 長谷川史郎)

## ○診療報酬対応WG

- 1 目的  
現在の施設基準を確認し、未算定となっている施設基準の取得を目的に開催
- 2 活動実績

- ① 年間開催回数 1回（平成23年3月10日開催）
- ② 参加者数 5名
- ③ 主な審議、決定事項
  - ・療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、がん患者カウンセリング料については届出を行う。
  - ・総合入院体制加算取得に向け、努力していく。  
退院患者の4割が診療情報提供料（I）加算算定者であることの条件が達成できていないため。
  - ・平成24年度の診療報酬改定が大規模になると見込まれるので、情報収集に努めることとする。

（WG委員長 長谷川史郎）

## ○エコアクションWG

- 1 目的
  - 光熱水費節減をはじめとする省エネ対策を推進することを目的に開催
- 2 活動実績
  - ① 年間開催回数 5回
  - ② 参加者延数 25名（メンバー6名）
  - ③ 主な審議、決定事項
    - ・ESCO事業導入を決定。
    - ・各セクションごとに省エネ目標を設定、自己評価を行う。
    - ・その他、節電・節水・コピー使用の抑制・エレベーター使用方法等について意見交換。
    - ・今後は共通目標の設定（数値化）し、継続的に省エネに取り組む。

（WG委員長 渡邊誠司）

## ○施設改善計画検討WG

- 1 目的
  - 施設劣化状況調査に基づき、劣化改修工事を行うにあたり、将来的な病院施設改善計画との整合を図り、また、次期5ヶ年中期計画にも反映できる基本構想を策定する。
- 2 活動実績
  - ① 平成22年度開催回数 合同会議1回  
3部門（診療、福利厚生、情報提供）各3回 計10回
  - ② 参加者延数 121名（メンバー診療部門14名、福利厚生11名、情報提供12名）
  - ③ 主な審議事項
    - ・各部門において、現状の課題を抽出
    - <診療部門>
      - ・外来診察室、処置室のスペース確保
      - ・患者待合のあり方について（運用も含め）。
    - <福利厚生>
      - ・職員ロッカールーム拡張
      - ・食堂、喫茶の改装
      - ・売店営業時間延長
      - ・職員休憩場所の確保
    - <情報提供>
      - ・カルテ保管について

- ・画像のフィルムレスについて
- ・薬剤倉庫、相談室、採血室の配置場所について

#### ④今後の予定

- ・課題に対する解決案について検討、とりまとめ。
- ・緊急を要するものについては、予算の範囲でなるべく早急に着手。  
将来計画については、次期中期計画に盛り込み、順次改善工事を行う。

(WG委員長 長谷川史郎)

### Ⅲ 特定医療・患者サポートチーム

#### (1) ICT (感染制御チーム)

ICTは院内で唯一、常時活動している感染対策組織である。感染対策委員会や感染対策小委員会と連携し、種々の院内感染対策上の問題を迅速に解決することを目的としている。平成22年度の構成員は医師(ICD)2名、ICN1名、看護師長1名、臨床検査技師1名、薬剤師2名の計7名でスタートしたが、その後6か月間で医師3名が新たに加わった。月に1回、定例会議を持ち、22年度の会議回数は計12回、のべ出席者数は84名であった。

22年度の課題は、感染対策部門の活動を充実させ、感染対策室のような常設の部署設置を求めていくことであった。具体的には、22年度より、血流サーベイランスと手術部位感染症サーベイランスを新たに定常サーベイランス扱いとし、さらに週一回のICTラウンドをスタートさせることを目標とした。当初医師スタッフが不足していたが、その後新たに3名の医師の参加を得て、平成22年10月より週1回火曜日のICTラウンドをスタートさせることができた。

次の課題として、職員の結核感染管理の手法を、2段階ツベルクリン反応からクオンティフェロンへ変更することに取り組んだ。従来は予算の問題と、大量の検体の処理が困難という技術的な問題があり、必要性は理解されながらも実現できなかった。22年度は、新製品が開発され、院内で検体処理ができるようになったことが契機となって導入が決まった。予算の制限があるため、22年度は新規職員と40歳以上の職員に限定して実施されたが、2年をかけて全職員の検査を完了する予定である。

22年度に実現されたその他の重要な実績として、抗菌薬の術前予防投薬の指針改定を上げることができる。数年前に一度整理されたが、次第に無秩序な投与がみられるようになっていた。新たな指針では基本的に抗菌薬はラセナゾリンを使用することが定められ、腸管手術など特定の手術ではセフメタゾンなどの選択も容認されている。術前1時間～30分前に投与を開始すること、手術時間が長い場合は、3時間ごとに反復投与することなども勧められている。

ノロウイルス感染症は伝染力が強く、最大級の対応が求められる感染症である。22年度は夏になっても流行がやまず、ついにNICUでも陽性患者が出現した。しかし、その後ノロウイルスの迅速診断キットが、生後6か月未満の乳児では偽陽性に出ることが明らかになった。NICUの患者も

遺伝子診断では陰性であった。このような経験から、今後6ヶ月未満の乳児のノロウイルス診断には、迅速抗原診断キットではなく LAMP 法による遺伝子診断を用いることになった。

(委員長 木村光明)

## (2) NST

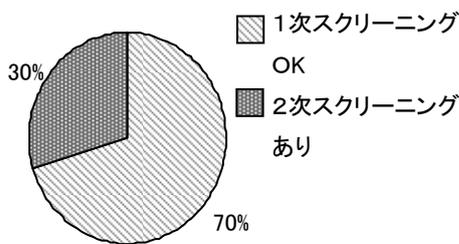
### 目的

入院・外来患者の栄養状態を評価し最適な栄養管理方法の指導・提言を行う。  
 栄養管理上の疑問に答える。  
 栄養管理に関する知識の啓蒙活動を行う。

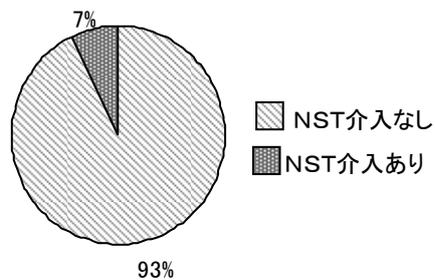
### 活動実績

1. 年間会議開催件数 2回
2. NST回診回数 42回 延べ回診件数 75件  
1回回診あたりの患者数 1.8人
3. 朝の症例検討会開催回数 37回
4. 平成22年度NSTスクリーニングの状況

(ア) 1次スクリーニングの状況



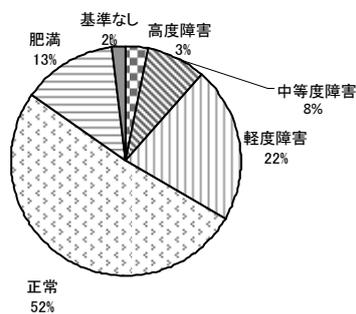
(イ) 2次スクリーニングのうち介入した割合



(西2病棟を除く病棟)

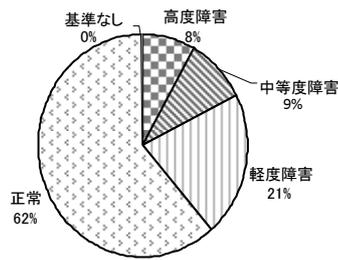
(ウ) 1次スクリーニングによる身体計測状況および科別スクリーニング状況 W/H(北2除く)

障害程度	件数
高度障害	98
中等度障害	259
軽度障害	688
正常	1,610
肥満	414
基準なし	62
合計	3,131



H/A(北2除く)

障害程度	件数
高度障害	256
中等度障害	288
軽度障害	661
正常	1,913
基準なし	13
合計	3,131



病棟別集計件数

北2	297
北3	354
北4	588
北5	359
西3	553
CCU	70
PICU	188
西6	951
東2	68
合計	3,428

科別スクリーニング状況

主な診療科	1次OK	2次あり	合計
総合診療	185	92	277
心療内科	2	0	2
新生児	117	184	301
血液	316	101	417
腎臓	130	44	174
内分泌	3	0	3
アレルギー	192	25	217
循環器	328	123	451
神経	79	95	174
外科	333	142	475
脳外	110	24	134
心外	162	29	191
整形	114	34	148
形成	110	27	137
泌尿器	62	13	75
PICU	123	61	184
こころ	40	28	68
小計	2,406	1,022	3,428
合計		3,428	

5. 勉強会開催

年間9回 参加者数 220名

勉強会開催内容及び参加数

日程	講義テーマ	講師	参加数
7月28日	小児栄養管理の基本	NST委員長 長谷川副院長代理	29
9月7日	電解質異常	腎臓内科 上原先生 深山先生 鶴野先生	32
10月19日	ビタミンと検査	診療支援部臨床検査スタッフ 高木技師長	23
11月24日	新生児・低出生体重児のTPN	薬剤室 長谷川主幹	29
12月16日	ミルク・特殊流動食のいろいろ NSTで用いる特殊食品	栄養指導室	23

1月26日	胃瘻造設後ダンピング症候群の詳細	神経科 渡邊先生	23
2月7日	DXA法 骨密度測定の実用概説	神経科 渡邊先生 東洋メデック株式会社	23
3月4日	重症心身障害児の骨折を減らすために ～ビスフォスフォネート剤の基礎と臨床～	万有製薬 武田薬品工業 アステラス製薬	27
3月18日	重症心身障害児の骨折を減らすために ～Ca代謝関連薬剤の基礎と臨床～	中外製薬 協和発酵キリン イーライリリー	11

## 6. 活動結果の課題等（次年度委員会への申し送り事項）

- ・平成23年2月1日より栄養サポートチーム加算算定施設となった。  
PICU、CCUの一般病棟の一部及び、西2病棟において、介入後加算申請を検討していく。
- ・病棟におけるNST活動をより円滑に行なうための連携強化。

### (3) 褥瘡対策チーム

22年度も褥瘡対策チームはこども病院の褥瘡予防、対策、治療、啓蒙活動に努めた。年に3回の褥瘡対策委員会を開催し、褥瘡対策チームの活動の評価や方向性などについても話し合った。22年度の活動内容の概略は下記の通りであった。

1) 褥瘡回診：1回/月に全病棟の褥瘡回診を行って、褥瘡予防のケアや対策が正しく行えているかを確認した。褥瘡有病率は2%以下を維持できており、今後も引き続き褥瘡回診は継続していく予定である。

2) 学習会の開催：4月には新規採用となった看護師、医師を対象とした新人研修において、褥瘡の講習を行った。11月29日にも院内セミナーで褥瘡対策チームと医療安全委員会の共催で褥瘡についての講演を行なった。ほぼ全部の部署や病棟から参加が得られ有用な啓蒙活動が行えた。

3) 情報発信：褥瘡ニュースを季節ごとに発行し、こども病院の褥瘡発生率や現状、注意点などについて発信した。

4) 22年度の褥瘡対策チームの調査により院内にある体圧分散寝具の配置に病棟ごとの偏りがあることが判明した。予算に限りのある中で、体圧分散寝具の効果的な運用を提案するとともにどうしても不足な物品に対しては今後予算処置について申請していく予定である。

褥瘡対策は発生させないための予防が重要であることは言うまでもない。今後更なる褥瘡有病率の低下を目指し、活動を継続していく方針である。

(委員長 朴 修三)

### (4) 緩和ケアチーム

#### 1. 委員会の目的

難治性疾患のこどもと家族のQOL向上のために緩和ケアの活動を実践する。また小児緩和ケアの普及のための教育活動を行う。

#### 2. 年間活動計画

毎週火曜日 午後16時から緩和ケアチームのカンファレンス及び病棟回診を行う。また教育活動として院内勉強会を随時開催する。

#### 3. 年間活動実績

##### ①年間開催回数

50 回開催

②年間参加者合計数

緩和ケアチームメンバー 10 名

③主な審議、決定事項

カンファレンスで各部署から依頼があった事例の治療・ケア方針を検討し、チームとしての推奨内容を依頼元へ返した。依頼内容は疼痛を初めとする身体的症状の緩和が過半数であったが、本人及び家族の心理社会的な支援や倫理的課題について意見を求められることもあった。緩和ケアに関する教育活動として、5回の院内勉強会を開催した。

4. 活動実績に基づく課題

院内における緩和ケアの理解が未だ不十分であり、依頼部署が血液腫瘍科に片寄っている。広報をさらに行い、より幅広い活動を展開していく必要がある。将来的には常勤のスタッフを確保し、緩和ケア診療加算を算定できるチームを目指す。

5. その他の特記事項

- ・7月29日の中日新聞に「がんのこども チームでケア」と題して当チームの活動が紹介された。
- ・こども病院便りに緩和ケアチームの紹介記事が掲載された。
- ・中部小児がんトータルケア研究会、日本小児がん学会等において、当チームの活動を通して得られた知見を報告した。

(委員長 堀本 洋)