

## 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、常勤は副技師長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（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、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、入退院支援センター主幹、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

令和6年度の「医療連携機関登録制度」の登録数は21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6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6年度のお得意様医療機関（5件以上の紹介）は511件となった（前年比－33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2024」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6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に加え、Garoonのスペース機能でグループを作成し、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）を随時受け付ける体制を整備した。おむつ交換台のサイズ表示や入院受付の案内看板の適切な場所への表示、トイレ洗面台のハンドソープ設置の見直し等に取り組んだ。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「小児てんかんセンター開設記念 第35回てんかん教室」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10回目となる「地域連携懇談会」では“小児疾患の診断と治療の再確認”をテーマに対面開催した。第1部の講演会、第2部の懇談会の2部制とし、105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：R6年度患者支援チーム 取組内容・件数

取組内容	対応件数
環境整備	6
通話／Wi-Fi／LINE	3
表示板／掲示物	3
トイレ／おむつ交換台	3
授乳室mamaro	2
患者への説明（案内）	2
患者対応	2
こどものラウンジ・／プレイルーム	2
駐輪場	1
時報アニメーション	1
セブンイレブン内	1
計	26

（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6年度の実相談対応件数は、11,189件であり職員体制の変更を受け、前年度より大幅減となっている。しかしながら、相談窓口での直接相談の対応は1,126件と昨年度より約300件増えており、相談支援センターの窓口の周知が進んでいることが推察される。

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は67件開催し、院内の入院患者の医療者カンファレンスは63件参加している。

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
1,071	1,132	1,045	1,122	902	832	915	856	855	836	779	844	11,189

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		
63.2%	1.8%	3.3%	3.2%	4.7%	2.8%	2.5%	2.7%	3.4%	3.3%	2.9%	3.3%	2.9%	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
11.75%	2.31%	1.50%	2.24%	10.81%	8.19%	8.06%	4.33%	8.67%
外科	心外	脳外	整形	形成	泌尿	耳鼻	眼科	皮膚
4.61%	0.04%	1.72%	7.03%	1.26%	2.30%	2.54%	0.84%	0.90%
放射線	歯科	救急	集中	消化器	外傷	精保	予防接種	生活アレ
0.79%	0.04%	1.03%	3.95%	1.11%	1.90%	8.55%	0.00%	0.01%
移植外科	発達外来	その他	計					
0.21%	2.29%	0.10%	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
17.3%	18.3%	35.4%	1.0%	4.3%	3.7%	5.4%	5.2%	2.0%	4.0%	3.1%	0.4%	100%

## 6. 小児がん相談支援センター

### 1) 相談対応件数

令和6年度の小児がん相談対応件数は電話対応 478 件、面談対応 613 件、その他（カンファレンス参加・開催等）33 件であった。在宅で終末期を過ごす患者の増加に伴い、訪問診療・訪問看護との連携も増加し、対応件数は昨年度比約 3 割増となった。

### 2) 小児がん拠点病院相談支援事業

関東甲信越ブロックの4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、当センター）で毎月1回定例会を行い、共催で3つの企画を運営している。今年度は①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（年2回）、②関東甲信越ブロック小児がん相談支援研修会（年1回）、③患者家族向けセミナー（各施設1回・全4回）を開催した。①相談支援部会ではテーマ別レクチャー、各県の活動報告、意見交換会を毎回行っている。今年度は「がんゲノム医療」と「重い病気と闘う子どもたちと家族のためのサポート」をレクチャーのテーマとして開催している。②小児がん相談支援研修会は「小児がん相談における多職種連携の実際」をテーマとし、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開催した。③患者家族向けセミナーについては次項に記す。

### 3) 関係イベント・セミナー

今年度は初の試みとして、小児がん患者・家族・きょうだいサロンを開催した。7組15名の参加者でゴールドリボンのキーホルダーを作成し、正面玄関で配布する啓発活動を行った。

また、前項に記した通り、昨年度より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している患者・家族セミナーにおいては、10月に「がん化学療法を学ぼう」をテーマに開催し血液・腫瘍科の医師から新しい治療方法について、薬剤師からは抗がん剤の成り立ちや仕組みなどについて講義を行った。患者本人、ご家族、医療関係者など39組が参加した。

さらに、今年度は新たに小児・AYA がん在宅医療セミナーを開催した。当センター血液・腫瘍科医師、看護師、在宅医療の医師、訪問看護ステーション看護師による症例ディスカッション、特別講演、グループディスカッションの3部構成とし、web67名、会場14名が参加し、好評を期した。

例年通り2月には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。

### 4) 埼玉県小児がん診療病院連携協議会

医事課と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。今年度は当センター含め県内の7施設と在宅医療分野から1施設、県の保健医療部疾病対策課がん対策担当、同感染症対策課が参加した。今年度はAYA世代の在宅医療や移行期医療をテーマとし、オブザーバーに小児がん患者の移行を受け入れている医療機関の院長を迎えて開催した。

#### 【参加機関】

埼玉医科大学国際医療センター、防衛医科大学校病院、北里大学メディカルセンター、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、大宮在宅クリニック、ハレノテラスすこやか内科クリニック（オブザーバー参加）

(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。

患者さんご家族への啓発活動の取組みとして第5回移行期医療支援セミナーを開催した。「腎疾患を例に考える移行期医療 ～移行に備える母親のメッセージとともに」をテーマに小児のネフローゼ症候群、慢性腎炎の疾患、その患児たちの移行の現状について講義を行った。また、ニモカクラブ代表でもある患児のお母さまからは、年齢に合わせて変化する移行期医療にまつわる悩みや経験から知り得た情報、未来に向けて考えたことを話していただいた。35名の患者家族、医療機関等の関係者が参加し「大変役に立った」、「移行のこと、病気のことです不安だったが話を聞いてホッとした」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)

- ① 第4回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、成人医療機関、難病指定医療機関、小児慢性審査会委員、県関係課が集まり相談対応件数やセミナーの開催実績など活動報告を行い、埼玉県の重度心身障害児・者の移行について皆で課題や問題点の共有を行った。
- 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 移行期医療連携カンファレンスを開催し、血液・腫瘍科、感染免疫・アレルギー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かない方が多く、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	10	19	10	9	18	8	8	9	3	6	10	10	120
院外新規	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	3	1	10
電話対応	20	50	33	39	38	24	18	28	15	34	29	47	375
面談	29	27	18	16	22	30	5	15	8	14	11	15	210
※訪問等	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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 ⑧在宅お看取り後の病理解剖WG ⑨小児がん在宅診療支援WG

（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6年度は引き続き、常勤1名、非常勤1名で勤務に従事した。表1にあるように年間の総介入件数は3610件となり、前年度より169件ほど減少が見られた。介入に特に減少が見られた2月に常勤CLSがケガによる病気休暇を取得したことが原因と考えられる。

介入内容の内訳としては、表2から表4に示しているとおおり、患者対応が2203件、ご家族への対応が1363件、ごきょうだい対応が44件であった。また、表5に示す通り、介入を行った対象者の年齢分布は例年通りであった。表6に示している依頼元の分布について、昨年より医師からの処置などへの介入依頼が740件増加した分、看護師からの日常的な介入依頼がほぼ同数減少していた。全体的にCLSが対応できた件数に大きな変動はないものの、より医療的な介入の依頼が多かったことが伺える結果となっている。

表1 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	289	355	333	374	330	269	377	299	311	287	178	208	3610

表2: 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	1290	335	234	0	0	341	3	2203

表3: 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	1188	58	22	52	18	25	1363

表4: 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	22	1	0	8	13	0	44

表5: 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	34	953	627	11	1278	2903

表6: 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	1845	521	423	97	17	2903

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の向上の為、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「退院サマリの作成率の維持」、「退院サマリ記載事項の精査」を挙げた。

「退院サマリの作成率の維持」については、毎週月曜日（祝日の場合は翌営業日）に退院サマリ作成状況を全医師宛てにメール配信を行い、退院及び転科後の早期作成率向上を図った。令和6年度の退院サマリ作成率は98.9%であった。

「退院サマリ記載事項の精査」については、カルテ及びサマリから統計の精度を高めるためには詳細な記載が不可欠であり、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し、さらに新規採用医師ガイダンスにて周知を行った。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3」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6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6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5回委員会を開催した。

主な議題は、退院時サマリの早期作成対策、院内説明文書及び同意書の承認、診療録監査等である。

#### (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、未返納を減らすよう督促を行った。

#### (3) 診療情報の提供

診療情報の質を向上するために、退院サマリ作成システム内からの情報抽出方法を、新規採用医師ガイダンス時に周知を行った。

#### (4) 診療記録のスキャン

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) 紙カルテの管理

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・大川 由華)

## 第6章 医療安全管理室

医療安全管理室は、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。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もに、各部署と連携を図りながら安全な医療の提供に向けた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、呼吸サポートチーム、MACT会議、小児救命救急センター運営委員会 院内救急部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6年度の報告件数は5,854件、事象件数は5,370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	7.6% ↑
薬剤に関する項目	22.7% ↓
輸血に関する項目	0.5% ↓
給食・栄養に関する項目	1.9% ↓
治療・処置に関する項目	6.1% ↓
医療用具（機器）ドレーン・チューブに関する項目	25.8% ↑
検査に関する項目	3.9% ↓
療養上の場面に関する項目	15.4% ↓
その他の場面に関する項目	16.1% ↑

レベル別報告割合

レベル0	50.69% ↑
レベル1	32.57% ↓
レベル2	13.00% ↓
レベル3a	2.70% ↓
レベル3b	0.95% ↓
レベル4a	0.02% ↓
レベル4b	0.07% ↑
レベル5	0% →

#### 2) 医療安全対策マニュアルの改訂

医療安全対策に関する体制図を改訂した。また、医療安全管理規定内に医療安全管理部門に関する指針を追加し、医療安全管理者の業務は医療安全対策加算1の業務内容に準じて改訂した。患者確認を2つ以上での識別子で行うことや各部門における事故防止対策を見直した。

#### 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52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い、アンケートやテストの回答を以て受講とした。

開催日	内容	参加者数
6月12日～ 9月30日	①みんなが主役の医療安全～対話するチームづくり～ ②ここから始める医療安全活動！～インシデントレポートの書き方×コツ～	821名
8月21日～ 11月30日	診療放射線安全利用のための研修	627名
12月11日～ 1月14日	患者・家族が求める医療事故対応 ～患者遺族と医療対話推進者の経験から～	831名
1月21日～ 2月21日	安全な輸血のために～献血から投与まで～	683名
3月3日～ 3月28日	医薬品安全使用のために研修会	575名

医療安全管理研修会の受講率は、94.7%と前年度より1.8ポイント低下した。各部署の受講率は医師77%、事務局100%、看護部98.9%、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」の他者評価を年3回（6月、9月、12月）全職種を対象に実施し、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、共有し、患者家族へもフィードバックした。

また、職種毎に作成・使用している評価項目を見直し、評価表の改訂を行った。

#### 6) 医療安全推進月間（11月）

医療安全推進月間の取組みとして、引継ぎの場面をテーマとし、うまく引き継ぐためにはどうしたらよいかについて、チーム STEPPS のツールを参考に2職種以上で話し合いを行った。話し合った内容を標語や3WORDSにし、ポスターを作製した。ポスターは、職員フロアと2階のコンビニエンスストア前に掲示し、効果的なポスターをスタッフが投票した。23セクション参加し、総投票数は574票、多得票の3部門には、病院長より表彰が行われた。ポスターとともに2階の展示スペースでは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。

- ・患者さんが転棟する際に、医師間・看護師間の引継ぎがうまくされなかったことによるインシデントが発生した。それぞれの部署で行った分析結果を共有し、モノ・情報をうまく引き継ぐための方法を検討し、転棟時のチェックリストの内容と運用方法について見直しを行った。
- ・針の取り扱いに関するインシデント報告が増加したため、医療安全ニュースで注意喚起をし、針使用時の針捨て容器の持参を呼び掛けた。

・輸血オーダー時の血液型間違いを防ぐために、オーダーシステム画面表示をわかりやすくし、注意すべきコメントが目立つように表示を変更した。

- ②医療安全ラウンドを計13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。ラウンド結果は改善点のみでなく、良い点についても紙面でフィードバックし、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」「チーム STEPPS」について掲載し、啓蒙活動を行った。
- ⑤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。
- ⑥医療安全ニュースを計9回発行した。
- ⑦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2回の講習会を開催し、計23名が認定された。
- ⑧各セクションにおけるインシデント発生時の ImSAFER 分析を計16回実施し、原因分析と対策立案につなげた。

#### 8) 県立病院機構医療安全管理者会議

医療安全管理者拡大会議 (ZOOM・6月)、医療安全管理者会議 (対面・9月・12月・2月)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、会議開催施設におけるラウンドの実施、インシデント件数報告や共有事象報告、医療安全対策向上に向けた取り組みなど各施設における医療安全の情報交換を行った。

#### 9) 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。

#### 10) 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、医師2名が受講した。

#### 11) 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。

#### 12) 薬学部実習生への講義

「小児病院の特徴を踏まえた入院中の安全」を中心とした内容の講義を合計3回開催した。

#### 13) 病棟保育士への研修

小児病院の特徴を踏まえた入院中の安全やコミュニケーションを中心とした内容の研修を1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、総合偏差値は53.36であり前年度より0.05ポイント低下した。

12側面ランキングでは、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が3年連続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が3年連続3位、f) オープンなコミュニケーションは昨年度29位から2位へ大きく上昇した。

偏差値では、b) 医療安全に対する総合的理解、c) 上司の医療安全に対する態度や行動、

d) 組織学習－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6項目が0.03～0.07ポイントと僅かに低下、a) 出来事の報告

される頻度は0.77ポイント低下、l) 仕事の引継ぎや患者の移動では1.87ポイント低下し49.40となった。

偏差値が低下した8項目の中では、b) 医療安全に対する総合的理解、l) 仕事の引継ぎや患者の移動の2項目でランキングが下がり、d) 組織学習－継続的な改善、k) 部署間でのチームワークの2項目のランキングは上昇、その他の4項目では前年と変わらなかった。

また、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3項目の偏差値は0.03～1.77ポイント上昇し、f) オープンなコミュニケーション、i) 人員配置の2項目のランキングが上昇した。今年度引継ぎの場面をテーマにしたポスターの作製に取り組んだ。職種を越え話し合う機会となり、f) オープンなコミュニケーションの偏差値上昇の一因にもなったと考える。

(医療安全管理者 岡本 友美・根岸 歳美)

## 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6年度における、院内の疑義照会件数は985件で、このうち投与量に関するものが424件（43.0%）、投与方法に関するものが145件（14.7%）、投与日数に関するものが69件（7.0%）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85件（8.6%）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80件（8.1%）であった。

令和6年度における、院外処方箋の疑義照会件数は626件で、このうち投与量に関するものが195（31.2%）、投与方法に関するものが77件（12.3%）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149件（23.8%）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、3月に医薬品安全使用のための研修会（web配信）を開催し575名（延べ視聴講座数1,302）の参加があった。

(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

今年度は、医療の質・安全の向上を目的にMACT（Monitor Alarm Control Team）を立ち上げることができた。小児病院では体動によるアラームなど成人に比べアラーム数の多くがテクニカルアラームであり、医療従事者のアラーム疲労や対応の遅れが報告されている。MACT活動によりモニタの適正使用の標準化を行うことで、より良い環境を目指すための活動としたい。

令和6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。医療機器の適正使用に関する研修会および勉強会は199回の開催となり、参加者はのべ1451名であっ

た。今後もテーマや開催方法の検討を行い効果的な開催を行っていきたい。また、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9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6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6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6年5月20日 (月) キックオフミーティング

令和6年10月24日 (木) QCサークル中間報告会

令和7年2月27日 (木) QCサークル成果報告会

### 3. TQM講演会

令和6年10月11日 (金)

医療法人 厚生堂長崎病院 野村哲司 氏

テーマ「改善活動の基本と問題解決の進め方」

### 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7件

### 6. 全国大会参加

一般社団法人医療のTQM推進協議会に入会し「医療の改善活動」全国大会へ参加

発表演題「是正処置システムにおける不適合 (インシデント) 分析」

発表者 「検査技術部」 令和4年度QC活動 最優秀賞受賞サークル

### 7. 令和6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	行動制限最小化 (身体抑制ゼロを目指す)	看護部③ 行動制限最小化WG
優秀賞	医薬品廃棄金額削減のための管理業務の効率化	薬剤部
	重症系・OP室における電気安全の向上	臨床工学部
	手術持参品忘れの軽減 Ver2	手術室② 忘れ物減らし隊

(別表)

令和6年度 Q Cサークル・テーマ一覧

No	診療科・セクション	テーマ
1	感染免疫科・保健クラーク・医療秘書	予防接種外来の待ち時間短縮
2	整形外科	夜間休日の整形外科オンコール医へのコール回数の変化 - 医師の働き方改革 -
3	形成外科・緩和ケア・9B病棟	口蓋裂術後の疼痛コントロールの再考
4	麻酔科	適切なMRI鎮静による検査の安全性向上と効率化
5	歯科	入院中の患児の口腔衛生と口腔機能の向上
6	保健発達部	送り忘れにもほどがある ~会計送信忘れゼロへ~
7	放射線技術部CT	CT造影検査における医師タスクシェア
8	放射線技術部・核医学検査	核医学検査のRI投与量の最適化 part 2
9	検査技術部	日夜動トレーニング体制の検証
10	薬剤部	医薬品廃棄金額削減のための管理業務の効率化
11	栄養部	付加食品の適正利用
12	臨床工学部	重症系・OP室における電気安全の向上
13	地域連携相談支援センター・医事部	患者が親しみを感じる病院づくりと病院PR (小児医療センターオリジナルグッズの商品化・販売化)
14	事務局(6階)	事務室の執務環境改善
15	医事部	医師事務作業補助者の業務改善
16	看護部①看護部転倒転落WG	転倒・転落防止
17	看護部②病棟・外来一体化WG	病棟・外来一体化による継続看護の充実と看護師のやりがい感の向上
18	看護部③行動制限最小化WG	行動制限最小化(身体抑制ゼロを目指す)
19	看護部④看護部データWG	看護部データ管理ワーキンググループの取り組み - 日本看護協会D i n Q L事業を通じて -

No	診療科・セクション	テーマ
20	4A病棟	カンファレンスの充実
21	HCU 1G	月1回以上の定時退勤実施に取り組みます
22	HCU 2G	「0レベルインシデント報告を増やす!」
23	HCU 3G	余剰物品を管理し、コスト削減を図る
24	HCU 4G	目指せ! 誤破棄ゼロの世界!
25	NICU	生体モニターアラームの現状調査
26	5B病棟	経鼻的持続陽圧呼吸管理における皮膚保護材の使用廃止
27	9A病棟・外科・移植外科・薬剤部	勤務時間外の内服薬処方なくし、時間外業務の削減とインシデント0!
28	10A病棟・11B病棟・血液腫瘍科・緩和ケアチーム	小児緩和ケア診療加算を理解して、適切なケアを実践しよう
29	10B病棟	疾患を理解してケアの充実を図る
30	11A病棟	時間外削減 part 4 夜勤に焦点を当ててみよう
31	12A病棟・神経科・総合診療科・消化器肝臓科・代謝内分泌科・臨床工学技士(12A病棟)	モニターアラームの無駄鳴りを減らす取り組み
32	忘れ物を減らし隊(手術室①)	手術持参品忘れの軽減 Ver 2
33	ありがとうを伝え隊(手術室②)	「Thank You Card」を活用しチーム力の促進
34	ER	取りに行けば準備完了~処置物品セット化のすすめ~
35	外来	外来中央計測室の待ち時間を緩和しよう
36	入院支援センター	退院支援スクリーニングシート作成不備件数の削減

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)、川上幸子(看護部・副部長)、上島洋二(感染免疫科・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)、内田力男(放射線技術部・副技師長)、急式政志(検査技術部・副技師長)、松本純(薬剤部・副技師長)、池上綾香(臨床工学部・副技師長)、北貴子(企画課長)、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) 2017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（現在は第3版）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。その後も、毎年マイナー・バージョンアップを重ねている。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、2024年度はさいたま赤十字病院から10名、三井記念病院から5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、血液腫瘍科、消化器肝臓科、新生児科、泌尿器科および総合診療科がそれぞれ担当した。
- (4) 2024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) 2024年度は以下の5名の専攻医を迎えた：上戸鎖勇悟、小嶋由貴、清水菜緒、山崎夏美、吉田建人。
- (2) 5名の専攻医の研修修了を承認した：加藤実咲、金内萌葉、高橋知滉、近澤茅穂、中橋匠。この5名は、2025年秋に予定されている小児科専門医試験を受験予定である。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) 2025年度採用分の専攻医試験（応募者6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ズス等を「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

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 への参加およびサマーセミナーを開催した。

(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6年度中に、CAATで新規にリストアップした児童数は80名（表1）であり、昨年度の111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149件行っており、虐待の疑いが強い重篤な症例だけでなく、診療の中で養育環境が心配される家庭や子どもたちについて、必要な調査を行い、支援に繋げている。

令和6年度のCAATの実績は、定例会議を45回、臨時会議を1回開催し、新規報告件数が79件であった。そのうち、児童相談所等への通告は8件であった。新規一時保護委託は6人（昨年度から継続して保護中の1人を含めると7人）、一時保護の延べ日数は327日であった。

（久保 麻由美）

### 【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6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6年度に行った事業は、実行委員会を2回（5月16日：36名出席、1月7日：29名出席）、研修会を3回（7月18日：317人参加、11月7日：74人参加、2月25日：182人参加）開催した。

第1回研修会は、前半は二つのテーマ（下表No.1参照）について講演を、後半はイムス富士見病院での症例を用いてディスカッションを行った。第2回研修会は、東洋大学福祉社会デザイン学部鈴木教授をお招きし、講演とグループディスカッションを行った。第3回研修会は、児童虐待の画像診断をテーマに当院小熊医師を講師として講演を行った。令和6年度は計3回の研修会開催となったが、オンライン参加の利便性もあり、大変多くの幅広い職種の方々の参加があった。また、各研修会後のアンケートでも大多数の参加者が「満足」と答え、「勉強になった」「日々の仕事のモチベーションに繋がる」等好意的意見を多数頂くことができた。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。

（山本 和之）

No.	テーマ	講師	肩書	開催日	参加人数
1	<p>1. 母子保健分野におけるこども虐待への対応～保健師に求められる支援技術と多職種連携～</p> <p>2. 小児科医が気になるこどもと保護者の様子～こども虐待につながるかもしれない事象を見逃さないために～</p> <p>3. 保健師と医療機関のより良い連携を目指して～地域の保健師の声を聴こう～</p>	<p>1. 関 美雪</p> <p>2. 峯 真人</p> <p>3. 森内 優子</p>	<p>1. 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科教授</p> <p>2. 峯小児科理事長・埼玉県小児保健協会会長</p> <p>3. イムス富士見総合病院小児科医長</p>	R6.7.18	317
2	<p>市区町村要保護児童対策地域協議会におけるケースカンファレンス</p> <p>ー9年間の歩みの中で大切にしてきたことー</p>	鈴木 崇之	東洋大学福祉社会デザイン学部子ども支援学科教授	R6.11.7	74
3	<p>児童虐待の画像診断</p> <p>ー再確認と適正運用を目指してー</p>	小熊 栄二	埼玉県立小児医療センター副病院長(放射線科)	R7.2.25	182

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
27	17	19	5	5	7	0	80

表 2 受理経路

関係機関から	救急	他院から	入通院中	合計
37	10	13	20	80

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
13	7	52	4	4	80

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
14	1	3	6	1	3	4	0	4
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	0	2	0	4	3	3	5
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	
0	0	6	5	5	7	0	80	

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	6
	くも膜下出血	1
	脳浮腫	0
	脳挫傷	0
骨折	頭蓋骨骨折	2
	肋骨骨折	1
	その他の骨折 (鎖骨、顔面、上肢、下肢)	4
眼底出血		0
打撲痕・挫創		2
熱傷		2
栄養障害	低身長	0
	脱水	1
	体重減少	2
誤飲		2
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、消化器肝臓科）、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 24 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・運営を行っており計2回実施した。外部講師による勉強会を初めて開催し好評を得た。また、1か月程度動画を配信し多くのスタッフの受講が可能となっている。今年度からメンバー向けの勉強会も開始し、講義形式1回、抄読会を3回実施し、スキルアップ、知見の獲得を図った。

### (7) NST 活動ツールの整備

安全に高カロリー輸液を実施するために、年齢、体重を考慮した TPN 基本メニューを4処方に分け作成し、NST 推奨高カロリー輸液セットの名称で電子カルテセット処方に登録した。

ア NST 委員会	6 回
イ 栄養管理計画書作成数	9818 件（入院時 8363 件、再評価時 1455 件）
ウ NST 回診	43 回（依頼 14 件、延べ回診人数 169 名）
エ NST カンファレンス	22 回 46 件
オ 栄養コンサルテーション	99 件
カ NST 勉強会	R5.11 月 25 日 アンケート回収数 305 枚 大阪母子医療センターにおける NST 活動について R6.1 月 27 日 アンケート回収数 301 枚 偏食について考える
スタッフ勉強会	講義 R5.5 月 20 日 In Body について 抄読会 7/22 小児がんとセレンについて 12/23 食欲の機序と各種薬剤について 3/24 小児の短腸症候群の転帰について

(小山 みどり)

# 第11章 呼吸療法サポートチーム

## (Respiratory care Support Team : RST)

呼吸に関連する患者およびケア環境の改善のために、当センターのあらゆる部署および職種を横断する活動を行っている。定例会議（月例会）を毎月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）、呼吸療法・ケアを受けている入院患児のベッドサイドを多職種で回診している。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5日までのラウンド人数は18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51号（2024年9月）：「入院中の気切／分離患児の気管カニューレの「1サイズ下」準備に関するお知らせ」、第52号（2024年12月）：「気管カニューレが品薄です！」、号外（2024年9月）「気管カニューレの一部が切れ、期間内に落ちる事象が発生」（医療安全管理室と共同）。

### 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、改訂および内容の追加を行っている。
- ・内容は、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紹介し、可能な対策について議論している。

### 5. その他の活動

- ・在宅用の新規デバイス（人工呼吸器、排痰補助装置および気管カニューレ）の製品説明会を随時行っている。
- ・気管カニューレ：シャイリーおよびビボナが世界的な品薄状態になったことを受け、その影響を最小限にするための情報収集と働きかけを行った。

（田中 学）