

8. 主要部門運営状況

救急処置室（ER）

2020年2月クルーズ船から始まったコロナ禍から3年たち、2023年5月8日にCOVID-19は5類感染症に移行となった。年報締め切りが近い11月幸いCOVID-19自体の重症例は限られ、町ゆく人もマスクなしで歩く方もふえ、以前の日常が戻りつつある。一方、病院内に目を向けると2病棟が院内クラスターで入院制限となっている。救急現場、病院内では、以前の状況には当分戻らない。今後も、患者数は季節性無く免疫獲得状況で周期的に増減を繰り返すのだろうか？当分、病院内では、発症潜伏期間がインフルエンザより長く予防内服のないこの厄介な感染症とつきあっていかなければならないのだろう。現在も敬遠されがちなCOVID-19陽性の救急患者は当院でよりひきうけなければならない状況はつづいており、今後も油断せず、院内感染、職員の感染をださないことを最優先にER、救命センターの運営につとめたい。

第6波2021.1月下旬第3波の一番医療逼迫した時期に名古屋市で2名、救急搬送先がきまらず、現場で30分以上病院選定に時間がかかり心肺停止となり最終的に市外に搬送されていたことが全国ニュースで放送された。それが契機かどうかはわからないが名古屋市では2023.1月より救急患者受け入れ病院にスマートホンが配布され搬送困難事案発生時に一斉受け入れ要請を行うシステムが新たに導入された。

ERの受け入れ体制は、コロナの予算も追い風になり、ハード面では、限られたスペースの中で、陰圧室の整備、モニターの整備、CTの機種ごとの更新など、より安全に、より効率よく運営される状況に改変された。ソフト面でも室長である近藤貴士郎医師、IVRもこなす金原医師を中心に、コロナに留意した受け入れ体制をマニュアル化、各科の受け入れ体制も整備された。2022.11月より導入された外部委託の救命士の仕事の契約内容と勤務日も拡大していただき、平日のみから毎日の配置となった。多くの救命センターでは正職員として救急救命士を採用する病院が増えており、当院や機構でそのキャリアも担保する形の採用が望まれる。

本年度は救急集中治療科に新たな救急専攻医として東郷医師が加わり、自見医師、星長医師が退職され、自見医師には退職後も水曜日にER支援に来ていただいている。ER研修医、診療看護師（JNP）の協力をえて内科系は当番医師制、外科系は、半日ずつ、私（月AM）、脳外科（水PM）、外科（木AM）が、ひきつづき担当している。一方、夜間、休日は相変わらず、内科勤務医、外科当直医が中心となり、救命当直、CCU当直、病棟当直が協力し、同様に各科待機医、ER研修医、診療看護師（JNP）の協力をえて運営されており、今後、さらなる改善が必要と認識している。

近年、全国的に救急車搬送件数が増加傾向にある中、R2年度の当院の救急搬送件数は、9663件と過去最高であったが、コロナの影響でR3年度は8238件と減少したがR4年度9279件と回復傾向にある。昨年度新設されたコロナの3次病院当番は廃止され、昨年度同様に2次の救急輪番として小児科、耳鼻科が参加しており平成28年度から外科系救急2次輪番病院減少につき月1回（第1水曜日当直帯）ではあるが外科系救急2次輪番にも参加している。

救急現場への医師派遣は平成30年度に、正式に名古屋市消防と関連病院でその派遣に関する契約が締結され、現場で救出に時間がかかる場合や多数傷病者発生時要請があれば平日昼間と夜間休日は可能な限り派遣という方針としているが、幸い本年度は当院からの医師派遣はなかった。

救急隊には、病院前の活動として心肺蘇生法プロトコールと心肺停止前プロトコール（ショック症例に対する静脈路確保、低血糖症例へのブドウ糖投与、アナフィラキシーに対するエピペンプロトコール）があり、電話での医師による指示のもと隊員の資格に応じた処置が病院前になされるが、そのプロトコールも感染予防のため器具による気道確保を優先とし、気道確保後も同期での胸骨圧迫を行うなど新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う心肺蘇生法プロトコールに変更された。本年度より先行して東京で開始された人生の最終段階にあり心肺蘇生法を望まない傷病者の救急要請時に、書面での意志確認やかかりつけ医に連絡がつく場合は、心肺蘇生を中止してかかりつけ医に搬送することが可能になったり、現場でかかりつけ医にひきつづことが名古屋でも可能となった。

名古屋市消防の報告では、CPA患者の社会復帰率は令和4年3.9%（令和2年3.6%）、目撃有りVF、VT32%（平成30年38%最高）であった。当院のERは重症者の割合が多く、名古屋消防よりの心肺停止（CPA）患者の受入れは令和4年も472件（令和2年371件）と県内1位が続いている。また、救急の場面では、受け入れが敬遠されがちな背景にいろいろな問題をかかえている患者（精神疾患合併例や拘置中など）や外国人、住所不定者など市内で多くうけいれ、（令和4年外国人173名、住所不定16名）そういう意味でも社会で一定の役割を担い、その評価を受けていると考える。

年2回の救急隊、救急救命士、指令センター等のパラメディカルを交えてのプレホスピタルカンファランスは、コロナ禍のため引き続き中断している。（R5.8月再開）

ERで救急受け入れができない症例は、昨年度は11.8%、さらに本年度はR4.8月とR5.1月にコロナ病床、疑似症例病床（個室）、ERの陰圧室などが満床として受け入れが制限されたこともあり20%を超えた。院長からは5%以下を目標にという命があり、それに向けて努力していきたい。

ERの運営は、コロナ禍下、働き方改革、医師専門医制度による短期間赴任医師増加、精神科病床閉鎖など新たな問題を抱えつつある。今後も、断らない救急、名古屋の最後の砦としての使命を果たすべく、病院の重要な救急診療の入り口としてのER体制、またERでは初療から切れ間無く専門治療がなされる各診療科の連携体制を構築し、病院スタッフ全員でささえていただけるよう柔軟に対応改善したい。

救命救急センター

救命救急センターでは三次救急患者を365日24時間常時受入れ高度な治療を行うことが任務とされている。平成23年から愛知県救急業務高度化推進協議会の地域区分が現実に合うように改正され名古屋市メディカルコントロール協議会が独立し新たに救急活動検証システムを作り変えられた。名古屋市内の救命センターは平成24年に名古屋市立大学が、平成30年4月には東部医療センターが新規に認定され、合計7病院（名古屋第二赤十字病院、名古屋掖済会病院、名古屋医療センター、名古屋第一赤十字病院、社会保険中京病院）となった。

愛知県救急医療協議会では、横浜市の2カ所の外傷センターをモデルとして外傷治療の向上と外傷専門医育成を目的として県内に新たに重度外傷センターの認定する構想があり、愛知医大と名古屋掖済会病院が仮認定され本年度（2023.1月より）約1年間の施行が始まっている。当院は重度外傷センターの設置条件は満たしていないが、愛知県内でも症例数やこれまでの実績はあり、手上げをして設置の委員会には積極的に参加している。一方、日本外傷学会でも外傷診療施設機能評価制度を始める動きもあり、その評価に耐えうる体制の構築を当院でも行っていく必要がある。

今の病院になり、当院救命センターはICU8床、HCU22床 全30床で運営されてきたが、鈴木医長の尽力によりH28.4集中治療学会専門医修練施設認定をうけ、念願の当院ICUは特定集中管理料加算1が習得できる医師用件もみだし、一昨年度よりICU6床、HCU22床の運用となった。また、昨年度からHCU306病室が重症コロナ対応病床となりHCU20床の運用に変更され、また本年度からは、HCU307病室にも簡易の陰圧装置が入室部に設置され重症なコロナ患者の対応可能な病床となった。

かねてから毎年厚労省で各救命センターの充実度評価が行われていたが、その評価方法が以前すべての救命センターの評価がA評価（279ある救命センターの278）という現状があり、その評価方法が2018年度から大幅に改変され、総合評価がS、A、B、Cとなり、それに応じた救命センター入院加算、補助金の交付となった。令和3年年度は、S評価98医療機関、A評価194医療機関、B評価5医療機関、C評価1医療機関と報告されている。内容は、評価項目、是正項目から構成されており、当院は本年度もA評価であった。コロナでこの2年は緩和措置がとられていたが、今後は、緩和措置も廃止され評価項目が改変され、外部の評価も加わるようになり厳しくなっていくことが想像され、それに応じた救命センターの整備が急務になってくると思われる。

救命救急センターICUでの治療は、救急集中治療科鈴木秀一医長を中心に、集中治療科医師らが各診療科と連携しながらなされている、今年度は、HCUの他科比較的重症症例も積極的に介入いただき医療安全面、診療の向上に寄与している。また、研修医、専攻医、メディカルスタッフの教育、救命センター全体のベッドコントロール等にも尽力いただいている。現在、朝のショートカンファレンス、回診、夕の回診、救命センター当直への申し送りが定期的になされ、今後も各診療科の先生方から信頼され、必要な時には、使用していただきやすい救命センターをめざしたい。

救命センターには、診療以外の面でも救急隊との連携、救急実績の報告も重要な任務を課せられている。名古屋市の北部に位置している為に主に、名古屋市北、西、東、中消防署からの救急搬送が多いが、名古屋市外の西、北部地域からの海部東部、西春日井広域消防からの救急患者をも受け入れており、名古屋市消防の救急隊、救急救命士の教育訓練、院内実習、院外救助活動の評価、検証以外に海部東部、西春日井広域消防からの症例の病院前の指示や教育訓練、院外救助活動の評価もなされている。厚労省は救命救急センターの質の高さを評価しさらに充実するよう収容患者の重症度分類（APACHE2,ISS,SOFA等）を行ったうえでの治療成績を報告することを義務づけ、その他にも消防隊、救急関連役所への各種救急統計の報告、学会レベルの外傷、熱中症症例の報告など多義にわたる集計、報告作業があり、それら各部署との連絡などもメディカルアシスタントや情報管理士に尽力いただいている。

かつては救命センター、一般病床の空床確保が最優先課題であったが、現在は在院日数短縮、全病床の利用率の低下により、休日以外は病床に余裕がある。救命センターが満床という理由で救急患者が応需できないことはほぼ

なくなり ER の状況、各科のバックアップ体制の制限などで応需できない場合が多く、今後の課題と考える。看護スタッフにおいては、内視鏡検査や血管内処置治療などの介助力、複雑な背景、多数の科をまたがる疾患をかかえた患者さんに対応する看護力が要求され、また、ER やコロナ病床への応援も要請されたりでより多忙な時期には今の体制には限界があるかもしれない。今後、ER を含めた看護配置など構造的な変更が必要かもしれない。

高齢化、人口減少、病院、病棟集約が進みつつある今後を見据えて、地域、社会に求められる高度急性期病院名古屋医療センターの中心としての役割を自覚し、よりよい救命センターになるように多職種スタッフ全員で考え協力し、よりよく改善したい

(文責：関幸雄)

1) 各種活動状況

- ・ 2022 年 5 月 30 日～6 月 24 日

救急救命士就業前病院実習(1 名)

- ・ 2022 年 9 月 12 日～2023 年 2 月 8 日

救急救命士再教育病院実習(計 7 名)

- ・ 2022 年 11 月 8 日

名古屋市救急救命研修所講義「意識障害」

- ・ 2023 年 1 月 10 日～1 月 25 日

救急救命士養成教育病院実習(1 名)

- ・ 2023 年 1 月 20 日

名古屋市消防局消防学校講義「医学概論」「脳疾患・意識障害」

- ・ 随時

救命救急活動検証業務(毎年委託業務契約を西、北、東消防署、
西春日井広域消防組合、海部東部、蟹江消防署と取り交わしている)
：心肺停止症例(CPA)、重症外傷、心筋梗塞

2) 学会

- ・ 2022 年 10 月 19 日～21 日 第 50 回日本救急医学会総会・学術集会

於 京王プラザホテル(新宿)

- ・ 2022 年 11 月 5 日 第 25 回日本救急医学会中部地方会・学術集会

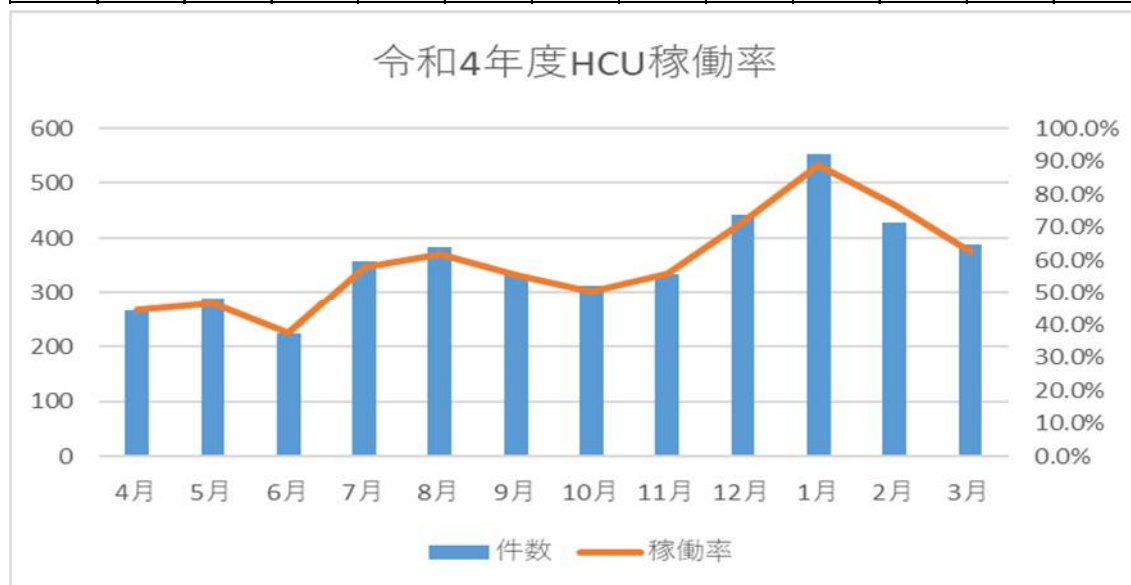
(一宮市スポーツ文化センター)

3) 会議

- 2022 年 8 月 24 日
令和 4 年度第 1 回名古屋市メディカルコントロール協議会
(書面会議)
- 2022 年 9 月 1 日
令和 4 年度第 1 回名古屋市メディカルコントロール協議会臨時分科会
(オンライン開催)
- 2022 年 9 月 16 日
愛知県救急搬送対策協議会ワーキング・グループ(脳卒中等)
(オンライン開催)
- 2022 年 10 月 28 日
第 43 回救急コ・メディカルセミナー
(昭和消防署)
- 2022 年 11 月 11 日
令和 4 年度第 1 回愛知県救急業務高度化推進協議会
(書面開催)
- 2022 年 11 月 7 日、12 月 22 日
令和 4 年度名古屋市 MC 協議会臨時分科会
(多数傷病者発生時の搬送先医療機関の早期確保)
(オンライン開催)
- 2022 年 12 月 21 日
令和 4 年度名古屋市メディカルコントロール協議会検証分科会
(オンライン開催)
- 2023 年 2 月 8 日
重傷外傷検証会調整会議
(オンライン開催)
- 2023 年 3 月 22 日
令和 4 年度第 2 回愛知県救急業務高度化推進協議会
(愛知県議会議事堂)
- 2023 年 2 月 24 日
令和 4 年度第 2 回名古屋市メディカルコントロール協議会
(名古屋中消防署)
- 2023 年 3 月 27 日
令和 4 年度名古屋市メディカルコントロール協議会 臨時検証分科会
(書面会議)

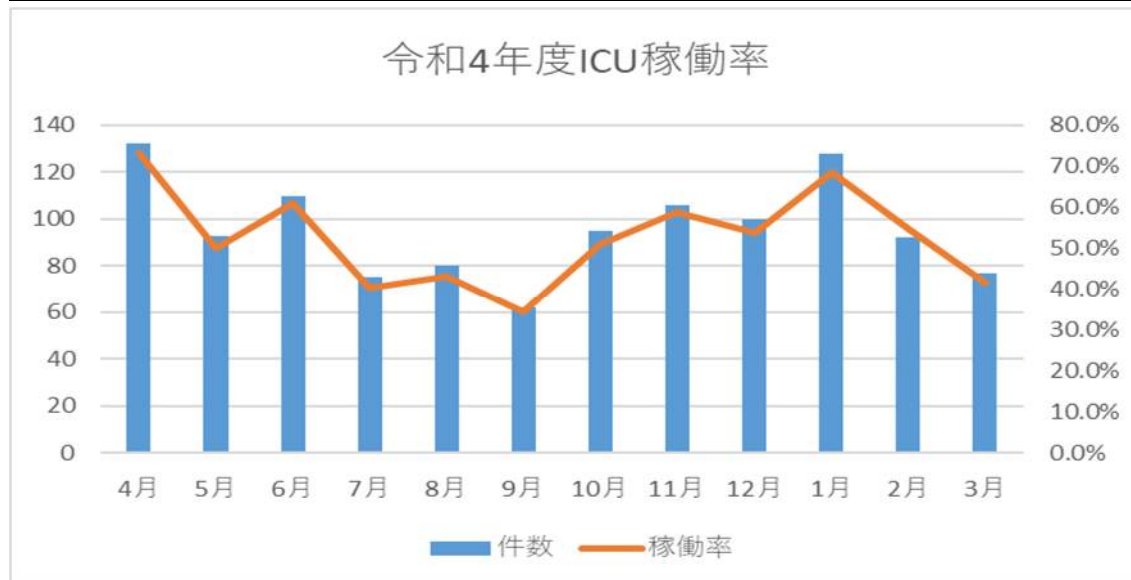
令和4年度 HCU 入室件数・稼働率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	267	289	224	358	384	333	312	335	443	552	429	389
稼働率	44.5%	46.6%	37.3%	57.7%	61.9%	55.5%	50.3%	55.8%	71.5%	89.0%	76.6%	62.7%



令和4年度 ICU 入室件数・稼働率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	132	93	110	75	80	62	95	106	100	128	92	77
稼働率	73.3%	50.0%	61.1%	40.3%	43.0%	34.4%	51.1%	58.9%	53.8%	68.6%	54.8%	41.4%



麻酔部

令和4年度概要

年間手術件数 5475 件

年間全身麻酔件数 2243 件

麻酔科麻酔件数 1732 件

麻酔科医 6 名（指導医 3 名、専門医 2 名、標榜医 1 名）、代務医師 1 日 1～2 名、育休中 1 名

年間全身麻酔件数 2243 件に対して、麻酔科麻酔件数が 1732 件(77.2%)の麻酔業務を行っている。
昨年度麻酔件数 1623 件より 109 件増加した。急性期充実体制加算に関する施設基準のうち緊急手術
(350 件/年以上) がクリアできておらずこの基準を満たす必要性がある。

今後の目標

代務医を増加させ、麻酔件数、手術件数の増加に勤める。

最終的には常勤麻酔科医のみで当院の麻酔業務をこなせる体制を整えていく。

土日入院を促進し、月曜日午前中の稼働率を増加させる。

術前

術前外来、術前診察、検査不備のチェック、フローチャート作成により不備をなくしていく
手術室での薬剤師による麻薬および薬剤管理

術中

日勤帯の全身麻酔を麻酔科にて行う

手術と手術の間の入れ替え時間をなるべく少なくすることにより、手術室の稼働率を上昇させる

午後 13 時入室の手術を必ず 13 時に入室できるように各科に働きかける

昼間（11 時 30 分から 13 時 30 分）の稼働率を上昇させる

各科の優先枠の使用率を上げる

術後

術後回復室の構築

術後疼痛管理システムの構築

術後悪心嘔吐予防

内視鏡診療部

内視鏡診療部長 島田昌明

当院における内視鏡は昭和 30 年代、第一外科医長嶋地医師が手術室を使用して胃内視鏡検査を行ったのが始まりであり、昭和 40 年代は硬性鏡、昭和 55 年ファイバースコープ、平成 5 年から電子ビデオスコープによる内視鏡検査へ発展した。胃内視鏡検査は昭和 45 年手術室より、外来棟に移管され、昭和 55 年 10 月より旧放射線科跡を改装して消化器系、呼吸器系を総合した内視鏡センター室が消化器科医長須賀昭二医師の案から誕生した。耐震工事の関係で旧内視鏡センター室は平成 12 年より隣接する現在の内視鏡センター室に移転した。昭和 56 年 12 月、日本内視鏡学会より指導施設の認定を受け、昭和 58 年 4 月外科医長小出昭彦医師が内視鏡室長となった。平成 10 年から消化器科医長岩瀬弘明医師に引き継がれ、平成 21 年に内視鏡診療部長となり、内視鏡部門を統括した。平成 31 年 4 月からは消化器科医長島田昌明医師が内視鏡診療部長に就任し、現在に至っている。消化器内視鏡、呼吸器内視鏡共に標準検査、標準治療にとどまらず臨床研究、高度医療の開発導入に意欲的であり活動的な診療部門である。内視鏡部に従事する医師は、消化器系は島田昌明医師、平嶋 昇医師、村山 睦医師、齋藤雅之医師、近藤 尚医師、浦田 登医師、宇仁田慧医師、恒川卓也医師、藤田美穂医師、久野友里恵医師、岩瀬弘明医師（非常勤）、日比野祐介医師（非常勤）、田中大貴医師（非常勤）、呼吸器系は沖昌英医師、小暮啓人医師、佐野将宏医師、丹羽英之医師、篠原由佳医師、山田有里紗医師、鳥居厚志医師、瀧川雄貴医師、村尾大翔医師、椎葉律哉医師、坂英雄医師と多人数である。メディカルスタッフは、常勤看護師 3 名、非常勤看護師 2 名、内視鏡洗浄委託 1 名、クラーク 1 名であり、看護師 4 名は消化器内視鏡技師資格を取得している。

消化器内視鏡

昭和 50 年代前半までは消化器外科医と共に内視鏡検査が行われていたが、治療内視鏡が導入された昭和 50 年代後半からは消化器内科医が内視鏡室における診療の中心となり、検査、治療が行われている。昭和 56 年外科大橋 満医師が全国に先駆けてチャレンジした食道静脈瘤出血に対する内視鏡的硬化療法は共同研究者の消化器科岩瀬弘明医師に引き継がれ、現在では日本における指導的施設となっている。1992 年から胃静脈瘤治療のヒストアクリル®臨床試験を開始し、2013 年に薬事承認された。炎症性腸疾患の研究成果により、島田昌明医師（2008 年度）が第 41 回国立医療学会塩田賞を受賞している。

消化器内視鏡は上部・下部消化管ならびに肝・胆・膵領域の様々な疾患に対応するため、各種の検査・治療法が要求される。また、診断・治療法の日々の進歩は目覚ましく、当院においても最先端の内視鏡診療を行うように努力している。平成 22 年度から小腸カプセル内視鏡、拡大内視鏡、平成 25 年度には全国に先駆けて大腸カプセル内視鏡を導入した。当院は第三次救命救急センターとして救急医療に重点をおいているため、消化器内科は救急医療の積極的な実践を通して、地域医療に貢献している。

令和 4 年度の内視鏡検査数は上部消化管：3267 件、下部消化管：2323 件であった。内視鏡的腫瘍切除術はポリペクトミー 525 件、EMR 237 件、ESD 55 件であり、ERCP（ステント挿入、乳頭切開術、総胆管結石除去など含む）241 件、消化管狭窄拡張術 20 件、緊急消化管止血術 160 件、食道・胃静脈瘤治療 32 件、内視鏡的胃瘻造設および交換術 158 件、超音波内視鏡検査（穿刺含む）304 件、カプセル内視鏡検査 21 件、ダブルバルーン小腸内視鏡検査 3 件であった。

学会活動（令和 4 年度）

第 35 回日本消化器内視鏡学会東海セミナー会長（島田 昌明）

臨床研究（令和 4 年度）

日本医療研究開発機構研究（AMED）

●肝硬変患者の QOL の向上及び予後改善に資する研究

主任研究者：八橋 弘 研究分担者：島田昌明

●免疫賦活作用を有する新規分子標的治療後の B 型肝炎ウイルス再活性化に関する実態調査（固形腫瘍）

主任研究者：杉本理恵 研究分担者：島田昌明

●高深度血漿プロテオーム解析に基づく新規大腸癌早期診断方法の開発

主任研究者：田口 歩 研究分担者：島田昌明

厚生労働行政推進調査事業費補助金研究班

●ソーシャルメディア等を活用した肝炎ウイルス感染者の偏見差別の解消を目指した研究

主任研究者：八橋 弘 研究分担者：島田昌明

国立病院機構共同臨床研究（肝臓グループ）

●原発性胆汁性胆管炎の新しい病型分類と創薬のための長期観察研究

主任研究者：中村 稔 研究分担者：島田昌明

●B型慢性肝炎患に対する核酸アナログ長期投与例の課題克服および電子的臨床検査情報収集(EDC)システムを用いた多施設大規模データベースの構築

主任研究者：石田 永 研究分担者：島田昌明

●薬物性肝障害および急性発症型自己免疫性肝炎を含む急性肝炎の発生状況および重症化、劇症化に関する因子に関する研究

主任研究者：山崎一美 研究分担者：島田昌明

国立病院機構共同臨床研究（消化管グループ）

●小腸内視鏡におけるミダゾラム持続静注と塩酸ペチジン併用の有用性と安全性を検討するランダム化比較試験

主任研究者：榊原祐子 研究分担者：島田昌明

国立病院機構共同臨床研究（消化器癌グループ）

●食道表在扁平上皮癌の原発巣の病理学的評価を基にしたリンパ節転移の予測モデルの確立を目指した探索研究

主任研究者：古立 真一 研究分担者：島田昌明

各種専門医（令和4年度）

●日本消化器内視鏡学会

島田昌明内視鏡診療部長、平嶋 昇消化器内科医長、村山 睦消化器内科医長、斎藤雅之消化器内科病院医長、近藤 尚消化器内科医師、浦田 登消化器内科医師、宇仁田 慧消化器内科医師、恒川卓也消化器内科医師、岩瀬弘明非常勤医師、日比野祐介非常勤医師

●日本カプセル内視鏡学会

島田昌明内視鏡診療部長、岩瀬弘明非常勤医師

●日本消化管学会

島田昌明内視鏡診療部長、斎藤雅之消化器内科病院医長、恒川卓也消化器内科医師、岩瀬弘明非常勤医師

呼吸器内視鏡

当院の呼吸器内視鏡は、これまで多くの先進的な研究成果を発表し、国内はもとより海外においても高い評価をうけている。2016年には坂 英雄医師が会長となり第39回日本呼吸器内視鏡学会学術集会を開催した。また、坂 英雄医師（2006年度）と沖 昌英医師（2014年度）は日本呼吸器内視鏡学会賞（池田賞）を受賞し、沖 昌英医師は2016年に世界気管支学会賞（The-WABIP DUMON AWARD）を受賞した。国内外で多くの招請講演実績があり、海外から多くの研修希望者を受け入れてきた。

診断面では増加しつつある末梢肺野型の肺がんに対する、より安全で侵襲の少ない極細経・細径気管支鏡を用いた気管支鏡検査を長年研究しており、現在では肺野末梢病変に対し極細径気管支鏡、バーチャル・ナビゲーション法、超音波プローブを組み合わせる臨床での検査を行っている。最近では、冷凍凝固装置を用いた生検法（クライオ生検）を導入し、検査・研究を行っている。

また、経気管支リンパ節穿刺による肺がんの縦隔リンパ節穿刺でも日本でも有数の経験を持っており、適応を良性腫瘍、サルコイドーシスなどに広げて診断困難例に役立てている。

治療面では、気管や主気管支など中枢気道の閉塞例に対する気道確保・呼吸症状改善のための硬性気管支

鏡治療を積極的に行っている。1999 年 12 月から 2023 年 3 月までに行った硬性気管支鏡治療は、のべ 1500 回以上に及び、特にステント留置術は日本屈指の症例数を経験している。この地方での気管支鏡治療の中心的役割を果たし、他院から多くの患者を受け入れている。

日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医

沖 昌英、小暮啓人、佐野将宏、篠原由佳、丹羽英之、坂 英雄

がん総合診療部（外来化学療法室）

1. はじめに

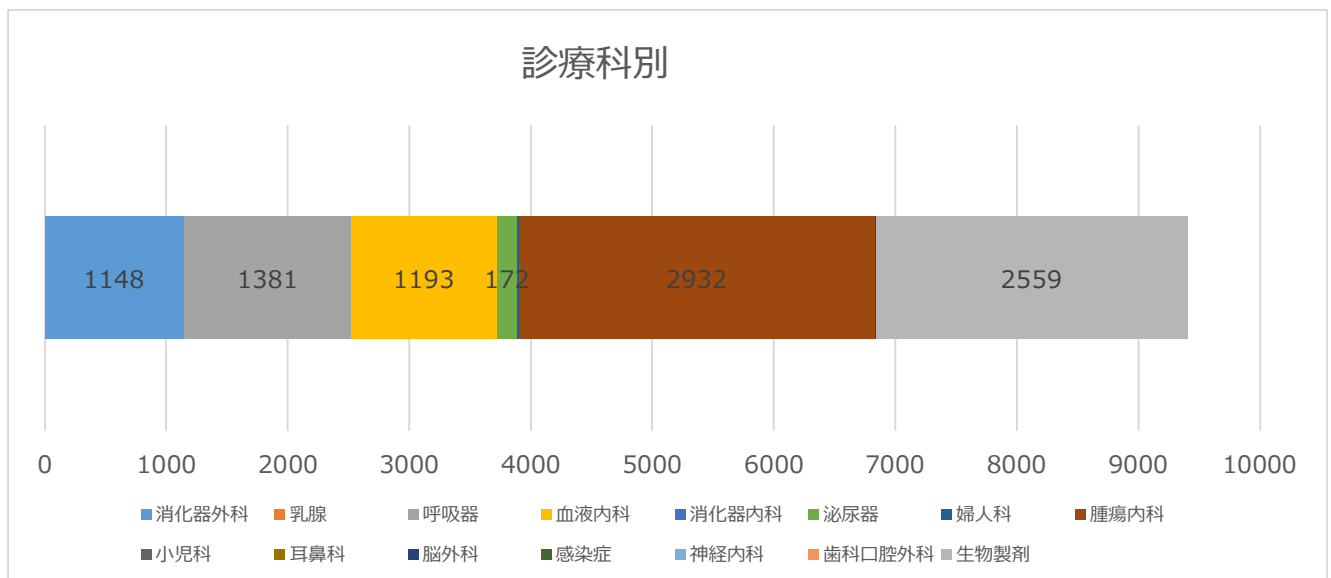
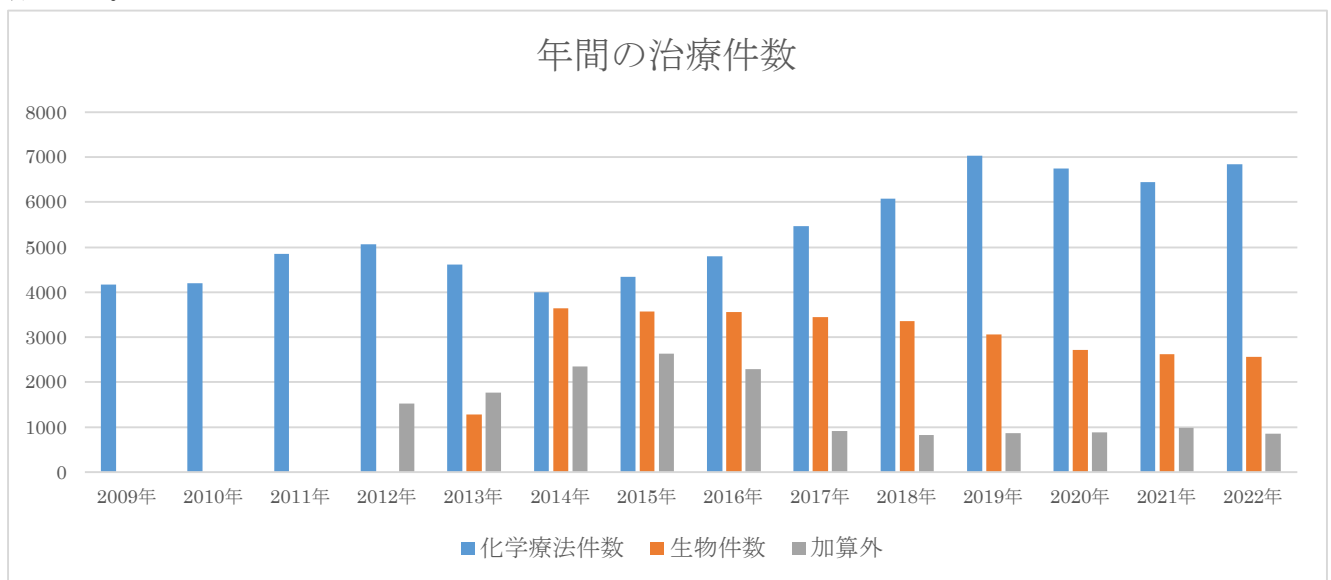
外来化学療法では、安全・確実な治療であること、副作用などの苦痛が少なく患者が快適であることが求められる。またがん患者が、できるだけ生活の質を損なわず、その人らしく暮らせるようにサポートする必要がある。

外来化学療法室の医療スタッフは、相互の連携とコミュニケーション、スタッフ教育、マニュアル整備などを通して、より安全な治療と質の高いケアを目指している。

2. 外来化学療法室の概要

当院では2003年1月に外来化学療法室を開設した。開設時ベッド数は7床で、治療件数増加に伴い2006年に移転し15床へ、2010年には17床へ増床した。2013年度には34床の新外来化学療法室へ移転した。2011年度から小児の化学療法を受け入れ、現在は全診療科の化学療法と抗がん薬以外に良性疾患（関節リウマチ、乾癬、クローン病など）に対する生物製剤の投与など、幅広い薬剤を扱っている。

2022年の治療件数は 10,261 件（外来化学療法加算外の治療は 858 件）で、一日平均治療件数は 38.7 件である。



3. 外来化学療法室の運営

外来化学療法室は、腫瘍内科医師、外来化学療法室専任看護師、専任薬剤師を中心に運営している。

外来化学療法室でのリスクマネジメント、化学療法の有害事象への対処、患者サービス向上、専門性の高いチーム医療を推進し、より安全で快適な外来化学療法室の運営を目指している。

またがん診療連携拠点病院の事業として、がんセンターボードの主催、研修会開催、EBMに基づく安全なレジメン管理などに取り組んでいる。

常勤腫瘍内科医師5名は曜日ごとに当番医として常駐し、外来化学療法室での静脈確保のほか、過敏症や血管外漏出など緊急時の処置を行っている。また各科医師、化学療法室看護師からの相談を受けている。

看護師は、抗がん薬の安全な投与管理、投与中の急性症状、化学療法に伴う副作用マネジメント、患者の心理・社会的問題に対する看護を実践している。医療チーム間で、他職種への相談、情報共有、スムーズな連携ができるよう、コーディネーターとしての役割を担っている。数年前よりモジュールナーシングをとりいれ、患者一人一人に看護計画を立案し、看護計画に沿ったケアを行い適宜評価している。レジメン変更時や問題点があるときは、苦痛のスクリーニングシートを行い、AYA世代患者や緩和ケアチーム介入患者では、緩和ケアチーム専従看護師と一緒にカンファレンスを開催して評価を行っている。

PDCAサイクルの取り組みでも挙げているが、外来化学療法室の待ち時間対策の一つとして、看護師の静脈確保を行うことにした。職員研修委員会と協同し、静脈確保することへの教育、実技試験も行い、現在、医師と協働することで待ち時間の短縮を図る試みをしている。

薬剤師は、抗がん剤注射処方箋の内容確認、ほとんどすべて抗がん剤調製に携わっている。また医師の依頼に基づきレジメンを作成し、レジメン委員会での審査での承認を得る、承認されたレジメンの管理などをおこなっている。また、医療者に対する薬剤情報提供や、患者への薬剤指導を行っている。

2016年度からは、化学療法施行前の検査値の2次確認を行い、安全に投与できるか判断を行っている。

2022年度より心理士も介入し不安のある患者に対して関わり情報共有を図っている。また栄養士も介入し、入院より関わっていた患者に対して継続で関わり、食欲不振・味覚障害のある患者に対して介入している。

4. 化学療法運営委員会

毎月第3金曜日（または第4金曜日）に定期開催。必要時臨時開催。

メンバー：外来化学療法室室長、副院長、がん総合診療部長、腫瘍内科医師、関連診療科医師、副看護部長、外来看護師長、関連病棟師長等、外来化学療法室専任看護師、専任薬剤師、医療安全管理師長、検査科、外来係長、治験管理室、MSW

主な議題：月別の動向

インシデント・アクシデントの発生報告、発生要因と対策検討
レジメン委員会によるレジメン登録の状況報告、
化学療法マニュアル、安全対策など

5. レジメン小委員会

レジメン委員会は、腫瘍内科北川医長を委員長とし、診療科医師各1名、専任薬剤師、専任看護師で構成されている。

各診療科からの新規レジメン申込みに対し、妥当性や安全性を委員の間で稟議し決定する。すでにレジメン登録してある治療についても、適宜検討をおこなっている。

過敏症リスク、催吐リスクを考慮し、前投薬の検討をしている。

2022年度の登録レジメン数は 件であり、内訳を下記に示す。

	新規登録レジメン件数	中止レジメン件数
2022 年度	93	1
診療科	29	1
治験	64	0

6. 主な取り扱いレジメン

大腸がん、胃がん、膵がん、胆道がん、乳がん、肺がん、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、卵巣がん、前立腺がん、膀胱がん、腎臓がん、頭頸部がん、悪性黒色腫、肉腫、小児がん、メルケル細胞がんなど

7. がん患者指導管理料

がん化学療法レジメンの複雑化により、他職種で患者に時間をかけて説明および指導すること求められている。下記に今年度のがん患者指導管理料を示す。前年度に比べて増加傾向である。

イ：医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合

ロ：医師又は看護師が心理的不安を軽減するために面接を行った場合

ハ：医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合

	がん患者指導管理料：イ	がん患者指導管理料：ロ	がん患者指導管理料：ハ
2014 年度	160	23	238
2015 年度	292	74	572
2016 年度	198	135	848
2017 年度	181	328	906
2018 年度	178	399	1099
2019 年度	166	418	1117
2020 年度	222	371	909
2021 年度	153	354	614
2022 年度	193	428	147

8. 安全対策

抗がん薬の種類やレジメンの増加により、点滴ルートが規定されていたり、投与スピードが速くできるなど投与管理方法は多様化、複雑化している。

治療対象となる患者は小児から高齢者まで幅広い。また治療の場が外来であることから、在宅中の安全管理も重要な課題である。

外来化学療法室では、進化、変化する治療に対応し、マニュアル整備とスタッフ教育を行い、常に新しい知識を身につける必要がある。患者の年齢や多様な生活背景に応じた個別的なセルフケア支援や、場合によっては在宅ケア導入が必要なケースもある。体調不良時や副作用に対しては、電話による相談を受けている。入院期間短縮により退院後に副作用が出現してしまう場合もあり、オリエンテーション時に連絡方法を明記して相談できる体制づくりをしている。

抗がん薬の中には、過敏症やインフュージョン・リアクションを起こす薬剤もあり、対処が遅れると命にかかわる。過敏症の発現リスクを個別にアセスメントして、要注意事例は朝のミーティングで情報共有を図っている。観察項目と方法をマニュアル化し、異常の早期発見、予防的対処をおこなっている。

9. PDCA サイクル推進検討部会における取り組み

平成 26 年より、愛知県がん診療連携協議会 PDCA サイクル推進検討部会に参加し、がん診療に関する PDCA サイクルの取り組みを行っている。当院では、8 つの PDCA を運用しており、下記のリスク管理表に示

すとおりである。新たに 9・10 の項目を追加し PDCA サイクルの取り組みを行っている。

R2 年度リスク管理表

No.	リスク名
1	有害事象評価
2	化学療法前の B 型肝炎スクリーニング
3	治療日に体重確認
4	臨床腫瘍カンサーボード
5	ベバシズマブ・ラムシルマブ投与前のバイタルサインのマニュアル化
6	オーダーの入力期限を設定
7	苦痛のスクリーニング
8	ベバシズマブ・ラムシルマブ投与時の蛋白尿の基準マニュアルの作成
9	外来化学療法室の待ち時間対策
10	B 型肝炎チェック 3 か月以上経過した患者へ再実施

10. まとめと今後の展望・課題について

外来化学療法室では、多種多様な化学療法をおこなっている。

がん化学療法の進歩とともに、さらに新たな知識やマニュアル整備が必要である。

治療件数が増加し、免疫チェックポイント阻害薬など多岐に渡る副作用マネジメントが重要となってくる。起こりうる副作用や対処方法など患者教育が重要となってくる。

免疫関連有害事象の重症化を予防するために、免疫チェックポイント阻害薬のスクリーニング検査セットおよびフォローアップ検査セットを作成しチェックを行っている。また、免疫チェックポイント阻害薬投与患者に対して問診表を作成し、統一した副作用確認をおこない、緊急受診が必要な際にも掲示板でがん患者に関する情報共有を行っている。

今後はゲノム医療も視野に入れた、他職種でシームレスな地域完結型医療を提供できるがん医療を目標としていく。徐々に緩和ケアチームとの連携が進み、早期からの緩和ケアにつなげられるように情報共有をはかっている。治療件数や治療時間の増加に伴い待ち時間が増えているが、対策が不十分である。今後ベッド数の予約を設けるなど柔軟な対応が必要になってくる。静脈路確保について教育を受けた看護師が行うように取り組んでいるため、今後待ち時間が短縮できるのではないかと考えられる。

(文責：がん薬物療法認定薬剤師 早川 裕二 , がん化学療法看護認定看護師 吉田 美紀)

医療情報管理部

1. スタッフ

佐藤智太郎	医療情報管理部長（整形外科医長）
平嶋 昇	システム管理室長兼医療情報管理室長（消化器内科医長）
井上智裕	システム管理係長（専門職）
福島啓介	医療情報管理係長（経営企画係長）
横井美加	医療情報係（診療情報管理士）
大羽和代	医療情報係（診療情報管理士）
森田智成	システム管理係（テクノアスカ社員）
鈴木雅勝	システム管理係（テクノアスカ社員）
池之山尚子	システム管理係（テクノアスカ社員）
三輪侑希	システム管理係（テクノアスカ社員）

2. 活動概要

当院では2003年6月から日本IBM社のCIS-MRをオーダーリングシステムとして、紙カルテ及び各種フィルム併用で使用しました。その後、2009年9月1日に富士通のHOPE/EG-MAIN GXを富士フィルムメディカルのPACSその他の各種部門システムと合わせて導入し、電子カルテとして運用しました。このベンダー変更を伴うシステムは、導入打ち合わせ開始から6カ月という短期間で更新を完了し、安定稼働を維持しました。2016年2月28日に「HOPE LifeMark-HX」に更新しました。カルテのネットワーク化を見越し、Web化と仮想化技術が多く含まれています。この新たな取り組みに関し、2023年3月までに北海道から福岡県まで全国62カ所の大学・センター病院等からの見学者が当院を訪れ、利用法の説明などの対応を行いました。2か月に1度、富士通と「病院情報システム管理会議」を開催し、院外では富士通のユーザー会「利用の達人」に数回/年（オンライン会議を含む）参加し、最新の電子カルテ情報の取得に努めています。2009年11月から運用している、インターネットによる院外からの電子カルテ閲覧システム「金鯢メディネット」は初期型（HOPE 地域連携）から2013年3月にはHumanBridge V4、2015年6月にV5、2016年2月にはV6に更新されましたが、OSのサポート切れのため2023年2月より休止しています。佐藤は全国的組織「地域連携ネットワーク研究会」の世話人を務め、佐藤は同研究会のグローイングアップWGの主査を担当しています。2020年2月からはオンライン診療（脳神経外科、小児科、整形外科など）の支援をしています。医事関係の機能では、大羽が経営企画・電子カルテ運用、横井は、DPCおよびがん関連病理データ解析で国立がん研究センターと共同研究を担当しています。現行の電子カルテをクラウド化するシステム更新を2024年2月に計画しており、院内に数十人規模での更新WGを立ち上げて要求仕様書作成、入札対応を行いました。

2) 院内LANについて

東京の国立病院機構本部を中核とする「HOSPnet」は、2018年夏から秋にかけて全国でセキュリティ機能が強化された「新情報系」「新業務系」に更新されており、当院では2019年2月2日に移行しました。これとは別に、名古屋医療センターでは2014年2月13日より、クラウドを活用した外来棟での無線LANの運用が開始され、多くの医師・関係者から利用されていますが、機構本部の第4期HOSPnet計画の一部として2024年6月以後に更新予定です。新型コロナによる面会制限等もあり、Wi-Fiの要望が患者さんから強く、2021年5月20日から4F～10Fの食堂での無料Wi-Fi接続を開始しました。更に病室でのWi-Fi利用を計画中です。

3) 災害時対応のBCPのためのデータバックアップについて

院内の幹部会議等で、2011年10月に災害に備えたデータバックアップの検討が始まり、2012年度の厚労省の「地域診療情報連携推進事業」に採択され、名古屋大学病院・名古屋第二赤十字病院・国立長寿医療研究センター・東名古屋病院・名古屋掖済会病院と当院の6病院の協議を経て、2013年5月からデータセンタへのバックアップが行なわれています。災害時の相互援助協定や協議会方式での運用規程、病院間のデータ閲覧に関する協定書の作成が平成26年度に完了しました。現在まで、各病院での災害訓練等

で運用されています。2020 年度末にサーバーおよび端末 10 台が更新されました。2024 年のカルテクラウド化でバックアップ方式を変更する予定です。

4) NCDA について

平成26年度補正予算事業「国立病院機構診療情報集積基盤(NCDA: NHO Clinical Data Archives)」のデータ提供病院として、2016年3月から標準化された検査データを国立病院機構本部へSS-MIX2形式で送信しています。NCDAは、75病院、300万人以上（令和4年度）の国立病院機構の診療データが集積された国内最大規模の臨床データベースとして、次世代医療基盤法に基づき、臨床研究や治験などに活用されています。

5) 災害テンプレート（J-SPEED）について

平成30年3月までにNHOの各病院で「災害診療記録(J-SPEED)を電子カルテから自動的に災害対策本部等に送信する機能」が構築されました。厚労省の標準記録「災害診療記録2018」等とも連携して、「疾病別症例数等」を迅速に収集し、医療資源の適切な配分に役立つものと期待されます。

3. 公的研究費による研究及び研究活動実績

金鯨メディネット意見交換会（令和4年度は新型コロナウイルス感染防止のため中止）

地域医療ネットワーク研究会、事例発表会（いずれもオンライン開催に参加）

医療安全

1. 概況・活動内容

【医療安全組織図・規定・マニュアル等の改訂】

医療安全管理マニュアルの見直しを行い、修正を実施した。また「インフォームド・コンセントにおける指針」「患者等の暴言暴力対応マニュアル」「応召義務例外規定及び運用マニュアル」「中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアル」「KCL 院内ルール」「食事／再開時の窒息予防アセスメント」などの改訂を実施した。

【医療事故調査制度に関連した内容】

全死亡患者 1111 例について毎週火曜日に開催している医療安全カンファレンスで、その死因が医療事故調査制度に該当するかどうかを検討した。死亡が「医療に起因しているか」、あるいは「起因したと疑われる死亡又は死産か」について、さらに「予期していたかどうか」についてカルテ記録を確認し、医師が記録する院内死亡報告書と照らし合わせ該当するか等、検討した。平成 27 年 10 月 1 日より「医療事故調査制度」が開始となったが、今年度は医療事故調査の報告はなかったが、平成 30 年度医療事故調査 1 件の情報提供依頼項目について引き続き対応し、調査報告書を受領した。

【インシデントの検討】

毎週火曜日に開催する医療安全カンファレンスでは各科の医師 3 名、隔週でコメディカルメンバーが参加しインシデントの検討を 48 回、190 事例について検討した。診療部の事例では様々な意見を確認しながら検討する事ができた。各病棟ではコメディカルも参加したインシデントカンファレンスを計画的に開催することが定着化してきた。インシデントの分析はインシデント分析シート（RCA）を使用し 210 件の対策を検討。業務改善計画書を作成し改善策を掲げ、3 ヶ月後、6 ヶ月後の評価を行った。改善策を継続し同じようなインシデントが発生していないかリスクマネジメント部会メンバー、看護推進担当でモニタリングすることができた。

【医療安全地域連携相互チェック実施】

今年度は COVID-19 感染防止に留意しながら、施設訪問を行い実施できた。名古屋ハートセンター（加算Ⅱ）と医療安全地域連携チェックを実施した。自己チェックシートをもとに、実際の環境・対策や医療安全の整備状況を確認した。長寿医療研究センター（加算Ⅰ）については双方で自己チェックシートをもとに現場の状況や対策について確認した。今後の課題を明確にし、次年度の活動に取り組んでいくこととした。

【医療安全推進週間について】

全国的な医療安全推進週間（11 月 20 日（日）から 11 月 26 日（土））にかけて医療関係者の意識向上を深めるために当院は「医療安全で取り組んでいること」をテーマに 26 部署の取り組みを掲示した。医療安全管理委員会等委員会メンバーはじめ職員にポスター掲示を周知し、投票を行い 12 月 22 日の管理診療会議で以下の 3 部署の取り組みに対して院長表彰を行った。

- ・百までも支える入れ歯宝なり（東 7 階病棟）
- ・視覚化アプローチ（外来 3 階）
- ・ヒヤリハット事例の再発防止を多職種で取り組んでいます（ER）
- ・5 S 活動（東 9 階病棟）

【医療安全看護推進担当者会議】

13 部署の転倒・転落ラウンド、環境ラウンドを実施した。昨年度に引き続き、看護師長以上を除く全看護職員に対して「医療安全チェック」を実施し、ルールの確認や個々の特性や傾向を再認識し業務に生かしてもらえようような働きかけを行った。部署ごとの傾向を提示し、副看護師長・看護師長の指導計画の参考にできるようフィードバックを行った。勉強会は医療安全管理室から「RCA 分析について」、臨床工学技士から「生体情報モニタ勉強会」について実施、エスカレーションアラームについて再確認と情報共有を実施した。各部署で正しいモニタの扱い方や、アラーム対応ができるように伝達・情報共有をした。モニタ電極の保存容器の統一など環境の整備を行った。会議の中では、副看護師長が問題提議し解決できるような時間を持つこと、それらについての検討を行いルールを定めることを目的に、グループワークを行い、積極的な意見交換や検討が行われ、「飲水のフローチャート」「抑制のフローチャート」などの設定と共有を行うことができた。

【薬剤ラウンド】

薬剤部と連携し「規制医薬品等安全管理のための自己点検チェックリスト」を活用して薬剤ラウンドを実施した。ラウンド部署には事前に担当薬剤師とともに自己チェックを依頼することで自部署の医薬品管理状況を把握する事ができた。以前から使用している医薬品ラウンドチェック表も活用し温度管理の薬品、ハイリスク薬や

消毒薬についてもチェックを継続した。特に麻薬金庫内や向精神薬の保管に関して適切に管理されているかどうか重点的に 21 部署を副薬剤部長、副看護部長、医療安全管理部で確認した。また各部署の薬剤保管棚の整理整頓状況や持参薬対応状況についても確認を行った。

【MAC（モニタアラームコントロール）ラウンド】

昨年度に継続して 14 部署の生体情報モニタについて医師、臨床工学技士、クリティカルケア専門看護師、医療安全管理部がラウンドを行った。ラウンドチェック表を基に病棟看護師にインタビュー形式で患者の生態モニタ管理が適切に管理できているか確認した。

【中心静脈カテーテル挿入および管理に関する認定医・指導医】

院内での一貫した手技・管理についての名古屋医療センターマニュアルにそって認定医 13 名、指導医 20 名を認定した。認定医は臨床経験 2 年を終了した医師、指導医は臨床経験 3 年を終了した医師がマニュアルの内容を理解し適切に中心静脈カテーテル挿入、管理を行うこととしている。

【インフォームド・コンセント委員会】

インフォームド・コンセント委員会の指針にそって同意書 55 件が承認された。前年度の 2 倍の申請依頼があり、統一した同意と説明が行えるよう各診療科が取り組んでいることがわかった。申請のあった主な診療科は、脳神経外科 10 件、泌尿器科・救急集中治療科・産婦人科・歯科口腔外科がそれぞれ 6 件、形成外科・麻酔科 5 件、外科 3 件などであった。

【職員への周知事項や注意喚起にについて】

インシデント防止に向け「6R の標記の統一」、「作業中断中カード」「食事中止板」「血管外漏出キット」の見直しと配布を実施した。アレルギー対応としてラテックスフリー手袋の配置を該当部署へ実施した。緊急カートの整備や点検について見直した。

2. インシデント報告

令和 4 年度のインシデント報告件数は 3010 件であった。（インシデント報告 2946 件・オカレンス報告 64 件）令和 3 年度は 3398 件、令和 2 年度は 3961 件でありインシデント報告は減少傾向であった。インシデント内容は薬剤に関する割合が多く、31%（昨年度 32%）であった。転倒転落は 21%（昨年度 21%）、ドレーン・チューブ関連は 12%（昨年度 10%）の結果であった。平成 31 年度から構築したオカレンス報告では 64 件（昨年 88 件）、内容別報告は 81 件（昨年 115 件）だった。職種別インシデント報告目標を医師 7%、コメディカル 20%を目指したが看護師が 2718 件 84.2%（昨年度 82.8%）と例年どおり多く、医師の報告は 191 件 5.9%（昨年度 6.9%）、目標は達成できたが、コメディカルが 318 件 9.9%（昨年度 10.3%）だった。経験別年数別インシデントについては 0 年目～5 年目の職員による報告が 1598 件 54.2%（昨年度 51.8%）を占めていた。

昨年に引き続き、インシデント事例の共有を図り再発防止に繋げるため、警鐘・準警鐘事例、年間 134 件の事例をリスク部会・医療安全管理委員会等で書面にて提示し検討した。各部署では週一回程度行われているインシデントカンファレンスに医療安全管理部メンバーが参加した。看護師長会や医療安全看護推進会では共有事例としてインシデントを提示し、自部署での周知と注意喚起を促した。

3. 医療事故報告

令和 4 年度発生した医療事故は 43 件（昨年度 39 件）であった。レベル 3b は 42 件、レベル 4 は 1 件を国立病院機構に報告した。事故報告事例のうち 20 件が転倒・転落に関する内容であった。すべてレベル 3b で、骨折が 12 件、脳出血 3 件、切創 5 件であった。

今年度の医療安全問題検討委員会は 13 回開催した。（昨年度 11 回）委員会の開催や事例に介入することで、職員との情報共有から具体的な対策を検討することができ、職員へのフィードバックへとつなげることができた。

4. 教育

新採用者のオリエンテーションの中で医療安全概論や医療安全対策と実際についての講義を行った。第 1 回医療安全管理研修においては「診療録記載において留意すること」について学習し、日常業務で常に重要な記録として記載される診療録について改めて確認、第 2 回医療安全管理研修は「応召義務とクレーム対応について」を職員全体で学習することができた。

令和4年度 主な研修実施状況

研修の名称	受講対象者	受講者数	時間	開催日	内容
新採用オリエンテーション	新採用者	146名	60分	4月	医療安全について
新採用オリエンテーション	新採用者	110名	90分	4月	医療安全対策
新採用オリエンテーション	新採用研修医	15名	30分	4月	発生時の報告とインシデントレポートの記載方法
医療安全看護推進担当者講習	医療安全看護推進担当者会 担当副看護師長	24名	60分	4月	RCA分析・SWOT分析
医療安全看護推進担当者会	医療安全看護推進担当者会 担当副看護師長	24名	15分	4月	離床・着床センサーについて
静脈注射育成研修Ⅲ＜造影剤コース＞	看護師、研修医	13名	75分	5月	静脈注射の造影剤コースについて
令和4年度 静脈注射研修Ⅰ・Ⅱ	看護師	93名	60分	8月	静脈注射に関わるリスクマネジメント
令和4年度 静脈注射研修Ⅰ・Ⅱ	看護師	93名	45分	8月	中心静脈カテーテル管理
急変コースⅢ ICLS	看護師	15名	60分	10月	急変の対応について
第一回医療安全管理研修	全職員	212名	60分	10月	診療録記載において留意すること
医療ガス安全管理研修会	新採用者・看護補助者	40名	60分	1月	厚生労働省通知に基づく医療ガスに係る医療安全管理について
第二回医療安全管理研修	全職員	217名	60分	3月	応招義務とクレーム対応について
気管切開とカニューレについて	医師	9名	20分	3月	気管カニューレの種類について

▶ 令和4年度インシデント集計

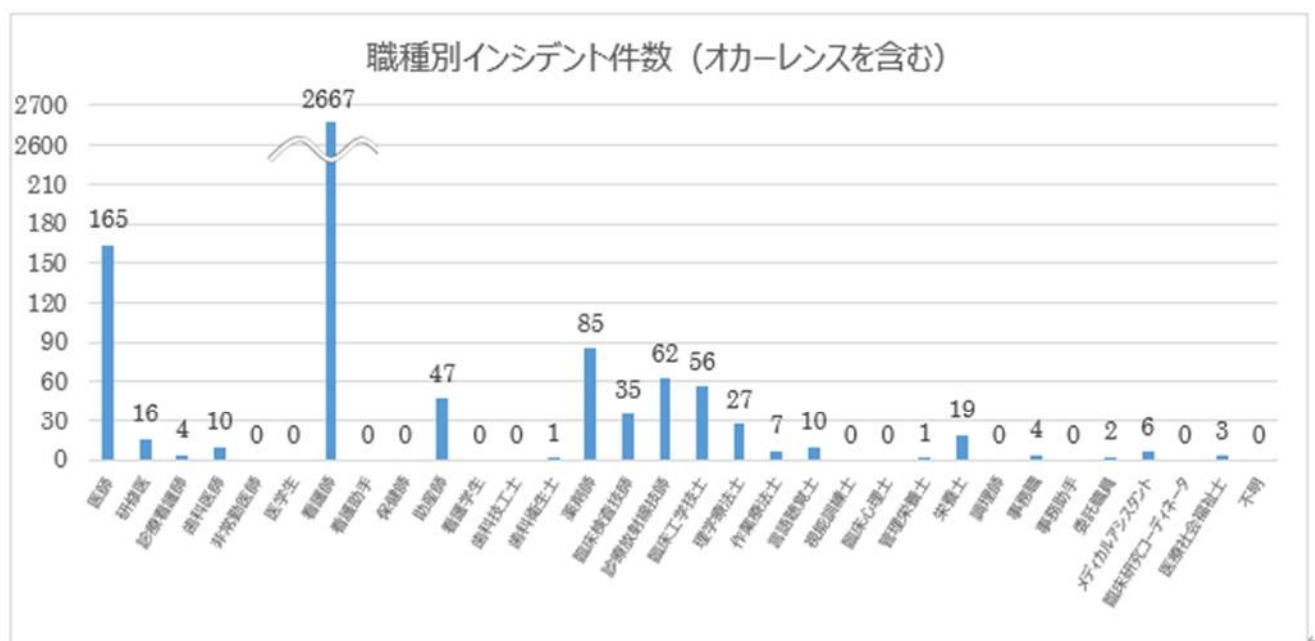
1. レベル別インシデント集計（オカレンスを含まない）

	0.1	0.2	0.3	1	2	3a	3b	4	5	【横計】
薬剤	45	10	1	384	398	72	1	0	0	911
輸血	0	1	0	14	6	1	0	0	0	22
治療・処置	4	2	0	86	62	58	15	0	0	227
医療機器等	5	0	0	35	44	76	2	0	0	162
ドレーン・チューブ	0	1	0	43	97	219	3	0	0	363
検査	7	1	0	111	97	37	1	0	0	254
療養上の世話	3	0	1	62	44	108	2	0	0	220
転倒・転落	0	0	0	142	347	97	21	0	0	607
その他	8	3	0	96	47	25	1	0	0	180
【縦計】	72	18	2	973	1142	693	46	0	0	2946

令和4年度インシデント内容別

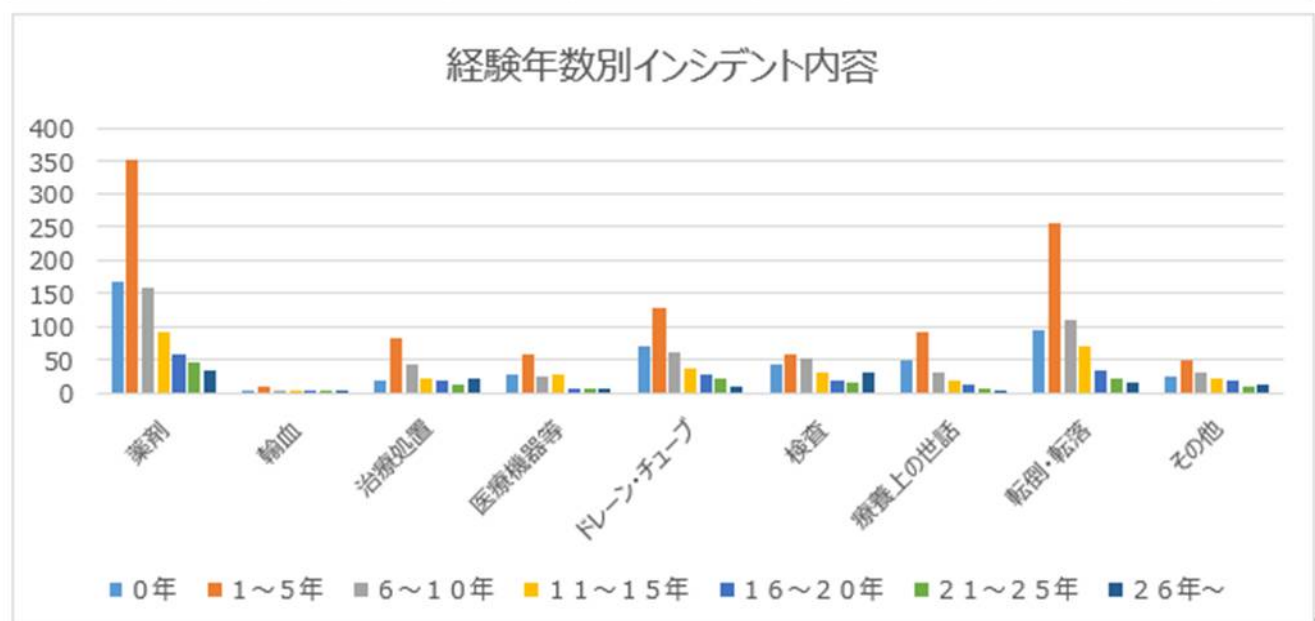


2. 職種別インシデント件数（オカレンスを含む）



3. 経験年数別インシデント内容（オカレンスを含まない）

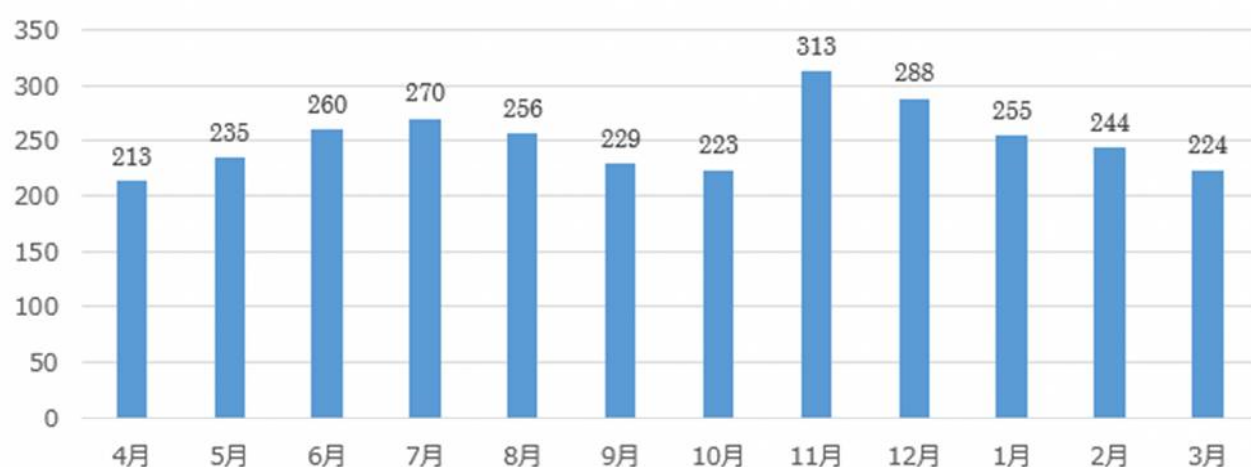
	薬剤	輸血	治療処置	医療機器等	ドレーン・チューブ	検査	療養上の世話	転倒・転落	その他	【横計】
0年	167	3	21	29	70	45	50	94	26	505
1～5年	354	11	84	58	129	59	92	255	51	1093
6～10年	159	2	44	25	63	52	32	111	32	520
11～15年	91	3	23	29	37	31	21	70	24	329
16～20年	58	1	20	7	30	19	15	36	21	207
21～25年	47	1	13	7	22	17	8	24	12	151
26年～	35	1	22	7	12	31	2	17	14	141
【縦計】	911	22	227	162	363	254	220	607	180	2946



4. 発生月・発生場所別インシデント件数（オカーレンスを含む）

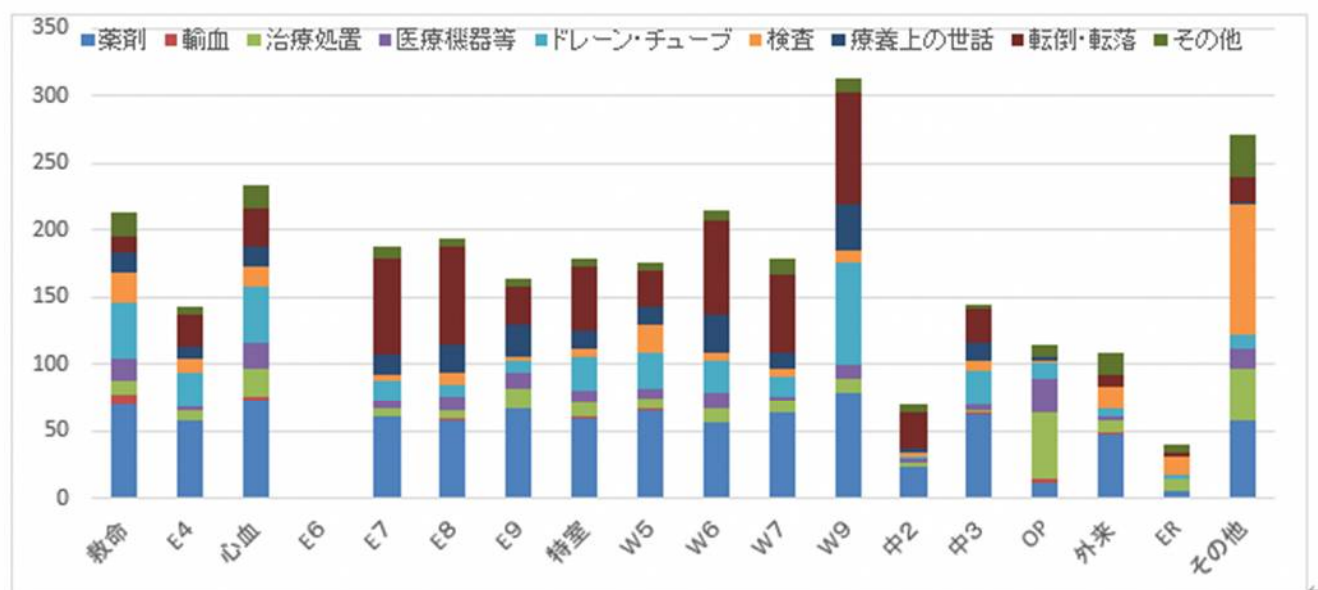
	救命	E4	心血	E6	E7	E8	E9	特室	W5	W6	W7	W9	中2	中3	OP	外来	ER	その他	【横計】
4月	20	8	12	0	6	18	19	15	9	14	13	21	1	14	12	4	8	19	213
5月	11	8	19	0	12	21	10	24	9	21	18	17	2	10	17	10	1	25	235
6月	8	9	13	0	21	24	17	19	19	14	14	30	0	18	14	10	3	27	260
7月	21	20	31	0	13	17	14	12	15	8	19	22	3	12	13	11	2	37	270
8月	13	15	20	0	13	8	15	10	17	15	20	24	14	15	17	11	5	24	256
9月	13	12	20	0	27	11	12	14	6	14	10	30	5	12	12	8	6	17	229
10月	10	13	19	0	19	9	9	10	10	21	15	36	4	6	16	7	0	19	223
11月	27	16	17	0	20	10	16	14	35	31	20	41	10	6	16	8	5	21	313
12月	18	17	25	0	19	25	10	22	23	35	8	23	8	13	10	11	2	19	288
1月	25	10	23	0	12	21	19	16	13	12	17	15	11	18	9	10	2	22	255
2月	26	8	22	1	17	13	12	18	11	17	15	20	7	12	6	11	1	27	244
3月	23	9	14	0	14	17	10	9	9	13	21	34	5	9	8	9	4	16	224
【横計】	215	145	235	1	193	194	163	183	176	215	190	313	70	145	150	110	39	273	3010

令和4年度 月別インシデント（オカーレンスを含む）

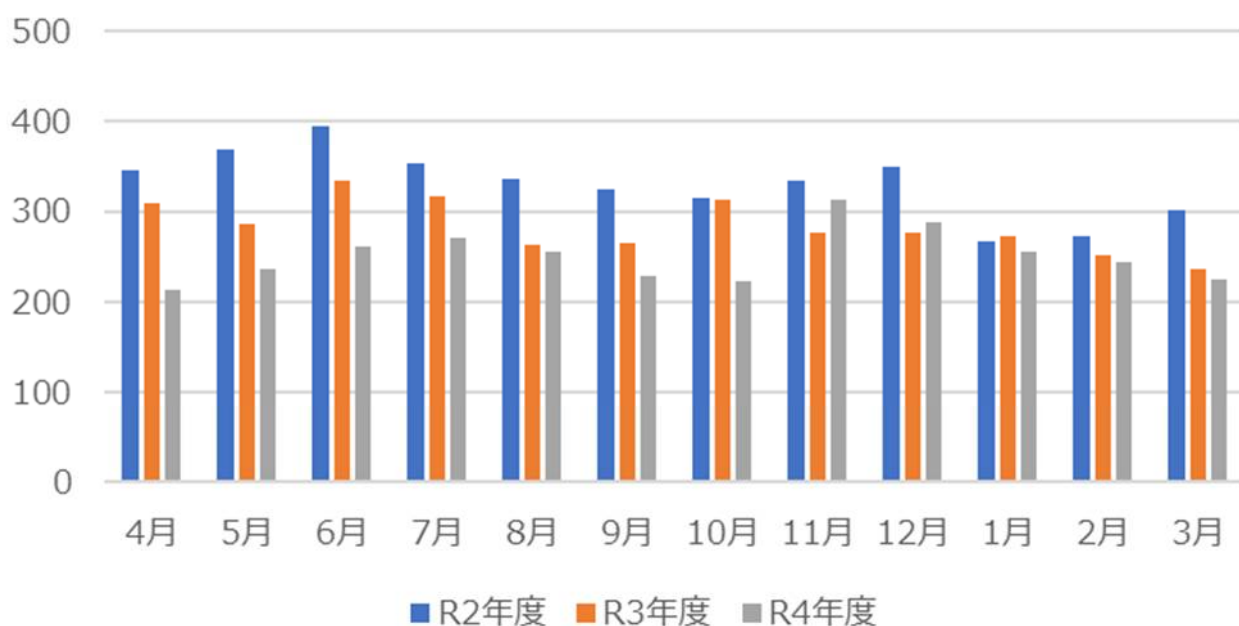


5. 発生場所別インシデント内容（オカーレンスを含まない）

	薬剤	輸血	治療処置	医療機器	ドレーン・チューブ	検査	療養上の	転倒・転	その他	【縦計】
救命	70	7	11	16	42	22	15	12	18	213
E4	57	0	8	3	25	11	9	24	6	143
心血	72	3	22	19	41	15	15	29	18	234
E6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
E7	61	0	5	7	14	5	15	72	9	188
E8	57	2	6	10	9	10	20	73	6	193
E9	66	1	15	12	8	3	24	28	6	163
特室	59	1	11	9	26	6	13	47	7	179
W5	65	2	7	8	27	20	14	27	6	176
W6	56	0	10	13	24	6	28	70	7	214
W7	63	1	8	3	15	6	12	58	13	179
W9	78	0	11	11	75	9	35	84	10	313
中2	23	0	3	3	2	3	3	26	7	70
中3	62	1	2	5	25	8	13	26	3	145
OP	12	2	51	25	12	2	2	0	10	116
外来	47	1	10	2	6	17	0	9	17	109
ER	5	1	8	1	2	14	0	3	5	39
その他	58	0	39	15	10	97	2	19	31	271
【横計】	911	22	227	162	363	254	220	607	180	2946



令和2年度～令和4年度インシデント報告件数



	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
R2年度	346	369	396	353	336	324	314	334	349	266	273	301	3961
R3年度	308	286	334	317	263	265	313	277	276	272	252	235	3398
R4年度	213	235	260	270	256	229	223	313	288	255	244	224	3010

感染制御対策室（ICT）

1. 概要

感染制御対策室では、病院で医療ケアを受けている患者さんや家族と、医療業務を担う医療関係者が、医療関連感染に罹患することを制御するため、エビデンス及びガイドラインに基づいた対策立案と院内感染サーベイランスによる対策評価を組織的に行ってきた。具体的には、毎週火曜日に定例ミーティングで院内感染の発生動向の見張り及び ICT ラウンド、サーベイランスでは厚生労働省 JANIS の薬剤耐性菌サーベイランス、職業感染制御研究会エピネットの針刺し血液曝露サーベイランス、愛知県地域感染制御ネットワーク研究会 ARICON の薬剤耐性菌、中心静脈カテーテル関連血流感染症（CRBSI）、抗菌薬使用量、手指衛生サーベイランスに参加し地域との比較によるデータ分析を行った。その他、施設内において CRBSI、手術部位感染、手指衛生、抗菌薬、薬剤耐性菌、インフルエンザ、結核、針刺しなどの院内感染サーベイランスを行い自施設の院内感染リスクの検討と対策の評価を行い、アウトブレイクの予兆の早期把握に努めた。職員のワクチンプログラムも年間計画により委託派遣職員を含め実施した。令和 4 年度診療報酬改定により地域での感染対策強化・連携が更に求められ病院・クリニック・医師会・保健センターと連携した医療連携 ICT カンファレンスを開催した。組織的な感染対策、広域抗菌薬の使用状況について、連携施設の手指衛生遵守率向上の取り組み、新興感染症の発生時を想定した訓練をテーマに年 4 回開催し各回 30 名前後のメンバー間で活発に意見交換を行った。情報発信としての ICT News は、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの同時流行をテーマに Vol. 58 を発行した。適時、必要な感染対策に関する勉強会及び全職員対象の講習会の企画運営も行った。

薬剤耐性率の減少、そしてそのための抗微生物薬使用量の減少を目標として、2016 年に AMR（Antimicrobial Resistance）対策アクションプランが厚生労働省より策定された。それにともない、平成 30 年度診療報酬改定で感染防止加算の見直しがなされ、新たに抗菌薬適正使用支援加算が新設された。抗菌薬適正使用支援加算の算定要件として、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を組織することが求められている。当院では、2018 年 4 月より感染制御対策室のメンバーが兼務して AST としての活動を開始した。AST の主な活動としては、AST ラウンドと抗菌薬使用量サーベイランスを行っている。

また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策として、COVID 対策チームと連携し、マニュアル・手順・フローチャートの作成や更新を行い職員への周知、職員への PPE 着脱トレーニング、N95 マスクフィットテスト、職員感染事例対応等を行った。

2. 構成メンバー

感染制御対策室長： 片山雅夫（感染症専門医、臨床検査部長、膠原病内科医長）

医師： 濱田博史（感染管理認定医、総合内科）、林雅（総合内科）、末永雅也（感染管理認定医、外科医長）、佐野将宏（感染管理認定医、呼吸器内科）

臨床検査技師： 中川光、下坂寿希

薬剤師： 後藤拓也、愛知佑香、木内丈滉

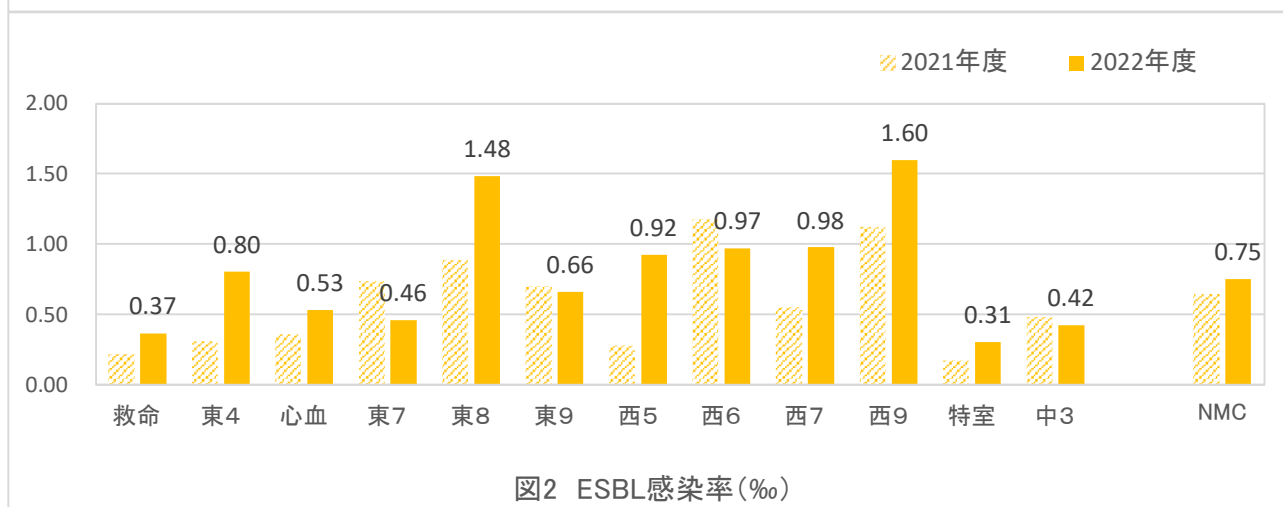
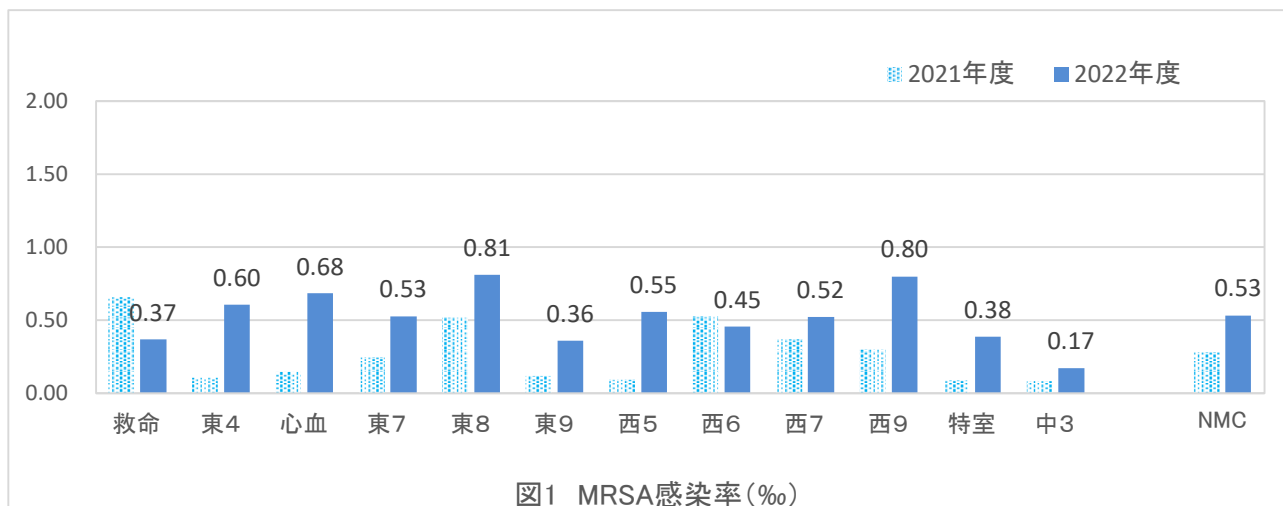
看護師： 浅田瞳（感染管理認定看護師、副看護師長）、矢野友美（感染管理認定看護師、副看護師長）

事務員： 又吉孝奈（メディカルアシスタント）、山本詩織

3. サーベイランス

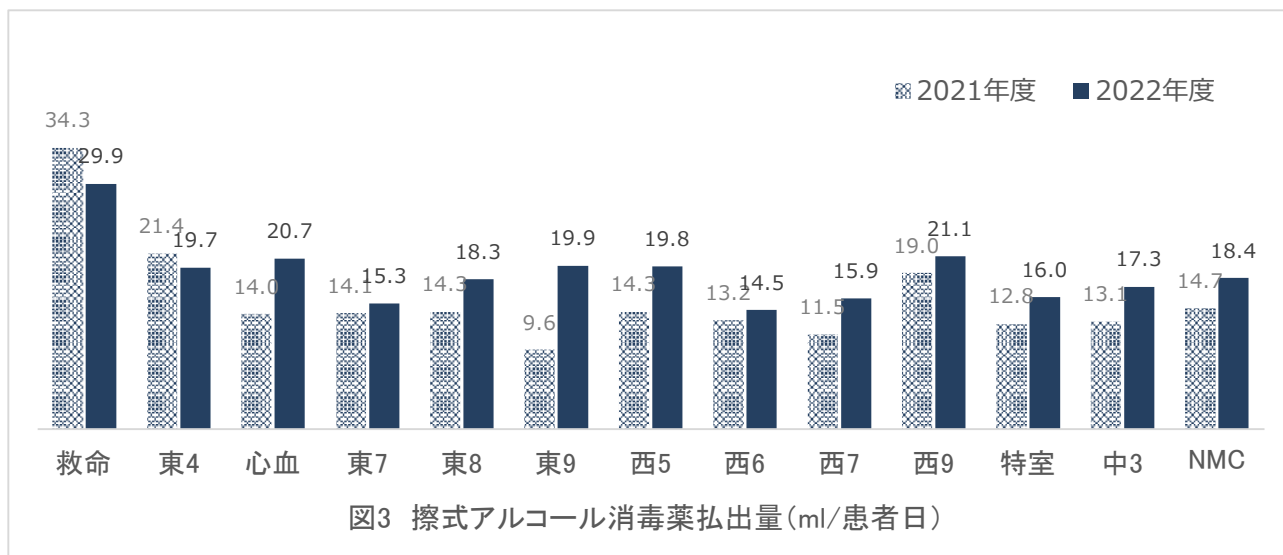
1) 薬剤耐性菌

高度耐性菌の新規検出は、多剤耐性緑膿菌（MDRP）0 例（前年度 0 例）、多剤耐性アシネトバクター（MDRA）0 例（前年度 0 例）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）0 例（前年度 1 例）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）5 例（前年度 6 例）であった。病院全体の MRSA 感染率 0.28‰（前年度 0.52‰）、ESBL 感染率は 0.64‰（前年度 0.66‰）であった。感染率は（入院 48h 以後の多剤耐性菌検出患者数÷延べ患者数）×1000 で表している（図 1、図 2）。



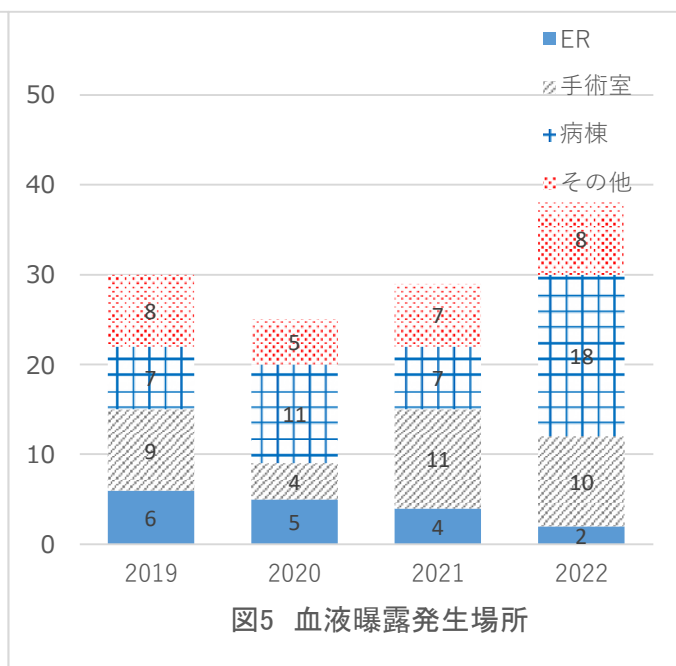
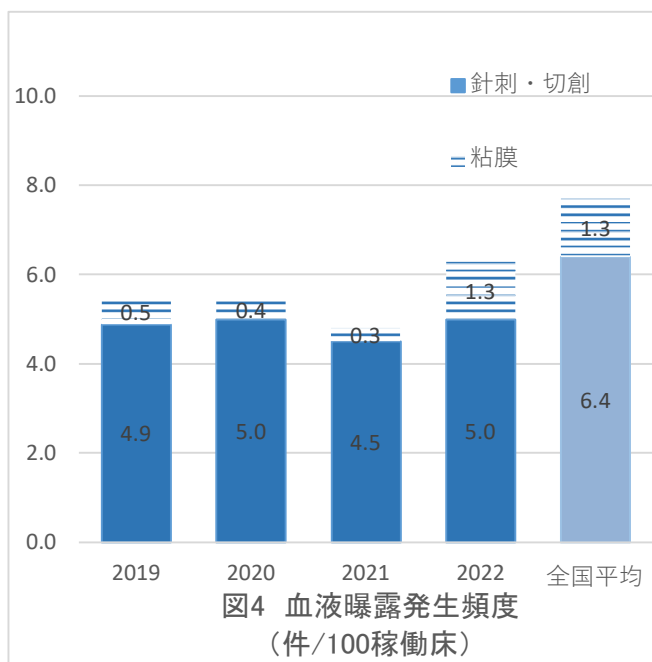
3) アルコール手指消毒薬払出量

全病棟集計において、2022年度は18.4ml/患者日であり、前年度の14.7ml/患者日より増加した(図3)。手指消毒薬の使用割合は、アルコールベース手指消毒薬のウィルステラが17%、ハーブの香りが添加されたアルコールベース手指消毒薬のステアジェルが67%、手荒れ対策製剤として導入している非アルコールベースの製剤は16%であった。手指衛生向上に向けての取り組みとして、手指衛生遵守率の観察や手指衛生キャンペーン、委員会での病棟別アルコール消毒薬払出量の提示等を実施した。またリンクナースが行う手指衛生遵守活動のサポートとして、個人の手指消毒薬使用量をシールでグラフ化する対策や使用量を計量し個人別に算出する対策を希望する病棟を対象に行った。



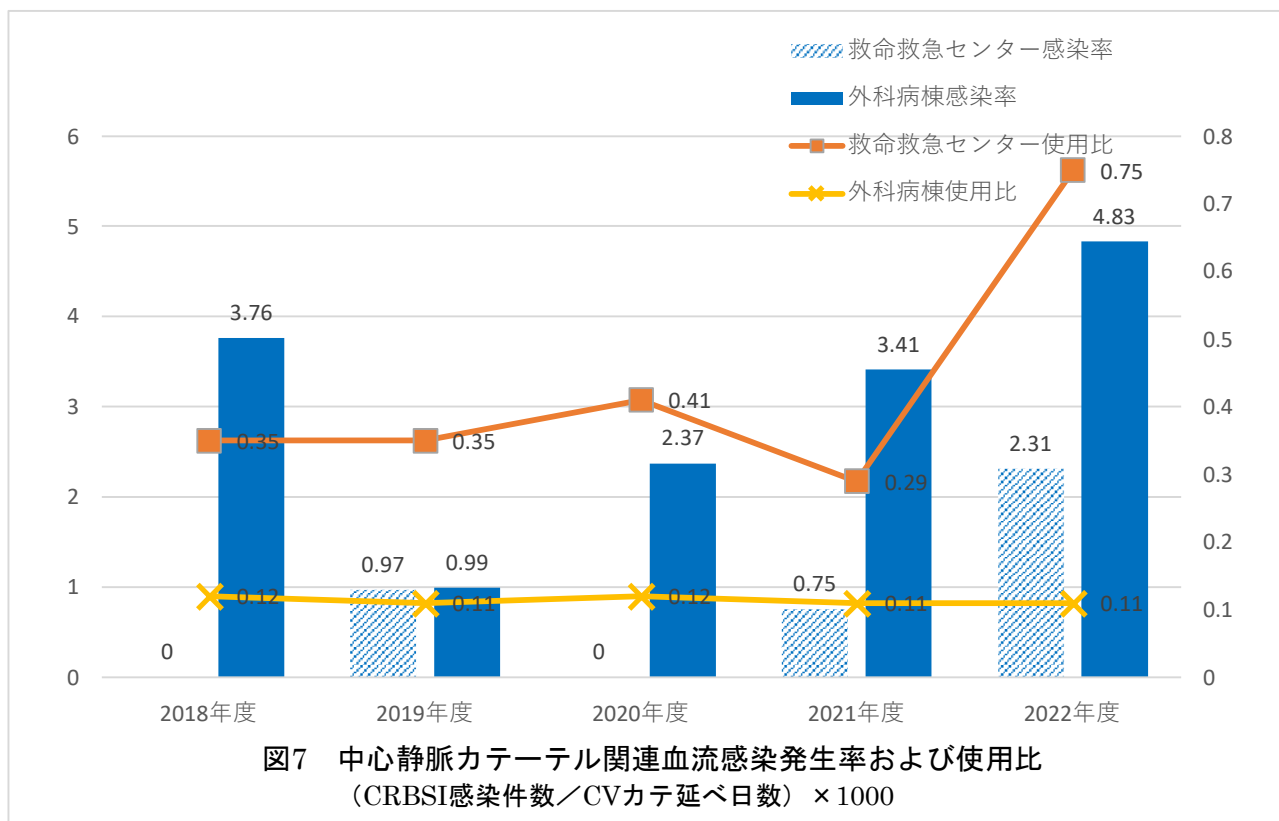
4) 針刺し等血液曝露

針刺し血液曝露発生件数は38件（前年29件）、100稼働病床あたりの発生件数は6.3件（前年4.8件）であった。発生場所では手術室が多かった。眼粘膜への曝露は減少傾向であったが、アイガードを装着しておらず眼粘膜へ曝露事例が増加した（図4、図5）。



5) 中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）

中心静脈カテーテル関連感染（CLABSI）サーベイランスは救命救急センター、外科病棟（西7）を対象に実施した。感染率は救命救急センター2.31%（前年度0.75%）、外科病棟4.83%（前年度3.41%）であった（図7）。



6) 薬剤感受性率

入院患者および外来患者の分離菌株抗菌薬感受性率データは、2015 年より全医師、全薬剤師に対し携帯用カードを配布している。前年からの目立った感受性率の低減はなかった（図 8）。

名古屋医療センター2022年分離菌株抗菌薬感受性率表（入院検出菌）

グラム陽性球菌	症例数	PCG	ABPC	SBT/ABPC	CEZ	CTM	CTRX	IPM	MEPM	GM	ABK	CLDM	EM	LVFX	ST	MINO	VCM	LZD
MSSA	206			100	100	100	/	100	/	75	100	82		86	100	100	100	100
MRSA	144	/	/	/	/	/	/	/	/	71	100	20		14	100	75	100	100
Staphylococcus epidermidis	107						/		/	43		63		33	67	93	100	100
Enterococcus faecalis	163	100	100	/	/	/	/	100	/	/	/	/		92	/	27	100	100
Enterococcus faecium	97	9	9	/	/	/	/	/	/	/	/	/		8	/	78	99	100
Streptococcus pneumoniae(参考値)	14	100	/	C/A*92	/	57	100	/	85	/	/	28	7	92		/	100	/

* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC 網掛けは通常の第一選択（臓器移行に留意が必要な場合もある）

グラム陰性桿菌	症例数	ABPC	PIPC	TAZ/PIPC	SBT/ABPC	CEZ	CTM	CMZ	CTX	CAZ	CFPM	SBT/CPZ	IPM	MEPM	AZT	AMK	LVFX	ST
Escherichia coli	384	46	50	98	60	66	71	97	71	71	74	93	100	100	72	99	57	76
Klebsiella pneumoniae	262	/	29	93	59	64	65	99	66	66	65	86	100	100	66	99	84	71
Klebsiella oxytoca	64	/	39	93	78	51	90	100	92	93	93	92	100	100	92	100	96	95
Klebsiella(Enterobacter) aerogenes	36		50	80	38				47	50	86	91	100	100	55	100	97	94
Enterobacter cloacae	73		63	87	24				61	65	80	75	100	100	65	100	89	80
Proteus mirabilis	39	76	79	100	87	89	87	100	89	89	89	97	/	100	89	100	71	89
Serratia marcescens	34		55	70					/	76	97	79	/	100	67	100	97	97
Citrobacter freundii(参考値)	18		61	83	58				58	61	88	72	100	100	61	100	94	100
Pseudomonas aeruginosa	142	/	92	95	/	/	/	/	/	95	92	87	86	88	82	99	91	
Acinetobacter baumannii	46	/	76	/	/	/	/	/	/	97	89	97	100	100	/	100	100	
Stenotrophomonas maltophilia	52	/	/	/	/	/	/	/	/	44	/	/	/	/	/	/	88	96
Haemophilus influenzae(参考値)	22	72	/	/	C/A*90	/	86	/	100	/	100	/	/	/	/	/	100	

* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC

入院

80%以上の感受性

50~79%の感受性

50%未満の感受性

/ は未検査または報告に達さない

色つきの空欄：同系統の抗菌薬からの判断
小数点以下切り捨て
症例数30以下は参考値

©名古屋医療センター感染制御対策室

名古屋医療センター2022年分離菌株抗菌薬感受性率表（外来検出菌）

グラム陽性球菌	症例数	PCG	ABPC	SBT/ABPC	CEZ	CTM	CTRX	IPM	MEPM	GM	ABK	CLDM	EM	LVFX	ST	MINO	VCM	LZD
MSSA	354			100	100	100	/	100	/	71	99	80		83	100	99	100	100
MRSA	143						/	/	/	69	99	23		10	100	81	100	100
Staphylococcus epidermidis	121						/		/	58		77		47	88	96	100	100
Enterococcus faecalis	202	100	100	/	/	/	/	100	/	/	/	/		92	/	27	100	100
Enterococcus faecium	42	9	9	/	/	/	/	/	/	/	/	/		9	/	76	100	100
Streptococcus pneumoniae(参考値)	16	100	/	C/A*93	/	75	100	/	87	/	/	31	12	100		/	100	/

* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC 網掛けは通常の第一選択（臓器移行に留意が必要な場合もある）

グラム陰性桿菌	症例数	ABPC	PIPC	TAZ/PIPC	SBT/ABPC	CEZ	CTM	CMZ	CTX	CAZ	CFPM	SBT/CPZ	IPM	MEPM	AZT	AMK	LVFX	ST
Escherichia coli	671	54	56	99	68	71	75	98	75	75	76	93	100	100	75	99	54	81
Klebsiella pneumoniae	329	/	38	98	75	78	79	99	79	79	79	93	100	99	79	100	91	79
Klebsiella oxytoca	77	/	46	93	71	54	90	100	92	94	93	89	100	100	90	100	96	97
Klebsiella(Enterobacter) aerogenes(参考値)	24		79	95	66				87	87	95	100	100	100	87	100	100	91
Enterobacter cloacae	56		82	92	37				67	82	91	91	100	100	83	100	92	92
Proteus mirabilis	59	79	83	98	89	88	91	100	91	91	91	96	/	100	91	100	72	88
Serratia marcescens	41		80	90					/	85	95	90	/	100	80	100	92	97
Citrobacter freundii(参考値)	15		73	93	60				73	80	93	86	100	100	86	100	93	80
Pseudomonas aeruginosa	148	/	90	93	/	/	/	/	/	94	90	87	90	95	84	96	93	
Acinetobacter baumannii(参考値)	15	/	86	/	/	/	/	/	/	100	93	100	100	100	/	100	100	
Stenotrophomonas maltophilia(参考値)	24	/	/	/	/	/	/	/	/	58	/	/	/	/	/	/	95	100
Haemophilus influenzae	47	80	/	/	C/A*91	/	80	/	100	/	100	/	/	/	/	/	100	

* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC

外来

80%以上の感受性

50~79%の感受性

50%未満の感受性

/ は未検査または報告に達さない

色つきの空欄：同系統の抗菌薬からの判断
小数点以下切り捨て
症例数30以下は参考値

©名古屋医療センター感染制御対策室

図 8 薬剤感受性率

4. AST 活動

1) AST ラウンド

AST の医師は、感染症治療に関するコンサルテーション以外に血液培養陽性例に対してカルテレビューを行っている。薬剤師は、対象抗菌薬（カルバペネム系、第 4 世代セフェム、TAZ/PIPC、抗 MRSA 薬、TDM 推奨抗菌薬、抗真菌薬）使用症例および 2 週間以上の長期投与症例についてカルテを確認して抗菌薬の適切性を判定し、適切でない抗菌薬治療と考えられた症例については AST の医師と協議の上、ラウンドを実施している。2022 年度、AST が実施した抗菌薬適正使用に関わる症例数は下記のとおりであった。

表 1 抗菌薬適正使用に関わる活動症例数

主治医からのコンサルト症例	12 症例
AST 主導での介入症例数	93 症例
カルテ確認のみの症例数	393 症例
合計	498 症例

2) 抗菌薬使用量サーベイランス

2018 年度よりカルバペネム系、第 4 世代セフェム、抗 MRSA 薬を要許可薬から要届出薬へ変更し、さらに TAZ/PIPC を要届出薬に新たに追加した。要届出薬の抗菌薬使用量（AUD）は 2020 年度および 2021 年度と比較し 2022 年度は、抗菌薬流通制限の影響もあり、減少がみられた（図 9）。また、要届出薬とその他の抗菌薬の AUD の比率においては、2021 年度と比較して 2022 年度は要届出薬の AUD の比率が低かった。（図 10）

$$AUD = \frac{\text{特定期間の抗菌薬使用量(g)}}{\text{DDD (g/日)} \times \text{患者延べ入院日数(日)}} \times 1000$$

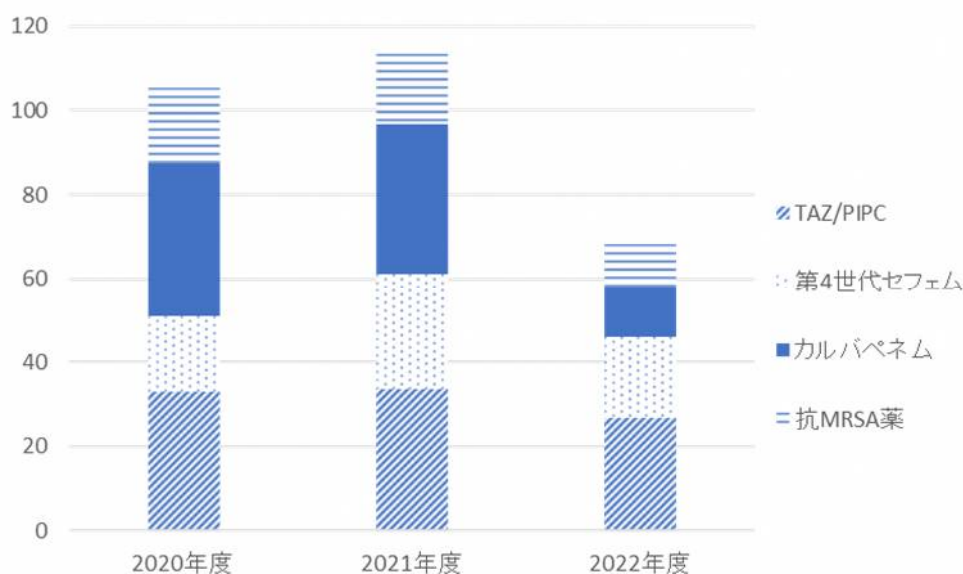


図 9 要届出薬の使用量（AUD）の年度推移（全病棟）

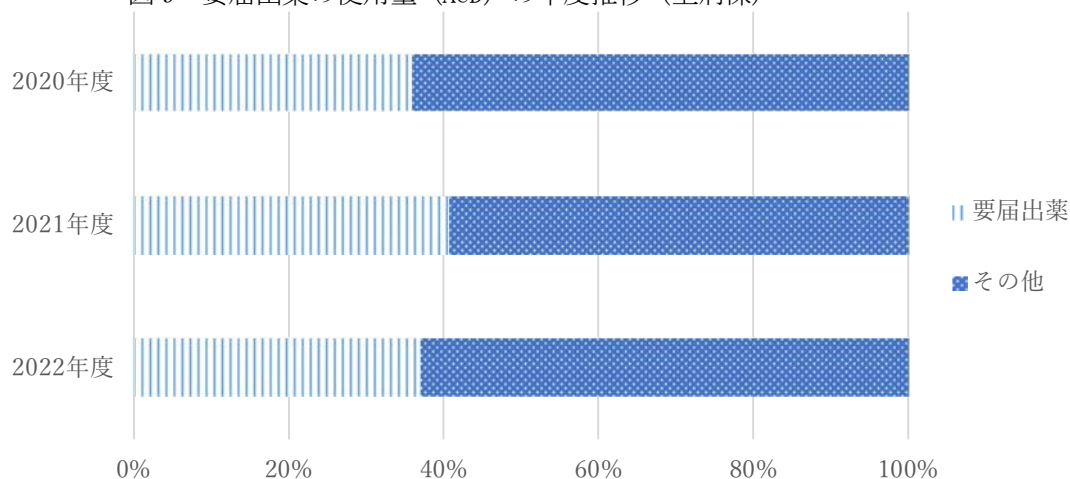


図 10 要届出薬とその他の抗菌薬の使用量（AUD）比率の推移