

## 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 2023 年 5 月 8 日に COVID-19 は 5 類感染症に移行した。それから 2 年半経過して 2025 年 10 月をもってコロナ患者専用の中 2 病棟が閉鎖され、インフルエンザ同様に各病棟での隔離、入院治療に変更された。クラスターが原因の病棟入院制限も、この 2 ヶ月（2025. 11 月）は発生していない。ただ陽性例は 1 日 1-2 人程度、高齢者を中心に ER へ搬送されている。COVID-19 感染は軽症でそれが誘因となり他疾患を併発しての搬送症例がほとんどである。今後も敬遠されがちな COVID-19 陽性の救急患者は当院で引き受けなければならない状況は続くと思われる。今後も油断せず、院内感染、職員の感染者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。

私事 2000 年に当院に赴任して 2 回の医療班支援を経験させていただいた。2011 年 3 月 11 日東日本大震災では 3 月下旬、発災直後の比較的早い時期に被災地山田町へ、2024 年 1 月 1 日能登半島地震では、3 月下旬国立病院機構最後の医療班として輪島へ支援させていただいた。被災地といっても、まったく違う惨状であり、発災からのフェーズごとで必要とされている医療支援も異なることを痛感した。将来おこるとされている南海トラフ地震は、この名古屋に津波（東日本地震）+直接の震災による都市破壊（能登地震）をもたらす襲うのであろうか、道は陥没、家屋は倒壊、電柱も傾き、火災発生の跡、自宅から病院へ向かう足も夜間でなくてもおぼつかないだろう。大きな被害にならないことを願うばかりであるが、名古屋の救命センターのなかでは、津波被害を免れるのは当院と第 2 日赤のみとの想定もあり、日頃から忘れたころにやってくる災害に対する準備を怠らないことが肝要と考える。

ER に話をもどすと ER 医ゼロから孤軍奮闘いろいろと ER の環境整備、診療内容充実の先頭にたって活躍させていただいた ER 室長であった近藤貴士郎医師が 2024 年 6 月に藤田大学に栄転され、その後任に金原医師がつき、救急医東郷医師、専攻医尾畑医師、田中医師の体制となった。また、当院退職後も自見医師には水曜日に ER 支援に来ていただいていたが本業優先を理由に 2024 年 3 月をめでに退職となった。ER 救急科専門医（ER 医）は研修医過程が終了し次に選ぶ専攻医制度の希望科として年々増加している専攻科の一つであり、今後も院内外のリクルートを促進したい。

平日の昼間の ER 勤務は金原医師と専攻医が中心となり ER 研修医の協力をえて診療にあたり、内科系は当番医師制が経続、外科系は、半日ずつ、私（月 AM）、脳外科（水 PM）、外科（木 AM）担当していたが外科系は実務に余裕が無く私以外は有名無実の状況と無っている。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、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思われる。2023 年 9 月から腎臓内科の人員削減による受け入れ制限されていた透析患者も 2025 年 4 月に井口医長らの赴任により解消されたが、循環器の一部受け入れ制限はつづいている。看護師は増員され、2022. 11 月より外部委託の救命士も採用され、若干、人員的には改善された。ただ、当院の外部委託の救命士は、本来の救命士の資格に見合った業務契約でなく、他の機構病院では、医療職 2 で常勤採用している救命センターもあり、救命士雇用も今後の課題と考える。

全国の救急車搬送件数は令和 2 年、3 年はコロナの影響で減少したが、令和 4 年には増加傾向にもどり、当院の救急搬送件数も令和 2 年度 9663 件、コロナの影響で令和 3 年度は 8238 件と減少したが令和 4 年度 9279 件と回復し令和 5 年度は初めて 10176 件の大台にのり令和 6 年度（2024 年）は 10116 件であった。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。

コロナ禍で救急搬送困難例増加が契機となり名古屋市では 2023 年 1 月より救急患者受け入れ病院にスマートフォ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（LINEWORKS）が新たに導入された。現在は、このシステムを利用して手指切断事案のテレトリアージ構築や多数傷病者発生事案の受け入れ先の照会への展開もみられている。

救急現場への医師派遣は、平成 30 年度から名古屋市消防と関連病院で契約が締結され、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正式に派遣要請となる。当院では平日昼間と夜間休日は可能な限り派遣という方針とし、幸い本年度も当院からの医師派遣はなかった。

救急隊には、平成 15 年より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ようになった。今回のコロナ感染により感染予防のため器具による気道確保を最優先とする心肺蘇生法プロトコールに変更されていたが、令和 6 年度 10 月から従来の用手による気道確保がえられれば、静脈路確保、アドレナリン投与優先する元

のプロトコールに戻された。人生の最終段階にあり心肺蘇生法を望まない傷病者が心肺停止となり救急要請された場合に、書面で本人の意志確認できる場合やかかりつけ医と現場で連絡がつく場合は、心肺蘇生せず病院に搬送したり、現場でかかりつけ医に引き継いだりすることが令和 4 年 4 月から名古屋でも可能となった。ただ令和 6 年は愛知県全体で 97 例（CPA 8669 例中）のみであり 31 例が不搬送となっていたにすぎずあまり認識されていないのが現状で医療施設、福祉施設や市民への啓蒙が課題とされている。

名古屋市消防の報告では、CPA 患者の社会復帰率は令和 6 年 3.9%（令和 5 年 3.8% 令和 4 年 4.0%）、目撃有り VF、VT 21%（令和 5 年 37% 平成 15 年 38.2%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 6 年も 491 件（令和 5 年 466 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も多くうけいれ、（令和 6 年外国人 202 名、住所不定 14 名、令和 5 年外国人 180 名、住所不定 11 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レンスも、コロナ禍で中断していたが令和 5 年 8 月に再開できた。

ER で救急受け入れができない症例をかねてから院長からは 5%以下を目標にという命があるものの一昨年度はコロナ病床満床、院内クラスターが原因で 20%を超え令和 2023 年度は 12.3%であり、2024 年度は 12.9%であった。金原医師による救命センター運営委員会への毎月の受け入れできなかった症例の分析報告の成果が 2025.3 月 8.6%、4 月 6.9%、5 月 5.3%、6 月 3.6%とついに目標を達成できた。今後、これを継続、病院の文化となることが望みたい。

ER の運営は、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、助産師の定員確保困難による産科病棟閉鎖、循環器科の人員不足など新たな問題を抱えつつある。今後も ER が病院スタッフ全員でささえられ断らない救急、名古屋の最後の砦としての使命を果たすべく、救急診療の入り口となる ER 体制と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が構築柔軟に改善され運営されることを望みたい。

## 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。

重症外傷センター愛知県救急医療協議会は、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症外傷センターを認定する方針とした。当院は現状では重症外傷センター設置条件を満たしていないが、今までの受け入れ症例数や治療実績は名古屋でも有数であり候補として手上げして名古屋市重症外傷検証分科会委員としてかかわってきたが、2023 年 1 月施行期間をへて 2025 年 8 月に愛知医大、名古屋掖済会病院、中京病院、藤田大学が指定されることになった。今後も名古屋の北部には外傷センターがないことより日本外傷学会の外傷診療施設機能評価制度に耐えうる体制の構築を病院建て替えを見据えて目指すようはたらきかけをつづけたい。

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平成 28 年 4 月集中治療学会専門医修練施設認定をうけ 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 6 床となり、その後コロナ対策として HCU306、307 病室を重症コロナ対応病床とし HCU20 床の運用に変更された。昨年度の診療報酬改定にともない医師の勤務体制が原因（夜間宿直勤務のため）でこれまでの ICU、HCU の管理加算が大幅に減額されていたが、令和 7 年 1 月から HCU を交代勤務として HCU の加算がとれる体制となった。

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、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となった。令和 6 年は S 評価が 102 救命センター、A 評価 199、B 評価 7、C 評価 0 であり当院は本年度も A 評価であった。その評価方法は評価項目、是正項目の点数からなり、評価項目は毎年改変され、外部の評価も加わるようになり今後もよ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。昨年度より脳死の臓器移植実績が 3 年間無い場合は、脳死判定のシミュレーションを年 1 回以上おこなうことが評価項目にあり、

減点となっている。早急に開催する必要がある。

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。HCUの診療は各科にまかされるが比較的重症な症例は積極的に介入いただき医療安全、診療の向上に寄与していただいている。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、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岐にわたる集計、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。今後、自殺企図症例、熱中症症例などさらなる症例の報告義務が課せられるうごきもある。

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救急を応需できない場合が多く、今後の課題と考える。また、看護スタッフにおいては、複雑な背景、多数の科をまたがる疾患をかかえた重症患者さんに対応する看護力が要求される以外に、夜間休日の内視鏡検査や緊急な血管内処置治療などの介助、ERの支援も適宜なされており、今後、ERを含めた看護配置など構造的な改変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、社会に求められる役割を果たす高度急性期病院名古屋医療センターの中心としてよりよい救命センターになるようにスタッフ全員で考え、日々改善されることを望む。

（文責：関幸雄）

## 各種活動状況

- ・2024年6月3日～6月28日、2025年1月27日～2月7日

救急救命士就業前病院実習(3名)

- ・2024年11月5日～2025年2月19日

救急救命士再教育病院実習(6名)

- ・2024年10月23日

名古屋市救急救命研修所講義「意識障害」

- ・2025年1月8日～1月24日

救急救命士養成教育病院実習(1名)

- ・2025年1月15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

## 学会

- ・ 2024 年 10 月 13 日～10 月 15 日 第 52 回日本救急医学会総会・学術集会

於 仙台国際センター

- ・ 2024 年 12 月 7 日 第 27 回日本救急医学会中部地方会・学術集会

於 福井 AOSSA

## 会議

- ・ 2024 年 6 月 3 日

令和 6 年度第 1 回重症外傷臨時検証分科会  
(オンライン)

- ・ 2024 年 7 月 1 日

令和 6 年度第 1 回名古屋市メディカルコントロール協議会検証分科会  
(昭和消防署)

- ・ 2023 年 7 月 29 日

令和 6 年度第 1 回名古屋市メディカルコントロール協議会  
(昭和消防署)

- ・ 2024 年 10 月 21 日

令和 6 年度第 1 回愛知県救急業務高度化推進協議会  
(愛知県自治センター)

- ・ 2024 年 11 月 7 日

令和 6 年度第 2 回名古屋市メディカルコントロール協議会検証分科会  
(昭和消防署)

- ・ 2024 年 12 月 11 日

令和 6 年度第 2 回重症外傷臨時検証分科会  
(オンライン)

- ・ 2025 年 2 月 6 日

令和 6 年度第 2 回名古屋市メディカルコントロール協議会  
(昭和消防署)

- ・ 2025 年 2 月 8 日

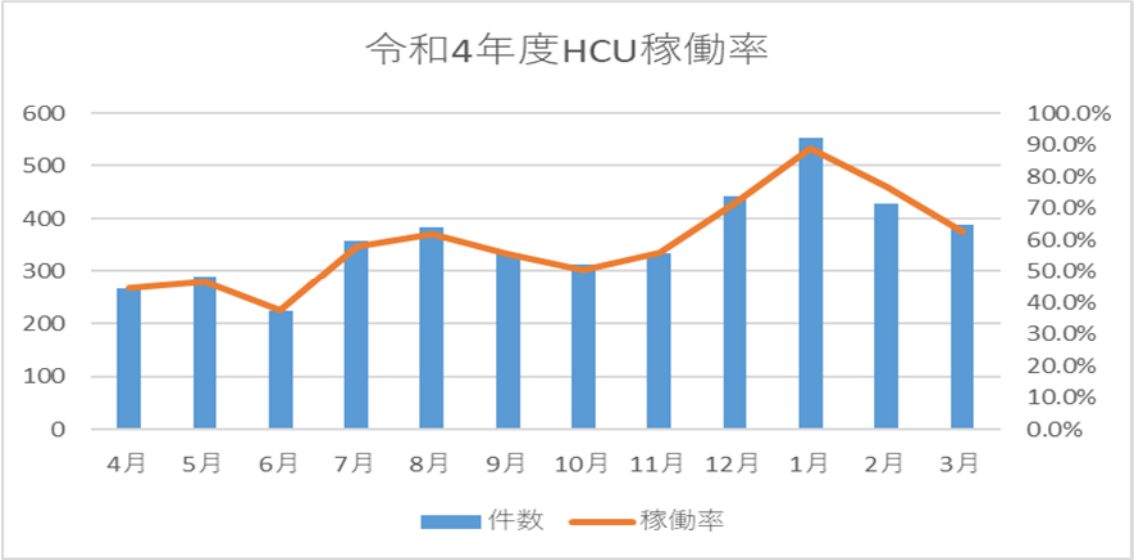
令和 6 年度第 3 回名古屋市メディカルコントロール協議会検証分科会  
(オンライン)

- ・ 2025 年 2 月 16 日

令和 6 年度第 2 回愛知県救急業務高度化推進協議会  
(書面決議)

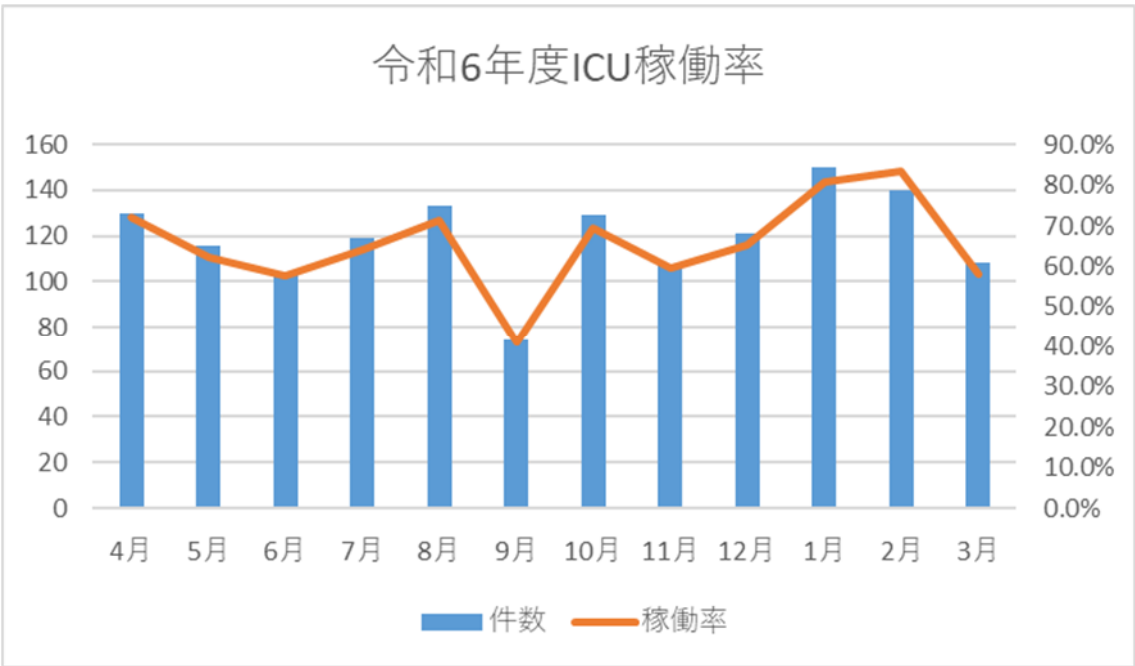
令和 6 年度 HCU 入室件数・稼働率

|     | 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  | 444   | 371   | 417   | 456   | 473   | 406   | 376   | 369   | 445   | 556   | 512   | 504   |
| 稼働率 | 74.0% | 59.8% | 69.5% | 73.5% | 76.3% | 67.0% | 60.6% | 61.5% | 71.8% | 89.7% | 91.4% | 81.3% |



令和 6 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  | 130   | 116   | 104   | 119   | 133   | 74    | 129   | 107   | 121   | 150   | 140   | 108   |
| 稼働率 | 72.2% | 62.4% | 57.8% | 64.0% | 71.3% | 41.1% | 69.4% | 59.4% | 65.1% | 80.6% | 83.3% | 58.1% |



## 麻酔部

令和6年度概要

年間手術件数 5719 件

年間全身麻酔件数 2397 件

麻酔科麻酔件数 2060 件

麻酔科医 5 名（指導医 3 名、専攻医 2 名）、代務医師 1 日 3～4 名、育休中 1 名

年間全身麻酔件数 2397 件に対して、麻酔科麻酔件数が 2060 件（85.9%）の麻酔業務を行っている。昨年度麻酔件数 1709 件より 351 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）が各科の協力によりクリアでき、病院収益に貢献できた。

全身麻酔件数に対し麻酔科医の数が少ないため、麻酔科医派遣会社より毎日派遣、夜間緊急手術は月 20 日ほど外部医師により対応をしている。

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

術後疼痛管理チームの立ち上げ加算取得

術後悪心嘔吐予防

## 手術部

執筆担当：前澤聡（手術部長/2024年10月より・脳神経外科医長）

### 1. 手術部構成

2023年度の手術部は、以下のスタッフで構成され、運営されている（敬称略）。診療部より、手術部長：小嶋俊久（整形外科）、前澤聡（脳神経外科、10月より）、麻酔部長：富田彰、アドバイザー（副院長）：永井宏和、手術室を使用する各診療科の医長（外科、胸部外科、乳腺外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、血液内科、腎臓内科、呼吸器内科、循環器科、小児科）。看護部より、副看護師長：山畑直美、手術室師長：谷口恵美、副看護師長：新豊由里、森ゆう）手術室に関与する各部門および病棟の師長（医療安全管理、感染制御対策、救命救急センター、心臓血管センター、西6階、西7階、東9回、外来）。その他の部門として放射線科、臨床工学士。事務部より企画課長、経営企画室室長、以上37名である。

### 2. 活動概要

今年度の手術室目標は前年度の方針をそのまま継承し、「改善を積み重ねよう！」と定められた。前年度同様に「開かれた手術室、効率よい手術室、確かな技術」の三点を運営の軸として取り組む方針となった。目標手術件数については、医師や看護師の働き方改革の影響もあり単純な件数増加は困難ではないかとの意見もあったが、組織としては上方修正した目標設定が必要との判断に至り、各科の前年度件数の3%増を基準として算出された。目標手術件数は5600件、目標全身麻酔件数は2100件と設定された。全診療科が目標件数の達成に向け、相互に協力しながら取り組んでいくこととなった。

手術室運営委員会は、上述の体制のもと、8月を除く毎月、計11回開催された。当該月の手術件数の報告、麻酔科からの次月の手術枠調整の提案、手術室運営に関する諸問題、ならびに医療安全に関する案件などについて継続的に議論を行った。

今年度の特記すべき事項の一つとして、急性期充実体制加算への対応が挙げられる。本加算の要件には「全身麻酔手術のうち緊急手術を年間350件以上実施」が含まれており、例年の実績件数からは達成が困難と見込まれていた。しかしながら、外科、脳神経外科、整形外科をはじめとする救急に関係する診療科の多大な尽力により、今年度は当該要件を達成することができた。

また、医療安全に関わる案件として、縫合針紛失時の対応が議題となった。10-0縫合針のように視認・発見が極めて困難な器材も存在する。このような事例に備え、「縫合針紛失発生時のフローチャート」を新たに作成し、今後はこれに沿って統一的に対応していくことが決議された。

一方、麻酔科医の慢性的不足への対応も引き続き大きな課題である。診療科によっては自科麻酔の実施、外部からの代務医の活用、さらに昨年度より導入している外部機関「Dr. エクスプレス」を利用した休日・夜間対応を継続している。しかし本問題は、安全な手術運営の根幹に関わり、手術件数にも直接影響を及ぼす重大な事項であることから、解決に向けて今後も継続して審議すべき重要案件である。

さらに、昨今の物価上昇に伴う手術材料費の高騰、ロボット支援手術（ダヴィンチ手術）など高額な手術機器や手術材料の導入も進んでおり、経営収支を踏まえた業務全体の見直しも必要な状況である。その一環として、手術室内の業務改善ワーキンググループによる協議も継続して実施している。

最先端医療の提供、確実な技術の維持、医療安全の確保、働き方改革への対応、さらには経営収支の健全化といった多方面の要素をすべて包括的に考慮した手術室運営が、現在強く求められている状況である。

### 3. 手術実績

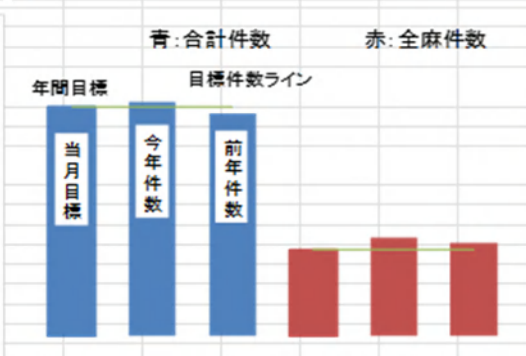
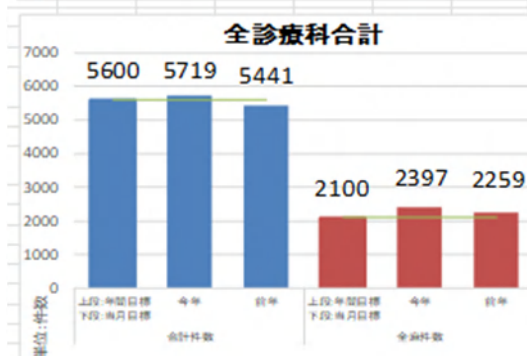
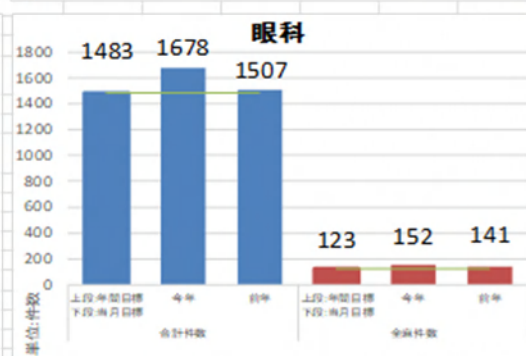
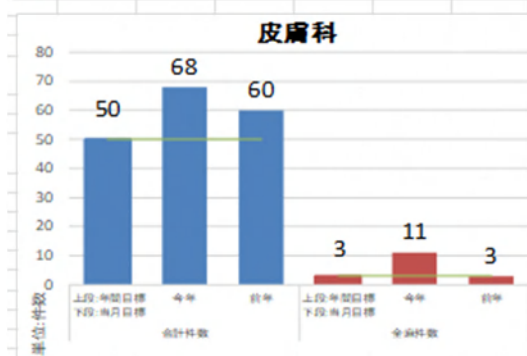
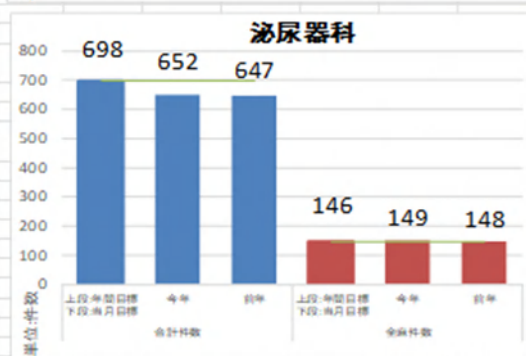
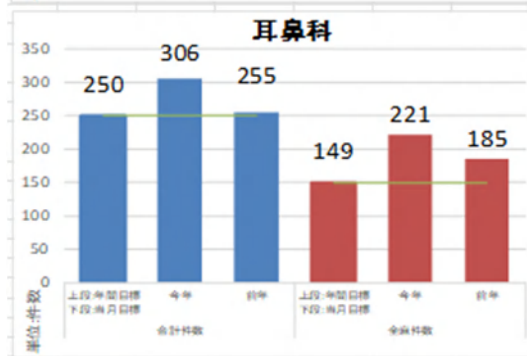
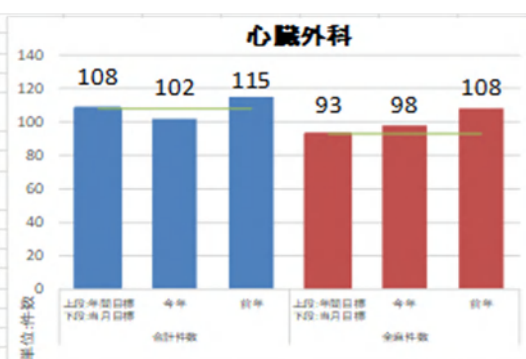
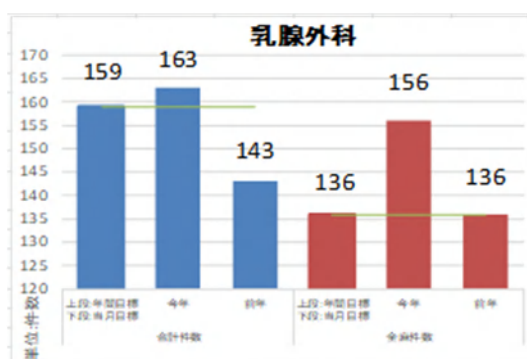
今年度の手術実績として、当院の診療情報管理部門より抽出したデータを報告する（図1）。今年度の総手術件数については、一患者一手術で計算した場合、5720件という結果であった。前年度が5441件であるので、279件の増加であり、年度初めに設定した目標（5600件）も超えている。全身麻酔件数は2397件であり、前年度2259件、目標件数2100件のいずれも超えている。緊急手術の全手術に対する割合は13.2%であり、昨年度と同水準を維持し、急性期病院である当院の特徴を示している。また、ホギメディカルより提供されたデータを図2に示すが、これは診療科別手術件数・全身麻酔手術件数の2024年度の目標値に対する達成状況を示すものである。今年度、目標件数に達成できている診療科は乳腺外科、心臓外科（全麻件数のみ達成）、整形外科、産婦人科（全麻件数）耳鼻科、二尿器科（全麻件数）、脳外科、口腔外科、皮膚科、眼科、内科（全麻件数）、小児科である。多くの診療科で増加している結果であり、この場を借りて御礼申し上げる。最後に参考として、当院の全科集計における術式で件数の多いもの（50件以上）を列举する（図3）。

【図1】

| 手術件数(人数)予定緊急区分    |      |      |      |
|-------------------|------|------|------|
| 診療科               | 予定手術 | 緊急手術 | 総計   |
| 14血液内科            | 6    |      | 6    |
| 18呼吸器内科           | 71   | 23   | 94   |
| 21循環器内科           | 49   | 5    | 54   |
| 28膠原病内科           | 1    |      | 1    |
| 32腫瘍内科            | 50   | 4    | 54   |
| 33総合診療科           |      | 2    | 2    |
| 35小児科             | 8    | 2    | 10   |
| 36呼吸器外科           | 106  | 11   | 117  |
| 37外科              | 579  | 172  | 751  |
| 38心臓血管外科          | 97   | 5    | 102  |
| 40整形外科            | 745  | 239  | 984  |
| 41乳腺外科            | 160  | 3    | 163  |
| 44形成外科            | 3    |      | 3    |
| 47脳神経外科           | 299  | 171  | 470  |
| 48皮膚科             | 65   | 1    | 66   |
| 50泌尿器科            | 576  | 76   | 652  |
| 52産婦人科            | 107  | 13   | 120  |
| 53眼科              | 1655 | 23   | 1678 |
| 55耳鼻咽喉科・頭頸部外科     | 300  | 6    | 306  |
| 59歯科口腔外科          | 85   | 1    | 86   |
| 65麻酔科             | 1    |      | 1    |
| 総計                | 4963 | 757  | 5720 |
| ※1患者1手術につき1術式カウント |      |      |      |

【図2】





【図3】

| 手術件数(術式数)※1患者1手術に複数術式あれば全てカウント |     |
|--------------------------------|-----|
| 術式                             | 件数  |
| 水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合・その他        | 587 |
| 硝子体内注射                         | 448 |
| 経尿道的尿管ステント留置術                  | 264 |
| 膀胱悪性腫瘍術（経尿道・電解                 | 114 |
| 股関節人工股関節置換術                    | 112 |
| 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）             | 111 |
| 内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型（骨、軟骨手術）            | 110 |
| 股関節人工骨頭挿入術                     | 109 |
| 腹腔鏡下胆嚢摘出術                      | 99  |
| 涙嚢鼻腔吻合術                        | 92  |
| 膝関節人工膝関節置換術                    | 87  |
| 経尿道的尿路結石除去術（レー                 | 72  |
| 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない）              | 67  |
| 抗悪性腫瘍静注リザーバー設置（頭頸部他に設置）        | 66  |
| ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）                 | 65  |
| 眼窩内腫瘍摘出術（表在性）                  | 65  |
| 大腿靱血的整復固定術（髄内釘）                | 63  |
| 皮膚皮下腫瘍摘出術(露出部2cm未満)            | 61  |
| 気管・気管支ステント留置術（硬性鏡によるもの）        | 57  |
| 眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）               | 50  |

#### 4. 学会・研究活動実績

該当なし

## 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、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）、恒川卓也医師（非常勤）、高田善久医師（非常勤）、本多純太医師（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、篠原由佳医師、鳥居厚志医師、大濱敏弘医師、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 5 名、非常勤看護師 1 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 6 年度の内視鏡検査数は上部消化管：3373 件、下部消化管：2348 件であった。内視鏡的腫瘍切除術はポリペクトミー 455 件、EMR 259 件、ESD 41 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）312 件、消化管狭窄拡張術 113 件、緊急消化管止血術 182 件、食道・胃静脈瘤治療 24 件、内視鏡的胃瘻造設および交換術 140 件、超音波内視鏡検査（穿刺含む）284 件、カプセル内視鏡検査 9 件、ダブルバルーン小腸内視鏡検査 2 件であった。

名古屋大学多施設共同研究

- 大腸がんの早期診断を目指した血液バイオマーカーの探索
- 潰瘍性大腸炎患者に対するサーベイランス大腸内視鏡における画像強調機能（Linked Color Imaging：LCI）の有用性に関する臨床研究
- 患者レジストリ構築から明らかにする炎症性腸疾患の臨床経過の実態と治療効果予測因子の解明：多施設観察研究

各種専門医（令和 6 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、齋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、岩瀬弘明非常勤

医師，日比野祐介非常勤医師，恒川卓也非常勤医師，

●日本カプセル内視鏡学会

島田昌明内視鏡診療部長

●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，岩瀬弘明非常勤医師，恒川卓也非常勤医師

## 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）、坂 英雄医師は2024年に世界気管支学会賞（The Gustav Killian Centenary Medal）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癌に対する、より安全で侵襲の少ない極細径・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癌の縦隔リンパ節穿刺でも日本で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2024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。また、2023年に本邦に導入されたCOPDに対する一方向弁を用いた気管支鏡的肺容量減量術も行っている。

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、坂 英雄

# 外来化学療法室

## 1. はじめに

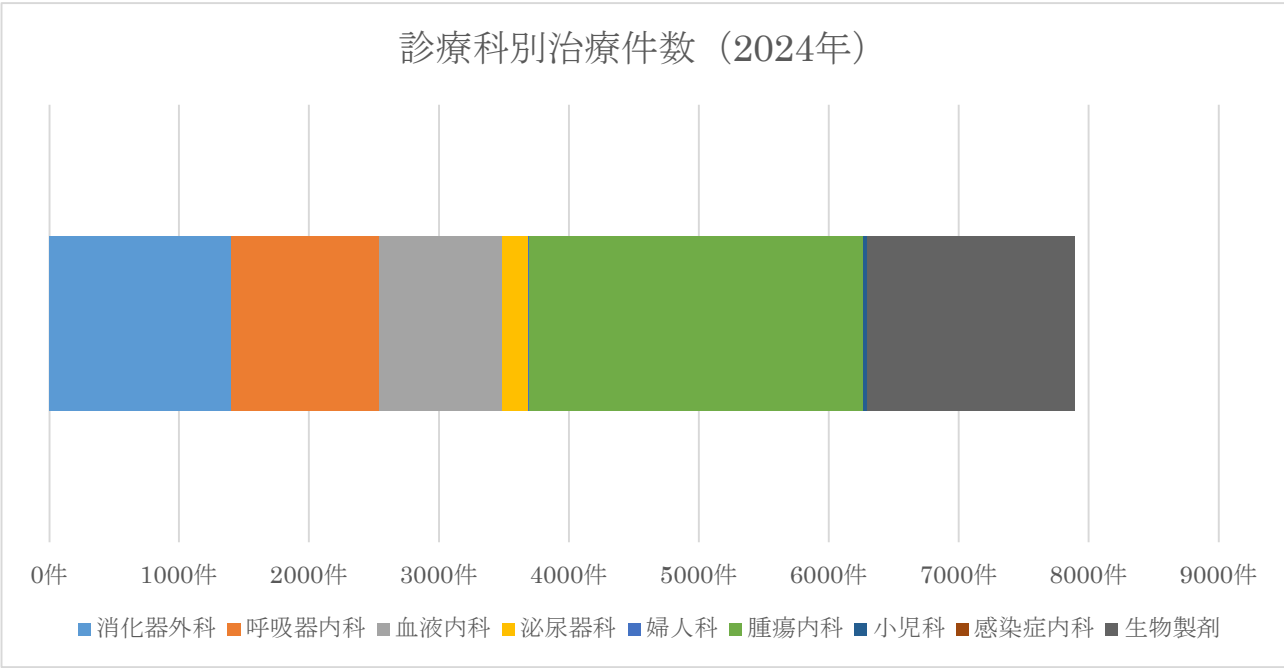
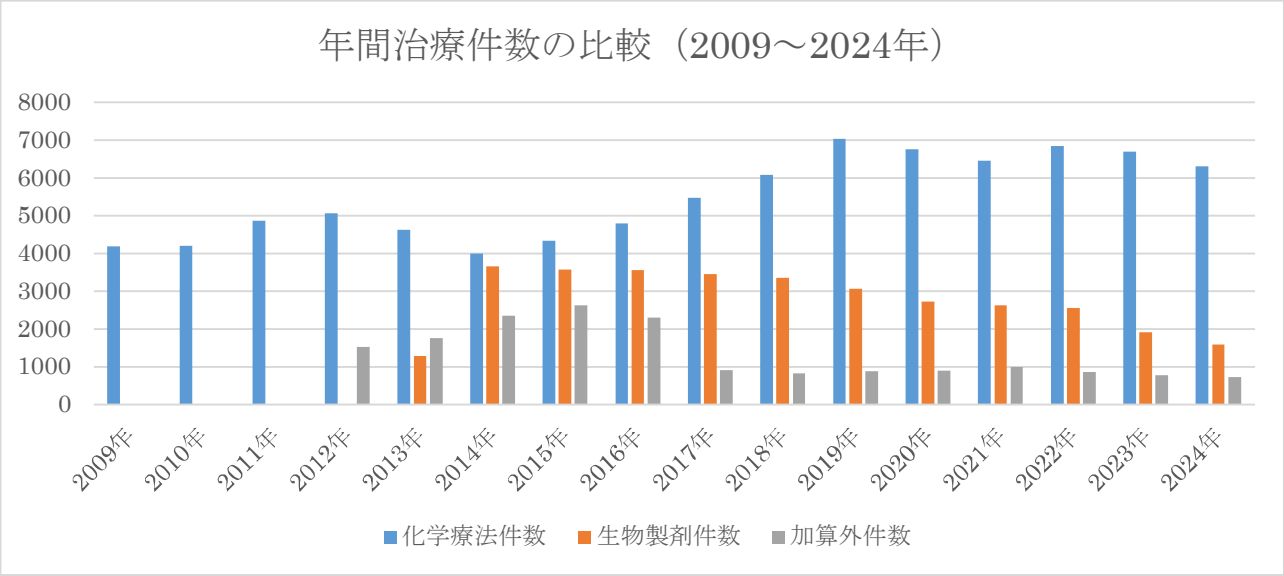
外来化学療法では、安全・確実な治療であること、副作用などの苦痛が少なく患者が快適であることが求められる。またがん患者が、できるだけ生活の質を損なわず、その人らしく暮らせるようにサポートする必要がある。

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。

2024年の治療件数は7,893件（外来化学療法加算外の治療は715件）で、一日平均治療件数は32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、がんサージカルボードの主催、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6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。また各診療科医師、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、多職種への相談、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。2017年よりモジュラーナースングをとりいれ、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。外来化学療法室での初回治療時やレジメン変更時などは、苦痛のスクリーニングを行っている。患者への理解を深め、多職種で共有・サポートするためのツールとして用いている。また、AYA世代患者や緩和ケアチーム介入患者では、緩和ケアチームとカンファレンスを開催して評価を行い、良質な医療の提供を目指して取り組んでいる。

PDCAサイクルでは、外来化学療法室の待ち時間対策に取り組んでいる。2023年度から静脈注射育成研修レベルⅣ（抗がん剤コース）を修了した看護師が、静脈確保を段階的に実施している。職員研修委員会と協同し、静脈確保の教育、実技試験も行い、安全確実な静脈穿刺・投与管理を行うことを目指している。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。

薬剤師はほとんどすべて抗がん剤調製、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おり、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。また医師の申請に基づきレジメン委員会での審査・承認を得たのち、レジメンを電子カルテに作成・管理などもおこなっている。

2021年度より管理栄養士が介入し、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。2023年度からは積極的に初回導入時評価、レジメン変更時評価を積極的に実施し、患者QOLの向上を図っている。

2022年12月より、心理療法士の介入を開始した。介入については、外来治療2回目と、レジメン変更時など患者や家族の気持ちに変化がみられる時期としている。また、不安の高い患者について情報共有し、わかるようにしている。患者のみならず、家族の思いも聞く機会にもなっており、心理療法士介入患者が入院した場合は当該病棟との連携に役立っている。

### 4. 化学療法運営部会

毎月第3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、栄養管理室

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、栄養指導実績など

### 5. レジメン小委員会

レジメン小委員会は、呼吸器内科小暮医長を委員長とし、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。  
2024 年度の登録レジメン数は通算約 1820 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 |
|---------|------------|----------|
| 2024 年度 | 121        | 82       |
| 診療科     | 79         | 4        |
| 治験      | 42         | 78       |

6. 主な取り扱いレジメン

大腸がん、胃がん、膵がん、肝臓がん、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、多職種による患者指導の重要性が高まっている。今年度のがん患者指導管理料は前年度より増加しており、がん関連の認定看護師の増加や外来配置の充実により、外来での説明体制が整ったことが要因と考えられる。

- 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 |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| 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         |
| 2023 年度 | 136         | 212         | 130         |
| 2024 年度 | 206         | 272         | 210         |

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、注意事項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。

2024 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   | 臨床腫瘍がんセンターボード                   |
| 4   | 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 |
| 5   | 苦痛のスクリーニング                      |
| 6   | 外来化学療法室の待ち時間対策                  |
| 7   | B 型肝炎チェック 3 か月以上経過した患者へ再実施      |

2023 年度より、新たに No. 6・7 の項目を追加し PDCA サイクルに基づいた継続的な改善に取り組んでいる。No. 6 の待ち時間対策の取り組みとして、2024 年 7 月 8 日～12 日の 5 日間に外来化学療法室で抗がん薬投与を実施した患者を対象に、外来化学療法室の待ち時間【受付→案内→レジメンのダブルチェック→前投薬ミキシング→患者認証→点滴穿刺】について「時系列で区別し」調査をおこなった。2023 年度の待ち時間は、1 日平均 80 分以上、最大 150 分と長時間化しており、患者の負担軽減が課題であった。2024 年度は、待ち時間を 1 日平均 80 分未満、最大 90 分未満とすることを目標に対策を進めた。

まず、患者認証から点滴穿刺までの待ち時間短縮を目的に、抗がん剤コース研修修了者が率先して穿刺を行う体制を整えた。その結果、「認証から穿刺まで」の待ち時間は 10 分未満となり、研修修了者の穿刺率も 10% から 40% へ増加し、治療開始までの流れが円滑となった。また、外来化学療法室の混雑緩和を目的に、比較的短時間で治療が完結する患者が空いている時間帯に来室できるよう運用を見直した。これにより、生物製剤投与患者の約 30%、連日抗がん薬投与患者の約 90% が 10 時までに来室するようになり、待ち時間短縮につながった。

さらに、外来対応や電話相談、緊急入院対応などの業務について役割分担を明確にし、抗がん薬投与管理に専念できる体制へと整理した。リーダー看護師による業務調整と確認体制の強化により、区分ごとの待ち時間が均等化された。

これらの取り組みの結果、待ち時間の 1 日平均は 80 分から 70 分へ、最大待ち時間は 150 分から 131 分へ短縮した。最大待ち時間の目標達成には至らなかったものの、待ち時間に関するクレームの減少がみられ、患者満足度の向上につながった。今後も改善を重ね、患者を最優先とした外来化学療法の提供を継続していく。

## 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、治療が複雑化しており、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・指導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の副作用観察項目を作成し、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。

がんゲノム医療連携病院としての役割を踏まえ、多職種が連携した地域完結型がん医療の提供を目指す。院内外で情報共有を進め、患者の治療段階や生活背景に応じた切れ目のない支援体制を整える。薬物療法を受ける患者については、治療経過に応じて早期から緩和ケアにつなぐ取り組みが進められており、今後も連携を強化し、患者の負担軽減と生活の質の向上を図っていく。

今後は、患者案内や投与管理の運用を継続的に見直し、治療開始までの流れを円滑にすることで待ち時間短縮を図る。抗がん剤コース研修修了者の穿刺率向上に向けては、投与管理の目的を共有し、心理的安全性を確

保した教育を行う。あわせて定点調査を実施し、待ち時間区分やクレーム数などを客観的に分析しながら、医師・薬剤師等の多職種と連携し、PDCA サイクルに基づく継続的な改善に取り組む。

（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 安形 直之）

## 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） |
| 小島達矢  | システム管理係長（専門職）              |
| 鈴木宏明  | 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）（サーバー室）      |
| 綾野哲文  | 医療情報係（診療情報管理士）（入退院支援センター）  |

### 2. 活動概要

1) 当院では2003年に電子カルテを導入し、以来大きなトラブルなく運用継続できています。76カ所の大学・センター病院等からの見学者に当院を訪れていただきました。

2) 院内LANについて

国立病院機構本部を中核とする「HOSPnet」は、2024年6月に機構本部の第4期HOSPnetとして更新されました。

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

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、データバックアップが行なわれています。現在まで、院内災害訓練などで活用しています。

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、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NH0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

富士通カルテユーザー会、カルナコネット意見交換会への参加

## 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、感染対策連携共通プラットフォーム J-SIPHE の薬剤耐性菌、中心静脈カテーテル関連血流感染症（CLABSI）、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 CLABSI、手指衛生、抗菌薬、薬剤耐性菌、インフルエンザ、COVID-19、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。組織的に取り組む感染対策、各施設の ICT ラウンド、職業感染対策（結核、流行性ウイルス性疾患、針刺し等）、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、Vol. 62 個人防護具の適正使用、Vol. 63 手指衛生、Vol. 64 廃棄物分別、Vol. 65～75 COVID-19/インフルエンザ発生状況、Vol. 76 麻疹注意喚起、Vol. 77 感染性胃腸炎対策、Vol. 78 消毒薬の適正使用、Vol. 79 手指消毒剤の変更、Vol. 80 血管内留置カテーテル管理について発行し職員へ注意喚起を行った。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を行った。

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。

2024 年度より WHO 手指衛生多角的戦略を導入し、手指衛生自己評価フレームワーク（HHSAF）を用いて 5 つの要素（物品設備、研修教育、測定評価、現場掲示、組織文化）を評価し、偏りなく改善できるように取り組みを開始した。

### 2. 構成メンバー

感染制御対策室長： 佐野将宏（感染症専門医、呼吸器内科医長）

医師： 末永雅也（感染管理認定医、外科医長）

臨床検査技師： 中川 光、吉岡智美、松尾由佳

薬剤師： 後藤拓也、梅橋梨永、堀沢知世、相澤佑佳

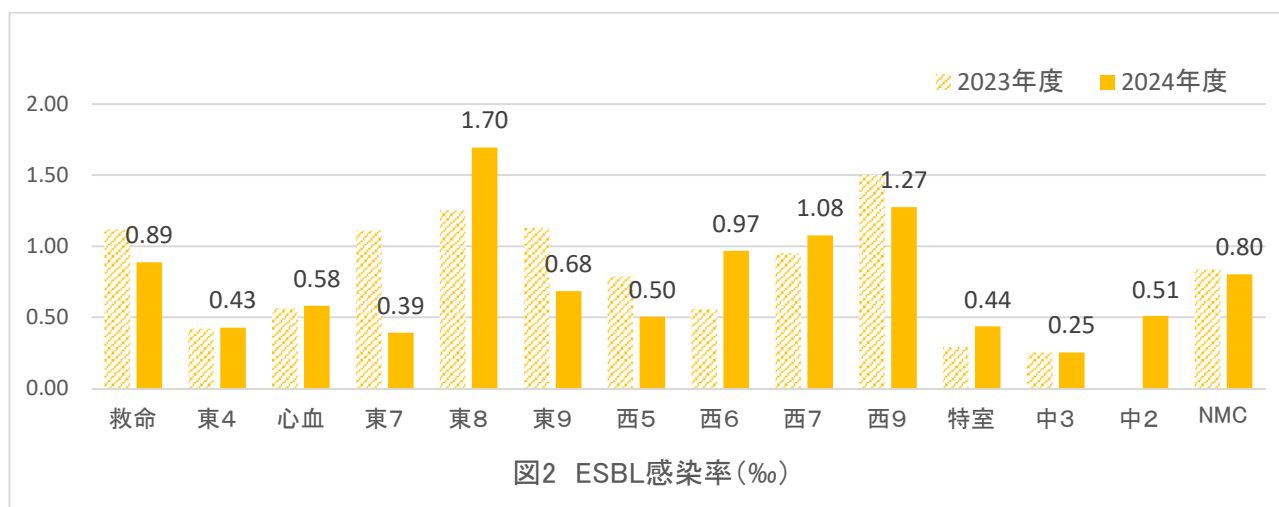
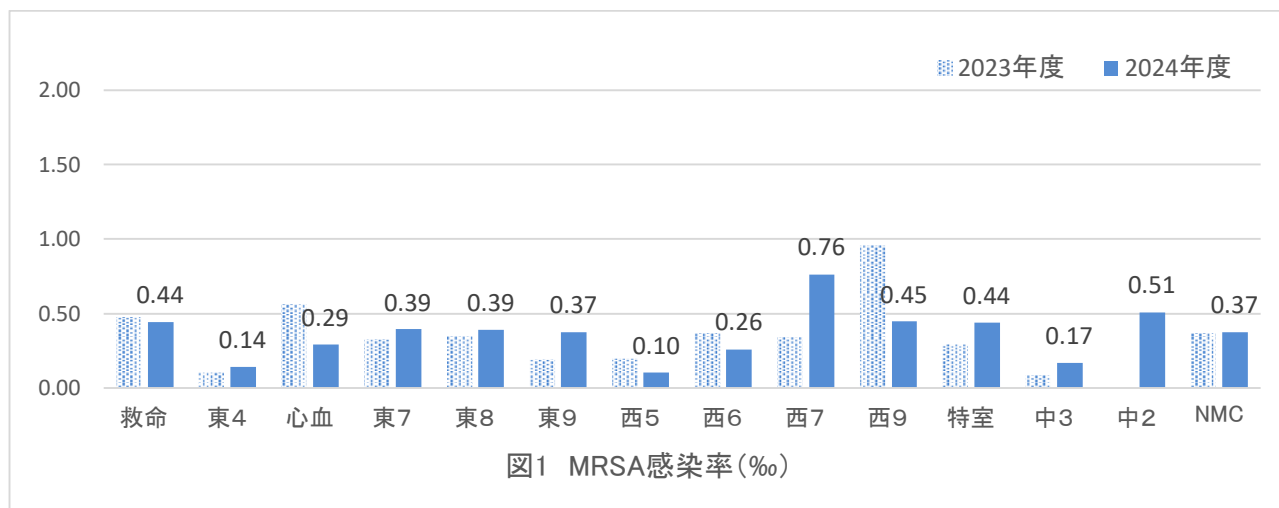
看護師： 浅田 瞳（感染管理認定看護師、副看護師長）、矢野友美（感染管理認定看護師、副看護師長）  
木下紀道（感染症看護専門看護師、副看護師長）

事務員： 水谷 諭、井上智裕、山口夕貴子（メディカルアシスタント）、

### 3. サーベイランス

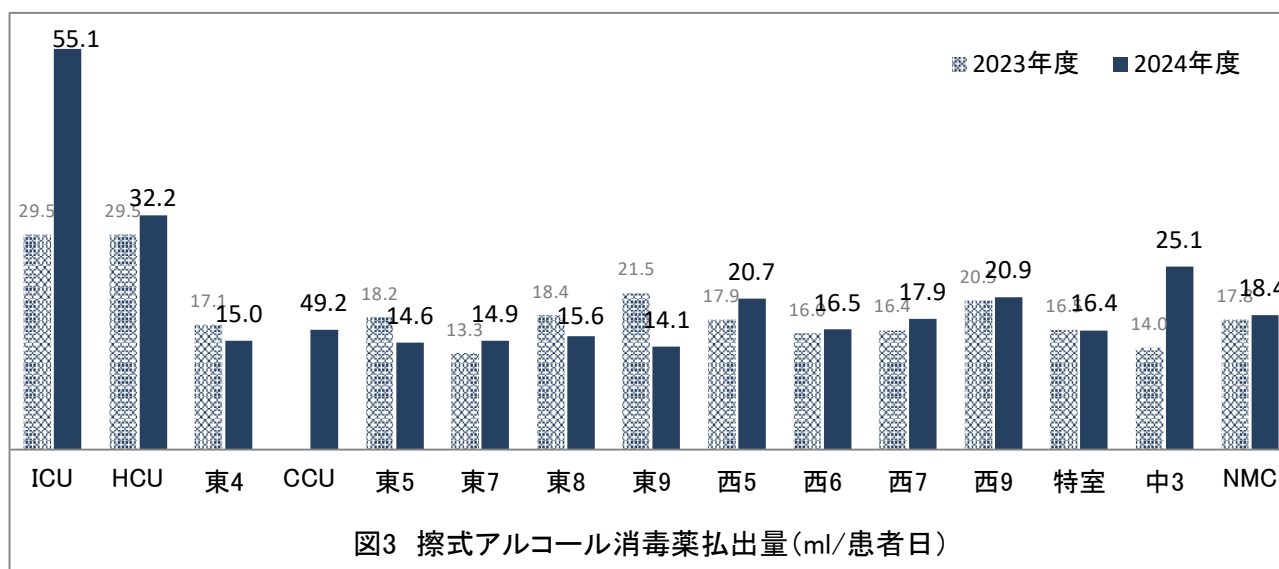
#### 1) 薬剤耐性菌

高度耐性菌の新規検出は、多剤耐性緑膿菌（MDRP）0 例（前年度 4 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）3 例（前年度 2 例）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）0 例（前年度 3 例）であった。病院全体の MRSA 感染率 0.37‰（前年度 0.37‰）、ESBL 感染率は 0.80‰（前年度 0.84‰）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）。



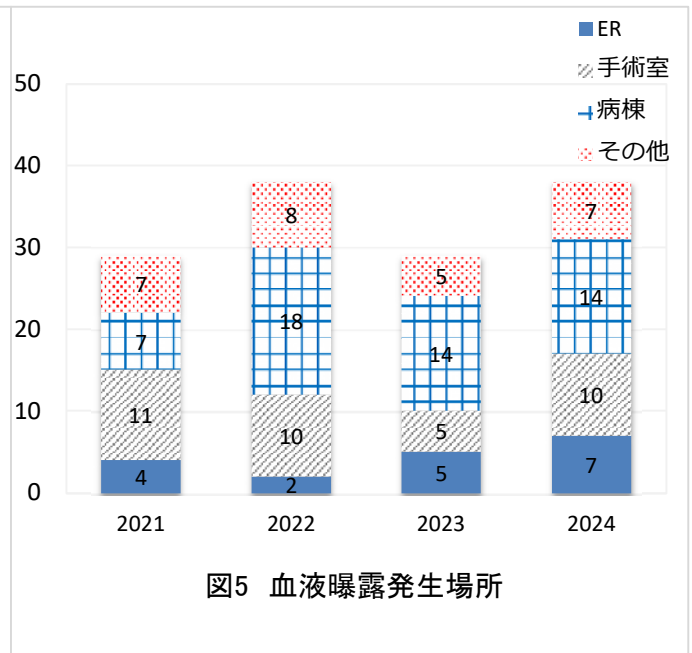
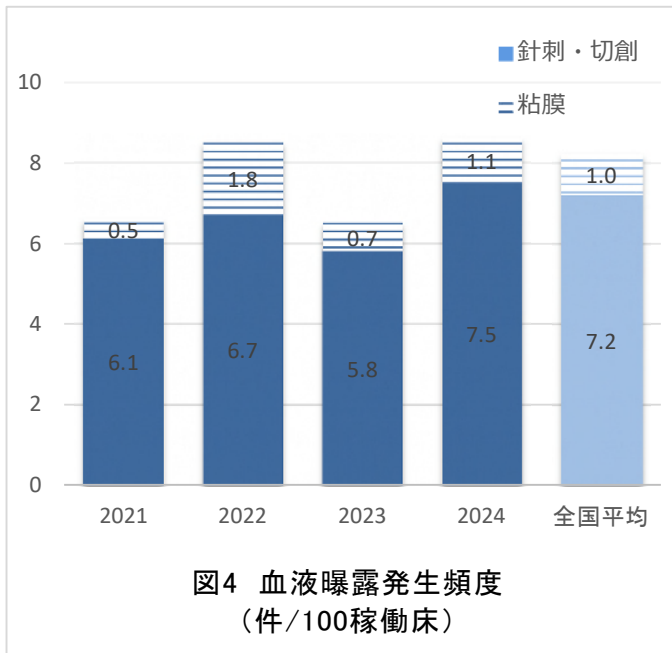
## 2) アルコール手指消毒薬払出量

全病棟集計において、2024年度は18.4ml/患者日であり、前年度の17.8ml/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19.2%、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63.8%、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17.0%であった。



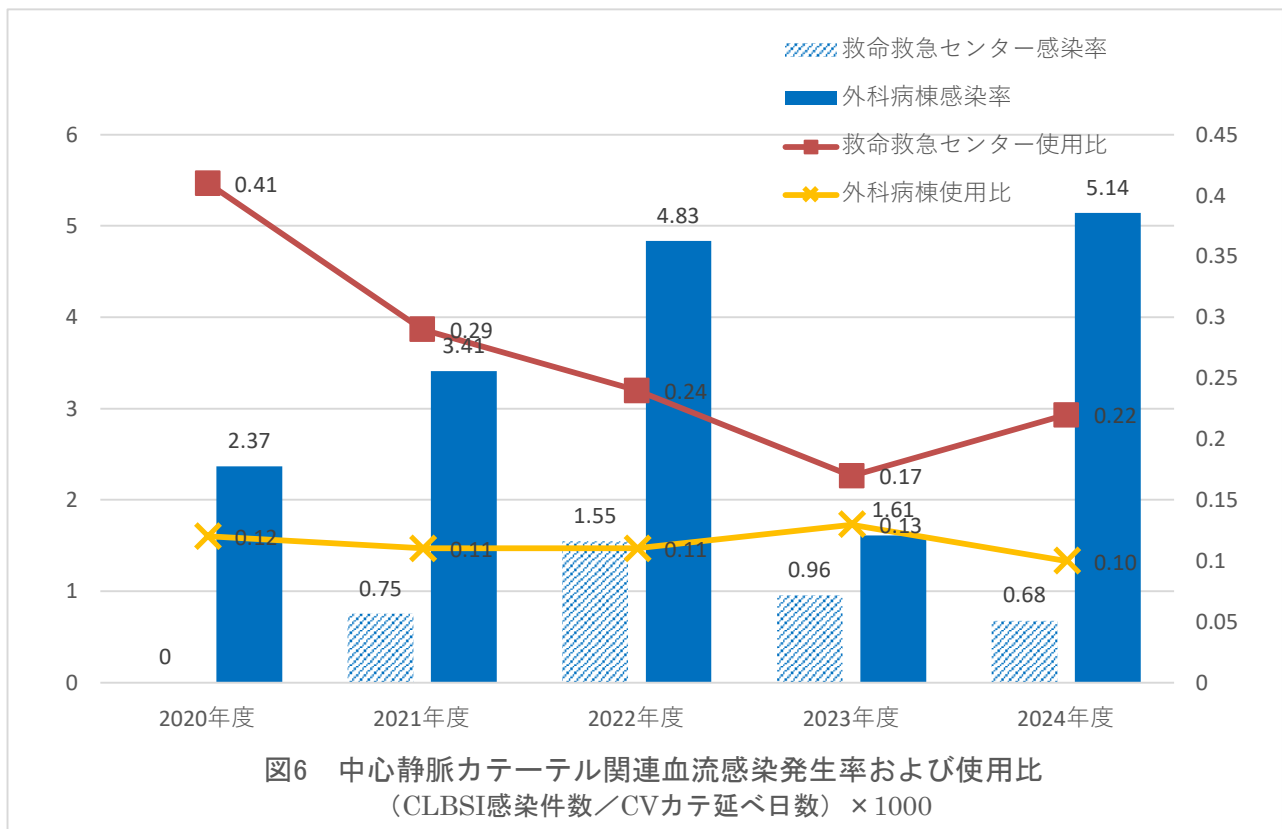
### 3) 針刺し等血液曝露

針刺し血液曝露発生件数は29件（前年38件）、100稼働病床あたりの発生件数は4.8件（前年6.3件）であった。粘膜への曝露は昨年度より減少し、発生場所では病棟が多かった。（図4、図5）。



### 4) 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0.68%（前年度0.96%）、外科病棟5.14%（前年度1.61%）であった（図6）。



## 5) 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（図 7）。

## 名古屋医療センター2024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/<br>ABPC | CEZ | CTM | CTRX | IPM | MEPM | GM | ABK | CLDM | EM | LVFX | ST | MINO | VCM | LZD |
|---------------------------------------|-----|-----|------|--------------|-----|-----|------|-----|------|----|-----|------|----|------|----|------|-----|-----|
| MSSA                                  | 231 |     |      | 100          | 100 | 100 | /    | 100 | /    | 69 | 99  | 80   |    | 81   | 99 | 98   | 100 | 100 |
| MRSA                                  | 110 | /   | /    | /            | /   | /   | /    | /   | /    | 70 | 100 | 12   |    | 10   | 99 | 83   | 100 | 100 |
| <i>Staphylococcus epidermidis</i>     | 106 |     |      |              |     |     | /    |     | /    | 44 |     | 64   |    | 31   | 66 | 95   | 100 | 100 |
| <i>Enterococcus faecalis</i>          | 188 | 100 | 100  | /            | /   | /   | /    | 100 | /    | /  | /   | /    |    | 93   | /  | 35   | 100 | 98  |
| <i>Enterococcus faecium</i>           | 104 | 14  | 14   | /            | /   | /   | /    | /   | /    | /  | /   | /    |    | 7    | /  | 67   | 100 | 100 |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> (参考値) | 7   | 100 | /    | C/A*85       | /   | 42  | 100  | /   | 42   | /  | /   | 42   | 14 | 85   |    | /    | 100 | /   |

\* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC 網斜は通常の第一選択（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/<br>PIPC | SBT/<br>ABPC | CEZ | CTM | CMZ | CTX | CAZ | CFPM | SBT/<br>CPZ | IPM | MEPM | AZT | AMK | LVFX | ST  |
|-------------------------------------------------|-----|------|------|--------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------------|-----|------|-----|-----|------|-----|
| <i>Escherichia coli</i>                         | 391 | 50   | 56   | 97           | 63           | 58  | 75  | 99  | 76  | 76  | 77   | 95          | 100 | 100  | 77  | 100 | 58   | 79  |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>                    | 283 | /    | 46   | 97           | 76           | 77  | 81  | 99  | 81  | 81  | 81   | 93          | 100 | 100  | 81  | 99  | 85   | 80  |
| <i>Klebsiella oxytoca</i>                       | 61  | /    | 37   | 86           | 72           | 19  | 86  | 98  | 90  | 96  | 93   | 86          | 98  | 98   | 88  | 100 | 96   | 95  |
| <i>Klebsiella(Enterobacter) aerogenes</i> (参考値) | 29  |      | 86   | 93           | 65           |     |     |     | 86  | 86  | 96   | 96          | 96  | 100  | 86  | 100 | 93   | 96  |
| <i>Enterobacter cloacae</i>                     | 94  |      | 61   | 81           | 23           |     |     |     | 57  | 64  | 79   | 80          | 100 | 100  | 66  | 100 | 90   | 84  |
| <i>Proteus mirabilis</i>                        | 33  | 84   | 90   | 100          | 90           | 69  | 87  | 97  | 87  | 90  | 90   | 100         | /   | 100  | 93  | 100 | 78   | 90  |
| <i>Serratia marcescens</i>                      | 37  |      | 75   | 81           |              |     |     |     | /   | 78  | 91   | 89          | /   | 100  | 75  | 100 | 83   | 100 |
| <i>Citrobacter freundii</i> (参考値)               | 13  |      | 84   | 92           | 76           |     |     |     | 84  | 84  | 100  | 92          | 100 | 100  | 84  | 100 | 92   | 100 |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>                   | 158 | /    | 87   | 91           | /            | /   | /   | /   | /   | 91  | 91   | 89          | 84  | 90   | 82  | 98  | 82   |     |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> (参考値)            | 30  | /    | 63   | /            | /            | /   | /   | /   | /   | 83  | 80   | 86          | 96  | 96   | /   | 100 | 90   |     |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>             | 56  | /    | /    | /            | /            | /   | /   | /   | /   | 42  | /    | /           | /   | /    | /   | /   | 92   | 100 |
| <i>Haemophilus influenzae</i>                   | 56  | 48   | /    | /            | C/A*82       | /   | 69  | /   | 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適さない

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2024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/<br>ABPC | CEZ | CTM | CTRX | IPM | MEPM | GM | ABK | CLDM | EM | LVFX | ST  | MINO | VCM | LZD |
|-----------------------------------|-----|-----|------|--------------|-----|-----|------|-----|------|----|-----|------|----|------|-----|------|-----|-----|
| MSSA                              | 394 |     |      | 100          | 100 | 100 | /    | 100 | /    | 72 | 99  | 80   |    | 78   | 99  | 99   | 100 | 100 |
| MRSA                              | 177 |     |      |              |     |     | /    | /   | /    | 81 | 100 | 16   |    | 11   | 100 | 88   | 100 | 100 |
| <i>Staphylococcus epidermidis</i> | 94  |     |      |              |     |     | /    | /   | /    | 45 |     | 66   |    | 36   | 86  | 96   | 100 | 100 |
| <i>Enterococcus faecalis</i>      | 181 | 99  | 100  | /            | /   | /   | /    | 100 | /    | /  | /   | /    |    | 93   | /   | 35   | 100 | 100 |
| <i>Enterococcus faecium</i>       | 34  | 8   | 11   | /            | /   | /   | /    | /   | /    | /  | /   | /    |    | 5    | /   | 79   | 100 | 100 |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i>   | 58  | 98  | /    | C/A*93       | /   | 67  | 100  | /   | 70   | /  | /   | 53   | 19 | 96   |     | /    | 100 | /   |

\* SBT/ABPCでなくCVA/AMPC 網斜は通常の第一選択（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/<br>PIPC | SBT/<br>ABPC | CEZ | CTM | CMZ | CTX | CAZ | CFPM | SBT/<br>CPZ | IPM | MEPM | AZT | AMK | LVFX | ST  |
|-------------------------------------------|-----|------|------|--------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------------|-----|------|-----|-----|------|-----|
| <i>Escherichia coli</i>                   | 623 | 54   | 59   | 99           | 68           | 63  | 77  | 98  | 77  | 77  | 79   | 95          | 99  | 100  | 78  | 99  | 59   | 82  |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>              | 331 | /    | 51   | 97           | 82           | 84  | 87  | 100 | 87  | 87  | 96   | 100         | 100 | 100  | 87  | 99  | 87   | 84  |
| <i>Klebsiella oxytoca</i>                 | 66  | /    | 36   | 93           | 75           | 37  | 92  | 100 | 97  | 98  | 98   | 92          | 100 | 100  | 95  | 100 | 97   | 97  |
| <i>Klebsiella(Enterobacter) aerogenes</i> | 33  |      | 90   | 97           | 57           |     |     |     |     | 84  | 87   | 93          | 97  | 100  | 100 | 87  | 100  | 93  |
| <i>Enterobacter cloacae</i>               | 63  |      | 82   | 95           | 41           |     |     |     |     | 87  | 85   | 90          | 92  | 98   | 100 | 85  | 100  | 92  |
| <i>Proteus mirabilis</i>                  | 74  | 87   | 89   | 100          | 95           | 71  | 93  | 98  | 93  | 93  | 94   | 100         | /   | 100  | 94  | 100 | 63   | 90  |
| <i>Serratia marcescens</i>                | 44  |      | 72   | 84           |              |     |     |     |     | 86  | 95   | 88          | /   | 100  | 84  | 100 | 72   | 100 |
| <i>Citrobacter freundii</i> (参考値)         | 20  |      | 85   | 90           | 70           |     |     |     |     | 70  | 85   | 100         | 85  | 100  | 100 | 85  | 100  | 85  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>             | 138 | /    | 89   | 96           | /            | /   | /   | /   | /   | 94  | 91   | 92          | 88  | 93   | 87  | 97  | 84   |     |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> (参考値)      | 18  | /    | 88   | /            | /            | /   | /   | /   | /   | 88  | 88   | 100         | 100 | 100  | /   | 100 | 88   |     |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>       | 34  | /    | /    | /            | /            | /   | /   | /   | /   | 38  | /    | /           | /   | /    | /   | /   | 97   | 97  |
| <i>Haemophilus influenzae</i>             | 134 | 44   | /    | /            | C/A*76       | /   | 59  | /   | 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適さない

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 7 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が適切に使用されているか判定している。適切でない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。2024 年度に抗菌薬の適正使用のために AST が関与した症例数は表 1 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 | 35 症例  |
| AST 主導での介入症例数 | 415 症例 |
| 合計            | 450 症例 |
| ラウンド時の提案件数    | 84 件   |

### 2) 抗菌薬使用量サーベイランス

当院は厚生労働省厚生労働省委託事業 AMR 臨床リファレンスセンターが主体となって運営しているサーベイランス事業の J-SIPHE に 2021 年より参加している。抗菌薬の使用状況の評価目的として AUD をサーベイランスの還元データの 1 つとして利用できる。

AUD：（使用量÷DDD）÷在院患者延数×100

DDD：一日標準投与量

入院患者における過去 3 年間の注射用抗菌薬の AUD を図 8、図 9 に示す。抗菌薬全体の AUD は増加が見られたものの、カルバペネム系の AUD は減少傾向が見られた。抗 MRSA 薬の AUD は減少傾向が認められた。ダプトマイシンの AUD は年度によって変動が見られた。

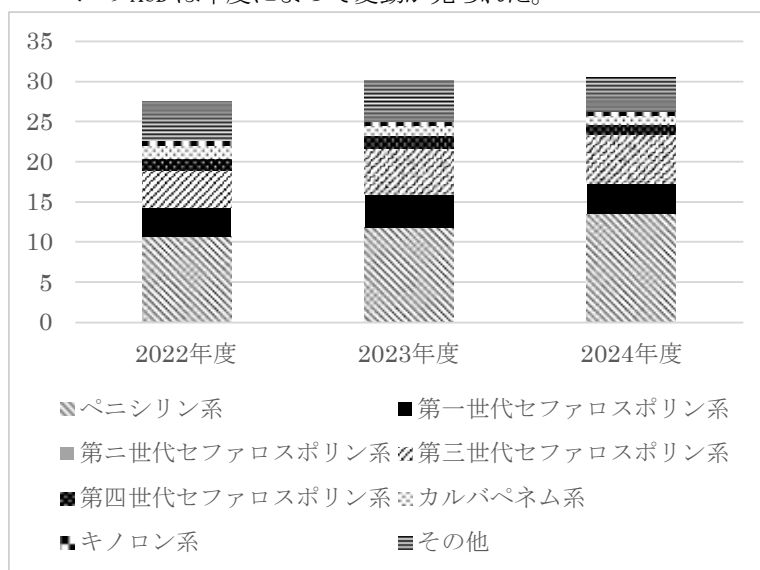


図 8 注射用抗菌薬の使用量（AUD）の年度推移

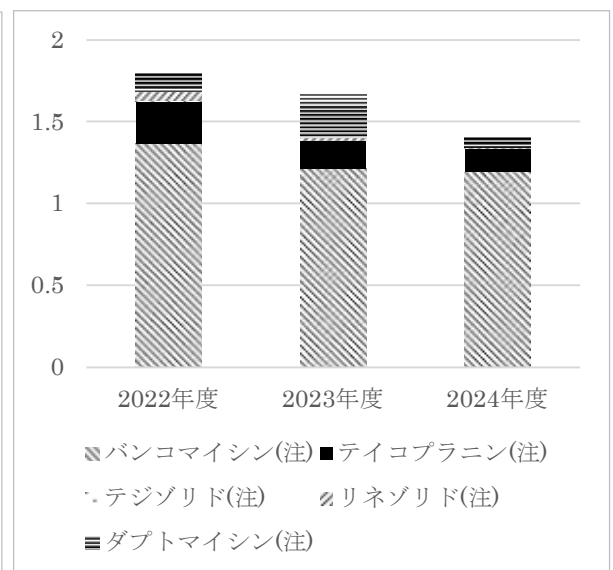


図 9 抗 MRSA 薬の使用量（AUD）の年度推移

当院ではカルバペネム系、第 4 世代セフェム、TAZ/PIPC および抗 MRSA 薬を要届出薬として使用制限を行っている。要届出薬とその他の抗菌薬の AUD 比率を図 10 に示す。要届出薬の AUD 比率は徐々に減少傾向であったが、2024 年度はさらに減少を認めた。

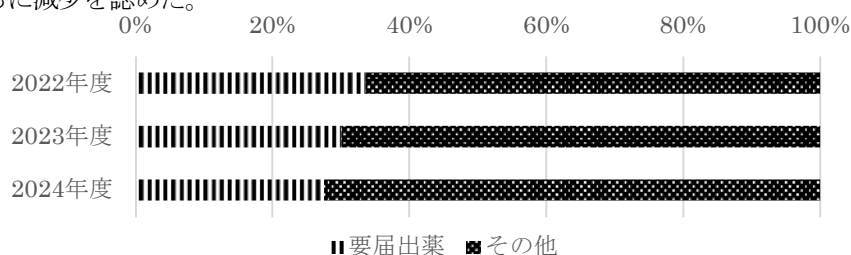


図 10 要届出薬とその他の抗菌薬の使用量（AUD）比率の推移

## 5. WHO 手指衛生多角的戦略

WHO 手指衛生多角的戦略とは、手指衛生を改善させるためのエビデンスに基づく対策を多角的視点で取り組む戦略であり、5 年以上この戦略を継続することが推奨されている。

### 【2024 年度（1 年目）取り組み内容】

- ICT News やポスターでの WHO 手指衛生多角的戦略の周知
- 手指消毒剤個人携帯の促し
- 手指消毒剤・手洗い石けんの種類変更
- 手指衛生の適応場面、手指消毒の手順、手洗いの手順ポスター作成・各部署掲示
- 全職員対象の手指衛生研修（手洗い演習）を実施
- 直接観察による手指衛生遵守率の測定、即時フィードバックの実施

導入前、取り組み後の手指衛生自己評価フレームワーク（HHSAF）評価を図 11 に示す。導入前と比較し、5 つの要素の偏りはややあるものの改善した。

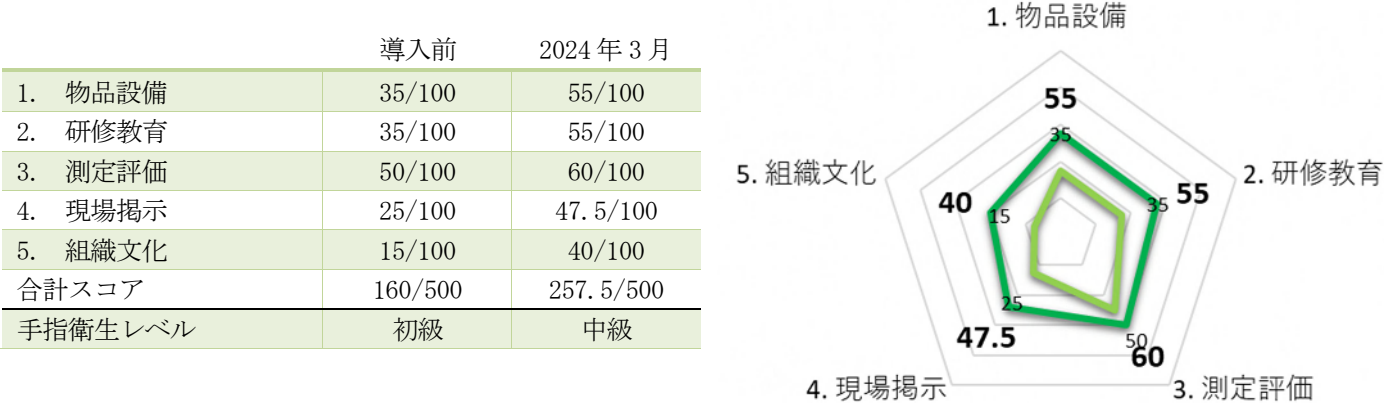


図 11 手指衛生自己評価フレームワーク（HHSAF）評価