

## Ⅲ. 診療情報支援部門

### 薬剤部

令和6年度の薬剤部の人員は、期首において6名の欠員（1名の産・育休者含む）であった。その後は、5月は欠員5名（2名の産・育休者含む）、8月は欠員4名（3名の産・育休者含む）、10月は退職者あり欠員5名（3名の産・育休者含む）と欠員状態が継続しており、それにより薬剤管理指導件数は減少したが、病棟薬剤業務の実施、院内各チーム医療に対しては、ほぼ安定的に実施ができた。

医薬品の消費額については、昨年の41.2億円に対して令和6年度は37.8億円であり、消費額は増加傾向あったが、今年度は減少した。トータルトレーサビリティシステム（キュービックスシステム）により、冷所管理を要する高額な薬品の廃棄ロスが削減できた。

入退院支援センターにおける術前薬剤外来は、対応診療科を拡大し継続している。

後発医薬品の数量割合については、90%以上を維持することができた。

がん化学療法の無菌調製件数及び指導件数は共に前年度と同程度であった。レジメン（治療内容）も多数の抗がん剤を組み合わせるなど複雑化してきており、安全・安心の医療を提供する上でその管理を担う薬剤師の重要性が益々高まっている。

地域の薬薬連携としては、令和6年度より院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコルの運用を開始したことにより、トレーシングレポートは前年度に比べ減少した。保険薬局と情報伝達に努め充実した介入内容となるように取り組んだ。

令和6年度の薬剤部の目標および主な取り組み項目は、次のとおりである。

#### <薬剤部部門目標>

がん医療、救急医療を中心とした、高度医療を担う病院薬剤部として、患者さんに信頼される薬剤師に成長できる、夢があり働きがいのある薬剤部をめざす。併せて、新しい医療への変化に対応するため病院経営に貢献する。

- (Ⅰ) 診療事業支援強化と地域医療への貢献
- (Ⅱ) 医療の質向上
- (Ⅲ) 臨床研究の推進
- (Ⅳ) 教育研修、人材育成の強化
- (Ⅴ) 病院経営

これらの状況を含めて、各部門の1年間の成果を報告する。

### 1 <調剤・注射室部門>

令和6年度における処方せん枚数等の推移、院外処方せんコーナーについて報告する。

#### 1.1 処方せん枚数等の推移

令和3～6年度における処方せん枚数等の推移を表に示した（表1）。

院外処方せん発行率は、以前より行われている院外処方せん発行推進活動の継続により高値を維持している。

表1. 処方せん枚数等の推移

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
外来処方せん（院内）	11,070枚	11,323枚	10,216枚	10,222枚
入院処方せん	118,463枚	118,590枚	119,035枚	118,828枚
外来注射せん	51,275枚	55,369枚	51,010枚	50,535枚
入院注射せん	295,580枚	333,912枚	346,538枚	338,042枚
院外処方せん発行率	92.4%	92.0%	92.3%	92.0%

## 1.2 院外処方せんコーナーについて

愛知県薬剤師会が運営している院外処方せんコーナーの薬剤部によるFAXサービス代行業務（15時以降）を始めて15年経過したが、今年も特に問題はなかった。

## 1.3 計数調剤管理システムの導入について

内服・注射薬調剤時にトーション製計数調剤管理システム（F-WAVE）を導入した。バーコード照合による機械的監査の導入に伴い、調剤時の薬剤取り間違い件数は月平均12.6件から0.7件と大きく減少した。ヒューマンエラーなどによる調剤過誤を低減し、医療安全性を向上できた。

## 1.4 キュービックスシステムの導入

冷所管理を要する高額薬品の廃棄ロスの削減、管理・発注業務の効率化を目的として、令和5年度に株式会社ズケンのキュービックスシステムを導入した。今年度のキュービックス管理品目の返品・交換金額は5,422,791円であり、期限切れ廃棄対策として有用であった。

# 2 <製剤室・外来化学療法部門>

## 製剤室部門

製剤室では、注射薬（抗悪性腫瘍薬など）の無菌調製を行っている。現在では注射薬（特に抗悪性腫瘍薬）の無菌調製が製剤室業務の中心となっているため、注射薬の無菌調製業務について報告する。

### 2.1 注射薬の無菌調製業務

注射薬の無菌調製は手技料（無菌製剤処理料）が保険請求可能な薬剤を中心に行っており、そのほとんどが抗悪性腫瘍薬である。抗悪性腫瘍薬以外では、高カロリー輸液、治験薬等の無菌調製を行っている。

今年度は抗悪性腫瘍薬の調製件数及びTPN調製件数は前年度に比べて横ばいであった。（表2）傾向として全体の約9割を占める抗悪性腫瘍薬の調製件数の内訳は、外来が約67%、入院が約33%となり前年と同様であった。また、治療件数は前年にと比べると外来は増加、入院は減少していた。（表3）がん化学療法が入院から外来へ移行する一方、複数の薬剤を組み合わせた長時間レジメン、化学療法の初回で入院が必要な新規薬剤も増えているため、入院での化学療法は大きく変化しないと考えられる。（表4）

平成22年10月より閉鎖式混注システムである「クレーブオンコロジーシステム」の導入を行い、一部の薬剤の調製について使用を開始し、職員の抗悪性腫瘍薬による曝露予防に努めている。平成28年度から、患者へ投与するまでの医療従事者への安全も配慮し、閉鎖式器具および閉鎖式投与ルート「ケモセーフ」の導入を行った。引き続き揮発性の高い薬剤以外の抗悪性腫瘍薬についても閉鎖式器具を用いて調製および投与を行っている。調製時は生理食塩水でプライミングしたルートをつけて払い出しを行い、投与時の曝露のリスクを少なくする取り組みも行っていたが、「ケモセーフ」の販売終了に伴い、令和3年2月より「ケモセーフロック」への変更を行った。ケモセーフロックへ変更となり、看護師がプライミングを行わなければならないとなったが、問題なく投与できている。抗がん剤に関わる医療従事者が安全に取り扱うことを目的に使用マニュアルを作成し、運用を行っている。これにより経験年数の少ない薬剤師でも一定水準の業務が行えている。

表2. 調製件数（件／年）

	抗悪性腫瘍薬	TPN	治験薬	合計
令和4年度	18,715	312	151	19,178
令和5年度	19,002	162	111	19,275
令和6年度	18,934	132	158	19,224

表3. 抗悪性腫瘍薬の無菌調製件数内訳（件／年）

	外来	入院
令和4年度	12,463	6,252
令和5年度	12,583	6,419
令和6年度	12,692	6,242

表 4. 抗悪性腫瘍薬の無菌調製のべ人数（人／年）

	外来	入院
令和 4 年度	7,781	4,181
令和 5 年度	7,588	4,302
令和 6 年度	7,496	4,133

薬剤の調製ミスやオーダーミスからの薬剤廃棄金額を集計した。（表 5）

薬剤廃棄件数は昨年度より増加し、廃棄金額としては一昨年度と同程度であった。昨年同様、化学療法中止が決定した際の連絡について再度周知を行った。今後も継続的な周知や教育が必要である。

表 5. 抗悪性腫瘍薬廃棄金額（円／年）

	件数/年	金額（円／年）	主な廃棄薬剤
令和 4 年度	29	1,795,435	ダラキューロ
令和 5 年度	18	787,835	キロサイド, アザシチジン
令和 6 年度	22	1,535,252	キロサイド, イミフィンジ

## 外来化学療法部門（薬剤部）

外来化学療法室では、外来化学療法患者への薬剤指導、副作用管理、レジメン管理等を中心的な業務とし、主に腫瘍内科医師、看護師と連携して行っている。

薬剤師は、平成 26 年度より外来で抗がん剤治療を始める患者や治療を変更する患者、副作用管理において支持療法薬を導入する患者などを中心に、がん患者管理指導料への算定を行っている。

また、平成 28 年度からは、経口抗悪性腫瘍薬の導入時の説明や診察前の面談および副作用管理、地域の医療施設（薬局など）との連携を行うために薬剤師外来を設立し開始した。初回の導入時の説明だけではなく、導入後も診察前の面談を行い主治医と連携して患者ケアに参画することにより、継続的に診療のサポートが可能となった。そのため、経口抗悪性腫瘍薬の指導依頼件数や依頼薬剤の種類は増加傾向である。

レジメン管理については取り扱うがん種も増加しているためレジメンの登録件数も増加している。

初回から外来で治療を開始する患者も増えてきており、外来で管理できるようなレジメンおよびレジメン管理を行っていく必要がある。薬剤部における外来化学療法室担当の薬剤師の業務内容や指導件数、レジメン管理について報告する。

### 2.2 外来化学療法室指導件数（表 6）

外来化学療法室では指導担当薬剤師を 2 名、経口抗悪性腫瘍薬指導担当薬剤師を 1 名配置している。

主な指導、介入内容は、外来で化学療法を導入する患者やレジメンを変更する際の指導依頼、副作用対策における支持療法の相談、減量基準の相談などである。

平成 30 年度よりがん患者管理指導料への算定する場合には、指導内容や対処方法が自宅でもわかるように書面で指導することを徹底し、患者教育と指導の質の担保を目的として指導にあたっている。

また、平成 30 年度より開始した、薬剤師外来（経口抗悪性腫瘍薬の指導）では、今年度は延べ 215 件の指導件数であった。（表 7）主に初回導入時の指導依頼が多かった。また、安全で最適な治療の提供と継続的な副作用管理、かかりつけ薬局との連携を強化し、指導用紙や情報提供書を積極的に作成し、書面化すること目的として業務を進めてきた。そのため業務の数値化は行っていないが、患者からの相談の電話や予約外の相談も多く、主治医や他の医療スタッフと連携して患者対応を行い、質の高い連携した業務が行われたと考えられる。

表 6. 化学療法室指導件数（件／年）

	薬剤指導件数	がん患者管理指導料へ算定件数
令和 4 年度	5,224	147
令和 5 年度	4,945	130
令和 6 年度	4,219	210

表 7. 経口抗がん剤指導件数（件／年）

	経口抗がん剤 薬剤指導件数
令和 4 年度	322
令和 5 年度	215
令和 6 年度	247

令和 2 年度の診療報酬改定に伴い、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現の項目内に重点的な対応が求められる分野の質の高い外来がん化学療法の評価として、医療機関側に連携充実加算の算定が可能となった。月に 1 回 150 点の算定要件として、外来化学療法加算 1 を算定する患者に対して、医療機関と薬局との連携強化と栄養管理について管理栄養士と連携を図ることとなっている。医療機関側が、連携充実加算を算定するにあたり、患者にレジメン（治療内容）と患者の状態を踏まえた必要な情報を文書で提供することで、また地域の保険薬局はレジメンを活用した薬学的管理を行うことで特定薬剤管理指導 2 を算定することが可能となった。当院でも令和 2 年 5 月より連携充実加算の算定を開始するにあたり、様々な取り組みを行った。①化学療法運営委員会に管理栄養士 1 名が加わった。②HP へのレジメンの公開については癌種別で行った。③他の医療機関や保険薬局より、服用状況や副作用の発現に関する情報を報告しやすくするために「がんトレーシングレポート」を作成し、CTCAE での評価方法や支持療法に対するコメントを入れることで、副作用等の情報が薬局薬剤師および病院薬剤師間において共通の方法で評価できるようになった。また、医療従事者がレジメンや当院から処方されている支持薬等に疑問があった場合には、担当薬剤師に質問がくるようにホームページ上にメールアドレスも掲載した。④研修会の開催については、近隣の連携充実加算を算定している病院が同じような研修会を行うより、地域の病院が合同で開催する形式の方が、各病院でのレジメン管理や副作用対策が議論できると考え合同にて研修会を WEB で開催した。⑤患者への指導に現在使用している「治療計画書」に必要事項を記載し、お渡しすることにした。今年度は、連携充実加算の算定件数は 3,062 件となった。月平均は約 255 件であり、昨年度より減少した。（表 8）

表 8. 連携充実加算件数（件／年）

	連携充実加算件数
令和 4 年度	3,796
令和 5 年度	3,698
令和 6 年度	3,062

### 2.3 レジメン管理について

化学療法運営委員会の下部組織にレジメン小委員会を設置し、新規レジメンやレジメン変更、中止について審議および管理を行っている。レジメン登録総数は 1,821 件となり、今度の新規登録レジメン数は 121 件であった。下記（表 9）に内訳を示す。

レジメン登録総件数は増加傾向にあるが、今年度は臨床試験を含めたレジメン申請が多く認められた。

レジメンも多数の抗がん剤を組み合わせるなど複雑化してきているため、化学療法治療計画書をもとに他職種でリスクマネージメントに力を入れる必要があると考えられる。

今年度も、免疫チェックポイント阻害薬と併用や適応追加によるレジメン申請、新薬発売によるレジメン申請が多かった。今後併用されるレジメンもさらに増えてくることから、レジメンの審査や管理だけでなく、副作用管理を行うための検査項目なども院内でマニュアル化していく必要があると考えられたため、irAE (immune-related Adverse Events : 免疫関連副作用) の副作用に関する検査項目等の一覧を作成し、電子カルテ、当院の HP にも掲載している。

表 9. 新規登録レジメン件数 (件/年)

	新規レジメン登録総件数	新規登録件数内訳	
		診療部	治験
令和 4 年度	89	37	52
令和 5 年度	57	26	31
令和 6 年度	121	79	42

## 2.4 外来化学療法室での薬剤指導以外の業務について

平成 27 年度より、外来化学療法室担当薬剤師は、外来化学療法室で治療を受ける患者の治療前の検査値確認を行うようになった。また、がんに関わる PDCA サイクルの取り組みとして化学療法前の B 型肝炎ウイルス再活性化防止対策への取り組みを行っているため報告する。

### ①化学療法前の薬剤師による投与基準検査値の確認

平成 27 年度より、外来化学療法室担当薬剤師による化学療法施行前の検査値のダブルチェックを行うこととなった。主科で診察後、化学療法確定となった患者の採血データの確認を行うことにより、投与基準値を満たしていない患者の投与可否について問い合わせを行い、投与理由などの確認を行っている。これらの投与前の確認を薬剤師が関わることにより、主治医との連携が効率的になり、安全で最適ながん化学療法を提供することに貢献できていると考えられる。

### ②化学療法前の B 型肝炎ウイルス再活性化防止対策の取り組み

化学療法を施行する際に、B 型肝炎ウイルス (HBV) が再活性化した報告が、散見されている。HBs 抗原陽性のいわゆるキャリア/慢性肝炎の患者のみならず、HBs 抗原陰性で、HBc 抗体または HBs 抗体陽性のいわゆる一過性感染して HBV は排除されたと考えられていた患者 (既往感染例) においても、HBV の再活性化は生じている。また、血液腫瘍のみでなく、固形癌の化学療法を行う場合にも生じている。そして、HBV が再活性化し肝障害を起こした症例は、化学療法を中止せざるを得なくなり、時には重症肝炎や劇症肝炎を起こすこともあるため、HBV 再活性化による肝障害は、頻度は少ないが未然に防ぐことが重要である。当院も日本肝臓学会のガイドラインに準じてシステマテックにスクリーニングする体制を確立した。

これらの取り組みを行っているため、化学療法施行後の HBV 再活性化事例は報告されていない。

## 3 <病棟・外来指導部門>

### 3.1 薬剤管理指導業務

薬剤管理指導業務の請求患者数および請求件数について、令和 5 年度とほぼ同程度であった。退院時薬剤情報連携加算および薬剤総合評価調整加算については、請求件数が減少した (表 10)。

表 10. 薬剤管理指導件数

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
実施患者数	12,577	11,562	11,110
請求患者数	12,577	11,562	11,110
請求件数	21,113	18,768	17,227
配置薬剤師数	32.67	29.65	29.79
薬剤師 1 人当請求数/月	53.9	52.6	49.9
麻薬加算件数	358	248	336
退院時薬剤情報管理指導料件数	3,496	2,895	2,489
退院時薬剤情報連携加算件数	66	38	14
薬剤総合評価調整加算請求件数	45	91	28

### 3.2 病棟薬剤業務実施加算

平成28年度から申請を開始した病棟薬剤業務実施加算1および救命救急センターを対象とする加算2は、いずれも継続して算定した(表2)。病棟薬剤業務実施加算の算定は令和5年度と同程度であった。病棟薬剤業務時間は、全ての対象病棟において週20時間以上で推移した。持参薬確認件数および確認時間は令和5年度とほぼ同等であった(表12)。

表11. 病棟薬剤業務実施加算件数

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
加算1件数 (100点/週)	29,607	30,174	30,092	29,554
加算2件数 (80点/日)	2,277	3,161	3,661	3,309

表12. 持参薬確認件数および確認時間

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
持参薬確認件数	9,311	9,682	10,111	10,109
持参薬確認時間	4,410	4,595	4,779	4,734

### 3.3 SPD委託業務(病棟業務)

薬剤部門におけるSPD委託業務では、調剤室での払出補助業務や薬務室の在庫管理補助業務以外に、病棟業務の補助業務の委託も行っている。病棟業務の補助として、定期内服薬の与薬カートへの個人セットと、病棟保管薬の期限確認および適正在庫数管理の2つの業務を主に委託している。SPD業務の効率化を行い、平成29年度以降はすべての病棟と外来で保管薬の期限確認を委託し、継続している(表13)。

表13. 保管薬期限確認と与薬カートの個人セットの実施者

	保管薬の 期限確認	与薬カートの 個人セット
救命救急センター	SPD	-
東5	SPD	薬剤師
東7	SPD	薬剤師
東8	SPD	薬剤師
東9	SPD	SPD、薬剤師
西5	SPD	薬剤師
西6	SPD	SPD、薬剤師
西7	SPD	SPD、薬剤師
西9	SPD	SPD、薬剤師、看護師
特室	SPD	薬剤師
中3	SPD	SPD、薬剤師
外来1階、ER	SPD	-
外来2階	SPD	-
外来3階	SPD	-
手術室	SPD、薬剤師	-

### 3.4 外来薬剤業務

入院中の患者以外の患者に対して、処方された薬剤の情報を文書により提供し、薬剤情報提供料を算定した件数、手帳記載加算件数に大きな変化はなかった(表14)。

表 14. 薬剤情報提供料

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
算定件数	9,728	10,064	9,092	8,975
手帳記載加算件数	8,869	9,489	8,747	8,651

平成 29 年 5 月より呼吸器外科の予定手術患者に対して、薬剤師による術前常用薬確認を試験的に実施してきた。平成 30 年 7 月の病棟集約の際に薬剤部内に外来部門を立ち上げ、手術に影響する抗凝固薬や免疫抑制薬等の休薬管理を目的として術前薬剤外来を開始した。平成 30 年 12 月からは消化器外科に拡大し、令和元年 4 月から整形外科でもカルテチェックでの介入を開始した。令和 2 年 10 月に入退院支援センターが開設された後は、消化器外科、整形外科、心臓血管外科、脳神経外科を対象に実施し、令和 3 年 11 月より泌尿器科も対象とした。令和 4 年にも対応診療科を拡大した（表 15）。

表 15. 薬剤師外来（術前薬剤外来）指導件数

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
実施件数	695	836	796	803

平成 30 年 7 月よりバイオ製剤の導入指導および C 型肝炎の内服導入指導を DI 室から外来部門に業務を移行し、薬剤師外来（内科部門）として運用している。バイオ製剤の導入指導については対象薬剤の増加に伴い増加傾向にある（表 16）。

表 16. 薬剤師外来（内科部門）指導件数

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
実施件数	56	70	89	91
バイオ製剤導入	39	59	83	86
C 型肝炎内服導入	17	11	6	5

### 3.5 周術期薬剤管理加算

令和 4 年 12 月より麻酔管理料Ⅰ、麻薬管理料Ⅱ算定患者を対象に周術期薬剤管理加算の算定を開始した。令和 6 年度も継続して算定を行った（表 17）。

表 17. 周術期薬剤管理加算件数

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
実施件数	444	1640	1487

### 3.6 薬学教育

平成 24 年度より開始された薬学生の病院実務実習（11 週間）は、令和 6 年度Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期で合計 18 名を受け入れた（表 18）。

表 18. 薬学実習生受け入れ人数

区分	所属大学	人数	合計人数
Ⅱ期 (5/20～8/4)	金城	3 名	6 名
	名城	3 名	
Ⅲ期 (8/19～11/3)	愛知学院	1 名	6 名
	金城	3 名	
	名城	1 名	
Ⅳ期 (11/18～2/9)	鈴鹿	1 名	6 名
	愛知学院	1 名	
	金城	3 名	
	名城	2 名	

## 4 <試験検査部門>

当院では抗てんかん薬、免疫抑制薬、抗菌薬などの薬物血中濃度測定は臨床検査科で実施している。そのため、薬剤部試験検査部門では東海ブロックのエイズ診療ブロック拠点病院の役割の一つとして、一部の抗 HIV 薬の薬物血中濃度測定を実施している。薬物血中濃度測定は質量分析計（LC-MS）システムを用いて、院内検体のみならず、日本医療研究開発機構「エイズ対策実用化研究事業」に基づく「国内流行 HIV 及びその薬剤耐性株の長期的動向把握に関する研究」の一環として、引き続き、外部医療機関からの薬物血中濃度測定を依頼により実施し、日常臨床業務に役立てている。令和 6 年度の院内・外部検体薬物血中濃度測定数を図 1 に示す。

日本で承認されている抗 HIV 薬のほとんどが日本人での臨床試験を実施することなく市販されていることから、添付文書などに記載されている外国人での薬物動態と、日本人のそれは異なる場合がある。また、薬物間相互作用についてもデータが不十分な場合や血液浄化療法実施下でのデータがないこともあり、薬物血中濃度の視点からも日本の HIV/AIDS 患者さんがより有効で安全な薬物療法を長期的に継続して実施できるよう、これらの薬物血中濃度測定結果の解析を実施して関連学会にて発表している。

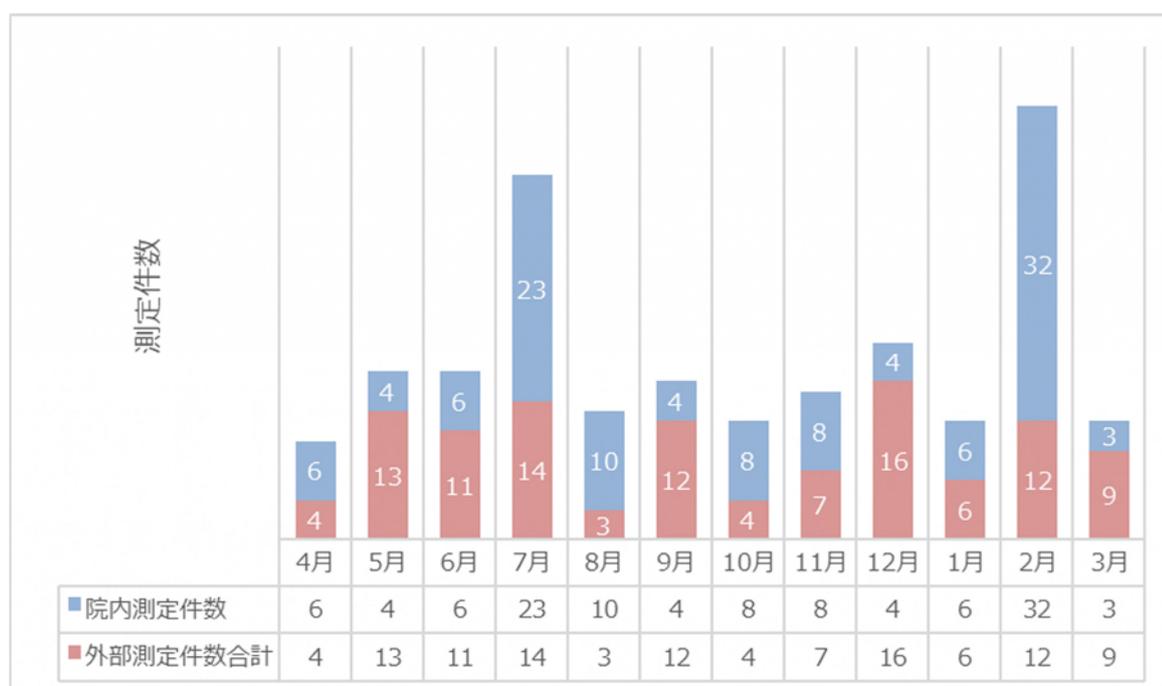


図 1. 令和 6 年度 薬物血中濃度測定件数

### 4.1 薬物血中濃度測定業務

測定対象は抗てんかん剤、循環器用剤、喘息治療剤、抗生物質、免疫抑制剤、抗悪性腫瘍剤、精神神経用剤、抗 HIV 薬の 50 品目であったが、令和 4 年 2 月に抗ウイルス薬について測定項目の見直し（製造中止となった薬剤、ならびに使用頻度の少ない薬剤の削除）を実施し、測定対象を 36 品目とした。持効性注射剤（カボテグラビル、レナカパビル）の発売に伴い、現在は 38 品目を測定対象としている。薬物血中濃度測定及び特定薬剤治療管理料請求件数（平成 30 年度からは特定薬剤治療管理料 1 の件数）の年度別推移を表 1 に示す。令和 6 年度は全体の測定件数が低下したものの、特定薬剤治療管理料の請求件数については高い水準で維持されている。

抗 HIV 薬については、プロテアーゼ阻害薬ダルナビルと非核酸系逆転写酵素阻害薬エトラビリン・リルピビリン・ドラビリン、インテグラーゼ阻害薬ラルテグラビル・ドルテグラビル・ビクテグラビル・カボテグラビル、侵入阻害薬マラビロクスの血中濃度測定を継続して行っている。これらの抗 HIV 薬の薬剤部測定件数は昨年度の 252 件から 225 件と概ね横ばいとなっている。昨年度同様に持効性注射剤関連で外部検体ではリルピビリンの測定依頼や院内検体ではリルピビリン・カボテグラビルの測定が多くなっている。近年は高い安全性と薬物相互作用の少ない第 2 世代のインテグラーゼ阻害剤ドルテグラビルやビクテグラビルが頻用

されているため、多くの患者で問題なく治療が継続できており、必ずしも血中濃度測定を要さないケースもあるが、一方で、回避することが困難な薬物間相互作用の存在、または血液浄化療法等の特殊病態下において、体内動態を熟慮した投与設計を行っている症例等も一定数存在し、そのような症例では治療効果や副作用を客観的に評価するため、抗ウイルス薬の血中濃度測定を実施している。今後も、エイズ治療ブロック拠点病院として新薬を含めた抗 HIV 薬の血中濃度測定を実施し、日本人における抗 HIV 薬の有効性や副作用発現との関連を明らかにしていくことは、HIV 感染患者に対する有効な薬物療法を行う上で重要な業務であり、今後も継続していく予定である。

表 19. 薬物血中濃度測定及び特定薬剤治療管理料請求件数の年度別推移

	令和 6 年度	令和 5 年度	令和 4 年度	令和 3 年度	令和 2 年度	令和元 年度	平成 30 年度
薬物血中濃度測定件数	5848	6371	6479	6798	6635	6508	6989
（薬剤部測定件数）	225	252	111	199	261	248	277
（検査科測定+外部委託件数）	5623	6119	6368	6599	6374	6260	6712
特定薬剤治療管理料請求件数 （平成 30 年度からは特定薬剤治療管理料 1 の件数を示す）	3683	3864	3717	3540	3198	3046	3096
TDM 実施件数	668	759	862	791	852	884	900

#### 4.2 処方解析、投与設計への関与

バンコマイシン等の抗 MRSA 薬についての血中濃度解析や投与設計については、継続的に薬剤師が関与し、投与設計等に関わっている。近年 TDM の実施件数については高い水準を維持しており、病棟薬剤業務実加算の算定に伴い病棟担当薬剤師の積極的な処方設計への関与が行えているものと考えられた。今後も薬物血中濃度測定を介した積極的な診療支援を行い、有効でかつ安全な薬物療法の支援を実施していきたい。

### 5 <医薬品情報管理部門>

医薬品情報管理部門は、常に医薬品の適正使用に関する各種最新の情報を収集、整理、保管し、必要時に医師をはじめとする医療従事者並びに患者にフィードバックできるようにしている。

平成 13 年より、院内 LAN を利用した医薬品情報の提供を開始し、現在も継続して実行している。平成 21 年 9 月 1 日より電子カルテシステム（HOPE/EGMAIN-HX:富士通）が導入され、DI 検索に利用されている。また、電子カルテ上に緊急安全性情報、簡易懸濁可否一覧を掲載している。

以下に、令和 6 年度に医薬品情報管理部門が発行した緊急医薬品情報件数、医薬品安全性情報報告件数、DI NEWS の件数、DI 室への問い合わせ件数について報告する。

#### 5.1 緊急安全性情報および安全性速報

令和 6 年度は、緊急安全性情報は 0 件、安全性速報は 0 件であった。

令和 6 年度 緊急安全性情報および安全性速報発行状況

緊急安全性情報	0 件
安全性速報	0 件

#### 5.2 医薬品・医療機器等安全性情報

当院から厚生労働省医薬食品局安全対策課に正式に報告し受理された「医薬品安全性情報報告書」（いわゆる副作用報告）は薬剤師からの報告 2 件であり、その他は医師からメーカーへの有害事象報告によるものであった。また、平成 28 年度よりこれらの事例に関して、DI NEWS を通じて、全職種への情報共有を図った。

### 令和6年度 副作用報告状況

医師報告	1件
薬剤師報告	2件

### 5.3 DI.NEWS

以下に示すとおり、発行・配布した。配布は、電子メールにて全職員へ送信及び電子カルテ上に掲示した。

	発刊号数	備考
令和6年度	第38巻第1号(通巻341号)～第38巻第12号(通巻352号)	全12号発刊

### 5.4 医薬品情報の問い合わせ

医薬品相互作用、副作用、中毒、妊婦あるいは授乳婦に対する薬の使用の可否、注射剤の配合変化、溶解後の安定性、保存方法、ファイナルフィルターの使用の可否、錠剤鑑別並びに院内採用同効薬の有無、患者指導箋の取り寄せなど、院内の各診療科及び病棟からの問い合わせに対し、回答を行った。令和6年度の全相談件数は367件であった。問い合わせ職種は、医師146件(39.8%)、看護師200件(54.5%)、薬剤師14件(3.8%)、その他7件(1.9%)であった。

問い合わせ内容内訳は下表の通りであった。配合変化58件(15.9%)、院内採用有無46件(12.6%)および、薬物療法・ガイドライン等に関する問い合わせ46件(12.6%)が最も多かった。

#### 令和6年度 問い合わせ内容内訳

疑義内容内訳	件数
① 院内採用有無	46
② 配合変化	58
③ TDM※	173
④ 相互作用	15
⑤ 粉砕可否	9
⑥ 薬物療法・ガイドライン等	46
⑦ Ope・検査前の中止薬	42
⑧ 用法・用量	45
⑨ 製剤特徴 等	28
⑩ 簡易懸濁 可否	3
⑪ 保管方法・製剤の安定性	6
⑫ 妊婦への投与・授乳可否	7
⑬ オーダ方法・システム・運用に関すること	30
⑭ 他担当窓口の紹介	3
⑮ 中毒	25
⑯ その他	3

※③TDM実施件数については、DI室への問い合わせ件数と病棟薬剤業務との合算件数であり、全相談件数には含めていない。

## 6 <薬務部門>

医薬品管理業務を中心に、事務部門との連携を図り業務を行った。医薬品管理業務には、購入管理(購入計画立案、検収)、保管管理、供給管理(調剤・注射薬、製剤、検査薬等)、出納管理(受払帳票管理等)、統計管理があり、その対象は医薬品のみならず、放射性医薬品並びに検査用医薬品・試薬(体外用)に及んでいる。

医薬品消費額は、令和6年度が約37.8億円(令和5年度が41.2億円、令和4年度が39.9億円)であ

り、その内訳は表 20 に示す通りである。

また、令和 6 年 3 月末時点での後発医薬品の採用状況は内服薬 284、外用薬 55、注射薬 195 品目であり、後発品比率は内服薬 50.3%、外用薬 43.7%、注射 65.2%である。

平成 27 年度より算出している数量割合による後発品比率においては、内服薬 95.3%、外用薬 87.3%、注射薬 89.7%であり、全体では 93.7%であった。

その他、薬事委員会の活動状況について報告する。

## 6.1 医薬品管理業務

表 20. 令和 6 年度 薬効別医薬品消費額および構成比

区 分	消費額	構成比
中枢神経系用薬	¥77,926,874.83	2.06%
末梢神経系用薬	¥11,236,885.34	0.30%
感覚器官用薬	¥65,570,342.70	1.73%
アレルギー用薬その他の神経系及び感覚器官用医薬品	¥21,255,964.14	0.56%
循環器官用薬	¥68,148,385.44	1.80%
呼吸器官用薬	¥28,870,403.19	0.76%
消化器官用薬	¥78,573,286.69	2.08%
ホルモン剤(抗ホルモン剤を含む)	¥71,241,610.87	1.88%
泌尿生殖器官及び肛門用薬	¥1,744,146.11	0.05%
外皮用薬その他の個々の器官系用医薬品	¥5,983,712.70	0.16%
ビタミン剤	¥2,507,287.06	0.07%
滋養強壯変質剤	¥19,956,992.79	0.53%
血液・体液用薬、人工透析用薬	¥158,643,292.08	4.20%
その他の代謝性医薬品	¥386,698,180.66	10.23%
細胞賦活用薬、放射性医薬品、その他の組織細胞機能用医薬品(腫	¥86,097,433.73	2.28%
瘍用薬)	¥1,879,058,452.84	49.71%
漢方製剤	¥1,649,316.16	0.04%
抗生物質製剤	¥111,721,152.93	2.96%
化学療法剤	¥225,853,076.30	5.98%
生物学的製剤	¥386,451,695.99	10.22%
調剤用薬・公衆衛生用薬	¥4,266,988.47	0.11%
診断用薬	¥51,315,373.28	1.36%
その他の医薬品	¥35,163,994.06	0.93%
合 計	¥3,779,934,848.36	100.00%

## 6.2 薬事委員会

薬事委員会は令和 6 年度 10 回開催し、表 21 に示す数の医薬品等の採用、採用中止を審議した。毎月、採用審議、DPC 導入に伴う医薬品購入額節減のため、後発医薬品への切り換え審議および使用量些少に伴う中止医薬品審議を実施した。

### 1) 採用薬審議

院内での総採用品目は 1615 品目（内服薬 692 品目、外用薬 258 品目、注射薬 665 品目）であり、令和 6 年度は採用 80 品目、採用に伴う中止およびデッドストック医薬品の整理等採用医薬品の見直し 95 品目であった。

表 21. 令和 6 年度薬事委員会審議品目数

	採用（内後発品）	採用中止
令和 6 年度	80 (52)	95 (16)
内服薬	39 (31)	55 (9)
外用薬	9 (5)	11 (1)
注射薬	32 (16)	29 (6)

## 主な審議事項

- ① 新規医薬品の採用。同効品の採用については、1品目採用、1品目カットを原則とした。
- ② デッドストック医薬品の整理等採用医薬品の見直しを行った。
- ③ 購入数量ならびに金額が上位の品目について後発医薬品への切り替えの検討を実施した。

## 2) 後発薬品切り替え効果について

令和6年度も薬事委員会にて後発医薬品への切り替えに積極的に取り組んできた。主として数量割合での増加を目標に後発医薬品へ切り替えた薬剤57品目を加えた令和6年度の医薬品購入費の削減効果は、月平均で約616万円であった。次年度も数量および金額割合での後発医薬品への切り替えを積極的に進めて行く予定である。

## 7 <地域薬薬連携>

### 7.1 金鯨メディネットによる電子カルテの共有事業

平成25年度より金鯨薬薬連携研究会を発足しており、近隣の調剤薬局との薬薬連携を強化する目的で、金鯨メディネットを利用し、調剤薬局を対象に電子カルテの一部公開を実施している。

表 22. 金鯨メディネット公開薬局及び患者数（例/年）

	連携薬局数（公開薬局数）	連携患者数
平成30年度	12店舗	118例
平成31年および令和元年度	13店舗	135例
令和2年度	18店舗	146例
令和3年度	18店舗	131例
令和4年度	18店舗	78例
令和5年度	18店舗	44例
令和6年度	19店舗	62例

電子カルテの診療情報の開示により、薬局においても検査値・医師記録等が閲覧できるようになり、処方意図を理解した上での疑義照会や服薬指導が提供可能となり質の高い指導と、シームレスな薬剤指導や薬剤管理を行うことが可能となる。また、薬局から病院への情報提供も増加すると考えられ、医療情報のフィードバックも簡便化されると考えられる。

連携薬局での電子カルテ情報の共有は、診療情報を確認することで指導内容の変化が見られた。処方せんから病名や処方意図を推測して指導を行っていたが、事前に電子カルテの情報を確認して指導を行うことにより、より効率的で質の高い指導が可能となった。同意が得られている多くの患者は、外来で抗がん剤治療を受けている患者である。複雑な服用方法や副作用対策が必要な患者は、病院と薬局で同じ情報を利用していることがわかると安心して治療に望むことができる。連携薬局が積極的に処方箋以外の情報を利用して患者指導を行っていることが考えられる。

利用項目としては、カルテ内容、検査歴、既往歴、病名など様々な情報を収集し、指導を行っている。病院薬剤師の外来及び入院での薬剤指導計画内容が継続される事例もあり、ICTを利用した最適で継続的な薬剤管理指導を提供できる体制が構築されてきている。

### 7.2 トレーシングレポート（服薬情報提供書）

薬局側から病院への情報提供システムとしてトレーシングレポートを定型化し、レポートによる情報のフィードバックを行う取り組みを行っている。「即時性は低いものの処方医師へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を、レポート化し、次回の外来診療に活用していただくことが目的で運用を行った。

表 23. トレーシングレポート（服薬情報提供書）枚数と内訳

	レポート枚数
令和3年度	449
令和4年度	567
令和5年度	522
令和6年度	502

令和元年12月に「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）が公布され、特定の機能を有する薬局として地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定制度が令和3年8月1日より施行された。認定薬局の要件の一つに、薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有することが含まれているため、トレーシングレポートの件数は増加傾向であった。しかし、令和6年度より院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコルの運用を開始したことをうけ、令和6年度のトレーシングレポート枚数は502件と前年度より減少した。

表 24. 院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコル合意店舗数および処方変更件数

	合意薬局数	処方変更件数
令和6年度	135店舗	674件

今後の医療連携は病院外の機関についてもICT化が進んでいくことが予測されるため、症例数および連携薬局を増やして急性期病院におけるICTを利用した病診薬連携の地域完結型モデル事業として継続し、さらに発展させていく必要がある。また、電子処方箋の導入をすすめることによって、効率的で安全な薬物療法の提供につながると考えられる。

## ・看護部

### 1. 看護職員等の確保

病院見学・説明会、就業体験は、就職試験を受ける1つの要素となっているが、個別で随時病院見学の受け入れや企業主催の説明会への参加、近隣の大学・看護学校への募集活動を強化するとともに、新採用の新人看護師による出身校への訪問により母校への情報提供に力を注いだ。

令和6年4月1日付で看護師55名を採用し、看護師現員数は665名となった。令和6年度の退職者数は97名で離職率15.4%、そのうち新人看護職員離職者数は3名で離職率6.1%であった。全体の離職率は前年比+1.8%に増加、新人看護師の離職率は前年比-1.5%と減少した。退職理由としては、「他機関への就職」と「健康上の理由」が54%を占めているため、当院で働き続けることを困難にしている要因を明らかにするとともに、看護師としてのキャリア支援に務めていく。そのためにも職員一人一人との対話を大切にしながら、離職防止策に取り組んでいくことが重要である。

### 2. 人事・組織

4月1日付で副看護部長1名（異動）、看護師長3名（昇任者2名、異動者1名）を受け入れた。

今後診療報酬の改定に伴い、益々看護師の専従・専任要件が増えると推測される。組織横断的に活動することのできる中堅看護師の育成と、専門的知識・技術を備えた認定看護師・専門看護師の育成、有資格者の異動等を視野に入れた人員配置計画等、先を見据えて計画的に取り組んでいく。

### 3. 労務

全病棟で2交代制勤務を導入し、3交代勤務はERのみである。

平均夜勤回数は7.51回（3交代制に換算）であった。看護師一人当たりの年次休暇取得は年平均13.36日（前年比-0.36日）と減少した。

今年度新たに育児休業取得した者は年間27名であった。育児休業後に育児時間や育児短時間制度を利用しながら勤務を継続する看護師が増えており、妊娠に伴う離職は減少した。労働環境の整備や子育て支援は看護師確保やキャリアをサポートするための重要な対策である。引き続き、働きやすい職場環境づくり・子育て支援に取り組んでいくとともに、夜勤者の確保にも取り組んでいきたい。

### 4. 人材育成

今年度新たに専門看護師1名（急性・重症患者看護）、認定看護師1名（看護）が資格を取得し、現在18名（がん性疼痛2名、がん化学療法3名、皮膚・排泄ケア2名、感染管理2名、集中ケア2名、糖尿病看護2名、がん放射線看護1名、摂食嚥下障害1名、慢性心不全看護1名、認知症看護1名、手術看護1名）となった。専門看護師は2名（急性・重症患者看護、感染症看護）である。今年度は老年看護専門看護師1名、感染管理認定看護師教育課程1名、昨年度から引き続き1名が専門看護師資格取得（老年看護）のため、大学院を受講中である。認定看護師・専門看護師共に国立病院機構内の異動や育児休業にて減少しており、計画的に育成していきたい。

また、令和6年度より当院は特定行為研修（5区分8行為）の指定教育機関として開講し、2名修了。今年度は3名受講している。看護部の基本方針である「当院の役割を認識し、専門性の高い看護を実践する」ために、よりチーム医療に貢献できる看護師を育成していきたい。

診療看護師（JNP）は3名が診療部に所属し、1名整形外科・1名消化器内科の診療科に配属され、もう1名は各科ローテーションしている。組織横断的に活動することで、病院全体の医療の質の向上に貢献している。患者のQOLに資するアウトカムを出すことを目的に、今後も診療看護師を育ていきたい。

看護部の教育理念は「専門職業人として、高度な看護実践能力と豊かな人間性を備え、質の高い看護が提供できる人材の育成に努める」であり、社会人基礎力を備え名古屋医療センターを愛しその人らしさを尊重できる看護師を育成している。

看護大学等の臨地実習は計5校、6教育課程、延べ実人数493名を受け入れた。教育課程としては、基礎教育に加え、高度急性期病院実践看護師コース・博士前期課程・養護教諭コースといったより専門分野の実習も受け入れている。また、認定看護師B課程の特定行為実習も実習生は院内各部署、全看護単位で受け入れており、今後も実習指導者を計画的に育成していく。

他には愛知県看護協会や病院からの依頼による各種研修も積極的に受け入れている。また講師派遣も協力した。

## 5. 看護単位別概要

別紙表 1 参照

## 6. 看護部委員会活動概要

### 1) 現任教育委員会活動

ACTy ナースに基づいた現行のキャリアラダーの定着、OJT 教育の強化、新人看護師への丁寧な指導ができる、研修担当者としての研修の企画・運営・評価において責任をもつことを目的として、毎月委員会を開催した。委員は、各研修を担当しリーダーシップを発揮し効果的な研修運営を行うことができた。引き続き、各研修評価を丁寧に行い、集合研修と OJT の連携を深め、効率的・効果的に行うことを目指す。

### 2) 看護研究委員会活動

看護内容の充実並びに向上を図り、看護研究の進歩、及び発展を図ることを目的に、毎月委員会を開催した。院内看護研究発表会は 2 回実施した。看護研究委員が自部署の研究に積極的に関わることができるよう今年度からは、リンクナース対して委員会の中で各自の活動時間を確保する取り組みを行った。この時間を有効に活用でき、研究委員が看護研究を推進することができたため、今後も活動時間の確保は行っていく。

### 3) 基準手順委員会活動

看護基準手順の適正化を通して、看護部における看護業務の円滑な運営、統一化、看護の質の向上を図ることを目的に毎月委員会を開催した。病院機能評価の受審があり、各病棟の看護業務基準・手順枠の統一と修正場所の統一を行った。また看護業務が過多であるため、タスクシェア・タスクシフト可能な業務の検討を行う必要がある。ナースングスキルは新人指導やインシデントカンファレンスでの活用をすすめるなど、看護手順の遵守を啓蒙し、看護の質の向上に貢献するよう活動を行った。

### 4) 看護ケア改善委員会活動

看護ケアのプロセス評価を行い、より質の高い看護を目指すことを目的に毎月委員会を開催した。重症度、医療・看護必要度については、適正に評価が実施できるように全部署で計画的に研修を行った。看護記録形式監査を 7 月、看護記録質監査を 1 月に実施した。特に看護プロファイルの入力、IC 同席の記録記載が 50%以下となっている。看護記録要綱に沿った記録ができるよう今後も周知を図っていく。

## 7. 研究活動

学会発表は 11 演題、執筆活動は 2 雑誌、講演・講師は 35 件、シンポジストは 3 件行った。

## 臨床検査科

ISO 15189（国際規格臨床検査室-品質と能力に関する特定要求事項）の認定維持も10年目を迎え、要員の力量の向上・安定とともに適切なQMS体制が構築され、維持できるようになっている。今後も品質保証のために要求事項に則り適切な運用とサービスを供給してゆきたい。

省令では医療法において医師の働き方改革に伴うタスクシフト/シェアの厚生労働大臣指定講習会が開催され9割を超える臨床検査技師が講習会を修了している。

2024年は臨床検査科の総検査件数として、前年度と比較して、全体的には微減での推移。生理検査件数は横ばいだが、超音波検査において検査件数増加への取り組みの成果が継続的に表れていると考えられる。また病理検査においても新たなパネル検査の需要も増え、免疫染色枚数が増加となっている。

外部委託検査件数においては、昨年度比として微増（104%）となっている。医療用試薬や消耗品の値上げが相次ぐ中、保険点数の引き下げや患者数減少は医業収益に影響しており効率的で低コストとなる運用改善を継続的に実施した。

臨床検査科は転任者2名、新採用者5名（年度途中採用者含む）共に教育訓練を受けながらルチン業務に携わっている。各スタッフが教育訓練を実施し、その記録を残していることはISO 15189認定施設として大きな利点でもありと考える。多くの研修会、講習会がWeb形式となり技師会活動も縮小したが養成校による臨地実習生の受け入れも継続し、指導者としての教育への参加は高く評価できる。

2024年度は認定取得として認定輸血検査技師1名、細胞検査士1名、超音波検査士（循環器）1名、有機溶剤作業主任者1名、電子顕微鏡二級技師1名、心電図検定2級1名が取得し、品質保証に還元できている。次年度も学会発表、資格取得、教育に力を入れ、さらに、超音波検査士、細胞検査士、救急検査士、一般検査認定技師、遺伝子関連認定、血液認定技師、糖尿病療養指導士などの資格取得を支援し、国立病院機構東海北陸グループ研修や各種認定学会のための指定研修施設として教育面の牽引をしてゆきたい。

学会発表では技師関連の学会、国立病院総合医学会、個人の所属学会での発表などで実績を上げた。総合医学会他、各種学会への参加と演題発表を行い、主任を中心とした指導の下、若手を中心に学会活動を推進しその功績を検査科内部に掲示している。

【表1】 令和3年度-令和6年度 検査件数年度推移

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
検査総数	3,871,066	3,722,605	3,618,378	3,705,443
尿・糞便検査	129,772	81,880	97,012	92,017
穿刺液	683	565	653	627
血液学的検査	408,413	391,640	384,726	386,569
生化学的検査	2,823,057	2,833,566	2,737,781	2,617,031
免疫学的検査	347,666	344,619	326,561	339,694
微生物学的検査	53,577	52,256	54,034	48,493
輸血学的検査	23,487	27,841	20,827	20,840
病理学的検査	68,738	67,323	66,695	59,436
細胞学的検査	5,963	5,980	5,270	5,013
心電図など	14,715	14,977	14,326	14,635
脳波検査	1,751	1,696	2,388	1,994
呼吸機能検査	6,050	6,296	5,719	6,231
超音波検査	10,506	10,560	11,707	11,497
外来採血数	77,595	77,143	81,474	74,189
剖検数	7	7	5	7
外部委託件数	79,682	75,788	71,047	74,032
治験数	683	683	735	679

## 1. 生化学・免疫検査

生化学検査の主要項目における検体数は令和6年度で、前年度138,880件に比べ減少しており、生化学検査項目総数においては0.4%減であった(表2)。前年度より件数が全体的に減少しているが、インフルエンザが大幅に増加している。COVID-19とインフルエンザの2項目同時検査が増加したこと、救急外来での検査が増加したためと考える。

令和6年度、COVID-19検査は前年と比較し疑似症の検査が増加した。インフルエンザ同様、救急外来での検査が増加した影響だと考える。院内でのクラスター発生時は病院負担による検査を実施していることから、検査項目としてコロナ抗原精密(病院負担)が追加されているが前年度と比較して減少している。

当院は治験件数が多く、関連する検査は中央一括測定で検査会社に委託している。厚生労働科学研究の報告書では中央一括測定に適さない項目は、適正な精度管理の下、各医療機関で測定することが望ましいと提言されている。また、厚生労働省は治験に関わる検査機関は検査データの精度保証を認証する国際規格のISO 15189取得を促しており、当科は平成26年度にISO 15189の認定を取得した。その後もISO 15189の認定更新審査を受け、維持ができています。今後も精度保証された質の高い検査結果を臨床へ提供し、患者サービス向上に貢献していきたい。

【表2】 令和3年度 - 令和6年度 生化学・免疫検査 主要項目年度推移

	生化学 (AST)	内分泌 (HbA1c)	甲状腺 (TSH)	心機能 (BNP)	マーカー (CEA)	感染症 (HBsAg)	感染症 (インフルエンザ)	総数
令和3年度	141,069	37,236	10,567	11,263	10,211	11,502	1,968	223,816
令和4年度	140,465	35,487	9,359	11,040	10,096	11,448	1,892	219,787
令和5年度	138,880	34,620	9,075	10,782	10,104	11,323	6,541	221,325
令和6年度	135,560	33,113	9,134	10,668	9,762	11,650	10,479	220,366
前年比 (%)	97.6	95.6	100.7	98.9	96.9	102.9	160.2	99.6

	コロナ抗原 精密 (疑似症)	コロナ抗原 精密 (スクリーニング)	コロナ抗原 精密 (病院負担)	総数
令和3年度	10,316	9,327		19,643
令和4年度	13,305	10,336		23,641
令和5年度	9,250	463	1,607	11,320
令和6年度	12,689		983	13,672
前年比 (%)	137.2		61.2	120.8

## 2. 精度管理

臨床検査科は精度保証された検査結果を迅速に診療側に提供することを使命としている。これを担保するために、精度管理は必須である。当院では日常的に管理試料を用いた内部精度管理と第三者機関による外部精度管理を実施している。外部精度管理において令和6年度に日本医師会臨床検査精度管理調査(日医)、日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査(日臨技)、愛知県臨床検査技師会臨床検査精度管理調査(愛臨技)及び試薬メーカー主催のサーベイに参加した。各外部精度管理調査の結果は概ね良好な結果であった。今後も精度管理を良好に保つように、継続していきたい。

## 3. 一般検査

一般検査の総数としては前年比92.5%であった(表3-1)。非侵襲的に腎機能や糖尿病診断のための重要な情報を提供する尿定性は3,773件減少、尿沈渣は1,376件減少した。浸透圧の内訳は血清浸透圧424件、尿浸透圧626件であった。浸透圧の件数が前年度に比べ著明に減少した要因としては、腎臓内科医師が減少したことが挙げられる。今後も質の高い検査サービスの提供に繋がるよう対応していきたい。

当院には血液ガス分析装置が5台設置され、臨床検査科にて精度管理、メンテナンスを実施しており、高い品質保証、早急な機器トラブル対応を行っている。血液ガス分析の依頼件数は年々増加傾向にある(表3-2)。特にERからの依頼は12,365件と増加しており、全体の約57%の件数を占めている。

【表3-1】 令和4年度-令和6年度 一般検査主要項目年度推移

	尿定性	尿沈渣	浸透圧	便潜血	関節液	胸・腹水	髄液	総数
令和4年度	50,599	25,175	1,621	681	131	244	561	79,012
令和5年度	47,796	24,131	1,425	673	125	227	682	75,059
令和6年度	44,023	22,755	1,050	645	118	173	637	69,401
前年度比(%)	92.1	94.3	73.7	95.8	94.4	76.2	93.4	92.5

【表3-2】 令和4年度-令和6年度 血液ガス分析年度別推移

	血液ガス
令和4年度	18,171
令和5年度	21,076
令和6年度	21,726
前年度比(%)	103.1

#### 4. 血液検査

令和6年度の検査件数は、令和5年度と比較して全体的に横ばいから微増の傾向を示した。

「血球算定」、「自動機械法による血液像」は横ばいで、「凝固線溶」は昨年度よりわずかに増加した。「鏡検による血液像」の教育・育成は依然として重要であり、さらなる人材育成に取り組んでいく必要がある。

「骨髓像」「フローサイトメトリー」検査件数は近年減少傾向にあったが、本年度はほぼ横ばいであった。造血幹細胞移植におけるドナーからの骨髓採取時期を判断する「CD34陽性細胞数測定」検査件数(「フローサイトメトリー」検査件数に含まれる)は今年度47件であり、昨年度と同程度の件数であった。「CD34陽性細胞数測定」も含め、造血器腫瘍細胞抗原検査を行う「フローサイトメトリー」検査は院内即日報告できることから、日常診療に欠かせない検査となっている。

「T細胞サブセット」「T/B細胞百分率」検査は、令和3年度の分析装置更新以降、同一装置で測定が可能となり、迅速な報告体制の構築に寄与している。件数は直近3年間で安定して推移している。

「その他(用手法)」検査件数の内訳として、凝固検査延長症例のスクリーニング検査である「クロスミキシング試験」と血小板機能検査である「血小板粘着能検査」は横ばいで、「血小板凝集能検査」は微減した。「血小板凝集能検査」機器は令和3年度に更新され、ガイドラインに即した治療を行うための抗血小板薬モニタリング検査として継続的に診療支援を行っている。これらの検査は外部委託できない検査項目であり、院内即日報告が可能であるため、日常診療に貢献している。

ISO 15189:(2022版)取得検査室として精度保証された信頼性のある検査値提供に加え、コストを見直し、効率的な運営に取り組んでいる。また、すべての検査にTAT(検査業務の過程における所要時間)を設定し、より迅速に報告することができるようにも取り組んでいる。各診療部からの多様なニーズに応え、高度かつ有益な診療情報を提供することで、患者満足度向上につなげていきたいと考える。

【表4】 令和4-令和6年度 血液検査主要項目 年度推移

	血球算定	血液像(目視)	凝固検査	骨髓像	特殊染色	フローサイトメトリー	T細胞サブセット	T/B細胞百分率	その他(用手法)
令和4年度	143,184	19,061	92,089	536	206	745	5,963	331	34
令和5年度	141,801	18,373	87,307	474	182	547	6,111	306	53
令和6年度	138,311	18,481	93,758	463	214	529	6,243	361	46
前年度比(%)	98	101	107	98	118	97	102	118	87

## 5. 輸血管理室

血液製剤使用本数は、赤血球製剤 3,953 本、血小板製剤 1,420 本、新鮮凍結血漿 695 本であった。使用本数は、全ての製剤で減少した。前年度より購入総金額は 30,518,604 円減であった。廃棄金額は昨年度より下がり、廃棄率は金額ベースで 0.22%と低かった。(表 5-1, 2) これは本院スタッフの血液製剤管理・運用に対する理解と協力の賜物である。今後も更なる適正使用推進のため、ご協力をお願いしたい。

診療報酬は輸血管理料 I (220 点) 1,832 件、輸血適正加算 (120 点) 1,826 件であり、昨年と比べ減少したが、使用本数、購入総金額も減少していることと一致している。また、取得の条件である FFP/RBC 比  $1,402/7,844=0.18$  (0.54 未満)、ALB/RBC 比  $6,766.6/7,844=0.86$  (2.0 未満) と例年通り問題なかった。

手術使用の C/T 比は昨年度より低下し、改善がみられた。指針である 1.5 倍を上回っている診療科が多く見受けられるため、今後も輸血準備量に関して診療科への継続的な働きかけが必要と思われる。

【表 5-1】 令和 4-令和 6 年度輸血検査主要項目 年度推移

	血液型	交差適合試験	直接クームス	間接クームス	不規則抗体 スクリーニング	総数
令和 4 年度	6,517	5,258	284	130	4,784	16,973
令和 5 年度	5,523	5,053	226	78	4,423	15,501
令和 6 年度	5,748	4,814	299	52	4,210	15,123
前年度比(%)	104.1	95.3	132.3	66.7	95.2	97.6

【表 5-2】 令和 4-令和 6 年度血液製剤使用本数・血液製剤購入金額・血液製剤廃棄金額・廃棄率 年度推移

	赤血球製剤	血小板製剤	新鮮凍結血漿	血液製剤 使用総数	血液製剤購入 金額 (円)	血液製剤廃棄 金額 (円)	廃棄率 (%)
令和 4 年度	4,260	1,887	1,007	7,154	262,795,690	530,588	0.20
令和 5 年度	4,151	1,609	1,069	6,829	237,622,538	863,297	0.36
令和 6 年度	3,953	1,420	695	6,068	207,103,934	445,524	0.22
前年度比(%)	95.2	88.3	65.0	88.9	87.2	51.6	

## 6. 細菌検査

令和 6 年度における主な一般細菌件数は 19,035 件、抗酸菌件数が 2,354 件であり、対前年度比は一般細菌 87.2%、抗酸菌検査 84.4%であった。

一般細菌の各部門で前年度比が増加しているのはその他材料の 132.6%であった。一般細菌部門において件数は減少傾向を示し、総数は 87.2%であった。

抗酸菌件数も 84.4%で減少しており、血液培養件数も 76.4%で減少を示した。

令和 6 年度では、7 月に血液培養ボトルの出荷制限があり、3 ヶ月程度、出荷量が通常時の 50%制限される見込みの通知があった。それを踏まえ、感染制御対策室より、「血液培養の必要性を判定するフローチャート」を作成し、各診療科医師は血液培養検査の必要性の判断をお願いした。

また、細菌検査室では、病棟等の血液培養ボトルの在庫数を制限し、毎日、検査科にある血液培養ボトル在庫数と提出セット数を記録した。

そのため、血液培養件数が例年に比べ、大幅に減少したと考える。

令和 4 年度より診療報酬改定で外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直しが行われた。感染対策向上加算 1 の取得を継続するため、ICT との連携や感染対策向上加算 2 や加算 3 を算定する医療機関を指導するように活動していた。また、引き続き AST へ血液培養陽性者や耐性菌のデータを迅速に返していくことができた。

GeneXpert に関しては、今年度は運用開始して 7 年目となり、件数は前年度と同件数であった。抗酸菌件数は減少したため、抗酸菌件数に占める GeneXpert 件数の割合は増加した。院内検査で年間 6 例の患者

検体においてTB-PCR 陽性となった。今後も、積極的に結核菌感染疑いの患者の迅速同定に貢献し、感染拡大防止、早急な治療への対応を行っていききたい。

	一般細菌件数					総数
	消化器	泌尿器・生殖器	呼吸器	血液・穿刺液	その他	
令和3年度	944	4,771	3,141	12,100	741	21,697
令和4年度	914	4,306	3,309	12,097	599	21,225
令和5年度	909	3,838	3,658	12,793	626	21,824
令和6年度	826	3,744	3,646	9,989	830	19,035
前年度比	90.9	97.6	99.7	78.1	132.6	87.2

	抗酸菌件数	GeneXpert件数 (陽性)	血液培養件数
令和3年度	2,757	34 (16)	11,246
令和4年度	2,520	15 (3)	11,262
令和5年度	2,789	22 (8)	11,965
令和6年度	2,354	22 (6)	9,141
前年度比	84.4	100.0	76.4

## 7. 中央採血室

令和6年度の年間採血患者数は80,243人で、対前年比3.0%減であった(表7-1)。1日平均採血患者数は、令和5年度が340.6人、令和6年度は330.2人となり、前年比3.0%減であった(表7-2)。

前年度に比べ、採血患者数が減少となった。早朝採血の患者数が200人を超えることで採血待ち時間が延長することを踏まえ、令和3年より中央採血室では、採血困難な患者様に予め、ホットパックをお渡しし、手・腕を温めて頂く様に患者様への声掛けを実施。また、診察待合の掲示板上に混雑緩和のお願いを掲示して頂き、採血時間の短縮に努め、待ち時間短縮を通して患者サービスについて臨床検査科運営委員会では医師へ均霑化をお願いし、患者サービスに繋げていくことを継続している。

令和5年よりホルダー付アダプターに変更したことで、消耗品の経費削減(年間100万円)と、採血手技の見直しと共に操作方法が減り、待ち時間短縮に繋がった。

令和6年より採血終了票の廃止に伴い運用変更を実施した。患者の病院での手持ち書類を減らすことができたと共に年間17万円の経費削減に繋がった。

平常の外来採血業務以外にも、①入院患者採血管準備、②新規採用者健康診断用採血、③春期及び秋期職員健康診断用採血、④東海北陸グループ事務所健康診断用採血、⑤治験採血、⑥各科研究用採血、⑦持続血糖測定の分析レポート作成等も継続している。

今後も要員間、他部署との協力体制を整え、患者サービスに取り組んでいきたい。

【表7-1】 令和2年-令和6年度 月別総採血患者数 月間推移

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和2年度	6,883	5,954	7,777	6,876	6,574	7,628	6,991	7,067	7,439	6,206	6,621	8,212	84,228
令和3年度	7,314	6,439	7,435	6,998	7,007	7,112	7,290	6,908	7,315	7,473	6,136	7,825	85,252
令和4年度	6,963	6,815	7,664	7,044	7,155	7,346	7,017	6,764	7,152	6,889	6,326	7,746	84,881
令和5年度	6,796	6,825	7,458	6,928	7,228	6,925	6,859	6,722	6,987	6,764	6,359	6,880	82,731
令和6年度	6,624	6,708	6,618	6,919	6,585	6,492	7,096	6,299	6,962	6,905	6,155	6,880	80,243
前年度比 (%)	97.5	98.3	88.7	99.9	91.1	93.7	103.5	93.7	99.6	102.1	96.8	100.0	97.0

【表 7-2】 令和 2 年-令和 6 年度 1 日平均採血患者数 月間推移

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	平均
令和 2 年度	327.8	330.8	353.5	327.4	328.7	381.4	317.8	371.9	372.0	326.6	367.8	357.0	346.9
令和 3 年度	348.2	357.7	337.9	349.9	333.6	355.6	347.1	345.4	365.7	393.3	340.8	355.6	352.5
令和 4 年度	348.1	358.6	347.4	352.2	325.2	367.3	350.8	338.2	357.6	362.5	332.9	352.0	349.4
令和 5 年度	339.8	341.2	339.0	346.4	328.5	346.2	326.6	336.1	349.3	356.0	334.6	344.0	340.6
令和 6 年度	315.4	319.4	330.9	314.5	313.5	341.7	322.5	314.9	348.1	363.4	341.9	344.0	330.2
前年度比 (%)	92.8	93.6	97.6	90.8	95.4	98.7	98.7	93.7	99.7	102.1	102.2	100.0	97.0

## 8. 病理検査室

令和 6 年度の検査件数は前年度と比較し、病理診断、細胞診断ともにやや減少となりました。病理解剖は 7 件となり、昨年と比較すると増加しました。また、術中迅速組織診も増加となりました。免疫染色の件数の増加については MSI に代わり、MMR 免染を行う症例が複数あった事も要因にあげられます。(表 9)。

遺伝子検査では、ゲノム診療用病理組織検体取り扱い規定を遵守し、固定液の選択、固定時間の管理を行っています。薄切時にはコンタミネーションが起きないように機器の手入れや消耗品の交換を行っています。また、核酸抽出となる採取パラフィン組織の選択も重要で陽性率の向上に日々対応しています。以前より実施している遺伝子検査項目に保険診療対象となる癌腫の追加やコンパニオン診断薬の追加などにより遺伝子解析検査の追加が著しく、より細かな対応を求められています。同時にがんパネル検査も追加され、遺伝子検査室との連携や遺伝子解析に必要な知識も重要となってきます。臨床との連携も取りやすくするために掲示板の活用を取り入れました。

穿刺細胞診は、ベッドサイドで標的細胞の有無、細胞の良悪性、検査の続行の必要性の判断を行うため、高度な技能と専門知識が必要です。出現している腫瘍細胞しだいでは他部門の検査もその場で追加になる場合もあります。今年度は異動により細胞診を鏡検できるスタッフが減少しましたが、患者の負担の軽減や確定診断の短縮、早期治療開始につながるため、細胞検査士の育成を積極的に行い、迅速で正確な診断を心がけていきます。

病理検査では診断結果次第で治療方針に大きく影響がでる可能性があるため、材料と臨床診断に齟齬がないか確認することに注力しています。今年度、病理システムをアップデートし、受付前に情報確認を行う事が可能となりました。素早く、検体情報を確認して運用が円滑に進むようにスタッフの育成を行っていきたいです。

【表 8-1】 令和 4 年度から令和 6 年度 病理検査 依頼件数推移

	臓器数	免疫染色	術中迅速	組織診合計	ブロック数	細胞診
令和 4 年度	7,952	2,214	220	10,386	31,350	5,427
令和 5 年度	8,071	2,229	233	10,533	28,056	5,039
令和 6 年度	7,727	2,868	249	9,925	23,729	5,000
前年度比 (%)	95.7	128.7	105.9	94.2	84.6	99.2

【表 8-2】 令和 4 年度から令和 6 年度 病理検査 依頼件数推移

	治験&研究	遺伝子外注	MSI	穿刺細胞診	解剖件数	総数
令和 4 年度	90	346	51	333	7	827
令和 5 年度	118	342	86	284	5	835
令和 6 年度	103	341	66	287	7	804
前年度比 (%)	87.2	99.6	76.7	101.06	140	96.3

## 9. 生理検査室

令和6年度は、生理検査全体では29,722件、対前年比で104.2%と増加した(表9-1, 2)。乳腺超音波検査はほぼ横ばいであるが、その他の検査は、すべての項目で増加した。特に、心臓超音波検査、血管超音波検査、脳波、血圧脈波検査は令和3年度より毎年増加している。本年度は、2名の転出と2名の転入、3名が産休・育休を取得した。産休・育休を見越して要員の教育を行ってきたため、検査件数を減らすことなく対応できた。行った対策としては、血管超音波検査室を心臓超音波検査室の隣に移動させ、同一の装置で両方の検査を行えるようにし、患者移動や着替えによるタイムロスを減らし、要員と機器稼働率を上げたこと、育児短時間勤務や非常勤職員が多いため、検査予約時間を要員の少ない早朝と夕方の検査を昼時間帯(9時30分～16時00分)にシフトし、人員配置を工夫したことも検査件数を伸ばすことに寄与したと思われる。

来年度も引き続き要員の教育に力を入れ、不測の事態に対応できる検査室を目指していく。

【表9】 令和6年度 生理検査 月次依頼件数推移

	心電図	マスター	研究心電図(職員検診)	肺機能	心臓超音波	腹部超音波	血管超音波	脳波	ホルター	血圧脈波	乳腺超音波
4月	1,055	17	131	223	414	120	73	69	49	58	220
5月	1,108	22	0	248	485	107	92	60	50	63	201
6月	1,054	15	454	254	452	117	103	51	41	61	215
7月	1,139	31	0	280	498	122	109	68	62	67	224
8月	1,083	34	0	261	436	123	108	68	46	54	219
9月	1,068	13	0	231	437	121	110	57	52	53	213
10月	1,155	17	0	267	473	122	92	64	68	65	243
11月	1,097	21	26	222	467	114	88	52	62	51	213
12月	1,096	16	0	233	473	131	108	62	66	60	231
1月	1,115	19	0	242	462	96	94	68	56	59	170
2月	1,019	26	0	211	448	96	91	76	63	46	187
3月	1,134	28	0	261	478	133	90	73	61	56	220
合計	13,123	259	591	2,933	5,523	1,402	1,198	768	676	693	2,556
総計											29,722
心電図合計			13,973								

【表9-2】 令和2年度-令和6年度 生理検査依頼件数推移

	心電図	肺機能	心臓超音波	腹部超音波	血管超音波	脳波	ホルター	血圧脈波	乳腺超音波
令和3年度	13,630	2,876	4,551	1,586	823	707	655	518	2,612
令和4年度	13,732	2,949	4,911	1,485	1,044	713	598	540	2,667
令和5年度	13,694	2,633	5,325	1,366	1,065	747	530	577	2,570
令和6年度	13,973	2,933	5,523	1,402	1,198	768	676	693	2,556
前年比(%)	102.0	111.4	103.7	102.6	112.5	102.8	127.5	120.1	99.5

## 10. 遺伝子検査室

SARS-CoV-2 PCR の検査を継続的に実施しているが、令和 5 年 5 月より 5 類感染症に移行し、抗原定量検査への需要増加とともに、確定診断として実施してきた PCR の件数は大幅に減少した（表 10-1）。

がんゲノムプロファイリング検査の需要とともに、増加傾向にある。

今後は造血器腫瘍の保険収載が予定されており対応範囲の拡大が予想されるため、多職種担当者で構成される対応チームの構築等を行っていききたい（表 10-2）。

【表 10- 1】 令和 4 年度-6 年度 SARS-CoV-2 PCR 依頼件数

新型コロナ PCR	入院	外来	合計
鼻腔拭い液（2022）	151	220	371
鼻腔拭い液（2023）	0	0	0
鼻腔拭い液（2024）	0	0	0
唾液（2022）	714	1348	2062
唾液（2023）	44	129	173
唾液（2024）	8	1	9

【表 10- 2】 令和 5 年度 がんゲノムプロファイリング検査依頼件数（外来のみ）

	2022	2023	2024
	外来	外来	外来
BRACAnalysis	66	69	72
NCC オンコパネル	8	13	13
FoundationOne CDx	22	13	19
FoundationOne Liquid CDx	7	4	5
myChoice	5	8	8
GenMineTOP	0	7	26

## 11. ISO 15189 マネジメントレビュー

### ● 品質マネジメントシステムおよびそのプロセスの有効性の改善について

各部門での指標を掲げ、指標維持と達成への取り組みを行い、四半期毎に監視と確認、達成率を評価した。基準を達成出来なかった場合は、原因を追究し改善に向けた取り組みが実施された結果、各部署概ね達成することが出来た。検査依頼、手順の適格性、検体に関する要求事項の定期レビューの結果、一次サンプル採取マニュアルは各部門での見直しの基、一次サンプル採取マニュアルの変更が定期的実施され、利用者の合意の上での改善活動を進めた。

### ・ 内部監査報告

内部監査評価会では内部監査委員会が中心となって是正処置が適切に実施されているか監視した。品質マネジメントの内部監査では指摘内容も適切であったことから各監査長および監査員の力量にバラツキのないチーム編成が出来たと考える。例年、品質管理手順書の改訂が伴う指摘については是正期限の設定に苦慮していたが今年度は事前にスケジュール管理を見直したことでスムーズに対応できた。特定した原因が、不適合の状況説明に止まり、原因追求が不十分なもの、再発防止策が不十分および方向性に誤りがあると認めたものについて修正を指示し改善した。

### ・ 品質指標の監視状況

一年間を通して、検査における重要な側面全体（検査前・検査・検査後プロセス）の遂行能力を監視し、評価を実施し、指標の増減に対する分析を指示し、指標維持と達成度のアップに対する働きかけを促した。

### ・ 外部機関の審査／評価結果（外部監査）

日本適合性協会（JAB）定期サーベランス、名古屋市保健センターによる医療監視、東海北陸厚生局によ

る施設基準の適時調査を適切に実施するよう監視・支援する。指摘に関しては改善し維持してゆく。次年度は ISO 規格が大幅に改訂されるため、要員の規格への理解度の向上、各種手順書の見直しを計画的に遂行した。

● 検査室間比較プログラムの結果および是正処置結果

3 団体の外部精度管理、病理 1 学会、生理 1 学会、遺伝子 (CAP・厚労省) のサーベイ、メーカーサーベイを技術管理委員会が中心となり管理し、全部門が外部精度管理に参加し精度保証の維持に、要員全員で取り組んでいる。基準を逸脱した際の原因追及、是正処置も適切に出来ており、報告書の評価をもって指示を行った。

● 供給者の遂行能力の評価結果

QSA008 外部からのサービスおよび供給品の選定と購買手順書に従い定期的に評価した。また、外部委託業者との受注連携、報告手順の遵守、精度の担保を継続的に評価した。

● 利用者 (臨床医、患者等) へのサービスの改善について

顧客満足度調査 (利用者からのフィードバック) の評価より、臨床からの要望に対し運用を見直して対応するなど適切に対応できていると考える。アドバイス対応の内容として、臨床からの結果の解釈や検査依頼に関する問い合わせがあり、いずれも適切に対応できていると判断した。利用者からのご意見は検査室内部で気づけない有用性の高い改善の機会でもあり、今後も積極的に求め、適宜対応した。

● スタッフの提案

ISO 15189 の運用を含めた検査科の適正なマネジメント、働き方改革に準じた勤務体制・業務の合理化、医療機器整備、備品の確保など、スタッフからの積極的な提案は業務改善に繋がる内容が多いが、本年度は業務改善に関わる提案の推進については品質目標に掲げており、各部門とも積極的に取り組まれたと感じている。今後も前向きな要望が提案されるよう働きかけた。

● リスク分析結果 (リスクマネジメント)

警鐘事例、品質に影響を及ぼしかねない事案が発生しないよう監視し、インシデントレポート・評価記録から是正処置・予防処置等に展開し、進捗の報告を受けた。また、要員からの業務改善提案を機に多く潜在的要因を洗い出すことで、リスク対応が適切に実施されていることを確認した。

● 苦情の監視および除去状況

苦情への適切かつ真摯な対応と記録を確実にを行い、原因の除去と策定された改善計画の周知を徹底した。

● 不適合の識別および管理状況

各部門とも内部精度管理および外部精度管理は概ね良好であり、外部精度管理で不適合となったものに対しては適切に是正がされていることを確認した。内部精度管理記録は、毎月部門責任者が評価し要員間で共有しており適切に管理出来ていると思われる。精度管理委員会が主体となり各部門の内部精度管理記録、代替えアプローチの取り組み状況を定期的にモニターする等、結果の妥当性は保証できていると考える。各部門内で事例の改善活動を今後にかし、再発防止、業務改善について積極的な提案を求め、有効的管理体制に努めた。

● 是正処置および予防処置の現状を含む継続的改善の結果

QSA011 不適合および是正処置実施手順書に基づく「早期対応」、「早期改善」を目指し指示するとともに、品質マネジメント会議にて品質管理者から随時報告を求めた。パニック値の是正処置として、時間外に依頼医が不在時の場合の手順を遵守するよう注視していく。

● 前回のマネジメントレビューからのフォローアップ活動状況

品質マネジメント会議にて、品質管理者から各文書の点検、見直しについての進捗報告と継続的改善事項を挙げ、評価した。

● 資源の必要性について

品質マネジメントシステムに影響する業務の量および範囲、要員および施設の変更として、今年度も多くの要員の変動があり、ISO 15189 の要求事項の理解および各種書類の作成方法・運用の理解に時間を要した。検査総件数は前年度より若干減少したが、超音波検査では予約枠および運用を見直し、機器稼働率が

向上し件数増加に繋がった。検査効率の維持・向上のため要員の確保は必須であり、業務量に比する要員確保を要望した。また、技術管理委員会報告、業務量統計、品質指標の達成状況をスケジュールに則って監視した。

・技術的要求事項（ISO 15189 5章）を含む改善への推奨事項

技術管理委員会にて技術的要求事項にかかる状況について解析と検討を行った。

医療機器整備、環境管理にかかる改善を上層部に求めてゆく。機器の修理、故障も多く、老朽化への対処が課題である。物流の監視、試薬性能向上を行ってきた。

・トレーニング（教育・訓練）プログラムの評価

積極的な勉強会への参加を求め、要員は各種認定学会、総合医学会、院内研修会への参加と、認定資格の取得・維持を推進してきた。研修及び教育も幅広く実施しており、検査科要員だけでなく他職種のスキルアップにも繋がっていると思われる。また、今年も多くの変員が認定取得及び学会発表等、自己研鑽に励んでおり、各種モニタリング活動が適切に実施され、分析内容も問題がないことを確認した。

以上

## 放射線部（放射線科：技術部門）

### 【人事異動】

令和6年4月1日付で、長寿医療研究センターより主任技師1名、金沢医療センターより主任技師1名が着任した。また、静岡医療センターより技師1名、三重中央医療センターより技師1名の計4名が異動により新たに加わった。

### 【装置全般】

1. 5T-MRI装置のアップグレードが令和6年5月に、診断用X線テレビ装置およびPET-CTの更新が令和7年3月に行われた。令和7年度はデジタル式乳房用X線診断装置と血管連続撮影装置が更新予定である。

#### （放射線技術部門の検査人数推移）

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
一般撮影	人数	62,997	63,632	64,123	64,903	65,122
	前年比	-14.8%	1.0%	0.7%	1.2%	0.3%
乳房撮影	人数	2,498	2,515	2,546	2,381	2,526
	前年比	-2.7%	0.7%	1.2%	-6.5%	6.1%
骨密度	人数	1,192	1,036	1,022	1,113	1,206
	前年比	-3.2%	-13.1%	-1.3%	8.9%	8.4%
X線テレビ	人数	1,934	1,899	1,803	1,738	1,735
	前年比	-0.3%	-1.8%	-5.0%	-3.6%	-0.2%
血管撮影	人数	897	904	836	881	878
	前年比	-14.7%	0.8%	-7.5%	5.4%	-0.3%
X線CT	人数	38,965	39,270	38,092	38,922	40,281
	前年比	-6.4%	0.8%	-3.0%	2.2%	3.5%
MRI	人数	10,847	10,772	10,536	10,545	11,068
	前年比	-18.4%	-0.7%	-2.2%	0%	5.0%
アイトーブ	人数	811	786	720	661	647
	前年比	-25.0%	-3.1%	-8.4%	-8.2%	-2.1%
PET-CT	人数	697	700	702	681	665
	前年比	-1.5%	0.4%	0.3%	-3%	-2.4%
放射線治療	人数	5,802	5,323	5,164	4,218	4,255
	前年比	-6.5%	-8.3%	-3.0%	-18.3%	0.9%

### 【一般撮影】

診断用X線撮影装置6台、歯科用X線撮影装置1台、歯科パノラマ撮影装置1台が稼働している。移動型X線撮影装置は7台保有している。年間総検査人数は令和5年度に比べ0.3%増の65,122人であった。令和3年度より緩やかに増加している。

### 【乳腺撮影（マンモグラフィ）】

トモシンセシス機能を搭載したデジタル式乳房用X線診断装置2台が稼働している。年間総検査人数は令和5年度に比べ6.1%増の2,526人であった。トモシンセシス撮影は328人、拡大撮影などの追加撮影は53人であった。

検診は前年度と比較すると13.8%減少の69人であった。

### 【骨密度検査】

X線骨密度測定装置1台が稼働している。年間総検査人数は令和5年度に比べ8.4%増の1,206人であった。前年度比で2年連続して8%台の増加傾向を示している。

## 【X線テレビ検査】

診断用X線テレビ装置2台が稼働している。第2X線TV室のX線透視撮影装置が令和7年3月に更新された。

年間総検査人数は令和5年度に比べ0.2%減の1,735人であった。透視下内視鏡検査は714人で前年度と比較すると横ばいの状態が続いている。気管支鏡検査188人、逆行性膵胆管造影290人であった。透視造影検査は1,021人で前年度と比較すると横ばいのまま推移している。食道・胃・十二指腸造影57人、大腸造影66人、中心静脈カテーテル挿入250人であった。

## 【血管撮影検査】

第1血管撮影室の血管撮影装置は令和5年7月に更新し、第2血管撮影室の血管撮影装置は令和6年3月31日でサポートエンドとなったが、メーカーの特別措置により定期点検を行い継続使用し、現在2台の装置が稼働。また、第3血管撮影室の血管撮影装置は故障が多発したため使用しておらず、令和7年度に新しく装置を更新予定である。

年間総検査人数は令和2年度より毎年ほぼ横ばいで推移しており、令和6年度は前年比0.3%減の878人であった。また、頭頸部血管撮影人数は前年比15.0%増の123人、心臓及び下肢血管撮影人数は前年比0.8%減の701人であった。

時間外の年間総検査人数は前年より22.0%増の150人であった。

## 【X線CT検査】

当院では現在、320列MDCT装置1台と80列MDCT装置2台の計3台が稼働している。年間総検査数は増加傾向にあり、令和5年度は前年比2.2%増の38,922件、令和6年度は前年比3.5%増の40,281件となった。また造影検査数は、令和5年度が前年比0.1%減の7,412件と横ばいで推移したものの、令和6年度には前年比1.8%増の7,542件へと増加した。

一方、診療放射線技師が撮影画像を用いて行う三次元画像処理(3D画像処理)は需要が伸び続けており、令和5年度は前年比7.6%増の2,246件、令和6年度は前年比15.3%増の2,589件であった。そのうち冠動脈領域の3D画像処理は、令和5年度前年比14.9%増の432件、令和6年度はさらに10.4%増の477件となり、3D画像処理業務の需要は年々高まっている。

安全管理として、3台すべてのCT装置を線量管理システム(Dose Xross:Canon)とRDSR形式で接続し、被ばく線量の把握を行っている。年2回、撮影部位ごとに線量を集計し、国内診断参考レベル(DRL)と比較して最適化に取り組んでいる。

また令和6年度は、タスクシフトの取り組みが大きく進んだ年でもある。造影CT検査における静脈路確保業務を医師から診療放射線技師へ移管し、新たに実務を担うための院内講習を実施した結果、11名が受講し穿刺実施者として従事できる体制が整った。

## 【MRI検査】

3.0テスラMRI装置1台と1.5テスラMRI装置2台の計3台が稼働している。年間総検査数は、令和5年度に比べ5.0%増の11,068件であった。時間外検査数は、令和5年度に比べ15.3%増の1,116件であった。MRI対応植込み型デバイス患者で、心臓植込みデバイス(ペースメーカー、除細動器など)を留置した患者の検査を22件、脳深部刺激療法(DBS)デバイスを留置した患者の検査を3件、迷走神経刺激療法(VNS)デバイスを留置した患者の検査を3件実施した。

新たな試みとして無痛MRI乳がん検診を令和6年10月より開始し、35人の検診を行った。

CT同様にMRIでもタスクシフトにより、静脈路確保業務が出来る体制を整えた。

PHILIPS社製1.5テスラMRI装置のアップグレードを令和6年5月に行い、機能が向上した。救急外来で使用しているGE社製の1.5テスラMRI装置は令和7年度でサポート終了となる予定なので、計画的な更新が必要である。

## 【アイソトープ検査】

過去5年間の検査別推移を表に示す。全検査数では昨年度より8.2%の減の661人となった。主な検査では脳血流シンチは25.2%増の129人、骨シンチは12.2%減の165人、心筋シンチは1.2%減の246人であった。

R I 検査	脳血流	脳(Dat)	心筋	骨	腫瘍	その他	合計
令和2年度	125	93	295	240	12	46	811
令和3年度	145	88	249	257	10	37	786
令和4年度	154	67	251	200	4	44	720
令和5年度	103	81	249	188	6	34	661
令和6年度	129	66	246	165	5	36	647

### 【PET-CT 検査】

PET-CT 検査人数は令和5年度に比べ2.3%減の665人であった。主な依頼科別人数は血液内科215人→214人、呼吸器内科116人→117人、眼科64人→27人、腫瘍内科80→62人、外科71人→69人、乳腺外科33→53人、耳鼻科35人→26人、小児科22人→15人、膠原病内科15→5人、歯科2人→3人などであった。病診連携による他院からの紹介検査は5人→10人であった。

昨年度末より開始となったアミロイドPETは43人であった。また、装置更新があり令和7年3月10日からDiscovery IQ(GE社製)が稼働となった。

放射性薬剤自動投与装置は令和10年3月末にてサービスエンドとなるので引き続き使用している。

### 【放射線治療】

特殊照射を含めた全照射件数は、4,255件と令和5年度に比べ増加した。特殊照射の強度変調放射線治療(IMRT)の件数は令和5年度に比べ6.5%増の1,036件、全身照射は41件、定位放射線治療は75件(頭部50件、体幹部25件)であった。放射線治療装置は令和6年8月よりサポート終了となっている。また、放射線治療計画用CTシミュレーター装置(保守契約外装置)は、令和5年12月よりサポート終了となっており、両者とも令和8年度に更新を予定している。

### 【スタッフ】

放射線部には、診療放射線技師長1名、副診療放射線技師長2名、主任診療放射線技師7名、診療放射線技師28名が所属している。

### 【業務上必要な国家資格、認定資格、研修等】

資格名	有資格者数	備考
第一種放射線取扱主任者 (国家資格)	3名	放射性同位元素等規制法 (放射線治療)
第一種作業環境測定士 (国家資格)	6名	作業環境測定法 (労働安全衛生法)
衛生工学衛生管理者 (国家資格)	2名	労働安全衛生規則 (労働安全衛生法)
放射線治療専門放射線技師 (日本放射線治療専門放射線技師認定機構)	3名	放射線治療 (がん診療連携拠点病院)
放射線治療品質管理士 (放射線治療品質管理認定機構)	2名	放射線治療 (がん診療連携拠点病院)
X線CT認定技師 (日本X線CT専門技師認定機構)	2名	X線CT検査
PET研修 (日本核医学会)	11名	PET-CT検査
Ra-223安全取り扱い研修 (日本医学放射線学会を含む6学会)	4名	放射性同位元素内用療法 (Ra-223 ヴェーフィコ)
検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師 (日本乳がん検診精度管理中央機構)	8名	マンモグラフィ撮影
医療情報技師 (日本医療情報学会)	1名	病院情報システム、放射線情報システム
臨床実習指導教員 (医療研修推進財団)	5名	放射線技師養成大学等の臨床実習指定病院

## 【令和6年度 放射線個人被ばく線量報告】

- 放射線従事者数：令和7年3月末時点での登録者  
放射線診療業務従事者(医療法)・・・191名  
放射線業務従事者(放射線同位元素等規制法)・・・9名
- 職種別  
医師・・・85名 放射線技師・・・37名 看護師・・・55名 ME・・・14名  
その他(臨床研究センター所属)・・・1名
- 実効線量で年間総線量 5mSv 以上の被ばくを受けた職員  
医師・・・3名 放射線技師・・・0名 看護師・・・0名
- 実効線量で年間総線量 0.1mSv 以上の被ばくを受けた職員  
医師・・・35名 放射線技師・・・30名 看護師・・・8名 ME・・・0名
- 目の水晶体に年間総線量 50mSV 以上の被ばくを受けた職員  
医師・・・0名 看護師・・・0名
- 目の水晶体に年間総線量 20mSV 以上の被ばくを受けた職員  
医師・・・0名 看護師・・・0名

## 【その他】

令和6年9月30日より、医師の働き方改革の一環として、造影CTおよび造影MRI検査における静脈確保業務について、診療放射線技師および看護師へのタスクシフトを実施した。これにより、造影当番医師の確保が困難な状況下においても迅速に対応でき、造影検査体制の安定化と業務の効率化を図った。現在、診療放射線技師および看護師により、安全な造影検査を継続的に実施できる体制が整備されている。

## 【保有機器等】

保有機器名	保有台数	備考
診断用X線撮影装置	6台	一般撮影
移動型X線撮影装置	4台	病棟・手術室撮影
F P D搭載移動型X線装置	3台	病棟・手術室撮影
歯科用X線装置	1台	口腔内撮影
歯科用パノラマ装置	1台	パントモグラフィ撮影
トモシンセシス乳房X線撮影装置	3台	マンモグラフィ撮影
X線骨密度測定装置	1台	骨密度測定
診断用X線テレビ装置	2台	X線透視撮影
血管連続撮影装置	2台	血管連続撮影
80列マルチスライスCT	2台	CT撮影
320列マルチスライスCT	1台	CT撮影
1.5T磁気共鳴画像診断装置	2台	MR I撮影
3.0T磁気共鳴画像診断装置	1台	MR I撮影
S P E C T装置	1台	アイソトープ検査
P E T - C T装置	1台	アイソトープ検査
放射線治療装置	1台	放射線治療
治療計画用CT装置	1台	放射線治療
体外衝撃破碎装置	1台	結石破碎装置
移動型X線撮影透視装置	5台	手術室透視撮影

## 令和6年度 リハビリテーション科活動報告

### 1) 活動

高度医療の実践と救急医療の充実という基本方針のもと、当科でも早期から機能回復や廃用症候群の予防、活動能力の維持・向上、摂食嚥下・コミュニケーション能力の獲得、家庭（社会）復帰を目的とした日常生活活動（社会生活活動）能力の再獲得のためのリハビリテーションを行っている。

また、継続したリハビリテーションが必要な場合は、回復期リハビリテーション病院等への円滑な移行のため大腿骨頸部骨折、人工股関節、人工膝関節や脳卒中において地域医療連携の強化を図ってきた。今後とも、チーム医療の推進、診療の適正化、医療の質および患者サービスの向上、在院日数の短縮を目指していく。

### 2) チーム医療

リハビリテーション臨床において、患者様へより良い医療サービスを受けていただけるよう、常日頃よりチーム医療を心掛けている。加えて、緩和ケアチーム、AYA サポートチーム、呼吸サポートチーム（RST）、褥瘡回診、栄養サポートチーム（NST）、転倒・転落ラウンド、認知症ケアラウンド（DST）、排尿ケアチーム等に参加し、各療法士の知識や技術、経験を発揮しチーム医療に寄与している。

### 3) 地域連携

名古屋整形外科連携パス会議、心不全地域連携パス、名古屋脳卒中地域連携協議会に参加している。緩和ケアでは、地域連携による切れ目のないケアの提供や医療従事者などへの教育、院内及び地域での緩和ケアの普及などを行い、「キャンサーフィットネス」では運営スタッフとして参加した。

血友病検診会は、血友病 HIV 感染被害者に対するサポートとして、はばたき福祉事業団と協力し平成29年より年1回の集団検診会を開始、運動機能の評価やADLの確認などを行い、継続的に活動している。令和6年度は6名の参加者があり、評価を実施した。

講演活動としては、当院開催の金シャチ友の会にて認知症予防について、また名古屋市療養サービス事業団まちかど保健室にて心臓、がん、摂食嚥下をテーマとした予防講座を計3回行った。

災害時対応では、理学療法士1名、言語聴覚士1名がDMAT 隊員としても活動を行っており、訓練等に参加している。

### 4) 教育研修、臨床実習の受け入れ等

令和6年度におけるリハビリ学生の臨床実習等の受け入れ人数は、理学療法部門にて4校6名、作業療法部門にて2校7名、言語聴覚療法部門にて2校7名であった。

教育研修においては、病院全体の研修へ参加するとともに、リハビリ科内での研修として、院内の感染管理認定看護師を講師に招いて実施した感染対策研修、またBLS研修においては当科に所属するICLS研修受講済のスタッフを講師として当科単独で実施した。その他、各部門勉強会及び新人研修として、東名古屋病院と合同で研修会を実施している。

### 5) 臨床研究活動等

令和6年度の学会発表は理学療法部門3題、作業療法部門1題、言語聴覚療法部門10題、英語文献共著が言語聴覚療法部門2本だった。

## 栄養管理室

栄養管理室では患者一人ひとりに適切な栄養管理を行うため、栄養状態の評価・判定、栄養管理計画・実施ができる知識と経験を備えた臨床栄養管理を目標としている。各病棟に病棟担当管理栄養士を配置し、日々の食事対応や経管栄養の内容検討、栄養指導の提案に取り組むとともに、病棟で勉強会を開催し、栄養に関する知識の普及にも努めている。

献立作成・食材発注を業務委託化しており、病院管理栄養士は、臨床栄養業務に注力できる体制となっている。臨床栄養業務では、NST専従管理栄養士を中心に栄養サポートチーム加算の件数増加を図るとともに、経腸栄養開始プロトコルを作成し、早期栄養介入管理加算や、周術期栄養管理実施加算の算定件数の増加を図った。そのほか緩和ケア、褥瘡対策、認知症ケア、糖尿病透析予防指導チームなどに参加し、チーム医療の一端を担っている。

給食管理の面では、委託業者と月1回の献立会議をはじめ、日頃から衛生管理、献立内容、調理業務、医療安全の問題点などを共有し、質の向上や食の安全確保に取り組むほか、嗜好調査、選択メニュー、ティーサービスを通じて、患者サービスの向上を図っている。

### 1. 令和6年度の概況

#### 1) 食事提供

月間の平均食数は33,111食、平均喫食率は83.9%であった。昨年度と比較して食数はやや減少したが、喫食率は増加していた。特別食加算率は23.0%と昨年度より減少しており、7～10月にかけて加算食数が少なかったことが影響していると思われる。(表1)

表1. 延べ給食数・特別食比率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
一般食数	11,651	11,153	10,746	12,216	13,854	19,224	17,737	11,737	12,284	12,191	11,506	12,701	145,287
加算食数	7,491	7,346	7,572	7,694	7,955	6,525	6,669	7,085	7,615	8,662	8,209	8,602	91,425
非加算食数	12,892	12,531	13,299	15,286	14,948	12,699	11,068	10,370	12,840	15,770	14,279	14,684	160,666
濃厚流動食数	2,646	2,123	1,989	1,889	1,869	1,986	1,534	1,623	1,753	2,330	1,735	2,055	23,532
合計	32,034	31,030	31,617	35,196	36,757	32,367	29,842	29,192	32,739	36,623	33,994	35,987	397,378
喫食率(%)	82.9	84.7	86.1	85.4	85.1	84.7	82.4	82.8	82.7	82.3	83.1	84.1	83.9
特別加算率(%)	23.4	23.7	23.9	21.9	21.6	20.2	22.3	24.3	23.3	23.7	24.1	23.9	23.0

#### 2) 栄養食事指導

令和6年度の個人栄養食事指導は、入院1,536件、外来1,851件で、それぞれ昨年度より100件ほど減少した。外来患者の継続指導が減少傾向にあるため、次回予約の入れ忘れをチェックし、件数増加を図るとともに、クリティカルパスによる入院指導の増加に努めたい。外来集団栄養食事指導は、今年度も中止とした。次年度は糖尿病教室を再開する計画を立てている。

糖尿病教育入院の患者を対象とした入院集団栄養指導や産科患者を対象とした母親教室・産褥指導は、随時実施し、今年度の集団指導は20件であった(表2)。

表2. 栄養食事指導件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
入院	118	140	109	145	131	121	143	119	130	117	127	136	1,536
外来	146	161	126	162	161	153	185	148	165	155	134	155	1,851
集団(算定)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
集団(非算定)	4	2	2	4	2	2	2	0	0	0	0	0	18

### 3) 外来栄養食事指導（化学療法）

外来化学療法を実施している患者に対して令和2年5月より栄養食事指導を開始し、徐々に介入診療科を増やしている。がんによる消耗や治療による副作用から、食事が食べられなくなることで、体重減少や栄養状態の低下を来しているケースなど、食事で悩まれている患者に対して、継続的に栄養面でのサポートを実施している。今年度は診療科を拡大したことで大幅に増加し1,216件（前年+311件）であった（表3）。

表3. 外来栄養食事指導（化学療法）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	合計
初回	25	18	11	26	23	26	47	27	31	29	28	29	320
継続	73	79	67	70	94	75	91	65	67	71	64	80	896
合計	98	97	78	96	117	101	138	92	98	100	92	109	1,216

### 4) 入退院支援センターへの介入

令和2年12月より、入退院支援センターにおいて管理栄養士の介入を開始した。入院前（術前）の栄養管理や血糖コントロールのアドバイスを行うとともに、口腔・嚥下機能、アレルギーなどの確認により食事を選定し、スムーズな入院となるよう介入している。今年度の実績は114件であった（表4）。

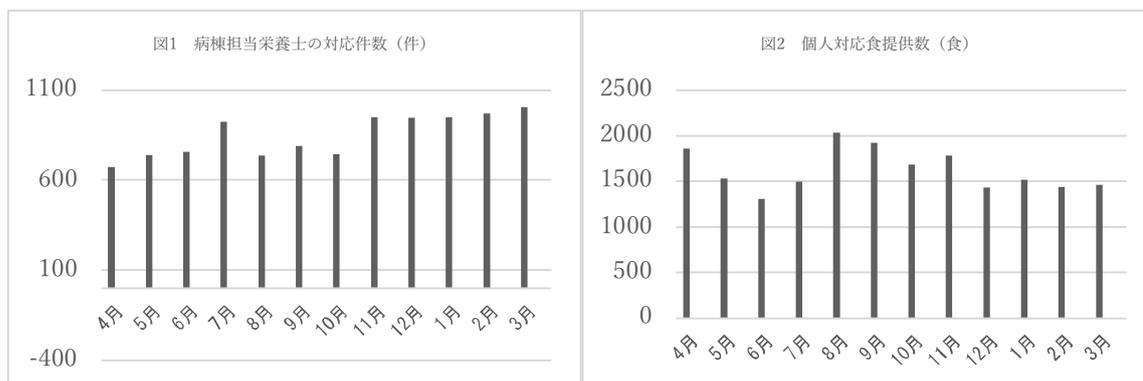
表4. 入退院支援センターにおける管理栄養士の介入率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	5	3	6	9	11	15	12	9	9	11	11	13	114
介入率(%)	2.5	1.5	3.2	4.5	5.0	7.5	5.9	4.6	5.6	6.3	5.9	7.0	5.0

### 5) 管理栄養士病棟担当体制

平成25年度から開始した病棟担当栄養士制は12年目となり、患者個々の食事対応や経管栄養に関連する内容、栄養食事指導の提案など、病棟スタッフと連携し、適切な栄養管理が提供される体制を構築している。（図1）がんの治療や進行による食欲不振や、咀嚼・嚥下機能の低下による経口摂取が不十分なケースなどでは言語聴覚士と連携し適切な食形態の提供に努めている。味覚、嗅覚の異常のため、食事のにおいて吐き気や食欲低下を招いてしまうケースは、においの少ない食事や麺類などの口当たりの良いものの提案、普通量が摂取できないケースは、あらかじめ提供量を調整し栄養補助食品などを用いて効率よく必要量を充足できるよう工夫を行っている。

令和6年度も個々の症状や病態に応じて対応を行い、その一部である個人対応食提供数は約1,620食/月となった（図2）。また、チーム医療（栄養サポートチーム・緩和ケアチーム等）や病棟カンファレンスに参加することで、他職種との情報共有を密にし、円滑な栄養管理体制の構築に努めた。



## 6) チーム医療への参加

栄養サポートチーム（以下、NST）は、NST専従栄養士を配置し、カンファレンスおよび回診を行なうとともに、各病棟で勉強会を開催し、NST活動の普及に努めている（表5）。毎年、NST専任スタッフの育成を目的に開催しているNST40時間研修は、9月2日より5日間実施した。

緩和ケアチームは、チームの一員として患者個々に合わせた食事対応を行い、個別栄養食事管理加算を算定している（表6）。また、「街かど保健室」といった院外での講演に講師として参加し、がん患者の食事に対する負担や不安解消の一助となるよう活動している。

褥瘡対策チームは、回診に参加し、対象患者の栄養状態や食事摂取状況の情報共有を行い、必要時にはNST介入へと繋げている。

特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合に算定可能な早期栄養介入管理加算について、要件を満たした管理栄養士を配置し、急性期の早期栄養管理を行い、患者の栄養改善に取り組んでいる（表7）。

周術期栄養管理実施加算について、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行う患者に対して、手術の前後に必要な栄養管理を行うため、要件を満たした管理栄養士を配置し、栄養アセスメント、食事内容の調整などを行い、術前・術後に適切な栄養管理が行えるように取り組んでいる。（表8）

その他、糖尿病透析予防チームや認知症ケアチーム、AYA（思春期・若年成人）サポートチームなどにも参加している。

表5. NST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	合計
延べ件数	315	329	333	312	441	301	237	362	269	425	387	330	4,041
算定件数	130	121	138	124	136	97	89	175	112	140	142	114	1,518
歯科連携加算	52	45	37	27	50	57	46	42	48	45	45	47	541

表6. 個別栄養食事管理加算算定件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	21	22	33	22	28	33	34	27	44	27	38	23	352

表7. 早期栄養介入管理加算件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	63	45	24	37	32	16	41	34	36	34	24	28	414

表8. 周術期栄養管理実施加算件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	70	86	74	86	80	61	73	60	58	64	49	60	821

## 7) 給食提供業務

給食管理は、一部委託している（業務委託先：富士産業株式会社）。

病院側が担う範囲は、下処理、特別メニューの調理作業である。

- ・行事食：お誕生日メニュー（小児病棟）、遠足用弁当（小児病棟）、運動会用弁当（小児病棟）
- ・有料特別メニュー：別途料金（500円税込）を徴収（特室病棟・中3病棟/週2回）

業務委託している範囲は、食事変更業務、献立作成、材料発注、材料購入、調理、盛付、配膳、下膳、食器洗浄、ティーサービスである。

- ・ティーサービス：ケーキや和菓子、コーヒーや紅茶などを提供するサービス（特室病棟/週1回）

提供する食種は、一般食をはじめ、糖尿病食や腎臓病、肝臓病食などの治療食、胃・消化管術後食、妊産婦に対する食事、嚥下障害患者に対する嚥下調整食など、幅広い疾患や病態に対応している。

また、嚥下調整食は、学会分類 2023 に準じた内容としている。

## 8) 臨地校外実習の受け入れ

至学館大学	4名	椋山女学園大学	8名
名古屋文理大学	4名	名古屋経済大学	4名
愛知淑徳大学	4名	金城学院大学	4名
名古屋女子大学	7名	愛知学泉大学	4名
東海学園大学	4名	名古屋学芸大学	4名
愛知学院大学	4名	計	51名

## 2. スタッフ (人事異動)

栄養管理室長	小島	章孝	
副栄養管理室長	飛野	矢	
主任栄養士	今泉	良典	
(NST専従栄養士)			
管理栄養士	坪井	涼	(R6.11～産休)
管理栄養士	太嶋	友里	
管理栄養士	鈴木	絢子	
管理栄養士	伊藤	亜美	(R6.3～産休)
管理栄養士	戸谷	和佳奈	
管理栄養士	後藤	陽菜	(R6.4～採用)
管理栄養士	南川	聡	(再雇用)
管理栄養士(期間)	桑田	雅子	(R6.11～採用)
非常勤管理栄養士	西尾	聡子	
非常勤事務職員	松尾	友里絵	(R6.4～復帰)
調理師長	市川	勝久	
副調理師長	神戸	信治	
主任調理師	村松	晃一	
調理師	阿部	雄一	
調理師	三輪	辰徳	
調理師	高井	均司	(再雇用)

## 臨床工学部

### 1. 担当技士（人事異動）

2024年度の臨床工学室は、山田臨床工学部長のもと、臨床工学技士15名（うち副技士長1名、主任3名）で業務を開始し、技士長不在の体制ではありますが円滑な運営に努めてまいりました。

本年度は、新卒職員1名が入職し、1名が退職となりました。これを踏まえ、今後の体制強化および技術継承に向けた取り組みを進めております。

引き続き、臨床工学室全体でチームワークの向上を図り、患者様へ質の高い医療サービスを提供できるよう尽力してまいります。

#### スタッフ一覧

山田 高彰	臨床工学部長	循環器内科医師（循環器内科医長）
服部 季実子	臨床工学副技士長	
清末 智	主任臨床工学技士	
伊藤 正樹	主任臨床工学技士	
小川 真児	主任臨床工学技士	
犬飼 和哉	臨床工学技士	
山田 里恵	臨床工学技士	
高木 淳志	臨床工学技士	
五十嵐 魁	臨床工学技士	
熊澤 拓	臨床工学技士	
佐藤 茉衣子	臨床工学技士	
林 勇作	臨床工学技士	
山田 大貴	臨床工学技士	2025年2月 退職
田中 来樹	臨床工学技士	
服部 風衣花	臨床工学技士	
萩原 由佳	臨床工学技士	2024年4月 入職

### 2. 診療補助業務

手術関連業務においては、内視鏡手術支援システム（da Vinci）を従来の泌尿器科に加え、新たに外科でも使用開始したことにより、支援業務件数が増加しました。診療科ごとの手技や運用の違いに対応するため、臨床工学技士が装置準備、術前点検、術中トラブル対応まで一貫して関与し、安全な手術実施を支援しました。

血液浄化関連業務においては、腎臓内科医師の異動に伴い血液浄化関連業務件数が大幅に減少し、透析室の稼働もほぼなくなりました。

一方で、心臓カテーテル治療件数は前年と大きな変動はありませんでしたが、循環不全をはじめとする重症症例が増加し、補助循環装置の導入・管理件数は増加傾向を示しました。これらの症例に対しては、装置選定、導入時の立ち会い、使用中の機器管理およびトラブル対応を含め、臨床工学技士が専門的に関与し、安全かつ円滑な治療実施に貢献しました。

さらに、脳神経外科医師の赴任に伴い、脳深部刺激療法（DBS）に関連するデバイスチェックおよび植込み立ち会い業務が再び増加しました。高度な医療機器を安全に運用するため、設定管理や動作確認を含めた専門的支援を行い、診療科と連携した医療提供体制の強化に寄与しました。

今後も、臨床工学技士の専門性を活かした診療支援を通じて、安全で質の高い医療の提供に貢献してまいります。

## 診療支援業務件数

手術関連	2022 年度	2023 年度	2024 年度
人工心肺業務	58	70	49
Off pump CABG	23	25	31
腹部大動脈に対するステントグラフト内挿術、人工血管置換術	6	10	12
内視鏡手術支援システム (da Vinci)	84	88	117
ナビゲーション	37	57	38
術中自己血回収装置	26	35	43
その他(ラジオ波・病棟での症例も含む)	10	5	3
血液浄化関連関連 (透析室)			
血液透析 (HD、HF、ECUM、etc.)	1032	998	391
アフエレーシス療法 (PE、DFPP、SePE、PA etc)	17	19	0
胸水・腹水ろ過濃縮再静注 (CART)	13	19	23
造血幹細胞採取 (末梢血幹細胞採取・骨髓濃縮)	24	9	16
集中治療領域関連業務			
持続緩徐式血液透析ろ過 (CHDF)	53	40	46
アフエレーシス療法 (PMX, PE etc)	47	38	14
呼吸器使用中点検	1387	1559	2033
カテーテル治療関連			
心臓カテーテル検査	266	312	319
心臓カテーテル・インターベンション	191	245	235
EVT	12	19	11
カテーテルアブレーション (CA) /電気生理学的検査 (EPS)	71	57	65
循環器領域・その他 (IVC filter、etc.)	28	29	29
病棟呼吸器関連			
呼吸器使用中点検	6641	2449	2392
病棟呼吸器搬送立ち合い	185	117	120
ペースメーカー関連			
デバイスチェック件数	704	694	835
新規植え込み術ならびにジェネレータ交換	51	59	60
新規植え込み術ならびにジェネレータ交換 (HV)	3	6	15
遠隔モニタリング PM/CRTD	2397	2766	2815
遠隔モニタリング ICD/CRTD/SICD	646	557	734
DBS (脳深部刺激療法) 関連			
外来	198	57	187
新規植え込み術ならびにジェネレータ交換	12	4	21
補助循環			
経皮的な心肺補助 (ECMO) : 導入件数	2	2	8
大動脈バルーンポンピング (IABP) : 導入件数	30	28	39

### 3. ME 機器管理業務

今年度は、耐用年数を超過した医療機器に対して予防的な点検体制を強化し、点検頻度を増やしたことにより、定期点検件数が増加しました。大きなトラブルはなく経過しておりますが、機器の経年劣化は点検の中で確実に捉えられており、今後も必要最低限の台数で効率的に運用できる体制の整備と、計画的な機器更新を進めていく必要があります。

また、医療機器および修理部品の価格高騰が続いていることから、定期メンテナンス部品の価格交渉や交換タイミングの見直しを行い、運用データをもとに適正化を図っています。引き続き、院内の医療サービスに支障が生じないように、効率的かつ安全な医療機器管理体制の構築に取り組んでまいります。

#### 日常返却点検件数

機器大分類	2024/04	2024/05	2024/06	2024/07	2024/08	2024/09	2024/10	2024/11	2024/12	2025/01	2025/02	2025/03	合計
シリンジポンプ	491	481	421	567	486	400	505	464	508	553	466	458	5800
輸液ポンプ	1271	1185	1186	1391	1367	1204	1233	1095	1283	1065	1031	1098	14409
センサーコール	157	179	115	161	124	83	16	4	1	0	0	0	840
ハイフローセラピーデバイス	5	9	14	14	9	11	6	12	19	24	19	11	153
体外式ペースメーカ	9	14	12	7	9	7	8	10	7	6	11	2	102
ネブライザ	0	1	1	2	0	2	0	1	1	1	0	0	9
除細動器	26	26	17	27	20	22	25	23	28	27	33	20	294
人工呼吸器	114	134	97	155	120	98	116	120	145	171	121	123	1514
低圧持続吸引器	83	91	73	75	85	70	84	63	78	84	68	83	937
肺塞栓防止ポンプ	109	141	130	151	145	146	148	124	147	139	111	79	1570
生体情報モニタ	67	50	66	62	63	62	57	46	68	48	40	56	685
高圧ガスレギュレータ	11	6	9	6	6	6	13	9	13	15	20	17	131
酸素治療フローメータ	3	3	4	5	2	1	10	5	3	4	7	4	51
医療ガス用二股アウトレット	5	4	4	3	2	2	5	4	6	5	13	6	59
生体情報モニタ消耗品	30	21	16	17	17	8	30	25	30	24	24	30	272
麻酔システム	239	228	215	239	252	203	252	192	216	214	203	202	2655
患者加温装置	1	1	3	2	1	0	1	3	1	2	0	2	17
補助循環装置	3	6	2	5	2	3	6	7	1	6	6	6	53
超音波診断装置	151	150	125	163	159	131	186	110	110	130	86	107	1608

#### 定期点検件数

機器大分類	2024/04	2024/05	2024/06	2024/07	2024/08	2024/09	2024/10	2024/11	2024/12	2025/01	2025/02	2025/03	合計
シリンジポンプ	3	21	23	19	22	19	28	27	13	10	7	14	206
輸液ポンプ	64	21	37	65	41	35	38	71	101	58	37	39	607
除細動器	13	13	13	13	14	12	17	17	17	17	17	17	180
人工呼吸器	2	1	5	4	6	14	3	6	1	2	2	18	64
低圧持続吸引器	4	7	3	5	7	4	3	3	7	2	7	5	57
肺塞栓防止ポンプ	7	6	15	8	8	6	8	9	16	7	3	5	98
生体情報モニタ	3	3	0	3	1	3	2	1	2	3	2	3	26
電気メス	1	3	5	2	5	0	0	0	2	1	4	1	24
患者加温装置	5	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	9
血液浄化装置	0	1	1	2	2	0	3	0	2	0	1	2	14
保育器	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3

#### 4. その他活動

呼吸サポートチーム (RST) とモニタアラームコントロールチーム (MACT) の一員として参加し、安全使用の体制整備、教育を行いました。

#### 5. 臨地実習受け入れ

中部大学 2名

#### 6. 研究活動

論文・学会発表は後述。