救急処置室（ER）

１．ER 室の体制：

2025 年度は、統括診療部救急部長である関幸雄医師、救急集中治療科医長金原佑樹医師（救急科専門医）を中心に、救急科専門医山田真生医師、東郷建世医師、尾畑友章医師（専攻医）らが ER 室に常駐する体制で、ER 研修医を指導しながら、多数の救急患者に対応した。内科系は当番医師制、外科系は、半日ずつ各診療科から当番医師が対応する形を継続した。平日の日中は、原則この体制で運営したが、夜間及び休日は、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､また各科待機医、ＥＲ研修医、診療看護師（JNP）の協力を得ながら運営した。

また特記すべきこととして、2025 年度には当院の救急科専門医プログラムで初の専門医取得があり、当院の研修医から持ち上がりの専攻医であった東郷先生が、救急科専門医になった。最近では、救急科専門医は研修医過程が終了した後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。

腎臓内科の人員削減により受け入れ制限されていた透析患者の問題は、 2025 年 4 月に井口医長らの赴任により解消されつつある。各診療科の内部事情も考慮しつつ、皆で協力して進めている。当院では外部委託の救命士が採用されて診療を支援して頂いているが、本来の救命士の資格に見合った業務契約でない事が課題である。他の機構病院のように医療職２（病院に勤務するコメディカル（医療技術職・専門職）に適用される給与体系およびその職種区分）で採用されるのが望ましい。

２．救急車搬送対応に関わる案件：

当院は名古屋市の北部に位置しているが故に、主に、名古屋市北、西、東、中消防署からの救急搬送が多い。更には名古屋市郊外の西、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いる。全国の救急車搬送件数は、2020 年よりコロナの影響で減少したが、２年後には増加傾向に戻っている。当院の救急搬送件数も 2020 年度 9,663 件、2021 年度 8,238 件と減少したが、段々と回復し、令和 5 年度には初めて 10,176 件の大台にのった。2025 年度は 10,141 件であった。全救急患者数が 14,161 件に対して、71.61%が救急車による搬送であり、三次救急病院としての当院の特徴を示している。また、診療科で見ると内科系が 7 割以上を占めている。当院は外科系の救急疾患も多い印象ではあったが、やはり大半は内科系疾患である事を認識するべきである。2 次の救急輪番として、小児科、耳鼻科が参加しており、2016 年からは月 1 回ではあるが、外科も外科系救急 2 次輪番にも参加している。

救急患者総数、救急車搬送台数、および診療科別統計　2025年度

2025	救急患者総数	救急車搬送台数	内科	神経内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	心臓外科	その他
4月	1121	791	822	0	28	179	44	24	1	1	8	0	14
5月	1172	808	832	1	30	195	56	20	1	1	8	2	26
6月	1073	782	799	7	28	147	39	26	2	5	5	0	15
7月	1199	883	894	6	23	172	45	26	0	3	7	1	22
8月	1275	928	936	2	22	204	49	29	0	4	14	0	15
9月	1155	813	830	0	22	205	37	21	2	3	10	0	25
10月	1121	799	803	3	28	191	45	23	0	1	11	0	16
11月	1176	851	853	1	49	161	57	28	2	3	7	0	15
12月	1331	957	915	2	39	262	48	29	3	5	10	0	18
1月	1361	984	976	0	40	199	58	35	2	1	26	1	23
2月	1052	748	766	4	26	167	41	18	1	2	16	0	11
3月	1125	797	805	1	25	199	34	27	4	2	9	2	17
計	14161	10141	10231	27	360	2281	553	306	18	31	131	6	217
救急患者総数に対する割合(%)		71.61	72.25	0.19	2.54	16.11	3.91	2.16	0.13	0.22	0.93	0.04	1.53

ＥＲでの救急のお断りに関しては、以前より 5%以下にしたいという病院全体としての目標があったが、2025 年 1 月から 12 月の集計では、総数 463 件、率として 4.3%であった。素晴らしい業績であり、今後、これを継続し病院の文化となることを望みたい。

救急現場への医師派遣は、2018 年度から名古屋市消防と関連病院で契約が締結されており、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であるが、2025 年度も該当事例はなかった。病院前の救急隊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可能となっている。また、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は、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可能となっている。この様な救急隊の病院前活動も十分に周知されているとは言えず、医療施設、福祉施設や市民への啓蒙が課題である。

当院の ER は重症者の割合が多く、2025 年度の心肺停止（CPA）患者の受入れ総数は 488 件（救急搬送件数の 4.8%）であった。名古屋市消防局のデータでは、2025 年度の全救急車出動件数が 158.918 件であり、そのうち CPA は 2,472 件（1.56%）であったという。当院が、他に比べて多くの CPA に応需している現状が推し量られる。また、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、住所不定者なども多く受け入れている（2025 年度外国人 85 名、住所不定 114 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。

3. 救急隊との連携・交流について：

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、プレホスピタルカンファレンスを例年通り２回実施した。内容は下記の通りであり、多くの参加者があって、熱い議論が交わされた。

2025 年度第 1 回 プレホスピタル　救命救急合同カンファランス
7 月 17 日（木）10：00～12：00（開場 9：30）会場：管理棟 5F 第 1 会議室
1.「不定愁訴を訴える傷病者」西消防署＋尾畑友章先生
2.「ウォータージェットの誤噴射による受傷事案」中消防署＋山田真生先生
3.「低血糖搬送事案」本部第 3 救急隊　山家由子先生

2025 年度第 2 回 プレホスピタル 救命救急合同カンファランス
2 月 13 日（金）10：00～12：00（開場 9：30）会場：管理棟 5F 特別会議室
1.「国道で倒れて CPA？現着すると両耳出血」北消防署警防地域第二課北救急隊　片岡優紀先生
2.「交通事故、外因性？内因性？」東消防署警防地域第二課　尾畑友章先生
3.「６階からの墜落外傷」椿救急隊　東郷建世先生

その他、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行っている。救急隊病院実習については、中消防署、熱田消防署、守山消防署等より６月（１名）、11 月（３名）、2026 年１月（３名）の計７名を受けいれて、各々二週間程度の病院実習として指導した。

4. 学会活動・教育活動：

今年度も各々のスタッフが様々な学会活動、教育活動を行ってきた。これらに関しては別添資料を参考されたい。

5. その他：

コロナ感染（COVID-19）について：

2025 年度はコロナ禍の影響はかなり少なくなったと言える。COVID-19 は 2020 年以降、猛威を奮っていたが、2023 年 5 月に 5 類感染症に移行した。とは言え、定点把握が継続され、年間を通じて流行がみられた。特に夏季・冬季に増加する傾向があり、重症化リスクは以前より低下したものの、高齢者や基礎疾患を有する人では重症化に注意が必要であった。当院では 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の発生も、減少した。今後も油断せず、ER・救命センターの運営につとめる必要がある。

災害対策について：

2025 年度に日本国内で発生した主な大規模自然災害として、台風第 15 号・9 月の大雨（2025 年 9 月、静岡県中心の被害）、青森県東方沖地震（2025 年 12 月）等が挙げられるが、DMAT や NHO 医療班の派遣要請には至らなかった。2025 年度より災害対策室（部門）に所轄が移管されている。

下り搬送について：

救急患者の「下り搬送」に対する診療報酬は、高次救急病院から地域密着型病院への円滑な転院を評価する「救急患者連携搬送料」として、2024 年度の診療報酬改定から設定された。当院においても、2025 年 10 月 1 日より当院の救急車を使用した「下り搬送」の運用を開始した。対象は当面は日勤帯のみの搬

送として、救急車の運転手は事務（＋補助者１名）、同乗者は原則看護師長（地域連携、入退院支援）、転院先病院として、中日病院、名城病院が提携した。

以上。

文責：前澤　聡（2026/4 月より診療統括部救急部長）

救命救急センター

1. 愛知県内、名古屋市内での立ち位置:

救急救命センターとして：

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。当院は、1879 年に愛知県で３番目に指定された救急救命センターである。名古屋市内の救急救命センターは現在、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、名古屋市立大学病院、東部医療センター）となっている。

名古屋市メディカルコントロール協議会の構成委員として：

メディカルコントロール協議会とは、救急現場から病院に搬送されるまでの間に行われる応急処置や救急活動の医学的な質を確保・向上させるための組織である。2011 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、7 つのメディカルコントロール協議会に分けられた。その中で当院は名古屋市メディカルコントロール協議会に所属している。医療機関、消防機関、自治体の 3 者が協力し、救急隊への指示体制や事後検証、教育などを行っている。

重症外傷センターについて：

愛知県は、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。その基準には厳格な医療体制・スタッフの要件や、24 時間・即時対応体制、緊急手術体制、データバンク登録、診療実績などがあり、当院は現状でこれらを全て満たしていない。2025 年 8 月より、県内 4 病院が、愛知県重症外傷センターとして本格運用を開始した（名古屋掖済会病院、愛知医科大学病院、中京病院、藤田医科大学病院)。しかし、当院は今までの受け入れ症例数や治療実績は名古屋市内でも有数であり、今後も名古屋の北部には外傷センターが存在しないことから、これを目指す事も必要かと思われる。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目指し、病院建て替えを見据えながら、準備を進めていきたい。

災害拠点病院として：

災害拠点病院とは、大規模な地震や風水害などの災害時に、重症患者の受け入れや医療救護班の派遣など、地域の災害医療の中心的な役割を担うとして愛知県知事から指定された病院であり、当院もその一つである。県内には計 40 か所が指定されており、DMAT（災害派遣医療チーム）の保有や耐震・自家発電設備の設置が義務づけられている。当院の救急救命センターは、その業務の中心を担っていたが、2025 年度より災害対策室（部門）に所轄が移管されている。今後も災害対策室と強く連携をとり、進めていく必要がある。また、2025 年度の出来事ではないが、名古屋市立大学病院の救急災害医療センターが 2026 年 6 月に稼働を開始した。国内最大級の救急・災害医療施設である。南海トラフ地震などの災害時に医療拠点として期待されている。

2. 2025 年度の当院の診療実績：

2025 年度において ICU、HCU は、統括診療部救急部長である関幸雄医師、救急集中治療科医長で且つ救急救命センターのセンター長である鈴木秀一医師（救急科専門医・集中治療専門医）を中心に、森田医師、山田真生医師、東郷建世医師、尾畑友章医師らが常駐する体制で運営された。ICU での治療は、彼ら救急集中治療科の医師が、各診療科と連携しながら実施している。HCU の診療については、各診療科にまかされる部分も多いが、比較的重症な症例は、積極的に介入し、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も精力的に行っている。朝のショートカンファレンスと全体回診、夕方の全体回診および救命センター当直への申し送りが定期的に行われている。今後も各診療科から信頼され、必要な時に利用しやすい救命センターを目指している。

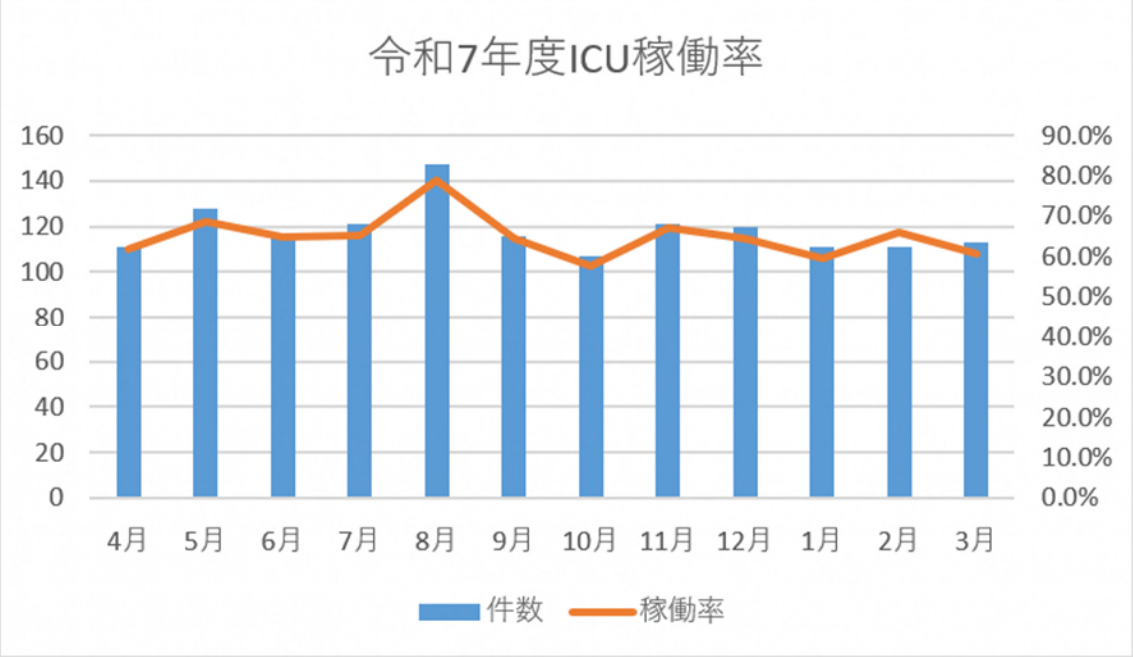
当院の救命センターは、ICU8 床、HCU22 床の全 30 床で運営されてきたが、マンパワーの問題等で 2015 年に HCU20 床の運用に変更された。また、2016 年の４月に集中治療学会専門医修練施設認定を受けた。ICU は 2019 年 11 月より特定集中管理料加算１が習得できる医師要件も満たして、現在の 6 床となった。2024 年度の診療報酬改定にともない、医師の勤務体制の問題（夜間宿直勤務のため）で、ICU の管理加算が特定集中管理料加算５、HCU の管理加算が救命救急管理料からハイケアユニット管理料に格下げとなったが、2025 年１月から HCU を交代勤務として、HCU の救命救急管理料が再度加算できる体制となった。2025 年度の HCU、ICU の稼働率は以下の表とグラフに示す通りである。双方とも 60%以上をキープしており、繁忙期（８月の ICU、１月の HCU）では約 80%となっている。

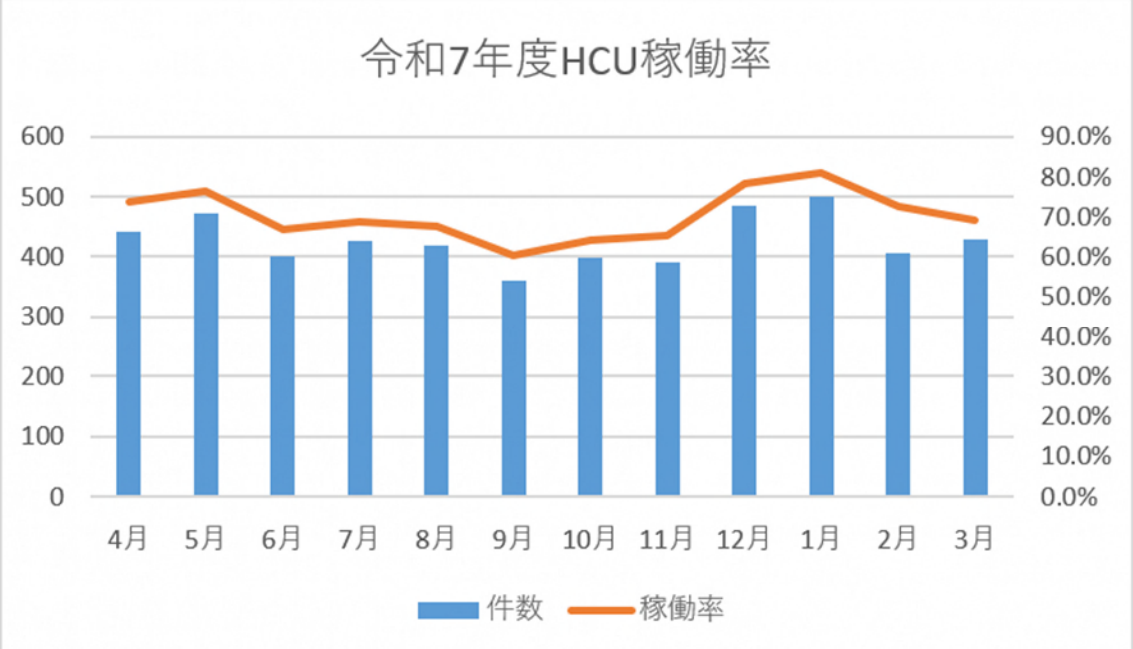
令和７年度HCU稼働率

	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	443	473	402	426	419	361	398	392	486	501	406	428
稼働率	73.8%	76.3%	67.0%	68.7%	67.6%	60.2%	64.2%	65.3%	78.4%	80.8%	72.5%	69.0%

令和７年度ICU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	111	128	117	121	147	116	107	121	120	111	111	113
稼働率	61.7%	68.8%	65.0%	65.1%	79.0%	64.4%	57.5%	67.2%	64.5%	59.7%	66.1%	60.8%





3. **充実度評価と今後の課題、実績報告について：**

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る。これは、全国の救命救急センターを対象に、診療体制や患者受入実績などに基づき、「S」「A」「B」「C」の４段階で「充実段階評価」を実施し、この評価結果は、運営事業費の補助額や診療報酬の救命救急入院料加算（救急体制充実加算）に反映される

という代物である。2025 年度では、全国で見てみるとＳ評価が 110 ヶ所、Ａ評価が 194 ヶ所、Ｂ評価が８ヶ所、Ｃ評価が０ヶ所であった。当院は昨年度に引き続き本年度も A 評価であった。更に上を目指したい。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予想される。それに応じた救命センターの整備が急務になってくる。

その整備されるべき案件の一つとして、臓器移植についての取り組みがある。2025 年度では、掖済会病院が中心となって行う事業である臓器提供施設連携体制構築事業に、当院も連携施設として参画する事となった。毎月、臓器移植対象候補者リストを作成し、事業側に提出するようになった。2026 年 1 月には、神経内科や脳神経外科、生理検査室の協力のもと、脳死判定シミュレーションを実施した。また、2026 年の 2 月には、掖済会病院の北川先生を招いて、臓器移植に関連する勉強会を実施した。これも多数の参加者があり、盛況であった。

救急救命センターには、診療以外の面でも重要な任務があり、その中で救急実績の報告はスタッフにとって負荷の高い業務である。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目的で、APACHE2(ICU に入室した患者の重症度や死亡リスクを予測するための評価スコア)、ISS(外傷重症度スコア)、SOFA（臓器障害の重症度や予後を評価するための指標）などを行ったうえでの治療成績報告を義務づけている。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、看護師スタッフ、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可能性がある。

4. 医療メディエーター業務

医療メディエーター業務とは、患者やその家族と、医師や看護師などの医療従事者との間に中立な立場で立ち、対話やコミュニケーションを促進して信頼関係の再構築を支える業務である。伝言役ではなく、双方が直接向き合って対話できる場を設定し、お互いの思いや考えを引き出しやすくする。また、突然の重症化などでパニックや不安を抱える患者・家族の気持ちを整理し、医療者との意思決定をサポートする。医療事故やクレームに発展しそうな事例で誤解を解き、感情的な対立が大きくなるのを防ぐ。2025 年度には、支援実人数が 41 名、支援回数が 74 回であった。

5. その他

PICS について：

医療における PICS（ピックス：Post Intensive Care Syndrome / 集中治療後症候群） とは、ICU（集中治療室）での治療中や退室後、さらに退院した後も長期間にわたって続く心身の後遺症や社会的影響のことである。2025 年度にはこの件に関して、心理士から議案が挙がった。現在はパンフレットを配布や、心療内科などの受診の提案などで対応しているが、今後も PICS を啓蒙し、ご家族への周知に繋げていく方針となった。

RRS について：

院内の RRS(rapid response system)の整備:についても議論された。日中のＲＲＳを開始し、ＣＣＯＴ（Critical Care Outreach Team：看護師）とＲＲＴ（rapid response team; 医師）で活動を開始した。今後 24 時間対応としていくため、医師業務手順について周知しフローチャートなど整備していく運びとなった。

以上。

文責：前澤　聡（2026/4 月より診療統括部救急部長）

麻酔部

1. 診療体制および管理症例数

- **令和 7 年度概要**

  年間手術件数　5999 件
  年間全身麻酔件数　2530 件
  麻酔科麻酔件数　2100 件

- **診療体制**

  常勤医 6 名（麻酔科指導医 3 名、専門医 2 名、歯科麻酔認定医 1 名)、代務医師 1 日 1 名、その他外部麻酔科医師若干名

- **管理実績**

  令和 7 年度の全身麻酔症例数 2,530 件のうち、麻酔科管理症例は 2,100 件（全体の 83%）であり、前年度（令和 6 年度）と比較して 40 件の増加となった。

  外部医師の招聘・活用によって常勤医の過剰負担を回避しつつ、手術室稼働率と対応件数の増加を両立させた。多種多様な背景を持つ外部医師の活用に伴い、麻酔管理マニュアルや術後鎮痛プロトコルを新規整備・標準化し、医療安全と質の均一化を推進した。術前情報の収集管理において、外来プレ問診票の電子カルテテンプレート化・システム構築を実施した。業務効率化を図ることで、質を落とすことなく麻酔供給能力の拡大を実現した。

今後の目標

常勤麻酔科医の増加、ペインクリニック外来の立ち上げ、術後疼痛管理チーム　の稼働

手術部

執筆担当：前澤聡　（手術部長）

1. 手術部構成

2025 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：前澤聡（脳神経外科）、院長：小寺泰弘、副院長：小嶋俊久（整形外科）、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、手術室師長：村瀬薫、副看護師長、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 36 名である。特記すべき事として、2025 年度から小寺院長もアドバイザーとして参加頂いている。

２．活動概要

今年度の目標手術件数については、働き方改革の影響や各診療科の事情も加味して設定する必要があった。単純な件数増加での試算は現実的ではないが、組織として上方修正した目標設定を行った。当院の 2025 年度の計画入院患者数が前年度の 1.09 倍したもので算出している事に倣い、各診療科の過去三年間の平均手術件数に係数 1.09 を掛け合わせたものを原案とした。その上で、各診療科の実情を鑑みて微調整を行った。結果として、目標総手術件数は 5860 件（前年度実績 5719 件)、目標全麻件数は 2520 件（前年度実施樹 2397 件）と設定した。

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、ロボット支援手術にまつわる案件が挙げられる。同手術が全国的に普及した事を受けて、泌尿器科の吉野医長を中心として、昨年度発足したロボット支援手術運用検討部会を通じて、その業務と運用についての様々な諸問題が議論された。泌尿器科、外科、呼吸器外科がロボット支援手術枠を実際に実施するが、その日程的調整や手術時間に関する懸案、同日に縦二件の手術を実施するにあたっての実現性についてなどが、部会および手術部運営委員会にて議論された。ロボット支援手術加算を獲得する為には、要件としての対象疾患の手術件数を増加させる必要があったが、麻酔科専従の困難さという課題もあった。しかし、皆の協力で繰り返し調整が行われて結果として、対象疾患に対するロボット支援手術は年間 200 例の要件をクリアする事が出来た。これは当院が高度急性期病院としての立ち位置を継続でする上で、大変大きな業績でであったと考える。

また、医療安全に関しては、今年度より手術室内でのインシデント、アクシデントの報告を手術部運営委員会で毎回検討する運用となった。その中で、縫合針紛失の際の対応における「縫合針紛失発生時のフローチャート」の徹底、ガーゼ遺残など体内遺残物に対する術後レントゲン撮影のルールの決定などが繰り返し話し合われた。症例としては、外科ロボット支援手術後の腹腔内ガーゼ遺残が、手術室での術後レントゲンで発見され、事なきを得た good job とも言えるケースや、脳腫瘍手術において対側に急性硬膜下血腫が生じた重要なアクシデントについても報告された。尚、この症例においては外部見識者を招いた症例検討会も後に開催され、予防の可能性が議論された。この様な情報共有を運営委員会で行う事は、各診療科や各部門での手術室における医療安全の意識を高める事に繋がり、高く評価されるべきである。

いつもながらだが、麻酔科医の慢性的不足は 2025 年度も大きな課題であった。自科麻酔の実施、外部からの代務医の活用、さらに外部機関「Dr.エクスプレス」を利用した休日・夜間対応を継続し、皆の協力で何とか対応しているのが実情であり、今後も検討を要する課題である。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ホギメディカルが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、5999 件という結果であった。前年度が 5719 件であるので、280 件の増加であり、この二年間は右肩上がりである。年度初めに設定した目標件数（5860 件）も達成した。全身麻酔件数は 2530 件であり、前年度 2404 件を超えている。また目標件数 2520 件も達成した。定期手術は 5152 件である事に対して、緊急手術は 847 件であり、全体に対する割合は 14.1%であった。昨年度（13.2%）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。また診療科別手術件数・全身麻酔手術件数の 2025 年度の目標値に対する達成状況も図示する（**図 2**)。今年度、目標

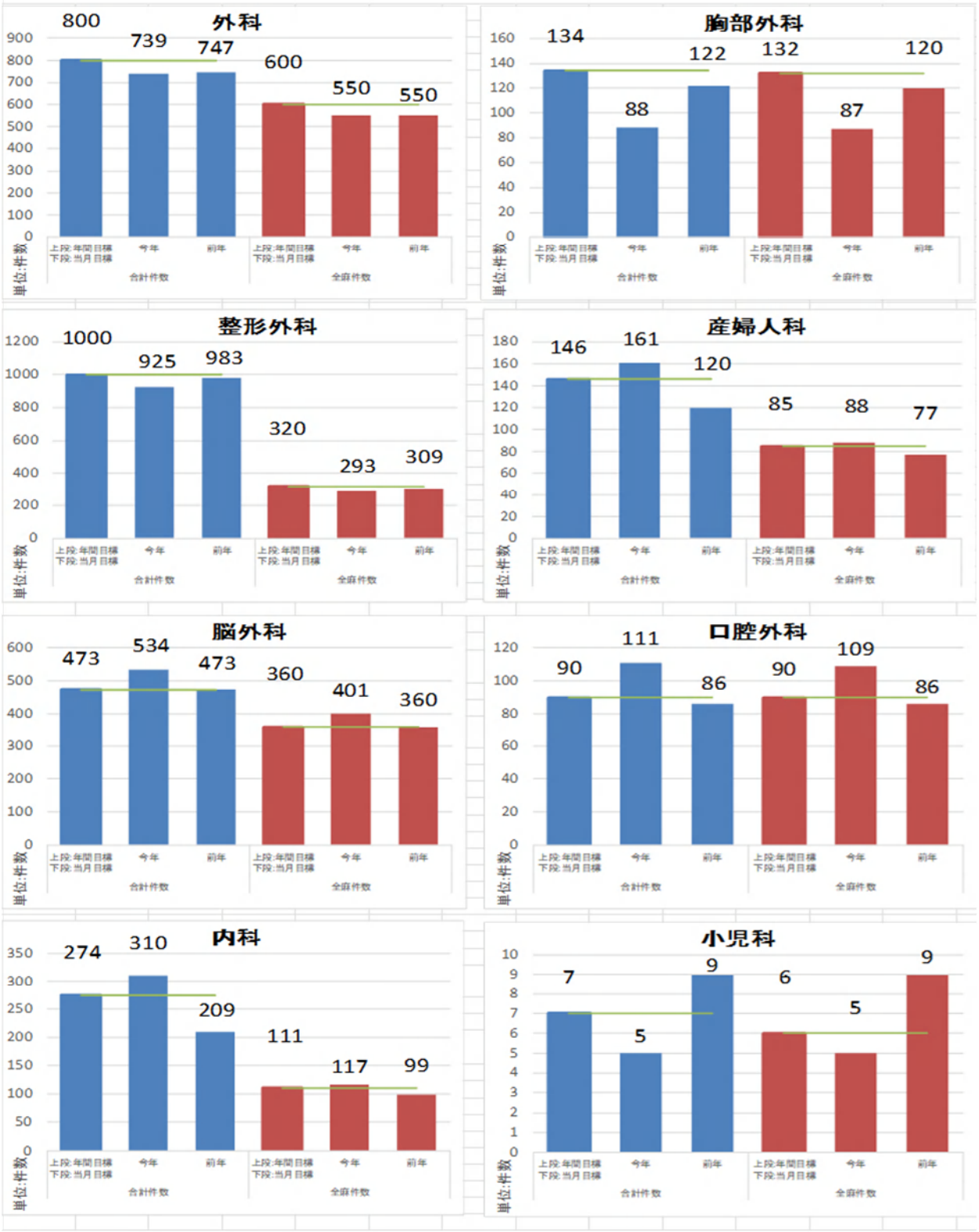
件数に達成できている診療科は乳腺外科、産婦人科、耳鼻科、泌尿器科、脳外科、口腔外科、皮膚科（全麻件数）、眼科、内科（全麻件数）である。多くの診療科が症例数の増加の為に、絶えず努力を継続している事が読みとれる。この場を借りて御礼申し上げる。

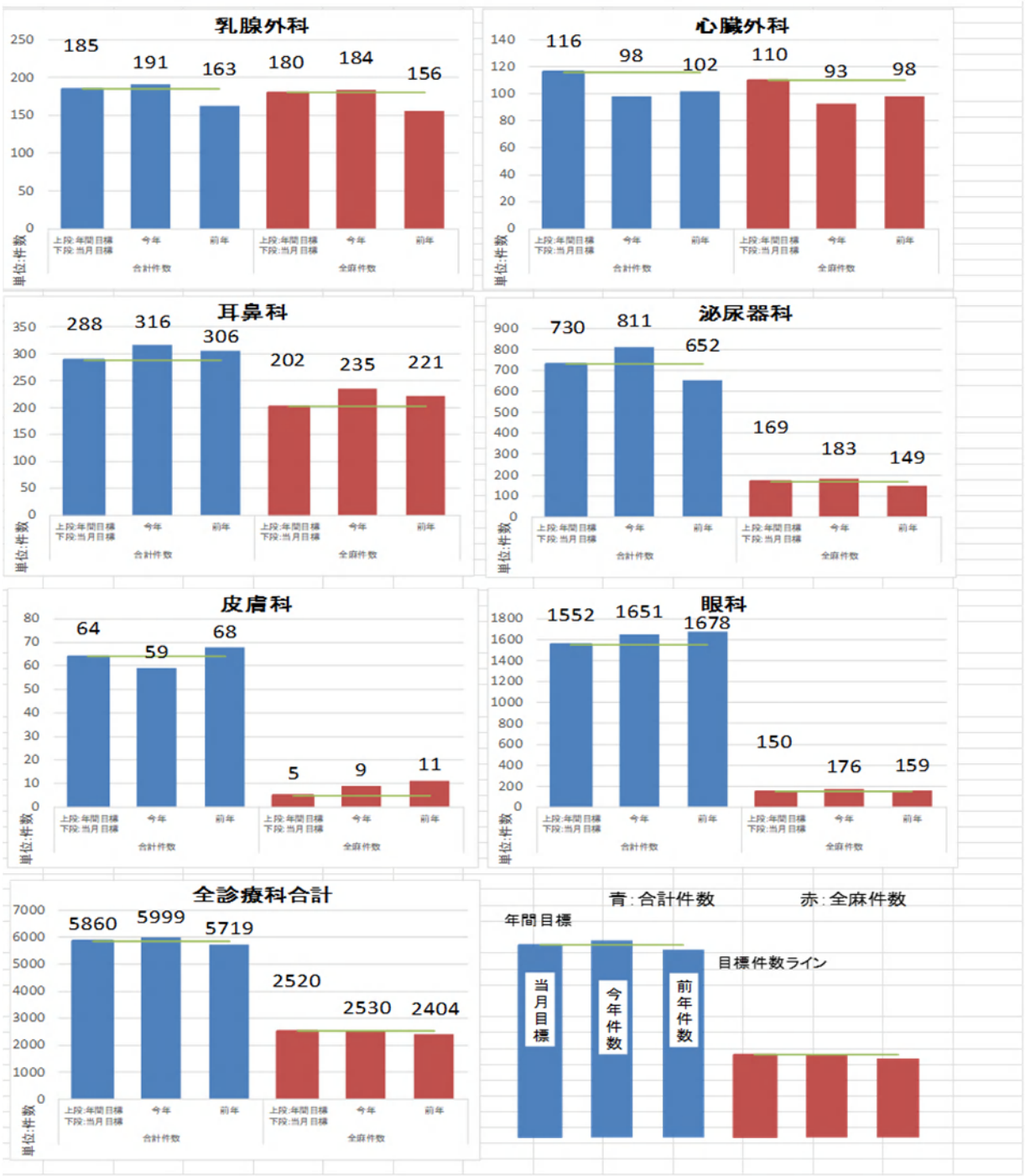
【図 1】

2025年度　診療科別手術件数　（定期/緊急区分）

診療科	定期手術	緊急手術	%緊急	総計
外科	564	175	23.7	739
呼吸器外科	76	12	13.6	88
乳腺外科	183	8	4.2	191
心臓血管外科	92	6	6.1	98
整形外科	679	246	26.6	925
産婦人科	146	15	9.3	161
耳鼻咽喉科	313	3	0.9	316
泌尿器科	689	122	15.0	811
脳神経外科	359	175	32.8	534
歯科口腔外科	106	5	4.5	111
皮膚科	57	2	3.4	59
眼科	1622	29	1.8	1651
内科	261	49	15.8	310
小児科	5	0	0.0	5
麻酔科	0	0	NA	0
合計	**5152**	**847**	**14.1**	**5999**

【図 2】
2025 年度診療科別手術件数（目標および達成度）





4．学会・研究活動実績

別紙参照

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，村山　睦医師，近藤　尚医師，浦田　登医師，宇仁田慧医師，近藤　高医師，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），齋藤雅之医師（非常勤），田中大貴医師（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必要があるため，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 7 年度の内視鏡検査数は上部消化管：3003 件，下部消化管：2363 件であった．内視鏡的腫瘍切除術はポリペクトミー 501 件，EMR 259 件，ESD 43 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）325 件，消化管狭窄拡張術 56 件，緊急消化管止血術 173 件，食道・胃静脈瘤治療 28 件，内視鏡的胃瘻造設および交換術 139 件，超音波内視鏡検査（穿刺含む）331 件，カプセル内視鏡検査 19 件，ダブルバルーン小腸内視鏡検査 1 件であった．

名古屋大学多施設共同研究
●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
●食道 ESD に関する他施設後ろ向き観察研究
●上部消化管粘膜下腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法に関する多施設後ろ向き観察研究

各種専門医（令和 7 年度）
●日本消化器内視鏡学会
島田昌明内視鏡診療部長，村山　睦消化器内科医長，近藤　尚消化器内科病院医長，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，斎藤雅之非常勤医師
●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，岩瀬弘明非常勤医師，斎藤雅之非常勤医師

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て臨床での検査を行っている。最近は、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拡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 2026 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

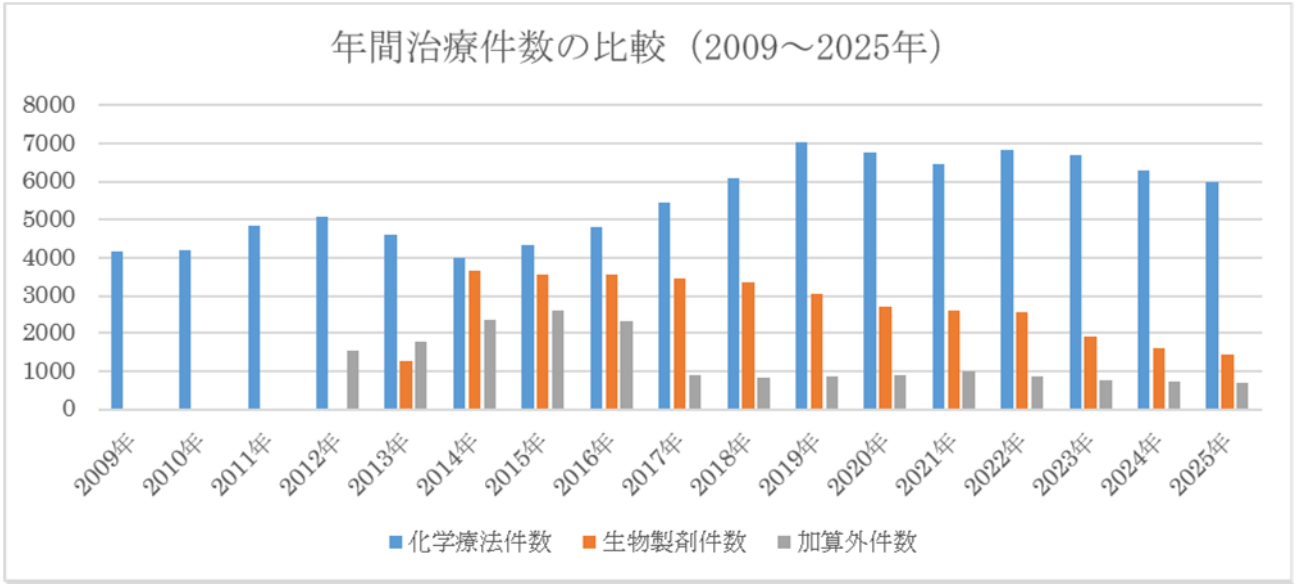
外来化学療法では，安全・確実な治療であること，副作用などの苦痛が少なく患者が快適であることが求められる。またがん患者が，できるだけ生活の質を損なわず，その人らしく暮らせるようにサポートする必要がある。

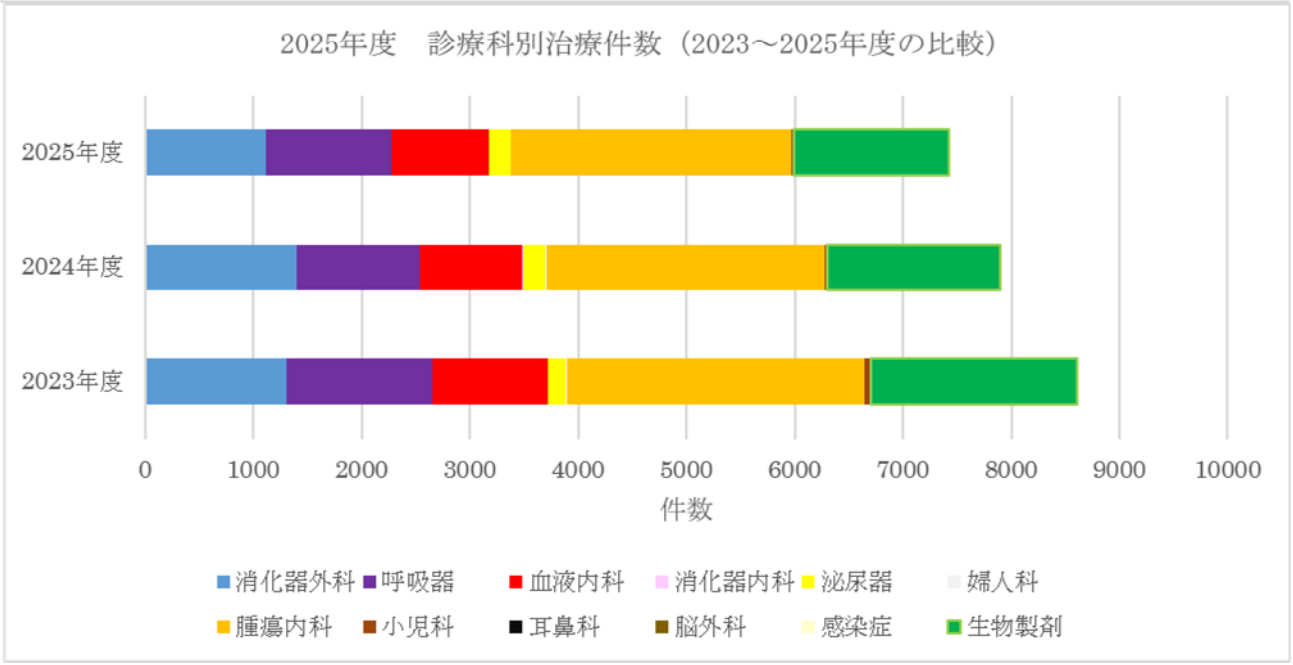
外来化学療法室の医療スタッフは，相互の連携とコミュニケーション，スタッフ教育，マニュアル整備などを通して，より安全な治療と質の高いケアを目指している。

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。

2025 年度の治療件数は　7,425　件（外来化学療法加算外の治療は　709　件）で，一日平均治療件数は　30.7　件（前年度 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。

また地域がん診療連携拠点病院の事業として，キャンサーボードの主催，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 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。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い、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，関わるようにしている。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てている。

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。

2025 年度の登録レジ
メン数は通算約 1930 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
2025 年度	109	83
診療科	68	2
治験	41	81

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，頭頚部がん，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

今年度のがん患者指導管理料は、イが 215 件（前年度 203 件）と増加した。外来へのがん関連認定看護師の配置により、医師と看護師が協働して治療方針等を説明する体制が充実したことが要因と考えられる。一方、ロは 208 件（前年度 272 件）と減少した。外来化学療法室の安全管理体制の再構築に伴う業務体制の変化などにより、患者の心理的支援に関する対応時間の確保などが難しい状況が生じたことが、算定件数の減少につながったと考えられる。

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	203	272	210
2025 年度	215	208	277

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，下記リスク管理表に示すとおりである。

2025 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	臨床腫瘍キャンサーボード
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、PDCA サイクルに基づく継続的な改善に取り組んでいる。No.6 の待ち時間対策では、2024 年度の待ち時間調査における平均 59 分を踏まえ、「平均待ち時間 50 分以内」を目標として取り組みを継続した。待ち時間短縮に向け、連日投与患者に対して、比較的空いている 8 時 45 分～10 時 00 分の時間帯を案内した。その結果、対象患者の 90%（41 件中 40 件）が同時間帯に来室し、治療開始までの流れの円滑化につながった。また、安全管理体制のもと、静脈注射研修Ⅳ抗がん剤コースを修了した看護師による静脈穿刺を実施するとともに、穿刺困難時には看護師・医師で、穿刺部位のアセスメントを共有するなど、安全に穿刺を実施できる体制を整備した。これにより、点滴準備終了から静脈穿刺までの待ち時間は、10 分未満から 6 分未満へ短縮した。

これらの取り組みの結果、平均待ち時間は 59 分から 35 分へ 24 分短縮し、目標の 50 分以内を達成した。また、最大待ち時間についても 2 時間 11 分から 1 時間 29 分へ 42 分短縮した。さらに、待ち時間に関する患者からのご意見は、前年度の 3 日間で 15 件から、今年度は 5 日間で 8 件へ減少し、待ち時間の短縮による患者の負担軽減につながった。今後も待ち時間短縮の効果を維持し、患者の安全と負担軽減を両立した外来化学療法の提供を継続する。また、多職種連携を強化し、治療前からの副作用アセスメントや苦痛の把握、ACP を含めた支援の充実を図り、患者・家族を包括的に支える体制を整えていく。

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、治療内容の複雑化や新たな治療薬の導入に対応し、安全な薬物療法の提供に向けた体制整備と知識・技術の向上に取り組んでいる。免疫チェックポイント阻害薬等に伴う副作用については、スクリーニング検査やフォローアップ検査、統一した副作用観察項目を活用し、緊急受診が必要な際にも電子カルテ上で，がん患者に関する情報共有を行い、早期発見と重症化予防に努めている。

外来化学療法室の待ち時間短縮については、継続的な業務改善により、平均待ち時間が前年度の 59 分から 35 分へ短縮し、目標の 50 分以内を達成した。今後も成果を維持し、患者の安全と負担軽減を両立した円滑な外来化学療法の提供を目指す。また、厚生労働省指定の地域がん診療連携拠点病院としての役割を踏まえ、院内の多職種および地域の医療・介護関係者との連携を強化し、地域完結型のがん医療の提供と、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の充実を図る。

治療の副作用や苦痛の早期把握、ACP を含めた意思決定支援、早期からの緩和ケアへの連携など、治療と療養生活の両面を支える取り組みを進め、患者・家族の生活の質の向上につなげていく。今後も、多職種が協働して患者・家族のニーズを捉え、PDCA サイクルに基づく継続的な改善を重ねることで、安全で質の高い外来化学療法の提供と、治療から療養生活まで切れ目のない支援体制のさらなる充実を目指す。

医療情報管理部

１．スタッフ

村山　睦　　医療情報管理部長（消化器内科医長）
増田　洋　　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 2009 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。2025 年 10 月からは診療録作成に一部 AI の活用も開始しました。
これまでに 89 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 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

富士通カルテユーザー会への参加、カルナコネク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）、尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）、人工呼吸器関連イベント（VAE）、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、施設内においてデバイスサーベイランス、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、ICT医療連携施設へのラウンド、季節性インフルエンザー知識の確認とアップデートー、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35名前後のメンバー間で活発に意見交換を行った。また、2025年度は1年間に4回以上、クリニック・病院等の医療機関を訪問し院内感染対策等に関する助言を行い、指導強化加算を算定した。情報発信としてのICT Newsは、Vol.81ハンドソープ変更、Vol.82 2024年度のCOVID-19発生状況、Vol.83 COVID-19発生状況、Vol.84環境クロスの使い分け、Vol.85 COVID-19発生状況、Vol.86 N95マスク種類と使用、Vol.87～89 COVID-19/インフルエンザ発生状況、Vol.90 環境クロス変更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、堀沢知世、猪野沙巴、早川未紗
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）、後藤将仁（感染管理特定認定看護師、副看護師長）
事務員：　酒井祐輔、小島達矢、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）2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）4例（前年度3例）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）0例（前年度0例）であった。病院全体のMRSA感染率0.49‰（前年度0.37‰）、ESBL感染率は0.71‰（前年度0.80‰）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）。

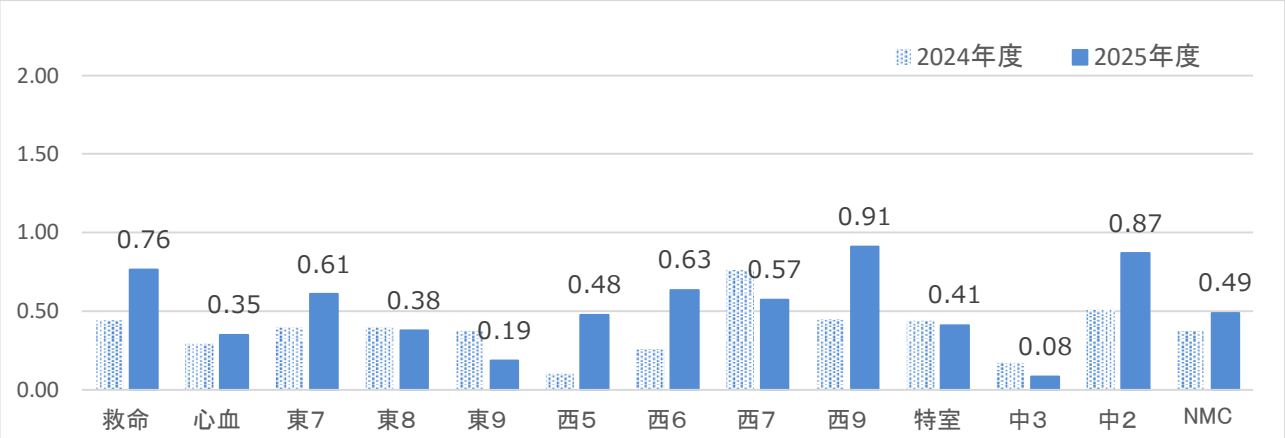


図1　MRSA感染率（‰）

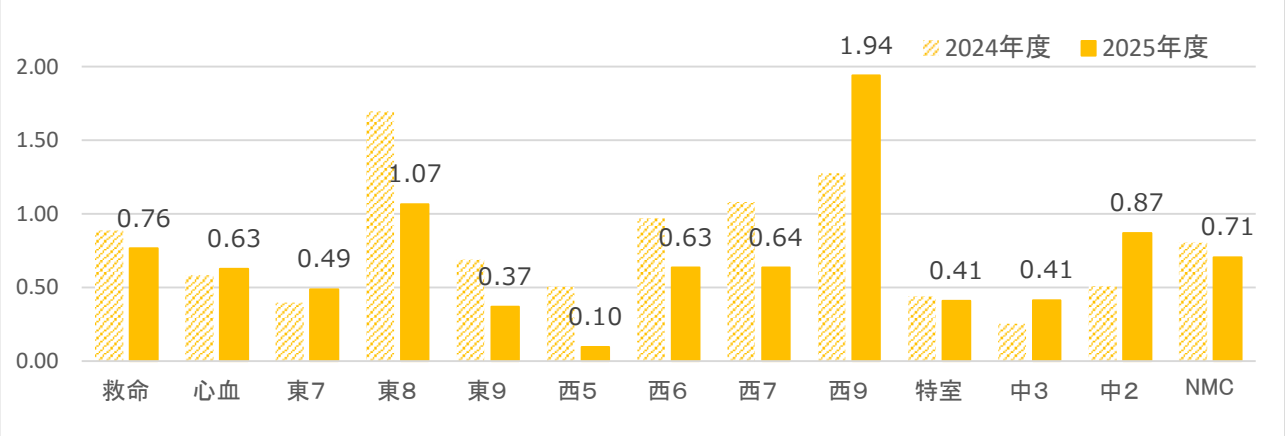


図2　ESBL感染率（‰）

2）アルコール手指消毒薬払出量

全病棟集計において、2025 年度よりユニットと病棟に分けて算出した。ユニット 35.5ml/患者日であり、病棟 16.7ml/患者日だった（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ピュレルが 34.3%、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 56.3%、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 9.4%であった。

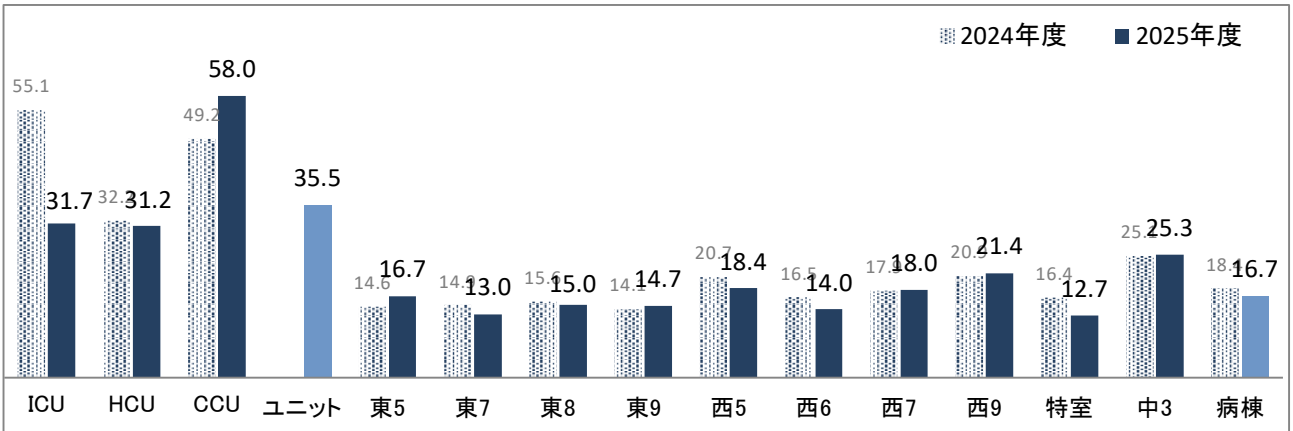


図3　擦式アルコール消毒薬払出量（ml/患者日）

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 7.0 件（前年 8.6 件）であった。針刺・切創、粘膜曝露ともに昨年度より減少し、発生場所では病棟が多かった。（図 4、図 5）。

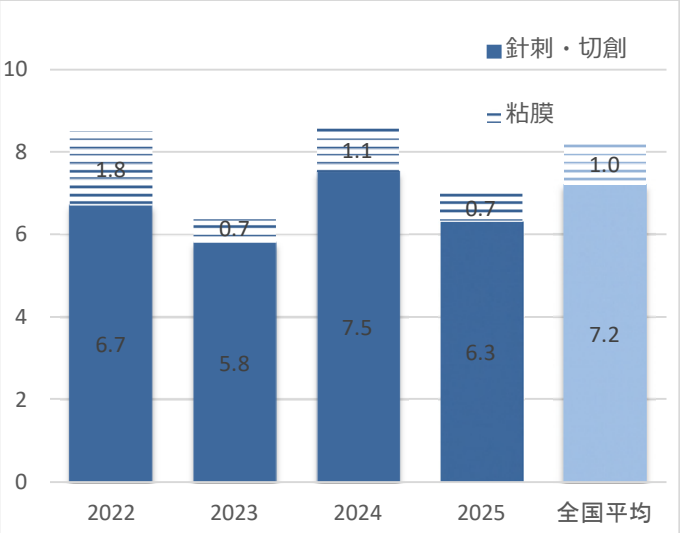


図4　血液曝露発生頻度
（件/100稼働床）

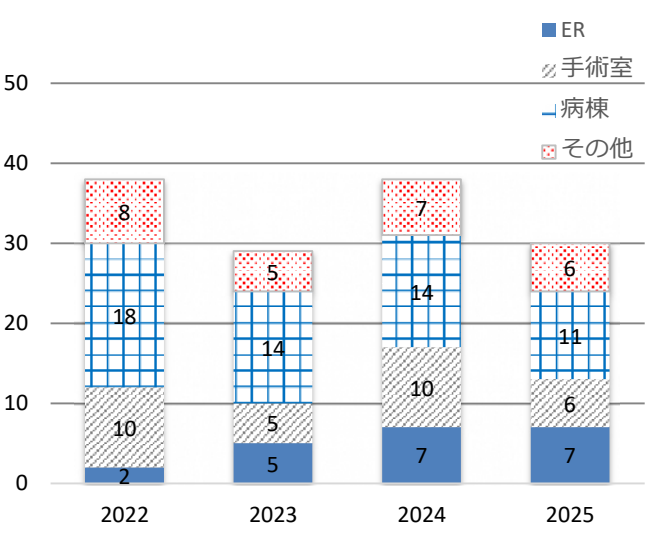


図5　血液曝露発生場所

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）サーベイランスは全部署を対象に実施した。（図 6-1、図 6-2、図 6-3）

中心静脈カテーテル使用比＝延べカテーテル使用日数／延べ入院患者日数

中心静脈カテーテル関連血流感染率＝感染件数／延べ医療器具使用日数×1000

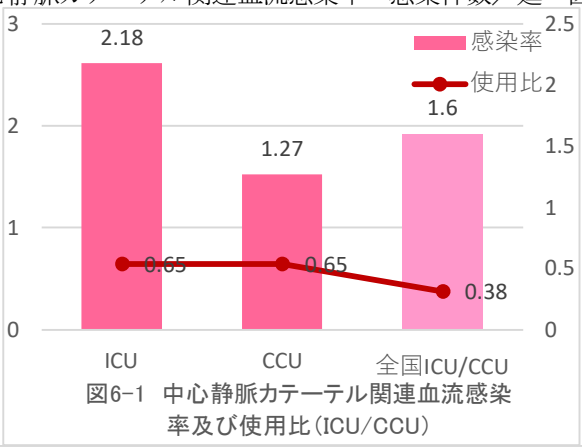


図6-1　中心静脈カテーテル関連血流感染率及び使用比（ICU/CCU）

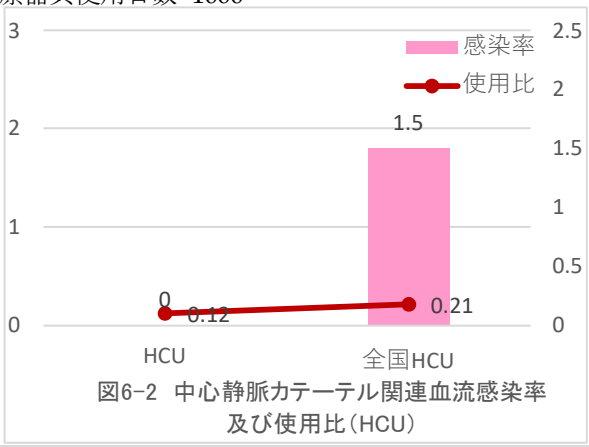


図6-2　中心静脈カテーテル関連血流感染率及び使用比（HCU）

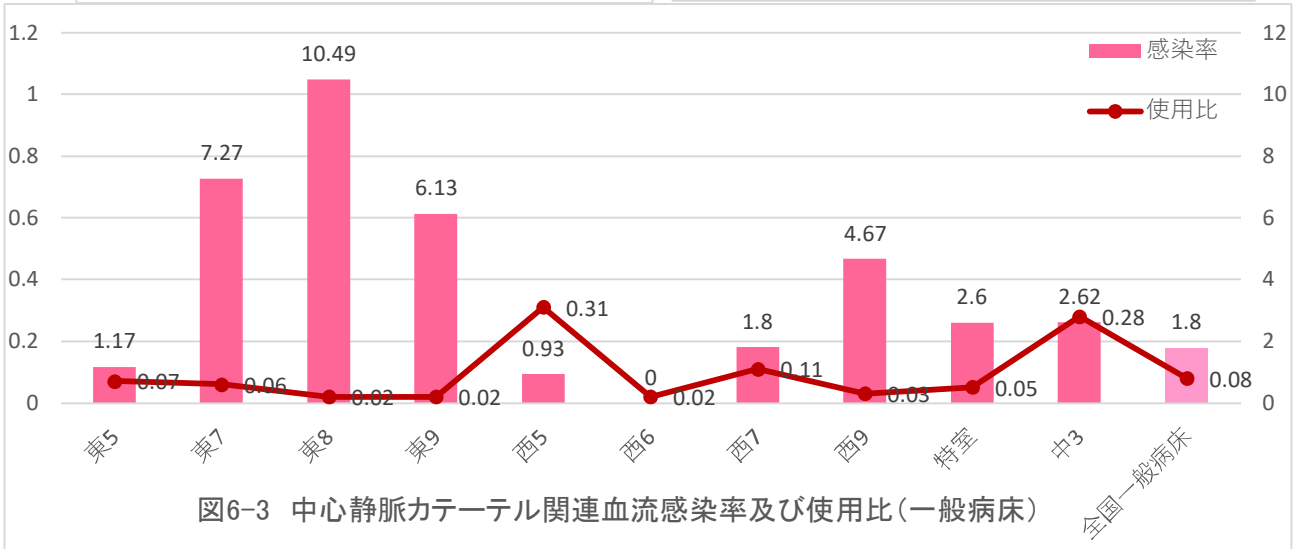


図6-3　中心静脈カテーテル関連血流感染率及び使用比（一般病床）

5）尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）

尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）サーベイランスは全部署を対象に実施した。（図 7-1、図 7-2、図 7-3）

尿道留置カテーテル使用比＝延べカテーテル使用日数／延べ入院患者日数

尿道留置カテーテル関連尿路感染率＝感染件数／延べ医療器具使用日数×1000

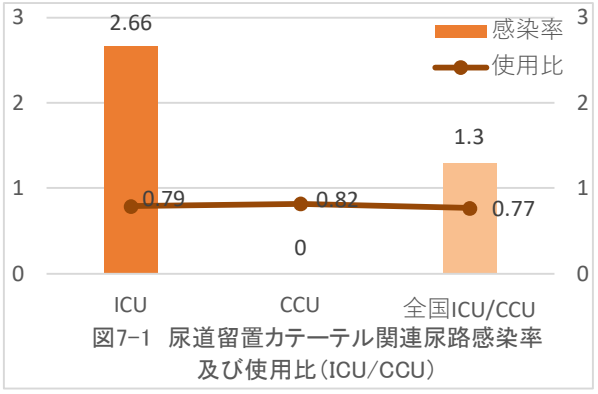


図7-1　尿道留置カテーテル関連尿路感染率及び使用比（ICU/CCU）

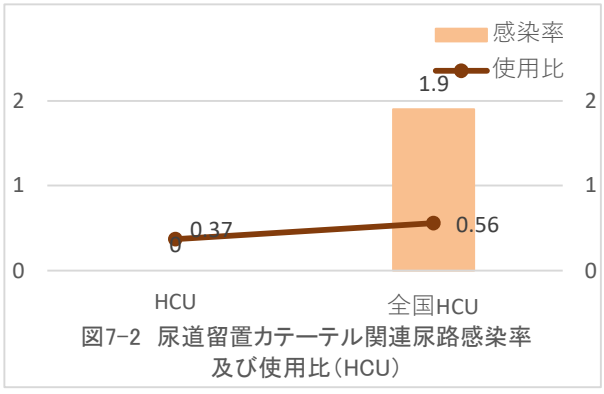


図7-2　尿道留置カテーテル関連尿路感染率及び使用比（HCU）

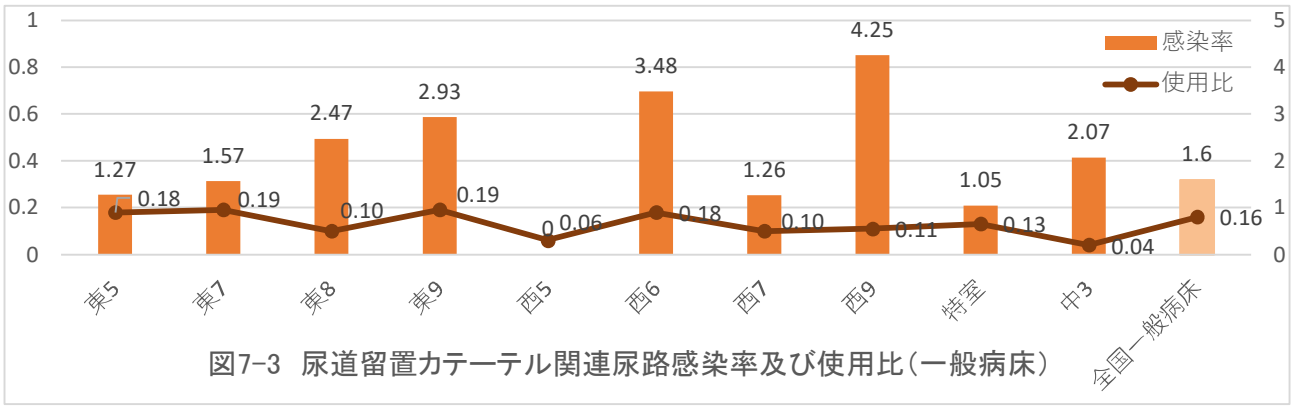


図7-3　尿道留置カテーテル関連尿路感染率及び使用比（一般病床）

6）人工呼吸器関連イベント（VAE）

人工呼吸器関連イベント（VAE）サーベイランスは全部署を対象に実施した。（図 8-1、図 8-2、図 8-3）

人工呼吸器使用比＝延べカテーテル使用日数／延べ入院患者日数

VAC（人工呼吸器に関連したコンディション）、IVAC（感染に関連した人工呼吸器関連合併症）、PVAP（人工呼吸器関連肺炎の可能性）の発生率＝発生件数／延べ医療器具使用日数×1000

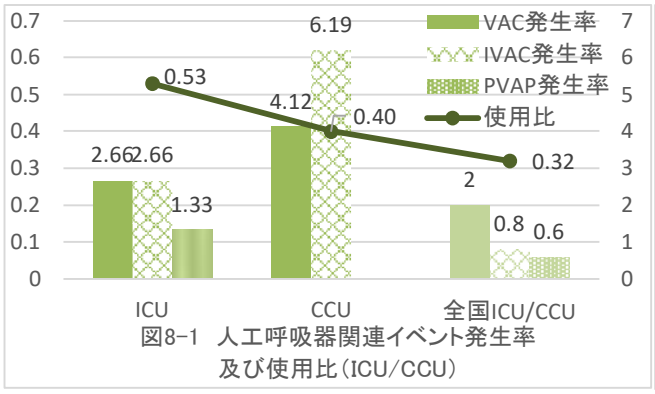


図8-1　人工呼吸器関連イベント発生率及び使用比（ICU/CCU）

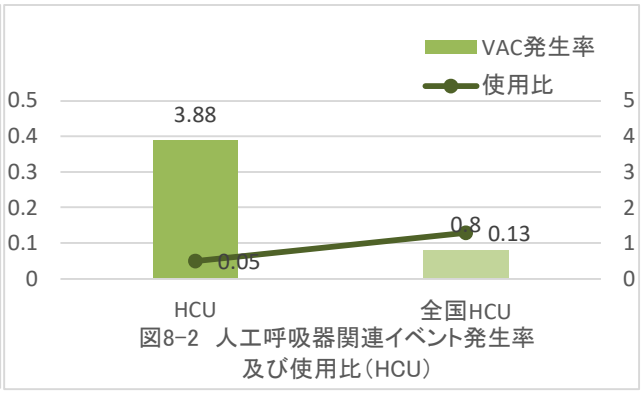


図8-2　人工呼吸器関連イベント発生率及び使用比（HCU）

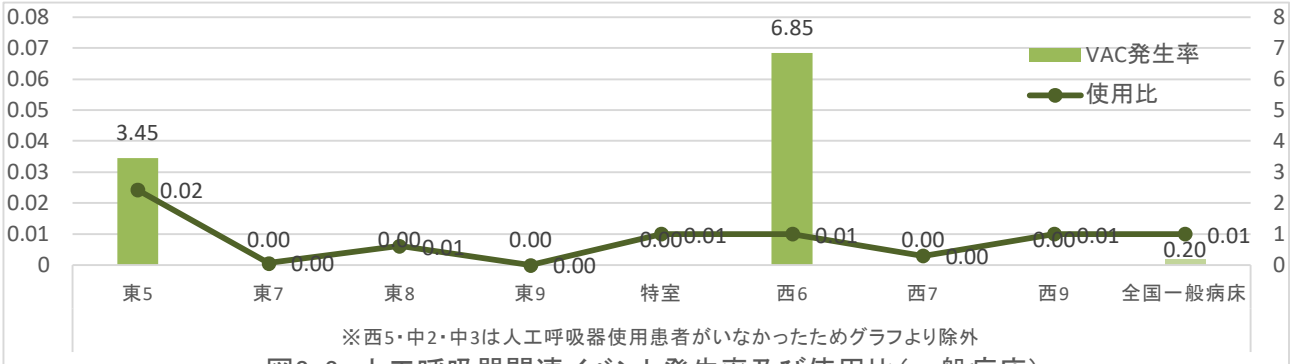


図8-3　人工呼吸器関連イベント発生率及び使用比（一般病床）

7）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 9）。

名古屋医療センター2025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	249			100	100	100	/	100	/	72	99	80		78	99	100	100	100
MRSA	138	/	/	/	/	/	/	/	/	76	100	12		6	100	87	100	100
Staphylococcus epidermidis	114						/		/	40		56		31	66	93	100	100
Enterococcus faecalis	194	100	100	/	/	/	/	100	/	/	/	/		93	/	30	100	100
Enterococcus faecium	149	16	16	/	/	/	/	/	/	/	/	/		11	/	79	100	100
Streptococcus pneumoniae（参考値）	10	100	/	C/A*100	/	50	100	/	60	/	/	60	20	90		/	100	/

＊SBT/ABPCでなくCVA/AMPC　網掛は通常の第一選択（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	434	51	56	97	64	63	76	97	76	76	79	93	99	100	78	100	59	80
Klebsiella pneumoniae	261	/	50	97	75	78	83	99	83	83	84	95	100	99	84	100	87	83
Klebsiella oxytoca	72	/	41	87	65	19	81	93	81	86	88	84	95	95	81	100	90	93
Klebsiella(Enterobacter) aerogenes	32		65	90	43				56	65	87	90	90	100	78	100	87	93
Enterobacter cloacae	90		48	81	18				46	48	65	75	97	100	50	100	86	73
Proteus mirabilis	35	97	97	100	97	85	97	97	97	97	100	100	/	100	100	100	71	88
Serratia marcescens	37		83	91					/	89	94	89	/	100	83	100	91	97
Citrobacter freundii（参考値）	14		57	100	35				71	71	100	85	100	100	78	100	85	85
Pseudomonas aeruginosa	160	/	85	88	/	/	/	/	/	87	86	83	79	89	76	98	83	
Acinetobacter baumannii	39	/	82	/	/	/	/	/	/	97	92	100	100	100	/	100	97	
Stenotrophomonas maltophilia	71	/	/	/	/	/	/	/	/	50	/	/	/	/	/	/	98	98
Haemophilus influenzae	41	53	/	/	C/A*73	/	63	/	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2025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	471			100	100	100	/	100	/	67	99	75		74	99	99	100	100
MRSA	194						/	/	/	76	99	17		8	100	88	100	100
Staphylococcus epidermidis	106						/		/	55		70		45	83	96	100	100
Enterococcus faecalis	196	100	100	/	/	/	/	99	/	/	/	/		89	/	22	100	98
Enterococcus faecium	47	12	14	/	/	/	/	/	/	/	/	/		8	/	78	100	100
Streptococcus pneumoniae	77	100	/	C/A*97	/	64	98	/	72	/	/	44	16	89		/	100	/

＊SBT/ABPCでなくCVA/AMPC　網掛は通常の第一選択（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	726	52	56	99	67	63	77	98	77	77	78	97	99	99	78	100	59	81
Klebsiella pneumoniae	365	/	52	98	82	85	88	99	88	88	88	98	100	100	88	99	91	90
Klebsiella oxytoca	72	/	41	94	73	26	94	100	94	97	95	94	100	100	95	100	91	93
Klebsiella(Enterobacter) aerogenes（参考値）	28		82	92	57				85	82	92	96	100	100	89	100	92	96
Enterobacter cloacae	86		82	95	40				74	81	89	88	97	98	82	100	91	90
Proteus mirabilis	64	92	93	100	96	76	93	100	93	93	93	98	/	100	93	100	57	90
Serratia marcescens	53		90	92					/	92	98	96	/	100	90	100	86	100
Citrobacter freundii（参考値）	15		86	100	86				93	93	100	93	100	100	93	100	86	86
Pseudomonas aeruginosa	188	/	90	93	/	/	/	/	/	92	88	89	86	91	86	98	84	
Acinetobacter baumannii（参考値）	28	/	78	/	/	/	/	/	/	96	96	100	100	100	/	100	92	
Stenotrophomonas maltophilia	43	/	/	/	/	/	/	/	/	44	/	/	/	/	/	/	90	100
Haemophilus influenzae	122	52	/	/	C/A*75	/	67	/	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 9　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。2025 年度に抗菌薬の適正使用のために AST が関与した症例数、ラウンド時の提案件数、採択件数は表 1 のとおりで採択率は 87.9%であった。

表 1　抗菌薬適正使用に関わる活動症例数

AST ラウンド症例数	1790 件
ラウンド時の提案件数	2214 件
採択件数	1948 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 10、図 11 に示す。抗菌薬全体の AUD は増加が見られた。2024 年度と比較しカルバペネム系、第三世代セファロスポリン系、第四世代セファロスポリン系の AUD はやや増加、ペニシリン系、キノロン系は減少が見られた。抗 MRSA 薬の AUD は増加傾向であった。

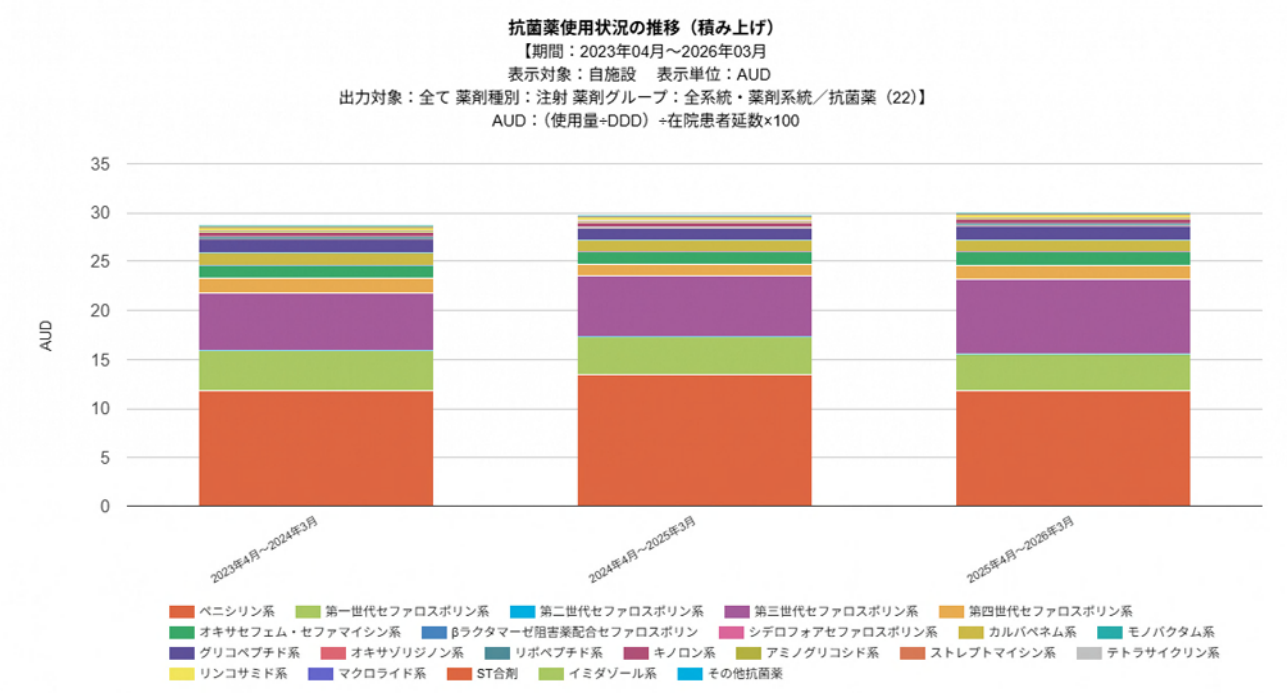


図 10　注射用抗菌薬の使用量（AUD）の年度推移

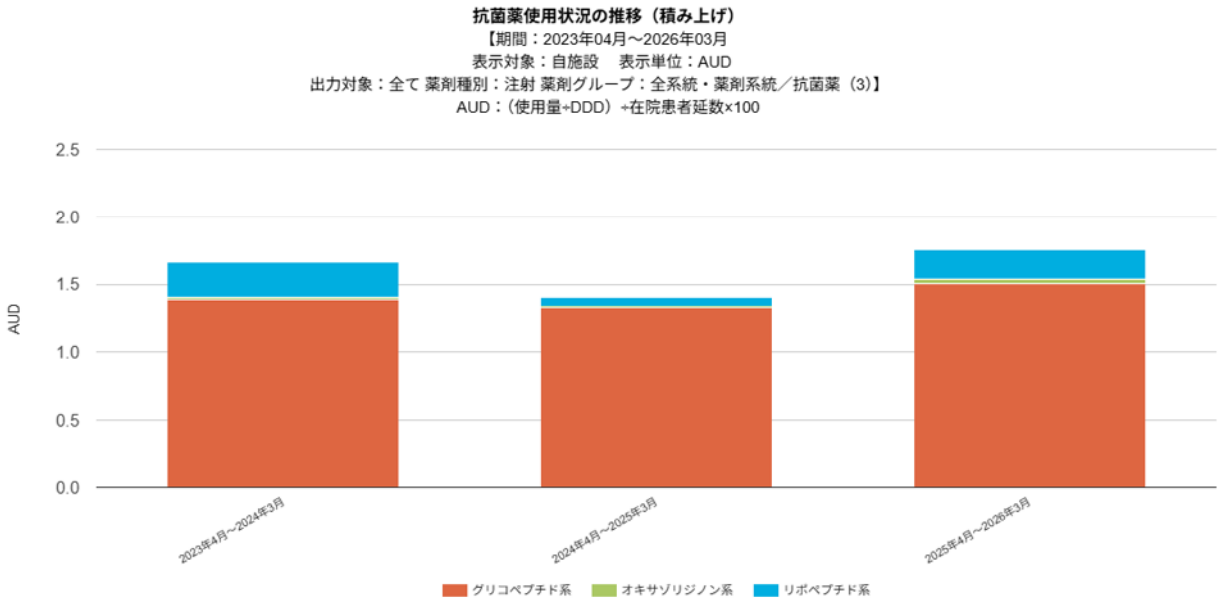


図 11　抗 MRSA 薬の使用量（AUD）の年度推移

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。

【2025 年度（2 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（手指衛生の正しいタイミング）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
●ICN による手指衛生直接観察指導の実施

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 12 に示す。前年度と比較し、５つの要素の偏りはややあるものの改善した。

	導入前	2024 年 3 月	2025 年 3 月
1.　物品設備	35/100	55/100	55/100
2.　研修教育	35/100	55/100	75/100
3.　測定評価	50/100	60/100	60/100
4.　現場掲示	25/100	47.5/100	60/100
5.　組織文化	15/100	40/100	40/100
合計スコア	160/500	257.5/500	290/500
手指衛生レベル	初級	中級	中級

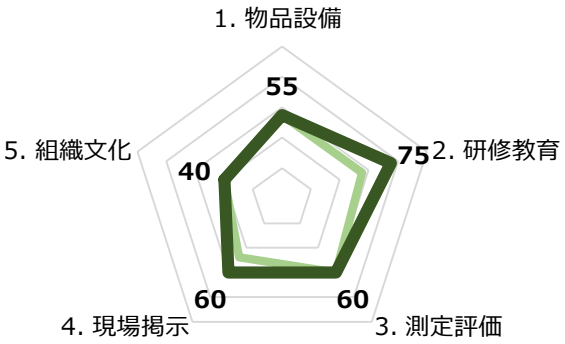


図 12　手指衛生自己評価フレームワーク（HHSAF）評価