

第24回長崎救急医学会

プログラム・抄録集



日 時：2016年9月10日(土)10:00~17:00

会 場：国家公務員
共済組合連合会 佐世保共済病院
8階 大講堂・中会議室

会 長：井口東郎（佐世保共済病院院長）

第24回長崎救急医学会開催にあたってのご挨拶

会長 井口 東 郎
(佐世保共済病院 院長)

第24回長崎救急医学会を平成28年9月10日(土)に佐世保共済病院の担当で開催させていただきます。

本学会のメインテーマにつきましては、領域を限ることなくできるだけ多くの演題を応募していただくために、「救急医療のこれから：支え、つなぐ命」といった一般的なテーマと致しました。ただ、迫り来る超高齢化社会は救急医療の世界にも「孤独死」、「死生観」、等々の様々な問題を提起しており、救急医療のモットーである「避けられる死」とは対極に位置する「死の許容」といった問題も避けては通れない時代となってまいりました。そこで、特別講演では「超高齢化社会を見据えた救急医療を問う」といった主題の下に、長崎県医療政策課の中村係長より長崎県が策定した人口動態の将来予測に基づいた地域医療政策を紹介していただくとともに長崎リハビリテーション病院の栗原先生より「地域包括ケア時代の地域救急医療」と題した講演をしていただきます。また、この4月に勃発した熊本地震を取り上げ、長崎県のDMATを率いて復興支援にあられた長崎大学病院地域医療支援センターの高山先生から「長崎DMATの熊本地震への対応」と題した基調講演に加えて一般演題として応募いただいた熊本地震関連の4演題を特別企画「熊本地震に学ぶ」として一つのセッションにまとめ、今後の災害医療における提言に繋げる企画といたしました。さらに、ランチョンセミナーではこれまであまり取り上げられなかった周産期救急に焦点を充て、長崎医療センターの山下先生より「長崎県の周産期医療体制の現状」と題した講演をしていただきます。一般演題につきましては、42題もの数多くの応募をいただき嬉しい悲鳴を挙げております。一般演題は聴衆を分散することなく1会場に集約し、多職種からの意見交換の場を目論んでいたのですが、少々欲張りすぎた企画となりましたので、2会場での開催とさせていただきますことをご容赦ください。

本学会は長崎県で救急医療に関わっておられる全ての職種の方が一堂に会して意見を交換する場ですので、活発なディスカッションを展開していただくために一般演題の司会を2名で担当していただくことに致しました。本学会が実りある学会となり、今後の長崎県における救急医療の発展に寄与することを願っています。

学会参加者へのご案内

1. 当日受付

<受付時間・場所> 9:00~17:00 佐世保共済病院 北館8階 ロビー

<参加資格> 医療関係者(病院施設職員・救急隊)

<参加費> 無料

※ネームカードを受付にてお渡ししますので着用をお願いいたします。

2. ランチョンセミナー整理券配布について

受付にて、整理券を配布いたします。(9:00~11:00)

※当日のみの配布です。整理券がなくなり次第、配布を終了いたします。

3. 医薬品・機器展示

<時間・場所> 9:00~17:00 佐世保共済病院 北館8階 ロビー

4. 本学会は、長崎県医師会承認、生涯教育講座です。

(cc1(1単位) cc10(1単位) cc13(1単位) cc17(1単位) cc44(1単位) cc57(1単位) cc68(1単位))

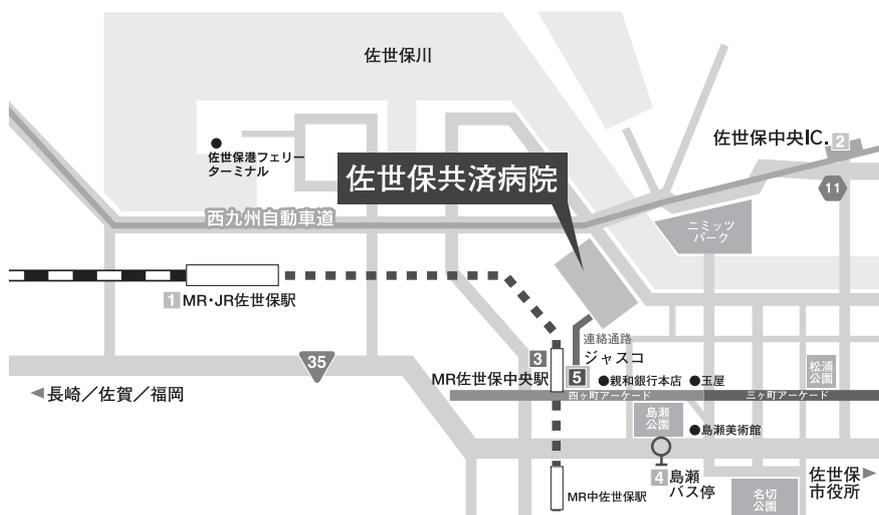
5. その他

○会場は敷地内禁煙となっております。

○会場内で呼出音のある携帯電話のご利用はご遠慮ください。

電源を切るか、マナーモードの設定をお願いいたします。

6. 佐世保共済病院の地図は下記のとおりです。



自家用車：西九州自動車道佐世保中央 IC から車で約5分

※当院の駐車場をご利用の場合、当日は無料パンチを行いますので、駐車券をお持ちの上、会場へお越しください。ただし、数に限りがございますので、お乗り合せ、または公共交通機関のご利用にご協力をお願いいたします。(当院の駐車場：169台)

バス：佐世保バスターミナルから徒歩約15分
最寄バス停「島瀬バス停」から徒歩約4分

電車：JR佐世保駅から徒歩約15分
MR佐世保中央駅から徒歩約2分

<住所>

佐世保共済病院

〒857-8575 佐世保市島地町 10-17

TEL：0956-22-5136 (代)

FAX：0956-25-0662

座長・演者の方へのご案内

<特別講演の座長・演者の方へ>

発表概要につきましては、下記「一般演題演者の方へ」と同様です。

<一般演題座長の方へ>

- ①ご担当セッション開始予定の30分前までに、座長受付にて受付をお済ませください。開始15分前までには、学会会場の次座長席にお越しください。
- ②演題発表時間は、1演題につき発表5分・討論2分です。セッション時間を厳守した進行をお願いいたします。

<一般演題演者の方へ>

発表データが入ったパソコンまたはポータブルデバイスをお持ち下さい。

発表は一般的なプロジェクターを使ったスクリーン投影で行っていただきます。

プロジェクターへの接続方法は、一般的なミニD-Sub15ピンケーブルで接続をいたします。

音声出力は不可です。

なお、前回まで案内していたデータ持ち込みでも構いませんが、こちらで用意しているパソコンは下記の仕様となります。

Windows7 32bit

PowerPoint 2013

外部媒体インターフェースは、USBとDVDスーパーマルチドライブです（USBメモリ、DVD媒体等は、ウイルスチェックをした上で持ち込み下さい）。フォント等はOS標準。動画、音声出力等是对应いたしません。

[発表について]

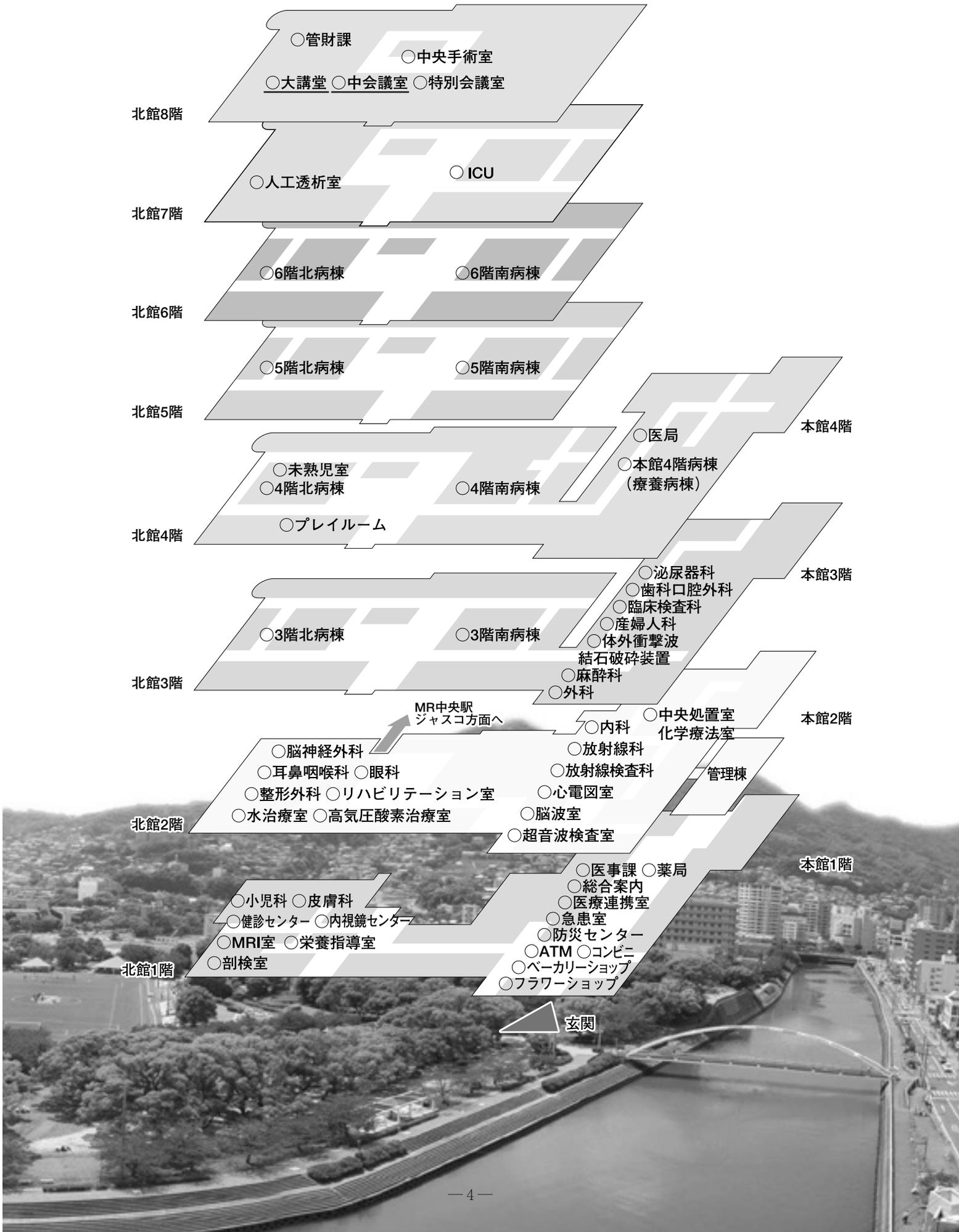
- ①開始15分前までには、学会会場の次演者席にお越しください。
- ②登壇と同時に、スライドショーの1ページ目を主催者側で表示します。演題にセットさせているキーボードとマウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。画面は演者上のモニターでも確認できます。
- ③演題発表時間は、1演題につき発表5分・討論2分です。発表時間を厳守してください。
- ④発表演者は、発表セッションの座長統括終了するまで、学会会場内でお待ちください。

[受付]

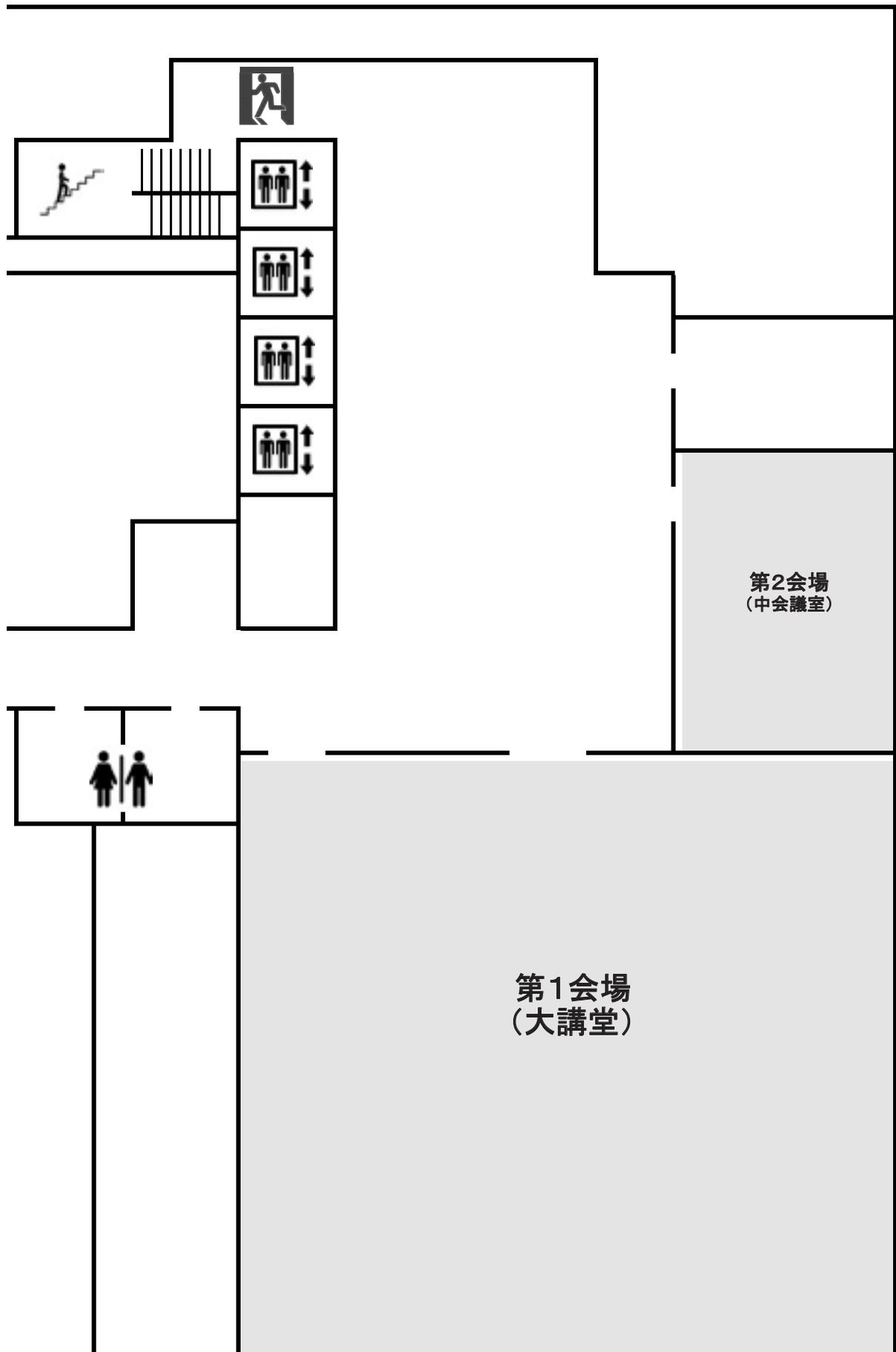
発表セッションの60分前までに、受付にて動作確認を行ってください。

なお、受付が混雑している場合は、時間帯の早い演者の受付を優先させていただきます。

佐世保共済病院 北館案内図



会場案内図（北館8階）



タイムテーブル

北館8階 大講堂 (第1会場)			
10:00～10:10	【開会挨拶】		会長：井口 東郎
10:10～10:50	【パネルディスカッション】		座長：井原 司・乾 広貴
	「救急現場における受入困難事例を考える：事例検討」		
	パネリスト		
	長崎県医療政策課地域医療班 (行政)	中村 直輝	
	長崎市消防局警防課 (救急救命士)	林田 哲	
	佐世保市総合医療センター (看護師)	松井 望	
	佐世保共済病院腎臓内科 (医師)	福成 健一	
	佐世保共済病院医療連携室 (MSW)	永田 敬博	
11:00～12:00	【特別講演】 主題「超高齢化社会を見据えた救急医療体制を問う」		座長：井口 東郎
1	長崎県における人口動態の将来予測に基づいた地域医療構想について	長崎県医療政策課地域医療班 係長	中村 直輝
2	地域包括ケア時代の地域救急医療	長崎リハビリテーション病院 院長	栗原 正紀
12:10～12:40	【ランチョンセミナー】		座長：清水 輝久
	長崎県の周産期医療体制の現状	長崎医療センター 産婦人科医長	山下 洋
12:45～13:00	【総会】		
13:10～14:10	【特別企画】「熊本地震に学ぶ」		座長：田崎 修
	《基調講演》 長崎DMA Tの熊本地震への対応	長崎大学病院	高山 隼人
	《一般演題》		
1	熊本地震における当院の災害支援活動についての報告	JCHO諫早総合病院	大宮 弘司
2	平成28年熊本地震における当院医療支援チーム活動報告	長崎労災病院	竹内 潤
3	平成28年熊本地震に対する当院DMA Tの活動報告	長崎労災病院	梶川 大輔
4	DMA T・災害支援ナースによる熊本地震災害派遣での活動報告	長崎労災病院	高島雄一郎
14:20～15:02	【一般演題:救急対応Ⅰ】		座長：田平 直美・野口みどり
1	「へり搬送症例における看護実態調査」～十分な患者・家族対応を目指して～	長崎県上五島病院	中村 千春
2	ドクターカーの活動におけるノンテクニカルスキルチェックリストの導入	長崎大学病院	小森由紀子
3	長崎市におけるドクターカーの活動範囲と心拍再開症例との関係性	長崎大学病院	尾上 亜弓
4	院内緊急コール体制における二次蘇生チーム看護師の活動と今後の課題	長崎大学病院	泉 大貴
5	A病院での院内急変症例の発生内容と前駆症状に対する看護師の認識と行動との関連性	長崎川棚医療センター	山口 和美
6	当院における災害机上シミュレーションの効果と課題～災害発生時の役割について気付く～	佐世保中央病院	谷口 拓司
15:02～15:44	【一般演題:救急対応Ⅱ】		座長：乾 広貴・松井 幸司
1	西海市における救急搬送の現状と課題	佐世保市消防局東消防署西彼出張所	楠富 陽平
2	当院における「小児科ドクターコールシステム」の現状と今後の課題	佐世保市総合医療センター	中園由紀子
3	長崎市消防局管轄区域内における脳卒中傷病者の発症から119通報までの現状について	長崎市消防局	古川 保
4	長崎川棚医療センター救急連絡協議会の開催報告	長崎川棚医療センター	山口 和美
5	爆発事故熱傷患者3名同時受け入れの対応について	長崎県島原病院	江上 久子
6	職員の応急処置に対する意識と対応力向上に向けた取り組み	北松中央病院	山口 真美
15:44～16:26	【一般演題:救急対応Ⅲ】		座長：松井 望・小林 望
1	救急報告におけるコミュニケーションエラーの改善に向けて	井上病院	木下 美香
2	当院救急外来における外国人診療の報告	長崎みなとメディカルセンター市民病院	小寺 厚志
3	救急領域における家族看護の質の向上を目指した取り組み	佐世保市総合医療センター	田代 祐子
4	ICUにおけるチーム医療の在り方～熱中症患者へ展開したチーム医療からの考察～	佐世保市総合医療センター	立石 奈己
5	ICUにおける初療看護導入と今後の課題	佐世保共済病院	松井 幸司
6	当直業務を開始して	佐世保中央病院	中山 絵美
16:50～17:00	【閉会挨拶】		会長：井口 東郎
17:30～19:30	【ながさき救急看護セミナー】		

北館8階 中会議室 (第2会場)

9:00～9:50 【長崎救急医学会 理事会】

14:20～15:16 【一般演題:症例・救急疾患Ⅰ】

座長：山下 和範・山田 成美

- | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| 1 | 4回のくも膜下出血を来した多発性腎嚢胞の症例 | 長崎北徳洲会病院 | 鬼塚 正成 |
| 2 | 頭蓋内出血により一過性QT延長を来した1例 | 長崎医療センター | 川口 雄史 |
| 3 | 墜落を契機に発症した外傷性両側内頸動脈海綿静脈洞瘻 (carotid cavernous fistula:CCF) の一例 | 長崎大学病院 | 林 信孝 |
| 4 | Von Recklinghausen病に合併した弛緩出血の一例 | 長崎医療センター | 中原 知之 |
| 5 | 抗リウマチ薬投与中に生じた、炎症反応上昇を伴わない壊死性筋膜炎の1例 | 長崎医療センター | 福井季代子 |
| 6 | 喉頭癌の化学放射線療法後に食道穿孔を起こし化膿性脊椎炎を合併、集学的治療を要した1例 | 長崎医療センター | 杉川 知香 |
| 7 | 遺伝性有口赤血球症に伴った脊柱管内髄外造血巣による圧迫性胸髄症の一例 | 長崎大学病院 | 鈴木 悠 |
| 8 | 全身型破傷風のリハビリテーションを施行した1症例 | 佐世保市総合医療センター | 古田 弘二 |

15:16～16:05 【一般演題:症例・救急疾患Ⅱ】

座長：中道 親昭・山野 修平

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|-------|
| 1 | 呼吸器障害を伴う縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチーの一例 | 長崎大学病院 | 中川 拓也 |
| 2 | 咳嗽を契機に発症した特発性腹壁血腫の1症例 | | |
| 3 | 胸部外傷歴を伴わない縦隔気腫の4症例 | 長崎医療センター | 伊藤 健大 |
| 4 | 気管切開術を要した10例の検討 | 長崎みなとメディカルセンター市民病院 | 中尾 匠 |
| 5 | 下顎骨折に伴う気道閉塞で仰臥位搬送が困難であった交通外傷の一例 | 佐世保共済病院 | 小池 健輔 |
| 6 | コハク酸シベンゾリンによる低血糖の1症例 | 佐世保市総合医療センター | 宮永 竜弥 |
| 7 | 血糖値改善後も意識障害が遷延した低血糖の1例 | 長崎みなとメディカルセンター市民病院 | 池田 智也 |
| | | 長崎医療センター | 芦澤 博貴 |

16:05～16:40 【一般演題:中毒・画像・その他】

座長：安藝 敬生・山田 敏朗

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------|-------|
| 1 | 急性中毒時における薬剤師の関わりと今後の課題 | 佐世保市総合医療センター | 萩野 清子 |
| 2 | 大量服薬による薬物中毒での救急搬送と薬剤部の関わり | 長崎北徳洲会病院 | 湧川 朝也 |
| 3 | 急性期病院における自殺未遂患者の退院支援の一考察 | 佐世保市総合医療センター | 小川 智幸 |
| 4 | 救命救急CT撮影における放射線技師の役割 | 佐世保市総合医療センター | 矢野 秀亘 |
| 5 | 大動脈解離症例における高速二重螺旋心電図非同期CT撮影の検討 | 長崎県島原病院 | 田尻 裕紀 |

17:30～18:30 【長崎救急医学会 看護部門役員会】

北館8階 ロビー

9:00～17:00 【医薬品・機器展示】

フクダ電子西部北販売株式会社
日本光電九州株式会社

〔第1会場 北館8階大講堂〕

◆ **開会挨拶** (10:00～10:10)

会長 井口 東郎

◆ **パネルディスカッション** (10:10～10:50) **救急現場における受入困難事例を考える：事例検討**

座長：井原 司 (佐世保共済病院)

乾 広貴 (佐世保共済病院)

パネリスト	長崎県医療政策課地域医療班 (行政) 長崎市消防局警防課 (救急救命士) 佐世保市総合医療センター (看護師) 佐世保共済病院腎臓内科 (医師) 佐世保共済病院医療連携室 (MSW)	中村 直輝 林田 哲 松井 望 福成 健一 永田 敬博
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

◆ **特別講演** (11:00～12:00) **主題：超高齢化社会を見据えた救急医療体制を問う**

座長：井口 東郎 (佐世保共済病院)

- 1 長崎県における人口動態の将来予測に基づいた地域医療構想について
長崎県福祉保健部医療政策課地域医療班係長 中村直輝
- 2 地域包括ケア時代の地域救急医療
一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院理事長・院長 栗原正紀

◆ **ランチョンセミナー** (12:10～12:40)

座長：清水 輝久 (福田外科病院)

長崎県の周産期医療体制の現状
長崎医療センター産婦人科医長 山下 洋

◆ **総会** (12:45～13:00)

◆ **特別企画** (13:10～14:10) **熊本地震に学ぶ**

座長：田崎 修 (長崎大学病院)

基調講演 長崎DMATの熊本地震への対応
長崎大学病院地域医療支援センター副センター長 高山隼人

一般演題

- 1 熊本地震における当院の災害支援活動についての報告
JCHO諫早総合病院
○大宮弘司、高橋征史、福田妙美、村谷良昭
- 2 平成28年熊本地震における当院医療支援チーム活動報告
長崎労災病院 整形外科¹⁾、看護部²⁾、事務部³⁾、薬剤部⁴⁾、看護部長⁵⁾、院長⁶⁾
○竹内 潤¹⁾、福井良枝²⁾、西川亜希²⁾、荒木 淳³⁾、植山敬生⁴⁾、井上千秋⁵⁾、福崎 誠⁶⁾
- 3 平成28年熊本地震に対する当院DMATの活動報告
長崎労災病院 中央リハビリテーション部¹⁾、救急集中治療科²⁾、看護部³⁾、薬剤部⁴⁾、院長⁵⁾
○梶川大輔¹⁾、中村利秋²⁾、高島雄一郎³⁾、水町育代⁴⁾、島崎訓子⁴⁾、福崎 誠⁵⁾

- 4 DMAT・災害支援ナースによる熊本地震災害派遣での活動報告
長崎労災病院 看護部¹⁾、院長²⁾
○高島雄一郎¹⁾、吉浦淳子¹⁾、井上千秋¹⁾、福崎 誠²⁾

◆ 一般演題 救急対応Ⅰ (14:20～15:02)

座長：田平 直美 (長崎大学病院)

野口みどり (長崎医療センター)

- I-1 ヘリ搬送症例における看護実態調査～十分な患者・家族対応を目指して～
長崎県上五島病院
○中村千春、脇田麻美、藤田若子、法村美紀
- I-2 ドクターカーの活動におけるノンテクニカルスキルチェックリストの導入
長崎大学病院 救命救急センター
○小森由紀子、堀田ほづみ、宮田佳之、田平直美
- I-3 長崎市におけるドクターカーの活動範囲と心拍再開症例との関係性
長崎大学病院 救命救急センター
○尾上亜弓、横山 誠、松崎進也、田平直美
- I-4 院内緊急コール体制における二次蘇生チーム看護師の活動と今後の課題
長崎大学病院 救命救急センター
○泉 大貴、小森由紀子、宮田佳之、張岳輝子、田平直美
- I-5 A病院での院内急変症例の発生内容と前駆症状に対する看護師の認識と行動との関連性
長崎川棚医療センター
○山口和美
- I-6 当院における災害机上シミュレーションの効果と課題～災害発生時の役割について気付く～
佐世保中央病院 外来／救急外来看護課
○谷口拓司

◆ 一般演題 救急対応Ⅱ (15:02～15:44)

座長：乾 広貴 (佐世保共済病院)

松井 幸司 (佐世保共済病院)

- II-1 西海市における救急搬送の現状と課題
佐世保市消防局東消防署西彼出張所
○楠富陽平、江頭翔悟、鴨川富美夫
- II-2 当院における「小児科ドクターコールシステム」の現状と今後の課題
佐世保市総合医療センター 救命救急センター
○中園由紀子
- II-3 長崎市消防局管轄区域内における脳卒中傷病者の発症から119通報までの現状について
長崎市消防局
○古川 保、林田 哲、永川一宏
- II-4 長崎川棚医療センター救急連絡協議会の開催報告
長崎川棚医療センター
○山口和美

- II - 5 爆発事故熱傷患者3名同時受け入れの対応について
長崎県島原病院
○江上久子、木村美智留
- II - 6 職員の応急処置に対する意識と対応力向上に向けた取り組み
北松中央病院
○山口真美、前田太三、高橋麻美、伊勢 守、松本智美、正木康寛、濱道尚子、福井 純

◆ 一般演題 救急対応Ⅲ (15:44～16:26)

座長：松井 望 (佐世保市総合医療センター)
小林 望 (佐世保市総合医療センター)

- III - 1 救急報告におけるコミュニケーションエラーの改善に向けて
井上病院
○木下美香、梅木美保、能田美穂
- III - 2 当院救急外来における外国人診療の報告
長崎みなとメディカルセンター市民病院 救急・集中治療科
○小寺厚志、安武正矢
- III - 3 救急領域における家族看護の質の向上を目指した取り組み
佐世保市総合医療センター 救命救急センター
○田代祐子、小林 望、松井 望
- III - 4 ICUにおけるチーム医療の在り方～熱中症患者へ展開したチーム医療からの考察～
佐世保市総合医療センター 看護部
○立石奈己
- III - 5 ICUにおける初療看護導入と今後の課題
佐世保共済病院 看護部
○松井幸司、塚本寿子、乾 広貴
- III - 6 当直業務を開始して
佐世保中央病院 臨床工学部
○中山絵美、福田龍太、高見昇吾、川中温美、関谷光彬、森田晃平、松本健嗣、谷口一俊、
上原かをる、石田信悟、中嶋喜代子、前田博司

◆ 閉会挨拶 (16:50～17:00)

会長：井口東郎

〔第2会場 北館8階中会議室〕

◆ 一般演題 症例・救急疾患Ⅰ (14:20～15:16)

座長：山下 和範 (長崎大学病院)
山田 成美 (長崎医療センター)

- 症例Ⅰ-1 4回のくも膜下出血を来した多発性腎嚢胞の症例
長崎北徳洲会病院 脳神経外科
○鬼塚正成、中村 稔
- 症例Ⅰ-2 頭蓋内出血により一過性QT延長を来した1例
国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター¹⁾ 脳外科²⁾
○川口雄史¹⁾、古川愛子¹⁾、増田幸子¹⁾、山田成美¹⁾、中道親昭¹⁾、日宇 健²⁾
- 症例Ⅰ-3 墜落を契機に発症した外傷性両側内頸動脈海綿静脈洞瘻(carotid cavernous fistula: CCF)の一例
長崎大学病院 救命救急センター¹⁾、医療教育開発センター²⁾
○林 信孝^{1) 2)}、田島吾郎¹⁾、高橋健介¹⁾、山野修平¹⁾、猪熊孝実¹⁾、平尾朋仁¹⁾、野崎義宏¹⁾
山下和範¹⁾ 田崎 修¹⁾
- 症例Ⅰ-4 Von Recklinghausen病に合併した弛緩出血の一例
国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター
○中原知之、重野晃宏、坂本 透、増田太郎、古川愛子、鳥巢 藍、窪田佳史、
白水春香、日宇宏之、増田幸子、松元成弘、山田成美、中道親昭
- 症例Ⅰ-5 抗リウマチ薬投与中に生じた、炎症反応上昇を伴わない壊死性筋膜炎の1例
国立病院機構長崎医療センター 形成外科¹⁾ 膠原病・リウマチ科²⁾ 総合診療科³⁾
救命救急科⁴⁾
○福井季代子¹⁾、藤岡正樹¹⁾、石山智子¹⁾、右田清志²⁾、森 英毅³⁾、増田幸子⁴⁾
- 症例Ⅰ-6 喉頭癌の化学放射線療法後に食道穿孔を起こし化膿性脊椎炎を合併、集学的治療を要した1例
国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター¹⁾ 耳鼻咽喉科²⁾
○柚川知香¹⁾ 古川愛子¹⁾、山田成美¹⁾、奥 竜太²⁾、中道親昭¹⁾、田中藤信²⁾
- 症例Ⅰ-7 遺伝性有口赤血球症に伴った脊柱管内髄外造血巣による圧迫性胸髄症の一例
長崎大学病院 医療教育開発センター¹⁾ 救命救急センター²⁾ 外傷センター³⁾
長崎大学医学部 整形外科⁴⁾
○鈴木 悠¹⁾、平尾朋仁²⁾、上木智博^{2) 3)}、津田圭一⁴⁾、高橋健介²⁾、山野修平²⁾
田島吾郎²⁾、猪熊孝実²⁾、野崎義宏²⁾、山下和範²⁾、森 圭介^{2) 3)}、田口憲士^{2) 3)}、
福島達也^{2) 3)}、宮本俊之^{2) 3)}、安達信二⁴⁾、田上敦士⁴⁾、尾崎 誠⁴⁾、田崎 修²⁾
- 症例Ⅰ-8 全身型破傷風のリハビリテーションを施行した1症例
佐世保市総合医療センター リハビリテーション室¹⁾ 看護科²⁾ 救急集中治療科³⁾
○古田弘二¹⁾、立石奈美²⁾、松平宗徳³⁾、槇田徹次³⁾

◆ 一般演題 症例・救急疾患Ⅱ (15:16～16:05)

座長：中道 親昭 (長崎医療センター)
山野 修平 (長崎大学病院)

- 症例Ⅱ-1 呼吸器障害を伴う縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーの一例
長崎大学病院医療教育開発センター¹⁾ 長崎大学病院救命救急センター²⁾
○中川拓也¹⁾、平尾朋仁²⁾、山下和範²⁾、田崎 修²⁾

- 症例Ⅱ－２ 咳嗽を契機に発症した特発性腹壁血腫の1症例
 国立病院機構長崎医療センター 統括診療部診療看護師¹⁾ 救命救急センター²⁾
 ○伊藤健大¹⁾、重野晃宏²⁾、増田幸子²⁾、山田成美²⁾、中道親昭²⁾
- 症例Ⅱ－３ 胸部外傷歴を伴わない縦隔気腫の４症例
 長崎みなとメディカルセンター市民病院 臨床研修医¹⁾ 救急・集中治療科²⁾
 ○中尾 匠¹⁾、小寺厚志²⁾、安武正矢²⁾
- 症例Ⅱ－４ 気管切開術を要した10例の検討
 佐世保共済病院 耳鼻咽喉科
 ○小池健輔、田浦政彦
- 症例Ⅱ－５ 下顎骨折に伴う気道閉塞で仰臥位搬送が困難であった交通外傷の一例
 佐世保市総合医療センター
 ○宮永竜弥、松平宗典
- 症例Ⅱ－６ コハク酸シベンゾリンによる低血糖の１症例
 長崎みなとメディカルセンター市民病院 臨床研修医¹⁾ 救急・集中治療科²⁾
 ○池田智也¹⁾、小寺厚志²⁾、安武正矢²⁾
- 症例Ⅱ－７ 血糖値改善後も意識障害が遷延した低血糖の1例
 国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター
 ○芦澤博貴、川口雄史、中原知之、増田幸子、山田成美、中道親昭

◆ 一般演題 中毒・画像・その他 (16:05～16:40)

座長：安藝 敬生 (長崎大学病院)
 山田 敏朗 (長崎大学病院)

- 中毒_他－１ 急性中毒時における薬剤師の関わりと今後の課題
 佐世保市総合医療センター
 ○荻野清子、井福隆史
- 中毒_他－２ 大量服薬による薬物中毒での救急搬送と薬剤部の関わり
 長崎北徳洲会病院 薬剤部
 ○湧川朝也
- 中毒_他－３ 急性期病院における自殺未遂患者の退院支援の一考察
 佐世保市総合医療センター 地域連携センター
 ○小川智幸、酒井基成、畑中玲子
- 中毒_他－４ 救命救急CT撮影における放射線技師の役割
 佐世保市総合医療センター 放射線技師
 ○矢野秀亘、佐々木淳一
- 中毒_他－５ 大動脈解離症例における高速二重螺旋心電図非同期CT撮影の検討
 長崎県島原病院 放射線部
 ○田尻裕紀、坂上竜太郎、井上陽太、荻原幸宏

抄 録



パネルディスカッション

特 別 講 演

ランチョンセミナー

特 別 企 画

一 般 演 題

救 急 対 応 I

救 急 対 応 II

救 急 対 応 III

症例・救急疾患 I

症例・救急疾患 II

中毒・画像・その他

救急現場における受入困難事例を考える：事例検討

- パネリスト： < 行政 > 中村直輝（長崎県医療政策課地域医療班 係長）
< 救急救命士 > 林田 哲（長崎市消防局警防課救急救助係 係長）
< 看護師 > 松井 望（佐世保市総合医療センター救命救急センター 管理師長）
< 医師 > 福成健一（佐世保共済病院腎臓内科 部長）
< MSW > 永田敬博（佐世保共済病院医療連携室 係長）

救急患者に対して各施設に於いては、体制を整え出来る限り受け入れる努力をされている。しかし、基礎疾患を有する患者の救急事例においてはなかなか受け入れが困難な症例も存在する。

このパネルディスカッションでは『救急現場における受け入れ事例困難例を考える』というテーマで、下記の事例を基に検討する。

事例1：救急隊からの発表。透析傷病者でかかりつけ医不在時に起きた意識レベル低下症例の救急要請に対して受け入れ病院がなかなか見つからず、7回の交渉を要し、透析患者の病院探しには苦慮した症例。

事例2：救急隊からの発表。精神疾患患者の救急要請で大量服薬、興奮状態、過換気、暴言あり。救急要請されるも精神科病院、精神医療センターなどに断られ、病院交渉に2時間かかった症例。

事例3：救急病院看護師からの発表。摂食、適応障害の精神疾患患者で殺虫剤と大量服薬で救急搬入され、入院させたものの病室で暴言、暴力、自殺企図が認められたため精神病院への転院先を捜すのに苦労した症例。

このような事例では一般の地域の病院では受け入れが困難な場合が多く、患者に不利益が生じている。今回、救急隊、受け入れ医師、MSW、行政のそれぞれの立場より、問題点や解決法を話し合い、今後の救急医療体制の充実に少しでも役に立てばと考えている。

1. 長崎県における人口動態の将来予測に基づいた地域医療構想について

長崎県福祉保健部
医療政策課地域医療班
係長 中村直輝

県では、将来必要となる病床数など、あるべき医療体制を定めた「長崎県地域医療構想」を今年度に策定いたします。今回の講演では、地域医療構想の概要について詳しく説明するほか、今後、どのようにその実現を図るべきか、基金を活用する事業や病院の取り組みについて説明します。

地域医療構想では、診療報酬等のデータを活用して、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等の区分に患者を分け、それぞれの区分で必要となる病床数等を算定しています。どのような根拠を基にして算定されたか、在宅医療等の医療需要とは何なのか、また、構想の実現にあたっての県の権限はどのようなものか、医療法に規定された内容について詳しく説明します。

また、地域でどのような課題があり、解決するためにはどのような事業が必要か、方向性を示すほか、県が今後どのようなデータを活用して、地域での話し合いを中心に推進しているかについて説明いたします。

このほか、医療機関の取り組み事例などを紹介し、医療機関の目指すべき方向性等について説明いたします。

略歴

中村 直輝（なかむら なおき）

平成8年4月 長崎県庁 入庁

企画部、福祉保健部、総務部を経て平成26年4月から現職

地域医療班において、地域医療構想のほか、周産期医療、小児救急医療、医療ICTなどの業務を担当。

2. 地域包括ケア時代の地域救急医療

一般社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院
理事長・院長 栗原正紀



2025年、団塊の世代が75歳以上となる超高齢社会を迎える。このため高齢者の救急搬送や入院が急増し、多死時代となると共に、大量の認知症や要介護者（独居・老々介護）が予測される。国は、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、ほぼ中学校単位で「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を目指している。そして、このシステムを着実に支えるために地域医療の再整備が必須となっている（地域医療構想の策定）。

地域救急医療において重要なことは“高齢者の特性を踏まえた高齢者医療の体系化”である。高齢者は入院により容易に合併症を併発して**廃用**となり、**入院が長期化して、ついには寝たきりになる**ことが知られている。また高齢者は慢性疾患を多く持ち（多病性）、**潜在的低栄養**状態にあって免疫力の低下をきたしやすく、易感染性で、難治性である。つまり、高齢者救急においては治療と並行して栄養管理および生活を視野に入れた適時・適切なリハビリテーションの実施が重要であり、そのことで救急救命後に適切に地域生活に繋がる（戻る）ことが可能となる。

略歴

栗原 正紀（くりはら まさき）昭和27年2月9日生

昭和53年長崎大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院脳神経外科学教室に入局。平成2年長崎大学脳神経外科講師、その後、長崎市内の老舗の救急病院である十善会病院の脳神経外科部長として赴任。平成11年同病院副院長を歴任。この間、平成4年に長崎実地救急医療連絡会（初代代表）をたちあげ救急医療システムの構築を、また平成9年に長崎斜面研究会の初代代表として地域リハビリテーション、まちづくりなどに参画。そして平成13年から近森リハビリテーション病院院長として5年間勤務、平成18年6月末院長職を辞し、社団法人是真会理事長就任。平成20年2月長崎リハビリテーション病院（143床、3つの回復期リハビリテーション病棟を有す）を開設（同院長）し、現在に至る。

役職

- 日本リハビリテーション病院・施設協会会長
 - ・全国リハビリ医療関連団体協議会代表
 - ・大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）代表
- NPO地域の包括的医療を考える研究会副理事長
- NPO長崎斜面研究会副理事長
- 長崎回復期リハビリテーション連絡協議会代表世話人
- 長崎県脳卒中検討委員会委員
- 長崎地域包括ケア推進協議会委員

著書

「救急車とりハビリテーション」 荘道社1999 「続・救急車とりハビリテーション」 荘道社2008

長崎県の周産期医療体制の現状

長崎医療センター産婦人科

医 長 山 下 洋

長崎県の総分娩数は年間約11,000件で、周産期医療圏は、県北（佐世保市および北松浦地区、総分娩数2,500件）、県央（大村・諫早、島原半島、2,500件および離島全地区、700件）、および県南（長崎市およびその周辺、5,200件）の3つの一次医療圏に分かれている。それぞれの医療圏には地域周産期母子医療センターとして県北地区には佐世保市総合医療センター（NICU20床 [加算6床]）、県南地区には長崎大学病院（15床 [6床]）と長崎みなとメディカルセンター市民病院（16床 [6床]）が担っている。県北および県南の重症症例は、総合周産期母子医療センターである当院へ2次搬送され、当院は県央・離島地区の2次センターおよび長崎県全体の3次センターとしての機能を果たしている。

しかし、産科医不足は相変わらずであるが、新生児科医の不足はさらに深刻な事態であると認識している。また、長崎県は全国で最も有人離島の多い県であり、離島の周産期医療供給体制の維持も本県特有の重要な課題である。

一方、長崎県では、周産期医療のさらなる充実のため、あじさいネットを用いた長崎県周産期医療支援システムネットワークの運用が2014年5月から始まり、県内の産婦人科医院から周産期センターへの外来紹介と救急母体搬送時に利用されている。今後さらにこの周産期医療ネットワークシステムの充実が望まれる。

《基調講演》

長崎 DMAT の熊本地震への対応

長崎大学病院
地域医療支援センター
副センター長 高山隼人

はじめに

4月14日21:26 前震と16日1:25 本震に対して、長崎DMATが熊本県および長崎県内で様々な活動をしたので報告する。

日本DMAT活動

21:26前震に対して、災害医療センター内に対策本部を設置し、23:18に益城町に対してDMAT派遣要請を行った。その後の本震の対応も含め、全国222班（隊員数1028名）が活動した。今回の活動の特徴として、ドクターヘリ中心とした救急ヘリで75名の患者搬送が行われ、病院避難として10施設1535名の転院搬送を行った。

長崎DMAT活動

21:26の発災から、長崎大学病院・長崎医療センター・長崎県庁の3者で協議し、22:50県庁災害対策本部にDMAT調整本部を立ち上げ、23:29長崎大学病院は先遣隊として緊急消防援助隊に帯同して出動した。15日未明のDMAT事務局からの派遣要請にて、長崎医療センター・佐世保市総合医療センター・諫早総合病院・島原病院が出動した。参集拠点・活動拠点本部は熊本赤十字病院で、益城町を中心としたミッションを行った。本震発生により、長崎労災病院・北松中央病院・長崎みなとメディカルセンター・済生会長崎病院も現地入りした。4月17日には、対馬病院と上五島病院は、長崎県庁と長崎医療センターでのドクターヘリ受け入れなどの後方支援活動の支援を行った。

15日夜になり東熊本病院が倒壊の危険性ありとわかり、病院避難を行うために長崎大学病院・島原病院を含む8チームが出動した。活動中に本震が発生し、救助者も死の危険を意識しながらも緊急消防援助隊と協力して病院避難を行った。本震後には、被害の拡大が判明し、長崎DMATは拠点病院の支援や熊本県内の病院の確認、避難所の状況確認などを行った。

まとめ

長崎DMATとして、11施設14チームが現地及び長崎県内で活動した。今回の災害を踏まえて、EMIS入力の促進と救助者のストレスに対する長期的なフォローアップが課題となった。また、長崎県内での災害発生に備えて、連絡体制やBCPを盛り込んだ災害マニュアルの整備を進めてゆく必要がある。

略歴

名 前 高山 隼人（たかやま はやと）
生 年 月 日 1961年11月12日
年 齢 54歳
勤 務 先 長崎大学病院地域医療支援センター
勤務先住所 長崎県長崎市坂本1-7-1
連 絡 先 TEL 095-819-7346、FAX 095-819-7379

履歴

1986年3月 長崎大学医学部卒業
1988年5月 国立長崎中央病院初期臨床研修修了
1988年6月 長崎県離島医療圏組合病院群にて外科医として勤務
1996年4月 国立長崎中央病院 救命救急センター主任
2001年1月 国立病院長崎医療センター（名称変更）救命救急センター医長
2003年8月 救命救急センター長
2016年4月 長崎大学病院地域医療支援センター 副センター長
現在に至る

資格

日本外科学会 外科認定医 1992.12
日本救急医学会 救急科専門医 1997.1
厚生労働省 臨床研修プログラム責任者 2007.10

その他委員

長崎県メディカルコントロール協議会委員
日本DMAT検討委員会委員
日本救急医学会九州地方会 長崎県幹事
日本航空医療学会 理事
へき地離島救急医療学会 代表幹事
救急救命士国家試験委員

1. 熊本地震における当院の災害支援活動についての報告

JCHO 諫早総合病院

○大宮弘司、高橋征史、福田妙美、村谷良昭

【はじめに】 A病院は災害拠点病院であり、東日本大震災以降、毎年災害発生を想定した多数傷病者受け入れ訓練を実施してきた。熊本地震で災害拠点病院としての活動を行う事となり、災害対策本部を立ち上げ院内の管理体制を整えると共に、DMAT隊や救護班を派遣した。活動を通し、災害マニュアルの早期改善の必要性や災害対策本部での連携の重要性、更に救護班の出動準備のあり方について学んだ。災害対策本部要員として、また救護班の看護師として関わった看護師の視点から、当院が行った災害医療の実際と学びについて報告する。

【活動実際】 1. 災害対策本部の立ち上げと医療搬送の受け入れ準備（後方支援活動）
2. DMAT一次隊の派遣：益城町での活動
3. JCHO救護班先遣隊の派遣：菊池市での救護活動

【考察及びまとめ】 今回の熊本地震では、災害対策委員会やDMAT隊員を中心に災害対策本部の立ち上げから医療班の派遣、後方支援に至るまで病院管理者と連携して行う事ができた。しかし、全職員が初めての体験であり、災害対策本部の設置や後方支援の運営に関して、初動体制作りの遅れ等災害マニュアル活用の反省点が多く見られる結果となった。

今回の教訓を活かし、さらなる災害医療に対する意識付けとマニュアルの早期改善を行い、当院が管轄する医療圏ならびに地域住民へ還元できる体制を整えていきたい。

2. 平成28年熊本地震における当院医療支援チーム活動報告

長崎労災病院 整形外科¹⁾ 看護部²⁾ 事務部³⁾ 薬剤部⁴⁾ 看護部長⁵⁾ 院長⁶⁾

○竹内 潤¹⁾、福井良枝²⁾、西川亜希²⁾、荒木 淳³⁾、植山敬生⁴⁾、井上千秋⁵⁾、福崎 誠⁶⁾

【背景】 2016年4月14日および4月16日、熊本県を中心に大規模地震が発生した。全国からの一連の支援活動により急性期の危機は回避されたが4月末時点で余震が収まらず依然として支援が必要であった。そのような状況の中、全国に医療支援要請が出され当院も長崎県の医療支援チームとして現地活動を行った。

【活動内容】 4月29日から5月2日まで実働3日間の医療支援活動を行った。震源地である益城町の避難所における診療行為が中心であった。【考察】 医療支援において3つの能力が必要であった。「コミュニケーション能力」「柔軟性」「想像力」である。現場状況を例に挙げ普段から出来ることとして私見を交え報告する。

3. 平成28年熊本地震に対する当院DMATの活動報告

長崎労災病院 中央リハビリテーション部¹⁾、救急集中治療科²⁾、看護部³⁾、薬剤部⁴⁾、院長⁵⁾
○梶川大輔¹⁾、中村利秋²⁾、高島雄一郎³⁾、水町育代³⁾、島崎訓子⁴⁾、福崎 誠⁵⁾

当院は平成28年熊本地震による大規模災害に対しDMATを派遣した。4月16日に発生した本震に対するDMATの2次隊派遣要請に対応した。4月16日未明にDMAT隊員は参集し、同日午前7時に当院を出発、48時間の現場活動を経て4月18日夕方に帰院した。災害現場では倒壊した病院からの非難援助や、診療機能が維持されている施設における傷病者診療支援をおこなった。今回、大規模災害に対応するはじめてのDMAT活動をおこなった。実際の活動内容と、その反省点をふまえて報告する。

4. DMAT・災害支援ナースによる熊本地震災害派遣での活動報告

長崎労災病院 看護部¹⁾、院長²⁾
○高島雄一郎¹⁾、吉浦淳子¹⁾、井上千秋¹⁾、福崎 誠²⁾

【はじめに】

今回の熊本地震において、DMATと災害支援ナースの一員として活動を行った。発災から超急性期での活動と亜急性期での活動を経験することが出来、それぞれの被災地での活動を通して多くの学びを得たためここに報告する。

【内容】

DMATとして4月16日より3日間活動を行い、倒壊の危険性がある熊本市市民病院から他院への転院搬送を行った。病院支援として、熊本医療センターで、2日間玄関前で受診希望者のトリアージを行った。新生児～102歳の高齢者まで多くの患者が来院していた。

災害支援ナースとしては、5月20日より4日間避難所の救護室で活動を行った。避難所では約90名の方が避難されていた。健康チェックや手指消毒の励行、行政スタッフと協同して避難所施設の衛生面についての話し合いなどを行った。災害支援ナースは、看護師のみで派遣され、医療行為よりも避難者の日常生活、特に衛生面や環境面についての取り組みが必要である。また、健康チェックや避難者との会話の中から、異常がある場合は巡回診療や地域の医療機関の受診を勧めて早期の医療介入が行えるように支援していくことも重要な役割である。

【結語】

熊本地震において初めて活動を行い、派遣時期に応じて現場のニーズが変化するため、現場のニーズと課題に応じた準備が必要である。

当院は災害拠点病院であり、日常から様々な準備を行い、自施設での災害対応や災害派遣に向けて院内マニュアルの整備が必要である。

《I-1》

ヘリ搬送症例における看護実態調査 ～十分な患者・家族対応を目指して～

長崎県上五島病院

○中村千春、脇田麻美、藤田若子、法村美紀

【目的】 離島である当院は、急性心筋梗塞や脳卒中等島内での対応が困難な症例はヘリコプターを利用して高度医療機関へ搬送している。ヘリ搬送症例はICU入室となる。ヘリ搬送が決定して退室までの限られた時間で、患者や家族への対応が十分にできていないのではないかと考えた。看護師への意向調査から今後の課題を明らかにする。

【方法】 平成27年1月～平成28年6月のヘリ搬送症例（63件）を振り返り、病棟看護師23名を対象に独自に作成したアンケート調査を実施した。

【結果】 回答した60%がICU滞在時間は短く、83%が2時間以内の滞在であると感じているが、実際には平均 5時間34分の滞在時間であった。但し、緊急ドクターヘリ搬送に限ると平均滞在時間は3時間であった。ICU滞在中、時間を要する業務はサマリー入力（74%）、診療補助（56%）である一方で、患者の精神的ケア（74%）、家族対応（69%）に時間を使いたいとの結果であった。又、自由解答欄では多くの看護師からサマリイの書式や運用方法の改善が必要との回答を得た。

【考察】 ヘリ搬送症例において、多くの看護師は突然の出来事に動揺する患者の精神的ケア・家族対応が必要だと感じながらも十分に行えていないと認識しているが、サマリー入力に時間を要し、その時間を設けることができていないことが明らかとなった。今後、サマリイの書式や運用方法の改善を行い患者の精神的ケア・家族対応に時間を割けるようにすることが課題である。

《I-2》

ドクターカーの活動におけるノンテクニカルスキルチェックリストの導入

長崎大学病院 救命救急センター

○小森由紀子、堀田ほづみ、宮田佳之、田平直美

当院は2012年5月よりドクターカーの運用を開始し、2016年6月までに682件の出動要請があった。現在当部署のドクターカー担当は、医師8名、看護師11名で構成しており、救命救急センターローテート中の研修医、救急救命士、運転手の各1名ずつ計5名を基本チームとして活動している。しかし、活動日によって構成メンバーは変動することがあるため、一ヶ月に一度スタッフ会議等で重要事項を議題にあげ検討してきた。

これまでの活動において、ドクターカースタッフと先着隊との情報伝達が要因となり現場到着が遅れた事案や、現場へ向かっていたがすでに患者が搬送されていた事案が発生している。先行文献では、医療事故に関して、テクニカルスキルが要因となり発生する事故よりも、ノンテクニカルスキルが要因となり発生する事故が多いと言われている。

そこで、ドクターカーの活動の円滑化と、ドクターカースタッフのノンテクニカルスキル面に対する意識の統一を目的とし、ローナ・フリン氏の定義をもとに、ノンテクニカルスキルチェックリストを作成・導入したため、その結果を報告する。

《I-3》

長崎市におけるドクターカーの活動範囲と心拍再開症例との関係性

長崎大学病院 救命救急センター

○尾上亜弓、横山 誠、松崎進也、田平直美

当院では地域住民の救命率・社会復帰率の向上と医師、看護師及び救急救命士等の資質の向上を目的として、平成24年5月よりドクターカーの運用を開始した。「病院前救護」の連携を強化し、「切れ目のない医療」を目指すことを目標として活動している。要請の条件として、出動範囲を、当院を中心とした半径5キロ圏内とし、9つの要請キーワードを設定している。要請件数は、平成24年度54件であったがその後、件数は増加し、平成27年度には272件まで増加している。要請内容は、キーワードの一つであるCPAを疑われる要請が大半を占め、次いで救急隊が判断した要請となっている。

原則、出動範囲は当院を中心とした半径5キロ圏内と定められているものの、5キロを超える地域から要請されることもあるため、遠方における活動でも、有効な「病院前救護」、「切れ目のない医療」を実施できているのかを検討することを目的とし、平成27年度の出動場所をマッピングし、実際の活動範囲について調査した。さらに、要請件数の多いCPA症例における自己心拍再開率と、ドクターカーの出動場所の関係性について調査し、今後のドクターカーの活動範囲における展望について考察したことを報告する。

《I-4》

院内緊急コール体制における二次蘇生チーム看護師の活動と今後の課題

長崎大学病院 救命救急センター

○泉 大貴、小森由紀子、宮田佳之、張岳輝子、田平直美

当院における院内緊急コール体制は、心停止・意識障害・呼吸停止・ショック状態の患者を発見した者が、中央監視室へ応援要請し、近くの階の医師、その階と上下1階の医師、その階の看護師などの一次蘇生チームが早急に蘇生処置を開始する。その後、二次蘇生チームである、麻酔科医、救急医、循環器内科医、心臓血管外科医、臨床工学技士、救命救急センター看護師が蘇生を開始に加わることで、経皮的心肺補助装置も含めた高度な救命処置への円滑な移行を可能としている。

院内緊急コールは、病棟、外来のみならず、お見舞いで来院された方や職員と多岐にわたり、1年間に約30～40件発生している。要請部署からの院内ウツタイン報告書や、安全管理委員会、看護部救急サポート委員会において、事例報告または内容検討が行われているが、二次蘇生チームへのフィードバックがなされていない現状があった。そこで、昨年度の要請内容より二次蘇生チーム看護師としての活動を振り返り、今後の課題を検討したので報告する。

《I-5》

A病院での院内急変症例の発生内容と 前駆症状に対する看護師の認識と行動との関連性

長崎川棚医療センター

○山口和美

【はじめに】 院内急変症例の分析結果より、発生内容とその前駆症状に対する看護師の認識と行動との関連性を明らかにする。

【研究方法】 研究期間：平成26年10月から平成27年10月

報告があった23症例の急変事例において、院内救急コール発動の有無、発生内容、前駆症状についての関連性を分析する。

【結果】

前駆症状／発生内容	心肺停止 8症例	ショック 3症例	呼吸不全 12症例	意識異常 5症例
頻脈	0	1	1	0
血圧低下	2	2	1	1
頻呼吸・呼吸困難	0	0	3	0
SpO ₂ 低下	2	1	11	0
意識レベル低下	2	2	3	4
尿量減少	0	1	0	0

院内救急コール発動した6症例の発生内容は、心肺停止5症例、呼吸不全2症例、意識異常1症例であった。発動していない12症例の発生内容は、心肺停止2症例、ショック3症例、呼吸不全8症例、意識異常3症例であった。

【考察】 急変発生内容と前駆症状との関連性では、発生内容の43%を占める呼吸不全の前駆症状としてSpO₂低下が11症例とほぼ全症例に認められた。また、心肺停止やショック症例において血圧低下が4症例認められたが、それ以前の頻呼吸や頻脈を急変前の兆候として認識できていないことが明らかとなった。また、SpO₂低下や血圧低下から急変予測ができておらず、その後の行動につなげることが出来ていなかった。

院内救急コール発動では、心肺停止時は多くのスタッフで救命処置を行う必要があるという意識が定着していると考えられる。その一方、意識異常やショック、呼吸不全ではハリーコールを発動する認識でないことが明確となり、現在の急変対応システムでは心停止の予防は行えていないことが明らかとなった。

以上のことから、今後は呼吸のフィジカルアセスメントと急変前兆候を認識するための教育の強化が必要である。

《I-6》

当院における災害机上シミュレーションの効果と課題

～災害発生時の役割について気付く～

佐世保中央病院 外来／救急外来看護課

○谷口拓司

【目的】 A病院において、消防法に基づく防災訓練及び地震災害時の災害訓練を実施している。また大規模災害訓練に関しては年一回、全職員対象で訓練を実施している。災害マニュアルに関しては、年一回のマニュアル見直しはされているが、改訂されている内容は少なく、各職員が災害発生時の対応について熟知している現状ではない。今回、災害発生時の院内の受け入れ体制の整備及び強化を図ることを目的とし、災害机上シミュレーションを計画・実施した。実施後、参加者に対しアンケート調査を実施し、シミュレーションによる気づきや効果、今後の課題について報告する。

【方法】 災害机上シミュレーションに参加した79名に対しアンケートを実施。アンケートの結果を基に、気づきや効果、課題について抽出した。

【結果・考察】 アンケート回収率は94%であった。災害机上シミュレーションによる満足度は87%と高い結果が得られた。また、アンケートの内容を抽出した内容では、院内の災害対策に対する意識や自身の役割、問題点などの気づきを得られた。アンケートの結果からも机上シミュレーションによる効果が示唆された。今後も継続的に実施し、災害に対する意識の向上や受け入れ体制の強化・整備を行っていく必要がある。

《Ⅱ-1》

西海市における救急搬送の現状と課題

佐世保市消防局東消防署西彼出張所

○楠富陽平、江頭翔悟、鴨川富美夫

西海市は西彼出張所、大崎出張所、大瀬戸出張所のそれぞれに救急車を配置し、管内人口約2万9千人（平成28年4月現在）の救急出動に対応しており、平成27年では1,297件に出動し1,141人を搬送している。

西海市内には2次医療機関がなく、救急搬送については佐世保市内若しくは長崎市内への搬送がほとんどであり、長時間の搬送となり傷病者や付き添いの家族への負担も大きいと判断される。

また、搬送時間が長時間にわたるため、救急出動が重なった場合応援隊の現場到着までの時間も長時間になっている。

しかしながら、救急事案の約31パーセントは軽傷の傷病者であり、西海市内の一次医療機関でも対応可能ではないかと考える。

さらに、重傷傷病者や心肺停止傷病者についても同様に長時間の搬送となり、予後への影響なども懸念される。

軽傷の傷病者の搬送医療機関や搬送時間、救急要請の重複時等の現状や、心肺停止傷病者の搬送時間や予後などについて救急搬送の現状から検討を行う。

《Ⅱ-2》

当院における「小児科ドクターコールシステム」の現状と今後の課題

佐世保市総合救命救急センター

○中園由紀子

【はじめに】平成26年度より当院において院内緊急コールシステムとして「小児科ドクターコール」（以後「小児科コール」とする）が開始となった。昨年度、ERにおいても「小児科コール」が開始となり、今回対象となった2症例を振り返り、「小児科コール」の今後の課題について検討した。

【目的】「小児科コール」に対する現状を把握することで、今後の「小児科コールシステム」の課題を明確にする。

【方法】ERにおいて「小児科コール」された2症例を振り返り、今後の課題を小児小集団のカンファレンスで検討する。

【結果および考察】症例1においては、院内全体に「小児科コール」の周知がされておらず、小児科医師が全員集合するまでに時間を要した。また、症例2では結果的に死亡に至ったが、患者到着前に小児科医師が全員集合し治療を開始することができた。しかし、現在の「小児科コール」は、その時対応した医師の判断で行われ、コールの対象や基準がない。そのため、スタッフの中には症例2のような心肺停止患者以外でも「小児科コール」の対象ではなかったのかと悩んだ症例もあったといった意見もあり、「小児科コール」の対象や基準がないことが課題として上がった。

《Ⅱ-3》

長崎市消防局管轄区域内における 脳卒中傷病者の発症から119通報までの現状について

長崎市消防局

○古川 保、林田 哲、永川一宏

長崎市消防局管轄区域内における人口は平成28年6月末現在、長崎市433,726人、長与町42,548人、時津町30,209人であり、約50万人に対する救急搬送を15台の救急車で当局が担っている。

平成27年中の救急出場件数24,019件、搬送人員21,548人のうち、事故の種別において急病として搬送された傷病者は12,861人と全体の60%を占める中、初診時の疾病分類が脳疾患と診断された傷病者は1,763人であり、急病の約14%となっている。

平成24年から平成27年の過去4年間における急病の搬送人員で、長崎県版検証用返信票の回答があったうちの診断コード名、脳内出血（111）、くも膜下出血（112）、脳梗塞（113）であった2,381人について、発症から119通報までの現状を報告する。

《Ⅱ-4》

長崎川棚医療センター救急連絡協議会の開催報告

長崎川棚医療センター

○山口和美

【はじめに】当院は長崎県央に位置している。長崎県央、県北地域の急性期病院は佐世保市・大村市に集中しており、東彼三町の急性期病院は当院しかなく、この地域の二次救急医療を担っている。今回、当院の救急車受け入れ件数の減少に伴い、円滑な救急医療体制の構築を目的として救急医療の現場の課題を話し合い、救急隊との顔の見える関係性を目指して佐世保市消防局との連絡協議会を開催したため、その内容を報告する。

【開催日時】第1回目：2015年5月14日（木）、第2回目7月9日（木）、第3回目：9月10日（木）、第4回目：12月10日（木）、第5回目：2016年7月14日（木）

【内容】

第1回目～第2回目 佐世保市消防局の救急医療体制の現状、

長崎川棚医療センターの概況、現状の課題について

第3回目 佐世保市消防局の救急医療体制の現状、症例検討（CPA事例）

第4回目 症例検討（胸痛主訴で当院受け入れ、その後ACSで転院搬送となった症例）、当院救急外来からの転院状況とその分析

第5回目 症例検討（CPA事例、救急救命士の特定行為について）、過去4年間の救急車受け入れ状況とその分析（診療科別、重症度別）

【考察】連絡協議会を開催したことで、当院の救急車受け入れの現状を分析する機会になった。救急車受け入れ件数減少の要因として、循環器医師の減少に伴い緊急冠動脈カテーテル治療が実施できなくなったことが一要因として考えられた。また、救急隊と顔と名前を把握して対応することで、患者受け入れ時に円滑にコミュニケーションが図れるようになったと考える。

《Ⅱ-5》

爆発事故熱傷患者3名同時受け入れの対応について

長崎県島原病院

○江上久子、木村美智留

【はじめに】 A病院は救急告示病院・地域医療支援病院で、24時間体制で地域の二次救急医療を担っている。今回、近隣で起きた爆発事故による熱傷患者3名（うち気道熱傷疑い患者2名）の受け入れを経験した。休日であったため、医師・看護師の確保や正確な情報収集に苦慮したが、救急外来で対応後3名の患者を後方病院へ搬送することができた。複数患者同時搬送時の体制についての評価と課題が明らかとなった。

【経過】 日直医1名と救急外来看護師2名で受け入れ準備を行った。救急外来受診中の3名の患者を救急外来看護師がトリアージした。院内の医師2名と病棟看護師3名を応援要請した。救急搬送依頼から5分後に2名の熱傷患者が搬送され、患者1名に対し医師1名と看護師2名で対応した。その後更にもう1名の受け入れ要請が入り、対応した。日直医がリーダーとなり、救急隊からの情報収集と後方病院の手配に専念し、応援医師が患者管理の役割を担った。患者の転帰は、1名は気道熱傷疑いで、気管挿管後に高次機能病院へ搬送となった。残り2名は、背部・頭部・肩部などのⅡ度熱傷部位にワセリン塗布し、自宅周辺にある病院へ搬送した。

【考察】 爆発事故熱傷患者3名受け入れに対する臨時的なチームを作り、リーダーシップを日直医師がとり、後方病院への効率的な搬送につながった。今後、救急患者が重複した際の院内応援体制の構築を図る必要がある。

《Ⅱ-6》

職員の応急処置に対する意識と対応力向上に向けた取り組み

北松中央病院

○山口真美、前田太三、高橋麻美、伊勢 守、松本智美、正木康寛、濱道尚子、福井 純

【目的】 当院において過去1年以内に放射線技師・臨床検査技師・理学療法士が急変に遭遇し、ハリーコールを発動した事例を経験した。急変時は職種を問わず、すべてのスタッフが迅速かつ適切に対応出来ることが不可欠であり、急変時に備えたシステム作りを検討した。

【方法】 今回、事例を経験した心臓リハビリセンターにおいて、運動中の患者急変というシナリオをもとに患者役・スタッフ役に分かれ訓練を実施し、訓練中の状況をビデオ撮影した。訓練後には個々の気づきや反省点等の意見交換を行った。

【結果・考察】 後日、スタッフミーティング時、訓練経過を撮影したビデオを見ながら個々の動きを再確認した結果、いくつかの具体的な対応策を見出すことができた。従来救急委員会では急変対応事例に対する振り返りと現場へのフィードバック、全職員に対するBLS訓練を行うことで急変対応力の向上を図ってきたが、今回実践的訓練を行うことで、各現場の職員の応急処置に対する意識と対応力の向上につなげることができた。

《Ⅲ-1》

救急報告におけるコミュニケーションエラーの改善に向けて

井上病院

○木下美香、梅木美保、能田美穂

救急車の受け入れ要請やwalk in患者の情報など、緊急時の医師への連絡は看護師が窓口となることが多い。しかし、看護師個々により収集する情報の不足・多様性などから、的確な情報が速やかに伝えられないという現状もある。

救急医療の質がその後の治療成績や患者のQOLを左右すると言われることから、初療開始時点の情報共有は重要視すべき点であると考えられる。チーム医療における「報告・連絡・相談」の重要性は周知の通りであるが、緊急時に限ってコミュニケーションエラーが生じることも否定できない。看護師側は「思ったことを上手く伝えられない」「患者の状況を整理して伝えられたか不安」などの問題を抱え、医師側は、看護師に対し「アセスメントができていない」「結局何がほしいのかかわからない」などの不満を感じていたりする。

このような現象に対し、救急外来に携わる看護師と医師へのアンケート調査を行いコミュニケーションエラーの種類や発生要因に関する分析を行った。調査内容は、コミュニケーションエラーの経験、報告の目的、ドクターコール時のストレスなどの12項目である。伝えるべき情報とは何かに関しては複数回答可とした。これをもとに、救急報告に関する教育と基準作成を目指して活動を開始したところであるが、今回第一弾として救急報告時のコミュニケーションエラーに関する分析結果を報告する。

《Ⅲ-2》

当院救急外来における外国人診療の報告

長崎みなとメディカルセンター市民病院 救急・集中治療科

○小寺厚志、安武正矢

【目的】 当院救急外来における外国人旅行客の診療上の問題点を検討した。

【対象と方法】 2015年4月1日～2016年3月31日に救急外来を受診した外国人旅行客を対象とし、年齢、性別、出身国、英語能力、日本語能力、通訳、受診手段、疾患名、入院の有無、診療費負担を調査した。

【結果】 対象期間での救急外来受診者総数は7918名であった。外国人受診者総数は101名（1.3%）で、海外からの旅行者は28名（クルーズ船の乗組員4名を含む）であった。年齢は3歳～80歳、男性13名・女性15名、中国：9名、韓国：5名、フィリピン：3名、香港、台湾：各2名、マレーシア・タイ・オランダ・イギリス・イタリア・アメリカ・オーストラリア：各1名であった。日本語可能症例は1名、英語可能症例は6名であった。24名で通訳同伴であったが、同伴のなかった4名は英語可能であった。タクシーでの受診・救急車での受診ともに14名であった。消化器疾患：8名、外傷疾患：7名、呼吸器疾患：4名、循環器疾患：3名、脳神経疾患・泌尿生殖器疾患・皮膚疾患：各2名であった。入院は7名で、急性心筋梗塞・消化管出血：各2名、てんかん・胸水貯留・大腿骨頸部骨折：各1名であった。診療費は、全例全額自費負担であり、海外旅行保険は適応されなかった。

【考察と結語】 当院における外国人診療のマニュアルを示しながら、現状の問題点と今後の改善点を検討する。

《Ⅲ-3》

救急領域における家族看護の質の向上を目指した取り組み

佐世保市総合医療センター 救命救急センター

○田代祐子、小林 望、松井 望

当院は長崎県北地域唯一の3次救急医療施設であり、重症度・緊急度の高い患者を多数受け入れており、初療室（以下ER）看護師は多くの心肺停止（以下CPA）症例に関わっている。患者の命が危機的状況にあるとき、家族も精神的危機状態にさらされており家族への看護も重要なものであるといえる。しかし、当院ERには家族看護に対して共通認識となるものがなく統一した家族看護ができていないといった現状があった。

そこで、当院ERの家族看護の質の向上を目指して、学習会や家族について気になった症例を通してのカンファレンスを行った。そして、家族看護の基本的態度について点数で評価するアンケートを作成し、そのアンケートを5月・9月・2月に行うことで経時的な変化をみた。アンケートの結果、家族へのファーストタッチまでの時間以外の5項目全てにおいて点数の上昇がみられ、家族対応における基本的技術を身につける事ができた。また、“CPA患者家族に対する標準看護計画”を作成し、当院ERの家族看護における共通認識となった。また、ER看護師からは実際の看護実践に生かすことができるものであるとの評価を得た。

《Ⅲ-4》

ICUにおけるチーム医療の在り方～熱中症患者へ展開したチーム医療からの考察～

佐世保市総合医療センター 看護部

○立石奈己

【目的】 熱中症患者へ展開したICUにおけるチーム医療の在り方を考察したため報告する。

【事例と実践】 80代男性。熱中症・両下腿2度熱傷によるショック状態にて、気管挿管、AVシース、CV、胃管チューブが挿入されICUへ入室。入室2日目、主治医と治療方針・看護方針を共有し、必要な治療・処置、看護ケアのカンファレンスを行った。臨床工学技士、理学療法士、歯科医師と連携を図り、立案したケアの開始・中止基準に沿って、鎮痛・鎮静プロトコルやABCDEバンドル、早期離床、嚥下評価・訓練を展開した。結果、入室3日目に気管チューブ抜管、車いすの移乗まで離床拡大を図ることができ、ゼリーの経口摂取が可能となり、入室6日目にICU退室となった。

【考察】 医師、看護師、歯科医師、臨床工学技士、理学療法士の連携によるABCDEバンドルの実施や早期離床、早期嚥下訓練の実施が、高齢である患者の重症化を防止し、回復促進へとつながった。ICUにおいて、最善のチーム医療を提供するためには、患者志向の考えを軸に、医師と看護師が協働してチームの基盤を作り、患者・家族の状況に的確に対応できる職種が専門性を発揮することが重要である。また、患者・家族の命をささえつなぐことに専心できるチームとしての成果・成長は、より質の高いチーム医療の実践に繋がると考える。

ICUにおける初療看護導入と今後の課題

佐世保共済病院 看護部

○松井幸司、塚本寿子、乾 広貴

【はじめに】救急看護は場所、疾患、臓器、対象の発達段階、診療科、重症度を問わず実践される看護である。看護師は、様々な幅広い医学的知識と緊急処置に対応しなければならない。

当院の救急医療は輪番制の二次救急医療体制で年間1287件、月の平均107件の患者を受け入れている。また、平日の救急搬送の内訳は外科、内科、整形外科の搬送件数が多くみられている。初療対応のスタッフは、救急担当医師1名、救急外来所属の救急看護認定看護師1名と外来看護師1名で初療看護業務を行っていた。

平成26年度4月よりICUが開設し、初療からICU看護への継続看護、初期対応ができるスタッフ確保のため、平成27年6月より初療看護業務が開始となった。ICUにおける初療看護導入と今後の課題について報告する。

【方法】 1) 初療業務マニュアルの作成と修正

2) 初療業務導入スタッフの選出、初療業務導入後のアンケート調査

3) 初療学習会の開催、救急症例検討会（ICU内）

【結果及び考察】初療導入スタッフは、ICU看護経験やBLS、ACLSなど基本的救急看護技術の受講歴がある事をふまえて選出した。導入後のアンケート結果より、「初療経験が少ないため、看護業務への不安がある」という結果が多くみられた。平日での初療業務は日替わりで交代となり、救急患者へ対応する頻度も少ないことが要因としてある。今後、症例学習会やシミュレーショントレーニングなどの集合教育を行っていく必要がある。

当直業務を開始して

佐世保中央病院 臨床工学部

○中山絵美、福田龍太、高見昇吾、川中温美、関谷光彬、森田晃平、松本健嗣、谷口一俊、上原かをる、石田信悟、中嶋喜代子、前田博司

【はじめに】当部署は、二次救急当番日に当直を開始し約3年が経過したので、経過と今後の課題について報告する。

【経過】業務内容は、モニタ装着、各種検査搬送が主で、CPA、手術室や内視鏡室の治療準備、ME機器貸出等を随時行っている。また、平成26年6月より21:00～22:00の間において夜間病棟呼吸器ラウンドを行っている。呼吸器関連では、駆動時の動作確認、脳血管内治療およびCPA時の人工呼吸器管理、搬送用呼吸器装着及び監視等を行い、血液浄化関連においてはCHDF、緊急透析、PMXを行っている。

【問題点】夜間呼吸器ラウンドが規定時間帯に実施できない場合は、当直者とは別に待機者を呼出す事になっているが、当直者の判断に委ねているため時間内に実施されていない場合が多い。また、PCPS導入なども依頼されるが、一部のスタッフへの偏った業務になり、PCPSマニュアル等の充実が出来ていないため、統一した手技を提供できるように教育体制の構築が必要と考える。

【結語】当直が開始されて技士に要請された業務を集計した結果をふまえて、割合の多い業務の質を高め、当直業務の偏りを無くし、統一した業務を行う為、ローテーション業務の継続が必要ではないかと考える。現在、当直日の拡大に向けて調整中である。当直業務に入る事によって、地域支援病院としての当院の役割に、他職種協働の一員として安心安全な医療を提供して行きたい。

《症例 I - 1》

4回のくも膜下出血を来した多発性腎嚢胞の症例

長崎北徳洲会病院 脳神経外科

○鬼塚正成、中村 稔

4年8か月の間に4回の脳動脈瘤破裂をきたした多発性腎嚢胞の症例を経験した。2回目と4回目の破裂脳動脈瘤はde novo動脈瘤、3回目は3年間に瘤が増大して破裂した。繰り返すくも膜下出血の場合、くも膜の癒着から血腫の洗浄に時間がかかり、脳血管攣縮を来しやすい。また、未破裂内頸動脈巨大動脈瘤を有していたが、中大脳動脈領域の脳梗塞発生後に瘤の形態、サイズに変化を来しmass effectによる眼球運動障害を来した。

年1回の間隔でMRAかCTAでフォローしていきde novo動脈瘤、瘤の増大を早期発見して治療が可能であれば未破裂瘤の状態で治療をしたいが、完全な画像フォローは難しく、症状発現時に適切な対処をするしかないと考える。

《症例 I - 2》

頭蓋内出血により一過性QT延長を来した1例

国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター¹⁾ 脳外科²⁾

○川口雄史¹⁾、古川愛子¹⁾、増田幸子¹⁾、山田成美¹⁾、中道親昭¹⁾、日宇 健²⁾

【諸言】頭蓋内出血では、たこつぼ心筋症などの心筋障害やそれに伴う心電図変化が生じることが知られている。今回我々は、脳出血患者において、器質的障害がないにも関わらず一過性QT延長を来した症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】高血圧既往がある64歳女性。右被殻出血脳室穿破にて救急搬送された。来院時高度意識障害あり、緊急脳室ドレナージ術施行となった。初診時心エコーでは明らかな壁運動低下はなかったが、QTc 0.481秒と延長を認めた。しかし2日後のQTcは0.439秒と正常化、その後もQT時間は正常範囲内だった。頭蓋内出血以外に、電解質異常や薬剤等のQT延長の原因となるものは認めなかった。この患者は4年前にもくも膜下出血で当院入院歴があり、その際も初診時心電図でQTc 0.65秒と延長していたが、その後の心電図ではQT延長は認めなかった。

【考察】頭蓋内出血と心電図異常の関連についての検索では、くも膜下出血患者において89%にQT延長を来していたとの報告や、QT延長から多形性心室頻拍に移行し心停止となった症例報告がみられた。自験例の頭蓋内出血患者においても、心筋障害を伴わないQT延長を来した症例が少なからず存在することがわかった。本症例では不整脈合併はなかったが、頭蓋内出血の初期診療時には一過性QT延長による不整脈合併の可能性を考慮し、慎重な対応が必要と考えられた。

《症例 I - 3》

墜落を契機に発症した外傷性両側内頸動脈海綿静脈洞瘻 (carotid cavernous fistula: CCF) の一例

長崎大学病院 救命救急センター¹⁾、医療教育開発センター²⁾

○林 信孝^{1) 2)}、田島吾郎¹⁾、高橋健介¹⁾、山野修平¹⁾、猪熊孝実¹⁾、平尾朋仁¹⁾、野崎義宏¹⁾
山下和範¹⁾、田崎 修¹⁾

今回、我々は墜落を契機に発症した両側CCFの1例を経験したので報告する。

【症例】50歳女性。20xx年某日、自宅マンションの4Fから墜落し、倒れている所を発見され、当院に搬送された。来院時、GCS 1-3-4、瞳孔6mm/6mm、対光反射-/-であり、収縮期血圧80mmHg台とショックバイタルであったため、気管挿管、人工呼吸器管理を開始した。頭部CTで広範な外傷性くも膜下出血、左前頭部から眼窩壁、副鼻腔にかけて頭蓋底骨折を認めた。第2病日、両側結膜浮腫、結膜充血、前頭部血管雑音が聴取されたため、CTAを行ったところ、両側上眼静脈、海綿静脈洞の拡張を認めた。両側CCF疑いとして血管造影を行い、診断確定し、塞栓術を施行した。第5病日、follow MRIで右上眼静脈の拡張、左海綿静脈洞から左上眼静脈への逆流残存を認めたため、再度塞栓術を施行した。以後CCFは軽減し、結膜浮腫、結膜充血、血管雑音は消失し、第25病日のMRIではCCFの所見もほぼ消失した。左視力低下、両側直接対光反射消失、右間接対光反射消失、左動眼神経麻痺は残存したが、全身状態が安定したため、第40病日、回復期病院へ転院した。

内頸動脈海綿静脈洞瘻は重症頭部外傷で時に認められるが、多くは片側性であり、両側性はまれである。本症例に関して、視機能障害を含め文献的考察を加えて報告する。

《症例 I - 4》

Von Recklinghausen病に合併した弛緩出血の一例

国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター

○中原知之、重野晃宏、坂本透、増田太郎、古川愛子、鳥巢藍、窪田佳史、白水春香、日宇宏之、増田幸子、松元成弘、山田成美、中道親昭

【はじめに】 Von Recklinghausen病は常染色体優性の遺伝疾患でカフェオレ斑、神経線維腫等の皮膚病変を主徴とし、様々な臓器に多彩な病変を生じる。術中大量出血の報告もあり血管脆弱性が指摘されている。一方弛緩出血は母体死亡の主因である。今回弛緩出血から出血性ショック、DICに至ったVon Recklinghausen病の1例を経験したため報告する。

【症例】 Von Recklinghausen病の28歳妊婦。不均衡型の胎児発育不全あり。妊娠41週1日分娩誘発、41週2日男児(2520g) 出産。産後出血あり圧迫止血で止血困難、出血性ショック、DICでICU入室。気管挿管呼吸器管理を行い、右子宮動脈にTAE施行し止血を得た。出血量は約8000ml、RBC22単位、FFP36単位、PC10単位の大量輸血を要したが、翌日には貧血改善、2日目に抜管、4日目にICU退室、経過良好で11日目に独歩退院となった。

【考察】 Von Recklinghausen病では血管脆弱性の存在が報告され、その機序として動脈では中膜平滑筋の脱落・菲薄化、弾性板の断裂による動脈破綻や動脈瘤形成、静脈では神経線維腫細胞の浸潤に伴う血管平滑筋減少による静脈破綻があげられる。本症例では基礎疾患の血管脆弱性により弛緩出血が助長されたと考えられた。このような症例では迅速な輸血処置と基礎疾患特有のリスクを考慮した診療が大切である。

《症例 I - 5》

抗リウマチ薬投与中に生じた、 炎症反応上昇を伴わない壊死性筋膜炎の1例

国立病院機構長崎医療センター 形成外科¹⁾ 膠原病・リウマチ科²⁾ 総合診療科³⁾ 救命救急科⁴⁾
○福井季代子¹⁾、藤岡正樹¹⁾、石山智子¹⁾、右田清志²⁾、森 英毅³⁾、増田幸子⁴⁾

【目的】 トシリズマブ（アクテムラ®）は、関節リウマチの治療に用いられるIL-6阻害薬であるが、感染症を発症してもCRPが上昇しない症例が報告されている。

今回われわれは、トシリズマブ投与中、壊死性筋膜炎を発症し、初診時の血液検査で炎症所見の上昇を認めなかった症例を経験したので報告する。

【症例】 79才女性。関節リウマチに対しトシリズマブ投与中であつた。左下腿に発赤、疼痛を生じ、発症当日リウマチ科を受診、当科紹介となった。

初診時、左下腿から足背にかけて全周性に発赤腫脹を認めた。血液検査では、白血球数6800/ μ L、CRP 0.3以下mg/dLと正常範囲であつた。試験切開を行い、皮下組織の融解、壊死を認めたため壊死性筋膜炎と診断し、緊急でデブリードマンを行った。

術後、壊死の進行はなく入院23日目に分層植皮術を行い、入院51日目でリハビリのため転院した。

【考察】 トシリズマブ投与中の患者では、重症感染症であっても炎症所見が上昇しない症例がある。壊死性筋膜炎は緊急でデブリードマンを行わなければ予後不良であり、迅速な診断が必要である。今回われわれは、局所所見から壊死性筋膜炎を疑い、試験切開によって手術適応と判断した。

【結語】 トシリズマブ投与中の患者では、重症感染症であっても炎症所見が上昇しない症例があり、局所所見から迅速に手術適応を判断する必要がある。

《症例 I - 6》

喉頭癌の化学放射線療法後に食道穿孔を起こし 化膿性脊椎炎を合併、集学的治療を要した1例

国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター¹⁾ 耳鼻咽喉科²⁾
○柚川知香¹⁾、古川愛子¹⁾、山田成美¹⁾、奥 竜太²⁾、中道親昭¹⁾、田中藤信²⁾

【はじめに】 頭頸部癌に対する放射線治療はしばしば行われるが、照射領域の諸臓器に重大な障害をきたす。一方食道穿孔は確かな治療戦略がなく、敗血症や多臓器不全に至る重篤な疾患である。今回我々は、喉頭癌の化学放射線療法後に食道穿孔を起こし化膿性脊椎炎を合併、集学的治療を要した一例を経験したので報告する。

【症例】 70歳男性。1年前に喉頭癌に対して化学放射線療法施行後寛解。来院3日前より咽頭痛、四肢の痺れあり前医受診、CTにて食道穿孔を認め保存的加療開始。翌日朝より下肢完全麻痺、膀胱直腸障害を認め、MRIにてC6-7の椎体前面、脊柱管内に膿貯留あり、手術目的に当院紹介となった。同日椎体前方固定術施行されICU入室。抗菌薬投与、食道穿孔部に経口的ドレーン留置を行った。入院3日目のCTで膿瘍の進展あり再度ドレナージ術施行、頸部両側にドレーン留置し定時洗浄を行った。5日目より経管栄養開始、9日目に気管切開施行。食道穿孔部への唾液流入を防ぐため、鼻と気管切開口よりPTCDチューブを留置し持続吸引した。膿培養は当初Streptococcus、のちにMRSの検出あり随時抗菌薬変更。経過中炎症所見の増悪寛解を繰り返したが、膿瘍縮小を認め30日目にICU退室となった。

【考察】 食道穿孔により生じた化膿性脊椎炎に対し工夫を凝らしたドレナージと適切な抗菌薬選択で膿瘍縮小でき、縦隔炎や膿胸など致死的な合併症を起こさず管理可能であつた。

《症例 I - 7》

遺伝性有口赤血球症に伴った 脊柱管内髄外造血巣による圧迫性胸髄症の一例

長崎大学病院 医療教育開発センター¹⁾ 救命救急センター²⁾ 外傷センター³⁾
長崎大学 医学部整形外科⁴⁾

○鈴木悠¹⁾、平尾朋仁²⁾、上木智博^{2) 3)}、津田圭一⁴⁾、高橋健介²⁾、山野修平²⁾、田島吾郎²⁾、
猪熊孝実²⁾、野崎義宏²⁾、山下和範²⁾、森圭介^{2) 3)}、田口憲士^{2) 3)}、福島達也^{2) 3)}、宮本俊之^{2) 3)}、
安達信二⁴⁾、田上敦士⁴⁾、尾崎 誠⁴⁾、田崎 修²⁾

症例は30歳女性、2歳時に遺伝性有口赤血球症の診断あり。今回誘因なく両下肢の筋力低下が出現、翌日には両下肢の痺れ・感覚鈍麻を伴ったため当院を紹介受診した。来院時、両下肢の不全対麻痺（MMT3）および感覚鈍麻、深部腱反射亢進がみられた。血液検査では著明な貧血と白血球増多、ビリルビン値上昇を認めた。胸腹部CTにて脊椎椎体や肋骨周囲、仙骨前面に骨外腫瘤を認め、さらに横隔膜下、右副腎、腰椎前方にも腫瘤がみられた。脊椎MRIでは第3～9胸椎レベルに硬膜外腔腫瘤による脊髄圧迫があり、第6・7胸椎レベルの脊髄信号変化を伴っていた。胸椎硬膜外腫瘤による下肢対麻痺・感覚障害と考えられ、第4～10胸椎の椎弓切除と病変摘出を行った。病理診断は髄外造血巣であった。術後下肢の運動・感覚障害は改善した。

遺伝性有口赤血球症は常染色体優性遺伝を示す稀な先天性疾患である。その病態は赤血球膜の透過性異常であり、循環血液中に特徴的な形態を有した赤血球が出現し、様々な程度の溶血性貧血を呈する。本症例は幼少期からの長期かつ重度の貧血のため、体内の至る所に髄外造血巣を生じ、その一部が胸椎硬膜外腫瘤として症状をきたしたものと考えられた。一般に髄外造血は脾臓や肝臓でおこるとされており、これまで有口赤血球症に伴う髄外造血巣としての硬膜外腫瘤は報告されていない。たいへん稀少な病態と考えられるため、文献的考察を加えて報告する。

《症例 I - 8》

全身型破傷風のリハビリテーションを施行した1症例

佐世保市総合医療センター リハビリテーション室¹⁾ 看護科²⁾ 救急集中治療科³⁾
○古田弘二¹⁾、立石奈美²⁾、松平宗徳³⁾、横田徹次³⁾

【はじめに】破傷風は破傷風菌（clostridium tetani）によって生産される神経毒素によっておこる全身性痙攣を主症状とする感染症である。本邦では年間100人程度の発症となり、近年では稀な疾患となっている。臨床経過として潜伏期第1期（前駆期）、第2期（初発期）、第3期（痙攣持続時）、第4期（回復期）の各病期に分類されている。第2期から第3期までの期間が48時間以内の場合は予後不良とされている。今回、破傷風と診断されリハビリテーションを施行した症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

【症例】80才 女性 離島在住 症状の発現1週間ほど前に右前腕に釘による切創あり。その後頭部より右肩、背部痛の訴えあり、診療所受診するが異常指摘なく帰宅。2日後開口制限、嚥下障害をみとめ再度診療所受診し、当院へ紹介搬送される。破傷風の診断にてICU管理、呼吸障害も認めため人工呼吸器管理 鎮静施行。約3週間後よりリハビリテーション開始した。

四肢体幹の痙性麻痺、嚥下障害、呼吸障害を認めたが、退院時にはすべての症状は改善しADLも自立することができた。

【考察及びまとめ】第Ⅲ期からのリハビリテーション介入開始、呼吸障害、開口制限、四肢の痙性麻痺による可能域制限 嚥下障害等認められ、それらに対してリハビリテーションを行った。可及的早期よりリハビリテーションを行うことにより、合併症等の予防改善に繋がった。

また、離島在住であり退院後のフォローまで含めたチームでの取り組みができた。

《症例Ⅱ-1》

呼吸器障害を伴う縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーの一例

長崎大学病院医療教育開発センター¹⁾ 長崎大学病院救命救急センター²⁾

○中川拓也¹⁾、平尾朋仁²⁾、山下和範²⁾、田崎 修²⁾

【背景】縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーは常染色体劣性遺伝、遠位筋が障害される。重症例でまれに呼吸障害を来すといわれている。今回われわれは、呼吸器障害を伴う縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーの症例を経験したので報告する。

【症例】44歳男性 【主訴】意識障害 【既往歴】16歳：縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー

【現病歴】○月5日頃自宅で呼吸困難感を訴えるようになった。○月10日頃より意識レベルの低下があり摂食が不良となった。○月18日に反応がなくなり、かかりつけの前医に搬送された。CO₂ナルコーシスと診断され気管挿管が試みられたが挿管困難であり、バッグバルブマスクで人工呼吸をしながら当院に転院搬送となった。

【経過】来院時の動脈血液ガス分析では、pH 7.13、pCO₂ 120、PO₂ 125、HCO₃ 38.7、BE 1.7とCO₂ナルコーシスを呈しており、気管挿管後ただちに人工呼吸管理を開始した。呼吸状態は徐々に改善し、入院初期より認められた代償性代謝性アルカローシスに対して、第3病日よりアセタゾラミドを使用することで対応した。経過中人工呼吸器関連肺炎を併発したが、ABPC/SBT、ABPC、CTXを使用し治療できた。第9病日に気管切開を施行し、第11病日には人工呼吸器を離脱できた。第27病日、呼吸状態が安定化したことを確認し、リハビリ目的で前医へ転院した。本症例に関して、文献的考察を行いながら報告する。

《症例Ⅱ-2》

咳嗽を契機に発症した特発性腹壁血腫の1症例

国立病院機構長崎医療センター 統括診療部 診療看護師¹⁾ 救命救急センター²⁾

○伊藤健大¹⁾、重野晃宏²⁾、増田幸子²⁾、山田成美²⁾、中道親昭²⁾

【はじめに】腹壁血腫は突然の腹痛で発症することが多く、急性腹症の鑑別の一つとされる稀な疾患である。外傷や抗凝固療法などの誘因が知られているが、今回、咳嗽を契機に発症した腹壁血腫を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例は高血圧、脳梗塞の既往のある68歳の女性。咳嗽後に発症した突然の左側腹部痛を主訴に近医を受診した。左側腹部に約10cm大の腫瘤を触れ、同部位に圧痛を認めた。造影CT検査で、左腹斜筋血腫と同部位にextravasationを認めため加療目的に当院搬送となった。当院到着時、バイタルサインは安定しており貧血の進行は認めなかった。当院で行った血管造影では明らかなextravasationは認めず、血腫自体の圧迫効果による自然止血の状態と考えられたが、責任病変の可能性の高い左深腸骨回旋動脈、及び左第10,11肋間動脈に対しTAEを施行した。TAE後1日目に単純CT検査、5日目に造影CT検査を行ったが、血腫の増大や仮性動脈瘤は認めず、TAE後9日目に転院となった。

【考察】本症例は抗凝固薬・抗血小板薬の内服歴や外傷の既往はなく、咳嗽を契機とした特発性腹壁血腫と考えられた。過去5年間の本邦における症例報告では、腹直筋血腫、腹直筋鞘血腫、腹壁血腫において、咳嗽のみを契機とした症例は10% (2/20件) であった。危険因子のない患者においても発症様式などの問診は重要であり、突然の強い腹痛を主訴とする症例においては、本疾患を鑑別疾患の一つに挙げる必要がある。

《症例Ⅱ－3》

胸部外傷歴を伴わない縦隔気腫の4症例

長崎みなとメディカルセンター市民病院 臨床研修医¹⁾ 救急・集中治療科²⁾

○中尾 匠¹⁾、小寺厚志²⁾、安武正矢²⁾

【はじめに】縦隔気腫は縦隔内に遊離ガスが迷入した病態で、様々な症状を呈する。今回、胸部外傷歴を伴わない縦隔気腫の4症例を経験したので報告する。

【症例】症例1：65歳の男性。頸椎症に対する頭頸部の牽引療法を開始されたが、頭痛と背部痛が続くために救急搬送となった。CT検査で、上縦隔や気管分岐部に気腫を認めた。特発性縦隔気腫と診断し、外来観察で軽快した。

症例2：74歳の男性。間質性肺炎で加療中であり、転倒して頭部打撲・挫創にて救急搬送となる。CT検査で、頸部や上縦隔に気腫を認めた。脆弱肺における外傷誘因性の縦隔気腫と診断し、入院観察で軽快した。

症例3：16歳の男性。吸気時の胸痛にて救急外来を受診した。CT検査にて気胸はなく、頸部から気管周囲の気腫を認めた。特発性縦隔気腫と診断し、入院観察で軽快した。

症例4：24歳の男性。数日前から嘔吐を繰り返していたが、吐血と胸背部痛が出現して救急搬送となる。血液ガス所見でアシドーシスと高血糖を認め、CT検査で頸部から気管分岐部までの縦隔気腫を認めた。糖尿病性ケトアシドーシスに伴うハマン症候群と診断し、入院観察で軽快した。

【考察・結語】縦隔気腫では、遊離ガスの漏出源として、肺実質、縦隔内の気管・気管支、食道、口腔・頸部、腹腔内臓器からの経路があり、遊離ガス発症の機序として外傷性と非外傷性がある。今回の経験から、改めて縦隔気腫の誘因や治療を考察する。

《症例Ⅱ－4》

気管切開術を要した10例の検討

佐世保共済病院

○小池健輔、田浦政彦

【はじめに】気管切開は上気道狭窄・閉塞に対する気道確保、下気道分泌物・貯留物の排除、長期呼吸管理の目的など様々な理由で行われているが、今回、当科での気道確保目的で行われた気管切開10症例に対し検討を行った。

【対象・方法】2012年1月から2016年5月に当科において気管切開術を行った10症例を対象とした。症例の内訳は、男性5名、女性5名であり、年齢の平均は76.5歳であった。背景疾患・術式・処置時間・術後合併症などを検討項目とした。

【結果】術式は、全症例が下気管切開であった。疾患の内訳は、口腔癌2例、喉頭癌2例、下咽頭癌2例、中咽頭腫瘍1例、甲状腺癌1例、両側声帯麻痺1例、口腔底血腫1例であった。処置は全例手術室で行い、挿管可能症例は4例（経鼻1例）、6例は局麻下で手術を施行した。また9例は仰臥位であったが、1例は下咽頭癌の頸椎浸潤のため頸部伸展不能で半座位で施行した。処置に要した時間は平均31分であり、中央値は19分、合併症に関しては気胸の1例であった。更に原疾患の改善に伴い気管孔を閉鎖することができたのは2例であった。

【結語】今回の検討症例では全症例において、手術室での下気管切開が選択されているが、肥満で短頸の患者などの場合は手術操作が困難な場合も想定される。そのため、適切な術式の選択と術後の重度合併症の回避が重要である。また状況次第では輪状甲状間膜切開を先に選択することも必要と考える。

《症例Ⅱ－5》

下顎骨折に伴う気道閉塞で仰臥位搬送が困難であった交通外傷の一例

佐世保市総合医療センター

○宮永竜弥、松平宗典

【症例】50歳男性【病歴】X月Y日の22時頃、125ccバイクで前方停止中のトラックにノーブレーキで衝突し受傷。救急隊接触時、意識清明、バイタルは安定していた。下顎に開放創あり、仰臥位では呼吸苦を訴えたため、全脊柱固定は不可能と判断、右側臥位でボードに固定し、搬送。【経過】右側臥位で搬入。来院時、意識清明。体温37.9℃、脈拍83回/分、血圧154/93mmHg、SpO₂100%（リザーバーマスクO₂10L）。側臥位では発声は可能。仰臥位では呼吸苦を訴えたため、骨盤動揺・圧痛がないことを確認し、全検査を腹臥位または側臥位で施行した。頸部・胸部に皮下気腫なし。下顎の創部から持続性の出血あるが、血圧の低下はなし。FAST陰性。胸部X線で明らかな血気胸なし。CT上、頭蓋内、胸部、腹部に異常なし。下顎骨は正中で骨折し、遊離骨片あり。ただちに形成外科に紹介し、全身麻酔下で観血的骨接合術を施行。【考察】頭部顔面外傷において、気道閉塞の有無は、本例のように意識が保たれている状態であれば、呼吸苦等の訴えで判断できるが、意識障害のある場合には、救急隊の判断が患者の予後に影響することがわかった教訓的な一例を経験した。

《症例Ⅱ－6》

コハク酸シベンゾリンによる低血糖の1症例

長崎みなとメディカルセンター市民病院 臨床研修医¹⁾ 救急・集中治療科²⁾

○池田智也¹⁾、小寺厚志²⁾、安武正矢²⁾

【はじめに】糖尿病治療歴のない患者において、シベンゾリン内服による低血糖・意識障害を発症した1症例を経験したので報告する。

【症例】症例は87歳の男性。高血圧、腎機能障害、不整脈などの既往に対して、多数の内服を行っていた。早朝にベッドから落ちて意識が混濁しているところを発見されて救急搬送となった。搬送時の意識疎通は不良で、四肢は脱力状態であったが、呼吸循環動態は安定していた。意識障害に対して血糖異常を評価する目的で、血糖値の簡易測定をしたところ、25mg/dlであった。ブドウ糖補充にて意識状態は改善したが、四肢の脱力が継続したため、頭部MRI検査を施行したが異常なかった。腹部CT検査で膵臓の形態異常はなく、血液検査ではHbA1cが低値である一方で、インスリン分泌が過剰であった。このため、薬剤性の低血糖を考慮したところ、低血糖を起こしうるシベンゾリンの血中濃度が1,220ng/dlと中毒域であった。入院後、シベンゾリンを中止したところ、低血糖は再発せず良好に経過した。

【考察・結語】シベンゾリンは、経口血糖降下剤と同様にインスリン分泌を促し低血糖を引き起こすとされている。本症例は高齢者であり、腎機能障害を認めただけで、搬送前日に誤って数日分の内服をしたことで薬物の血中濃度が上昇し、低血糖を誘発したと考えられた。本経験から、意識障害に対する血糖測定や薬剤性低血糖の鑑別の重要性を再認識した。

血糖値改善後も意識障害が遷延した低血糖の1例

国立病院機構長崎医療センター 救命救急センター

○芦澤博貴、川口雄史、中原知之、増田幸子、山田成美、中道親昭

【緒言】 低血糖による意識障害では通常血糖値改善後速やかに意識障害も改善するが、種々の要因で意識障害が遷延することがある。今回我々は低血糖による意識障害が血糖値改善後も持続した症例を経験したので報告する。

【症例】 2型糖尿病でインスリン療法中の65歳男性。自宅前で倒れているところを発見、救急要請され、救急隊接触時の血糖値は21mg/dlだった。50%ブドウ糖40ml静注で血糖値は286mg/dlに上昇したが意識障害は持続。当院へ救急搬送となり脳卒中疑いで精査進めるも否定的、血糖値改善1時間後に意識障害は改善した。その他の原因精査行うも異常を認めず、最終的に低血糖による意識障害の診断となった。入院後は食事療法、DPP-4阻害剤内服で血糖コントロールは良好、低血糖による意識障害なく経過した。

【考察】 長期のインスリン治療や繰り返す低血糖により反応性低下がおこり、前駆症状のない意識障害を来す無症候性低血糖に陥る。これはアルコールで助長され、さらにアルコール代謝過程で産生されるNADH2により糖新生が抑制される。低栄養が加わると細胞内グルコースの貯蔵低下もおこる。今回はこれらの背景因子が重なり血糖値改善後も意識障害が遷延したと考えられた。

【結語】 血糖値改善後も意識障害が遷延した低血糖症例を経験した。低血糖改善後も意識障害が遷延する場合は、脳卒中などを鑑別しつつ患者の背景因子を確認する必要がある。

《中毒他-1》

急性中毒時における薬剤師の関わりと今後の課題

佐世保市総合医療センター

○萩野清子、井福隆史

佐世保市総合医療センター（以下当院）は県北医療圏唯一の救命救急センターを有しており、多くの救急患者を受け入れている。その中でも急性中毒症例は解毒薬に関する情報の収集、薬剤の調達などに薬剤師の関与が求められる。今回、2つの事例について当院の対応を紹介するとともに、そこから浮かび上がった今後の課題について報告する。

【事例1】2013年5月30日水産加工会社で硫化水素中毒事故発生。3名の患者のうち2名が当院へ搬送。解毒薬の亜硝酸アミルは当院非採用、亜硝酸ナトリウム注射液は市販されていなかった。他院で調製された亜硝酸ナトリウム注射液を提供してもらい使用。2名とも回復。

【事例2】2014年1月ガラス工場でフッ化水素酸による曝露事故が発生した場合の対応について相談あり。解毒薬のグルコン酸カルシウムゼリーは医薬品としては市販されておらず、当院では院内で調製せず、試薬を購入することとした。

中毒時の解毒薬には市販されていないものが多く、院内製剤することが求められるが、製造物責任法等の関連法規により、その調製及び使用は規制される。そのためこれを機に当院では院内製剤に関するマニュアルの作成に着手した。また併せて院内採用解毒薬の見直しも行った。

しかし、患者が他の医療機関に搬送された場合、現状では当院の院内製剤を提供することは困難である。又、発生頻度の低い中毒に備え、どの程度在庫するかについても検討の余地がある。

《中毒他-2》

大量服薬による薬物中毒での救急搬送と薬剤部の関わり

長崎北徳洲会病院 薬剤部

○湧川朝也

徳洲会グループは、2016年3月現在66病院を展開しており、「命だけは平等だ」の理念の下、年中無休・24時間オープンを実行している。救急においても、夜間も含め24時間を通して搬送受け入れ拒否ゼロを目指している。

当院は許可病床数108床の小規模病院であるが、年間の救急搬入件数は1,300件以上に達している。そして、精神科医による心療内科を開設していることもあって、大量服薬による自殺企画、薬物中毒にて救急搬入される事例が毎月のように起こっている。

救急医療の現場で、薬剤師には大量服薬（医療用医薬品や一般用医薬品を含む）した薬の特定、医師や看護師への情報提供、処置薬の提案等が求められるが、当院では救急外来に薬剤師が常駐しておらず、十分な体制で臨んでいるとはいえない。

そのような中、薬物中毒にて搬送された事例で、薬剤部としてどのように関わっているのかを、2016年1月以降に経験した症例を用いて報告する。

急性期病院における自殺未遂患者の退院支援の一考察

佐世保市総合医療センター 地域連携センター

○小川智幸、酒井基成、畑中玲子

【はじめに】 当院は、長崎県北地区の高度急性期医療を担っており、自殺未遂患者も救急搬送されている。大多数が自宅退院となっており、再企図防止や自立支援の観点からも関係機関との連携強化が必要となっている。

【目的】 自殺未遂患者の退院支援、地域連携について考察する。

【倫理的配慮】 不利益を生じない範囲で事例発表する事を家族へ説明し同意を得た。

【事例紹介】 10代後半女性。走行中の車両に自ら飛び込み衝突、緊急搬送。両恥骨骨折、急性硬膜下血腫認め同日緊急入院。家族構成は父、母、兄の4人暮らし。精神状態不安定で短大休学中。

【介入経過】 入院1日目、開頭血腫除去術。医師診察および家族面談に同席し経緯や生活状況を聴取。入院18日目、頭蓋骨形成術。入院26日目、かかりつけの精神科病院へ転院相談。入院28日目、リハビリテーション科併設の精神科病院へ転院相談。いずれも受け入れ不可。入院36日目、母親の同意を得て市障害福祉課地区担当保健師へ情報提供し自宅退院。

【結果・考察】 市障害福祉課保健師へ情報提供を行ったが、母親が電話相談のみで面談までには至っていない。退院後も自傷行為があり家族が警察に通報。自殺未遂患者に対しては早期からPSWが介入し、本人、家族を含めた退院支援を目的に行政や精神科医療機関と入院後すぐにカンファレンスを行い、再企図の予防と自立に向けた支援が重要であることを再認識した。

救命救急 CT 撮影における放射線技師の役割

佐世保市総合医療センター 放射線技師

○矢野秀亘、佐々木淳一

佐世保市総合医療センターは2014年に救命救急センターを設立した。その際にセンター内に320列面検出器CT Aquilion ONE (TOSHIBA社製)を設置した。

本装置は体軸方向160mm幅の検出器を搭載しているため、これまでの寝台移動方式のHelical CTと異なり、頭部や心臓などを寝台固定したまま一回転撮影することが可能となった。このことは、小児など体動の影響を受けやすい患者をONE Volumeで撮影可能となり救命救急領域では非常に大きなアドバンテージとなっている。これにより脳血管や心臓の検査では造影剤の減量が可能となった。次に160列Helical撮影により全身を高速で撮影することが可能となったため、体動や息止め不良な方でも検査が可能になり、少量の造影剤で大血管CTAの撮影が可能となった。また、外傷患者の広範囲撮影を部位毎(頭と体幹部等)に最適な撮影条件で撮影可能な“バリアブルヘリカルピッチ”を適用することで、画質を担保しスループットの向上も実現できている。

救急撮影を有する患者は状態が悪く尚且つ通常通りの検査が行えなかつたりする。そのため、これらの特徴を活かして、できるだけ負担をかけず良好な画像を提供することが求められている。

大動脈解離症例における高速二重螺旋心電図非同期CT撮影の検討

長崎県島原病院 放射線部

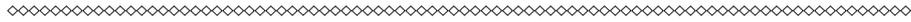
○田尻裕紀、坂上竜太郎、井上陽太、萩原幸宏

【目的】 CT検査で大動脈解離（Stanford A）を評価する際、心拍動の影響が問題となる。心電図をCT装置と同期させて撮影することで画質は改善されるが、作業が煩雑になり、救急検査での実用は困難な場合がある。一方、当院のCT装置は二つのX線管球が二重螺旋軌道を描きデータを取得する高速二重螺旋撮影が可能であり、息止め困難な患者の胸部撮影などに用いている。そこで今回、高速二重螺旋撮影の時間分解能を測定し通常撮影と比較することで、大動脈解離を診断目的とした心電図非同期CT撮影の可能性について検討した。

【方法】 1. 金属落球方式を用いて通常撮影（ヘリカルピッチ：0.5、1.0、1.5）と高速二重螺旋撮影（ヘリカルピッチ：2.0、2.6、3.2）のTemporal sensitivity profile（TSP）を測定、各撮影条件の時間分解能を比較する。2. 胸部大血管撮影を高速二重螺旋撮影で行った10症例において、上行大動脈、右冠動脈主幹部、左冠動脈主幹部に対し3段階の視覚評価を行う。

【結果・考察】 時間分解能は高速二重螺旋撮影の方が優れ、ヘリカルピッチの高いほうがより向上した。視覚評価ではほとんどの症例で診断可能であった。このため大動脈解離のCT検査を心電図非同期で緊急に行う場合、高速二重螺旋撮影を使用し、ヘリカルピッチを高くすることで診断可能な画像を取得できる可能性が向上すると考える。

医療機器展示企業および 広告掲載企業一覧



【医薬品・機器展示】

フクダ電子西武北販売株式会社
日本光電九州株式会社

【広告掲載企業】

大塚製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
あすか製薬株式会社
M S D 株式会社
第一三共株式会社
日本化薬株式会社
ヤクルト本社
山下医科器械株式会社
九州風雲堂販売株式会社
福岡酸素株式会社

ビタミンB₁配合、ビーフリード®

処方箋医薬品*

薬価基準収載

ビーフリード® 輸液

ビタミンB₁・糖・電解質・アミノ酸液

BFLUID® Injection

*注意—医師等の処方箋により使用すること



【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

- (1) 肝性昏睡又は肝性昏睡のおそれのある患者
- (2) 重篤な腎障害のある患者又は高窒素血症の患者
- (3) うっ血性心不全のある患者
- (4) 高度のアシドーシス（高乳酸血症等）のある患者
- (5) 電解質代謝異常のある患者
 - ① 高カリウム血症（乏尿、アジソン病等）の患者
 - ② 高リン血症（副甲状腺機能低下症等）の患者
 - ③ 高マグネシウム血症（甲状腺機能低下症等）の患者
 - ④ 高カルシウム血症の患者
- (6) 閉塞性尿路疾患により尿量が減少している患者
- (7) アミノ酸代謝異常症の患者
- (8) チアミン塩化物塩酸塩に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

下記状態時のアミノ酸、電解質、ビタミンB₁及び水分の補給
・経口摂取不十分で、軽度の低蛋白血症又は軽度の低栄養状態にある場合
・手術前後

【用法・用量】

用時に隔壁を開通して上室液と下室液をよく混合する。通常、成人には1回500mLを末梢静脈内に点滴静注する。投与速度は、通常、成人500mLあたり120分を基準とし、高齢者、重篤な患者には更に緩徐に注入する。
なお、年齢、症状、体重により適宜増減するが、最大投与量は1日2500mLまでとする。

【使用上の注意】 —抜粋—

1.慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1) 肝障害のある患者 (2) 腎障害のある患者 (3) 心臓、循環器系に機能障害のある患者 (4) アシドーシスのある患者 (5) 糖尿病の患者 (6) 薬物過敏症の既往歴のある患者

2.重要な基本的注意

- (1) 本剤は500mLあたりアミノ酸を15g（窒素として2.35g）、非蛋白熱量として150kcalを含んでいるが、本剤のみでは1日必要量のカロリー補給は行えないので、本剤の使用は短期間にとどめること。
- (2) 経口摂取不十分で、本剤にて補助的栄養補給を行う場合には、栄養必要量及び経口摂取量などを総合的に判断して、本剤の投与を行うこと。
- (3) 手術後における本剤の単独投与はできるだけ短期間（3～5日間）とし、速やかに経口・経腸管栄養ないし他の栄養法に移行すること。
- (4) 本剤は500mLあたりビタミンとしてビタミンB₁のみを0.96mg（チアミン塩化物塩酸塩として）含んでいるが、患者の状態に応じて、他のビタミンを投与（ビタミンB₁の追加投与を含め）すること。

3.副作用

消化器手術の術後患者を対象とした臨床第Ⅲ相試験において、医学的に有害であると判断された副作用症例は50例中8例（16.0%）で、発現件数は11件であった。内訳は、自覚的副作用が7例8件（血管痛が3件、静脈炎が4件、胸部不快感が1件）、臨床検査値異常変動が1例3件（AST（GOT）上昇、ALT（GPT）上昇、AI-P上昇が各1件）であった。（承認時、2006年）

(1) 重大な副作用

ショック※（頻度不明）：ショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧降下、胸内苦悶、呼吸困難等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注）チアミン塩化物塩酸塩注射剤でみられる副作用

◇その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 株式会社大塚製薬工場 徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

販売提携 大塚製薬株式会社 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター

〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

〈'14.08作成〉

SURVIVOR SHIP

サバイバーシップ

がんと向きあってともに生きること。

〈サバイバーシップとは〉

がんを経験した方が、生活していく上で直面する課題を、
家族や医療関係者、他の経験者と共に乗り越えていくこと。また、そのためのサポート。

大鵬薬品は、がんサバイバーシップを応援しています。



資料請求先（医薬品情報課）

大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
<http://www.taiho.co.jp/>

2016年1月作成

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

www.takeda.co.jp

武田薬品工業株式会社

LH-RH^{注1)}誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤 注1) LH-RH: 黄体形成ホルモン放出ホルモン

劇薬・処方箋医薬品^{注2)} 注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

リュープロレリン酢酸塩注射用キット 1.88mg・3.75mg「あすか」

(注射用リュープロレリン酢酸塩)



●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意については、添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)

あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売

武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2015年12月

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？

MSDは、医薬品やワクチンの提供を通じて、日本の、そして世界の医療ニーズにお応えしています。そこで思い描いているのは、皆さまのすこやかな未来。薬の力を未来の力につなげるために。これからもMSDは、時代を切りひらく革新性と科学への揺るぎない信念で、画期的な新薬やワクチンの開発に取り組んでいきます。

新薬で、未来をひらく。



MSD株式会社 東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア www.msd.co.jp




 ニューキノロン系注射用抗菌製剤 処方箋医薬品*
クラビット®
 点滴静注バッグ 500mg/100mL
 点滴静注 500mg/20mL
 CRAVIT® (レボフロキサシン水和物注、略名:LVFX)
*注意—医師等の処方箋により使用すること (薬備基準収載)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等の詳細につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

第一三共株式会社
 東京都中央区日本橋本町3-5-1

2015年9月作成



おかげさまで2016年に
 創立100周年を迎えました。
 私たちは挑戦し続けます。

私たちは火薬事業を発足した後、

化学・医薬品分野を核とした事業展開を図ってまいりました。

1963年にはデミング賞実施賞を受賞し、

今現在ががん治療関連領域のスペシャリティファーマーとして、

がん治療に貢献するための研究開発に腐心しています。

「火薬」から「がん関連治療薬」へ、歴史を積み重ねながら、

私たちは更に多くの患者さんに貢献できるように日々挑戦していきます。

*デミング賞 (Deming Prize) ー TQM (総合品質管理) の発祥に功績のあった民間の団体及個人に授けられる賞
 品質管理 (S) 専門家及びアメリカの William Edwards Deming 博士の業績を記して創設された。

NK

Speciality, Biosimilar & Generic plus IVR

世界的なすきま発想。

 **日本化薬**

東京都千代田区丸の内二丁目1番1号
<http://www.nipponkayaku.co.jp/>

人も地球も健康に Yakult



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤(イリノテカン塩酸塩水和物)
劇薬・処方箋医薬品※

カンプト® 点滴静注 40mg
100mg

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤(ゲムシタビン塩酸塩)
劇薬・処方箋医薬品※

ゲムシタビン 点滴静注用 200mg「ヤクルト」

抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼインヒビター(イマチニブメシル酸塩)
劇薬・処方箋医薬品※

イマチニブ錠 100mg
200mg「ヤクルト」

活性型葉酸製剤(レボホリナートカルシウム)
処方箋医薬品※

レボホリナート 点滴静注用 25mg「ヤクルト」

副腎癌化学療法剤、副腎皮質ホルモン合成阻害剤(ミトタン)
劇薬・処方箋医薬品※

オペプリム®

抗悪性腫瘍剤(オキサリプラチン)
毒薬・処方箋医薬品※

エルプラット® 点滴静注 50mg
100mg
200mg

タキソイド系抗悪性腫瘍剤(ドセタキセル)
毒薬・処方箋医薬品※

ドセタキセル 点滴静注 20mg/1ml
80mg/4ml「ヤクルト」

アロマターゼ阻害剤、閉経後乳癌治療剤(レトロゾール)
劇薬・処方箋医薬品※

レトロゾール錠 2.5mg「ヤクルト」

5-HT₃受容体拮抗型制吐剤(インジセトロン塩酸塩)
劇薬・処方箋医薬品※

シンセロン® 錠 8mg

遺伝子組換えヒトG-CSF誘導体制剤(ナルトグラスチム(遺伝子組換え))
処方箋医薬品※

ノイアップ® 注 25 100
50 250

抗悪性腫瘍剤(シスプラチン)
毒薬・処方箋医薬品※

シスプラチン 点滴静注 10mg「マルコ」
25mg
50mg

骨吸収抑制剤(ゾレドロン酸水和物)
劇薬・処方箋医薬品※

ゾレドロン酸 点滴静注 4mg/100mlパック
4mg/5ml「ヤクルト」

前立腺癌治療剤(フルタミド)
劇薬・処方箋医薬品※

フルタミド錠 125「KN」

※注意一医師等の処方箋により使用すること

●「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2015年11月作成

〈資料請求先〉

株式会社ヤクルト本社

〒104-0061 東京都中央区銀座7-16-21 銀座木挽ビル

☎0120-589601 (医薬学術部 くすり相談室)

永久に人の仕事。

見えないけれど、たいせつなこと。

医療技術は、日進月歩で進化しています。

それに応えるため、山下医科器械も深化します。

企業として、また人として、

ベストを尽くすと同時にベストを更新したい。

いかに器械や薬が発達しても、

医療を支えるのは、人間なのであります。

山下医科器械株式会社

〔福岡本社〕

〒810-0004

福岡県福岡市中央区渡辺通3-6-15-6F

TEL 092-726-8200 FAX 092-726-8212

〔佐世保支社〕

〒857-8533

長崎県佐世保市湊町3-13

TEL 0956-25-2111 FAX 0956-25-2116

yamashita
TOTAL MEDICAL SUPPORT

整形外科製品全般・病院設備全般



九州風雲堂販売株式会社

URL:<http://www.fuundo.com>

■ 本社	〒812-0006	福岡市博多区上牟田1丁目11番31号	TEL 092-483-1881	FAX 092-483-1888
■ 北九州営業所	〒807-0843	北九州市八幡西区三ヶ森4丁目2番20号	TEL 093-616-8734	FAX 093-616-8744
■ 佐賀営業所	〒849-0937	佐賀市鍋島1丁目9番1号キャロル鍋島1F	TEL 0952-34-1255	FAX 0952-34-1205
■ 佐世保営業所	〒857-0041	佐世保市木場田町8番7号木竹ビル3F	TEL 0956-29-0345	FAX 0956-29-0353
■ 長崎営業所	〒852-8153	長崎市花丘町17番10号花丘久部ビル1F	TEL 095-841-9572	FAX 095-841-9573
■ 大村営業所	〒856-0813	長崎県大村市西大村本町332-4	TEL 0957-48-8008	FAX 0957-48-8009
■ 下関営業所	〒751-0806	下関市一の宮町3丁目7番39号	TEL 083-256-5153	FAX 083-256-1317
■ 周南営業所	〒745-0801	山口県周南市大字久米3241番地25メゾンドソレイユ1階103号室	TEL 0834-33-8205	FAX 0834-33-8206
■ 広島営業所	〒733-0012	広島市西区中広町2丁目26番3号コーポ中広1F	TEL 082-297-5877	FAX 082-297-5810
■ 宮崎営業所	〒880-0901	宮崎市東大淀1丁目3番45号OMCビル5F	TEL 0985-52-6270	FAX 0985-52-6280
■ 愛媛営業所	〒790-0003	愛媛県松山市三番町7丁目7番2号	TEL 089-931-8333	FAX 089-931-8334
■ 大分営業所	〒870-0031	大分市大字勢家1098-269	TEL 097-574-7131	FAX 097-574-7132
■ 五島出張所	〒853-0007	長崎県五島市福江町6番地6平山ビル1階101号室	TEL 0959-75-0401	FAX 0959-75-0403
■ 日向出張所	〒883-0062	日向市大字日知屋4726番3の2コーソクビル1階D室	TEL 0982-50-3745	FAX 0982-50-3746

次世代へきれいなモノを残したい
その為に、つなげてゆく

顧客満足を第一に考えて行動すると共に、社会の進歩・発展に貢献します。

*We focus on customer satisfaction
and contribute to advancement and development of society*



福岡酸素株式会社

FUKUOKA OXYGEN CO.,LTD. since 1919

本社 : 久留米市東町33-21
<http://www.fksanso.co.jp/>
佐世保支社 : 佐世保市千尽町4-9
(0956)31-1115

