



第33回

長崎救急医学会学術集会

～みんなで守る救急医療～

プログラム・抄録集



会 期 2025年9月6日(土)

会 場 アルカスSASEBO 大会議室(3F)

会 長 (独)労働者健康安全機構 長崎ろうさい病院 院長 酒 井 英 樹



運営事務局

(独)労働者健康安全機構 長崎ろうさい病院

事務局代表 寺尾 嘉彰(副院長)

〒857-0134 長崎県佐世保市瀬戸越2丁目12番5号

TEL : 0956-49-2191 FAX : 0956-49-2358

E-Mail : nagasakiqq-2025@nagasaki.h.johas.go.jp



第33回 長崎救急医学会学術集会

抄 録 集

目 次

ご挨拶	2
学会参加者へのご案内	3
会場のご案内	4
座長・演者の方へのご案内	5
タイムテーブル	6
プログラム	8
抄 録	16
広告掲載企業一覧	35



『～みんなで守る救急医療～』

第 33 回 長崎救急医学会学術集会

会 長 酒 井 英 樹

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎ろうさい病院 院長



第 33 回長崎救急医学会学術集会を、2025 年 9 月 6 日（土）に、佐世保市のアルカス SASEBO で開催させていただきます。33 年の歴史を持つ本学会の学術集会を担当させていただき、大変光栄に存じます。

近年、救急医療はひっ迫しています。地域社会の高齢化にともない、救急搬送を必要とする高齢患者が増える一方、救急医療を担う医師や看護師は不足しています。また、軽症患者の救急車要請や救急医療機関への夜間・休日受診の増加も救急医療ひっ迫の要因になっています。当院のある佐世保市も例外ではありません。ひっ迫する救急医療の改善に向けた取り組みとして、救急医療電話相談窓口（#7119）の開設や救急医療情報システムの運用などが行われていますが、まだ問題解決には至っていません。緊急性の高い患者へ適切な医療を迅速に提供できる体制を維持するためには、医療機関、行政、市民が問題点を共有し、連携・協力することが不可欠です。

そこで、本学術集会のテーマを「みんなで守る救急医療」としました。パネルディスカッション「みんなで考えよう地域の救急」は、佐世保市総合医療センターの平尾朋仁先生に座長を務めていただき、一般市民の方が参加できる市民公開講座としました。パネリストとして八木 健様（佐世保市保健福祉部医療政策課）、川崎真吾様（佐世保市消防局警防課）、寺尾嘉彰先生（長崎労災病院）、山口榮一郎先生（佐世保市総合医療センター）の4名にそれぞれの立場からご発表いただき、総合討論が行われます。

また、一般演題には35題の応募をいただきました。救急医療を守るだけでなく発展させるヒントが数多く含まれています。多数のご応募に感謝申し上げます。

一般演題、パネルディスカッション／市民公開講座での討論を通して、地域の救急医療を守り充実させるために、課題の整理と今後の取り組みが議論されることを期待しています。皆様のご参加を心よりお待ち申し上げます。

学 会 参 加 者 へ の ご 案 内

1. 学術集会参加について

1) 当日受付

<受付時間> 9月6日(土) 9:00～

<場 所> アルカス SASEBO 3F 大会議室

2) 参加資格

医療関係者(病院施設職員・救急隊)

※15:45～開催の市民公開講座「みんなで考えよう地域の救急」につきましては、どなたでも参加できます。(無料)

3) 参加費

医療関係者(病院施設職員・救急隊) 1,000 円

4) 参加証(ネームカード)

参加証は所属とお名前をご記入の上、会場内において必ず着用してください。

5) 本学術集会は長崎県医師会承認の日本医師会生涯教育講座です。

6) その他

○会場内はすべて禁煙です。

○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。

2. ランチョンセミナーのご案内

軽食をご用意いたします。

なお、なくなり次第、ご提供は終了となりますのでご了承ください。

会 場 の ご 案 内

会場案内図

車 : 西九州自動車道 佐世保みなと I.C. から 5 分

J R : 佐世保駅から徒歩 5 分

バス : 佐世保バスセンターから徒歩 3 分

※駐車場は近隣にございますが、なるべく公共の交通機関の利用、乗り合わせでのご来場をお願いいたします。



座長・演者の方へのご案内

1. 座長の皆様へお願い

- 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。
- 2) ご担当セッション開始 10 分前までには、大会議室会場の右手前方の「次座長席」にご着席ください。
- 3) 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。
- 4) ご担当セッションでは、演者、聴講者、座長間で活発な質疑・応答の進行をお願いいたします。

2. 一般演題演者の方へ

- 1) 発表はすべて PowerPoint による PC 発表のみとなります。プレゼンテーションは、発表データ持込による発表を原則とします。万一に備えて、必ずバックアップデータをお持ちください。

学会会場に用意するパソコンは Windows です。使用するアプリケーションは PowerPoint2021 のみとさせていただきます。MAC は準備できません。

発表用のデータ (PowerPoint) のファイル名は「演題番号 氏名」としてください。

(例: A-1 山田太郎、 B-2 山田花子)

2) PC 受付

発表セッションの 45 分前までに、PC 受付にて動作確認を行ってください。

なお、PC 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。

3) 発表について

- ①発表会場へお越しになる前に、PC 受付に発表データの入った USB メモリをご持参いただき、所定の機器で動作確認を行ってください。
- ②開始 15 分前までには、発表会場の左手前方の「次演者席」にお越しください。
- ③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。演台にセットされ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。
- ④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。
- ⑤演者は、当該セッションが終了するまで、大会議室会場内でお待ちください。

<メディア持込の注意点>

- ・発表データのお持込みは USB メモリをお願いします。その他メディアは受付できません。
- ・OS 標準のフォントをご使用ください。(MS ゴシック、MS 明朝、Arial、Century 等)
- ・動画は Windows Media Player で再生可能なものに限定いたします。特殊コーデックをご使用にならないようご注意ください。
- ・プレゼンテーションに他のデータ (静止画・動画・グラフ等) をリンクさせている場合は、必ず他のデータも一緒に保存してください。
- ・ウイルス感染を防ぐため、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
- ・お預かりいたしましたデータは、学会終了後、責任を持って消去いたします。

タイムテーブル

アルカスSASEBO 3階大会議室	
9:50～10:00 開会挨拶 会長 酒井 英樹	13:10～13:20 総会
10:00～10:42 一般演題A 座長：北川 直毅 A-1 長崎労災病院 高平 良太郎 A-2 長崎みなとメディカルセンター 安田 万梨奈 A-3 佐世保市総合医療センター 西園 馨子 A-4 長崎大学医学部 藤吉 信博 A-5 長崎大学病院 堂尾 美穂 A-6 長崎労災病院 寺尾 嘉彰	13:25～14:00 一般演題D 座長：中村 美穂 D-1 長崎医療センター 宮崎 里菜 D-2 長崎労災病院 山口 恵美子 D-3 長崎大学病院 横山 誠 D-4 長崎労災病院 本竹 由香里 D-5 佐世保中央病院 上田 恭子
10:45～11:27 一般演題B 座長：青木 義紘 B-1 長崎医療センター 松尾 徳久 B-2 長崎大学医学部 尾崎 瑠音 B-3 柿添病院 柿添 圭成 B-4 長崎大学病院 内野 史彬 B-5 長崎みなとメディカルセンター 渡辺 博之 B-6 長崎大学医学部 山下 日華梨	14:03～14:45 一般演題E 座長：前田 茂人 座長：野口 みどり E-1 十善会病院 松永 香織 E-2 長崎大学病院 板坂 大樹 E-3 長崎大学病院 金丸 翠 E-4 佐世保中央病院 天野 雄生 E-5 佐世保中央病院 山内 雄斗 E-6 佐世保中央病院 下田 奈津子
11:30～12:12 一般演題C 座長：山佐 稔彦 座長：藤原 源太 C-1 長崎労災病院 福井 良枝 C-2 長崎大学病院 小森 悠二 C-3 長崎労災病院 石橋 明日香 C-4 長崎医療センター 中村 祥暢 C-5 長崎北徳洲会病院 鬼塚 正成 C-6 市立大村市民病院 野中 和樹	14:48～15:30 一般演題F 座長：中道 親昭 座長：東 竜二 F-1 県央地域広域市町村圏組合 消防本部 F-2 長崎市消防局 平井 悠喜 F-3 佐世保市総合医療センター 西田 歩生 F-4 佐世保中央病院 太田 崇文 F-5 佐世保市総合医療センター 平尾 朋仁 F-6 長崎大学病院 遠藤 成矩
12:20～13:00 ランチョンセミナー 座長：酒井 英樹 長崎記念病院 演者：木原 敏晴 『緊急手術できない施設での精巣捻転症に対する取り組みと、尿路管理(膀胱皮膚瘻ストマ)についての提案』	15:45～16:45 パネルディスカッション／市民公開講座 『みんなで考えよう地域の救急』 座長：平尾 朋仁 PD-1 佐世保市保健福祉部 八木 健 PD-2 佐世保市消防局 川崎 真吾 PD-3 長崎労災病院 寺尾 嘉彰 PD-4 佐世保市総合医療センター 山口 榮一郎
	16:50～17:00 閉会挨拶 会長 酒井 英樹

タ イ ム テ ー ブ ル

3階 小会議室

9:00～9:30

長崎救急医学会 理事会

3階 中会議室

10:00～11:30

ながさき救急看護セミナー

3階 小会議室

12:15～13:00

長崎救急医学会 看護部門役員会

◆ 開会挨拶 (9:50~10:00)

会長 酒井 英樹

◆ 一般演題A (10:00~10:42) 42分

座長： 北川 直毅 (独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院)

A-1 tPA の drip and ship 及び血栓回収療法にて良好な転機を得た脳梗塞の1例

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 脳神経外科
高平良太郎、近松元気、北川直毅

A-2 橋背底部周囲の脳挫傷により生じた即発性顔面神経麻痺の一例

1 長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター 救命救急センター
2 長崎大学病院 高度救命救急センター 救急・国際医療支援室
3 長崎大学病院 高度救命救急センター
安田万梨奈 1、青木義紘 1,2、菅原大輔 1、平岡知子 1、高橋健介 1,2、
山野修平 1,2、早川航一 1,2、田崎修 3

A-3 頻回の嘔吐と大麻使用歴から Cannabinoid Hyperemesis Syndrome を疑った1例

1 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科
2 佐世保市総合医療センター リウマチ・膠原病内科
西園馨子 1、西園和起 1、山口榮一郎 1、槇田徹次 1、平尾朋仁 1、來留島章太 2

A-4 法医学教室とのコラボレーションで早期の解毒薬投与につながった1例

1 長崎大学医学部医学科
2 長崎大学病院 高度救命救急センター
藤吉信博 1、上木智博 2、田崎修 2

A-5 ジフェンヒドラミンの過量内服により CPA となった1例

1 長崎大学病院 高度救命救急センター
2 長崎大学病院 集中治療部
堂尾美穂 1、猪熊孝実 1、安倍翔 1、太田黒崇伸 1、田島吾郎 1 山下和範 1
関野元裕 2、田崎修 1

A-6 当院におけるマムシ咬傷 15 例の検討

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 麻酔科、救急集中治療科
寺尾嘉彰、大路牧人、大路奈津子、岩永浩貴、鳥羽萌、田中淳、青木浩

◆ 一般演題B (10:45~11:27) 42分

座長： 青木 義紘（長崎大学病院 高度救命救急センター 救急・国際医療支援室）

B-1 非癒痕性子宮破裂による産科危機的出血に対して REBOA を用い救命し得た一例

1 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 高度救命救急センター

2 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 産婦人科

松尾徳久 1、窪田佳史 1、森貴昭 1、日比野愛子 1、権志成 1、増田幸子 1、

福田雅史 2、中道親昭 1

B-2 産科救急コールが役立った分娩後出血の1例

1 長崎大学医学部医学科

2 長崎大学病院 高度救命救急センター

尾崎瑠音 1、上木智博 2、田崎修 2

B-3 偶発性低体温症と脱水症で両足部壊死性筋膜炎を生じるも両下腿切断にて救命し得た1例

医療法人医理会 柿添病院

柿添圭成、佐藤昇太、龍神圭一郎、伊藤大地、柿添由美子、柿添三郎、柿添圭嗣

B-4 侵襲性インフルエンザ桿菌感染症による敗血症性ショックを呈した一例

長崎大学病院 高度救命救急センター

内野史彬、田崎修、山下和範、井山慶大、村橋志門、安武結衣、安倍翔、

後藤すみれ

B-5 急性腎盂腎炎に伴う成人男性 MERS の1例

長崎みなとメディカルセンター 救命救急センター

渡辺博之、菅原大輔、青木義紘、平岡知子、高橋健介、山野修平、早川航一、

田崎修

B-6 甲状腺クリーゼを合併した急性発症1型糖尿病の1例

1 長崎大学医学部医学科

2 長崎大学病院 高度救命救急センター

山下日華梨 1、上木智博 2、田崎修 2

◆ 一般演題C (11:30~12:12) 42分

座長： 山佐 稔彦（独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院）
藤原 源太（長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター）

C-1 新興感染症への備えとしての感染対策向上加算活用と地域訓練の実践

- 1 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 看護部
 - 2 社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 感染制御部
 - 3 国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院 感染管理室
- 福井良枝 1、奥田聖子 2、高嶋香里 3

C-2 高度救命救急センターで活動する特定行為看護師についての認識調査

- 1 長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部
 - 2 長崎大学病院 高度救命救急センター
- 小森悠二 1、横山誠 1、宮田佳之 1、本多智治 1、竹松理沙 1、馬場ゆかり 1、
泉野浩生 2

C-3 ICU スタッフにおける災害に対する意識・知識向上に向けた取り組み

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 ICU
石橋明日香、佐野理枝、高橋勇貴、松本麻紀、久保智美、福田由美子、
三重野明美

C-4 当院救急科研修の質評価と教育的ニーズの分析

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
中村祥暢、増田幸子、中原知之、窪田佳史、権志成、白水春香、日宇宏之、
中道親昭

C-5 長崎医療圏外への救急車搬送（整形外科、精神科）の実態調査

長崎北徳洲会病院
鬼塚正成、古田博明、熊谷謙治、野中孝一、大川貴志

C-6 高齢者救急医療におけるリアルタイム映像伝送の活用

市立大村市民病院
野中和樹、久保地泰仁

◆ ランチョンセミナー（12：20～13：00） 40分

『緊急手術できない施設での精巣捻転症に対する取り組みと、
尿路管理（膀胱皮膚瘻ストマ）についての提案』

座長： 酒井 英樹（独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 院長）

演者： 木原 敏晴（長崎記念病院 泌尿器科部長）

◆ 総会（13：10～13：20） 10分

◆ 一般演題D (13 : 25～14 : 00) 35 分

座長： 中村 美穂（地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター）

D－1 当院高度救命救急センターにおける医療関連機器褥瘡(MDRPU)発生状況と課題

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 看護部

宮崎里菜、里吉拓海、牧山隼人、藤本誠子、関かおり、宮本瑠美

D－2 A 病院 ICU における早期離床・リハビリテーションプロトコル導入前後の実態調査

1 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 ICU

2 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 中央リハビリテーション部

山口恵美子 1、福田京子 1、和田政範 2、久保智美 1、福田由美子 1、三重野明美 1

D－3 人工呼吸器離脱過程の課題解決に向けた SAT/SBT 導入の取り組み

1 長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部

2 長崎大学病院 高度救命救急センター

横山誠 1、安武結衣 2、小森悠二 1、山下功司 1、竹松理沙 1、馬場ゆかり 1、

泉野浩生 2

D－4 脳卒中患者におけるアクティモ NR を使用した早期活動への取り組み

1 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 6 東病棟

2 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 中央リハビリテーション部

本竹由香里 1、福田泰典 1、入江舞美 1、迫田健一 2、三重野明美 1

D－5 院内脳卒中ハリーコール導入後の運用体制の現状と課題について

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 外来／救急外来

上田恭子、横石智子、平野里佳、南里由紀子、井上優紀、浪花玲子、小柳順子

◆ 一般演題E (14 : 03～14 : 45) 42 分

座長： 前田 茂人 (独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院)
野口 みどり (社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院)

E－1 二次救急病院としての当院の現状

社会福祉法人 十善会病院 看護部
松永香織、野口明子、堤美保、中島泉、清水正

E－2 ドクターカー要請基準の変更とその後の動向

長崎大学病院 高度救命救急センター
板坂大樹、宮田佳之、本田智治、朝長さつき、馬場ゆかり

E－3 血管造影室における術後訪問体制の構築に向けた取り組み

長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部
金丸翠、馬場ゆかり、本田智治、高本碧、宮内良子、長下美保、山下早希、
青木公亮

E－4 STAT 画像報告における技師の挑戦

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
天野雄生、馬場隆治

E－5 当院の当直業務の現状と課題

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 臨床工学部
山内雄斗、福田龍太、森田晃平、上原かをる、前田博司

E－6 医師事務作業補助者にできる救急医療への関わり

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 医局秘書課
下田奈津子

◆ 一般演題F (14:48~15:30) 42分

座長： 中道 親昭（独立行政法人国立病院機構長崎医療センター）

F-1 医師が同乗する救急車と現場直近救急車との初動連携による効果と課題

- 1 県央地域広域市町村圏組合消防本部
 - 2 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
- 東竜二 1、日宇宏之 2

F-2 消防隊向けのBLS研修「消防隊BLS」について

- 1 長崎市消防局
 - 2 NTEC(NAGASAKI Team of Emergency Care) (任意団体)
- 平井悠喜 1,2、尾上洸次郎 1,2、小林広明 1,2、西柊人 1,2、本郷直也 1,2、

F-3 地域医療貢献に向けた病院救急救命士へのタスクシフト

～ER 看護師の電話対応業務負担軽減の試み～

- 1 佐世保市総合医療センター 総務課
 - 2 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科
- 西田歩生 1、徳永桂大 1、西園和起 2、西園馨子 2、室屋大輔 2、山口榮一郎 2、
平尾朋仁 2

F-4 院内救命士の可能性

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
太田崇文（救急救命士）

F-5 救急医療の新たな担い手となる病院救急救命士への期待と課題

- 1 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科
 - 2 佐世保市総合医療センター 総務課
- 平尾朋仁 1、西田歩生 2、徳永桂大 2、西園和起 1、西園馨子 1、室屋大輔 1、
山口榮一郎 1

F-6 病院救急救命士としての活動と今後の課題

長崎大学病院 高度救命救急センター
遠藤成矩、田崎修、山下和範 太田黒崇伸、宮田佳之

◆ パネルディスカッション／市民公開講座（15：45～16：45） 60 分

『みんなで考えよう地域の救急』

座長： 平尾 朋仁 （佐世保市総合医療センター 救命救急センター）

PD－1 佐世保市の救急医療

八木 健 （佐世保市保健福祉部医療政策課）

PD－2 佐世保市消防局管内における救急出場の現状について

川崎 真吾 （佐世保市消防局警防課）

PD－3 二次救急病院としての長崎労災病院に勤務して思うこと

寺尾 嘉彰 （長崎労災病院 救急集中治療科）

PD－4 佐世保市の三次救急病院に勤務して

山口 榮一郎（佐世保市総合医療センター 救急集中治療科）

◆ 閉会挨拶（16：50～17：00） 10 分

抄 錄

- 一般演題 A
- 一般演題 B
- 一般演題 C
- 一般演題 D
- 一般演題 E
- 一般演題 F

A-1

tPA の drip and ship 及び血栓回収療法にて
良好な転機を得た脳梗塞の 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院
脳神経外科

○高平良太郎、近松元気、北川直毅

【症例】

30 代女性。20XX/Y 月 Z 日 7 時 50 分が最終健常確認時間。運動会の準備中 8 時に突然の右手の脱力、構音障害、運動性失語を発症し救急要請。救急隊接触時は右完全麻痺、全失語の状態であり平戸市民病院へ救急搬送。頭部 MRI で左中大脳動脈領域に脳梗塞を認め Hotline 経由で当院連絡。tPA drip and ship で 11 時 2 分に当院到着。

既往に子宮腺筋症あり、ピルを内服中。搬送中症状はやや改善傾向となり、当院到着時は上肢 Barre で右が下垂、構音障害軽度、運動性失語軽度の状態であった。来院後 MRI 再検すると拡散強調画像で左島皮質から前頭葉にかけて高信号域を認め、FLAIR では信号変化はほぼなし、左中大脳動脈 M2 閉塞は変わりなかった。検査中も失語や麻痺の症状などは増悪軽快を繰り返しており血栓回収療法の方針とした。脳血管撮影では左中大脳動脈 M2 閉塞で ADAPT の手技で血栓回収療法施行。1Pass で TICI2b の再開通を得た。術後症状は翌日にかけて完全に改善した。塞栓源検索では大腿静脈エコーで血栓を認めた他、プロテイン S 欠乏を認めており、ピル内服中であったためこれが原因と考えられた。その後も明らかな神経症状なく経過し POD9 で自宅退院となった。

tPA の drip and ship 及び血栓回収療法にて良好な転機を得た脳梗塞の 1 例を経験したため文献的考察をふまえ報告する。

A-2

橋背底部周囲の脳挫傷により生じた即発性顔面神経麻痺の一例

- 1 長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター 救命救急センター
- 2 長崎大学病院 高度救命救急センター 救急・国際医療支援室
- 3 長崎大学病院 高度救命救急センター

○安田万梨奈 1、青木義紘 1、菅原大輔 1、
平岡知子 1、高橋健介 1、2、山野修平 1、2、
早川航一 1、2、田崎修 3

【目的】

外傷性顔面神経麻痺の多くは側頭骨骨折に起因するが、側頭骨骨折を伴わない症例に関する報告は少ない。今回我々は顔面神経核周囲の脳挫傷によって発症した外傷性顔面神経麻痺の一例を経験したので報告する。

【症例経過】

75 歳男性。既往歴として高血圧と慢性心不全あり。自宅マンションの屋外階段を上っていた際に後方へ転倒し後頭部を強打して救急搬送された。来院時バイタルは安定していたが、左顔面神経麻痺を認め、左前額部のしわ寄せ不可、左眼閉眼不全、左鼻唇溝の平坦化および口角下垂を認めた。初診時の外傷全身 CT にて右急性硬膜下血腫、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、後頭部から頭蓋底の骨折を確認したが、側頭骨の骨折は認めなかった。入院 1 日目の頭部 CT で橋背側左寄りに出血病変が顕在化し（初回 CT では陰性）、入院 5 日目の頭部 MRI の拡散強調画像と FLAIR で橋底部左側に高信号を確認した。これらの所見から顔面神経核部を含む橋背側の脳挫傷および神経線維の軸索損傷が考えられた。嚥下障害および構音障害の球症状も認めていたが、これらは 3 か月の経過で改善を認めた。顔面神経麻痺に対してはデキサメタゾンを投与しリハビリテーションを継続したが、発症 6 か月後も著明な改善は見られなかった。

【結論】

橋背側の脳挫傷による顔面神経麻痺の報告は他に見当たらない。本症例は橋背側の脳挫傷が末梢性顔面神経麻痺の一因となり得ることを示唆する症例であり、今後の診断・治療戦略確立のためさらなる症例の集積が望まれる。

A-3

頻回の嘔吐と大麻使用歴から Cannabinoid Hyperemesis Syndrome を疑った 1 例

- 1 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科
- 2 佐世保市総合医療センター リウマチ・膠原病内科

○西園馨子 1、西園和起 1、山口榮一郎 1、
槇田徹次 1、平尾朋仁 1、來留島章太 2

患者は 32 歳女性のアメリカ人旅行者であった。数十回の嘔吐と腹痛、および下痢を主訴に当院受診した。

受診前日の生焼け肉の摂食歴と消化管症状から当初は胃腸炎を疑った。検査では、脱水所見と高ナトリウム血症、および頻回の嘔吐と過換気にもなるアルカローシスを認めた。腹部単純 CT 検査では激しい消化器症状の割に消化管に異常は認めなかった。経口摂取もままならなかったため入院管理とした。

入院後、温浴の訴えを繰り返すようになり、腹痛と嘔吐も持続した。激しい消化器症状と温浴の訴えから、大麻使用による Cannabinoid Hyperemesis Syndrome (以下 CHS) の可能性を考えた。入院後の病歴聴取で数年間大麻を常用しており、直近も使用していたことが分かった。

CHS は、慢性的な大麻使用歴がある患者で起こる周期的な嘔吐を呈する症候群である。病態生理は脳や腸管に存在するカンナビノイド受容体に作用し、腸管運動を抑制し嘔気嘔吐を引き起こすと考えられている。1 年以上の定期的な大麻使用歴、激しい嘔気嘔吐、大麻中止や温浴による症状改善、腹痛、50 歳未満の発症等が特性として報告されている。

CHS の治療は大麻使用の中止と脱水補正の他、ハロペリドールや温浴での症状改善が報告されている。本症例もハロペリドールで消化器症状が改善し、入院翌日に退院した。

今回、本邦では経験することの少ない CHS を疑う 1 例を経験した。海外からの患者では特に、違法薬物による中毒も鑑別に挙げることが重要である。

A-4

法医学教室とのコラボレーションで
早期の解毒薬投与につながった 1 例

- 1 長崎大学医学部医学科
- 2 長崎大学病院 高度救命救急センター

○藤吉信博 1、上木智博 2、田崎修 2

【緒言】

近年、市販薬による急性中毒で搬入される症例が増えている。市販薬は 1 つの薬に複数の成分が含まれており、治療に難渋することがある。また、院内で計測可能な薬物には制限があり、外注で測定した場合、結果がわかるまでに数日を要することもある。今回、長崎大学法医学教室の協力が中毒治療に有効であった症例を経験したので報告する。

【症例】

70 歳台の女性。統合失調症の既往がある。市販薬 A を最大 86 錠、市販薬 B を最大 210 錠服用した疑いがあり、当院に救急搬送された。

【入院後経過】

来院時、GCSE1V1M1 で呼吸抑制があり、挿管して人工呼吸器管理とした。内服から当院到着までに数時間が経過していると考えられ、活性炭投与を実施した。市販薬 B にアセトアミノフェンが含まれていたことから、N アセチルシステインの投与を開始した。法医学教室に依頼して、ガスクロマトグラフ/質量分析計での計測および解析ソフト NAGINATA®を用いて分析した結果、依頼した当日にアセトアミノフェン濃度が中毒域、カフェインとジヒドロコデイン濃度が致死量域であることが判明した。意識レベルの改善も認めため、入院 2 病日目には抜管した。N アセチルシステイン投与を完遂した後も希死念慮を認め、精神科に転科して治療継続した。

【結語】

法医学教室に協力いただいた結果、中毒の迅速な診断と治療に役立てることができた。

A-5

ジフェンヒドラミンの過量内服により
CPA となった 1 例

- 1 長崎大学病院 高度救命救急センター
- 2 長崎大学病院 集中治療部

○堂尾美穂 1、猪熊孝実 1、安倍翔 1、太田黒崇伸 1、
田島吾郎 1、山下和範 1、関野元裕 2、田崎修 1

【症例】

20 代の女性。体重約 45kg。精神科通院歴はない。約 1 か月前前から精神的に不安定な状態が続いていた。某日の朝、物音と嘔吐する声が聞こえたため家族が様子を見に行くと、自室内で倒れている患者を発見し救急要請。部屋には空の薬包が散乱し、レスタミン® (10mg) 1080 錠 (ジフェンヒドラミン 10,800mg)、アネロン®10 錠、メジコン pro®10 錠を少なくとも服用していると推定された (服用時間は不明)。救急隊接触時、JCS III 桁、呼吸数 6 回/分、SpO₂ 93% (バグバルブマスク補助換気下)、心拍数 60 回/分、血圧 110/60mmHg。救急搬送中に PEA となり CPR を開始。当院来院時は心静止。VA-ECMO の適応ありと判断し、CPA から 36 分後 (来院 16 分後) に ECMO を確立。過量内服に対して活性炭とクエン酸マグネシウム液を胃内投与し、静注用脂肪乳剤 20%100mL を静注した。ICU 入室後、第 4 病日には循環の安定を確認し ECMO を離脱したが、第 4 病日の頭部 CT で著明な低酸素性脳症の所見を認めた。第 4 病日に ICU を退室後、BSC の方針となり第 20 病日に死亡退院となった。後日、来院時の血中ジフェンヒドラミン濃度は 22µg/mL と致死域に達していたことが判明した。

【まとめ】

ジフェンヒドラミン過量内服により CPA をきたした一例であった。集学的治療により循環の回復を認めたが、著明な脳機能障害を残した。簡単に入手できる OTC 薬であるため、販売側での対策も考慮すべきである。

A-6

当院におけるマムシ咬傷 15 例の検討

独立行政法人労働者健康安全機構
長崎労災病院 麻酔科、救急集中治療科

○寺尾嘉彰、大路牧人、大路奈津子、岩永浩貴、
鳥羽萌、田中淳、青木浩

長崎労災病院における近年のマムシ咬傷症例に関して、症例の背景や抗毒素の使用状況、転帰などその概要を報告する。症例は 2021 年から 2024 年までの 4 年間で長崎労災病院を受診し、マムシ咬傷を疑われた症例を対象とした。本症例報告は当院倫理委員会の承認を得ている。対象症例は 15 例である。男性 11 名、女性 4 名であり、受傷部位は 1 例を除き上肢であった。時期的には冬季はいなかった。平均年齢は 70 歳、平均身長は 162 cm、平均体重は 62 kg であった。来院時の Grade は平均 2 で、平均来院までの時間は 2 時間であった。来院時の平均 CPK は 175 (U/L) であった。全身症状を呈した症例は 2 例で、複視であった。Grade 3 以上には全例乾燥まむしウマ抗毒素を使用しているが、使用例は 11 例であった。2 回使用が 4 例、3 回使用が 1 例であった。投与に伴う副反応を呈した症例はいなかった。抗菌薬、破傷風トキソイドは全例に使用した。受傷後、最大 Grade は平均 3 で、4 が 6 例であった。最大 CPK は 2426 で、最大値は 20056 であった。結論、抗毒素は Grade 3 以上に対して、行ったが、臨床的に望ましい転帰が得られた。

B-1

非瘢痕性子宮破裂による産科危機的出血に対して REBOA を用い救命し得た一例

- 1 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
高度救命救急センター
- 2 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
産婦人科

○松尾徳久 1、窪田佳史 1、森貴昭 1、日比野愛子 1、
権志成 1、増田幸子 1、福田雅史 2、中道親昭 1

【症例】

31 歳女性。5 妊 5 産、全て自然経膣分娩で経過に異常なし。第 6 子を自然妊娠し、妊娠 40 週 1 日に陣発し救急要請した。救急隊現着後に墜落分娩、搬送中にショックとなった。墜落分娩に関して産婦人科医が、ショックに関して救急医が連絡を受け、情報共有し、合同で初期診療を開始した。来院時、血圧測定不可、従命不可で、大量の性器出血を認めた。Fibrinogen < 50 mg/dL で出血性ショックおよび産科 DIC と診断した。双手圧迫及び子宮収縮薬を投与し、急速輸血を行うも血圧低値が持続した。蘇生的大動脈内バルーン遮断（以下、REBOA）を Zone 3 で遮断施行し循環動態が改善した。造影 CT 検査で膣壁裂傷及び子宮破裂による後腹膜血腫を認め、緊急子宮全摘術を施行した。第 15 病日に自宅退院した。

【考察】

子宮破裂は産科危機的出血の原因の一つであり、多くは帝王切開術などの術後瘢痕部に発症する。非瘢痕性子宮破裂は稀で、多産、多胎、分娩停止、陣痛誘発や促進目的の子宮収縮薬、巨大児などが危険因子である。本症例では多産歴があった。救急医と産婦人科医の連携により、血液製剤を含めた大量輸血、REBOA による一時的循環維持、緊急子宮全摘術の一連の治療を行い救命し得た症例であった。

【結語】

子宮破裂による産科危機的出血の一例を経験した。迅速な診断と対応を要するため、リスクが高い症例では念頭に置いて診療にあたる必要がある。

B-2

産科救急コールが役立った
分娩後出血の 1 例

- 1 長崎大学医学部医学科
- 2 長崎大学病院 高度救命救急センター

○尾崎瑠音 1、上木智博 2、田崎修 2

【緒言】

産婦人科の開業医から長崎大学病院産婦人科に産科的救急症例の紹介があった際、長崎大学病院では産婦人科医から救急医に応援を要請する”産科救急コール”（以下：サンキューコール）の取り組みを行っている。今回はサンキューコールが有用であった症例を報告する。

【症例】

30 歳台の女性。初産。40 週 2 日に予定日超過のため分娩誘発目的にかかりつけ産院に入院。分娩誘発を行うも分娩が進行せず、吸引分娩（吸引 3 回施行）にて児（3400g）を出産した。分娩後、膣壁裂傷部からの出血が多く、Shock Index > 1 となったため、当院産婦人科に紹介となり、サンキューコールが発動された。

【経過】

分娩から 1 時間で当院に到着。血圧測定困難なショック状態であった。救急医によって緊急輸血を開始した。また、到着後 30 分以内に REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) を確立した。造影 CT にて腹腔内や子宮からの出血はなく、膣からの出血が原因であった。手術室での縫合処置にて止血ができた。入院 2 病日目に REBOA を抜去し、4 病日目には転院となった。

【結語】

サンキューコールが有効であった症例を報告した。今後もこの取り組みを発展させていきたい。

B-3

偶発性低体温症と脱水症で両足部壊死性筋膜炎を生じるも両下腿切断にて救命し得た 1 例

医療法人医理会 柿添病院

○柿添圭成、佐藤昇太、龍神圭一郎、伊藤大地、
柿添由美子、柿添三郎、柿添圭嗣

【症例】60 歳男性、既往に統合失調症、脊柱管狭窄症あり。就労支援施設を利用して独居。

【病歴】20XX 年 12 月 27 日、近医でインフルエンザ A 型の診断を受け自宅療養を開始した。翌年 1 月 6 日、就労支援施設に出てこなかったため、施設職員が自宅を訪問し、腹臥位のまま体動困難となっているのを発見され救急搬送となった。

【現症】JCS: II-10, BP: 92/72mmHg, HR: 77bpm, BT: 32.0℃, SpO₂: 測定不能。前胸部、両膝蓋部、両足趾には褥瘡を認める。

【検査】〈Labo〉WBC: 15900/ μ L, Hb: 21.1 g/dL, Plt: 24.4×10^4 / μ L, Na: 161.4 mEq/L, K: 7.05 mEq/L, Cl: 120.2 mEq/L, AST: 98 U/L, ALT: 114 U/L, CPK: 6987 U/L, ALP: 122 U/L, γ -GTP: 92U/L, BUN: 222.5mg/dL, Cr: 4.18mg/dL, eGFR: 12.5 mL/min, CRP: 3.16 mg/dL、
〈ECG〉洞調律, 77bpm, V5-6 で Osborn 波(+)。〈CT〉中心静脈は虚脱、その他明らかな器質的異常や、体動困難の原因は指摘できず。

【経過】直ちに復温を行った。腎前性腎不全およびクラッシュ症候群に対し、CHDF と人工呼吸器管理を開始した。大量輸液に伴い両側胸腔ドレーン留置を要したが、第 10 病日に CHDF、第 15 病日に人工呼吸器を離脱した。並行して褥瘡処置を行い、前胸部と両側膝蓋部は経過良好であるも足趾は抹消循環不全の影響が強く黒色壊死に至った。デブリドマンを繰り返すも感染コントロールがつかず菌血症に移行した。両足部壊死性筋膜炎の診断で第 52 病日に両下腿切断を行った。現在リハビリを継続しながら生存中である。

【結語】ウイルス感染による体動困難から、偶発性低体温症と脱水症を生じ、壊死性筋膜炎に至った 1 例を経験した。患者背景を考慮し、ウイルス感染の療養方法も慎重な判断を要する。

B-4

侵襲性インフルエンザ桿菌感染症
による敗血症性ショックを呈した一例

長崎大学病院 高度救命救急センター

○内野史彬、田崎修、山下和範、井山慶大、村橋志門、
安武結衣、安倍翔、後藤すみれ

【症例】

16 歳男性。生来健康。頭痛、発熱、嘔吐を主訴に近医を受診し、炎症反応が高値であり、A 病院に紹介となった。A 病院で血圧低下、JCSIII 桁の意識障害、痙攣が出現し、敗血症性ショックとして当院へ紹介された。当院来院時、JCS 11 点と意識障害があったが、ショックは離脱していた。CT で蝶形骨洞に液体貯留があったが、明らかな頭蓋内病変や感染巣は不明で、血液検査では WBC 9300/ μ L、CRP 16.04 mg/dL であり、敗血症と敗血症に伴う意識障害と判断した。来院時より不穏であり、持続鎮静、気管挿管を行い、MPEM+VCM+ACV+MINO の投与を行った。第 2 病日に血液培養陽性が判明したが経過は良好で、昇圧剤は早期に中止でき、第 3 病日に抜管し、第 15 病日に自宅退院とした。来院時の血液培養よりインフルエンザ桿菌が検出され、非莢膜型であることが判明した。

【考察】

インフルエンザ桿菌は莢膜を持つ 6 つの型と莢膜を持たない無莢膜株(NTHi)に分けられる。Hib ワクチンが普及して以降、侵襲性インフルエンザ桿菌感染症において NTHi の検出が増加していることが報告され、今後の動向が注視されている。本症例では、蝶形骨洞の副鼻腔炎が原発の感染巣と断定はできなかったが、経過によっては外科的ドレナージも考慮する必要がある。

【結語】

免疫不全のない成人においても侵襲性インフルエンザ桿菌感染症がみられる可能性があり注意すべきである。

B-5

急性腎盂腎炎に伴う成人男性 MERS の 1 例

長崎みなとメディカルセンター 救命救急センター

○渡辺博之、菅原大輔、青木義紘、平岡知子、
高橋健介、山野修平、早川航一、田崎修

【はじめに】

可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎/脳症（MERS）は小児領域では報告が多いが、成人における症例報告は少ない。今回我々は、成人における急性腎盂腎炎を契機とした MERS の症例を経験した。

【症例】

61 歳男性。10 日前から 40℃の発熱が持続しており、同じ発言を繰り返したり、意味不明な発言がみられるようになったりした。入院時、見当識は保たれるも時折意味不明な発言がみられた。血液検査では WBC、CRP 高値であり、尿培養から *Enterococcus faecalis* が検出された。頭部 MRI では脳梁膨大部に T2 高信号の病変を認め、*E. faecalis* による急性腎盂腎炎を契機とした MERS と診断した。急性腎不全に対して入院の上で抗菌薬治療を行い、MERS に対しては追加治療を行わなかった。徐々に異常言動は改善・消失し、入院 8 日目の頭部 MRI で脳梁膨大部病変は消失しており、9 日目に自宅退院とした。

【結語】

成人における MERS の報告は少ないが、細菌感染に伴う意識障害では MERS を鑑別に挙げることが重要である。また、MRI で典型的な所見があり MERS と診断できれば追加治療を行わなくても経過観察可能であると考えられた。

B-6

甲状腺クリーゼを合併した
急性発症 1 型糖尿病の 1 例

1 長崎大学医学部医学科
2 長崎大学病院 高度救命救急センター

○山下日華梨 1、上木智博 2、田崎修 2

【緒言】

長崎大学高度救命救急センターでは地域の中核病院から原因不明のショック患者を紹介いただくことがある。今回、上気道炎症状後に、ショックに陥り、甲状腺クリーゼを合併した急性発症 1 型糖尿病の 1 例経験したので報告する。

【症例】

40 歳台の女性。既往に特記事項なし。発熱、嘔吐、下痢、口渇感があり中核病院を受診。上気道炎として加療された。2 日後、体動困難、意識障害を伴い家族によって同院を再診。血圧 80/60mmHg の低下に加え、血糖値 800 mg/dL 以上となり、精査加療目的に当センターに搬送された。

【入院後経過】

尿中ケトンが陽性であり、ケトアシドーシスにともなう循環血漿量減少性ショックとして対応した。HbA1c 5.3%、抗 GAD 抗体陽性、インスリン抗体陽性であり、急性発症 1 型糖尿病であった。さらに、来院時より頻脈性心房細動を伴い、T3、T4 が高値、TSH が低値であり、甲状腺クリーゼも合併していた。後に、TSH 受容体抗体陽性が判明し、バセドウ病の診断となった。循環動態安定後に内分泌代謝内科へ転科となった。

【考察】

文献上、糖尿病性ケトアシドーシスと甲状腺クリーゼの同時発症は非常に稀であるが、致死率は約 15%に及ぶと報告されており、注意を要する病態である。今回は中核病院からの適切な紹介が救命につながったと考えられた。

C-1

新興感染症への備えとしての感染対策向上加算活用と地域訓練の実践

- 1 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院 看護部
- 2 社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 感染制御部
- 3 国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院 感染管理室

○福井良枝 1、奥田聖子 2、高嶋香里 3

【はじめに】

COVID-19 流行は、患者受け入れ体制や感染対策、行政との連携など多くの課題を浮き彫りにした。この教訓を背景に、新興感染症への備えとして医療機関の対応力強化が求められている。診療報酬制度における感染対策向上加算は、医療機関の感染対策強化や地域連携の推進を目的とした制度であり、その活用による体制強化の取り組みを報告する。

【方法】

医療機関の受け入れ体制や感染対策の課題を明らかにするため、参加施設を対象に訓練前の現状調査を実施した。調査結果をもとに、佐世保市および県北地区の加算算定医療機関と保健所・医師会が連携し、ハイブリッド形式の机上訓練を計画した。訓練後には、追加の課題抽出と効果の評価を予定している。

【結果】

訓練前調査では、37 施設から有効回答を得た。COVID-19 流行時に受け入れ困難を経験した施設は 59%、感染対策に困難を感じた施設は 63%であった。新興感染症発生時の課題認識は受け入れ体制 40%、感染対策 43%、平時の感染対策 27%であり、COVID-19 流行時と比較して減少傾向がみられた。

【考察】

COVID-19 の経験により、平時・有事の対応力の認識は一定の向上が示唆された。新興感染症への備えには、平時からの情報共有と訓練が不可欠である。感染対策向上加算では、カンファレンスを年 4 回開催しており、実効性のある対策を促進する手段として継続的な取り組みが求められる。

C-2

高度救命救急センターで活動する
特定行為看護師についての認識調査

- 1 長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部
- 2 長崎大学病院 高度救命救急センター

○小森悠二 1、横山誠 1、宮田佳之 1、本多智治 1、
竹松理沙 1、馬場ゆかり 1、泉野浩生 2

【背景】

特定行為研修制度は 2015 年より開始され、高齢化の進展と医療ニーズの多様化への対応、チーム医療の一環として看護師の役割を拡大し、より効果的な医療の提供や医師の働き方改革を支援する役割を担っている。A 病院の高度救命救急センターでは 2022 年より特定行為研修終了看護師（以下、特定看護師）が配置され、現在は呼吸器関連、動脈血液ガス分析関連の区分を修了した 2 名が所属し、救命救急センター病棟と救急外来で勤務している。医師からのタスクシフトとして、病棟での初回以降の気管カニューレの交換について、日程調整や実施は特定看護師が主に行っている。また、挿管チューブ・気管カニューレの管理方法、肺炎予防を目的とする体位管理やケアについても介入している。

【目的】

特定看護師の活動への理解と今後の課題を明らかにする。

【方法】

センターで勤務する看護スタッフ、救急科医師、他科の医師にアンケート調査を行った。

【結果】

救命医は特定行為への認識が比較的高い一方、看護スタッフや他科医師には理解のばらつきがみられた。

【考察】

スタッフ間で認識に差がある背景には、特定行為研修制度や活動内容に関する情報共有の機会が限られていることが一因として考えられる。他科においては実施件数が少ないこともあり、制度自体が十分に認知されていない可能性がある。今後実施できる体制整備を図り、実施件数を増やし、制度への理解と認知を高めていくことが課題である。

C-3

ICU スタッフにおける災害に対する意識・知識
向上に向けた取り組み

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院
I C U

○石橋明日香、佐野理枝、高橋勇貴、松本麻紀、
久保智美、福田由美子、三重野明美

【はじめに】

近年、能登半島地震をはじめ、各地で災害が続いている。A 病院は 2017 年災害拠点病院となり、ICU における火災・地震に関する訓練を強化してきた。今回その訓練に関する知識と判断力の向上を目指した取り組みについて報告する。

【結果】

2018 年以降はスタッフ全員が参加することを目標に 2 回/年以上の机上シミュレーション、実動訓練を開始。2020 年より、火災・地震に関する 1 分間シミュレーションカードを作成し、毎朝のミーティング時の呼称を継続している。知識、意識の確認のために、ICU スタッフ 26 名を対象に知識確認テストを実施した。スタッフのうち、ICU 経験 2 年未満は 9 名であった。その結果、ICU 経験 2 年以上の正答率は 97%、ICU 経験 2 年未満の正答率は 77%であった。意識調査の結果、1 分間シミュレーションを実施して、災害に対する知識が深くなったと全スタッフが回答した。また「実際の災害時に役立つ取り組みである。」「期間が開くと忘れてしまうため定期的に行うことで再確認できる。」との意見が聞かれた。

【考察】

取り組みを強化してきた結果、知識確認テストでは高い正答率となり、火災・地震に関する知識の向上に繋がったと考える。しかし、ICU は異動者も多く、ICU 経験年数が浅いと正答率も低い結果となった。予期せぬ災害に全スタッフが対応できるよう活動を継続していく必要があると考える。

C-4

当院救急科研修の質評価と教育的ニーズの
分析

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

○中村祥暢、増田幸子、中原知之、窪田佳史、権志成、
白水春香、日宇宏之、中道親昭

【背景】

当院はへき地中核親元病院として地域医療に携わる医師を長年育成している。特に救急科研修については長崎県企業団医師、地域枠医師は当院での 3 か月の研修が必須となっている。医師の偏在が社会的課題となる中、教育機関としての当院救急科の役割は非常に重要であり、研修の在り方や質を改めて評価する必要がある。

【目的】

当院救急科研修の質を評価し教育的ニーズを明らかにする。

【方法】

当院救急科研修を修了した卒後 3～15 年目の長崎県企業団医師及び地域枠医師を対象にメールにて全 24 項目のアンケートを実施した。救急外来対応、集中治療、各種手技の到達度に関して「確実にできる」「だいたいできる」「どちらともいえない」「自信がない」「できない」の 5 段階(リッカート尺度)の自己評価を求めた。研修満足度についても救急外来研修と集中治療研修に分けてそれぞれ 5 段階で評価を求めた。また、さらなる学習機会を必要と感じた臨床技能について複数選択形式にて回答を求めた。また、当院救急科研修についての意見を自由記載方式にて募った。

全 89 名にアンケートを求め、現在集計中である。若干の考察を加え報告する。

C-5

長崎医療圏外への救急車搬送
(整形外科、精神科)の実態調査

長崎北徳洲会病院

○鬼塚正成、古田博明、熊谷謙治、野中孝一、大川貴志

【はじめに】

コロナ禍以降、当院の救急車受け入れ断り件数は増加し、長崎医療圏外へ救急車搬送される機会が増えてきた。特に精神科、整形外科関連の救急車搬送症例に絞って救急隊からの情報提供をお願いした。

【方法】

2021年から2025年5月までの長崎医療圏外へ搬送された精神科疾患、整形外科疾患についてデータを貰い検討した。

【結果】

整形外科疾患は2021年から圏外搬送された症例は救急車で搬送されたケースの0.5%から1.0%で推移していた。精神科疾患は2021年が9.3%から年々増加し、2024年には19%が圏外搬送となっていたが、2025年5月まで圏外搬送は1例もない。当院の断り件数は令和3年度は224件、年々増加し令和6年度は565件、うち101件、17.9%が整形外科疾患、22件、3.9%が精神科疾患であった。

【考察】

整形外科手術が出来ない当院では、整形外科疾患の断り件数が多い。これを当院でまずは受け入れて入院、翌日以降に医療圏内で整形外科手術が出来る病院への転院を増やせば、圏外搬送を少しでも減らすことが出来るだろう。実際、精神科救急に関しては大学病院が最後の砦になっており、今年に入ってから圏外搬送がゼロになっている。

【結論】

救急隊員の負担軽減、患者のアクセスの問題を考慮すれば、圏外搬送は減らしていくのが理想である。実態を把握して対策を立て、今後の救急受け入れについて考えていきたい。

C-6

高齢者救急医療におけるリアルタイム
映像伝送の活用

市立大村市民病院

○野中和樹、久保地泰仁

市立大村市民病院は、長崎県中央部に位置する人口約10万人の大村市において、市内唯一の二次救急病院として地域の救急医療を支えている。高齢者の救急搬送が増加する中、当院では慢性的な医師不足や救急専門医不在という厳しい状況のもと、病院救急救命士や特定ケア看護師など多職種が協働し、地域の救急医療体制を維持している。

更にリアルタイム映像伝送システム「Visual Talk (SoftBank)」を活用することで、医療DXによる効率的かつ効果的な救急医療を含む様々な医療の提供を目指している。在宅医療においても、患者の状態や特定ケア看護師によるエコー画像、心電図などをこのツールで病院医師とリアルタイムに共有することで、迅速な対応が可能となり、早期の入院治療にて重症化を抑制している。また、全国的な救急搬送件数の増加を背景に、消防救急車の負担軽減を目的とした「お迎え搬送（病院救急車による施設等への迎車）」の運用も開始した。この際にも同ツールを活用することで迅速な対応が可能となり、地域から高く評価されている。

現在は消防署との連携をさらに強化し、リアルタイム映像の共有によって高齢者に限らず全ての救急搬送において搬送時間の短縮と、不応需を減らし、より適切な救急車応需の実現も目指している。

こうした医療DXの活用とあわせて生活環境の整備を進めることで、高齢者救急医療の抑制を目指したい。

D-1

当院高度救命救急センターにおける
医療関連機器褥瘡(MDRPU)発生状況と課題

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
看護部

○宮崎里菜、里吉拓海、牧山隼人、藤本誠子、関かおり、
宮本瑠美

【目的】

本研究は、当院の高度救命救急センターに入室した患者における医療関連機器褥瘡(以下 MDRPU)の発生率及びその傾向を明らかにし当院の課題を検討することを目的とする。

【方法】

調査期間は、2024 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の期間に、高度救命救急センターへ入室した患者を対象とし、診療録を用いた後ろ向き調査を実施した。調査項目は、患者基本、疾患名、ICU 入室日数、人工呼吸器装着の有無、人工呼吸器装着日数、MDRPU 発生部位、MDRPU 発生までの日数である。

【結果】

調査期間中の対象患者は 1148 名であり、MDRPU が発生した患者は 40 名、発生率は 3.49%であった。発生までの平均日数は 7.85 日であった。

発生部位の内訳は、口唇・口腔粘膜 17 件(42.5%)、鼻 11 件(27.5%)、大腿部 4 件(10%)であった。MDRPU 発生患者のうち、人工呼吸器装着患者は 35 名(87.5%)を占めた。発生患者の疾患内訳は、脳神経疾患 13 名(32.5%)、外傷 9 名(22.5%)、その他 8 名(20%)であった。

また、MDRPU 報告を行った看護師のうち看護実践能力ラダーⅣ以上 29 名(72.5%)、ラダーⅣ以下 11 名(27.5%)であった。

【考察】

当院における MDRPU 発生の傾向として、人工呼吸器装着患者や脳神経疾患患者に多く発生し、発生部位は口唇・口腔粘膜・鼻部に多く発生していることが明らかになった。先行研究でも、ICU においては顔面に MDRPU が好発することが報告されており、当院もこれに一致していた。当院では、挿管チューブや経鼻胃管などの医療機器の固定、管理方法の標準化に向けた取り組みを実施している。

D-2

A 病院 ICU における早期離床・リハビリテーション
導入前後の実態調査

独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院

1 ICU

2 中央リハビリテーション部

○山口恵美子 1、福田京子 1、和田政範 2、
久保智美 1、福田由美子 1、三重野明美 1

【目的】

早期離床・リハビリテーションの取り組みを開始し、2024 年度に手順作成後 151 件、翌年には 557 件となり実施は定着した。今回、早期離床・リハビリテーション質向上を目的に導入前後の実態調査を行った。

【方法】

対象は 2024 年 9 月～2025 年 3 月までに ICU に入室した患者のうち、早期離床・リハビリテーション介入を行った患者とした。退室時の離床状況を集中治療室活動スケールで評価し、早期離床リハビリテーション導入前後で、その効果を比較検討した。

【結果】

導入前の対象患者数は 138 名、平均在室日数は 3.09 日、退室時の集中治療室活動スケールの端座位以上の離床患者は 41.3%であった。導入後の対象患者数は 173 名、平均在室日数は 2.95 日、退室時の集中治療室活動スケールの端座位以上の離床患者は 37.5%であった。

【考察】

早期離床・リハビリテーション導入前後の集中治療室活動スケール評価では、離床に大きな差はみられなかった。その要因として、導入後の平均在室日数が短いこと、術後床上安静の指示であった患者が多かったことが考えられる。また、早期離床・リハビリテーション導入後、間もない期間での調査であったため、運用が定着していなかったことも要因ではないかと考える。今後は、早期離床・リハビリテーション導入に沿った実施が行えているか、内容を調査し現状を把握していきたいと考える。

D-3

人工呼吸器離脱過程の課題解決に向けた
SAT/SBT 導入の取り組み

- 1 長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部
- 2 長崎大学病院 高度救命救急センター

○横山誠 1、安武結衣 2、小森悠二 1、山下功司 1、
竹松理沙 1、馬場ゆかり 1、泉野浩生 2

【背景】

当センターの呼吸ケアチームは、医師 2 名と看護師 5 名で構成されており、人工呼吸器を使用している患者のケアにおいて、医師と看護師が協力し合う体制を整えている。

従来、人工呼吸器離脱および抜管の判断は担当医の裁量によることが多く、看護師との情報共有や方針の統一が不十分な場面があった。その結果、看護師側の不安や対応困難、呼吸状態の評価のばらつきなど、安全面での課題が顕在化していた。

【目的】

2024 年 9 月より Spontaneous Awakening Trial (SAT : 自発覚醒トライアル) および Spontaneous Breathing Trial (SBT : 自発呼吸トライアル) を導入し、人工呼吸器離脱に関する判断の標準化と医療安全の向上を目的とした。

【方法】

SAT/SBT の共通評価基準と運用フローを整備し、段階的なスタッフ教育と医師と看護師の情報共有体制の見直しを行なった。約半年間の試験運用期間を設け、病棟スタッフに対してアンケート調査を実施した。

【結果・考察】

導入により医師と看護師間の連携が強化され、抜管に向けた看護計画の立案が円滑となり、診療報酬加算も取得可能になった。一方で、アンケート結果では SAT/SBT に関する理解は得られているものの、看護師約 6 割が未経験で全体の実施件数も少ない現状が明らかになった。

今後は、実践件数の増加に向けた体制強化と、疾患別による評価基準の精緻化が今後の課題である。

D-4

脳卒中患者におけるアクティモ NR
を使用した早期活動への取り組み

- 独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院
- 1 6 東病棟
 - 2 中央リハビリテーション部

○本竹由香里 1、福田泰典 1、入江舞美 1、迫田健一 2、
三重野明美 1

【はじめに】

A 病院は 2014 年より自施設のリハビリテーション科が開発したアクティモ NR を患者の ADL や覚醒を促すためのケアとして看護師も使用している。開発より 10 年経過した現在の状況について症例を通して報告する。

【症例 1】

50 代男性、脳出血により左麻痺あり。入院時より尿閉あり。入院前は立位で排尿していたという背景から発症 3 日目より PT とともに二人でアクティモへ移動し排泄介助を行った。移動開始時はプッシャーや傾きもあったが、徐々に麻痺側の協力動作あり、発症 8 日目には看護師一人介助での移動可能となった。

【症例 2】

70 代女性、脳梗塞により左麻痺あり。傾眠傾向であった。尿道留置カテーテル抜去後、尿失禁がある。尿意の訴えはなかったが、オムツをはずす動作あり。端座位は不安定で、車椅子への移動も全介助であった。アクティモへ看護師二人介助で移動し排尿あり。徐々に介助量軽減し見守りで移動でき、失禁なく経過した。覚醒状況も改善し食事も自力摂取できるようになった。

【考察】

立位などの背面開放位は、脳幹網様体が刺激され、覚醒を促す。アクティモ NR の使用は覚醒の改善に繋がり、また座位・立位の動作は抗重力筋が鍛えられ、廃用症候群の予防ができる。何より患者が立ちたい、トイレで排泄したいなどの生理的欲求のニーズに応えることができ、ADL の向上や患者の意欲の向上にも繋がっていると考ええる。

D-5

院内脳卒中ハリーコール導入後の運用体制の
現状と課題について

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
外来/救急外来

○上田恭子、横石智子、平野里佳、南里由紀子、
井上優紀、浪花玲子、小柳順子

【目的】

脳卒中ハリーコール導入後の運用体制の現状と課題を
明らかにする。

【方法】

脳卒中ハリーコール運用開始 2021 年～2024 年症例の
背景と関連要因を分析

【結果】

院内脳卒中発症症例 16 件、外科的術後や処置に伴う薬
剤中止等による血栓塞栓症危険因子（心房細動、頸動
脈狭窄、人工弁置換、心不全など）に関連した心原性
脳梗塞症例 6 件、心房細動の既往ありリハビリ中発症 3
件、血行再建術に至った症例が 3 件、脳出血 4 件、脳卒
中コール非該当外 3 件であった。

【考察】

脳卒中は早期発見、早期治療が予後を左右する疾患で
あり、rt-PA 静脈療法を含む内科的治療に加え、機械的血
栓回収療法の迅速な導入が推奨されている。特に神経学
的異常に最も早く異常に気づく可能性が高いのは看護師
であり、病棟での早期認識と気づきの向上が重要である。
発症時の初期対応として、主治医及び脳卒中对応医師へ
の迅速な報告、院内プロトコールに沿った診療体制が不
可欠である。脳卒中コール導入から 4 年が経過し、対応
体制は一定の成果を上げているが勤務帯や病棟ごとの対
応差、看護師の経験値や知識のばらつきが課題である。
今後は全職種が共通理解を持てる体制構築と教育の標準
化を図り、院内全体での質の高い運用を目指す必要があ
ると考えた。

【結論】

院内脳卒中对応の質向上には、看護師の教育強化と医
師を含めた多職種連携の強化、運用基準の整備が不可欠
である。今後も継続的な見直しと安全かつ迅速な対応体
制の構築を推進していく必要がある。

E-1

二次救急病院としての当院の現状

社会福祉法人 十善会病院 看護部

○松永香織、野口明子、堤美保、中島泉、清水正

当院は輪番病院としての二次救急の受け入れ、および脳卒中指定病院として救急患者の受け入れを行っている。現在の受け入れ体制は、輪番日は医師 2 名、看護師は 3 交代で、管理師長と外来・手術室所属の看護師が平日 3 名土日祝日 5 名配置している。放射線および検査技師は当直体制をとっている。非輪番日は医師 1 名（内科系・外科系どちらか 1 名）・看護師 1 名（管理師長）、放射線および検査技師は呼び出し体制となっている。また、脳卒中ホットラインは、医師 2 名が交代で 24 時間の受け入れ体制をとっている。

2024 年度救急車搬入台数は 2120 件で、輪番日 1485 件、非輪番日 635 件であった。救急搬入後の内訳は、輪番日の入院 615 名、当院から他院への転院搬送 23 件、死亡 15 件、帰宅 832 件、非輪番日の入院 364 件、転院 8 件、死亡 7 件、帰宅 256 件であった。輪番日は救急搬入が重なり、意識障害・転倒外傷・発熱・呼吸不全などの重症患者の搬入が多い。このような現状の中で断らずに救急要請への受け入れを行なえるよう、輪番日の入院病床確保、勤務するスタッフの確保などに取り組んでいる。今後も、輪番日・非輪番日のスムーズな受け入れを継続する必要がある、今回、当院の救急受入れの現状を分析し取り組みの振り返りを行い、課題を抽出したため報告する。

E-2

ドクターカー要請基準の変更とその後の動向

長崎大学病院 高度救命救急センター

○板坂大樹、宮田佳之、本田智治、朝長さつき、馬場ゆかり

【背景】

当院は県内唯一の大学病院であり、地域の三次救急医療を担っている。2012 年からドクターカー（以下、DC）を運行しており、現場に医師、看護師が出動し早期に医療介入を行うことで、重症患者の救命率、予後の改善に努めている。2024 年に長崎市消防局と協力し、DC 要請基準の変更を行った。その後の動向と DC 出動が奏功した症例を報告する。

【結果】

DC 要請基準変更前の要請件数は月平均 8.7 件で、変更後は 10.7 件であった。報告する症例は、A 氏 40 歳台男性で、高エネルギー受傷機転により重症胸部外傷及び緊張性気胸を来し、現場で胸腔ドレーンを挿入した患者である。現場は当院から約 17 km 離れていた。A 氏は当院へ救急搬送され、入院、加療ののち約 3 か月後に自宅退院した。

【考察】

DC 要請基準をより具体的にし、特に外因性疾患の基準を細分化したことで、これまで要請されなかった症例への出動機会が増加した。重症患者に対する病院前からの医療提供が奏功し、社会復帰に繋がった症例は DC 出動の意義もあったと考える。一方で基準を満たしているが DC 要請に至っていない事案も散見され、改善が求められる。

【結語】

DC 要請基準の変更により出動件数は増加した。DC 出動の有用性があったと考える症例も増加している。今後は出動要請に至らなかった事案を調査し改善していく必要がある。

E-3

血管造影室における術後訪問体制の構築に向けた取り組み

長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部

○金丸翠、馬場ゆかり、本田智治、高本碧、
宮内良子、長下美保、山下早希、青木公亮

【はじめに】

当院血管造影室では、緊急治療を含む多様な症例に対応しており、術後の継続的な看護介入は、患者の回復促進と安全管理において重要である。これまで術後訪問の実施基準はなく、継続看護や情報共有に課題を抱えていた。今回、術後訪問を確立し運用を行なった効果と今後の課題について報告する。

【結果】

術後訪問の導入基準、訪問方法、記録方法を明文化しフローチャートを作成した。これにより担当看護師の役割を明確化した。術後訪問を実践し、患者と対面で話すことで疼痛の性質や患者の不安など個別のニーズを聴取することが可能になった。また、合併症の早期発見と病棟スタッフとの情報共有の体制が構築された。

【考察】

術後訪問体制を明確化したことで、術後看護の継続性と安全性の確保につながった。また、術後合併症の評価だけでなく、患者の“思い”に耳を傾ける姿勢を重視した看護実践は、患者の安心感と患者満足度の向上にもつながっていると考えられる。さらに、血管造影室-病棟のチーム間連携が強化され、包括的な看護提供体制の構築の促進に貢献できる取り組みとなった。

【結論】

術後訪問体制の整備は、看護の質と安全な周術期管理の向上につながる。今後は対象病棟の拡大とデータに基づく評価・改善を継続し、より持続可能で効果的な術後訪問体制の構築を目指す必要がある。

E-4

STAT 画像報告における技師の挑戦

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院

○天野雄生、馬場隆治

【目的】

2024 年のガイドライン改訂により、診療放射線技師による STAT 画像報告への積極的関与が推奨された。これを受け、当院では、診療の質と安全性の向上を目的に、STAT 画像報告体制の整備に着手した。

【方法】

報告の基準と手順を明文化した「STAT 画像報告規定」を部門内で策定し、技師が報告を行う際の統一的な運用を開始した。また、記載ミスや伝達漏れを防ぐため、技師専用の「STAT 画像報告シート」を作成し、運用を開始した。さらに、シート内容は責任者が確認し、技師個別にフィードバックを行う体制を整備した。加えて、報告に対する医師の評価・要望を把握するためのアンケートを現在準備中である。技師間の報告スキル向上と症例共有を目的に、技師主体の早朝カンファレンスも定期的を実施している。

【結果】

報告内容の標準化と伝達精度の向上が図られ、報告体制の安定化が進んだ。フィードバックを通じた教育的効果も得られている。

【考察】

技師の STAT 画像報告への関与は、チーム医療の質的向上に寄与すると考えられる。今後も PDCA サイクルを継続的に回し、より実効性のある体制構築と技師の役割拡充を目指す。

E-5

当院の当直業務の現状と課題

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
臨床工学部

○山内雄斗、福田龍太、森田晃平、
上原かをる、前田博司

【はじめに】

2020 年 6 月より臨床工学技士による当直業務を 9 名で開始した。スタッフ減少にともなうマンパワー不足により、2022 年 1 月より 2 次輪番および脳外ホットライン日のみの当直業務体制へと変更した。今回、限定した当直業務に変更後、アンケート実施および救急外来対応勤務時間を集計し評価したため報告する。

【方法】

当直業務についての内容も含め、臨床工学部満足度調査として看護部対象に例年アンケートを実施しており、4 段階評価を行っている。救急外来対応勤務時間集計は、2022 年 4 月から 2025 年 3 月までの当直記録から集計を行った。

【結果】

当直業務中の対応についてのアンケート結果は 2022 年度 3.65 点、2023 年度 3.55 点、2024 年度 3.62 点であった。また、自由記載欄に様々な意見が挙げられた。当院臨床工学部の当直勤務時間は 8 時間であり、そのうち救急外来対応率は 43%となった。

【今後の課題】

今回、アンケート結果および救急外来対応率を集計した結果をもとに、臨床工学技士としての業務内容を明確化することが重要になってきたと考える。それにともない、他職種とともにマニュアル整備を行っていき、スタッフ全員が同じ技術で業務が行えるよう標準化を図ることが大切であると考え。今後、24 時間常駐体制の再開、タスクシェアを含めた安全、安心な救急医療の提供に貢献していきたいと考える。

E-6

医師事務作業補助者にできる
救急医療への関わり

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
医局秘書課

○下田奈津子

【はじめに】

当院は、主に急性期医療を中心とした地域医療の一角を担う地域医療支援病院である。2005 年に医師事務作業補助者(以下ドクター秘書)を導入し、現在 35 名が在籍。2013 年に救急外来のサポート要請を受け、医師の負担軽減を目的としたドクター秘書の救急外来への介入を開始した。

【方法】

看護部などの協力体制をもとに現状調査および準備を行い、3 名の担当者を配置。救急搬送票や紹介状、処方内容の事前カルテ代行入力を開始した。後に当番制とし、ドクター秘書全員で対応とした。2015 年より救急外来への午後常駐も始まり、速やかな情報収集が可能となり入力内容も充実された。

【結果】

介入にあたっては看護部との協力体制の構築を行い、医師への取組みの説明など地道に取り組んだ結果、事前カルテ代行入力業務は徐々に認知され、医師の事前カルテ使用率は、当初約 70%であったが常駐時には約 85%と上昇した。コロナ禍を経た現在も高い使用率を維持しており、救急外来での医師の負担軽減の一助となったと考えられる。

【まとめ】

救急医療での医師の負担軽減を目的とした取組みにより、医師のみならず看護部など他職種との連携強化にも繋がった。更には宿日直時における医師派遣の業務支援や災害時の紙カルテ代行記載にも取り組んでおり、今後も救急医療におけるチーム医療の一端を担う存在として努めていきたい。

F-1

医師が同乗する救急車と現場直近救急車との
初動連携による効果と課題

- 1 県央地域広域市町村圏組合消防本部
- 2 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

○東竜二 1、日宇宏之 2

【はじめに】

県央地域広域市町村圏組合消防本部と国立病院機構長崎医療センターは、2017年3月から長崎医療センターの敷地内にある大村消防署久原分署の救急車に、長崎医療センターの救急科医師、看護師が同乗する「医師等同乗救急自動車（EMTAC；Emergency

Medical Team on Ambulance Car＝通称エムタック）」の協定を締結し、ドクターヘリが離着陸できない地域において、緊急性の高い救急現場に早期に医療介入することにより、ドクターヘリと同等の医療介入効果を目指し、地域間における医療格差の解消に貢献している。

【試み】

EMTAC運用から8年が経過し、ドクターヘリランデブーポイントが近くにない大村市中央地区及び北部地区において、EMTAC開始時より課題であった早期医療未介入地域の存在を解消すべく、2024年5月から現場直近救急隊とEMTACの初動からの連携を開始した（従前は先着救急隊からの現場要請によりEMTACが出動）。

【報告】

初動A-A連携開始1年間の実績と今後の課題について症例を通じて検証し報告する。

F-2

消防隊向けのBLS研修「消防隊BLS」について

- 1 長崎市消防局
- 2 NTEC
(NAGASAKI Team of Emergency Care) (任意団体)

○平井悠喜 1, 2、尾上洸次郎 1, 2、小林広明 1, 2、
西柊人 1, 2、本郷直也 1, 2

【はじめに】

消防隊は、CPA 事案において救急隊の活動支援を行っており、先着時は救急隊到着までBLS及び情報収集等を実施している。消防隊のBLS等に関する知識や技術については一定の訓練を実施しているものの、習熟度によっては個人差が見受けられる。また、現場経験が浅い若年層職員は、CPA 事案における救急活動について心理的負担を感じている可能性が高いと推察される。

【目的】

消防隊向けのCPA 事案におけるBLS等の活動要領を体系化した研修（以下、「消防隊BLS」という）を定期的に行い、学習効果及びCPA 事案における心理的負担等について調査する。

【概要】

内 容：座学、実技研修及びアンケート調査

期 間：令和4年7月～令和7年6月（四半期に1回程度実施）

指導者：長崎市消防局所属の救急隊員（救急救命士含む）

対 象：長崎市消防局所属の消防隊員（若年～中堅層）

【結果】

16回の研修を実施し、延べ173人の消防隊員が参加した。アンケート調査の結果、CPA 事案における救急活動について不安や迷いを感じていることが分かった。また、消防隊BLS受講後は理解度が上がったことに加え、出動に対する姿勢が前向きなものに変化していた。

【考察】

救急隊のみならず、CPA 事案に出動する消防隊についてもBLS等の活動要領を学習する必要があると思われる。今後も消防隊BLSを継続し、CPA 事案における救急活動の質を向上させる必要がある。

F-3

地域医療貢献に向けた病院救急救命士へのタスクシフト ～ER 看護師の電話対応業務負担軽減の試み～

- 1 佐世保市総合医療センター 総務課
- 2 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科

○西田歩生 1、徳永桂大 1、西園和起 2、西園馨子 2、
室屋大輔 2、山口榮一郎 2、平尾朋仁 2

当院では令和 5 年度から救急救命士の正規雇用を開始した。令和 3 年に救急救命士法が改正され、患者が医療機関到着から入院までの間にも救急救命処置が可能となった。当院では「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」に則り、救急救命士に関する委員会を設置し、院内の業務基準を決定している。

当院の救急外来（ER）は他院からの紹介、救急隊からの連絡、市民からの受診相談といった電話連絡を頻繁に受ける。なかでも市民からの受診相談数は、およそ 10～15 件/日、二次輪番日では 50 件/日を超えることもあり、対応する ER 看護師の業務負担は大きく、時に急患対応にも支障を来していた。このような背景から、ER のマンパワー不足を解消し医師や看護師のタスクシェア・タスクシフトの新たな担い手となるべく、救急救命士が採用され、現在では平日休日を問わず毎日 22 時まで ER へ常駐し、電話対応や診療補助業務を行っている。救急医療の知識・技能を有した救急救命士が市民からの電話へ対応することにより、緊急性判断などの受診相談の質や安全性を保ちつつ、ER 看護師は処置や記録等本来の看護業務へ多くの時間を割くことが可能となった。

現状では救急救命士の 24 時間 ER 常駐が出来ていないなど課題は残るが、救急救命士が ER 業務の一部を担うことで、よりよい救急医療を提供し地域医療貢献につなげ、かつ医師や看護師の業務負担軽減にも寄与することが期待できる。

F-4

院内救命士の可能性

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院

○太田崇文（救急救命士）

【はじめに】

佐世保中央病院では、令和 6 年より病院救命士の雇用により同年 5 月から業務に従事している。消防職員から転職し、現在は 1 名で救急外来の診療補助をし、救急車の搬送依頼や患者受診の依頼等の電話対応、また転院搬送の同乗、消防や専門学生の病院実習の対応、院内他職種への BLS 指導等、医療機器や資材管理と多岐に渡る業務に従事している。

【現状】

救急救命士法が改正され、傷病者が入院するまでの間において救急救命処置が実施できる環境、救命士の働く場が広がった。当院の救急外来では心肺停止の患者に対する胸骨圧迫や人工呼吸、気管挿管の介助などを医師または看護師と協働することや必要な検査や病棟への入院の患者搬送及びカルテ記録や検査、処置対応を行うことで外来看護師の業務負担が軽減され、タスクシェア、業務改善に繋がっている。

【考察】

法律の改正はされたが、院内で行う救急救命処置については救急隊同様に重症傷病者に限られ、病院により取り決めが違い救命士の業務内容も異なる。当院ではまだ院内救命士の認知度が低く、可能な業務も把握されていない。外来に限らず院内急変対応に携わるためには多職種との関係構築と自己のスキル習得と知識の向上を目指すのが課題である。

【結論】

救急医療を守る救急外来では経験豊富な看護師が必要であり、そこへ救命に特化した救命士の診療の補助や緊急処置を担い院内での業務確立や運用基準と対応体制の構築を推進することで救急医療にも貢献できると考える。

F-5

救急医療の新たな担い手となる病院救急救命士への期待と課題

- 1 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科
- 2 佐世保市総合医療センター 総務課

○平尾朋仁 1、西田歩生 2、徳永桂大 2、西園和起 1、
西園馨子 1、室屋大輔 1、山口榮一郎 1

当院では現在 5 名の病院救急救命士を雇用している。うち 2 名は令和 3 年の救急救命士法改正後に入職しており、従来からの病院救急車による搬送業務や統計業務、院内災害訓練の実施等に加え、新たに救急外来における救急救命処置や医師の診療補助業務、救急患者の初期評価と診療記録記載、外部からの電話対応、職員への心肺蘇生法指導、各種実習生への対応、研修会や委員会の開催、DMAT 活動など、診療や病院運営に係る業務にもより深く関わるようになった。

このように病院救急救命士は、救急に関する専門知識や技術をもった新たな院内の職種として活動の場を拡げ、医師や看護師のタスクシェア・タスクシフトの重要な担い手ともなっている。しかし一方で、入院患者の院内急変の際に救急救命処置が実施できない、投与できる薬剤や処置が限られているといった現行法に伴う様々な制限もあり、医療機関側として望む業務内容に法令が追いついていない現状がある。また、現在診療報酬上で病院救急救命士の役割が規定されているのは救急患者連携搬送料くらいであり、救急救命士雇用による経営面でのメリットは少ない。さらに、県内において病院救急救命士どうしの横の繋がりを構築する場が整備されておらず、情報交換や人事交流の機会に乏しいのが現状である。

本演題では、当院における病院救急救命士の活動を紹介し、病院救急救命士の雇用による効果や課題、今後の展望について考察する。

F-6

病院救急救命士としての活動と今後の課題

長崎大学病院 高度救命救急センター

○遠藤成矩、田崎修、山下和範、
太田黒崇伸、宮田佳之

2021 年 10 月の救急救命士法改正により、救急救命士が病院内においても入院までの間に救急救命処置を実施できるようになり、活動の場の拡大が期待されている。これを受け、救急救命士を採用する病院が増えつつある中、2025 年 4 月より A 病院でも救急救命士の採用を開始した。現在、A 病院の病院救急救命士は、救急救命処置の実施、緊急走行を含むドクターカー業務、医師の診療・処置の補助、看護業務補助などを担っており、特に ER 内でのタスクシェアを中心とした業務体制の整備に取り組んでいる。

今後は、災害派遣医療チーム (DMAT) への登録や、JPTEC などプレホスピタル領域に関する院内研修会の開催も視野に入れている。一方で、人員不足により現在は平日日勤帯のみの勤務にとどまり、夜間帯の対応が困難であること、また病院内で求められる知識・手技と現行法との間にギャップがあることなどが課題として挙げられる。

こうした法的制約を踏まえつつも、救急救命士としての専門性を高め、病院内における新たな役割を構築していくことが求められる。また、消防機関や他医療機関に所属する救急救命士との連携を深め、横のつながりを重視することで、さらなる活躍の機会を創出していきたい。

本報告では、A 病院における病院救急救命士の業務内容、現状、および今後の課題について紹介する。



広告掲載企業一覧

- ◆ アコマ医科工業株式会社
- ◆ 第一三共株式会社
- ◆ ニプロ株式会社
- ◆ 日本光電工業株式会社
- ◆ 丸石製薬株式会社
- ◆ カーディナルヘルス株式会社
- ◆ フクダ電子株式会社

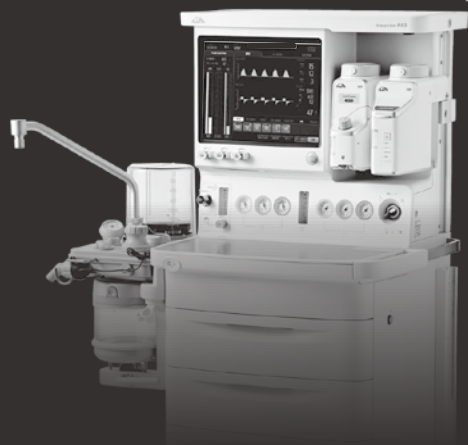
アコマ麻酔システム

ACOMA

Anespirator A65

HYBRID TECHNOLOGY

- Smart Ventilator
- Integrated HFNC
- Lung Recruitment
- AG+O₂ Module
- NMT Module

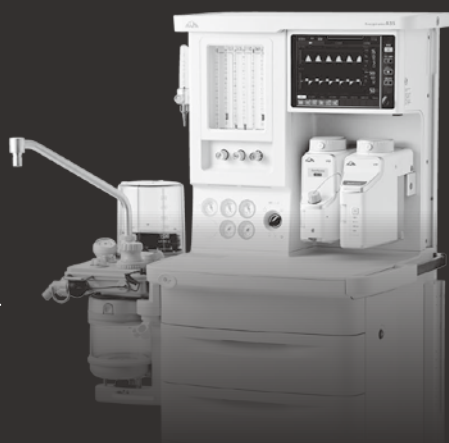


アコマ麻酔システム

Anespirator A35

ANALOG TECHNOLOGY

- Smart Ventilator
- Enhanced Performance



アコマ医科工業株式会社 <https://www.acoma.com/>

本 社 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-14-14
TEL : 03-3811-4151

営業所 札幌・東北・北関東・東関東・南関東・中京・
大阪・四国・広島・福岡・鹿児島

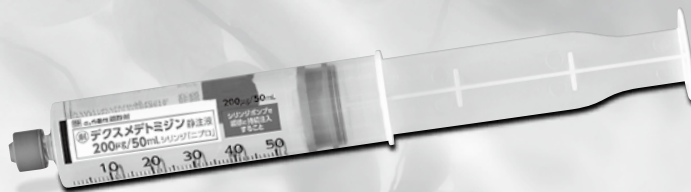


世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



第一三共株式会社



α_2 作動性鎮静剤 劇薬、習慣性医薬品^{注1)}、処方箋医薬品^{注2)}

デクスメトミジン静注液200 μ g「ニプロ」

(先発・代表薬剤：プレセデックス静注液200 μ g「ファイザー」)

α_2 作動性鎮静剤 劇薬、習慣性医薬品^{注1)}、処方箋医薬品^{注2)}

デクスメトミジン静注液200 μ g/50mLシリンジ「ニプロ」

(先発・代表薬剤：プレセデックス静注液200 μ g/50mLシリンジ「ファイザー」)

注1) 注意－習慣性あり 注2) 注意－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」を含む注意事項等情報等の詳細は、電子添文をご参照ください。

製造販売元
(資料請求先)

ニプロ 株式会社

大阪府摂津市千里丘新町3番26号
<https://www.nipro.co.jp/>

医薬品についてのお問い合わせ(医薬品情報室)
☎ 0120-226-898 FAX 050-3535-8939

2025年2月作成 (K1)
[審2502200119]



ARM 8 自動心臓マッサージ装置 RMUシリーズ

Improving quality of
resuscitation

“絶え間ない”CPRのために。



販売名：自動心臓マッサージ装置 RMUシリーズ
商品コード：RMU-N2000
外国製造業者：Defibtech, LLC (アメリカ合衆国)
医療機器承認番号 22700BZX00190000
高度管理医療機器 / 特定保守管理医療機器

74AH-00086 広告管理番号：NKC0B010-240372

〈製造販売〉

日本光電

東京都新宿区西落合1-31-4
〒161-8560 ☎ 03(5996)8000

* カタログをご希望の方は当社までご請求ください。

<https://www.nihonkohden.co.jp/>

全身吸入麻酔剤
創薬、処方箋医薬品^(注1)

セボフレン® 吸入麻酔液

SEVOFRANE® [日本薬局方：セボフルラン]

セボフルラン 吸入麻酔液「ニココー」

SEVOFLURANE [日本薬局方：セボフルラン]

長時間作用性局所麻酔剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

ポプスカイン® 0.25% 注

(25mg/10mL・シリンジ/25mg/10mL・バッグ250mg/100mL)

POPSCAINE® 0.25% inj. [一般名：レボブピバカイン塩酸塩]

ポプスカイン® 0.5% 注

(50mg/10mL・シリンジ/50mg/10mL)

POPSCAINE® 0.5% inj. [一般名：レボブピバカイン塩酸塩]

ポプスカイン® 0.75% 注

(75mg/10mL・150mg/20mL・シリンジ/75mg/10mL)

POPSCAINE® 0.75% inj. [一般名：レボブピバカイン塩酸塩]

局所麻酔剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

塩酸メビバカイン注射シリンジ「NP」(0.5%, 1%, 2%)

MEPIVACAINE HYDROCHLORIDE INJECTION SYRINGE

[日本薬局方：メビバカイン塩酸塩注射液]

局所麻酔剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

日本薬局方

リドカイン注射液 (0.5%, 1%, 2%)

LIDOCAINE INJECTION [一般名：リドカイン]

短時間作用型 β_1 遮断剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

ブレビブロック® 注 100mg

BREVIBLOC® inj. 100mg [一般名：エスモロール塩酸塩]

※：ブレビブロックはバクスター・インターナショナル・インコーポレイテッドの登録商標です。

非脱分極性麻酔用筋弛緩剤

毒薬、処方箋医薬品^(注1)

ロクロニウム臭化物静注液 25mg/2.5mL「マルイシ」

Rocuronium Bromide Intravenous Solution

[一般名：ロクロニウム臭化物]

全身麻酔・鎮静剤

創薬、習慣性医薬品^(注2)、処方箋医薬品^(注1)

プロポフォール® 静注 1% 20mL「マルイシ」

プロポフォール® 静注 1% 50mL「マルイシ」

プロポフォール® 静注 1% 100mL「マルイシ」

Propofol Intravenous Injection 1% "Maruishi"

プロポフォール® 静注 2% 50mL「マルイシ」

Propofol Intravenous Injection 2% "Maruishi"

[一般名：プロポフォール]

催眠鎮静剤

向精神薬、習慣性医薬品^(注2)、処方箋医薬品^(注1)

ドルミカム® 注射液 10mg

Dormicum® Injection 10mg [一般名：ミダゾラム]

ベンゾジアゼピン受容体拮抗剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

フルマゼニル注射液 0.5mg「F」

FLUMAZENIL Injection [一般名：フルマゼニル]

血圧降下剤

毒薬、処方箋医薬品^(注1)

ニトプロ® 持続静注液 (6mg, 30mg)

NITOPRO CONTINUOUS INTRAVENOUS SOLUTION

[一般名：ニトロフルシドナトリウム水和物]

5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤

創薬、処方箋医薬品^(注1)

オンダンセトロン® 注 4mg シリンジ「マルイシ」

Ondansetron Injection 4mg syringe "Maruishi"

[一般名：オンダンセトロン塩酸塩水和物]

注1) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

注2) 注意 - 習慣性あり

* 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

薬価基準収載

製造販売元

丸石製薬株式会社

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2-4-2

【資料請求先】

丸石製薬株式会社 学術情報部

TEL.0120-014-561

2022年10月作成

THINK SAFETY

KOSMOS Series

AI-powered
Point-of-Care ultrasound system
Improving the quality of medical care.



製品情報サイトは
こちら

一般名称

販売名

認証番号

外国指定管理医療機器製造等事業者

選任製造販売業者

：汎用超音波画像診断装置 (JMDN：40761000)

：超音波画像診断装置 KOSMOS Series

：302AIBZ100008000

：ECHONOUS, INC. [米国]

：有限会社ユーマンネットワーク

CardinalHealth™

お問い合わせ先
カーディナルヘルス株式会社
Tel：0120-917-205

cardinalhealth.jp

© 2024 Cardinal Health. All Rights Reserved.
CARDINAL HEALTH、Cardinal Health ロゴは Cardinal Health の商標又は登録商標です。

Live Up to Professions

Core technology

コア技術

MAJET Biphasic
MAJET Analysis

Simple

シンプル

見やすく
使いやすい設計

Maintenance

メンテナンス

充実した
Maintenance

Option

オプション

モニタリング
院内搬送
データ保存

Biphasic Waveform

MAJET Biphasic

DYNAHEARTのBiphasic電気ショック波形

Analysis Function

MAJET Analysis

DYNAHEARTの電気ショック可否
判定用解析アルゴリズム

MA:複合的な解析(Multiple Analysis)

JET:スピードをイメージ



DYNAHEART

手動式除細動器

FC-6200シリーズ

医療機器承認番号: 30300BZX00090000

販売名: ダイナハートFC-6200 シリーズ

高度管理医療機器 特定保守管理医療機器

医療機器で明日を創る

フクダ電子

〒113-8483 東京都文京区本郷3-39-4 TEL.(03)3815-2121 (代)
お客様窓口 (03)5802-6600 受付時間: 月~金曜日(祝祭日、休日を除く) 9:00~18:00

**FUKUDA
DENSHI**

Memo



長崎救急医学会

Nagasaki Society of Acute Medicine