

第32回長崎救急医学会 プログラム・抄録集



日時： 2024年9月7日（土）

会場： 長崎県島原病院 別館1階 研修ホール

会長： 蒲原 行雄（長崎県島原病院 院長）

第 32 回長崎救急医学会開催にあたってのご挨拶

会長 蒲原 行雄

(長崎県島原病院 院長)

この度、第 32 回長崎救急医学会を島原市にて開催いたします。コロナ禍の 5 年を経て。WEB 開催を現地開催することにいたしました。

平成当初に普賢岳火災に遭遇したこの島原の地でコロナ禍経過後の最初の開催を執り行うことも何かの導きかと思っています。

開催にあたり、各部門よりたくさんの演題応募をいただきました。依然として変わらぬ救急医療に関する発表はもとより時代の流れに沿った”働き方“や”教育“のテーマも応募いただきました。活発なご討議を期待しております。

また、特別講演にはコロナ禍の中、長崎県の救急の場でご活躍された高山隼人 長崎医療センター病院長をお願いいたしました。私たちの収穫となる様々なお話が用意されています。奮ってご参加ください。

なお、本会開催にあたりご助言を頂いた、長崎大学救急医学 田崎 修 教授、長崎医療センター 高度救命センター長 中道 親昭 先生をはじめとする長崎救急医学会役員の皆様に心より御礼申し上げます。

学 会 参 加 者 へ の ご 案 内

1. 当日受付

＜受付時間・場所＞ 10：00～17：00 長崎県島原病院 別館 1 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＞ 1,000 円

2. お弁当整理券配布について

受付にて、整理券を配布いたします。（10：00～11：00）

＜お 弁 当 費 用＞ 500 円

※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. その他

○病院敷地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。

4. 交通アクセス

自家用車：当院の駐車場：約 100 台、駐車料金無料

バ ス：島原港下車徒歩（約 5 分）

電 車：島原港駅下車徒歩（約 3 分）

＜住所＞

長崎県島原病院 別館 1 階研修ホール

〒855-0861 島原市下川尻町 7895

TEL：0957-63-1145（代）

FAX：0957-63-4864

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。
その他、詳細につきましては別途、事務局よりご連絡いたします。

<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、学会会場の右手前方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 6 分・討論 4 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。

<一般演題演者へ>

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。

[発表について]

- ①学会会場へお越しになる前に、必ずご自身で PC 受付に発表データの入ったメディアをご持参いただき、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、学会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。演題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。画面は演者上のモニターでも確認できます。
- ④演題発表時間は、1 演題につき発表 6 分・討論 4 分です。発表時間を厳守してください。
- ⑤登壇者は、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。

[PC 受付]

発表セッションの 60 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。

<メディア持込の場合の注意点>

- ・受付可能なメディアは CD-R、DVD-R (CD-RW、DVD-RW 不可) もしくは USB メモリでお願いします。その他メディアは使用できません。
- ・CD-R、DVD-R への書き込みの際は、ファイナライズ (セッションのクローズ・使用したセッションを閉じる) 作業を必ず行ってください。この作業が行われなかった場合は、データを作成した PC 以外ではデータを開くことができなくなることがあります。予め、データを作成した PC 以外でもデータを開くことができることをご確認ください。
- ・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、必ずほか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

別館 1 階 研修ホール	
10 : 20～10 : 30 開会挨拶	会長 蒲原行雄
10 : 30～11 : 20 一般演題 A	座長： 権志成
A-1 長崎大学病院	石川康平
A-2 南島原消防署	太田智章
A-3 長崎大学病院	小林希
A-4 長崎県島原病院	木村美智留
A-5 長崎県島原病院	塩塚高史
11 : 25～12 : 15 一般演題 B	座長： 小林望
	座長： 木村美智留
B-1 長崎大学病院	山下功司
B-2 長崎大学病院	田中亜里沙
B-3 長崎県五島中央病院	野原奈津子
B-4 長崎医療センター	大石奈津子
B-5 長崎県島原病院	石橋美德
13 : 00～13 : 10 総会	
13 : 10～14 : 00 特別講演 長崎医療センター	座長： 蒲原行雄 高山隼人
14 : 05～14 : 55 一般演題 C	座長： 前川恭一郎
C-1 長崎医療センター	林田啓佑
C-2 光晴会病院	中村瞬
C-3 長崎医療センター	小渕幸稔
C-4 長崎みなと医療センター	榎本裕
C-5 長崎医療センター	日吉尚
15 : 00～15 : 50 一般演題 D	座長： 松本とよか
	座長： 溝田吟恵
D-1 長崎みなと医療センター	大石康士朗
D-2 長崎医療センター	堀加世
D-3 長崎大学病院	朝長さつき
D-4 長崎大学病院	並川静
D-5 長崎県島原病院	江上久子
15 : 55～16 : 45 一般演題 E	座長： 中道親昭
E-1 島原消防署	栗原真
E-2 諫早消防署	朝長和大
E-3 長崎大学病院	宮本浩明
E-4 長崎医療センター	権志成
E-5 佐世保総合医療センター	山崎有貴子

別館 3 階 応接室

9 : 30～10 : 10
長崎救急医学会 理事会

本館 3 階 会議室

12 : 15～13 : 00
長崎救急医学会 看護部門役員会

外来エントランス

14 : 00～17 : 00
ながさき救急看護セミナー

プ	ロ	グ	ラ	ム
---	---	---	---	---

◆ 開会挨拶

会長 蒲原行雄

◆ 一般演題 A (10:30~11:20) 50 分

座長：権 志成（国立病院機構長崎医療センター）

- A-1. 背部痛、左上下肢脱力感から大動脈解離、脳梗塞が疑われた頸髄硬膜外血腫の 1 例
長崎大学病院
○石川康平、猪熊孝実、安倍翔、安武結衣、井上聡、村橋志門、井山慶大、上木智博
太田黒崇伸、田島吾郎、山下和範、田崎修
- A-2. 島原半島内における高次医療機関への搬送選択について
南島原消防署
○太田智章
- A-3. 病理解剖にて血小板減少の原因が大動脈解離と考えられた一例
長崎大学病院
○小林希、上木智博
- A-4. 院外心肺停止により救急搬送された症例に対する分析と検討
長崎県島原病院
○木村美智留
- A-5. 搬送中に死亡した大動脈解離の 1 例
長崎県島原病院
○塩塚高史

◆ 一般演題 B (11:25~12:15) 50 分

座長：小林 望（佐世保市総合医療センター）、木村 美智留（長崎県島原病院）

- B-1. 高度救命救急センター内における呼吸ケアサポートチームの活動と今後の課題
長崎大学病院
○山下功司、横山誠、小森悠二、竹松理沙、宮田佳之、田平直美

B-2. 血管造影室における教育体制の現状と課題

長崎大学病院

○田中亜里沙、本田智治、田平直美

B-3 院内急変場所に持参し使用できる救急蘇生バッグ作成への取り組み

長崎県五島中央病院

○野原奈津子、深松綾香、平山めぐみ、道脇桃花、山中和代、谷川美喜子

B-4. 看護提供方式の見直しと効果の検証～バディー制を導入して～

国立病院機構長崎医療センター

○大石奈津子

B-5. 救急電話相談トリアージ看護師に求められる能力と今後の課題

長崎県島原病院

○石橋美穂

◆ 総会 (13:00～13:10) 10分

◆ 特別講演 (13:10～14:00) 50分

座長： 蒲原 行雄（長崎県島原病院 院長）

「COVID-19 を経て救急医療はタスク・シフトからタスクシェアへ」

国立病院機構長崎医療センター 院長 高山隼人

◆ 一般演題 C (14:05～14:55) 50分

座長：前川 恭一郎（長崎県島原病院）

C-1. 誤飲歴不明の異物誤食により2度開腹手術を施行した一例

国立病院機構長崎医療センター

○林田啓佑、増田幸子、窪田佳史、権志成、白水春香、日宇宏之、中道親昭、北里周

C-2. 当院における閉鎖孔ヘルニア緊急手術症例の検討

光晴会病院

○中村瞬、黒滝航希、伊藤信一郎、進誠也、岡田和也、岸川博紀

C-3. 壁側胸膜下気腫を形成し急性呼吸不全に陥った降下性壊死性縦隔炎

国立病院機構長崎医療センター

○小渕幸稔、権志成、中道親昭、森彩加、田中藤信、朝重耕一、田川努

C-4. 迅速診断キットの使用が有用であった血液培養陰性の A 群 β 溶血性連鎖球菌による壊死性筋膜炎の 2 例

長崎みなとメディカルセンター、長崎大学病院

○榎本裕、青木義紘、立川温子、平岡知子、高橋健介、山野修平、早川航一、田崎修

C-5. 劇症型 A 群溶血性連鎖菌 (GAS) により壊死性筋膜炎に至った 2 例

国立病院機構長崎医療センター

○日吉尚、藤岡正樹、藤原洸平、古賀一史、西園馨子

◆ 一般演題 D (15:00~15:50) 50 分

座長：松本 とよか (長崎県島原病院)、溝田 吟恵 (長崎県島原病院)

D-1. 病院前心電図講習会受講後の救命士により、迅速に対応ができた心筋梗塞の一例

長崎みなとメディカルセンター、長崎大学病院

○大石康士朗、井山慶大、楠本三郎、赤司良平、谷賢介、富川絵美、早川航一、田崎修

D-2. 高度救命救急センターで ABCDEFGH バンドルを導入して

国立病院機構長崎医療センター

○堀加世、百枝祐太郎

D-3. A 病院のドクターカーナース教育プログラム策定に向けた試み

長崎大学病院

○朝長さつき、宮田佳之、田平直美

D-4. 脳卒中における Door To Puncture time 短縮に向けた看護師の取り組み

長崎大学病院

○並川静、本田智治、田平直美、立石洋平

D-5. 急変兆候に気づくフィジカルアセスメント力向上への取り組み

長崎県島原病院

○江上久子

◆ 一般演題 E (15:55~16:45) 50 分

座長：中道親昭 (国立病院機構長崎医療センター)

E-1. 島原消防本部の救急統計から見る救急活動の現状とこれからの課題

島原消防署

○栗原真

E-2. 救急出場件数増加に伴う救急隊員の負担軽減対策について

県央地域広域市町村圏組合諫早消防署

○福本純大、高崎智孝、朝長和大

E-3. 働き方改革と人材育成共存への取り組み

長崎大学病院

○宮本浩明 宮田佳之 田平直美

E-4. 能登半島地震における当院派遣 DMAT の活動報告

国立病院機構長崎医療センター

○権志成、中原知之、日宇宏之、中道親昭

E-5. 離島での見取りを見据えた ACP～13トリソミー児の家族看護～

佐世保市総合医療センター

○山崎有貴子、山田綾加、太田裕加梨、中園由紀子

◆ 閉会挨拶

会長 蒲原行雄

抄 録

▽ 特別講演

▽ 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

特 別 講 演

COVID-19を経て救急医療はタスク・シフトからタスクシェアへ

高山 隼人

国立病院機構長崎医療センター 院長

パンデミック対応

COVID-19 は 2019 年末に発生し、3 月に壱岐市で初めての感染患者が確認された。長崎県では 3 月 31 日に「長崎県新型コロナウイルス感染症対策本部」が発足し、調整本部として本部長：中田福祉保健部長、リーダー：泉川教授の陣容で活動を開始した。初期は、入院状況の把握、ドライブスルー型検査体制の導入、離島からの搬送手段、疾患別の受入体制などを整備した。

4 月 20 日にコスタ・アトランチカ号の乗員 4 名から PCR 陽性が確認され、翌 21 日には 33 名陽性となり、厚生労働省や DMAT も含めた緊急会議が行われ、方針が決定された。調整本部として、乗員全員のスクリーニング、乗船下での健康管理、現地の医療体制確立を整えた。健康管理はスマートフォン収集し情報分析し、船内での一次評価後に市内の受入医療機関への診療を行う体制を作った。県内外 DMAT の協力のもと、24 時間体制での現地指揮所・救護所を運用した。結果 11 名の入院対応（陽性者 10 名、陰性者 1 名）で、県内への影響を最小限に留めることができた。

クラスター対応は、高齢者施設 8 か所、医療施設 16 施設に DMAT を派遣した。施設の本部機能の支援と施設機能の維持、職員ケアを中心に DMAT 支援活動を行った。

対応のまとめ

COVID-19 の対応は、感染対策と災害医療としての局面、救急患者の受入体制になる。災害医療と同様に、本部支援、物資支援、搬送支援という活動を行いながら、クラスター施設を支援して死亡の低減を図り、大量患者発生時には宿泊療養・自宅療養支援などが行われた。感染拡大期には、多くの地域で COVID-19 対応と救急医療体制の維持が困難になり、行政とともに医療機関の役割分担（タスク・シフト）を調整して、救急医療も含め all Nagasaki で多数の患者の対応にあたった。

救急医療に残した影響

標準予防策の徹底、COVID-19 を常に意識したケア、医療機関の役割分担（タスク・シフ

ト)である。地域によっては、コロナ禍の高次医療機関と二次医療機関、開業医とのタスク・シフトが、その後の救急医療体制の役割分担に繋がっている。

今後の展望

今後は、タスク・シフトからタスクシェア（業務共有）に移行すべきと考える。3つの階層が連携し業務を共有して患者ケアを行うことで、地域全体でのチーム医療の強化に繋がることを期待したい。

略 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終了

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

2003 年 8 月 長崎医療センター 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

(ながさき地域医療人材支援センター センター長)

(長崎県離島・へき地医療支援センター センター長)

2024 年 4 月 国立病院機構長崎医療センター 院長

現在に至る

資 格

医学博士 2022 年 3 月 東京医科歯科大学大学院修了

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

社会医学系専門医協会 指導医・専門医 2017.3

その他委員

長崎県地域医療構想アドバイザー

長崎県メディカルコントロール協議会委員

長崎県災害医療コーディネーター

日本 DMAT 検討委員会委員

日本救急医学会九州地方会 監事

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

一般演題 A

A-1

背部痛、左上下肢脱力感から大動脈解離、脳梗塞が疑われた頸髄硬膜外血腫の 1 例

長崎大学病院

高度救命救急センター

○石川康平、猪熊孝実、安倍翔、安武結衣、井上聡、村橋志門、井山慶大、上木智博、太田黒崇伸、田島吾郎、山下和範、田崎修

【症例】78 歳の男性。既往は高血圧症、糖尿病。夕食中に突然、左背部痛、後頸部痛が出現し救急要請。救急隊接触時、上肢の血圧に左右差なし。左上下肢に脱力感、しびれを認めた。大動脈解離と脳梗塞が疑われ、当院へ救急搬送となった。当院来院時（発症から約 1 時間後）、呼吸数 28 回/分、SpO₂ 97%（room air）、心拍数 68 回/分、血圧 152/79mmHg（右上肢）、142/81mmHg（左上肢）、GCS E4V5M6。胸腹部造影 CT では大動脈に解離性病変を認めず、頭部 CT で脳出血を認めなかった。構語障害なし、顔面の触覚、表情筋に左右差なし。バレー徴候は左右差なく陰性。左上肢の筋力は MMT4/5 程度で右上肢に比べわずかに低下あり。頭部 MR を行ったが、急性期梗塞は認めなかった。突然発症、後頸部痛、左上下肢の筋力低下、であることから頸髄の出血性病変を疑い、頸部 MR を行ったところ、C2～C6 レベルの脊椎管内左背側に硬膜外血腫を認めた。脊髄に異常信号は認めなかった。保存的加療の方針で入院。入院後、筋力は徐々に改善し、第 6 病日に自宅退院となった。

【結語】四肢の症状をとまなう突然発症の後頸部痛では頸髄硬膜外血腫を念頭に置く必要がある。

A-2

島原半島内における高次医療機関への搬送選択について

南島原消防署 消防 2 課

○太田智章

島原地域広域市町村圏組合消防本部が管轄する南島原市は島原半島の南側に位置し、脳卒中センターで基幹病院である島原病院までの搬送は、最大で約 1 時間を必要とする。

今回紹介する事案は、島原半島最南端の所属で発生した脳疾患を疑う事案である。搬送医療機関を考慮した対応、また、年中無休で有視界飛行の朝 8 時 30 分から運用開始となる「空飛ぶ救命室」といわれるドクターヘリを活用した事案である。

概要「37 歳男性。いびき様の呼吸。吐物あり。意識なし。」との通報内容にて、朝 7 時 48 分の覚知。ドクターヘリは、運航時間外である。救急隊及び支援ポンプ車隊で出場し、現場で脳疾患を疑い活動。島原病院を手配し、搬送時間は 50 分程であったが、搬送開始後まもなく、ドクターヘリ出動準備完了のため、ドクターヘリ搬送に切り替え対応。初療開始が 30 分程短縮した。傷病者は、現在日常生活に支障もなく生活を送っている。

救急隊として、半島内の限られた医療資源と時間の中で、長崎県救急医療情報システムを活用することにより、対応可能な医療機関を選定し、迅速かつ適切に搬送することが必要とされる。そのためにも医療機関と救急隊の情報共有化が課題となる。

病理解剖にて血小板減少の原因が大動脈解離と考えられた一例

長崎大学病院 医学部医学科 5 年生
高度救命救急センター

○小林希、上木智博

【症例】基礎疾患にパーキンソン病がある 80 歳台の男性。他院にリハビリ目的で入院中に 39 度台の発熱、SpO₂ の低下、腎機能障害を認め、敗血症の疑いで当科に紹介となった。来院時の CT では右肺に広範な浸潤影を認めた。さらに大動脈弓部遠位から上部腹部大動脈に偽腔開存型の B 型大動脈解離を認めたが、画像上、亜急性の大動脈解離と考えられたため保存的に加療した。来院時より血小板 5.4 万/ μ L と低値を認め、敗血症性 DIC と判断して治療に当たった。入院経過中、頻回に血小板輸血を行ったが改善に乏しかった。発熱や CRP の改善を認め、血液培養が陰性化した後も血小板低下が遷延した。膠原病や血液疾患を疑い、各種抗体検査や骨髄穿刺を行い精査したが原因の特定には至らなかった。最終的に多臓器不全で死亡退院となり、病理解剖を行った。その結果、大動脈解離部分には一部新鮮血栓も伴っており、大動脈解離に由来した消費性血小板減少が起こっていた可能性が示唆された。

【結語】原因不明の血小板減少を見た際には大動脈疾患も鑑別の対象とする必要がある。

院外心肺停止により救急搬送された症例に対する分析と検討

長崎県島原病院

○木村美智留

【目的】本発表は、救急外来における心肺停止対応の一助とするために、当院へ搬送された症例の実態調査を実施し、その結果に対する検討を行うものである。

【対象と方法】

対象：過去 5 年間に救急搬送された院外心肺停止症例 143 例

方法：電子カルテを用いて年齢、季節、搬送元、心肺蘇生の有無、救急救命士による高度気道確保（LT 挿入）、点滴確保、薬剤投与、搬送後の ROSC 率に対する検討

【結果】発症は 80 代に最も多い。発症時期は 1 月～3 月と 10 月～12 月が同程度数であり、搬送数は秋季から冬季に多い。発症時間帯の差はなく、病院までの搬送時間は 20 分以上 40 分以内が 67% で最も多かった。搬送元は自宅が最も多く、居合わせた人による心肺蘇生は 62.2% で施行されていた。救命士による高度気道確保は 64%、点滴確保は 41.9%、薬剤投与は 19.5% であった。搬送後の ROSC 率は 13.9% であった。

【考察】年代・季節・発症時間は全国の結果とほぼ同様であった。搬送時間が全国よりも早いのは、輪番制度を問わず、まず直近にある病院に受入要請したことが理由だと考えられる。発生場所は施設が多いと予測していたが、自宅が多かった。その理由として、島原半島が都市部よりも核家族が少なく、複数世代での同居生活が多いためと考えられる。一方、ROSC 率が全国よりも低い結果となったのは、自宅で高齢者が異常をきたして発見されるまでの時間が長いこと、体調不良でも医療機関を未受診であることなどが影響しているからではないかと考えられる。

搬送中に死亡した大動脈解離の1例

長崎県島原病院

○塩塚高史

【目的】Stanford A型大動脈解離症例の3次病院への搬送と管理に関する検討を行い今後の診療に繋げる。

【方法】今回経験した症例と過去7年間の当院での同様症例の比較検討を行った。

【結果】搬送に成功し弓部大動脈置換を行った症例もあるが、ほとんどが死亡している。

【考察】Stanford A型大動脈解離は手術加療を行わない限りは救命する事ができない疾患である。しかし、長崎県で現在、Stanford A型大動脈解離の手術加療を行える施設は長崎大学病院のみである。

救命のために、まず搬送可能な状態であるか、搬送方法をどうするか、搬送中の管理をどうするか、の3点を考えなければならない。搬送不可能な状態であれば、家族に説明し自院での入院を行い症状緩和に努める。搬送可能であれば、搬送先への相談と搬送方法の検討を早急に行い、家族へリスクを説明した上で搬送を行う。当院の症例では搬送までの時間が2時間以上かかった症例では搬送中の死亡や搬送先病院への到着後の救急外来での死亡となっていた。このことから、救命のためには血圧コントロールと疼痛コントロールを行うことは大切であるが、搬送までの時間や搬送にかかる時間まで検討する必要があると考える。長崎県では離島・僻地が多く、搬送手段も複数あり搬送時間も様々であり、地域ごとでのさらなる検討が必要である。

一般演題 B

B-1

高度救命救急センター内における呼吸ケアサポートチーム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

○山下功司、横山誠、小森悠二、竹松理沙、宮田佳之、田平直美

近年では高齢化や医療の高度化、複雑化などを背景として、人工呼吸器管理や侵襲を最小限にするケア、早期抜管に向けた介入が求められている。それには、多職種で協働しそれぞれの見地から評価し、専門的技術を効率よく提供することが重要であり、カンファレンスを充実させることが必要である。

そこで A 病院の高度救命救急センターは、呼吸ケアサポートチーム（Respiratory Care Support Team:以下 RST）として、救急医 2 名と看護師 3 名が中心となって活動しており、ラウンドや週 1 回の呼吸カンファレンスの充実、スタッフの知識の底上げを目的に、呼吸ケアカンファレンスシートを工夫し、呼吸ケアの質の向上も目指している。

今回、これまでの RST の活動報告と今年度より、SAT、SBT の導入を検討しており、課題とともに報告する。

B-2

血管造影室における教育体制の現状と課題

長崎大学病院 高度救命救急センター

○田中亜里沙、本田智治、田平直美

A 病院では、年間 2000 件程度の血管造影検査・治療が行われている。また、2023 年より Hybrid ER が導入され、従来よりも安全に IVR-CT 台上で緊急度の高い患者の診断と治療が可能になった。そのため、血管造影および治療の介助に加え、これまで初療室で蘇生を含めた初期診療から TAE やダメージコントロール手術までを担うことにより、血管造影室担当看護師に高い知識と技術が要求されるようになった。

IVR 看護の教育は、配置されてからの OJT が中心となっており、病院施設により背景が異なるために、教育も系統的に整理されたものではなく、各施設独自の方法に委ねられている。さらに、病棟や外来に所属しながら血管造影室を担当する施設が多く、看護師の育成が難しい状況にあると言われている。

A 病院の看護単位も同様に、救命病棟、救急外来、そして血管造影室の 3 部門から構成され、固定配置ではない。したがって、血管造影検査や治療介助の経験が浅いばかりでなく、急変対応や手術介助の経験がない看護師に対する教育が大きな課題となる。

そこで、現在使用している複数のチェックリストを統一し、教育の進捗状況を容易に把握し、可視化する取り組みと、今後の課題を報告する。

院内急変場所に持参し使用できる救急蘇生バッグ作成への取り組み

長崎県五島中央病院 外来

○野原奈津子、深松綾香、平山めぐみ、道脇桃花、山中和代、谷川美喜子

【目的】院内緊急コール時に発生場所に持参し、使用することができる救急蘇生バッグを作成すること。

【方法】①院内急変対応に関する現状を把握するため、院内看護師 141 名と長崎県内の二次・三次救急病院計 38 施設へアンケートを実施。②アンケート結果を集計・分析し、救急蘇生バッグの中へ入れる物品を検討する。③救急診療委員会へ提案。④救急蘇生バッグを作成。⑤蘇生バッグに関する院内マニュアルを作成し、医療安全委員会と協議し、院内全体へ周知する。

【結果】院内緊急コール時に救急カートに無い物品を他部署へ取りに行かず処置・対応することが出来るバッグを作成することができた。

【考察】院内急変に対する取り組みの中で、緊急時に必要な特殊な物品を現場から離れて取りに行くことがあり、ジレンマを感じていた。救急蘇生バッグを作成し運用を始めてから、現場を離れることなく、また症例に応じて蘇生バッグにある物品の使用を予測して準備・処置に携わる事が出来、蘇生処置の時間短縮に繋がったと考える。

今後は、使用毎に振り返りを行い、救急蘇生バッグの物品の評価と蘇生処置に関わる看護師の対応マニュアル修正に継続的に取り組んでいく必要がある。

看護提供方式の見直しと効果の検証～バディー制を導入して～

国立病院機構長崎医療センター

○大石奈津子

【はじめに】高度救命救急センター（以下当センター）では生命の危機的状況にある患者のケアを行うため、看護師には幅広い知識に加え、退院後の生活も見据えた質の高い看護が求められる。看護力の底上げとケアの充実を図るため、2023 年 3 月より当日の勤務者でバディーを組み 2 人で患者を担当するバディー制を導入した。

【目的】バディー制導入による効果を検証する

【方法】

1. 調査期間 2022 年 4 月～2024 年 3 月
2. 看護師 54 名に対しバディー制導入後、独自のアンケートを作成し調査を実施。
3. バディー制導入前後での業務量調査、導入前後の 2 年間のインシデント件数、褥瘡件数の比較を行う

【結果】n=54 名、有効回答率 72%。アンケート結果から「2 名で見ることによって安全性が増した」、「ケアの時間が確保され質の向上に繋がった」等の意見があった。その反面、関係性によっては「怖くて話かけられないなど」の意見も聞かれた。業務量調査では、バディー制導入後よりリハビリ時間が 14 時間増加。インシデント件数は 32 件増加、レベル 0～1 の報告が去年より 9%増加していた。褥瘡件数は 40 件減少。

【考察】

バディー制導入で清潔ケアの時間確保と早期リハビリテーション実施の充実が図れ、看護の質向上に繋がったと考える。インシデントは増加していたがレベル 0～1 の報告が去年より増加し早期発見できていると考える。スタッフ間のコミュニケーション力向上を図り人間関係の質の改善が必要である。

救急電話相談トリアージ看護師に求められる能力と今後の課題

長崎県島原病院

○石橋美穂

【目的】

高齢化の進展に伴い、増加する救急需要への対策と住民の不安解消を目的に受診相談事業が展開されている。当院では、看護師による救急電話相談が開始となったが特化した教育はなく、個人の経験や知識に頼っている現状であった。現状と課題を明確化し、看護師の救急電話対応能力向上に向けた取り組みを行った。

【方法】

①実態調査②問診票作成③学習会④事後検証

【結果】

①電話相談トリアージと来院時トリアージとの誤差を実態調査した結果 82%が妥当であった。②小児・成人用問診表を作成・使用し、スムーズに電話相談を行える看護師が増えた。③学習会を開催したことで、正しい対応を確認し、先の予測ができる看護師が増え、来院後の対応充実に繋がった。④事後検証・意見交換を行うことで学びを深める機会となった。経験年数関係なく「この判断は正しいのか」と悩み、不安を感じている現状が明らかとなり、迷った事例を医師と検討し、気軽に相談できる環境体制へと変化した。

【考察】

患者・家族は突然の発症や重篤な状況に陥ることによって不安や動揺が生じ、電話内容と実際に直面した状態とでは、やや異なる事も少なくはない。冷静・迅速・的確に情報を引き出し、情報より様々な可能性と対応を瞬時に想起できるような臨床推論能力が必要となる。学習会を継続

し、1症例ごとに丁寧な事後検証が重要であり、その積み重ねにより、電話対応能力向上に繋がったと考える。

一般演題 C

C-1

誤飲歴不明の異物誤食により 2 度開腹手術を施行した一例

国立病院機構長崎医療センター

高度救命救急センター

○林田啓佑、増田幸子、窪田佳史、権志成、白
水春香、日宇宏之、中道親昭
同 外科 ○北里周

【緒言】精神疾患患者、高齢者では異物誤飲の病歴聴取が困難である事も多く、消化管異物の診断に難渋する可能性がある。今回我々は誤飲歴不明の消化管異物による腸閉塞を生じた症例を経験したので報告する。【症例】27 歳男性、精神発達遅滞の既往のある方。3 日前より食欲低下を認め、嘔吐、腹部膨満出現し昼食後嘔吐し救急搬送された。造影 CT にて回腸遠部位に高吸収域及び管腔径差を認め、癒着性腸閉塞が疑われ緊急手術を施行した。術中所見では癒着はなく、小腸に異物を触知し異物による腸閉塞と判断し、異物を除去した。異物はビニール手袋であった。その後も症状持続し、第 6 病日に上部消化管内視鏡検査施行し、胃内に異物を認めた。第 7 病日に異物除去術施行し、胃より 9 個、小腸より 1 個ビニール手袋を摘出した。再手術後症状改善し自宅退院した。【考察】過去の報告ではビニール手袋誤食のうち術前診断がついたのは 15 例中 1 例のみであり 6 例で閉塞部位以外に手袋が確認された。ビニールは CT 検査では特徴的な所見がなく異食の診断は難しい。小児の異物誤飲の研究では 36% が放射線透過性の異物を誤飲していたという報告もあり、誤飲歴の不明の場合様々な異物が複数個ある可能性を考慮する必要がある。【結語】精神疾患患者での異食症では病歴聴取が困難であることも多く、様々な異物の可能性を挙げ異物除去後も改善が乏しい場合異物の残存を考慮する必要がある。

C-2

当院における閉鎖孔ヘルニア緊急手術症例の検討

光晴会病院 外科

おなかのヘルニアセンター

○中村瞬、黒滝航希、伊藤信一郎、進誠也、
岡田和也、岸川博紀

【背景】閉鎖孔ヘルニアは骨盤腔深部の閉鎖孔から恥骨・内外閉鎖筋に囲まれた間隙に生じるヘルニア「脱腸」である。たとえ腸管が脱出しても体表への膨隆がないため、原因不明の腸閉塞として診断に苦慮する場合も多い。診断が遅れば腸管壊死・穿孔を来した状態で外科紹介となる。当科では初診時に非観血的還納ができない閉鎖孔ヘルニア症例に対しては緊急の腹腔鏡下手術を行う。嵌頓腸管に壊死・穿孔を認める場合には切除・吻合を行い、ヘルニア門部は縫縮のみにとどめ、二期的にメッシュ修復術を行う方針としている。【目的】当院で経験した閉鎖孔ヘルニア症例を振り返る。【症例】2016 年 4 月より 2023 年 12 月までに当院で手術を行った 10 症例、全て女性で平均年齢は 82.9 歳であった。【結果】初診時（紹介元）に閉鎖孔ヘルニアの診断がなされた：2 例、緊急手術を要した：5 例、初回手術にて腸管切除を要した：2 例、初回手術にてメッシュ修復術を行った：5 例であった。初回手術にてメッシュ修復を行わず、二期的手術を勧めるも希望されなかった：4 例、うち 1 例は再嵌頓を来し、二期的にメッシュ修復術を行った。その他、重篤な術後合併症は認めなかった。【考察】昨今の外科医不足、今後の働き方改革の推進も考慮すれば、緊急手術はシンプルで安全性の高い方法で行うべきであろう。ただし、ヘルニアの根治性を高めるためには二期的なメッシュ修復術が必要である。

壁側胸膜下気腫を形成し急性呼吸不全に陥った 降下性壊死性縦隔炎

国立病院機構長崎医療センター 救急科
○小淵幸稔、権志成、中道親昭
同 耳鼻咽喉科
○田中藤信
同 呼吸器外科
○朝重耕一、田川努
長崎大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
○森彩加

【背景】降下性壊死性縦隔炎は口腔咽頭や頸部の感染から引き起こされる重篤な感染症である。今回、壁側胸膜下気腫を形成し急性呼吸不全に陥った症例を経験したため報告する。

【症例】64歳男性。X日より発熱があり、頸部や前胸部に疼痛を認めていた。X+6日、当院来院時の画像検査で頸部から前縦隔上部にかけて膿瘍を認め、降下性壊死性縦隔炎と診断し手術目的に救命センター入院となった。第1病日、深頸部膿瘍切開術を施行、第3病日に残存膿瘍に対して左第2肋骨を一部除去し縦隔切開術を施行した。第4病日に人工呼吸器離脱へ向けて自発呼吸を促していたところ、奇異呼吸を呈し急性呼吸不全に陥った。胸部X線で左肺尖部から肺門部にかけて肺野透過性が亢進し、CTでは左上葉の内・外側に空気貯留を認め、ブラは認めなかった。創部よりウォーターシールテストを行ったがエアリークは認めず、壁側胸膜下気腫と診断した。陽圧換気および貯留空気に対するドレーン挿入、創部をドレーピングし低圧持続吸引を行い呼吸状態は改善し、第11病日に抜管した。第16病日に救命センター退室、第40病日に独歩で転院となった。

【考察】本症例では、吸気努力の増加により創部から空気を引き込み、骨性胸郭から壁側胸膜が剥離したことで急速に壁側胸膜下気腫を形成し急性呼吸不全に陥ったと考えられる。

【結語】気胸に類似するような状態であったが、適切な評価による処置を行い良好に管理できた。

迅速診断キットの使用が有用であった血液培養陰性のA群β溶血性連鎖球菌による壊死性筋膜炎の2例

- 1 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
- 榎本裕¹、青木義紘^{1,2}、立川温子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

【はじめに】A群β溶血性連鎖球菌（GAS）の咽頭用迅速診断キットの適応外使用が壊死性筋膜炎の診断に有用である可能性が報告されている。【症例1】55歳男性。2型糖尿病。2日前に前医で左下腿腫脹に対してアモキシシリン処方された。入院当日、同部の荷重時痛あり当院受診、左下腿の広範な腫脹と水疱形成を認めた。LRINECスコア8点、SOFAスコア3点。黒色壊死部の皮膚切開で筋膜の壊死所見を認めた。膿汁のグラム染色で連鎖球菌を認め、GAS迅速診断キット陽性、創部培養で同菌が発育したが、血液培養は陰性であった。早期デブリドマンと抗菌薬、分層植皮術を行い、入院43日目、自力歩行で転院した。【症例2】70歳男性。陳旧性心筋梗塞と2型糖尿病。2日前に前医で右膝関節腫脹に対してセフジニル処方された。入院当日に左上肢腫脹で当院搬送、血圧低下、左上肢全体に腫脹を認めた。LRINECスコア9点、SOFAスコア12点。試験切開施行し、膿汁のグラム染色で連鎖球菌を認め、GAS迅速診断キット陽性、創部培養と血液培養は陰性であった。早期デブリドマンと抗菌薬、分層植皮、皮弁形成術の上、入院65日目に自宅退院した。【結語】GAS咽頭用迅速診断キットは、培養検査陰性の壊死性筋膜炎症例においても補助的診断として起炎菌推測に寄与し、早期広範囲デブリドマンへ踏み切る貴重な判断材料となり得るものと考えられた。

劇症型 A 群溶血性連鎖菌（GAS）により壊死性筋膜炎に至った 2 例

国立病院機構長崎医療センター 形成外科

○日吉尚、藤岡正樹、藤原洸平、古賀一史、西園馨子

【はじめに】年齢を問わず進行が急速で致死性の高い劇症型 A 群溶血性連鎖球菌（GAS）による軟部組織感染症が近年増加しており、医療現場での遭遇頻度も増している。今回 GAS による重傷軟部組織感染症の 2 症例を経験したため報告する。

【症例】症例 1：66 歳女性。右前腕に擦過傷受傷後 3 日目に発熱と右前腕の発赤、腫脹、熱感が出現した。前医にて抗菌薬による加療を開始されたが増悪傾向のため、受傷 13 日目に当院紹介となった。試験切開を施行したが、皮下組織に壊死像は認めなかった。翌日急激に皮下組織が融解壊死したため、デブリードマンを施行した。受傷から 21 日後に分層植皮術を施行し創閉鎖を得た。

症例 2：44 歳男性。発熱と左鼠径部に疼痛・腫脹と発赤が出現し、2 日目に敗血症性ショックで当院搬送された。直ちにデブリードマンを施行し、溶連菌抗原検査で陽性であった。発症 3 日目に追加デブリードマンを施行し、発症 12 日目に分層植皮術を行った。搬送後 20 日間 ICU 管理を要した。

【考察】GAS による壊死性筋膜炎は急性の経過を辿り、早期診断とデブリードマンが鍵となる。今回経験した 2 症例ともグラム染色や抗原検査で GAS の診断に至り、早期に治療が開始できた。

【結語】GAS を疑う際、試験切開に加えてグラム染色や抗原検査等の併用が有用となる。

一般演題 D

D-1

病院前心電図講習会受講後の救命士により、迅速に対応ができた心筋梗塞の一例

- 1 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
- 3 長崎みなとメディカルセンター 心臓血管内科
- 4 長崎大学病院 循環器内科

○大石康士朗¹、井山慶大²、楠本三郎³、赤司良平⁴、谷賢介¹、富川絵美¹、早川航一¹、田崎修²

【背景】急性冠症候群（ACS）は心臓突然死に至る可能性があり、発症から治療までの時間が予後に影響する。そのため、我々は地域の ACS 患者の予後改善を目標に、救急隊員を対象とする病院前心電図判読講習会を開催してきた。今回、同講習会受講後の救急隊員により、病院到着後迅速に治療を行えた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 74 歳・男性。夜間に胸痛を主訴に救急要請され、心電図伝送のない救急隊が接触した。病院前心電図でⅡⅢaVF に ST 上昇、鏡面像変化としてⅠaVL に ST 低下を認めた。患者に接触した講習会受講後の救急隊員は、病歴や心電図所見から急性下壁心筋梗塞を疑い、当院へ受入れ要請。当院当直医への確な症例提示を実施し、当直医はその時点で実際の心電図を見ることなく、確信をもって夜間の緊急心カテチームを呼び出した。その結果、患者到着後直ちに心臓カテーテル治療を実施することができ、夜間にもかかわらず病着から再還流まで 48 分と迅速に治療を行うことができた。その後合併症もなく経過良好で早期に自宅退院となった。

【結語】我々の講習会では心電図判読の基礎知識に加え、ACS を疑う病歴・身体所見、病院選定交渉の際に重要となるポイントや、症例提示の方法まで実践形式で行っている。その結果、本症例のように当直医も納得のうえ夜間緊急心カテチームの呼び出しができたと考えられる。今後も ACS に迅速に介入できる地域となるよう更なる活動に努めたい。

D-2

高度救命救急センターで ABCDEFGH バンドルを導入して

国立病院機構長崎医療センター

○堀加世、百枝祐太郎

【目的】ABCEFGH バンドル導入による効果とスタッフへの影響を明らかにする。

【方法】1.対象：（1）入院後 48 時間以上の人工呼吸器管理が必要な成人患者、バンドル導入前群 48 名、導入後群 46 名を対象とした。診療録より、年齢、性別、主疾患、入院前 ADL、APACHEⅡ・SOFA スコア、RASS、CPOT、ICDSC、呼吸器装着期間、鎮静剤の種類、離床開始までの日数、ICU 退室時リハビリプロトコールレベルを取得、導入前後で比較。

（2）当センターの看護師、救急科医師、理学療法士を対象にバンドル導入後の意識調査を実施。

2.データ収集方法：診療録より必要情報を取得。

3.倫理的配慮：院内の倫理審査委員会承認（承認番号：2022073）を受け実施。

【結果】

1.導入前後で主要評価項目に有意差はなかったが、呼吸器装着日数（10.5 日 vs 8 日）、離床開始日数（14 日 vs 11 日）で日数短縮が見られた。RASS の中央値（-3 vs -2）、せん妄発症患者数（18 人 vs 9 人）であった。

2.スタッフのバンドル認知は 30%から 90%へと増加した。バンドル導入後 59.6%の看護師がより継続した介入ができていると回答した。

【考察】

1.毎日医師と看護師がバンドルに沿って評価を行い、ケア目標を共有することで、浅い鎮静管理の傾向になり SAT・SBT のトライにもつながり呼吸器装着日数の短縮が見られたと考える。

2.多くのスタッフが多職種との情報共有の機会が増えたと回答しているが、ケアの継続介入を増加させるために勉強会やカンファレンスを実施する必要がある。

A 病院のドクターカーナース教育プログラム 策定に向けた試み

長崎大学病院 高度救命救急センター

○朝長さつき、宮田佳之、田平直美

プレホスピタルケア領域において、医師、看護師が救急現場に出向き、医療行為を実施することで、死亡者数の減少、後遺症の軽減、社会的復帰率の向上に成果があることはすでに明らかとなっている。

フライトナースは日本航空医療学会フライトナース委員会において 2006 年に選考基準を策定し、2016 年にフライトナースラダーが作成されるなど、教育の標準化がなされている。一方で、ドクターカーナースに関する明確な基準は設けられておらず、ドクターカーを導入している施設が独自に選定基準を設け、ドクターカーナースの育成が行われているのが現状である。

A 病院では 2012 年よりラピッド・ドクターカーを導入し、医師 1 人、看護師 1 人、運転手で構成し運用を開始した。A 病院でのドクターカーに搭乗する看護師は「ドクターカーナースを希望している」「看護部が作成したクリニカルラダーⅡ以上」「救急外来経験 3 年以上」「救急外来でリーダー業務が遂行できる」「ACLS・ICLS・JPTEC・JNTEC 受講」の条件を満たし、消防の救急車同乗実習後に上級者との同乗経験を経てクルーとして許可されている。しかし、その評価方法に明確なものではなく同乗した上級者から口頭での指導のみに留まっている。

今回、これまでの教育内容を振り返り、A 病院における教育プログラム策定を目指した試みを、今後の課題とともに報告する。

脳卒中における Door To Puncture time 短縮 に向けた看護師の取り組み

1 長崎大学病院 高度救命救急センター

2 長崎大学病院 脳卒中センター

○並川静¹、本田智治¹、田平直美¹、
立石洋平²

脳卒中ガイドラインにおいて発症早期の脳梗塞では、rt-PA 静注療法を含む内科的治療に加え、機械的血栓回収療法を可及的速やかに開始することが推奨されている。A 病院でも、救急外来到着から機械的血栓回収療法開始までの時間(Door-To-Puncture-time:以下 DTP)短縮に向け、看護師が主導して脳卒中初期診療看護プロトコルを作成し、プロトコルに基づいた看護介入を行っている。これにより従来は MRI 後、救急外来へ帰室し rt-PA 静注療法を開始した後に血栓回収療法へ向かっていたが、2023 年から MRI 後すぐに血管造影室へ移動し、rt-PA 静注療法と血栓回収療法を並行して行えるようになった。今回、その取り組みによる DTP への効果と課題について報告する。

急変兆候に気づくフィジカルアセスメント力 向上への取り組み

長崎県島原病院

○江上久子

【はじめに】

A 病棟は外科混合病棟であり、主に術前・術後看護を行っているが、術後の経過に限らず、それ以外の原因により、重篤な状態に陥る患者も存在する。しかし、緊急時の初期対応に自信がなく、急変兆候に気づくフィジカルアセスメント力が不足していることが課題であった。急変兆候に気づき、適切な初期対応ができることを目的に取り組みを行った。

【方法】対象者：A 病棟看護師 23 名

方法：講義によるショック兆候や定義などの知識付与、シミュレーション研修開催、症例検討によるアセスメント力評価

【結果】研修前の症例アセスメントにて、起こりうる病態についての理解はできていたが、ショックを進行させる対応を考えるスタッフもいた。研修ではショック兆候についての理解とアセスメントに必要な技術、看護師の行動、医師や同僚への報告方法を学び、看護実践の根拠を具現化できるようにした。

【考察】日常行っている術前・術後に対する看護が日常化され、急変時に起こりうる病態は理解しているものの、行動レベルでの初期対応ができないことがわかった。講義による知識の再構築を行い、シミュレーション研修において行動レベルでの ABCD アプローチや SBAR を経験したことで、急変兆候に気づくフィジカルアセスメント力を高めることができたのではないかと考える。今後も研修を継続し、患者の状態変化を素早く察知できる力を高めていきたい。

一般演題 E

E-1

島原消防本部の救急統計から見る救急活動の現状とこれからの課題

島原消防署 消防 2 課

○栗原真

【はじめに】

島原地域広域市町村圏組合消防本部は、島原市、南島原市及び雲仙市（国見町、瑞穂町）を管轄しており、広域で救急活動を行っている。（管内人口 97,264 人）

当本部管内においては令和 4 年以降、新型コロナウイルス感染症陽性（疑い）者から救急要請が増加し、救急出場件数が増加している。

コロナ禍前の令和元年（平成 31 年）と最も新型コロナウイルス感染症陽性（疑い）者の搬送が多かった令和 4 年を比較し検討する。

【統計の比較】

令和元年（平成 31 年）の救急出場件数は 5,082 件で、覚知から現着は約 8.8 分、現着から病着までは約 32.4 分であった。なお、搬送困難事案（病院手配回数 4 回以上、又は手配完了まで 30 分以上）は 52 件である。

令和 4 年の救急出場件数は 5,206 件で、覚知から現着は約 9.9 分、現着から病着までは約 34.1 分であった。なお、搬送困難事案は 89 件である。また、新型コロナウイルス感染症陽性疑い事案は 286 件で、その内、陽性であった事案は 219 件である。

【救急活動の現状】

新型コロナウイルス感染症の流行により、救急活動時間は延長している。その理由として、感染対策の実施、搬送困難事案の増加及び搬送後の消毒等の実施が挙げられる。

【考察】

令和 6 年 4 月 1 日から長崎県内で運用が開始された、「長崎県救急医療情報システム」を活用することにより、受入状況の「見える化」が図られ、活動時間の短縮に繋がるものと考ええる。

E-2

救急出場件数増加に伴う救急隊員の負担軽減対策について

県央地域広域市町村組合諫早消防署

○福本純大、高崎智孝、朝長和大

【目的】

年々増加する救急出場件数に伴う救急隊員の負担軽減と救急活動の標準化及び向上を目的とした。

【方法】

管内の署所（1 署 4 分署 5 救急隊）において出場件数の多い署と少ない署の救急隊員を一時的に配置転換する試験的運用を実施。

また、救急出場が続いた場合の機関員の交代についても本部通知による実施要項を定め実施している。

【結果】

通常、出場件数の多い職員が出場件数の少ない署に勤務することで一定の負担軽減を図ることができた。また、出場件数の少ない職員は救急隊長との出場を経験することで、技術の維持やコミュニケーション力の向上、特異症例に遭遇するなどの貴重な経験を積むことができた。

【考察】

本来の勤務場所ではない署所で勤務することになるため、隊員同士の意思疎通不足や環境、勤務体系の変化に伴う種々のリスクも否めない。

本格運用するにあたり、より効果的な対策とするため各救急隊からアンケート調査等を行い、様々な意見を募集し、働き方改革について検討する必要がある。

働き方改革と人材育成共存への取り組み

長崎大学病院 高度救命救急センター

○宮本浩明、宮田佳之、田平直美

A 病院高度救命救急センター(以下当病棟)は三次救急医療機関として、緊急性の高い患者の受け入れを 24 時間体制で行っている。そのため臨床現場で働く看護師の人材育成は必要不可欠であるが、一方で新型コロナウィルス感染症の感染拡大や働き方改革の促進に伴い、時間外での集合した学習機会が減少した。当病棟ではこれまで、①ケースにおける課題を自分の課題として捉える②看護の思考過程における訓練の場となる③経験の違う看護師が知識や意見を伝え合うことによる人材育成を目的に、症例検討を行ってきた。

加えて今年度から、経験した患者に対しての振り返りシートを導入し、スタッフ間で共有できる体制を整えた。またこの振り返りはリアルタイムに行うことで働き方改革の促進にも寄与できるものと考えている。

今回、人材育成を目的としたこれまでの取り組みを紹介するとともに、その変遷を振り返り、今後の課題とともに報告する。

能登半島地震における当院派遣 DMAT の活動報告

国立病院機構長崎医療センター

高度救命救急センター

○権志成、中原知之、日宇宏之、中道親昭

当院は長崎県基幹災害医療センターとして機能し、2024 年 1 月 1 日に発生した能登半島地震に対し 2024 年 1 月 17 日～27 日の期間で DMAT3 隊の派遣を行った。3 隊とも小松空港経由で石川県鳳珠郡穴水町の公立穴水総合病院敷地内に設置された保健医療福祉調整本部に参集した。

第 1 隊(1 月 17～21 日)は本部が情報不足と判断した介護老人福祉施設へ派遣となり、医療支援を行いつつ、施設支援のニーズを把握し、早期介入が必要な点についてアセスメントを実施した。

第 2 隊(1 月 20～24 日)は公立穴水総合病院の ER 診療支援や、避難所巡回による健康管理支援業務に従事した。数多く点在する避難所を把握し保健医療福祉支援を行うことの大変さを実感した。

第 3 隊(1 月 23 日～27 日)は調整本部内で施設班担当業務に従事した。他施設や避難所の運営状況の把握について不十分な点を明確化し情報整理を行い、これをもとに石川県へ支援依頼を行うなどの活動を展開した。

発災後 3 週間の亜急性期の入り口での派遣ではあったがインフラの復旧はまだ不十分であり衛生面で苦労のある環境だった。半島南沿いの幹線道路はほぼ 1 本で移動に時間を要し、実質的な支援活動時間の確保が難しかった。短い日照時間、冬の北陸特有の気候などの環境ゆえに、支援活動全般において安全面への配慮を要した。

このたび当院派遣 DMAT の活動を振り返り、課題を抽出し考察を行う。

離島での見取りを見据えた ACP ～13トリソミー児の家族看護～

地方独立行政法人

佐世保市総合医療センター GCU

○山崎有貴子、山田綾加、太田裕加梨、中園由紀子

【目的】13トリソミーの児で「残された時間を児と一緒に島の自宅で過ごしたい」という両親の希望のもと自宅退院へ向けて指導を行った。児は医療デバイスが多く小児科医不在の離島で管理に課題が多い中、ACPが必要であった。今回の症例を振り返ることで今後の新生児のACPに活かしたい。

【方法】患者とその家族に関わる医師・看護師・MSWの記録をもとに振り返る。

【結果】生後5ヵ月に前医より転院となった。在宅管理へ向けて指導を進めていくが、生後7ヵ月頃より、状態が悪化したため、一旦指導を中止した。終末期に入り、家族の退院に向けた思いを確認し「病院で看取りたくない。島の自宅で看取りたい。」という思いが強かった。そのため医療者間でも倫理カンファレンスを行いながら両親への指導を再開した。退院直前には付き添い入院を行い24時間体制で指導を行い、並行して離島の医療スタッフも含め多職種で連携を図りながら在宅管理に向けた調整を行った。一方、複数の医療デバイス管理、搬送手段の選定など多くの課題が見えた。

【考察】新生児におけるACPは、意思決定者が本人ではなく家族になる。医療者による倫理カンファレンスを重ねたが医療者間でも賛否あり方針決定に難渋した。最終的には家族の思いに呼応する形となり、限られた医療資源の中でのACPの重要性を強く感じた。島全体で超重症児の受け入れが出来たことは今後の離島医療に一つの道が開けたと考える。

協賛企業および広告掲載企業一覧

【協賛企業】

- ◆株式会社ツムラ
- ◆アイティーアイ株式会社

【広告掲載企業】

- ◆株式会社キシヤ
- ◆第一三共株式会社
- ◆アストラゼネカ株式会社

高カリウム血症改善剤 薬価基準収載

処方箋医薬品（注意・医師等の処方箋により使用すること）

 **ロケルマ[®]** 懸濁用散分包 ^{5g}_{10g}

ジルコニウムシクロケイ酸ナトリウム水和物
LOKELMA[®] 5g・10g powder for suspension (single-dose package)

「効能又は効果、用法及び用量を含む注意事項等情報」等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元〔文献請求先〕

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号 ☎0120-189-115（問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター）

2023年4月作成

福岡から九州の地に、
100年の歴史ある信頼の
医療をお届けします。



本社所在地 福岡県福岡市東区松島1丁目41番21号

TEL 092 - 622 - 8000（代表） FAX 092 - 623 - 1313

URL <http://www.kishiya.co.jp/>

拠点一覧

本社(福岡)・福岡西・北九州・飯塚・久留米・
佐賀・長崎・大村・熊本・大分・鹿児島・鹿屋・
宮崎・在宅福祉サポートセンター

 **明日を拓く総合医療商社**
株式会社 キシヤ

医療機器販売事業

総合営業
専門営業
新規開業・病院建替事業
クラウドサービス事業

01

02

SPD事業（院内物流管理システム）

SPD事業

03

福祉事業

ストーマ・障がい給付サービス

04

その他

アメリカン・エクスプレスのビジネス・カード
アスクル
施設基準管理システム「iMedy」



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。



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社