

第131回

近畿救急医学研究会

会期

2026年 **2月23日** 月・祝

会場

京都テルサ

〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町70

会長

高階謙一郎

京都第一赤十字病院
救命救急センター・基幹災害医療センター

救急・災害
（次への一歩）

救急



ごあいさつ



第 131 回近畿救急医学研究会

会長 高階 謙一郎

(京都第一赤十字病院 救命救急センター・基幹災害医療センター長)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。このたび、第 131 回近畿救急医学研究会を開催させていただき運びとなりました。半世紀を超える歴史を有する本研究会の開催を拜命いたしましたこと、大変光栄に存じるとともに、その責任の重さを改めて感じております。

本研究会は、昭和 48 年の第 1 回開催以来、近畿地域を拠点としながら、日本の救急医学の発展と共に歩んできた歴史ある会です。救急医学の黎明期から現代に至るまで、救急医療の課題を広く議論し、実践の知を共有する場として、多くの医療者にとって大きな意味を持ってきました。その伝統を受け継ぎつつ、新たな時代を見据え、今回は**「救急・災害～次への一步～」**をテーマに掲げました。

救急・災害医療においては、常に「今、ここにある命」に向き合いながらも、次に備えた歩みを止めてはなりません。たとえば災害への備えにおいても、過去の経験を糧とし、教訓を活かして「次への一步」を踏み出す取り組みが求められています。平時からの体制整備、情報共有、多職種・多機関連携のネットワーク構築、そして次世代の育成。これらはいずれも未来への投資であり、今を生きる我々が果たすべき責務です。

また、超高齢社会や医療人材の不足、複雑化する疾病構造など、現代の医療現場には多くの構造的課題が迫っています。それぞれの立場で何ができるか、どうすれば地域全体の救急医療の質を向上できるのか。本会が、参加者の皆様と共に考え、一步前へ進む意識を共有できる場になれば幸いです。

今回の研究会では、特別講演「救急医療基本法の制定に向けた取り組み」をはじめ、「次への一步」をテーマにした合同シンポジウムなど、臨床・教育・制度・災害対応といった幅広い観点から救急・災害医療の“これから”を議論する予定です。医師のみならず、看護師、救急救命士、薬剤師、臨床工学技士、放射線技師、社会福祉士など、救急に関わる多様な職種の皆様の積極的なご参加を心よりお待ちしております。

救急・災害医療の発展は、個々の研鑽と地域の連携という両輪によって支えられています。本研究会が、現場の実践力を高め、明日からの一步を踏み出す一助となることを願ってやみません。新たな学びや出会いを得る機会となりますよう、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

第131回近畿救急医学研究会

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	
	テルサホール	セミナー	中会議	大会議室	D会議室
9:00	9:00-9:10 開会式				
9:10-10:00	9:10-10:40 メディカルスタッフ セッション1 [多職種] 座長：藪 圭介 藤江 建朗	9:10-10:06 一般演題1 (医師) 循環・集中治療 座長：田中 智基 堀口 真仁	9:10-9:58 一般演題5 (医師) 感染症1 座長：堤 貴彦 岡田 信長	9:10-9:58 一般演題10 (看護師) 看護1 初療 座長：表 佳代 金光 史恵	9:30-10:30 常任幹事会
		10:10-11:06 一般演題2 (医師) 消化器 座長：松田 知也 大江 熙	10:10-10:50 一般演題6 (医師) 感染症2 座長：井上 京 中里 圭貴	10:00-10:48 一般演題11 (看護師) 看護2 教育 座長：荒瀬 典子 床尾 羊翼	10:40-11:40 幹事会
10:00-11:00	10:50-11:48 消防セッション 座長：山口 佳恵 助言者：益満 茜	11:10-11:58 一般演題3 (医師) 神経 座長：中村 嘉 藤沢 聖哉	11:00-11:56 一般演題7 (医師) 呼吸・代謝 座長：渡部 慎 箕裏 零	11:00-11:56 一般演題12 (看護師) 看護3 家族ケア・その他 座長：山中 雄一 正垣 淳伍	
	12:00-12:50 ランチョンセミナー 座長：岡本 文雄 演者：神谷 匡昭			12:00-13:00 看護部会 施設代表者会議	12:30-14:00 救急隊員部会幹事会
11:00-13:00	13:00-14:00 特別講演 座長：高階 謙一郎 演者：阿南 英明				
13:00-14:00	14:00-15:00 看護部教育講演 座長：村上 香織 演者：北村 愛子	14:00-14:48 一般演題13 (薬剤師) 薬剤師 座長：服部 雄司 榎原 巨樹	14:00-15:04 一般演題8 (医師) 病院前・MC 座長：寺坂 勇亮 児玉 泰一	14:00-14:50 メディカルスタッフ セッション2 [医療ソーシャルワーカー] 座長：福森 優司 大西 光雄	
					15:00-16:00 JPTEC 近畿世話人会
14:00-15:00	15:10-16:40 合同シンポジウム 次への一歩 座長：入澤 太郎 辻 清志 演者：岡田 直己 濱口 満英 畑下 知之 中谷 真規 川口 博資 月木 良和 吉村 旬平	15:10-16:22 一般演題4 (医師) 外傷・外因 座長：宮崎 敬太 村尾 允弥	15:10-15:50 一般演題9 (医師) システム・その他 座長：鶴岡 歩 元濱 啓介	15:10-16:10 メディカルスタッフ部会 幹事会	
15:00-16:00	16:40-16:45 閉会式				

参加者へのご案内

1. 当日受付に配置しております参加申込書をご記入いただき、参加費をお支払いください。

参加費と引き換えにネームカード（参加証明書・領収証付き）をお渡しします。ネームカードは会場では必ずご着装ください。再発行は受付できませんのでご注意ください。

受付場所：京都テルサ 1F

受付時間：2026年2月23日（月・祝）8：30～16：00

参加費：医師……………3,000円
看護師……………2,000円
救急隊員、初期研修医……………1,000円
学生（大学院生を除く）……………無料
※学生は、身分証明書のご提示が必要です。

2. 新規入会および年会費支払い窓口を設けております。
3. 機器展示・書籍展示はテルサホール前、1Fにて開設します（9：00～16：00）。
4. ドリンクコーナーは2Fテルサホール前に、機器展示と併設します
(9：00～15：00)。
5. 注意事項
 - 発表資料等のビデオ収録、写真撮影はご遠慮ください。
 - 携帯電話はマナーモードに切り替えてご使用ください。
 - 会場内は禁煙です。
 - 会場に駐車場がございますが、優待等割引はございません。

座長・演者へのご案内

【1】座長の方へ

- ご担当セッション開始時刻の10分前になりましたら講演会場内スクリーンに向かって「次座長席」にご移動、ご着席いただき、スタッフにお声がけください。
- 時間厳守にてご協力ください。持ち時間は以下のとおりです。
一般演題：8分（発表5分＋質疑3分）
※演者入れ替え、スライド発表準備時間を含みます。

【2】発表者の方へ

- 1) 試写はございません。いただいたデータをそのまま投影します。
- 2) ご自分の前の発表がはじまりましたら、速やかに「次演者席」にご着席ください。
- 3) 座長の指示に従い、時間厳守にてご協力ください。
一般演題：8分（発表5分＋質疑3分）
※8分の中に演者交代、スライド準備時間が含まれます。
- 4) 発表はご自分でスライドデータ投影操作をお願いします。
- 5) 音声もご使用いただけます。
- 6) 臨床研究の利益相反状態について
「日本救急医学会における利益相反管理指針の施行細目（2017年1月改訂）」ならびに「日本医学会医学研究のCOIマネージメントに関するガイドライン（2015年3月改訂）」に準じて対応をお願いいたします。
- 7) 倫理的配慮、個人情報保護について
患者個人情報に抵触する可能性のある内容は、患者あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得た上で、患者個人情報が特定されないように十分に配慮して発表してください。

（発表用データについて）

- Macで作成された場合、および動画をご使用の場合は、必ずご自身のPCをご持参ください。
- 当日用意するPCはWindows11です。
- アプリケーションはMicrosoft PowerPointを使用いたします。
- スライドサイズは16：9で作成ください。
- 文字化けや文字ずれを極力避けるため、フォントはOS標準のものをご使用ください。
例：Century、Century Gothic、Times New Roman、MS明朝、MSゴシックなど
- お預かりした発表データは、学会終了後、責任をもって消去いたします。

第131回近畿救急医学研究会事務局

◎医師部会連絡先

京都第一赤十字病院 救命救急センター
竹上 徹郎
〒605-0981京都市東山区本町15丁目749
TEL：075-561-1121 FAX：075-561-4801

◎看護部会連絡先

京都第一赤十字病院
糀谷 枝美
〒605-0981京都市東山区本町15丁目749
TEL：075-561-1121 FAX：075-561-4801

◎救急隊員部会連絡先

西宮市消防局 警防部救急課 救急指導係長 消防司令
前川 知哉
〒662-0918. 兵庫県西宮市六湛寺町8番28号 西宮市役所第二庁舎
TEL：0798-32-7319 FAX：0798-36-2475

◎メディカルスタッフ部会連絡先

大阪大学医学部附属病院 医療技術部 放射線部門
東 丈雄
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-15
TEL：06-6879-5111

◎近畿救急医学研究会事務局

京都第一赤十字病院 救命救急センター
竹上 徹郎
〒605-0981京都市東山区本町15丁目749
TEL：075-561-1121 FAX：075-561-4801

プログラム

特別講演 救急医療基本法の制定に向けた取り組み

13:00-14:00 第1会場

座長：高階 謙一郎（京都第一赤十字病院 救命救急センター）

救急医療基本法の制定に向けた取り組み（救急医療基本法検討特別委員会より）

阿南 英明

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長

看護部教育講演 救急領域における ACP

14:00-15:00 第1会場

座長：村上 香織（近畿大学病院 救命救急センター 看護長）

救急領域における ACP

北村 愛子

大阪公立大学大学院 看護学研究科・看護学部 実践看護科学領域 急性看護学

ランチョンセミナー

12:00-12:50 第1会場

座長：岡本 文雄（京都第一赤十字病院 救命救急センター）

12 誘導心電図伝送システム導入前後 6 年間のまとめ

神谷 匡昭

京丹後市立弥栄病院 院長

合同シンポジウム ～次への一歩～

15:10-16:40 第1会場

座長：入澤 太郎（大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター）

辻 清志（西宮市消防局 瓦木消防署）

S1 当院における外傷診断支援 AI「ERATS」の導入と初期運用の成果

岡田 直己

大阪急性期・総合医療センター救急診療科

S2 急変リスクの可視化による重症部門横断的な患者状態把握とベッド運用の最適化

吉村 旬平

大阪急性期・総合医療センター救急診療科

S3 救急領域での救急医と診療看護師のコラボレーション～6か月の軌跡～

濱口 満英

ベルランド総合病院

S4 日本の3次医療機関におけるMRC-ICUスコアの検証—薬剤師業務の次への一歩—

川口 博資

大阪公立大学医学部附属病院 薬剤部

- S5 大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム (ORION)
～消防側から見た導入の効果と今後の課題～
月木 良和
大阪府健康医療部医療保健室医療・感染症対策課
- S6 神戸市における救急業務のDX推進
～救急情報システムの導入による救急活動の効率化と医療連携の強化～
畑下 知之
神戸市消防局救急部救急課

メディカルスタッフセッション1【多職種】

9:10-10:40 第1会場

- 座長：藪 圭介（国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院）
藤江 建朗（森ノ宮医療大学）
- P1-1 救命救急センターにおける院内救命士のタスクシフト・シェアの現状
大里 幸暉
大阪医療センター 救命救急センター
- P1-2 当院における臨床検査技師のタスクシフト／シェアの現状
伊達 正馬
大阪医科薬科大学三島南病院
- P1-3 救急医療の退院調整におけるタスクシェア—救命救急科医師とMSWの協働実践—
福森 優司
大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター
- P1-4 タスクシフト・タスクシェアにおけるセラピストの役割
安田 晴彦
大阪急性期・総合医療センター 医療技術部セラピスト部門
- P1-5 医療を守るためのタスクシフトシェア ～人が足りないからではない？～
佐藤 昌臣
関西医科大学総合医療センター 臨床工学センター
- P1-6 南和歌山医療センターにおける薬剤師のタスク・シフト／シェアの具体的な取り組み
高島 実希
国立病院機構 南和歌山医療センター 薬剤部
- P1-7 当院における異常所見報告の組織的運用の構築について
山添 元士
日本赤十字社 京都第二赤十字病院 放射線科部

メディカルスタッフセッション2【医療ソーシャルワーカー】

14:00-14:50 第4会場

- 座長：福森 優司（大阪大学医学部附属病院）
大西 光雄（国立大阪医療センター）
- P2-1 多職種連携のフロントラインとしての救急隊—MSWとの相互理解と「現場の目」の活用—
三木 大輔
大阪市消防局 水上消防署 救急救命士

- P2-2 病院前情報を起点とした救急隊と医療ソーシャルワーカー（MSW）の連携実践
太田 裕子
国立大阪医療センター MSW
- P2-3 救急領域における社会的課題解決のフロントラインとしての役割—MSW の実践報告—
伊東 亜未
京都府立医科大学附属病院 MSW

一般演題1 循環・集中治療

9:10-10:06 第2会場

- 座長：田中 智基（滋賀医科大学 救急集中治療科）
堀口 真仁（京都第一赤十字病院 救命救急センター）
- 1-1 痙攣を契機に搬送され Torsades de pointes を認めた 1 例
立花 成寛
多根総合病院 救急科
- 1-2 失神・転倒外傷で救急外来を受診しベプリジル関連 QT 延長と虚血由来の心室性期外収縮に伴う多形性心室頻拍（TdP）と診断した高齢者の一例
上野 幹史
洛和会音羽病院
- 1-3 急性期脳梗塞の診断直後に合併していた心筋梗塞で心停止に至った一例
長友 美佳
滋賀県立総合病院 救急科・小児救急科
- 1-4 高度低体温による心停止に対し、可及的 ECMO 導入と復温により救命した一症例
佐藤 秀亮
京都第一赤十字病院 救命救急センター
- 1-5 妊娠中期に発症した広範型急性肺塞栓症に対し VA-ECMO により救命した一例
植野 雄斗
大阪市立総合医療センター
- 1-6 重症心身障害児の集中治療において、開放型病床を利用して在宅主治医と連携した一例
平泉 志保
済生会滋賀県病院 救命救急センター 救急集中治療科
- 1-7 肝硬変背景の消化管出血で診断した後天性血友病の一例
東 俊樹
大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター

一般演題2 消化器

10:10-11:06 第2会場

- 座長：松田 知也（京都岡本記念病院 救急科）
大江 照（京都府立北部医療センター 救急科）
- 2-1 頸部食道穿孔に起因した感染性総頸動脈仮性瘤の一例
後藤 彩花
兵庫県災害医療センター
- 2-2 食道アカラシアによる気道圧排が原因で急性呼吸不全を呈し、緊急気道確保を要した一例
松下 和敏
兵庫県立西宮病院 救命救急センター

- 2-3 過食後の急性胃拡張により胃壊死をきたした 1 例
森石 生熙
奈良県立医科大学 救急医学 / 高度救命救急センター
- 2-4 後下脛十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫の一例
小西 泰礼
京都市立病院
- 2-5 腹部単純 CT 検査で指摘し得た上腸間膜静脈血栓症の一例
有住 果純
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
- 2-6 上腹部痛で搬送された内因性脾梗塞に対し、基礎疾患に治療介入した一例
山崎 佑里恵
ベルランド総合病院 臨床研修室
- 2-7 成人 T 細胞リンパ腫による高カルシウム血症から急性膵炎を発症した 1 例
櫻井 佑基
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター

一般演題3 神経

11:10-11:58 第2会場

- 座長：中村 嘉（京都第二赤十字病院 高度救命救急センター）
藤沢 聖哉（京都医療センター 救命救急科）
- 3-1 ダビガトラン内服中にイダルシズマブ投与を経て血栓溶解療法を安全に施行した一例
平井 聖司
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
- 3-2 痙攣重積発作で救急搬送された可逆性後頭葉白質脳症の一例
井邊 晶也
関西医科大学附属病院卒後臨床研修センター
- 3-3 痙攣と意識障害にて救急搬送された硬膜動静脈瘻の一例
大平 美月
ベルランド総合病院
- 3-4 脳実質病変に乏しいものの髄液細胞診にて確定診断し得た肺癌由来髄膜癌腫症の 1 例
高田 潤音
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
- 3-5 身元不明の原因不明けいれん重責として対応した心因性非てんかん発作の一例
中尾 隆美
近畿大学奈良病院 第三次救命救急センター
- 3-6 片側上肢麻痺を呈した脊髄硬膜外血腫を早期に診断し得た一例
坂本 淳郎
大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

一般演題4 外傷・外因

15:10-16:22 第2会場

座長：宮崎 敬太（奈良県立医科大学 高度救命救急センター）

村尾 允弥（市立福知山市民病院 救命救急センター）

4-1 岸和田だんじり祭と他地域における祭礼関連外傷の地域差に関する検討

田邊 大二朗

りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター

4-2 上腕骨骨幹部骨折における初療時外固定法の検討

村尾 允弥

市立福知山市民病院 地域救命救急センター

4-3 外傷性脾損傷の術後に発症した胃脾瘻に対し保存的治療が奏功した1例

渡邊 和志

兵庫県災害医療センター

4-4 腹部刺創に対してOAMで救命した高齢者の一例

岩田 譲司

京都中部総合医療センター救急部

4-5 2本の釘に対し抜去と残存の異なる戦略を選択した穿通性頭部外傷の1例

中田 秀一

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

4-6 非手術療法により上肢を温存し得た鎖骨下動脈損傷を伴う引き抜き損傷の1例

花岡 憲晟

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

4-7 「車中泊＝DVT」と思い込み診断が遅れた、区画症候群・圧挫症候群の一例

関 優太

市立福知山市民病院 臨床研修センター

4-8 四肢振戦および体動困難で搬送された慢性リチウム中毒の一例

宮本 佳依

ベルランド総合病院

4-9 練炭燃焼による一酸化炭素中毒にメトヘモグロビン血症を合併した一例

中村 将司

兵庫災害医療センター

一般演題5 感染症1

9:10-9:58 第3会場

座長：堤 貴彦（京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科）

岡田 信長（京都第一赤十字病院 救命救急センター）

5-1 救急外来で咽後膿瘍と診断された8症例の検討

金子 咲耶

大阪赤十字病院

5-2 頸椎硬膜外膿瘍に対し再手術と長期呼吸管理を要した一例

大嶺 翔也

大阪けいさつ病院

5-3 気管挿管後約1ヶ月半を経て発症した若年健常者の声門下膿瘍の1例

川崎 実代

地方独立行政法人 りんくう総合医療センター

- 5-4 診断に難渋した脳膿瘍 / 髄膜炎の一例
大村 侑也
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 救命救急センター
- 5-5 溶連菌感染による細菌性髄膜炎および多臓器膿瘍形成にて死亡に至った一例
大下 剛毅
岸和田徳洲会病院
- 5-6 細菌性腸腰筋膿瘍として治療開始後に診断されたカンジダ性腸腰筋膿瘍の一例
周藤 健
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

一般演題6 感染症2

10:10-10:50 第3会場

- 座長：井上 京（京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科）
中里 圭貴（大阪市立総合医療センター 救命救急センター）
- 6-1 免疫抑制状態にないクリプトコッカス性髄膜炎の症例
植田 龍輝
岸和田徳洲会病院 救命救急センター
- 6-2 歯槽感染による Acinetobacter 菌血症で敗血症性ショックに至った 1 例
長濱 佳歩
関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター
- 6-3 Pseudomonas mendocina による菌血症の 1 例
三好 拓也
多根総合病院
- 6-4 Edwardsiella tarda による壊死性筋膜炎の 1 例
岡本 聡太
関西医科大学附属病院 救急医学講座
- 6-5 モザンビーク渡航後に急性発熱を呈した一例
松川 裕美
大阪市立総合医療センター

一般演題7 呼吸・代謝

11:00-11:56 第3会場

- 座長：渡部 慎（京都府立医科大学 救急・災害医療システム学）
箕裏 零（奈良県総合医療センター 救命救急センター）
- 7-1 尿管管アシドーシスにより低カリウム性四肢脱力・筋力低下を呈したシェーグレン症候群
村上 博基
兵庫医科大学病院 救急災害医学講座
- 7-2 DCR が喘鳴を呈する呼吸不全の診断に有用であった 2 症例
辻 拓哉
滋賀医科大学 救急・集中治療部
- 7-3 全身の痛みを訴え診断に難渋したクラウンデンス症候群の一例
玉置 智隆
ベルランド総合病院 臨床研修室

- 7-4 誤嚥性肺炎におけるストレス高血糖比の早期重症化予測能の検討：パイロットスタディ
田邊 裕紀
京都山城総合医療センター
- 7-5 転倒後の右大腿骨頸部骨折契機に発症した非心原性肺水腫の一例
亀井 裕子
社会医療法人松藤会入江病院 総合診療科
- 7-6 高齢者膿胸に対して保存的治療を行った一例
梅木 勇輔
ベルランド総合病院
- 7-7 免疫チェックポイント阻害薬による劇症 1 型糖尿病を発症した一例
伊藤 真和
大阪赤十字病院救急科

一般演題8 病院前・MC

14:00-15:04 第3会場

- 座長：寺坂 勇亮（京都桂病院 救急科）
児玉 泰一（長浜赤十字病院 救急科）
- 8-1 当 MC 管内の血栓回収療法を前提とした LVO に伴う脳卒中を疑う傷病者搬送調査第 1 報
計良 夏哉
京都中部総合医療センター救急部
- 8-2 救命の連鎖が繋がった社会復帰症例
山本 大輔
赤穂市消防本部
- 8-3 院外心停止患者における除細動パッド貼付位置の実態調査— CT を用いた定量的評価—
丸山 裕生
京都山城総合医療センター
- 8-4 ドクターカーメンバーとしての新たな視点～社会復帰した症例を振り返って～
谷村 仁志
長浜赤十字病院
- 8-5 ドクターカーによる早期医療介入が奏功したことにより社会復帰した CPA 症例
堀江 香織
長浜赤十字病院
- 8-6 院内救命士によるお迎え搬送
村上 香里
京都第一赤十字病院
- 8-7 文化・宗教的背景で死後特別な対応を要したネパール人留学生の一例
祖父江 岳
大阪けいさつ病院
- 8-8 下り搬送（パートナーシップ搬送）が地域医療に与えるメリットと今後の課題
～搬送側・受け入れ側双方の視点から～
亀井 裕子
兵庫県立はりま姫路総合医療センター 救急科

一般演題9 システム・その他

15:10-15:50 第3会場

座長：鶴岡 歩（大阪市立総合医療センター）

元濱 啓介（京都医療センター 救命救急科）

9-1 地域中核救急病院における2024年度の救急活動ーCOVID19収束期の状況ー

片山 義裕

野崎徳洲会病院救急センター

9-2 救急現場のCOVID19対応ー5年の活動から次のパンデミックへの提言ー

立松 実

野崎徳洲会病院救急センター

9-3 救急・集中治療での倫理的対話の障壁を下げる試みー結論よりプロセスを共有する文化へ

平山 敬浩

京都山城総合医療センター

9-4 院内発症脳卒中迅速対応システムの導入と運用開始後の現状・課題の抽出

八田 頼卓

市立長浜病院

9-5 院内BCP（Business Continuity Plan）対応訓練の実施経験

中井 智規

国立病院機構大阪医療センター

一般演題10 看護（初療）

9:10-9:58 第4会場

座長：表 佳代（日本赤十字社 和歌山医療センター）

金光 史恵（京都第一赤十字病院 救命救急センター）

10-1 三次救命救急センターにおけるハイブリッドER導入までのプロセス

野村 秀孝

奈良県立医科大学付属病院

10-2 ドクターヘリ墜落事故をうけてのプレホスピタル活動を目指す看護師の想い

織原 友依

奈良県立医科大学付属病院

10-3 Dr Heli 墜落事故を受けてプレホスピタルで活動している看護師の心理的影響

久留島 圭乃

奈良県立医科大学付属病院高度救命救急センター ICU

10-4 当院の重症外傷受け入れ時のアクションカード活用について

末松 泰到

済生会滋賀県病院

10-5 救急領域における診療看護師（NP）の協働による成果と今後の展望

友田 新二

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院

10-6 トリアージへの不安の軽減と実施率向上に向けた取り組み

砺波 真理子

京都第一赤十字病院 救命救急センター

一般演題11 看護（教育）

10:00-10:48 第4会場

座長：荒瀬 典子（大阪府済生会千里病院）

床尾 羊翼（仙養会北摂総合病院）

11-1 救急部門の看護師を対象としたカテーテル治療早期開始教育プログラムの導入から1年

宮澤 拓也

日本赤十字社 長浜赤十字病院 看護部

11-2 重症外傷受け入れの準備について～シミュレーションの前段階を施行して～

野崎 麻紀

長浜赤十字病院

11-3 AMI 初期対応に関する救急外来看護師への教育的介入効果～不安軽減に向けて～

西谷 瑞希

奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター 救急他科外来

11-4 外傷看護勉強会が ER 勤務スタッフの自己効力感に与える影響 —実技を取り入れた体験学習の試み—

東 俊太

京都第一赤十字病院 救命救急センター

11-5 救命病棟における中途採用看護師の育成

山本 美玲

京都第一赤十字病院 救命救急センター

11-6 急性期看護師の倫理学習を阻む「構造的障壁」：不参加要因アンケートからの考察

糸山 瑠海

京都山城総合医療センター

一般演題12 看護（家族ケア・その他）

11:00-11:56 第4会場

座長：山中 雄一（京都大学医学部附属病院）

正垣 淳伍（京都第一赤十字病院）

12-1 全人的苦痛の緩和に向けた看護の効果

勝島 千尋

奈良県立病院機構奈良県総合医療センター

12-2 救命救急センター初療における代理意思決定支援を行う上での倫理的課題

藤代 有美子

大阪府済生会千里病院

12-3 母親との関わりを CNS-FACE II を用いて振り返る

上久保 歩

京都第一赤十字病院

12-4 初療室において家族の心理的危機に介入した1症例

植田 紀子

社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会千里病院

12-5 経管栄養や医療機器使用中の患者に対する褥瘡予防ケアの実態

源野 比奈子

大阪府済生会千里病院

12-6 急性期病棟での身体拘束実施率減少に向けた取り組み

今井 弉郎

京都第一赤十字病院 救命救急センター

- 12-7 COVID-19 対応看護師のメンタルヘルスへの組織的サポート体制に関する文献検討
村田 智春
京都山城総合医療センター

一般演題13 薬剤師

14:00-14:48 第2会場

- 座長：服部 雄司（東近江総合医療センター）
榎原 巨樹（京都第一赤十字病院 救命救急センター）
- 13-1 精神科病院における IT-BCP 発動時の診療継続に向けた薬歴参照方法の検証
藤江 直輝
大阪府立病院機構 大阪精神医療センター
- 13-2 ST 合剤、KCL 併用下における高カリウム血症をおこした 1 例
日比野 泰志
堺市立総合医療センター
- 13-3 救急外来常駐薬剤師と救急医の連携によりホメピゾールの迅速に投与し得た 1 例
谷口 稜太
京都第二赤十字病院 薬剤部
- 13-4 救急オンコール体制の薬剤師の取り組み
下永吉 弘樹
京都岡本記念病院
- 13-5 災害初動対応アクションカードと教育講義による理解・行動変容の検証
小林 佳代
京都桂病院
- 13-6 薬剤適正使用のための院内救命士への教育の取り組み
木本 有香
京都第一赤十字病院 薬剤部

一般演題14 消防セッション

11:00-11:48 第1会場

- 座長：山口 佳恵（大阪市消防局 救急部救急課）
助言者：益満 茜（京都橘大学救急救命学科）
- 14-1 熱傷症例での DX 活用
檜田 遼
奈良市消防局 北消防署
- 14-2 救急 DX で“見逃さない現場”へ—12 誘導心電図アプリの力
松村 尚紀
奈良県広域消防組合消防本部 橿原消防署
- 14-3 高齢化社会における「Sick Driver」検索の課題と展望
牛道 良治
相楽中部消防組合消防本部 相楽中部消防署 加茂出張所
- 14-4 Live119・ライブ中継を使用した他機関との連携活動について課題と展望
中谷 真規
大阪南消防局柏羽藤署

- 14-5 リアルタイム集合形式から、場所を選ばないオンライン形式へ
立巳 泰広
西はりま消防本部 たつの消防署
- 14-6 西宮市救急隊のデジタル変革について
吉川 樂
西宮市消防局鳴尾消防署 浜消防分署

特別講演

第1会場

(京都テルサ 1F テルサホール)

●特別講演 13:00～14:00

座長：京都第一赤十字病院 救命救急センター 高階 謙一郎

救急医療基本法の制定に向けた取り組み（救急医療基本法検討特別委員会より）

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長 阿南 英明

阿南 英明

Hideaki ANAN, MD.PhD,FJSIM

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長

略歴：

新潟大学医学部卒業後、藤沢市民病院にて初期臨床研修

2012年 藤沢市民病院救命救急センター長

2019年 藤沢市民病院副院長

2020年 神奈川県健康医療局医療危機対策統括官

2021年 神奈川県理事（医療危機対策担当）

2024年 地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長（現職）

その他役職等：

神奈川県病院協会 顧問 兼 参与

神奈川県 顧問（健康医療政策担当）

東京科学大学（旧東京医科歯科大学）臨床教授

一般社団法人日本災害医学会理事

福島県立医科大学医学部非常勤講師

学会・資格：

日本救急医学会救急科専門医・指導医・評議員

日本社会医学系専門医・指導医

日本内科学会総合内科専門医・指導医

米国内科専門医会・内科学会（ACP）正会員など

医学博士

その他：

*厚生労働省（地域医療基盤開発推進研究事業）「浸水被害も含めた、新たな医療機関の事業継続計画（BCP）策定に資する研究」（代表研究者本間正人）分担研究者（2022年度）

*厚生労働省（厚生労働科学特別研究事業）「柔軟な拡張性と連携性を担保した現場起点の新たな災害医療関連情報システムの開発に向けた研究」分担研究者（2022年度）

*厚生労働省（厚生労働科学特別研究事業）「新型コロナウイルス感染症まん延下における救急外来滞在時間の変化と、それに影響を与える因子同定のための研究」分担研究者（2023年度）

*厚生労働省（地域医療基盤開発推進研究事業）「大規模災害時における地域連携を踏まえた更なる災害医療提供体制強化に関する研究」分担研究者（2023年度）

*厚生労働省（地域医療基盤開発推進研究事業）「緊急時における医療行為の法的免責に関する研究」（代表研究者大友康裕）分担研究者（2024年度）

*厚生労働省（地域医療基盤開発推進研究事業）「首都直下地震における医療提供体制の構築にかかる資源評価に資する研究」分担研究者（2025年度）

救急医療基本法の制定に向けた取り組み (救急医療基本法検討特別委員会より)

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長

阿南 英明

平成 19 ～ 20 年頃には、搬送先が見つからず救急患者が長時間受け入れられない「たらい回し」事案が社会問題化し、平成 21 年には関連 3 団体が法整備を要望したが、立法には至らなかった。さらに 2020 年以降 COVID 19 パンデミックでは急増する患者への対応、感染対策負荷、医療スタッフ欠勤により救急医療体制は逼迫し、病床特性・病院勤務医師数の少なさ・調整権限の弱さなど日本の構造的課題が顕在化した。これを受けて 2023 年に日本救急医学会に救急医療基本法特別委員会が設置され、「救急医療基本法」制定の必要性についての改めて議論を行ってきた。救急の脆弱性は、季節や時間帯の変動への対応、少子高齢化の進展などの社会状況の変化に対して、救急医療機関機能のミスマッチが深刻化していることに起因している。特に高齢者救急では反復する急性期イベントへの対応や介護連携が不可欠で、二次救急の限界が顕在化している。現行の医療法、消防法、メディカルコントロール (MC) 体制はいずれも調整権限が不十分で、迅速かつ実効性ある対応ができない。従前から、救急医療に携わる機関や個人の自主的努力に依存してきた救急体制の限界を示していると言える。救急医療を「社会インフラ」と位置づけ、国・自治体・医療機関・国民の責務と権限を明確化し、サージ (急増) 時の権限執行、新たな MC 体制の構築、高齢者救急を担う新たな医療機関類型の創設などを含む法整備が求められる。2025 年に医療法改正が行われ、急性期拠点病院と高齢者救急・地域急性期機能病院の役割分担を明確にする必要性が示され、2040 年に向けた新たな地域医療構想がスタートする。こうした動きに呼応して、具体的課題解決のための基盤となる新たな公的枠組み構築の根拠として救急医療基本法制定へ向けた提言を行いたい。

看護部教育講演

第1会場

(京都テルサ 1F テルサホール)

●看護部教育講演 14:00～15:00

座長：近畿大学病院 救命救急センター 看護長 村上 香織

救急領域における ACP の実践

—ACP をまとめるのではなく、

限られた時間と状況で支える意思決定支援—

大阪公立大学大学院 看護学研究科 北村 愛子

北村 愛子

大阪公立大学大学院 看護学研究科

大阪府立大学大学院看護研究科 博士前期課程 修了後、

地方独立行政法人 りんくう総合医療センター（ICU/CCU）勤務し

2005年 クリティカルケア（現：急性重症患者）看護専門看護師取得以降、専門看護師として急性期ケア推進室で勤務

2011年 大阪府立泉州救命救急センター 看護部 総看護師長

2013年 合併によりりんくう総合医療センター看護局次長

2015年 大阪府立大学大学院 看護学研究科教員（急性看護学教授）

2022年 大阪公立大学大学院（同大学名称変更）にて勤務

2023年 神戸市立看護大学大学院 博士課程修了

現在に至る

救急領域における ACP の実践 —ACP をまとめるのではなく、 限られた時間と状況で支える意思決定支援—

大阪公立大学大学院 看護学研究科

北村 愛子

救急領域では、心停止や意識障害などにより本人の意思確認が困難な状況が多く、限られた時間の中で治療方針の決定を迫られる。そのため、Advance Care Planning (ACP) は、本人の価値観を医療に反映する上で極めて重要である。しかし現状では、ACP が文書化されていない、あるいは救急現場で確認できないことから、本人の意思が十分に反映されない医療が提供される可能性がある。

特にクリティカルケア領域では、突然の発症や急激な病状悪化により、患者・家族は強い動揺の中で代理意思決定を求められる。本人と事前に十分な話し合いができていない場合も多く、家族は患者の意思を推定しながら重い決断を迫られる。一方、医療者も治療とケアに専念し、どこでどのように ACP に関わるべきか判断に迷い、「時間がない」「話せる状況ではない」と感じやすい現状がある。

このような状況において重要なのは、ACP を「きれいにまとめること」ではなく、限られた「時間・場・認識」を前提に、意思決定を支える工夫である。本講演では、救急・クリティカルケア領域における ACP 実践の工夫について整理する。工夫 1 は、患者・家族の自律性に沿って決定力を促進し、医療者が決定の重責を共に担う姿勢を示すことである。工夫 2 は、解放的意思決定を意識し、理解を促す説明や率直に話し合える環境を整えることで、「時間・場・認識」に働きかけることである。工夫 3 は、治療の見通しや不確実性を含めた情報を「見積もり」として段階的に共有し、患者・家族が現実的に判断できるよう支援する視点である。工夫 4 は、どの選択も苦悩を伴うことから患者・家族の揺れる感情に寄り添い、生き方をよりどころとした意思決定を支えることである。救急領域における ACP は、明確な答えを導くものではなく、「まとまらない」プロセスとなることもある。しかし、その不確かさの中で医療者が患者・家族に伴走し続けること自体が、意味のある意思決定支援につながると考えられる。

本講演では、「きれいにまとめない、まとまらない ACP」という視点から、現場で葛藤しながら考え、支えるために求められる医療者の倫理的感受性と対話力に焦点を当てる。ガイドライン通りに進まない救急の現場だからこそ浮かび上がる ACP の本質について、参加者の皆様と共に考える機会としたい。

ランチョンセミナー

第1会場

(京都テルサ 1F テルサホール)

●ランチョンセミナー 12:00~12:50

座長：京都第一赤十字病院 救命救急センター 岡本 文雄

演者：京丹後市立弥栄病院 院長 神谷 匡昭

12 誘導心電図伝送システム導入前後 6 年間のまとめ

京丹後市立弥栄病院 院長

神谷 匡昭

高齢者救急が増加している今日において、プレホスピタルでの心疾患診断の重要性が以前より増している。12 誘導心電図伝送システムを導入して 3 年が経過した。

まず、急性冠症候群において 12 誘導心電図による判断が必要であり、発症から再灌流療法までの時間短縮を目的として、ASA/ACC ガイドラインや蘇生に関する国際蘇生コンセンサスで推奨されているように、プレホスピタルで 12 誘導心電図を記録し、専門施設への伝送ならびに搬送が推奨されている。わが国でも JRC（日本蘇生協議会）蘇生ガイドライン 2015 においても同様の勧告がなされている。（第 5 章 急性冠症候群）。

従来の 1 誘導心電図モニターでは、CPA や重症不整脈の判断はある程度できるものの、質的判断には限界があったが、12 誘導心電図伝送システムから受け取る 12 誘導心電図は、不整脈や特に ST 上昇型の急性冠症候群などの心電図変化も、十分判断できるものである。

プレホスピタル（現場）で 12 誘導心電図を伝送した時点で、緊急治療を要するかは判断できることが多い。当該症例が病院救急室到着前から、循環器医師が 12 誘導心電図を判読し、緊急治療に必要な人員の招集、緊急カテーテル検査・治療の準備など受け入れ態勢が可能となる。そのため、病院到着直後から 12 誘導心電図や血液検査採取、X 線撮影、補液のためのルート確保ができ、救急室到着後の救急室滞在時間を短縮するものと考えられる。このため、DTBT90 分以内の達成にも寄与した。急性冠症候群のみならず、心不全の増悪、大動脈弁狭窄症、肥大型心筋症、たこつぼ心筋症や大動脈解離などの心疾患も多数検出した。また、脳梗塞、急性肺炎、膿胸を示す症例や、消化器系疾患、とりわけ消化管穿孔の症例も経験した。このように、多様な疾患に対しても鑑別する必要はある。

地域の人口減少並びに高齢化の影響は強く、12 誘導心電図伝送システムを利用した症例は、85 歳以上が半数を超えていた。ますます高齢者救急の需要が増していることが伺われる。12 誘導心電図伝送回数も年々増加しており、救急搬入時の症状は様々ではあるが、心疾患に対して救急隊員が教育されて 12 誘導心電図の重要性を理解していることを示している。

比較的広範囲をカバーし中山間地域のへき地拠点病院では、15 分以内に搬送しうる専門施設もなく、12 誘導心電図伝送は、おおいに重要であり、有益であったので報告する。

合同シンポジウム

S-1

当院における外傷診断支援 AI「ERATS」の導入と初期運用の成果

大阪急性期・総合医療センター救急診療科

岡田 直己

重症外傷診療において、迅速かつ正確な CT 診断は救命の鍵を握るが、夜間や休日の当直帯は人的リソースが限られているため、画像読影だけに専従するスタッフの確保が困難である。処置と並行して CT 画像上の微細な所見を瞬時に全て拾い上げることは専門医であっても困難を極め、診断の遅延が Preventable Trauma Death(PTD)に直結するリスクは潜在する。当院ではこの課題を克服するため、全身 CT を医師が正確かつ迅速に読影するためのサポートを行う AI システム「ERATS」の開発を進め、十分な精度検証を経て 2025 年 9 月より救命救急センターで実証実験を開始した。本システムは、撮影された CT 画像を 10 秒以内に解析し、損傷が疑われる部位を医師へリアルタイムに通知するソフトウェアとして実装され、現場の診療支援を行っている。導入後の成果として、多発外傷によりショックバイタルで搬入され、当直帯に 3 人のスタッフで、高度な循環管理、胸腔ドレーン挿入、骨盤 TAE を並行して行わなければならなかった症例において、処置と並行に行っていた迅速読影では発見が困難であった腹部大動脈損傷を ERATS が検出し、TAE に続く迅速な EVAR を経て止血を得た症例を経験した。本演題では、AI 開発から臨床実装に至るまでの経緯、直面した課題とその解決策、および初期運用で得られた知見と今後の外傷診療における AI 活用の展望について報告する。

S-2

急変リスクの可視化による重症部門横断的な患者状態把握とベッド運用の最適化

大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

吉村 旬平、藤見 聡

重症患者を多数受け入れる救命救急センターや集中治療室（ICU）では、治療の優先順位や対応の緊急性を迅速に判断するため、部門内の患者の重症度や急変リスクを俯瞰的に把握できることが求められる。さらに、重症部門からの退室可否の判断や、ICU・ハイケアユニット（HCU）など部門間の移動を適切に進めるためにも、患者状態を全体として共有できる仕組みが重要である。しかし現状では、個々の患者データを個別に確認することで状況を把握しており、部門全体の状態を即座に共有する仕組みは十分とはいえない。

当センターでは2026年4月より、ベッドマップ上に患者の急変リスクを可視化するシステムを、救命救急センター、ICU、小児HCUに導入する予定である。本システムにより、各部門内の患者状態を一覧的に把握するとともに、部門横断的な状況把握を可能にする。これにより患者移動の判断が円滑になり、より安全な患者管理と効率的なベッドコントロールが期待される。

さらに本運用は、物理的に離れた診療エリアの患者状態を遠隔から把握する基盤となり、将来的な遠隔ICU体制におけるモニタリング精度およびベッド運用の妥当性向上にも寄与すると考えられる。

S-3**救急領域での救急医と診療看護師のコラボレーション
～6か月の軌跡～**

¹⁾ ベルランド総合病院 急病救急部、²⁾ ベルランド総合病院 看護部

濱口 満英¹⁾、友田 新二²⁾

【はじめに】

当院は大阪南部に位置する2次救急病院で、年間約10000件の救急搬送を応需し診療を行っています。2025年4月より当院で初の診療看護師(NP)が勤務となりました。救急医とNPのコラボレーションによって、NPは初期診療から入院加療までを担当し、救急医とNPのコンビによって入院診療を行いました。

【結果】

主治医として担当した入院患者数は2024年4月～2025年3月は184名(月平均15.3名)でした。2025年4月～9月は161名(月平均26.8名)で、135名はNPとコンビにて診療を行いました。

【考察】

NPにはタイムリーなマネジメントが必要であり、患者アセスメントの結果を基に適切な医療介入が行われる。主治医との朝・夕の情報共有と意見交換を行い、病棟からのファーストコールはNPとし、その都度ディスカッションを行いながら診療を行うこととした。日ごとにお互いの連携は円滑となり、ストレスなく入院診療が行うことができている。NPによる診療協力によって、主治医は管理職業務や救急室での初期対応、ドクターカー出動などの業務を中心に行うことが可能となった。また、診療側と看護側の立場から物事を考えられることは、退院後の様々な状態をマネジメントする際に有用でありチーム医療のキーパーソンとして診療に参加していただける環境は、救急医とNPとの診療における今後のロールモデルとなりうると考える。

S-4**日本の3次医療機関における MRC-ICU スコアの検証
－薬剤師業務の次への一歩－**

大阪公立大学医学部附属病院 薬剤部

川口 博資

【背景】

集中治療における薬物治療は複雑化しており、患者予後に影響する重要な要素である。近年、薬物治療の複雑さを定量化する指標として Medication Regimen Complexity-Intensive Care Unit (MRC-ICU) スコアが開発され、海外では院内死亡率や薬剤師業務量との関連が報告されているが、本邦での検証は十分でない。そこで、日本の三次医療機関における MRC-ICU スコアの有用性を検討した。

【方法】

2022年10月から2024年10月に当院ICUへ入室した患者を対象に、患者背景、ICU滞在日数、院内死亡、薬剤師介入数、MRC-ICU スコアを後ろ向きに調査し、生存群と死亡群で比較した。

【結果】

対象は167名（生存117名、死亡50名）であった。死亡群ではICU滞在日数、重症度、薬剤師介入数およびMRC-ICU スコアが有意に高値であった。多変量ロジスティック回帰分析では、SOFAスコアのみが院内死亡に関連する独立因子として選択された。

【考察】

MRC-ICU スコアは死亡群で高値を示し重症度との関連が示唆されたが、死亡の独立因子とはならなかった。これは、日本の重症患者では汎用される薬剤がスコアに反映されていない影響が考えられる。日本の実臨床を反映した日本版 MRC-ICU スコアの開発・検証が進めば、薬剤師業務の次なる一手となる可能性がある。

S-5

大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（ORION） ～消防側から見た導入の効果と今後の課題～

- ¹⁾ 大阪府健康医療部医療保健室医療・感染症対策課、
²⁾ 泉州南消防組合泉州南広域消防本部、
³⁾ 地方独立行政法人りんくう総合医療センター大阪府泉州救命救急センター、
⁴⁾ 大阪府 ORION データ利活用等検討ワーキンググループ座長

月木 良和^{1,2)}、有本 虹大¹⁾、松岡 哲也^{3,4)}

大阪府では傷病者の搬送及び受入れの実施基準（以下「実施基準」）を救急隊のスマホアプリに搭載し、救急隊が得た傷病者の病院前情報と、搬送先医療機関での病院後情報を紐づけて検証分析できる大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（以下「ORION」）を開発し運用している。

ORION に集積されたデータは各地域 MC 協議会で救急隊活動検証や実施基準検証の際に用いられている他、実施基準改正時や救急医療体制についての報告にもデータが活用されている。

ORION は関係機関からの要望等に対して順次機能拡充を行ってきた。例えば救急現場からの画像伝送機能や 12 誘導心電図伝送機能を追加したことで、円滑な病院前救護活動に寄与している。

現在は、次期更改に向け指令員や救急隊員が行う口頭指導データの取捨機能を開発中。119 番入電時の情報から医療機関搬送後の情報を紐づけることで、心肺機能停止傷病者の予後改善に向けた更なるデータ活用を行いたい。

S-6

神戸市における救急業務のDX推進 ～救急情報システムの導入による救急活動の効率化と医療連携の強化～

神戸市消防局 救急部救急課 救急企画係

畑下 知之

救急活動は、救急隊が現場に到着後、傷病者の状態を観察し、緊急性や専門性を踏まえて適切な医療機関に受入交渉を行い、収容可能との了承を得たのちに搬送し、医師へ引き継ぐ流れとなっている。この一連の流れにおいて、医療機関との受入交渉が難航する場合に、搬送開始までに時間を要してしまうことが課題となっていた。

従来の電話による口頭報告では、情報の不確実性や伝達漏れが生じるリスクがあり、医療機関側が迅速かつ正確に病態を把握するための障壁となっていた。そこで本事業では、「救急情報システム」を導入し、救急現場の情報を速やかにデジタル化して医療機関とリアルタイムに共有する仕組みを構築することで、情報の正確性を高め、円滑な早期受け入れと医療連携の最適化を図ることを目指している。

本システムでは、バイタルサインや属性情報に加え、現場写真や患部画像等の客観的データを医療機関へ直接送信する機能を備える。これにより、これまでの口頭伝達を補完・代替して情報を可視化するとともに、複数医療機関への一斉送信機能を活用することで、受入可否の判断を効率化することが可能となる。さらにウツタイン予後調査や事後検証の機能も実装し、消防・医療機関相互の事務の効率化も図られる

システムの導入により、医療機関側は正確かつ詳細な情報を早期に得ることが可能となり、傷病者の早期治療開始に直結することが期待される。また、副次的な効果として救急隊員の事務処理負担の軽減も図られる。現在はシステム構築段階にあるが、デジタル技術を駆使した医療連携の高度化を通じ、市民サービスのさらなる向上を推進していく。

メディカルスタッフセッション1
[多職種]

P1-1**救急救命センターにおける院内救命士のタスクシフト・シェアの現状**

大阪医療センター 救命救急センター

大里 幸暉

【背景】

当院では2022年より院内救命士を採用し、病院間搬送業務を中心に活動している。医師のタスクシェアに寄与する一方、医療機器操作や気管切開患者対応など、救命士単独での対応が困難な搬送も存在する。

【目的】

院内救命士が関与した転院搬送の実態を分析し、人的要因・法的制約・技術面の課題を明らかにし、今後の運用改善につなげる。

【方法】

院内救命士のみで行った搬送件数、医師非同乗搬送件数、医療機器使用例、気管切開患者搬送件数を後方視的に調査し、救命士単独搬送が可能であった症例と、医師または診療看護師の同乗を要した症例を分類した。

【結果】

年間搬送件数は2022年に100～130件であったが、人員減少や勤務時間の不一致により年々減少した。医師非同乗搬送は2022年に約7～8割であったが、2023年は約5割、2024年は約4割に低下した。気管切開患者の搬送は3年間で37件あり、約半数は救命士のみで対応可能であったが、長距離搬送では吸引対応の制約から同乗が必要であった。

【結語】

院内救命士の適切な運用には、法的課題への対応、技術向上、人員確保が不可欠である。さらに、2024年度診療報酬改定で新設された救急患者連携搬送料は下り搬送を評価する制度であり、今後は地域連携部門と協働したタスクシフト・シェアの推進が期待される。

P1-2**当院における臨床検査技師のタスクシフト / シェアの現状**

大阪医科薬科大学三島南病院

伊達 正馬

【はじめに】

救急医療において臨床検査技師（検査技師）は、患者の緊急度や重症度を軸に検査の優先順位を決定したうえで迅速かつ正確な検査データを提供し、患者の診療に寄与している。多くの医療機関では24時間体制で救急医療が行われており、医師・看護師不足が長年の課題となっている。こうした背景のもと、2021年に「臨床検査技師等に関する法律」が一部改正され、新たに10行為が追加されたことで、救急現場における検査技師の役割と必要性はさらに高まりつつある。

【当院の現状】

当院では従来、救急外来（救外）での血液ガス測定や心電図検査を実施している。現在は、新規追加された10行為の実施には至っていないものの、タスクシフト / シェアの一環として外来での採血および救外における検体分注を開始した。これにより医師・看護師の業務負担軽減に一定の効果があったと考えている。

【今後の展望および結語】

当院の検査技師が参画可能な救急医療業務として静脈路確保が挙げられる。採血と同時に静脈路確保を行うことで、医師・看護師の更なる負担軽減が期待される。しかし手技的要因および人的要因の課題が残る。手技的要因は訓練や経験を積むことで克服可能である一方、人的要因への対応は容易ではない。しかし、これを理由に導入を躊躇すればタスクシフト / シェアは進まないため、検査室がその必要性を十分理解し、積極的に推進していくことが重要であると考えます。

P1-3**救急医療の退院調整におけるタスクシェア
—救命救急科医師とMSWの協働実践—**

大阪大学医学部附属病院 MSW

福森 優司

救急医療の現場では、重篤な救急患者への医療提供に加え、社会的課題や退院後の療養生活を見据えた早期の支援介入が求められている。当センターでは、メディカルスタッフが在籍するメディカルコントロール室に専任医師を配置し、週2日、医療ソーシャルワーカー（MSW）と協働して退院調整を行っている。本取り組みは、一見するとタスクシフトに逆行するよう見えるが、医師の医学的判断とMSWによる社会的課題の評価を同時に共有し実践するタスクシェアとして位置づけている。実践の結果、患者および家族の今後の療養生活に関する理解が深まり、退院調整が円滑に進んだ。これらは専門性を必要な場面に集約した協働体制による成果と考えられた。救急医療において、退院調整を多職種によるタスクシェアとして実践することは有用である。

P1-4**タスクシフト・タスクシェアにおけるセラピストの役割**

大阪急性期・総合医療センター 医療技術部セラピスト部門

安田 晴彦

医師の働き方改革を背景に、医療現場では多職種によるタスクシフト・タスクシェアの推進が求められている。厚生労働省はタスクシフトに関して、理学療法士はリハビリテーション関連書類の記載や説明・交付、作業療法士は上記に加え、運動・認知機能・ADL等の評価、言語聴覚士は侵襲を伴わない嚥下機能検査や食形態選択を認めている。これらの多くは医療代替行為というよりも医療補助的役割の拡大として位置づけられている。

一方、タスクシェアに関しては、令和4年度診療報酬改定で新設されたリハビリテーション栄養口腔連携体制強化加算をはじめ、多職種連携を前提とした制度設計が進められている。中央社会保険医療協議会における令和8年度診療報酬改定に向けた議論では、理学療法士がADL評価や動作・ポジショニングに関する助言、多職種カンファレンスへの参画など、病棟横断的役割を担っている実態が示されている。また、同加算を算定する病棟では、医師や看護師の直接的関与が相対的に減少し、セラピスト等の関与が増加しているとの指摘もみられる。さらに、急性期医療における7対1看護配置の在り方を含め、多職種配置の必要性についても議論が進みつつある。今後の理学療法士をはじめとしたセラピストの役割や病棟における働き方について、本セッションを通じて多職種の立場から意見交換を行い、望ましいタスクシフト・タスクシェアの在り方を議論したい。

P1-5**医療を守るためのタスクシフトシェア
～人が足りないからではない??～**

関西医科大学総合医療センター 臨床工学センター

佐藤 昌臣、石川 浩史、清水 好、西谷 義宏、西田 大地、柿花 圭太、森下 登生、鈴木 希海、小杉 隆

救急医療の現場では、医師、看護師の業務負担増大が深刻化しており、各職種がその専門性を活かすタスクシフトシェアの推進が不可欠である。我々臨床工学技士（以下 CE）は、生命維持管理装置の専門家として、救急医療においても重要な役割を担う可能性を有している。

当院での救急領域における CE の関与として、CPA に対する ECMO 導入、重症外傷に対する LEBEL1 や自己血回収装置の操作、各種疾患に対する急性血液浄化療法の導入などがある。LEBEL1 では医師の指示のもと、輸血や補液などを行い血行動態の維持をする役割を担うことで、医師は外傷治療に専念でき、また血液粘弾性検査も CE が主体となって計測・解析を行い、医師へ迅速に結果報告を行うことでより適切な治療へ繋がっている。

CE が救急医療の一員として責任ある役割を担うことで、医師や看護師は診断・治療・看護に集中でき、医療安全の向上やチーム全体のパフォーマンス改善に繋げることができる。CE が責任ある役割を果たすためには、専門性の可視化と継続的なスキルの向上が求められる。CE の積極的な救急領域への参画を通じて、チーム全体で患者により良い医療を提供することに貢献していきたい。本セッションでは当院の救急医療における CE の取り組みを紹介する。

P1-6**南和歌山医療センターにおける
薬剤師のタスク・シフト / シェアの具体的な取り組み**

南和歌山医療センター 薬剤部

高島 実希、安延 恵、池上 良一、古川 順章

【はじめに】

平成 24 年度診療報酬改定で、薬剤師の一般病棟配置に対し、薬物療法の有効性・安全性の向上が評価された。平成 28 年度の診療報酬改定から、特定集中治療室等における薬剤師配置の成果として「医師・看護師の業務負担軽減」、「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられ、評価が新設された。

南和歌山医療センター（以下、当院）は 316 床の内、22 床の救命救急センターを有する三次救急医療機関として患者を受け入れている。当院は平成 28 年度から救命救急センターに薬剤師を常駐し、多職種との連携およびタスク・シフト / シェアを行ってきたため、取り組みを紹介する。

【活動内容】

「医師・看護師の業務負担軽減」として、医師との間で合意・作成したプロトコールに基づく薬物治療管理 Protocol Based Pharmacotherapy Management（以下、PBPM）を行っている。救命救急センターでの病棟業務としては、嚥下が困難な患者に対して、看護師と情報共有を行い、薬剤の剤形変更を主治医に提案、PBPM で代行処方を行った。また「薬剤関連インシデントの減少」として、溶解方法が複雑な薬剤を採用した際に、セット処方の整備を行い、誤処方やインシデントの回避に貢献できた。

【結語】

一般病棟のみならず、救命救急センターに薬剤師を配置することで、タスク・シフト / シェアを通して、多職種連携を積極的に行い、救急医療の質の向上に寄与できたと考える。

P1-7**当院における異常所見報告の組織的運用の構築について**

日本赤十字社 京都第二赤十字病院 放射線科部

山添 元士

当院では以前より診療放射線技師による異常所見の報告を行ってきたが、その実施は技師個々の経験や技量に依存していた。また、当時の救急科部長より、救急患者における骨折を中心とした画像所見の見落としが課題であり、技師から積極的に所見を伝えてほしいとの要望があった。

近年、STAT 画像報告ガイドラインが公表されたことを契機に、異常所見報告を技師の正式な役割として位置づけ、組織的な運用構築に着手した。運用はガイドラインに準拠し、技師が異常所見を認めた際には主治医（担当医）へ口頭で迅速に報告し、その報告内容を RIS へ記録する方式とした。対象は STAT 画像に限らず、気になる所見や偶発的所見も含め、オーバートリアージも容認する方針とした。さらに、約 10 年前から放射線科医師による画像読影勉強会（読影塾）を継続しており、技師の読影力向上を支える学習環境も整備されている。

加えて、報告件数の定期集計や、放射線科医師の読影結果との整合性評価も開始し、運用の質向上と標準化を図っている。活動の可視化と院内理解を目的にマニュアルを作成し、広報活動も実施した。本発表では、当院における異常所見報告運用の整備プロセスと成果、今後の展望について報告する。

メディカルスタッフセッション2 【医療ソーシャルワーカー】

救急隊・MSW・地域支援機関が協働で実現する“社会的救命” ～実践から見えてきた支援のかたち

救急現場では、同一傷病者の頻回搬送や搬送困難、さらには医学的に入院治療が終了しているにもかかわらず退院に至らない症例に、日常的に直面している。これらの背景には、疾患そのものだけでなく、社会的孤立、制度の未利用、生活環境の不安定さといった要因が相互に影響し合い、医療的対応のみでは解決が困難な社会・生活課題が存在している。

救急隊は、傷病者が置かれている社会・生活背景を現場で直接把握できる職種であり、その気づきは、その後の医療および支援の方向性を左右する重要な情報となる。医療ソーシャルワーカー（MSW）は、救急隊から共有された情報をもとに社会・生活背景を専門的にアセスメントし、課題を整理・可視化する。医師・看護師は、これらの生活情報を踏まえて治療や看護を実践することで、医療・看護の質を高めることが可能となる。さらに、MSWが地域支援機関と連携し社会資源を調整することで、社会・生活環境の再構築が進み、頻回搬送・搬送困難・退院困難の予防につながる。

本演題では、救急隊とMSWの早期介入を起点とした多職種・地域連携の実践を報告する。

P2-1**多職種連携のフロントラインとしての救急隊
—MSW との相互理解と「現場の目」の活用—**

大阪市消防局 水上消防署

三木 大輔

救急活動の基本は、身体的所見から緊急度を判断し、迅速に対応することにある。しかし同時に、我々は傷病者の生活の場に立ち入り、その環境を直接視認できる「唯一の」医療従事者という優位性も併せ持つ。一方で、院内で退院支援を担う MSW と救急隊が直接関わる機会は今までなく、搬送後の「社会的予後」への関心が求められる場面も少なかった。多職種連携のフロントラインとして、現場の状況を知る救急隊と、生活再建を支える MSW が相互理解を深めることは、身体的アプローチの限界を補完する鍵となるかもしれない。本演題では、現場の「目」を活かした新たな連携の可能性について共有したい。

P2-2**病院前情報を起点とした救急隊と医療ソーシャルワーカー (MSW) の連携実践**

国立病院機構大阪医療センター

太田 裕子

救急医療の現場では、傷病者の医学的問題と同時に、生活困窮、独居、虐待、支援拒否など社会的課題への対応が求められる。本報告では、医療ソーシャルワーカー (MSW) としてのスキルを活かし、救急隊との連携により実践している支援の流れを報告する。

具体的には、救急隊から提供される病院前情報を基に、搬送直後より社会背景の評価を行い、院内多職種および地域関係機関と連携した支援方針を立案する。さらに、退院後を見据えた支援調整や情報共有を行うことで、支援の断絶防止と再搬送予防につながるよう働きかける。救急隊と MSW の連携、協働実践は、救急医療における継続的支援体制の構築に有用である。

P2-3**救急領域における社会的課題解決のフロントラインとしての役割
—MSW の実践報告—**

京都府立医科大学附属病院

伊東 亜未

救急医療の現場では、突発的な発症・受傷に伴う心理的混乱に加え、事故、自殺企図、虐待、身寄りなし、認知症など、複雑な背景を持つ患者への対応が不可欠である。そのため、身体的治療と並行した生活支援の重要性は極めて高い。

当院は 2024 年 4 月に救命救急センターの指定を受け、MSW の介入を要する事例が激増している。重症度や緊急度が高い症例ほど、背景にある深刻な社会的課題が顕在化しやすく、迅速かつ専門的な支援体制の構築が急務となった。

本演題では、開設後、加率的に増大した MSW 案件の現状を整理し、早期介入に向けた当院の取り組みと、実践を通して明らかとなった今後の課題について報告する。

一般演題

1-1

一般演題1「循環・集中治療」

痙攣を契機に搬送され Torsades de pointes を認めた 1 例

多根総合病院 救急科

立花 成寛、升井 淳、近藤 隆太郎、橋本 純子、柳 英雄

【背景】 Torsades de pointes (TdP) は QT 時間延長を背景に発生する多形性心室頻拍であり、痙攣を呈し、診断に難渋することがある。

【症例】 55 歳女性、大酒家でアルコール離脱による痙攣を起こした病歴がある。来院 3 日前から禁酒していた。イベント施設を訪問中、痙攣が生じ、ミダゾラム 5mg を静注後に当院へ救急搬送された。来院時意識清明、明らかな神経学的異常所見を認めなかったが、突如痙攣が生じ、モニター心電図上では TdP を認めた。CPR を開始し電気ショックで TdP は消失し止痙を得た。12 誘導心電図で QT 時間延長を認め、血液検査では K: 2.8 mEq/L、Mg: 1.6 mEq/L と低値であった。電解質補正を開始し、一時的にペースメーカーを留置した。経過中、たこつば型心筋症を併発したが心不全徴候は認めず、電解質正常化に伴い QT 時間は短縮しペースメーカーも抜去、第 9 病日退院となった。

【考察】 TdP は電解質異常による QT 時間延長を契機に生じることが多く、速やかな電解質評価と補正が重要であり、脳血流の急激な低下から痙攣を起こし得るため、痙攣の鑑別疾患として想起しなければならない。

【結語】 痙攣を契機に搬送され、TdP を認めた 1 例を経験した。痙攣の鑑別として TdP を挙げ、電解質評価をはじめとした介入を速やかに行う必要がある。

1-2

一般演題1「循環・集中治療」

失神・転倒外傷で救急外来を受診しベプリジル関連 QT 延長と虚血由来の心室性期外収縮に伴う多形性心室頻拍 (TdP) と診断した高齢者の一例¹⁾ 洛和会音羽病院、²⁾ Division of Cardiology, University of California, San Francisco (UCSF)上野 幹史¹⁾、吉村 聡志²⁾ 他、宮前 伸啓、隅田 靖之

【演題名】 失神・転倒外傷で救急外来を受診しベプリジル関連 QT 延長と虚血由来の心室性期外収縮に伴う多形性心室頻拍 (TdP) と診断した高齢者の一例

【背景】 外傷や転倒の原因として、致死性不整脈に伴う失神は常に鑑別に挙げる必要がある。

【臨床経過】 症例は転倒・頭部外傷で救急受診した 70 代女性で、既往に発作性心房細動があり、ベプリジルを内服していた。来院時バイタルサインは安定、頭部 CT で異常なし。転倒前後の記憶が曖昧で診断困難であった。心電図では QTc 512ms の延長と心室性期外収縮による 2 段脈を認めた。救急外来では致死性不整脈は認めず、経過観察目的に入院した。

入院後、TdP が出現し心室細動 (VF) へ移行、失神を呈したが、VF は約 10 秒で自然停止し洞調律へ復帰、意識も改善した。心電図では QT 延長 531ms、PVC (R on T)、非持続性心室頻拍を認め、硫酸 Mg 製剤投与とオーバードライブペーシングを実施。同日施行した冠動脈造影で左冠動脈前下降枝 (LAD) に 90% 狭窄を認めた。ベプリジル中止後も QT 延長と PVC が持続したため、LAD に経皮的冠動脈形成術を施行。QT 延長と PVC は改善し、致死性不整脈の再発なく 15 病日に自宅退院した。

【結論】 転倒外傷で受診した高齢者において、薬剤性 QT 延長と虚血由来の PVC を契機とした TdP による失神症例である。本症例から、①病歴不明瞭な転倒では致死性不整脈を念頭に置き、病歴や内服歴の確認が重要であること、②ベプリジルは高齢者や心疾患背景で QT 延長・TdP を来す危険性があり慎重使用が求められることが示唆された。

1-3

一般演題1「循環・集中治療」

急性期脳梗塞の診断直後に合併していた心筋梗塞で心停止に至った一例

1) 滋賀県立総合病院 救急科・小児救急科、2) 済生会滋賀県病院 救急集中治療科

長友 美佳¹⁾、小泉 智裕¹⁾、高松 学文²⁾、野澤 正寛¹⁾

【はじめに】急性期脳梗塞を疑いドクターカーで搬送された患者が、画像による脳梗塞の診断直後に想定していなかった心筋梗塞による心停止に至った教訓的症例を経験したので報告する。

【症例】91歳男性。搬送当日深夜、左上下肢の麻痺を認めたが様子をみていた。朝まで症状が持続したため、救急要請された。ドクターカー医師と脳卒中疑いとして到着後に直接CTを撮影する方針を共有した。CTで脳出血や大動脈解離の所見はなく、両側肺炎像を認めた。CT室で患者の再評価を行うと、呼吸不全およびショック徴候を認めていた。予定していたMRIへ直接向かわず、初療室に入室し再評価を行った。この時は循環血液量減少性および血液分布異常性ショックを疑っていた。追加検体の提出と酸素、輸液による介入を開始して頭部MRIを撮像した。右基底核に急性期脳梗塞の所見を認め、脳外科医師へ対応を依頼した。この頃にトロポニンIの異常高値が判明した。心電図、超音波検査で心筋梗塞を合併していることを認識した。循環器内科医師への連絡中に心停止となり、蘇生処置への反応乏しく死亡した。

【考察】急性期脳梗塞の診断を急ぐことに注力し、心筋梗塞の診断が遅れた。遅滞なく心筋梗塞に気づくにはどうすれば良かったのか、若干の文献をまじえ考察する。

【結語】急性期脳梗塞を強く疑っていても一次評価でショックを認めるときには、脳梗塞の画像診断前に心原性（心筋梗塞）の除外を行う必要がある。

1-4

一般演題1「循環・集中治療」

高度低体温による心停止に対し、可及的 ECMO 導入と復温により救命した一症例

京都第一赤十字病院 救命救急センター

佐藤 秀亮、堀口 真仁、藤本 善大、香村 安健、渡辺 昇永、榎原 巨樹、岡田 信長、竹上 徹郎、高階 謙一郎

【背景】高度低体温は致死性不整脈や循環抑制を来す一方、代謝抑制により臓器保護的に働き得る。今回、河川で発見された高度低体温を伴う目撃のない心停止症例に対し、VA-ECMOを導入して救命し得たので報告する。

【臨床経過】河川で発見された50歳代男性、来院時は心室細動が持続し直腸温は23℃であった。血清カリウム値は3 mEq/L台と低値で、低体温心停止の蘇生適応基準を満たすと判断し、直ちにVA-ECMOを導入し復温を開始した。ECMO開始の約3時間後に洞調律へ復帰し、循環動態は安定した。第4病日にECMOを離脱、第5病日に抜管した。神経学的後遺症なく自立歩行可能となった。

【結論】通常のECPRでは、目撃やバイスタンダーによるCPRがない心肺停止症例は救命率が著明に低下する。しかし低体温症例では、心停止後長時間経過例でも臓器保護効果により救命可能性が残る。また低体温の心肺停止例において血清カリウムが高値である場合は非蘇生指標となるが、本例では血清カリウム値は高値ではなく、積極的蘇生を選択する妥当性が支持された。高度低体温を伴う心停止症例に対し、VA-ECMOと復温治療を行って救命し得た。低体温の心肺停止例ではカリウム値も含めて総合的に判断し、積極的介入を検討すべきである。

1-5

一般演題1「循環・集中治療」

妊娠中期に発症した広範型急性肺塞栓症に対し VA-ECMO により救命した一例

¹⁾ 大阪市立総合医療センター 教育研修センター、²⁾ 大阪市立総合医療センター 救命救急部植野 雄斗¹⁾、石川 順一²⁾、福家 顕宏²⁾

【症例】42歳女性、妊娠20週3日。

【現病歴】X年5月に意識障害と便失禁が出現。数秒後に意識清明となったが、脱力で体動困難であり、同日、前医に救急搬送された。D-dimer 9.1mcg/mlと高値であり、造影CTを施行したところ、両側肺動脈本幹に血栓がみられ、当院へ転院となった。

【入院後経過】転院時は酸素5L投与下でSpO₂ 100%、血圧146/110 mmHg、心拍数119回/分で、心エコーで右房から右室にかけて血栓がみられた。広範型肺血栓塞栓症が疑われ、ヘパリンの投与を開始した。心エコーの再評価で右房から右室の血栓が消失していたため、気管挿管の上、当初VV-ECMO確立を試みた。エコーで右大腿静脈に血栓がみられ、また左大腿静脈はガイドワイヤーが上行せずアクセスを断念した。右内頸静脈にシースを留置した。経過中に血圧が47/33 mmHgに低下したため、心肺蘇生を行いながら、左大腿動脈にシースを挿入し、右房脱血-左大腿送血でのVA-ECMOを確立した。low-flow timeは17分であり、頭部CTで皮髄境界は明瞭であった。胎児心拍も良好であったが、第3病日に破水し子宮内胎児死亡を確認。第4病日に胎児を娩出した。循環動態、酸素化はVA-ECMO管理、抗凝固療法の継続によって安定し、第4病日にVA-ECMOを離脱、第5病日に抜管し、第6病日に循環器内科に転科した。

【結論】妊娠中の広範型肺血栓塞栓症により心停止に至ったが、ECMO導入を早期に決定したことにより救命しえた症例である。周産期、救急集中治療の連携が重要である。

1-6

一般演題1「循環・集中治療」

重症心身障害児の集中治療において、開放型病床を利用して在宅主治医と連携した一例

¹⁾ 済生会滋賀県病院 救命救急センター 救急集中治療科、²⁾ くまだキッズ・ファミリークリニック平泉 志保¹⁾、熊田 知浩²⁾

【背景】重症心身障害児は15歳を超えても慢性期管理を小児科が担当することが多い。一方、そういった慢性期管理に慣れた病院が必ずしも集中治療も可能とは限らない。今回我々は、重症心身障害児の集中治療を行うにあたり、開放型病床の制度を利用することで在宅主治医と密な連携をはかった一例について報告する。

【症例】重症心身障害のある17歳女性。元来、ストレスを感じると筋緊張亢進がみられ、来院当日はそれが極度に亢進し低換気が生じ救急要請となった。患者には入院主治医のいるA病院があったが、集中治療は困難であったため当院への搬入となった。pCO₂/99.4mmHg、pH7.017、P/F292であり、挿管、人工呼吸管理を開始し集中治療室に入室となった。背景疾患の専門性が高いため、開放型病床とすることで在宅主治医と密に連携をとることとした。内服の調整や抜管のタイミングを相談しながら、第5病日に人工呼吸器を離脱した。本来であれば、その後リハビリが必要であったが、入院自体がストレスとなり筋緊張が亢進しうるため早期退院が望ましいとの見解をいただき、抜管翌日に退院とした。

【考察】我々救急医は重症呼吸不全の管理には習熟しているが、重症心身障害児の管理には不慣れである。そこで今回開放型病床の絵師度を利用したが、集中治療室で行うことは初の試みであった。本症例は、開放型病床が地域医療において慢性期診療と集中治療の間をつなぐ重要な役割を果たした一例である。

肝硬変背景の消化管出血で診断した後天性血友病の一例

大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター

東 俊樹、梅村 穰、館野 丈太郎、酒井 智彦、清水 健太郎、入澤 太郎、織田 順

【背景】後天性血友病 A は第 VIII 因子に対する自己抗体により発症する極めて稀な出血性疾患である。診断遅延は致死性出血につながるため迅速な診断が求められるが、肝硬変など慢性の凝固異常症が併存している場合は、しばしば鑑別が難しい。

【症例】50 代男性。アルコール性肝硬変の既往歴がある。頻回の嘔吐後に吐血および意識障害を来し救急搬送された。来院時は出血性ショックを来し、緊急輸血および人工呼吸器管理を開始した。上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部に複数の裂創と活動性出血を認め、クリッピングおよび SB チューブ併用により止血を行った。入院後、輸血療法により凝固能は一時的に改善したものの、第 7 病日より APTT108 秒と著明な延長を認め、食道裂創部からの持続性出血や軽微な粘膜損傷からの出血が制御困難となった。当初は肝硬変に伴う凝固障害と判断していたが、PT と比較して APTT 延長が不釣合いに高度であり、第 20 病日に第 VIII 因子活性低下およびインヒビター陽性を確認し、後天性血友病 A と診断した。ステロイド静注および遺伝子組換え活性型第 VII 因子製剤投与により速やかに APTT は改善し、第 45 病日に第 VIII 因子活性の回復およびインヒビター陰性化を確認した。

【結語】凝固障害の原因は単一の病態ではないこともある。肝硬変患者においても、PT 延長に比して APTT 延長が顕著な場合には、後天性血友病 A を鑑別に挙げるのが重要である。

頸部食道穿孔に起因した感染性総頸動脈仮性瘤の一例

¹⁾ 兵庫県災害医療センター 救急部、²⁾ 武蔵野赤十字病院 救命救急センター

後藤 彩花^{1,2)}、山内 久翔¹⁾、西村 健¹⁾、奥田 都季子¹⁾、近藤 麻代¹⁾、池田 圭佑¹⁾、伊集院 真一¹⁾、井上 明彦¹⁾、松山 重成¹⁾、石原 諭¹⁾

【背景】頸部食道穿孔の予後は比較的良好とされるが、穿孔後に時間の経過した症例では深頸部感染を来し重篤化する可能性がある。中でも血管合併症を併発した場合は緊急での止血術を要するため、術前の治療戦略は重要である。今回頸部食道穿孔発症後経過中に生じた感染性動脈瘤が術中に破裂し、止血に難渋した一例を報告する。

【症例】81 歳男性、3 週間前からの前頸部腫脹および吐血を自覚し体動困難で救急搬送された。CT で頸部膿瘍と皮下気腫を認め、頸部食道穿孔疑いでドレナージ目的に緊急手術を施行した。開創すると膿瘍を疑った部分の大半は血腫であった。術野をさらに展開した際に深部から動脈性の出血を認めた。頸部のみでは出血制御困難であり、開胸で中枢側をクランプし出血をコントロールした。出血源は脆弱化した総頸動脈であり、大伏在静脈を用いた血管置換術を施行した。食道穿孔部は縫合閉鎖およびドレナージを行った。術後脳梗塞を合併したが、全身状態は安定し現在も治療中である。術前 CT を入念に見返すと同部位に仮性瘤を認めていた。

【結論】本症例では時間の経過した頸部食道穿孔に伴う炎症の波及により仮性瘤を形成したと考えられ、術中に破裂する可能性を念頭に置いて手術を行うべきであった。頸部食道周囲は主要血管に近接しており血管合併症を来す可能性があるため、術前の戦略を十分に練って治療にあたる必要がある。

2-2

一般演題2「消化器」

食道アカラシアによる気道圧排が原因で急性呼吸不全を呈し、緊急気道確保を要した一例

兵庫県立西宮病院 救命救急センター

松下 和敏、高端 恭輔、中川 雄公

【背景】食道アカラシアは合併症として呼吸不全を生じることが知られている。我々は食道アカラシアによる食道拡張により気道が圧排され、緊急気道確保を要した症例を経験したので報告する。

【症例】73歳女性。7年前に他院で食道アカラシアと診断され内視鏡的筋層切開術を受けた。5年前に通院を自己中断し、消化器症状の悪化を認めながらも日常生活を送っていた。急性発症の呼吸困難を自覚したため救急搬送された。酸素 10L/min 投与下で PaO₂ 95.4 mmHg、PaCO₂ 75.7mmHg であり、GCS E1V2M4 と意識障害が認められたため気管挿管を行った。CT 検査で食道アカラシアによる食道拡張と気管下部、主気管支の圧排を認め、気道圧排により急性 2 型呼吸不全を生じたと考えられた。経鼻胃管を留置し食物残渣の吸引を試みたが、食塊が大きく多量であったため難渋した。第 4 病日に上部消化管内視鏡検査を行ったところ、食道内に多量の食物残渣が確認された。内視鏡を食道胃接合部まで進めたところ、3cm 大の餅があり食道閉塞の原因と考えられた。内視鏡スコープで餅を胃内に落下させ、閉塞を解除した。その後、第 6 病日に抜管して第 9 病日に経口摂取を開始し、第 14 病日に退院となった。

【結語】気道圧排による急性呼吸不全に対して緊急気道確保を要し、食道内容物の除去に難渋した食道アカラシアの一症例を経験した。

2-3

一般演題2「消化器」

過食後の急性胃拡張により胃壊死をきたした 1 例

奈良県立医科大学 救急医学 高度救命救急センター

森石 生熙、井上 洋平、大崎 徹、堀口 桃子、山本 幸治、鶴田 啓亮、宮崎 敬太、浅井 英樹、川井 廉之、福島 英賢

【症例】50代女性、主訴：腹部膨満。現病歴：統合失調症既往にあり、施設入所中。来院前日に施設内の祭りにて夕食を大量に摂取。翌日に嘔吐した後に様子がおかしくなったため当院に搬送となった。来院時バイタルサインは JCS3、BP 117/94mmHg、HR 147bpm、BT 36.0℃、SpO₂ 100% (O₂ 4L) で腹部膨満はあるものの疎通は取れず、有意な腹部所見は指摘できなかった。来院時の腹部 CT にて著明な胃拡張と胃内に多量の食物残渣を認めた。続いて消化管造影を実施し造影剤の十二指腸以遠への流出を認めたため、閉塞起点がないことを確認した。保存的加療の方針とし、経鼻胃管による胃内容物の減圧を行い入院となった。しかし入院後も頻回に嘔吐を繰り返し、全身状態の改善を認めないため、原因精査目的で第 4 病日に上部消化管内視鏡を実施したところ、胃壁の多発壊死を認めたため保存加療を断念し手術加療の方針となった。同日、開腹胃部分切除術を実施し、術後経過は良好で 97 病日に退院となった。

胃は豊富な血流のため壊死に陥ることは稀である。今回我々は過食後の急性胃拡張による胃壊死の症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

後下脛十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫の一例

京都市立病院

小西 泰礼、國嶋 憲、安次嶺 親志

【症例】51歳、男性。

【既往歴】特記事項なし。

【現病歴】前日から心窩部の違和感を自覚していたが、本日になり急激な心窩部痛が出現したため当院救急科へ搬送された。

【来院時所見】GCS 4-5-6、体温 38.0℃、血圧 103/78 mmHg、脈拍 70/分、SpO₂ 97%、呼吸数 20/分。心窩部から右季肋部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。

【経過】腹部骨盤単純 CT を施行したところ、臍頭部周囲を中心とした後腹膜血腫を認めた。出血源および活動性出血の評価目的に造影 CT を追加したところ、明らかな造影剤の血管外漏出は認めなかったものの、後下脛十二指腸動脈（PIPDA）に限局性の拡張を伴う嚢状動脈瘤を認めた。画像所見および臨床経過から、PIPDA 動脈瘤破裂による後腹膜出血が強く疑われたため、同日緊急で IVR を施行した。血管造影にて PIPDA 動脈瘤を確認し、後上脛十二指腸動脈（PSPDA）を介して動脈瘤塞栓術を施行した。塞栓術後、貧血の進行は認めず、全身状態は安定して経過した。

【結語】PIPDA 動脈瘤は稀な疾患であるが、破裂時には重篤な病態を呈し得る。活動性出血が明らかでない場合でも、画像所見と臨床経過を踏まえた迅速な診断と治療介入が重要である。本症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

腹部単純 CT 検査で指摘し得た上腸間膜静脈血栓症の一例

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 救命救急センター

有住 果純、栗正 誠也、磯部 俊幸、大西 勇翔、本田 晃敏、弘中 雄基、西山 弘一、田田、山田 元大、鍛冶 有登

【症例】低用量ピルを含め特に常用薬のない 49 歳女性。緩徐に増悪する心窩部・左季肋部痛を主訴に当院救急外来を受診された。発熱なくバイタルサインは安定しており、腹部は平坦で同部位の圧痛を認めるが腹膜刺激徴候は認めなかった。腹部単純 CT 検査で上腸間膜静脈（以下 SMV）内に高吸収域、および SMV 周囲の脂肪織濃度が上昇しており、SMV 血栓症を強く疑った。造影 CT 検査を追加した SMV 内に 8mm 程度の血栓を認めた。腸管虚血や壊死を疑う所見は認めなかった。入院時の検査で、後日プロテイン S 欠乏症が判明した。入院後未分画ヘパリンの持続投与を開始し、第 8 病日に造影 CT 検査で血栓が縮小傾向であることを確認した上でエドキサバンの内服に変薬した。その後の経過は良好で、第 11 病日に自宅退院した。

【考察】SMV 血栓症の診断において、造影 CT 検査は感度 90% 以上と非常に高い感度を有する第一選択の検査である。単純 CT 検査における感度に関する大規模研究は少ない。単純 CT 検査で急性静脈血栓は高吸収に見えることがあるが、これは急性血栓に限られ、慢性血栓や低吸収性の血栓では単純 CT 検査では指摘しがたい。そのため、単純 CT 検査単独では感度が低く、造影 CT 検査に比べて信頼性が劣る。今回は単純 CT 検査で明らかに SMV に高吸収域があり、診断し得た稀有な症例であったため報告する。

2-6

一般演題2「消化器」

上腹部痛で搬送された内因性脾梗塞に対し、基礎疾患に治療介入した一例

¹⁾ ベルランド総合病院 臨床研修室、²⁾ ベルランド総合病院 急病救急部山崎 佑里恵¹⁾、濱口 満英²⁾

【背景】脾梗塞は、心疾患や血液疾患などの基礎疾患を有していることが多い。今回、上腹部痛で救急搬送され、内因性脾梗塞と診断の上治療が開始された一例を経験したので報告する。

【臨床経過】70歳代男性。来院当日朝から持続する上腹部痛を認め、救急搬送された。単純CT撮影にて特記所見を認めなかったため、血管病変の評価目的に造影CTを撮影した。造影CT撮影にて脾臓に楔形状の造影欠損が確認でき、脾梗塞の診断に至った。また、下行大動脈にびまん性の粥状硬化病変を認めた。精査加療目的に入院後、脾破裂や脾膿瘍を疑う所見はなく外科的治療の適応はないと考え、保存的加療の方針とした。脾梗塞の原因として下行大動脈の粥状硬化が考えられた。本症例では高血圧、糖尿病、脂質異常症と動脈硬化因子を多数有していた。循環器内科にコンサルトを行い、バイアスピリンを開始した。また、Holter心電図も施行したが心房細動は認めず、心原性塞栓症は否定的であった。血液検査にてCRPは一時19.78mg/dlまで上昇したがその後自然に改善し、腹部症状も軽快した。バイアスピリンの継続と動脈硬化因子のコントロールを行う方針とし、第11病日に退院となった。

【結語】多数の動脈硬化因子を背景とする内因性脾梗塞の一例を経験した。内因性脾梗塞では原因となる基礎疾患の治療を行うことが重要である。

2-7

一般演題2「消化器」

成人T細胞リンパ腫による高カルシウム血症から急性膵炎を発症した1例

大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター

櫻井 佑基、竹内 隆将、森田 幸子、齋藤 研、樋口 遼、橘高 弘忠、小林 誠人、林 靖之、澤野 宏隆、伊藤 裕介

【はじめに】急性膵炎では、稀ではあるが、高カルシウム血症が原因となり、急性膵炎を発症する例が報告されている。今回、成人T細胞リンパ腫による高カルシウム血症から、急性膵炎を発症した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【症例】84歳、男性。意識障害、急性膵炎、高カルシウム血症のため、当院へ紹介。カルシウム値は20.1mg/dl、意識レベルはE3V4M6であった。急性膵炎のCT grade2、予後因子4点で重症膵炎と診断し、同日入院加療となった。高カルシウム血症に対しては、エルカトニンを投与し、意識レベルは改善した。入院3日目に末梢血の血液像にて分葉したリンパ球を認めたため、HTLV-1抗体を提出し陽性となり、可溶性IL-2受容体も25150U/mlと高値であった。PTHrPは高値であり、成人T細胞リンパ腫に伴う高カルシウム血症から急性膵炎を発症したものと判断した。血液内科での加療のため転院となった。

【考察】高カルシウム血症は、急性膵炎の原因の一つとされており、悪性腫瘍や副甲状腺機能亢進症などが原因となる。意識障害も伴うため、早期診断が難しくなることが報告されている。また、本邦に登録されている成人T細胞リンパ腫の4%に急性膵炎を発症したという報告があり、急性膵炎と高カルシウム血症を合併する場合は、その原因を検索し、注意深い診察を進めることが重要である。

3-1

一般演題3「神経」

ダビガトラン内服中にイダルシズマブ投与を経て血栓溶解療法を安全に施行した一例

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

平井 聖司、鍛冶 有登、松本 博之、井澤 大輔、中西 雄大、中島 翔太

【序論】アルテプラゼ適正使用ガイドライン2019年版において、ダビガトラン服用患者へのイダルシズマブ先行rt-PA療法は、考慮しても良いと記載されているが、推奨度はC1、エビデンスレベルは低にとどまっている。このため実際の救急現場では、抗凝固マーカーの延長や抗凝固薬最終服用からの経過時間によって、rt-PA静注療法の適応外と判断され、本療法の導入を躊躇する場面が少なくない。本症例の経過を提示し、実地臨床における本療法の妥当性について若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例提示】76歳男性。既往に心房細動等があり、ダビガトランを定期内服中であった。最終内服から4時間以内に失語が出現し救急搬送された。来院時NIHSS5点、構音障害、左上肢挙上困難を認めた。頭部MRIにて左小脳梗塞と椎骨脳底動脈の閉塞を認め、心原性脳塞栓症と診断した。直ちにイダルシズマブ5gを投与し抗凝固作用を中和した。直後にrt-PA静注療法を開始したところ、速やかに神経症状は改善した。翌日の画像検査で再開通を確認し、出血性合併症もなく経過良好にて退院となった。

【結語】ガイドライン上の推奨度は現時点で低いものの、本症例ではイダルシズマブによる迅速な中和により、安全にrt-PA療法を完遂し得た。ダビガトラン服用例は、救急現場での中和により唯一rt-PA適応拡大が可能な症例であり、次回ガイドライン改訂時には他のDOAC中和後の投与に関する記載拡充も期待したい。

3-2

一般演題3「神経」

痙攣重積発作で救急搬送された可逆性後頭葉白質脳症の一例

¹⁾ 関西医科大学附属病院卒後臨床研修センター、²⁾ 関西医科大学総合医療センター救急医学科、³⁾ 関西医科大学救急医学講座
井邊 晶也¹⁾、奥畑 裕人²⁾、露無 景子²⁾、吉原 智之²⁾、齊藤 福樹²⁾、吉矢 和久²⁾、中森 靖²⁾、鋤方 安行³⁾

【背景】可逆性後頭葉白質脳症（posterior reversible encephalopathy syndrome：PRES）は高血圧や自己免疫性疾患などを背景に血管原性浮腫を来し、意識障害や痙攣、頭痛などを呈する疾患である。多くは2週間以内に改善し予後良好とされる一方で、10-20%で神経的後遺症を残すと報告されている。

【臨床経過】38歳女性。既往歴はないが、小学生以来病院嫌い、病院受診なし。3-5分の強直性痙攣あり、救急要請された。収容後に1分未満の痙攣、右共同偏視を認めた。来院時意識レベルはGCS：E3V4M6・不穏状態で、BP167/79mmHgと高血圧を認めた。痙攣重積発作と診断し、深鎮静・気管挿管とした。単純・造影CTでは頭蓋内出血や脳主幹動脈閉塞なく、体幹部に異常所見なし。髄液検査では細胞数22/μLと微増していたが、firmarray髄膜炎・脳炎パネルでウイルスや細菌はすべて陰性であったため、頭部MRIを撮像した。前頭葉、頭頂葉、後頭葉、小脳に左右非対称の血管原性浮腫と脳血管攣縮を認め、PRESと診断した。Ca拮抗薬の持続投与による血圧管理を行い、Day3に鎮静を終了した。Day4に抜管し、簡単な疎通がとれるようになった。Day6の頭部MRIで血管原性浮腫の改善を認めた。Day10に本人希望で自宅退院となった。

【結語】痙攣重積発作で搬送され、気管挿管・深鎮静管理を要したが、髄液検査異常を契機に早期に頭部MRIを施行したことで、迅速な診断に至った。痙攣重積発作で救急搬送されたPRESの1例を経験した。

痙攣と意識障害にて救急搬送された硬膜動静脈瘻の一例

¹⁾ ベルランド総合病院 臨床研修室、²⁾ ベルランド総合病院 急病救急部

大平 美月¹⁾、濱口 満英²⁾

【はじめに】硬膜動静脈瘻は、年間 10 万人当たり約 0.3 人程度で発症する比較的稀な疾患であり、静脈のうっ滞によって、多彩な神経症状を引き起こす可能性がある。今回、痙攣と意識障害で救急搬送され、鑑別診断に難渋したのち硬膜動静脈瘻と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】70 歳代男性。来院時、ジアゼパムで止痙後であり、GCS E4V1M1、頻脈・高血圧を認めた。血糖：465 mg/dL、著明なアシドーシスから高血糖緊急症を疑い輸液施行したが、頻脈は改善せず、脱水所見を認めないことや尿ケトン体陰性より否定的であった。心電図に虚血性変化や不整脈はなく循環器疾患を否定、動脈血中の二酸化炭素分圧の上昇を認めたが、呼吸状態は徐々に改善しており、呼吸器疾患も否定的であった。血液検査や画像検査では代謝・内分泌、腎、感染症、消化器、中毒による異常所見なく、精神疾患やアルコール多飲歴、頭部外傷、環境異常要因も認めなかった。以上より、頭蓋内疾患が最も疑わしいと判断した。頭部 CT 撮影で明らかな異常はなかったが、MRI 撮像で左後頭部小脳テント周囲に静脈系の描出を認め、硬膜動静脈瘻を疑われた。その後脳血管造影で確定診断され、加療後、意識レベルは GCS E4V4M5 まで改善した。

【結語】痙攣、意識障害で多岐にわたる鑑別を要し、MRI を契機に稀な硬膜動脈瘻を診断し得た症例を経験した。

脳実質病変に乏しいものの髄液細胞診にて確定診断し得た肺癌由来髄膜癌腫症の 1 例

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

高田 潤音

【緒言】髄膜癌腫症 (LMC) は頭痛や脳神経麻痺での発症頻度が高く、初発症状が痙攣発作、特に重積状態で救急搬送される症例は稀である。今回、画像上の脳実質病変が乏しいにも関わらず、重篤な痙攣で発症し診断に至った一例を報告する。

【症例】特記すべき既往のない成人。起床後に突然の両側上下肢強直間代性痙攣が出現し救急要請された。前医 CT で頭蓋内病変を指摘されず、意識障害と後部硬直が遷延するため転院となった。髄液検査では細胞数増多や蛋白解離を認めず細菌性髄膜炎は否定的であった。左肺野に未指摘の肺癌を疑う所見があり LMC を念頭に造影 MRI を施行したところ、大脳半球裂、小脳上面、脳幹周囲に軟膜の造影効果を、左後頭葉に小結節像を認めた。最終的に髄液細胞診で癌細胞を検出し LMC と確定診断した。

【考察】一般に LMC における Mass 形成は、くも膜・軟膜の浸潤から Virchow-Robin 腔を介した実質内進展、あるいは血行性転移の混在を示唆するが、本例のように微小な浸潤段階で重篤な痙攣を来すことは稀有であり、皮質への微細な刺激が焦点となった可能性がある。また、本例で認めた脳幹周囲 (脚間槽等) への浸潤は、進行すれば動眼神経麻痺や複視を来す解剖学的領域であり、画像所見と神経症状の乖離や予兆に留意が必要である。

【結語】原因不明の痙攣において、単純 CT で異常がなくとも LMC を鑑別に挙げ、早期の造影 MRI と髄液細胞診を行う重要性を強調したい。

身元不明の原因不明けいれん重責として対応した心因性非てんかん発作の一例

近畿大学奈良病院 第三次救命救急センター

中尾 隆美

【背景】救急外来では、原因不明のけいれん・意識障害に対し迅速な初期対応が求められるが、心因性非てんかん発作（psychogenic non-epileptic seizures：PNES）は鑑別が困難である。

【症例】22歳女性。某年9月19時頃、路上で倒れているところを通行人に発見され救急要請された。救急隊到着時、意識障害（JCS300）、全身性けいれん、共同偏視を認め、両前腕にリストカット痕があった。身元不明で所持品なく当センターへ搬送された。来院時、血圧125/79 mmHg、心拍数58回/分、呼吸数15回/分、SpO₂ 100%（酸素5 L/分）、体温37.7℃であった。

【経過】中毒や犯罪関与の可能性を考慮し、けいれん重積と判断してジアゼパムを投与したが再燃を認め、レベチラセタム、ミダゾラム、プロポフォール投与後にけいれんは消失した。迅速薬物スクリーニングは陰性であった。警察との連携により約6時間後に身元が判明し、系列病院の診療録からPNESの既往が明らかとなった。

【結語】原因不明のけいれんでは致命的疾患を除外する治療が優先されるが、PNESも念頭に置く必要がある。

片側上肢麻痺を呈した脊髄硬膜外血腫を早期に診断し得た一例

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

坂本 淳郎、中尾 俊一郎、東 俊樹、竹川 良介、清水 健太郎、織田 順

【背景】脊髄硬膜外血腫は比較的稀な疾患で、突然発症する頸部痛や胸背部痛を呈することが多く、診断遅延により神経障害を残す可能性がある。

【臨床経過】症例は49歳男性で、突然の胸背部痛を自覚し、左上肢麻痺も伴ったため救急要請された。救急隊接触時、脳卒中や急性大動脈解離が疑われ当院に搬送となった。来院時、会話可能で呼吸数18/分、SpO₂ 96%、心拍数86/分、血圧183/95 mmHg、意識清明であったが左上肢不全麻痺を認め、感覚障害も伴っていた。下肢には明らかな運動感覚障害は認めなかった。体温は36.7℃であった。病歴から急性大動脈解離、急性冠症候群、脳卒中等を疑ったが心電図・エコー・CT画像・血液検査ではいずれも否定的であった。神経学的所見では、左側の上腕二頭筋腱、腕橈骨筋腱、上腕三頭筋腱の腱反射低下、膝蓋腱、アキレス腱の腱反射亢進を認め、左上肢不全麻痺と疼痛部位から頸髄病変を疑った。CTでははっきりしなかったが頸椎MRIでは第3～7頸椎の硬膜外左側にT2強調像で高信号域を認め、脊髄硬膜外血腫と診断した。同日に緊急血腫除去術を施行し、神経症状が改善し、第12病日に自宅退院となった。

【結語】脊髄硬膜外血腫では、救急外来において病歴や身体所見、特に腱反射を含む神経学的所見から本疾患を疑い、脊髄病変を想定した画像検査を速やかに行い診断・治療へつなげることが、良好な機能予後に寄与する。

4-1

一般演題4「外傷・外因」

岸和田だんじり祭と他地域における祭礼関連外傷の地域差に関する検討

りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター

田邊 大二郎、森 大樹、福間 博、中尾 彰太、松岡 哲也

【背景】岸和田だんじり祭は山車を用いた祭りであり、その激しさから時に死傷者を伴うことが知られている。大阪府内の他地域には岸和田市以外にも山車を用いた祭りがあるが、岸和田だんじり祭と比較して重症度や死亡率に差を認めるのかは明らかになっていない。

【目的】祭礼に関連した外傷について、岸和田市とその他地域で比較した。

【方法と対象】2012年1月から2025年11月までに当院に搬送された祭礼関連外傷患者61例を岸和田市とそれ以外の市町での受傷症例に分け、受傷機転、受傷部位、重症度、死亡率について後方視的に検討を行った。

【結果】受傷患者は岸和田市16名、その他地域45名であり、年齢中央値は岸和田市35.5歳、その他地域35.0歳であった。受傷機転や受傷部位では、岸和田市とその他地域で有意差は認めなかった。ISS中央値は岸和田市14.0、その他地域10.0、死亡率はそれぞれ6.2%、6.7%と有意差は認められなかった。

【考察】岸和田だんじり祭と比較して他地域での祭礼においても同等の外傷患者が発生し得る可能性があることが示唆された。岸和田市ではだんじり祭の時期は救急医療体制が強化されており、他地域での祭礼の際にも同様の体制の整備が必要であると考えられた。

4-2

一般演題4「外傷・外因」

上腕骨骨幹部骨折における初療時外固定法の検討

市立福知山市民病院 地域救命救急センター

村尾 允弥、山脇 満輝、北川 昌洋

【背景】上腕骨骨幹部骨折に対する初療時外固定としては、L字固定では固定力が不十分であり、sugar tong固定が推奨されている。しかし、実臨床では不適切な外固定が選択されている症例が散見される。

【目的】上腕骨骨幹部骨折に対する初療時外固定法の選択状況と、治療経過中に生じた合併症について検討する。

【方法】2007年2月以降に当院で非開放性上腕骨骨幹部骨折と診断された15歳以上48例を対象に、単施設後ろ向きケースシリーズとして解析した。骨折部位、初療時外固定法、受傷時および手術待機中の合併症（橈骨神経麻痺、開放骨折）を調査した。

【結果】骨折部位は近位1/3が8例、中央1/3が25例、遠位1/3が15例（うちHolstein-Lewis骨折6例）であった。橈骨神経麻痺は受傷時2例、手術待機中に遅発性に3例発症し、開放骨折は1例で、いずれも遠位1/3骨折であった。初療時外固定はL字固定17例、sugar tong固定9例、三角巾固定22例であった。

【結論】上腕骨骨幹部骨折に対する初療時において、推奨されるsugar tong固定の選択率は低く、不適切な外固定は遅発性橈骨神経麻痺や開放骨折などの合併症を引き起こす可能性がある。適切な外固定手技の普及が重要である。

4-3

一般演題4「外傷・外因」

外傷性脾損傷の術後に発症した胃脾瘻に対し保存的治療が奏功した1例

兵庫県災害医療センター 救急部

渡邊 和志、安本 圭秀、池田 圭佑、中谷 至秀、伊集院 真一、西村 健、菊田 正太、井上 明彦、松山 重成、石原 諭

【背景】胃脾瘻は稀な疾患であり、特に外傷による胃脾瘻の報告は極めて少ない。今回我々は外傷を契機に発症した胃脾瘻に対し保存的治療で管理した1例を経験したので報告する。

【症例】18歳女性。普通乗用車の後部座席に同乗中、単独事故にて受傷した。ドクターカーが出動し、モリソン窩に液体貯留を認め腹腔内出血が疑われ、切迫する心停止のため気管挿管、右胸腔の開放、蘇生的開胸術を行い当院に到着した。病着後、Hybrid ERにて直ちに緊急開腹術を施行し、左横隔膜損傷、肝損傷（Grade III a）、脾損傷（Grade III b）を認め、肝縫合・横隔膜修復術を実施し、脾損傷に対してはガーゼパッキング、経カテーテル動脈塞栓術を行った。循環の安定を得てOAMとして入院管理を行い、翌日、止血を確認して閉腹した。炎症反応の上昇、発熱が遷延しており、造影CTを撮像すると脾膿瘍を認め、CTガイド下ドレナージを施行したが排液量の改善を認めず、第27病日に造影CTを再検したところ、胃と脾臓での瘻孔形成を認めた。上部消化管内視鏡検査にて大彎側に15mm大の瘻孔形成を認め、瘻孔が確立されていたことやドレナージ良好であるから保存的加療の方針とした。W-EDチューブを留置し、抗菌薬加療、ドレナージ治療を継続し、第52病日に瘻孔の閉鎖を確認した。

【結語】外傷性脾損傷の術後に発症した胃脾瘻に対し保存的治療が奏功した1例を経験した。

4-4

一般演題4「外傷・外因」

腹部刺創に対してOAMで救命した高齢者の一例

¹⁾ 京都中部総合医療センター 救急部、²⁾ 京都第二赤十字病院 高度救命救急センター 救急科

岩田 讓司¹⁾、中村 嘉²⁾、宮国 道太郎²⁾、神鳥 研二²⁾、文野 裕美²⁾、福盛 沙季²⁾、倉田 菜央²⁾、坂本 善士郎²⁾

症例は92歳の女性。自宅のトイレでうずくまって苦しがり家族を呼んだ。床に出血痕があり、吐血したものと思い家人が救急要請した。救急隊員も吐血または下血と思い車内収容後、腹部に手ぬぐいで包まれた刃物を発見した。当院救急室に搬入時JCS20、CT検査にて背部まで貫通する包丁が確認され自殺企図の腹部刺傷と判断した。搬入時、緊急手術中でICUも満床であったため、救命のため直近の救命救急センターに搬送となった。緊急手術所見では包丁は胃小網から胃前庭部をかすめて臍表層、上行・横行結腸間膜を貫通、後腹膜から脊柱起立筋まで達していた。複数回のダメージコントロール手術を経てOpen Abdominal Managementとなった。その後も複数回の止血目的の再回復手術を施行、減張縫合をかけ皮膚のみ閉鎖し集中管理中である。腹部刺創の初療として刃物を抜かずに、現状位置での固定を行い救命処置につなげるトラウマバイパスにつなげる現場対応の重要性を改めて感じた。

2本の釘に対し抜去と残存の異なる戦略を選択した穿通性頭部外傷の1例

¹⁾ 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター、²⁾ 大阪大学大学院医学系研究科 脳神経外科

中田 秀一¹⁾、伊藤 弘¹⁾、中村 洋平¹⁾、射場 治郎¹⁾、東原 一浩²⁾、尾崎 友彦²⁾、中村 元²⁾、織田 順¹⁾

【背景】穿通性頭部外傷において、異物除去は二次損傷リスクを伴うため、合併症がない限り保存的加療も許容される。今回、ネイルガンで打ち込まれた2本の釘に対し、抜去と残存の異なる戦略をとり良好な経過を得た1例を報告する。

【症例】64歳男性。作業中に自傷目的にネイルガンで頭部に釘を打ち込み受傷された。救急隊接触時JCS III-100のため現場で挿管され、ドクターヘリで当院へ搬送となった。来院時GCS E1VTM1、瞳孔は両側2mmで対光反射迅速であった。循環動態は安定し活動性外出血は認めなかった。頭部CTで右頭蓋内に2本の釘が残存し、右大脳半球に広範な脳内血腫と正中偏位を認めた。1本目は頭頂骨から刺入し、釘の周囲に血腫を形成していた。脳表の動脈が釘によって損傷したことで血腫が形成されたと考えた。2本目は側頭骨から前床突起へ刺入し、内頸動脈と中大脳動脈本幹近傍を走行していた。脳血管撮影で主幹動脈の損傷がないことを確認した。手術は1本目の抜去および血腫除去術を施行した。2本目の釘は2点で固定され可動性が乏しいと考え、抜去に伴う血管損傷や頭蓋底操作のリスクを考慮し残存の方針とした。術後は抗菌薬と抗てんかん薬を1週間投与した。感染や髄液漏、てんかん発作なく経過し意識も改善が得られた。血腫による左片麻痺が残存しリハビリ加療を行なった。

【結語】穿通性頭部外傷において、個々の異物の状況を把握し抜去と残存を適切に使い分ける治療戦略が有用である。

非手術療法により上肢を温存し得た鎖骨下動脈損傷を伴う引き抜き損傷の1例

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

花岡 憲晟、廣瀬 智也、佐藤 一輝、高山 大輝、竹川 良介、織田 順

【背景】外傷性鎖骨下動脈損傷は稀な損傷であり、標準的な治療方針は確立していない。今回、上肢引き抜きに伴う鎖骨下動脈損傷に対し、血行再建を行わず上肢を温存し得た1例を経験したので報告する。

【症例】21歳男性、バイク事故で受傷し搬送された。来院時、呼吸不全、ショック、意識障害を呈し、人工呼吸管理を要した。外傷性くも膜下出血、右血気胸、両側肺挫傷、脾損傷、右脛骨開放骨折を認め、右上肢麻痺から腕神経叢損傷が疑われた。造影CT検査で右鎖骨下動脈の遠位部に狭小化を認め、内膜損傷を伴う鎖骨下動脈損傷を認めた。血気胸に対して胸腔ドレナージ、脾損傷に対して経カテーテル的動脈塞栓術を施行した。右上肢の冷感と橈骨動脈触知不良を認めたが、ドップラー血流計で上腕・橈骨・尺骨動脈に血流を認めたため、完全虚血ではないと判断し、緊急血行再建は施行せず非手術療法とした。第3病日に橈骨動脈が触知可能となり末梢冷感も改善した。第8病日の造影CT検査で鎖骨下動脈の造影欠損を認めたが、上肢血流は身体診察およびドップラー評価上は保たれていた。第15病日にMRIで腕神経叢損傷と診断し、第16病日に右下肢の観血的骨接合術、皮弁植皮術を施行した。第46病日転院となった。

【結論】鎖骨下動脈損傷では外科的修復や血管内治療による血行再建が考慮されるが、側副血行路により末梢血流が保たれている症例では、非手術療法により上肢温存が可能な場合がある。

4-7

一般演題4「外傷・外因」

「車中泊＝DVT」と思い込み診断が遅れた、区画症候群・圧挫症候群の一例

¹⁾ 市立福知山市民病院 臨床研修センター、²⁾ 市立福知山市民病院 地域救命救急センター関 優太¹⁾、村尾 允弥²⁾、山脇 満輝²⁾、北川 昌洋²⁾

【研究デザイン】症例報告

【報告の新規性】予測できなかった臨床経過

【背景】車中泊などの同一体位で発症した下肢痛では下肢静脈血栓症（DVT）がまず想起される。しかし、圧挫症候群（クラッシュ症候群）や区画症候群でも同様の症状を呈することがある。先入観のため、圧挫症候群及び区画症候群の診断が遅れた症例を経験したので報告する。

【臨床経過】32歳男性。飲酒後に車中で睡眠し、覚醒後より右下肢痛を自覚。運転し帰宅したが、体動困難となり救急要請となった。来院時バイタルは安定していたが、右下肢に発赤・腫脹・把握痛を認め、DVTを疑い造影CTを施行したが明らかな血栓はなかった。血液検査でCK14万U/L、K上昇、腎機能障害を認め、再診察で足背動脈の触知不良と下腿運動麻痺を確認した。心電図でT波増高および筋区画内圧上昇を認め、区画症候群・圧挫症候群と診断した。緊急筋膜切開術で殿部・大腿・下腿区画を開放し、中殿筋壊死を認めた。透析1回と大量補液で腎機能は改善した。18病日に閉創し、48病日に転院した。後遺症としては股関節外転筋力低下が残存した。

【考察】圧挫症候群は狭圧をきたす病歴、身体所見、血液検査異常が揃わないと診断に難渋することが多い。感覚障害や運動麻痺を伴う場合は、DVTよりも区画症候群を疑って診察を進めるべきである。

【結語】狭圧の病歴が明らかでなくとも、区画症候群を念頭に早期診断を行うことが重要である。

4-8

一般演題4「外傷・外因」

四肢振戦および体動困難で搬送された慢性リチウム中毒の一例

¹⁾ ベルランド総合病院 臨床研修室、²⁾ ベルランド総合病院 急病救急部宮本 佳依¹⁾、濱口 満英²⁾

【症例】60代、男性。

【主訴】四肢振戦、体動困難

【現病歴】元来より双極性障害と診断され、炭酸リチウム・バルプロ酸ナトリウム・ルラシドン・リスペリドンで内服加療中の患者。かかりつけ精神科への通院は年1回程で怠業もあったが精神的コントロールは良好であった。X年6月頃に倦怠感や食欲不振を自覚、ADLは伝い歩きまで低下した。同月末には内服困難となり、7月3日には四肢振戦が出現し歩行困難となり6日に当院に搬送された。当直医により薬剤性パーキンソニズムと診断され、薬剤調整の上で帰宅となった。帰宅後も体動困難増悪し同月9日に配偶者のみで近医受診され再度救急要請され当院搬送となった。当科初診時、意識はGCS:E4V4M6、身体所見では上下肢に著明な動作時振戦を認めたが神経学的脱落所見は認めなかった。血液検査では脱水疑うBUN高値や長期臥床によるCK高値認めたが主訴に繋がる所見は得られず、画像検査でも指摘されなかった。脱水症に対して補液加療目的に入院となり、入院3日目に初診時の検査でリチウム1.34mEq/Lと高値が判明し慢性リチウム中毒の診断となった。

【考察】慢性リチウム中毒では重症度が血中濃度に相関することが多いが、細胞内移行性が良好なため血中濃度高値を認めずとも発症すると報告されている。今回臨床症状と薬歴から慢性リチウム中毒と診断したが、精神疾患患者への病歴聴取は丁寧に行う必要があると考える。

練炭燃焼による一酸化炭素中毒にメトヘモグロビン血症を合併した1例

兵庫県災害医療センター 救急部

中村 将司、金田 晴貴、渡邊 和志、奥田 都季子、井上 明彦、松山 重成、石原 諭

【背景】練炭燃焼による一酸化炭素中毒は頻度の高い合併症であるが、メトヘモグロビン血症を合併した症例報告は稀である。メトヘモグロビン血症を合併した1例を経験したため報告する。

【症例】既往歴のない30代男性。市販鎮痛薬60錠及びベンゾジアゼピン系睡眠薬40錠を内服後、浴室内で練炭自殺を企図した。救急隊接触時JCS-1、SpO₂ 80%（室内気）であり、高濃度酸素投与下に搬送された。来院時の動脈血液ガス分析でCO-Hb値16.8%、Met-Hb値14.9%を認め、一酸化炭素中毒及びメトヘモグロビン血症と診断した。人工呼吸器管理下で純酸素を投与した。Met-Hb値は20%以下であったがチアノーゼを認めたためメチレンブルーを静脈内投与した。投与5時間後にMet-Hb値1.1%まで改善し、チアノーゼは消失した。その後、化学性肺炎から急性呼吸窮迫症候群を罹患し、体外式膜型人工肺導入など集学的治療を継続したが、第8病日に死亡した。後に来院時の血液検体より窒素酸化物160.0 μmol/L以上を検出した。メトヘモグロビン血症の原因となり得る薬物使用はなかった。発生原因については練炭燃焼だけでなく、着火剤といった石油燃料の関与が考慮された。

【結論】メトヘモグロビン血症は練炭燃焼において合併する場合があります。早期診断と迅速な治療介入が重要である。

救急外来で咽後膿瘍と診断された8症例の検討

大阪赤十字病院 救命救急センター

金子 咲耶、水 大介、貴志 亮太、東 秀律

【目的】咽後膿瘍は稀ではあるが、適切な治療が遅れば致死的な経過をたどる。救急外来で咽後膿瘍と診断された8例の臨床経過と特徴を検討する。

【対象と方法】2022年4月から2025年10月までに当院救急外来で造影CTにより咽後膿瘍と診断された18歳以上の患者の臨床像、画像所見、治療経過をカルテから後方視的に検討した。

【結果】対象は8例であり男性6例、年齢中央値67.5歳であった。免疫不全状態と考えられたのは3例であった。6例に頸椎化膿性脊椎炎を併発しており、それら全例に造影CTで椎前間隙に膿瘍を認めた。原因菌として黄色ブドウ球菌が5例と最多であった。膿瘍ドレナージは4例（経皮ドレナージ3例、手術1例）で施行され、硬膜外膿瘍を併発していた3例中2例は四肢麻痺のため手術が施行された。1例が死亡した。

【結語】咽後膿瘍は高率で頸椎化膿性脊椎炎や硬膜外膿瘍を併発するため、耳鼻咽喉科、整形外科との連携が必要である。造影CTでの椎前間隙膿瘍の存在は化膿性脊椎炎の併発を考える上で有用な所見である。

5-2

一般演題 5「感染症 1」

頸椎硬膜外膿瘍に対し再手術と長期呼吸管理を要した一例

¹⁾ 大阪けいさつ病院 臨床研修医指導センター、²⁾ 大阪けいさつ病院 ER・救命救急科大嶺 翔也¹⁾、新田 亜由美²⁾、甲斐 裕樹²⁾、西浦 嵩弥²⁾、金 成浩²⁾、山田 知輝²⁾、西山 和孝²⁾、上尾 光弘²⁾、水島 靖明²⁾

【はじめに】頸椎硬膜外膿瘍 (cervical spinal epidural abscess :CSEA) は高位頸髄障害により重篤な神経障害や呼吸不全を来す疾患であり、今回、初回手術後も再手術と長期人工呼吸管理を要した一例を経験した。

【症例】42歳男性。頸部痛で近医を受診し頸椎捻挫と診断されたが、1週間の経過で背部電撃痛や上肢の脱力が進行し、意識障害と四肢麻痺で当院へ救急搬送された。MRIでC3-5に化膿性脊椎炎および硬膜外膿瘍を認め、抗菌薬を開始した。翌日に全身麻酔下に排膿洗浄術を施行し挿管のままICUに入室した。術後、咳嗽反射消失のため第7病日気管切開を施行し、その後の呼吸器離脱は困難であった。第15病日にMRIでC2前面に膿瘍残存と頸髄狭窄を認め、第37病日にC3/4・C4/5のpartial corpectomyおよび人工骨移植を施行した。第63病日に人工呼吸器離脱に成功し、第77病日に転院となった。

【考察】CSEAは再手術率が高く、特に高位病変では遺残膿瘍が呼吸不全に直結する。重症例では手術後もMRIをフォローすることの重要性が示唆された。

【結語】CSEAでは、初回手術後も画像に基づく慎重な経過観察が予後改善に重要である。

5-3

一般演題 5「感染症 1」

気管挿管後約1ヶ月半を経て発症した若年健常者の声門下膿瘍の1例

¹⁾ 地方独立行政法人りんくう総合医療センター臨床研修センター、²⁾ 地方独立行政法人りんくう総合医療センター大阪府泉州救命救急センター川崎 実代¹⁾、福間 博²⁾、中尾 彰太²⁾

【背景】声門下膿瘍は稀な疾患で、免疫能低下や基礎疾患を背景に発症することが多い。また、気管挿管に伴う気道合併症は通常、気管挿管後早期に顕在化することが多く、時間をおいて感染性病変として発症する報告は限定的である。今回、基礎疾患のない若年健常者において、気管挿管後約1ヶ月半を経て発症した声門下膿瘍の1例を経験したため報告する。

【臨床経過/活動内容】症例は21歳男性。来院約1ヶ月半前に交通外傷による急性硬膜外血腫のため4日間経口気管挿管による人工呼吸管理を受けた。呼吸困難感と喀痰を主訴に来院し、喉頭ファイバーで声門上部の著明な浮腫と膿性分泌物を認めた。頸部造影CTで声門下膿瘍と診断、同日経口気管挿管し、第2病日に膿瘍開放術を実施。膿汁培養からMRSAを含む多菌種が検出された。抗菌薬 (ABPC/SBT+VCM) とステロイドで治療を継続し、第8病日に抜管。第13病日に軽快退院となった。

【結論】本症例は、基礎疾患のない若年健常者において、気管挿管後約1ヶ月半を経て遅発性に発症した声門下膿瘍という点で稀である。過去に気管挿管歴のある患者が非特異的な気道症状を呈した場合、免疫能低下の有無にかかわらず、遅発性の感染性気道合併症を鑑別に挙げ、迅速に診断・介入することが重要である。

診断に難渋した脳膿瘍 / 髄膜炎の一例

¹⁾ 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 救命救急センター、²⁾ 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 総合診療科

大村 侑也¹⁾、鍛冶 有登¹⁾、磯部 俊幸¹⁾、弘中 雄基¹⁾、田田¹⁾、西山 弘一¹⁾、山田 元大¹⁾、阿部 尚子²⁾、山本 英樹²⁾、新保 雅也²⁾

【背景】診断に難渋した脳膿瘍 / 髄膜炎の一例を報告する。

【症例】72歳男性。第1病日に発熱・嘔吐で発症。第2病日に前医受診し細菌性腸炎の診断でLVFX処方を受ける。第4病日に頭痛増悪し前医再診。髄膜刺激症状を認めFOMに変更。第5病日、髄膜炎疑いで当院神経内科紹介受診。髄膜刺激症状と頭部CTでの占拠性病変を認めず、血液検査にて炎症も改善傾向と判断。第17病日に体動困難で救急要請。原因不明の発熱を認め加療目的に入院。CTRXが開始されたが、第18病日に中止し、改善を認め第25病日に自宅退院。第30病日、体動困難・発熱で再入院。第31病日に頭部MRIで右側脳室内の病変が指摘され、脳膿瘍 / 髄膜炎が疑われ、第32病日に脳室ドレナージ施行。第33病日に髄液からStreptococcus intermediusを検出。抗菌薬治療を継続し、第113病日に自宅退院となった。

【考察】本症例は、発症早期に複数の抗菌薬が反復投与された結果、partial treatmentとなり血液培養の陰性化・非定型な症候を呈したことで、麻痺や痙攣などの巣症状を欠いたことが診断が遅れた原因と考える。初回入院時の発熱と頭痛に対し、熱源検索として頭部画像検査・髄液検査を積極的に考慮する必要があった。

【結語】先行抗菌薬投与歴がある原因不明の発熱症例では、臨床症状の非定型化を常に念頭に置き、全身検索を行う必要がある。

溶連菌感染による細菌性髄膜炎および多臓器膿瘍形成にて死亡に至った一例

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

大下 剛毅、田田、弘中 雄基、山田 元大、西山 弘一、鍛冶 有登

患者は80歳男性。X年3月31日、同4月1日腰痛主訴に近医受診。異常所見なく対処療法にて帰宅方針となった。帰宅後から傾眠傾向が出現したが、自宅にて経過を観察されていたが4月3日訪問者が呼びかけに反応がない患者を発見。意識障害にて当院救急搬送された。

当院搬入後各種検査施行し、血液検査では白血球の好中球分画優位での上昇、CRP高値を認め細菌感染が示唆された。髄液検査では多形核球優位の細胞数増加を認めた。胸腹部CT検査では腹部大動脈には解離腔、右腸腰筋に低吸収領域、右腎臓周囲にairを認めた。頭部CT検査では特記事項認めなかったが頭部MRI検査にて散在性に高信号領域が指摘された。以上から右腸腰筋膿瘍から血行性に髄膜炎をきたしたと判断。抗菌薬（ABPC + CTRX + MEPM）加療を開始した。なお脳梗塞及び腹部大動脈解離に対しては保存的加療が選択された。4月4日に気管挿管、中心静脈カテーテル留置、ブラッドアクセスを留置した。入院中心臓エコー検査及び経食道心臓エコー検査施行したが明らかな疣贅などは指摘されなかった。

その後鎮静下にて抗菌薬加療及び全身管理を行っていたがX年4月29日の胸腹部CT検査にて腹部大動脈の瘤化及び周囲脂肪織濃度上昇が指摘された。感染性腹部大動脈瘤の可能性を考慮し心臓血管外科に相談。DIC傾向であることから手術適応なく保存的加療となった。抗菌薬にVCM追加し加療継続したが徐々に血圧が低下しX年5月12日死亡確認となった。

細菌性腸腰筋膿瘍として治療開始後に診断されたカンジダ性腸腰筋膿瘍の一例

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

周藤 健、鍛冶 有登、林 智志、吉田 圭佑、鈴木 智成

【背景】カンジダ性腸腰筋膿瘍は極めて稀な疾患であり、臨床症状が非特異的なため診断が遅れることがある。最適な治療戦略に関する報告は限られており、救急診療における認識向上が重要である。

【症例】クローン病および小腸穿孔の既往を有する 34 歳男性で、1 か月前からの倦怠感と腰痛を主訴に受診し、歩行困難を呈していた。血液検査で炎症反応高値、貧血、低アルブミン血症を認めた。造影 CT にて右大腰筋から右腸骨周囲に膿瘍形成を認め、腸腰筋膿瘍と診断し外科的ドレナージを施行した。手術時の膿瘍培養より *Candida albicans* が検出され、カンジダ性腸腰筋膿瘍と確定診断した。初期治療として VCM、CLDM、MEPM を投与し、培養結果判明後に MCFG へ変更した。ドレナージ後、炎症反応は経時的に改善し歩行可能となり、その後 FLCZ へ変更後も経過は良好だった。

【考察】本症例は細菌性腸腰筋膿瘍として治療開始後に膿瘍培養から *Candida albicans* が検出された 1 例である。真菌性膿瘍は頻度が低く、患者背景から真菌感染を鑑別に挙げる必要がある。*Candida* による膿瘍は報告例が少なく、血液培養の陽性率も低いことから、抗真菌薬選択に関するエビデンスは限定的である。報告例ではドレナージ併用が奏効する症例が多く、今後も治療方針について検討が必要である。

免疫抑制状態にないクリプトコッカス性髄膜炎の症例

岸和田徳洲会病院 救命救急センター

植田 龍輝、鍛冶 有登、山田 元大、田田、弘中 雄基、西山 弘一、大西 勇翔、本田 晃敏、磯部 俊幸、紺田 能寛

【目的】免疫抑制状態にないクリプトコッカス性髄膜炎の症例を経験したため報告する。

【症例】78 歳女性。倦怠感と食欲低下が出現した 1 ヶ月後に発熱、体動困難を伴い救急要請した。GCS4-4-6、体温 38.7℃、神経症状はなく、髄膜刺激症状も認めなかった。CRP 0.173、WBC 3000 と有意な上昇は認めず、画像検査でも熱源は不明であり、尿白血球が軽度陽性のため、尿路感染症による熱せん妄の疑いで入院となった。入院 3 日目に血液培養検査で *Cryptococcus neoformans* を検出し、髄液検査にて同菌が検出され、*Cryptococcus neoformans* による髄膜炎の診断となった。アムビゾーム 150mg/日 + フルスイトシン 25mg/kg/日を開始した。8 日目には解熱し、症状も改善傾向であった。

【考察】免疫抑制状態にないクリプトコッカス性髄膜炎は、免疫抑制状態の症例に比べ、診断が遅れる傾向にある。AIDS などの免疫抑制状態の症例で感染症が疑われれば、通常ルーチンの抗原検査で早期診断に至ることが多いが、免疫抑制を伴わない本疾患例では、髄液検査をせず診断に至ることは非常に困難である。死亡率 30% との報告もあり、なるべく早期に髄液検査に踏み切ることが重要である。

【結論】発熱と軽度の不穏を呈する、明らかな熱源を指摘できない患者に対しては、炎症反応に乏しくても髄液検査を検討すべきである。

6-2

一般演題 6「感染症 2」

歯槽感染による *Acinetobacter* 菌血症で敗血症性ショックに至った 1 例¹⁾ 関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター、²⁾ 関西医科大学附属病院 高度救命救急センター長瀨 佳歩¹⁾、山崎 良介²⁾、岡本 聡太²⁾、大石 峻裕²⁾、中村 佳裕²⁾、尾上 敦規²⁾、室谷 卓²⁾、鋤方 安行²⁾

症例は 50 歳代男性。脳梗塞後遺症による精神運動興奮のため前医入院中であった。38-39℃の発熱と炎症反応高値を認め、輸液および抗菌薬投与が行われたが、血圧低下と意識障害が進行し、敗血症性ショックのため当院へ転院搬送となった。来院時、意識レベル JCS III -200、血圧 72/53 mmHg、脈拍 113 回/分とショック状態で、CRP は 23 mg/dL と高値であった。

血液培養よりグラム陰性桿菌が検出され、口腔内には多数の齲歯があり、歯槽部から排膿も認めたことから歯槽感染が原発巣と考えられた。

後日、血液培養から *Stenotrophomonas maltophilia* および *Acinetobacter baumannii* complex が同定された。*Acinetobacter baumannii* は院内環境への定着性が高く、多剤耐性を示すことが多い医療関連感染起因菌であるが、本症例では薬剤耐性は認めなかった。薬剤感受性に基づく抗菌薬治療により循環動態および炎症反応は改善し、第 9 病日に前医転院となった。本症例は長期入院および口腔内管理不良を背景に、医療関連感染起炎菌による *Acinetobacter* 菌血症から敗血症性ショックに至った症例を報告する。

6-3

一般演題 6「感染症 2」

Pseudomonas mendocina による菌血症の 1 例

多根総合病院

三好 拓也、柳 英雄、升井 淳、橋本 純子、近藤 隆太郎

症例は 82 歳女性。老人ホーム入所中に発熱を認めたため、救急搬送された。来院時、尿所見や炎症反応上昇から、尿路感染症疑いで入院とした。初期治療としてセフトラゾールによる抗菌薬加療を開始したが、第 5 病日に血液培養より *Pseudomonas mendocina* (*P. mendocina*) が検出され、感受性結果を踏まえセフトラジムへ変更した。心エコー検査では疣贅形成や弁膜症所見を認めず、胸腹部 CT でも椎体周囲炎症や膿瘍形成はなく、心内膜炎や椎体炎など *P. mendocina* による明らかな合併症は認めなかった。2 週間の抗菌薬加療後に血液培養で菌陰性化を確認し、全身状態も安定したため第 25 病日に退院となった。

P. mendocina は水や土壌に存在するグラム陰性好気性桿菌で、ヒト感染症の起因菌としては稀である。救急診療においては頻度の低さから鑑別に挙がりにくい、免疫正常者においても菌血症や敗血症、心内膜炎、中枢神経系感染などの重篤な感染症を引き起こし得ることが報告されている。アンピシリン耐性を示す一方、第 3・第 4 世代セフェムやキノロン系抗菌薬に対する感受性は概ね良好であり、早期診断と適切な抗菌薬治療により予後は良好とされる。今回 *P. mendocina* 菌血症の 1 例を経験したため、文献的考察を含めて報

Edwardsiella tarda による壊死性筋膜炎の 1 例

関西医科大学附属病院 救急医学講座

岡本 聡太、大石 峻裕、尾上 敦規、中村 佳裕、中村 文子、櫻本 和人、室谷 卓、梶野 健太郎、池側 均、
鎌方 安行

【背景】 *Edwardsiella tarda* (*E. tarda*) は水辺環境や魚介類に関連した腸管感染症の原因菌であり、担癌患者や肝硬変患者などの易感染性リスク患者に発症し致死率が高い。今回、明らかな易感染性リスクのない患者に発症した、*E. tarda* による壊死性筋膜炎の 1 例を報告する。

【症例】 高血圧と心筋梗塞の既往がある 60 代女性。搬送数日前より下肢の疼痛があり、近医で鎮痛薬を投与されていたが、搬送前日に両下腿に紫斑が出現し、歩行不能となり当院へ搬送された。搬送時バイタルサインは安定しており、両下腿に紫斑を認めた。血液検査では、WBC 24,100/ μ L、CRP 39.1 mg/dL と炎症反応上昇を認め、血小板数 3,000/ μ L、総ビリルビン 11.7 mg/dL、クレアチニン 1.26 mg/dL と、腎障害と肝障害をきたし、SOFA スコア 10 点および急性期 DIC スコア 4 点で、敗血症性 DIC の状態であった。CT では両下腿の脂肪織濃度上昇を認め、蜂窩織炎の暫定診断で Piperacillin/tazobactam、Tedizolid、clindamycin による抗菌薬治療を開始した。入院 2 日目に、血液培養が陽性となりその後 *E. tarda* と同定された。入院から 4 日目まで連日血小板輸血を要したが、その後血小板数は改善した。入院 5 日目より両側下腿前面に淡黄色の水疱形成を認め、9 日ごろから皮膚壊死が著明となり壊死組織のデブリードマンと洗浄処置を継続した。全身状態は安定し、31 日目にリハビリ目的に転院となった。

【結論】 *E. tarda* による敗血症は易感染性のリスクのない患者においても重篤化し、集学的治療を要するため注意が必要である。

モザンビーク渡航後に急性発熱を呈した一例

¹⁾ 大阪市立総合医療センター 教育研修センター、²⁾ 大阪市立総合医療センター 救命救急部

松川 裕美¹⁾、池田 結香²⁾、福家 顕宏²⁾

【背景】 本邦においてマラリアは輸入感染症として認知されている。その予防として、防蚊対策、予防内服、スタンバイ治療がある。いずれの予防も行われず、多臓器不全で死亡した一例を経験したので報告する。

【症例】 62 歳日本人男性、併存疾患は 2 型糖尿病と高血圧症。モザンビークから帰国後 10 日目に発熱、食思不振、軟便、頭痛が出現。前医の血液検査で肝酵素上昇、腎機能障害、血小板減少があり、急性肝炎および腎前性腎不全の診断で入院加療となった。第 5 病日、血小板減少や腎機能障害が進行したため、当院に転院となった。来院時、血圧は安定していたが、頻脈・頻呼吸であった。全身の黄疸が著明で、両側下腿に出血斑があった。乳酸値上昇と代謝性アシドーシスがあり、炎症反応高値、肝胆道系逸脱酵素高値、腎機能障害、血小板減少の所見であった。迅速診断キットからマラリアと診断した。第 6 病日には DIC に進展した。重症熱帯熱マラリアに対し、挿管の上、人工呼吸管理と急性血液浄化を開始した。キニーネを投与し、大量輸液と昇圧を試みたが、血管透過性の亢進が著明で、第 9 病日に多臓器不全のため死亡された。

【考察】 マラリアの診療において早期の診断と治療介入は重症化を防ぐために重要であり、渡航歴から鑑別に挙げておく必要がある。一方、本症例は早期に診断し、治療を開始できたが多臓器不全により死亡しており、流行地渡航時の予防は重要と啓蒙すべきである。

7-1

一般演題7「呼吸・代謝」

尿細管アシドーシスにより低カリウム性四肢脱力・筋力低下を呈したシェーグレン症候群

兵庫医科大学病院 救急災害医学講座

村上 博基、大穂 雄太、宇仁田 亮、岸本 真房、寺嶋 真理子、山田 太平、平田 淳一

【はじめに】シェーグレン症候群は外分泌腺へのリンパ球浸潤に伴う自己免疫疾患で、乾燥症状を特徴とする。シェーグレン症候群の初発症状で四肢脱力・筋力低下を呈した症例を経験した。

【症例】既往のない31歳女性。

【現病歴】来院2週間前に手の筋肉痛やこばりを自覚。来院前日に上下肢脱力と筋力低下を認め近医を受診。精査加療目的に当院へ転院搬送。

搬送時は意識清明 脈拍 87 血圧 110/82mmHg 体温 37.2°。運動系で上下肢の筋力低下（上下肢 MMT2）を認めた。血液ガス分析：pH7.288、HCO₃-16.1、K 1.6mmol/L、Cl 119mmol/L、AG13.7。入院後 KCL と細胞外液の静脈投与による対症療法で低 K 血症および代謝性アシドーシスが改善し、徐々に四肢の脱力発作が回復。尿細管アシドーシスによる低 K 血症と判断し、免疫膠原病内科へコンサルト。自己抗体、シルマーテスト、唾液腺シンチ、口唇腺・腎生検結果からシェーグレン症候群と診断された。

【考察】シェーグレン症候群は腎臓や肺など全身的な病変から発症する場合がある。腎病変は 5-14% の有病率が報告されており、間質性腎炎、尿細管性アシドーシス、糸球体腎炎を特徴とする。尿細管アシドーシスは低 K 血症による四肢麻痺や筋力低下、骨軟化症を引き起こす。初期に乾燥症状が認められなくとも、血液ガス分析や低カリウム血症に関連する症状はシェーグレン症候群の発見の手がかりとなり得る。

【結語】四肢脱力・筋力低下の症状からシェーグレン症候群の診断に至った 1 例を経験した。

7-2

一般演題7「呼吸・代謝」

DCR が喘鳴を呈する呼吸不全の診断に有用であった 2 症例

滋賀医科大学医学部附属病院 救急・集中治療部

辻 拓哉、塩見 直人、宮武 秀光、仲野 詩菜

【背景】救急外来において喘鳴を伴う急性呼吸不全の原因を速やかに診断することは容易ではない。心不全、閉塞性肺疾患などが鑑別に挙げられるが治療反応をみてから診断されることも多い。近年胸部動的撮影（dynamic chest radiography：DCR）が開発され、ベッドサイドにて通常のレントゲンとほぼ同じ手順で画素値変化を用いて換気分布や肺血管動態を評価できるようになった。しかし肺血流評価に関する報告は有るものの、急性期呼吸不全への報告は限られている。今回は DCR が喘鳴を呈する呼吸不全の診断に有用であった 2 症例を経験したため報告する。

【症例】症例 1：81 歳女性。TAVI 後に喘鳴と低酸素血症を呈した。胸部単純 X 線では明らかな肺うっ血を認めなかったが、DCR では両肺の呼吸時画素値変動が低下と吸気の透過性亢進を認め、閉塞性換気障害を示唆した。気管支拡張薬投与後に症状は速やかに改善し、DCR 所見も改善した。

症例 2：82 歳男性。喘鳴と起坐呼吸を伴う呼吸困難で搬送された。胸部単純 X 線では軽度の肺動脈陰影拡張を認めたが、心不全と確信するには至らなかった。DCR では呼気相に肺血管の怒張を認める一方、両肺の換気は保たれており、喘鳴の原因として心不全に伴う肺うっ血が示唆された。心不全治療により症状は改善した。

【結語】DCR は喘鳴を伴う急性呼吸不全において有用な評価法となる可能性がある。

7-3

一般演題7「呼吸・代謝」

全身の痛みを訴え診断に難渋したクラウンデンス症候群の一例

¹⁾ ベルランド総合病院 臨床研修室、²⁾ ベルランド総合病院 急病救急部玉置 智隆¹⁾、濱口 満英²⁾

【背景】クラウンデンス症候群は偽痛風の一種であり、頸部の可動域制限や疼痛を特徴とする。しかし、頸部に限定されない全身の疼痛を主訴に来院し診断に難渋したクラウンデンス症候群を経験したので報告する。

【臨床経過】90代男性。来院5日前から動作時に増悪する右側優位の頭部、頸部、肩、背部、胸部、股関節、膝、踵の痛みが出現し、体動困難となり救急搬送された。癌の多発転移、膠原病、脳神経系の疾患を考慮しCT撮影、採血などをおこないCRP:12.62mg/dlと高値であったが診断には至らなかった。精査加療目的に入院後、疼痛部位が主に関節であることから、膠原病内科にも相談したところ、項部硬直があることや入院時CT撮影での歯突起周囲の軽度石灰化を認めることからクラウンデンス症候群の可能性を指摘された。入院4日目に頸椎MRIを撮像し、腰椎穿刺を行い、髄膜炎や脊椎炎は否定的であった。また、朝のこわばりなどリウマチ性多発筋痛症を疑う所見もなく、各種自己抗体検査からもその他の膠原病を疑わず、クラウンデンス症候群と診断した。入院中はアセトアミノフェン、ロキソプロフェン内服で良好に経過し軽快した。

【結論】頸部を含む複数箇所の疼痛を訴える場合、クラウンデンス症候群を考慮し歯突起周囲の石灰化や頸部の可動制限の有無を確認することが重要である。

7-4

一般演題7「呼吸・代謝」

誤嚥性肺炎におけるストレス高血糖比の早期重症化予測能の検討：

パイロットスタディ

京都山城総合医療センター

田邊 裕紀、平山 敬浩、山口 明浩

【背景】高齢誤嚥性肺炎患者では、発熱や白血球増多などの典型的炎症所見に乏しく、来院時の重症度評価や予後予測に難渋することが多い。既存の重症度スコアに加え、より簡便で客観的な指標が求められている。

【目的】75歳以上の誤嚥性肺炎患者において、ストレス高血糖比（Stress Hyperglycemia Ratio：SHR）と重症化および院内死亡との関連を検討する。

【方法】2024年に当院へ入院した75歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした後ろ向き観察研究。入院時のSHRを算出し、院内死亡と呼吸不全の増悪（HFNC / NPPVの使用、または経鼻酸素5L /分以上の酸素需要）とのそれぞれとの関連を検討した。

【結果】解析対象は42例。呼吸不全増悪群では、SHRが高値を示す傾向を認めた。一方、院内死亡症例の中にはSHR高値例に加え、低値にとどまる症例も散見された。これらは侵襲に対して血糖上昇反応を起こせないAnergyを反映している可能性が示唆された。

【結語】SHRは誤嚥性肺炎患者において、呼吸不全重症化を反映する補助的指標となる可能性がある。一方で、死亡予測においてはSHR低値群も存在し、高齢者特有の侵襲反応低下を考慮した解釈が必要である。本会ではカットオフ値の検討を含めて最終報告を行う。

7-5

一般演題7「呼吸・代謝」

転倒後の右大腿骨頸部骨折契機に発症した非心原性肺水腫の一例

社会医療法人松藤会入江病院 総合診療科

亀井 裕子、入江 聡五郎¹⁾

【背景】神経原性肺水腫は中枢神経系の急性障害に伴う重度ストレスを契機として生じる急性呼吸窮迫とされる。今回、急性の中枢神経障害や心不全兆候を欠き、骨折後の疼痛を契機に急性肺水腫を呈し、非侵襲的陽圧換気（NPPV）のみで24時間以内に速やかに改善した症例を経験した。

【症例】63歳男性。施設内で転倒し、翌日に右股関節痛と呼吸苦、酸素化不良を認め救急搬送となった。来院時、体温 37.3°C、心拍 110/分、血圧 178/103mmHg、呼吸数 30/分、SpO₂ 95%（酸素 6L）、GCS E3V4M6であった。

【経過】CTで右大腿骨頸部骨折に加え、両側胸水貯留とすりガラス影を認め、肺水腫が示唆された。頭蓋内病変はなく、中枢神経系障害を示唆する所見はみられなかった。身体所見でも静脈怒張や下腿浮腫、起坐呼吸を認めず、心不全の診断基準を満たさなかった。抗菌薬や利尿薬を使用せず、NPPVのみで24時間以内に自然軽快し、再燃もなかった。

【考察】本例は骨折後疼痛によるストレスが交感神経を活性化して肺水腫を発症した可能性が高く、定義上は神経原性肺水腫に該当しないが、類似病態として位置づけられると考えられた。今後同様の症例蓄積により、神経原性肺水腫の定義見直しに寄与する可能性がある。

7-6

一般演題7「呼吸・代謝」

高齢者膿胸に対して保存的治療を行った一例

¹⁾ ベルランド総合病院 臨床研修室、²⁾ ベルランド総合病院 急病救急部梅木 勇輔¹⁾、濱口 満英²⁾

【背景】膿胸は肺炎や誤嚥性肺疾患に伴う重篤な感染症であり、高齢者では基礎疾患、低栄養、免疫低下など複数因子が関与し治療に難渋する。特にドレナージ不良例では遷延化が問題となる。今回、救急搬送された高齢患者が入院中に膿胸を発症し、解剖学的要因も重なってドレナージ困難となった症例を経験したため報告する。

【臨床経過】90歳代男性。糖尿病の既往があり、関節リウマチに対しMTXを内服中であった。ベッドからのずり落ち後に起立不能となり救急搬送された。胸部CT撮影で両側に肺癌を疑う病変を認めたが、年齢とADL低下を踏まえ積極的治療は行わない方針とした。入院17日目に胸痛が出現し、新規左胸水を認めた。胸水穿刺で膿性胸水を確認し膿胸と診断した。ABPC/SBTを開始し胸腔ドレナージを試みたが、胸壁が深くカテーテルが安定せず早期逸脱したため抜去した。低栄養に伴う胸水再貯留も示唆され、中心静脈路を確保し長期中心静脈栄養管理とした。治療中に薬疹を生じLVFXへ変更し改善した。抗菌薬は約1か月で終了したが、ADL改善は乏しく寝たきりで経口摂取も困難であったため、急性期治療終了後は療養目的で転院調整となった。

【結論】高齢者膿胸では、誤嚥、免疫抑制、低栄養、胸壁肥厚など複数因子が重なりドレナージ困難例となりやすい。患者背景を踏まえた低侵襲な管理に加え、多職種連携による包括的アプローチが重要である。

免疫チェックポイント阻害薬による劇症1型糖尿病を発症した一例

大阪赤十字病院救急科

伊藤 真和、水 大介、池添 徳晃、小郷 真穂、塚野 圭、田浦 拓弥、貴志 亮太、山下 純平、宮本 将太、東 秀律

【背景】免疫チェックポイント阻害薬が多くの患者に投与されるようになる一方で、有害事象（irAE）による様々な症状で救急外来を受診する患者も少なくない。

【症例】70代男性が呼吸困難感を主訴に救急外来を受診した。胸部食道癌術後再発に対して、ニボルマブ（オプジーボ®）・イピリブマブ（ヤーボイ®）が受診100日前から投与されていた。受診10日前から口渇感を認めていた。血液検査では高血糖（938 mg/dL）とアニオンギャップ開大性代謝性アシドーシス（pH 6.957, Anion Gap 36.3 mEq/L）を認め、尿ケトン体陽性であった。胸腹部造影CT検査では器質的疾患を認めず、糖尿病性ケトアシドーシスと診断した。糖尿病の既往はなく、入院後の血液検査でHbA1C 6.3%、空腹時およびグルカゴン負荷後の血清Cペプチドが測定感度未満であり、劇症1型糖尿病と診断した。補液、電解質補正、インスリン導入による治療により、第10病日に退院となった。

【結語】免疫チェックポイント阻害薬による劇症1型糖尿病は稀であるが、急激な経過から致死的になりうる。免疫チェックポイント阻害薬使用中の患者では、血糖値の急激な上昇に注意を払う必要があり、劇症1型糖尿病の可能性を考慮した専門医との緊密な連携が必要である。

当MC管内の血栓回収療法を前提としたLVOに伴う脳卒中を疑う傷病者搬送調査第1報

¹⁾ 京都府南丹メディカルコントロール協議会、²⁾ 京都中部総合医療センター救急部

計良 夏哉^{1,2)}、麻田 浩正¹⁾、岩田 譲司^{1,2)}

京都府は二番目に県庁所在地の人口集中率が高く、6つの二次医療圏（以下医療圏）のうち3つが医師少数区域であり、救急医療の均てん化が課題である。一次脳卒中センター（PSC）コアは府内に13施設あるが2医療圏に集中しており人口カバー率は80%であるが面積カバー率は24%にとどまっている。機械的血栓回収療法の適用となる主幹動脈閉塞（LVO）に伴う脳卒中を予測する観察項目陽性数をPSCコア等への直接搬送を考慮する指標として活用することが提案されている。当MCは医療資源や医療機関の受入体制が相対的に不十分な地域として3/6項目以上の陽性をもって管外のPSCコアへの直接搬送を考慮することとした。3項目以上陽性と救急隊が観察した症例を対象とする調査を令和7年2月より行なった。調査票の回答依頼項目には医師による観察項目の評価、傷病名、LVO該当の有無、血栓回収術および溶解術施行の有無と開始時刻とした。10月までに回収した61例については脳梗塞が34例、脳出血が22例、その他が5例であった。脳梗塞のうちLVO該当との回答は22例であり、15例で血栓回収療法が施行された。予後調査は入院期間に基づく中等症、重症にとどまっており機能的予後については検討できていない。同様の調査は京都府の7つMC協議会の全てで開始されているが、各MCにおける調査対象などが統一されておらず、調査の持続可能性、地域医療構想や関連学会へのフィードバックの方法について検討が必要である。

救命の連鎖が繋がった社会復帰症例

赤穂市消防本部

山本 大輔

昨今、一般市民への心肺蘇生法等の応急処置の普及啓発により、救命率や社会復帰率は年々向上している。しかしながらバイスタンダー CPR 実施数は増加しているものの傷病者の容態に左右される場合もあるが PAD は目撃有心肺停止症例の 1 割にも満たない程度である。本症例は突然倒れ、痙攣を発症した後に心肺停止となった傷病者に対し、市民救助者による心肺蘇生法及び PAD、引き継いだ救急隊の救命処置で ROSC し、医療機関での処置により社会復帰へ至った救命の連鎖が迅速に繋がった症例を経験したので発表する。

院外心停止患者における除細動パッド貼付位置の実態調査

－ CT を用いた定量的評価－

京都山城総合医療センター

丸山 裕生、平山 敬浩、山口 明浩

【背景】除細動パッドの適切な貼付位置は、経胸郭インピーダンスを最小化し、心筋へ十分な通電ベクトルを得るために極めて重要である。ガイドラインでは心尖部パッドを中腋窩線（MAL）上に貼付することが推奨されているが、実臨床では前方に貼付される傾向が危惧される。今回我々は、搬送後 CT を用いてパッド貼付位置の実態を定量的に調査した。

【対象と方法】2025 年 1 月から 11 月までに当院へ搬送された院外心停止患者のうち、除細動パッド装着下に胸部 CT が撮影された連続 30 症例を対象とした。CT 軸位断を用い、心尖部パッドと MAL の位置関係を以下の 5 段階で評価した。Grade1: MAL より完全に前方～Grade5: MAL より完全に後方。Grade1・2 を「不適切（前方偏位）」、Grade3 以上を「適切範囲」と定義し、その割合を検討した。

【結果】対象 30 例の平均年齢は 75.7 歳、男性 16 例、女性 14 例であった。貼付位置の評価では、Grade1 が 11 例（36.6%）、Grade2 が 8 例（26.6%）であり、計 19 例（63.3%）が前方偏位と判断された。Grade3 以上の適切範囲は 11 例（36.7%）にとどまった。

【結語】院外心停止患者の過半数で、除細動パッドは推奨位置より前胸部に偏位して貼付されていた。平面的教材や仰臥位での貼付困難さに加え、トレーニング用マネキンによる手技の刷り込み（Training Scars）が関与している可能性がある。今後は救急隊や市民に対し「中腋窩線を覆う、あるいはベッド面に触れる程度まで背側に貼る」という、より具体的で実践的な指導が必要であると考えられる。

8-4

一般演題 8「病院前・MC」

ドクターカーメンバーとしての新たな視点～社会復帰した症例を振り返って～

長浜赤十字病院

谷村 仁志、堀江 香織、中村 誠昌

【はじめに】当院は令和4年からドクターカーを運行している。病院救急救命士（以下、院内救命士）は令和6年より本格採用しているが、まずは救命救急センター内での看護師との業務協働が目標であり、現在でもドクターカーには正規乗務していない。今回非正規に乗務したドクターカーで社会復帰症例を経験したことで、救急救命士の視点で新たな研修体制作りを始めたので紹介する。

【症例】就労中の50代女性が突然痙攣を発症しドクターカー要請された。現場到着後にCPAに移行し、病院到着後カテテル室に直入しECPRを施行、急性心筋梗塞の診断で治療を受けた。第44病日に独歩で軽快退院となった。

【考察】ドクターカーに乗務する院内救命士には、救急救命処置、ドクターカーの運行業務以外にも、チームの統制、安全管理、救急隊との連携調整など担うべき役割が多くあることが今回の症例を通してわかった。現在では、ドクターカーの正規要員となることを目的にドクターカーの乗務研修を開始し、役割発揮のため段階的な研修を実施している。

【結語】バックグラウンドが違う院内救命士が多く、一つの研修プログラムだけでは進捗をあわせるのが難しい。研修を複数のブロックに分け、個々の背景能力にあわせて必要な研修ブロックを組み合わせることで、最終的に全員が同じ水準で乗務できるようになることを考えている。まだ着手し間が無いが、効果的な研修体制の確立を目指している。

8-5

一般演題 8「病院前・MC」

ドクターカーによる早期医療介入が奏功したことにより社会復帰したCPA症例

長浜赤十字病院

堀江 香織、谷村 仁志、木村 和也、寺居 伸幸、中村 誠昌

【はじめに】当院は湖北地域唯一の3次救命救急センターとして機能し、救急車応需率は99%を維持している。令和4年度よりドクターカーの運行を開始し、昨年度から院内救命士も同乗することにより、プレホスピタルからのチーム医療を強化している。本報告は、ドクターカー介入で社会復帰した症例である

【症例】50歳代女性。勤務中に痙攣・鼾様呼吸を呈し、救急隊接触時はJCS-3、橈骨微弱で血圧測定困難。数分後にドクターカー到着後、CPAへ移行したため各役割を発揮しつつCPRを開始した。搬送中VFへ移行したためCPRを継続しつつ、ECPRを念頭に救命センターとも連携し受け入れ準備を整え迅速にECPR対応した。

【結果】病院到着後直ちにカテ室へ直入しECPR施行、CPA移行後28分で補助循環を確立した。その後急性心筋梗塞と診断され医大へ転院となり治療を受け、発症44日目に独歩にて退院された。

【考察】現場から病院到着まで明確な役割分担のもと質の高いCPRを維持し、早期ECPR決定と院内連携により補助循環開始が迅速に行え、社会復帰に寄与した。

【結論】ドクターカーを起点とした多職種連携による早期医療介入が、低灌流時間の短縮と迅速なECPR導入を可能とし、良好な神経学的予後と社会復帰につながった。

院内救命士によるお迎え搬送

京都第一赤十字病院

村上 香里

近年、行政の救急車による病院間搬送が医療提供体制への影響が課題となっている。こうした状況を受け、当院では搬送業務実施のために院内救命士による他病院への「お迎え搬送」を実施した。本発表では、その準備過程、運用の実際、さらに得られた効果や課題について検討した。

【方法】お迎え搬送の記録と関連職種からの聞き取りを基に、準備内容、搬送手順、関係機関との連携、院内体制への影響を整理した。

【結果】搬送元医療機関との信頼関係が構築され、顔の見える連携が強化された。また、院内救命士にとっては専門性を発揮できる機会となり、業務へのやりがいや向上が認められた。他方で、業務拡大に伴う種々の影響も認識された。例として、搬送により院内の救命士のマンパワーが一時的に手薄となるために残った人員への負担増、また他職種との調整にも課題が生じている。

【結論】院内救命士によるお迎え搬送は医療機関連携の強化や救命士の専門性向上に寄与する。今後の課題としては院外と院内での役割の明確化、他職種との調整、人員配置の工夫などが考えられる。

文化・宗教的背景で死後特別な対応を要したネパール人留学生の一例

社会医療法人 大阪国際メディカル&サイエンスセンター 大阪警察病院

祖父江 岳、仲田 佳津明、藤原 さら、西浦 嵩弥、新田 亜由美、金 成浩、山田 知輝、西山 和孝、上尾 光弘、水島 靖明

人口動態調査（2025年1月1日時点）で大阪市は外国人の転入超過（社会増）が全国の市区町村で最多であり、医療機関での外国人患者対応も増加している。このため文化・宗教的背景を考慮する必要がある患者が一定数存在する。今回、死後特別な対応を経験したため報告する。

症例はネパール人留学生の22歳女性。自転車走行中に自動車と接触し受傷した。救急搬送中に心肺停止となったが自己心拍が再開した状態で当院へ搬送された。来院時、Glassgow Coma Scale E1V1M1の高度意識障害を認めた。全身CT検査でびまん性脳腫脹、脳挫傷、外傷性くも膜下出血と診断した。頭蓋内圧モニタリング下に脳圧管理を行ったが脳腫脹が著明でありコントロール不良であった。第6病日に鎮静終了後も深昏睡であり、他職種で倫理カンファレンスを行った上で法的脳死判定マニュアル2024に基づき「脳死とされうる状態」と判断した。

患者家族はネパール在住でありオンラインで病状説明を行い、回復の見込みがないことからwithdrawの方針となり第13病日に死亡した。この際、民族衣装を着用した上で死亡確認を行った。遺族は宗教的理由から遺体処置を最小限とし母国での火葬を希望した。検視は警察と協議の上で事件性がないと判断し実施しなかった。長距離移送のため防腐処置が必要でありエンバーミングを施行した。本症例は、文化・宗教の異なる患者の終末期および死後対応において、多職種連携による柔軟な支援体制の重要性を示唆する症例となった。

下り搬送（パートナーシップ搬送）が地域医療に与えるメリットと今後の課題 ～搬送側・受け入れ側双方の視点から～

¹⁾ はりま姫路総合医療センター 救急科、²⁾ 入江病院 総合診療科

亀井 裕子¹⁾、高橋 晃¹⁾、入江 聡五郎²⁾

【背景】診療報酬改定により下り搬送が算定対象となり、2024年8月より当院でも運用が開始された。今回、送り元であるはりま姫路総合医療センター（以下「はり姫」）および受け入れ先である入江病院の双方で現場を経験する機会を得た。本システムを俯瞰し、その意義と課題を整理する。

【概要】「はり姫」は地域の三次救急医療を担い、年間約7500件の救急搬送を受け入れている。そのうち重症患者は1292例であり、多数の重症患者を適切に受け入れ続けるには、症状・病態が把握され安定した患者の転院調整が不可欠である。このため2024年8月より、近隣パートナー病院と連携した下り搬送システム（パートナーシップ搬送）を開始した。パートナー病院の一つである入江病院では、2024年11月より受け入れ体制が整備され運用が開始された。筆者は「はり姫」と入江病院の双方で研修を行い、患者を転送する側・受け入れる側の双方の立場を経験した。本システムは三次救急の受け入れ余力確保に寄与する一方、情報共有の標準化や搬送基準の明確化など、運用上の課題も認められた。両者の視点から実症例を用いて、下り搬送が地域医療に与えるメリットと今後の課題について考察する。

地域中核救急病院における2024年度の救急活動－COVID19収束期の状況－

野崎徳洲会病院救急センター

片山 義裕、千代 孝夫、朱 海、片山 勇人

【目的】COVID19パンデミックの影響の脱出段階である2024年1年間の地域の救急の中核病院である当院の救急活動を報告して通常状態へ復帰する時期での救急活動の特徴を共有したい。

【成績】1) 救急車搬送患者：2020年は7065台まで著増していたものが経年的に漸減していき、昨年は約1000台減少して6138台と落ち着きを取り戻した。前年までは当施設を目指して遠方からも多数搬送されたことによる搬送数の著増があったがその鎮静化が始まっていることがわかる。2) 内因性疾患：多数を占めるのは、例年、肺炎、めまい、脳梗塞、胃腸炎、意識障害、CPAOA等であるが、昨年は内因性疾患の第3位にCOVID19が190名入ったが、数的には前年より100名以上減少した。3) 外因性疾患：頭部や顔面外傷、大腿骨骨折が多いが、当院の特色として頸髄損傷に良く対応出来る施設であるため多かった、内因性と同じく各科多岐に亘る疾患があった。施設として、内因性救急に重きを置くか外因性救急に置くかは大きな課題である、内因性は70%と多く外因性は30%であった。4) 応需率：救急医にとっては死守すべき課題であるがCOVID19最盛期には惨憺たる数字であったが3月以降は回復傾向にあり90%を超すようになった。

【結論】COVID19の影響による惨憺たる救急医療状態からは100%ではないが、脱却しつつあると思われる。

9-2

一般演題9「システム・その他」

救急現場の COVID19 対応－ 5 年の活動から次のパンデミックへの提言－

野崎徳洲会病院救急センター

立松 実、千代 孝夫、朱 海、片山 勇人

【目的】地域の救急医療の中核病院として活動しながら COVID19 のパンデミックに対しても 5 年間莫大な活動を行った。その実績を提示して実態を共有するとともに、活動経験から得られた反省を踏まえて次なるパンデミックへの対応を提言したい。

【成績】【対策】1) 専用病棟、専用診察室、重症 ICU、重症 COVID センターの設立、2) 自施設での完全検査体制の確立、3) 地域医療・検査センターの配備、

【実績】①入院：全ての病棟への延べ入院患者数は、2023 年の 8 月 9 月の全病棟閉鎖まで、1278 日間、22831 名の患者、死亡退院 243 名と膨大な数の診療を行った。②検査：超早期から検査体制を確立して PCR 検査を実施した、2023 年の 5 月に抗原検査に代替するまで、多い時には 1 日 400 検体、合計 18 万件の検査を行った、陽性者は 27000 件、15%の陽性率であった。③地域外来、検査センター：現在も発熱外来として継続中だが、多い月には 6000 人診察した、最終集計としては、74000 名を診察している。

【提言】1) 正確だが時間のかかる PCR に固執せずに早期に抗原検査に移行すべきである、2) 救急隊からの依頼は各救急隊からの連絡にせず中央一本化すべきである、3) ある事故からは勇気をもって軽症化されたとして個室管理などを終了すべきである、4) 同時期からは入院加療に固執せずに在宅医療を推進すべきである。

9-3

一般演題9「システム・その他」

救急・集中治療での倫理的対話の障壁を下げる試み
－結論よりプロセスを共有する文化へ

京都山城総合医療センター

平山 敬浩、糸山 瑠海、山本 圭介、吉住 亜希、坂本 佳美、友利 牧子、山口 明浩

【目的】当院 HCU では、倫理カンファレンスが方針決定後の事後報告となりやすく、最も重要な「方針に迷う段階」での開催が困難であった。本研究では、この課題に対し、対話の開始時期とプロセス共有に着目した多職種ワークショップを試行し、その有用性と課題を検討した。

【方法】医師・看護師を対象に、過去事例を用いて「どのタイミングで対話を始めるべきだったか」を議論する 30 分のワークショップを実施。「発散と収束」の手法を導入し、短時間での議論構築を図り、参加者の意識変容をアンケートで分析した。

【結果・考察】参加者は少数であったが、少人数ゆえに本音の吐露が促され、満足度は全員が最高評価であった。特に中途入職の看護師から「葛藤を知ることによって正解がない中で考える過程が重要だと学べ、病棟の雰囲気も知れて安心した」との意見が得られた。参加人数が限られた背景には事前課題の負担があり、別働の看護師チームによる調査でも「関心はあるが構造的に参加できない」実態が明らかとなった。この反省から「準備不要の仕組み」など改善の方向性が明確になり、次回以降の教育設計に直結する示唆を得た。

【結語】「結論」ではなく「迷いのプロセス」を共有する場合は、断片的情報を文脈に統合し、スタッフが発言する動機となる。今後は参加ハードルを下げ、日常に溶け込む仕組みを構築することで、倫理的対話を文化として定着させたい。

9-4

一般演題9「システム・その他」

院内発症脳卒中迅速対応システムの導入と運用開始後の現状・課題の抽出

1) 市立長浜病院 救急センター、2) 市立長浜病院 SCU

八田 頼卓¹⁾、藤居 紋²⁾

【目的】院内発症脳卒中は、市中発症よりも症状が重篤で予後も不良と言われている。今回、脳卒中の早期対応を目的として、発見・報告・検査・方針決定までの流れをシステム化した。その結果から今後の課題を検討する。

【方法】全看護職員対象のアンケートにより、院内対応の現状を把握する。その全体像をフローチャートにより視覚化し、院内すべての医師・看護師に伝達後、運用を開始する。その8か月後、院内発症脳卒中対応の現状を調査する。

【結果】評価はFASTで統一する。脳卒中を疑う症例12件中、発生は12件であり、うち夜間・休日の8件を対象とする。フローチャートを①FAST評価、②陽性時のSCU当直コール、③診断・方針確定までER滞在、に区分すると、手順に従い進められた症例は、②7件(87.5%)、③3件(37.5%)であった。

【考察】FAST評価の有用性を再確認できる。また、大半の看護師が抵抗感をもつ「SCU当直へのファーストコール」7件と、システム化は報告に対する心理的負担を軽減したと考える。一方、検査後の滞在率は3件と有意に低かった。これには、夜間・休日ゆえに、滞りに伴う人的要因や受け入れ環境の不足が影響していると推測する。

【結語】院内脳卒中対応のシステム化により、発見・報告は改善が見込める。しかし、ER利用率が低いことが懸念事項である。フローチャート全活用に向けて、周知活動と連携強化を徹底するとともに、運用を阻害する要因の調査と改善が求められる。

9-5

一般演題9「システム・その他」

院内BCP（Business Continuity Plan）対応訓練の実施経緯

1) 国立病院機構大阪医療センター 職員研修部、2) 国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター

中井 智規¹⁾、石田 健一郎²⁾、曾我部 拓²⁾、小島 将裕²⁾、下野 圭一郎²⁾、小川 晴香²⁾、田尻 昌士²⁾、野邊 亮丞²⁾、大西 光雄²⁾

【背景】当院では、大規模地震を想定した災害訓練として、発災直後の院内BCP対応訓練と発災急性期の傷病者受け入れ訓練を隔年で実施している。医師臨床研修指導ガイドラインでは「災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える」ことが到達目標として示されている。今回、初期臨床研修医として院内BCP対応訓練に参加したため、その経験と学びを報告する。

【対象と方法】2024年12月、大規模地震を想定した災害時における施設機能維持を目的とした院内BCP対応訓練をワークショップ形式で実施した。停電、断水、医療ガス使用制限下における各部署の対応策について、実際に部署を視察し、多職種で協議を行った。協議結果は院内災害対策本部に報告され、方針決定に活用されたほか、院内でも共有された。

【結果】訓練には合計157名が参加した。電気、水、医療ガスといった医療インフラについて、各部門で現状把握と対応策の検討を行った。電気に関しては、各部署で商用電源、非常用電源、無停電電源に接続された機器を把握し、優先機器や節電方法を検討した。水に関しては、院内の貯水量および災害時の想定使用量を基に節水策を検討した。医療ガスについては、各病棟で必要酸素量を算出し、酸素消費量低減策を協議した。

【まとめ】院内BCP対応訓練は、災害医療の知識習得に加え、研修医が医療の社会的側面を理解し、非日常的な医療需要に備える能力を養ううえで有用であった。

三次救命救急センターにおけるハイブリッド ER 導入までのプロセス

¹⁾ 奈良県立医科大学附属病院 看護部、²⁾ 奈良県立医科大学 救急医学講座

野村 秀孝¹⁾、米田 康知¹⁾、出口 大樹¹⁾、犬童 隆太¹⁾、大川 美加¹⁾、宮崎 敬太²⁾、福島 英賢²⁾

重症症例の救命率向上には時間短縮が不可欠であり、迅速な診断・治療が可能なハイブリッド ER が近年注目されている。当院三次救命救急センターでは 2024 年 5 月よりハイブリッド ER を導入した。初期には症例や対応時間の制限を行い、9 月から 24 時間稼働となった。稼働後の受け入れ件数は 475 件であり増加傾向にある。

導入に際しては、設備選定・物品準備・各診療科との協議・緊急キット作成を経て運用を開始した。本稼働後はブリーフィング用紙の導入やプロトコルの作成、看護師の人員配置の見直しを行った。また多職種によるシミュレーション訓練や症例検討会を定期的実施し、初療体制の整備と円滑な診療体制の構築を目指した。その効果を検証するために、ハイブリッド ER 導入前後の期間を導入前群（導入前 12 カ月）、導入初期群（導入後 11 カ月）、導入後期群（導入初期以降の 8 カ月）の 3 群に分け、重症外傷症例（外傷重症度スコア ≥ 16 ）の外来搬入から CT 撮像までの時間を比較した。平均時間は導入前から約 50%短縮した。3 群間を一元分散分析にて優位性を確認し、多重比較を行うと導入前と導入初期群、導入前と導入後期群の 2 群間で CT 撮像までの時間が有意に短縮した ($p < .005$)。

ハイブリッド ER 導入前の準備過程や多職種協働体制構築、導入後の継続的な教育やシミュレーションの取り組みがハイブリッド ER 導入後の円滑な診療に寄与したと考えられたため、他施設の導入検討の一助となる知見を提示する。

ドクターヘリ墜落事故をうけてのプレホスピタル活動を目指す看護師の想い

奈良県立医科大学附属病院 救命センター ICU

織原 友依、犬童 隆太

Dr car や Dr Heli などのプレホスピタル活動は、熟練した救急医師や看護師が同乗することで治療開始までの時間が短縮し、救命率の向上に貢献している。その中で看護師の役割は傷病者の状態を迅速に評価し、医師と連携して初期の救命処置の介助や、患者・家族の精神的ケア、情報伝達、そして病院へのスムーズな引継ぎを担っている。

2025 年 4 月に Dr Heli が墜落し 3 名の命が犠牲となる事故が発生した。この事故はドクターヘリのみならずプレホスピタルに関わる全ての医療従事者に衝撃を与えるものであった。当院にも、プレホスピタルでの活動を目指して入職し、JPTEC の受講など、目標達成に向けた学習を進めているが、それらの看護師にも不安や恐怖などの心理的影響を与えた可能性がある。

そこで、プレホスピタルでの活動を目指している看護師を対象に、今回の事故による心理的影響を明らかにするため、半構造化インタビューを行った。インタビュー内容の逐語録を作成し、KH Coder を用いて、頻出語検索・共起ネットワークを作成し分析した。その結果、【率直に自分も家族も怖いという思いがあり、それにより乗りたくないとは思わなかったが家族の理解が必要】、【身近にそういう事故は聞いたことがなかったので現実味はないが、いつ起こるかかわからないというリスクは理解している】などが抽出され、Dr Heli 墜落事故を踏まえ、改めて家族理解の必要性やリスクを認識する機会となったことが推察される。

Dr Heli 墜落事故を受けてプレホスピタルで活動している看護師の心理的影響

¹⁾ 奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センター ICU、²⁾ 奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センター

久留島 圭乃¹⁾、織原 友依¹⁾、犬童 隆太¹⁾、南田 哲平¹⁾、大川 美加¹⁾、福島 英賢²⁾

Dr Car や Dr Heli などの病院前救護は医師・看護師が同乗することで、患者に早期に適切な治療を提供することができ、その結果救命率の向上や後遺症の軽減に貢献している。当院でも 1998 年に Dr Car、2017 年に Dr Heli が導入され、Dr Heli は年間 400 件以上出動している。日本での Dr Heli 運用開始以降、飛行条件規定の遵守や安全教育により、Dr Heli での事故はなかったが、不幸にも 2025 年 4 月に転覆事故が起こり医療者を含めた 3 名の尊い命が失われた。

現在プレホスピタルで活動している看護師は、Dr Car や Dr Heli に同乗し、診療の介助や家族ケアなどの現場での活動のみならず、部署や病院内で後進育成も行い、積極的に活動している。そうした中で、その事故は全国のプレホスピタルで活動している医療従事者に衝撃を与えたと推測されるが、当院スタッフへも不安や恐怖などのネガティブな心理的影響を与えた可能性は高い。

そこで、現在プレホスピタル活動を行っている看護師 6 名に、Dr Heli 墜落事故を受けての想いについて半構造化インタビューを行いテキストマイニングで分析を行った。インタビュー内容について、KH Coder を用いて頻出語検索や、共起ネットワークなどを作成し分析した結果、【起きるんだなど衝撃を受けたが心理的に影響はない】、【ニュースで墜落事故を知ったが危機感はなかった】、【今後の活動に特に影響はない】が明らかとなった。その結果、今回の墜落事故はプレホスピタルで活動している看護師に衝撃を与えたものの、今後の活動への影響はないことが明らかとなった。

当院の重症外傷受け入れ時のアクションカード活用について

¹⁾ 済生会滋賀県病院 救急外来、²⁾ 済生会滋賀県病院 救急集中治療科

末松 泰到¹⁾、林 薫、平泉 志保²⁾

【はじめに】当院は滋賀県の三次救急センターであり、一次から三次対応の救急患者を受け入れている。過去 5 年間の重症外傷（Injury severity score ≥ 16 点以上）患者数は平均 177 件 / 年である。重症外傷診療を行う上でチームビルディングや受け入れ準備は極めて重要であり、遅延なく実施される必要がある。しかし、救急外来看護師において重症外傷診療に対する熟練度は様々である。重症外傷症例を円滑に受け入れ、チームとして十分な機能を発揮するためには、連携を促進し、迅速な準備を可能にするシステムの構築が求められる。

【目的】重傷外傷患者受け入れ時において、看護師のアクションカード（以下カード）を作成し、標準化された診療を可能とするシステムを構築した。

【方法】重症外傷患者受け入れ時に看護師の役割を「看護師トラウマリーダー」「外回り係」「輸血係」「初療室リーダー看護師」と 4 つに整理し、それぞれの役割に応じたカードを作成した。カード導入前にはシミュレーション勉強会を実施し、実際の使用感の確認および内容の修正を行った。

【考察】カード導入後 1 年間に於いて、重症外傷症例に対するカード使用率は 100% であった。重症外傷診療に関わる教育をカードに則って行うことで、質の均一化、また教育に要する時間の短縮が得られると感じている。今後は、アンケート調査を実施し、カードの有用性および臨床現場における効果、改善点について評価を行う予定である。

10-5

一般演題 10「看護（初療）」

救急領域における診療看護師（NP）の協働による成果と今後の展望

1) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 看護部、2) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 急病救急部

友田 新二¹⁾、濱口 満英²⁾

【はじめに】当院では、2025年度より診療看護師（以下NPと略す）の雇用を開始し、救急医指導の元、初期診療及び入院患者管理を実践している。今回、救急領域でNPが協働することでの成果や今後の展望について考察したので報告する。

【方法】2025年4月1日から9月30日までの上半期における急病救急部でのNP活動内容を振り返る。

【結果】初療患者数190名、入院患者数139名、1日平均受け持ち患者数8.3名であった。初療診察以外の処置行為としては、縫合処置が最も多く39件、気管内挿管14件、CVカテーテル挿入14件であった。2025年度上期における急病救急部診療報酬実績では、前年度比較においても救急医2名減員の中、入院患者数及び診療報酬が増加する結果となった。

【考察】初療対応では、指導医の元で軽症から中等症患者に対し、初期診療に加え処置行為や記録・各種書類作成などを実践することで、医師のタスク・シフトに繋げることができたと考える。入院対応では、指導医と治療方針を共有し診療を進めることで、日々の患者ラウンドからタイムリーな指示や看護方針の検討、退院に向けた多職種カンファレンスへのNP参画に繋げることができた。このように救急搬送対応で多忙な中でも、NPが初療及び入院患者対応を救急医と協働することで、救急領域における新たなタスク・シフト/シェアに繋げることができると考える。

【今後の展望】今後も診療技術を向上させ実践の場を拡充していくことを目指す。

10-6

一般演題 10「看護（初療）」

トリアージへの不安の軽減と実施率向上に向けた取り組み

京都第一赤十字病院 救命救急センター

砺波 真理子、奥田 朋江¹⁾

【背景】当院ERは夜間、救命センターに加え救急経験の浅い看護師が配置され、不安を抱えながらトリアージを実施している。多忙時こそトリアージは重要であるが、実施率は25.3%と低い現状にあった。このためERでの教育方法を変更する事とした。

【目的】ERで勤務する看護師が不安なくトリアージを実践でき、トリアージ実施率の向上を目指す。

【方法】2024年4月から2025年12月まで2カ月毎にアンダートリアージの1次検証を実施し、その結果を元に、救急科医師・救急認定看護師を含めて2次検証を実施。結果は関連部署に配布し、ポスターも同時に掲示。10月、関連部署55名にアンケートを実施。

【結果】アンケートの結果、勉強会希望者は38名であった。対象者へトリアージの概要、JTASの使用方法や記載方法について個別勉強会を行い、再度アンケートを実施した。勉強会の満足度は全員が「満足以上」であったが、苦手意識の軽減は50%にとどまった。勉強会后、トリアージ実施率は33.4%に上昇した。

【考察】アンケート結果からトリアージの検証結果やポスター提示だけでなく個別勉強会を開催したことで各々の疑問点が解決でき満足という結果につながったと考察する。これが実施率の向上にもつながったと示唆される。しかし受動的な教育だけでは苦手意識の軽減には至っていない事も明確になった。西山らは「On-the-Job-Training(以下OJT)の頻度が多い方がトリアージの正確性が増し、実践数が少ない看護師にとってOJTを取り入れた現場教育は有効である」と述べている。受身的な教育や個別的な勉強会だけではなく、その後OJTを積み、経験値を上げて自信につなげていく必要がある。

【結論】勉強会だけでなくOJTを重ねた継続的な教育体制を作り、自信につなげていく事が重要であり今後もこの取り組みを続けていく。

【引用文献】1) 西山和孝、富田一郎、橋本優ほか：看護師による小児救急外来トリアージにおけるOn The Job Trainingの重要性、2015；日本小児救急医学会雑誌（1346－8162）、14巻

11-1

一般演題 11「看護（教育）」

救急部門の看護師を対象としたカテーテル治療早期開始教育プログラムの導入から1年

日本赤十字社 長浜赤十字病院 看護部

宮澤 拓也、坪井 明花

【背景と目的】急性心筋梗塞や脳卒中の患者において、カテーテル（以下カテとする）治療の早期開始が患者の予後を大きく左右する。当院では、夜間・休日にカテ治療が決定した時点でカテ室待機看護師を呼び出している。2024年11月より「早期に医療介入が行え、患者の安全が守れる」ことを目的に、救急部門の看護師を対象とした教育プログラムを作成し運用開始した。

【教育の実際】2025年12月の時点で教育修了者は3名で、さらに数名が教育中である。教育を修了した看護師からは「期間が空くと手技を忘れてしまう」という声があり、プログラムを修正し、定期的なカテ室フォローアップ研修を導入し技能維持を図っている。

【結果と考察】教育修了者の輩出後、夜間帯に一般病棟入院中の患者が急変し、ECPRを実施する事例が発生した。その際、教育を修了した看護師が自ら「緊急カテの準備や導入に協力できる」と判断し、カテ室の準備・導入を実施した。カテ室看護師からは「早期かつ安全に緊急カテを実施できた」との評価が得られた。このことから、教育プログラムが目的としていた「早期医療介入と患者安全の確保」に寄与したと考える。また、救急外来での緊急カテに限らず、院内発生の緊急カテ事例にも有効であった。

【結論】本教育プログラムは、救急外来のみならず院内で発生した緊急カテ事例においても、迅速かつ安全な医療介入の実現に寄与した。

11-2

一般演題 11「看護（教育）」

重症外傷受け入れの準備について～シミュレーションの前段階を施行して～

長浜赤十字病院

野崎 麻紀、大石 武彦、寺居 伸幸

【はじめに】当院は滋賀県の北東部に位置し、湖北地域唯一の救命センターとして年間4,700人の救急車を受け入れ、医療圏を越えて重症外傷も受け入れている。そのため日頃からシミュレーション教育を実施している。救命センターでの緊急手術の際には手術室スタッフへ応援を依頼しているが、状況によっては入ることが出来ないことがある。当救命センターでは手術に慣れていないスタッフが多く、緊急時の対応に差が出ると考えた。まずは開腹、開胸手術時の滅菌台の準備、器械の展開方法などを救命センタースタッフに教育を計画し、実践した。

【目的】重症外傷に対する緊急手術に必要な準備等をセンターメンバーが行える。

【実施内容】センター業務に関わるスタッフに滅菌台の準備、展開、器械の使用方法を指導し、実際に器械台を作成出来るようにシミュレーションを繰り返し行い、アンケートで評価を行った。

【効果】器械台を作成することで、手術室スタッフが不在でも、救命センターメンバーで展開が出来るようになった。また、アンケートの結果より手術の準備に対するの恐怖心や苦手意識の軽減に繋げることができた。

【結語】シミュレーションだけでなく、定期的に計画、実施することで緊急対応出来るようになり、なおかつ恐怖心を軽減できる。

11-3

一般演題 11「看護（教育）」

AMI 初期対応に関する救急外来看護師への教育的介入効果～不安軽減に向けて～

¹⁾ 奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター 救急他科外来、²⁾ 奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター
西谷 瑞希¹⁾、川田 智美¹⁾、大川 美加²⁾

【はじめに】日本循環器学会では急性心筋梗塞（以下 AMI）患者に対し、病院到着から初回バルーン拡張までの時間（以下 DTBT）を 90 分以内と推奨している。AMI は患者の社会復帰に大きく影響する疾患であり、看護師は的確な観察能力と初期対応が求められる。奈良県立医科大学附属病院（以下当院）の救急他科外来では、月に 2 回程度の勤務者もあり、AMI に関する知識や救急搬送から心臓血管カテーテル検査（以下 CAG）入室までの経験にばらつきがある。令和 6 年度、救急他科外来で勤務する看護師を対象に勤務での不安に関するアンケートを実施し、重症患者対応への不安の声が多く聞かれた。当院の救急他科外来は緊急 CAG の約 3 割を担っており、重症となる AMI 患者の対応について、看護師の知識の向上に取り組み、効果を検討する。

【目的】当院の救急他科外来に勤務する看護師を対象に「AMI の基礎知識と CAG 前の処置の必要性」について動画を用いた勉強会の効果を評価する。

【方法】救急他科外来で勤務する看護師を対象に、単群前後比較研究として勉強会前後に質問紙調査を行い、知識と不安の変化を評価した。

【結果】AMI の動画を用いた勉強会は、AMI に関する基礎知識の向上や不安軽減に寄与する可能性が示された。

【考察】知識向上と不安軽減は、DTBT を意識した迅速な初期対応につながる行動変容の基盤となると考えられる。今後も継続的な教育により、看護の質の向上と AMI 患者への安全な対応に寄与すると期待される。

11-4

一般演題 11「看護（教育）」

外傷看護勉強会が ER 勤務スタッフの自己効力感に与える影響
— 実技を取り入れた体験学習の試み —

京都第一赤十字病院 救命救急センター

東 俊太、奥田 朋江

【背景・目的】当院 ER は三次救急を担い、2023 年度救急搬送 7021 名、そのうち重症外傷 325 名。時間外は他部署の応援体制であり、ER 経験が浅く外傷対応に苦手意識や不安を抱えるスタッフもいる。そのため自己効力感（「ある行動を自分が適切に遂行できる」という認知）の向上を目的に実技を含む外傷看護の勉強会を企画した。

【方法】ER 勤務スタッフ 76 名（応援を含む）を対象に、事前アンケートで経験・知識と不安を把握し、受け入れ準備、診療の流れ搬送時の特殊処置・医療機器操作、家族ケアを実技を含む体験学習形式で実施した。事後アンケートで外傷ケアへの関与意欲を評価。

【結果】事前は 94% が「経験したが不安がある／経験もなく知らない」と回答した一方、事後は 80% が「積極的に関わりたい／今後は関わりたい」と回答し、関与意欲の向上が示された。

【考察】川守田らは体験学習が知識と実践を結びつけ看護実践能力の向上につながると述べ¹⁾、内藤は成人学習ではニーズの把握の重要性²⁾、渡邊は経験を学習資源とした学習が動機づけを高める³⁾と報告している。学習者のニーズに基づく体験学習は、自己効力感を高め、主体的関与を促す可能性があることを示唆した。

【課題】不安を直接測定しておらず、今後は尺度で客観評価し行動変容も検証する。継続的な学習機会の追跡も必要である。

救命病棟における中途採用看護師の育成

京都第一赤十字病院 救命救急センター

山本 美玲

【目的】中途採用看護師は臨床経験を有することから「即戦力」として期待され入職するが、臨床経験やスキルの差、組織文化や業務手順への適応困難によりストレスを抱え、育成の停滞が課題となっている。そこで、救命病棟における中途採用看護師の育成体制を見直し、効果的な支援方法を検討する事を目的とした。

【方法】従来の教育プログラムは維持しつつ、入職後3ヵ月までは係長・主任がDPNSを用いて関わり、これまでの経験を尊重した振り返りを実施した。あわせて、中途採用看護師1名に対し精神的サポートを担うメインサポーターを配置し、個人目標の明確化と主体的学習を促す支援体制を構築した。

【結果】中途採用看護師からは、振り返りを通して自身の現状や課題に気づき、具体的な目標を持って行動できるようになったとの前向きな意見が得られた。指導者側においても、一方的な指導ではなく、受け入れ姿勢を意識した関わり的重要性が認識された。

【結論】中途採用看護師の育成には、経験を尊重しつつ個性を踏まえた関わりと、振り返りを通じた自己省察の支援が重要である。また、組織全体で学びを支える体制づくりと、受け入れ姿勢の醸成が、継続的な成長と定着につながると示唆された。

急性期看護師の倫理学習を阻む「構造的障壁」：不参加要因アンケートからの考察

京都山城総合医療センター

糸山 瑠海、平山 敬浩、山本 圭介、吉住 亜希、坂本 佳美、友利 牧子、山口 明浩

【背景】当院HCUでは、多職種による倫理的対話の文化醸成を目指し、医師主導でワークショップ形式の勉強会を企画した。しかし、看護師の参加率は低調であった。これは倫理的関心の欠如によるものか、構造的な問題か。その阻害要因を解明し、実効性のある教育体制を構築するため調査を行った。

【方法】救急・HCU看護師（18名）を対象に、勉強会不参加の理由を問うアンケートを実施した。「業務・シフト」「事前課題の負担」「心理的ハードル」「関心の有無」等の項目から、参加を断念した「要因」を抽出・分析した。

【結果】不参加の最大の障壁は「業務多忙・シフト（物理的要因）」であり、次に「事前課題を行う時間の欠如（教育的負担）」が挙げられた。一方で、「テーマへの無関心」を挙げた者は皆無であった。多くのスタッフが「参加意欲はあるが、物理的・時間的制約により断念せざるを得ない」というジレンマを抱えている現状が浮き彫りとなった。

【考察】急性期看護師の学習を阻害しているのは、個人のモチベーションではなく、現場特有の「構造的な壁」であることが示唆された。「集合・対面・事前準備型」の教育モデルは、流動性の高い急性期現場では限界がある。

【結語】シフト制で分断されがちな「ケアのプロセス」をつなぎ、現場の倫理的感性を維持するために、ICT活用や事前課題の撤廃など、業務の隙間でアクセス可能な「低侵襲な教育システム」への転換が必要である。

12-1

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

全人的苦痛の緩和に向けた看護の効果

奈良県立病院機構奈良県総合医療センター

勝島 千尋

【目的】 生命の危機的状況であることが多いICUの入院患者は、日常とかけ離れた環境の中で侵襲的治療を受け、多大な全人的苦痛にさらされる。全人的苦痛を緩和する看護の効果について明らかにし、患者の苦痛を全人的に捉えた看護実践につなげ、患者のQOLの維持、向上に役立てたい。

【方法】 患者の訴えをトータルペインの4つの要素にあてはめ、それぞれの側面に対して看護を実践した。

【結果】 70歳代、女性、ギランバレー症候群発症により血漿交換の方針でICUへ入室した。意識レベルクリア、MMTは両上肢1/5、両下肢2/5であった。身体的苦痛に対して①ROM訓練の実施、精神的苦痛では②傾聴③訪室回数を増やす④音声ナースコールの設置などにより不安緩和に努めた。また、入眠環境調整のため日中に個室へ移動したが、夜間不安が増強、死への恐怖も訴えられ、⑤オープンフロアへ再度ベッドを移動した。社会的苦痛では娘が近隣に住んでおり、苦痛の訴えはない。以上より、下肢麻痺や不眠改善、食欲増進などの効果が得られた。

【考察】 患者の話に耳を傾け、気持ちに寄り添うことは不安緩和だけでなく、信頼関係を構築するためにも効果的であった。また、患者が苦痛を表出することができず、一人で抱え込むことでさらに苦痛が増強するという悪循環に陥らないよう、様々な患者の訴えに耳を傾け、その訴えに対する速やかな看護実践が苦痛緩和につながったと考えられる。

12-2

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

救命救急センター初療における代理意思決定支援を行う上での倫理的課題

¹⁾ 大阪府済生会千里病院、²⁾ 鈴鹿医療科学大学藤代 有美子¹⁾、内藤 綾¹⁾、江口 秀子^{1,2)}

【目的】 救命救急センター初療における代理意思決定支援を行う上での倫理的課題を明らかにする。

【方法】 事例研究、重度意識障害のため家族が代理意思決定を行った2事例をジョンセンの4分割法を使用し分析した。倫理的配慮として所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【結果】 2事例とも脳卒中に対し緊急手術が必要であった。A氏家族へは電話でのICとなり、手術を行った。術後に来院した家族は、生活背景は把握しておらず「普段から早よ死にたいと言っていた」とA氏の思いを述べ手術を後悔していた。B氏家族は複数人で来院し対面でのICとなった。本人の価値観や生活背景、日頃の言動について家族や施設職員で共有されており、手術は行わなかった。どちらも兄弟が代理意思決定者となっていたが、2事例の違いは、〔周囲の状況〕であり、日頃の関係性から代理意思決定のための情報に差が見られた。さらに対面や複数人でのICと比較して電話によるICは、視覚的情報や非言語的情報が得られず、家族が患者の状態を具体的にイメージできなかったことが挙げられる。

【考察】 初療における代理意思決定支援では、同居家族がいない患者の場合、価値観や生活背景の共有がされていることが少ないことや、患者の病状や予後を家族が十分に理解しにくいことが課題として挙がる。そのため医療チームは患者の状態をイメージできるように努め、患者の推定意思を引き出していくことが必要である。

12-3

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

母親との関わりを CNS-FACE II を用いて振り返る

京都第一赤十字病院

上久保 歩、五十嵐 佳奈、金光 史恵

【背景・目的】小児救急では家庭内問題を抱える患児が多く、母親の心理的負担により看護者は関わりに迷いやジレンマを抱えやすい。本事例は、父親の療育上の問題により生後2ヶ月未満の重症頭部外傷患児の母親に対し、看護ケアがニーズに応じていたかを CNS-FACE II を用いて事後で評価し、家族ケアに活かす視点を明らかにすることを目的とした。

【方法】任意の5日間で母親と関わった日勤看護師5名を対象に、CNS-FACE II を用いて事後で評価を実施した。家族から文書同意を得て匿名化し、倫理的配慮を行った。

【結果】入院初期は社会的・情緒的サポートや情報ニーズが高かったが、IC や多職種介入後にニーズは低下し、転棟前には情報ニーズが再上昇を認めた。接近のニーズは清潔ケアを母親と共に実施し低下した。情動・問題志向的コーピングも多職種介入にて低下した。多職種支援、清潔ケアの共同実施は母親のニーズに沿ったケアを実施できていたと示唆された。

【考察】急激な出来事下で母親は不安や混乱、育児能力への不信など複合的ニーズを抱えやすい。CNS-FACE II の振り返りにより、母親のニーズに応じたケアが提供され、多職種連携と継続的関わり的重要性が示唆された。

【まとめ】母親のニーズとコーピングは入院経過で徐々に低下し、看護介入が心理的安定に寄与した。状況に応じた CNS-FACE II 活用による評価と実践を継続することで、家族が求めるニーズに沿ったケアが可能となり、家族看護の質向上に繋げていきたい。

12-4

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

初療室において家族の心理的危機に介入した1症例

社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会千里病院救命救急センター

植田 紀子、内藤 綾、大西 美樹

【背景】初療室では、患者の救命と同時に、死に直面する家族への対応が求められる。症例は、70歳代女性。要介護状態であった。心停止後、ROSCした状態で搬入された。搬入後も循環動態を保てず、救命困難と判断され、夫は蘇生行為を行わない、代理意思決定を行った。

【看護介入】数十分後に再度心停止となったが、心電図上では散発的に電氣的活動が認められた。夫は、それを生命兆候と捉え混乱が生じていた。危機理論を用いて考えると、出来事の知覚が正しくできておらず、危機的状況であると判断した。家族の状況から、出来事理解不足と、患者への接近が阻害されている状態であると考えた。そのため、情報のニーズに対し、医師に電氣的活動の意味について説明を依頼し、家族の理解を確認した。接近のニーズに対し、環境調整と看護師による声かけ、タッチングを通して家族が患者に触れる機会を設けた。その結果、家族は患者への思いを言葉にするなど問題解決型コーピングを示すようになり、最期の家族の時間を過ごすことができた。約1時間後に死亡確認が行われた。

【考察】初療室における、患者との突然の別れは、家族にとって出来事の知覚を混乱させ、心理的危機状態に陥る要因となる。今回の症例では、家族の心理状態を評価し、出来事の知覚のずれを早期に修正し、ニーズに沿った看護介入を行なったことが、危機回避につながったと考える。

12-5

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

経管栄養や医療機器使用中の患者に対する褥瘡予防ケアの実態

大阪府済生会千里病院

源野 比奈子

【研究目的】意識障害やADL全介助の患者における経管栄養や医療機器使用の褥瘡予防に対する看護師のケアの実態を明らかにする。

【研究の意義】褥瘡予防に対する統一した看護介入、意識付けへの働きかけのための示唆を得る。

【研究方法】対象はA病院の脳外科・救急病棟の看護師112名。2024年12月に無記名式自記式質問調査を実施した。質問内容は①属性5項目、②リスクアセスメント5項目、③経管栄養使用中のケア3項目、④医療関連機器使用中のケア3項目とした。回答は選択法（複数回答可）とし、度数・頻度分析を行った。A病院倫理委員会の承認（承認番号061103）を得た。

【結果】回収数・有効回答数53名（回収率・有効回答率47.3%）。①看護師経験平均年数10.4±7.18年、褥瘡対策チーム経験者は9名（16%）。②骨突出は53名（100%）が意識しているが、栄養状態は11名（20%）が意識していないときがあった。③経管栄養投与中の頭部挙上は持続注入10～45度、間欠注入20～60度で実施。④医療関連機器使用中患者に対する夜勤時の観察は、弾性包帯18名（34%）、弾性ストッキング15名（28%）であった。

【結論】経管栄養中や医療機器使用中の患者に対する褥瘡予防ケアの実態から、看護師を対象に栄養面を含めた教育的支援を行い、頭部挙上時のずれや圧迫に対するケアはセラピストと連携を図る必要性が示唆された。

12-6

一般演題 12「看護（家族ケア・その他）」

急性期病棟での身体拘束実施率減少に向けた取り組み

京都第一赤十字病院 救命救急センター A2病棟

今井 二郎、上嶋 咲希、村岸 帆乃華、藤野 早苗

【はじめに】A2階病棟は救命救急センターであり、重症度の高い患者やせん妄発症リスクが高い患者を多く受け入れている。治療上の必要性や患者の安全確保のため、体動制限を必要とする場合がある。身体拘束は患者の尊厳を侵害し、精神的な苦痛を与えるだけでなく活動量低下等悪影響を及ぼす。ベッドサイドでの見守り看護を行う事で、身体拘束時間・身体拘束実施率の減少を目指す業務改善に取り組んだ。

【目標】身体抑制実施率を24%から22%へ減少。

【方法】①資料を部署内に提示し、身体拘束実施率の減少目標を周知。②文献を用いた資料を作成し、OJT実施。③ベッドサイドでの見守り看護を行い、身体拘束の時間を限りなく短縮させる。④OJT前後で身体拘束時間の集計実施。

【結果】2023年度身体拘束実施率は24%であった。2024年度身体拘束実施率は15.4%へと低下した。

【考察】患者の傍で見守り、寄り添う事で、患者の精神症状を和らげ、身体拘束解除に繋がった。経験年数の浅いスタッフは、経験年数のあるスタッフから指導を受けることで不要な身体抑制実施の解除に繋がった。

【課題】現状を認識し、日頃の患者との関わりを振り返るために、定期的な身体拘束実施率を提示することで不要な身体拘束解除を継続する。

COVID-19 対応看護師のメンタルヘルスへの組織的サポート体制に関する文献検討

京都山城総合医療センター

村田 智春、平山 敬浩、山口 明浩

【はじめに】2019年12月に始まったCOVID-19パンデミックは世界的に拡大し、救急・集中治療領域で勤務する看護師に大きな精神的負担を与えた。看護師は感染リスクや過重労働、職場環境の変化により、PTSDや不安、抑うつ、燃え尽き症候群など多様なメンタルヘルス問題を抱え、離職意向の増加も報告されている。本研究は、COVID-19パンデミック下における救急・集中治療領域の看護師のメンタルヘルスに対する組織的サポート体制の現状を文献検討により整理し、その特徴と課題を明らかにすることを目的とした。2019～2024年に発表された国内外文献を対象に、PubMed、MEDLINE、CINAHL、医学中央雑誌Web版を用いて検索を行い、看護師のメンタルヘルスや燃え尽き症候群に関する文献45件を分析した。

【結果】組織的支援の共通要素として〈教育・研修〉〈安心感を醸成する支援環境〉〈多職種連携による支援体制〉の3点が抽出された。具体的には、感染防護や心理教育の研修、ピアサポート導入、労働環境の調整、情報共有の促進、専門家による面談体制整備が行われ、看護師の不安軽減やメンタルヘルス維持に寄与していた。しかし、救急・集中治療領域に特化した体系的かつ持続可能な組織的支援体制は依然として不十分であり、今後は組織横断的支援体制の構築、支援内容の標準化、効果の評価と改善を含めた継続的取り組みが必要である。

精神科病院における IT-BCP 発動時の診療継続に向けた薬歴参照方法の検証

大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 薬局

藤江 直輝

【背景・目的】精神科医療では服薬中断が症状再燃・再発に繋がるため、災害時や電子カルテ停止時でも処方継続できる体制が不可欠である。当院はIT-BCP発動下でも外来・入院ともに診療を継続する方針だが、電子カルテ停止時に参照可能な薬歴がなく、安全な継続処方が課題であった。そこで、DWHとExcel Power Queryを用いて停止時でも迅速に参照可能な薬歴データを定期構築する仕組みを開発し、その有用性を検証した。

【方法】薬歴抽出期間を外来6か月、入院3か月と設定し、DWHから薬剤名・用法用量・投与日数等を定型クエリで抽出した。抽出データはExcel Power Queryで毎月更新し、紙媒体やPC上のExcelで容易に利用可能な形式とした。

【結果】必要期間の処方履歴を一括取得でき、薬歴をすぐに確認できない患者でも、より正確かつ迅速に継続処方判断が可能となった。抽出期間の標準化により、薬物治療の経過を過不足なく把握でき、投与量の変遷や併用状況の確認も容易となった。加えて、月次更新により常に最新の薬歴データを参照でき、電子カルテ停止時の診療継続にも有用であった。

【考察】精神科患者ではお薬手帳の携帯率が低く、電子カルテが閲覧できない状況では薬歴把握が困難となる。今回構築した薬歴データはこの脆弱性を補完し、IT障害下でも外来・入院を問わず安全な継続処方を可能にする手段と考えられた。実臨床に即した期間設定と事前整備により、精神科医療全体のIT-BCPを実効的に支える基盤となり得る。

ST 合剤、KCL 併用下における高カリウム血症をおこした 1 例

地方独立行政法人 堺市立総合医療センター

日比野 泰志、山本 弘平、大西 敦子、藤井 千賀、石坂 敏彦

【背景】ST 合剤はグラム陰性陽性を問わず幅広いスペクトラムを持つことから多用されているが、皮疹や高 K 血漿、腎障害などの副作用も多い。高齢者では高 K 血症に伴う心停止の報告もある。今回、救命病棟にて低 K 血症補正中に、高 K 血症をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】34 歳男性。前立腺炎を CMZ にて加療し、ホスミシン内服で退院した。翌日胃十二指腸潰瘍にて再度入院。入院時、PT-INR 過延長有り、ケイツー N 投与。腎盂腎炎 / 前立腺炎に対して、常用薬にバルプロ酸あったため、MEPM の代替薬としてダイフェン配合錠 (ST 合剤) 2 錠が開始された。入院時 K2.9 と低下あり、欠食白湯のみであった。K.C.L. エリキシル 60 ml 分 3、ソルデム 3A 輸液 500mL 1 袋 で K 補充された。入院翌日、16:00 採血の時点で K6.1 と上昇有り。21:00 頃、薬剤管理業務中に気がつき、主治医へソルデム 3A からソルデム 1 への変更不要か確認、ST 合剤による副作用の可能性の情報提供を行った。結果的に KCL は中止、ソルデム 1 に変更された。培養より ESBL 判明し、ST 合剤中止、VitK 併用しながら CMZ 点滴へ変更となった。入院 5 日目の採血にて、K 3.9、PT-INR 0.96 となり、ホスミシン内服の上退院となった。

【考察】ST 合剤による高 K 血症の原因として、ST 合剤に含まれる TMP が腎集合管の ENaC を阻害し、尿中の K 排泄が低下することが示唆されている。また Cre の分泌抑制や、結晶腎症における腎機能障害の報告もあり、薬剤師による副作用モニタリングが重要である。

救急外来常駐薬剤師と救急医の連携によりホメピゾールの迅速に投与し得た 1 例

¹⁾ 京都第二赤十字病院 薬剤部、²⁾ 京都第二赤十字病院 高度救命救急センター 救急科

谷口 稜太¹⁾、川島 裕明¹⁾、島 加奈子¹⁾、野村 実花¹⁾、大山 翔¹⁾、川口 皓平¹⁾、藤田 将輝¹⁾、友金 幹視¹⁾、荒井 祐介²⁾、藤原 大悟²⁾

【背景】エチレングリコール中毒は致死的な代謝性アシドーシスや腎障害を急速に進行させるため、早期のホメピゾール投与が重要である。当院では薬剤師が救急外来に常駐し、急性薬物中毒に対する情報収集・評価や解毒・拮抗薬の投与支援を行なっている。今回、薬剤師が患者搬送前から救急医と連携し、来院早期にホメピゾール投与が可能となった症例を報告する。

【症例】20 代女性。10 時頃に不凍液 100mL を牛乳に混ぜて服用し、2 時間後から気分が悪くなり、6 時間後に救急搬送された。救急搬送決定時点で薬剤師が救急外来にホメピゾールを準備した。来院時、著明なアシドーシスは認めなかったが、乳酸上昇を認めた。血液透析は適応基準を満たさなかった。浸透圧ギャップ (6.1mOsm/L) から推定したエチレングリコール血中濃度 (36.6mg/dL) に基づきホメピゾール適応を速やかに判断し、来院 1 時間で初回投与 (15mg/kg) を実施した。12 時間後の再評価でアシドーシスや腎障害は認めることなく浸透圧ギャップは改善し、2 回目投与は不要と判断した。経過良好で第 4 病日に退院した。

【考察】救急外来常駐薬剤師が救急医と患者搬送前から連携し、薬剤準備、適応判断、投与量計算、調製を行ったことで、ホメピゾールの迅速投与が実現した。エチレングリコール中毒において医師と薬剤師の早期連携は代謝性アシドーシスや腎障害を回避し、予後改善に寄与する可能性が示唆された。

救急オンコール体制の薬剤師の取り組み

¹⁾ 社会医療法人 京都岡本記念病院、²⁾ 社会医療法人 くみやま岡本病院

下永吉 弘樹¹⁾、門野 めぐみ¹⁾、瓦 比呂子²⁾

【はじめに】当院では救急部門に常駐薬剤師を配置しておらず、年間約 300 件の症例に対し、薬剤師がオンコール体制で 24 時間対応している。

【業務内容】対応は 24 時間 365 日行い、院内発生例・救急搬入例を問わず現場に向かう。薬剤師は専用薬品セットを携行し、薬剤管理、記録、タイムキーパーを担うことで、アドレナリンを含む救急薬の適正投与に寄与し、多職種の負担軽減に貢献している。中毒症例では、書籍や中毒センターの情報を基に原因物質の毒性評価を行い、解毒薬の適応や薬物動態など治療方針に関する情報提供を実施する。また、アクチバシンや拮抗薬など高額製剤では、マニュアルに基づき最終服用時間や禁忌事項を確認し、投与量・手順の確認から薬剤調製への関与まで通じて、適正使用と安全性の確保に寄与している。対応後は事例を速やかに部内で共有し、今後の対応や救急業務の質向上に活かしている。

【結語】対応手順の明確化やマニュアル整備により、経験の少ない薬剤師でも一定の質を保って救急対応が可能となる。今後も体制を振り返り課題を整理することで、さらなる薬剤師業務の質向上につながると考える。

災害初動対応アクションカードと教育講義による理解・行動変容の検証

社会福祉法人京都社会事業財団京都桂病院 薬剤科

小林 佳代、藤井 貴之、段林 正明、小林 由佳

【背景】京都桂病院の大規模災害対応マニュアルでは、発災後、迅速に被災状況を把握し診療を継続するため、初動対応として 30 分以内に災害対策本部へ被災状況を報告することと定められている。薬剤科では災害初動対応アクションカード（アクションカード）に基づき安全確保や被災状況の報告を行うこととしているが、その有用性は十分に検証されていない。

【目的】教育講義の実施前後におけるアクションカードに基づく初動対応の達成率および報告書作成までの初動時間を評価した。

【方法】災害訓練へ参加歴のない薬剤師 3 名を対象に、アクションカードに基づく初動対応訓練を実施した。評価項目は、被災時における発災状況の確認などの全 34 項目とし、実施項目数の割合を達成率とした。アクションカードを確認し、報告書を作成するまでの時間を初動時間と定義した。教育講義では、アクションカードの内容を説明し、介入前後で達成率および初動時間を比較した。

【結果】教育講義前の達成率は 59%、初動時間は 20 分であった。教育講義後の達成率は 82% へ上昇し、初動時間は 17 分に短縮した。

【考察】教育講義による介入は初動対応の達成率の向上と、初動時間を短縮し、即応性の向上に有用である可能性が示唆された。一方で、機器管理など一部項目は、既存のアクションカードや教育講義では理解不足が認められ、アクションカードおよび講義内容の改訂が課題と考えられた。

薬剤適正使用のための院内救命士への教育の取り組み

¹⁾ 京都第一赤十字病院 薬剤部、²⁾ 京都第一赤十字病院 救命救急センター

木本 有香¹⁾、柏原 陽平¹⁾、村上 香里²⁾、的場 裕恵²⁾、安 炳文²⁾、竹上 徹郎²⁾、高階 謙一郎²⁾、土谷 有美¹⁾

【背景・目的】院内救命士が救急外来で業務に従事する際、知識として知っておかなければならない薬剤は多岐にわたる。しかし、養成課程で習得する薬剤知識は特定行為に使用するものに限定されており、その他の薬剤は臨床現場での独学や経験に依存している。本研究では、院内救命士が抱える薬剤使用への不安を明確にし、教育介入による薬剤適正使用の推進を目的とした。

【方法】当院の院内救命士9名を対象に、薬剤使用に関する不安やニーズを事前アンケートで把握し、頻用薬剤の適応や注意事項に関する勉強会を開催した。介入前後で、薬剤使用への「自信」と「今後の薬剤業務への関わり」を評価尺度で評価した。

【結果】事前調査では全員が知識不足によるインシデント発生への不安を抱えていた。勉強会后、薬剤使用への「自信」および「今後の薬剤業務への関わり」のスコアはいずれも有意に上昇した。

【考察】薬剤師不在の夜間・休日でも、院内救命士が適切な知識を持ち業務に関わることは、救急外来に不慣れな他職種によるインシデントのリスク軽減に繋がる。また、薬剤知識の向上を踏まえ、搬送依頼対応や他院搬送業務において的確な薬剤情報を把握・共有する役割を担うことは、救急医療の質の向上に寄与すると推察される。

【結語】院内救命士への体系的な教育介入は、薬剤に対する適正使用の意識を向上させ、救急外来における安全性の確保に有用である。

消防セッション

14-1

熱傷症例での DX 活用

奈良市消防局 北消防署 第三救急小隊

檜田 遼

奈良市消防局では本年度4月1日から映像通報システム（Live119）の実証実験を開始いたしました。本システムでは通報者のスマートフォンから指令センターへ現場の映像をリアルタイムで送信でき、指令センターにて映像の確認ができます。従来では知ることができなかった詳細な現場状況の把握及び、その状況に対して的確な口頭指導の実施が期待されております。「熱傷症例」に至っては熱傷範囲の算定などを救急隊到着前に把握することができ、早期搬送につなげることができると考えます。また、広範囲にわたる熱傷事案の場合、救急隊接触前にドクターヘリ及びドクターカーへ出動要請の判断基準として活用できると考えます。通報者のスマートフォンを使用しているためライト等で照らしながら口腔内の確認も実現します。気道熱傷の疑いが早期に確認できれば救急隊の現場での初動に大きな影響を与え早期搬送につなげることができると考えます。救急隊として熱傷症例に出動すると、しばしば水疱を破裂させている症例に出会います。映像通報システム（Live119）を活用することで水疱を破裂させず適切な冷却を指導できるのではと期待しております。

奈良県ですでに導入されている奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH）を使用し傷病者の受傷状況を写真にて医療機関へ共有することにより病院選定の迅速化が図れております。また、医療機関からも受傷現場の状況が申し送りだけでなく写真で確認できるため医療スタッフの情報共有が迅速になるとの意見もあり、昨今のDX推進に伴い急速に傷病者及び市民に寄り添った救急体制の構築に努めることができていると考えます。

しかしながら、奈良市消防局としてDX技術を活用しきれていないのも事実です。DX技術を使用したドクターカー、ドクターヘリ要請基準は現在実現しておりません。映像及び写真を確認し〇%以上の熱傷が認められた場合、即時ドクターカー、ドクターヘリの要請を行い、その映像及び写真をドクターカー、ドクターヘリへ転送し救急現場での応急処置に対して助言をもらえるような体制の確立が望まれているのではないのでしょうか。また、AI技術を活用することにより、救急隊の主観的概算に任されていた熱傷面積の算定も、より客観的に算出できると考えます。算出されたデータをもとにAIが適切な処置を救急隊に提案することができます。以上のことから、熱傷だけにとどまらずAI技術を活用したシステムを将来的には導入、運用していくことを望みます。

14-2

救急 DX で “見逃さない現場” へ — 12 誘導心電図アプリの力

奈良県広域消防組合消防本部 橿原消防署 救急課救急係

松村 尚紀

【目的】

奈良県内の全救急隊にはタブレット端末が配備されており、端末内には 12 誘導心電図アプリが搭載されている。本研究では、当該アプリを積極的に使用する利点を明確化し、医療連携および救急活動の質向上へ寄与することを目的とする。

【背景と症例】

橿原消防署の救急隊では、全 4 隊に 12 誘導心電図アプリと連動する機器が積載されているものの、実際の活動では 3 点誘導心電図のみを使用している隊が大半であり、12 誘導心電図は循環器疾患を疑う事案に限定して運用されていた。そこで今回は、12 誘導心電図の適応を拡大し、内因性疾患のうち意識障害を主訴とする 32 症例(3 か月間)に 12 誘導心電図を装着したうえで、アプリ活用によって得られるメリットについて検証した。

【結果と考察】

12 誘導心電図を実施した症例の中には、活動当初は循環器疾患を想定していなかったものの、12 誘導心電図の所見により循環器疾患疑いへシフトできた事例があった。これは、アプリを活用する大きな利点であり、特に意識障害のように症状の非特異性が高いケースでは、12 誘導心電図が鑑別を広げる有効な手段となりうる。また、アプリには自動診断名を表示する機能があり、救急隊が循環器疾患へ判断を切り替える際の後押しとなった。さらに、ショック輸液を実施する際に心原性ショックを否定するための判断材料としても有効であった。

加えて、救急隊の観察開始から病院到着までの連続した 12 誘導心電図記録を医療機関へ提供できる点も大きなメリットである。この情報は病院側での迅速な診断・治療開始に寄与し、結果として Door-to-balloon time の短縮が期待できることが示唆された。

以上より、救急隊が 12 誘導心電図アプリを積極的に活用することは、病院選定の精度向上および傷病者への迅速な医療提供において重要な役割を果たしていると考えられる。

【今後の課題とまとめ】

現状では、救急隊のタブレット端末と医療機関側のタブレット端末を結ぶ心電図伝送システムが未構築であり、リアルタイムで心電図を提供することができない。そのため、ICT を活用した伝送システムを早急に構築することで、さらなる Door-to-balloon time の短縮や、奈良県全体の地域医療の質向上が期待できる。

以上から、12 誘導心電図アプリの有効活用は、救急現場における早期診断支援のみならず、医療機関との連携強化においても極めて重要であると考えられる。

14-3

高齢化社会における「Sick Driver」検索の課題と展望

¹⁾ 相楽中部消防組合消防本部 相楽中部消防署 加茂出張所 消防第1係、

²⁾ 京都山城総合医療センター 救急部長兼麻酔科副部長兼 HCU 副部長

牛道 良治¹⁾、平山 敬浩²⁾

【背景】

高齢化の進展と地域公共交通の縮小に伴い、基礎疾患を有する高齢運転者による事故（Sick Driver）の増加が懸念されている。標準化された外傷活動（JPTEC）は、防ぎ得る外傷死の回避に不可欠なツールであるが、その手順は外傷検索を最優先するため、事故原因となった内因性疾患の可能性を想起し、検索するプロセスが遅れる事例が散見される。現場の観察力や個人の推論のみでこの「外傷バイアス」を突破することは、救急隊員の認知的負荷の観点から限界があると考えられる。

【目的】

判断プロセスの異なる2つのシナリオを用いたシミュレーション訓練を実施し、現行プロトコル下での活動の「質」と「隊員の認知的負荷」を比較検証する。そこから、外傷症例における内因性検索の構造的課題を明らかにし、解決策としての医療情報活用（マイナ保険証活用等）の有効性を考察する。

【方法】

救急隊に対し、①難治性VF（ACLSプロトコル）、②交通外傷＋低血糖（Sick Driver）の2想定を実施した。事後アンケートを用い、隊員の心理的ストレス、判断プロセス、隊員構成による活動完遂度の差異を比較検討した。

【結果】

①VF想定では、手順が明確であるため隊員構成に関わらず円滑な連携が可能であった。一方、②外傷＋低血糖想定では、回答者の約8割が活動難易度を「難しい」と評価した。自由記述では「外傷対応の確認事項に追われ、低血糖の可能性を想定できなかった」「判断に迷いが生じ、活動の組み立てが困難であった」等の回答が多数を占めた。特に救急救命士が単独の隊では、外傷処置の遂行と内因性疑いの並列処理がキャパシティを超えやすく、現場滞在中の原因特定が困難となる傾向が見られた。

【結論】

標準化された外傷活動下において、傷病者情報なしに「現場の違和感」を内因性疾患に結びつけることは極めて高い認知的負荷を伴う。救急活動の質を担保しつつSick Driverを見落とさないためには、現場での推論に頼るのではなく、マイナ救急等の活用による「既往歴情報の即時取得」こそが、迷いを断ち切り、適切な処置へ導くための鍵である。

14-4

Live119・ライブ中継を使用した他機関との連携活動について 課題と展望

大阪南消防局 柏羽藤署 警備課救急係

中谷 真規

今回のテーマである ICT を導入し、Live119・ライブ中継を使用した救急活動を紹介し、現状の課題と今後の展望を発表したいと思います。

大阪南消防局では、令和6年4月から Live119 の運用が開始されました。Live119 とは、通報者がスマートフォンで映像を送信するという ICT を活用したシステムです。その他に消防の活動として、火災現場や救急現場を隊員が指令センターや他隊へ、スマートフォンやドローンを使用し、映像を共有することも可能です。さらに範囲を広げ2か所の救命センターと阪大病院のドクターヘリと連携を組み、現場映像の送信体制も構築しており、傷病者に接触する前から医療方針を決定し、迅速で的確な処置が開始されるシステムとなっております。今回、救急現場で Live119 を使用し、救命センターへ映像を送信した実症例がありましたので紹介させていただき、現状の課題と今後の展望を発表します。

令和7年4月から救命センターへライブ中継を送信した症例は5例ありました。内訳は、交通事故3例、自損行為1例、労災事故1例あり、その中で、私が出場した交通事故の症例を紹介します。9月某日、19時12分覚知の事案です。指令内容は、「70歳女性、車と歩行者の事故、歩行者負傷、Live119 起動中」という内容でした。出場途中に救急隊のスマートフォンから Live119 映像を確認したところ、傷病者は反応がなく、虚脱して倒れている姿が映し出されており、緊急性が高いと判断し、すぐに指令センターへ DC 要請を依頼しました。傷病者接触から20分後に DC へと収容となり、早期に医師の管理下へ置くことができ、Live119 映像がなければ、活動が遅延していた事案でありました。

現状の課題としては、送信映像が5秒ほど遅れて送信されることから、コミュニケーションに理解が必要です。また、Live119 は市民からの認知度も低く、通報者へ依頼する際に戸惑いが生じます。このことから、今後の展望としましては、認知度を上げるため、広報活動として、ホームページや SNS に掲載、あらゆる出向先での広報活動を行っているところです。また、現在、救命センターやドクターヘリには現場映像のみの提供ですが、バイタルサインや事故概要などのデータも連携していきたいと思っています。また、救命センター以外にも二次医療機関・他消防にも提供し、ICT を導入した活動を行うことで、傷病者に最適で迅速な医療が提供され、市民の皆様に安心した生活が送れるように努めていきたいと思っています。

14-5

リアルタイム集合形式から、場所を選ばないオンライン形式へ

西はりま消防本部 たつの消防署 消防第1課

立巳 泰広

当本部は、平成29年から指導救命士制度を運用し、本年度で制度運用9年目を迎えます。指導救命士が企画する主な教育指導は、地域MC医師を迎えての「救急技術指導会」、各署に出向き指導にあたる「指導救命士研修（救急車同乗実習を含む）」、指導テーマを各指導救命士に委ねた「消防本部指導救命士研修」、プレゼンテーション・シミュレーション・公用文作成の3項目を取り入れた「新任救急救命士効果測定」、シーン別8項目で構成された「現場復帰プログラム」、そして、今回紹介する「症例研究会」です。

症例研究会は、平成30年度に年5回開催で、1開催に3例から4例の症例を発表するリアルタイム集合型研修として開始しました。令和3年度には、情報指令員も定期参加するようになりました。また、同年からweb機能を活用しハイブリッド開催へと変化させています。さらに、令和5年度には、オンライン開催に限定した研修とし、研修終了後に指導救命士が「あとがき」を作成し要点をまとめることで、業務等で研修会に参加できなかった救急隊員も日を改めて自己研鑽できるようになりました。

7年間で延べ120症例を共有することができました。また、オンライン化することでOJTを中心に回を増すごとに参加者は増加し、今では各回平均60人（職員の約21%）が研修に参加しています。症例発表は、発表者が抄録を作成し参加者に事前公表します。プレゼンテーション後に意見交換の時間を設けますが、参加者は予備知識を持って研修会に参加することで、毎回積極的な意見交換が行われています。発表者に年齢、階級、資格等の制限は無く、救急隊員にも限定していません。救助隊員や消防隊員の発表も可能です。各隊の視点から救急活動を振り返ることで、新たな発見が得られ隊連携の構築が期待されます。

回を重ねるごとに、参加者のプレゼンテーション能力は向上し、画像生成AIを活用し現場を再現した発表もみられる様になりました。近年では医療機関と合同で行う症例研究会の場も構築でき、管内外問わず各地で実施しています。

出動件数の少ない中規模消防では、貴重な経験を良質な知識に変換し、共有することが重要だと考えます。オンライン化は、限られた時間でも自身の知識をブラッシュアップさせることを可能にします。今後は、情報やデータ解析を発表に取り入れ、デジタル化を図ることで症例研究会もブラッシュアップさせていきたいと考えます。

14-6

西宮市救急隊のデジタル変革について

西宮市消防局 鳴尾消防署 浜消防分署 警防第2係

吉川 樂

西宮市救急隊のDX的取り組みを3つ紹介させていただきます。1つ目は映像情報伝送装置についてです。救急隊が所有する専用のカメラで撮影した映像を指令室を経由して、医療機関に転送することで、電話等では伝わりにくい傷病者情報を視覚的に報告・共有することができ、判断に迷う場合の助言や特定行為の指示要請時の更なる根拠として有効です。

2つ目はLive119についてです。当市では全国に先駆けて令和3年から使用しています。119番通報の約4割がスマートフォンから行われるようになり、災害現場の特定や口頭指導の必要性など指令課員が視覚的に判断できるため、救命率の向上や現場活動時間の短縮など、様々な効果があります。

3つ目は、デジタル修了証についてです。従来では、救急講習受講後に希望があればカード型の紙媒体で修了証を作成・交付していましたが、作成に係る費用や時間、手交に伴う住民の来庁など、多くの手間を必要としていました。こうした問題点を改善するために、にしのみやスマート申請という住民や事業所からの申請や届け出をインターネットで受付、審査、交付、手数料決裁などをオンラインで行う、クラウド型のシステムを活用してデジタル修了証として交付することで、事務作業の効率化や利用者の利便性の向上などが図られ、財政構造改善に向けた取り組みである。現状は消防局が主体となって行った上級救命講習に参加した18名及び職員向けの講習である応急手当指導員資格更新者144名にデジタル修了証を交付しましたが、今後は各署主体の救急講習にも導入するよう検討を図り、更なる効率化を推進する予定です。

共催・協賛企業様一覧

企業展示

GE ヘルスケアジャパン株式会社
株式会社ネクサスエージェント
コーケンメディカル株式会社
コニカミノルタ株式会社
フクダ電子京滋販売株式会社
株式会社ジャパン・ティッシュエンジニアリング (J-TEC)
ティーピーリンクジャパン株式会社 (TP-LINK JAPAN INC)
株式会社 JV-IT ホールディング
株式会社 WeBridge
栄和産業株式会社
Ambu 株式会社
日本光電工業株式会社株式会社
清水建設 株式会社
IP-Net (株)
日本ストライカー株式会社
株式会社 QBIT Robotics
レールダルメディカルジャパン株式会社
エアーストレッチャー株式会社
プラスマン合同会社

プログラム抄録集広告

ビー・ブラウンエースクラブ株式会社
株式会社 増田医科器械
ジョンソン・エンド・ジョンソン
日本船舶薬品株式会社
旭化成ファーマ株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社 京滋支店
ソルベントム合同会社

書籍展示

クロップライフジャパン株式会社

コーヒー提供

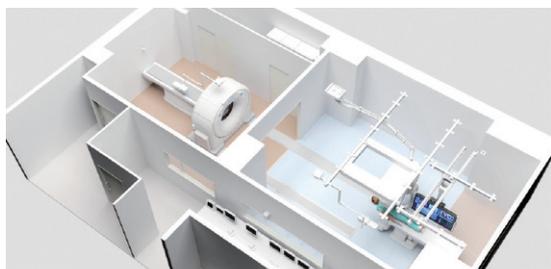
ネスレ日本株式会社

Canon



ハイブリッドER 2room型 Angio CT

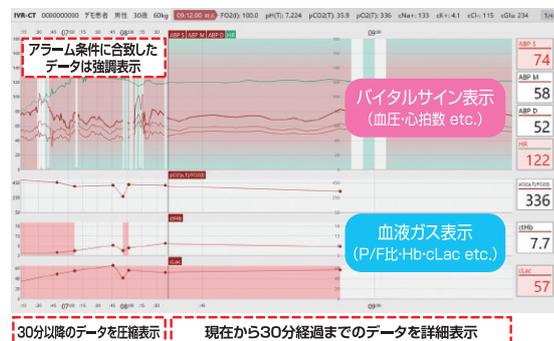
装置の稼働率を高め、救急初期診療の現場に新たな価値を生み出す



CTとアンギオを隣接した部屋に構築し、通常は独立した装置として利用できます。必要に応じてCTガントリをアンギオ室に移動することで、ハイブリッドERとして運用いただけます。

ハイブリッドERは、従来の初療室環境では、CT検査を施行できなかった患者さんに対しても、患者さんの移動を一切伴わずに、安全かつ迅速に撮影を行うことができ、緊急開胸・開腹術や血管内カテーテルによる緊急止血術まで、一連の検査および治療を行うことが可能なシステムです。

*Auilion Prime SP / i EditionとAlphenix 組み合わせ



急性期医療情報統合ビューア

Abierto Cockpit for ER

- ・初療室内で必要とされるバイタルサイン、血液検査情報を一画面に集約し、大型モニタに表示。円滑な情報共有が可能
- ・入室中の計測データをグラフ表示し、患者状態の管理をサポート
- ・自動更新機能により、モニタリング情報が常に更新されるため操作が不要
- ・血液検査結果判定時と事前に設定された閾値に基づくアラームデータ発生時には、音声通知と画面表示で情報の見落とし防止を支援

【一般的な名称】全身用X線CT診断装置 【販売名】CTスキャナ Aquilion Prime SP TSX-303B 【認証番号】229ACBZX00012000

M000168-01

【一般的な名称】据置型デジタル式循環器用X線透視診断装置 【販売名】X線循環器診断システム Alphenix INFEX-8000C 【認証番号】218ACBZX00004000

【一般的な名称】セントラルモニタ用プログラム 【販売名】急性期医療情報統合ビューア Abierto Cockpit HVAC-01A 【認証番号】305ADBZX00006000

キヤノンメディカルシステムズ株式会社 <https://jp.medical.canon>

Made For life

Creating for Tomorrow

私たち旭化成グループの使命。

それは、いつの時代でも世界の人びとが“いのち”を育み、

より豊かな“暮らし”を実現できるよう、最善を尽くすこと。

創業以来変わらぬ人類貢献への想いを胸に、次の時代へ大胆に伝えていくために一。

私たちは、昨日まで世界になかったものを創造し続けます。

AsahiKASEI

旭化成ファーマ株式会社



製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー 〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2 TEL.0120-160-834

販売名：エンドパス スティプラー Powered ECHOLON FLEX 3000 認証番号：304AABZX00060000
 販売名：GSTカートリッジ 承認番号：227008ZX00155000
 販売名：エシェロン サークュラー パワードスティプラー 承認番号：301008ZX00156000
 販売名：エンドパス トロッカーシステム 承認番号：219008ZX00882000
 販売名：ハーモニック 1100 シアーズ 承認番号：303008ZX00138000
 販売名：エンシールX1 ティシューシーラー 承認番号：302008ZX00391000
 販売名：ハーモニック FOCUS プラス 承認番号：227008ZX00411000

販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス
 販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス Bidirectional
 販売名：PDS プラス
 販売名：ダーマボンド プリネオ
 販売名：サージフロ
 販売名：サージセル・パウダー・アブソーパブル・ヘモスタット
 販売名：サージセル スノー・アブソーパブル・ヘモスタット
 販売名：サージセル・アブソーパブル・ヘモスタットMD

承認番号：229008ZX00123000
 承認番号：304008ZX00016000
 承認番号：223008ZX00333000
 届出番号：1381X00204ME0010
 承認番号：231008ZX00112000
 承認番号：302008ZX00082000
 承認番号：303008ZX00042000
 医療機器承認番号：304008ZX00112000

JP_ETH_STAP_357792
 ©J&JK 2022

Creating The Future

挑戦を続け、共に未来を創る



増田医科器械は、先進のテクノロジーと熱いハートで、医療の現場や研究現場のお客様、そして患者様のお役に立つことが使命であり喜びです。



先端医療のバイオニアヘー。
株式会社 増田医科器械

〒612-8443 京都市伏見区竹田藁屋町50
Tel.075-623-7111 Fax.075-623-7131

www.masudaika.co.jp



創傷治療はNext Stageへ 3M™ V.A.C.® Ultra治療システム

3M™ V.A.C.® Ultra治療システムは3M™ ベラフロ™ 治療(NPWT-i-d)と3M™ V.A.C.® 治療(NPWT)のコンビネーションにより、症例ごとの治療選択および治療開始時期の早期化や治療期間短縮が期待できるため、従来以上に患者QOL向上に役立ちます。



3M™ ベラフロ™ 治療を開始するタイミングは、治療転帰にも影響を及ぼします³



NPWTの治療期間の短縮

(7.0 vs 11.4; p < 0.0001)



入院期間の短縮

(13.4 vs 16.3 days; p < 0.0001)



創傷関連による再入院の減少

30 days(6 vs 16; p = 0.0293)and60 days(10 vs 24; p = 0.0130)



医療コストの削減

³ Collinsworth AW, Griffin LP. The effect of timing of instillation therapy on outcomes and costs for patients receiving negative pressure wound therapy. Wounds. 2022;34(11):269-275.

高度管理医療機器（クラスⅢ）
一般名称：陰圧創傷治療システム
販売名：V.A.C.Ultra治療システム
医療機器承認番号：22900BZX00204000

使用目的又は効果

本品は、適応疾患に対して、洗浄液の周期的自動注入機能により創面の環境調整、創の清浄化を行い、管理された陰圧を付加し、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り(Negative Pressure Wound Therapy with Instillation and Dwelling、以下NPWT-i-dという)、創傷治癒を促進することを目的とする。また、周期的自動注入機能を用いず、従来の局所陰圧閉鎖療法(Negative Pressure Wound Therapy、以下NPWTという、創傷部に対して局所的に管理された陰圧をかけることで、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒を促進させる。)として使用することも可能である。

Solventumおよびそのロゴ、その製品名等に使用される商標はSolventum及びその関連会社の商標です。3Mおよびそのロゴは3Mおよびその関連会社の商標です。その他の商標はそれぞれの権利者の商標です。

製造販売元

ケーシーアイ株式会社 <https://www.solventum.com/ja-jp/home/>

スリーエムヘルスケアジャパン合同会社はソルベンタム合同会社に社名変更しました。

弊社製品に関するお問い合わせ

☎ 0120-897-706

創傷衛生/ウインド・ハイジーンの実践 プロントザン

プロントザンを用いた積極的なアプローチにより
期待される効果

- バイオフィルムによる創面への負担を軽減
- 創面の菌の増殖を抑制



プロントザンに関する
詳しい情報はこちらから
opm.bbraun-japan.com

製造販売元

ビー・ブラウンエースクラップ株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-16

カスタマーサービスセンター: ☎0120-401-741 (フリーダイヤル)

コーポレートサイト: www.bbraun.jp

販売名: プロントザン

承認番号: 23000BZIO0005000

高度管理医療機器 抗菌性創傷被覆・保護材



Almighty series

オールマイティバッグシリーズ



オールマイティ・O2バッグ

二次救命処置に対応した3WAYバッグです。
2Lの薬液ポンベを収納したまま使用することができます。
充実した収納力を備えており合計3カ所の反射テープが夜間活動時等の視認性を高めます。

商品コード: ES-1280-001
サイズ: 約 W550×D270×H310mm
重量: 約 3.3kg (付属品含む)
付属品: ショルダーストラップ×1本・布プレート×1枚
脱着ポンベ固定ベルト×2本・後座室扉×2枚
中仕切り×1個・ポーチ各種×14個

充実した機能性と収納力を備えたバッグ



オールマイティ・キャプテンバッグ

救命器具の持ち運びに便利な収納性がある、2WAY対応のコンパクト型バッグです。フロントポケットの反射テープが夜間活動時等の視認性を高めます。



商品コード: ES-1280-002
サイズ: 約 W360×D170×H390mm
重量: 約 1.3kg (付属品含む)
付属品: 布プレート・脱着式中仕切り×各1個

option オールマイティシリーズ 布プレート・ネームス

付属している布プレートにネーム入力が可能です。布プレートは、フロントポケット正面の透明ポケットに押し込みができます。



ネームサイズ: 約 W296×H56mm
ネーム印字: 可能範囲目安 約 W270×H40mm

※別途費用が発生します。
※ネーム入れ対応可能なフロント・フロントカラは、別途お問い合わせください。

●製品の仕様・性能は、予告なく変更になる場合があります。●お取り扱いの注意事項は必ずお読みください。●お取り扱いの注意事項は必ずお読みください。●お取り扱いの注意事項は必ずお読みください。

- お問い合わせ先
- 横浜支店 ☎(045)622-1131
 - 札幌営業所 ☎(011)785-1099
 - 大阪支店 ☎(06)6985-8991
 - 神戸支店 ☎(078)302-2631
 - 仙台営業所 ☎(022)743-5191
 - 高松営業所 ☎(087)869-9881
 - 東京支店 ☎(03)5621-4131
 - 関東営業所 ☎(048)660-2271
 - 広島営業所 ☎(082)227-9939
 - 名古屋支店 ☎(052)933-2652
 - 金沢営業所 ☎(076)232-1152
 - 福岡支店 ☎(092)483-2080
- 日本船舶薬品株式会社