

第46回

# 宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

**日時** 平成27年8月1日(土)  
13:00~18:30

**会場** 社会医療法人 泉和会 千代田病院

**住所** 宮崎県日向市大字日知屋古田町 88 番地

**会長** 千代反田 晋  
(社会医療法人 泉和会 千代田病院)

# 【プログラム】

## 開会の挨拶 (13:00 ~ 13:05)

第46回宮崎救急医学会 会長 千代反田 晋

## 一般演題1：外傷・形成外科・電撃傷 (13:06 ~ 13:41)

座長 社会医療法人泉和会 千代田病院 外科 吉岡 誠

### 1-1 宮崎県ドクターヘリ3年間の外傷診療の検討

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 安部 智大、他

### 1-2 宮崎大学病院における鈍的大動脈損傷診療の9例

宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 樋口 和宏、他

### 1-3 母指示指切断に対する母指再建の一例

宮崎江南病院 形成外科 小山田 基子、他

### 1-4 電撃傷の治療経験

宮崎大学医学部附属病院 整形外科 川野 啓介、他

### 1-5 高エネルギー外傷に対しダメージコントロール手術を行った2症例

宮崎県立宮崎病院 外科 湯地 英章、他

## 一般演題2：消化器、腹部疾患 (13:42 ~ 14:17)

座長 社会医療法人泉和会 千代田病院 外科 井上 正邦

### 2-1 胃石症にて緊急手術を施行した1例

宮崎県立日南病院 外科 池ノ上 実、他

### 2-2 腹腔内への破裂性腹部大動脈瘤に対してステントグラフト治療を行い救命した1例

宮崎大学医学部附属病院 心臓血管外科 石井 廣人、他

### 2-3 US、CTにより診断し得た魚骨十二指腸穿通の一症例

医療法人社団誠友会 南部病院 石橋 峰嗣、他

### 2-4 魚骨小腸穿孔5例の経験

社会医療法人泉和会 千代田病院 外科 田中 松平、他

### 2-5 当院における消化管出血輪番開始後の症例の検討

特定医療法人健寿会 黒木病院 外科 牧野 剛緒

### 一般演題3：病院前救護、救急医療搬送、救急医療体制（14：18～14：53）

座長 社会医療法人泉和会 千代田病院 麻酔科 千田谷 和光

#### 3-1 Dr.Heli は Time is Brain に貢献できるか？

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 山下 駿、他

#### 3-2 Rescue 3 Japan 講習会による水難救助の標準化及び、今後の検証内容と目標

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 今井 光一、他

#### 3-3 夜間における多数傷病者発生事案に対する日向市の現状と課題

日向市消防本部 柏田 一久、他

#### 3-4 日向地区での初めてのドクターカー（宮崎大学医学部附属病院）要請事案

日向市消防本部 高森 正吉、他

#### 3-5 新病院移転に伴う患者移送に関する取り組み

都城市郡医師会病院 竹松 昇、他

### 一般演題4：救急医学教育、救急看護、医療支援（14：54～15：15）

座長 宮崎大学医学部附属病院 救急看護認定看護師 吉田 亜希子

#### 4-1 宮崎県の救急医師を増やすには—学生アンケート調査からの考察—

宮崎大学医学部医学科 湯地 義啓、他

#### 4-2 救急患者の経口摂取開始のゴーサイン

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 下越 ちかこ、他

#### 4-3 脳神経外科専門病院における病棟クラークの役割

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 政木 祐美、他

【休憩】（15：15～15：30）

【総会】（15：30～15：45）

**【特別演題】 (15:45 ~ 16:45)**

座長 宮崎大学医学部病態解析医学講座 救急・災害医学分野 教授  
救命救急センター長  
落合 秀信

『地域包括ケアシステムと救急医療』

昭和大学病院 病院長 有賀 徹

**一般演題5：呼吸器、感染症 (16:46 ~ 17:07)**

座長 社会医療法人泉和会 千代田病院 呼吸器内科 坂元 昭裕

5-1 呼吸不全の高齢者 do not intubate (DNI) 患者に対する  
高流量式鼻カニューラの有用性の検討

西都児湯医療センター 祖田 栄児、他

5-2 劇症型肺炎球菌感染症の一例

小林市立病院 救急科 川井田 望、他

5-3 腫瘍性気道狭窄に対して全身麻酔下に硬性鏡を用いて行った手術症例2例の検討

西都児湯医療センター 内科 床島 真紀、他

**一般演題6：精神科救急 (17:08 ~ 17:22)**

座長 医療法人望洋会 鮫島病院 精神科 鮫島 哲郎

6-1 自殺未遂患者支援の取り組み

医療法人社団善仁会 宮崎善仁会病院 御手洗 真由美、他

6-2 県立宮崎病院救命救急センターにおける平成26年度の自殺企図による受診と精神科介入の状況

宮崎県立宮崎病院 精神医療センター 河野 次郎、他

## 一般演題7：集中治療、院内救急体制（17：23～17：51）

座長 医療法人誠和会 和田病院 緩和ケア内科 高橋 稔之

### 7-1 県立宮崎病院救急医赴任後の蘇生戦略における変化について

宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 中村 仁彦、他

### 7-2 Rapid Response System 導入に向けた取り組み：

宮崎県立宮崎病院 救命救急科 青山 剛士、他

### 7-3 Rapid Response System 導入のための取り組み～看護師の役割について～

宮崎県立宮崎病院 看護部 神應寺 瑤子、他

### 7-4 RRS 導入に向けて予期せぬ ICU 入室を分析した結果から見えてきたこと

宮崎県立宮崎病院 看護部 柚下 香織、他

## 一般演題8：中枢神経疾患、リハビリ（17：52～18：20）

座長 医療法人誠和会 和田病院 脳外神経外科 宮田 史朗

### 8-1 透析患者の出血性頭部疾患における透析再開の指標について

宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 落合 彰子、他

### 8-2 急性期脳梗塞における Volume Diffusion Weighted Imaging の有用性について

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 放射線部 相村 崇成、他

### 8-3 急性期脳出血患者の食事動作における認知神経リハビリテーションの応用

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 リハビリテーション部 津島 聡子、他

### 8-4 急性期脳出血増大因子とその管理

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 脳神経外科 上田 孝、他

## 閉会の挨拶（18：25～18：30）

第46回宮崎救急医学会 会長 千代反田 晋

### 1-1. 宮崎県ドクターヘリ3年間の外傷診療の検討

○安部 智大 (あべともひろ)、畠中 健吾、篠原 希、齋藤 勝俊、宗像 駿、山田 祐輔、  
上田 太一郎、長野 健彦、長嶺 育弘、今井 光一、松岡 博史、金丸 勝弘、落合 秀信

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター

【はじめに】宮崎県ドクターヘリ (以下、DH) は運航開始から3年が経過した。DHが現場出動した外傷症例を調査する。

【対象と方法】対象は、2012年4月から2015年3月末までにDHが現場から宮崎県内施設に搬送し、DH診療録、搬送先診療録を参照できた外傷症例とした。解剖学的重症度、蘇生処置や緊急手術 (以下、治療介入) の有無など調査し検討する。

【結果】2012年から2年間の中間解析 (値は何れも順に2012、2013年度) では、DHは124件 (診療人数127人)、179件 (同、196人) 出動した。DH基地病院に搬送したのは105人 (83%)、139人 (78%) であり、ISS $\geq$ 16の症例は46人 (44%)、74人 (53%)、治療介入した症例は45人 (43%)、59人 (42%) であった。DH基地病院以外に搬送した症例は17人、51人であり、ISS $\geq$ 16の症例は2人 (13%)、14人 (28%)、治療介入した症例は5人 (31%)、23人 (46%) であった。

【考察】DHは経年的に基地病院への搬送数は減っている。その要因も含め、本会では2014年度の症例も調査し検討を加え、考察する。

### 1-2. 宮崎大学病院における鈍的大動脈損傷診療の9例

○樋口 和宏 (ひぐちかずひろ)<sup>1)</sup>、畠中 健吾<sup>2)</sup>、篠原 希<sup>2)</sup>、齋藤 勝俊<sup>2)</sup>、宗像 駿<sup>2)</sup>、  
山田 祐輔<sup>2)</sup>、上田 太一郎<sup>2)</sup>、安部 智大<sup>2)</sup>、長野 健彦<sup>2)</sup>、長嶺 育弘<sup>2)</sup>、今井 光一<sup>2)</sup>、  
松岡 博史<sup>2)</sup>、金丸 勝弘<sup>2)</sup>、落合 秀信<sup>2)</sup>

宮崎大学医学部附属病院 1) 卒後臨床研修センター 2) 救命救急センター

【はじめに】鈍的大動脈損傷 (以下、Blunt Aortic Injury: BAI) は致死的な損傷である。宮崎大学医学部附属病院救命救急センター (以下、当センター) でのBAIの診療について検討する。

【対象と方法】対象は平成24年4月から平成27年3月末までに当センターに搬送されたBAIを合併した外傷症例とした。診療録から後方視的に検討する。

【結果】BAIを合併した症例は9例。平均年齢は67歳、男女比は男:女=3.5:1であった。受傷機転は、交通外傷7例、転落2例であった。受傷部位は全例大動脈峡部であり、Society for Vascular Surgeryによる重症度分類ではGrade I: 2例、Grade II: 3例、Grade III: 3例、Grade IV: 1例であった。治療内容は、endovascular aortic repair (以下、EVAR) を4例に行った。搬送から手術開始までは平均259分、手術時間は平均94分であった。9例とも院内死亡はなかった。

【考察】BAIは多発外傷の一部として受傷することが多く、他の合併損傷に対する治療との兼ね合いが重要であり、本会では、合併損傷なども検討項目に加え報告する。

### 1-3. 母指示指切断に対する母指再建の一例

○小山田 基子 (おやまだ もとこ)、石田 祐之、赤塚 美穂子、大安 剛裕

宮崎江南病院 形成外科

症例は22歳男性、電動のこぎりに接触し母指示指完全切断を受傷。今回我々は母指示指完全切断に対して切断母指が高度挫滅のため使用できず、切断示指を用いての母指化手術を行った。外観および機能的に良好な結果が得られたため、文献的な考察も含めて症例報告する。

### 1-4. 電撃傷の治療経験

○川野 啓介 (かわの けいすけ)<sup>1)</sup>、帖佐 悦男<sup>1)</sup>、池尻 洋史<sup>1)</sup>、中村 嘉宏<sup>1)</sup>、  
落合 秀信<sup>2)</sup>、天野 正宏<sup>3)</sup>、持田 耕介<sup>3)</sup>、堀川 永子<sup>3)</sup>、菅野 みゆき<sup>3)</sup>

宮崎大学医学部附属病院 1) 整形外科 2) 救命救急センター 3) 皮膚科

電撃傷は高圧電流が体内を流れることにより損傷の総称であり、電流が流れることによる皮膚・筋肉・神経・血管等の組織を傷害し多彩な病変が認められる。急性期には致命的な不整脈や急性腎不全などにより死に至る危険性もある。局所に対しては血管閉塞による虚血性壊死に陥るため、時間経過とともに徐々に壊死範囲が拡大する。そのため、最終的に壊死に陥る範囲は初期の段階では容易に判定できないとされている。

今回我々は高圧電流による電撃傷の3例を経験したので報告する。症例はいずれも当院救急部に搬送され、全身管理が行われた。デブリードメントや植皮、切断を要し当科および皮膚科と合同で手術を行った。

電撃傷は全身救急疾患であり臨床症状が多岐にわたる。救急科・整形外科・皮膚科など複数科による集学的治療が必要である。

### 1-5. 高エネルギー外傷に対しダメージコントロール手術を行った2症例

○湯地 英章 (ゆじ ひであき)、中村 豪、日高 秀樹、小倉 康、下園 孝司、上田 祐滋

宮崎県立宮崎病院 外科

Damage Control Surgery (DCS) では閉腹せず、Open Abdominal Management (OAM) を行うことが多い。交通外傷による腹腔内出血に対し、OAMを行った2例を経験した。

症例1は49歳男性の乗用車正面衝突事故で、現場でショック状態だった。CT検査で腹腔内大量出血と遊離ガスを確認し、来院75分後に開腹、止血と小腸部分切除ガーゼパッキングを行い Vacuum packing closure で一次的に閉腹した。手術時間87分、出血量2360mlだった。翌日がガーゼ除去と人工肛門造設を行い42日目に軽快退院した。

症例2は88歳男性のバイク単独事故で受傷後より意識レベル低下あり、来院後にバイタル悪化しCT検査で頭蓋骨含む多発骨折、脾損傷、腸間膜損傷による大量腹腔内出血を確認、脾損傷に対するIVRを行い開腹した。脾摘とガーゼパッキングを行い Vacuum packing closure で一次的に閉腹した。手術時間86分、出血量2262mlだった。術後7日目にガーゼを除去し閉腹したが、全身状態の悪化に伴い術後23日目に永眠した。

上記2症例について若干の考察とともに報告する。

## 2-1. 胃石症にて緊急手術を施行した1例

○池ノ上 実（いけのうえ まこと）、川崎 真由美、水野 隆之、米井 彰洋、  
市成 秀樹、峯 一彦

宮崎県立日南病院 外科

85歳女性、2015年4月上旬から徐々に臍周囲の疼痛を自覚していたが、独自にびわの葉を煎じて内服し様子をみていた。症状が軽快しないため、近医受診し上部消化管内視鏡検査を施行された。胃内に3cmほどの褐色の結石を認めたが、自然排出されるものとして経過観察されていた。5月末より食事摂取後の嘔吐が出現するようになり、頻度がふえてきたために当院に紹介となった。CTにて十二指腸球部に便塊状の長径6cmの結石を認め、造影検査にて十二指腸球部から肛門側への通過を認めなかった。既知の胃石の十二指腸陥頓の診断にて緊急手術を施行した。十二指腸球部を横切開し結石を摘出し層々に吻合した。術後4日目より食事開始し、術後経過は良好である。

胃石症は稀な疾患ではあるが、日常診療で遭遇する可能性もある。内視鏡にて胃石を認めた時点での治療法や手術適応、手術法について文献的考察を含めて報告する。

## 2-2. 腹腔内への破裂性腹部大動脈瘤に対してステントグラフト治療を行い救命した1例

○石井 廣人（いしいひろひと）、中村 栄作、遠藤 穰治、西村 征憲、  
白崎 幸枝、森 晃佑、中村 都英

宮崎大学医学部附属病院 心臓血管外科

症例は78歳、男性。意識障害・腹痛で発症し、ドクターヘリ到着時はショック状態であった。当院搬送後、造影CTにて破裂性腹部大動脈瘤の診断となり、緊急手術を施行した。もともとADLは低く、形態的にもステントグラフト治療が適切と判断した。エンドリークなくステントグラフトを留置したが、腹部はすでにコンパートメント状態であり、速やかに開腹して減圧を行った。腹腔内は多量の血液にまみれ出血点の同定は困難であったため、ガーゼパッキングを施行し簡易閉腹を行った。術後2日目にデパッキングおよび閉腹術を施行し、その際に後腹膜に約3cmの穿破部および同部の止血を確認した。術後は治療に難渋したが、元々のADLまで回復し、術後96日目に近医ヘリハビリ目的で転院となった。

## 2-3. US、CTにより診断し得た魚骨十二指腸穿通の一症例

○石橋 峰嗣 (いしばし みねつぐ)<sup>1)</sup>、日高 憲一<sup>2)</sup>、吉田 朗<sup>2)</sup>、八尋 陽平<sup>3)</sup>、  
山成 英夫<sup>3)</sup>、八尋 克三<sup>3)</sup>

医療法人社団誠友会 南部病院 1) 超音波室 2) 放射線科 3) 外科

症例は82歳、女性、H27年3月、心窩部痛認めファモチジン錠投与したが、症状軽快しないため精査目的で当院を紹介となった。入院時の血液検査では、WBC 12200/ $\mu$ l、CRP 1.96mg/dl、AMY 1396 U/lの上昇を認めた。腹部USでは、十二指腸下行脚後壁から臍頭部にかけて異物を疑う線状高エコー像を認めた。腹部CTでは、十二指腸球部から下行脚の移行部付近で臍頭部にかけて弓状の異物を認めた。改めて食歴を聴取したところ鰯を摂取したことが判明し魚骨による穿通を疑った。上部内視鏡検査で球部に魚骨を認めスネアにて除去を行い、内視鏡的異物除去後の腹部CTで腹腔内へのair leakや液体漏出がないことを確認し経過観察となった。術後合併症等なく経過良好で退院となった。魚骨を疑う場合食歴と共に腹部USでは線状高エコー像、腹部CTでは線状高吸収域が診断に有用であった。

## 2-4. 魚骨小腸穿孔5例の経験

○田中 松平 (たなか まつへい)<sup>1)</sup>、井上 正邦<sup>1)</sup>、波種 年彦<sup>1)</sup>、緒方 賢司<sup>1)</sup>、立石 雅宏<sup>1)</sup>、  
吉岡 誠<sup>1)</sup>、千代反田 晋<sup>1)</sup>、松元 久幸<sup>2)</sup>

社会医療法人泉和会 千代田病院 1) 外科 2) 放射線科

我々は2007年1月から2015年4月末までに魚骨の小腸穿孔を5例経験した。

年齢は60～79歳、平均67歳、男女比は3：2であった。全てCTにて線状の高吸収域の魚骨による穿孔を指摘され、緊急手術を行なった。

男性1例と女性1例は、腹腔鏡補助下にて小腸部分切除および腹腔洗浄ドレナージ術を施行した。各症例を供覧する。

## 2-5. 当院における消化管出血輪番開始後の症例検討

○牧野 剛緒 (まきの たかお)、山本 淳、力武 幹司、塩月 裕範、中島 健、梶本 亜紀子

特定医療法人健寿会 黒木病院

2008年10月、県立延岡病院の消化器内科医が退職し、時間外の消化管出血の受け入れができなくなった。その為、2009年2月より4病院、県立延岡病院、延岡市医師会病院、共立病院、当院が輪番制で時間外の消化管出血症例を受入れることになった。

その後2014年8月まで5年7ヶ月間に530例の受け入れがあり、その内当院で経験した154症例を上下部消化管に分け検討した。上部消化管80症例では胃潰瘍22例、十二指腸潰瘍13例、マロリーワイス症候群12例、食道静脈瘤出血12例等であった。下部消化管50症例では結腸憩室炎17例、部位不明の下部消化管出血11例、虚血性結腸炎8例等であった。上部消化管内視鏡検査が当日53例、翌日23例、翌日以降が12例あり止血術は、エタノール局注+トロンビン散布16例、トロンビン散布13例、EVL9例等であった。輪番制は患者を断れなく、ドクターヘリを利用し宮崎大学等に搬送している症例もある。

### 3-1. Dr.Heli は Time is Brain に貢献できるか？

○山下 駿（やました しゅん）、長野 健彦、上田 太一郎、安部 智大、西元 裕二、  
長嶺 育弘、長野 健彦、今井 光一、白尾 英仁、金丸 勝弘、落合 秀信

宮崎大学医学部附属病院救命救急センター

【はじめに】「Time is Brain」と言われるように、脳卒中診療は時間との勝負である。 Dr.Heli が脳卒中診療の時間短縮に貢献できるかについて検討した。

【対象と方法】対象は2012年4月1日から2014年3月31日までの間に救急車またはDr.Heli で当センターに救急搬送された脳卒中患者とし、カルテ記録を参照し後方視的に検討した。

【結果】Dr.Heli と救急車搬送患者の比較では、病院到着からCT撮影までの時間がDr.Heli 群で6.43分、救急車群で20.23分とDr.Heli 群の方が有意差をもって短かった。また、rt-PA治療開始までの時間も、Dr.Heli 群で67分、救急車群で79分と有意差をもってDr.Heli 群で早く、rt-PA施行率もDr.Heli の方が高かった。

【考察】宮崎県全体では、宮崎大学附属病院から最も遠い所でも146分以内のDr.Heli 要請でrt-PA投与が可能になるDr.Heli はTime is Brain に貢献していると言える。

### 3-2. Rescue 3 Japan 講習会による水難救助の標準化及び、今後の検証内容と目標

○今井 光一（いまい こういち）、落合 秀信

宮崎大学医学部附属病院救命救急センター

2013年、水難事故状況は全国では1459件発生、宮崎県では22件発生、水難者28人であり、その内わけは死亡者10人、負傷者2人、無事救出者16人と警視庁生活安全局より報告されている。2014年に当センターへ搬送された水難者は9名であり、内6名は心肺停止状態、2名は中等症、1名は軽症であった。水難救助の現場に導入された医師の主な役割はメディカルコントロール（MC）になり、それを担う医師が水難救助法を理解しているならば、より良いMCを遂行できると考える。また、水難救助現場の早期から医師が介入できるならば、救命率が向上する可能性があると思われる。このため、当センターは主に消防隊員等が受講するRescue 3 Japanの水難救助講習会を当センター医師に受講させた。さらに、宮崎県耳川でのRescue 3 Japan講習会を主宰し、救命率を検証していくこととした。今回はRescue 3 Japan講習会の開催条件と訓練内容、当センターが今後行っていく検証内容と目標について報告する。

### 3-3. 夜間における多数傷病者発生事案に対する日向市の現状と課題

○柏田 一久（かしわだ かずひさ）、池田 浩二、黒木 英伸、金丸 真也、黒木 卓将、山本 和磨、今村 誠、椎葉 和喜、日高 真幸、永友 新作、間 政文、徳永 拓斗

日向市消防本部

日向市消防本部は救急車2台、予備救急車1台で運用しています。傷病者が重症の場合、同時に対応し搬送できるのは3名までとなり、多数傷病者に対しては非常に脆弱です。更に、夜間は医療機関の救急受け入れ態勢も日中時間帯と比較して十分とは言えず、多数傷病者となると、搬送先医療機関の確保も難しくなります。

その様な中、夜間に傷病者5名の交通事故が発生。現場トリアージで赤タッグ2名、黄タッグ2名、緑タッグ1名。夜間のためドクターヘリ要請は不可。医師の現場出場要請も困難な状況。加えて搬送先医療機関も確保できず、直近の二次医療機関である千代田病院へ全傷病者を一時収容した。千代田病院では、応急処置、診断、医療機関選定が行われ、傷病者の転送を実施した。

今回の症例を通して、日向市の夜間における多数傷病者発生事案に対する現状と課題を報告する。

### 3-4. 日向地区での初めてのドクターカー（宮崎大学医学部附属病院）要請事案

○高森 正吉（たかもり まさよし）<sup>2)</sup>、柏田 一久<sup>1)</sup>、寺原 正人<sup>1)</sup>、金丸 隆広<sup>1)</sup>、小松 昇二郎<sup>1)</sup>、曾根崎 友章<sup>2)</sup>、黒木 政教<sup>2)</sup>

日向市消防本部      1) 救急2号車      2) 救急3号車

夜間帯に発生した、国道10号線 平岩地区での普通自動車同士の衝突事故。車両は両車両共に大破。傷病者は両車両の運転手（重症者）、二人とも挟まれ救助に時間を要す事案。

通常、日向市管内では交通外傷の重症者は管内2次告示病院もしくは3次の県立延岡病院に搬送依頼を行うが、当日の夜間当直対応が出来る病院がなく、日向地区では、度々、緊急性の高い重症者の病院決定までに時間を要することがある。

本事案は早期に医師の管理下にと考慮し、最終的にドクターカー要請を初めての経験ですが救急隊の話し合いで決定した。

結果的にドクターカー要請で医師接触、いわゆる病院収容と同じ状況を早く実現できた。

夜間帯の重症者で搬送先決定に時間を要す場合、ドクターカーは県央から県北地域までは時間を要すると考えていたが、東九州自動車道のインフラの整備、ドクターカーの医師からのアドバイスでも救急隊として助かった事案を報告する。

### 3-5. 新病院移転に伴う患者移送に関する取り組み

○竹松 昇 (たけまつ のぼる)、平川 薫、前田 潤、堂領 秀一、首高 広美、名越 秀樹

都城市郡医師会病院

【はじめに】 A 病院は都城市・北諸県郡、鹿児島県曾於医療圏の高次医療の地域中核医療機関としてその中心的な役割を担っている。平成 27 年 4 月 1 日に新築移転を行うことになり、新病院への安全な患者移送に向けて行った取り組みを報告する。

【取り組み】 入院患者の転院調整、患者移送マニュアルや搬送カルテの作成・伝達、必要資器材の準備、患者移送協力機関の調整、通信・連絡手段の確保等。また、実際に車両やヘリを使用し、事前シミュレーションを行った。

【移送当日】 入院患者総数 43 名のうち 40 名を 10 台の救急車と宮崎県ドクターヘリ 1 機、消防の指令車 1 台で移送した。当日は病院全体と関係機関のブリーフィングを行い、移送の流れや連絡系統の確認を実施。また、広域災害救急医療情報システム (EMIS) の医療搬送患者モニターの機能を使用し、患者搬送リストを作成した。

【結果】 移転開始から約 5 時間で全入院患者を事故もなく安全に移送することが出来た。今回の患者移送によって多数傷病者の受け入れ・搬出、自施設の病院避難の際の動きを確認出来たと考える。

## 一般演題 4 : 救急医学教育、救急看護、医療支援 (14:54 ~ 15:15)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救急看護認定看護師 吉田 亜希子

### 4-1. 宮崎県の救急医師を増やすには ー学生アンケート調査からの考察ー

○湯地 義啓 (ゆじ よしひろ)<sup>1)</sup>、安部 智大<sup>2)</sup>、落合 秀信<sup>2)</sup>

1) 宮崎大学医学部医学科 2) 宮崎大学医学部附属病院救命救急センター

【目的】 宮崎県は救急医が少ない。宮崎大学医学部 (以下、本学部) 医学科生の間では、救急医を志望する学生は少なくないと感じる。救急医を志す学生は県外病院を初期研修先として選択する傾向にあるという仮説をたて検証する。

【対象と方法】 本学部医学科 6 年次生にアンケート調査を行う。アンケート内容としては、出身県、将来の志望診療科 (入学時、臨床講義受講時、臨床実習時)、初期臨床研修希望施設、初期臨床研修施設の選択基準、最終的な就職希望先などについて調査する。

【結果と考察】 本学附属病院卒後臨床研修プログラムで研修する本学卒業生は毎年約 30 名程度である。本学卒後臨床研修センター通信によると平成 18 年度以降の臨床研修修了者 265 名の県内就職率は 206 名 (77.7%) と高いが、本学救命センターで後期研修をする医師は 3 年間で 8 人と少ない。救急医を志す学生が県内で臨床研修を行えば、将来、宮崎県内で働く救急医の輩出につながる可能性がある。

## 4-2. 救急患者の経口摂取開始のゴーサイン

○下越 ちかこ（しもこし ちかこ）<sup>1)</sup>、前田 圭織<sup>1)</sup>、坂元 いづみ<sup>1)</sup>、金丸 絵理子<sup>1)</sup>、  
和泉 美千代<sup>1)</sup>、大塚 清美<sup>1)</sup>、上田 孝<sup>2)</sup>、宮崎 紀彰<sup>3)</sup>

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) 看護部 2) 脳神経外科 3) 麻酔蘇生科

【目的】脳神経外科急性期医療を担っている当院での、平成26年度の入院患者総数は615名であり、その内、救急搬入及び緊急入院が518名で84%を占めている。急性期脳血管障害や重症意識障害患者の入院時の口腔アセスメントは必須であり、その後の摂食嚥下に大きな影響を及ぼすことになる。当院では、独自の“上田メソッド”を取り入れ、評価を行うことにより、早期にSTの介入ができ、安全な経口摂取開始が図られている。今回私たちは、“上田メソッド”の活用と有用性について報告する。

【対象】神経症状及び意識障害などがあり、摂食嚥下に困難が予想される患者様。

【方法】入院時、看護師にて“上田メソッド”（1. 開眼しているか 2. 口唇閉鎖できるか 3. 挺舌できるか）の、3点で評価。それぞれ0～4点で10点満点）による評価を行い、さらにST介入で再評価を行い、その結果を朝のウォキングカンファレンスで報告し、経口摂取開始のゴーサインを得る。

【結果】“上田メソッド”での評価は、簡単で所要時間が短く反復して評価でき、患者様の負担が少なく、検者による結果に誤差が少ないことが分かった。早期にST介入が図れることで、発症後早期に、かつ安全に経口摂取へと導けた。

## 4-3. 脳神経外科専門医院における病棟クラークの役割

○政木 祐美（まさき ゆみ）<sup>1)</sup>、児玉 裕子<sup>1)</sup>、福島 真由美<sup>1)</sup>、福島 美景<sup>1)</sup>、  
大岩根 麻紀<sup>1)</sup>、稲嶺 泰代<sup>1)</sup>、野川 智絵<sup>1)</sup>、井上 貴絵<sup>1)</sup>、荒武 良美<sup>1)</sup>、  
河野 史子<sup>1)</sup>、青木 由光代<sup>1)</sup>、上田 孝<sup>2)</sup>、宮崎 紀彰<sup>3)</sup>

医療法人社団孝尋会上田脳神経外科 1) 医事課 2) 脳神経外科 3) 麻酔科

当院は平成19年7月の開院当初より病棟クラークを、平成22年4月には外来クラークを各1名ずつ配置し業務を行なっております。

19床の有床診療所のため、病院のみ対象となっている平成20年度より新設された医師事務作業補助管理加算には該当しておりません。そのような中、当院の病棟クラーク業務は、従来の医師事務作業補助者としての役割に加え、医療の専門職種の業務効率をより良くするため、各職種の連携が円滑に行えるよう幅広く業務を行っております。

当院の病棟クラーク業務の一つとして部署間の中継役があり、患者様の状態が急変した場合や救急車での転送を必要とする場合、迅速に関係部署への連絡ができるよう患者様の状態や医師の指示、検査室の稼働状況など状況把握に務めています。また、医師の代行で救急隊からの連絡を受けることもあるので、救急における日ごろの対応について御報告させていただきます。

## 『地域包括ケアシステムと救急医療』

昭和大学病院 病院長 有賀 徹

地域包括ケアシステムの構築に向けて地域医療の抜本的な整備が進行しつつある。国は各都道府県に地域の実情・特性（人口および高齢化率の推移や疾病別受療率など）を踏まえた地域医療構想（ビジョン）の作成を求め、各医療機関は高度急性期・一般急性期・回復期・長期療養といった担う機能の明確化が迫られている。

さて、そのような中、東京消防庁による搬送数は年間70万件を超える勢いで増加し、この数年の増加は年に1万件ほどである。これに占める75歳以上の高齢者搬送数は実に9千件余である。また、都市部においては、私的医療機関が救急搬送先の医療機関として大きな役割を果たしているが、その私的医療機関が様々な理由で救急告示の中止に追い込まれている。このような状況などもあって、東京では救急隊が消防署から出動して帰還するまで、かつて1時間以内であったところ、今や1時間半を要している。そこで、重篤感のある119番通報時には、ポンプ車（赤い消防自動車）も同時に出動させている（P-A連携）。都市部における救急医療は正に逼迫している。

救急外来において、トリアージナースが患者の緊急度の高低によって相応の診療順位を調整している病院も少なくない。また、市民が救急車の要請に迷う場合に、東京では緊急度の判断を電話相談（#7119）によって得られる仕組みも稼働している。上記の逼迫の状況に鑑みれば、いずれ119番通報による救急搬送という社会資源の投入についても、濃淡のある傾斜的な配分を考慮すべき時が来ると思われる。そして、平成26年度から東京都の一部地域において、在宅医療対象の救急搬送については、あらかじめ主治医と相談していた手順により、病院所属の救急車が生活圏内の医療施設に搬送する試みを開始している。

地域包括ケアシステムにおいて、日常は多職種による水平連携の中で支えられてきた患者について、急変時の医療、すなわち垂直連携を展開するにあたり、引き続いて患者が地域での生活に戻ることの意義を十分に認識した社会の仕組みとならねばならない。そこには救急搬送についても、公正かつ合理的な社会資源の配分という観点も切に求められる。

### 5-1. 呼吸不全の高齢者 do not intubate (DNI) 患者に対する高流量式鼻カニュラの有用性の検討

○祖田 栄児（そだ えいじ）、木村 博人、床島 真紀、村山 等美、濱砂 亮一、長田 直人

西都児湯医療センター

当院は西都児湯地域の救急医療を担う中核病院である。地域の特性上、患者の大半が高齢者であり、その為急変時の対応として患者や家族が延命を望まず挿管を希望しない。do not intubate (DNI) である事が多い。呼吸不全や心不全等の DNI 患者に対して、従来の酸素療法では十分な効果が得られない場合、非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) を導入する事が多いが、マスクによる違和感、去痰不全、ストレス、不穏等により管理が困難な事が多い。

2014年9月より高流量式鼻カニュラ (high flow nasal cannula : HFNC) を導入し、2015年4月までに DNI 患者 11 例に使用した。対象患者は男性 8 名、女性 3 名、年齢 75～88 歳 (平均 80.5 歳)。COPD 増悪 2 例、誤嚥性肺炎 2 例、肺癌 1 例、敗血症性ショックに伴う急性肺障害 1 例、慢性心不全増悪 5 例であった。9 名は軽快退院し、肺癌患者 2 名が死亡した。鎮静剤使用あるいは身体拘束は 8 例に行ったが治療中断例はなかった。この事から HFNC は本来 NPPV 適応となる患者に対して有用と考えた。

### 5-2. 劇症型肺炎球菌感染症の一例

○川井田 望（かわいだ のぞむ）<sup>1)</sup>、徳田 浩喜<sup>2)</sup>、島名 昭彦<sup>2)</sup>、坪内 斉志<sup>2)</sup>

小林市立病院 1) 救急科 2) 消化器腫瘍外科

【はじめに】肺炎球菌による敗血症は比較的稀ではあるが、生じた際の致命率は高く、脾摘後等、基礎疾患があると一層危険とされている。更に、この敗血症に伴って四肢末梢に対称的壊疽を生じる場合があり、文献的には symmetrical peripheral gangrene あるいは purpura fulminans と呼称されている。今回意識清明で来院しわずか 2 時間で死に至った、劇症型肺炎球菌感染症の一例を経験したので若干の文献的考察を交え報告する。

【症例】41 歳男性 来院前日発熱で近医受診。抗生剤投与受け帰宅。改善なく翌日同院受診。敗血症疑われ当院紹介。来院時意識は清明、pre shock vital であり、四肢に著名な暗赤色変化が見られ、疼痛を訴えていた。すぐに各種培養提出し集学的治療を開始するも 2 時間後外来で死亡確認となった。その後の血液培養から肺炎球菌検出され、劇症型肺炎球菌感染症と診断した。

### 5-3. 腫瘍性気道狭窄に対して全身麻酔下に硬性鏡を用いて行った手術症例2例の検討

○床島 真紀（とこじま まさとし）<sup>1)</sup>、濱砂 亮一<sup>2)</sup> 長田 直人<sup>3)</sup>、松元 信弘<sup>4)</sup>

西都児湯医療センター 1) 内科 2) 脳神経外科 3) 麻酔科  
4) 宮崎大学医学部附属病院 神経呼吸内分泌代謝学講座

【はじめに】2例の腫瘍性気道狭窄に対して全身麻酔下に硬性鏡を用いて手術を行ったため報告する。

【症例1】70歳男性。右上葉肺腺癌 IIIB 期の診断で放射線化学療法を予定していたが、癌浸潤に伴う右主気管支狭窄による労作時呼吸困難、喘鳴が出現した。硬性鏡下にアルゴンプラズマ凝固法（APC）による腫瘍焼灼および右主気管支バルーン拡張を行いシリコン Y ステントを留置した。症状は消失し放射線化学療法を開始した。

【症例2】77歳女性。肺炎で当院入院していたが肺炎軽快後も3か月以上咳嗽、喀痰が持続し喘鳴が出現した。胸部 CT にて気管内腫瘍が疑われたため気管支鏡検査を行ったところ気管上部にポリープ状腫瘍があり約80%の気道狭窄が見られた。硬性鏡下にスネアや APC を用いて腫瘍切除を行った。咳嗽、喘鳴は消失した。

【結語】気管・気管支の腫瘍性病変に対して全身麻酔下に行う硬性鏡下手術は患者の術中の苦痛が少なく、安全に施行できる方法である。

## 一般演題6：精神科救急（17：08～17：22）

座長 医療法人望洋会 鮫島病院 精神科 鮫島 哲郎

### 6-1. 自殺未遂患者支援の取り組み

○御手洗 真由美（みたらいまゆみ）、佐々木 直美、甲斐 澄江、岩部 仁

医療法人社団善仁会 宮崎善仁会病院 HCU・ER

当院での自殺未遂患者支援の取り組みとして、平成26年度より、B精神科病院と保健所との3者で、1. 精神科病院と救急病院との連携強化 2. 自殺未遂患者に対する現場スタッフの対応力向上 3. 自殺未遂患者を次の支援につなぐ取り組みの推進を目的に、自殺対策合同カンファレンス（以下、合同カンファレンス）を開始している。

合同カンファレンスは、互いに事例を持ちよる事例検討の方法で実施した。

合同カンファレンスを通して、救急病院では心のケアが十分に行えていない事、精神科病院では自殺未遂患者の応急処置が困難であること、行政では、医療機関からの情報がないと患者介入が出来ないことなど、お互いの自殺未遂患者救急対応の限界や問題点が見えてきた。今後も合同カンファレンスを継続し、救急病院・精神科病院・行政間での連携強化に努め、また、自殺対策における地域の支援の一部として、自殺未遂者支援の連携体制が機能できるよう、引き続き取り組みを行っていききたい。

## 6-2. 県立宮崎病院救命救急センターにおける平成26年度の自殺企図による受診と精神科介入の状況

○河野 次郎 (かわの じろう)<sup>1)</sup>、雨田 立憲<sup>2)</sup>、並木 薫<sup>1)</sup>、直野 久雄<sup>1)</sup>、徳永 拓也<sup>1)</sup>、  
中武 大志<sup>1)</sup>、吉村 清太<sup>1)</sup>、橋口 浩志<sup>1)</sup>、石田 康<sup>3)</sup>

県立宮崎病院 1) 精神医療センター 2) 救命救急センター  
3) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野

【目的】救命救急センターにおける自殺企図者の受診状況を明らかにすること。

【方法】平成26年4月1日から平成27年3月31日までの救急外来受診者の診療録を後方視的に調査した。

【結果】1年間の自殺企図による受診件数は120。内訳は男性36、女性84。平均年齢は43.5歳。救急車で搬送が105件。自殺手段は多いものから過量服薬56、縊首23、飛び降り13件。死亡者の手段は縊首12件、飛び降り4件。精神科通院者86人、自傷ないし自殺企図歴がある者66件。転帰は死亡20、帰宅20、救急科のみ入院38、精神科入院34件。平均在院日数は身体科6.3日、精神科32日。当院精神科介入は89件。精神科診断は人格障害が43人と最も多かった。

【考察】自殺企図での救急受診は、精神科通院中の過量服薬を繰り返す若年中年女性が最も多く、自殺企図での受診の減少のためには、この一群が介入標的として重要であると予測された。

## 一般演題7：集中治療、院内救急体制 (17:23～17:51)

座長 医療法人誠和会 和田病院 緩和ケア内科 高橋 稔之

### 7-1. 県立宮崎病院救急医赴任後の蘇生戦略における変化について

○中村 仁彦 (なかむら まさひこ)<sup>1)</sup>、長嶺 育弘<sup>2)</sup>、上平 雄大<sup>3)</sup>、川名 遼<sup>2)</sup>、  
西元 裕二<sup>3)</sup>、青山 剛士<sup>3)</sup>、落合 秀信<sup>2)</sup>、雨田 立憲<sup>3)</sup>

宮崎大学医学部附属病院 1) 卒後臨床研修センター 2) 救命救急センター  
3) 県立宮崎病院 救命救急科

【はじめに】当院において、救急医赴任後から心停止の診療を行う際は、積極的に骨髄針を使用しており、前回の本会において薬剤投与までの時間が短縮したことを報告した。さらに2014年4月から救急医が2人に増加し、さらなる変化を調査することとした。

【方法】救急医赴任前の2年間(2010年4月～2012年3月、以下前期群)、赴任後の2年間(2012年4月～2014年3月、以下中期群)、さらに救急医2人赴任後の1年間(2014年4月～2015年3月、以下後期群)の3群に分け、診療録を基に後方視的に調査した。

【結果】症例数は、前期群106例、中期群154例、後期群140例であった。その内、骨髄針を使用した数は、前期群0例、中期群63例、後期群90例と増加した。CPC 1に回復した症例は、前期群1例、中期群1例、後期群5例と増加した。そのうち脳低温療法を導入したものは、前期群0例、中期群0例、後期群3例であった。

【結果】骨髄針の使用の急速な増加に加え、脳低温療法の導入と蘇生後戦略も変化した。文献的考察を含め報告を行う。

## 7-2. Rapid Response System 導入に向けた取り組み

○青山 剛士 (あおやま たけし)<sup>1)</sup>、上平 雄大<sup>1)</sup>、川名 遼<sup>1)</sup>、西元 裕二<sup>1)</sup>、  
雨田 立憲<sup>1)</sup>、田崎 哲<sup>2)</sup>、神應寺 瑤子<sup>3)</sup>、柚下 香織<sup>3)</sup>、沖水 利佳<sup>3)</sup>、荒武 正哲<sup>3)</sup>、  
本村 理恵<sup>3)</sup>、関師 智美<sup>3)</sup>、本田 美紀<sup>3)</sup>、福島 富美子<sup>3)</sup>、後藤 まゆみ<sup>3)</sup>

宮崎県立宮崎病院 1) 救命救急科 2) ICU 3) 看護部

「院内急変」と言えば突然の心肺停止もしくはそれに近い状態を意味し、多くの病院が code blue で対応している。BLS/AED の普及、ドクターカー／ドクターヘリ等の病院前診療の導入により院外における心肺停止等の蘇生率は向上しているが、院内における心肺停止の生存率は変化していない。

当院では平成 27 年 5 月 1 日より院内急変対応システムである「Rapid Response System (RRS)」を導入した。RRS とは、患者の病態増悪を早期に認知し、専門チーム「Rapid Response Team (RRT)」が対応し、致命的な状態になることを未然に防ぎ、さらにそのデータを収集・解析し医療スタッフにフィードバックし、院内救急体制を整え患者安全と医療の質を向上させるシステムである。

当院における RRS 導入までの過程と導入後の活動状況も含め報告する。

## 7-3. Rapid Response System 導入のための取り組み ～看護師の役割について～

○神應寺 瑤子 (かみおうじ ようこ)<sup>3)</sup>、青山 剛士<sup>1)</sup>、上平 雄大<sup>1)</sup>、川名 遼<sup>1)</sup>、  
西元 裕二<sup>1)</sup>、雨田 立憲<sup>1)</sup>、田崎 哲<sup>2)</sup>、柚下 香織<sup>3)</sup>、沖水 利佳<sup>3)</sup>、荒武 正哲<sup>3)</sup>、  
本村 理恵<sup>3)</sup>、関師 智美<sup>3)</sup>、本田 美紀<sup>3)</sup>、福島 富美子<sup>3)</sup>、後藤まゆみ<sup>3)</sup>

県立宮崎病院 1) 救命救急科 2) ICU 3) 看護部

近年、「Rapid Response System (以下 RRS と略す)」を導入している施設が増加し始めている。当院においても昨年より RRS 導入に向けて、救命救急科医師を中心に準備を行ってきた。

RRS の看護師は各自様々な役割を担っている。出動時の携行資機材の準備、院内ハリーコール分析、予期せぬ ICU 入室の状況分析などに取り組んだ。その一環として、院内すべての救急カート・除細動器・AED・標準時計についての現状をアンケート調査した。それらの機材の配置をマップに起こし全病棟の状況把握と分析を行った。そこから見えてくる各病棟の問題点等を知り、分析することで今後の課題を見いだすことができたので報告する。

## 7-4. RRS 導入に向けて予期せぬ ICU 入室を分析した結果から見えてきたこと

○ 柚下 香織 (ゆした かおり)<sup>1)</sup>、神應寺 瑤子<sup>1)</sup>、沖水 利佳<sup>1)</sup>、荒武 正哲<sup>1)</sup>、  
本村 理恵<sup>1)</sup>、函師 智美<sup>1)</sup>、本田 美紀<sup>1)</sup>、福島 富美子<sup>1)</sup>、後藤 まゆみ<sup>1)</sup>、  
青山 剛士<sup>2)</sup>、上平 雄大<sup>2)</sup>、川名 遼<sup>2)</sup>、西元 裕二<sup>2)</sup>、雨田 立憲<sup>2)</sup>、田崎 哲<sup>3)</sup>

宮崎県立宮崎病院 1) 看護部 2) 救急救命科 3) ICU

近年、医療安全の観点から RRS (Rapid Response System) のコンセプトの普及のみならず RRS を導入する施設が急速に増加してきた。当院でも院内の整備、現状分析、院内教育を行い平成 27 年 5 月 1 日より RRS を導入した。

入院中に心停止を起こす患者の多くはその 8 時間前までに症状の増悪を示す徴候を有しており、予期せぬ ICU 入室する患者の多くは少なくとも 1 時間前までに循環器系または呼吸器系の症状に増悪が認められると報告されている。今回、RRS 導入に向けて過去 3 年間の予期せぬ ICU 入室をした症例の分析を行い、当院の現状を確認することができたので報告する。

## 一般演題 8 : 中枢神経疾患、リハビリ (17:52 ~ 18:20)

座長 医療法人誠和会 和田病院 脳外神経外科 宮田 史朗

### 8-1. 透析患者の出血性頭部疾患における透析再開の指標について

○ 落合 彰子 (おちあい しょうこ)<sup>1)</sup>、長嶺 育弘<sup>2)</sup>、篠原 希<sup>2)</sup>、畠中 健吾<sup>2)</sup>、佐々木 朗<sup>2)</sup>、  
山下 駿<sup>2)</sup>、川名 遼<sup>2)</sup>、山田 祐輔<sup>2)</sup>、宗像 駿<sup>2)</sup>、斎藤 勝俊<sup>2)</sup>、安部 智大<sup>2)</sup>、  
西元 裕二<sup>2)</sup>、新甫 武也<sup>2)</sup>、長野 健博<sup>2)</sup>、白尾 英仁<sup>3)</sup>、今井 光一<sup>2)</sup>、松岡 博史<sup>2)</sup>  
金丸 勝弘<sup>2)</sup>、落合 秀信<sup>2)</sup>

宮崎大学医学部附属病院 1) 卒後臨床研修センター 2) 救命救急センター  
3) 都城市郡医師会病院 救急科

【はじめに】維持透析中の脳出血および頭部外傷の管理の際は、脳卒中ガイドライン (2009) に準じて発症から 24 時間以内は透析を回避している。血液浄化再開のタイミングは担当医が臨床所見から総合的に判断しており確たる指標はない。そこで、当院の現状を調査することとした。

【方法】2012 年 4 月から 2015 年 5 月において維持透析症例の脳出血および頭部外傷症例を対象とし診療録を後方視的に調査した。

【結果】症例は 12 例、年齢  $71 \pm 11.0$  歳 (52-93)、男性 11 名、女性 1 名であった。前回透析から再導入までの期間は  $3.7 \pm 1.0$  日、発症および受傷から再導入までの期間は  $3.5 \pm 1.7$  日、体重増加率は 2.7%、再導入時の平均値は BUN66.0mg/dl、Cre10.1mg/dl、K5.1mEq/L であった。再導入決定因子としては BUN・Cre 上昇が 9 例で最多であった。

【考察・結語】再開時の指標は緊急透析時の項目を使用し判断していることが示唆された。その中でも透析以外の治療にて調整可能な体重および K 値は決定因子とならず、BUN、Cre 上昇が再開決定に関与していると考えられた。

## 8-2. 急性期脳梗塞における Volume Diffusion Weighted Imaging の有用性について

○相村 崇成 (あいむら たかなり)<sup>1)</sup>、小田 憲紀<sup>1)</sup>、小城 亜樹<sup>1)</sup>、矢野 英一<sup>1)</sup>、  
近藤 隆司<sup>1)</sup>、宮崎 紀彰<sup>2)</sup>、上田 孝<sup>3)</sup>

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) 放射線部 2) 麻酔科蘇生科 3) 脳神経外科

【目的】発症直後から虚血部位を鋭敏に検出できる拡散強調画像（以下、DWI）は、急性期脳卒中診療に大きな役割を果たしている。しかし、部分体積効果（Partial Volume effect）や画像の歪みにより微小な脳梗塞の描出が困難な場面にたびたび遭遇する。

そこで volume data として撮像することで、微小な脳梗塞の描出能の向上が図れないか、検討を行ったので報告する。

【方法】1.5T MRI 装置 Signa second edition（GE Healthcare 社製）及び 8ch Neurovascular phased array coil を用い、自作ファントムにて slice gap のある DWI と gap 0 の Volume DWI による描出能の違いを視覚的評価した。

【結果】Volume DWI は thin slice を Gap 0 で撮像するため Partial Volume effect を低減でき頭蓋底や副鼻腔など空気が隣接する領域、髄液腔と接する部位の磁化率アーチファクトが軽減できることで微小な脳梗塞の描出能が向上した。

【結論】Volume Diffusion Weighted Image は急性期脳梗塞の診断に有用であることが示唆された。今後は撮像条件の延長が課題のため、撮像条件の短縮に向けた検討を行っていきたいと思う。

## 8-3. 急性期脳出血患者の食事動作における認知神経リハビリテーションの応用

○津島 聡子 (つしま さとこ)<sup>1)</sup>、上田 正之<sup>1)</sup>、古澤 光<sup>1)</sup>、諸井 孝光<sup>1)</sup>、河野 美香<sup>1)</sup>、  
渡邊 智恵<sup>1)</sup>、内田 里香<sup>1)</sup>、宮崎 彰紀<sup>2)</sup>、上田 孝<sup>3)</sup>

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) リハビリテーション部 2) 麻酔蘇生科  
3) 脳神経外科

症例は、平成 27 年 5 月 9 日に発症した 60 歳代の男性。A 病院から発症後 4 日目に当院に転院。脳出血にて右片麻痺（ステージ IV レベル）と中程度の失語症が認められ、バーサルインデックスが 40 点でした。感覚障害は軽度ですが、右半身の麻痺に対する言語表象が著しく低下していました。

方法は、通常の作業療法評価に加えて、認知神経リハビリテーションの評価として、内部観察・病態解釈を行い、訓練を組み立てました。食事動作の自立に向けて、ベッド上で出来る身体空間と外部空間のマッチング課題を中心に行いました。

訓練初日には、右手のスプーン動作が拙劣で、食事の半分ほど食べこぼしが見られましたが、その後徐々に改善し、箸動作も並行して行えるようになりました。通常の作業療法に認知神経リハビリテーションを加えることにより、脳科学を利用した病態解釈と、訓練に使用する時の声かけが如何に重要かを実感しました。

