第 28 回
日本臨床救急医学会総会・学術集会

プログラム・抄録集

第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会開催にあたって



第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会
会長　守谷　　俊
自治医科大学　医学部　総合医学第 1 講座（救急科）教授
自治医科大学附属さいたま医療センター　副センター長，救急科　科長

このたび，第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会を開催させていただくにあたり，一言ご挨拶申し上げます。学会を開催するにあたって，理事・評議員の皆様，協賛各社の皆様，多くの演題を応募してくださった多くの学会員の皆様，そして運営に関係するすべての皆様方に，心から感謝を申し上げます。今回の総会・学術集会は，岐阜大学医学部附属病院薬剤部の鈴木昭夫先生，湘南医療大学看護学部の山勢善江先生を副会長に迎え，2025 年 6 月 19 日（木）・20 日（金）・21 日（土）に，パシフィコ横浜・会議センターで開催いたします。横浜は，私の生まれ育った土地でもあり，高校生活までの 18 年間を過ごした，心落ち着く街でもあります。

私たちを取り巻く医療環境は，パンデミック，災害，高齢化社会の進行や就労人口の減少を含めた人口動態の変化，医療の働き方や効率化，医療経済の変化など，これまで以上に複雑で予測困難な時代へと突入しています。そのような中で，救急医療の果たすべき役割はますます重要性を増しており，他領域との連携，多職種との協働，そして地域ごとの特色を活かした柔軟な対応が求められています。

本学会は，“臨床における救急”を軸に，急性期医療の最前線に立つすべての医療従事者が知識と経験を共有し，未来への歩みをともに描く場です。第 28 回となる総会・学術集会では，“Go for the cutting edge”をメインテーマに掲げ，刻々と変化する社会と医療ニーズに柔軟に応えられる，新しい救急医療のあり方を，皆さまと共に考えたいと願っております。

今回の総会・学術集会では，救急医，看護師，救急隊員・救急救命士，薬剤師，臨床検査技師，診療放射線技師，医療ソーシャルワーカー，臨床工学技士等で構成される学会員それぞれが，“cutting edge”を，持ち寄り，救急医療の様々な問題を，少しでも解決に導いていければと考えます。前向きかつ建設的に論じる点は多く，救急医療における医師を含めたタスクシフトやタスクシェア，病院前体制の効率化，救急医療 Dx，様々な救急救命士のキャリア形成，救急専門薬剤師の活躍，特定行為研修修了看護師・診療看護師における働き方改革への寄与，院内急変へのスタッフ連携，災害医療の効率化など，多様な領域の方々による，分野を超えた活発な議論と交流が展開されることを期待しております。また，次世代を担う若手医療従事者にとっても，自由に学び，意見を交わせる場として，本会が有意義な経験となることを心より願っています。

オンラインを用いた学会や講演会は大変便利でかなり慣れてきたところでしょうが，そろそろ対面開催の良さも再確認できればと思います。発表者や質問者の話に集中する中，会場の熱気と臨場感を大切にしつつ，人々がつながりを持って知識や情報をアップロードし，皆さまが安心して参加できる“記憶に残る学会”を目指していく所存です。新たな発見，学び，そして人とのつながりを得るこの貴重な機会を，ぜひ多くの皆さまと共有できればと存じます。

皆さまのご参加を，医局員共々，心よりお待ち申し上げております。

第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会 実行委員・プログラム委員・査読委員

会　　長　守谷　俊

副 会 長　山勢　善江　　鈴木　昭夫

事務局長　柏浦　正広

プログラム委員（五十音順）

伊勢村修隆　井上　潤一　今井　徹　加藤　正哉　喜屓斗智也
粂田　真人　坂本　哲也　櫻井　淳　杉田　学　鈴木　昭夫
添田　博　竹内　一郎　田中　秀治　田邉　利彰　田邉　晴山
坪井　謙　冨岡　譲二　名知　祥　西池　成章　服部　雄司
福島　史人　福田　篤久　藤見　聡　溝端　康光　邑田　悟
森村　尚登　八坂　剛一　藪　圭介　山勢　善江

査読委員（五十音順）

天笠　俊介　有嶋　拓郎　大石　高稔　柏浦　正広　岸原　勇貴
熊井戸悠喬　桑名　司　櫻井　淳　新里祐太朗　鈴木　昭夫
平良　悠　田村　洋行　坪井　謙　富永経一郎　西池　成章
福島　史人　本多　英喜　森　仁志　八坂　剛一　安田　英人
山口　順子　山勢　善江

日本臨床救急医学会総会・学術集会　歴代会長

開催回	会　長	所　属	開催期間	開催地
第 1 回	小濱　啓次	川崎医科大学　救急医学	1998 年 6 月 1 ～ 2 日	岡山
第 2 回	加来　信雄	久留米大学医学部　救急医学	1999 年 4 月 20 ～ 21 日	福岡
第 3 回	小林　國男	帝京大学医学部　救命救急センター	2000 年 4 月 27 ～ 28 日	東京
第 4 回	野口　　宏	愛知医科大学医学部附属病院 高度救命救急センター	2001 年 4 月 26 ～ 28 日	愛知
第 5 回	鈴木　　忠	東京女子医科大学　救急医学講座	2002 年 4 月 25 ～ 27 日	東京
第 6 回	山中　郁男	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	2003 年 4 月 23 ～ 24 日	横浜
第 7 回	杉山　　貢	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター	2004 年 5 月 14 ～ 16 日	横浜
第 8 回	有賀　　徹	昭和大学医学部　救急医学	2005 年 4 月 29 ～ 30 日	東京
第 9 回	遠藤　重厚	岩手医科大学　高度救命救急センター	2006 年 5 月 11 ～ 12 日	岩手
第 10 回	石井　　昇	神戸大学医学部附属病院　救急部	2007 年 5 月 17 ～ 18 日	兵庫
第 11 回	野口　英一	東京消防庁　救急部長	2008 年 6 月 7 ～ 8 日	東京
第 12 回	横田順一朗	市立堺病院	2009 年 6 月 11 ～ 12 日	大阪
第 13 回	大橋　教良	帝京平成大学　現代ライフ学部	2010 年 5 月 31 日～ 6 月 1 日	千葉
第 14 回	浅井　康文	札幌医科大学医学部 救急・集中治療医学講座	2011 年 6 月 3 ～ 4 日	札幌
第 15 回	木下　順弘	熊本大学大学院　生命科学研究部 侵襲制御医学分野	2012 年 6 月 16 ～ 17 日	熊本
第 16 回	丹正　勝久	日本大学医学部　救急医学系 救急集中治療医学分野	2013 年 7 月 12 ～ 13 日	東京
第 17 回	鈴川　正之	自治医科大学医学部　救急医学／ 自治医科大学附属病院 救命救急センター	2014 年 5 月 31 日～ 6 月 1 日	栃木
第 18 回	奥寺　　敬	富山大学大学院　危機管理医学	2015 年 6 月 4 ～ 6 日	富山
第 19 回	高谷　雄三	福島県医師会	2016 年 5 月 12 ～ 14 日	福島
第 20 回	坂本　哲也	帝京大学医学部　救急医学講座	2017 年 5 月 26 ～ 28 日	東京
第 21 回	中川　　隆	愛知医科大学	2018 年 5 月 31 日～ 6 月 2 日	愛知
第 22 回	加藤　正哉	和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座	2019 年 5 月 30 日～ 6 月 1 日	和歌山
第 23 回	田中　秀治	国士舘大学大学院 救急システム研究科	2020 年 8 月 26 ～ 28 日	東京
第 24 回	松田　　潔	日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター救命救急科	2021 年 6 月 10 ～ 12 日	神奈川
第 25 回	溝端　康光	大阪公立大学大学院　医学研究科 救急医学	2022 年 5 月 25 ～ 27 日	大阪
第 26 回	森村　尚登	帝京大学医学部　救急医学講座	2023 年 7 月 27 ～ 29 日	東京
第 27 回	冨岡　譲二	社会医療法人緑泉会　米盛病院	2024 年 7 月 18 ～ 20 日	鹿児島
第 28 回	守谷　　俊	自治医科大学附属 さいたま医療センター　救急科	2025 年 6 月 19 ～ 21 日	神奈川

第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会 開催概要

テーマ：Go for the Cutting Edge ～最高のアウトカムを目指して～

会　　長：守谷　　俊（自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科）

会　　期：2025 年 6 月 19 日（木）～ 6 月 21 日（土）

会　　場：パシフィコ横浜　会議センター

開 催 方 式：現地での開催

学術集会ＨＰ：https://jsem28.umin.jp/

主要プログラム

■ 会長講演

6月20日（金）　8：20～9：00　第1会場

「“Cutting edge”のすすめ」

自治医科大学 医学部 総合医学第1講座　守谷　俊
座長　大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター 救急診療科　藤見　聡

■ 特別講演

1．6月20日（金）　13：30～14：20　第1会場

「様々な職種における，これからの医療安全に必要なものは？」

公益社団法人日本医師会　松本　吉郎
座長　大阪公立大学大学院 医学研究科 救急医学　溝端　康光

2．6月21日（土）　13：00～14：00　第1会場

「80歳エベレスト登頂とその秘密」

プロスキーヤー，博士（医学）／株式会社ミウラ・ドルフィンズ　三浦　豪太
座長　日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科　井上　潤一

■ 海外講演

6月20日（金）　17：00～18：00　第1会場

「The French SAMU system:
from daily practice to major mass casualty incidents」

Universitary Hospital Necker - Enfants Malades, SAMU de Paris,
Anesthesiology and Critical Care Department　Benoît VIVIEN
座長　東洋大学 情報連携学 学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　森村　尚登

■ 教育講演

1．6月20日（金）　16：00～17：00　第1会場

「トリアージの分類とその背景理論」

日本大学 医学部救急医学系 救急集中治療医学分野　櫻井　淳
座長　昭和医科大学 医学部 医学教育学講座　川原千香子

2. 6月20日（金）　9：00～10：00　第7会場

「効果的なチーム医療のために：救急医療におけるチームダイナミクス」

板倉病院　救急診療部　古川　力丸

座長　令和健康科学大学　看護学部　専門職育成学

臨床シミュレーションセンター　苑田　裕樹

3. 6月20日（金）　10：00～11：00　第7会場

「救急医療に影響を及ぼす気候変動：猛暑・豪雨・災害の最前線で何が起きているか」

横浜国立大学　総合学術高等研究院　台風科学技術研究センター　橋田　俊彦

座長　日本医科大学大学院　医学研究科　救急医学分野　横堀　將司

4. 6月20日（金）　11：00～12：00　第7会場

「救急隊のための中毒学」

深谷赤十字病院　外傷・救命救急センター　金子　直之

座長　名古屋掖済会病院　救命救急センター　北川　喜己

5. 6月20日（金）　14：30～15：00　第7会場

「救急看護師という最前線の生き方～ Cutting Edge の現場から“明るい未来”を切り拓く～」

獨協医科大学　看護学部・大学院　看護学研究科　梶原　絢子

座長　日本医科大学付属病院　看護部　佐藤　憲明

6. 6月21日（土）　9：00～10：00　第5会場

「特定集中治療室遠隔支援加算の課題」

自治医科大学　集中治療医学　讃井　將満

座長　順天堂大学医学部附属練馬病院　救急・集中治療科　杉田　学

■ 専門医講習会

1. 6月20日（金）　15：10～16：10　第7会場

「日本の薬剤耐性菌の現状」

順天堂大学大学院　医学研究科　臨床病態検査医学　上原　由紀

座長　横須賀市立うわまち病院　救命救急センター　本多　英喜

2. 6月20日（金）　16：20～17：20　第7会場

「メディカルコントロールをめぐる喫緊の課題～携わる医師の倫理と法的責任～」

香川大学　危機管理教育・研究・地域連携推進機構　橋本雄太郎

座長　有田市立病院　加藤　正哉

3．6月20日（金）　17：30～18：30　第7会場

「医療安全の基本と最近の動向」

昭和医科大学　保健医療学部　**上條　由美**

座長　関町病院　**丹正　勝久**

■ 救急科領域講習

1．6月21日（土）　14：10～15：10　第5会場

「外傷蘇生の Principles と Cutting Edge ～基本をおさえ，最前線をつかむ～」

島根大学　医学部　Acute　Care　Surgery 講座／
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　**室野井智博**

座長　埼玉医科大学国際医療センター　救急医学科　救命救急センター　**加地　正人**

2．6月21日（土）　15：20～16：20　第5会場

「意識障害患者における初期診療とその鑑別の重要性」

杏林大学　救急総合診療科　**一二三　亨**

座長　国際医療福祉大学成田病院　脳神経内科学　予防医学　**永山　正雄**

■ 会長特別企画

1．6月20日（金）　11：00～12：00　第2会場

「災害時における軽油（クリーンディーゼル車）の有用性について」

マツダ株式会社　国内営業本部　リテールオペレーション支援部　法人チーム　**南部　敦**

座長　社会医療法人緑泉会米盛病院　救命救急センター　**冨岡　譲二**

2．6月21日（土）　9：00～10：30　第3会場

「日本全国に伝送心電図ネットワークを張り巡らせる」

獨協医科大学埼玉医療センター　救命救急センター　**松島　久雄**
三重大学医学部附属病院　救命救急・総合集中治療センター　**石倉　健**
ハートライフ病院　救急総合診療部 救急部　**三戸　正人**
筑波メディカルセンター　救急診療科　**栩木　愛登**
福島県立医科大学　地域救急医療支援講座　**小野寺　誠**
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科　**福岡　範恭**

座長　獨協医科大学埼玉医療センター　救命救急センター　**松島　久雄**
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科　**福岡　範恭**

■ 救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会（ESW）

6月20日（金）　17：00～18：00　第4会場

「三次救急医療機関から地域へ～繋ぐ，繋がる支援とは～」

仙台市立病院　総合サポートセンター退院支援室／
医療ソーシャルワーカー・救急認定ソーシャルワーカー　澤井　彰
やまと在宅診療所あゆみ仙台　ソーシャルワーカー　佐藤　卓
座長　東海大学医学部附属八王子病院　山崎　早苗
Oneクリニック麹町　佐藤　圭介

■ 日本救急撮影技師認定機構指定講習会（JERT）

6月21日（土）　9：00～10：00　第4会場

「救急領域における血管内治療の現在と最新トピックス」

千葉県総合救急災害医療センター　検査部放射線科　今関　雅晴
座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　中央放射線部　田邉　利彰

■ シンポジウム

1．6月20日（金）　9：00～10：30　第1会場

「院外心停止例の神経学的転帰改善～病院前からリハビリテーションまで～」

座長　日本大学　医学部救急医学系　救急集中治療医学分野　木下　浩作
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　守谷　俊

2．6月20日（金）　10：30～12：00　第1会場

「蘇生科学の最新エビデンスアップデート～ガイドライン改訂に向けて～」

座長　公立昭和病院　坂本　哲也
医療法人徳洲会吹田徳洲会病院　丸川征四郎

3．6月20日（金）　14：30～16：00　第1会場

「周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　救命救急センター　櫻井　淳
東京消防庁　救急部　救急医務課　塚田　信隆

4．6月20日（金）　9：00～11：00　第2会場

「救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える
～アウトカム向上を目指して各職種にできること～」

座長　救急振興財団　救急救命東京研修所　田邉　晴山
八戸市立市民病院　救命救急センター　今　明秀

5. 6月20日（金）　9：00～10：30　第3会場

「傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～」

座長　東京消防庁　救急部長　**永野　義武**
独立行政法人国立病院機構九州医療センター
広域災害・救命救急センター　**野田英一郎**

6. 6月20日（金）　10：30～12：00　第3会場

「急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～」

座長　一宮市立市民病院　救命救急センター　麻酔部　**山口　均**
日本臨床衛生検査技師会／日本救急検査技師認定機構　**福田　篤久**

7. 6月20日（金）　14：30～16：00　第3会場

「救急外来における薬剤師業務のこれから
～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～」

座長　熊本大学病院　薬剤部　**城野　博史**
岐阜大学医学部附属病院　薬剤部　**鈴木　昭夫**

8. 6月21日（土）　9：00～10：30　第1会場

「救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む
～その体制と教育の重要性について～」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　**鹿瀬　陽一**
日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　**今井　徹**

9. 6月21日（土）　10：30～12：00　第1会場

「救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像～日本救急救命士会の役割と使命～」

座長　国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**喜熨斗智也**
国士舘大学大学院　救急システム研究科　**田中　秀治**

10. 6月21日（土）　10：00～11：00　第4会場

講演「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　**阿南　英明**

座長　日本体育大学大学院　保健医療学研究科　**横田　裕行**

■ パネルディスカッション

1．6月20日（金）　14：30～16：00　第2会場

「EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）」

座長　大阪公立大学大学院　医学研究科　救急医学　**溝端　康光**
大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**織田　順**
特別発言　東洋大学情報連携学　学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　**森村　尚登**

2．6月20日（金）　16：00～17：30　第2会場

「「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革」

座長　湘南医療大学　保健医療学部　看護学科　**山勢　善江**
東京ベイ・浦安市川医療センター　救急集中治療科　**舩越　拓**

3．6月20日（金）　9：00～10：30　第4会場

「救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント～最高のアウトカムを見据えた介入～」

座長　小倉記念病院　薬剤部　**安藝　敬生**
東京医科大学病院　薬剤部・感染制御部　**添田　博**

4．6月20日（金）　11：00～12：00　第4会場

「地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ（委員会企画）」

座長　救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**
福岡市消防局　警防部　救急課　**宮地　利幸**

5．6月20日（金）　14：30～16：00　第4会場

「患者安全検討推進委員会企画「RRS 運営」
～多職種による RRS の運営からベストプラクティスを共有しよう～」

座長　聖マリアンナ医科大学　**谷井　梨美**
愛知医科大学病院　**森　一直**

6．6月20日（金）　16：00～17：00　第4会場

「救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題」

座長　東京都立墨東病院　**鈴木　寛代**
日本赤十字社医療センター　メンタルヘルス科　**大山　寧寧**

7．6月20日（金）　14：30～16：00　第5会場

「小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題」

座長　信州大学　医学部　救急集中治療医学教室　**問田　千晶**
筑波大学　救急・集中治療部　**榎本　有希**

8．6月20日（金）　16：00～17：30　第5会場

「こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動」

座長　国立成育医療研究センター　救急診療科　植松　悟子
東京消防庁　救急部長　永野　義武

9．6月21日（土）　9：00～10：30　第2会場

「救急医療の薬剤師業務のポイント」

座長　京都第二赤十字病院　救命救急センター　救急科　石井　亘
広島大学病院　薬剤部　佐藤　智人

10．6月21日（土）　10：30～12：00　第2会場

「法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
～さらに発展した連携を構築するために～」

座長　国立病院機構大阪医療センター　救命救急センター　大西　光雄

11．6月21日（土）　14：00～15：30　第2会場

「救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か」

座長　日本臨床衛生検査技師会／日本救急検査技師認定機構　福田　篤久
兵庫県立尼崎総合医療センター　ER総合診療科　西内　辰也

12．6月21日（土）　15：30～17：00　第2会場

「病院前での感染対策はどこまで進んだか」

座長　堺市立総合医療センター　救命救急センター　森田　正則
京都大学医学部附属病院　初期診療・救急科　柚木　知之

13．6月21日（土）　14：00～16：00　第4会場

「初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み」

座長　東北大学病院　救急科・高度救命救急センター　久志本成樹
湘南鎌倉総合病院　救急総合診療科　山上　浩

14．6月21日（土）　9：00～10：30　第6会場

「PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫」

座長　さいたま赤十字病院　救急部　八坂　剛一
上尾市消防本部東消防署　消防第2課　角谷　直人

■ ワークショップ

1. 6月20日（金）　9：00～10：00　第6会場

「ICLSブラッシュアップセミナー」

座長　岩手県立中部病院　外科　**邑田　悟**
山形市立病院　済生館　**久下　淳史**

2. 6月20日（金）　10：00～11：00　第6会場

「上司も参加してください～救急医療を支える女子トーク～」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　救命救急センター　**山口　順子**
埼玉医科大学病院　薬剤部　**鈴木　善樹**

3. 6月20日（金）　11：00～12：00　第6会場

「これでOK救急エコー」

座長　愛知医科大学病院　救命救急科　**渡邉　栄三**
山本記念病院　**大屋　聖郎**
特別発言　大阪赤十字病院　救命救急センター　**水　大介**

4. 6月20日（金）　14：30～15：10　第6会場

「救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有」

座長　防衛医科大学病院　救急部　**清住　哲郎**

5. 6月20日（金）　15：10～15：40　第6会場

「救急医療における医療者と患者・家族の情報提供（コミュニケーション）の重要性」

座長　独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）中京病院　ICU　**真弓　俊彦**

6. 6月21日（土）　10：30～12：00　第3会場

「G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）」

座長　中濃厚生病院　救命救急センター　**名知　祥**
NPO　救命おかやま　**石井　史子**

7. 6月21日（土）　14：00～15：30　第3会場

「救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み」

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**清田　和也**
埼玉県済生会加須病院　救急医学科　**福島　史人**

8. 6月21日（土）　15：30～17：00　第3会場

「現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み」

座長　多摩丘陵病院　救急科　齋藤　大蔵
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　渡部　広明

9. 6月21日（土）　11：00～12：00　第4会場

講演「腰痛のメカニズムと対策」

大阪府立中河内救命救急センター　岸本　正文

座長　JA長野厚生連佐久総合病院　佐久医療センター
救命救急センター（救急科）　田中　啓司

10. 6月21日（土）　10：00～11：00　第5会場

「救急搬送患者の実例をもとにMSWの仕事を考えよう」

座長　大阪急性期・総合医療センター　高度救命救急センター　救急診療科　藤見　聡
国立病院機構大阪医療センター　山口壽美枝
東京科学大学病院　医療連携支援センター　阿部　靖子

11. 6月21日（土）　11：10～11：40　第5会場

「酩酊した傷病者の受入れに向けた連携アプローチ」

座長　藤田医科大学岡崎医療センター　救急診療科　有嶋　拓郎

■ ハイライトセッション

（シンポジウム，パネルディスカッション，ワークショップに関係した演題で，一般演題のご発表とは別に一段フォーカスを当て，会長がセレクトしたバラエティーに富んだセッション）

1. 6月20日（金）　9：00～10：00　第5会場

座長　日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科
救急蘇生・災害医療学研究所　小川　理郎
東海大学医学部　看護学科　大山　太

2. 6月20日（金）　10：00～11：00　第5会場

座長　鳥取県立中央病院　高次救急集中治療センター　小林　誠人

3. 6月20日（金）　11：00～12：00　第5会場

座長　国立病院機構北海道医療センター　救急科・集中治療科　七戸　康夫
T＆Tタウンファーマ株式会社　畝井　浩子

4. 6月20日（金）　10：30～11：30　第8会場

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**田口　茂正**
高槻島本夜間休日応急診療所　**三宅千鶴子**

5. 6月20日（金）　14：30～15：30　第8会場

座長　岡山大学病院　救急科　**内藤　宏道**
国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**津波古　憲**

6. 6月20日（金）　15：30～16：30　第8会場

座長　朝日大学　保健医療学部　**小倉　真治**

7. 6月21日（土）　10：00～11：00　第7会場

座長　倉敷中央病院　救命救急センター　**池上　徹則**
国士舘大学　防災・救急救助総合研究所　救急システム研究科　**植田　広樹**

8. 6月21日（土）　11：00～12：00　第7会場

座長　日本大学医学部　救急医学系救急集中治療医学分野　**古川　誠**
さいたま市消防局　**長沼　史朗**

9. 6月21日（土）　14：00～15：00　第7会場

座長　佐賀大学医学部附属病院　**阪本雄一郎**
地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院
患者支援センター　**佐々木由里香**

10. 6月21日（土）　15：00～16：00　第7会場

座長　日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　**増野　智彦**

■ Pros and Cons

1. 6月20日（金）　16：00～17：30　第3会場

「救急車の有料問題を考える」

株式会社　MeDiCU　**木下　喬弘**
さいたま市民医療センター　救急総合診療科　**坪井　謙**
座長　横浜市立大学　救急医学教室　**竹内　一郎**

2. 6月20日（金）　17：30～18：30　第3会場

「小児病院前救護の特定行為　現場で実施すべき？ vs. 搬送を優先すべき？」

長野県立こども病院 小児集中治療科　田中　大貴
泉州南消防組合泉州南広域消防本部 警防部救急課 救急指導係　米屋　友靖
座長　国立成育医療研究センター 救急診療科　天笠　俊介
岡山大学病院 高度救命救急センター　塚原　紘平

■ BCP コンソーシアム

6月20日（金）　9：00～10：30　第8会場

「Healthcare BCP コンソーシアム共催　公開討論会」

座長　独立行政法人労働者健康安全機構　有賀　徹

■ 親子で一緒に学べる市民公開講座

6月21日（土）　15：00～16：30　第1会場

出演　自治医科大学さいたま医療センター 救命救急センター　守谷　俊
横浜市立大学 高度救命救急センター　竹内　一郎
司会　フリーアナウンサー／防災士　佐橋　嬉香

■ 併設会議

6月19日（木）　15：00～18：00　第1会場

「全国メディカルコントロール協議会連絡会」

■ 併設コース

6月19日（木）　12：00～15：00　第3会場

「JPTEC ブラッシュアップセミナー」

6月19日（木）　15：00～16：00　第3会場

「日本救急救命学会　教育研修委員会セミナー
救急隊員のための救急現場のコミュニケーション」

6月19日（木）　12：30～16：30　第4会場

「日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）セミナー」

6月19日（木）　10：30～16：30　第7会場

「NCLS（看護師に必要な新しいBLSコース）」

6月19日（木）　12：00～16：00　第8会場

「PEECコース　救急医療における精神症状評価と初期診療」

6月19日（木）　12：30～17：00　第9会場

「PPSTコース」

6月19日（木）　13：00～16：00　第10会場

「救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）」

6月19日（木）　13：00～17：00　第12会場

「第20回 小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）」

6月19日（木）　14：00～16：00　第13会場

「レッドフラッグを活用した救急隊員の現場観察スキル向上ワークショップ
～救急隊員版　救急脳のつくり方～」

6月19日（木）　13：00～16：30　第14会場

「民間救命士・民間MC医師　指定基礎講習会　併設コース」

6月20日（金）　9：00～18：30　第13・14会場

「PEMECコース」

6月21日（土）　13：00～16：00　第13会場

「患者安全検討推進委員会　RRS起動要素研修」

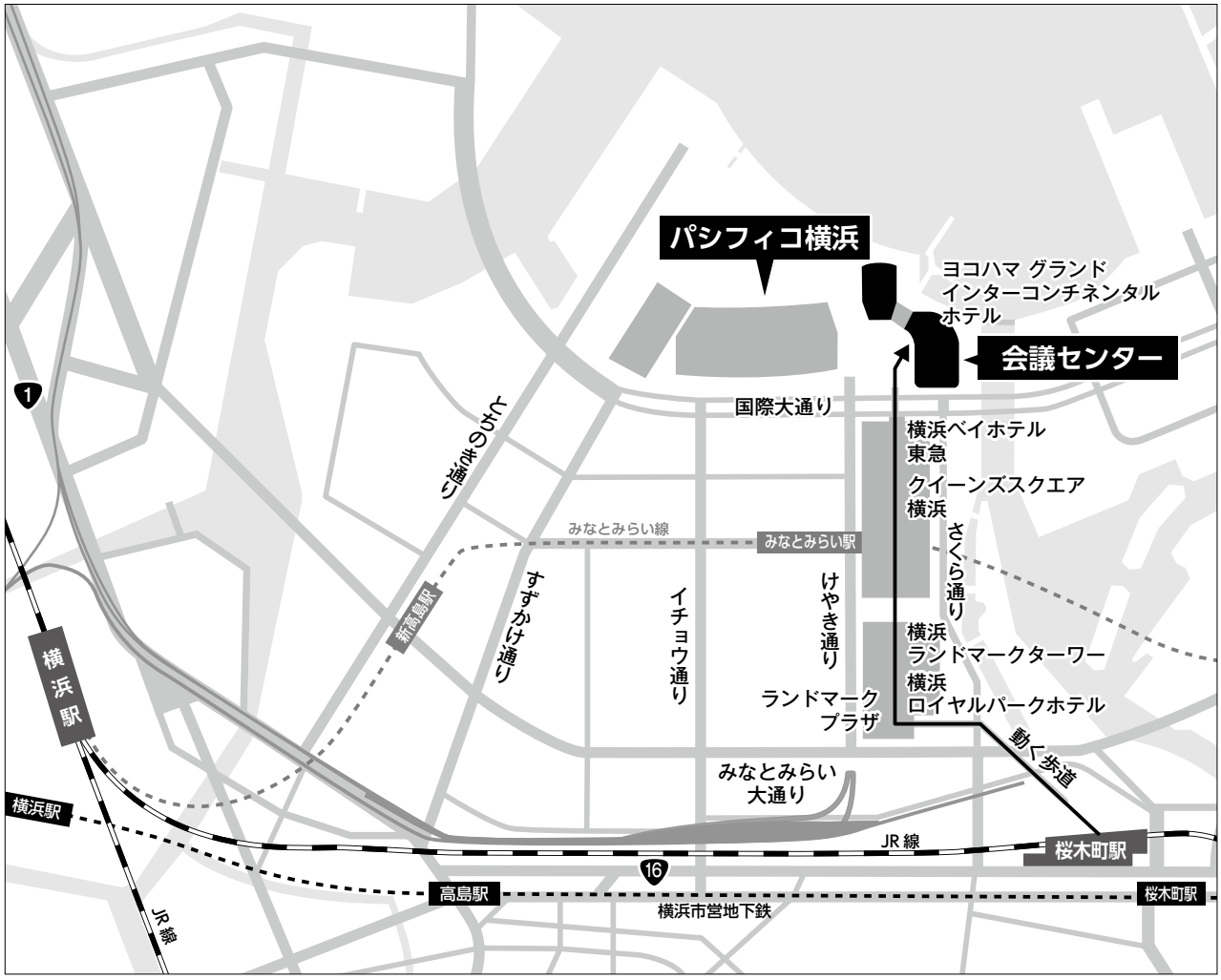
6月21日（土）　13：10～16：50　第14会場

「入院時重症患者対応メディエーター養成講習」

交通のご案内

パシフィコ横浜　会議センター

〒 220-0012　神奈川県横浜市西区みなとみらい 1-1-1



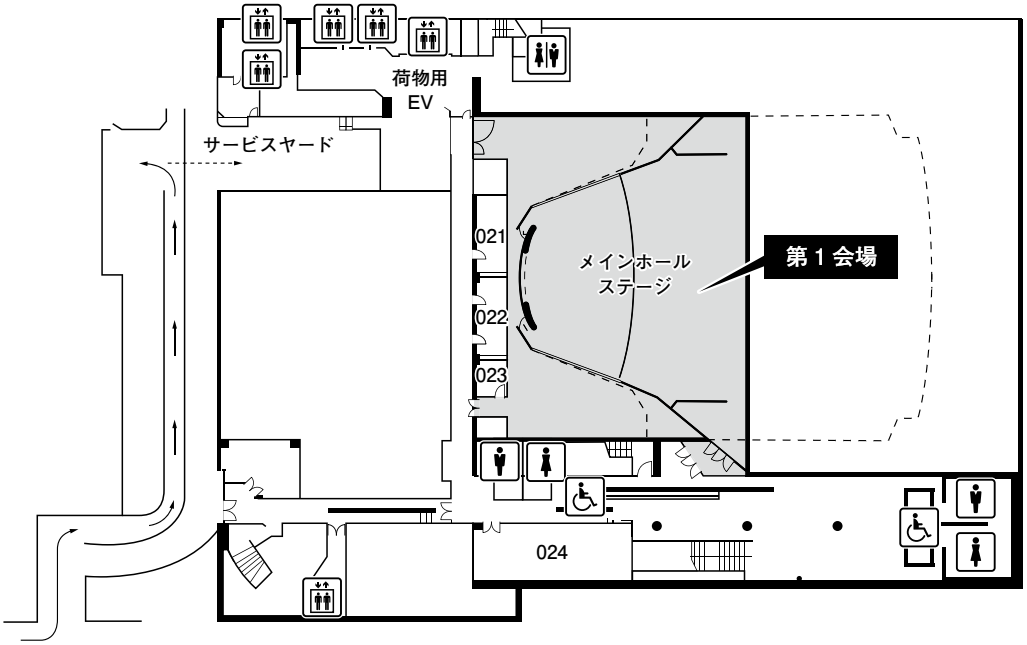
■アクセス案内

みなとみらい線「みなとみらい駅」から徒歩 5 分

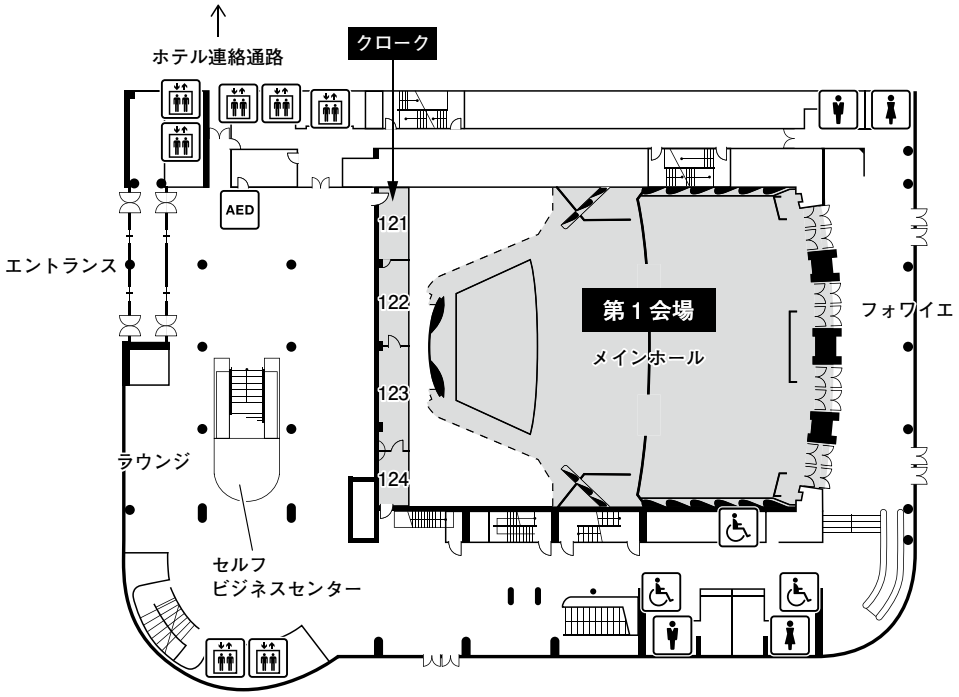
JR 京浜東北線・根岸線「桜木町駅」から徒歩 12 分

会場内のご案内

パシフィコ横浜 会議センター B1F

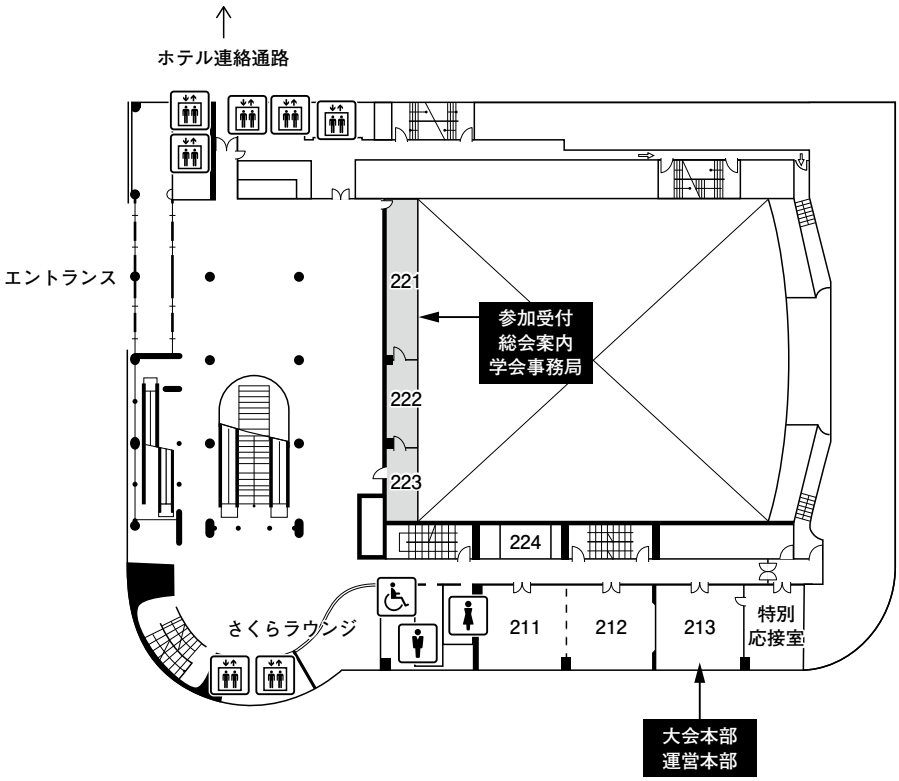


パシフィコ横浜 会議センター 1F



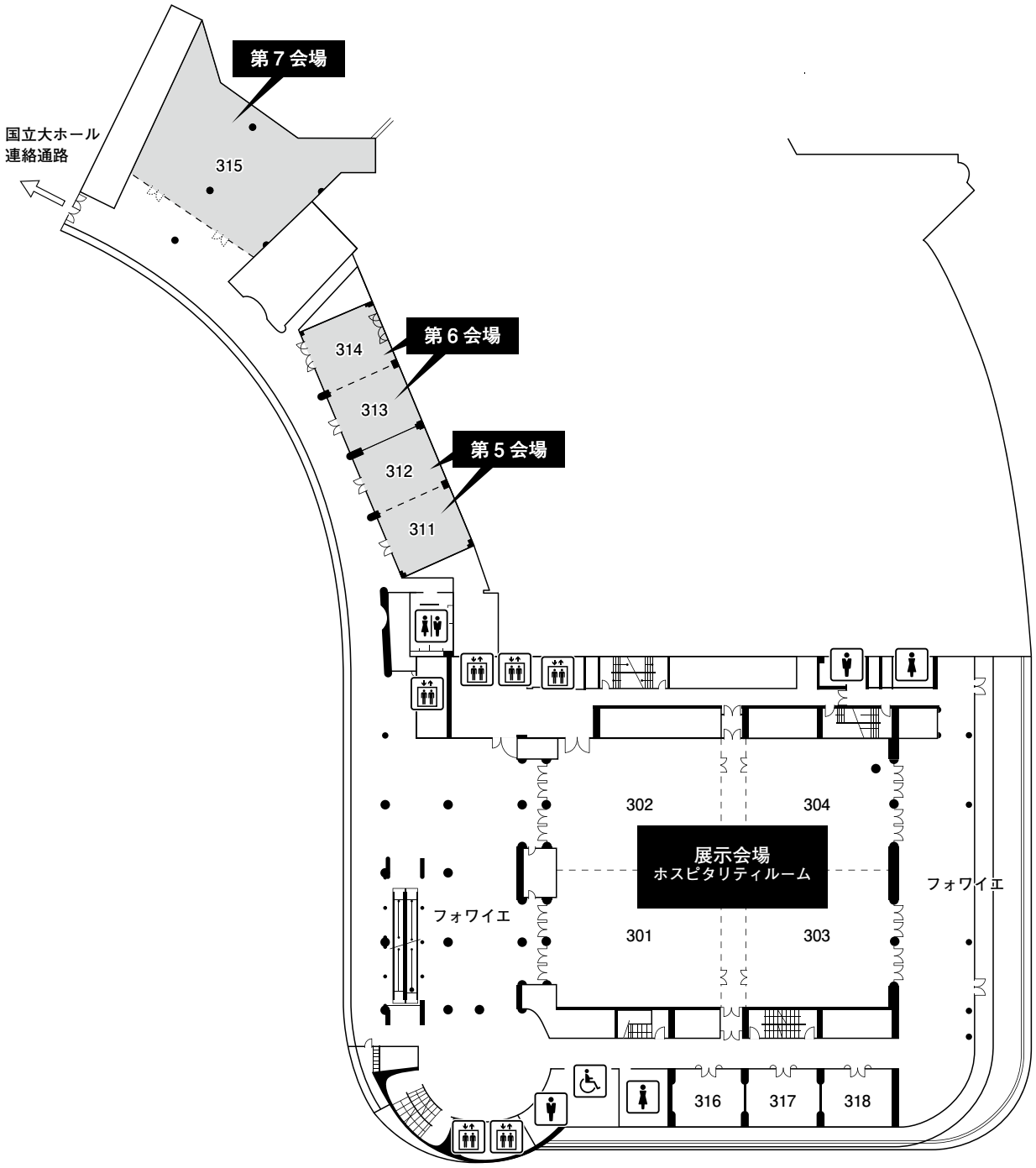
会場内のご案内

パシフィコ横浜 会議センター 2F



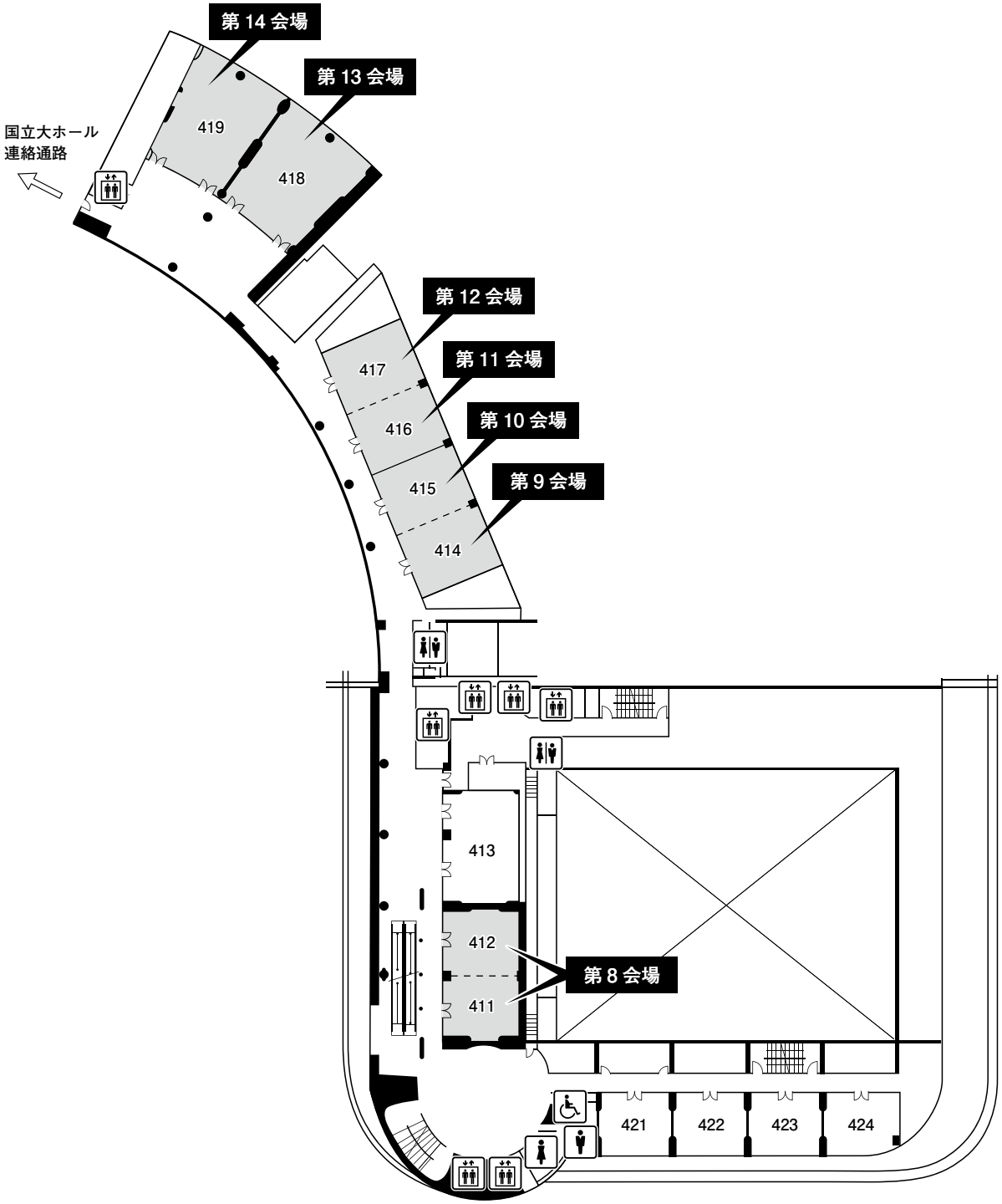
会場内のご案内

パシフィコ横浜 会議センター 3F



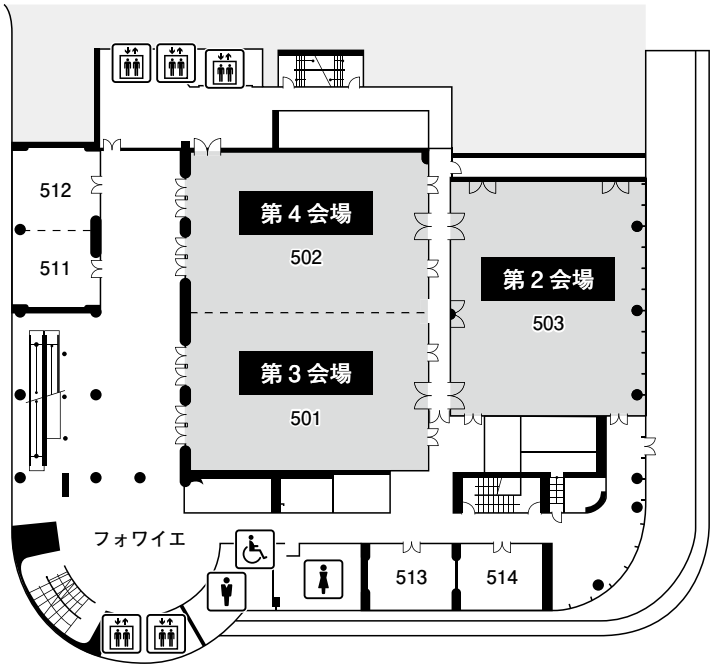
会場内のご案内

パシフィコ横浜 会議センター 4F

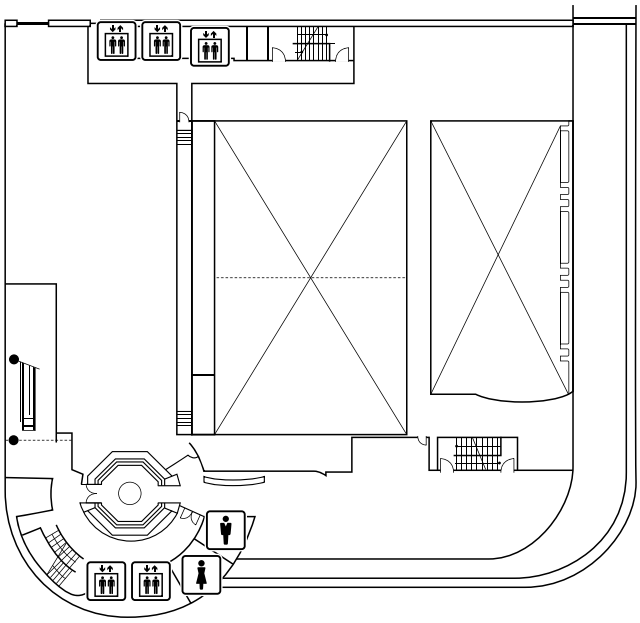


会場内のご案内

パシフィコ横浜 会議センター 5F



パシフィコ横浜 会議センター 6F



MEMO

6月19日（木）

会場	第1会場 1F メインホール	第2会場 5F 503	第3会場 5F 501	第4会場 5F 502	第5会場 3F 311+312	第6会場 3F 313+314	第7会場 3F 315
8：30							
9：00							
9：30							
10：00							
10：30							10:30〜16:30 NCLS （看護師に必要な新しいBLSコース）
11：00							
11：30							
12：00			12:00〜15:00 JPTEC ブラッシュアップセミナー				
12：30	12:30〜14:30 評議員会			12:30〜16:30 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）セミナー			
13：00							
13：30							
14：00							
14：30							
15：00	15:00〜18:00 全国メディカルコントロール協議会 連絡会		15:00〜16:00 日本救急救命学会 教育研修委員会 セミナー				
15：30							
16：00							
16：30							
17：00							
17：30							
18：00							
18：30							

第 8 会場	第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場	第 13 会場	第 14 会場
4F 411+412	4F 414	4F 415	4F 416	4F 417	4F 418	4F 419
12:00～16:00 PEEC コース 救急医療における精神症状評価と初期診療	12:30～17:00 PPST コース	13:00～16:00 救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）		13:00～17:00 第 20 回 小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）	14:00～16:00 レッドフラッグを活用した救急隊員の現場観察スキル向上ワークショップ	13:00～16:30 民間救命士・民間 MC 医師指定基礎講習会併設コース

6月20日（金）

会場	第1会場 1F メインホール	第2会場 5F 503	第3会場 5F 501	第4会場 5F 502	第5会場 3F 311+312	第6会場 3F 313+314	第7会場 3F 315
8:30	8:20〜9:00 開会挨拶・会長講演 座長：藤見　聡 演者：守谷　俊						
9:00	9:00〜10:30 シンポジウム1 SY1 院外心停止例の神経学的転帰改善〜病院前からリハビリテーションまで〜 座長：木下　浩作 守谷　俊	9:00〜11:00 シンポジウム4 SY4 救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える〜アウトカム向上を目指して各職種にできること〜 座長：田邉　晴山 今　明秀	9:00〜10:30 シンポジウム5 SY5 傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止〜救急隊のDNAR対応〜 座長：永野　義武 野田英一郎	9:00〜10:30 パネルディスカッション3 PD3 救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント〜最高のアウトカムを見据えた介入〜 座長：安藝　敬生 添田　博	9:00〜10:00 ハイライトセッション1 HS1 座長：小川　理郎 大山　太	9:00〜10:00 ワークショップ1 WS1 ICLSブラッシュアップセミナー 座長：邑田　悟 久下　淳史	9:00〜10:00 看護師おすすめ 教育講演2 EL2 座長：苑田　裕樹 演者：古川　力丸
9:30							
10:00					10:00〜11:00 ハイライトセッション2 HS2 座長：小林　誠人	10:00〜11:00 ワークショップ2 WS2 上司も参加してください〜救急医療を支える女子トーク〜 座長：山口　順子 鈴木　善樹	10:00〜11:00 全職種おすすめ 教育講演3 EL3 座長：横堀　將司 演者：橋田　俊彦
10:30	10:30〜12:00 シンポジウム2 SY2 蘇生科学の最新エビデンスアップデート〜ガイドライン改訂に向けて〜 座長：坂本　哲也 丸川征四郎		10:30〜12:00 シンポジウム6 SY6 急性薬物中毒患者への多職種での介入〜最高のアウトカムを目指して〜 座長：山口　均 福田　篤久				
11:00		11:00〜12:00 会長特別企画1 SP1 座長：冨岡　譲二 演者：南部　敦		11:00〜12:00 パネルディスカッション4 PD4 地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ 座長：田邉　晴山 宮地　利幸	11:00〜12:00 ハイライトセッション3 HS3 座長：七戸　康夫 畝井　浩子	11:00〜12:00 ワークショップ3 WS3 これでOK救急エコー 座長：渡邉　栄三 大屋　聖郎	11:00〜12:00 救命士おすすめ 教育講演4 EL4 座長：北川　喜己 演者：金子　直之
12:00							
12:30	12:10〜13:05 ランチョンセミナー1 LS1 座長：井上　潤一 演者：田上　隆 鈴木　健介 共催：パーズ・ビュー㈱／日本電気㈱				12:10〜13:05 ランチョンセミナー2 LS2 座長：守谷　俊 演者：大友　康裕 共催：アストラゼネカ㈱	12:10〜13:05 ランチョンセミナー3 LS3 座長：中山　伸一 演者：北澤　淳一 共催：オーツ・クリニカル・ダイアグノスティックス㈱	12:10〜13:05 ランチョンセミナー4 LS4 座長：田邉　晴山 演者：横堀　將司 共催：㈱フィリップス・ジャパン
13:00	13:10〜13:30 会員総会						
13:30	13:30〜14:20 特別講演1 SL1 座長：溝端　康光 演者：松本　吉郎						
14:00							
14:30	14:30〜16:00 シンポジウム3 SY3 周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには 座長：櫻井　淳 塚田　信隆	14:30〜16:00 パネルディスカッション1 PD1 EXPO 2025大阪・関西万博の医療救護体制 座長：溝端　康光 織田　順	14:30〜16:00 シンポジウム7 SY7 救急外来における薬剤師業務のこれから〜多職種連携による最高のアウトカムを目指して〜 座長：城野　博史 鈴木　昭夫	14:30〜16:00 パネルディスカッション5 PD5 患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」〜多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう〜 座長：谷井　梨美 森　一直	14:30〜16:00 パネルディスカッション7 PD7 小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題 座長：問田　千晶 榎本　有希	14:30〜15:10 ワークショップ4　WS4 救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有 座長：清住　哲郎	14:30〜15:00 看護師おすすめ 教育講演5　EL5 座長：佐藤　憲明 演者：梶原　絢子
15:00						15:10〜15:40 ワークショップ5　WS5 座長：真弓　俊彦	15:10〜16:10 専門医講習会1 BC1 感染対策 座長：本多　英喜 演者：上原　由紀
15:30						15:40〜16:40 口演1 O1 医療従事者教育1 座長：佐々木　純 挟間しのぶ	
16:00	16:00〜17:00 全職種おすすめ 教育講演1 EL1 座長：川原千香子 演者：櫻井　淳	16:00〜17:30 パネルディスカッション2 PD2 「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革 座長：山勢　善江 舩越　拓	16:00〜17:30 Pros and Cons 1 P/C1 座長：竹内　一郎 演者：木下　喬弘 坪井　謙	16:00〜17:00 パネルディスカッション6 PD6 救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題 座長：鈴木　寛代 大山　寧寧	16:00〜17:30 パネルディスカッション8 PD8 こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動 座長：植松　悟子 永野　義武	16:40〜17:40 口演2 O2 医療従事者教育2 座長：小豆畑丈夫 本田　茂人	16:20〜17:20 専門医講習会2 BC2 医療倫理 座長：加藤　正哉 演者：橋本雄太郎
16:30							
17:00	17:00〜18:00 海外講演 LO 座長：森村　尚登 演者：Benoît VIVIEN 日本語字幕あり			17:00〜18:00 救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会 ESW 座長：山崎　早苗 佐藤　圭介 演者：澤井　彰 佐藤　卓		17:40〜18:40 口演3 O3 医療従事者教育3 座長：山田浩二郎 一柳　保	
17:30			17:30〜18:30 Pros and Cons 2 P/C2 座長：天笠　俊介 塚原　紘平 演者：田中　大貴 米屋　友靖				17:30〜18:30 専門医講習会3 BC3 医療安全 座長：丹正　勝久 演者：上條　由美
18:00							
18:30							

第 8 会場	第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場	第 13 会場	第 14 会場
4F 411+412	4F 414	4F 415	4F 416	4F 417	4F 418	4F 419
9:00〜10:30 **BCP コンソーシアム** **PL1** Healthcare BCP コンソーシアム共催 公開討論会 座長：有賀　徹	9:00〜10:00 **口演 6　O6** 救急外来・救急医療体制・地域連携 1 座長：宮島　衛 岩崎　恵	9:00〜10:00 **口演 13** **O13** 様々な内因性疾患・病態 座長：岩崎　安博	9:00〜10:00 **口演 19** **O19** 院外・院内心停止 1 座長：菊池　広子 安田　康晴	9:00〜10:00 **口演 26** **O26** 医療従事者教育 4 座長：根本　学 奥沢　悦子	9:00〜18:30 **臨床救急医学会** **PEMEC コース**	
	10:00〜11:00 **口演 7　O7** 救急外来・救急医療体制・地域連携 2 座長：平良　悠 小倉　勝弘	10:00〜11:00 **口演 14** **O14** 災害・災害トリアージ 1 座長：岩下　具実	10:00〜11:00 **口演 20** **O20** 脳神経 1 座長：小野　元 坪井　謙	10:00〜11:00 **口演 27** **O27** 医療従事者教育 5 座長：安松比呂志 鵜澤　佑		
10:30〜11:30 **ハイライトセッション 4** **HS4** 座長：田口　茂正 三宅千鶴子	11:00〜12:00 **口演 8** **O8** 外因性疾患 座長：丹保亜希仁 小川　太志	11:00〜12:00 **口演 15** **O15** 災害・災害トリアージ 2 座長：伊関　憲 植竹　宣江	11:00〜12:00 **口演 21** **O21** 脳神経 2 座長：本多　満	11:00〜12:00 **口演 28** **O28** 医療従事者教育 6 座長：吉田　隆浩 林　恭子		
14:30〜15:30 **ハイライトセッション 5** **HS5** 座長：内藤　宏道 津波古　憲	14:30〜15:30 **口演 9** **O9** 呼吸器・消化器 1 座長：有吉　孝一	14:30〜15:30 **口演 16** **O16** 急性中毒・異物 1 座長：吉野　篤人 町田　浩志	14:30〜15:30 **口演 22** **O22** 地域住民への啓蒙 座長：畑田　剛 黒崎　久訓	14:30〜15:30 **口演 29** **O29** 医療従事者教育 7 座長：若杉　雅浩 後藤　奏		
15:30〜16:30 **ハイライトセッション 6** **HS6** 座長：小倉　真治	15:30〜16:30 **口演 10** **O10** 呼吸器・消化器 2 座長：安部　隆三	15:30〜16:30 **口演 17** **O17** 急性中毒・異物 2 座長：中川　儀英 白井　邦博	15:30〜16:30 **口演 23** **O23** シミュレーション教育と研修 座長：山内　聡 永渕　克弥	15:30〜16:30 **口演 30** **O30** 基礎・臨床研究 1 座長：三宅　康史		
16:30〜17:30 **口演 4　O4** メディカルスタッフ業務 1 座長：奥野　憲司 田邉　利彰	16:30〜17:30 **口演 11** **O11** 感染症 1 座長：廣橋　伸之 檜山　洋子	16:30〜17:30 **口演 18** **O18** 急性中毒・異物 3 座長：田﨑　修	16:30〜17:40 **口演 24** **O24** 心血管 座長：林　宗博	16:30〜17:30 **口演 31** **O31** 基礎・臨床研究 2 座長：中田　孝明		
17:30〜18:30 **口演 5　O5** メディカルスタッフ業務 2 座長：上山　裕二 大保　勇	17:30〜18:30 **口演 12** **O12** 感染症 2 座長：金子　唯 桑名　司		17:40〜18:30 **口演 25** **O25** 家族対応 座長：渥美　生弘 杉本　環			

6月21日（土）

会場	第1会場 1F メインホール	第2会場 5F 503	第3会場 5F 501	第4会場 5F 502	第5会場 3F 311+312	第6会場 3F 313+314	第7会場 3F 315
8:30							
9:00	9:00〜10:30 **シンポジウム 8** **SY8** 救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む〜その体制と教育の重要性について〜 座長：鹿瀬　陽一 今井　徹	9:00〜10:30 **パネルディスカッション 9** **PD9** 救急医療の薬剤師業務のポイント 座長：石井　亘 佐藤　智人	9:00〜10:30 **会長特別企画 2** **SP2** 心電図討論会「日本全国に伝送心電図ネットワークを張り巡らせる」 座長：松島　久雄 福岡　範恭	9:00〜10:00 **日本救急撮影技師認定機構指定講習会** **JERT** 座長：田邉　利彰 演者：今関　雅晴	9:00〜10:00 全職種おすすめ **教育講演 6** **EL6** 座長：杉田　学 演者：讃井　將満	9:00〜10:30 **パネルディスカッション 14** **PD14** PEMEC コースをより実践的なコースにするための工夫 座長：八坂　剛一 角谷　直人	
9:30							
10:00				10:00〜11:00 **シンポジウム 10** **SY10　講演** 救急医療基本法の制定に向けた取り組み 座長：横田　裕行 演者：阿南　英明	10:00〜11:00 **ワークショップ 10　WS10** 救急搬送患者の実例をもとにMSWの仕事を考えよう 座長：藤見　聡 山口壽美枝 阿部　靖子		10:00〜11:00 **ハイライトセッション 7** **HS7** 座長：池上　徹則 植田　広樹
10:30	10:30〜12:00 **シンポジウム 9** **SY9** 救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像〜日本救急救命士会の役割と使命〜 座長：喜熨斗智也 田中　秀治	10:30〜12:00 **パネルディスカッション 10** **PD10** 法執行機関との医療連携の現状の報告と課題〜さらに発展した連携を構築するために〜 座長：大西　光雄	10:30〜12:00 **ワークショップ 6** **WS6** G2025 に向けたバイスタンダー体制への提言 座長：名知　祥 石井　史子	11:00〜12:00 **ワークショップ 9** **WS9　講演** 腰痛のメカニズムと対策 座長：田中　啓司 演者：岸本　正文	11:10〜11:40 **ワークショップ 11　WS11** 座長：有嶋　拓郎	11:00〜12:00 **口演 32** **O32** 救急救命士（院内・民間）1 座長：中村　光伸 北小屋　裕	11:00〜12:00 **ハイライトセッション 8** **HS8** 座長：古川　誠 長沼　史朗
11:00							
11:30							
12:00							
12:30		12:10〜13:05 **ランチョンセミナー 5** **LS5** 座長：竹内　一郎 演者：田中　秀治 藤田　健亮 共催：日本ストライカー㈱	12:10〜13:05 **ランチョンセミナー 6** **LS6** 座長：田邉　晴山 演者：森　成司 戸上　由貴 共催：TXP Medical㈱		12:10〜13:05 **ランチョンセミナー 7** **LS7** 座長：讃井　將満 演者：窪田　智行 松本　純一 共催：キヤノンメディカルシステムズ㈱	12:10〜13:05 **ランチョンセミナー 8** **LS8** 座長：田口　茂正 演者：安田　英人 共催：テルモ㈱	
13:00							
13:30	13:10〜14:00 **特別講演 2** **SL2** 座長：井上　潤一 演者：三浦　豪太						
14:00		14:00〜15:30 **パネルディスカッション 11** **PD11** 救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か 座長：福田　篤久 西内　辰也	14:00〜15:30 **ワークショップ 7** **WS7** 救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み 座長：清田　和也 福島　史人	14:00〜16:00 **パネルディスカッション 13** **PD13** 初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み 座長：久志本成樹 山上　浩	14:10〜15:10 **救急科領域講習** **COL1** 重症外傷 座長：加地　正人 演者：室野井智博	14:00〜15:00 **口演 33** **O33** 救急救命士（院内・民間）2 座長：直江　康孝 田島　典夫	14:00〜15:00 **ハイライトセッション 9** **HS9** 座長：阪本雄一郎 佐々木由里香
14:30							
15:00	15:00〜16:30 **市民公開講座** **PL2** 親子で一緒に学べる市民公開講座 出演：守谷　俊 竹内　一郎 司会：佐橋　嬉香				15:20〜16:20 **救急科領域講習** **COL2** 意識障害 座長：永山　正雄 演者：一二三　亨	15:00〜16:00 **口演 34** **O34** 救急救命士（院内・民間）3 座長：世良　俊樹 藤本　賢司	15:00〜16:00 **ハイライトセッション 10** **HS10** 座長：増野　智彦
15:30		15:30〜17:00 **パネルディスカッション 12** **PD12** 病院前での感染対策はどこまで進んだか 座長：森田　正則 柚木　知之	15:30〜17:00 **ワークショップ 8** **WS8** 現場から変える！救急現場における医療 DX の具体的な取り組み 座長：齋藤　大蔵 渡部　広明				
16:00						16:00〜17:00 **口演 35** **O35** 救急救命士（院内・民間）4 座長：森脇　義弘 大松健太郎	
16:30							
17:00		閉会式					
17:30							
18:00							
18:30							

日臨救急医会誌（JJSEM）2025；28：120-25

第 8 会場	第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場	第 13 会場	第 14 会場
4F 411+412	4F 414	4F 415	4F 416	4F 417	4F 418	4F 419
9:00〜10:00 口演 36 O36 院外・院内心停止 2 座長：大嶋　清宏 大河原治平	9:00〜10:00 口演 41 O41 BLS・AED 座長：入野田　崇	8:50〜9:50 口演 47 O47 救急救命士（院内・民間）5 座長：諸江　雄太	9:00〜10:00 口演 53 O53 メディカルスタッフ業務 3 座長：新里祐太朗 佐藤　史織	9:00〜10:00 口演 59 O59 タスクシェア・タスクシフト，働き方改革 座長：益満　茜 黒田　舞子		
10:00〜11:00 口演 37 O37 院外・院内心停止 3 座長：秋元　寛 藤野　智子	10:00〜11:00 口演 42 O42 高齢者救急の診療・診療支援 座長：田口　大 赤坂　和俊	9:50〜11:00 口演 48 O48 救急救命士（院内・民間）6 座長：岩下　眞之	10:00〜11:00 口演 54 O54 メディカルスタッフ業務 4 座長：東　丈雄 小田　亮介	10:00〜11:00 口演 60 O60 TDM と投与設計 座長：遠藤　啓之 柏浦　正広		
11:00〜12:00 口演 38 O38 院外・院内心停止 4 座長：庄古　知久 関根　和弘	11:00〜12:00 口演 43 O43 学生・救急救命士 座長：大桃　丈知 長岡　敏信	11:00〜12:00 口演 49 O49 救急外来体制・運営，トリアージ 座長：土肥　謙二 内田　淳	11:00〜12:00 口演 55 O55 メディカルスタッフ業務 5 座長：門口　直仁 桑田　真人	11:00〜12:05 口演 61 O61 メディカルコントロール 座長：野村　智久 中川　洸志		
					13:00〜16:00 日本臨床救急医学会 患者安全検討推進委員会 RRS 起動要素研修	13:10〜16:50 入院時重症患者対応メディエーター養成講習
14:00〜15:00 口演 39 O39 院外・院内心停止 5 座長：田村　洋行	14:00〜15:00 口演 44 O44 ドクターカー・ドクターヘリなど 1 座長：早川　達也 丹羽由美子	14:00〜15:00 口演 50 O50 救急外来・救急医療体制・地域連携 3 座長：吉村　有矢 豊田　信之	14:00〜15:10 口演 56 O56 メディカルスタッフ業務 6 座長：及川　瞬 米田　靖	14:00〜15:00 口演 62 O62 マスギャザリング，スポーツイベントなど 座長：石原　哲 柏浦　正広		
15:00〜16:00 口演 40 O40 院外・院内心停止 6 座長：市川　元啓 石井恵利佳	15:00〜16:00 口演 45 O45 ドクターカー・ドクターヘリなど 2 座長：林　靖之	15:00〜16:00 口演 51 O51 医療連携・チーム医療・多職種連携 1 座長：米川　力 篠田　香恵	15:10〜16:10 口演 57 O57 薬剤の副作用・合併症 座長：大西　敦子 荒木　朋貴	15:00〜16:00 口演 63 O63 外傷 1 座長：青木　誠		
	16:00〜17:00 口演 46 O46 医療安全・院内緊急対応 座長：安心院康彦 柳澤八恵子	16:00〜17:00 口演 52 O52 医療連携・チーム医療・多職種連携 2 座長：大谷　義孝 芝田　里花	16:10〜17:10 口演 58 O58 ICT の活用と VR 座長：安田　英人	16:00〜17:00 口演 64 O64 外傷 2 座長：福島　英賢		

諸会議・委員会等のご案内

※5月16日現在の決定分を掲載しております。
その他の追加情報に関しましては，総会・学術集会ホームページにて随時ご案内いたします。

●理事会・評議員会（社員総会）・会員総会・各種委員会

- 令和7年度第1回理事会
  6月19日（木）　9：30～12：00　2階　212
- 令和7年度評議員会（社員総会）
  6月19日（木）　12：30～14：30　1階　メインホール
- 会員総会
  6月20日（金）　13：10～13：30　1階　メインホール
- 救急・集中治療における薬剤師研修コース運営小委員会
  6月19日（木）　12：00～17：00の研修コース内で開催　4階　415
- PEMEC企画運営小委員会
  6月19日（木）　15：00～16：00　2階　211
- 丸茂基金日本臨床救急医学会運営委員会
  6月20日（金）　12：00～13：00　2階　211
- 入院時重症患者対応メディエーター養成小委員会（下部ワーキンググループ含む）
  6月20日（金）　12：00～13：00　4階　421
- 小児救急委員会，
  小児病院前救護トレーニングコース実行ワーキンググループ（合同開催）
  6月20日（金）　12：00～13：00　4階　422
- 患者安全検討推進委員会
  6月20日（金）　12：00～13：00　4階　423
- 救急活動時の救急隊の活動向上に向けた検討委員会，
  救急隊活動におけるパフォーマンス向上検討小委員会（合同開催）
  6月20日（金）　14：30～15：30　4階　422
- 自傷・自殺未遂レジストリ運営ワーキンググループ
  6月21日（土）　12：00～13：00　4階　421
- 法執行機関との医療連携のあり方に関する検討委員会
  6月21日（土）　12：00～13：00　4階　422
- バイスタンダー体制検討委員会
  6月21日（土）　12：00～13：00　4階　423
- 教育研修委員会
  6月21日（土）　14：00～15：00　4階　421
- 国際委員会
  6月21日（土）　14：00～15：00　4階　422
- 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会
  6月21日（土）　13：00～14：00　4階　423

併設会議・併設コース・その他の講習会のご案内

※詳細は第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会ホームページをご参照ください。

●全国メディカルコントロール協議会連絡会
日　時：6 月 19 日（木）15：00 ～ 18：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　1F メインホール

● JPTEC ブラッシュアップセミナー
日　時：6 月 19 日（木）12：00 ～ 15：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　5F 501

●日本救急救命学会　教育研修委員会セミナー「救急隊員のための救急現場のコミュニケーション」
日　時：6 月 19 日（木）15：00 ～ 16：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　5F 501

●日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）セミナー
日　時：6 月 19 日（木）12：30 ～ 16：30
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　5F 502

● NCLS（看護師に必要な新しい BLS コース）
日　時：6 月 19 日（木）10：30 ～ 16：30
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　3F 315

● PEEC コース「救急医療における精神症状評価と初期診療」
日　時：6 月 19 日（木）12：00 ～ 16：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 411 + 412

● PPST コース
日　時：6 月 19 日（木）12：30 ～ 17：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 414

●救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）
日　時：6 月 19 日（木）13：00 ～ 16：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 415

●第 20 回小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）
日　時：6 月 19 日（木）13：00 ～ 17：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 417

●レッドフラッグを活用した救急隊員の現場観察スキル向上ワークショップ
～救急隊員版 救急脳のつくり方～
日　時：6 月 19 日（木）14：00 ～ 16：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 418

●全国消防長会　推薦評議員連絡会
日　時：6 月 20 日（金）10：00 ～ 14：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　5F 514

●民間救命士・民間 MC 医師　指定基礎講習会　併設コース
日　時：6 月 19 日（木）13：00 ～ 16：30
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 419

● PEMEC コース
日　時：6 月 20 日（金）9：00 ～ 18：30
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 418・419

●日本臨床救急医学会　患者安全検討推進委員会　RRS 起動要素研修
日　時：6 月 21 日（土）13：00 ～ 16：00
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 418

●入院時重症患者対応メディエーター養成講習
日　時：6 月 21 日（土）13：10 ～ 16：50
会　場：パシフィコ横浜　会議センター　4F 419

参加者の皆様へのご案内

1. 開催形式

現地開催　2025 年 6 月 19 日（木）～ 6 月 21 日（土）

※ 6 月 19 日（木）は教育研修コース，講習会，評議員会，全国メディカルコントロール協議会連絡会等が開催されます。

※学術プログラムは 6 月 20 日（金）からの開催となります。

2. 参加登録

参加登録は「オンライン参加登録」のみとなります。

参加予定の方は参加登録期間内に登録をお願いいたします。現地会場での現金，クレジットカードでの決済はお受けできませんので，ご了承ください。

【参加登録期間】

早期登録：2025 年 4 月 15 日（火）～ 2025 年 5 月 31 日（土）

通常登録：2025 年 6 月 1 日（日）～ 2025 年 6 月 21 日（土）

【参加費】

カテゴリー	参加費	
	早期登録	通常登録
会員（医師）	15,000 円	17,000 円
学部学生・初期臨床研修医	3,000 円	3,000 円
会員（医師以外の方）	13,000 円	15,000 円
消防機関・自衛隊等	11,000 円	13,000 円
非会員（全職種・企業関係者）	17,000 円	19,000 円

※参加費は会員が不課税，非会員が課税（税込）となります。

※お支払方法はクレジットカード決済と銀行振込のみとなります。

※学生には大学院生を含みません。学生で登録される方は証明書（学生証）のスキャンデータをご提出ください。

※初期研修医の方は，所属長からの証明書のスキャンデータをアップロードしてください。（書式は自由です）

※演題の発表者は，共同演者も含めた全員が日本臨床救急医学会の会員であることが必要です。未入会の方は参加登録前に会員登録をお済ませください。

3. 参加受付

※時間帯は前後する可能性がございますが，ご容赦ください。

【場所】パシフィコ横浜　会議センター　2F　ロビー

【日時】6 月 19 日（木）13：00 ～ 17：00

6 月 20 日（金）7：30 ～ 17：00

6 月 21 日（土）8：00 ～ 16：00

※現地ご来場の際は，参加証を印刷してお越しください。

参加証に記載されている QR コードをスキャナにタッチし，ご入場いただきます。

4. 企業展示

【場所】パシフィコ横浜　会議センター　3F
【日時】6月20日（金）　9：00～18：00
　　6月21日（土）　9：00～13：00

5. クローク

【場所】パシフィコ横浜　会議センター　1F
【日時】6月19日（木）　12：00～18：30
　　6月20日（金）　9：00～19：00
　　6月21日（土）　9：00～17：30

6. プログラム・抄録集

抄録集は会員に送付いたします。
なお，現地会場にてプログラム・抄録集（1冊1,500円）の販売をいたしますが，部数に限りがありますので予めご了承ください。
また，小型プログラム集を，現地会場にて来場者に配布いたします。

7. 共催セミナー

共催セミナーに関しては，本誌421～423ページに記載しておりますのでご確認ください。
なお，ランチョンセミナーは整理券制です。以下の場所・日時で配布される整理券は先着順とし，なくなり次第終了とさせていただきますので予めご了承ください。整理券は，セミナー開始後，無効となります。
【配布日時】6月20日（金）　9：00～11：30
　　6月21日（土）　9：00～11：30
※参加受付にて配布いたします。

8. 市民公開講座のご案内

※入場は無料です。詳しくは大会ウェブサイトをご覧ください。

セッション名	日時	会場
親子で一緒に学べる市民公開講座 「救急医からのわかりやすいお話を聞いてください」	6月21日（土） 15：00～16：30	第一会場 （1F メインホール）

9.「知られざるヒーローたち～ドクターカー写真コンテスト2025 in YOKOHAMA～」を開催いたします。

ドクターカーの役割と魅力に注目し，広く市民の皆さんに知っていただくことを目的とします。詳しくは大会ウェブサイトをご覧ください。

10. その他

- 会場内での録音・写真撮影・ビデオ撮影は，固くお断りいたします。
- 会場名では，携帯電話を必ずマナーモードにしてください。その他，電子機器（PC，タブレット端末など）についても，会場では電源オフ，ディスプレイの明るさを落としてご使用ください。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- 講演中も貴重品は常に携帯いただき，盗難には十分ご注意ください。

薬剤師の皆様へ

1. 日病薬病院薬学認定薬剤師制度（日本病院薬剤師会）の単位

本学術集会では，日病薬病院薬学認定薬剤師制度（日本病院薬剤師会）の単位を現地参加者に対し発行します。日本病院薬剤師会の病院薬学研修管理システム（HOPESS）にてログインを行い，6 月 20 日（金），21 日（土）の 2 日間，本会事務局受付近辺にキーワードを掲示しますので，病院薬学研修管理システムでのキーワード提出で出席登録をお願いいたします。出席登録 URL は，学術集会までに本会ホームページへ掲載いたします。

＜注意事項＞

- 出席登録 URL は開催日ごとに異なりますので，ご注意ください。
- 出席登録 URL の有効期限は，開催日翌日の 23：59 まで（期日厳守）となります。
  例）6 月 20 日（金）参加者は，6 月 21 日（土）23：59 まで
- 日本病院薬剤師会の病院薬学研修管理システム（HOPESS）は，会員管理システム（シクミネット）とデータ連携を行っているため，シクミネットの登録情報が誤っている場合は単位が認められません。
  学会参加前に，シクミネットに「薬剤師名簿登録番号」等が正しく登録されているかご確認ください。

2. 日本臨床救急医学会救急認定薬剤師および救急専門薬剤師の更新向け講習会

救急認定薬剤師認定委員会が指定した講習会として，学術集会から下記のセッションを指定します。救急認定薬剤師および救急専門薬剤師の更新の詳細につきましては，必ず本会ホームページの公示をご確認ください。

当日，現地参加者に対し，セッション終了後から 10 分間，会場出口にて参加証を配布いたします。

セッション名	日時	会場
パネルディスカッション③ 救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント ～最高のアウトカムを見据えた介入～	2025 年 6 月 20 日（金） 9：00 ～ 10：30	第 4 会場 （5F 502）
シンポジウム⑥ 急性薬物中毒患者への多職種での介入 ～最高のアウトカムを目指して～	2025 年 6 月 20 日（金） 10：30 ～ 12：00	第 3 会場 （5F 501）
シンポジウム⑦ 救急外来における薬剤師業務のこれから ～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～	2025 年 6 月 20 日（金） 14：30 ～ 16：00	第 3 会場 （5F 501）
パネルディスカッション⑨ 救急医療の薬剤師業務のポイント	2025 年 6 月 21 日（土） 9：00 ～ 10：30	第 2 会場 （5F 503）

日本臨床救急医学会ホームページ
救急専門・認定薬剤師について
https://jsem.me/training/recged_pharmacist.html
※変更点がありましたら，上記ホームページへ掲載いたします。必ずホームページをご確認ください。

診療放射線技師の皆様へ

日本救急撮影技師認定機構　参加ポイント
学術集会参加と指定講習会受講で機構主催講習会受講と同等のポイントを付与いたします
（参加ポイント：5）。指定講習会参加の参加証は講習会終了後，会場出口で配布します。

【日本救急撮影技師認定機構指定講習会】

セッション名	日時	会場
日本救急撮影技師認定機構指定講習会	6 月 21 日（土） 9：00 ～ 10：00	第 4 会場 （5F 502）

臨床検査技師の皆様へ

第 27 回日本臨床救急医学会総会・学術集会に参加された方は，日臨技認定センター認定救急検査技師制度部門より，認定試験受講申請および認定更新単位を 2 ポイント付与いたします。
これを証明する書類は，学術集会の参加証明証（コピーも可）となりますので，各自で保管願います。

ソーシャルワーカーの皆様へ

救急認定ソーシャルワーカー認定機構より認定更新ポイントを付与いたします。学会参加で 15 ポイント，下記講習会参加で 5 ポイント付与いたします。学会参加を証明する書類は，学術集会の参加証明証の写しとなりますので，各自保管願います。また，講習会の参加単位は，講習会を聴講いただいた後に，救急認定ソーシャルワーカー認定機構のホームページより，専用のレポート書式をダウンロードしてください。レポートを作成後に機構事務局へ申請いただき，レポート確認後にポイント証が郵送されます。

【救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会】

セッション名	日時	会場
救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会 三次救急医療機関から地域へ	6 月 20 日（金） 17：00 ～ 18：00	第 4 会場 （5F 502）

座長の皆様へのご案内

- 座長受付は行いません。
- ご担当セッション開始 10 分前までに，講演会場前方の次座長席へお越しください（次座長席の表示を提示しております）。
- セッション開始・終了のアナウンスはございません。定刻になりましたら開始してください。
  また，プログラムの定時進行のため，時間厳守にご協力をお願いいたします。

※発表，総合討論時間のご案内（全て口演となります）
シンポジウム・パネルディスカッション・ワークショップ・講演系・企画セッション：事前案内のとおりです。
ハイライトセッション：発表 7 分，質疑 3 分
一般演題　　：発表 5 分，質疑 3 分

※シンポジウム・パネルディスカッション：演者は壇上で討論
※ワークショップ：演者もフロアで討論

- 今回，シンポジウム・パネルディスカッション・ワークショップの座長の皆様には，「**会場レポート**」をお願いいたしたく存じます。ご自身の担当セッションにおける発表内容や討論内容を簡単にまとめていただき，大会ウェブサイトに掲載させて頂くという，新しい試みです。参加者の記憶に残る大会となりますよう，ご協力をお願い申し上げたく存じます。詳しいご案内は，別途お届けいたします。

演者の皆様へのご案内

- 演者・共同演者ともに日本臨床救急医学会の会員であることが必須となります。
- 未入会の方は，入会の手続きをお願いいたします（ただし，筆頭演者が会員である場合，共同演者である消防職員の入会は問いません）。
- 年会費は 10,000 円となります。
  入会窓口（本部事務局）：（株）へるす出版事業部内
  〒 164-0001 東京都中野区中野 2-2-3
  FAX：03-3380-8627　　E メール：jsem_jimu@herusu-shuppan.co.jp

演者　発表時間

シンポジウム・パネルディスカッション・ワークショップ・講演系・企画セッション：事前案内のとおりです。
ハイライトセッション：発表 7 分，質疑 3 分
一般演題　　：発表 5 分，質疑 3 分

※シンポジウム・パネルディスカッション：演者は壇上で討論
※ワークショップ：演者もフロアで討論

データ登録　動作確認

指定演題の皆様へ

セッション開始 30 分前までに PC センターにて，データ受付・動作確認を行ってください。発表のスライドサイズは，16：9 を推奨しております。

PC センター

【場所】パシフィコ横浜　会議センター　3F　展示会場エリア

【日時】6 月 20 日（金）8：00 ～ 17：00，6 月 21 日（土）8：00 ～ 16：00（予定）

- 発表は口演での PC プレゼンテーションとなります。発表方法は，演題上に設置のキーボード・マウスにてご自身で操作をいただく形式となります。
- 発表時間の 30 分前までに，発表会場の PC センターへ発表データをご持参ください。メモリー本体はその場でご返却いたします。

【記録媒体（USB メモリ）を持参される場合】

- 会場に用意していますパソコンの OS は Windows11，アプリケーションは Windows 版 PowerPoint2021 です。
- 発表データのファイル名は「(演題番号)（氏名)」としてください。(例）SY1-1 横浜良子
- フォントは OS に標準装備されているもの（MS・MSP ゴシック，MS・MSP 明朝，Arial，Arial Black，Century，Century Gothic，Times New Roman）をご使用ください。

【ノートパソコンをご持参される場合】

- ご持参いただくパソコンは，外部出力端子に HDMI 端子が装備されているものに限ります。Macintosh や一部 Windows では，変換コネクターが必要となりますので，必ずご持参ください。
- タブレット端末でのご発表はできません。
- スクリーンセーバー，省電力設定，ホットコーナー（Macintosh）を予め解除してください。
- AC アダプターを必ずご持参ください。
- パソコンに保存されたデータの紛失を避けるため，バックアップデータを取ってください。
- ノートパソコンをお持ち込みの場合でも，バックアップ用データを USB メモリでご持参ください。
- 動画などの参照ファイルがある場合は，全てのデータを同じフォルダに入れてください。
- PowerPoint 発表者ツールはご遠慮ください。

■利益相反（COI）状態開示のお願い

筆頭発表演者は，タイトルスライドの後（2 枚目）に，今回の演題発表に関する COI 状態を必ず開示してください。

（スライド開示例）下記のスライド例にて COI 開示

●発表時，申告すべき COI 状態がない場合の文言例

「演題発表に関連し，開示すべき COI 関係にある企業・団体等はありません」



●発表時，申告すべき COI 状態がある場合の文言例

「演題発表に関連し，開示すべき COI 状態にある企業は下記の通りです」

例：受託研究・共同研究費 / ○○製薬



※学会日程表にあります演題番号の（　）内のアルファベットは，演者の職種を表します。

医師……D，看護師……N，救急隊員……E，薬剤師……P，放射線技師……R，
臨床検査技師……MT，臨床工学技士……CE，医療ソーシャルワーカー……MS，
上記以外の病院職員……HS，学生……S，その他……C

学術集会プログラム日程

6月19日（木）

※時間帯はいずれも予定となります

■第1会場（パシフィコ横浜　会議センター　1F メインホール）

併設会議　15：00～18：00

「全国メディカルコントロール協議会連絡会」

■第3会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 501）

併設コース　12：00～15：00

「JPTEC ブラッシュアップセミナー」

併設コース　15：00～16：00

「日本救急救命学会　教育研修委員会セミナー
救急隊員のための救急現場のコミュニケーション」

■第4会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 502）

併設コース　12：30～16：30

「日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）セミナー」

■第 7 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 315）

併設コース　10：30 ～ 16：30

「NCLS（看護師に必要な新しい BLS コース）」

■第 8 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 411 + 412）

併設コース　12：00 ～ 16：00

「PEEC コース　救急医療における精神症状評価と初期診療」

■第 9 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 414）

併設コース　12：30 ～ 17：00

「PPST コース」

■第 10 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 415）

併設コース　13：00 ～ 16：00

「救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）」

■第 12 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 417）

併設コース　13：00 ～ 17：00

「第 20 回 小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）」

■第 13 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 418）

併設コース　14：00 ～ 16：00

「レッドフラッグを活用した救急隊員の現場観察スキル向上ワークショップ
～救急隊員版　救急脳のつくり方～」

■第 14 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 419）

併設コース　13：00 ～ 16：30

「民間救命士・民間 MC 医師　指定基礎講習会　併設コース」

6月20日（金）

■第1会場（パシフィコ横浜　会議センター　1F メインホール）

会長講演（CL）　8：20～9：00

座長　大阪急性期・総合医療センター　高度救命救急センター　救急診療科　**藤見　聡**

CL（D）　“Cutting edge” のすすめ

自治医科大学　医学部　総合医学第1講座　**守谷　俊**

シンポジウム1（SY1）　9：00～10：30

「院外心停止例の神経学的転帰改善～病院前からリハビリテーションまで～」

座長　日本大学　医学部救急医学系　救急集中治療医学分野　**木下　浩作**

自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**守谷　俊**

SY1-1（E）　口頭指導教育等強化の取り組みが
バイスタンダーCPRの質に与える効果の検証
～神経学的予後改善を見据え口頭指導の次なる一手を模索する～
……泉州南消防組合泉州南広域消防本部　木村　信広

SY1-2（E）　High-performance CPRを現場で実践するための取り組み
～消防隊員の役割の重要性～
……白山野々市広域消防本部　髙田　康平

SY1-3（D）　機械学習で作成した介入時間微調整シナリオ解析と迅速な現場へのフィードバック指標の提示
…… 奈良県立医科大学　高度救命救急センター　川井　廉之

SY1-4（D）　病院前ECPRの安全性と将来像～ドクターカーV3の挑戦～
…… 八戸市立市民病院　救命救急センター　十倉　知久

SY1-5（D）　Go for the Cutting Edge Resuscitation
～Prehospital ECPRがもたらす病院前心肺蘇生のパラダイムシフト～
…… 済生会宇都宮病院　救急・集中治療科　藤田　健亮

SY1-6（D）　心停止傷病者の最善の予後を目指して
～徹底して脳を護るには「早さ」を追求しなければならない～
…… 日本医科大学　救命救急科／
日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　鹿野　恒

シンポジウム 2（SY2）　10：30 ～ 12：00

「蘇生科学の最新エビデンスアップデート～ガイドライン改訂に向けて～」

座長　公立昭和病院　**坂本　哲也**
医療法人徳洲会吹田徳洲会病院　**丸川征四郎**

SY2-1（D）　一次救命処置（BLS）
…… 健和会大手町病院　救急科／救急救命九州研修所　畑中　哲生

SY2-2（D）　成人の二次救命処置
……独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　真弓　俊彦

SY2-3（D）　普及・教育のための方策（EIT）
…… 日本蘇生協議会　普及・教育のための方策（EIT）部会　武田　聡

SY2-4（D）　蘇生科学の最新エビデンスアップデート　ガイドライン改訂に向けて
…… 山形大学　医学部　救急医学講座　小林　忠宏

SY2-5（D）　JRC 蘇生ガイドライン 2025　妊産婦部会の活動
…… 日本大学　医学部　救急医学系救急集中治療医学分野　櫻井　淳

ランチョンセミナー（LS1）　12：10 ～ 13：05

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

LS1（D）　救急医療をリアルタイムにつなぐ：救急 DX の現在地
東京慈恵会医科大学　救急災害医学講座（危機管理救命分野）／
東京慈恵会医科大学附属病院　救命救急センター　**田上　隆**
日本体育大学　保健医療学部救急医療学科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　救急災害医療学専攻　**鈴木　健介**

共催：バーズ・ビュー株式会社／日本電気株式会社

特別講演 1（SL1）　13：30 ～ 14：20

座長　大阪公立大学大学院　医学研究科　救急医学　**溝端　康光**

SL1（D）　様々な職種における，これからの医療安全に必要なものは？
公益社団法人日本医師会　**松本　吉郎**

シンポジウム 3（SY3）　14：30 ～ 16：00

「周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　救命救急センター　**櫻井　淳**
東京消防庁　救急部　救急医務課　**塚田　信隆**

SY3-1（N）　ドクターカー要請による周産期診療の早期開始を可能にする体制
…… 八戸市立市民病院　看護局　手術室　齋藤　友厚

SY3-2（D）　ORION データを用いた大阪府における妊産婦救急搬送の記述疫学研究
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　片山　祐介

SY3-3（D）　妊産婦死亡症例の実状と周産期救急の課題
…… 昭和医科大学　医学部　産婦人科学講座　新垣　達也

SY3-4（D）　日本母体救命システム普及協議会による救急医療関係者向けの
トレーニングコース：プレホスピタル版の開催実績と評価
……京都府立医科大学／日本母体救命システム普及協議会　山畑　佳篤

SY3-5（D）　医療体制・救急搬送・地域における周産期救急の課題抽出
～日本臨床救急医学会のできること～
…… 日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科／
日本母体救命システム普及協議会 J-CIMELS ／
妊産婦死亡症例検討評価委員会　山下　智幸

SY3-6（N）　当院における母体・新生児を救うための取り組み
…… 済生会横浜市東部病院　救命救急センター　更科　陽子

教育講演 1（EL1）　16：00 ～ 17：00

座長　昭和医科大学　医学部　医学教育学講座　**川原千香子**

EL1（D）　トリアージの分類とその背景理論
日本大学　医学部救急医学系　救急集中治療医学分野　**櫻井　淳**

海外講演（LO）　17：00 ～ 18：00

座長　東洋大学　情報連携学　学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　**森村　尚登**

LO（D）　The French SAMU system:
from daily practice to major mass casualty incidents
Universitary Hospital Necker - Enfants Malades, SAMU de Paris,
Anesthesiology and Critical Care Department　**Benoît VIVIEN**

※日本語字幕あり

■第 2 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 503）

シンポジウム 4（SY4）　9：00 ～ 11：00

「救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える
～アウトカム向上を目指して各職種にできること～」

座長　救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**
八戸市立市民病院　救命救急センター　**今　明秀**

SY4-1（D）　救急総合診療科新設から 2 年間の歩み
～出口問題等での負担軽減の取組み～
…… 手稲渓仁会病院　救命救急センター　岡本　博之

SY4-2（D）　東京都医療施設における救急診療関連業務担当職種の現況
…… 東京都医師会　救急委員会／
東洋大学　情報連携学学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　森村　尚登

SY4-3（N）　救急看護におけるタスクシフト／シェアの現状と展望
～専門性を活かし，患者アウトカムの向上を目指して～
……日本医科大学　須田　果穂

SY4-4（D）　米国 EMS 経験を持つ初期研修医の視点で考える
病院救命士の役割と課題
…… 東京ベイ・浦安市川医療センター　診療部　田中　翔大

SY4-5（D）　救急診療におけるタスクシェアの鍵は「病院救命士」である
～急性期 180 床で年間 9000 件の救急応需を達成するまで～
…… 関西メディカル病院　ER センター／
関西メディカル病院　救急集中治療部　吉永　雄一

SY4-6（R）　救急診療の中で診療放射線技師が目指すべきタスクシフト／シェアとは
……神戸赤十字病院　宮安　孝行

SY4-7（P）　救急外来常駐薬剤師へのタスクシフト／シェアの考察
～薬剤師の介入が質の高い薬物療法につながった一例から～
…… 京都第二赤十字病院　薬剤部　川島　裕明

SY4-8（MT）　臨床検査技師が救急診療において協働していくための 1st STEP
…… 大阪大学医学部附属病院　医療技術部　検査部門　兒嶋　嵩

会長特別企画 1（SP1）　11：00 ～ 12：00

「災害時における軽油（クリーンディーゼル車）の有用性について」

座長　社会医療法人緑泉会米盛病院　救命救急センター　**冨岡　譲二**

SP1（C）　災害時における軽油（クリーンディーゼル車）の有用性について
マツダ株式会社　国内営業本部
リテールオペレーション支援部　法人チーム　**南部　敦**

パネルディスカッション 1（PD1）　14：30 ～ 16：00

「EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）」

座長　大阪公立大学大学院　医学研究科　救急医学　**溝端　康光**
大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**織田　順**
特別発言　東洋大学　情報連携学　学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　**森村　尚登**

PD1-1（D）　近年のマスギャザリングイベント対策から考える，
大阪・関西万博医療のくみたて
…… 大阪大学　救急医学／2025 年日本国際博覧会医療救護協議会　織田　順

PD1-2（D）　2025 大阪・関西万博における多数傷病者対応について
……大阪急性期・総合医療センター　藤見　聡

PD1-3（N）　関係団体の立場から大阪・関西万博の安全・安心な運営を考える
……公益社団法人大阪府看護協会　桑鶴由美子

PD1-4（C）　大阪・関西万博における大阪市消防局の対応
……大阪市消防局　塩谷　壮史

PD1-5（D）　2025 日本国際博覧会における賓客対応
…… 国立病院機構本部 DMAT 事務局　若井　聡智

パネルディスカッション 2（PD2）　16：00 ～ 17：30

「「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革」

座長　湘南医療大学　保健医療学部　看護学科　**山勢　善江**
東京ベイ・浦安市川医療センター　救急集中治療科　**舩越　拓**

PD2-1（N）　当院の一般病棟の診療看護師の活動と役割
……独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院　太田垣猛志

PD2-2（N）　循環器救急に特化した集中治療科における
診療看護師 (NP) の活動について
……かわぐち心臓呼吸器病院　松尾　拓也

PD2-3（N）　診療看護師の可能性を拓く～救急外来での実践と多職種への貢献性～
……令和健康科学大学　後小路　隆

PD2-4（N）　当院における診療看護師（NP）役割
～県内唯一の救急科 NP として～
…… 秋田大学医学部附属病院　NP 室／救急科　佐藤　大祐

PD2-5（D）　診療看護師と特定行為研修修了看護師で構成した
NP チームの救急外来での活躍
……正志会平成立石病院　大桃　丈知

PD2-6（D）　ストレスなく特定行為研修修了看護師や診療看護師が
医師の業務を行うための環境整備
……ベルランド総合病院　濱口　満英

PD2-7（D）　診療看護師による診療報酬獲得への取り組み
～医師のタスクシフトから新たなタスク獲得へ～
…… 国立病院機構高崎総合医療センター 救命救急センター 救急科　町田　浩志

■第３会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 501）

シンポジウム５（SY5）　9：00 ～ 10：30

「傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊の DNAR 対応～」

座長　東京消防庁 救急部長　**永野　義武**
独立行政法人国立病院機構九州医療センター
広域災害・救命救急センター　**野田英一郎**

SY5-1（D）　地方における患者の意思を尊重した救急現場での
急変時 DNAR 承諾書導入と運用
……北海道社会事業協会岩内病院　横山　和之

SY5-2（D）　人生会議（ACP）に基づいた救急現場での心肺蘇生等の対応について
～大阪府豊能地域救急 MC 協議会の取組～
…… 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター／
大阪府豊能地域救急メディカルコントロール協議会　酒井　智彦

SY5-3（D）　不搬送プロトコールの整備とともに開始された治療の中止が
一般的になることが傷病者の意思に沿った蘇生のあるべき姿である
…… 東京ベイ・浦安市川医療センター 救命救急センター　舩越　　拓

SY5-4（D）　兵庫県における病院前 DNAR プロトコールの現状と課題
…… 兵庫県災害医療センター／兵庫県 MC 協議会　石原　　諭

SY5-5（D）　救急隊の DNAR プロトコール運用６年間の課題と展望
…… 総合病院国保旭中央病院 救命救急センター／
千葉県東部地域救急業務メデイカルコントロール協議会　高橋　　功

SY5-6（D）　救急隊の DNAR 対応は適切なのか？山梨県 MC での現状
…… 山梨県立中央病院 高度救命救急センター　岩瀬　史明

シンポジウム６（SY6）　10：30 ～ 12：00

「急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～」

座長　一宮市立市民病院 救命救急センター 麻酔部　**山口　　均**
日本臨床衛生検査技師会／日本救急検査技師認定機構　**福田　篤久**

SY6-1（D）　中毒診療患者の最高のアウトカムには多職種連携が鍵となる
…… 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター　竹川　良介

SY6-2（N）　急性薬物中毒患者に対する多職種連携と看護の役割
…… 日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター　渡海　菜央

SY6-3（P） 薬剤師の「得意」を生かした中毒診療における
多職種連携の在り方について考える
…… 大分市医師会立アルメイダ病院 薬剤部 佐藤 史織

SY6-4（MT） 臨床検査技師は急性薬物中毒患者のアウトカム向上に寄与できるか
…… 大阪府立中河内救命救急センター 検査室 吉田 元治

SY6-5（P） 臨床中毒と法医薬毒物分析者との連携により期待されることと課題
…… 福島県立医科大学 医学部 法医学講座／
福島県立医科大学附属病院 救急科／
福島県立医科大学附属病院 救命救急センター 武田 紗希

SY6-6（P） 小中高生による薬物中毒の背景とその対策
…… 藤田医科大学病院 薬剤部 廣瀬 正幸

シンポジウム 7（SY7） 14：30 ～ 16：00

「救急外来における薬剤師業務のこれから
～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～」

座長 熊本大学病院 薬剤部 **城野 博史**
岐阜大学医学部附属病院 薬剤部 **鈴木 昭夫**

SY7-1（P） 病院薬剤師が拓く未来～拡がる職能と救急医療への貢献～
……一般社団法人日本病院薬剤師会 武田 泰生

SY7-2（P） 救急外来における薬剤師業務推進のためのアウトカム向上を目指して
…… 鳥取大学医学部附属病院 薬剤部 涌嶋伴之助

SY7-3（P） 救急外来常駐薬剤師による患者搬送前の薬剤準備に関する現状調査
…… 京都第二赤十字病院 薬剤部 島 加奈子

SY7-4（P） 救急外来における薬剤師業務の現状と課題
…… 宮崎大学医学部附属病院 薬剤部 吉川 直樹

SY7-5（N） 救急看護師 × 薬剤師 ＝ 最強タッグ！？
看護師目線で考えるベストな連携
……薬師寺慈恵病院 大村 正行

SY7-6（D） 救急外来で輝く薬剤師の役割～医師が期待する専門性と連携～
…… 県立広島病院 救命救急センター・救急科 世良 俊樹

Pros and Cons 1（P/C1） 16：00 ～ 17：30

座長 横浜市立大学 救急医学教室 **竹内 一郎**

P/C1（D） 救急車の有料問題を考える

株式会社 MeDiCU **木下 喬弘**
さいたま市民医療センター 救急総合診療科 **坪井 謙**

Pros and Cons 2（P/C2）　17：30 ～ 18：30

座長　国立成育医療研究センター　救急診療科　**天笠　俊介**
岡山大学病院　高度救命救急センター　**塚原　紘平**

P/C2（D）　小児病院前救護の特定行為
現場で実施すべき？ vs. 搬送を優先すべき？
長野県立こども病院　小児集中治療科　**田中　大貴**
泉州南消防組合泉州南広域消防本部　警防部救急課　救急指導係　**米屋　友靖**

■第 4 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 502）

パネルディスカッション 3（PD3）　9：00 ～ 10：30

「救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント～最高のアウトカムを見据えた介入～」
座長　小倉記念病院　薬剤部　**安藝　敬生**
東京医科大学病院　薬剤部・感染制御部　**添田　博**

PD3-1（P）　救急専門薬剤師による学術・教育的アウトカムの模索
～ 1 件の症例介入を通じて～
…… 医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院　薬剤部／医学研究所　齋藤　靖弘

PD3-2（P）　救急専門薬剤師の挑戦～認定・専門を超えて紡ぐ未来～
…… 帝京大学医学部附属病院　薬剤部　今中　翔一

PD3-3（P）　救急専門薬剤師によるアウトカム改善の試み：
アルコール離脱せん妄に対する処方支援プロトコルの導入
…… 日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　今井　徹

PD3-4（P）　救急専門薬剤師の最先端を教育の側面から考える
…… 済生会熊本病院　薬剤部　柴田　啓智

PD3-5（P）　稀少症例にこそ専門性を～有毒アルコール中毒の一症例～
…… 神戸市立医療センター中央市民病院　薬剤部　田村　亮

パネルディスカッション 4（PD4）　11：00 ～ 12：00

「地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ（委員会企画）」
座長　救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**
福岡市消防局　警防部　救急課　**宮地　利幸**

PD4-1（D）　ピアレビューを伴う救命救急センター機能評価による
地域救急医療体制の包括的評価と改善効果
…… 信州大学　救急集中治療医学／長野県救急医療機能評価委員会　今村　浩

PD4-2（D） 救急医療機関における救急応需の「過密度」指標作成の試み
… 奈良県立医科大学附属病院 救急医学講座／高度救命救急センター 宮崎 敬太

PD4-3（D） 地域における救急医療体制の評価指標を作成する試みについて
…… 太田記念病院 救急救命センター 小橋 大輔

パネルディスカッション 5（PD5） 14：30 ～ 16：00

「患者安全検討推進委員会企画「RRS 運営」～多職種による RRS の運営からベストプラクティスを共有しよう～」

座長 聖マリアンナ医科大学 **谷井 梨美**
愛知医科大学病院 **森 一直**

PD5-1（D） 当院における Rapid Response System（RRS）導入の効果と課題について
…… 大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター 原口 将弥

PD5-2（N） 早期警告スコア（NEWS）を用いた Rapid Response System（RRS）
…… 鳥取県立中央病院 高次救急集中治療センター ICU 前田 貴斗

PD5-3（D） 当院における Rapid Response System の導入とこれまでの取り組み
…… 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 木口 雄之

PD5-4（C） Rapid response system 新時代のビジョン ～国民の医療参画により医療安全文化にもう 1 手加える～
…… 日本臨床救急医学会 患者安全検討推進委員会／北里大学病院 集中治療センター RST・RRT 室 小池 朋孝

PD5-5（D） RRS の起動しやすい体制と病院全体を巻き込んだ多職種連携
…… 京都第一赤十字病院 救命救急センター 竹上 徹郎

PD5-6（D） 看護師主導による RRS ～施設特性を理解することは，RRS 定着への近道となる～
…… 東京都立多摩総合医療センター 救命救急センター 濱口 純

PD5-7（D） Rapid Response System と終末期医療のジレンマへの挑戦 ～ RRS を中心とする医療安全と臨床倫理委員会との連携～
…… 医誠会国際総合病院 医療安全管理室 臨床倫理委員会／医誠会国際総合病院 救急科 有元 秀樹

パネルディスカッション 6（PD6） 16：00 ～ 17：00

「救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題」

座長 東京都立墨東病院 **鈴木 寛代**
日本赤十字社医療センター メンタルヘルス科 **大山 寧寧**

PD6-1（HS） 入院時重症患者対応メディエーターを担う公認心理師のニーズと課題：救急救命センターにおける公認心理師の活動から見えるもの
……大阪急性期・総合医療センター 岡部伸太郎

PD6-2（MS） MSW が担う入院時重症患者対応メディエーター活動の実情と課題
…… 国立健康危機管理研究機構（JIHS）国立国際医療センター
救命救急センター　寺田　祥子

PD6-3（N） 入院時重症患者対応メディエーターを看護師が担う
メリット・デメリット
……東京都立墨東病院　鈴木　寛代

救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会（ESW）　17：00 ～ 18：00

「三次救急医療機関から地域へ～繋ぐ，繋がる支援とは～」

座長　東海大学医学部付属八王子病院　**山崎　早苗**
One クリニック麹町　**佐藤　圭介**

ESW-1（MS） 繋ぐ，紡ぐ意思決定支援
～救急認定ソーシャルワーカーの視座から～
仙台市立病院　総合サポートセンター退院支援室／
医療ソーシャルワーカー・救急認定ソーシャルワーカー　**澤井　　彰**

ESW-2（MS） 「繋ぐ，紡ぐ意思決定支援」　在宅医療ソーシャルワーカーの視座から
やまと在宅診療所あゆみ仙台　ソーシャルワーカー　**佐藤　　卓**

■第 5 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 311 + 312）

ハイライトセッション 1（HS1）　9：00 ～ 10：00

座長　日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科
救急蘇生・災害医療学研究所　**小川　理郎**
東海大学医学部　看護学科　**大山　　太**

HS1-1（D） 救急救命士による病院前救護の現場での
的確な気管挿管を促進させるためのシミュレーション教育プログラム
…… 獨協医科大学　埼玉医療センター　畠山　稔弘

HS1-2（E） 病院救急救命士の転院調整業務は救急医療を円滑化させる
…… 勤医協中央病院　救急センター　川端　崇太

HS1-3（N） ER 発熱患者のトリアージにおける SIRS と q-SOFA の比較検証
……横浜市立市民病院　鈴木美佐子

HS1-4（D） 消防との連携からはじまる当センターにおける ECPR
……兵庫県災害医療センター　井上　明彦

HS1-5（D） 当院における院外心停止症例の神経学的予後の検討
…… 昭和医科大学　医学部　救急災害医学講座　井上　　元

ハイライトセッション 2（HS2）　10：00 ～ 11：00

座長　鳥取県立中央病院　高次救急集中治療センター　**小林　誠人**

HS2-1（D）　救急医療におけるタスクシェア／タスクシフト
～病院前救急診療における救急救命士を Hub とした活動の工夫～
…… 社会医療法人仁愛会浦添総合病院　救命救急センター　米盛　輝武

HS2-2（D）　当院における周産期救急医療体制の構築
…… 東北大学病院　救急科・高度救命救急センター　佐藤　哲哉

HS2-3（D）　ケアミックスの二次救急病院に救急科ができたら？
…… JA 静岡厚生連静岡厚生病院　救急科　園井　英輝

HS2-4（E）　当院における院内救命士によるタスクシフティングの検討
……埼玉医科大学国際医療センター　岸田　全人

HS2-5（D）　救急診療におけるタスクシフト／シェアの推進と課題
……堺市立総合医療センター　加藤　文崇

HS2-6（E）　救急救命センターにおける院内救命士の病院間搬送の実績と課題
…… 国立病院機構大阪医療センター　管理課／
国立病院機構大阪医療センター　救命救急センター　大里　幸暉

ハイライトセッション 3（HS3）　11：00 ～ 12：00

座長　国立病院機構北海道医療センター　救急科・集中治療科　**七戸　康夫**
Ｔ＆Ｔタウンファーマ株式会社　**畝井　浩子**

HS3-1（D）　救急隊員の DNAR に関する経験および知識：アンケート調査
…… 筑波大学附属病院　救急・集中治療科　坂本　彩香

HS3-2（D）　血中リチウム濃度測定が院内検査不可能である
当院での急性リチウム中毒患者への対応策
…… さいたま市立病院　救急科／日本医科大学　救急医学教室　山村　英治

HS3-3（E）　愛知県の病院前救護における NCPR 普及に向けた実践報告
……岡崎市消防本部　鈴木　琢也

HS3-4（E）　病院前分娩対応，救急隊と救急外来，
周産期チームの連携に必要なものとは？
…… 上川北部消防事務組合　下川消防署／
北海道周生期医療救急支援の会（HOPPIE）　大滝　達也

HS3-5（P）　救急隊や ER スタッフらと薬物乱用のネット情報や
事件関連化学物質情報を共有し急性薬物中毒対応に取り組む
…… 国立病院機構大阪医療センター　薬剤部　上野　由貴

HS3-6（D）　救急隊員／救急救命士への急性中毒教育による
診療アウトカム向上の可能性
～メディカルファーストレスポンダーに知ってほしい中毒診療のエッセンス～
…… 関西メディカル病院　救急集中治療部／
大阪府豊能地域メディカルコントロール協議会　吉永　雄一

ランチョンセミナー（LS2）　12：10 ～ 13：05

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　守谷　俊

LS2（D）　災害時の高カリウム血症の対策を考える
～我が国の災害医療対策を含めて～
独立行政法人国立病院機構　災害医療センター　大友　康裕

共催：アストラゼネカ株式会社

パネルディスカッション 7（PD7）　14：30 ～ 16：00

「小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題」

座長　信州大学　医学部　救急集中治療医学教室　問田　千晶
筑波大学　救急・集中治療部　榎本　有希

PD7-1（E）　救急救命士の救急救命処置（特定行為）における
対象年齢に関する認識についての再確認
…… 愛知淑徳大学　健康医療科学部　福岡　範恭

PD7-2（D）　全国消防本部アンケート調査からみた小児病院前救護に関わる教育体制
…… 日本臨床救急医学会　小児救急委員会　余湖　直紀

PD7-3（D）　病院前救護における小児内因性病態対応の標準化に向けた教育
…… 兵庫県立尼崎総合医療センター　小児救急集中治療科／
日本臨床救急医学会　小児救急委員会　山上　雄司

PD7-4（D）　小児外傷の病院前救護教育：現状と課題
…… 順天堂大学医学部附属浦安病院　高度救命救急センター　石原　唯史

PD7-5（D）　精神症状対応の教育コースは小児病院前救護にも活用できるのか
……公益財団法人復康会沼津中央病院／
日本臨床救急医学会　PEEC コース運営および
新コース開催ワーキンググループ／
日本臨床救急医学会　病院前救護における自殺企図者のケア方法を
普及させるためのワーキンググループ　日野　耕介

PD7-6（D）　小児科医への小児診療初期対応コース（JPLS コース）の現状と展望
…… 日本小児科学会　JPLS 委員会／九州大学病院　救命救急センター　賀来　典之

パネルディスカッション 8（PD8）　16：00 ～ 17：30

「こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動」

座長　国立成育医療研究センター　救急診療科　**植松　悟子**
東京消防庁　救急部長　**永野　義武**

PD8-1（E） 小中学校での「防ぎ得た死」をゼロにするため，
教員と協力した応急手当普及啓発活動について
……小牧市消防本部　伊藤　正幸

PD8-2（D） 子供を対象とした口頭指導シミュレーションの
心肺蘇生実施状況について
……奈良県立医科大学附属病院　村上　公子

PD8-3（D） 児童・生徒・学生の自傷・自殺未遂に係る全国疫学調査からみる
自殺者減少にむけた支援のあり方
…… 信州大学医学部附属病院　高度救命救急センター　前田　保瑛

PD8-4（D） 当院における虐待予防・事故防止システムについて
…… 昭和医科大学　救急・災害医学講座　柿　佑樹

PD8-5（D） SNS リール動画「1 分で伝える ER」で広げる啓発活動
……湘南鎌倉総合病院　関根　一朗

■第 6 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 313 + 314）

ワークショップ 1（WS1）　9：00 ～ 10：00

「ICLS ブラッシュアップセミナー」

座長　岩手県立中部病院　外科　**邑田　悟**
山形市立病院　済生館　**久下　淳史**

WS1-1（D） VR 技術を実装した ICLS コース
……防衛医科大学校　清住　哲郎

WS1-2（D） ICLS コースガイドブック改訂に向けて
……旭川医科大学　丹保亜希仁

WS1-3（D） 現場のニーズに応じた救命講習の設定と ICLS とのダブル認定の可能性
～母体急変対応コースの紹介～
……京都府立医科大学／日本母体救命システム普及協議会／
京都産婦人科救急診療研究会　山畑　佳篤

WS1-4（D） 生成 AI とデジタル技術で拓く，
持続可能なシミュレーション教育の新展開
…… 札幌医科大学医療人育成センター　教育開発研究部門　三原　弘

WS1-5（D） VR を事前学習に使用した働き方改革時代の ICLS コースの再履修
…… さいたま市民医療センター　内科　坪井　謙

ワークショップ 2（WS2）　10：00 ～ 11：00

「上司も参加してください～救急医療を支える女子トーク～」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　救命救急センター　**山口　順子**
埼玉医科大学病院　薬剤部　**鈴木　善樹**

WS2-1（D）　母親視点からみた救急医療の人材確保に残された課題とは
…… 昭和医科大学　救急災害医学講座　昼間　　楓

WS2-2（E）　消防機関の女性救急救命士のキャリアの実態
～現役消防救急救命士 137 人の生の声～
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　中澤　真弓

WS2-3（R）　次世代の育成についての当院の取り組み
…… 帝京大学医学部附属病院　中央放射線部　西郷　洋子

WS2-4（P）　救急医療における薬剤師の役割とキャリアを女性の視点から考える
…… 愛知医科大学病院　薬剤部　安川乃里子

WS2-5（N）　救急医療を支える女子トーク
……東京都立墨東病院　鈴木　寛代

ワークショップ 3（WS3）　11：00 ～ 12：00

「これで OK 救急エコー」

座長　愛知医科大学病院　救命救急科　**渡邉　栄三**
山本記念病院　**大屋　聖郎**
特別発言　大阪赤十字病院　救命救急センター　**水　　大介**

WS3-1（MT）　検査室から救急センターへ
～臨床検査技師が拓く救急エコーの未来～
…… 埼玉医科大学病院　中央検査部　野村　和弘

WS3-2（MT）　当院での臨床検査技師の救急活動とエコー検査の実情
……京都桂病院　横山　健輔

WS3-3（MT）　迅速な診断を支える！
救急現場で臨床検査技師が超音波検査を行う意義
…… 春日井市民病院　臨床検査技術室　佐藤　由佳

WS3-4（MT）　救急 POCUS における臨床検査技師の役割と課題：現状と未来への展望
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　安部　啓介

ランチョンセミナー（LS3）　12：10 ～ 13：05

座長　兵庫県災害医療センター　**中山　伸一**

LS3（D）　災害時医療の盲点
～ライフラインが及ぼす臨床検査への影響と対応策～
青森県立中央病院　臨床検査部　**北澤　淳一**

共催：オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社

ワークショップ 4（WS4）　14：30 ～ 15：10

「救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有」

座長　防衛医科大学病院　救急部　**清住　哲郎**

WS4-1（D）　救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有：
当院の現状と課題
…… 群馬大学医学部附属病院　救命救急センター　大嶋　清宏

WS4-2（D）　昭和医科大学病院における問題患者に関する情報共有と
対応統一化への取り組み
……昭和医科大学病院　垂水　庸子

WS4-3（D）　当院におけるカスタマー（ペイシェント）ハラスメントの現状
…… 荒尾市立有明医療センター　救急科　松園　幸雅

ワークショップ 5（WS5）　15：10 ～ 15：40

「救急医療における医療者と患者・家族の情報提供（コミュニケーション）の重要性」

座長　独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）中京病院　ICU　**真弓　俊彦**

WS5-1（D）　医療・行政・消防が情報共有し，
頻回救急利用者への支援計画後に応需した一例
～社会的に救命するための連携～
……国立病院機構大阪医療センター　閔　俊泓

WS5-2（D）　体外式膜型人工肺（ECMO）離脱困難患者における終末期医療
……東京都立多摩総合医療センター　ECMO センター　清水　敬樹

□演 1（O1）　15：40 ～ 16：40

「医療従事者教育 1」

座長　昭和医科大学江東豊洲病院 救急センター　**佐々木 純**
東京慈恵会医科大学 教育センター 看護キャリアサポート部門　**挟間しのぶ**

O1-1（N） PEMEC 受講者アンケートにみられる看護師の臨床応用についての検討
…… 浜松医科大学医学部附属病院 看護部 原 悠一郎

O1-2（N） 秋田 PEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コースのこれまでを振り返る
…… 秋田大学医学部附属病院 NP 室／救急科 佐藤 大祐

O1-3（N） 地方病院の院内救命技術向上を目的とした，病院－消防協同の取り組み
……社会福祉法人北海道社会事業協会岩内病院 毛笠 貴隆

O1-4（N） 救命救急センター看護師の教育体制の問題と課題
…… JA 三重厚生連松阪中央総合病院 鈴木 紗知

O1-5（N） 火山爆発を想定した災害防災訓練に参加することによる学び
…… 宮崎大学大学院 看護学研究科 谷口 光代

O1-6（N） 急性期病院の看護師を対象にした患者急変対応研修におけるシミュレーション学習の再設計の有用性
……令和健康科学大学 増山 純二

O1-7（N） 2 次救急病院における看護師始動の災害医療体制構築
…… 北里大学メディカルセンター 看護部 田口 真貴

□演 2（O2）　16：40 ～ 17：40

「医療従事者教育 2」

座長　医療法人社団青燈会小豆畑病院　**小豆畑丈夫**
自治医科大学附属さいたま医療センター 救命救急センター　**本田 茂人**

O2-1（E） 中山間・離島地区で働く民間救急救命士の課題と教育体制
……日本救急システム株式会社 蔵満 恭助

O2-2（E） メディカルラリー出場がもたらす教育効果についての調査報告
……とかち広域消防局 茂木 香純

O2-3（D） ハワイ－沖縄医学教育フェローシップに専攻医 1 年目で初参加！
…… 琉球大学病院 救命救急センター 城間 恵介

O2-4（C） 救急救命士養成学生によるエコーガイド下末梢静脈路確保の優位性：成功率と作業負荷
……明治国際医療大学／京都橘大学 福田 聖司

O2-5（D） コーチング手法を用いた初期研修医との1on1 ミーティングにより実現するオーダーメイドな救急科研修
……一宮西病院 瀬尾 亮太

O2-6（E） 病院に所属する新規入職の救急救命士に対する
救急車同乗実習の効果の検討
……千葉市立海浜病院　田中　駿平

O2-7（E） 次世代の救急救命士に向けた周産期救急に関する
講義・シミュレーション教育の取り組み
…… 北海道周生期医療救急支援の会（HOPPIE）　永井　雄平

□演 3（O3）　17：40 ～ 18：40

「医療従事者教育 3」

座長　みさと健和病院　内科　**山田浩二郎**
高野町消防本部　高野町消防署　**一柳　保**

O3-1（E） 現職警察官の直接指導による病院救急車運転講習会について
……河北総合病院　原島　健也

O3-2（E） 持続可能な救急シミュレーションゲーム（LIFE）の開発とその効果
……大津市消防局　西村　健

O3-3（E） 救急救命士養成課程学生を対象とした雪山における
救急救命処置実習の教育効果
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　中澤　真弓

O3-4（R） 救急領域における教育方法の比較と最適なトレーニングモデルの検討
……国立病院機構大阪医療センター　吉田　佳弘

O3-5（E） 救急救命士学生を対象とした状況設定問題の視線解析
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　齋藤　達

O3-6（P） 病院薬学実務実習における当院での救命処置指導の取り組みと意識調査
……札幌徳洲会病院　武田　瑛司

O3-7（D） ケースマップを用いた多職種による新しい web 研修方法の提案
…… 帝京大学　医学部　救急医学講座　安心院康彦

■第 7 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 315）

教育講演 2（EL2）　9：00 ～ 10：00

座長　令和健康科学大学　看護学部　専門職育成学
臨床シミュレーションセンター　**苑田　裕樹**

EL2（D） 効果的なチーム医療のために：
救急医療におけるチームダイナミクス
板倉病院　救急診療部　**古川　力丸**

教育講演 3（EL3）　10：00 ～ 11：00

座長　日本医科大学大学院　医学研究科　救急医学分野　**横堀　將司**

EL3（C）　救急医療に影響を及ぼす気候変動：
猛暑・豪雨・災害の最前線で何が起きているか
横浜国立大学総合学術高等研究院　台風科学技術研究センター　**橋田　俊彦**

教育講演 4（EL4）　11：00 ～ 12：00

座長　名古屋掖済会病院　救命救急センター　**北川　喜己**

EL4（D）　救急隊のための中毒学
深谷赤十字病院　外傷・救命救急センター　**金子　直之**

ランチョンセミナー（LS4）　12：10 ～ 13：05

座長　一般財団法人救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**

LS4（D）　病院前から始まる神経集中治療
日本医科大学大学院　医学研究科　救急医学分野　**横堀　將司**

共催：株式会社フィリップス・ジャパン

教育講演 5（EL5）　14：30 ～ 15：00

座長　日本医科大学付属病院　看護部　**佐藤　憲明**

EL5（N）　救急看護師という最前線の生き方
～ Cutting Edge の現場から “ 明るい未来 ” を切り拓く～
獨協医科大学　看護学部・大学院　看護学研究科　**梶原　絢子**

専門医講習会（BC1）　15：10 ～ 16：10

「感染対策」

座長　横須賀市立うわまち病院　救命救急センター　**本多　英喜**

BC1（D）　日本の薬剤耐性菌の現状
順天堂大学大学院　医学研究科　臨床病態検査医学　**上原　由紀**

専門医講習会（BC2）　16：20 ～ 17：20

「医療倫理」

座長　有田市立病院　**加藤　正哉**

BC2（C）　メディカルコントロールをめぐる喫緊の課題
～携わる医師の倫理と法的責任～
香川大学 危機管理教育・研究・地域連携推進機構　**橋本雄太郎**

専門医講習会（BC3）　17：30 ～ 18：30

「医療安全」

座長　関町病院　**丹正　勝久**

BC3（D）　医療安全の基本と最近の動向
昭和医科大学 保健医療学部　**上條　由美**

■第 8 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 411 + 412）

BCP コンソーシアム（PL1）　9：00 ～ 10：30

「Healthcare BCP コンソーシアム共催　公開討論会」

座長　独立行政法人労働者健康安全機構　**有賀　徹**

PL1-1（D）　災害に強い地域づくりに寄与する
地区防災計画による病院等 BCP のあり方
…… 東北医科薬科大学 医学部 医療管理学教室／
一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム　伊藤　弘人

PL1-2（D）　災害に強い地域づくりに寄与する病院の具体的な取り組み
…… 社会医療法人財団慈泉会相澤病院 救命救急センター　吉池　昭一

PL1-3（C）　災害時病院給食等から見た病院等 BCP の状況と課題
……（株）LEOC 非常勤顧問　池田　直人

PL1-4（C）　病院救急車，民間における患者等搬送事業者活用による
地域救急・災害時医療体制の強化
…… 戸田中央メディカルケアグループ 災害対策特別顧問　野口　英一

ハイライトセッション 4（HS4）　10：30 ～ 11：30

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**田口　茂正**
高槻島本夜間休日応急診療所　**三宅千鶴子**

HS4-1（D） 多職種が関わる RRT が CCOT 活動を行うことで
主治医や病棟看護師に受け入れられる
…… 国立病院機構北海道医療センター　救急科　七戸　康夫

HS4-2（N） NEWS の自動計算システム導入に伴う院内教育に対する取り組み
……大阪急性期・総合医療センター　金山　悠

HS4-3（N） RRS 対応者教育の体系化と継続教育の課題
…… 愛知医科大学病院　看護部　GICU 病棟　市川　昌樹

HS4-4（D） 急性薬物中毒診療における最高のアウトカムは再企図率低下である
…… 勤医協中央病院　救急科　田口　大

HS4-5（D） 院内急変対応には Code Blue，Rapid Response System，
呼ぶ側の 3 要素が大切である
…… 北里大学　医学部　救命救急医学　服部　潤

HS4-6（P） 薬剤師による院内緊急コール対応の 24 時間体制に向けた
薬剤部内研修の評価
…… 京都第二赤十字病院　薬剤部　川島　裕明

ハイライトセッション 5（HS5）　14：30 ～ 15：30

座長　岡山大学病院　救急科　**内藤　宏道**
国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**津波古　憲**

HS5-1（D） 国連と防衛省の先行事例を踏まえたわが国の法執行機関への
事態対処救護教育の課題
…… 防衛医科大学校　免疫・微生物学講座／
防衛医科大学校病院　救急部　山田　浩平

HS5-2（D） 侵襲的医療処置を広範囲に行う病院前救護医療従事者は
どのように養成されるか：
アメリカ合衆国のパラメディック養成課程を一例として
…… 東京都立多摩総合医療センター　救命・集中治療科　金子　仁

HS5-3（D） K 専門学校救急救命士学科学生の希望就職先に関する
アンケート調査から
… 地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院　救急科　切田　学

HS5-4（E） 救急救命士の自主勉強会で求められたテーマの変遷と将来展望
～大阪 EMS 研究会の 20 年間の軌跡～
…… 大阪市消防局／大阪 EMS 研究会　三木　大輔

HS5-5（E） 大阪ベーシックラリーにおける多職種連携の検証と今後の展望
～救急救命士の職域間連携の拡大と深化を目指して～
…… 愛知淑徳大学／大阪 EMS 研究会　小野木堂人

HS5-6（E）　職種を越えた救急救命士の専門性発揮と体制構築の必要性
～災害対応の現場から考える課題と展望～
……日本赤十字社伊勢赤十字病院　宮崎伊佐夫

ハイライトセッション 6（HS6）　15：30 ～ 16：30

座長　朝日大学 保健医療学部 **小倉　真治**

HS6-1（D）　高齢者感染症患者の早期転院に向けた現状分析と課題
……大阪赤十字病院　水　大介

HS6-2（D）　ER 型救命救急センターである当院における
下り搬送の取り組みと今後の課題
……社会医療法人財団慈泉会相澤病院　菅沼　和樹

HS6-3（D）　地域救急搬送状況の改善を目的とした
奈良県立医科大学附属病院の取り組み～奈良医大 ER ～
…… 奈良県立医科大学 救急医学・高度救命救急センター　福島　英賢

HS6-4（E）　地域全体で作る救急医療体制～南東北モデル～
…… 一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 救急救命科　腹子　歩夢

HS6-5（D）　事態対処医療（TEMS）とは救助者の命を守る術である
～救急隊・現場出動医療チームへの TEMS に関する基礎教養の必要性～
…… 日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科　井上　潤一

HS6-6（D）　被疑者診療を通した警察とのよりよい連携の構築
…… 東京警察病院 救急・集中治療科　金井　尚之

□演 4（O4）　16：30 ～ 17：30

「メディカルスタッフ業務 1」

座長　東京慈恵会医科大学 救急医学講座 **奥野　憲司**
自治医科大学附属さいたま医療センター 放射線部 **田邉　利彰**

O4-1（E）　自施設での病院救命士の現状と今後の課題
……秋田大学医学部附属病院　小林　悠希

O4-2（P）　入院後の持参薬再開が契機となりシベンゾリン中毒が判明した
低血糖発作の 1 症例
…… 市立函館病院 薬剤部　櫻田　穣

O4-3（P）　持続的血液濾過透析中の不動による高 Ca 血症に対して
アレンドロン酸を投与した 2 症例
…… 大阪大学医学部附属病院 薬剤部　山上　聡子

O4-4（R）　休日夜間の頭部 MRI 検査における緊急所見報告状況の解析
…… 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 放射線技術科　和田　悠平

O4-5（R）　災害超急性期における超音波検査の有用性
…… 大垣市民病院 医療技術部 診療検査科　市川　宏紀

O4-6（R） ハイブリッド ER での寝台幅延長による
体幹部 CT 撮影におけるアーチファクト低減
……自治医科大学附属さいたま医療センター　田邉　利彰

O4-7（R） CT 撮影におけるバスタオルを用いた金属アーチファクト対策
……藤田医科大学病院　富村　武司

□演 5（O5）　17：30 ～ 18：30

「メディカルスタッフ業務 2」

座長　医療法人倚山会田岡病院　救急科　**上山　裕二**
名古屋第二赤十字病院　放射線科　**大保　勇**

O5-1（R） Hybrid ER System における ECPR の取り組み
…… 聖マリアンナ医科大学病院　診療放射線技術部　大井　工

O5-2（P） アンデキサネットアルファの院内プロトコールの作成と
実際に運用した 2 症例を振り返る
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック　平川　大輔

O5-3（R） システム障害時シミュレーションによりみえた課題と改善点
…… 大垣市民病院　医療技術部　診療検査科　福島　智久

O5-4（R） Hybrid-ER で撮影する外傷全身 CT で位置決め画像の拡大率の違いが
撮影線量に与える影響
……大阪急性期・総合医療センター　佐賀　友香

O5-5（R） CT 初療室での重症外傷症例への
蘇生的画像戦略（REACT）実現に向けた放射線技師の役割と工夫
…… 横浜市立大学附属市民総合医療センター　放射線部　井川　健

O5-6（P） ER 型救急外来に専従する薬剤師の脳卒中疑い症例への介入状況
……医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院　岩崎　睦

O5-7（R） Critical panscan　頭部条件の検討～ 2way panscan ①～
……社会医療法人緑泉会米盛病院　中道　健太

■第 9 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 414）

□演 6（O6）　9：00 ～ 10：00

「救急外来・救急医療体制・地域連携 1」

座長　長岡赤十字病院　救急科　**宮島　衛**
東京女子医科大学附属足立医療センター　救急医療科　**岩崎　恵**

O6-1（E） 重症心身障がい児デイサービス施設における急変対応勉強会について
……兵庫県災害医療センター　和田　広大

O6-2（N） 救急車対応の強化に向けた取り組み
～医師・看護師・消防との連携～
……薬師寺慈恵病院　大村　正行

O6-3（D） 地域特性を考慮した循環器救急の構築とその課題
～循環器医がメディカルコントロールに参画する意義～
…… 津山中央病院　心臓血管センター　循環器内科／
岡山大学大学院　医歯薬学総合研究科　疫学・衛生学分野／
美作地区メディカルコントロール協議会　藤本　竜平

O6-4（D） 二次救急病院における下り搬送の取り組み
……耳原総合病院　大矢　亮

O6-5（E） 血糖測定が病院前での病態把握に寄与した高血糖の一例
…… 熊本市消防局／国士舘大学大学院　救急システム研究科　榎　健斗

O6-6（CE） 大阪府中河内地区の地域支援病院における
腎不全患者の救急搬送と緊急血液浄化療法
…… 八尾徳洲会総合病院　臨床工学科　矢野　佑紀

O6-7（D） 公立病院における救急受入へのインセンティブ導入の試み
…（地独）堺市立病院機構　理事／堺市立総合医療センター　副院長／
堺市立総合医療センター　救命救急科　中田　康城

□演 7（O7）　10：00 ～ 11：00

「救急外来・救急医療体制・地域連携 2」

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**平良　悠**
日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　**小倉　勝弘**

O7-1（HS） 都立 A 病院の救急搬送の現状と課題
……地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立広尾病院　小瀬村達也

O7-2（D） 共通カルテと病院救急車を活用した
自己完結型在宅救急システムの先駆的取り組み
…… 河北総合病院　救急集中治療科　前田　敦雄

O7-3（E） 栃木県精神疾患合併症観察基準を活用し
精神科救急情報センターと連携を図った症例
……栃木市消防本部　関口　雄介

O7-4（D） 道北地区での PEMEC ／ PACC 開催においての今後の課題
…… 旭川医科大学病院　救命救急センター　岡田　基

O7-5（D） 病院主導で導入した
12 誘導心電図伝送システム 10 年の運用実績と成果
……ハートライフ病院　三戸　正人

O7-6（E） 有症状の外来患者に対するトリアージ業務について
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック
救急救命士科　岩﨑　友洋

O7-7（E） 通信指令課所属の救急救命士が救急活動に与える影響
……石橋地区消防組合　北村　浩一

□演 8（O8）　11：00 ～ 12：00

「外因性疾患」

座長　旭川医科大学　救急医学講座　**丹保亜希仁**
沖縄県立宮古病院　救急科　**小川　太志**

O8-1（D）　初期労作性熱中症（EHI）における急変症例の調査
…… 警察共済組合兵庫県支部診療所　芦屋分室　井上　聡子

O8-2（D）　初期労作性熱中症（EHI）における血液検査所見および尿検査所見に関する調査
…… 警察共済組合兵庫県支部診療所　芦屋分室　井上　聡子

O8-3（D）　多汗症治療薬（プロパンテリン臭化物）を内服の影響により重篤化したⅣ度熱中症患者の一例
…… 熊本赤十字病院　救急救命センター　永井　冴映

O8-4（D）　極地高所における不整脈，電解質異常で緊急搬出した一例
…… 国立極地研究所南極観測センター第 65 次南極地域観測隊　小田　有哉

O8-5（D）　当院に救急搬送された入浴関連ヒートショック死と考えられた症例の後方視的検討
……岩手県立中央病院　横沢　路子

O8-6（D）　歯科治療により皮下気腫，縦隔気腫を来した一症例
……沖縄県立北部病院　玉城佑一郎

O8-7（D）　腹腔鏡下子宮全摘術後に経膣的に腸管脱出を来した 1 例
…… 昭和医科大学　医学部　救急・災害医学講座　町田　麻美

□演 9（O9）　14：30 ～ 15：30

「呼吸器・消化器 1」

座長　神戸市立医療センター中央市民病院　救命救急センター　**有吉　孝一**

O9-1（D）　インフルエンザ A 感染を背景に 2 度のアドレナリン持続静注を要した難治性および 2 相性アナフィラキシーを呈した 1 例
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　平良　悠

O9-2（D）　ステロイド長期内服中に発症した特発性気腹症に対して保存加療を行った一例
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　小池　倫生

O9-3（D）　遅発的な消化管穿孔で発見された腸管原発の節外性 NK/T 細胞リンパ腫の一例
……新百合ヶ丘総合病院　山本　祥寛

O9-4（D）　下顎癌食道転移が原因と推定される大動脈食道瘻の診断に難渋した一例
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　田村　洋行

O9-5（D） Boerhaave 症候群により
大量血胸をきたし出血性ショックに至った一例
…… 日本赤十字社秋田赤十字病院 救急科／
昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座 須郷加奈子

O9-6（D） 絞扼性腸閉塞を呈し小腸切除を施行した小腸型 Chilaiditi 症候群の一例
……埼玉医科大学国際医療センター 柳澤 拓人

O9-7（D） 臍傍静脈穿刺による経皮経肝的静脈瘤塞栓術を行った胃静脈瘤の 1 例
…… 琉球大学病院 救命救急センター 杉村 朋子

□演 10（O10） 15：30 ～ 16：30

「呼吸器・消化器 2」

座長 大分大学医学部附属病院 救急医学・高度救命救急センター **安部 隆三**

O10-1（E） 吐血？喀血？その後呼吸停止
～病院前医療での「観察」と「評価」について考える～
……さいたま市消防局 小松 裕弥

O10-2（D） 転院直後に緊急手術を要した自然血気胸の 1 例
…… 昭和医科大学 救急・災害医学講座 柿 佑樹

O10-3（D） 免疫抑制中に人工呼吸器関連気胸を合併した 2 例
……昭和医科大学藤が丘病院／
昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座 山荷 大貴

O10-4（D） インフルエンザ感染後に合併した重症肺障害に対し
ECMO 管理を要した一例
……関西労災病院 渡邊優美子

O10-5（D） ST 合剤を被疑薬とする薬剤性重症急性膵炎の一例
…… 公立昭和病院 救命救急センター 関 咲乃

O10-6（D） 転倒外傷を契機に肝嚢胞内出血を発症し貧血に至った一例
…… 昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座／
昭和医科大学藤が丘病院 救命救急科 岩本 泰樹

O10-7（D） 腹部手術後の癒着性イレウスと右総腸骨動脈瘤破裂との
鑑別が困難であった 1 例
……国家公務員共済組合連合会呉共済病院 石井 貴大

□演 11（O11） 16：30 ～ 17：30

「感染症 1」

座長 広島大学原爆放射線医科学研究所 **廣橋 伸之**
広島大学病院 薬剤部 **檜山 洋子**

O11-1（D） インフルエンザ感染症に伴う異常行動が原因と思われた墜落外傷の一例
……大牟田市立病院 救急科／久留米大学 医学部 救急医学講座 宮﨑 允宏

O11-2（D） ハモ咬傷を契機として photobacterium damselae による
上肢壊死性筋膜炎を発症した 1 例
…… 長崎大学病院　高度救命救急センター　安倍　翔

O11-3（D） 急性腎障害を呈したサルモネラ菌血症の 3 症例
…… 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院　臨床研修センター　今津　勇輝

O11-4（D） 局所陰圧閉鎖療法が奏効した深頸部膿瘍の一例
……松山市民病院　豊島　滉樹

O11-5（P） 劇症型溶血性レンサ球菌感染症（以下，STSS）の
抗菌薬選択に関する検討
……済生会松阪総合病院　服部　信

O11-6（P） 救急病棟薬剤師の介入により
熱傷創二次感染の薬物治療が適正化した一例
…… 東北大学病院　薬剤部　千葉　僚

O11-7（P） 救急外来における敗血症患者の 28 日死亡に関連する因子の探索
～ Pilot study ～
……金沢医科大学病院　荒川　希美

口演 12（O12）　17：30 ～ 18：30

「感染症 2」

座長　藤田医科大学ばんたね病院　救急科　**金子　唯**
日本大学医学部　救急医学系　救急集中治療医学分野　**桑名　司**

O12-1（D） Streptococcus intermedius により左耳下腺膿瘍をきたした 1 例
…… 昭和医科大学　救急・災害医学講座／
昭和医科大学藤が丘病院　救急科　嶋津　宏基

O12-2（D） 特異な経過を辿った劇症型 A 群溶連菌感染症による
下肢壊死性軟部組織感染症に対し大腿切断で救命した一例
…… 深谷赤十字病院　外傷・救命救急センター　瀧　りえ

O12-3（D） 下腿コンパートメント症候群を発症し筋膜切開術を要した，
劇症型溶血性連鎖球菌感染症（STSS）の 1 例
…… 埼玉医科大学国際医療センター　救命救急科　宮田　秀平

O12-4（D） 2024 年に経験した SFTS（重症熱性血小板減少症候群）の 3 例
…… 順天堂大学医学部附属静岡病院　臨床研修センター　沢　彩南

O12-5（D） 稀な感染症の地域分布を踏まえた鑑別診断の有用性と
他職種・他機関への情報共有の必要性
……大分県立病院　二宮　稀子

O12-6（D） COVID-19 と診断された日に血液培養を採取する意義
…… 市立岸和田市民病院　救急科　北山　淳一

O12-7（D） 歯肉膿瘍と長時間の入浴からショックをきたした 1 例
…… 昭和医科大学藤が丘病院　救命救急科／
昭和医科大学　医学部　救急災害医学講座　宮本　和幸

■第 10 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 415）

□演 13（O13）　9：00 ～ 10：00

「様々な内因性疾患・病態」

座長　和歌山ろうさい病院　救急部・集中治療部　**岩崎　安博**

O13-1（E）　当局におけるブドウ糖投与の現状
……佐賀広域消防局　山下　明恵

O13-2（D）　救急外来での簡易血糖測定において偽高値を示した低血糖症の一例
……北部医療センター安佐市民病院　前原　悠希

O13-3（D）　スーパー母体搬送された前皮神経絞扼症候群の 1 例
…… 昭和医科大学　医学部　救急・災害医学講座　深見　彩音

O13-4（D）　HELLP 症候群に肝被膜下血腫を合併し出血性ショックに至った 1 例
…… 順天堂大学医学部附属浦安病院　臨床研修センター　内田小祐貴

O13-5（D）　高マグネシウム血症により徐脈をきたした一例
…… 伊勢赤十字病院　初期研修医　齋藤　慶弥

O13-6（D）　低リン血症により急性症候性発作を来たした 1 症例
…… 昭和医科大学　医学部　救急・災害医学講座／
昭和医科大学藤が丘病院　救命救急科　下崎　優花

O13-7（D）　高齢者における粘液水腫昏睡の一例
…… 関西労災病院　救急科　宮内　　蓮

□演 14（O14）　10：00 ～ 11：00

「災害・災害トリアージ 1」

座長　長野赤十字病院　救命救急センター　**岩下　具実**

O14-1（P）　石川県輪島市における令和 6 年能登半島地震後の薬剤提供状況と課題：
薬局薬剤師に対するインタビュー調査
…… 金沢医科大学病院　薬剤部　西田　祥啓

O14-2（P）　都市型災害における薬剤師が担うロジスティクスの有用性の評価
……日本大学医学部附属板橋病院／薬剤部　藤條　　拓

O14-3（E）　令和 6 年能登半島地震における
能登中部保健医療福祉調整本部の役割と対応
…… 国立病院機構本部 DMAT 事務局　大山　凌治

O14-4（D）　普段の活動が災害時に機能する。
～初動における顔の見える関係の重要性～
……岐阜大学医学部付属病院　吉田　隆浩

O14-5（N） 救急外来の看護師と救急救命士が連携して取り組む
災害への備えについて
～部署から病院全体へつなげる，災害対策のアウトカム～
……関西メディカル病院　看護部／関西メディカル病院　ER センター　長江　佳鈴

O14-6（D） 災害時における病院機能維持と
在宅医療の継続を念頭においた BCP 策定について
…… 国立病院機構本部 DMAT 事務局　三村　誠二

O14-7（D） 倒壊建物の狭隘空間における医療活動（CSM）の研修コースの開発
…… 日本医科大学多摩永山病院／日本医科大学　救急医学教室　阪本　太吾

□演 15（O15）　11：00 ～ 12：00

「災害・災害トリアージ 2」

座長　福島県立医科大学医学部　救急医療学講座　**伊関　憲**
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター
安佐市民病院　薬剤部　**植竹　宣江**

O15-1（R） 原子力災害を含む複合災害時の情報共有・情報管理のあり方について
～令和 6 年度愛媛県原子力防災訓練より～
……愛媛県立新居浜病院　渡辺真由美

O15-2（P） DMAT 実働訓練を活用した院内防災訓練の実施と派遣 DMAT との連携
…… 広島大学病院　薬剤部　吉川　博

O15-3（P） 十勝岳噴火総合防災訓練への医療チームとしての参画
～『泥流地帯』に備えて～
……旭川赤十字病院　多地　貴則

O15-4（E） 多数傷病者訓練で見えたトリアージタッグ記載に関する課題
～トリアージタッグ記載項目ごとの評価～
……豊田市消防本部　柳井　敦吏

O15-5（C） 災害拠点病院の放射線診断部門の設備機器の稼働状況に関する
基礎的調査研究
……日本大学　江川　香奈

O15-6（P） 令和 6 年能登半島地震における大阪 DPAT の本部支援業務とその課題
……大阪府立病院機構大阪精神医療センター　藤江　直輝

O15-7（D） 国際災害医療チーム受援に関する研究と実働訓練
…… DMAT 事務局／順天堂大学　医学部　大場　次郎

□演 16（O16）　14：30 ～ 15：30

「急性中毒・異物 1」

座長　浜松医科大学　医学部　救急災害医学講座　**吉野　篤人**
高崎総合医療センター　救急科　**町田　浩志**

O16-1（E）　病院前救護における有機溶剤中毒傷病者のドクターヘリ搬送症例を経験して
… 加賀市消防本部　大聖寺分署／富山大学大学院　総合医薬学研究科　総合医薬学専攻　先端医科学プログラム　救急医学講座　河中　拓郎

O16-2（P）　若年者における一般用医薬品過量服薬の救急対応に関与した 1 例
……くまもと県北病院　西　正浩

O16-3（D）　医薬品中毒における病院前情報による集中治療の予測因子の検討
…… 横浜市立みなと赤十字病院　救命救急センター　高橋　哲也

O16-4（D）　アセトアミノフェン中毒の 2 例と診療における新しい知見
…… 野崎徳洲会病院　救急センター　千代　孝夫

O16-5（D）　血清コリンエステラーゼ低値に着目し中間症候群を早期に認識し得た有機リン中毒の一例
……自治医科大学附属さいたま医療センター／和歌山県立医科大学附属病院　白岡　裕毅

O16-6（D）　用手経肛門的に摘出しえた性的玩具による直腸異物の 2 例
……札幌東徳洲会病院　宮崎　大

O16-7（D）　カセットコンロガス（ブタン）吸入に伴う心室細動の 1 救命例から得た教訓
…… 宮崎市郡医師会病院　救急科　長嶺　育弘

□演 17（O17）　15：30 ～ 16：30

「急性中毒・異物 2」

座長　東海大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**中川　儀英**
香川県立中央病院　救急科　**白井　邦博**

O17-1（D）　ジギタリス中毒による薬剤性めまいが疑われた一例
……医誠会国際総合病院　松田　遵

O17-2（P）　アセトアミノフェン中毒患者の肝障害に関する実態調査
……高知医療センター　吉田　李菜

O17-3（D）　異物自己注射により *Lactobacillus* 属菌血症に至った 1 例
…… 旭川医科大学病院　救急科　難波　亮

O17-4（D）　膀胱内異物（単三アルカリ乾電池）の一例
……自治医科大学附属さいたま医療センター　富永経一郎

O17-5（D）　維持透析患者に生じたメトホルミン関連脳症の 1 例
…… 大阪赤十字病院　救命救急センター　青木　杏奈

O17-6（C） 義歯誤嚥による気道異物が見逃された意識障害患者の 1 例
…… 朝日大学病院 麻酔科・歯科麻酔科／
朝日大学 保健医療学部 救急救命学科 名知ひかる

O17-7（D） 法医学講座との連携で確定診断に至ったエチレングリコール中毒の 1 例
…… 旭川医科大学病院 卒後臨床研修センター 西田 さと

□演 18（O18） 16：30 ～ 17：30

「急性中毒・異物 3」
座長 長崎大学病院 高度救命救急センター **田﨑 修**

O18-1（D） 血液粘弾性評価が出血傾向の評価に有用であったアスピリン中毒の一例
…… 群馬大学医学部附属病院 救命救急センター 市川 優美

O18-2（D） 瞳孔散大・切迫心停止で搬送された
シアナミド－エタノール反応の一救命例
……藤枝市立総合病院 宇佐美柊斗

O18-3（D） 薬物過量摂取に対して
早期の上部消化管内視鏡での薬物除去が奏功した一例
…… 昭和医科大学藤が丘病院 救急科／
昭和医科大学病院 医学部 救急・災害医学講座 広瀬 大輝

O18-4（E） 一酸化炭素中毒による意識障害の判断に苦慮し，
救急隊員が酸素欠乏の環境下に晒された 1 例
……福岡市消防局 内田 宗暁

O18-5（D） 柴胡加竜骨牡蛎湯による薬剤性間質性肺炎の 1 例
……埼玉医科大学国際医療センター 近江 光

O18-6（D） メトホルミン過量内服による乳酸アシドーシスに対し
血液浄化療法にて救命し得た 1 例
…… 近畿大学奈良病院 第三次救命救急センター 中尾 隆美

O18-7（P） 急性カフェイン中毒患者 12 症例の記述統計的分析
…… 鳥取大学医学部附属病院 薬剤部 松本 徳人

■第 11 会場（パシフィコ横浜 会議センター 4F 416）

□演 19（O19） 9：00 ～ 10：00

「院外・院内心停止 1」
座長 足利赤十字病院 救命救急センター 救急科 **菊池 広子**
広島国際大学 保健医療学部 救急救命学科 **安田 康晴**

O19-1（E） 特定行為指示要請開始時間と関連因子の研究
…… 茨城西南広域消防本部／国士舘大学大学院 救急システム研究科 中村 哲久

O19-2（E） 救急隊による院外心停止に対する特定行為実施時間の分析
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 木村 龍

O19-3（E） 救急救命士による特定行為の実施場所に影響を与える要因の検討
～インタビュー内容の計量テキスト分析～
…… 明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科／
国士舘大学大学院 救急システム研究科 守岡 大吾

O19-4（E） エマージェンシーコール（119）から心拍再開までの時間と
社会復帰の関係
……札幌市消防局 原 正浩

O19-5（E） 院外心停止症例に AED を届ける取組（堺市「まちかど AED」）
……堺市消防局 片岡 竜彦

O19-6（E） 除細動症例に対する活動プロトコル
～早期アドレナリン投与活動が及ぼす影響～
……豊田市消防本部 大屋 悠真

O19-7（C） マンション設置 AED の「公共アクセス化」は
CPA 事案にどれほど有効か？～アクセシビリティの観点から～
……大阪公立大学 木村 義成

□演 20（O20） 10：00 ～ 11：00

「脳神経 1」

座長 川崎市立多摩病院 脳神経外科 **小野 元**
さいたま市民医療センター **坪井 謙**

O20-1（N） 椎骨動脈解離でくも膜下出血となり死亡した 3 症例の検討
……一般財団法人潤和リハビリテーション振興団体潤和会記念病院 川越香奈子

O20-2 演題取り下げ

O20-3（E） 痙攣重積患者における直近搬送と予後の関連：
単施設後ろ向きコホート研究
……東京消防庁 中島 大希

O20-4（E） 桑員地域 MC 体制における脳卒中プロトコル変更後の活動変化について
……桑名市消防本部 増田 満生

O20-5（R） 急性期脳梗塞における頚部 CPR を用いた頚部血管評価の有用性
……自治医科大学附属さいたま医療センター 島田 和樹

O20-6（N） 椎骨動脈解離の背景と看護
……一般財団法人潤和リハビリテーション振興団体潤和会記念病院 半田 捺美

O20-7（E） 当院における脳卒中（SSN）対応記録用紙の活用について
…… 埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター
救急科（ER） 佐藤 彩香

□演 21（O21）　11：00 ～ 12：00

「脳神経 2」

座長　東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター　**本多　満**

O21-1（D）　可逆性後頭葉白質脳症を呈した脳アミロイドアンギオパチーの 1 例
…… 昭和医科大学　救急・災害医学講座　柿　佑樹

O21-2（D）　意識評価が難しい高齢者の水痘帯状疱疹ウイルス性脳炎の一例
……医療法人社団筑波記念会筑波記念病院　岩窪　瑠南

O21-3（D）　低ナトリウム血症による細胞傷害性脳梁膨大部病変 (CLOCCs) の一例
…… 日本大学　医学部　救急医学系救急集中治療医学分野／
横浜労災病院　救命救急センター　河野　勝紀

O21-4（D）　左側の麻痺で発症し中枢神経疾患との鑑別を要した
特発性脊髄硬膜外血腫の一例
……自治医科大学附属さいたま医療センター　東郷　志穂

O21-5（E）　脳卒中を疑い搬送した傷病者が特発性脊髄硬膜外血腫であった一例
……貝塚市消防本部　木下　高志

O21-6（D）　整形外科周術期に発症した非アルコール性ウェルニッケ脳症の一例
…… 加古川中央市民病院　救急科　大田　峻翼

O21-7（D）　末梢神経障害との鑑別に難渋した hand knob infarction の一例
……鹿児島県立大島病院　橋口　友輔

□演 22（O22）　14：30 ～ 15：30

「地域住民への啓蒙」

座長　桑名市総合医療センター　**畑田　剛**
京都橘大学　健康科学部　**黒崎　久訓**

O22-1（HS）　避難所設営訓練に応急手当訓練を組み込む取組み（1）
……川越救急クリニック／さいたま市中央区防災アドバイザー会　吉田　雄一

O22-2（C）　月の見え方と交通事故の関係について
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　田久　浩志

O22-3（E）　高齢者が応急手当を行うために必要な救命講習の課題
……一関市消防本部　本吉　秀敏

O22-4　演題取り下げ

O22-5（E）　VR 教材を用いた市民向け緊急度判断講習会の有用性の検討
…… 日本体育大学大学院　保健医療学研究科　櫻澤　玲

O22-6（E）　119 番通報者における傷病者観察力および
情報提供力の向上に関する取り組み
……下関市消防局　長岡　敏信

O22-7（E）　一般市民による浴槽救出方法の検討
～浴槽の水を抜いた救出方法と水を抜かない救出方法との比較～
…… 愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命医学専攻／
国士舘大学大学院　救急システム研究科　篠塚　雄希

□演 23（O23）　15：30 ～ 16：30

「シミュレーション教育と研修」

座長　仙台市立病院　救急科・救命救急センター　**山内　聡**
松山市民病院　臨床教育室　**永渕　克弥**

O23-1（E）　JPTEC（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care）
プロバイダーコースの状況評価トレーニングに
Virtual Reality（VR）教材を活用する試み
……埼玉西部消防局　齋藤　正典

O23-2（CE）　愛知 PUSH 教材による非医療への BLS 講習会の取組み
…… 春日井市民病院　技術局　冲中　勇揮

O23-3（E）　PEMEC コース子育て世代の参加支援（ファミリーサポート体制）に
向けた取り組み
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　齋藤　汐海

O23-4（D）　秋田 ISLS シンポジウム開催の報告
……秋田県立循環器・脳脊髄センター　佐々木正弘

O23-5（E）　FAST（Focused assessment of sonography for trauma）
実施時間に対する拡張現実導入の教育効果
～救急救命士学生を対象とした検討～
…… 日本体育大学大学院　保健医療学研究科　保健医療学専攻　濱　京志朗

O23-6（R）　造影 CT 検査における急変時対応シミュレーション研修の実施と効果
…… 市立釧路総合病院　医療技術部放射線技術科　加城　雄平

O23-7（E）　医療機関との合同研修会
～病院交渉要領の技術向上を目指して～
……岡山市消防局　稲富　崇司

□演 24（O24）　16：30 ～ 17：40

「心血管」

座長　日本赤十字社医療センター　救命救急センター　**林　宗博**

O24-1（D）　周産期の急性心不全の一例
……京都市立病院　岡田真由子

O24-2（D）　心筋炎の診断に難渋した 1 例
……呉共済病院　西沢晃一郎

O24-3（D） 初診で尿管破裂と診断された腹部大動脈瘤破裂の 1 例
……呉共済病院　宮本　愛唯

O24-4（D） 喘息治療中にたこつぼ心筋症を発症した一例
……昭和医科大学病院　飯島　章子

O24-5（D） 座位での失神を繰り返したペースメーカー患者の一例
…… 河北総合病院　救急集中治療科　野田　美咲

O24-6（D） 正中弓状靱帯症候群による前下膵十二指腸動脈瘤破裂の 1 例
…… 昭和医科大学　臨床研修センター　渡部　彩香

O24-7（P） Carperitide and sacubitril/valsartan combined to cause hypotension in a patient with type-A dissection
…… 田村　未来

O24-8（E） 循環器疾患に対する病院前 12 誘導心電図の可能性
……東京消防庁　笹沼　拓未

□演 25（O25）　17：40 ～ 18：30

「家族対応」

座長　浜松医科大学　救急災害医学講座　**渥美　生弘**
日本看護協会　看護研修学校認定　看護師教育課程　**杉本　環**

O25-1（N） 当院の救命救急センターにおけるグリーフケア活動
……北里大学病院　藤岡　瑠璃

O25-2（N） 救急外来での家族参加型エンゼルケアキャンペーンは グリーフケアへの意識を変えた
…… 藤枝市立総合病院　救命救急センター　外来看護師　青島　咲子

O25-3（N） 救命救急センター看護師から始まる個別性に合わせたグリーフケア ～突然の死別を経験した家族に寄り添う～
…… 聖路加国際病院　救命救急センター　森　泰子

O25-4（N） 救急搬送患者家族看護の充実に向けて ～救急患者家族のニードを把握する～
…… JA 徳島厚生連吉野川医療センター　藤川　円

O25-5（C） 救命病棟における『公認心理師』介入の実践報告と課題 ～入院時重症患者対応メディエーターの活動を通して～
…… 済生会横浜市東部病院　こころのケアセンター　心理室　牛山　幸世

O25-6（N） 高度救命救急センターから終末期在宅医療移行に向けた地域連携 ～住み慣れた自宅で最期を過ごすために～
…… 鳥取大学医学部附属病院　高度救命救急センター　松田　奈央

■第 12 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 417）

□演 26（O26）　9：00 ～ 10：00

「医療従事者教育 4」

座長　埼玉医科大学国際医療センター　救命救急科　**根本　学**
八戸市立市民病院　救命救急センター　**奥沢　悦子**

O26-1（D）　病院前外傷救護における簡易骨盤固定は適切に実施されているか？
…… 鳥取県立中央病院　高次救急集中治療センター　救急集中治療科　萩原　尊礼

O26-2（E）　「通話のスペシャリスト」を目指して
～病院救命士教育のアウトカム　現状とその先～
… 関西メディカル病院　ER センター／関西メディカル病院　EMT 科　平田　誠

O26-3（MT）　臨床検査技師による救急隊員向け心電図講習の実施
……刈谷豊田総合病院　杉江　千穂

O26-4（D）　災害医療勉強会により学生の災害対応の理解度は向上し，
災害医療活動の原則に則って活動できるようになる
…… 千葉大学　医学部　医学科　小田　裕也

O26-5（D）　学生の放射線災害対応勉強会への参加は，
放射線災害に対応できる人材の確保に寄与する
…… 千葉大学　看護学部　看護学科　西ヶ谷風佳

O26-6（E）　PCEC コースにおける学生ファシリテーターの意義
……倉敷芸術科学大学　生命科学部　健康科学科　救急救命士コース　松村　敬則

O26-7（D）　交通事故の背景に潜む内因性疾患
～大動脈解離を契機とした症例の検討～
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科／
滋賀医科大学　救急集中治療医学講座／
滋賀医科大学　社会医学講座法医学部門　益満　茜

□演 27（O27）　10：00 ～ 11：00

「医療従事者教育 5」

座長　日本医科大学千葉北総病院　救命救急センター　**安松比呂志**
国立大学法人神戸大学　大学院医学研究科　外科系講座
災害・救急医学分野　**鵜澤　佑**

O27-1（E）　病院実習で積極的な学習に至られない学生の阻害要因の検討
……日本体育大学　宇田川美南

O27-2（D）　中大脳動脈 M2 閉塞に対して血栓回収術を施行した 1 例
……北里大学メディカルセンター　呉　聖泉

O27-3（D） 救急救命士の観察・判断能力の改善は急務
～本県における低血糖判断の調査結果から～
……日本赤十字社伊勢赤十字病院／三重県救急搬送・医療連携協議会　説田　守道

O27-4（E） 教育機関におけるファーストエイド教育の現状と課題
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　柳澤　初実

O27-5（E） 胸部症状を伴う小児での 12 誘導心電図活用の実態
……栃木市消防本部　崎山　　師

O27-6（S） 救急救命学科学生の N95 マスク密着性評価における
ユーザーシールチェックの信頼性
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　芳村　拓海

O27-7（C） 救急車のオゾン消毒を中止して救急出動する危険性の検討
…… 日本体育大学　救急医療学科　救急蘇生災害医療学研究室　鶴　　俊輔

□演 28（O28）　11：00 ～ 12：00

「医療従事者教育 6」

座長　岐阜大学医学部附属病院　高次救命治療センター　**吉田　隆浩**
東京科学大学病院　救命救急センター　**林　　恭子**

O28-1（E） ひとのやる気を引き出すための解決策をテーマとした研修報告
～教育設計学であるインストラクショナルデザイン (ID) をもとに～
……熊本大学教授システム学教育実践力開発拠点／豊田市消防本部　大石　　奨

O28-2（E） 「熊本から発信する救急救命士の未来」
PEMEC と KEMAT がもたらす効果と今後の展望
……八代広域消防本部　宮村　一海

O28-3（E） 子どもの呼吸様式は服を脱がせて観察せよ！
～愛知県救急救命士再教育事業の取り組み～
……大府市消防本部／愛知県救急業務高度化推進協議会
プロトコール教育委員会　松原　　慎

O28-4（E） 指導救命士の質の維持には認定時実技時間の拡充と
その後の指導機会の確保が重要である
……日本赤十字社伊勢赤十字病院　宮崎伊佐夫

O28-5（D） 救命士養成課程学生に対する PCEC コース運営の工夫
……地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院　佐藤　圭路

O28-6（MT） 臨床検査技師が救急外来で超音波検査を実施する意義と課題
……医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院　河井　伸午

O28-7（E） ハイパフォーマンス CPR 講習の現状と課題
……明治国際医療大学　原　　貴大

□演 29（O29）　14：30 ～ 15：30

「医療従事者教育 7」

座長　富山県立中央病院　救命救急センター　**若杉　雅浩**
日本救急システム株式会社　**後藤　奏**

O29-1（S）　救急救命士養成校学生が病院実習で被るストレスの実態と
ストレスに関連する因子についての検討
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　松延　佐歩

O29-2（S）　救急救命士養成課程の学生における性格特性と
学業成績や娯楽行動との関連の検討
…… 明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　武藤　好美

O29-3（E）　医師同乗実習における
新たな救急救命士再教育プログラムの構築と効果
……砺波地域消防組合消防本部　中村　悠里

O29-4（E）　周産期領域に関する消防局における取り組みについて
……仙台市消防局　土屋　雅人

O29-5　演題取り下げ

O29-6（E）　所属における通信指令員の指導救命士配置の現状と
その必要性についての提言～通信指令室からの挑戦～
……秦野市消防本部　青木　季道

O29-7（E）　救急救命士養成校における迅速簡易超音波検査法（FAST）を使用した
教育プログラム開発
…… 弘前医療福祉大学　短期大学部　救急救命学科　若松　淳

□演 30（O30）　15：30 ～ 16：30

「基礎・臨床研究 1」

座長　帝京大学医学部　救急医学講座　**三宅　康史**

O30-1（E）　重症傷病者の発生に関連する気象因子
……知多中部広域事務組合消防本部　宮﨑　寛典

O30-2（E）　救急搬送された外傷傷病者のデルタショック指数と患者転帰との関連
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科／
防衛医科大学校病院　救急部　齋藤　大蔵

O30-3（E）　救急活動における手袋の二重着用の有効性に関する研究
…… 広島国際大学　保健医療学部　救急救命学科　佐々木広一

O30-4（S）　傷病者階段搬送時の電動リフトチェアと身体的負担の関連の検討
～クロスオーバー試験～
…… 国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　高橋亜樹良

O30-5（D） 重症患者における末梢静脈カテーテル関連静脈炎の発生に対する
ノルアドレナリン投与量の影響：
時間依存性マルチレベル Cox 回帰モデルによる解析
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 安田 英人

O30-6（D） 敗血症性ショックにおけるカテコラミン最大投与量の持続時間が，
初回抗菌薬感受性の早期指標となりうる
…… 日本大学 医学部 救急医学系救急集中治療医学分野 山屋百合奈

O30-7（D） 自傷・自殺未遂による救急外来受診のタイミングと
精神科コンサルトの関連：JA-RSA レジストリより
…… 岡山大学病院 高度救命救急センター 神野 駿太

口演 31（O31） 16：30 ～ 17：30

「基礎・臨床研究 2」

座長 千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学 **中田 孝明**

O31-1（D） 集中治療室における短期末梢カテーテル材料の違いが
静脈炎の発生率に与える影響：AMOR-VENUS 試験の事後解析
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 新里祐太朗

O31-2（E） 救急救命学科卒業生の講話が，
救急救命士学生のキャリア形成の考え方に及ぼす影響
……川崎市消防局 三芳 智伸

O31-3（D） EFIC 活用臨床試験に対する一般市民の認識は
救急搬送されたことがあるか否かで異なるか
…… 東京歯科大学市川総合病院 救急科／ REFINED-IC 研究班 鈴木 昌

O31-4（D） 消防および医療機関データ突合の試み～第 2 報～
…… 奈良県立医科大学 高度救命救急センター 山本 幸治

O31-5（E） 自動心肺蘇生器導入後の効果と今後の展望
……春日部市消防本部 近藤 祐司

O31-6（E） 現場でバイタルサインを測定すべきか？
……泉州南消防組合泉州南広域消防本部 萬田将太郎

O31-7（MT） MDW は感染症の診断および WBC，CRP と関連するか
……医療法人社団久福会関野病院／
自治医科大学附属さいたま医療センター救急科 小幡佳津明

■第 13・14 会場（パシフィコ横浜 会議センター 4F 418・419）

併設コース 9：00 ～ 18：30

「PEMEC コース」

6月21日（土）

■第1会場（パシフィコ横浜　会議センター　1F メインホール）

シンポジウム 8（SY8）　9：00 ～ 10：30

「救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む
～その体制と教育の重要性について～」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　**鹿瀬　陽一**
日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　**今井　徹**

SY8-1（C）　教育から見た Rapid response system（RRS）の全体像
…… 北里大学病院　集中治療センター　RST・RRT 室　小池　朋孝

SY8-2（D）　院内救急医療体制と RRS 起動要素研修コースの実施
… 東京慈恵会医科大学付属病院　看護部　急性・重症集中専門看護師　山口　庸子

SY8-3（N）　連携と教育で実現する院内急変予防
～ MET，RRT，CCNR 連携体制と看護師の果たす役割～
…… 聖マリアンナ医科大学　診療看護師技術部　小船　千尋

SY8-4（D）　急変対応教育の新しいアプローチ：座学と実践訓練の間で
……京都府立医科大学　山畑　佳篤

SY8-5（P）　Rapid Response System における薬剤師の関与
実例から学ぶ～今後の展望～
……埼玉医科大学病院　鈴木　善樹

SY8-6（CE）　院内急変対応における医療安全管理部門の役割
…… 日本大学医学部附属板橋病院　医療安全管理室　中川富美子

シンポジウム 9（SY9）　10：30 ～ 12：00

「救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像～日本救急救命士会の役割と使命～」

座長　国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**喜熨斗智也**
国士舘大学大学院　救急システム研究科　**田中　秀治**

SY9-1（E）　救急救命士の参加する民間救急事業が救急出動逼迫と
大規模災害へ貢献する可能性
……株式会社スター交通　小森　一樹

SY9-2（E）　指導救命士の研究能力向上を目的としたデータベース研究教育コンテンツの開発
…… 日本医科大学多摩永山病院　救命救急科／
東京慈恵会医科大学附属病院　救急部・救命救急センター　北野信之介

SY9-3（E） 救急救命士の可能性への挑戦
～病院救命士からの視点での可能性～
…… 東京科学大学病院 救命救急センター 加藤 渚

SY9-4（E） 医療機関に所属する救急救命士の真価～求められる役割と可能性～
……日本病院救急救命士ネットワーク／日本医科大学多摩永山病院 沼田 浩人

SY9-5（E） 他国の救急救命士参加による救急救命士教育の可能性
～大阪 EMS 研究会における合同研修会の検証～
…… 大阪市消防局／大阪 EMS 研究会 三木 大輔

SY9-6（N） 患者をみることができる救命士を目指して
～タスクシェアを通してスキルアップをはかる～
…… 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 小西 遼

特別講演 2（SL2） 13：10 ～ 14：00

座長 日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科 **井上 潤一**

SL2（C） 80 歳エベレスト登頂とその秘密
プロスキーヤー，博士（医学）／株式会社ミウラ・ドルフィンズ **三浦 豪太**

市民公開講座（PL2） 15：00 ～ 16：30

「親子で一緒に学べる市民公開講座」

司会 フリーアナウンサー／防災士 **佐橋 嬉香**

PL2-1（D） こどもの命を守る！
～熱中症は予防が第一，親子で学ぼう対応スキル～
自治医科大学さいたま医療センター 救命救急センター **守谷 俊**

PL2-2（D） こどもの命を守る！
～窒息対応から AED まで，親子で学ぼう救命スキル～
横浜市立大学 高度救命救急センター **竹内 一郎**

■第 2 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 503）

パネルディスカッション 9（PD9）　9：00 ～ 10：30

「救急医療の薬剤師業務のポイント」

座長　京都第二赤十字病院　救命救急センター　救急科　**石井　亘**
広島大学病院　薬剤部　**佐藤　智人**

PD9-1（C）　大学教育における救急医療講義の実践と課題
～薬剤師業務のアウトカム向上に向けて～
…… 名古屋市立大学大学院　薬学研究科　齊藤　将之

PD9-2（P）　2 次救急外来における専従薬剤師の必要性と今後の展望
…… 医療法人徳洲会福岡徳洲会病院　薬剤部　立石　裕樹

PD9-3（P）　救急外来における薬剤師業務の拡大とその取り組みについて：
オンコール体制から常駐へ
……済生会熊本病院　西村　知晃

PD9-4（P）　当院救急外来における薬剤師業務の変遷と薬剤師の役割
…… 深谷赤十字病院　薬剤部　佐藤　充朗

PD9-5（P）　救急集中治療領域における医療機器使用下の最適な腎機能評価
…… 札幌医科大学附属病院　薬剤部　伊部　裕太

PD9-6（D）　ECMO 管理中の抗菌薬は通常投与量で本当に良いのか？
……東京都立多摩総合医療センター
救命救急センター・ECMO センター　濱口　純

PD9-7（P）　薬剤師による医療機器使用下の薬物療法最適化：
カテーテル管理に焦点を当てて
…… 広島大学病院　薬剤部　吉廣　尚大

パネルディスカッション 10（PD10）　10：30 ～ 12：00

「法執行機関との医療連携の現状の報告と課題～さらに発展した連携を構築するために～」

座長　国立病院機構大阪医療センター　救命救急センター　**大西　光雄**

PD10-1（D）　法執行機関との医療連携～これまでの取り組みと目標の全体像～
…… 国立病院機構大阪医療センター　救命救急センター　診療部長　大西　光雄

PD10-2（D）　軌道に乗り始めた事態対処救護コース～開催報告と現在の課題～
…… 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
危機管理室長　兼　救命診療科部長　成田麻衣子

PD10-3（D）　警察との連携の実際と課題～訓練を通して見えてきたもの～
…… 国立健康危機管理研究機構 DMAT 事務局　矢嶋　祐一

PD10-4（D）　事態対処医療が全国に展開するための提案
…… 国立病院機構本部 DMAT 事務局　若井　聡智

PD10-5（D） 尖閣諸島を抱える沖縄県の法的執行機関での外傷教育の現状と課題
……沖縄県立八重山病院　竹島　茂人

ランチョンセミナー（LS5） 12：10～13：05

座長　横浜市立大学 救急医学教室　**竹内　一郎**

LS5 High Performance Resuscitation を見据えた Stay & Play 戦略
～救急救命士の処置範囲拡大を見据えた最新テクノロジーの導入～
国士舘大学 救急システム研究科　**田中　秀治**
済生会宇都宮病院　救急・集中治療科　**藤田　健亮**

共催：日本ストライカー株式会社

パネルディスカッション 11（PD11） 14：00～15：30

「救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か」

座長　日本臨床衛生検査技師会／日本救急検査技師認定機構　**福田　篤久**
兵庫県立尼崎総合医療センター ER 総合診療科　**西内　辰也**

PD11-1（MT） 救急外来における臨床検査技師の参画への課題
…… 国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院 臨床検査部　池浦　一聖

PD11-2（MT） 臨床検査技師，救急参戦！乗り越えるべき課題は何か
……新潟県立中央病院　片岡奈緒美

PD11-3（N） 救急外来での臨床検査技師との協働に必要なこと
～看護師の立場から～
…… 社会医療法人愛仁会高槻病院 救急センター　藤永　純一

PD11-4（MT） 救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か
～管理側の立場より～
……泉大津急性期メディカルセンター　三平　りさ

パネルディスカッション 12（PD12） 15：30～17：00

「病院前での感染対策はどこまで進んだか」

座長　堺市立総合医療センター 救命救急センター　**森田　正則**
京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科　**柚木　知之**

PD12-1（E） 消防機関の感染対策におけるオンラインチェックリストの活用
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科　澤田　仁

PD12-2（D） COVID-19 のパンデミックを経て，
病院前救護活動における感染対策はどのように変化したか
……救急外来および病院前部門における感染対策検討 WG　小橋　大輔

PD12-3（D） 救急隊と医療機関の感染対策連携をどのように進めればよいか
……川崎医科大学　椎野　泰和

PD12-4（E） 新型コロナウイルス感染症流行期における感染防止対策が
心肺停止傷病者に与えた影響について
……京都市消防局／京都市・乙訓メディカルコントロール協議会　中田　啓之

PD12-5（D） COVID-19 パンデミックを経て横浜市消防局での感染対策の現状
……横浜市消防局　細田　優子

■第 3 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 501）

会長特別企画 2（SP2）　9：00 ～ 10：30

「心電図討論会」

座長　獨協医科大学埼玉医療センター　救命救急センター　**松島　久雄**
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科　**福岡　範恭**

SP2（D） 日本全国に伝送心電図ネットワークを張り巡らせる
獨協医科大学埼玉医療センター　救命救急センター　**松島　久雄**
三重大学医学部附属病院　救命救急・総合集中治療センター　**石倉　健**
ハートライフ病院　救急総合診療部 救急部　**三戸　正人**
筑波メディカルセンター　救急診療科　**栩木　愛登**
福島県立医科大学　地域救急医療支援講座　**小野寺　誠**
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科　**福岡　範恭**

ワークショップ 6（WS6）　10：30 ～ 12：00

「G2025 に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）」

座長　中濃厚生病院　救命救急センター　**名知　祥**
NPO　救命おかやま　**石井　史子**

WS6-1（D） バイスタンダーサポート体制の現状と委員会からの提言 2025
…… 中濃厚生病院　救命救急センター／
日本臨床救急医学会　バイスタンダー体制検討委員会　名知　祥

WS6-2（C） 一般市民がバイスタンダーとなった際の
具体的なサポート体制の確立に向けて
…… 長野　庄貴

WS6-3（E） 応急手当指導員に行ったアンケート調査について
……小牧市消防本部　田島　典夫

WS6-4（E） バイスタンダーの心的サポートにおける消防の取り組み
……佐倉市八街市酒々井町消防組合消防本部　矢島　茂樹

WS6-5（D） バイスタンダーの心的サポートを目的としたリーフレット制作と
バイスタンダーサポート外来の設立
…… 千葉市立海浜病院　救急科　本間　洋輔

WS6-6（D） 一次・二次救命処置講習会開催者の側から考えるバイスタンダー体制
…… 救急医学会 ICLS 企画運営委員会／岩手県立中部病院　邑田　悟

ランチョンセミナー（LS6）　12：10 ～ 13：05

座長　一般財団法人救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**

LS6 救急隊と病院をつなぐ最強タッグ
～救急の絆の NEXT Stage を考える～
北九州市消防局　救急部　**森　成司**
TXP Medical 株式会社・大阪大学医局　救急医　**戸上　由貴**

共催：TXP Medical 株式会社

ワークショップ 7（WS7）　14：00 ～ 15：30

「救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み」

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**清田　和也**
埼玉県済生会加須病院　救急医学科　**福島　史人**

WS7-1（E） プレアライバルコールの実施状況調査と課題
…… 帝京大学　福岡医療技術学部　吉村　優希

WS7-2（D） 小児傷病者の消防救急車搬送に係る現場判断基準の策定
……令和 6 年度消防防災科学技術研究推進制度
「低緊急・非緊急傷病者搬送における病院救急車等の活用の方策」
基準策定班　問田　千晶

WS7-3（N） 胸痛傷病者の適正搬送および時間短縮にむけた
新たな病院前リスク評価ツール
…… 長崎大学病院　看護部　朝長さつき

WS7-4（D） 救急覚知から病着までの時間短縮を目指す取り組み
（東京ルール）と今後の課題
…… 順天堂大学医学部附属練馬病院　救急・集中治療科／
東京都救急医療対策協議会　救急医療体制検討小委員会　杉田　学

WS7-5（D） 完全輪番制が救急医療搬送の時間に及ぼす影響について
～その恩恵と弊害～
…… 松阪中央総合病院　救命救急センター　谷口健太郎

WS7-6（D）　病歴復唱による病院選定時間の短縮の工夫
……藤田医科大学岡崎医療センター　有嶋　拓郎

ワークショップ 8（WS8）　15：30 ～ 17：00

「現場から変える！救急現場における医療 DX の具体的な取り組み」

座長　多摩丘陵病院　救急科　**齋藤　大蔵**
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　**渡部　広明**

WS8-1（D）　救急医療や在宅医療にリアルタイム映像伝送システムを取り入れ
速やかな救急対応を目指す取り組み
……市立大村市民病院　野中　和樹

WS8-2（D）　民間二次救急病院群における医療 DX 推進の取り組み：
Patient centric DX system 構築に向けて
…… 社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）
救急災害医療連携・DX 推進部門／
社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部／
東洋大学　情報連携学学術実業連携機構（INIAD-cHUB）　森村　尚登

WS8-3（E）　救急タグは救急搬送時に有用な情報共有ツールとなる
～救急タグ配付時アンケートより（第 2 報）～
…… 大阪大学医学部附属病院　医療技術部　山中　健太

WS8-4（N）　急性期医療情報統合ビューア「Abierto Cockpit for ER」の導入が
救急初期診療に与える影響
…… 関西医科大学総合医療センター　看護部　山田　果依

WS8-5（P）　薬剤師が関わっている救急外来での DX
……済生会熊本病院　甲斐　　光

WS8-6（E）　藤沢市消防局における救急業務改革
～救急業務の効率化×救急活動の質向上～
……藤沢市消防局　玉水　自然

WS8-7（E）　シミュレーション教育での AI を活用した
救護ノンテクニカルスキルの評価法の検討
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　救急災害医療学　三橋　正典

■第 4 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 502）

日本救急撮影技師認定機構指定講習会（JERT）　9：00 ～ 10：00

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　中央放射線部　**田邉　利彰**

JERT（R）　救急領域における血管内治療の現在と最新トピックス
千葉県総合救急災害医療センター　検査部放射線科　上席専門員　**今関　雅晴**

シンポジウム 10（SY10）　10：00 ～ 11：00

講演「救急医療基本法の制定に向けた取り組み」

座長　日本体育大学大学院　保健医療学研究科　**横田　裕行**

SY10-1（D）　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　**阿南　英明**

ワークショップ 9（WS9）　11：00 ～ 12：00

講演「腰痛のメカニズムと対策」

座長　JA 長野厚生連佐久総合病院　佐久医療センター
救命救急センター（救急科）　**田中　啓司**

WS9-1（D）　腰痛のメカニズムと対策
大阪府立中河内救命救急センター　**岸本　正文**

パネルディスカッション 13（PD13）　14：00 ～ 16：00

「初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み」

座長　東北大学病院　救急科・高度救命救急センター　**久志本成樹**
湘南鎌倉総合病院　救急総合診療科　**山上　浩**

PD13-1（E）　消防機関における転院搬送の現状と考察
～全国消防機関に対するアンケート調査～
……日本救急救命学会　北村　浩一

PD13-2（E）　医療機関における転院搬送の現状と考察
～全国医療機関に対するアンケート調査～
……日本救急救命学会　佐々木俊一

PD13-3（E） 充実した病院救命士体制で行った転送及び
救急連携搬送料に対しての取り組み
……社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院
ER 総合診療センター EMT 課 新井 勘太

PD13-4（E） 院内救急救命士を活用した転院搬送の取り組み
……国立国際医療センター 北原 学

PD13-5（E） The 東京科学大学流～院内救命士が行う転院調整および転院搬送～
……東京科学大学病院 北原 嶺

PD13-6（E） 当センターにおける救急患者連携搬送における
院内救命士の取り組みについて
……自治医科大学附属さいたま医療センター 小田 貴士

PD13-7（MS） 転院搬送体制の確立を目指して
～ MSW が構築した病院間連携を基盤とした院内多職種との取り組み～
……独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 髙橋 紀貴

PD13-8（D） 救命救急センター救急外来から「下り搬送」した患者の
予後調査から視える現状と課題
……済生会宇都宮病院 中村 聡志

■第 5 会場（パシフィコ横浜 会議センター 3F 311 + 312）

教育講演 6（EL6） 9：00 ～ 10：00

座長 順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科 **杉田 学**

EL6（D） 特定集中治療室遠隔支援加算の課題
自治医科大学 集中治療医学 **讃井 將満**

ワークショップ 10（WS10） 10：00 ～ 11：00

「救急搬送患者の実例をもとに MSW の仕事を考えよう」

座長 大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター 救急診療科 **藤見 聡**
国立病院機構大阪医療センター **山口壽美枝**
東京科学大学病院 医療連携支援センター **阿部 靖子**

WS10-1（MS） 救命救急センターにおける
医療ソーシャルワーカーの役割と今後の課題
……仙台市立病院 千坂 直史

WS10-2（MS） 摂食障害を背景に大量飲水を繰り返した一例
～救命センターにおける家族支援と倫理的ジレンマ～
……武蔵野赤十字病院 菊地 桃

WS10-3（HS） 精神科救急病棟に措置入院した統合失調感情障害患者の一例
……浅香山病院　岸　奈緒子

ワークショップ 11（WS11）　11：10 ～ 11：40

「酩酊した傷病者の受入れに向けた連携アプローチ」

座長　藤田医科大学岡崎医療センター 救急診療科 **有嶋　拓郎**

WS11-1（D） 札幌医療圏における急性アルコール中毒診療の課題
…… 勤医協中央病院 救急科　田口　大

WS11-2（D） 酩酊傷病者はなぜ忌避されるのか？～トラブル症例から学ぶ対策～
……京都府立医科大学　山畑　佳篤

ランチョンセミナー（LS7）　12：10 ～ 13：05

座長　自治医科大学 麻酔科学・集中治療医学講座 **讃井　將満**

LS7 Go for the Cutting Edge ～最高のアウトカムを目指して～
キヤノンメドテックサプライ株式会社 **窪田　智行**
聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター **松本　純一**

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

救急科領域講習（COL1）　14：10 ～ 15：10

「重症外傷」

座長　埼玉医科大学国際医療センター 救急医学科 救命救急センター **加地　正人**

COL1（D） 外傷蘇生の Principles と Cutting Edge
～基本をおさえ，最前線をつかむ～
島根大学 医学部 Acute Care Surgery 講座／
島根大学医学部附属病院 高度外傷センター **室野井智博**

救急科領域講習（COL2）　15：20 ～ 16：20

「意識障害」

座長　国際医療福祉大学成田病院 脳神経内科学 予防医学 **永山　正雄**

COL2（D） 意識障害患者における初期診療とその鑑別の重要性
杏林大学 救急総合診療科 **一二三　亨**

■第 6 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 313 + 314）

パネルディスカッション 14（PD14）　9：00 ～ 10：30

「PEMEC コースをより実践的なコースにするための工夫」

座長　さいたま赤十字病院　救急部　**八坂　剛一**
上尾市消防本部東消防署　消防第 2 課　**角谷　直人**

PD14-1（D）　北海道における PEMEC コースの普及戦略
…… 札幌医科大学　医学部　救急医学講座／
札幌医科大学　北海道病院前・航空・災害医学講座　沢本　圭悟

PD14-2（D）　九州における PEMEC の拡がりと佐賀県での展望
…… 佐賀県医療センター好生館／ PEMEC 企画運営小委員会　朝日　美穂

PD14-3（E）　山口県での PEMEC インストラクター育成における工夫
……下関市消防局　長岡　敏信

PD14-4（D）　中部地方での PEMEC コースの展開と課題
……桑名市総合医療センター　畑田　剛

PD14-5（D）　内因性疾患に対応した石川県救急活動プロトコルの紹介
…… 石川県立中央病院　救急科　南　啓介

PD14-6（D）　富山県内の受講者アンケートから PEMEC の現状と課題を検討する
…… 富山県立中央病院　救命救急センター　大鋸　立邦

口演 32（O32）　11：00 ～ 12：00

「救急救命士（院内・民間）1」

座長　前橋赤十字病院　高度救命救急センター　集中治療科・救急科　**中村　光伸**
フィルタス株式会社　**北小屋　裕**

O32-1（E）　院内救命士業務効率化～ Next Stage ER の活用～
…… 一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院　救急救命科　腹子　歩夢

O32-2（E）　院内救急救命士と消防救急救命士～相互理解に必要なこと～
……熊本赤十字病院　島　伶弥

O32-3（E）　当院救急救命士が実施している特定行為の現状と課題について
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック
救急救命士科　山本　尊之

O32-4（E）　救急救命士の緊急走行に関する当院の取り組み
……小波瀬病院　南部　元気

O32-5（E）　院内急変対応時の救急救命士の役割と救急救命士法の制限
……市立青梅総合医療センター　髙橋　貴美

O32-6（D）　自院救急車を活用した当院の転院搬送の取り組み
……湘南藤沢徳洲会病院　鎌形　悠

O32-7（E） 元消防吏員病院救命士から見た救急救命士法の法律の壁と今後の展望
…… 勤医協中央病院 救急センター 熊谷 将俊

ランチョンセミナー（LS8） 12：10 ～ 13：05

座長 さいたま赤十字病院 高度救命救急センター 救急科 **田口 茂正**

LS8（D） 救急領域における血管内留置デバイスの選択と挿入
～ミッドラインカテーテルの登場と今後の展望～
自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 **安田 英人**

共催：テルモ株式会社

口演 33（O33） 14：00 ～ 15：00

「救急救命士（院内・民間）2」

座長 川口市立医療センター 救命救急センター **直江 康孝**
小牧市消防本部 消防総務課 **田島 典夫**

O33-1（E） 病院救命士主体の下り搬送が救急外来と病院収益へ与えた影響
……岡山大学病院 有井 嵩典

O33-2（E） 老人福祉施設と救急医療を繋ぐ病院救急救命士の新たな試み
……一宮西病院 池戸 亮治

O33-3（D） ハイブリッド雇用された院内救命士の現状と課題
…… 京都第一赤十字病院 救命救急センター 的場 裕恵

O33-4（E） 定年までを見据えた
東京曳舟病院救急救命士課の将来像を考えるための調査
…… 医療法人伯鳳会東京曳舟病院 救急救命士課 磯﨑 千尋

O33-5（E） 救急救命士がコーディネートを行なった重症新生児搬送の 1 例
……千葉市立海浜病院 徳江 一馬

O33-6（E） 院内救急救命士によるドクターカーを用いた転院搬送
…… 名古屋掖済会病院 救急救命士部 組澤 光一

O33-7（E） 院内救命士の新たなる可能性～終末期患者の自宅への搬送～
…… 社会医療法人敬愛会中頭病院 救急診療部 中村 光児

□演 34（O34）　15：00 ～ 16：00

「救急救命士（院内・民間）3」

座長　県立広島病院　救急科　**世良　俊樹**
日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　**藤本　賢司**

O34-1（E）　病院勤務救急救命士の認知度と役割の変遷
……独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　川野　悠也

O34-2（E）　中部徳洲会病院救急救命士～歩みと今後の展望について～
……中部徳洲会病院　渡久地佑太

O34-3（E）　当院で新たな職種である病院救急救命士としての業務と効果
…… 国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院　救急科　平岩竜之介

O34-4（E）　チーム医療の病院救急救命士～今後の課題と展望～
…… 東京曳舟病院　救急救命士課　長橋　和希

O34-5（E）　初療室緊急輸血における院内救命士の活用～研修と体制整備～
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　馬渕　寿美

O34-6（E）　院内救急救命士による初療室緊急手術への参画
～多職種シミュレーションを踏まえて～
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　萩原　鈴香

O34-7（C）　へき地特例を活用した救急救命士派遣による救急医療体制強化の実践
……フィルタス株式会社　松井　唯奈

□演 35（O35）　16：00 ～ 17：00

「救急救命士（院内・民間）4」

座長　最上町立最上病院　内科　**森脇　義弘**
新潟医療福祉大学　医療技術学部　救急救命学科　**大松健太郎**

O35-1（E）　病院救急救命士が搬送体制を企画した ECMO 搬送の一例
……千葉市立海浜病院　小澤　和哉

O35-2（E）　病院救急救命士の人材確保～救急救命士学科学生に行った
希望就職先アンケート調査から見えたもの～
……地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院　武田　啓伸

O35-3（D）　消防による転院搬送困難時代における
当院の病院救急車の転院搬送について
……社会医療法人さいたま市民医療センター　高野　　輝

O35-4（C）　病院救急救命士指導教育事業の展開と効果
……フィルタス株式会社　小林　翔太

O35-5（E）　院内救命士の DMAT 後方支援での活用と課題
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　遠藤信太郎

O35-6（E）　救急救命処置の範囲拡大項目を看護師からのニーズより考察する
……医療法人徳洲会宇治徳洲会病院　能登路賀一

O35-7（E）　病院と救急隊の合同訓練で院内救急救命士が果たした役割
……長浜赤十字病院　浅井　一成

■第 7 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 315）

ハイライトセッション 7（HS7）　10：00 ～ 11：00

座長　倉敷中央病院　救命救急センター　**池上　徹則**
国士舘大学　防災・救急救助総合研究所　救急システム研究科　**植田　広樹**

HS7-1（D）　持続可能かつ患者中心の急性期患者早期転院搬送体制の構築を目指して
…… 信州大学医学部附属病院　高度救命救急センター　上條　泰

HS7-2（E）　転院調整を担う病院救命士，更なる可能性の追求
……独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　加納　正也

HS7-3（E）　地域連携による救急患者の下り搬送最適化
～多機関連携モデルの構築と運用～
…… 北里大学メディカルセンター　救急科　鈴木　康史

HS7-4（C）　現場到着時間の変化からみた救急隊増隊の効果測定
……大阪公立大学　木村　義成

HS7-5（E）　地域医療を支える「ハブ救急病院」を目指して
～病院救命士と地域連携室のタスクシェアによる
救急外来からの早期転院の推進～
…… 関西メディカル病院　ER センター／
関西メディカル病院　EMT 科　宮坂　恒輝

HS7-6（D）　救命救急センター化と救急患者連携搬送の取り組み：
MSW の配置と年末年始 9 連休の転院実績
……京都府立医科大学　山畑　佳篤

ハイライトセッション 8（HS8）　11：00 ～ 12：00

座長　日本大学医学部　救急医学系救急集中治療医学分野　**古川　誠**
さいたま市消防局　**長沼　史朗**

HS8-1（E）　病院救急車の運行に関するレジストリの構築と有用性について
……千葉市立海浜病院　矢場　春南

HS8-2（E）　救急患者連携搬送料の保険収載に応じた当院の体制整備
……浜松医科大学医学部附属病院　水野　翔太

HS8-3（E）　院内救急救命士による転院調整への取り組み
…… 医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院　救急センター　井沼　浩政

HS8-4（D） 救急初療集約を要する地方救命救急センター ER 下り搬送における多職種の取り組み

…… 和歌山県立医科大学附属病院 高度救命救急センター 米満 尚史

HS8-5（D） 県内唯一の救命センターでの救急患者転院搬送調整の現状

…… 山梨県立中央病院 高度救命救急センター 岩瀬 史明

HS8-6（D） 令和 6 年能登半島地震における，福祉施設等からの施設間搬送方法に関する調査

…… 一般社団法人日本搬送学会／愛知県病院事業庁職員 医師 水野 光規

ハイライトセッション 9（HS9） 14：00 ～ 15：00

座長 佐賀大学医学部附属病院 **阪本雄一郎**

地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院 患者支援センター **佐々木由里香**

HS9-1（D） 低コスト・シンプル・実用的かつ Sustainable な医療 DX のススメ

…… 社会医療法人仁愛会浦添総合病院 救命救急センター 米盛 輝武

HS9-2（D） 院内救命士が調整する救急患者連携搬送

…… 市立函館病院 救命救急センター 武山 佳洋

HS9-3（D） 当院における一般事務職による転院搬送調整の試み

……東京ベイ・浦安市川医療センター 竪 良太

HS9-4（MS） 訪日外国人の帰国支援で求められる課題 ～医療依存度が高いまま短期間で帰国調整を図るには～

……国立病院機構大阪医療センター 吉岡 孝師

HS9-5（D） 二次救急病院における下り搬送の取り組み

……耳原総合病院 大矢 亮

HS9-6（MS） 救命センターでの ESW の転院支援の取り組みについて ～専任配置となった 5 年間を通して～

…… 三重大学医学部附属病院 総合サポートセンター 濱岡 和弥

ハイライトセッション 10（HS10） 15：00 ～ 16：00

座長 日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科 **増野 智彦**

HS10-1（D） 移行期・成人期医療的ケア者の救急搬送時間短縮に向けた連携強化 ～パステルタッグプロジェクト～

……北里大学メディカルセンター 田村 智

HS10-2（D） 消防救急車搬送に係る現場判断基準の策定

…… 横浜市立市民病院 救命救急センター／令和 6 年度消防防災科学技術研究推進制度「低緊急・非緊急傷病者搬送における病院救急車等の活用の方策」基準策定班 高橋 耕平

HS10-3（D） 福島市消防本部管区内における下り搬送システム調整の取り組み
…… 福島県立医科大学 地域救急医療支援講座 小野寺 誠

HS10-4（D） 院内救命士の「転院搬送管理 DX」Notion を用いた効率化
……札幌徳洲会病院 平山 傑

HS10-5（D） 救急外来にコマンダーを配置することによる
搬送依頼の通話時間短縮効果
……堺市立総合医療センター 天野 浩司

HS10-6（E） 救急業務 DX その先へ
～救急現場適応と業務改善を実現するチーム戦略～
……秦野市消防本部 髙野 博紀

■第 8 会場（パシフィコ横浜 会議センター 4F 411 + 412）

□演 36（O36） 9：00 ～ 10：00

「院外・院内心停止 2」

座長 群馬大学大学院 医学系研究科 救急医学・救命救急センター **大嶋 清宏**
Support Book 研究会 **大河原治平**

O36-1（E） 院外心停止事案における年齢とアドレナリン投与との関連：
ウツタインデータを用いた観察研究
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 黒崎 久訓

O36-2（D） 院外心停止患者搬送件数と予後の関連
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 小松 睦実

O36-3（E） 院外心停止における BVM 換気中の $EtCO_2$ は
ROSC の予測を高めるか？
……岸和田市消防本部 一ノ瀬佳彦

O36-4（D） 院外心肺停止患者における pseudo-PEA と true-PEA の予後比較：
SOS-KANTO 2017 より
…… 東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科 堀越 佑一

O36-5（E） 院外心肺停止（OHCA）症例に対する
初回除細動者の属性と蘇生率の変化
……東京消防庁 大野 秀人

O36-6（D） LCA を用いた生存入院した成人 OHCA の予後に関連する
サブフェノタイプの特定：多施設後方視的観察研究
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 岸原 悠貴

O36-7（C） 全国ウツタイン統計データによる合成患者データを用いた
院外心停止の将来動向予後予測
…… 明治国際医療大学 救急救命学講座／
和歌山県立医科大学大学院 医学薬学総合研究科 久保 敦士

□演 37（O37）　10：00 ～ 11：00

「院外・院内心停止 3」

座長　愛仁会高槻病院　総合救急医療センター　**秋元　寛**
聖マリアンナ医科大学病院　看護部　**藤野　智子**

O37-1（E）　自動心マッサージ器（LUCAS3）使用時におけるエラーの傾向と対策
……横手市消防本部　佐藤　臣

O37-2（E）　自動式心マッサージ器が院外心停止事案の病院前救護活動ならびに転帰に及ぼす影響
……東京消防庁　小澤　賢二

O37-3（N）　自動胸骨圧迫装置を使用する看護師の葛藤
……公益社団法人日本海人掖済会名古屋掖済会病院　山本　初子

O37-4（D）　自動心臓マッサージ器による胸骨圧迫深度と圧迫力の比較
…… 昭和医科大学横浜市北部病院　救急センター　加藤　晶人

O37-5（E）　基本はできているか？～胸骨圧迫の合併症を経験して～
……比企広域消防本部　川田　紀一

O37-6（E）　名護市消防本部における病院外心停止活動中の胸骨圧迫中断要因の分析
……沖縄県名護消防本部　松田　正輝

O37-7（D）　3 つの時期を活用するデータ戦略 ～ 3phase Feedback がもたらす CPR 品質改善の実践～
……恩賜財団済生会宇都宮病院　宮里　実幸

□演 38（O38）　11：00 ～ 12：00

「院外・院内心停止 4」

座長　東京女子医科大学附属足立医療センター　救急医療科　**庄古　知久**
京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　**関根　和弘**

O38-1（C）　女性の病院外心停止のバイスタンダー別の分析
……明治国際医療大学　福井　建皓

O38-2（D）　外傷による院外心停止患者における心肺蘇生時間と予後の検討
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　中島　千里

O38-3（E）　窒息による病院外心停止の実態と課題
……京都橘大学大学院　浅沼　範彰

O38-4（D）　AED パッドが逆に貼られた事によって ST 上昇と判断された一症例
……飯塚病院　山田　哲久

O38-5（E）　新生児仮死であった墜落分娩の 1 例
……福岡市消防局　内田　宗暁

O38-6（D）　院外心肺停止症例における ラリンゲルチューブサクション（LTS）関連合併症
…… 鳥取県立中央病院　高次救急集中治療センター　小林　誠人

O38-7（D） ラリンゲルチューブの危険性
…… 富山県立中央病院 救命救急センター 若杉 雅浩

口演 39（O39） 14：00 ～ 15：00

「院外・院内心停止 5」

座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 **田村 洋行**

O39-1（E） 常駐型救急ワークステーション運用における病院実習効果の検証
……村上市消防本部 和田 隆史

O39-2（D） 消防救命士の心肺停止者に対する静脈路確保と
薬剤投与のタイミングに関するアンケート調査と効果
……長野赤十字病院 岩下 具美

O39-3（E） 市民参加型ハーフマラソンにおける心停止発生頻度と救護体制の検討
……株式会社ピースフル／一般社団法人日本救急救命士協会 福島 圭介

O39-4（D） インドネシア・マランにおける院外心停止患者の生存に影響を与える
病院因子の検討：後方視的コホート研究
…… 国士舘大学 防災・救急救助総合研究所／
ブラウィジャヤ大学 医学部 ヘダーアリ

O39-5（C） 自殺手段と人口動態変数の関係性の検討
～ 2019 年に大阪府監察医事務所が取り扱った情報を基にした
多重対応分析～
…… 明治国際医療大学／千葉科学大学大学院 危機管理学研究科 村上 龍

O39-6（E） 広島市消防局における
アドレナリン投与時間の短縮に向けた取り組みについて
……広島市消防局 吉川 洋

O39-7（N） 術中心停止時の特殊体位における効果的な胸骨圧迫
……高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 赤瀬 駿

口演 40（O40） 15：00 ～ 16：00

「院外・院内心停止 6」

座長 倉敷中央病院 救急科 **市川 元啓**
獨協医科大学埼玉医療センター **石井恵利佳**

O40-1（P） 院内心停止症例に対するアドレナリンの初回投与までの時間に
影響を及ぼす因子の検討：単施設後ろ向き研究
…… 京都岡本記念病院 薬剤部 瓦 比呂子

O40-2（N） A 病院 ICU における急変対応カンファレンスの内容分析
……埼玉医科大学総合医療センター 程島 健太

O40-3（N） ICU 退室後訪問から見た NEWS 評価の実際
～院内心停止低減に対する病棟ラウンドの重要性～
……医療法人徳洲会福岡徳洲会病院　鴨田　清志

O40-4（D） 体外循環式心肺蘇生法を受けた病院外心停止患者における
180 日後の神経学的予後因子の検討
……久留米大学　医学部　内科学講座　心臓・血管内科部門　本間　丈博

O40-5（E） ECPR と病院救命士のチームビルディング
～当院と消防救急隊の連携で築く強固な救命の連鎖～
……医療法人社団清和会笹生病院　豊田　英城

O40-6（D） 心肺蘇生中に脳酸素飽和度測定を行い，2 分前に心拍再開を予測する
…… 日本医科大学　救命救急科／
日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　鹿野　　恒

O40-7（D） ECPR を施行した院外心停止患者における潜在クラス分析を用いた
サブフェノタイプの同定
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　柏浦　正広

■第 9 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 414）

□演 41（O41）　9：00 ～ 10：00

「BLS・AED」

座長　大崎市民病院　救命救急センター　**入野田　崇**

O41-1（D） 入所施設で痙攣，脳卒中を疑われたが，
適切な AED にて救命し得た急性心筋梗塞の一例
…… 大隅鹿屋病院　循環器内科　有馬　　喬

O41-2（E） 市民による胸骨圧迫の質に寄与する因子の模索について
……久留米広域消防本部　大串　卓也

O41-3（E） 一次救命講習による心理的教育効果と受講者背景特性の関係性
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　針谷　　拓

O41-4（E） 中学生に対する一次救命処置や応急手当の教育効果について
…… 埼玉医科大学病院　救急科　清水美砂子

O41-5（D） 学生時代，研修医として関わった
子どもメディカルラリーの意義と今後の展望
……ハートライフ病院　宮城　真尋

O41-6（E） 運動競技中における病院外心停止の特徴についての調査
…… 明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　金川　陽亮

O41-7（E） 高齢者における身体的特徴と胸骨圧迫の質の評価について
…… 京都橘大学大学院　健康科学研究科　片山　直広

□演 42（O42）　10：00 ～ 11：00

「高齢者救急の診療・診療支援」

座長　勤医協中央病院　救急科　**田口　大**
東北大学病院　薬剤部　**赤坂　和俊**

O42-1（D） 診断・治療選択に苦慮した頚髄損傷保存的加療中の急性胆嚢炎の一例
…… 加古川中央市民病院　救急科　佐伯　祐哉

O42-2（E） 「医療・ケアに関する情報共有シート」の実態について
～消防・保健所・医療機関協働の取組み～
……泉州南広域消防本部　向井　秀之

O42-3（E） 当消防本部における超高齢社会に対する実態把握と今後の展望
……奈良県広域消防組合　勢渡　知大

O42-4（P） 緊急入院患者において回復期へ移行予定となった脳卒中患者に対する薬剤師の関与状況の調査
…… 医療法人鉄蕉会亀田総合病院　薬剤部　助川　恵理

O42-5（MS） 救急搬送時から行うソーシャルワーク
……マツダ株式会社マツダ病院　桑本　大光

O42-6（P） 高齢者救急における薬剤師の役割
……新小文字病院　原　知斉

O42-7（D） 高齢者の主訴（救急搬送の直接的理由）と確定診断の乖離
……マツダ株式会社マツダ病院　中丸　大輝

□演 43（O43）　11：00 ～ 12：00

「学生・救急救命士」

座長　直和会平成立石病院　地域救急医療センター　**大桃　丈知**
下関市消防局　情報指令課　**長岡　敏信**

O43-1（E） 当局における救急救命士の特定行為実施率の比較
～ Dr. ヘリ・カー連携事案と非連携事案について～
……鳥取県西部広域行政管理組合消防局　天野　能亜

O43-2（E） 病院前救護における体温評価の実践的比較研究
～救急現場を想定した測定技術と判断の留意点～
…… 日本体育大学大学院　保健医療学研究科　救急災害医療学専攻　成田　寛之

O43-3（E） 民間企業における救急救命士の活動状況と今後の可能性の検討について
……セコム株式会社　西尾伎世希

O43-4（S） 搬送器具の違いが実施者に与える身体負荷と主観的評価の比較：省力化活動と従来型活動
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　大塚　輝

O43-5（S） 救急救命学科女子大学生における就職志望先と性格特性との関連
～地元就職と地元以外の検討～
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 谷添 向春

O43-6（S） 救急救命学科女子大学生における就職志望先と性格特性との関連
～消防と医療機関の検討～
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 髙坂 美咲

O43-7（E） ベトナムの救急救命士学科設立支援プロジェクトに関する報告
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 柳 聖美

□演 44（O44） 14：00 ～ 15：00

「ドクターカー・ドクターヘリなど 1」

座長 聖隷三方原病院 高度救命救急センター **早川 達也**
愛知医科大学 看護学部 **丹羽由美子**

O44-1（P） 中京病院ドクターカー搭載薬剤の選定及びマニュアル作成
……JCHO 中京病院 植村 太志

O44-2（E） ドクターカーと連携した多数傷病者事案を経験して
……岡山市消防局 平岡 玄壮

O44-3（D） 当院ドクターカーによる現場死亡確認症例の現状と課題
……武蔵野赤十字病院 蕪木 友則

O44-4（E） 当院におけるドクターカー要請に至らなかった
緊急手術症例についての検討
……埼玉医科大学国際医療センター 佐々木光風

O44-5（E） 院外心肺停止症例にてドクターカー出動と
初回アドレナリン投与時間の関連の検討
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 原山 尋斗

O44-6（D） 多数傷病者～ドクターカー連携訓練に初期研修医として参加して～
……ハートライフ病院 恩河 朝光

O44-7（N） RRC 開始に向けて行ったグランドナース（GN）育成を振り返る
…… 総合大雄会病院 救命救急センター 加藤万里子

□演 45（O45） 15：00 ～ 16：00

「ドクターカー・ドクターヘリなど 2」

座長 大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター **林 靖之**

O45-1（E） 病院救急車（通称 ECMO Car）による新生児搬送運用実績
……山梨県立中央病院 宮坂 千理

O45-2（D） 地域二次病院における救急医療体制強化
…… JA 福島厚生連白河厚生総合病院 救急治療科／
公立大学法人福島県立医科大学 地域医療支援センター 安田 貢

O45-3（D） 大都市の民間二次救急病院群による
モバイル DX 救急車（ICUmo：イクモ）の活用
…社会医療法人社団正志会（ペンギングループ） 救急災害医療連携・
DX 推進部門 病院救急車運用部 高橋 宏樹

O45-4（E） 大津市における複数の医師派遣体制整備の効果について
……大津市消防局 今井 徳彦

O45-5（E） 外気温が救急車内に及ぼす影響の検討
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 吉沢 彰洋

O45-6（E） 救急救命士の行う心肺機能停止前の重度傷病者に対する
静脈路確保及び輸液の効果の検討
……倉敷市消防局 圓見 将

O45-7（E） 救急搬送における搬送資器材の違いが
救助者の身体的負担に及ぼす影響
……新潟医療福祉大学 安達 哲浩

□演 46（O46） 16：00 ～ 17：00

「医療安全・院内緊急対応」

座長 帝京大学 医学部 救急医学講座 **安心院康彦**
聖路加国際病院 救命救急センター・ICU **柳澤八恵子**

O46-1（E） 当院における院内急変対応の検討
……埼玉医科大学国際医療センター 飯島 甫

O46-2（P） Rapid Response System 要請時における使用薬剤の調査
…… さいたま赤十字病院 薬剤部 黒岩 亮平

O46-3（N） アウトカムの出る RRT 活動を目指した取り組み
……一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 三澤 友也

O46-4（D） オープン ICU 体制の市中病院が RRS を運用する課題
…… 加古川中央市民病院 救急科 藤浪 好寿

O46-5（N） RRS 院内急変患者報告書～タブレット導入後の現状と課題～
…… 社会医療法人緑泉会米盛病院 看護部 鈴木 龍

O46-6（R） MRI 検査時における BioMatrix Respiratory Sensors を用いた
呼吸モニタリングの有用性
…… 松江赤十字病院 放射線科部 田代 真人

O46-7（D） 多職種 150 名以上に対しての当院での新たなる BLS 講習
……済生会中和病院 小延 俊文

■第 10 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 415）

□演 47（O47）　8：50 ～ 9：50

「救急救命士（院内・民間）5」

座長　日本赤十字社医療センター　救命救急センター　救急科　**諸江　雄太**

O47-1（E）　救急救命士業務拡大に伴った下り搬送の実績の変化と今後の展望
…… 堺市立総合医療センター　救命救急センター　中田　康城

O47-2（E）　名古屋徳洲会総合病院の転院搬送について
……名古屋徳洲会総合病院　伊藤　位蕗

O47-3（D）　当院における救急救命士の静脈路確保・輸液処置の工夫について
……沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　新里　盛朗

O47-4（E）　千葉大学病院における病院救急救命士の役割と今後の展望
…… 千葉大学医学部附属病院　救急科・集中治療部　尾﨑　洸希

O47-5（E）　自己完結型救急医療における病院救急車の活用
……社会医療法人若竹会つくばセントラル病院　伊藤　翔平

O47-6（E）　当院の救急救命士の取り組み
…… 医療法人青仁会池田病院　救急救命士　新屋　秀斗

O47-7（E）　救急患者受け入れ増加における院内救命士の取り組み
……医療法人青仁会池田病院　平間　優汰

□演 48（O48）　9：50 ～ 11：00

「救急救命士（院内・民間）6」

座長　帝京大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**岩下　眞之**

O48-1（E）　当院における院内救急救命士の活動報告
……社会医療法人大雄会総合大雄会病院　服部　魅礼

O48-2（E）　転院搬送における消防から病院へのタスクシフト
～病院救急車の運用増加によって期待される効果～
… 関西メディカル病院　ER センター／関西メディカル病院　EMT 科　安長　悠斗

O48-3（E）　病院救急救命士地域ネットワークの取り組み
…… 京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　齋藤　汐海

O48-4（D）　民間二次病院群における病院救急救命士活用の現況と課題
…… 社会医療法人社団正志会救急災害医療連携・DX 推進部門／
社会医療法人社団正志会南町田病院　救急科・救急救命士科　西　竜一

O48-5（E）　消防機関での勤務経験を病院でどう活かすか～その実態と課題～
…… 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院　救命救急センター　尾中　秀行

O48-6（E）　公立病院における救急救命士として正規雇用に至るまでのプロセス
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科／千葉市立海浜病院　津波古　憲

O48-7（E） 新卒病院救命士に対する
段階的な緊急走行教育プログラムの運用と実績
……岡山大学病院　末永　　涼

O48-8（E） 災害時における支援者側の身体的・精神的負担と
組織的支援体制の必要性
～八潮市道路陥没事故の経験と文献レビューを通じて～
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　院内救命士　大場　義史

□演 49（O49）　11：00 ～ 12：00

「救急外来体制・運営，トリアージ」

座長　昭和医科大学　医学部　救急・災害医学講座　**土肥　謙二**
山梨大学医学部附属病院　薬剤部　**内田　　淳**

O49-1（D） 救急搬送における選定療養費の徴収状況と対象患者の特徴：記述研究
……医療社団法人筑波記念会筑波記念病院／
順天堂大学　総合診療科学講座　小森　大輝

O49-2（D） 時間外外来特別料金算定方法の変更による受診動向の変化
…… 旭川医科大学　救急医学講座　中嶋　駿介

O49-3（E） 救急消耗品管理の DX 化
……宗像地区消防本部　柳本　祐希

O49-4（E） 緊急処置，及び死亡率に注目した受傷機転，受傷部位の特徴
～ JTDB の解析から～
…… 日本体育大学　保健医療学研究科　救急災害医療学専攻／
日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　古正　凪沙

O49-5（D） 救急車の病院滞在時間延長に関連した要因：
救急搬送データを用いたコホート研究
…… 京都大学大学院　医学研究科　上野　恵子

O49-6（P） 当院救急における外国人患者の処方実態と課題
…… 地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　薬剤科　本多あずさ

O49-7（P） アンデキサネットアルファの運用プロトコール作成による
使用状況調査
…… 医療法人徳洲会中部徳洲会病院　薬剤部　平識　善彦

□演 50（O50）　14：00 ～ 15：00

「救急外来・救急医療体制・地域連携 3」

座長　八戸市立市民病院　救命救急センター　**吉村　有矢**
柏市消防局　沼南消防署　消防管理室　**豊田　信之**

O50-1（E） 誰のためのものか？～傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～
……魚沼市消防本部　脇本　和則

O50-2（E） 病院外心停止（OHCA）に対する，
バイスタンダーによる早期除細動実現に関する研究
…… 京都橘大学大学院 健康科学研究科／
京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 関根 和弘

O50-3（E） 沖縄県名護市における官民連携型救急搬送システム導入の試み
……名護市消防本部 仲松 千尋

O50-4（N） 民間医療用ヘリによる患者搬送業務（民間ヘリ搬送）における
現状課題抽出に関する質的研究
…… 社会医療法人緑泉会米盛病院 看護部 山之内千絵

O50-5（E） 大阪社会福祉士会と連携した，福祉職との関係強化への取り組みと
今後の事業展開について
……大阪南消防局 南 民衛

O50-6（E） 当院における東京ルール事案についての後方視的検討
…… 医療法人伯鳳会東京曳舟病院 救急救命士課 磯﨑 千尋

O50-7（HS） STEMI 搬送事案における
「クラウド救急医療連携システム」の効果的な運用事例
…… 福井大学 医学部 救急医学 笠松 眞吾

□演 51（O51） 15：00 ～ 16：00

「医療連携・チーム医療・多職種連携 1」

座長 自治医科大学 救急医学教室 **米川 力**
関西医科大学附属病院 医療連携部 医療福祉相談課 **篠田 香恵**

O51-1（D） 各科医師－看護師間の連携により，
重症熱帯熱マラリアの診断に至った 1 例
…… 東京慈恵会医科大学附属病院 初期臨床研修医 鴻 千尋

O51-2（HS） 広範囲壊死性軟部組織感染症に対し，
多職種と連携・協働して NPWTi － d を施行した 1 例
……国際医療福祉大学成田病院 三浦真由子

O51-3（N） 穿通性体幹部外傷に対する手術室直接入室プロトコルの作成
～迅速に手術を開始するための外傷チーム戦略～
…… 八戸市立市民病院 看護局 手術室 齋藤 友厚

O51-4（MS） 自殺企図患者に身体的精神的治療継続が必要となったケースにおける
PSW の役割
…… 堺市立総合医療センター 患者支援センター 坂 真衣

O51-5（MS） 当院における ICT を活用した転院調整の強化
……飯塚病院 堀内 茅加

O51-6（P） 呼吸サポートチームにおける人工呼吸器離脱に向けた薬学的介入
…… 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 薬剤部 野田 雅人

O51-7（MS） 救急領域から継続して支援するソーシャルワーカーの意義について考察
～ ICU から介入したソーシャルワーカーの退院支援を通して～
……飯塚病院 後藤 裕美

□演 52（O52）　16：00 ～ 17：00

「医療連携・チーム医療・多職種連携 2」

座長　埼玉医科大学国際医療センター　救命救急科　**大谷　義孝**
日本赤十字社和歌山医療センター　看護管理室　**芝田　里花**

O52-1（N）　A 病院救命救急センター看護師と救急救命士および救急隊員と通信指令員との連携と情報共有の実態調査
……徳島県立中央病院　村井江都子

O52-2（C）　救急クリニック併設の歯科口腔外科が担う歯科救急医療・地域医療貢献
…… 川越救急クリニック　歯科口腔外科　醍醐　一也

O52-3（E）　地域を支援する救急救命士の取組み
……高野町消防本部　一柳　保

O52-4（D）　呼吸器感染症流行と地方の救急医療逼迫 ～医師会，当院の取り組み～
…… 青仁会池田病院　救急科　久木田一朗

O52-5（D）　富士医療圏救急医療体制整備に向けた救急医配置による効果
…… 東京慈恵会医科大学附属病院　救命救急センター／富士市立中央病院　光永　敏哉

O52-6（N）　A 病院における院内トリアージ事後検証の現状と課題
…… 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター　岡山市立市民病院　藤井　里香

O52-7（N）　RRS 起動要因における呼吸数測定率の変化に影響する要因
……京都大学医学部附属病院　平松八重子

■第 11 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 416）

□演 53（O53）　9：00 ～ 10：00

「メディカルスタッフ業務 3」

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**新里祐太朗**
大分市医師会立アルメイダ病院　薬剤部　**佐藤　史織**

O53-1（N）　二次救急病院での外傷初期診療における看護師と救急救命士の連携について ～スキルを活かした役割分担による“質”の向上というアウトカム～
……関西メディカル病院　看護部／関西メディカル病院　ER センター　細川真理奈

O53-2（P）　当院でのオンデキサの使用状況について
……新小文字病院　田島　克啓

O53-3（P）　救急外来における ER 専従薬剤師の VCM 投与に関する介入効果
…… 医療法人徳洲会中部徳洲会病院　薬剤部　坂口　結斗

O53-4（R） 新病院救急初療室における急性期脳卒中診療の
画像検査効率化への取り組み
……社会医療法人柏葉会札幌柏葉会病院　鈴木　淳平

O53-5（R） 緊急頭頚部領域 IVR での積算基準空気カーマと
DRLs 2020 との比較検討
……山梨大学医学部附属病院　大島　信二

O53-6（R） 二重寝台を用いたポータブル X 線撮影における
flat panel detector の配置に関する検討
……藤田医科大学病院　鍼　　時貞

O53-7（P） 高度救命救急センターにおけるアンデキサネットアルファの
適正使用に向けた取り組み
……信州大学医学部附属病院　小岩井　祥

□演 54（O54）　10：00 ～ 11：00

「メディカルスタッフ業務 4」

座長　大阪大学医学部附属病院　医療技術部　放射線部門　**東　丈雄**
国立病院機構京都医療センター　薬剤部　**小田　亮介**

O54-1（MS） 救命救急センターの充実段階評価における
ソーシャルワーカー配置の取り組みについて
……関西医科大学附属病院　篠田　香恵

O54-2（E） 要請件数と高救急齢者，訪問看護師数は関係するか
～滋賀県 7 消防管轄地域による検討～
……湖南広域消防局北消防署　坂口　佳澄

O54-3（P） 救急病棟における臨時注射の監査体制構築による
インシデント削減への効果
…… さいたま赤十字病院　薬剤部　山村　絢子

O54-4（P） 薬剤師の早期介入でセフメタゾールによる
ビタミン K 欠乏性凝固異常の重篤化を回避できた一例
…… 川崎幸病院　薬剤部　佐藤　優衣

O54-5（R） 外傷全身単純 CT における
可変ヘリカルピッチスキャンの画質評価（頭部を対象に）
……地方独立行政法人りんくう総合医療センター　梅木　拓哉

O54-6（R） Hybrid-ER における患者位置が頭部 CT 画像の均一性に及ぼす影響
……りんくう総合医療センター　藤村　一郎

O54-7（D） 岩手県県北地域における訪問看護利用高齢者の有症時に対する
訪問看護師の活動
…… 福島県立医科大学　地域救急医療支援講座／
岩手県立一戸病院　内科　小野寺　誠

□演 55（O55）　11：00 ～ 12：00

「メディカルスタッフ業務 5」

座長　高知県・高知市病院企業団高知医療センター　薬剤局　**門口　直仁**
自治医科大学附属さいたま医療センター　放射線部　**粂田　真人**

O55-1（R） Dual Room 型 Hybrid ER System 導入における初期運用実績報告
…… 愛知医科大学病院　中央放射線部　桐生　和馬

O55-2（P） 集中治療室転出時の情報提供シートを用いて
薬剤管理指導業務を効率化した成果報告
……獨協医科大学埼玉医療センター　湯村　健一

O55-3（P） 救急救命士を対象とした救急外来における
薬剤師業務に関するアンケート調査
…… 医療法人徳洲会福岡徳洲会病院　薬剤部　立石　裕樹

O55-4（R） プロトン密度強調画像（PDWI）MRA の至適条件の検討
……大垣市民病院　高橋　佑典

O55-5（R） 当院における外傷全身 CT の新プロトコル導入に関する検討
……済生会熊本病院　塚本　靖峻

O55-6（N） 一般外来における『外来コールセンター』開始の取り組み
～第 2 報～
……聖マリアンナ医科大学病院　市川久美子

O55-7（P） 救急・集中治療領域のプレアボイド報告における
医療経済評価と事例報告
…… 宇部中央病院　薬剤部　空田　洋祐

□演 56（O56）　14：00 ～ 15：10

「メディカルスタッフ業務 6」

座長　独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター　薬剤部　**及川　瞬**
横浜市瀬谷区福祉保健センター　福祉保健課　健康づくり係　**米田　靖**

O56-1（R） 休日夜間の救急 CT 検査における緊急所見報告不足率の解析
……医療法人豊田会刈谷豊田総合病院　青木　祐太

O56-2（P） 電解質異常による難治性の嘔気に対して，
薬剤師の介入が有効であった一例
……社会医療法人生長会／泉大津急性期メディカルセンター　土本　希

O56-3（R） 外傷 IVR 前に提供する手術支援画像の検討
……社会医療法人緑泉会米盛病院　森川　篤志

O56-4（R） 撮影方法変更前後での外傷全身 CT の被ばく線量（総 DLP）調査
……神戸赤十字病院／兵庫県災害医療センター　宮安　孝行

O56-5（P） 救命救急センターでのレミフェンタニル使用における
プロトコル作成とその影響
…… 日本医科大学多摩永山病院　薬剤部　小原衣未里

O56-6（R） 単純 CT データを用いた仮想透視画像の応用
～急性心筋梗塞における心臓カテーテル検査最適化の試み～
……国立病院機構水戸医療センター　田中　善啓

O56-7（P） 日本の 3 次医療機関における MRC-ICU スコアの有用性の検証
…… 大阪公立大学医学部附属病院　薬剤部　萬井　美咲

O56-8（R） 従来と新規作成した pan-scan の比較～ 2ways pan-scan ②～
……社会医療法人緑泉会米盛病院　福留　慎也

□演 57（O57）　15：10 ～ 16：10

「薬剤の副作用・合併症」

座長　堺市立総合医療センター　薬剤・技術局　薬剤科　**大西　敦子**
独立行政法人国立病院機構災害医療センター　薬剤科　**荒木　朋貴**

O57-1（P） 宗教上の理由による乾燥まむしウマ抗毒素投与中断を経験した
マムシ咬傷患者の一例
……近畿大学病院　天羽　一騎

O57-2（P） ロキソプロフェンの関与が疑われた卵巣癌化学療法に伴う
骨髄抑制に合併した多発性十二指腸潰瘍の 1 例
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　薬剤部　遠藤　啓之

O57-3（P） 配合剤による稀な副作用と薬剤師の介入から，
救急外来への薬剤師配置を再考する一症例
……埼玉医科大学病院　島崎　洋平

O57-4（P） ステロイド服用関節リウマチ患者かつ COVID-19 陽性における
開心術後の薬物治療に OPEN ICU で薬剤師が介入した 1 例
…… 川崎幸病院　薬剤部　大森　俊和

O57-5（P） 川崎幸病院におけるアンデキサネット　アルファを
人工心肺離脱後に投与した使用状況調査
…… 社会医療法人財団石心会川崎幸病院　薬剤部　磯部　賢樹

O57-6（P） ビタミン B1 製剤大量（アリナミン F®）使用時の
薬剤師提案による副作用回避の検討
……国立病院機構災害医療センター　荒木　朋貴

O57-7（P） 医薬品の副作用による脳卒中と診断された患者に対する
医薬品副作用被害救済制度申請支援への薬剤師の関わり
…… JCHO 星ヶ丘医療センター　薬剤部　福田　裕子

□演 58（O58）　16：10 ～ 17：10

「ICT の活用と VR」

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**安田　英人**

O58-1（E）　救急 DX の実践と課題～旭市消防本部の Cutting Edge ～
……旭市消防本部　長谷川智教

O58-2（D）　民間病院群における医療 DX 推進のための
業務効率化に関するアンケート調査
…社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）救急災害医療連携・
DX 推進部門／社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部　大貫　隆広

O58-3（E）　ホットライン業務の ICT 化に伴う当院での効果と課題
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック
救急救命士科　加藤　敦

O58-4（E）　救急車内の様子を管内一次救急医療機関に映像伝送する
システムの効果について
……高野町消防本部　一柳　保

O58-5（E）　救急 DX で市民の命を救う～救急医療情報共有システム事業～
……山形市消防本部　尾形　一

O58-6（D）　スマートフォンアプリを用いた非接触式バイタル測定の実証研究
…… 北里大学　未来工学研究科　尾畑　悠太

O58-7（E）　Virtual reality を活用した病院前救護における教育効果の検討
～救急救命士と救急隊員の比較検討－アンケート調査～
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　原田　諭

■第 12 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 417）

□演 59（O59）　9：00 ～ 10：00

「タスクシェア・タスクシフト，働き方改革」

座長　京都橘大学　健康科学部　救急救命科　**益満　茜**
大阪府立中河内救命救急センター　検査室　**黒田　舞子**

O59-1（D）　タスクシェア / シフトの先にあるもの
…… 春日井市民病院　救命救急センター　近藤　圭太

O59-2（P）　薬剤師による血中薬物濃度検査オーダ入力支援が
バンコマイシン (VCM) 誘発腎障害発現に及ぼす影響
…… 宮崎大学医学部附属病院　薬剤部　是枝　秀彦

O59-3（E）　通話時間から考える救急ホットラインでのタスクシフト
……埼玉医科大学国際医療センター　松谷　将平

O59-4（D） 子育てと初期臨床研修の両立は可能か？
研修機会を確保するための課題と求める支援策
…… 勤医協中央病院　救急科　今村　珠璃

O59-5（N） 肺胞出血による低酸素血症にて心停止を来した患者に対する
診療看護師（NP）の関わり
……関西労災病院　伏見　聖子

O59-6（MT） 救急外来インシデントに臨床検査技師配置が与える影響
……海老名総合病院　高橋　幸希

O59-7（N） 広範囲熱傷患者における診療看護師の PICC 挿入の有用性：
非透視下 PICC 挿入デバイスを用いた一例
……青森県立中央病院　中村　祐太

□演 60（O60）　10：00 ～ 11：00

「TDM と投与設計」

座長　自治医科大学附属さいたま医療センター　薬剤部　**遠藤　啓之**
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**柏浦　正広**

O60-1（P） 細菌性髄膜炎患者における
バンコマイシン初期投与設計結果と初回 TDM 結果の AUC 比較調査
…… 山口県立総合医療センター　薬剤部　甲斐　崇文

O60-2（P） 過大腎クリアランスを発現した患者において
レベチラセタムのトラフ値を測定した 2 例
…… りんくう総合医療センター　薬剤部門　小林　洋平

O60-3（P） ファビピラビル投与期間中に血漿交換療法を施行し，
治癒に至った重症熱性血小板減少症候群の一例
…… 大分大学医学部附属病院　薬剤部　衛藤　大輝

O60-4（P） 岐阜大学医学部附属病院における
アセトアミノフェン中毒に対する薬剤師の取り組み
…… 岐阜大学医学部附属病院　薬剤部　山田　悠人

O60-5（P） MRSA 菌血症に対し
PBPM でバンコマイシンの投与設計を行った 1 例
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　薬剤部　上田　大貴

O60-6（P） 宗教的理由による輸血拒否患者に対して
心臓血管手術術前介入した 1 例
……医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院　熊坂雄一郎

O60-7（P） ICU 管理を必要とする心臓血管外科手術患者における
不眠症治療薬常用化因子の検討
…… 大分岡病院　薬剤部　遠山　泰崇

口演 61（O61）　11：00 ～ 12：05

「メディカルコントロール」

座長　順天堂大学医学部附属練馬病院　救急・集中治療科　**野村　智久**
中央大学　理工学部　人間総合理工学科　**中川　洸志**

O61-1（E） 心肺蘇生を望まない傷病者が救急現場で自己心拍再開した一例
……豊田市消防本部　平野　幾万

O61-2（E） 大阪府泉州地域 MC 協議会における既存の枠組みを活用した指導救命士による MC 医師研修体制の紹介
……大阪府泉州地域メディカルコントロール協議会 指導救命士主導病院前救護活動検討小委員会　萬野　義宜

O61-3（D） 山口県における救急業務安全管理要領の策定
…… 山口大学大学院　医学系研究科　救急医学講座　藤田　基

O61-4（D） 当地域での救急救命士によるブドウ糖投与の実態
…… 川口市立医療センター／日本医科大学　救急医学教室　直江　康孝

O61-5（D） 酩酊・飲酒後に交通機関で受傷し救急搬送された頭部脊椎脊髄外傷例の検討
…… 関西医科大学総合医療センター　脳神経外科　岩瀬　正顕

O61-6（E） 埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会 指令係員口頭指導技術向上への試みと課題
……吉川松伏消防組合消防本部　平山　徹

O61-7（E） 多施設に同時に所属する救急救命士のメディカルコントロール体制の実例
…… 日本救急システム（株）／宮崎県立延岡病院　救命救急センター　後藤　奏

O61-8（D） 急性期脳卒中プロトコルにおける早期脳血管内治療チームの介入の効果：後ろ向きコホート研究
……自治医科大学附属さいたま医療センター／八戸市立市民病院　森　仁志

口演 62（O62）　14：00 ～ 15：00

「マスギャザリング，スポーツイベントなど」

座長　医療法人伯鳳会東京曳船病院　救急科・総合診療科　**石原　哲**
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**柏浦　正広**

O62-1（E） 第 3 回鹿屋・肝付ロードレース，第 3 回志布志クリテリウムにおける救護体制と症例について
……医療法人青仁会池田病院　大村　香織

O62-2（D） 熊本城マラソンの救護体制と課題
…… 熊本大学病院　災害医療教育研究センター　笠岡　俊志

O62-3（E） マラソン救護活動における Web 会議システムを活用した救護体制の検討
……国士舘大学大学院　井上　拓訓

O62-4（E） プロサッカー公式戦における傷病者発生率の分析と対策の検討
…… 日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科 小倉 勝弘

O62-5（S） 日体大体育研究発表実演会での
災害トリアージ START 法の演技体験からの検討
…… 日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科 関根 夏鈴

O62-6（N） インフルエンザ大流行への事前対策とその実際
……公益財団法人大阪府三島救急医療センター
高槻島本夜間休日応急診療所 栗本 奈美

O62-7（E） 民間救急資源を活用した地方自治体の救急需要対策の実証検討
…… 国士舘大学 防災・救急救助総合研究所 曽根 悦子

□演 63（O63） 15：00 ～ 16：00

「外傷 1」

座長 防衛医科大学校 防衛医学研究センター 外傷研究部門 **青木 誠**

O63-1（D） 肋骨骨折後の後腹膜出血による出血性ショックの 1 例
…… 昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座 佐久間佑希

O63-2（D） 左第 10 肋骨骨折の診断で帰宅となった左副腎損傷の 1 例
～ FAST の意義を再確認する～
…… 沖縄県立宮古病院 救急科 小川 太志

O63-3（D） 穿通性心損傷に対し PCPS 下で開胸手術を行い救命が得られた一例
……堺市立総合医療センター 松井 拓弥

O63-4（D） 環椎後頭骨癒合症に合併した頸髄損傷の一例
……自治医科大学附属さいたま医療センター 熊井戸悠喬

O63-5（D） 診断に難渋した外傷による精巣転位症の 1 例
……昭和医科大学病院／昭和医科大学藤が丘病院 島田 拓哉

O63-6（D） 直接作用型経口凝固薬（DOAC）内服患者の
遅発性外傷性咽頭後間隙血腫による気道狭窄から心停止に至った 1 例
……鳥取県立中央病院 堀田 康文

O63-7（D） 当院における競馬騎手の落馬外傷に関する 5 年間の後方視的観察研究
……昭和医科大学病院 菊地 一樹

□演 64（O64） 16：00 ～ 17：00

「外傷 2」

座長 奈良県立医科大学 高度救命救急センター **福島 英賢**

O64-1（D） IVR による止血が有効であった多発刺創の一例
……兵庫県立はりま姫路総合医療センター 田口 裕司

O64-2（D） 自宅内転倒による C6 椎体骨折と左胸鎖乳突筋血腫に対する保存的治療が奏功した一例
……順天堂大学医学部附属順天堂医院　津下　詩帆

O64-3（D） ER で行える低侵襲かつ簡便な肩関節脱臼整復「座位整復法」
…… 聖隷横浜病院 救急科（ER）／キズ・やけど外来　入江　康仁

O64-4（D） 切創にて過去 5 年間に当院入院した患者の脈拍数の推移の評価
……北九州市立八幡病院　平松　俊紀

O64-5（D） 階段転落による小児頭部外傷のリスク因子に関する単施設記述研究
…… 国立成育医療研究センター 救急診療部／
自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科　大石　高稔

O64-6（N） ER・救命救急センターのデブリーフィングへの取り組み
……大阪国際メディカル＆サイエンスセンター大阪けいさつ病院　喜多岡孝典

O64-7（E） 顔面外傷単独症例の特徴と病院前処置：Japan Trauma Data Bank を用いた分析
…… 国士舘大学 防災・救急救助総合研究所　大木　　学

■第 13 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 418）

併設コース　13：00 ～ 16：00

「患者安全検討推進委員会　RRS 起動要素研修」

■第 14 会場（パシフィコ横浜　会議センター　4F 419）

併設コース　13：10 ～ 16：50

「入院時重症患者対応メディエーター養成講習」

MEMO

第 28 回日本臨床救急医学会総会・学術集会

抄　　録

- 会長講演 …… 213
- 特別講演 …… 214
- 海外講演 …… 216
- 教育講演 …… 217
- 専門医講習会 …… 223
- 救急科領域講習 …… 226
- 会長特別企画 …… 228
- 救急認定ソーシャルワーカー認定機構指定講習会 …… 230
- 日本救急撮影技師認定機構指定講習会 …… 232
- 指定講演（シンポジウム・ワークショップ） …… 233
- シンポジウム …… 235
- パネルディスカッション …… 249
- ワークショップ …… 268
- ハイライトセッション …… 279
- Pros and Cons …… 294
- Healthcare BCP コンソーシアム共催　公開討論会 …… 296
- 市民公開講座 …… 297
- 併設コース …… 298
- 口演 …… 308

“Cutting edge”のすすめ

○守谷 俊[1]
[1]自治医科大学 医学部 総合医学第1講座

医師として35年余り，多くの人々との出会いや感謝とともに医師人生を歩んできた。米国留学では，さまざまな文化から生まれる人間の考えや自由な発想に触れ，大きな刺激を受けた。なかでも，私の恩師であるNew York University, Bellevue HospitalのMitchell Chesler教授から教えられた「Cutting edge（最先端を追求する姿勢）」は，今も胸に刻まれている。帰国後も学びを重ね，2014年に救急科を主宰する機会を得た。これまで自身の独立性と他者への尊厳を両立させる組織づくりに努めてきた。喜びを分かち合い，悲しみを早く忘れることのできることが大切であると信じている。自分自身に「cutting edge」と呼べる何かはまだ見つかっていないが，だからこそ，若い医師たちには常に挑戦し，最先端を恐れず進んでほしいと願っている。私の歩みの中で得たこの想いを，「cutting edgeのすすめ」として皆さんに贈りたい。

【職　歴】
昭和63年　6月　　日本大学医学部助手（脳神経外科教室）
平成　4年　7月　　米国ニューヨーク大学脳神経外科研究員，ER・外傷センター医員
平成　5年11月　　米国セントビンセント病院ER外傷センター研究員
平成　9年　1月　　日本大学医学部助手（救急医学教室）
平成17年　6月　　公立阿伎留病院診療部救急科科長
平成18年　8月　　日本大学医学部講師
平成25年　2月　　日本大学医学部准教授
平成26年11月　　自治医科大学医学部総合医学第1講座教授
平成27年　4月　　自治医科大学大学院医学研究科教授（兼任）
平成28年　4月　　自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センターセンター長
平成29年　4月　　自治医科大学附属さいたま医療センターセンター長補佐
令和　5年　4月　　自治医科大学附属さいたま医療センター入院診療運営部部長
令和　7年　4月　　自治医科大学附属さいたま医療センター副院長　現在に至る
日本大学客員教授，St. Vincent College Hospital 外傷災害部門客員教授，New York University, Bellevue Hospital 救急診療客員教授



様々な職種における，これからの医療安全に必要なものは？



○松本 吉郎[1]
[1]公益社団法人日本医師会

【要旨】
様々な職種，すなわち多職種による連携は，わが国に医療安全の考え方が定着する契機ともなった，いくつかの重大な医療事故においてその重要性が指摘され，爾来，今日に至るまで，医療安全対策における根本的な命題とされ続けてきた。
日本医師会が平成20年以来，設立呼びかけ団体として関わっている医療安全全国共同行動では，職種横断的な医療安全活動を通じて，医療界が一丸となった取り組みの大切さを発信し続けている。
一方，今年で制度創設10年の節目を迎える医療事故調査制度も，提供した医療に起因する予期せぬ死亡事例から得られた教訓を医療界全体の財産として共有するという，多職種連携の一つと言える。
講演では，こうした医療安全分野の多職種連携の取り組みを紹介するとともに，今後，これを如何に浸透させ医療界が一丸となって医療安全を推進していくか，皆様とともに考えてみたい。

【略　歴】
松本　吉郎（まつもと　きちろう）

学歴等
・1980年３月　浜松医科大学医学部卒業
・1985年７月　日本皮膚科学会皮膚科専門医
・1986年４月　日本形成外科学会形成外科専門医
・2000年９月　日本医師会産業医
・2011年４月　日本形成外科学会皮膚腫瘍外科分野指導医
・2017年４月　社会医学系専門医・指導医

主な経歴
・1988年７月　松本皮膚科形成外科医院院長
　至　　現　　在
・1996年４月　大宮医師会理事
・2006年４月　大宮医師会副会長
・2010年４月　埼玉県医師会理事
・2011年４月　埼玉県医師会常任理事
・2014年６月　大宮医師会会長
・2014年６月　日本医師会代議員
・2016年６月　日本医師会常任理事
・2022年６月　日本医師会会長
　至　　現　　在
・2017年７月　厚生労働省「中央社会保険医療協議会」委員

賞　罰
・2015年４月　藍綬褒章

80歳エベレスト登頂とその秘密



○三浦 豪太[1]
[1]プロスキーヤー，博士（医学）／株式会社ミウラ・ドルフィンズ

エベレストの山頂はデスゾーンとも言われている。気圧は地上の3分の1，平均気温はマイナス30度，常に強風と目まぐるしく変化する気候に晒されている。

三浦雄一郎は70歳，75歳，80歳と高齢になりながらもこの過酷な山の登頂に成功している。これらの挑戦はただ単に加齢によるチャレンジだけではなく，心房細動の治療と試験登山，骨盤骨折からの回復等様々な怪我や病気を克服してのチャレンジであった。

これらの挑戦には三浦自身の命をかけた覚悟と工夫，それを支える山岳ガイド，国際山岳医，シェルパ，山岳コーディネーター等一流のプロチームの活躍があった。

今回の講演ではこられらの20年に亘る挑戦の中で起きた様々な失敗，アクシデント，そして成功などを皆様と共有したい。

【略歴】
1969年　神奈川県鎌倉生まれ。’91年よりフリースタイルスキー，モーグル競技へ転向。
主な戦績として長野オリンピック13位，ワールドカップ5位入賞など日本モーグル界の牽引的存在となる。
2001年5月，米国ユタ大学スポーツ生理学部卒業後，（株）ミウラ・ドルフィンズにて冬季オリンピックやフリースタイルワールドカップ解説と企画，執筆活動やプロスキーヤーとして活躍するかたわら2003年，父・三浦雄一郎とともに世界最高峰エベレスト山（8,848m）登頂，初の日本人親子同時登頂記録を達成する。2013年，父をサポートして2度目のエベレスト登頂。2014年ソチオリンピックにおいてフリースタイルスキー４種目解説者を務める。現在，ミウラ・ドルフィンズ低酸素・高酸素室のトレーニングシステム開発研究所長，低酸素下においての遺伝子発現・抑制の研究（専攻・加齢制御学　アンチエイジング）を行い，また子供から高齢者までの幅広い年齢層やアスリート向けのトレーニング及びアウトドアプログラムを国内外で数多く手がけている。

博士（医学）（順天堂大学大学院医学部・加齢制御医学講座）
（社）アンチエイジングリーダー養成機構・専務理事，NPO法人ナスターレース協会・理事長，国連WFP協会・顧問，慶応義塾大学特任准教授（大学院政策・メディア研究科），インクルーシブ野外活動上級指導員，札幌国際大学客員教授

【医学論文】
[Heme Oxygenase-1（HO-1）is constitutively up-regulated in top alpinists]※医学ジャーナル速報誌，Biochemical and Biophysical Research Communication（BBRC）2011年12月掲載

The French SAMU system: from daily practice to major mass casualty incidents



○Benoît VIVIEN, MD, PhD.[1]
[1]Deputy Chair, SAMU de Paris, Universitary Hospital Necker - Enfants Malades
Vice Président of the French Society for Disaster Medicine

C.V.：

An anesthesiologist by training, I focused on Emergency Medicine from the beginning of my practice, particularly the management of life-threatening emergencies outside of hospitals. This led me to join the Paris SAMU (Paramedic Emergency Medical Services) in 2007 and coordinate several university and postgraduate courses.

A natural extension of Emergency Medicine, I have also been involved for many years in Disaster Medicine and the management of Exceptional Health Situations. This is why, in 2020, I accepted the position of Vice President of the SFMC, a leading French-speaking scientific society and partner of the largest international scientific societies in this field.

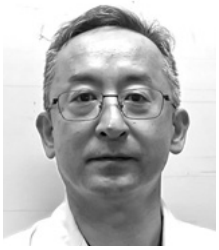
Since 2021, the Assistance Publique - Hôpitaux de Paris and the ARS Ile-de-France have entrusted me with the responsibility of Regional Pediatric Regulation, within the AP-HP – IdF Pediatric SAMU-SMUR Federation, representing a true regional pediatric SAMU. The first organization of this type in the country, this regulation dedicated specifically to pediatrics and neonatology aims to optimize the management of transfers and critical care hospitalization places across the Ile-de-France region.

Abstract：

The presenter will cover the following objectives for the audience：

- The history of prehospital medicine in France
- How SAMU was established
- Responses to terrorism and disasters
- SAMU's daily activities and future prospects
- Critical care in prehospital medicine
- France, as represented by SAMU, is taking a very advanced approach to prehospital medicine, but is there anything that can be applied in Japan?

トリアージの分類とその背景理論



○櫻井 淳[1]
[1]日本大学 医学部救急医学系 救急集中治療医学分野

トリアージの概念は十分に理解されておらず議論に混乱がみられる。トリアージの分類として横断的トリアージ（多数傷病者の診療優先順位決定）と縦方向トリアージ（救命症例の選別）がある。更に，日常的か災害時に行われるかで，それぞれ2分され4つのカテゴリーに分かれる。横断的トリアージは日常的には電話トリアージ等があり災害時ではスタート式トリアージ等がある。縦方向トリアージは，団体が生き残るために助ける人を選ぶといった部分がありリソースが極端に少ない災害時に用いられてきた。日常での縦方向トリアージは，通常は優生学と結びつくため行ってはならない。トリアージは多義性があるため注意深く分類して議論する必要がある。

【略歴】
1993年　東北大学医学部卒業
1997年　日本大学医学部救急医学教室　助手
2015年　日本大学医学部准教授，日本大学病院救急科科長（救命救急センター長）
2017年　日本大学医学部診療教授　現在に至る

専門医：日本救急医学会　専門医・指導医，日本麻酔科学会　専門医・指導医，日本集中治療医学会　専門医

トリアージ関連
2009年　東京都医師会救急委員会救急相談センター運用部会委員
2011年　総務省社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会緊急度判定プロトコール作成ワーキンググループ　構成員
2021年　日本臨床救急医学会総務委員会新型コロナウイルス感染症の入院基準策定に係る検討小委員会委員長

効果的なチーム医療のために：救急医療におけるチームダイナミクス



○古川 力丸[1]
[1]板倉病院 救急診療部

救急医療では，対象となる病態が幅広く，それを迎え撃つ医療者側の状況（時間帯，マンパワー，病床状況など）も多種多様である。心肺蘇生などの比較的画一化しやすい状況であれば，業務の抽出と役割分担により効率的な対応とその教育が可能ではあるが，実際の救急医療ではなかなか難しいことも多い。役割を分担しただけのチーム医療ではうまく機能せず，職種や診療科あるいは部門間での軋轢やコミュニケーションエラーが生じる危険性を伴う。本講演では，他部門や他診療科をまじえたより包括的で能動的なチームワークの実現とその教育について参加者とともに考察する。

【略歴】
古川　力丸（こがわ　りきまる）
所属：弘仁会　板倉病院　副院長，救急部部長，同法人　医療安全統括責任者
　　一般社団法人　集中治療医療安全協議会（CCPAT）理事長
職歴：2004年3月　日本大学医学部学卒業
　　2006年4月　日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野
　　2014年5月　弘仁会　板倉病院　救急部部長
　　2022年1月　同院　副院長
資格：医学博士（日本大学大学院医学研究科外科系　平成24年3月，2012年）
　　救急科専門医，集中治療専門医，
　　米国集中治療医学会Fundamental Critical Care Support（FCCS）ディレクター
　　同Pediatric Fundamental Critical Care Support（PFCCS）ディレクター

救急医療に影響を及ぼす気候変動：猛暑・豪雨・災害の最前線で何が起きているか



○橋田 俊彦[1]
[1]横浜国立大学 総合学術高等研究院 台風科学技術研究センター

気候変動（地球温暖化と異常気象・極端気象）とそのリスク・影響について，猛暑や台風・豪雨等の極端気象による災害への対処・備えとともに紹介し，今後の救急医療を考える機会とする。台風・豪雨等によって毎年のように発生する風水害・土砂災害，他方で地域・季節によっては乾燥化や降水・降雪の減少などによる悪影響，さらには熱中症を多発させる猛暑などに対して，災害対策をはじめ気候変動への適応策の強化が不可欠となってきた。気象の激化・極端化による人命や社会活動への影響で，医療現場においては暑熱・感染症に関係する患者や風水害等による外傷その他被災者への対応，さらには災害時等における医療施設や態勢など医療システムの維持の必要性がより高まるものと考えられる。

【略歴】
1958年1月生まれ，高知県出身
1985年　東京大学大学院理学系研究科博士課程修了（理学博士）
1987年　気象庁入庁。防災情報提供管理室長，国際室長，地球環境業務課長，企画課長，福岡管区気象台長，地震火山部長，予報部長などを歴任
2016年～ 2019年　気象庁長官（世界気象機関日本常任代表・同執行理事などを兼務）
現在　横浜国立大学総合学術高等研究院客員教授　（気象学，気象社会学，防災学）
クロスイメージング（株）エグゼクティブアドバイザーなど
社会活動　公社）日本気象学会副理事長（2020年～ 2024年），一社）防災学術連携体幹事（2020年～），気象ウォッチャーズ-気象友の会- 副会長（2024年～）など
気候変動・気象防災や気象関係事業にかかわる講演・研修・助言等にも携わる

救急隊のための中毒学



○金子 直之[1]
[1]深谷赤十字病院 外傷・救命救急センター

中毒学は医学でメジャーな分野ではないが症例数は多く，かつ種類も多い。背景をみても自殺企図のほか，事故，第三者行為があり，事故の中には労働災害もあれば若者の戯れ行為もある。地域性もあり，都会では自然毒（植物，動物）や農薬中毒は稀だが，地方では頻繁に遭遇する。治療法に関しては，かつて常識だったものが現在は全く行われないものもある。中毒患者の発生理由が環境因にある場合は，自身の安全を考慮しながら現場活動を行わなければならない。今回，全てを詳細に網羅することはできないが，自身の経験症例を交えながら以下の流れで概説する。総論：中毒発生の特徴，治療の4原則，観察注意点（トキシドローム）；各論：7つの特異的治療法と対称となる中毒，特異的治療法がないもの。なお中毒の中で圧倒的に多い医薬品中毒については多少なりとも詳細に述べたい。

【略歴】
1987　名古屋大学医学部卒業　第一外科（肝胆膵外科）
1992　愛知県身障者コロニー中央病院　小児外科
1993　愛知県厚生連加茂病院　一般外科医長
1994　防衛医科大学校病院　救急部助手
1996　防衛医科大学校病院　救急外科講師
2009　東京医科大学　救急医学講座准教授
2013　埼玉医科大学　救急人材育成講座准教授
　　深谷赤十字病院，救命救急センター出向
2018　深谷赤十字病院　外傷・救命救急センター長
2019　深谷赤十字病院　副院長，外傷・救命救急センター長，医療安全管理室長
現在　同上　兼　埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター客員教授
　　兼　弘前大学消化器外科講座非常勤講師・自治医科大学環境予防医学講座非常勤講師・東京理科大学薬学部非常勤講師

救急看護師という最前線の生き方
～ Cutting Edgeの現場から“明るい未来”を切り拓く～



○梶原 絢子[1]
[1]獨協医科大学 看護学部・大学院 看護学研究科

わが国の高齢化は，労働人口の減少と看護職の人手不足という深刻な課題を突きつけています。さらに，医療費の増大や病院経営の逼迫により，救急医療の現場は一層厳しい状況に置かれています。とりわけ救急看護師は，切迫した状況にある患者家族に寄り添い，医療および看護の質を支える要であり，欠かせない存在です。こうした中，救急看護師が誇りを持って職務に専心できるためには，チーム医療を基盤とした職種間の補完関係の構築と職場環境の整備が一層重要になると考えます。

本講演では医療の最前線に立つ救急看護師が，過酷な現場においても自らのキャリアを主体的に築き，生き生きと働き続けるには何が必要かを臨床と教育の両面から考察し，皆さまと共にその展望を描く時間としたいと考えています。

【学歴】
2011年　山梨県立大学大学院看護学研究科修士課程　修了
　同年　急性・重症患者看護専門看護師
2025年　山梨県立大学大学院看護学研究科博士後期課程　在学中

【職歴】
2004年　順天堂大学医学部附属順天堂医院　ICU・CCU，心臓血管外科病棟
2012年　順天堂大学医療看護学部　臨床助手（兼務）
2013年　自治医科大学附属さいたま医療センター　救急部，看護部教育担当
2016年　山梨県立大学大学院看護学研究科　臨床講師（兼務）
2018年　自治医科大学附属さいたま医療センター　EICU，HCU　主任看護師
2019年　山梨県立大学大学院看護学研究科　臨床准教授（兼務）
2024年　獨協医科大学看護学部・大学院看護学研究科　講師
現在に至る

特定集中治療室遠隔支援加算の課題



○讃井 將満[1]
[1]自治医科大学 集中治療医学

令和6年度，特定集中治療室遠隔支援加算が新設された。これは，特定集中治療室管理加算1/2施設（支援施設）の集中治療専門スタッフが，ネットワークを介して遠隔の特定集中治療室管理加算5/6（被支援施設）の診療を支援するもので，支援施設，被支援施設それぞれに施設基準が設蹴られている。加算として得られる診療報酬は，支援施設・被支援施設間で按分し，設備費用，システム費用，人件費に充てられる。これらの施設要件と採算性のハードルは高く，導入後1年が経つが，本支援が全国的に普及したとは言い難い。本講では，遠隔集中治療，ならびに特定集中治療室遠隔支援加算の概要を述べ，普及を阻害する要因を考察し，何をゴールに，どのように問題解決を図るか議論する。

【略歴】
1993年　旭川医大 卒業，麻生飯塚病院 研修医
1995年　麻生飯塚病院 麻酔科 医員
1996年　新東京病院 麻酔科 医員（心臓麻酔）
1997年　自治医科大学附属さいたま医療センター シニアレジデント（心臓麻酔・集中治療）
1999年　マイアミ大学ジャクソン記念病院 小児科インターン，麻酔科レジデント，移植麻酔フェロー，集中治療フェロー
2006年　自治医科大学総合医学第2講座 講師，附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部 医長
2013年　同 講座 教授，同 センター 集中治療部 部長
2017年　同 講座 主任教授，同 センター 副センター長
2023年　自治医科大学麻酔科学・集中治療医学講座 集中治療部門 教授，附属病院 集中治療部 部長
2024年　自治医大附属病院 副病院長（経営改善担当）

日本の薬剤耐性菌の現状



○上原 由紀[1]
[1]順天堂大学大学院 医学研究科 臨床病態検査医学

救急の現場においては様々な重症度の感染症が診療されている。抗菌薬は感染症診療成功の大きな鍵を握っているが，昨今は薬剤耐性菌に追い詰められる状況にしばしば遭遇するため，常に心備えが必要である。日本は島国であるためか海外とは異なる独特の薬剤耐性菌が分布している。例えばメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）に欧米と異なるクローンが多いこと，基質拡張型ベータラクタマーゼ（ESBL）産生腸内細菌目細菌が多く，ESBL自体の性質も海外に広く分布するものとは異なっていること，などがある。欧米の標準治療薬や新規広域抗菌薬が必ずしも日本で最適ではないことも多いため，日本独自の臨床的エビデンス創出を進める必要がある。

【略歴】
1998年　3月　　日本大学医学部　卒業
1998年　5月　　国立国際医療センター　臨床研修医（内科）
2000年　5月　　日本大学医学部　臨床検査医学科　助手
2006年　5月　　聖路加国際病院　内科感染症科　フェロー
2008年　4月　　順天堂大学院医学研究科　感染制御科学／総合診療科　助教
2012年　2月　　順天堂大学院医学研究科　感染制御科学／総合診療科　准教授
2019年　3月　　聖路加国際病院　臨床検査科　部長（感染症科併任）
2022年　4月　　藤田医科大学医学部　感染症科　臨床教授
2025年　3月　　順天堂大学院医学研究科　臨床病態検査医学／総合診療科学／微生物学　教授
現在に至る

メディカルコントロールをめぐる喫緊の課題 ～携わる医師の倫理と法的責任～



○橋本 雄太郎[1]
[1]香川大学 危機管理教育・研究・地域連携推進機構 客員教授

救急隊による病院前救護活動をめぐって種々のインシデント，アクシデント，紛争等が発生しています。メディカルコントロールに携わる医師にとって無関係ではいられない問題です。しかし，平成21年消防法一部改正により第35条の8に実質的に規定されることになったメディカルコントロール協議会に関して的確に理解が得られていないことから，各地で法が予定してる対応が取られていない状況が見られます。そこで，携わられておられる医師の倫理と法的責任に関し解説し，迅速的確なメディカルコントロール体制が構築されることを目標に講義することにします。

【略歴】
慶応義塾大学大学院法学研究科博士課程修了
杏林大学総合政策学部教授兼大学院国際協力研究科教授　を経て
香川大学危機管理教育・研究・地域連携推進機構客員教授
主著　『病院前救護をめぐる法律問題』（東京法令出版）
　　『救急活動をめぐる喫緊の法律問題』（東京法令出版）
　主編著『救急活動の法律相談』（新日本法規出版）

医療安全の基本と最近の動向



○上條 由美[1]
[1]昭和医科大学 保健医療学部

医療安全は，すべての医療行為の根幹をなす最重要課題であり患者の生命と健康を守るうえで不可欠な視点です。外来，入院を問わずその対象はすべての年齢層の患者でありで考慮すべきポイントは複雑多岐にわたっています。本講習会では，医療安全の基本的な考え方を改めて整理しつつ，最近の知見や制度動向についてご紹介したいと思います。特に，インシデントレポートの活用やその報告文化の醸成，チーム医療におけるコミュニケーションエラーの予防，ヒューマンエラーとシステムエラーの区別など，日常診療に直結する内容に焦点を当てます。また，最近注目されているAIやICTの応用，医療従事者のバーンアウト対策，医療事故調査制度の変遷など，医療現場を取り巻く新たなリスクや取り組みにも言及致します。医師は診断や治療に対する最新の知識や技術を高めるだけではなく医療安全文化の構築に主体的に関わる姿勢が問われます。さらに，地域，院内，部署，診療科などの様々な集団の中で，俯瞰的な立場から持続可能な安全対策を看護師，薬剤師，臨床検査技師，放射線技師などの多職種とともにチームとしてまとめあげていく必要があります。進歩し続ける未来の医療に対してどのように医療安全を実践していくかについてみなさまと共に考える機会にしたいと思います。

【略歴】
上條由美（かみじょうゆみ）
2025.4.28現在
1988年　日本大学 医学部卒業
　　昭和大学大学院医学研究科　病理系第２薬理学（医学博士）
1992年　昭和大学病院 眼科
1997年　横浜逓信病院 眼科
2005年　横浜旭中央病院 眼科
2008年　University of Washington　Master of Health Administration（医療経営学修士）
2010年　昭和大学大学院 保健医療学研究科　准教授
2012年　昭和大学病院クオリティマネジメント部 部長（兼務）
2015年　昭和大学大学院 保健医療学研究科　教授（現在に至る）
2014年　昭和大学江東豊洲病院 副院長
2021年　学校法人　昭和大学　副理事長（現在に至る）

所属学会
日本眼科学会，日本医療マネジメント学会（評議員），日本臨床医学リスクマネジメント学会（理事），東京都病院協会（理事）日本医療・病院管理学会（理事）

外傷蘇生のPrinciplesとCutting Edge ～基本をおさえ，最前線をつかむ～



○室野井 智博[1,2]
[1]島根大学 医学部 Acute Care Surgery講座, [2]島根大学医学部附属病院 高度外傷センター

外傷蘇生は，基本原則の確実な実践と，最新エビデンスに基づく対応という両輪が必要不可欠です。本講演では，Primary Surveyや止血戦略といった不変の”Principles”を再確認するとともに，Hybrid ERやMMTを含めた輸血戦略，血液粘弾性検査（TEG/ROTEM），REBOA，プレホスピタル開胸といった”Cutting Edge”を体系的に整理・解説します。基本と最先端の接続点に焦点を当て，これらを日常診療にどう活かすかを実例とエビデンスに基づいて提示し，明日からの意思決定に資する実践知を共有します。

【略歴】
2006年　自治医科大学医学部医学科　卒業
2017年　自治医科大学大学院　医学研究科　卒業
2006年-2008年　自治医科大学医学部附属病院　初期臨床研修
2008年-2010年　厚生連上都賀総合病院　外科
2010年-2012年　日光市立湯西川診療所　所長
2012年-2014年　南那須広域事務組合立　那須南病院　外科
2014年-2015年　自治医科大学医学部附属病院　集中治療部
2015年-2016年　厚生連上都賀総合病院　外科
2016年-2017年　自治医科大学医学部附属病院　救命救急センター　病院助教
2017年-2023年　島根大学医学部Acute Care Surgery講座/同附属病院高度外傷センター助教
2023年-　島根大学医学部Acute Care Surgery講座/同附属病院高度外傷センター/CSTセンター　講師　現在に至る

意識障害患者における初期診療とその鑑別の重要性



○一二三 亨[1]
[1]杏林大学 救急総合診療科

意識障害は，意識レベル（清明度）の障害と意識内容の障害（意識変容）があります。意識障害には様々なレベルがあります。昏睡状態でなくとも，眠りがちになったり，会話や考えが混乱したり，集中力を欠いたり，明瞭に思考できない状態も含まれます。

私自身は神経内科医でもなければ脳外科医でもなければ精神科医でもありません。そのような立場から，取付きにくいと思われる意識障害について，脳の特性をまず明らかにした上で救急外来の実際の診療において活かせるように，その定義や病態，鑑別診断などを丁寧に解説していきたいと思います。

【略歴】
2002年3月　徳島大学医学部卒業
2002年5月　神戸市立西市民病院　内科系ローテーション
2003年5月　東京災害医療センター　外科系ローテーション
2005年5月　災害医療センター　救命救急科
2013年8月　香川大学救急災害医学講座　助教
2016年5月　香川大学救急災害医学講座　講師
2018年4月　聖路加国際病院　救急部　副医長
2022年4月　聖路加国際病院　救急部　医長　CCM・HCU室長
2025年4月　杏林大学医学部 総合医療学　救急総合診療科 准教授
現在に至る

災害時における軽油（クリーンディーゼル車）の有用性について

○南部 敦[1]
[1]マツダ株式会社 国内営業本部 リテールオペレーション支援部 法人チーム

東日本大震災をはじめとした大規模災害において，被災地周辺などでもガソリンの確保が非常に難しくなり，企業活動や救援活動は勿論のこと，日常生活にも大きな支障をきたしました。

今後も首都直下地震や南海トラフ巨大地震など，更なる大規模自然災害の発生が懸念されており，こうした緊急事態に備え，住民や従業員の安全，病院事業を守るため，BCP（事業継続計画）の策定，運用の重要性が再認識されています。

クリーンディーゼル車はそのBCPの実行性を向上させ，皆さまの活動を支えます。

① 軽油はガソリンと比べ，安全性が高く，比較的多量の運搬や保管ができます
② 軽油は災害初期において，ガソリンよりも入手が出来る可能性があります
③ 軽油を携行することで活動範囲も活動期間も拡張できます
④ 発電機や重機などと燃料共用ができます

※BCP=事業継続計画（Business Continuity Planning）とは？

BCPとは自然災害など緊急事態に遭遇した場合において，事業資産の損害を最小限にとどめつつ，事業の継続あるいは早期復旧を可能とする為に，平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続の為の方法，手段などを取り決めておく計画のことです。

― 災害時におけるクリーンディーゼル車（軽油車）の有用性 ―　　守谷　俊（第28回会長）

東日本大震災をはじめ，これまで幾度も私たちは大規模災害の現場に立ち会ってきました。

その中で何よりも痛感したのは，「移動手段」や「燃料確保」がいかに命を守る医療活動に直結するかということです。

ガソリンが手に入らない。

救急車が走れない。

発電機が止まる。

通信や冷暖房が使えない。

そのような状況で，患者を搬送し，救命処置を行うことがどれほど困難で，救助を行う側の私たちがいかに不安であったのか。そして今も，首都直下地震や南海トラフ巨大地震といった更なる災害が現実の脅威として迫っています。今一度，皆さんも考えてみましょう。

日本全国に伝送心電図ネットワークを張り巡らせる

『JRC 蘇生ガイドライン2020』では，「STEMIが疑われる成人傷病者には，病院前12誘導ECGを記録して病院へ事前に伝送または通知することを推奨する」と，病院前心電図の重要性が強調された。また，2018年には，健康寿命の延伸などを図るための脳卒中，心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法に基づいて作成された「循環器病対策推進基本計画」においても，循環器病患者のより迅速かつ適切な搬送体制の構築について記載されており，冠動脈の再還流をできるだけ早く施行するためには，病院前心電図を活用した救急搬送体制の構築が重要である。しかしながら，さまざまな課題があり十分に普及していないのが現状である。そこで，「日本全国に伝送心電図ネットワークを張り巡らせる」ことをテーマに，病院前心電図伝送システムが稼働している地域の先生方にご登壇いただき，まさしくご自身の地域におけるシステム起動のきっかけ，システムの紹介，問題点，今後の構想，そして，まだシステムが整っていない地域の皆さんに対して一言アドバイスをお願いしようと考えている。病院前の最前線の救急隊員にはどんな知識が必要なのかも示していただき最高のアウトカムを目指した討論を期待したい。

座長：松島　久雄　獨協医科大学埼玉医療センター 救命救急センター
　　福岡　範恭　愛知淑徳大学 健康医療科学部 スポーツ・健康医科学科

演者：松島　久雄　獨協医科大学埼玉医療センター 救命救急センター
　　石倉　　健　三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター
　　三戸　正人　ハートライフ病院 救急総合診療部 救急部
　　栩木　愛登　筑波メディカルセンター 救急診療科
　　小野寺　誠　福島県立医科大学 地域救急医療支援講座
　　福岡　範恭　愛知淑徳大学 健康医療科学部 スポーツ・健康医科学科

繋ぐ，紡ぐ意思決定支援
～救急認定ソーシャルワーカーの視座から～

○澤井 彰[1,2]
[1]仙台市立病院 総合サポートセンター退院支援室，[2]医療ソーシャルワーカー・救急認定ソーシャルワーカー

当院は，仙台市南部に位置する自治体立病院であり，三次救急医療の役割を担っている。

救急外来には，独居・身寄り無し・路上生活者・虐待・DV等のソーシャルハイリスクを抱えた患者も多く来院される。救急外来来院時には終末期の患者もおり，本人の意思確認が困難で，家族に意思決定を委ねる症例も少なくない。そこで当院では，本人が意思表示できる内からアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が策定できるように価値観シートを作成し，患者・家族に記載してもらっている。

今回，当院が実際行ってきたACPの内容を紹介するとともに，医療・介護の情報共有を含め，地域でどのようにACPを共有してきたか，価値観シートの活用を含めてお話ししたい。

【経歴】
2008年東北福祉大学卒業後，JCHO仙台病院で医療ソーシャルワーカーとして勤務し，2013年より現職。2015年東北福祉大学通信制大学院修了（社会福祉学修士）。2017年救急認定ソーシャルワーカー取得。2018年より宮城県医療ソーシャルワーカー協会理事（研修担当）。2019年～東北福祉大学非常勤講師，2021年～宮城学院女子大学非常勤講師，2024年～東北学院大学非常勤講師。

執筆：「三次救急病院における医療ソーシャルワーカーの役割」（澤井，畠山著，医療と福祉，Vol53，No1.2019）
「ソーシャルハイリスクを抱えた緊急入院患者への支援」（澤井，畠山著，地域連携　入退院と在宅支援，第17巻第2号，2024）

「繋ぐ，紡ぐ意思決定支援」
在宅医療ソーシャルワーカーの視座から

○佐藤 卓[1]
[1] やまと在宅診療所あゆみ仙台 ソーシャルワーカー

当院は主に仙台市内において訪問診療を行う在宅療養支援診療所である。仙台市では2024年の救急搬送件数が約65,000人と過去最高を記録した。現状に対処すべく仙台市においては高度急性期及び急性期病床が整備され平均在院日数も短縮されている。一方で慢性期及び回復期といった病床では宮城県内の医療圏の特性もありコロナ禍以降の平均在院日数は長期化しており急性期治療を終えた患者の受け皿が不足している現状があり，急性期治療を終えた患者が在宅型ホスピスや自宅に退院となることも少なくない。

今回は急性期治療後の患者の自宅支援の内容に触れながら短い在院日数の中で急性期医療機関のソーシャルワーカーのアセスメントや患者の思いを繋ぐ，紡ぐ軌跡を仙台市立病院と共有する価値観シートなどにも触れながら解説していく。

【略歴】
福祉系大学を卒業後，関東の医療機関で医療ソーシャルワーカーとして勤務。
その後，フィールドを仙台に移し，やまと在宅診療所あゆみ仙台にて在宅医療ソーシャルワーカーとして，在宅患者の意思決定支援，生活サポートに従事している。
また，仙台在宅医療福祉連携推進会会長も担っており，仙台における在宅医療のパイオニア的存在として活動している。

救急領域における血管内治療の現在と最新トピックス

○今関 雅晴[1]
[1]千葉県総合救急災害医療センター 検査部放射線科 上席専門員

救急医療基本法の制定に向けた取り組み



○阿南 英明[1]，梶野 健太郎[1]，田邊 晴山[1]，諸江 雄太[1]，小谷 聡司[1]，野口 航[1]，
世良 俊樹[1]，海田 賢彦[1]，矢口 有乃[1]，大友 康裕[1]
[1]救急医療基本法検討特別委員会

2008年に「救急医療を再構築するための提言」（日本救急医学会）を踏まえて日本救急医学，日本臨床救急医学会，日本救急医療財団の3者合同で厚生労働大臣に対して，救急医療基本法の必要性を訴えた。しかし，同法が立法化されるには至らず，救急医療は医療法上の5事業の1つとして取り組みが行われてきた経緯がある。一方，近年の災害や新興再興感染症のアウトブレイク時の積極的参画，法に基づいた働き方改革による救急医療に従事する医師の業務時間に制限，高齢者救急需要の高まりなど社会構造の変化に伴い，様々な課題が浮き彫りになってきた。改めて2023年に日本救急医学会では救急医療基本法特別委員会を設置した。解決すべき課題整理，立法の正当性やあるべき法体系など，議論の現状について概説する。

【略歴】
阿南英明

・1991年3月　新潟大学医学部医学科卒業
・1991年6月　藤沢市民病院初期研修
・2006年12月 藤沢市民病院　救命救急センター副センター長
・2012年4月　藤沢市民病院　救命救急センター長・救急科部長
・2019年4月　藤沢市民病院　副院長（～2024年3月）
・2020年4月　神奈川県健康医療局医療危機対策統括官　併任（2021年3月～理事）
・2024年4月　地方独立行政法人神奈川県立病院機構　理事長
・日本災害医学会　理事・評議員
・日本救急医学会　救急科専門医，指導医，評議員
・社会学系専門医協会　社会医学系専門医・指導医

腰痛のメカニズムと対策



○岸本 正文[1]
[1]大阪府立中河内救命救急センター

令和5年に本学会がまとめた，救急隊員の抱える身体的・心理的負担に関する全国アンケート調査の結果によれば，有症状部位は腰部が最も多く，腰痛に対する何らかの対策が必要と思われる。腰痛の大部分はその原因が特定されない非特異的腰痛であるが，対策によりある程度の予防は可能である。腰痛に起因する欠勤によるマンパワー不足は，社会的損失となり得る。腰痛対策は個人の取り組みだけでは不十分で，所属する組織全体として積極的に関わるべきである。動作を補助し身体的負担を軽減するパワースーツや電動ストレッチャーの導入も考慮すべきであるが，予算面の問題もあり早期実現は難しい状況である。まずは腰痛のメカニズムを理解し，具体的な予防策を考えることが重要であると思われる。

岸本　正文(きしもと　まさふみ)　　1962（昭和37）年10月4日生

【略　歴】
1981（昭和56）年　大阪教育大学附属池田高校卒業
1989（平成　1）年　香川医科大学卒業
　　大阪市立大学医学部附属病院臨床研修医
　　※途中6ヶ月千里救命救急センターレジデント
1991（平成　3）年　豊昌会林病院整形外科(ほうしょうかい)
1996（平成　8）年　大阪市立大学医学部整形外科非常勤講師
1999（平成11）年　大阪府立中河内救命救急センター医長
2005（平成17）年　同センター部長
2006（平成18）年　同センター医務部長
2009（平成21）年　同センター副所長
2022（令和　4）年　同センター所長代行

【資　格】
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会認定スポーツ医
日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医
日本救急医学会専門医・指導医・評議員
日本臨床救急医学会評議員
日本整形外傷学会評議員
麻酔科標榜医
日本スポーツ協会スポーツドクター

【専　門】 整形外傷　救急医療
【その他】 日本DMAT隊員

院外心停止例の神経学的転帰改善
～病院前からリハビリテーションまで～
演題番号　SY1-1（E）

口頭指導教育等強化の取り組みがバイスタンダーCPRの質に与える効果の検証
～神経学的予後改善を見据え口頭指導の次なる一手を模索する～

○木村 信広[1]，後藤 裕二郎[1]，金沢 優実[1]，岡野 克也[1]，鈴木 剛[1]，古家 誠[1]，向井 秀之[1]，月木 良和[1]，中尾 彰太[2]，松岡 哲也[2]
[1]泉州南消防組合泉州南広域消防本部，[2]地方独立行政法人りんくう総合医療センター

【背景】口頭指導（DA）とバイスタンダーCPR（BC）施行率の関連を示す既報はあるがBCの質向上効果は明らかでない中，当消防ではDA教育等を強化（iDA）しBCの質向上に取り組んでいる。【目的】iDAがBCの質向上に資するかを検証する。【方法】直近7年間のBC例1,027例をiDAを開始したR2年度以後のA群641例と以前のB群386例に分け，BCが適正（eBC）であった割合，DA完遂率等を群間比較した。【結果】A群はeBCの割合が高くDA完遂率が低かった（A群 vs. B群：eBCの割合；0.79 vs. 0.73，DA完遂率：0.71 vs. 0.77）。iDAやDA完遂等を説明変数とした多変量解析の結果，家族によるBC（fBC）及びiDAとeBCの割合に有意な関連を認めた（Odds比：fBC；0.52（0.37-0.73），iDA；1.49（1.09-2.05），$p<0.05$）。同様の解析をfBC例600例に限定し施行した結果，iDAとeBCの割合に有意な関連を認めた（Odds比：1.50（1.02-2.20），$p<0.05$）。【まとめ】iDAはBCの質向上に資することが示唆された。

院外心停止例の神経学的転帰改善
～病院前からリハビリテーションまで～
演題番号　SY1-2（E）

High-performance CPRを現場で実践するための取り組み
～消防隊員の役割の重要性～

○髙田 康平[1]，北村 昭人[1]，矢敷 和也[1]，長谷川 拓哉[1]
[1]白山野々市広域消防本部

【背景】GRA（Global Resuscitation Alliance）Japan chapterは，科学的根拠に基づいた質の高いCPRを提唱している。院外心停止現場で救急救命士は，特定行為や活動コーディネートに専念する必要があり，質の高いCPRを実践するには消防隊員の活躍が不可欠である。【消防隊員の取り組み】（1）CPRの質や胸骨圧迫中断が，傷病者の予後や血行動態にどう影響するかの科学的根拠を学習する。（2）CPRの質及びCCFを可視化したトレーニングを行い，人工呼吸／除細動前後／自動心マッサージ器装着の胸骨圧迫中断時間短縮に重点を置く。（3）胸骨圧迫者と人工呼吸者のデュアルワークは厳禁とし，処置に専念する。CPRコーチは，胸骨圧迫の質評価など必要なデュアルワークを行う。（4）事案後，AED記録を基に不必要な胸骨圧迫中断を無くすことに重点を置いた検討を行う。【考察】CPRの重要性について科学的根拠を理解することで，学習効果が高まる。また，CPRの可視化やコーチングで処置に対する集中力が増す。消防隊員のスキル及び意欲の向上がHigh-performance CPRの実践に重要だと考える。

院外心停止例の神経学的転帰改善
～病院前からリハビリテーションまで～
演題番号　SY1-3（D）

機械学習で作成した介入時間微調整シナリオ解析と迅速な現場へのフィードバック指標の提示

○川井 廉之[1]，鶴田 啓亮[1]，宮崎 敬太[1]，淺井 英樹[1]，福島 英賢[1]
[1]奈良県立医科大学 高度救命救急センター

【背景】院外心停止例の神経学的転帰改善は，病院前介入のタイミングが重要であるが，従来手法では迅速な改善提示が困難であった。本研究では，全国データ構築した予測モデルを活用し，除細動，薬剤投与，搬送時間の微小調整が予後に与える影響を定量化することを目的とした。【方法】2015～2022年の全国データで予測モデルを作成し，2023年以降の奈良県データに適用。各介入時間を－3～＋3分（1分刻み）で調整したシナリオを生成し，全シナリオを統合した全体解析および，2か月単位のStepwise多変量回帰解析により，神経学的予後良好確率への影響を評価した。なお，回帰解析には予測モデル構築時の全特徴量を初期候補として投入した。【結果】全体では，薬剤投与時間1分延長で予測確率が約0.2％低下，除細動時間1分短縮で約0.2％改善が示され，搬送時間の影響は小さかった。2ヵ月単位では，期間ごとに係数の符号や大きさが変動が観察された。【結論】本アプローチは病院前介入時間のデータ駆動型最適化により神経学的転帰改善に寄与する可能性を示し，2か月単位解析は現場への迅速なフィードバック指標として有用と考えられた。

院外心停止例の神経学的転帰改善
～病院前からリハビリテーションまで～
演題番号　SY1-4（D）

病院前ECPRの安全性と将来像～ドクターカーV3の挑戦～

○十倉 知久[1]，吉村 有矢[1]，今 明秀[1]，今野 慎吾[1]，野田頭 達也[1]
[1]八戸市立市民病院 救命救急センター

【背景】当院では2016年7月からECMO搭載の移動緊急手術室ドクターカー（ドクターカーV3）を導入。院外心停止に対して病院前ECPRを施行して遠隔地での社会復帰を目指す取り組みをしている。【目的】自施設における病院前ECPRの安全性を評価して将来像を考える。【方法】対象は12例で，評価項目はカニューレ位置異常，刺入部出血，カニューレ不成功としてSAVE-J II study，ELSOレジストリと比較した。【結果】4例（33％）がCPC1で社会復帰を達成して，直近の2例は当院からの直線距離が23kmと33kmであった。カニューレ位置異常と不成功症例はなく，カニューレ刺入部出血を2例（18.1％）に認めたが，いずれも保存的に対応可能であった。【考察】大規模データでは，カニューレ位置異常5.0％，カニューレ不成功約1.0％，カニューレ刺入部出血約15％と報告され，自施設における病院前ECPRの手技関連合併症発生率と同等であり，厳しい環境下でも適切なリスク管理が行われていることが確認された。【結論】ドクターカーV3の活用により，従来救命困難であった遠方の院外心停止に対して予後改善の可能性がある。

院外心停止例の神経学的転帰改善
~病院前からリハビリテーションまで~
演題番号　SY1-5（D）

○藤田 健亮[1]，堂埜 恵理[1]，萩原 祥弘[1]，小倉 崇以[1]
[1]済生会宇都宮病院 救急・集中治療科

Go for the Cutting Edge Resuscitation ～ Prehospital ECPRがもたらす病院前心肺蘇生のパラダイムシフト～

Prehospital ECPR（PECPR）は2012年にフランス・パリのSAMUが初報告し，日本を含む先進地域で導入が進んでいる。運用形態は地域ごとに異なるが，GIS解析では病院内ECPRに比べ，PECPRは適応患者のカバー範囲を2～4倍拡大し，生存率を最大26%向上させる可能性が示された。また，現場でのHigh Performance CPR継続によりROSC率も向上し，全体の蘇生率改善が期待される。CHEER3試験では，経験豊富なチームによるPECPRの安全性と実施可能性が確認され，適切な適応基準を満たすことで40%の神経学的良好転帰が得られた。さらに，長期的な心機能・社会復帰率の改善，病院内ECPRより優れた費用対効果も示唆されている。PECPRシステムは，OHCA治療のパラダイムシフトとなり得る。Conventional CPRによるROSC率を高め，適応患者の範囲を広げるPECPRは，最高のアウトカムを追求する新たなスタンダードとなる。

院外心停止例の神経学的転帰改善
~病院前からリハビリテーションまで~
演題番号　SY1-6（D）

○鹿野 恒[1,2]，横堀 將司[1,2]，瀧口 徹[1,2]，濱口 拓郎[1,2]，富永 直樹[1,2]，三宅 のどか[1,2]，重田 健太[1,2]，金谷 貴大[1,2]，坂本 和嘉子[1,2]，岡田 一郎[1,2]，五十嵐 豊[1,2]，金 史英[1,2]，中江 竜太[1,2]
[1]日本医科大学 救命救急科，[2]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター

心停止傷病者の最善の予後を目指して ～徹底して脳を護るには「早さ」を追求しなければならない～

私は30年間，脳低温療法，ECPR（体外式心肺補助），ドクターカー・ヘリ，NIRS（近赤外線分光法）を用いて蘇生医療を追求してきた。その中で徹底して脳を護るには，救助者や医療者には常に「早さ」が求められていると考えている。①早期自己心拍再開できる限り心停止現場において，救急救命士による器具気道確保およびアドレナリン投与が望まれ，CPRを行いながらの搬送は脳障害を進行させる。現場で心拍再開した症例の社会復帰率は非常に高い。②早期ECPR導入心停止から40分以降のECPR導入は急速に脳蘇生率を低下させる。目標は病院到着後10分以内である。ここで明記すべきことは，現場での心拍再開を目指さずに早期搬送しても総合的な蘇生率は低下する。③早期脳低温療法導入低体温の効果を発揮するためには，搬入後1時間以内の34℃達成を目指す必要がある。しかし世界的にも6時間以上かかっているのが現状であり平温療法との有意差はない。④早期リハビリテーション介入蘇生後循環が安定したら，即時リハビリテーションを開始する必要がある。私たちは今後5年，10年後を見据えて，シームレスな蘇生医療のあり方を議論する必要がある。

蘇生科学の最新エビデンスアップデート
~ガイドライン改訂に向けて~
演題番号　SY2-1（D）

○畑中 哲生[1,2]
[1]健和会大手町病院 救急科，[2]救急救命九州研修所

一次救命処置（BLS）

JRC蘇生ガイドライン2025に向けて，一次救命処置（BLS）作業部会では2021年から2025年までのCoSTRに収載されたSysRevの22編，EvUpの3編，ScopRevの7編，計32編を検討してきた。特に目立つのが溺水心停止に関する検討項目で11編にも及ぶ。水中でのCPRの是非やABC vs CABなど，溺水という特殊な心停止に対して様々な角度から検討された。一般的なBLSの話題としては，搬送中のCPR，Head-up CPR，さらにCOVID-19関連としてPPE装着下のCPRなどが目新しい。シンポジウムではこれらのうち主なものを紹介する。

蘇生科学の最新エビデンスアップデート
~ガイドライン改訂に向けて~
演題番号　SY2-2（D）

○真弓 俊彦[1]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院

成人の二次救命処置

成人の二次救命処置に関しては，臨床救急医学会，救急医学会，集中治療医学会，循環器学会，内科学会で分担し，作成を行なっている。器具や薬剤を使用した心肺蘇生，特殊な状況，心停止後のケア，予後予測等に関する推奨が提示される予定であり，その一部をご紹介する。当学会が担当するものでは，成人の院内および院外心停止で自己心拍再開後の患者では，平均動脈血圧を少なくとも60～65 mmHgに保つことを提案することが推奨される予定である。また，成人の院内および院外心停止の治療に，カルシウムをルーチンに投与しないことが提案/推奨される予定である。

蘇生科学の最新エビデンスアップデート ~ガイドライン改訂に向けて~
演題番号　SY2-3（D）

普及・教育のための方策（EIT）

○武田 聡[1]，名知 祥[1]，松山 匡[1]，石見 拓[1]
[1]日本蘇生協議会 普及・教育のための方策（EIT）部会

普及・教育のための方策（EIT）では，救命の連鎖を機能させ心停止の社会復帰率を少しでも向上するため，良質な科学に基づいた取り組みを普及させ市民と医療従事者への教育を進めるための方策について，検討をおこなってきた。教育においては新型コロナウイルス感染症流行の影響で対面型の教育がおこないにくい状況が続き，インストラクショナルデザインを用いた従来の教育形式に止まらない様々な手法が試されている。また普及においては，本邦の具体的な状況を考慮に入れた議論が重要であり，さまざまな検討が進んでいる。普及・教育のための方策（EIT），現状で公開されている内容や世界の方向性について解説させていただく。

蘇生科学の最新エビデンスアップデート ~ガイドライン改訂に向けて~
演題番号　SY2-4（D）

蘇生科学の最新エビデンスアップデート　ガイドライン改訂に向けて

○小林 忠宏[1]
[1]山形大学 医学部 救急医学講座

ファーストエイド：ファーストエイド（以下，FA）は，「急な病気やけがをした人を助けるための最初の行動」のことであり，人の命を守り，苦痛を和らげ，それ以上の病気やけがの悪化を防ぎ，回復を促すことを目的とする。ガイドライン（以下，GL）2015から新設された項目であり，GL2020，2025でも引き続き採用されている。医療職以外の一般の人々にも行い得る行為を対象としており，扱う範囲は幅広く，そのトピック数も増加している（GL2015：22，GL2020：22，ILCOR2025：30）。FAには他の項目にはないユニークな特徴がある反面，我が国への適応には慎重な対応が必要となることも多い。本シンポジウムでは，来るべきガイドライン改訂に向けて，前回のG2020からのトピックの変遷とその対応について述べていきたい。

蘇生科学の最新エビデンスアップデート ~ガイドライン改訂に向けて~
演題番号　SY2-5（D）

JRC蘇生ガイドライン2025　妊産婦部会の活動

○櫻井 淳[1]
[1]日本大学 医学部 救急医学系救急集中治療医学分野

JRC妊産婦部会では母体救命のためにガイドライン（G）2025に向けてILCORのCoSTRのガイドライン化と同時に独自にCQをたてて活動を行っている。G2020で行われたCQに関しては，死線期帝王切開はILCORのCoSTRを用いること，子宮左方移動，心停止時の静脈路確保，局所麻酔中毒時の脂肪乳剤投与，マグネシウム投与時のカルシウム製剤投与に関してはevidence updateを行っている。G2025では新たに5つのCQ（産科危機的出血に対する子宮摘出とIVR，妊産婦の重症化を予測する指標は何が適切か，子宮内バルーンタンポナーデの有効性，産科危機的出血に対するREBOAの有効性，心肺虚脱型羊水塞栓症に対する蘇生介入）をたててGRADEシステムを用いて評価を行っている。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには
演題番号　SY3-1（N）

ドクターカー要請による周産期診療の早期開始を可能にする体制

○齋藤 友厚[1]，今 明秀[2]
[1]八戸市立市民病院 看護局 手術室，[2]八戸市立市民病院 救命救急センター

当院はドクターカー要請で産科医師が出動し，院外分娩にも対応する。その際，超緊急帝王切開術（以下：Grade A CS）決定から緊急搬送で手術室へ直接入室する例もある。手術室では入室から10分以内の娩出可能な体制を構築している。救急隊員は周産期救急に対する経験が少なく『不安が大きい』という調査結果がある。『Grade A CSに猶予はない』当管内ではオーバートリアージで構わない，迷わずドクターカーを要請するように取り決めている。産科病院の集約化により，病院到着まで1時間以上要する管内もある。ドクターカー要請は産科医師介入までの時間短縮と救急隊員の不安軽減に繋がると考える。出産による妊婦の死亡は2010年～2021年まで517例報告され，原因として多いのが産科危機的出血（18%），脳出血（14%），心肺虚脱型羊水塞栓症（10%）であり，速い診療開始と病院到着が求められる。母児救命のため他管内でも迷わずドクターカーを要請できる体制整備が急務と考える。これにより産科病院と救急隊員の連携ができ協力体制確立へ繋がると考える。妊婦健診時には，異変を感じたら躊躇わず救急要請をするように説明と指導も必要である。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには

演題番号　SY3-2（D）

ORIONデータを用いた大阪府における妊産婦救急搬送の記述疫学研究

○片山 祐介[1]，中尾 俊一郎[1]，舘野 丈太郎[1]，竹川 良介[1]，廣瀬 智也[1]，石田 健一郎[2]，小島 将裕[2]，岡本 啓志[3]，木口 雄之[3]，室野井 智博[4]，清原 康介[5]，北村 哲久[6]，織田 順[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター，[2]国立大阪医療センター 救命救急センター，[3]大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター，[4]島根大学 医学部 Acute Care Surgery講座，[5]大妻女子大学 家政学部，[6]大阪大学大学院医学系研究科 環境医学

【背景】妊産婦の急変時には迅速な医療対応が求められる。大阪府には産婦人科医療機関が連携するOGCSが存在し，重症妊産婦は救命救急センターを併設する医療機関が収容する。しかし，大阪府での妊産婦救急搬送例の実態や転帰は明らかではない。【方法】本研究は後方視的観察研究で，対象は2016年～2020年に大阪府内の救急医療機関に搬送されORIONに登録された10～50歳の女性患者のうち，救急外来での診断がICD-10コード「O」に該当した患者を妊産婦患者と定義し，患者背景や転帰を記述疫学的に解析した。【結果】対象は9,075例で，年齢の中央値は32歳，ショック合併症例は6450例（71.1%）であった。最も多かった救急外来での診断名は偽陣痛（1903例，21.0%）であり，次いで妊娠早期出血（931例，10.3%）であった。搬送困難例は53例（0.6%）で，死亡例は1例であった。【結語】本研究で大阪府における妊産婦救急症例の実態及び転帰について明らかにした。既存の周産期医療体制に加え，救命救急センターの連携による重症妊産婦収容体制は良好な転帰と搬送困難例の抑制に寄与する余地がある。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには

演題番号　SY3-3（D）

妊産婦死亡症例の実状と周産期救急の課題

○新垣 達也[1]，関沢 明彦[1]，長谷川 潤一[2]，池田 智明[3]，石渡 勇[4]
[1]昭和大学 医学部 産婦人科学講座，[2]聖マリアンナ医科大学・大学院 周産期発生病態解明学分野，[3]三重大学 医学部 産科婦人科学，[4]石渡産婦人科病院

【目的】2010年に日本産婦人科医会が開始した妊産婦死亡報告事業に報告された妊産婦死亡症例の実状を明らかにし，周産期救急における課題を検討すること【方法】2010～2024年に妊産婦死亡報告事業に報告された母体死亡629例のうち，死亡症例検討評価委員会で検討済みの590例を後方視的に解析した。【結果】妊産婦死亡の年次推移は10万分娩あたり約4でほぼ不変であった。主な死亡原因は産科危機的出血（18%），頭蓋内出血・梗塞（14%），心肺虚脱型羊水塞栓症（11%），自殺（10%），心大血管疾患（9%），肺疾患（8%），感染症（8%）であった。急性発症387例の初発場所は総合病院，有床診療所・産科病院，自宅・施設外が各1／3であった。50%が施設間搬送され，有床診療所・産科病院から総合病院が35%，総合病院間が15%であった。初回心停止場所は総合病院が53%，対応困難な施設が31%，自宅・施設外は11%，搬送中が5%であった。【結論】本邦では半数以上の分娩が一次施設で行われ，妊産褥婦の急変時には高次医療施設への搬送が必要となる。周産期救急では早期察知，初期対応および搬送時間の短縮が重要である。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには

演題番号　SY3-4（D）

日本母体救命システム普及協議会による救急医療関係者向けのトレーニングコース：プレホスピタル版の開催実績と評価

○山畑 佳篤[1,4]，櫻井 淳[2,4]，橋井 康二[3,4]
[1]京都府立医科大学，[2]日本大学医学部，[3]ハシイ産婦人科，[4]日本母体救命システム普及協議会

【背景1】JRC蘇生ガイドライン2020に基づいて，救急活動プロトコルについて通知が発出され，妊婦の子宮左方移動等が明記され，産婦人科領域の救急救命処置と合わせ，習熟が求められている。【背景2】産科医療機関の減少，出生数の減少などを背景に分娩取扱機関の集約化が進み，特に地方で妊婦の救急搬送時間が延びている。【方法】産婦人科領域の救急救命処置および妊婦への心肺蘇生法などを含めたスキル・シナリオを取り入れたプレホスピタル版のプログラムを開発・開催し，受講者からの評価を調査した。プラグラムは知識，スキル，シナリオの3部構成とし，知識部分は事前にwebで受講する形式とし，集合教育は4時間とした。【結果】パイロット版開催から1年半で青森から鹿児島まで全国で合計12コースが開催された。受講者からコースの評価は非常に高く，知識部分をwebにしたことで繰り返し視聴して理解が深まったとの声が聞かれた。受講者からスキルを十分に練習したいとの声が聞かれたことからスキルの時間を増やし，満足度は向上した。【結語】今後も地域のニーズに応えて開催を重ねていく予定である。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには

演題番号　SY3-5（D）

医療体制・救急搬送・地域における周産期救急の課題抽出 ～日本臨床救急医学会のできること～

○山下 智幸[1,2,3]
[1]日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科，[2]日本母体救命システム普及協議会 J-CIMELS，[3]妊産婦死亡症例検討評価委員会

日本臨床救急医学会は日本母体救命システム普及協議会の活動に参画し教育体制は向上しているが，母子を取り囲む社会的課題は山積している。周産期医療と救急医療は都道府県医療計画に定められ，各地域の病院特性に基づき役割分担が進んでいる。分娩取扱施設における急変では疾病病態によっては救急医療の枠組みが最適な場合があり，産婦人科医師／助産師が搬送先決定に関与するが，必ずしも円滑ではない。また，現場発生の妊産婦症例は救急隊が選定するが，未受診妊婦，健診施設と分娩施設が異なる，妊娠に関連しない救急疾患が疑われる場合などでは複雑さが増す。妊産婦の個別性や疾病の専門性の高さから，メディカルコントロール体制においても十分検討されているとはいえず，自治体消防の負担が高い。妊婦の高年齢化や無痛分娩（分娩時鎮痛）普及によるリスクの増加，母体死亡の最大の原因が自殺であることも加味すれば，多職種連携を前提として地域～医療機関を包括して取り組んできた日本臨床救急医学会の貢献が期待される。母子にとって安全で安心して過ごせる社会構築に寄与すべく，本発表では，母子を取り囲む課題を整理して報告する。

周産期領域（母体救命と新生児蘇生）と救急領域の協力体制を確立させるには
演題番号　SY3-6（N）

○更科 陽子[1]，妹尾 聡美[1]，風巻 拓[1]，吉田 拓功[2]，淵上 美香[2]，清水 正幸[1]
[1]済生会横浜市東部病院 救命救急センター，[2]済生会横浜市東部病院 産婦人科

当院における母体・新生児を救うための取り組み

【背景】ERでは多種多様な症例に対応するため，ER看護師は幅広い知識と技術が求められる。特に周産期救急は頻度が少なく対応経験が限られる。迅速な対応が課題となるため，適切な体制整備とER看護師の教育が必要と考えられる。【方法】母体救命・新生児蘇生，ER発生の墜落産症例をもとに，救急科医，産婦人科医，助産師，小児科医，小児科看護師と連携し周産期救急対応のシステム構築を検討した。ER看護師のシステム内での役割を明確化する。【結果】切迫心停止の妊婦に対応するため，院内一斉緊急コールシステム「コードピンク」を構築した。ER看護師は運用に関与し迅速な初動対応を担った。年1回の合同シミュレーションを継続することで5分以内の対応が可能となった。また「院内墜落産発生時の対応フロー」を作成しERスタッフへ周知した。【結論】システムの構築と継続的なシミュレーションにより，ER看護師の周産期救急対応能力が向上し迅速な対応が可能となった。今後も教育を継続しさらなる対応力の強化を図る。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～
演題番号　SY4-1（D）

○岡本 博之[1]，奈良 理[1]
[1]手稲渓仁会病院 救命救急センター

救急総合診療科新設から２年間の歩み
～出口問題等での負担軽減の取組み～

【はじめに】近年，高齢者を中心に単独診療科入院が適わず救急科入院となる事例が増加し，救急医には転退院調整などの出口問題が大きな負担となっている。当院ではこれらの負担軽減を目的に，2023年度より日本病院会病院総合医や医療ソーシャルワーカー（MSW）他で構成される救急総合診療科（総診科）を新設し，急性期治療を終え転退院調整中の救急科入院傷病者の診療を引き継いでいる。【目的・方法】総診科創設による負担軽減効果を救急科入院数・延べ日数・平均入院日数を新設前後の2022年と2024年とで比較し，総診科の2024年実績とともに検討した。【結果】救急科入院数・延べ日数・平均入院日数は，2022年で895件・4119日・4.60日，2024年で1225件・3310日・2.70日，2024年の総診科入院数222件・延べ入院日数139日・平均入院日数0.62日であった。【考察】救急科の入院数は増加するも平均入院日数は減少し，総診科新設による一定の成果は得られていた。総診科転科当日に退転院となる事例も多く，MSWの貢献が特に大きいと考えられた。出口問題の負担軽減により，診療への専念につなげたいと考える。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～
演題番号　SY4-2（D）

○森村 尚登[1,2]，畝本 恭子[1]，三浦 邦久[1]，安部 猛[3]，大桃 丈知[1]，小平 祐造[1]，新井 悟[1]，土谷 明男[1]
[1]東京都医師会 救急委員会，[2]東洋大学 情報連携学学術実業連携機構（INIAD-cHUB），[3]福島県立医科大学 総合科学教育研究センター

東京都医療施設における救急診療関連業務担当職種の現況

【背景】近年救急診療業務におけるタスクシフト／シェア（TS／S）やDX等による業務効率化が求められているが，前提として救急診療関連業務の項目別の担当職種の現況についての情報に乏しい。【目的】救急診療関連業務の項目別担当職種の現況調査。【方法】対象は都内全病院（640病院）。ウェブアンケート調査。東京都医師会救急委員会への会長諮問事項の「ICTによる救急診療業務の効率化の取り組み」の検討の一環として，救急診療関連業務（22項目）の各施設における主たる担当職種を調査。【結果】アンケート回答224施設（35.0％：うち救命救急センター21，その他の救急告示病院124）。全項目中，単一職種担の業務はなかった。担当職種の割合の最多が60％未満であった12業務（職種分散度が高い業務）は，救急隊電話対応（看護師47.0％，医師26.1％，その他15.0％），トリアージ（看護師53.3％，医師30.0％，その他5.3％），他部門調整（看護師53.3％，医師26.6％，その他10.0％）等であった。【結語】担当職種分散度が高い業務の調査は今後のTF／SやDXの推進に有用である。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～
演題番号　SY4-3（N）

○須田 果穂[1]
[1]日本医科大学

救急看護におけるタスクシフト／シェアの現状と展望
～専門性を活かし，患者アウトカムの向上を目指して～

救急医療の現場では，専門職の負担増加と人材不足により，今後さらなる危機的状況に陥る恐れがある。そのため，タスクシフト／シェア（TS／S）の推進や，特定行為研修の推進や診療看護師の育成等を進めている。TS／Sという言葉の認知度は上昇しているが，その推進は各施設に委ねられ模索している。TS／Sという言葉を盾に闇雲に進めていては，救急看護師としての専門性を失うばかりか，救命のために1分1秒を争う場で看護師がケアを行う価値や存在意義を失ってしまいかねない。では，TS／Sを効果的に進め，患者により質の高いケアを提供するためにはどうすると良いのか。TS／Sの推進には，「意識」「技術」「余力」の3つの課題への対応が必要とされている。これらは看護師だけでなく，救急医療に関わる全ての専門職で検討しなければならず，職種の垣根を越えて認識をすり合わせる必要がある。本発表では，医師・看護師・救急救命士への全国調査から見えた救急看護師に期待される役割について述べ，救急看護師の専門性を再考する。そして，TS／Sの現状や課題を明らかにした調査の結果をふまえ，その解決策や展望について考察する。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～

演題番号　SY4-4（D）

米国EMS経験を持つ初期研修医の視点で考える病院救命士の役割と課題

○田中 翔大[1]，竪 良太[2]，舩越 拓[2]
[1]東京ベイ・浦安市川医療センター 診療部，[2]東京ベイ・浦安市川医療センター 救命救急センター

病院で勤務する救急救命士（以下，病院救命士）はタスクシフトの重要な鍵を握るが課題も多い。演者は日米の救命士経験を有し現在初期臨床研修中の医師である。現所属施設で院内救命士と接しながら救急現場で勤務をすると医師に比べて救命士は卒然教育におけるシミュレーショントレーニングなどが多く現場ですぐに役立つスキルを身に着けているのに比べ医学部では座学による知識習得が秀でていると感じる。一方，米国ではparamedicがACLSのメガコードのトレーニングの中で骨髄穿刺や薬剤投与など多岐に渡る処置を行え，それができるように養成課程もデザインされている。日本において救命士の行う手技に対する規制が厳しい理由の1つに他のメディカルスタッフとの養成課程や医学知識の差が指摘されるが，現在進行系で卒後臨床研修を経験している立場からは養成課程の差は現場経験でカバー可能なのではないかと感じる。今後，病院救命士が院内のタスクシフトを進める鍵は法的整備に加え，院内救命士独自の卒後研修制度などの育成過程の充実や職種間の相互理解の促進が挙げられる。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～

演題番号　SY4-5（D）

救急診療におけるタスクシェアの鍵は「病院救命士」である ～急性期180床で年間9000件の救急応需を達成するまで～

○吉永 雄一[1,2]，喜多村 泰博[1,2]，木本 正英[1,2]，鷹羽 浄顕[2]，時女 知生[2]，平田 誠[1,3]，森本 幸夫[1,3]，山田 君代[1,4]，渡邉 太郎[5]
[1]関西メディカル病院 ERセンター，[2]関西メディカル病院 救急集中治療部，[3]関西メディカル病院 EMT科，[4]関西メディカル病院 看護部，[5]社会医療法人純幸会関西メディカル病院

救急診療は人手不足が常々問題となるが，保有する人的リソースは概ね病院の規模，つまり病床数に比例することを考えると，限られた人手でいかに効率的な救急診療を行っているかの指標としては，単なる救急車の総応需件数よりも急性期病床数あたりの応需件数が相応しいと考えている。当院は，急性期180床という小規模の二次救急医療機関であるが，2024年は約9000件（＝50件／床）を達成することができた。これは10年をかけて取り組んできたタスクシェアの賜物であり，その鍵は「病院救命士」であった。二次救急の応需拡大への課題は，医師に依存しない安定した受け入れ判断と，職務別にみて明らかな看護師の業務負担過多と考え，当院では2014年から救急救命士を採用し，タスクシェアの推進に努めてきた。指導教育体制や法的な業務制限の課題もあったが，救命士教育に精通した医師の着任や法改正により解決を得られ，応需の効率化や電話対応時間の短縮，看護師の業務負担割合の低下といった効果が応需拡大という結果につながった。自院だけでなく医療圏全体のアウトカム向上を目指す今後の展望も含め，「病院救命士」が活躍する当院の取り組みを報告する。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～

演題番号　SY4-6（R）

救急診療の中で診療放射線技師が目指すべきタスクシフト／シェアとは

○宮安 孝行[1]，西池 成章[2]
[1]神戸赤十字病院，[2]りんくう医療センター

医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年に向けて厚生労働省医政局通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスクシフト／シェア（以下TS／S）の推進について」が発出され，現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのTS／Sが可能な業務の具体例について診療放射線技師には8つの項目が示された。このうち救急診療の中で放射線技師が可能なTS／Sは①撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等，②血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為，③病院・診療所以外でのX線照射と考える。また，2024年3月に日本医学放射線学会を含む4団体合同で「放射線科医から診療放射線技師へのTS／Sのためのガイドライン集」が発出された。この中には「生命予後にかかわる緊急性の高い疾患の画像（STAT画像）所見を見つけた場合，速やかに報告すること」と記載されている。これは患者が早期治療を受ける機会を逸し死亡する事態を避けることを目的としており，その責務は重大と考える。今後も診療放射線技師は画像診断機器を取り扱うスペシャリストとして，多職種と円滑な連携をとりながら，安全な検査を提供できる存在であり続けたいと思う。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～

演題番号　SY4-7（P）

救急外来常駐薬剤師へのタスクシフト／シェアの考察 ～薬剤師の介入が質の高い薬物療法につながった一例から～

○川島 裕明[1]，島 加奈子[1]，石井 亘[2]，友金 幹視[1]
[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

【背景】近年，薬剤師は救急外来におけるタスクシフト／シェアを推進し，迅速かつ高度な医療の提供に貢献すると期待されている。今回，救急外来に常駐する薬剤師が介入した一例をもとに，薬剤師へのタスクシフト／シェアについて検討した。【症例】80代女性。血まみれで倒れているところを発見され，緊急搬送された。頭部CTで外傷性くも膜下出血および急性硬膜下血腫を認めた。既往歴として心房細動，慢性腎臓病がある。お薬手帳は所持しておらず，薬歴は不明。【薬剤師の介入】家族にかかりつけ医療機関を確認し，連絡を試みるも休診日のため繋がらず。続いて，かかりつけ薬局を確認し，電話で問い合わせたところ，リクシアナの処方が判明した。さらに，家族から最終内服時間を確認し，アンデキサネットアルファを投与設計・調達・調製した。【考察】救急外来常駐薬剤師による介入は質の高い薬物療法につながっており，薬剤師へのタスクシフト／シェアは有用であると考えられる。今後，医療DXの推進により救急外来における薬歴収集の在り方が大きく変化すると予想されるが，引き続き薬剤師には患者の状態を考慮した薬学的介入が求められる。

救急診療におけるタスクシフト／シェアの現状とその先を考える～アウトカム向上を目指して各職種にできること～
演題番号　SY4-8（MT）

臨床検査技師が救急診療において協働していくための1st STEP

○兒嶋 嵩[1]，上野 智浩[1]，高原 充佳[2]
[1]大阪大学医学部附属病院 医療技術部 検査部門，[2]大阪大学医学部附属病院 臨床検査部

2021年の法令改正により臨床検査技師の業務範囲も拡大したことで，一般診療のみならず救急診療においても医師・看護師と協働し，診療の質の更なる向上に寄与出来る場面が増えたことは言うまでもない。業務拡大に伴って救急診療に参画し，検査関連のタスクシフト／シェア（TS／S）を進めている施設もあるが，その割合はまだ低いのが現状である。当院は約60年前より日中帯に検査技師が救急現場に常駐し，検体検査を中心に診療支援を行ってきたが，改めてTS／Sのニーズに合わせた検査支援体制の再構築を進めなければならない過渡期でもある。様々な施設事情の中でTS／Sを進めていくためには，法令改正により追加された業務の枠組みのみに捉われず，スモールステップで多面的なアプローチを実施していくことも重要であると考える。臨床検査技師が救急診療において協働していくための基盤づくりに繋がることとは何か。取り組む上での課題と対策を当院での事例も含め，臨床検査技師の視点から述べてさせて頂く。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-1（D）

地方における患者の意思を尊重した救急現場での急変時DNAR承諾書導入と運用

○横山 和之[1]
[1]北海道社会事業協会岩内病院

【はじめに】当院は北海道西後志雄一の二次救急指定病院である。以前はがんや呼吸器疾患心疾患などの終末期の患者は急変時に心肺蘇生されながら当院へ救急搬送されていた。目的）傷病者の意思を尊重した救急現場での急変時DNARの対応。【方法】2024年5月より，急変時DNARを希望された患者に対し事前に，患者・家族と当院医師で救急現場での急変時DNARを確認，「急変時DNAR承諾書」を患者・家族に署名してもらう。患者の情報は当院と岩内消防署で情報共有し，救急要請時には承諾書の有無と，傷病者・家族からDNARの再度の確認を行い，心肺蘇生をせずに当院に搬送する。【結果】2025年1月まで，承諾書に署名した患者が3名であった。1名はDNARで搬送された。2名は搬送せず訪問診療で死亡確認された。【考察】CPA患者はほぼ全て当院に搬送され，また，急変時DNAR承諾書は当院で署名している。そのため，消防署，患者とその家族，当院での情報共有は容易で導入と運用は問題なく行われたと考えられる。【まとめ】今後も，消防署と病院での情報共有をもとに，傷病者の意思を尊重したDNAR対応をしていく予定である。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-2（D）

人生会議（ACP）に基づいた救急現場での心肺蘇生等の対応について～大阪府豊能地域救急MC協議会の取組～

○酒井 智彦[1,7]，長嶺 秀則[2,7]，林 靖之[3,7]，甲斐 久雄[2,7]，片岡 邦恭[4,7]，横山 英生[5,7]，中西 薫[6,7]，織田 順[1,7]
[1]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター，[2]吹田市消防本部 警防救急室，[3]大阪府済生会千里病院，[4]豊中市消防局 救急救命課，[5]池田市消防本部 警防救急課，[6]箕面市消防本部 消防企画室，[7]大阪府豊能地域救急メディカルコントロール協議会

【背景】大阪府豊能地域救急メディカルコントロール協議会（以下，当協議会とする）においては，DNARオーダーを作成した医師の立会いがない病院外では，この効力を発しないとしていた。2017年に本学会が「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」を発表した後，2020年7月に当協議会においても蘇生を希望されない方への対応について議論の場が必要と考え，ワーキングの立ち上げが提案された。【目的】傷病者の意向に沿った救急活動プロトコルを作成すること【方法】当協議会にワーキングを設置し，地域の関係者で意見交換を重ねて議論を行った。【結果】2023年6月から2024年3月まで合計5回のワーキングを開催し「人生会議（ACP）に基づいた救急現場での心肺蘇生等の対応フローチャート（案）」をとりまとめ，その後の協議会で承認を得，地域内に周知した。【結論】新しいプロトコルの運用により，傷病者の意向に沿える活動ができるようになってきたため事例を交えて報告する。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-3（D）

不搬送プロトコールの整備とともに開始された治療の中止が一般的になることが傷病者の意思に沿った蘇生のあるべき姿である

○舩越 拓[1]，竪 良太[1]
[1]東京ベイ・浦安市川医療センター 救命救急センター

近年，メディカルコントロール協議会を中心に不搬送プロトコールの整備が進められている。あらかじめ良質な議論のもとで意思決定がなされた患者にとってはこのプロトコールは福音となるが当院のメディカルコントロール協議会では不搬送プロトコールはまだ整備されていない。一方，不搬送プロトコールの前提となる十分な話し合いが，全ての患者で行われているとは言い難い。そうしたケースでは現場において短時間で家族に蘇生処置の希望を確認することは困難であり，その意思が必ずしも本人の価値観を反映しているとは限らない。このような場合は結論を急ぐより，蘇生処置を実施し搬送した後，十分な時間をかけて患者の価値観を確認し，適切な判断のもとで治療を中止するプロセスの整備が重要である。しかし，病院における治療中止の議論は，不搬送プロトコールの整備ほどには進んでいない。このような状況下で不搬送プロトコールの議論のみが先行することには片手落ちとも言える。本発表では，心肺停止患者の搬送および蘇生中止に関する現状と課題を整理し，救急医療の倫理的側面を踏まえた今後の方向性について議論する。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-4（D）

兵庫県における病院前DNARプロトコールの現状と課題

○石原 諭[1,2]，菊池 悠[3]，前川 知哉[4]，三品 昌一[5]，奥見 和昌[6]，齊藤 高夫[2,7]
[1]兵庫県災害医療センター，[2]兵庫県MC協議会，[3]神戸市消防局，[4]西宮市消防局，[5]明石市消防局，[6]姫路市消防局，[7]豊岡市消防本部

兵庫県では2019年から東・北播磨淡路MC圏域（東播）で傷病者の意思に沿った病院前救急搬送（DNAR）プロトコールが開始された。現在まで但馬，神戸，中・西播磨（西播）の順に導入され，阪神・丹波でも検討されている。本年1月までに全県で183件のDNAR適応例中88例（48%）が蘇生中止された。症例数や蘇生中止例は圏域によって異なり，人口等の差異に加えプロトコールの相違による影響も大きい。東播は蘇生中止の要件として定型書類が必要で，症例数は少ないが蘇生中止割合は高い（66.7%，他地域は47.5%）他の圏域は必ずしも定型書類を必要とせず適応例の大半を占める（神戸125，西播25，但馬27）神戸はACPを積極的に確認し，蘇生中止の意思が確認できればMCの管理下で活動する。指示医師が中止指示を出した症例もある。蘇生中止後，かかりつけ医への引き継ぎ時間は圏域毎に様々だが，蘇生行為を伴わない病院搬送は容認されている。兵庫県は都市部から過疎地域までを包含する日本の縮図と言われており，現状と課題を報告することで各地域の参考となると考える。

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-5（D）

救急隊のDNARプロトコール運用６年間の課題と展望

○高橋 功[1,2]，伊藤 史生[1,2]，糟谷 美有紀[1,2]
[1]総合病院国保旭中央病院 救命救急センター，[2]千葉県東部地域救急業務メデイカルコントロール協議会

【はじめに】当MC協議会では2019年5月より救急隊のDNARプロトコールを運用してきた【目的・方法】6年間の活動と現在の運用状況を検討し，課題・展望を明らかにする事を目的とした。2023年にはプロトコールの改訂と地域内看取り状況や消防にアンケートを実施【結果】①情報共有と啓発のため多職種からなるネットワークを設立し定期開催②当初，事前指示書と主治医指示を必須としたが，主治医指示があれば書面は必須としないと改訂③医師会，医療機関，行政，福祉等への説明や市民講演会はMC中心に実施④書面提出は100名を超えるが，未提出例の蘇生中止希望が多く周知が不十分⑤アンケートで見取り実施施設は48%，消防ではDNAR患者のCPR実施搬送に抵抗がある63.9%，一方CPR中止に抵抗を感じる22.1%であった【まとめ】運用上の問題はなく傷病者の意思に沿うことができた。DNARに対する誤解がある。救急隊員への心理的配慮が必要。MC中心の啓発活動や多職種連携は有用だが周知はまだ不十分【結語】地域内コンセンサスを得たプロトコールの作成と適切な運用及び十分な周知がポイントである

傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～救急隊のDNAR対応～
演題番号　SY5-6（D）

救急隊のDNAR対応は適切なのか？山梨県MCでの現状

○岩瀬 史明[1]，宮﨑 善史[1]，大山 廉[2]
[1]山梨県立中央病院 高度救命救急センター，[2]山梨県防災局 消防保安課

【はじめに】山梨県MCでは，蘇生処置を望まない傷病者に対する無益な処置，搬送をなくすために“心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル”を作成し2023年4月より運用を開始して2年が経過した。プロトコルでは，蘇生を望まない意思表示の書面（DNAR書面）があり，かかりつけ医に連絡が取れた場合には蘇生処置を中止することができることになった。プロトコル開始後の現状を報告する。【方法】山梨県MCの検証票を後ろ向きに調査を実施した。【結果】2025年2月までに救急現場で関係者が蘇生処置を望まない事案は152件あった。一般住宅からの通報が93件，介護施設59件であった。DNAR書面があったものは20件であり不搬送は10件だった。病院までの搬送中にBLSが継続されていたものが133件であり，10件は心肺蘇生処置は中止され継続観察のみで搬送された。【結語】蘇生処置を望まない傷病者からの救急通報に対して救急隊の活動は必ずしも傷病者の意思に沿っているとはいえないと考えられた。さらにACPを広げることと適切な蘇生行為中止について救急隊への指導が必要であるとと考えられる。

急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～
演題番号　SY6-1（D）

中毒診療患者の最高のアウトカムには多職種連携が鍵となる

○竹川 良介[1]，廣瀬 智也[1]，山上 聡子[2]，高橋 裕美[3]，福森 優司[3]，河内 孝仁[4]，前部 晴奈[4]，横野 良典[1]，安田 宗一郎[2]，真田 泰明[2]，嶋谷 可愛[5]，宮崎 絹子[5]，東 丈雄[6]，入澤 太郎[1]，瀬尾 恵子[5]，織田 順[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター，[2]大阪大学医学部附属病院 薬剤部，[3]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 医療ソーシャルワーカー，[4]大阪大学医学部附属病院 医療技術部，[5]大阪大学医学部附属病院 看護部 高度救命救急センター，[6]大阪大学医学部附属病院 医療技術部 放射線部門

患者は24歳女性，自宅で発見された病院前心停止（心静止）例で，低体温（来院時深部温27度），クロルプロマジン60錠（50mg／錠）とミルタザピン66錠（15mg／錠）の空包が現場で確認されていた。来院後，静脈脂肪乳剤療法と体外循環式心肺蘇生（ECPR）を導入され，心停止70分後に自己心拍再開した。第70病日，神経学的後遺症を残さず精神科病院へ転院した。中毒症例では以下の対応が必要となる。①病院搬送段階：救急隊との情報共有，追加除染の検討，適切な個人防護具の選択，原因物質の情報収集，ECPRの検討。②救急外来対応：患者診療，中毒原因物質の評価，通院先処方薬の情報収集。③治療：吸収抑制・排泄促進・代謝促進を考慮，薬物動態評価や血中濃度測定。④入院後および長期対応：精神科診察，家族支援や社会復帰支援，退院後のフォローの計画。これらのスキームで，多職種が関わることで診断の迅速化と精度向上，最適な治療の提供，精神的社会的サポートの強化，再発予防と長期的なケアがなされる。提示症例のような最高のアウトカムを得るためには，病院前から退院までに多職種の関与が必要となる。

急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～
演題番号　SY6-2（N）

急性薬物中毒患者に対する多職種連携と看護の役割

○渡海 菜央[1]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター

急性薬物中毒患者では，中毒物質の多様化や背景が複雑な事例が増加している。看護師は，本人と関係者から搬送前の状況を把握し，医師や薬剤師とトキシドロームの情報を共有しながら初期対応を行っている。入院した患者は，自殺企図を伴うことや入院期間が短いこと，興奮・拒否・攻撃的であることも多く，コミュニケーションが困難な場合もある。そのため患者の傍にいる看護師は，身体的・心理的変化を観察するとともに，多職種の協力を得て患者の安全を確保できるよう対応している。ケアを行う中で，患者が抱えている問題を傾聴する場面もあり，時に擁護や代弁を担うこともある。その役割は，家族や関係者へ及び精神科医や心理士との調整役を担うこともある。また重症患者や複雑な背景であるほど医師や薬剤師，臨床工学技士などとの連携も強くなり，密な報告や患者全体像の共有を行っている。今回は，事例を通して多職種で共有している内容やタイミングなどを振り返りアウトカム向上へのヒントを検討する。また退院後の再発防止へ繋げるための連携についても考える。

急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～
演題番号　SY6-3（P）

薬剤師の「得意」を生かした中毒診療における多職種連携の在り方について考える

○佐藤 史織[1]
[1]大分市医師会立アルメイダ病院 薬剤部

救急外来における薬剤師業務は徐々に拡大しているが，常駐施設はまだ多くない。2022年度に日本病院薬剤師会が実施した「救急外来における薬剤師業務の現状に関する調査」では，2次・3次救急施設の5割超で薬剤師が中毒に関する情報提供業務を実施していると回答しており，時間的制約がある中でも中毒診療への介入は広く行われている。医師の評価では，医療の質・医師の負担軽減の両面において薬剤師の中毒診療への関わりは有用と回答されており，施設ごとに介入の程度やその方法に差はあるものの，中毒診療において多職種連携が重要であることを示している。当院は，救急外来に薬剤師は常駐せず，医師の判断で招集がかかるオンコール体制である。薬毒物中毒や薬剤性有害事象による搬送が疑われる場合，薬剤師が体内動態情報や治療の選択肢を提示するなど，救急外来初療から治療参画している。また，夜間・休日など薬剤師が参集できない状況での情報提供体制整備にも力を入れている。本発表では，当院での中毒診療実例や情報提供体制について提示し，時間的制約がある中でも薬剤師の「得意」を生かして患者のアウトカム向上に貢献しうる多職種連携について考えたい。

急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～
演題番号　SY6-4（MT）

臨床検査技師は急性薬物中毒患者のアウトカム向上に寄与できるか

○吉田 元治[1]，黒田 舞子[1]，榎木 雄美子[1]，塩山 愛加里[1]，清水 楓梨[1]，松浦 裕司[2]，岸本 正文[2]
[1]大阪府立中河内救命救急センター 検査室，[2]大阪府立中河内救命救急センター 医局

日本中毒情報センターの報告によると医薬品での自殺企図における受信件数は2023年では76％であり，年々増加傾向である。当センターにおいても2023年計で搬入患者の15％が急性薬物中毒患者であり，内65％が医薬品による中毒である。当施設では患者搬入時に臨床検査技師も初療室で初期治療に参画している。搬入前情報で急性薬物中毒の情報がある場合はもちろんのこと，情報がない場合でも自殺企図の可能性がある場合や意識障害例では必ず急性薬物中毒を疑うように教育している。初期情報がある場合は，救急隊からの情報や空薬包から服薬物質や服薬量から当検査室で作成したデータベース“Naiss”を用いて中毒域や院内測定可能かを判断している。また中毒関連の情報がない場合でもトキシドロームや血液検査の結果等から薬物中毒を否定できない際には，24時間LC／MSにて薬物分析を実施している。臨床検査技師の教育課程において中毒学の教育は乏しく，臨床の現場では，様々な知識を求められることもあり，継続的な教育が必要と考える。臨床検査技師が救急の現場に赴くことにより中毒診療のみならず，様々な患者のアウトカム向上に寄与できると考える。

急性薬物中毒患者への多職種での介入～最高のアウトカムを目指して～
演題番号　SY6-5（P）

臨床中毒と法医薬毒物分析者との連携により期待されることと課題

○武田 紗希[1,2,3]
[1]福島県立医科大学 医学部 法医学講座，[2]福島県立医科大学附属病院 救急科，[3]福島県立医科大学附属病院 救命救急センター

【はじめに】当講座では，法医解剖事例の薬毒物分析に加え，本学附属病院に救急搬送された薬毒物中毒例の薬毒物分析も行っている。近年社会問題になっているカフェイン中毒を例に，実際の救急－法医連携の様子や得られた成果を紹介し，今後の課題についても述べる。【成果】・カフェイン中毒の生存例（救急症例）と致死例（法医症例）の比較から，カフェイン中毒の重症化要因が示唆された例・重症カフェイン中毒者に用いた透析の有効性評価・透析の種類によるカフェイン除去効果の比較（例：CHDFとhigh-flow CHDF）【課題】これらの成果は，血中濃度の推移をもとに解析している。そのため，救急科のスタッフにとっては，複数回の試料採取が負担となっている。また分析者の課題は，分析結果を迅速に提供することである。カフェインに関しては，簡易検査キットを応用した手法が辻川らによって開発されたことで，どの臨床現場でも推定血中濃度を得られるようになった。今後は，カフェイン推定血中濃度にもとづいて透析の必要性が判断されるようになると思われる。カフェイン以外にも，分析機器によらない簡便な手法の開発が望まれる。

急性薬物中毒患者への多職種での介入
～最高のアウトカムを目指して～

演題番号　SY6-6（P）

小中高生による薬物中毒の背景とその対策

○廣瀬 正幸[1]，植西 憲達[2]，加藤 貴大[1]，大川 貴也[1]，平川 昭彦[3]
[1]藤田医科大学病院 薬剤部，[2]藤田医科大学病院 救急総合内科，[3]田附興風会医学研究所 北野病院 救急科

【背景と目的】厚生労働省より昨年の小中高生の自殺者数が過去最多と報告され，若年者の薬物乱用，依存や中毒が社会問題となっている。今回，薬剤師の立場から小中高生による薬物中毒の背景を調査し，それらに対する取り組みや今後の対策について報告する。【方法】過去8年間に当院に搬送された小中高生の薬物中毒患者39例を対象に患者背景，摂取した医薬品などについて調査した。【結果】女性38例（97%），希死念慮あり20例（51%），精神科受診歴あり27例（69%），薬物摂取理由「特になし」17例（44%），OTC摂取30例（77%），致死量摂取7例（18%）で患者数は年々増加傾向であった。【考察】若年者による薬物中毒の問題点を明らかにし，救急医や精神科医だけでなく薬剤師会とも連携することで販売者である地域のドラッグストアなどにも中毒情報の発信・共有化を図ってきたが，望ましい中毒防止効果は認められなかった。今後は教育現場への薬剤師の介入も必要であると考え，学校薬剤師と連携することで乱用防止教室などを利用し，大麻や覚醒剤だけでなくOTCの危険性などについても指導する予定である。

救急外来における薬剤師業務のこれから
～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～

演題番号　SY7-1（P）

病院薬剤師が拓く未来
～拡がる職能と救急医療への貢献～

○武田 泰生[1]
[1]一般社団法人日本病院薬剤師会

急速に進展する超少子高齢社会に対応するために社会保障制度と医療・介護提供体制の抜本的な改革が進められている。救急・集中治療における適切な薬物治療の提供と管理を目指して，日本臨床救急医学会（日臨救）と日本病院薬剤師会（日病薬）は，両者協力のもと，まず2010年に救急認定薬剤師制度を，そして2022年には専門薬剤師制度を設立し，救急・集中治療に関する知識・技能を深めた多くの薬剤師を育成してきた。薬物治療は救急搬送されてきた段階から始まる。救命救急，周術期，回復期，そして療養・慢性期と患者の身体状態に合わせた医療が提供され，状態に応じてシームレスに薬物治療管理をつなぐことが重要である。この度，日病薬と日臨救の共同で「救急外来における薬剤師業務の進め方」を策定し，本考え方が救急外来における薬剤師業務の基本的位置づけとなることを期待している。日病薬では，令和8年度診療報酬改定要望事項で救急外来における薬剤業務の評価の新設を重点要望事項の一つとして検討している。救急・集中治療領域で活躍する高度な知識，技術，倫理観をもった薬剤師が多く誕生し，国民の健康に貢献することを期待する。

救急外来における薬剤師業務のこれから
～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～

演題番号　SY7-2（P）

救急外来における薬剤師業務推進のためのアウトカム向上を目指して

○涌嶋 伴之助[1]
[1]鳥取大学医学部附属病院 薬剤部

老若男女，多種多様な患者が搬送される救急外来では，迅速かつ高度な薬学管理が必要となる。しかし，救急外来への薬剤師の介入は全国的に普及しているとは言い難い現状がある。この背景には医療機関における業務推進に大きく影響する診療報酬による評価が救急外来の薬剤師業務にないことが要因の一つと考える。診療報酬として認められるためには救急外来における薬剤師業務が公衆衛生にとって有益であるエビデンスに基づいたアウトカムの蓄積が重要と考える。今回，令和6年度日本病院薬剤師会学術小委員会（第1小委員会）では，2次救急施設および3次救急施設における，それぞれ救急外来への薬剤師業務体制（救急外来に常駐している施設：7施設，オンコールで救急外来に向かう体制の施設：5施設，電話対応のみ対応している施設：5施設）の異なる17施設を対象に業務内容や実施内容について介入シートを用いて調査し，救急外来における薬剤師業務の医療の質および救急医の業務量へ及ぼす影響，救急外来での薬剤師業務の有用性について検討した。本シンポジウムでは，これらの調査結果を基に救急外来における薬剤師業務推進へ向けた議論を展開していきたいと思う。

救急外来における薬剤師業務のこれから
～多職種連携による最高のアウトカムを目指して～

演題番号　SY7-3（P）

救急外来常駐薬剤師による患者搬送前の薬剤準備に関する現状調査

○島 加奈子[1]，川島 裕明[1]，石井 亘[2]，友金 幹視[1]
[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

【背景】2025年2月に公表された「救急外来における薬剤師業務の進め方Ver1.0」では，患者搬送前の薬剤師の業務として「薬剤の準備」が提示されている。京都第二赤十字病院では，2021年4月より平日日勤帯に薬剤師が救急外来へ常駐し，患者搬送前から介入を行っている。今回，救急外来常駐薬剤師による患者搬送前の薬剤準備の現状について調査した。【方法】対象は2023年4月から2024年3月の平日日勤帯に救急外来受診患者とし，救急外来常駐薬剤師による患者搬送前の薬剤準備の件数および内容を診療録を用いて後方視的に調査した。【結果】件数は101件で，1日あたり0.4件であった。準備した薬剤の内訳は，昇圧薬76件，挿管薬剤30件，鎮痙薬8件であった。救急外来定数配置の有無は配置あり96件，配置なし5件であった。準備薬剤の使用率は73.3%で，搬送10分以内の使用率は63.3%であった。【考察】薬剤師が患者搬送前から薬剤の準備を担うことで，各職種がそれぞれの準備に専念できるとともに，迅速かつ適切にバイタルサインの異常に対応することができると考える。今後は，夜間の介入方法についても検討が必要である。

救急外来における薬剤師業務のこれから
~多職種連携による最高のアウトカムを目指して~
演題番号　SY7-4（P）

○吉川 直樹[1]，是枝 秀彦[1]，池田 龍二[1]
[1]宮崎大学医学部附属病院 薬剤部

救急外来における薬剤師業務の現状と課題

救急・集中治療領域では多種多様な専門医療職種がそれぞれの専門性を最大限に発揮し，集学的診療となることが期待される。薬剤師には薬剤管理や薬剤調製，適正使用，薬剤管理指導，感染対策管理などが求められる。日本臨床救急医学会と日本病院薬剤師会の共同で作成された「救急外来における薬剤師業務の進め方」では，全国の医療機関の薬剤師が救急外来において標準的な業務を実施できることを目的とし，薬剤師業務を円滑に遂行するための指針が示されている。しかしながら，各施設の救急体制や薬剤師の人員配置などにより，標準的（理想的）な業務を遂行する上での限界が生じてしまうことも少なくない。本シンポジウムでは，当院における救急外来への薬剤師の関わりを紹介しつつ，十分に着手できていないプロセスについても提示させていただき，救急外来における薬剤師業務の必要性や今後の展開を議論したい。

救急外来における薬剤師業務のこれから
~多職種連携による最高のアウトカムを目指して~
演題番号　SY7-5（N）

○大村 正行[1]
[1]薬師寺慈恵病院

救急看護師×薬剤師＝最強タッグ！？
看護師目線で考えるベストな連携

救急外来は，高度な判断力と迅速な対応力が求められる，まさに医療の最前線である。そこでは，医師・看護師・薬剤師をはじめとする多職種による連携が，患者のアウトカムを左右する。近年，薬剤師の救急医療への関与が進む一方で，その役割や関わり方は施設によってさまざまであり，今まさに最適化が求められている。本発表では，救急看護師の視点から，薬剤師に期待する業務や役割について考察する。具体的には，救急患者の薬歴管理，ポリファーマシーの評価，薬物相互作用の確認，急変時の薬剤準備や投与支援，さらには家族を含めた服薬支援など，多岐にわたる関与が重要である。また，鎮痛・鎮静管理，抗菌薬適正使用，プロトコール整備などにおいても，薬剤師の専門性を活かした連携が不可欠である。一方で，薬剤師の常駐がない施設や，看護師との連携体制が不十分なケースも少なくない。現場で感じる課題とその解決の糸口について，実際の臨床経験を踏まえて共有し，救急医療における多職種連携の深化と，薬剤師業務のさらなる活性化に向けた提言を行う。

救急外来における薬剤師業務のこれから
~多職種連携による最高のアウトカムを目指して~
演題番号　SY7-6（D）

○世良 俊樹[1]
[1]県立広島病院 救命救急センター・救急科

救急外来で輝く薬剤師の役割
～医師が期待する専門性と連携～

高齢者を中心に救急需要が増大している中，集中治療室に限らず，救急外来においても薬剤師の存在意義は大きい。専門性を活かせる場面の多さ，医師らとの協働による相乗効果，即時対応による患者への貢献が実感できる場面が多い。当院の救急外来での薬剤師常駐は未だないが，救急医療の最前線で求められる薬剤師の役割と可能性について医師の目線から提示し，多くの医療機関の「救急外来」でも薬剤師がチームの一員となり，一緒にやりがいを持って輝ける日を楽しみにしている。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~
演題番号　SY8-1（C）

○小池 朋孝[1]
[1]北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室

教育から見たRapid response system（RRS）の全体像

Rapid response system（RRS）は起動要素（要請者），対応要素（出動者），システム改善要素（医療安全部門），指揮調整要素（病院幹部）の4要素から成り立ち，おおよそ全ての病院職員がこの要素のどこかには属するとされる。本邦ではRRSは導入施設が増加する傾向にあるが，その一方でどの施設にも存在するシステムではなく，知らない医療従事者がいても不思議ではない。それゆえにRRS導入施設は全ての要素に対して一定程度の知識も含めた教育が必要と考えられる。起動要素と対応要素においては学会主導の広く様々な施設に対応する研修が存在するが，施設の特徴や慣わし（いわゆるローカルルール）を踏まえた教育をさらに加えることが理想である。また，システム改善要素，指揮調整要素に対するRRSの円滑な運営のための教育機会はほとんどないが，概要を知るだけでなく施設の医療安全を司る要素としてRRSがどの程度機能しているかを分析・解釈できる必要があると考える。本講演では北里大学病院の例を挙げて出動者の段階的教育項目を供覧しながら，RRSを運営している者が見るべき全体像を解説する。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~

演題番号　SY8-2（D）

院内救急医療体制とRRS起動要素研修コースの実施

○山口 庸子[1]，鹿瀬 陽一[2]，武田 聡[3]，万代 康弘[3]，挾間 しのぶ[4]
[1]東京慈恵会医科大学付属病院 看護部 急性・重症集中専門看護師，[2]東京慈恵会医科大学附属柏病院，[3]東京慈恵会医科大学 救急部，[4]東京慈恵会医科大学 教育センター 看護キャリアサポート部門

当施設では，医療安全部門の下に院内救急対応委員会を設置し，RRSの指導調整，システム改善要素を担当している。対応要素に関しては，救急部，麻酔部，看護部が協力して運用をしている。Rapid Response Team（RRT）が当施設の対応要素である。RRTが医師の介入が必要と判断した際には，救急部と麻酔部の医師が介入する運用となっている。さらに，RRTの担当看護師は，Critical Care Outreach（CCO）を行っている。求心系の要素は，シングルパラメーターと早期警戒スコアによるによるRRSの起動を併用している。この当施設でのRRSを維持するためには，継続的な教育が必要である。そこで，起動要素に対する教育としては，RRS起動要素研修コースを行っている。また，RRTを担当する看護師を多くすることで，RRSの円滑な運用が可能となるので，RRTを担う看護師に対しても，RRS起動要素対応コースの学習目標を対応側のものを追加して教育を行っている。なお，この当施設のコースは，全国の施設でも使用できる普遍的な内容となっており，日本臨床救急学会の患者安全検討推進委員会のもと全国展開を行っている。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~

演題番号　SY8-3（N）

連携と教育で実現する院内急変予防 ～MET，RRT，CCNR連携体制と看護師の果たす役割～

○小船 千尋[1]
[1]聖マリアンナ医科大学 診療看護師技術部

当院は，シングルパラメータに基づくMET起動を中核としたRRSを導入し，体制改善に努めるも，海外成熟施設水準の起動件数には到達していなかった。そこで，診療看護師（NP）によるRRTを参画させ，早期警告スコアを活用したNP回診体制を本格的に開始し，起動件数は飛躍的に増加した。さらに，専門／認定看護師が実施していた全病棟ラウンドシステム（CCNR）と連携し，MET・RRT・CCNRの三層構造による院内急変・重症化予防システムを構築した。CCNRおよびRRTは，早期警告スコアや病棟看護師の情報に基づき，受動的対応に加え能動的介入を実施する体制を整え，METが高度な医療介入や主治医との調整，ICU入室判断を最終的に担う。加えて患者や家族による起動，ならびにDNAR，BSC，CMO患者への緩和ケア評価・紹介といった新たな取り組みにより，看護師の果たす役割は一層重要となる。これらの取り組みは，MET単独対応の限界を超えた院内全体での連携，教育，体制整備の必要性を示し，質の高い医療提供に向けた具体策として本セッションで紹介，検討する。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~

演題番号　SY8-4（D）

急変対応教育の新しいアプローチ：座学と実践訓練の間で

○山畑 佳篤[1]，望月 礼子[2]，佐藤 朝之[3]，齋藤 裕之[4]，小田 浩之[5]，吉田 暁[6]
[1]京都府立医科大学，[2]鹿児島大学，[3]市立札幌病院，[4]山口大学，[5]麻生飯塚病院，[6]新潟市民病院

【背景】急変対応のトレーニングとしてシナリオシミュレーションが有用である。しかしその実施には指導者の負担が大きく，気軽に開催数を増やすことは困難である。座学は指導者対受講者比率を上げることが可能で実施に関しては効率的ではあるが，学習効率は低く，実際の急変対応能力の向上に寄与する割合は小さい。【提案】座学と実践訓練の中間として，webや大画面共有を通じたヴァーチャルシミュレーションを提案する。【概説】対面研修では初期対応を行動化することが目的であったが，従来のオンライン研修では受講者が受動的にならざるを得なかった。ヴァーチャルシミュレーションとして能動的に参加できるようにシステム開発し，行動化の代わりに言語化することを求めるように指導した。システム利用のための負担を減らすため専用のデバイスを必要とせず通常のブラウザで利用できるようにし，臨場感を出すため画面上に模擬患者モニターを表示できるようにした。【方法】本発表では実際のヴァーチャルシミュレーションを供覧する。【謝辞】本発表内容は厚生労働行政推進調査事業費補助金を受けたものである。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~

演題番号　SY8-5（P）

Rapid Response Systemにおける薬剤師の関与 実例から学ぶ～今後の展望～

○鈴木 善樹[1]，矢島 雄介[1]，島﨑 洋平[1]
[1]埼玉医科大学病院

昨今，Rapid Response System（以下：RRS）は，日本医療機能評価機構での審査に重要視されており，病院の医療安全システムとして急速に多職種で取り組むべき課題となっている。多くの施設では，救急カートの配置薬管理（統一化）に薬剤師が関わっているが，薬剤師がRRSコール当番として急変初期対応している施設はまだ報告が少ない。また，院内急変対応に薬剤師が参画することの有用性に関する報告はあるが，院内急変対応への薬剤師の取り組みに関する報告は少ない。多職種から求められている薬剤師の介入として「使用薬剤の提案・搬送・取り出し・記録」の報告があるが，多くの施設で急変時に使用する薬剤の知識不足で現場に駆けつけることができていない薬剤師が多いのではないだろうか。本シンポジウムでは院内急変対応における救急医療チームの役割，院内スタッフの教育や体制整備の方法，質の高い医療提供に向けた具体的な方策をテーマとしており，本講演では今後RRSの関与に薬剤師がどのように参画していくか，自身の活動を踏まえてお話しさせて頂き，RRSや院内急変対応に関わる薬剤師業務の一助になれば幸いである。

救急医療チームと院内スタッフの連携強化で院内急変に挑む~その体制と教育の重要性について~
演題番号　SY8-6（CE）

院内急変対応における医療安全管理部門の役割

○中川 富美子[1]，櫻井 淳[2]，五十嵐 崇浩[1]，西尾 治美[1]，鈴木 孝浩[1,3]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 医療安全管理室，[2]日本大学 医学部 救急医学系救急集中治療医学分野，[3]日本大学 医学部 麻酔科学系麻酔科学分野

医療安全管理部門は2014年よりRapid Response System（RRS）およびコードブルー体制を導入・運用し，RRSワーキングを通じて全事例を検討している。RRS件数は2015年度42件から2024年度には120件以上に増加し，院内発症の死亡率は17%から3%に低下した。RRSは医療安全の一環であり，トラブル発生時には医療安全管理部門が主体的に調整を行い，多職種連携を促進してきた。当初は主治医と他職種間のコンフリクトやコードブルーとの混同が課題となり，要請事例の良好な点を院内通信でフィードバックし，要請側の意識改革を図った。近年，診療体制の変化による主治医不在時の治療方針の不明瞭化や，RRS要請件数の増加による対応側の負担過多に起因するコンフリクトが課題となった。そのため，役割の明確化と相互理解の促進を目的として，表彰制度の導入，RRS理念の行動プロトコル化，診療責任者の明確化を実施し，協力体制を強化した。これらの取り組みにより，RRSの適正運用が進み，院内発症の死亡率が低下した。本発表では，院内急変対応の質向上に向けた課題と展望について医療安全管理部門の視点から議論する。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~
演題番号　SY9-1（E）

救急救命士の参加する民間救急事業が救急出動逼迫と大規模災害へ貢献する可能性

○小森 一樹[1]，北村 浩一[2]
[1]株式会社スター交通，[2]無所属

救急救命士が勤務している民間搬送事業者がCOVID19による救急出動逼迫と大地震災害で成果を挙げた事例を紹介するとともに社会福祉へ貢献出来る可能性を考察する。ダイヤモンド・プリンセス号のCOVID19感染者搬送ではDMAT，消防及び自衛隊と協力しながら活動し，社所有の大型バスで感染者の軽症から重症まで搬送業務を担当した。また，能登半島地震では，救急車での搬送業務のほかにも大型バス並びにマイクロバスを活用してもらい，他の機関では対応が難しいニッチな部分での貢献が出来た。上記の災害において，あらかじめ酸素投与をされている或いは，継続的に様子を見ることが必要な傷病者を搬送出来るのは救急救命士が同乗している強みである。多数傷病者災害では，消防は搬送業務も行わなければならないが，民間搬送事業者がいれば地域救急要請や災害における救急救助活動に専念することが出来る。本発表では詳細な災害活動報告の他に民間搬送事業者の具体的な活用方法を提案する。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~
演題番号　SY9-2（E）

指導救命士の研究能力向上を目的としたデータベース研究教育コンテンツの開発

○北野 信之介[1,5]，原田 諭[2]，藤本 賢司[2]，古正 凪沙[3]，高山 航[3]，萩原 鈴香[3]，濱 京志朗[3]，糟谷 一心[3]，増田 尋斗[3]，秋葉 裕巳香[2]，鈴木 健介[2,4]，久野 将宗[1,4]
[1]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科，[2]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[3]日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学専攻，[4]日本医科大学 救急医学教室，[5]東京慈恵会医科大学附属病院 救急部・救命救急センター

【背景】救急救命士の研究機会やニーズが増加している。研究活動を担う人材として指導救命士がいるが，研究に関する統制された教育体制や教育機会は依然として不足している。本研究では，病院前救護に関するデータベース（DB）研究を支援する教育コンテンツを開発し，消防機関の指導救命士を対象に実装した。【方法】研究計画書作成や統計解析などを含む9つの教育コンテンツを作成し，2つの消防本部で実施した。受講者は各自の研究テーマを設定し，病院前救護のリアルワールドデータを用いたデータ研究を行った。コンテンツはスライド解説とハンズオン形式で提供した。【結果】2名の指導救命士が参加し，それぞれ異なる研究テーマを自ら設定した。コンテンツを視聴しながらデータ解析を実施し，研究の進め方やデータ解析方法について実践的に学んだ。受講者からは「実際のデータを用いたことで理解が深まった」「救急活動の事後検証にもデータ利活用が応用できる」の意見が得られた。【結論】本研究で開発したコンテンツは，指導救命士の研究活動を促進する教育プログラムとして有効であり，今後は対象範囲の拡大および長期的な教育効果の検証が必要である。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~
演題番号　SY9-3（E）

救急救命士の可能性への挑戦
～病院救命士からの視点での可能性～

○加藤 渚[1]
[1]東京科学大学病院 救命救急センター

救急救命士法制定より30年余り経過し，医療国家資格として，病院前を主戦場とした救急救命士は，消防・自衛隊をはじめとした多くの救急救命士の活躍により，その職能の必要性に鑑みて医師の働き方改革の一環として，コ・メディカルへのタスクシフトを行うことを目的ととして令和3年10月の救急救命士法改正に至った経緯がある。しかし，医療機関に勤務するいわゆる「病院救命士」は，法改正以前より既に存在していた。病院救命士としての歴史の変遷と，医療機関の中で必要とされる救急救命士としての職能と，業務について，大学病院で臨床・教育・研究に携わる観点から，整理して共有すると共に，現在我が国が抱える高齢者社会，救急搬送困難等の課題について，救急救命士の職能を持ってどのように課題解決ができるのか，どのように課題解決をしていくべきか，その意見をどのように纏めていくのが良いのか，本セッションでディスカッションをしたい。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~

演題番号　SY9-4（E）

○沼田 浩人[1,2]，北原 学[1,3]，長橋 和希[1,4]，津波古 憲[1,5]，蒲池 淳一[1,6]，喜熨斗 智也[1,5]
[1]日本病院救急救命士ネットワーク，[2]日本医科大学多摩永山病院，[3]国立国際医療研究センター病院，[4]東京曳舟病院，[5]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[6]川崎幸病院

医療機関に所属する救急救命士の真価 ～求められる役割と可能性～

【背景】令和3年救急救命士法の改正に伴い医療機関で雇用される救急救命士が増加している。医療機関によって雇用形態や業務内容は様々である。それに伴い，業務の確立や教育体制等整備が急務である。日本病院救急救命士ネットワークでは，医療機関に所属する救急救命士，および救急救命処置実施の体制の質向上を目指し，現状の分析や研修の実施を行っている。【現状と教育】医療機関内特有の環境に合わせた救急救命処置の実施に関して，院内急変の際は救急救命処置が実施できない等，現行法では様々な制限が生じている現状にある。また，医療機関に所属する救急救命士の傾向として若年で経験の浅く，1施設あたりの雇用人数が少数であるため各施設での業務の確立や教育体制の構築が困難である。本ネットワークでは，医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドラインに示されている「就業前必須研修」や病院救急車利用促進に向けた「病院救急車患者搬送研修」を展開している。【まとめ】医療機関で救急救命士が院内で求められる役割を明確にし，さらに有効に活用されるよう今後の可能性について報告する。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~

演題番号　SY9-5（E）

○三木 大輔[1,5]，吉川 吉暁[2,5]，若井 聡智[3,5]，大西 光雄[4,5]
[1]大阪市消防局，[2]よしかわ内科・外科，[3]国立病院機構本部DMAT事務局，[4]国立病院機構大阪医療センター，[5]大阪EMS研究会

他国の救急救命士参加による救急救命士教育の可能性 ～大阪EMS研究会における合同研修会の検証～

【はじめに】大阪EMS研究会では，2006年以降から，海外の救急救命士と連携した合同研修会を主にオンライン形式で30回以上開催してきた。【目的】米国，豪州，独国などの救急救命士と連携して開催した合同研修会について，海外と国内の救急救命士の双方の評価を分析し，検証すること。【方法】過去の合同研修会に参加実績のある各国の救急救命士（Paramedicを含む）6名と，国内7道府県の救急救命士10名（消防7名，病院3名）に対し，アンケートとインタビューを実施した。（調査期間：2025年2月20日～26日）【結果】海外と国内の救急救命士ともに83.3%以上が合同研修会を有益と感じていた。他国の救急救命士参加による研鑽意識の変化については，66.7%以上が「大きく向上した」と回答した。インタビューでは「共通の目的や課題について，意見交換を直接行えるのが良い」との意見が多数認められた。【考察】自国と他国の体制や対応を比較する機会となり，相互の違いや共通点など，新たな知見を広げる上で有益であると考えられた。【結論】海外の救急救命士が参加する合同研修会は，相互に新たな知見を生み出す可能性があった。

救急救命士の職域の垣根を越えて創造する将来像~日本救急救命士会の役割と使命~

演題番号　SY9-6（N）

○小西 遼[1]，高橋 一央[1]，佐上 俊介[1]，多賀 真佐美[1]
[1]公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

患者をみることができる救命士を目指して ～タスクシェアを通してスキルアップをはかる～

高齢化による救急患者の病態の複雑化や帰宅困難患者の対応など，救急外来の多忙さは勢いを増している。また，高齢化・生産人口減少の問題は医療者側でも深刻であり，救急外来への医療者の配置数は十分とは言えない。このような現状を踏まえて，当院では2021年の救急救命士法改正に伴い，救急救命士の雇用を増やし，主に看護師と業務をシェアしている。多職種と協同してタスクシェア・タスクシフトを行う際に考慮すべきは患者への利益である。各職種が専門性を発揮しながら患者へ安全・安心，そしてタイムリーに医療を提供するには，多職種が連携して，点ではなく線で患者へ関わることを意識する必要があると考える。病院救命士として，単に処置などの業務をシェアするだけでなく，患者を観察して変化を捉え，急変の兆候に気づくなど，患者をみて多職種へつなげることができるスキルが必要だと感じている。当院では，救急救命士も患者の経過観察から記録までの業務を担っており，その中で患者をみるスキルアップがはかれるように試行錯誤中であり，その取り組みについて述べる。

EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）
演題番号　PD1-1（D）

近年のマスギャザリングイベント対策から考える，大阪・関西万博医療のくみたて

○織田 順[1,2]
[1]大阪大学 救急医学，[2]2025年日本国際博覧会医療救護協議会

【はじめに】2025年大阪・関西万博における医療体制構築のため，万博医療救護協議会が設立され，まずは2005年愛・地球博の体制を参照し基本方針の策定を行った。愛・地球博では万博MCの設置や，当時一般市民への利用が始まったAEDの効果的配置など，数多くの貴重な知見が得られた。【方法】現在の社会状況を踏まえ，新たな課題を抽出し，以降のマスギャザリング医療体制の発展との関連を整理した。【結果および考察】新興感染症（COVID-19等）への備え，深刻化する熱中症対策，逼迫する救急医療体制を背景とした会場外医療機関への負荷への配慮，自然災害等による多数傷病者発生への対応など，従来以上に求められる対応が明確となった。TOKYO2020の観客・選手用医務室体制とVMO（会場医療責任者）システムを参考に，会場内に診療所・応急救護所体制にCMO（統括医療責任者）を配置した。2020acの教材やサミット医療対策の研修資材を活用した人材育成，多数傷病者対応訓練を実施した。式典や賓客対応にはサミット時の知見も応用した。抄録執筆時点では会期前であるが万博医療の経験を将来に資する知見として発信できればと考える。

EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）
演題番号　PD1-2（D）

2025大阪・関西万博における多数傷病者対応について

○藤見 聡[1]，仲桝 哲[1]，西 健太[1]，宮本 優哉[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

大阪・関西万博における多数傷病者対応計画は，基本的に平時の多数傷病者対応に類似して作成をしました。これは，大阪DMAT研修を含め，地域で行われている医療や消防の訓練などで既に確立されている方法や顔の見える関係を活用できるからです。万博会場内には，医師が常駐する診療所が3か所，常駐しない応急手当所が5カ所設置されます。それぞれの場所に看護師，移動手段を持つ救護隊，事務クラークが規模に応じて配置されます。さらに，これらを統括する医療責任者が会場内の危機管理センターに配置され，救命救急センター長クラスの医師が常駐します。したがって，これらのリソースを有効活用する計画が必要です。特定の1つの診療所を傷病者の集積場所とし，診療所や応急手当所の医療関係者がそこに集まり，大阪市消防局の救急隊員と協働してトリアージ，トリートメント，トランスポート作業を行います。また，トリアージタグの使い方，傷病者記録用紙，救急車のドッキングポイントなど，万博特有のルールもあり，開催までに対面型の事前研修を3回，現地での実動訓練を1回計画しました。これらを紹介したいと思います。

EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）
演題番号　PD1-3（N）

関係団体の立場から大阪・関西万博の安全・安心な運営を考える

○桑鶴 由美子[1]
[1]公益社団法人大阪府看護協会

2025年日本国際博覧会協会は，来場者等の安全確保及び博覧会の円滑な運営をはかるため，2022年12月に医療関係者や関係行政機関を構成員とする「2025年日本国際博覧会医療救護協議会」を設置，博覧会会場における医療救護体制等について検討をしてきた。大阪府看護協会も関係団体の位置付で協議会の構成員として参画している。開催期間中，来場者の0.1％程度が診療所を利用するとした場合，1日あたり平均15万人の来場者のうち150名が来所し，このうち数件の救急搬送となることを想定している。会場内では傷病者への応急措置等を行い，継続的な診療は行わないことを原則にエリア内には8か所の医療救護施設が設置されている。急病人が発生した場合の救急搬送体制等，危機管理に係る拠点と連携しながら迅速な対応が可能な体制づくりをめざしてきた。その中で大阪府看護協会では医療救護対策実施計画に係る業務マニュアル整備や看護スタッフの人材確保・管理・教育体制，また関係職種間の調整や具体的な業務のすり合わせに参画している。開催を目前に控え，安全・安心な博覧会の成功に寄与できるチームづくりを目指し，その過程について議論の場としたい。

EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）
演題番号　PD1-4（C）

大阪・関西万博における大阪市消防局の対応

○塩谷 壮史[1]
[1]大阪市消防局

万国博覧会が2005年の愛・地球博以来20年ぶりに我が国で開催される。「大阪・関西万博」の来場予定者数は，期間累計約2,820万人，ピーク時の平均来場予定者数は一日当たり22.7万人と想定されており，国内外から多数の来場が見込まれている。愛・地球博の救急出場件数を分析すると来場者数と強い相関があったことから，当局では，「大阪・関西万博」において想定されている来場者数を基に救急出場件数を予測し，この予測に基づく必要な救急隊数を，万博会場内にある万博消防センター（令和7年2月より運用開始）に常時配備している救急隊1隊と万博会場外から移動配備する救急隊（最大3隊）により確保することとしている。これ以外にも，会場内の医師や救護隊との連携，会場内の救急要請が重なった場合の補完体制，集団災害発生時の対応など，万博会場内において適切な救急体制を確保するための取組を進めており，これらの取組や開幕からの対応状況等について発表する。

EXPO 2025 大阪・関西万博の医療救護体制（指定演者）
演題番号　PD1-5（D）

2025日本国際博覧会における賓客対応

○若井 聡智[1]，矢嶋 祐一[1]，松田 宏樹[1]
[1]国立病院機構本部DMAT事務局

【背景】2025年日本国際博覧会には，165の国・地域と9の国際機関が参加予定となっている。国内外から多数の賓客の来場が想定されることから，公益社団法人2025年日本国際博覧会協会（以下「博覧会協会」という）は，賓客接遇に関する計画を策定し，国際儀礼に則り，国内外の賓客に対して国際博覧会にふさわしく，また，安全かつ適切な接遇を行うことを目的として賓客接遇を実施する。同時に，我々は医療者として，賓客の来場中の健康被害発生を想定した医療救護体制を準備しておくことは極めて重要である。【賓客に対する医療救護体制】博覧会協会と協議し，海外・国内賓客の区分，賓客の警備体制，賓客識別方法，賓客が利用する主な施設，接遇基本方針を確認した。それらを基に，健康被害発生時の覚知，情報共有，対応手順，診療記録の取り扱い，対応病院の選定，対応病院への引き継ぎ手順，情報共有方法を策定した。【現時点での課題とその対応】各国大使館医療者との情報共有，報道対応，会期中のマニュアル変更とその周知方法の確立などが課題であり，その対応として，博覧会協会や外務省を中心とした各関係機関との更なる連携が必要不可欠であると考える。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-1（N）

当院の一般病棟の診療看護師の活動と役割

○太田垣 猛志[1]，山下 愛[1]，岡島 淳志[1]，伏見 聖子[1]，中村 寿季[1]，高松 純平[1]
[1]独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院

【はじめに】救急救命科では熱傷，壊死性筋膜炎，フルニエ壊疽，褥瘡，軟部組織感染など創傷処置を有する患者が多い。しかし，医師の業務は多岐に渡り，必然的に診療看護師が主体的に創傷処置の治療や管理を行うことが多い。今回，創傷管理に従事する診療看護師の活動内容を報告する。【一般病棟の診療看護師の活動】創傷管理の直接的ケアとして創傷の状況，治癒過程に合わせた外科的デブリードマン，外用薬，ドレッシング剤，陰圧閉鎖療法，抗生剤などケア方法の実践，選択を行っている。直接的なケアだけでなく，栄養管理も担い多方面から創傷の治癒を促す関わりを行っている。また治療に参画する上で病歴が重要であるため，病歴聴取，情報収集の手段として，かかりつけへの診療情報提供書の記載を行い，得られた情報を治療に繋げるシステムを構築し日々の業務に携わっている。【まとめ】創傷処置などの特定行為のみならず，情報収集をはじめ多角的かつ総合的なアセスメントより全身状態を把握し携わることが診療看護師の強みであり，役割である。このような働きが医師の働き方改革の貢献に繋がると考える。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-2（N）

循環器救急に特化した集中治療科における診療看護師（NP）の活動について

○松尾 拓也[1]，池本 圭一[1]，藤田 健亮[2]，大山 慶介[1]，小林 克也[1]，本郷 卓[1]，池崎 弘之[1]，竹田 晋浩[1]
[1]かわぐち心臓呼吸器病院，[2]済生会宇都宮病院

【背景】2008年に診療看護師（NP）（以下NP）教育が開始され，現在872人となっている。NPは医師の働き方改革のキーパーソンとなり得る存在であるが，認知度は低い。また働き方は各施設や個人により異なり活動の共有やエビデンスの構築が必要である。当院における2024年6月1日から9か月間のNPの活動を報告する。【活動内容】①人工呼吸器や補助循環デバイス装着患者など重症患者の院内移送を103件，人工呼吸器装着患者の転院搬送など院外移送を10件安全に行った。②ICUを中心に医療処置を実施した。気管挿管9件，CVC挿入85件，血液透析用カテーテル挿入37件，PICC挿入47件，胸腔穿刺30件すべて合併症なく施行した。③ICUで1日に1～2名の患者の人工呼吸器管理とweaning，離脱可能かの判断と抜管の実施を行い110件抜管に至った。【結語】従来，重症患者の移送や医療処置は医師がすべて実施してきた。医師の働き方改革が急務である今日にNPが医師の指示のもと活動することは有用である。現時点ではNPの働き方はそれぞれであるが，今後も活動を広げNPが周知のものとなり活動が確立されること祈念する。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-3（N）

診療看護師の可能性を拓く
～救急外来での実践と多職種への貢献性～

○後小路 隆[1]
[1]令和健康科学大学

厚生労働省は「看護師特定行為・業務試行事業」のモデル事業を実施し，この枠組みのもと，大学院修士課程において診療看護師の養成が進められてきた。現在では，800名以上が，急性期から訪問看護などの在宅領域など多様なフィールドで活躍している。診療看護師の活動領域は広範にわたるが，その実践は7つのコンピテンシーに基づいている。すなわち，①包括的健康アセスメント能力，②医療処置・管理の実践能力，③熟練した看護実践能力，④看護マネジメント能力，⑤チームワーク・協働能力，⑥医療保健福祉制度の活用・開発能力，⑦倫理的意思決定能力である。これらのコンピテンシーを活かしながら，特定行為を含む看護実践を展開している。特定行為の実施は，医療現場において一定の効果をもたらしていると考えられる。しかし，それにとどまらず，診療看護師がコンピテンシーに基づいた実践を行うことでどのような変化が生じたのか，また，その変化が患者ケアや多職種への貢献にどのように寄与しているのかを検討することは重要である。本セッションでは，臨床の現場で得られた知見をもとに，NPの実践がもたらす変化と意義，その可能性について考察する。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-4（N）

○佐藤 大祐[1]，中永 士師明[2]
[1]秋田大学医学部附属病院 NP室／救急科，[2]秋田大学大学院 医学系研究科 救急・集中治療医学講座

当院における診療看護師（NP）役割 ～県内唯一の救急科NPとして～

当科は高度救命救急センターの役割の他，臓器別診療科では困難な肺炎や尿路感染，社会的問題を抱えている二次救急患者等の入院管理も行っている（2024年一般病床248件）。演者は県内唯一の救急科診療看護師として主に一般病床において医師と共有した方針に沿い，検査や薬剤など代行入力や管理の大部分を担うことで，一般病床介入がICU患者の状況により遅延していた問題が解消された。介入では多発外傷の病棟長期入院患者の人工呼吸器離脱訓練，鎮痛や経口摂取の継続調整などが奏功した例があった。本県は高齢化率が高くフレイル対策も重要で，患者のADLや食事摂取状態など生活視点を含めた治療ゴールを明確化・共有し，多職種協働による専門性の高いケア介入を目指している。当院では看護部と異なる部署所属のため看護単位に含まれず横断的な活動が可能である。当科は他科困難事例を含めた中心静脈カテーテル挿入も担い，特にPICCにおける調整や挿入に関わる（2024年22件）。他，ICUと救急外来では医師に帯同し特定行為中心に対応を行うことがある。以上より医師が重症患者診療に集中できる環境や患者の生活を見据えた介入を実現している。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-5（D）

○大桃 丈知[1]
[1]正志会平成立石病院

診療看護師と特定行為研修修了看護師で構成したNPチームの救急外来での活躍

【はじめに】当院は7対1看護体制203床，年間9000台余の救急車応需数の急性期病院である。医師の働き方改革をキーワードに，数年前から他職種連携を推進し，タスクシフトを実践してきた。【目的】診療看護師（以下NP）・特定行為研修修了看護師との共働により得られたタスクシェア効果を，ERを中心に検証する。【方法】NPと特定行為研修修了看護師が実施した動脈血採血や中心静脈路確保等の所要時間を業務効率化の指標として検証した。【結果】令和7年1月時点で診療看護師常勤3名，非常勤1名，特定行為研修修了看護師5名を雇用し，NPチームを構成している。NPチームは院内各病棟とERに所属し，必要に応じて全員がERを補助している。NPチームによる医師の業務時間短縮は年間500時間余に及び，明らかな業務効率化への寄与が確認された。【考案及び結言】NPチームは新たな医療職種としての地位を得て，医師の業務負担軽減に寄与している。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-6（D）

○濱口 満英[1]
[1]ベルランド総合病院

ストレスなく特定行為研修修了看護師や診療看護師が医師の業務を行うための環境整備

2024年4月，医師の働き方改革によって医師の時間外労働の上限が決定されました。このため，看護師へのタスクシフトやシェアが求められています。当院は，大阪南部に位置する2次救急病院で2023年度は10,857件の救急搬送がありました。2025年1月現在10名の特定行為研修修了看護師が在籍し，4月からは1名の診療看護師が勤務予定となっています。多くの医師の業務を特定行為研修修了看護師に移管したり，共同でおこなったりしていますが診療を統括する医師は働きやすい環境を整えることが大切だと考えます。例えば，特定行為研修修了看護師にて末梢挿入型中心静脈カテーテルを2022年4月より挿入していただいています。2022年度は87件，2023年度は278件，2024年度は460件（2024年4月から9月が230件）となる予想です。年々増加していますが，救急室に隣接した透視室で挿入することを基本としているため様々な事態に対してすぐに対応できる環境でありストレスが少なくタスクシェアが進んでいると考えています。このように働き方改革を進めていく上では環境整備が重要であると考えます。

「特定行為研修修了看護師」や「診療看護師（NP）」と医師の働き方改革
演題番号　PD2-7（D）

○町田 浩志[1]，佐藤 慶吾[1]，塩尻 洋大[1]，渡部 圭介[1]，平山 瑛望[1]
[1]国立病院機構高崎総合医療センター 救命救急センター 救急科

診療看護師による診療報酬獲得への取り組み ～医師のタスクシフトから新たなタスク獲得へ～

当院に診療看護師が4人在籍しており，医師と同じ統括診療部の各診療科に配属されている。慢性的に医師不足の救急科にも1人所属し，救急外来や重症入院患者の診療補助，カテーテル留置の術者，手術の助手，さらに初期研修医への教育などで活躍している。診療看護師の活動は医師のタスクシフトに一役買っているが，その高い能力をさらに活用すべく診療看護師が主となり診療報酬を獲得するタスクを付与した。当院は42万人の医療圏唯一の総合病院で，2022年より空床確保目的で地域医療機関と連携し救急外来受診者の積極的な下り搬送を実施している。2024年6月の診療報酬改定で「救急患者連携搬送料」が取得できるようになり，さらに需要が増え半年で119件の転院搬送を実施した。平時から救急患者の診療に関わることで患者の病態や治療への理解度が高く，さらに看護師として搬送先医療チームに適切な申し送りができると判断し，転送中の患者管理を診療看護師に一任することとした。院内MC体制下で診療看護師の活動の保障をしているが，この活動は医師のタスクシフトだけではなく診療看護師の活躍により診療報酬を獲得する新たなタスクとして価値がある。

救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント
～最高のアウトカムを見据えた介入～
演題番号　PD3-1（P）

救急専門薬剤師による学術・教育的アウトカムの模索
～１件の症例介入を通じて～

○齋藤 靖弘[1]
[1]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 薬剤部／医学研究所

【緒言】救急専門薬剤師では，「救急領域における研究能力および教育能力も兼ね備え，指導的な役割を果たす」ことが要件とされている。これまでどの認定・専門薬剤師でも「後進の育成」「教育」は大きな課題となっている。【症例と研究】症例はSGLT2阻害薬服用中に発症した正常血糖糖尿病性ケトアシドーシス（euDKA）の早期診断に寄与した1例である。某日，来院3日前から続く倦怠感と嘔吐を主訴に来院され，時間外外来を受診した。偶発的に救急専門薬剤師が当日の救急外来専従薬剤師（A薬剤師）のもとに訪室しており，陪席のもと起因薬剤を検索した。その結果，SGLT2阻害薬によるeuDKAの可能性を見出し，ケトン体の測定を救急医へ上申した結果，euDKAの早期診断につながった。その後，救急専門薬剤師がA薬剤師の論文作成過程もサポートし，最終的に論文Acceptまで至った。【考察】本演題のように今後を担う薬剤師へサポートすることで学術的成果を示していき，「個人成果」ではなく「組織成果」にしていくのが救急専門薬剤師として重要かもしれない。

救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント
～最高のアウトカムを見据えた介入～
演題番号　PD3-2（P）

救急専門薬剤師の挑戦
～認定・専門を超えて紡ぐ未来～

○今中 翔一[1]
[1]帝京大学医学部附属病院 薬剤部

救急医療に携わる薬剤師として，本学会で得た知識を活かし，自施設で薬学的介入を実践し救急認定薬剤師となった。さらに，抗凝固薬拮抗薬の適正かつ迅速な投与の実践や院内プロトコールの作成に取り組み，救急専門薬剤師となった。現在では，自施設において救急・集中治療に従事する薬剤師の育成にも携わっている。救急専門薬剤師には，専門的な薬学的介入を行うだけでなく，広い視野を持つことが求められる。ICUにおける個々の症例への介入に加え，院内プロトコールを整備することで，常に質の高い薬物治療を提供し続けることができる。さらに，救急医療に携わる薬剤師を育成することで，自施設の臨床・教育・研究のさらなる発展にも寄与できると考える。本セッションでは，より良いアウトカムを実現するために，救急専門薬剤師に求められる役割について，フロアの皆様と議論を深めたい。

救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント
～最高のアウトカムを見据えた介入～
演題番号　PD3-3（P）

救急専門薬剤師によるアウトカム改善の試み：アルコール離脱せん妄に対する処方支援プロトコルの導入

○今井 徹[1]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部

2011年に救急認定薬剤師が誕生してから12年を経て，2023年には救急専門薬剤師制度が誕生した。救急専門薬剤師は，救急認定薬剤師としての豊富な活動実績を持ち，救急医療における薬物療法の実践，研究，教育において指導的な能力を持つ薬剤師を認定するものである。この役割は，救急医療に従事する薬剤師を指導し，組織全体として患者アウトカムの改善を推進することにある。近年，プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）が実施されることにより，薬剤師が主体的に薬物治療に関与することが可能となっている。PBPMは様々な実践事例が報告されており，私は救急専門薬剤師として，薬剤師が実施することによって，患者のアウトカム改善に寄与するPBPMを，周囲のスタッフと共に日々模索しながら構築している。本発表では，その具体例としての「アルコール離脱せん妄に対する処方支援プロトコル」を取り上げ，その策定過程から運用実績，臨床アウトカムへの影響を報告するとともに，救急専門薬剤師の今後の展望について考察する。

救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント
～最高のアウトカムを見据えた介入～
演題番号　PD3-4（P）

救急専門薬剤師の最先端を教育の側面から考える

○柴田 啓智[1]，大窪 真実[2]，西村 知晃[1]，甲斐 光[1]
[1]済生会熊本病院 薬剤部，[2]尼崎中央病院 薬剤部

救急専門薬剤師が所属する施設の大部分には，複数の救急認定薬剤師が在籍している。このことは，救急領域で活躍できる薬剤師を育成するというマターに対して，救急専門薬剤師がメンターとして機能していることの裏付けであると考える。いいかえれば，救急専門薬剤師には，他の薬剤師がインスパイアされるような魅力を持つことが求められているのではないだろうか。育成とは，まさに社会貢献である。私自身が臨床で対応できる患者は限られていて，認定薬剤師試験をクリアできる薬剤師が自施設に複数存在するというマンパワーは，スタッフの安心感のみならず，患者サービスにおける質の担保にも有効である。加えて，救急専門薬剤師の育成が及ぶ範疇が，自施設に留まらないならまさに最先端（Cutting Edge）といえるのではないだろうか。薬剤師レジデント制度を持ち合わせない施設であったとしても，スタッフを自施設で育成し，他の施設でも活躍できる人材に育て，地域社会に輩出することは，救急専門薬剤師に今後強く求められる業績になると確信している。今回では，救急領域における薬剤師の育成について，救急専門薬剤師がどのように関わるべきか議論を重ねたい。

救急専門薬剤師の薬学的介入のポイント ～最高のアウトカムを見据えた介入～
演題番号　PD3-5（P）

稀少症例にこそ専門性を ～有毒アルコール中毒の一症例～

○田村 亮[1]，有吉 孝一[2]
[1]神戸市立医療センター中央市民病院 薬剤部，[2]神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター

薬毒物中毒はその発生に至る経緯や起因薬物は多岐に渡り，原因物質の特定の遅れは適切な治療の遅れに直結する。中毒診療は「中毒を疑う」から始まり，「起因物質の特定（可能なら定量も）」，「解毒拮抗薬，その他治療の選択」，そして「評価」という治療軸に沿って，多様な状況に対応する必要がある。症例は精神科通院中の50歳代男性，希死念慮が生じていた某日，意識レベルが低下していたところを家人が発見し，救急搬送された。青緑色の吐物からは処方薬を含む，何らかの中毒が疑われたが，ERでの精査では特定困難であった。その間，代謝性アシドーシスが進行し，持続血液透析を開始した。また，自宅から大量服用の形跡が発見され，有毒アルコールの種類および推定服用量が判明した。演者はERから本症例に関わり，当初4種の起因物質の可能性を想定した。この内，摂取が推定された有毒アルコール中毒に適応を有する拮抗薬の使用とその投与方法を医師に推奨し，一度は断られたが協議を重ね，持続血液透析下で投与することとなった。本講演では症例における薬学的介入のポイントを解説し，救急専門薬剤師の着眼点や医師との協議のポイントについて共有，討論したい。

地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ（委員会企画）
演題番号　PD4-1（D）

ピアレビューを伴う救命救急センター機能評価による地域救急医療体制の包括的評価と改善効果

○今村 浩[1,2]，前田 保瑛[1]，秋田 真代[1]，上條 泰[1]，市川 通太郎[1]，問田 千晶[1]，高山 浩史[1]
[1]信州大学 救急集中治療医学，[2]長野県救急医療機能評価委員会

【背景】地域により事情が異なり，多くの機関が関与する救急医療の体制を包括的客観的に評価するのは比較的困難である。救命救急センター（救命C）は地域の三次のみならず救急医療全体の質を向上させる役割も期待されているが，その充実度評価は書面のみを用いて行われており，地域に即した役割の評価や医療施策への反映のために十分とはいえない。【報告】長野県では「救急医療機能評価委員会」が，県内の救命Cに対して毎年1～2施設ずつ現地調査を行っている。委員会構成員は県内外の救急医（救命C責任者等），看護師，消防，医師会，行政担当者等から成る。調査では救命C充実段階評価調査票の内容確認に加えて，当該地域の救急医療全体とその中で救命Cが果たす役割，他医療機関や消防との連携についても評価される。抽出された課題は県や地域においてシステム改善のために役立てられる。【結語】地域の救急医療体制の改善に資する評価を行うためには，作成した評価指標に基づき，地域に即したピアレビューを行うことが有効である。救命Cは地域の救急医療を俯瞰しうる立場にあり，既存の救命C充実度評価を拡大利用することは一つの手段となり得る。

地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ（委員会企画）
演題番号　PD4-2（D）

救急医療機関における救急応需の「過密度」指標作成の試み

○宮崎 敬太[1]，福島 英賢[1]
[1]奈良県立医科大学附属病院 救急医学講座／高度救命救急センター

救急搬送は特定の医療機関へ集中する。しかしこの救急搬送の「過密度」に関する指標はない。今回我々は，奈良県救急医療管制支援システム：e-MATCHの病院到着後の時間データを用いて，この「過密度」の指標化を試みた。2023年中に2000件以上の受け入れ実績のある11救急医療機関（全搬送41,081件）における前事例から次の事例搬送までの「搬送間の時間分布」および「病着後から医師引き継ぎまでの時間分布」を確認した。「搬送間の時間分布」の中央値は75分（四分位区間　75-97.5）で2019年の実績（96分）に比して有意に短く，連続した搬送が増えている傾向がみられた（Wilcoxon Rank-Sum test，$p = 0.026$）。また30分以内の搬送件数は総数9,025件（22.0％）であり，2019年の実績（19.2％）に比して増加傾向にあった。さらに医師引き継ぎまでの時間の平均値は1.87分と2019年の1.32分に比して有意に延長していた（Wilcoxon Rank-Sum test，$p = 0.004$）。これらの指標は救急搬送における「過密度」の指標として活用できる。

地域の救急医療体制全体を評価するための評価指標作成のこころみ（委員会企画）
演題番号　PD4-3（D）

地域における救急医療体制の評価指標を作成する試みについて

○小橋 大輔[1]，田邉 晴山[2]，森田 正則[3]，吉田 隆浩[4]，岡 和幸[5]，髙橋 宜明[6]，豊田 信之[7]，宮地 利幸[8]，森村 尚登[9]
[1]太田記念病院 救急救命センター，[2]救急振興財団救急救命東京研修所，[3]堺市立総合医療センター 救命救急センター，[4]岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター・救急科，[5]島根大学医学部附属病院 高度外傷センター，[6]仙台市消防局 救急部，[7]柏市消防局 沼南消防署 消防管理室，[8]福岡市消防局 警防部，[9]東洋大学 情報連携学 学術実業連携機構

MC検討委員会では，救急医療におけるMCに関わる調査の実施や提言・ガイドラインの策定などを通じて，救急医療の進歩，発展，普及を図ることを目的に活動を行っている。現在，救急搬送の受け入れ状況は地域により大きな差が存在する。消防・医療機関が個々に体制整備を行うには限界があり，地域全体での連携が必要である。地域全体の救急医療体制の評価が診療報酬等に反映されれば，これらの体制整備に取り組むモチベーションになる可能性があるものの，現状，地域全体の救急医療体制を評価する指標は存在しない。そこで当委員会では，この評価指標の作成を行うべく議論を行っている。昨年度は8回の会議を行い，地域住民が救急医療に期待する迅速性・網羅性・専門性という観点に加え，地域性・改善可能性も含めた指標について議論を行い，心停止，心筋梗塞，脳卒中，外傷などの重症疾患，現場到着時間や搬送困難事案についてアウトカム指標，プロセス指標，ストラクチャー指標の整理を行った。具体的な算出には困難を伴う指標もあり，実用的な評価指標の作成にはまだ至っていない。本口演では現在までの議論と挙げられている評価指標について報告する。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~

演題番号　PD5-1（D）

当院におけるRapid Response System（RRS）導入の効果と課題について

○原口 将弥[1]，伊藤 裕介[1]，宗宮 秀太[1]，林 靖之[1]，澤野 宏隆[1]
[1]大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター

【緒言】入院患者の病状悪化を早期に発見し，適切な介入を行うRRSが多くの施設で導入されている。当院は，2023年4月1日より導入した。RRS導入の前後の結果と課題について報告する。【方法】RRS導入前後1年間の全入院患者を対象とし，入院患者1000人当たりの予測外死亡者数を比較した。また，導入1年後に病棟看護師にアンケート調査を行った。【結果】入院患者数は2022年度が7656人，2023年度は7856人で，入院患者1000人当たりの予測外死亡者数は，2022年度は2.35人，2023年度は1.65人であった。アンケート調査では55％の看護師が患者の相談がしやすくなったと答えたが，RRSは15％，National Early Warning Score（NEWS）は40％が理解できていなかった。【考察】RRSの導入により，予測外死亡者数は減少した。NEWSを使用することで，急変リスクを相談しやすくなったことが要因として考えられた。しかし，未だ内容を理解していないものが多く，継続した教育が必要と考える。【結語】RRSの導入により予測外死亡者は減少することができるが，継続的な教育が必須である。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~

演題番号　PD5-2（N）

早期警告スコア（NEWS）を用いたRapid Response System（RRS）

○前田 貴斗[1]，河﨑 司[1]，小林 誠人[2]
[1]鳥取県立中央病院 高次救急集中治療センター ICU，[2]鳥取県立中央病院 救急集中治療科

【目的】院内急変の減少と患者安全の向上を目的としたRRSの運用を評価する。【方法】当院は2021年に高次救急集中治療センター（救急集中治療科）が新設され，院内外の救急・集中治療体制改善，構築に取り組んでいる。その一環として，救急集中治療科医師，クリティカルケア認定看護師，医療安全対策室によるRRS委員会を設立し，各病棟にRRSリンクナースを配置した。2024年5月より早期警告スコア（NEWS）を電子カルテに実装し，RRS起動基準はNEWS7点以上または病棟看護師の判断，初期対応はRRS看護師が担う体制に改変した。NEWS導入前後の連続20ヶ月間におけるRRS対応件数，院内急変数，患者予後を比較し，その変化の傾向を分析した。【結果】RRS起動件数は導入前0件，導入後48件であり，院内急変件数は導入前114件，導入後103件であった。予測外死亡は導入前10件，導入後7件であった。【結論】NEWSを用いたRRSの有用性が期待される。今後，RRS未要請事案などの要因を分析し，適切な教育・フィードバック体制のさらなる構築は必要である。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~

演題番号　PD5-3（D）

当院におけるRapid Response Systemの導入とこれまでの取り組み

○木口 雄之[1]，金山 悠[2]，岸本 吉登[3]，近藤 匠己[4]，福並 靖崇[5]，森田 孝[4]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科，[2]大阪急性期・総合医療センター 救急病棟，[3]大阪急性期・総合医療センター ICU，[4]大阪急性期・総合医療センター 心臓内科，[5]大阪急性期・総合医療センター 麻酔科

Rapid Response Systemは，患者の異常を早期認識，早期介入し，致死性の急変を未然に防ぐシステムである。診療報酬改定を契機に，当院ではRRSを2023年3月に導入した。Rapid Response Team（RRT）の編成については病院全体の理解を得るために一つの診療科，病棟だけで編成せず，集中治療を得意とする複数の診療科医師及び病棟看護師を中心に編成した。「起動」は当初は病棟からの院内急変コールと対象病棟を限定したRRTによる定期ラウンドを実施していた。しかし，ラウンド対象病棟以外の心停止の発生が減少しないことや院内から対応病棟拡大の要望があり，病院とも交渉し，電子カルテにNEWS自動計算システムを導入し，全病棟に対象を拡大しRRTによる能動的な患者のピックアップを開始した。また，「対応」については当初はMETで対応だったが，業務量の拡大に伴い，RRT対応に変遷した。「評価」は導入当初から事例報告システムを構築し，データの収集，分析，評価を行い，その結果をもとに「管理」として，委員会で評価し，上記のようなシステムの改善に繋がった。2023年度は60件のRRTコールを認めた。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~

演題番号　PD5-4（C）

Rapid response system新時代のビジョン ～国民の医療参画により医療安全文化にもう1手加える～

○小池 朋孝[1,2]，藤谷 茂樹[1,3]，川原 千香子[1,4]，鹿瀬 陽一[1,5]，森 一直[1,6]，仲 俊行[1,7]，谷井 梨美[1,3]，山崎 早苗[1,8]，冨岡 譲二[1,9]，野々木 宏[1,10]
[1]日本臨床救急医学会 患者安全検討推進委員会，[2]北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室，[3]聖マリアンナ医科大学 救急医学，[4]帝京大学シミュレーション教育研究センター，[5]東京慈恵会医科大学 麻酔科学講座，[6]愛知医科大学病院 NP部，[7]テルモ株式会社 テルモメディカルプラネックス，[8]東海大学医学部付属病院，[9]社会医療法人緑泉会米盛病院 救急部，[10]静岡県立大学 薬学部

本邦ではRapid response system（RRS）という言葉が使われ始めて15年以上が経ち導入施設は増加している。しかし熟成した施設は少なく，院内救急体制の早急な充実が望まれる。世界でも，未だ病状の増悪が見逃された事が原因の予期せぬ死亡が散見されるが，事例から得られた教訓により医療安全の為に法整備がされたケースがある。英国で病状の増悪が見逃されて13歳の尊い命が奪われた。これがきっかけで医療従事者やメディアの尽力のもと，患者と家族が急速な悪化を感じた場合や，重大な懸念を抱いた場合，直接同じ病院内のICU／HCU医師による迅速なレビュー，セカンドオピニオンを容易に求める権利を与えることの法制度が整えられた。我々は国民の医療参画をRRSの最後のセーフティネットとして捉え，英国と同様の整備がされる為の研究を行っている。さらに医療安全全国共同行動と協力し，国民を重要な参加者として医療に関する教育や本邦の医療における問題点の周知を試みている。本講演では具体的な取り組み内容を紹介し詳細な展望を述べる。なお，本研究は公益信託丸茂救急医学研究振興基金助成金の給付を受けて行うものである。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~
演題番号　PD5-5（D）

○竹上 徹郎[1]，的場 裕恵[1]，高階 謙一郎[1]
[1]京都第一赤十字病院 救命救急センター

RRSの起動しやすい体制と病院全体を巻き込んだ多職種連携

患者の状態悪化時に予兆を捉えて早期に介入するRapid Response System（RRS）について，当院は2017年より看護部が開始し，2019年から医師も参加，2020年から24時間体制へ拡大している。RRS起動判断に悩む事がある事から，簡単なバイタル基準を設定しどれか1つでも該当すれば起動とした。該当しなくても気になれば起動可能でオーバートリアージ容認とした。起動方法や現場が混乱した事例から，病棟や部署毎に4桁の専用番号を設定し，コールするだけとしたことで，起動への心理的負担を軽減した。RRS対応者は救急認定看護師と救急・集中治療医師だけでなく，夜間勤務者もメンバーとして新たな人員配置はしていない。毎月全症例を医師，看護師，薬剤師，臨床工学技士に医療安全室も参加して薬剤，医療機器や医療安全に関することまで検討・改善し，同月の管理会議で迅速に報告することで病院全体への周知を図っている。これにより急変対応は，心拍・呼吸停止のコードブルーは減少し，RRSが主になって早期発見対応できるようになった。今後，電子カルテからバイタルデータを収集するシステムも導入予定である。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~
演題番号　PD5-6（D）

○濱口 純[1]，松岡 遼平[2]，功刀 慎一[2]，橋本 雄大[2]，星 英輝[2]，堀越 佑一[1]，清水 敬樹[1]
[1]東京都立多摩総合医療センター 救命救急センター，[2]東京都立多摩総合医療センター 看護部

看護師主導によるRRS
～施設特性を理解することは，RRS定着への近道となる～

当院は総病床数789床の成人総合病院で，2019年10月よりRRS運用を開始した。当院のRRSは，運用開始前の看護師へのアンケート調査を基に，シングルパラメーターの要請基準，まず看護師同士で相談できるシステム，そして主治医が対応困難な場合の相談窓口としての役割，の3つを軸に活動している。これらは「要請しやすさ」を模索した一つの形であり，その結果「看護師主導によるRRS」をポリシーとして活動している。開始当初は要請件数が伸び悩んだものの，さまざまな広告活動や教育機会の創出によりRRSの認知度を高め，運営部門では定期的なRRS規約と活動の見直し（看護部所属救急救命士の参入，活動時間の拡大，RRTスタッフの養成など）により要請者や病院のニーズに応えることで，病院全体にRRSの文化が根付くに至った（2023年度；11.0／新規入院患者1,000人あたりの要請件数まで増加）。RRT Nsは現場における課題の吸い上げ，要請者側との連携の核となり，RRT Drや病院幹部と連携しつつ障壁にアプローチしてきた。本発表では，具体的な活動を紹介するとともに看護師主導のRRSの利点／欠点についても言及する。

患者安全検討推進委員会企画「RRS運営」~多職種によるRRSの運営からベストプラクティスを共有しよう~
演題番号　PD5-7（D）

○有元 秀樹[1,2]，大川 惇平[2]，伊藤 厳太郎[2]，安井 大賀[2]，仲川 晃平[2]，儀賀 普嗣[2]，北田 真己[2]，松田 遵[2]，丸橋 美郁[2]
[1]医誠会国際総合病院 医療安全管理室 臨床倫理委員会，[2]医誠会国際総合病院 救急科

Rapid Response Systemと終末期医療のジレンマへの挑戦
～RRSを中心とする医療安全と臨床倫理委員会との連携～

当院は560床を有する二次救急告示医療機関であり2023年の開院以来，医療安全管理室に属するRapid Response System（RRS）を運営している。しかし昨今の高齢者救急の受け入れ増加により，現場において終末期について考慮しなければならない事例も存在しRRS対応の難しさを経験する。終末期医療について院内の臨床倫理委員会により生命維持治療のあり方についてのガイドラインを策定した。基本的な考えとして治療オーダーが不明な際は救命を優先し，その上で「治療限界」を医学的・倫理的・法的に妥当性を見定め，定められたプロセスを経ることで人工呼吸器やECMOなど生命維持装置の離脱を可能とするガイドラインを制定した。現場で発生したジレンマに対しては主治医のみに負担をかけないことを重要視し，病棟スタッフのみならずRRSとして医療安全および臨床倫理委員会，MSWなど複数の職種がACPを含めた検証を行い病院としての方針を決定することとして対応している。終末期医療におけるRRSと臨床倫理委員会の当院での運営について報告する。

救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題
演題番号　PD6-1（HS）

○岡部 伸太郎[1]，松本 昌子[1]，中尾 真唯[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

入院時重症患者対応メディエーターを担う公認心理師のニーズと課題：救急救命センターにおける公認心理師の活動から見えるもの

【背景】救命救急センターで入院時重症患者対応メディエーター（以後メディエーター）を担当する公認心理師（CPP）は多くはない。そこで当センターにおける活動からメディエーターを担当するCPPへのニーズについて検討する。【目的】メディエーターを担当するCPPのニーズが高い症例を明らかにする。【方法】2024年4月から12月にCPPは原則週3回日勤帯に可能な限り搬送時から患者家族に介入した。救命救急センターに入院した患者数，疾患内訳，CPP介入数等を調査した。【結果】上記期間の入院総数は1039例であった。CPPは医師・看護師からの依頼で後日介入した21例を含む150例に介入し，脳死や自殺企図等患者家族への心理支援の必要性が高い25症例には継続的な介入を行った。【考察】救急救命センターでは患者家族の不安や動揺に対処し患者家族の受容や意思決定を支援する介入のニーズが高く，他職種よりも心理的支援に関する専門的な知識・技術を持つCPPの特性がメディエーター業務に活かされている。【まとめ】救急救命センターでは患者家族の心理支援が重要で，CPPはメディエーターとしての活躍が期待される職種だと考えられる。

救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題
演題番号　PD6-2（MS）

MSWが担う入院時重症患者対応メディエーター活動の実情と課題

○寺田 祥子[1]，佐々木 亮[1]
[1]国立健康危機管理研究機構（JIHS）国立国際医療センター 救命救急センター

当院では2023年8月より，入院時重症患者対応メディエーター（以下CCM）として，MSW1名配置で開始となった。介入する中で，救急領域の患者・家族の隠れたニーズとして「医療費の不安」があった[1)]。これはMSWがCCMとして関わることで，家族は医療費の不安を早い段階で解消することに至り，病状理解に専念できる環境を創り出し，ラポール形成するきっかけとなっている。また，脳死後の臓器移植患者の対応では，CCMは入院当初から関わる。家族は移植という重大の決断をした途端に，説明や手続きなどで，患者と家族との最後の時間は細切れとなってしまう。そこで，MSW業務の一つでもある心理的サポートとして，患者の生活を通して振り返りができるような継続的支援をしたところ，患者・家族への満足度につながる支援となった。介入を経て課題となるのが，救急領域の知識のみならず，移植に関する知識習得と幅が広いことである。また，橋渡しをするうえで，院内での知名度のないCCMへの受け入れの壁を感じることもある。そのため，より良い課題解決のために日々検討を重ねている。1）第2回入院時重症患者対応メディエーター実務者発表会

救命救急センターで活動するメディエーターの現状と課題
演題番号　PD6-3（N）

入院時重症患者対応メディエーターを看護師が担うメリット・デメリット

○鈴木 寛代[1]
[1]東京都立墨東病院

現在，入院時重症患者対応メディエーター（以下，メディエーター）養成講習会の受講割合の半数が看護職である。そこで，メディエーターを看護師が担うメリットとデメリットについて検討していく。看護師がメディエーターを担うメリットは，24時間患者の最も近くで看ている職種である。重症な患者へのケアだけでなく家族へのケアを行う職種でもあるため，他職種と比べて患者家族へ関わる時間が長いことが挙げられる。そのため，家族の状況や情報も得られやすく関係性を構築しやすい職種と言える。メディエーターの役割の中で多職種との連携や調整は，重症患者の家族に対してタイムリーな支援やスピーディーな支援につながる。次に，看護師がメディエーターを担うデメリットとして，立場を混同しやすいこと，人員の確保が困難なこと，診療に関わらないことなどが挙げられる。メディエーターを行う看護師の立場として，役職の有無や専門看護師や認定看護師などの資格の有無，経験年数が長い者が担うのか検討する必要もある。さらにメディエーター不在時も，家族に対してタイムリーな支援ができる体制を院内に整えていくにはどの様な支援が必要か検討していきたい。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-1（E）

救急救命士の救急救命処置（特定行為）における対象年齢に関する認識についての再確認

○福岡 範恭[1]，黒﨑 久訓[2]
[1]愛知淑徳大学 健康医療科学部，[2]京都橘大学 健康科学部

救急救命士は，医師の具体的な指示を受けなければ，厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならないとされている（救急救命士法第44条）。また，救急救命士法施行規則第21条で，救急救命士法第44条第1項の厚生労働省令で定める救急救命処置（いわゆる特定行為）は厚生労働大臣が指定する薬剤を用いた輸液・器具を用いた気道確保・薬剤の投与が掲げられているが，対象年齢についての明記はされていない。しかし実際には，厚生労働省通知等の標準プロトコールで例示されている8歳や15歳といった年齢をそのまま地域のプロトコールに用いられている地域があるためか，もしくは救急救命士国家試験問題で対象年齢に関わる問題がこれまでにも出題されたためか，指示を出す医師だけでなく救急救命士であっても対象年齢に対する認識に差があるように思われる。そこで本発表では，法令，国家試験過去問題，救急救命士養成教育に関わる標準テキストの記載内容，本邦の年齢別アドレナリン投与の実態，そして県または地域のプロトコールを再確認したうえで，今後の小児病院前救護に関わる教育コースや救急救命処置範囲拡大の検討について発表する。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-2（D）

全国消防本部アンケート調査からみた小児病院前救護に関わる教育体制

○余湖 直紀[1]，問田 千晶[1]，賀来 典之[1]
[1]日本臨床救急医学会 小児救急委員会

【背景】小児重症患者の割合は成人に比べて少なく，救急救命士が搬送に遭遇する機会は極めて低い。【目的】小児病院前救護に関する教育の実態を明らかにし，救急救命士に対する教育体制を検討する。【方法】2024年に全国消防本部を対象に小児病院前救護の各処置に関する教育の充足度と必要性について，アンケートを実施・解析した。【結果】回答率は77.9％（561／720）であった.救護処置の全項目ともに，教育の充足度が50％以上と回答した施設数は，半数に満たなかった.充足度が低い項目は，気管挿管（3.7％），静脈路確保（9.3％），声門上気道デバイスの挿入（11.2％）であった。これらは，“教育の必要性なし”の回答が多い項目とも一致していた。ほかの項目は，多様な教育方法が望まれており，講義とシミュレーションは400以上の施設が必要と回答していた。【結論】小児病院前救護に関する教育の必要性は認識されている一方，不十分な体制整備が明らかとなった。小児病院前救護トレーニングコースを活用した教育体制の整備等が質の向上に不可欠であると同時に，普及への課題について議論したい。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-3（D）

病院前救護における小児内因性病態対応の標準化に向けた教育

○山上 雄司[1,2]，賀来 典之[2]，問田 千晶[2]
[1]兵庫県立尼崎総合医療センター 小児救急集中治療科，[2]日本臨床救急医学会 小児救急委員会

メディカルコントロール（MC）の柱は指示・指導・助言，事後検証，教育だが，小児では重症症例が少なく，特定行為が限定的で，教育を行う施設が限られるため小児傷病者に関わるMCは非常に未熟である。日本臨床救急医学会小児救急委員会では2015年から救急救命士に対する病院前救護における小児内因性病態対応の標準化を目標に，小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）を開催している。成人では2008年より内因性傷病者に対する病院前救護活動の標準化を目指したPEMECが開催されており，総務省消防庁の緊急度判定プロトコルと整合性をとりながら呼吸困難，動悸，胸痛，めまいなどの症状・症候に対する初期対応の標準化を目指している。PPMECでは好発疾患，病態が成人とは異なるため，対象を小児の評価，Basic airway，Advanced airway，アナフィラキシー（エピペン®）とし，成人と同様の緊急度判定プロトコルで評価することで，小児症例への苦手意識を軽減出来ると考えている。また，今後はオンラインコースやオンデマンド動画教材の充実を図り数少ない小児内因性重症病態への対応を反復し学習できる体制作りを進める。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-4（D）

小児外傷の病院前救護教育：現状と課題

○石原 唯史[1]
[1]順天堂大学医学部附属浦安病院 高度救命救急センター

近年の救急救命士法の改訂により，アドレナリン投与やショック輸液，血糖測定など，病院前で実施可能な特定行為は拡大しつつある。しかし，その適用範囲は主に成人に限られ，小児プロトコールに関しては処置や年齢による制約が依然として多い。かつて小児の主要な死亡原因であった「不慮の事故」による死亡数は，この10年で約半減し，それに伴い重症小児外傷患者に対応する機会も減少していきる。この傾向は医療従事者が小児外傷の病院前診療を学ぶ機会の減少にもつながり，実践的な教育の必要性がますます高まっている。本邦にはJATECやJPTECなどの外傷診療教育コースが存在するが，いずれも成人を主対象とし，小児に関する学習内容は教科書の記載に留まっている。アメリカ救急医学会が主催するITLS Pediatric Course（International Trauma Life Support）は，小児外傷の病院前診療に特化した本邦唯一の教育プログラムである。重症小児外傷患者の減少という現状を踏まえつつ，小児外傷の病院前診療に関する教育の現状と課題を明らかにし，教育機会の確保と専門的トレーニングの充実に向けた方策を議論する。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-5（D）

精神症状対応の教育コースは小児病院前救護にも活用できるのか

○日野 耕介[1,2,3]，濱田 拓也[3,4]
[1]公益財団法人復康会沼津中央病院，[2]日本臨床救急医学会 PEECコース運営および新コース開催ワーキンググループ，[3]日本臨床救急医学会 病院前救護における自殺企図者のケア方法を普及させるためのワーキンググループ，[4]有明広域行政事務組合消防本部

救急・災害医療では，精神症状に関連する問題を抱えた傷病者に対応する機会があるが，小児の案件が占める割合は，他の多くの領域と同様に少ない。しかし，小中高生の自殺は増加傾向が続いており，重大な社会問題である。これらの年代が過量内服やリストカットなどのために救急案件となる事があり，その場合病院前救護を行う者が，その後の自殺予防のための多職種連携の第一走者を担うことがある。また，災害発生時は被災者や支援者に心理的な問題が起こりうるが，小児は優先して対応されることが望ましい属性のひとつである。そのため災害医療に関わる者は，最低限の「小児のこころのケア」に関する知識を備えていることが好ましい。本学会では，救急医療従事者が精神症状対応を学ぶ教育コースとしてPEECコースを，またその知識やスキルを病院前救護で実践するための教育コースとしてPPSTコースを展開しているが，いずれも主に成人傷病者を想定した内容となっている。本演題では，これらのコースで学んだ内容がどの程度小児病院前救護にも活かせるのかを検討し，今後の課題を考察する。また，災害時の現場活動で活かせる教育コンテンツについても紹介する。

小児病院前救護に関わる教育コースの現状と課題
演題番号　PD7-6（D）

小児科医への小児診療初期対応コース（JPLSコース）の現状と展望

○賀来 典之[1,2]，加藤 宏樹[1]，堀江 貞志[1]，太田 邦雄[1]
[1]日本小児科学会 JPLS委員会，[2]九州大学病院 救命救急センター

JPLS（Japan Pediatric Life Support）コースは，「防ぎうる心停止から子どもたちを守る」をコンセプトに，小児科医を対象に日本小児科学会が策定したコースである。心肺蘇生や気道管理のスキルに加え，シナリシミュレーションで小児の系統的評価を通して，呼吸障害・循環障害・意識障害の重症度判別と対応を学ぶ。また，虐待対応，傷害（事故）予防，アナフィラキシー対応に関連するシナリオを通して，それぞれのテーマについてのグループディスカッションを行っている。さらに，初期診療施設から高次医療機関への搬送をテーマに，必要な資機材の準備や連絡，搬送中の対応について，地域の実情に合わせた議論を深める時間があることも本コースの特徴である。本コースは2016年の開始以降，全都道府県で全170回を超える開催となり，総受講生は1,700名を超えるまでに至っている。今後も若手だけではなく，すべての世代の小児科医が広く受講し，子どもたちの命を繋ぐ最初のステップがより確実なものとなるようコースを展開していく予定である。

こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動
演題番号　PD8-1（E）

○伊藤 正幸[1]，山中 伸二[1]
[1]小牧市消防本部

小中学校での「防ぎ得た死」をゼロにするため，教員と協力した応急手当普及啓発活動について

本市では，平成28年から45分の救命入門コースを展開しているが，市内小中学校における生徒，児童の受講者数は年間200名程度にとどまっている。また，小中学生の心肺蘇生教育については各小中学校によって実施方法が異なっているのが現状である。そこで，本市において実施した，教員対象の応急手当普及員講習と教員によって実施した救命入門コース等の取り組みについて報告する。生徒，児童の年齢層によって到達目標は若干異なっており，講習開催にあたって学校や教員は不安を感じていた。そこで，事前準備を含めて消防職員1名が個別にフォローを行うことにより，授業の質を担保することができるとともに学校側の満足度を向上させることができたと考える。このように学校と消防本部が協働で進めたことにより，救命入門コースが学校の授業として確立でき，継続的な教員による救命入門コース等の開催が可能であると考える。現在，25校中15校に応急手当普及員に認定した教員が在籍している。将来的には市内全ての小中学校に応急手当普及員に認定した教員を在籍させ，救命入門コースを開催することにより「防ぎ得た死」を皆無にしていきたいと考える。

こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動
演題番号　PD8-2（D）

○村上 公子[1]，淺井 英樹[1]，伴 理紗子[1]，木下 有紗[1]，宮崎 敬太[1]，福島 英賢[1]
[1]奈良県立医科大学附属病院

子供を対象とした口頭指導シミュレーションの心肺蘇生実施状況について

【はじめに】子供が119番通報した場合の口頭指導下での蘇生処置は十分に検討されていない。【方法】救急フェアに参加した子供たちに，成人男性が目の前で突然倒れ，119番通報をすると別室の通信司令員が救急蘇生の口頭指導を行う，というシミュレーションを実施し，蘇生処置に関するデータを収集した。【結果】44組（78人）の子供たちが参加し，全組で119番通報と胸骨圧迫が行われた。43組でAEDを取りに行き，42組で正しく使用できた。10歳以上の子供が含まれる16組では，含まれない28組と比較して，胸骨圧迫実施率（67% vs 46.5%；$p<0.05$）が有意に高く，胸骨圧迫開始までの時間（165秒 vs 212秒；$p<0.05$），AED使用までの時間（293.5秒 vs 348秒；$p<0.05$）が有意に短かった。【考察】子供たちは概ね口頭指導に従えたが，10歳未満では電話対応に時間がかかる傾向があった。円滑な蘇生処置を促すには，口頭指導の工夫と事前教育が重要と考えられる。

こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動
演題番号　PD8-3（D）

○前田 保瑛[1]，問田 千晶[1]，今村 浩[1]
[1]信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター

児童・生徒・学生の自傷・自殺未遂に係る全国疫学調査からみる自殺者減少にむけた支援のあり方

【背景・目的】こどもの自殺者数は増加傾向だが，自殺につながり得る自傷・自殺未遂に関する現状は明らかでない。【方法】2022年12月～2023年12月に「自傷・自殺未遂レジストリ；JAPAN Registry of Self－harm and Attempts」に登録された1987例の内，生徒・学生等に属する症例を対象とし，その特徴を解析した。【結果】対象例は235（全登録例の12%）。内訳は小学生7例，中学生55例，高校生80例，大学生67例，他の生徒・学生26例であった。年齢は中央値17歳，女性は167例（全体の71%）。自傷・自殺未遂の実施日は平日が96%，場所は自宅が76%と最多であった。手段は過量服薬が70%と最多で，43%が処方薬，61%が市販薬を用いていた。希死念慮が確認できた症例は，来院時81例，救命救急センター退出前45例であった。過去に自傷・自殺未遂歴があった症例は110例であった。【結語】希死念慮や自傷・自殺未遂歴がある症例が多く，自傷・自殺未遂者への対応が自殺者減少にむけて重要である可能性が示唆された。属性（児童・生徒・学生）ごとの特徴を明らかにし，支援について議論したい。

こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動
演題番号　PD8-4（D）

○柿 佑樹[1]，井上 元[1]，鈴木 恵輔[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 救急・災害医学講座

当院における虐待予防・事故防止システムについて

こどもの事故予防は家族だけではなく，社会全体で取り組むべく重要な課題である。事故や外傷の中には不注意により生じるものもあり啓発などを行うことで未然に防げることがある。小児の外傷診療では患部の診療に注力しがちだが，事故の再発予防や周囲の環境調整についても考慮する必要があり，コメディカルを含めた全スタッフでこどもの最大の幸福のために努力する必要がある。医療機関へは軽微な事故や事件での受診が多いが，さらなる重大な事象の予防・教育・啓発に多職種で介入できる場であり，いわば最後の砦である。危険のサインを見逃さない様に，多職種で診療に取り組む必要がある。救急隊は実際に自宅・家庭の様子などを肉眼で確認でき，貴重な情報源である。こどもに携わるスタッフ全員で連携を密に行い地域の予防線としての役割を担う必要がある。今回は当院の虐待対応マニュアルを紹介しながら事故予防や虐待への介入について検討する。

こどもの事故予防と救急対応の教育：家庭や学校での啓発活動
演題番号　PD8-5（D）

SNSリール動画「1分で伝えるER」で広げる啓発活動

○関根 一朗[1]，鱶口 清満[1]，金井 祐樹[1]，佐藤 史和[1]，田口 梓[1]，福井 浩之[1]，寺根 亜弥[1]，山上 浩[1]
[1]湘南鎌倉総合病院

近年，行政や医療機関がSNS動画を活用し，感染症対策，心肺蘇生法，交通安全などの啓発活動を行い，従来の広報では届きにくい層にも情報を届ける手段として注目されている。救急医療の現場から発信する**Instagram「湘南ER」**もその一例であり，フォロワー約5万人の65％が25 ～ 44歳の子育て世代を占める。2021年に開始したリール動画**「1分で伝えるER」**は154本を配信し，そのうち85本でこどもの事故予防・救急対応を扱った。「異物誤飲」「肘内障」「頭部外傷」「熱中症」「発熱ホームケア」など幅広いテーマを提供し，「水の事故予防」（閲覧数4.8万回　いいね数2,106件）や「ぎんなん中毒」（5.2万回　1,734件）は大きな反響を得た。投稿には保護者や教育関係者から「初めて知った」「こどもに伝えたい」などのコメントが寄せられ，家庭や学校での具体的な予防行動や救急対応の促進につながっていると考えられる。SNSは時間や場所を問わず，対面教育では届きにくい層にも情報を届けることができる。対面教育とSNSを組み合わせた多層的アプローチが，こどもの事故予防と適切な救急対応の普及につながると考える。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-1（C）

大学教育における救急医療講義の実践と課題 ～薬剤師業務のアウトカム向上に向けて～

○齊藤 将之[1]，中島 義仁[2]，市原 利彦[2]
[1]名古屋市立大学大学院 薬学研究科，[2]公立陶生病院 救急部

【目的】救急外来における薬剤師業務の標準化が進む中，大学教育における救急医療講義の不足が課題である。薬剤師が救急外来でアウトカムを出すには，学生時から救急医療への理解と興味を向上させる教育が重要である。そこで効果的な救急医療講義のモデル構築を目的に，大学教育での取り組みを報告する【方法】名古屋市立大学薬学部4年生56名を対象に急性薬物中毒に関する講義と演習を実施し，講義後のレポートを用いて学生の救急医療に対する理解度や関心を調査した【結果】レポートでは全ての学生が救急医療に対する理解と関心を示す回答が得られ，学生の救急医療に対する関心を高めることができた。一方で専門知識の不足と臨床経験がないことによる緊急性の理解が課題として浮き彫りとなった【考察】令和4年度改訂の薬学教育モデル・コア・カリキュラムでは救急医療における医療チームでの薬学的管理の実践が謳われている。大学での救急医療講義は学生の理解と関心を高め，卒業後に救急医療への円滑な導入を促進できる。本取り組みを基に，より実践的な講義と救急医療従事者との連携カリキュラムを構築が将来のアウトカム創出に寄与すると考えられた

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-2（P）

2次救急外来における専従薬剤師の必要性と今後の展望

○立石 裕樹[1]，矢野 洋平[1]，後藤 貴央[1]
[1]医療法人徳洲会福岡徳洲会病院 薬剤部

救急外来では多様な疾患に対して多数の医薬品が使用されるため，薬剤師の積極的な関与が必要である。しかし，診療報酬や人員不足の問題から，全国的に薬剤師の配置は進んでいないのが現状である。福岡徳洲会病院（当院）は，年間救急搬入台数が13,000台を超える2次救急医療機関であり，軽症から重症患者まで幅広く対応している。2021年4月から，当院救急外来に専従薬剤師を配置し，平日の日勤帯において救急搬入患者に対して入院適応を問わず早期に介入している。専従薬剤師の活動により，投薬歴収集の迅速性と正確性が向上したほか，PBPM（Protocol Based Pharmacotherapy Management）を活用した処方オーダーのタスクシフトが実現した。また，他職種に提供した様々な医薬品情報を通じて，専従薬剤師の重要な役割を明確に示してきた。本シンポジウムでは，当院および徳洲会グループにおける救急外来専従薬剤師の有用性に関するデータを整理し，看護師および救急救命士に対して実施した多施設アンケート調査の結果を基に，今後の救急外来における薬剤師業務の在り方について議論を深めたい。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-3（P）

救急外来における薬剤師業務の拡大とその取り組みについて：オンコール体制から常駐へ

○西村 知晃[1]，柴田 啓智[1]，甲斐 光[1]，田上 治美[1]
[1]済生会熊本病院

当院は2022年6月から，救急専門・認定薬剤師による平日日勤帯におけるオンコール体制を開始し，緊急手術・入院患者の持参薬鑑別，緊急挿管時・t-PAモード時における薬剤準備などの薬学的管理を行ってきた。2024年9月からは薬剤師1名が救急外来に常駐となり，上記活動に加え，経皮的冠動脈形成術における抗血小板薬の選択支援，薬剤調製支援，服薬指導，薬剤情報提供書の作成などを実施し，業務内容の拡大に努めている。特に持参薬鑑別は，2024年9月から2025年1月までに420件実施しており，オンコール体制時の同期間（2023年9月から2024年1月）の103件から大幅に増加した。早期に薬学的アセスメントを実施することで，薬物治療の質向上と共に，病棟薬剤業務に対する後方支援に寄与していると考えられる。また，医師，看護師，救急救命士，診療放射線技師，臨床検査技師，臨床工学技士などで行う症例検討会や講義にも参加し，薬剤師の立場から情報提供を行うことで，多職種によるアウトカム向上にも取り組んでいる。本シンポジウムでは上記に述べた活動を具体的に紹介すると共に，今後薬剤師が担うべき活動について議論したい。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-4（P）

当院救急外来における薬剤師業務の変遷と薬剤師の役割

○佐藤 充朗[1]，新井 悠太[1]，大須賀 健次[1]，石川 なな[1]，金子 直之[2]
[1]深谷赤十字病院 薬剤部，[2]深谷赤十字病院 救急診療科

【背景】救急外来において，薬剤師の関与が望まれている。当院は2016年4月よりオンコール体制で救急外来業務を開始し現在に至る。【目的】業務を振り返り，薬剤師の役割を検討する。【方法】2016年度から2023年度の①対応件数②薬剤の準備・調製③中毒分析④治療相談・質疑応答⑤持参薬確認の件数を調査した。薬剤師の介入例を3症例提示する。【結果】各年度の件数は①23，16，59，64，78，148，153，204件，②11，13，51，60，77，143，144，196件，③4，0，2，5，8，7，20，31件，④5，1，15，13，11，11，42，41件，⑤5，1，4，2，1，2，13，18件であった。【症例】1．常用薬確認からイダルシズマブ投与を提案した症例。2．小児外傷で用量，調製を相談した症例。3．DOAC服用中の出血に対し中和剤を提案した症例。【考察】対応件数は増加傾向で，薬剤師の需要が示唆される。持参薬確認や治療相談も増加し，薬学的な業務が求められている。薬剤師の関与が安全と質の向上に寄与すると思われる。今後，薬剤師業務の拡大と標準化を進めていきたい。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-5（P）

救急集中治療領域における医療機器使用下の最適な腎機能評価

○伊部 裕太[1]
[1]札幌医科大学附属病院 薬剤部

救急集中治療において，患者の救命には人工呼吸器，腎代替療法，体外式膜型人工肺などの生命維持装置の使用が不可欠である。しかし，これらのデバイスは薬物動態に大きく影響を及ぼすため，適切な薬物治療の実践には薬剤師の役割が重要である。特に腎機能変化は薬物動態に大きな影響を及ぼす要因の一つである。従来，腎機能評価には血清クレアチニンに基づく推算式が用いられてきたが，筋肉量が低下した患者では精度の低下が課題である。生命維持装置の使用は入院期間の延長と関連し，それに伴う筋肉量低下が推算腎機能の過大評価につながる。一方，血清シスタチンCは筋肉量非依存の腎機能マーカーであるが，重症患者では炎症性サイトカインなどの影響を受けることが知られている。当施設では，腎機能評価が困難な症例に対し，薬剤師が主導してシスタチンCの測定や蓄尿法の実施を提案し，より精度の高い腎機能評価を実践している。また，薬剤師がInBodyを用いて筋肉量を評価し，腎機能との関連についても検討を進めている。本セッションでは，自施設での臨床研究を踏まえ，救急集中治療領域における医療機器使用下での最適な腎機能評価法について議論を深めたい。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-6（D）

ECMO管理中の抗菌薬は通常投与量で本当に良いのか？

○濱口 純[1]，清水 敬樹[1]
[1]東京都立多摩総合医療センター救命救急センター・ECMOセンター

体外式膜型人工肺（以下，ECMO）は，可逆性の重症呼吸不全または重篤な循環不全に対して施行される臓器代替療法である。ECMO患者ではしばしば抗菌薬治療を要するが，ECMO下では，分布容積の増大や薬物の性質（分子量や脂溶性・水溶性の違いなど）によるECMO回路への吸着が生じることにより，薬物血中濃度が変動することが指摘されている。模擬血液回路を用いた研究では，脂溶性薬剤で顕著に半減期が短縮する傾向を示している。一方，実臨床では肝・腎代謝を基に薬物投与量を調整しているのみである。また，自施設で迅速に薬物血中濃度を測定できる薬剤はグリコペプチド系など一部に限定され，実際のECMO患者における薬物血中濃度の変化はブラックボックスである。当院では，数種類の薬剤についてECMO管理中の薬物血中濃度を測定しているが，Voriconazoleなどの脂溶性薬剤では測定感度未満となり，通常量ではpartial treatmentとなっている可能性が示唆された。重篤な感染症では至適な抗菌薬投与が根本治療の鍵になることからも，ECMO管理中の薬物投与量について警鐘を鳴らしたい。

救急医療の薬剤師業務のポイント
演題番号　PD9-7（P）

薬剤師による医療機器使用下の薬物療法最適化：カテーテル管理に焦点を当てて

○吉廣 尚大[1]
[1]広島大学病院 薬剤部

カテーテルは救急外来からICU，病棟に至るまで幅広く使用される医療機器であるが，合併症として感染だけでなく血栓症が課題となっている。特にカテーテル関連血栓症（CAT）は，ICU患者の約17%に発生し，静脈穿刺後4日以内に半数が発症することが報告されている。CATは無症候性のことも多く，発症した場合の転帰との関連が十分に検証されていない。さらに，治療として行う凝固療法に関するエビデンスも少なく，コンセンサスは形成されていない。このため，治療を考える際には，患者個々の背景因子や，病態，薬理作用を考慮することが必要となる。薬剤師は，薬物療法の最適化と併せて，カテーテルの適応や使用期間の評価，内服薬への切り替え支援を行うことで，医療資源利用を適正化しCATの予防に貢献できる可能性がある。ケアバンドルの遵守促進や多職種連携を通じた薬剤師のカテーテル管理に対する介入が，医療経済的効果を高めることも示唆されている。本演題では，CATに焦点を当て，薬剤師が関与すべき凝固療法や，カテーテル管理を通して医療機器使用における薬物療法のポイントを整理する。

法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
~さらに発展した連携を構築するために~
演題番号　PD10-1（D）

○大西 光雄[1]，成田 麻衣子[2]，矢嶋 祐一[3]，阪本 太吾[4]，加古 嘉信[5]，若井 聡智[2]，加地 正人[7]，高階 謙一郎[8]，布施 明[9]
[1]国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター 診療部長，[2]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，[3]国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局，[4]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科，[5]上武大学 ビジネス情報学部 客員教授，[6]関東労災病院 救急集中治療科，[7]京都第一赤十字病院 救命救急センター，[8]日本医科大学 医学部 救急医学

法執行機関との医療連携 ～これまでの取り組みと目標の全体像～

法執行機関との医療連携のあり方に関する検討委員会では，2020年3月に“事件現場における事態対処医療標準ガイドブック”を上梓し，2023年12月に事態対処救護試行コースを開催した。取り組みは進んでいるが，法執行機関との医療連携の目標の一つは事態対処救護・医療のシステムにより，国民や法執行機関職員の生命を守ることである。現在の取り組みはまさにその嚆矢であり，事態対処救護コースは心肺蘇生におけるBLSに相当すると考えられる。事態対処要員と医療が連携するためにはさらに発展したコースの開発も求められる。一方で，事態対処救護・医療連携を社会実装するためには，救護や医療の技術面だけでなく制度面での整備が必要となる。全国で統一した社会実装は本委員会では難しく，地域単位で取り組み始めた。全国への展開を考えていきたい。また，別の目標として，日本周辺での有事を含めた国民保護の視点での事態対処医療への取り組みがあるが，こちらは検討を始めたばかりであり，課題が非常に多い。当委員会の現時点での目標の全体像を示し，実現方法を含め議論する。

法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
~さらに発展した連携を構築するために~
演題番号　PD10-2（D）

○成田 麻衣子[1]，矢嶋 祐一[2]，阪本 太吾[3]，加古 嘉信[4]，若井 聡智[2]，加地 正人[5]，高階 謙一郎[6]，布施 明[7]，大西 光雄[8]
[1]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 危機管理室長 兼 救命診療科部長，[2]国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局，[3]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科，[4]上武大学 ビジネス情報学部 客員教授，[5]関東労災病院 救急集中治療科，[6]京都第一赤十字病院 救命救急センター，[7]日本医科大学 医学部 救急医学，[8]国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター

軌道に乗り始めた事態対処救護コース ～開催報告と現在の課題～

法執行機関との医療連携のあり方に関する検討委員会では2023年より海上保安庁（海保）職員を対象に事態対処救護試行コースを開始し，その後警察官に対しても同コースも開催してきた。開催ごとに受講者からのフィードバックを受け，法執行機関それぞれの事態対処救護に関するニーズを確認し，それに応じた導入部分を設け，止血や気道確保の処置が組織に広く伝わるよう工夫してきた。例えば，医学用語を使用しないような教授法の統一，実技演習時間の確保のための講義部分の短縮化，各機関の教育担当者へのコース開催や見学参加などが挙げられる。これまで開催した6回（海保4回，警察2回）合計120名が受講した。現時点で把握している課題としては，各機関で独自に開催できる環境の整備（講師の育成やコース開催調整手順の確立など）が必要であること，実技演習の内容の修正（部署によって異なる止血帯への対応，即席止血帯の利用や効果的な教授法，エマージェンシーバンテージの活用）とその時間確保が必要であることなどであり，その解決のための今後の計画に関して議論を深めたい。

法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
~さらに発展した連携を構築するために~
演題番号　PD10-3（D）

○矢嶋 祐一[1]，若井 聡智[1]，大西 光雄[2]，石田 健一郎[2]，成田 麻衣子[3]，伊藤 祐介[4]
[1]国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局，[2]国立病院機構 大阪医療センター 救命救急センター，[3]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]大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター

警察との連携の実際と課題 ～訓練を通して見えてきたもの～

事態対処救護に関する警察のニーズは大きい。しかし，いつ，どこで発生するかわからない“立てこもり事案”のような事態対処現場で負傷者が発生した場合，警察官が止血等の処置を行い，現場付近の安全な場所で医療・消防機関とスムーズに連携するためのシステムはまだ不十分であると言える。このシステムを構築するため，大阪では警察や行政と協議を深め，警察・医療・行政のそれぞれの課題を抽出し，その解決策を模索してきた。机上のみならず，“立てこもり事案”を想定した訓練現場を視察し，実際に訓練に加わり，警察現地対策本部との連携，安全確保を含め様々な観点から課題を検討した。課題には，医療の指揮，事態情報共有，警察官負傷時の装備の扱い方，負傷者の情報，警察・医療における用語の理解なども含まれた。2025年1月20日から大阪では“立てこもり事案”等にDMATが出動可能となるシステムが稼働し始めた。現在，事態対処救護・医療連携における教育や訓練の準備，さらなる課題の解決のための情報収集を行なっている。今までの報告を行うとともに，このシステムを全国へ展開する際の課題に関して議論を深めたい。

法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
~さらに発展した連携を構築するために~
演題番号　PD10-4（D）

○若井 聡智[1]，大西 光雄[2]，矢嶋 祐一[1]，伊藤 裕介[3]，成田 麻衣子[4]
[1]国立病院機構本部DMAT事務局，[2]国立病院機構大阪医療センター，[3]大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター，[4]独立行政法人りんくう総合医療センター 救急診療科

事態対処医療が全国に展開するための提案

【はじめに】これまで，立てこもり事件などにおける警察と医療機関との連携は，全国で統一化されたものはなかった。しかし，このような事態はいつでも，どこでも発生する可能性があり，また即座に対応するためにも，「傷病者が発生する可能性がある」段階から，医療が現場付近で対応できる体制を，全国で構築することが重要である。【これまでの経緯】大阪府（以下，府）では，2001年の駐大阪米国総領事館における“白い粉”事件から府警と府内医療者との連携はあったが，事態対処医療における連携を長年模索していた。我々は，2022年12月から警察庁を訪問し，意見交換を行なってきた。その状況で2024年府警察本部から府に，事態対処医療にかかる体制を強化するためにDMAT派遣及び傷病者の治療・処置の依頼があり，大阪DMAT活動検討委員会において協議の上，「事態対処医療を要する事件」発生時にかかるDMATの運用について決定した。【府の体制】事態が発生する場所，事態の継続時間を考慮し，了承を得られた府内の全DMATがこの体制に参画することとした。【提案】各都道府県において，複数の医療機関が連携することが望ましいと考える。

法執行機関との医療連携の現状の報告と課題
~さらに発展した連携を構築するために~
演題番号　PD10-5（D）

○竹島 茂人[1]
[1]沖縄県立八重山病院

尖閣諸島を抱える沖縄県の法的執行機関での外傷教育の現状と課題

日本における法的執行機関とは，警察および海上保安庁を指すが，両機関には医師の配置がない。医師の配置がある自衛隊では，自衛隊員の救急処置に関する教育は医官が内容を吟味・決定し，救急救命士を中心としたインストラクターが全隊員へ教育するシステム（救急法検定）を構築している。救急処置に必要な装備品についても個人装備品として配布している。本学会の法的執行機関との医療連携の在り方検討会では，医師の配置のない前述の2機関へ外傷教育を試みているが，未だ全隊員への普及教育が行われる体制構築には至ってはいない。特に尖閣諸島への対応が求められる，第11管区海上保安部と沖縄県警へは，陸上自衛隊衛生学校で行われている第一線救護衛生員クラスの教育が必要とされるが，それには熟練の救急医による指導が必須と考えられる。これまで，行われてきた海保・警察の一般退院向け教育よりも更にレベルアップした教育内容の検討について，沖縄県における法的執行機関の現状を踏まえながら紹介する。

救急外来への臨床検査技師の
参画を難しくしているのは何か
演題番号　PD11-1（MT）

○池浦 一聖[1]
[1]国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院 臨床検査部

救急外来における臨床検査技師の参画への課題

救急医療の現場では，臨床検査技師（以下，検査技師）の参画が期待されている。救急外来において，迅速な検査結果の提供，検査精度の向上，適切な検査選択の支援など，検査技師が果たせる役割は多岐にわたり，病態把握の迅速化や看護業務の負担軽減にも繋がる。しかし，現実的には制度面や意識改革など，様々な課題が残る。当院は2023年より二次救急指定を受けているにもかかわらず，検査技師は救急外来に配置されていない。その理由として検査部の慢性的な人員不足や，救急外来における検査技師の必要性への理解が不十分であること，また救急未経験の検査技師は自身が果たすべき役割を理解しておらず，不安を抱えていることなどが挙げられる。一方，当院では検査技師が内視鏡の介助業務を担当し，緊急内視鏡にも対応しており，他部署でのチーム医療活動を行なっている。しかし，これらは内視鏡室で行われており，現時点では検査技師が救急外来の現場に関与することはない。今後は，この内視鏡部門への参画に至った経験や，他施設の事例を参考にしながら，院内での理解促進と体制整備を進め，検査技師が救急医療現場で適切な役割を果たせる環境を構築したいと考えている。

救急外来への臨床検査技師の
参画を難しくしているのは何か
演題番号　PD11-2（MT）

○片岡 奈緒美[1]，高橋 政江[2]
[1]新潟県立中央病院，[2]新潟県立妙高病院

臨床検査技師，救急参戦！乗り越えるべき課題は何か

臨床検査技師の救急外来への参画は，専門性を活かしチーム医療に貢献する重要な取り組みである。また，医療法改正による静脈路確保や検体採取などの業務拡大は，医師・看護師の負担軽減にもつながる。一方で，参画を希望しながらも実現できない技師も多く，そこにはいくつかの課題があると考えられるので以下に挙げる。まず，人員確保が困難なことや，夜勤・休日対応に伴う人件費増加，既存業務との両立の難しさがある。次に教育面では，救急特有のスキルや専門知識の習得に必要な研修体制の整備がされていない。また組織や制度面では，医師・看護師との役割分担が不明瞭な点や，検査技師の救急外来配置に関する基準や診療報酬上の評価もないため，病院管理者や検査室内外での理解が得られにくい。加えて臨床検査技師自身の救急現場への不安や多職種連携におけるコミュニケーション能力の不足，さらに従来の「検査室中心の業務文化」からの脱却の難しさも障壁となっている。課題解決には，業務改善を進めながら，日頃から他部署とのコミュニケーションに努め，まずは日勤帯のみの試験導入などから，段階的な対応が必要かつ有効と考えられる。

救急外来への臨床検査技師の
参画を難しくしているのは何か
演題番号　PD11-3（N）

○藤永 純一[1]，濱田 宏輝[2]
[1]社会医療法人愛仁会高槻病院救急センター，[2]シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社

救急外来での臨床検査技師との協働に必要なこと
～看護師の立場から～

チーム医療とは，「医療に従事する多種多様な医療スタッフが，各々の高い専門性を前提に，目的と情報を共有し，業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い，患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」とされているが，臨床検査技師が救急外来に参画している施設は少ないことが報告されている。当院は，年間9500件以上の救急搬送を受け入れている二次救急医療機関であるほか，小児救命救急センターとしても三次救急医療機関に指定されている。救急外来スタッフは主に医師・看護師で構成されており，診療放射線技師は必要時のみ救急外来で業務にあたっている。臨床検査技師との接点は検体搬送時や検体の取り扱いなどに関する電話連絡のみであり，患者情報の共有や救急外来で協働する機会は殆どない。私自身，他施設の救急外来で臨床検査技師と協働した経験があり，日々，救急外来業務において臨床検査技師の必要性を感じている。今回，過去の協働経験や当院救急外来看護師を対象に実施した“臨床検査技師の役割”に関するアンケート結果などを交えて，臨床検査技師が救急外来への参画を難しくしている原因と課題，また参画する方法について考えてみたい。

救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か
演題番号　PD11-4（MT）

○三平 りさ[1]
[1]泉大津急性期メディカルセンター

救急外来への臨床検査技師の参画を難しくしているのは何か ～管理側の立場より～

医師の働き方改革が始まり，各学会ではタスクシフト／シェアやチーム医療への参画など臨床検査技師が，検査室外へと業務の幅を広げている。専門知識を持った職種がそれぞれの知識を活かし患者さんの治療に関わることのメリットは非常に大きいと思われる。救急外来へ臨床検査技師が参画するためには，臨床検査室内や各職種間の調整など，いくつかの課題があるが，スタッフを増員せずに救急外来への人員を確保することが最大の課題である。その他には，臨床検査室内で救急の現場に行くことの理解を得ること，救急外来で臨床検査技師にどのような事が求められるのかも考えなければならない。新しい業務を行う事は，誰もが不安に感じるが，これらの不安はスタッフと話し合いを持つことや救急外来と業務内容を調整し軽減に努めなければならない。現在，救急外来に臨床検査技師が行く機会は殆どなく，検体が届くのを検査室で待っている。救急外来へ行き，患者さんを観て，救急医と話をすることで，どの検査が急ぐのか，輸血の可能性があるのかなど，知りたい情報をいち早く得ることができる。今後，救急外来へ技師が参画し，臨床へ貢献できる体制を構築していきたいと考えている。

病院前での感染対策はどこまで進んだか
演題番号　PD12-1（E）

○澤田 仁[1]，垣根 美幸[2]，関根 和弘[1]，平出 敦[3]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[2]医療法人大植会葛城病院 看護部長室，[3]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科

消防機関の感染対策におけるオンラインチェックリストの活用

COVID-19の感染拡大を経て，消防機関の感染対策の実態が問われるようになった。救急隊に対しては，感染防止対策マニュアル（Ver.2.1）（マニュアル）が示されているものの，順守の実態はよくわかっていない。全国720消防本部を対象に，マニュアルを基に作成したオンラインチェックリストを自己点検用に活用してもらうと同時に，同意の得られた機関のデータを集計し，実態を調査した。チェックリストは，管理職用（組織の管理体制）と，個人用（現場実務者の実践状況）の2種類からなり，2025年1月27日から2月23日までの間に，282消防本部，1,574人から回答を得た。順守率（組織vs個人）は，マニュアルの活用（84% vs 61%），手指衛生タイミング（92% vs 30 ～ 80%），個人防護具の取扱い（95% vs 40 ～ 70%）で乖離があった。特に低値であったのは，COVID-19感染患者に対する気管挿管時のビデオ喉頭鏡使用（22%），N95マスクフィットテストの実施（15%），車両清掃時のモップ使用（10%）であった。オンラインチェックリストを活用することで，消防機関の感染対策の実態が明らかになった。

病院前での感染対策はどこまで進んだか
演題番号　PD12-2（D）

○小橋 大輔[1]，森田 正則[1,2]，佐々木 淳一[1,3]
[1]救急外来および病院前部門における感染対策検討WG，[2]堺市立総合医療センター 救命救急センター，[3]慶應義塾大学 医学部 救急医学

COVID-19のパンデミックを経て，病院前救護活動における感染対策はどのように変化したか

日本救急医学会は日本感染症学会，日本環境感染学会，日本臨床救急医学会，日本臨床微生物学会と合同で「救急外来部門における感染対策検討ワーキンググループ（WG）」を組織し，2016年に病院前救護活動での感染対策充実を目的として，全消防機関を対象に調査を行った。その後，COVID-19のパンデミックによって病院前救護活動が混迷を極める中，総務省消防庁は2020年12月「救急隊の感染防止対策マニュアル」を改訂した。パンデミック下での改訂という点で，各消防機関における感染対策マニュアルの整備に一定の効果を上げたと考えられるが，その後の救急隊員の感染対策にどのような変化が起こったかは明らかになっていなかった。そこで，2024年3月に日本救急医学会，日本臨床救急医学会，日本環境感染学会が合同で「救急外来および病院前部門における感染対策検討WG」を組織し，再度，全消防機関を対象に調査を行った。口演では本調査によって，病院前救護活動における感染対策がどのように変化したかを提示すると同時に，地域に存在する様々な課題を明確にし，病院前における感染防止対策のさらなる向上を目指していきたい。

病院前での感染対策はどこまで進んだか
演題番号　PD12-3（D）

○椎野 泰和[1]
[1]川崎医科大学

救急隊と医療機関の感染対策連携をどのように進めればよいか

救急外来の感染対策については，2020年に本学会を含む5学会連携の合同ワーキンググループが「救急外来部門における感染対策チェックリスト（CL）」を発表し，新型コロナウイルス感染症対策にも一定の役割を果たした。CLには管理体制や感染疑い患者への対応，環境管理以外にも，病院前救護活動を行う職員との連携などが示されている。一方，救急隊の感染対策は総務省消防庁が策定した「救急隊の感染防止対策マニュアル」に基づき，各消防本部が独自に整備・研修を行っている。しかし，地域メディカルコントロール協議会でこの課題が取り上げられた頻度は33%程度と低く，医療機関との十分な連携が取れているとは言い難い。また，救急隊から医療機関に対し，有事の対応や感染対策の助言が求められることも多く，平時からの協力体制が不可欠である。今後は，救急隊と医療機関が相互に情報共有し，感染対策の統一的な指針を策定するとともに，定期的な研修や協議の場を設けることが重要である。感染症のリスクを最小限に抑えるためにも，より実効性のある連携の仕組みを構築することが求められる。

病院前での感染対策はどこまで進んだか
演題番号　PD12-4（E）

新型コロナウイルス感染症流行期における感染防止対策が心肺停止傷病者に与えた影響について

○中田 啓之[1,2]，柚木 知之[2,3]，髙階 謙一郎[2,4]，射場 俊行[1,2]，坂根 克哉[1,2]，林 圭一[1,2]，森田 猛[1,2]，今西 孝司[1,2]，道上 雄貴[1,2]，川勝 洸太朗[1,2]，園田 吉宗[1,2]
[1]京都市消防局，[2]京都市・乙訓メディカルコントロール協議会，[3]京都大学医学部附属病院，[4]京都第一赤十字病院

【目的】京都市消防局では新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を含む救急活動について，「新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う心肺停止傷病者への対応について」から救急救命処置等業務プロトコール統一事項を作成し，対応してきた。【目的】当局の救急活動記録書から同統一事項が救急活動に与えた影響を明らかにする。【方法】統一事項開始前（2019年1月～2020年4月），開始後（2020年5月～2023年9月），一部変更後（2023年10月～2024年12月）の各期間における，当局取扱いの心肺停止搬送症例を対象に，救急活動時間，特定行為の実施，予後等を調査した。【結果】対象は9,047例で各期間の症例数は1，988例，5，136例，1，923例であった。開始後と一部変更後において，静脈路確保実施率（25.6%→23.3%→35.2%），実施場所（現場：53.5%→3.6%→39.0%）現着から静脈路確保完了までの時間（15：40→19：40→14：51）に大きな変化を認めた。感染防止対策によって生じた各変化の原因を考察し，今後起こりうる新興感染症の流行時の対策に活かしたい。

病院前での感染対策はどこまで進んだか
演題番号　PD12-5（D）

COVID-19パンデミックを経て横浜市消防局での感染対策の現状

○細田 優子[1]
[1]横浜市消防局

救急隊における感染対策は，傷病者および救急隊員自身を守るために極めて重要である。しかし，病院前救護活動では，院内感染対策をそのまま適用することは難しい。こうした背景を受け，2019年に「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0）」が策定された。その後，感染対策の取り組みが進む中で，2020年にはCOVID-19パンデミックが発生し，病院前救護活動においても感染対策のさらなる強化が求められた。日本臨床救急医学会からは，「新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う心肺停止傷病者への対応について（消防機関による対応ガイドライン）」が発表され，「救急隊の感染防止対策マニュアル」もVer.2.1まで改訂が重ねられた。2023年5月にCOVID-19は5類となり，現状で感染対策も緩和が進んでいる。本発表では，横浜市消防局における感染対策の変遷と，救急活動に与えた影響について報告する。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-1（E）

消防機関における転院搬送の現状と考察
～全国消防機関に対するアンケート調査～

○北村 浩一[1]，喜熨斗 智也[1,2]，萱沼 実[1]，中川 洸志[1,3]，尾上 洸次郎[1]，齊藤 巧也[1,4]，佐々木 俊一[1]，林 康弘[1,5]，八重樫 秀和[1]，吉井 友和[1,6]
[1]日本救急救命学会，[2]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科，[3]中央大学 理工学部 人間総合理工学科，[4]相模原協同病院，[5]根室北部消防事務組合 別海消防署，[6]出雲市消防本部

日本救急救命学会学術委員会の小委員会において実施した全国消防機関及び二次・三次医療機関における転院搬送現況調査アンケートのうち消防機関の結果を報告する。転院搬送における救急車の適正利用については平成27年度救急業務のあり方検討会の結果を受けて「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」（平成28年3月31日）が発出され，令和6年度救急業務のあり方に関する検討会（2月現在検討中）においては病院救急車又は民間搬送事業者の活用を検討しているところである。本アンケートでは720ある全国の消防本部（令和6年4月1日現在）へアンケートを依頼し500以上から回答を得た。結果では約70%の消防本部が転院搬送は隊員の疲労又は救急対応力の低下などの業務圧迫（可能性含む）をしていると回答している。自由記載では転院搬送の適正利用のためにガイドラインの再周知の必要性を求める意見，病院救急車又は患者搬送事業者の活用を求める意見があり，それに伴う費用負担の仕組みの確立，さらには法改正の必要性を訴える意見があり転院搬送に対する消防本部の貴重な意見を得ることができた。本発表ではアンケート結果の詳細な報告を行う。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-2（E）

医療機関における転院搬送の現状と考察
～全国医療機関に対するアンケート調査～

○佐々木 俊一[1]，北村 浩一[1]，喜熨斗 智也[1,3]，萱沼 実[1]，中川 洸志[1,5]，尾上 洸次郎[1,6]，齊藤 巧也[1,4]，林 康弘[1,7]，八重樫 秀和[1]，吉井 友和[1,2]
[1]日本救急救命学会，[2]出雲市消防本部，[3]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科，[4]相模原協同病院，[5]中央大学 理工学部 人間総合理工学科，[6]長崎市消防局，[7]根室北部消防事務組合 別海消防署

本研究は，日本救急救命学会学術委員会の小委員会が実施した「全国消防機関及び二次・三次医療機関における転院搬送現況調査アンケート」のうち，医療機関の回答結果を報告する。平成27年度の救急業務のあり方検討会を受け，平成28年に「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」が発出され，令和6年度の検討会（2月現在検討中）では病院救急車や民間搬送事業者の活用が議論されている。本調査は，各都道府県MC事務局を通じて二次・三次医療機関へ送付し，900件以上の回答を得た。結果として，転院搬送には何らかの緊急性が関与し，多くのケースで消防機関の救急車が利用されていることが明らかとなった。一方，法改正により病院救急車の活用に診療報酬が適用されるようになったものの，コストやマンパワー不足が課題となっていた。また，民間搬送事業者の活用やさらなる法改正の必要性についても一定の支持が得られた。今後，転院搬送の適正化に向けて，医療機関の救急車運用強化，搬送体制の整備，民間搬送事業者との連携推進が求められる。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-3（E）

充実した病院救命士体制で行った転送及び救急連携搬送料に対しての取り組み

○新井 勘太[1]，熊谷 淳[1]，坂寄 裕馬[1]，渡邉 隆明[2]
[1]社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院 ER総合診療センター EMT課，[2]社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院 ER総合診療センター 救急外科

【背景】当院には，病院所属の救急救命士によるEMT課があり，業務の一環として初期診療後に，当院では対応困難な症例や満床，他医療機関での対応も可能と判断された症例に対し，連携病院への転送調整を実施している。また，転送決定後は自施設の救急車を用いた搬送も担当しており，これらの業務において10年以上の実績を有する。2024年度から救急患者連携搬送料が認められ，当院でも算定を開始した。当院救急外来での転送調整，搬送，及び救急患者連携搬送料の算定実績を報告する。【方法】2024年6月から12月の期間のEMT課による転送調整の実績を検討した。【結果】期間中，当院への救急搬送人数は5703人であった。EMT課による転送調整件数は723例，そのうち転送が決定したのは614例，搬送が実施されたのは206例であった。救急患者連携搬送料が算定されたのは191例であった。【結語】当院では，豊富な転送調整の経験を活かし，救急患者連携搬送料の算定が認められると同時に速やかに対応できた。今後，病院内救急救命士による転送調整業務が，救急診療の効率化や病床運用の最適化にどのように寄与できるか，さらなる検討が必要である。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-4（E）

院内救急救命士を活用した転院搬送の取り組み

○北原 学[1]，下津 悠二郎[1]，藤島 璃々子[1]
[1]国立国際医療センター

国立国際医療センターでは，令和6年6月から院内救急救命士を活用した病院救急車の使用による転院搬送を平日，休日に関わらず24時間体制で行っている。11名の救急救命士が常勤職員で雇用されており，日勤・夜勤帯にそれぞれ2～3名の救急救命士が勤務している。安全に転院搬送が行われるよう，搬送に関するマニュアル作成や，院内の体制構築等を救急救命士が主導で行ってきた。搬送人員は平日日中が事務員1名と救急救命士1名を基本とし，休日夜間は救急救命士が運転をして同乗は救急救命士1名もしくは医師1名が同乗する。事務員は院内から希望者を募り，9名が登録されている。救急車の運転には病院敷地内で救急車の運転練習を2週間程度の期間を設けて実施した。初療後の搬送先の調整は医師もしくは救急救命士が行う。搬送実績は平均約15件／月であり，救急外来における医師のタスクシェアを推進し，転院搬送に際して消防機関の救急車の利用を控えることができている。課題として，より安全な転院搬送への継続的な取り組みと救急車の運転技術の向上があげられる。転院搬送における院内救急救命士の活用について当院の取り組みから考察する。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-5（E）

The 東京科学大学流
～院内救命士が行う転院調整および転院搬送～

○北原 嶺[1]，高山 渉[1]，加藤 渚[1]，原島 瑞葵[1]，服部 恭平[1]，山本 健斗[1]，木島 唯弥[1]，早川 眞人[1]，小島 光暁[1]，森下 幸治[1]
[1]東京科学大学病院

【背景】当院では2016年に国立大学として初めて救急救命士（以下，救命士）を採用し，救命救急センターでの業務を行っている。その中のひとつとして，転院調整および転院搬送を担っている。【目的】救命士による転院調整の実績を調査し，業務の充実化を図るとともに，消防機関に依存しない転院調整システムの構築を目指す。【方法】2024年4月1日～2025年1月31日を対象期間とし，転院調整記録表・診療録を基に後方視的に調査した。【結果】対象期間中の救急車受入は7,373件で，その内615件が転院搬送となった。救命士による転院調整は366件（約60％）で，調整時間の中央値は1時間5分であった。救命士が調整した場合の外来滞在時間の中央値は2時間46分，その他の場合は3時間13分であった。【考察】救命士が転院調整・搬送を担うことで，医師のタスクシフトが進むだけでなく，救命救急センターの稼働率向上へも寄与する一方で，人員不足による対応困難な事例も散見され，今後の課題となる。【今後の展望】消防機関に依存しない体制の構築は未達成であるが，臨床業務と並行しながら全国のモデルケースとなることを目指す。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-6（E）

当センターにおける救急患者連携搬送における院内救命士の取り組みについて

○小田 貴士[1]，守谷 俊[1]，柏浦 正広[1]，大場 義史[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

【目的】令和6年度の診療報酬改定に伴う救急患者連携搬送（以下下り搬送）を令和6年10月1日より地元MCの中で開始した。当センターにおける下り搬送の特徴はその業務のほとんどを院内救命士が行うことである。下り搬送における現状と課題を報告する。【対象と方法】令和6年10月1日から令和7年2月28日までの5ヶ月間で，当センターに搬送された下り搬送実施例(性別・年齢・疾患)。【結果】搬送件数は88件であった。性別は男性38名，女性50名。年齢は80歳代が一番多く35名（40％）であった。続いて70歳代が21名（24％）であった。疾患は多岐にわたっていたが，脳卒中症例が88件中28件（32％）であった。当センターでは下り搬送に加え，転院調整，診療情報提供書や検体結果などの準備，診療情報提供書のFAX送信，関係部署との調整，患者家族への連絡などを1時間以内で完了させることを目標としている。転院調整を行う中で，特に整形外科疾患は困難であった。【結語】下り搬送においてその業務のほとんどを院内救命士が行い，医師の業務負担軽減に寄与している。さらにこの業務を広めるためには連携病院との意思疎通が必要である。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-7（MS）

○髙橋 紀貴[1]，渡部 圭介[1]，町田 浩志[1]
[1]独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター

転院搬送体制の確立を目指して ～MSWが構築した病院間連携を基盤とした院内多職種との取り組み～

【背景】当院ではMSWが救急外来からの転院搬送（以下：転送）の支援を担っている。近年は慢性疾患を抱える高齢者や二次医療機関で診療可能な軽症者の転送件数の増加がみられた。そのような状況から病院救急車を導入し，転送体制を確立することになった。【取組】体制構築に向けて，救急科医師，病院救命士，MSW等でワーキンググループを発足。院内では運用マニュアルやフローチャート等を整備，患者・家族に向けた案内文書の作成，転送支援担当MSWを配置し各科医師への周知を図った。MSW部門としては，日頃の地域連携会議や病院間カンファレンス等で周知を行い，各医療機関の実務者に向けた病院救急車による転送体制の説明会を開催。令和6年7月より，病院救命士と診療看護師による病院救急車の運用を開始した。【結果】MSWが搬送スタッフと連携し患者背景を共有し，出発までの動向をマネジメントすることで円滑な搬送につながった。また病院間カンファレンスで，転送先から運用状況や支援経過のフィードバッグがあり，質の担保を図ることができた。【結語】地域全体をひとつの病院に見立て医療資源を有効活用するために，引き続き取り組んでいきたい。

初期診療後の救急患者転院搬送調整に対する取り組み
演題番号　PD13-8（D）

○中村 聡志[1]，藤田 健亮[1]，小倉 崇以[1]
[1]済生会宇都宮病院

救命救急センター救急外来から「下り搬送」した患者の予後調査から視える現状と課題

【背景】済生会宇都宮病院は，宇都宮市および塩谷広域行政組合（総人口約62万人）で唯一の救命救急センターとして，年間約9,000件の救急搬送を受け入れている。近年，救急患者の増加に伴う病床逼迫により，救急外来での診断・初療後に他院へ直接転院するケースが増加している。2024年の診療報酬改定では「下り搬送」が推奨され，円滑な転院システムの構築が求められているが，転院後の患者の予後について十分に検証した報告は少ない。本研究では，当院救急外来受診後に直接転院した患者の予後を調査し，地域救急医療の現状と課題を明らかにすることを目的とした。【方法】2023年1月1日から2024年12月31日までに当院救急外来を受診し，他院へ直接転院した患者を対象に，電子カルテおよび転院先医療機関への調査を基に予後を解析した。主な評価項目は生存退院率，再入院率，院内死亡率とした。【結果】対象患者は1,887名（全入院患者の15.9％）であった。転院患者の転帰を数値化することで，転院基準の適正化や地域医療機関との連携強化につながると考えられる。詳細なデータ解析を行い，効率的な地域救急医療の構築に向けて考察する。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-1（D）

○沢本 圭悟[1,2]，目貫 進[3]，岡本 博之[4]，東條 隆太郎[1]，葛西 毅彦[1]，成松 英智[1,2]
[1]札幌医科大学 医学部 救急医学講座，[2]札幌医科大学 北海道病院前・航空・災害医学講座，[3]北広島市消防署，[4]手稲渓仁会病院 救命救急センター

北海道におけるPEMECコースの普及戦略

【背景】北海道は広大で，3次医療圏を6つ有し，消防本部は58を数える。2023年度まで未開催だったPEMECコースを全道展開することは地理的に難しい。【目的】道内全域へのコース普及戦略について検討する。【方法】道央圏MC石狩・後志地方連絡協議会（石狩・後志MC）という地域MC単位で，北海道未開催だったコースを2024年度に道内初開催を含めて4回開催した。受講者は地域MCに限定して公募しなかったが，道内の救命救急センター医師にオブザーバー参加を募り，指導者はコース受講済の道内の指導者資格者を広く募って指導機会を提供した。【結果】当初は石狩・後志MCの指導者はCD1名とマスターインストラクター（マスター）1名のみであったが，4回の開催を経て，CD2名，マスター17名，インストラクター12名を養成できた。石狩・後志MC圏外ではマスター6名，インストラクター1名を養成できた。石狩・後志MC圏外初開催となる2025年3月のコースでは石狩・後志MC開催で養成された指導者が参加することで6ブース開催が可能となった。【結語】コース開催の核となる地域を作って全道展開への足掛かりを作ることができた。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-2（D）

○朝日 美穂[1,2]
[1]佐賀県医療センター好生館，[2]PEMEC企画運営小委員会

九州におけるPEMECの拡がりと佐賀県での展望

九州では地域によって内因性疾患に対する独自のコースが開催されているところがあり，他には遠方からインストラクターに来てもらう費用面などの問題から，PEMECコースの展開に時間を要した。昨年の日本臨床救急医学会総会ポストコングレスコースとして鹿児島県でコースが開催されたことや，九州各県が協力体制をとって未開催県の受講者やインストラクターの受け入れを行ったことで，2025年度を目処に九州全県開催が達成できそうである。今後は拡げていくフェーズから持続的に開催できる体制に移行していく必要があるが，地域毎に課題があると思われると思われる。佐賀県が直面している問題としては，各職種ともに若い世代の受講が少ないことがあげられる。様々なOff -the-job trainingが存在する中，継続してコースに関わってもらうためにはワークライフバランスにも配慮した対応が必要になってくるだろう。佐賀県メディカルコントロール救急の質向上作業部会が立ち上がったため，今後は県内で地域や年齢に偏りがなく，受講およびインストラクターを目指せる体制を模索していく。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-3（E）

○長岡 敏信[1]，鍋田 佳奈子[2]，西村 美奈子[3]，藤田 基[4]，戸谷 昌樹[4]，鶴田 良介[4]
[1]下関市消防局，[2]JCHO下関医療センター，[3]さんふらわぁクリニック，[4]山口大学大学院 医学系研究科 救急医学講座

山口県でのPEMECインストラクター育成における工夫

山口県では，PEMECの指導者を育成する目的で，県メディカルコントロール協議会主催のPEMECコースを開催している。しかし，PEMECにはインストラクターコースがなく，コース受講後にインストラクターキャンディデートとして指導を経験した後に認定される仕組みとなっており，指導方法を体系的に学ぶ機会が限られている。さらに，山口県では受講者の多くがインストラクターを目指すため，指導者の割合が高く，コース内での指導機会が不足するという課題もある。十分な指導経験を積む機会がないままインストラクターとなることは，教育の質の低下につながる可能性がある。そこで，山口県ではコースの前日に指導者講習会を開催し，体系的な指導方法の習得を支援している。講習会では，PEMECの概要説明，模擬診療の進め方の講義，指導者同士の実技演習を実施し，参加者が実践的な指導技術を磨く機会を提供している。この講習会の導入により，コースでの指導回数が限られていても，事前に十分な経験を積むことが可能となり，指導者の質の向上につながっている。今後も，指導者育成の充実を図り，PEMECの教育効果を高めていきたいと考えている。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-4（D）

○畑田 剛[1]
[1]桑名市総合医療センター

中部地方でのPEMECコースの展開と課題

PEMECコースは日本臨床救急医学会が開催する，症候別内因性疾患に対する病院前救護活動の教育ツールである。消防庁が発出している緊急度判定プロトコルは全国各地のメディカル・コントロール（MC）協議会において認識されており，PEMECコースはこのプロトコルに沿った内容となっている。中部地方においてもPEMECが浸透し始めており，9県のうち8県でコース開催がされている。9県において，県または地域MC下に内因性疾患に対するプロトコルが策定されているのは5県であった。PEMEC開催後に，県MC協議会に働きかけてプロトコルの策定を計画するのが2県あった。受講者を見ると，プロトコルが策定されている地域の受講者は傷病者の観察，評価がスムースであり，根拠をもった病院選定をしていた。プロトコルの策定は，均質な病院前救護活動を担保し，事後検証の根拠となっている。PEMECを学ぶだけでは救護活動を担保するとは言えない。PEMECを開催することで，地域の救急隊員の学習の場を広げるとともに，地域MCの活動がステップアップされることに寄与できる可能性がある。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-5（D）

○南 啓介[1]，石田 充[2]，蜂谷 聡明[1]，野田 透[1]，明星 康裕[1]
[1]石川県立中央病院 救急科，[2]金沢市消防局

内因性疾患に対応した石川県救急活動プロトコルの紹介

石川県では平時から県内消防で統一したMCプロトコルに基づいて救急活動を行っている。PSLSやPCECに準ずる形でStep毎に評価を行う内因性プロトコルを2009年10月に策定し2010年4月から運用開始した。定期的に改定を行い2019年4月からは「初期評価／内因性プロトコル」と改称し，その内容はPEMECのアルゴリズムに近いものとなっている。県内プロトコルでも各Stepで内因性ロード＆ゴーの適応を判断している。またStep4までの評価結果から，Step5-bとして県内で策定した脳卒中や急性冠症候群，大動脈解離，低血糖などの各プロトコルへ移行するか判断することとしており，これらはPEMECとPSLSやPACCとの関係に共通する。石川県ではこれまでにPEMECコースを計3回開催し，県内消防組織から42名が受講した。コース中のStep毎に評価する模擬活動は円滑に進んだ。コース終了後には平時の活動における観察時の注意点を見直すことができた，より内容を深く理解することができた，など受講者からは好意的な感想があった。石川県のプロトコルを紹介し，全国で発展するためのモデルになれば幸いである。

PEMECコースをより実践的なコースにするための工夫
演題番号　PD14-6（D）

○大鋸 立邦[1]，若杉 雅浩[1]
[1]富山県立中央病院 救命救急センター

富山県内の受講者アンケートからPEMECの現状と課題を検討する

富山県では2023年3月から6回のPEMECを開催した。PEMECの受講歴がある富山県内の機関に所属する救急救命士63名，医師7名，看護師4名を対象にアンケートを実施した。これを元に，PEMECの現状と課題を検討し発表する。なお，救急救命士と医師・看護師は別フォームを使用してアンケートを行なった。救急救命士は33名（52%）から回答が得られた。現場で内因性L＆Gと感じた症例に出会ったにもかかわらずPEMECアルゴリズムに沿った活動ができなかったと約50%が回答しており，その理由として病院側のPEMECの概念の浸透不足があると90%が回答している。内因性L＆Gの搬送先選定が全て救命センターというのは現実的ではないとの回答もあった。医師・看護師は8名（73%）から回答が得られた。内因性L＆G宣言を受けたことがあると回答したのは25%であった。受講後にPEMECの概念を広める活動を病院内・外で行なったと50%の方が回答した。今後，病院側に概念を浸透させるために医師・看護師の受講者数を増やすことや，各地域の病院事情を織り込んだ内容に一部アレンジできるようにすることも検討すべきだと考える。

ICLSブラッシュアップセミナー
演題番号　WS1-1（D）

VR技術を実装したICLSコース

○清住 哲郎[1]
[1]防衛医科大学校

私たちはICLSコースにVR技術を実装している。1）シナリオデモのVR化：デモの360度映像Head Mounted Display（HMD）で視聴する教材を作成し，ライブ展示に代えた。デモ会場の密を回避し，見たいところを能動的に視聴することができた。2）処置判断トレーニングのVR化：HMDで視聴する「蘇生シーンの360映像がシナリオ分枝して，リーダーの処置判断を訓練できる教材」を作成し，シナリオステーションの一部として実施した。受講者はリーダーとしての処置判断を何度も繰り返して，失敗も含めて経験することができた。指導者は空き時間を利用して，指導要領を検討できた。空き時間は，器材の清拭や換気などの感染対策に充てることができた。3)指導者養成WSの完全VR化：参加者はそれぞれの場所でHMDを装着することで仮想空間にアバターとなって集まり，WSを開催した。遠隔地を繋いで実際には集まらずにWSを完遂し得た（学会認定コースとして開催)。教育効果は対面のWSと変わらないことを確認した。獲得すべきコンピテンシーに合わせてVR技術を活用することで，ICLSコースへの効果的な実装が可能となる。

ICLSブラッシュアップセミナー
演題番号　WS1-2（D）

ICLSコースガイドブック改訂に向けて

○丹保 亜希仁[1]，畑田 剛[2]，邑田 悟[3]
[1]旭川医科大学，[2]桑名市総合医療センター，[3]岩手県立中部病院

2025年は，国際蘇生連絡委員会（ILCOR）による国際コンセンサス（CoSTR）の内容をふまえ，蘇生ガイドラインが改訂される年である。「日本蘇生協議会（JRC）ガイドライン2020」は，CoSTR 2020を基に，日本の実情に即した独自の領域についてもGRADEシステムを使用して作成された（2021年6月発行)。その後，「救急蘇生法の指針2020（医療従事者用)」（2022年3月発行）の改訂内容を確認し，これらに準拠するよう，日本救急医学会ICLSコース企画運営委員会　教材開発ワーキンググループを中心に，ICLSコースガイドブック改訂作業が進められた。各段階で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響を受け，改訂第5版は2022年9月に発行された。COVID-19流行下では，様々なoff-the-jobトレーニングにおいて，対面時間の短縮や人数制限，web活用などの工夫がなされた。ICLSコースガイドブックでも，動画教材のリンクを検討したが，見送ることとなった。本講演では，前回の改訂をふまえ，次回の改訂に向けた検討内容について共有する。

ICLSブラッシュアップセミナー
演題番号　WS1-3（D）

現場のニーズに応じた救命講習の設定とICLSとのダブル認定の可能性 ～母体急変対応コースの紹介～

○山畑 佳篤[1,2,3]，渡邊 慎[1,2,3]，宮本 雄気[1,2,3]
[1]京都府立医科大学，[2]日本母体救命システム普及協議会，[3]京都産婦人科救急診療研究会

【背景】ICLSコースは突然の心停止に出会った時の最初の10分間のチーム蘇生を学ぶ実技講習会で，5～6名のチームで役割分担することを想定している。一方実際の現場では，当直人数がそれよりもはるかに少ない場合や，心停止への対応よりもその進行を食い止めることの方が求められている場合がある。【紹介】母体急変対応の講習会は，周産期スタッフ向けに開発された。我が国の分娩の約半数は有床診療所で行われており，夜勤帯には3名体制が多い。早期の急変の気づきと心停止に至る前の転送，心停止に至った場合の適切な役割分担などが求められ，知識（事前のweb学習)，スキル（BLS，気道管理，神経学的評価)，シナリオを組み合わせた講習会を設定した。逆に初期蘇生に慣れている職種（救急医，救急救命士など）に対しては，周産期に関する基本的スキルやシナリオを設定したER版，プレホスピタル版も新たに開発した。【考察】ICLSと母体急変対応講習会は，知識ースキルーシナリオという基本構造が一致している。また学習目標として適切なチーム蘇生を行う，という点も一致している。認定要件を満たせば相互に認定が得られるコース設定も可能である。

ICLSブラッシュアップセミナー
演題番号　WS1-4（D）

生成AIとデジタル技術で拓く，持続可能なシミュレーション教育の新展開

○三原 弘[1]
[1]札幌医科大学医療人育成センター 教育開発研究部門

シミュレーション教育は重要ですが，効果の持続性，現場との乖離，継続学習や評価体制の構築，リソース不足等の課題があります。本発表では，これらの課題に対し，生成AI・デジタル技術による解決策を探ります。主なAI活用提案は以下です。1. 実践力の強化：現場に近いリアルな臨床映像教材をAIで生成・活用し，判断力を養います。2. 技能の維持・向上：個々に最適化されたAI短時間訓練を提供し，知識定着と技能維持を支援します。3. 質の高いフィードバック：AIデブリーフィング支援は，指導者負担軽減や質の標準化に貢献します。4. 学習意欲の向上：AI模擬患者やゲーム要素の導入で，主体的な学びを促します。5. 客観的な評価と個別化：AI自動評価で進捗・弱点を可視化し，個別最適化指導を実現します。6. 教材作成の効率化：AIとの協働は，教材作成での指導者負担を軽減します。7. 教育の国際展開：AI翻訳等の活用で，多言語対応や国際共同開発を容易にします。本発表では，AIを指導者の代替ではなく，教育の質と持続性を高める「協働者」と位置づけ，ICLS等におけるシミュレーション教育の新たなデザインとその実装への道筋を提案します。

ICLSブラッシュアップセミナー
演題番号　WS1-5（D）

VRを事前学習に使用した働き方改革時代のICLSコースの再履修

○坪井 謙[1]
[1]さいたま市民医療センター 内科

【はじめに】ICLSコースは日本の医療従事者に最も受講されている成人心肺蘇生のチーム医療講習会であるが，講習会受講後の再履修の義務はない。蘇生ガイドラインは5年ごとに改訂されており，再履修が望ましいが，コース再受講やタスク参加することも難しく，働き方改革時代に1日コースに参加する時間的制約もあり，再履修が困難となっている。【目的】再履修を目的とした受講生のコース受講時間を極力短縮し，指導者数も少人数で行うICLSコースの再履修を行う。【方法】JOLLYGOOD+®で収録されているVirtual Reality（VR）のICLSコンテンツをコース開催前に3回視聴してもらい，当院ICLSコースで用いているプレテストを解き事前勉強してもらった。コース参加者は受講生4－6名，指導者1名(認定インストラクター)，撮影係1名。成人心肺蘇生のシナリオをチームで行い，チーム蘇生を動画撮影。心肺蘇生の動画をチームで振り返りを行い，それに対して指導者からフィードバックを行った。【考察】よりリアリティのある事前学習を行うことで，コース時間短縮を行うことができた。【結語】ICLS受講経験のある医療従事者のコース再履修の方法として，今後も開催し，ブラッシュアップしていきたい。

上司も参加してください
～救急医療を支える女子トーク～
演題番号　WS2-1（D）

母親視点からみた救急医療の人材確保に残された課題とは

○昼間 楓[1]，鈴木 恵輔[1]，井上 元[1]，垂水 庸子[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和大学 救急災害医学講座

「子育てしながらよく救急で働けるよね，そんなきつい職場で」，と旧友やママ友に言われることがよくある。その度に，世間の救急医療への認識は，「きつくてプライベートがない職場」なのであると痛感させられる。私は，救急医として従事しながら，2児の母親として育児にも翻弄している。確かに，業務内容は決して楽ではなく体力も必要で，人員も豊富ではないため，専門医取得後は子供の急病の際はパートナーにお願いすることが多い。同僚には十分に配慮いただき，救急医の中では育児に時間を割くことができていると感謝の気持ちがある一方で，世間一般の母親と比べて子供と過ごす時間が少ないのではないか，と悩む時もある。救急科に進み5年が経つが，女性医療職が救急分野を選択し，継続して従事するにあたって解決すべき課題として，妊活・妊娠中の業務量の軽減，院内病児保育の設立，カンファレンスや勉強会の時間調整，育児のゴールデンタイムの理解，時間外業務の減少，各家庭の事情の汲み取り，女性だけではなく男性の育休取得や時短取得への理解，など数多くあると感じている。救急に携わる他職種や違う立場にいる方，男性の意見も含めて議論を重ねたい。

上司も参加してください
～救急医療を支える女子トーク～
演題番号　WS2-2（E）

消防機関の女性救急救命士のキャリアの実態
～現役消防救急救命士137人の生の声～

○中澤 真弓[1,2]，原田 諭[1,2]，成川 憲司[1,2]，鈴木 健介[1,2]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景】令和6年版救急・救助の現況によると，消防機関に所属する救急救命士（以下「救命士」）44,919人中，女性は2,325人（5.2％），うち救急隊乗務者数は1,279人で，消防在職の女性救命士の45％は救急隊以外の業務に従事している。【目的】救命士有資格者の女性消防吏員のキャリアの実態を把握する。【対象・方法】2025年10月19日～11月30日まで，JFFW（Japan Fire Fighting Women's Club）の協力を得て女性消防吏員を対象にキャリアに関する質問調査を実施した。回答者317名のうち現役救命士137名の回答を分析した。【結果】86％が救命士資格を活かせていた。救急隊以外に，指導者，指令管制，市民対応等で資格を活用していた。66％が救急専従を希望していた。資格を活用できない要因は育児・交替制勤務が主であった。既婚者の54％の配偶者が消防官（同業）であった。46％にロールモデルがいなかった。管理職への昇任意欲は15％であった。【考察】女性消防吏員の救命士資格は多岐に活用されているが，出産育児から復帰時の支援体制，共働き夫婦の支援，管理職への登用が課題である。

上司も参加してください
～救急医療を支える女子トーク～
演題番号　WS2-3（R）

次世代の育成についての当院の取り組み

○西郷 洋子[1]
[1]帝京大学医学部附属病院 中央放射線部

救急医療における診療放射線技師の役割の1つに，救急医療を行うチームの中で，放射線診療の専門的な知識と技術を活かし，円滑に業務が遂行されるように努めることがあります。特に女性の診療放射線技師が救急現場で働く強みの1つに，患者が親しみを感じやすいことが挙げられます。救急診療を受けられる患者や家族は，気が動転していることが多いため，精神的ケアも必要となります。重症度が高いほど，迅速な撮影を行うことに専念してしまいがちですが，患者の反応や訴えに対しきめ細やかに目を向け，緊張や不安を和らげることができることも女性としての強みではないかと考えます。また救急医療に女性が従事することは，特にスキルアップを目指す女性診療放射線技師にとって，様々な経験を得る良い機会となります。本学術集会では次世代の育成とキャリア支援について当院での取り組みをご紹介します。

上司も参加してください
～救急医療を支える女子トーク～
演題番号　WS2-4（P）

救急医療における薬剤師の役割とキャリアを女性の視点から考える

○安川 乃里子[1]
[1]愛知医科大学病院 薬剤部

救急医療における薬剤師のニーズは，タスクシェア／シフトが進む中，ICU／HCU等の病棟のみならず救急外来でも高まっている。今年2月には「救急外来における薬剤師業務の進め方」が日本病院薬剤師会と日本臨床救急医学会より共同作成され，今後ますます救急医療における薬剤師業務の拡大が期待される。一方，医療機関・薬局薬剤師の約65％は女性であり，これからの救急医療における薬剤師業務を持続可能にするには女性のキャリア継続が欠かせない。しかしながら，女性は出産や育児などのライフイベントを迎える機会が多く，その後の復帰を円滑にするためのキャリアプランが重要となる。救急医療への関わりや資格の維持は容易ではないが，女性だから特別な配慮が必要という訳ではなく，チーム全体の働きやすさを考えることが医療の質向上に繋がるという視点が求められる。また，救急現場では，女性医療職だからこそ患者の訴えに共感しつつ情報を収集し，他職種と連携することで治療に貢献できる場面をしばしば経験する。本ワークショップでは，女性の強みを活かしながら，救急医療に携わる全ての医療職がより働きやすく，質の高い医療を提供するための議論をしたい。

上司も参加してください
～救急医療を支える女子トーク～
演題番号　WS2-5（N）

救急医療を支える女子トーク

○鈴木 寛代[1]
[1]東京都立墨東病院

救急医療の現場では，迅速な対応と高い専門性が求められる中，多くの女性医療職が責任とやりがいを持ち働いている。一方で，キャリア形成，ライフイベント，職場での立ち位置など多様な課題と向き合っている現状がある。本セッションでは「救急医療を支える女子トーク」と題し，自身の経験をもとに臨床での学びや日々の葛藤，そしてキャリアと向き合う姿勢について語っていきたい。様々な女性医療職者とのトークを交えて，女性看護師が直面している“リアル”を共有しながら，救急医療の専門性と人間性のバランスについて考える機会を提供する。立場を越えたリアルな声を通じて，救急医療の場で働く女性医療職の姿を見つめ直す機会としたい。

これでOK救急エコー
演題番号　WS3-1（MT）

検査室から救急センターへ
～臨床検査技師が拓く救急エコーの未来～

○野村 和弘[1]，友部 未来[1]，足助 和真[2]，清水 美砂子[2]，松岡 優[1]，髙平 修二[2]
[1]埼玉医科大学病院 中央検査部，
[2]埼玉医科大学病院 救急科

当院では，救急センターに臨床検査技師を1名常駐させ，3名のローテーション体制で平日日勤帯における診療チームの一員として業務を開始した。主な業務内容は，心電図検査，Point Of Care Testing，静脈路確保，検体採取（鼻咽頭ぬぐい液）に加え，特に超音波検査に注力している。救急センターでは，FASTからE-FAST，さらに腹部や表在，心臓，血管といった検査室で実施している領域をカバーしており，現場で迅速な診療支援を提供している。また，研修医をはじめ院内救急救命士や学生に対して，救急エコーの指導も行っており，多職種や学生への教育という面でも幅広く貢献している。超音波検査は簡易的に行える利便性がある一方，専門領域以外の検査においては課題も残る。臨床検査技師が超音波検査を担当することで，医師の負担軽減や診療効率の向上が期待されるが，さらなる貢献のためには，全領域を網羅できるよう，Point of Care Ultrasoundに特化した教育およびプロトコールの作成が必要であると考える。今後も救急エコーの発展を通じて，臨床検査技師が医療現場における価値をさらに高めていくことを目指している。

これでOK救急エコー
演題番号　WS3-2（MT）

当院での臨床検査技師の救急活動とエコー検査の実情

○横山 健輔[1]
[1]京都桂病院

当院は約550床，京都府の西京・乙訓医療圏の中核病院として24時間365日体制で救急搬送患者などの受け入れを行っている。2022年度の年間救急搬送受入件数は5673台であった。当院では2023年7月より救急への検査技師派遣を開始し，3名の技師で週3回午後のみではあるが救急業務に従事している。業務内容は採血及び静脈路確保，心電図や超音波検査などが中心でその他可能な業務も医師，看護師とともに協働している。救急現場でのエコー検査は，心臓，腹部，FASTが主であり，検査技師が実施することにより医師は他の診療，処置に目を向けることができる。転倒や交通外傷の場合などはFASTを実施し，胸痛や失神など心疾患の可能性がある場合には心臓エコー検査により循環動態を素早く評価し，その場で所見を伝えることで多忙な救急現場の補助だけでなく次の処置に迅速に繋げることが可能となる。自身は普段，循環器領域のエコー検査を専門に従事しているため，その知識・技術を特に重宝して頂いていると感じている。臨床検査技師が救急現場でエコー検査を実施するために必要な要素を検討すべく，当院の実情およびエコー検査のポイントを解説する。

これでOK救急エコー
演題番号　WS3-3（MT）

迅速な診断を支える！ 救急現場で臨床検査技師が超音波検査を行う意義

○佐藤 由佳[1]，近藤 圭太[2]
[1]春日井市民病院 臨床検査技術室，[2]春日井市民病院 救命救急センター

【はじめに】迅速な診断が必要となる救急外来では超音波検査が有用であるが，臨床検査技師が常駐することでさらに広い活用が期待される。当救命センターでの活用と今後の展望について報告する。【経緯】医師働き方改革／研修医負担軽減を背景に始まった当院での臨床検査技師による救急業務は，walk-in外来での心電図計測，一般採血検査などから始まり，今では超音波検査も加え活躍の場も救急初療室にまで広がっている。現在臨床検査技師による超音波検査は主に腹部を担当し，腹痛では，大動脈疾患，肝胆道系疾患，急性膵炎，水腎症，腸疾患などの診断を行い，外傷においては，腹腔内出血，心嚢液貯留，肝・脾損傷の評価などを行っている。【考察】超音波検査は迅速性だけでなく非侵襲性においても利点があるため適応範囲は広いが，スキルを必要とする難点もある。救急現場で専門性の高い臨床検査技師が超音波検査を行うことは，その解決策になるだけでなく，医師とリアルタイムに画像評価できることで診断精度も向上するとともに研修医教育にも寄与できる。高画質・高機能化に伴い，今後さらに活用範囲が広がっていくものと考える。

これでOK救急エコー
演題番号　WS3-4（MT）

救急POCUSにおける臨床検査技師の役割と課題：現状と未来への展望

○安部 啓介[1]，小幡 佳津明[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

救急初療における超音波検査（FoCUS，eFASTなど）は，迅速な診断と治療方針の決定に不可欠である。しかし，救急医の業務負担増加やエコー技術のばらつきが課題となっており，その解決策の一つとして臨床検査技師の関与が注目されている。日常，超音波検査室などで系統的な超音波検査を行っている技師は，安定した画像描出技術を提供し，診断精度向上に寄与できる。さらに，技師の関与により，医師の負担軽減と診療の効率化が期待される。また，技師はエコー画像や報告書の適切な保存を行い，機器の管理を通じて安定した運用を支え，より円滑な診療を可能にする。しかし，技師の救急エコー導入には，適切な配置，明確な役割分担，技術の標準化といった体制整備が求められる。そこで，本セッションでは，技師の関与拡大に向け，①救急エコー研修の体系化，②医師との合同トレーニングによる連携強化，③技師の役割と適応範囲の明確化，④病院組織での運用モデル構築について議論する。救急エコーの質向上とチーム医療を推進するために，技師の役割を再定義し，臨床現場に即した実践的なアプローチを提示する。

救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有
演題番号　WS4-1（D）

救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有：当院の現状と課題

○大嶋 清宏[1]，澤田 悠輔[1]，市川 優美[1]，横山 勇希[1]
[1]群馬大学医学部附属病院 救命救急センター

当院では「迷惑・暴言暴力緊急対応フローチャート」を作成し，電子カルテ内で直ちに確認できるようにするとともに，同フローチャートを院内医療事故防止ポケットマニュアルの中に掲載し，院内で迷惑・暴力暴言が発生した場合，これに基づいて行動することとなっている。迷惑・暴言暴力行為が発生した場合，まず現場の職員が対応するが，この際，①複数の職員で対応する，②ICレコーダー等で録音する，③電子カルテ等に行為者の言動等を記録する，の3点が指示されている。現場で事態収拾が可能となっても，再発防止のため行為者に対して必ず口頭警告（注意を促す）こととし，現場で事態収拾が困難な場合には，警備担当者等に通報することとしている。被害状況は当事者により迷惑・暴力暴言被害報告書により医事課に提出され，担当医，診療科，当事者，医事課，医療の質・安全管理部で協議し，同一者から同種の行為が繰り返されたり，被害が大きな場合には，診療継続の可否に関して協議する流れとなっている。このように，臨床現場でのカスタマーハラスメントに対し，組織的に対応することとなっているが，他の御施設の状況を参考に，体制をさらに充実させたいと考えている。

救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有
演題番号　WS4-2（D）

昭和医科大学病院における問題患者に関する情報共有と対応統一化への取り組み

○垂水 庸子[1]
[1]昭和医科大学病院

昭和医科大学病院（以下，当院）では「断らない救急」を目指しているが，2019年より全科当直制度を廃止し，主な1・2次救急患者は救急診療科で初期診療を行った後に各診療科へ対応を引き継ぐこととなった。しかしこの時点で当院の迷惑患者の定義や対応，情報共有の手段は不統一であり，診療の可否は診療科ごとに決められ，救急外来で知らずに患者を応需した結果，各診療科とトラブルになることも少なくなかった。そこで，医療安全部門主導のもと，患者からのハラスメントレベルを3段階に分けるとともに，その内容に応じて当該患者の対応を★要注意，★★診療拒否前段階，★★★3次救急以外での診療拒否のいずれかとして，全診療科で統一させた。また，★情報は各患者カルテの起動画面に表示させ，判断の元となった事案の診療記録には★付きの付箋をつけて速やかに情報共有できるようにした。この結果，問題患者の受診を回避したり，患者の来院前に対応の準備ができるようになった。一方，当院の受診へのこだわりが強く，寄付を繰り返して特別待遇を求める患者は，ハラスメントを繰り返しても診療拒否の対象にできず，依然として対応の課題を残している。

救急現場や医療現場におけるカスタマーハラスメントの情報共有
演題番号　WS4-3（D）

当院におけるカスタマー（ペイシェント）ハラスメントの現状

○松園 幸雅[1]
[1]荒尾市立有明医療センター 救急科

当院は県境の地方都市に位置して，病床数274床，救急告示病院として地域の急性期病院としての役割を担っている。超高齢社会を反映した特徴的なハラスメントも発生している。当院で発生している事案を提示し，今後の対策を考察した。【事案】患者は70歳代後半の男性，一時的な全身の硬直・嘔気・失禁が見られ，受診の問い合わせがあった。電話連絡時には症状は改善していたが，孫が心配して病院に問い合わせをしている。夕方の時間外診療となり，救急外来の受診は可能であることを説明している。その後，時間が経過しても受診がなく，再び孫から電話があり，「受診がなければ，病院から連絡してくるべきではないか？」と強い口調で苦情が入った。孫は患者と別居で直接見ているわけではなく，正確な情報は得られず，折り返し病院から患者本人に電話連絡して受診となった。【当院の対応】報告書として関係者（救急外来看護師，事務医事課，病院幹部）で情報共有して，出来るだけ未然に防ぐために今後の対応策を検討した。当院では苦情・ペイシェントハラスメントに対し，対応フローを作成して，それに従った対応を行っている。

救急医療における医療者と患者・家族の情報提供（コミュニケーション）の重要性
演題番号　WS5-1（D）

医療・行政・消防が情報共有し，頻回救急利用者への支援計画後に応需した一例～社会的に救命するための連携～

○閔 俊泓[1]，太田 裕子[1]，石田 健一郎[1]，大西 光雄[1]
[1]国立病院機構大阪医療センター

【症例】69歳男性，既往にてんかんがあり気分不良を主訴に救急受診した。身体的に異常所見はなく入院を要さないと判断した。後日，医療ソーシャルワーカー（MSW）に認知症初期集中支援センターより連絡があり，転倒を繰り返すなどで救急要請の頻回利用者であることが判明した。本症例をソーシャルハイリスク（SHR）例と考え，ER医も参加して社会的調整の方針を立て，消防にMSWから情報共有をおこない，次回救急要請時に当院へ救急搬送する方針とした。搬送後左慢性硬膜下血腫を加療し，介護保険認定調査，介護保険主治医意見書および成年後見申立診断書を作成し，認知症加療のため精神科病院へ市長同意で医療保護入院となった。【考察】SHR症例で頻回利用者となっている場合，行政とともに社会的支援の計画を立てた上で，消防と情報共有することで頻回利用者の支援につながった。本取り組みを救急隊との症例検討会で広く周知し，救急搬送を契機とした社会的な救命の可能性を共有した。【結語】SHR症例に対し，医療・行政・消防が事前に連携することで，ER初療時の患者に対する情報提供が良好となり，頻回利用者の搬送困難解決の一助になると考えられた。

救急医療における医療者と患者・家族の情報提供（コミュニケーション）の重要性
演題番号　WS5-2（D）

体外式膜型人工肺（ECMO）離脱困難患者における終末期医療

○清水 敬樹[1]，濱口 純[1]，堀越 佑一[1]，石澤 嶺[1]，松井 早季[2]
[1]東京都立多摩総合医療センター ECMOセンター，[2]東京都立多摩総合医療センター 看護部

近年，救急・集中治療領域では体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた治療は急速に普及している。重篤な呼吸・循環不全において，ECMOの導入で喫緊の危機は一過性には回避可能ではあるが，その後の経過の中で原疾患が改善しなければECMOを用いた集学的治療の撤退を余儀なくされる。そのECMOのいわゆる出口問題は移植医療が停滞している我が国では，非常にデリケートな対応が要求され，患者・家族との繊細なコミュニケーションを必要とする。具体的な症例として，50歳代の重症呼吸不全で，呼吸ECMOが導入されたが，集学的治療の結果，肺は非可逆的であるとの判断でECMOからの離脱困難症例でのやりとりを提示して議論を進めたい。導入時には当然ながら非科可逆的な病態との判断であればECMOを離脱する旨のICは行っていて，同意を得ている。しかしながら離脱困難になった際には，ほとんどの家族が速やかな離脱には同意しなくなる。その後のECMO終末期のステップは家族ごとに反応等は異なり，倫理委員会や緩和ケアスタッフも交えて，家族と頻回にコミュニケーションを図り，家族の求めにも対応しながら，医療資源などとの凌ぎあいが要求される。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-1（D）

バイスタンダーサポート体制の現状と委員会からの提言2025

○名知 祥[1,2]
[1]中濃厚生病院 救命救急センター，[2]日本臨床救急医学会 バイスタンダー体制検討委員会

心停止の救命にはバイスタンダーによる応急手当が重要だが，その負担に関しては注目されていなかった。本委員会では2015年にバイスタンダーの心的ストレス反応をサポートする体制構築に係る提案を発表し，JRC蘇生ガイドライン2015に取り上げられ，サポート体制構築のきっかけとなった。2020年にも提言を発表したが，令和4年度消防庁調査では，サポートを実施していない消防本部が38.9％あり，まだ十分な状況ではない。このため2025年4月に新たな提言を発表した。全てのバイスタンダーは身体的・精神的・社会的に保護される必要があること。心的ストレスは誰にも生じるもので，特別な対応が必要な人もいるため社会でサポートする必要があること。サポート体制は地域全体で行うべきで，県／地域MC協議会が体制構築を主導すること。学校での救命教育等を通じて応急手当を行う事が当たり前の土壌づくりを推進すること。法的な保護は現行の民法・刑法で免責できると考えられているが，昨今の情勢からバイスタンダーを守る法整備が必要であること。提言で述べているこれらのことを進め，バイスタンダー体制の充実を目指したい。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-2（C）

一般市民がバイスタンダーとなった際の具体的なサポート体制の確立に向けて

○長野 庄貴[1]，本間 洋輔，すがわら えみ
[1]なし

演者は一般市民としてランニングの練習中にバイスタンダーとなり，胸骨圧迫とAEDを使用した。事後に対象者が亡くなったことを知り，大きな心理的なストレスを抱えるに至ったが，公的なサポートは具体的・効果的には得られなかった。消防の感謝カードだけでは一般市民の具体的な心的ストレスの解消にはつながらないと感じている。バイスタンダーが心的ストレスを感じることは，海外では論文報告も多く執筆されており，バイスタンダーをサポートするための多くの団体のHPにも同様の記載がされている。一方，国内においては日本語で読めるものがない状況であった。うまく助けられたケースはインターネットなどで見つけられるものの，助からなかった場合のバイスタンダー体験談がほぼ一般的に知られていない。自身の体験談を基に，実際の救助後には心的なストレスを抱える可能性があること，そのサポート体制を発信している。各種SNSを通じて，似たようなバイスタンダーの体験をした方から感謝の言葉をいただくことが多い。一般市民バイスタンダーの心的負担に対応する具体的かつ公的な体制の整備が早急に行われることを期待する。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-3（E）

応急手当指導員に行ったアンケート調査について

○田島 典夫[1]，畑中 美穂[2]，田中 平祐[3]，齊藤 紀彦[3]
[1]小牧市消防本部，[2]名城大学，[3]日本赤十字社 事業局救護・福祉部健康安全課

【はじめに】BLSを実施したバイスタンダーが心的ストレスを被りうることは，JRC蘇生ガイドラインに記載されており，社会的にも注目されてきているが，その実態は不明な部分が多い。そこで今回，BLS実施経験者が多いと考えられる応急手当指導員を対象に，バイスタンダーとしてのストレスについて調査を行った。【対象と方法】全国の日赤の応急手当指導員を対象に，過去に経験したBLSに起因するストレス反応等をWEB調査によって尋ねた。【結果と考察】有効回答者は1,359名であり，心停止現場に遭遇した経験がある者は718名であった。このうち，約半数が何らかのストレス反応を回答しており，特に自責の念（23%）や不安感（22%）が多く回答された。また，「できる限りのことをやりきった」という項目への肯定率は30%であった。応急手当指導員が，バイスタンダーとして活動した経験をした方から相談を受けたケースも90件ほどみられ，その多くが「自分が実施したことは正しかったのか」という自責の念や不安であった。今回の調査結果をもとに，いまだ十分とは言えないバイスタンダーのサポート体制について引き続き検討する必要がある。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-4（E）

バイスタンダーの心的サポートにおける消防の取り組み

○矢島 茂樹[1]
[1]佐倉市八街市酒々井町消防組合消防本部

バイスタンダーCPR実施件数は増加の傾向にあり，それに伴いバイスタンダーそのものの数も増えている。その一方で，バイスタンダーとして現場に遭遇した人の約半数がその後に心的ストレスを感じると言われているが，そのことについてはあまり言及されておらず，「バイスタンダーが抱える心的ストレス」については逸事となっている。このような状況下において消防機関は，指令管制業務でバイスタンダーに電話等で直接口頭指導を行い，救急等の現場活動でバイスタンダーに直接会い，更には救命講習会などでバイスタンダーとなりうる人達に積極的な応急手当の実施を促している。このように，バイスタンダーやバイスタンダーとなりうる人達と一定の頻度で接点を持つ業務を担っているが，バイスタンダーの心的サポートまで考慮して対応している消防機関は少ない。この現状を鑑み，消防機関が担う業務においてバイスタンダーの心的サポートを考慮した対応が必須であると考えた筆者は，指令管制員向けに「バイスタンダーの生の声を聞いてもらう」ための講話を実施し，所属する消防本部において「バイスタンダーサポート体制」を構築したのでその取り組みを紹介する。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-5（D）

バイスタンダーの心的サポートを目的としたリーフレット制作とバイスタンダーサポート外来の設立

○本間 洋輔[1]，愛波 淳子[2]，平舘 宏美[2]，三井 恵[2]，藤江 聡[2]
[1]千葉市立海浜病院 救急科，[2]NPO法人ちば救命・AED普及研究会

心停止現場の一般市民（バイスタンダー）による救命処置は，救命率向上のために重要な要素である。他方，バイスタンダーが救助活動後に心的ストレスを負うケースが報告されているが，心的なサポート体制について体系的に整備されていない。さらに心的ストレスへのケア方法について解説している資料は少ない。そこで，バイスタンダーが心的ストレスを抱えた際に参考となるようなリーフレットを作成することとした。バイスタンダーとして救助活動後に心的ストレスが生じた一般市民2名に対しインタンビューを実施し，どのような情報が必要であったか，どのような言葉が必要／不適切であったかについて調査した。その上で臨床心理士と相談し文言原案を作成，協力者に確認のうえ完成とした。また，リーフレットだけではなく消防の窓口に相談したバイスタンダーがその後医療的な介入が必要であった場合に備え，「バイスタンダーサポート外来」を設立し，地域MC単位で心的サポートに対応する仕組みを構築した。我々医療従事者が率先して心的ストレスに対してのサポート体制を構築するべきであり，取り組みを紹介するとともに今後の課題について述べる。

G2025に向けたバイスタンダー体制への提言（委員会企画）
演題番号　WS6-6（D）

一次・二次救命処置講習会開催者の側から考えるバイスタンダー体制

○邑田 悟[1,2]，名知 祥[1,3]，髙平 修二[1,4]
[1]救急医学会ICLS企画運営委員会，[2]岩手県立中部病院，[3]岐阜県厚生農業協同組合連合会中濃厚生病院，[4]埼玉医科大学病院

我々医療者は傷病者の救命処置に対し，職務時間中は遅滞なくでき，職務時間外であっても多くの人は躊躇がないと思う。しかし医療者以外の方は，救命行為を行うことに対してさまざまな葛藤を持っているようである。それには，いくつかの問題点が考えられる。一つは，バイスタンダーが巻き込まれる可能性のあるトラブルについての誤情報についてである。近年さまざまなメディアを通じて間違った情報が広がりやすく，猥褻罪などの犯罪容疑者となる可能性があるかような報道もある。法律学者からは純粋に救命処置を行うのであれば，有罪になることはあり得ないとのことであった。もう一つは，バイスタンダーが救命行為を行った方の，事後のサポート体制がないことである。特に家族や知人のバイスタンダーになって，救命できなかった場合には大きな心的ストレスを負うとの報告もある。不確かな情報を元に救命処置が行われない，心的ストレスのために再度の救命処置が行えないのは，救命のチャンスを逃し，我々の救命処置の普及活動の妨げにもなりかねない事態である。我々救命処置講習会の開催者が問題だと思っている項目，改善してほしい項目を考えたい。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-1（E）

プレアライバルコールの実施状況調査と課題

○吉村 優希[1]，井上 拓訓[2]，柳 聖美[2]，喜熨斗 智也[2]，田中 秀治[2]
[1]帝京大学 福岡医療技術学部，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】近年，救急出動件数や119番通報件数が増加し，救急活動時間の短縮に向け，救急隊から通報者へ「携帯電話等で情報聴取（Pre-Arrival Call以下，PAC）」を実施している。【目的】PACの実施状況調査し特徴や問題点を分析することとした。【方法】179名の救急隊員を対象にPACに関するアンケート調査を実施し，調査結果をもとにロジスティック回帰分析を行った。【結果】PAC実施者は167名であり，うちPACを組織的に行っているのは74名，PACを組織的に行っていないのは93名であった。組織的に行っている消防本部に所属する人の実施頻度は高く（$p < 0.0001$），現場滞在時間のうち「病院選定完了までの時間（$p = 0.02$）」の短縮に効果を感じていた。【考察】近年，119番通報の増加により通信指令員による「症候による病態」の聴取までできないことが考えられる。指令内容が限られている中で，出動する救急隊員はPACによる情報聴取により現場滞在時間の短縮効果を感じていることが考えられる。【結論】本調査において，個人におけるPAC実施率が高くPACは有効と考える救急隊員が多いことが判明した。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-2（D）

小児傷病者の消防救急車搬送に係る現場判断基準の策定

○問田 千晶[1]，森村 尚登[1]，高橋 耕平[1]，早川 達也[1]，吉野 篤人[1]，渥美 生弘[1]，平尾 朋仁[1]，杉田 学[1]，西 竜一[1]，大田 祥子[1]，安部 猛[1]，伊藤 重彦[1]
[1]令和6年度消防防災科学技術研究推進制度「低緊急・非緊急傷病者搬送における病院救急車等の活用の方策」基準策定班

【背景】消防救急車で搬送される小児傷病者の75％は軽症であり，救急現場において低緊急・非緊急の小児傷病者へ病院救急車を活用できる可能性は高い。今後，病院救急車の活用を検討するにあたり，小児傷病者に対する消防救急車搬送基準を，まず確立させることが必須である。【目的】小児傷病者の消防救急車搬送基準（以下，小児G基準）案を策定すること。【方法】①総務省消防庁緊急度判定プロトコルver.3（救急現場）のバイタルサイン関連項目のうち赤1・赤2・黄のいずれかの類型，あるいは1次／2次補足因子項目のうち赤1・赤2の類型のものを消防救急車搬送基準暫定項目とする。②小児救急の専門家3人による意見や助言に基づき暫定項目を修正し，修正基準案を策定する。③修正基準案についてデルファイ法を用いて専門家の合意形成を得る。【結果・考察】14の症候別に小児G基準案を策定した。今後は，消防救急車搬送および病院・民間救急車搬送の両運用に係る基準を確立させることで，小児傷病者の救急車による適正な救急搬送体制を構築する必要がある。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-3（N）

胸痛傷病者の適正搬送および時間短縮にむけた新たな病院前リスク評価ツール

○朝長 さつき[1]，井山 慶大[2]，赤司 良平[3]，前川 賢一郎[4]，渋谷 洋平[4]，横山 誠[1]，本田 智治[1]，宮本 浩明[1]，池田 優[5]，唐津 総一[5]，田崎 修[2]
[1]長崎大学病院 看護部，[2]長崎大学病院 高度救命救急センター，[3]長崎大学病院 循環器内科，[4]長崎市消防局，[5]長崎みなとメディカルセンター 看護部

【背景】急性冠症候群（ACS）治療は時間短縮が重要だが，胸痛患者の円滑な搬送には課題がある。病院前の情報のみによるACSリスク評価ツールはこれまで存在しなかったため，我々は救急隊が用いる病院前胸痛リスク（PCPR）スコアを開発した。【方法】病院前12誘導心電図が実施された胸痛または心疾患いの584例を解析した。PCPRスコアは，冠動脈疾患（CAD）既往なし群（$n = 433$）と既往あり群（$n = 151$）に分け，年齢，痛みの部位・種類・持続時間，冠危険因子，心電図所見から成り，ロジスティック回帰モデルを用いてACSの診断スコアを開発した。【結果】スコアの範囲は，CADの既往なし群で-1 ～ 10，CADの既往あり群で0 ～ 32であった。CAD既往のない群は6点以上でACS（特異度90％以上），3点以下で非ACS（感度90％以上）と判定され，補正AUCは0.90であった。CADの既往のある群では，24点以上でACS，6点以下で非ACSが示唆され，補正AUCは0.69であった。【結語】PCPRスコアは病院前胸痛患者のACS診断に有用であり，本スコアを用いることで適正搬送や搬送時間短縮に寄与する可能性がある。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-4（D）

○杉田 学[1,2]，横田 裕行[2,3]，大桃 丈知[2,4]，木庭 雄至[2,5]，清水 敬樹[2,6]，新井 悟[2,7]，猪口 正孝[2,8]
[1]順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科，[2]東京都救急医療対策協議会 救急医療体制検討小委員会，[3]日本体育大学，[4]平成立石病院，[5]東大和病院，[6]都立多摩総合医療センター，[7]河北総合病院，[8]東京都病院協会

救急覚知から病着までの時間短縮を目指す取り組み（東京ルール）と今後の課題

【背景】2023年の救急出動件数は763万件で，前年から5.6％増加し過去最高である。出動から現場までの平均時間は10分以上で病院までは平均47分かかる。東京都では増える救急患者に対応するため，平成21年より「救急医療の東京ルール」（以下東京ルール）を開始した。東京ルールは①地域救急医療センターで選定困難事例の調整と一時受け入れを行う，②電話相談トリアージなどのトリアージ③都民へ理解と参画を促す，の三本柱からなる。【活動報告】①は5病院か20分の選定で搬送病院が決まらなければ，各医療圏の地域救急センターが調整する。東京ルール開始後も全救急搬送は増加したが，当院の位置する医療圏ではH24年と27年で，応需率は上昇（66.9→74％），活動時間は短縮（52分→48分），東京ルール発生割合は減少（2.22→1.08％），圏域内受入率は上昇（82.3→84.6％）した。東京都の救急搬送時間は，H23年の51分からR1年の45分へ約6分短縮されたが，COVID-19後に延長した。この取り組みは全国のロールモデルになり得るが，今後は一時受け入れ後の転院支援やデジタル技術の活用が必要である。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-5（D）

○谷口 健太郎[1]，説田 守道[2]
[1]松阪中央総合病院 救命救急センター，[2]伊勢赤十字病院 救命救急センター

完全輪番制が救急医療搬送の時間に及ぼす影響について ～その恩恵と弊害～

【背景】当地域は約20万人の医療圏に3つの第二次救急医療機関にて休日夜間は完全輪番体制を敷いている。輪番時間帯の搬送先選定は容易いが，その弊害もある。【目的】時間的影響の他に，弊害となる事象を明らかにする。【方法】非輪番群（平日8：30 ～ 16：00車内収容）と輪番群（非輪番群以外の時間帯）に分け，当地区消防本部の①車内滞在時間（搬送開始時間－車内収容時間），②病院待機時間（医師引継ぎ時間－病院到着時間）の平均値を比較。【結果】非輪番群：4,098例，輪番群：11,332例。非輪番群 vs 輪番群：①4.94 vs 3.95，②3.38 vs 4.34（各々単位：分）病院待機時間が10分以上の症例は，非輪番群：179例（4.4％），輪番群：914例（8.8％）で，待機中の急変等傷病者に直接不利益となる事案は認めなかった。【考察】輪番帯は一つの病院に救急車が集中し，病院待機時間が長くなる。適宜優先度を判断し，病院収容するため傷病者に直接の不利益はないが，活用できる救急車数は制限を受ける。軽症傷病者の第二次救急医療機関以外での受入体制構築，搬送件数自体を少なくする等の対策が必要である。

救急活動の覚知から病院到着までの時間短縮の取り組み
演題番号　WS7-6（D）

○有嶋 拓郎[1]，畑中 大祐[2]
[1]藤田医科大学岡崎医療センター，[2]岡崎市消防本部救急課救急対策係

病歴復唱による病院選定時間の短縮の工夫

【背景】救急車要請患者は内因性疾患が多くを占め，病歴の聴取やバイタルや身体所見の評価のウエイトが大きい。PAC（pre arrival call）やスピーカーモードの活用による情報収集を走行中にも実施する病院前救護が実施されている。現場での滞在時間には，病院選定に要する時間の短縮が課題と考え，覚知から病院到着まで救急医が救急車に同乗して，それぞれの過程の時間を測定してプロセスの分析を行った。【方法】調査期間は2025年2月26日から3月8日までの期間の10日間の日中に実施した。岡崎市及び幸田町の3つの消防署に救急医が待機して出動救急車に乗り活動の各プロセスの時間を測定した。【結果】出動件数は35件，死亡等による不搬送事例が4件あった。PAC（プレアライバルコール）は全例で実施された。病院選定に要した時間は平均3.5分であった。【結語】走行時間中も情報収集が実施されていて，病院前救護活動で短縮できる時間は，病院選定時間に依存していた。医療圏全体の搬送の情報を医療機関とリアルタイムに共有できる基盤が構築されていない現状下では，効率的な情報伝達には，病歴の復唱は有用であった。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-1（D）

○野中 和樹[1]，久保地 泰仁[1]，田村 智[2]，服部 潤[2]
[1]市立大村市民病院，[2]北里大学医学部 救命救急医学

救急医療や在宅医療にリアルタイム映像伝送システムを取り入れ速やかな救急対応を目指す取り組み

市立大村市民病院は長崎県中央の人口約10万人の大村市に位置し市内唯一の二次救急病院として救急医療を支えている。慢性的な医師不足と救急専門医不在の中で病院救急救命士，特定ケア看護師など多職種で当地域の救急医療を持続させリアルタイム映像伝送システムVisual Talkを活用した医療DXで効率的かつ効果的な救急医療を目指している。在宅医療では患者の状態と特定ケア看護師などによるエコー画像，心電図などをこのツールを用い病院医師とリアルタイムに映像共有する事で迅速な救急対応が可能となった。診療報酬的には看護師等遠隔診療補助加算の算定要件取得も目指している。また全国的な救急搬送の増加を受け消防救急車の負担軽減を目的とした施設等への病院救急車迎え搬送の試験運用行い同ツールを利用する事で速やかな対応が可能となった。今後は消防署との連携強化によりリアルタイムに映像共有し搬送時間の短縮と適した医療機関への搬送を実現し更に救急車内のモニタリングで遠隔支援の仕組みを構築しICU遠隔支援加算の救急搬送版の運用も可能と考えられる。これらの救急医療DXに取り組む事で多職種の働き方改革や救急医療の質向上を図っていく。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-2（D）

民間二次救急病院群における医療DX推進の取り組み：Patient centric DX system構築に向けて

○森村 尚登[1,2,3]，大貫 隆広[1]，小平 祐造[2]，猪口 正孝[2]
[1]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）救急災害医療連携・DX推進部門，[2]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部，[3]東洋大学 情報連携学学術実業連携機構（INIAD-cHUB）

【背景】業務効率化の一環として医療DXの推進が求められる中，その導入は未だ限定的である。【目的】民間二次救急病院群の医療DX推進の取り組みの提示。【方法】①都指定二次救急医療機関4病院を含む当医療法人所属8医療機関職員に，DX定義，業務効率化を要する業務内容についてアンケート調査を実施。②救急診療の近未来図の動画を作成。③現場のニーズと近未来図実現に必要な既存のシステムをリスト化し，導入優先度を決定。④KPIとして使用率，インシデント発生率，転帰等を設定。【結果】①多くはDXを理解していなかった。職種別業務効率化の要望が大半で部門間情報連携強化は少なかった。②来院時自動認証，音声入力・通知モバイルシステムを基軸とした電子カルテのデータプラットフォーム化，IoTデータ収集，AIサマリー作成等によるPatient centric DX systemを映像化し，職員が視聴し理念を共有。③11のシステムをリストアップし，うち7つを4病院に振り分けて導入。【結語】医療DXの推進には，明確な理念の共有の下，既存・先行例によるモザイクシステムが有用である。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-3（E）

救急タグは救急搬送時に有用な情報共有ツールとなる ～救急タグ配付時アンケートより（第2報）～

○山中 健太[1]，酒井 智彦[2]，横野 良典[2]，中尾 俊一郎[2]，河内 孝仁[1]，織田 順[2]
[1]大阪大学医学部附属病院 医療技術部，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】我々は自身の病歴などをカードに記載して携帯し，緊急時の情報伝達ツールとして救急タグを考案し，大阪市東淀川区等で2018年から試験的に配付してきた。配付時には，通院先医療機関数，救急搬送歴の有無等をアンケート調査しており，その結果を2019年の本学会で報告し，その後も配付・アンケート調査を続けている。【目的】高齢者の通院先医療機関数，救急搬送歴及び搬送時に自身の病歴等を救急隊に伝達が出来たのかを調査し，救急タグの需要について検討すること。【方法】2018年10月から2024年11月末までの間に大阪市東淀川区，大阪府豊能町，大阪府吹田市で救急タグを配付する際にアンケート調査を行った。【結果】アンケート回収は3,726名で65歳以上は2,379名であった。65歳以上の通院先医療機関数は平均2.08件，救急搬送歴ありは997人（41.9%），そのうち自身の病歴等を伝えられたと答えた人は997名中497名（49.8%）であった。【結論】本アンケート回答者の中で救急搬送歴のある高齢者のうち，約半数は自身の病歴を救急隊に伝達できておらず，携帯型の健康情報共有ツールの需要はあると考えられる。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-4（N）

急性期医療情報統合ビューア「Abierto Cockpit for ER」の導入が救急初期診療に与える影響

○山田 果依[1]，丸山 修平[2]，上田 奈緒美[1]，梶原 美絵[1]，齊藤 福樹[2]，中森 靖[2]
[1]関西医科大学総合医療センター看護部，[2]関西医科大学総合医療センター 救急医学科

【背景】Hybrid ERの登場に象徴されるように，救急初療の現場は進化を続けている。一方，重篤な患者の対応に追われる救急初療では，患者の状態変化を適切なタイミングで把握しにくく，スタッフ間の情報共有が不十分となる課題があった。これを解決するため，我々は急性期医療情報統合ビューア「Abierto Cockpit for ER」（以下Cockpit ER）を開発した。本ビューアは「操作不要」「大画面表示と音声通知」を特徴とする。【目的】Cockpit ERの導入が救急初期診療に携わるスタッフに与える影響を明らかにする。【方法】救急初期診療に従事する医師・看護師を対象に，Cockpit ER導入後の救急初療室で一定期間診療を行い，アンケート調査を実施した。【結果】調査対象は35名（医師11名，看護師24名）。有用性が高いと評価された機能は，処置開始からの時間経過の表示（95%）血液ガスの音声読み上げ（94%）異常血圧値の音声通知（60%）であった。【結論】救急初期診療における医療DXの一環として開発した本ビューアは，多様な患者情報を統合・即時伝達し，診療を支援する有用なツールとなる。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-5（P）

薬剤師が関わっている救急外来でのDX

○甲斐 光[1]，西村 智晃[1]，柴田 啓智[1]
[1]済生会熊本病院

デジタルトランスフォーメーション（DX）は救急医療における診療の質向上に貢献することが期待されている。済生会熊本病院（以下，当院）では2024年9月より救急外来担当薬剤師を1名常駐しており，DXを活用しながら活動を行っている。脳卒中急性期診療支援アプリであるTask Calc. Strokeは，患者が搬送されるまでの時間や検査，薬剤投与のタイミングなどを，iPhoneを用いてリアルタイムに把握することができる。また，救急外来における薬剤師の介入については，あらかじめ作成したテンプレートに沿って記録を行い，Extract（抽出）・Transform（変換）・Load（格納）（ETL）ツールを用いて内容を抽出し，必要に応じてビジネスインテリジェンス（BI）を用いて可視化している。加えて，多くの医療機関で活用が可能なものにマイナンバーカードからの薬剤情報の取得がある。過去に投与された注射薬の内容やお薬手帳に記載のない医療機関の情報も入手することができるため，情報があれば利用している。本ワークショップでは，これらの救急医療におけるDX事例についての詳細を紹介したい。

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-6（E）

○玉水 自然[1]
[1]藤沢市消防局

藤沢市消防局における救急業務改革 ～救急業務の効率化×救急活動の質向上～

【概要と効果】当消防局では，救急現場でタブレット端末を活用して，バイタルサイン等の傷病者情報や救急現場の状況などをデータで医療機関と共有する「傷病者情報管理システム」を運用している。このシステムは，傷病者の情報を可視化した状態で医療機関と共有できるため，収容決定判断までの時間が短縮されることに加え，救急現場の画像をリアルタイムに共有することで，従来に比べて病院到着後から決定的治療開始までの時間短縮に寄与する。また，タブレット端末に入力したデータを新たな消防OAと連携させたことで，救急活動報告に関する各種事務作業にかかる隊員の負担軽減にもつながったため，報告する。【展望】今後は，業務のさらなる効率化及び救急活動の質向上を見据え，次のような技術の導入を検討していく。
・救急現場でのタブレット端末への入力役をAIに置き換えることで，隊員個人の端末操作スキルの差に左右されないシステム
・消防OAに連携されたデータをもとに救急活動報告書を自動生成することで，ヒューマンエラーを無くすシステム

現場から変える！救急現場における医療DXの具体的な取り組み
演題番号　WS8-7（E）

○三橋 正典[1,2]，藤 雅茂[1]，宇田川 美南[1]，鈴木 健介[3]，増野 智彦[3]，小川 理郎[3]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学，[3]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

シミュレーション教育でのAIを活用した救護ノンテクニカルスキルの評価法の検討

【背景】救急現場で傷病者とその家族など，関係者への接遇は，お互い信頼関係を築き，円滑な活動には必須のスキルである。接遇などのノンテクニカルスキル（NST）は主観性依存になりやすく，一貫した指導と評価が問題となる。【目的】AIによる救護活動中のNTSの客観的な評価方法を検討した。【方法】本学1年生36名に，救護活動を想定したシミュレーションで実施した。活動中の会話音声を文字化し，その発言をChatGPTで解析し，「コミュニケーション」「質問の順序」「質問の詳細さ」「状況に応じた対応」「時間管理」の5項目について，AIと教員での評価を比較した。【結果】AI評価と教員評価は，「コミュニケーション」と「時間管理」で有意差を認め（$p < 0.05$），「質問の順序」，「質問の詳細さ」「状況に応じた対応」では差がなかった。【考察】AI評価は，活動中の会話を文字として表現できるNTS評価により有用と考えられた。コミュニケーションには表情や姿勢などの非言語的要素を含んで，AIに与えた情報だけでは評価が困難であろう。【結論】AIでのNTSの客観的評価は，さらなる一貫性のある指導と評価で有効な手法になる。

救急搬送患者の実例をもとにMSWの仕事を考えよう
演題番号　WS10-1（MS）

○千坂 直史[1]
[1]仙台市立病院

救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーの役割と今後の課題

近年，少子高齢化や核家族化等の社会背景の変遷も相まって，救命救急センター（以下，救急外来）には，身寄りのない患者や生活困窮者，ホームレスを初めとした様々な社会的問題・課題，いわゆるソーシャルハイリスクを抱えた患者が多く搬送となっている。搬送される患者の中にはこれらのソーシャルハイリスクが複数混在している場合も少なくない。我々医療ソーシャルワーカー（以下，MSW）は救急外来という火急の現場において，患者が少しでも安心して適切な医療を享受できるよう，またこれからの療養生活における不安や心配を可能な限り軽減できるよう日々尽力している。目まぐるしく状況が変化し，必要即応の対応が求められる救急外来というシーンの中で，我々MSWがいかにしてその役割を担っているかを，症例を交えて考察していく。一方でMSWは比較的少数派の職種であり，病棟の退院支援業務や外来業務と兼務している場合も少なくない。そのため，業務量の管理やタイムマネジメントについても課題があると感じている。三次救急病院で臨床実践しているMSWであるからこそ感じる，やりがいや課題，苦労についても合わせて考える機会としたい。

救急搬送患者の実例をもとにMSWの仕事を考えよう
演題番号　WS10-2（MS）

○菊地 桃[1]
[1]武蔵野赤十字病院

摂食障害を背景に大量飲水を繰り返した一例 ～救命センターにおける家族支援と倫理的ジレンマ～

【背景】摂食障害患者において，大量飲水による低ナトリウム血症は生命を脅かす要因となる。本症例では，精神科医療の介入や家族支援の過程で，医療ソーシャルワーカー（MSW）が直面した倫理的ジレンマについて報告する。【症例】40代女性。摂食障害の既往があり，BMI 12と著しい低栄養状態であった。「もう生きるのが辛い」と大量の水を摂取し，低ナトリウム血症で救命センターに搬送された。夫と娘との3人暮らしで，育児の負担を抱えていた。娘には発達障害が疑われていた。【経過】精神科診察を依頼し，家族と相談のうえ摂食障害専門病院への転院を計画した。本人は入院前から嘔吐を繰り返し，死を望む発言もみられたことから育児環境が不安定と判断し，児童相談所へ連絡し対応を協議した。最終的に同意していた家族の意向が変わり，自宅退院となった。【考察】救命センターでは疾患と複雑な社会背景を併せ持つ症例が多く，多職種連携が求められる。本症例では，患者の「子どものそばにいたい」という意向と，子どもの福祉との調整に葛藤を抱えた。現場では，患者の最善の利益を考える際に，家族の状況も考慮する必要がある。本報告では，その困難さについて考察する。

救急搬送患者の実例をもとにMSWの仕事を考えよう
演題番号　WS10-3（HS）

精神科救急病棟に措置入院した統合失調感情障害患者の一例

○岸 奈緒子[1]
[1]浅香山病院

【ケース概要】30歳代女性。30歳代の夫と0歳の長女との3人暮らし。大学在学中に発症。統合失調感情障害。入院歴なく精神科クリニックで外来通院を継続。治療しながら会社員として働き，30歳で結婚。【入院・支援経過】怠薬により徐々に症状悪化。X月Y日自宅内で支離滅裂な言動や「○○に狙われている」と包丁を振り回し，夫が110番通報。警察官に保護されたのち，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条の警察官通報にて当院精神科救急病棟へ措置入院に至る。入院当初の本人は病識なく，治療同意が得られない中で強制的に治療が開始されている。入院時のインテーク面接では夫にも発達障害があると考えられ，本人との関係性や子育ての大変さにストレスを抱えており余裕がない状況。本症例に対し院内多職種チームで情報共有しながら治療と並行して本人への関わりを開始。本人との関係性構築から課題の把握と共有，その上で退院後を見据えた地域支援者と連携。家族支援として夫への家族教育から夫婦関係修復，長女に対し安全な養育環境の評価を行い入院から90日で退院。本症例を通じて精神科救急病棟での患者・家族支援において考察したことを報告する。

酩酊した傷病者の受入れに向けた連携アプローチ
演題番号　WS11-1（D）

札幌医療圏における急性アルコール中毒診療の課題

○田口 大[1]，曳田 彩子[1]，林 浩三[1]，片岡 秀真[1]
[1]勤医協中央病院 救急科

当院は，札幌医療圏の救急車応需数において一二を争う救急医療施設である。札幌では，夜間急病センターが急性アルコール中毒患者を応需する不文律があったが，コロナ禍では当院への搬送が増加し，医療者へのストレスが急増した。搬送数こそ，2018年276名，2021年141名と減少傾向だが，札幌市消防局の搬送医療機関別割合では，当院が2018年19.8％から2021年24.1％へ増加していた。更に吐瀉物まみれ・医療スタッフへの暴言暴力行為・支払い拒否・点滴自己抜去・感染対策用個室の長時間占拠および不退去など様々な問題が発生していた。救急センタースタッフ数が手薄な深夜22時から午前4時までに搬送が集中し，救急センター滞在平均時間は4時間5分で，警察官の臨場を要請した事案は11件だった。2024年は97名と減少したが，2例の頭蓋内出血併発症例を経験した。そこで，他施設で嫌厭される急性アルコール中毒診療の質向上を目指して，北海道・札幌市指定依存症治療拠点機関との連携も行った。本来は一救急医療機関の自己責任で完結させるべきではなく，行政・消防・医師会・飲食業が話し合いをすべき事案と考えている。

酩酊した傷病者の受入れに向けた連携アプローチ
演題番号　WS11-2（D）

酩酊傷病者はなぜ忌避されるのか？～トラブル症例から学ぶ対策～

○山畑 佳篤[1]
[1]京都府立医科大学

【背景】飲酒酩酊は救急診療につきものである。以前勤務したER型救命救急センターでは，小児を除く救急受診者の約3分の1に飲酒を伴っていた。しかし飲酒酩酊傷病者は忌避されやすい。【検討】認知症独居高齢者と飲酒酩酊者には共通点が多い。共通点は，保護責任者と連絡がつかない，正確な病歴が得られない，不穏行動により監視が必要，等。一方で，酩酊傷病者の方が年齢が若く身体機能が優っている，入院率が低い，等の相違点があり，忌避の一端になっているかもしれない。【症例1】飲酒後に暴言，不穏のある中年男性。家族が付き添いに耐えきれず，医療者の説得にも関わらず本人と帰宅。CPAで再搬送され，原因はSAHだった。教訓1：酩酊と思い込まず意識障害として対応する。【症例2】酩酊の中年男性。同僚の付き添いあり。覚醒後財布がないと騒ぎ出し，その後頻回のクレームがあったが，付き添いの同僚による窃盗であった。教訓2：監視カメラに映る場所で診療する。【症例3】酩酊の若年男性。半覚醒状態で，検査，点滴等に同意得られないが，起立や歩行は不可能で，家族連絡先も教えない。保護の要件を満たし，警察に保護された。教訓3：保護の要件を知る。

ハイライトセッション1
演題番号　HS1-1（D）

救急救命士による病院前救護の現場での的確な気管挿管を促進させるためのシミュレーション教育プログラム

○畠山 稔弘[1]，上田 巧[2]，小磯 陽子[2]，松島 久雄[1]
[1]獨協医科大学 埼玉医療センター，[2]草加八潮消防局

先行研究では，救急救命士による気管挿管の質が低いと示唆されている。国際的なガイドラインは，食道挿管を除外するために呼気二酸化炭素の継続的なモニタリングを推奨する。一方で，本推奨に基づく教育プログラムは確立していない。加えて，国内の各メディカルコントロール協議会で実施される，救急救命士への再教育のための教育プログラムも質の均一化はなされていない。このため我々は，学習目標を呼気二酸化炭素の継続的なモニタリングに絞るために，マネキン（実習用人形）への気管挿管が完了した時点からシナリオが始まるプログラムを開発した。臨床現場に即した学習のため，食道挿管だけでなくモニタリング機器の接続不良・カフ虚脱のシナリオもある。プログラム開発に関わっていない外部の受講生等も交えた複数回のデモンストレーションにより実行可能性を確認した。さらに，本プログラムを埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会における気管挿管認定救急救命士への再教育に用いた。今回，本プログラムの概要をお伝えし，再教育後に実施した受講者からのアンケート結果を踏まえ，今後の救急救命士による的確な気管挿管を促進させるための議論を深めたい。

ハイライトセッション1
演題番号　HS1-2（E）

病院救急救命士の転院調整業務は救急医療を円滑化させる

○川端 崇太[1]，藤川 丈一郎[1]，柳原 祐太[1]，佐々木 優斗[1]，熊谷 将俊[1]，岩尾 祐弥[1]，田口 大[1]，林 浩三[1]，曳田 彩子[1]
[1]勤医協中央病院 救急センター

当院には救急救命士（以下救命士）が6名所属している。2021年9月から正規職員として救命士の採用を開始し，2024年度は，高規格救急車と患者搬送車両を用いて，転院搬送と迎え搬送で年間1000件程度の搬送業務を無事故で実施し，患者獲得と病床の稼働率向上に多大な貢献をしている。一方，当院では出口問題に関しても救命士の参画が有用であると判断され，医師に代わって救命士が転院調整業務を実施している。医師による転院調整業務は，膨大な時間と労力を要し，新規患者の受け入れに支障を来たす事が見受けられ，医療の円滑化には程遠い業務となっている。救命士が転院調整をスムーズに行う事ができれば，医師は目の前の患者診療に専念する事ができ，救命士としても転院調整後に先方へそのまま搬送できる事が医療の円滑化と迅速な対応に繋がると考えている。Dr to Drでなければ患者を受けられない，画像データや採血データ，患者の詳しい病態や介護度の説明，異業種間での調整による必要情報のすれ違いなど，救命士の医療知識以外の情報収集と技術が求められ，試行錯誤が続いている。そこで当院救命士による転院調整業務の現状と課題を報告する。

ハイライトセッション1
演題番号　HS1-3（N）

ER発熱患者のトリアージにおけるSIRSとq-SOFAの比較検証

○鈴木 美佐子[1]，桑原 愛[1]
[1]横浜市立市民病院

【研究目的】A病院ERでは独歩で来院した患者のトリアージを行っている。発熱患者がSIRS基準の2項目以上を満たした場合は敗血症の可能性があるとし，JTASレベル緊急と判定している。しかし該当患者は多く，殆どが軽症で帰宅となっている。q-SOFAの基準を使用する方が，適切な緊急度判定を維持しながらより精度の高い判定ができると考えた。【方法】R5年5－10月のトリアージ用紙による後ろ向き調査【結果】発熱患者564人中，緊急判定となった患者はSIRS：377人，q-SOFAでは74人となった。敗血症と診断された患者は2名で，どちら基準を使用しても緊急判定はできていた。【考察】q-SOFAを使用した場合，適切な緊急度判定ができ，かつ緊急判定の患者を減らすことができ，精度の高い判定ができていると考えられた。【結論】q-SOFAを使用した場合は，緊急判定の患者を絞ることができ，また敗血症の患者も取りこぼすことなく判定できる。多数患者が来院した際，q-SOFAを使用することで，優先すべき患者がより明確になり，円滑な救急医療体制を構築することが可能となる。

ハイライトセッション1
演題番号　HS1-4（D）

消防との連携からはじまる当センターにおけるECPR

○井上 明彦[1]，松山 重成[1]，石原 諭[1]
[1]兵庫県災害医療センター

体外式膜型人工肺を組み合わせた心肺蘇生法（Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation：ECPR）は，難治性心停止に対して救命率，神経学的転帰の改善が期待されている。しかしECPRは，マンパワー，費用など相当量の医療資源を必要とし，さらに侵襲が大きい処置である。そのため，施行可能な施設は限られ，すべての心停止症例に実施するのは現実的ではない。どのような患者なら効果があるのかの適応と，合併症を最小限として迅速で安全なECPR導入，まずはこれらが重要となる。一般的にECPR適応の際に参考となる因子のうち，年齢や初期波形などは当然ながら我々で変えることはできない。一方で，時間の要素は我々の力で短くすることができる。ECPRを円滑に実施し，患者アウトカム向上や社会復帰復帰率の改善のためには，院内のシステムの整備だけでなく，救急隊との連携が重要と考えている。当センターでは，適応，血管造影室とHybrid ERでの導入，体温管理を含めたICU管理など，プロトコールを用いてECPRに取り組んでいる。当地域での消防との連携，取り組みとその課題について発表する。

ハイライトセッション1
演題番号　HS1-5（D）

当院における院外心停止症例の神経学的予後の検討

○井上 元[1]，富田 佳賢[1]，杉本 達也[1]，鈴木 恵輔[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 医学部 救急災害医学講座

我が国において救急搬送される心停止患者は年間12万に及ぶが，目撃のある心停止患者でさえその社会復帰率は10％に満たない。院外心停止（OHCA）患者において心拍再開も重要であるが，神経学的転帰を改善させ社会復帰に繋げることが重要である。心停止後症候群（PCAS）の治療として体温管理療法（TTM）が一般的である。当院のTTMのプロトコールは34℃で48時間維持し緩徐に復温している。また当院では脳梗塞や頭部外傷にて神経学的保護効果をもたらすとされる抗てんかん薬の一つであるペランパネルをPCAS患者に投与している。今回，当院に搬送となったOHCA症例の神経学的予後良好な因子の予測を後方視的に検討し当院のTTMプロトコールや治療を見直した。対象は2018年4月1日から2024年12月31日までの期間において心停止で当院に搬送となり自己心拍が再開し集中治療管理を行われたPCAS患者。CPC1 or 2を予後良好群，CPC3以下を予後不良群とした。症例数は78例で，予後良好群は33例（42.3％）であった。今回ペランパネル投与で神経学的予後の有意差は認めなかったが今後の症例の蓄積が必要である。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-1（D）

救急医療におけるタスクシェア／タスクシフト
～病院前救急診療における救急救命士をHubとした活動の工夫～

○米盛 輝武[1]
[1]社会医療法人仁愛会浦添総合病院 救命救急センター

医師の働き方改革は，救急医療にも暗い影を落としている。そこで，多くの医療機関においてタスクシェア／タスクシフトが進められている。ここでは救急救命士に着目し，ドクターヘリやドクターカーといった病院前救急診療における救急救命士をHubとした有効な連携とその効果について，我々の取組みを紹介する。当院では沖縄県ドクターヘリおよびドクターカーを運用しており，現場へ医師・看護師と共に救急救命士が出動する。病院前救急診療における最大の目的は早期医療介入であるが，人的リソースの少ない現場において，診療と共に多くの情報共有や調整が医師に課せられる。しかしながら，特に重症事案の場合，これらの両方を担う医師に求められるスキルや調整能力は高く，若手医師が独立を阻んできた。そこで当院では，医療的視点も持つ救急救命士が，現場での他機関との情報共有，搬送先調整を担い，医師が診療に専念しやすい環境を整えている。さらに，彼らの管理する正確な情報が医療機関へ伝わる事で，迅速な方針決定，迅速な決定的治療に寄与するとともに，現場医師の負担軽減にも繋がり，若手医師の独立を促す一助となり，医師の人員不足解消に繋がっている。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-2（D）

当院における周産期救急医療体制の構築

○佐藤 哲哉[1]，工藤 大介[1,2]
[1]東北大学病院 救急科・高度救命救急センター，[2]東北大学大学院 医学系研究科 救急医学分野

東北大学病院は総合周産期母子医療センターとして，2009年から宮城県周産期救急搬送コーディネートを担ってきたが，近年の産科医の減少，産科施設の集約化に伴い，県内でも周産期救急に対応できる施設は限定されるようになった。当院は周産期医療の機能分担の中でも母体救命及び合併症対応を担っており，特に救急医療との連携が求められる。ドクターヘリ基地病院かつ，ハイブリッドERを有する施設として，産科，救急科のみならず，麻酔科など関係各部署との連携体制を構築してきた。2022年には産科危機的出血に対する診療体制・プロトコルを確立，2023年には救急隊に対し，ドクターヘリの積極的利用を含む緊急性の高い周産期症例の搬送フローを提示，2024年からはハイブリッドERにおける妊産婦蘇生，手術室が使用できないときの超緊急帝王切開術の体制構築を行ってきた。これには，救急科スタッフがJ-CIMELSに参加し，症例に対する実際の対応を産科，麻酔科スタッフと協議したことが活かされている。行政が提示する周産期医療システムだけでは，周産期救急には対応できず，実務レベルでの周産期と救急の協力体制の構築が必須である。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-3（D）

ケアミックスの二次救急病院に救急科ができたら？

○園井 英輝[1]
[1]JA静岡厚生連静岡厚生病院 救急科

当院は，静岡県静岡市にある，265床（一般：130床）のケアミックスの公的病院だが，市内の二次救急輪番病院として，救急診療にも関わり続けている。従来は，各診療科が診療の合間を縫って救急対応をしてきたが，2024年11月，救急科専門医が1名赴任し，救急科を新設することとなり，当院の救急診療体制に変化をもたらした。まず，救急患者の初療対応が，各診療科医師から，原則，救急医に変わり，医師間でのタスクシフトが発生した。また，看護師が担っていたホットラインの応対を，直接，救急医が引き受け，看護師の負担軽減，応需までの時間短縮，応需率向上に成功した。さらに，救急救命士を新規採用し，看護師・臨床検査技師等からのタスクシフト・シェアに成功しただけでなく，事務職からのタスクシフトも実現できている。救急医1名の救急科でも，救急救命士を活用し，既成概念にとらわれず，セクショナリズムの打破，タスクシフト・シェアを柔軟に行うことで，医師のみならず，救急診療に関わる部門全体の効率化や負担軽減に貢献できると思われる。今回，当院の現状報告と今後の目標・課題についてお示ししたい。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-4（E）

当院における院内救命士によるタスクシフティングの検討

○岸田 全人[1]，遠山 笑里[1]，小室 奈央[1]，飯島 甫[1]，片山 久瑠[1]，佐々木 光風[1]，松谷 将平[1]，大谷 義孝[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

【はじめに】医師の働き方改革の推進に向けた取り組みのひとつであるタスクシフティング。医師業務の一部を，他の医療従事者に移管することにより医師の長時間労働や業務においての負担を軽減することがねらいで様々な部分で実施をしている。【目的】当院ではプレホスピタルレコードからデータベースを医師が作成をしていたが院内救命士が入力することにより医師からのタスクシフティングがどの程度おこなわれているのか検討する。【方法】救命救急科データベースより，2024年1月1日から12月31日からで当院に救急車で来院した患者を対象とした。【結果】救急車受入総数4515件で，内行政救急車の受入数4456件，民間救急車59件であった。消防救急車の1件あたりのプレホスピタルレコード入力には5分程度の時間を要するため22,280分（371時間20分）約一日に1時間のタスクシフティングとなった【考察】救急医は，診療だけではなく多様な業務をおこなっているのでタスクシフティングを補うことが可能である。救急現場からの情報は貴重であり院内救命士が入力することで救急隊の活動や判断など知ることもできるので有意義である。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-5（D）

救急診療におけるタスクシフト／シェアの推進と課題

○加藤 文崇[1]，松井 拓弥[1]，天野 浩司[1]，森田 正則[1]，中田 康城[1]，横田 順一朗[1]
[1]堺市立総合医療センター

救急診療の現場では，限られた時間と資源の中で迅速かつ適切な対応が求められる。近年，医療人材の不足や業務負担の増大を背景に，タスクシフト／シェアの必要性が高まっている。実践例として，救急外来でのトリアージ業務の看護師主導化や救命救急士の活用があり，これにより医師の負担軽減と業務効率化が進んでいる。しかし，業務範囲の線引きや責任の所在，研修体制の整備などの課題も残されている。今後，各職種が専門性を最大限に発揮できる環境を整えることが，タスクシフト／シェアの推進とアウトカム向上に繋がると考えられる。加えて，救急診療特有の問題として，時間的制約，メンバー固定の困難さ，業務量の予測の難しさが挙げられ，これらを解決することは簡単ではない。しかし，これらの問題を解決するために，業務の効率化を図りつつ，救急科専門医が主導権を持ってタスクシフト／シェアを進めることが必要であると考える。当院の事例をもとに検討を進めていく。

ハイライトセッション2
演題番号　HS2-6（E）

救急救命センターにおける院内救命士の病院間搬送の実績と課題

○大里 幸暉[1,2]，石田 健一郎[2]，浦井 健[1,2]，大西 光雄[2]
[1]国立病院機構大阪医療センター管理課，[2]国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター

【背景】当院では院内救命士が病院間搬送を担い，医師のタスクシフト／シェア（TS／S）に貢献している。しかし，救命士の人数減少などの課題がある。【目的】病院間搬送におけるTS／Sの効率化を図るため，当院の搬送実績と課題を明らかにする。【対象と方法】院内救命士が当院で病院間搬送を開始した2022年4月から2024年12月の搬送データを分析した。搬送件数，必要人員，患者の状態，使用医療デバイスを調査した。【結果】対象期間の搬送件数は376件で，院内救命士は3名から2名に減少し，それに伴い搬送件数も経年的に減少した。医師が同乗しない搬送は215件であった。気管切開患者の搬送は全搬送の27.3%（103／376件）で，そのうち医師が同乗しなかったのは43件であった。気管切開患者では，搬送中の分泌物吸引に課題があった。【まとめ】院内救命士の配置は病院間搬送におけるTS／Sに寄与したが，現行法の制約により，救命士のみでの搬送が困難なケースも多い。今後，各職種の業務範囲を理解し，連携を強化することが重要である。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-1（D）

救急隊員のDNARに関する経験および知識：アンケート調査

○坂本 彩香[1]，丸島 愛樹[1,2]，榎本 有希[1,2]，井上 貴昭[1,2]
[1]筑波大学附属病院 救急・集中治療科，[2]筑波大学 医学医療系 救急・集中治療医学

【背景】心停止時に蘇生を望まない（DNAR）傷病者に対するプロトコル策定が望まれている一方で，救急隊員のDNARに関する知識や理解の状況は明らかでない。【目的】プロトコル未策定地域での救急隊員のDNAR対応の現状と知識を明らかにする。【方法】当メディカルコントロール協議会管内の救急隊員対象のアンケート調査。【結果】対象者約350人，回収率86%であった。DNARの心停止事案を54%が経験し，92%が病院搬送，10%が高度な気道確保，14%が静脈路確保・薬剤投与を行っていた。75%がプロトコルが必要と回答した。心停止以外の傷病者でDNARが表出された事案の経験者では46%が現場活動に影響したと回答した。また心停止以外の事案で医療機関からDNARの確認を指示された隊員は22%であった。DNARについて教育を受けた経験がある隊員は19%のみだが，92%は教育が必要と回答した。【結論】DNAR傷病者に望まない蘇生処置が行われており，プロトコル策定が望まれる。一方で心停止以外の傷病者への現場活動もDNARが影響しており，DNARの十分な知識の浸透と，救急隊員や医療機関への適切な教育が望まれる。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-2（D）

血中リチウム濃度測定が院内検査不可能である当院での急性リチウム中毒患者への対応策

○山村 英治[1,2]，小山 光眞[1,2]，西 和宏[1,2]，池田 あかり[1]，河野 陽介[1,2]，中野 公介[1,2]
[1]さいたま市立病院 救急科，[2]日本医科大学 救急医学教室

救命救急センターに搬送される患者のうち，急性薬物中毒症例は地域差があるものの，一定数いるのが現状である。過量服用薬物で炭酸リチウムは有効血中濃度域が非常に狭小であり，症状や血中濃度を考慮して血液透析を施行する必要がある。リチウム血中濃度測定が院内検査で可能な病院は限定されており，当院では外注検査であるため結果判明まで数日を要する。当院救命救急センターには急性薬物中毒患者の受け入れ要請が多く，その中で炭酸リチウムの過量服用患者の血中濃度測定や血液透析導入や終了のタイミングについて苦慮してきた。外注検査に提出しながら血液透析を施行し，検査結果を待つという体制であったが，患者紹介という形で他院に紹介状と共に血液検体を家族に持参してもらい血中濃度測定を依頼する新体制になった。血液透析前後の結果を同日に報告してもらうことで治療継続の判断材料となっている。デメリットは費用が病院持ちになること，家族の了承を得られない場合や家族がいない場合には新体制が不可能となる。リチウム中毒患者の診療体制について問題点など検討課題を抽出して今後の診療体制の改善につなげたい。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-3（E）

愛知県の病院前救護におけるNCPR普及に向けた実践報告

○鈴木 琢也[1]，石川 祥一郎[2]，久保 貞祐[3]，杉浦 崇浩[4]，加藤 丈典[5]，岡山 元紀[6]，佐藤 文彦[7]，太田 浩史[7]
[1]岡崎市消防本部，[2]あいち小児保健医療総合センター，[3]安城更生病院，[4]豊橋市民病院，[5]名古屋市立大学医学部付属西部医療センター，[6]名古屋市消防局，[7]愛知県防災安全局 防災部消防保安課

【背景と目的】愛知県の統一されたプロトコールにおいて新生児の処置についてはごくわずかしか明記がなかった。県内の小児科医師から新生児の処置について，病院前救護のより一層の整備を求める声が上がり，県のプロトコールに新生児仮死の優先処置としてNCPRが明記された。NCPRについて救急隊員にも裾野を広げ，県全体として病院前救護の質の底上げを目指した。【方法】県内の全34消防本部（局）の指導的立場の救命士を対象にNCPR講習会を実施，受講後のアンケート及びポストテストを実施した。次に，参加した救命士は各所属の指導者として本講習の伝達講習を実施しポストテストを実施した。【結果】アンケートにより講習会受講前後のNCPRに対する意識や理解度等のデータとともに，各消防本部（局）に広げたポストテストの実施結果を得た。【考察】県全体としてプロトコールにNCPRを明記し講習を実施することは，病院前救護に携わる救命士と救急隊員に対し知識と技術を広く伝達し一定の自信を与える効果があるといえる。また，各消防機関と地域の医療機関が連携して継続的なNCPR講習会等を実施していくための良い契機になると考える。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-4（E）

病院前分娩対応，救急隊と救急外来，周産期チームの連携に必要なものとは？

○大滝 達也[1,2]，永井 雄平[2]，片山 恵理[2,3]，松宮 寛子[2,4]，齊籐 良玄[2,4]
[1]上川北部消防事務組合 下川消防署，[2]北海道周生期医療救急支援の会（HOPPIE），[3]旭川医科大学病院，[4]北海道大学 産婦人科

【目的】周産期救急では技術的対応に加え，その緊急性と特性から病院との連携が求められる。北海道では病院前分娩対応のシミュレーションコースを毎年開催し，医療安全やチーム医療の重要性を学ぶ内容を加えた。今回我々は本コースの概要紹介とともに，受講生を対象とした医療安全に関する意識調査の結果を報告する。【方法】2023年5回，2024年3回，BLSOプロバイダーコースを開催した。内容は分娩対応，症例検討，車内分娩，新生児蘇生など多岐にわたる。多職種参加型の症例検討では，救急隊が提供すべき医療情報や病院内周産期チームとのメンタルモデルの共有について議論した。また「良いチームとは」をテーマに，日常業務で実践可能な自施設での対応を議論した。【結果】アンケート回答者48名のうち，47名（98％）が「所属施設での医療安全学習が必要」と回答しコースの満足度は高かった。【考察】病院前分娩対応には，救急隊，救急外来，周産期チームが一体となった連携が不可欠であり，チーム医療の必要性が再認識された。シミュレーションコースに医療安全やチーム医療の要素を加える事は，受講生の理解を深める上で有用である可能性が示唆された。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-5（P）

救急隊やERスタッフらと薬物乱用のネット情報や事件関連化学物質情報を共有し急性薬物中毒対応に取り組む

○上野 由貴[1]，石田 健一郎[2]，大西 光雄[2]
[1]国立病院機構大阪医療センター 薬剤部，[2]国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター

急性薬物中毒において重要なのは服用薬物の同定であるが，流行の可能性や乱用者のネット情報に関する情報も重要となってきている。近年，過量服用の背景や方法が複雑化しており，その情報はネット等を通じて入手可能となっているが，救急医療に関わる人材には知られていないことも多い。例えば，グレープフルーツ飲料と同時に服用して薬物相互作用を期待したり，肝障害を防ぐために薬物の溶解性の違いを利用してアセトアミノフェンを除去した総合感冒薬を服用したりするような“一手間”をかけて，薬物を乱用する情報が存在する。一方で，犯罪で毒物が使用された場合，模倣した犯罪が増加することも過去の事件で明らかとなっており，近年の事件で使われた毒物に関する知識や現場のアセスメントも求められる。今回，一般家庭でも容易に行うことができる，薬物の特性や相互作用を生かして薬物の効果を高めるような情報，および事件で使用された薬物に関する情報を救急隊やERのスタッフと共有した。救急隊のこれらの情報を加味した現場アセスメント，ERスタッフや精神科，ソーシャルワーカーとの連携がより精度の高い急性薬物中毒患者への対応につながることが期待された。

ハイライトセッション3
演題番号　HS3-6（D）

救急隊員／救急救命士への急性中毒教育による診療アウトカム向上の可能性 ～メディカルファーストレスポンダーに知ってほしい中毒診療のエッセンス～

○吉永 雄一[1,2]，渡邉 太郎[2,3]，織田 順[2,4]
[1]関西メディカル病院 救急集中治療部，[2]大阪府豊能地域メディカルコントロール協議会，[3]社会医療法人純幸会関西メディカル病院，[4]大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター

医薬品の多様化やネット販売の普及，SNSを通じた情報の拡散もあり，急性中毒の流行の変化は目まぐるしいが，診療経験豊富な救急医や救命センターの医療スタッフはともかく，症例経験が少なく診療ガイドや教科書等から学ぶしかない他の医療者が急性中毒の知見を深める機会は乏しい。その最たる存在が，救急患者に最初に接する医療者（メディカルファーストレスポンダー）である救急隊員／救急救命士で，学校在籍時のわずかな講義以降，災害関連のNBC／CBRNE訓練等を除いて急性中毒に関する教育を受ける機会は殆どないにも関わらず，現場では，救急隊による薬毒物の把握や危険性の認識により，搬送先の選択や，時に患者の予後さえ左右されることがある。救命士養成課程での講義やMC協議会の教育委員を担当する中で，救急隊の急性中毒に対する苦手意識や現場活動の苦悩，学ぶ「場」の不足といった問題に直面してきた。経験できる症例が少なく自己研鑽も難しい急性中毒という分野で，救急隊員／救急救命士に何をどう伝えるべきか，“メディカルファーストレスポンダー教育”がもたらす診療アウトカム向上の可能性について，地域での取り組みを交え報告する。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-1（D）

多職種が関わるRRTがCCOT活動を行うことで主治医や病棟看護師に受け入れられる

○七戸 康夫[1]，硲 光司[1]，塩谷 信喜[1]
[1]国立病院機構北海道医療センター 救急科

【緒言】当院では病棟における状態悪化への対応を目的に，クリティカルケア認定・特定看護師＋診療看護師によるRRT（Rapid Response Team）を運用しているが，稼働件数は少ない。状態悪化時のコールが主治医ファーストの場合，結果的に不適切な経過観察により夜間急変を招くことが危惧される。【目的と介入】認知度を上げるためにRRTによるCCOT（Critical Care Outreach Team）活動を開始した。病棟と主治医との関係は深く，外部からの診療介入が受け入れられない可能性があるため，演者および役職定年の循環器科前副院長がアドバイザリーDrとなりRRTからの報告を主治医や病棟へ伝達しスムーズな介入を可能とした。また診療看護師の参加により主治医の指示を介さず検査オーダーや治療行為を可能とした。【結果】CCOT開始後は予期せぬ院内心停止は減少傾向で，逆に心停止前の状態悪化に蘇生チーム（MET）をコールする頻度が増加した。またRRTラウンド時に蘇生コードを確認することにより無益な蘇生治療を回避した症例も経験した。【結語】RRTによるCCOT活動が院内急変における診療の質を向上させた。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-2（N）

NEWSの自動計算システム導入に伴う院内教育に対する取り組み

○金山 悠[1]，木口 雄之[1]，岸本 吉登[1]，近藤 匠巳[1]，福並 靖崇[1]，森田 孝[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

当院では集中治療領域の看護師と医師からなるRapid Response Team（以下，RRT）が，院内スタッフからの相談やRRTが能動的に患者をピックアップすることで，急変を未然に防ぐ活動を行ってきた。しかし，看護師8名と医師5名からなるRRTのみでは院内全体の急変に対応できているとは言い難く，院内の急変対応を強化するためには，院内スタッフとの連携が必要であった。RRTと院内スタッフが連携し院内急変に取り組むため，全入院患者を対象とした，NEWSの自動計算システムを導入した。NEWSの自動計算システムは，病棟スタッフが測定したバイタルサインからNEWSを計算し，RRTが高リスクの患者をピックアップし対応するものである。システム導入にあたり，Rapid Response Systemに関する研修と全病棟対象にNEWSの説明会を行い，病棟スタッフへの教育を行った。その後，NEWSをきっかけに急変を未然に防ぐことができた症例がみられたが，現時点では呼吸回数についての入力漏れも多く，病棟間でNEWSの入力率に差がある状態である。今後システムを強化していくために現在の課題と今後の方策について報告する。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-3（N）

RRS対応者教育の体系化と継続教育の課題

○市川 昌樹[1]，高林 拓也[2]，柳瀬 圭司[1]，河村 佑太[2]，森 一直[2]
[1]愛知医科大学病院 看護部 GICU病棟，[2]愛知医科大学病院 NP部

愛知医科大学病院は2021年1月よりRRSを開始し，看護師を中心としたRRTを構成。2022年4月より診療看護師と集中治療室看護師がペアとなり活動を開始した。RRSの質向上の為には，ノンテクニカルスキルが重要と考え，活動当初から教育を実施してきた。2023年度よりにRRT対応看護師教育を統一するため，「RRTメンバー教育プログラム」を作成。メンバー対象をJNAラダーⅢ，ラダーⅡかつ集中治療室経験5年以上とし，内容には，RRSに関する動画視聴，臨床推論，ノンテクニカルスキルに関する机上シミュレーション，実際のラウンド同行を取り入れた。評価方法はRRT初回同行時に評価テストを実施，3回目の同行後に評価表を用いて診療看護師教育担当者が評価するとした。この評価表は，海外のcompetencyを参考に作成し，RRSに必要な4要素の能力評価を行っている。教育プログラムにより，対応者の不安が軽減され，ノンテクニカルスキルが発揮されるようになった。5年間で教育は体系化されたが，教育プログラムの継続評価ができていない。今後は，フィードバックとスキル評価を組み込んだ継続教育プログラムの構築を目指す。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-4（D）

急性薬物中毒診療における最高のアウトカムは再企図率低下である

○田口 大[1]，林 浩三[1]，片岡 秀真[1]，曳田 彩子[1]
[1]勤医協中央病院 救急科

当院は急性薬物中毒患者の搬送数において札幌市内で一二を争う2次救急病院である。札幌救急医療圏の特徴として，当院のような精神科病棟のない2次救急病院が自損患者の救急搬入の約5割を担っていることが挙げられる。最近の傾向として，急性薬物中毒患者の年齢層が若年化し，OTC薬の割合が増加傾向であり，高い再企図率を問題視している。そこで，近隣精神科病院と合同事例検討会を複数回開催し，救急隊員も交えて精神科救急の勉強会を開催してきた。札幌市消防局のデータでは，2014年の自損事案総数1058件が，2017年に787件まで減少したが，2021年以降3年連続で増加傾向となった（962→1069→1129件）。札幌市自殺総合対策行動計画2024が策定されたが，急性薬物中毒に至る患者背景に介入出来ずに身体的治療を終えて，精神的治療へバトンタッチする従来の縦列式システムが急性薬物中毒診療において果たして最適解なのかどうか，検討を行うべき時期と考える。そのためには，まず日本版「自傷・自殺未遂レジストリ」の対象を救急救命センターから2次救急病院へ広げることが必要である。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-5（D）

院内急変対応にはCode Blue，Rapid Response System，呼ぶ側の3要素が大切である

○服部 潤[1]，君嶋 東[2]，森安 恵実[2]，小池 朋孝[3]，新井 正康[4]，浅利 靖[1]
[1]北里大学 医学部 救命救急医学，[2]北里大学病院 救命救急・災害医療センター，[3]北里大学病院 RST／RRT室，[4]北里大学医学部付属新世紀医療開発センター

【背景】当院では院内急変に対応するため，Code Blue（CB），Rapid Response System（RRS）があり，2011年より2系統で急変後，前に対応している。また呼ぶ側の意識も高まりRRSの件数は増加した。予期せぬ院内心停止／死亡（Unexpected cardiac arrest ／ Unexpected death：UECA ／ UED）は会議体で検討している。今回UECA ／ UEDの減少を急変対応の質の向上と考え，検討した。【目的】UECA ／ UEDは減少したか【方法】UECA ／ UEDの検討を始めた2015年1月から2023年7月までの入院患者を対象とした。RRS起動数25件／ 1000入院を基準に前期群，後期群とした。RRS起動数，CBが起動されたIHCA数，会議を経たUED数（1000入院あたり）を検討した。【結果】IHCA数は前期群3.20件／月，後期群2.86件／月（p = 0.32）で有意差は無かったが，UED数は1.05件，0.70件（p = 0.02）と後期群で減少していた。【結語】UECA ／ UEDが減少し，CB，RRS，呼ぶ側の3要素が院内急変対応には大切であると考えられた。

ハイライトセッション4
演題番号　HS4-6（P）

薬剤師による院内緊急コール対応の24時間体制に向けた薬剤部内研修の評価

○川島 裕明[1]，島 加奈子[1]，友金 幹視[1]
[1]京都第二赤十字病院 薬剤部

【背景】多職種による院内緊急コール対応は，効果的な急変対応の実現において重要である。京都第二赤十字病院では，2017年1月より平日日勤帯に薬剤師が院内緊急コール対応を開始し，2023年11月より24時間体制へと拡大した。今回，すべての薬剤師が対応できることを目的とした研修について評価した。【方法】研修は1 ～ 5年目の薬剤師を対象に自由参加型で実施し，薬剤の準備・調製および記録を適切に担えるようになることを目的としてシミレーション形式とした。研修前後で5段階評価のアンケートを実施し，理解度を測定した。【結果】参加者は63.6%（7 ／ 11名）であった。研修前後の理解度は，気管挿管が3.1から4.3，心室細動／無脈生心室頻拍が1.7から3.1，心静止／無脈性電気活動が1.7から3.1となった。【考察】実践的な研修により，気管挿管および心停止時における薬剤の準備・調製に関する理解度が向上し，院内緊急コール対応の質の向上が期待される。一方で，シミュレーション研修を継続的に実施するための物品確保が課題となっている。今後は，自施設以外への拡大も視野に入れ，急変対応ができる薬剤師の養成に努めていきたい。

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-1（D）

国連と防衛省の先行事例を踏まえたわが国の法執行機関への事態対処救護教育の課題

○山田 浩平[1,2]，藥師寺 恵美[3]，清住 哲郎[2]，木下 学[1]
[1]防衛医科大学校 免疫・微生物学講座，[2]防衛医科大学校病院 救急部，[3]陸上自衛隊 衛生学校

本演題では，国連や防衛省の例を提示し，わが国の法執行機関が直面する事態対処救護の課題に触れる。【国連平和維持活動の状況】国連平和維持活動では，医療資源・人的資源が乏しい環境下で攻撃を受ける可能性等を想定し，一部の医療資格を持たない隊員にも経鼻エアウェイ挿入や胸腔穿刺などの高度な処置を教育している。治療行為の高度化による運用上のジレンマも指摘され，活動根拠が派遣元の国の法に依る点が課題となっている。【防衛省の先行例】防衛省では2017年より「第一線救護衛生員」を訓令で定義した。彼らは准看護師と救急救命士の国家資格を持ち，有事の際には輪状甲状靭帯切開や胸腔穿刺などの高度な処置が可能である。こうした取り組みは，法的根拠と教育体制双方を整備することにより，従来の救護の枠組みを超えた対応が可能となったことを示す。【課題と展望】警察や海上保安庁など法執行機関が必要な時に適切な救護を行うには，法的整合性や教育内容のさらなる検討が不可欠である。国連と防衛省の経験は，わが国において法整備や教育プログラムを策定する上で有用な参考となり，法執行機関の事態対処救護能力向上につながると考えられる。

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-2（D）

侵襲的医療処置を広範囲に行う病院前救護医療従事者はどのように養成されるか：アメリカ合衆国のパラメディック養成課程を一例として

○金子 仁[1]，光銭 大裕[1]，菊地 駿[2]，脇澤 香穂[2]，清水 敬樹[1]
[1]東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科，[2]東京都立多摩総合医療センター 看護部

アメリカ合衆国（米国）のパラメディックは多彩な侵襲的処置を病院前救護で実践する。そのメディカルコントロールプロトコルは，活動初期は医師と直接コミュニケーションを不要とする『off-line』形式であり，パラメディックの自律性が高い。その養成手法を知ることは，本邦の救急救命士活動がさらに発展するためのモデルケースとして有用である。パラメディック国家資格取得課程の一つに対して，我々はカリキュラム，学生の臨床経験を調査した。その報告では，資格取得前に学生は気管挿管，静脈路確保，多種の薬剤投与を自ら実施し，救急車同乗実習240時間以上などの現場経験が長時間であることを示した。養成思想は，インターンシップの存在など『学生が主体的に病院前救護を経験・実践すること』が重視される特徴があった。この環境は病院前救護教育者によって支持され，学生の臨床的経験が豊富であることが良質な病院前救護教育であると考えられていた。本発表では米国の資格取得前教育を概説する。あわせて，筆頭演者が修了した本課程の経験を共有し，本邦の病院前救護活動発展の一助としたい。【参考文献】金子仁ら：日臨救急医会誌　2022；25：844.

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-3（D）

K専門学校救急救命士学科学生の希望就職先に関するアンケート調査から

○切田 学[1]，武田 啓伸[2]，佐藤 圭路[1]，藤浪 好寿[1]
[1]地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院 救急科 医師，[2]地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院 救急科 病院救急救命士

2021年10月の救急救命士法改正後，病院救急救命士の認知度，社会的必要性は高まり，救急救命士の医療機関入職が多くなった。一方，救急救命士を目指す学生のどの程度が，どこに就職を希望しているかは明確でない。【目的】救急救命士を目指す学生の就職先意向と希望就職先の実態を知る。【方法】K門学校救急救命士学科学生2022／23年度の就職先を調査し，1年目学生41名から就職先意向と希望就職先について無記名アンケート調査を実施した。【結果】K校学生の2022年度就職先は消防機関81%，医療機関6%，23年度には前者58%に減少，後者26%に増加していた。現学生の就職先意向は，消防機関35名（85%），医療機関3名（7%），他機関2名で，全員，その機関を第1就職先としていた。消防機関希望35名の第2希望就職先は医療機関21名，その他11名であった。【考察・まとめ】救急救命士を目指す学生は，就職先を強く意識して就学しており，消防機関以外に医療機関も就職先として考えていた。救急救命士が将来，多様的に働けるように，各機関の業務内容などの情報を教育に盛込む，また各機関も情報を発信することが重要と考える。

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-4（E）

救急救命士の自主勉強会で求められたテーマの変遷と将来展望 ～大阪EMS研究会の20年間の軌跡～

○三木 大輔[1,5]，吉川 吉暁[2,5]，若井 聡智[3,5]，大西 光雄[4,5]
[1]大阪市消防局，[2]よしかわ内科・外科，[3]国立病院機構本部DMAT事務局，[4]国立病院機構大阪医療センター，[5]大阪EMS研究会

【背景】大阪EMS研究会は2003年に設立し，病院前救護の質向上を目的に97回の研修会を実施。研修内容は基礎から専門性の高いものまで多岐にわたり，他組織との連携研修も含まれる。【目的】研究会の研修テーマを分析し，関心事の変遷と背景を明らかにすること。【対象と方法】2003 ～ 2023年の全研修会を初期2003年～ 2008年，中期2012年～ 2017年，後期2018年～ 2023年の3期に分け，テーマを2024年EMS WORLD EXPOのカテゴリー分類を参考に「知識（講義・討議）」「技術」「連携」に分類した。【結果】知識41回，技術38回，連携18回。後期になると討議型研修が増加した。初期は標準化コースに準拠した内容が中心であったが，中後期は若年層向けやベテランの若手指導法，アイデンティティに関する議論や多職種連携型の研修が増加した。【考察】2020年以降のオンライン開催により参加者が増加した。2022年には全国9団体と全国救急救命NETを発足した。【まとめ】テーマが時代とともに変化し，知識から討議や多職種連携に拡大していった。救急隊員のニーズを基づく学習機会が提供できると考えられた。

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-5（E）

大阪ベーシックラリーにおける多職種連携の検証と今後の展望 ～救急救命士の職域間連携の拡大と深化を目指して～

○小野木 堂人[1,6]，三木 大輔[2,6]，吉川 吉暁[3,6]，若井 聡智[4,6]，大西 光雄[5,6]
[1]愛知淑徳大学，[2]大阪市消防局，[3]よしかわ内科・外科，[4]国立病院機構本部DMAT事務局，[5]国立病院機構大阪医療センター，[6]大阪EMS研究会

【背景】大阪EMS研究会は若手救命士の育成と多職種連携強化を目的に2013年から独自のメディカルラリー（大阪ベーシックラリー）を5回開催してきた。コロナ禍で中断した時期があったが令和6年6月に第6回を開催し5府県から消防，警察，海上保安庁，医療機関，民間機関，教育機関など多様な職域の救急救命士などが参加した。【目的】多職種連携の視点から第6回の想定内容を分析し教育効果を検証した。【対象と方法】参加者72名へアンケートを実施した。シナリオは事件，事故の他に社会的課題に対処する想定（老々介護等）を含む多職種連携が鍵となる10個のシナリオを用意した。【結果】57名（79.2%）が「非常に学びの多い機会であった」と回答し「他職種と同じチームで相互理解が深まった」「プレホスピタルや救急隊の活動を理解する機会になった」など多職種連携の重要性と連携スキルの向上が挙げられた。【考察】今後も連携スキル向上に重点を置いた想定が重要であると考える。【結語】多職種それぞれの役割と連携の重要性を認識する効果が明らかになった。今後は本研究で得られた知見を基に参加職域を拡大し連携の深化を図る計画である。

ハイライトセッション5
演題番号　HS5-6（E）

職種を越えた救急救命士の専門性発揮と体制構築の必要性 ～災害対応の現場から考える課題と展望～

○宮崎 伊佐夫[1]
[1]日本赤十字社伊勢赤十字病院

地震，風水害等による大規模災害が発生した際，消防機関はじめ様々な職種の救急救命士が多様な業務を担うようになった。令和6年1月1日に発生した能登半島地震では，多くの救急救命士が被災地に赴き活動した。緊急消防援助隊は，現場の情報が錯そうする中，地元消防機関のアテンドを受けて被災県内応援隊とともに1,577人（同年3月26日時点）を救急搬送した。DMATでは，業務調整員の役割を担い，現場での情報収集や環境整備を行うとともに，DMATや民間救急，消防，自衛隊の協力のもと，多岐にわたる搬送活動の支援を行った。日赤救護班では，避難所巡回・診療を担う主事（ロジスティックス）として避難所の感染対策等，地域の医療に繋げる支援を行った。これらは一例であり，救急救命士は大規模災害時において様々な職種で活動する一方，現行法令により処置の対象（重度傷病者）や活動の場が制限されていることから，一部の職種ではその資格を十分に活用できていない恐れがある。あらゆる職種が集う日本救急救命士会の役割は，関係機関と連携協力して，場面や職種に影響されず救急救命士がその専門性を発揮できる体制を構築することである。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-1（D）

高齢者感染症患者の早期転院に向けた現状分析と課題

○水 大介[1]，東 秀律[1]，宮本 将太[1]，山下 純平[1]
[1]大阪赤十字病院

【背景】高齢者の肺炎や尿路感染症は救急入院となることが多い。このような患者の早期転院は効率的な病床運用に重要である。早期転院に向けた現状の分析と課題を検証する。【方法】2024年6月から12月に，救急外来を受診し呼吸器感染症・尿路感染症で入院が必要と判断された65歳以上の非重症患者を対象に転院に影響する因子を検証した。【結果】検証対象患者は232人。男性129人（55.6％），年齢中央値は81歳であった。転院は88人（38％）であり，そのうち40人（45.5％）が救急外来からの転院であった。転院群と非転院群とを比較すると，かかりつけ患者は転院となることが少なかった（27％ vs 47％；P＜0.01）が，紹介患者や施設入所中患者には有意差はなかった。入院滞在日数は転院群の方が有意に長く（15日 vs 11日；P＜0.01），入院後3日以内に転院となったのは7例（15％）であった。【結論】早期転院は救急医の判断で行われることが多い。一度入院すると治療完遂の意識が強く，早期転院の意識が薄れる可能性がある。救急医やMSWから主治医へ転院の提案を行うことで，早期転院へつながる可能性がある。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-2（D）

ER型救命救急センターである当院における下り搬送の取り組みと今後の課題

○菅沼 和樹[1]，吉池 昭一[1]
[1]社会医療法人財団慈泉会相澤病院

【背景】当院は長野県松本市にあり460床を有するER型救命救急センターであり，当医療圏の約34％の救急要請を応需している。高齢化や救急搬送件数増加に伴って慢性的にベッドが逼迫しており，特に冬期は翌日以降まで病棟に上がれず救急外来で待機せざるを得ない患者が毎日のように発生してしまう。【取り組み】診療報酬改定に合わせて医療圏内の9病院と下り搬送の協定を結んだ。各病院から「受け入れ可能な疾患」を聴取し，疾患に合わせて転院調整をおこなっている。調整は地域連携室が担っており，下り搬送適応の患者が発生したら救急外来より地域連携室に連絡し，各病院と交渉してもらっている。転院搬送は当院が所有する救急車を用い，当院に在籍する院内救命士が搬送業務を担うことで消防局の負担が発生しないようにしている。【展望】今後さらに当院の救急車応需件数は増加していくことが予想される。当院が満床になってしまうと医療圏全体の救急医療体制バランスが崩れてしまうので，協定を結ぶ病院を増やすなどして下り搬送をもっと活性化させていく必要がある。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-3（D）

地域救急搬送状況の改善を目的とした奈良県立医科大学附属病院の取り組み ～奈良医大ER ～

○福島 英賢[1]，谷口 徹[1]，村上 公子[1]，木下 有紗[1]，大﨑 徹[1]，山本 幸治[1]，鶴田 啓亮[1]，宮崎 敬太[1]，淺井 英樹[1]，川井 廉之[1]
[1]奈良県立医科大学 救急医学・高度救命救急センター

地域の救急搬送状況の改善を目的として，奈良県立医科大学附属病院では2015年9月より「奈良医大ER」という救急搬送困難事例への取り組みを始めている。この奈良医大ERは2回以上病院照会によって搬送先が決まらない症例を一旦奈良医大で応需し，入院となった症例は入院翌日以降に地域の医療機関へ転院するシステムである。運用開始時は土日のみの運用であったが，2023年4月からは24時間365日の体制としている。本システムが円滑に進むための取り組みとして，担当医への適切なインセンティヴや医員の増員，また運営に関する定期的な会議開催を行っている。また院外に対しても定期的な会議を開催し，運用状況の確認や転院調整システムを活用した情報共有を行なっている。2023年1月から12月までの奈良医大ERへの搬送件数は1886件で，うち556例が当院に入院し，301例（54.1％）が3日以内に他院へ転院しており，円滑な運用ができている。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-4（E）

地域全体で作る救急医療体制
～南東北モデル～

○腹子 歩夢[1]，菅野 弘明[1]，橋本 克彦[2]
[1]一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 救急救命科，[2]一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 救急集中治療科

【背景】令和5年度に当施設では医師・看護師のタスクシフト・タスクシェアを目的とし院内救命士の採用を開始した。令和6年度には院内救命士独立部署「救急救命科」として活動開始した。総合南東北病院が位置する福島県県中・県南地域は救急出動件数が福島県内で一番多い地域である。院内救命士採用前と後で転院調整がどのよう変化したか報告する。【工夫している点】救急外来患者の転院調整は院内救命士採用前，地域連携室で担当しており医学知識のない事務職員が対応していたことから，医師の診療情報提供書が無ければ転院調整を行うことができていなかった。救急救命科発足後，救急外来・救急病棟の転院調整はすべて院内救命士が行っている。令和6年4月から翌1月までの転院調整総件数は282件となっている。転院調整時間は下限値3分，中央値2時間27分であり，以前よりスムーズな転院調整が可能となっている。また，救命士自ら転院搬送先病院へ訪問し病院の要望をリスト化し転院調整を行っている。【結論】当施設では院内救命士が中心となり，転院交渉・搬送・地域病院との関係構築を行うことで地域の急性期ハブ病院としての機能を強化していく。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-5（D）

事態対処医療（TEMS）とは救助者の命を守る術である
～救急隊・現場出動医療チームへのTEMSに関する基礎教養の必要性～

○井上 潤一[1]，土屋 翼[1]，萩原 鈴香[1]，宮上 和也[1]，遠藤 信太郎[1]，馬渕 寿美[1]，神田 潤[1]，大嶽 康介[1]，横堀 將司[2]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[2]日本医科大学 救急医学 高度救命救急センター

事態対処医療（Tactical Emergency Medical Support；TEMS）は，法執行機関が対応する銃器犯罪やテロといった高リスク事案で負傷者と対応者の安全を担保しつつ迅速かつ適切な医療を提供するシステムである。通常の救急現場活動との最大の差異は救助者が攻撃されたり巻き添えになり死傷するリスクが極めて高いことである。TEMS発祥の米国ではSWATが全米各地で年間3000回以上出動するためTEMSも必然的に求められている。一方わが国ではそのような事案の頻度は極めて低く結果としてTEMSが認知される機会も少ないのが現状である。しかしひとたび発生すれば救急隊やドクターカー／ヘリなどの現場派遣医療スタッフが対応部隊到着前に初期対応を行わなければならい状況が容易に発生する。この際TEMSの原則を理解し自己の安全を絶対確保したうえで活動するという発想の転換が必要となる。この初期対応の原則を普及させTEMSの裾野を広げることが我が国における法執行機関と医療機関の連携体制を作るうえで極めて重要である。当院スタッフや救急救命士に行っている取り組みを紹介し基礎教育と普及のあり方を検討する。

ハイライトセッション6
演題番号　HS6-6（D）

被疑者診療を通した警察とのよりよい連携の構築

○金井 尚之[1]，小松 祐美[1]，山形 梨里子[1]，小川 敦裕[1]，清水 洋[1]，山下 達也[1]
[1]東京警察病院 救急・集中治療科

【背景】当院は一般病院であるが，昭和4年に自警会（警視庁の互助組合）が創立し，現在でも警察との関係は深い。【目的】当院での被疑者診療を通じて，警察とのよりよい連携を模索すること。【方法】当院では，年間900例程度の被疑者診療を行っており，入院も30例程度ある。診療場所が救急センターであることから，当科が対応に当たることが多い。情報不足などから，診療に難渋することもある。被疑者診療マニュアルを作成し，警視庁の留置管理官を対象に講義を行ない，定期的な会合も持っている。そういった取組みを踏まえ被疑者診療の問題点と改善点を検討した。【結果】被疑者診療が通常の診療と異なる点は，情報量が少ないこと，精神疾患や高血圧・糖尿病など生活習慣病の有病率が高いことがあげられる。生活が規則的になり，薬の減量が必要になることもある。被疑者が医療者に協力的でない場合も多い。それらに対応した講義や会合は，警察官に特殊性を理解してもらい円滑な診療に繋げることができた。【結語】被疑者診療は，一般の病院で対応することも多い。警察と連携のとりやすい当院からその特殊性と対応法を構築していくことは意義があることと考えている。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-1（D）

持続可能かつ患者中心の急性期患者早期転院搬送体制の構築を目指して

○上條 泰[1]，問田 千晶[1]，今村 浩[1]
[1]信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター

当救命センターと同医療圏内の二次救急医療機関であるM病院は，2023年8月に締結した包括的連携協定に基づき，中等症患者を早期に転院させ急性期加療を継続できる体制を構築し，同年9月から運用を開始している。救急患者の早期転院における課題として，患者家族の意向が蔑ろになり易い点，休日に転院が進まない点，個々の患者に対する転院元と転院先医療者の認識にギャップが生じやすい点などが挙げられる。本協定では医療機関の役割分担と患者中心の医療を両立すべく，これらの課題解決に取り組んだ。患者および家族に対する早期転院の同意はなるべく初期診療の時点で行い，平日は医療ソーシャルワーカー（以下，MSW）が，休日はMSWを介さず当院医師，看護師とM病院の日直師長が中心となって転院調整を行い，いつでも“下り搬送”を行える体制を整えた。また，当院とM病院でWeb会議を定期的に開催し，早期転院した患者の転帰や転院時の課題共有を行い「顔の見える関係」を構築し，患者中心の“下り搬送”が実現できるようになった。本セッションでは，実際の症例を交えながら，当院における初期診療後の早期転院搬送調整の取り組みについて紹介する。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-2（E）

転院調整を担う病院救命士，更なる可能性の追求

○加納 正也[1]，川野 悠也[1]，江森 達輝[1]，山口 翔大朗[1]，吉岡 峻[1]，黒木 雄一[1]，大須賀 章倫[1]，真弓 俊彦[1]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院

当院では2022年11月に救急救命士（以下，病院救命士）の雇用を開始した。主な業務は救急外来での初療，転院搬送の調整および転院搬送，ドクターカーの運用，蘇生教育，地域活動，災害活動である。今回は転院搬送調整に焦点を当て報告する。従来，初療後の救急患者転院搬送は地域連携室が担当していたが，2023年4月より医師や看護師のタスクシフトの一環として病院救命士がこの役割を担うようになった。病院救命士が調整を行う最大の利点は，「患者の経過や状況を転院先に詳細に伝えることにより，依頼先の医療スタッフとの連携を円滑にできる」ことである。これは，救急患者の収容から方針決定まで関与している病院救命士の特徴を活かしたものである。従来の地域連携室による調整では，担当者が患者状態の把握から始める必要があったが，病院救命士が行うことでこのプロセスを省略し，より迅速な転院調整が可能となった。本発表では，病院救命士が転院調整を担うことで，救急患者の転院搬送がいかに効率化されたかを具体的に報告する。また，この新たな役割が病院救命士の職域拡大にもたらす可能性についても考察する。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-3（E）

地域連携による救急患者の下り搬送最適化
～多機関連携モデルの構築と運用～

○鈴木 康史[1]，田村 智[1]，小川 礼二[1]，斎藤 亘[2]，小山 智久[2]，武井 正一郎[2]，間世田 優文[3]，相馬 大鋭[3]，本田 巧真[3]，竹内 郁人[4]，内田 夏梅[4]，斎藤 昭彦[5]，三上 武彦[5]，遠矢 東稜[6]
[1]北里大学メディカルセンター 救急科，[2]北里大学メディカルセンター 整形外科，[3]桃泉園北本病院，[4]こうのす共生病院，[5]埼玉県央病院，[6]レバレジーズメディカルケア株式会社

令和6年度診療報酬改定で「救急患者連携搬送料」が新設されたが，実効性のある運用には課題が多い。本報告では，本地域における多機関連携モデルの取り組みを紹介する。埼玉県央広域消防本部（管内人口約25万人，救急搬送件数12,693件）では，約55％が管外搬送となっている。そこで，地域最多の救急受入実績を有する当院を基幹病院とし，高齢者の整形外科疾患を主対象とする連携搬送プロジェクトを開始した。対象患者を当院で受け入れ，手術が困難な場合は術前検査後，手術日に合わせて3つの連携病院へ転院搬送する体制を構築した。また，2024年度に着任した院内救急救命士が搬送調整や救急医療支援を担い，医療DXサービス「わんコネ」を活用して電話やFAXを介さずリアルタイムで迅速な転院調整を行っている。本プロジェクトにより搬送先選定時間の短縮と搬送効率の向上が確認され，2024年度2月現在で40件の運用実績をあげている。病院間の情報共有・調整が円滑化し，患者の転院プロセスがスムーズになったことで，救急医療の受け入れ体制強化にも寄与している。今後は本モデルをより多くの地域へ展開し，さらなる普及を目指す。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-4（C）

現場到着時間の変化からみた救急隊増隊の効果測定

○木村 義成[1]，堀 英治[2]，片岡 竜彦[2]，日根野谷 有宇己[2]，渡部 和也[2]，山本 啓雅[1]，溝端 康光[1]
[1]大阪公立大学，[2]堺市消防局

【背景】救急活動では入電～現場到着時間（現着時間）の短縮が肝要である。現着時間を短縮する方法として救急隊の増隊があり，その効果を客観的に計測する必要がある。本研究では，救急活動記録，GIS（地理情報システム）と道路ネットワークデータを用いた増隊の効果を計測する方法を提示する。【方法】研究対象地域は堺市消防局が管轄する堺市，高石市とした。なお，2021年度から同局は大阪狭山市も管轄地域としているが本研究では含まない。GIS，道路ネットワークデータを用いて各救急隊が最短時間で到達できる地域を抽出した（救急隊最近接地域）。A救急隊（2013年度に1隊増隊），B救急隊（2017年度に1隊増隊）における救急隊最近接地域内の事案について増隊前後における平均現着時間を算出した。【結果と考察】A，B救急隊最近接地域内における平均現着時間は，それぞれ8.8分から7.9分，8.9分から8.2分となり，救急隊増隊により，それぞれ0.9分，0.7分の現着時間の短縮が認められた。本研究で提示した救急隊近接地域という空間単位による分析により現着時間の変化から救急隊増隊の効果を測定することが可能となった。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-5（E）

地域医療を支える「ハブ救急病院」を目指して
～病院救命士と地域連携室のタスクシェアによる救急外来からの早期転院の推進～

○宮坂 恒輝[1,2]，川畑 和也[1,2]，世一 華帆[1,2]，平田 誠[1,2]，森本 幸男[1,2]，吉永 雄一[1,3]，渡邉 太郎[4]
[1]関西メディカル病院 ERセンター，[2]関西メディカル病院 EMT科，[3]関西メディカル病院 集中治療室，[4]社会医療法人関西メディカル病院

当院は急性期180床と小規模ながら年間8000件以上の救急搬送を応需する二次救急医療機関である。全ての入院治療を自院で行うことは困難で，入院早期からの後方病院への転送による治療の引継ぎといった工夫をかねてより行ってきたが，依頼件数は増加の一途をたどり，特に高度な治療は希望しないが入院を要する高齢者は救急搬送に限らずクリニックや施設からの紹介もあり，入院後の調整だけでは病床確保が困難を極めるようになった。そこで，空床把握や診療科・疾患による入院可否の判断，後方病院への打診といった業務は従来通り地域連携室で担う一方，救急搬送依頼に限らず入院を想定した当日の緊急紹介も含め「受け」の窓口を全て救急外来の病院救命士に一本化し，初期診療の結果，転院対象となった場合は，連携室での調整と並行して患者・家族への説明，情報提供書等の準備，病院救急車による搬送の手配も病院救命士が行うというタスクシェアを開始したところ，救急外来からの直接転院も増加し，2024年は救急搬送の応需を約9000件まで伸ばすことが出来た。地域医療を支える「ハブ救急病院」の役割を目指す当院の現状や課題，今後の展望について報告する。

ハイライトセッション7
演題番号　HS7-6（D）

救命救急センター化と救急患者連携搬送の取り組み：MSWの配置と年末年始9連休の転院実績

○山畑 佳篤[1]，松山 匡[1]，伊東 亜未[1]
[1]京都府立医科大学

【背景】当院は大学附属病院として高度医療を担ってきたが，令和6年4月に新たに救命救急センターに指定され，救急搬送患者が飛躍的に増加している。新規受入能力の確保のためには早期転院が必要であり，地域医療連携室の後方支援部門が強化された。令和6年度の年末年始休暇は9連休であり，インフルエンザ流行とも相まって病牀逼迫することが予想され，休み期間中の転院強化に取り組んだので報告する。【方法】連携登録病院およびそれ以外の近隣病院に年末年始の当直体制と転院受け入れ可否について，日毎の事前調査を行った。9連休期間中2日間MSWが休日出勤し，転院をサポートした。【結果】9連休中にも転院搬送が実現した。転院には介護タクシーを利用した。救急搬送依頼に対する応需率は年間平均よりも悪化したが，その内訳は主に脳血管障害受け入れ病牀の逼迫によるものであった。その他の実績および救急搬送不可となった事例の解析も合わせ報告する。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-1（E）

病院救急車の運行に関するレジストリの構築と有用性について

○矢場 春南[1]，小澤 和哉[1]，田中 駿平[1]，徳江 一馬[1]，津波古 憲[1,2]，立石 順久[1]，本間 洋輔[1]
[1]千葉市立海浜病院，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】当院は令和4年より病院救急救命士が病院救急車にて転院搬送業務を行っている。実動状況を把握するために転院搬送レジストリを構築した。【目的】転院搬送レジストリをもとに，当院における転院搬送の実態と有用性について評価する。【方法】単施設後ろ向き観察研究で対象期間は令和5年9月～令和6年8月の1年間とし，5項目を収集した。【結果】総依頼数643件（迎え354件，送り251件，キャンセル38件）であった。出場先1位は迎えが診療所・クリニック145件，送りが病院221件であった。平均出動時間は迎えが38±19分，送りは64分±35分であった。依頼件数上位2科は迎えが救急科77例（23.7%），脳神経外科71例（21.8%），送りが救急科88例（36.4%），消化器内科25例（10.3%）であった。迎え搬送中の処置は酸素投与57例，気管挿管7例，点滴91例，保育器搬送18例だった。【結語】病院救急車の運行レジストリを構築し，実態を把握した。今後，問題点や課題を抽出し，具体策を講じることで，円滑な病院救急車運用に繋がり，地域救急医療の「出口問題」解決に寄与することが期待される。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-2（E）

救急患者連携搬送料の保険収載に応じた当院の体制整備

○水野 翔太[1]，鈴木 友彰[1]，鈴木 健一[1]，河合 美岐[1]，中野 愼之介[1]，加藤 真嗣[1]，高橋 善明[1]，渥美 生弘[2]
[1]浜松医科大学医学部附属病院，[2]浜松医科大学

【背景】令和6年度診療報酬改定にて救急患者連携搬送料が新設された。同年10月より，地域の医療機関と連携をして本診療報酬を算定している。当院内でも，円滑な転院搬送を行うための体制整備として，転院調整時に多職種が連携する転院搬送フロー（以下，本フロー）を作成した。【目的】本フローの作成過程を報告するとともに，その効果について検証した。【方法】本フローが作成された令和7年1月の，救急外来から当院救急車を用いた転院搬送数を，直近2年の1月と比較を行った。【結果】社会福祉士が中心となり，地域の連携予定の医療機関や，院内の多職種で関係者会議を開催し，連携先病院と覚書の取り交わしや，本フローの作成が実現した。また，当院救急車を用いた救急外来からの転院搬送数は，令和5年は4件，令和6年は1件であったが，令和7年は8件と増加した。【考察】本フロー作成により，救急患者の転院搬送に退院支援部門スタッフが関わるようになったことや，院内救急救命士が体制整備の構築に関わったことで，各々の専門性を活かすことができた。【結語】本診療報酬により，地域の医療機関や多職種との連携を強化することができ，円滑な調整が可能となった。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-3（E）

院内救急救命士による転院調整への取り組み

○井沼 浩政[1]，上田 あずさ[1]，吉田 将馬[1]，山﨑 藍[1]，淺井 美輝[1]，宮下 昂大[1]，佐藤 隆希[1]，畑野 匠杜[1]，山岸 侑生[1]，丸藤 哲[2]
[1]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 救急センター，[2]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 救急集中治療センター

【緒言】救急救命士は紹介患者の迎え搬送，搬入患者の診療支援，転院調整，そして転院搬送に携わっているが，今回は転院調整業務体制の構築，実績，課題を報告する。【体制構築】診療録の代行入力業務のために医師事務作業補助者の資格を取得し，転院調整の具体的方法を医療社会福祉士の講義と入退院支援室での実習で学ぶ体制を構築した。救急患者連携搬送料申請のために地域支援室と協力し，48医療機関と協定を締結した。【実績と課題】救急初療室からの転院を対象としている。医師間の連絡を要さない患者の転院調整を行うが，傷病内容に加えて患者・家族の生活状況や社会的背景を考慮した転院先選定を行う。選定後は診療情報提供書の代行作成を行い，転院の具体的方法を先方および患者・家族と調整して搬送手段を決定する。2024年の転院は1,081件であり，救急救命士による転院調整は423件だった。医師間の情報共有が必要な症例に，救急救命士が知識・経験を重ねてどの程度関与可能となるかが今後の課題と考えられる。【結語】「受ける・診る・探す・送る」の全てに携わることが救急救命士業務拡大に繋がり，医師業務の救急救命士への移管に貢献できる可能性がある。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-4（D）

救急初療集約を要する地方救命救急センターER下り搬送における多職種の取り組み

○米満 尚史[1]，置塩 裕子[1]，國立 晃成[1]，北浦 鮎香[2]，的場 歩[2]，木村 和美[2]，向 友代[3]，井上 茂亮[1]
[1]和歌山県立医科大学附属病院 高度救命救急センター，[2]和歌山県立医科大学附属病院 患者支援センター，[3]和歌山県立医科大学附属病院 看護部

【背景】救急応需能力が低下している地方医療圏では，救命救急センターに救急患者初療を集約してER下り搬送を増やす体制をとらざるを得ない。当院は救急科が病棟管理するため通年ほぼ満床が続き，これが直接ER応需可否にも影響する悪循環に陥りやすい。診療報酬改定で下り搬送加算が新設されること自体が類似の全国的な苦境の反映とも考えられ，円滑なER転院調整の重要性が増している。【取り組み】当センターでは，①転院調整／患者支援を行う医療ソーシャルワーカーと看護師の救急科専任配置，②対外的な医療連携交流会で地域2次病院との意思疎通促進，③多職種ER役割分担による転院調整業務の円滑化，の3点を柱とした取り組みを実施している。連携の工夫により多職種がER下り搬送業務に習熟してきており，加算新設前からも増加傾向であったER下り搬送件数は前年比（2023→2024年）で24％増となっている。【今後の展望】タスクシフトとしての院内救急救命士雇用，医療DXとしての病病連携アプリケーション「NEXT Stage CONNECT（TXPメディカル社）」導入など，新たな方策も活用することで，さらなる転院調整円滑化の充実を図る。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-5（D）

県内唯一の救命センターでの救急患者転院搬送調整の現状

○岩瀬 史明[1]，宮﨑 善史[1]，宮坂 千理[1]，植松 望実[1]
[1]山梨県立中央病院 高度救命救急センター

【はじめに】令和6年度に救急患者連携搬送料が新設されたこともあり，当院では増加し続ける搬送困難症例を収容後に地元の医療機関へ早期に転送する取り組みを始めた。対象事例を検討し，課題と今後に向けた改善点を見出すことを目的とした。【方法と対象】令和3年10月の病院救急車更新後，当院へ救急搬送後に救急外来から他院へ転送した症例を対象とした。年齢，性別，搬送元地域，発生場所，担当科，主病名，転送方法，転送日，転送時間帯，搬送先医療機関を診療録をもとに後ろ向き調査を実施した。【結果】救急外来からの転送は217例あり，うち170例が下り搬送であった。令和4年度以降の件数は49件，40件，77件と推移し，令和6年度には倍増していた。病院救命士が運転・同乗できたのは70件のみで，他は実習中の救命士が支援していた。【結語】急性期での早期搬送事例は増加していたが，時間を要していたため，連携を強化し，よりスムーズな転送が望まれる。転院調整を行う専任看護師が救命センターに配属されたが，搬送業務を主に担う病院救命士とともに，今後さらなる人員配置が必要である。

ハイライトセッション8
演題番号　HS8-6（D）

令和6年能登半島地震における，福祉施設等からの施設間搬送方法に関する調査

○水野 光規[1,2]，津田 雅庸[1,3]，鎌倉 安男[1]，野口 宏[1]
[1]一般社団法人日本搬送学会，[2]愛知県病院事業庁職員 医師，[3]愛知医科大学 災害医療研究センター

【緒言】令和6年能登半島地震における社会福祉施設・介護保険施設等（以下，福祉施設等）からの医療搬送では県レベルの調整により医療圏を超えた遠方へ搬送する事例も多く，搬送方法を調査した。複数の医療資格者が搬送評価や調整に関与しており平時の“下り搬送”との共通点も多い。【方法】石川県庁への情報開示請求にて入手した匿名化搬送データを発災から33日目まで解析した。【結果】石川県庁が把握した県レベルが関与した搬送のデータ（A）1744件中，福祉施設等からの搬送は608件（全体の35％），うち空路219件（福祉施設等からの36％，発災5日目～21日目）であった。一方，県から民間搬送事業者（民間救急）に委託した搬送のデータ（B）610件中，福祉施設等からの搬送は218件（36％）を占めた。データ（A），（B）は完全には一致せず，統合はできなかった。【考察・まとめ】福祉施設等からの搬送は全体の3分の1以上を占め，道路事情が悪い時期の空路が特徴的であった。陸路では相当の割合（3分の1～2分の1程度）で民間救急の関与が推認された。今後の災害に備え，災害時搬送の記録検証体制の構築が必要であることが示唆された。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-1（D）

低コスト・シンプル・実用的かつSustainableな医療DXのススメ

○米盛 輝武[1]
[1]社会医療法人仁愛会浦添総合病院 救命救急センター

現在，救急医療領域においてもDXの波が押し寄せている。しかし，多くのシステムは高額であったり，導入時に多くの調整を要するするなど課題が多い。そこで，沖縄県で活用したGooge Spread Sheetを用いたシステム「OASIS」そして現場と基幹病院を結ぶ，医療用コミュニケ-ションアプリ「JOIN」を活用した連携について紹介し，今後の展望を考える。沖縄県ではCOVID-19のパンデミック時，Google Spread Sheetを活用したシステム「OCAS」を用いて入院調整を行った。その際に非コロナ患者の受入れ情報を集約したのが「OASIS」である。これは，病態別，処置別に受入可否をリアルタイムで救急隊に共有するシステムである。併せて，現在は「JOIN」を救急隊，離島診療所そして救急医療機関で導入し，多くの情報を共有し，受入体制を整えている。まさに，「OASIS」で病院選定し「JOIN」で情報共有するというスキームが確立している。これらは，導入コストも比較的安価であり，我々が自らcustomize可能という手軽さも兼ね備えている。これらを活用した救急医療体制構築について紹介し，考察を行う。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-2（D）

院内救命士が調整する救急患者連携搬送

○武山 佳洋[1]，坂脇 園子[1]，坂脇 英志[1]，河瀬 亨哉[1]，木村 忠司[1]
[1]市立函館病院 救命救急センター

【はじめに】救急患者連携搬送料が新設され，院内救命士が調整する救急患者連携搬送（連携搬送）体制を構築した。【対象・方法】対象病態・疾病を選定し3医療機関と契約を締結。救急医が適応症例を判断し入院時に患者・家族に説明，MSWが搬送先を決定し，院内救命士は病棟と連絡調整を行い3日以内に搬送を実施。2024．6～2025．1の連携搬送数や内容，救急科入院患者数や病床稼働率などを調査した。【結果】6か月間で計115件の搬送を実施。初療時診断は肺炎40例（35%），腰椎圧迫骨折20例（17%），搬送は入院2日目；60件（52%），3日目；24件（21%）が多かった。病床稼働率90%以上の2024．10～2025．1は15～22例／月の搬送を行い，救急科入院数／平均在院日数は2023年度；1338／9.4日，2024（1月まで）；1449／8.1日であった。【まとめ】概ね円滑に搬送でき，空床確保，救急科入院患者数の適正化と在院日数短縮に寄与したと思われた。2024．11以降は搬送調整を全て院内救命士に移管し，看護師等の負担がさらに軽減された。今後も搬送を拡大しつつタスクシフトを進めたい。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-3（D）

当院における一般事務職による転院搬送調整の試み

○竪 良太[1]，舩越 拓[1]
[1]東京ベイ・浦安市川医療センター

働き方改革によって救急体制充実度に病院間の差が生まれてきたのに加えて，救急患者連携搬送料の新設により救急外来から転院する患者が増加している。しかし転院搬送調整を診療と並行して行うには医師の負担が大きい。タスクシフトとして一般的にはMSWや救急救命士がその役割を担うが，煩雑なやり取りができるスタッフの育成は容易ではない。当院では救急からの転院搬送調整に関して，平日日中は一般事務職の1名が担っている。2023年度の当院救急外来からの転院784件中，149件に関わり医師の負担軽減に貢献している。一方で，非医療職であるが故の苦労も多い。具体的にはDNI・DNARの有無や使用薬剤や患者の状態などに関して，自己判断が困難で担当医師や看護師への再確認が必要なことが挙げられる。診療情報提供書の内容の均一化や，情報把握時のチェックリストの改訂などにより一般事務職による転院搬送調整も可能な可能性がある。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-4（MS）

訪日外国人の帰国支援で求められる課題
～医療依存度が高いまま短期間で帰国調整を図るには～

○吉岡 孝師[1]，平島 園子[1]，太田 裕子[1]，曽我部 拓[1]，石田 健一郎[1]，上野 由貴[1]，大西 光雄[1]
[1]国立病院機構大阪医療センター

【背景】コロナ禍以降，再び訪日外国人が増加している。その中で入院加療を必要とする訪日外国人も増加していると考えられるが実態は明らかではない。従来は在留外国人への対応が主であったが，インバウンドの活性化とともに訪日外国人対応，特に慢性疾患の増悪に伴う救急入院の増加を実感するようになった。【目的】緊急入院に伴い，医療依存度が高いまま帰国支援を希望する訪日外国人入院患者の医療支援における課題を検討すること。【症例】心不全で救急搬送され短期間で人工呼吸器装着のまま国際医療搬送した重症患者の事例に対する支援内容を整理した。【結果】滞在期間の短い家族等への説明，他国の医療機関，航空会社，国際医療搬送会社など多数の院外連絡調整が短期間で求められ，時差も考慮する必要があった。【考察】心不全のような慢性疾患を有する訪日外国人も増加すると予想され，入院加療が必要となった際に独歩で帰国することが困難になる事例も増加するであろう。キーパーソンの滞在期間，本人意思を尊重する上でも医療依存度が高いまま帰国せざるを得ない可能性があり，同じ課題を抱える医療機関で経験・情報を共有する必要性があると考える。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-5（D）

二次救急病院における下り搬送の取り組み

○大矢 亮[1]，牧田 美歩[1]
[1]耳原総合病院

耳原総合病院は堺市にある386床の二次救急病院である。当院は20年以上前からER型救急病院を志向し「断らないER」を掲げて救急医療を行ってきた。その結果，2015年病院建て替え後には病床稼働率が100%を超える状態となり，当院の病床だけでは救急患者の入院需要に応えられない事態となった。一方で堺市の病床機能は療養病床が多いことが特徴である。地域の病床区分の特性を活かして，ERでの初期評価で非重症と判断した患者を近隣の亜急性期病床を中心とした病院に転送する取り組みを開始し「地域トリアージ」と名付けた。当初は連携の深かった病院への転送から開始し，地域連携室を中心に転送フローの整備と新たな受け入れ先の開拓を積極的に行ったことで2016年度334件だった下り搬送は2019年度846件まで増加した。この取り組みはCOVID－19パンデミック下に，ERからの下り搬送だけでなくCOVID－19入院加療後の後方病院転院でも大いに役立った。2024年診療報酬改訂後はER看護師が転送に同乗することで救急患者連携搬送料を算定している。当日は二次救急病院である当院が取り組む下り搬送について紹介する。

ハイライトセッション9
演題番号　HS9-6（MS）

救命センターでのESWの転院支援の取り組みについて ～専任配置となった5年間を通して～

○濱岡 和弥[1]，石倉 健[2]，上原 大[2]，國分 亮太[2]，中邨 翔太[2]，橋本 英明[2]，鈴木 圭[2]
[1]三重大学医学部附属病院 総合サポートセンター，[2]三重大学医学部附属病院 高度救命救急・総合集中治療センター

【1．はじめに】当院の高度救命救急・総合集中治療センター（以下救命センター）では三次救急患者を県内全域から受け入れし，市内の二次救急のバックアップも担っている。救急認定ソーシャルワーカー（以下ESW）1名が専任で救命センターでの業務を担っており，転院支援に関して筆者が担当した5年間の取り組みを報告する。【2．方法】2020年7月から2024年12月までの救急科入院患者における転院支援の対象となった約1600例を対象として，転院支援期間，課題，連携職種を抽出し取り組みをまとめた。【3．結果】転院依頼日から転院日までは平均2.9日で調整することができていた。1割以上のケースで生活困窮や無保険といった経済的課題，身寄りがないといった複雑な社会背景があった。連携職種は県内各地域から救急救命士が勤務していることもあり，連携することが多く，救急患者搬送連携料に関しても51例が対象となった。【4．まとめ】ESWを専任配置することで救急外来や入院当日から支援を行うことができ，関係機関とも常に連携をとることで治療だけでなく複雑な課題に対しても切れ目のない支援を行い，結果的に早期転院にも繋がっている。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-1（D）

移行期・成人期医療的ケア者の救急搬送時間短縮に向けた連携強化 ～パステルタッグプロジェクト～

○田村 智[1]，柳沼 亮一[1]，中村 小百合[2]，鋤柄 稔[2]，狩野 契[2]
[1]北里大学メディカルセンター，[2]シャローム病院

【はじめに】在宅療養中の医療的ケア者が急変した際，救急隊や救急医療機関は情報不足により対応に時間を要することが多い。本プロジェクトは，在宅医と救急医が協働し，円滑な連携体制を構築することを目的とする。【活動】本プロジェクトは，在宅医・救急医・消防・生活介護事業所が連携した取り組みを進めている。第1回セミナーでは，在宅医から日常の課題や情報共有の重要性が提示され，救急医からは，実際の救急搬送事例を基に，適切な情報提供と連携の必要性が報告された。第2回，第3回では，患者・家族・生活介護事業所・消防機関を加え，救急搬送時の情報伝達方法や病院選定の迅速化，事前プロトコルの整備について議論を深めた。【考察】本プロジェクトを通じて，医療的ケア者に関与するプレイヤー間の情報共有と連携の重要性が再認識された。特に，搬送前に病院と消防が情報共有を行う仕組みの整備，搬送先決定の迅速化，救急隊向けの医療的ケア者受け入れ可能病院リストの作成などが必要である。今後，情報共有ツールの開発や連携プロトコルの具体化を進め，搬送時間の短縮と医療的ケア者が安心して救急医療を受けられる体制づくりに貢献していく。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-2（D）

消防救急車搬送に係る現場判断基準の策定

○高橋 耕平[1,2]，森村 尚登[2,3]，早川 達也[2,4]，吉野 篤人[2,5]，渥美 生弘[2,6]，平尾 朋仁[2,7]，杉田 学[2,8]，問田 千晶[2,9]，西 竜一[2,10]，大田 祥子[2,11]，安部 猛[2,12]，伊藤 重彦[2,13]
[1]横浜市立市民病院 救命救急センター，[2]令和6年度消防防災科学技術研究推進制度「低緊急・非緊急傷病者搬送における病院救急車等の活用の方策」基準策定班，[3]東洋大学 情報連携学 学術実業連携機構，[4]聖隷三方原病院高度救命救急センター，[5]浜松医科大学 地域医療学講座，[6]浜松医科大学 災害医学講座，[7]佐世保総合医療センター 救命救急センター，[8]順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科，[9]信州大学 医学部 救急集中治療医学教室，[10]南町田病院 救急科，[11]日本薬科大学 薬学部 医療ビジネス薬科学科，[12]福島県立医科大学 総合科学教育研究センター，[13]北九州市立八幡病院

【背景】今後救急現場において低緊急・非緊急傷病者への病院救急車の活用を検討するにあたり，消防救急車搬送基準が必要である。【目的】成人傷病者の消防救急車搬送基準（以下G基準）案を策定する。【方法】元より緊急度判定プロトコルの緑・白類型は，低緊急・非緊急を示すことに鑑みて，①緊急度判定プロトコルVer3（救急現場）のバイタルサイン関連項目のうち赤1・赤2・黄（呼吸のみ）のいずれかの類型，あるいは1次／2次補足因子項目のうち赤1・赤2の類型のものを消防救急車搬送基準暫定項目とした。②PEMEC，PCEC，PSLS，JPTECなどの病院前診療コースにおいて緊急度が高いとされる疾患を各プロトコルにおいて想定し，4名のエキスパートのオピニオンにより①以外のコードを暫定項目に追加（修正基準案）。③修正基準案についてデルファイ法による専門家の合意形成を計画。【結果】病院・民間救急車搬送運用を念頭に置き，15の症候別G基準案が策定された。【考察】今後は実証検証を通じて基準案の精度評価と運用上の課題を検討する必要がある。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-3（D）

福島市消防本部管区内における下り搬送システム調整の取り組み

○小野寺 誠[1]，鈴木 光子[1]，山﨑 武瑠[1]，三澤 友誉[2]，鈴木 剛[2]，岩渕 雅洋[2]，伊関 憲[2]
[1]福島県立医科大学 地域救急医療支援講座，[2]福島県立医科大学 救急医療学講座

【はじめに】福島市では複数の二次救急医療機関が病院群輪番制として救急搬送患者に対応している。しかし，多くの中等症以下の救急患者が三次医療機関へ搬送されるうえ，急性期の治療後にMSWを通じて転院を打診するも時間を要するなど問題を認めていた。そこで今回，下り搬送システムの運用を開始し数か月間の活動について検討した。【方法】対象は2024年10月から2025年1月までの4か月の間に三次医療機関である救命センターから第3病日以内に下り搬送を行った症例。月別の頻度と搬送先，下り搬送に至った経緯について調査した。【結果】10月0件，11月1件，12月2件，1月9件で，搬送先は市内医療機関が7例，近隣地域医療機関が4例，施設が1例であった。当初はMSWを通じて転院先医療機関の地域連携室へ下り搬送の手続きを依頼していたが，第3病日以内での転院には結びつかなかった。そこで，12月下旬より演者が各医療機関院長へ直接電話連絡し調整を依頼したことで飛躍的に下り搬送数が増加した。【結論】輪番協議会等で顔の見える関係を構築することが重要である。今後は地域内二次医療機関の横の連携システムが有用となる可能性がある。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-4（D）

院内救命士の「転院搬送管理DX」Notionを用いた効率化

○平山 傑[1]，道上 将稀[1]，上村 涼[1]
[1]札幌徳洲会病院

院内救命士の転院搬送管理業務にデジタルツールNotionを活用した，効率的な管理を報告する。【転院搬送DX導入の経緯】従来患者の転院搬送は，紙で患者情報の共有と，電話連絡で行われていた。そのため「電話してみないと，転院搬送可能か不明」「データ管理不能」であった。当院では院内救急救命士の採用を期に，転院搬送の管理を院内救急救命士に一元化。その管理ツールとしてNotionを導入した。【Notionによる患者搬送管理】Notionは様々な情報を即座に共有できるクラウドツールである。搬送管理台帳と院内共有を一つのデータベースで管理し，必要な情報のみを必要な人に見せることで，管理を簡単に，情報共有を適切に行うことができる。リアルタイム更新されるため，入力者は患者情報を台帳に入れるだけ，搬送依頼する側は，カレンダーを見るだけで，簡単に情報共有することが可能になる。【考察】Notionは非常にシンプルな構成であり，ITに詳しくない新卒の院内救急救命士でも簡単に扱うことが可能で，導入においても非常にハードルが低い。Notionの使用で，救命士の業務効率化と病棟との情報共有を同時に達成した。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-5（D）

救急外来にコマンダーを配置することによる搬送依頼の通話時間短縮効果

○天野 浩司[1]，森田 正則[1]，加藤 文崇[1]，松井 拓弥[1]，中田 康城[1]，上野 文也[2]，澤野 博一[2]，河原 利之[2]，横田 順一朗[1]
[1]堺市立総合医療センター，[2]堺市消防局

【背景】これまで当院での2次救急の応需は内科系か外科系かをまず看護師が判断し，いずれかの医師に応需可否を確認するシステムであった。しかし，何科で応需すべきか判断が難しい場合は返答までに時間を要することが生じた。また内科系と外科系とが別々に応需するため，搬送重複によるマンパワーや診察ベッドの不足が生じた。初期対応する研修医にも各々から指示が入るため，症例の偏りや負担過多となる状況が生じた。【介入】2021年度より平日日勤帯のみ，救命救急科スタッフ1名がコマンダーとして，1-3次まで全ての応需と研修医の配置を調整するシステムに変更した。【結果】2次救急搬送を依頼する救急隊と当院との通話時間を調査すると，平日日勤帯については2020年度（1982件）の平均3分24秒から2021年度（1968件）は2分56秒と短縮した。研修医の状況把握が容易になり，各症例に偏りなく配置しやすくなった。【問題点】応需する医師と診療する医師が別であるため，円滑な関係を維持する努力が必要である。夜間休日は未だコマンダーを配置できていない。【結論】救急外来にコマンダーを配置することで，2次救急の応需可否判断が迅速になった。

ハイライトセッション10
演題番号　HS10-6（E）

救急業務DXその先へ
～救急現場適応と業務改善を実現するチーム戦略～

○髙野 博紀[1]，館 真太郎[1]，小室 健司[1]，関 知子[2]，上畠 篤[3]
[1]秦野市消防本部，[2]秦野赤十字病院 救急科，[3]東海大学 医学部 救命救急医学

当市では，出動から医療機関到着の間に，救急隊から医療機関へ現場情報を伝達するDXシステムを導入してから2年が経過した。本システムにより，リアルタイムで医療機関と情報共有を図り，心電図や外表所見など現場情報の可視化が可能となった。一方で先進的なシステムを取り入れたからこその課題が生まれた。救急隊員のICTリテラシーには個人差があり，傷病者の病態に応じた必要情報の捉え方やデジタルツールへの適応力の違いがある。また，医療機関ごとのシステムの活用方法の違い等が挙げられる。その結果，共有する情報の量と質の不均衡により適切な現場情報の可視化が困難となり，傷病者への不利益が生じる恐れがある。この課題を解決するためには，救急隊と医療機関が具体的な活用方法や優先度の高い情報入力のポイントについて，活動マニュアルを改訂し，協議していくことが必要である。これにより，救急隊員の行動変容を促し，傷病者の重症度緊急度さらには，臨床推論に応じた観察処置が可能となる。救急業務DXが加速し，さらには変革を遂げようとしている中で，DXを活用した救急活動の標準化教育カリキュラムを作成することが急務となっている。

■Pros and Cons 1（P/C1）

救急車の有料問題を考える

救急医療サービスの在り方は今，重要な岐路に立っている。急病やけがが発生した際，迅速に病院で治療を受けられるよう，救急車は全国どこでもすべての利用者に無料で提供されている。しかし，緊急性が低い状況でも「何かあれば救急車」と119番通報するケースが増え，救急車が適正に利用されていないのが現状で，この状況が続くと，本当に必要な人への対応が遅れるリスクが高まり，救急救命士にも身体的・心理的な負担が大きくなることが懸念される。そこで，救急車の利用を有料化すべきかについてPros & Consの観点から討論することを企画した。有料化により無駄な利用を抑制できる可能性がある一方，経済的に厳しい人々が利用をためらうリスクも考えられ，特に高齢者や低所得者層への影響は深刻であり，医療アクセスの公平性の観点からは慎重な検討が必要である。各専門職がそれぞれの視点から意見を深め，救急車をより効果的に活用するための解決策を模索し，今後の救急医療の在り方について，多角的な視点による議論をまとめていただきたい。

座長：竹内　一郎（横浜市立大学 救急医学教室）
演者：木下　喬弘（株式会社 MeDiCU）
　　坪井　　謙（さいたま市民医療センター 救急総合診療科）

小児病院前救護の特定行為
現場で実施すべき？ vs. 搬送を優先すべき？

演者：
Pros　田中　大貴（医師）　長野県立こども病院 小児集中治療科
Cons　米屋　友靖（救急救命士）　泉州南消防組合泉州南消防本部 警防部救急課 救急指導係

座長：
Pros.　天笠　俊介（医師）　国立成育医療研究センター 救急診療科
Cons.　塚原　紘平（医師）　岡山大学病院 救命救急科

病院前救護において救急救命士が適切かつ迅速に救急救命処置を実施できるかが傷病者の救命率向上に大いに影響する。しかし，小児病院前救護では，小児傷病者への救急救命処置基準が地域のメディカルコントロール協議会ごとに異なることや小児病院前救護に係る資器材や教育体制が十分には整備されていないといった課題が山積している。

本セッションでは，救急隊員にとって経験することが少ない小児傷病者に対する病院前救護において，質向上の障壁となる現場での運用上の課題やその解決策について議論したい。

Healthcare BCPコンソーシアム共催

公開討論会
演題番号　PL1-1（D）

災害に強い地域づくりに寄与する地区防災計画による病院等BCPのあり方

○伊藤 弘人[1,2]，吉池 昭一[2,3]，野口 英一[2,4]，有賀 徹[2,5]
[1]東北医科薬科大学 医学部 医療管理学教室，[2]一般社団法人Healthcare BCPコンソーシアム，[3]相澤病院 救命救急センター，[4]戸田中央メディカルケアグループ，[5]労働者健康安全機構

アウトカムに直結する「一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者数と応急手当」は，救急医療における重要な指標である。研究チームでは，同様の観点で大規模災害での被災の低減に直結する地域における病院の新たな役割を検討してきた。災害の発生で提供できる医療機能は低下する一方，医療需要は増加する。この供給と需要のアンバランスを，病院を強くしつつ外部からの医療支援チームで満たすのが「従来」の考え方である。この病院事業継続計画（Business Continuity Plan：BCP）モデルに加え，病院外での災害リスク低減のための「平時の災害への備えに関する地域マネジメント」の在り方を模索してきた。その結果，地域の「基層」ともいえる町内会などが策定する「地区防災計画」の一環で，自主避難所内に自主医療救護所を設置する事例を確認することができた。自主医療救護所で医療職者である住民がトリアージを行い，災害医療が必要な傷病者を近隣の地域密着型病院等へ搬送する。このモデルの運用訓練が定着すれば，大規模災害時の医療機関での医療需要の急増を抑制し，トリアージにまつわる医療機関の法的問題を回避できる可能性がある。

Healthcare BCPコンソーシアム共催

公開討論会
演題番号　PL1-2（D）

災害に強い地域づくりに寄与する病院の具体的な取り組み

○吉池 昭一[1]
[1]社会医療法人財団慈泉会相澤病院 救命救急センター

災害を難なく乗り越えられる地域であるためには，いかに日常診療に災害への備えを落とし込めることができるかが鍵と思われる。日常の医療・介護連携を強化し，相互に機能を高められることこそが被災地域でのレジリエンスへと繋がると考える。そのためには，地域の中核病院が地域密着型病院，地域（・地区）の防災部組織，行政・医師会との連携において主体的な役割を担うことが必要であろう。病院機能の集約化と役割分担という潮流にあって，需要＞＞供給となる災害時において，中核病院が機能を維持するためには，さらに需要を分散することが肝要である。日頃の前方・後方連携の取り組みの延長として，今般の救急患者連携搬送の推進は重要な意味を持つと思われる。地域密着型病院が，普段より中核病院からの患者搬送依頼を（なるべく）断らず応需するといった仕組みづくり（姿勢）は，必ずや災害時のレジリエンスに繋がると思われる。本発表では，主に中核病院と地域密着型病院との連携の具体的な取り組みを報告し，地域密着型病院の機能が向上している過程を報告する。同時に，このような地域密着型病院の再生において，医師会・行政との連携，地域・地区（の防災部組織）との連携は極めて重要であり，中核病院が後押しする必要がある。以上，現時点での取り組みを報告し，ご意見など承りたいと思います。

Healthcare BCPコンソーシアム共催

公開討論会
演題番号　PL1-3（C）

災害時病院給食等から見た病院等BCPの状況と課題

○池田 直人[1]
[1]（株）LEOC 非常勤顧問

（株）LEOC（レオック）は病院給食の受託において全国展開をしている会社である。全国の病院418ヵ所を対象に実態調査を行った。①厨房の位置　②備蓄品の種類・数量・保管場所など。今回，水害にスポットをあて，これまでの緊急対応の経験から，食事提供を滞らないようにするために何をすべきか，不測の事態から早期復旧するためには，院内の多職種チームの連携強化と災害訓練が大切である。今回の調査結果から，災害訓練を年1回以上実施されているところは26.6％であり，厨房位置が1階と地下を占める割合は80％である。仮にエレベーターが停止している状況下では，食事を病棟配膳するために階段を利用する。その時の注意点も多くあるが，院内規定もないところが殆どである。我が国の災害は1年を通じ，季節や時間に関係なく，突発的に発生する。非常食（備蓄品）は，保健所指導でも3日間の保存を推奨されているが強制力はない。3日間，患者様の食事を賄えるだけの食品を備えているところは約20％である。理由は保管場所がないなど様々である。また，医療従事者の食事確保をされているところは僅か1％であった。今後の課題は，何時でも患者ファーストに向き合ってきた。しかし，医療従事者の栄養確保も重要であり，特にビタミン不足に陥りやすいことから栄養管理についても提言したい。

Healthcare BCPコンソーシアム共催

公開討論会
演題番号　PL1-4（C）

病院救急車，民間における患者等搬送事業者活用による地域救急・災害時医療体制の強化

○野口 英一[1]，有賀 徹[2]
[1]戸田中央メディカルケアグループ 災害対策特別顧問，[2]独立行政法人労働者健康安全機構 顧問

厚生労働省の地域包括ケアシステム構築図には，地域における高齢者の医療・介護等における「輸送」，「搬送」等の手段について，病院に駐車している病院救急車以外記載がなく，高齢者の生活における輸送・搬送体制の強化・整備が求められている利用者の需要に応じた道路輸送体制は，道路運送法によりタクシー等専門事業者の認可を通じ（緑ナンバー）整備されてきたが，高齢社会の医療・介護等多様な需要に応じるため，専門事業者以外の市町村やNPO団体等の輸送を可能とする福祉有償運送（白ナンバー）制度が整備され，地域密着の輸送サービスが開始されている。平時の救急搬送体制は，消防法により消防機関の救急業務として整備されてきたが，高齢者搬送が要因で救急出場件数は増加し（平成30年～令和5年の5年間15.6％増），今後も増加傾向が続くと予想される状況において，消防救急と役割分担した医療・介護搬送を担う病院救急車，民間患者搬送事業者の運行整備が急務といえる。更に，災害時の患者搬送体制は，阪神大震災以後，消防救急車，救急ヘリ等の専門的搬送手段の整備が行われてきたが，過去の地震災害等をみると災害初期では自家用車による搬送が中心となっている状況で，かつ避難生活等における災害関連死予防からも被災地の通院体制確保が必要であり，病院救急車等の医療・介護搬送を前提とした災害時搬送体制の整備も求められいると言える。

親子で一緒に学べる市民公開講座

「救急医からのわかりやすいお話を聞いてください」
救急医がわかりやすく救急医療に関するお話をいたします。
子どもたちやご家族，そして学校の先生方が，緊急時にどう行動すべきかを理解することができる内容です。
命を守る力を一緒に身につけましょう！

日時：2025年6月21日（土） 15：00 ～ 16：30
場所：パシフィコ横浜会議センター・メインホール
出演：守谷　　俊（自治医科大学さいたま医療センター　救命救急センター）
　　こどもの命を守る！～熱中症は予防が第一，親子で学ぼう対応スキル～
　　竹内　一郎（横浜市立大学　高度救命救急センター）
　　こどもの命を守る！～窒息対応からAEDまで，親子で学ぼう救命スキル～
司会：佐橋　嬉香（フリーアナウンサー・防災士）



JPTECブラッシュアップセミナー 2025

早川　達也
JPTEC協議会セミナー部会
聖隷三方原病院高度救命救急センター

まず，現在，改訂作業が進められている，JPTECコースガイドブックの方向性について，病院前における外傷対応についての現在の課題を踏まえつつ，学術部会より提示したい。

続いて，過去１年間の活動を踏まえた上で，プロバイダーコースにおけるポストテストにおける，WEBテストの試作状況等，事務局から会員へ向けての提供可能な話題を提示することとしたい。

日本救急救命学会　教育研修委員会セミナー
救急隊員のための救急現場のコミュニケーション

会期：2025年6月19日（木）　15：00 ～ 16：30
会場：第3会場（501）

日本救急救命学会（http://www.jspels.com/）教育研修委員会では，救急隊員のための救急現場のコミュニケーションについて，これまでにない形態での実践教育技能コースとしてのワークショップを展開しています。開催実績はこれまで14回を重ね，その度に内容の改善や新規のパートを追加してきました。

今回のセミナーでは，ワークショップの紹介と実践をさせていただきます。現役救急隊員だけでなく，すべての医療従事者の皆さんにとっても，自分の立ち位置や個性にあったコミュニケーションについて考える一助になると思います。

セミナーの概要は，以下のとおりです。

1. はじめに　救急隊員のコミュニケーションとは
2. グループディスカッションのご紹介　よくあるエピソードから考えてみる
3. スキルステーション　自分のコミュニケーションスキルを実践する

奮ってご参加をお願いします。

NCLSコースのご案内

第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会に併設して，看護師に必要な新しいBLSコース「NCLS（Nursing Cardiac Life Support）」を開催いたします。

院内での蘇生といえば二次救命処置ですが，日本では定期的なトレーニングの義務もないことから看護師個人の裁量に任されており普及してるとは言い難い現状があります。そのため，無脈性電気活動（PEA）を認識できないケースやアルゴリズムの逸脱，手技・判断のエラーなどチームのパフォーマンスを低下させてしまう状況が散見されています。

そこで，看護師の臨床に必要な蘇生トレーニングを提供する必要があると考え，医療者用BLSのスキルはもちろん，患者の評価・判断から二次救命処置のアルゴリズム，気管挿管の介助などをカバーした新しいBLSトレーニングを開発しました。急変対応が苦手な方や経験があまりない方からベテランの学び直しまで対応します。

NCLSコース開催概要

* 開催日：2025年6月19日（木）
* 時　間：10：00 ～ 17：00（予定）
* 会　場：第7会場 315
* 対　象：看護師
* 定　員：12名程度
* 費　用：12,800円（税込）
　※別途公式テキストが必要
* 主　催　急変対応.net& イーエヌアシスト（コードブルー）
* 参加方法　以下HPより詳細を確認後申し込みください。
　https://codeblue.co.jp/ncls/

PEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コース
～救急医療における精神症状評価と初期診療～

コースディレクター：三宅　康史（臨床教育開発推進機構）
コースコーディネーター：日野　耕介（沼津中央病院）

本学会で開発した，身体科救急医療スタッフが精神症状を呈する救急患者に初期対応するための，標準的な知識・技能・対処法を身につけるためのコースです。対象者は，医師，看護師，病院前救護，ソーシャルワーカーなどさまざまな職種が含まれます。コース冒頭に20分程度，救急医による基本的事項を学ぶための講義を行った後，1グループあたり受講者6-8名に分かれ，症例検討を開始します。症例は合計4症例（1症例あたり45分程度）で，すべて精神症状を伴い，救急医療を受療する場面を想定したものです。症例ごとに動画を視聴したあとに，問題点が呈示されますので，どのように初期診療を行ない，どのように精神科医療や地域の支援者につなげていくことが望ましいか，コーススタッフ主導のもと，グループディスカッションを行なっていきます。

■併設コース

救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）

第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会に併設して，薬剤師を対象とした「救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）」を開催いたします。

本コースは，「救急外来における薬剤師業務の進め方」を基本とし，救急外来で遭遇する頻度の高い病態や状況における薬剤師業務の要点を3時間に凝縮して解説する。

多数の薬剤師の方にご参加いただけますようご案内いたします。

＜救急・集中治療における薬剤師研修コース（救急外来試行版）開催概要＞

開催日：2025年6月19日（木）

時間：13：00 ～ 16：00（予定）

会場：パシフィコ横浜　415（第10会場）

対象：薬剤師（救急外来での薬剤師業務の経験問わず）

定員：60名

費用：無料（学術集会の参加登録は必須，コース受付時に参加証を確認します）

主催：日本臨床救急医学会　救急専門・認定薬剤師認定委員会
救急外来における薬剤師業務マニュアル作成ワーキンググループ
日本臨床救急医学会　教育研修委員会
救急・集中治療における薬剤師研修コース運営小委員会

参加方法：以下HPより詳細を確認後申し込みください。
https://jsem.me/pharmacist_training_course.html

第20回小児病院前救護トレーニングコース（現地開催）



第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会に併設し，救急隊員を対象とした小児病院前救護トレーニングコースを開催いたします。

当コースは，疾病を主体としながらも外傷以外の外因を含む救急疾患に対応する標準化コースで，小児病院前救護を行うために必要な項目について実技を中心に約3時間半で学習します。

多数の救急隊員の方にご参加いただけますようご案内いたします。

開催日時	2025年6月19日（木）13：00 ～ 17：00
開催時間	3時間半コース
開催形式	現地開催
定員	20名程度 （定員に達し次第，締め切らせていただきます。）
費用	5000円 （但し，第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会への参加登録は必要）
主催	日本臨床救急医学会
参加方法	以下参加フォームからの事前登録が必要 https://forms.gle/y9EJnZKXYDQ9tHCN8

■併設コース

レッドフラッグを活用した救急隊員の現場観察スキル向上ワークショップ ～救急隊員版　救急脳のつくり方～

ご案内

このワークショップは，レッドフラッグへの理解を深め，現場観察スキルを向上させるためのワークショップです。医学用語であるレッドフラッグは，現場で迅速に評価すべき項目です。講師はレッドフラッグを活用した臨床推論ワークショップを各地で展開中です。今回救急隊版として，通信指令情報からキーワードを拾い上げ，現場到着から病院選定，病院連絡まで，レッドフラッグを意識した机上訓練を行います。どうぞ奮ってご参加ください。

開催形式：現地開催　（会場はプログラムでご確認下さい）
開催日時：2025年6月19日（木）　14：00 ～ 16：00　＊13：30から入場可能
対象：救急隊員，救急救命士，指導救命士
定員：40名（先着順，残席があれば当日受付可能）
受講費：500円　（税込）　別途，携帯用鑑別リスト・ポケット版を販売予定。
主催：第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会
講師：望月礼子　救急科専門医
　　エマージェンシー臨床推論コース・プログラムディレクター
　　鹿児島大学　救急・集中治療医学分野　非常勤講師
ファシリテーター：
　佐藤朝之　救急科専門医　（市立札幌病院総合臨床センター）
　小池雅人　救急救命士（さいたま市消防局）
　白石弘幸　救急救命士（さいたま市消防局）
　他

参加方法：　以下の参加フォームから事前登録が必要です。
＊第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会への参加登録が必要です

申し込みリンク：https://forms.gle/H8WCGMk1RSkAJjhr8

指定テキスト：望月礼子．救急隊版エマージェンシー臨床推論2　もっと救急脳のつくり方．2024年，東京法令出版　＊持参の必要はありません。復習に活用ください。

民間救命士・民間MC医師　指定基礎講習会併設コースのご案内

民間救命士，民間MC医師認定制度とは

救急救命士が現場で実施する観察・判断・処置は年々拡大と高度化を続けており，すべての救急救命士は所属や業務に関わらず，それに相応する知識と技術の具備を求められており，当認定機構は民間救命士の認定・更新制度を構築し救急救命士の質の担保をめざす。

また，民間救命士を利活用する際，民間MC医師による指示指導・助言体制の確保と，事後検証や活動プロトコルの策定，継続教育の実施などの体制のもとに救急救命処置が実施されることが望ましい。当機構は民間MC医師の指示指導・検証といった民間メディカルコントロール体制を構築するだけでなく，多彩な環境での活動など，病院前の状況を十分に理解した民間MC医師を認定し，民間救命士の適正な活動環境の構築を目指す。

□開催日時　2025年6月19日（木）13：00 ～ 16：30
□会場　パシフィコ横浜 第14会場　419
□主催　一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構
　　民間救命士研修・認定・更新委員会
□受講料　10,000円
民間救命士・民間MC医師　指定基礎講習会併設コースプログラム

		時間	内　容
始	終	（分）	
12：00			会場準備
12：30			受付開始
13：00	13：05	0：05	主催者挨拶
13：05	13：35	0：30	講義1【民間救命士による院内･外における飛躍～少子高齢化の近未来～】
13：35	14：35	1：00	講義2【民間救命士におけるMC体制とMC医師の役割】
14：35	14：45	0：10	休　憩
14：45	15：15	0：30	講義3【救急救命士法について】
15：15	15：45	0：30	講義4【救急救命処置の実施 】
15：45	15：55	0：10	休　憩
15：55	16：25	0：30	講義5【民間救命士の活動の実際】
16：25	16：30	0：05	民間救命士の申請方法についての説明と質疑応答（アンケートの案内）
16：30			

〈お問い合わせ〉一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構　事務局 jimukyoku@abpmo.jp

■併設コース

患者安全検討委員会主催，RRS起動要素研修コース

Rapid response system（RRS）は，病院内での予期せぬ心停止を防ぐための重要な取り組みです。2022年の診療報酬改定における「急性期充実加算」の施設基準に導入されてから，さらに多くの施設が導入しています。しかしながら，RRSの導入に当たって，どこから手を付けていいのかわからない。あるいは，RRSを導入しているが，「なかなかコールが増えない」の声もよく耳にします。そこで，当学会の患者安全検討委員会は，RRSを10年以上にわたり，運営している施設の委員を中心に，RRSの普及には「要請者」への教育が欠かせないというコンセプトでこのコースを開発し，全国での展開をしています。

本学術集会においては，昨年度と同様に「RRS起動要素養成研修」を開催させていただくことになりました。

現在，当委員会では，RRSを導入したい，RRSを導入にしているが運用に困っているといった方々に受講をしていただき，各施設でRRSの運用が容易になることを手助けします。ぜひ，院内でRRSの指導的立場にいらっしゃる方，あるいは，実際にRRSを起動する病棟勤務の方をはじめ多くの皆様に奮ってご参加いただきたいと思います。

本コースは，米国ピッツバーグ大学の開発した，First5Minutesを基本にしています。

1）e-learningによる事前講義
2）ハンズオンによる「患者の異変に気づく」「重要な徴候を見逃さない」「主治医とのコンフリクト」「終末期への対応」など，日常のRRS活動での身近な課題を解決する方法をシナリオシミュレーションを通して学びます。
3）e-learningによる確認テスト・アンケート入力後，修了証が発行されます。

開催概要
開催日：2025年6月21日（土）
時間：13時から16時
会場；パシフィコ横浜　418（第13会場）
対象：RRSに関係する医療従事者
定員：24名
費用：日本臨床救急医学会会員7,000円，非学会員9,000円
主催：日本臨床救急医学会患者安全検討推進委員会
参加申し込みフォーム：https://ssl.formman.com/t/OE08/

入院時重症患者対応メディエーター養成講習会

日時：2025年6月21日（土）13：10 ～ 16：50（予定）
会場：第14会場（419）
形式：対面開催
※参加は事前申込のみとなりますが，当日見学は可能とする予定です

入院時重症患者対応メディエーター養成講習は，厚生労働科学研究（移植医療基盤整備研究事業）脳死下，心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究（研究代表者：横田 裕行）および，日本臨床救急医学会教育研修委員会 入院時重症患者対応メディエーター養成小委員会（委員長：三宅 康史）のもとで，令和元（2019）年度より開催しております。

救急・集中治療において救命困難となる重症患者の家族や関係者の方に初期から寄り添い，医療者との間に入って，その不安や疑問をていねいに医療者につないで解決していくことによって，関係者全員が十分に納得のいく形で入院治療を継続できる調整役として入院時重症患者対応メディエーターの養成をする講習で，これまでに1,400名以上の方に修了いただいております。

令和3（2021）年度より原則としてオンラインでの開催を行っておりますが，今般第28回日本臨床救急医学会総会・学術集会において対面開催を行うこととなりました。参加については事前登録制となり5月中旬に募集を終了しておりますが，当日の若干名の見学に対応する予定としております。よろしくお願い申し上げます。

（詳細は下記ウェブサイトを参照ください）
https://hmcip.umin.jp/

医療従事者教育1
演題番号　O1-1（N）

PEMEC受講者アンケートにみられる看護師の臨床応用についての検討

○原 悠一郎[1]
[1]浜松医科大学医学部附属病院 看護部

【はじめに】PEMECとは，内因性疾患の傷病者に対する病院前救護の標準化コースであり，防ぎ得た死亡と後遺症を回避することを目的とした講習である。看護師は急変の第一発見者になることが多く，看護師にとって病状悪化の予防という視点は今後も一層求められる。そこで，PEMEC受講が看護臨床に応用できるものかを検討していく。【目的・方法】PEMEC受講直後と1か月後に実施したアンケートをもとに，PEMEC受講によって看護臨床にどのような応用ができたと感じているのかを明らかにしていく。対象は同一に開催されたPEMEC受講者であり，看護師5名（ER3名，特定行為研修修了者2名）。【結果・考察】救急外来での患者対応とトリアージ，救急外来電話対応，術後患者の急変対応，臨床推論の視点の習得等の回答が得られ，看護臨床でPEMECアルゴリズムを患者の初期対応に応用できていることが示唆された。【結語】看護臨床においてPEMECアルゴリズムは初期接触時の評価や患者急変時の対応，トリアージでの応用が可能である。また，PEMEC受講は看護師にとって臨床推論を学ぶ機会となる。

医療従事者教育1
演題番号　O1-2（N）

秋田PEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コースのこれまでを振り返る

○佐藤 大祐[1]，中永 士師明[2]，北村 俊晴[3]，日野 耕介[4]
[1]秋田大学医学部附属病院 NP室／救急科，[2]秋田大学大学院医学系研究科 救急・集中治療医学講座，[3]秋田大学医学部附属病院 総合診療医センター，[4]公益財団法人復康会沼津中央病院

【はじめに】秋田県は長年自殺率全国上位で様々な自殺対策が施行されている。秋田PEECコースは秋田大学を中心に2018年に開始，開催は15回を超えた。アウトカムを報告する。【概要】当院救急医と看護師を中心に次第に精神科や県のサポートが得られた。県自殺対策計画の一環となり毎回保健師が参加。質担保に本学会PEECワーキンググループ委員にスタッフ参加を依頼している。形式はCOVID-19の影響で第7回以降，対面からオンラインに変更。【方法】過去の受講者とスタッフを集計。【結果】受講150名（医師32名，看護師38名，救急隊47名他）。地域は秋田県109名が最多，次に青森県5名。関東や関西から受講もあった。スタッフ42名（うち医師26名），見習い修了15名。【考察】本県は2020年自殺率が低下，本コースも一助を担った可能性がある。形式をオンラインに変更したことで広い地域から受講者が集まったと推察される。見習い修了スタッフが以降のコースで見習いスタッフのサポートを行っている。スタッフ育成のサイクルが完成しており，受講者のみならずスタッフ育成の場としても効果的であると考える。ただし県内受講者は地域差があり，コース周知方法をさらに検討する必要があると考える。

医療従事者教育1
演題番号　O1-3（N）

地方病院の院内救命技術向上を目的とした，病院－消防協同の取り組み

○毛笠 貴隆[1]，渡邉 兼久[1]，横山 梢[1]，横山 和之[1]，福島 基嗣[2]
[1]社会福祉法人北海道社会事業協会岩内病院，[2]岩内・寿都地方消防組合消防本部

【背景】北海道岩内町は高齢化率37.5％（2020年）で高い水準の地域である。札幌まで車で2時間かかる地方でのBLSスキルの維持向上に向けた取り組みは容易ではない。高齢者は急変となる確率が高く救命技術習得は急務である。今回，消防組合と協同して院内救命教育に取り組んだ経過を報告する。【目的】院内救命技術の向上【方法】対象を当院職員とし日本救急医学会認定コースの開催。【結果】BLSコース受講率：1回目18.6％。2回目11.7％。ICLSコース受講率7.8％。BLS資格保有率30.3％。ICLS資格保有率7.8％。【考察】以前は札幌などの都市で認定コースを受講することが必須であった。地方病院の当院で開催することで移動距離，時間，金銭面の軽減，勤務に考慮することができた。その結果，今回の受講率の結果につながったと考えられた。【結語】地方病院の当院で認定コースを開催することが，院内でのBLS・ICLSの資格保有者が増加につながった。それにより救命技術の向上となった。今後はインストラクター資格を取得した職員が増え，当院と消防で協同し救命率の向上を図りたい。

医療従事者教育1
演題番号　O1-4（N）

救命救急センター看護師の教育体制の問題と課題

○鈴木 紗知[1]，谷口 健太郎[1]
[1]JA三重厚生連松阪中央総合病院

【背景】当院はこれまで2次救急を担っており，救急外来所属の看護師が救急対応していた。2021年に新棟増築，救急病棟（以下病棟）開設し，病棟所属の看護師が救急外来兼務し救急対応をする新体制となった。2022年からドクターカー運用開始，2024年10月救命救急センター（以下救命センター）に認可された。【目的】救命センター勤務看護師の教育体制の現状から問題と課題を抽出する。【現状と問題点】救命センター勤務看護師は39名おり，2021年病棟開設時から順次一般病棟からの勤務異動者で構成されている。そのため救急経験がない看護師が37名（94.9％）いる。2022年から新卒看護師の配属も開始している。ドクターカーナースは，病棟所属看護師と他所属の救急経験のある看護師で構成している。問題点は，救急領域の教育は自己研鑽になっていること，救急領域の教育指針と評価基準がないため，救急看護の質の向上や成長を促すための仕組みがないこと，ドクターカーナース育成が難航していることである。【課題と展望】救急ラダーを作成し，系統だてた教育体制から救急看護の質の向上や成長を促していくこと，ドクターカーナース育成である。

医療従事者教育1
演題番号　O1-5（N）

火山爆発を想定した災害防災訓練に参加することによる学び

○谷口 光代[1]
[1]宮崎大学大学院 看護学研究科

【目的】看護学生が火山爆発を想定した災害防災訓練に参加することで得られた学びを明らかにすることである。【方法】A市主催の火山爆発防災訓練に参加したA看護学科の看護学生。期間は，2023年4月13日～12月31日。学生は役割分担を決め，住民の要配慮者や患者となりDMATや自衛隊に搬送される役，観光者役，災害対策本部の見学などを行った。終了後に全体で学びを共有し，その後自記式質問紙とレポート提出をしてもらい，レポートは「防災訓練の学び」に関する記述を取り出し，内容分析を行った。倫理的配慮は，福井大学医学系研究倫理委員会の承認を得て行った。【結果】看護学生31名を対象とした。災害看護に興味・関心について「とても高まった」は17名（54.8%），「やや高まった」は13名（41.9%）であった。学びは〈患者が搬送されるまでの過程や多職種連携の実際を見ることができ理解につながった〉〈被災者の気持ちを理解することができた〉などであった。【考察・結論】防災訓練に参加することで，講義だけでは得ることのできない医療従事者や救助する活動の実際を見ることができ，看護師の役割や多職種連携について学びを得ていた。

医療従事者教育1
演題番号　O1-6（N）

急性期病院の看護師を対象にした患者急変対応研修におけるシミュレーション学習の再設計の有用性

○増山 純二[1]，苑田 裕樹[1]，後小路 隆[1]
[1]令和健康科学大学

近年では，心肺停止前の患者への対応として院内救急医療体制の構築が図られ，スタッフ教育は心肺停止に至る前の患者急変対応研修（以下，患者急変対応研修）が行われている。2023年にA大学関連病院（急性期）の看護師を対象に，シミュレーション学習（Simulation-Based Learning；以下SBL）における患者急変対応研修を実施した。研修前後に患者急変対応実践力チェックリストでの調査，研修後にSimulation Design Scaleの日本語翻訳版の反映度調査，Student Satisfaction and Self-Confidence in Learningの日本語翻訳版の調査を行った結果，SBLのデザインの反映度も高く，相関する形で満足度や自信度も高く，また，学習効果が高いことが示唆された。2024年はさらに学習効果を高めることを目的に，研修内の講義はeラーニングでの事前学習として，3.5時間の研修を4時間に延ばして研修の再設計を実施した。今回その研修の再設計の有用性について検討したので報告する。

医療従事者教育1
演題番号　O1-7（N）

2次救急病院における看護師始動の災害医療体制構築

○田口 真貴[1]，河野 翔太[1]，尾形 巧[1]，丸山 正裕[2]
[1]北里大学メディカルセンター 看護部，[2]北里大学メディカルセンター外科

当院は2次救急病院・災害拠点病院であるが，災害対策マニュアルの定期改訂がなく，内容も院内防災対策に偏り，災害医療に関する知識・認識不足があった。災害時に傷病者受入れ対応できるよう看護師の働きかけにより医師を含む多職種で協力しマニュアルを大幅改訂し，小規模な多数傷病者受入れ訓練を実施した。訓練後はマニュアルを修正し，多職種に対してトリアージと外傷初期診療に関する院内勉強会を開催した。その後，3次救急病院の医師・看護師の監視・評価のもと多数傷病者受入れ訓練を実施し，災害対策に関する多職種の意見交換を活発化させ，院内のチーム医療発展に繋げた。翌年に近隣病院や自衛隊，消防と連携し実践的な大規模多数傷病者受入れ訓練を実施した。当初，2次救急病院での多数傷病者受入れ訓練に懐疑的な意見も出たが，訓練を通し災害時の3次救急病院の負担軽減のため，当院の災害医療対応の必要性が共有された。訓練は医師が統括したが，企画・運営は看護師が主体となり，院内全体の意識改革を牽引した。訓練後アンケートでは参加者の約60%が「今後，災害対策活動に参加したい」と回答した。今後は連携機関を増やし，災害医療の地域拡大を目指す。

医療従事者教育2
演題番号　O2-1（E）

中山間・離島地区で働く民間救急救命士の課題と教育体制

○蔵満 恭助[1]，後藤 奏[1]，中尾 誠宏[1]，長谷川 瑛一[1]
[1]日本救急システム株式会社

【はじめに】我が国には，地理的・財政的な理由から常備消防を持たない自治体が29町村存在し，多くは一般行政職員が医療行為を行わずに搬送のみを実施する役場救急を実施している。日本救急システム株式会社（以下：JEMS）は，2015年6月に日本初の救急活動民間委託「救急搬送業務受託事業」を開始。現在は宮崎県美郷町，徳島県勝浦町，沖縄県竹富町より委託を受け，それぞれ都道府県MC協議会に所属している。【背景】中山間・離島地区においても救急件数は増加傾向であり，重症・中等症が6割程度であった（2024年）。また直近3次医療機関までの搬送に長時間を要することから医療連携（ドクターヘリ・ドクターカーなど）の割合も高く，要請件数も年々増加傾向である。そのため中山間・離島地区では早期の適切な判断と他機関との連携強化が求められる。【課題と教育体制】課題として都心部と比較し救急出場件数の少なさや，設立間もないが故の若年層が多いことによる知識・技術の未習熟などがあり，救急救命士としての経験と知識を習得していく必要がある。

医療従事者教育２
演題番号　O2-2（E）

メディカルラリー出場がもたらす教育効果についての調査報告

○茂木 香純[1]，森田 賢[1]，西村 洋一[2]
[1]とかち広域消防局，[2]社会医療法人北斗 北斗病院 小児科・こども総合センター兼災害対策委員会

【はじめに】メディカルラリー（以下，ラリー）とは，救急対応時の技能をチームで競い合う競技会である。ラリーチーム「北斗魂」は，北海道十勝地区の医師，研修医，看護師，救命士で構成され，これまで計7回，全国各地域のラリーに出場してきた。毎年メンバーを入れ替えながらチームを編成，ラリーを「教育の場」として活用してきた。【目的】ラリーが教育ツールとしてどの程度役割を果たしているかを明らかにし，より参加しやすく，開催しやすい環境を整え，さらなる地域救急医療の発展に貢献しようとするもの。【対象・方法】「北斗魂」の参加経験者22名へアンケート調査を実施した。【結果・考察】回答者は18名，回収率は82％であった。多くの教育効果が認められ，特に効果的であるのは，「異なる職種に対する理解向上，それに伴うコミュニケーションの円滑化」であった。また，研修医が救急医療や災害医療に興味をもち，今後の進路選択に影響を与える可能性が示唆された。【結語】ラリーが教育ツールとして有用な可能性が示唆された。一方で，ラリーの出場や開催は，金銭的な負担が大きい。職場のみならず，任意団体等による助成などのシステム構築が期待される。

医療従事者教育２
演題番号　O2-3（D）

ハワイ－沖縄医学教育フェローシップに専攻医１年目で初参加！

○城間 恵介[1]，杉村 朋子[1]，杉江 優一[1]，知念 巧[1]，宮川 幸子[1]，大内 元[1]，武村 克哉[1]，梅村 武寛[1]
[1]琉球大学病院 救命救急センター

【背景】“ハワイ－沖縄医学教育フェローシッププログラム”は臨床教育のリーダー育成を目的としたFaculty Developmentコースである。本プログラムはハワイ大学医学部と共同で開発され，臨床教育に必要な知識と技術を提供している。大学病院の救急科は，医学部学生や初期研修医の教育において重要な役割を果たしており，私は専攻医1年目として最年少で本プログラムに参加し，貴重な経験を得た。【活動内容】ハワイ大学医学部教員や沖縄県内外の講師による授業を1年間で計10回受講し，独自の教育カリキュラムを作成・実施した。その方法や結果を参加者間で共有・検討し，改善を重ねた。最終的に，ハワイ大学医学部で成果を発表し，臨床教育の指導者に求められる知識と技術を習得した。私のカリキュラムは「初期研修医の肺エコー実施率向上」に焦点を当て，実際に成果を得ることができた。【結論】本プログラムにおける過去最年少の参加者であり，教育経験が乏しく，英語に自信がなくても多くの学びを得ることができた。本プログラムは医学教育の発展に貢献できる貴重な機会であり，多くの方に参加を勧めたい。沖縄でともに学び，成長しませんか？

医療従事者教育２
演題番号　O2-4（C）

救急救命士養成学生によるエコーガイド下末梢静脈路確保の優位性：成功率と作業負荷

○福田 聖司[1,2]，関根 和弘[2]
[1]明治国際医療大学，[2]京都橘大学

【背景・目的】末梢静脈路確保の難易度が高い状況下で，エコーガイド下末梢静脈路確保（以下，USG - PIVA）の有用性が期待されている。救急救命士養成課程中の学生を対象に，USG - PIVAと従来法（目視・触知）との穿刺成功率および作業負荷の変化を比較することを目的とした。【方法】3・4年生計36名を対象に，クロスオーバーデザインで，USG - PIVAと従来法による末梢静脈穿刺を実施。各手技で3回ずつ穿刺を行い，成否を記録。各手技の終了後にNASA-TLXで作業負荷を評価し，一般化線型混合モデルで解析した。【結果】USG - PIVAは従来法に比べて非常に高い成功率を示した。さらに，NASA-TLXでは，USG - PIVAの全ての項目で作業負荷軽減が確認された。USG - PIVAを先行実施した場合，成功率向上の順序効果が示唆されたが，時期効果は認められなかった。【考察・結語】USG - PIVAは，従来法に比べ成功率が高く，作業負荷においても低値であった。エコーにより血管などの位置を視覚的に捉えられることは実施者の安全かつ正確な穿刺操作に繋がると考える。

医療従事者教育２
演題番号　O2-5（D）

コーチング手法を用いた初期研修医との1on1ミーティングにより実現するオーダーメイドな救急科研修

○瀬尾 亮太[1]，入野田 崇[2]
[1]一宮西病院，[2]大崎市民病院

現行の初期臨床研修制度において，救急科は全ての初期研修医にとって必修となっている。一方，救急科ではシフト制による指導タイミングの制限や忙閑の差などの理由で画一的な指導が行いづらい現状がある。救急科研修にコーチング手法を活用した1on1ミーティングを取り入れた。まず，救急科研修の前の週に事前アンケートを実施し，自分の研修目標などを考える時間を確保した。次に，研修1週目に30分程度の1on1ミーティングを実施した。明確化された目標を指導医間で共有し，この内容をもとに指導を行った。最後に，研修終了時に事後アンケートを実施し，自身の目標達成度や改善点などを考えてもらった。約2年間の試みを経て，初期研修医からのアンケート調査ではこの1on1ミーティングについて，のべ58名のうち28％に当たる16名が「すごく良かった」，72％に当たる42名が「良かった」と評価した。初期研修医は自分で目標設定を行うことで目指す将来像と救急科研修の接点を見つけることができ，より能動的に研修に臨むことができた。指導医は個々の目標に合わせて支援することができた。

医療従事者教育2
演題番号　O2-6（E）

病院に所属する新規入職の救急救命士に対する救急車同乗実習の効果の検討

○田中 駿平[1]，矢場 春南[1]，小澤 和哉[1]，德江 一馬[1]，津波古 憲[1,2]，立石 順久[1]，本間 洋輔[1]
[1]千葉市立海浜病院，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】当院では，救急救命士（以下救命士）は転院搬送業務を行っており，患者宅への搬送も行うことから病院以外で活動するケースがある。消防経験のない救命士もいるため，実践的経験を積むことを目的とし，千葉市消防局の協力を得て，救急車同乗実習（以下同乗実習）を実施した。【目的】新人救命士の同乗実習の効果を検討する。【方法】実習は3日間，消防署に出向し8時30分～17時00分で行われ，救急搬送に同乗し，現場活動を経験した。実習後，出動事例や感想等について報告書を作成した。【結果】3名が参加し，出動件数1日あたり平均5±2回／人であった。報告書上で，学びの多かった項目は救急隊活動，接遇，隊員間コミュニケーションが上位を占めた。【考察】同乗実習は，隊活動，接遇，隊員間コミュニケーションを学ぶ機会として効果があったと意見が出された。一方で，アンケート調査，筆記テスト，定量的評価がされていないため，今後評価と分析が課題である。【結語】新人救命士に対する同乗実習は，一定の効果が示唆されたが，今後実施する際はさらにスケールを用いた効果確認と分析及び課題抽出が必要である。

医療従事者教育2
演題番号　O2-7（E）

次世代の救急救命士に向けた周産期救急に関する講義・シミュレーション教育の取り組み

○永井 雄平[1]，大滝 達也[1,2]，片山 恵理[1,3]，松宮 寛子[1,4]，齊藤 良玄[1,4]
[1]北海道周生期医療救急支援の会（HOPPIE），[2]上川北部消防事務組合，[3]旭川医科大学病院，[4]北海道大学病院

【目的】救急救命士の潜在的意識の中には，周産期領域を特殊と感じ，学習動機が育ちにくい可能性がある。そこで，周産期領域の学習動機を育むことを目的とし，将来を担う救急救命士学科の3年生，2年間で計165名に行った取組とアンケート結果について報告する。【方法】女性傷病者の評価や新生児蘇生，分娩介助の講義とシミュレーション教育を行い，事前事後アンケートを施行した。事前アンケートは3段階評価，事後アンケートは5段階評価，それぞれ自由記載欄を設けた。【結果】事前アンケートでは，周産期に対する自信について，平均が1.2と低値で，自由記載は希少な症例であり自信がない，などのネガティブな記載があった。事後アンケートは，満足度平均が4.9と高値となり，自由記載では，シミュレーションを通じて理解が深まり学習意欲が高まった，などのポジティブな記載となった。【考察】結果から，特殊な印象による苦手意識や希少な症例であることから学習動機が育ちにくい可能性があることがわかった。しかし，講義と臨場感のあるシミュレーション教育を組み合わせることで，達成感や成功体験を得ることができ，学習動機や意欲の向上に繋がると考察する。

医療従事者教育3
演題番号　O3-1（E）

現職警察官の直接指導による病院救急車運転講習会について

○原島 健也[1]，谷内 優介[1]，瀬之口 真美[1]，竹内 一貴[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，前田 敦雄[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院

【背景・目的】当院は東京都指定二次救急医療機関で，地域医療支援病院などの施設認定を受けている。2013年から救急救命士を常勤雇用し，病院救急車の運用を開始した。運転業務も救急救命士が担っており，独自の運転教育に取り組んできたが，より効果的な教育プログラムを構築するため，所轄の警察署に協力を仰ぎ，運転講習会を実施した。【方法】警視庁杉並警察署地域課・交通課所属の現職警察官を講師に招き，1時間の講義と2時間の実技という構成で実施した。講義では，緊急自動車の法的根拠や緊急走行に際しての留意点などについて学び，実技では，狭隘路での走行技術や方向転換方法を中心とする内容で実施した。【考察】本講習では，緊急自動車であっても取り締まりの対象となり得る状況についてなど，警察官ならではの講義内容が特徴的であり，法令の理解が深まったと考える。また杉並区は狭隘路の占める割合が高く，当院救急車の過去の事故事例も狭隘路において好発していたことから，技術的な指導を受けることで，防ぎ得る事故を無くすことが期待できると思われる。今後は実技項目と開催規模を拡大し，より洗練された教育プログラム構築を目指したい。

医療従事者教育3
演題番号　O3-2（E）

持続可能な救急シミュレーションゲーム（LIFE）の開発とその効果

○西村 健[1]，尾本 龍郎[1]
[1]大津市消防局

【背景と目的】救急需要増加に伴い，全国の救急隊員は現場対応と出動事務処理に勤務時間の多くを費やしている。隙間時間に実施できる教育ツールを開発し，その効果を検証した。【対象と方法】この教育ツールは，エクセルファイルを使用し，ゲーム感覚で救急活動を疑似体験できる。ひとつの症例を出動から病院到着まで8つのシーンで区切り，シーンごとに情報を提示し，病態理解を深められる。当消防局の職員45名に実施させ，1症例の所要時間を計測し，使用感をアンケート調査した。アンケート調査は，3つの設問（①知識向上，②所要時間，③継続の可否）に対して5段階評価を求め，自由記述欄も用意した。【結果】アンケート調査の設問における平均値は，設問①が4.4点，設問②が4.7点，設問③が4.5点であり，全ての設問でプラス評価が得られた。また，1症例に費やした平均所要時間は，2分57秒であった。自由記述では，「救急活動を頭の中で容易にイメージでき，短時間で取り組めた。」等の回答が得られた。【考察】1症例の所要時間は約3分であり，隙間時間に実施できると考える。また，ゲーム感覚で取り組めるため，持続可能な教育ツールに適している。

医療従事者教育３
演題番号　O3-3（E）

救急救命士養成課程学生を対象とした雪山における救急救命処置実習の教育効果

○中澤 真弓[1,2]，原田 諭[1,2]，藤本 賢司[1]，星 光長[1]，鹿野 信一[1]，宮永 彩加[1]，天野 智仁[1]，高橋 涼華[1,2]，糟谷 一心[2]，相坂 颯汰[2]，櫻澤 玲[2]，山田 真吏奈[1,2]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景】本学救急医療学科2年次必修科目「野外活動実習Ⅱ（雪山）」は，本学の伝統あるスキー実習と，救急救命処置の雪山訓練を融合させた本学オリジナルの実習である。【目的】雪山で実施した救急救命処置訓練の教育効果を検証した。【対象・方法】2025年1月6～9日に実施された野外活動実習Ⅱ（雪山）に参加した当学科96名（3年生3名，2年生93名）を対象に，処置の難易度や特殊環境によるトラブルについてアンケート調査を実施した。【結果】過半数の学生が非降雪地域で育っていた。雪山での救急救命処置について，傷病者観察99%，傷病者搬送100%，気管挿管の準備～挿入90%の学生が「難しい・やや難しい」と回答した。資器材の凍結や滑落・転倒などのトラブルを過半数の学生が体験した。平時のシミュレーション実習の習熟度を主観的に評価し，応用の困難さは体験したものの，基本手技は概ね習得できていた。自由記述では「雪・厚着・滑る・不安定」等の環境が，処置を難しいと感じさせていた。【考察・結語】雪山で実施した救急救命処置は，様々な災害現場での対応を考える動機付けとなった。学内の実習で習得する基本手技の重要性を認識させた。

医療従事者教育３
演題番号　O3-4（R）

救急領域における教育方法の比較と最適なトレーニングモデルの検討

○吉田 佳弘[1]
[1]国立病院機構大阪医療センター

【背景】診療放射線技師の救急現場では，複数の部署から依頼があり，その中から迅速かつ適切な判断と対応が求められるため効果的な教育体制の構築が不可欠である。【方法】主要な教育方法として①シミュレーショントレーニング，②ケーススタディ，③オン・ザ・ジョブトレーニング（OJT），④eラーニングの4種類を取り上げ，教育効果を比較検討した。指標として，知識習得率，判断力向上，実践的スキルの習得，チームワーク強化の4項目を評価した。【結果】シミュレーショントレーニングは，実践的スキルの向上とチームワーク強化に最も有効であったが，設備や人的リソースの確保が課題となった，ケーススタディは，判断力の向上に寄与し，短時間での教育が可能であるが，実践的スキルの習得には限界があった，OJTは実際の現場経験を通じてスキルを習得できるが指導者の能力に依存し，均質な教育が難しい点が課題であった，eラーニングは時間や場所の制約を受けにくいが実践的スキルの向上には不十分であった。【結語】各手法の長所を活かしつつ，救急医療現場に適した教育体制を構築する必要がある。

医療従事者教育３
演題番号　O3-5（E）

救急救命士学生を対象とした状況設定問題の視線解析

○齋藤 達[1]，鈴木 健介[1,2]，中澤 真弓[1,2]，原田 諭[1]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景】救急救命士国家試験の状況設定問題は配点が高く，合否に大きな影響を与える。視線解析は学習プロセスの理解に有用であり，回答時の視線行動を分析することで国家試験対策指導の一助となる可能性がある。【目的】救急救命士学生の状況設定問題回答時の視線データを分析し，得点や自己認識による視線行動の差異を明らかにすることを目的とする。【対象と方法】救急救命士学生32名を対象に，Tobii Pro Glasses 3™を用いて視線を計測。被験者を「得意群」「どちらとも言えない群」「不得意群」に分類し，設問・選択肢の注視時間や回数を比較した。【結果】得意群は設問の注視時間が短い一方で，不得意群は注視時間が長く，視線の再推移が多かった。高得点群は選択肢部分の注視時間が長い傾向が見られた。【考察と結語】得意群と不得意群で回答プロセスに明確な違いが認められた。得意群は設問の重要部分を迅速に特定し，効率的に情報処理を行う一方，不得意群は処理に時間を要していた。本研究の結果から，視線行動の分析が教育支援に有用であることが示唆された。今後は，より多様な問題を用いた分析や学習支援手法の開発が求められる。

医療従事者教育３
演題番号　O3-6（P）

病院薬学実務実習における当院での救命処置指導の取り組みと意識調査

○武田 瑛司[1]
[1]札幌徳洲会病院

【目的】近年，薬剤師の救急医療への参画は拡がりを見せており，その意識づけは薬学教育でも重要視されるべきである。札幌徳洲会病院（以下，当院）では，病院薬学実務実習時に救命処置指導を行い，薬学実習生の救急医療への意識づけのきっかけになるよう取り組んでいる。薬学実習生への救命処置指導に取り組みを紹介するとともに，受講生に対したアンケートにて課題や展望について考察したので報告する。【方法】令和6年度に当院で病院薬学実務実習を行った薬学実習生11名を対象に，ICLSインストラクター資格もつ薬剤師1名が講義を行い，終了後アンケートを実施した。【結果】回収率は100%。BLSに興味があるとの回答は9件（82%）。また急変現場で薬剤師にできることがあるかという設問は11件（100%）全てがあると回答した。【考察】本調査で薬学実習生の救急医療への意識づけのきっかけとなりうる可能性が示唆された。しかし実習前の意識把握も必要であるため，今後は事前調査を行い，意識の変化の比較が必要と考える。また薬学実習生が求めるニーズを把握し，実習内容を見直し，より充実した実習に向け，取り組み続ける必要があると考える。

医療従事者教育3
演題番号　O3-7（D）

ケースマップを用いた多職種による新しいweb研修方法の提案

○安心院 康彦[1]，桑原 達朗[2]，今中 翔一[2]，菊池 真紀[3]，橋本 真由美[4]
[1]帝京大学 医学部 救急医学講座，[2]帝京大学医学部附属病院 薬剤部，[3]帝京大学医学部附属病院看護部，[4]福島県立医科大学 医学部 災害危機管理看護学講座

【目的】我々が考案した新しいWeb研修方法の有用性について検討した。【方法】令和6年度看護師救急医療業務実地修練において全国から参加した77名の看護師を対象に，Excelによるケースマップ（CM）と図表を用い，急性意識障害初期診療について90分のweb研修を行なった。講師は医師1名，看護師2名，薬剤師1名，共有画面にCM表記の急性意識障害患者の初期診療シナリオと説明図を交互に示し，上記4名が分担して受講者と双方向に質問と回答を繰り返しながらのケーススタディを実施した。研修の前後でCMを用いた診療手順の知識構造に関するプレテスト（pre-t）とポストテスト（post-t）を行い，また実施後に意識調査を行なった。【結果】pre-tは57名から，post-tは67名から，意識調査は68名から回答を得た。Post-tではpre-tに比べて急性意識障害患者の初期診療手順の知識構造が有意に改善していた。また意識調査では，ほとんどの参加者から今回の方法の高い有用性が示された。【結語】Excel表記のCMと図表を用いた多職種による方法は，多人数を対象としたweb研修の有用な選択肢の一つとなり得る。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-1（E）

自施設での病院救命士の現状と今後の課題

○小林 悠希[1]，水野 空温[1]，奥山 学[1]，中永 士師明[1]
[1]秋田大学医学部附属病院

【はじめに】秋田大学医学部附属病院高度救命救急センターでは令和3年4月から2名の救急救命士が勤務している。8時30分から17時の勤務，12時30分から21時の勤務体制をおこなっている。【内容】当院の救急救命士の業務内容はドクターカー業務，他院への転院搬送業務，高度救命救急センターでの診療補助業務である。ドクターカー業務は運転，物品管理，記録作成をおこなっている。広大な面積を有する秋田県を当院ドクターカーは県内全域を範囲に8時30分から21時の365日稼働している。令和6年の出動件数は72件であった。重症の傷病者に特化している。他院への転院搬送業務では当院の病院救急車を使用し，他病院へ搬送をおこなっている。高度救命救急センターでの診療補助業務では患者のバイタルサイン測定，処置と診察介助，レントゲン，CTへの検査移送など。また，当院では定期的に院内ICLSなどのコースを開催しておりインストラクター活動もおこなっている。【結語】今後は院内での業務拡大をおこなっていき末梢確保や薬剤投与の特定行為を実施していき，救急医師や看護師のタスクシフト，タスクシェアに貢献していければと考える。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-2（P）

入院後の持参薬再開が契機となりシベンゾリン中毒が判明した低血糖発作の1症例

○櫻田 穣[1]，角 洋彰[1]，柳谷 束[1]，武山 佳洋[2]
[1]市立函館病院 薬剤部，[2]市立函館病院 救命救急センター

【背景】近年シベンゾリンの処方量や医薬品副作用データベース（JADER）への副作用報告数は減少傾向にある。【症例】82歳女性32.6kg，昼食後に眩暈を自覚し座っていられなくなり救急搬送された。搬入時血圧84／53mmHg，体温35.7℃，GCS15，呼吸数20回／分，SpO295％（室内気），脈拍数70bpmで，血糖値が48mg/dLであったことから血糖補正が行われた。血液検査，心エコー，CT，MRIでは問題になるような所見はなく，低血糖の精査目的で入院となった。服薬歴はアレンドロン酸・シベンゾリン・リバロキサバン・アジルサルタンで，副作用歴は無し。入院後は血糖値が110mg/dL程度で経過しDay2の宿直時にアレンドロン酸を除く3剤の再開が指示された。eGFR値は73.4mL/min/1.73㎡であったが，高齢かつ低体重であるため腎機能が過大評価されていると考えられた。CCrを42.9mL/min（C＆G式）と推算した結果，シベンゾリン200mg／日は過量であると判断した。また，入院契機が低血糖であったことからシベンゾリン中毒を疑い，医師に再開中止およびTDMの実施を提案した。最終服用から約24時間後の血中濃度は459ng/mLで，症状出現時は800ng/mL以上であったと推定された。シベンゾリンは100mg／日に減量のうえ再開され，低血糖発作はなくDay11に退院した。【考察】処方動向の変化により救急医も経験が少ない薬物中毒があり，救急認定薬剤師の経験や専門性は中毒診療の支援に重要である。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-3（P）

持続的血液濾過透析中の不動による高Ca血症に対してアレンドロン酸を投与した2症例

○山上 聡子[1]，佐々木 あおい[1]，真田 泰明[1]，竹川 良介[2]，有持 潤子[1]，奥田 真弘[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 薬剤部，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】不動による高Ca血症にビスホスホネート（bis）が使用されるが，腎不全患者には慎重投与または禁忌であり持続的血液濾過透析（CHDF）中の高Ca血症のbis使用の報告はpubmedを渉猟した限り見当たらない。今回CHDF中の高Ca血症にアレンドロン酸（ALD）で血清Caが低下した2例について報告する。【症例】症例1は50歳男性で横紋筋融解症によりCHDFを施行。補正Ca12.2mg/dLとなり，病棟薬剤師はALDを提案，ALD900 μg開始後1週間で補正Ca10.4mg/dLに低下した。その後計3回継続し副作用は認めなかった。症例2は22歳女性，感染性心内膜炎を発症しCHDFを施行。補正Ca13.2mg/dLとなりALD450 μgを開始，補正Ca11mg/dL台で推移した。720 μgに増量，6日後に補正Ca10.0mg/dLとなり副作用も認めなかった。【考察・結語】不動による高Ca血症は二次性骨粗鬆症でありbisが第一選択である。重症病態は座位を保持できずbis投与は経静脈が適している。ALDは透析患者に忍容性良好との報告がありCHDF中の本症例でも安全に使用できたと考える。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-4（R）

休日夜間の頭部MRI検査における緊急所見報告状況の解析

○和田 悠平[1]，青木 祐太[1]
[1]医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 放射線技術科

【背景】当院は2019年度より休日夜間検査の緊急所見報告を実施している。2023年にはSTAT画像所見ガイドラインが発刊され，技師の責務は一層重要となっている。休日夜間のMRI検査は主に脳梗塞の鑑別で施行されるが，本検討では所見報告の現状を解析し，救急診療への更なる貢献を目的とする。【方法】2019年4月～2024年10月の休日夜間に施行された頭部MRI検査2,747件を対象とし，放射線科医の読影レポートに対する技師の所見報告の過不足を解析した。過不足を梗塞巣別に領域分類し，不足症例では初診時の臨床症状と対比した。【結果】有所見症例の92.6％で適切に所見報告できていた。報告の過不足は126件（過大54件，不足66件，解釈違い6件）で，領域に明らかな傾向は認めないものの，微小梗塞の報告不足やアーチファクトの報告過大が目立つ傾向にあった。脳梗塞の報告不足症例の65％で臨床症状と梗塞巣が一致していた。【考察】症状と梗塞巣との関連の理解が適切な報告に繋がることが示唆される。また，アーチファクトが生じやすい脳幹部においては多方向や薄いスライス厚撮像などの工夫で改善できる可能性がある。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-5（R）

災害超急性期における超音波検査の有用性

○市川 宏紀[1]，坪井 重樹[2]，木村 拓哉[2]，福島 智久[1]
[1]大垣市民病院 医療技術部 診療検査科，[2]大垣市民病院 救命救急センター

令和6年能登半島地震においてDMATとして診療支援を行った。同施設は傷病者を多数受け入れており野戦病院化していた。検査はポータブルX線，CT，血液ガス検査のみ可能であった。ロジスティック業務の傍ら，超音波検査を行う事で有用であったケースを報告する。【ケース1】40代男性。急性腹症。超音波検査にて腹腔内出血や穿孔を除外。小腸の拡張と浮腫性変化を認め，腸炎と診断。黄エリアで経過観察し軽快。重症疾患を否定することで赤エリアを占拠することなく迅速な診療に貢献した。【ケース2】70代女性。車中泊中の呼吸苦。赤エリアに搬送され考慮されていた造影CTに代わって超音波検査にて壁運動異常，右心負荷とDVTを否定した。超音波検査の需要は主に内因性疾患であったが，ベッドサイドで重症疾患を否定し，早期に空床確保ができ，さらに搬送や検査に伴うスタッフの負担を軽減することができた。災害発生後に急性冠症候群の発生が増加するという報告もあり，災害急性期の内因性疾患は重篤な疾患が潜んでいる可能性がある。超音波検査は検査制限される環境において診療の効率化と空床確保に有用であった。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-6（R）

ハイブリッドERでの寝台幅延長による体幹部CT撮影におけるアーチファクト低減

○田邉 利彰[1]，粂田 真人[1]，島田 和樹[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

【背景】救急診療において体幹部CT撮影では両腕挙上が困難なことにより腕からのアーチファクトが出現する。今回ハイブリッドERで寝台にカーボン板を配置し幅を延長させることにより両腕を下ろした状態でも体幹部へのアーチファクトの影響を少なくすることができたので報告する。【使用機器】Canon社製ハイブリッドERシステム【方法】純正の寝台の上にカーボン板を配置しその上にIVR寝台用マットを敷いた状態でCT撮影を行った。両腕を下ろした状態で体幹部からなるべく離れるようにし，肘をIVR寝台用マットから下ろした状態で従来通り体幹部CT撮影を行った。両腕を下ろした状態で体幹部に両腕を密着させて撮影した際との比較をファントムと臨床症例で行った。【結果】体幹部に密着させず，肘をIVR寝台用マットから下ろした状態で撮影を行うと，体幹部へのアーチファクトを減少させることができた。【結語】カーボン板とIVR寝台用マットの組み合わせにより，腕からのアーチファクトを減らすことができ，またこのシステムを使用すると検査前の静脈ライン確保等の作業スペースを確保することができた。

メディカルスタッフ業務1
演題番号　O4-7（R）

CT撮影におけるバスタオルを用いた金属アーチファクト対策

○富村 武司[1]
[1]藤田医科大学病院

【背景】CTは救急診療において重要な検査手段であるが，金属によるアーチファクトが発生し，診断に支障をきたすことがある。診療放射線技師は金属を撮影範囲に含めないよう努めるが，外傷で脱衣が難しく時間を割けない場合などはやむを得ず金属を含めて撮影する場合もある。【目的】本研究の目的は，考案したバスタオルを用いたアーチファクト低減方法の効果を評価することである。【方法】X線CT装置（Aquilion One）のガントリ中心に胸腹部人体ファントムを配置し，ファントムの中央に金属（コイン，ボタン，ベルト）を配置して撮影を行った。その後，バスタオルを用いて金属とファントムの距離を5cmおよび9cmに設定し，再度撮影を行った。取得した画像から相対Artifact Index（AI）を算出し，アーチファクトの程度を評価した。【結果】金属の種類に関わらず，金属とファントムの距離が大きくなるほど相対AIの値は低下し，アーチファクトの低減が示唆された。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-1（R）

Hybrid ER SystemにおけるECPRの取り組み

○大井 工[1]，宅間 洸士郎[1]，高倉 永治[1]，森 寿一[1]，松本 純一[2]
[1]聖マリアンナ医科大学病院 診療放射線技術部，[2]聖マリアンナ医科大学 救急医学

【背景】当院ではHybrid　ER　System（HERS）導入から2年が経過し，外因性疾患だけでなく内因性疾患にも積極的に活用している。CPA患者に対しては，電動式心肺人工蘇生器（LUCAS）を用いながら透視下でV－A　ECMOを挿入し，体外循環式心肺蘇生（ECPR）を実施している。LUCAS使用時のV－A　ECMO挿入では，ガイドワイヤの迷入リスクやカニューレの適切な留置位置の確認が難しく，不正確な挿入が治療効果や患者の安全に影響を及ぼす可能性がある。【目的】V－A ECMO挿入において，安全かつ迅速に施行できる方法を検証する。【方法】ECMO挿入患者のCTデータから3Dワークステーションにて3D画像を作成し，カニューレの適切な留置位置の指標を後方視的に検討する。次に，手技中の視野範囲と管球可動域の確認を行うため，LUCASとボディファントムを用いて検証する。【結果】LUCAS使用時の透視下では，RAO25 ± 5° およびLAO35 ± 5° でカニューレとの分離が可能であった。特に，RAO30° では施行医の妨げにならず手技が実施可能であった。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-2（P）

アンデキサネットアルファの院内プロトコールの作成と実際に運用した2症例を振り返る

○平川 大輔[1]
[1]医療法人札幌ハートセンター 札幌心臓血管クリニック

【はじめに】アンデキサネットアルファは抗凝固薬の拮抗薬であり，緊急手術などに使用する。しかし，その使用方法は各抗凝固薬によって違い，薬剤の最終服用時間によっても使用方法が違い複雑である。また，薬価が高額であるため，院内在庫において難しい薬剤でもある。当院での院内ルール，実際に運用した2症例を紹介する。【院内ルール】院内在庫は置かずに必要時に薬剤師より発注する。投与の可否についても薬剤師による確認が必須。また院内ルールは全医師が参加する薬事委員会にて周知・可決された。【症例1】2泊3日の予定での入院患者。退院日の朝に胸部違和感を訴え，検査の結果急性大動脈解離を認め緊急手術。抗凝固薬はエドキサバン30服用中であり，アンデキサネットアルファを投与し手術を施行した。【症例2】胸部痛を訴え救急車にて来院。検査の結果急性大動脈解離の診断。即日緊急手術となった。速やかに持参薬の確認を行い，エドキサバン60の服用歴があったことからアンデキサネットアルファを投与し緊急手術を行った。【結語】アンデキサネットアルファは緊急救命時に必要な薬剤である一方で，薬価が高く，今後院内の運用について再検討する必要がある。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-3（R）

システム障害時シミュレーションによりみえた課題と改善点

○福島 智久[1]，市川 宏紀[1]，高橋 佑典[1]
[1]大垣市民病院 医療技術部 診療検査科

【背景・目的】当院放射線部門では災害等で電子カルテ障害が発生した際，院内マニュアルに基づき紙伝票運用で対応する方針となっている。しかし装置の増加やマルチベンダー化に伴い，伝票運用が煩雑化している。若手等の職員は対応に不慣れであり，システム障害時シミュレーションを行った。得られた課題と改善点を報告する。【方法】電子カルテ，RISが停止したと想定し現行マニュアルに則った作業を行った。その後振り返りにて情報共有した。【結果と考察】マニュアル通りに運用が遵守された一方で明らかになった課題は①マニュアルの保管場所の周知不足。②依頼書のレイアウトが古く，検査目的や撮像方法の記載場所が不明確。③各種同意書の紙媒体が存在しない。④復旧後の画像紐付け作業が担当者や作業期限が明確化されていない。対策として，紙運用マニュアルを改訂し，全体の簡易フローチャートを作成した。また，依頼書の様式の見直しを行い，管理方法を確立し必要情報が適切に取得できるように，マニュアルの保管場所と更新タイミングも明確化した。【結語】システム障害時シミュレーションは現行の問題点確認とともにマニュアル改訂に有用である。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-4（R）

Hybrid-ERで撮影する外傷全身CTで位置決め画像の拡大率の違いが撮影線量に与える影響

○佐賀 友香[1]，中 智章[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

【背景・目的】当院では，高リスク受傷機転の外傷症例で全身CTを撮影する際，頭部中心に寝台の高さを合わせ全身の位置決め画像を撮影する。しかし，体幹部中心はガントリー中心より低く，位置決め画像では体幹部が縮小される。縮小されるとAECで計算する本スキャンの撮影線量が減少すると考えた。1度に全身の位置決め画像を撮影する外傷全身CTで，位置決め画像の拡大率の違いが本スキャンの撮影線量に与える影響を調べることを目的とした。【方法】Hybrid-ERで外傷全身CTを撮影した症例（2022年4月～ 2025年1月）のうち，24時間以内に同じ肢位でフォローアップCTを撮影した症例を対象とした。位置決め画像より算出される被写体厚（AP方向・LAT方向）をDose Reportで調べ，搬入時とフォローアップ時で比較した。【結果】AP・LATともに，フォローアップ時の被写体厚の値が大きい傾向であった。【結語】寝台の高さの変化による位置決め画像の拡大率の違いが装置の被写体厚認識に影響を与えるとわかった。1度に全身の位置決め画像を撮影する際，体幹部の撮影線量は拡大率の違いを考慮して決定する必要があると示唆された。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-5（R）

CT初療室での重症外傷症例への蘇生的画像戦略（REACT）実現に向けた放射線技師の役割と工夫

○井川 健[1]，早坂 麻美[1]，渡邉 活[2]，谷口 隼人[2]，竹内 一郎[2]
[1]横浜市立大学附属市民総合医療センター 放射線部，[2]横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター

【背景】当院はCT初療室を備えた横浜市重症外傷センターとして診療を行っている。2024年3月から新プロトコル（REACT）を導入した。これは搬入から1分以内で全身単純CTを撮影し，3分以内に一次読影を実施することで専門チームの早期介入を促進する蘇生的画像戦略である【目的】常時REACTに対応可能な検査体制の構築【方法】搬入直後の撮影のため事前オーダーとし，CT寝台位置と周辺環境を標準化した。高速化を図るためスカウトレス撮影を採用，画像再構成順にも配慮したプロトコルを用いた。医師の一次読影はリアルタイム表示可能なInstaViewを使用，技師が装置モニタでサポートできる体制とした。手順を当直技師39名に教育し，REACT実施群35例，未実施群39例を後方視的に検証した【結果】撮影は1.08 ± 0.44分，読影は3.11 ± 0.62分で実施され，CT初療室滞在時間はREACT実施群61.9 ± 30.0分，未実施群80.5 ± 52.8分で有意差を認めた【考察】検査体制の構築により早期治療介入が促進され滞在時間が短縮された【結語】放射線技師の工夫と教育はREACT実現に寄与し早期治療介入につながる。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-6（P）

ER型救急外来に専従する薬剤師の脳卒中疑い症例への介入状況

○岩崎 睦[1]，宮田 祐一[1]，澁谷 侑季奈[1]，山口 明奈[1]，宮下 栞[1]，大村 史[1]，鬼村 紀子[1]，中村 雅敏[1]
[1]医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院

【背景・目的】当院では救急外来専従薬剤師（以下，ER薬剤師）が入院前の薬剤師面談を行っている。t—PA投与を投与する際，入院前常用薬の情報は治療方針に関わる重要な情報である。2024年6月より，脳卒中疑い症例に関して来院直後から薬剤師が介入し入院前常用薬の把握・情報共有を行うこととした。今回，介入時点変更前後での変化を調査すべく本調査を実施した。【方法】2024年3月から8月の間にER薬剤師が介入した脳卒中疑い患者を対象とし，t—PA投与件数，変更前後での常用薬把握・情報共有までの時間を後方視的に調査した。【結果】対象2,196件のうち76件（3.5%）が脳卒中疑いとして搬送された患者であった。そのうち12件（15.7%）でt－PAが投与された。変更前では来院から60分以内に常用薬把握・情報共有ができた症例は26件中11件（42.3%）に対し，変更後は33件中21件（63.6%）と増加した。【考察】本調査よりER薬剤師の介入時点の設定を見直すことで，脳卒中疑い患者に対してより迅速な情報提供を行うことができ，常用薬を把握した上での安全な治療方針の決定に関与できる可能性が考えられた。

メディカルスタッフ業務2
演題番号　O5-7（R）

Critical panscan　頭部条件の検討 ～ 2way panscan①～

○中道 健太[1]，伊藤 大助[1]，福留 慎也[1]，森川 篤志[1]
[1]社会医療法人緑泉会米盛病院

【背景】当院はHybrid ERを有しているため，その強みを活かしCTを用いてPrimary Surveyを行っている。従来のSecondary Surveyで撮影する患者より重症患者を撮影することも多く，時間を重視した撮影が望まれる。いかに短時間で治療に繋げられるかが鍵となるため新プロトコルCritical panscanを作成した。【目的】従来プロトコルと新プロトコルをファントム撮影で比較し，従来プロトコルの頭部単純CTの画質に近いものを新プロトコルでフィルターやWW／WLを変更し検討する。合格ラインはFACTの頭部項目とする。【方法】ファントム撮影した両プロトコルを視覚評価，物理評価を行い，従来プロトコルに一番近いものを実症例で検証し，脳外科医，放射線科医に視覚評価を行ってもらい評価する。【結果】ファントム撮影で視覚評価，物理評価ともに問題ないことを確認し，実症例でも医師から問題ないことを確認した。【考察】Critical panscanを作成したことにより撮影時間が短縮され，重症患者に対して有効だと示唆された。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-1（E）

重症心身障がい児デイサービス施設における急変対応勉強会について

○和田 広大[1]，榊原 開斗[2]，山下 恵美[3]，石川 友哉[4]
[1]兵庫県災害医療センター，[2]神戸市看護大学 博士前期課程 災害看護専門看護師コース，[3]児童発達支援事業所放課後等デイサービスままはぐ，[4]無所属

【背景】医療技術の進歩により，重症児，医療的ケア児は近年増加傾向である。そのため，支援するデイサービスは増加傾向である。厚生労働省の報告では，呼吸器装着の重症心身障がい児は2008年と比べると約10倍である。しかし，専門性の高い分野であるため誰もが急変時対応をすることは難しい。職員同士が共通認識を持つために勉強会は必要であると考える。【対象と方法】重症心身障がい児デイサービス事業所職員に対し，2023年4月～2024年4月に急変時対応の勉強会とシミュレーションを行った。【結果】4回の勉強会を実施した。一次救命処置，送迎中の急変対応，小児特有の疾患を職員同士で共有することにより，急変時対応に対し全員共通認識の事業所内での急変対応マニュアルを作成することができた。【結論】消防等が一次救命処置の指導などは行っているが，特殊疾患に対し対応が難しい分野である。職員が急変時対応に対し共通認識を持つことで，利用者と家族に安心安全を届けることができる。さらに今回この勉強会を通して，地域周辺のAEDの場所を把握したことで，地域公共施設にこのようなデイケア事業所を認知してもらうことができた。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-2（N）

救急車対応の強化に向けた取り組み ～医師・看護師・消防との連携～

○大村 正行[1]，楢原 隆之介[1]，薬師寺 泰匡[1]
[1]薬師寺慈恵病院

【背景】総社市は人口約7万人に3施設の二次救急病院があり，そのうちの一つである当院は64床（一般病床31床）の病床で，常勤医師3名，救急専従看護師4名，非常勤医師数名により救急患者対応している。消防との情報共有や搬送基準等のすり合わせを行うことで，搬送患者に対する共通認識を高め，適切な搬送先選定を目指してきたが，取り組みへの評価は行なっていなかった。【方法】消防との協議は2024年4月と2024年11月に実施され，その前後での搬送件数と応需率の変化を調査する。2023年4月～2024年1月および2024年4月～2025年1月の，総社消防総搬送数および総社消防から当院への総搬送数を対象とした。出場数と搬送先等はおかやま医療情報ネットを参照し，不応需案件については当院の救急受付用紙の不応需事由を参照した。【結果】前年の同時期と比較し，当院への搬入率は29.4％から33.4％に増加し，応需率は85.2％から93.2％に向上していた。不応需事由は「ベッド満床」が多かった。【結語】市内消防との連携を強化し，情報共有を進めることで，当院への救急搬送数が増加し，応需率が向上する可能性が示唆された。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-3（D）

地域特性を考慮した循環器救急の構築とその課題 ～循環器医がメディカルコントロールに参画する意義～

○藤本 竜平[1,2,3]，光井 聡[2,4]，坂戸 真也[3,5]，前山 博輝[3,5]，岡 岳文[1]
[1]津山中央病院 心臓血管センター 循環器内科，[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学分野，[3]美作地区メディカルコントロール協議会，[4]岡山県美作県民局 美作保健所・真庭保健所，[5]津山中央病院 救急・集中治療科

津山中央病院は，岡山県北部津山英田医療圏で唯一primary PCIを実施できる3次救急医療機関であり，循環器救急の中核を担う。本医療圏では高齢化が進み，循環器救急患者の増加が予測されるため，病院前診療の最適化が喫緊の課題である。当院ではドクターカーを活用した病院前診療を実施し，早期医療介入を行っている。また，救命救急センター長の尽力で病院前12誘導心電図伝送が確立し，救急隊と循環器専門医がリアルタイムで情報共有することで，迅速な診断と適切な治療戦略の決定が可能となった。さらに，救急科・循環器のダブルボード医師がメディカルコントロール協議会に所属し，事後検証を通じた救急隊教育に貢献している。高齢心不全患者へのACPの重要性が増す中，当院は多職種協働による包括的支援を行い，意思決定支援を推進。また，地域保健所が二次救急病院の空床を見える化し，高齢心不全患者の下り搬送支援として期待される。今後，病院前循環器救急教育の充実を図るためPACCコースのCMD資格を取得し，中国地方での開催を目指す。本発表では，病院前救急と循環器診療の連携強化に向けた課題と展望を報告する。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-4（D）

二次救急病院における下り搬送の取り組み

○大矢 亮[1]，牧田 美歩[1]
[1]耳原総合病院

【背景】当院は堺市にある386床の二次救急病院である。20年以上前からER型救急を志向し「断らないER」を掲げて救急医療を行ってきた。その結果，2015年の病院建て替え後に病床稼働率が100％を超える状態となり，当院だけでは救急患者の入院需要に応えられない事態となった。一方で堺市の病床機能は療養病床が多いことが特徴である。【実践】当院は地域の病床区分の特性を活かして，ERでの初期評価で非重症と判断した患者を近隣亜急性期病院に転送する取り組みを開始し「地域トリアージ」と名付けた。当初は連携の深かった病院への転送から開始し，地域連携室を中心に転送フローの整備と新たな受け入れ先の開拓を積極的に行ったことで2016年度334件だった下り搬送は2019年度846件まで増加した。COVID－19流行下ではERからの下り搬送だけでなく，COVID－19入院加療後の後方病院転院でも大いに役立った。2024年度からはER看護師が転送に同乗し救急患者連携搬送料を算定している。【今後の展望】下り搬送で培った連携をベースに新たな地域医療構想の中で地域全体の医療の質向上につながる連携強化を行っていきたい。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-5（E）

血糖測定が病院前での病態把握に寄与した高血糖の一例

○榎 健斗[1,3]，尾﨑 健太郎[2]，佐藤 友子[2]
[1]熊本市消防局，[2]済生会熊本病院，[3]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【はじめに】救急救命士は平成26年から意識障害のある傷病者に対する血糖測定と低血糖に対するブドウ糖投与が行えることとなった。本症例は血糖測定を行ったことで低血糖以外の病態の判断材料となったため報告する。【症例】52歳男性，主訴・倦怠感。接触時意識レベルJCS3，呼吸30回，収縮期血圧86mmHg，脈拍140回，体温38.9℃でショックと判断。心電図はQRS幅の広い頻脈。膵炎の既往があり数日食思不振があった。救命センターへの搬送中，糖尿病の既往が判明し医師の具体的指示のもと血糖測定を行い，BS＞600mg／dlの高血糖が判明した。病院での最終診断は糖尿病性ケトアシドーシスで，現場で推定した病態であった。【考察】熊本市消防局で令和6年中の1年間に病院前で血糖測定を行った318症例のうち，250mg／dl以上の高血糖症例は42例（うち600mg／dl以上6例），低血糖症例は64例であった。高血糖症例は多くはないが，病歴や身体所見を含めて現場での病態把握に寄与する可能性がある。【結語】救急救命士が血糖測定を行うことは低血糖以外の結果であっても病態把握の一助となる。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-6（CE）

大阪府中河内地区の地域支援病院における腎不全患者の救急搬送と緊急血液浄化療法

○矢野 佑紀[1]，尾﨑 大輝[1]，村尾 佳則[2]，森 ちさこ[3]，申 勝[4]，今村 芙紀[1]
[1]八尾徳洲会総合病院 臨床工学科，[2]八尾徳洲会総合病院 救急科，[3]八尾徳洲会総合病院 腎臓科，[4]八尾徳洲会総合病院 透析科

【はじめに】当院における2023年度の救急搬送件数は，10,017件。うち腎不全関連の救急搬送受入れが上半期212件，下半期278件で，救急搬送数の約4.9％を占める。その中で今回は，入院後12時間以内に行った緊急血液浄化について抽出した。【方法】救急搬送された患者の中で，透析センターに紹介された患者のデータベースからの抽出を行った。【結果】透析センターに紹介された救急搬送件数は，2023年度で490件であり，うち緊急血液浄化を行った件数は年間63例ある。内訳として，緊急HD27件，緊急CHD36件あった。緊急血液浄化の割合は12.9％である。緊急血液浄化を行った患者のうち，糖尿病患者が44名であり，緊急血液浄化患者の69.8％であった。また救急搬送患者の糖尿病罹患率の割合は。59.4％であった。当院では，我々臨床工学技士が緊急血液浄化療法の関しての業務をすべて担っている。【考察】結果に示している通り，緊急血液浄化を受けた患者の約7割が糖尿病患者であった。このことから緊急血液浄化には，糖尿病が大きく関わっていると考える。【結語】2025年度中に救急病棟が増設される為，今後さらに件数が増大する予定である。

救急外来・救急医療体制・地域連携1
演題番号　O6-7（D）

公立病院における救急受入へのインセンティブ導入の試み

○中田 康城[1,2,3]，吉田 祐介[4]，森田 正則[3]
[1]（地独）堺市立病院機構 理事，[2]堺市立総合医療センター 副院長，[3]堺市立総合医療センター救命救急科，[4]（地独）堺市立病院機構 法人本部 経営企画課

【背景】診療報酬改定や患者の受診控えもあり病院経営は非常に難しい時代となっているが，公立病院にも経済的自立が求められている。一部の私立病院は，救急患者の受入に成果報酬（インセンティブ）を取り入れ，積極的な増患を図っている。【目的】救急搬送による入院患者を増やし，増収すること。【方法】試行として2024年の年末より翌年6月末まで，救急患者受入に携わる職員にインセンティブを支給することとした。支給対象は，救急外来の担当医師と初期研修医，担当看護師，入院病棟担当医師，さらには最終的な受入診療科医師にも広げた。支給額は，当院の入院診療報酬額（平均84万円／人）を原資として経営的判断から決定したが，院内調整は困難を極めた。【結果】年末年始をみると，例年に比し，明らかに救急搬送の受入及びそれによる入院患者が増え，想定以上の経済的有効性を示した。現在も増患が続いている。【考案】今後はインセンティブの増患への寄与について検討し，6月末までの結果をもって，継続の是非について経営的判断を行う。【結語】公立病院である当院において，経営的な目的により救急受入へのインセンティブ導入を試行した。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-1（HS）

都立Ａ病院の救急搬送の現状と課題

○小瀬村 達也[1]
[1]地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立広尾病院

東京都立Ａ病院は，初期救急から三次救急まで対応する医療機関であり，24時間365日体制で救急患者を受け入れている。しかし，2024年に救急搬送された患者の約6割が当日帰宅しており，病院経営の観点から収益確保が難しくなる。また軽傷患者の受入が増加すると重症患者の受け入れが困難になる可能性もある。軽症患者の増加は救急医療資源の適正配分にも影響を与えるため，救急車の適切な利用を促進する必要がある。そこで，2024年に受け入れた患者の年齢，受診科，搬送時間，疾患の種類などを分析し，救急医療の実態を明らかにすることを目的とした。また，当院の救命救急センターは高度な救急医療を提供しているものの，2024年の受け入れ拒否件数は2165件にのぼった。受け入れ拒否の要因を解析し，医療体制の改善策を検討することで，救急医療の質向上と持続可能な救急対応の実現を目指す。さらに，地域医療機関との連携強化やトリアージの適正化を図り，限られた医療資源を効果的に活用する方策を検討する。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-2（D）

共通カルテと病院救急車を活用した自己完結型在宅救急システムの先駆的取り組み

○前田 敦雄[1]，竹内 一貴[2]，谷内 優介[2]，原島 健也[2]，瀬之口 真美[2]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，古畑 謙[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科，[2]河北総合病院 EMT

【背景】在宅診療の普及に伴い，患者急変時の迅速な対応が課題となっている。河北ファミリークリニックは在宅診療を行い，当院と連携し，共通カルテと病院救急救命士が運用する病院救急車を活用した自己完結型在宅救急システムを運用している。【取り組み】2013年4月～2024年12月に169例の患者搬送を実施。河北ファミリークリニックから連絡を受け，共通カルテで患者情報を即時共有し，病院救急車で速やかに患者を搬送し，初期治療を開始している。【特徴】共通カルテにより診療情報の即時共有が可能となり，書面によるやり取りが不要となる。また，病院救急救命士が運用する病院救急車を活用することで，迅速な搬送と対応を実現し，消防救急車の出動を抑制し，地域の救急医療資源の効率化に貢献する。【結論】本システムは，在宅診療と救急医療を有機的に連携させる新たな取り組みとして，地域医療のモデルケースとなり得る。また，本邦が進める電子カルテ情報の共有化による医療連携の効率化に向けた先駆的な事例となる可能性を持つ。さらに，救急医療の逼迫を緩和するための具体的かつ実践的な解決策としても位置づけられ，今後の普及と発展が期待される。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-3（E）

○関口 雄介[1]，赤羽根 一[1]，中村 聡[1]
[1]栃木市消防本部

栃木県精神疾患合併症観察基準を活用し精神科救急情報センターと連携を図った症例

【目的】栃木県では，急激な精神症状で緊急に治療を必要とする患者は精神科救急情報センターに相談することが可能だが，「栃木県精神疾患合併症観察基準」に沿った救急活動を展開しても，依然として精神科疾患の搬送困難が多く課題が残る。それを踏まえ，若年女性のリストカッターが，スプレー式殺虫剤を口腔内に噴射した自殺企図において，観察基準を活用しつつ，情報センターと連携し円滑に医療機関へ搬送した症例を報告する。【結果】本来，医療機関に収容し医師の管理下に置かれた患者を転送する場合，当該医療機関から転送先に連絡するルールだが，今回は，二次医療機関で身体科診察後に精神科病院への受入れ依頼を救急隊が行った。【考察】栃木県で過去に観察基準事後検証票によるデータ取集とアンケートを実施し，観察基準と情報センターの認知度の違いや様々な受入・振り分けの課題がみられた内容を発表した経緯がある。本症例でも観察基準や情報センターの認知度の低さを実感したものの，搬送困難が多い現状の中，受入状況が少しずつ改善していると感じた。今後は，このような成功体験を多機関と事後検証会などを通じ共有することで，連携が強化されると期待する。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-4（D）

○岡田 基[1]，大滝 達也[1]，丹保 亜希仁[1]
[1]旭川医科大学病院 救命救急センター

道北地区でのPEMEC／PACC開催においての今後の課題

近年救急搬送件数は急病が急増している。病院前救護活動の標準化が求められる中，内因性疾患に対する傷病者の迅速な評価や適切な搬送は重要な課題である。今回PEMEC／PACC旭川で開催したところ，多くの救急隊員・医療関係者が参加し，情報交換の場となった。全道からの受講生は59人で，内訳は救急隊員44名，医師9名，看護師7名だった。ハイリスク症候と内因性ロードアンドゴーをキーワードにアルゴリズムを学習した。現場活動を経験していない職種においても，プレホスピタルでの活動・フローが理解できたことは有意義だった。一方で，救命センター以外で救急搬送を受け入れる病院での認知度を広める必要があると感じた。北海道での院外医療活動は，高次機能病院の少なさと搬送距離の長さが特徴であり，長時間の活動を意識した内容も求められると考えられる。いずれにせよ本コースは，院内外で活動する職種が交流できることで，救急隊員の質の向上のみならず，地域事情に応じた地域のメディカルコントロール体制の向上にも有用であると考えられた。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-5（D）

○三戸 正人[1]
[1]ハートライフ病院

病院主導で導入した12誘導心電図伝送システム10年の運用実績と成果

【はじめに】2015年6月にSCUNAを用いた12誘導心電図伝送システムを病院主導で導入，消防に貸与する形式で運用を開始した。伝送基準は虚血性心疾患に限定せず，救急隊が必要と判断した場合としている。導入初期（3年目）と現在（9年目）の運用状況を比較し報告する。【方法】2015年6月～2025年1月までの9年8か月間における伝送件数，循環器疾患の割合，Door to Balloon time（D2BT）を分析した。【結果】伝送件数は心電図1,892件，画像1,625件。心電図伝送はCOVID-19の影響で一時減少したものの23／24年は270／272件と回復。導入初期は循環器疾患33%，虚血性心疾患9%，STEMI 5.3%だったが，現在では28%，7.8%，3.8%と推移している。D2BTは初期が62分，現在60分で，伝送なしと比較し14分の短縮が確認された。【考察・まとめ】本システムは継続運用され，D2BTの短縮に寄与している。心電図伝送に加え，画像伝送の有用性が高まってきている。病院主導の導入は地域医療の質向上に有用だが，県内全域への普及，展開に課題がある。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-6（E）

○岩﨑 友洋[1]，加藤 敦[1]，山本 尊之[1]
[1]医療法人札幌ハートセンター 札幌心臓血管クリニック 救急救命士科

有症状の外来患者に対するトリアージ業務について

当院では2023年1月1日に救急救命士（以下救命士）が初めて入職し現在までに11名が在籍している。2024年7月1日に診療技術部内に救急救命士科が発足しモービルCCU業務をはじめ様々な業務を実施している。業務拡大の一環で2024年4月より外来患者に対するトリアージ業務を開始したので報告する。当院では有症状の外来患者に対しては主に医事課職員が問診を行っていたが，医療従事者資格のない職員では対応が不十分となり，検査や診察までに多くの時間を要し症状が悪化する可能性も考えられた。昨年より救命士の増員また業務拡大の一環でトリアージ業務を開始した。連絡を受けた救命士は速やかに患者と接触し問診を開始，心電図検査やバイタルサインを確認し迅速に医師に報告することで患者の急変を未然に防ぐことが可能である。2024年4月から2025年1月までに1,334件のトリアージを実施し，治療が必要な患者は約30%であった。また約12%が即入院加療となった。多忙を極める外来看護師や，医療資格が無い医事課職員に代わり，救命士にタスクシフトすることで院内救命士として貢献し，病院内の認知度向上に繋げていきたい。

救急外来・救急医療体制・地域連携2
演題番号　O7-7（E）

通信指令課所属の救急救命士が救急活動に与える影響

○北村 浩一[1]，新井 琢磨[1]，黒坂 仁[1]，池嶋 亨[1]，金田 健[1]，寺内 正和[1]，河野 晴希[1]，布施 知也[1]，宮内 竜也[1]，渡邉 樹[1]，奥谷 孝太郎[1]，嶋田 圭祐[1]，松本 天空[1]
[1]石橋地区消防組合

通信指令課に所属する救命士の有無で救急活動に影響を与えるかを考察する。現場経験が豊富な救命士であれば通報内容からおおよその疾患の推測，怪我の部位及び程度を推測できるため的確な応急処置の口頭指導が実施でき，軽症の可能性があれば通報段階で不搬送の可能性を説明することで現場救急隊の不搬送判断がスムーズになる。また，救急要請逼迫時にやむを得ず実施するコールトリアージについても精度が高い判断が可能となる。現場に向かう救急隊へは救命士であれば現場で聴取すると予想される詳細情報をあらかじめ聴取するとともに疑う傷病名及び搬送先選定を伝えることができる。ただし，確定的な伝達は現場を混乱させるので注意が必要である。次に通信指令課所属の救命士はオンタイムで現場活動救急隊に助言が可能である。例えば多数傷病者災害では経験の浅い救急隊長にCSCAの確立METHANEでの報告を助言できる。そのため，高いスキルを必要とする通信指令課救命士は，現場救急隊以上に研修会参加や学会参加など自己研鑽が必要である。発表では救命士の有無で救急現場活動が変わったかどうかアンケート結果を紹介する。

外因性疾患
演題番号　O8-1（D）

初期労作性熱中症（EHI）における急変症例の調査

○井上 聡子[1]，宮家 麻希子[1]
[1]警察共済組合兵庫県支部診療所 芦屋分室

【目的】EHIの急変症例について調査し，臨床的特徴を検討すること。【対象と方法】2012年4月から2024年9月に初期EHIで治療した兵庫県警察学校入校生2619例について，治療中に症状悪化し救急車要請した急変群（E群，16例）と回復群（R群，2603例）との比較を診療記録を用いて行った。【結果】R群に比しE群では，受診時脈拍が有意に速く（130（116-143）bpm vs 141（130-152）bpm，p＝0.033），意識の変調（4.4% vs 68.8%，p＜0.001），歩行不能（5.6% vs 25%，p＝0.011），過呼吸（5.3% vs 25%，p＜0.01）が有意に高頻度であった。またR群に比しE群では，血清クレアチニン値（Cr）が高い傾向（1.05（0.91-1.20）mg/dl vs 1.33（0.94-1.44），p＝0.138），血清Cr値1.2mg/mL以上の症例が高頻度（26.0% vs 55.6%，p＝0.058）にみられた。【結語】EHIの急変例は，意識の変調，頻脈の持続，血清Cr上昇と関連している可能性がある。

外因性疾患
演題番号　O8-2（D）

初期労作性熱中症(EHI)における血液検査所見および尿検査所見に関する調査

○井上 聡子[1]，宮家 麻希子[1]
[1]警察共済組合兵庫県支部診療所 芦屋分室

【目的】発症直後のⅡ度EHIにおける血液検査所見および尿検査所見を調査し，臨床的特徴を検討すること。【対象と方法】2018年4月から2024年9月に初期EHIで治療した警察学校入校生1169例の診療記録を用いて，横断的調査を行った。【結果】全例の年齢平均値21±3歳，男性64.8%，受診時体温37.7±1.1℃であった。血液検査（肝機能，電解質，腎機能，凝固系）および尿検査（比重，pH，腎バイオマーカー）の中央値あるいは平均値は，いずれも明らかな異常を認めなかった。しかし，全体の28.2%が血清クレアチニン値高値（1.2mg/dL以上），55.2%が尿中L-FABP高値（12.5ng/mL以上）を示した。尿中L-FABP濃度（ng/mL）により，Ⅰ群（12.5未満），Ⅱ群（12.5以上100未満），Ⅲ群（100以上）に分けたところ，血糖値および白血球数は，Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ群の順に有意に高値であった（いずれもp＜0.001）。【結語】初期EHIでは早期急性腎障害の徴候が認められるものがあり，EHIの炎症反応の強さと関連している可能性がある。

外因性疾患
演題番号　O8-3（D）

多汗症治療薬（プロパンテリン臭化物）を内服の影響により重篤化したⅣ度熱中症患者の一例

○永井 冴映[1]，岡野 雄一[1]，石藏 宏典[1]，加藤 陽一[1]，原富 由香[1]，山家 純一[1]，奥本 克己[1]
[1]熊本赤十字病院 救急救命センター

【背景】プロパンテリン臭化物（商品名プロスパス）は，抗コリン性鎮痙剤で，多汗症に対し使用される市販薬である。今回，プロパンテリン臭化物内服患者の重症熱中症例を経験したので報告する。【臨床経過】特記すべき既往ない50歳代男性。7月某日，仕事中に室内でふらつき・意識変容を来し，その後強直性痙攣あり当院に救急搬送（当時気温31.2℃，WBGT50.8）。来院時JCS200，中枢温41.8℃，強直性痙攣が持続。当初は職場空調ありとの情報から熱中症は考慮せず，髄膜炎・脳炎・痙攣重積疑いとして抗菌薬・抗痙攣薬投与，深鎮静・人工呼吸器管理を行いICU入室。第2病日には，痙攣消失し意識障害改善した為に抜管，抜管後本人より病歴聴取にて，職場での温熱環境暴露（エアコン故障）歴があり，多汗症治療薬（プロパンテリン臭化物）の内服が判明し，採血データの推移よりⅣ度熱中症と診断した。その後経過良好で，第5病日にICU退室，第9病日に自宅退院。【結論】本症例にように，多汗症治療薬が発汗による気化熱作用を遮断することで熱中症が重篤化する可能性があり，多汗症治療薬の使用が熱中症の危険因子であることを周知すべきである。

外因性疾患
演題番号　O8-4（D）

極地高所における不整脈，電解質異常で緊急搬出した一例

○小田 有哉[1]
[1]国立極地研究所南極観測センター第65次南極地域観測隊

【背景】南極地域観測隊は昭和基地から1000km離れた気圧600hPa，気温-42℃まで低下する標高3800mのドームふじ観測拠点Ⅱで観測している。拠点までは昭和基地から雪上車で3週間かけていく。【症例】64歳男性。拠点に到着してからのSpO2は室内気で85-90％で推移していたが，呼吸困難の症状はなかった。軽作業後にめまいの訴えがあり，座位で一過性の意識消失があった。国内での健診では洞調律であったが，心電図は心拍数40 - 120回／分の心房細動波形で，Na119mEq/Lと異常低値であったため，点滴による補正を行いつつ，国内との遠隔医療相談を行った結果，緊急搬出の方針となった。航空機による搬出の目安が1週間以上先であり，かつ天候不良で飛べない可能性があったため，雪上車で昭和基地に向かって搬出を開始した。7日後ヘリコプター飛行可能高度でピックアップし，昭和基地に搬送となった。昭和基地到着後は洞調律に復調し，Na143mEq/Lと改善を認めた。【考察】高所における不整脈は38.2％との報告もあり，めまい症状が主訴の際，不整脈を意識し，緊急搬出の方法を早期に検討するべきである。

外因性疾患
演題番号　O8-5（D）

当院に救急搬送された入浴関連ヒートショック死と考えられた症例の後方視的検討

○横沢 路子[1]，梨木 洋[1,2]，大野 孝則[1]，赤坂 威一郎[1]，三上 仁[1]，須原 誠[1]
[1]岩手県立中央病院，[2]花巻市石鳥谷医療センター

ヒートショックとは温度の急激な変化によって血圧が乱高下することで脳卒中・心血管疾患を生じる病態である。キーワードとして冬期，入浴，高齢者など上げられるが，臨床現場において実態は不明瞭な事が多い。当施設は北東北の岩手県に所在し，かつ血管病リスクが高い地域と言われており，その気候や人口構成，生活習慣などヒートショックハイリスク地域と考える。そこで，今回我々は入浴関連ヒートショック死と考えられた患者を後方視的に抽出し，その患者特徴の把握し対応策の考察を目的に検証を行った。患者は2011年1月から2023年12月までの過去13年間で，当院へ心肺停止で救急搬送された患者のうち，浴室や浴槽内で発見，または入浴直後と推測される時間に心肺停止に陥った患者をカルテ記載から遡って抽出した。患者概要は，過去13年間で心肺停止状態として当院搬送となった患者総数は2,131名であった。このうちヒートショック関連死と考えられた症例は総数208名，平均年齢77歳だった。検討項目として年齢，性別のほか，既往歴，入浴開始時間，入浴から発見までの時間，気象庁が発表している当時の気温，気圧とした。

外因性疾患
演題番号　O8-6（D）

歯科治療により皮下気腫，縦隔気腫を来した一症例

○玉城 佑一郎[1]，喜屋武 慶丸[1]，吉田 仁巳[1]，後長 孝佳[1]，金城 友美[1]，高良 剛口ベルト[1]，森田 尚希[1]
[1]沖縄県立北部病院

【症例】35歳，女性。【既往歴】半月板損傷術後【経過】202X＋1年10月29日，歯科医院にて左下顎歯の治療中に疼痛あり，治療終了後には左頬部に腫脹出現あり，当院紹介受診となった。来院時，問診にて深吸気時の胸痛徐々に増悪しており，身体所見で左頬部腫脹と左頸部に捻髪音を認め，握雪感を触知した。頭部，頸胸部の単純CTにて，左下顎から左頸部，縦隔に気腫を認めた。左下顎歯治療部位がエントリーと考えられ，縦隔炎予防のため抗生剤点滴投与開始し，入院管理となった。慎重に経過観察されたが発熱なく，血液検査で炎症反応の上昇なかった事から，疼痛や画像所見も改善傾向であったため，抗生剤を内服薬に切り替え自宅退院となった。【考察】縦隔気腫は救急の現場では胸部外傷や自然気胸などで多く見られるが，歯科口腔外科領域では歯科処置の偶発症として皮下気腫が発症する事は知られており，また皮下気腫が波及し縦隔気腫に至った報告も散見される。今回我々は救急科にて歯科治療を契機に発症した縦隔気腫を経験したので，文献的考察を加え報告する。

外因性疾患
演題番号　O8-7（D）

腹腔鏡下子宮全摘術後に経膣的に腸管脱出を来した１例

○町田 麻美[1]，昼間 楓[1]，鈴木 恵輔[1]，井上 元[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座

【緒言】子宮全摘術後の膣断端離開は稀であるが，離開部からの腸管脱出により時に重篤となる。【症例】54歳女性。子宮頸部高度異形成に対し腹腔鏡下子宮全摘術と両側卵管切除術を行った。3ヶ月後にトイレでいきんだ際に腹痛と性器出血を認め，膣から臓器の出る感覚があり救急要請した。当初はショックと判断されていたが，来院時バイタルは保たれていた。経膣的に腸管が脱出していたため，用手還納後に緊急手術となった。膣断端は完全離開しており，回盲部より約60cm頭側から小腸が約40cm脱出したとみられたが，腸管血流は保たれており，腹腔内に感染徴候は認めなかった。膣断端再縫合術を施行し，第7病日に退院となった。【考察】膣断端離開のリスク因子は，閉経，喫煙，感染，血腫，免疫不全など多岐に渡り，単縫合に比べ連続縫合が離開リスクが高いと言われ，性交渉や腹圧の上昇が誘因となり発症する。骨盤腹膜炎を引き起こしたり，脱出した腸管が阻血により壊死に至ることもあるため，迅速な対応が必要である。【結語】子宮全摘後の突然の腹痛では本疾患を考慮し，腸管脱出時は腸管壊死の可能性も想定し，速やかに腹部外科と婦人科に繋げるべきである。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-1（D）

インフルエンザA感染を背景に2度のアドレナリン持続静注を要した難治性および2相性アナフィラキシーを呈した1例

○平良 悠[1]，柏浦 正広[1]，安田 英人[1]，東郷 志穂[1]，中島 千里[1]，酒本 健汰[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【症例】蕁麻疹と原因不明のアナフィラキシー歴があり，抗ヒスタミン薬常用中の75歳女性。夕食（焼き鳥と焼き鮭）の30分後から呼吸困難，水様便が出現した。1時間後にエピペン®・を使用し，救急要請した。来院時，努力呼吸でありSpO_2 88%（リザーバーマスク15L／分），意識清明で血圧低下はなかった。眼球結膜の充血，口唇浮腫，全身に膨疹があり，アナフィラキシーと診断し，アドレナリン筋肉内注射を2回行うも改善せず，アドレナリンの持続静注（最大 0.08 γ）を開始した。投与開始後より症状は改善傾向となり，約4時間後にアドレナリン持続静注は漸減終了したが，初回発作から20時間後より呼吸器・皮膚症状が再燃した。2相性反応としてアドレナリン筋肉内注射を2回行ったが改善せず，再度アドレナリン持続静注（最大0.03 γ）を要した。この時点で発熱があり，インフルエンザAが判明した。2相性反応軽快後は再増悪なく第3病日に退院した。【考察】難治性アナフィラキシーかつ2相性反応を呈した原因として症状出現からエピペン®使用までの時間が長かったことが考えられる。エピペン®処方時にはタイミングの指導が重要である。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-2（D）

ステロイド長期内服中に発症した特発性気腹症に対して保存加療を行った一例

○小池 倫生[1]，安田 英人[1]，東郷 志穂[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，柏浦 正広[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【症例】特発性器質化肺炎でステロイド長期内服中の81歳男性。【経過】入院数日前からの食思不振を主訴に救急搬送された。バイタルサインは安定しており，軽度の腹部膨満感はあったが，腹痛や腹膜刺激徴候はなかった。CRP 1.56mg/dlと軽度上昇しており，CTで腹腔内・後腹膜に大量の遊離ガスを認めた。明らかな穿孔部は指摘できず，腹水や腸管虚血を示唆する所見はなかった。消化管穿孔の可能性は否定できなかったが，腹部所見が乏しく特発性気腹症の可能性を考慮し保存加療の方針とした。第2病日のCTでは遊離ガスの増悪はなく，第3病日の上部消化管造影では穿孔を示唆する所見はなかった。以上の経過から最終的に特発性気腹症と診断し保存加療を行い，第10病日に経口摂取を開始後腹部症状の出現なく経過した。【考察】特発性気腹症は腹腔内遊離ガス像を呈するものの，腹膜刺激徴候を認めず消化管穿孔などの明らかな原因が特定できないものと定義されている。腹腔内遊離ガスがあるが腹部所見が乏しく，CRPの上昇が軽度にとどまり，腹水がない場合には特発性気腹症として保存加療で治癒しうることがあり，手術による過大侵襲を避けられる可能性がある。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-3（D）

遅発的な消化管穿孔で発見された腸管原発の節外性NK/T細胞リンパ腫の一例

○山本 祥寛[1]，中野 貴明[1]，竹本 正明[1]，伊藤 敏孝[1]
[1]新百合ヶ丘総合病院

腸管悪性リンパ腫は消化管穿孔や出血を来すが消化管原発の節外性NK/T細胞リンパ腫（extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type：ENKL）は稀である。小腸原発のENKLを由来とする消化管穿孔の一例を経験したため発表する。症例は20歳台男性。来院当日の腹痛と血便で救急要請。体温38.0度，血圧108/40mmHg，脈拍97回／分，呼吸数31回／分，意識清明。下腹部の圧痛と叩打痛を認め，腹痛は間欠かつ持続的だった。急性腹症の除外の目的で腹部造影CT検査とした。急性腹症は否定的だったが，症状が強く経過観察目的に入院とした。第2病日，腹痛が続き，腹部単純CT検査を再検すると大量の腹腔内遊離ガスを認めた。上部消化管穿孔も考慮されたが，症状の部位と血便を認めたことから小腸穿孔の疑いで緊急手術とした。第8病日に術中病理検査で悪性リンパ腫が疑われた。第13病日に専門的加療目的に他院へ紹介となった。第20病日に判明した病理最終診断はENKL。本症例では，腹痛発生機序の観点から穿孔寸前の小腸潰瘍という観点で鑑別を進められた可能性があり，文献的考察を加えて発表する。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-4（D）

下顎癌食道転移が原因と推定される大動脈食道瘻の診断に難渋した一例

○田村 洋行[1]，柏浦 正広[1]，安田 英人[1]，東郷 志穂[1]，中島 千里[1]，酒本 健汰[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【症例】67歳男性，背部痛を伴うショックで搬送された。造影CT検査で，食道・胃内に充満する貯留と胃噴門小彎側リンパ節腫大あり。食道粘膜側は評価困難で，胃癌の腫瘍出血を鑑別としたが，まもなく吐血があり心停止に移行した。心拍再開後に大動脈内バルーン遮断を行い，上部消化管内視鏡検査を施行した。食道内・胃内ともに鮮血と凝血塊の充満により，観察困難であり検査終了した。内視鏡所見から活動性出血が疑われたため，再度造影CT検査を行ったところ，胸部大動脈食道側から食道内への造影剤漏出があり，大動脈食道瘻と診断した。胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行したが，心室性不整脈が出現し，同日永眠された。【考察】初期の造影CT検査で大動脈から食道への造影剤漏出はなく，他院での下顎癌術後の情報は得ていたが，定期通院継続中で問題ないということから，遠隔転移があるとは考えていなかった。結果的には，胸部中部食道や胃噴門小弯側リンパ節への転移が考えられた。担癌患者が重症病態で，かかりつけでない医療機関へ搬送された場合には，正確な情報の取得が困難であり，CT画像の比較読影もできないため診断に難渋することがある。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-5（D）

Boerhaave症候群により大量血胸をきたし出血性ショックに至った一例

○須郷 加奈子[1,2]，宮本 和幸[2]，岩本 泰樹[2]，永樂 学[2]，栗原 茉莉子[2]，柳澤 薫[2]，山荷 大貴[2]，高安 弘美[2]，中島 靖浩[2]，土肥 謙二[2]
[1]日本赤十字社秋田赤十字病院 救急科，[2]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座

【はじめに】Boerhaave症候群は比較的稀だが，診断が遅れると致死的となることがある。【症例】アルコール性肝障害の既往がある60代男性。飲酒後の吐血で救急搬送された。病着後も吐血を繰り返し，輸液により血圧は安定したが頻脈が続いた。造影CT検査で下部食道にextravasationがあり，縦隔気腫や胸水貯留はなく上部消化管出血を疑った。緊急内視鏡検査を施行したところ，下部食道左壁に裂傷があり，Boerhaave症候群と診断した。帰室後，突如ショックとなり，胸部レントゲンで左大量血胸が出現していた。濃厚赤血球20単位，新線凍結血漿14単位で蘇生をおこない，胸腔ドレーンを挿入し，緊急止血・創部閉鎖をおこなった。【考察】Boerhaave症候群は縦隔炎・敗血症を併発し，時に重症化する。一方，大量血胸で出血性ショックに至る症例は非常に少ない。本症例では，裂傷時に血管が破綻し，アルコール性肝障害による凝固異常，組織の脆弱性が合わさり，大量血胸から出血性ショックに至ったと考えた。Boerhaave症候群でショックとなる症例では，輸血など速やかな蘇生を行いつつ，根治的な止血手術を急ぐべきである。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-6（D）

絞扼性腸閉塞を呈し小腸切除を施行した小腸型Chilaiditi症候群の一例

○柳澤 拓人[1]，加地 正人[1]，井上 孝隆[1]，大谷 義孝[1]，近江 光[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

【背景】Chilaiditi症候群は右横隔膜下と肝臓の間に腸管が嵌入した状態をいう。嵌入臓器は結腸がほとんどであり小腸の嵌入は6%程度とされている。本症候群は無症状のまま経過する例が多いが，今回小腸型Chilaiditi症候群による絞扼性腸閉塞に対して小腸切除を要した一例を経験したため報告する。【症例】82歳女性。某日，突然の腹痛と嘔吐を呈し近医受診した。前医CTで右横隔膜下と肝臓の間に嵌入した小腸閉塞を認め，当院転院搬送となった。当院来院時は右上腹部に限局した圧痛を認め，画像所見から絞扼性腸閉塞と判断し緊急手術となった。肝鎌状間膜-腸間膜間を走行する索状物を認め，嵌入腸管は約20cmで漿膜面は虚血性変化を呈していた。索状物，壊死腸管を切除し腸管再建を行い手術は終了とした。術後5日で経口摂取開始，術後18日で自宅退院となった。【結論】小腸型Chilaiditi症候群は結腸型に比してより稀な病態であり，腸閉塞を呈した例はさらに限られる。しかしながら嵌入小腸が腸閉塞をきたして腸管切除を要する場合があることも知られており，急性腹症の原因として想起する必要がある。

呼吸器・消化器1
演題番号　O9-7（D）

臍傍静脈穿刺による経皮経肝的静脈瘤塞栓術を行った胃静脈瘤の1例

○杉村 朋子[1]，城間 恵介[1]，安座間 喜明[2]，伊藤 純二[2]，西江 昭弘[2]，梅村 武寛[1]
[1]琉球大学病院 救命救急センター，[2]琉球大学病院 放射線科

【背景】胃食道静脈瘤破裂は致死的な疾患であり，緊急内視鏡止血術が第一選択だが，吐血や血液誤嚥による窒息など，呼吸と循環が不安定になる場合は，より安全な治療方法を選択しなければならない。今回，胃食道静脈瘤破裂の内視鏡止血困難例に対し，臍傍静脈アプローチによる経皮経肝的静脈瘤塞栓術（PTO）にて治療した症例を報告する。【臨床経過】77歳女性。胃食道静脈瘤破裂に対する緊急上部消化管内視鏡検査中に，出血性ショックおよび血液誤嚥による低酸素血症を呈した。内視鏡的止血術は断念し経静脈的塞栓術の方針とした。腹水貯留のため経肝穿刺は困難であり，側副血行路の臍傍静脈穿刺を選択した。臍傍静脈から門脈を経由して後胃静脈からの胃静脈瘤を確認し，20% NBCAで塞栓した。術翌日の内視鏡検査で止血を確認でき，塞栓物質による粘膜壊死はなかった。【結論】緊急内視鏡的止血や肝内門脈穿刺が困難な場合は，傍臍静脈経由でのPTOは選択肢の一つであると考える。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-1（E）

吐血？喀血？その後呼吸停止
～病院前医療での「観察」と「評価」について考える～

○小松 裕弥[1]，大久保 章充[1]，野川 賢一[1]，秋葉 大喜[1]，石原 裕樹[1]
[1]さいたま市消防局

【目的】吐血を疑い活動を行ったが，医療機関搬送後に肺胞出血と判明した症例を経験した。今後の救急現場活動で病態鑑別の一助となるよう症例を報告する。【症例】令和6年5月某日「80代男性，吐血」との通報内容で出場する。現場到着時，床上には血痕が散在しており食道静脈瘤があると聴取した。トイレで吐き続けている傷病者と接触，初期評価で生理学的異常は認めず，強い嘔気を訴えていた。観察結果で酸素飽和度の低下及び両肺野の断続性ラ音を認めた。吐血を誤嚥した可能性があると推測し，酸素吸入を開始した。吐血及び重症呼吸不全から三次医療機関を選定し搬送を開始するも搬送中に意識レベルの低下を認め，顔面蒼白，全身冷汗からショック状態と判断。BVM換気に抵抗も出始める中，呼吸停止となり病院到着となった。【考察】診断は肺胞出血であった。呼吸器系を示唆する観察結果であったが，「吐血」の先入観から適切な病態推論に結び付けることができず，容態の進行も予測することができなかった。この症例から，病院前医療では「目的を持った観察」と「客観的な評価」から適切な医療機関を選定することが救急救命士としての役割であると再認識した。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-2（D）

転院直後に緊急手術を要した自然血気胸の1例

○柿 佑樹[1]，松田 就[2]，菊地 一樹[1]，富田 佳賢[1]，飯島 章子[1]，井上 元[1]，鈴木 恵輔[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 救急・災害医学講座，[2]新座志木中央総合病院 初期臨床研修医

【はじめに】自然血気胸は自然気胸の数％にみられる。大量出血によりショックを呈することもあり，緊急手術や緊急カテーテル術を要することが多い。今回，気胸で転院搬送となり，来院時にショックを呈し緊急手術を要した1例を経験したので報告する。【症例】34歳男性。突然の胸痛を主訴に前医を受診し胸部Xpで気胸を認めたため自然気胸の診断で加療目的に当院へ転院搬送された。病着時，顔色不良，冷汗，末梢冷感，血圧低下を認めた。緊張性気胸と判断し，来院直後に20Frのチューブを用いて緊急胸腔ドレナージを施行した。大量の血液の排出を認め，胸部Xpでは大量の左血胸を認め，緊急手術を行った。胸腔鏡下手術にブラは認めず肋間動脈穿通枝から活動性出血を認め止血術を施行した。【考察】手術を要する自然血気胸でも初期のレントゲンでは血胸を認めない症例もあるが，本症例では前医の画像検査でも血胸が認められた。自然気胸を診療する際には血胸の確認も大切であり，血胸が疑われる場合には緊急手術やカテーテル術を考慮して診療を行う必要がある。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-3（D）

免疫抑制中に人工呼吸器関連気胸を合併した2例

○山荷 大貴[1,2]，宮本 和幸[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，島田 拓哉[1,2]，栗原 茉莉子[1,2]，高安 弘美[1,2]，中島 靖浩[1,2]，土肥 謙二[2]，林 宗貴[1,2]
[1]昭和医科大学藤が丘病院，[2]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座

【諸言】人工呼吸器関連気胸（VAP）は過度な気道内圧や肺の過膨張により起こる。今回，免疫抑制中にVAPを合併した2例を経験したので報告する。【症例】①82歳　女性。関節リウマチが既往にありステロイドと免疫抑制剤を内服していた。肺炎の診断で人工呼吸管理をしていたところ，第9病日に突然のVAPを合併し，胸腔ドレナージを実施したが，第18病日に永眠された。②54歳，男性。ネフローゼ症候群でステロイドを長期間内服していた。インフルエンザ肺炎でVV-ECMOを導入し，第9病日に離脱した。第10病日にVAPを合併し，永眠された。【考察】今回経験した2例はいずれも極端な呼吸器設定でないにも関わらずVAPを合併した。原因として，免疫抑制剤やステロイドによる組織の脆弱化に加え，局所の感染制御が困難になり肺胞構造破壊が進んだことが原因と考えられた。感染症に伴う気胸は難治性で，死亡までドレナージを離脱できないことが多い。免疫抑制状態の人工呼吸管理では，設定にかかわらずVAPのリスクを念頭において診療をおこなうべきと考える。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-4（D）

インフルエンザ感染後に合併した重症肺障害に対しECMO管理を要した一例

○渡邊 優美子[1]，高松 純平[1]，山口 誠也[1]
[1]関西労災病院

【背景】重症細菌性肺炎は呼吸不全や多臓器不全を引き起こし致命的となることがある。抗菌薬や人工呼吸管理で改善しない場合，ECMOの導入が検討される。今回，インフルエンザ感染後に合併した重症肺障害に対しECMO管理を要した一例を報告する。【症例提示】56歳女性。1ヶ月前に夫がインフルエンザに罹患し，しばらくして労作時呼吸困難を自覚するようになり，発熱，黄色痰を伴う咳嗽が出現した。前医でSpO_2　80％（室内気），胸部X線で右肺野全体および左中下肺野に浸潤影を認めたため当院に転送された。基礎疾患として2型糖尿病を指摘されていた（来院時HbA1c　11.4％）。抗菌薬を開始したが呼吸不全は進行し4日目に気管挿管，6日目に循環動態も破綻しECMOを導入した。右肺は完全に虚脱しており，肺障害が間質性肺炎を合併しているかどうかの判断が難しかったが，他の治療での改善が乏しかったためステロイドパルスも行った。その後循環動態は安定し，9日にVV-ECMOへコンバージョンした。抗菌薬投与で感染所見は徐々に改善した。【まとめ】インフルエンザ感染後に合併した重症肺障害に対するECMO適応と管理上の注意点について報告する。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-5（D）

ST合剤を被疑薬とする薬剤性重症急性膵炎の一例

○関 咲乃[1]，原 直輝[1]，勝田 晃平[1]，宇佐美 健喜[1]，長谷川 綾香[1]，有野 聡[1]，佐々木 庸郎[1]，小島 直樹[1]，稲川 博司[1]，岡田 保誠[1]，坂本 哲也[1]
[1]公立昭和病院 救命救急センター

【緒言】急性膵炎の原因が薬剤性と診断されることは稀であり，かつ重症膵炎の報告はほとんどない。今回ST合剤が被疑薬として考えられる薬剤性重症急性膵炎を経験したため報告する。【症例】関節リウマチ，間質性肺炎を既往とし免疫抑制薬とステロイド，ST合剤を内服していた70歳台女性。左側腹部痛を主訴に来院，血液検査でアミラーゼの上昇，CTで膵腫大を認め急性膵炎の診断で一般病棟に入院したが第3病日に呼吸不全が進行しICUへ入室した。膵炎の原因として胆石や腫瘍，自己免疫性は検査上否定的であり飲酒歴もなく除外的に薬剤性が疑われた。内服中の薬剤で薬剤性膵炎の原因としてClass Ⅰと報告されている薬剤はST合剤，ベサフィブラート，サラゾスルファピリジンでありこれらは中止した。呼吸不全に対して人工呼吸管理，急性腎障害に対する血液浄化療法など集学的治療を継続し膵炎は軽快した。合併感染の治療が長期化し気管切開を要したが，第29病日にICUを退室した。またST合剤に対する薬剤誘発性リンパ球刺激試験が陽性で被疑薬と考えられた。重症急性膵炎の原因として薬剤が原因になることもあり膵炎の原因として鑑別することが重要である。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-6（D）

転倒外傷を契機に肝嚢胞内出血を発症し貧血に至った一例

○岩本 泰樹[1,2]，宮本 和幸[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，島田 拓哉[1,2]，栗原 茉莉子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，髙安 弘美[1,2]，中島 靖浩[1,2]，土肥 謙二[1]，林 宗貴[1,2]
[1]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座，[2]昭和医科大学藤が丘病院 救命救急科

【はじめに】肝嚢胞の多くは無症状であるが，ときに出血を伴うことがある。【症例】80代，女性。【主訴】腹痛【現病歴】自宅で転倒し前医で右大腿骨転子部骨折で手術した。術後輸血をするも貧血が進行し（Hb　10.3g/dl→6.6g/dl），原因検索目的に体幹CTを実施したところ，肝嚢胞内に巨大な血種が疑われ当院へ搬送された。【来院時現症と経過】来院後に実施した腹部～骨盤造影CTで肝左葉に径15×10cmの巨大な肝嚢胞とその背側に高吸収域があった。造影剤の血管外漏出像はなかった。貧血進行なく経過し，第5病日にPTCD施行し，暗赤色の排液を得たが量は次第に減少した。第11病日にCTで嚢胞の縮小を認め，第14病日に前医へ転院した。【考察】大腿骨頸部骨折術後では血栓症予防のために抗凝固療法がおこなわれることが多い。肝嚢胞は通常無症状だがときに出血・感染を合併することがある。本症例では，術後輸血をおこなうも，創部からの出血のつかない貧血が進行し，体幹CTで診断にいたった。術後の説明のつかない貧血の進行ではすみやかにCTを撮影し原因検索をおこなうべきである。

呼吸器・消化器2
演題番号　O10-7（D）

腹部手術後の癒着性イレウスと右総腸骨動脈瘤破裂との鑑別が困難であった1例

○石井 貴大[1]，石川 雅巳[1]
[1]国家公務員共済組合連合会呉共済病院

【緒言】救急外来において急性大動脈解離や腹部大動脈瘤破裂など，見落としてはならない疾患は数多く存在する。今回，病歴から腹部手術による癒着性イレウスが疑われていたが造影CT所見より右総腸骨動脈瘤破裂をみとめた1例を経験したため報告する。【症例】76歳男性。半年前から腹痛と腰痛が持続し，他院で大動脈瘤を指摘され経過観察中であった。3ヶ月前に他院で右鼠径ヘルニアに対して根治術を受けた。受診の3日前に疼痛がより激しくなり歩行時にふらつき，意識を失い転倒した。受診日の朝に覚醒した際，激しい腹痛と背部痛により起床困難であったため当院救急外来へ救急搬送された。来院時は鼠径ヘルニアの手術歴は分かっていたが大動脈瘤の既往は不明だったので腹部手術後の癒着性イレウスを疑った。しかし，造影CTにて，extra vasationはみとめられなかったが，右総腸骨動脈に嚢状瘤がみとめられた。右総腸骨動脈瘤破裂と診断し，緊急手術が可能な他施設へ転院搬送した。【結語】背部痛を主訴に搬送された患者の場合，完全に否定されるまでは急性大動脈解離や腹部大動脈瘤破裂など緊急性の高い疾患を鑑別から除外することは危険である。

感染症1
演題番号　O11-1（D）

インフルエンザ感染症に伴う異常行動が原因と思われた墜落外傷の一例

○宮﨑 允宏[1,2]，伊藤 貴彦[1]，高須 修[2]
[1]大牟田市立病院 救急科，[2]久留米大学 医学部 救急医学講座

【背景】インフルエンザ罹患数は一時的に減少したが近年再流行している。我々はインフルエンザ感染症に伴う異常行動での墜落外傷を経験し，再認識が必要な疾患であることを報告する。【症例】11歳男児。発熱後2日目にインフルエンザA型と診断され，オセルタミビル内服で自宅療養中，深夜に不穏状態で野外で発見され，警察に保護。墜落外傷が疑われ救急搬送。GCS11，RR32，HR141，BP93／69mmHg，体温39.8℃，鼻出血，左多発肋骨骨折，左広範囲肺挫傷，両側気胸（ISS17：胸部4，体表1）の診断。【考察】インフルエンザによる異常行動は，薬剤とは無関係で脳症初期症状や熱せん妄とされている。幻視，突然笑う・走る・飛び降りるなどの行動が発症2日以内に多くみられ，10歳前後の男児に多い。脳症が重症化すると高い死亡率や後遺症を伴うリスクがある。本症例も合致するが，搬入までに認識している者は少なかった。【結語】インフルエンザの流行の減少で，異常行動への認識が低下している可能性がある。特に小児では異常行動への認識・防止策，外傷治療に併せ脳症への対応が必要である。

感染症1
演題番号　O11-2（D）

ハモ咬傷を契機としてphotobacterium damselaeによる上肢壊死性筋膜炎を発症した1例

○安倍 翔[1]，猪熊 孝実[1]，安武 結衣[1]，井上 聡[1]，村橋 志門[1]，井山 慶大[1]，上木 智博[1]，太田黒 崇伸[1]，田島 吾郎[1]，山下 和範[1]，田﨑 修[1]
[1]長崎大学病院 高度救命救急センター

【症例】60代男性。朝4時，ハモに右手をかまれ受傷。疼痛と腫脹が増悪し翌日近医を受診。鎮痛剤と抗菌薬が処方され帰宅。同日の夕に右前腕に著明な疼痛と腫脹を認め近医再診。壊死性筋膜炎が疑われ当院へ紹介となった。当院来院時，呼吸数20回／分，SpO2　98％（RA），心拍数　79回／分，血圧　84／65mmHg，GCS　E4V5M6，37.2度。右手背から前腕中ほどまでの皮膚の暗赤色変化と水疱形成，および腋窩付近までの疼痛と腫脹を認めた。白血球5,800／μL，CRP　13.8mg/dL，PCT 27.1ng/mL，乳酸　4.9mmol/L。造影CTで上肢全体の腫脹を認めたが，気腫は認めなかった。壊死性筋膜炎と考え筋膜までのデブリードマンを施行。MEPM，VCM，CLDMに加え，術中検体のグラム染色で認めたGNRをVibrioと推定しMINOも投与した。後日photobacterium damselaeが同定された。経過は良好で第29病日に形成外科に転科となった。【結語】ハモ咬傷による壊死性筋膜炎は稀ではあるがphotobacterium damselaeも起炎菌として考慮すべきである。

感染症1
演題番号　O11-3（D）

急性腎障害を呈したサルモネラ菌血症の3症例

○今津 勇輝[1]，緒方 嘉隆[2]，小野 舞子[1]，山田 知樹[2]，石井 真梨子[2]，濱口 眞成[2]，村尾 佳則[3]
[1]医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 臨床研修センター，[2]医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 集中治療科，[3]医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 救急科

【背景】サルモネラ感染症は急性腎障害を併発することが報告されており，敗血症性腎傷害や急性尿細管間質性腎炎の関与が指摘されている。今回我々は急性腎障害を伴ったサルモネラ菌血症を3例経験したので報告する。【症例1】81歳男性。下痢，嘔吐，発熱，悪寒，意識障害を主訴に救急搬送された。血液培養から*Salmonella Anatum*を検出し，サルモネラ菌血症及び敗血症性ショックの診断に至った。入院13日目で抗菌薬終了しえた。尿量は維持できていたが腎機能障害が遷延し入院22日目まで腎代替療法を要した。【症例2】53歳男性。下痢を主訴に来院した。*Salmonella choleraesuis*菌血症に伴う腎機能障害が遷延したが，腎代替療法を行わず改善し入院16日目に退院した。【症例3】55歳男性。下痢，発熱，全身脱力を主訴に救急搬送された。*Salmonella choleraesuis*菌血症に伴う腎機能障害を認めたが，症例2同様に腎代替療法を行うことなく入院14日目に退院した。【結語】サルモネラ菌血症に遷延する腎機能障害を伴った症例を経験した。いずれも急性尿細管間質性腎炎の関与が疑われた経過であった。

感染症1
演題番号　O11-4（D）

局所陰圧閉鎖療法が奏効した深頸部膿瘍の一例

○豊島 滉樹[1]，小田原 一哉[1]
[1]松山市民病院

【症例】62歳男性。【主訴】咽頭痛，頸部腫脹。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】X年1月1日より咽頭痛と発熱が出現した。1月2日に前医を受診し軽度扁桃腫大を認め急性扁桃炎として経口抗菌薬を処方された。解熱するも1月4日から顎下部と頸部のリンパ節腫脹が出現し1月6日に再度前医を受診した。著明な両側扁桃腫大と顎下部腫脹，上胸部への発赤拡大を認め蜂窩織炎疑いとして同日当院へ紹介受診となった。【治療経過】1月6日のCTにて深頸部から上胸部及び上縦隔に及ぶ膿瘍形成を認めたため緊急で切開排膿術とドレーン留置を行った。術後よりICUへ入室し気管挿管管理と抗菌薬点滴投与を開始した。1月7日より毎日頸部の局所洗浄処置を施行し，1月14日より局所陰圧閉鎖療法を開始した。全身状態や膿瘍及び開放創の治癒の経過は良好であり，1月28日に気管内チューブを抜管し，2月7日にICU退室となった。【考察】局所陰圧閉鎖療法により，滲出液と感染性老廃物の除去，肉芽形成の促進，創の保護が図られ，膿瘍及び開放創の治癒が促進されたと考えられる。【結語】深頸部膿瘍に対して局所陰圧閉鎖療法が奏効した一例を経験した。

感染症1
演題番号　O11-5（P）

劇症型溶血性レンサ球菌感染症（以下，STSS）の抗菌薬選択に関する検討

○服部 信[1]
[1]済生会松阪総合病院

【目的】STSSはA群溶血性レンサ球菌（GAS）による敗血症性ショックで，成人の致死率は高い。早期にSTSSに有効な抗菌薬を開始するために敗血症性ショックの患者背景や経過について後方的に検討する。【方法】対象は2020／1／1 ～ 2024／4／30に敗血症性ショックで入院し，NAD投与，MEPMまたはT／Pを投与された患者61名。STSS群と他群で年齢，性別，入院前の場所，入院時血液検査所見，薬剤，転帰等を比較し，STSS群のNAD推移を検討した。【結果】年齢81［72，89］歳，男性44%，STSS群は3例，他群58例。STSS群では年齢が低く（$p<0.05$），自宅から入院（$p<0.05$）し，バソプレシン注投与（$p<0.05$）があった。STSS群のMEPM投与2例はNADが開始3時間以内に0.3 γを超え，死亡。T／P投与1例はNADが0.3 γ以下の投与で生存。【考察】MEPM投与は無効で，T／P投与では有効と考える。GASに接触機会のある年齢，自宅から入院する敗血症性ショックではSTSSを考慮して抗菌薬を提案する必要がある。バソプレシンは薬剤選択の影響があり，さらに検討が必要である。

感染症1
演題番号　O11-6（P）

救急病棟薬剤師の介入により熱傷創二次感染の薬物治療が適正化した一例

○千葉 僚[1]，佐藤 哲哉[2]，赤坂 和俊[1]，眞野 成康[1]
[1]東北大学病院 薬剤部，[2]東北大学病院 救急科・高度救命救急センター

【背景】皮膚常在菌の1種である*Corynebacterium striatum*は，本邦においてダプトマイシン（DAP）の早期耐性化が報告されているが，感染症医以外にはあまり知られていない。今回，薬剤師が耐性化を疑ったことで，薬物治療が適正化した症例を経験したので報告する。【症例】20歳代，男性。交通事故火災による熱傷のため入院中，*C. striatum*を含む複数菌による熱傷創感染に対し，DAPとセフェピムで加療中であった。初回の*C. striatum*のDAPに対する感受性は良好であったが，入院23日時点で培養陽性が続いていた。そこで薬剤師から同菌のDAP感受性試験の再検を提案した結果，耐性化が判明した。バンコマイシンに変更し十分量投与したが，TDMでトラフ値が低値であった。次にテイコプラニンへの変更を提案したところ，血中濃度は安定して推移し，2週間投与後に抗菌薬治療は完遂した。【考察】薬剤師が病態に応じた投与設計のみならず，起炎菌に関する情報提供を行うことも重要である。【結語】重症患者を多く扱う救急集中治療領域では，薬剤師の積極的な介入が有効と考えられる。（会員外共同研究者：鈴木博也）

感染症1
演題番号　O11-7（P）

救急外来における敗血症患者の28日死亡に関連する因子の探索 ～ Pilot study ～

○荒川 希美[1]，西田 祥啓[1]，牛本 知孝[1]
[1]金沢医科大学病院

【背景】敗血症治療において，抗菌薬適正使用は患者の予後改善にとって重要である。本研究では，抗菌薬適正使用に関連する項目を中心に，敗血症患者の28日死亡に影響を及ぼす因子を探索した。【方法】2023年4月から9月に当院救急外来を受診し，即日入院した敗血症患者を対象に，SOFAスコア，抗菌薬の使用状況（初回投与までの時間，抗菌薬投与前の細菌培養，初回に投与された抗菌薬，最適治療への変更）などを電子カルテにて後方視的に調査し，生存群と死亡群で比較した。平均値の比較にはt-test，割合の比較にはFisher's exact testを用いた。【結果】対象は65名であり，生存群，死亡群はそれぞれ56名，9名であった。各群のSOFAスコア（平均値±標準偏差）は生存群3.0 ± 2.2，死亡群7.0 ± 2.2であり，死亡群で有意に高かった（$p < 0.001$）。培養提出は，生存群95%（53名），死亡群67%（6名）であり，死亡群で有意に低かった（$p = 0.03$）。【考察】SOFAスコアと培養提出が28日死亡の因子であることが示唆された。今後は，これらの因子が28日死亡に影響するかを検証するため，症例を集積していく。

感染症2
演題番号　O12-1（D）

Streptococcus intermediusにより左耳下腺膿瘍をきたした1例

○嶋津 宏基[1,2]，宮本 和幸[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，島田 拓哉[1,2]，栗原 茉莉子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，高安 弘美[1,2]，中島 靖浩[1,2]，土肥 謙二[1]，林 宗貴[1,2]
[1]昭和医科大学 救急・災害医学講座，[2]昭和医科大学藤が丘病院 救急科

【はじめに】Streptococcus intermedius（S. int）は常在菌だが，毒性が強く膿瘍を形成しやすい。今回，S. intによる左耳下腺膿瘍の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代，女性。【主訴】左耳下腺の腫脹・発赤【既往歴】狭心症【現病歴】10日前から左耳下腺の腫脹・発赤が出現した。開口障害と嚥下障害もともなってきたため近医から紹介となった。【来院時現症と経過】咽頭・喉頭・口腔内に異常はなかった。開口障害3横指，嚥下障害があった。頸部造影CTでは左耳下腺下極に周囲が造影される被包化液体貯留があった。周囲間隙への進展はなかった。切開・排膿，ABPC／SBT　9g/dayで加療をおこない，第7病日に外来通院となった。穿刺培養からはS. intが同定された。【考察】耳下腺は解剖学的に頸動静脈・顔面神経に隣接し，膿瘍形成による周辺臓器への炎症の波及は重篤な合併症となる。本症例では開口障害・嚥下障害が出現し，速やかな切開排膿・抗菌薬の投与により良好な転機を得られたと考えた。

感染症2
演題番号　O12-2（D）

特異な経過を辿った劇症型A群溶連菌感染症による下肢壊死性軟部組織感染症に対し大腿切断で救命した一例

○瀧 りえ[1]，金子 直之[1]
[1]深谷赤十字病院 外傷・救命救急センター

【はじめに】溶連菌感染症の多くは軽症だが，時に劇症型溶連菌感染症（STSS）を起こす。STSSは致死率30%以上で適時適切な治療が肝要である。今回，健常人に発生した侵入門戸不明のA群溶連菌感染症による下肢壊死性軟部組織感染症（NSTI）を経験した。【症例】51歳女性，学校教師，特記すべき既往なし。数日前から発熱・関節痛があり近医を受診し，炎症高値・急性腎障害で当科紹介となった。ショック状態だが四肢体幹に感染徴候なく，尿路感染症や胆嚢炎による敗血症性ショックを疑い治療を開始した。しかし初療室で状態が急激に悪化し，アドレナリン持続投与を要した。2日後に右下肢にまだらな暗赤色皮疹が出現，徐々に壊死に進行したためNSTIと判断した。6病日に前医での血液培養からA群溶連菌が検出され，STSS後のNSTIと思われた。10病日に右大腿切断施行。以後は全身状態が速やかに改善し，術後24日でリハビリ転院，その後自宅退院で職場復帰した。【考察】STSSの50%は侵入門戸不明とされ，初期には疼痛のみのことが多い。健常な患者にも発症しうるため，敗血症診療では常にSTSSを念頭に置き，遅滞のない治療介入が重要である。

感染症2
演題番号　O12-3（D）

下腿コンパートメント症候群を発症し筋膜切開術を要した，劇症型溶血性連鎖球菌感染症（STSS）の1例

○宮田 秀平[1]，小川 博史[1]，大谷 義孝[1]，井上 孝隆[1]，根本 学[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科

【症例】40歳代女性。基礎疾患なし。搬送4日前に左膝関節痛を自覚し整形外科で膝関節注射をされていた。その後呼吸苦と意識障害が出現し当院に搬送された。来院時ショックバイタルで，左膝関節周囲に発赤と腫脹があり，腫脹は左股関節まで進展していたが皮膚色調変化はなかった。また左手背部に直径3cmの発赤がみられた。左膝関節液の貯留があり関節穿刺し，関節液を検体としてA群β溶血連鎖球菌抗原キットを使用し陽性となった。STSSの診断で治療開始。抗菌薬はPCGとCLDMを開始した。来院後48時間の時点で左下腿の腫脹が増悪したため筋区画内圧測定を実施。後区域63mmHg，外側区域88mmHgと高値であり筋膜切開術を実施。筋膜切開術後は筋肉の一部壊死がありデブリドマンを要したが下腿全体の壊死にはならず患肢温存できた。【考察】STSSは，突然発症して敗血症などの重篤な症状を引き起こし急速に多臓器不全が進行する重症感染症であるが，下腿コンパートメント症候群を発症する症例は珍しい。本症例では来院時デブリドマンを要する皮膚壊死はなかったが，下腿腫脹の増悪でコンパートメント症候群を疑い早急に治療介入することができた。

感染症2
演題番号　O12-4（D）

2024年に経験したSFTS（重症熱性血小板減少症候群）の3例

○沢 彩南[1]，長澤 宏樹[2]，大坂 裕通[2]，大森 一彦[2]，柳川 洋一[2]
[1]順天堂大学医学部附属静岡病院 臨床研修センター，[2]順天堂大学医学部附属静岡病院 救急診療科

【諸言】2024年に順天堂大学静岡病院で重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の症例を三例経験した。日本国内でSFTSの感染は東へ拡大してきていることが知られているが，伊豆東部にある当院が現在の東限であると考えられている。【患者背景】みかん農家の79歳男性。息子が農家の83歳女性。猟師の33歳女性。【臨床経過】79歳男性は対症療法で軽快し，自宅退院。83歳女性は集中治療室に入室し，ファビピラビルなどの投与を行ったが死亡。33歳女性は全身性痙攣を認め，集中治療室で挿管管理の上，ファビピラビルなどの治療を行い，自宅退院。【考察】静岡県では2022年にSFTS感染例が初めて確認され，以降東部への拡大が認められている。今後，県外も含めさらに東へ感染が拡大することが懸念されており，症状，経過，治療などは経験のない地域でも知っておくことが必要になると考えられる。

感染症2
演題番号　O12-5（D）

稀な感染症の地域分布を踏まえた鑑別診断の有用性と他職種・他機関への情報共有の必要性

○二宮 稀子[1]，塩穴 恵理子[1]，瀧瀬 翔太[1]，前田 哲也[1]，河口 政慎[1]，寺師 貴啓[1]，山本 明彦[1]
[1]大分県立病院

日本紅斑熱は，主に温暖な太平洋岸に発生が確認されており，高熱・紅斑・刺し口を主徴とする疾患で，好発地域の医療関係者以外は症例を経験することが稀であるため認知度が低く，診断と治療が遅れがちである。本年度，当院では日本紅斑熱について計3名の救急搬送があった。いずれも前医で診断がつかず敗血症やDICをきたし，全身管理が必要と判断され救命センター入室となった。3名全員が県南部の患者であることから着想を得て，過去5年間の大分県内における日本紅斑熱の発生状況，地域分布について調査を行ったところ，国東半島を中心とした県北部と比較して津久見市，佐伯市といった県南地域において多く発生していた。稀な疾患であっても地域特性を考慮し，鑑別を挙げることで早期の診断・治療につながる。また，地域内の詳細な感染分布の啓蒙や他職種・他機関との情報共有を行うことで適切な医療機関の選定を行うことができる。

感染症2
演題番号　O12-6（D）

COVID-19と診断された日に血液培養を採取する意義

○北山 淳一[1]，芝 誠次[1]
[1]市立岸和田市民病院 救急科

【背景】感染症診療において，菌血症を疑った場合に血液培養は欠かせない。COVID-19に細菌感染を合併して重症化することを懸念し，コロナ禍では早期に血液培養を採取し予防的に抗菌薬を投与することもあった。だがCOVID-19に関する報告が増える中で，入院早期には細菌との重複感染率は低いという意見も存在する。【目的】COVID-19陽性が発覚した日に血液培養を採取する意義を検討した。【方法】2021年1月から4年間に，当院でCOVID-19陽性と診断され，24時間以内に血液培養（20mlを2セット）を採取した成人症例を対象とした。【結果】COVID-19陽性となった545例のうち，140例に血液培養を採取していた。細菌が検出されたのは20例であったが，コンタミネーションや陽性率が低い症例などを除外した結果，6例を菌血症と同定した。Ct値＜30を感染早期とした場合は，110例のうち2例（1.8%）が菌血症であった。【考察】COVID-19感染早期に血液培養を採取する意義は低いと思われた。発症時期が不明な場合や重複感染を疑う場合は，CRPやPCTの値が判別に有用とされている。

感染症2
演題番号　O12-7（D）

歯肉膿瘍と長時間の入浴からショックをきたした1例

○宮本 和幸[1,2]，髙安 弘美[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，永楽 学[1,2]，栗原 茉莉子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，中島 靖浩[1,2]，土肥 謙二[1,2]，林 宗貴[1,2]
[1]昭和医科大学藤が丘病院 救命救急科，[2]昭和医科大学 医学部 救急災害医学講座

【はじめに】敗血症では血管透過性亢進から血管内容量が減少し，循環血漿量減少性ショックをきたす。【症例】40代，男性。【主訴】体動困難，全身の痛み。【既往歴】気管支喘息。【現病歴】腰部脊柱管狭窄症による腰痛改善のため長湯をする習慣があった。1ヵ月前に歯科でとれたクラウンを戻す治療をおこなった。いつものように水分を摂取しつつ入浴をしていたところ全身の痛みで体動困難となり救急要請した。【来院時現症と経過】四肢の温感はあったが，脈拍は微弱であった。Lactate 7.24mmol/Lと著明な上昇がありショックと診断した（SOFA　8点）。頭部から骨盤CTであきらかな感染源が同定できず培養検体採取後に，抗菌薬・昇圧剤・輸液による加療をおこなった。第2病日に歯科に依頼し，クラウンを除去したところ，大量の排膿があり同部位からの敗血症ショックと診断した。術後経過良好で第5病日に退院となった。【考察】本症例では，歯肉膿瘍による敗血症に加え，長時間の入浴により末梢血管が拡張したことが合わさりショックをきたした可能性が考えた。感染症時の長時間の入浴は病態重症化の要因となりうると考える。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-1（E）

当局におけるブドウ糖投与の現状

○山下 明恵[1]，松村 和人[1]，植田 和孝[1]，峰松 大騎[1]
[1]佐賀広域消防局

【目的】低血糖症例に対しブドウ糖投与がもたらす有意性や現場活動における改善点抽出のため，静脈路確保の実施率や搬送先医療機関についての調査を実施。当局における傾向と今後の課題を抽出する。【対象と方法】消防OAシステムを使用。平成30年から令和5年における急病かつ搬送した事案において，低血糖症例を抽出する。【結果】静脈路確保実施率は，50%から87%の間で推移していた。静脈路確保の実施数と成功数には正の相関があり，実施数が増加すると成功数も増加していた。ブドウ糖投与に成功した場合は三次医療機関への搬送率は優位に低下していた。【考察】救急隊の判断又はMCの指示で搬送優先とした場合でも，約半数が搬送時間6分以上となっており，ブドウ糖投与が可能な事案であったと考える。うっ血なし及び確保困難であった11件は，救命士のスキル不足で生じた件数である。静脈路確保の実施数と成功数には正の相関があり，より積極的に静脈路確保にチャレンジして良いと考える。ブドウ糖投与に成功した場合，三次医療機関（かかりつけを除く）への搬送率は優位に低下していることから，不用意な三次医療機関の選定は避けることが出来ると考える。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-2（D）

救急外来での簡易血糖測定において偽高値を示した低血糖症の一例

○前原 悠希[1]，鈴木 慶[1]，布袋 紗瑛[1]，波多間 浩輔[1]，小林 靖孟[1]，田原 直樹[1]
[1]北部医療センター安佐市民病院

【背景】簡易血糖測定を行う際，穿刺部位の付着物質により血糖値が偽高値となる可能性が報告されている。【症例】80歳男性。2型糖尿病の既往あり，超速攻型インスリン製剤，エンパグリフロジン／リナグリプチン配合剤の処方歴があった。意識障害で家族より救急要請され，救急隊接触時JCS20，GCS9（E3V2M4）であり，救急救命士による簡易血糖測定で血糖値20mg/dL未満であった。静脈路確保・ブドウ糖溶液投与のMC指示があったが，困難であった。当院での簡易血糖測定は血糖値240mg/dLであり，再検も330mg/dLであった。意識障害の原因検索目的に頭部CTを撮像したが，異常所見を認めなかった。CT後に静脈血液ガス分析の結果が判明し，血糖値23mg/dLであった。50%ブドウ糖溶液を静脈内投与し，GCS15に速やかに改善したため，意識障害の原因は低血糖昏睡と判断した。【考察】本症例の患者はSGLT2阻害薬を内服しており，糖を多量に含んだ尿が手に付着していたことで簡易血糖測定において偽高値となったと推測された。【結語】手指に付着した尿糖により簡易血糖測定での血糖値が偽高値となった一例を経験した。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-3（D）

スーパー母体搬送された前皮神経絞扼症候群の１例

○深見 彩音[1]，井上 元[1]，安井 理[2]，森 ちひろ[1]，町田 麻美[1]，広瀬 大輝[1]，島田 拓哉[1]，菊池 一樹[1]，昼間 楓[1]，鈴木 恵輔[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座，[2]昭和医科大学 医学部 産婦人科学講座

【背景】前皮神経絞扼症候群（ACNES）は，肋間神経前皮枝が腹直筋外側縁で絞扼されることで生じる腹痛である。救急外来における有病率は約2%とされるが，認知度が低く，過小診断される傾向にある。【症例】10代女性，ベトナム人。妊娠13週4日。既往歴なし。搬送当日に増悪する下腹部痛を主訴に救急要請。母体救命搬送システム（スーパー母体）適応となり当院救命センターへ搬送された。【経過】来院時，右下腹部～側腹部にかけての痛みを訴えていた。経腟超音波検査で異常は認めず，胎児心拍も良好であった。採血・骨盤MRI検査でも明らかな異常所見を認めなかった。再度詳細な身体診察で右下腹部に限局する疼痛とCarnett's徴候陽性のため，ACNESを疑った。診断的治療として1%キシロカインによるトリガーポイント注射で症状は著明に改善し，帰宅となった。【結論】スーパー母体搬送例においても，重症疾患の除外後は丁寧な身体診察により，ACNESなど腹壁疾患の可能性を考慮する必要がある。また救急科に限らず，産婦人科など腹痛診療に携わる全診療科においてACNESの認識と適切な身体診察の重要性を示唆している1例であった。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-4（D）

HELLP症候群に肝被膜下血腫を合併し出血性ショックに至った１例

○内田 小祐貴[1]，井上 樹里[2]，末吉 孝一郎[2]，岡本 健[2]
[1]順天堂大学医学部附属浦安病院 臨床研修センター，[2]順天堂大学医学部附属浦安病院 救急診療科

【症例】20代の初産婦。妊娠36週1日の妊婦健診で下腿浮腫および尿蛋白を認めたため家庭血圧測定を開始したが，同日の夜間に突然の上腹部痛と嘔吐のため当院へ救急搬送された。搬送時は血圧155／88mmHgと上昇あり，上腹部の強い疼痛を認めた。血液検査で肝逸脱酵素上昇や軽度血小板減少を認め，HELLP症候群を疑い緊急帝王切開を施行した。術後2～3時間後より血圧低下傾向あり輸液負荷されていたが，その後shock index：2.0程度まで悪化し，経腹エコーで腹腔内出血が疑われたため緊急開腹術を施行した。再開腹時，子宮破裂や創部出血はなく，肝表面から持続性の出血を認めた。輸血による凝固能の改善や循環動態安定まで肝臓をガーゼ圧迫し，その後出血部位の凝固止血を行い手術終了した。術後は挿管帰室となったが，POD 3に抜管，POD 13に退院となった。【考察】HELLP症候群は妊娠後期～産褥期にみられる重篤な妊産婦救急疾患であり，そのうち1%以下に肝被膜下血腫を合併することが報告されている。非産科的症状を呈することも多いため救急診療の観点からも適切な認識が必要と考えられ，若干の文献考察を加えて報告する。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-5（D）

高マグネシウム血症により徐脈をきたした一例

○齋藤 慶弥[1]，小里 大基[2]，野村 克樹[3]，川崎 俊也[3]，大森 教成[3]，説田 守道[3]
[1]伊勢赤十字病院 初期研修医，[2]伊勢赤十字病院 腎臓内科，[3]伊勢赤十字病院 救急部

【症例】97歳女性。全身倦怠感と呼吸困難を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査ではカリウム高値（K：5.9mEq/L），マグネシウム高値（Mg：6.0mg/dl），腎機能低下（Cre：4.82mg/dl）を認めた。心電図検査では心拍数36回／分と洞性徐脈を認めた。慢性腎臓病の既往があるが，便秘に対して酸化マグネシウム330mgを1日2回内服されていた。胸部Xpでは両側の胸水貯留や心拡大を認めた。3か月前にもカリウム高値（K：8.1mEq/L）による徐脈で入院し，その際はGlucose-Insulin療法，体外式ペースメーカーの留置，持続血液濾過透析を施行していた。今回も入院の上，体外式ペースメーカーを留置し，フロセミドおよびカルペリチドを投与した。薬剤投与後も利尿が得られず，マグネシウムを低下させることも考慮し持続血液濾過透析を行った。その後はマグネシウム・腎機能ともに改善し，徐脈も改善したため，第30病日にリハビリ目的で転院となった。【考察】救急外来において高カリウム血症による徐脈はしばしば経験するが，腎不全患者の場合，高マグネシウム血症による徐脈も重要である。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-6（D）

低リン血症により急性症候性発作を来たした１症例

○下崎 優花[1,2]，山荷 大貴[1,2]，宮本 和幸[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，島田 拓哉[1,2]，栗原 茉莉子[1,2]，髙安 弘美[1,2]，中島 靖浩[1,2]，土肥 謙二[1]，林 宗貴[1,2]
[1]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座，[2]昭和医科大学藤が丘病院 救命救急科

【背景】低リン（P）血症は無症候性で発見されることが多いが，重症例では筋力低下，呼吸筋機能低下，けいれんを含む神経症状等を呈することが知られている。今回，低P血症により急性症候性発作を来した1症例を経験したので報告する。【症例】52歳，女性【経過】既往に片頭痛があり，当日は頭痛症状の訴えがあった。その後，トイレで意識のない状態で発見され，当院に救急搬送された。来院後に全身強直性けいれんを認め，ジアゼパム投与を行い，徐々に意識は改善した。頭部CT，頭部MRI，髄液検査を施行したが有意所見は認めなかった。採血検査で血清P　1.8mg／dLと低値であり，除外診断の結果，低P血症による急性症候性発作と診断した。P補正を行い，その後けいれん発作なく経過した。後日施行した脳波検査では明らかなてんかん波は認めず，自宅退院となった。【考察】一般的に低P血症によるけいれんは1.0mg／dL以下の重症例で認められ，中等症でのけいれんは非常に稀である。片頭痛とてんかんの関連については以前より指摘されており，本症例のようにけいれんリスクの高い患者においては中等症の低P血症でもけいれんの原因となる可能性がある。

様々な内因性疾患・病態
演題番号　O13-7（D）

高齢者における粘液水腫昏睡の一例

○宮内 蓮[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救急科

【背景】粘液水腫性昏睡は，甲状腺機能低下症が基礎にあり，重度の甲状腺ホルモン欠乏に由来する低体温・呼吸不全・循環不全などが中枢神経系の機能障害をきたす病態である。高齢者では非特異的な症状が多く，診断が遅れることがある。【症例提示】80代女性が1ヶ月前から体調不良とADL低下を呈し，前日から水分摂取困難となり救急搬送された。入院時，心拍数54／分，血圧129／65mmHg，直腸温32.8℃，意識レベルGCS E2V3M6，両下腿浮腫，見当識障害，四肢脱力を認めた。CTでは頭蓋内に明らかな異常はなく，少量の心嚢液貯留を認めた。血液検査では，TSH92.1 μIU/mL，freeT40.7ng/mLであった。復温と補液管理を行い，甲状腺機能低下症による粘液水腫性昏睡が疑われたため，まずはステロイドの補充療法を開始し，レボチロキシンナトリウムを開始した。その後循環動態は改善し，一般病棟へ移動した。【まとめ】粘液水腫性昏睡は救急外来にてしばしば低体温・意識障害を主訴に来院し血液検査により甲状腺機能を早期に評価しなければ発見が遅れることとなる。常に鑑別として挙げ，治療では慎重な甲状腺ホルモン補充が治療の鍵となる。

災害・災害トリアージ１
演題番号　O14-1（P）

石川県輪島市における令和６年能登半島地震後の薬剤提供状況と課題：薬局薬剤師に対するインタビュー調査

○西田 祥啓[1]，荒川 希美[1]
[1]金沢医科大学病院 薬剤部

【背景】令和6年能登半島地震発災後の薬剤提供状況を把握し，課題を認識するためにインタビュー調査を実施した。【方法】令和7年1月～2月に輪島市の7つの薬局の管理薬剤師を対象に，半構造化インタビュー形式の聞き取り調査を行った。テーマは，患者の被災・来局状況，被災後の調剤状況・薬局の状況・薬剤師の活動状況，お薬手帳の普及状況，薬機法第49条第1項の例外規定とした。ベレルソンの内容分析を行い，現状と課題を抽出した。【結果】現状は，震災後の処方傾向の変化，震災後の処方傾向は不変，例外規定による調剤の実施の3カテゴリー，課題は，震災後の患者数変化のばらつき，避難による薬剤・調剤形式の変更，調剤能力へのライフライン・設備の影響，納品困難時における調剤の工夫の必要性，早期営業再開のための支援の必要性，事務員支援の必要性，音信不通の従業員の存在，災害時に有用な電子お薬手帳の低普及率，高普及率の紙お薬手帳の紛失などの10カテゴリーに分類された。【結論】災害への備えとして，薬局の早期営業再開に向けた支援体制の構築，薬局機能維持のためのBCP整備，従業員安否確認システムの構築，電子お薬手帳の普及が望まれる。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-2（P）

都市型災害における薬剤師が担うロジスティクスの有用性の評価

○藤條 拓[1,2]，今井 徹[1,2]，岩渕 聡[1,2]，澤村 順哉[1,2]，桑名 司[1,3]，山口 順子[1,3]，櫻井 淳[1,3]，木下 浩作[1,3]，大塚 進[1,2]
[1]日本大学医学部附属板橋病院，[2]薬剤部，[3]救急集中治療医学分野

【諸言】自然災害における薬剤師のロジスティクスの役割は，様々な報告により一定の評価が確立されている。一方，交通事故などの都市型災害における薬剤師の役割は明確になっていない。日本大学医学部附属板橋病院（以下，当院）では，東京DMATに薬剤師が参画し，医師や看護師と平時から共に出動している。本研究では，都市型災害における薬剤師のロジスティクスの有用性について評価した。【方法】2025年2月1日から8日の期間に，当院に勤務する東京DMAT隊員の医師および看護師を対象としてアンケート調査を実施した。【結果】アンケートの回収率は14人中11人（78.6%）であった。薬剤師との出動経験を有する医療スタッフは10名（90.9%）であった。医薬品管理にストレスを感じると答えた者のうち，薬剤師との出動によりストレスが軽減されたと回答した者は6人中5人（83.3%）であり，医師や看護師ともに負担が軽減されることが明らかとなった。【考察】東京DMATにおいて都市型災害への薬剤師の参画は，医薬品管理業務の一任により医師と看護師の患者診療への専念を可能とし，チーム活動のパフォーマンス向上に寄与すると考えられる。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-3（E）

令和６年能登半島地震における能登中部保健医療福祉調整本部の役割と対応

○大山 凌治[1]，豊國 義樹[1]，増留 流輝[1]，矢嶋 祐一[1]，近藤 久禎[1]
[1]国立病院機構本部DMAT事務局

【背景】2024年1月1日，M7.6の地震が発生し，能登地方で最大震度7を観測。当初，本部は能登半島全域を担当していたが，1月18日に能登中部保健医療福祉調整本部として移転し，能登中部保健所圏域を主に担当した。【目的】本震災対応を振り返り，病院・福祉施設・避難所支援の課題を整理し，今後の救急医療体制の強化に活かす。【方法】活動を病院支援・福祉施設支援・避難所支援に分類し，現状と支援のあり方について検討した。【結果】病院支援：医療機関の被災状況を把握し，リスト化して復興支援を実施。福祉施設支援：施設の被災状況の確認に時間を要し，入所者の継続的な医療提供が課題。避難所支援：環境整備と避難者の不安軽減を支援チームへ指示。【考察】災害時の病院前救急に対する支援方法を平時より共有しておく必要がある。今後は，医療調整本部機能及び保健福祉分野への支援方法の本部での体制のさらなる強化が必要である。【結論】本災害対応の経験を活かし，救急医療体制の充実と災害時の医療支援強化に向けた学術的提言を推進する。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-4（D）

普段の活動が災害時に機能する。～初動における顔の見える関係の重要性～

○吉田 隆浩[1]，畑田 剛[2]，名知 祥[3]，八十川 雄図[4]
[1]岐阜大学医学部付属病院，[2]桑名市総合医療センター，[3]JA岐阜厚生連中濃厚生病院，[4]松波総合病院

【はじめに】小生は2007からの古のDMAT隊員である。能登地震まで，技能維持を主戦場とした隊員であった。ただ，災害教育や医療支援を通じて多くの仲間がおり，輪島病院での初動にはそのコアメンバーが携わった。災害初動時の阿吽の関係性が実訓練なしでも機能したので報告する。【病院着まで】発災翌日の1／2朝に自施設をそれぞれが出発，その日は能登中部か金沢の活動拠点本部まで到着するのがやっとであった。1／3未明に小生が普段の関係性と特性を考慮した役割分担をもとに隊編成を施行した。1／3朝，市立輪島病院には，ヘリで先遣隊として金沢から派遣された医師がおり，情報提供をいただいた。重傷者リスト作成を必須として依頼，移動開始後早々に不感地帯となり，移動もコンボイ形式で市立輪島病院へ到着した。【病院到着後】日没前に重症者搬送を行うべく，本部立ち上げ，搬送計画を並行で行っていった。搬送隊は自施設の許可とチーム分断計画を，残留組は現状分析の上翌日以降の計画を迅速に行った。【結果と考察】多少のリスト再編はあったものの上策に成功，ここには普段からの関係性と阿吽，上位本部の寛容がなければなしえないものであった。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-5（N）

救急外来の看護師と救急救命士が連携して取り組む災害への備えについて ～部署から病院全体へつなげる，災害対策のアウトカム～

○長江 佳鈴[1,4]，邨次 洋子[1,4]，山田 君代[1,4]，宮坂 恒輝[2,4]，世一 華帆[2,4]，平田 誠[2,4]，吉永 雄一[3,4]，杉原 多可子[1,5]，渡邉 太郎[5]
[1]関西メディカル病院 看護部，[2]関西メディカル病院 EMT科，[3]関西メディカル病院 救急集中治療部，[4]関西メディカル病院 ERセンター，[5]社会医療法人純幸会 関西メディカル病院

当院は2016年開設の二次救急医療機関で旧病院から救急医療に注力しており，2024年は約9000件の救急搬送を受け入れた。地域医療支援病院であり，災害時にも速やかな救急医療体制の維持が求められるが，災害対策委員会やBCPマニュアルは2021年に運用開始したばかりで未だ発展途上である。そこで，救急外来として災害時の役割や問題点を抽出し，発災時に初動の中核をなす看護師と救急救命士の連携から災害対策の質向上に向けた取り組みを部署内で開始した。ひとつは部署単独での災害初動訓練であり，連携のタイミングやアクションカードの見直し，重複するタスクの整理などを行った。もうひとつが災害トリアージ研修の整備で，日常から救急トリアージに慣れた救急外来看護師が「START法」に関する教育動画を作成し，視聴と演習，試験からなる研修を行った。災害対策は病院全体での訓練や取り組みが必要なのは当然だが，頻回の全体訓練や全部署で足並みをそろえた取り組みの実施は容易でない。今回，救急外来で行った取り組みの成果や，これを他部署や委員会に共有し，病院全体の災害対策のアウトカム向上につなげようという今後の展望について報告する。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-6（D）

災害時における病院機能維持と在宅医療の継続を念頭においたBCP策定について

○三村 誠二[1]
[1]国立病院機構本部DMAT事務局

【はじめに】医療施設におけるBCP（業務継続計画：Business Continuity Plan）は，策定後の改訂が問題となり，未策定の施設にとっては策定自体がハードルの高いものとなっている。特に病院の機能維持，また通院・在宅患者への対応について有効なBCPを策定できている施設は多くない。【目的・方法】能登半島地震においては，病院避難，籠城，ダウンサイジングなど様々な対応が行われた。これらの事例を検討および地域BCPの現状を調査し，災害時の病院機能維持，在宅患者への対応についてのBCP, BCM（事業継続マネジメント：Business Continuity Management）の在り方を検討する。【検討課題】具体的なライフラインの維持，復旧，受援対策の記載，早期復旧のための業者との協定の有無，BCMによる施設や地域のロバスト・レジリエンスの向上，また在宅患者への対応，在宅・地域BCPとの連携についても検討する必要がある。【今後にむけて】今後，各施設のBCPから，地域BCP・地域連携BCP・BCMへの展開が期待される。

災害・災害トリアージ1
演題番号　O14-7（D）

倒壊建物の狭隘空間における医療活動（CSM）の研修コースの開発

○阪本 太吾[1,2]，加古 嘉信[3]，久野 将宗[1,2]，横堀 將司[2]
[1]日本医科大学多摩永山病院，[2]日本医科大学 救急医学教室，[3]上武大学 ビジネス情報学部

阪神・淡路大震災以降，倒壊建物における救助・医療活動の重要性が明らかになった。しかし，狭隘空間での医療について実戦的訓練を推進するための環境は十分に整備されてきていない。そこで本研究では，過去の災害事例を科学的に分析した結果を元に，より実践的な現場を想定した訓練を安全かつ体系的・効果的に展開可能とする訓練を開発している。地域の消防団，消防職員向けの試行コースを経て，災害医療従事者に特化した実践的なコースを行った効果と課題をを報告する。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-1（R）

原子力災害を含む複合災害時の情報共有・情報管理のあり方について
～令和6年度愛媛県原子力防災訓練より～

○渡辺 真由美[1]，馬越 健介[2]
[1]愛媛県立新居浜病院，[2]愛媛県立中央病院

【はじめに】愛媛県では大規模地震等の災害時には，医療救護活動要領に基づき，原子力災害時には，愛媛県原子力災害医療実施要領に基づき医療活動を行うよう定めている。【訓練概要】令和6年度の愛媛県原子力防災訓練において，大規模地震の発生に伴い，県災害医療対策部では愛媛県DMAT調整本部を設置し，DMATの派遣要請を行った。更に放射線事故が起こった想定で，傷病者の原子力災害拠点病院等への受け入れ調整及び広島大学放射線災害医療総合支援センターに原子力災害医療派遣チーム（以下，派遣チーム）の出動調整を依頼し，島根県・鳥取県に対し派遣要請を行った。【考察】一般災害と原子力災害との複合災害では，県災害医療対策部にて情報を一元管理することで全体像の把握と組織の統制が可能となる。一般災害と原子力災害では本部体制は元より報告システムや情報共有ツールも異なるため，情報の混乱が生じやすい。派遣先である原子力災害拠点病院と支援に入る派遣チームとが情報共有ができる体制を整えることで，スムーズな支援・受援体制に繋がる。【結語】原子力災害を含む複合災害時における情報共有・情報管理のあり方について，今後も検討を重ねたい。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-2（P）

DMAT実働訓練を活用した院内防災訓練の実施と派遣DMATとの連携

○吉川 博[1]，小澤 智紀[1]，福島 隆宏[1]，太田 浩平[2]，廣橋 伸之[3]，志馬 伸朗[2]
[1]広島大学病院 薬剤部，[2]広島大学大学院 救急集中治療医学，[3]広島大学 原爆放射線医科学研究所 放射線災害医療開発研究分野

2024年中国地区DMAT実動訓練において，当院はDMAT活動拠点本部（以下，活拠本部）に指定された。これを契機に，同日に院内防災訓練を実施することで，院内災害対策本部（以下，院内本部）と活拠本部の連携を検証した。両本部を同一フロアに設置し，両本部の統括に当院DMAT隊員を配置した。院内本部は，多数傷病者を受け入れるため，入院患者の退院や広域搬送を想定した対応計画を策定した。活拠本部より派遣されたDMAT3チームが院内本部へ配置され，情報分析と搬送調整を担当した。院内本部の統括として当院DMAT隊員を配置したことで，派遣DMATの受け入れが円滑に進み，院外への患者搬送も協働して運用できた。また，院内防災訓練参加者は派遣DMATの院内での活動を間近で経験できた。一方，派遣DMATの院内情報収集には時間を要し，情報共有の効率化の課題が明らかとなった。災害拠点本部として日常的にDMATおよび活拠本部との連携を想定した訓練の必要性が示唆された。派遣DMATが迅速に院内情報を把握できる情報共有システムの構築が今後の課題である。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-3（P）

十勝岳噴火総合防災訓練への医療チームとしての参画 ～『泥流地帯』に備えて～

○多地 貴則[1]
[1]旭川赤十字病院

北海道の中央部に位置する十勝岳は上川管内の美瑛町・上富良野町，十勝管内の新得町にまたがる標高2,077mの活火山であり，過去に噴火を繰り返し大きな災害を記録してきた。なかでも，1926年（大正15年）の噴火では融雪型泥流が問題となり144名の死亡者を出している。十勝岳火山防災協議会により十勝岳火山避難計画が作成されており，その中の医療活動として災害派遣医療チームの派遣要請についても記載されているが，同協議会により開催されている十勝岳噴火総合防災訓練へ近年医療機関の参加はなかった。令和5年度より同訓練へ旭川赤十字病院よりDMATとして参加することとなったのでその活動内容について報告する。事前の想定ではハザードマップ上火砕流・火災サージ到達範囲内に現場救護所を設置しそこへ医療チームを派遣する計画となっていたが，安全管理上問題があると判断された。そこで，まずは現地合同本部に医療としての参加が必要と考え本部内での活動を主として訓練に参加した。令和6年度も引き続き同訓練に旭川赤十字病院の他，大学病院からもDMATが参加することが決まっており当日はその内容についても報告したい。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-4（E）

多数傷病者訓練で見えたトリアージタッグ記載に関する課題 ～トリアージタッグ記載項目ごとの評価～

○柳井 敦吏[1]，神田 貴秀[1]，岡田 剛司[1]，安藤 厚[1]，大石 奨[1]
[1]豊田市消防本部

【はじめに】多数傷病者発生時の適切な評価と搬送には，トリアージタッグ（以下タッグ）の正しい記載がなくてはならない。【目的】災害現場でタッグを有効に活用するため，訓練で作成されたタッグの記載内容を評価して適切な記載のための改善策を見出す。【対象と方法】記載の事前練習は実施せず，豊田スタジアムで群衆雪崩を想定したトリアージ訓練を行った。その際に消防職員が作成したタッグの記載内容について，項目ごとに正確性を評価する。【結果】作成されたタッグ49枚のうち各項目の正確性は，番号94%，氏名51%，トリアージ実施月日80%，トリアージ実施者67%，収容医療機関名55%，トリアージ実施場所69%，トリアージ実施者資格47%，トリアージ区分丸印あり59%であった。記載不明瞭は未記載とした。【考察】正確性が高いものは事前記載できる項目，低いものはトリアージ実施中にしか記載できない項目であると推定する。作成されたタッグの記載者資格や記載内容をさらに分析し，消防職員一人ひとりに順応した教育プログラムを策定する必要がある。【結語】効果的かつ効率的なタッグ記載の教育訓練を継続していくことが重要である。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-5（C）

災害拠点病院の放射線診断部門の設備機器の稼働状況に関する基礎的調査研究

○江川 香奈[1]
[1]日本大学

【背景・目的】災害拠点病院では，災害後の診療活動の継続を考慮し，停電が起きた際は，自家発電装置を稼働させ，限られた電力を勘案し，放射線診断部門の設備機器の稼働台数を制限して運用する施設が散見される。そこで本研究では，今後の災害時に対応可能な施設設計における知見を得るために，災害時の設備機器の稼働可能状況を把握する調査研究を行った。【対象・方法】全国の災害拠点病院770施設に対し，X線一般撮影室，CT撮影室，MRI検査室，血管造影室の現状の設置室数と停電時の自家発電装置を使用した際の，稼働室数に関するアンケート調査を2024年3月から6月に実施し，結果を集計した。有効回答率は7.1%（55施設）であった。【結果】X線一般撮影室，CT撮影室，MRI検査室，血管造影室ともに稼働率が50%台以下である施設が半数を超えた。一方でCT撮影室，MRI検査室，血管造影室において，停電時に稼働室数に制限をしない施設は3割程度みられた。【結論】災害時の稼働室数の制限状況の概要を把握できた。今後，想定されている受け入れ態勢とともに，望ましい稼動可能室数を明らかにする必要があると考えられた。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-6（P）

令和6年能登半島地震における大阪DPATの本部支援業務とその課題

○藤江 直輝[1]
[1]大阪府立病院機構大阪精神医療センター

【背景】災害派遣精神医療チーム（DPAT）は，発災直後に先遣隊を派遣し，被災地における本部業務支援や情報収集を中心とした精神保健医療活動を行う。令和6年能登半島地震において，大阪精神医療センター（以下，当センター）は，大阪府の依頼を受け，DPAT先遣隊を派遣した。【目的】当センターDPAT先遣隊が，石川県DPAT調整本部および公立能登総合病院DPAT活動拠点本部で実施した支援活動を振り返り，そこで生じた課題を明らかにする。【方法】能登半島地震における派遣活動の記録をもとに，本部支援業務の内容を整理し，課題を抽出した。【結果】当センターのDPAT先遣隊第1隊として，医師1名，看護師2名，業務調整員1名の計4名を派遣。うち2名は実災害派遣の経験がなかった。調整本部および活動拠点本部では，主にロジ業務の支援を行い，記録・連絡業務や本部の現状分析と課題の抽出に多くの労力を費やした。【考察】本部支援業務はロジ業務が中心となるため，職種を越えた支援活動が不可欠である。今後，DPAT本部支援業務に特化した訓練や研修を実施することで，より円滑な支援活動が可能となると考えられる。

災害・災害トリアージ2
演題番号　O15-7（D）

国際災害医療チーム受援に関する研究と実働訓練

○大場 次郎[1,2]，千島 佳也子[1]，豊國 義樹[1]，若井 聡智[1]，小井土 雄一[1]
[1]DMAT事務局，[2]順天堂大学 医学部

国際災害医療チーム受援標準業務手順書は，日米DMATが合同開発し，厚生労働行政推進調査事業の「国際災害医療チームの受援に関する研究」の成果として作成された。本研究は，地域の実情に応じた災害医療提供体制の構築と，大規模災害時の地域連携強化を目的とする。研究の一環として，2025年2月24日～28日に静岡県の協力の下，実災害を想定した受援訓練を実施した。訓練では，大規模地震発生時に国際災害医療チームが来日し，医療活動を行う場面を再現し，チーム展開，患者受入れ，医療対応，患者搬出を検証した。静岡空港付近にテントを展開し，静岡DMATと台湾・オーストラリアの国際医療チームが模擬診療を実施した。米国，国内NGO，厚労省，外務省，JICA，日本国際緊急援助隊，ASEAN地域の災害関係者が評価を行い，研究成果の実装可能性と課題を分析した。本訓練の知見をもとに手順書を改訂し，日本の大規模災害対応能力向上に寄与する。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-1（E）

病院前救護における有機溶剤中毒傷病者のドクターヘリ搬送症例を経験して

○河中 拓郎[1,2]，川岸 利臣[3]，渕上 貴正[3]，土井 智章[4,5]
[1]加賀市消防本部 大聖寺分署，[2]富山大学大学院 総合医薬学研究科 総合医薬学専攻 先端医科学プログラム 救急医学講座，[3]富山大学附属病院 災害・救命センター特命診療助手，[4]富山大学学術研究部医学系 医学部 救急医学講座 教授，[5]富山大学附属病院 災害・救命センター長

【背景】有機溶剤による中毒症例をヘリコプターで搬送する際は，室内が狭く，換気が不十分なため，パイロットらに対して二次被害を及ぼす可能性が示唆されている。【概要】70歳代　男性。屋外でペンキ塗装作業中に体調不良を訴え救急要請。現場は空気が滞留しやすい環境であった。現着時，強いシンナー臭を確認し，症状や作業環境から有機溶剤による重症中毒と判断した。本医療圏では重症中毒は対応困難と判断し，早期医療者介入を目的にドクターヘリを要請した。ドッキングまでタイムラグが生じたため直近二次医療機関へ一次収容，二次被害防止処置（除染）を行いドクターヘリで三次医療機関へ搬送された。【考察】有機溶剤による中毒は，安全面の観点からドクターヘリによる搬送は議論の余地がある。本症例は医療圏の事情を考慮し，早期医療資源投入という目的でドクターヘリを要請した。二次被害防止処置を徹底したことで搬送手段としてもドクターヘリを活用できたことで，重症中毒への医療介入が迅速かつ適切に行えたと考える。【結語】有機溶剤中毒など二次被害のリスクがある場合のドクターヘリ要請の是非に関して，本症例の検証とともに文献的考察を加えて報告する。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-2（P）

若年者における一般用医薬品過量服薬の救急対応に関与した1例

○西 正浩[1]
[1]くまもと県北病院

【症例】10代の男性，パブロンゴールドA®210錠，エスタック総合感冒®100錠，新ルル-A錠S®100錠内服後数回嘔吐あり救急搬送。【経過】1時30分薬剤過量服薬患者搬入の連絡あり，自ら家族より服用薬剤・時間等聴取。服薬予想時刻は●時，空き箱と瓶より対象薬剤及び服薬量推測。成分を調査アセトアミノフェンとして最大4100mgの大量服用可能性あり主治医に血中濃度測定提案。測定せず経過観察の指示。同日朝病棟で中毒症状等必要事項を共有。翌日血液検査でAST・ALT軽度上昇その他基準値内，また自ら聴取で心窩部痛・胃痛訴えあり胃腸障害発現も考え主治医に相談。強力ネオミノファーゲンシーP静注20mL・ファモチジン注40mg／日を4日間投与指示。その後AST・ALT横ばい，症状軽減し4日目退院。【考察・結語】今回は血中濃度測定を行わなかったが，症状聴取を行い，中毒症状等について他職種と情報共有し適切に対応できたと考える。今回の症例はアセトアミノフェン推定服薬量が致死量以上であったことより，再度医師等と検討し血中濃度測定やアセチルシステインの使用等について協議し今後につなげていく必要があると考える。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-3（D）

医薬品中毒における病院前情報による集中治療の予測因子の検討

○高橋 哲也[1]
[1]横浜市立みなと赤十字病院 救命救急センター

【目的】医薬品中毒において病院前情報から集中治療の必要性を予測すること。【方法】2009年4月1日から11年間に当院に入院した医薬品中毒症例のうち，人工呼吸器や昇圧剤などの機械や薬剤を用いて集中治療を行った群（集中治療群）と維持量の輸液や酸素投与で経過観察した群（経過観察群）の比較検討を行った。【結果】調査期間中の全中毒症例は1506例で，このうち医薬品中毒は1001例であった。入院となった444例のうち，集中治療群は52例で，経過観察群392例と比較し男性の割合（30.7% vs17.9%，$p < 0.05$）で有意差を認めた。ICU滞在期間は3.7 ± 2.6日で，必要となった治療は人工呼吸管理単独が25例で最多で，ショックと合わせて人工呼吸管理を施行されたものは7例であった。人工呼吸管理期間は3.1 ± 2.1日であった。集中治療を要する服薬錠数の至適カットオフ値は86錠であった。ロジスティック回帰分析では年齢（≧40歳），男性，Japan Coma Scale Ⅲ桁，三・四環系抗うつ薬やフェノチアジン・バルビタール配合剤の服薬が集中治療の独立した予測因子であった。【結語】集中治療群は経過観察群と比較し男性の割合が多かった。医薬品中毒では，病院前情報から集中治療の必要性を予測できる可能性がある。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-4（D）

アセトアミノフェン中毒の2例と診療における新しい知見

○千代 孝夫[1]，朱 海[1]，北澤 徹三[1]，片山 勇人[1]
[1]野崎徳洲会病院 救急センター

【目的】アセトアミノフェン中毒の2症例を続けて経験し軽快退院せしめた。診療にあたり改めて最近の知見を渉猟したところ新しい知見を得たためこれらを報告して会員と共有したい。【症例】1）35歳女性：縊頸を試みるも失敗，新ルルAゴールド45錠内服チューハイを飲み救急搬送，アセチルシスチン連続投与により軽快退院した，2）33歳女性：ルル80錠と飲酒して救急搬送，アセチルシスチン連続投与により軽快退院した。【知見】1）昨年中毒情報センター問い合わせ事例で，医薬品中毒での最多は鎮痛剤で670例，そのなかでアセトアミノフェン中毒が最多で275例，2）精神科医療施設に搬入された10代患者の服用薬で市販薬は2014年はゼロ件が近年56％と著増，3）予後不良の指標：クレアチニン2.6以上，高い昏睡度，低血糖，血小板減少，4）併用注意薬：アルコール，ワルファリン，INH，カルバマゼピン，これらでは服用量が少なくても肝障害を惹起する，5）本邦の死亡例21例のなかで11例は服用量6.4g以下と少量，など新しい情報があった。【結語】常に新知見の出現に留意して対応を誤らないようにすべきである。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-5（D）

血清コリンエステラーゼ低値に着目し中間症候群を早期に認識し得た有機リン中毒の一例

○白岡 裕毅[1,2]，森 仁志[1]，柏浦 正広[1]，福本 靖[2]，福島 純一[2]，石本 花織[2]，島 望[2]，井上 茂亮[2]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター，[2]和歌山県立医科大学附属病院

【背景】有機リン中毒はアセチルコリンが過剰となる重篤な疾患であり，一度軽快しても中間症候群による再増悪の可能性がある。特に高齢者では認知機能低下による意図しない摂取など，病歴からの診断は困難なことがある。【症例】認知症既往の72歳女性。X日に意識障害と刺激臭のある嘔吐物を主訴に当院救急外来を受診。血清コリンエステラーゼ（ChE）が8U/L（基準値201-421U/L）と低値で，有機リン中毒を疑いPAM投与・ICU管理を実施。後日，家族が農薬（スミチオン®）の減少に気付き，誤飲と判断された。X＋2日に血清ChEは測定感度以下となったが，全身状態は安定。X＋4日に2型呼吸不全を呈し，中間症候群による呼吸筋麻痺が疑われ，気管挿管・人工呼吸管理を施行。X＋9日に気管切開を実施したが，X＋17日には呼吸筋麻痺は改善し気管切開孔は閉鎖した。X＋36日に自宅退院した。【考察】血清ChEは偽ChEと赤血球ChEの区別ができないため，重症度評価には不向きだが，暴露の判断には有用である。本症例のように無症状でも血清ChE低値の場合は有機リン中毒を疑い，中間症候群の発症に留意し慎重に経過観察する必要がある。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-6（D）

用手経肛門的に摘出しえた性的玩具による直腸異物の2例

○宮崎 大[1]
[1]札幌東徳洲会病院

症例1は40代男性。普段から自慰目的に直腸に異物を挿入していた。性的玩具を直腸に挿入したところ取れなくなったため同日近医受診し肛門鏡にて摘出不能であったため当院外科紹介となった。CTで直腸からS状結腸にかけて直径4cm，長さ17cmの異物を認め，全身麻酔下に用手経肛門で異物を摘出した。経過観察入院とし翌日退院となった。症例2は38歳女性。性行為中に約20cmの性的玩具を肛門から挿入し取れなくなったため救急搬送された。CTで直腸からS状結腸にかけて直径3cm，長さ21cmの異物を認め，腹部正中に異物による振動を触知した。救急外来にて用手経肛門で異物を摘出し，経過観察入院を勧めたが拒否されたため摘出後のCTで異常が無いことを確認し帰宅とした。直腸異物は性的行為により挿入され摘出困難となり受診することが多く，低侵襲な経肛門的摘出が望ましいが，抜去困難例や腸管穿孔により開腹手術が必要になる場合もある。自験例も含めた本邦報告例について若干の文献的考察を加え報告する。

急性中毒・異物1
演題番号　O16-7（D）

カセットコンロガス（ブタン）吸入に伴う心室細動の1救命例から得た教訓

○長嶺 育弘[1]，森田 敏夫[1]，白尾 英仁[1]，落合 秀信[2]
[1]宮崎市郡医師会病院 救急科，[2]宮崎大学 医学部 病態解析医学講座 救急・災害医学分野

【はじめに】カセットコンロガス（ブタン）を吸入後に心室細動（VF）に至ったが，救急隊AEDにて自己心拍再開し蘇生管理後，社会復帰した1例を経験したため報告を行う。【症例】17歳，男性。友人とガス吸入中に，警察官から声をかけられ逃走しようとした際に卒倒し救急要請された。救急隊初期心電図VFであり，搬送までに除細動3回施行され，心拍再開後に当院搬送となった。来院時GCS E1，V1，M1，心停止時間22分であり，体温調節療法を行った。経過は良好であり，第13病日に独歩退院となった。【考察】ブタン吸入には，心筋感受性亢進に伴う不整脈誘発作用がある。今回，警察官の声かけと逃走動作が，より交感神経を亢進させVFを誘発したと考えられた。警察官は，卒倒後の死戦期呼吸を目撃していたが，救急隊到着までに蘇生処置はなかった。ガス吸入に伴う心停止のリスクとBy stander CPRの重要性を，取り締まる警察官にも周知する必要がある。【結語】ガス吸入に伴うVFに対して救急隊AEDが奏功し社会復帰した1例を経験した。発症予防・対応も重要であり医療者に限らず，取り締まる警察官にも情報共有は重要だと考える。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-1（D）

ジギタリス中毒による薬剤性めまいが疑われた一例

○松田 遵[1]，安部 敏生[1]，有元 秀樹[1]
[1]医誠会国際総合病院

【はじめに】薬物中毒と血中濃度は必ずしも相関せず，特に高齢者や腎不全患者などでは基準範囲内でも中毒症状を起こしうる。血中ジゴキシン濃度が1.5ng/ml以上では心外性のジギタリス中毒を起こす可能性がある。【症例】71歳男性，心房細動にてジギタリス内服中。歩行中に浮動性のめまいにて転倒し頭部打撲され当院へ搬送された。搬送前日から尿の排出が殆どなかった。診察上優位な神経症状を認めず，頭部CTでも特記所見はなかった。心電図では広範囲でST低下等を認め，採血では高度腎機能障害を認め，ジゴキシン血中濃度は1.5ng/mlであった。入院中に膀胱留置カテーテル挿入で尿の排出を認め腎機能も改善，めまい症状もそれに伴い消失，フォロー心電図ではST変化が改善した。【考察】めまいの鑑別は多岐にわたるが約13%が薬剤の影響であったとの報告もある。本症例では，腹部超音波で前立腺肥大症を認め，腎後性腎不全によりジギタリス中毒による薬剤性めまいを発症したものと考えられた。【結論】ジギタリス内服中の高齢者は腎後性腎不全からの中毒症状を起こす可能性があるため，めまい等の主訴にも中毒の影響を念頭に置く必要がある。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-2（P）

アセトアミノフェン中毒患者の肝障害に関する実態調査

○吉田 李菜[1]，門口 直仁[1]，西川 祐貴[1]，公文 登代[1]
[1]高知医療センター

【目的】近年一般用医薬品による薬物中毒が問題となっている。中でもアセトアミノフェン（以下，APAP）は重篤な肝障害を誘発することが知られている。今回，高知医療センター（以下，当院）に搬送されたAPAP中毒患者の肝障害発生状況について調査した。【方法】2014年4月から2024年3月までに当院へ搬送されたAPAP中毒患者を抽出した。調査項目は年齢，性別，肝障害の有無，APAPの推定摂取量，血中濃度，N－アセチルシステイン（以下，NAC）投与の有無等とした。【結果】調査期間におけるAPAP中毒患者は29例で，うち3例に肝障害を認めた。推定平均摂取量は5gで，NACが投与された例ではAPAP推定摂取量も多く薬剤師が全例介入していた。【考察】APAPの中毒量は一般的に150mg／kg以上とされているが，当院では肝障害3例のうち1例で中毒量以下の推定摂取量でも肝障害を起こしていた。またNACが投与された例ではAPAPの推定摂取量が多く薬剤師介入率も100%であり，適切なNAC投与が行われていた。今後はAPAPの推定摂取量に関わらず初期から薬剤師が積極的に介入し，中毒患者の予後に貢献していきたい。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-3（D）

異物自己注射により*Lactobacillus*属菌血症に至った1例

○難波 亮[1]，丹保 亜希仁[1]
[1]旭川医科大学病院 救急科

【背景】*Lactobacillus*属は病原性が低く，感染症の起因菌となることは稀である。異物静注により*Lactobacillus*属菌血症に至った1例を報告する。【症例】30代女性，うつ病にて近医通院中，身体的既往を持たない。自殺目的に乳酸菌飲料の自己静脈注射を行い前医へ搬送され，精査目的で当院へ転院となった。搬送時，体温36.8℃，両側上肢に複数の注射痕，皮膚の発赤・硬結を認めた。外環境での自己注射であることから，感染を懸念し，血液培養を採取し，入院管理とした。第2病日より38℃台の発熱を認め，経験的抗菌薬投与を開始した。第3病日に血液培養2セットでグラム陽性桿菌が陽性となり，第4病日に*Lactobacillus*属と同定された。感受性結果をもとに抗菌薬を選択し，治療継続した。第6病日に解熱が得られ，第14病日に退院とした。【考察／結語】乳酸菌飲料の静注による，発熱を伴う*Lactobacillus*属菌血症を経験した。正常の免疫状態であれば，感染症が重篤化する可能性は低いが，異種蛋白に対するアレルギー反応から全身性反応をきたす可能性がり，異物静注の治療においては留意する必要がある。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-4（D）

膀胱内異物（単三アルカリ乾電池）の一例

○富永 経一郎[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太郎[1]，波多野 裕理[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，柏浦 正広[1]，安田 英人[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

【症例】40代女性。知的障害があり常習的に尿道に電池を挿入していた。今回，普段より奥に電池が入り自身で取り出せなくなったため救急要請となった。来院時バイタルサインは安定しており下腹部膨満感はあったが腹膜刺激兆候は無かった。腹部echoでは膀胱内に同様の異物を確認。異物周囲にガス産生を伴った。アルカリ乾電池の化学反応による組織損傷が短時間で進行するため，迅速性を考慮しペアンを用いた経尿道的な摘出を選択。腹壁からの用手圧迫と組み合わせ比較的容易に電池を摘出する事が出来た。懸念された尿道の有害事象は出現しなかった。【考察】膀胱異物の症例は日常診療で比較的良く遭遇する。感染症や膀胱損傷など重篤な合併症を引き起こすため異物の除去が必要になるが，種類や形状，大きさによって対応法が異なる。アルカリ乾電池の場合，アルカリ液の漏出による腐食性障害や乾電池の化学反応で産生される水素ガスによる圧迫障害，持続的な放電による化学熱傷で膀胱損傷を早期に来すため迅速な対応が必要となる。今症例では電池の形状から経尿道的摘出が有効と考えられた。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-5（D）

維持透析患者に生じたメトホルミン関連脳症の1例

○青木 杏奈[1]，水 大介[1]，山下 純平[1]，宮本 将太[1]，東 秀律[1]
[1]大阪赤十字病院 救命救急センター

【背景】メトホルミンは糖尿病患者に広く処方されているが，腎機能低下患者にも意図せず処方されている例がある。よく知られた乳酸アシドーシスのほか，重篤な病態としてメトホルミン関連脳症も報告されている。【症例】糖尿病性腎症で維持透析中の44歳女性が前日からの全身脱力および呂律困難を主訴に救急搬送された。麻痺はなく，214／139mmHgと高血圧およびGCS E3V5M6の意識障害を認めた。血液検査ではpH 7.197，pCO2　29.1mmHg，HCO_3^-　11mmol/L，乳酸　12.42mmol/Lであった。頭部CTで両側大脳基底核に低吸収域，頭部MRIでlentiform fork signを認めた。約1ヶ月前よりメトホルミンが処方されており，メトホルミン関連乳酸アシドーシスおよび脳症と診断した。メトホルミンを中止，透析を施行し臨床症状および頭部MRI所見の異常は改善を認めた。歩行障害が残存したためリハビリ転院となった。【結語】メトホルミンは適切な処方がなされなければ重篤な病態を来しうる。腎機能障害のある糖尿病患者では処方薬に注意するとともに，メトホルミン関連脳症の特徴的な画像所見を知る必要がある。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-6（C）

義歯誤嚥による気道異物が見逃された意識障害患者の1例

○名知 ひかる[1,3]，若松 正樹[1]，川口 智則[2,3]，小倉 真司[3]
[1]朝日大学病院 麻酔科・歯科麻酔科，[2]朝日大学病院 循環器内科，[3]朝日大学 保健医療学部 救急救命学科

【緒言】意識障害患者は病歴聴取が困難であることから診断に難渋する場合がある。食事中に意識障害を起こし救急搬送された患者が当初はてんかんを疑われたが，後日のCT検査で義歯誤嚥による窒息が原因と判明した症例を経験したので報告する。【症例】78歳男性，既往は脳性麻痺，統合失調症。食事中の意識障害で救急搬送。来院時JCS30，MRIで病変認めず，てんかん疑いにて入院。入院時より食物残渣・白色痰を多量に吸引。体位により酸素化の低下あり。CRP高値のため第3病日全身CT施行し食道入口部に異物を確認。緊急EGD行い部分床義歯を視認するも回収できず，全身麻酔下にて硬性内視鏡下食道異物摘出術を施行した。【考察】高齢者では脳血管障害，神経疾患に起因する嚥下機能障害により誤嚥の危険因子を伴うが，自覚症状に乏しく放置されることもまれではない。気道異物として歯科関連異物は相当数を占め，本症例のような部分床義歯は金属クラスプ部が周囲組織に容易に嵌頓・穿孔を引き起こし摘出困難となる。異物摘出においては，3D-CTでの種類・形状の確認や，歯科を含めた関係各科が連携，協力して合併症を最小限にとどめることが必要である。

急性中毒・異物2
演題番号　O17-7（D）

法医学講座との連携で確定診断に至ったエチレングリコール中毒の1例

○西田 さと[1]，難波 亮[2,3]，奥田 勝博[3]，中嶋 駿介[2]，丹保 亜希仁[2]，清水 惠子[3]，岡田 基[2]
[1]旭川医科大学病院 卒後臨床研修センター，[2]旭川医科大学病院 救急科，[3]旭川医科大学 法医学講座

【背景】エチレングリコール（EG）中毒は稀であり，暴露状況が不明な場合は診断が困難となる。被疑薬不詳の急性中毒に対し，法医学講座と連携しEG中毒と確定診断した症例を報告する。【症例】60代男性。前医の救急外来で原因不明の意識障害および著明な代謝性アシドーシスを認め，精査目的で当院へ転院搬送された。搬送時JCS Ⅱ-20，血液検査でpH 7.39，HCO_3^-　12.0mEq/L，AG 34.0mEq/L，乳酸値　244mg/dL，Cre 1.96mg/dLとAG開大性代謝性アシドーシスおよび急性腎障害を認めた。被疑薬不詳の急性中毒として法医学講座に分析を依頼した。ICUで血液透析を実施，第2病日にJCS I-0，pH 7.46，HCO_3^-　27.7mEq/L，乳酸値　9mg/dLとなりICUを退室，第12病日に前医へ転院した。第3病日に保存検体からグリコール酸（GA）が検出されEG中毒と確定診断した。【考察／結語】EGの代謝産物であるGAが検出され確定診断に至った。臨床症状改善後の診断確定だったが，再発防止の観点から公衆衛生上有意義であった。法医学講座との連携は中毒診療の質の向上に寄与する可能性がある。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-1（D）

血液粘弾性評価が出血傾向の評価に有用であったアスピリン中毒の一例

○市川 優美[1]，横山 勇希[1]，澤田 悠輔[1]，大嶋 清宏[1]
[1]群馬大学医学部附属病院 救命救急センター

【症例】81歳女性。【既往歴】高血圧，直腸癌，不安定狭心症。【現病歴】訪問看護師が自宅内で嘔吐し意識の悪い本人を発見し，救急搬送された。自室内からは空の薬包が大量に発見され，バイアスピリン錠，クロピドグレル錠を含む処方薬の最大21日分を一度に服用したものと推定された。【経過】来院時GCS E1V1M1。気道，呼吸，循環は安定していた。採血で特記すべき異常を認めなかった。挿管，胃洗浄を実施し入院とした。来院約6時間後に少量の下血を認めた。採血では貧血，血小板減少は認めなかったが，抗血小板薬の過量内服による血小板機能低下を懸念し，ソノクロット®を用いて評価したところ，血小板機能（正常値1-2）は3.5と過剰であったため，輸血せず経過を見ることとした。その後下血は持続せず経過した。第5病日に上部消化管内視鏡で出血がないことを確認し食事と抗血小板薬を再開した。第13病日に退院した。【考察】ソノクロット®はごく少量の血液で血液粘弾性を評価できる機器である。本症例ではアスピリンが高用量になったため血小板凝集作用が発現したものと思われるが，血液粘弾性評価が診療に有用であったため報告する。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-2（D）

瞳孔散大・切迫心停止で搬送されたシアナミド－エタノール反応の一救命例

○宇佐美 柊斗[1]，麻喜 幹博[1]，鈴木 秀聖[1]，内田 香名[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院

症例は50代女性。帰宅時に昏睡状態の患者を発見した家人が救急要請した。患者は収縮期血圧50mmHg台のショック状態，瞳孔は散大し昏睡であったため三次救急搬送となった。来院時の血液ガスはpH　6.88，BE　－28.4と著明な代謝性アシドーシスであった。既往に精神疾患，アルコール依存症があり，抗酒薬を含む精神科薬の処方を確認した。数日前より飲食不能だった病歴と服薬内容から，重度の脱水状態に加え飲酒が関与したシアナミド－エタノール反応（CER）を考えた。気管挿管を行い大量輸液と昇圧剤投与でショックは離脱し瞳孔所見も改善した。酸・塩基平衡も翌日までに正常化し，抜管後に飲酒したことを本人から聴取した。シアナミドは，アルデヒド脱水素酵素阻害により飲酒時にアセトアルデヒドを体内に貯留させ頭痛や悪心等の不快症状を引き起こさせるCERの作用を持ち，アルコール依存症の治療薬として使用されている。しかし，アルコールの大量摂取による急激なCERは，アセトアルデヒドの血管拡張作用による血圧低下，ショックのような重篤な症状を引き起こすことがある。今回，CERの病態を早期に認知し治療できた一例を経験したので報告する。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-3（D）

薬物過量摂取に対して早期の上部消化管内視鏡での薬物除去が奏功した一例

○広瀬 大輝[1,2]，菊地 一樹[2]，榊原 真子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，高安 弘美[1,2]，宮本 和幸[1,2]，土肥 謙二[2]
[1]昭和医科大学藤が丘病院 救急科，[2]昭和医科大学病院 医学部 救急・災害医学講座

【緒言】薬物過量摂取では血液透析後に一過性に血中薬物濃度が低下しても細胞内から血液内への移行や腸管からの吸収遅延により再上昇することも多く，長期の持続透析が必要となる例もある。今回，早期の上部消化管内視鏡治療で薬物の一塊を除去し，早期に透析離脱し，良好な転帰を得られた症例を紹介する。【症例】30代男性。炭酸リチウム22400mgを過量摂取し，9時間後に意識障害を呈し救急搬送された。来院時のバイタルサインに異常はなかったがE3V4M5／GCSの意識障害と血中Li濃度3.1mEq/Lと上昇を認めた。腹部CTで胃内に薬物の一塊を認め胃洗浄行ったが吸引不能であった。血液透析で経過見ることも考慮したが症状の遷延や重症化のリスクを鑑みて内服から10時間後に内視鏡で薬物の一塊を除去し，持続的血液濾過透析を13時間行った。意識障害は改善し，血中Li濃度0.3mEq/Lと低下したことから第5病日に精神科病院へ転院した。【考察】本症例では腸管からの吸収遅延がなかったため短い期間で透析離脱できたと考えられる。画像所見で胃内に薬物の一塊を認めた際に早期の内視鏡は透析期間やICU滞在期間の短縮に有用かもしれない。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-4（E）

一酸化炭素中毒による意識障害の判断に苦慮し，救急隊員が酸素欠乏の環境下に晒された1例

○内田 宗暁[1]，石本 雄一朗[1]，城戸 智之[1]，高木 広之[1]
[1]福岡市消防局

一酸化炭素は無色無臭の気体であり，発生に気付かないまま中毒患者が発生してしまう危険な災害発生の要因の一つである。一酸化炭素中が発生する救急現場は，救急隊員も一酸化炭素に晒されるリスクがあり，非常に危険な状況である。一酸化炭素の発生に関する情報が乏しく，救急隊員が危険な環境下での活動を余儀なくされた症例を経験したので報告する。発生時間は7月の13時頃，発生場所は飲食店であった。通報内容は「60代男性，遠隔のカメラで見たらふらついて，熱中症のようだ。」という内容であった。現場到着時，ふらつきや頭痛を訴える傷病者が2名いることが判明し，店内に入るとさらに，もう1名気分不良を訴える傷病者を発見した。傷病者発生の原因は，熱中症ではなく，飲食店内のコンロの不完全燃焼による一酸化炭素の発生であった。救急隊員は，呼吸保護器具を車載しておらず，消防隊を救急現場に要請しない限り，呼吸器に代表されるような個人保護器具を着装した活動はできない。一酸化炭素発生の判断を困難にする要因について考察するとともに，救急現場において，救急隊の安全をいかに確保し，2次災害を防止するかについて知見とすることを目的とする。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-5（D）

柴胡加竜骨牡蛎湯による薬剤性間質性肺炎の1例

○近江 光[1]，栁澤 拓人[1]，石丸 安峻[1]，小幡 雄三[1]，宮田 秀平[1]，小川 博史[1]，井上 孝隆[1]，大谷 義孝[1]，根本 学[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

柴胡加竜骨牡蛎湯は漢方薬の1種で高血圧随伴症状や神経症，便秘などに効能がある。今回，柴胡加竜骨牡蛎湯による間質性肺炎が疑われた症例を経験したため報告する。【症例】60歳台男性。受診する10日程前から食欲低下，呼吸苦が出現したため，受診当日に救急要請されて近医へ救急搬送されて肺炎疑いで当院転送となった。前医CT検査で両側肺野背側優位すりガラス影が見られた。搬送される2ヶ月前から柴胡加竜骨牡蛎湯が開始されていることがわかり，漢方薬による薬剤性肺炎の疑いで集中治療管理開始し抗菌薬加療とステロイドパルス療法を開始した。第3病日に酸素化改善がなく気管挿管施行し，腹臥位療法開始となった。細菌・ウイルス抗原検査，抗核抗体は陰性であり，薬剤誘発性リンパ球刺激試験で柴胡加竜骨牡蛎湯が高値であったことから漢方薬による薬剤性肺炎と診断した。第10病日に抜管し，第31病日に転院となった。【結語】柴胡加竜骨牡蛎湯による薬剤性肺炎は症例報告がまだ少なく，本症例にように酸素化不良で人工呼吸器管理を要するような場合もある。漢方薬を処方する際には，薬剤性肺炎を念頭において使用することが必要である。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-6（D）

メトホルミン過量内服による乳酸アシドーシスに対し血液浄化療法にて救命し得た1例

○中尾 隆美[1]，岸本 真房[1]
[1]近畿大学奈良病院 第三次救命救急センター

【症例】50歳，男性。既往に糖尿病，うつ病があり自殺企図にてメトホルミンを含む複数薬剤を過量内服し，嘔吐を認め救急搬送された。【臨床経過】来院時，意識レベルJCS Ⅰ-1，血圧118／69mmhg，心拍数96bpm，SpO2　96％（室内気），呼吸数27／minであった。血液ガス分析では，pH 7.183，乳酸値　177mg/dLと重篤な乳酸アシドーシスを認めたため，重炭酸ナトリウムの投与を行った。。しかし，乳酸アシドーシスの進行を認めたため，来院4時間後にHDを6時間施行し，その後にHF-CHDを15時間施行した。第2病日，HDを6時間施行したところ，乳酸アシドーシスは改善した。第3病日，腎機能障害を認めたため，CHDFに変更し，尿量確保でき，乳酸アシドーシスの増悪なく経過した。CHDF終了後も乳酸アシドーシスの再燃なく，尿量確保できた。希死念慮が継続していたため第11病日に精神科病院へ転院となった。メトホルミンは低分子であり透析にて除去可能である。乳酸アシドーシスの改善が見られないときは迅速な診断およびその状況に応じた血液浄化療法のモダリティーを選択することが重要である。

急性中毒・異物3
演題番号　O18-7（P）

急性カフェイン中毒患者12症例の記述統計的分析

○松本 徳人[1]，新居 裕一郎[1]，涌嶋 伴之助[1]，吉岡 早戸[2]，本間 正人[2]，上田 敬博[2]
[1]鳥取大学医学部附属病院 薬剤部，[2]鳥取大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】当院ではカフェイン中毒が疑われる場合，薬剤部でカフェイン血中濃度を測定できる体制を構築している。【方法】急性カフェイン中毒と診断された12症例について，過剰摂取に至った経緯，原因薬物，摂取量，カフェイン血中濃度，臨床症状，治療内容を診療録から後方視的に調査した。【結果】カフェイン中毒はエナジードリンクやカフェイン錠剤の過量摂取が主因とされるが，今回の調査症例では全例自殺企図かつ総合感冒薬の過量摂取により急性カフェイン中毒に至っていた。12症例中9症例（75％）が30歳未満であった。2例は致死濃度（＞80 μ g/mL）に達していたが重篤な症状が出現することなく軽快した。また，血液浄化療法を施行した症例は認めなかった。【考察】本調査では全症例総合感冒薬に由来していた点が特徴的であった。総合感冒薬は種類が豊富なため薬の専門家である薬剤師による原因薬物や摂取量の確認が重要である。当院は迅速なカフェイン血中濃度測定が可能な体制を整えており，救急外来において他職種と綿密な連携のもと測定を行っている。今後も重篤な転帰をたどる可能性があるカフェイン中毒を見逃さないよう症例を重ねていきたい。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-1（E）

特定行為指示要請開始時間と関連因子の研究

○中村 哲久[1,2]，戸塚 武美[1]，植田 広樹[3]
[1]茨城西南広域消防本部，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所

【目的】アドレナリン早期投与のためには，特定行為指示要請の開始時間を短縮する必要があるが，その取り組みを記載している先行研究は見当たらない。そこで，特定行為指示要請開始時間に影響する因子を検討した。【方法】2019年から2024年に茨城西南広域消防本部管内で発生したOHCAのうち，アドレナリン投与事案を対象とした。特定行為指示要請に影響を与える可能性のある因子について，特定行為指示要請開始時間の中央値を算出し，求めた中央値を基準に短時間群と長時間群の2群に分けて比較検討した。【結果】年齢（AOR［95％ CI］，2.10［1.32-3.35］），医療機関問い合わせ回数（AOR［95％ CI］，2.12［1.44-3.11］），初期心電図波形ではVF／PVTと比較したPEA（AOR［95％ CI］，2.03［1.01-4.08］）Asytole（AOR［95％ CI］，2.35［1.23-4.48］）で関連が認められた。【考察】特定行為指示要請に関連ある因子が分かることで早期に指示要請するための対策を考える一助となった。今後は救急救命士の個人的要因について更なる継続調査をする必要がある。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-2（E）

救急隊による院外心停止に対する特定行為実施時間の分析

○木村 龍[1]，中川 洸志[2]，匂坂 量[1]，守岡 大吾[3]，田中 秀治[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]中央大学 理工学部人間総合理工学科，[3]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科

【背景】院外心停止（OHCA）において，救急隊による高度気道確保（AAM）およびアドレナリン投与の速やかな実施は良好な傷病者予後に関連すると報告されている。しかし，双方の実施完了時間を定量的に報告した研究は少ない。【目的】救急隊接触からAAMおよびアドレナリン投与実施完了までの時間を分析し，その実態を明らかにすること。【方法】本研究は2015年から2021年のウツタインデータを用いた記述研究である。対象はAAMおよびアドレナリン投与の双方（以下，AAM＆Ad）が実施されたOHCAとした。AAM＆Ad実施完了時間は救急隊接触からAAMあるいはアドレナリン投与の実施完了時間が長い方と定義し，AAM＆Ad実施完了時間および累積割合を算出した。【結果】対象は132,100例であった。救急隊接触からAAM＆Ad実施完了までの中央値は15.0分（Q1-Q3，11-19；range，0-33）であった。【結語】救急隊によるAAM＆Ad実施完了時間が明らかになり，対象となったOHCA症例の約半数で15分以内にAAM＆Adが実施されたことが示された。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-3（E）

救急救命士による特定行為の実施場所に影響を与える要因の検討 ～インタビュー内容の計量テキスト分析～

○守岡 大吾[1,2]，匂坂 量[2,3]，中川 洸志[4]，村上 龍[1,5]，田中 秀治[2,3]
[1]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[4]中央大学 理工学部 人間総合理工学科，[5]千葉科学大学大学院 危機管理学研究科

【背景】病院外心停止に対して，救急救命士が現場で早期に特定行為を行うことは良好な予後と関連している。救急救命士による特定行為の実施場所の選定に影響を与える要因を深く理解することで，救急現場に即した指針の作成や救急隊の活動改善に向けた効果的な取り組みの立案につながると考えられる。【目的】インタビュー調査により，救急救命士が行う特定行為の実施場所の選定に影響を与える要因を特定すること。【方法】救急救命士10名を対象に半構造化インタビューを行い，得られたテキストデータに対して計量テキスト分析を行った。組織的要因，傷病者要因，環境要因，救助者要因の4つの要因に分類し，階層クラスター分析の結果を基にラベル化を行った。【結果】実施場所に影響を与える要因として，傷病者の発生状況や年齢，活動環境の広さや汚染状況，特定行為実施者の苦手意識や練度不足などが示唆された。【結語】今後，特定行為の現場での実施率を向上させていくためには，救急救命士のスキル向上に加えて，現場環境に即した訓練等を通して心理的な抵抗感を軽減させる支援が必要である。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-4（E）

エマージェンシーコール（119）から心拍再開までの時間と社会復帰の関係

○原 正浩[1]
[1]札幌市消防局

【目的】近年は救急要請の増加から現着時間が延伸し，社会復帰率低下が懸念されている。そこで，札幌市ウツタインデータから覚知～心拍再開の時間と予後の関係を明らかにする。【方法】2006．4～2023．12の心拍再開があった市民目撃のある内因性心停止1,569例を対象とし，社会復帰の有無による背景比較，ロジスティック回帰分析，ROC曲線から覚知～心拍再開の時間と予後の関係について分析を行った。また，サブ解析として心原性症例の分析も行った。【結果】多重ロジスティック回帰分析では，覚知～心拍再開の時間はOR：0.866，現場心拍再開群はOR：2.889となった。さらにROC曲線から予後良好に繋がる時間は20分と示された。【考察】心拍再開までの時間が長くなると累積中断による循環への影響が考えられる。また，現場心拍再開群のオッズが高い要因は心拍再開により循環を維持し現場から移動できたことが考えられる。【結語】予後良好に繋がる心拍再開までの時間は20分と示された。時間内の心拍再開を目指すため，最小限の中断で有効な胸骨圧迫を継続すると共に，現在の活動よりも早期に除細動や薬剤投与を行える体制構築を目指す。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-5（E）

院外心停止症例にAEDを届ける取組（堺市「まちかどAED」）

○片岡 竜彦[1]，髙田 豪士[1]，木村 義成[2]，四ヶ所 正紀[1]，横田 純[1]，日根野谷 有宇己[1]，堀 英治[1]
[1]堺市消防局，[2]大阪公立大学

【目的】AED設置数は全国で増加しているが使用は4％程度に留まる。心停止傷病者の元へAEDを届けるため，事業所等に設置されたAED情報（設置場所詳細，使用可能時間帯等）を消防局に登録し，近隣で発生した心停止症例に活用する仕組（以下「まちかどAED」）を構築した。これまでの運用実績から心停止症例に及ぼす影響を考察する。【対象と方法】・2020～24年のまちかどAED①登録数，②活用数，③PAD実施数及び④社会復帰例を評価・活用場所及び時間帯を精査し，まちかどAEDの効果と課題を考察【結果】・登録数の増加に伴い活用数，PAD実施数，社会復帰症例が増加した。20年　①305，②2，③0，④0　21年　509，1，0，0　22年　756，6，3，1　23年　1621，103，15，8　24年　2035，137，16，5　・発生場所として多い住宅（64.3％）での活用は3件のみ（20～23年）・時間帯別活用件数　7時～19時：168件　19時～翌7時：81件【考察・結語】正確なAED情報により活用事例を増加することが院外心停止症例の救命に寄与することが示唆された。住宅で発生した症例，夜間に発生した症例にAEDを届けることが課題である。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-6（E）

除細動症例に対する活動プロトコル ～早期アドレナリン投与活動が及ぼす影響～

○大屋 悠真[1]，平野 幾万[1]，大石 奨[1,2]
[1]豊田市消防本部，[2]熊本大学教授システム学教育実践力開発拠点

【はじめに】当市の救命率（家族等目撃院外CPA／初期波形VF or 無脈性VT／うち社会復帰有無）が近年，低下している。また愛知県プロトコルでは目撃のない初期波形心静止以外が薬剤投与の適応としている。【目的】薬剤投与活動が救命率に及ぼす影響を明らかにする。【方法】H18～R6年の救命率算定対象症例のうち，①除細動3回以上，②現場到着～病院到着までの時間（以下「病着時間」という），③現場薬剤投与活動を確認し，救命率を調査する。【結果】①除細動3回以上が2回以下に比べて7％救命率が高いが，②病着時間22分（中央値）以内は23分以上に比べて救命率が高く，うち除細動3回以上では20％救命率が高い，③現場での薬剤投与なしが，ありに比べて救命率が高く，うち除細動3回以上では15％救命率が高い結果となった。【考察】初期波形が除細動適応の症例は早期搬送が有効である可能性が示唆された。【結語】VF等が連続してしまう（難治性VF）症例は現行の救急救命士の処置範囲では対応困難で，またその予測も難しい。早期に搬送を開始し，救急車内でただちに薬剤投与する活動を選択肢に入れたプロトコルも検討の余地があるのではないか。

院外・院内心停止1
演題番号　O19-7（C）

マンション設置AEDの「公共アクセス化」はCPA事案にどれほど有効か？ ～アクセシビリティの観点から～

○木村 義成[1]，伊藤 航[2]，片岡 竜彦[3]，堀 英治[3]，横田 純[3]，髙田 豪士[3]，日根野谷 有宇己[3]，山本 啓雅[1]，溝端 康光[1]
[1]大阪公立大学，[2]アドソル日進（株），元・大阪公立大学，[3]堺市消防局

【背景】堺市消防局が実施する「まちかどAED」は，設置施設外の傷病者にもAED供与を容認し，通報者に現場までAEDの運搬を要請することでCPA患者へのアクセシビリティ向上を目指している（AED公共アクセス化）。本研究では，マンション住民と周辺住民に対するAED公共アクセス化の効果を検討した。【方法】堺市消防局管轄地域内のAED設置が確認された63件のマンション（2022年3月末時点）のうち，マンション周辺で空間統計的に有意にCPAが多発している13件のマンションを本研究対象とした。マンションAEDが公共アクセス可能なAEDに登録されることによって，マンション内および周辺地域で傷病者発生後3分以内にAEDを供与することができる空間的な広がりを分析した。【結果と考察】AED公共アクセス化により，AED設置場所から100m圏内のCPA捕捉率が4.7%増加し，マンション周辺住民のアクセシビリティに一定の改善が見られた。一方，マンション住民にとっても，マンション内AEDを最寄りのAEDとして案内されることで，エレベーター利用により高層階ではより迅速かつ確実にAEDを利用できる可能性が示唆された。

脳神経1
演題番号　O20-1（N）

椎骨動脈解離でくも膜下出血となり死亡した3症例の検討

○川越 香奈子[1]，半田 捺美[1]，井好 昭博[1]
[1]一般財団法人潤和リハビリテーション振興団体潤和会記念病院

【はじめに】椎骨動脈解離は，若年から中年者にかけて発症するくも膜下出血（SAH）の原因である。当院で椎骨動脈解離によるSAHと診断された8症例のうち，死亡した3症例を後方視的に検討した。【対象】2019年10月～2024年9月に椎骨動脈解離によるSAHと診断された8名。30歳～80歳代（中央値：55），男7名，女1名。コイル塞栓術5名。死亡3名。【結果】症例1：50歳代。男性。頭痛とふらつきを主訴。人工呼吸器管理と昇圧剤開始。発症3日後に死亡した。症例2：60歳代。男性。後頭部から後頚部痛出現。救急到着時心停止状態。人工呼吸器管理開始し心拍再開したが発症3時間後に死亡した。症例3：50歳代。男性。頭重感と両側後頚部痛を自覚。発症後8日目9時頃に不穏・パニック様言動・過呼吸・発汗・頭痛・悪心嘔吐が出現。30分後に呼吸停止し心肺停止した。心拍再開し人工呼吸器管理開始。椎骨動脈解離部母血管閉塞術を施行。発症から21日後に死亡した。【考察】脳幹部を支配する椎骨動脈の再破裂は予後不良である。そのため，厳重な症状観察と血圧コントロールが必要である。

脳神経1
演題番号　O20-2

演題取り下げ

脳神経1
演題番号　O20-3（E）

痙攣重積患者における直近搬送と予後の関連：単施設後ろ向きコホート研究

○中島 大希[1]，小山 智士[2]，井上 和茂[2]，笹沼 拓未[1]，長谷川 栄寿[2]，大友 康裕[2]
[1]東京消防庁，[2]国立病院機構災害医療センター 救命救急センター

【目的】痙攣重積患者への早期抗痙攣薬投与は神経学的予後を改善するとされ，東京都の搬送基準では救急隊接触時に痙攣が持続する傷病者を三次選定しても，断りで直近搬送ができず治療が遅れる事例が多い。本研究は，痙攣重積患者の搬送時間と転帰の関連を分析し，病院前救護の可能性の検討を目的とした。【方法】2018年1月～2024年5月に三次選定され，来院時も痙攣が持続していた患者を対象に後ろ向きコホート研究を実施した。依頼1件目で搬送された直近群と，2件目以降で搬送された非直近群を比較し，在院日数と生存退院率を主要評価項目としてコックス比例ハザードモデルで分析した。【結果】解析群262名中，直近群は17.2%，非直近群は82.8%であった。年齢，性別，在院日数に差はないが，搬送時間中央値は28分と40分（$p<0.01$），生存退院率は97.6%と75.0%（$p<0.01$）であり，直近群は生存退院率と強く関連していた（$p<0.01$）。【結論】直近搬送は生存退院率の向上に関連し，早期治療介入の重要性が示唆された。救急救命士による適切な病院選定や，将来的な抗痙攣薬投与が予後改善に寄与する可能性がある。

脳神経 1
演題番号　O20-4（E）

桑員地域MC体制における脳卒中プロトコル変更後の活動変化について

○増田 満生[1]，服部 宗明[1]，井戸 毅[1]，畑田 剛[2]
[1]桑名市消防本部，[2]桑名市総合医療センター 救急科

【背景】桑員地域MC体制下では三重県MC協議会で定めた脳卒中プロトコルを運用しており，令和6年4月からELVOスクリーンが追加されるなど一部改訂された。また一次脳卒中センター（以下PSC）は地域MC管内には桑名市総合医療センター内に設置されており，隣接する市内にも3つ設置されている。【目的】脳卒中プロトコル変更後の病院前救護活動の精度と時間の変化を調査する。【対象と方法】対象は脳卒中ホットラインを使用した事例と最終診断名から陽性的中率，感度，活動時間を集計した。期間は令和6年4月から同年12月までの9ヶ月間を令和6年4月以前の1年間と比較検討した。【結果】陽性的中率は75.0%から79.3%，感度は83.4%→86.8%に上昇した。一方で，救急隊の活動時間には大幅な変化は見られなかった。【考察】脳卒中が疑われる事例においては，プロトコル改訂により観察項目が追加されたことで総合的に病態を判断する能力は向上した。またMCで開催しているPEMECコースもプロトコルの習得に効果があった。【結語】桑員地域MCにおいて変更された脳卒中プロトコルは，現在のところ適切に運用されている。

脳神経 1
演題番号　O20-5（R）

急性期脳梗塞における頚部CPRを用いた頚部血管評価の有用性

○島田 和樹[1]，桑田 真人[1]，田邉 利彰[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

【目的】急性期脳梗塞の診断において頚部血管の評価は超音波で診断する事が多い。しかし，石灰化などが多い場合には狭窄率の評価やプラークの評価を行うのは難しく，検査者の技量に結果が大きく左右される。そこで，石灰化の評価を併せて行えるCTでの評価が診断の補助になるのではないかと考えた。当院では80列の頭部CTPを撮影後，2相目で頭頚部を撮影している。そのため分岐部の狭窄率・プラークの状態などを取得画像から頸動脈のCPRを作成し，頭部や体幹部の血管と併せて評価する事で全身血管の包括的評価の有用性を検討する事を目的とした。【方法】HybridER室でAquillionPrime80列を用いてCTP撮影患者を対象にCTA2相目の取得画像から頚部血管のCPRをZioStation2を用いて作成し，診断・治療に有用であるかを検討した。【結果】頚部CPRの作成により血管壁の情報やプラークの評価を行える可能性があり有用性が示唆された。また，頭部や体幹部の血管と併せて評価する事で全身血管の包括的評価を行う事ができ，有用性が示唆された。【結語】頚部血管のCPRの作成は診断時に有用である事が証明された。

脳神経 1
演題番号　O20-6（N）

椎骨動脈解離の背景と看護

○半田 捺美[1]
[1]一般財団法人潤和リハビリテーション振興団体潤和会記念病院

椎骨動脈解離（VAD）は，若～中年者のくも膜下出血（SAH）の原因となる。VADの破裂によるSAHは，初期症状が軽微で見過ごされやすく，生命を脅かすだけでなく，重篤な後遺症を残す可能性も高い。背景と経過を調べ看護を考察した。【対象と方法】2013年4月～2023年3月に救急搬送され，VADの診断34名（男24，女10），平均年齢54歳（男54，女54）。CTおよびMRIで診断し後方視的に背景と予後を検討。【結果】入院時の主訴は，頭痛，後頚部痛，嘔吐。症状なく退院が10例，搬送後の検査中に死亡2例，SAH10例，再破裂1例，脳梗塞7例，死亡1例。コイル塞栓術を受けた5例のうち，後遺症無く退院4例，水頭症でシャント術施行1例だった。【考察】本研究では，治療を行っても再破裂，脳梗塞，SAH，死亡など予後不良だった。看護師は，患者の主訴（頭痛，頸部痛，嘔吐等）を注意し，看護に細心の注意が必要である。また，VADの合併症予防のため，血圧管理，安静の保持，急変時の対応など適切な看護を行うことが重要となる。また，患者の平均年齢は54歳で患者のみならず家族に対するケアも重要で注意が必要である。

脳神経 1
演題番号　O20-7（E）

当院における脳卒中（SSN）対応記録用紙の活用について

○佐藤 彩香[1]，安齋 勝人[1]
[1]埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター 救急科(ER)

埼玉県の取り組みとして，埼玉県急性期脳卒中治療ネットワーク（以下SSN）がある。SSNでは救急隊は決められた観察項目を実施しSSN対応傷病者の判断を決定する。当院では，SSNの迅速な受け入れのため，脳血管センターとホットライン担当の院内救命士により，脳卒中（SSN）対応記録を作成した。対応記録は，近隣の消防組織に配布し，早期の血栓回収療法が実施できる体制を目指している。2024年4月から2025年1月まで受入を行った脳卒中は316件であり，そのうちSSNは212件，SSNのうち脳卒中は191件で90%。全体の脳卒中のうち脳梗塞の診断は162件で51%だった。このことからも，救急隊が脳卒中と疑った傷病者のうち，実際に脳卒中だった患者は高い水準に位置している。急性期脳梗塞における血栓回収療法は再開通までの時間が早いほど良好な転帰が期待できることが報告され，来院から穿刺までの目標時間は約60分とされている。そのため，SSN対応記録用紙の活用は搬送までの時間短縮に有効であると考える。今後は，配布のみではなく，院内外で勉強会を行うことで更なる時間短縮に努めていく。

脳神経2
演題番号　O21-1（D）

可逆性後頭葉白質脳症を呈した脳アミロイドアンギオパチーの1例

○柿 佑樹[1]，玉置 紀仁[2]，菊地 一樹[1]，富田 佳賢[1]，飯島 章子[1]，井上 元[1]，鈴木 恵輔[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 救急・災害医学講座，[2]新座志木中央総合病院 初期臨床研修医

【はじめに】可逆性後頭葉白質脳症（PRES）は後頭部白質を中心に血管性浮腫をきたす疾患である。意識障害や痙攣を呈することがあるが，後遺症なく自然軽快する場合も多い。今回PRESを呈した脳アミロイドアンギオパチー（CAA）が疑われる1例を経験したので報告する。【症例】77歳女性。家事を行っている最中に理解不明な言動が見られ，その後2分間の痙攣があったため当院へ救急搬送された。来院時，意識障害があり疎通は取れず，診察に対して過剰に疼痛を示す感覚過敏が認められたが明らかな麻痺は認めなかった。頭部MRIでは側頭葉・頭頂葉・後頭葉にかけてT2・FLAIR高信号を認めた。画像所見からWernicke脳症も考えられビタミンB1を投与し入院した。入院後から意識障害と頭部MRI所見は経時的に改善し独歩退院し，PRESと診断した。退院時の頭部MRIで微小出血多発所見が見られ脳アミロイドアンギオパチーが疑われた。【考察】PRESは様々な要因で発症することが知られている。脳アミロイドアンギオパチー関連炎症（CAA-ri）ではPRESとの鑑別が問題となることがあり，文献的考察を含めて発表する。

脳神経2
演題番号　O21-2（D）

意識評価が難しい高齢者の水痘帯状疱疹ウイルス性脳炎の一例

○岩窪 瑠南[1]，小森 大輝[1]，戒能 多佳子[1]，入山 大希[1]，長田 雄大[1]
[1]医療法人社団筑波記念会筑波記念病院

【背景】脳炎は臨床所見が多様で非典型な例も多く早期診断が難しい。病因はヘルペス属などのウイルス性が多い。【症例】74歳男性。自宅の物置で体動困難な状態を妻に発見され救急要請となった。夫婦共に聴取される病歴の再現性がなかった。既往歴は肺癌で術後再発なし。来院時，本人に下肢脱力以外の訴えはなかった。意識はE4V5M6でJCS Ⅰ-1，その他のバイタルサインに異常なし。左右胸背部に水疱を認めたが本人の自覚はなかった。神経学所見に異常なく，下肢MMTは両側5だったが立位は不可能だった。汎発性帯状疱疹に合併した脳炎を念頭に腰椎穿刺を施行してアシクロビルを投与した。後に判明した髄液の単核球数増多とVZV-PCR陽性から水痘帯状疱疹ウイルス性脳炎と診断した。治療により自立歩行可能となり，入院25日目に独歩退院した。【考察】普段の様子が分からない上に一見認知症としても解釈可能な程度の意識状態だったため，急性の意識障害があるか判断に迷ったが，速やかに腰椎穿刺を施行したことで早期診断に繋がった。【結論】意識の評価が難しい高齢者に帯状疱疹がある場合には，脳炎を鑑別に挙げて積極的に腰椎穿刺を行うべきである。

脳神経2
演題番号　O21-3（D）

低ナトリウム血症による細胞傷害性脳梁膨大部病変（CLOCCs）の一例

○河野 勝紀[1,2]，桑名 司[1]，金井 悠真[1]，櫻井 淳[1]，山口 順子[1]，木下 浩作[1]
[1]日本大学 医学部 救急医学系救急集中治療医学分野，[2]横浜労災病院 救命救急センター

【背景】細胞傷害性脳梁膨大部病変（cytotoxic lesions of the corpus callosum，以下CLOCCs）は感染症，低血糖および高・低Na血症等の代謝障害，外傷，悪性腫瘍，薬剤などが原因となる臨床放射線学的な二次性の脳梁膨大部の細胞障害性病変である。【症例】極端な塩分制限を行っていた20歳代男性が意識障害，痙攣重積発作を発症，Na　121mEq/lと低値でありNa補正を開始した。意識障害が遷延し。第2病日に頭部MRI検査を行った所，脳梁膨大部に異常信号がありCLOCCsと診断した。第6病日に意識晴明となり，第8病日の頭部MRI検査で脳梁病変は正常化，第11病日に独歩退院した。【考察】CLOCCsの機序は，細胞質分裂異常とグルタミン酸誘発性興奮毒性とにより脳梁が細胞障害性浮腫となると推察されている。本症例は低Na血症によりCLOCCsとなったと考えられた。CLOCCsは本症例のように可逆性のことが多いが，不可逆の場合もある。【結語】低Na血症によるCLOCCsの一例を経験した。原因を治療しても意識障害が続く場合，CLOCCsの可能性を考慮し頭部MRI検査も検討される。

脳神経2
演題番号　O21-4（D）

左側の麻痺で発症し中枢神経疾患との鑑別を要した特発性脊髄硬膜外血腫の一例

○東郷 志穂[1]，柏浦 正広[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，安田 英人[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

特に既往のない43歳男性。起床時に左下肢の麻痺と胸部異常感覚を自覚した。その後対麻痺となり，両下肢の異常感覚も自覚したため，前医へ救急搬送された。頭部MRIと体幹部単純CTでは原因特定できず，精査のため発症3時間半後に当院に転送された。来院時，バイタルサインは安定しており，Th5レベル以下の触覚・温痛覚の消失，両下肢完全麻痺，膀胱直腸障害を呈していた。体幹部の造影CTでC7—Th4レベルの脊柱管後面に高吸収域を，脊髄MRIで同レベルの脊柱管後面，左側優位に血腫を確認し，脊髄硬膜外血腫と診断した。血腫による脊髄圧迫に対して緊急血腫除去術のため，発症7時間後に他院に転送となった。術後のMRIで脊髄軟化症が確認され，神経学的予後不良と予測された。【考察】特発性脊髄硬膜外血腫では，血腫による脊髄損傷の進行を防ぐため，迅速な対応が必要である。しかし，発症直後には約6割の症例で片側のみの麻痺を呈するため，脳卒中などの中枢神経疾患との鑑別が困難なことも多い。本症例でも片側の麻痺で発症し，当初は中枢神経疾患が疑われたが，感覚障害も伴っていた事から脊髄疾患も念頭においた検索が必要であったと考えられた。

脳神経2
演題番号　O21-5（E）

脳卒中を疑い搬送した傷病者が特発性脊髄硬膜外血腫であった一例

○木下 高志[1]，岡野 力也[1]，那須 亨[2]，中尾 彰太[3]，松岡 哲也[3]
[1]貝塚市消防本部，[2]医療法人大植会葛城病院 救急科，[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

【はじめに】特発性脊髄硬膜外血腫は稀な病態であり，症状は頸部痛や背部痛に続く四肢の脱力やしびれなどで一般的に脳卒中との鑑別は困難である。今回，脳卒中と判断し搬送した患者が特発性脊髄硬膜外血種と診断された症例を経験した。【症例】75歳女性，歩行不能で救急要請。迅速評価でJCS-0，呼吸・循環ともに異常なし。詳細評価で呼吸数18／分，心拍数91／分，血圧血圧156／98mmHg，spo2値96％，体温36.9℃。主訴は左頸部から左背部の痛みであったが，左上下肢に運動麻痺を認めた為，急性発症の麻痺を主症状とし実施基準に従い，脳卒中対応医療機関へ搬送した。診断は左脊髄硬膜外血腫で緊急手術の目的で転院となり血腫除去手術後，症状軽快し退院となった。【考察】本症例は発症が左頸部から左背部の痛みであることや，片麻痺以外の脳卒中を疑う所見が認められない点において脳卒中とは乖離していた。しかしそのような情報が医療機関において診断の一助となる可能性がある。本症例を経験し救急救命士として実施基準に従った活動はもとより，自身の知識や経験を駆使し病態類推の幅を広げることが病院前救護活動の質向上につながると考える。

脳神経2
演題番号　O21-6（D）

整形外科周術期に発症した非アルコール性ウェルニッケ脳症の一例

○大田 峻翼[1]，藤浪 好寿[1]，佐藤 圭路[1]，切田 学[1]
[1]加古川中央市民病院 救急科

【はじめに】ウェルニッケ脳症（WE）は，主にアルコール依存症に伴うチアミン欠乏により発症する急性神経疾患である。非アルコール性WEの報告は消化管手術関連領域で散見されるが，今回整形外科術後リハビリテーション加療中のWEを経験したので，報告する。【症例】80代後半女性。3か月前に転倒，大腿骨転子部骨折の診断で受傷1週間後に手術を受けた。リハビリテーション目的の継続入院中で，1週間前の転倒後から食事が十分に摂取できず，全身的衰弱，意識混濁を呈してきたため当院搬入となった。【既往歴】心不全，糖尿病【生活歴】独居，ADL自立，飲酒歴なし【入院後経過】MRI所見（FLAIR像で中脳水道周囲と視床内側部に高信号域）よりWEと診断し，チアミン1,500mg/日の補充療法と栄養管理を行った。意識は徐々に改善し，第13病日に前医転院となった。【考察】本症例のように，飲酒・消化器手術歴がなくても，また医療施設に長期間入院していてもWEは発症しうると考えら，その診断にはMRIは有用であった。【まとめ】意識障害を呈する低栄養状態高齢者では，飲酒歴がなくとも，WEも念頭に置いて診察すべきである。

脳神経2
演題番号　O21-7（D）

末梢神経障害との鑑別に難渋したhand knob infarctionの一例

○橋口 友輔[1]，平 卓也[1]，中村 壮史[1]，中村 健太郎[1]
[1]鹿児島県立大島病院

【はじめに】手指に限局した運動麻痺を呈する脳梗塞は脳梗塞全体の1％未満を占める稀な疾患であり，末梢神経障害との鑑別に難渋する。今回我々は身体診察から中枢性病変を疑い，早期診断と治療介入により良好な転帰が得られた一例を経験したので報告する。【症例】高血圧加療中の73歳女性。起床時より右手関節遠位の脱力感，痺れを自覚し救急外来を独歩で受診した。神経診察では徒手筋力テストで右第1～5指屈曲が4点の筋力低下，右手関節以遠の痺れを認めるのみであった。起床時からの急性症状であること，麻痺領域が単一の末梢神経障害と一致しないことから中枢性病変を考慮し頭部MRIを撮影，左半卵円に障害部位と一致するDWI高信号を認め急性期脳梗塞の診断に至った。抗血小板薬による二次予防を開始し，神経学的所見の悪化なく第21病日に退院した。【考察】hand knob infarctionは末梢神経障害との鑑別が難しいとされるが，神経支配を意識した詳細な診察により診断可能である。適切な二次予防を受けていない脳梗塞患者の転帰は不良とされ，急性期の正確な診断が重要である。診断のポイントを文献学的考察を踏まえて報告する。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-1（HS）

避難所設営訓練に応急手当訓練を組み込む取組み（1）

○吉田 雄一[1,2]，上原 淳[1]
[1]川越救急クリニック，[2]さいたま市中央区防災アドバイザー会

【緒言】近年大規模災害が発生し，被災地における避難所設営の機会が増えている。災害発生初期には自助・共助・公助のうち，自助・共助が中心となる。平時における避難所設営訓練において応急手当訓練を組み込むことで住民や避難者の自助・共助の能力向上を図ることが被災現場で限られた医療資源を有効活用するためには重要なファクターとなる。【方法】平時の避難所設営訓練において応急手当訓練を組み込んだ結果について報告する。【結果・考察】コロナ感染症5類以降後，消防機関における救命講習開催回数は以前のレベルにはまだ十分に戻っていない。このような状況下で，避難所設営訓練で救護班に対して心配蘇生，止血，被服，簡易搬送の応急手当訓練を組み込み実施した。避難所設営訓練は自治会のリーダーが代表して参加しており，得られた知識を自治会メンバーに共有し，個別に講師を招聘して応急手当訓練を実施する動きとなった。避難所設営訓練に学校側から生徒を派遣するケースもあり次を担う世代への啓発の機会となった。この結果から，避難所設営訓練において応急手当訓練を組み込むことは住民の自助・共助の能力向上にきっかけを与える効果がある。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-2（C）

月の見え方と交通事故の関係について

○田久 浩志[1]，田中 秀治[1]，齋藤 駿佑[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【はじめに】月と交通事故に関する報告は多いが，事故発生時と月の見え方の報告はなかったので検討した。【対象と方法】救急搬送データ（2017-2021）の交通事故で，気象台の観測時刻のある時刻（18，21，3，6）の事故を各都道府県事故発生時の天気と結合した。月の見え方は，天気と事故発生時の月の満ち欠け（新月，上弦の月，満月，下弦の月）と，月の出入り時刻で検討し26378件を対象とした。【結果】月が見えていた時の事故件数増加のオッズ比（O.R.）を年齢，性別，平日祝祭日，時刻，季節，地域で求めた。その結果，全体のO.R.は1.29（95% C.I. 1.23 ～ 1.36）で性別，平日祝祭日でもO.R.は有意に増加した。しかし24時前のO.R.は1.43（C.I.1.35 ～ 1.51）だが，24時以降では0.92（95% C.I.0.83 ～ 1.02）だった。また冬で有意にO.R.は増加した。これは，冬は夜が長く月が明るく見える時間が長いためと考えた。【結論】交通事故は，月の見え方によって有意に変化した。交通事故を対象としたキャンペーンにおいて，月が見えやすい日々で運転手に注意を喚起するのが交通事故低減に有効である。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-3（E）

高齢者が応急手当を行うために必要な救命講習の課題

○本吉 秀敏[1]，須田 志優[2]，片山 貴晶[2]，中村 紳[2]
[1]一関市消防本部，[2]岩手県立磐井病院

【目的】一関市消防本部（以下，当本部）として2023年に対応した高齢者CPA事案は178件（うち社会復帰者4名）であり，これらを背景として，高齢者を対象にした救命講習の課題を検討した。【対象・方法】2017 ～ 2023年に当本部が対応したCPA傷病者を調査し，社会復帰者の共通点を抽出。これとは別に，福祉行政と協働し高齢者対象セミナーに救命講習を組込む際に，応急手当に関するアンケートを実施。【結果】CPA傷病者は1430名で，うち社会復帰者は20名（目撃率95%，BLS実施率100%）。アンケートには前期高齢者72名，後期高齢者49名が回答。応急手当への体力的不安を回答した前期高齢者は12.5%・後期高齢者は32.7%で，119通報可能と回答した前期高齢者は19.4%・後期高齢者は51%であった。【まとめ】CPAからの社会復帰には目撃とBLS実施は重要な因子である。体力に不安を感じる後期高齢者には早期通報への認識を深めるべきであり，高齢者を対象にした救命講習においては受講者の体力や能力に合わせた講習内容の工夫が必要である。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-4

演題取り下げ

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-5（E）

VR教材を用いた市民向け緊急度判断講習会の有用性の検討

○櫻澤 玲[1]，中澤 真弓[1,2]，藤本 賢司[2]，原田 諭[2]
[1]日本体育大学大学院 保健医療学研究科，[2]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科

【背景】脳卒中・循環器病対策基本法では，健康寿命の延伸と脳卒中や心筋梗塞（以下，循環器病）の早期発見と治療が重要とされている。市民への循環器病の代表的な症状の啓蒙を目的とし，VRを用いた緊急度判定講習会を行った。VR映像は，臨場感ある救急現場を再現し，バイスタンダーの視点を疑似体験できる。【目的】市民の緊急度判定の現状を把握し，講習会の有用性を検証する。【方法】令和6年9月，本学公開講座として市民を対象に90分間の講座を2回実施。受講生は受講前後に救急要請すべき循環器病6症例のVR映像を視聴し，救急要請の要否を判定した。【結果】講座には42名（平均45.8歳）が参加した。「救急車を呼ぶ」判定を正答とした時，正答率は受講前で48%，受講後で81%と有意に上昇した。しかし，各疾患の特異的症状の場合，講習会後も67%に留まった。VR教材の使用には肯定的な意見が得られた。【考察】講習会により，循環器病の代表的な症状の理解が深まり，適時・適正な救急要請につながると示唆された。今後も講習会による啓蒙活動の継続が必要である。【結語】VR教材を活用した本講習会は，市民の緊急度判定能力の向上に寄与する。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-6（E）

119番通報者における傷病者観察力および情報提供力の向上に関する取り組み

○長岡 敏信[1]，木原 健雄[1]，木村 信広[2]，木戸川 秀生[3]，黒田 宏昭[4]，斉宮 朋彦[4]，松本 泰幸[5]，北小屋 裕[6]，伊藤 重彦[6]
[1]下関市消防局，[2]泉州南部消防組合泉州南広域消防本部，[3]北九州市立八幡病院，[4]北九州総合病院，[5]関門医療センター，[6]NPO法人病院前救護と健康管理研究会

119番通報を受信する通信指令員の教育研修は，様々な研究や取組が進められてきた。しかし，通信指令員が現場にいない状況で通報者との交信を通じて傷病者の病態を把握し，緊急度判定を行うには，通報者自身の観察力や情報提供力の向上も重要である。そこで，通信指令員が求める傷病者の観察方法や情報伝達の仕方を通報者にわかりやすく提供できる動画教材制作に必要なアンケート調査を実施した。調査は，下関市，北九州市，泉佐野市の高齢者福祉施設職員（回答件数464件），下関市，泉州南広域，北九州市消防機関の通信指令員（回答件55件）に行い，通報時に求められる情報の明確化を図った。調査結果を基に，傷病者の状態を的確に把握するための観察ポイントと適切な情報伝達方法を解説する動画教材を作成する方針とした。本教材の普及により，通報者が落ち着いて通報できる環境を整え，傷病者の意識や呼吸の異常を適切に観察し，的確に伝達する力を向上させることが期待され，通信指令員によるCPAの早期覚知や緊急度判定の精度向上につながることが見込まれる。また，消防の救急講習でも，「119番通報要領の実習を行うこと」が必須になることを期待する。

地域住民への啓蒙
演題番号　O22-7（E）

一般市民による浴槽救出方法の検討
～浴槽の水を抜いた救出方法と水を抜かない救出方法との比較～

○篠塚 雄希[1,2]，田上 隆[3]，髙木 省治[1]，丹羽 一晃[1]，山本 敏博[1]
[1]愛知淑徳大学 健康医療科学部 スポーツ・健康医科学科 救急救命医学専攻，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座

【背景】浴槽内心停止事案において，消費者庁は浴槽内で事故が起きた際に「まず浴槽の水抜く」と公表しているが，浴槽内心停止の生存率は約1％と報告されている。【目的】浴槽救出方法について，浴槽の水を抜く方法（以下，従来法）と，浴槽の水を抜かない方法（以下，浮力法）で比較検討した。【方法】大学生54名を対象に従来法と浮力法を実施し，各手法における救出方法および身体属性の関連性，救出時間について解析した。また各手法についてアンケート調査を実施した。【結果】救出方法が成功や不成功に与える影響との関連性を認めた（p＜0.008）。また，従来法は性別（p＜0.0001），身長（p＜0.0028），体重（p＜0.0001）が成功や不成功に影響を与えていた。【考察】浮力法では，『浮力』や『水による摩擦力の低下』などが作用することで，傷病者を引き上げる際のエネルギー効率が従来法よりも良いことから，性別や体型に関係なく，短時間で救出できることが示唆された。【結論】現在，推奨されている浴槽内の傷病者への対応方法について再考することで，浴槽内心停止におけるバイスタンダーCPRの実施率向上が期待できる。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-1（E）

JPTEC（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care）プロバイダーコースの状況評価トレーニングにVirtual Reality（VR）教材を活用する試み

○齋藤 正典[1]
[1]埼玉西部消防局

【はじめに】JPTECプロバイダーコースの受講者は，従来は大半が救急救命士や救急隊員であったが，近年，救急現場活動を経験したことのない者が半数を占めている。このような中，数枚の現場写真を提示して行う状況評価の指導は，受講生に伝わりにくくなっていた。そこで，Virtual Reality教材（以下VR）を作成し試用したので報告する。【方法と対象】交通事故現場，墜落事故などを再現したVR教材を8種類作成した。これを用いてプロバイダーコースの受講生に状況評価を指導し，スタッフには教材を自由に供覧してもらいアンケートを実施した。【結果】受講生43名スタッフ33名から回答を得た。受講生の25人（58％）が現場のイメージが出来たと回答し，受講生の30人（70％）とスタッフの23人（70％）が，VRは状況評価の教材として有効と回答（5段階評価の5）した。VR酔いは，受講生の24人（56％）とスタッフの12人（36％）が，感じた，少し感じたと回答したが，大きな支障はなかった。【考察】VRは，従来法の現場写真の提示に比較して現場をイメージし易く，教材としての評価も高く，効果的な指導につながると思われた。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-2（CE）

愛知PUSH教材による非医療へのBLS講習会の取組み

○沖中 勇揮[1]，毛利 真吾[1]，佐藤 由佳[1]，田中 裕野[2]，隈部 由美[2]，近藤 圭太[3]
[1]春日井市民病院 技術局，[2]春日井市民病院 看護局，[3]春日井市民病院 救急科

【背景・目的】院内急変時に対する病院全体での対応力を向上させるためには，すべての職員が蘇生法を学ぶことが大切である。当院では，医療職の日本救急医学会認定ICLSコースの受講を推進しているが，非医療職にはBLS（一次救命処置）を学ぶ機会が少ない現状がある。今回多数の参加を目的とした愛知PUSH教材による非医療職へのBLS講習会を行ったので，その成果について報告する。【方法】BLS講習会に愛知PUSHの教材を活用し，多数受講者でも対応できるようにした。講習会前後で，参加者を対象に蘇生法に関する知識の確認チェックと認識に対するアンケートを実施した。【結果】受講前後で蘇生法の正解率が60.7％から93.2％に向上した。蘇生法への認識は，受講前は漠然としていたものが受講後は明確となっている傾向がみられた。しかし今回の方法では，個々の知識の評価はできるものの技術の質の評価が出来なかった。【考察】愛知PUSH教材を活用したBLS講習会により多数受講者に対しても蘇生法の意識付けと知識の習得が可能となったと考える。しかし，技術の質の評価が難しいため今後の課題と考える。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-3（E）

PEMECコース子育て世代の参加支援（ファミリーサポート体制）に向けた取り組み

○齋藤 汐海[1]，藤本 結子[2]，渡部 創[3]，益満 茜[1]，福岡 範恭[1,4]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[2]宮津与謝消防組合，[3]生駒市消防本部，[4]日本臨床救急医学会PEMEC検討小委員会

【背景と目的】近年のPEMECコースは救急救命士資格取得後10年未満の受講者が約6割を占めている。これらは子育てや家庭サービスの時間も必要な世代であることも想像できる。この世代が指導者として継続的に参加可能なファミーサポート体制（以下，サポート体制）を試験的に導入したコース結果を報告する。【方法】PEMEC検討小委員会にて承認得た後，指導者のWeb公募フォーム内でサポート体制の目的を周知した上でコース指導者を募集した。コースは2025年1月に大学で開催し，コース終了時に全参加者に対してサポート体制に関するWebアンケートを実施した。【結果】受講者を含むコースの参加67名，うち指導者は28名でサポート体制の利用者（以下，利用者）は4名（子ども6名，平均年齢2歳）であった。サポートは，救急救命士養成課程の大学生タスク8名と運営スタッフ5名が担当した。【考察と結語】子育て世代にとって良い取り組みであるといったコメントがある一方で，会場のより安全な環境整備，参加者の集中力，または保育士等の必要性を指摘する意見が得られた。サポート体制は利用者以外からも好印象であったが，環境面での課題も明らかになった。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-4（D）

秋田ISLSシンポジウム開催の報告

○佐々木 正弘[1]，奥寺 敬[2]，佐々木 康彦[4]，田辺 博之[5]，土井尻 遼介[1]，鈴木 明文[3]
[1]秋田県立循環器・脳脊髄センター，[2]中部国際医療センター，[3]地方独立行政法人秋田病院機構，[4]秋田市消防本部，[5]新潟市消防局

ISLSの構想と開発は2004年に当時の秋田県立脳血管研究センター（秋田脳研）で始まり，2年の試用を経て，2006年から学会監修の日本初off the jobトレーニングコースとして発表され，全国でコースが展開されている。この構想と開発から20年が経ち，コース活動報告と今後の展望を議論していく場を秋田脳研で「秋田ISLSシンポジウム」を開催したので報告する。ISLSは全国でコース開催され，コース内容の一部に地域の特徴が加えられ，学会報告されている。本シンポジウムは，ISLSの構想と開発の発起人である富山大学名誉教授奥寺敬先生と元秋田脳研センター長鈴木明文先生の下，奥寺敬先生のイントロダクションと一般演題4題，「ISLSコースの今後の展開～秋田からの発信～」のディスカッションを行った。秋田では2008年からISLSとPSLSを同時開催しているため，PSLSとの関わりの意見やISLS開催の指導の関わりから今後の東北地域の秋田方式ISLSコースの導入などの意見が出された。今後もISLSを開発した地域として時代に即したISLSコース内容の提供と発信を行っていきたい。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-5（E）

FAST（Focused assessment of sonography for trauma）実施時間に対する拡張現実導入の教育効果～救急救命士学生を対象とした検討～

○濱 京志朗[1]，須賀 涼太郎[1]，鈴木 健介[1,2]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[1,2]，横田 裕行[1,2]
[1]日本体育大学大学院 保健医療学研究科 保健医療学専攻，[2]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科

【背景】救急救命士による重度外傷の初期評価におけるFASTは，病院前救護においても有用性が注目されているが，病院前の環境に適した教育方法の確立が課題となっている。本研究では，救急救命士学生を対象に，拡張現実（AR）を活用した教育がFASTの実施時間および描出能力に与える影響を評価した。【方法】FASTの実施経験がない18名の救急救命士学生を対象に，2時間の教育を実施し，介入前後のFAST実施時間およびQUICkスコアを比較した。FAST教育は，2回目と3回目にARを用いた介入を行い，1回目と4回目は従来法で実施した。解析対象は1回目と4回目のデータとし，QUICkスコアの評価は録画を基に救急科指導医が行った。【結果】FAST実施時間は，介入前後で406秒（325-536）から112秒（89-156）へと有意に短縮した（P＜.001）。QUICkスコアは，介入後に有意に向上した（P＜.001）［TSCスコア：9（±3）vs. 16（±3）］，［GRSスコア：18（±1）vs. 29（±3）］。【結論】ARを活用した短時間の教育介入により，救急救命士学生のFAST実施時間の短縮と描出能力の向上が示唆された。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-6（R）

造影CT検査における急変時対応シミュレーション研修の実施と効果

○加城 雄平[1]，泉谷 勇[2]，鈴木 克俊[2]，三上 育子[2]，横田 幸治[1]
[1]市立釧路総合病院 医療技術部 放射線技術科，[2]市立釧路総合病院 看護部救急科

【背景】当院での造影CT検査は年間6000件程度行われているが，診療放射線技師に対する急変時対応研修は企画・実施されていないのが現状である。造影剤の使用に伴うアナフィラキシーの発生には迅速かつ適切な対応が求められる。診療放射線技師として急変時対応で必要な知識を習得する取り組みとして，急変時におけるシミュレーション研修を企画・実施した。【目的】本研究は，造影CT検査における急変時対応シミュレーション研修を実施し，その効果について評価する。【方法】造影剤副作用やアナフィラキシーの知識，初期対応，心肺蘇生法，多職種連携など急変時に対するアンケートを作成した。そのアンケートを使用し，急変時対応シミュレーション研修前後での知識・技術・連携の習得度や急変時対応についての疑問点・不安な点について集計し，評価した。【結果】急変時対応シミュレーション研修を実施したことで，診療放射線技師に必要な知識・技術・連携の習得に繋がった。今後は様々なシチュエーションを考えた急変時対応シミュレーション研修を継続・実施し，より急変時対応への知識やスキルを習得していく。

シミュレーション教育と研修
演題番号　O23-7（E）

医療機関との合同研修会 ～病院交渉要領の技術向上を目指して～

○稲富 崇司[1]，長崎 智[1]，雪本 幸伯[1]，入野谷 崇[1]，土江 浩徳[1]，上田 奈央[2]
[1]岡山市消防局，[2]岡山中央病院

【背景】病院交渉要領の技術向上を目的として当局と岡山中央病院とで研修会を実施した。病院交渉を苦手と感じる救急救命士（以下，「救命士」）は多いが，病院交渉に焦点を当てた研修はなく，訓練の一部で病院交渉を救命士同士で評価しているのが現状であった。【内容】今回の研修は，医療機関と事前に課題を共有し，実施内容を計画した。実施内容は，救急活動を切り抜いた動画から，各救命士が普段の活動を想起し，病院交渉に必要と考える項目を付箋に書き出し，KJ法を用いたグループワークで病院交渉内容を作成し，実際に病院交渉を行い，看護師から即時的な評価を受けるものとした。【結果】研修後に実施した参加者のアンケート結果から，病院交渉を実施する上で，他の救命士の観察ポイント，情報の取捨選択，医療機関が求める情報を知ることができたとの回答が得られた。【考察】消防職員だけの研修ではなく，実施内容の幅を拡げるために，多職種が連携した研修会を今後も実施していく必要性を強く認識することができた。救命士が行う病院交渉をこれまでの収容可否を確認するための病院交渉から，院内の初期治療に繋げられる病院交渉に高めていきたい。

心血管
演題番号　O24-1（D）

周産期の急性心不全の一例

○岡田 真由子[1]，國嶋 憲[1]
[1]京都市立病院

産後8日の36歳女性が動悸，嘔吐，発熱，咳嗽，倦怠感を主訴に救急外来を受診した。来院時，体温36.7度，血圧94／56mmHg，心拍数108回／分，SpO2　97%（室内気）　心電図：正常洞調律，ST変化なし　採血：肝酵素高値，BNP高値　経胸壁心エコー：駆出率45%，びまん性壁運動低下　胸部X線：胸水貯留，心拡大　待機中に動悸症状出現し，最終的に急性心不全として入院加療となった一例を経験した。本症例は周産期心筋症，頻脈誘発性心筋症による急性心不全が疑われた。周産期心筋症について文献考察を含めて報告する。

心血管
演題番号　O24-2（D）

心筋炎の診断に難渋した１例

○西沢 晃一郎[1]，石川 雅巳[1]
[1]呉共済病院

【緒言】心筋炎は，多くはウイルスなどの感染を契機として生じた心筋の炎症により，心臓機能障害を生じる疾患である。発症時は発熱や気道症状，消化器症状といった非特異的な症状のみであるため，診断は難しい。今回我々は初診で診断に至らず難渋し，後に心筋炎と診断された1例を経験したので報告する。【症例】50代の女性【主訴】発熱・心窩部痛【現病歴】X-1日に心窩部痛を自覚，X日朝より発熱あり，当院受診。【臨床経過】JCS0，血圧　98／72mmHg，心拍数　95bpm，呼吸回数　14／min，SpO2　97%（室内気），体温　38.8℃。心窩部に圧痛・肝叩打痛あり。AST，CK-MBの上昇，トロポニンIの著明高値，心電図で下壁誘導でのQS patternを認めた。急性心筋梗塞を否定できなかったが，本人，家族の希望で帰宅となった。しかし翌日再び救急外来受診し，心エコーで左室壁運動低下を認め，緊急で冠動脈造影検査を施行したが冠動脈の有意狭窄はみられず，心筋炎と診断され転院搬送となった。【考察・結語】ウイルス感染の症状があり，心筋逸脱酵素が上昇している場合で冠動脈疾患が除外できた際には心筋炎を強く疑わなければならない。

心血管
演題番号　O24-3（D）

初診で尿管破裂と診断された腹部大動脈瘤破裂の１例

○宮本 愛唯[1]，石川 雅巳[1]
[1]呉共済病院

【緒言】尿管破裂は尿路結石が原因で起こりうるが，単純CT検査では血管病変の否定に難渋する場合が少なくない。今回我々は初診で尿管破裂と診断された腹部大動脈瘤破裂の1例を経験したので報告する。【症例】63歳女性【主訴】左腰部・下腹部痛【現病歴】当院泌尿器科で尿路結石，他院で腹部大動脈瘤を経過観察されていた。数日前からの左腰部・下腹部痛が受診当日の朝に増強したので救急要請した。【臨床経過】JCS　0，血圧　119／74mmHg，心拍数　73bpm，呼吸回数15／min，SpO2　99%（室内気）。左CVA叩打痛陽性。腎機能低下のため単純CT検査を施行し，左傍大動脈から腎周囲に浸出液を認めた。心臓血管外科にコンサルトし，腹部大動脈瘤破裂よりも左尿管破裂の可能性が高いと判断した上で入院とした。当日夜に急変したので，造影CT検査施行後，腹部大動脈瘤破裂と診断し，転院搬送を行った。【考察】腎機能低下例でも，急変時は積極的に造影CT検査を施行することが重要である。また，尿路結石による疼痛が大動脈瘤破裂を引き起こす可能性にも注意する必要がある。【結語】初診で尿管破裂と診断された腹部大動脈瘤破裂の1例を経験した。

心血管
演題番号　O24-4（D）

喘息治療中にたこつぼ心筋症を発症した一例

○飯島 章子[1]，菊地 一樹[1]，榊原 真子[1]，森 ちひろ[1]，島田 拓哉[1]，井上 元[1]，鈴木 恵輔[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学病院

【背景】たこつぼ心筋症は，カテコラミンによる心筋障害が原因と考えられているが病態は解明していない。気管支喘息治療中に，たこつぼ心筋症を発症した一例を経験したので報告する。【症例】気管支喘息既往のある60代男性。喘鳴と呼吸困難を主訴に搬送された。来院時頻呼吸，酸素化不良，両側肺野でWheeze聴取した。β刺激薬0.3ml吸入3回，ステロイド8mg，アドレナリン0.3mg2回投与するも呼吸状態改善せず，挿管管理とした。挿管4時間後に心筋マーカー上昇，血圧低下，左室駆出率の低下（EF20％），CAGでは冠動脈優位狭窄なく，心尖部の無収縮を認めた。昇圧剤への反応乏しくたこつぼ心筋症による心原性ショックと判断し，同日impella挿入した。以降は経過良好で第7病日にimpella抜去とし，第8病日に抜管した。【考察】本症例では，気管支喘息発作のストレスによる内因性カテコラミンの上昇と，気管支喘息治療としての外因性のアドレナリンがたこつぼ心筋症の発症に寄与したと考えられる。【結語】外因性カテコラミン投与によりたこつぼ心筋症を発症するリスクがあることを念頭におくべきである。

心血管
演題番号　O24-5（D）

座位での失神を繰り返したペースメーカー患者の一例

○野田 美咲[1]，前田 敦雄[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，古畑 謙[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

87歳，男性。完全房室ブロックに対しDDDペースメーカーを留置。来院日の午前3時頃，座位で約5分間失神。安静仰臥位で経過観察中，再度座位で失神し救急搬送。12誘導心電図はペーシング波形を認め，デバイスチェックに特異所見なく，他の検査でも心筋虚血や弁膜症を示唆する所見はなかった。心原性失神の可能性は低く帰宅としたが，帰宅後に座位で2回失神し再搬送。モニター心電図では，座位時に完全房室ブロックを認め，ペーシング不全が示唆された。仰臥位ではBipolarでのインピーダンスは840Ωであったが，座位では3000Ω以上に上昇し，心室リードの不全断線が疑われた。Unipolar設定に変更後はペーシングが維持され，以後失神はなく，第3病日に退院した。本症例では，座位時に肋鎖靭帯がリードの不全断線を引き起こし，房室ブロックを生じた。ペースメーカー留置患者の失神では，リード不全の可能性を考慮し，失神時の体位や姿勢，および再現性の確認が重要である。また，体位によるインピーダンス変化の評価も有用であると考えられた。

心血管
演題番号　O24-6（D）

正中弓状靭帯症候群による前下膵十二指腸動脈瘤破裂の１例

○渡部 彩香[1]，佐々木 純[2]，岩本 泰樹[3]，須郷 加奈子[3]，中島 靖浩[2]，林 宗貴[2]，土肥 謙二[3]
[1]昭和医科大学 臨床研修センター，[2]昭和医科大学江東豊洲病院 救急診療科，[3]昭和医科大学救急災害医学講座

症例は54歳女性，既往に急性心筋梗塞と甲状腺機能低下症で通院中であった。突然の心窩部痛と嘔気を主訴に当院救急外来受診となる。以前の心筋梗塞と同じような痛みであり，ニトログリセリンの舌下錠にて症状は改善し，痛みが軽快したため帰宅したが，同日に再度痛みが増強したため来院。腹部造影CT検査で正中弓状靱帯症候群と膵臓周囲の血腫が疑われ，緊急入院となった。バイタルサインは安定しており，経過観察していたが，翌日，突然の背部痛の増強を認め再度腹部造影CT検査を行ったところ前下膵十二指腸動脈から仮性動脈瘤破裂を認め，緊急の血管塞栓術（TAE）を行った。その後，貧血増悪や腹部症状の再燃はなく，経過は良好であり，第10病日に自宅退院となった。退院4日後に嘔気が出現し嘔吐を認めた。十二指腸狭窄による腸閉塞症状が認められたため入院し，胃管挿入と保存的加療で軽快し，第20病日で退院となった。膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の中でも稀な疾患とされる。本症例の原因としては正中弓状靱帯圧迫症候群による上腸間膜動脈系の血流の増強が考えられた。【結語】前下膵十二指腸動脈瘤破裂による症例を経験した。

心血管
演題番号　O24-7（P）

Carperitide and sacubitril／valsartan combined to cause hypotension in a patient with type-A dissection

○田村 未来

Case presentation：A 70-year-old man with hypertension was admitted to the hospital for conservative treatment of pseudo-occlusive aortic dissection. After seven days of admission, the attending physician began switching from intravenous carperitide（hANP）and others to oral antihypertensive medications. About 3 hours after taking sacubitril／valsartan（ARNI）, the patient's systolic blood pressure dropped below 50mmHg, and he lost consciousness. The doctor suspected an enlarged false cavity and performed imaging, but the results showed no problem.

心血管
演題番号　O24-8（E）

循環器疾患に対する病院前12誘導心電図の可能性

○笹沼 拓未[1]，井上 和茂[2]，中島 大希[1]，長谷川 栄寿[2]，大友 康裕[2]
[1]東京消防庁，[2]国立病院機構災害医療センター

【背景】循環器疾患は早期診断と早期治療が生命予後にとって重要である。また病院前で冠動脈疾患を早期に認識し，適切な医療機関に搬送することは有益となる。【目的】国立病院機構災害医療センターの経皮的冠動脈形成術（PCI）症例から，病院前12誘導心電図の有益性を調査する。【方法】2020年1月から2024年12月まで，当院救命病棟入院患者でPCI治療を行った患者を対象とした。2次救急患者の主訴，来院時心電図，来院からアンギオ室入室時間を検証した。CPA，転院搬送，重症直近2次選定例は除外した。【結果】221名が対象であった。2次救急は31名（14%）。胸痛，関連痛が27名（87%）にあり，来院時12誘導心電図でST上昇が17名（55%）に認められた。各選定における来院からアンギオ室入室時間は2次：CCU：3次＝81：45：46分（中央値）であった。2次救急全症例で救急隊のモニター心電図は実施されていたが，ST上昇は認められなかった。【結論】多くの傷病者がCCU，3次救急へ適切な選定が実施されていた。胸部症状を呈している患者の半数が12誘導心電図でST上昇を認めており，病院前で行うことで選定の一助になると思われる。

家族対応
演題番号　O25-1（N）

当院の救命救急センターにおけるグリーフケア活動

○藤岡 瑠璃[1]，谷 幸一[1]，松田 秀一[1]，根津 千明[1]，中嶋 弘美[1]，片岡 祐一[1]
[1]北里大学病院

【背景】当院救命救急センターの救急外来では，死別後の家族支援が重要と考え，2017年より，搬送後に亡くなられた患者家族へのグリーフケアや，相談窓口の提示などの支援を行っている。また救急ICU・救急病棟では，患者の終末期に直面する家族や重度の後遺症を持った患者の悲嘆について検討するため，グリーフケアカンファレンスを行っている。【活動内容】外来で亡くなられた患者の家族に対して，医療者との相談窓口を示したグリーフカードを配布している。相談窓口はメールと月2回の電話であり，救急外来看護師が家族に寄り添いながらニーズを確認し，院内多職種と連携し，ニーズに応じて面談の設定，院内外のリソースの提示などを行っている。グリーフカードは年間400枚程度配布し，メール・電話の相談は年間5～20件であった。救急ICU・救急病棟で悲嘆の状況にある患者家族に対して，週一回，看護師，医師，MSW，公認心理師などの多職種でグリーフケアカンファレンスを行い，患者家族への支援などについて検討している。【結論】救命救急医療におけるグリーフケアは，家族や患者とのコミュニケーションを図る上で極めて重要な活動である。

家族対応
演題番号　O25-2（N）

救急外来での家族参加型エンゼルケアキャンペーンはグリーフケアへの意識を変えた

○青島 咲子[1]，増田 善昭[1]，鈴木 秀聖[2]，麻喜 幹博[2]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター 外来看護師，[2]藤枝市立総合病院 救命救急センター 救急科

【背景】当院の救急外来では，院外心停止で看取りとなる症例が一定数存在するが，グリーフケアの提供には課題があった。家族参加型エンゼルケアは，グリーフケアの一手段となるため，2023年に家族参加型エンゼルケアキャンペーンを実施した。【方法】キャンペーンに関与した救急外来看護師18名を対象に，キャンペーン終了の1年半後に無記名アンケートを実施し，意識変化を分析した。【結果】回収率は100%であり，8割以上がエンゼルケアの意義を再認識した。6割が苦手意識の軽減を実感し，実施頻度も3割増加した。看護師は，家族が患者に寄り添う機会の確保や家族のライフレビューが促がされたことなど実践の効果を感じ，メイク道具の整備や勉強会，相談機会の支援を求める声も多かった。【考察】本キャンペーンは，看護師がグリーフケアの必要性を認識し，実践力を高める教育的アプローチとして有効と思われた。患者との関係性の希薄さ，家族の拒否，強い感情表出は介入を躊躇させる要因も挙げられたので，ケア技術の支援や道具の整備など，本キャンペーンの効果をさらに高める方法を検討していきたい。

家族対応
演題番号　O25-3（N）

救命救急センター看護師から始まる個別性に合わせたグリーフケア ～突然の死別を経験した家族に寄り添う～

○森 泰子[1]，山口 絵美[2]，中尾 勇祐[1]，宮原 慶江[1]，高田 里沙[1]，野田 侑希[1]，山﨑 彩加[1]，三部 瑞樹[1]，種本 陽子[3]，加藤 佐知子[1]，大谷 典生[1,4]
[1]聖路加国際病院 救命救急センター，[2]聖路加国際病院 医療社会事業科，[3]聖路加国際病院 心療内科，[4]聖路加国際病院 救急科

【背景】大切な人の予期せぬ死を経験した家族に対し，最初に関係性を築きケアを実践できるのは救急看護師である。当院ではグリーフケアガイドやリーフレットを活用し多職種でサポートする体制をとり，その質を上げるため10年以上取り組んできた。【目的】救急看護師が限られた時間で家族にグリーフケアを行う効果を検証する。【方法】2013年12月1日～2024年12月31日の間，MSWが窓口となりグリーフケアを行った救急患者の家族を抽出し内容を検討した。【結果】対象事例は計100件で，夜間休日の死亡退院54件を含め，専門職種（チャプレン，チャイルドサポートチーム，精神科チーム等）と連携した支援へ繋がった。内容は，傾聴，社会調整，地域連携，受診援助，子どものケア等ニーズに合わせ多岐に渡った。40件はリーフレットがきっかけとなり，相談時期は死後数日～5年後と幅広かった。支援した家族は延べ144人だった。【考察と結論】看護師がグリーフケアの必要な家族をアセスメントしチームへ情報共有することで，夜間休日問わず個別性に合わせた支援へ繋がっていた。又，適切な対応や寄り添いが，退院後の適時な支援を可能としたと思われる。

家族対応
演題番号　O25-4（N）

救急搬送患者家族看護の充実に向けて ～救急患者家族のニードを把握する～

○藤川 円[1]
[1]JA徳島厚生連吉野川医療センター

【背景と目的】救急搬送された患者家族は，精神的危機に陥る可能性が高く看護師による支援が求められる。重症集中ケアでの患者家族に焦点を当てた先行研究は多くあるが，救急搬送患者家族のニードについての研究は少ない。そこで，救急搬送された患者家族のニードを把握し，救急外来家族看護の充実を図るための手がかりを明らかにするために調査を行った。【方法】A病院救急外来に救急車で搬送された患者家族82名に対し，CNS-FACEをもとに独自で作成したアンケートを用いてデータ収集を行い，年齢，性別，続柄，同居の有無に分類して単純集計を実施。また，二群間の統計解析にマンホイットニー検定を用いて実施した。【結果】救急搬送患者家族のニーズ調査では，全体のニード別項目で，「とても思う」「思う」と答えた割合は「情報」84.2%「保証」82.2%と高かった。また各分類でもこの2項目の割合が高く，60歳以上と未満の二群間での有意差は認めなかった。【考察】救急搬送患者家族のニードは，重症・集中ケアでの家族ニードと同じ傾向であった。短時間での関わりの中で，看護師による適切なサポートが患者家族の安心感を高め，危機的状況の緩和に寄与する。

家族対応
演題番号　O25-5（C）

救命病棟における『公認心理師』介入の実践報告と課題 ～入院時重症患者対応メディエーターの活動を通して～

○牛山 幸世[1]，清水 正幸[2]，大政 皓聖[2]，更科 陽子[3]，佐々木 玲子[4]
[1]済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター 心理室，[2]済生会横浜市東部病院 救急科，[3]済生会横浜市東部病院 救命病棟，[4]済生会横浜市東部病院 療養福祉相談室

【背景と目的】当院では開院以来，重篤な患者家族への心理的支援を行っており，2024年4月からは心理師も入院時重症患者対応メディエーターとして新たな業務に従事し，依頼・対応件数が増加している。本研究は，今後のより良い多職種連携への示唆を得ることを目的として，①2024年6月～10月に救命病棟に入院した患者家族への全ケース介入，②心理師介入のニーズ・メリット等に関するアンケートを実施した。【方法】①上記期間中に入院した患者209名の診療録を調査，介入件数や対象者等を確認。②84名の医師・看護師にアンケートを配布・分析した。【結果】①介入は115件，複数回介入したケースは37%で，CPA－R後，敗血症，自殺企図後の事例が多かった。②アンケートの回答者46名（回収率55%）のうち，介入メリットとして医療者と家族の連携強化が挙げられる一方，デメリットとして心理師へ頼りすぎてしまう懸念も示された。【考察】重篤な患者家族には，予後不良な状況での心理的対応が重要であることが示唆された。各職種がそれぞれの役割を認識し，協働していくことが課題であることが窺われ，より効果的な支援につながると考えられる。

家族対応
演題番号　O25-6（N）

高度救命救急センターから終末期在宅医療移行に向けた地域連携 ～住み慣れた自宅で最期を過ごすために～

○松田 奈央[1]，野坂 友希[1]，井上 幸子[1]，吉野 早苗[1]，池淵 功恵[1]
[1]鳥取大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】住み慣れた自宅で最期を過ごしたいという本人／家族の希望は多く，救急医療と在宅医療の連携強化は喫緊の課題である。しかし，介護力不足，在宅医確保と訪問サービス調整などに時間を要することが自宅退院を困難にしている。高齢や重症で予後が短い患者であれば迅速性が求められ，当センターからの自宅退院は実現していなかった。「最期の大切な時間を家族で過ごしてほしい」「自宅での看取りも選択できる体制にしたい」という我々の思いから，転院を介さない自宅退院への取り組みを開始したので報告する。【活動内容・結果】上記の思いを有する症例に対して，救急科医師や退院支援センター看護師と共に目的・対象者・自宅退院を希望されたあとの対応について検討し，2023年3月に在宅連携フローを作成した。4月に院外を対象に在宅医の確保・訪問サービス調整協力を依頼し，7月に訪問看護師とも意見交換会を行った。複数の地域医療機関から協力を得られ，現在までに数日以内の看取りを含む4名の患者を早期に当高度救命救急センターから自宅退院させることができた。【結語】在宅連携により早期の終末期在宅医療への移行は可能と考える。

医療従事者教育4
演題番号　O26-1（D）

病院前外傷救護における簡易骨盤固定は適切に実施されているか？

○萩原 尊礼[1]，山根 尚真[1]，重本 凡[1]，岩田 真奈[1]，下原 輔[1]，宗村 佑人[1]，堀田 康文[1]，樋口 遼[1]，和田 大和[1]，橋本 恭史[1]，後藤 保[1]，門馬 秀介[1]，小林 誠人[1]
[1]鳥取県立中央病院 高次救急集中治療センター 救急集中治療科

【背景】骨盤骨折は重篤な出血性ショックに陥ることがあり，病院前からの簡易骨盤固定具の装着は止血効果が期待される。しかしながらその実態，効果に関する報告は散見される程度である。【目的】病院前外傷救護で使用された簡易骨盤固定具（サムスリング）の装着状況を評価し，その適切性を明らかにすることである。【方法】2024年6月から12月までの期間に，サムスリングを装着されて当院に搬送された症例を対象とした。搬送後にサムスリングの装着位置と機能性などを評価した。【結果】対象症例は9例で，うち骨盤骨折は2例であった。ショックに至った症例はなかった。サムスリング装着は受傷機転によって判断されていた。装着位置は2例が適切ではなく，ベルトのバックルが全例で機能していなかった。【結論】病院前外傷救護におけるサムスリングの装着は適切に実施されていなかった。観察，評価，判断能力の向上，教育手法の見直しが急務であると考えられた。

医療従事者教育4
演題番号　O26-2（E）

「通話のスペシャリスト」を目指して ～病院救命士教育のアウトカム　現状とその先～

○平田 誠[1,2]，世一 華帆[1,2]，宮坂 恒輝[1,2]，森本 幸夫[1,2]，吉永 雄一[1,3]，渡邉 太郎[4]
[1]関西メディカル病院 ERセンター，[2]関西メディカル病院 EMT科，[3]関西メディカル病院 救急集中治療部，[4]社会医療法人純幸会関西メディカル病院

現状とその先～　当院は年間約9000件の救急搬送を応需する二次救急医療機関であり，現在25名の病院救命士が在籍する。救急外来での業務は，診療や処置の介助，電子カルテの代行入力，認定資格者による救急救命処置など多岐に渡るが，救急隊からのホットラインや医療機関からの緊急紹介依頼への対応および受け入れ調整，家族連絡や診療情報の取り寄せ，高次医療機関への転送調整など通話による業務の割合も多く，円滑な診療には通話の“質”の確保が求められる。そこで，2022年から専用ダイヤルの通話内容を全件録音保存し，必要に応じて後日，上級職の一次検証による個別のフィードバック，勉強会での全体共有，院内委員会での報告および二次検証を行うことが出来るシステムを構築した。また，個別の症例検証に基づく教育だけでなく，外部講師を招いての接遇研修により基本的な電話対応能力の底上げに努めるなど，通話の“質”を向上するための様々な取り組みを続けている。今回，病院スタッフや救急隊に協力頂いたアンケート結果による評価も踏まえ，救急医療の「通話のスペシャリスト」を目指す病院救命士の現状および今後の展望を報告する。

医療従事者教育4
演題番号　O26-3（MT）

臨床検査技師による救急隊員向け心電図講習の実施

○杉江 千穂[1]，鈴木 雅大[1]，西尾 祐貴[1]，宮本 康平[1]，磯部 勇太[1]，尾中 秀行[1]，安藤 雅樹[1]
[1]刈谷豊田総合病院

【はじめに】当院では，2022年度より臨床検査技師が救急外来に常駐し業務を行っている。これを機に，救急隊員とも関わりを持ち，徐々に心電図検査に関する助言を求められるようになった。そこで，我々は救急医療の質向上を目的に，救急隊員を対象とした心電図講習を実施したので，その取り組みついて報告する。【概要】日程：近隣消防署との救急搬送症例検討会の1コマ（30分），方法：対面形式での講義，内容：事前アンケートを基に，①電極の装着②アーチファクト③心電図判読における順序とポイント④心筋梗塞における心電図判読，の4テーマとした。講習後にアンケートを実施し，有用性の評価や今後の取り組みに活用することとした。【実施】3消防署から50名近い救急隊員の参加があった。テーマに沿って心電図の基礎から判読の注意点まで実症例を用いて説明した。講習会後のアンケート結果は概ね良好であった。【結語】心電図講習は，知識・技術の共有はもとより，救急隊員と顔の見える関係性を構築する良い機会となった。今後も，様々な取り組みで地域の救急医療に貢献していきたい。

医療従事者教育4
演題番号　O26-4（D）

災害医療勉強会により学生の災害対応の理解度は向上し，災害医療活動の原則に則って活動できるようになる

○小田 裕也[1]，近藤 乾伍[2]，栗田 健郎[2,3,4]，西ヶ谷 風佳[5]，富田 啓介[2]，大島 拓[2,4,6]，中田 孝明[2,4]
[1]千葉大学 医学部 医学科，[2]千葉大学大学院 医学研究院 救急集中治療医学，[3]放射線医学研究所 被ばく医療部，[4]千葉大学災害治療学研究所，[5]千葉大学看護学部 看護学科，[6]千葉大学国際高等研究基幹

【はじめに】千葉大学では有志学生が救急科医師と協同して災害医療勉強会を実施し，災害時に活動できるよう技能の習得に努めている。【目的・方法】CSCATTT，トリアージ，ロジスティックスに関する講義と実習を実施した。勉強会の前後で5段階の尺度法（1：全くできない～5：他人に指導できる）を用いたアンケートを実施し，各項目の理解度をt検定を用いて比較した。また，千葉大学病院主催の多数傷病者受け入れ訓練に参加した学生を対象に，CSCATTTに則って活動できたか5段階の尺度法を用いたアンケートで調査した。【結果】勉強会での各項目の理解度はCSCATTT；実習前2.6 vs後4.1，トリアージ；実習前2.4 vs後3.9，クロノロジー作成；実習前1.6 vs後3.3でありいずれも有意（P＜0.0001）に理解が深まった。また，多数傷病者受け入れ訓練後のアンケートでは平均値が3.7であり，概ねできたという評価であった。【結語】災害医療勉強会により災害対応の理解度は向上し，訓練において原則に則って活動できるようになることが示された。災害医療に貢献できる医療者を育成する効果的な取り組みと考えられた。

医療従事者教育4
演題番号　O26-5（D）

学生の放射線災害対応勉強会への参加は，放射線災害に対応できる人材の確保に寄与する

○西ヶ谷 風佳[1]，栗田 健郎[2,3,4]，近藤 乾伍[2]，小田 裕也[5]，富田 啓介[2]，大島 拓[2,4,6]，中田 孝明[2,4]
[1]千葉大学 看護学部 看護学科，[2]千葉大学大学院 医学研究院 救急集中治療医学，[3]放射線医学研究所 被ばく医療部，[4]千葉大学災害治療学研究所，[5]千葉大学 医学部医学科，[6]千葉大学国際高等研究基幹

【はじめに】放射線災害に対応できる技能を有する医療者の確保は重要であり，学生への教育のため放射線災害対応勉強会を実施した。【目的・方法】放射線災害対応の基礎知識に関する講義と，放射線測定器の取り扱い・ゾーニングと養生・汚染検査の実習を行った。勉強会の前後のアンケートでその理解度について，5段階の尺度法（1：全くできない，2：指導があればできる，3：資料を確認しながらできる，4：できる，5：他人に指導できる），放射線災害対応に関する不安について11段階の尺度法（0：不安は全くない，10：著しく不安）で評価し，t検定を用いて比較した。【結果】勉強会には15人の学生が参加した。放射線測定器の取り扱い；実習前1.1 vs 後3.1，ゾーニングと養生；実習前1.6 vs 後3.7，汚染検査；実習前1.2 vs 後2.8と各技能の理解は有意に深まり，不安の程度は実習前7.3 vs 後3.5と有意に軽減された（いずれもP＜0.0001）。【結語】放射線災害対応勉強会により学生の理解度は向上し，各技能を実践できる水準に達した。放射線災害時に活動できる人材の確保に寄与する効果的な取り組みと考えられた。

医療従事者教育4
演題番号　O26-6（E）

PCECコースにおける学生ファシリテーターの意義

○松村 敬則[1]，西山 真治[2]，小谷 和秀[3]，飯田 哲大[4]，貝原 百香[4]，佐藤 圭路[5]
[1]倉敷芸術科学大学 生命科学部 健康科学科 救急救命士コース，[2]笠岡地区消防組合，[3]井原地区消防組合，[4]新居浜市消防本部，[5]地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院

【背景】「PCEC（意識障害病院前救護）コース」を本学では2017年度から毎年（2020年度はコロナで中止）開催している。今回は，ファシリテーターの一員として，卒業予定の4年生も参加し開催したので，その意義について報告する。【方法】ファシリテーターとして各グループに1名ずつ配置し，実際に他のファシリテーターと同様に受講者にファシリテーションを行った。終了時には，アンケート調査を行い，学生ファシリテーター及び救命士ファシリテーターから感想や意見等を集めた。【結果】学生ファシリテーターからは，実際に教えるということの難しさを痛感したという感想，また，他の救命士ファシリテーターからは，学生からファシリテーションについての質問等も積極的にあり，自分自身も再認識させられた，という感想もあった。【結論】「教えることは二度学ぶこと」という言葉もあるように，3年生時に受講したPCECコースの内容について再確認できたとともに，国家試験に向けて，また，将来の救急活動に向けて知識やスキルの再認識にも役立ったと考える。課題等も含め，PCECコース開催について報告する。

医療従事者教育4
演題番号　O26-7（D）

交通事故の背景に潜む内因性疾患 ～大動脈解離を契機とした症例の検討～

○益満 茜[1,2,3]，一杉 正仁[3]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[2]滋賀医科大学 救急集中治療医学講座，[3]滋賀医科大学 社会医学講座法医学部門

【はじめに】JPTECやJATECなど外傷の標準化コースは全国の消防や病院で活用されている。今回，大動脈解離を発症し交通事故を起こした症例を経験し，その対応について検討した。【症例】67歳男性。軽トラック運転中にガードレールに衝突した。救急隊接触時意識障害あり，近隣の2次救急病院へ搬送された。画像検査で脳梗塞と診断され，救命救急センターへ転送された。造影CTで大動脈解離と診断されたが，神経学的予後が不良であることを鑑みて保存的治療の方針となり，同日死亡した。解剖の結果，大動脈解離は両側総頚動脈に及んでいた。また，心嚢血腫をきたしており，これによる死亡と診断された。【考察】外傷の標準化コースでは防ぎ得た外傷死をなくすために，主に致死的な外傷に対応する内容となっており，外傷の原因になり得る内因性疾患に関しては考慮されていない。急性疾患では迅速な治療介入が必要な疾患が多く，自施設で対応不可なら転送を考慮した時間管理が必要となる。【結語】本症例のように現場の状況と傷病者の状態に解離がある場合や，受傷機転が不明な場合には内因性疾患が原因であることも考慮し活動，診療を行う必要がある。

医療従事者教育5
演題番号　O27-1（E）

病院実習で積極的な学習に至られない学生の阻害要因の検討

○宇田川 美南[1]，宮永 彩加[1]，星 光長[1]，小倉 勝弘[1]，三橋 正典[1,2]，藤本 賢司[1]，原田 諭[1]，成川 憲司[1]，中澤 真弓[1,2]，鈴木 健介[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学

【背景】救急救命士養成課程では救命救急センターでの実習が義務づけられている。当学科では，まず二次救急病院で基本を学ぶ病院実習Ⅰを行い，その後，三次救急病院での病院実習Ⅱを実施している。しかし，毎年実習先から「学生に積極性がみられない」との指摘があり，その要因は明確でない。【目的】学生が実習て積極性を発揮できない要因を検討する。【対象・方法】対象は，2021～2024年に実習後のアンケートに回答した592名とした。実習中の積極性に関する内容を調査し，積極性が欠如した行動を分析した。実習Ⅰ・Ⅱの2群間比較をカイ二乗検定で行った。【結果】非積極性学生は病院実習Ⅰで9%，Ⅱで5%であり，有意差を認めた（$p<0.05$）。要因は「実施したいことをお願いする」71%，「患者への問診」「質問する」38%，「意見を述べる」31%だった。【考察・結語】学生は，初回実習では積極性が低いが，経験を重ねることで環境に適応し行動できるようになる。非積極性には遠慮や不安，質問のしづらさ，タイミングの不明確さが影響すると考えられる。事前教育でのロールプレイや病院情報の提供，診療理解の促進が重要である。

医療従事者教育5
演題番号　O27-2（D）

中大脳動脈M2閉塞に対して血栓回収術を施行した1例

○呉 聖泉[1]，田村 智[1]，岡 秀宏[1]
[1]北里大学メディカルセンター

【はじめに】中大脳動脈（MCA）M2閉塞に対する血栓回収術（MT）の有効性については議論が続いているが，近年，遠位まで到達可能なカテーテルの開発が進み，迅速かつ安全な再開通を達成したので報告する。【症例】70代女性が突然，右片麻痺と失語を発症し，NIHSS15で搬送された。MRIではDWI-ASPECTS 6, MRAでは左M2閉塞を確認した。tPAの適応外と判断し，直接MTを施行した。【経過】Vecta46を使用し，1回の吸引で完全再開通（TICI 3）に成功した。術後の出血は認められず，翌日には麻痺がほぼ消失し，失語も改善傾向を示した。最終的にmRS2でリハビリ目的に転院した。【考察】本症例では，M2閉塞に対して遠位まで到達可能な吸引カテーテルを使用することで，迅速な再開通と安全性の確保が可能であった。ステントリトリーバーと比較して，吸引カテーテルは出血リスクが低いとされ，本症例でも術後出血を伴わずに良好な転帰が得られた。今後，最適なデバイスの選択基準について，さらなる検討が求められる。

医療従事者教育5
演題番号　O27-3（D）

救急救命士の観察・判断能力の改善は急務 ～本県における低血糖判断の調査結果から～

○説田 守道[1,2]，宮崎 伊佐夫[1]
[1]日本赤十字社伊勢赤十字病院，[2]三重県救急搬送・医療連携協議会

【背景】低血糖による意識障害は早期対応により良好な転帰が期待できる。救急現場で低血糖を迅速かつ正確な判断は容易ではないが，無闇な血糖測定は避けるべきである。今後の処置拡大を見据え，救急救命士の観察・判断能力の向上が求められる。【目的】救急隊による低血糖判断の現状を調査し，判断精度向上のための方策を検討する。【方法】県内各消防本部において低血糖プロトコルを適用した事案を対象とし，現場で測定した血糖値が50mg/dL未満であった症例数を調査した。調査期間は平成30年，令和4年および5年とし，県MC事後検証作業部会のデータを用いて陽性的中率を算出。【結果】県全体の陽性的中率は，それぞれ32.7%，33.4%，33.7%。令和5年における各消防本部の陽性的中率は22%から100%とばらつきがあった。【考察・結語】平成25年の「実証研究」では低血糖判断の陽性的中率は約48%と報告されており，本調査の結果はそれを15%以上下回っていた。また，過去数年間においても改善は認められなかった。救急救命士の観察・判断能力向上のため，プロトコルの改訂やシミュレーション教育の強化が必要である。

医療従事者教育5
演題番号　O27-4（E）

教育機関におけるファーストエイド教育の現状と課題

○柳澤 初実[1]，牧 亮[1]，齋藤 大蔵[1]，井上 拓訓[1]，柳 聖美[1]，田中 秀治[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】小学校・中学校・高等学校における心原性心停止に対する講習会や対応フロー等は普及している。しかし，教職員が遭遇する頻度の高い心肺蘇生法以外のファーストエイド（First Aid以下，FA）教育は組織的な取り組みの現状やその問題点については未だ明らかになっていない。【目的】各教育機関における教職員へのFA教育状況を明らかにすること。【方法】都内の小学校・中学校・高等学校教職員を対象にMicrosoft Forms®を用いてアンケートを実施し，統計解析には記述統計を用いた。【結果】86名の回答の内42名が入職後にFA教育を受講したと回答した。学校毎に講習会を実施しているのは30名，市区町村が19名，都が7名であった。実施内容は，アナフィラキシーショックの対応が34名，熱中症が22名，異物窒息が18名であった。【結語】入職後のFA教育については約半数の受講歴があったが，学校毎でのFA教育は未実施の学校が多くあった。近年死亡事例のあった熱中症や異物窒息等の非心原性心停止への対応も求められており，CPRのみならず遭遇する頻度の高い初期対応や危機管理訓練を実施できる教職員が求められる。

医療従事者教育5
演題番号　O27-5（E）

胸部症状を伴う小児での12誘導心電図活用の実態

○﨑山 師[1]，落合 聡[1]，中村 聡[1]，菊地 研[2]
[1]栃木市消防本部，[2]獨協医科大学病院 救命救急センター

【背景と目的】10代男児の胸痛で12誘導心電図（12ECG）の伝送と3次医療機関への搬送を経験した。この症例を契機に小児での12ECG伝送の実態を調査した。【方法】調査期間は12ECG伝送を開始した2012年10月より2024年12月までとし，対象を小児のうち，自覚症状を自ら伝えられる7歳以上18歳未満（「少年」の年齢区分）とした。併せて当消防本部の救急救命士に胸部症状を伴う小児に関するアンケートを行った。【結果】この期間に12ECGを伝送した3,344件のうち，「少年」は11件であった。その内訳は，胸部症状が9件，意識障害が2件で，動悸の1件は10代女児の頻脈発作であった。一方，同期間での少年の救急搬送は2,434件，急病は1,114件であり，主訴が胸部症状のものは112件であった。このため，胸部症状を有する少年例で12ECG伝送を行っているのは11件／112件であった。また，アンケートでは，主訴が胸部症状であっても小児では12ECGの記録を意識していないことが明らかになった。【結論】胸部症状を有する場合には年齢を問わずに12ECGを記録すべきと再認識した。

医療従事者教育5
演題番号　O27-6（S）

救急救命学科学生のN95マスク密着性評価におけるユーザーシールチェックの信頼性

○芳村 拓海[1]，澤田 仁[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【背景】N95マスク密着性評価におけるユーザーシールチェック（USC）の信頼性は低いと言われているが，医療系学生に対する検討は不十分である。【目的】本学救急救命学科学生のUSCの信頼性を検討すること。【方法】本学科3年生21人を対象に，N95マスク定量的フィットテスト（QFT）を実施した。対象者は，N95マスクを装着してUSCを行い，フィット感を5段階で評価した後，QFTを受けた。不合格者にはUSCを指導し，マスクフィットを修正した後，再テストを実施した。【結果】初回テストの合格者は6人（28.6%）であった。USCの偽陽性率は66.7%（10／15），特異度は33.3%（5／15）であった。再テストは，1人が辞退し14人が受け，最終的に13人（61.9%）が合格した。【結論】本学科学生のUSCの信頼性は低かった。一方，USCをやり直したことでマスクフィットが向上した。N95マスク密着性評価の信頼性を上げるためには，USCの技能そのものを高める必要がある。

医療従事者教育5
演題番号　O27-7（C）

救急車のオゾン消毒を中止して救急出動する危険性の検討

○鶴 俊輔[1]，藤本 賢司[2]，成川 憲司[2]，鈴木 健介[2]，小川 理郎[2]
[1]日本体育大学 救急医療学科 救急蘇生災害医療学研究室，[2]日本体育大学大学院 保健医学研究科 救急災害医療学

【背景】厚生労働省は，広範囲を一律に消毒することは，不確実で，作業者の危険性があることを指摘している。しかし，全国消防本部の67.5％が，救急車内に高濃度オゾンを発生させる消毒方法を採用している。このうち36.1％が，オゾン消毒中に指令を受けた場合は，換気をしたうえで出動している。しかし，出動準備のわずかな時間に，車内のオゾン濃度が作業環境基準の許容濃度0.1ppm未満になっているかは不明である。【方法】救急車の助手席座面70cmの高さにオゾン測定器を配置した。オゾンを60分間発生させて，自動停止した直後に，全てのドアを開放する自然換気と，送風機による強制換気を各6回行った。主要評価項目は，換気開始後2分以内に，許容濃度を下回るかであった。【結果】いずれの換気法でも，2分以内に許容濃度未満にはならなかった。2群の換気法には有意差はなく，いずれも許容濃度未満になったのは中央値で410秒後であった。【考察・結語】オゾン消毒を中止して，直ちに出動する方法では，隊員の健康被害が危惧される。また，許容濃度未満になるまで待つと迅速な救急出動はできない。したがって，直ちに運用方法の見直しが必要である。

医療従事者教育6
演題番号　O28-1（E）

ひとのやる気を引き出すための解決策をテーマとした研修報告
～教育設計学であるインストラクショナルデザイン（ID）をもとに～

○大石 奨[1,2]，大須賀 章倫[3]，真弓 俊彦[3]
[1]熊本大学 教授システム学教育実践力開発拠点，[2]豊田市消防本部，[3]JCHO中京病院

【はじめに】IDは，効果・効率・魅力を高める教育設計学であり，学習の動機づけにも有用である。【目的】A病院での学習の動機づけ方略の研修内容と成果を報告する。【対象と方法】教育研修に携わる職員に対して，2024年12月に「ひとのやる気を引き出すための解決策」のテーマに120分間の研修を行った。設計は，ケラーのARCSモデルに基づき，A：雇用動向の離職率や理由を提示，R：具体例を提示しながら，参加者が実践する動機づけ方法をディスカッション，C：ARCSシートを用いて効果・効率・魅力的に動機づけするディスカッション，S：実践での具体策作成とした。【結果】経営層や一般職60名が参加し，これまで勘や経験のみ頼っていたが理論に基づく重要性に気づいたなどの声が聞けた。事後アンケートでは，このような研修を続けてほしい，類似した問題に直面した時に解決の手がかりをつかめた，研修で得た成果を活用するつもりなどの意見があった。【考察】社会人は教育をエビデンスベースで学ぶ機会が少ないため，学習意欲を高めることにつながり有効な学習機会となった。【結語】医療と同様に教育も理論に基づき設計する必要がある。

医療従事者教育6
演題番号　O28-2（E）

「熊本から発信する救急救命士の未来」
PEMECとKEMATがもたらす効果と今後の展望

○宮村 一海[1]，入江 弘基[2]，桑原 謙[3]，原富 由香[3]，杉松 幸太郎[4]，髙山 倫[5]
[1]八代広域消防本部，[2]熊本大学病院，[3]熊本赤十字病院，[4]人吉医療センター，[5]熊本市民病院

熊本県において，2024年9月に第一回PEMECコースが開催され，内因性疾病傷病者に対する病院前救護の標準化が推進されている。熊本県では2012年からKEMATという熊本発の内因性疾患教育コースを継続開催しており，これら2つの教育コースは同じ内因性疾患に対するコースながら，着眼点やコンセプトの点において異なる特徴があり，互いに棲み分けをすることで教育コースの相乗効果が期待される。では，どのような棲み分けが効果的なのか，救命士に求められる未来像とはなにか‥。PEMECは，PCEC，PSLSとも関連し，プレホスにおける初期対応標準化を目指したもので，特に初学者での必須教育として位置づけられる一方，私たちが開催するKEMATは，一見軽症と思われがちな状況にあっても，いわゆるKillerDiseaseを決して見逃さない思考や問診力，状況や状態を効率よく伝える伝達力に着目した，いわば内因性L＆Gをよく理解した中堅以降の救命士を主な対象として展開してきた。これら2つの内因性疾患対応コースを履修することで見えてきたこれからの救急救命士に求められるスキルとその効果について考察したので報告する。

医療従事者教育6
演題番号　O28-3（E）

子どもの呼吸様式は服を脱がせて観察せよ！
～愛知県救急救命士再教育事業の取り組み～

○松原 慎[1,2]，木下 拓也[2,3,4]，大久保 幸洋[2,5]，石川 祥一朗[2,6]，伊藤 友弥[6,7]
[1]大府市消防本部，[2]愛知県救急業務高度化推進協議会 プロトコール教育委員会，[3]東海市消防本部，[4]名古屋市立大学大学院医学研究科・医学部 先進急性期医療学，[5]常滑市消防本部，[6]あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター 救急科，[7]愛知県救急搬送対策協議会 小児ワーキンググループ

【背景・目的】小児傷病者に対して，救急救命士は迅速かつ正確に生理学的評価を実施し，必要に応じて処置を行うべきだが，その観察精度は明らかではない。今回，小児の生理学的評価について現状の問題点を抽出し，愛知県の取組みを報告する。【方法】2023年11月～2024年2月に救急救命士再教育事業に参加した救急救命士1473名に対し，重症度・緊急度が高い小児に関する観察・評価に関する教育の一環として，映像教材を用いて7症例の生理学的評価を行うシミュレーション訓練を実施した。【結果】1467名（99％）から結果を得た。全ての症例における緊急度評価の平均正解率は56.8％であった。小児傷病者の着衣の有無により正解率が変化し，着衣グループでは54.5％，脱衣グループでは59.7％であった。特に，呼吸様式の評価では着衣によって異常の有無の観察精度が平均で87.6％から74.8％と低下するとともに，具体的な呼吸様式の回答精度が大幅に低下した。【考察】結果から着衣が観察の障害となることで，病院連絡の際に具体的な呼吸状態を伝達できない可能性が示唆され，訓練・教育法を再考する必要性がある。

医療従事者教育6
演題番号　O28-4（E）

指導救命士の質の維持には認定時実技時間の拡充とその後の指導機会の確保が重要である

○宮崎 伊佐夫[1]，説田 守道[1,2]
[1]日本赤十字社伊勢赤十字病院，[2]三重県救急搬送医療連携協議会

【背景】我々は第26回本学術集会において，本県の指導救命士の認定3年後に初回認定時の技能を維持している者は50％程度であると報告した。また，JPTEC等の指導資格所持率は認定開始当初の60％から30％に低下し，指導者としての経験不足が危惧される。【目的】養成カリキュラムの妥当性を評価し，指導救命士の質の維持につなげる。【方法】本県指導救命士1 ～ 4期生89名を対象，養成カリキュラムの印象や課題に関する質問紙調査。項目は，（1）講習内容の満足度，（2）ニーズとの合致，（3）実務への有用性，（4）自己啓発の動機付け，（5）思考や態度の変化，（6）不足する内容とした。（カリキュラムは「指導救命士標準テキスト」に準拠）【結果】（1）～（4）で良好と回答した割合は，91.0％，85.4％，97.8％，98.9％で，（5）は「学習意欲」25.7％，「指導方法」20.3％，「責任感」17.6％，（6）は55.3％が「実習時間の不足」と回答した。【考察・結語】意欲や向上心は確認されたが，技能維持には実習時間の拡充が求められる。また，認定後における指導機会の確保も重要であり，仕組みの構築が必要と考える。

医療従事者教育6
演題番号　O28-5（D）

救命士養成課程学生に対するPCECコース運営の工夫

○佐藤 圭路[1]，松村 敬則[2]，小谷 和秀[3]，西山 真治[4]，頃末 浩二[5]，藤浪 好寿[1]，切田 学[1]
[1]地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院，[2]倉敷芸術科学大学，[3]井原地区消防組合，[4]笠岡地区消防組合，[5]浅口市役所

我々は，8年間にわたり救命士養成課程の学生に対してPCECコースを開催してきた。資料やシナリオは，現役救命士対象コースのそれを使用していたが，学生には難しいとの意見があり様々な工夫を行った。【教材の配信】デモンストレーション，全身観察，情報収集など手技について，動画教材を作成，Web配信した。【スキル指導ブース】状況評価，初期評価，情報収集，判断，全身観察についてスキルを指導する時間を設けた。【他のコースとの整合性】PEMECコースやPACCコースでの「ハイリスク症候」,「内因性ロードアンドゴー」,「緊急安静搬送」など，用語や概念の整合性を提示した。【テキスト記載シナリオの活用】以前のコースでは，実際に経験した事案を基にしたシナリを使用していたが，PCECガイドブックのシナリオ集からシナリオを抽出し，コースで実施した。【情報収集】情報収集に苦手意識を持つ学生が多く，シナリオ実習の際に力点を置いた。事後アンケートでは，受講者の満足度，達成度とも以前のコースに比べて高い傾向にあった。受講者背景に合わせコースの実施や運営に工夫を加えることが必要であると思われた。

医療従事者教育6
演題番号　O28-6（MT）

臨床検査技師が救急外来で超音波検査を実施する意義と課題

○河井 伸午[1]
[1]医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院

救急外来で臨床検査技師が超音波検査を実施することは，医師を含む医療従事者の負担軽減には不可欠である。しかしながら現場で実際に検査を行うことについては様々な見解がある。【意義】臨床検査技師は普段から超音波検査を実施しているため機器に精通している。現場でプローブの設定間違い，ゲイン調整の不良などで画像が不鮮明な場面に遭遇する。臨床検査技師が行えば正確な検査の実施と同時に教育も可能となる。静脈路確保と同時に検査することも多く，検査しながら採血量等の助言も出来る。また画像を普段から見慣れているため細かな点に気が付くことが出来る。【課題】バイタルサインや病状などの救急に対する知識がないまま検査を実施していたり，時間軸を理解出来ていない臨床検査技師が現実にいる。生理検査室で行う検査の流れでは時間的制約が多い救急の現場においては臨床側が求める結果は出せない。細部の計測等より見た目，感覚が重視される。また24時間救急外来に常駐していなくてはならず，呼び出し等では十分に対応出来ないため人材の育成が重要である。【まとめ】臨床検査技師が救急外来で超音波検査を実施する意義と課題について実症例をもとに紹介する。

医療従事者教育6
演題番号　O28-7（E）

ハイパフォーマンスCPR講習の現状と課題

○原 貴大[1]，齋藤 駿佑[2]，田邉 晴山[3]，畑中 哲生[4]，石見 拓[5]，西山 知佳[6]，松山 匡[7]，坂本 哲也[8]，田中 秀治[2,9]
[1]明治国際医療大学，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]救急救命東京研修所，[4]健和会大手町病院，[5]京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻予防医療学分野，[6]京都大学大学院 医学研究科人間健康科学系専攻クリティカルケア看護学分野，[7]京都府立医科大学附属病院，[8]公立昭和病院，[9]国士舘大学防災・救急救助総合研究所

【背景】GRA Japan chapterは日本の院外心停止の社会復帰率向上を目的に，GRA10プログラムの普及を中心とした蘇生率改善の取り組みを行っている。同プログラムの一環として日本版ハイパフォーマンスCPRトレーニングプログラムを開発し普及を行っている。【目的】ハイパフォーマンスCPR講習内容の評価を行い，改善策を検討すること【方法】4時間のハイパフォーマンスCPR講習をこれまで48回開催した。これらの参加者に電子アンケートを行い，満足度や現場への導入の課題などを抽出した。【結果】受講生は述べ904名であり。726名から有効回答を得た。講習で指導する個別のスキルについては概ね満足度が高かった。一方で本プログラムを現場活動に導入するための課題としては組織や支援隊の意識改革（n = 53）・プロトコルの変更（n = 26）・特定行為との兼ね合いなどが挙げられた。【考察・結語】コースプログラムに対する受講生の満足度は概ね高かった。今後は特定行為を含む包括的な教育プログラムの開発が望まれる。

医療従事者教育7
演題番号　O29-1（S）

救急救命士養成校学生が病院実習で被るストレスの実態とストレスに関連する因子についての検討

○松延 佐歩[1]，黒﨑 久訓[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【目的】救急救命士養成校の学生が，病院実習で被るストレスの有無を調査し，ストレスに関連する因子を明らかにすることを目的とする。【方法】救急救命士養成校（大学）3回生を対象に無記名でのWEBアンケートを，病院実習後に実施した。内容は，病院実習でストレスを感じたかと，生活習慣などのストレスと関連すると考えられる要因を含めた70項目とした。ストレス反応尺度の合計得点をアウトカムとし，線形回帰分析を行って，関連のある因子を分析した。【結果】41名からの回答があった（回答率：100%）。病院実習に対して，78%の学生が何らかのストレスを感じたと回答した。ストレス反応尺度の合計得点の中央値は，43点であった（140点満点）。病院実習前の不安（低スコア群に対する高スコア群の回帰係数推定値［95%信頼区間］：10.8［6.2 − 15.3］）と，日常的なストレス（5段階評価で1に対する4の回帰係数推定値［95%信頼区間］：10.1［1.3 − 18.8］）がストレス反応尺度の合計得点と関連していた。【結論】病院実習で，78%の学生が何らかのストレスを感じていた。また，実習前の不安と日常的なストレスが，病院実習で被るストレスと関連が認められた。

医療従事者教育7
演題番号　O29-2（S）

救急救命士養成課程の学生における性格特性と学業成績や娯楽行動との関連の検討

○武藤 好美[1]，村上 龍[1,2]，守岡 大吾[1,3]，平出 敦[1]
[1]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科，[2]千葉科学大学大学院 危機管理学研究科，[3]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】学生の学習に対する取り組み方には性格特性が関連することが報告されている。しかし，救急救命士養成課程の学生において，性格特性と学業成績の関係を検討した研究は限られている。【目的】救急救命士養成課程における学生の性格特性を類型化し，学業成績及び娯楽行動（喫煙・飲酒・ギャンブル）との関連を明らかにすることを目的とした。【方法】2024年8月1日時点で当学に在籍している3・4年生157名に対して質問紙調査を行った。性格特性の調査には簡易版Big Five特性尺度であるTIPI-Jを用い，階層クラスタ分析及び潜在クラス分析を用いて性格特性と学業成績，娯楽行動の関連性を探索的に分析した。【結果・結語】134名が解析対象となった。TIPI-Jの結果を用いて階層クラスタ分析を行ったところ4つの集団に類型化された。類型化された結果を基に，潜在クラス分析を行ったところ，各学生の成績，性格特性，娯楽行動を包含した3つの集団に類型化された。本研究の結果から，健康的な生活習慣を持つ学生ほど成績が高く，娯楽行動を利用する割合が高い学生ほど成績が低い傾向にあることが示唆された。

医療従事者教育7
演題番号　O29-3（E）

医師同乗実習における新たな救急救命士再教育プログラムの構築と効果

○中村 悠里[1]
[1]砺波地域消防組合消防本部

【目的】本消防組合では，救急救命士の資質の向上を目的とした医師同乗実習を実施している。この実習は，実際の救急事案に管内の主要医療機関の救急医が同乗する救急車同乗実習と実習者である救急救命士がドクターカーに同乗して出動するという2つの同乗実習を年2回，同時期に1ヶ月間に渡り実施している。今回，この2つの実習が救急救命士再教育プログラムとしてどのような役割を担っているのかを確認し，その有効性と現状の課題を把握することで新たな教育プログラムの構築を目的とする。【方法】通常の救急事案との病院選定経過，現場滞在時間等についての比較，救急医からの指導内容と実習者へのアンケート等を実施して，データ抽出する。抽出したデータを参考に現状の課題を検証して新たに教育プログラムを再構築する。【結果と考察】今回の結果から，2つの異なる形態の実習を同時進行することにより，救急医と救急救命士の相互の活動に対する理解を深めることができ，医療圏の連携強化と救急救命士の資質の向上に有効であることが確認できた。また，現状の課題から当消防本部の救急救命士再教育プログラムについて，更なるバージョンアップに取り組んでいきたい。

医療従事者教育7
演題番号　O29-4（E）

周産期領域に関する消防局における取り組みについて

○土屋 雅人[1]，森 俊三[1]，熊谷 毅[1]
[1]仙台市消防局

近年，当局では救急現場における墜落分娩，未受診妊婦への対応件数が増加傾向にある。その背景には，分娩を取り扱う施設の減少や経済的理由といった様々な要因が考えられる。妊婦及び新生児の蘇生を含めた病院前周産期対応は稀有であり，救急隊員は臨床経験が少ない中であっても病院前救護の場で迅速かつ確実な活動が求められる。当局では，その対策として産科医師等による実技研修を行ってきたが，令和5年の研修においてガイドライン等の変更に伴う最新の処置と当局のプロトコールに差異があることが判明した。そこで，県周産期医療システムの中核を担う周産期救急搬送コーディネーター事業医療機関の産科医師による監修を受けて当地域MCプロトコール（妊婦及び新生児蘇生法）の改正を行い，令和6年4月から運用を開始した。このプロトコールの改正にあわせ，救急現場活動の標準化に向けた救急隊員の知識・技術のアップデートを目的として「産科医師による新生児蘇生研修」「救急救命士の病院実習における分娩実技研修」「各医療機関産科医師との意見交換会への参加」などを実施したことから，これらの取り組みについて紹介する。

医療従事者教育７
演題番号　O29-5

演題取り下げ

医療従事者教育７
演題番号　O29-6（E）

所属における通信指令員の指導救命士配置の現状とその必要性についての提言 ～通信指令室からの挑戦～

○青木 季道[1]，小室 健司[1]
[1]秦野市消防本部

【目的】全国調査の中，指導救命士の消防本部内での役割として，通信指令員への教育は，6割程度未実施であるとの調査結果から，本市でも，通信指令室に指導救命士の配置が急務となった。【方法】所属における指導救命士養成研修に係る派遣候補者選考において，通信指令員の指導救命士配置の現状とその対応について提言を発することとした。【提言】通信指令員としての提言は，1つ目に，通信指令員の教育で，覚知から3分間の口頭指導内容の標準化やプレアライバルコール標準化教育の確立について，2つ目に，研究の推奨で，通信指令員自らが，現状を把握し課題について検討し，研究体制の強化を行う。3つ目に，共同消防指令センターを協働で実施している隣市とで，救急活動の検証や病院研修などを協働で行うように企画運営をする。と政策提言をした。【考察】救急隊員に限らず，通信指令員が地域MCと協力体制を築き，通信指令員自らが，教育，研究及び調査といったものを行っている地域もあり，本市においても通信指令室に指導救命士を配置して，教育，研究及び調査ができる構築が必要であると考察する。【結論】通信指令員にも指導救命士の養成が必要である。

医療従事者教育７
演題番号　O29-7（E）

救急救命士養成校における迅速簡易超音波検査法（FAST）を使用した教育プログラム開発

○若松 淳[1]，鳴海 圭佑[1]，村上 壮一[2]
[1]弘前医療福祉大学 短期大学部 救急救命学科，[2]北海道大学病院 先端医療技術教育研究開発センター

【背景】FASTは迅速かつ非侵襲的な方法で体腔内出血を評価でき，病院前救護への導入が検討されているが，その教育プログラムは未確立である。そこで本研究では，救急救命士養成課程の学生を対象に，FASTを使用した外傷教育プログラムを開発し，その有効性を検証した。【方法】FASTを使用した外傷教育プログラムは腹部外科専門医と教員による講義および実技実習で構成した。受講前後にFASTに関する0～10点，17項目のSACL（the self-assessment of confidence levels）を用いた自己評価と筆記試験を行い，平均値（± SD）をPaired-t検定により分析した。【結果】学生34名が参加した結果，SACLは全項目で有意に上昇し，筆記試験の平均スコア（± SD）は，事前40.1（± 6.64），事後43.6（± 4.50）（p = 0.0065）と有意な上昇がみられた。【まとめ】本プログラムは，救急救命士養成課程の学生においてFASTに関する知識・技術の習得と外傷教育に対して有効だった。今後の病院前救護におけるFASTの標準化を目指し，教育プログラムの確立を進める。

基礎・臨床研究１
演題番号　O30-1（E）

重症傷病者の発生に関連する気象因子

○宮﨑 寛典[1]
[1]知多中部広域事務組合消防本部

【導入】近年急増する救急車要請需要は，喫緊の課題である。中でも重症患者と気象因子との関連は重要な情報だが，そうした報告はまだ少ない。そこで，今回は重症傷病者の発生に関連する気象因子（季節，気温，風速，降雨，湿度）および時間的傾向（曜日，時間帯）を調査した。【方法】2020年1月1日から2024年12月31日までの期間中，当本部管内の1市3町で発生した救急車搬送件数（n = 44，223）を対象とし，地域ベースの横断研究を実施した。統計ソフトウェアはEZRを利用し，ロジスティック回帰分析を行った。なお，有意水準は0.05とした。【結果】総件数（n = 44，223）のうち，重症者は3，161例（7.1%），男性患者が1,776人（56.2%），65歳以上が2,429人（76.8%）だった。解析結果（OR）[95% CI]は以下の通り。夏（0.86）[0.77 − 0.97]，秋（0.88）[0.79 − 0.99]，寒冷日（1.22）[1.04 − 1.45]，夜間（1.16）[1.08 − 1.26]が重症例と有意に関連していた。【結論】重症患者の発生には，気象因子との関連が示唆された。

基礎・臨床研究 1
演題番号　O30-2（E）

救急搬送された外傷傷病者のデルタショック指数と患者転帰との関連

○齋藤 大蔵[1,2]，三島 大史[1,3]，田中 秀治[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]防衛医科大学校病院 救急部，[3]東京消防庁 町田消防署

【背景と目的】病院前環境から病院到着までのショック指数の推移であるデルタショック指数（delta shock index；DSI）は，患者転帰の予測値として有用性が確立していない。輸液は生体反応として収縮期血圧が上昇し，DSIに影響を与える可能性がある。我々は病院前で輸液が非実施の症例に限定し，DSIと外傷傷病者の転帰との関連を分析した。【方法】本研究は日本外傷データバンク（2019-2022）の症例を用いた後ろ向きコホート研究である。消防機関の救急隊のみが接触し，病院前環境から医療機関に搬送され，病院前輸液が非実施である15歳以上の外傷傷病者を対象とし，救急隊接触時または病院到着時の心停止症例，重症頭部外傷は除外した。評価項目は退院時転帰が死亡と定め，多重ロジスティック回帰モデルを使用してオッズ比と95％信頼区間を算出し，DSIとの関連を分析した。【結果】分析対象は40,179症例を抽出した。DSIが上昇すると退院時死亡の確率が有意に上昇した。（調整オッズ比：1.69［1.37-2.10］）【結論】DSIは患者転帰を推定する重要な評価項目であることが分かった。

基礎・臨床研究 1
演題番号　O30-3（E）

救急活動における手袋の二重着用の有効性に関する研究

○佐々木 広一[1]
[1]広島国際大学 保健医療学部 救急救命学科

【背景】救急活動では感染防止対策が不可欠であり，「標準予防策」の実施が必要である。手袋交換は基本的対策であるが，救急現場では手掌の汗などにより交換が困難な場合がある。本研究では手袋二重着用による交換の有効性を検討した。【目的】手袋の二重着用と一重着用の交換時間を比較し，有効性について検証する。【方法】広島国際大学救急救命学科学生38名を対象に，一重着用と二重着用の条件で，胸骨圧迫後の手袋交換時間と主観的運動強度を測定し，統計解析を実施した。【結果】手袋二重着用時は一重着用時に比べ交換時間が有意に短く（胸骨圧迫2分間　一重：二重＝47.7s：19.4s），運動強度も低い結果となった。【考察】手袋の二重着用は迅速な交換を可能にすることが示唆された。手袋の二重着用は，感染対策の基本として推奨される一処置ごとの手袋交換をより容易とし，資器材等への汚染伝播による間接接触感染リスクを低減する効果が期待される。また，針刺し事故に対する防御能力も向上すると考えられる。よって，手袋の二重着用は感染防止対策として有効であると考えられた。

基礎・臨床研究 1
演題番号　O30-4（S）

傷病者階段搬送時の電動リフトチェアと身体的負担の関連の検討 ～クロスオーバー試験～

○高橋 亜樹良[1]，木村 龍[2]，中川 洸志[3]，田中 正弥[2]，木島 陽尚[2]，柳澤 初実[2]，原山 尋斗[2]，澁谷 亮介[2]，清水 幸之助[2]，阿部 和[1]，田中 秀治[1,2]
[1]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]中央大学 理工学部 人間総合理工学科

【背景】救急隊員による階段搬送時の負担軽減策として電動リフトチェアが開発されたが，有用性は十分に検証されていない。【目的】傷病者階段搬送時における電動リフトチェアとターポリン担架の主観的身体的負担を比較すること。【方法】救急救命士（6名）及び救急救命士養成課程学生（30名），計36名を対象に，クロスオーバー試験を実施した。3人1組（救助者頭側・足側，傷病者）で機材の使用順及び順路（昇降，降昇）をランダムに割り付け，2フロアの階段を往復搬送した。主要アウトカムは救助者2名の搬送直後の主観的身体的負担（7段階リッカート尺度）とし，統計解析には一般化線形混合モデルを用いた。【結果】各群の平均主観的身体的負担は，電動リフトチェアで頭側3.03，足側2.73，ターポリン担架で頭側6.13，足側4.73であった。電動リフトチェアはターポリン担架よりも身体的負担が有意に低かった（B［95％信頼区間］；頭側，-3.03［-3.54，-2.52］；足側，-1.90［-2.51，-1.29］）。【結語】電動リフトチェアは，ターポリン担架と比べ救助者の身体的負担を軽減する可能性を示した。

基礎・臨床研究 1
演題番号　O30-5（D）

重症患者における末梢静脈カテーテル関連静脈炎の発生に対するノルアドレナリン投与量の影響：時間依存性マルチレベルCox回帰モデルによる解析

○安田 英人[1]，柏浦 正広[1]，田村 洋行[1]，富永 経一郎[1]，岸原 悠貴[1]，平良 悠[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，大石 高稔[1]，熊井戸 悠喬[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，東郷 志穂[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【目的】重症患者管理において，ノルアドレナリン投与に中心静脈カテーテルを使用することは標準的だが，挿入に時間を要する。一方，末梢静脈カテーテル（PIVC）での投与は迅速だが静脈炎のリスクが懸念される。本研究では，PIVCを介したノルアドレナリン総投与量と静脈炎発生との関連を，時間依存性共変量として検討した。【方法】日本国内23施設のICUから得られたAMOR-VENUSデータベースの前向きコホートデータを用いて事後解析を実施した。主要曝露をPIVC挿入から抜去までの累積ノルアドレナリン投与量とし，主要アウトカムを静脈炎の発生とした。ノルアドレナリン総投与量を時間依存性変数としてマルチレベルCox回帰モデルに組み込み，制限付きスプライン曲線により非線形関係を評価した。【結果】1,351名の患者（3,410本のPIVC）のうち，91本（2.6％）のPIVCでノルアドレナリンが投与され，そのうち20.9％で静脈炎を発症した。線形モデルでは有意な関連を認めなかったが，スプライン解析により非線形関係が明らかとなり，総投与量が6mgを超えると静脈炎のリスクが有意に上昇することが示された。【結論】本研究により，PIVCを介したノルアドレナリン投与において，6mgという具体的な閾値が示された。この知見は，重症患者のPIVC管理の最適化に貢献する可能性がある。

基礎・臨床研究1
演題番号　O30-6（D）

敗血症性ショックにおけるカテコラミン最大投与量の持続時間が，初回抗菌薬感受性の早期指標となりうる

○山屋 百合奈[1]，桑名 司[1]，金井 悠真[1]，細川 透[1]，井口 梅文[1]，山口 順子[1]，櫻井 淳[1]，木下 浩作[1]
[1]日本大学 医学部 救急医学系救急集中治療医学分野

【目的】敗血症性ショックは診断後1～3時間以内の初回経験的抗菌薬投与が推奨されている。しかし起因菌の薬剤感受性が判明するのは3日程度を要する。その頃薬剤耐性が判明しても転帰不良となる可能性が高い。本研究の目的はカテコラミン量の時間経過が初回経験的抗菌薬の感受性の有無を表す早期指標となり得るかを明らかにすることである。【方法】2017年1月1日から2023年12月31日に日本大学医学部附属板橋病院ICUに敗血症性ショックで入室した成人患者を対象に後ろ向き観察研究を行った。来院時に想定した感染源が適切かつ起因菌の初回抗菌薬感受性が有った群（感受性有群）と，いずれかが外れていた群（感受性無群）に分類し，2群間比較を行った。【結果】全例数は132例，うち感受性有群101例，感受性無群31例であった。感受性無群では感受性有群と比較しカテコラミン最大量の持続時間が有意に長かった（20.3（3.7－36.9）時間vs11.7（3.0－20.5）時間），（p = 0.0113））。【結論】カテコラミン最大量の持続時間が長い場合は，早期に感染源の再検索ないし抗菌薬の変更や追加の必要がある可能性が示唆された。

基礎・臨床研究1
演題番号　O30-7（D）

自傷・自殺未遂による救急外来受診のタイミングと精神科コンサルトの関連：JA-RSAレジストリより

○神野 駿太[1]，湯本 哲也[1]，野島 剛[1]，内藤 宏道[1]，中尾 篤典[1]
[1]岡山大学病院 高度救命救急センター

自傷・自殺未遂で救急外来を受診した患者に対して，早期に精神科的評価や介入を行うことの重要性が報告されている。一方で，夜間休日や混雑時の救急外来受診は負の患者転帰と関連がある。本研究は，自傷・自殺未遂患者の救急外来受診のタイミングと精神科コンサルトの実施の関係を検討することを目的とした。【方法】2022年12月から2023年12月までに全国47施設が参加する自傷・自殺未遂レジストリに登録された患者を対象とした。主要評価項目は精神科コンサルトの有無で，受診翌日までのコンサルトを「有」と定義した。多変量解析を用いて受診タイミングと精神科コンサルトの有無の関連を検証した。【結果】1721人のうち，年齢の中央値は33歳，1127人が女性であった。精神科コンサルトは1199例に実施された。月曜日と午前8時から12時の受診を基準とすると，土曜日と午後4時から8時の受診はコンサルト実施のオッズが低かった。【結論】受診のタイミングに関わらず，適時適切な精神科コンサルトを行うため，人的資源配分やシステムの強化が必要であることが示唆された。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-1（D）

集中治療室における短期末梢カテーテル材料の違いが静脈炎の発生率に与える影響：AMOR-VENUS試験の事後解析

○新里 祐太朗[1]，安田 英人[1,2,3,4]，東郷 志穂[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，柏浦 正広[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター救急科，[2]慶應義塾大学病院 臨床研究推進センター 臨床研究支援部門，[3]The University of Queensland, School of Nursing, Midwifery and Social Work, UQ Centre for Clinical Research，[4]Griffith University, School of Nursing and Midwifery；Alliance for Vascular Access Teaching and Research

【背景】短期末梢静脈カテーテル（SPC）関連静脈炎において，ポリウレタン製カテーテルでは静脈炎の発生率が低いとされるが，製品間の違いは十分に解明されていない。【方法】日本国内23施設のICUを対象としたAMOR-VENUS試験の事後解析を行ない，SPC製品別での静脈炎発生率を比較した。対象はICU入室時にSPCを留置された18歳以上の患者とした。主要評価項目は静脈炎発生率とし，多変量MarginalCox回帰分析を用いて，ハザード比（HR）および95％信頼区間（CI）を算出した。特殊製のポリウレタンであるPEU-Vialon®（BD, USA）群およびSuperCath®（Medikit, Japan）群，その他ポリウレタン群，非ポリウレタン群で分析した。【結果】1355例の患者および3429本のSPCを解析した。静脈炎発生率はSuperCath®群（13.1％）で最多で，多変量解析でのHR（95％ CI）は，PEU-Vialon®群1.45（0.75-2.8），SuperCath®群2.60（1.35-5.00）であった。【結語】SPCの静脈炎発生率は同じポリウレタン間でも差が示された。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-2（E）

救急救命学科卒業生の講話が，救急救命士学生のキャリア形成の考え方に及ぼす影響

○三芳 智伸[1]，関根 和弘[2]
[1]川崎市消防局，[2]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【背景】救命士学生（以下，当学科）は，大学卒業後に様々なキャリアを選択する。昨年11月京都橘大学救急救命学科（以下，当学科）では，学生のキャリア支援を目的として卒業生5名による講話を行った。【目的】卒業生の講話が救命士学生のキャリアに対する考え方に及ぼす影響を明らかにし，救命士学生のキャリアパスの実態を把握する。【方法】当学科3年生42名に講話前後で無記名WEBアンケート（質問11項目）を実施。【結果】42名が回答（回答率100％），そのうち97.6％の者が消防機関でのキャリアを目指し，キャリア選択で最も重視する点は，職場での人間関係（59.5％），最も不安を感じる点も，職場での人間関係（69％）であった。講話後キャリア目標がある程度明確または非常に明確になった者は26.2％増加，自己の職業適性や強みをある程度または非常に認識できた者は16.7％増加。またキャリア形成に関する不安を感じている者は23.9％減少した。【結論】卒業生の講話は，救命士学生のキャリア目標の明確化，不安軽減に効果がある可能性が示唆され，救命士学生がキャリア選択で最も重視する点，不安視する点は職場での人間関係であった。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-3（D）

EFIC活用臨床試験に対する一般市民の認識は救急搬送されたことがあるか否かで異なるか

○鈴木 昌[1,2]，福田 真弓[2]，REFINED-IC 研究班[2]
[1]東京歯科大学市川総合病院 救急科，[2]REFINED-IC研究班

【目的】本邦のEFIC（Exemption from Informed Consent）は非致死的病態（例；急性期脳卒中）を対象外とする。本研究では試験参加に拒否的な市民の特徴を抽出する。【方法と結果】Refined IC Study（AMED）実施の市民対象WEBアンケートデータ（20～99歳，有効回答931人）を用い，脳梗塞で片麻痺・失語で，事前同意免除で試験薬を用いた介入試験参加を想定した，拒否的市民は38%だった。救急搬送歴あり（26%）のうち拒否的は31%だった（Odds ratio 0.66, 95% CI：0.49-0.90）。ロジスティック回帰分析（変数減少法）は，試験参加に拒否的な市民の特徴として，不整脈の既往0.28（0.10－0.83），救急搬送歴0.67（0.47－0.95），臨床試験参加歴0.69（0.52－0.92）を抽出した。【結語】救急搬送の経験や，不整脈（脳血管障害のリスク）をもつ患者はEFICを受容する可能性が示された。自らの健康危機についての意識がEFIC受容に関与すると考えられた。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-4（D）

消防および医療機関データ突合の試み～第2報～

○山本 幸治[1]，福島 英賢[1]，正田 光希[2]，瓜園 泰之[2]
[1]奈良県立医科大学 高度救命救急センター，[2]奈良県総合医療センター 救命救急センター

【目的】消防機関と医療機関のデータ突合について2つの医療機関データを用いて検討した。【方法】2024年1-4月に両医療機関に搬送された奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH）データ582例と両医療機関の外来データ1254例（転院や直接受診を含む）を，医療機関名をブロックとして次の3つの方法で突合した（①年齢，性別，病院到着日と来院日②年齢，性別，覚知日時③年齢，性別，病院到着日と来院日，病院到着時刻と受付時刻）。突合はe-MATCH側への突合とし，完全一致とRのfastLinkを用いた確率的突合を行った。【結果】突合されたデータセットは完全一致では①398例（68.3%）②440例（75.6%）③108例（18.6%），閾値（年齢±2歳，性別完全一致，日付完全一致，時刻±5分）を用いた確率的突合では①437例（75.0%）②479例（82.3%）③317例（54.5%）であった。【結語】今回の突合は救急隊の傷病名と医療機関の疾患名が未確認であるが，項目の完全一致および閾値を用いた確率的突合では覚知日時を組み込んだ方法が最も突合率が高く，かつ個別性の高い突合が可能と考えられる。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-5（E）

自動心肺蘇生器導入後の効果と今後の展望

○近藤 祐司[1]，須田 純平[1]，北島 顕治[1]，田邊 亮介[1]，横溝 順一[1]，小林 元裕[1]，水越 禎之[1]，有馬 健[2]
[1]春日部市消防本部，[2]春日部市立医療センター

【背景】新型コロナウイルス感染症が国内で流行した令和3年度に当消防本部では自動心肺蘇生器（Clover3000）を救急車全台に導入した。さらに，救急現場での効果検証のため，ワーキンググループを発足し調査研究を開始した。【方法】調査期間を令和1年1月から令和5年12月までとして自動心肺蘇生器（Clover3000）の現場使用率と，導入前後のROSC率，特定行為実施率，成功率等を比較検討した。【結果】自動心肺蘇生器（Clover3000）の現場使用率は83.7%でROSC率は導入前と比較すると3.1%減少した。一方で静脈路確保の成功率は1.8%増加した。これは自動心肺蘇生器の使用により，隊員が救急車内で胸骨圧迫を行う場所が不要となり，安定したスペースで特定行為を行える効果がみられた。救急隊員アンケートでは身体的負担軽減効果との意見があり，救急件数の増加に資する資器材であると感じた。【まとめ】ROSC率の上昇には，機器の使用のみならずバイスタンダーの存在が極めて重要であり，バイスタンダー育成と自動心肺蘇生器等の資器材を効果的に使用することがROSC率向上に繋がると考える。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-6（E）

現場でバイタルサインを測定すべきか？

○萬田 将太郎[1]，月木 良和[1]，木村 信広[1]，米屋 友靖[1]，中尾 彰太[2]，松岡 哲也[2]
[1]泉州南消防組合泉州南広域消防本部，[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

【背景】救急隊はバイタルサイン（以下「VS」）を速やかに測定することが望ましいが，当消防では車内収容（以下「車収」）後に測定する症例が多く，高緊急度傷病者に対する酸素投与の遅れが懸念される。【目的】現場でVS測定を行うことによる，酸素投与を含む現場活動時間への影響を検討した。【対象と方法】直近2年6か月間の救急隊搬送急病例の内，救急隊が高緊急度と判断し酸素投与を行った2,791件を，VS現場測定症例（現場群：288件）と未測定症例（車収群：2,503件）に分け，接触-車収時間（t車収），接触-病院連絡，開始時間（t連絡），接触-現場出発時間（t現発），現場で酸素投与を開始した割合を比較した。【結果】t車収，t連絡及びt現発いずれも現場群で延長し（t車収：0：12 vs. 0：04，t連絡：0：13 vs. 0：11，t現発：0：22 vs. 0：17，いずれも$p<0.01$），現場で酸素投与を開始した割合は現場群で高かった（87.5% vs. 54.0%，$p<0.01$）。【まとめ】VSの現場測定により，活動時間は延長するが，早期の酸素投与開始につながる可能性がある。

基礎・臨床研究2
演題番号　O31-7（MT）

MDWは感染症の診断およびWBC，CRPと関連するか

○小幡 佳津明[1,2]，菅野 咲絵[1]，清水 克多郎[1]，大澤 亮太[1]，関野 久邦[1]，守谷 俊[2]
[1]医療法人社団久福会関野病院，[2]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【目的】感染症の診断において，新たなバイオマーカーの探索が求められている。MDW（単球サイズ分布幅）は炎症応答と関連するが，感染症の診断指標としての有用性やWBC・CRPとの関連については十分に検討されていない。本研究では，救急患者を対象にMDWとWBC，CRPとの関連を解析し，その有用性を検討した。【方法】関野病院の救急外来および入院患者2934名（N = 2934）を対象に，MDW，WBC，CRPの相関を解析した。MDWの分布を確認し，ピアソンの相関係数を用いてWBCおよびCRPとの関連を評価した。【結果】MDWはWBCと有意な正の相関を示した（r = 0.22，p＜0.05）。また，CRPとも有意な正の相関を認めた（r = 0.34，p＜0.05）。感染症患者ではMDWが上昇する傾向があり，特に細菌感染症でその傾向が顕著であった。一方，COVID-19を含むウイルス感染症ではMDWが低下する可能性が示唆された（r = -0.15，p＜0.05）。【結論】MDWは感染症の診断においてWBCおよびCRPと関連し，感染症の指標として有用である可能性が示唆された。特に，細菌感染症ではMDWが上昇し，ウイルス感染症では低下する傾向があり，鑑別診断の補助となる可能性がある。今後，MDWの臨床的閾値の設定や，さらなる検討が求められる。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-1（E）

院内救命士業務効率化
～Next Stage ERの活用～

○腹子 歩夢[1]，橋本 克彦[2]
[1]一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 救急救命科，[2]一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 救急集中治療科

【背景】令和5年度から総合南東北病院は院内救命士採用を開始し，採用当時は初療業務のみとしていた。その後，他院からの紹介受け，転院搬送調整・搬送，病院救急車運用など業務内容が拡大し，事務作業効率化が急務であった。今回，救急外来におけるTXP社NextStageER（以下NSER）を活用した業務効率化について報告する。【結果】救急外来では他院からの紹介／転院搬送調整記録は電子カルテに入力後，Excelにも入力をするという2度手間になっていた。NSER活用前は，転院搬送から帰院後記録がすぐにできない場合もあり，時間外に諸記録を作成することが多かった。NSER活用後はテンプレート用いて短時間で必要十分な記録作成が可能となり，記録の負担や作業時間を削減することができた。このように，NSERはレイアウトやデータ取得項目をTXP社と相談し変更出来ることが利点である。【結語】院内救命士の業務効率化を目的にNSERを活用し，院内救命士や地域連携室の業務効率化に成功した事例を紹介した。今後は，救急外来全体に活用したい。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-2（E）

院内救急救命士と消防救急救命士
～相互理解に必要なこと～

○島 伶弥[1]，桑原 謙[1]，大井 勝臣[1]
[1]熊本赤十字病院

院内救急救命士の業務は救命センター内での医師・看護師・事務職のタスクシフト／シェアに加え，ドクターカー運行や救急救命処置，院内蘇生教育など多岐にわたる。当院救命救急センターは，救急ワークステーション（以下WS），就業前研修，再教育，救急救命士養成校からの実習生など多様な救急救命士の研修を受け入れている。院内救急救命士は，WS同乗実習や救命センター内での指導・教育等も行い，消防救急救命士とのコミュニケーション図っている。その結果，ドクターカー活動や救急隊からのホットライン対応などがより円滑になった印象がある。ただし，プロトコールの違いや医師・看護師の診療補助等で，実際の活動に制限があり救急救命士同士の相互理解を深めることが課題として浮き彫りになった。また，現状では県内の医療機関に所属する救急救命士の特定行為認定制度が整備中のため，当院の院内外プロトコールも課題を残している。これらの課題解決にはWS隊との情報交換や救急症例検討会及びドクターカー症例検討会などへの参加，消防OBが院内救急救命士として所属する医療機関との交流，その他救急救命士関連の学会活動などを積極的行うことが必要である。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-3（E）

当院救急救命士が実施している特定行為の現状と課題について

○山本 尊之[1]，加藤 敦[1]，岩﨑 友洋[1]
[1]医療法人札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック 救急救命士科

現在当院では11名の救急救命士（以下救命士）が在籍し，当直2名体制で救急患者対応を24時間365日行っている。重症患者の救急受入，院内での急変患者対応を行う中で当院救命士が実施した救急救命処置の現状と課題について報告する。令和5年1月1日の救命士入職以降，79件の特定行為を必要とする重症，急変患者の対応に関わってきた。その内救命士の特定行為実施が6件（約8%）であり，静脈路確保や気管挿管による気道確保については実施をしていない。この要因として救命士が実施できる救急救命処置についての認知が足りていないこと，気管挿管認定救命士が1名しか在籍していないこと，当院に診療看護師が多く在籍し，より確実で迅速な処置ができること，救命士のみが乗務しているモービルCCU搬送において特定行為が必要となる事例が少ないことがあげられる。しかし夜間帯等の勤務者が少ない場面では救命士が特定行為を行う必要があり，医療従事者の人員不足の観点からも救命士に求められることだと考える。今後の課題として救命士の技術向上の為の研修体制の充実と普及，特定行為認定資格取得の体制整備，他医療従事者との連携強化が必要であると考える。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-4（E）

救急救命士の緊急走行に関する当院の取り組み

○南部 元気[1]，田口 健蔵[1]，宮川 大輝[1]
[1]小波瀬病院

当院では救急救命士が転院搬送業務を担当している。転院搬送数は年々増加しているものの，緊急走行による搬送は全体の1割程度しかなく，緊急走行時の運転技術をいかに向上させるか，運転者の不安を軽減するかが課題であった。そこで，運転技術に関する訓練や患者搬送以外の緊急走行を行うことにより課題克服に取り組み，その効果についてアンケート調査を行った。運転技術に関する訓練としては，消防機関と合同で自動車学校を使用して運転技術訓練を実施した。緊急走行については，以前より行われていた術中迅速病理診断のための検体搬送を救急救命士が行うこととした。検体搬送では患者が乗車していないため，容態変化や車体の揺れなどに気をとられることなく運転に集中できる利点がある。アンケート結果では，これらの取り組みにより8割の救急救命士は不安が軽減されたと回答しており，一定の成果が得られたと考えられる。しかし，2割の救急救命士では不安軽減には繋がっておらず，更なる対策を検討する必要がある。緊急走行時の安全性の確保は重要な課題であり，今後は他施設の取り組みなども参考にしていきたい。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-5（E）

院内急変対応時の救急救命士の役割と救急救命士法の制限

○髙橋 貴美[1]
[1]市立青梅総合医療センター

2021年に救急救命士法が改正され，救急救命士が救急救命処置を行うことができる場は，病院前だけではなく医療機関内まで広がった。しかし，救急救命士法の制限があり，重度傷病者が当該病院に入院するまでの間とされ，入院患者に対しては救急救命処置を行うことはできない。当科では，2023年の救急科の体制変更に伴い，院内急変対応の要請時に医師と救急救命士が連携し活動できるよう科内で検討し，急変対応に必要な資機材を携行するための救急バッグを作成し，急変対応の流れを定めた。これにより救命できた症例もあり一定の成果が得られたが，一方で救急救命士は，入院患者の急変対応において救急救命士法の制限により十分な役割が果たせない症例もあった。ここでは院内急変時の救急救命士の役割を検討すると共に救急救命士法の制限について考察し，今後の課題と展望について述べる。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-6（D）

自院救急車を活用した当院の転院搬送の取り組み

○鎌形 悠[1]，石田 杏奈[1]，徳竹 麻衣[1]，佐藤 航麻[1]，荒川 拓弥[1]，中野 航一郎[1]
[1]湘南藤沢徳洲会病院

【はじめに】当院は，『断らない救急』を理念として，年間9000台前後の救急車患者の応需を行っている。【実績】当院では2022年度より病院救命士日勤帯（8時半から17時まで）に常時2，3名を配置し当院の救急車を用いて転院搬送に対応できる体制を開始した。転院活動の内容としては当院救急外来・病棟からの転院搬送，施設・クリニック，病院へのお迎え搬送を行っている。当院救急車を用いた搬送の実績としては，2022年度334件（転院搬送217件，お迎え搬送28件），2023年度359件（転院搬送216件，お迎え搬送143件），2024年度（12月末まで）389件（転院搬送204件，お迎え搬送185件）である。当院からの医療機関への転院搬送に占める自施設救急車使用率は2022年53.4%，2023年度46.9%，2024年度（12月末まで）68.5%である。【まとめ】今後の課題としては，救命士の体制を拡充させて，自院からの転院搬送，お迎え搬送での自院の救急車使用率の向上により消防の負担軽減と，地域の病院・クリニック・施設間での医療連携の充実を目指していきたい。

救急救命士（院内・民間）1
演題番号　O32-7（E）

元消防吏員病院救命士から見た救急救命士法の法律の壁と今後の展望

○熊谷 将俊[1]，川端 崇太[1]，藤川 丈一郎[1]，柳原 祐太[1]，佐々木 優斗[1]，岩尾 祐弥[1]，田口 大[1]，林 浩三[1]，曳田 彩子[1]
[1]勤医協中央病院 救急センター

平成3年に制定された救急救命士法（以下救命士法）は，幾度も現場活動と法律の壁による弊害が生じている。救命士法制定当初は特定行為に除細動も含まれており，具体的指示要請をする事による遅延により除細動適応外になる事例が数多く挙げられている中，色々な社会情勢を鑑み救命士法制定から12年後，除細動が特定行為から除外された。現在，令和3年の救命士法改正が有り，私は消防を退職し病院救急救命士（以下救命士）として，転院調整及び月平均80件の転院・迎え搬送，ER患者初療対応，病院内外での救命講習会等を行いながら日々勤務している。しかし病院救命士は気管挿管再認定など特定行為に関わる事項が未整備であり，入院患者の救急救命処置が出来ないという法律の壁が，院内急変対応チームへの参画を困難にしている現状がある。その様な背景から消防救命士から病院救命士に転身した経験から見えて来た弊害を挙げて，我々病院救命士は元より全国で活躍している救命士の最大の目的である『目の前の命を救う』為の改善点を模索し，救急現場にいる全ての傷病者・患者の利益に繋がる新たな形を提示する。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-1（E）

病院救命士主体の下り搬送が救急外来と病院収益へ与えた影響

○有井 嵩典[1]，上田 浩平[1]
[1]岡山大学病院

【背景】当院では高次医療機関の機能維持のため，初期診療後または入院早期に地域の連携医療機関への転院搬送（下り搬送）を積極的に行っている。従来は介護タクシーを使用していたが，2024年6月から救急患者連携搬送料が算定開始となり，病院救命士主体の緊急車両を活用した下り搬送へ移行した。今回，当院における下り搬送について検討したので報告する。【方法】2024年1～12月までに当院へ救急車で搬送され，救急外来から転院した症例を対象とした。対象期間を算定開始前（1～5月）と開始後（6～12月）に区分し，転送件数，救急外来滞在時間，病院収益への影響を検討した。【結果】救急搬送総件数5158件のうち，救急外来からの下り搬送は開始前158件，開始後236件であった。算定開始後の下り搬送では医師同乗が75件，病院救命士のみで搬送したのは161件であった。救急外来滞在時間は開始前の165分から開始後には148分へ有意に短縮し，搬送料収益は総額389.6万円であった。【結論】当院における救急患者連携搬送料の算定加算開始を契機とした病院救命士主体の下り搬送体制は，救急外来業務の効率化と安定した収益確保に寄与することが示された。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-2（E）

老人福祉施設と救急医療を繋ぐ病院救急救命士の新たな試み

○池戸 亮治[1]，瀬尾 亮太[1]
[1]一宮西病院

当院では6名の救急救命士が在籍し，救急医療の中で新たな役割を模索している。この度，老人福祉施設からの救急搬送患者の重症度が高いことに着目し，より早期に医療との連携を行うために，受診を迷った際の救急救命士への電話相談及びピックアップ搬送を開始した。近隣の老人福祉施設を対象に，救急救命士直通の相談ダイヤルを開設し，施設利用者に異変があった際に電話相談ができるようにした。緊急性が高い場合は消防救急車の要請を提案するとともに当院での受入の準備をする。緊急性が低いと判断した場合は，救急救命士が病院救急車で迎えに行くピックアップ搬送を提案し，当院救急外来受診に繋げる。本事業は2024年8月に開始し，2025年1月末現在で累計98件の電話相談を受け，75件が当院へ搬送となった。搬送方法は75件中59件が消防救急車，16件がピックアップ搬送となった。ピックアップ搬送の内10件（62.5%）が診察の結果，入院となった。以前であれば朝まで経過観察されていた可能性のある施設利用者に対して，電話相談及びピックアップ搬送を活用することで，入院適応者に対して早期から医療を提供することができた。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-3（D）

ハイブリッド雇用された院内救命士の現状と課題

○的場 裕恵[1]，村上 香里[1]，香村 安健[1]，安 炳文[1]，竹上 徹郎[1]，高階 謙一郎[1]
[1]京都第一赤十字病院 救命救急センター

2021年の救急救命士法改正により，救急救命士が病院内で活動できる環境が整備されつつある。これに伴い，院内救命士の需要も高くなってきており，その役割や管理体制の確立が求められている。当院では直接雇用された救命士と派遣会社から派遣された救命士が混在しており，それぞれの管理体制や教育体制の構築が課題となっている。また，救急外来には看護師や薬剤師等の多職種が勤務しており，円滑に協働するため，管理体制や教育体制の課題を明らかにする必要がある。当院の院内救命士を対象に，勤務形態，経験年数，担当業務，教育進度，他職種との連携，業務上の課題について調査を行った。課題解決を目指して，結果を報告する。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-4（E）

定年までを見据えた東京曳舟病院救急救命士課の将来像を考えるための調査

○磯﨑 千尋[1]，渡部 晋一[1]，長橋 和希[1]，森 めぐみ[1]，石原 哲[2]，三浦 邦久[2]，山本 保博[2]
[1]医療法人伯鳳会東京曳舟病院 救急救命士課，[2]医療法人伯鳳会東京曳舟病院 診療部

【目的】当院は2007年から救急救命士（以下，救命士）の雇用を開始し，これまで数多くの救命士が在籍し，現在は21名が在籍している。中でも，勤続年数が10年を超えるものが5名おり，その者らの中心業務は，主に救急センター・医師事務・院外活動の3タイプに分けられる。若年層が増加した当課では，今回，「将来，何をしたいか」を調査することとした。【方法】10の設問を用意し，救命士21名にアンケート調査を実施した。【結果】設問8：将来的にどのような業務を行っていたいか（救命士に拘らない）において，約8割が医療に関わっていたいと回答し，残りは，教育や地域連携・経営などに関する回答が得られた。【考察】勤続年数が高いほど抱えている業務量が多く，業務に安定性を求めている者が多い。それらの将来像は，業務経験を活かした「間接的な医療への関わり」を見据えており，8年目以下では，特定行為や搬送業務などを行う「直接的な医療への関わり」を理想としていることが分かった。今後，これらを踏まえた業務・生涯教育体制の再構築を行う必要があると考える。【結論】当院では，40年後を見据えた業務・生涯教育体制の構築を目指していく。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-5（E）

救急救命士がコーディネートを行なった重症新生児搬送の1例

○德江 一馬[1]，矢場 春南[1]，小澤 和哉[1]，田中 駿平[1]，津波古 憲[1,2]，本間 洋輔[1]，立石 順久[1]
[1]千葉市立海浜病院，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】当院では病院救急車を使用した新生児搬送を行なっており，医師，看護師，救急救命士などの多職種で構成されたカンファレンスやチェックリスト作成を通じて活動に関する課題の抽出及び改善を図り新しい保育器の導入，安全な搬送体制構築に繋げてきたためその1例を紹介する。【症例】産婦人科クリニックで妊娠36週6日骨盤位のため緊急帝王切開で出産した。自発呼吸が弱く当院新生児科へ転院依頼があり，医師，看護師，臨床工学技士，救急救命士で迎え搬送を実施した。接触時，全身チアノーゼが見られ，医師が接触から4分後に気管挿管を行い，末梢ルート確保し保育器内に収容後，当院NICUへ搬送した。救急救命士は現場で時系列等の記録，当院NICUへの連絡，ストレッチャー入室時の動線確保，保育器内収容後のストレッチャー操作などを行い搬送業務の円滑化を測った。入院後，患者の呼吸状態は安定しその後順調に状態改善し退院した。【結論】今回の症例では，気管挿管を要し保育器で搬送するという高リスクな状況下で，搬送機材の操作に習熟した救急救命士が搬送全体のコーディネートを行うことで，より安全で迅速な転院搬送を行うことが可能となった。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-6（E）

院内救急救命士によるドクターカーを用いた転院搬送

○組澤 光一[1]，新田 満[1]，後藤 縁[2]
[1]名古屋掖済会病院 救急救命士部，[2]名古屋掖済会病院 救急科

当院では令和6年にドクターカーを導入した。救急現場への出動が第一の目的だが，転院搬送への活用も開始し，院内救急救命士が中心的な業務を担っている。地域救急医療の砦として「断らない救急」を掲げており，令和6年は10,535件の救急車を受け入れた。搬送される患者には中等症も多く含まれ，それにより病床が逼迫することもしばしばある。高次医療機関の病床逼迫を防ぎ，本来対応すべき重症患者を応需する狙いで，令和6年6月から救急患者連携搬送料が設定され「下り搬送」が促進されている。ドクターカーによる転院搬送の運用開始から6か月間で50例の実績があり，下り搬送によって手術適応のない骨傷（20例）・外傷（2例），新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染症（9例）等を連携医療機関へ搬送した。その結果，当院の受入病床を確保できた。院内救急救命士が転院搬送を担うことで，酸素投与や昇圧剤を要する比較的重症度の高い患者も安全に搬送でき，状態が変化した際の医師・看護師との連携もスムーズに行うことができる。さらに，医師・看護師が転院搬送に同乗する必要がなくなるため，救急外来の人員確保，病院機能維持にも貢献できている。

救急救命士（院内・民間）2
演題番号　O33-7（E）

院内救命士の新たなる可能性 ～終末期患者の自宅への搬送～

○中村 光児[1]，古堅 健[1]，島田 英樹[1]
[1]社会医療法人敬愛会中頭病院 救急診療部

【はじめに】救急救命士は1991年に制度化され，日本の救急医療体制において重要な役割を果たしている。近年の法改正に伴い，業務の範囲は入院まで拡大した。当院では，法改正に伴った取り組みに加え，「自宅で最期を迎えたい」という終末期の患者及び家族の希望を叶えられるように，救急救命士の資格を活かし，医療介入の必要な患者を安全に自宅へ搬送するという新たな取り組みを行ったので報告する。【背景】高齢化社会と疾患の多様化という社会的変化と「自宅で最期を迎えたい」という患者，家族のニーズの変化に応える為2017年に自宅搬送を開始した。【方法】対象患者は医療行為が必要な患者とし多職種と連携が取れるようチェックリストなどを用いて担当者が調整を行う。当日の搬送は救命士2名が行い患者状態，現場の状況に合わせ搬送資機材を選択し安全に患者宅まで搬送を行う。【結果】2017年から2024年12月までに301件の自宅搬送を実施。2022年以降は減少傾向にある。【結語】終末期患者を自宅に搬送する事は高齢化社会及び疾患の多様化で患者，家族のニーズの変化に対応し尊厳ある終末期を送るために必要と考える。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-1（E）

病院勤務救急救命士の認知度と役割の変遷

○川野 悠也[1]，江森 達輝[1]，加納 正也[1]，山口 翔大朗[1]，吉岡 峻[1]，大須賀 章倫[1]，真弓 俊彦[1]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院

当院では救急救命士の雇用を開始して令和7年度で3年目を迎える。病院内における救急救命士の認知度や業務理解度は，雇用初年度と比較し，業務内容の拡充や院内講習会の実施を経て変化している。医療機関における救急救命士の役割確立とさらなる発展には，成功事例の共有が重要である。本研究では，当院における救急救命士の認知度および業務理解度の変遷を明らかにするため，全職員を対象に調査を実施する。方法として，雇用初年度に行った院内向け「職員に対する病院救命士の認知度調査」の内容を踏襲しつつ，業務内容の理解度，多職種連携，教育体制の充実度などを評価する具体的な設問を加えたアンケートを作成し，統計学的に分析する。本報告では，過去3年間の取り組みを整理し，救急救命士の活用における成功要因や課題を考察する。特に，初療対応や病院救急車運用業務への貢献がどのように認識されているかを分析し，院内での役割の明確化が業務の円滑化に与える影響を検討する。さらに，調査結果を基に，病院勤務救急救命士の役割確立に向けた課題と今後の展望を示し，医療機関における救急救命士の発展に寄与することを目的とする。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-2（E）

中部徳洲会病院救急救命士 ～歩みと今後の展望について～

○渡久地 佑太[1]，森田 尚伍[1]
[1]中部徳洲会病院

2019年より院内救急救命士を雇用し，医師，看護師，事務を交えて救急委員会を発足。院内メディカルコントロール体制を構築し，院内業務や特定行為（静脈路確保，アドレナリン投与など）実施のための規定を作成，運用を行っている。また，従来地域連携室事務が行なっていた救急室への紹介・受診対応や転院搬送，ドクターカー運用についても一部を除き院内救急救命士が行っており，医師をはじめとする様々な職種の負担軽減や，より良質は医療の提供が可能となった。今後は，院内災害対策部門の一端を担うこと，ドクターカー活動地域の拡大，転院搬送だけでなく，自宅や施設からの迎え搬送業務実施に向けた取り組みなどを予定しており，以上の経過を報告する。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-3（E）

当院で新たな職種である病院救急救命士としての業務と効果

○平岩 竜之介[1]，大村 宙輝[1]，土井 智喜[1]
[1]国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 救急科

【背景】当院は，年間13000件を超える救急車を受け入れる地域の中核病院である。年々救急車受入件数が増加傾向にあり，救急外来のマンパワー不足が課題となっていた。2022年より救急救命士1名が院内採用され，主な業務として，救急要請の電話対応，医師の診療補助，転院調整，病院救急車の運用などを担っている。【目的】病院救急救命士が救急患者の受入体制の改善に貢献できているか検証する。【方法】採用前後2年分の救急車受入件数，救急外来からの入院患者数，転院患者数を比較し，病院救急救命士の業務と効果について考察する。【結果】2021年度は救急受入件数11715件，入院患者数4696人，転院患者数143人であったが，採用2年後には救急受入件数14002件，入院患者数5281人，転院患者数320人と増加した。【考察】増加する救急患者の受入体制の改善に貢献できたと考える。限られた病床数のなか，病院救急救命士が転院調整を行なうことで効率化が図られた。医師・看護師のタスクシェアを進め，更なる救急外来の機能向上に寄与してゆくことが課題である。【結語】多職種連携体制の再構築で，増加する救急応需への対応が期待できる。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-4（E）

チーム医療の病院救急救命士 ～今後の課題と展望～

○長橋 和希[1]，磯崎 千尋[1]，森めぐみ[1]，渡部 晋一[1]，三浦 邦久[2]，石原 哲[2]
[1]東京曳舟病院 救急救命士課，[2]東京曳舟病院 診療部

【背景】現在，多くの医療機関で救急救命士が雇用され始めている。その取り巻く環境は大きく変化し様々な場所で救急救命士の活躍が報告されるようになり，救急外来における一つの職種として認知されはじめている。しかし，救急救命士が医療の専門職としての地位を確立するには他職と協働し自らの専門領域を院内で確立して行かなければならない。【課題】自らの職種と他職種に対して共有・教育において発展していく必要がある。現状の病院救急救命士の業務や教育については医師や看護師から指導を受け病院内での業務を行っている現状であるが，ドクターカーや病院救急車の運行等の救急救命士ならではの専門領域を高めると共に感染対策や医療安全の分野でも一定評価を受ける必要がある。【考察】サブスペシャリティーを修得しチーム医療の一員として病院組織に貢献していくことが求められる。病院救急救命士は自らの責任と能力で知識・技術を発展させ自律性を高めて行かなければならない。【結語】病院救急救命士について課題は多くあるが，チーム医療の一役を担えると期待されており，救急救命士自ら考え行動する事が今後の成長に繋がっていくと考える。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-5（E）

初療室緊急輸血における院内救命士の活用 ～研修と体制整備～

○馬渕 寿美[1]，遠藤 信太郎[1]，萩原 鈴香[1]，宮上 和也[1]，石室 正輝[1]，伊波 博登[1,2]，山田 拓也[1,2]，斎藤 大輝[1,2]，土屋 翼[1,2]，柴田 あみ[1,2]，吉野 雄大[1,2]，桒本 健太郎[1,2]，渡邉 顕弘[1,2]，大嶽 康介[1,2]，田上 隆[1,2]，井上 潤一[1,2]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[2]日本医科大学 救急医学教室

【背景】救命救急センターでは，初療室で緊急輸血を実施する機会が少なくない。一方で救命士の養成課程では血液製剤と輸血に関するカリキュラムは無く，誤認は重大なインシデントになる為，これまで血液製剤の受領と運搬は，医師，看護師，臨床検査技師及び研修を受講した看護助手のみに限られていた。今回，院内救命士の新業務として血液製剤の受領と運搬を開始するにあたり受講した研修と院内体制について報告する。【研修概要】1）事前配布資料の自己学習2）対面実習（30分）：①電子カルテの携帯端末の操作手順の確認と受領認証の実施②血液製剤の読み合わせ手順の確認と受領認証の実施③血液製剤に関する知識の確認・小テスト（15問　要全問正解）の実施【体制整備】院内メディカルコントロール委員会協議・承認の上，研修修了した救命士は認定シールが配布され，緊急輸血に際し医師の指示の下，血液製剤の受領と運搬・ダブルチェックを実施可能とした。【結果】2024年度は，院内救命士5名全員が研修修了・業務を開始し，現在までに10例の緊急輸血に対応した。【結語】院内救命士が緊急輸血に携わることは，初療業務のタスクシフト／シェアに大きく貢献する。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-6（E）

院内救急救命士による初療室緊急手術への参画 ～多職種シミュレーションを踏まえて～

○萩原 鈴香[1]，遠藤 信太郎[1]，馬渕 寿美[1]，宮上 和也[1]，伊波 博登[1,2]，山田 拓也[1,2]，齋藤 大暉[1,2]，土屋 翼[1,2]，柴田 あみ[1,2]，吉野 雄大[1,2]，渡邊 顕弘[1,2]，桒本 健太郎[1,2]，大嶽 康介[1,2]，田上 隆[1,2]，井上 潤一[1,2]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[2]日本医科大学 救急医学教室

【背景】当院では循環動態が不安定で手術室まで移動できない症例は初療室で緊急手術（初療室手術）を行い救命効果を高めている。初療手術は初動をはじめ，多くの人手を要しその充当が課題であった。当院ではこれまでも初療室手術の外回りとして救命士が関与していたが，2024年度からより積極的に関わる体制を開始。その一環として脳外科初療室手術に関し救命士を含む多職種シミュレーションを実施した。【概要】対象は救命救急センターの看護師，救命士。事前に手術マニュアルを配布。前半30分は重症頭部外傷患者の収容依頼から手術開始までの流れを初療室でダミー人形を使用して実施。後半30分はシミュレーションの振り返りと手術器械の説明を行った。救命士はプレイヤーとして参加し初療室手術を行うためのセットアップ，患者移動，外回り看護師の補助を行った。【結果】2024年度はシミュレーションを2回実施し，救命士は5名参加。シミュレーション実施後に院内救命士が初療室手術に関わった症例は7例。役割分担と手順の明確化によって手術開始までの時間が短縮した。【結語】院内救命士による初療室手術の支援は早期手術開始と全体の円滑な進行に寄与する。

救急救命士（院内・民間）3
演題番号　O34-7（C）

へき地特例を活用した救急救命士派遣による救急医療体制強化の実践

○松井 唯奈[1]，森野 友路[1]，渡邊 翔太[1]，相川 なほ子[1]
[1]フィルタス株式会社

【背景】救急医療現場では，救急需要の増加と医師の働き方改革への対応が喫緊の課題である。特にへき地・離島医療では，医療資源の不足が深刻である。こうした背景下で，当社では救急医療体制強化のため，救命士派遣事業の高度化に取り組んだ。【方法】労働者派遣法では医療業務派遣は原則禁止だが，へき地医療特例（同法第4条3項等）を活用し，法的整合性を確保した。2023年度よりA公立病院と契約開始，24時間体制で救命士を配置し，救命士リーダー，初療室担当，経過観察室担当に役割分担。ホットライン応需，救急車搬入対応，資機材点検，処置介助，特定行為，病院救急車運行等を実施。【結果】救命士の配置により，医師・看護師の業務負担軽減と初期対応の迅速化を実現。病院独自の救命士ラダー評価導入と症例検討会を通じた質の向上も図られた。【考察】救急医療におけるタスク・シフト／シェアを推進し，救命士の専門性を活かすことで，医師の負担軽減と医療の質向上の両立が可能となる。今後は3交代制導入とMC協議会認定救命士創出を目指す。【結語】当社による救命士派遣事業は，へき地医療特例を活用した持続可能な救急医療体制構築のモデルとなりうる。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-1（E）

病院救急救命士が搬送体制を企画したECMO搬送の一例

○小澤 和哉[1]，矢場 春南[1]，田中 駿平[1]，徳江 一馬[1]，津波古 憲[1,2]，立石 順久[1]，本間 洋輔[1]
[1]千葉市立海浜病院，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】救急救命士法改正に伴い，医療機関に勤務する救急救命士（以下救命士）が転院搬送業務に関わる機会が増えているがECMO搬送においてその役割や最適な関わり方は明確化されていない。ECMO管理中の患者の転院搬送において救命士が介入し，安全に搬送した活動を経験した。【活動内容】44歳女性，心筋症による重症心不全に対しECMOおよび複数の医療機器が導入となり，高次医療機関へ当院所有の病院救急車で転送する方針となった。ECMO回路の屈曲や事故抜去を防ぐためにスクープストレッチャーでの搬送および車内の機材の配置案を医師に提案し，医師の指示のもと実施した。さらに道路状況を踏まえたルート選定を行った。搬送前の役割分担確認と医療スタッフの協力により，特にバイタルの変化やトラブルなく搬送することができた。【結論】救命士は，「安全な搬送を実現するための専門スキル」を提供することで，ECMO搬送の安全性を大きく向上させる役割を担っていると考えられる。教育・訓練の充実，搬送プロトコルの標準化と，多職種連携を強化させることで，より高い安全性と効率性を実現できる可能性がある。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-2（E）

病院救急救命士の人材確保 ～救急救命士学科学生に行った希望就職先アンケート調査から見えたもの～

○武田 啓伸[1]，佐藤 圭路[1]，藤浪 好寿[1]，切田 学[1]
[1]地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院

【はじめに】2021年10月の救急救命士法改正から3年が経過し，病院救急救命士（以下，病院救命士）の知名度は広まりつつある。当院には3名の病院救命士が在職しているが，その後の人材確保に苦渋している。今回，人材確保の参考として救急救命士学科学生の希望就職先について調査を行った。【目的】救急救命士を目指す学生がどの程度医療機関を就職先として希望しているかを明らかにし，人材確保の参考とする。【方法】K専門学校救急救命士学科学生（以下，K校学生）41名から入学時と入学8か月後の希望就職先について無記名でアンケート調査を実施した。【結果】入学時の希望就職先は消防機関が78％と最も多く，医療機関は12％であった。入学8か月後には消防機関が88％に増加し，医療機関は7％に低下した。カリキュラムで消防業務の係りが多いこと，また病院救命士の実際が分からず未来像を描けないことがその要因かと推測される。【まとめ】K校学生における入学8か月後の医療機関への希望就職者は入学時から5％低下した。今後，同学生に対して医療機関への就職にどのような障壁や課題があるのか，さらなるアンケート調査を行う予定である。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-3（D）

消防による転院搬送困難時代における当院の病院救急車の転院搬送について

○高野 輝[1]，坪井 謙[1]，茂田 勇貴[1]，家中 誠[1]，今西 茂雄[1]，百村 伸一[1]
[1]社会医療法人さいたま市民医療センター

【はじめに】高齢者の人口増加に伴い，さいたま市では救急出動件数は10年前と比較して1.4倍に増加しており，病院救急車による転院搬送の需要は高まっている。【目的】当院の病院救急車を用いた転院搬送の利用現状を報告する。【結果】2020年4月から2025年1月まで148件の転院搬送を行った。当院から転院搬送先への搬送（当院→他院）が117件，他院から当院へ転院搬送（他院→当院）が31件であった。当院→他院の搬送時間の中央値68分，他院→当院は59分だった。当院→他院の搬送数は横ばいやや減少傾向であったが，他院→当院の搬送数は増加傾向にあった。【考察】近年の消防による救急出場件数の増加より消防による転院搬送が困難になっている。当院の病院救急車を用いた転院搬送の需要は高まっており，2024年の診療報酬改定による救急搬送料などの保険収載されたことも，他院→当院の搬送数の増加につながっている。ただし，搬送時間や搬送に要する人員，コストを考えると，診療報酬や院内タスクシェアなどに課題がある。【結語】消防による転院搬送困難時代において，病院救急車を利用した転院搬送は有用であるが，多くの課題も抱えている。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-4（C）

病院救急救命士指導教育事業の展開と効果

○小林 翔太[1]，秋吉 佑哉[1]，渡邊 翔太[1]，相川 なほ子[1]
[1]フィルタス株式会社

【背景】医師の働き方改革の一環として救急救命士法が改正され，医療機関内での救急救命士の役割が拡大した。当社はこれまでの救急医療補助業務の実績をもとに，医療機関における救急救命士教育指導事業を開始した。【方法】複数の医療機関と契約し，①救急外来での初療補助業務，②病院救急車による患者搬送業務，③病院救急車の運転・運行管理，④病院救命士としての質向上（診療報酬研修，ビジネスマナー研修，他病院事例の情報提供，救急救命処置の教育・指導）の4分野において，段階的な教育指導を実施した。【結果】教育指導開始後，救急救命士は多様な業務を習得し，医師・看護師の業務負担軽減と救急外来業務の効率化に貢献した。また評価表を用いた進捗管理により，個々の救急救命士のスキル向上を可視化できた。【考察】多様な経歴を持つ救急救命士に対し，医療機関ごとの特性に合わせた教育指導を行うことで，病院救命士としての質を確保できる。今後は院内他部署との連携強化など，活動範囲の拡大が期待される。【結語】当社の病院救急救命士指導教育事業は，救急救命士の病院内活用モデルの構築に貢献し，救急医療体制の強化に寄与している。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-5（E）

院内救命士のDMAT後方支援での活用と課題

○遠藤 信太郎[1]，馬渕 寿美[1]，萩原 鈴香[1]，宮上 和也[1]，石室 正輝[1]，斎藤 大暉[1,2]，土屋 翼[1,2]，柴田 あみ[1,2]，吉野 雄大[1,2]，桒本 健太郎[1,2]，渡邊 顕弘[1,2]，大嶽 康介[1,2]，田上 隆[1,2]，井上 潤一[1,2]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[2]日本医科大学 救急医学教室

【背景】災害時は現場活動とともに後方支援活動が必要不可欠であるが，これまで誰が担うか明確ではなかった。救急救命士は教育課程で災害医療について学んでおり，的確な後方支援活動を実施できる可能性がある。【目的】院内救命士が対応した川崎DMAT出動時の後方支援活動から，その意義と課題を検討する。【活動概要】事例1：首都高速湾岸線扇島付近で車両6台による多重衝突事故。事例2：川崎航路トンネルにて大型トレーラー3台の事故。1例目は，当院が重症患者1名を受け入れ，2例目は，現場途上で引き上げる方針となった。行った活動は資器材の準備，DMAT薬剤の運搬，支援調整本部の設置，組織図の作成，クロノロジー，現場情報の集約，病院各部署・多職種との情報共有，傷病者受け入れ準備を支援した。日頃から多職種と密に連携しているため情報を発信する役割として適任であった。また，情報の見える化を行うことでリーダー医師の補佐となり得た。一方で病院貸与スマホを使用し通信を行ったため情報が錯綜し，伝達に時間を要した場面が見られた。【結語】院内救命士が災害時の後方支援を担うことで効果的な現場活動と円滑な傷病者の受け入れが可能となる。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-6（E）

救急救命処置の範囲拡大項目を看護師からのニーズより考察する

○能登路 賀一[1]
[1]医療法人徳洲会宇治徳洲会病院

2021年10月に救急救命士法が改正され病院内で救急救命士が救急救命処置を施行できるようになったが今回の法改正は場所の拡大のみで処置拡大の項目は含まれておらず他職種のタスクシフト・シェアおよび救急救命士の病院内での更なる地位確立に課題を残している。そこで今回，当院および系列病院の救急外来で勤務する看護師に現在の評価と次回の法改正時に期待する処置拡大項目についてアンケートを実施したので報告する。【目的】看護師の目線より次の救急救命士法改正時に議論すべき処置拡大項目を抽出し現場のニーズに沿った期待する改正項目を提言する。【方法】当院および系列病院の救急外来に勤務する看護師にアンケートを実施【アンケート内容】①現包括的指示処置項目はタスクシフト・シェアにつながっているか②各種，現特定行為はタスクシフト・シェアにつながっているか③扱える輸液・薬剤の増加，採血，輸血，医療機器，その他，次回の法改正で看護師より望む項目【結果】包括的指示処置項目はタスクシフト・シェアに貢献しているが，特定行為項目はあまり貢献しておらず次回改正では扱える維持輸液の種類の増加，採血の実施が特に期待される結果となった。

救急救命士（院内・民間）4
演題番号　O35-7（E）

病院と救急隊の合同訓練で院内救急救命士が果たした役割

○浅井 一成[1]，谷村 仁志[1]，児玉 泰一[1]，白川 努[1]，中村 誠昌[1]
[1]長浜赤十字病院

【はじめに】当院では令和6年度から院内救急救命士（以下，院内救命士）を採用した。また同時期に，当地域における救急隊員の救急活動プロトコール（以下，プロトコール）に体外循環式心肺蘇生法（以下, ECPR）に関する事項が追加運用され，現場の救急隊がECPRのスイッチを入れられることとなった。このことは救急隊と病院とのシームレスな連携がより必要不可欠となった。【合同訓練】ECPR症例を想定した訓練を当院救命救急センター内で，当院多職種スタッフに加え地元消防の救急隊にも参加を依頼し実施した。119番通報からICU入室までの流れを再現し全体で振り返りを行った。院内救命士は訓練の企画段階から消防と調整を行い，当日は訓練見学者や役割を終えた救急隊に院内の動きを逐一説明し，理解を深めた。【展望】今回の訓練でお互いの活動内容を理解し第一歩を踏み出すことができた。今後も訓練を継続し，更に合同の症例検討会を開催するなどして連携を深めて行きたい。【結語】消防と院内救命士が手を携え，協力し合うことが地域の救命に必要不可欠であることを再認識した。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-1（E）

院外心停止事案における年齢とアドレナリン投与との関連：ウツタインデータを用いた観察研究

○黒崎 久訓[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【目的】年齢と救急救命士によるアドレナリン投与割合との関連を検討すること。【方法】2017年から2021年の全国ウツタインデータを分析した。年齢区分を8～12歳，13～15歳，16～17歳，18歳以上の4群に分け，各年齢群におけるアドレナリン投与の発生割合（リスク）を，95%信頼区間と共に算出し比較した。さらに，低年齢群を基準として各群間の発生割合差を推定し，合わせて，線形回帰にロバスト分散を組み合わせて各群間における調整発生割合差を求めた。【結果】各年齢群におけるアドレナリン投与の発生割合は，8～12歳：7.4%（95%信頼区間：5.6－9.8），13～15歳：13.0%（10.9－15.4），16～17歳：17.1%（14.7－19.7），18歳以上：25.2%（25.1－25.3）であった。調整発生割合差は, 8～12歳と18歳以上の間で最も大きかった（調整発生割合差［95%信頼区間］, 18.5［16.4－20.6］）。【結論】年齢と救急救命士からのアドレナリン投与割合との間に関連を認めた。低年齢群ほど，救急救命士からのアドレナリン投与機会が少なかった。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-2（D）

院外心停止患者搬送件数と予後の関連

○小松 睦実[1]，安田 英人[1]，東郷 志穂[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，柏浦 正広[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【目的】院外心停止（OHCA）患者の生存率は依然として低いままである。施設搬送件数との関連を検討した研究もあるが，先行研究では搬送件数を群間比較されている。本研究では搬送件数を連続変数として予後との関連を調査した。【方法】2014年1月から2021年12月までにJAAM OHCA registryに登録された18歳以上の患者を対象とした。搬送施設の年間OHCA搬送件数を連続変数で評価した。主要評価項目は30日後神経学的予後良好（Cerebral Performance Category 1もしくは2），副次評価項目は30日後生存とした。病院レベルでのランダム効果を加味した多変量一般化加法モデルで解析し，スプライン曲線で視覚化した。【結果】対象患者66768人，平均年齢76歳，男性60.1%だった。30日後神経学的予後良好2.9%で，30日後生存6.0%だった。多変量一般化加法モデルにおいて施設搬送件数と予後に有意な関連はなかった（神経学的予後：$p = 0.06$，30日生存：$p = 0.29$）。またスプライン曲線においても95%信頼区間が有意閾値を超えなかった。【結論】OHCA搬送件数と予後に関連を認めなかった。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-3（E）

院外心停止におけるBVM換気中の$EtCO_2$はROSCの予測を高めるか？

○一ノ瀬 佳彦[1]，中尾 彰太[2]，松岡 哲也[3]
[1]岸和田市消防本部, [2]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, [3]りんくう総合医療センター

【目的】BVM換気中の$EtCO_2$値がROSCを予測する因子であるかを検討すること。【方法】大阪府岸和田市内で発生した院外心停止患者を対象とし，多重代入法によって欠測値補完したデータでロジスティック回帰分析を用い，$EtCO_2$値とROSCの関連を評価した。さらに，予測モデルへの$EtCO_2$値の付加価値を評価するため，$EtCO_2$値を含めなかったモデルと含めたモデルのAUCを比較した。モデルの安定性は，尤度比検定を行い，calibration plotを視覚的に評価した。【結果】対象者は276名で，72名がROSCを達成した。ロジスティック回帰分析の結果，$EtCO_2$値はROSCに関連していた（OR 1.55；95 % CI：1.05-2.28）。2つのモデルでAUCに差はなかった（0.75 vs 0.77：p = 0.0955）が，$EtCO_2$値を含めた予測モデルのほうが安定していた。【結語】BVM換気中の$EtCO_2$値はROSCに関連する独立した有意な予測因子であった。$EtCO_2$値を追加したモデルのほうが安定していたが，$EtCO_2$値を追加しても予測能力は向上しなかった。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-4（D）

院外心肺停止患者におけるpseudo-PEAとtrue-PEAの予後比較：SOS-KANTO 2017より

○堀越 佑一[1]，濱口 純[1]，石澤 嶺[1]，北村 伸哉[2]，本間 洋輔[3]，舩越 拓[4]，田上 隆[5]，康永 秀生[6]，麻生 将太郎[7]，武田 宗和[8]
[1]東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科，[2]君津中央病院 救命救急センター，[3]千葉市立海浜病院 救急科，[4]東京ベイ・浦安市川医療センター 救命救急センター，[5]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[6]東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学，[7]東京大学大学院医学系研究科 ヘルスサービスリサーチ講座，[8]8.東京女子医科大学 救命救急センター

【背景】無脈性電気活動（PEA）は，心エコーで心収縮のあるpseudo-PEA（p-PEA）と，心収縮の無いtrue-PEA（t-PEA）に分けられる。院外心肺停止患者のデータベース（SOS-KANTO 2017）を用いてp-PEAとt-PEAを比較検討した。【方法】来院時PEAかつ心エコー評価を行った症例を対象とした。p-PEA群とt-PEA群に分類し，自己心拍再開（ROSC）率，神経学的予後良好（CPC1or2）を比較，ロジスティック回帰分析で予後因子を検討した。【結果】対象は913例，p-PEA　356例，t-PEA　557例であった。p-PEAはt-PEAよりもROSC率が高く（84.6 vs. 25.1％，p＜0.01），退院時のCPC 1or2率が高かった（4.21 vs. 0.72％，p＜0.01）。ロジスティック回帰分析では，p-PEAはROSCおよびCPC 1or2の独立した予測因子であった（ROSC；OR = 6.8，95％ CI：3.4-14，CPC 1or2；OR = 2.9，95％ CI：1.4-6.0）。【結論】来院時PEAにおいて，p-PEAはROSC率，CPC1or2率が高い。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-5（E）

院外心肺停止（OHCA）症例に対する初回除細動者の属性と蘇生率の変化

○大野 秀人[1]，本多 満[2]
[1]東京消防庁，[2]東邦大学医療センター大森病院

【目的】除細動適応波形OHCAに対する消防隊と救急隊の連携による救護活動（PA連携）の有用性を検討した報告はないため，PA連携の有用性を検討する。【対象・方法】2024年から過去5年間，東邦大学医療センター大森病院へ搬送された，初期波形が除細動適応であった男性170人，女性35人，平均年齢64.4歳のOHCAを対象とした。初回除細動実施者の属性で救急隊群（A群）81例，バイスタンダー群（B群）65例，消防隊群（PA群）59例の3群に分けた。【結果】心拍再開率及び社会復帰率はA群53%，26%，B群69%，38%，PA群47%，14%であった。救急隊（A隊）の覚知から現場到着時間は，A群7分，B群9.6分，PA群では12.1分，PA群の消防隊（P隊）到着時間は6分であった。【考察・結論】PA群においては，P隊運用により早期除細動が実現できたことで，社会復帰に繋がったと考えられる。P隊運用がなかった場合は，A隊到着時間が10分を超えていることから，除細動実施の時期を失していたと考えられる。救急需要の増大から現場到着時間が延伸する中で，社会復帰の向上を目指すにはPA連携は有用と言える。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-6（D）

LCAを用いた生存入院した成人OHCAの予後に関連するサブフェノタイプの特定：多施設後方視的観察研究

○岸原 悠貴[1]，安田 英人[1,2,3,4]，東郷 志穂[1]，中島 千里[1]，酒本 健汰[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，天笠 俊介[1,5]，柏浦 正広[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科，[2]慶應義塾大学病院臨床研究推進センター 臨床研究支援部門，[3]The University of Queensland, School of Nursing, Midwifery and Social Work, UQ Centre for Clinical Research，[4]Griffith University, School of Nursing and Midwifery; Alliance for Vascular Access Teaching and Research，[5]国立成育医療研究センター 総合診療部 救急診療科

【背景】院外心停止（OHCA）の予後には非常に多くの因子の関連が示唆されているため，臨床現場で，高度な治療を継続すべき症例の迅速な選別が難しい。【方法】生存入院した成人非外傷性OHCAを対象とし，JAAM-OHCAレジストリを用いた多施設後方視的観察研究を行った。臨床的に特定された因子を用いた潜在クラス分析（LCA）によりサブフェノタイピングを行い，ベイジアン情報量規準と臨床的重要性から妥当なサブフェノタイプ数を決定した。主要評価項目を30日神経学的転帰良好とし，単変量ロジスティック回帰分析を用いて主要評価項目とサブフェノタイプの関連を評価した。【結果】対象は2162例で，4つのサブフェノタイプが同定された。30日神経学的転帰良好のオッズ比（95％信頼区間）は，1つのサブフェノタイプを対照とすると，他3つのサブフェノタイプにおいてそれぞれ，16.5（11.4-24.1），3.83（2.64-5.56），1.83（1.08-3.10）だった。【結語】生存入院した成人非外傷性OHCAを対象としたLCAで同定されたサブフェノタイプは，治療継続に関する臨床的意思決定に寄与する可能性がある。

院外・院内心停止2
演題番号　O36-7（C）

全国ウツタイン統計データによる合成患者データを用いた院外心停止の将来動向予後予測

○久保 敦士[1,2]
[1]明治国際医療大学 救急救命学講座，[2]和歌山県立医科大学大学院 医学薬学総合研究科

【背景】院外心停止（OHCA）は，公衆衛生上の重要な課題であり，バイスタンダーAEDの使用は生存率および神経学的転帰の改善に寄与する。本研究では全国ウツタインデータを基に合成患者データを作成し，AED使用率の向上が患者転帰に与える影響を予測した。【方法】2022年のウツタインデータを基に機械学習を行い，2030年から2070年までの5年ごとの人口動態を用いて合成患者データを作成した。本研究ではバイスタンダーAEDが全例で5分以内に実施されたと仮想し，2022年のデータと比較検討した。【結果】全期間においてROSC率の有意な改善は認めなかったが，神経学的予後良好な生存率は，2030年，2035年，2050年，2055年，2060年で有意な改善を認め，特に2060年では4.4%（OR 1.11，95% CI　1.04—1.19）と最良であった。【結論】人口動態を用いた合成患者データの解析によりバイスタンダーAEDの迅速な適用がOHCAの転帰を予測できた。本研究により病院前救護でのバイスタンダーAED介入の重要性，救命戦略の更なる強化の必要性が示唆された。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-1（E）

自動心マッサージ器（LUCAS3）使用時におけるエラーの傾向と対策

○佐藤 臣[1]，山田 浩貴[1]
[1]横手市消防本部

【背景と目的】当消防本部では自動心臓マッサージ器（以後LUCAS3）を全隊に配備し活動しているがLUCAS3使用症例の増加に伴い警告アラームによる圧迫中断（以後エラー）が増加傾向にある。本研究ではエラー出現時期と原因を抽出し，傾向と対策を検討する。【対象と方法】当消防本部が運用するCPA症例データベースを用い2023年1月1日～2024年12月31日の352症例を対象とした。LUCAS3使用155症例中エラーが発生した18症例について装着時期，警告発生時期，警告原因を抽出。【結果】・装着時期：接触直後9例，搬出前8例，搬出後1例・警告発生時期：装着直後13例，搬出前3例，搬送中2例・警告原因：胸郭の厚み不足15例，圧迫位置ずれ2例，胸郭が厚い1例【考察】接触直後にLUCAS3を装着した場合のエラーが最多であり，活動初期の装着で胸骨圧迫が中断されるよりも用手によるCPRを継続し，現場離脱前に装着することが質の高いCPRを維持する上で適切なタイミングであると考えられる。また圧迫による胸郭の厚みや深さの変化を考慮し胸郭の厚みを可視化できるデバイスを活用するなど総合的に判断する必要がある。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-2（E）

自動式心マッサージ器が院外心停止事案の病院前救護活動ならびに転帰に及ぼす影響

○小澤 賢二[1]，柴橋 慶多[2]，杉山 和宏[2]
[1]東京消防庁，[2]地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立墨東病院

【目的】本研究は自動式心マッサージ器が院外心停止事案の病院前救護活動ならびに傷病者転帰に与える影響を明らかにすることを目的として実施した。【方法】東京消防庁の院外心停止事案データ(2019-2023)から，18歳以上の傷病者事案を抽出した。傾向スコアマッチ分析を用いて，自動式心マッサージ器を使用した傷病者と使用しなかった傷病者の病院前救護活動内容と1か月後の傷病者転帰を比較した。【結果】59,085件の院外心停止事案が解析対象となり，傾向スコアマッチングの結果，背景バランスの良好な644ペアが抽出された。自動式心マッサージ器使用群では搬送時間がわずかに延伸していたものの（搬送時間中央値41分 vs. 40分，$p = 0.018$），器具を用いた気道確保の実施率が有意に上昇していた（37.0% vs. 31.5%，$p = 0.046$）。薬剤投与実施率や1か月後の傷病者転帰に有意な差はみられなかった。【結語】自動式心マッサージ器を使用することは，器具を用いた気道確保実施割合の増加と関連していた。今後は病院前活動時間の延伸を最小限としつつ，傷病者転帰の改善につなげるための工夫が必要である。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-3（N）

自動胸骨圧迫装置を使用する看護師の葛藤

○山本 初子[1]，小野 希奈[1]，加藤 優子[1]，小嶋 良子[1]，中村 裕子[1]
[1]公益社団法人日本海人掖済会名古屋掖済会病院

【目的】自動胸骨圧迫装置は患者への侵襲や倫理的問題を生ずることも少なくなく，看護師がどのような葛藤を生じているか明らかにする。【方法】2024年6月27日～12月31日。救急外来看護師6名にインタビューガイドに基づく対面式の半構造化面接を行い，コード化・カテゴリー化し質的帰納的分析方法で分析した。【倫理的配慮】A病院倫理審査No2024—012【結果】47のコード，16のサブカテゴリ—，7のカテゴリー【患者の身体的苦痛に対する葛藤】【家族の精神的苦痛に対する葛藤】【使用を重ねていくごとに初めて感じた衝撃が薄れていくことに対する葛藤】【望まれた蘇生なのか不明確なままに行われる蘇生行為に対する葛藤】【生命が機械に操作されていることに対する葛藤】【医師との暗黙の共通認識に対する葛藤】【機械との向き合い方に対する葛藤】が抽出された。【考察】看護師の役割を遂行する上で生じるアンビバレンスや心肺停止状態など医療行為に対して意向を表出できないという救急領域の特殊性，望んでいた最期に寄り添った医療や看護を提供できているのかという不安，倫理的問題による機械との共存のあり方への戸惑いなどが，看護師に葛藤を生じさせていた。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-4（D）

自動心臓マッサージ器による胸骨圧迫深度と圧迫力の比較

○加藤 晶人[1]，土肥 謙二[2]
[1]昭和医科大学横浜市北部病院救急センター，[2]昭和医科大学医学部 救急・災害医学講座

【目的】AHAガイドライン2020において心肺蘇生術時の胸骨圧迫深度は50-60mmが推奨されており，60mm以上の圧迫は肋骨骨折などの合併症を引き起こし，蘇生率の低下につながる。近年，救急隊や各施設で自動心臓マッサージ器の使用頻度が上昇している。胸骨圧迫深度がガイドラインに準じているか，さらに圧迫力について用手的と自動心臓マッサージ器を用いて検討した。【方法】バネ交換が可能な模擬胸郭に50mmの圧迫に必要な力が20kg，30kg，40kg，50kgと違うバネを4種類用いて，用手的と4器種の自動心臓マッサージ器での圧迫深度，圧迫力について測定した。【結果】圧迫深度は用手的では個人差が多かったが60mmを超えることが多く，自動心臓マッサージ器では50-60mmを逸脱する器種と逸脱しない器種があった。圧迫力は4器種ともに過圧迫であった。【結論】圧迫深度は用手的では個人差が大きく，自動心臓マッサージ器では圧迫力が圧迫深度を反映している。圧迫深度は圧迫力と胸郭の硬さにより変化するため，圧迫力を胸郭の硬さにあわせて調整することで圧迫深度が安定し，肋骨骨折などの合併症の頻度を下げることができる。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-5（E）

基本はできているか？ ～胸骨圧迫の合併症を経験して～

○川田 紀一[1]，関根 康平[1]，荒川 紗衣[1]，柚木 良介[2]，金子 直之[2]
[1]比企広域消防本部，[2]深谷赤十字病院

【目　的】肺塞栓症を原因としたCPAから完全社会復帰するも，胸骨圧迫に伴う合併症として稀な肝損傷を経験したので共有すべく報告し，胸骨圧迫の評価について検証する。【症　例】81歳女性ADL自立。救急要請前日に高さ1.5mから転落，右膝を骨折し自宅療養していた。救急要請当日，トイレに行く際に卒倒し家族から救急要請。救急隊接触時CPA。BS-CPRなし。初期波形PEAに対しアドレナリン1筒でROSC，自発呼吸が出現するも搬送中に再度CPA。以降CPAとROSCを繰り返しCPAで病院到着。初療にて呼吸循環安定し四肢の動きも確認できた。【結　果】CPAの原因は肺塞栓症。後日，担当医より剣状突起，肋骨骨折が起因する肝損傷を指摘された。二度に渡る開腹術で肝部分切除と肝縫合が行われ，第122病日に退院され完全社会復帰した。【結　語】CPRに伴う合併症は21 ～ 65%と高率に発生するが，多くは胸骨，肋骨骨折など胸郭損傷であり，肝損傷は0.6 ～ 2.1%と稀である。本症例による胸骨圧迫実施者は，救急隊，消防隊，医療スタッフ。ここであらためて胸骨圧迫の評価に対しての検証報告をする。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-6（E）

名護市消防本部における病院外心停止活動中の胸骨圧迫中断要因の分析

○松田 正輝[1]，齋藤 駿佑[2]，仲榮眞 盛一[1]，新垣 剛[1]，仲松 千尋[1]，宮原 宏徳[1]，比嘉 理敬[1]，田中 秀治[2]
[1]沖縄県名護消防本部，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【目的】名護市消防本部におけるOHCA活動中の胸骨圧迫中断要因を分析すること【方法】2023年5月1日から2024年4月30日に対応したOHCAで胸骨圧迫フィードバックデバイス（CPRアシスト）のデータが収集された41件を対象とした。胸骨圧迫の中断要因とその時間を0.5秒刻みで抽出した。各症例の最大中断時間のうち最頻だった要因，全中断要因のうち中断時間の中央値が最も長かった要因を集計した。また探索的に機械的CPR装置（ルーカス）装着前と電気ショック前の中断時間，非同期CPR開始またはCPRアシスト開始5分間のCCFを集計した。【結果】最大中断時間の最頻要因はリズムチェックが13／41件で最頻であった。中断時間が最も長かった要因はルーカス適応外傷病者への装着試行で中央値43秒（IQR：26 − 54秒）であった。ルーカス装着前の中断時間は29回中15回が10秒以内であった。電気ショック前の中断時間は6回中2回が10秒以内であった。CCFは36件で集計でき86.6%であった。【結語】胸骨圧迫の中断時間を最小限にした活動は浸透しつつあり，ルーカス装着に伴う中断時間は短縮できる可能性がある。

院外・院内心停止3
演題番号　O37-7（D）

3つの時期を活用するデータ戦略 ～ 3phase Feedbackがもたらす CPR品質改善の実践～

○宮里 実幸[1]，藤田 健亮[1]，堂埜 恵理[1]，萩原 祥弘[1]，小倉 崇以[1]
[1]恩賜財団済生会宇都宮病院

【背景】リアルタイムフィードバック（RF）はCPRの質を向上させる事が期待されており，模擬患者では多数報告があるが実臨床での報告は少ない。目的RFの使用がCPRの質に与える影響を前向きに評価した。【方法】2023年5月～ 2024年11月にX seriesを用いて救急隊のCPRの質を前向きに観察した。対象は成人OHCA236例とした。初め5か月間はRFを非表示とし（36例），以降はRFを表示した（200例）。解析はRFなし群と期間をあわせるために直近5か月間のRFあり症例（73例）で行った。評価項目は胸骨圧迫時間割合（CCF），圧迫深さ，圧迫速度，適切な深さおよび速度の割合，最長中断時間とした。各救急隊ごとのデータを時系列解析し，ラーニングカーブとして質の変化を可視化した。【結果】RFの使用により，CCF，中断時間，適切な深さ／速度の割合，深さで有意差を持って改善した。CPRの質は経時的に向上する傾向を示し，症例毎の振返りと事後検証表での振返りを積極的に行っている隊においてより質が高い傾向にあった。【結論】RFに振返りを含めた3phase Feedbackの活用がCPR習熟度を向上させる可能性が示唆された。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-1（C）

女性の病院外心停止のバイスタンダー別の分析

○福井 建皓[1]，守岡 大吾[1]，村上 龍[1,2]，金川 陽亮[1]，平出 敦[1]
[1]明治国際医療大学，[2]千葉科学大学

【背景】前回の本学会で女性の病院外心停止患者は生産年齢層を中心とした世代で男性よりも心肺蘇生を受けにくいことを報告した。【目的】本研究では，バイスタンダー種別に注目し，なぜ若い女性が心肺蘇生を受けにくいかについて，さらに検討を加えた。【方法】目撃された心原性の病院外心停止患者421,786人（2005年-2022年）を対象とした。バイスタンダー種別を説明変数としロジスティック回帰分析を用い心肺蘇生の実施率を男女で確認した。【結果】バイスタンダー種別が友人の場合，男性では57.4%（7,636／13,308）と過半数が心肺蘇生を受けていたのに対して，女性では心肺蘇生を受けた割合は48.8%（2,342／4,795）と過半数に達しなかった（$p < .001$　標準化差0.17）。ロジスティック回帰分析でも男性は通行人の場合と比較して（AOR：1.20　95% CI：1.14-1.25）であったのに対し女性では差が認められなかった（AOR：1.02　95% CI：0.94-1.11）。【結論】成人女性では，年齢に関係なく友人からの心肺蘇生は男性と比較して受けにくい。啓発の推進において考慮すべき知見と考える。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-2（D）

外傷による院外心停止患者における心肺蘇生時間と予後の検討

○中島 千里[1]，柏浦 正広[1]，東郷 志穂[1]，酒本 健汰[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，安田 英人[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【背景】内因性院外心停止（OHCA）においてCPR時間と予後の関連は多く報告されているが，外因性OHCAにおける研究は少ない。今回，外傷性OHCAにおけるCPR時間と予後との関連を検討した。【方法】2014年6月から2020年12月までのJAAM OHCA Registryを用いたpost-hoc解析を行った。救急隊によりCPRが行われROSCした成人外傷性OHCAを対象とした。検討する暴露因子であるCPR時間は救急隊によるCPR開始からROSCまでの時間とした。評価項目を1ヶ月後生存とし，多変量ロジスティック回帰分析により交絡因子を調整した。【結果】対象症例は699例であり，CPR時間は中央値26分（四分位範囲：17-35分）であった。生存は57例（8.2%）だった。CPR時間43分以上では生存例はなかった。CPR時間は独立した予後不良因子だった（調整オッズ比　0.90（95%信頼区間：0.87-0.93），1分につき）。【結論】外傷性OHCAではCPR時間延長は転帰不良と関連しており，長時間のCPRは無益な可能性が示唆された。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-3（E）

窒息による病院外心停止の実態と課題

○浅沼 範彰[1]，平出 敦[2]，関根 和弘[1]
[1]京都橘大学大学院，[2]明治国際医療大学

【目的】窒息による病院外心停止の実態を明らかにする。【方法】全国救急蘇生データ（ウツタイン統計：2017年～ 2022年）の，非心原性心停止を対象に，窒息と，それ以外の原因による心停止を比較検討した。【結果】非心原性心停止289,607例のうち窒息による事例は，54,651例で18.9%におよび，非心原性では最も多かった。このうち1ヶ月生存は，5,688例で非心原性の全生存例15,418例の36.9%を占めた。しかし，その中で高度障害または植物状態は3,649例にもおよび，1ヶ月生存の64.2%にも達した。窒息以外では36.9%であることから，窒息に特徴的であった。そこで社会復帰を目的変数として，ロジスティック回帰分析を窒息例で行ったところ，バイスタンダーによる蘇生がオッズ比で1.8（CI：1.6-2.0）と，社会復帰に寄与することが明らかであった。救急隊による気道への器具挿入，薬剤投与，除細動は寄与しなかった。【考察】窒息例では，1ヶ月生存率は高いが，高度障害，植物状態がこのうち6割を超える。社会復帰率をあげるためにはバイスタンダーの処置が特に重要である。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-4（D）

AEDパッドが逆に貼られた事によってST上昇と判断された一症例

○山田 哲久[1]，鮎川 勝彦[1]
[1]飯塚病院

【はじめに】AEDパッドを装着後にST上昇と判断され，急性心筋梗塞の疑いで救急搬送されたが，パッドが逆に貼られていた事による影響であった症例を経験したので報告する。【症例】86歳女性。路上で倒れているところを発見されて救急車を要請された。救急隊接触時，意識レベルJCS3桁であり，冷汗著明，橈骨動脈触知不良，総頚動脈触知可能であった。AED装着してⅡ誘導でST上昇と判断された。救急車に収容時には，意識レベルJCS3桁，血圧78／51mmHg，心拍数　49／分，SpO2 99%（room air）であった。心筋梗塞の疑いで当院へ搬送された。来院時には，意識レベルJCS1桁，超音波検査で下大静脈は虚脱しており，心臓の動きに問題はなかった。12誘導心電図で問題なし，トロポニンIも陰性であった。輸液負荷で歩行可能となり脱水による血圧低下，意識消失と判断した。【考察】来院時のAEDパッドをみると2枚のパッドが逆に貼られていた。実際に検証してみるとAEDパッドを逆に貼ると波形も逆になり，ST上昇に見える波形となることが確認できた。AEDパッドは逆に貼っても蘇生に問題はないが心電図波形は逆になる。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-5（E）

新生児仮死であった墜落分娩の1例

○内田 宗暁[1]，田代 友貴[1]，山本 寛明[1]
[1]福岡市消防局

「21歳女性　腹部痛　不正出血　意識有。」という指令内容による救急出動。要請は派遣型風俗店の事務所からであった。出動途上，月経痛，子宮外妊娠破裂といった婦人科系疾患を考慮した活動を，救急隊内で共有していた。接触時，呼吸循環状態に特に異常所見は認めず，腹痛を主訴していた。妊娠の可能性については不明，最終月経は半年前，という情報を本人から聴取していたが，突然「何か出た。」という訴えがあり，確認したところ，新生児の娩出を認めた。救急隊を増隊し，母体と新生児の搬送を行ったが，新生児の救急搬送中，心拍数45を確認しCPRを開始した。新生児を対応した救急隊員は，病院外における妊産婦の救急対応のトレーニングを受けており，またNCPRアルゴリズムを示したカードを救急車に車載していたこともあって，突然発生した新生児のCPAにも落ち着いて対応することが出来た。腹痛を訴える女性患者に対応する救急現場では，突然分娩が進行するケースもあるため，予測しておくことは不可欠である。新生児CPAに対応する経験は頻繁にあるものではないが，緊急の事態に備え，普段から救急隊員はNCPRアルゴリズムに精通しておくことが必要である。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-6（D）

院外心肺停止症例におけるラリンゲルチューブサクション（LTS）関連合併症

○小林 誠人[1]，山根 尚真[1]，重本 凡[1]，岩田 真奈[1]，下原 輔[1]，宗村 祐人[1]，萩原 尊礼[1]，堀田 康文[1]，樋口 遼[1]，和田 大和[1]，橋本 恭史[1]，後藤 保[1]，門馬 秀介[1]
[1]鳥取県立中央病院 高次救急集中治療センター

【背景・目的】気道確保用声門上デバイスであるLTSは救急救命士による病院前の二次救命処置として広く用いられているが，LTS関連合併症の実態は十分に把握されていない。本調査はLTS関連合併症の発生頻度，種類を明らかにし，対策の構築に寄与することを目的とした。【方法】当院に搬送された院外心肺停止症例を1年間後ろ向きに調査し，LTS使用状況，合併症を記録した。尚，除外症例は18歳未満，気管挿管例，病院前救急診療開始例（ドクターヘリなど）とした。【結果】対象期間中158例が搬送され，うち82例にLTSが使用されていた。LTS関連合併症は4例（4.9％）であり，内訳は咽頭損傷2例（2.4％），食道損傷1例（1.2％），気管内誤挿入1例（1.2％）であった。合併症発生原因はデバイス特性，挿入手技，患者要因が複合的と関与していた。【結論】LTS関連合併症は稀だが，患者予後に重大な影響を及ぼす。確実かつ安全な気道確保のため，適切な使用判断と挿入技術の向上による合併症予防が重要である。

院外・院内心停止4
演題番号　O38-7（D）

ラリンゲルチューブの危険性

○若杉 雅浩[1]，大鋸 立邦[1]，松井 恒太郎[1]
[1]富山県立中央病院 救命救急センター

【はじめに】本邦の消防組織では心停止（CPA）症例の気道確保に挿入が容易かつ侵襲度も小さいとしてラリンゲルチューブ（LTS，スミスメディカルジャパン，東京）が選択されることが多い。我々は所属する二次医療圏においてLTSによる咽喉頭損傷事例を立て続けに経験したので報告する。【症例】令和5年度1年間の富山医療圏CPA467例の事後検証においてLTSによる咽喉頭損傷症例を6例経験した。処置担当した救急救命士はすべて別人で，救急搬送中は換気不良，出血等の問題はなく，病院到着後の画像検査等で後咽頭あるいは喉頭軟部組織への先端迷入と頸部縦郭気腫から判明した。【考察】今回の一連の症例は，最初に一例経験後から病院で口腔内やAutopsy Imagingで確認徹底することから発見された。いずれの症例でも担当した救急救命士はLTS挿入時の抵抗や，位置異状などは自覚しておらず，事後の確認以外には発見不可能であった。病院前でのLTS使用ではそのまま死亡確認となる場合も多く，合併症が気づかれない報告されていないだけで，実は数多く発生していることを危惧し，啓蒙の意味で報告する。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-1（E）

常駐型救急ワークステーション運用における病院実習効果の検証

○和田 隆史[1]
[1]村上市消防本部

【背景・目的】当地域基幹病院の新築移転に伴い，常駐型救急ワークステーション（以下WS）の運用が開始された。救急外来における実習として，医師や看護師による直接指導の下，生体に対する静脈路確保等の処置を数多く実施している。運用開始から約5年が経過し，現場活動にどのような影響を与えたのか検証した。【検証方法】WS運用前後各5年間における静脈路確保成功率，初回アドレナリン投与までの時間，ROSC率等を比較した。【結果】運用前5年間に比べ運用後5年間において，CPA時の静脈路確保成功率が上昇（70.6％→77.1％），初回アドレナリン投与までの時間が短縮（16.9分→15.6分），アドレナリン適応時のROSC率が上昇（11.7％→17.9％）した。その他，病院収容連絡時間についても時間短縮の効果が得られた。【考察】WS運用に伴う救急外来における実習が，救急隊の現場活動及び傷病者にとって有益なものになっていると考える。また，実習を通して，病院スタッフとの顔の見える関係がより深く構築されており，情報が伝わりやすくなっているという副次的な効果も得られているため，常駐型WSの運用は効果的であると考える。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-2（D）

消防救命士の心肺停止者に対する静脈路確保と薬剤投与のタイミングに関するアンケート調査と効果

○岩下 具美[1]，山﨑 健[1]，柳沢 圭[1]，森 幸太郎[1]，三山 浩[1]，岨手 善久[1]
[1]長野赤十字病院

【目的】当地域MC協議会では特定行為の場所や時期はプロトコルに明示なく救急救命士（救命士）の活動と検証医の評価にバラツキがある。アンケート調査（Q）から標準化を目指す。【方法】救命士222名に調査した。Q1：活動上の支障が無い場合，目撃のある心肺停止者（CPA）への薬剤投与（薬投）はどこか？ Q2：傷病者接触場所（現場）で静脈路確保（静確）を考慮する因子は何か？　Q3：現場で仰臥位の成人男性に静確する場合，活動スペースはどの程度必要か？静確実施場所の推移【結果】回答率57％　Q1：現場77％，救急車内で現発前21％，現発後0.8％。Q2：活動スペース30％，照明や清潔17％，プライバシー 15％。Q3：A．救急車に搭載している担架と同等の広さ6％，B。担架を短辺方向に2列並べた広さ67％，C。Bよりも長辺方向に20cm長い広さ24％。現場での静確実施率：Q実施前16％，Q結果開示後38％。【考察】目撃のあるCPAに救命士の8割が現場で薬投を想定し，活動スペースを最も重視し担架が横2列並ぶ広さが必要としていた。検証医が早期薬投を指示・指導するよりもQとその開示が救命士の現場での静確を増加させた。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-3（E）

市民参加型ハーフマラソンにおける心停止発生頻度と救護体制の検討

○福島 圭介[1,2]，五十嵐 有[1]，伊藤 壮一[1,3]，杉田 学[4]，三浦 邦久[5]
[1]株式会社ピースフル，[2]一般社団法人日本救急救命士協会，[3]総生会麻生総合病院，[4]順天堂大学医学部付属病院 救急・集中治療科，[5]医療法人伯鳳会東京曳舟病院 救急科

近年，市民マラソン大会における心停止の発生率については多くの研究がなされ，フルマラソンにおける発生率は10万人あたり1.7人との報告がある。また，ハーフマラソン等フルマラソンよりも距離の短いレースにおいては，10万人あたりの発生率が高いという報告もあるがその実態は不明瞭である。【目的】ハーフマラソンにおける心停止発生の実態を調査・考察し，ハーフマラソンにおける救護体制について検討する。【方法】弊社にて救護活動を行っている2015年～2024年に開催されたハーフマラソン20大会（参加者約111,500人）における心停止の発生数・概要について調査した。【結果】心停止の発生件数は8件であり年齢層は20歳代～60歳代であった。発生場所は7件が20km地点以降のレース終盤で発生しており，8人中7人が自己心拍再開した。【考察】ハーフマラソンにおいては，参加者10万人あたり約7.2人と心停止の発生頻度が高く，特にレース終盤にそのリスクが高まることが判明した。ハーフマラソンにおいては，参加者層に関わらずフルマラソン以上に参加者数に対する救護人員の配置およびAED配備台数を増やすなどの対策が必要である。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-4（D）

インドネシア・マランにおける院外心停止患者の生存に影響を与える病院因子の検討：後方視的コホート研究

○ヘダー アリ[1,2]，中川 洸志[3]，石﨑 貴[1]，齋藤 大蔵[4]，田中 秀治[4]
[1]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[2]ブラウィジャヤ大学医学部，[3]中央大学 理学部 人間総合理工学科，[4]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【目的】インドネシア・マランのサイフル・アンワル総合病院に搬入された院外心停止（OHCA）患者の生存に関連する病院内因子を特定する。【方法】2015年から2023年のPan-Asian Resuscitation Outcomes StudyのOHCAレジストリデータを用いた後方視的コホート研究。小児，外傷及びCOVID-19症例は研究対象から除いた。研究項目として患者人口統計，既往症，心停止の特徴，除細動，高度な気道管理，心臓カテーテルの介入が含まれた。統計解析には多変量ロジスティック回帰分析を用いた。【結果】計428例が解析の対象となった。入院までの全生存率は7.2％であった。高度気道管理（OR 13.3，95％ CI　3.9-44.9），除細動（OR 8.4，95％ CI　1.91-36.97），及び心臓カテーテル介入（OR13.3，95％ CI　1.09-162.6）が入院後の生存に有意に関連した。しかし高血圧は生存に有意な悪影響を与えた（OR 0.37，95％ CI　0.15-0.91）。【結論】高度な気道管理や心臓カテーテルの介入の院内要因はOHCAの生存に貢献し，高血圧の存在は悪影響を与えた。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-5（C）

自殺手段と人口動態変数の関係性の検討 ～2019年に大阪府監察医事務所が取り扱った情報を基にした多重対応分析～

○村上 龍[1,3]，守岡 大吾[1]，福井 建皓[1]，金川 陽亮[1]，上久保 敦[1,2]，平出 敦[1]，黒木 尚長[2,3]
[1]明治国際医療大学，[2]大阪府監察医事務所，[3]千葉科学大学大学院 危機管理学研究科

【背景】自殺に関する諸問題は我が国において解決すべき課題である。自殺未遂者のみならず，死亡者に関する特徴を明らかにすることは我が国における自殺予防の基盤を強化するものである。【目的】自殺の手段と死亡者本人の人口動態変数の関連を明らかにすることを目的とする。【方法】2019年に大阪府監察医事務所で取り扱われた自殺例を対象とした。目的変数は自殺の手段（1，縊頸，2，飛び降り，3，列車飛び込み，4，河川・海への入水，5，薬物による中毒，6，刃物使用等その他手段）とし，説明変数は，性別，年齢層（1，若年群，2，中年群，3，高齢群），職業（1，無職，2，有職，3，学生），生活保護の有無，独居・同居，自殺未遂歴，精神科受診歴の有無，を用いて多重対応分析を実施した。【結果】欠損値を除外した301名分の情報を解析対象とした。多重対応分析の結果，若年群と薬物中毒，中年群の女性と精神科受診歴があること及び飛び降り自殺，生活保護があること及び有職者の男性と鉄道飛び込みに関係性が示唆された。【結語】自殺に用いた手段と死亡者の特徴には何らかの関係がある可能性が示唆された。今後も引き続き調査を継続する予定である。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-6（E）

広島市消防局におけるアドレナリン投与時間の短縮に向けた取り組みについて

○吉川 洋[1]
[1]広島市消防局

【背景】広島県の院外心停止で救命士のアドレナリン投与時間は，H23からH26の調査で全国ワースト1位である。現場での早期投与の重要性が謳われる中，時間短縮の取組みを行うべきと考えた。【方法】早期投与の重要性と静脈路確保の成功を主眼に取組みを行った。1　問題提起圏域MC主催の研究会及び指導救命士研修にて「薬剤投与のタイミング」の題目で周知を図った。2　当局の重点施策に指定派遣型WSにおいてR6年度から指導救命士を派遣，静脈路確保実習の充実を図り効果的な指導体制を構築した。3　訓練の実施早期薬剤投与想定を実施し質の向上を図った。【結果】当局の派遣型WSにおける静脈路確保成功率はR5年度の65％に対し，指導救命士派遣を開始したR6年度は69％であった。圏域MC管内の心肺停止傷病者への静脈路確保の成功率はR5年度56％に対し，R6年度63％であった。アドレナリン投与時間はR5年度20.3分，R6年度18.0分であった。【考察】早期投与の意識改革，静脈路確保の実施数，成功を増やす取組みを行った結果，投与時間の短縮がみられた。ROSC，CPC1の傷病者を増やすため，今後も手技の熟練や時間短縮の更なる取組みが必要である。

院外・院内心停止5
演題番号　O39-7（N）

術中心停止時の特殊体位における効果的な胸骨圧迫

○赤瀬 駿[1]，野々下 孝一[1]，岡島 ふじの[1]，盛實 篤史[1]
[1]高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

術中心停止において特殊体位（側臥位，腹臥位とする）である場合，迅速な胸骨圧迫を行うための技術・実践的課題が存在する。本研究では特殊体位での胸骨圧迫の有効性を胸骨圧迫モデル（レールダル社レサシアンシミュレーター）を用いて評価した。研究では仰臥位における胸骨圧迫と比較して，特殊体位での圧迫の深さ，リコイル，圧迫速度を分析した。対象はBLSおよびICLSインストラクターなど40人を対象とした。胸骨圧迫モデルでのシミュレーションの結果，側臥位では仰臥位と同様に有効的な圧迫を示す数値を得られることができたが，適切な圧迫を維持する難易度が高いことが示された。（$p < 0.05$）腹臥位では加圧位置や体重移動の難易度が上がり，有効的な圧迫を示す数値は得られなかった。（$p < 0.05$）ただ腹臥位の胸骨圧迫においては，胸骨圧迫モデルが仰臥位での胸骨圧迫の質を測る構造であるため，背面からの圧迫による数値の正誤製は近似値程度のものである可能性を否定できず，研究限界であった。本研究の結果は，特殊体位での胸骨圧迫技術の向上および手術室の迅速な心配蘇生対応のプロトコル改善に寄与するものである。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-1（P）

院内心停止症例に対するアドレナリンの初回投与までの時間に影響を及ぼす因子の検討：単施設後ろ向き研究

○瓦 比呂子[1]，門野 めぐみ[1]
[1]京都岡本記念病院 薬剤部

【目的】院内心停止時のアドレナリンの投与に関する報告は限られている。本研究は，院内心停止時のアドレナリン初回投与までの時間と24時間生存率を調査するとともに初回投与が遅れる要因を明らかにすることを目的とした。【方法】京都岡本記念病院で2020年4月から2023年3月までに発生した院内心停止症例のうち，電気ショック不適応である心静止か無脈性電気活動であった症例を対象とし，電子カルテを用いた後ろ向き研究を実施した。【結果】対象症例52名の24時間生存率は28.8%であった。初回アドレナリン投与までの時間の中央値は，24時間生存群（15名）で3分，死亡群（37名）で6分であり，24時間生存群でより早期にアドレナリンが投与されている傾向が示された（$P = 0.06$）。また，初回アドレナリン投与が遅かった群では，発見時に心電図モニターが装着されていない症例の割合が有意に高かった（$P < 0.05$）。【結論】電気ショック不適応である院内心停止において，アドレナリンの初回投与が早いほど24時間生存率は高くなる傾向が示された。また，心停止リスクの高い患者では，心電図モニターの装着を徹底する必要性が示唆された。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-2（N）

A病院ICUにおける急変対応カンファレンスの内容分析

○程島 健太[1]
[1]埼玉医科大学総合医療センター

A病院ICUでは，急変対応を振り返り，対応改善や情報共有，教育支援を目的としてカンファレンス（以下，急変対応カンファレンス）を実施している。このような取り組みの有効性は報告されているものの，その内容自体を定量的に検討した研究は少ない。そこで，2022年4月1日から2023年4月30日にA病院ICUから提出された急変対応カンファレンス記録22本の内容をテキストマイニング分析し，内容の特徴や傾向性を明らかにした。A病院倫理委員会の承認を得て実施した。急変対応カンファレンス記録をテキストマイニングし，頻出語抽出や共起分析，階層的クラスター分析した結果，議論されていた主な内容は，医師への報告，急変予測，家族対応，医療安全上の対策であった（図1）。特に，医師への報告の議論が特徴的であり，他病棟の急変を受け入れる専門家が集まった救命救急ICUであること，主たる開催者が看護師であり医師への報告が重要な役割であることが背景要因と推察された。今後は，迅速かつ的確に急変を医師に報告する看護実践能力の獲得を支援しつつ，多職種が参加するカンファレンスへと範囲を拡大させていく必要がある。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-3（N）

ICU退室後訪問から見たNEWS評価の実際 ～院内心停止低減に対する病棟ラウンドの重要性～

○鴨田 清志[1]，和田 秀一[1]，中村 公祐[1]
[1]医療法人徳洲会福岡徳洲会病院

当院では，2022年9月よりRRSを立ち上げ，院内心停止を事前に防ぐための取り組みが開始となっている。RRS導入後，院内心停止は減少しているが，要請件数は少なく急変リスクの高い患者に対し介入が出来ていない現状がある。そこで，ICUから病棟へ転棟した重症患者を対象に退室後訪問を行い，全身状態の評価を行うこととした。2024年6月1日～9月30日の期間で，ICU入室時のSOFAスコアが10点以上であった患者を対象とし，ICU退室後1週間以内に訪問した。訪問した49名の患者の中で，RRS要請につながるような事例はなかった。しかし，49名のうち，18名の患者が，事前に病棟で評価されたNEWSスコアが過小評価となっていた。18名の内訳として，呼吸数が10名，意識レベルが7名であった。呼吸数では，今回訪問した患者の約8割が，経過表に16回／分で入力されていた。院内心停止の患者やRRS要請患者の経過表を見ても，急変前の呼吸数が16回／分で入力されていることが多く，正確な測定ができていない可能性がある。院内全体で同様の状況が予想されるため，ラウンドによる第三者のNEWS再評価が必要であると考えられる。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-4（D）

体外循環式心肺蘇生法を受けた病院外心停止患者における180日後の神経学的予後因子の検討

○本間 丈博[1]，柴田 龍宏[1]，室谷 健太[2]，松島 慶央[1]，芝尾 昂大[1]，堀 賢介[1]，大塚 麻樹[1]，高須 修[3]，福本 義弘[1]
[1]久留米大学 医学部 内科学講座 心臓・血管内科部門，[2]久留米大学バイオ統計センター，[3]久留米大学病院 高度救命救急センター

【背景】病院外心停止（OHCA）は依然として高い死亡率を示し，特に難治性心停止に対する効果的な治療法として体外循環式心肺蘇生（ECPR）が注目されている。【方法】2016年1月から2023年12月までの間に久留米大学病院でECPRを受けた65例のOHCA患者を対象に，180日後の良好な神経学的予後（CPC 1-2）に関連する因子を検討した。【結果】単変量解析と多変量解析の結果，transient ROSC（OR：8.63，95％ CI：2.12-35.21）およびdowntime（OR：0.95，95％ CI：0.90-0.997）が独立した予後因子であった。また，決定木モデルを用いた解析では，transient ROSCとbystander CPRがあることが良好な予後に関連する一方，transient ROSCがなくdowntimeが49分以上の群では良好な予後が得られなかった。【結語】本研究は，ECPR候補患者の選定基準を明確化する一助となる可能性が示唆され，予後改善のためには市民啓発や時間短縮のための地域医療体制の整備が重要である。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-5（E）

ECPRと病院救命士のチームビルディング
～当院と消防救急隊の連携で築く強固な救命の連鎖～

○豊田 英城[1]
[1]医療法人社団清和会笹生病院

当院は兵庫県にある病床数195床の二次救急医療機関である。内科系・外科系をはじめ，ショックや院外心停止などの救急搬送を受け入れており，2024年度では約4,000件を超える見込みである。現在，救急救命士（以下病院救命士）は8名勤務している。主な業務は，救急搬送患者に対する救急救命処置である。また，当院はECMOを導入しておりECPR適応症例では病院救命士が率先してチームビルディングを行い，初療コマンダー，カルテ記録，CPRなどを実施している。マンパワーを要する蘇生チームには消防救急隊の協力が必要不可欠であるため，循環器内科医を筆頭に病院救命士，看護師，臨床工学技士などの病院スタッフと消防救急隊で合同シミュレーションを定期的に行っている。これを通して消防救急隊と病院のそれぞれの役割を認識することで，シームレスな協力関係を構築でき，より強固な救命の連鎖を築いている。異なる組織とはいえ，足並みを揃えた蘇生チームとして救命へと向かうことは最高のアウトカムを目指す方法の1つではないかと考えられる。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-6（D）

心肺蘇生中に脳酸素飽和度測定を行い，2分前に心拍再開を予測する

○鹿野 恒[1,2]，横堀 將司[1,2]，瀧口 徹[1,2]，濱口 拓郎[1,2]，五十嵐 豊[1,2]，中江 竜太[1,2]
[1]日本医科大学 救命救急科，[2]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター

脳酸素飽和度測定（SctO2）により心拍再開を予測する研究が行われているが，数分後の心拍再開（ROSC）を予測することは困難である。私たちはNIRO-200NXを用いてROSCを予測できるか検討した。【方法】心停止の目撃があり搬送中にROSCが得られず，搬入後にSctO2が測定された324例を対象とした。ROSC群ではROSC時のSctO2値を，non-ROSC群ではCPR経過中の最高SctO2値を判定値とし比較した。また，各群において判定値より2分前のSctO2値を比較した。【結果】ROSC時のSctO2の中央値は51.2％，non-ROSC群の最高SctO2の中央値は39.8％であり，有意にROSC群の方が高値であった（p＜0.001）。また，判定時より2分前のSctO2の中央値はROSC群では44.6％，non-ROSC群では37.4％であり（p＜0.001），判定値2分前のSctO2値が45％以上の場合は2分後に76％がROSCし，50％≦の場合は85％がROSCした。【結語】心肺蘇生中にSctO2を測定することにより，2分前にROSCを予測できる可能性がある。

院外・院内心停止6
演題番号　O40-7（D）

ECPRを施行した院外心停止患者における潜在クラス分析を用いたサブフェノタイプの同定

○柏浦 正広[1]，東郷 志穂[1]，中島 千里[1]，酒本 健汰[1]，熊井戸 悠喬[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，森 仁志[1]，平良 悠[1]，岸原 悠貴[1]，富永 経一郎[1]，田村 洋行[1]，天笠 俊介[2]，安田 英人[1,3,4,5]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科，[2]国立成育医療研究センター 救急診療部 救急診療科，[3]慶應義塾大学病院 臨床研究推進センター 臨床研究支援部門，[4]The University of Queensland, School of Nursing, Midwifery and Social Work, UQ Centre for Clinical Research，[5]Griffith University, School of Nursing and Midwifery；Alliance for Vascular Access Teaching and Research

【目的】院外心停止（OHCA）におけるECPRの患者選択基準は明確になっていない。本研究ではECPR例のサブフェノタイプを同定し，転帰との関連を検討した。【方法】JAAM-OHCA registryを用いた多施設後方視観察研究。ECPRを施行した成人OHCA患者を対象とし，主要評価項目は30日生存とした。ECMO導入前の14個の変数に基づき，潜在クラス分析を用いてサブフェノタイプを同定した。サブフェノタイプと30日生存との関連を多変量ロジスティック回帰分析で評価した。【結果】対象患者1,675例の30日生存率は20.8％であった。4つのサブフェノタイプ（A-D）が同定された。識別能は来院からECMO導入までの時間，病院前の電気的除細動実施，初期心電図波形で高かった。ロジスティック回帰分析では，A群と比較してC群とD群で30日生存率が有意に高く，調整オッズ比はそれぞれ1.89（95％ CI：1.33-2.69），1.76（95％ CI：1.09-2.83）であった。【結論】サブフェノタイプは臨床転帰と関連しており，ECPRにおける個別化治療戦略の確立に寄与する可能性がある。

BLS・AED
演題番号　O41-1（D）

入所施設で痙攣，脳卒中を疑われたが，適切なAEDにて救命し得た急性心筋梗塞の一例

○有馬 喬[1]，中島 啓太郎[1]，横山 弘典[1]，岩永 勝臣[1]，櫻井 良憲[1]，福迫 早紀[1]，坂上 太紀[1]，久野 慎一郎[2]
[1]大隅鹿屋病院 循環器内科，[2]大隅鹿屋病院 救急科

87歳，女性。施設入所中，ADLは杖歩行。食後に突然痙攣し，意識消失。施設職員にてCPR開始，AED作動後に意識改善。救急隊接触時，ショックバイタルで嘔吐あり，左上肢の不全麻痺を認め，また心電図変化なしと判断され，脳卒中を疑われていた。遠方のため，当院のMERでドッキングし搬入。心電図では下壁誘導のSTEMI疑であり，緊急冠動脈造影施行。RCA＃1）100%，LM-LAD＃6）90%，LCx＃11）75-90%の重症3枝病変であり，IABPサポート下に2期的にPCIし完全血行再建した。施設職員のAEDを含めた迅速な救命活動で独歩退院できた症例であるが，脳外科専門病院へ搬送される可能性もあった。バイタルサイン不良かつ，AEDが作動する患者は循環器疾患を第一に疑うべきである。心電図転送システムの有用性，病院前医療の再教育の重要性も踏まえ報告する。

BLS・AED
演題番号　O41-2（E）

市民による胸骨圧迫の質に寄与する因子の模索について

○大串 卓也[1]，柴 秀俊[1]，田代 恵太[2]
[1]久留米広域消防本部，[2]久留米大学 医学部医学科 救急医学講座

【目的】バイスタンダーの体格や職歴等その属性は様々であるが，心停止の現場にて救助者の選択はできない。そのため，胸骨圧迫の質に寄与する因子を模索した。【対象】2024年4月から2024年11月の間に当消防本部が開催した普通救命講習Ⅰの受講者80名。【方法】トレーニングマネキンを用いて，受講者による2分間の胸骨圧迫スコアを測定。同スコアを目的変数として，年齢，性別＊，身長，体重，職種＊，受講歴＊，平均圧迫深さ，圧迫深さ及び圧迫解除並びにリズムの適正率を説明変数（＊はダミー変数）に設定し，AICを用いた重回帰分析を実施。（有意水準P＜0.01）【結果】有効な胸骨圧迫には，圧迫深さの適正率（P＜0.01），圧迫解除の適正率（P＜0.01）が因子として大きく関与していた。【結語】救急蘇生法の指針2020（市民用）では「胸が元の高さに戻るように十分に圧迫を解除すること」と記載されているが，蘇生アルゴリズムのフローチャートには記載がなく，「強く，早く，絶え間なく」のみが強調されている。胸骨圧迫の質を高めるには，体格や職歴等の属性は問わず，圧迫の解除に対する意識付けを強調する必要がある。

BLS・AED
演題番号　O41-3（E）

一次救命講習による心理的教育効果と受講者背景特性の関係性

○針谷 拓[1]，匂坂 量[1,2]，曽根 悦子[2]，都 城治[2]，田久 浩志[1,3]，田中 秀治[1,2,3]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]国士館大学 防災・救急救助総合研究所，[3]国士館大学 体育学部 スポーツ医科学科

【背景】一般市民によるBLS（一次救命処置）の実施率を向上させるためには，BLSに対する心理的障壁を低くする教育が必要であると考えられる。しかし，現状ではどのような教育方法が心理的障壁を低くするのか，また受講者の背景特性による心理的教育効果の違いは分かっていない。【目的】BLS講習受講者に対して講習前後における心理的指標の変化を調査し，背景特性と心理的教育効果の関係を分析すること。【方法】2024年10月から2025年6月までに本学主体で実施されたBLS講習を受講した一般市民を対象とした。講習の前後で心理尺度を盛り込んだ質問紙調査を実施し，背景特性別に心理的教育効果を分析した。本研究では，心肺蘇生に対する行動意思を評価するために開発された心肺蘇生法実施意思評価尺度（BICPRS）と心肺蘇生法に対する自己効力感を評価するために開発された心肺蘇生法自己効力感尺度（CPR-SES）の2つの心理尺度を用いた。結果は現在解析中であり，本演題では結果とそこから得られる考察について発表する。

BLS・AED
演題番号　O41-4（E）

中学生に対する一次救命処置や応急手当の教育効果について

○清水 美砂子[1]，足助 和真[1]，飯島 甫[2]，遠山 笑里[2]，髙平 修二[1]
[1]埼玉医科大学病院 救急科，[2]埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科

本研究は，中学生に対する一次救命処置（BLS）および応急手当の教育効果を検討することを目的とした。中学2年生89名を対象に，医療従事者による心肺蘇生（CPR），AEDの使用方法，止血法，骨折時の対応などの実技講習を実施し，講習後にアンケートを用いて知識・技術の向上および自己効力感の変化を測定した。その結果，受講前は7割の生徒が一次救命処置を知らなかったが，講習後には7割が「倒れている人を見た際に助ける行動ができる」と回答し，知識・技術の向上と実際の応急対応への意欲の高まりが確認された。このことから，中学生へのBLS教育は救命率向上に寄与する可能性があり，若年層からの適切な応急処置の習得が地域全体の救急対応力向上に貢献すると考えられる。したがって，定期的な教育プログラムの導入と継続的な実践訓練の重要性が示唆された。本研究は，中学生へのBLS教育が知識・技術の向上のみならず，救命行動への積極的な姿勢を育む点で有益であり，学校教育の一環として継続的な指導が求められることを示唆する。

BLS・AED
演題番号　O41-5（D）

学生時代，研修医として関わった子どもメディカルラリーの意義と今後の展望

○宮城 真尋[1]，三戸 正人[1]
[1]ハートライフ病院

【背景】子どもメディカルラリーとは，小学生がチームで学習し，その後に救急や災害現場を再現したステーションで基本的な救急対応を学ぶ体験型教育イベントである。私は医学部5年生で初めて参加し，研修医1年目の今年もスタッフとして参加した。参加者のアンケート結果に基づき，子どもメディカルラリーの教育的意義を考察する。【方法】参加者のアンケート結果から，医療用語の理解度，救急技術の習得度，医療職への興味の変化を調査した。特に，心肺蘇生，外傷の応急処置，119番通報に関する理解度について，イベント前後での比較を行った。【結果】イベント参加後，心肺蘇生法や応急処置の理解度が有意に向上し，医療への興味が高まった。また，学んだことを友達に伝えたいと考える参加者や，医療職への興味も増加した。【結論】子どもメディカルラリーは，医療教育の一環として有益であり，救急医療の啓発活動，地域貢献活動としても重要な役割を果たしている。今後も継続的に参加し，教育効果の長期的な検証，修正を行い，楽しみながら学べるプログラムの発展を目指したい。

BLS・AED
演題番号　O41-6（E）

運動競技中における病院外心停止の特徴についての調査

○金川 陽亮[1]，守岡 大吾[1]，村上 龍[1,2]，福井 建皓[1]，久保 敦士[1]，平出 敦[1]
[1]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科，[2]千葉科学大学 危機管理学部 保健医療学科 救急救命学コース

【背景】運動競技中における病院外心停止（以下，OHCA）のリスクは，安静時と比較して大幅に高いことが複数の先行研究で報告されている。本邦は国民のスポーツの関心のみならず健康志向から運動・スポーツ人口は向上していることからも，運動競技中に発生しうるOHCAに対する緊急時対応計画の整備が求められている。【目的】本研究では運動競技中に発生したOHCAの特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2016年～2019年に収集されたウツタイン様式データと救急搬送人員データを用いた観察研究である。事故種別が「運動競技」となる症例について記述統計を行った。【結果】408件が分析対象となった。初期心電図波形はShockable波形が108件（26.5％）で最も多かった。PADが実施されたのは160件（39.2％）であり，病院前ROSCが得られたのは277件（67.9％）であった。【結論】運動競技中のOHCAはshockable波形や多く，病院到着前ROSCが高値である。運動競技中に発生するOHCAに対して迅速に対応することが可能な緊急時対応計画の整備が求められる。

BLS・AED
演題番号　O41-7（E）

高齢者における身体的特徴と胸骨圧迫の質の評価について

○片山 直広[1]，関根 和弘[2]
[1]京都橘大学大学院 健康科学研究科，[2]京都橘大学 救急救命学科

【背景】2022年現在，65歳以上世帯は50.6％で，心肺機能停止傷病者の67.8％が住宅で発生しており，高齢者自身がバイスタンダーになる可能性が高い。通信指令員は，通報者に対して応急手当が必要であると判断した場合は口頭指導を行うが，通報者が適切な胸骨圧迫を実施できるか否か把握されないまま指導しているのが現状である。【目的】高齢者における身体的特徴と胸骨圧迫の質との関連性について検討する。【対象と方法】滋賀県野洲市在住の65歳以上の男女156名を対象に身長，体重，握力，筋肉量等を測定後，訓練人形を用い，胸骨圧迫の質（深さ，テンポ，リコイル，胸骨圧迫比率等）を数値化した。【結果】高齢者では，有効な胸骨圧迫が実施できる割合は男性に多く，胸骨圧迫の有効性に関わる因子として，体重及び握力で，それぞれのカットオフ値は体重53.4kg，握力23.1kgであった。【考察】腕力に頼ることなく，自らの体重を利用し上下運動で圧迫したことが，体重差に現れた。握力は全身の筋力量と相関しており，胸骨圧迫には一定の筋力も必要である。一方，テンポに相関する因子はなく，今後はテンポの意識を高める指導や，軽量体重者でも圧迫可能な技術的要素についても検討が必要である。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-1（D）

診断・治療選択に苦慮した頚髄損傷保存的加療中の急性胆嚢炎の一例

○佐伯 祐哉[1]，藤浪 好寿[1]，佐藤 圭路[1]，切田 学[1]
[1]加古川中央市民病院 救急科

【背景】急性胆嚢炎の診断にはMurphy徴候が有用であるが，その感度は50～70％と高くなく，頚髄損傷患者では本兆候が消失する可能性がある。今回，頚髄損傷保存加療中に発症し，診断と治療選択に苦慮した急性胆嚢炎の一例を経験したので報告する。【症例】80代後半男性。屋外転倒による第6頚髄レベルの非骨傷性頚髄損傷で入院となった。Murphy徴候陰性，白血球数，体温は正常であったが，CTで胆嚢腫大，CRP18.9mg/dLより急性胆嚢炎と疑診した。抗菌薬治療により1週後のCRPは6.5mg/dLに低下したが，その1週間後に16.3mg/dLまで再上昇した。外科は経皮経管的胆嚢ドレナージ術（PTGBD）を推奨し，内科はMurphy徴候陰性で胆嚢炎疑診とした。超音波検査で胆嚢炎所見が顕在化してきたため，入院20日目にPTGBDが施行された。その後，速やかに感染兆候は改善し，その施行17日目に転院となった。【考察・結語】頚髄損傷患者では体性感覚障害を呈するため，Murphy徴候が陰性でも胆嚢炎は否定できないので，身体所見，諸検査から総合的に急性胆嚢炎の診断，治療選択を行うことが求められる。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-2（E）

「医療・ケアに関する情報共有シート」の実態について ～消防・保健所・医療機関協働の取組み～

○向井 秀之[1]，月木 良和[1]，小笠原 利美[1]，田口 浩嗣[1]，岡﨑 純明[1]，松岡 哲也[2]
[1]泉州南広域消防本部，[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

【背景】消防と医療機関は高齢者施設（以下「施設」）救急で医療・ケアに関する情報の入手に苦慮し，保健所はACPが進んでいないことを把握していた。課題解決の方向性が一致したため，消防，医療機関，保健所が協働し「医療・ケアに関する情報共有シート」（以下「三者シート」）を作成した。令和5年9月から施設を対象に運用を開始，消防と保健所が救急隊同行のもと管内約100施設を個別訪問したが，実態を把握できていない。【目的】本取組の効果を確認する。【対象と方法】消防署員246名にアンケートを実施し119名から回答を得た。【結果】施設救急で三者シートを提示された救急隊長は7名（13例），一部利用を提示されたのは4名（6例）で，うち6名が提示された情報は有用であったと回答した。また，ACPを理解していると回答したのは50％で，本取組みを認識しているのは61％であった。今後は施設職員との意見交換会を求める回答が多かった（60名）。【考察】施設救急で三者シートの活用が始まったことが確認できた。また，消防署員に対し引き続き周知が必要であることが示唆された。今後は施設職員と顔の見える関係を構築し更なる普及を目指す。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-3（E）

当消防本部における超高齢社会に対する実態把握と今後の展望

○勢渡 知大[1]，西村 基史[1]
[1]奈良県広域消防組合

【目的】当消防本部の心肺停止事案を検証，超高齢社会に対する実態を把握し，今後の活動に活かすことを目的とする。【対象と方法】2021年～ 2023年に心肺蘇生を行い搬送した成人以上の傷病者を対象とし，日本老年学会が提言した年齢区分（准高齢者65 ～ 74歳，高齢者75 ～ 89歳，超高齢者90歳以上）を用い，それぞれの傷病者数と心肺停止目撃有の割合，特定行為未実施率，三次医療機関への搬送率を比較した。【結果】傷病者数は成人442名，准高齢者499名，高齢者1575名，超高齢者557名で，目撃有の割合は，准高齢者以上では年齢が高くなるにつれ，目撃有が減少していた。また特定行為の未実施率は年齢とともに増加。（成人2.7%，准高齢者10%，高齢者14.9%，超高齢者26.4%）三次医療機関搬送率は年齢とともに減少した。（成人75.6%，准高齢者55.1%，高齢者34.1%，超高齢者23%）【考察】今後，超高齢多死社会へ進む中で，社会復帰を目的とした特定行為と病院選定において，一定の年齢で制限するルール作りを考える必要がある。地域の救急医療を担う救急隊として社会の変化を捉え今後も更なる検討が必要である。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-4（P）

緊急入院患者において回復期へ移行予定となった脳卒中患者に対する薬剤師の関与状況の調査

○助川 恵理[1]，阿部 誠也[1,2]，北原 加奈之[1]，舟越 亮寛[3]
[1]医療法人鉄蕉会亀田総合病院 薬剤部，[2]医療法人鉄蕉会亀田リハビリテーション病院 薬剤室，[3]医療法人鉄蕉会亀田総合病院 医療管理本部 薬剤管理部

【目的】脳卒中患者の転帰向上には，早期治療及び再発予防までのプロセスが重要である。その為薬物治療における薬剤師の継続的な関与が求められる。本研究は，亀田総合病院に緊急入院した脳卒中患者における急性期から回復期の薬学的提案の実態を調査した。【方法】2023年4月～ 2024年9月に緊急入院した脳卒中患者のうち入院前に使用薬剤がある患者を対象とした。対象を入院後24時間以内に持参薬確認および服薬計画の立案を実施した群と，未実施群に分けて比較した。さらに薬剤師のDrug-related problems（以下DRPs）の件数と内容を調査した。【結果】対象患者は605例で，実施群が221例（37%），未実施群は384例（63%）であった。実施群でDRPsは26／221件（12%），未実施群で27／384件（7%）であった（$p = 0.05$）。内容は薬剤の必要性が最も多く，入院後の持参薬の再開を提案する例が多く認められた。【結論】入院中は状態に応じて一時的に持参薬を中止することが多く，緊急入院後，回復期へ移行するまでの薬剤の再開忘れに対する提案が多かった。その為入院後早期に薬剤師が関与することが重要であると考えられた。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-5（MS）

救急搬送時から行うソーシャルワーク

○桑本 大光[1]，河野 匡彦[1]
[1]マツダ株式会社マツダ病院

【目的】救急搬送された患者・家族は，予期せぬ受傷や疾病の発症により身体面以外にも，心理的，社会的，経済的に危機的状況に直面することが多い。そのような状況下で様々な問題解決や判断を迫られ，短時間で意思決定をしなければならない。提示する2症例において，本人，家族の様々な課題を救急搬送時より支援していく意義を検証する。【症例1】親族とも疎遠で判断能力が不十分な患者で，知人がキーパーソンとなり一緒に支援体制を整えていくことで親族の不安が軽減し徐々に親族も関わるようになったケース【症例2】身寄りがない患者で社会的にも経済的にも課題が多く，退院後の療養先について本人の不安が強かった。本人の意向を関係者と確認しながら課題解決に向けて支援し本人の心理的不安の軽減に繋がったケース【結語】限られた入院期間の中で救急搬送時より本人・家族とかかわり，関係機関と連携し支援体制を構築することが，複雑な課題を解決する大きな一歩となる。医学的な要素が少なく介護面が課題であっても将来的なことも見据えて，療養生活が維持できるように体制を整えていくことが重要と考える。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-6（P）

高齢者救急における薬剤師の役割

○原 知斉[1]，田島 克啓[1]
[1]新小文字病院

【目的】高齢者人口の増加に伴い，救急搬送の増加や多剤併用の課題が顕著となっている。加齢による生理的変化が薬物相互作用や副作用のリスクを高めるため，救急医療における薬剤師の役割について考察する。【方法】年齢別救急搬送患者数を調査し，過去の患者数と比較した。また，救急搬送された年齢80歳以上の高齢者が服用している薬剤を調査し，腎・肝機能について分析した【結果】2025年の年齢別救急患者数は80歳～ 99歳までの割合が50.7％と半数以上を占めている。2015年の患者数と比較すると90 ～ 99歳までの割合が9.4％から16.3％へ増加していた。90歳以上の患者が服用している平均薬剤数は6.9剤で主に降圧薬や利尿剤，下剤が多かった。また，標準化eGFRの平均値は53.9mL/minであった。肝機能値のAST・ALTには大きな変化はなかった。【考察】80歳以上の救急患者では腎機能が低下しており，腎排泄型の薬剤の用量調節や代替薬剤の提案が必要となる。薬剤師は救急医療チームの一員として，適正な薬物治療や多剤併用の管理を行い，医療の質向上に貢献することが求められている。

高齢者救急の診療・診療支援
演題番号　O42-7（D）

高齢者の主訴（救急搬送の直接的理由）と確定診断の乖離

○中丸 大輝[1]，河野 匡彦[1]
[1]マツダ株式会社マツダ病院

超高齢社会である現在，二次救急医療機関である当院でも多くの高齢者が救急搬送される。その中には主訴が不明瞭な患者や，本人は全身倦怠感のみで周囲の人が心配したため搬送される患者が存在する。しかしこれらの患者の問診，診察・検査を行っていくとその結果の確定診断で意外な疾患が隠れていることがあり，時には緊急で治療を必要とする疾患も隠れている。今回我々は，1転倒で搬送も失神があり，肺梗塞を診断，2全身倦怠感と搬送でインフルエンザA型だが，慢性硬膜下血腫の診断，3ヘルニア既往で腰痛と搬送だが，脳梗塞の診断と，いずれも主訴（搬送理由）と確定診断に乖離が見られる高齢者の症例を経験したため報告する。高齢者の不定愁訴は丁寧な問診と診察が必要であり，考えられる疾患の鑑別を行っていくことが重要である。また教科書に記載されているような典型的な症状とは異なっていても，疑わしい症状が見られた場合は疾患の除外を行うために画像検査が必要である。どこまで行うかの判断は難しいが，患者背景（独居，老々状態）を考慮すると，過剰であっても全身評価で画像診断をせざるを得ないと考える。

学生・救急救命士
演題番号　O43-1（E）

当局における救急救命士の特定行為実施率の比較 ～ Dr.ヘリ・カー連携事案と非連携事案について～

○天野 能亜[1]，渡邊 圭祐[1]，西村 貞彦[1]，益田 真次[1]，田代 裕一[1]
[1]鳥取県西部広域行政管理組合消防局

【目的】Dr．ヘリ・カーの普及により，早期医療介入が実現されている。一方で，早期に医師が傷病者に接触する機会が増え，救急救命士が行う特定行為実施率低下が危惧された。そこで，Dr．ヘリ・カー連携と非連携事案の特定行為実施率と成功率を調査し，当局における現状を把握することを目的とした。【対象と方法】平成28年から令和5年までの①全救命事案，②Dr．ヘリ・カー連携を除く救命事案，③Dr．ヘリ連携事案，④Dr．カー連携事案について特定行為実施率と成功率をt検定を用いて調査した。【結果】Dr．ヘリ・カー連携事案において救急救命士の特定行為実施率は非連携事案と比較し優位に減少していた。しかし，救急救命士の特定行為成功率は直近8年間で有意差は見られなかった。【結語】当局における，救急救命士の特定行為実施率について調査を行った。早期医療介入により特定行為の機会が減少するなか，当局の救急救命士の技術は一定に維持できていると考えられる。今後も特定行為技術維持に努めることが必要であり，質を担保するための方策が必要と考える。

学生・救急救命士
演題番号　O43-2（E）

病院前救護における体温評価の実践的比較研究 ～救急現場を想定した測定技術と判断の留意点～

○成田 寛之[1]，原田 諭[2]，髙橋 治花[1]，郡 愛[1]，鈴木 健介[2]，小川 理郎[2]
[1]日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学専攻，[2]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科

【目的】病院前救護で測定不能な深部体温と測定可能な体表温・鼓膜温を比較することで，体温測定デバイスを使用した体温評価を検討する。【方法】対象は健常成人男性31名とする。WBGT　28℃の人工気候室内で，安静時と運動負荷後にそれぞれカプセル温度計で測定した深部体温と顔面，前額部，側頭部，頸部，手関節部，腋窩，鼓膜体温の差（ΔT）を評価した。【結果】安静時および運動負荷時におけるすべての測定部位でΔTは正の値（0.3 ～ 1.9）を示し，深部体温が体表温より高値であった。測定部位の比較では，腋窩ΔTが最小値（0.3 ～ 0.6）であり，深部体温に最も近似していた。一方，手関節部のΔTは最大であった（0.7 ～ 1.9）。病院前救護における体表温度は，測定部位や被験者の状態に関わらず深部体温より低値を示したが，その差は腋窩で最小，手関節部で最大であった。【考察】傷病者の状態で体温測定結果は異なる。体表温は，測定部位により深部体温との差が異なるため，デバイスの選択と測定部位を検討する必要がある。【結論】救急現場で深部体温は測定できないが，腋窩温が深部体温にもっとも近似していることが明らかになった。

学生・救急救命士
演題番号　O43-3（E）

民間企業における救急救命士の活動状況と今後の可能性の検討について

○西尾 伎世希[1]，田中 秀治[2]，井上 拓訓[2]
[1]セコム株式会社，[2]国士館大学

【背景・目的】背景：弊社では，救急救命士を雇用しサービスの提供を行っている。【目的】弊社の救急救命士の現状の活動状況と今後の可能性について検討した。【方法】弊社で雇用されている救急救命士を対象に，部署ごとの活動と，対応事案を調査した。【結果】救急関連事業部（4人）活動：社内BLS講師の養成／BLS講習会開催／AEDの普及活動目的：BLS及びAEDの普及・管制，救急通報オペレーションセンター（5人）活動：救急通報，救急信号受信時のオペレーション目的：CPAの早期発見と通報，消防機関への連携・常駐警備員，緊急対処員（11人）・その他（イベント救護等）※スポット対応のため配置はなし活動：救急要請時の現場急行対応スポーツ大会での救護スタッフとしての活動目的：CPAの早期発見と通報，応急手当【結語】弊社の救急救命士が対応した事案が少ないため，引き続き事案の集計と分析を行っていく必要があるが，弊社で雇用する救急救命士をさらに増やすことで公共の場所での救命の連鎖へ寄与することが可能である。今後さらに民間救急救命士の活動規模を拡大できるよう検証を行っていく。

学生・救急救命士
演題番号　O43-4（S）

搬送器具の違いが実施者に与える身体負荷と主観的評価の比較：省力化活動と従来型活動

○大塚 輝[1]，黒﨑 久訓[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【目的】電動ストレッチャーおよびエアーストレッチャーを用いた省力化活動とマニュアルストレッチャーおよびターポリン担架を用いた従来型活動での主観的評価を含めた身体的負荷の違いを比較検討すること。【方法】救急救命士養成校の学生13名を対象に活動量計（OMRON：HJA-750C）を用いて省力化活動と従来型活動の2群間で消費カロリーと主観的評価として修正Borgスケールの値を比較した。体重60kgの傷病者を隊員3名で建物3階から1階まで搬送，ストレッチャーに移乗し，車内収容するまでを各人それぞれの活動において1回ずつ測定した。統計解析はウィルコクソンの符号付き順位和検定を行い，$p < 0.05$を有意差ありとした。【結果】消費カロリーは省力化活動（中央値：12kcal），従来型活動（中央値：12kcal）で両群間に統計学的な有意差は認めなかった。修正Borgスケールの中央値は省力化活動の方が有意に低かった（省力化活動：3，従来型活動：5）。【結語】省力化活動と従来型活動で消費カロリーに統計学的な有意差はみられなかったが，修正Borgスケールにおいては，省力化活動の方が有意に低かった。

学生・救急救命士
演題番号　O43-5（S）

救急救命学科女子大学生における就職志望先と性格特性との関連 ～地元就職と地元以外の検討～

○谷添 向春[1]，髙坂 美咲[1]，福岡 範恭[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【背景と目的】全国救急救命士教育施設協議会（JESA）によると，R5年3月までにJESA会員校を卒業し消防に就職した女性救急救命士は1,671人である。諸井・坂元（2014）の女子大学生における職業価値観（性格特性との関連）によると，3年の後半や4年生を対象とした場合には，職業価値観の基本的構造や性格特性との関連の変化があるとの報告がある。救急救命学科女子大学生の性格特性と就職で地元か地元以外を扱った研究は見当たらないため，本研究では，地元への就職志望と性格特性との関連を探索的に調査した。【方法】本学1 ～ 4年生の女子大学生44名を対象に無記名のWebアンケートを実施した。質問項目は，学年，Big Five尺度60項目，就職先第一志望，地元就職志望，その理由，定年まで同じ組織で勤務する予定か，の全65項目とした。【結果】地元に就職したい18名，当てはまらない10名，どちらともいえない6名であった（n = 34）。性格特性と地元と地元以外を志望で有意差はみられなかった。【考察】地元消防本部の組織規模によって，志望先が異なる可能性が考えられる。【結語】性格特性と地元と地元以外を志望で有意差は見られなかった。

学生・救急救命士
演題番号　O43-6（S）

救急救命学科女子大学生における就職志望先と性格特性との関連 ～消防と医療機関の検討～

○髙坂 美咲[1]，谷添 向春[1]，福岡 範恭[1]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科

【背景と目的】全国救急救命士教育施設協議会（JESA）によると，R5年3月までにJESA会員校を卒業し消防に就職した女性救急救命士は1,671人である。諸井・坂元（2014）の女子大学生における職業価値観（性格特性との関連）によると，3年の後半や4年生を対象とした場合には，職業価値観の基本的構造や性格特性との関連が変化するかもしれないと報告がある。救急救命学科女子大学生の性格特性と就職志望先に関する研究は見当たらないため，本研究では，就職志望先と性格特性との関連を探索的に調査した。【方法】本学1 ～ 4年生の女子大学生44名を対象に無記名のWebアンケートを実施した。質問項目は，学年，BigFive尺度60項目，就職先第一志望，地元就職志望，その理由（自由記述），定年まで同じ組織で勤務する予定か，の全65項目とした。【結果】第1志望で消防選択は29名，医療機関2名，その他3名であった（n = 34）。学年や志望先で性格特性の中央値に統計学的な有意差はみられなかった。【考察】救急救命士として消防を目指して入学している学生が多いことが考えられる。【結語】性格特性と就職志望先には有意差はみられなかった。

学生・救急救命士
演題番号　O43-7（E）

ベトナムの救急救命士学科設立支援プロジェクトに関する報告

○柳 聖美[1]，石﨑 貴[2]，喜熨斗 智也[1,3]，原山 尋斗[1]，澁谷 亮介[1]，横溝 志穂[4]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[3]国士舘大学 体育学部スポーツ医科学科，[4]医療法人社団Kitahara Neurosurgical Institute

【はじめに】ベトナムでは，2024年に救急救命士資格が制度化され，2029年から資格試験が実施される。ベトナム国家医科薬科大学は，救急救命士を養成する高等教育機関となる。ハノイにおいて，厚生労働省が所管する医療技術等国際展開推進事業の一環として，救急救命士学科の教員となる現地医師17名を対象とした指導者研修を2回実施した。しかし，ベトナムの救急医療に関する先行研究は少なく，体系的な研究が不足しているのが現状である。【研修内容】1回目の研修では，救急隊が実施可能な救急救命処置に関する実技指導，資器材の取扱要領や救急蘇生法，外傷活動のスキルの確認を行った。我々が各項目の説明や展示を行った後に，受講生が実施する形式で研修を進めた。2回目の研修は，1回目と同様の内容で，現地医師が指導者役となり，受講生役に指導する形式で研修を進めた。1回目よりも2回目の研修は通訳を介す場面が少なかったため，滞りなく進行した。【今後の展望】救急救命士学科の設立支援や現地指導者の教育研修を通じて，人材育成，カリキュラム編成，環境整備等を含めて，ベトナムにおける持続可能な質の高い救急医療体制の構築に導きたい。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-1（P）

中京病院ドクターカー搭載薬剤の選定及びマニュアル作成

○植村 太志[1]，江森 達輝[1]
[1]JCHO中京病院

令和5年8月から中京病院で病院救急車が配備され，患者の転院搬送で使用されてきた。令和6年11月18日に名古屋市とドクターカーの運用に関わる協定を締結した。これにより名古屋市からの要請で医師や看護師らが同乗して医療機関搬送前の現場に急行することが可能となったことに伴い，出動方法，装備品，薬剤についてのドクターカー運用WGが設置された。今回，薬剤師としてWGに参加し，マニュアルの作成に関わったため報告する。一般的なドクターカーへの搭載薬剤に加え，出動する医師の意見を取り入れ，ドクターカーに搭載する薬剤リストを作成した。搭載薬剤は専用のバッグに入れ，救急外来で保管管理し，出動時にバッグごと持ち出すこととした。期限切れや紛失を防ぐため毎日，薬剤の確認を行い，向精神薬であるホリゾン®とミダゾラムは薬剤バッグ内のポケットにダイヤル式錠を使用することで，常時，薬剤バッグ内での管理とした。第2種向精神薬であるソセゴン注®は必要時に救急外来の定数から持ち出す運用とした。ドクターカーとして出動経験を重ねるに伴い，現場の意見を聞きながら，定期的な薬剤リストの見直しが必要である。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-2（E）

ドクターカーと連携した多数傷病者事案を経験して

○平岡 玄壮[1]，稲富 崇司[1]，中尾 篤典[2]，上田 浩平[2]，有井 嵩典[2]
[1]岡山市消防局，[2]岡山大学病院

令和6年3月某日，当市において，マンション建設現場で型枠壁と足場が崩れ，足場で作業中の6名の作業員が死傷する多数傷病者事案が発生した。当局からは救急7隊を含め合計17隊，岡山大学病院から医師2名，病院救命士1名及び看護師1名が乗車した岡山大学病院ドクターカー（以下，岡大DC）が出動して対応にあたった。本事案は，119番通報から最後の傷病者を収容した救急車が現場出発するまでに約90分を要するものであったが，消防と医療機関が連携し，円滑な活動を行うことができた。岡大DC運用後，複数の重症傷病者が発生した初めての事案において，トリアージや病院選定等，円滑な活動が行えた要因は，これまでに岡山大学病院と行ってきた様々な取り組みに集約される。岡大DCの運用開始に合わせての連携訓練，病院救命士の救急車同乗実習等を行い，現在も定期的に連携訓練を実施している。この多数傷事案を経験し，定期的な連携訓練の重要性を再認識することができた。消防と医療機関が協同して傷病者の救命に繋がる活動を目指していきたい。これまでの岡山大学病院との取り組みと合わせて，本事案の活動について報告する。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-3（D）

当院ドクターカーによる現場死亡確認症例の現状と課題

○蕪木 友則[1]，原田 尚重[1]，原 俊輔[1]
[1]武蔵野赤十字病院

【目的】ドクターカーにより出動し，医師が救急現場で死亡確認した症例について調査検討した。【方法】調査期間は2021年1月から2024年12月まで。診療録から後方視的に調査・検討した。【結果】出動件数は，1176件で，心肺停止症例は364件であった。医師が現場で死亡確認した症例は101件であった。うち死後変化により救急隊による社会死判断に該当する症例は61件，社会死には該当しないが，医師が蘇生困難と判断した症例は28件，患者家族が蘇生処置を希望せず，医師が死亡確認した症例は12件であった。一方，蘇生希望はないが，病院搬送となった症例は22件あった。現場で死亡確認した事案と救急搬送された事案での救急隊活動時間はそれぞれ平均47分と104分であった。【考察】医師が現場に行くことで，傷病者の意思に沿って蘇生処置を中止できたり，蘇生困難症例を現場で死亡確認することで救急隊の活動時間短縮につながっていた。しかし，患者に関しての情報が乏しい場合は，異状死体の届け出対象となり，地域のかかりつけ医とドクターカー医師との連携には課題があると考えられた。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-4（E）

当院におけるドクターカー要請に至らなかった緊急手術症例についての検討

○佐々木 光風[1]，岸田 全人[1]，遠山 笑里[1]，小室 奈央[1]，飯島 甫[1]，片山 久瑠[1]，大谷 義孝[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

【はじめに】ドクターカー（以下，DC）のメリットのひとつとして，根本治療までの時間短縮可能といわれている。【目的】当院における重症外傷症例で緊急手術となった症例をDC要請の有無で比較し検討する。【対象・方法】2024年1月1日から12月31日までの間に搬送されてきた重症外傷症例で緊急手術となった症例を当院救命救急科データベースより抽出した。【結果】重症外傷症例で緊急手術になった63件のうち，DC要請された症例は10件，未要請は53件であった。高エネルギー事故でDC要請された症例は7件，未要請症例は8件。病院選定はDC要請された症例で重症・三次10件，未要請症例で重症・三次22件，初期・二次6件，脳卒中2件であった。事故種別はDC要請された症例で交通事故6件，自損事故2件，労働災害1件，一般負傷1件であった。未要請症例で交通事故13件，一般負傷9件，自損事故4件，労働災害2件，急病2件であった。【考察】受傷機転が高エネルギー事故でなく緊急手術となった症例には比較的軽微な事故や発症状況の不明な意識障害が含まれるため，今後は意識障害も含めたDC出動基準の見直しも検討する必要がある。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-5（E）

院外心肺停止症例にてドクターカー出動と初回アドレナリン投与時間の関連の検討

○原山 尋斗[1]，中川 洸志[2]，匂坂 量[1,3]，木村 龍[1]，喜慰斗 智也[1,4]，田中 秀治[1,3,4]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]中央大学 理工学部 人間総合理工学科，[3]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[4]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科

【背景】OHCAの生存率向上には早期のアドレナリン投与が重要である。ドクターカー（DC）は病院前にて早期に二次救命処置が可能になり得る施策であるが，DC出動とアドレナリン投与時間の関連は明らかではない。【目的】DC出動と初回アドレナリン投与時間の関連を検討する。【方法】2019 ～ 2021年のSOS-KANTOデータベースより，病院到着前にアドレナリンが投与された8歳以上のOHCA症例を対象とした。主要アウトカムは現場到着から初回アドレナリン投与までの時間とし，重回帰分析を用いてDC出動と初回アドレナリン投与時間の関連を検討した。【結果】解析対象は2479例（DC群412例，Non-DC群2067例）であった。DC群の初回アドレナリン投与時間の中央値（Q1-Q3）は17.0分（12.0-21.0），Non-DC群は14.0分（12.0-19.0）であり，DC出動は初回アドレナリン投与時間の延長と関連していた（B = 1.18；95% CI，0.58-1.76；$p < 0.01$；$R^2 = 0.10$）。【結語】DC出動はOHCAの初回アドレナリン投与時間の延長と関連していた。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-6（D）

多数傷病者
～ドクターカー連携訓練に初期研修医として参加して～

○恩河 朝光[1]，三戸 正人[1]
[1]ハートライフ病院

【はじめに】当院では，2016年にドクターカーを導入，2017年より東部消防本部とドクターカー連携訓練を定期的に行っている。訓練内容は救急隊に加え，救助隊，指揮隊，消防隊も必要とされる多数傷病者事案で，ドクターカー医師・看護師が連携活動を行い，傷病者の救出・救助・救命を行うものである。【方法】消防本部敷地内の訓練棟を倒壊現場に見立て，救急隊とドクターカーで最先着隊を変えながら，30分想定を3日間，3警備と訓練を実施し振り返りを行った。当院ドクターカーには，救急指導医と研修医，看護師2名，救命士2名が同乗し現場活動を行った。【結果】事前学習や本訓練を通じ，傷病者全体を俯瞰しつつ優先順位をつけて診ることはできた。しかし処置終了後の次の行動に迷い，指示を待つ時間が発生する場面があり，自らの課題が明確となった。【考察】多数傷病者訓練に参加したことで，現場での判断力や対応力を養う貴重な経験となった。研修医であっても実践的な訓練や事前勉強会に参加したことで，日常のERの現場でも緊急度や優先度を考えた医療活動ができるようになると考えられた。

ドクターカー・ドクターヘリなど1
演題番号　O44-7（N）

RRC開始に向けて行ったグランドナース（GN）育成を振り返る

○加藤 万里子[1]，青木 瑠里[1]，北原 雅徳[1]，宮部 浩道[1]，井上 保介[1]
[1]総合大雄会病院 救命救急センター

【背景】RRC運用開始に向けた人材育成準備を行うよう指示を請けた。スタッフから不安が挙がった為，対応した対策について紹介する。【現状】院外活動の知識スキル，多職種連携等の不安が挙がった。不安解消を目的にGN基準はリーダー研修修了者と定め，方法・評価表を作成し協働する力の育成を開始した。【結果】机上学習会／動画撮影，外部講習の受講を進めた。言語化したリーダー評価表を用いた事で協働し活動出来ていると考える。しかし院外活動の経験はないため，現場活動に不安が残り，現場での安全確保や看護実践等ができない懸念が残った。繰り返し訓練する事で対人関係力，管理力向上，協働する視点を強化し，RRC開始に臨んだ。運用後も車内活動の難しさ，重症外傷・小児の知識スキル不足，家族ケア不足への不安が挙がった。現場での多職種連携能力・協働する力に少し自信を持てたという前向きな意見も出た。【結語】リーダー研修は有意義であると評価する。さらに連携力強化の育成を継続し，また重症外傷・小児の症例を中心に院内研修を取り入れていく必要がある。今後もGNが，不安なく安全で適切な現場活動を進められるよう育成に努めていきたい。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-1（E）

病院救急車（通称ECMO Car）による新生児搬送運用実績

○宮坂 千理[1]，岩瀬 史明[1]，宮﨑 善史[1]
[1]山梨県立中央病院

【緒言】当院では，2021年10月から病院救急車（通称ECMO　Car）を運用している。2022年9月から高度救命救急センターと新生児内科が連携し，クベースを使用した新生児搬送の運用を開始しており，その運用実績を検討したので報告する。【結果】クベースの設置や車両準備，搬送は病院救急救命士が行っている。ECMO　Carを使用した新生児搬送は2022年6件，2023年13件，2024年21件，合計40件であった。搬送種別では，当院から他院への搬送12件，他院から当院への搬送9件，他院から他院への三角搬送19件であった。2024年での要請から病院出発までの平均時間は，消防救急車を使用した場合20分，ECMO　Carを使用した場合13分であった。【考察】現在，新生児搬送は病院救急救命士が勤務している平日の日勤帯のみの運用となっている。そのため，病院救急救命士が不在の際は消防救急車へ搬送の依頼をしている。ECMO　Carを使用すれば，要請から病院出発までの時間を短縮できるのではないかと考える。搬送開始時間短縮や消防救急車の負担軽減のためにも，24時間の運用体制確立が今後の課題である。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-2（D）

地域二次病院における救急医療体制強化

○安田 貢[1,3]，林 堅二[1,3]，関根 萌[1]，伊関 憲[2]，田勢 長一郎[3]
[1]JA福島厚生連白河厚生総合病院 救急治療科，[2]公立大学法人福島県立医科大学 救急医療学講座，[3]公立大学法人福島県立医科大学 地域医療支援センター

【はじめに】都市部から遠い地域は，地元二次病院の役割が救急領域で特に重要である。当地の試験的ドクターカーなど救急医療体制強化策とその効果を検討した。【背景と課題】当院は福島県南部の急性期病院／病床459床である。地元消防は9市町村事務組合が運営，管内人口133,011人（2025年1月），管内救急出動約6,500件／年。2015年総合診療科設置で救急車受入窓口が一本化され，応需救急車は年間3,500件ほどに増加したが，救急外来担当は内科系医師が多く，一般外来や入院患者，訪問診療で多忙など課題があった。【経過と考察】福島県認定指導医募集制度を利用し，2024年4月に救急科専門医1名が赴任後，福島医大救急医療講座の支援で，2025年1月救急治療科新設，専従医3名が外傷中心に日中の救急医療を担うようになった。また，週1回試験的にワークステーション方式ドクターカーを2024年7月末から開始し，高エネルギー外傷などに出動，有用性が示唆された。【結語】地域二次病院の救急医療体制充実は，住民の健康と安全に欠かせない課題である。人員の配置やシステム構築により体制強化と質の向上が期待できると考えられた。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-3（D）

大都市の民間二次救急病院群によるモバイルDX救急車（ICUmo：イクモ）の活用

○高橋 宏樹[1]，小笠原 智子[1]，大桃 丈知[1]，大貫 隆広[1]，猪口 正孝[2]，森村 尚登[1,2]
[1]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）救急災害医療連携・DX推進部門 病院救急車運用部，[2]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部

【背景】高齢化社会を背景に救急搬送患者の病態は変化し，搬送件数は増加している。また救急現場での患者病態と搬送病院機能のミスマッチ等から，病院間搬送が余儀なくされている。東京都の「大学研究者による事業提案制度（2019～2021年）」においてモバイルDX救急車（ICUmo：イクモ）が試作された。【目的】イクモを活用した病院間搬送運用体制計画の現況を報告する。【運用体制計画】2次救急病院4病院を含む全8病院から成る本法人関連医療機関は総計52台の病院所属車両を保有しており，うちイクモ4台，通常救急車3台。これらを中心に運用体制を構築。イクモを本法人所属の二次救急病院4病院に配置。医療機関間搬送車輌業務部門を各医療機関に設置。車両の運行管理は病院救急救命士を主体とし，患者背景・緊急度・重症度，搬送時必要医療機器などを基に，車両種類と運行スタッフ構成を選択するという運用とした。【今後の課題】病院間搬送ネットワーク構築のための事業連絡協議会の設立，車両派遣調整本部・車両基地管理（所属・場所・薬剤・資器材等），車載DXシステムの標準化，ランニングコスト，スタッフ管理（数，要件，所属）である。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-4（E）

大津市における複数の医師派遣体制整備の効果について

○今井 徳彦[1]
[1]大津市消防局

【はじめに】滋賀県大津市では，京滋ドクターヘリ及び市内外3医療機関でのドクターカー運行の開始により令和5年11月から救急現場へ4つの医師派遣体制が整備された。【目的】複数の医師派遣体制が整備された効果について報告する。【調査対象と方法】令和5年11月から令和6年12月末までに医師要請が行われた事案について出動報告書から調査した。【結果】①調査期間中の医師要請件数は1,239件（キャンセル359件含）であった。②要請事案の重複により現場直近以外のドクターカーが対応した事案が117件あった。また期間中にドクターカー1台が能登半島地震の被災地へと出動したが，市内の体制維持が可能であった。③複数傷病者発生事案，分娩事案及び遠隔地における重症事案に対し複数のドクターカー及びドクターヘリにより対応することができた。【考察】これまで年間数件程度であった医師要請が，複数の医師派遣体制の整備と通信指令員及び救急隊の意識の変化によって，キーワード方式を用いて積極的に行われるようになった。また医師派遣体制を複数有することで，重症事案重複時の対応や特異事案に対する複数の医師による早期医療介入が可能となった。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-5（E）

外気温が救急車内に及ぼす影響の検討

○吉沢 彰洋[1]，植田 広樹[2]，匂坂 量[2]，井上 拓訓[1]，柳 聖美[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所

【背景】救急車の構造にかかる規格は1964年に発出された「救急業務実施基準」に基づくが，その後に救急救命士法が施行されるなど車載される医療機器や薬剤が拡充される一方，車内の温度管理については研究に乏しい。【目的】屋外に駐車した救急車の車内温度を測定し外気温が車内に及ぼす影響を検証する。【方法】前向き実験研究。【結果】夏季の炎天下で車内各部の温度は40℃を超え，冷房等を作動させ1時間が経過しても30℃以下にはならなかった。冬季において，日の出時刻過ぎの車内の気温は外気温と同等であった。【考察】エンジン停止時における車内の温度管理は考慮されていないと示唆された。冷暖房能力は，救急隊の現場到着平均所要時間である10.3分以内に車内を適温にすることができないと示唆された。医療機器や薬剤は保管や使用の温度が規定されているが，救急車内は規定の範囲を逸脱していた。救急車の温度管理は待機時から実施する必要がある。【結語】エンジン停止時の車内温度管理と，エンジン作動時の冷暖房能力の向上が必要である。消防本部，救急車メーカー，研究者等が力をあわせ，救急車にかかる具体的基準を定める必要がある。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-6（E）

救急救命士の行う心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液の効果の検討

○圓見 将[1]，江川 健太[2]
[1]倉敷市消防局，[2]倉敷芸術科学大学

【目的】救急救命士は，ショックを呈する傷病者に対して輸液が可能である。本研究では，ショック（心原性を除く）に対して輸液を行うことで，BP，HR，SIにどれほど影響を与えるかを調査した。【対象と方法】対象は倉敷市消防局管内の過去8年間の救急事案で，傷病名にショックの記載がある傷病者とした。静脈路確保の未確保群285件と確保群104件に分類し，SBP，DBP，MAP，HR，SIについて後ろ向きに検討。次に，確保群を病態から出血群と非出血群に分けて比較。最後に，確保群を病態から出血，体液喪失，血液分布異常に分けて比較検討した。2群比較はマンホイットニ - uでP＜0.05，3群にはボンフェローニ補正後のP＜0.016を有意差ありとした。【結果】未確保群と確保群ではHRを除いた項目で確保群が有意に改善した。出血群と非出血群では，SBP上昇とSI低下が非出血群で優位に改善。3群比較では血液分布異常群でSIの低下が有意であった。【考察】ショック輸液は今回検討したショックに効果が認められた。特に血液分布異常群，次いで体液喪失群で改善が見られた。輸液が必要な病態を早期に鑑別し，適切なタイミングで輸液を行うことで患者の重症化を防ぐことが可能であると考える。

ドクターカー・ドクターヘリなど2
演題番号　O45-7（E）

救急搬送における搬送資器材の違いが救助者の身体的負担に及ぼす影響

○安達 哲浩[1]，外山 元[1]，竹井 豊[1]
[1]新潟医療福祉大学

【背景】傷病者搬送のために様々な器具が活用されているが，その有効性に関する実証研究は少ない。本研究では，異なる搬送資器材を用い，救急隊員の身体的負担を評価し，最適な搬送方法の選択に資する知見を提供する。【方法】救急救命士養成課程の大学生18名を対象に，ターポリン担架・バックボード・エアーストレッチャーを使用した階段搬送実験で腰部及び大腿部の筋電位（脊柱起立筋・大腿四頭筋）を測定した。【結果】ターポリン担架およびバックボードでは，何も持たずに階段を降りる動作と比較して，腰部筋電位では1.5 ～ 2.8倍，大腿部筋電位では3.5 ～ 4.7倍に増加した。エアーストレッチャーによるスライド搬送では腰部筋電位1.3倍（有意差なし），大腿部筋電位2.0倍（p＜0.01）の増加が見られたが，ターポリン担架やバックボードよりは負荷が低かった。【結論】エアーストレッチャーによるスライド搬送は，救急隊員の腰部負担を軽減する可能性が示唆された。一方で，大腿部の負荷はさほど軽減せず，適切な搬送技術の習得や搬送訓練が重要である。搬送資器材の選択には，傷病者の状態だけでなく救急隊員の負担軽減を考慮した適応が求められる。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-1（E）

当院における院内急変対応の検討

○飯島 甫[1]，岸田 全人[1]，遠山 笑里[1]，小室 奈央[1]，佐々木 光風[1]，片山 久瑠[1]，松谷 将平[1]，大谷 義孝[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

【背景】当院ではすべての職員に対し，一次救命講習（以下BLS）と二次救命講習（以下ALS）を2年に1回行っている。講習の受講率はBLS約94%，ALS約72%であった。【目的】当院で発生したコードブルー要請となった患者の特徴を調べ，今後に役立てる。【対象と方法】2024年1月1日から2024年12月31日までに当院でコードブルー要請となった症例を対象とし，後ろ向き調査を行った。【結果】コードブルー要請件数は58例であった。平均年齢は69歳。43例が心停止15例が非心停止であった。そのうち45例は病棟急変であった。初期波形はVF／VT7件，PEA30件，Asys6件であった。心停止から蘇生開始まで平均0.6分，モニター装着まで平均2分，電気ショックまで平均6分，気管挿管まで平均8分，薬剤投与まで平均6分であった。バイスタンダーの院内講習受講率はBLS約98%，ALS約57%であった【考察】BLSは早期に実施されていたが，ALSは遅れている傾向にあった。その背景にALSの受講率の低さが関係していると感じた。【結論】院内急変の質を上げるためにALSの受講を病棟に促すべきである。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-2（P）

Rapid Response System要請時における使用薬剤の調査

○黒岩 亮平[1]，山村 絢子[1]
[1]さいたま赤十字病院 薬剤部

【目的】当院でのRapid Response System（RRS）要請時における使用薬剤を調査することで実態を把握することを目的とした。【方法】2019年7月から2024年12月までの期間において，RRSの要請記録および電子カルテを後方視的に解析した。【結果】RRS要請件数は95件であった。要請理由は，循環33件，呼吸32件，その他20件，意識17件，気道1件であった（重複あり）。薬剤投与があったのは35件（36.8％）であり，その中でアドレナリンを除く循環作動薬が11件と最も多く，アナフィラキシーに対する薬剤が8件，抗てんかん薬が5件，気管内挿管に用いる薬剤が4件，その他が13件であった（重複あり）。【考察】当院におけるRRS要請件数はまだまだ少ないが，約3割の症例で薬剤が投与されていることがわかった。循環作動薬やアナフィラキシーに対する薬剤は，救急カートに配備されており常時使用が可能である。筋弛緩薬は，2022年10月よりRRS要請時に持参する運用を開始しており，迅速に使用することが可能である。しかし，薬剤の適正使用における薬剤師の関わりが今後の課題と考えられた。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-3（N）

アウトカムの出るRRT活動を目指した取り組み

○三澤 友也[1]，比留間 孝広[1]，土川 幹史[1]
[1]一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院

【はじめに】当院では，従来のコードブルーシステムに加えてRapid Response Team（以下RRT）を導入したが，活用されていなかった背景がある。この度，RRTの運用に対して独自の取り組みを行い改善を行った結果，一定の効果が得られたため報告する。【取り組み】1．RRT要請にはまずRRT看護師が対応し，必要時RRT医師へ依頼する手順とした　2．RRT看護師に指定の研修受講を義務付けた　3．全職員対象の医療安全研修にRRTの内容を追加した　4．RRT看護師による全病棟ラウンドを週1回開始した　5．認知度を上げるため，RRT専用スクラブを作成した　6．National Early Warning Score（以下NEWS）を活用し，スタッフがNEWSで評価・RRT要請を行えるようにした【結果】これらの取り組みの結果，院内でのRRT認知度が上昇し，RRTの積極的な活用が促された。これによりRRT要請件数が入院1000人当たり0.17から4.67と増加し，コードブルー件数は入院1000人あたり1.03から0.71と減少した。【今後の課題】RRTの質をさらに向上させることで患者の院内急変の予防を目指していく。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-4（D）

オープンICU体制の市中病院がRRSを運用する課題

○藤浪 好寿[1]，佐藤 圭路[1]，切田 学[1]
[1]加古川中央市民病院 救急科

当院は600床34診療科を標榜する地域の中核病院であり，ICU12床，HCU20床を有する。ICUはオープン体制であり，2023年3月に救急科主体でRRSを導入したが，救急科は平日日勤帯の救急外来対応と8床の病棟管理を行い，重症管理は自科症例のみが対象である。RRS導入後の症例を振り返り，運用の課題を考察した。導入前より外来対応の要望が多く，それを想定したフローチャートを作成した。RRS活動実績は2年間で42例あり，外来起動は29例であった。病棟起動13例のうち3例が24時間以内に死亡退院した。その他は気管挿管やICU転棟の応援依頼であり，古典的なRRSとは異質な活動内容であった。標榜科が多いこととオープンICUであることにより，平日日中の入院患者対応は主科管理と各専門科への併診依頼でほぼ完結していた。外来部門の需要が多かったのは，救急外来への依存が高いことによると思われた。また，コードブルーは80％が夜間・休日に起動しており，現状のRRSがコードブルー件数を減らす効果は乏しいと思われた。需要に応えるための運用課題としてMET機能の維持，夜間休日対応，集中治療管理への関与が挙げられた。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-5（N）

RRS院内急変患者報告書
～タブレット導入後の現状と課題～

○鈴木 龍[1]，山之内 千絵[1]，追鳥 ひかり[1]，坂上 由佳[1]，倉田 秀明[2]
[1]社会医療法人緑泉会米盛病院 看護部，[2]社会医療法人緑泉会米盛病院 救急科

【はじめに】当院では，2021年1月から院内迅速対応システムを導入し，症例報告書はエクセルで管理していた。2025年1月より，症例報告をデータ化するためタブレットでの入力を開始した。【目的】導入前後の報告書提出日数及びデブリーフィング（以下，デブリ）までの日数比較，アンケート結果から効果と課題を明らかにする。【方法】導入前37件，導入後5件を対象に報告書提出及びデブリまでの日数を比較。また，記述式アンケートを実施した。【結果】報告書提出までの日数は，導入前が平均4.7日，中央値6日，標準偏差7.02日，導入後が平均4.6日，中央値3日，標準偏差6.34日，デブリまでの日数は，導入前が平均40.7日，中央値40日，標準偏差27.33日，導入後は平均21.2日，中央値14日，標準偏差13.38日であった。アンケートでは，「項目が簡素化され入力しやすい」「情報が整理しやすい」「タッチパネルでの入力は大変」等の意見があった。【考察・結語】RRTが一緒に入力し，迅速にデブリを行う取り決めが一つの要因と考えられ，今後更に操作性と機能性が向上することで，継続的に運用するための一助となると考える。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-6（R）

MRI検査時におけるBioMatrix Respiratory Sensorsを用いた呼吸モニタリングの有用性

○田代 真人[1]，峯岡 大騎[1]，石田 知大[1]，田邊 翔太[2]
[1]松江赤十字病院 放射線科部，[2]松江赤十字病院 救命救急科

【目的】患者状態急変時には早期介入が重要であり急変前は呼吸数，呼吸状態が変化する事が報告されている。Siemens社製MRIのBioMatrix Respiratory Sensors（以下BRS）は肺体積の変動を検知し，無侵襲で呼吸の動きがモニタリングできる。そこでわれわれはBRSがMRI検査時の呼吸状態把握に有用か検討を行った。【方法】測定対象は健常ボランティア13名，測定機器はBRS，カプノメータ，パルスオキシメータである。評価項目は①呼吸数②呼吸停止検出時間（息どめ実施から計測機器が感知するまでの時間）③呼吸再開検出時間（息どめ解除後から呼吸再開を計測機器が感知するまでの時間）とし測定値の比較を行いBRSの有用性を検討した。【結果】①呼吸数では，BRSと他の計測機器に有意な差は認めなかった。②呼吸停止検出時間は，BRSで0～1秒，カプノメータ（呼吸波形）で平均10秒，（EtCO2，FiCO2）で平均10秒，パルスオキシメータでは波形に変化を認めなかった。③呼吸再開検出時間は，②と同様の計測時間を示した。【考察・結論】BRSは即応性に優れるため呼吸状態把握に有用である。

医療安全・院内緊急対応
演題番号　O46-7（D）

多職種150名以上に対しての当院での新たなるBLS講習

○小延 俊文[1]，大住 周司[1]，藤村 智恵美[2]，馬塲 敏子[2]，浅尾 裕子[2]，川元 裕子[3]，中島 祥介[4]
[1]済生会中和病院 総合診療科，[2]済生会中和病院 看護部，[3]済生会中和病院 医療安全推進室，[4]済生会中和病院

【背景】当院は奈良県の地域医療支援病院である。当院に救急専従医が着任し，医療安全推進委員会委員としても院内活動に参加し，緊急時対応の一環として多職種参加のBLS講習を開催した（第23回本学会にて発表）。しかし，コロナ禍の約4年間は開催できなかった。2024年からは対面講習が可能となり，多職種BLS講習を開始することが決定した。【目的】医療安全推進委員会主導で救急科専門医がオブザーバーとして参加し，新たな院内多職種BLS講習のPDCAサイクルの一部をふりかえる。【コロナ前と後】当院の位置する市の消防救急課協力で2018年，2019年に多職種（看護部，医事課，総務課，薬剤部，検査部，リハビリ科，臨床工学技士など約40名）のBLS講習を行った。コロナ後は，以前より病院1階（外来や受付前）での急変時コール（当院ではコード171）のインシデント報告が散見されていた。この経験から，当院では初めての試みとして，2025年1月から外来事務部，リハビリ部，薬剤部，検査部，放射線部，など医師・看護師以外の1階勤務限定の多職種約150名以上への講習を開始することとなった。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-1（E）

救急救命士業務拡大に伴った下り搬送の実績の変化と今後の展望

○中田 康城[1]，森田 正則[1]，西村 昌秀[2]
[1]堺市立総合医療センター 救命救急センター，[2]堺市立総合医療センター 救急救命技術科

【背景】救急救命士法改正後，当院では救急救命技術科を設立し，救急外来の診療補助や災害関連・教育コース等の業務を開始した。令和6年度診療報酬改定により救急患者連携搬送料が新設され，救急患者の下り搬送に対する貢献が評価されるようになった。【目的】地域連携室と協力し加算対象を念頭に転院搬送を調整したのでその効果を明らかにする【方法】令和5年と6年の同期間（4～10月）の搬送実績をデータベースより抽出（公設救急は含まず）し比較検討した【結果】令和5年　総数724件　救命士対応124件うち推定加算対象（1-3日の転院）48件（約39％）令和6年　総数872件救命士対応184件うち加算対象85件（約46％）【考察】前年度と比較し，救急救命士対応件数や加算対象の件数が増加していた。この結果は診療報酬改定や地域連携室との連携の効果であると考えられた。ただ搬送件数が増え過ぎることで他の業務を圧迫するのは，今後確立していく院内での活躍機会を狭めるため今後も適宜調整が必要と考える。【結語】診療報酬改定により病院所属の救急救命士の活躍の幅が広がった。より多方面で活躍できる魅力的で働き続けたい職場を日々模索していく。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-2（E）

名古屋徳洲会総合病院の転院搬送について

○伊藤 位蕗[1]，大島 康博[1]
[1]名古屋徳洲会総合病院

2021年に救急救命士法の改正があり，現在病院では救急救命士の採用をしている病院が増えている。しかし，うまく活用できている病院は少ない。そこで当院で行っている活動の1つを参考にして頂きたく紹介させて頂く。当院は循環器内科，心臓血管外科に力を入れています。基本的に転院搬送は行政の救急車を利用して行うが，当院では転院依頼のある病院に当院の救急車で医師1名救急救命士3名で向かい当院のみで完結する。その転院搬送の重要な役目を担っているのが救急救命士である。救急救命士が入職する前も当院では転院搬送を行っていたが，救急救命士が入職してから明らかに実績が伸びている。救急救命士同乗の転院搬送を行うことに対してのメリットを紹介します。自分たちだけで転院搬送を行うことで，行政の救急車を利用しなくてすむ。それに加え病院スタッフへの情報共有が行いやすく，病院到着してからの時間ロスが少ない。最後に今後どのような活動を行おうとしているか紹介します。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-3（D）

当院における救急救命士の静脈路確保・輸液処置の工夫について

○新里 盛朗[1]，後藤 法広[1]，外間 亮[1]，土屋 洋之[1]，星野 耕大[1]
[1]沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

高齢化社会の進展に伴い救急搬送が増大する半面，病院の医師や看護師は不足し，タスクシフト・シェアの観点から院内救急救命士の重要度が増してきている。当院でも2024年6月から救命士を採用した。当院はこども病院を併設しており小児の発熱患者の受診が多いという特徴がある。患者の負担軽減と業務効率化の観点から，採血と同時に静脈路確保を行い静脈路カテーテルを開存させておくためのヘパロックが日常的に行われている。看護師の負担軽減のためには救命士が静脈路確保を行うことが最も有用であると考え積極的に進めていくこととした。しかし，現行法では乳酸リンゲル液以外の輸液製剤を用いた静脈路確保や輸液は行えない。そこで，生食ロックでも静脈路閉塞頻度に問題ないことから乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックについて検討し実証した。院内MC委員会において「乳酸リンゲル液を用いた静脈ロックも輸液とみなす」と定義し研修を経て実臨床での応用を開始した。現行法は実臨床に即していない一面もあるが，MC委員会で救命士の活動を担保し，工夫を行うことで救命士へのタスクシフト・シェアが実現している。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-4（E）

千葉大学病院における病院救急救命士の役割と今後の展望

○尾﨑 洸希[1]，富田 啓介[1,2]，中田 孝明[1,2]
[1]千葉大学医学部附属病院 救急科・集中治療部，[2]千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学

【背景と目的】救急救命士法改正により，近年では病院に勤務する救急救命士（以下，救命士）が増えてきている。当院においても，医師・看護師等のタスクシフトを目的として今年度より救命士の運用を開始した。そこで，当院における病院救命士の活動を紹介するとともに，求められる役割や今後の展望について考察した。【活動内容】大学病院である当院では，救命士も臨床・教育・研究に関する業務を担う。臨床業務として，救急外来における救命処置等だけではなく，患者支援部と協働して救急科患者の転院調整や，病院救急車を用いた転院搬送を実施している。教育業務では，各種標準化コースのインストラクター業務や病院実習生の指導に携わった。また，各種レジストリの入力等を通じて研究に関する業務も担っている。【結語】医師の働き方改革に伴い，病院救命士への期待はますます高まっている。大学病院の救命士として，多職種連携のもとで幅広い臨床業務をこなしながら，教育や研究の面でも貢献していきたい。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-5（E）

自己完結型救急医療における病院救急車の活用

○伊藤 翔平[1]，飯野 美咲[1]，齋藤 廉人[1]，秋元 乃愛[1]
[1]社会医療法人若竹会つくばセントラル病院

当院では現在16名の救急救命士が従事し，2台の病院救急車で年間約1,200件（2024年度）の救急搬送を行っている。病院救急車活用の目的は，自己完結型救急医療である。近年，増加傾向にある消防救急車出場件数の抑制や負担軽減を図る為，高齢者施設からの救急搬送や，かかりつけ患者宅・訪問診療患者宅からの救急搬送，転院搬送を担っている。搬送件数は年々増加しており，今後も増加していくと推測される。2012年より救急救命士の採用を開始し，救急救命士の業務内容は，病院救急車での患者搬送業務，ホットライン受入コーディネート，救急患者に対する診療の補助など多岐にわたる。病院救急救命士の活躍の場が拡大し，期待されている中，病院救急救命士及び病院救急車活用方法の一例として報告する。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-6（E）

当院の救急救命士の取り組み

○新屋 秀斗[1]，大村 香織[1]，平間 優汰[1]，下川床 捺希[1]，松本 康世[1]，河野 竜太[3]，池田 大輔[2]，中嶋 秀人詞[2]，久木田 一朗[2]，田中 誠[2]，富士川 浩祥[2]，鬼塚 貴光[2]，石神 崇[2]
[1]医療法人青仁会池田病院 救急救命士，[2]医療法人青仁会池田病院 医局，[3]医療法人青仁会池田病院 看護部

【はじめに】当院は救急車受け入れ件数の増加のため医師，看護師の業務負担の目的で救急救命士の採用を決定し，2022年に看護部所属として救急救命士を採用し，現在診療部外傷センターへ部署移動となった。当院の取り組みとして，自院救急車で転院搬送，お迎え救急等のプレホスピタル活動を行っているのでご報告する。【活動内容】当院では2024年4月現在，6名の救急救命士が在籍している。救急車運用では，自院救急車を活用し，転院搬送，お迎え救急，かかりつけ患者の急病案件に迅速に対応している。特に当院が力を入れているのが，お迎え救急である。【効果】現在，逼迫する消防機関の救急要請数が問題となっている中で，自院救急車で転院搬送，お迎え救急を行うことで，消防機関の救急車の有効活用，適正利用につながると考えている。【課題】しかしながら運転に関するスキル，病院救急救命士としての教育，質の担保，法の壁と言った課題も多岐にわたる。【考察】転院搬送や，お迎え救急を自院救急車で対応することで，市の救急車の負担軽減，適正利用につながるかつ，市の消防機関を挟まない分，迅速な対応が可能となっている。

救急救命士（院内・民間）5
演題番号　O47-7（E）

救急患者受け入れ増加における院内救命士の取り組み

○平間 優汰[1]，田中 誠[1]，新屋 秀斗[1]
[1]医療法人青仁会池田病院

【はじめに】当院は鹿児島県鹿屋市にある189床の民間病院であり、地域急性期医療を担っているが初療室が2床しかない。近年地域の高齢化等で増加している救急搬送依頼数であるが救急患者の重複による不応需も増加している現状にある。【目的】限られた初療室での受け入れ効率を向上させるため、救急外来での滞在時間を測定し、必要に応じて病棟や経過観察室へ患者を速やかに移動させる運用体制を整備することを目的とした。【結果】院内救命士5名を中心に滞在時間の測定を実施し、医師にもベット回転率の意識づけを行った。経過観察室への移動運用により平均滞在時間は平均5分短縮、初療室の回転率が向上し、受け入れ件数は前年比135%と大きく増加、重複患者による不応需 件数の抑制にも一定の効果が見られた。また、データ収集自体が現場への意識づけとなっており運用改善と合わせて平均滞在時間は短縮傾向を示した。【まとめ】救急車搬送数の増加に対応するためには、初療後のスムーズな動線確保と、データに基づく体制改善が不可欠であり、現場の意識変化を促すデータ収集の継続が重要である。今後も救急受け入れ体制を強化し、地域救急医療の維持をすることが重要だ。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-1（E）

当院における院内救急救命士の活動報告

○服部 魅礼[1]，宮部 浩道[1]，井上 保介[1]，北原 雅徳[1]
[1]社会医療法人大雄会総合大雄会病院

当院は愛知県一宮市にある救命救急センターを有する三次医療機関である。当院では医師・看護師とのタスクシェアを目的に2019年から病院救急救命士の採用を始め，2025年現在は9名が在籍している。2024年5月に独立した部署としてEMT科を発足，立ち上げから約1年経過した。立ち上げ後，順次院内救命士の業務範囲拡大を行い，人員の拡充を進めてきた。現在はER内で医師・看護師と協働し診療補助，カルテ記載，ホットラインの対応などのER業務を当初期待されていた目的のタスクシェア・タスクシフトとして役割を果たすとともに，緊急走行が可能な自院の救急車2台を使用した病院・施設間の上り下り搬送業務，ドクターカー車両の運行業務・現場活動を主な業務内容として行なっている。今後も他職種と連携し協働を深めながら，院内救命士の活動や業務の幅を広げていく予定である。当院の院内救命士の活動や資格特性を活かした取り組みを報告し，今後の課題と発展について考察する。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-2（E）

転院搬送における消防から病院へのタスクシフト ～病院救急車の運用増加によって期待される効果～

○安長 悠斗[1,2]，中村 賢人[1,2]，世一 華帆[1,2]，宮坂 恒輝[1,2]，平田 誠[1,2]，森本 幸夫[1,2]，吉永 雄一[1,3]，渡邉 太郎[4]
[1]関西メディカル病院 ERセンター，[2]関西メディカル病院 EMT科，[3]関西メディカル病院 救急集中治療部，[4]社会医療法人純幸会関西メディカル病院

当院は急性期180床で年間約9000件の救急搬送を受け入れており，初期診療後の高次転送や満床での下り搬送など，他施設への搬送を要する機会が多いにも関わらず，以前は病院救急車の運用体制が不十分で，消防や介護タクシーなど外部への依存度が大きかった。そこで，2022年の車両更新を機に病院救急車の運用体制を整備し，2023年より新体制での運用を開始した。平日9時～16時の間，病院救急車による搬送を可能としたが，2023年の転院搬送234件のうち病院救急車53件（22.6%）と，以前より増加はするも伸び悩んだ。原因としては運転免許や緊急走行技能者の不足，ERとの兼務によるマンパワー不足など人手の問題が大きく，技能を有する消防OBを3名に増員して最大2台稼働で搬送を可能としたところ，2024年は転院搬送404件のうち病院救急車117件（28.9%）と，運用件数は倍以上となったが，救急自体の件数増加に伴う転院症例の増加により割合としては微増に留まった。今後，更なる増員による夜間休日の運用を目指し，特に高次転送など消防に頼らざるを得ない搬送を減らして，逼迫する救急隊の負担軽減に寄与したい。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-3（E）

病院救急救命士地域ネットワークの取り組み

○齋藤 汐海[1]，中川 凌平[2]，能登路 賀一[3]，備中 俊貴[4]，吉川 徹二[5]，大和 晃祐[5]，村井 健二[6]，村上 香里[7]，久保田 克弥[8]，丹尾 武治[9]，石本 琢郎[10]，安達 千枝里[11]，中澤 幸三[11]，谷村 仁志[12]，吉岡 大祐[13]，市場 壮馬[14]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[2]洛和会音羽病院，[3]医療法人徳洲会宇治徳洲会病院，[4]岡本記念病院，[5]蘇生会総合病院，[6]京都田辺中央病院，[7]京都第一日本赤十字病院，[8]京都第二日本赤十字病院，[9]福井総合病院，[10]医療法人厚生会福井厚生病院，[11]福井県立病院，[12]日本赤十字社 長浜赤十字病院，[13]国立大学法人滋賀医科大学附属病院，[14]尼崎総合医療センター

【目的】京都府を中心とする地域では，医療機関に勤務する救急救命士（以下，病院救急救命士）が抱える課題の抽出を目的とし，意見交換会を開催した為報告する。【方法と結果】Hybrid（現地・Web）形式の意見交換会を計2回開催し，1回目は，5施設（京都府内）が参加し，教育体制と救急救命士法一部改正を受けて取り組んだ内容を議論した。2回目は，京都府，滋賀県，兵庫県，福井県の計13施設が参加し，病院救急車運行，新卒者教育に焦点をあて，議論した。【考察と結語】課題として，病院救急救命士の研修に対する具体的なガイドラインが存在せず，研修到達点が統一されていない現状が明らかとなった。特に，業務のタスクシフト・シェアを推進する一方で，知識や技術の担保には多職種の協力は不可欠であり，業務負担を本質的に軽減することへ課題が残る。また，病院救急車では，特に運転技能，患者管理の研修に課題のある施設が多かった。中でも地域，多職種，雇用側のニーズ，それぞれに応じた運用方法の検討が求められていることが明らかとなった。今後は，研修ガイドラインの作成や合同研修を開催し，定期的な意見交換会によって地域ネットワークを構築したい。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-4（D）

民間二次病院群における病院救急救命士活用の現況と課題

○西 竜一[1,3]，大貫 隆広[1,3]，大桃 丈知[1,2]，髙山 泰広[1,4]，小笠原 智子[1,5]，高橋 宏樹[1,4]，大澤 秀一[1,2]，猪口 正孝[6]，森村 尚登[1,6]
[1]社会医療法人社団正志会救急災害医療連携・DX推進部門，[2]社会医療法人社団正志会平成立石病院 救急科・救急救命士科，[3]社会医療法人社団正志会南町田病院 救急科・救急救命士科，[4]社会医療法人社団正志会花と森の東京病院 救急科・救急救命士科，[5]社会医療法人社団正志会令和あらかわ病院 救急科・救急救命士科，[6]社会医療法人社団正志会本部

【背景】2040年に向けて高齢者を中心とする救急搬送の大幅な増加が見込まれるなか，救急病院における救急救命士（以下救命士）の活躍が期待されている。今般本法人は，法人所属病院に在籍する救命士を包括する組織として，本部に救急救命士部を設置し，教育の標準化や運用体制の構築に取り組んでいる。【目的】病院救命士運用と教育の現況を調査し，課題を抽出する。【方法】対象は，本法人が擁する二次救急病院（4病院）に在籍している総計35名の救命士であり，業務内容，採用方法，教育体制などを調査した。【結果】業務内容は，救急診療支援業務のうち，いずれの病院においても，主に119番による救急搬送依頼の対応や救急外来での処置の支援，院内外の患者搬送業務等であった。また，従前より各病院がそれぞれ救命士採用や教育を行っていたが，標準化した教育項目の策定の下での教育や到達目標の提示，4病院参加の定期的な報告会や勉強会の開催等が課題であった。【結語】病院救命士の質の高い業務の実践のためには，病院業務に即しかつ標準化された教育・研修体制の構築が喫緊の課題である。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-5（E）

消防機関での勤務経験を病院でどう活かすか～その実態と課題～

○尾中 秀行[1]，安藤 雅樹[1]
[1]医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 救命救急センター

【背景】医師の働き方改革が叫ばれる中，救急救命士を採用する病院が増えている。当院でも演者が常勤職員として初めて勤務することとなったが，課題は多い。【目的・方法】救急救命士が病院で勤務するメリットと課題を明確にするため当院における業務内容，他職種・部門との連携状況を調査した。【結果】病院と消防機関はMC体制という枠組みの中で密接な関係にあり，消防経験のある救急救命士がいることで病院実習や事後検証，救急隊との連携は円滑になった。一方，救急救命士本来の業務を行うためには，業務範囲や役割分担等の課題も明らかになった。【考察】救急救命士が病院で勤務するという新たな道が開かれたものの，新たな課題もあり早急な法整備等が求められる。しかし，消防機関で培った経験は救急外来のみならず，院内教育，事務職員のサポートなど多岐に亘ってその力を発揮できる可能性がある。【結語】救急救命士が病院で勤務する上で体制整備が追い付いていない面もある。しかし，消防機関での勤務経験は救急外来での診療支援をはじめ，院内教育，救急隊との連携，消防関係事務など多岐に亘って活かすことができ，医療職として働くこと以上のメリットも大きい。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-6（E）

公立病院における救急救命士として正規雇用に至るまでのプロセス

○津波古 憲[1,2]，矢場 春南[2]，小澤 和哉[2]，田中 駿平[2]，德江 一馬[2]，立石 順久[2]，本間 洋輔[2]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[2]千葉市立海浜病院

【背景】令和3年改正救急救命士法が施行され，医療機関で雇用される救急救命士は大幅に増加しており，医療機関に所属する救急救命士の活躍が期待されている。しかし，その雇用形態は病院ごとで異なり事務職や看護職，会計年度雇用などさまざまである。また，公立病院おける救急救命士としての正規雇用に至った例は少ない。【活動内容】公立病院における救急救命士の医療職種としての正規雇用を行うために，雇用予算を獲得するため，病院局へ意見書を提示した。その結果，救急救命士として正規雇用するにあたり，業務内容，給与号級，雇用条件等の決定が必要であり，協議を行い内容の決定に至った。その結果，正規雇用枠の予算を確保し，令和6年度より救急救命士枠として正規雇用の募集及び採用試験を行い，1名を採用した。正規雇用を議論するにあたり，搬送業務以外の貢献度の提示，病院救急車の年間コスト（車両維持費，車両燃料代），市の転院搬送を提示することが有用であった。【結語】公立病院において救急救命士を医療職種として正規雇用を行うプロセスを明らかにした。本報告が全国の公立病院の救急救命士を正規雇用する際の一助となることを期待する。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-7（E）

新卒病院救命士に対する段階的な緊急走行教育プログラムの運用と実績

○末永 涼[1]，上田 浩平[1]
[1]岡山大学病院

【背景】病院救急救命士は消防救急救命士とは異なり，緊急走行の訓練機会が限られ，統一された教育プログラムも存在しない。しかし，ドクターカーの運転や転院搬送の増加など，緊急走行の需要は高い。当院では新卒救急救命士のみを採用しており，段階的な教育プログラムを導入している。当院での緊急走行教育と実施状況について報告する。【方法】当院のプログラムでは，まず自動車学校で緊急走行講習を受講し，転院搬送での非緊急走行から開始する。次に，指導医評価を受けた後，地元の岡山市消防局による安全講習と消防救急車の同乗実習を実施する。その後，院内救命士会議の許可を得て，近隣病院への転院搬送から緊急走行を開始し，次に遠方転院搬送，最終段階として現場出動を許可する。2023年10月～2024年12月の緊急走行実績を検討した。【結果】救急救命士5名のうち3名が緊急走行を実施し，合計474件であった。内訳は卒後3年目2名で328件，2年目1名で146件であった。現場出動24件，転院搬送450件であった。重大なインシデントはなかった。【結論】当院の段階的な教育プログラムにより，新卒救急救命士の緊急走行が安全に運用できることが示唆された。

救急救命士（院内・民間）6
演題番号　O48-8（E）

災害時における支援者側の身体的・精神的負担と組織的支援体制の必要性 ～八潮市道路陥没事故の経験と文献レビューを通じて～

○大場 義史[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 院内救命士

【背景】災害現場では被災者支援に注目が集まる一方で，支援者自身も身体的・精神的負担を抱えるリスクが高い。本研究では，国内外文献レビューおよび2025年八潮市道路陥没事故におけるドクターカークルーの出動経験を通じて，支援者側への組織的バックアップ体制の必要性を考察した。【方法】災害支援者の負担に関する文献レビューを行い，併せて当該事故での現場活動記録を分析した。【結果】寒冷・雨天環境下において支援者に低体温・疲労・精神的孤立感が生じたが，ドクターカーの物資積載には限界があり，十分な後方支援が得られなかった。一方，自衛隊には補給部隊，消防には支援車両といった支援体制が存在するが，当医療機関では未整備であった。【考察】支援者への待機環境整備，防寒・補給物資の早期支援，精神的ケア体制の構築が必要であり，ドクターカー活動でも外部支援の早期介入が不可欠であることが示唆された。【結論】災害医療活動において支援者側への組織的支援体制整備は不可欠であり，現場対応力の向上には補給・休養・精神的支援の視点が求められる。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-1（D）

救急搬送における選定療養費の徴収状況と対象患者の特徴：記述研究

○小森 大輝[1,2]，岩窪 瑠南[1]，入山 大希[1]，戒能 多佳子[1]，長田 雄大[1]
[1]医療社団法人筑波記念会筑波記念病院，[2]順天堂大学 総合診療科学講座

【背景】茨城県では2024年12月より，救急車要請時に緊急性が認められない患者への選定療養費の徴収が開始された。本研究の目的は，救急搬送時の選定療養費徴収の実態と対象患者の臨床的特徴を検討することである。【方法】単施設後方視的記述研究。2024年12月2日～2025年1月31日に救急搬送された全患者を対象とし，選定療養費徴収の有無に基づき患者背景を比較した。さらに，徴収対象患者の臨床的特徴を分析した。【結果】1186件の救急搬送のうち，697件（58.8%）が帰宅し，18件（1.5%）で選定療養費が徴収された。徴収群は非徴収群より年齢が低く（中央値46歳 vs. 75歳），救急医が担当する割合が高く（72.2% vs. 41.9%），搬送時に軽症と判定された割合が高かった（94.4% vs. 54.2%）。徴収対象患者の主訴は消化器症状が5例（27.8%）と最多で，歩行可能は15例（83.4%），バイタルサイン異常は4例（22.2%），検査や投薬が実施されたのは11例（61.1%）であった。【結語】救急搬送患者のうち選定療養費が徴収されたのは1.5%だった。徴収対象患者の特徴は多様であり，標準化が課題に残る。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-2（D）

時間外外来特別料金算定方法の変更による受診動向の変化

○中嶋 駿介[1]，岡田 基[1]
[1]旭川医科大学 救急医学講座

【目的】当院は大学病院の救命救急センターであり，軽症患者の受診抑制を目的として時間外外来特別料金を設定している。2024年1月より入院や紹介患者など以外は原則算定する形へ変更し外来受診時の周知を徹底した。この変更が受診動向に与える影響を検討する。【方法】2019年1月～2024年12月に当院時間外外来を受診した患者のうち，再診症例，他院紹介例，専門診療科対応例を除いた8,764件を対象とした。算定率，JTASを用いた看護師のトリアージ分類，診察結果を比較し，変更の影響を解析した。【結果】算定率は変更前1%程度であったが，変更後は概ね50%以上へ増加した。JTASで非緊急症例の割合は55.4%から40.3%へ（P＜0.01），医師の診察で異常なしとされる割合も12.2%から4.6%へ減少（P＜0.01）。入院を要する重症例は変化せず，相対的に増加傾向が認められた。また，COVID-19流行期には受診患者総数は減少したが，軽症例の受診は大きな変化を示さなかった。【結論】算定方法変更により軽症患者の時間外外来への受診抑制につながった。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-3（E）

救急消耗品管理のDX化

○栁本 祐希[1]，栁谷 友美子[1]，井田 雄大[1]，的場 浩一[1]，猪俣 結衣[1]
[1]宗像地区消防本部

【はじめに】当消防本部では，救急業務の効率化のため，平成29年に救急搬送支援タブレットを導入した。令和5年の機器の中間整備に伴い，新たに追加された備品管理システムを活用し，救急消耗品のDX化を検討した。【目的】従来の手書き記録をExcelへ転記し管理する方法では，リアルタイムな在庫状況の把握が困難であり，在庫不足や期限切れによる廃棄が発生することがあった。また，救急出動件数が年々増加する中で，重複する作業を削減し，業務の効率化を図ることが求められていた。そこで，本システムを活用した在庫管理の効率化を試みた。【方法】救急支援タブレットを提供する企業からバーコードリーダーを借用し，従来の方法と比較した。【結果】適正在庫数の閾値を設定することで，棚卸業務，物品購入の業務負担の軽減を図ることが出来た。重複する作業を削減し，システムを用いることでヒューマンエラーが減少し，適正に在庫管理をすることが出来た。使用期限をリアルタイムで管理することで，廃棄数を削減することが出来た。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-4（E）

緊急処置，及び死亡率に注目した受傷機転，受傷部位の特徴 ～ JTDBの解析から～

○古正 凪沙[1,2]，北野 信之介[3]，鈴木 健介[1]，田中 知恵[4,5]，田上 隆[3]，小川 理郎[5,6]，横田 裕行[6]
[1]日本体育大学 保健医療学研究科 救急災害医療学専攻，[2]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター，[3]東京医慈恵医大学附属病院 救急部・救命救急センター，[4]日本医科大学付属病院多摩永山病院 救命救急センター，[5]日本医科大学 救急医学教室，[6]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科

【背景】病院前救護では適切な病院選定が重要であり，トリアージスキームの活用が推奨されている。本研究では，受傷機転と受傷部位を基にしたトリアージスキームとの関連性を評価した。【方法】日本外傷データバンク（2019-2021年）を用い，ロジスティクス回帰分析で緊急処置の実施および死亡退院を評価した。【結果】88,817名のうち，除外項目を除いた43,124名が対象（緊急処置実施群16,580名39.3％）となった。緊急処置のORは，鉄道外傷5.50（95％ CI：8.11-3.73），挟圧外傷2.03（95％ CI：2.75-1.50），頭部外傷4.35（95％ CI：4.59-4.12），腹部外傷20.06（95％ CI：24.16-16.66）だった。死亡退院のORは，鉄道外傷5.59（95％ CI：8.80-3.55），挟圧外傷1.24（95％ CI：1.99-0.77），頭部外傷6.72（95％ CI：7.28-6.21），腹部外傷2.21（95％ CI：2.60-1.88）だった。【結論】特定の受傷機転や受傷部位が緊急処置の実施率および死亡退院率と有意に関連することが明らかとなった。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-5（D）

救急車の病院滞在時間延長に関連した要因：救急搬送データを用いたコホート研究

○上野 恵子[1]，寺本 千恵[2]
[1]京都大学大学院 医学研究科，[2]広島大学大学院 医系科学研究科 周手術期・クリティカルケア開発学

【背景】近年，救急車の引き渡し時間が救急医療の質を示す指標として注目されている。日本では救急車の病院滞在時間が相当する。本研究では，病院滞在時間の延長に関連した要因を検討することを目的とした。方法：2016年1月～2022年12月の7年間に東広島市内で救急搬送された60,309件を研究対象とした。欠損値や転院搬送症例などの10,890件を除く49,429件を解析した。病院滞在時間延長30分以上の有無を目的変数として，年齢層，性別，傷病程度，事故種別，覚知日時，病院種別，現場滞在時間延長，病院照会回数，コロナ禍前後の変数を投入し，クラスタロバスト標準誤差を用いた二項ロジスティクス回帰分析を行った。【結果】病院滞在時間延長は3,564件（7.2％）だった。中等症以上の傷病程度，火災・自然災害・水難・交通事故・労働災害・加害・自傷行為，現場滞在時間延長30分以上，管轄外病院が病院滞在時間延長と正の関連を認めた。【結論】病院滞在時間の延長は，患者の病状や予後に影響を及ぼしたり，次の救急車の出動を妨げる原因であることが指摘されている。しかし，その要因を検証するエビデンスの蓄積は不十分であり，本研究の結果は救急搬送体制の改善を検討する上で有益な知見となり得る。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-6（P）

当院救急における外国人患者の処方実態と課題

○本多 あずさ[1]，國嶋 憲[2]
[1]地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤科，[2]地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 救急科

【背景・目的】訪日外国人数は再び増加を続けており，医療機関にも外国人患者受入れ体制の整備が求められている。観光文化都市京都を支える当院は年間約500人の外国人患者を受け入れている。今回，当院救急外来における外国人患者への処方実態と課題について調査を行ったので報告する。【方法】調査期間は2024年4月から9月の半年間，対象は当院救急外来を受診した外国人とした。調査項目は来院方法，転帰，処方薬の有無，処方薬の内訳とし，電子カルテを用いて後方視的に抽出した。【結果】期間における外国人は282名であり，86％がウォークイン受診であった。96％が外来のみで終診となっており，何かしらの薬がその72％に処方されていた。41％は院外処方であり，処方薬は解熱鎮痛薬が最多であった。【考察・展望】外国人対応は言語の問題等から時に労力・時間を要する一方，当院救急室外来を受診する外国人は比較的軽症であり薬剤処方で帰途に就くケースが多かった。現状は各部門の努力に委ねられている点が大きいが，持続可能な観光の実現には病院全体としての受け入れ体制の強化ならびに行政の力添えも不可欠と考える。

救急外来体制・運営，トリアージ
演題番号　O49-7（P）

アンデキサネットアルファの運用プロトコール作成による使用状況調査

○平識 善彦[1]，下村 周嗣[1]，坂口 結斗[1]
[1]医療法人徳洲会中部徳洲会病院 薬剤部

【背景】直接作用型第Ｘａ因子阻害薬服用中の重篤な出血に対する中和剤としてアンデキサネットアルファが2022年より発売開始となった。しかし，投与方法は抗凝固薬の投与量や最終服用時間などによって異なり，煩雑である。今回，適正な使用・実施を目的として当院でプロトコルを作成し運用を開始し，使用状況を調査したので報告する。【方法】調査期間は2022年9月から2025年1月までにアンデキサネットアルファが投与された全症例を対象に調査した。調査項目は，年齢・性別・抗凝固薬名・契機の疾病名・投与法・血栓症についてカルテ記録より後方視的に調査した。【結果】期間内に投与された症例は14例で，頭部出血が9例，消化管出血が5例であった。投与方法はＡ法が8例，Ｂ法が6例で正確に選択され，調製・投与実施も問題なく施行された。頭部出血症例におけるCT撮影から投与までの時間は，中央値で80.5分であった。投与後塞栓症症例が1例出現したが，その他症例では血栓症は見られなかった。【結語】プロトコールを使用することで，早期投与が推奨される救急医療現場において正確で安全な投与に寄与できる可能性が示唆された。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-1（E）

誰のためのものか？ ～傷病者の意思に沿った心肺蘇生の中止～

○脇本 和則[1]，布施 克也[2]，布施 千尋[2]，村山 綾子[2]，佐藤 正幸[2]
[1]魚沼市消防本部，[2]市立小出病院

多くの地域で傷病者の意思を尊重し，現場において心肺蘇生を中止する対応について検討が行われている。しかしながら，検討の中心であるべき「傷病者本人の想い」が置き去りになり，消防機関をはじめとする提供側の視点で対応が検討されているような気がしてならない。現場の対応が困らないようにしっかり話し合いがされてはいたが，何かしらの理由で救急車を呼ばれてしまった後の対応を整備する必要はあるが，本来その地域にACPが根付いた証としては「望まない119通報がないこと」「穏やかな葬式であること」この二つの事柄があると考える。救命救急に加え，尊厳救急を実現するためには，私たち提供側がDNARの本質を理解し，本人の歩んできた人生をリスペクトすることが大切である。以上のことを踏まえ，当地域では，誰もが住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指し，市民，医療従事者，介護福祉従事者，自治体，消防機関が参画し，自分たちの地域にあった取り組みを行っている。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-2（E）

病院外心停止（OHCA）に対する，バイスタンダーによる早期除細動実現に関する研究

○関根 和弘[1,2]，齋藤 汐海[2]，片岡 裕介[3]，郷田 爽真[4]，杉木 翔太[4]，澤田 仁[2]，吉田 俊介[3]
[1]京都橘大学大学院 健康科学研究科，[2]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[3]京都橘大学 工学部情報工学科，[4]京都橘大学 客員研究員

【はじめに】AEDの普及により，市民による使用（PAD）が神経学的転帰を改善する可能性が示唆されている。しかし，PADマップの更新不足により，緊急時に迅速な使用が困難な場合がある。本研究ではPAD設置状況とPADマップの差異を検討し，問題点と改善策を提案する。【方法】京都府・山科区，醍醐地区のPADマップ（京都府AED，日本AED財団，全国AED）を比較し，現地調査を実施。設置場所，利用時間，管理情報等を確認した。また，住民がAED情報を更新できるアプリを試作した。【結果】PADマップで京都府が174か所，AED財団301か所，全国AED333か所であり，3つのマップに全て記載が48か所，2つが158か所，1つのみが259か所と設置実態に大きな差異があり，特に登録のみで実際に設置されていないケースや調査拒否の施設が多く確認された。【考察】PAD情報の継続的な更新が必要であり，住民が散歩を通じて情報を共有・更新できる仕組みが有効と考えられる。【結語】住民参加型の情報更新がPADの有効活用につながり，防災・減災，防犯にも寄与すると考えられる。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-3（E）

沖縄県名護市における官民連携型救急搬送システム導入の試み

○仲松 千尋[1]，當銘 伸吾[1]，匂坂 量[2,3]，前原 俊彦[3]，宮原 宏徳[1]
[1]名護市消防本部，[2]国士舘大学 救急救助総合研究所，[3]一般社団法人OPHIS

救急車の出動件数は年々増加し，救急業務は逼迫している。特に課題となるのは非緊急・低緊急の傷病者搬送および転院搬送であり，2022年現在，それぞれ全国で47.3％と7.4％を占める。沖縄県名護市においても全国的な傾向と同様であり，2023年現在の軽症搬送は48.1％，転院搬送は11.2％である。この課題に対し，名護市では消防と民間搬送事業者が連携する「官民連携型救急搬送システム」の実現に向けた取り組みを2024年から実施している。同システムは，転院搬送と非緊急・低緊急搬送の両方を民間搬送事業者が担えるよう，以下の3点を重視して設計している。①搬送業務の委託：地方自治体から民間搬事業者への搬送業務委託，②管理と把握：消防による搬送業務の管理・把握による安全な搬送の実現，③質の担保：地域メディカルコントロール協議会による傷病者対応の質の確保。本システムは2026年度からの導入に向け，現在計画を進めている。本発表では，名護市における取り組みの現状と今後の展望について報告する。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-4（N）

民間医療用ヘリによる患者搬送業務（民間ヘリ搬送）における現状課題抽出に関する質的研究

○山之内 千絵[1]
[1]社会医療法人緑泉会米盛病院 看護部

【背景】A病院は民間医療用ヘリコプターを保有し，県ドクターヘリの補完ヘリとしても出動している。また，地域医療貢献を目的にB診療所などと協定を締結し，ドクターヘリ基準外の患者搬送を行っている。本研究の目的は，搬送業務における現状の課題を明らかにすることである。【方法】A病院及びB診療所で民間ヘリ業務に関わったスタッフに対し，半構造化面接およびフォーカスグループインタビューを実施し，テーマティックアナリシス法で分析した。【結果】A病院5名，B診療所4名の計9名にインタビューを行い，84のコードと19のカテゴリが得られた。「受け手送り手の立場によって異なる業務負担」「共通認識としての民間ヘリの有用性」「連携ツールを活用したDoctor to Doctorの診療支援の課題」の3つのテーマが得られた。【考察】情報共有アプリ等を改善する事でA病院の救急救命士の業務負担の軽減に繋がる可能性があることが示唆された。また，不要な搬送を避けることで，搬送にかかる看護師の事務作業や家族連絡などの業務負担軽減に繋がることが期待される。【結語】明らかになった課題を改善することで，民間ヘリの更なる活用が期待される。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-5（E）

大阪社会福祉士会と連携した，福祉職との関係強化への取り組みと今後の事業展開について

○南 民衛[1]，橋上 敦彦[1]，前本 了一[1]，佐々木 周平[1]，木村 佳正[1]，中村 匡志[1]，太田 育夫[2]
[1]大阪南消防局，[2]近畿大学病院

当局管内は府内で高齢化が進んでいる地域であり，救急搬送人員における発生場所別の割合では高齢者施設が1割，年齢別では高齢者が6割を占めている。この結果から，当局は高齢者福祉に関係する救急要請が多く，現場でのトラブルも少なくないと考える。これら課題解決のため，令和6年度は当局の社会福祉士資格を取得している職員により，大阪社会福祉士学会にて福祉施設における救急搬送の現状について発表し，救急業務への理解の促進に努め，更に，同会南河内支部との連携による福祉職と救急隊との合同研修会を開催し，職種混合のグループワークにて意見交換した。結果，業務上でのトラブル解決の方策について議論することが出来，また，参加者から継続的な開催を望む声が多くあったことを踏まえれば，本取組による成果は十分にあったと感じた。令和7年度以降は本取組を更に発展させるべく，これまで市町村単位に限定し，かつ，単発的であった取り組みを，医療とも連携させた持続可能な体制構築を目的とした事業へと拡大し，ACPを含めた救急医療体制の最適化，救急搬送業務の円滑化を目指す。ついては，当局のこれまでの経過と今後の取り組みについて詳細に報告する。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-6（E）

当院における東京ルール事案についての後方視的検討

○磯﨑 千尋[1]，濱本 健作[2]，石原 哲[2]，長橋 和希[1]，三浦 邦久[2]，山本 保博[2]
[1]医療法人伯鳳会東京曳舟病院 救急救命士課，[2]医療法人伯鳳会東京曳舟病院 診療部

【背景】東京都には搬送先選定困難事案を解決することを目的とした東京ルールという制度がある。又，当院は区東部保健医療圏における固定型地域救急医療センターであることから今回，当院の東京ルール対応事案を後方視的に検討し，問題点を抽出する事とした。【方法】2018年4月～2024年3月までに当院に要請のあった東京ルール事案件数・選定診療科・時間帯などを解析した。【結果】東京ルール事案総要請件数は16,554件であった。選定診療科としては一般内科が多く，全体の約4割であった。外科系疾患としては整形外科疾患が多く，全体の約2割であった。東京ルール事案は日中に多く発生する傾向にあったが，特に18時頃の要請が多かった。【考察】東京ルール事案は内科系では発熱が多く，発熱患者がたらい回しにならない医療体制の構築が必要と考えられた。又，外科系では当直医の専門外といった理由が多くみられたことから，選定診療科として件数の多い整形外科・脳外科疾患らを24時間体制で診療できる環境整備が必要と考えられた。【結論】搬送先選定困難事案は増加している。より円滑な救急業務が行われる為に，既存の東京ルールの問題点に取り組む必要がある。

救急外来・救急医療体制・地域連携3
演題番号　O50-7（HS）

STEMI搬送事案における「クラウド救急医療連携システム」の効果的な運用事例

○笠松 眞吾[1]，加藤 雅之[2]，宇隨 弘泰[3]，森田 浩史[4]，木村 哲也[1]，鯛家 宏紀[5]
[1]福井大学 医学部 救急医学，[2]舞鶴共済病院，[3]福井大学 医学部 循環器内科，[4]福井大学医学部附属病院 救急部，[5]若狭消防組合若狭消防署高浜分署

【背景】福井県嶺南地方の高浜町では2015年から2019年の男性死因別死亡率は，急性心筋梗塞が全国平均の1.43倍である。福井大学では12誘導心電図および画像を現場から決定的治療可能な病院に伝送する「クラウド救急医療連携システム」を独自開発し運用中である。【目的】石川県，福井県，京都府舞鶴市を超急性期医療のスマートリージョンとして再定義し，県境を超えた医療資源の有効活用と医療スタッフの負担軽減を目指す。【方法】伝送先に域内の三次救急A病院に加え24時間PCI可能な県外B病院の協力を得て救急体制を構築した。搬送不応需事案の活用履歴を伝送ログから解析し効果的な運用知見を得る。【結果と考察】2024年10月某日0時半ごろ高浜町西部より搬送要請あり。現着直後に12誘導心電図をA病院に伝送した。37秒後に2枚目の心電図を伝送し不応需となる。3枚目を132秒後B病院に伝送。B病院は190秒後，指導医のスマートフォンに転送。搬送受入決定，6分50秒後に4枚目の心電図を伝送。救急車は，受入待間に両病院方向の分岐点に移動し4枚目を伝送していた。患者の予後は良好である。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-1（D）

各科医師－看護師間の連携により，重症熱帯熱マラリアの診断に至った1例

○鴻 千尋[1]，光永 敏哉[2]，衛藤 由佳[2]，武田 聡[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院 初期臨床研修医，[2]東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター

【症例】40歳女性，日本在住のカメルーン人。発熱と意識障害を主訴に救急要請となる。救急隊接触時バイタルはJCS200，BP116／57mmHg，HR93／分，RR36／分，BT39.4℃，SpO2　97%（室内気）であり，付き添いは初対面の友人のみで詳細の既往歴，内服歴や生活歴を聴取することは出来なかった。来院後，急性髄膜脳炎を念頭に腰椎穿刺，頭部単純MRI，各種培養検査を提出。頭部単純MRIでは髄膜炎を示唆する脳溝の高信号域を認め，急性髄膜脳炎の疑いで神経内科に入院加療の予定となる。同タイミングでERの看護師1名がアフリカ地域でマラリアが大流行している情報を入手し，再度付き添いに確認したところ，来院の2週間前にカメルーンへの渡航歴があることが判明。感染症科に急遽コンサルトし抗原検査を施行したところ熱帯熱マラリア陽性となり，ギムザ染色にて感染赤血球が10%程度認めることから重症熱帯熱マラリアの診断にて他院専門機関へ転送となる。多職種による情報確認は，非常に稀な疾患の診断に有用である。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-2（HS）

広範囲壊死性軟部組織感染症に対し，多職種と連携・協働してNPWTi－dを施行した1例

○三浦 真由子[1]，伊藤 文人[1]，井桁 龍平[1]，辻 晴香[1]，中島 隆道[1]，千葉 拓世[1]，志賀 隆[1]
[1]国際医療福祉大学成田病院

【目的】今回，広範囲壊死性軟部組織感染症に対してNPWTi－dを施行した。診療看護師が多職種と連携・協働し，肉芽形成が得られて植皮に至ることができた。同様の報告に関する文献は検索し得た範囲では無かったため，報告する。【症例経過】40代，男性。入院後に切開，デブリードマンが施行された。入院29日目にV. A. C. ULTA®を用いてNPWTi－dを開始した。創部は下腹部から両鼠経部まで縦28cm程，横45cm程，左大腿部は縦40cm程，1周62cm程であった。フォームの選定やチューブの配置，リークへの対策などを検討，共有した。洗浄目的に左側腹部側を中心にV. A. C. ®ベラフロフォーム™ラージ®と洗浄用チューブを設置し，V. A. C. ®グラニュフォーム®Xラージ®を併用した。リークが生じやすい臀部には皮膚保護剤を使用し，洗浄液注入量の調整を行った。栄養や排泄物の管理も行った。複数の役割や作業などがあり，多職種と協働・連携して介入し，入院63日目に植皮術が施行された。【結論】診療看護師は広範囲NSTIに対して，多職種と連携・協働してNPWTi－dを行い，肉芽形成促進，植皮に至ることが出来た。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-3（N）

穿通性体幹部外傷に対する手術室直接入室プロトコルの作成 ～迅速に手術を開始するための外傷チーム戦略～

○齋藤 友厚[1]，川村 和宏[2]，吉村 有矢[3]，箕輪 啓太[3]，近藤 英史[3]，奥沢 悦子[3]，今 明秀[3]
[1]八戸市立市民病院 看護局 手術室，[2]八戸市立市民病院 薬局，[3]八戸市立市民病院 救命救急センター

【背景・目的】重症腹部外傷に対するDamage control surgery（以下：DCS）は『外傷死の三徴』が出現してからでは遅く，時間が重要な鍵となる。当院では穿通性体幹部外傷に対してDCSを念頭に置き，迅速な手術開始を目指しERを経由せず手術室へ直接入室する『手術室直接入室プロトコル』を作成した。【方法】外傷チームとして手術室，救急医，ER，救命救急センターで連携，役割分担を明確化しアクションカード形式とした。【結果】2症例に運用し，病院到着から5分以内に手術室入室ができた。到着から手術開始まで腸管脱出症例は14分で，腸管と肝臓に損傷が認められた。成傷器遺残症例は医療従事者の安全確保と創傷拡大防止，砕石位作成のため40分要した。腸管と膵臓，膀胱，子宮に損傷が認められた。ともにDCSでなく根治手術が実施され，術後経過良好で退院に至る。【考察】腹部外傷手術は迅速に開始するほど良好な予後に繋がると報告がある。プロトコル作成により外傷チーム内の連携強化と役割分担の明確化ができ，迅速な手術室入室と手術開始に繋がったと考える。患者の良好な予後にも繋がり，手術室直接入室プロトコルは有用と考える。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-4（MS）

自殺企図患者に身体的精神的治療継続が必要となったケースにおけるPSWの役割

○坂 真衣[1]，森田 正則[2]，天野 浩司[2]，中田 康城[2]
[1]堺市立総合医療センター 患者支援センター，[2]堺市立総合医療センター 救命救急センター

【背景・目的】当院では精神科リエゾンチームが自殺企図患者へ支援介入している。その中でリハビリなど身体治療と精神治療が必要な患者の調整は，受け入れ先が制限され特に難しい。そこで調整を行うPSWの役割を明らかにする。【方法】2021～2023年度の自殺企図による四肢・骨盤・脊椎外傷42例の転帰・支援内容を調査した。【結果】全例にPSW介入が行えた。身体的入院継続を要したのは37例。36例は転院（PSW介入日数中央値9日）に繋げたが，1例は精神科入院への理解が得られず介入52日目に通院先や社会資源調整の上で自宅退院となった。身体的入院不要な5例も精神科受診や行政の相談窓口に繋げた。調整が難航した要因は家族の理解不足6例，精神科拒否5例，生活困窮3例だった。【結論】PSWが心理的社会的課題を整理した上で，関係各所と連携し身体的精神的治療の必要性を根気よく説明・調整することで，全例を精神科医療に繋ぐことが出来た。これは適切な時期に患者が社会復帰の第一歩を踏み出すためにPSWが重要な役割を担っていることを示している。今後は調整プロセスの効率化や家族支援の強化を通じて，さらに円滑な連携を図りたい。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-5（MS）

当院におけるICTを活用した転院調整の強化

○堀内 茅加[1]
[1]飯塚病院

当院は1040床・44診療科・筑豊地域唯一の救命救急センターを有する地域医療支援病院である。退院支援部門は，社会福祉士22人，看護師6人で構成されている。チーム制にすることで，業務の調整，不在時のフォロー，サポートや教育を密に行うことで退院支援の質の維持と効率化を図ってきた。しかし2024年度の診療報酬の改定等，一般病床を中心としている当院においては，早期の自宅退院や転院がさらに求められた。そこで，当院の脳神経外科病棟をモデルとして，従来の退院支援の流れを見直し，さらに新たな転院調整システム（通称こまめる）を導入することで，退院支援の流れを予測し，先駆けて転院調整ができるような仕組みづくりを行なった。具体的には，①入院3日以内に転院の必要性を判断②転院候補の病院をシステムに登録③候補病院は，通知された情報をもとに，受け入れ検討可否の返信④入院7日～10日を目処に退院支援介入⑤患者・家族に転院先の候補を説明・同意を得る。これらにより，患者の状態，候補病院の受け入れ状況を把握した上で退院支援を行うことができ，転院患者の在院日数短縮の効果が得られた。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-6（P）

呼吸サポートチームにおける人工呼吸器離脱に向けた薬学的介入

○野田 雅人[1]，佐野 文昭[2]，近藤 勝弘[1,3]
[1]名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 薬剤部，[2]名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 麻酔・集中治療科，[3]名古屋市立大学大学院 医学研究科 臨床薬剤学分野

【目的】呼吸サポートチーム（RST）における薬剤師の活動に関する報告は乏しい。名古屋市立大学医学部附属東部医療センターではRSTに薬剤師が参画し，気道・呼吸管理に関する勉強会の開催，薬剤適正使用マニュアル作成のほか，チーム回診に参加し薬学的介入を行っている。今回，人工呼吸器離脱に向けた薬学的介入についてまとめたので報告する。【方法】2021-2023年にRST回診を行った患者を対象に，薬剤師による薬学的介入の内容及び治療への採択率を後方視的に調査した。【結果】人工呼吸器装着患者73名のうち，59名（80.8%）が集中治療室からの退室後であった。延べ142回のRST回診において，薬剤師による介入（医師への処方提案として）が計74件行われており，採択率は83.6%であった。主な処方提案は「薬剤中止」22件，「薬剤変更」16件，「薬剤追加」15件などであり，器官系統別では「腎・電解質・輸液」18件，「栄養・消化管」17件，「神経」15件などであった。【考察】薬学的介入の処方提案の内容は多岐に渡る。RSTへ参画する薬剤師には器官系統別に患者を評価する視点が必要と考えられる。

医療連携・チーム医療・多職種連携1
演題番号　O51-7（MS）

救急領域から継続して支援するソーシャルワーカーの意義について考察 ～ICUから介入したソーシャルワーカーの退院支援を通して～

○後藤 裕美[1]，堀内 茅加[1]
[1]飯塚病院

当院では入院時重症患者対応メディエーター（以下メディエーターとする）の講習を終了したソーシャルワーカー（以下SWとする）がICUに専任として配置されている。2023年4月～2024年9月のICUからの依頼件数は26件，依頼内容内訳は，意思決定支援15件，生活状況の把握6件，身寄り無し対応5件，受診・転院調整7件，経済的な相談8件，介護関連の相談2件（重複あり）。依頼内容は多岐にわたる。意思決定支援ケースに着目すると，入院日数の中央値は40.5日，2回以上の転科は全体の60%（9件），2回以上の転棟は全体の67%（10件）であった。当院では治療経過とともに転科転棟が行われ，その都度関わるスタッフも代わるが，唯一SWは一貫して支援が出来る立場にいる。特にメディエーターの講習を修了したSWが関与することで，治療経過や患者家族の決断や思い，社会的な問題，生活歴，人生観を深く理解した上での支援が可能となる。ICUからSWが関わるケースは経過が長く，複雑なことが多いため，SWの一貫した支援は，患者家族に安心感を与え，多職種・他機関とのスムーズな連携，退院支援に繋がっていると考える。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-1（N）

A病院救命救急センター看護師と救急救命士および救急隊員と通信指令員との連携と情報共有の実態調査

○村井 江都子[1]，杉本 愛華[1]，田所 亜美[1]
[1]徳島県立中央病院

【はじめに】A病院救命救急センター看護師と消防職員との情報共有の認識の実際を明らかにして課題を検討することで，円滑な連携構築の示唆を得られるのではないかと考えた。【目的】A病院救命救急センター看護師と救急救命士らとの連携の実態と情報共有の認識の実態調査を行い，課題を明らかにする。【方法】徳島県救急医療圏東部の消防本部の救命士ら201名，A病院救命救急センター看護師40名を対象に質問用紙を用いて調査した。両者の関係性の調査は，深井ら（2000）が開発した「対象－看護者関係評価尺度」（以下CNRS）を使用した。【倫理的配慮】本研究は所属施設の倫理審査委員会と，消防長に承諾を得た。CNRS使用に関しては，開発者から本研究に使用することへの許可を得た。【結果】双方の情報共有内容は，目的を果たすための内容として一致している。【考察】医療従事者がお互いに尊重し合い，双方向性のコミュニケーションを図る必要がある。救急看護師には，ホットライン対応に必要なアセスメントやコミュニケーション能力向上のための学びの場が必要である。【結論】相互理解を深めるために働きかけをすることはチーム医療の強化に繋がる。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-2（C）

救急クリニック併設の歯科口腔外科が担う歯科救急医療・地域医療貢献

○醍醐 一也[1]，菊地 亜紀[1]，武田 奨[1]，吉田 雄一[2]，木川 英[2]，上原 淳[2]
[1]川越救急クリニック 歯科口腔外科，[2]川越救急クリニック 救急科

【目的】当院は救急クリニックに歯科を併設している2次医療機関で，年間1300件ほどの救急車を受け入れている。歯科・口腔外科選定は50件（全体の約3%）であった。当院歯科口腔外科が開設してから救急車の受け入れ台数は毎年増加傾向にある。当院の診療実績や救急隊へのアンケート結果等から，当院が担う地域医療貢献について考察した。【結果】アンケートは無記名式で，埼玉県救急救命士養成過程の受講生30名（有効回答26名，無回答4名）に実施した。口腔外科選定で患者を搬送したことがある人は18名，その中で搬送先に苦慮したと答えた人は11名であった。苦慮した原因としては「専門外」が一番多く，次いで「処置困難」が多かった。【考察】本邦の歯科診療は夜間・休日診療を行っている施設が少なく，アンケート結果や当院への救急搬送状況，他の参考文献等を見ると夜間・休日診療を行う歯科医院は需要が高いと考えられる。当院での搬送件数が増加しているのも，顔面外傷等による医科・歯科双方の受診が可能なことが当院を選定する理由の一つと推察する。今後はさらに医療設備や人的体制を充実させ，歯科救急と地域医療の発展に貢献していきたい。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-3（E）

地域を支援する救急救命士の取組み

○一柳 保[1]，井上 裕文[1]，前充利[1]，田中 瑛一朗[2]
[1]高野町消防本部，[2]高野町立高野山総合診療所

【背景】高野町の全1,500世帯のうち，約3分の1（495世帯）が独居高齢者世帯であり，行政を含む多面的な見守り体制が必要とされている。【目的・方法】地域包括ケアシステムに消防の救急救命士が参画し，福祉専門職や診療所スタッフらとともに支援を必要としている住民の情報を相互に共有し，救急活動や災害時の対応に役立てる。消防の救急救命士が前述のスタッフらと高齢者などの自宅を訪問し，健康状態や生活状況をチェックするほか，防火指導，困りごとの相談，転倒リスクのある箇所の確認などを行うことで，救急事案の予防的アプローチを強化する。【対象】個別避難計画に登録された独居老人世帯，救急車の頻回利用者，救急搬送され帰宅後のフォローを要する世帯などを対象とした。【結果・考察】令和6年12月の制度開始以来，2月までに3回の個別ケース会議，6回の戸別訪問などを行った。アプリを活用した情報共有により，機動的な支援体制を確立した。救急救命士は救急業務以外での医療行為は制限されているが，高齢化・医療過疎が進行する地域において，本取組みは住民の安心安全に寄与する有効な活動である。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-4（D）

呼吸器感染症流行と地方の救急医療逼迫 ～医師会，当院の取り組み～

○久木田 一朗[1]，田中 誠[1,3]，富士川 浩祥[1,4]，中嶋 秀人詞[2]，池田 大輔[5]，河野 竜太[6]，平間 優汰[7]，前田 稔廣[8]
[1]青仁会池田病院 救急科，[2]青仁会池田病院 血液内科，[3]青仁会池田病院 外科，[4]青仁会池田病院 脳神経外科，[5]青仁会池田病院 循環器内科，[6]青仁会池田病院 看護部，[7]青仁会池田病院 外傷センター 救急救命士，[8]前田内科医院

今冬季インフルエンザ（Flu）は2024年末から地域で急激な感染拡大となった。感染拡大が地域救急医療に与えた影響，医師会および当院が実施した対応策等を検討する。初期救急に関して，医師会は日曜祝日当番医受診患者のオーバーフロー（OF）への対応，4市5町が参加し，医師会が運営する夜間急病センターでのOFを防ぐため，連休中夜間急病センターへ医師，看護師，薬剤師の応援を出し，受入れ強化を図った。一方，地域の消防本部によると，年末年始9日間の救急搬送件数は平均34.3件／日で年平均の1.6倍であった。ベッド数189床の当院は9連休中平均11.6台／日の救急車を受け入れ，1月6日には25台の救急車を受け入れた。うち10例が入院となったが半数は当日転院搬送した。ベッド利用率が100％を超え，救急車受け入れ逼迫の中，地域の2次病院間で情報共有したが，施設により対応の違いもあった。当院では有床クリニックをはじめ広域の医療機関で患者の受け入れの協力を得たこと等で救急車受入を最大限拡大した。地方の医療は脆弱であり，医師会および地域医療機関の協力が重要と思われた。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-5（D）

富士医療圏救急医療体制整備に向けた救急医配置による効果

○光永 敏哉[1,2]，武田 聡[1]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター，[2]富士市立中央病院

【はじめに】富士医療圏では「630問題」という救急搬送困難事例件数が静岡県内の約半数を占めていた。演者は2024年4月より富士市立中央病院非常勤の救急医として富士医療圏の救急医療体制の整備に参画した。【方法】富士医療圏では「630症例」が年間約250件発生していた。院内の問題点として救急隊からのダイレクトホットライン未整備や血液ガス測定器などの必要機材の不備等が挙げられた。また院外との連携では消防・行政・開業医との連携体制についても課題が散見された。そこで，病院救急部長や事務部長を中心にコメディカルを含めた各部署と意見交換を行なった。また院外では，消防，富士市長・副市長，市議会議員と意見交換を行なった。院内の救急診療フローチャートの作成，救急隊からのダイレクトホットラインの設置作成，救急室必要物品の見直しなどを各部署と連携して整備した。【結果・結論】2024年上半期の「630症例」件数は前年度の219件から144件へ約34％減少した。その他，応需率の向上や救急隊現場活動時間短縮等も確認された。地域中核病院を起点に救急医を介した救急医療体制の整備には一定の効果があると考えられる。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-6（N）

A病院における院内トリアージ事後検証の現状と課題

○藤井 里香[1]，藤井 絵美[1]，岩元 美紀[1]
[1]地方独立行政法人岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院

【はじめに】A病院はJTASを基に事後検証を実施している。しかし，タイムリーな事後検証が課題であり，また，その手法も統一化されていない。そこで，事後検証についての現状を明らかにし，事後検証のシステムを確立する必要があると考えた。【目的】事後検証の実態を明らかにし，トリアージの質を高めるための事後検証の課題や改善点を見出す。【方法】トリアージナースにアンケート調査を実施し，質的に分析を行った。【倫理的配慮】院内の医療倫理委員会の承認を受け実施した。【結果】事後検証の効果は【客観的な視点により，適切なトリアージが分かる】【具体的なフィードバックが参考になる】【トリアージが妥当な場合，意欲向上につながる】であった。事後検証から【緊急度の高い疾患を見逃さないための情報収集能力】【先入観を持たないこと】【患者の背景に応じて緊急度を判断すること】を活かしていた。【考察】事後検証は，新たな視点で自身のトリアージを振り返る機会となっており，モチベーション向上に繋がることが示唆された。今後，質の高いトリアージを実践していくためには，医師との連携が不可欠であり，タイムリーなフィードバックが今後の課題であった。

医療連携・チーム医療・多職種連携2
演題番号　O52-7（N）

RRS起動要因における呼吸数測定率の変化に影響する要因

○平松 八重子[1]，齊藤 健一[1]，榊 由里[1]，立石 佳子[1]，松山 愛[1]
[1]京都大学医学部附属病院

Rapid Response System（RRS）とは，患者の急変には前兆があるという点に着目した院内迅速対応システムであり，急変が危惧される患者の早期認識と早期介入を核とする。RRSはバイタルサインを用いたスコアリングシステムに基づいて運用される。この内，呼吸数はスコアの中でも最も重要な要素であるにもかかわらず，A病院では測定率が低かった。そこで，2021年2月から2023年3月に，月間呼吸数測定率を算出した。算出方法はバイタルサインを測定した回数を分母，呼吸数を測定した回数を分子とし，病棟毎に毎月の平均を求めた。調査期間中に呼吸数測定率向上を目指し，以下の4つの介入を行った：1）師長に対する呼吸数測定率のフィードバック，2）副師長に対する呼吸数測定率のフィードバック，3）学習動画の作成と師長の促し（1回目），4）同2回目。その結果，呼吸数を測定するという行動変容につながったため，介入とその変化に関する関連を考察する。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-1（N）

二次救急病院での外傷初期診療における看護師と救急救命士の連携について ～スキルを活かした役割分担による“質”の向上というアウトカム～

○細川 真理奈[1,2]，山田 君代[1,2]，宮坂 恒輝[2,3]，世一 華帆[2,3]，平田 誠[2,3]，吉永 雄一[2,4]，渡邊 太郎[5]
[1]関西メディカル病院 看護部，[2]関西メディカル病院 ERセンター，[3]関西メディカル病院 EMT科，[4]関西メディカル病院 救急集中治療部，[5]社会医療法人純幸会関西メディカル病院

【背景】二次救急病院では救急医が不足しており，外傷初期診療が未だに診療科別対応となることもあるため，救急外来スタッフによる診療補助や連携は重要となる。当院では，補助にあたる看護師と救急救命士が連携し，職種ごとの強みを生かした役割を明確にすることで，外傷初期診療の“質”の向上を目指す取り組みを行った。【方法】外傷初期診療に際し，救急救命士が頭元での頸椎保護と気道管理を，看護師がABCDEアプローチと静脈路確保，と役割を決め，それぞれの観察結果や評価を迅速に医師に報告することとした。【結果】ネックカラー不装着で搬送された階段転落症例で，頸椎保護時の後頚部の痛みの聴取より速やかな頸椎保護とCT検査に，SpO2の低下や呼吸様式の観察所見から酸素投与の開始と高次搬送が必要になるという認識の共有につながり，最終的に高位頸椎骨折の診断で紹介転送に至るまでの間，安全かつ遅滞なく対応することが出来た。【考察】特に救急医以外の専門診療科医師による外傷初期診療の際に観察や管理が不十分となる傾向にあり，看護師と救急救命士が各々の強みを活かした役割を分担することで，診療の“質”の向上は期待できると考える。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-2（P）

当院でのオンデキサの使用状況について

○田島 克啓[1]
[1]新小文字病院

オンデキサが採用となり1年近く経つが使用例が5件と少なかったため当院でのオンデキサの使用状況に関する調査を行った。2024年12月1日から2025年1月30日までの間に緊急搬送された患者で脳出血又は大出血の患者でDOACを内服していた人について調査した。期間中に出血で救急搬送された患者数は28人でありそのうちDOACを内服していた患者は2人でありオンデキサ使用は1名であった。調査の結果，オンデキサが適応の患者に対しては使用されていることが分かった。今後は薬剤師の役割を強化し，緊急時におけるオンデキサの適切な使用を促進することで，患者の安全性と治療効果を高めることを目指したい。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-3（P）

救急外来におけるER専従薬剤師のVCM投与に関する介入効果

○坂口 結斗[1]，平識 善彦[1]，下村 周嗣[1]，友利 隆一郎[2]
[1]医療法人徳洲会中部徳洲会病院 薬剤部，[2]医療法人徳洲会中部徳洲会病院 救急総合診療部

【目的】当院は平日の日勤帯で救急外来（以下，ER）に薬剤師が常駐しており，業務の一環として緊急時の抗生剤投与のサポートを実施している。今回，常駐時と非常駐時でのVCM投与までの時間およびVCMのTDM解析の現状について調査し，ER専従薬剤師の介入効果を検証する。【方法】2024年1月から2024年12月までの1年間に救急外来にてVCMが開始された患者を対象とし，VCMのオーダーから投与までにかかった時間，初回負荷投与量およびTDM解析時間について診療録から後方視的に調査した。【結果】対象患者は43名であり，そのうちER専従薬剤師が介入した症例は10名であった。VCM投与までの時間の中央値は，介入群で16分，非介入群で30分であった。適正な初回負荷投与が実施された患者の割合は介入群で100%，非介入群で85%であった。TDM解析完了までの時間の中央値は，介入群で1時間1分，非介入群で2時間47分であった。【考察】救急外来に薬剤師が常駐することで，VCM投与までの時間は短縮し，適正な初回負荷投与および迅速なTDM解析が実施できており，医療の質の向上に貢献できていると考えられる。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-4（R）

新病院救急初療室における急性期脳卒中診療の画像検査効率化への取り組み

○鈴木 淳平[1]，平野 透[1]
[1]社会医療法人柏葉会札幌柏葉会病院

【背景・目的】急性期脳卒中診療において，院内での患者移動時間の短縮は大きな課題とされている。当院では2024年12月の病院新築移転に向けて，患者の移動を最小限に抑えた診療を実現するため，設計段階から放射線科が積極的に関わってきた。移転前（旧病院）では初療室と検査室が遠く，外来待合を経由する必要があったのに対し，新病院では救急初療室にX線CT装置，3T MRI装置，血管撮影装置への出入口を配置し，機動的な救急診療の実現を図ることができるようになった。今回我々は，旧病院と新病院における患者搬入から画像検査開始までのDoor to Image Timeの比較を通して，新病院救急初療室における診療効率化の取り組みについて報告する。【結果】旧病院，新病院において，時間外の救急車受入れから画像検査開始までに要した時間を比較検討した結果，新病院ではDoor to Image Time（中央値）がX線CT検査で7分，MRI検査で3分短縮した。画像検査開始までの時間は搬入された患者の状態等にも左右されるが，新病院救急初療室では患者動線が改善し，時間短縮に繋がったと考えられた。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-5（R）

緊急頭頚部領域IVRでの積算基準空気カーマとDRLs 2020との比較検討

○大島 信二[1]
[1]山梨大学医学部附属病院

【目的】DRLs2020では，疾患別の積算基準空気カーマ（air karma：AK）が設定されており緊急IVRの適応となる疾患のDRL値も設定されている。今回，頭頚部領域IVRにおいて予定，および緊急症例にてAKの中央値を算出し同一DRL値での比較が妥当であるか検証を行った。【方法】頭頚部IVRにおけるAKを後ろ向きに調査を行い以下の検討を行った。1．頭頚部領域IVRにおけるAKとDRL値の比較。2．線量レポートの内訳（透視，DSA撮影，回転撮影）を割合（%）で算出。3．嚢状動脈瘤のIVRにおいて未破裂（予定），破裂（緊急）のAK中央値とDRL値との比較。【結果】未破裂（予定），破裂（緊急）各々の嚢状動脈瘤のIVRにおいてAKに大きな差異はみられなかったが後者においては症例ごとに線量の差が見られた。症例による診断の難易度，また術前の他のモダリティーによる検査の診断精度が影響していると考えられる。DRL値の妥当性については今後の検討が必要である。【結語】予定，緊急症例間にAKの差異はみられなかったが緊急IVRに特化したDRL値の設定が必要であることが示唆された。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-6（R）

二重寝台を用いたポータブルX線撮影におけるflat panel detectorの配置に関する検討

○鉞 時貞[1]，鈴木 崇宏[1]
[1]藤田医科大学病院

【背景】高エネルギー外傷症例に対して，二重寝台を装備した外傷用ストレッチャーベッド（Stryker社製Prime X）を使用する場合がある。その際，寝台背板の下にスペースが設けられているため，FPDを患者の移乗等を行わずに配置可能である。しかし，通常の撮影に比べ，被写体-受像面間距離が大きくなることで画像が拡大し，FPDの配置が困難であり，時間を要する場合がある。【目的】拡大率を考慮したFPDの最適配置位置について検討した。【方法】移動型X線撮影装置CALNEO AQRO（富士フィルム社製）を用いて胸部ファントムPBU-10（京都科学社製）をX線管-受像面間距離：SID 120cmで撮影した。FPDの配置をファントム直下と寝台背板の下の2種類とし，それぞれの撮影画像の入射点から肺尖部までの距離を計測し拡大率を算出した。拡大率より，胸部X線撮影時のFPD上縁位置を求めた。【結果】拡大率は1.14倍となった。拡大率を考慮して，寝台上縁から25cm尾側をFPD上縁とすることで，肺尖部を含めた胸部X線画像が得られた。FPD配置位置を決めておくことで，迅速に撮影を行うことが可能となった。

メディカルスタッフ業務3
演題番号　O53-7（P）

高度救命救急センターにおけるアンデキサネットアルファの適正使用に向けた取り組み

○小岩井 祥[1]
[1]信州大学医学部附属病院

直接経口抗凝固薬（DOAC）は，日本国内で広く使用されている抗凝固薬の一種であり，特に直接作用型Xa因子阻害剤の使用が多い。このため，直接作用型Xa因子阻害剤を服用している患者が出血のために救急搬送される事例が増加しており，出血時における適切な対応が求められている。2022年には，直接作用型Xa因子阻害剤の中和剤であるアンデキサネットアルファが日本で発売されたが，その高額な薬価と複雑な使用方法が課題となっていた。そこで，信州大学医学部附属病院の高度救命救急センターにおけるアンデキサネットアルファの適正使用に向けた対策を検討した。アンデキサネットアルファが必要とされる状況では，迅速な投与実施までのフローが求められる。そのため，投与量や調製方法を視覚的に理解しやすくするための図表を作成し，救急外来に掲示した。また，医師がスムーズにオーダーできるようにセット処方を整備した。これらの取り組みにより，当センターでは，これまでにオーダーミスや調製ミスが発生することなくアンデキサネットアルファが適正に使用されており，薬剤師による効果的な対策が導入されている。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-1（MS）

救命救急センターの充実段階評価におけるソーシャルワーカー配置の取り組みについて

○篠田 香恵[1]
[1]関西医科大学附属病院

関西医科大学附属病院高度救命救急センターは大阪府北河内圏域人口1,117,802人（2024年1月1日時点）を管轄している。当院の病床数は797床，救命救急センターはICU8床一般12床，2023年度救命救急センター受入件数は4,532人，応需率82.6％である。ことわらない病院の実現を目標に掲げ，2023年夏から救命救急センター充実段階評価「転院及び転棟の調整を行う者の配置」項目，いわゆる「出口問題」解決のためソーシャルワーカー（以下SW）を病棟に配置することになった。担当は病棟に常駐し，業務を行っている。常に救命救急センターに空床を作るためには，急性期治療が終わったタイミングで速やかに退院・転院を調整することが求められる。従来の退院支援は治療の目途がついた時点で医師から家族に退院調整について説明し，カルテ上から退院支援依頼票をオーダーする方法であった。病棟配置後，退院支援を含めたSWへの依頼は医師・看護師から直接受け，状況によって初療室から対応を行うようになり，経済問題などの調整も入院直後から行えるようになった。2024年度救命救急センター受入件数は4,723人となっている。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-2（E）

要請件数と高救急齢者，訪問看護師数は関係するか ～滋賀県7消防管轄地域による検討～

○坂口 佳澄[1]，田中 涼太[2]
[1]湖南広域消防局北消防署，[2]湖南広域消防局救命救急課

【はじめに】近年，高齢者人口の増加に伴う救急要請件数の増加が問題となっている。湖南消防管轄の高齢化率は他消防管轄地域に比べて少なく，救急要請件数の増加は滋賀県内の他消防本部に比べて比較的緩やかであった。本研究では，救急要請件数と高齢化率，訪問看護ステーション，訪問看護師数の関係性を調査する。【対象と方法】令和4年の滋賀県内全7消防本部の管轄地域を対象とした。人口1万人あたりの救急要請件数を目的変数，各消防管轄地域の高齢化率（65歳以上），訪問看護ステーション数，訪問看護師数を説明変数として重回帰分析を行った。また，当局のみで訪問看護師とそれ以外の救急要請の傷病程度比率をカイ二乗検定で比較した。統計学的有意水準を$p < 0.05$とした。【結果】高齢化率（$p < 0.01$），訪問看護ステーション数（$p < 0.01$），訪問看護師数（$p = 0.03$）のいずれも救急要請件数に関連していた。訪問看護師はそれ以外よりも軽症比率が低かった（$p < 0.01$）。【考察】本研究の結果から，訪問看護師は救急要請件数減少に関連していることが示唆された。訪問看護師による在宅対応が不要な救急要請を減らしている可能性がある。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-3（P）

救急病棟における臨時注射の監査体制構築によるインシデント削減への効果

○山村 絢子[1]，黒岩 亮平[1]，久野 聡子[2]，問註所 英明[1]
[1]さいたま赤十字病院 薬剤部，[2]さいたま赤十字病院 看護部

【目的】当院の救急病棟では，急性期の病態変化による注射薬の変更が頻繁に発生するため，インシデントの頻度が多い。今回，救急病棟専任薬剤師として臨時注射の監査体制（以下，監査体制）を構築し，注射関連のインシデント（以下，インシデント）削減に与える影響を検討した。【方法】2024年10月より，平日日勤帯に限り監査体制を開始した。薬剤部による注射調剤締切後の臨時注射を対象とし，看護師が取り揃えた注射薬を薬剤師が確認する体制を構築した。効果確認のため，導入前後4ヶ月間の救急病棟におけるインシデントを分類し件数を比較した。【結果】導入前のインシデントは13件で，「薬剤取り違え」が4件，「不適切な投与方法」が4件，「不適切な処方」が3件，「その他（紛失，未実施など）」が2件であった。導入後のインシデントは4件で，「薬剤取り違え」が2件，「不適切な投与方法」が2件と減少し，いずれも薬剤師の監査対象外の事例であった。【考察】監査体制がインシデント抑制に寄与する可能性が示唆された。今後も活動を継続し監査業務の効率化や標準化を進める必要がある。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-4（P）

薬剤師の早期介入でセフメタゾールによるビタミンK欠乏性凝固異常の重篤化を回避できた一例

○佐藤 優衣[1]，大森 俊和[1]，米内 洸[1]，磯部 賢樹[1]
[1]川崎幸病院 薬剤部

N-methyl-tetrazolethiol（MTDT）基を持つセフメタゾール（CMZ）は，ビタミンK（VK）欠乏による凝固能異常を来すことが知られている。小腸部分切除後CMZが投与された慢性腎不全患者において薬剤師がCMZによる凝固能異常の可能性を指摘し，各種検査値の確認，VK製剤の投与，および抗菌薬変更を提案することで重篤化を回避した一例を報告する。CMZ投与開始後13日目，創部出血を契機に測定されたPT-INRは14.84と凝固能異常を認めた。薬剤師は，腸管切除後の食事摂取不足によるVK摂取量・吸収能低下の可能性に加え，CMZによるVK産生サイクル阻害を指摘した。さらに，維持透析患者でありCMZ血中濃度上昇の可能性もリスク因子であると考えた。同日，医師へVK製剤投与継続とタゾバクタム／ピペラシリンへの変更を依頼した。また，PIVKA-2測定を提案し58949mAU/mlと異常高値であることを確認した。CMZ投与中止2日後にはPT-INR　1.17，PIVKA-2　31852mAU/mlと改善を認めた。薬剤師の早期介入は難渋していた出血コントロールの改善に寄与したと考える。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-5（R）

外傷全身単純CTにおける可変ヘリカルピッチスキャンの画質評価（頭部を対象に）

○梅木 拓哉[1]，藤村 一郎[1]，近藤 幹大[1]，西池 成章[1]，相良 健司[1]
[1]地方独立行政法人りんくう総合医療センター

【背景】当院ではCanon社製のCT装置が導入されており，外傷全身単純CT撮影時には可変ヘリカルピッチ（vHP）スキャンを使用して頭部と体幹部を一連で撮影し，時間短縮を図っている。しかしvHPではスキャン中のヘリカルピッチの変更は可能であるがfield of view（FOV）の変更はできないため，頭部も体幹部と同じcalibration FOV（C-FOV）で撮影することとなり，画質への影響について検討が必要である。【目的】外傷全身単純CTの撮影プロトコルの最適化を目的に，頭部と体幹部を個別に撮影するプロトコル（A法）とvHPスキャンを使用して一連で撮影する方法（B法）における頭部の画質評価を行う。【方法】A法とB法で低コントラスト分解能を評価し比較した。撮影時のC-FOVはA法とB法2つのスキャンプロトコルにおいてそれぞれMとLとし，撮影後，表示画像を同じFOVに再構成した。【結果】低コントラスト分解能はA法の方がB法より高かった。結論可変ヘリカルピッチスキャンは低コントラスト分解能が頭部用プロトコルより低いため，時間的猶予がある場合は，頭部と体幹部を個別に撮影するプロトコルが望ましい。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-6（R）

Hybrid-ERにおける患者位置が頭部CT画像の均一性に及ぼす影響

○藤村 一郎[1]，梅木 拓哉[1]，近藤 幹大[1]，西池 成章[1]，相良 健司[1]
[1]りんくう総合医療センター

【背景】Hybrid-ERに備わるIVR-CTで撮影された頭部単純CT画像において，濃度の左右差が診断に支障を来す症例を経験した。この原因として，本来，CT撮影は被写体をアイソセンターにポジショニングするのが原則であるが，時間的制約や頭部専用の固定具を使用しない運用によりポジショニング精度が低下したと考えられた。【目的】Hybrid-ERにおける患者位置が頭部単純CT画像の均一性に及ぼす影響を評価すること【方法】頭部ファントムをファントム中心とアイソセンター間距離を変化させて撮影し，均一性を測定した。均一性（uniformity：U）は任意断面におけるXとY方向の最大CT値（CTmax）と最小CT値（CTmin）を計測し$U = 1 - (CTmax - CTmin) / (CTmax + CTmin)$で算出した。【結果】均一性はファントム中心とアイソセンター間距離が大きいと低下した。【結論】Hybrid-ERにおける患者位置が頭部単純CT画像の均一性に及ぼす影響を評価した。被写体位置がアイソセンターから外れると頭部単純CT画像の均一性が低下する。

メディカルスタッフ業務4
演題番号　O54-7（D）

岩手県県北地域における訪問看護利用高齢者の有症時に対する訪問看護師の活動

○小野寺 誠[1,2]，南 泰成[3]，荒谷 亜希子[3]，武智 満[3]，佐藤 元昭[2]，伊関 憲[4]
[1]福島県立医科大学 地域救急医療支援講座，[2]岩手県立一戸病院 内科，[3]岩手県立一戸病院 在宅医療科，[4]福島県立医科大学 医学部 救急医療学講座

【目的】介護保険を利用し訪問看護を受けている高齢者の身体に関わる緊急時の訪問看護師の対応について調査する。【方法】2023年4／1 ～ 2025年1／31の期間に訪問看護を受けている高齢者を対象とした。日勤帯訪問看護時における緊急問い合わせ数および対応，時間外における緊急問い合わせ数および応数，在宅看取り数を年度別に検討した。【結果】訪問看護高齢者は検討期間中77 ～ 105名で推移した。2023年度の日勤帯訪問看護時における緊急対応数は緊急受診手配30件（総訪問数の2.5％），救急車要請3件，入院27名で，2024年度は緊急受診手配33件（同3.8％），救急車要請3件，入院18名であった。一方，2023年度の時間外における緊急訪問看護対応電話23件のうち電話相談のみ17件（73.9％），緊急訪問6件，救急車要請0名で，2024年度は対応電話38件のうち電話相談のみ28件（73.7％），緊急訪問10件，救急車要請1名であった。在宅看取りは2023年度5名，2024年度4名であった。【結語】時間外における緊急時対応の約74％が訪問看護師による電話相談で対応可能であった。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-1（R）

Dual Room型Hybrid ER System導入における初期運用実績報告

○桐生 和馬[1]
[1]愛知医科大学病院 中央放射線部

【背景】近年，Hybrid ER System（HERS）は多くの施設で導入が進んでおり救急診療で活躍の場を広げている。当院も2023年11月よりDual Room型HERSの運用が開始され1年が経過した。【目的】Dual Room型HERS導入後1年間の初期運用実績を報告する。【方法・結果】HERS導入後の1年間（2023年11月から2024年11月）でHERSに搬入した救急患者件数は月毎に上昇傾向で257件／年であり，救急患者以外のHERS使用件数は39件であった。CT装置更新工事期間を除いたHERS導入前の2年間（2021年11月から2023年10月）で救急患者のCT検査数は平均1165件／月であり，HERS導入後は1289件／月であった。【考察】HERSの使用頻度は少ないが，未使用時に透視及びIVR検査予定患者をHERSで実施することで稼働率向上を図った。また，Dual Room型HERSを導入したことで救急患者のCT検査数を減らすことなく実施が可能であった。【結語】Dual Room型HERS導入後1年間の初期運用実績を報告した。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-2（P）

集中治療室転出時の情報提供シートを用いて薬剤管理指導業務を効率化した成果報告

○湯村 健一[1]，林 仁美[1]，大村 友崇[1]，上野 正夫[1]
[1]獨協医科大学埼玉医療センター

【はじめに】当院心臓血管外科および呼吸器外科（以下，心外呼外）では，手術目的で入院，術後集中治療室（以下，ICU）への転入が大半を占める。一部は状態変化で術前後の処方内容が変化する。一般病棟の薬剤師はこれを即時に把握できず，薬剤管理指導ができていない事例がある。2020年に集中治療における薬剤師のあり方検討委員会の活動指針が公表され，「ICU転出時の情報提供」が推奨となっている。これを受け「集中治療室転出時の情報提供シート」を作成した。今回この導入前後で，ICUから一般病棟へ転出後の薬剤管理指導業務が効率化されたかを調査した。【方法】情報提供シートの対象は，心外呼外術後1週間以上のICU滞在患者とした。比較期間は2023年を導入前，2024年を導入後とした。ICU転出後1週間以内の薬剤管理指導（以下，直近算定）の有無を集計し比較した。【結果】2023年対象患者は22人で，直近算定は10件であった。2024年対象患者は20人で，直近算定は16件であった。【考察】直近算定が増加し早期に薬剤管理指導が行えたことで，患者情報の把握時間の短縮に繋がり業務が効率化されたと考える。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-3（P）

救急救命士を対象とした救急外来における薬剤師業務に関するアンケート調査

○立石 裕樹[1]，齋藤 靖弘[2]，坂口 結斗[3]，宮田 祐一[4]，矢野 洋平[1]，後藤 貴央[1]
[1]医療法人徳洲会福岡徳洲会病院 薬剤部，[2]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 薬剤部，[3]医療法人徳洲会中部徳洲会病院 薬剤部，[4]医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院 薬剤部

【目的】救急外来における薬剤師業務に関する報告は少ない。救急外来における薬剤師の役割と課題を明らかにするために，救急救命士を対象としたアンケート調査を実施した。【方法】対象施設は2次救急外来に専従薬剤師を配置している施設とし，救急外来に所属する救急救命士を調査対象とした。調査項目は「薬剤師勤務の必要性」，「薬剤師に期待する勤務体制」，「薬剤師が重点的に関与すべき医薬品関連業務」，「薬剤師業務への満足度」などとした。【結果】33名から有効回答を得た（回収率94.3%）。救急外来における薬剤師勤務は32名（97.0%）が「必要」と回答した。期待される勤務体制は23名（69.7%）が「24時間常駐」を挙げた。薬剤師が重点的に関与すべき医薬品関連業務は「救急搬入患者の常用薬の把握および医師への情報提供」が24名（72.7%）と最も多かった。薬剤師業務への満足度は25名（75.8%）が「満足」と回答した。【考察】調査対象施設では薬剤師が期待される医薬品関連業務を遂行していたため，満足度が高かったと考えられる。2次救急外来では専従薬剤師が必要とされており，積極的な関与が必要であると示唆された。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-4（R）

プロトン密度強調画像（PDWI）MRAの至適条件の検討

○高橋 佑典[1]，市川 宏紀[1]，福島 智久[1]，浦崎 昇平[1]
[1]大垣市民病院

【背景・目的】急性期脳梗塞において責任血管の同定はその後の治療に影響する。血管同定にMRAが有用だが，しばしば血流依存の描出不良を経験する。PDWIは血流の影響を受けにくく，閉塞血管の描出が期待できる。今回，血管描出に至適な撮影条件を検討した。【方法】白質，灰白質，血管を模したファントムを作成し，PDWIを撮像した。TRを1000，1500ms，RFAを30～150°まで10°間隔で変化させ，他の条件は固定とした。各組織のコントラストノイズ比（CNR）および信号ノイズ比（SNR）を算出し，血管の信号欠損を視覚的に評価した。【結果】RFAが大きいほどCNRは低く，SNRは高い傾向であった。視覚評価はTR1000ms，RFA30～70°で高いスコアを示した。【考察】RFA30～70°でCNRおよび視覚評価は高く，RFAが小さいほどflow voidの影響が大きいためと考える。RFAが大きいほどSNRは高い傾向であったが，位相分散の影響が小さいためと考える。【結論】至適TRは1000ms，RFAは30～70°とし，SNRの許容範囲で低いRFAを選択することで血管描出能が向上する。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-5（R）

当院における外傷全身CTの新プロトコル導入に関する検討

○塚本 靖峻[1]
[1]済生会熊本病院

近年，外傷診療における全身CTの利用は急速に普及しており，その有用性は広く認識されている。全身CTは外傷患者の迅速な診断を補助し，外傷初期診療の時間短縮や死亡率低減に寄与しているとの報告もある。特に重症外傷の患者においては，損傷部位の早期特定が重要となる。当院に搬送される重症外傷の患者数は年間約120件で，現状では対応フローはあるもののCT検査における特定の撮像プロトコルは存在しない。そこで本検討では，当院における重症外傷に対する全身CT検査を行う際の撮影プランを2パターン作成し，それぞれのプランでの所要時間および操作の簡便さ等の運用面での評価と，ファントムを用いて撮影した画像の物理評価等の比較を行った。比較評価を行った結果，当院での重症外傷に対する全身CT検査時の撮像プロトコルとして短時間かつ簡便な操作で，また診断に影響を及ぼさない程度の画質を担保しうる新たな撮影プランを決定する事ができた。今後は実際に臨床での使用を経て出た問題点を元にプランの最適化を行う。また単純撮影に関するプランにとどまらず，想定される損傷部位や患者状態に応じた適正な造影CTのプランに関しても検討していきたい。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-6（N）

一般外来における『外来コールセンター』開始の取り組み～第２報～

○市川 久美子[1]，藤野 智子[1]
[1]聖マリアンナ医科大学病院

【はじめに】緊急性への対応と外来看護師の実践時間確保を目的に外線電話を別部署で集約する『外来コールセンター』（以下CC）を開始し，第26回日本救急看護学会で発表した。示された課題改善に取り組んだ。【1．目的】『外来CC』の実践から今後の課題を明らかにする。【2．方法】実数データと看護師37名とSA18名に自作項目のWEB調査（第2弾）を実施し分析した。倫理的配慮：アンケートは無記名で個人が特定されない方法で実施し，回答の有無や内容により職務上の不利益を被らないことを説明し，回答をもって同意したものとした。【3．結果】1日平均101.45件対応し，うち約50％をCCで解決した。重症例は計21件だった。アンケートは看護師19名，SA11名から回答を得た。回答は「電話件数」は約9割「業務負担」は約5割が減少,「援助時間」は約6割が変化なしだった。【4．考察】折り返し電話をCCで担うなど業務改善し，第1報より負担感は軽減したが援助時間は増加しなかった。煩雑な業務に追われる外来では減少した負担や時間を援助時間と関連づけることが困難であったと考える。CC設置目的の周知と役割整理が課題である。

メディカルスタッフ業務5
演題番号　O55-7（P）

救急・集中治療領域のプレアボイド報告における医療経済評価と事例報告

○空田 洋祐[1]
[1]宇部中央病院 薬剤部

【はじめに】宇部中央病院（以下当院）は，2022年4月からHigh care　unit（以下HCU）病棟へ専任薬剤師の配置を開始し，薬学的管理を行っている。今回，当院HCU病棟において報告されたプレアボイド報告を用いて，医療経済効果を紹介する。【方法】当院のHCU病棟において2023年9月から2024年8月を対象とし，救急認定薬剤師が介入した事象の中でプレアボイド報告を用いて後方視的に調査を行った。介入区分が，「副作用重篤化回避」,「治療効果の向上」,「未然回避報告」に該当する項目に関して薬剤師の介入に伴う医療経済効果の算出を行った。【結果】副作用重篤化回避　15件，治療効果の向上17件，未然回避報告34件の総額54,240,000円／年（約452万円／月）であった。【考察】今回，当院HCU病棟業務に救急認定薬剤師が常駐することで医療安全，適正使用への貢献のみならず，医療経済的の面からも有益であることが示唆された。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-1（R）

休日夜間の救急CT検査における緊急所見報告不足率の解析

○青木 祐太[1]，和田 悠平[1]
[1]医療法人豊田会刈谷豊田総合病院

【背景・目的】当院は2019年度より，休日夜間検査において緊急性の高いSTAT画像所見を報告している。本検討では救急CT検査におけるSTAT画像所見の報告不足率を解析し，救急診療の質向上へ寄与することを目的とする。【方法】2022年4月から2024年3月までに施行された休日夜間救急CT検査20,424件の内，STAT画像症例1,932件を対象として，報告不足率を算出した。報告不足疾患を分類（頭部・頚部・胸部・腹部・血管・整形）し，経験年数別に要因解析した。【結果】報告不足率は16.3％（315件）で，その内47.0％（148件）は腹部であり，イレウス・腸閉塞（43件）と虫垂炎（43件）で腹部全体の58.0％を占めていた。また，経験年数が長くなるほど報告不足率が低い傾向を示した。【考察】腹部領域は，他と比較し網羅的な画像確認が必要であり，限局する所見や微細な構造は見落とし易いと考える。また，初学者は疾患と画像所見とを紐付けて学ぶことが多く，疾患が不明な場合の所見検索では見落としに繋がる可能性がある。臨床データを基に，疾患の推測をしながら画像確認を行うことが重要であると考える。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-2（P）

電解質異常による難治性の嘔気に対して，薬剤師の介入が有効であった一例

○土本 希[1]
[1]社会医療法人生長会／泉大津急性期メディカルセンター

【症例】94歳女性【主訴】倦怠感，嘔気【病歴】当院へ搬送，血液検査にて血清カリウム（K）値7.3mEq/Lと高値であり，全身管理目的でHCUに入室した。K値補正の為グルコース・インスリン療法を実施し，ジルコニウムシクロケイ酸ナトリウム（SZC）を内服予定であったが制吐剤難治性嘔気により服薬を拒否した。第二病日に血清K値5mEq/L台まで低下したが嘔気の改善が認められなかった。薬剤師は酸化マグネシウム（Mg）1320mg／日服用，腎機能低下もあることから，高Mg血症による嘔気を疑った。医師に血清Mg測定を依頼したところ3.9mg/dLと高値を示した為，酸化Mg中止，フロセミド注投与を提案した。第三病日は血清K値4.9mEq，血清Mg値3.6mg/dLへ低下，嘔気は改善しSZCの服薬が可能となり，第四病日にHCUを退室した。【考察】電解質異常は嘔気をきたす要因の1つである。服薬拒否に対し，薬剤師が早期にベットサイドでの服薬状況の確認，持参薬鑑別を行い，医師に適切な治療提案をしたことが早期の治療に繋げることができた。また，高Mg血症が高K血症を引き起こすとの報告もあり，その関与が示唆される。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-3（R）

外傷IVR前に提供する手術支援画像の検討

○森川 篤志[1]，中道 健太[1]，福留 慎也[1]，伊藤 大助[1]
[1]社会医療法人緑泉会米盛病院

【背景・目的】当院では，直近2年間で50件の外傷IVRをHybrid ERで実施している。外傷による活動性出血は緊急性が高く，手技の迅速性が求められる。それをより確実に実施するために，IVR前の造影CTで手術支援画像を作成し，出血源や血管走行の同定に役立てている。しかし，提供される画像は作成者により異なっていたため，後方視的に過去の画像を調査し，有用性の高い画像を検討した。【方法】過去に作成された手術支援画像を元に，提供画像の集計を行なった。放射線科医師が求める画像を確認し，それと比較した。【結果】半数ほどの症例でVRやthin-slab MIPが作成されていたが，夜間帯などの時間に関係なく，手術支援画像が作成されていないケースも多々あった。【考察・結論】今回の検討で，求められる手術支援画像について把握できたので，作成者間による差をなくすため，ルーティンを構築することが必要だと考える。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-4（R）

撮影方法変更前後での外傷全身CTの被ばく線量（総DLP）調査

○宮安 孝行[1]，辻居 賢一[1]，福嶋 英人[1]，中田 正明[1]，浅妻 厚[1]
[1]神戸赤十字病院／兵庫県災害医療センター

【目的】当院ではHybridERでの多発外傷患者のCT撮像について，体幹部の撮影は原則として造影検査のみで評価していた。しかし腹部臓器損傷を詳細に評価するために，ショックバイタルの症例以外は単純CTを行い，必要時に追加で造影CT検査を実施する運用に変更された。今回，撮影方法変更前後（以下，変更前をA群，変更後をB群とする）での外傷全身CTの被ばく線量（総DLP）を比較した。また重症度毎の評価も行った。【方法】撮影方法変更前後の症例連続100例を対象とした。但し鋭的外傷，四肢単独外傷，外傷CPAの症例は除外した。対象の外傷全身CTの撮影方法（単純CTのみで終了した数），総DLP，予測生存率（以下Ps）を調査した。撮影方法前後のDLPについて統計学的解析を行い，Ps毎のDLPも比較した。【結果】単純CTのみで終了した数はA群で14例，B群で18例だった。DLPはBが有意に大きかった。Psが0.5以下ではDLPに有意差はなかった。【結語】全体的に増加傾向となったが重症例では被ばく線量に差を認めなかった。撮影方法変更前後で被ばく線量を見直すことで，条件の更なる最適化に繋がると考える。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-5（P）

救命救急センターでのレミフェンタニル使用におけるプロトコル作成とその影響

○小原 衣未里[1]，近藤 匡慶[1]，渡辺 圭[1]，田中 知恵[2]，久野 将宗[2]，前田 省悟[3]，新行内 賢[3]，荒井 永地[3]，菅谷 量俊[1]，林 太祐[1]
[1]日本医科大学多摩永山病院 薬剤部，[2]日本医科大学多摩永山病院 救急救命科，[3]日本医科大学多摩永山病院 看護部

【目的】当院救命救急センターでは，人工呼吸器管理の鎮痛薬としてフェンタニルを使用している。2024年10月よりフェンタニルが出荷調整となり，レミフェンタニル（以下，RF）の使用を検討した。RFは動態及び有害事象においてフェンタニルと相違点がある。今回，RFの適正使用プロトコルを作成し経験した症例を報告する。【方法】RFは，急速投与をしないこと，非気管挿管患者に使用しないこと，及び抜管時には漸減し中止する必要があることを念頭にプロトコルを作成した。プロトコルには「対象患者」「組成」「体重毎の推奨投与速度」「副作用やモニタリング事項」等を記載した。RFの組成は2mg/48mLとし，2mL/hrから開始とした。また，意図しないRFの急速投与を防ぐため単独ルート投与とし抜管時には，15分毎に漸減し最小投与速度に到達後，ルート内に残存するRFの除去を目的に生理食塩液の点滴後押しを記載した。【結果・考察】2025年2月より運用開始し，現在までの使用状況では上記に留意し安全に使用できている。ただし投与開始時の血圧低下には特に注意が必要と思われた。使用状況や投与に伴う実態などについて報告する。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-6（R）

単純CTデータを用いた仮想透視画像の応用
～急性心筋梗塞における心臓カテーテル検査最適化の試み～

○田中 善啓[1]
[1]国立病院機構水戸医療センター

【目的】急性心筋梗塞の迅速な診断と治療には，心臓カテーテル検査が不可欠である。本研究では，単純CTデータを用いて作成した仮想透視画像が，緊急時の心臓カテーテル検査の最適化に寄与するかを検討する。【方法】急性心筋梗塞が疑われ，大動脈解離の鑑別目的で単純CT検査を受けた患者のCTデータを対象とし，3Dワークステーションを用いて仮想透視画像を作成した。これを基に，左右冠動脈起始部の可視化，カテーテル挿入経路の事前評価，および石灰化の影響を分析し，実際のカテーテル検査結果と比較した。【結果】仮想透視画像は，X線透視下での大動脈の血管走行や高度石灰化，および左右冠動脈起始部の特定に有用であった。また，事前評価により安全な穿刺部位の選定が可能となり，カテーテル操作の安全性が向上した。さらに，循環器科医師からも高い評価を得た。【結論】単純CTデータを用いた仮想透視画像は，急性心筋梗塞における緊急心臓カテーテル検査の有効なシミュレーションツールとなり得る。これにより，手技の効率化と安全性向上が期待され，今後さらなる臨床応用の検討が求められる。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-7（P）

日本の3次医療機関におけるMRC-ICUスコアの有用性の検証

○萬井 美咲[1]，川口 博資[1]
[1]大阪公立大学医学部附属病院 薬剤部

【目的】日本の3次医療機関でMedication regimen complexity-intensive care unit（MRC-ICU）スコアの有用性について検証する。【方法】2022年10月から2024年10月に大阪公立大学医学部附属病院集中治療センター（以下，ICU）に入室した患者を調査した。患者背景，ICU滞在日数，院内死亡の有無，薬剤師介入数，MRC-ICUスコアを調査した。MRC-ICUスコアとICU滞在日数，院内死亡率，薬剤師介入数との関係を評価した。【結果】対象患者は88名であった。生存群（n = 59），死亡群（n = 29）の2群間比較では，患者背景，MRC-ICUスコアについて有意差はなかった。MRC-ICUスコアとICU滞在日数，薬剤師介入数との相関係数はそれぞれ0.37，0.39であった。【考察】MRC-ICUスコアはICU滞在日数，院内死亡率，薬剤師介入数のいずれとも相関が低い可能性が示唆された。重症患者の薬物療法が海外と本邦では異なることに起因する可能性がある。本邦でMRC-ICUスコアを臨床活用するためには，改良が必要と考える。

メディカルスタッフ業務6
演題番号　O56-8（R）

従来と新規作成したpan-scanの比較 ～ 2ways pan-scan②～

○福留 慎也[1]，中道 健太[1]，森川 篤志[1]
[1]社会医療法人緑泉会米盛病院

【背景】当院では単一pan-scan（以下，PS）プロトコルを用いていた。2024年の日本臨床救急医学会総会においては，状況に応じた複数のプロトコルが必要との結論も示され，海外のガイドラインでも複数アプローチを推奨する声が上がっている。これらを踏まえ2通りのPSプロトコルを導入した。【目的】従来と新規PSを時間，画質，被ばくの観点から比較し，違いを明確にする。【方法】従来PSをprevious PS，画質／被ばく優先したプロトコルをstandard PS，時間優先をcritical PSと定義した。時間はDICOMデータから算出した。画質は頭部および肝臓のスライス面における物理，視覚評価を行い，被ばくはCTDIにて比較した。【結果】時間はcritical PSが最短で終了し，画質はstandard PSが最も優れ，CTDIはstandard PSが最も低くなった。【考察】critical PSは，より迅速な検査を実現することができ，特に救命処置が強く求められる場面において有用と考える。一方，standard PSは医師に診断精度の向上，患者に対して被ばく低減に寄与することが示された。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-1（P）

宗教上の理由による乾燥まむしウマ抗毒素投与中断を経験したマムシ咬傷患者の一例

○天羽 一騎[1]，松田 智行[1]，吉田 宏二[1]，岩﨑 浩子[1]，藤原 季美子[1]，竹上 学[1]
[1]近畿大学病院

宗教上の理由から薬剤の使用を慎重に検討しなければならないケースが存在する。例えば，イスラム教では豚肉やアルコールの摂取が禁じられていることは広く知られているが，これらを原材料として含む製品や薬剤も忌避される傾向がある。救急医療で使用される薬剤の中には，動物由来の成分を含むものが多く，使用に際しては宗教的な配慮が求められる。今回，イスラム教徒と思われるイラク国籍の患者に対し，ブタ由来成分を含む乾燥マムシウマ抗毒素の投与を宗教上の理由で中断したマムシ咬傷の1例を経験したため報告する。また，救急外来で使用する薬剤において，宗教的配慮が必要なものについても考察する。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-2（P）

ロキソプロフェンの関与が疑われた卵巣癌化学療法に伴う骨髄抑制に合併した多発性十二指腸潰瘍の1例

○遠藤 啓之[1]，田村 洋行[2]，柏浦 正広[2]，安田 英人[2]，一井 直樹[3]，今井 賢[3]，近澤 研郎[3]，桑田 知之[3]，守谷 俊[2]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 薬剤部，[2]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科，[3]自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科

【症例】68歳女性。卵巣癌に対するパクリタキセル・カルボプラチン併用療法4コース目施行後に，骨髄抑制と水様便による脱水で緊急入院となった。入院時のヘモグロビン13.1g/dL，血小板9.1 × 10^4/μLだった。入院2日目の好中球0.18 × 10^3/μLであり，フィルグラスチム75μgを5日間投与した。入院9日目に好中球6.74 × 10^3/μLまで上昇したが，ヘモグロビン5.3g/dL，血小板0.4 × 10^4/μLまで低下し黒色便も認めた。ロキソプロフェンによる上部消化管出血を疑い，入院10日目に中止を提案した。入院11日目に上部消化管内視鏡検査を施行し，多発性十二指腸潰瘍の診断でボノプラザン錠20mgを6週間服用の方針となった。【考察】卵巣癌に対するパクリタキセル・カルボプラチン併用療法におけるグレード3または4の貧血，血小板減少発現率はそれぞれ44%，38%で，本症例の血球減少の原因として化学療法に伴う骨髄抑制の他，上部消化管出血の合併も考えられた。【結論】癌患者における血球減少は，化学療法に伴う骨髄抑制の他，出血性病変など別の原因が併存する可能性に留意すべきである。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-3（P）

配合剤による稀な副作用と薬剤師の介入から，救急外来への薬剤師配置を再考する一症例

○島崎 洋平[1]，矢島 雄介[1]，鈴木 善樹[1]
[1]埼玉医科大学病院

【背景】当院では2016年から救急外来へ薬剤師を配置していたが，人員不足から2021年に日中オンコール体制となった。今回，ICU常駐薬剤師が薬剤による副作用を疑い，早期介入した一例を通じて，救急外来への薬剤師の必要性を再考する。【症例】60代女性，頻繁な嘔吐と下痢を主訴に来院。CTにて小腸の浮腫を認め，急性胃腸炎に伴う敗血症性ショックと診断され，夜間ICUへ緊急入院した。翌日，薬剤師が画像で取り込まれた薬剤情報を確認した。血液ガスの結果と，2型糖尿病に対しイプラグリフロジン配合錠などを服用していることから，SGLT2阻害薬による正常血糖ケトアシドーシスの可能性を疑い医師に報告した。また，昇圧剤使用後も低血圧が継続したためバソプレシンおよびヒドロコルチゾンの併用を提案し，血圧は上昇した。意識改善後に本人へ薬剤情報を聴取するとレボチロキシン，デスモプレシン，ヒドロコルチゾンを常用しており，複数の医療機関を受診していた。【考察】配合薬を含め薬剤の種類は年々増加し，副作用は複雑化している。救急外来における薬剤師の配置，さらには土日24時間の配置が早期の薬剤把握と医師への情報提供になると考える。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-4（P）

ステロイド服用関節リウマチ患者かつCOVID-19陽性における開心術後の薬物治療にOPEN ICUで薬剤師が介入した1例

○大森 俊和[1]，米内 洸[1]，磯部 賢樹[1]，佐藤 優衣[1]
[1]川崎幸病院 薬剤部

症例は59歳女性。COVID-19陽性中に急性大動脈解離stanford Aを発症し，緊急部分弓部大動脈人工血管置換術が施行された関節リウマチ患者。術後ICUにて人工呼吸器管理が行われた。薬剤師はかかりつけ薬局に確認し，プレドニゾロン5mg2ヶ月以上の服用歴および免疫抑制剤併用の情報を得た。ステロイド服用患者では手術侵襲による急性副腎不全を予防するためステロイドカバーが検討される一方，COVID-19治療においては重症度や投与開始時期によってはステロイド投与が状態を悪化させる可能性がある。本症例では，担当医よりヒドロコルチゾン300mg5日間の処方がされた。薬剤師は，COVID-19発症早期や肺炎所見がなかったこと，免疫抑制状態にあったことからヒドロコルチゾン高用量投与が重篤化させる可能性を医師と協議し，150mg2日間へ減量し投与され，急性副腎不全発症や呼吸状態の悪化なく経過した。本症例では，薬剤師の提案で不要なステロイド投与を回避することができたが，COVID-19のステロイド治療と周術期ステロイドカバーの両方を検討しなければいけない状況の適当な用量は報告がなく今後の検討課題と考える。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-5（P）

川崎幸病院におけるアンデキサネット アルファを人工心肺離脱後に投与した使用状況調査

○磯部 賢樹[1]，大森 俊和[1]，米内 洸[1]，佐藤 優衣[1]
[1]社会医療法人財団石心会川崎幸病院 薬剤部

【背景・目的】アンデキサネット アルファ（以下，本剤）は経口ＦＸａ阻害剤の中和剤で，緊急止血が必要な状況で使用される。本剤は副作用に血栓性事象があり，2023年に日本心臓血管麻酔学会より本剤に関して周術期使用における注意喚起が発出された。開心術にも血栓リスクがあり，本剤の使用により，そのリスクが上昇する可能性がある。川崎幸病院でも本剤を使用する症例があったため使用状況の調査を行った。【方法】2023年7月から2024年12月に緊急で人工心肺を用いた開心術を行い，人工心肺離脱後に本剤を投与した4名について患者情報，副作用発現状況等を後方視的に調査した。【結果】すべてＡ法で投与され，3名が急性大動脈解離Ａ型に弓部部分置換術を実施，1名が基部仮性瘤破裂に弓部全置換術を行った。血栓塞栓症を発症した患者は2名であり，共に術後4日以内に経口ＦＸａ阻害剤を再開したが，約1週間後に脳梗塞所見が指摘された。院内死亡例はなかった。【考察】本剤の投与が脳梗塞の一因となった可能性は否定できない。本剤投与後は全例でモニタリング項目に頭部MRIを加える等，周術期管理に寄与していきたい。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-6（P）

ビタミンB1製剤大量（アリナミンF®）使用時の薬剤師提案による副作用回避の検討

○荒木 朋貴[1]，角田 彩乃[1]，小原 佐衣子[1]
[1]国立病院機構災害医療センター

【背景と目的】ウェルニッケ脳症が疑われる際にはVB1を投与する必要があるが，当院採用のVB1製剤はアリナミンF®100mgであり，成分としてブドウ糖が40％含有し，浸透圧比9と高濃度である。VB1補充についてはその投与方法などの具体的なエビデンスの報告は少ない。そのため薬剤師にて輸液希釈の処方提案を行い，その結果を検証するため今回調査を行った。【調査方法】2020年9月より2024年8月までに当院でアリナミンF®100mgを投与した患者。輸液の希釈量，ルート漏れ件数，投与前後の血糖値について後方視点的に調査を行った。【結果】1回500㎎を投与した患者は45名。500ml群は13名中ルート漏れのあったのは5名（38％）。200ml以下群は14名中ルート漏れのあったのは9名（64％）であった。投与後の随時血糖値が200を超えていたものは500m群では14件中4件（29％），200ml以下群では19件中8件（42％）であった。【考察】希釈することで投与時間が長くなり，血糖上昇や末梢ルートトラブルを回避できると考えられた。薬剤師が処方提案することで副作用軽減に貢献できたと考えられる。

薬剤の副作用・合併症
演題番号　O57-7（P）

医薬品の副作用による脳卒中と診断された患者に対する医薬品副作用被害救済制度申請支援への薬剤師の関わり

○福田 裕子[1]，伊東 里紗[1]，柿花 美沙紀[1]，佐原 敏之[1]
[1]JCHO星ヶ丘医療センター 薬剤部

【背景・目的】医薬品副作用被害救済制度（以下，救済制度）は，医薬品を適正使用したにもかかわらず副作用による健康被害を受けた方へ医療費等を給付し，迅速な救済を行う制度である。一般の方の救済制度の認知度は低く，申請対象者には，医療関係者からの情報提供が必要となる。しかし，申請手続きに関わったことのある医療関係者は少なく，薬剤師の関与についての報告もわずかである。当院の脳卒中センターで医薬品の副作用による脳卒中と診断された患者に対し薬剤師が申請支援を行ったので報告する。【方法】来院後の検査結果，被疑薬の服用理由・服用状況から，救済制度対象の適否を医師・薬剤師と協議した。医師が医薬品との因果関係について患者に説明した後，薬剤師は救済制度の紹介・説明を行った。患者が給付申請を希望した際，薬剤師は医師の依頼により書類作成補助を行った。【結果】2019年～2024年の救済制度対象者は3例（脳梗塞2例・脳静脈洞血栓症1例）で，被疑薬は全て女性ホルモン製剤であった。救済制度の紹介後，全ての患者が給付申請を希望し，医療費等が給付された。【考察】薬剤師の支援により，円滑な救済制度の申請が可能となると考える。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-1（E）

救急DXの実践と課題 ～旭市消防本部のCutting Edge ～

○長谷川 智教[1]，髙橋 功[2]，伊藤 史生[3]
[1]旭市消防本部，[2]千葉県東部地域救急業務メディカルコントロール協議会／地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院，[3]地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院

旭市内における救急患者の受入れ体制は，地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院が積極的に患者を収容していることから，旭市消防本部の現場滞在時間は全国的にも短い水準にある。この背景を基盤に，さらにICT（情報通信技術）を活用して現場滞在時間のさらなる短縮を目指す取り組みを実施した。患者情報のリアルタイム共有や，システムを活用した迅速なコミュニケーションにより，現場滞在時間の短縮を達成することができた。また，救急医療等業務支援システムによる画像共有を活用することで，従来の言葉だけでは伝えきれなかった症状や現場状況を視覚的に伝えることが可能となり，初療準備の精度向上にもつながった。一方で，システム運用に伴う課題として，通信環境の整備やシステムトラブル対応，タブレット操作に伴う救急隊員の負担軽減策などの必要性が浮き彫りになった。本発表では，旭市消防本部独自の取り組みとその成果，さらにICT導入に伴う課題と今後の展望について，実例を交えて報告する。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-2（D）

民間病院群における医療DX推進のための業務効率化に関するアンケート調査

○大貫 隆広[1,2]，小平 祐造[1,2]，猪口 正孝[1,2]，森村 尚登[1,2]
[1]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）救急災害医療連携・DX推進部門，[2]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部

【背景】医療分野におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）は，業務効率化や医療の質向上に寄与すると期待されている。本研究では，医療DXに対する現場職員の意識と課題を明らかにするため，アンケート調査を実施した。【方法】社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）に所属する医療従事者を対象に，DXの受容度・理解度，業務負担，業務改善の必要性に関する調査を行い，結果を集計・分析した。【結果】全職員の65％にあたる1290名が回答した。回答者の内訳は，看護師39％，事務17.4％，理学療法士14.4％，医師4.9％であった。DXを知っていると回答したのは15.4％にとどまり，70.5％が業務量の多さを実感していた。非効率な業務の負担として，電子カルテや部門システムへの入力負担（36％），情報共有の煩雑さ（22％），医薬品の在庫管理（15％）が挙げられた。自由記載では，システム統合の不足や紙ベース業務の多さが指摘された。【結論】本調査により，DX推進における現場の課題が明確となった。業務負担の軽減や情報管理の最適化が求められ，DX導入の指針となる重要なデータが得られた。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-3（E）

ホットライン業務のICT化に伴う当院での効果と課題

○加藤 敦[1]，岩﨑 友洋[1]，山本 尊之[1]
[1]医療法人札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック 救急救命士科

2024年より札幌市救急医療『見える化』システムが運用開始され，当院は11月11日より参加した。従来のホットライン受信方法と比べどのような効果と課題があるか検討した。従来の受信方法は，専用電話で聴取しながら専用用紙に記入し受入判断していた。システム参加後は，救急隊が『見える化』システムに入力した患者情報をクラウド上で確認し，専用電話で必要事項のみ聴取して受入判断する形に変更となった。システム参加後，受入確定する時間と救急隊の現場滞在時間が約1分短縮となった。後日，当院職員に行ったアンケート結果で74％が電子カルテに患者情報を記載した方が良いと回答があり課題として残った。『見える化』システムに参加した結果，患者受入の判断が短縮したことにより救急隊現場滞在時間の短縮が出来た。また，救急隊が到着前に文字情報で医師や看護師に短時間で詳しい情報を伝えることが可能になった。今後は，電子カルテに患者情報を入力出来るように運用方法を構築し，医師や看護師の負担軽減に繋げ，初療対応が早期に開始出来るように救急救命士が貢献していきたい。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-4（E）

救急車内の様子を管内一次救急医療機関に映像伝送するシステムの効果について

○一柳 保[1]，前 充利[1]，三栖 大昌[1]，田中 瑛一朗[2]
[1]高野町消防本部，[2]高野町立高野山総合診療所

【背景】当消防本部管内の救急告示医療機関は診療所1施設のみであり，傷病者の71％（383／539件）が管外搬送となっている。医療機関収容までの平均所要時間は管内31.2分に対し管外78.9分と長時間化しており搬送中の傷病者への負担は大きい。【目的】映像による病状伝達で管内医療機関での救急対応完結率を向上させる。【方法】救急隊員と診療所医師間で専用コミュニケーションツール（Join／JoinTriage）と映像伝送システム（Join EMS）を導入し，指令室を含めた閉鎖的ネットワークを構築した。【結果】令和6年8月の運用開始から12月末までに25件の映像伝送を実施。特に奏功した2事例を経験した。【事例1】68歳男性　自宅で立ち上がれなくなった　中枢神経症状の観察をカメラ上で医師と連携して行い，診療所に収容して外来受診後帰宅した（熱中症）。【事例2】69歳男性　朝から続く胸痛　12誘導心電図の結果と顔色の具合などを映像で医師と共有し，診療所でも診察可能であることの判断材料になった（特発性胸痛）。【考察】本システムによる救急医療の効率化が期待できる。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-5（E）

救急DXで市民の命を救う
～救急医療情報共有システム事業～

○尾形 一[1]，庄司 朋行[1]
[1]山形市消防本部

【背景】救急出動件数が年々増加していることで，救急隊と医療機関ともに救急患者への対応が連続化，長時間化している。医療のひっ迫，住民に対しては「救急搬送困難事案」として影響が出ているほか，救急隊は出動の連続や，報告書作成などの事務作業に追われている。【取組み】「救急搬送困難事案」の発生や，負担となっている救急業務フローを分析した上で，令和6年7月から救急医療情報共有システムの運用を開始した。タブレットを用いたデータ連携で「救急隊の現場滞在時間の短縮」「傷病者に適した医療機関への早期搬送と早期治療開始」「業務効率化」を実現するためのDXを，山形市消防本部を含む7消防本部と19の救急告示病院が連携して行い，医療圏にその効果を波及させるのが狙いだ。【結果】当消防本部では，運用開始5か月半で，病院連絡回数が約600回削減され，1回の電話時間が短縮傾向にあるなどの成果があり，更なる効果が期待できる。【今後の展望】継続した成果と課題の分析を行い，随時システム強化としてフィードバックさせる。令和7年中には報告書，検証票のシステム化を図りペーパーレスを加速させる。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-6（D）

スマートフォンアプリを用いた非接触式バイタル測定の実証研究

○尾畑 悠太[1]，田村 智[2]，田村 智子[1]，鈴木 康史[2]，荒井 康夫[1]
[1]北里大学 未来工学研究科，[2]北里大学 メディカルセンター

【はじめに】救急現場ではバイタル測定が不可欠だが，接触式測定は感染リスクや患者負担が課題となる。近年，スマートフォンを用いた非接触式測定技術が開発されているが，救急医療現場での実証研究は少ない。本研究では，救急外来でのスマホ測定の精度を検証し，医療応用の可能性を探る。【方法】2024年10月～12月，北里大学メディカルセンター救急外来で成人患者を対象に，スマホ測定（脈拍・血圧・体温・SpO_2）と医療機器測定を比較し，Bland-Altman分析とスピアマン相関係数で評価した。【結果】解析対象81例のうち，スマホ測定は脈拍数で医療機器測定より平均20拍／分低値を示し，一致性は低かった（$\rho = 0.19$，$p = 0.10$）。マスクや照度など環境要因が測定精度に影響し，SpO_2や血圧の測定値のばらつきが大きかった。【考察】現段階ではスマホ測定の医療機器代替は困難だが，測定環境やアルゴリズムの改良により精度向上が期待される。今後，最適な撮影条件やパラメータ調整を検討し，救急医療での実用化を目指す。

ICTの活用とVR
演題番号　O58-7（E）

Virtual realityを活用した病院前救護における教育効果の検討
～救急救命士と救急隊員の比較検討－アンケート調査～

○原田 諭[1]，河村 孝志[3]，鈴木 健介[1,2]，石橋 涼子[3]，成川 憲司[1]，藤本 賢司[1]，中澤 真弓[1,2]，田中 傑也[3]，冨村 和之[3]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科，[3]山口市消防本部

【背景】救急業務に携わる職員は生涯教育が求められる。消防職員は多様な業務の中，近年の救急需要の増加のため訓練時間確保に苦慮している。山口市消防本部では，2023年から当学科で作成したVRを救急教育に活用している。【目的】救急救命士（救命士）・救急科隊員（隊員）にVR教材を視聴させ，教育に有用であるか検討した。【対象と方法】山口市消防本部職員168名に2023年10月23日から2024年1月19日までの間，VR視聴（COPD，外傷）後に22項目の後ろ向きアンケート調査を実施し，救命士と隊員の教育効果を比較した。【結果】有効回答は135名（80.3％）。「教科書と比較して有効である」は，58.8％（救命士），71.4％（隊員），「緊急度の判断ができる」は，52.9％（救命士），67.9％（隊員）であり，それぞれ隊員が有意に高かった。【考察と結語】VRは3次元空間のため現場の疑似体験が可能である。救命士と比較して隊員の教育に有用であった要因として，現場経験数の差，訓練時間の差が考えられた。VRは特に初学者に対して活用することで，教育効果が向上するであろう。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-1（D）

タスクシェア／シフトの先にあるもの

○近藤 圭太[1]
[1]春日井市民病院 救命救急センター

【背景】当救命救急センターでは慢性的な人手不足対策の一環として，R4年度から定年退職後救急救命士の雇用，R5年度から臨床検査技師のwalk-in外来への配属を行い，R6年度からは医師働き方改革・研修医負担軽減を背景に，従来医師が行っていた業務の一部を看護師にタスクシフト／シェアした。【業務内容と成果】検査・処置の代行入力，Flu／Cov-19検査，救急搬送依頼の電話対応などを行ったが，walk-in外来では既に導入していたNsトリアージ，検査技師の検査代行に加え，Flu／Cov-19検査を事前に行なうことで，医師労力だけでなく診察時間も削減できた。また検査・処置の代行入力により医療費の取り漏れが減った。看護師の負担軽減には，検査技師，院内救命士，看護助手の協力に加え，今後トリアージアプリ導入予定である。【考察】タスクシフト／シェアで大きな効果が得られたが，単なる業務分担で終われば現状改善目的の姑息的手段に過ぎない。適材適所と言える配置で多職種スタッフが専門性を活かし，自主的に救急医療に取り組んで最大限の力を発揮し新たな学びや喜びも得られるような医療チームの構築が最終目標と考える。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-2（P）

薬剤師による血中薬物濃度検査オーダ入力支援がバンコマイシン（VCM）誘発腎障害発現に及ぼす影響

○是枝 秀彦[1]，吉川 直樹[1]，落合 秀信[2]，池田 龍二[1]
[1]宮崎大学医学部附属病院 薬剤部，[2]宮崎大学 医学部病態解析医学講座 救急・災害医学分野

【背景】当院では救命救急センター入院患者への薬剤師による抗MRSA薬血中濃度測定オーダ入力支援を開始し，医師の業務負担が軽減したことを報告した。本研究では，本支援が患者にもたらす有益性の調査として，VCM誘発腎障害の発現に及ぼす影響を解析した。【方法】当院救命救急センターで2020年2月～2024年2月にVCMが点滴静注され，血中VCM濃度を測定した患者の情報を後方視的に収集した。薬剤師による支援は2022年2月に開始した。支援開始前後で全対象患者を2群化，さらにVCM誘発腎障害のリスク因子で傾向スコアマッチング（PSM）を行い，PSM抽出患者のVCM誘発腎障害発現率を比較した。【結果・考察】PSMにより，支援開始前後それぞれ59名の患者が抽出された。VCM誘発腎障害発現率は，支援開始前で11.9％，開始後で0％であった（P = 0.013）。また，VCM投与開始から初回TDM実施までの日数は，支援開始前と比較し，開始後で有意に短縮した（P = 0.022）。従って薬剤師による血中薬物濃度測定オーダ入力支援は，早期のTDMを実現可能とすることで，VCM誘発腎障害の回避に貢献することが示された。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-3（E）

通話時間から考える救急ホットラインでのタスクシフト

○松谷 将平[1]，岸田 全人[1]，遠山 笑里[1]，小室 奈央[1]，飯島 甫[1]，片山 久留[1]，佐々木 光風[1]，大谷 義孝[1]，加地 正人[1]
[1]埼玉医科大学国際医療センター

【はじめに】医師の働き方改革の推進に向けた取り組みであるタスクシフトでは，1．医師の負担軽減 2．業務の専門性の向上 3．チーム医療の推進などが挙げられ多くのメリットが期待されることから様々な所で実施されている【背景】当院での，救急受け入れホットラインは三次，初期二次，心疾患，脳卒中，転院の5つに別れている。2020年以前はその全てのホットライン応需を医師が行っていたが，2020年からは初期二次，心疾患，転院のホットライン応需を救命士が行うようになった【目的】ホットライン応需における医師から救命士へのタスクシフトの有効性をホットライン通話時間から考える。【方法】埼玉県救急医療情報システムより当院と救急隊との通話履歴を参照。通話時間を後方的に調査した【結果】2024年における初期二次でのホットライン通話時間は362時間21分であった【考察】結果から，かなり多くの時間のタスクシフティングに繋がっていることがわかった。さらに同職種で救急隊に理解のある院内救命士が対応することでタスクシフト以外でのメリットがあることも考えられホットラインでの医師から救命士へのタスクシフトは有意義である。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-4（D）

子育てと初期臨床研修の両立は可能か？ 研修機会を確保するための課題と求める支援策

○今村 珠璃[1]，田口 大[1]，曳田 彩子[1]，林 浩三[1]，片岡 秀真[1]
[1]勤医協中央病院 救急科

【背景】医師の働き方改革が進む中，育児中の初期研修医が研修を継続できる環境は不十分である。支援制度はあるが研修機会の減少が課題となり，「育児中の医師は戦力外」というイメージが制度利用の障壁となっている。【目的】育児中の研修医が直面する問題を整理し，研修の質を維持しながら育児と両立できる支援策を検討する。【方法】自身の経験をもとに，（A）勤務環境（B）研修機会（C）育児の負担（D）成功例（E）失敗例を収集・分析した。【結果】（A）勤務制限により育児時間は確保できるが，業務負担が集中し休息が不足。（B）時間外勤務免除により急変対応や緊急手技の経験が不足。（C）育児負担はパートナーの勤務状況に強く依存。（D）指導医と連携し手技機会を確保した例では研修の質を維持できた。（E）指導医との勤務制限状況の共有が難しく帰宅できない例があった。【考察】育児と研修を両立するには，制度の整備だけでなく研修機会の補完が不可欠であり，指導医や研修課との連携が研修・育児の質を左右する。より柔軟な研修プログラム整備の必要性を示し，育児中の研修医がキャリアを諦めずに活躍できる環境づくりに貢献したい。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-5（N）

肺胞出血による低酸素血症にて心停止を来した患者に対する診療看護師（NP）の関わり

○伏見 聖子[1]，山下 愛[1]，岡島 淳志[1]，芝 寿季[1]，太田垣 猛志[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院

【背景】当院は救急医および集中治療専門医が少数でありながら，最重症患者を受け入れる地域中核病院であり，診療看護師（NP）が医師と診療を担うことで，救急医療の質の充実化を図っている。今回，肺胞出血による低酸素血症にて心停止を来した患者に対して関わったNPの活動を報告する。【症例提示】54歳，女性。既往歴に肺塞栓，IVCフィルター留置，ワーファリン内服あり。前医より肺胞出血にて転送され，人工呼吸器管理を開始した。BAL施行後に心停止となりECMOを導入した。ECMOを抜去し抜管するも，抗凝固療法開始後に肺胞出血が再燃し再挿管を行った。呼吸管理及び薬剤調整の上再び抜管し，リハビリテーションを進め，自宅退院を目指している。【活動内容】NPとして患者に最善の治療とケアを行えるよう日々患者の病態を評価し，医師と治療方針を検討した。上記経過に関わる管理，看護ケアの検討，他科コンサルトの調整などを実践した。【結論】患者は大きな後遺症なく良好な転帰を辿った。医師が少数であっても，治療も看護も担えるNPが重症患者の全身管理に加わることで，救急医療および集中治療の質の向上の一助となることができる。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-6（MT）

救急外来インシデントに臨床検査技師配置が与える影響

○高橋 幸希[1]，大坪 里織[1]，柳原 駿平[1]，金井 隆太[1]，山際 武志[1]
[1]海老名総合病院

【背景】救急外来では臨床検査業務に関連するインシデントが発生している。特に救急外来における患者誤認や輸血関連のインシデントは，有害事象につながる危険性がある。2024年より，タスクシフト目的に，臨床検査技師が救急外来に配置されることになった【方法】2023年（配置前）と2024年（配置後）の救急搬送件数および臨床検査関連のインシデント件数及び内容を比較・分析した【結果】2023年の救急搬送件数は10061件，インシデントは59件，2024年は10655件，22件（約63％減）だった。特に平日日勤帯（8：30 ～ 17：00）では42件から13件に減少し，検体提出時のインシデントは25件から10件，患者誤認は2件から0件に減少した。輸血使用単位数は819単位から1260単位に増加したが，廃棄件数はともに2件であり，緊急輸血時の廃棄率が低下した。主なインシデントは準備ミス，報告遅延，データ反映ミスなどだった【結論】臨床検査技師の配置により，検査業務や輸血管理のインシデントが減少した。臨床検査技師の配置はタスクシェアだけでなく，リスクマネジメントの観点からも推進されるべき取り組みであるといえる。

タスクシェア・タスクシフト，働き方改革
演題番号　O59-7（N）

広範囲熱傷患者における診療看護師のPICC挿入の有用性：非透視下PICC挿入デバイスを用いた一例

○中村 祐太[1]，齋藤 兄治[1]，髙橋 大地[1]
[1]青森県立中央病院

【はじめに】広範囲熱傷患者では，静脈路確保のために中心静脈カテーテル（CVC）が選択されることが多い。しかし，健常皮膚の残存範囲が限られるため，挿入部位の選択には制約がある。本稿では，診療看護師（NP）が非透視下PICC挿入デバイスを用いて静脈路を確保した症例を報告する。【症例】82歳女性。ストーブの火が衣類に引火し，顔面から腹部，右上肢にかけてⅡ度熱傷20％，Ⅲ度熱傷4％を負った。左上腕は健常であったため，診療看護師が非透視下PICC挿入デバイス（シャーロック3CG™）を用いて左上腕にPICCを挿入した。【考察】当院では，診療看護師がCICCの代替手段としてPICC挿入を担い，年間約150例を実施している。従来は一般病棟での挿入が主であったが，非透視下PICC挿入デバイスの導入により，救急外来やICUにおける重症患者にも対応可能となった。本症例のように健常皮膚が限られる広範囲熱傷患者においても，非透視下PICC挿入デバイスを用いた診療看護師によるPICC挿入は，安全かつ有効な選択肢となる可能性が示唆された。

TDMと投与設計
演題番号　O60-1（P）

細菌性髄膜炎患者におけるバンコマイシン初期投与設計結果と初回TDM結果のAUC比較調査

○甲斐 崇文[1]
[1]山口県立総合医療センター 薬剤部

【目的】細菌性髄膜炎患者においてバンコマイシン（VCM）初期投与設計結果（初期結果）と初回TDM結果（TDM結果）が乖離する症例があり，細菌性髄膜炎患者におけるVCM初期結果とTDM結果のAUCを比較調査した。【方法】2021年4月～ 2024年3月に細菌性髄膜炎（疑い含む）でVCMが投与された患者を対象とし，VCM初期結果とTDM結果のAUCを調査した。血清Crが0.6mg/dL以下の場合，0.6mg/dLに補正した場合を補正群，実測値を使用した場合を実測群とした。TDMにはPAT（ver. 3.0）を使用した。【結果】対象患者は26名で，Cr0.6mg/dL以下は17名だった。補正群は初期結果AUC398mg・h/Lに対しTDM結果AUC346mg・h/Lと有意に小さく（$p < 0.05$），実測群は初期結果AUC297mg・h/Lに対しTDM結果AUC305mg・h/Lと有意差を認めなかった（$p = 0.275$）。【考察】AUCはCrを補正しない場合は初期結果とTDM結果に有意差を認めず，細菌性髄膜炎患者は実測Crで初期投与設計を行った方が初回TDM結果との差が小さい可能性が示唆された。

TDMと投与設計
演題番号　O60-2（P）

過大腎クリアランスを発現した患者においてレベチラセタムのトラフ値を測定した2例

○小林 洋平[1]，河津 敏明[1]，福間 博[2]，中尾 彰太[2]，深津 祥央[1]
[1]りんくう総合医療センター 薬剤部門，[2]りんくう総合医療センター 救命診療科

【背景】過大腎クリアランス（ARC）は，実測Creatinine Clearance（CCr）≧130mL/min/1.73m^{2}で定義され，レベチラセタム（LEV）の血中濃度低下が海外で報告されている。今回，本邦のARC患者で，LEVのトラフ値を管理したので報告する。【症例】①50代男性，非痙攣性てんかん重積を疑いLEV2000mg／日を投与。day4の実測CCrは253.2mL/min/1.73m^2，day6のトラフ値は9.73 μg/mLであった。その後，一度中止したが，痙攣発作の出現に伴いday13に1000mg／日で再開し，day20の実測CCrは112mL/min/1.73m^2，トラフ値は9.12 μg/mLであった。②20代男性，重傷頭部外傷の痙攣予防でLEV1000mg／日で投与。day5の実測CCrは217mL/min/1.73m^2，トラフ値は5.07 μg/mLであった。【結論】本邦のARC発現患者においてもLEVが低濃度であった。ARC発現患者にLEVを投与する場合には，投与量の増量検討や血中濃度のモニタリングを含む適切な薬物治療管理が必要となる可能性がある。

TDMと投与設計
演題番号　O60-3（P）

ファビピラビル投与期間中に血漿交換療法を施行し，治癒に至った重症熱性血小板減少症候群の一例

○衛藤 大輝[1]，塚本 菜穂[2]，竹中 隆一[2]，安部 隆三[2]，伊東 弘樹[1]
[1]大分大学医学部附属病院 薬剤部，[2]大分大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【緒言】重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は致死率の高い感染症である。病因物質除去目的に血漿交換療法（PE）が行われるが，SFTSに対するファビピラビル（FPV）投与期間中にPEを行った報告はなく，併用による影響は不明である。【症例】73歳男性。前医にて第6病日にSFTSの確定診断となり，当院へ転院となった。入院時，AST，LDH，CKは正常範囲内であった。第7病日，FPV投与を開始した。第8病日，AST，LDH，CKが急増し，PEを施行する方針となった。PEによるFPVへの影響を考慮し，FPVの投与時間とPEの時間を調整した上で併用を行うこととした。AST，LDH，CKの改善がみられたためPEは3日間で終了とした。以降も検査値は改善傾向であり，第19病日に自宅退院となった。【考察】PEは様々な薬剤の血中濃度低下に寄与するとの報告があるが，FPVの除去率は明らかではない。本症例ではFPVの除去率を直接測定するには至っていないが，治療結果として回復が得られたため，FPVの投与時間を調整することで，PEの影響を抑え，SFTSに対するFPVの効果を維持できる可能性が示唆された。

TDMと投与設計
演題番号　O60-4（P）

岐阜大学医学部附属病院におけるアセトアミノフェン中毒に対する薬剤師の取り組み

○山田 悠人[1]，鷲見 和之[1]，吉田 省造[2]，鈴木 昭夫[1,3]
[1]岐阜大学医学部附属病院 薬剤部，[2]岐阜大学医学部附属病院 高次救命救急センター，[3]岐阜薬科大学 先端医療薬学研究室

【目的】岐阜大学医学部附属病院ではアセトアミノフェン（APAP）による中毒が疑われた症例に対して質量分析計を用いた血中濃度測定を実施し，薬剤師は血中濃度および服用時の状況，臨床検査値からNアセチルシステイン（NAC）の投与中止の可否について医師へ提案している。本研究では当院における取組みの有用性について検討した。【方法】2011年～2024年の間にAPAPを含む薬剤の大量摂取が疑われた患者を対象に，APAP服用量および血中濃度，NACの投与回数，処置，嘔吐の有無，検査値，高次救命救急センター（ACC）滞在日数について調査した。【結果】対象となった患者は14名で，APAP摂取量が150mg/kgを超える患者は9名（64.2%）であった。肝障害を認めた患者は2名（14.3%）であり，いずれも嘔吐まで120分以上経過していた。一方，肝障害を認めなかった患者に対して，薬剤師がNAC投与中止を提案することで，NAC投与回数は平均8.8回に減少し，ACCの平均滞在日数は2日であった。【考察】薬剤師による血中濃度測定および臨床評価を行うことで，ACC滞在期間を短縮し，病院経営への貢献につながる。

TDMと投与設計
演題番号　O60-5（P）

MRSA菌血症に対しPBPMでバンコマイシンの投与設計を行った1例

○上田 大貴[1]，遠藤 啓之[1]，野上 裕介[1]，柏浦 正広[2]，安田 英人[2]，守谷 俊[2]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 薬剤部，[2]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急部

【はじめに】当院救急救命センターでは，2024年12月よりPBPMによる抗菌薬用量調節支援を開始した。今回MRSA菌血症に対してPBPMによるバンコマイシン投与設計を行った1例を報告する。【症例】50歳代男性，細菌性肺炎の呼吸不全のため当救急救命センターに入院。第2病日に血液培養でMRSAが同定されたため，バンコマイシンを初回負荷2g，維持量1g q12hで投与開始した。第3病日に薬剤師主導でバンコマイシン投与及び次回血中濃度測定の代行入力を実施した。第4病日にトラフ濃度11 μg/mlのため1.25g q12hへ増量した。第5病日にクレアチニン上昇傾向のため減量を検討したが，尿量等全身状態を考慮して同量継続した。第6病日にトラフ濃度19 μg/mlとなり目標トラフ濃度へ到達した。その後状態は安定し，第22病日に一般病棟へ転棟した。【考察】PBPMによるバンコマイシン投与設計を行うことで，医師の負担軽減につながり早期目標血中濃度への到達，腎機能障害予防に寄与した。PBPMによる抗菌薬用量調節支援は有用であることが示唆された。【結論】PBPMによる抗菌薬用量調節支援は有用であることが示唆された。

TDMと投与設計
演題番号　O60-6（P）

宗教的理由による輸血拒否患者に対して心臓血管手術術前介入した1例

○熊坂 雄一郎[1]，齋藤 靖弘[1]
[1]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院

【症例】70代女性，僧帽弁狭窄症診断に対して僧帽弁置換術目的に当院へ入院。患者状態より早期の手術を検討されたが，入院時点での採血結果中等度貧血を認めた。一方，宗教上の理由より輸血への拒否があり，ヘモグロビン12～13g/dLを目標として薬剤師から主治医へ介入を行った。DAY2より貧血に対して葉酸，ビタミンB12製剤，鉄剤投与開始に加え，保存期慢性腎臓病患者のため，持続型赤血球造血刺激因子製剤を初回から高用量投与にて開始。DAY9より鉄の吸収率を高めるため，ビタミンC追加。DAY18からHIF-PH阻害剤投与開始。DAY27に検査値上貧血改善，僧帽弁置換術＋左心耳閉鎖＋左心耳血栓除去施行。DAY29　ICU退室。DAY35　退院。【考察】宗教的理由により輸血が不可能かつ，病態により採血の回数も制限される場合，外科手術前に造血に関わる各種検査項目を一覧化しておき，初回の採血時点で必要な検査を確認出来るようにしておくことで，薬剤の選択が簡易化する可能性がある。手術の種類によって，出血のリスクも異なるため，各手術項目毎に，安全を考慮した目標の検査値等を院内で取り決めておくことも重要であると感じた。

TDMと投与設計
演題番号　O60-7（P）

ICU管理を必要とする心臓血管外科手術患者における不眠症治療薬常用化因子の検討

○遠山 泰崇[1]，井上 真[1]
[1]大分岡病院 薬剤部

【目的】心臓血管外科手術は侵襲性が高く，せん妄発症予防の睡眠コントロールのために不眠症治療薬（以下，睡眠薬）が投与される機会が多い。一方，睡眠薬は適正使用が求められているが，常用化に関する報告はない。今回，心臓血管外科手術患者に対する睡眠薬常用化因子について検討したため報告する。【方法】2023年4月から2024年3月に心臓血管外科手術後にICU管理となった患者のうち，新規に睡眠薬が開始された94名を調査対象とした。退院時の睡眠薬の継続（常用化）の有無について診療録データを用いて後方視的に検討した。【結果】常用化群30名，非常用化群64名であった。2群間の単変量解析で有意差が確認された項目は，処方の契機（医療者の判断），定期服用，ラメルテオン，ゾルピデムの服用であった。ロジスティック解析では，常用化に影響する因子は，定期服用，ゾルピデムの服用であった。【考察】睡眠薬常用化因子として用法が大きく影響していた。特にせん妄発症患者に対して定期処方され，症状改善後も継続されていた。睡眠薬の適正使用のためには，開始の契機とその後の経過を把握し，継続の必要性について常に検討する必要がある。

メディカルコントロール
演題番号　O61-1（E）

心肺蘇生を望まない傷病者が救急現場で自己心拍再開した一例

○平野 幾万[1]，大屋 悠真[1]，大石 奨[1,2]
[1]豊田市消防本部，[2]熊本大学 教授システム学教育実践力開発拠点

【はじめに】当市は，西三河地区MC協議会が作成した「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊活動要領」（以下要領）に従い，DNAR傷病者への対応をしている。要領は，対象を心肺停止傷病者としており，不搬送とする条件が揃うまでは心肺蘇生等を実施することが定められているが，救急現場で自己心拍再開した際の対応は定められていない。【症例】85歳男性。自宅で徐々に意識レベル低下後にCPA状態となる。救急隊接触時，DNAR情報はなくLT挿入などの救命処置を開始する。その間，家族はかかりつけ医に連絡を取っており，救急隊が電話を代わったところ胃癌によるDNARの情報を得た。同時刻に自己心拍再開したが，家族は自宅で看取りたいと話した。救急隊は，本人及び家族の意思を尊重する形で，かかりつけ医の指示により不搬送とした。【考察】自己心拍が再開した重度傷病者を不搬送とすることは，救急業務として課題が残るものの，本人や家族の意向に添えたことは間違いない。ACPが広がる現状において，定められた要領では網羅できない事象も起こり得るため，継続的な体制整備が望まれる。

メディカルコントロール
演題番号　O61-2（E）

大阪府泉州地域MC協議会における既存の枠組みを活用した指導救命士によるMC医師研修体制の紹介

○萬野 義宜[1]，木村 信広[1]，南 真吾[1]，木下 高志[1]，向井 秀之[1]，月木 良和[1]，中尾 彰太[2]，松岡 哲也[2]
[1]大阪府泉州地域メディカルコントロール協議会指導救命士主導病院前救護活動検討小委員会，[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

【背景】当地域では，以前から事後検証会議等でMC医師に対する研修の必要性について議論されていたが，研修の実施には至らず，これら研修は各医療機関に委ねていた。【目的】円滑なオンラインMC及び事後検証のために効果的で，且つ維持継続可能なMC医師研修体制を構築すること。【方法】泉州地域MC協議会に設置された，指導救命士のみで構成される指導救命士小委員会で調整を行い，MC会長に内容の承認を得たうえで，毎月開催されている事後検証会議後の時間を活用し円滑なオンラインMC及び事後検証を行うために必要な知識について指導救命士が講義を行った。【結果】令和6年6月から実施し，既存の体制を活用したことで新たな負担を生じることなく延べ119名のMC医師が参加した。【考察】指導救命士が主体となり研修を実施することで，指導救命士の質の維持向上，ひいてはProfessional Autonomy確立にも有用であり，研修を通じて搬送ルールやプロトコルなど病院前救護活動に対する理解が深まるだけでなく，地域全体での共通認識を生むことにも繋がり，その結果，MC医師のオンラインMC及び事後検証の質向上に資すると考える。

メディカルコントロール
演題番号　O61-3（D）

山口県における救急業務安全管理要領の策定

○藤田 基[1]，戸谷 昌樹[1]，長岡 敏信[2]，鶴田 良介[1]
[1]山口大学大学院 医学系研究科 救急医学講座，[2]下関消防局

山口県では救急業務の安全管理を強化し，救急医療の質を向上させることを目的に，県メディカルコントロール（MC）協議会が主体となり，「救急業務安全管理要領」を策定した。本要領は，救急業務中に発生する医療有害事象を適切に把握・分析し，再発防止策を講じることで，安全かつ適切な救急対応の実現を目的としている。本要領では，インシデント（未遂事例）とアクシデント（傷病者に影響を与えた事例）を明確に定義し，それぞれの事象をレベル分類することで，体系的な対応を可能とする枠組みを構築した。また，県MC協議会の管理のもと，救急業務安全管理委員会を設置し，定期的なデータ収集・分析，事例検討，教育・啓発活動を実施することで，救急業務におけるリスクマネジメントの強化を図る。さらに，重大な事象が発生した際には，特別委員会を設置し，迅速かつ的確な対応を行う体制を整備した。これらの取り組みにより，救急隊員の安全意識の向上を促すとともに，医療機関との連携を強化し，救急医療の安全性と質の向上を図る。今後も，県MC協議会の主導のもと，継続的なモニタリングと改善を行い，安全で質の高い救急医療の提供に努める。

メディカルコントロール
演題番号　O61-4（D）

当地域での救急救命士によるブドウ糖投与の実態

○直江 康孝[1,2]，鈴木 剛[1,2]
[1]川口市立医療センター，[2]日本医科大学 救急医学教室

平成26年4月1日より，救急救命士は医師の具体的な指示の下，低血糖発作症例に対してブドウ糖溶液の投与が可能となった。これにより，救命救急センターへの低血糖傷病者の搬送数は減少したが，当地区での実態を明らかにするために調査を行った。【対象】当院救命救急センターMC管内の消防局が2019年から2024年の6年間に搬送した161,251名。【結果】血糖測定を実施したのは1,592例で，そのうちブドウ糖投与を行ったのは445例であった。当地区のプロトコールではJCS II-10以上の意識障害傷病者で血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定等に利益があると判断される場合に測定することになっており，測定のための穿刺による痛みが傷病者の不利益となる場合は除外される。血糖値が50mg/dl未満で50％ブドウ糖を投与することとなる。積極的に低血糖を疑い血糖測定を行った症例だけでなく，低血糖の除外目的で漫然と測定されている症例も多く，脳血管障害症例で測定もみられた。調査の結果を報告する。

メディカルコントロール
演題番号　O61-5（D）

酩酊・飲酒後に交通機関で受傷し救急搬送された頭部脊椎脊髄外傷例の検討

○岩瀬 正顕[1]，須山 武裕[1]，李 強[1]，上田 早織[1]，埜中 正博[2]
[1]関西医科大学総合医療センター 脳神経外科，[2]関西医科大学 脳神経外科学講座

【目的】酩酊・飲酒後に交通機関で受傷し救急搬送された頭部脊椎脊髄外傷の自験例を検討し，文献的検討を加え報告する。【対象・方法】過去3年間，当院に救急搬送された酩酊・飲酒後により救急搬送された頭部脊椎脊髄外傷のうち交通機関で受傷し手術を要したものは3例であった。【症例1】60歳代男性，酩酊ホームから軌道敷転落し救急搬送され頭部外傷に外科的介入。【症例2】60歳代男性，酩酊，階段転落し頚椎多発骨折に対し頚椎固定術施行。【症例3】50歳代男性，酩酊エスカレーター転落し頚椎骨折に対し頚椎固定術施行。【考察】酩酊に伴う頭部脊椎脊髄外傷により手術を要する症例の受傷機転は，自動車事故，自転車事故，自宅内階段転落がある。一方，交通機関で酩酊に伴う頭部脊椎脊髄外傷手術例は，階段転落が多く，ホームから転落，エスカレーター転倒転落も報告がある。頭部外傷・意識障害，頚椎損傷による頚髄損傷，神経根症の報告がある。一般的に頭部外傷の3-5％に頚椎頚髄外傷合併が知られており，飲酒の影響で神経症状診断が遅れる要因となるとされ注意を要する。【結語】酩酊・飲酒後に交通機関受傷の頭部脊椎脊髄外傷の自験3例を報告した。

メディカルコントロール
演題番号　O61-6（E）

埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会 指令係員口頭指導技術向上への試みと課題

○平山 徹[1]，有馬 健[2]，松島 久雄[3]，横溝 順一[4]，金川 和生[5]，塩澤 智弘[6]，望月 淳平[7]，篠田 恭司[8]，黒田 尚吾[9]
[1]吉川松伏消防組合消防本部，[2]春日部市立医療センター，[3]獨協医科大学埼玉医療センター，[4]春日部市消防本部，[5]越谷市消防局，[6]埼玉東部消防組合消防局，[7]蓮田市消防本部，[8]三郷市消防本部，[9]草加八潮消防局

【概要】救急業務における指令係員の口頭指導技術については，傷病者の生命及び予後に重大な影響力があると言える。埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会では，指令係員への口頭指導講習会を年4回実施しており，令和6年中の取り組み内容と今後の課題について報告する。【方法】講習会で使用するシナリオを指導員である救命士が作成し，WEB会議システムを用いた指導を実施。受講者にアンケートを行い，結果を検討する。【結果】令和6年中の口頭指導講習会参加者は39名。参加者年齢別は20代以下で最多の15名，指令係員としての経験年数も1年未満の参加者が21名と最多であった。また，本講習の満足度調査でも講習会に参加した全員が満足であったと評価。【結語】指令係員の若年層化及び指令係員経験年数の浅さが分かり，救急に対する知識不足の職員が指令係員として配属されている現状が判明した。

メディカルコントロール
演題番号　O61-7（E）

多施設に同時に所属する救急救命士のメディカルコントロール体制の実例

○後藤 奏[1,2]，蔵満 恭助[1,2]，金丸 勝弘[2]
[1]日本救急システム（株），[2]宮崎県立延岡病院 救命救急センター

【背景】2021年，救急救命士法が改正され病院内で活動が可能となった。救命士の活動に必要不可欠なMC体制は，消防機関は都道府県MC協議会，医療機関その他組織に所属する救命士は組織ごとで構築されている。【当社のMC体制】①救急搬送業務：自治体より119番通報に対する救急搬送業務を受託。都道府県MC協議会に所属し消防機関と同等の救急活動を実施。②ドクターカー（以下；DC）出向：直近三次医療機関の運用するDCにドライバーとして在籍出向（非常勤雇用）。病院前ならびに初療における救急救命処置も含まれており，院内MC体制を構築。③イベント救護：事業として各種イベント救護を実施。救急科専門医による社内MC体制を構築。【多施設同時所属の場合】所属する救命士は実施する業務に合わせて所属MCを使い分けている。例）救急搬送業務時は都道府県MC，DC業務時は病院MCに準じる。【懸念と課題】実施可能な処置やプロトコルについて差違が生まれ，活動を混同してしまう懸念がある。特定行為について全国共通の認定制度が確立しておらず，所属するMCごとに特定行為が実施出来る・出来ないといった差違が発生することが課題である。

脳神経1
演題番号　O61-8（D）

急性期脳卒中プロトコルにおける早期脳血管内治療チームの介入の効果：後ろ向きコホート研究

○森 仁志[1,2]，柏浦 正広[1]，小野 文子[2]，鈴木 一郎[2]，吉村 有矢[2]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター，[2]八戸市立市民病院

【背景】急性期脳梗塞に対する組織プラスミノーゲン活性化因子（tPA）投与および血管内治療（EVT）は迅速な開始が重要である。当院では治療開始の迅速化を目的に，脳血管内治療医が初期診療に参画するプロトコルを導入し，その効果を検討した。【方法】単施設後方視観察研究。2010年1月から2022年12月に救急搬送され，tPAまたはEVTを受けた急性期脳梗塞例を対象とした。プロトコルでは病院前情報に基づき脳血管内治療医を含む脳卒中チームが起動され，患者の病着時から診療を開始し，脳血管内治療医が画像検査結果から治療戦略を決定した。患者はプロトコル群と従来群に分類した。評価項目は退院時Modified Rankin Scale（mRS）0-2とし，ロジスティック回帰分析で効果を推定した。【結果】プロトコル群313例，従来群188例であった。退院時mRS　0-2の割合はプロトコル群で有意に高かった（44.4% vs. 31.9%；調整オッズ比：2.92，95% CI：1.83-4.66）。【結論】脳血管内治療医が初期診療に参画するプロトコルは，急性期脳梗塞患者の転帰を改善する可能性がある。

ﾏｽｷﾞｬｻﾞﾘﾝｸﾞ，ｽﾎﾟｰﾂｲﾍﾞﾝﾄなど
演題番号　O62-1（E）

第3回鹿屋・肝付ロードレース，第3回志布志クリテリウムにおける救護体制と症例について

○大村 香織[1]，久木田 一朗[1]，田中 誠[1]，富士川 浩祥[1]，中嶋 秀人詞[1]，新屋 秀斗[1]，平間 優汰[1]，下川床 捺稀[1]，松本 康世[1]，河野 竜太[1]，村山 さやか[1]，竹下 和紀[1]
[1]医療法人青仁会池田病院

【はじめに】自転車競技中の選手はヘルメットを着用しているがウェアに防護機能は無い。実際に全国で2年連続してロードの自転車競技で死亡事故が発生している。事故時は高エネルギー外傷や，複数名落車の可能性がある。今回，JBCFロードレースが2日間開催となった。救急医を含めた医療チームで救護に臨んだことと，救護中に経験した症例について報告する。【目的】2日間の自転車救護において対応した救護症例の検討【方法】救護統括責任者が落車事故発生時の対応マニュアルを作成し，救護に臨んだ。その結果を検討した。【結果，考察】競技中の事故発生に伴う外傷症例は29例（継続処置を除く）あり，救急搬送となった事例は1例（脳震盪，右半身擦過傷，全身打撲等）。ウォークイン受診となった事例は7件（鎖骨骨折，肋骨骨折，横突起骨折，右前腕骨骨折等）であった。競技中の事故は高エネルギー外傷に伴う，頭部外傷，脊椎損傷，骨盤大腿部骨折などの多様なリスクが存在するため最重症患者発生時に対応できる体制整備は必要である。今後，より安全なロードレースの開催に向けて，救急医，医療スタッフの参加とマニュアルの充実が望まれる。

ﾏｽｷﾞｬｻﾞﾘﾝｸﾞ，ｽﾎﾟｰﾂｲﾍﾞﾝﾄなど
演題番号　O62-2（D）

熊本城マラソンの救護体制と課題

○笠岡 俊志[1]
[1]熊本大学病院 災害医療教育研究センター

熊本城マラソンの参加定員は13,000名，制限時間は7時間，参加資格は大会当日に満18歳以上の方であり70歳以上の高齢者も認められる。ランナーの外傷や急病，特に心肺停止に対応するため，救護所の設置（13か所，約100名）やAED隊の配置など組織的な救護活動を行っている。2020年の大会では降雨や気温の低下により約40名のランナーが低体温症などのため医療機関に救急搬送された。2023年の大会では救急搬送は4名のみであったが，そのうち1名はゴール直前に心停止となった事例であり救護班の迅速な対応により無事救命された。2024年の大会では気温が20℃まで上昇したため熱中症や脱水症のランナーが多発し約20名が救急搬送された。2025年の大会ではランナーの救急搬送は8名でそのうち1名は心停止であったが救護班の迅速な除細動により心拍再開した。冬季に開催されるマラソン大会においてランナーの体調に対する気象の影響を考慮する必要があり事前の注意喚起が重要である。さらにフルマラソン大会の救護では42.195キロという長距離区間をカバーする必要があり救護を担当する医療スタッフの確保も課題と考えられる。

マスギャザリング，スポーツイベントなど
演題番号　O62-3（E）

マラソン救護活動におけるWeb会議システムを活用した救護体制の検討

○井上 拓訓[1]，喜屋斗 智也[1,2,3]，坂梨 秀地[2]，柳 聖美[1]，津波古 憲[1,2,3]，曽根 悦子[3]，都 城治[3]，桂原 貴志[2]，大森 俊平[2]，小酒井 和輝[1]，木島 陽尚[1]，木村 龍[1]，田中 正弥[1]，澁谷 亮介[1]，清水 幸之助[1]，原山 尋斗[1]，針谷 拓[1]，栁澤 初実[1]，齋藤 大蔵[1,2,3]，田中 秀治[1,2,3]
[1]国士舘大学大学院，[2]国士舘大学 体育学部，[3]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所

【背景】本学ではマラソン救護活動を実施し，これまで音声通信・映像伝送機能・GPSを搭載した救護活動専用ヘルメットを用い，リアルタイムで位置情報と映像が医師に共有できる救護体制を構築してきた。【目的】マラソン救護においてWeb会議システム（Zoom）を活用した救護体制を構築し，その効果を検討すること。【方法】2017年3月1日～2024年11月30日で実施したマラソン救護活動は計148大会あり，その内モバイルAED隊と本部でZoomによる音声通信を導入した53大会と導入していない95大会での救急車要請症例の比較検討を行なった。【結果】現場から本部へZoomで通信した症例は，現場映像を直接確認できるためモバイルAED隊接触から平均1.1 ± 1.0分（n = 6）で本部より救急要請を実施した。一方，現場から本部へ電話連絡した症例では，平均7.6 ± 2.4分（n = 11）であった。【結語】Zoomは簡便かつ低コストで導入可能であり，ワンタッチ操作かつハンズフリーで音声・映像通信が可能である。リアルタイム通信により現場の状況を本部が把握し，Zoomを用いることで迅速な救急要請に繋がることが示唆された。

マスギャザリング，スポーツイベントなど
演題番号　O62-4（E）

プロサッカー公式戦における傷病者発生率の分析と対策の検討

○小倉 勝弘[1]，齋藤 達[1]，宇田川 美南[1]，宮永 彩加[1]，三橋 正典[1,2]，藤本 賢司[1]，原田 諭[1]，成川 憲司[1]，鈴木 健介[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景】当大学は，2022年に一般社団法人F・マリノススポーツクラブと協定を締結し，ホームゲームでの救護活動を行っている。救護対象は，観客や試合運営スタッフに加え，2023年からは国際試合における選手にも拡大し，クラブと協力した独自のMC体制を構築している。【目的】傷病者発生状況を調査し，今後必要とする対策について検討した。【方法】2023年以降の47試合を対象に，PPR（傷病者発生率）を比較した。【結果】年間では，2024年が0.156（n = 25），2023年が0.137（n = 22）であった。季節では，夏季が0.313（n = 14），それ以外が0.077（n = 33）で有意差を示し，WBGTが25を超える試合も同様であった。【考察】PPRは国内開催の他競技や海外サッカーと比較しても低値であり，救護体制は安全・安心なスタジアムの実現に寄与していると考える。一方で，夏季に増加する熱中症傷病者への対応が課題であり，より効果的な対策の検討が必要である。【結語】安全・安心な試合運営を当学科は医療の面から支えている。今後も一人でも多くの人が安心して観戦できる試合運営に協力してゆきたい。

マスギャザリング，スポーツイベントなど
演題番号　O62-5（S）

日体大体育研究発表実演会での災害トリアージSTART法の演技体験からの検討

○関根 夏鈴[1]，原田 諭[1]，高橋 涼華[1,2]，小倉 勝弘[1]，三橋 正典[1,2]，藤本 賢司[1]，中澤 真弓[1,2]，鈴木 健介[1,2]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[1,2]
[1]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[2]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景】集団行動の演技で有名であり，毎年の動画再生回数が約10万件を誇る日体大の体育研究発表実演会（以下；実演会）の61回大会で救急医療サークルとして，災害時での1次トリアージSTART（Simple Triage and Rapid Treatment）法を“演技種目化”して発表した。4分30秒以内で一般人にもトリアージの内容が理解され，約12,000人の聴衆者に演技種目でも満足度が求められる。前代未聞で過緊張の絶えない未曾有の大変な体験であった。【目的】実演困難とされたSTART法を上手く発表できたので報告する。【方法】救急医療学科の学生50名で演技し，演者はトリアージリーダーの主役となり，トリアージタッグも活用した。全体説明する教員と演技構成を発表前まで，建設的に意見交換を実施し，合計10回の練習を行った。【結果】満足度の高いSTRAT法の発表であり，教員や参集者からも高評価を得た。【考察と結語】災害時最良の医療提供には，トリアージの理解は救助者，傷病者ともに必須であろう。災害医療への関心，学生間での連帯感や教員との良好な関係がより構築され，創造性の向上と大いなる自己成長に繋がった。

マスギャザリング，スポーツイベントなど
演題番号　O62-6（N）

インフルエンザ大流行への事前対策とその実際

○栗本 奈美[1]，三宅 千鶴子[1]
[1]公益財団法人大阪府三島救急医療センター 高槻島本夜間休日応急診療所

当診療所は内・外・小児・歯科を有する夜間休日応急診療所で年間患者数は約3万人である。例年，年末年始にはその10％前後が集中するが，令和6年度はインフルエンザが大流行となり診察が逼迫することとなった。今後の患者激増時における当診療所の安全な医療提供体制のあり方を検討した。【事前対策】従事者の増員，受付の整理券配布，診察前の有熱者迅速検査実施などを取決めしていた。【結果】1日の患者数が例年の約1.5倍の700人を超える日が5日間連続し，うち39％は市外からの受診であった。迅速検査は患者の70％に実施し，うちインフルエンザ陽性率62％コロナ陽性率5％であった。混雑時は来院から看護師のトリアージまでに4時間要し，緊急度の判定すら困難な状況であった。午前，午後の診察区分では診察可能人数を超過した場合は受付を中止したが，従事者が減となる19時から翌7時までの夜診にも患者は流れ350人を超えた。来院から医療者が接触するまでにかなりの時間を要し，緊急度の高い患者を把握しにくい環境であったと考える。初期救急を担う当診療所において患者および従事者の負担を軽減し安全に施設の役割を担える対応策が必要である。

マスギャザリング，スポーツイベントなど
演題番号　O62-7（E）

民間救急資源を活用した地方自治体の救急需要対策の実証検討

○曽根 悦子[1]，大伴 茉奈[2]，細川 由梨[3]，鶴 健一朗[4]，大木 学[1]，高山 祐輔[4]，中川 洸志[5]，田中 秀治[1]
[1]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[2]桐蔭横浜大学 スポーツ科学部，[3]早稲田大学 スポーツ科学学術院，[4]帝京大学，[5]中央大学 理工学部

【背景】オーバーツーリズムは，地域医療に大きな影響を与える。105個のスポーツグラウンドを要する長野県上田市菅平高原はラグビーの聖地として有名であり，夏合宿等で夏季期間（6－9月）に約72万人訪れる。【目的】地域医療資源と民間救急資源を活用したオーバーツーリズムに対する救急需要対策の効果を検証すること。【方法】2024年8月の13日間，日本ラグビーフットボール協会の支援の下，上田地域広域連合消防本部，菅平高原クリニックと連携し，菅平高原部に民間の救急医療スタッフを待機させた。【結果と考察】全対応事案は51件であり，うち民間の救急医療スタッフのみで対応したのが35件，上田地域広域連合消防本部と連携し対応したのが16件であった。上田地域広域連合消防本部の2024年8月の菅平高原地区への救急出場件数は112件であり，1日の平均出場は4.1件であった。実装期間中の13日間では1日の平均出場は2.9件，菅平高原部への重複出場時間は20分と昨年の同時期より約2時間短縮させることができた。民間救急資源と地域医療をハイブリッドで活用することは救急需要対策に効果があることが示唆された。

外傷1
演題番号　O63-1（D）

肋骨骨折後の後腹膜出血による出血性ショックの1例

○佐久間 佑希[1]，鈴木 恵輔[1]，飯島 章子[1]，広瀬 大輝[1]，町田 麻美[1]，菊地 一樹[1]，昼間 楓[1]，井上 元[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座

【背景】肋骨骨折は鈍的胸部外傷において最も頻繁に発生する外傷の一つであるが，後腹膜出血の合併症は稀である。【症例】抗血小板薬，抗凝固薬を内服している70歳台男性。自宅内で転倒後に脱力，体動困難となり救急要請となった。来院時，背部痛を訴えており，血圧は測定不能，Lactate13.3mmol/Lとショック状態であった。FASTは陰性で体幹部造影CT検査にてミギ第11，12肋骨骨折と後腹膜腔に血管外漏出像を伴う出血を認めた。緊急でTAEの方針となりミギ肋下動脈が責任血管として考えられたためNBCA（n-butyl2-cyanoacrylate）を用いて塞栓した。その後は循環動態が安定し，第2病日にリハビリテーション目的に転院した。【結論】肋骨骨折の合併症の頻度としては，血気胸や肺挫傷などの胸腔内損傷が多い。下位肋骨骨折では肝損傷や脾損傷なども合併し，下位肋骨背側の肋間動脈損傷，肋下動脈損傷では解剖学的に後腹膜腹腔に穿破する。後腹膜出血はエコーでの描出が困難でありCT検査でなければ診断が難しいケースも多く注意が必要である。

外傷1
演題番号　O63-2（D）

左第10肋骨骨折の診断で帰宅となった左副腎損傷の1例 ～FASTの意義を再確認する～

○小川 太志[1]，酒井 俊輔[1]
[1]沖縄県立宮古病院 救急科

外傷診療でのFocused Assessment with Sonography for Trauma（以下FAST）は，その本質を理解しないまま用いると損傷を見逃す可能性がある。症例は20代の女性。自動車助手席に乗っていて街路樹に衝突し救急搬送となった。Primary Surveyで明らかな異常は認めなかった。身体所見では下顎に擦過傷，左下部肋骨部にシートベルト痕，圧痛を認めた。FAST陰性，レントゲンで左第10肋骨骨折と診断され帰宅となった。帰宅後にめまいを認めたが就寝，翌朝になっても改善せずER受診となった。意識清明，バイタルサイン安定，自覚症状は左側胸部痛とめまい，身体所見は左側胸部の圧痛のみであった。すぐに採血，単純CTを施行，左腎臓，脾臓周囲に血腫を認めたため，造影CTを追加した。その結果，左副腎損傷，後腹膜血腫，左第9，10肋骨骨折と診断され入院，造影剤血管外漏出を認めず保存的加療にて第3病日に自宅退院となった。外傷診療でのFASTは体幹部損傷を否定できる検査ではなく，生理学的評価，解剖学的評価，受傷機転による状況評価から想定される損傷を考え必要な検査を施行すべきである。

外傷1
演題番号　O63-3（D）

穿通性心損傷に対しPCPS下で開胸手術を行い救命が得られた一例

○松井 拓弥[1]，天野 浩司[1]，森田 正則[1]，中田 康城[1]，横田 順一朗[1]
[1]堺市立総合医療センター

症例は38歳女性。浴室で自らの胸部を包丁で刺しているところを家人が発見し救急要請となった。救急隊接触時は血圧49／37mmHg，脈拍数120／分，呼吸数30／分，リザーバーマスク10L酸素投与下でSpO2は92%であった。左前胸部に約5cmの刺創を認め，FASTで心嚢及び左胸腔が陽性であったため穿通性心損傷による心タンポナーデ，左血胸と判断し緊急開胸術の方針となった。しかし直後に心停止したため初療室にて緊急で左前側方開胸を行いタンポナーデを解除した。速やかに自己心拍は再開し，続けて右心室前壁中央部の貫壁性損傷部の一時止血を得た。その後ハイブリッド手術室へ移動しPCPSを確立，損傷部の修復を行なった。著明な凝固障害により2度の再開胸，止血処置を経て閉胸し，術後管理及びリハビリテーションにより全身状態の改善認め術後40日目に転院となった。一般に心臓手術は人工心肺併用下で行われ，PCPS下に心損傷部修復を行なった症例の報告は限られている。本症例のような時間的猶予がない鋭的損傷でPCPSを素早く確立できる環境においては，PCPS下で手術加療を行うことも治療手段の一つといえる一例であった。

外傷 1
演題番号　O63-4（D）

環椎後頭骨癒合症に合併した頸髄損傷の一例

○熊井戸 悠喬[1]，柏浦 正広[1]，東郷 志穂[1]，酒本 健汰[1]，中島 千里[1]，大石 高稔[1]，新里 祐太朗[1]，平良 悠[1]，森 仁志[1]，岸原 悠貴[1]，田村 洋行[1]，富永 経一郎[1]，安田 英人[1]，守谷 俊[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター

【背景】環椎後頭骨癒合は稀な先天異常である。自然経過でも環軸椎の不安定性による脊髄症をきたしやすい。【症例】74歳男性。作業中に屋根より墜落し，当院救急センターへ搬送された。来院時のバイタルサインはGCS E3V4M6，血圧139／68mmHg，脈拍130回／分，SpO2　100％（リザーバーマスク10L／分），呼吸様式は腹式呼吸であった。右優位の上下肢麻痺があり，脊髄高位診断は第2頸髄であった。CTより左環椎後頭骨癒合症を伴った後頭骨骨折および環軸椎骨折，左前頭葉脳挫傷，頸椎硬膜外血腫と診断した。保存加療を行ったが，第12病日に呼吸筋麻痺出現により，椎弓切除を含む後頭骨頸椎後方固定術を要した。【考察】環椎後頭骨癒合症の病態背景に，癒合症による不安定性に外傷が加わったため，脊髄症が出現し保存加療が望めなかったと考える。本症例のような環椎後頭骨癒合症などの一部の症例へは，頸髄症による症状増悪を予期し，早期に除圧を検討する必要がある。

外傷 1
演題番号　O63-5（D）

診断に難渋した外傷による精巣転位症の１例

○島田 拓哉[1,2]，山荷 大貴[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，須郷 加奈子[1,2]，柳澤 薫[1,2]，高安 弘美[1,2]，中島 靖浩[1,2]，宮本 和幸[1,2]，林 宗貴[2]
[1]昭和医科大学病院，[2]昭和医科大学藤が丘病院

陰嚢の損傷は全外傷患者の1％未満と頻度が低い。外傷性精巣転位症は，外傷により精巣が陰嚢外に転位した疾患である。交通外傷によるものが多く，特にバイク事故によるものが多い。今回，バイクの単独外傷による精巣転位症を早期診断できた症例を経験したため報告する。【症例】29歳男性，オートバイ運転中に十字路で右折してきた乗用車と衝突し受傷し救急搬送された。下腹部全体に自発痛を訴え明らかな圧痛は認めなかった。採血ではAST50U/L，ALT65U/Lと軽度肝胆道系酵素上昇認めたが腹部CTで腹腔内に明らかな外傷性変化は認めなかった。疼痛強く診断に難渋していたところ，泌尿器科医師の診察にて鼠径内に陰嚢が転移しており，精巣転位症の診断となり同日精巣固定術施行された。【考察】精巣転位症はまれな疾患ではあるが，早期介入により妊孕性が維持される可能性を報告しているものもあり，早期診断が大切な疾患である。しかしながら，外傷後の陰部の診察はルーティン化されていないことも多く見逃されやすい。陰嚢痛を伴わず下腹部痛のみのことも多く，原因のわからない交通外傷後の下腹部痛を認めた際には精巣疾患を鑑別に上げる必要がある。

外傷 1
演題番号　O63-6（D）

直接作用型経口凝固薬（DOAC）内服患者の遅発性外傷性咽頭後間隙血腫による気道狭窄から心停止に至った１例

○堀田 康文[1]，重本 凡[1]，梅木 真奈[1]，下原 輔[1]，宗村 佑人[1]，萩原 尊礼[1]，和田 大和[1]，樋口 遼[1]，橋本 恭史[1]，後藤 保[1]，門馬 秀介[1]，小林 誠人[1]
[1]鳥取県立中央病院

【背景】DOAC内服患者では軽微な外傷でも遅発性出血を生じることがある。今回DOAC内服患者の遅発性外傷性咽頭後間隙血種から気道閉塞に至った症例を経験したので報告する。【症例】88歳男性，心房細動に対しアピキサバンを内服していた。自宅で転倒し頭部を打撲し救急搬送された。搬入から24分後のCTで頚椎第3，7椎体骨折および咽頭後間隙血腫疑う所見（C3レベルの軟部組織の厚さ6.5mm）が指摘された。呼吸状態は一貫して安定しており，搬入から395分後に頸髄評価目的にMRIを撮像した。撮像中呼吸状態悪化し徐脈から心停止（PEA）に至った。直ちに心肺蘇生，気管挿管が施行され自己心拍が再開した。MRIで咽頭後間隙血種増大による気道閉塞が判明した。アンデキサネットアルファを投与し，保存的加療により血腫は縮小したが，神経学的予後は不良で，気管切開を行い転院となった。【結語】DOAC関連合併症として遅発性外傷性咽頭後間隙血腫の危険性を認識し，わずかな血腫であっても早期にDOAC拮抗薬を投与することの重要性が示唆された。

外傷 1
演題番号　O63-7（D）

当院における競馬騎手の落馬外傷に関する５年間の後方視的観察研究

○菊地 一樹[1]，鈴木 恵輔[1]，広瀬 大輝[1]，飯島 章子[1]，島田 拓哉[1]，森 ちひろ[1]，榊原 真子[1]，井上 元[1]，加藤 晶人[1]，八木 正晴[1]，佐々木 純[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学病院

【目的】競馬は世界中で親しまれている競技スポーツであり，騎乗時の高度は約3m，速度は最大65km/hに達し，他の騎手や競走馬と競い合う。落馬による受傷部位や重症度，診断，転帰について検討を行うことで落馬外傷に対する救急医療体制の向上につなげることを目的とした。【方法】当院と特別区競馬組合の間で傷病者の救急対応について協定を締結した2019年4月1日から2024年3月31日の5年間で上記締結に則り当院に救急受診した症例について患者背景，受傷機転，搬送時間，受傷部位，重症度について後方視的に検討した。【結果】全数は28例で全例が男性，年齢中央値は27歳であった。救急要請から病院到着までの時間は44分であった。外傷部位は，頭頸部9例，顔面4例，胸部7例，腹部骨盤内臓器0例，四肢骨盤13例，体表23例であり，Injury Severity Score（ISS）＞15の重症例は1例であった。【結論】今回の検討では比較的軽症例が多かったが，軽症であっても競技復帰に影響を与える外傷も多く含まれていたことから引き続き落馬外傷に対する医療体制の構築が必要と考える。

外傷2
演題番号　O64-1（D）

IVRによる止血が有効であった多発刺創の一例

○田口 裕司[1]
[1]兵庫県立はりま姫路総合医療センター

60歳台男性。包丁で複数個所を刺されて受傷。来院時のバイタルサインは意識清明，心拍数86回／分，血圧161／97mmHg，呼吸数21回／分，$SpO_2$98%（room air）であった。身体所見では左腋下，左上腕，左臀部，左下腿，右手関節に刺創と切創を認めた。左腋下と左臀部の創が主な出血源であった。HERSにてCT撮影したところ左臀部の筋肉内に造影剤漏出像を認めた。腋下の刺創は胸腔に達していることを示唆する所見は認めなかった。止血について臀部の刺創が優先順位が高いと考えたが，背面の筋肉内に出血源があるため，検層開始後に止血に難渋する恐れがあった。臀部の出血コントロールのためIVRを実施した。IVRで臀部の出血をコントロールしつつ他の創部について処置を実施。その後，側臥位で臀部の検層を行った。血腫を除去し止血確認ののち閉創を行った。入院後の経過は良好で合併症等なく自宅退院された。穿通性外傷では検層で治療戦略の決定と止血を同時に行うことが重要である。直接止血が難しい予想される場合，全身状態，創傷の所見，画像所見等によってはIVRを活用することでスムーズな治療に繋げることできると考える。

外傷2
演題番号　O64-2（D）

自宅内転倒によるC6椎体骨折と左胸鎖乳突筋血腫に対する保存的治療が奏功した一例

○津下 詩帆[1]，桒田 力丸[1]，櫻井 力[1]，門田 勝彦[1]，近藤 豊[1]
[1]順天堂大学医学部附属順天堂医院

【背景】頸椎損傷は近年増加傾向にあり，特に高齢者の転倒による受傷が増えている。【臨床経過】パーキンソン病の既往がある76歳女性。自宅内で転倒し救急搬送された。来院時の画像検査でC6椎体骨折，左胸鎖乳突筋血腫，左眼窩上壁骨折を認めた。第2病日にかけて筋内血腫の増大を認め，呼吸状態も悪化したため挿管管理を行った。血腫は圧迫により自然止血したが，誤嚥性肺炎を併発し第15病日に抜管となった。頸椎MRIで外傷性頚髄損傷が疑われたが，全身状態から保存的加療の方針となった。リハビリテーション病院への転院を経て歩行器歩行が自立し第146病日に自宅退院となった。【結論】脊髄損傷による呼吸器合併症の頻度は高く，特に頚髄損傷では死亡原因の80%を占めるとされる。急性期の治療は患者の予後に大きく影響するため，合併症の予測と対策を行いながら，早期にリハビリテーションを開始することが重要である。本症例では外科的治療を行わずに良好な転帰を得ることができたことから，非手術的アプローチの可能性も示唆される。

外傷2
演題番号　O64-3（D）

ERで行える低侵襲かつ簡便な肩関節脱臼整復「座位整復法」

○入江 康仁[1]
[1]聖隷横浜病院 救急科（ER）／キズ・やけど外来

肩関節脱臼は救急外来においてしばしば遭遇する脱臼の一つであるが，患者の個体差や手技者の経験値など，様々な要因で整復に難渋する例も散見される。Gonaiらはシステマティック・レビューで，肩関節前方脱臼に対する各種の非観血的整復法を成功率・痛み・整復時間について検討し，Boss-Holzach-Matter法とFARES法の成功率が高く，特に整復時の痛みはFARES法が良好であったと報告している。また，李らは上腕近位部を外側に水平移動させることで上腕骨頭と関節窩に間隙を作り，関節唇を乗り越える方法で整復した3症例を報告している。演者が今回示す方法は，大半の肩関節脱臼患者は疼痛のため座位の状態で運ばれることから整復前後の確認レントゲンはもとより，整復時も座位で行うため患者負担は少ない。原理は李らの方法の応用で，内旋位・やや外転位とし，手技者の母指で上腕骨頭を外側に圧しつつ，手技者の対側の腕で牽引をかけることで整復に至る。時間は30秒以内に戻ることが多く，鎮痛剤なしでも可能なほど，疼痛は少ない。母指で神経や動脈を避け，骨頭を触れながら外側圧をかけつつ，牽引するために必要最小限の牽引が可能となり，神経血管損傷リスクも軽減できると思われるため，同方法を共有する。

外傷2
演題番号　O64-4（D）

切創にて過去5年間に当院入院した患者の脈拍数の推移の評価

○平松 俊紀[1]，井上 征雄[1]
[1]北九州市立八幡病院

【目的】脈拍数は外傷などの傷病とともに基礎疾患や内服薬，交感神経の緊張・副交感神経刺激などの要因により変動する。傷病者の切創受傷後の脈拍数の変動を検討した。【方法】2020年1月1日から2024年12月31日まで当院に鈍的外傷を伴わない切創にて入院になった患者を評価した。救急外来における大量輸液は小児では30ml/kg，成人で2L投与と定義した。左記傷病者において，入院時と入院後24時間の脈波数（24時間以内の退院した患者は退院前の脈拍数）の変化を評価した。統計方法としてはt検定を用いた。【結果】上記5年間で23名（男性16名，女性7名）の入院があり，中央値（四分位範囲）は14（4-46.5）歳であった。大量輸液を行った傷病者は1名，入院日数の中央値（四分位範囲）は6（3.5-11.5）日間であった。来院時脈拍数と来院24時間後脈拍数の中央値（四分位範囲）はそれぞれ93（77.5-106.5）と80（74-96）であり，t検定にてp値は0.0047であった。【結語】当院における5年間の切創により入院した傷病者は比較的若い年齢が多く，大量輸液に関連なく脈拍数は入院後低下する傾向にあった。

外傷2
演題番号　O64-5（D）

階段転落による小児頭部外傷のリスク因子に関する単施設記述研究

○大石 高稔[1,2]，天笠 俊介[1]，植松 悟子[1]，守谷 俊[2]
[1]国立成育医療研究センター 救急診療部，[2]自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科

【目的】階段転落による小児頭部外傷の，転落段数や転落状況と頭部CT異常所見の関連を明らかにする。【方法】2017～2021年に国立成育医療研究センター救急外来を受診した2歳未満の階段転落による頭部外傷を後方視的に検討した。頭部CT異常所見をPrimary outcomeとし，性別，月齢，階段段数，転落状況，転帰を抽出した。転落状況は，患者自身のみで転落した症例と，患者が他の物体（歩行器や保護者の抱っこなど）と共に転落した症例に分類した。段数とアウトカムの関係を棒グラフで評価し，転落状況とアウトカムの関連をFisherの正確検定で評価した。【結果】23／314例（7.3%）に頭部CTを施行し，6／23例（26.1%）で異常所見を認めた（単純骨折3例，頭蓋内出血を伴う骨折3例）。アウトカムは5段未満2／57例，5-10段0／88例，11段以上4／137例だった。物体と共に転落した6／27例（22.2%）で異常所見があったが，単独転落287例では異常所見はなかった（p＜0.001）。死亡例はなかった。【結語】階段転落では，段数よりも物体と共に転落することが頭部CT異常所見の発生と関連する可能性がある。

外傷2
演題番号　O64-6（N）

ER・救命救急センターのデブリーフィングへの取り組み

○喜多岡 孝典[1]，清水 淳代[1]，山田 知輝[1]
[1]大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院

【背景】当院は一次二次救急を担当するERと三次救命患者を担当する救命救急センターを一体としたER・救命救急センターとして運用している。スタッフは三次患者対応に専念できず重症患者のデブリーフィングができていないことが課題であった。今回，重症外傷患者に焦点を当ててデブリーフィングを行う取り組みを実施したのでその成果を報告する。【方法】一定の基準を設定したデブリーフィングシートを作成した。重症外傷患者の初療についた受け持ち看護師が事後に担当した医師，コメディカルに声かけしデブリーフィングシートを完成させることとした。このシートを用いて短時間でデブリーフィングを行った。2024年1月から2025年1月の重症外傷患者のデブリーフィング内容を評価した。【結果】62例中，18例にシートを活用しデブリーフィングを実施した。アクションカードの作成や小児外傷の受け入れ体制最適化など具体的な改善策につながった。【結論】デブリーフィングを継続して実施していくことで診療体制の改善が得られると考えた。全例でデブリーフィング実施を目指すことでより多くの改善点を抽出できると期待できる。

外傷2
演題番号　O64-7（E）

顔面外傷単独症例の特徴と病院前処置：Japan Trauma Data Bankを用いた分析

○大木 学[1]，都 城治[1]，齋藤 大蔵[1,2,3]，田中 秀治[1,2,3]
[1]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科，[3]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科

【背景】顔面外傷の初期治療は機能回復やQOLに影響するが，全国的な研究が不足しており，地域や施設の特性に依存しない分析が求められる。【目的】全国規模の外傷レジストリを用い，顔面外傷単独症例の特徴および病院前処置について分析すること。【方法】本研究はJapan Trauma Data Bank（JTDB）に登録された症例を用いた後ろ向きコホート研究である。2019年1月から2022年12月の間に受傷部位が顔面単独として登録された症例を対象とした。外傷発生部位と病院前の処置について記述分析を行った。【結果】本研究の対象となった，顔面外傷単独症例は1018例であった。部位別の分析では眼外傷が最も多く（342例），病院前処置ではバッグボード（231例）と頚椎カラー（278例）の使用が多かった。一方，処置なしの症例は125例にのぼった【結論】JTDBの全国データを用いて顔面外傷単独症例の特徴を分析した。顔面外傷単独症例では，機能予後を考慮した処置の検討や，ER型医療機関などの増加による救急医療体制の強化が，傷病者のQOL向上につながる可能性がある。

共催セミナー日程

第 2 日目（6 月 20 日（金））

○ランチョンセミナー 1（LS1）　　共催：バーズ・ビュー株式会社／日本電気株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 1 会場（パシフィコ横浜　会議センター　1F メインホール）

救急医療をリアルタイムにつなぐ：救急 DX の現在地

東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座（危機管理救命分野）／
東京慈恵会医科大学附属病院　救命救急センター　**田上　隆**
日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　救急災害医療学専攻　**鈴木　健介**

座長　　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

○ランチョンセミナー 2（LS2）　　共催：アストラゼネカ株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 5 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 311 + 312）

災害時の高カリウム血症の対策を考える～我が国の災害医療対策を含めて～

独立行政法人国立病院機構　災害医療センター　**大友　康裕**

座長　　自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**守谷　俊**

○ランチョンセミナー 3（LS3）　　共催：オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 6 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 313 + 314）

災害時医療の盲点～ライフラインが及ぼす臨床検査への影響と対応策～

青森県立中央病院　臨床検査部　**北澤　淳一**

座長　　兵庫県災害医療センター　**中山　伸一**

ランチョンセミナーは整理券制となります。（先着順です。）

○ランチョンセミナー 4（LS4）　　共催：株式会社フィリップス・ジャパン

12：10 ～ 13：05　　第 7 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 315）

病院前から始まる神経集中治療

日本医科大学大学院　医学研究科　救急医学分野　**横堀　將司**

座長　　一般財団法人救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**

第 3 日目（6 月 21 日（土））

○ランチョンセミナー 5（LS5）　　共催：日本ストライカー株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 2 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 503）

High Performance Resuscitation を見据えた Stay & Play 戦略
～救急救命士の処置範囲拡大を見据えた最新テクノロジーの導入～

国士舘大学　救急システム研究科　**田中　秀治**
済生会宇都宮病院　救急・集中治療科　**藤田　健亮**

座長　　横浜市立大学　救急医学教室　**竹内　一郎**

○ランチョンセミナー 6（LS6）　　共催：TXP Medical 株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 3 会場（パシフィコ横浜　会議センター　5F 501）

救急隊と病院をつなぐ最強タッグ～救急の絆の NEXT Stage を考える～

北九州市消防局　救急部　**森　　成司**
TXP Medical 株式会社・大阪大学医局　救急医　**戸上　由貴**

座長　　一般財団法人救急振興財団　救急救命東京研修所　**田邉　晴山**

○ランチョンセミナー 7（LS7）　　共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 5 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 311 + 312）

Go for the Cutting Edge ～最高のアウトカムを目指して～

キヤノンメドテックサプライ株式会社　**窪田　智行**
聖マリアンナ医科大学病院　救命救急センター　**松本　純一**

座長　自治医科大学　麻酔科学・集中治療医学講座　**讃井　將満**

○ランチョンセミナー 8（LS8）　　共催：テルモ株式会社

12：10 ～ 13：05　　第 6 会場（パシフィコ横浜　会議センター　3F 313 + 314）

救急領域における血管内留置デバイスの選択と挿入
～ミッドラインカテーテルの登場と今後の展望～

自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**安田　英人**

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**田口　茂正**

日本臨床救急医学会総務委員会からの
参加者動向調査ご協力のお願い

日本臨床救急医学会の目的は「救急医学，救急医療の進歩，発展，普及」であり，この趣旨に賛同する多職種の医療従事者が本会に入会しています。

関係職種があまねく参加し，討論を繰り広げられる会の運営に向けて，参加者の動向を調査させていただきたいと思います。

今年度は，オンライン参加登録時にアンケートにご回答ください。

何卒宜しくご協力の程，お願い申し上げます。

日本臨床救急医学会　総務委員会



名前	演題番号	月日	時間	会場
A～Z				
Benoit VIVIEN	LO	6/20	17:00～18:00	第 1 会場
あ				
青木　杏奈	O17-5	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
青木　季道	O29-6	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
青木　　誠	O63　座長	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
青木　祐太	O56-1	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
青島　咲子	O25-2	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
赤坂　和俊	O42　座長	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
赤瀬　　駿	O39-7	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
安藝　敬生	PD3　座長	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
秋元　　寛	O37　座長	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
浅井　一成	O35-7	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
浅沼　範彰	O38-3	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
朝日　美穂	PD14-2	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
安心院康彦	O3-7	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
	O46　座長	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
小豆畑丈夫	O2　座長	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
東　　丈雄	O54　座長	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
安達　哲浩	O45-7	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
渥美　生弘	O25　座長	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
阿南　英明	SY10-1	6/21	10:00～11:00	第 4 会場
安倍　　翔	O11-2	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
安部　啓介	WS3-4	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
阿部　靖子	WS10　座長	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
安部　隆三	O10　座長	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
天笠　俊介	P/C2　座長	6/20	17:30～18:30	第 3 会場
天野　浩司	HS10-5	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
天野　能亜	O43-1	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
天羽　一騎	O57-1	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
新井　勘太	PD13-3	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
新垣　達也	SY3-3	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
荒川　希美	O11-7	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
荒木　朋貴	O57　座長	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
	O57-6	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
有井　嵩典	O33-1	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
有嶋　拓郎	WS11　座長	6/21	11:10～11:40	第 5 会場
	WS7-6	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
有馬　　喬	O41-1	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
有元　秀樹	PD5-7	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
有吉　孝一	O9　座長	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
有賀　　徹	PL1　座長	6/20	9:00～10:30	第 8 会場
い				
飯島　章子	O24-4	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
飯島　　甫	O46-1	6/21	16:00～17:00	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
井川　　健	O5-5	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
池浦　一聖	PD11-1	6/21	14:00～15:30	第 2 会場
池上　徹則	HS7　座長	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
池田　直人	PL1-3	6/20	9:00～10:30	第 8 会場
池戸　亮治	O33-2	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
石井恵利佳	O40　座長	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
石井　貴大	O10-7	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
石井　史子	WS6　座長	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
石井　　亘	PD9　座長	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
石倉　　健	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
石原　　諭	SY5-4	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
石原　唯史	PD7-4	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
石原　　哲	O62　座長	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
伊関　　憲	O15　座長	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
磯﨑　千尋	O33-4	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
	O50-6	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
磯部　賢樹	O57-5	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
市川久美子	O55-6	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
市川　宏紀	O4-5	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
市川　昌樹	HS4-3	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
市川　元啓	O40　座長	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
市川　優美	O18-1	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
一ノ瀬佳彦	O36-3	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
一柳　　保	O3　座長	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
	O52-3	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
	O58-4	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
伊藤　位蕗	O47-2	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
伊藤　翔平	O47-5	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
伊藤　弘人	PL1-1	6/20	9:00～10:30	第 8 会場
伊藤　正幸	PD8-1	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
稲富　崇司	O23-7	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
井沼　浩政	HS8-3	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
井上　明彦	HS1-4	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
井上　　元	HS1-5	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
井上　聡子	O8-1	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
	O8-2	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
井上　潤一	LS1　座長	6/20	12:10～13:05	第 1 会場
	HS6-5	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
	SL2　座長	6/21	13:10～14:00	第 1 会場
井上　拓訓	O62-3	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
伊部　裕太	PD9-5	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
今井　　徹	PD3-3	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
	SY8　座長	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
今井　徳彦	O45-4	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
今関　雅晴	JERT	6/21	9:00～10:00	第 4 会場
今津　勇輝	O11-3	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
今中　翔一	PD3-2	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
今村　珠璃	O59-4	6/21	9:00～10:00	第 12 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
今村　浩	PD4-1	6/20	11:00～12:00	第 4 会場
入江　康仁	O64-3	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
入野田　崇	O41　座長	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
岩窪　瑠南	O21-2	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
岩﨑　友洋	O7-6	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
岩崎　睦	O5-6	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
岩崎　恵	O6　座長	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
岩崎　安博	O13　座長	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
岩下　具実	O14　座長	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
	O39-2	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
岩下　眞之	O48　座長	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
岩瀬　史明	SY5-6	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
	HS8-5	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
岩瀬　正顕	O61-5	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
岩本　泰樹	O10-6	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
う				
上田　大貴	O60-5	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
植田　広樹	HS7　座長	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
植竹　宣江	O15　座長	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
上野　恵子	O49-5	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
上野　由貴	HS3-5	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
上原　由紀	BC1	6/20	15:10～16:10	第 7 会場
植松　悟子	PD8　座長	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
植村　太志	O44-1	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
上山　裕二	O5　座長	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
宇佐美柊斗	O18-2	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
鵜澤　佑	O27　座長	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
牛山　幸世	O25-5	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
後小路　隆	PD2-3	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
宇田川美南	O27-1	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
内田小祐貴	O13-4	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
内田　淳	O49　座長	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
内田　宗暁	O18-4	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
	O38-5	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
畝井　浩子	HS3　座長	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
梅木　拓哉	O54-5	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
え				
江川　香奈	O15-5	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
衛藤　大輝	O60-3	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
榎　健斗	O6-5	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
榎本　有希	PD7　座長	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
遠藤信太郎	O35-5	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
遠藤　啓之	O60　座長	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
	O57-2	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
圓見　将	O45-6	6/21	15:00～16:00	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
お				
呉　聖泉	O27-2	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
及川　瞬	O56　座長	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
大井　工	O5-1	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
大石　奨	O28-1	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
大石　高稔	O64-5	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
大鋸　立邦	PD14-6	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
大河原治平	O36　座長	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
大木　学	O64-7	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
大串　卓也	O41-2	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
大里　幸暉	HS2-6	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
大嶋　清宏	WS4-1	6/20	14:30～15:10	第 6 会場
	O36　座長	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
大島　信二	O53-5	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
大田　峻翼	O21-6	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
太田垣猛志	PD2-1	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
大滝　達也	HS3-4	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
大谷　義孝	O52　座長	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
大塚　輝	O43-4	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
大友　康裕	LS2-1	6/20	12:10～13:05	第 5 会場
鴻　千尋	O51-1	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
大西　敦子	O57　座長	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
大西　光雄	PD10　座長	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
	PD10-1	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
大貫　隆広	O58-2	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
大野　秀人	O36-5	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
大場　次郎	O15-7	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
大場　義史	O48-8	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
大保　勇	O5　座長	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
大松健太郎	O35　座長	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
近江　光	O18-5	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
大村　香織	O62-1	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
大村　正行	O6-2	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
	SY7-5	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
大桃　丈知	PD2-5	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
	O43　座長	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
大森　俊和	O57-4	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
大矢　亮	O6-4	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
	HS9-5	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
大屋　聖郎	WS3　座長	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
大屋　悠真	O19-6	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
大山　寧寧	PD6　座長	6/20	16:00～17:00	第 4 会場
大山　太	HS1　座長	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
大山　凌治	O14-3	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
尾形　一	O58-5	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
岡田真由子	O24-1	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
岡田　基	O7-4	6/20	10:00～11:00	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
岡部伸太郎	PD6-1	6/20	16:00～17:00	第 4 会場
岡本　博之	SY4-1	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
小川　理郎	HS1　座長	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
小川　太志	O8　座長	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
	O63-2	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
冲中　勇揮	O23-2	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
奥沢　悦子	O26　座長	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
奥野　憲司	O4　座長	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
小倉　勝弘	O7　座長	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
	O62-4	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
小倉　真治	HS6　座長	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
尾﨑　洸希	O47-4	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
小澤　和哉	O35-1	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
小澤　賢二	O37-2	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
織田　　順	PD1　座長	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
	PD1-1	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
小田　貴士	PD13-6	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
小田　有哉	O8-4	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
小田　裕也	O26-4	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
小田　亮介	O54　座長	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
尾中　秀行	O48-5	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
小野　　元	O20　座長	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
小野木堂人	HS5-5	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
小野寺　誠	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
	O54-7	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
	HS10-3	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
小幡佳津明	O31-7	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
尾畑　悠太	O58-6	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
小原衣未里	O56-5	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
恩河　朝光	O44-6	6/21	14:00～15:00	第 9 会場

か

甲斐　崇文	O60-1	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
甲斐　　光	WS8-5	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
柿　佑樹	O21-1	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
	O10-2	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
	PD8-4	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
賀来　典之	PD7-6	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
笠岡　俊志	O62-2	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
笠松　眞吾	O50-7	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
加地　正人	COL1　座長	6/21	14:10～15:10	第 5 会場
柏浦　正広	O60　座長	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
	O62　座長	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
	O40-7	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
加城　雄平	O23-6	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
梶原　絢子	EL5	6/20	14:30～15:00	第 7 会場
鹿瀬　陽一	SY8　座長	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
片岡　竜彦	O19-5	6/20	9:00～10:00	第 11 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
片岡奈緒美	PD11-2	6/21	14:00～15:30	第 2 会場
片山　直広	O41-7	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
片山　祐介	SY3-2	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
加藤　晶人	O37-4	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
加藤　　敦	O58-3	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
加藤　正哉	BC2　座長	6/20	16:20～17:20	第 7 会場
加藤　　渚	SY9-3	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
加藤　文崇	HS2-5	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
加藤万里子	O44-7	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
門口　直仁	O55　座長	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
角谷　直人	PD14　座長	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
金井　尚之	HS6-6	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
金川　陽亮	O41-6	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
金山　　悠	HS4-2	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
金子　　唯	O12　座長	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
金子　直之	EL4	6/20	11:00～12:00	第 7 会場
金子　　仁	HS5-2	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
鹿野　　恒	SY1-6	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
	O40-6	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
加納　正也	HS7-2	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
蕪木　友則	O44-3	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
鎌形　　悠	O32-6	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
上條　　泰	HS7-1	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
上條　由美	BC3	6/20	17:30～18:30	第 7 会場
鴨田　清志	O40-3	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
河井　伸午	O28-6	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
川井　廉之	SY1-3	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
川越香奈子	O20-1	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
川島　裕明	SY4-7	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
	HS4-6	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
川田　紀一	O37-5	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
河中　拓郎	O16-1	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
川野　悠也	O34-1	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
川端　崇太	HS1-2	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
川原千香子	EL1　座長	6/20	16:00～17:00	第 1 会場
瓦　比呂子	O40-1	6/21	15:00～16:00	第 8 会場

き

菊地　一樹	O63-7	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
木口　雄之	PD5-3	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
菊池　広子	O19　座長	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
菊地　　桃	WS10-2	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
岸　奈緒子	WS10-3	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
岸田　全人	HS2-4	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
岸原　悠貴	O36-6	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
岸本　正文	WS9-1	6/21	11:00～12:00	第 4 会場
喜多岡孝典	O64-6	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
北川　喜己	EL4　座長	6/20	11:00～12:00	第 7 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
北小屋　裕	O32　座長	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
北澤　淳一	LS3	6/20	12:10～13:05	第 6 会場
北野信之介	SY9-2	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
北原　学	PD13-4	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
北原　嶺	PD13-5	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
北村　浩一	O7-7	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
	PD13-1	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
北山　淳一	O12-6	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
吉川　洋	O39-6	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
喜熨斗智也	SY9　座長	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
木下　浩作	SY1　座長	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
木下　高志	O21-5	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
木下　喬弘	P/C1	6/20	16:00～17:30	第 3 会場
木村　信広	SY1-1	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
木村　義成	O19-7	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
	HS7-4	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
木村　龍	O19-2	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
清住　哲郎	WS1-1	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
	WS4　座長	6/20	14:30～15:10	第 6 会場
清田　和也	WS7　座長	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
切田　学	HS5-3	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
桐生　和馬	O55-1	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
く				
久木田一朗	O52-4	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
久下　淳史	WS1　座長	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
久志本成樹	PD13　座長	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
久保　敦士	O36-7	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
窪田　智行	LS7-1	6/21	12:10～13:05	第 5 会場
熊井戸悠喬	O63-4	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
熊谷　将俊	O32-7	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
熊坂雄一郎	O60-6	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
組澤　光一	O33-6	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
粂田　真人	O55　座長	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
蔵満　恭助	O2-1	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
栗本　奈美	O62-6	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
黒岩　亮平	O46-2	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
黒崎　久訓	O22　座長	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
	O36-1	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
黒田　舞子	O59　座長	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
桑鶴由美子	PD1-3	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
桑名　司	O12　座長	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
桑本　大光	O42-5	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
け				
毛笠　貴隆	O1-3	6/20	15:40～16:40	第 6 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
こ				
小池　倫生	O9-2	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
小池　朋孝	PD5-4	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
	SY8-1	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
小岩井　祥	O53-7	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
髙坂　美咲	O43-6	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
河野　勝紀	O21-3	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
古川　力丸	EL2	6/20	9:00～10:00	第 7 会場
兒嶋　嵩	SY4-8	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
小瀬村達也	O7-1	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
後藤　奏	O29　座長	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
	O61-7	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
後藤　裕美	O51-7	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
小西　遼	SY9-6	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
小延　俊文	O46-7	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
小橋　大輔	PD4-3	6/20	11:00～12:00	第 4 会場
	PD12-2	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
小林　翔太	O35-4	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
小林　忠宏	SY2-4	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
小林　誠人	HS2　座長	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
	O38-6	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
小林　悠希	O4-1	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
小林　洋平	O60-2	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
小船　千尋	SY8-3	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
小松　睦実	O36-2	6/21	9:00～10:00	第 8 会場
小松　裕弥	O10-1	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
小森　大輝	O49-1	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
小森　一樹	SY9-1	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
米屋　友靖	P/C2	6/20	17:30～18:30	第 3 会場
是枝　秀彦	O59-2	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
今　明秀	SY4　座長	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
近藤　圭太	O59-1	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
近藤　祐司	O31-5	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
さ				
西郷　洋子	WS2-3	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
齋藤　慶弥	O13-5	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
齋藤　汐海	O23-3	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
	O48-3	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
齋藤　大蔵	O30-2	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
	WS8　座長	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
齋藤　達	O3-5	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
齋藤　友厚	SY3-1	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
	O51-3	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
齋藤　正典	O23-1	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
齊藤　将之	PD9-1	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
齋藤　靖弘	PD3-1	6/20	9:00～10:30	第 4 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
佐伯　祐哉	O42-1	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
佐賀　友香	O5-4	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
坂　真衣	O51-4	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
酒井　智彦	SY5-2	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
坂口　佳澄	O54-2	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
坂口　結斗	O53-3	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
坂本　彩香	HS3-1	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
阪本　太吾	O14-7	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
坂本　哲也	SY2　座長	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
阪本雄一郎	HS9　座長	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
崎山　師	O27-5	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
佐久間佑希	O63-1	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
櫻井　淳	SY2-5	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
	SY3　座長	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
	EL1	6/20	16:00～17:00	第 1 会場
櫻澤　玲	O22-5	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
櫻田　穣	O4-2	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
佐々木広一	O30-3	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
佐々木光風	O44-4	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
佐々木　純	O1　座長	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
佐々木俊一	PD13-2	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
佐々木正弘	O23-4	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
佐々木由里香	HS9　座長	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
笹沼　拓未	O24-8	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
佐藤　彩香	O20-7	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
佐藤　圭路	O28-5	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
佐藤　圭介	ESW　座長	6/20	17:00～18:00	第 4 会場
佐藤　史織	SY6-3	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
	O53　座長	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
佐藤　臣	O37-1	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
佐藤　大祐	O1-2	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
	PD2-4	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
佐藤　卓	ESW-2	6/20	17:00～18:00	第 4 会場
佐藤　哲哉	HS2-2	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
佐藤　智人	PD9　座長	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
佐藤　憲明	EL5　座長	6/20	14:30～15:00	第 7 会場
佐藤　充朗	PD9-4	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
佐藤　優衣	O54-4	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
佐藤　由佳	WS3-3	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
讃井　將満	EL6	6/21	9:00～10:00	第 5 会場
	LS7　座長	6/21	12:10～13:05	第 5 会場
佐橋　嬉香	PL2　司会	6/21	15:00～16:30	第 1 会場
更科　陽子	SY3-6	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
沢　彩南	O12-4	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
澤井　彰	ESW-1	6/20	17:00～18:00	第 4 会場
澤田　仁	PD12-1	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
沢本　圭悟	PD14-1	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
三平　りさ	PD11-4	6/21	14:00～15:30	第 2 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
し				
椎野　泰和	PD12-3	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
塩谷　壮史	PD1-4	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
七戸　康夫	HS4-2	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
	HS3　座長	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
篠田　香恵	O54-1	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
	O51　座長	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
篠塚　雄希	O22-7	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
柴田　啓智	PD3-4	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
芝田　里花	O52　座長	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
島　加奈子	SY7-3	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
島　伶弥	O32-2	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
島崎　洋平	O57-3	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
島田　和樹	O20-5	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
島田　拓哉	O63-5	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
嶋津　宏基	O12-1	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
清水　敬樹	WS5-2	6/20	15:10～15:40	第 6 会場
清水美砂子	O41-4	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
下崎　優花	O13-6	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
庄古　知久	O38　座長	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
城野　博史	SY7　座長	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
白井　邦博	O17　座長	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
白岡　裕毅	O16-5	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
城間　恵介	O2-3	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
新里　盛朗	O47-3	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
新里祐太朗	O31-1	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
	O53　座長	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
神野　駿太	O30-7	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
新屋　秀斗	O47-6	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
す				
末永　涼	O48-7	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
菅沼　和樹	HS6-2	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
杉江　千穂	O26-3	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
杉田　学	EL6　座長	6/21	9:00～10:00	第 5 会場
	WS7-4	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
杉村　朋子	O9-7	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
杉本　環	O25　座長	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
助川　恵理	O42-4	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
須郷加奈子	O9-5	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
鈴木　昭夫	SY7　座長	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
鈴木　健介	LS1-2	6/20	12:10～13:05	第 1 会場
鈴木　紗知	O1-4	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
鈴木　淳平	O53-4	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
鈴木　琢也	HS3-3	6/20	11:00～12:00	第 5 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
鈴木　寛代	WS2-5	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
	PD6　座長	6/20	16:00～17:00	第 4 会場
	PD6-3	6/20	16:00～17:00	第 4 会場
鈴木　　昌	O31-3	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
鈴木美佐子	HS1-3	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
鈴木　康史	HS7-3	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
鈴木　善樹	WS2　座長	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
	SY8-5	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
鈴木　　龍	O46-5	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
須田　果穂	SY4-3	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
せ				
瀬尾　亮太	O2-5	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
関　　咲乃	O10-5	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
関口　雄介	O7-3	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
関根　一朗	PD8-5	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
関根　和弘	O38　座長	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
	O50-2	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
関根　夏鈴	O62-5	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
説田　守道	O27-3	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
勢渡　知大	O42-3	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
世良　俊樹	SY7-6	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
	O34　座長	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
そ				
添田　　博	PD3　座長	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
曽根　悦子	O62-7	6/21	14:00～15:00	第 12 会場
園井　英輝	HS2-3	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
苑田　裕樹	EL2　座長	6/20	9:00～10:00	第 7 会場
空田　洋祐	O55-7	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
た				
醍醐　一也	O52-2	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
平良　　悠	O7　座長	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
	O9-1	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
髙田　康平	SY1-2	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
高野　　輝	O35-3	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
髙野　博紀	HS10-6	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
高橋亜樹良	O30-4	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
髙橋　貴美	O32-5	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
高橋　　功	SY5-5	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
高橋　幸希	O59-6	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
高橋　耕平	HS10-2	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
高橋　哲也	O16-3	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
髙橋　紀貴	PD13-7	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
高橋　宏樹	O45-3	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
高橋　佑典	O55-4	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
田上　　隆	LS1-1	6/20	12:10～13:05	第 1 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
瀧　　りえ	O12-2	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
田久　浩志	O22-2	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
田口　茂正	HS4　座長	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
	LS8　座長	6/21	12:10～13:05	第 6 会場
田口　　大	HS4-4	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
	O42　座長	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
	WS11-1	6/21	11:10～11:40	第 5 会場
田口　真貴	O1-7	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
田口　裕司	O64-1	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
竹内　一郎	P/C1　座長	6/20	16:00～17:30	第 3 会場
	LS5　座長	6/21	12:10～13:05	第 2 会場
	PL2-2	6/21	15:00～16:30	第 1 会場
竹上　徹郎	PD5-5	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
竹川　良介	SY6-1	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
竹島　茂人	PD10-5	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
武田　瑛司	O3-6	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
武田　紗希	SY6-5	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
武田　　聡	SY2-3	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
武田　啓伸	O35-2	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
武田　泰生	SY7-1	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
武山　佳洋	HS9-2	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
田﨑　　修	O18　座長	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
田島　克啓	O53-2	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
田島　典夫	WS6-3	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
	O33　座長	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
田代　真人	O46-6	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
多地　貴則	O15-3	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
竪　　良太	HS9-3	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
立石　裕樹	PD9-2	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
	O55-3	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
田中　啓司	WS9　座長	6/21	11:00～12:00	第 4 会場
田中　駿平	O2-6	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
田中　翔大	SY4-4	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
田中　大貴	P/C2	6/20	17:30～18:30	第 3 会場
田中　秀治	SY9　座長	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
	LS5-1	6/21	12:10～13:05	第 2 会場
田中　善啓	O56-6	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
田邉　晴山	SY4　座長	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
	PD4　座長	6/20	11:00～12:00	第 4 会場
	LS4　座長	6/20	12:10～13:05	第 7 会場
	LS6　座長	6/21	12:10～13:05	第 3 会場
田邉　利彰	O4　座長	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
	O4-6	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
	JERT　座長	6/21	9:00～10:00	第 4 会場
谷井　梨美	PD5　座長	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
谷口健太郎	WS7-5	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
谷口　光代	O1-5	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
谷添　向春	O43-5	6/21	11:00～12:00	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
玉城佑一郎	O8-6	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
玉水　自然	WS8-6	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
田村　　智	HS10-1	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
田村　洋行	O9-4	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
	O39　座長	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
田村　未来	O24-7	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
田村　　亮	PD3-5	6/20	9:00～10:30	第 4 会場
垂水　庸子	WS4-2	6/20	14:30～15:10	第 6 会場
丹正　勝久	BC3　座長	6/20	17:30～18:30	第 7 会場
丹保亜希仁	WS1-2	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
	O8　座長	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
ち				
千坂　直史	WS10-1	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
千代　孝夫	O16-4	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
千葉　　僚	O11-6	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
つ				
塚田　信隆	SY3　座長	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
塚原　紘平	P/C2　座長	6/20	17:30～18:30	第 3 会場
塚本　靖峻	O55-5	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
津下　詩帆	O64-2	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
土本　　希	O56-2	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
土屋　雅人	O29-4	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
津波古　憲	HS5　座長	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
	O48-6	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
坪井　　謙	WS1-5	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
	O20　座長	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
	P/C1	6/20	16:00～17:30	第 3 会場
鶴　　俊輔	O27-7	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
て				
寺田　祥子	PD6-2	6/20	16:00～17:00	第 4 会場
と				
問田　千晶	PD7　座長	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
	WS7-2	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
東郷　志穂	O21-4	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
遠山　泰崇	O60-7	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
戸上　由貴	LS6-2	6/21	12:10～13:05	第 3 会場
徳江　一馬	O33-5	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
渡久地佑太	O34-2	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
十倉　知久	SY1-4	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
栩木　愛登	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
土肥　謙二	O49　座長	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
冨岡　譲二	SP1　座長	6/20	11:00～12:00	第 2 会場
富永経一郎	O17-4	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
富村　武司	O4-7	6/20	16:30～17:30	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
朝長さつき	WS7-3	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
豊島　滉樹	O11-4	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
豊田　英城	O40-5	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
豊田　信之	O50　座長	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
な				
内藤　宏道	HS5　座長	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
直江　康孝	O61-4	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
	O33　座長	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
永井　冴映	O8-3	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
永井　雄平	O2-7	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
長江　佳鈴	O14-5	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
中尾　隆美	O18-6	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
長岡　敏信	O22-6	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
	PD14-3	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
	O43　座長	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
中川　洸志	O61　座長	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
中川富美子	SY8-6	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
中川　儀英	O17　座長	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
中澤　真弓	WS2-2	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
	O3-3	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
中嶋　駿介	O49-2	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
中島　大希	O20-3	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
中島　千里	O38-2	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
中田　孝明	O31　座長	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
中田　啓之	PD12-4	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
中田　康城	O6-7	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
	O47-1	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
長沼　史朗	HS8　座長	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
長野　庄貴	WS6-2	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
永野　義武	SY5　座長	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
	PD8　座長	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
長橋　和希	O34-4	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
永渕　克弥	O23　座長	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
仲松　千尋	O50-3	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
中丸　大輝	O42-7	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
中道　健太	O5-7	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
長嶺　育弘	O16-7	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
中村　聡志	PD13-8	6/21	14:00～16:00	第 4 会場
中村　哲久	O19-1	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
中村　光児	O33-7	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
中村　光伸	O32　座長	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
中村　祐太	O59-7	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
中村　悠里	O29-3	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
中山　伸一	LS3　座長	6/20	12:10～13:05	第 6 会場
永山　正雄	COL2　座長	6/21	15:20～16:20	第 5 会場
名知　　祥	WS6　座長	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
	WS6-1	6/21	10:30～12:00	第 3 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
名知ひかる	O17-6	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
成田　寛之	O43-2	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
成田麻衣子	PD10-2	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
難波　　亮	O17-3	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
南部　　敦	SP1	6/20	11:00～12:00	第 2 会場
南部　元気	O32-4	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
に				
西　　正浩	O16-2	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
西　　竜一	O48-4	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
西内　辰也	PD11　座長	6/21	14:00～15:30	第 2 会場
西尾伎世希	O43-3	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
西ヶ谷風佳	O26-5	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
西沢晃一郎	O24-2	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
西田　さと	O17-7	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
西田　祥啓	O14-1	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
西村　　健	O3-2	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
西村　知晃	PD9-3	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
二宮　稀子	O12-5	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
丹羽由美子	O44　座長	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
ぬ				
沼田　浩人	SY9-4	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
ね				
根本　　学	O26　座長	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
の				
野口　英一	PL1-4	6/20	9:00～10:30	第 8 会場
野田英一郎	SY5　座長	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
野田　雅人	O51-6	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
野田　美咲	O24-5	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
能登路賀一	O35-6	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
野中　和樹	WS8-1	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
野村　和弘	WS3-1	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
野村　智久	O61　座長	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
は				
萩原　尊礼	O26-1	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
萩原　鈴香	O34-6	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
挾間しのぶ	O1　座長	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
橋口　友輔	O21-7	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
橋田　俊彦	EL3	6/20	10:00～11:00	第 7 会場
橋本雄太郎	BC2	6/20	16:20～17:20	第 7 会場
長谷川智教	O58-1	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
畠山　稔弘	HS1-1	6/20	9:00～10:00	第 5 会場
畑田　　剛	O22　座長	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
	PD14-4	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
畑中　哲生	SY2-1	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
服部　　潤	HS4-5	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
服部　　信	O11-5	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
服部　魅礼	O48-1	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
濱　京志朗	O23-5	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
濱岡　和弥	HS9-6	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
濱口　　純	PD5-6	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
	PD9-6	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
濱口　満英	PD2-6	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
早川　達也	JPTEC　座長	6/19	13:00～16:00	第 3 会場
	O44　座長	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
林　　恭子	O28　座長	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
林　　宗博	O24　座長	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
林　　靖之	O45　座長	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
原　　貴大	O28-7	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
原　　知斉	O42-6	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
原　　正浩	O19-4	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
原　悠一郎	O1-1	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
原口　将弥	PD5-1	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
腹子　歩夢	HS6-4	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
	O32-1	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
原島　健也	O3-1	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
原田　　諭	O58-7	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
原山　尋斗	O44-5	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
針谷　　拓	O41-3	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
半田　捺美	O20-6	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
ひ				
日野　耕介	PD7-5	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
一二三　亨	COL2	6/21	15:20～16:20	第 5 会場
檜山　洋子	O11　座長	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
平岩竜之介	O34-3	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
平岡　玄壮	O44-2	6/21	14:00～15:00	第 9 会場
平川　大輔	O5-2	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
平田　　誠	O26-2	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
平野　幾万	O61-1	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
平間　優汰	O47-7	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
平松　俊紀	O64-4	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
平松八重子	O52-7	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
平山　　傑	HS10-4	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
平山　　徹	O61-6	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
昼間　　楓	WS2-1	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
広瀬　大輝	O18-3	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
廣瀬　正幸	SY6-6	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
廣橋　伸之	O11　座長	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
ふ				
深見　彩音	O13-3	6/20	9:00～10:00	第 10 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
福井　建皓	O38-1	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
福岡　範恭	PD7-1	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
	SP2　座長	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
福島　圭介	O39-3	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
福島　智久	O5-3	6/20	17:30～18:30	第 8 会場
福島　英賢	HS6-3	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
	O64　座長	6/21	16:00～17:00	第 12 会場
福島　史人	WS7　座長	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
福田　篤久	SY6　座長	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
	PD11　座長	6/21	14:00～15:30	第 2 会場
福田　聖司	O2-4	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
福田　裕子	O57-7	6/21	15:10～16:10	第 11 会場
福留　慎也	O56-8	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
藤井　里香	O52-6	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
藤江　直輝	O15-6	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
藤條　　拓	O14-2	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
藤岡　瑠璃	O25-1	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
藤川　　円	O25-4	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
藤田　健亮	SY1-5	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
	LS5-2	6/21	12:10～13:05	第 2 会場
藤田　　基	O61-3	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
藤永　純一	PD11-3	6/21	14:00～15:30	第 2 会場
藤浪　好寿	O46-4	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
藤野　智子	O37　座長	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
藤見　　聡	CL　座長	6/20	8:20～ 9:00	第 1 会場
	PD1-2	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
	WS10　座長	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
伏見　聖子	O59-5	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
藤村　一郎	O54-6	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
藤本　賢司	O34　座長	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
藤本　竜平	O6-3	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
舩越　　拓	SY5-3	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
	PD2　座長	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
古川　　誠	HS8　座長	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
古正　凪沙	O49-4	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
へ				
平識　善彦	O49-7	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
ヘダーアリ	O39-4	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
ほ				
細川真理奈	O53-1	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
細田　優子	PD12-5	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
堀田　康文	O63-6	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
程島　健太	O40-2	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
堀内　茅加	O51-5	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
堀越　佑一	O36-4	6/21	9:00～10:00	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
本多あずさ	O49-6	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
本田　茂人	O2　座長	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
本多　英喜	BC1　座長	6/20	15:10～16:10	第 7 会場
本多　　満	O21　座長	6/20	11:00～12:00	第 11 会場
本間　丈博	O40-4	6/21	15:00～16:00	第 8 会場
本間　洋輔	WS6-5	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
ま				
前田　敦雄	O7-2	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
前田　貴斗	PD5-2	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
前田　保瑛	PD8-3	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
前原　悠希	O13-2	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
鉞　　時貞	O53-6	6/21	9:00～10:00	第 11 会場
増田　満生	O20-4	6/20	10:00～11:00	第 11 会場
増野　智彦	HS10　座長	6/21	15:00～16:00	第 7 会場
益満　　茜	O26-7	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
	O59　座長	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
増山　純二	O1-6	6/20	15:40～16:40	第 6 会場
町田　麻美	O8-7	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
町田　浩志	O16　座長	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
	PD2-7	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
松井　拓弥	O63-3	6/21	15:00～16:00	第 12 会場
松井　唯奈	O34-7	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
松尾　拓也	PD2-2	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
松島　久雄	SP2　座長	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
松園　幸雅	WS4-3	6/20	14:30～15:10	第 6 会場
松田　　遵	O17-1	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
松田　奈央	O25-6	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
松田　正輝	O37-6	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
松延　佐歩	O29-1	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
松原　　慎	O28-3	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
松村　敬則	O26-6	6/20	9:00～10:00	第 12 会場
松本　吉郎	SL1	6/20	13:30～14:20	第 1 会場
松本　純一	LS7-2	6/21	12:10～13:05	第 5 会場
松本　徳人	O18-7	6/20	16:30～17:30	第 10 会場
松谷　将平	O59-3	6/21	9:00～10:00	第 12 会場
的場　裕恵	O33-3	6/21	14:00～15:00	第 6 会場
馬渕　寿美	O34-5	6/21	15:00～16:00	第 6 会場
真弓　俊彦	SY2-2	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
	WS5　座長	6/20	15:10～15:40	第 6 会場
丸川征四郎	SY2　座長	6/20	10:30～12:00	第 1 会場
萬田将太郎	O31-6	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
萬野　義宜	O61-2	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
み				
三浦　豪太	SL2	6/21	13:10～14:00	第 1 会場
三浦真由子	O51-2	6/21	15:00～16:00	第 10 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
三木　大輔	HS5-4	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
	SY9-5	6/21	10:30～12:00	第 1 会場
三澤　友也	O46-3	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
水　大介	WS3　特別発言	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
	HS6-1	6/20	15:30～16:30	第 8 会場
水野　翔太	HS8-2	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
水野　光規	HS8-6	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
溝端　康光	SL1　座長	6/20	13:30～14:20	第 1 会場
	PD1　座長	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
光永　敏哉	O52-5	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
三橋　正典	WS8-7	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
三戸　正人	O7-5	6/20	10:00～11:00	第 9 会場
	SP2	6/21	9:00～10:30	第 3 会場
南　啓介	PD14-5	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
南　民衛	O50-5	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
三原　弘	WS1-4	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
三村　誠二	O14-6	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
宮内　蓮	O13-7	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
宮城　真尋	O41-5	6/21	9:00～10:00	第 9 会場
三宅千鶴子	HS4　座長	6/20	10:30～11:30	第 8 会場
三宅　康史	O30　座長	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
宮坂　恒輝	HS7-5	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
宮坂　千理	O45-1	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
宮崎伊佐夫	O28-4	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
	HS5-6	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
宮崎　敬太	PD4-2	6/20	11:00～12:00	第 4 会場
宮崎　大	O16-6	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
宮﨑　寛典	O30-1	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
宮﨑　允宏	O11-1	6/20	16:30～17:30	第 9 会場
宮里　実幸	O37-7	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
宮地　利幸	PD4　座長	6/20	11:00～12:00	第 4 会場
宮島　衛	O6　座長	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
宮田　秀平	O12-3	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
宮村　一海	O28-2	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
宮本　愛唯	O24-3	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
宮本　和幸	O12-7	6/20	17:30～18:30	第 9 会場
宮安　孝行	SY4-6	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
	O56-4	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
三芳　智伸	O31-2	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
閔　俊泓	WS5-1	6/20	15:10～15:40	第 6 会場
む				
向井　秀之	O42-2	6/21	10:00～11:00	第 9 会場
武藤　好美	O29-2	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
村井江都子	O52-1	6/21	16:00～17:00	第 10 会場
村上　公子	PD8-2	6/20	16:00～17:30	第 5 会場
村上　龍	O39-5	6/21	14:00～15:00	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
邑田　悟	WS1　座長	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
	WS6-6	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
室野井智博	COL1	6/21	14:10～15:10	第 5 会場
も				
茂木　香純	O2-2	6/20	16:40～17:40	第 6 会場
本吉　秀敏	O22-3	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
森　一直	PD5　座長	6/20	14:30～16:00	第 4 会場
森　成司	LS6-1	6/21	12:10～13:05	第 3 会場
森　仁志	O61-8	6/21	11:00～12:05	第 12 会場
森　泰子	O25-3	6/20	17:40～18:30	第 11 会場
守岡　大吾	O19-3	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
森川　篤志	O56-3	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
森田　正則	PD12　座長	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
森村　尚登	SY4-2	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
	PD1　特別発言	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
	LO　座長	6/20	17:00～18:00	第 1 会場
	WS8-2	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
守谷　俊	CL	6/20	8:20～ 9:00	第 1 会場
	SY1　座長	6/20	9:00～10:30	第 1 会場
	LS2　座長	6/20	12:10～13:05	第 5 会場
	PL2-1	6/21	15:00～16:30	第 1 会場
森脇　義弘	O35　座長	6/21	16:00～17:00	第 6 会場
諸江　雄太	O47　座長	6/21	8:50～ 9:50	第 10 会場
や				
八坂　剛一	PD14　座長	6/21	9:00～10:30	第 6 会場
矢島　茂樹	WS6-4	6/21	10:30～12:00	第 3 会場
矢嶋　祐一	PD10-3	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
安川乃里子	WS2-4	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
安田　貢	O45-2	6/21	15:00～16:00	第 9 会場
安田　英人	O30-5	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
	LS8-1	6/21	12:10～13:05	第 6 会場
	O58　座長	6/21	16:10～17:10	第 11 会場
安田　康晴	O19　座長	6/20	9:00～10:00	第 11 会場
安長　悠斗	O48-2	6/21	9:50～11:00	第 10 会場
安松比呂志	O27　座長	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
柳井　敦吏	O15-4	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
柳　聖美	O43-7	6/21	11:00～12:00	第 9 会場
柳澤　拓人	O9-6	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
柳澤　初実	O27-4	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
柳澤八恵子	O46　座長	6/21	16:00～17:00	第 9 会場
柳本　祐希	O49-3	6/21	11:00～12:00	第 10 会場
矢野　佑紀	O6-6	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
矢場　春南	HS8-1	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
山荷　大貴	O10-3	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
山上　聡子	O4-3	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
山上　浩	PD13　座長	6/21	14:00～16:00	第 4 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
山上　雄司	PD7-3	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
山口　順子	WS2　座長	6/20	10:00～11:00	第 6 会場
山口壽美枝	WS10　座長	6/21	10:00～11:00	第 5 会場
山口　　均	SY6　座長	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
山口　庸子	SY8-2	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
山崎　早苗	ESW　座長	6/20	17:00～18:00	第 4 会場
山下　明恵	O13-1	6/20	9:00～10:00	第 10 会場
山下　智幸	SY3-5	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
山勢　善江	PD2　座長	6/20	16:00～17:30	第 2 会場
山田　果依	WS8-4	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
山田浩二郎	O3　座長	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
山田　浩平	HS5-1	6/20	14:30～15:30	第 8 会場
山田　哲久	O38-4	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
山田　悠人	O60-4	6/21	10:00～11:00	第 12 会場
山中　健太	WS8-3	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
山内　　聡	O23　座長	6/20	15:30～16:30	第 11 会場
山之内千絵	O50-4	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
山畑　佳篤	WS1-3	6/20	9:00～10:00	第 6 会場
	SY3-4	6/20	14:30～16:00	第 1 会場
	SY8-4	6/21	9:00～10:30	第 1 会場
	HS7-6	6/21	10:00～11:00	第 7 会場
	WS11-2	6/21	11:10～11:40	第 5 会場
山村　絢子	O54-3	6/21	10:00～11:00	第 11 会場
山村　英治	HS3-2	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
山本　幸治	O31-4	6/20	16:30～17:30	第 12 会場
山本　尊之	O32-3	6/21	11:00～12:00	第 6 会場
山本　初子	O37-3	6/21	10:00～11:00	第 8 会場
山本　祥寛	O9-3	6/20	14:30～15:30	第 9 会場
山屋百合奈	O30-6	6/20	15:30～16:30	第 12 会場
ゆ				
柚木　知之	PD12　座長	6/21	15:30～17:00	第 2 会場
湯村　健一	O55-2	6/21	11:00～12:00	第 11 会場
よ				
余湖　直紀	PD7-2	6/20	14:30～16:00	第 5 会場
横沢　路子	O8-5	6/20	11:00～12:00	第 9 会場
横田　裕行	SY10　座長	6/21	10:00～11:00	第 4 会場
横堀　將司	EL3　座長	6/20	10:00～11:00	第 7 会場
	LS4-1	6/20	12:10～13:05	第 7 会場
横山　和之	SY5-1	6/20	9:00～10:30	第 3 会場
横山　健輔	WS3-2	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
吉池　昭一	PL1-2	6/20	9:00～10:30	第 8 会場
吉岡　孝師	HS9-4	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
吉川　直樹	SY7-4	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
吉川　　博	O15-2	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
吉沢　彰洋	O45-5	6/21	15:00～16:00	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
吉田　隆浩	O14-4	6/20	10:00～11:00	第 10 会場
	O28　座長	6/20	11:00～12:00	第 12 会場
吉田　元治	SY6-4	6/20	10:30～12:00	第 3 会場
吉田　雄一	O22-1	6/20	14:30～15:30	第 11 会場
吉田　佳弘	O3-4	6/20	17:40～18:40	第 6 会場
吉田　李菜	O17-2	6/20	15:30～16:30	第 10 会場
吉永　雄一	SY4-5	6/20	9:00～11:00	第 2 会場
	HS3-6	6/20	11:00～12:00	第 5 会場
吉野　篤人	O16　座長	6/20	14:30～15:30	第 10 会場
吉廣　尚大	PD9-7	6/21	9:00～10:30	第 2 会場
芳村　拓海	O27-6	6/20	10:00～11:00	第 12 会場
吉村　優希	WS7-1	6/21	14:00～15:30	第 3 会場
吉村　有矢	O50　座長	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
米川　　力	O51　座長	6/21	15:00～16:00	第 10 会場
米田　　靖	O56　座長	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
米満　尚史	HS8-4	6/21	11:00～12:00	第 7 会場
米盛　輝武	HS2-1	6/20	10:00～11:00	第 5 会場
	HS9-1	6/21	14:00～15:00	第 7 会場
萬井　美咲	O56-7	6/21	14:00～15:10	第 11 会場
わ				
若井　聡智	PD1-5	6/20	14:30～16:00	第 2 会場
	PD10-4	6/21	10:30～12:00	第 2 会場
若杉　雅浩	O29　座長	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
	O38-7	6/21	11:00～12:00	第 8 会場
若松　　淳	O29-7	6/20	14:30～15:30	第 12 会場
脇本　和則	O50-1	6/21	14:00～15:00	第 10 会場
涌嶋伴之助	SY7-2	6/20	14:30～16:00	第 3 会場
和田　隆史	O39-1	6/21	14:00～15:00	第 8 会場
和田　広大	O6-1	6/20	9:00～10:00	第 9 会場
和田　悠平	O4-4	6/20	16:30～17:30	第 8 会場
渡邉　栄三	WS3　座長	6/20	11:00～12:00	第 6 会場
渡部　彩香	O24-6	6/20	16:30～17:40	第 11 会場
渡部　広明	WS8　座長	6/21	15:30～17:00	第 3 会場
渡辺真由美	O15-1	6/20	11:00～12:00	第 10 会場
渡邊優美子	O10-4	6/20	15:30～16:30	第 9 会場
渡海　菜央	SY6-2	6/20	10:30～12:00	第 3 会場

『日本臨床救急医学会雑誌』投稿規定

2008 年 6 月　一部改訂
2010 年 6 月　一部改訂
2012 年 8 月　一部改訂
2012 年 12 月　一部改訂
2016 年 6 月　一部改訂
2017 年 6 月　一部改訂
2019 年 10 月　一部改訂
2021 年 9 月　一部改訂
2022 年 8 月　一部改訂
2023 年 9 月　一部改定
2024 年 9 月　一部改定

日本臨床救急医学会雑誌（略名：日臨救急医会誌）は日本臨床救急医学会の機関誌であり，臨床救急医学の進歩と発展に寄与することを目的とするものである。本誌の英文名は“Journal of Japanese Society for Emergency Medicine”（略名：J Jpn Soc Emer Med；JJSEM）とする。

☆投 稿 内 容　投稿論文は臨床救急医療の進歩に寄与する創意に富んだもので，二重投稿および同時投稿でない旨を明記した誓約書（書式 A）に著者全員が署名，捺印して添付すること。すなわち本誌への投稿論文は，原則として他誌に掲載されていないものに限り，また同時に他誌に投稿することはできない。ただし，同時掲載や，外国語で他誌に掲載されたものを日本語に変えて本誌に余剰出版（重複出版）することが公衆衛生に利すると考えられる場合はこの限りではないので，投稿時にその旨を必ず伝えるとともに，掲載論文のコピーまたは別冊を添付すること。掲載の是非は編集委員会で判断するが，掲載する場合，掲載誌を明記したうえで論文の種別は「資料」とする。日本語もしくは英語での投稿を受け付ける。日本語の場合は，和文抄録とともになるべく英文抄録も付すこと。英語での投稿や英文抄録を提出する場合は原則として English native speaker の校閲を受けること。英語の場合は英文抄録とともに和文抄録を付すこと。

☆投 稿 資 格　筆頭著者は本学会の個人会員に限る。著者の人数は 10 名以内とする。入会手続きは学会事務所まで問い合わせのこと。

日本臨床救急医学会事務所：〒 164-0001　東京都中野区中野 2-2-3
へるす出版事業部内
TEL　03-3380-2704　FAX　03-3380-8627

☆論 文 の 受 付　論文の様式 1）～ 9），原稿の書き方 1）～ 13）を大幅に逸脱するものは受け付けない。

☆論 文 の 採 否　投稿論文の採否は編集委員を含む 3 名で査読後，編集委員会の審査によって決定し，その日をもって受理年月日とする。

☆論 文 の 様 式
1）投稿論文は原著，総説，調査・報告，症例・事例報告，研究速報，Letter to editor，資料とし，その種目別を明記する。
2）原著は，研究が独創的で新知見を含み，論文の体裁（目的・対象と方法・結果・考察）が整っており，論旨が明快で，かつ学術上の価値があると認められ，未発表のものとする。
3）総説は，特定のテーマについて広く文献や情報を考察し，その内容を包括的に解説したものとする。
4）調査・報告は，独自に行った調査等の結果をまとめ，報告ならびに解説したものとする。

5）症例・事例報告は，単独または複数の珍しい症例や事例の経過をまとめ，考察を加えたものとする。
6）研究速報は，速やかに掲載することを目的としたもので，様式は原著に準ずる。
7）Letter to editor は，掲載された論文に対する意見ならびにその他の意見欄で，編集委員会で掲載の可否を決定する。
8）資料は，特定のテーマに関する提案・提言，論文紹介等で，臨床または研究の参考となるものとする。本誌での余剰出版に該当する論文も，この種別とする。
9）原著，総説，調査・報告，症例・事例報告の様式は，1 頁目に和文の題名・著者名・所属施設名，英文の題名・著者名・所属施設名，2 頁目に和文要旨，索引用語，3 頁目から本文，文献，図表（和文）の順に記述する。

☆原稿の書き方

1）原稿は，PC の文書作成ソフト（Microsoft® word など）にて作成，A4 判用紙に横書きで，40 字× 30 行でページ設定する。
2）現代かな遣いに従い，医学用語を除き常用漢字を用いる。
3）度量衡は CGS 単位に限る。
4）統計処理を行った時は，統計学的検定法を明記する。
5）外国人名などの欧文文字は原語を用い，固有名詞，ドイツ語名詞の頭文字は大文字とする。
6）薬品名は，原則として日本語の一般名を用いる。商品名を用いる場合は，一般名の後の括弧内に記入する。
7）しばしば繰り返される語は略語を用いてよいが，初出の時は完全な用語を用い，以下に略語を使用することを明記する。
（例）病院到着時心肺停止（cardiopulmonary arrest on arrival，以下 CPAOA と略す）
8）図，表の引用は該当文章の末尾とする。
9）原著の本文は，はじめに，目的，方法，結果，考察，結論の順に記述する。
10）症例・事例報告の本文は，はじめに，症例，考察，（結論）の順に記述する。
11）論文の本文には必ず頁数を付し，各頁ごとに行番号を付す。
12）用語は日本救急医学会の用語集を参考とする。
13）ランニングタイトルは 20 字以内とする。

☆和 文 要 旨

原著，総説，調査・報告，症例・事例報告には 400 字以内の和文要旨をつける。研究速報には不要。原著の要旨は抽象的な記述ではなく，目的，方法，結果，結論の順で具体的な数字，内容を簡明にまとめる。

☆索 引 用 語

原則として日本語とし，原著，総説，調査・報告は 5 個以内，症例・事例報告および研究速報は 3 個以内とする。索引から目的の論文を確実に検索できるようなものとする。
（例）気管挿管，急性心筋梗塞，神経ガス，救急救命士

☆字 数 制 限

1）原著，総説，調査・報告は，題名・著者名・所属施設名，要旨，本文，文献と図表を含めて 16,000 字（英語は 8,000 words）以内とする。字数換算は題名・著者名・所属施設名の和英で 400 字相当，和文要旨が 400 字とする。図表は縦 5 cm ×横 7 cm に縮小印刷が可能なもの 1 点を 400 字相当と換算する。
2）症例・事例報告は，題名・著者名・所属施設名，要旨，本文，文献と図表を含めて 8,000 字（英語は 4,000 words）以内とする。字数換算は 1）に同じ。
3）研究速報は，題名・著者名・所属施設名，本文，文献と図表を含めて 2,000 字（英語は 1,000 words）以内とする。字数換算は題名・著者名・所属施設名の和英で 400 字相当とし，他は 1）と同じ。
4）Letter to editor は，投稿者名，所属，本文，文献と図表を含めて 2,000 字（英語は 1,000 words）以内とする。掲載された論文に対する意見である場合には，対象論文名（掲載年；巻：頁－頁）を記載する。字数換算は投稿者名・所属・対象論文名で 400 字相当とし，他は 1）と同じ。

☆**文　　献**　1）文献は本文中に上肩付した引用番号順に配列し，原著と調査・報告は 20 編以内，総説は 40 編以内，症例・事例報告は 10 編以内，研究速報，Letter to editor は 3 編以内とする。
2）著者は 3 名までは明記し，それ以上は「他」または「et al」とする。
3）雑誌名略記は医学中央雑誌刊行会・醫学中央雑誌収載誌目録略名表および Index Medicus に準ずる。
4）文献が雑誌の場合は，DOI コードを記載するか，タイトル・著者・要旨を含むページ（通常最初のページ）のみの PDF を添付する。その PDF には引用番号を付する。
5）文献の記載順序

イ．雑誌：引用番号）著者名：題名．略誌名　発刊西暦年号；巻：頁—頁.

1）桑原義之，片岡誠，正岡昭，他：門脈ガス血症を伴った急性上腸間膜動脈閉塞症の 1 救命例．日消外会誌 1992；25：3007-11.
2）木村浩：救命講習における動機づけの有用性．プレホスピタル・ケア 1996；9：51-6.
3）Bone RC, Sprung CL, Sibbald WJ, et al: Definitions for sepsis and organ failure. Crit Care Med 1992; 20: 724-6.

ロ．単行本 a：引用番号）著者名：書名．（巻）．（版）．発行所，発行地，西暦年号，p 頁—頁．
（　）内は必要があるときのみ記載

4）蜂屋順一，平敷淳子：腹部超音波診断テスト．文光堂，東京，1980，p 1-7.
5）佐藤禮子：看護過程における計画立案（看護 MOOK・8）．金原出版，東京，1989，p 110-8.

単行本 b：引用番号）著者名：分担執筆項目題名．編者名．書名．（巻）．（版）．発行所，発行地，西暦年号，p 頁—頁．（　）内は必要があるときのみ記載

6）中村紀夫：テント下の解剖．中村紀夫編．頭部外傷．文光堂，東京，1986，p 495-500.
7）Falk JL, Rackow EC, Weil MH: Colloid and Crystalloid fluid resuscitation. In: Shoemaker WC, Ayres SA, Grenvik A, et al eds. Textbook of Critical Care. Saunders, Philadelphia, 1989, p1055-73.

ハ．HP サイト：引用番号）サイト機関：ページ名．（改行）
URL（最終アクセス日）

8）厚生労働省：集中治療室（ICU）における安全管理について .（報告書）
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/s0401-1.html（最終アクセス：2017.5.27）
9）Weingart S : Rapid ultrasound for shock and hypotension.
http://emcrit.org/rush-exam/original-rush-article/ (Accessed: 2017.6.15)

☆**図（写真），表**　1）図，表は 1 点を字数換算で 400 字相当とする。
2）図，表の内容，説明文はすべて日本語とする。
3）図の大きさは原則として A4 判におさまるものとし，黒色で明確に描く。
図，表は A4 判用紙 1 枚に 1 点とし，図表の番号，タイトル，説明文を付す。

☆**COI（利益相反）の開示**　初回投稿時，全著者の投稿内容に関連する企業や営利を目的とした団体からの資金援助等の利益相反関係を開示しなければならない。
申告すべき利益基準については当会「臨床救急にかかる研究の COI（利益相反）に関する細則」第５条申告すべき利益基準について を確認し，全著者の「投稿時 COI（利益相反）申告書」（書式 B）の提出をもって申告すること。併せて，本文の末尾（文献の前）にも全著者の利益相反関係の有無を明記する。COI がない場合においても，「本稿のすべての著者には規定された COI はない」等と明記すること。

☆**校　　正**　掲載直前の最終校正は著者校正とするが，その際，大幅な追加，削除は認めない。

☆**特 別 料 金**　1）規定字数までは無料とし，超過した場合は刷り上がり 1 頁につき 10,000 円を著者負担とする。
2）別刷は希望者に対し有料で作成する。別刷の注文は著者校正時に行う。
3）トレーシングを必要とする場合および特別の印刷技術を要する場合（カラーを含む）の実費

は著者負担とする。

☆原稿の投稿　投稿論文は「原稿」,「雑誌文献の PDF」,「誓約書」,「投稿時 COI（利益相反）申告書」, を揃え, オンライン投稿・査読システム「Editorial Manager®」から投稿すること。
「誓約書」（書式 A),「投稿時 COI（利益相反）申告書」（書式 B）は学会雑誌の投稿規定ページに掲載されたもの, または日本臨床救急医学会ホームページ「学会雑誌投稿規定」よりダウンロードしたものを使用する。
なお, メールやインターネットが使用できない環境, その他オンライン投稿ができない事情がある者に限り, 従来どおりの郵送による投稿も受け付けるものとする。詳細は編集委員会事務局まで問い合わせる。

宛先：〒 164-0001 東京都中野区中野 2-2-3
へるす出版内
日本臨床救急医学会編集委員会
TEL 03-3384-8155　E-mail jsem@herusu-shuppan.co.jp

☆論文の著作権　本誌に掲載された著作物の著作権は, 著者と日本臨床救急医学会の両者が保持するものとする。著作権に関する詳細は, 編集委員会に問い合わせる。

☆倫 理 規 定　臨床研究にあたっては, Helsinki 人権宣言に基づくこと。また,「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」をはじめとする厚生労働省等の策定する医学研究に関する指針を遵守すること。
①原著論文・研究速報の場合は, 所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会ないしそれに準ずる機関の承認を得ていることが必須である。
②症例報告は,「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針のガイダンス」では他の医療従事者への情報共有を図るため, 所属する機関内の症例検討会, 機関外の医療従事者同士の勉強会や関係学会, 医療従事者向け専門誌等で個別の症例を報告するもので, 生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適応範囲外とされている。本誌もこの方針を踏襲する。具体的には, 9 例以下をまとめた症例報告では倫理審査を省略できることとする。
③個人情報保護に基づき, 匿名化すること。なお, 十分な匿名化が困難な場合には, 同意を文書で得ておくこと。これは症例報告でも同様である。
④動物を対象とした研究にあたっては, 医学生物学的研究に関する国際指針の勧告の趣旨にそったものとし, 所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会ないしそれに準ずる機関の承認を得ていること。
なお, 倫理審査委員会が設置されていない機関で, 自機関のみで実施する観察研究については本学会で倫理審査を受け付ける。審査を希望する場合（学会員に限る), 本学会所定の各種申請書を使って, 学会に申請すること。

☆規 定 の 改 正　投稿規定は改正することがある。

☆付　　表

投稿要領 / 論　文	原稿枚数など				
	制限字数（図表等すべてを含む）	要　旨	索引用語（和文）	文献数	題名・所属・著者名の英文
原著	16,000 字以内	和文 400 字以内	5 個以内	20 編以内	必　要
総説	16,000 字以内	和文 400 字以内	5 個以内	40 編以内	
調査・報告	16,000 字以内	和文 400 字以内	5 個以内	20 編以内	
症例・事例報告	8,000 字以内	和文 400 字以内	3 個以内	10 編以内	
研究速報	2,000 字以内	———	3 個以内	3 編以内	
Letter to editor	2,000 字以内	———	———	3 編以内	不　要

『日本臨床救急医学会雑誌』編集委員会

担当理事　杉田　学
編集委員長　田崎　修
副編集委員長　笠岡　俊志，田邉　晴山，村尾　佳則
編集委員　上村　潤也，大谷　典生，加藤　隆寛，清村　紀子，末吉孝一郎，壽田　栄輔，
関根　和弘，中尾　彰太，中尾　博之，平尾　明美，廣瀬　智也，福島　英賢，
眞野　成康，真弓　俊彦，室谷　卓，八木　正晴

書式 A

日本臨床救急医学会雑誌
編集委員会　御中

年　　月　　日

誓　約　書

下記投稿論文は，1. その内容が他誌に掲載されたり，あるいは投稿していないことを誓約致します。
2. 他誌（　　）との同時掲載なので，資料として掲載して下さい。
3. 外国誌（　　）に掲載したものの余剰出版（重複出版）なので，資料として掲載して下さい。

（1 ～ 3 のいずれかを○で囲んで下さい）

論文名　：〔原著　総説　調査・報告　症例・事例報告　研究速報　Letter to editor　資料〕
（○で囲んで下さい）

著　　者（著者全員，署名・捺印のこと）：

1. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　6. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
2. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　7. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
3. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　8. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
4. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　9. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
5. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　10. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

筆頭著者の所属施設名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

書式 B

日本臨床救急医学会雑誌
編集委員会　御中

投稿時 COI（利益相反）申告書

筆頭著者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

論文題名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊論文内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を，投稿時から遡って 1 年間について記載する。
（共著者を含め，著者全員が各人の利益相反状態について個別に提出する）

項　目	該当の状況	該当のある場合，年度・企業名・金額を記載
1）役員・顧問職等の報酬 1 つの企業・団体から年間 100 万円以上	有・無	
2）株式の利益 1 つの企業から年間 100 万円以上，あるいは当該株式の 5%以上保有	有・無	
3）特許使用料など 1 つにつき年間 100 万円以上	有・無	
4）講演料など 1 つの企業・団体からの年間合計 50 万円以上	有・無	
5）原稿料など 1 つの企業・団体から年間合計 50 万円以上	有・無	
6）研究費・助成金などの総額 企業・団体から 1 つの臨床研究に支払われた年間総額が 100 万円以上	有・無	
7）奨学（奨励）寄付などの総額 1 つの企業・団体から，1 名の研究代表者に支払われた年間総額が 100 万円以上	有・無	
8）企業が提供する寄付講座に所属 所属している場合は企業等から提供されている資金 3 年間分を呈示	有・無	
9）その他（旅費・贈答品などの受領） 1 つの企業・団体から総額年間 5 万円以上	有・無	

なお，金額は企業等が提供した額であり，税金や研究機関がとる手数料など全てを含む。

（申告日）　　年　　月　　日

著者氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

● 複写される方へ
一般社団法人日本臨床救急医学会では，複写複製，転載複製及びAI利用に係る著作権を一般社団法人学術著作権協会に委託しています。当該利用をご希望の方は，(社)学術著作権協会(https://www.jaacc.org/）が提供している許諾システムを通じてご申請下さい。

● How to Obtain Permission
Japanese Society for Emergency Medicine authorized Japan Academic Association For Copyright Clearance (JAC) to license our reproduction rights, reuse rights and AI ML rights of copyrighted works. If you wish to obtain permissions of these rights in the countries or regions outside Japan, please refer to the homepage of JAC (http://www.jaacc.org/en/) and confirm appropriate organizations to request permission.

本誌に掲載された著作物の複写・複製・転載およびデータベースへの取り込みをすると，著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意下さい。

日本臨床救急医学会雑誌

2025年 6月　　Vol. 28　No. 2

発行者　一般社団法人 日本臨床救急医学会
〒 164-0001　東京都中野区中野 2-2-3
(株)へるす出版事業部内
日本臨床救急医学会事務所
TEL 03-3380-2704
FAX 03-3380-8627
編集人　日本臨床救急医学会編集委員会
編集委員長　田崎　修
〒 164-0001　東京都中野区中野 2-2-3
(株)へるす出版内
TEL 03-3384-8155
FAX 03-3383-1584
印刷所　広研印刷株式会社

©2025 Printed in Japan